

보건의료정책의 추진방향과 과제: 예방적 보건의료 체계를 중심으로

Health Care Policy and Its Challenges



이상영 한국보건사회연구원 선임연구위원

건강증진사업의 확대는 우선순위 사업에 대한 선택과 집중, 맞춤형 서비스 개발에 중점을 두어 추진하되 서비스의 컨텐츠 뿐 아니라 수요자가 다양하게 선택할 수 있는 서비스 접근 채널 및 제도적 환경 마련이 필요하다.

예방적 건강관리 기반 확충 및 동네의원-병원-대형병원 간 기능 재정립을 위해서는 일차의료기관을 포함한 다양한 서비스 공급주체를 네트워크로 묶어 환자에게 필요한 서비스를 제공하는 지역사회 중심의 서비스 공급모형 개발을 검토할 필요가 있다.

1. 들어가며

보건의료 분야에는 크게 의료보장성 강화, 의료 전달체계의 효율성 증대, 의료의 질 향상, 의료서비스산업 활성화 등의 정책영역에 걸쳐 수많은 정책과제들이 산적해 있다. 이러한 정책과제들은 정부의 국정전략 ④ “맞춤형 고용·복지”의 국정과제 48(의료보장성 강화 및 지속가능성 제고)와 국정과제 49(건강의 질을 높이는 보건의료체계 구축)¹⁾에 반영되어 있는데, 의료보장성 강화와 관련하여서는 4대 중증질환 보장성 강화, 본인부담 상한제 개편, 3대 비급여(상급병실료, 선택진료비, 간병) 개선 등이 차질 없이 추진되어 온 것으로 평가

되고 있다. 반면, 예방적 건강관리 기반 마련, 국민 중심의 효율적 의료공급체계로 개편, 응급의료체계 개선, 현대화된 공공의료체계 구축, 보건의료자원의 적정 수급 및 질 향상 등을 주요 내용으로 하는 국정과제 49와 관련하여서는 앞으로 보다 적극적인 정책 개발·추진이 요구되고 있다.

우리나라 보건의료시스템이 사후적 급성기 치료에 집중되어 있어 사전예방적 건강관리, 만성질환 관리 등에 대한 정책적 관심이 미흡하다는 문제점이 지속적으로 지적되어 왔으나 그간 효과적인 정책 개발·시행이 미흡했다는 점에서 본고에서는 “건강의 질을 높이는 보건의료체계 구축”을 위한 정책과제 중에서도 예방적 건강관리 마련과 국

1) 관계부처합동, “박근혜정부 국정과제”, 보도 참고자료, 2013.5.28

민중심의 효율적 의료공급체계로의 개편을 중심으로 정책방향과 과제를 살펴보고자 한다.

2. 정책추진 여건

인구고령화에 따른 만성질환 증가는 2015년에도 지속될 전망이다. 2013년 기준 30세 이상 고혈압 유병률은 27.3%, 당뇨병은 11.0%, 고콜레스테

롤혈증은 14.9%로서, 2001년 이후 지속적인 증가 추세를 보이다가 2012년과 2013년에 미세하나마 과거와는 다소 다른 패턴을 보였으나 2014~2015년 기간 중에는 2013년보다 약간 증가하여 고혈압 유병률은 27%~29%, 당뇨병 유병률은 약 11%대를 기록할 것으로 예상된다.

높은 수준의 만성질환 유병률에도 불구하고 고혈압 및 당뇨의 인지율 및 치료율은 여전히 미흡한 실정이다. 고혈압의 경우 2007년 이후 인지율의

표 1. 만성질환 유병률 추이(30세 이상)

(단위: %)

유병률	'98	'01	'05	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13
고혈압 (표준화)	29.9	28.6	28.0	24.6	26.3	26.4	26.9	28.5	29.0	27.3
당뇨병 (표준화)	11.6	8.6	9.1	9.6	9.7	9.6	9.7	9.8	9.0	11.0
고콜레스테롤 혈증(표준화)	10.0	9.1	8.0	10.7	10.9	11.5	13.5	13.8	14.5	14.9

자료: 질병관리본부 질병예방센터 건강영양조사과, 『국민건강영양조사 제6기(2013~2015) 1차년도(2013) 주요결과』, 2014.9.17

표 2. 고혈압 관리지표(만30세 이상)

(단위: %)

구 분		1998년	2001년	2005년	2007~2009년	2010~2012년
고혈압	인지율	23.5	34.1	57.1	66.3	65.9
	고혈압치료율	20.4	32.7	49.6	60.3	60.7
당뇨병	인지율	40.7	41.3	68.3	72.6	72.7
	당뇨병치료율	27.8	36.0	49.0	57.5	63.9

자료: 질병관리본부 질병예방센터 건강영양조사과, 『국민건강영양조사 제6기(2013~2015) 1차년도(2013) 주요결과』, 2014.9.17

증가폭이 크지 않고 치료율도 정체상태를 보이고 있으며, 당뇨병도 마찬가지로 고령화할 때 앞으로 단기에 획기적인 변화를 기대하기는 어려울 것으로 판단된다.

