



한국 보건의료 체계의 개혁, 더 이상 미룰 수 없다

2017. 02. 13 | 고병수_새사연 이사장 | bj971008@hanmail.net

새사연은 2008년부터 매 년 진보 정책 연구소 최초로 <전망 보고서>를 발간하고 있습니다. 경제, 주거, 노동, 복지 분야를 중심으로 세계의 흐름 속에서 한국 사회를 진단하여 사회를 바라보는 시야를 넓히고 새로운 사회로의 이정표를 제시하고 있습니다.

- 차례 -

- I. 한국 보건의료, 무엇이 문제인가?
- II. 핵심은 일차보건의료 정립
- III. 한국 보건의료 개혁을 위한 제언

머리말

나라를 구성하는 시민들이 행복하고 건강하게 살기 위해서는 여러 가지 조건이 필요하다. 가장 중요한 것은 삶을 위한 경제 조건이겠지만 주거, 교육, 육아, 건강의 문제 등은 삶의 질을 높이는 중요한 요소들이다. 그 중에서 양질의 보건의료는 경제 수준, 복지 수준과 함께 발전하면서 그 나라의 선진성의 지표라고 볼 수 있다. 보건의료의 발전은 보건의료체계라는 틀을 통해서 달성되며, 그에 따라 각 나라마다 정해진 자원과 재정을 운용하면서 의료 인력 및 의료기관을 중심으로 의료서비스를 제공하게 된다.

나라의 보건의료 정책에서도 가장 중요한 역할을 하는 것이 바로 일차의료이다. 일차보건의료는 지역사회에서 주민들이 겪는 대부분의 건강상의 문제들에 대해 가장 먼저 접하고, 포괄적이면서 지속적인 관리를 하게 되는 과정으로서 질병의 예방과 교육, 적절한 의학적 치료, 여러 전문가들과의 통합적 환자 관리를 통해 나라의 건강지표를 향상시키며, 효율적인 의료서비스 제공을 가능하게 한다.

하지만 선진 외국과 달리 한국은 120여 년의 역사 속에서 의료의 질적 발달 보다는 양적 팽창을 중심으로 한 의료정책과 의사들은 자영업자 의식을 중심에 두게 된 관행적 사고 때문에 다소 왜곡된 방향으로 흘러오기도 하였다. 의사 수가 많아지고, 전문의 제도가 급속히 확대되는 가운데 1977년 공적 건강보험의 시작과 1989년 전국민건강보험 제도의 확대 속에서 의사들은 비로소 사회와 의료공급자인 의사로서의 관계를 인식하게 된다. 건강보험제도는 다행히 자리 잡는 모습을 보였지만, 같이 시도된 의료전달체계를



2017 전망 보고서

확립하려는 시도는 실패하고, 일차보건의료 개혁은 번번이 수포로 돌아가고 말았다.

한국의 보건의료 문제는 점점 여러 가지로 위기의 순간이 다가오고 있다. 지금은 그러한 위기 상황이 피부에 와 닿기 전이지만, 이제 의료 재정의 문제나 의료서비스 공급의 문제, 의료 자원 배분의 문제 등 산적한 문제들이 터져 나올 것이다. 외국이 1980년대를 거치면서 심각하게 고민해온 의료개혁의 문제들이 이제 한국에서의 문제가 될 것이기 때문에 준비를 하지 않으면 그들과 똑같은 어려움에 처하게 될 것임을 선형적으로 인지하고 대처해 나가야 할 필요가 절실해지고 있다.

이 글은 이렇게 시민들이 삶을 영위하는데 필수적인 요소들 중에서 건강의 문제를 다룰 것이고, 그것을 뒷받침하는 보건의료 정책의 내용을 풀어내갈 것이다. 여러 보건의료의 문제들을 간단히 요약하다시피 서술하면서 국가 보건의료체계의 핵심인 일차보건의료의 방향을 가장 중요하게 제안할 것이다. 물론 그 방향은 발달된 의료제도의 형태를 목적의식적으로 의식하면서 그 노정에 있게 될 현실 속의 일차보건의료제도의 내용이다.

어느 나라에서도 이루지 못한 경제 발전과 건강지표의 달성과 같은 밝은 우리의 현실 뒤에는 노인 인구의 증가나 총인구의 감소, 소득 격차로 인한 건강 불평등의 문제뿐만 아니라 의료 재정의 문제나 불완전한 의료 전달체계, 국민들의 의료서비스에 대한 불만족 등의 어두운 그림자가 놓여있다. 이러한 현실들은 오래 지나지 않은 미래에 우리의 의료체계를 흔들 것이며, 의료서비스 수혜자인 국민들이나 공급자인 의사들 모두 힘든 시기를 겪게 될 것이라는 위기감을 모두가 인지하여야 한다. 그러면서 대통령의 파행적 국정 운영에 대한 전 국민의 분노가 하늘을 찌르고, 19대 대통령선거가 조기에 치러질 가망성이 있는 이 시점에 선거를 준비하는 집단에 <새로운사회를여는연구원>에서 보건의료에 관한 정책 제안을 보내는 바이다.

1. 한국 보건의료, 무엇이 문제인가?

한국의 오랜 역사 속에서 보건의료는 사람의 삶과 함께 해 왔다. 고열 때 일련의 단군 기록에 보면 환웅천황이 풍백, 운사, 우사를 거느리고 곡식, 수명, 질병, 형벌, 선악들을 주관하고 무릇 인간사 삼백육십 여 가지를 주관하며 인간 세상을 다스렸다, 라고 기록되어 있을 만큼 역사가 깊다. 삼국시대를 거치면서 의학이 발전하고 고려에 들어 제도화 되고 민중들을 위한 혜민국, 제위보, 동서대비원 등이 만들어지고, 정규 의학교육도 실시되었다. 조선시대에는 더욱 발전하고 고려 때의 것들을 계승하면서 역할과 이름도 비슷한 혜민서, 제생원, 동서활인원 등이 운영되었다. 한약집성방, 의방유취, 동의보감 등 중요한 의서들이 만들어지고, 의학교육의 정규화 및 의료체계가 자리 잡힌 것도 이 당시였다.

1880년대 말부터 서양의학이 들어오고 일제강점기를 맞으면서 한의학의 자리를 서양의학에 내주게 되었고, 의료 체계는 새로운 의학에 의해 재편된다. 서양 의학은 중앙



2017 전망 보고서

을 중심으로 확장했고, 자본주의와 함께 성장하다보니 지역에는 그다지 영향을 미칠 수 없었다. 다행히 선교사들의 힘에 의해 여러 지역에도 의료기관이 세워져서 민중들을 위한 보건의료 활동이 이루어지고, 아직까지도 사람이 사는 곳곳에는 몰락해가는 한의원이나 한약방들이 그래도 명맥을 유지하고 있었다.

일제강점기에는 조선의 의학을 발전시킨다거나 전국의 보건의료 문제를 체계적으로 발전시킨다는 생각이 없었다는 심각한 문제가 있었다. 오로지 총독부를 중심으로 위생이나 보건의 문제를 중심으로 다뤘고, 모든 것은 식민지 병참기지화나 일본의 침략을 위한 기반 정도로 인식하고 있는 상황에서 조선에서의 의료체계는 발전할 수 없었다. 해방 이후 미군정 시대, 정부 수립 후 지금까지도 우리는 제대로 된 의료체계를 만들 수 있는 여러 번의 기회를 놓치다보니 지금까지 흘러왔다. 지역사회를 지탱하는 게 일차보건의료인데 여러 전문의들이 혼재되어 있는 기현상, 비효율적인 의료체계 속에서 의사나 의료 인력들은 불필요한 경쟁과 소모적인 노력을 경주하며 힘들어 하게 됐고, 시민들은 뭘지 모를 의료 체계 속에서 자신의 건강 권리를 잃어가고 있다. 이에 대해 국가나 정치인들은 어느새 방관자가 되거나 약소한 정책 변경 정도로 생색을 내고 있을 뿐, 치솟는 의료비에 대한 대책이나 국가 50년 대계의 보건의료 체계를 생각하지도 못하고 있는 실정이다.

1. 한국 보건의료의 문제, 어디에서부터 잘못되었나?

(1) 의사들, 먼저 나서서 시민들을 위한 의료를 이야기하자.

한국 의료의 공공성 부재, 의사들의 자영업자 의식은 그동안의 역사에서 길들여진 것이다. 한국에서 보건의료 문제를 생각할 때 여러 언론이나 시민단체에서 흔히들 어떤 정책에 대해서 의사들의 반대가 심하다, 너무 자신들의 병원 경영에만 신경 쓴다 등 의사들의 이기적인 측면을 부각시키며 정책 실현의 어려움의 중심에 의사들이 있음을 강조한다. 겉으로는 맞는 것처럼 보이지만 실상을 들여다보면 오래된 문제와 본질의 것이 왜곡되어 있음을 알 수 있다.

의사들은 원래 보수적이라서 웬만하면 정부 정책에 호응하며 지냈었다. 박정희나 전두환, 노태우 때처럼 독재정권이라면 힘에 눌려서라도 복종을 했고, 그 시절이 아니더라도 타협하며 지냈었다. 하지만 최근 들어 의사들이 정부의 의료정책에 반기를 드는 것을 여러 차례 볼 수 있다. 대표적인 것들을 살펴보면, 김영삼 정부가 추진하던 '주치의등록제도'가 의사협회의 반대로 무산됐고, 김대중 정부 초기에 야심차게 준비하던 '단골의사제도' 역시 시작도 못해보고 묻혔다. 그러다 이명박 정부에서는 정부와 의사들의 대화가 잘되는가 싶더니 '선택의원제' 문제로 다시 격돌했고, 포괄수가제 문제로까지 대립이 이어졌다.

지난 17대 대통령 선거 때는 의사협회장이 앞장서서 이명박 후보를 공개 지지했다. 의사들에게 유리한 정책을 펴줄 것이라는 기대가 컸기 때문이다. 많은 의사들이 동참했



2017 전망 보고서

다. 그다음에 돌아온 것은 자신들의 '이익'을 위협하는 정책과 저숫가뿐이었다. 그 당시에는 의사들에게는 자승자박, 자업자득이 아닌가 하는 생각이 들었다. 이런 토양은 또 대체 언제부터 만들어진 걸까?

조선 말엽, 서양의학을 도입할 때는 미처 국가적 보건의료 체계를 잡을 여유가 없었다. 일제강점기에도 '조선 사람들을 문명화하고 위생이 무엇인지 이해할 수 있게'(조선총독부) 하는 것이 보건정책의 목표였다. 보건정책은 일제의 조선 통치 목적과 무관하지 않았다. 그러니 고등 의학교육과 장기적인 보건정책을 수립하지 않았다. 낮은 단계의 위생에만 중점을 두다 보니 '파리잡기'나 '쥐잡기' 등을 중요 보건사업으로 삼았을 정도다. 게다가 배출되는 의사들에게는 아무런 제재 없이 개업할 수 있게 해서 영리를 취하게 하다 보니 이들을 국가 보건사업에 참여하게 하는 조처나 의도조차 없었다.

해방 뒤 미 군정 때도 국가적 차원의 보건의료 정책은 여전히 부족했고, 의사들이 국가정책 사업에 참여하지 못하는 분위기는 마찬가지였다. 개발경제를 외치던 1970년대 이후에 조금씩 변화는 있었다. 그나마 의료기관 인프라를 늘리는 데 정부가 힘을 기울이기도 했다. 1977년에는 전국민건강보험의 모태가 되는 의료보험이 잉태됐다. 아마 의사가 사회와 연결돼 공적 관계를 맺는 최초의 의료정책일지 모른다. 1989년에는 지역별·직능별로 나뉜 의료보험이 전국민건강보험으로 통합·확대됐고, 의료전달 체계가 최초로 시행됐다. 당시 낮은 수가에도 공적 건강보험을 의사들이 받아들일 수밖에 없었던 이유는 박정희 정부의 힘에 눌린 탓이 컸다. 정부는 의사들의 수입이 좋은 것을 보고 수가를 낮춰도 되겠다는 판단을 했고, 서슬 퍼런 유신시대여서 의사들은 크게 소리를 높여보지 못하고 받아들여야 했다.

1980년대 이후에는 정부의 의료개혁이 의사들의 반대에 부딪혀 거의 뜻을 못 이뤘다. 원인은 과거 정부가 짝어 내린 진료 수가에 대한 저항감이 컸기 때문이다. 그런데 의사들의 정부 정책에 대한 반감은 정부의 태도에 대한 반발감도 있었지만 한국의 의사들 사이에서 지난 120년 동안 몸에 밴 자영업자 의식도 한몫했다. 의과대학에 들어가서 비싼 수업료를 내고, 의사자격증을 따서 전문의 과정을 거쳐 개원하기까지 국가는 의사로 성장하는 개인에게 어떤 지원도 한 적이 없다. 보건복지부로부터 의사면허증을 받는 순간을 제외하고 의사들은 국가나 사회와 어떤 공적 관계를 맺어볼 기회가 없었다. 외국처럼 국가와의 계약을 통해 주민의 보건의료를 책임지는 위치에 서보지도 않았고, 의사들은 전문가임을 자처하지만 그 전문성을 배타적인 것으로 만들어 수입을 얻는 것에 주력할 뿐이었다. 오히려 보건소가 지역에서 환자 진료를 하는 것을 못마땅해 하거나, 그 역할을 축소해야 한다고 주장하는 기이한 모습까지 보여준다.

