

보건의료의 현황과 발전방향

Issues and Future Directions of Health Policies



이상연 한국보건사회연구원 선임연구위원

고령사회의 도래와 만성질환의 폭증에 대비하여 우리나라의 보건의료체계의 지속가능성을 확보하기 위해서는 첫째, 질병의 발생 억제 및 통제자로서의 공공보건의료의 위상을 확보해야 한다. 둘째, 예방·건강증진, 치료, 장기요양, 재활 등의 서비스 간 연계·통합은 물론 복지·문화·예술 등 다양한 사회적 가치들과 통합된 서비스를 개발함으로써 서비스의 수용도(acceptability)를 제고해야 한다. 셋째, 대형병원 환자 집중현상을 극복할 수 있는 일차의료기관 중심의 만성질환관리 체계의 활성화가 필요하다. 넷째, 개인 차원의 건강을 연속적으로 관리할 수 있는 체계가 구축되어야 하며, 마지막으로 지역단위의 건강관련 프로그램 개발과 시행에 있어 행태적이고 사회적인 접근을 강화하기 위한 의사결정 기전이 마련되어야 한다.

1. 들어가며

우리나라 보건의료와 관련하여 지금까지 비교적 원론적인 입장에서 거론되던 서비스 공급의 효율성 제고, 서비스의 질 향상, 서비스 공급의 형평성 제고 등의 정책과제가 고령사회의 도래와 만성질환의 폭증이라는 시대적 변화를 맞이하여 이제는 더 이상 미룰 수 없는 현안으로 대두되고 있다. 우리 사회가 전반적으로 치료를 위한 서비스 생산에 고비용이 소요되는 질병구조로 전이되고 있기 때문에 보건의료에 대한 지출의 급속한 증가는 피할 수 없다 하더라도 증가의 속도와 폭을 효과적으로 통제할 수 있는 기전 마련이 시급해졌다.

이러한 상황에 대처하기 위해서는 보건의료 서비스를 치료와 예방으로 대별하고 치료는 민간부문, 예방은 공공부문이 담당하는 것이 바람직하다고 볼 때 치료서비스의 공급체계를 내재적 낭비요인의 제거를 통해 고효율 구조로 재편함과 동시에 질병예방 및 건강증진을 위한 공공보건의료의 확충을 통해 치료서비스에 대한 수요를 원천적으로 봉쇄하는 전략이 필요하다.

여기에 더하여 국민들의 욕구도 새로운 차원으로 진화하고 있다. 건강에 대한 욕구가 단순히 질병이 없는 상태가 아니라 질병에 이환될 리스크(risk)와 확률 자체를 줄이거나, 힘들여 지키는 건강을 넘어서 향유하는 대상으로서의 건강에 대한 욕구로 변모하고 있음을 고려할 때

다 사회서비스와의 연계나 통합을 통해 지금까지와는 다른 새로운 서비스의 개발도 필요하다.

또한 우리나라가 오랫동안 유지해왔던 보건의료제도의 기본 틀로서 보건의료서비스 전달 체계가 질병구조 및 국민의 보건의료서비스 이용 양상의 변화 등에 따라 어떤 사회적 편익과 비용을 발생시키는지에 대한 검토도 필요한 시점이 되었다.

따라서 본고에서는 국민의 욕구변화, 예방서비스에 대한 자원배분의 우선순위, 보건의료서비스 전달체계를 중심으로 우리나라 보건의료가 안고 있는 문제점을 살펴보고 향후의 추진방향을 제시하고자 한다.

2. 우리나라 보건의료의 현황과 문제점

1) 예방 및 건강증진에 대한 투자 미흡

급속한 인구고령화는 지금뿐 아니라 앞으로 우리 사회의 모습을 특징짓는 가장 중요한 사회현상의 하나가 될 것이다. 이에 따라 사회 각 분야에 걸쳐 고령사회에 대비하기 위한 다양한

대책들이 모색되고 있다. 특히 노인인구 증가에 따른 만성질환의 급속한 증가와 이에 따른 국민의료비 부담의 폭증이 핵심적인 변화의 하나로 지적되고 있다. 건강보험 재정지출은 2010년 34.9조원에서 2030년 162.1조원으로 증가하여 GDP 대비 비율이 같은 기간 동안 3.1%에서 7.2%로 두 배 이상 증가할 것으로 전망되고 있다.

