

보건의료정책 전망과 과제



The 2021 outlook for Healthcare Policy

윤강재 | 한국보건사회연구원 보건정책연구실장

이 글에서는 코로나19가 초래한 공중보건 위기 상황에서 맞이한 2021년 보건의료 영역의 분야별 전망과 과제를 제시하였다. 그 주요 과제는 공공보건의료 역량 강화를 통한 의료서비스 접근성과 건강성과 격차 완화, 전 국민을 대상으로 하는 정신건강사업 확대와 건강정보문해력(health literacy) 제고를 통한 의료소비자 지원, 단절 없는 의료서비스 제공체계 구축을 통한 취약계층 보호망 내실화, 국민건강보장의 지속적인 추진과 상병수당을 비롯한 새로운 건강보장으로의 외연 확장 대비 등이다. 이들 영역뿐만 아니라 코로나19 상황에서의 새로운 시각과 관점들이 한국 보건의료의 도약을 위한 출발점으로 작동할 수 있도록 사회적 논의와 고민이 지속되어야 한다.

1. 들어가며

2020년은 ‘코로나19의 해’로 기억될 것이다. 의학과 위생 수준은 과거와 비교할 수도 없을 만큼 발전해 왔지만 일개 바이러스로 인해 1년도 채 되지 않은 기간 동안 전 세계적으로 7900여만 명의 환자와 175만여 명의 사망자가 발생하였다.¹⁾

‘백신’을 통한 인류의 반격이 시작되었으나 집단 면역에 도달하기에는 시간이 필요하고, 변종 바이러스가 등장하는 등 확산세가 멈출 기미를 보이지 않아 한동안 위기 상황이 계속될 것이라는 전망이 지배적이다.

코로나19로 인한 전 세계적인 곤경 속에서도 우리나라 방역체계의 성과는 비교적 긍정적이다.

1) WHO COVID-19 Weekly Epidemiological Update 2020. 12. 27.

무엇보다 국경봉쇄와 같은 전략 없이도 확진자 수와 치명률 등을 비교적 낮은 수준에서 유지하고 있다. 우리나라의 인구 10만 명당 환자 발생률과 사망률은 각각 113.27명과 1.46%이다(2020. 12. 30. 현재). 물론 우리나라보다 양호한 수치를 보이는 국가들도 존재한다. 그렇지만 그동안 선진국으로 인식해 왔던 영국(3415.45명, 3.09%), 독일(2004.65명, 1.82%), 프랑스(3841.75명, 2.48%) 등 유럽 주요 국가들 및 미국(5720.84명, 1.75%), 일본(173.55명, 1.48%) 등과 비교²⁾해 볼 때, 우리의 수준을 폄하할 이유는 없어 보인다. 다만, 성과에 방심할 수도, 인줄할 수도 없는 상황임도 분명하다. 유행의 장기화가 예상되는 가운데 동절기를 맞아 확진자 증가 추세는 가파르고, 국민들과 의료인력의 피로도에는 이에 비례하여 가중되고 있다. 민간의료기관의 참여로 잠시 숨 고를 여유를 얻게 된 병상 부족 문제는 앞으로 우리 보건의료체계가 코로나19를 '감당할 수 있는 범위' 내에서 통제할 수 있느냐에 따라 다른 양상을 보일 것이다.

코로나19가 한국 보건의료체계에 미친 영향은 때론 모순적으로 보일 정도로 매우 복합적이다. 예컨대 우리나라가 보유한 병상의 총량은 1년 전이나 지금이나 큰 차이는 없다. 그런데 최근 코로나19 유행을 통해 병상에 대한 우려가 '과잉'에서 '부족'으로 바뀌었다. 공중보건 위기 상황에서 의료자원 활용 방법, 공공과 민간 등 주체 간 연계와 협력에 새로운 시각이 요구되었기 때문이다. 지금

까지 인구 고령화에 대한 보건의료적 관점이 만성질환과 의료비 증가, 그리고 평생 관리를 통한 건강증진에 집중되어 있었음을 부정하기 어렵다. 물론 여전히 중요하고 유효한 관점이다. 그러나 코로나19 상황에서 고령자와 만성질환의 상(像)이 조금 달라진 것도 사실이다. 만성질환은 사망 위험을 직접적으로 증가시키는 '기저질환'으로 재조명되었다. 고령자는 '요양병원·요양시설'이라는 밀집·밀폐된 환경 가운데 처한 감염 취약 위기집단으로 재해석되고 있다. 정책적 우선순위로 격상된 '공공의료 역량 강화' 논의, 생활치료센터 등에서 구체화된 언택트(untact) 환경에서의 ICT 기술의 적용 등도 코로나19가 아니었다면 매우 다른 양상으로 다가왔을 것이다.

2021년 당장 매진해야 할 현안은 역시 방역과 일상을 조화롭게 동조시킴으로써 보건의료체계가 감당할 수 있는 범위에서 코로나19를 통제하는 것이다. 그러나 이와 함께 공중보건 위기 상황이 한국 보건의료에 던진 과제들에 대해 정부와 국민들이 함께 머리를 맞대고 고민하며 답을 찾아 실행하는 해로 삼아야 한다. 이 글에서는 한국 보건의료체계의 발전을 위한 논의의 출발점을 삼고자 주요 주제들에 대한 2021년 전망과 과제를 제시하였다. 다만, 보건의료체계를 구성하는 하위 체계의 다양성을 고려할 때, 한정된 지면에 모든 주제들을 다루는 것에는 한계가 있다는 점 역시 이 자리에서 먼저 밝히고자 한다.