의료사회학을 바라보는 전문가들은 의사들의 이런 정체성을 '기업가주의'(Entrepreneurism)에서 찾기도 한다. 의사들의 기업가주의는 병원 운영을 기업 운영처럼 여기고 이익 창출을 주된 목표로 하는 태도를 가리킨다. 의사로서 가지는 전문성을 사회적 관계 속에 역할 하도록 하고 존경받는 '전문가주의'(Professionalism)와 대조되는 개념이다. 선진 외국은 종합병원 등 입원이나 전문 치료를 필요로 하는 곳은 대부분 공공병원이지만 동네의원엔 대부분 개인 사유물이어도 의사들은 교사나 경찰관, 소



2017 전망 보고서

saesayon.org

방관처럼 주민을 위해 봉사하는 직업군으로 인식된다. 의사들은 그 속에서 보람을 찾는다. 물론 충분한 의료재정과 '의료를 공적인 것'으로 인식하는 사회적인 분위기도 영향을 줬을 것이다.

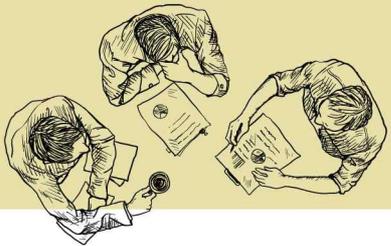
문명화된 시대에 의료는 분명 공적 의미를 갖는다. 하지만 우리나라에서 의사들은 종합병원이든 동네의원들이든 대부분 사적 영역에서 일을 한다. 자본주의가 시대정신이고, 정부든 의사협회든 공적인 관계를 요청하거나 손을 내밀지 않는 토양 속에서 의사들은 자영업자로 성장하도록 교육을 받아왔다. 포괄수가제 같은 정부의 보건의료 정책에 보이는 의사들의 집단적인 거부감은 이런 맥락에서 이해할 수 있다.

이러한 상황을 어떻게 극복할 것인가? 속 시원한 답을 내기는 어렵다. 몇 가지 실마리는 있다. 먼저 우리 의사들도 이제는 의료를 국민에게 돌려주려고 노력해야 한다. 의사가 자영업자 정신을 유지하는 한, 그리고 우리 사회의 의료 문제에 대해 이익집단으로서만 목소리를 높이는 한, 의사집단이 국민의 신뢰를 얻기는 힘들다. 몇 년 전 포괄수가제를 둘러싼 여론의 싸늘한 반응을 봐도 이는 쉽게 확인할 수 있다.

정치인이나 정부도 의료의 공공성을 유도해내고, 필요한 재정과 인력 배치를 적극적으로 준비해야 한다. 의사들이 믿음으로 의료개혁 정책을 같이 만들어나갈 수 있게 해줘야 한다. 먼저 자영업자를 양산하는 의과대학 교육 시스템부터 손봐야 한다. 또 종합병원 이상은 전문성을 갖추려고 노력하되, 동네의원들은 지역 주민이 편안하게 진료 받을 수 있는 환경을 만들고, 지속적이고도 포괄적인 일차 의료를 구현하면서 시민들이 안심하고 입원 치료를 받을 수 있는 병원 시스템을 갖추도록 해야 한다. 가브리엘 G. 마르케스의 책 '100년간의 고독' 처럼 세상과 조화를 이루지 못하고 자신만의 세계에 갇혀있는 120년 역사의 한국 의료, 이 나라에 사는 시민들과 의료인들, 그리고 정부가 합의할 수 있는 제도적인 개혁이 절실히 필요하다. 의사들은 국민도 살고 자신들도 살기 위해서 먼저 왜곡된 모습으로 고착화 되어가는 한국의 보건의료를 더 이상 방치하지 말고 개혁에 앞장서야 한다.

(2) 한국 보건의료의 문제점 분석

흔히들 한국은 낮은 보건의료 재정 수준에 비해서는 비약적인 발전을 이루고 있다고 해외에서 평가를 한다. 하지만 그 말 속에는 누군가의 희생이 있었다는 것을 알아야 한다. 국가의 보건의료 체계에서 세 이해 당사자들을 규정해 보면 나라의 시민들, 의료인들, 그리고 정부를 비롯한 정치권이다. 이 중에서 시민들과 의료인들의 희생을 기억해야 한다. 정부나 정치권은 손해 볼 것이 없었고, 방관만 해왔다고 볼 수 있다. 왜 그런가 여러 지표들을 보면서 살펴보자.



2017 전망 보고서

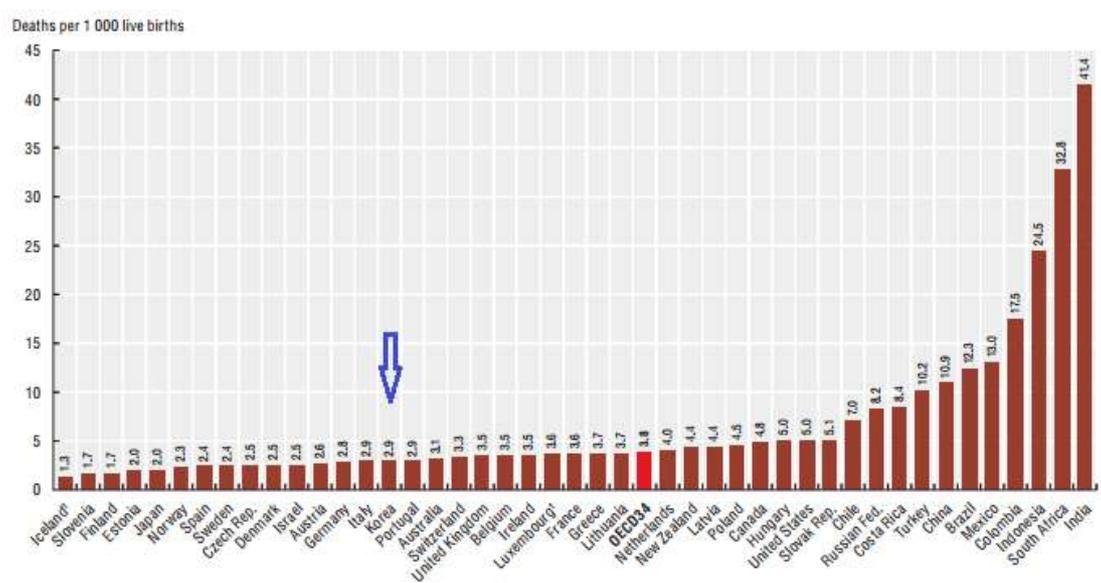
① 성공적인 여러 보건지표들

영유아 사망률

영유아 사망률(Infant mortality rate)이란 태어난 아기 1,000명 당 1년동안 생존한 수를 기준으로 한다. 그 비율이 높고 낮음에는 한 나라의 보건의료체계의 특징뿐만 아니라 모성과 아기를 돌보는 사회경제적 조건들, 사회적 환경, 개인 생활습관 등이 영향을 미친다. 반드시 높은 자원 투여가 좋은 결과를 보이는 것만은 아니라는 것은 어떤 나라는 의료재정을 적게 들이면서도 영유아 사망률이 낮게 나타나는 것을 볼 수 있다. 얼마나 효율적인 의료 체계를 가지고 있느냐에 따라 달라질 수 있는 문제이다.

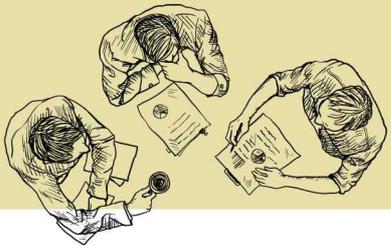
아래 그림을 통해서 봐도 최근 한국의 영유아 사망률은 선진국들 중에서도 수위를 차지할 정도로 좋은 지표를 보이고 있다. 그것은 위에서 언급한 여러 조건들이 영향을 주었기 때문이다.

〈그림1〉 영아 사망률(2013년 기준)



출처 : OECD Health Data 2015

화살표는 한국

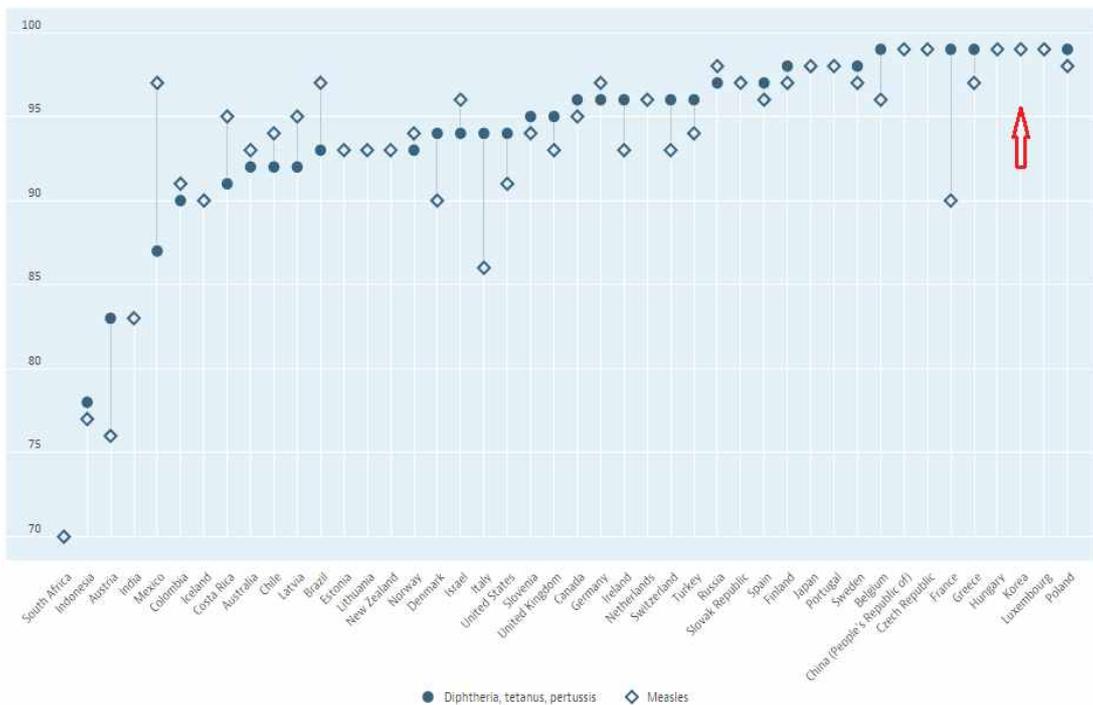


2017 전망 보고서

유소아 예방접종률

예방접종에는 수십 가지가 있지만 가장 효과가 있다고 증명되어 있고, 각 나라의 접종 계획에 따라 완료된 정도를 의미한다. 세계 통계에서는 DPT(디프테리아, 백일해, 파상풍)와 Measles(홍역) 접종을 기준으로 삼는다. 한국은 가장 예방접종 완수율이 높으면서도 최고 수준으로 표시되고 있다.

〈그림2〉 DPT, 홍역 예방접종률(2013년 기준)

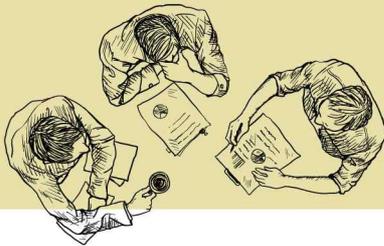


출처 : OECD Health Data 2015
화살표는 한국

평균 수명

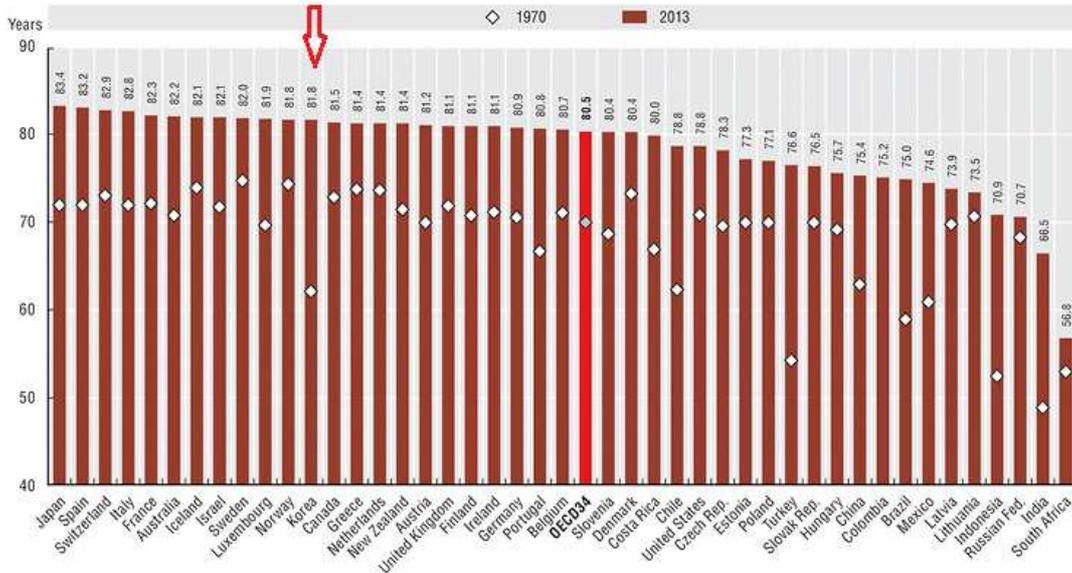
평균수명은 태어나서 기대되는 여명(Life expectancy at birth)을 말한다. 한국은 〈그림3〉에서 보듯이 1970년대와 비교하면 괄목할만한 증가 수치를 보여주고 있다.

승자독식의 신자유주의에서 벗어나 신뢰와 협동으로 함께 살아가는 사회, 새사연이 그리는 미래입니다. 더 큰 걸음으로 움직이고 성장하는 새사연. 이제 여러분이 회원이 되어 함께 해 주세요.



