

# 보건의료서비스 제공체계의 주요 현안 및 정책과제

*Issues and Policy Directions of Healthcare Delivery System*



정영호 한국보건사회연구원 연구위원

국내총생산의 7% 이상을 지출하고 국민 전체의 행복과 삶의 질에 직결된 보건의료부문은 그 중요성에 비해 상대적으로 소홀한 측면이 있다. 보건의료 제공체계의 주요 현안 및 개선에 대해 지속적으로 논의되어 왔지만, 성과는 미흡한 측면이 있다. 환자 중심의 효과적인 보건의료서비스가 효율성과 형평성을 담보하며 시의적절하게 제공되는 바람직한 체계를 구축할 수 있도록 적극적인 정책적 노력을 기대해 본다.

## 1. 서언

우리나라의 국내총생산(GDP) 대비 국민의료비 비중은 2006년에 6.0%에서 2010년에 7.1%로 급속하게 증가하고 있어,<sup>1)</sup> 이러한 추세라면 머지않아 OECD 평균인 9%대에 이를 것으로 예상할 수 있다.<sup>2)</sup> 국내총생산의 7% 이상을 지출하는 보건의료부문은 우리나라 국민의 건강과 삶의 질에 직접적으로 영향을 주기 때문에 효과적·효율적으로 보건의료체계 구축하는 것은 매우 중요한 국가적 과제라 할 수 있다.

우리나라 국민의 기대수명은 1970년에 62.2세에서 OECD 평균을 상회하는 정도인 80.8세(2010년)로 괄목할 만한 성과를 이루었다.<sup>3)</sup> 그러나 질병없이 사는 기간인 건강수명과 기대여명의 격차가 심하여, 일생의 10%동안은 질병을 안고 살고 있는 실정이다.<sup>4)</sup>

우리나라 국민 전체의 행복과 직결된 건강을 위해서는 보건의료부문의 올바른 제공체계 구축이 전제되어야 한다. 바람직한 보건의료 체계가 갖추어야 하는 특성으로 미국의 Institute of Medicine에서는 안전(safe), 효과(effective), 환자

1) e-나라지표 [http://www.index.go.kr/egams/stts/jsp/potal/stts/PO\\_STTS\\_idxMain.jsp?idx\\_cd=1431](http://www.index.go.kr/egams/stts/jsp/potal/stts/PO_STTS_idxMain.jsp?idx_cd=1431)

2) 건강보험재정지출은 2012년 42조에서 2030년에는 137조로 약 3배 이상 증가할 것으로 예측됨(국민건강보험공단(2010), 건강보험 중·장기 재정전망 연구).

3) e-나라지표에서 발췌, <http://www.index.go.kr/egams/stts/search/index.jsp>

4) 정영호(2012. 11), 우리나라 국민의 기대수명 및 건강수명, 보건복지포럼, 한국보건사회연구원.

중심(patient-centered), 시의적절(timely), 효율(efficient), 형평(equitable)의 6가지 요소를 제시하고 있다. 본 고에서는 이러한 6가지 요소를 담보할 수 있는 바람직한 보건의료 정책방향을 설정하는데 기초자료를 제공하기 위하여 우리나라 보건의료서비스 제공체계의 주요 현안문제를 제시하고자 한다. 이어 보건의료부문을 둘러싼 환경변화에 대한 간략한 논의를 하여 장기적인 관점에서의 바람직한 보건의료서비스 제공체계 구축을 탐색하는 데 기여하고자 하였다.

## 2. 보건의료 제공체계 주요 현안 및 정책과제

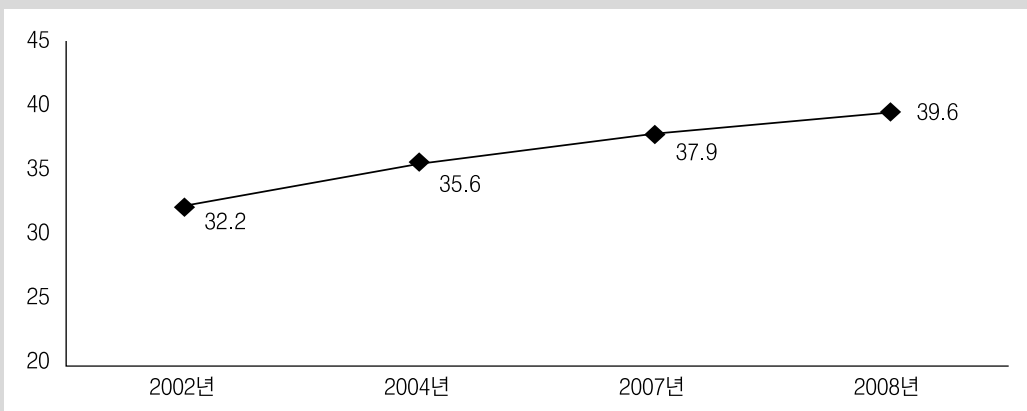
### 1) 의료기관 기능 재정립

의료서비스 전달체계의 효율적 운영을 위해서는 기능에 적절한 의료공급구조를 구축하는 것

이 중요하다. 즉, 일차의료에서는 지역사회에 대한 건강문제에 대한 치료와 예방을, 이차의료에서는 병원수준의 좀더 전문적인 진료를 요구하는 건강문제를, 그리고 삼차의료에서는 고도로 전문화된 진료를 요하는 건강문제와 드물게 발생하지만 복합적 질환이나 장애 문제 등 의료의 기술적 측면에서 최상의 서비스를 제공하도록 적절한 의료공급체계의 단계화가 필요하다. 이러한 정책목표를 달성하기 위해 1989년 7월 전국민의료보험 확대실시와 함께 의료전달체계를 도입하고 의료법에도 포함하고 있으나 의료기관 간 기능분화의 미흡으로 인한 비효율과 의원, 병원, 종합병원, 상급종합병원 간의 기능 및 역할 중복에 따른 갈등이 심화되고 있는 실정이다.

