



바른사회 정책세미나

초고령화 위기극복을 위한 한국의 의료정책

- 일시: 2022.7.15(금) 오후2시
- 장소: 프란치스코교육회관 430호
- 주최: 바른사회시민회의

세미나는 바른사회TV에서 다시 볼 수 있습니다.

■ ————— 순 서 ————— ■

■ 사 회

- 김 영 용 (전남대 경제학과 명예교수)

■ 발 제

- 우 봉 식 (아이엠재활병원장, 대한의사협회 의료정책연구소장)

■ 토 론

- 신 의 철 (가톨릭대 의과대학 교수)
- 임 금 자 (전 대한의사협회 의료정책연구소 연구위원)
- 조 동 근 (명지대 경제학과 명예교수)

■ 종합토론 및 질의·응답



■ 목 차 ■

■ 발 제

- 초고령사회 위기극복을 위한 한국의 의료정책 9
- 우 봉 식 (아이엠재활병원장, 대한의사협회 의료정책연구소장)

■ 토 론

- 신 의 철 (가톨릭대 의과대학 교수) 49
- 임 금 자 (전 대한의사협회 의료정책연구소 연구위원) 51
- 조 동 근 (명지대 경제학과 명예교수) 55



■ 정책토론회

주제발표

■ 우 봉 식

대한의사협회 의료정책연구소장

초고령사회 위기극복을 위한 한국의 의료정책

우 봉 식
대한의사협회 의료정책연구소장

I. 들어가는 말

우리나라는 오는 2025년이면 65세 이상 노인인구가 전 인구의 20% 넘게 차지하는 초고령사회에 진입하게 된다. 초고령사회의 도래는 코로나19 팬데믹 이후 대한민국 의료체계와 건강보험 재정을 위협하는 요인이 될 것이다.

우리나라는 국민소득 1600달러에 불과한 1977년 당시 북한과의 체제경쟁으로 건강보험제도를 서둘러 도입했다. 도입 당시 자원 부족으로 인해 '저수가·저부담·저급여'의 기조로 제도가 추진되면서 저수가를 양(量)으로 메꾸는 '3분 진료'가 고착되었다.

이후 국민소득이 점차 늘어나면서 국민의 보건의료 서비스에 대한 다양한 수요가 일어났지만 '요양기관 당연지정제'로 인해 의료 서비스의 다양성 대신 규모의 경제로 귀착되면서 기관당 병상 수가 천 개가 넘는 메가급 대학병원(Mega-hospital)들이 나타나게 되었다.

저수가 정책으로 인해 과잉진료에 대한 우려가 제기되면서 정부는 지난 1989년 전 국민 의료보험 시행과 함께 행정구역에 따른 진료권을 설정하고 1차·2차·3차 의료기관 간 의료전달체계(의료이용체계) 확립을 시도했지만 이러한 시도는 1998년 지역 간 공급 불균형에 따른 불평등을 해소하기 위한 규제 개혁 차원에서 진료권 개념이 폐지되면서 우리나라는 사실상 '자유방임형 의료이용체계'가 되었다.

적정 이용을 위해 꼭 필요한 의료이용체계가 없는 가운데 고령화가 빠르게 진행되면서 우리나라는 견잡을 수 없는 속도로 의료비가 급증하고 있다. 우리나라 국내총생산(GDP) 대비 보건의료비는 2010년 이전까지 완만한 증가세를 보였으나 그 이후 노인 인구 비율이 급증하면서 의료비 지출도 급증하고 있는데 특히 지난 2017년 8월부터 '건강보험 보장성 강화 대책'(문재인케어)을 시행한 이후 대형병원 환자 쏠림이 심해지면서 의료비 증가 추세가 더욱 가팔라지고 있다.

이에 건강보험 재정의 지속가능성에 대한 문제 제기가 잇따르면서 정부는 지난 2019년 9월 의료전달체계 단기대책을 내놓기도 했으나 코로나19라는 특별한 상황 속에 의료비 지출 증가가 둔화되었음에도 불구하고 2019년과 2020년에도 연속해서 건보재정 당기적자를 보이는 등 건보재정의 위기는 지속되고 있다.

우리나라 국내총생산(GDP) 대비 보건의료비는 1970년 2.6%(OECD 평균 4.6%)에서 2000년 3.9%(OECD 7.1%)까지 완만한 증가세를 보였으나 노인 인구 비율이 2010년 10.8%에서 2019년 15.7%로 증가하면서 GDP 대비 경상의료비는 2010년 5.9%에서 8.2%(2019년)로 9년 만에 39% 증가했다. 반면 우리보다 먼저 급속한 인구 고령화를

겪은 일본은 우리나라의 의료비 급증 추이와 다르게 1987년 노인인구 비율 10.9%에서 1997년 15.7%로 급증하는 동안 의료비가 6.4%로 동일했다. 이는 단지 고령화의 영향만으로 의료비가 급증하는 것은 아니며 보건의료 정책적 요인이 크게 작용하고 있음을 의미한다.

이러한 사태를 막기 위해서는 초고령사회를 앞둔 대한민국의 보건의료 뿐만 아니라 돌봄체계의 획기적 제도혁신이 필요하다. 제도혁신은 자원의 효율성을 기반으로 추진되어야만 된다. 먼저 의료분야는 1차 의료기관과 지역 중소병원의 기능을 재정립하고 강화하여 건강증진·질병예방·만성질환관리 등 국민의 건강을 개선하는 역할을 담당하도록 하고, 상급종합병원에서부터 요양병원에 이르기까지 지역별·기능별 병상 자원의 수요를 정확하게 산출하여 불필요한 자원의 중복과 낭비적 요소를 제거하는 등 의료이용체계의 확립을 서둘러야만 된다.

의료제도의 개혁과 더불어 초고령을 대비한 또 하나의 축인 돌봄 시스템도 개선해야 한다. 정부는 초고령사회를 앞두고 2018년 11월 ‘지역사회 통합 돌봄 기본계획’을 발표한 이후 통합돌봄 제공기반을 구축하기 위한 추진 로드맵과 4대 중점과제(주거, 건강·의료, 요양·돌봄, 서비스 통합 제공)을 제시하고, 2019년 6월부터 2년간 16개 시군구에서 지역 자율형 통합 돌봄 모형을 만들기 위한 선도사업을 추진하고 있다.

그러나 정부의 커뮤니티케어 모델은 과거 영국과 일본에서 실패한 관주도의 모델인 데다 단지 비용 절감을 위한 ‘탈(脫)의료, 탈(脫)시설’만을 지향하고 있어서 제도 성공과 정착에 많은 어려움이 있을 것으로 예견되고 있다.

우리나라가 지금의 왜곡된 의료체계를 혁파하고 지속가능한 의료·돌봄체계를 확립하기 위해서는 현재의 의료제도를 둘러싼 복합적인 요인들을 분석해보고 대안을 통해 문제의 해결을 모색해야만 할 것이다.

II. 대한민국 의료체계의 오래된 문제들

1. 의료의 발전사

서구사회에서 병원의 역사는 주로 종교단체를 중심으로 시작되었다. 그리스와 로마 시대에 이르기까지 서양에는 공공병원이 없었으나 4세기 말 가이사라 바실리(Basil of Caesarea)가 동비잔틴제국에 기독교병원을 설립한 것이 최초의 공공병원이다. 그 이후 "제2차 의료 혁명"이 일어나면서 수십 년 안에 기독교병원이 비잔틴 사회 곳곳에 존재하게 되었다.

중세 시대 유럽의 병원들은 주로 종교단체들에 의해 설립되어서 환자의 진료, 가난한 사람의 구제, 순례자를 위한 피난처 등 다양한 기능을 수행하였다. 근세 시대까지도 유럽과 미국의 병원은 종교적 신념을 가진 사람들이 자선의 개념으로 병원을 개설하여 운영했다.¹⁾

그러다가 20세기에 들어서면서 병원이 의학과 기술의 발전에 힘입어 의료분야가 전문적 영역으로 확고하게 자리를 잡게 되고, 국가에서 설립한 공공병원들이 설립 되면

1) Wikipedia. 2022.07.03. 검색. <History of hospitals>

서 비용을 통제하고 자원을 효율적으로 사용하기 위한 국가의 개입이 시작되었다.

「요람에서 무덤까지」로 유명한 영국의 보편적 사회복지시스템은 1942년 12월 1일 제2차 세계대전의 포화 속에서 베버리지(WH Beveridge)에 의해 출간된 ‘사회보험과 관련 서비스’라는 이름의 <베버리지 보고서(이하 ‘보고서’)>에서 그 기원을 찾을 수 있다.

보고서는 ‘보편주의 원칙에 기반한 빈곤에서 해방, 보편적 복지급여, 평등한 국가 등을 실현하기 위해 국민의 최저생활수준을 보장(National minimum)하는 기본소득을 제안하고, 사회보장제도를 통해 5대 사회악(무지, 불결, 질병, 나태, 궁핍)을 해결해야 된다’고 주장하였다.

영국 정부는 이 보고서를 근거로 1944년 사회보장청을 설치하고 1946년 국민보험법(National Insurance Act)과 국민건강서비스법(NHS Act), 1948년 국민산업재해법, 국민부조법(National Assistance Act) 등을 제정하였다. 그리고 1948년 NHS 제도를 도입하면서 민간 소유의 병원, 구빈원(The poor house), 장기체류형 시설 등을 국가가 인수하여 운영하게 되었다. 그러나 1950년대 초반 국가의 재정적 부담이 점점 늘어나게 되자 부담을 줄이기 위해 정신질환자, 고령자 등의 장기체류자 케어를 지방정부로 넘기면서 커뮤니티 기반의 서비스가 강조되게 되었다.

그러던 중 영국은 1960년대 후반 생산성 하락과 함께 1970년대에 들어서 경제위기가 더욱 심각해졌다. 영국 제조업은 정체되었고 국제무역수지는 악화되었으며 물가 상승과 실업률 증가가 동시에 나타나는 스태그플레이션으로 극심한 위기에 처하게 되었다. 그러한 가운데 1973년 유가파동과 뒤이은 경제위기에 직면하게 되면서 ‘복지 다원주의(welfare pluralism)’ 논쟁이 시작되었다.

복지 다원주의의 전개로 인해 영국의 사회복지지는 민간이 서비스를 공급하고 정부는 관리 감독을 하는 역할 분담이 이루어졌는데 과거 지방정부에서 유상으로 제공하던 복지 서비스가 그 이후 현재까지 중앙정부의 감독과 지방정부의 모니터링 하에 복지 서비스는 민간이 제공하는 형태가 되었다. 하지만 그럼에도 불구하고 의료 서비스 분야는 전적으로 국가 공공의료 체계로 운영하고 있다.