이와 같은 만성질환의 지속적 증가는 이미 오래전부터 이어져 오던 현상으로 국정과제에 예방적 건강관리 기반 마련이 주요 정책과제로 포함된 것도 만성질환 증가 억제에 대한 정책적 관심이 반영된 것이라 할 수 있다. 특히 2014년 OECD Health Data에 의하면²⁾, 일차의료의 주요 성과지표의 하나인 인구 10만명당 조절되지 않은 당뇨 입원율이 125.5명으로 OECD 평균 52.7명보다 두 배 이상 높게 나타나고 있는데, OECD(2012)의 한국의 의료의 검토보고서³⁾도 만성질환 증가에 대처하기 위해 지역사회 중심의 일차의료 강화를 제안하고 있다. 예방적 건강관리 기반 마련을 위한 주요 과제로는 담배·술에 대한 규제강화를 통한 건강생활 실천여건 조성, 질병예방·건강증진 중심의 보건소 기능 확대, 성별·연령별 건강위험요인을 고려한 생애주기별 건강검진 체계 개편 등이 있다.

이 중 담배에 대한 규제강화와 관련하여서는 2015년 건강증진부담금 인상에 따라 흡연을 및 담배소비량 감소 효과를 기대할 수 있게 되었다. 그러나 흡연을 및 담배소비량 감소 효과가 이후에도 장기적으로 지속되기 위해서는 비가격정책도 병행해서 강화되어야 하며, 술에 대한 건강증진부담금 부과에 대해서는 사회적 공감대 형성과 합의의 바탕으로 추진되어야 할 것이다.

국민중심의 효율적 의료공급체계로의 개편과

관련하여서는 일차의료 강화 등 동네의원-병원-대형병원 간 기능 재정립을 위한 제도 개선, 만성질환자 및 만성질환 위험군에 대한 맞춤형 건강관리서비스 제공 등이 주요 정책과제이다. 이중 동네의원-병원-대형병원 간 기능 재정립 문제도 오래전부터 보건의료 분야의 주요 현안과제로 대두되어 왔으며, 이를 위해 2011년 3월 『의료기관 기능재정립 기본계획』수립, 2011년 10월 약국본인부담 차등제 실시, 2012년 4월 의원급 만성질환관리제 시행, 2014년 11월 지역사회 일차의료 시범사업 실시 등이 이루어져 왔다.

그러나 동네의원-병원-대형병원 간의 협력적 역할분담과 협조적 관계 형성 없이 현행 서비스공급체계의 틀을 그대로 유지한 채 의료기관 종별수가가산이나 약국 본인부담 차등제 등만으로는 불필요하게 상급병원으로 이동하는 환자의 흐름을 차단하는 데 한계가 있다는 것이 현실적인 경험이다.

아울러, 질병양상이나 일차의료와 관련한 환자들의 의료이용 패턴도 변화하고 있다. 종합병원급에서 건강검진을 받고 난 이후 후속적인 진료도 건강검진을 받은 병원에서 받는 경우가 많기 때문에 이러한 환자들을 어떻게 하면 지역사회 일차의료기관에서 흡수하느냐가 중요한 과제로 대두되고 있다.

또한 복합만성질환도 증가하고 있어서 단일공급자로서 의원급의 역량 강화와 공급주체 간 협력강화의 필요성이 증대되고 있다. 정영호(2013)⁴⁾에 의하면, 만성질환을 보유하고 있는 65세 이상 노인

2) OECD(2014), *Health Data 2014*

3) 건강보험심사평가원 OECD 프로젝트지원단(2012.2). OECD 보건의료의 질 평가: 한국편(OECD Health Care Quality Review: Korea).

4) 정영호(2013). 고령자의 복합만성질환 분석: 외래이용을 중심으로, 보건·복지 Issue & Focus, 제196호, 한국보건사회연구원.

의 70.9%가 3개 이상의 복합만성질환을 보유하고 있다.

