

우리나라 공공보건의료의 문제점과 정책방향

Problem with and Policy Agenda for Public Health Services in Korea

오영호 한국보건사회연구원 연구위원

공공보건의료를 강화하고 공공보건의료체계를 확립하는 것은, 의료취약지역의 의료접근성 제고를 통한 형평성의 개선과 의료사각지대의 의료 안전망을 강화하여 국민의 건강권을 보장하는 가장 효과적인 수단일 뿐만 아니라, 우리나라의 민간중심의 의료공급체계 하에서 의료의 공공성을 유지할 수 있는 이성적이고 바람직한 보건의료체계를 구축하는데 핵심사항이라 판단된다. 우리나라의 보건의료체계가 직면하고 있는 의료취약지역과 의료사각지대의 문제 등 의료의 형평성 문제와 더불어 의료의 상업화 문제 등을 해결하기 위한 정책 방안 중의 하나로 공공보건의료의 확충과 공공보건의료체계를 확립해야 하는 이유가 바로 여기에 있다. 우리가 안고 있는 문제의 해결과 공공보건의료의 확충 및 공공보건의료체계의 개선은 이러한 현실에 대한 철저한 인식에 근거한 점진적이고 실천적인 노력이 필요하다. 그 첫 번째 노력은 의료취약지에 대한 의료접근성을 강화하는 방안이고, 두 번째 노력은 의료 사각지대에 대한 안전망을 강화하는 방안이다. 세 번째는 공공보건의료기관의 경쟁력을 강화하는 방안을 마련하는 것이다. 마지막으로 무엇보다 중요한 것은 이러한 공공보건의료 강화를 위한 정책과제를 실행할 수 있는 전략과 자원조달 방안을 마련하는 것이라 판단된다.

1. 들어가는 말

우리나라는 최근 세계경제위기와 낮은 건강보험 보장성수준¹⁾ 등으로 필수적인 보건의료서비스 조차 제대로 혜택을 받지 못하는 의료취약계층이 증가하고 있다. 이는 그동안 정부의 경제성장정책과 정부재정부족으로 보건의료분야에 대한 정부투자가 미흡하여 공공보건의료분야가 크게 위축되었기 때문이다. 특히 그 중심에는 공공의료의 역할과 기능 미정립 등을 포함한 공공

보건의료체계에 문제가 있다고 판단된다. 보건의료체계는 최소한 필수적인 의료서비스를 제공할 수 있도록 조직화되어야 하지만, 우리나라의 보건의료체계는 이러한 측면에서 문제를 안고 있다. 의료취약지역은 여전히 존재하고 있고, 국민의 생명과 직결되는 응급의료서비스 제공체계는 미흡 할뿐만 아니라 전반적으로 공공의료부문이 양적으로나 질적으로 낮은 수준이다. 또한 우리나라의 사회 경제적 환경 및 국민의 의료요구의 변화에 따라 의료이용량과 국민의

1) 2009년 우리나라의 공공재원비율은 58.2%로서 OECD국가 평균이 72%에 비해 크게 낮은 수준임. 우리나라 보장성 추세를 보면 2004년에 52.6%에서 2009년에 58.2%로 6% 정도 증가하였음(OECD 평균이 72%인 점을 감안하면 우리의 보장성 수준은 낮은 수준임). 2005년부터 보장성 강화정책을 시행하고 있다는 점까지 감안할 때, 보장성이 크게 개선되지 않았음.

료비가 급격하게 증가하고 있다.²⁾ 이는 인구의 노령화와 만성질환자의 증가 그리고 소득증가 등 수요측면의 요인과 함께 비효율적인 보건의료체계에 기인하고 있고, 그 중심에 민간중심의 의료공급체제와 함께 취약한 공공보건의료체제 등을 포함한 의료공급체제에 문제가 있다고 판단된다. 이러한 문제들에 대한 근본적인 해결책의 하나가 보건의료의 공공성을 회복시키는 것이며, 이를 위해서는 공공보건의료가 제 역할을 할 수 있도록 공공보건의료의 목표와 역할의 정립, 공공보건의료에 대한 정부의 투자 증대, 기존 공공보건의료기관의 공공성 강화, 공공보건의료체제의 정비 등을 통해서 공공보건의료를 발전시키는 것이라 판단된다. 효율적이며 합리적인 공공보건의료체제는 우리나라의 민간중심의 의료공급체제를 보완한다는 차원에서 민간 부문이 할 수 없거나 하지 않는 전염병예방 등을 포함한 국가적 재난과 재해 그리고 응급상황에 효과적으로 대처할 있는 안전망 역할을 할뿐만 아니라, 의료취약계층에 의료안전망 역할을 통하여 건강과 의료이용의 불평등을 개선하는데 기여할 것이다. 장기적으로는 공공보건의료기관이 환자의 권리를 보호하고, 적정진료와 표준진료를 제공함으로써 민간의료기관을 선도하는 역할을 함으로써 의료공급의 효과성과 효율성을 제고하여 국민의료비의 절감과 건강보험 재정안정에도 크게 기여할 것으로 판단된다.

그동안 우리나라는 의료취약지역의 문제를 개선하기 위하여 보건소 등의 보건기관을 배치하였고, 저소득계층 등을 대상으로 의료보호사업을 실시하였으며, 취약한 공공부문을 강화하기 위하여 90년대 말부터 보건의료에서 국가의 책무를 강조하는 공공의료 확충계획을 수립하였다. 그러나 공공보건의료부문은 공공의료에 대한 이념과 마스트 플랜의 부재로 인하여 취약한 구조에서 크게 벗어나지 못하였다. 이러한 문제점을 인식한 정부는 공공의료의 개념을 소유에서 기능중심으로 개편하는 “공공보건의료에 관한 법률”을 2012년에 공포하여 2013년 2월부터 시행중에 있다. 따라서 동 법률의 시행에 따라 향후 공공보건의료의 제도 및 정책 변화에 많은 관심이 그 어느 때보다 필요하다. 이러한 관점에서 본고에서는 우리나라의 공공보건의료의 현황과 문제점을 살펴보고, 새로운 공공보건의료의 개념에 따라 향후 우리나라 공공보건의료가 나아가야 할 방향과 과제를 제시하고자 한다.

2. 우리나라 공공보건의료의 현황과 문제점

1) 공공의료의 개념 및 역할

보건의료분야는 보건의료의 고유한 특성³⁾으

2) 2000~2009년 1인당 실질 보건의료비 지출은 우리나라가 8.6%로 OECD 국가 중에서 슬로바키아 다음으로 높은 수준이며, 대부분의 OECD 국가의 연평균 증가율인 4% 보다 두배 이상 높은 것으로 나타났다. 2009년 우리나라의 연간외래방문횟수는 13회로서 OECD 평균의 2배를 상회하고, 재원일수는 14.6일로서 OECD 평균인 7.2일보다 2배를 상회함(OECD/Korea Policy Centre(2011). 한눈에 보는 OECD 보건지표 2011).

3) 보건의료서비스의 준공공재(quasi public goods)적 성격으로 시장 기능만으로는 적정 자원분배에 실패함. 즉, 공급자·수요자간 '정보의 불완전성·비대칭성'으로 공급자 유발수요가 발생할 뿐만 아니라, 의료보험은 '역선택(adverse selection)과 '도덕적

로 인하여 시장기능과 공공적 접근의 조화가 필요하다. 즉, 보건의료공급체계에서 민간과 공공 간 적절한 조화와 균형이 국민의 건강과 생명을 효과적이고 효율적으로 보장할 수 있기 때문에 민간의료부문 못지않게 공공보건의료는 중요한 것이다. 공공의료란 공공성이 요구되는 의료이다. 여기서 공공성이란 절대적인 기준이라기보다 사회의 가치관에 따라 달라질 수 있지만, 공익실현을 위해 정부 개입이 필요한 영역이라 할 수 있다. 따라서 보건의료분야가 당면하고 있는 문제 분석을 통해 정책개입이 필요한 우선순위를 찾는 것이 중요하며, 국민의 건강권 실현이라는 공익을 위해 정부의 개입⁴⁾이 필요한 영역의 보건의료를 공공의료라고 할 수 있다. 우리나라에서 공공성을 갖는 보건의료서비스는 크게 법적인 기준과 이론적 또는 정책적 기준의 측면에서 찾아볼 수 있다. 먼저 공공보건의료법(제2조)에 공공보건의료사업으로 첫째, 보건의료 공급이 원활하지 못한 지역 및 분야에 대한 의료 공급에 관한 사업, 둘째, 보건의료 보장이 취약한 계층에 대한 의료공급 사업, 셋째, 발생규모, 전파속도, 심각성 등을 고려할 때 국가와 지자체의 대응이 필요한 질병의 예방과 건강증진 사업, 마지막으로 그 밖에 국가 관리가 필요한 보건의료 사업 등으로 규정하고 있다. 이에 따라 공공보건의료기관의 의무(공공보건의료법 제7조)로는 첫째, 의료급여환자 등 취약계층에 대한 보건의

료 제공, 둘째, 아동과 모성, 장애인, 정신질환, 감염병, 응급진료 등 수익성이 낮아 공급이 부족한 보건의료 제공, 셋째, 질병 예방과 건강 증진에 관련된 보건의료 제공, 넷째, 교육·훈련 및 인력 지원을 통한 지역적 균형을 확보하기 위한 보건의료 제공, 다섯째, 그 밖에 보건의료발전계획에 따라 보건복지부장관이 정하는 보건의료를 제공하도록 규정하고 있다.