2017 전망 보고서

〈그림3〉 평균 여명(Life expectancy at birth, 1970 and 2013)



출처 : OECD Health Data 2015

화살표는 한국

그 외 한국의 의료기술은 세계 선진국 어디와도 견줄 정도로 발전해 있다. 암 치료 수준이나 여러 가지 의료기술들은 오히려 외국에서 배우러 올 정도로 비약해 있다. 문제는 가장 근본적인 문제들이 해결되지 않은 채로 기형아처럼 발전하고 있다는 점이다.

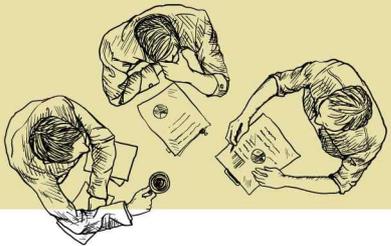
② 그늘에 가려진 왜곡된 의료 현실

i) 현상으로 보는 한국의 보건의료 문제

의료 인력의 문제

한 나라의 보건의료 수준을 얘기할 때 흔히 의사, 치과의사, 간호사 수를 분석한다. 그 이유는 그들이 보건의료 최일선에서 일하며 가장 중요한 역할들을 하기 때문이다.

의사 중에서 진료활동 의사 수가 얼마나 되는지가 중요한데, 흔히 활동의사 (Practising physicians) 수라고 한다. 이들은 의사 면허를 가지고 있지만 연구 활동을 하는 의사들, 해외로 나가거나 해서 활동이 없는 의사들은 제외하고 표기하는데, 활동 의사라는 표현 보다는 진료활동 의사라고 하는 게 더 이해가 빠르기 때문에 일부 전문

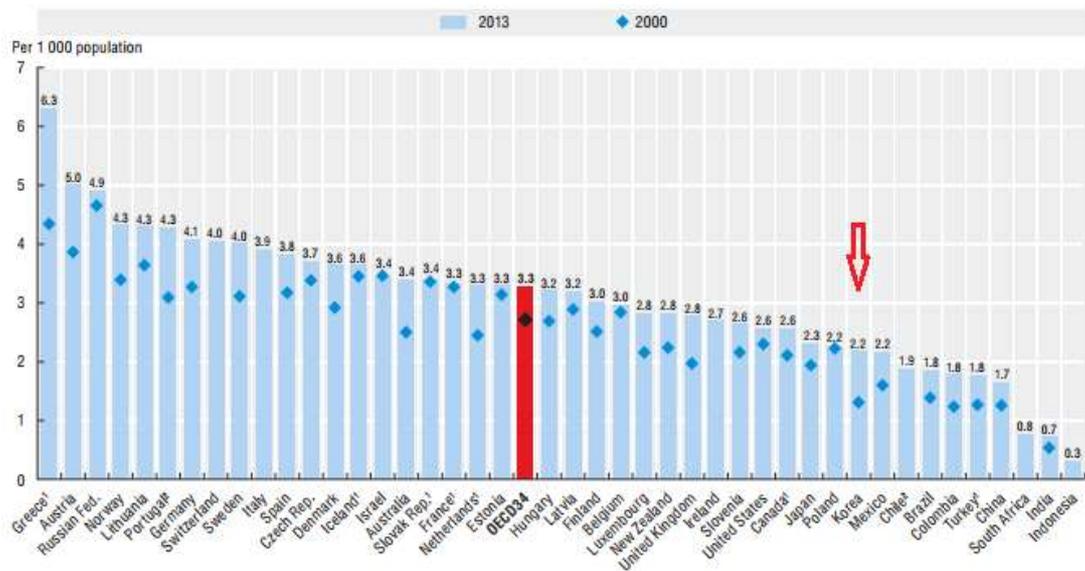


2017 전망 보고서

가들은 이렇게 쓰고 있다.

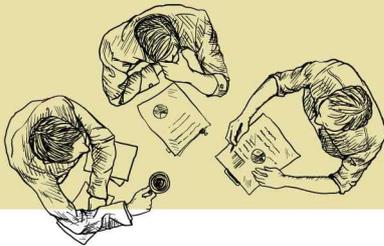
진료활동 의사의 엄밀한 기준은 그 나라 인구 1,000명 당 실제로 환자를 진료하는 의사들을 말하며, 수련 중인 전공의들도 포함되며, 한국의 경우 한의사까지 포함된 수치이다. 인구 1,000명을 기준으로 한 것도 의미가 있는데, 보통 지역사회에서 의사 1인 당 돌볼 수 있는 적절 주민 수를 1,000명으로 보기 때문에 그 기준으로 잡는 것이다.

〈그림4〉 인구 1,000명당 진료활동 의사 수 비교(2000년과 2013년)



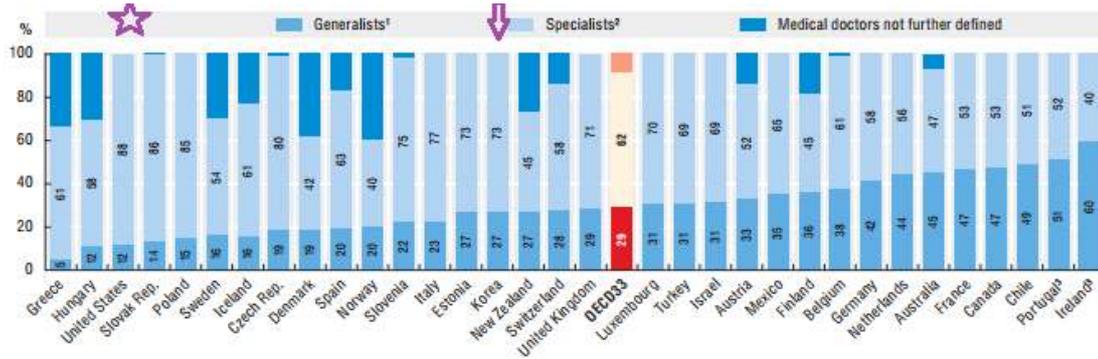
출처 : OECD Health Data 2015
화살표는 한국

가끔 이 통계가 언론에 나오면 갑론을박이 벌어진다. 대부분의 시민단체나 언론에서는 한국의 의사 수가 이처럼 적기 때문에 더 늘리는 정책을 펼쳐야 한다고 강변한다. 하지만 그러한 주장은 다소 근시안적인 측면이 있다. 현재의 의사 수는 적게 나오지만 의사 수 증가율은 OECD에서도 가장 가팔라서 현재의 추세로 추정을 해보면 2030년 부근에는 OECD 평균을 넘어선다고 보고 있다. 너무 지나치게 의사 인력을 늘리는 정책을 펴면 오히려 공급이 초과되는 현상이 벌어질 수 있다. 중요한 것은 적절한 곳에, 적절한 의사들이 충분히 있느냐, 이지 절대 수 자체가 많고 적음은 문제가 아니다.



2017 전망 보고서

〈그림5〉 일차보건의료전문의와 단과전문의 비교(2013년 기준)

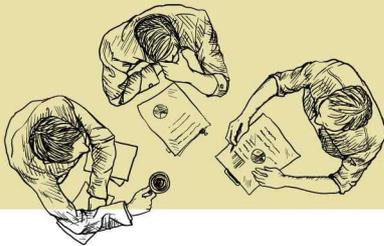


출처 : OECD Health Statistics 2015

화살표는 OECD에 보고된 한국을 표시하고, 별표는 실제 일차의료전문의 추정한 것 표시

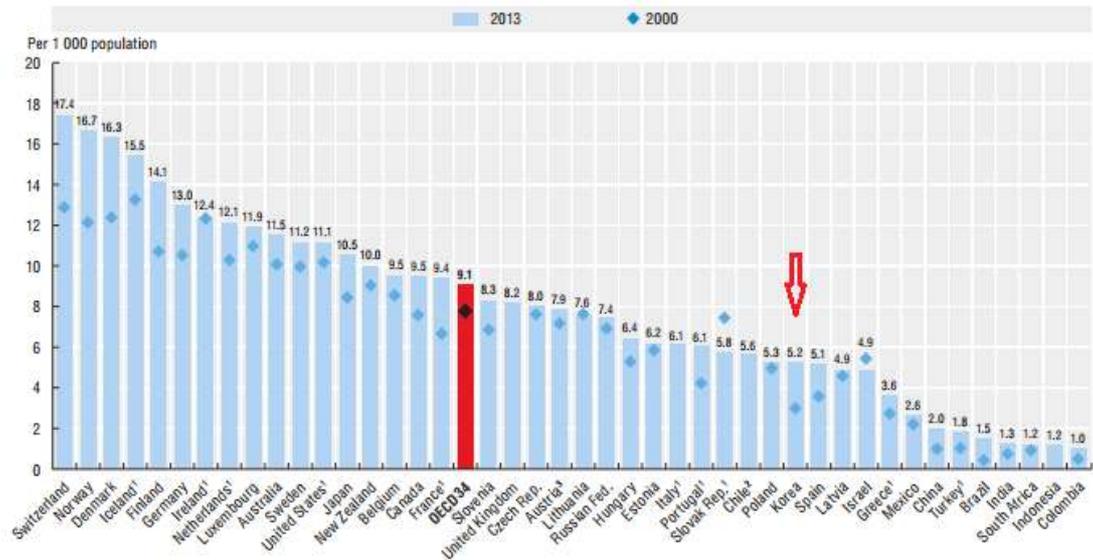
일차보건의료 전문의는 지역사회에서 가장 먼저 주민들을 대하고, 가장 빈번하게 그들의 건강을 돌보는 의사들이다. 그에 대칭되는 대상이 단과전문의이다. 이들은 소아과, 내과뿐만 아니라 일반외과, 안과, 피부과, 정형외과 등 한국에서 전문의 시험을 치르는 24개 전문과목 전부를 지칭한다. 선진 외국들은 일찍이 일차보건의료가 발전해서 특화되고, 교육 및 수련도 잘 운영되는데, 한국은 여러 전문의들이 모두 동네에서 개원하고 있다. 혼재된 전문의 제도이다 보니 일차보건의료가 발전할 수 없었다.

일차보건의료전문의 기준은 한국의 가정의학과처럼 그에 대한 3~4년의 전문의 수련을 받은 의사들을 말하지만 일부에서는 내과, 소아과 의사들도 포함시키기도 한다. 위 〈그림5〉에서 보는 것처럼 한국의 경우에 순수한 일차보건의료 전문의를 수치에 넣은 것이 아니라 개원한 몇몇 단과 전문의들까지 포함하다 보니까 화살표 수준으로 보이지만 실제로 추정하기에는 뒤로 몇 번 째 들 정도로 열악하다고 보는 것이 적절하다.



2017 전망 보고서

(그림6) 인구 1,000명당 활동 간호사 수 비교(2000년과 2013년 비교)

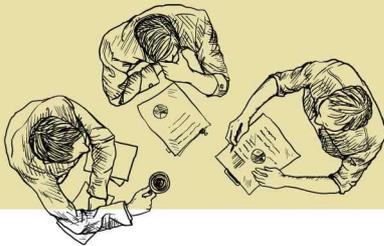


출처 : OECD Health Statistics 2015

화살표는 한국, 오스트리아는 병원 근무 간호사만을 표시함

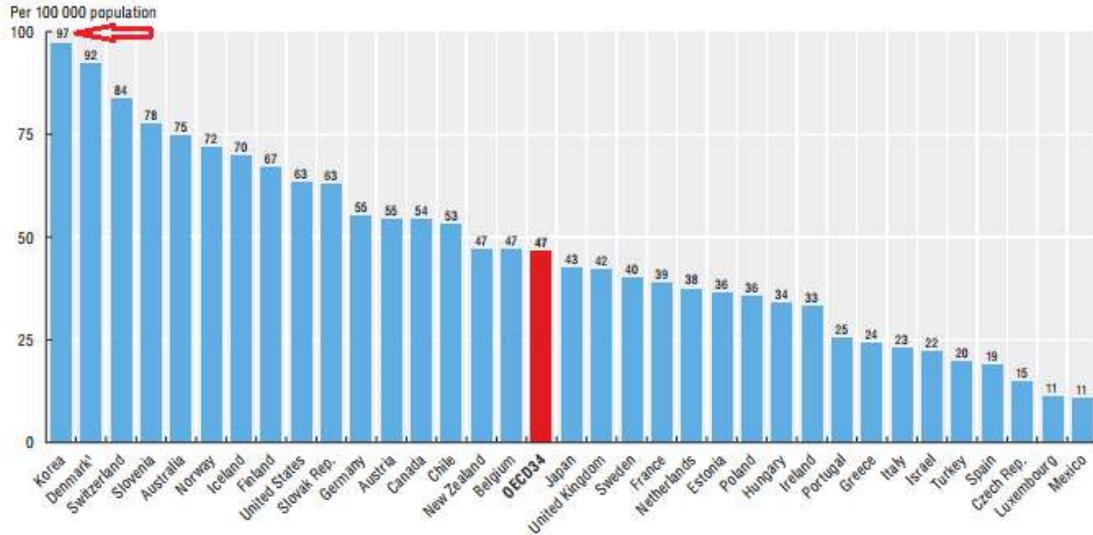
활동 간호사는 의사와는 다르게 실제로 환자를 간호하는 것뿐만 아니라 관리직이나 교육에 종사하는 인력들도 포함시킨다. 여기에는 간호대학 정규과정을 거친 간호사뿐만 아니라 일정기간 교육을 받고 자격증을 얻는 간호조무사까지 포함된다. 대개 조산사는 이 범주에 포함되지 않지만 OECD의 경우 절반 정도는 그들의 업무 내용을 고려해서 간호 인력으로 넣기도 하지만 보통의 통계에서는 제외한다.

