공공보건의료 개념의 재구성과 과제

Conceptual Reconstruction and Challenges of Public Health Care

임준

가천대학교 의과대학 예방의학교실, 인천광역시 공공보건의료지원단

Jun Yim

Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Gachon University
Public Health Policy Institute, Incheon Metropolitan City Government

Correspondence to: Jun Yim

Department of Preventive Medicine, Gachon University School of Medicine, 38 Dokjeom-ro 3beon-gil,
Namdong-gu, Incheon 405-835, Korea

Tel: +82-32-820-4712

E-mail: yim99@gachon.ac.kr

Received: September 2, 2017

Revised: September 26, 2017

Accepted after revision: October 2, 2017

© Published by Korean Society for Public Health and Medicine; all rights reserved

Abstract

Objective: In Korea, the crisis of health care is intensifying as the privatization of health care system that weakens the publicness. To overcome the market failure of health care and to control government failure, new policies on public health care are needed.

Methods: The research was conducted using a deductive research methodology that draws conclusions based on the theoretical proofs and historical contexts.

Results: Public health care can be classified into public health, which means mainly prevention and health promotion for the population, and public medical care, which means mainly prevention, treatment, and rehabilitation for individuals. The role should be understood as a universal meaning for the entire population, not the residual. In public health care, there are few public medical institutions, public private medical institutions are rare, and public health institutions are also insufficient to carry out prevention and health promotion for the entire population. There is a shortage of the overall healthcare workforce. The provision of public health care services is tailored to vulnerable groups and targets, and there is no strategy to improve the overall health of the population and to reduce health inequality.

Conclusion: To solve these problems, it is necessary to build a public health care system based on population, leading to resolution of health inequality, acting as a control tower in a public health crisis, and based on community participation. In the case of public medical care, the position and role of the National Medical Center should be strengthened, the regional hospital should be designated and operated for each service area, and the provincial hospital led by the national university should be designated and operated. In the case of public health, a public health system based on community participation should be established by expanding full-time public health workers and establishing a small-area health safety net.

Keywords : Public Health Care, Public Health, Public Medical Care

서론

보건의료의 특성과 공공성

보건의료는 다른 재화나 서비스와 달리 시장 원리가 원활하게 작동하지 않아서 시장 실패가 발생할 가능성이 큰 영역이다[1]. 보건의료에서 시장 실패가 발생하는 원인은 경쟁의 불완전성, 공공재적인 재화의 성격, 외부 효과, 수요예측의 불확실성, 정보의 비대칭성 등 보건의료의 특성과 관련이 있다[1]. 먼저, 보건의료 분야는 면허제도, 의료기관 개설 허가 등 시장 진입이 자유롭지 못한 특성을 갖고 있다. 또한 보건의료 서비스는 소비를 통해 국민 개인뿐만 아니라 국가 전체에 장기적 편익을 가져다주고 인권의 중요한 구성 요소라는 점에서 국가의 책임 하에 서비스 제공이 이루어질 필요가 있는 공공재다. 건강-질병 현상의 불확실성 내지 보건의료 수요의 불확실성도 시장을 통한 효율적 자원 배분을 어렵게 만든다. 정보의 비대칭성은 보건의료에서 시장 원리가 제대로 작동하지 않는 가장 근본적 이유에 해당한다. 이러한 특성들 때문에 보건의료서비스를 이용하는 사람들은 자신의 정확한 필요를 알기 어렵다. 보건의료공급자에 대한 소비자주권이 성립하기 어려운 이유가 여기에 있다. 따라서 보건의료는 공공적 규제나 조정을 통해 자원의 배분이 이루어지는 것이 당연하게 받아들여지고 보건의료의 공공성 강화를 위한 정부의 개입이 중요하게 다루어지는 영역이다[2].

사익 추구적 보건의료체계와 보건의료의 위기

우리나라는 첨단 고가 의료장비의 보유에서 이미 세계 최고 수준에 이르고 있다. 급성기 병상을 포함한 병상 역시 OECD 국가에서 일본 다음으로 높은 수준으로 공급되어 있다. 상급 병상의 상당수가 수도권에 집중되어 있어서 시장에서 경쟁이 매우 심하다. 배출된 의사와 간호사 등 보건의료인력 역시 수도권에 집중되어 있어서 분포의 불균형이 심각하다[2]. 의료전달체계가 제대로 작동하지 않아 의원과 병원이 경쟁하는 비효율적인 공급구조 속에서 환자의 선택권이 효율성과 의료의 질을 떨어뜨리는 방향으로 작동하고 있다. 의료기관 역시 법률적으로는 공공적 규제의 틀 안에 있음에도 불구하고 실제로는 규제가 작동하지 않고 시장에서 영리를 추구하는 공급자의 행태를 취하고 있다. 또한 행위에 기초한 건강보험의 보수지불제도가 낮은 수가 수준과 결합하여 진료강도의 비정상적인 증가를 낳고 있다. 이처럼 보건의료체계가 재화의 공공적 특성을 약화시키는 사익 추구적 성격이 강해서 그 결과로 수술, 검사, 약품의 사용이 적정 수준 이상으로 사용되고 있다는 비판이 지속적으로 제기되고 있다[3].

이러한 사익 추구적 보건의료체계는 보건의료의 위기로 현상화 되고 있다. 신해철씨 사건을 통해서 확인할 수 있듯이 의사에 대한 환자의 불신이 법적 갈등을 넘어서서 문화적 양상으로 번지고 있다. 대학 병원에 대한 의존도가 갈수록 커지고 있어서 만성질환 시대에 그 역할이 강화되고 있는 서구의 일차의료기관과 달리 한국의 일차의료기관은 존폐를 걱정해야 할 상황에 직면하고 있다. 한국의 일차의료기관은 대학 병원을 가기 위해 불편하게 거쳐야만 하는 진료 의뢰서 발급기관 정도로 인식되고 있다.

공공보건의료에 관한 새로운 정책 도입의 필요성

보건의료의 시장실패를 극복하면서 이의 반작용으로 작용할 수 있는 정부실패를 효과적으로 제어하기 위해서는 공공의료의 위상과 범위에 대한 새로운 기능 설정이 필요하다. 또한 시장실패를 극복하기 위해서 공공부문이 일정한 규모로 확대되어야 할 필요가 있으며 민간부문의 공공성 제고를 위한 지원 방안들이 강구되어야 한다. 그러나 지금까지 공공보건의료에 관한 정책은 정부가 운영하는 보건의료기관에 관한 정책에 국한되어 있었고 대상 역시 시장에서 필요한 서비스를 제공받기 어려운 취약한 계층이나 지역에 국한되어 있었다[4]. 이미 시장을 전제로 한 공공보건의료 정책이 가치적으로 타당한가를 차치하고서라도 현실적으로 발생하는 시장 실패에 대한 충분한 대응력을 갖기 어려웠다. 물론 일부 취약 계층 및 지역에 대한 안전망 역할과 민간 부문에서 꺼려하는 응급, 감염 등 미충족 필요에 대한 대응에 있어서 상당한 역할을 담당해왔던 것은 부정할 수 없지만, 보건의료의 위기 전반에 대한 대응력을 갖추지는 못하였다. 애초에 시장을 보완하는 수준의 공공보건의료 정책으로 사익 추구적 보건의료체계의 치명적인 약점인 일차보건의료의 약화와 의료의 질 저하, 그리고 의료비 상승 문제를 해결한다는 것은 불가능에 가까운 일이다. 더욱이 건강 불평등이 심화되는 상황에서 인구 집단 전체의 건강수준을 끌어올리면서 불형평성을 개선하기 위해서는 잔여적 시각에서 접근하는 공공보건의료가 아닌 보편적 시각에서 시장을 대체하는 접근 전략이 요구된다. 그리고 이러한 관점을 견지해야만 비효율이라는 논리로 공공보건의료에 대한 투자를 꺼려왔던 정책 당국의 태도를 바꿀 수 있다. 보건의료의 공공성을 회복하면서 보건의료의 효율성과 형평성을 제고하기 위해서는 공공보건의료에 대한 투자를 확대해야 한다. 그리고 그러한 기획의 창이 열리고 있다.

연구방법

본 연구는 향후 공공보건의료의 과제를 도출하기 위하여 일반적인 학술 연구에서 다루어 온 인과성을 규명하기 위한 귀납적인 실증 연구 방법론을 사용하지 않고 이미 이론적으로 증명된 개념과 역사적인 맥락에 기초하여 결론을 도출해 나가는 연역적인 연구 방법론을 사용하였다. 보건의료의 공공성에 대한 일반 이론에 근거하여 잔여적 시각의 공공보건의료 개념을 전체 인구 집단을 대상으로 하는 보편적 시각의 공공보건의료 개념으로 재구성하였고, 이에 기초하여 공공보건의료체계의 구성요소별 문제점을 도출한 후 해결 과제를 제시하고자 하였다[5]. 따라서 개량적인 자료 분석이 아니라 기존 문헌에 대한 체계적인 고찰에 기초하여 공공보건의료에 대한 보편적인 개념과 범위를 정의하고, 기존 문헌 및 통계 자료에 대한 검토와 비교제도로론적 관점에서 선진외국과 비교 검토를 통하여 공공보건의료의 과제를 제시하였다. 먼저, 보건의료의 공공성에 대한 일반 이론에 대한 문헌을 검토하였고, 다음으로 한국의 공공보건의료 현황을 다룬 공신력 있는 연구 기관 및 당사자 조직에서 수행한 연구 결과를 체계적으로 검토하였으며, 통계청의 국가통계포털 등에서 확인 가능한 자료와 OECD 보건통계를 통해 국가 간 비교 가능한 자료 분석을 통해 문제점을 도출하였다. 마지막으로 보건의료의 공공성에 대한 일반 이론과 공공보건의료의 현황에 비추어볼 때에 개선되어야 할 과제를 도출하였다.