다음으로 이론적 또는 정책적측면의 공공보건의료 영역으로는 첫째, 전염병이나 예방접종 등 공공, 대중을 대상으로 하는 보건서비스(public health), 둘째, 금연 또는 만성질환관리 등 개인을 대상으로 하나 사회적 개입이 필요한 의료서비스, 셋째, 응급, 정신 등 공공재 및 저수익성 보건의료서비스, 넷째, 영유아, 노인, 임산부, 학교, 직장 등 특정 인구집단 대상 서비스, 다섯째, 적정진료 및 양질의 보건의료서비스, 마지막으로 계층간, 지역간 건강불평등 완화를 위한 서비스 등을 들 수 있다. 이러한 공공보건의료사업을 수행함으로써 공공보건의료분야가 달성하고자 하는 목표 내지 역할은 다음과 같다. 첫째, 필수보건의료서비스에 대한 접근과 이용 보장을 통한 국민건강의 최소한의 기본선을 확보하고자 하는 것이다. 둘째, 국민건강의 격차해소와 보건의료체계 운영의 효율 및 효과를 극대화하기 위하여 국가 보건의료체계의 통합 및 조정 역할을 하는 것이다. 셋째, 건강증진, 예방, 치

해이(moral hazard)에 의해서 시장실패가 일어남. 또한 외부효과 특성으로 수익성은 없으나 사회적으로 바람직한 보건서비스(예방접종, 건강증진 등)의 제공보다는 고급 의료기술을 적용한 진료서비스 위주의 접근이 발생할 가능성이 높음.

4) 보건의료분야에서 정부개입의 필요성은 첫째, 건강과 의료는 국민의 기본적인 권리로 인식되고 있다는 점, 둘째, 의료취약계층 등의 형평성 제고가 필요하다는 점, 셋째, 시장의 불완전성으로 시장실패가 발생한다는 점, 마지막으로 공공부문의 비효율 등의 정부 실패 등에서 찾을 수 있음.

료, 재활의 유기적 연계를 통하여 포괄적 의료 서비스를 제공하고 의료의 질을 향상하는 것이다. 넷째, 혈액, 응급, 전염병, 재활 등 비시장성 필수요료를 제공하는 것이다. 다섯째, 국가 보건의료정책 수행 및 지역사회 기반 활동을 수행하는 것이다. 이러한 공공보건의료의 역할을 수행하기 위한 정부의 정책수단으로는 시장 활성화, 경제적인 유인 제공, 규제도입, 정부의 직접 의료서비스 제공 등의 방법을 사용한다.

2) 우리나라의 공공보건의료정책

우리나라의 공공보건의료정책은 크게 4개의 시기로 구분할 수 있다. 첫 번째 시기는 공공보건의료의 확충기(1950~70년대)로 정부는 공공분야에 대한 비중을 확대하였다. 이 시기에 우리나라는 한국전쟁을 겪으면서 대부분의 기존 의료시설이 파괴되었고, 보건인력이 감소하였

으며 그리고 각종 전염병이 창궐함에 따라 공공보건의료조직을 강화하기 시작하였다.⁵⁾ 두 번째 시기는 공공보건의료의 정체기(1980~90년대)기로 민간의료분야는 급속히 확대되었지만 정부의 경제성장정책과 공공보건의료에 대한 이념이나 구체적 계획 및 전략의 부재로 공공보건의료분야는 정체되어 급속히 확대된 민간부문에 비해 상대적으로 크게 위축되었다.⁶⁾ 세 번째 시기는 공공보건의료의 확충 노력기(2000년대)이다. 우리나라 보건의료체계에서 의료의 공공성을 유지하는 방식은 건강보험을 통해 진료의 양과 가격을 통제하고, 공공의료기관을 유지하면서 민간의료기관의 외형적인 틀을 비영리기관으로 한정하는 것이다. 이를 바탕으로 지난 2000년에 공공보건의료법을 제정했고 참여정부 시절인 지난 2005년 ‘공공보건의료 확충 종합대책’⁷⁾을 수립해 지방의료원이 행정안전부에서 복지부로 이관되면서 시설 투자가 확충됐

5) 1956년에는 보건소법을 제정·공포하였고, 1958년 동 시행령 제정으로 도지사 관장하에 보건소를 운영하였음. 그러나 보건소 조직의 활성화를 위하여 1962년에는 보건소법을 개정하고 시장·군수 책임 하에 97개의 보건소를 설치하였고, 1969년에는 전국에 1,336개의 읍·면 보건지소를 설치하였으나 의료인력 및 시설장비의 확보는 이에 따르지 못하여 어려움을 겪었음. 제5공화국 시절에는 복지사회건설을 국정지표의 하나로 선정하고, 제5차 경제계획의 명칭을 경제사회발전계획으로 변경하면서 보건의료부분에 대한 투자가 강화되었고, 1972년부터 레지던트의 전문의 응시자격으로 레지던트 수련기간 중 6개월간 무의촌 파견근무제도를 실시하여 10년간 지속시켰음(강복수(2000). **우리나라 공공보건의료 발전방안**, 한국농촌의학회 한국농촌의학회지, 25(2), pp.217~230).

6) 1980년에는 “농어촌 등 보건요리를 위한 특별조치법”(1980. 12. 31, 법률 제3335호)을 제정하여 농어촌 의료취약지역에 보건진료소를 설치하여 보건진료원을 배치하였고, 읍면 보건지소에는 공중보건의를 배치하여 1983년에는 무의면이 해소되는 전기를 맞이하게 되었음. 그러나 이러한 노력에도 불구하고 같은 기간동안의 민간부문의 투자와 성장을 감안할 때 공공부문에 대한 투자는 상대적으로 미미하였음. 이로 인하여 민간의료부문에 비해 취약한 공공보건의료의 초래되었음. 1990년대 후반의 정부조직의 구조조정과정에서도 국립의료원의 폐쇄나 일부 지방공사 의료원의 민영화 등에 대한 논의는 공공보건의료에 대한 비전과 구체적 대안이 없는 무계획적이고 무원칙적인 결정의 본보기라 할 수 있음(강복수(2000). **우리나라 공공보건의료 발전방안**, 한국농촌의학회 한국농촌의학회지, 25(2호), pp.217~230).

7) 보건복지부는 공공보건의료에 관한 기본 계획을 수립하고(2003.3.31.), 공공의료확충추진기획단(2003.6.9.)과 공공의료사업지원단(2005.2.)을 설치하여 보건복지부 차원의 종합계획을 2004년 11월에 마련하였으며, 국가 차원의 「공공보건의료 확충 계획」은 국무회의 의결(2005.11.16.)을 거쳐 2005년 12월 국가 정책으로 최종 확정되었음.

• 「공공보건의료 확충 계획」의 ‘공공의료’의 개념은 다음과 같음: 첫째, 합리적 의료공급자로서 보건의료체계의 균형추 역할을 하게 하는 것임. 지금까지 우리나라 공공부문의 역할은 예방접종, 응급의료 등 민간이 감당하지 못하고 있는 영역에서 제한적인 역

다. 또 4조3,000억원이라는 대규모 예산을 투입해 공공보건의료 부분의 발전을 이뤘다. 이로써 공공보건의료 인프라가 확충되는 계기가 됐다. 전문질환센터, 심뇌혈관질환센터 등 지방의료원의 시설에 대한 예산 지원이 체계적으로 이뤄지기 시작한 것도 이 시점이였다. 하지만 이 대책은 5년 이내에 공공병상의 비중을 전체의 30%로 확충하는 걸 목표로 했지만 민간병원이 지속적으로 늘어나는 시점에서 현실적으로 달성할 수 없는 목표였다. 또한 인프라 중심의 투자 대책으로 공공보건의료의 기능적 측면 발전이 미흡한 상태에서 국공립병원만 공공보건의료기관으로 인정하고 공공보건의료기관을 양적으로만 확충하려 했다는 게 한계라고 할 수 있다. 그래서 의료기관의 90%를 차지하고 있는 민간의료기관을 효율적으로 활용하지 못했다. 또 국공립병원을 확충하고 이들만 지원하는 것에 대한 사회적인 공감대 형성에 실패했고 국공립병원 자체에 있어서도 민간과 기능적 차이가 부족했고 성과도 낮았다. 네 번째 시기는 공공

보건의료의 패러다임의 변화기(2012~현재)로 우리나라의 민간중심의 의료공급체계 하에서 수립한 공공의료기관 확충 대책의 한계를 인식한 정부는 지금까지의 공공의료의 개념을 소유에서 기능중심으로 개편하는 “공공보건의료에 관한 법률(법률 제1247호)”을 2012년 2월에 공포하여 2013년 2월부터 시행하고 있다.⁸⁾

결국 공공보건의료법이 개정됐고 공공과 민간 구분 없이 공공보건의료를 확충하기 위한 정책방향 하에 개념과 범위를 재정립했다. 이번 공공보건정책의 방향은 지역 균형적 공공의료 공급체계 구축, 필수 의료서비스 제공 강화, 민간을 통한 공공의료 기능 확대, 공공의료기관 경쟁력 제고, 공공의료정책 수행체계 내실화 등 5개 정책을 설정하였고, 그리고 공공보건의료의 영역과 주요역할을 의료취약지역의 해소, 의료취약계층의 의료보장, 필수보건의료의 공급이 원활하지 못한 분야의 해소, 국가 및 지방자치단체의 대응이 필요한 질병 예방과 건강 증진에 관한 사업 등으로 규정하였다. 공공의료기관

할을 하고 있으나, 공공보건의료 계획에 따라 앞으로는 과잉진료 등 시장실패를 보정하는 합리적·공익적 의료공급자로서 보건 의료체계의 균형추로 역할을 하게 한다는 것임. 둘째, 질병예방과 관리를 포함하는 포괄적 서비스 제공자로서 역할을 하게 하는 것임. 사회적으로 바람직한 예방, 건강증진, 질병관리, 응급 진료, 재활, 요양 등 국민건강의 보호를 위한 포괄적 서비스를 제공하는 국민보건의 최종 안식처로서 역할을 하게 하겠다는 것임. 셋째, 사회적 형평의 조달자로서 역할을 하는 것임. 형평이 수반되지 않는 자유의 추구는 경제성장과 국가발전에 애로 요인으로 작용하므로, 저소득·서민층이 경제·사회적 장애로 의료서비스에 대한 접근에 애로가 발생하지 않도록 공공보건의료가 적극적 역할을 한다는 것임.