2) 코로나바이러스 감염증 19(COVID-19). 국외발생현황 사이트. [http://ncov.mohw.go.kr/bdBoardList_Real.do?brdId=1&brdGubun=14&ncvContSeq=&contSeq=&board_id=&gubun=\(2020. 12. 30. 인출\)](http://ncov.mohw.go.kr/bdBoardList_Real.do?brdId=1&brdGubun=14&ncvContSeq=&contSeq=&board_id=&gubun=(2020. 12. 30. 인출))

2. 보건의료 주요 분야별 전망과 과제

가. 공공보건의료 역량 강화

「공공보건의료에 관한 법률」은 공공보건의료를 “지역·계층·분야에 관계없이 국민의 보편적인 의료 이용을 보장하고 건강을 보호·증진하는 모든 활동”으로 정의한다(제2조제1호). 이 조항을 좀 더 자세히 살펴보면 보편적 의료서비스 이용과 건강성과의 불균형을 가져올 수 있는 원인으로 지역·계층·분야가 제시되어 있음을 알 수 있다. 공공보건의료의 정의에 바로 뒤이어 규정된 ‘공공보건의료사업’의 대상이 ①공급이 원활하지 못한 지역 및 분야 ②보장이 취약한 계층 ③ 발생 규모, 심각성 등으로 국가와 지방자치단체의 대응이 필요한 영역으로 되어 있음(제2조제2호)도 이러한 맥락에서 해석할 수 있다.

코로나19와 같은 신종 감염병은 “발생 규모, 심각성 등으로 국가와 지방자치단체의 대응이 필요한 영역”에 포함된다. 2015년 메르스 사태를 계기로 마련된 국가방역체계 개편 방안과 ‘제2차 감염병 예방관리 기본계획’ 등은 감염병 전문 치료체계 구축과 격리시설 확보를 주요 과제로 제시하였다. 그러나 정책 추진 과정에는 다소 아쉬운 측면이 있었던 것도 사실이다. ‘중앙 감염병 전문병원’으로 국립중앙의료원이 2017년 2월에,

‘권역 감염병 전문병원’으로 조선대병원이 2017년 8월에 각각 지정되었다. 그러나 이후 권역 감염병 전문병원 지정은 2020년 코로나19 대응을 위한 추가경정예산 편성 과정에서야 본격화되었다. 음압격리병상 부족 문제 해소를 위해 노력한 결과 코로나19 유행 직전인 2019년 12월, 국가 지정 음압병상을 29개 기관에서 198개를 확보(윤강재, 2020a)할 수 있었다. 그렇지만 평상시 지역 거점 공공병원들도 음압격리병실 가동률이 평균 절반에 미치지 못하는 상황에서 의료기관들이 운영 손실이라는 현실적 한계를 감수하면서까지 발생 예측이 어려운 감염병 대응을 위해 지속적으로 투자하기는 어려운 상황이었다.

지역의료 격차 역시 공공보건의료의 대상이 되는 주요 영역이다. 지역 간 의료서비스 공급과 이용에 편중성이 있음은 이미 주지의 사실이다. 2018년 현재 ‘300병상 이상 종합병원에 90분 이내 접근 불가능한 인구 비율’은 강원(41.5%), 경남(30.2%), 전남(13.9%) 순으로, ‘30분 이내 응급실 접근 불가능한 인구 비율’은 제주(16.4%), 강원(13.9%), 전남(10.8%), 경북(10.3%) 순으로 높게 나타나고 있다(그림 1). 산간 및 도서 지역을 포함하는 지역들의 필수의료 공백을 우려하게 되는 지점이다. 뿐만 아니라 인구당 의사 수가 적은 지역에서 치료가능 사망률³⁾이 높게 나타나는 경향(신현웅 2020, p. 19)은 의료자원의 분포 불균형과 건강격차와의 관련

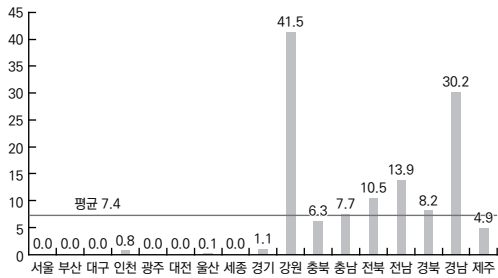
3) OECD는 치료가능 사망률(treatable mortality)을 적시의(timely)·효과적인(effective) 보건의료적 개입을 통해 회피할 수 있었던 사망 원인으로 인한 사망률을 의미함. 원문은 아래와 같음(OECD 2019, p. 4).

“Treatable (or amenable) mortality is defined as causes of death that can be mainly avoided through timely and effective health care interventions, including secondary prevention and treatment”

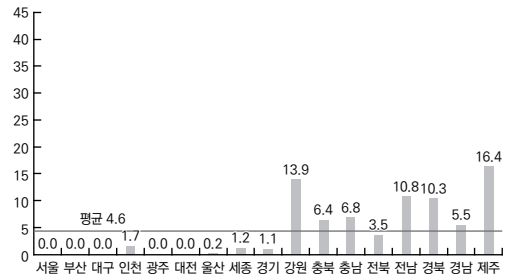
그림 1. 지역별(시·도) 의료서비스 공급 및 이용의 격차

(단위: %)

300명상 이상 종합병원 90분 이내 접근 불가능 인구 비율

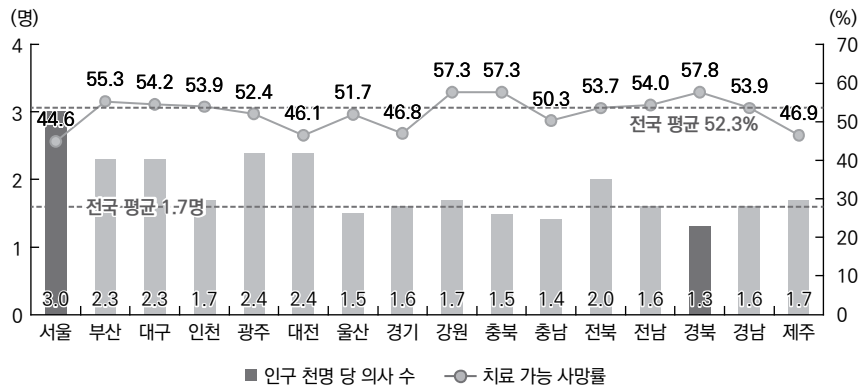


응급실 30분 이내 접근 불가능 인구 비율



자료: 보건복지부, 국립중앙의료원 (2019). 2019공공보건의료통계집. p. 82, p. 91.

그림 2. 지역별 인구당 의사 수와 치료 가능한 사망률



자료: 신현웅(2020), 보건의료정책 현황과 과제: 지속가능성 확보를 중심으로. 보건복지포럼 제279호. 한국보건사회연구원. p. 19

성에도 시사점을 주고 있다(그림 2).