반면 우리나라의 병원 역사는 서양의 기독교 선교와 관련한 의사들의 활동에 의해 시작되었는데 대한제국 시절인 1885년 미국 선교사 알렌(Dr. Horace Allen)의 제안에 의해 미국의 북장로교의 재정적 지원으로 세워진 왕립병원인 광혜원(제중원)이 최초의 서양식 병원이다.²⁾

해방 이후 우리나라는 국가 중심의 공공의료 인프라를 갖출 형편이 되지 못하였다. 경제개발 시대에 국가는 국민의 궁핍한 삶을 해결하기 위한 문제에 역량을 집중하면서 보건의료에 대해서는 신경을 쓸 겨를이 없었다. 대신 의료법인을 통한 민간의 투자로 보건의료 발전이 이루어졌다.

우리나라 의료의 발전 역사는 건강보험의 성장 역사와 함께한다. 우리나라 의료의 발전을 건강보험의 성장단계에 따라 구분해 보면 해방 이후 1977년까지는 ‘준비기’, 1977년부터 1989년까지는 ‘창업기’, 1989년부터 2000년은 ‘성장기’, 2000년부터 현재까지는 ‘성숙기’에 해당한다고 볼 수 있다.

2) 조우현. 2002년 6월. 「의사학(醫史學)」 제11권 제1호. <우리나라 근대 병원의 등장>

준비기. 한국전쟁 이후 정치적 불안정과 함께 경제적으로 열악한 환경에 있었던 대한민국은 국민의 건강을 돌볼 겨를이 없었다. 1963년 12월 의료보험법이 제정 되었지만 국가는 국민의 궁핍한 삶을 해결하기 위한 문제에 역량을 집중하면서 보건의료에 대한 민간의 투자를 활성화하기 위해 1973년 8월 의료법 개정으로 비의료인의 의료기관 개설 통로인 의료법인을 허용했다. 그러던 중 1977년 북한과의 체제경쟁으로 서둘러 의료보험제도를 도입하게 되었다. 영국이 2차 대전 후 ‘보편적 사회복지’ 차원에서 많은 논의를 거쳐 1948년 NHS를 출범시킨 것에 비해 너무도 준비 안된 시작이었다.

창업기. 1977년 의료보험 제도 도입 이후 1979년 공무원 의료보험 도입에 이어 1981년 자영업자에 대한 의료보험을 도입했다. 1978년 1,056병상 규모의 서울대병원이 개원했지만 그때까지 국민의 건강을 돌보던 의료기관은 주로 의원급 의료기관들이었다. 그리고 1989년 전국민 의료보험이 실시되었다.

성장기. 1989년 전국민 의료보험이 시행과 함께 대한민국 의료는 급속한 성장을 했다. 1989년 1000병상 규모에 23개 진료과의 서울아산병원 개원을 필두로 1994년 1100병상 규모의 삼성서울병원이 개원하는 등 ‘메가 병원(Mega-hospitals)’들이 하나 둘씩 생겨났다. 전국민 의료보험 시행 이후 1999년 요양기관 당연지정제가 도입되자 저수가를 양(量)으로 메꾸는 ‘3분 진료’ 문화와 더불어 규모의 경제를 실현하기 위한 메가병원들의 덩치 키우기가 더욱 심화 되었다. 서울아산병원은 1994년 단일병원으로 국내 최대 규모인 2,200병상을 갖춘 초대형 병원으로 성장했다.

성숙기. 2000년 의약분업과 건강보험통합, 그리고 2011년 4대 보험 통합 징수 등 굵직굵직한 정책의 변화를 통해 보건의료 뿐만 아니라 사회복지 전반에 큰 변화를 가져왔다. 그 가운데도 메가병원들의 성장세는 거침이 없었다. 2005년 세브란스병원이 1,000병상 규모의 새 병원을 개원했고, 서울아산병원은 2008년 신관 개원으로 2,700병상 규모의 울트라 초대형 병원이 되었다. 이에 뒤질세라 2009년에는 1,325병상 규모의 서울성모병원이 개원했다.

이러한 눈부신 외형적 성장과 함께 각종 보건의료지표도 크게 개선되어 우리나라는 현재 OECD 38개 국가 중 최고의 보편적 의료서비스를 제공하는 나라가 되었다. 그러나 문제는 지금부터다. 의료전달체계의 부재로 인한 자유방임형 의료이용체계의 토대 위에 급속한 고령화가 진행되면서 의료비가 견잡을 수 없는 속도로 급증하고 있는 것이다.³⁾

2. 의료의 공공성 논쟁

우리가 코로나19를 겪으면서 자주 들었던 이야기 중 하나가 공공의료의 부족에 대한 주장들이다. 일부 이념적 편향성을 보이는 학자들을 중심으로 공공医료를 확충하는 것이 의료의 공공성을 제고하는 최선의 방법이라고 목소리를 높이고, 더 나아가 공공医료를 안정적으로 확보하기 위해 공공의대를 신설해야 된다는 주장에 이른다.

공공의대 설립과 관련한 논란은 지난 20대 대통령 선거 당시 이재명 후보가 ‘목은 일을 처리하는 전문가’를 자처하며 전북 남원지역에 공공의전문원 설립을 신속하게 추진하겠다고 말하면서 공공의대 논쟁이 불거졌었다.

3) 우봉식. 2022.06.11. 의협신문 기고. <한국의료 오디세이아-한국의료, 대멸종 피하려면>

공공의대 설립 추진 논의는 지난 2018년 10월 정부가 2022년 3월 남원지역 국립공공의대 개교, 공중보건장학의제도 재도입 등을 골자로 한 ‘공공보건의료발전 종합대책’을 발표하면서 시작되었다. 이후 21대 국회에서 앞다퉈 공공의대 설립에 관한 법안을 발의하면서 지난 2020년 의사들의 대규모 집단파업 사태를 불러오는 원인이 되기도 했다.

당시 보건복지부가 공공의대 학생 선발 시 시·도지사나 시민단체 등에서 추천권을 가지도록 하겠다고 하여 ‘현대판 음서제’ 논란이 일기도 했다. 그러나 의사들의 강력한 반대에 부딪히면서 코로나19 이후 논의하기로 의·정간 합의를 하고 잠시 소강상태에 있던 사안이 유력 후보의 선거공약으로 언급되면서 논쟁의 불씨가 다시 붙었던 것이다.

정부는 공공의대 설립 명분으로 ‘지역의 필수·응급 의료를 책임질 공공의료 인력을 확보하여 사명감과 전문성을 가지고 지속적으로 근무할 공공보건의료 핵심인력을 양성하는 것’이라고 말한다. 이를 뒷받침할 필수·응급 의료의 지표로는 ‘의료적 지식과 기술을 고려할 때 적절한 의료서비스를 통해 피할 수 있는 원인에 의한 인구 십만 명당 사망자 수’를 뜻하는 ‘치료가능사망률(AM, Amenable Mortality Rate)’을 들고 있다.

그러나 OECD 건강통계(OECD Health Statistics 2021)에 따르면 우리나라의 치료가능사망률(AM)은 2014년 50.0명(OECD 평균 77.2명)으로 OECD 38개국 중 5위에서 2019년에는 42.0명(OECD 평균 74.4명)으로 크게 개선되어 2019년 통계가 보고된 OECD 32개국 중 스위스(39.0명)에 이어 2위로 나타났다.

2019년 기준 시도별 AM 자료에 따르면 전국 평균 41.83명에 서울이 36.36명으로 가장 낮고 충북이 가장 높은 46.95명으로 나타난다. 충북지역만 놓고 보아도 2019년 기준 AM이 보고된 OECD 32개국 중 호주(46.0명)에 이어 5위 수준에 해당되어 우리나라는 광역시도 가운데 AM이 가장 높은 충북조차도 세계에서 다섯 번째로 낮은 수준이란 뜻이다. 그런데 정부는 전국에서 AM이 가장 낮은 지역은 충북이라고 말하면서 정작 공공의대는 충북이 아닌 전북 남원에 설립하겠다고 말한다. 도무지 납득하기 어려운 논리가 아닐 수 없다.

우리나라는 아직 공공의료에 뭇지혜에 대한 정확한 개념조차 확립되어 있지 않다. <공공보건의료에 관한 법률> 제2조(정의)에 따르면 공공보건의료기관은 ‘국가나 지방자치단체 또는 대통령령으로 정하는 공공단체가 공공보건의료의 제공을 주요한 목적으로 하여 설립·운영하는 보건의료기관’을 뜻한다.

그러나 정작 이러한 정의에도 불구하고 현재 대부분의 공공의료기관들은 같은 법 제7조(공공보건의료기관의 의무)에서 규정하는 ‘의료급여환자 등 취약계층에 대한 보건 의료, 아동과 모성, 장애인, 정신질환, 응급진료 등 수익성이 낮아 공급이 부족한 보건의료, 재난 및 감염병 등 신속한 대응이 필요한 공공보건의료’ 등 당연히 수행해야 할 의무를 제대로 수행하지 못하고 있으며 민간의료기관과 전혀 차이가 없이 수익성 진료에 몰두하고 있다. 이로 인해 우리나라가 현재 6만 병상이 넘는 공공병상을 보유하고 있음에도 불구하고 입원이 필요한 코로나19 환자조차도 수용하지 못하는 것에 대한 비판에 직면한 상황이다.

우리나라는 모든 의료기관이 건강보험 진료를 하게 되어있는 건강보험당연지정제의 적용을 받고 있어서 영리의료기관을 허용하지 않고 있다. 게다가 매년 의료수가를 사

실상 정부가 결정하는 강력한 정책적 통제수단을 가지고 있다. 민간 소유의 의료기관과 공공 소유의 의료기관이 전혀 차이가 없는 진료내용을 보이고 있음에도 불구하고 건보수가로 가격통제를 적용받을 뿐만 아니라 건강보험심사평가원의 진료 심사를 통해 의료의 양과 질을 포함한 전 영역의 규제를 받고 있다. 다시 말해 건강보험 의료를 수행하는 모든 의료급여기관이 정부의 강력한 통제하에 공공의료를 제공하고 있는 것이다. 따라서 민간 소유의 의료기관이 공공 소유의 의료기관에 비해 차별적 대우를 받아야하는 근거나 사유가 전혀 없음에도 불구하고 국가의 재정적 지원은 공공의료기관에만 한정되는 역차별을 받고있다.