8) 개정된 공공보건의료법의 주요내용은 다음과 같음: 첫째, ‘공공보건의료’ 등에 관한 정의(제2조)에서는 공공보건의료를 국·공립 ‘설립 및 소유’의 관점에서 ‘기능’관점으로 정의하여, 공공보건의료 수행기관을 민간의료기관이라 하더라도 공공보건의료 기능을 수행 가능토록 하고 있음. 둘째, 공공보건의료 기본계획의 수립(제4조)과 관련하여 5년마다 공공보건의료 기본계획을 수립하도록 하고 있음. 셋째, 의료취약지의 지정 및 의료취약지 거점의료기관의 지정(제12~13조)과 관련하여 의료 이용 실태, 의료자원의 분포 등을 평가하고 의료취약지로 지정·고시토록 하고 있으며, 시·도지사는 의료취약지 거점의료기관으로 지정하여 지원 가능토록 하였음. 넷째, 공공전문진료센터의 지정(제14조)과 관련하여 국가의 지원이 필요한 전문분야 등에 대하여 공공전문진료센터를 지정·지원토록 하고 있음. 마지막으로 공공보건의료 지원센터 및 공공보건의료 지원단의 설치(제21조~22조)와 관련하여 공공보건의료 지원센터를 설치하여 공공보건의료 수행기관에 대한 기술 지원, 인력에 대한 교육·훈련 프로그램 개발·보급 등에 대한 지원토록 하고, 시·도의 지원업무 수행을 위하여 시·도 공공보건의료 지원단을 설치토록 하고 있음.

외에 민간의료기관도 공공보건의료 서비스를 제공할 수 있지만 그렇다고 공공보건의료에 대한 국가의 책임을 민간에 떠넘기는 건 아니다. 여전히 공공기관의 주도적인 역할은 필요하고 민간의료기관이 그 보완적인 역할을 할 수 있는 근거를 마련했다는 점에서 의미가 있다고 판단 된다. 정부는 개정된 공공보건의료법에 의해 향후 추진해야할 과제를 정리하고 우선순위를 정하는 작업을 진행 중에 있으며, 특히 공공보건의료 확충계획을 실행하기 위한 재원확보방안을 마련하는데 중점을 두고 있다.

3) 우리나라 공공보건의료의 문제점

우리나라의 공공보건의료의 문제점은 공공보건의료의 목표정립의 미흡과 시설, 인력, 병상, 재정 등 공공보건의료 자원의 취약성의 문제 및 이로 인해 초래되고 있는 문제점으로 구분할 수 있다.

(1) 공공보건의료의 목표 및 기능 미정립

① 공공보건의료부문의 목표설정, 기능정립 및 전략수립 미흡

그동안 공공보건의료를 국가보건의료체계 속에서의 위상과 기능을 어떻게 설정하고 어느 정도의 역할을 수행하도록 할 것인가에 대한 목표가 뚜렷하지 못하여 일관성 있는 공공보건의료에 대한 지원이나 육성이 이루어지지 못하였다⁹⁾. 또한 공공보건의료조직의 한 부분을 관리하고 담당하고 있는 안전행정부, 교육부 그리고 지방자치단체의 역할과 협조가 중요함에도 이들 조직과 협력관계를 구축하지 못하였다. 한편 안전행 정부는 보건소 등의 공공보건의료기관의 역할과 기능에 대한 전문적인 지식과 경험이 없이 일반 행정조직으로 취급하여 관리하여 왔고, 교육부 또한 대학병원의 운영을 경제성 지표를 기준으로 평가하여 국립대학병원의 공공의료기관으로서의 기능을 약화시키는 원인을 제공

표 1. 공공보건의료에 관한 법률 개정 방향

구분	과거 법률	개정 법률
정의	<input type="checkbox"/> 국·공립 의료기관이 국민 건강을 보호·증진하기 위하여 행하는 일체의 활동	<input type="checkbox"/> 국민의 보편적인 의료 이용을 보장하고 건강을 보호·증진하는 모든 활동
대상	<input type="checkbox"/> 국·공립 의료기관	<input type="checkbox"/> 국·공립의료기관 및 민간의료기관
영역	<input type="checkbox"/> 명확한 구분이 없음	<input type="checkbox"/> 의료취약지역의 해소 <input type="checkbox"/> 의료취약계층의 의료보장 <input type="checkbox"/> 필수보건의료의 공급이 원활하지 못한 분야의 해소 <input type="checkbox"/> 국가 및 지방자치단체의 대응이 필요한 질병 예방과 건강 증진에 관한 사업

9) 김신(2011). 공공보건의료체계 현황과 발전방안, 보건복지포럼 통권 제169호(2010년 11월) pp.38~44.

하였다고 할 수 있다. 이처럼 부처에 관계없이 국민보건을 위한 공공보건의료기관의 역할에 대한 기본이념과 정책의 방향성을 상실한 채 운영하고 평가해온 결과로 인해 오늘날의 공공보건의료의 위기를 자초하였다고 할 수 있다. 중앙부처와 마찬가지로 광역자치단체나 기초자치단체의 경우도 가시적인 성과가 나거나 전시성 또는 수익성이 보장되는 사업을 선호함으로써 공공성을 상실하는 결과를 초래하고 있다¹⁰⁾. 그러나 2012년도에 “공공보건의료에 관한 법률(법률 제1247호)”이 제정·공포되어 공공과 민간 구분 없이 공공보건의료를 확충하기 위한 정책방향 하에 개념과 범위를 재정립하였지만, 목표달성을 위한 전략과 자원조달 방안 그리고 공공보건의료조직을 관리하고 있는 유관부처와의 협력관계구축이 미흡한 실정이다.

② 공공의료기관의 기능과 역할 불명확

“보건의료기본법” 제27조에는 “국가 또는 지방자치단체는 공공보건의료기관과 민간보건의료기관의 역할분담 및 상호협력체계를 마련한다”고 명시되어 있다. 그러나, 현재 국립대학병원이나 국립병원, 지방공사 의료원 등의 공공의료기관들의 기능이 명확하게 정립되어 있지 않아 민간의료기관과의 기능의 차이를 찾기 어려우며, 이를 기관의 공공의료기관으로서의 공공성 확보를 위한 체계나 기전이 확보되어 있지

못한 실정이다. 공공의료기관들이 설립·운영의 주체가 공공이라는 점을 제외하고는 민간의료기관과 차별성이 없어 공공성이 취약한 실정으로 평가되고 있다. 공공의료기관은 민간의료기관과 달리 시장기전이 아닌 중앙정부 및 지방자치단체 등의 정책적 필요에 의해 설립되고 운영되거나 정책집행 수단으로서의 기능을 제대로 하지 못하고 있다. 이러한 기능의 불명확성은 국민들에게 공공병원이 민간병원과 별로 차이가 없는 것처럼 느끼게 하고 있고, 공공병원의 정체성은 모호한 상태이다. 뿐만 아니라 이들 공공의료기관들 사이에 기능 및 역할 분담이 되어 있지 않다. 국가가 운영하는 일부 특수병원을 제외한 국립대학병원이 특수법인화 되어 있고, 지방자치단체의 의료원도 공사화되어 있다. 따라서 국립대학병원이나 지방공사 의료원이 이른바 경영성과를 강조하는 상황이고, 경영수지를 개선하기위한 기관들의 자구책이 다양하게 시도되고 있어 공공성을 띤 사업을 수행하기가 현실적으로 어렵게 되어 있다. 이로 인하여 공공의료기관으로서의 역할과 기능을 수행하지 못하고 있는 실정이다.¹¹⁾

③ 보건기관(보건소/보건지소) 기능의 문제점

“지역보건법”(1995. 12. 29, 법률 제 5101호) 제9조에 명시된 보건소의 업무¹²⁾는 크게 공중보건, 질병예방, 건강증진, 보건교육, 응급의료 등

10) 강복수(2000). 우리나라 공공보건의료 발전방안, 한국농촌의학회 한국농촌의학회지, 25(2), pp.217~230.

11) 감신(2011) 참조.

12) ① 국민건강증진·보건교육·구강건강 및 영양개선사업, ② 전염병의 예방·관리 및 진료, ③ 모자보건 및 가족계획사업, ④ 노인 보건사업, ⑤ 공중위생 및 식품위생, ⑥ 의료인 및 의료기관에 대한 지도 등에 관한 사항, ⑦ 의료기사·의무기록사 및 안경사에 대한 지도 등에 관한 사항, ⑧ 응급의료에 관한 사항, ⑨ 농어촌 등 보건요를 위한 특별조치법에 의한 공중보건조사·보건진료원 및 보건진료소에 대한 지도 등에 관한 사항, ⑩ 약사에 관한 사항과 미약·향정신성의약품의 관리에 관한 사항, ⑪ 정신보건에

다양한 지역보건업무를 담당하도록 규정되어 있다. 하지만 대부분의 보건소는 지역보건사업의 기획능력부족, 민간의료기관과의 연계부재 등의 문제가 있고, 사업측면에서는 다수의 보건사업을 수행함으로써 중점질환 관리 등과 같은 집중적인 보건사업을 추진하는데 어려운 면이 있다. 또한 업무내용을 보면 보건부와 복지업무가 다소 중복되는 경우가 있으며, 방문보건사업의 서비스 내용이 인력 부족으로 인하여 미흡한 실정이다. 보건지소는 해당지역 주민들의 진료를 위시한 예방보건 및 건강증진을 포함하는 포괄적 보건의료서비스를 제공하는 면단위 중심보건의료기관으로 기능을 수행해야 하는데 현실적으로는 그렇지 못하며 대부분의 보건지소는 주민의 요구에 따라 진료위주의 업무를 수행하고 있다¹³⁾.