본 연구의 대상은 특정 계층이나 지역, 그리고 특정 공공보건의료기관에 국한되지 않고, 전체 인구 집단을 대상으로 하고 있고, 공익적 역할을 수행할 수 있는 민간의료기관까지 포괄하고 있다. 다만, 민간 부문이 충분하게 공급되지 못하는 지역이나 정부가 직접 기관을 운영하여 개입할 필요가 있는 영역에 대해서는 공공보건의료기관의 역할을 별도로 설정하였다.

연구결과

공공보건의료의 개념과 범위

보건의료 문제는 제한된 일부 집단에 관계된 것이 아니라 크고 작은 모든 사회구성원과 관계되어 나타나며, 문제가 일회성으로 그치는 것이 아니라 반복하여 나타난다는 점에서 특징적이다. 이러한 특성 때문에 보건의료는 사전적 의미로 “어떤 사물·기관 등이 널리 일반 사회 전반에 이해관계나 영향을 미치는 성격·성질”로서 ‘공공성’을 지니고 있다고 할 수 있다[6]. 또한 보건의료는 사회 전체에 관한 공통의 관심사로서 ‘규범적 의미의 공공성’을 갖는다고 할 수 있다[6]. 그러나 보건의료가 공공성을 갖는다고 하더라도 보건의료 전체를 공공의 범주에 포함시키는 데에는 무리가 따른다. 미용 목적의 성형과 같이 보건경제학적으로 가격탄력성이 높은 서비스나 재화가 존재하고 이러한 서비스나 재화는 상대적으로 사회구성원 전체에 미치는 영향이 크지 않으며, 사회 전체의 공통의 관심사로 보기 어렵다. 물론 가치 판단의 기준 및 사회문화적 맥락 등의 차이로 인하여 보건의료에서 어떤 부분은 공공적이고 어떤 부분은 공공적이지 않다고 구별하는 것이 가능한가에 대한 의문이 존재할 수 있지만, 공공성을 절대적 개념 내지 특성으로 보지 않고 상대적인 개념 내지 기능으로 본다면 사회적 합의를 거쳐 공공성의 개념을 정의하고 그 기능을 정의하는 것이 가능할 것으로 판단된다. 이러한 관점에서 보건의료에서 상대적으로 규범적 의미의 공공성이 강한 영역을 공공보건의료로 규정할 수 있는데, 이 때에 공공보건의료는 관리운영 측면에 국한되지 않는 공공적 기능 측면에서 규정된다고 할 수 있다. 예를 들어 보건의료에서 사회 전체의 공통적 관심사 중 가장 큰 문제가 사회구성원 간 건강불평등이라고 할 수 있는데, 공공보건의료는 이를 해결하기 위한 보건의료의 기능 전반을 의미한다고 할 수 있다. 또한 의료비가 급증한 상황에서 효율성과 효과성을 극대화시키기 위한 조정기능이 필요하게 되는데 공공보건의료는 보건의료에서 이러한 기능 전반을 포괄한다고 할 수 있다. 따라서 보건의료체계의 형평성과 효율성, 그리고 효과성을 높이기 위한 전반적인 보건의료체계 및 기능 전반을 공공보건의료 영역으로 정의할 수 있다. 따라서 공공보건의료는 복잡한 보건의료체계에 질서를 부여하고 국가나 개인의 낭비를 최소화하면서 국민들의 건강수준을 높이고 형평성을 줄이기 위한 자원의 개발, 정책 및 관리행정체계, 서비스제공체계, 자원조달체계 전반을 포괄하는 개념이라고 할 수 있다.

공공보건의료는 전체 인구 집단의 건강수준 향상과 건강불평등 해소를 목적으로 한다는 점에서는 동일하지만, 건강과 질병의 스펙트럼에서 어느 영역을 주요한 활동 영역으로 규정하고 있느냐와 접근 방법이 집단을 주로 대상으로 하는지, 아니면 개인을 주요한 대상으로 하는지에 따라서 공중보건 영역과 공공의료 영역으로 구분할 수 있다. 주로 집단을 대상으로 한 예방과 건강증진의 체계 및 활동 전반을 공중보건으로 정의할 수 있고, 전통적인 중앙정부에서 보건소로 이어지는 수직적인 규제행정 및 보건사업 체계, 그리고 생활터·생애과정별 예방보건 및 건강증진 활동을 위한 건강안전망 체계의 결합을 공중보건체계로 규정할 수 있다. 주로 개인을 대상으로 이루어지는 예방, 치료, 재활 등의 공익적 보건의료서비스와 그러한 서비스가 이루어지는 영역은 공공의료로 정의하여 공중보건과 구분할 수 있는데, 국립중앙의료원-지방의료원 등으로 이어지는 단일한 공공의료기관전달체계와 일차의료-지역거점병원-권역거점병원으로 이어지는 공공의료서비스전달체계의 결합을 공공의료체계로 규정할 수 있다. 이 때에 공공의료기관이 아닌 민간의료기관이더라도 기능적으로 공익적 의료서비스를 제공하고 거버넌스 측면에서 공익적인 의료기관이라면 공공의료에 포함하는 것으로 보아야 한다. 또한, 공중보건과 공공의료의 구분에 따라 공공보건의료기관의 성격이 규정될 수 있지만, 그렇다고 해서 특정 기관의 기능과 역할을 두 영역으로만 제한할 필요는 없다. 실제 공중보건기관이라도 공공의료의 역할을 수행하

고 있을 뿐 아니라 공공의료기관이면서 공중보건의 역할을 수행하고 있기 때문이다. 공중보건과 공공의료는 대상과 접근방법에서 차이가 존재하지만, 건강수준 향상, 건강불평등 해소라는 점에서 근본적인 목적이 동일하고 기관 단위에서 역할이 혼재될 수 있다는 점을 이해할 필요가 있다. 중요한 것은 과거와 같이 공중보건의료의 역할을 취약계층 또는 민간이 다루지 않는 미충족 영역에 국한하여 잔여적으로 해석할 것이 아니라 해당 진료권 또는 지역의 전체 인구집단을 대상으로 하는 보편적 의미의 공중보건의료의 개념으로 이해해야 한다는 점이다.

공공보건의료의 현황과 문제점

공공보건의료를 잔여적 시각이 아니라 전체 인구집단의 건강수준 향상 및 건강불평등 해소를 목적으로 의료의 공공성을 실현하는 주체 또는 담지자로 규정하는 관점에서 현재 공공보건의료체계의 현황을 분석하고 문제점을 도출할 필요가 있다. 그러한 분석 과정에서 공공보건의료의 개편 전략 및 구체적인 과제가 도출될 수 있을 것이다.

(1) 자원의 개발

공공보건의료를 공공보건의료기관으로 제한할 필요는 없지만, 가용한 정책 수단을 어느 정도로 확보하고 있고 가용한 정책 수단이 어느 정도의 공공적 기능을 수행하고 있는지를 평가함으로써 전체적으로 공공보건의료의 수준을 가늠해볼 수 있다. 먼저, 공공의료기관을 살펴보면, 2016년 기준으로 국립중앙의료원 1개소, 국립대학병원 및 분원 16개소, 지방의료원 및 분원 36개소 등 일반진료 중심의 기관이 62개소이고, 국립결핵병원 2개소, 국립정신병원 5개소, 시도립 노인병원 38개소 등 특수질환 중심의 기관이 122개소이며, 경찰병원, 산재병원, 군병원 등 특수 대상 중심으로 병원이 36개소로 총 220개의 공공의료기관이 존재한다. 다음으로 공중보건기관으로 보건의료원을 포함한 보건소, 보건지소, 보건진료소가 3,492개소가 존재한다. 전체 보건의료기관에서 차지하는 공공보건의료기관의 비중을 살펴보면, 기관수로는 5.4%, 병상수로는 9.1%에 불과한 실정이다.

