
보건의료자원의 지역 불평등 해결 전략

나백주*

초록

한국사회 보건의료자원의 지역 불평등에 대해 그동안 논의는 많았지만, 보다 근본적인 문제 분석과 해결방안 모색은 부족하였다. 특히 그동안 시장위주의 민간의료부문을 활용한 보건 의료자원 배분 정책의 한계를 비판하고 보건의료자원에 대한 지자체의 책임과 의무를 제대로 수행하지 않는 문제를 분석한 논의는 미흡했다. 본 논문은 한국의 보건의료자원 지역 불평등 문제가 나타나게 된 정책의 역사적 전개와 한계를 분석하고, 보건의료자원 지역 불평등 해소를 위해 공공보건 의료 부문을 활용해야 한다는 것과 중앙집권과 지방분권의 역할분담을 정책 방향으로 제시하였다.

주제어: 보건의료자원, 지역불평등, 자원분배전략

* 을지대학교 의과대학 예방의학교실 교수(baegju.na@gmail.com)

투고일: 2024.1.26./ 수정일: 2024.2.15./ 게재확정일: 2024.2.15.

I. 들어가는 말

보건의료자원에 대한 논의가 최근 많은 이슈가 되고 있다. 특히 코로나19를 거치면서 더욱 큰 논쟁을 불러 일으키고 있다. 가장 많은 논란을 빚고 있는 것은 물론 당연히 의사수 증원 논쟁이다. 과연 충분하나 부족하냐에 대한 주장이 엇갈리는 것은 물론이고 지역간 병원의 필수의료 공급부족 격차에 대한 논의도 활발하게 전개되고 있다. 단순히 보건의료자원의 물량 차원 격차 문제외에도 서비스 제공의 질적 격차에 대한 논의도 활발하다. 최근에는 보건의료자원의 공공성 문제에도 논란이 번지고 있어 그야말로 보건의료자원의 지역 불평등 문제는 매우 복잡하다고 할 수 있다.

본고에서는 한국에서 보건의료자원의 지역 불평등 논의의 역사적 측면을 일별하면서 보건의료자원 지역 불평등 문제 해결이 안된 원인을 분석해보고 이를 축으로 보건의료자원 지역 불평등 개선 방향과 정책과제를 제시해보고자 한다.

1. 보건의료자원의 정의와 범위

보건의료자원은 보건의료서비스가 제공되는데 필요한 의료기관 시설 및 장비, 의료인력 등을 일컫는다. 좋은 보건의료자원이 투입되면 바람직한 건강결과로 나타날 수 있기 때문에 양질의 보건의료자원을 투입 요소로 확보하는 것은 매우 중요하다. 보건의료자원은 물리적 요소로서 시설과 장비를 분류하고 인적자원(Human resource)까지 하드웨어로 분류한다. 이에 상대되는 개념으로 정보체계나 경영체계 등 소프트웨어가 있고 이러한 내용을 종합하여 보건의료자원으로 정의할 수 있다.

<표1> 보건의료자원 분류

	물리적 자원	인적 자원
하드웨어	시설, 장비, 의약품, 소모품, 전산장비	의료인력 및 지원인력
소프트웨어	정보체계, 재고관리, 시설관리	교육훈련 및 조직관리, 경영체계

현재 정부는 건강보험심사평가원을 통해 보건의료자원통합신고포털을 운영하고 여기에 시설, 장비, 의료인력에 대한 내용을 파악하고 있으며 이에 기반한 자원관리를 하고 있다(건강보험법 시행규칙 제12조 2, 2020). 현재 정부는 지역간 보건의료자원 균등 배분을 위해 법령에 기반한 특별한 정책을 가지고 있지는 않다. 다만 지역보건의료계획을 기반으로 병상을 배분하도록 하고 있으며(지역보건법 시행령, 2023), 전산화단층촬영기(이하 CT), 자기공명영상진단기(이하 MRI) 등 고가 의료장비에 대해서는 시군구 단위로 200병상 이상 의료기관 등에서 설치할 수 있지만(특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙 별표 1, 2019) 실제적으로 지역간 보건의료자원의 균등배분 정책이라고 보기는 어렵다. 병상의 과부족에 대한 판단 기준도 없고 병상이 과다한 지역에 대한 인허가 관련 규정도 미약하고, 부족한 지역에 대한 예산 지원 등 행정 수단이 부재하기 때문이다. 또한 CT, MRI 등 고가 장비도 200병상 규모와 의료인력 기준만 갖추면 시군구 단위로 몇 대가 적절하다거나 만약 부족하다고 판정되었을 때 어떻게 공급하겠다는 정책수단이 부재하기 때문이다.