의료기관의 기능 정립 미흡으로 환자 및 자원의 대형병원 쏠림현상이 더욱 가속화되고 있다. 서울의 병원급 의료기관을 이용한 타지역 입원환자 구성비를 보면, 2002년에 32.3%에서 2008년에는 39.6%로 증가하였다(그림 1). 의료기관

그림 1. 서울의 병원급 의료기관을 이용한 타지역 입원환자 구성비



자료: 보건복지부(2011). 의료기관 기능 재정립을 위한 기본 방향.

의 기능분화 미흡으로 인한 무한경쟁으로 중소 규모 병원의 경영이 더욱 악화되고 있으며, 지역사회내 지역병원의 폐쇄에 따라 의료이용 접근성이 저하되고 상급종합병원의 58.6%가 수도권권에 밀집되고 있는 등 자원의 왜곡 현상도 심각한 수준이라 할 수 있다.

의료기관의 기능 분화 미흡은 일차의료체계 미흡과 밀접하게 맞물려 있다고 할 수 있다. 일차의료체계는 만성질환자가 지속적이고 포괄적인 치료를 받을 수 있어 불필요한 입원이나 응급방문을 감소시킬 수 있으며, 질병 악화를 방지하고 건강보험 재정지출을 적정화하며, 인구구성원의 보건의료제도에 대한 만족도를 높일 수 있다. 그런데 상급종합병원의 진료비 중 외래진료비가 차지하는 비중이 36.8%(2009년 기준)이며, 상급종합병원 외래 진료 중 경증질환의 비율은 32.5%(2009년)를 보이고 있어, 일차 의료기관의 진료로 가능한 경증질환도 상급종합병원을 이용하는 사례가 높다고 할 수 있다.

OECD 한국 의료의 질 검토보고서(Health Care Quality Review: Korea, 2012)에서 한국의 보건의료체계는 질병치료를 병원에 지나치게 의존한 결과, 보건의료비지출 증가율(연 8%)은

OECD 평균증가율(연 3.6%)의 2배에 달하는데 그 중 병원비 지출이 절반이상을 차지한다고 지적하고 있다. 또한 천식, 만성폐색성 폐질환, 당뇨와 같은 만성질환은 일차의료영역에서 관리를 잘하면 입원을 줄일 수 있는 질환이지만, 이들 질환의 입원율이 높다는 것은 일차의료영역에서 관리가 되지 않아 질병이 악화되어, 입원병상이 비효율적으로 활용된다는 것을 의미한다(표 1).

보건복지부는 2011년 3월에 의원-병원-대형병원간 역할분담을 재정립하는 의료기관 기능 재정립 기본계획을 발표한 바 있다. 의료기관 기능 재정립을 통하여 의료자원을 효율적으로 활용하고 최소의 비용으로 양질의 서비스를 제공하기 위해서 기능 재정립과 관련된 정부의 노력도 필요하며, 이와 연계하여 국민들의 합리적인 의료이용을 유도하기 위한 인센티브 체계도 병행될 필요가 있을 것이다. 그리고 환자들이 의원과 병원을 질환의 중증도에 따라 이용하더라도 환자의 만족도가 높은 수준에 이를 수 있도록 환자와 공급자간의 신뢰관계가 구축되어야 할 것이다.

표 1. 만성질환의 예방가능한 입원율: 2009년

(단위: 인구10만명당)

예방가능한 입원율	우리나라			OECD		
	남	여	계	남	여	계
천식	93	110	101.5	36	66	51.8
만성폐쇄성폐질환	318	159	222.0	251	164	198.0
조절되지 않는 당뇨	137	115	127.5	54	48	50.3

자료: 건강보험심사평가원(2011).

## 2) 의료자원의 효율적 배분과 관리

보건의료서비스 제공체계 중 가장 중요한 투입요소라 할 수 있는 의료자원의 배분과 관리에 대한 문제점은 지속적으로 제기되어 왔으나, 이에 대한 해법이나 적정한 기준, 프로세스 등이 마련되지 않아 문제해결이 답보상태에 있다. 우선 의료인력 공급의 과부족에 대한 논란이 있는데, 의사인력 공급수준이 OECD 국가에 비해 낮은 수준이라는 시각과 과잉이 우려된다는 시각이 공존하고 있다(보건의료미래위원회, 2011). 의사인력의 수급문제를 분석한 그간의 국내연구는 연구과제의 발주기관에 따라 연구 결과가 다르게 나타나는 경향을 보이고 있다는 지적이 있다.<sup>5)</sup>

의료인력에 대한 전체적인 수급문제는 의료인력계획 프로세스와 단절되어 있다. 의과대학 정원은 복지부에서 직접 수급계획을 수립하여 정원을 조정하고 있고, 전공의 정원은 각 수련 병원 및 전문과목별로 조정하고 있는데, 적정

한 전문의 수급을 위한 전공의 정원의 결정 근거가 부족하다는 평가다. 2011년 기준으로 국가시험 합격자는 3,095명임에 비해 인턴 정원은 3,853명이고, 레지던트 정원은 4,063명으로 의대입학 정원보다 레지던트 정원이 많게 되는 기형적인 상황이 발생하고 있다. 이는 의과대학 졸업생의 인기과목 쏠림현상이 겹쳐 인기·비인기 과목간 수급불균형 현상을 심화시켜, 필수과목의 진료공백을 초래하는 문제점을 낳고 있다(표 2).

의사인력의 수급문제와 함께 간호사의 수급도 중요하게 다루어야 할 정책현안이다. 인구 천명당 활동간호사수는 우리나라가 4.0명으로 OECD 평균인 8.9명에 절반에도 미치지 못하고 있으며, 근무환경도 열악하여 간호사의 평균근속연수는 5.6년에 그치고 있는 것을 알 수 있다.