(2) 공공보건의료의 자원 및 평가체계의 취약성

① 공공보건의료 시설 및 인력

공공보건의료의 패러다임이 소유중심에서 기능중심으로 바뀌어 민간의료기관도 공공보건의료사업에 참여할 수 있도록 법이 개정되었다는 점을 감안하더라도 현재 우리나라의 공공보건의료기관은 선진외국에 비해 너무 부족한 것이 현실이다¹⁴⁾. 2011년 현재 우리나라의 공공보건의료기관¹⁵⁾의 현황을 보면, 보건소 등의 공공보건기관이 3,435개소이고, 국립대병원, 지방의료원 등의 공공의료기관이 184개소로 공공보건의료기관은 총 3,619개소이다.

기능적인 측면에서 보면 184개의 국·공립병원 중 일반진료를 제공하는 공공의료기관은 국립중앙의료원, 국립대병원 등을 포함하여 42개소가 있으며, 결핵, 정신, 재활, 암, 아동, 노인 등 특수질환을 다루는 공공의료기관은 87개소

관한 사항, ⑫ 가정·사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의료사업, ⑬ 지역주민에 대한 진료, 건강진단 및 만성퇴행성 질환 등의 질병관리에 관한 사항, ⑭ 보건에 관한 실험 또는 검사에 관한 사항, ⑮ 장애인의 재활사업 기타 보건복지부령이 정하는 보건복지사업, ⑯ 기타 지역주민의 보건의료의 향상·증진 및 이를 위한 연구 등에 관한 사업 등임.

13) 강복수(2000) 참조.

14) 우리 나라는 병상수, 기관수, 의사수 등 각종 공공보건의료부문의 양적인 비중이 선진 외국에 비하여 낮은 실정임. 일례로 '전체 병상수 대비 공공의료기관 병상수 비중'의 경우 의료는 민간이 주도하는 미국이나 일본과 비교해서도 크게 낮은 수준임.

15) "공공보건의료에관한법률 제2조(정의)"에 따라 국가나 지방자치단체 또는 대통령령으로 정하는 공공단체가 공공보건의료의 제공을 주요한 목적으로 하여 설립 운영하는 보건의료기관을 일컬음. 따라서 보건소(보건지소)의 경우 "지역보건법 제7조(보건소의 설치), 제10조(보건지소의 설치), 지방의료원의 경우 "지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률 제4조(설립 및 등기)에 따라 국가, 지방자치단체가 공공보건의료의 제공을 주요한 목적으로 하여 설립 운영하는 기관으로서 공공의료기관에 포함되며, 국립대병원의 경우 "국립대학병원 설치법 제5조(설립)"에 따라 설립 운영되는 기관이면 공공보건의료기관에 포함됨. 또한 대통령령으로 정하는 공공단체가 공공보건의료의 제공을 주요한 목적으로 하여 설립 운영하는 보건의료기관도 공공보건의료기관에 포함되며, 그 종류는 다음과 같음. 1. 「국립대학병원 설치법」에 따른 국립대학병원, 2. 「국립대학치과병원 설치법」에 따른 국립대학치과병원, 3. 「국립중앙의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」에 따른 국립중앙의료원, 4. 「국민건강보험법」 제13조에 따른 국민건강보험공단, 5. 「대한적십자사 조직법」에 따른 대한적십자사, 6. 「방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법」 제13조의2에 따른 한국원자력연구원, 7. 「산업재해보상보험법」 제10조에 따른 근로복지공단, 8. 「서울대학교병원 설치법」에 따른 서울대학교병원, 9. 「서울대학교치과병원 설치법」에 따른 서울대학교치과병원, 10. 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」에 따른 지방의료원, 11. 「암관리법」 제27조에 따른 국립암센터, 12. 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 한국보훈복지의료공단.

표 2. 우리나라 공공보건의료기관 현황(2011, 10)

구분	공공보건기관 (보건소 등) (A)	공공의료기관 (B)	공공보건의료기관 (C=A+B)	민간의료기관 (D)	전체 (E=C+D)	공공/전체 (C/E)
기관수	3,435	184	3,619	58,020	61,639	5.87%
병상수	446	66,307	66,753	500,494	567,247	11.76%

이다. 그리고 경찰, 산재, 보훈, 군병원 등 특수 대상자를 위한 공공의료기관은 34개소가 있다. 2011년 현재 우리나라 의료기관 수를 기준으로 보면 전체의료기관의 94.13%가 민간부문에 속하여 공공부문은 5.87%에 불과하다. 병상수를 기준으로 하면 공공부문의 비율은 11.76%로 기관수보다는 다소 높은 수준이다. 선진국의 경우 병상규모로 보면 적어도 약 30% 이상을 공공의료기관이 보유하고 있는데 비해 우리나라의 경우 12% 정도에 불과해 매우 열악하다고 할 수 있다. 이들 공공의료기관 중 국립대학병원과 지방공사 의료원은 공공의료기관으로 분류되어 있으나, 그 기능이나 내용면에서 공공성을 띠 역할이 미약하여 사립대학병원이나 일반 종합 병원과 거의 차이가 없는 실정이다. 이러한 현실을 감안하면 공공병원의 수는 극히 소수에 불과하다. 결핵병원, 정신병원이나 나병원과 같은 특수병원을 제외하면, 일반진료 서비스를 제공

하는 공공의료기관은 70개소 뿐이다. 이들 중 지방공사 의료원의 경우 현재의 시설과 장비, 인력수준은 민간병원과 비교할 수 없을 정도로 낙후되어 있는 현실이다.

② 공공보건의료 재정

우리나라에서 공공보건의료이 취약한 이유는 일차적으로 정부의 공공보건의료에 대한 관심부족과 그에 따른 낮은 재정지출에 원인이 있다. 우리나라에서 보건의료분야(사회보장 및 건강보험 지출 제외)에 대한 중앙정부의 재정지출 비율은 1%로 주요 선진국들은 물론이고 아시아 개발도상국들 중에서도 최하위 수준이다(표 4). 그리고 의료비 중 공공재원비율을 보면, 2004년에 52.6%에서 2009년에 58.2%로 6%정도 증가하였지만, OECD 평균이 72%인 점을 감안하면 우리의 공공의료비 비중은 여전히 낮은 수준이다(그림 1).

표 3. 국·공립 병원의 기능적 분류(184개)(2011.10)

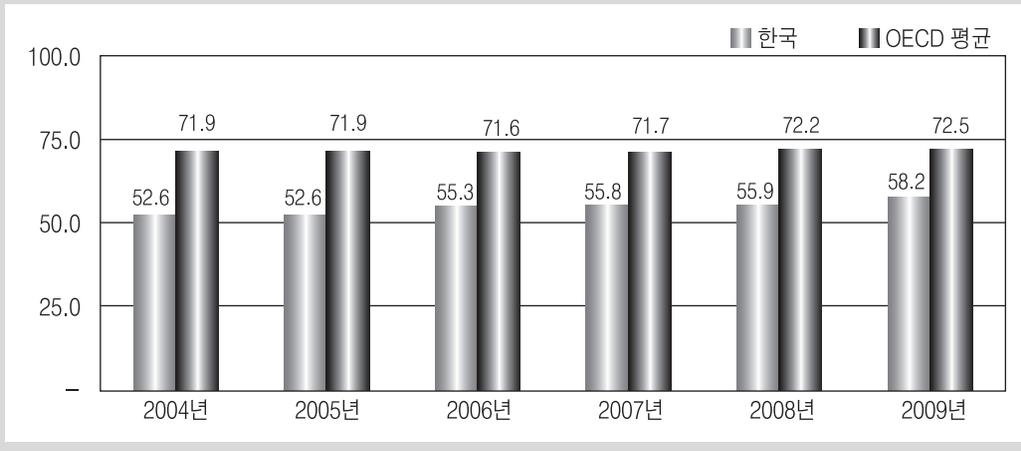
구분	의료기관
<input type="checkbox"/> 일반진료(42개소)	<input type="checkbox"/> 국립중앙의료원, 국립대병원(13), 지방의료원(34), 적십자 병원(5), 일산공단병원, 시립일반병원(2) 등
<input type="checkbox"/> 특수질환(87개소)	<input type="checkbox"/> 결핵, 정신, 재활, 암, 아동, 노인 등
<input type="checkbox"/> 특수대상(34개소)	<input type="checkbox"/> 경찰, 산재, 보훈, 군병원 등

표 4. 주요 국가의 중앙정부예산 중 보건의료분야*의 비중

국가명	비율(%)	기준년도	국가명	비율(%)	기준년도
미국	25.2	2007	캐나다	9.3	2007
독일	20.4	2007	네팔	7.2	2008
일본	19.6	2006	싱가포르	6.0	2007
영국	17.8	2006	인도	2.0	2007
뉴질랜드	16.6	2007	필리핀	1.6	2007
호주	14.8	2007	대한민국	1.0	2007
네덜란드	13.5	2007	프랑스	0.9	2007
태국	11.3	2007	스위스	0.2	2006

주: * 모든 국가의 재정지출 비중은 사회보장과 의료보험을 제외하고 산출된 것임.
 자료: Government finance statistics yearbook, IMF, 2008.

그림 1. 우리나라와 OECD국가 평균 공공재원비율('04 ~ '09)



보건복지의 분야별 예산을 살펴보면, 희귀, 난치성질환 등 공적부분이 담당해야만 하는 분야를 포함한 공공보건의료에 대한 국가의 투자가 전반적으로 미흡하다. 2012년도 건강보험을 제외한 보건의료예산의 경우, 6,237억원으로 일반회계 세출예산의 2.8%에 불과할 뿐만 아니라 보건의료예산은 2011년에 비해 2012년에

14.5%가 감소하여 만성질환관리와 같은 새로운 보건사업을 활성화시키기에 상당한 어려움이 있는 것으로 판단된다.