국민의료비도 폭증하는 추세를 보여 2005년 49.6조원에서 2006년 55.3조원, 2007년 61.8조원, 2008년 66.7조원, 2009년 73.7조원으로 매년 5~6조원 이상 증가하였다. 국민의료비의 증가 요인이 매우 다양하기 때문에 단순히 말하기는 어렵지만 개략적으로 보더라도 최근 5년간 매년 약 19만명의 인구가 증가하는 것을 고려할 때 국민 1인당 의료비가 급속하게 증가하고 있음을 알 수 있다.

이러한 추세에 대응하여 질병예방과 건강증진을 중심으로 한 보건의료정책의 중요성이 누누이 강조되어 왔다. 그러나 현실적으로 문제의 심각성에 비해 지금까지의 정책적인 성과나 준비는 매우 미흡한 것으로 판단된다. 우선 보건의료분야의 예산은 2008년 1.2조원에서 2011년 1.6조원으로 연평균 약 7%증가하여 왔으나

표 1. 건강보험 재정지출 전망

(단위: 조원, %)

구분	2010년	2015년	2020년	2025년	2030년
건강보험재정 지출	34.9	56.8	87.4	121.4	162.1
GDP 대비 비율	3.1	4.2	5.2	6.3	7.2

자료: 한국보건사회연구원 내부자료

표 2. 국민의료비 변동 추이

(단위: 조원)

구분	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년
국민의료비	49.6	55.3	61.8	66.7	73.7
건강보험 재정지출	20.3	22.4	25.3	28.9	31.2

자료: 보건복지부 내부자료

전체적으로 보건복지부 예산에서 차지하는 비중은 매우 낮다. 이 중에서도 질병예방과 건강증진에 투입된 예산은 2009년 1,039억원, 2010년 1,084억원, 2011년 1,099억원 등으로 보건의료 예산의 1/10에도 미치지 못한다. 건강보험 재정 중에서 예방과 관련된 예산이 일부 투입되고 있지만 이를 감안하더라도 질병예방 및 건강증진

에 대한 재정지출은 매우 미흡하다.

2) 질병구조 변화와 보건료서비스 전달체계상의 괴리

대표적인 만성질환인 암 환자가 크게 증가하면서 인구 10만명당 암사망자수는 1996년

표 3. 보건복지예산 현황

(단위: 조원)

구분	2008년	2009년	2010년	2011년
복지분야 총 재정	67.7	74.8	81.2	86.4
기초생활보장	6.9	7.1	7.3	7.5
취약계층 지원	0.9	1.1	1.5	1.3
공적 연금	21.4	23.8	26.0	28.2
보육·가족·여성	1.6	1.9	2.4	2.9
노인·청소년	2.2	3.3	3.6	3.9
노동	10.5	11.8	12.3	12.6
보훈	3.1	3.4	3.6	3.9
주택	14.7	15.0	16.7	18.1
사회복지일반	0.4	0.4	0.5	0.5
보건의료	1.2	1.5	1.7	1.6
예방·건강증진	-	0.1039	0.1084	0.1099
건강보험	4.6	5.2	5.4	5.7
식품의약품안전	0.2	0.2	0.2	0.2

자료: 보건복지부 내부자료

110.6명에서 2008년 139.5명으로 증가하였다. 고혈압 유병률은 1998년 29.9%에서 2007년 24.6%로 감소하다 2008년 26.9%로 다시 증가하고 있으며, 당뇨병도 2001년 이후 지속적으로 증가하는 추세를 보이고 있다.

이와 같이 암 등 만성질환의 증가하면서 국민들의 보건의료기관 이용양상에 커다란 변화가 야기되고 있다. 대형병원으로의 환자 쏠림현상은 우리나라 국민들이 시설·인력·장비 등이 우수한 대형병원을 선호하는 데서부터 출발하였지만 주요 만성질환이 증가하면서 단순한 선호현상을 넘어 구조적인 문제로 고착화되고 있다. 즉, 만성질환의 진단과 판정을 대형병원에서 받고 난 이후 만성질환의 관리를 위해 해당 대형병원을 지속적으로 이용함에 따라 전반적으로 대형병원의 환자집중 현상이 심화되고 있다.