공공의료기관의 모럴 헤저드는 어제 오늘의 일이 아니다. 지난 2013년 당시 홍준표 경남도지사가 진주의료원 폐업을 결정하면서 사회적 논란이 크게 일었던 적이 있었다. 당시 정치권·시민단체·보건의료계의 반발에도 불구하고 홍준표 지사는 “그동안 사실상 노조가 병원을 지배해왔다. 도에서 원장을 임명하면 곧바로 사표 쓰는 것을 보고 더 이상 방법이 없다고 생각했다”며 “도에서 36차례, 도의회에서 11차례 경영개선을 요구했지만 노조는 전부 거부했다”고 폐업의 원인으로 노조를 지목하며 강성 노조 때문이라도 피할 수 없는 일이라고 목소리를 더욱 높였다.⁴⁾

그럼에도 불구하고 최근 국회의원회관에서 열린 <공공의료포럼 제5차 정책토론회>에서 경기도의료원장은 코로나 전담병원에 지정되었던 경기도의료원 산하 병원들이 감염병전담병원 해제 이후 지역환자 회복이 되지 않고 있어서 당장 직원 급여를 걱정해야 할 지경이라고 말하며 민간병원을 감염병전담병원으로 지정하면서 수가를 올려준 것이 재정낭비였다고 비판하며 코로나19 환자가 줄어들면서 민간병원 대신 공공병원을 먼저 지정해제한 것에 대해 비판하며 다음 번에는 감염병전담병원 지정을 거부하겠다고 하는 발언을 한 것은 공공의료기관장으로서 공공의료에 대한 심각한 인식 부족을 나타낸다고 할 수 있다.⁵⁾

2020년 말 기준 공공의료기관과 공공병상 비중은 OECD 평균이 각각 55.2%, 71.6%인 것에 비해 우리나라는 기관 수는 5.4%, 병상 수는 9.7%에 불과하다. 이를 근거로 보건의료노조 등에서는 지속적으로 공공의료기관을 확충하자고 주장한다.

문재인 정부의 공공의료 강화방안을 살펴보면 2025년까지 20개 내외 지방의료원 등에 400병상 규모의 공공병원 병상을 확충하여 감염병, 필수의료, 지역 책임병원 등의 역할을 맡기고 필수의료 확충을 위해 지방의료원 중 11개소를 증축하여 1,700병상을 확보하고 3개 이상의 지방의료원을 신축 및 6개의 지방의료원의 이전신축으로 3,500병상을 추가 확보하는 등 공공병원 20개소 이상을 신·증축하여 총 5,000병상을 확보하는 것으로 추진해 왔다.⁶⁾

그러나 우리나라는 건강보험 당연지정제가 적용되어 있어서 민간의료기관이 이미 공적 영역을 수행하고 있다고 볼 수 있는데, 2019년 기준 병원급 이상의 의료기관 중 기관 수로는 민간의료기관 3,807개소(94.5%), 공공의료기관 221개소(5.5%), 병상 수로는 민간병상 579,471개(90.3%), 공공병상 62,240개(9.7%)로 현재도 공급과잉 상태이다.⁷⁾

4) 정승원. 2013.05.29. 청년의사 보도. <진주의료원 폐업 결정... 103년 역사 막 내리나>

5) 이슬비. 데일리메디 2022.07.01. 보도. <의정부병원 7월 급여 위태 등 경기도 병원 '비상'>

6) 보건복지부. 제2차 공공보건의료 기본계획 2021.4.26.

7) 보건복지부. 2019년 공공보건의료 통계집. (2020)

인구 천 명당 총 병원 병상 수는 12.4개로 OECD 평균(4.4개)의 2.8배로 일본(12.8개)에 이어 2위, 공공병상 수는 1.2개로 OECD 평균(2.8개)의 42%로 미국, 콜롬비아, 멕시코, 코스타리카에 이어 5위다.⁸⁾

모든 의료가 100% 공공의료로 제공되는 영국의 총 병상 수가 16만 3800병상인 것에 비추어 보면 우리나라 공공병상 수(62,240개)는 결코 적은 숫자가 아니며 공익적 역할을 하지 못하고 있는 공공병상의 운영의 문제임을 알 수 있다.

보건의료노조가 지속적으로 공공의료기관을 확충하자고 주장하는 이면에 숨겨진 통계를 살펴보면 전체 병원급 의료기관 중 공공의료기관과 민간의료기관의 노조 가입률을 살펴보면 공공의료기관은 전체 213곳 중 67곳이 노조에 가입되어 있고(31.5%) 민간의료기관은 전체 3,262곳 중 73곳이 노조 가입되어 있어서(2.2%) 공공의료기관의 노조 가입률이 민간의료기관에 비해 14배 이상 많은 것으로 나타나고 있어서 공공의료기관에 대한 노조의 영향력을 높이기 위한 숨은 뜻이 있음을 알 수 있다. [표 1]

【표 1】 공공 (VS) 민간의료기관 노조가입 현황 (단위: %)

구 분	합계	가입	미가입	가입률
공공의료기관	213	67	146	31.5%
민간의료기관	3,262	73	3,189	2.2%
합 계	3,475	140	3,335	4.0%

공공성은 ‘한 개인이나 단체가 아닌 일반 사회 구성원 전체에 두루 관련되는 성질’로 정의할 수 있다.⁹⁾

공공성 담론은 신자유주의에 대한 비판적 인식을 의식적으로 공론화하는 과정에서 등장하는 담론으로 신자유주의적 헤게모니 담론에 대한 일종의 대항 헤게모니 담론이다. 그런 이유로 공공성 담론은 신자유주의 담론에 대한 비판에서는 예리하나 자신의 이론적 근거를 구축하는 데서는 큰 진전을 보지 못하고 있다는 평가를 받는다.¹⁰⁾

신자유주의는 1970년대부터 부각하기 시작한 ‘자본의 세계화’(globalization of capital) 흐름에 기반한 경제적 자유주의 중 하나로 19세기의 자유방임적인 자유주의의 결함에 대하여 국가에 의한 사회 정책의 필요를 인정하면서도, 자본주의의 자유기업의 전통을 지키고 사회주의에 대항하려는 사상이다. 고전적 자유주의가 국가개입의 전면적 철폐를 주장하는데 비해, 신자유주의는 강한 정부를 배후로 시장경쟁의 질서를 권력적으로 확정하는 방법을 취한다.¹¹⁾

따라서 공공성은 신자유주의적 담론에 대응한 철학적 논거로 공동체의 구성원들이 민주적 절차를 통해 정의, 평등, 공공복리를 추구하는 이념이라 할 수 있다.

보건의료 분야에서 공공성에 관한 오랜 논의들은 다양한 전선을 형성하며 복잡하게 전개되어 왔는데 최근 공공성의 접근을 소유 주체를 강조하는 형식 중심에서 공공적

8) OECD Health Statistics 2021

9) 표준국어대사전. ‘공공성’의 정의.

10) 임익영, 「정부학연구」 제23권 제2호(2017): 1~29. 2017.08.10. <공공성의 철학적 기초>

11) 위키백과. 2022.07.03. 검색. <신자유주의>

가치나 공공성과를 강조하는 내용 중심으로 변화하고 있다. 그로 인해 경계를 강조하고 주체를 구분하는 예리한 공공성에서, 체계의 특성과 주체의 본성을 존중하고 통합하면서 공적 가치를 추구하는 너그러운 방향으로 나아가고 있다.¹²⁾

그러한 의미에서 윤석열 정부의 공공의료수가정책은 과거 정부와 확연히 다른 정책적 지향점을 제시하고 있다. 공공의료의 기준을 소유 주체 중심에서 가치나 성과 중심으로 보고 있는 것이다.

3. 의사 수 논쟁

우리나라 의사 숫자가 부족하다는 주장은 그동안 수도 없이 제기되었다. 그러한 주장의 근거는 주로 임상 의사 수가 OECD 국가 평균에 비해 적다는 것을 들고 있다. 실제 OECD 보건통계 2021(2019년 기준)에 따르면 우리나라 임상 의사 수(한 의사 포함)는 인구 천 명당 2.5명으로 OECD 평균(3.6명)보다 적어서 전체 OECD 38개 국가 중에서 세 번째로 적다. 그러나 각 나라마다 의료 제도, 환경 및 문화가 크게 다르기 때문에 단지 임상 의사 수만으로 의사가 부족한지 여부를 판단하는 것은 타당치 않다.

먼저 OECD 보건통계에서 국민 1인당 의사에게 외래 진료를 받은 횟수를 살펴보면 우리나라는 연간 17.2회로 OECD 국가 중 가장 많은데 OECD 평균(6.8회)보다 2.5배 이상 높은 수준이며 2위 일본(12.5회)에 비해서도 큰 차이가 난다.

인구 천 명당 임상 의사 수는 38개 국가 중 뒤에서 3등인데 국민 1인당 연간 진료 횟수가 1등인 것을 합리적으로 설명할 방법은 행위진료비에서 찾을 수 있다. 행위진료비(E)는 가격(P)에 진료량(V)을 곱($E=P*V$) 하여 구할 수 있다. 즉 우리나라 의사들이 저수가를 극복하기 위해 1인당 많은 양의 진료를 하고 있음을 뜻한다.