코로나19 유행이라는 공중보건 위기와 지역의료 편차는 모두 공공보건이료가 일차적으로 대응해야 할 문제이다. 2021년 보건의료정책에서 ‘공공보건이료 역량 강화’가 강조되는 원인이다. 역량 강화의 핵심은 ‘확충’과 ‘연계’로 나타날 전

망이다. 정부는 감염병 대응 강화와 지역의료 격차 완화를 위해서는 의료 인프라 확충이 시급하다는 진단하에 ‘보다 강화된 공공의료체계 확립’을 정책 추진 방향으로 제시하였다. 이 체계의 중심에는 2025년까지 70개 진료권에 지정될 96개 ‘지역책임병원’이 자리한다(관계부처 합동, 2020a).

지방의료원 등 공공의료기관을 중심으로 지정될 지역책임병원에는 심뇌혈관질환과 응급의료, 고위험 분만·소아진료, 신종감염병 대응 등 필수의료 영역의 책무가 부과된다. 물론 공공의료기관이 단기간에 모든 영역에서 고도의 역량을 갖추기에는 한계가 있고, 한정된 의료자원의 활용이라는 측면도 고려해야 한다. 상기 정부의 대책이 ‘권역책임병원-지역책임병원-지역병원-보건소간 연계체계를 제시하고 있는 것도 한정된 의료자원을 활용하여 국민들에게 보다 촘촘한 서비스를 제공하기 위한 맥락으로 해석된다. 따라서 지역책임병원을 축으로 고난이도의 서비스 제공과 기술 지원을 담당할 상위의 국립대병원, 아급성·퇴원·재활환자 등의 일상생활 돌봄과 만성질환 관리를 담당할 하위의 일차의료기관 및 보건기관간의 수직적 연계모형을 보다 정교하게 구축하고, 연계에 참여하는 기관에 대한 지원을 통해 공공보건의료의 역량을 강화하는 계기로 삼아야 할 것이다.

감염병 관리에서는 코로나19의 경험을 반영하여 ‘병상’을 매개로 한 연계가 부각될 전망이다. 규모와 심각성을 예측하기 어려운 감염병 속성상 모든 의료기관에 대유행을 대비한 자원 확보를 일률적·일상적으로 강제하기에는 한계가 있다. 따라서 감염병 유행에 대비한 일종의 ‘연쇄적’ 반응을 대비하는 체계가 사전에 마련되어 있어야 한다. 감염병 전문병원이 일차적으로 대응하되, 그 수용력을 초과하는 유행 상황이 발생할 경우 인근 지역의 공공의료기관이 대응하고, 필요하다

면 민간의료기관의 자원을 활용할 수 있는 체계가 필요한 것이다. 코로나19 유행에서 경험한 몇 가지 사례를 생각해 보자. 1차 유행이 시작되던 2월 21일 감염병 환자 수용을 위해 중앙사고수습본부가 지방의료원을 ‘감염병 관리기관(감염병 전담병원)’으로 지정한 후 인근 민간의료기관 등의 협조를 얻어 기존 입원환자들을 전원시켰다. 12월에는 환자가 폭증하면서 중환자실 병상 부족 문제를 겪었고, 불가피하게 상급종합병원에 대한 병상 확보 행정명령을 내려야 했다. 이처럼 감염병 대응을 위한 의료기관의 병동 또는 병상 확보에는 해당 기관의 더 많은 자원 투입과 주변 기관의 연쇄적인 지원이 필수적이다. 따라서 당사자 간 사전 협의를 통해 감염병 유행 단계별로 지역 내 병상 활용 계획을 세우고, 실제 상황이 발생할 경우 합리적으로 보상하기 위한 체계를 마련하도록 한다. 「의료법」상 수립하도록 되어 있는 ‘병상 수급계획’에 이를 포함하는 것도 검토해 볼 수 있는 방법으로 사료된다.

나. 건강증진사업의 외연 확장

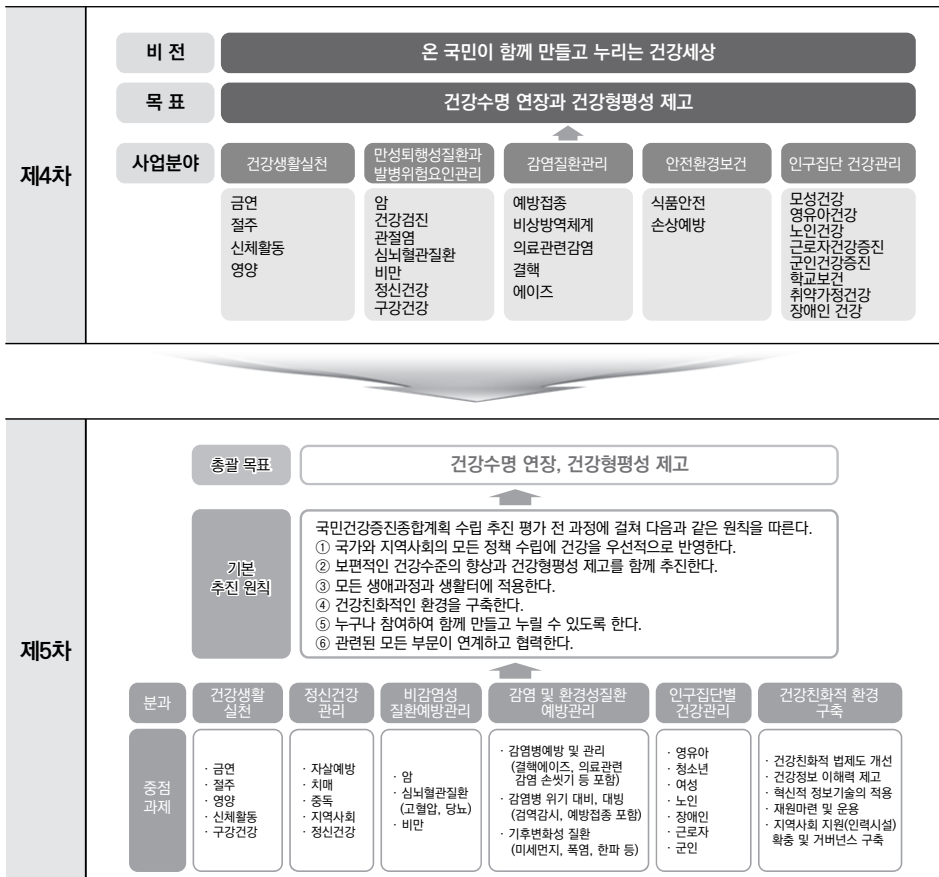
2020년 코로나19의 영향력이 압도적이었지만 고령화와 만성질환이라는, 한국 보건의료체계의 지속가능성을 위협하는 구조적 문제점은 여전히 상존한다. 65세 이상 인구 비중은 2025년에 20.3%에 이르고(통계청, 2019), 2030년에는 세종을 제외한 전 시·도가 초고령사회에 포함될 것으로 전망된다(통계청, 2020a). 인구구조 고령화와 결합한 만성질환은 사회와 개인의 부담 수