이러한 시점에서 현재의 1-2-3차로 이어지는 전달체계가 어떤 의미를 가지는지에 대한 검토가 필요하다. 의원급은 예방 및 외래진료 중심, 병원급은 입원 중심, 상급병원은 고난이도 진료 및 연구 중심 등으로 역할 분담이 이루어져야 한다는 점이 강조되어 왔지만 문제는 이러한 역할분담 구도를 실현할 수 있는 효과적인 정책적 수단이 없다는 데 있다. 원론적인 입장에서는 이러한 전달체계가 효율적이라고 볼 수 있지만 만약 이러한 체계를 유지하기 위해 사회적 부가비용이 소요된다면 여기에 대한 검토도 필요하다. 의료소비자들이 수가가산율 등의 규제적인 수단을 무릅쓰고라도 대형병원 집중된다면 그러한 규제적인 수단은 오히려 사회 전체적으로 볼 때 비용으로 작용하기 쉽다.

이러한 상황에 대처하기 위해 지역사회 내의

일차의료기관에서 만성질환을 관리하기 위한 제도적 틀이 시도되고 있다. 이러한 제도가 활성화되기 위해서는 참여하는 서비스 공급자와 소비자 모두가 이 제도를 통해 순편익을 얻을 수 있어야 한다. 소비자들의 입장에서 대형병원을 이용함에 따라 발생하는 편익을 상쇄시킬만한 편익을 이 제도를 통해 얻을 수 있어야 하며, 그 사실을 소비자들이 분명하게 인식할 수 있어야 한다.

3) 국민육구 및 생활양식 변화에 대응한 프로그램 개발 미흡

건강에 대한 국민들의 욕구와 관련하여서는 두 가지 측면에서 문제점을 지적할 수 있다. 첫째로 국민들이 원하는 것은 단순한 질병으로부터의 해방이라는 차원을 넘어서서 웰빙(well being)을 구성하는 문화, 예술 등 다양한 정신적 가치들과 융합된 서비스라는 점이다. 이러한 측면에서 볼 때 지금까지와 같은 “건강한 삶”만을 강조하는 전략은 더 이상 국민들로 하여금 건강에 대한 관심을 행동으로 옮기도록 하는데 한계가 있다.

둘째, 지금까지의 건강증진사업이 금연·절주·영양·운동 등 전통적인 정책영역에 집중되어 있으며, 대상자들의 직업활동 등 사회생활이나 가정생활, 취미활동 등 다양한 사회·경제적 요인을 고려하지 못하고 있다는 점이다. 단순히 금연을 권고하거나 금연 관련 홍보물에 대한 노출정도를 제고하는 정도의 단순한 전략으로는 대상자들을 건강관리의 장으로 이끌어 낼 수 없다. 대상자들이 가진 행태학적, 사회·경

제적 요인을 고려한 종합적인 접근 전략과 프로그램이 개발되어야 한다.

4) 서비스 연계 및 통합적 접근 미흡

만성질환은 단일 병인보다는 복합적인 병인에 의해 발생할 뿐 아니라 장기간에 걸쳐 병인이 누적된 결과이기 때문에 청장년 시기부터 건강한 생활을 영위하는 것이 무엇보다 중요하다. 이런 측면에서 본다면, 건강증진·질병예방·치료·재활 등의 서비스를 연속적이면서도 통합적으로 제공할 수 있는 메커니즘의 개발이 중요하지만 우리의 현실은 그렇지 못하다. 평생건강관리 또는 생애주기별 건강관리 등이 강조된 적이 있으나 실질적으로 그 내용은 영유아, 아동, 청소년, 모성, 노인 등 연령계층별 또는 대상별로 특화된 접근을 기반으로 하였으며 생애기간에 걸친 연속적인 서비스 공급은 시도된 적이 없다. 즉, 개인이 인생의 여러 단계를 거쳐 가는 동안 필요한 서비스를 연속적으로 제공하는 체계는 마련되어 있지 않다. 특히 의료서비스 공급의 상당부분을 민간 부문에 의존하는 우리나라의 상황에서는 공공부문이 안내자와 같은 역할을 담당하여야 하지만 현재로서는 재정, 인력, 프로그램 등 모든 면에서 한계에 직면해 있다.

5) 공공보건의료 기능 취약

의료비용 조달을 위해 사회보험 방식을 채택하고 있으며 의료서비스 공급의 대부분을 민간 부문에 의존하고 있는 우리나라로서는 고령사

회의 도래와 만성질환의 폭증이라는 시대적 변화에 대응하여 공공부문의 역할 증대가 필수적이다. 건강보험에 대한 재정기여 능력은 떨어지는 반면 재정 지출은 많은 노인인구의 증가는 필연적으로 건강보험 재정에 대한 국고지원의 확대나 공공부문의 직접적인 서비스 공급 확대를 요구하게 될 것이다. 특히 고령사회에 대비한 가장 효과적인 대응전략의 하나로 예방서비스의 확충이 강조되기는 하지만 건강보험 재정상에 한계를 맞고 있는 상황에서는 예방서비스에 대한 급여를 실시할 수 없으며, 이에 따라 민간부문을 통한 예방서비스의 공급 확대를 기대하기는 어렵기 때문에 이러한 여백을 공공부문이 채우지 않을 수 없다.