2. 보건의료자원 배분 접근 방법

국가차원에서 보건의료자원의 지역 간 배분을 결정하는 일은 크게 시장을 통하는 방법과 지역행정체계를 통하는 방법으로 나눌 수 있다. 일반적으로 시장을 통하는 방법은 가격통제 기전으로 공급을 조절하는 특징을 가지고 있고, 지역 행정체계를 통하는 방법은 지역

의 보건의료 필요를 따져서 직접 지역행정체계를 통해 자원을 할당하여 공급을 조절하는 특징을 가지고 있다. 두가지 모두 정부의 개입에 따른 공급조절 방법이지만 시장을 통하는 방법은 간접적인 공급조절 방법이라고 할 수 있고 지역 행정체계를 통하는 방법은 직접적인 공급조절 방법이라고 할 수 있다. 위 두가지 방법은 서로 배타적이라기 보다는 현대사회에서 보완적으로 쓰이고 있다. 즉, 시장접근의 공급조절과 지역 행정체계를 통한 공급조절이 각각 장단점을 가지고 있는데 서로 보완적으로 쓰일 수 있으며, 민간부문도 가격에 기반한 시장의 공급조절만이 아니라 정부 예산의 지원 여부 및 액수나 목적을 가지고도 시장의 공급조절에 관여하고 있으며, 공공부문도 지역 행정체계의 정부예산 지원만이 아니라 어느정도 의료시장의 수요 공급기전에 의한 공급조절도 병행하고 있다(Peabody et al., 1999).

<표2> 보건의료자원 공급조절 대표적인 두가지 접근 방법 비교

	시장을 통한 공급조절	지역 행정체계를 통한 공급조절
작동 방법	- 시장의 가격통제를 통한 수요 증감에 따른 공급 조절	- 지역 행정 수요를 측정하여 재정 배정을 통한 공급 조절
전제 조건	- 정부의 가격 통제에 작동할 수 있는 강제 가입 등	- 정부의 예산 배정을 위한 지역 보건의료 행정 수요 측정 지표 개발과 분배 공정성 평가 체계
장점	- 행정 소요가 크지 않음 - 건강보험방식과 결합할 경우 추가적인 정부 재정 투자 적음	- 지역 보건의료 행정 수요 측정 수치를 기반으로 세밀한 공급조절 가능
단점	- 시장자체가 형성되지 않는 취약지 및 예방의료, 재난응급의료 등 영역에는 가격통제에 의한 공급 조절이 일어나지 않음	- 지역 보건의료 행정 수요 측정을 무엇으로 해야할지에 대한 논란이 있을 수 있음 - 자원 배분 과정에서 과소 혹은 과도한 자원 배분이 있을 수 있고 행정소요가 많아질 가능성 있음