준을 높이고 있다. 2019년 현재 우리나라의 GDP 대비 경상의료비 비율은 OECD 회원국 중 22위에 해당하는 수준이지만, 2006년 5.2%에서 2018년 8.1%까지 높아지는 등 상승 추세는 어느 나라보다 가파르다. 이러한 추세가 계속될 경우 곧 OECD 평균을 상회할 것으로 예측된다(정형선 외,

2019).

따라서 예방 중심의 사전적 건강관리와 건강생활 실천 유도는 2021년에도 여전히 중요한 과제가 될 것이다. 다만 그 전략은 코로나19를 비롯한 사회환경 변화에 조응하여 변화할 것으로 예상된다. 일반적으로 건강증진사업은 비감염성

그림 3. 제4차 국민건강증진종합계획(HP2020)과 제5차 국민건강증진종합계획(HP2030)의 기본 틀



자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2015), 제14차 국민건강증진종합계획 2016-2020, p. 34; 보건복지부·한국건강증진개발원(2020), 제5차 국민건강증진종합계획(HP2030) 수립을 위한 분과위원회 설명회 발표자료, p. 13.

질환(만성질환)에 대한 사전적 예방관리의 유효한 수단으로 인식되어 왔다. 그러나 코로나19를 계기로 감염병으로부터의 건강보호 역시 간과할 수 없는 건강증진사업의 대상임이 분명해졌고, 미세먼지와 폭염·한파 등 ‘기후변화성 질환’에 대한 국민적 관심도 매우 높아졌다. 이러한 변화 방향성은 2021년부터 적용될 예정인 ‘제5차 국민건강증진종합계획(HP2030)’⁴⁾에도 반영되어 있다. 제4차 계획(HP2020)과 제5차 계획(HP2030)을 비교해 볼 때, 기본적인 목표는 ‘건강수명 연장’과 ‘건강 형평성 제고’로 동일하다. 그러나 이에 도달하기 위한 전략적 틀에는 큰 변화가 발견된다. 첫째, 정신건강 관리가 별도의 영역으로 독립되었고, 둘째, 질환이 비감염성과 감염 및 환경성 질환으로 구분되어 기후변화성 질환을 포함하였다. 마지막으로 건강정보 이해력 제고와 정보 기술 등을 활용한 건강 친화적 환경 구축이 추가

되었다(그림 3).

‘제5차 국민건강증진종합계획(HP2030)’의 중점과제 편성에서도 나타나듯이 정신건강 영역은 2021년 보건의료정책에서 중요한 위치를 점할 전망이다. 각종 지표들은 우리 국민들의 정신건강 수준을 말해 준다. 2019년 인구 10만 명당 26.9명에 이르러 OECD 국가 중 최고 수준인 자살사망률은 대표적인 사례이다(통계청, 2020b). 국민 4명 중 1명이 평생에 한 번 이상 정신질환을 경험하나⁵⁾, 정신건강 문제 경험자의 정신건강 서비스 평생이용률은 22.2%에 머물러 있다. 그럼에도 정신건강에 대한 인식과 투자는 여전히 노력이 필요하다고 볼 수 있다. 국민의 지역사회 정신건강 증진 교육률(4.9%), 2019년 인구 1인당 지역사회 정신건강 예산(5389원), 인구 10만 명당 정신건강 전문인력 수(17.6명) 등(보건복지부·국립정신건강센터, 2019)은 이를 증명한다.

표 1. 코로나19 유행 기간 동안 주요 정신건강 위험 요인 추이(2020. 3~2020. 9)

위험 요인	2020년 3월	2020년 5월	2020년 9월
걱정과 두려움(점) ¹⁾	1.73	1.59	1.77
불안(점) ²⁾	5.53	4.56	5.22
우울(점) ³⁾	5.10	5.12	5.86
자살생각 경험률(% ⁴⁾	9.7	10.1	13.8

주: 1) 9개 문항을 4점 Likert 척도(0점: 전혀 그렇지 않다, 1점: 그렇지 않다, 2점: 그렇다, 3점: 매우 그렇다)로 측정된 값들의 평균값임.
 2) GAD-7(Generalized Anxiety Disorder-7) 7개 문항을 4점 Likert 척도(0점: 전혀 없다, 1점: 며칠 동안, 2점: 일주일 이상, 3점: 거의 매일)로 측정하여 총점은 21점임. GAD-7의 ‘중간수준’ cut-off는 10점으로 설정
 3) PHQ-7(Patient Health Questionnaire-9) 9개 문항을 4점 Likert 척도(0점: 전혀 없다, 1점: 며칠 동안, 2점: 일주일 이상, 3점: 거의 매일)로 측정하여 총점은 27점임. PHQ-7의 ‘중간정도 우울’ cut-off는 10점으로 설정
 4) “차라리 죽는 것이 낫겠다고 생각하거나 어떻게든 자해를 하려고 생각한다”에 대한 지난 2주간 경험률
 자료: 보건복지부·한국트라우마스트레스학회(2020). 2020년 9월 국민 정신건강실태조사.

4) 제5차 국민건강증진종합계획(HP2030)은 본 원고 작성 시점(2020. 12. 30.) 현재 공식 발표되지 않은 상태임.
 5) 2016년 정신질환 평생유병률은 25.4%임(보건복지부·국립정신건강센터, 2019).