그러다 보니 지난 2018년 12월에 의협신문에서 실시한 의사 850명의 워라밸 관련 설문조사에서는 의사 10명 중 7명(67.4%)가 1년간 토, 일, 공휴일을 포함해서 173일 미만의 휴일을 보내는 것으로 일반 노동자의 총휴가일 185일에 비해 적어 의사들의 워라밸이 일반 노동자에 비해 떨어지는 것으로 나타났다.¹³⁾

뿐만 아니라 향후 인구감소로 인해 활동 의사 수는 늘어날 전망이다. 통계청의 인구 추계¹⁴⁾를 활용한 인구 천 명당 활동 의사 수는 현재의 의과대학 졸업자 수를 유지할 경우에도 2019년 이후 지속적인 인구감소로 인해 급격하게 증가하여 2030년 3.12명, 2040년 3.98명에 이르며 2050년에는 5.28명에 이를 것으로 추산된다.¹⁵⁾ [그림 1]

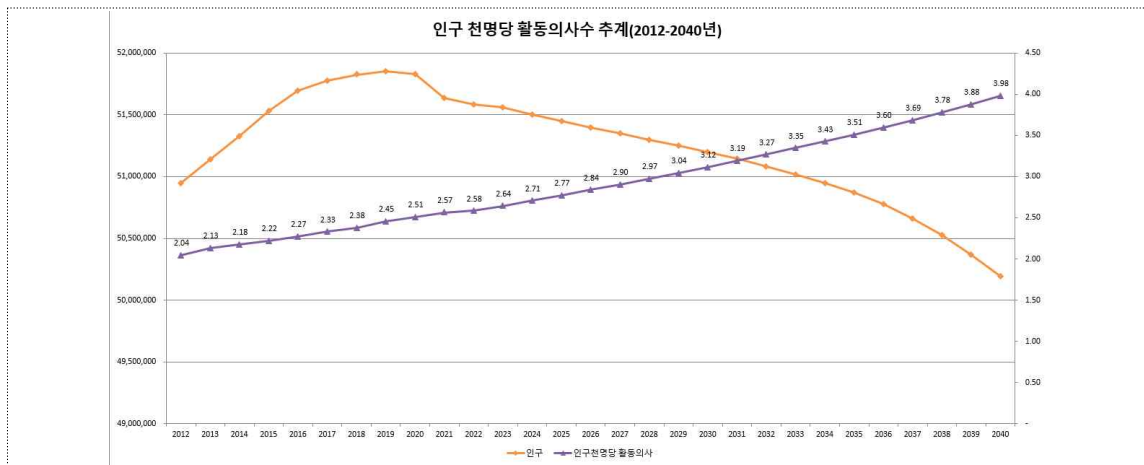
12) 김용득, 「보건사회연구」 Vol.42, No.1, pp.5-6, 31 March 2022. <보건복지의 공공성, 넉넉한 접근이 필요하다>

13) 최승원, 의협신문 2019.01.02. 보도, <의사, 당신의 워라밸은 안녕하십니까?(1)>

14) 통계청 장래인구 추계 전국편(2020) 중위추계 기준을 활용하였음.

15) 활동 의사 수는 최근 10년(2012-2022년) 기간에 대한 연평균 증가율(CAGR)을 산출하고, 2022년 이후의 수치에 연평균증가율을 적용하여 단순 추정된 값임.

【그림 1】 인구 천명당 활동의사수 추계(2012~2040년)



OECD 자료(OECD Health at a glance 2019)에 따르면 좁은 국토면적에 인구밀도가 높은 우리나라는 도시와 농촌지역의 인구 천 명당 의사 수 분포가 도시 지역 2.5명, 농촌 지역 1.9명으로 그 차이가 0.6명에 불과하여 OECD 평균 1.5명 비해 크게 낮다. OECD 국가 중 일본(0.1명)에 이어 도시와 농촌의 의사 수 분포 차이가 두 번째로 작은 국가에 해당하는 것이다.

한편 인구 천 명당 임상 의사 수가 OECD 국가 중 가장 많은 오스트리아(5.3명)는 2019년 기준 ‘치료가능사망률(AMR)’이 55.0명으로 AMR이 보고된 OECD 32개국 12위에 불과하다. 이는 의사가 많다고 의료의 질이 더 높은 것은 아니라는 것을 웅변적으로 보여준다.

만일 의사가 많아져야 의료의 질이 좋아진다면 전적으로 공공의료로 운영되는 영국의 활동 의사 수는 OECD 평균(3.6명) 보다 훨씬 높아야 할 것이나 실제 영국의 활동 의사 수는 인구 천명당 3.0명에 불과하다. 우리나라 의사들이 의사 수 증원을 반대하며 파업을 하는 반면 영국은 의사 수를 증원하라고 파업을 하고 정년을 65세에서 68세로 늘리는 것을 반대하며 파업을 한다. 사용자와 노동자의 차이이다.

그런데 코로나19 팬데믹 이후 2022년 7월 11일 현재 확진자 대비 사망자 수의 비율을 나타내는 코로나19 치명률을 살펴보면 우리나라가 0.13%(사망 24,661명/확진 18,524,538명)로 영국 0.79%(사망 180,718명/확진 22,883,995), 프랑스 0.47%(사망 150,017명/확진 32,115,604명), 독일 0.49%(사망 141,870명/확진 29,025,760명), 이탈리아 0.87%(사망 169,106명/확진 19,439,501명), 스페인 0.84%(사망 108,730명/확진 12,973,615명), 일본 0.32%(사망 31,460명/확진 9,747,461명), 미국 1.16%(사망 1,045,792명/확진 90,338,657명) 등 인구 천 명당 활동 의사 수가 우리나라보다 더 많은 OECD 주요 국가들에 비해 우리나라가 현저하게 낮은 사망률을 보여주고 있다. [표 2]

【표 2】 국가별 코로나19 현황 (2022.7.11. 기준. 단위: 명, %)

국가	천명당 의사 수*	확진자수	사망자수	치명률
영 국	3.0명	22,883,995	180,718	0.79%
오스트리아	5.3명	4,536,872	18,884	0.42%
대한민국	2.5명	18,524,538	24,661	0.13%
프랑스	3.2명	32,115,604	150,017	0.47%
독 일	4.4명	29,025,760	141,870	0.49%
이탈리아	4.1명	19,439,501	169,106	0.87%
스페인	4.4명	12,973,615	108,730	0.84%
일 본	2.5명	9,747,461	31,460	0.32%
미 국	2.6명	90,338,657	1,045,792	1.16%
전 세계		559,885,574	6,375,229	1.14%

※ 출처 코로나19(COVID-19) 실시간 상황판 <https://coronaboard.kr/>

* 인구 천 명당 의사 수: OECD Data 2021

4. 중장기 정책의 부재

우리나라 보건의료정책 하면 머리에 떠오르는 단어가 ‘미봉책(彌縫策)’이다. 중장기 정책이나 계획은 없고 공무원의 인사 주기에 맞춘 2년짜리 정책만 난무한다. 단기 정책으로 성과를 평가받고 승진하면 끝이다. 이후에는 그 정책이 어떻게 굴러가고 있는 지는 관심이 없다.

사건이 터지면 요란스럽지만 그 사건이 기억에서 채 사라지기도 전에 또 다른 사건이 덮어버린다. 대표적인 사례가 의료전달체계 개선에 대한 논의다. 의료전달체계의 문제점에 대한 지적과 개선 요구가 수도 없이 제기되었으나 사회적 이슈로 크게 부각되지 못하다가 지난 2018년 건강보험 보장성 강화 정책인 ‘문재인 케어’가 시행된 이후 상급종합병원 문턱이 크게 낮아지면서 상급종합병원으로의 환자쏠림이 심해지게 되면서 건강보험의 재정 부담이 급격하게 증가되자 부작용 완화의 대안으로 2019년 9월에 정부가 의료전달체계 개선 단기대책을 내놓으면서 이에 대한 논의가 본격적으로 시작했다.

당시 정부는 △상급종합병원 경증환자 진료 억제 △병·의원 회송율 예비지표도입 △상급종합병원 외래 경증진료시 종별 가산율 30%에서 0%로 조정 △경증 환자 환자본인부담율 60%에서 100%로 조정 △상급종합병원 입원 의료질평가지원금 인상, 다학제통합진료료 상향조정, 중환자실입원료인상 △환자 회송료 정규수가 전환, 진료협력센터 인력 강화 및 보상 등의 단기대책을 시행했으나 3년이 다 되어가는 시점에 그 결과가 어떻게 되고 있는지 어느 누구도 관심이 없고 코로나19 팬데믹 이야기만 넘쳐난다.

우리나라 의료정책이 미봉책인 원인은 우리나라 보건의료정책의 기본 청사진이 없기 때문이다. 우리나라는 2000년 7월 13일 <보건의료기본법(이하 ‘기본법’)>이 제정되었음에도 불구하고 이 법에 근거한 정책의 수립과 이행 및 점검이 그동안 전혀 없었다. 기본법은 ‘보건의료에 관한 국민의 권리·의무와 국가 및 지방자치단체의 책임을 정하

고 보건의료의 수요와 공급에 관한 기본적인 사항을 규정함으로써 보건의료의 발전과 국민의 보건 및 복지의 증진에 이바지하는 것을 목적'으로 한다고 명시하고 있다.(제2조) 기본법은 보건복지부 장관이 위원장인 보건의료정책심의위원회에서 보건의료 발전의 기본목표 및 그 추진 방향, 보건의료자원의 조달 및 관리 방안, 지역별 병상 총량의 관리에 관한 시책 등을 포함한 보건의료발전계획을 매5년마다 수립하도록 하고 있다.(제15조) [표 3]

【표 3】 보건의료기본법 제15조 (보건의료발전계획의 수립 등)

- | |
|---|
| <p>① 보건복지부장관은 관계 중앙행정기관의장과의 협의와 제20조의 규정에 의한 보건의료정책심의위원회의 심의를 거쳐 보건의료발전계획을 5년마다 수립하여야 한다.</p> <p>② 보건의료발전계획에 포함되어야 할 사항은 다음 각호와 같다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 보건의료 발전의 기본 목표 및 그 추진 방향 2. 주요 보건의료사업계획 및 그 추진 방법 3. 보건의료자원의 조달 및 관리 방안 4. 지역별 병상 총량의 관리에 관한 시책 5. 보건의료의 제공 및 이용체계 등 보건의료의 효율화에 관한 시책 6. 중앙행정기관 간의 보건의료 관련 업무의 종합·조정 7. 노인·장애인 등 보건의료 취약계층에 대한 보건의료사업계획 8. 보건의료 통계 및 그 정보의 관리 방안 9. 그 밖에 보건의료 발전을 위하여 특히 필요하다고 인정되는 사항 <p>③ 보건의료발전계획은 국무회의의 심의를 거쳐 확정한다.</p> |
|---|

그러나 정부는 그동안 기본법이 제정된지 20년이 다 되도록 어떠한 계획을 내어놓지 못하다가 지난 2019년 5월에야 『제1차 국민건강보험종합계획』을 처음 수립·발표하게 되었다. 그러나 그 내용이 기존 정책 자료들을 모아놓은 수준으로 앞으로 국가보건의료 체계를 어떻게 확립·운영해 나가겠다는 것인지에 대한 청사진이 잘 보이지 않는다.

보건의료정책심의위원회(이하 '보정심') 구성도 법이 제정된지 18년이 지나 커뮤니티케어 추진을 앞둔 2018년 6월 19일에야 보건복지부 장관을 비롯한 7개 부처 차관급 공무원, 수요자와 공급자를 대표할 수 있는 위원과 보건의료정책 전문가 등 총20인으로 구성을 하고 제1차 회의를 개최하였다.

