

보건·복지 ISSUE & FOCUS

Korea Institute for Health
and Social Affairs

ISSN 2092-7117
제 203호 (2013-33) 발행일 : 2013. 08. 16

KIHASA 한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs

우리나라 공공보건의료의 정책방향과 과제

우리나라는 최근 세계경제위기와 낮은 건강보험 보장성수준 등으로 필수적인 보건의료서비스 조차 제대로 혜택을 받지 못하는 의료취약계층이 증가하고 있음. 이는 그동안 정부의 경제성장정책과 재정부족으로 보건의료분야에 대한 정부투자가 미흡하여 공공보건의료분야가 크게 위축되었기 때문임. 특히 공공의료의 역할과 기능 미정립 등 공공보건의료체계에 문제가 있다고 판단됨

공공보건의료를 강화하고 공공보건의료체계를 확립하는 것은 의료취약지역의 의료접근성 제고를 통한 형평성의 개선과, 의료사각지대의 의료 안전망을 강화하여 국민의 건강권을 보장하는 가장 효과적인 수단일 뿐만 아니라, 우리나라의 민간중심의 의료공급체계 하에서 의료의 공공성을 유지할 수 있는 합리적이고 바람직한 보건의료체계를 구축하는데 핵심사항이라 판단됨. 우리나라의 보건의료체계가 직면하고 있는 의료취약지역과 의료사각지대의 문제 등 의료의 형평성 문제와 의료의 상업화 문제 등을 해결하기 위한 정책 방안 중의 하나로 공공보건의료의 확충과 공공보건의료체계를 확립해야하는 이유가 바로 여기에 있다고 판단됨



오영호
보건정책연구본부 연구위원

1. 논의배경

- 우리나라의 민간중심의 의료공급체계 하에서 수립한 공공의료기관 확충 대책의 한계를 인식한 정부는 지금까지의 공공의료의 개념을 소유에서 기능중심으로 개편한 '공공보건의료에 관한 법률(법률 제1247호)'을 2012년 2월에 공포하여 2013년 2월부터 시행하고 있음. 결국 공공보건의료법이 개정됐고 공공과 민간 구분 없이 공공보건의료를 확충하기 위한 정책방향 하에 개념과 범위가 재정립되었음
- 공공보건의료에 관한 법률이 통과됨에 따라 향후 공공보건의료의 제도 및 정책에 많은 변화가 예상되므로 이에 대한 관심이 그 어느 때보다 필요하다고 판단됨. 이러한 관점에서 우리나라의 공공보건의료의 현황과 문제점을 살펴보고, 새로운 공공보건의료의 개념에 따라 향후 우리나라 공공보건의료가 나아갈 방향과 과제를 검토하고자 함

2. 공공보건의료의 개념과 역할

- 공공의료란 공공성이 요구되는 의료로, 공공성은 절대적인 기준이라기보다는 사회의 가치관에 따라 달라질 수 있으며, 공익실현을 위해 정부의 개입이 필요한 영역이라 할 수 있음
 - 보건의료분야는 정보의 비대칭성, 공급자 유인수요, 의료의 공공성 등의 특성으로 인하여 시장기능과 공공적 접근의 조화가 필요하며, 민간과 공공간 적절한 조화와 균형이 국민의 건강과 생명을 효과적이고 효율적으로 보장할 수 있기 때문에 민간의료부문 못지않게 공공보건의료는 중요함
 - 건강권실현이라는 공익을 위해 정부의 개입이 필요한 영역의 보건의료를 공공의료라고 할 수 있으며, 이러한 측면에서 보건의료분야가 당면하고 있는 문제분석을 통해 정책개입이 필요한 우선순위를 찾는 것이 중요함
- 우리나라에서 공공성을 갖는 보건의료는 이론적인 측면에서는 공공성 또는 공익적인 측면¹⁾의 보건의료 사업으로 규정하고 있지만, 법적인 기준²⁾은 의료사각지대 해소와 국가적 대응이 필요한 전염병 예방 사업 등에 중점을 두면서 구체적인 대상과 질병을 명시하고 있음. 이러한 공공보건의료 사업을 수행함으로써 공공보건의료분야가 달성하고자 하는 목표 내지 역할과 공공보건의료기관의 의무는 다음과 같음
 - 공공보건의료분야의 목표 내지 역할은 필수보건의료서비스 보장을 통한 국민건강의 안전망확보, 의료의 형평성과 효율성 제고를 위한 보건의료체계의 통합 및 조정, 포괄적 의료서비스 제공, 혈액, 응급, 전염병, 재활 등 비시장성 필수의료 제공 그리고 국가의 보건정책을 우선적으로 수행하는 것임
 - 이에 따라 공공보건의료기관의 의무(공공보건의료법 제7조)로는 의료취약계층에 대한 의료제공, 수익성이 낮아 민간이 의료제공을 기피하는 보건의료제공, 질병 예방과 건강 증진에 관련된 보건의료 제공, 교육 · 훈련 및 인력 지원 등으로 규정하고 있음