한국에서 간호 인력의 문제는 의사보다도 심각하다. 보통 외국에 비해서 상당히 많이 배출하고 있지만(그림 7) 실제 현장에서 활동하고 있는 간호 인력들은 턱없이 부족하고, 그 수치는 위 표에서 보는 것과 같다. 간호대학이나 간호 학원 수료생은 OECD에서 가장 으뜸이지만 실제 일하는 인력은 턱없이 부족해서 일차의료 현장이나 병원의 업무에서 상당한 어려움을 겪고 있다. 이들 유희인력의 문제는 심각하다.



2017 전망 보고서

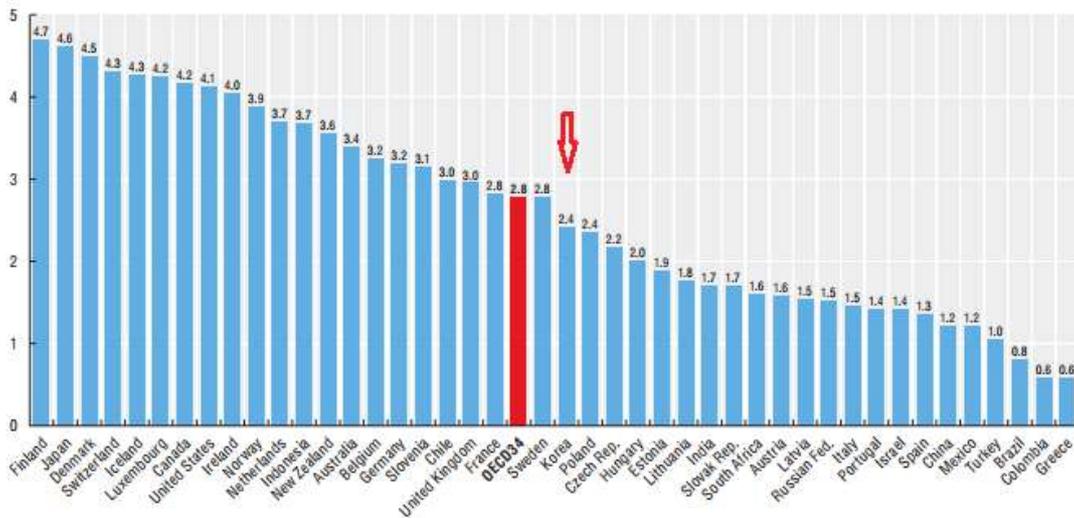
〈그림7〉 간호 인력 수료생 수 비교(2013년 기준)



출처 : OECD Health Statistics 2015

화살표는 한국, 간호 인력에는 간호대학 졸업생과 간호조무사 과정 수료생을 합친 수치임

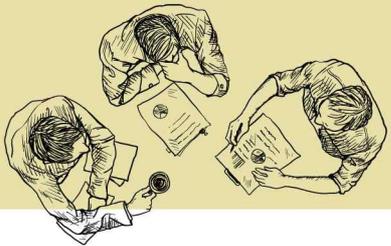
〈그림8〉 의사와 간호사 비율 비교(2013년 기준)



출처 : OECD Health Statistics 2015

화살표는 한국

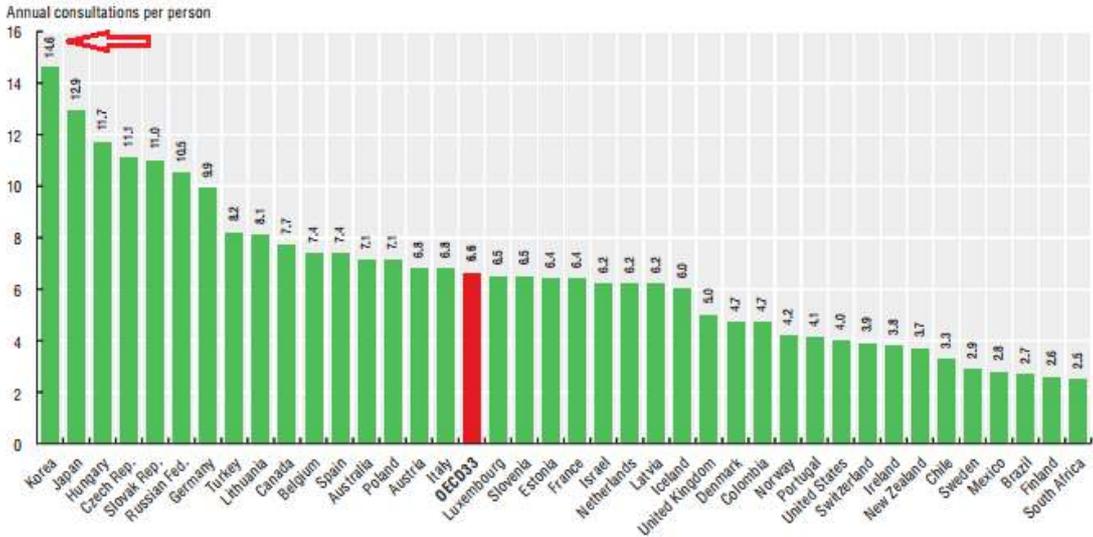
승자독식의 신자유주의에서 벗어나 신뢰와 협동으로 함께 살아가는 사회, 새사연이 그리는 미래입니다.
더 큰 걸음으로 움직이고 성장하는 새사연. 이제 여러분이 회원이 되어 함께 해 주세요.



2017 전망 보고서

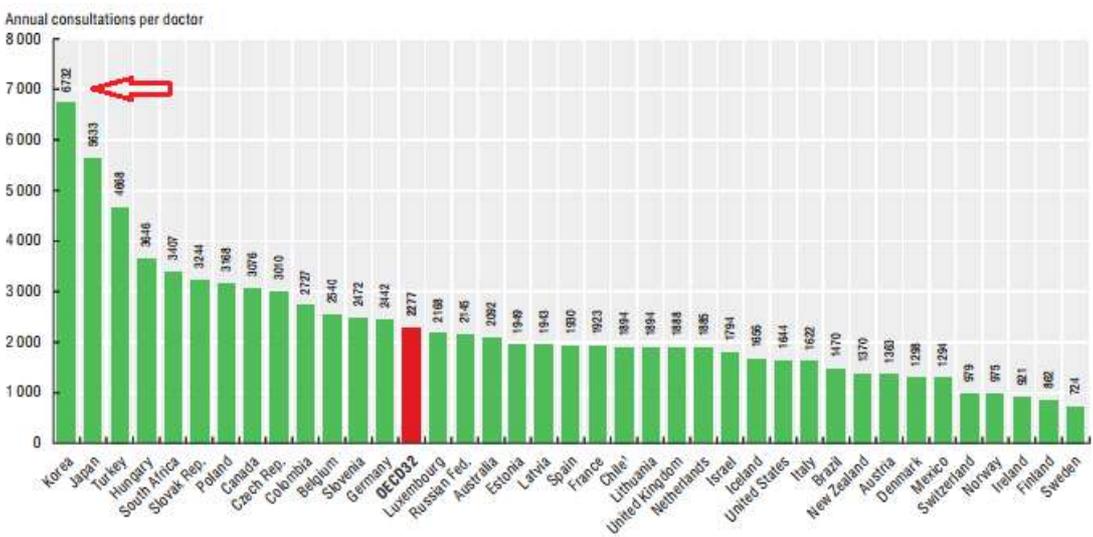
진료 행태의 문제

〈그림9〉 인구 1인당 외래 진료 건수(2013년 기준)



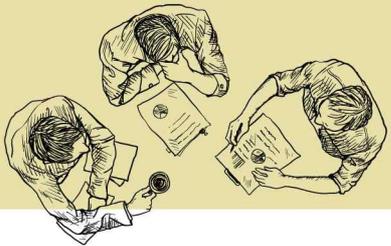
출처 : OECD Health Statistics 2015
 화살표는 한국

〈그림10〉 의사 1인당 진료 건수(2013년 기준)



출처 : OECD Health Statistics 2015
 화살표는 한국

승자독식의 신자유주의에서 벗어나 신뢰와 협동으로 함께 살아가는 사회, 새사연이 그리는 미래입니다.
 더 큰 걸음으로 움직이고 성장하는 새사연. 이제 여러분이 회원이 되어 함께 해 주세요.

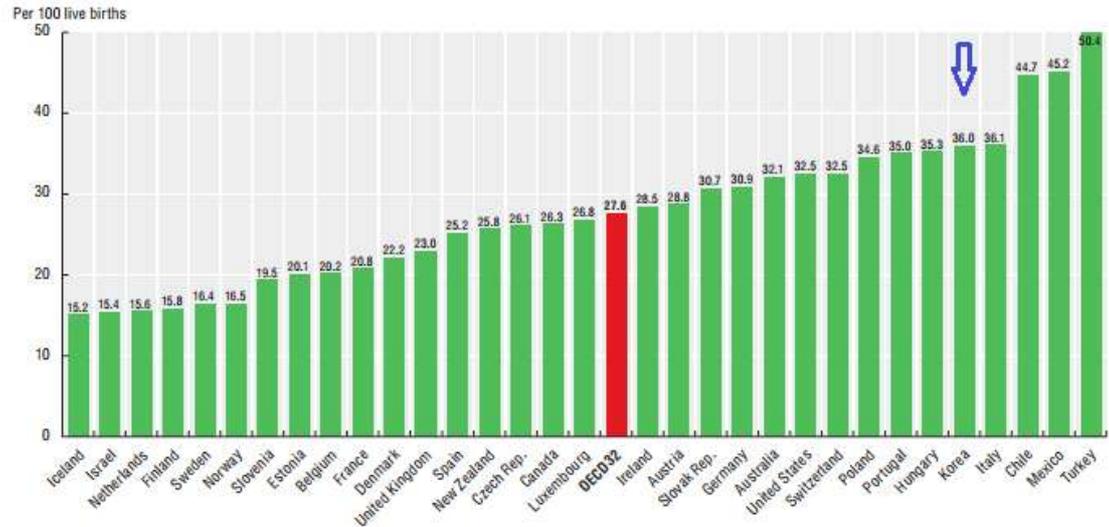


2017 전망 보고서

<그림9>에서는 한국 사람들이 얼마나 자주 외래 이용을 하는지 보여주고 있다. 특별히 다른 나라에 비해 많이 애플 조건을 가지고 있지도 않는데 이처럼 가장 선두에 위치할 정도로 많이 이용한다. 이렇게 됐을 때 의료비용 증가는 물론 항생제 남용 건수 증가, 의료 사고 증가 등 문제들이 야기될 수 있다. 일차의료가 발달하지 않은 일본과 한국이 번갈아가면서 1, 2위를 다투다가 최근에는 거의 독보적으로 한국이 1위를 고수하고 있다.

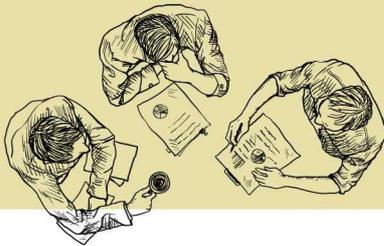
<그림10>에서는 외래 진료를 하는 의사들이 얼마나 환자를 많이 보고 있는가 볼 수 있다. 불필요한 진료가 많고, 이로 인해 연구나 다른 일을 할 수가 없을뿐더러 진료에 허덕이는 과로 가능성을 엿볼 수 있다.

<그림11> 제왕절개율(2013년 기준)



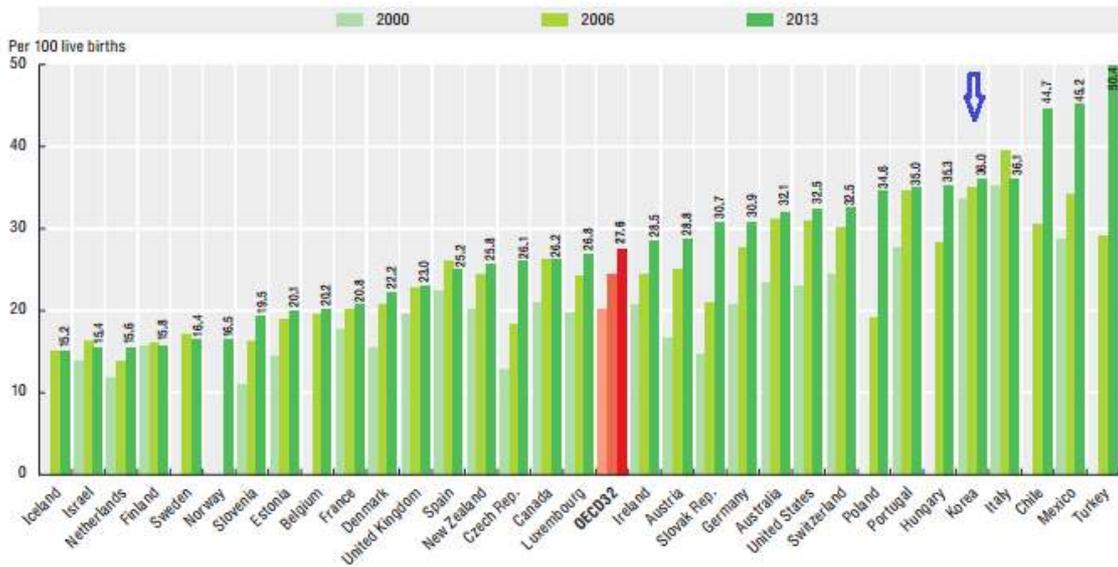
출처 : OECD Health Statistics 2015
 화살표는 한국

제왕절개율은 100명의 신생아 출산에서 제왕절개로 낳은 아기가 몇 명인지 보는 것이다. 자연분만이 좋긴 하지만 한국에서는 아직도 높은 수치를 보여 준다. 아래 <그림 12>에서처럼 그 증가율이 다른 나라에 비해 완만한 편이지만 아직도 제왕절개 수술이 많이 행해지고 있다.