그 이후 2021년 6월 2일에는 보정심위원을 총25인으로 확대한 '2021년도 제1차 보정심 회의'를 개최하여 지역공공병원 확충, 필수의료 센터 70개 운영, (가칭)공공보건 의료개발원 설립, 국립중앙의료원 이전·신축, 중앙 및 시·도 공공보건의료 협력 거버넌스 운영 등을 포함한 '제2차 공공보건의료 기본계획(2021~2025)'을 발표한 바가 있다.

과거 우리나라 보건의료정책의 기본 방향은 변화된 개념의 공공성(김용득, 2022)에 기반하여 우리나라의 의료 인프라에 적합한 종합적인 정책을 제시하기보다는 단지 소유 개념의 공공의료를 확충하는 것만 주력하고 있었는데 2021년도 제1차 보정심 회의도 그러한 기조를 그대로 이어서 소유 개념의 공공의료 확충에 집중하고 있다.

그러나 윤석열 정부의 공공의료 정책은 이전 정부와 확연히 다른 기조로 추진되고 있다. 대통령직인수위원회에서 발표된 「윤석열 정부의 110대 국정과제」에 따르면 정부는 모든 국민의 생명을 지킬 수 있도록 필수의료 인력 및 인프라 강화하기 위해 국

민생명과 직결되는 감염병·응급·중증외상·분만 등 필수·공공의료 인력·인프라 강화를 통해 지역완결적 의료체계를 구축하겠다고 한다.

이를 위해 필수의료 분야 의료인력 확충 대책을 마련하고, 필수과목 지원 확대 및 전공의 등 의료인력 역량 강화하며 지역별로 역량있는 공공병원과 민간병원을 육성하고, 예산·공공정책 수가·새로운 지불제도 도입 등 과거 정부와 확연히 다른 정책으로 필수의료 지원을 확대해 나갈 계획인 것으로 알려졌다.

이러한 정책 기조의 변화는 소유가 아닌 가치나 성과를 강조하는 새로운 의료 공공성 개념에 맞는 방향으로 우리나라 보건의료 현장 상황과 합치되는 방향성을 가진 것으로 볼 수 있다.

5. 문재인케어의 부메랑

도입 당시 재원 부족으로 인해 '저수가·저부담·저급여'의 '3저 체제' 기조로 출발한 우리나라 건강보험제도는 시간이 지나면서 점점 더 큰 문제를 일으키고 있다. 제도 시행 초기의 '3저 체제'는 국민의 보건의료 수요를 일부 비급여로 돌리며 나름 재정적 균형을 유지해 왔다. 우리나라의 GDP 대비 보건의료비는 65세 이상 노인인구 비율이 6.1%였던 1996년 3.6%에서 노인인구 비율이 10.8%인 2010년 5.9%로 연평균 0.16%씩 증가했다. 그러나 그 이후 노인인구 비율이 15.7%에 달한 2020년(GDP 대비 보건의료비 8.4%)까지 10년간은 연평균 0.25%의 증가를 보이고 있다.

이러한 의료비 급증 추이는 우리보다 먼저 급속한 인구 고령화를 겪은 일본이 1987년 노인인구 비율 10.9%에서 1997년 15.7%로 급증하는 동안 의료비가 6.4%로 동일했던 것을 보면 단지 고령화의 영향만은 아니라는 것을 시사한다.

일본의 의료비 추이를 통해 향후 초고령화에 따른 우리나라 GDP 대비 의료비를 추산해보면 노인인구비율이 20.6%에 이르는 2025년에는 의료비가 10.0%, 25.7%에 이르는 2030년은 13.8%에 이를 것으로 추산된다. [표 4]

【표 4】 노인인구비율 증가에 따른 GDP 대비의료비 (단위: %)

일 본	연도	1987년	1997년	2005년	2013년
	노인인구비율(%)	10.9	15.7	20.2	25.1
	의료비(%)	6.4	6.4	7.8	10.8
대한민국	연도	2010년	2019년	2025년	2030년
	노인인구비율(%)	10.8	15.7	20.6	25.7
	의료비(%)	5.9	8.2	10.0	13.8

* 우리나라 의료비 추정치: 일본의 GDP 대비 의료비 증가율을 우리나라에 적용하여 추산한 수치임.

건강보험제도와 문화, 낮은 수가, 많은 병상 수와 외래 진료 횟수, 급격한 인구고령화 등 여러 가지 측면에서 비슷한 배경을 가지고 있는 일본이 고령화에 따른 경상의료비 증가에 효율적으로 대처하기 위해 병상 기능을 '고도급성기-급성기-회복기-만성기'로 구분하고 지역별, 기능별로 필요한 병상 수를 산정하는 '기준병상제(병상총량

제)’를 통해 높은 의료비를 유발하는 고도급성기와 급성기 병상의 무분별한 증설을 억제할 수 있는 정책을 가지고 있었던 반면 우리나라는 자유방임형 의료이용체계로 의료비 증가를 억제할 적절한 정책적 수단이 없기 때문이다.

우리나라의 의료비 급증 현상은 지난 2017년 8월부터 ‘건강보험 보장성 강화정책’(일명 ‘문재인케어’)이 시행되면서 주로 대형병원 위주로 보장성이 강화되면서 더욱 심해졌다. 상급종합병원 요양급여비용 총액은 2015년 9조1,596억 원에서 2020년 15조2,140억 원으로 5년 만에 66.1% 급증했고 종합병원도 같은 기간 8조8,644억 원에서 14조9,134억 원으로 68.2% 급증했다. 같은 기간 병원 40.3%, 요양병원 46.4% 증가에 비해 큰 차이를 보였다.

2010년부터 2020년까지 5년 단위의 요양급여비 누적 증가율을 살펴보면 2010년부터 2015년까지 전체 요양기관의 누적 증가율은 33%였으나 2015년부터 2020년까지의 누적 증가율은 49.7%에 이른다. 특히 이 기간동안 상급종합병원은 28.8%에서 66.1%로 급증하였으며, 종합병원도 36%에서 68.2%로 급증하는 양상을 보였다. 같은 기간 병원은 5조5,264억 원에서 7조7,535억 원으로 40.3%, 요양병원은 4조2,112억 원에서 6조1,634억 원으로 46.4% 증가한 것에 비해 큰 차이를 보인다. [표 5]

【표 5】 요양기관 종별 요양급여비용 총액 추이

(단위 : 억원, %)

종별구분	2010년	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년	증가율 (10'~20')	증가율 (10'~15')	증가율 (15'~20')
전체	436,283	580,170	646,623	696,271	779,141	857,938	868,339	199%	133.0%	149.7%
상급종합	71,091	91,596	109,331	113,231	140,669	149,705	152,140	214%	128.8%	166.1%
종합병원	65,194	88,644	101,084	111,237	126,390	147,210	149,134	229%	136.0%	168.2%
병원	40,083	55,264	58,786	61,903	68,519	75,716	77,535	193%	137.9%	140.3%
요양병원	17,345	42,112	47,145	53,066	56,846	59,293	61,634	355%	242.8%	146.4%
의원	95,547	117,916	126,477	137,111	151,291	168,644	170,342	178%	123.4%	144.5%
약국	114,855	130,950	142,956	152,888	164,637	177,012	178,038	155%	114.0%	136.0%
기타*	32,362	53,688	60,843	66,835	70,790	80,360	79,516	246%	165.9%	148.1%

출처: 건강보험통계연보 *기타: 치과병의원, 한방병의원, 보건기관 등

향후 이와 같은 추세가 향후 지속된다면 2030년 요양기관 전체의 요양급여비 총액은 최소 173조 원¹⁶⁾에서 최대 238조 원¹⁷⁾에 이를 것으로 추산된다.

대형병원 약진의 직격탄을 맞은 곳이 지역 중소병원이다. 지역 중소병원은 초고령 사회에서 지역의 노인 환자가 필요에 따라 입원 치료를 받고 지역사회로 복귀하는 기능을 담당하는 중요한 기능이 있음에도 불구하고 2021년 한 해동안 86곳이 개업하고 204곳 폐업하여 폐업률이 12.7%가 넘는 등 급격하게 인프라가 붕괴되고 있다. 문케어의 부메랑이다. [표 6]

16) 최근 10년(2010~2020년)간 요양급여비용 누적 증가율로 추산.

17) 최근 5년(2015~2020년)간 요양급여비용 누적 증가율로 추산.

【표 6】의료기관 종별 기관 수 및 폐업률

(단위 : 개소, %)

	평균			종합병원			병원			요양병원			의원		
	폐업 기관	운영 기관	폐업 률	폐업 기관	운영 기관	폐업 률	폐업 기관	운영 기관	폐업 률	폐업 기관	운영 기관	폐업 률	폐업 기관	운영 기관	폐업 률
2011	1,723	30,475	5.4%	9	275	3.2%	156	1,375	10.2%	142	988	12.6%	1,416	27,837	4.8%
2012	1,663	30,835	5.1%	7	278	2.5%	143	1,421	9.1%	147	1,103	11.8%	1,366	28,033	4.6%
2013	1,525	31,292	4.6%	7	281	2.4%	136	1,451	8.6%	128	1,232	9.4%	1,254	28,328	4.2%
2014	1,356	31,981	4.1%	6	287	2.0%	130	1,474	8.1%	119	1,337	8.2%	1,101	28,883	3.7%
2015	1,380	32,650	4.1%	7	294	2.3%	132	1,496	8.1%	134	1,372	8.9%	1,107	29,488	3.6%
2016	1,369	33,532	3.9%	7	298	2.3%	116	1,514	7.1%	105	1,428	6.8%	1,141	30,292	3.6%
2017	1,431	34,234	4.0%	6	301	2.0%	123	1,466	7.7%	107	1,529	6.5%	1,195	30,938	3.7%
2018	1,330	35,054	3.7%	10	311	3.1%	124	1,465	7.8%	111	1,560	6.6%	1,085	31,718	3.3%
2019	1,201	35,871	3.2%	9	314	2.8%	93	1,489	5.9%	91	1,577	5.5%	1,008	32,491	3.0%
2020	1,311	36,531	3.5%	10	319	3.0%	94	1,515	5.8%	81	1,582	4.9%	1,126	33,115	3.3%
2021	1,373	37,342	3.5%	5	319	1.5%	204	1,397	12.7%	75	1,464	4.9%	1,085	33,912	3.1%