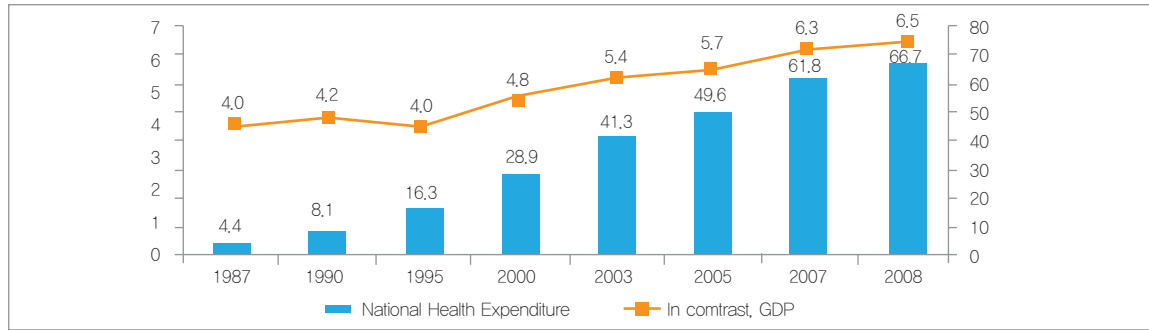
3. 공공의료의 취약성으로 초래된 문제점

- 우리나라 보건의료분야는 공공보건의료의 공급이 취약할 뿐만 아니라, 공공보건의료기관으로서의 역할과 기능도 미흡하고, 민간중심의 의료공급체계 등으로 ‘국민의료비의 급격한 상승’과 사회취약계층 및 재난 · 재해 등의 응급상황에서 국민이 ‘필요’로 하는 보건의료서비스를 적절히 제공하지 못하는 문제점을 안고 있음
- 국민의료비의 증가와 건강보험재정 위협
 - 노인인구 및 만성질환자의 증가와 민간위주의 의료공급체계 그리고 의료의 공공성 취약 등으로 국민의료비는 급증하여 국민의 부담은 가중되고 국가재정은 크게 위협받고 있음
 - 1인당 진료비 지출 증가율(1997~2007년)은 OECD국가 중에서 가장 높고, 국민의료비는 지난 87년에 4.4조 원에서 '08년 66조 7천억원으로 지난 20여년간 15배 이상 증가하였음. 건강보험 급여비 또한 2000년대에 들어와 연평균 11%이상 증가하고 있는 반면 수입의 확충은 한계가 있어 이미 재정 건전성은 악화되고 있음
 - 향후에도 취약한 공공의료를 포함한 비효율적인 보건의료체계와 치료중심적인 보건의료체계가 지속되는 한 국민의 건강수준은 크게 개선되지 않고 재정악화는 심화될 것으로 전망됨

1) 이론적 또는 정책적측면의 공공보건의료 영역으로는 첫째, 전염병이나 예방접종 등 공공, 대중을 대상으로 하는 보건서비스(public health), 둘째, 금연 또는 만성질환관리 등 개인을 대상으로 하나 사회적 개입이 필요한 의료서비스, 셋째, 응급, 정신 등 공공재 및 저수익성 보건의료서비스, 넷째, 영유아, 노인, 임산부, 학교, 직장 등 특정 인구집단 대상 서비스, 다섯째, 적정진료 및 양질의 보건의료서비스, 마지막으로 계층간, 지역간 건강불평 등 완화를 위한 서비스 등을 들 수 있음(보건복지백서, 2012).