3. 한국의 보건의료자원 배분 역사와 한계

한국에서 전국의 주요 지역별 보건의료자원을 형평성있게 배분하고자 하는 노력은 초기에는 주로 의원

급 의료기관의 배분에 역점을 두었다고 볼 수 있다(서울역사편찬원, 2023; 김정태, 장지섭, 최삼섭 등, 1986). 하지만 1980년도 초반까지만 해도 공중보건의사와 보건진료원의 농어촌 배치를 중심으로 의원급 의료기관 배분을 통해 필수약품의 고른 접근을 중요시했다고 판단된다. 그러다 전국민 의료보험 도입을 앞두고 1978년부터 1992년 사이에 독일, 일본 및 세계은행의 차관을 들여 농어촌 지역에 주로 민간병원 설립과 의료장비 보강자금을 빌려주었다. 이때 지원받은 의료기관은 총 168개에 이른다. 그러나 수십개 의료기관은 제대로 상환하지 못하고 있다(메디칼타임즈, 2005). 이러한 문제는 농어촌지역 보건의료 문제를 정확히 예측하지 못하고 시장에서의 수가정책에 의존하여 민간병원에 의료취약지 의료공급을 맡긴 정부의 책임이 크다고 할 수 있다. 즉, 절대적으로 수요가 감소하는 농어촌 의료부문은 시장원리가 작동하지 않기 때문에 정부는 공공부문의 의료공급대책을 지역행정당국과 협력하여 만들어야 한다(정다혜, 2002).

이후 1994년부터 시작된 우루과이 라운드의 후속대책으로 제정된 농어촌특별세로 도농간 의료이용 격차를 해소하기 위해 농어촌 보건기관을 중심으로 시설 및 장비 지원을 하였지만 역시 의원급 의료기관에 대한 투자에 그쳤고, 병원급 공공의료기관 기능을 활성화하기 위한 소프트웨어 투자 및 공중보건의사 감소에 따른 의사 인력 확충에 필요한 인건비 투자 등이 확대되지 못한 한계를 가지고 있다(나백주 등, 2006). 다만 비슷한 시기인 1995년에 전부개정된 지역보건법에 기초하여 지역보건의료계획 수립과 시행을 지방자치단체의 의무로 정립하였는데 처음에는 지방자치단체가 이 의무를 잘 시행하지 않고 있었다. 하지만 당시 농어촌특별세에 기반한 농어촌의료서비스개선사업(보건기관 시설 및 장비 지원)의 효과가 작동하여 결국 전국 차원의 지역보건의료계획 수립을 견인하여 정착하게 한 성과는 인정할만하다. 하지만 광역지방자치단체(이하

광역지자체)의 병상관리 및 공공병원 주도의 공공보건 의료체계 정립 등의 보건의료자원 형평성 향상을 위한 재정지원 체계는 만들지 못한 점은 큰 한계라고 할 수 있다. 특히 이 부분은 보건의료기본법 제15조에 의거하여 정부의 5년짜리 중기 보건의료발전계획과 연동되도록 하여야 하는데(보건의료기본법 제17조, 2010), 한번도 공식적으로 보건의료발전계획이 수립 발표되지 않았다. 또한 관련 17조 항목도 보건의료발전계획에 연동하여 지역보건의료계획을 수립 시행하도록 하고 있으나 보건의료자원의 지역불평등 문제를 해결하기 위한 자원배분 내용이 명시적으로 담기지 않았고, 관련 재원 대책도 제시되지 않아 사실상 유명무실한 법령으로 남아있는 상태이다.

의사 및 간호사 인력에 대해서도 지역간 균등 근무를 위한 법제도가 사실상 작동하지 않고 있다. 이미 1980년도에 농어촌보건의료를 위한 특별법이 제정되어 공중보건의사와 보건진료원 제도를 농어촌에 도입한 것으로 정부의 역할은 멈추어 있는 실정이다. 공중보건의사들의 임상경험이 부족하고 보건진료원의 진료 역량과 범위가 제한되어 있기 때문에, 이를 해결하기 위해서는 진료 자문 및 교육훈련 체계와 부족한 진료역량을 보완하기 위한 전문의 등 순환 및 파견 의사 인력 체계를 만들어야 하지만 이에 대한 대책은 전무한 실정이다. 특히 공중보건장학제도는 과거 작동이 되지 않아 중단하였다가 최근 다시 부활하여 의사 뿐 아니라 간호사까지 확대하여 추진하고 있다. 하지만 간호사는 경쟁이 있지만 의사는 여전히 지원이 저조한 실정이다. 최근 정부는 의대증원을 늘리는 정책을 추진중에 있지만 의사인력이 부족한 지역에 대해서는 어떻게 공급을 확대할 것인지에 대해서는 아무런 내용 제시가 없어 보건의료자원의 지역 불평등 문제에 대한 총체적인 점검이 필요하다.