이는 각급 서비스 공급주체 간 환자 의뢰 · 회송 등이 유기적으로 이루어지는 연계 · 협력 시스템을 기반으로 하여 일차의료를 강화할 수 있는 매커니즘의 개발이 필요함을 시사하고 있다. 미국의 ACO(Accountable care Organizations), Oregon 주의 CCO(Coordinated Care Organizations) 등의 사례에서와 같이 일차 의료기관을 포함한 다양한 서비스공급 주체들을 네트워크로 묶어 환자에게 필요한 서비스를 제공하는 지역사회 서비스공급모형 개발을 검토해 볼 필요가 있다. 이러한 모형 개발에는 지불보상체계 설계와 관련제도 구상 등이 필요하기 때문에 장기적으로 추진하되 시범사업도 필요하다.

3. 정책방향 및 과제

보건의료 분야의 최근 동향과 정책여건을 고려한 예방적 보건의료 인프라 구축을 위해 건강증진 기금을 효율적으로 활용할 수 있는 전략의 수립 · 추진이 필요하다. 확충된 재원을 바탕으로 건강증진사업 확대를 추진하되, 우선순위 사업에 대한 선택과 집중, 맞춤형 서비스 개발에 중점을 두어야 한다. 건강증진 및 질병예방은 미시적 관점에서 생애주기별 맞춤형 서비스(on-needs services)를 구현할 수 있는 가장 적합한 서비스 영역의 하나로서 서비스의 내용 뿐 아니라 서비스 전달체계 측면에서도 수요자의 욕구나 편의에 따라 다양하게 선택할 수 있는 서비스 접근 채널 및 제도적 환경 마련

이 필요하다.

또한 대형병원 환자쏠림 현상 완화 등을 위한 다양한 지역사회 중심의 의료공급모형 개발과 복합만성질환 노인증가에 대비한 일차의료 확충을 체계적으로 추진해야 한다. 그간 일차의료 강화와 예방적 건강관리체계 강화의 중요성이 누누이 강조되어 왔지만 효과성 있는 프로그램 개발이나 정책적 지원 등은 미진하였던 것이 사실이다. 앞으로 건강증진 및 질병예방을 위한 다양한 프로그램 개발과 지역사회 일차의료 강화가 이루어져야 한다. 우선 금연사업을 추진함에 있어 약물요법과 행동요법을 병행해야 보다 높은 성과를 올릴 수 있다는 것이 WHO의 권고이다. 즉, 사회행태적인 건강위험 요인을 개선하기 위해서는 의료적인 서비스와 비의료적인 서비스를 통합적으로 제공하여야 한다는 것이다. 이를 고려할 때 금연치료에 대한 건강보험 급여, 보건소 금연클리닉 운영 등에 부가하여 지역단위의 스트레스 완화 프로그램 보급, 사업장에서의 스트레스 상담 카페 운영, 헬스클럽 · 수영장 이용 지원 등 비의료적 서비스 제공을 위한 프로그램을 적극 개발 · 추진해야 한다.

한편, 우리나라의 경우 국민 개개인들이 만성질환 환자군 또는 고위험군으로 이전되기 전까지는 체계적인 건강관리에 대한 관심이 낮을 뿐 아니라 사회적으로도 공공부문 등 제3자가 개인의 건강관리에 조직적으로 개입하기 위한 기전이 매우 취약하다. 이는 예방적 관리를 위한 개인의 관심과 사회적 여건 조성이 미흡하다는 것을 의미하는 것으로 이를 극복하기 위한 다양한 시도가 이루어져야 한다.

이러한 노력의 하나로 가구단위의 건강위해요인 진단 및 상담서비스 제공 등을 위한 서비스 공

급모형을 개발·추진해 볼 필요가 있다. 금연과 관련하여서는, 흡연욕구 유발과 금연 실패를 조장하는 사회적·행태적 요인을 진단하고 이를 해소하기 위한 개인 단위의 서비스와 함께 가구단위의 건강영향평가를 통해 가구구성원에 필요한 서비스를 연계하는 서비스 공급체계가 필요하다.

서비스 영역을 금연으로 국한할 필요는 없으며 건강증진 및 질병예방과 관련된 모든 서비스를 포괄할 수 있을 것이다. 이를 위해 소음·진동·악취·유해물질, 낙상 유발 생활시설 등 가구의 물리적 환경과 가구원의 인구·보건·사회·경제적 특성 등을 종합적으로 점검하여 가구원 전체를 대상으로 한 건강증진 서비스 제공계획(service plan)을 수립한 다음 이에 따라 각종 서비스 공급 주체에 연계할 수 있을 것이다. 가구의 종합적 건강영향평가 실시를 위한 평가팀 구성·운영 등은 공공병원 및 보건소 등이 주축이 되어 추진하고 필요에 따라 민간에 위탁하여 실시하도록 한다.