이런 측면에서 공공보건의료의 확충은 보건 의료부문에 있어 오랫동안 국가적 과제로 대두되어 왔지만 지금까지 그 성과가 매우 미흡했다. 한국병원경영연구원에 의하면 2010년 국·공립의료기관은 전체 의료기관의 7.3%, 병상수는 11.8%에 불과하다. 물론 공공보건의료의 기능을 기관수나 병상수의 비율을 기준으로 논하는 것은 바람직하지 않다. 민간의료기관수와 병상수가 빠르게 증가하고 있는 현재의 상황에서 공공부문의 비율은 상대적으로 낮아질 수밖에 없기 때문에 이러한 비율이 별다른 의미를 가지지 못할 수도 있으며, 공공보건의료의 기능을 단순한 기관수나 병상수로 표현할 수 없다는 점 때문이다. 그러나 예방과 건강증진 서비스 제공을 중심으로 한 공공보건의료의 기능 확대는 필수적이며, 민간부문과의 상대적 개념이 아닌 대상자의 규모나 욕구의 특성 등에 기반한 절대적 기준 하에 논의되어야 한다.

3. 우리나라 보건의료의 발전방향

만성질환의 폭증에 대비하여 우리나라의 보건의료체계의 지속가능성을 확보하기 위해서는 다양한 대책이 강구되어야 하지만 궁극적으로 질병발생 억제를 통해 비용증가를 통제할 수 있는 대책이 가장 우선적으로 강구되어야 한다. 이를 위해서는 첫째, 질병의 발생 억제 및 통제자로서의 공공보건의료의 위상을 확보해야 한다. 지금까지 공공보건의료의 역할은 주로 민간부문이 회피하는 부문의 필수 진료, 위기상황에 대비한 안전망으로서의 역할, 저소득 취약계층에 대한 보건의료서비스 제공 등으로 국한되어 왔다. 그러나 이러한 역할에 부가하여 향후의 공공보건의료는 취약계층 중심이 아닌 전 국민을 대상으로 하여 예방 및 건강증진 서비스를 효과적으로 제공함으로써 치료서비스 시장으로 들어가는 입구를 통제하는 역할을 담당하도록 해야 한다. 만성질환 사회에서 장기적으로 국민의료비 지출 규모에 결정적인 영향을 미치는 서비스 공급자로서의 역할을 담당해야 한다. 공공보건의료가 저소득층만이 아닌 전국민을 대상으로 질병예방 및 건강증진서비스를 제공한다는 점에 대해 이견이 있을 수 있다. 그러나 현재 중산층 이상이더라도 질병예방 및 건강증진과 관련된 서비스를 제공받을 수 있는 공적인 공급망이 부재하며, 앞으로도 주치의제도 등이 본격적으로 시행되지 않는 한 그럴 가능성도 낮다. 그간 정부가 민간의 자원을 활용한다는 차원에서 『건강관리서비스법안』을 마련하여 국회에 제출하였으나 각계의 이견으로 법안이 통과되지 못하고 있다. 그러나 서비스의 직접적인 제공자가 공

공보건의료기관이든 민간부문이든 또는 서비스 이용자의 본인부담이 있든 없든 한 가지 분명한 명제는 공공보건의료 차원에서의 공적인 서비스 공급망이 구축되어야 한다는 것이다.

이와 같은 공공보건의료의 역할 증대를 위해서는 예방 및 건강증진에 대한 자원배분의 우선순위를 획기적으로 상향 조정되어야 한다. 예방 및 건강증진사업 재원을 국민건강증진기금에만 의존하지 않고 일반회계에서의 예산 배정을 강화해야 한다. 담배에 대한 건강증진부담금에 부가하여 죄악세(sin tax) 등을 통해 재원을 확충해야 한다는 주장도 제기되고 있으나 보다 안정적인 재원이 확보되어야 한다.