4. 보건의료자원 지역 불평등 개선 정책 방향

보건의료자원 지역 불평등 개선 정책은 크게 몇가지 축이 고려되어야 한다. 우선 공공보건의료부문과 민간 의료부문을 나누어서 추진되어야 한다. 민간의료부문은 당연히 수가정책 등 기존의 보건의료시장 작동 원리를 활용하되 병상조절 및 의사인력 증원 등 정부의 합리적이면서도 적극적인 정책이 반영되어 추진되어야 하고, 공공보건의료부문은 정부재정 기전 및 중기와 단기 사업계획을 고려하여 추진되어야 한다.

또 다른 축으로 중요하게 고려되어야 할 정책은 정부와 지방자치단체 특히 광역지자체와 기초지방자치단체(이하 기초지자체)의 역할이 균형있게 설정되어야 한다. 비슷한 고민을 했던 스웨덴의 해법을 참조하자면 보건의료 특히 공공의료와 지역사회통합돌봄에 대한 책임과 권한은 광역지자체와 기초지자체에 대폭 넘기되, 재정여건이 어려운 지방자치단체 및 도서벽지 등 취약지와 취약계층이 많은 지역에 대한 재정지원은 획기적으로 강화하는 방식의 보건의료자원 지역균등 배분 원칙이 반영되는 정책 접근이 필요하다. 이를 한마디로 이야기하면 중앙집중-지방분권의 균형을 꾀하는 방식이 되어야 한다.

특히 광역지자체의 공공의료 기능 강화는 지역거점 별로(한국의 경우는 중진료권 정도) 공공병원이 빠짐없이 배치되도록 할 뿐 아니라, 지역사회 통합돌봄과 일차의료지원 기능을 갖추도록 하여 지역사회 협력의료가 시행되는 표준진료 체계를 갖추는 것이 필요하다. 동시에 공공의료체계가 재난대응 응급의료 기능을 제대로 갖추도록 하는 것도 필요하다. 환자들의 비용부담을 낮추기 위해 건강보험급여 진료에 비급여진료가 혼합되지 않도록 하고 적극적인 일차의료 연계로 가급적 입원과 재입원을 늦추도록 하는 노력이 필요하다. 이를 위해 일차의료 지원 기능이 광역자치단체에서 체계적인 지원이 이루어지도록 하여야 한다. 구체적으로

양질의 일차의료 기능 수행의료기관을 지정하고 필요한 수가외에 지역 협력의료를 위한 재정지원과 만성질환자 교육을 위한 교육센터 및 심야휴일 외래진료 협력센터 등이 기초지자체 차원에서 이루어지도록 하는 것을 광역지자체에서 예산으로 지원하도록 하여야 한다. 아울러 도서벽지 취약지 공공보건기관 진료 지원을 위한 원격진료자문 및 교육훈련, 환자 이송 등 체계에 광역지자체가 중심적 역할을 하도록 하고 필요한 의료인력을 파견 배치하거나 정기 순회 근무 등 조치가 가능하도록 해야 한다. 특히 광역지자체도 기초지자체간 재정여건 및 취약지와 취약계층 규모 등에 따른 보건의료자원 지역균등 배분이 이루어지도록 자체의 재정지원 기전과 평가체계를 갖도록 하는 것이 필요하다.

기초지자체는 지역사회 통합돌봄을 중심으로 보건과 복지가 통합연계되도록 하되 보건쪽 건강평가 및 건강돌봄계획과 연계, 모니터링 등을 통해 관내 일차의료기관과 협력 연계가 이루어지도록 하는 것이 필요하다. 다만 도서벽지 등 의료취약지와 취약계층을 위한 보건기관의 진료기능은 도시지역의 방문진료 기능에 더해 두텁게 배치되어야 하고 특히 광역지자체의 공공의료기관과 긴밀한 진료자문 및 후송 체계가 갖추어지도록 할 필요가 있다.