〈Table 1〉 Status of public health care institutions (Dec. 2016)

Classification	Public health institution* (A)	Public medical institution (B)	Public health care institution (C=A+B)	Private medical institution (D)	Total (E=C+D)	Public proportion (C/E)
Count of institution	3,492	220	3,712	64,751	68,463	5.4%
Count of bed	365	62,991	63,356	629,105	692,461	9.1%
Manpower of doctor	3,475	12,126	15,601	125,999	141,600	11.0%

- Source : Korean Statistical Information Service 2017

* Including public health center and the branches

만약 민간의료기관 중 공공적 역할을 수행하는 병원이 존재한다면 공공의료기관의 비중이 낮다고 하더라도 공공의료의 역할을 충분히 수행할 수 있겠지만, 실제로 민간의료기관 중 공공적 역할을 수행하는 기관이 극히 드물다는 점에서 문제의 심각성이 존재한다. 일부 사립대학병원을 중심으로 외상, 심뇌혈관질환, 암 등 국가에서 지정하는 권역별 센터를

운영하거나 정부가 추진하는 공공보건의료사업에 참여하고 있지만, 기관 차원에서 공공적인 거버넌스 체계가 구축되어 있지 않고, 여전히 사익 추구적인 경향을 강하게 띠고 있다. 그나마 대학병원은 재정 투입을 포함한 정부 정책 등을 통하여 공공적 역할을 유도하기 위한 노력이 이루어지고 있으나, 지역거점 역할을 수행해야 할 일정 규모 이상의 종합병원은 사정이 더 좋지 않다. 지역거점 역할을 유도하기 위한 정부 차원의 노력이 이루어진 바가 없고 특별한 정책 수단도 없는 상황에서 대다수 종합병원은 수익성 위주의 진료서비스 제공에 집중하고 있다. 병원급 의료기관은 더욱 더 그러한 경향이 크다. 일부 전문 병원을 제외하면 충분한 시설 및 인력을 갖추지 못해 적정 질을 확보하지 못하면서도 경쟁적 의료 환경에서 살아남기 위한 진료 행위가 이루어지고 있어서 적정 수준의 서비스가 제공되지 못하고 있다[7]. 또한 정작 사회 전체적으로 필요도가 높은 재활병원은 늘어나지 않고 요양병원만 급속하게 증가하여 보건의료 전반의 효율성을 악화시키고 있다.

OECD 국가들과 공공병상의 비중을 비교해 보면, 2015년 우리나라의 공공병상 비중은 10.5%로 대다수 국가들이 70% 이상인 것과 비교하여 매우 낮은 수준이다. 보건의료의 사유화 경향이 강한 미국도 공공병상 비중이 2014년 기준으로 22.5%이고, 우리와 유사한 보건의료 환경을 갖고 있는 일본조차도 2015년 기준으로 27.2%에 이르는 것을 보더라도 한국이 매우 낮은 수준임을 알 수 있다.

〈Table 2〉 Proportion of public beds in OECD countries

Country	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Australia	69.6%	69.5%	69.5%	69.2%	68.4%	67.7%	67.8%	–
Austria	71.5%	71.5%	70.9%	70.4%	69.7%	69.5%	69.2%	69.2%
Canada	99.3%	99.3%	99.4%	99.4%	99.4%	99.3%	99.3%	99.3%
Chile	79.6%	78.9%	80.6%	72.5%	76.2%	75.4%	75.9%	74.2%
Denmark	95.6%	94.9%	95.5%	94.0%	–	94.6%	93.8%	93.3%
Finland	95.9%	96.0%	95.6%	95.1%	95.4%	95.8%	96.2%	94.5%
France	64.7%	63.7%	62.5%	62.4%	62.2%	62.2%	62.4%	62.1%
Germany	40.8%	40.7%	40.6%	40.6%	40.4%	40.7%	40.7%	40.8%
Greece	69.0%	69.7%	68.8%	67.2%	66.8%	65.2%	65.3%	65.0%
Iceland	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Israel	70.8%	71.2%	71.1%	70.2%	70.6%	70.1%	70.4%	70.2%
Italy	68.3%	68.2%	68.4%	68.4%	68.5%	68.0%	67.5%	67.6%
Japan	26.7%	26.5%	26.4%	26.3%	26.3%	26.2%	27.2%	27.2%
Korea	14.2%	–	13.0%	12.4%	11.7%	10.8%	10.7%	10.5%
Latvia	93.8%	94.0%	93.6%	91.3%	91.1%	90.8%	90.2%	90.1%
Mexico	76.2%	76.0%	75.9%	76.0%	76.2%	76.8%	77.2%	76.1%
New Zealand	–	81.4%	83.2%	83.7%	83.9%	83.7%	84.6%	84.4%
Norway	77.7%	77.1%	76.9%	79.0%	78.6%	77.6%	76.7%	76.6%
Portugal	73.6%	73.2%	73.1%	72.5%	72.0%	70.5%	70.1%	68.2%
Slovenia	–	–	98.9%	98.9%	98.9%	98.9%	98.9%	98.9%
Spain	66.3%	66.5%	68.7%	68.7%	69.1%	68.7%	68.6%	68.7%
Turkey	85.4%	83.4%	82.9%	81.4%	80.5%	79.5%	78.7%	77.5%
United Kingdom	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
United States	25.4%	24.9%	24.5%	23.6%	23.1%	22.7%	22.5%	–

– Source : OECD Health Statistics 2017

이렇듯 선진외국과 비교하여 우리나라 공공의료기관은 양적으로 매우 부족하다. 이와 더불어 공공의료기관의 경우 취약계층 비율이 높거나 공중보건의료사업에 적극 참여하고 있는 점을 제외하면 국립대학교병원 등 상당수의 공공의료기관이 민간 의료기관과 크게 다르지 않은 사익 추구적 진료 행태를 보이고 있다. 또한, 공공의료기관 간에 전달체계가 구축되어 있지 못하여 사익 추구적 보건의료체계를 공공적으로 견인하는 데에 충분한 역량을 발휘하지 못하고 있다.

다음으로 보건소 등과 같은 공중보건기관을 살펴보면, 공중보건의 특성상 공중보건의 업무를 정부 등 공공부문에서 담당해야 한다는 당위성과 공공의료기관을 포함한 대다수 의료기관에서 공중보건의 역할을 거의 수행하지 않고 있다는 점 등이 더해져서 인구 집단 전체의 예방 및 건강증진 업무의 대부분을 보건소 등 공중보건기관에서 담당하고 있다. 그런데 현재 공중보건체계 및 공중보건기관은 과거 감염성질환의 예방 관리 및 모자보건사업 등 특화된 정부정책을 수행하기 위한 조직체계이고, 대부분 시군구에 위치한 보건소 조직이 전부라서 실제 만성질환 중심의 질병구조 변화, 건강증진의 필요성 증대 및 건강에 대한 시민적 권리의식의 성장이라는 시대적 변화를 담지하기 어려운 구조를 갖고 있다. 즉, 인구 집단 전체를 대상으로 한 예방 및 건강증진을 가능케 하는 실행 단위를 갖추지 못하고 있다. 인구 집단 전체의 만성질환 예방 및 건강증진을 지원하고 관리하기 위해서는 마을 단위, 생활터 단위에서 건강안전망 역할을 수행할 수 있는 조직이 필요하다. 이러한 문제의식 속에서 참여정부에서 도시보건지소 설치가 제기되어 왔으나 예산 및 인력 문제가 해결되지 않아서 제대로 확충되지 못하였고 지금은 유사한 문제의식의 건강생활지원센터의 설치로 이어지고 있으나 그것마저도 별반 확충이 이루어지지 못한 채 현 상황에 이르고 있다. 이렇듯 시군구에 설치 운영되어 있는 보건소 조직으로는 지역사회 요구를 반영하기 어렵고 과거부터 수행해온 진단 및 기획 업무, 규제 및 행정 업무, 인구 집단 대상으로 한 캠페인 및 홍보 활동, 일부 보건소 인근 주민 대상의 내소자 사업 등에 국한될 수밖에 없고 관할 인구 집단의 생활터별 생애주기별 요구에 대응한 건강지원서비스 등을 제공하기 어렵다. 또한, 예방 및 건강증진활동은 병원 등과 같은 시설 중심이 아니라 읍면동 단위에서 활동하는 공중보건인력에 의해 주도적으로 이루어진다는 점에서 현행 공중보건체계로 지역사회 요구를 반영한 건강안전망의 역할을 수행하기가 쉽지 않은 것이 현실이다. 특히, 일차의료기관에서 예방 서비스가 제공되지 않고 치료 중심의 의료체계로 인하여 보건소에 과부하가 걸려 있는 상황에서 근본적인 변화가 요구된다.

인력 측면에서 공공보건의료의 현황과 문제점을 살펴보기에 앞서서 우리나라 전체 보건의료인력 현황을 보면, 2015년을 기준으로 인구 10만 명 당 의사는 229명, 한의사는 46명, 치과 의사는 57명, 조산사는 17명, 간호사는 669명으로 보고되고 있다[8]. 전체적으로 간호사 인력의 증가 폭이 크다는 것을 확인할 수 있다. 2015년 기준으로 병원, 의원이나 조산원, 보건소 등에 종사하는 보건의료인력은 2010년보다 약 25.5% 증가한 557,488명이며 이중 55.3%는 병원에, 41.2%는 의원이나 조산원, 3.6%는 보건소에 종사하고 있다[8]. 우리나라는 2017년을 기준으로 총 41개의 의과대학/의학전문대학원이 있는데, 학부 모집을 실시하는 의과대학에서 총 2,601명을 모집하고 있고, 매년 3,300명 내외가 의사 국가시험에 응시하여 3100명 내외의 의사가 배출되고 있다. 전국 간호교육기관 수는 2006년 127개에서 2015년에는 204개로 크게 증가하였다[9]. 지금까지 간호교육제도는 3년제와 4년제로 이원화되어 있었으나 최근 전문직 위상 제고, 조직 내 갈등 유발, 생산성 저하 등의 원인 해소, 간호 업무의 질 보장 등을 위해 간호학제 일원화가 추진되고 있다[10].