2017 전망 보고서

〈그림12〉 제왕절개율의 변화 추세 비교(2000년에서 2013년까지 비교)

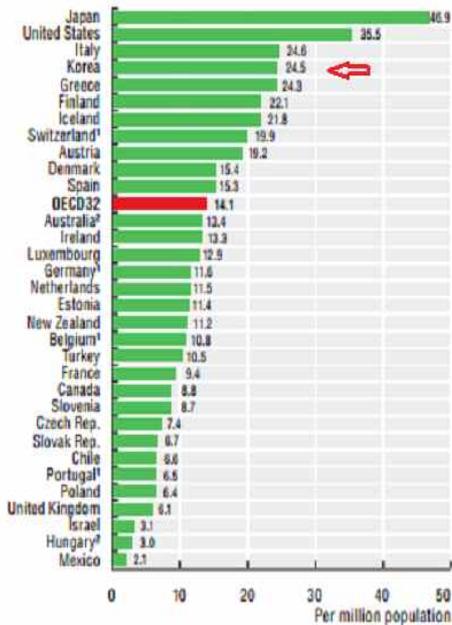


출처 : OECD Health Statistics 2015

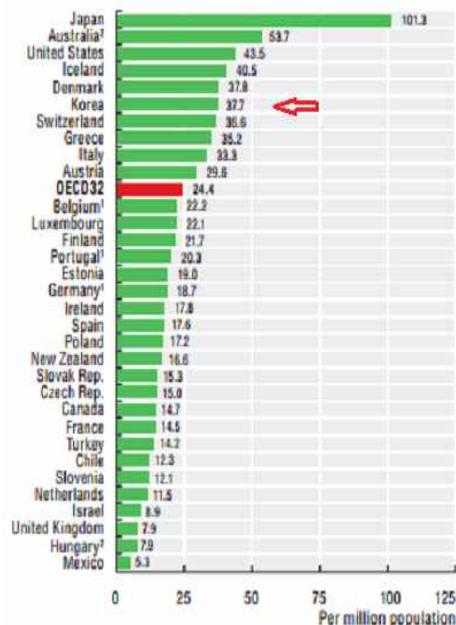
화살표는 한국

보건의료 인프라 현황

〈그림13〉 MRI 보유 현황(2013년 기준)



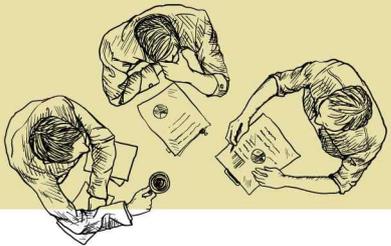
〈그림14〉 CT 보유 현황(2013년 기준)



출처 : OECD Health Statistics 2015

화살표는 한국

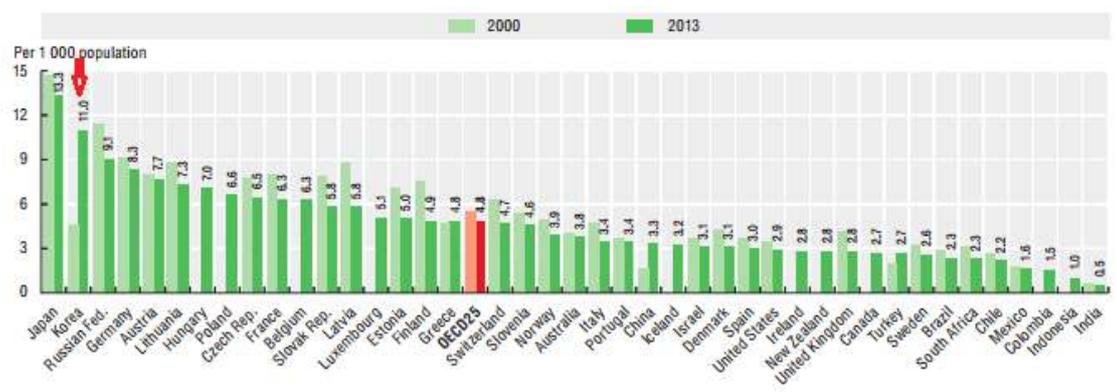
승자독식의 신자유주의에서 벗어나 신뢰와 협동으로 함께 살아가는 사회, 새사연이 그리는 미래입니다. 더 큰 걸음으로 움직이고 성장하는 새사연. 이제 여러분이 회원이 되어 함께 해 주세요.



2017 전망 보고서

<그림13>과 <그림14>에서 보는 것처럼 MRI Units(자기공명영상 장치)나 CT machines(컴퓨터 단층촬영기)의 보유 수는 여러 나라에 비교해서 앞 순위에 있다. 의료기계의 보유 상황이 그 나라의 보건의로 발전을 보여주는 비교 대상이 아님을 알 수도 있고, 한국의 경우 의료기관마다 무제한으로 가지고 있어서 의료 이용 낭비 등 문제점이 되기도 한다.

<그림15> 병상 수

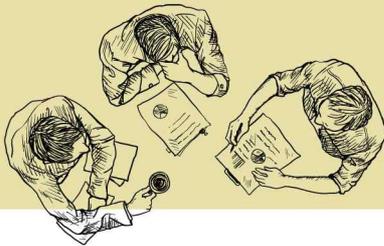


출처 : OECD Health Statistics 2015
화살표는 한국

병상 수는 보통의 병상뿐만 아니라 정신병원 등의 것도 포함하되, 장기요양 시설의 것은 제외하고 수치에 넣는다. 다른 의료 기계와 마찬가지로 적절히 보유하고 있는 것이 중요하지 지나치게 많다는 것은 의료 이용에 불효율성을 나타내게 된다.

ii) 보건의로 체계로 본 문제점들

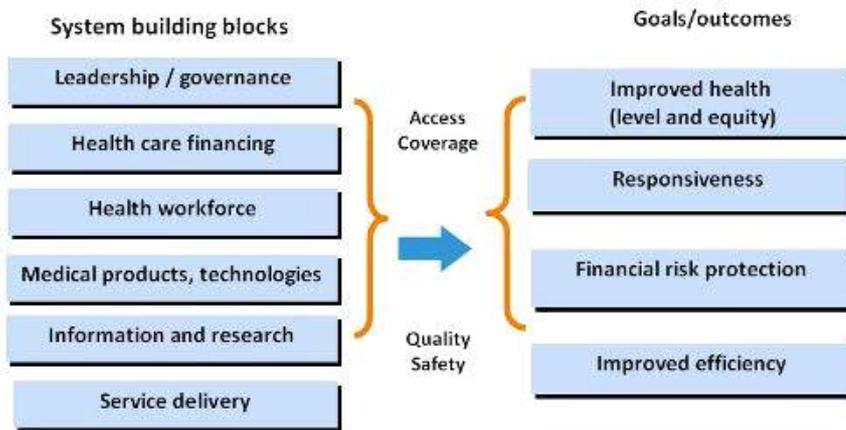
국민들의 건강을 지키며 지속가능하게 만드는 보건의로체계(Health system)는 일차 의료 현황, 의료전달체계, 건강보험이나 세금을 통한 보장성 수준, 보건의로체계 전반의 효율성(Efficiency)과 형평성(Equity) 정도, 교육 수련 현황, 다양한 의료비 지불제도, 공공 영역 수준, 보건의료의 질 등을 담게 된다. WHO에서는 보건의료체계를 구성하는 6가지 요소로 리더십과 거버넌스, 재정, 인력, 인프라(시설이나 장비, 기술 등), 의료 정보와 연구 활동, 의료서비스 전달체계로 구분하고 있다. 이러한 요소들을 통해 전체 시민들은 형평성 있게 건강 수준이 높아지고, 재정 부담의 급격한 증가를 억제하면서도 효율성 있는 보건의료 시스템을 구축할 수 있게 된다고 제언한다. 그랬을 때 보건의료



2017 전망 보고서

체계 수준과 결과는 그 나라의 경제 수준과 가장 밀접하게 연관되지만 정책 입안자들이나 보건의료 제공자들의 노력이나 시민들의 관심을 통한 개혁이 무엇보다도 중요하다.

〈그림16〉 WHO가 바라본 보건의료체계의 구성 요소와 목표



출처 : WHO 누리집

한국은 1977년 처음 건강보험이 탄생하고 나서 빠르게 자리 잡으며 전국민건강보험 제도로 정착되었다. 1980년 초기의 가정의학과 도입 즈음의 실패, 김영삼 정부나 김대중 정부 당시 주치의제도 노력 실패로 일차의료 및 의료서비스 전달체계 개혁은 답보 상태에 빠졌다. 시민들은 마음대로 의료기관을 선택해서 이용하면서도 제대로 된 의료 서비스를 받지 못하고, 의사들은 저렴한 수가체계 때문에 많은 환자를 봐야만 하는 현상이 고착되었다. 응급실은 응급실이 아니라 야간 진료소로 전락하고, 심장과 폐 수술처럼 우리 몸의 생명을 담당하는 의료진들은 점점 부족해지고 있다. 이러한 문제들이 쌓이고 쌓이면서 폭발한 것이 2015년 메르스 사태이다.

감염병의 발생은 불가항력이라고 볼 수 있다. 언제, 어디에서 전파되어 나타날지 모르기 때문이다. 하지만 그런 감염병의 확산은 국가 보건의료체계의 문제가 된다. 이런 물음을 해볼 수 있다. “지역에서 생긴 첫 환자가 동네의원에서 충분히 인지할 수 없었을까?” 감기 비슷한 증상으로 동네의원을 찾은 환자는 의사의 진료 중에 아랍권 여행을 다녀온 걸 얘기할 수 있고, 의사는 WHO에서 경고한 메르스의 중요성을 알고 있었다면 의심을 하며 주의를 했을 텐데 하지 않았다. 그 다음의 경로에서도 많은 물음이 나올 수 있다. “왜 그 환자는 하나의 질병으로 이 병원, 저 병원 돌아다니게 놔뒀을까?”, “유수의 대학병원들은 응급실에서 엄청난 전파를 방치했을까?”, “왜 국가는 이런 것 하나 대책을 못 만들까?”

많은 전문가들은 메르스 사태를 보면서 지역사회를 기반으로 하는 일차보건의료의



2017 전망 보고서

saesayon.org

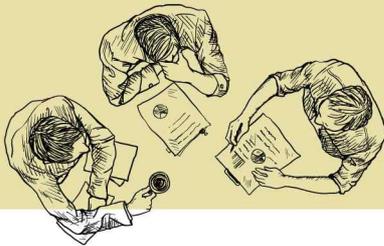
부실과 겉으로만 성장을 한 대한민국 의료체계의 민낯을 적나라하게 보여준 것이라고 평가한다. 하지만 그 후로도 변한 게 없는 게 문제이다. 격리병상이 늘고 감염병 대책이 나왔지만 보건의료 체계를 바꾸려는 모습은 보이지 않는다. 분명히 비슷한 감염병이나 재난의로 상황이 벌어지면 꼭 같은 문제점들을 노출하며 우왕좌왕 하게 될 것이다. 진정 바뀐 게 없기 때문이다.

iii) 질 낮은 의료

의사들이 장시간의 업무로 과로하고 있다는 것은 이미 알려진 사실이다. 고소득자로 분류되면서 경제가 어려운 상황에서 그나마 낮지 않느냐, 하겠지만 그들 내부에서 보면 지금의 의료 체계에서 고통 받는 집단 중의 하나라고 볼 수 있다. 저녁 늦은 진료와 공휴일 진료도 많이 해야 하고, 어느 조사에서 보면 동네의원의 경우에 일주일 평균 55시간 정도 진료 업무로 시달리고 있다고 한다. 이것은 야근까지 해야 할 때의 자동차 조업 노동자들의 시간보다 많다고 보여진다. 시민들의 의료 이용 과다와 낮은 진료 수가로 인해 환자를 많이 진료해야 하는 의료 체계로 인한 결과이다.