2) 공공보건의료법(제2조)에서는 공공보건의료사업으로 첫째, 보건의료 공급이 원활하지 못한 지역 및 분야에 대한 의료 공급에 관한 사업, 둘째, 보건의료 보장이 취약한 계층에 대한 의료공급 사업, 셋째, 발생규모, 전파속도, 심각성 등을 고려할 때 국가와 지자체의 대응이 필요한 질병의 예방과 건강증진 사업, 마지막으로 그 밖에 국가의 관리가 필요한 보건의료사업 등으로 규정하고 있음.

[그림 1] 국민의료비와 GDP에서 국민의료비의 비중



■ 의료사각지대³⁾ 증가로 건강 및 의료이용의 불평등 심화

○ 의료취약지역과 의료사각지대가 확대되어 건강과 의료이용의 불평등은 심화되고 있음. 특히, 2008년 미국의 서브프라임 모기지 사태로 촉발된 세계경제위기는 우리나라 경제전반에 영향을 미쳤을 뿐만 아니라 보건 의료부문에 영향을 미쳐 의료취약계층이 크게 증가하였음

- 자격 측면의 사각지대를 살펴보면, 보험료를 6개월 이상 체납하는 경우 급여가 정지되어 의료 사각지대에 놓이게 되는데 이러한 가구의 규모가 약 160만 가구에 이르고, 이 외에도 약 3만 명으로 추정되는 주민등록 말소자, 행방불명자 또한 자격이 불비하여 사각지대에 방치되어 있음⁴⁾
- 급여(보장성) 측면의 사각지대는 낮은 건강보험 보장률로 중증질환에 이환될 경우 과도한 본인부담(법정 및 비급여 본인부담)으로 빈곤층으로 추락하거나 의료욕구를 해결하지 못하는 사각지대에 놓이게 되며, 이 밖에도 의료급여수급자가 되지 못한 비수급 빈곤층, 차상위 계층은 건강보험의 보장률이 미흡함에 따라 의료이용에 한계를 경험하고 있음
- 이러한 경제적인 요인 때문에 의료욕구를 충족하지 못하는 우리나라 성인 인구의 비율이 약 3~10%에 달하는 것으로 나타났으며 빈곤층의 경우 약 8~15%에 이르는 것으로 추정되고 있음. 이러한 의료취약계층은 농산어촌 거주자, 빈곤 및 차상위계층, 노인, 아동, 장애인 등에 집중되어 의료서비스 구매력 저하로 계층간 건강격차가 확대된 것으로 나타났음⁵⁾

○ 공공보건의료의 취약성으로 인해 의료취약계층 뿐만 아니라 지역주민에게 최소한의 필수적인 의료서비스의 접근성을 보장하지 못하는 의료취약지역이 문제가 되고 있음

- 농어촌의 경우에는 인구감소에 따른 민간의료기관의 경영난으로 폐업이 증가하여 병의원이 없는 무의촌의 형태로 의료취약지역이 늘어나고 있는 실정임
- 응급의료서비스의 경우, 34개 군의 농어촌 지역에는 응급의료기관조차 없으며, 43개의 군지역에서는 지역응급의료기관이 없었고, 6개 지역의 중진료권에서 지역응급의료센터가 부족하였으며, 응급의학 전문의가 없는 시군구는 총 93개로 이 중 57개가 군지역으로서 응급의료의 이용에 제한을 받고 있음⁶⁾

○ 또한 OECD 국가들에 비해 공공의료부문이 차지하는 비중이 양적으로 취약할 뿐만 아니라 역할과 기능면에서도 미흡하여, 건강에 대한 관심이 높아지고 만성질환자가 증가하고 있지만 만성질환 관련 공공의료기관의 내부역량과 연계기반이 취약한 문제를 안고 있음

3) 의료보장의 사각지대란 의료서비스에 대한 욕구는 있으나 지불능력의 한계 등으로 필요한 서비스를 받지 못하는 상태를 의미하며 자격과 급여측면으로 구분하여 접근할 수 있음.

4) 신영석(2010). 의료 안전망 구축방안. 건강안정망 진단과 재구축을 위한 입법 과제 세미나 자료. 국회 선진사회연구포럼 · 국회입법조사처.

5) 보건의료미래위원회(2011). 보건의료미래위원회 활동보고서. 보건의료미래위원회 · 보건복지부 · 한국보건사회연구원.