③ 공공보건의료기관 관리 및 평가시스템 미흡
 공공보건의료기관은 국가나 지방자치단체에 의해 설립된 국·공립병원, 정부부처에 소속되

표 5. 분야별 보건복지부의 예산

(단위: 백만원)

구분	'11년도 예산	'12년도 예산	증감(▽)	변동율(%)
총계	20,940,663	22,455,602	1,504,939	7.2
○ 일반회계	20,495,127	21,974,455	1,479,328	7.2
○ 특별회계	197,052	207,020	9,968	5
- 농어촌구조개선특별회계	67,214	60,247	▽6,967	▽10.4
- 광역지역발전특별회계	1,944	2,333	389	20
- 책임운영기관특별회계	127,894	144,440	16,546	12.9
○ 사회복지	15,315,372	16,609,533	1,294,160	8.5
- 기초생활보장	7,516,784	7,902,802	386,018	5.1
- 아동·장애인 등	1,045,267	1,182,957	137,690	13.2
- 공적연금	387	1,004	617	159.4
- 보육 및 저출산	2,510,736	3,065,226	554,490	22.1
- 노인	3,715,269	3,899,279	184,010	5
- 사회복지일반	526,929	558,265	31,335	5.9
○ 보건	5,376,807	5,571,942	195,135	3.6
- 보건의료	729,665	623,718	▽105,947	▽14.5
- 건강보험	4,647,142	4,948,224	301,082	6.5

자료: 보건복지부 재정정보, 2012.

어 있는 특수법인 형태의 병원, 보건기관(보건소, 보건지소, 보건진료소 등)을 포함하고 있으며, 공공병원들은 15개 관계법령에 따라 8개 부처에 분산되어 있어서 포괄적인 국가보건의료 계획의 수립과 집행이 어려운 실정이다. 또한, 이들 공공병원들은 보건소 등 일선 보건기관과 공식화된 협조체계가 없어서 공공보건의료의 독자적인 서비스 전달망 구축이 어려운 실정이다¹⁶⁾. 또한 지역거점공공병원 운영평가는 공공병원 육성정책의 일환으로 34개 지방의료원과 5개 적십자병원을 대상으로 2006년부터 시행

하고 있지만, 공공병원이 수행하고 있는 적정진료, 건강증진, 질병관리, 저소득층 진료 등 공공적 기능은 평가에서 큰 비중을 차지하지 못하고 있다. 공공병원에 대한 평가는 주로 수익성에 적지 않은 비중을 두어 경영성적 순위를 발표하고 있고, 광역자치단체의 부족한 지원액에 의존하여 운영되는 실정인으로서 사실상 공공보건의료기관 본연의 공적기능 수행능력이 심각하게 훼손된 상태이다.

16) 감신(2011) 참조.

(3) 공공보건의료의 취약성으로 초래된 문제점

우리나라 보건의료체계는 공공보건의료 부문이 취약하고, 민간의료에 대한 의존성이 높은 이유로 ‘국민의료비의 급상승’과 사회취약계층 및 재난·재해 등의 응급상황에서 국민이 「필요」로 하는 보건의료서비스를 적절히 제공하지 못하는 문제점이 있다.

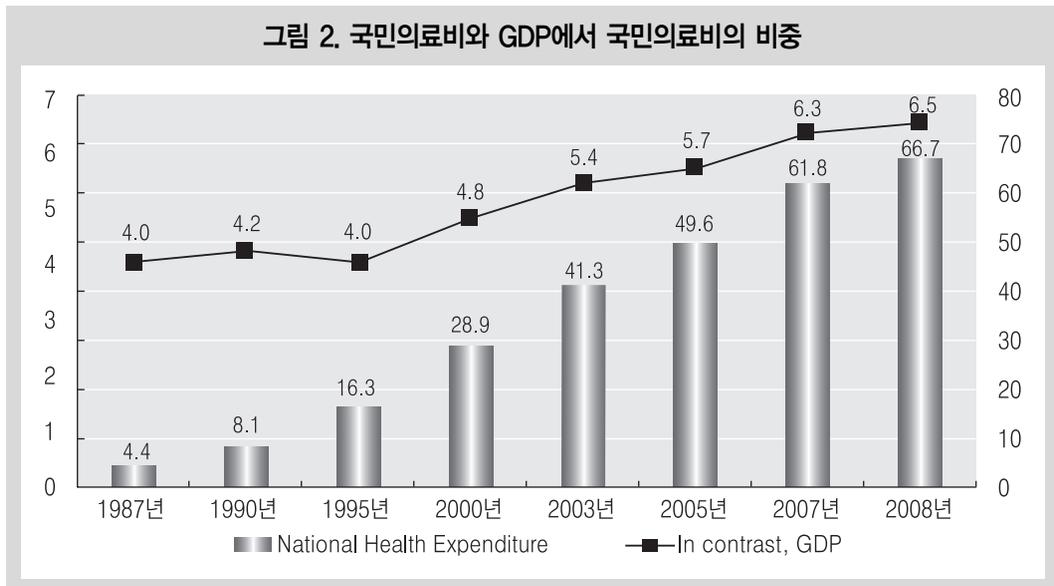
① 국민의료비의 증가와 건강보험재정 위협
노인인구 및 만성질환자의 증가와 민간위주의 의료공급체계 및 의료의 공공성 취약은 국민 의료비의 급증을 야기하고 이는 국민의 부담가중과 국가재정의 큰 위협요인으로 작용한다. 그리고 1인당 진료비 지출 증가율(1997~2007년)은 OECD국가 중에서 가장 높은 것으로 나타났

다. 우리나라 국민의료비는 지난 87년에 4.4조원에서 '08년 66조 7천억원으로 지난 20여년간 15배 이상 증가했다. 건강보험 급여비 또한 2000년대에 들어와 연평균 11% 이상 증가하고 있는 반면 수입의 확충은 한계가 있어 이미 재정 건전성에 빨간 불이 들어온 상태인 것이다. 향후에도 취약한 공공보건의료를 포함한 비효율적인 보건의료체계와 치료중심적인 보건의료체계가 지속되는 한 국민의 건강수준은 크게 개선되지 않고 재정악화가 심화될 것으로 전망된다.¹⁷⁾

② 의료취약지 및 의료사각지대 증가로 건강 및 의료이용의 불평등 심화

민간중심의 의료공급체계와 낮은 보장성 및 정부 역할의 미흡으로 의료취약지역과 의료사

그림 2. 국민의료비와 GDP에서 국민의료비의 비중



17) 신영석 외(2010). 건강보험 정책현황과 과제, 한국보건사회연구원.

각지대는 확대되어 건강과 의료이용의 불평등은 심화되고 있다. 특히 국민의료비의 증가에도 불구하고 여전히 의료취약계층과 의료사각지대가 증가하고 있다는 점이 문제이다. 2008년 미국의 서브프라임 모기지 사태로 촉발된 세계 경제위기는 우리나라 경제전반에 영향을 미쳤을 뿐만 아니라 보건의료부문에에도 영향을 미쳐 의료취약계층이 크게 증가하였다. 최근 연구결과에 의하면 경제적인 요인 때문에 의료욕구를 충족하지 못하는 우리나라 성인 인구의 비율이 약 3~10%에 달하는 것으로 나타났으며, 빈곤층의 경우 약 8~15%에 이르는 것으로 추정되고 있다. 또한 비급여의 과도함으로 의료비 지출 때문에 생계에 지장을 받는 의료비 과부담 가구(의료비 지출이 소득의 10%를 넘는 가구)가 전 국민의 약 15.9%에 이르고 있다. 자격측면에서는 약 74.7만 가구(약 233만명)의 건강보험 비자발적 체납자와 약 3만명으로 추산되는 주민등록 말소자가 의료소외 계층이다.¹⁸⁾ 이러한 의료서비스 접근에 제한을 받는 계층은 지역적으로는 농산어촌 거주자, 소득 측면에서는 빈곤 및 차상위계층, 수혜자 측면에서는 노인, 아동, 장애인 등에 집중되었고, 특히, 저소득 계층은 의료서비스 구매력 저하로 계층간 건강격차가 확대된 것으로 나타났다. 문제는 2008년에 시작된 글로벌 경제위기는 끝난 것이 아니라 최근에는 유럽국가들의 재정위기로 이어져 세계 경제를 지속적으로 위협하고 있다는 점이다. 이

는 우리나라의 경제전반에 악영향을 미칠 뿐만 아니라 의료와 건강취약계층을 더욱 확대시켜 의료와 건강의 불평등을 심화시키고 있다.¹⁹⁾

또한 공공보건의료의 취약성으로 인해 의료취약계층 뿐만 아니라 지역주민에게 최소한의 필수적인 의료서비스의 접근성을 보장하는데 어려움이 있다. 우리나라의 보건의료기관은 94%가 민간시설로 대부분 대도시나 중소도시에 위치하고 있다. 또한 농어촌의 경우에 인구 감소에 따른 민간의료기관의 경영난으로 폐업이 증가하여 병의원이 없는 무의촌의 형태로 의료취약지역이 늘어나고 있는 실정이다. 특히 필수 의료서비스 중 하나인 응급의료서비스의 경우, 34개 군의 농어촌 지역에는 응급 의료기관조차 없으며, 각종 응급의료 인프라(헬기 등 이송장비) 구축이 미흡한 상태이다. 종합병원급 이상에 해당하는 지역응급의료센터가 부족한 중진료권은 총 6개 지역으로, 경기도 북부지역, 강원도, 경남 서부 지역, 충남 서부지역 등이 해당했다. 그리고 병원급에 해당하는 지역응급의료기관이 없어 응급의료서비스를 이용할 수 없는 지역은 총 43개로 모두 군지역이며, 이들 지역은 경북이 가장 많고, 강원, 전남, 경남 등의 순서였다. 응급의학과 전문의가 없는 시군구는 총 93개로 이중 57개는 군지역이었다.²⁰⁾ 이 밖에도 기본적인 보편적인 의료서비스 제공과 의료취약계층을 위한 공공의료자원이 부족하고 공공의료체계가 미확립된 상태이다.²¹⁾

18) 신영석(2010). 의료 안전망 구축방안, 건강안정망 진단과 재축적을 위한 입법 과제 세미나 자료, 국회 선진사회연구포럼·국회입법조사처.