둘째, 서비스 간 연계·통합 증대를 위한 제도적 장치가 개발되어야 한다. 이를 위해서는 예방·건강증진, 치료, 장기요양, 재활 등의 서비스 간 연계·통합은 물론 복지서비스, 문화, 예술 등 다양한 사회적 가치들과 통합된 서비스의 개발이 필요하다. 지금까지 서비스의 연계·통합은 서비스 공급 상의 효율성 제고와 질 향상 측면에서 논의되어 왔다. 그러나 건강에 대한 국민들의 가치 변화는 물론 수용도(acceptability) 측면에서 서비스의 통합은 매우 중요하다. 건강관리를 실천하지 않는 집단에 대해 복지서비스와 건강관련 서비스를 통합해서 제공할 경우 수요도가 제고될 수 있을 것이다. 각종 문화·예술 공연장에서의 건강관련 서비스 제공이나 다문화가정 지원사업이나 자활프로그램 등 지역사회 내의 다양한 복지사업들과 건강관련 사업을 통합하기 위한 다양한 노력이 필요하다. 이를 위해서는 지역단위에서의 통합·연계 프로그램 개발을 위한 재정적 지원과 인적 역량의 배양

등이 필요하다.

셋째, 보건의료 서비스 전달체계의 개선이 필요하다. 1-2-3차의 의료서비스 전달체계를 기초로 한 수가가산율 제도나 차등수가제 등 건강보험 상의 제도적 조치만으로는 그 성과가 미흡하다는 것이 이미 현실로 증명되고 있다. 평소의 만성질환관리 등을 위해 대형병원을 이용하는 것보다는 지역단위의 일차 의료기관을 이용하는 것이 환자들에게 더 큰 편익이 돌아갈 수 있도록 하기 위한 세밀한 서비스전달 체계의 개발이 필요하다. 대형병원을 선호하는 환자의 의료이용 행태를 변화시킬 정도의 편익은 금전적인 것일 수도 있지만 그 보다는 앞에서 언급한 바와 같은 다양한 사회서비스나 문화상품 등과 통합이 하나의 예가 될 것이다.

넷째, 개인 차원에서 연속적 관리가 필요하다. 영유아에서 노인이 되기까지 학교, 군대, 직장, 지역사회 등을 거치는 전 과정의 건강 및 질병 이력을 관리하기 위한 체계가 마련되어야 한다. 보건의료원, 보건소 등 지역보건의료기관이나 국공립병원 등이 중심이 되어 본인이 동의하는 범위 내에서 정보를 관리하고, 평소의 건강 관리 대한 안내, 상담, 교육 등의 서비스를 제공해야 한다.

다섯째, 지역단위의 건강관련 프로그램 개발과 시행에 있어 행태적이고 사회적인 접근이 강화되어야 한다. 건강관리의 장으로 이끌어내기 위한 전략은 더 이상 보건학적이거나 의료적인 문제의 범위를 넘어선다. 개인이 가진 가정환경이나 경제활동, 사회활동 등을 종합적으로 고려한 접근 전략이 마련되어야 한다. 이는 중앙단위에서는 전체적인 사업의 프레임 설정하고

세부적인 사업추진전략은 지자체 단위에서 수립해야 한다는 것을 의미한다. 지자체 단위에서의 세부적인 사업추진 계획 수립에 지역사회의 각종 전문가들이 조직적으로 참여할 수 있는 메커니즘이 확보되어야 한다.

4. 결론

본 고에서는 고령사회에 대비하여 만성질환의 효과적 통제와 이를 통한 국민의료비 증가억제를 중심으로 몇 가지 정책방향을 제시해 보았다. 국민의료비 증가억제를 위해서는 이외에도 보건의료 자원의 적정 관리, 수요를 초과하는 서비스의 공급 억제, 합리적 서비스 수가결정 및 지불보상제도 설정, 서비스 이용의 중복 제거 등 합리적 수요관리 등 다양한 노력이 필요하다.

아울러 공공보건의료의 역할 증대와 관련하여 최근 『공공보건의료에 관한 법률』을 개정하여 공공보건의료의 정의를 서비스 공급 주체에서 기능 중심으로 전환한 것과 때를 같이 하여 민간의료기관이 공공보건의료 기능을 수행하기 위한 롤 모델(role model)을 설정할 필요가 있다. 아울러 보건지소, 보건진료소 등 지역보건의료기관도 사회·경제적 여건변화와 주민의 욕구 변화에 맞추어 기능 중심으로 재편할 필요가 있다. 지리적 문제를 떠나 단순히 현재와 같은 서비스 공급처(service point)로서의 역할을 담당하는 기관이라면 현재와 같은 모습으로 존재할 필요가 있는지 재검토할 필요가 있다. **필독**