6) 중앙응급의료센터(2009). 도서산간지역의 응급의료현황분석 및 지원방안 모색. 국립중앙의료원.

- 암, 고혈압, 당뇨병, 심뇌혈관질환, 관절염, 결핵, 정신질환 등의 질환은 대부분 정밀검사와 다양한 의료 서비스를 필요로 하나 현재 공공의료기관은 시설장비가 낙후되어 있고 인력 역시 부족하여 적절한 보건 의료 서비스를 제공하는데 한계점을 가지고 있음
- 보건소를 중심으로 추진되는 건강증진사업 체계에서, 만성질환 관리를 수행할 공공병원은 치료 이외의 서비스 모델이 제시되어 있지 않아 보건소 중심의 사업 체계에 연계할 고리를 찾기 어려운 실정임. 이렇듯 공공보건 의료체계의 취약성과 미확립으로 응급의료를 포함한 필수 의료서비스의 지역간 불평등 등의 문제가 지속되고 있음

■ 국가적 재난 · 재해 · 응급상황에서 효과적으로 대처할 수 있는 안전망 취약

- 모든 국가는 각종 비상사태에 대비하기 위한 기본수단으로 독자적인 공공보건 의료체계를 가동하고 있음. 이는 특성상 평상시 운영비용이 과다하여 민간영역에서 전담하는 것이 불가능하며 신속한 기능전환을 기대하기도 어렵기 때문임
- 그러나 우리나라는 이러한 역할을 할 수 있는 인구수와 지역면적 등 기본사항을 고려한 공공보건 의료체계의 확충 및 연계망이 미흡하여 독자적으로 전국을 포괄할 수 있는 안전망이 갖추어지지 않은 상태임
- 이로 인해서 생물 · 화학적 테러 및 신종 전염병의 유행 등의 중대한 위기에 직면하였을 경우 현재의 민간중심의 의료체계 하에서는 이에 대응할 수 있는 능력이 부족해 국민들은 의료체계에 대한 불만과 불안 을 가지고 있음

4. 공공보건 의료의 역할 및 적정수준과 관련된 논쟁

■ 공공보건 의료의 목표 및 기능 미정립

- 공공보건 의료의 목표설정 및 전략수립 미흡
 - 그동안 국가보건 의료체계 속에서 공공보건 의료의 위상과 기능을 어떻게 설정하고 어느 정도의 역할을 수행하도록 할 것인가에 대한 목표가 뚜렷하지 못하여 공공보건 의료에 대한 일관성 있는 지원이나 육성이 이루어지지 못하였음
 - 공공보건 의료조직의 한 부분을 관리 · 담당하고 있는 안전행정부, 교육부 그리고 지방자치단체의 역할과 협조가 중요함에도 이들 조직과 협력관계를 구축하지 못하고 있음. 안전행 정부는 보건소 등의 공공보건 기관의 역할과 기능에 대한 전문적인 지식과 경험이 없이 일반 행정조직으로 취급하여 관리하고 있음. 교육부 또한 대학병원의 운영을 경제성 지표를 기준으로 평가하여 국립대학병원의 공공의료기관으로서의 기능을 약화시키는 원인을 제공하였다고 할 수 있음
 - 2012년도에 ‘공공보건 의료에 관한 법률(법률 제1247호)’이 제정 · 공포되어 공공과 민간 구분 없이 공공 보건 의료 를 확충하기 위한 정책방향에서 개념과 범위가 재정립되었지만, 목표달성을 위한 전략과 재원조달 방안 그리고 공공보건 의료조직을 관리하고 있는 유관부처와의 협력관계구축이 미흡한 실정임
- 공공의료기관의 기능과 역할 불명확
 - 현재 국립대학병원이나 국립병원, 지방공사 의료원 등의 공공의료기관들의 기능이 명확하게 정립되어 있지 않아 민간의료기관과의 기능의 차이를 찾기 어려우며, 이를 기관의 공공의료기관으로서의 공공성 확보를 위한 체계가 확보되어 있지 못한 실정임

7) 감신(2011). 공공보건 의료체계 현황과 발전방안. 보건복지포럼, 169, pp.38-44.