19) 오영호(2012). 2012년 보건의료정책의 변화와 전망, 보건복지포럼 통권 제183호(2012년 1월), pp.7~20.

20) 이신호 외(2008). 응급의료체계구축에 의한 사회적 비용편익분석, 한국보건산업진흥원.

또한 OECD 국가들에 비해 공공의료부문이 차지하는 비중이 양적으로 취약할 뿐만 아니라 역할과 기능면에서도 미흡하여, 건강에 대한 관심과 만성질환자가 증가하고 있지만 만성질환 관련 공공의료기관의 내부역량과 연계기반이 취약하다는 문제가 제기되고 있다. 특히, 암, 고혈압, 당뇨병, 심뇌혈관질환, 관절염, 결핵, 정신질환 등의 질환은 대부분 정밀검사와 다양한 의료서비스를 필요로 하나 현재 공공의료기관은 시설장비가 낙후되어 있고 인력 역시 부족하여 적절한 보건의료서비스를 제공하는데 한계점을 가지고 있다. 또한 보건소를 중심으로 추진되는 건강증진사업 체계에서, 만성질환 관리를 수행할 공공병원은 치료 이외의 서비스 모델이 제시되어 있지 않아 보건소 중심의 사업 체계에 연계할 고리를 찾기 어려운 실정이다. 농어촌 및 벽지에서는 보건(지)소 등 보건기관이 만성질환 관련 서비스를 제공한다고 하나 대다수의 인구가 거주하는 도시, 읍지역 등에서는 연계기반이 취약한 병의원이 주된 서비스 기관이라는 문제를 안고 있다. 이렇듯 공공보건의료체계의 취약성과 미확립으로 응급의료를 포함한 필수 의료서비스의 지역간 불평등 등의 문제가 지속되고 있다.²²⁾

- ③ 국가적 재난·재해·응급상황에서 효과적으로 대처할 수 있는 안전망 부재로 국민의 불안가중
- 모든 국가는 각종 비상사태에 대비하는 기본

수단으로 독자적인 공공보건의료체계를 가동하고 있다. 만약의 사태에 대비하는 보건의료체계는 특성상 평상시 운영비용이 과다하여 민간영역에서 전담하는 것이 불가능하며 신속한 기능전환을 기대하기도 어렵기 때문에 공공보건 의료분야에서 담당하고 있다. 그러나 우리나라는 이러한 역할을 할 수 있는 인구수와 지역면적 등 기본사항을 고려한 공공보건의료체계의 확충 및 연계망이 미흡하여, 독자적으로 전국을 포괄할 수 있는 안전망이 갖추어지지 않은 상태이다. 이로 인해서 생물·화학적 테러 및 신종 전염병의 유행 등의 중대한 위기에 직면하였을 경우 현재의 민간중심의 의료체계 하에서는 이에 대응할 수 있는 능력이 부족하기 때문에, 국민들은 의료체계에 대한 불만과 불안을 가지고 있다.²³⁾

3. 우리나라의 공공보건의료 발전방향 및 정책과제

1) 보건의료환경의 전망

우리나라의 보건의료환경에서 향후 주목할 변화는 전체 인구 중 노인인구의 비중이 커지는 노령화라고 할 수 있다. 2010년 65세 이상 노인 인구는 전체인구의 11.0%인데, 평균 수명의 연장 및 출산을 감소로 2018년 14.3%로 고령사회에 진입하고, 2026년에는 20.8%로 본격적인 초

21) 중앙응급의료센터(2009). 도서산간지역의 응급의료현황분석 및 지원방안 모색, 국립중앙의료원.

22) 오영호(2012) 참조.

23) 오영호(2012) 참조.

고령사회에 도달할 것으로 전망된다. 고령화와 함께 주목해야 할 점은 질병구조의 변화이다.²⁴⁾ 최근의 사회 전반적인 질병구조는 노령화와 식생활습관 변화 등으로 급성 및 전염성 질병에서 만성 및 비전염성 질병으로 급격하게 변화하고 있다. 특히 만성질환 및 합병증 발생 비율이 높아져, 암·심뇌혈관질환 등 중증질환으로 이환될 가능성 증가하고 있다. 그중, 암·심뇌혈관질환 등 중증질환은 우리나라 주요 사망원인으로, 생활습관 변화와 노인인구 증가 등으로 향후 더욱 심화될 전망이다. 특히 중증질환으로 발전 가능한 고혈압, 당뇨병은 의료비 증가의 주요인이며, 국민 상당수가 혈압·당뇨·비만 등의 위험요인을 보유하고 있다²⁵⁾. 이러한 만성질환 증가와 고령화 등으로 인해 의료비 부담은 급증하고, 저소득층 등 취약계층의 건강행태가 나빠져 건강·질병의 양극화가 심화될 것으로 전망된다²⁶⁾. 그리고 외환위기와 글로벌 경제위기 이후 붕괴된 중산층이 빈곤층으로 전락하면서 양극화 현상과 빈곤문제가 심화되었고, 경제적인 문제 때문에 의료욕구를 충족하지 못하는 의료사각지대가 확대되고 있다. 또한 우리나라의 민간 중심의 의료공급체계와 의료의 상업화가 심화되어 보건의료의 공공성이 위협을 받고 있다. 뿐만 아니라 응급·분만 등 수익성 없는 영역의 공급 실패, 지역적 의료 불균형 심화, 의료보장 사각지대 발생 등 점차 한계점을 표출하고 있는 상황이 지속될 것으로 전망된다. 이러한 보건환경변화에 적절히 대응하고 또한 의료취약지와

의료사각지대 등의 문제를 해결하기 위해서는 공공보건의료체계의 강화를 통한 의료의 공공성을 향상시키는 방법이 필수적이라 판단된다. 즉, 보건의료 환경변화에 대응하고 의료취약지와 의료사각지대의 문제에 양질의 의료서비스를 보다 안정적이고 효율적으로 제공하기 위해서는 장래의 사회 변화와 함께 보건의료환경의 변화를 예측하고 이에 기초한 공공보건의료 자원의 적절한 수급계획과 이를 효율적 활용할 수 있는 효율적인 공공보건의료체계를 구축하는 것이 우선적으로 필요하다. 결론적으로, 저소득층에 대한 의료비 지원은 사회·경제적 여건 변화와 국가적 재정 능력을 감안하여 신중하게 접근 하되, 공공보건의료 서비스의 확충을 통한 지원에 중점을 두는 것이 바람직할 것이다.

2) 발전방향 및 전략

효율적인 의료공급체계를 구축하는 것은 의료접근성의 향상과 의료자원의 효율적 이용 그리고 양질의 의료제공을 통한 국민의 의료서비스의 만족도를 제고할 뿐만 아니라, 적절한 국민의료비를 유지하는데 중요한 수단이라는 점에서 보건의료체계의 핵심이라 할 수 있다. 이러한 효율적인 의료공급체계는 의료의 특성상 공공의료부문과 민간의료부문이 조화롭게 발전해나갈 때 달성될 수 있다. 특히 공공부분과 민간부분이 상호 보완적이면서 협력적인 관계 하에 공공부분이 민간부분에 대하여 합리적인

24) 오영호(2012) 참조.

25) '08년 진료비 1, 2위가 고혈압과 당뇨병으로, '02년에 비해 각각 7.8배, 5.7배 증가(건강보험통계연보)

26) 보건의료미래위원회(2011), 2020 한국 의료의 비전과 정책방향: 보건의료미래위원회 활동보고서.

견제를 할 수 있는 정도로 공공의료가 제 역할을 할 수 있어야 한다. 이는 공공보건의료는 국민이 「필요(need)」로 하는 기본적인 보건의료서비스를 제공하는데 목적이 있는 반면 민간의료는 국민의 「수요(demand)」에 기초하여 의료서비스를 제공하기 때문이다.

향후 우리나라 공공보건의료는 공공보건의료의 역할이 적절히 수행될 수 있도록 보건의료가 갖추어야 할 조건, 즉 「접근성」, 「질」 그리고 「효율성」의 측면에서 접근되어야 한다. 접근성은 공공보건의료의 「양(量)」과 「분포」에 의하여 그리고 효율성은 투입되는 「비용」과 공공보건의료에서 산출되는 「효과」에 의하여 결정되는 것으로서, 이들을 극대화하는 것이 공공보건의료가 지향하여야 하는 기본 방향이다.