*출처: 건강보험심사평가원 공공데이터포털

6. 수도권 대학병원 분원 신설 딜레마

최근 수도권 대학병원 분원 신설이 대거 추진되면서 의료비 증가 추세가 더욱 가팔라질 수 있다는 우려와 함께 지방의 의료 붕괴에 대한 경고가 나오고 있다. 수도권 대학병원 분원 설립은 복지부에서 지정하는 상급종합병원과 달리 지자체장이 인허가 권한을 가지고 있는 허점을 틈타 분원 신설로 수익 극대화를 노리는 대학병원과 지역 민심을 의식한 정치인의 이해가 맞아떨어지면서 대거 추진되고 있다. [표 7]

【표 7】수도권 대학병원 분원 추진 현황

(단위 : 병상)

의료기관명	지역	병상 수	개원 예정
서울아산병원	인천 청라	800	미정
명지병원	경기도 하남	500	미정
서울대병원	경기도 시흥	800	2026-2027년
연세의료원	인천 송도	1,000	2026년
을지대의료원	경기도 의정부	900	2021년 3월
중앙대의료원	경기도 광명	700	2022년 3월
아주대의료원	경기도 평택·파주	미정	미정
한양대의료원	경기도 안산	미정	미정

※ 출처: 메디게이트뉴스 2021.7.15. 보도. <http://medigatenews.com/news/2783191507>

현재도 KTX 타고 수도권 대형병원 원정진료를 하는 환자가 급증하는 상태에서 수도권 대학병원 분원이 대거 설립되면 병상자원의 수도권 집중이 가속화되고 보건의료비가 급증할 뿐만 아니라, 진료보조인력(PA) 문제, 의사 수 부족 논란 등 여러 가지 문

제를 유발하고 있으며, 더 나아가 지역 의료체계 붕괴로 인한 농촌 노인인구의 도시 유출로 지역소멸을 촉진시키는 요인이 될 수 있다.

대학병원 분원 신설은 보건의료분야 일자리 창출에도 나쁜 영향을 끼친다. 2019년 기준 보건복지서비스 분야의 매출 10억 원 당 종사자 수는 13.50명으로 전체 산업 평균인 5.73명의 2.36배 이상으로 나타나고 있다.¹⁸⁾ 이를 의료기관 종별로 살펴보면 요양급여비용 10억 원 당 종사자 수는 병원급 15.14명, 의원급 12.10명, 상급종합병원 7.77명으로 매출(요양급여비용) 10억 당 병원급 의료기관이 가장 많은 일자리를 만들어내고 있음을 알 수 있다. [표 8]

【표 8】 종별 요양급여비용 10억 원당 종사자 수(2020년) (단위: 명)

의료기관종별	전체인력(A) ¹⁾	요양급여비용(B)	A/B×10억
상급종합병원	118,797	15,279,575,448,130	<u>7.77</u>
종합병원	174,422	14,938,405,063,720	11.68
병원	117,576	7,764,745,542,550	<u>15.14</u>
의원	206,170	17,044,282,296,940	<u>12.10</u>

※ 주 1) 해당 종별 의료기관에서 종사하고 있는 모든 인력(의사 포함)

수도권 대학병원 분원의 또 다른 문제는 의료비 상승을 견인한다는 점이다. 2010년 대비 2020년 의료기관 종별 기관당 요양급여비용을 살펴보면 상급종합병원은 125%, 종합병원은 97% 증가하였으며, 병원은 68%, 요양병원은 61%, 의원은 48% 증가 되어서 상급종합병원과 종합병원의 기관당 요양급여비용 증가가 현저하였다. 종별 허가 병상 당 연간 요양급여비용 비교에 있어서도 허가병상 1병상 당 상급종합병원 3억3,390만 원, 종합병원 1억3640만 원, 병원 4,680만 원로 나타나고 있어서 상급종합병원이 병원(4,680만 원)보다 약 7배가 높게 나타나고 있다. 향후 지금과 같이 수도권 대학병원 분원이 계속 늘어나게 되면 건보재정의 큰 부담이 될 전망이다. [표 9]

【표 9】 종별 허가병상당 연간 요양급여비용 (단위 : 백만원)

종별 구분	2015	2016	2017	2018	2019
상급종합병원	210.2	238.0	262.4	300.6	<u>333.9</u>
종합병원	89.1	99.5	108.3	120.4	136.4
병원	29.1	31.0	37.9	42.7	<u>46.8</u>
요양병원	17.9	18.6	18.0	18.3	19.7

※ 출처 : 건강보험통계연보

이상으로 확인할 수 있는 것은 대학병원 분원의 증설은 향후 보건의료분야의 일자리 창출에는 크게 기여하지 못한 채 지역의료체계의 붕괴와 더불어 의료비 폭증으로 이어질 수 있음을 보여준다.

18) 통계청 보도. 2019년 서비스업조사 결과. 2020.12.22.

III. 초고령사회의 의료·돌봄 혁신

코로나19 팬데믹 이후 직면하게 될 보건의료 분야의 가장 큰 문제는 고령화로 인한 건강보험 재정 위기가 될 것이다. 향후 노인인구의 증가는 과거 10년과는 다른 차원의 의료비 폭증을 유발할 것이기에 지금 혁신하지 않으면 위기를 피할 수 없다. 선진국들이 그랬던 것처럼 초고령사회가 도래하면 급성기 치료 중심의 의료시스템에서 의료·요양·돌봄이 통합하여 생애 전주기를 전인적으로 케어하는 통합적 의료복지체제로 바뀌게 된다. 우리 역시 이러한 변화의 물결을 비껴갈 수는 없다. 따라서 커뮤니티케어를 통한 의료복지의 패러다임 논의에 적극 참여함으로써 의료의 가치를 제고할 수 있도록 하는 것이 바람직하다.

1. 초고령사회와 커뮤니티케어

커뮤니티케어는 1983년 영국에서 ‘Care in the Community’라는 용어로 처음 사용되었다. 커뮤니티케어는 고령자나 장애가 있는 사람들을 병원이나 시설에 장기간 입원(소)시키는 것 대신 자신이 살던 집에서 의료와 돌봄 서비스를 제공하는 것을 말하는데 그것이 인간적이며 도덕적 관점에서도 더 낫고, 비용 측면에서도 더 효율적이라고 생각하여 추진하게 되었다.¹⁹⁾

커뮤니티케어의 구성은 의료서비스(Health Care)와 사회서비스로 구성되는데 의료는 의료(medical care)와 간호서비스(nursing care)로 구성된다. 영국에서 의료서비스의 제공은 1차 의료가 핵심 역할을 담당하며 대부분 일반의(GP)가 문지기(Gate Keeper) 역할을 담당하고 있으며 커뮤니티 간호사(구역 간호사, 방문 간호사, 정신질환 간호사) 등은 환자를 가까이서 정기적으로 접촉하는 역할을 수행한다.

이러한 커뮤니티케어가 대두된 이유는 상병구조가 급성기 질환에서 점차 만성질환으로 바뀌면서 병원 입원 중심의 의료체계로는 의료비 증가를 감당하기 어렵게 된 점이 크게 작용하였다. 특히 고령의 만성질환자에 대해 기존의 1·2·3차 의료전달체계를 통한 환자의뢰 시스템이 비효율적일 뿐만 아니라 장기입원으로 인한 활동의 제약 등 다양한 문제들을 일으키고 있기 때문이다. 이러한 문제를 해결하기 위해 1·2·3차 의료를 통합하기 위한 시도를 모색하면서 그 과정에 1차 의료의 서비스 제공의 조정자(Care Coordinator) 역할을 하도록 하고 있다.

(1) 영국의 커뮤니티케어

영국의 의료개혁 백서의 하나인 「Caring for People(DoH UK, 1989)」은 커뮤니티케어를 ‘고령, 정신 질환, 정신적 장애나 육체적 혹은 감각적 장애를 지니고 있는 사람들이 가능하면 자기의 집이나 지역사회 내의 가정과 같은 시설에서 독립적으로 살아가도록 적절한 수준의 개입이나 서비스를 제공하는 것’으로 정의하고 있다.

영국은 제2차 세계대전 이후 1948년 NHS제도를 도입하면서 낡은 병원, 구빈원(복지시설), 장기체류형 시설 등을 국가가 인수하여 운영하게 되었다. 그러나 1950년대 초

19) 이규식. <커뮤니티 케어, 이론과 정책> 건강복지정책연구원. 2019.7월.

반 NHS의 재정적 부담이 점점 늘어나게 되자 부담을 줄이기 위해 정신질환자, 고령자 등의 장기체류자 케어를 지방정부로 넘기면서 커뮤니티 기반의 서비스가 강조되게 되었다. 시작부터 문제가 많았던 커뮤니티 기반의 서비스를 개혁하기 위한 노력은 오랜 시간 지속되었으나 큰 성과를 거두지 못했다.

영국에서 커뮤니티 케어는 복지국가 성장과 재편의 맥락 속에서 변화와 발전을 거듭해왔다. 2차 대전 이후 보편주의적 복지국가체계를 확립한 영국은 1970년대 극심한 경제위기를 겪으면서 신자유주의적 질서에 의해 공공부문의 민영화를 경험하였다.²⁰⁾

영국은 1946년 국민보험법(National Insurance Act)과 국민건강서비스법(NHS Act), 1948년 국민부조법(National Assistance Act)이 제정되면서 노인들의 삶에 큰 변화가 나타났는데 특히 노인케어와 밀접히 연관된 국민부조법은 지방정부가 케어가 필요한 노인들에게 시설케어(residential care)를 제공할 의무를 규정하였다. 또한 독립부문에서 운영하는 노인시설의 등록과 감독 권한도 갖게 되었고, 이들에게 보조금을 지급하여 노인을 위한 ‘오락활동과 식사’를 제공할 수 있도록 했다. 이에 따라 자원단체들은 최소한 1970년대 말까지 주간케어 제공에서 주된 공급자 역할을 하였다. 지방정부는 방문간호(health visitors), 홈헬프, 아동 클리닉 등 기존의 공중보건 책임을 그대로 유지했으나, NHS의 서비스가 무료인데 비해 지방정부의 시설 및 커뮤니티 사회서비스는 자산조사에 기초한 유료 서비스로 제공되었다.

그러던 중 영국은 1960년대 후반 생산성 하락과 함께 1970년대에 들어서 경제위기가 더욱 심각해졌다. 영국 제조업은 정체되었고 국제무역수지는 악화되었으며 물가 상승과 실업률 증가가 동시에 나타나는 스태그플레이션(stagflation)으로 극심한 위기에 처해있었고, 1973년 유가파동과 뒤이은 경제위기는 복지국가의 위기와 재편을 재촉했다.