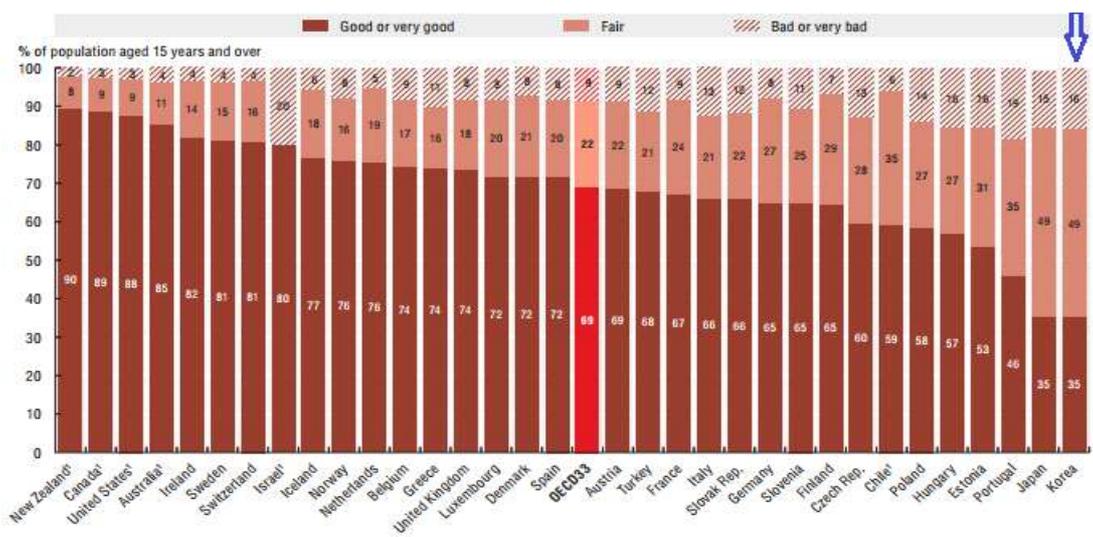
시민들은 자유롭게 의료기관 이용을 할 수 있어서 좋은 것 같지만 그로 인한 피해는 다시 시민들에게 돌아가고 있다. 자기 스스로 진단을 해서 전문의를 찾거나 여기저기 다니다 보니 정작 병세를 악화시키는 문제 등이 나타나고 있는 일차보건의료의 문제 때문이다. 선진 외국은 주치의제도를 비롯한 일차보건의료의 안정성을 꾸준히 발전시켜 오면서 효율적이고 질 높은 의료를 제공하고 있다.

의료에서 많은 환자를 진료해야 하는 의료계의 현상은 정부로서도 불필요한 진료와 의료비 상승을 유도하게 되어 문제라고 할 수 있지만, 시민들은 평균 수명이 높아졌어도 건강수명은 그에 따라가지 못하는 것, 자가 건강 인식 정도는 낮은 수준을 나타내게 되는 문제들을 안고 있어야 한다. 아래 <그림17>은 시민들에게 건강 상태를 묻는 질문에 아주 좋다(very good), 좋다(good), 보통이다(fair), 나쁘다(poor), 아주 나쁘다(very poor)로 구분하고 표시한 것이다. 다소 주관으로 판단한 것이지만 어느 정도 건강에 대한 인식을 엿볼 수 있는 자료이다.



2017 전망 보고서

〈그림17〉 성인의 자가 건강 인식(2013년 기준)



출처 : OECD Health Statistics 2015
화살표는 한국

II. 핵심은 일차보건의료 정립

1. 일차보건의료의 의미

일차보건의료(Primary health care)란 지역사회에서 주민들이 건강을 위하여 가장 먼저 접하게 되면서 긴밀한 환자-의사 관계를 통해 포괄적이고 지속적으로 의료서비스를 제공하는 기본 의료체계를 말한다. 이를 위해서는 충분히 수련된 일차의료 전문의가 가능한 보건의료 자원을 통해서 전문 병원 및 지역사회와 정부, 관련된 여러 의료 인력들과 협력하면서 효율적이고 최선의 의료서비스 제공이 가능해야 한다. 흔히 일차의료(Primary care)라고 표현하기도 하는데 이는 다분히 의료 중심의 사고에서 나타나는 것이라고 보인다. 거기에 보건(health)이란 의미를 더함으로써 의료뿐만 아니라 건강증진이나 예방 활동 등의 중요성을 강조하게 되는데, 이 표현이 지역사회의 건강 지킴이로서 적절하다고 보며, 실제로 유럽 쪽에서는 일차보건의료라는 표현을, 북미 쪽에서는 일차의료란 것을 많이 사용해서 문화와 인식의 차이를 느끼게 한다.

이러한 일차보건의료의 개념은 보건의료체계와 함께 생성, 발전하게 되므로 아주 근래에 정립되었다고 한다. 오랜 옛날에는 의료가 단순히 아픈 사람을 치료하는 과정이라고 했을 때 환자가 있었고 의사가 있었을 뿐이었다. 그 때 서양에서는 의사가 왕진 가방을 들고 말을 타거나 마차를 타고 멀리 있는 환자에게 가서 진료를 하였을 것이다. 아주 오래 전부터 내려온 이러한 관행은 1900년대 초까지도 이어져 내려왔다. 그들은



2017 전망 보고서

아주 간단한 감기에서부터 알 수 없는 치명적인 병까지 돌봤고, 산모를 진찰하고 아이를 받아냈으며, 필요한 외과적 수술도 하였다.

동네의원은 그래도 마을에서 가장 변화한 곳에 위치하였고, 진료실에는 탁자와 진료기구, 진열장이 있다. 진찰과 치료용 물건들은 청진기와 약간의 수술 도구, 소독약과 약초(herb)로 만든 몇 가지 약품들이 전부였다. 이러한 모습은 시골에서든 대도시에서든 마찬가지였다. 의사들은 가까이 있는 주민들을 대상으로 아기들이나 어른들 구분 없이, 질병의 경중에 관계없이 지역의 모든 의료의 내용들을 담당했다. 그들을 사람들은 단순히 '의사(doctor)' 라고 불렀다. 지역의 일차보건의료를 담당했고, 거의 모든 보건의료 문제들을 해결했다.

2. 전문의 과정의 탄생

그러던 것이 산업혁명과 같은 변화가 생기고, 도시화가 진행되면서 인구가 늘자 규모가 큰 병원들이 생겨나기도 한다. 산업화에 따라 빈부의 차가 커지고, 고아와 장애인들의 문제들도 생겨나기 시작하면서 복지시설이나 자선 병원들이 생겨나기도 하였다. 이들 규모가 큰 병원들은 많은 재정이 들어가므로 대부분 중앙이나 지방정부, 종교단체, 혹은 대부호(大富豪)의 투자와 지원에 의해서 운영이 되었다. 의학의 내용도 분화가 이루어져서 내과, 외과로 구분되었고, 이들은 다시 몇몇 세분화를 이루게 된다. 대규모 병원이 만들어지면서 해당 병원에 고용되어 진료를 하는 의사가 생겼고, 의사들이 전문화 되어 나누어지기 시작하면서 의사들은 마을 주민들과 멀어지기 시작했다.

진료실에서 환자를 보면서 수술도 하고, 왕진도 가는 것이 오래도록 의사의 전형적인 모습이었지만, 전문의는 병원 건물 안에서만 활동하게 되었다. 내과 의사는 약물로, 외과 의사는 수술만, 안과 의사는 눈만, 산부인과 의사는 산모나 부인과 질환들만 진료하면서 더 훌륭한 의술을 보여줄 수 있었다. 하지만 이들 의사들은 더 이상 동네를 돌지도 않고, 말을 타고 멀리 있는 지역까지 가서 진료를 하지도 않는다. 다른 전문과들은 더 하겠지만 내과 의사가 아이를 받아내야 한다든지, 아이들을 치료한다든지, 다친 다리를 꿰맨다든지 하는 것들은 상상할 수 없는 일이 되었다.

의사들은 이제 배타적이면서도 한 부분에만 전문적인 수련을 받은 의사와 이전처럼 일반적인 진료를 담당하는 의사로 나누어지게 되었다. 물론 분화 초기에는 병원의 전문 의보다 동네의원에서 일반적인 진료를 하는 보통의 의사들이 훨씬 그 수가 많았을 것이다. 유럽에서 의사들이 분화된 것은 훨씬 오래 전이지만 전문적인 수련과정을 거치면서 자격을 주기 시작한 것은 미국에서 시작한 전문의 제도의 영향에서이다.

본격적으로 전문의 면허제도가 이루어진 곳은 미국의 안과 전문의 과정이었다. 처음 전문의 제도가 만들어진 것은 단순히 의학의 발달과 분화의 필요성 때문이기도 했지만, 의사 수입과 그들이 누리게 될 명예나 지위 등이 큰 역할을 했다고 한다. 1917년 미국 의사협회(AMA, American Medical Association)는 안과시험위원회를 만들어서 안과 전공의 과정을 거친 의사들에 한해 안과 전문의 자격시험을 치르게 하였다. 이후 1924



2017 전망 보고서

saesayon.org

년에는 이비인후과 전문의제도가 만들어졌고, 1930년에는 산과 의사들과 부인과 의사들이 세 번째로 시험위원회를 만들어서 전문의들을 배출하기 시작하면서 1930년대에는 대부분의 진료과목들이 전문과로 분화하였다.

3. 일차보건의료는 지역사회 90% 건강문제를 해결

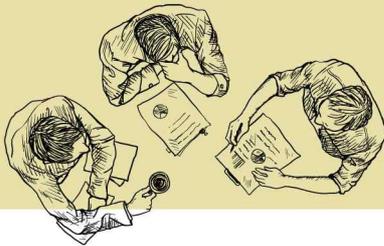
전문의 제도는 유럽이나 북미 대륙에서 유행처럼 번져나갔다. 마치 진정한 의사는 전문의인 것처럼 생각하게 되는 현상도 일어났다. 그것은 의사들뿐만 아니라 시민들 사이에서도 당연하다는 인식을 심어줬다. 하지만 그로 인한 병폐도 심각하게 나타나기 시작하는데, 가장 큰 문제는 단과 전문의(세분화된 전문의)가 되어서도 동네에서 이전에 동네의원 의사들이 하는 진료를 그대로 하고 있다는 것이었다. 그로 인해서 일차의료 전담의(외국 표현의 ‘일반의’, General practitioners, GPs)들과 단과 전문의들 사이에 구분이 모호해지고, 사람들은 전문의가 더 고급스러운 진료를 하는 줄 알고 이전의 일차의료 전문의들보다 특정 과목만을 전문으로 진료하는 전문의를 찾는 경향이 많아지게 되었다.

하지만 단과 전문의들은 주민들의 질환이나 건강상의 문제에 대해서 통합적인 사고를 할 수 없었고, 더욱이 자기가 전공한 문제 외에는 관심을 기울이지 않았기 때문에 지역사회에서 적절한 보건의료의 파수꾼으로서의 역할은 담당할 수 없었다.

사람들이 자기 스스로 진단을 하고 전문과를 찾아가는 것이 나은지, 지역에서 포괄적인 보건의료 문제를 해결하면서 적절히 해당 전문의를 안내받고 찾아가는 게 나은지는 이미 많은 연구를 통해서 입증 되었다. 후자의 경우에서 의료비 급증을 막을 수 있었고, 건강문제 해결 등에도 더 효율적이었다.

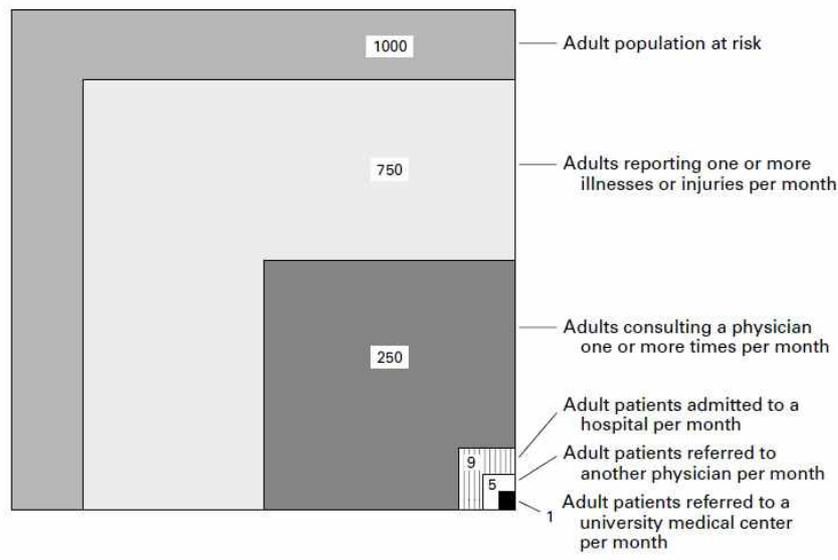
영국을 비롯한 몇몇 나라에서는 선진적으로 통제를 하기도 했지만, 혼재된 일차보건의료 전문의들과 단과 전문의들 간의 관계는 많은 논란거리가 되기 시작하였다. 1961년 미국의 노스 캐롤라이나 의과대학 교수로 근무하던 화이트(Kerr L. White)와 그의 동료들은 이러한 문제의식 속에서 권위 있는 의학잡지인 NEJM(New England Journal of Medicine)에 ‘의료의 생태학(The Ecology of Medical Care, 1961)’이라는 제목으로 일차보건의료의 중요성과 신뢰성을 강조하는 논문을 발표하였다.

여러 인구 집단으로부터 자료를 모았으나 <그림18>은 이를 1,000명의 인구집단으로 간소화해서 표현한 것이다. 큰 영역은 작은 영역을 포괄하지 않으며, 단지 크기를 나타낼 뿐이고, 치료 내용은 서로 중첩될 수도 있다.



2017 전망 보고서

〈그림18〉 화이트(Kerr L. White)의 의료이용 행태에 대한 자료 그림
(‘Cube diagram of health ecology’)



출처 : The Ecology of Medical Care. NEJM, 1961

화이트의 논문에서 보듯이 주변의 모든 질환들 중 90%, 혹은 95% 이상까지도 일차 보건의료 전문의들이 진단뿐만 아니라 직접 치료하면서 해결할 수 있는 것들을 알 수 있다. 화이트는 이러한 결과들을 보면서 의과대학의 교육도 이러한 결과를 인식하면서 좀 더 일차보건의료다운 것에 중점을 둘 필요가 있으며, 지속성과 포괄성을 지닌 일차 보건의료를 강화하고 확대하는 것에 연구 방향이나 여러 가지 지원도 많아져야 한다고 강조했다. 그리고 이 자료가 1960년대의 것이어서 현대에는 적용이 안 될 것 같지만 최근의 연구들을 봐도 여전히 그 비율은 비슷하다고 학자들은 얘기하고 있다.