- 공공의료기관은 민간의료기관과 달리 시장체계가 아닌 중앙정부 및 지방자치단체 등의 정책적 필요에 의해 설립되고 운영되나 정책집행 수단으로서의 기능을 제대로 하지 못하고 있음. 따라서 공공의료기관들이 설립·운영의 주체가 공공이라는 점을 제외하고는 민간의료기관과 차별성이 없어 공공성이 취약한 실정으로 평가되고 있음. 이러한 기능의 불명확성은 국민들에게 공공병원이 민간병원과 큰 차이가 없는 것으로 인식되고 있어 공공병원의 정체성이 모호한 상태임

○ 보건기관(보건소/보건지소) 기능의 문제점

- 지역보건법에 명시된 보건소의 업무는 크게 공중보건, 질병예방, 건강증진, 보건교육, 응급의료 등 다양한 지역보건업무를 담당하도록 규정되어있지만, 대부분의 보건소는 지역보건사업의 기획능력 부족, 민간의료기관과의 연계 부재 등의 문제가 있음
- 보건소는 사업측면에서 다수의 보건사업을 수행함으로써 중점질환 관리 등과 같은 집중적인 보건사업을 추진하는데 어려운 면이 있음. 또한 업무내용을 보면 보건부문과 복지업무가 다소 중복되는 경우가 있으며, 방문보건사업의 서비스 내용이 인력 부족으로 인하여 미흡한 실정임

■ 공공보건의료의 자원 및 평가체계의 취약성

○ 공공보건의료 시설 및 인력의 취약

- 공공보건의료의 패러다임이 소유중심에서 기능중심으로 바뀌어 민간의료기관도 공공보건의료사업에 참여할 수 있도록 법이 개정되었다는 점을 감안하더라도 현재 우리나라의 공공보건의료기관은 선진외국에 비해 매우 부족한 것이 현실임. 2011년 현재 우리나라의 공공보건의료기관의 현황을 보면, 보건소 등의 공공보건기관이 3,435개소이고, 국립대병원, 지방의료원 등의 공공의료기관이 184개소로 공공보건의료기관은 총 3,619개소임
- 2011년 현재 우리나라는 의료기관 수를 기준으로 보면 전체의료기관의 94.13%가 민간부문에 속하여 공공부문은 5.87%에 불과하며, 병상수를 기준으로 하면 공공부문의 비율은 11.76%로 기관수보다는 다소 높은 수준임. 선진국의 경우 병상규모로 보면 적어도 약 30% 이상을 공공의료기관이 보유하고 있는데 비해 우리나라의 경우 12% 정도에 불과해 매우 열악하다고 할 수 있음

<표 1> 우리나라 공공보건의료기관 현황(2011.10월)

구분	공공보건기관 (보건소 등) (A)	공공의료기관 (B)	공공보건의료기관 (C=A+B)	민간의료기관 (D)	전체 (E=C+D)	공공/전체 (C/E)
기관수	3,435	184	3,619	58,020	61,639	5.87%
병상수	446	66,307	66,753	500,494	567,247	11.76%

○ 공공보건의료기관의 기능 편중과 시설 낙후

- 기능적인 측면에서 보면 184개의 국·공립병원 중 일반진료를 제공하는 공공의료기관은 국립중앙의료원, 국립대병원 등을 포함하여 42개소가 있으며, 결핵, 정신, 재활, 암, 아동, 노인 등 특수질환을 다루는 공공의료기관은 87개소임. 그리고 경찰, 산재, 보훈, 군병원 등 특수대상자를 위한 공공의료기관은 34개소가 있음
- 이들 공공의료기관 중 국립대학병원과 지방공사 의료원은 공공의료기관으로 분류되어 있으나, 그 기능이나 내용면에서 공공성을 띤 역할이 미약하여 사립대학병원이나 일반 종합병원과 거의 차이가 없는 실정임. 이러한 현실을 감안하면 공공병원의 수는 극히 소수에 불과함. 결핵병원, 정신병원이나 나병원과 같은 특수병원을 제외하면, 일반진료 서비스를 제공하는 공공의료기관은 70개소뿐임. 이들 중 지방공사 의료원의 경우 현재의 시설과 장비, 인력수준은 민간병원과 비교할 수 없을 정도로 낙후되어 있는 현실임

<표 2> 국 · 공립 병원의 기능적 분류(184개, 2011.10월)