경제위기와 복지재편이 일어나는 1970년대 중반에 영국에서는 복지 다원주의(welfare pluralism) 논쟁이 시작되었다. 1945년 이후 지속되어온 국가중심적 독점적 복지 공급구조로 인한 서비스 질에 대한 불만과 선택 부족, 늘어가는 재정부담 등으로 공공부문 개혁의 필요성을 제기되었다. 따라서 국가와 시장뿐만 아니라 자원부문(voluntary sector)과 비공식 부문의 다양한 복지주체들 간의 잘 조정된 다원주의(better-regulated pluralism)가 국가복지 시스템의 대안으로 제시되었다.

다원주의적 복지제도는 국가와 시장, 자원부문과 비공식부문 간의 경제적 ‘제로섬 게임(zero-sum game)’이 아닌, 상이한 책임을 가진 주체들 간의 상호분담과 상보성에 기초한 것으로서 복지제공 주체들의 상호작용이 갖는 시너지 효과(synergetic effects)가 복지혼합의 장점으로 강조되었다.

다원주의적 복지제도 모델에서 국가는 서비스를 직접 제공하는 대신 부문 간 조정자(regulator)로서, 서비스 질과 구매에 대한 관리와 통제의 역할이 강조되었고 다른 부문과 조직들이 ‘복지 생산’의 결합과정에서 각자의 책임을 다 할 수 있도록 만드는 핵심적 역할을 담당한다.²¹⁾

20) 공선희, 한국노년학 2015, Vol. 35, No. 1, 79~89. 민간부문(private sector)과 자원부문(voluntary sector)을 합쳐서 공공부문(public sector)과 대비되는 독립부문(independent sector)으로 칭함.

21) 공선희, <영국의 커뮤니티 케어 정책의 역사적 변천과 쟁점> 한국노년학 2015, Vol. 35, No. 1, 79~89.

그리피스(Griffiths)가 대처 수상의 요청에 의해 NHS제도의 문제점을 전반적으로 검토하는 과정에 1988년 발간한 「커뮤니티케어에 관한 녹색(Green Paper, 영국 정부의 의회 심의용 정책 제안서)」에서 ‘커뮤니티케어가 아무도 책임지지 않으려 하기 때문에 제대로 작동되지 않고 있다’고 지적하면서 영국 정부의 적극적인 개선이 진행되었다.

그리피스의 녹색 발간 이후 사회서비스국의 서비스 직접 제공은 현저히 줄고, 이용자가 서비스를 선택할 수 있도록 하는 구매와 관리 역할이 강화되었다. 1990년 <National Health Service and Community Care Act>를 제정하여 제도 개혁을 추진하였으며 1993년 <Community Care Act>가 제정되면서 큰 변화를 가져오게 되었는데, 지자체가 직접 서비스를 제공하는데 주력하던 방식에서 커뮤니티케어를 제공하기 위한 조력자로서 민간사업자나 자원봉사단체로부터 서비스를 구매하는 기능으로 전환하였다.²²⁾

1990년대 영국의 커뮤니티 케어 개혁을 특징짓는 키워드는 ‘케어의 혼합경제’였다. 이는 이제까지의 커뮤니티 케어와는 질적으로 다른 질서의 커뮤니티 케어를 편성하는 정책에 의해 지방정부의 서비스 제공과 구매가 분리되었다. 이러한 서비스공급자-구매자의 분리(provider-buyer split)는 복지국가의 민영화에 따른 시장 질서를 서비스 제공에 더욱 확대하려는 시도로서, 지방정부 조직(SSDs)의 케어 매니저(care manager)가 다양한 케어자원, 즉 민간과 자원부문으로 이루어진 케어서비스의 패키지를 구성하여 제공하는 케어 매니지먼트(care management) 제도가 도입되었다.²³⁾

예를 들어 1994년에 홈케어의 89%를 지방정부가 직접 제공했는데, 2008년에는 22%로 급감하고, 78%는 비영리 또는 영리기관이 제공하는 것으로 변화되었다. 비영리기관이나 영리조직의 서비스 제공 참여는 지방정부의 서비스 구매와 관리(커미셔닝 commissioning)를 통해서 이루어졌다.

1997년 노동당 집권 후 사회서비스 현금지급 제도(direct payment) 도입, 돌봄표준법(Care Standard Act 2000) 제정, 개인예산제(personal budget) 등 복지 재정을 절감하려는 노력을 지속적으로 했다. 그 이후 2010년 보수당-자민당 연립정부는 복지제도 공공지출 축소를 포함하는 긴축재정을 강력하게 추진하였음에도 불구하고 지속적인 고령화로 돌봄 영역의 재정 압박이 계속 높아지면서 성인 돌봄에 지출된 예산과 대상자 수가 크게 감소했다.

한편 영국 정부는 통합케어를 실현하기 위해 보건부와 사회보장부를 보건사회부로 통합하였으며 2012년에는 <Health and Social Care Act>를 제정하여 의료와 사회서비스를 통합 제공하려는 노력을 지속했다.²⁴⁾

그러다 2011년에 당시 영국 최대 규모의 요양시설로 전체 시설의 8.7%를 점유한 ‘Southern Cross’가 재정악화로 파산하게 되면서 영국 정부는 시장실패의 문제를 해결하기 위해 2014년 <Care Act 2014>를 제정하여 서비스의 목적과 이용자격 기준 등 핵심 내용을 변경하는 등 기존의 돌봄에 관한 법들을 통합하였다. 이 법에 따라 중앙정부의 ‘CQC(Care Quality Commission)’가 의료와 보건, 사회적 돌봄 전반을

22) 이규식, <커뮤니티 케어, 이론과 정책> 건강복지정책연구원, 2019.7월.

23) 공선희, <영국의 커뮤니티 케어 정책의 역사적 변천과 쟁점> 한국노년학 2015, Vol. 35, No. 1, 79~89.

24) 김용득, <1990년 이후 영국 커뮤니티 케어 변화의 궤적 읽기> 보건사회연구 39(3), 2019, 114-147

감독하고 지방정부는 각 지역의 시장 상황을 모니터링하고 감독하는 등 돌봄 시장에 대한 관리 기능을 강화하는 개혁을 단행하였다.²⁵⁾

(2) 일본의 지역포괄케어

지역포괄케어는 일본의 커뮤니티케어다. 일본은 1990년대 거품 경제의 붕괴 이후 20여년간 경제침체가 지속되면서 의료분야에서 사회적 입원과 장기입원에 따른 의료비 문제가 대두되었다.

일본에서 정부 관련 문서에 최초로 ‘지역포괄케어시스템’이란 용어가 쓰인 것은 2003년에 발표된 ‘고령자개호연구회의 보고서’ <2015년의 고령자 개호 : 고령자의 존엄을 지원하는 케어의 확립을 위해서>이다. 그 이후 2004년부터 2008년까지 법적, 행정적 공백기가 지속되다가 2009년 ‘지역포괄케어연구회 보고서’에서 <지역포괄케어시스템>에 대한 정의를 ‘니즈에 맞는 재택이 제공되는 것을 기본으로 하고, 생활상의 안전, 안심, 건강을 확보하기 위해 의료 및 개호 뿐만 아니라 복지서비스를 포함한 다양한 생활지원서비스가 일상생활의 장소(권역)에서 적절하게 제공되도록 하는 지역에서의 체계’라고 처음으로 제시하였다.

이후 2011년 ‘개호보험법’ 개정으로 지역포괄케어의 5가지 요소로 ‘의료, 개호, 예방, 주거, 생활지원 서비스’가 확정되었다.²⁶⁾

그 이후 2013년 5월에 발표된 ‘지역포괄케어연구회’ 보고서에서는 지역포괄케어시스템의 5가지 구성요건의 표현을 ‘개호(개호·재활), 의료(의료·간호), 예방(개호예방), 생활생활지원서비스, 주거(주거와 주거 방식)’로 정교화했다. 그리고 같은 해 8월에 발표된 ‘사회보장제도개혁 국민회의 보고서’에서는 지역포괄시스템과 의료와의 연계를 강조했다.

이어서 2014년 6월 ‘지역의료-개호의 종합적 확보촉진에 관한 법률(의료개호일괄법)’ 개정되면서 행정적, 법적으로 제도를 추진하는 근거를 확보하게 되었다.

지역포괄케어 서비스의 제공은 통상 30분 이내 지역의 일상생활권역(인구 1만 정도)의 재가 고령자를 대상으로 통합 서비스를 제공하는 것을 제공 단위로 상정하고 있는데 지역포괄지원센터나 케어매니저가 상담이나 케어 코디네이터 역할을 담당하고 있다.

일본 지역포괄케어시스템의 다섯 가지 구성요소인 ‘개호(개호·재활), 의료(의료·간호), 예방(개호예방), 생활생활지원서비스, 주거(주거와 주거 방식)’의 관계는 병렬적 관계가 아닌 식물을 키우는 화분, 흙, 그리고 꽃에 비유하여 층화 연계 관계로 설명하고 있다.

지역포괄케어의 비용 조달은 자조(自助), 호조(互助), 공조(共助), 공조(公助)의 네 가지 요소로 구성되는데 자조(自助)는 자기 스스로 일을 할 수 있도록 하는 것으로 필요한 서비스를 자부담으로 시장에서 구입하는 것이며, 호조(互助)는 대상자들이 서로 도와 가면서 생활하도록 장려하는 것이며, 공조(共助)는 고령자가 필요로 하는 서비스를 사회보험제도를 통해 이용하는 것을 말하며, 공조(公助)는 공적 재정으로 생활보호나 인권보호 차원에서 지원하는 것을 말한다.

일본은 <지역포괄케어연구회>에서 2009년 이후 연례적으로 보고서를 발표하여 지역포

25) 전용호. <영국 성인돌봄서비스 시장에 대한 감독 개혁과 한국 장기요양의 시사점> Journal of Korea Academia-Industrial cooperation Society 2018, Vol. 19, No. 4 pp. 203-210.