1978년 구소련의 도시였지만 현재는 카자흐스탄의 수도인 알마아타(Alma-Ata)에서 열린 세계보건기구(WHO) 회의에서는 중요한 선언이 있었다. 당시까지의 전 세계에서 벌어지는 건강 위협 요소들과 해결 방안을 제시하기 위해 그 동안의 연구 결과들을 집대성하면서 다음과 같은 구호를 내놓게 된다.

‘서기 2000년까지 모든 인류에게 건강을! (Health for all by the year 2000!)’

WHO에서는 이후로도 지속적으로 국가에서, 지역에서의 일차보건의료의 중요성을 강조해 왔고, 특히 저개발국가들을 중심으로 예방과 보건 사업을 중심으로 한 일차보건의료 정착을 위해 여러 가지 일들을 진행하고 있다.



III. 한국 보건의료 개혁을 위한 제언

앞에서 한국에서의 여러 보건의료의 문제점들을 다른 나라와 비교하면서 간략히 살폈다. 그에 대한 방안들은 그 문제점들을 해결하는 과정 위에 있어야 한다. 선거 국면마다 마주하게 되는 선심성 보건의료 공약이나 정책들은 지금의 문제들을 해결할 수 없을뿐더러 의료비 상승과 무질서한 의료 체계만 심화시킬 뿐이다. 직물을 짤 때 씨줄과 날줄이 있는데, 날줄을 고정하고 씨줄을 엮어가면서 천을 만들어 나가듯이 그 나라의 보건의료 체계(날줄)를 튼튼히 하면서 하나하나의 정책들(씨줄)을 엮어 나갈 때 좋은 옷감이 나오게 된다.

한국에서의 중요한 보건의료 체계의 문제들은 크게 보면 일차보건의료 정립과 주치의제도 도입의 문제, 일차보건의료 인력 양성의 문제, 의료서비스 전달체계 재정립의 문제, 저수가와 지불제도 개선의 문제, 낮은 의료보장성의 문제, 허약한 건강보험 재정과 건강보험 개편의 문제, 의학교육의 문제(기초의학 발전 방안과 기피 전문과목 등)에 대한 개선 문제라고 볼 수 있다. 이에 대한 해결 노력 속에서 지금의 만성질환, 노인 의료, 암환자 관리 등을 효율적으로 할 수 있고, 아직도 자리 잡지 못한 응급의료체계 및 중증 환자 초기 대응의 문제 등도 자리를 잡게 될 것이다.

1. 일차보건의료 바탕에 보건의료 체계 구상이 이루어져야

- 일차보건의료에 대한 정의 확립 및 그에 따른 보건의료 체계 개혁 필요

한국에서는 아직 대한의사협회나 관련 전문가들이 머리를 맞대고 일차보건의료에 대한 정의나 중요성에 대해 합의한 적이 없다. 이에 대한 노력이 먼저 선행되면서 여러 문제들을 해결하는 노력을 해야 제대로 방향을 잡고, 올바른 정책이 만들어 질 것이다. 일차보건의료는 단순히 지역에서 개원한 의사들이 하는 역할이 아니라는 것을 인식해야 한다. 한국에서처럼 24개 전문과를 수련한 전문의들이 동네의원을 차렸다고 일차보건의료가 수행되는 것은 아니다. 위에서 살펴본 것처럼 여러 건강상의 문제들을 포괄적으로 다루면서 지속적인 관계 속에서 엄연히 지역사회 건강 파수꾼 역할을 할 수 있어야 한다. 그러기 위해서는 그에 걸맞는 의료 인력 양성과 수련 체계가 갖춰져야 한다. 그리고 정부의 적절한 재정 지원과 관심은 필수이다.

흔히 의료전달체계라고 말하는 의료서비스 전달체계도 강화되어 전문 병원은 전문 질환을 다루게 하고, 지역에서의 많은 건강 문제들은 일차보건의료 전문의들과 관련 인력들이 협력하면서 해결할 수 있도록 정비되어야 한다. 과거 1989년에 시도하였지만 실패하면서 흔히 이러한 노력을 하게 되면 ‘재정립’ 이라고 한다.

주치의제도는 그러한 노력 속에서 논의되어야 할 중요한 과제이다. 흔히 의사들이 이익이 될 것이 없기 때문에 반대를 하지만 실제 그것을 도입하게 될 때는 무리한 경쟁을 없애고 안정적인 진료 환경을 만들게 되며, 충분한 보상과 소신 진료를 보장하게 할



2017 전망 보고서

수 있다. 의사들도 무조건 반대를 하지 말고 전향적인 모습으로 마주할 필요가 있다. 언제까지 대형병원과 경쟁을 공공의료기관과 경쟁을, 주변 동네의원과의 경쟁을 하면서 지낼 것인가? 인구의 변화, 만성질환의 증가, 비효율적인 의료의 모습을 계속 가져가려고 할 때 서로가 파국을 맞게 될 것이라는 것을 알아야 한다. 그래서 하루 빨리 더 나은 의료 체계에 대한 고민을 서둘러야 한다.

2. 동네에는 일차보건의료, 병원에는 전문 인력들이

- 보건의료 인력 개편 필요

세계에는 없는, 한국에만 있는 특이한 현상이 있다. 일단 동네의원에는 수많은 전문의들이 포진하고 있다는 점이다. 많은 선진 외국에서는 동네의원은 수련 받은 일차보건의료 전문의들이 포괄적인 의료 문제를 해결하고 있는데, 한국에서는 20여 개 전문의들이 모두 개원을 해서 진료를 하고 있다. 자신의 전문성을 갖추기 위해 4~5년의 전공의 과정을 마치는데 정작 지역에 나와서는 자신들이 수련 받은 내용의 10~20퍼센트도 활용하지 못하는 현상이 벌어지고 있다. 차라리 그럴 바에는 1~2년만 수련 받아도 될 일을 비효율적으로 긴 수련 기간은 왜 두는 것인가 생각해 봐야 한다.

동네는 일차보건의료 인력들이 지키고, 각 전문과 의사들은 종합병원이나 대학병원에 남아서 중증 질환이나 전문 질환들을 다루게 인력 재배치를 해야 한다. 병원에 입원하면 의사 얼굴 보기가 하늘에 별 따기라고 할 정도로 의사가 부족하고, 많은 진료나 연구로 과로하는 현상도 해결될 일이다. 물론 현행 진료수가나 병원내의 환경 개선이 선결 조건이기는 하지만 마냥 이대로 갈 수는 없다. 보건의료 체계 개선을 위해 의료 인력 구조 개선에 대해 장기 계획을 만들어서 수가 현실화라든지, 병원 환경 변화 등과 함께 진행해야 한다.

지금 지역에 개원해 있는 전문의들은 어떻게 할 것인가, 걱정할 수도 있다. 그들은 지금 그대로 업무를 하면 되고, 이후 지역으로 진출하는 전문의들이 줄어들게 유도를 하면서 종합병원 이상의 의료기관에서 자신들의 전문성에 맞춰 일을 하도록 해야 한다. 물론 이러한 인력의 변화는 오랜 기간이 필요해서 단시간 내에 하면 안 되고, 일차의료 전문의들의 교육·수련이 자리 잡고, 여러 전문의들이 병원 시설에서 일할 수 있는 환경을 만들어내면서 함께 진행해야 하니 오랜 기간에 걸쳐 정착할 수 있는 부분이다. 그랬을 때 아래 그림에서처럼 지역사회에는 일차보건의료 전문의들이 자리를 잡아 나가는데 기존 단과 전문의들은 점점 줄어들고, 대신 종합병원 등 전문 의료기관으로 흡수되는 전문의들이 늘어나게 될 것이다.

<그림19> 효율성 있는 의사들의 전문화



3. 주치의제도 도입 절실

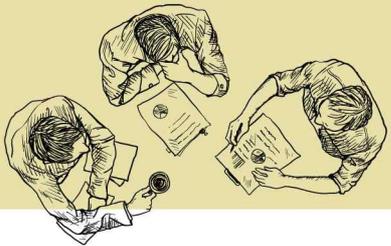
- 일차보건의료의 정립은 주치의제도 도입으로

주치의제이란 주치의등록제도의 준말이다. 일차보건의료가 정립되는 속에서 주민-의사의 긴밀한 관계가 형성되도록 하는 것이 주치의제도이다. 등록(registration)을 통해 일정한 의사와 주민이 관계를 맺고 지속성 있는 건강 문제 해결이 이루어지도록 하는 것이다. 지금처럼 환자는 자기가 판단해서 의사를 찾다보니 시간이나 비용의 낭비를 막고 효율성 있는 의료 행위가 이루어지도록 하며, 긴밀한 관계에서 여러 건강상의 문제들을 충분히 상의하도록 하는 제도이다. 전 국민이 자신과 가족의 문제들을 잘 아는 가운데 건강 문제가 있을 때 함께 할 수 있다면 얼마나 좋을까? 이의 장점에 대해서는 이미 확립되어 있기 때문에 논란의 여지는 없다. 문제는 전문의가 지역에 포진해 있는 상황, 오랜 관행 등이 해결해야 할 과제들인데, 그것은 조금씩 바뀌 나가면 될 일이다.

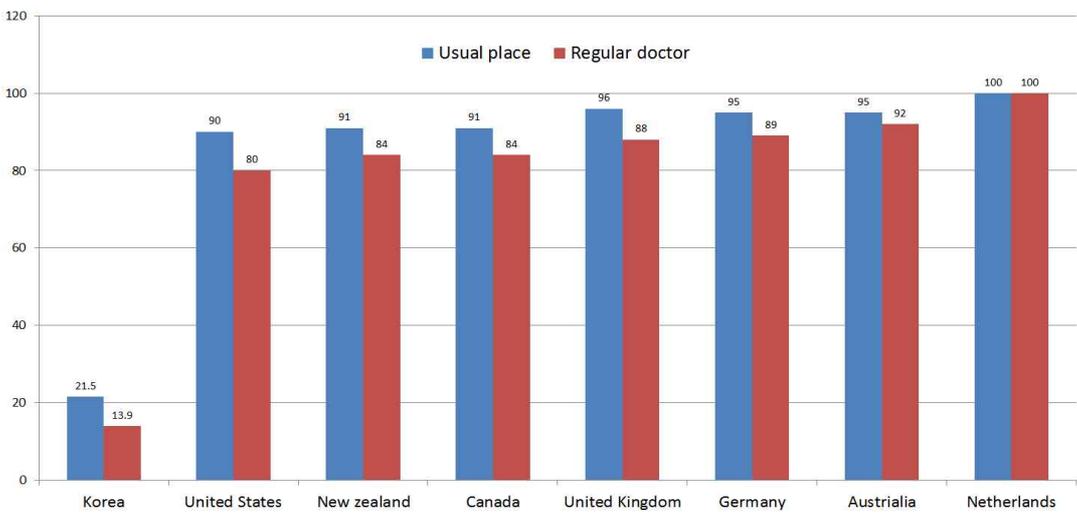
주치의제도 준비 과정 초기에는 몇몇 지역에서 이루어지고 있는 의료복지 사회적 협동조합(과거 '의료생협')의 모델이라든지, 공동개원 모델 등을 연구하고 지원하면서 제도가 원활히 자리 잡도록 하는 게 좋다. 일차보건의료에 종사할 의사들이나 간호 인력들에 대한 계획, 정부의 지원 등도 맞춰서 진행해 나간다면 충분히 단계를 밟으며 안착할 수 있다.

아래 그림에서 보면 선진 외국들은 자신이 늘 찾는 의사들이 대부분 있어서 주치의 제도를 잘 운용하고 있지만, 한국은 늘 찾는 의료기관은 22퍼센트, 늘 찾는 의사는 14퍼센트 정도밖에 안 된다.

<그림20> 상용의료기관이나 주치의 보유율 (18세 이상 성인, %)



2017 전망 보고서



출처: 한국의료패널 2012년 자료

4. 지불제도 개편 필요

- 주치의제도를 운용할 일차보건의료 전문의, 전문 종합병원의 전문의들에 대한 지원

보건의료에서 지불제도는 진료비를 어떻게 할 것인가의 문제이다. 이에 대한 개편은 주치의제도를 운용하게 될 때 그에 대한 지원 대책과 단과 전문의들이 병원에서 적절히 배치될 수 있도록 하는데 중점이 두어져야 한다.

- i) 주치의제도에서 일차보건의료를 위한 인당정액제(등록 및 기본 관리비)
- ii) 주치의제도에서의 행위별수가제 혼용
- iii) 주치의제도에서 여러 의료서비스에 대한 수가 적용(방문, 상담 등에 대한 수가 문제)
- iv) 여러 전문 진료 영역에 대한 수가 개편

5. 의료 보장성의 단계적 개선

- 보장성 확대는 의료 체계 구축에 바탕을 뒤야

의료 보장성이란 국가 재정이나 건강보험 재정을 통해서 국민들의 의료 이용 시 보장할 수 있는 범위를 말한다. 한국의 의료 보장성 63퍼센트라는 것은 외래나 입원에서



2017 전망 보고서

사람들이 의료비의 60퍼센트 정도는 보장을 받고 나머지 40퍼센트 정도를 본인 부담이라는 뜻이다. 최근 한국의 의료 보장성은 60퍼센트 초반에 머물고 있다. 선진 외국의 80퍼센트 가까운 보장성에 비하면 국가 경제력 수준에 견주어도 형편없는 수치이다. 서민들은 그만큼 의료비 부담으로 힘든 경제생활을 영위하고 있다는 의미이기도 하다.