이러한 상황에서 코로나19로 인한 장기간의 활동 제한과 관계 단절·고립은 소위 ‘코로나 블루(blue)’라는 정신적·심리적 충격을 가하고 있다. 2020년 8월 시점에서 국민의 ‘코로나 블루’ 주관적 경험률은 40.7%에 이르렀고(한국건강증진개발원, 2020), 12월에는 코로나19로 우울해지는 경우가 많아졌다는 응답이 61.9%⁶⁾에 이르렀다. 코로나19 유행의 지속과 함께 ‘걱정과 두려움’, ‘불안’, ‘우울’, ‘자살사고(思考)’ 등 마음건강 위해 요인들이 지속적인 악영향을 미칠 것이다(표 1).

이미 정신건강은 일부 환자들만의 문제에서 전 국민의 문제로, 특수한 경험에서 일상적인 위협 요인으로 변모하였다. 따라서 정신건강 문제에 대응하기 위한 정책도 대상자와 제공 범위의 변화가 필요하다. 물론 전통적인 정신건강 고위험군은 여전히 존재한다. 그렇지만 고위험군과 아울러 전 국민에게 ‘국민안전’ 차원에서 마음 지킴 서비스가 제공되는 기반을 마련해야 한다는 인식 전환의 필요성이 커진 것도 사실이다. 따라서 2021년을 ‘누구나·언제든지’ 안심하고 정신건강서비스를 받기 위한 체계를 구축하는 한 해로 삼을 필요가 있다. 학교와 직장 등에서 생애주기에 따라 좀 더 손쉽게 상담과 심리서비스를 이용할 수 있도록 하고, 기초자치단체를 중심으로 설치되어 있는 정신건강복지센터의 인력과 프로그램을 확충하는 것부터 출발한다. 이를 위해서

는 적절한 인력과 예산의 지원이 수반되어야 한다. 양적 확충에 더하여 정신건강 관련 인력의 질적 수준을 높이는 자격 관리 과정을 개발·적용함으로써 궁극적으로는 지역사회 민간기관이 제공하는 서비스의 질까지 높일 수 있는 낙수 효과의 발생도 도모할 필요가 있다. 사회적 논의를 거쳐 의학적 치료와 관리가 필요한 이용자들을 위해 정신건강의학을 일차의료의 영역에서 포괄, 일종의 ‘만성질환관리사업’과 같은 서비스를 제공하는 방식도 설계하고, 제한된 범위에서라도 시범 사업을 실시할 수도 있겠다. 개인 동의를 통해 일차의료기관에 등록된 대상자에게 주기적인 검사와 상담서비스를 마련하고 이를 적절히 보상하는 체계⁷⁾를 부가하는 것이다.

건강증진을 위한 도구로서 정보의 중요성은 더욱 높아지고 있다. ‘정보 비대칭’을 특징으로 하는 보건의료 영역에서 올바른 정보의 선별과 활용은 합리적인 의료이용뿐만 아니라 의료소비자의 권리라는 측면에서도 반드시 필요하다. 특히 공중보건 위기 상황을 계기로 국민들의 보건의료 정보 취득 수요는 더욱 높아질 것으로 전망된다. 그리고 이 수요에 어떻게 대응하느냐는 코로나19의 극복 과정에 매우 중요한 역할을 할 것이다. 투명하고 신뢰성 있는 정보는 K-방역을 이끌어냈지만, 반대로 인포데믹(infodemic)이 유행을 확산시킨 사례를 목도할 수 있었다.

6) KBS NEWS(2021.01.01.). “코로나 블루 심해졌다” 61.9%···자영업자·주부 더 ‘취약’ <https://news.kbs.co.kr/news/view.do?ncd=5085405>(2021. 1. 2. 인출)

7) 2020년 6월, 우울증 조기발견을 위한 검사(증상 및 행동 평가 척도)에 대한 건강보험 수가 도입이 결정되었음.

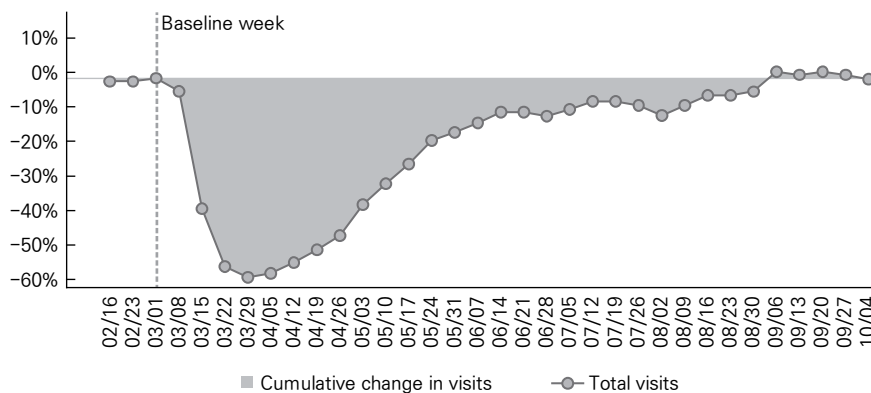
다만 아직까지 우리나라 국민들이 건강정보를 이해하고 선별하며 이용하는 수준, 즉, 건강정보 문해력(health literacy)은 높지 않다. 19~69세의 무작위 표본을 대상으로 실시한 온라인 조사 연구(표본오차 95% 신뢰수준에서 $\pm 3.10\%$)에 따르면 건강정보문해력 수준은 건강생활 실천 수준에 영향을 미치는 유효한 요인으로 나타나고 있음에도 불구하고 '적정 수준'의 건강정보문해력을 갖춘 비율은 29.1%에 그쳤다. 반면 조사 대상자의 43.3%는 부족한 수준이었다. 물론 건강 정보를 올바르게 활용하기 위한 역량은 단기간에 갖추어지지 않는다. 상기 조사에서 건강정보원으로 '인터넷 포털'을 1순위로 제시한 응답자가 거의 3명 중 2명의 비율(66.2%)이었고, '유튜브'를 1순위로 제시한 응답자(5.1%)까지 감안한다면 많은 국민들이 변화된 미디어 환경으로부터 건강 정보를 얻고 있다고 하겠다(최슬기 외, 2020). 따

라서 국민들이 많은 정보를 얻는 경로에 신뢰성 있는 채널을 구축하고 지속적으로 정확한 정보를 제공하는 것에 우선순위를 두되, 정보소비자 대상자별 맞춤형 교육을 발굴, 건강정보문해력 역량 제고를 지원하는 것이 필요하다.