한편, 의료장비의 급격한 증가와 질관리 부재에 대한 우려의 목소리도 높다. 다음의 <표 3>에서 알 수 있듯이 의료장비는 최근 5년간 42%

표 2. 주요 기피·인기과목의 최근 5년간 지원율

(단위: %)

과목		2007년	2008년	2009년	2010년	2011년
기피과목	흉부외과	45.2	41.0	26.0	46.1	35.5
	외과	84.1	63.5	64.6	57.4	61.0
	산부인과	61.9	57.5	75.4	67.9	66.7
인기과목	피부과	201.3	174.1	172.1	157.6	146.0
	성형외과	166.3	173.6	166.7	145.5	143.3
	안과	168.6	150.0	141.9	146.4	131.5

자료: 보건의료미래위원회(2011).

5) 정형선 외(2011). 적정 의사인력 및 전문분야별 전공의 수급추계 연구, 보건복지부·연세대 의료복지연구소.

표 3. 의료장비의 증가율

(단위: %)

구분	2005년	2010년	최근 5년간 증가율	연평균 증가율
총계	508,392	721,989	42.0	7.3
검사	146,394	218,314	49.1	8.3
방사선진단 및 치료	62,123	95,753	54.1	9.0
이학요법	215,513	256,921	19.2	3.6
수술 및 처치	53,627	75,570	40.9	7.1
한방	30,735	75,431	145.4	19.7

자료: 건강보험심사평가원(2011). 의료장비의 효율적 관리 및 질 제고 방안.

의 급격한 증가율을 보이고 있다. 인구 백만명 당 장비수는 CT의 경우 36.8대로 OECD 평균인 24대를 훨씬 상회하는 3위에 해당되고, MRI는 17.6대로 OECD(평균 12.6대) 국가 중 7번째로 높은 수준을 보이고 있다.

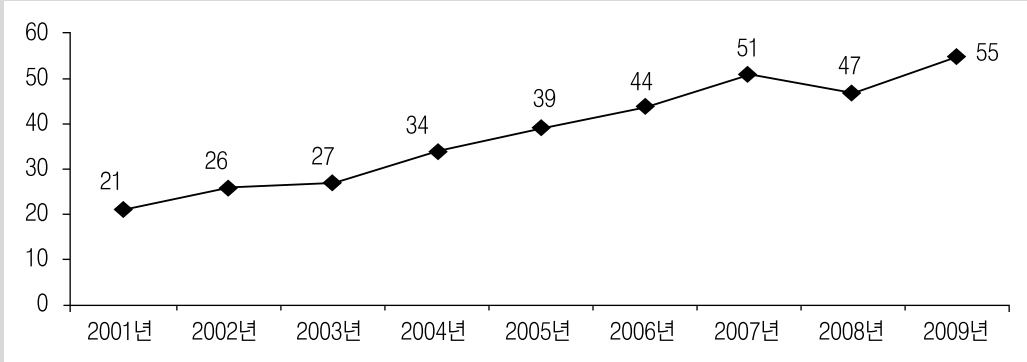
의료장비의 질 관리 측면에서도 개선이 필요하다. 외국의 경우 의료장비의 감가상각기간과 사용량에 연동하여 수가를 책정하고 있으나, 우리나라의 경우 고가장비와 저가 장비의 동일가격 보상으로 의료장비의 기능 및 품질에서의 차이가 발생하더라도 동일보상이 이루어지는 불합리한 측면이 있다.

의료자원의 지역간 불균형도 우려할 만한 상황이라 할 수 있다. 의사인력 분포를 보면, 의사 1인당 담당 환자수가 서울이 456명임에 비해 울산은 902명으로 약 2배 정도의 차이를 보이고 있다(2009년 지역별의료이용통계). 병상자원의 경우에도 상급종합병원의 58.6%가 수도권에, 43.1%가 서울에 분포되는 등 대형병원의 수도권, 대도시 집중현상이 나타나고 있다. 상급종합병원은 서울이 17개, 경기 5개, 대구 4

개, 부산 4개이지만 경북, 울산, 전남, 제주에는 없는 실정이다. 병원급 의료기관의 경영악화 및 도산으로 농어촌 중심의 의료취약지가 지속적으로 발생하고 있으며, 분만 등 특정 분야의 경우에도 의료서비스를 받을 수 없는 취약지역이 증가하고 있다. 산부인과 또는 분만시설이 없는 시군구는 55개로 전체의 23.7%에 이르고 있다(그림 2).

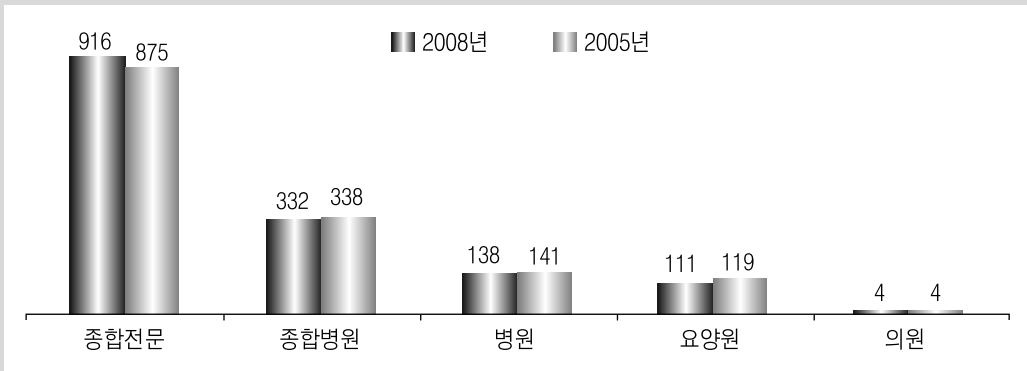
한편, 종합전문병원의 기관당 병상수가 증가하는 추이와 같이 대형병원의 대형화 현상도 검토해야 하는 현안문제이다. 보건복지부(2010)의 자료에 의하면 전문진료서비스의 경우 대형병원 중심으로 공급되고 있음을 알 수 있다. 암수술의 경우 국립암센터와 서울 4개의 대형병원이 30%이상 점유하고 있으며, 관상동맥우회술은 서울 4개 대형병원이 45.5%를 차지하고 있지만, 9개 지방국립대는 5.69%에 불과하다. 다음의 [그림 3]은 종합전문병원의 기관당 병상수는 증가하는 반면, 종합병원, 병원, 요양병원의 기관당 병상수는 감소한 것을 보여준다. 대형병원의 대형화가 규모의 경제가 실현되는