〈Table 3〉 Health employment per 100,000 population

Health employment	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total	778	806	838	860	887	917	945	980	1,018
Physicians	190	195	202	205	210	214	218	223	229
Traditional physicians	35	36	38	39	40	41	42	44	46
Dentists	48	49	51	51	52	54	55	56	57
Midwives	18	18	18	17	17	17	17	17	17
Registered nurse	487	508	530	547	568	591	613	641	669

- Source : Korean Statistical Information Service 2017

보건의료인력의 양성 측면에 대한 문제점으로 먼저, 공급 부족을 들 수 있다. 인력의 부족은 업무량의 증가, 장시간 노동, 노동 강도의 심화로 이어져 결국 당사자의 건강을 악화시키게 된다[11]. 보건의료인력 부족에 대한 체감도는 특수목적 공공병원(66.9%), 사립대학병원(66.3%), 지방의료원(63.8%), 민간중소병원(61.5%) 순으로 높았고, 인력 부족으로 인한 어려움은 간호사(68.1%) 직종, 3-6년 미만 근속자(69.3%), 여성(66.5%)과 정규직(65.7%)에서 더 크게 느끼고 있었다. 또한 인력의 부족은 환자에 대한 불친절이나 의료서비스의 질 저하에 영향을 미치는 것으로 조사되었다[11]. 다음으로 전문의의 비중 증가와 일차의료의사 비중의 감소를 들 수 있다. 2011년 기준으로 전체 임상 의사 중 전문의가 차지하는 비율이 75.3%이며, 전문과목별로 수련과정에 있는 레지던트의 숫자를 포함하면 그 비율은 89.7%까지 증가한다[12]. 물론 OECD 자료만 보면, 회원국의 전체 의사 중 일반의의 평균 비율이 30% 정도이고, 한국 역시 27%로 큰 차이를 보이지 않는 것처럼 보인다[13]. 그러나 OECD 국가의 일반의는 의과대학을 졸업한 후 수년간 별도의 전문적인 수련 과정을 밟는 일차의료의사를 의미하는데 반하여 한국의 일반의는 가정의학 전문의와 의원에서 전문과목을 표방하지 않은 의사를 모두 포함하고 있어서 그 개념이 상이하다. 한국의 가정의학 전문의가 선진외국의 일차의료의사에 해당한다고 할 수 있는데, 가정의학과 전문의가 2010년 기준으로 전체 의사의 7.3%에 불과하다는 점에서 내용적으로는 훨씬 적다고 할 수 있다. 전문의에 비해 일차의료의사의 수입이 적고, 사회적 인식 또한 전문의를 우대하는 경향이 있어서 일차의료의사의 비중을 늘리는 것이 쉽지 않다. 더욱이 전문의의 비율이 증가함에도 불구하고 일차의료의 기능을 수행할 수 있는 내과, 가정의학과, 소아과 등을 담당하는 전문의의 수가 다른 전문 과목에 비하여 상대적으로 적다는 문제점을 가지고 있다[14]. 세 번째로 공급자 위주의 민간 자격증이 양산되고 있고, 관리가 제대로 이루어지지 못하고 있다. 한국은 1997년 자격기본법이 시행되면서 국가 자격뿐만 아니라 한국직업능력개발원의 공인을 받은 기관으로부터 민간 자격을 받을 수 있도록 하였다. 이에 보건의료 분야의 민간 자격은 여러 분야에서 계속적으로 신설되고 있는데, 이는 자격증의 실수요와 무관하게 발급기관을 중심으로 공급자 위주의 자격이 신설됨에 따라 무면허 의료인이 양산되고 있고, 정부 차원에서도 관리가 제대로 이루어지지 못하고 있다.

보건의료인력의 관리 측면에서 문제점을 보면, 먼저, 보건의료인력 수급 모니터링 시스템의 부재를 들 수 있다[15]. 합리적인 자원 수급 정책을 통하여 미충족 의료와 지역 간 의료공급의 격차를 해소하기 위해서는 전체 보건의료수요와 지역의 보건의료수요를 정확하게 파악하는 것이 매우 중요하다. 그러나 보건의료인력에 대한 현황 정보가 보건소, 중앙정부, 건강보험심사평가원으로 각각 수집되고 관리되고 있어서 국가기관 간 공유가 원활하게 이루어지지 않고 있다. 두 번째로 면허·자격의 관리 부실을 들 수 있다[15]. 현재 7개 법률에 근거한 22개 종류의 면허, 자격시험이 행해지고 있으나, 의료인력 간 업무 규정이 불문명하거나 구체적으로 명시하지 않아서 의료인력 간의 역할 갈등이 초래될 가능성이 존재한다. 또한 면허·자격이 평생 유지되는 현행 제도의 문제도 존재한다. 평생교육프로그램을 이용한 면허·자격의 정기적인 평가를 통하여 갱신제도를 실시할 필요가 있고, 평생교육프로그램 이수 여부에 따라 면허·자격을 재부여 하는 등의 방안을 고려할 필요가 있다. 세 번째로 인력의 지역적 불균형의 문제를 들 수 있다. 취업 기회, 경력과 지역 경제 수준이나 편리한 생활 여건, 자녀 교육이나 문화적 활동 등의 이유로 의사 인력의 약 30%가 서울에 집중되어 있고, 간호사 인력 역시 26.7%가 서울 지역에 집중적으로 분포되어 있다[16]. 인구 10만 명 당 의사는 서울이 263.1명인데 반해, 경북은 128.1명으로 매우 큰 격차를 보이고 있고, 간호사 역시 광주가 인구 10만 명 당 387.7명인데 반해, 경기도는 205.1명으로 그 격차가 매우 큰 것으로 나타났다[16]. 마지막으로 높은 이직률의 문제를 들 수 있다. 인력의 부족으로 노동 강도가 높아지고 근무시간이 늘어나는 등 노동조건이 나빠져서 결국 이직률이 높아지게 된다. 2014년 한국보건산업진흥원에서 수행한 연구를 보면, 간호사 이직률은 평균 16.9%였고, 신규간호사의 경우는 31.2%로 조사되었는데, 이직 사유로는 타 병원으로 이직이 19.4%로 가장 많았고, 결혼이나 출산, 육아로 인한 이직이 15.9%, 업무 부적응 13.0% 순으로 많

있다. 현재 이직을 고민 중인 비율은 54.1%로 이직을 고민하는 이유는 일이 힘들어서(29.9%), 낮은 임금 수준(14.5%), 직무불만(9.8%) 순으로 높았으며, 병상규모가 작을수록 이직률이 높았다[17]. 특히 여성 보건의료인력의 이직률이 매우 높은 것으로 알려져 있는데, 여성의 경우 결혼 및 자녀 양육 문제, 야간 근무 등으로 인한 열악한 근무 조건과 업무 과다 등이 이직 요인으로 꼽히고 있었다.

보건의료인력은 다른 산업부문에 종사하는 인력과 달리 보건의료의 공공적 성격과 함께 교육기간 자체가 매우 길고 특정 분야에 제한적으로 사용되는 특성을 갖고 있기 때문에 정부의 적절한 인력수급 및 관리계획이 필요하다. 보건의료 인력의 과잉공급은 과다경쟁 및 유인수요를 창출하여 의료비 증가 등의 사회적 비용을 유발할 수 있는 반면 과소공급은 의료시장의 경쟁저하 및 의료이용의 접근성 저하를 초래하므로 적정 수준의 보건의료인력을 양성하고 관리하는 것이 매우 중요하다[15]. 즉, 보건의료인력의 양성과 관리에서 공공성 강화가 매우 요구된다. 그런데, 인력 양성에 대한 공적 개입은 어느 정도 이루어지고 있다고 볼 수 있으나, 양성 후 관리가 제대로 이루어지지 않아서 전체적인 공급 부족 문제와 지역적 격차의 문제, 그리고 질 저하 문제가 동시에 발생하고 있다. 그리고 이러한 문제는 공공의료기관에서 더 큰 문제로 다가오고 있다. 잔여적 시각에서 공공의료를 바라보고 취약한 계층 및 지역에 공공의료기관을 설치, 운영하는 과정에서 공공의료기관에 대한 충분한 투자가 이루어지지 못하였으며, 정원 등 인력 기준이 매우 낮아서 충분한 인력을 확보하지 못하고 있다. 특히, 국립대학교병원을 제외하면 상당수 공공의료기관의 소재지가 지방에 있어서 인력의 확보가 쉽지 않은 상황이다.

공중보건기관의 인력 문제를 살펴보면, 보건소 등 보건기관의 인력 중 일부 직종을 제외하면 거의 모든 직종이 현행 법규정의 최소기준에도 미치지 못하고 있다. 광역시 구, 인구 50만 명 이상의 시의 구 및 인구 30만 명 이상의 시에 설치되어 있는 보건소의 경우, 의사, 치과의사, 간호사, 약사, 임상병리사, 영양사, 정신보건전문요원을 최소배치기준에 맞게 배치하고 있지 못하고 있다. 더욱이 최소 배치기준 자체가 매우 낮아서 정규 보건인력이 인구 천 명 당 0.29명에 불과할 정도로 낮다. 이렇게 적은 공중보건인력 때문에 지역주민 전체를 대상으로 한 사업을 수행하지 못하고 있고, 일부 취약계층 대상의 예방 및 건강증진 업무를 수행하는 데에 그치고 있다. 또한, 부족한 인력을 대체하기 위하여 정원에 해당하는 숫자의 비정규직 전문 인력으로 건강증진사업 등을 수행함으로써 지속성과 포괄성, 그리고 서비스의 질적 측면에서 문제가 발생하고 있다[18]. 또한 지역유형별 인구 당 보건소 인력의 양과 질의 불균형이 심하여 지역 간 균형적 업무수행이 어려운 실정이며, 전문 인력의 승진 및 총원이 힘들뿐만 아니라 지속적인 교육훈련의 기회가 적고 인력개발을 위한 투자가 미흡한 실정이다.