다. 단절 없는 의료서비스 제공과 취약계층 보호

코로나19는 의료서비스의 이용량 측면에도 영향을 미쳤다. 대면진료를 근간으로 하는 의료서비스의 특성을 고려할 때, 감염 우려는 의료기관 방문 감소로 나타날 것이 예상되었다. 실제 2020년 상반기 건강보험 진료비는 전년 대비 0.3% 증가율을 보이는 데 그쳤고, 진료를 받은 인원과 내원일수 역시 전년 대비 각각 3.5%, 12.0% 감소하였다(김진이, 2020). 물론 이러한 현상은 우리나라만의 경험은 아니었다. 미국 역시 코로나19

그림 4. 미국의 코로나19 이후 외래방문 변화(2020년 3월~2020년 10월)



자료: The Commonwealth Fund (2021). <https://www.commonwealthfund.org/publications/2020/oct/impact-covid-19-pandemic-outpatient-care-visits-return-prepandemic-levels> 에서 2021. 1. 2. 인출.

가 확산되면서 3월 1일을 기준으로 약 한 달 만에 외래방문자가 60% 가까이 감소한 결과가 보고되기도 하였다(그림 4).

재정 측면에서만 본다면 의료이용량 감소는 긍정적일 수 있다. 그러나 한편으로는 그것이 의료서비스를 반드시 받아야 하는 대상자들에게서 공백이 생겼음을 의미할 수 있다는 점에 주의해야 한다. 실제로 우리나라의 2020년 상반기 의료이용량 감소 현황을 살펴보면 보건소 등 보건기관에서 전년 동기 30%에 이르러 가장 큰 감소 폭을 나타냈다(김진이, 2020). 2020년 2월부터 3월까지의 유행 초기, 보건소 역량의 거의 대부분은 불가피하게 선별진료소 운영과 역학조사 등 현장 대응에 집중하는 데에 투입되었다. 지역 보건기관들이 감당해 왔던 취약계층 대상의 공중보건 의료서비스와 돌봄서비스에 일시적이거나 단절이 발생했을 가능성을 시사하는 대목이다. 또한 ‘바이러스는 평등하지만, 재난은 평등하지 않다’⁸⁾는 역설에 해당하는, 작은 충격에도 큰 위기에 처할 수 있는 취약집단 건강안전망을 통한 ‘단절 없는(seamless)’ 서비스 제공이라는 과제를 의미하기도 한다.

단절 없는 서비스 제공과 관련하여서는 다양한 과제가 존재하겠으나, 여기서는 코로나19의 경험에 근거하여 크게 두 가지를 제시하고자 한다. 첫 번째는 기술을 활용한 공백의 메움이다. 코로나 19 유행에 대응하여 ‘대면진료’를 보완하기 위해

한시적인 전화상담과 대리처방이 허용되었다. 비대면(언택트) 환경은 취약집단 돌봄의 사각지대에 대응하는 중요한 도구이기도 하다. 예를 들어 2019년부터 추진되고 있는 재택의료는 그 성과가 주목되는 중요한 변화이지만, 한정된 인력이 모든 환자를 방문하여 대면진료를 수행하기에는 한계가 있다. 최소한 코로나19와 같이 ‘방문’과 ‘대면’을 원천적으로 저해하는 환경에 대응하기 위한 대안을 갖추어 둘 필요성이 높다. 두 번째는 지역보건체계의 역량 강화와 역할 재편에 대한 고민이다. 거미줄처럼 구축된 지역보건체계는 코로나19 방역망의 근간을 이루었다. 그러나 1차 유행의 위기를 넘기기까지 코로나19 대응 이외의 모든 보건소 사업이 정지되었다. 일부라도 지역보건서비스 제공 기능이 복원된 상황은 긍정적이지만, 감염병 대응을 동시에 수행해야 하는 형편상 인력의 소진을 앞당길 수 있다. 결과적으로 보건소 인력 확충과 기능 재편 과제에 대한 진지한 고민이 이루어질 때로 사료된다. 공공보건의료기관의 고유 기능이라 할 수 있는 감염병 대응과 지역사회 취약집단의 건강 모니터링과 돌봄서비스 제공을 위한 인력과 예산을 확충하고, 지역보건 기획력을 강화하기 위한 투자 방안 마련이 요구된다. 필요할 경우 공공보건의료 강화를 전제로 보건소가 보유한 일반진료 기능의 조정도 사회적 논의의 장에 과감하게 올려놓을 수 있으리라 사료된다.

8) 이강국. (2020.6.1.) 재난은 평등하지 않다. 한겨레. <http://www.hani.co.kr/arti/opinion/column/947373.html>에서 2021. 1. 2. 인출.