그림 2. 분만 산부인과 없는 시군구의 연도별 추이



자료: 보건복지부(2010).

그림 3. 기관당 병상수 변화



자료: 보건산업진흥원, 의료체계 당면문제점 및 개선방안.

현상으로 의료부문의 효율성을 제고시키는 측면이 있는지, 우월적 지위에 따른 의료시장의 왜곡 현상을 유발하는지 면밀히 검토하여 소비자에게 궁극적인 혜택이 돌아갈 수 있도록 바람직한 의료시장의 경쟁구조를 구축할 수 있도록 해야 할 것이다.

### 3) 건강취약계층에 대한 보건의료서비스 제 공체계

건강취약계층의 기본 건강권을 확보하도록 하는 것은 국가의 기본적인 책무라 할 것이다. 본 고에서는 이와 관련하여 만성질환 관리, 간 병부담, 생애말기 삶의 질, 정신보건 등을 중심으로 주요현안문제들을 논의하고자 한다.

첫째, 만성질환으로 인한 삶의 질 악화 및 의료비 부담 증가이다. 만성질환으로 인한 삶의 질 악화는 취약계층인 저소득층, 노인 등에 더욱 심각한 실정이라 할 수 있으며, 취약계층은 건강관리에 상대적으로 소홀하고 치료지속율이 낮을 개연성이 높다. 전국규모의 한국의료패널 조사결과에 따르면 50대 만성질환자의 경우 평균 2개 이상의 복합만성질환을 보유하고 있으며, 60대의 경우 평균 3개, 70대이상의 경우 평균 3.5개의 복합만성질환을 보유하고 있는 것으로 나타났다(정영호 외, 2011)<sup>6)</sup>. 연령이 증가함에 따라 만성질환으로 고통을 받는 비율도 증가하는 경향이 뚜렷한 것을 알 수 있다. 그러나 대표적인 만성질환이라 할 수 있는 고혈압, 당뇨병의 치료지속율은 각각 22.2%, 29.2%에 불과한 실정이다(박민정 외, 2010).<sup>7)</sup> 따라서 노인과 국민의 건강수명을 향상시키고 의료비의 급증을 억제하도록 만성질환 관리체계를 효과적으로 구축하는 것이 중요하다. 우리나라의 심뇌혈관질환 중심의 검진프로그램은 종합적이고 전국적이기는 하나, 이차예방을 위한 서비스 수행창구로서 역할을 할 수 있을지 분명하지 않다. 효과적인 만성질환 관리를 위해서는 예방과 건강증진, 재활치료에 대한 국가적인 투자를 확대하고 질병의 연속선상에서 나타나는 다양한 필요에 부응하는 조화로운 서비스 제공체계를 마련하며, 진료의 연계(coordination of care)를 강화하는 것이 바람직하다.

둘째, 간병수요의 증대와 과중한 간병부담이

다. 인구 고령화 및 만성질환 증가, 가족구조의 변화 등으로 가족 내의 환자 및 노인 부양기능이 약화되는 추세를 고려할 때 간병에 대한 수요는 크게 증가할 것으로 예상된다. 한국보건사회연구원에 의하면 개인적으로 간병인 도움을 받는 경우, 간병비용으로 월 120만원 이상 지출하는 것으로 조사되었다. 입원환자에 대한 간병 부담은 가족의 경제활동 중단으로 이어질 수 있고, 장기입원 중증환자는 질병의 고통과 간병의 부담으로 이중고에 직면하게 된다. 이러한 부담을 경감하기 위해 보호자 없는 병원사업모델을 개발하고 실행가능성을 검토하는 작업이 필요하다. 시범사업을 수행한 바 있으나, 시범사업 참여 병원 추가 증원이 요구되는 간호사를 자체 충원하도록 함에 따라 적정 간호사 확보를 위한 유인 동기를 제공하지 못한 것을 고려하여 모델 개발에 반영하는 것이 바람직하다 하겠다.

셋째, 생애말기 삶의 질 수준이 취약한 실정이다. 베이비부머의 노령층으로의 이행 등 노인 인구의 누적으로 연간 사망자의 수가 급격하게 증가할 전망이다(표 4).

그러나, 극심한 공포와 고통 속에 임종을 맞이하게 되는 생애말기 환자들의 삶의 질에 대해서는 국가와 사회가 거의 관심을 가지고 있지 않은 실정이라 할 수 있다. 우리나라는 30개 OECD 국가와 비 OECD 10개 선별국가를 합한 40개 국가 중에서 생애 말기의 삶의 질 수준(quality of death index)이 32위로 하위권에 머물러 있다(Economist Intelligence Unit, 2010). 생애

6) 정영호 외(2011). 2009년 한국의료패널 기초분석보고서(II), 한국보건사회연구원·국민건강보험공단.

7) 박민정 외(2010). 건강검진 사후관리 프로그램 개발, 국민건강보험공단.