〈Table 4〉 Public full-time health workers employed in public health institute

Provinces	Number of persons	Number of public full-time health workers	Density per 1000 population
Total	51,069,375	20,041	0.39
Seoul	9,904,312	2,882	0.29
Busan	3,448,737	803	0.23
Daegu	2,466,052	484	0.20
Incheon	2,890,451	673	0.23
Gwangju	1,502,881	338	0.22
Daejeon	1,538,394	249	0.16
Ulsan	1,166,615	251	0.22
Sejong	204,088	88	0.43
Gyeonggi	12,479,061	2,573	0.21
Gangwon	1,518,040	1,268	0.84
Chungbuk	1,589,347	1,084	0.68
Chungnam	2,107,802	1,582	0.75
Jeonbuk	1,834,114	1,480	0.81
Jeonnam	1,799,044	2,091	1.16
Gyeongbuk	2,680,294	2,180	0.81
Gyeongnam	3,334,524	1,745	0.52
Jeju	605,619	270	0.45

공중보건인력의 문제를 양적 측면에서 살펴보면, 현 정규직 인력만으로는 만성질환 중심의 질병구조의 변화와 건강증진에 대한 요구도 증가, 그리고 저출산 고령화 등 인구구조의 변화로 인하여 다가올 우리 사회의 거대한 사회적 변화를 감당할 수 없다는 점을 들 수 있다. 현재 보건기관의 정규직 인력 규모는 최근 10년 동안 큰 변화가 없었는데, 실제 최근 10년 사이에 건강증진 등에 대한 사회적 요구가 급증한 것과 비교해볼 때에 납득할 수 없는 인력 변동이라 할 수 있다. 그 시기에 사회복지지는 상당한 인력 확충이 있었던 것과 비교해볼 때에 심각한 수준의 정체라 할 수 있다. 결국 현재 종사 인력은 정부 정책을 수행하기 위해 필요한 최소 인력으로 주로 보건행정 및 규제, 보건 기획, 내소 기반 사업 등을 위한 인력이라고 해도 과언이 아니다. 그리고 실제 급증하는 사회적 요구에 대해서는 정규직 인력이 아닌 전문 인력이라는 이름으로 거의 정규직 인력에 준할 정도의 비정규직 인력으로 각종 건강증진사업에 대응하였다. 그 결과, 지속적이고 포괄적인 접근이 중요한 지역사회 공중보건활동을 실적 위주의 분절적이고 파편화된 서비스 제공으로 대체하였고, 그것 역시 매우 제한적인 계층 및 지역에 초점이 맞추어져 진행되었다.

다음으로 분포 측면에서 살펴보면, 지역 간 격차가 상당한 수준에 이르는 것을 확인할 수 있다. 대도시 지역만 하더라도 서울에 비해 타 대도시 지역의 인력이 적은 것으로 나타났다. 물론 농촌 지역의 경우 도시 지역에 비해 인력이 적다고 할 수는 없지만, 보건지소 및 보건진료소에 배치되는 공중보건인력의 대다수가 진료 업무에 종사하고 있고 만성질환 예방 및 건강증진 등의 업무 비중이 매우 낮아서 실제 지역사회 니즈에 비추어볼 때에 도시지역보다 사정이 낫다고 보기 어렵다. 향후 인력 확충 과정에서 지역별 격차를 줄이고자 할 때에 지역별 니즈를 감안한 계획이 요구된다.

마지막으로 질적 측면에서 문제를 살펴보면, 현재 공중보건인력의 경우 보건의료인력과 동일한 면허에 기초하여 관리가 이루어지고 있는데, 공중보건의 기능 및 역할 등을 고려할 때에 심각한 질 문제를 가져올 수 있는 대목이다. 현행 면허제도

는 대다수 병의원 등 의료기관의 업무를 수행하기 위해서 필요한 전문인력을 배출할 목적으로 만들어졌고, 양성 체계 역시 이를 기반으로 형성되었다. 그런데, 치료에 초점이 맞추어져 있는 의료기관과 인구집단을 대상으로 한 예방 및 건강증진에 초점이 맞추어져 있는 공중보건기관은 그 기능과 역할이 완전히 다르다. 공중보건기관에 종사하는 인력의 핵심 역량이 전문적인 지식이나 기술 역량에 있지 않고 진단 및 기획 역량, 소통 역량, 자원 연계 및 협력 역량, 조직화 역량 등이라고 할 수 있는데, 지식과 기술 습득에 초점이 맞추어져 있는 양성체계와 면허제도 등에 기초한 공중보건인력의 양성과 배치는 실제 요구되는 역량과 맞지 않아서 결국 질 문제로 귀결된다. 현재 선발 후에 교육훈련을 통하여 문제 해결을 시도하고 있으나 비용 문제를 제외하더라도 일정 기간 동안 실제적인 역할을 충분히 수행하기 어렵다. 이와 더불어 보건지소 등에 주로 근무하는 공중보건역사의 경우 보건사업에 대한 역할 설정과 참여 동기가 미흡하여 우수한 보건인력임에도 불구하고 활용이 잘 되지 않고 있으며, 배치 지역의 제한과 보건행정의 책임과 권한이 제한되어 있어서 진료 이외의 보건사업에 참여가 이루어지지 않고 있다. 농어촌지역의 보건지소 및 보건진료소의 경우 인력 구성 면에서 새로운 보건사업을 수행하는 데에 양과 질에서 부족하고, 현재의 경직된 인력충원 구조로는 전문인력의 확보가 어려운 실정이다.

(2) 관리행정체계

먼저, 중앙정부 차원의 관리행정체계를 살펴보면, 주무 부처인 보건복지부의 경우 오래 전부터 공중보건 영역에서 분산된 관리행정과 기술지원의 문제가 제기되어 왔다[2]. 건강증진사업과 만성질환관리사업은 서비스 내용 중 중복되는 부분이 많음에도 불구하고, 주관 부서가 나뉘어져 있고 기술지원 조직도 몇 개로 구분되어 있다. 또한 부서 간의 역할과 기능이 명확치 않고, 사업수행 시 원활한 협력이 부족한 실정이며, 일부 재활사업과 노인보건사업은 복지 분야에서 관장하고 있다. 이처럼 분산된 관리행정체계와 백화점식 기술지원체제로 인하여 일선 보건기관의 업무 부담이 가중되고 있다. 동일 대상에 대하여 서로 다른 공중보건조직과 인력으로 나열적인 사업이 이루어지면서 실제 효과는 크지 않은 채 인력 및 재정의 낭비만 초래하고 있다. 통합건강증진사업을 통해 이러한 문제를 해결하려는 노력이 전개되고는 있으나, 지역사회의 특성과 지역주민의 필요 및 참여에 따라 사업 범위와 내용이 결정되는 것이 아니라 여전히 국정 과제라는 이름으로 외삽되는 형태로 사업이 결정되고 있다. 건강 정책의 이원화도 문제다. 건강 관련 정책이 중앙 정부의 여러 부처에 산재되어 있어서 일관된 방향 하에 정책을 형성하지 못하고 있고, 건강에 대한 이해 부족으로 조류 인플루엔자, 가습기 살균제 대응 등에서 확인하였듯이 초동 대응에 실패하고 있다. 선진외국과 같이 관련 정부 부처가 모두 참여하고 협력할 수 있는 정부 내 위원회를 활성화하고 부처 간 협력을 강화하는 것이 대안이 될 수 있지만, 부처 간 칸막이가 커서 보건복지부 관련 부서와 교육부, 노동부, 국방부, 환경부 간 공식적인 채널이나 정기적인 미팅 등 효율적이고 안정적인 협력 체계를 구축하지 못하고 있다. 현 정부 출범 이후 일자리 위원회를 통하여 부처 간 이견을 조정하고 통합적인 정책을 구현하려는 노력이 전개되고 있다는 점은 고무적이지만, 역설적으로 대통령의 의지가 있어야 작동한다는 점에서 향후 여러 부처 간의 체계적이고 안정적인 협력 체계가 구축되길 기대하기란 시기상조다. 교육부가 학교 건강에 대한 책임을 맡고 있고, 노동부가 일터 건강에 대한 책임을 전담하고 있는데, 실제 부처 고유의 정책 및 사업으로 인하여 건강 문제에 소극적인 것이 현실적인 문제인데 이를 해결하기 위한 적극적인 대안 마련이 시급하다. 더욱이 신종 감염병의 유행 등과 같은 국가적 재난 상황에서 중앙정부의 위기관리 능력이 취약하다는 사실을 확인하였는데, 이를 끌어올리기 위한 노력이 요구된다.