구분	의료기관
일반진료(42개소)	국립중앙의료원, 국립대병원(13), 지방의료원(34), 적십자 병원(5), 일산공단병원, 시립일반병원(2) 등
특수질환(87개소)	결핵, 정신, 재활, 암, 아동, 노인 등
특수대상(34개소)	경찰, 산재, 보훈, 군병원 등

○공공보건의료 재정

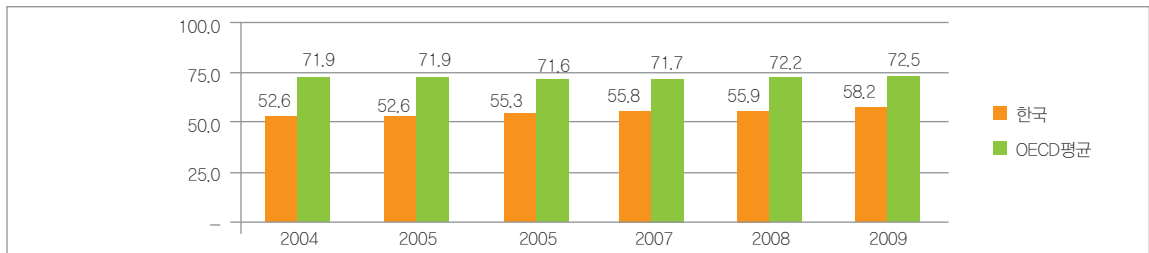
- 우리나라에서 공공보건의료에 취약한 이유는 일차적으로 정부의 공공보건의료에 대한 관심 부족과 그에 따른 낮은 재정지출에 원인이 있음. 우리나라에서 보건의료분야(사회보장 및 건강보험 지출 제외)에 대한 중앙정부의 재정지출 비율은 1%로 주요 선진국들은 물론이고 아시아 개발도상국들 중에서도 최하위 수준임(표 3). 그리고 의료비 중 공공재원비율을 보면, 2004년에 52.6%에서 2009년에 58.2%로 6%정도 증가하였지만, OECD 평균이 72%인 점을 감안하면 우리의 공공의료비 비중은 여전히 낮은 수준임(그림 2)

<표 3> 주요 국가의 중앙정부예산 중 보건의료분야*의 비중

국가명	비율(%)	기준년도	국가명	비율(%)	기준년도
미국	25.2	2007	캐나다	9.3	2007
독일	20.4	2007	네팔	7.2	2008
일본	19.6	2006	싱가포르	6.0	2007
영국	17.8	2006	인도	2.0	2007
뉴질랜드	16.6	2007	필리핀	1.6	2007
호주	14.8	2007	대한민국	1.0	2007
네덜란드	13.5	2007	프랑스	0.9	2007
태국	11.3	2007	스위스	0.2	2006

주: *모든 국가의 재정지출 비중은 사회보장과 의료보험을 제외하고 산출된 것임.
 자료: IMF(2008), Government finance statistics yearbook.

[그림 2] 우리나라와 OECD국가의 보건의료비 중 공공재원비율(2004~2009년)



- 보건복지의 분야별 예산을 살펴보면, 희귀, 난치성질환 등 공적 부문이 담당해야만 하는 분야를 포함한 공공보건의료에 대한 국가의 투자가 전반적으로 미흡한데, 2012년도 건강보험을 제외한 보건의료예산은 6,237억으로 일반회계 세출예산의 2.8%에 불과할 뿐만 아니라 보건의료예산은 2011년에 비해 2012년에 14.5%가 감소하여 만성질환관리와 같은 새로운 보건사업을 활성화시키기에 상당한 어려움이 있음(표 4)

<표 4> 분야별 보건복지부의 예산

(단위: 백만원)

구분	'11년도 예산	'12년도 예산	증감(▽)	변동율(%)
총 계	20,940,663	22,455,602	1,504,939	7.2
○일반회계	20,495,127	21,974,455	1,479,328	7.2
○특별회계	197,052	207,020	9,968	5
- 농어촌구조개선특별회계	67,214	60,247	▽6,967	▽10.4
- 광역지역발전특별회계	1,944	2,333	389	20
- 책임운영기관특별회계	127,894	144,440	16,546	12.9

<표 4> 계속

(단위: 백만원)

구분	'11년도 예산	'12년도 예산	증감(▽)	변동율(%)
○사회복지	15,315,372	16,609,533	1,294,160	8.5
- 기초생활보장	7,516,784	7,902,802	386,018	5.1
- 아동·장애인 등	1,045,267	1,182,957	137,690	13.2
- 공적연금	387	1,004	617	159.4
- 보육 및 저출산	2,510,736	3,065,226	554,490	22.1
- 노인	3,715,269	3,899,279	184,010	5
- 사회복지일반	526,929	558,265	31,335	5.9
○보건	5,376,807	5,571,942	195,135	3.6
- 보건의료	729,665	623,718	▽105,947	▽14.5
- 건강보험	4,647,142	4,948,224	301,082	6.5

자료: 보건복지부 재정정보(2012).