표 4. 사망자 수 추이 및 전망

연도	2000년	2010년	2020년	2030년	2040년	2050년	2060년
연간 사망자수	25만명	26만명	36만명	45만명	58만명	72만명	75만명
연간1000명당 사망자수	5.2	5.1	6.9	8.7	11.3	14.9	17.1

자료: 통계청(2012).

표 5. 주요국의 생애 말기의 삶의 질 순위

국가	전체	환경	질	이용도	비용
영국	1	28	1	1	18
호주	2	19	2	3	1
캐나다	9	20	5	9	27
미국	9	9	7	8	31
프랑스	12	3	17	23	5
대만	14	15	10	19	10
싱가폴	18	30	11	16	20
일본	23	2	21	28	31
<b>한국</b>	<b>32</b>	<b>20</b>	<b>29</b>	<b>30</b>	<b>35</b>

주: 국가별 순위: 영국(1위), 호주, 뉴질랜드, 아일랜드, 벨기에, 오스트리아, 네덜란드, 독일, 캐나다, 미국, 헝가리, 프랑스, 노르웨이, 타이완, 폴란드, 스웨덴, 룩셈부르크, 싱가포르, 스위스, 홍콩, 체코, 덴마크, 독일, 이태리, 아이슬란드, 스페인, 슬로바키아, 핀란드, 그리스, 남아공, 포르투갈, 한국(32위), 말레이시아, 터키, 러시아, 멕시코, 중국, 브라질, 우간다, 인도(40위)

자료: Economist Intelligence Unit, The quality of death: Ranking end-of-life care across the world, 2010.

말기의 삶의 질 수준이 가장 우수한 국가는 영국이었으며, 미국 9위, 대만 14위, 일본 23위 등으로 분석되었다.

생애말기 케어관련 정책의 문제점은 우선, 생애말기 환자 케어를 위한 국가 가이드라인과 이송 의뢰 체계를 위한 케어플랜이 부재하다. 그리고, 환자 뿐 아니라 환자 가족의 고통을 줄이고 삶의 질을 향상시키기 위한 프로그램이 거의 없는 실정이다. 이와 함께 완화의료관련 적정 수가를 개발하여야 할 것이다. 그러나, 무엇보다 생애말기 환자들에 대한 재정적 지원이 미흡하고

필요 병상, 시설 등에 대한 계획 및 인프라가 부족해 근본적인 대책 마련이 요구된다 하겠다.

셋째, 자살과 정신보건의 문제이다. 우리나라 자살사망률은 OECD 국가 중 가장 높은 수치를 보이고 있는 것은 이미 주지의 사실이다. 2010년 자살사망자는 15,566명으로 1일 평균 42.6명, 34분마다 1명이 자살을 한 것으로 분석되었다. 또한 인터넷 중독에 따른 정신보건의 문제도 심각한 상황이라 할 수 있다. 18세에서 29세 집단에서 인터넷 중독이 가장 많은 것으로 보고되고 있는데, 이 연령대의 사람들이 성장함에



따라 인터넷 중독은 앞으로도 늘어날 가능성이 매우 크게 될 개연성이 높다(보사연 내부자료, 2012). 인터넷 중독이 있는 경우 하나 이상의 정신장애를 경험한 경우가 75.1% 정도에 이르고, 인터넷자 중 75.1%가 불안장애 등 다른 정신질환의 경험이 있으며, 자살사고 경험자 중 37%는 알코올 중독인 것으로 조사되었다(‘11년 정신질환실태 역학조사).

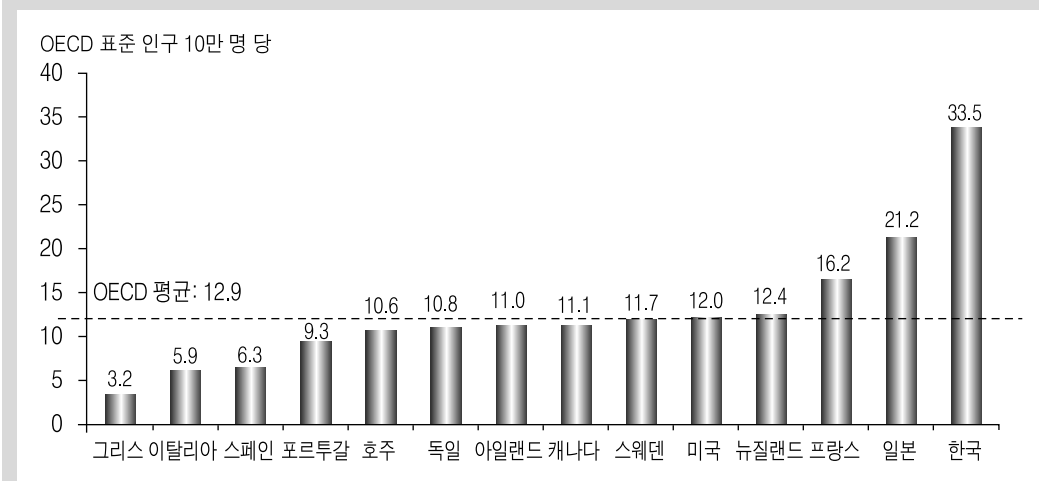
#### 4) 수익성 없는 필수의료서비스 제공방안

중증질환 신생아 치료, 장애인 재활치료, 어린이 병원 등과 같은 중요한 의료서비스가 수익성 미비로 공급부족 현상이 현존하고 있다. 어린이 병원의 경우 전국적으로 5개소에 불과하며, 신생아 중환자실은 신생아 천명당 4.3병상이 필요하나 3.4병상에 불과한 실정이다. 고위

협분만, 중증외상, 재활센터 등의 공공전문진료센터 역시 지역별로 격차를 보이고 있다.