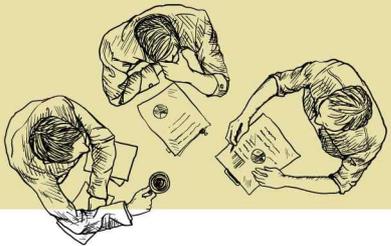
이런 보장성은 국민 생활에 막대한 영향을 끼치는데, 의료정책에서 흔히 잘못하고 있는 것은 전체 체계를 고치는 것은 등한시 하고 의료서비스에 대한 재정을 투여해서 보장성을 높이려고 한다는 것이다. 물론 그러한 의료서비스들을 개인 부담을 적게 하는 것은 중요하지만, 자칫 '밑 빠진 독에 물붓기' 가 되기 쉽다. 비용은 계속 들어가는데 국민 건강 지표는 제자리라면 무언가 문제가 있는 것이다. 그러한 우려를 해결하기 위한 방안이 바로 의료 체계(시스템)를 적절히 개혁하는 것이다. 주치의제도를 통해서 효율성 있는 지역사회 의료체계를 만들어 나가고, 의료서비스 제공 체계가 자리 잡으면서 무분별한 의료기관 이용이 바뀌고, 병원 입원에서도 충분히 의료진과 접촉할 수 있는 여유, 갑작스런 응급 상황에서도 잘 치료될 수 있는 응급 체계 등의 의료 인프라 구축이 먼저 고려되어야 한다. 이런 바탕 위에서 여러 의료서비스 행위들이 적절하게 국민 비용 부담 없이 받을 수 있게 해야 의료 재정 급상승을 억제하고 완만한 비용 상승 구도를 만들 수 있다.

6. 건강보험 재정 확대와 보험체계 개편 필요

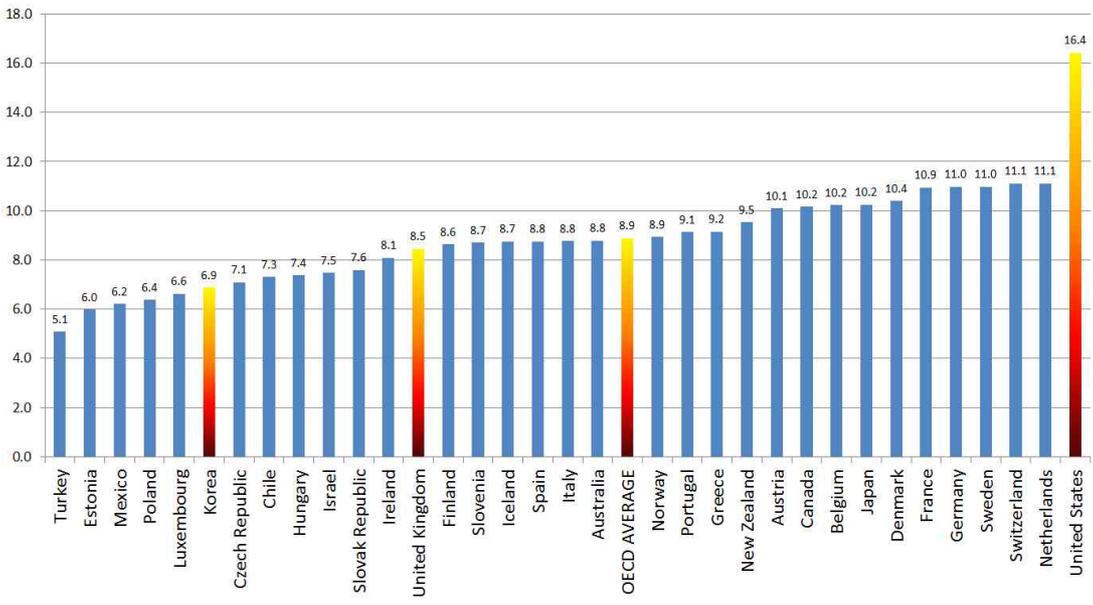
- 건강보험 재정 확대, 건강보험료 체계 개편이 필요

건강보험 재정 확대가 중요한 이유는 나라의 의료 보장성을 확대하는 바탕이 되기도 하지만 여러 보건의료 체계 개혁을 위해 필요하기 때문이다. 선진 외국과 비교해 보면 한국에서는 국민들이 의료에 이용하는 비용이 적기도 하고(<그림21>), 2016년 최근의 건강보험 재정은 약 60조 원 정도인데, 프랑스가 200조 원이 넘는 수준과 비교하면 국가의 보건의료 재정도 형편없이 적다.

<그림21> OECD 국가의 GDP 대비 보건의료비 (2013)



2017 전망 보고서



출처: OECD Health Statistics 2015

한국은 건강보험의 재정 수입은 가입자인 국민이 대부분 부담하는 구조인데, 건강보험료 수입으로 80%를 충당하고, 나머지 20%는 국고지원(일반회계 14%, 담뱃세 건강증진기금 6%)에서 메운다. 건강보험료 국고보조금은 국민건강보험법에 의해 매년 전체 건강보험료 예상수입액의 일정액을 지원하도록 되어 있는데, 조금씩 증가해서 2009년 14.9%(4.7조 원)에 불과하던 것이 2016년경에는 전체 보험료 수입의 20% 정도 되지만 여전히 낮은 것은 남겨진 과제이다. 그러나 이나마도 정부는 이런 법 규정을 어기고 건강보험 국고지원금을 해마다 축소 지원해 왔는데, 국민건강보험공단 노동조합에 따르면 2007년부터 2016년까지 정부가 미지급한 건강보험 국고지원금은 총 14조6,706억 원이나 된다고 한다. 특히 박근혜 정부 4년간(2013~2016년) 미지급된 국고지원금만 8조 1,474억 원이라고 할 정도로 정부의 무책임함이 심각하다.

경제 규모가 비슷한 타이완의 경우를 보면 면적이 한반도 전체의 0.16배, 인구는 남한의 절반 정도이지만 경제 수준은 비슷하며 우리와 비슷하게 거두는 보험료에 많이 의지하는 편이고 개인 보험료 부분이 많이 차지하지 2009년 기준으로 보면 그래도 전체 건강보험료 재정의 28.7% 정도를 국고에서 지원(같은 시기 한국의 두 배 수준)하고 있었으며, 2013년에는 31퍼센트로 증가하는 모습을 보여 준다. 이러한 국고 지원금이 적은 것이 국민의 의료보장성을 높이지 못하는 제일 큰 원인이 되며, 건강보험을 지속시키기 위해서 개인보험료에 상당한 정도로 의지하고 있다는 것을 의미한다.



2017 전망 보고서

<그림22> 세계 각국의 건강보험 국고지원 현황

	1인당 GDP*	건강보험국고지원금	연도
프랑스	44,538	102%	2012
그리스	22,594	90%	2006
오스트리아	51,306	53%	2010
일본	36,331	지역건강보험:50% / 직장건강보험:16.4%	2014
룩셈부르크	111,716	37%	2014
벨기에	47,721	32%	2012
대만	22,597	31%	2013
터키	10,482	25%	2014
한국	28,101	20%	2014
폴란드	14,378	20%	2008
슬로베니아	24,019	8%	2006
헝가리	13,881	적자 금액	2014

*: 2014년 IMF 자료, 달러화 기준

출처: 사회진보연대 보건의료팀(2015)

1977년 한국에서 일부 사업장에서 시작한 건강보험이 1989년 전국민건강보험으로, 그리고 2000년 7월 건강보험 통합관리가 이루어지면서 발전하였지만 위에서 언급한 국고 지원금의 문제뿐만 아니라 여러 가지 문제점을 지니고 있었다. 소득이 연 수십억 원 이어도 보험료 상한액을 239만 원(2011년 책정)으로 정해 놓아서 소득 대비 형평성이 낮다는 것, 자산이 많더라도 피부양자로 들어가서 보험료를 면제 받는다는 것, 지역가입자들은 소득이 거의 노출된 상태로 많은 부담을 져야 한다는 것 등이다. 2014년 ‘송파 세 모녀 자살 사건’ 처럼 기초생활 대상자에 포함되지도 못하고 세금 등 부담을 져야 하는 상황도 있던 반면, 이명박 전 대통령은 대통령 당선 전까지 수백억 원의 재산을 가진 자산가였지만 자기 소유 건물의 용역업체 직원으로 등록해 보험료를 달랑 2만 원 정도만 내고 있었던 부당한 경우가 비일비재하였다.

2017년 1월에 보건복지부는 건강보험 부과체계 개편안을 발표하였는데, 이전에 비해 혁신적이라고 평가된다. 이 정책은 관련 법안 개정을 통해 2018년부터 점차로 적용되어 2025년 정도면 정착될 것으로 보이지만 여전히 다소 문제들을 지니고 있다. 건강보험료 상한액을 없애지 않고 소득 대비 상한액을 최고 300만 원 정도로 조정할 예정이지만 이 역시 부담률이 낮다는 것, 최저 보험료를 올려서 하위층의 부담을 높인 것, 공적 연금에 대해서 높은 보험료 부담을 지우려 한다는 것 등이다. 여기에 건강보험 자체를 아예 조세 형식으로 전환하자는 주장까지 사회의 공론화 과정을 충분히 거치면서



2017 전망 보고서

saesayon.org

합의를 통해 시행해야 할 부분이 많다.

맺으며

한국은 경제, 정치, 사회 모든 분야에서 위기를 맞고 있다. 항상 역동성 있게 위기를 헤쳐 왔던 우리의 사회는 2000년대 중반 보수 집권 이후 양극화가 심각해지고, 사회 연대의식은 희박해져 가면서 국가를 지탱할 희망과 결속력은 점점 사라지고 있다. 의료 부분에서도 마찬가지로 현상이 나타나고 있어서, 이대로 가면 재정 파탄은 물론 그나마 약한 의료 보장성도 무너질 상황이다. 의료인들은 극한 경쟁에 몰리고 있고, 국민들은 열악한 의료서비스에 만족해 하지만 그 수준은 기대에 못 미치고 있다.

하지만 2000년대 초반 이후 우리는 의료 개혁에 대한 목소리를 듣지 못하고 있다. 정부도, 의료 전문가들도, 국민들 아무도 이러한 주장을 하지 못하고 있는 이유는 오랜 노력에도 한 발자국도 나아가지 못하는 것에 대한 피로감과 서로의 불신이 오래도록 개혁에 대한 뒷덜미를 붙잡고 있기 때문이다.

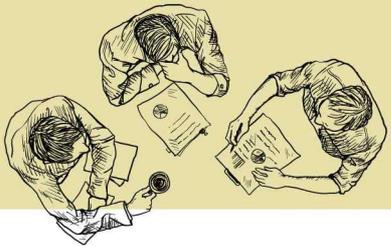
이 보고서는 이러한 문제들에 대해 주치의제도를 목표로 한 일차보건의료 개혁을 중심으로 한국 보건의료 체계 전체의 개혁이 절실히 필요하다는 것을 강변하기 위해 썼어졌다. 그리고 이제까지와 다르게 이 모든 개혁은 각 이해 관계자들의 합의와 공동의 노력 속에서 이루어져야 한다는 것을 강조하고 있다. 오랜 시간이 걸리더라도 이 점이 중요하다.

마지막으로 보건의료 개혁 속에서 이루어야 할 과제들을 이 글에서 언급하지 못한 것들과 함께 요약하면서 글을 마친다.

- ① 주치의제도 도입을 중심으로 한 일차보건의료 정립의 문제
- ② 일차보건의료 의사, 간호사 양성을 위한 인력 확보 문제
- ③ 의료서비스 전달체계 재정립과 의료 인력 재배치의 문제
- ④ 저수가와 지불제도 개선의 문제
- ⑤ 낮은 의료보장성의 문제
- ⑥ 건강보험 재정 확대와 건강보험 개편의 문제
- ⑦ 의학교육의 문제 ... 기초의학 발전 방안과 기피 전문과목(흉부외과, 산부인과, 비뇨기과 등)에 대한 개선 방안 필요
- ⑧ 만성질환, 노인의료, 암환자 관리 및 호스피스 완화의료에서의 질 관리 문제
- ⑨ 장애인 건강주치의제도의 안착(2017년 12월부터 시행 예정)
- ⑩ 응급의료체계 및 중증 환자 초기 대응의 문제

2017 새사연 전망 보고서 목록

승자독식의 신자유주의에서 벗어나 신뢰와 협동으로 함께 살아가는 사회, 새사연이 그리는 미래입니다.
더 큰 걸음으로 움직이고 성장하는 새사연. 이제 여러분이 회원이 되어 함께 해 주세요.



2017 전망 보고서

saesayon.org

분야	날짜	제목	작성자
노동	1월 9일	노동시장 불안정성의 심화	송민정
복지	1월 16일	'불통'에 멈춰버린 사회, 안전망을 세워야 한다	최정은
국내외 정세	1월 23일	국내외 정세, 대전환을 탐색하는 2017	박세길
세계경제	2월 3일	2017년 세계경제, "공포의 해"가 될 것인가?	송종운
마을	2월 6일	다가오는 선거의 계절, 마을살이의 운명은?	강세진
부동산	2월 10일	장기불황 초입에 들어서는 주택시장	권순형
보건의료	2월 13일	한국 보건의료 체계의 개혁, 더 이상 미룰 수 없다	고병수
종합	2월 20일	추후 공개	송종운

승자독식의 신자유주의에서 벗어나 신뢰와 협동으로 함께 살아가는 사회, 새사연이 그리는 미래입니다.
더 큰 걸음으로 움직이고 성장하는 새사연. 이제 여러분이 회원이 되어 함께 해 주세요.