다음으로 광역 정부의 취약한 공공보건의료에 관한 역량 문제를 들 수 있다. 현재 공공보건의료에서 시도의 역할은 공중보건에 집중되어 있다고 해도 과언이 아니다. 광역 차원의 지역보건의료계획을 수립하거나 정부의 공공보건의료기본계획에 따라 시행계획을 수립하도록 되어 있지만, 대부분 중앙정부가 추진하는 공공의료 정책 및 사업의 통로 역할에 국

한되어 있고, 예산을 매칭하는 수준에 머물러 있다. 특히, 공공의료에 관한 정책 역량이 매우 취약한 상황이다. 최근 공공보건의료에 관한 법률 및 지자체 조례에 근거하여 공공보건의료지원단 및 공공보건의료재단을 설치 운영함으로써 광역 단위의 정책 역량을 강화하기 위한 노력이 전개되고 있다. 하지만, 아직까지 몇 개 광역 정부에 국한되어 있고 일부 시도를 제외하면 최소 수준에서 정책 지원이 이루어지고 있다. 이러한 현실은 공중보건 영역에서도 예외가 아니다. 전체 광역 수준의 건강수준 향상과 건강불평등 해소를 목적으로 시도 차원으로 유기적인 자원 배분이 이루어지지 못하고 있다. 더욱이 보건소가 시군구의 행정 체계에 포함되어 있고, 시도의 지도 감독 하에 움직일 수 있는 기제가 많지 않기 때문에 시도의 방향성 설정이 실제 정책 및 사업으로 연계되기 쉽지 않다. 서울시와 달리 별도의 예산을 확보하기 어려운 시도는 더욱 더 시도와 보건소의 접촉 지점이 느슨해질 수밖에 없다. 결국 공중보건 영역조차도 시도는 보건복지부의 연결고리 이상이 되기 어려운 것이 현실이다.

마지막으로 시군구의 취약한 공공보건의료 역량 문제를 들 수 있다. 대부분 보건소는 인구 집단의 예방 및 건강증진 업무를 담당하는 공중보건 영역에서 주요한 업무를 수행하고 있는데, 현 보건소는 지역사회의 공중보건 요구를 충분히 반영하기 어려운 조직 구조를 갖고 있다. 사업 내용과 조직 형식이 부조응 상태다. 사업의 범위와 내용은 현재 지역 주민의 필요 및 욕구를 반영하여 결정될 필요가 있고, 이를 위해서는 조직 형식적으로 수평적 협의 구조가 필요하다. 감염병의 관리가 중요한 수직적인 공중보건체계는 위계적인 조직 구조가 필요하다고 볼 수 있지만, 만성질환예방 및 건강증진의 경우는 참여, 소통, 협력, 조정 등이 중요한 보건사업 수단이 된다는 점에서 수평적 협의 구조가 매우 중요하다. 그러나 사업 내용은 만성질환 예방 및 건강증진을 도모하기 위해서 생활터 기반으로 주민참여형 사업을 기획하고 추진하지만, 이를 담보할 조직 형식은 여전히 과거의 틀을 유지하고 있다. 물론 모든 보건소가 팀제로 구성되어 있지만, 실제로는 과거의 과-계 체계와 차이가 없는 위계적이고 기계적인 조직 구조를 갖고 있다. 또한, 지역주민의 생활터를 기반으로 삶에 천착한 공중보건사업을 수행하기 위해서는 지역주민의 참여가 핵심적인 전제가 되어야 한다. 이를 위해서는 보건소가 시장에서 수요자와 만나는 공급자가 아니라 지역주민의 조직화를 지원하고 지역주민의 일원이 되는 대변자이자 조력자가 되어야 한다. 당연히 과거와 다른 조직 구조가 필요한데, 아직까지 보건소 조직은 수평적인 조직 구조를 갖추지 못하고 있다. 이러한 보건소 조직 구조로는 지역사회 요구를 반영하기 어렵다. 더욱이 생활터에 위치하고 마을 단위의 지역주민 조직과 일상적으로 호흡하면서 지원할 수 있는 건강증진의 시대에 요구되는 새로운 공중보건조직이 필요한데, 현재 시군구 단위에 설치되어 있는 보건소는 그 규모나 관할 지역 범위 등을 고려할 때 그러한 역할을 수행하기 어렵다. 또한, 보건소가 시군구 단위의 공중보건 활동에 있어서 컨트롤 타워 역할을 수행하면서 읍면동별로 촘촘한 건강안전을 구축하기 위해서는 새로운 공중보건조직을 확충할 필요가 있다. 현재는 극히 일부 동 지역에 도시보건지소나 건강생활지원센터가 설치되어 있거나 읍면 지역에 진료서비스의 부재를 해결하기 위한 대안으로서 보건지소, 보건진료소가 설치되어 있어서 지역주민의 공중보건에 대한 필요에 대해 제대로 반응하기 어렵다. 특히, 의원급 의료기관이 선진외국과 같은 일차의료기관으로서 역할을 수행하지 못하고 치료 영역만 담당하는 등 치료와 예방이 분리되어 있는 보건의료 체계에서 보건소의 과부하가 나타나고 있고, 그 결과로 보건소 본연의 역할을 수행하지 못한 채 보건소 인근 주민의 건강 요구에 반응하는 내소자 중심의 사업이 주로 이루어지고 있다[18].

(3) 서비스의 제공

공공의료서비스의 현황은 2016년 보건복지부에서 발표한 제1차 공공보건의료기본계획을 통해서 그 면모를 확인할 수 있다. 공공보건의료기본계획은 5개의 추진전략과 14개의 세부과제로 구성되어 있다. 정부가 생각하는 공공의료는 필수적인 부분인데 민간에서 다루지 않는 분야, 필요는 높으나 수요가 없어서 민간 부문의 공급이 제대로 이루어지지 않

는 취약한 지역이나 취약한 계층을 대상으로 한 서비스의 제공에 맞추어져 있다[4]. 그런데, 이러한 전략과 과제로는 상위 비전으로 제시한 ‘모든 국민이 건강한 삶을 보장받는 사회’를 달성하기란 불가능하다. 대부분의 지역주민이 민간부문의 의료서비스를 제공받고 있는 상황에서 이를 포괄하는 공공의료에 대한 관점을 제시하지 않고서 비전 달성은 불가능하다. 모든 국민의 건강한 삶을 보장하려면 의료의 공공성에 대한 확고한 시각에 입장하여 이를 달성하기 위한 전략을 짜야 한다. 무엇보다 취약 지역이나 취약 계층에 초점을 맞추는 방식이 아니라 어떤 지역에 거주하든 적정 수준의 보건 의료서비스를 제공받을 수 있는 보편적인 공공의료체계를 구축하기 위한 내용이 제시되어야 한다. 이를 기반으로 취약한 지역 및 계층에 대한 비례적 접근이 함께 다루어져야 한다. 따라서 급성기 역할을 수행할 공공적인 지역거점병원 및 재활병원 등을 모든 지역에 설치, 운영하는 것에 대한 전략과 이를 실현하기 위한 수단으로서 공공의료기관의 확충과 민간의료기관에 대한 지역거점병원 지정 및 공공적 투자에 대한 계획이 제시되어야 한다.

정부는 건강생활실천, 만성질환 유병률 감소 등 2020년까지 달성해야 할 건강에 관한 국가적 목표를 제4차 국민건강증진종합계획에서 제시한 바가 있다. 전체 국민의 건강수준 향상과 건강불평등 해소를 목적으로 국민건강증진종합계획이 발표되었지만, 실제 이러한 목표를 달성하기 위한 정책 수단이 취약하다. 1995년 지역보건법 개정과 건강증진법 제정 등으로 보건소 역할이 강화되고 담배에 건강증진부담금을 부과하여 공중보건사업에 대한 예산이 늘어나면서 과거와 달리 인구 집단의 건강 수준 향상과 건강불평등 해소를 목적으로 한 다양한 공중보건사업이 확대되었다. 그러나 규제와 행정, 진단과 기획, 감염병 등 수직적 보건사업 등을 수행하는 보건소 조직만으로 새로운 공중보건의 요구에 부응하는 것은 역부족이다. 예산과 인력이 충분하게 제공되지 못한 문제를 차치하고서라도 생활터에 근거하여 전체 인구집단의 건강 지표를 개선하기 위한 활동이 가능한 읍면동별 공중보건조직이 부재한 상황에서 더욱 그러하다. 공중보건 역시 비전과 목표를 전체 인구집단의 건강수준 향상과 건강불평등 해소로 정했음에도 불구하고 이를 달성하기 위한 체계, 인력, 예산 등을 확보하지 않음으로 해서 여전히 취약한 지역과 계층을 대상으로 한 공중보건사업이 주를 이루고 있고, 이러한 접근으로 말미암아 예산 및 인력 확대를 어렵게 만들고 역설적이게도 취약 지역과 계층에 대한 접근조차 더 어렵게 만드는 요인이 되고 있다.

(4) 재원조달

우리나라 건강보험제도는 엄밀하게 말해서 사회보험이라고 보기 어려울 정도로 보장성이 취약한 공적보험이다. 특히, 질병으로 인한 소득 손실이 발생해도 소득보장을 해주지 않고 있어서 진료비 할인제도라는 오명을 안고 있다. 소득보장을 해주지 않기 때문에 많은 국민들이 일정 기간 재활과 요양이 필요한 상황이어도 소득 손실에 대한 대안이 없기 때문에 중도에 치료를 포기하고 서둘러 일터로 돌아가는 경우가 많다. 산재보험은 건강보험에 비해 보장성이 높지만, 적용 대상이 노동자로 제한되어 있고, 실제 직업으로 인해 손상과 질병이 이환되었어도 상당수가 산재보험의 적용을 받지 못한 채 건강보험으로 넘어오고 있어서 실질적인 건강보장 기능을 수행하지 못하고 있다[19, 20]. 이처럼 치료 영역에 있어서 재원조달의 공공성이 매우 취약한 상황인데, 예방 및 건강증진 분야는 더 심각하다.