이러한 노력은 원칙적으로 일차의료라는 큰 틀 속에서 추진되는 것이 바람직하다는 점에서 지역사회 의료기관의 참여를 바탕으로 추진되어야 한다. 특히 2014년 11월 및 12월부터 서울시 중랑구, 전주시, 원주시, 무주군 4개 지역에서 시행 중

인 지역사회 일차의료 시범사업 등과 연계하여 추진하는 방안을 고려할 수 있을 것이다. 지역사회 일차의료 시범사업은 고혈압, 당뇨 환자를 대상으로 실시되고 있기 때문에 고혈압·당뇨 환자군은 지역사회 일차의료사업으로 의뢰하고, 그렇지 않은 경우는 공공병원 및 보건소에서 상담 등의 서비스를 제공하되 필요할 경우 의료기관 등으로 연계하도록 한다.

다른 한편으로, 만성질환자 또는 고위험군이 평소의 건강관리를 체계적으로 수행하기 위해서는 타 가구원의 적극적인 관심과 협조, 건강생활 실천 독려, 환자 관리 등이 중요하다. 이런 측면에서 환자 및 고위험군 개인뿐 아니라 가구원에 대한 지식 및 정보 제공 등도 필요하다. 그러나 의료기관은 환자 개인에 대한 서비스 제공에만 중점을 두기 때문에 공공병원 및 보건소가 환자의 가구원이나 가족에 대한 교육을 담당할 필요가 있다.

예방적 건강관리 측면에서 관심을 두어야 할 또 하나의 핵심과제는 비만관리이다. 비만은 주요 만성질환과 밀접히 연관되어 있는데, 일반인의 비만률(33.9%)에 비해 고혈압환자(47.9%), 당뇨병환자(49.3%)의 비만율이 약 15% 포인트 높게 나타나고 있다.

표 3. 주요 만성질환자 및 일반인의 비만율(2010년)

(단위: %)

	고혈압환자	당뇨병환자	일반인
비만율	47.9	49.3	33.9
흡연율	23.3	25.7	26.8
고위험 음주율	24.3	20.4	18.2

자료: 보건복지부 일차의료개선팀(2013.11.), 지역사회 일차의료 시범사업 기본계획(안).

특히 비만관리 중에서도 아동 비만에 대한 체계적 관리가 강화되어야 한다. 우리나라의 경우 대체로 초등학교 3학년 연령집단부터 성인과 유사한 비만율을 보임에 따라 초등학교 저학년 및 보육시설 시기부터 체계적인 비만관리를 실시해야 한다. 그중에서도 저소득층 및 맞벌이 가구의 자녀에 대한 방과 후 영양관리와 보육시설에서의 영양관리에 우선순위를 둘 필요가 있다. 방과 후 운동 프로그램 강화, 학부모에 대한 자녀 비만관리 상담·교육, 비만아동 및 정상아동을 통합한 동료집단 프로그램 개발·실시 등과 함께 아동 비만관리의 특성상 보건복지부, 교육부, 문화체육관광부, 농림축산식품부, 식품의약품안전처 등 관련 부처간 협조가 필수적이다.

4. 나가며

건강증진 및 질병예방 정책을 효과적으로 개

발·수행·평가하기 위해서는 지원 인프라 확충도 필요하다. 이를 위해 미국의 주단위에서 실시되고 있는 “건강위험행태요인 감시체계” (Behavioral Risk Factor Surveillance System)의 사례와 같이 일정한 조사대상 패널을 구성하고 전화설문 등을 이용한 건강행태 모니터링 조사를 주기적으로 실시할 필요가 있다. 이러한 시스템을 활용할 경우 담배값 인상 후 담배 판매량 및 흡연율의 단기적 변화 등을 실시간으로 추적할 수 있을 것이다.

아울러 『국민건강증진법』 제5조에 따른 국민건강증진정책심의위원회 운영을 활성화하고 관련 부처간 협조체계를 강화하여야 한다. 한편, 상대적으로 지금까지 정책적 투자가 미흡했던 정신건강 분야에 있어서도 지역단위 정신건강관련 전문인력 확충 및 프로그램 확대와 함께 자살예방 및 자살시도자에 대한 사후관리 등도 강화되어야 한다. ■