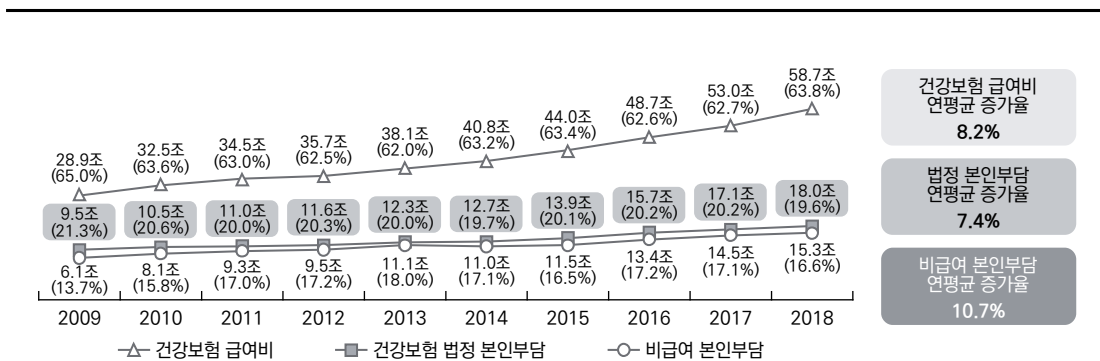
라. 국민건강보장의 확대

정부의 지속적인 보장성 강화 정책으로 압과 4대 증증질환 보장률은 가시적인 개선 추세가 분명하다. 제3차 건강보험 보장성 강화정책이 시작된 2014년을 기준으로 각각 72.6%, 77.7%였던 압과 4대 증증질환 보장률은 2018년에는 79.1%와 83.0%로 상승하였다. 다만, 건강보험의 전체 보장률은 담보상태라고 평가할 수 있다. 2014년에서 2018년까지 건강보험 보장률은 63.2%에서 63.8%로 정체되어 있는 수준이기 때문이다. 보장률 정체의 원인은 다양하나 비급여 본인부담 관리의 어려움은 가장 중요한 원인 중 하나이다. 지난 10년간 건강보험 급여비는 8.2%, 법정본인부담은 7.4% 증가하였으나, 비급여 본인부담은 연평균 10.7% 증가하였다. 특히 비급여 본인부담 증가는 수치상의 보장률 정체뿐만 아니라 국민들로 하여금 건강보험 보장 수준 하락을 체감 하도록 한다는 점에서도 관리의 필요성이 더욱

높다(여나금, 2020).

2019년부터 시행되고 있는 '제1차 국민건강보험종합계획(2019~2023)'은 2023년까지 건강보험 보장률 달성 목표를 70.0%로 제시하고 있다. 이에 따라 2021년에도 보장성 강화를 위한 비급여의 급여화가 지속적으로 추진될 것이다. 예를 들어 척추 MRI, 심장 초음파에 대한 건강보험 적용 확대가 추진되고, 신경계질환의 건강보험 적용과 정신질환 분야의 급여기준 확대 역시 계획되어 있다(보건복지부, 2020). 2021년은 계획된 비급여의 급여화 일정 준수와 함께 비급여 관리 정책을 좀 더 포괄적인 차원에서 개선하기 위한 논의가 이루어질 것으로 기대된다. 예를 들어 비급여 관리에서 보장성 강화 또는 경제적 부담 완화 측면은 일차적으로 중요하지만, 여기에 의료서비스의 질과 안전성, 지출 효율화 등이 함께 고려될 필요가 있다. 미용이나 건강증진을 목적으로 하거나 치료적 성격이 인정되기 어려운 행위에 대해서는 비급여

그림 5. 건강보험 진료비 구성별 지출 현황(2009~2018)



자료: 여나금(2020), 비급여의 급여화: 성과 및 향후 정책 방향 제언. 보건복지포럼 제289호. 한국보건사회연구원, p. 24

를 존속시킬 가능성이 높는데, 이러한 항목들에 대해서는 안전성에 대한 정확한 정보와 적정 관리 기준 등이 함께 논의되어야 한다. 그 과정에서 ‘보장률’이라는 단일한 수치에 집중된 지표가 아니라 질 관리와 안전성, 환자 선택 등이 종합된 포괄적인 비급여 관리 기제로의 발전을 도모할 수 있으리라 사료된다(여나금, 2020).

2021년에는 코로나19 유행을 계기로 제기된 국민건강보장의 확장에 매우 중요한 변화가 예견된다. ‘아플 때 쓸 수 있는’ 권리를 정착시키는 제도로서 상병수당 제도가 공식화⁹⁾ 되는 것이다. 상병수당에 건강보장의 성격만 포함되어 있지 않다. 고용보험이나 산재보험, 유급병가 등 다양한 사회적 안전망이 함께 고려되어야 할 주제이다.

그렇지만 「국민건강보험법」상의 보험급여 중 부가급여의 일종으로 상병수당 실시가 임의조항으로 규정되어 있고(제50조), 명칭에서 나타나듯이 상병수당의 출발점이 ‘질병’이기 때문에 제도 설계와 시행에서 건강보험에는 어느 사회보장제도보다 의미있는 역할 수행이 기대될 것으로 전망된다. 예를 들어 상병수당제도를 사회보험에 기반하여 법률상 규정과 같이 부가급여 형태로 설계할 경우 보험료 수준과 부과체계는 건강보험제도와 연계될 가능성이 높아진다. 2021년 예정된 ‘한국형 상병수당’ 연구를 통해 다양한 쟁점과 기존 제도와의 정합성, 제도 설계 논의가 이루어지겠지만, 국민건강보장의 확장이라는 측면에서 건강보험의 역할과 기능은 역시 간과할 수 없는 중

표 2. 상병수당 제도 도입 시 제도적 선택사항 및 해당 해외 사례

구분	제도적 선택사항 및 선형국
재원 조달	조세 방식(덴마크, 뉴질랜드), 사회보험(독일, 스웨덴, 터키)
사회보험 방식일 경우 보험료율	직장 근로자의 경우 고용주 전액 부담(이탈리아, 스웨덴), 노동자-고용주 공동 부담(핀란드, 그리스 등) 등
전달체계	건강보험(독일, 프랑스 등), 연금(포르투갈, 영국 등), 고용보험(대만, 캐나다 등)
대기일수	대기일 없이 즉시(폴란드)~1개월(벨기에)
보장 방식	정액(호주, 덴마크 등) 혹은 정률(독일, 스웨덴 등)
정률 방식의 보장 수준	50%(대만)~100%(룩셈부르크)
정액 방식의 보장 수준	최소 35만 원/월(아이슬란드)~ 최대 290만 원/월(덴마크)
제도의 대상 1	직장 가입자만(일본)~18세 이상 인구(아이슬란드)
제도의 대상 2	본인만(영국)~피부양자까지(아일랜드)
유급병가 보장 기간	70일(체코)~3년(독일)

자료: 임승지 외(2019); 김기태(2020)에서 재인용

9) 정부가 발표한 ‘한국판 뉴딜 종합계획’에는 고용·사회 안전망 구축을 위해 ‘한국형 상병수당’ 도입을 위한 연구용역을 2021년에 시행하고, 저소득층 등을 대상으로 하는 시범사업을 2022년에 추진하는 것을 제시하고 있음(관계부처 합동, 2020b).