전체 경상의료비 중 공공재원의 비중은 2010년 기준으로 58.7%에 불과한 것으로 알려져 있다[21]. 2014년 기준의 건강보험 보장률 63.2%, 건강보험 및 건강보장에 소요되는 재정 및 보건사업에 투입되는 정부 재정 등을 고려하여 치료와 예방 영역에서 공공 부문의 재원을 산출해보면, 2014년 기준으로 치료 영역에 75.9조를 사용하였고 그 중에서 건강보험, 산재보험, 의료급여 등 공공 재원이 50.3조이었다. 예방 및 건강증진 영역은 29.1조이 사용된 것으로 산출되었는데, 실제 중앙 정부와 지방 정부 등이 예산으로 사용한 공공 재원이 전체 경상의료비의 8.6%인 9조 원에 불과하다[18]. 일반적으로 예방과 건강증진 영역은 가격탄력성이 커서 미충족 필요가 클 수밖에 없기 때문에 정부의 개입이 중요

한 분야이다. 그러나 정부 예산 중 매우 미미한 수준만 사용되고 있을 정도로 공중보건 분야의 공공 재원이 매우 취약한 상황이다.

이러한 공중보건에 대한 공공 재원이 적은 이유는 정부의 보건 의료 부문 예산 비중이 매우 낮기 때문이다. 중앙정부의 경우 2014년 기준으로 전체 예산의 0.5%, 경상의료비의 1.8%만 보건 의료 예산으로 편성하고 있고, 광역시 역시 0.76~2.65%에 불과한 실정이다. 그나마도 대부분이 인구 집단 대상의 공중보건서비스 영역보다는 국립대학병원의 인프라 구축 등 의료서비스 영역에 집중되어 있다.

고찰

인구 집단에 근거한 공공보건의료체계의 구축

잔여적 시각에서 벗어나 보편적 시각에서 공공보건의료를 다루고자 할 때는 대상을 취약한 지역이나 집단에 한정할 것이 아니라 전체 인구 집단으로 확장한다는 점을 명확히 해야 한다. 물론 취약한 집단과 지역에 대한 비례적 접근이 전제되어야 한다. 두 번째로 건강불평등의 해소를 선도할 수 있는 방향으로 공공보건의료체계가 구축되어야 한다. 사익 추구적 보건의료체계의 폐해를 극복하고 건강수준 향상과 함께 계층별 지역별 보건 의료 접근성 및 건강의 격차를 해소할 수 있는 적극적인 대안으로서 공공보건의료가 위치 짓도록 해야 한다. 세 번째로 신종 감염병, 재난 등 지구온난화 및 세계화 등으로 점차적으로 발생 가능성이 높아지고 있는 공중보건의 위기 상황에서 컨트롤 타워 기능을 수행할 수 있도록 공공보건의료체계가 구축될 필요가 있다. 마지막으로 관리의 대상으로 국민 또는 지역주민이 아니라 실질적인 건강의 주체로서 국민 또는 지역주민이 될 수 있도록 지역사회 참여에 기반을 둔 공공보건의료체계가 구축되어야 한다.

먼저, 공중보건체계의 구축이 필요한데, 중앙정부의 경우 질병관리본부를 질병관리청으로 승격하고, 시도의 경우 서울시와 같이 보건정책과 수준을 넘어서서 건강국을 신설하며, 보건소 하부 조직으로 읍면동별로 건강생활지원센터를 설치 운영한다. 이러한 인프라 구축과 함께 질병관리청에서 건강생활지원센터에 이르기까지 관리행정체계를 포함한 공중보건체계를 튼튼하게 구축해야 한다.

공공의료체계의 경우는 국립중앙의료원-지방의료원 간 단일한 공공의료기관전달체계 구축이 전제될 필요가 있다. 지역거점병원과 권역거점병원으로 이어지는 공공의료체계를 구축하기 위해서는 이를 선도할 공공의료기관전달체계가 확립되어야 한다. 단일한 공공의료기관전달체계가 구축되었을 때에 공공의료체계 내에서 공익적 기능을 중심으로 한 선의의 경쟁 관계를 형성할 수 있고, 공공병원이 공익성을 선도할 수 있을 것이다. 이를 위해서 우선적으로 국립중앙의료원이 컨트롤타워 기능을 수행할 수 있는 인프라 및 체계를 갖출 필요가 있다. 국립중앙의료원에게 지방의료원에 대한 예산, 인력 편성 및 평가 권한을 부여하고, 국립중앙의료원과 지방의료원 간에 단일한 병원정보시스템을 구축하는 등 실질적인 단일한 공공의료기관전달체계를 구축할 수 있는 조건을 확보할 필요가 있다. 이러한 힘에 근거하여 공공의료체계를 확립해나가야 한다.

〈Figure 1〉 Conceptual diagram of public health care system

공공의료의 개편 과제

먼저, 국립중앙의료원의 위상 및 역할을 강화할 필요가 있다. 국립중앙의료원은 지방의료원의 삼차 병원, 국가외상센터, 중앙응급의료센터, 감염병센터, 희귀질환센터 등 특수 분야의 사차 병원, 보건복지부 정책 지원, 공공의료 질 향상 지원, 국가중앙의료기관 협력체계 구축, 지방의료원과 단일한 공공의료전달체계 구축, 해외 재난 지원, 통일 의료 등 국가중앙병원으로서 정책 기능을 수행해야 한다. 그러나 낙후된 시설 인프라와 대학병원과 비교하여 열악한 인력구조로 인하여 지역거점병원 수준의 역할밖에 수행하지 못하고 있다. 향후 원지동 이전에 따른 추가 예산을 지원 받아서 국가중앙병원의 위상에 맞는 인력 및 시설 인프라를 확충하고, 국립중앙의료원법 개정을 통하여 공공의료의 컨트롤타워로서 법적 근거 마련할 필요가 있다. 또한, 국립중앙의료원에 국립보건의료대학 신설 등 공공의료 인력의 양성 및 관리에 대한 책임과 권한을 부여해야 한다[22].

둘째, 접근성에 근거하여 전국을 100여개 진료권으로 구분하고 진료권별로 300~500병상 이상의 급성기 병원, 아급성기 재활병원 또는 요양재활병원 등의 지역거점병원을 지정, 운영하여 진료권별 공공의료체계를 구축한다. 지역거점병원은 취약계층에 국한되는 병원이 아닌 전체 지역주민의 공익적 의료서비스를 주도적으로 제공하는 지역중심병원을 의미하고, 일차의료기관과 연계된 급성기 병원, 재활 병원, 요양 병원 등을 포괄하는 개념으로 정의할 필요가 있다. 지역거점병원의 지정은 공공의료기관으로 한정할 것이 아니라, 법인격의 민간의료기관 중에서 동일한 기능을 수행하고 이사회 등에 지역 주민 참여 등 공익적이고 민주적인 의사결정 구조를 확보한 경우에 한하여 지역거점병원을 지정할 수 있다.

록 한다. 지정 후에는 공공의료기관과 동일한 지원이 이루어질 수 있도록 해야 한다. 지역거점병원 중 급성기 병원은 일정 규모 이상의 병상을 확보할 뿐만 아니라 병상 당 간호사 인력이 최소 1명 이상이 될 수 있도록 하고, 주요 진료과별로 최소 3명 이상의 전문의를 확보하는 등 질적 수준을 높일 필요가 있다. 이를 위해서 우선적으로 지방의료원, 적십자병원 등 공공의료기관이 이러한 기준에 맞도록 시설, 인력 등 인프라를 확충해 나가야 한다. 만약 특정 진료권에 민간의료기관이 존재하지만, 지역거점병원의 기능을 수행할 의사가 없거나 민주적 거버넌스 구조를 마련하지 못하는 경우는 지역거점병원으로 지정 운영하지 않고 공공의료기관을 단계적으로 신축해야 한다.

셋째, 국립대학병원을 권역거점병원으로 지정하고 국립대학병원이 없는 권역의 경우는 권역 거점 기능을 수행하고 이사회 등 민주적 거버넌스 구조를 확보한다는 전제 하에 권역거점병원으로 지정, 운영한다. 권역거점병원은 지역거점병원과 연계하여 권역 또는 광역 단위의 의료서비스전달체계에서 3차병원 역할을 수행하고, 권역에서 연구, 교육훈련 등의 중심적 기능을 수행해야 한다. 이러한 기능을 수행하고 민주적 의사결정 구조를 확보할 경우 사립대학병원도 국립대학병원과 동일한 수준의 지원이 이루어져야 한다. 권역별로 권역거점병원으로 지정 운영할 기관이 없는 경우 국립중앙의료원 또는 국립대학병원의 branch 병원을 신축하여 지정하는 방안을 생각해볼 수 있다. 또한 국립대학병원이 권역거점병원의 역할을 제대로 수행하기 위해서 관할 부처를 교육부에서 보건복지부로 이관할 필요가 있다.