II. 나가는 말

보건의료자원 지역 불평등 문제를 개선하기 위한 정책방향을 몇가지 제시해보았다. 하지만 이러한 정책방향이 한국사회에 단기간에 도입되리라고 기대하기는 쉽지 않다. 우선 보건의료기본법 및 헌법에 보건의료자원 지역 불평등 문제를 해결해야 한다는 법제도 기

반부터 갖추어야 하고 정부조직도 획기적으로 개선되어야 한다. 그런데 가장 필요하고 중요한 접근으로 제시하고 싶은 것은 공공병원 확충을 중심으로 한 광역지자체 역량을 강화하는 측면에서 정부의 공공보건의료기금제도를 학계와 시민단체가 한목소리로 주장하는 것이 그 첫걸음이 되지 않을까 전망해본다. 이는 최근 코로나19 유행을 통해 확인된 시민들의 공공의료확충 요구에 힘입은 바가 크기 때문이다. 공공의료확충을 중심으로 동시에 일차의료 및 지역사회통합돌봄과 보건소 기능 개편(지역사회 기반 방문진료와 건강평가 기능 강화)을 추진하는 것이 필요하고, 정부 차원의 공공보건의료기금을 활용하여 지역의 공공의료원 설치와 기능강화 및 보건소와 일차의료 협력을 활성화 하기 위한 지역보건의료계획과 시행, 평가 기능을 강화하는 것이 중요할 것이다. 이때 보건의료자원 지역 불평등을 해소하기 위해서는 단순히 인구 당 자원의 부족여부만이 아니라 예방가능한 질병수준과 치료가능한 사망률 수준 등이 함께 고려되어야 한다. 또한 해당 지자체와 시민들의 문제 파악 정도와 해결 노력 정도를 동시에 고려하여 중장기 발전이 되도록 투자가 이루어져야 한다. 아울러 미흡한 재정 여건과 주민 관심도 지자체 역량이 부족한 영역이 있으면 정부 차원에서 적극 지원하면서 지속가능한 지역보건의료 전달체계의 완결성을 높여야 한다.

참고문헌

- 건강보험법 시행규칙 제12조의2, 2020년 9월 8일, 보건복지부령 제 975호.
- 김정태, 장지섭, 최삼섭, 1986, “보건지소장 위촉 한지의사의 근무실태에 관한 조사”, 『한국농촌의학회지』, 11(1), 12-26.
- 나백주, 김철웅, 김건엽, 이무식, 장명화, 김미희 등, 2006, “농어촌의료 서비스개선사업 10개년평가와 향후 추진방향”, 『농촌의학·지역보건』, 31(1), 81-107.
- 보건의료기본법 제17조, 2010년 3월 17일, 법률 제 17966호.
- 서울역사편찬원, 2023, 『서울의료사 제 2권』, 서울.
- 정다혜, 2002, “서독의 대한(對韓) 개발원조와 1970-1980년대 보건의료 지원의 성격”, 『의료사회사연구』, 10, 251-292.
- 주경준, 2005, “차관지원 설립 병원 36% 부도·이자 연체”, 메디칼타임즈, 2005년 4월 18일.
- 지역보건법 시행령 제4조, 2023년 9월 26일, 대통령령 제34217호.
- 특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙 별표 1, 2019년 9월 27일, 보건복지부령 제817호.
- Peabody, J., Rahman, O., Gertler, P., Mann, J., Farley, D. O., Luck, J., et al., 1999, Policy and Health: Implications for Development in Asia, Cambridge : Cambridge University Press, 135-137

Strategies to Address Regional Inequities in Health Care Resources

BaegJu Na*

Abstract

While there have been many discussions on regional inequalities in healthcare resources in Korea, there has been a lack of analysis of the underlying problems and solutions. In particular, there has been a lack of discussion that criticizes the limitations of healthcare resource allocation policies that utilize the market-oriented private healthcare sector and analyzes the failure of the government and local governments to fulfill their responsibilities and duties. This paper analyzes the historical development and limitations of policies that led to the emergence of regional inequality in healthcare resources in Korea, and suggests that the public healthcare sector should be utilized to resolve regional inequality in healthcare resources and that the role of centralization and decentralization should be divided as a policy direction.

Keywords: Health care resources, Regional inequities, Resource allocation strategy

* Professor, Department of Preventive Medicine, School of Medicine, Eulji University (baegju.na@gmail.com)