요한 과제이다.

3. 나가며

코로나19는 한국 보건의료체계 전반에 영향을 미쳤다. 본고에서 2021년 보건의료정책의 주요 과제로 제시한 것은 공공보건의료 역량 강화를 통한 의료서비스 접근성과 건강성과 격차 완화, 전 국민을 대상으로 하는 정신건강사업 확대와 건강 정보문해력(health literacy) 제고를 통한 의료소비자 지원, 단절 없는 의료서비스 제공체계 구축을 통한 취약계층 보호망 내실화, 국민건강보장의 지속적인 추진과 상병수당을 비롯한 새로운 건강보장으로의 외연 확장 대비 등이었다. 당연히 코로나19의 영향력은 이들 과제에 국한되지 않는다. 여러 한계로 본고에서 다루지 못하였으나 코로나19가 한국 보건의료체계 전반에 미친 영향을 고려할 때, 의료전달체계 개선과 보상체계의 결합, 바이오헬스산업 육성, 마스크와 백신과 같은 방역물자의 배분 등 2021년의 과제는 이보다 더 폭넓고 다양하다.

글의 서두에서 2020년을 ‘코로나19의 해’로 언급하였다. 당분간 유행이 지속될 것으로 보이는 상황에서 시급한 과제는 방역과 일상을 조화롭게 동조시킴으로써 보건의료체계가 감당할 수 있는 범위에서 코로나19를 통제하는 것이다. 이를 기반으로 백신과 치료제를 통해 위기 극복의 전기를 마련하는 과정으로 나아가야 한다. 그렇지만 코로나19의 교훈을 당면 과제의 해결에만 국한시킬 수는 없

다. “진정한 여행의 발견은 새로운 풍경을 찾는 것이 아니라 새로운 시각을 갖는 것”이라는 마르셀 프루스트의 문구처럼 공중보건 위기 상황이 한국 보건의료에 주고 있는 새로운 시각들에 대해 사회가 함께 고민하며 한 단계 도약을 위한 출발점으로 활용해야 한다. 이런 측면에서 2021년도 역시 ‘코로나19의 해’가 되어야 한다. ■

참고문헌

- 관계부처 합동. (2020a). 감염병 효과적 대응 및 지역 필수의료 지원을 위한 공공의료체계 강화 방안.
- 관계부처 합동. (2020b). 「한국판 뉴딜」 종합계획. 김기태. (2020). 한국의 상병수당 ‘부재’ 현황과 상병수당 도입을 위한 제언. 보건복지 ISSUE& FOCUS 제388호. 한국보건사회연구원.
- 김진이. (2020). 코로나19 전후 건강보험 진료비 변화와 시사점. NABO FOCUS 제26호. 국회예산정책처
- 보건복지부, 국립정신건강센터. (2019). 국가 정신건강현황 보고서 2019.
- 보건복지부, 국립중앙의료원. (2019). 2019 공공보건의료 통계집.
- 보건복지부. (2020). 제1차 국민건강보험종합계획 2021년 시행계획(안).
- 보건복지부, 한국건강증진개발원(2015). 제4차 국민건강증진종합계획 2016~2020.
- 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2020). 제5차 국민건강증진종합계획(HP2030) 수립을 위한 분과위원회 설명회 발표자료.

- 보건복지부, 한국트라우마스트레스학회. (2020). 2020년 9월 국민 정신건강실태조사.
- 신현웅. (2020). 보건의료정책 현황과 과제: 지속 가능성 확보를 중심으로. 보건복지포럼 제 279호. 한국보건사회연구원.
- 어나금. (2020). 비급여의 급여화: 성과 및 향후 정책 방향 제언. 보건복지포럼 제289호. 한국보건사회연구원
- 윤강재. (2020a). 코로나19가 한국보건의료체계에 미친 영향과 대응과제: 공공보건의료를 중심으로 pp. 411-438; 예충열 외. (2020). 코로나19 진행에 따른 경제·사회·산업 충격대응. 경제·인문사회연구회 협동연구총서.
- 윤강재. (2020b). 코로나19 유행상황에서의 한국보건의료체계의 변화와 과제. 보건복지포럼 제290호, pp. 34-49.
- 정형선, 신정우, 문성웅 외. (2019). 2018년 경상 의료비 및 국민보건계정. 보건행정학회지 29(2): pp. 206-219.
- 최슬기, 채수미, 김혜윤...황종남. (2020). 건강정보문해력(헬스리터러시) 제고 방안 연구. 한국보건사회연구원.
- 통계청. (2019). 장래인구특별추계: 2017~2067년.
- 통계청. (2020a). 보도자료: 2020 고령자 통계 (2020. 9. 28.).
- 통계청. (2020b). 보도자료: 2019년 사망원인통계 결과(2020. 9. 21.).
- 한국건강증진개발원. (2020). 보도자료: 국민 40.7% “코로나19로 우울·불안 경험했다”(2020. 10. 14.)
- OECD. (2019). Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death (November 2019 version).
- WHO. (2020). WHO COVID-19 Weekly Epidemiological Update 2020. 12. 27.
- WHO COVID-19 Weekly Epidemiological Update 2020. 12. 27.
- 이강국. (2020.6.1.) 재난은 평등하지 않다. 한겨레. <http://www.hani.co.kr/arti/opinion/column/947373.html>에서 2021. 1. 2. 인출.
- 코로나바이러스 감염증 19(COVID-19). 국외발생현황 사이트. http://ncov.mohw.go.kr/bdBoardList_Real.do?brdId=1&brdGubun=14&ncvContSeq=&contSeq=&board_id=&gubun=(2020. 12. 30. 인출)
- KBS NEWS(2021.01.01.). “코로나 블루 심해졌다” 61.9%...자영업자·주부 더 취약’ <https://news.kbs.co.kr/news/view.do?ncd=5085405>(2021. 1. 2. 인출)
- The Commonwealth Fund (2021). <https://www.commonwealthfund.org/publications/2020/oct/impact-covid-19-pandemic-outpatient-care-visits-return-prepandemic-levels>에서 2021. 1. 2. 인출.