이러한 기본방향 하에 추진전략은 다음과 같다. 첫째, 공공보건의료에 대한 「접근성」의 제고이다. 공공보건의료가 소유중심에서 기능중심으로 개편됨에 따라 공공보건의료사업을 수행할 수 있는 민간의료기관을 확대하는 방안과 함께 이러한 공공의료를 수행하고자 하는 민간의료기관이 없는 곳에는 현재 지역보건법에서 규정하고 있는 농·어촌(읍·면 단위)에 국한된 보건지소의 설치를 확대 설치함으로써 의료취약지역 주민에 대해서도 보건소와 연계된 포괄적인 보건의료서비스의 제공이 가능하도록 할 필요가 있다. 두 번째는 공공보건의료에 대한 「질」적인 향상에 중점을 두어야 한다. 공공보건의료에 대한 일부 국민의 불신을 해소하기 위하여 공공보건의료기관의 시설과 인력 및 장비를 개선하고 확충할 필요가 있다. 또한 공공보건의료에 대하여 주기적인 평가와 보상을 통하여 공

공보건의료의 기관장들이 동기부여가 되도록 하며, 대국민 홍보를 적절하게 하여 민간의료기관보다 더 나은 편익을 제공하고 있다는 인식을 갖도록 할 필요가 있다. 셋째, 공공보건의료에 대한 「효율성」 증대를 위한 노력이 필요하다. 보건지소-보건소-지역거점병원의 역할 분담 및 상호협력체계의 구축과 더불어, 이후 단계에서는 국립대학병원 등 국·공립병원을 「광역거점병원」으로 지정하여 공공보건의료의 연속성과 지속성을 극대화 할 필요가 있다. 이를 위하여 지역보건법 등 관계 법령의 개정을 통하여 상호 관계, 의무와 책임 등을 분명히 규정하고, 이에 대한 정부와 지방자치단체의 지원을 명시할 필요가 있다. 마지막으로 공공보건의료는 국민의 의료서비스의 만족도를 제고하고, 국민의 의료비 부담을 줄이며, 의료체계의 효율성 증대를 위한 개혁사항을 선도적으로 추진할 수 있어야 한다. 특히 국민의 과중한 비급여 부담의 해소차원에서 공공병원의 경우 선택진료료, 상급병실 운영 등을 과감히 폐지하여 국민의 의료비 부담을 해소하고, 포괄수가제(DRG), 개방형 병원 등 의료체계의 효율성을 증대시키는 방안을 적극 도입하여 실시할 필요가 있다.

3) 정책과제

우리나라는 공공보건의료의 확충을 위하여 많은 노력을 하였지만 큰 성과를 거두지 못하였다. 이는 공공보건의료의 목표설정, 기능정립 및 전략수립의 미흡 등을 포함한 정부의 공공보건의료에 대한 정책적인 관심도가 낮았기 때문이다. 또한 민간중심의 의료공급체계 하에서

공공보건의료를 국공립의료기관 중심의 활동으로 한정할 것도 한 원인으로 지적되고 있다. 따라서 보건의료환경의 변화에 따른 의료취약계층, 의료사각지대의 의료안전망 미비, 공공보건의료기관의 비효율성 등의 문제를 해결하기 위해서는 공공의료의 개념전환에 맞추어 보건 의료체계의 공공성을 강화하고 국민의 건강권 보장을 위한 공공보건의료부문의 역할정립이 필요하다고 판단된다. 특히 최근 대두되고 있는 지역적, 분야적 형평성과 경제적 형평성 문제를 해소하는데 집중해야 할 것으로 판단된다. 이러한 측면에서 향후 공공보건의료의 주요 과제는 미래보건의료위원회서 제시한 3가지²⁷⁾를 제시하고자 한다.

(1) 의료취약지역의 접근성 강화방안

공공보건의료의 강화를 위한 첫 번째 과제는 의료취약지역의 접근성을 강화하는 방안이다.

이를 위한 첫 번째 방안은 의료취약지역을 중심으로 거점의료기관을 지정하고 운영하여 의료 접근성을 강화하는 것이다. 이를 위해 인구, 생활권역, 교통여건, 의료자원 분포 등을 고려한 진료권²⁸⁾을 도출하여 진료권 도출 결과를 바탕으로 의료공급이 부족한 지역(지역진료권 중심)은 의료취약지역로 지정하는 것이다. 일반적 의료공급이 부족한 의료취약지역 외에 분만, 소아과, 응급 등 주요 진료 분야별 취약지역도 도출할 필요가 있다. 그리고 의료취약지역을 해소하기 위하여 진료권 내 의료자원의 활용과 보강 등을 통해 거점의료기관을 지정하여 운영하는 방안이다. 이는 해당 지역 내 의료기관 중 평가를 통한 선정 또는 의료기관간 네트워크 구축을 통한 지정 등 다양한 형태로 개발할 필요가 있다. 이러한 거점의료기관에는 의료취약지역 해소를 위한 필수 의료서비스 공급 등 공공성을 강화할 수 있는 다양한 역할²⁹⁾을 부여하도록 한다. 둘째, 거점의료기관에 인센티브와 공적의무

27) 보고에서 제시하는 공공의료 확충방안은 2011 보건의료미래위원회에서 논의한 내용을 중심으로 작성되었으며, 이러한 정책과제는 현재 정부의 공공보건의료 개념의 전환에 따라, 우리나라 전체 보건의료체계의 공공성을 강화하고, 국민의 건강권 보장을 위한 공공보건의료의 확충방안으로, 전문거나 이해 집단 간 큰 이견이 없는 것으로 판단됨.

28) 지역진료권은 기본적인 의료서비스에서 일반적 입원서비스까지 제공되어야 하는 기본 권역으로 2~3개의 기초자치단체 면적 수준이며, 광역진료권은 심뇌혈관센터나 암센터 등과 같은 특수 의료서비스를 비롯한 전문화된 의료서비스에 대하여 완결성을 보장하는 권역이며, 광역자치단체 면적의 수준의 개념임.

29) <지역거점의료기관의 주요 기능(예시)>

- ① 의료급여 등 취약계층을 위한 의료안전망 프로그램 실시
 - * 무료간병서비스, 선택진료비·불가피한 상급병실료 면제
 - * 전국적인 공익의료기관 체계 내에서 저소득층 보호를 위한 특화된 프로그램으로 운영
- ② 예방중심의 건강증진병원 역할 수행
 - * 예방사업팀을 구성하여 만성질환 예방·관리, 건강관리서비스 등 의료권 내 주민에게 다양한 건강사업 실시
- ③ 필수진료과목 설치 및 운영
 - * 소아과/산부인과(분만), 응급의료 등 필수서비스 개설 의무화
- ④ 국가적 재난 발생시 거점 치료병원 역할 수행
 - * 신종플루 발생, 지진 등 국가적 재난 발생시 주도적 대응
- ⑤ 의료자원의 효율적 이용을 위한 포괄수가제(DRG) 실시
 - * 국민 의료비 부담 완화, 진료비 예측 가능성 제고와 함께 전체 의료시장에서 의료비 가격의 조정자 역할 수행

부여체계를 마련하는 방안이다. 인센티브는 거점의료기관의 지역별, 기능별 역할에 부합할 수 있는 다양한 인센티브 체계를 개발하는 것인데, 취약계층의 지원프로그램, 지역 주민 대상의 예방·관리서비스 사업비 등 목적 사업의 운영비 지원 등을 들 수 있다.³⁰⁾ 그리고 인센티브 지원의 근거와 의료기관의 공공성 강화를 위해 다양한 공적 의무를 부여하도록 한다. 의료기관에 부여된 사업 수행에 따라 주기적인 평가를 실시하고 주요 인센티브 방안과 연계하는 것이다. 또한 지역별·기능별 상황을 고려하여 공공성 강화를 위한 추가적 의무사항을 부여하는 것이다.³¹⁾ 공공의료를 수행할 거점의료기관의 선정을 위한 평가내용으로는 첫째, 조직구조(소유구조, 개설 진료과목 등), 둘째, 운영체계(진료실적, 재무구조, 공공의료 관련활동 실적 등), 셋째, 사업계획(계획의 충실성, 혁신성, 구체성 등) 등을 들 수 있다. 거점의료기관으로 역할을 수행한 후에 사업수행에 대한 운영활동을 모니터링하여 운영평가를 하도록 한다. 거점의료기관의 사업운영에 대한 평가과정은 먼저 거점의료기관이 활동결과를 보고토록 하고, 현장방문평가를 통하여 거점의료기관의 보고자료에 대한

사실여부를 파악하는 등 실사를 진행하도록 한다. 마지막으로 지역사회 주민과 타 의료기관과 지자체 공무원을 포함한 지역사회의 평가를 수행토록 한다.

(2) 의료사각지대의 안전망 강화방안

두 번째 정책과제는 의료사각지대의 안전망을 강화하는 것이다. 이를 위한 첫 번째 과제는 공공의료 수행기관 중심의 의료안전망 프로그램을 도입하는 방안이다. 대상으로는 지역 내 의료취약계층(난민, 불법체류노동자, 외국인 성매매피해여성 등), 의료급여 대상자, 독거노인 등 저소득층이 될 수 있고, 지원내용으로는 건강보험, 의료급여 등 1차적 안전망으로 해결하지 못하는 부분을 지원하는 것이다. 조직체계로는 지역사회 내의 민간-공공 인프라의 연계를 통해 지원 대상자를 발굴하여 치료하고, 진료비 지원 등을 통합적으로 실시토록 하는 방안이다.³²⁾ 두 번째 과제는 주요 공적의료비 지원 사업의 효율성을 제고시키는 방안이다. 공적의료비 사업의 특성, 지원 대상 등을 고려하여 통합 실시하는 방안을 강구하여야 한다.³³⁾ 중장기적

30) 미국, 일본 등에서는 공공의료를 수행하는 의료기관에 대하여 세제 감면 등을 통해 공공의료 분야에 대한 참여 확대와 기능 강화 등을 유도하고 있음.

31) 의무사항으로 의료기관 이사회에 1/3 이상 지역인사 참여, 회계감사 및 결과 자료 공시 의무화, 다인실 운영 비율 강화, 비급여 진료 목록 및 내역 공개 등을 부여할 수 있음.

32) ① 지원대상자 발굴 및 치료 의료: 거점의료기관(의료사회복지 조직) 및 지자체(사회복지 전담 공무원 등)

② 지원대상자 치료: 거점의료기관(필요시 상위 의료기관 등도 연계)

③ 진료비 지원: 공적 의료비 지원 사업 우선 적용, 비급여 부분 등은 민간의료비 지원단체 등과 연계하여 지원

33) 건강증진기금을 통해 수행하는 사업은 '중증질환 의료비 지원 사업'으로 통합할 필요가 있음. 이와 관련된 사업으로는 미숙아 및 선천성이상자, 암환자, 희귀난치성질환자, 노인 개안 및 망막중 수술 지원 등이 있음(963억원, '10년 기준). 또한 일반회계를 통해 수행하는 사업은 '취약계층 의료비 지원 사업'으로 통합할 필요성이 있는데, 이와 관련된 사업으로는 장애인의료비 지원, 외국인 등 의료비지원, 차상위계층 본인부담경감 등이 있음(1283억원, '10년).