○공공보건의료기관 관리 및 평가시스템 미흡

- 공공보건의료기관은 국가나 지방자치단체에 의해 설립된 국·공립병원, 정부부처에 소속되어 있는 특수법인 형태의 병원, 보건기관(보건소, 보건지소, 보건진료소 등)을 포함하고 있으며, 공공병원들은 15개 관계 법령에 따라 8개 부처에 분산되어 있어서 포괄적인 국가보건의료계획의 수립과 집행이 어려운 실정임
- 이들 공공병원들은 보건소 등 일선 보건기관과 공식화된 협조체계가 없어서 공공보건의료의 독자적인 서비스 전달망 구축이 어려운 실정이다. 또한 지역거점공공병원 운영평가는 공공병원 육성정책의 일환으로 34개 지방의료원과 5개 적십자병원을 대상으로 2006년부터 시행하고 있지만 공공병원이 수행하고 있는 적정진료, 건강증진, 질병관리, 저소득층 진료 등 공공적 기능은 평가에서 큰 비중을 차지하지 못함
- 공공병원에 대한 평가는 주로 수익성에 적지 않은 비중을 두어 경영성적 순위를 발표하고 있고, 광역자치단체의 부족한 지원액에 의존하여 운영되는 실정이어서 사실상 공공보건의료기관 본연의 공적기능 수행 능력이 심각하게 훼손된 상태임

5. 향후 공공보건의료의 정책방향

■ 보건의료환경의 변화와 공공보건의료 정책방향

- 우리나라의 보건의료환경에서 향후 주목할 변화는 전체 인구 중 노인인구의 증가와 만성질환자의 증가에 따라 의료비 부담이 급증할 것으로 전망됨
 - 만성질환 증가와 고령화 등으로 의료비 부담은 급증하고 저소득층 등 취약계층의 건강행태가 나빠져 건강·질병의 양극화가 심화될 것으로 전망됨. 그리고 외환위기와 글로벌 경제위기 이후 붕괴된 중산층이 빈곤층으로 전락하면서 양극화 현상과 빈곤문제가 심화되면서 의료사각지대가 확대되고 있음
 - 또한 우리나라의 민간중심의 의료공급체계와 의료의 상업화가 심화되어 보건의료의 공공성이 위협을 받고 있으며, 응급·분만 등 수익성 낮은 영역의 공급 실패, 지역적 의료 불균형 심화, 의료보장 사각지대 발생 등 점차 한계점을 표출하고 있는 상황이 지속될 것으로 전망됨
- 이러한 보건환경변화에 적절히 대응하고 또한 의료사각지대 등의 문제를 해결하기 위해서는 공공보건의료의 강화를 통한 의료의 공공성을 향상시키는 방법이 필수적이라 판단됨
 - 결론적으로, 저소득층에 대한 의료비 지원은 사회·경제적 여건 변화와 국가적 재정 능력을 감안하여 신중하게 접근 하되, 공공보건의료 서비스의 확충을 통한 지원에 중점을 두는 것이 바람직할 것으로 판단됨