응급의료체계의 미흡도 주요 현안문제이다. 병원전 응급처치 부족으로 국내 심정지 환자 생존률은 4%미만이며, 심정지 환자 80%가 가정 및 공공장소에서 발생하나 심폐소생술 시행률은 1.4%에 불과한 실정이다. 참고로 OECD 국가 평균 심폐소생술 시행률은 약 20%에 이른다. 또한, 응급환자의 부적절한 병원선정 비율과 구급차내 적정 응급처치율은 각각 73%와 6.7% 정도에 그치고 있다. 취약지 응급의료체계도 상황은 더욱 심각한 실정이다. 전문자격을 보유한 구급대원 탑승률이 전국 평균 62%이나 강원도 등의 취약지는 26.4%에 불과하다. 전국 군지역의 48.9%는 지역응급의료기관이 없는 실정이며 읍·면 단위에 설치하도록 되어 있는 119 구급대 출장소 배치율은 45.2%로 관할면

그림 4. OECD 국가 자살률



자료: OECD Health Data(2012).

적이 도시지역의 7배에 이르고 있다. 이러한 영향 등으로 응급실 도착 전 사망률은 강원도가 서울의 2배에 이르고 있으며, 농어촌지역에서의 사고시 이송거리 증가에 따라 도시지역에서 발생한 중증손상자보다 7.7배 사망률이 높은 것으로 나타났다.

외상치료체계도 상황은 마찬가지다. 외상은 국내 44세 이하의 사망요인이며 장애발생의 중요한 원인이다. 중증외상 환자의 병원전 적절 처치율은 52.2% 정도에 그치고 있는데, 이러한 미흡한 체계로 예방 가능한 외상사망률이 2007년의 32.6%에서 2010년에는 35.2%로 개선이 이루어지지 않고 있다. 정부에서도 응급의료 선진화 계획의 일환으로 2008년부터 중증외상 환자에 대한 양질의 치료를 제공하기 위해 35개의 중증외상 특성화센터를 지정하여 운영하고 있으나 지원의 부족과 체계미비로 효과는 거의 없는 실정이라 할 수 있다.

### 5) 소비자 권익 제고 방안

우리나라 국민은 의료의 질적 측면에서 불만 수준이 높은 것으로 보고되고 있다. 의료비를 제외한 의료기관에 관한 주요 불만족 내용을 보면, 의료시설이나 인력의 문제보다는 진료대기시간, 치료결과, 진료의 성실도, 과잉진료 등에 대해 불만족이 높은 것으로 나타났다. 이는, 의사와 환자간에 정보를 공유하고 의사소통하며 여러 치료대안에 대해 공동의 의사

결정을 하는 수평적인 의사-환자의 관계가 아닌 일방적인 수직적 관계에 그 원인이 있다 하겠다. OECD 한국 의료의 질 검토보고서(2012)에서도 한국 의료체계의 해결과제 중 하나로 환자의 경험관리체계 부재를 지적하고 있다. 환자 경험이라 함은 만족도 조사가 아닌 환자의 경험 조사, 의사와의 의사소통, 간호사와의 의사소통, 도움필요시 신속성, 통증조절, 투약 설명, 야간병실환경, 충분한 퇴원 후 생활설명 등의 조사이다. 최근에 국민들의 생활수준과 의식수준의 향상 및 정보의 다양화 등으로 인하여 의료서비스 선택과 치료방법의 결정에 이르기까지 자신의 권리를 행사하고자 하는 욕구가 증대되고 있다. 그러나, 알권리에 대한 요구도는 높지만, 실제로는 자신의 진료방향에 대한 의사결정과 연계되지 못하고 여전히 의료진에 의존하는 형태로 나타나고 있다(안선화 등, 2009)<sup>8)</sup>. 따라서, 정보의 비대칭성이 큰 의료부문에서 환자의 권리를 보호하고 의료의 질을 강화하기 위한 보다 적극적인 노력이 요구된다.

환자권리 실행체계의 미흡뿐 아니라 환자안전을 위한 체계도 미흡한 실정이다. 2010년 기준 국내 병원 입원 환자 574만 4,566명 중 평균 9.2%가 환자 위해사건을 경험하였고, 이 중 7.4%인 3만 9,109명이 의료 사고로 사망한 것으로 추정되고 있다(이상일, 2012)<sup>9)</sup>. 2009년과 비교해 보면, 의료 과오 사망자는 6.7%(2,636명), 예방 가능 사망자는 6.7%(1,146명) 증가한

8) 안선화 외(2009). 환자 알권리와 자기주도적 의사결정에 관한 연구, 아주대학교 대학원.

9) 이상일(2012). 환자안전 개선을 통한 의료의 질 향상, 대한병원협회 학술세미나 자료집.

것이다. 환자안전과 관련하여 기본적인 실태 파악조차 체계적으로 이루어 지지 않고 있다. 의료관련 감염의 경우, 보건복지부나 질병관리본부가 주도하는 전국적인 통계의 수집이나 분석이 없으며, 입원 환자가 진료 과정에서 다른 약 처치나 용량 초과 등 투약 실수, 다른 혈액형 수혈, 엉뚱한 장기 절제 등 수술 과오, 침상 안전시설 미비로 인한 원내 낙상 사고 등에 대한 현황 파악도 부재하다. OECD 한국의료의 질 검토 보고서(2012)에서도 환자 안전 감시체계의 부재를 지적하고 개별 의사들의 성과모니터링체계 구축을 통해 환자안전문제의 실태를 파악하도록 권고하고 있다.

### 3. 환경변화 및 미래 전망

본 고에서 논의한 주요 현안문제들에 대한 개선방안을 신정부가 마련하는 것도 중요하지만, 또한 장기적인 관점에서 미래의 바람직한 보건 의료서비스 제공체계를 구축하기 위한 토대를 추진하는 것도 필요하다. 이를 위해서는 환경변화에 대한 전망이 기초가 되어야 함은 물론이다. 본 고에서는 보건의료를 둘러싼 미래의 트렌드에 대해 간략하게 논의하여 참고가 되고자 하였다.

