



최 병 호

한국보건사회연구원 전 원장
서울시립대학교 초빙 교수

보건의료서비스 공급체계에 관한 성찰

우리나라 보건의료서비스가 발전해 온 역사는 분출하는 보건의료의 수요에 대처해 온 역사였다. 선진국들이 장기간에 걸쳐 다져온 보건의료의 발전과정과는 사뭇 다르다. 경제가 압축적으로 성장하는 과정에 이어 보건의료체계도 뒤따라갔다. 초기에는 취약한 공공보건 문제에 대처하는 데에 급급했다. 전염병의 창궐을 억제하고, 기생충을 박멸하며, 태어나는 아이에게 예방접종을 하고, 공중위생을 강화하는 등 국가보건의 인프라를 구축하고 운영하는 데에 전념했다. 잘 조직화된 행정체계와 부지런하고 유능한 공무원의 헌신에 힘입어 여느 개도국들에 비해 국가보건사업을 성공적으로 수행했다.

국가보건사업을 성공적으로 수행하는 동안 국민 개개인의 질환 발생에 대해서는 개인과 가정에 맡겨졌고 정부는 그다지 개입하지 않는 상황에서 의료공급시장이 형성되어 갔다. 민간의 전통요

법이 성행했고, 한방이나 약국이 환자의 의료수요를 담당했다. 근대 의학교육을 받은 의사의 공급은 절대적으로 부족했기 때문에 동네의원의 문턱을 넘어서기조차 어려웠다. 잠재되고 억제된 의료수요를 충족시키기 위해 1977년에 이르러서야 의료보험이 도입되었다. 의료보험의 혜택을 누리하고자 하는 국민들의 열망은 엄청났다. 의료보험의 적용 확대는 선거 때마다 공약사항이 되면서 불과 12년 만에 전국민의료보험을 달성하였다. 때마침 전국적으로 의과대학이 신설되면서 의사의 공급도 뒷받침해 주었다. 의료기관의 개설도 늘어갔다. 전국민의료보험을 성취한 데 이어 의료보장성을 강화하는 정책이 추진되었다. 의료수요는 폭발적으로 증가했고 의료시장은 호황을 맞았다. 의료시장의 호황은 다시 의료공급자의 시장 진입을 촉진하는 선순환을 이어갔다.

문제는 보건의료 수요를 양적으로 충족시키는데 급급했기 때문에 보건의료의 공급체계에 대해서는 정책적 관심이 덜하였다. 따라서 의료공급은 대부분 자유로운 민간시장에 맡겨졌다. 정부가 운영하는 공공병원의 병상은 전체 병상의 10% 미만에 머물렀고, 그나마 민간부문에 비해 경쟁력이 떨어졌다. 공공병원의 역할을 분명하게 정립하지 못한 채 민간병원과 경쟁한 결과였다. 공공보건 영역에서 손과 발이 되는 보건소 역시 역할을 정립하지 못한 채 민간 병의원과 부분적으로 경쟁하게 되었다. 결국 의료시장은 영리 기업이 진입하고 퇴출하는 시장과 별반 다를 바가 없게 되었다. 다만, 사업자인 의사의 공급만 통제되었다. 사업체인 병원과 의원의 공급, 그리고 병상의 증설은 거의 통제 밖에 놓여 있다. 의료기관이 생산하는 서비스의 가격은 이원화되었다. 보험서비스에 대해서는 가격이 통제되지만 비보험서비스에 대해서는 가격의 통제를 받지 않았다.

시장 자율에 맡겨진 의료공급체계는 어느 선진국에서 보지 못한 강점을 갖고 있지만 많은 문제점도 내포하였다. 전 국민이 건강보험에 당연 가입되고, 모든 의료기관이 건강보험의 당연 지정기관으로 운영되고, 행위별수가제가 지배하는 상황에서 우리나라 특유의 의료공급체계가 형성되었다. 국민 누구나 언제나 편하고 쉽게 의료에 대한 접근이 가능하여 당일 진찰, 당일 수술과 입원이 가능한 것은 어떤 국가에서도 찾아볼 수 없는 강점이다. 그러나 강점은 곧 약점이 되었다. 소비자 의료이용의 도덕적 해이의 우려가 크고, 공급자 역시 필요 이상으로 의료서비스를 쉽게 제공할 유인을 갖게 되었다. 그다지 큰 규제없이 형성된 의료시장이었

고 건강보험을 비롯한 의료제도 역시 비교적 느슨하였기 때문에 의료비용은 빠르게 상승하였고 환자 안전에는 소홀하게 되었다. 의료의 성과에는 큰 관심을 기울이지 않았고, 고가 항암제나 고급 진단 기술, 최신의 수술기법이 곧 의료의 질로 간주되었다. 이러한 환경에 잘 적합한 형태로 의료공급시장이 형성되어 갔다.

자유로운 의료공급시장에서 의료공급자들의 이윤 추구의 동기는 강하게 되었고, 수익이 나지 않는 의료부문에 대한 진료나 투자는 기피하게 되었다. 소득수준이 높고 인구밀도가 높은 대도시 지역에 대형병원들이 밀집하게 되었고, 소비자 역시 의료시설과 장비가 좋고 의료인력의 질이 우수하다고 믿는 대형병원으로 쏠리는 현상이 심화되었다. 대형병원으로의 쏠림을 완화하고 동네의원에서의 일차진료를 강화하고 취약지역에 의료서비스를 공급하기 위한 대책들이 오랜 기간에 걸쳐 수차례 논의되었지만 여전히 답보상태에 있다.

공공보건 문제에서 의료보장 문제로 정책적 관심이 이동한 뒤에는 새로운 공공보건 문제의 발생에 대처하는 데에 미숙함을 드러내었다. 그것이 최근의 메르스 사태였다. 그러나 보건당국이 준비를 하지 않은 것은 아니었다. 이미 2004년에 질병관리본부가 출범했고, 공공병원과 보건소가 꾸준히 확충되는 등 공공보건 관련 조직은 확대되었지만 민간의 의료공급체계와 거의 연결고리가 없었고, 국가적 보건문제에 대해서 민간에 대한 통제가 잘 이루어지지 못했기 때문에 방역시스템에 커다란 구멍이 뚫리게 되었다.

보건의료 공급체계의 문제에 대한 인식에는 대부분 공감하고 있지만, 앞으로 어떤 방향으로 어떻

계 끌고 가야 하는지에 대해서는 사회적 합의가 이루어지지 못하고 대안도 마련하지 못하고 있다. 그 이유는 보건의료 공급체계의 바람직한 모습에 대한 이념적 지향이 갈리고 있을 뿐 아니라, 보건의료 공급체계는 공공보건과 의료보장의 급여와 지불보상, 재정 및 거버넌스 문제와 연계되어 있고, 의료공급 조직 및 단체들의 복잡한 이해관계와 넓고 깊게 관련되어 있기 때문이다. 전문가들 역시 전문분야에 한정된 처방을 제시하고 있어 전체적

으로 잘 짜여진 그림을 제시하지 못하고 있다. 이제 보건의료 공급체계의 발전을 위한 기본구상과 정책방안을 마련하기 위한 정부 차원의 사회적 합의와 전문적 논의를 위한 위원회를 운영해야 할 때이다. 동 위원회에서는 보건의료 공급체계와 관련된 공공보건과 의료보장제도의 개선을 함께 논의해야 할 것이다. 합의를 이루기 어렵더라도 꾸준히 대화하고 소통하다보면 어느덧 길이 보이기 시작할 것이다. ■