공중보건의 개편 과제

먼저, 비정규직 공중보건인력을 정규직으로 전환하고 읍면동별 건강생활지원센터, 보건지소 등 지역사회 건강안정망 구축에 요구되는 인력부터 단계적으로 정규직 공중보건인력을 확충한다. 공중보건인력은 국가 및 지역 수준에서 인구 집단의 건강수준을 파악하고, 건강정책을 개발 및 평가하며, 공중보건사업 등을 수행하는 인력을 말하며, 공중보건 전문가 및 실무자로 구분할 수 있다. 앞서 살펴본 바와 같이 보건기관에 종사하는 정규직 공중보건인력은 2015년 기준으로 인구 천 명당 0.39명에 불과하다. 지난 10년 간 큰 변화 없이 사회적 필요의 증가에 대한 대응을 정규직이 아닌 최소한의 비정규직 인력으로만 대체했기 때문에 인구 집단 전체를 포괄하지도 못했을 뿐 아니라 지속성, 포괄성, 질 측면에서 한계를 노정해왔다. 메르스 사태 때는 인력 부족으로 공중보건의 위기를 초래하기도 하였다. 또한, 공중보건인력의 확충과 함께 공중보건인력의 핵심 역량에 근거하여 양성 및 관리체계를 개편할 필요가 있다. 공중보건인력의 양성 및 관리에 관한 종합 계획을 수립하고, 면허증 중심의 양성 체계에서 핵심 역량 교육 이수 중심으로 양성 체계를 개편할 필요가 있다. 이를 위해서 보건계열대학의 공중보건 교과과정을 강화하고, 보건계열대학이 아니라 하더라도 공중보건 핵심 역량과 관련한 교육 전공을 확대하여 공중보건직의 이수가 가능하도록 할 필요가 있다. 공중보건 전문가 양성을 위해 가칭 공중보건연수원의 신설 운영도 고려할 필요가 있다.

둘째, 정부조직체계를 개편하고 공중보건을 포함한 공공보건의료에 대한 정부 재정을 확대한다. 질병관리본부를 질병관리청으로 승격하고, 질병관리청이 공중보건 최상위 전문조직으로서 컨트롤 타워 역할을 충실히 수행할 수 있도록 인력, 예산 등을 포함한 조직 역량을 획기적으로 강화할 필요가 있다. 또한, 지역사회 기반 예방보건 및 건강증진 예산으로 중앙정부 일반회계 5조 원을 확보하고, 개별소비세를 건강증진기금으로 전환하여 질병 예방 및 건강증진을 포함한 공공보건의료예산을 획기적으로 강화해야 한다.

셋째, 소지역 건강안정망을 구축하고 지역사회 참여에 기반을 둔 공중보건체계를 구축한다. 도시 지역의 경우 시와 구에 1개 보건소만 설치되어 있어서 지역주민이 거주하거나 생활하는 공간에서 건강관리가 부재한 상황이고, 농어촌의 보

건지소 역시 대부분 진료 인력으로 공중보건 인프라가 취약한 상황이라서 지역주민의 효율적이고 효과적인 예방보건 및 건강증진을 위해 지역주민의 생활터에 기반을 둔 일상적으로 접근 가능한 공중보건체계의 구축이 필요하다. 따라서 동별 건강생활지원센터를 단계적으로 확충하고, 면 지역의 보건지소는 그 기능을 강화하여 소지역 단위의 건강 안전망을 구축한다. 이와 더불어 질병관리청-지방질병관리청-보건소-보건지소(건강생활지원센터) 등으로 이어지는 공중보건체계를 구축하고, 건강국 신설을 포함한 광역자치단체 주도의 공중보건 거버넌스 체계를 구축하는 등 광역자치단체의 공중보건 역량을 강화해야 한다. 이를 위해 모든 시도에 공공보건의료지원단 및 공공보건의료재단이 설치, 운영될 필요가 있다.

공중보건법 제정 및 공공보건의료에 관한 법률의 개정

공중보건 관리운영체계, 국가 및 지방 수준의 공중보건조직 구축, 공중보건인력의 양성 및 관리에 관한 규정, 공중보건 예산 확대의 근거 등을 마련하기 위해 공중보건법을 제정하거나 지역보건법을 개정해야 한다. 이와 더불어 공공의료 기관의 기능과 역할, 공공의료기관전달체계에 대한 규정, 지역거점병원 및 권역거점병원의 기능과 역할 등에 관한 규정이 강화된 공공보건의료에 관한 법률 개정안이 마련될 필요가 있다. 또한, 국립대학병원의 소관 부처 이관 등 공공보건의료 정책과제의 실현과 관련된 관련 법률안을 개정해야 한다.

공공보건의료 강화를 위한 제언

공공보건의료의 개혁을 달성하기 위해서는 공공보건의료의 강화가 요구되는 이유와 근거를 대중적으로 설명해내는 작업을 지금 바로 시작해야 한다. 공공보건의료를 강화해야만 가난한 사람의 건강문제를 해결할 수 있다는 논리는 매우 수세적인 설명 방식이다. 대다수 민간병원의 의료행태가 왜곡되어 불필요한 데도 과다한 의료자원이 집중되어 있는 반면 정작 필요한 분야는 의료자원이 부족한 현실을 알려나가야 한다. 공공보건의료가 강화되면, 필요에 따라 적절한 보건 의료서비스가 제공되고 국민 전체로 보아 훨씬 비용이 적게 든다는 사실을 대중적으로 알려나가야 한다.

공공보건의료에 대한 사회적 의제화를 위한 노력 없이 단지 현 정부의 공약에 포함되어 있다고 해서 공공보건의료의 강화가 자동적으로 이루어지지는 않는다. 공공보건의료 강화를 위한 사회적 의제화를 위해 다양한 활동이 요구된다. 또한, 공공보건의료 전반에 대한 진단에 기초한 마스터플랜을 수립하고 구체적인 실행 전략을 수립하기 위한 공공보건의료 전문가 및 시민사회 참여에 기반을 둔 공공보건의료위원회가 설치, 운영되어야 한다. 이러한 위원회를 통해 전체 인구 집단에 기반을 둔 공공보건의료의 개념을 새롭게 정의하고, 지속 가능하면서도 현재 우리 사회가 당면한 보건의료의 위기, 건강의 위기를 돌파할 수 있는 현명한 대안이 도출될 수 있기를 기대해 본다.

참고문헌

1. 양봉민, 김진현, 이태진, 배은영. 보건경제학. 서울: 나남. 2015.
2. 신영수, 김용익, 강길원, 강민아, 강영호, 권영대 등. 의료관리. 서울: 서울대학교 출판문화원. 2013.
3. 김명희, 김철웅, 박형근, 윤태호, 임준. 의료사유화의 불편한 진실. 서울: 후마니타스. 2010.
4. 보건복지부. 제1차 공공보건의료기본계획. 한국: 보건복지부; 2016.
5. 김기덕, 김용석, 이정희, 전종설, 정익중. 사회조사론. 서울: 박영story. 2016.
6. 윤수재, 이민호, 채종현. 새로운 시대의 공공성 연구. 파주: 법문사. 2008.
7. 임준, 한진옥. 보건의료인력 정책 및 인력 확보 방안. 서울, 한국: 전국보건의료산업노동조합; 2017.
8. 보건복지부, 보건복지통계연보. 한국: 보건복지부; 2015.
9. 대한간호협회, 통계로 본 우리나라 간호사 배출 현황과 개선 방안. 서울, 한국: 대한간호협회; 2015.
10. 장현숙, 박수경, 유선주. 의사·간호사 인력의 공급 및 활동실태. 한국: 한국보건산업진흥원; 2003.
11. 이종선, 정현주, 고형면, 김호진. 2016년 보건의료노동자 실태조사. 서울. 한국: 전국보건의료산업노동조합; 2016.
12. 정형선, 김진현, 박형근, 이왕준, 한동운. 적정 의사인력 및 전문분야별 전공의 수급 추계. 한국: 보건복지부; 2011.
13. 보건복지부 사회정책본부. 한 눈에 보는 OECD 보건의료. 한국: OECD 대한민국 정책센터; 2016.
14. 오영호, 우리나라 보건의료 자원수급의 문제점과 정책방향. 한국: 한국보건사회연구원; 2013.
15. 오영호. 제1차 보건의료인력개발 기본계획 (2006~2010): 정책방향 및 과제. 한국: 한국보건사회연구원; 2006.
16. 오영호. 2011년 국민보건의료실태조사. 한국: 한국보건사회연구원; 2011.
17. 박수경. 간호사 활동현황 실태조사. 한국: 한국보건산업진흥원; 2014.
18. 임준, 최경숙, 김형숙, 남우근, 임지영, 장보현 등. 서울시 보건인력 노동실태 및 개선방안 연구. 서울: 보건복지자원연구원; 2017.
19. Im HJ, Oh DG, Ju YS, Kwon YJ, Jang TW, Yim J. The Association between Nonstandard Work and Occupational Injury in Korea. American Journal of Industrial Medicine. 2012;55(10):876-883.
20. 좌혜경, 정원, 임준. 산업재해보상보험의 청구 절차 미비로 인한 건강보험의 재정 손실 규모와 개선 방안. 비판사회정책. 2013;39:274-296.
21. 정형선, 신정우. 2014년 국민보건계정. 한국: 보건복지부; 2016.
22. 임준, 이희영, 송태균, 정원, 김태익, 정성출 등. 국립중앙의료원 공익적 비용계측 연구. 한국: 보건복지부; 2014.