첫째, 인구구조의 변화이다. 저출산, 베이비부머의 노령인구로의 진입 등으로 유년 인구는 감소하는 반면, 노령 인구는 증가하는 추세를 보이고 있는 우리나라 인구는 2020년경에 인구가 정점에 도달한 후 감소세를 보일 것으로 통계청은 전망하고 있다(통계청, 장래인구통

계). 다문화 가정의 증가, 외국 노동인구의 유입 등으로 다양하게 구성될 것이며, 1인 가구의 비중도 높아질 것으로 예상된다. 그리고, 노인인구가 많아짐에 따라 사망자수도 더욱 증가할 것으로 예상되어 생애말기 삶의 질 및 케어에 대한 정책적 수요도 크게 증가할 것이다. 한편, 양극화의 현상이 어느 정도로 심각하게 진행될지 예측하기 어렵지만, 사회경제적 지위의 차이에 따른 건강불평등도 지속될 것으로 사료된다. 그러나 먼 장래의 인구변화와 효과를 정확하게 예측하기는 어려운 측면이 있다. 출산에 영향을 미치는 다양한 요인들을 종합적으로 고려하여 장기의 출산력을 정확하게 분석하는 것은 한계가 있기 때문이다. 경제 상황과 고용구조의 변화가 장기적으로 어느 방향으로 진행될지, 또한 남북 대치 상황이 어떻게 전개될지 판단하기도 쉽지 않다. 그리고 노령층을 부양하는 부담을 우려하지만, 노령층이 경제성장과 국가의 웰빙에 견인차 역할을 할 수 있는 개연성도 배제하지 못할 것이다.

둘째, 재정여건이다. 건강보장에 대한 기대치 충족은 국가재정에 의존한다고 할 수 있다. 현재의 저성장 기조가 지속될 경우 건강보장과 복지 확대의 요구를 어느 정도로 수용할지, 그리고 재원조달을 어떻게 할지에 대한 논란이 치열해지고 재정부담에 대한 계층간·세대간 갈등이 증폭될 수 있다.

셋째, 건강행태 또는 생활습관, 즉 라이프스타일(lifestyle)이라는 변수이다. 건강의 결정요인 중 건강행태가 40% 이상을 차지한다는 연구보고가 있다. 흡연율, 위험음주율, 비만율 등의 유행병은 특히 저소득층을 중심으로 한 취약계층

이 상대적으로 높다고 할 수 있으며 따라서 생활습관병 등의 위험에 더욱 많이 노출되고 건강수명의 하락을 가져온다. 사회경제적 차이에 따라 건강에 대한 관심의 격차가 발생할 개연성도 상당하다고 할 수 있는데, 현재 진행되고 있는 양극화의 개선여부도 우리나라 국민의 전체적인 건강수준에 영향을 미치리라 생각된다. 개인의 건강행태와 함께 건강위해품목에 대한 전반적인 규제 정도도 국민 건강에 영향을 미칠 수 있을 것이다.

넷째, 질병구조의 변화이다. 평균수명이 증가하면서 만성질환의 비중이 더욱 증가할 것이고, 1인당 보유 만성질환의 수도 증가할 것으로 예상할 수 있다. 향후에는 절대적인 노인인구가 증가하면서 노인관련 질환에 대응하는 의료서비스의 수요가 매우 크게 증가할 것이다. 이러한 질병구조는 국민들의 생활습관이 어느 방향으로 변하게 되는지의 여부에 따라 영향을 받을 수 있을 것이다. 질병구조에 영향을 미치는 다른 주요 요인으로 의료기술의 발전을 고려할 수 있다. 예를 들어 암이나 치매 등의 치료에 획기적인 발전이 이루어질 수 있는 것을 상정할 수 있다. 한편, SARS와 같은 전염성 질환의 위험도는 감시체계의 역량정도에 따라 결정될 수 있다. 그리고 정신질환과 신체질환의 상호의존성을 고려한 질병구조도 고려할 필요가 있을 것이다.

다섯째, 보건의료관련 인력이다. 만성질환을 관리하기 위해 병원뿐 아니라 재가서비스가 증가하면서 관련 인력에 대한 수요가 증가할 것으로 예상되고 스킬 믹스(skill mix)에 영향을 미칠 것이다. 그리고 보건의료부문과 보건의료와 복

지서비스와의 통합 및 연계와 개별 맞춤형 돌봄(care)으로 관련 인력의 역할과 책임에 변화가 올 것으로 예상된다. IT를 포함한 기술의 발전과 건강관리의 새로운 모델, 보건의료분야 직종에 대한 매력도 등도 상당한 영향을 미칠 수 있는데, 각 직종에 미치는 순효과는 예측하기 어려울 수 있다.

여섯째, 광의의 건강결정요인을 고려할 수 있다. 건강은 개인의 특성과 사회·경제·환경 등 다양한 요인들의 복잡한 상호관계에 의해 결정된다. 이러한 광의의 건강결정요인은 의료서비스 보다 더 중요할 수 있다고 전문가들은 제시하고 있다. 경제적 어려움은 개인과 가족의 웰빙(wellbeing)에 큰 위협요인인데, 저성장과 고실업의 시대에는 사각지대 취약계층에 큰 영향을 미친다. 거시경제가 향후 얼마나 성장할 지, 그리고 일자리와 소득에 미치는 효과를 예측하기는 현재로서는 쉽지 않다. 그리고 기후변화를 억제하는 여러 정책과 건강영향평가의 활성화 등은 건강수준 향상에 기여할 수 있지만, 과연 얼마만큼 적극적으로 실행할지에 대해서는 불확실한 측면이 있다.