으로 각 의료비 지원사업 전달체계를 일원화 하여 사업의 효과성을 제고하여야 한다. 즉, 사업별 대상자의 선정기준을 표준화 및 일원화하고 의료비 지원 심사·지원은 심평원, 건보공단 등으로 단일화할 필요가 있으며, 의료비 지원 내용은 비급여 본인부담 지원 등으로 일원화하여야 한다. 세 번째 과제는 의료안전망기금 설치 및 추가적인 안전망 제도 도입 등을 검토하여야 한다. 효율적이고 안정적인 공공의료를 수행하기 위한 의료안전망기금을 설치할 필요성이 있고, 재원으로는 복권기금, 기존 의료비 지원 사업 재원 통합, 일반 기부금 등과 함께 자체적 재원 발굴 등도 병행하는 방안을 검토할 필요가 있다. 공적의료비 지원 사업 외 저소득층 건강보험료 지원, 의료비 장기저리융자사업³⁴⁾ 등 추가적인 안전망 제도 도입도 검토할 필요가 있다.

(3) 공공의료의 경쟁력 강화방안

세 번째 정책과제는 공공의료의 경쟁력을 강

화시키는 것이다. 이를 위한 첫 번째 세부과제는 새로운 공공의료체계에서 국공립병원을 기능별로 역할을 부여하는 것이다. 국립대병원은 광역진료권 내에서 공익적 교육 및 연구중심 병원으로 육성할 필요성이 있다. 즉, 국립대병원 은 권역내 의료인력 교육과 표준진료를 선도하고, 보건기관과 지방의료원 그리고 국립대병원 간 연계를 통한 예방사업 및 연구를 실시토록 하는 것이다. 그리고 전문 진료서비스는 필요한 공익 기능별로 국립대·사립대 경쟁을 통해 육성할 필요성이 제기되고 있다. 지방의료원·적십자병원 등의 경우는 민간과의 차별성을 강화하고 공공적 역할을 잘 수행할 수 있도록 종합 계획을 수립하여 실행토록 한다. 즉, 중장기적 시설개선계획, 국립대병원과 인력교류활성화 방안, 포괄수가제 전환, 경영평가 및 피드백 강화 등 경쟁력 강화를 포함한 계획을 수립토록 하고, 아울러 객관적이고 심층적인 분석을 통해 운영 필요성이 낮은 의료기관에 대해서는 조정하는 방안 등도 검토 할 필요성이 있다. 두 번째

34) [참고] 해외의 장기저리융자 의료지원제도

- 싱가포르의 MediFund
 - (제도 개요) 빈곤층 대상 의료비 대출제도로써 정부예산으로 기금을 조성하고 이자수입으로 운영
 - * '06년 기준으로 11억불의 기금적립 (적립목표: 20억불)
 - (자격 조건) 자산 조사 등의 방법으로 일정소득 이하의 저소득층 대상자를 선정
 - * 의료비에 대한 개인책임강화를 위해 MediSave나 MediShield 가입자, MediSave에 미가입된 일부 노령층에 대해서만 대출
 - (지원 방식) 병원내 'MediFund 위원회'의 심의 후 자금대출
 - MediFund 대출금은 MediSave 저축액을 통해 분할상환
 - * 노령으로 소득이 없거나 사후 MediSave만으로 상환하지 못할 경우 결손처리
- 대만의 건강보험 구제기금(NHI Relief Fund Loans)
 - (제도 개요) 보험료나 진료비 부담이 어려운 빈곤층을 대상으로 무이자 대출방식으로 의료비를 지원하는 제도
 - (자격 조건) 일정소득 이하의 저소득층 및 보험료 연체자
 - (기금 재원) 정부예산, 담배기금, 복권수입 등
 - (지원 방식) 1년간 무이자 대출, 1년 후부터 분할상환 의무
 - 적시에 상환하지 못할 경우 대출을 종료하고 강제 징수(1년 후 차진상환율 35.6%)

세부과제로는 공공의료 경쟁력 강화를 위한 인력 확보시스템을 구축하는 것이다. 단기적으로는 대학병원과 공공보건의료 수행기관 간 인력 교류 활성화 및 의사, 간호사를 대상으로 하는 정기적 임상 교육·훈련을 실시토록 한다. 그리고 중·장기적으로는 농어촌 지역 등 취약지역 및 공공의료 수행기관의 안정적 인력확보 방안을 마련할 필요가 있다. 인력양성방안으로 “농어촌 지역 대상 정원 외 특별전형제도” 도입 등에 대한 검토가 필요하다.³⁵⁾

인력활용의 효율성을 제고하기 위해서는 공공의료 인력을 관리하는 “통합 관리기관”을 두어 공공의료기관 등의 의사·간호사 배치, 인력 교류 등을 전담토록 하는 방안도 제기되고 있다. 즉, 공공의료 수행기관의 의료 인력은 통합 관리기관 소속으로 하여 신분의 안정성 및 기술적 발전 기회를 보장하여 자긍심을 고취할 필요성이 제기되고 있기 때문이다.

4. 맺음말

공공보건의료를 강화하고 공공보건의료체계를 확립하는 것은 의료취약지역의 의료접근성 제고를 통한 형평성의 개선과, 의료사각지대의 의료 안전망을 강화하여 국민의 건강권을 보장하는 가장 효과적인 수단일 뿐만 아니라, 우리나라의 민간중심의 의료공급체계 하에서 의료

의 공공성을 유지할 수 있는 이성적이고 바람직한 보건의료체계를 구축하는데 핵심사항이라 판단된다. 우리나라의 보건의료체계가 직면하고 있는 의료취약지역과 의료사각지대의 문제 등 의료의 형평성 문제와 그리고 의료의 상업화 문제 등을 해결하기 위한 정책 방안 중의 하나로 공공보건의료의 확충과 공공보건의료체계를 확립해야하는 이유가 바로 여기에 있다. 우리나라의 취약한 공공보건의료의 강화와 개선의 필요성에 대해서는 모두가 공감하고 있지만, 구체적으로 어느 정도 수준으로 공공보건의료를 확충할 것인지에 대한 합의가 미흡한 수준이며, 또한 이를 위한 사업을 실행할 수 있는 전략과 재원확보방안에 대해서도 구체적인 합의가 이루어지지 않았다.

그동안 공공보건의료 확충을 위한 많은 연구와 위원회 활동 등을 통한 노력이 있었지만, 이러한 노력이 공공보건의료 확충과 공공보건의료체계 확립이라는 실제적인 진전으로 연결되지는 못하였다. 그러나 최근에 공공의료의 위축과 의료의 상업화현상이 심화되고, 신자유주의의 확대와 글로벌경제위기로 사회양극화 현상의 심화로 의료취약지역과 의료사각지대가 확대되면서 우리나라의 민간중심의 보건의료공급체계가 이러한 문제를 해결할 수 있을지에 대한 의문이 제기되고 있다. 이에 그 어느 때보다 공공보건의료 강화와 공공보건의료체계 확립의 필요성이 제기되고 있다. 그러나 현실적으로

35) 우리나라에서도 경상북도와 대구가톨릭대간 협정(00년)을 통해 경북 농어촌 지역을 위한 전문의료인력 확보하는 사례가 있고, 일본의 경우 자치의과대학 설립하여 운영을 통해 취약지역에서 근무하는 의사 및 간호사 인력을 양성하고 있음. 이를 위한 지원 및 역할로는 해당 인력은 교육비 면제 등 인센티브 부여와 함께 교육 후 특정 지역이나 공공의료 수행기관에 배치하여 일정기간 동안 의무복무토록 하고 있음.

공공보건의료의 확충과 관련된 이해관계자 집단과의 이해관계가 다소 다를 뿐만 아니라 공공보건의료 확충을 위한 재원확보방안이 마련되지 않아 합리적인 공공보건의료체계 구축을 어렵게 하고 있다.

우리가 안고 있는 문제의 해결과 공공보건의료의 확충 및 공공보건의료체계의 개선은 이러한 현실에 대한 철저한 인식에 근거한 점진적이고 실천적인 노력이 필요하다. 그 첫 번째 노력은 의료취약지에 대한 의료접근성을 강화하는 방안이고, 두 번째 노력은 의료 사각지대에 대한 안전망을 강화하는 방안이다. 세 번째는 공공보건의료기관의 경쟁력을 강화하는 방안을 마련하는 것이다. 마지막으로 무엇보다 중요한 것은 이러한 공공보건의료 강화를 위한 정책과 제를 실행할 수 있는 전략과 재원조달 방안을 마련하는 것이라 판단된다. 이러한 노력들을 통하여 공공보건의료체계를 포함한 우리나라의

보건의료체계가 국민의 건강과 의료의 안전망이자 보호망 역할을 할 수 있고, 국민이 원하는 비용 효과적이고 양질의 의료서비스를 제공할 수 있는 시스템으로 발전할 수 있을 것이다. 공공보건의료부문이 취약하고 의료의 공공성이 담보되지 않는 민간중심의 의료공급자간의 불공정한 과다경쟁과 이로 인한 보건의료 전반의 비효율성이 만연한 우리나라의 의료시스템이 급격하게 상승하고 있는 국민의료비에 걸맞은 의료서비스를 제공하지 못하고 있을 뿐만 아니라, 보건의료체계가 국민의 의료 안전망 역할을 하지 못하는 것은 당연한 귀결이다. 이러한 맥락에서 보건의료 부문의 건강과 의료의 형평성을 증대시키고, 의료의 공공성 제고를 통한 국민의료비 상승을 억제할 수 있는 효과적인 수단으로써 공공보건의료의 확충과 함께 공공보건의료체계의 재정립이 시급히 요청된다. **보건복지**