■ 공공보건의료의 발전전략 및 과제

- 효율적인 의료공급체계를 구축하는 것은 의료접근성의 향상과 의료자원의 효율적 이용 그리고 양질의 의료 제공을 통한 국민의 의료서비스의 만족도를 제고할 뿐만 아니라, 적절한 국민의료비를 유지하는데 중요한 수단이라는 점에서 보건의료체계의 핵심임
 - 이러한 효율적인 의료공급체계는 의료의 특성상 공공의료부문과 민간의료부문이 조화롭게 발전해나갈 때 달성될 수 있음. 특히 공공부문과 민간부문이 상호 보완적이면서 협력관계 하에 공공부문이 민간부문에 대하여 합리적인 견제를 할 수 있는 정도로 공공의료가 제 역할을 할 수 있어야 함. 이는 공공보건 의료는 국민이 ‘필요(need)’로 하는 기본적인 보건의료서비스를 제공하는데 목적이 있는 반면 민간 의료는 국민의 ‘수요(demand)’에 기초하여 의료서비스를 제공하기 때문임
- 향후 우리나라 공공보건의료는 공공보건의료의 역할이 적절히 수행될 수 있도록 보건医료가 갖추어야 할 조건, 즉 ‘접근성’, ‘질’, 그리고 ‘효율성’의 측면에서 접근되어야 함
 - 접근성은 공공보건의료의 ‘양(量)’과 ‘분포’에 의하여 그리고 효율성은 투입되는 ‘비용’과 공공보건의료에서 산출되는 ‘효과’에 의하여 결정되는 것으로, 이들을 극대화하는 것이 공공보건의료의 지향하여야 하는 기본 방향이라 판단됨

■ 공공보건의료강화를 위한 추진전략

- 공공보건의료 강화를 위한 추진전략은 다음과 같음. 첫째, 공공보건의료에 대한 ‘접근성’을 제고하는 것임. 공공보건의료의 소수중심에서 기능중심으로 개편됨에 따라 민간의료기관도 일정한 기준만 충족된다면 공공보건의료사업을 수행할 수 있지만 한계가 있을 것으로 판단되며, 현재 우리나라의 정부소유의 공공보건의료기관의 공급수준은 너무 낮은 수준임. 따라서 공공보건医료를 수행하고자 하는 민간의료기관이 없는 곳에는 정부가 재원을 투입하여 공공병원을 확대해야 하며, 현재 지역보건법에서 규정하고 있는 농어촌(읍면 단위)에 국한된 보건지소의 설치를 확대함으로써 의료취약지역 주민에 대해서도 보건소와 연계된 포괄적인 보건의료서비스를 제공해야함
- 두 번째는 공공보건의료에 대한 ‘질’적인 향상에 중점을 두어야 함. 공공보건의료에 대한 일부 국민의 불신을 해소하기 위하여 공공보건의료기관의 시설과 인력 및 장비를 개선하고 확충할 필요가 있음. 또한 공공보건의료에 대한 주기적인 평가와 보상을 통하여 공공보건의료의 기관장들이 동기부여가 되도록 하며, 적절한 대국민 홍보를 하여 민간의료기관보다 더 나은 편익을 제공하고 있다는 인식을 갖도록 할 필요가 있음
- 셋째, 공공보건의료에 대한 ‘효율성’ 증대를 위한 노력이 필요함. 보건지소-보건소-지역거점병원의 역할 분담과 상호협력체계의 구축과 더불어, 이후 단계에서 국립대학병원 등 국·공립병원을 ‘광역거점병원’으로 지정하여 공공보건의료의 연속성과 지속성을 극대화 할 필요가 있음. 이를 위하여 지역보건법 등 관계 법령의 개정을 통하여 상호 관계, 의무와 책임 등을 분명히 규정하고, 이에 대한 정부와 지방자치단체의 지원을 명시할 필요가 있음
- 마지막으로 공공보건의료는 국민의 의료서비스의 만족도를 제고하고, 의료비 부담을 줄이며 의료체계의 효율성 증대를 위한 개혁사항을 선도적으로 추진할 수 있어야 함. 특히 국민의 과중한 비급여 부담의 해소차원에서 공공병원의 경우 선택진료료, 상급병실 운영 등을 과감히 폐지하여 국민의 의료비 부담을 해소하고, 또한 포괄수가제(DRG), 개방형 병원 등 의료체계의 효율성을 증대시키는 방안을 적극 도입할 필요가 있다고 판단됨

집필자 | 오영호 (보건정책연구본부 연구위원) 문의 | 02-380-8202

발행인 | 최병호 발행처 | 한국보건사회연구원

(122-705)서울특별시 은평구 진흥로 235 | TEL 02)380-8000 | FAX 02)352-9129 | <http://www.kihasa.re.kr>

한국보건사회연구원 홈페이지의 발간자료에서 온라인으로도 이용하실 수 있습니다. <http://www.kihasa.re.kr/html/jsp/publication/periodical/focus/list.jsp>