일곱째, 의학의 진보이다. 의약품, 의료장비의 혁신은 의료분야에서의 성과를 제고시킬 것이며, 의료인과 환자사이의 관계도 변화시킬 수 있다. 그러나 재정상의 어려움은 신의료기술의 채택에 장애가 될 수 있을 것이다.

여덟째, IT의 발전 및 활용이다. 인터넷뿐 아니라 소셜미디어(social media), 앱(App)을 활용하는 인구는 더욱 증가할 것이며, 이러한 변화는 의료분야에서의 의료인과 의료수요자간의 관계를 변화시킬 것으로 예상할 수 있다. 그리

고 데이터의 증가와 연산능력의 향상은 ‘유비쿼터스’ 환경으로 전환하는 데 기여할 것이다. IT의 발전은 보건의료서비스를 제공하는 프로세스와 비즈니스 모델에도 커다란 변화를 가져올 것이라 예상할 수 있으며, 의사인력 분포의 지역간 격차로 인한 문제가 상당부분 완화될 수 있을 개연성도 있다.

아홉째, 국민들의 보건의료서비스에 대한 태도와 기대이다. 환자의 권익과 안전에 대한 관심의 증대는 의료서비스의 질을 향상시키는 방향으로 작용할 수 있을 것이다. 그러나, 보다 중요한 것은 의료보장에 대한 국민들의 기대와 사회보장부담률 수용정도이다. 그리고, 건강형평성에 대한 국민들의 태도 역시 향후 보건의료서비스 제공체계 형성에 적지 않은 영향을 미치리라 생각할 수 있다.

## 4. 정책과제 및 결언

본 고에서 논의한 보건의료서비스 제공체계의 주요 현안문제를 중심으로 다음과 같은 정책과제를 제시하고자 한다. 첫째, 접근성 향상 및 건강불평등 감소를 실현시킬 수 있도록 해야 한다. 이를 위하여 대상자별 요구도를 파악하여 맞춤형 서비스를 제공하고 보건 및 사회서비스를 통합하여 제공하는 체계를 마련하여야 한다.

둘째, 만성질환 관리의 내실화를 도모해야 할 것이다. 포괄적인 국가차원의 계획과 지역사회 전달을 통한 신체 및 정신건강의 통합관리를 추진하는 것이 바람직할 것이며, 지속적 치료율을

제고시키고 치료의 연계를 이룰 수 있는 전략이 요구된다.

셋째, 예방중심의 보건의료체계 개편이 요구된다. OECD Health Data에 의하면, OECD 국가들의 예방 및 공중보건 지출은 총의료비 대비 0.6~6.9%의 분포를, 그리고 GDP 대비로는 0.1~0.7% 분포를 보인 반면, 우리나라의 예방 및 공중보건지출은 총의료비 대비 약 1.9%, GDP 대비 0.1% 정도로 취약한 수준에 머물러 있다. 사전예방의 강화를 보건정책의 지향점으로 설정하는 것이 바람직하다 하겠다. 또한 구체적인 전략으로는 일차의료를 통한 조기개입, 응급체계 개선 등 체계적인 예방활동을 강화하고, 지역사회내에서의 건강문맹(health literacy)을 개선하는 노력이 필요하다.

넷째, 의료의 질, 안전, 성과 책임성 향상을 도모해야 한다. 이를 위하여 의료정보 제공을 개선하고, 의료 질을 보장할 수 있는 체계를 구축하며, 공급자에게 질 개선에 대한 피드백 장치를 마련하는 것이 바람직하다. 그리고 소비자를 위한 투명성확보 등 의료의 질 및 안전에 관한 구조를 강화하도록 한다.

다섯째, 의료자원 수급 및 관리 체계를 구축하여 의료자원의 적절한 배치와 분포를 도모하여 의료의 접근성 격차를 해소해야 한다. 그리고 병상 및 의료장비의 허가제도 개선 및 수가제도 합리화를 모색하여야 한다.

본 고는 보건의료서비스 제공체계의 주요 현안문제뿐 아니라 미래의 환경변화 및 전망에 대해 논의하여 장기 계획 수립에 기여하고자 하였다. 향후에 전개될 인구구조, 경제 및 재정, 라이프스타일, 광의의 건강결정요인, 질병구조, 의

표 6. 보건의료서비스 제공체계 정책과제

정책목표	전략
접근성 향상 및 건강불평등 감소	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 대상자별 요구도 파악</li> <li>• 보건 및 사회서비스 통합 제공</li> </ul>
만성질환 관리의 내실화	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 포괄적인 국가차원의 계획과 지역사회 전달을 통한 신체 및 정신건강의 통합관리</li> <li>• 지속적 치료</li> <li>• 치료의 연계 개선</li> </ul>
예방중심의 보건의료체계 개편	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 지역사회 내에서의 건강문맹 개선, 체계적 예방활동</li> <li>• 일차의료를 통한 조기 개입</li> <li>• 응급체계 개선</li> <li>• 예방중심의 구조 강화</li> </ul>
의료의 질, 안전, 성과, 책임성 향상	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 의료정보 제공개선</li> <li>• 의료 질 보장체계 구축</li> <li>• 공급자에게 질개선에 대한 피드백 제공</li> <li>• 소비자를 위한 투명성확보</li> <li>• 의료의 질 및 안전에 관한 구조 강화</li> </ul>
의료자원 수급 및 질 관리 체계 구축	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 의료인력계획 전담 상설기구 설립</li> <li>• 정기적 의료인력 수급계획 수립</li> <li>• 병상 및 의료장비의 제도 개선 및 수가 합리화</li> </ul>

료기술을 포함한 기술의 발전 등 환경변화에 대한 심도있는 진단 및 전망을 통하여 누구나 지역에 관계없이 기본 건강권을 확보하도록 토대

를 마련하여야 한다. 미래세대에게 지속가능한 보건의료서비스 체계를 물려주는 것은 현 세대의 책임일 것이다. **보건복지**