26) 니키류. 「일본의 커뮤니티 케어」. 정형선 편역. pp72-86

팔케어의 개념, 이념의 확장과 진화를 주도해 왔는데 2013년 보고서까지는 주로 개호보험(요양보험) 제도의 틀 안에서 논의하고 있었으나 2014년 5월 ‘지역포괄케어연구회 보고서’에서 이전의 복지 중심 접근법에서 다른 방향으로 전환을 하게 되는데 이전의 보고서에는 포함되어 있지 않았던 다음의 세 가지 정책적 변화가 처음 포함되었다.²⁷⁾

첫째, 급성기 의료·병원의 역할이 명시된 점이다. 급성기 병원의 역할이 포함되면서 지역포괄케어 서비스를 받는 기관을 자택, 의료기관, 자택과 의료기관의 중간시설 3가지로 분류하고 의료기관의 급성질환에 대한 대응의 중요성을 강조하게 되었다.²⁸⁾

둘째, 재택과 의료기관에서의 ‘종말기 케어’를 강조한 점이다. 고령화 추이가 지속되면서 향후 사망자 수가 급증하게 되는 문제를 다루어 사망에 대응할 재택과 의료기관 양쪽의 ‘종말기 케어’를 강조하고 있는데 자택에서의 종말기 케어만이 아닌 사망 직전까지 자택에서 머물고 마지막 2주일 정도를 의료기관에서 머물면서 종말기 케어를 받는 형태가 증가할 것으로 명시하고 있다.

셋째, 입소시설을 중도(重度) 대상자를 위한 거주지로 자리매김하고 있다. 과거에 부정적으로 다루고 있었던 특별양호노인홈 등 개호보험시설(입소시설)을 중도(重度) 대상자를 위한 거주지로 적극적으로 자리매김한 것이다.

지역포괄케어의 추진과 함께 의료·개호 개혁에 박차를 가하였는데 지난 2014년 6월 「지역 의료 및 개호의 종합적인 확보·촉진에 관한 법률(地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律)」(일명 「의료개호일괄법」)을 개정하여 의료·개호 개혁을 추진하고 있다. 이 법을 개정하면서 과거 의료·개호 분야에서 지속적으로 논의해 왔던 현안들을 정리하여 의료법을 포함한 19가지의 법률을 패키지로 개정하여 제도의 효율성을 제고하고 있다. [표 10] ²⁹⁾

【표 10】 일본 의료개호일괄법 개정과 함께 개정된 19가지 법률 패키지

1. 지역사회 공적 개호시설 등의 계획적인 정비 등 촉진에 관한 법률 (의료개호종합확보추진법 제1조 관련)
2. 진료방사전기사법 (의료개호종합확보추진법 제24조 관련)
3. 사회복지사 및 개호복지사법 (의료개호종합확보추진법 부칙 제3조 제1항 관련)
4. 지역사회 공적 개호시설 등의 계획적 정비 등의 촉진에 관한 법률 시행령 (2019년 정령 제205호의 일부 개정-정비 정령 제1조 관련)
5. 사회복지사 및 개호복지사법 시행령 (2008년 정령 제84호)
6. 지역사회 공적 개호시설 등의 계획적 정비 등의 촉진에 관한 법률 시행규칙 (2019년 후생노동성령 제34호의 일부 개정-정비성령 제1조 관련)
7. 개호보험법 시행규칙 (1999년 후생노동성령 제36호의 일부 개정-정비성령 제2조 관련)
8. 진료방사전기사법 시행규칙 (1951년 후생성령 제33호 일부개정-정비성령 제4조 관련)
9. 사회복지사 및 개호복지사법 시행규칙(2011년 후생노동성령 제 132호 등의 일부 개정(정비성령 제 9조 관련)
10. 의료법(의료개호종합확보추진법 제3조 및4조 관련)
11. 개호보험법(의료개호종합확보추진법 제5조 및 제6조 관련)
12. 보건사·조산사·간호사법(1948년 법률 제203호)
13. 치과위생사법(1948년 법률 제204호)
14. 진료방사전기사법(1951년 법률 제226호)
15. 치과기공사법(1955년 법률 제168호)

27) 니키류. 「일본의 커뮤니티 케어」. 정형선 편역. p89

28) 니키류. 「일본의 커뮤니티 케어」. 정형선 편역. p95

29) 일본 WAM NET. <https://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/appContents/kaigo-seido-0904.html>

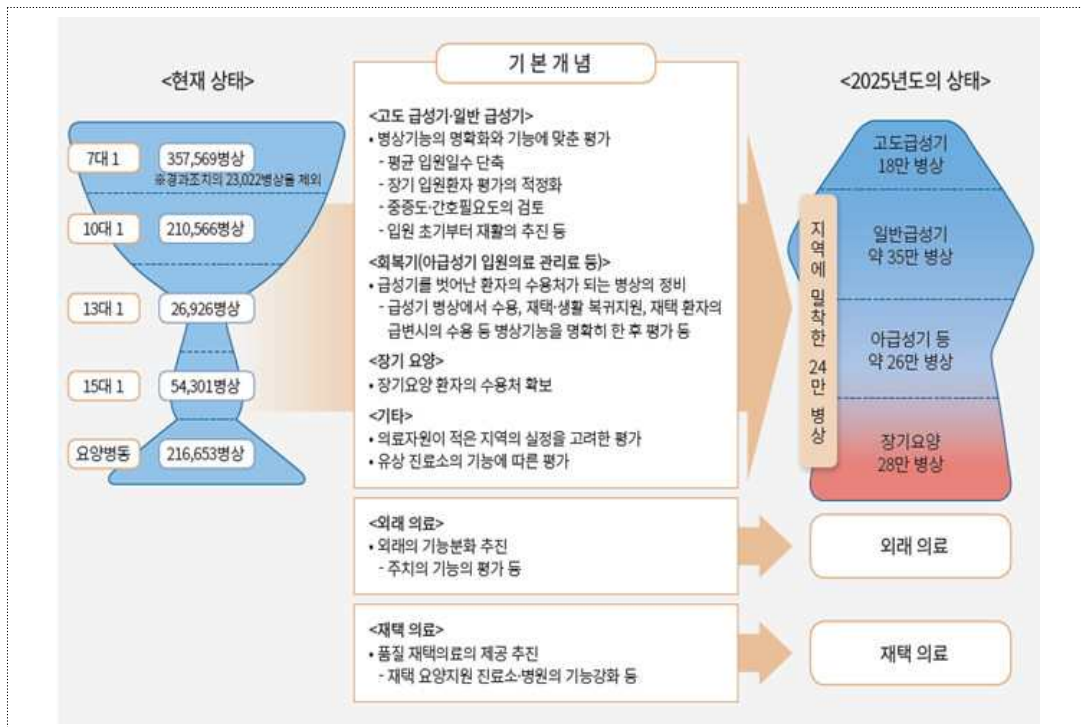
16. 임상검사기사법(1958년 법률 제76호)
17. 외국인 의사 등이 시행하는 임상 수련에 관한 의사법 제17조 등의 특례 등에 관한 법률(1987년 법률 제29호의 일부 개정-의료개호종합확보추진법 제20조 관련)
18. 간호사 등의 인재 확보 촉진에 관한 법률(1992년 법률 제84호 일부 개정-의료개호종합확보추진법 제23호 관련)
19. 양질의 의료 제공 체제 확립을 도모하기 위한 의료법 등의 일부 개정 법률(2006년 법률 제84호 일부 개정-의료 개호 종합확보추진법 제23호 관련)

일본은 ‘의료개호일괄법’과 패키지로 개정된 의료법에 근거해서 의료기관 병상을 기능에 따라 <고도급성기-급성기-회복기-만성기>로 구분하여 명시하고 급성기나 요양 병상을 축소하고 대신 회복기 병상을 확대하는 정책을 추진하고 있다.

일본 의료법시행규칙에 따르면 ‘고도 급성기’는 ‘급성기 환자에 대해, 해당 환자 상태의 조기 안정화를 위하여 의료의 밀도, 특히 고도의 의료 행위를 제공하는 것.’ ‘급성기는 급성기 환자에 대해 해당 환자 상태의 조기 안정화를 위하여 의료 제공 하는 것 (앞 호에 해당하는 것을 제외).’ ‘회복기는 급성기를 경과한 환자에 대해, 재택 복귀를 위한 의료 또는 재활치료 제공을 실시하는 것’, ‘만성기는 장기간 요양이 필요한 환자를 입원 시키는 것.’으로 규정하고 있다.³⁰⁾

이러한 병상 기능의 구분과 함께 고령화로 인해 노인 진료비가 급격하게 증가하는 문제를 해결하기 위해 지난 2014년 진료보수 개정 회의에서 75세 이상 인구가 5명 중 1명(2000만명)이 되는 2025년을 목표로 <2025년 모델>을 설정하고 과잉 공급되고 있는 급성기 병상과 만성기 병상을 축소하고 대신 회복기, 지역포괄케어 병상을 늘려 나가고 있다. [그림 2]

【그림 2】 일본의 의료·개호 개혁 추진 현황



30) 일본 의료법 시행규칙 제4장, 제30조의 33-2. 병상기능의 구분

구체적으로 살펴보면 2013년 기준 ▲일반병상(100.6만 개)과 ▲요양병상(34.1만 개)으로 구성된 총134.7만 개 병상 수를 2025년까지 ▲고도급성기(13만 개), ▲급성기(40.1만 개), ▲회복기(37.5만 개), ▲만성기(24.2~28.5만 개)의 총115~119만 개로 줄이고 기존 잔여 병상(15.7만~19.7만 병상)을 재택의료와 의료요양시설(개호의료원)로 전환해 나가고 있다.

병상공급체계의 개편과 함께 의료전달체계도 의료법을 통해 강력하게 추진하고 있는데 일본의 의료전달체계는 의료법 제5장 「의료제공체제의 확보(医療提供体制の確保)」의 내용에 근거해서 기본 계획이 수립되고 시행된다. 일본 의료제공체제 관련 법조항은 기본방침, 의료계획, 지역에서 병상의 기능 분화 및 연계 추진, 의료기관 종사자의 확보 등에 관한 정책, 공공의료기관에 관한 내용으로 구성되는데 무려 30개 조에 걸쳐 전달체계의 구체적 계획과 병상 자원 관리 방법 등이 상세히 규정되어 있다. 의료법 「제7장 지역의료연계추진법인」에서는 병원·진료소·개호노인보건시설 또는 개호의료원 등이 의료연계추진방침을 정하고 업무를 행하는 것을 목적으로 하는 일반 사단법인의 설립운영에 관한 내용을 24개조에 걸쳐 상세히 규정하고 있다. [표 11] ³¹⁾

【표 11】 일본의 의료 전달체계 관련 의료법 조항

<日 의료법 제5장, 제30조3~제35조> : 의료제공체제의 확보

- 제1절 기본방침: 제30조의3, 제30조의3-2
- 제2절 의료계획: 제30조의4~12
- 제3절 지역에서 병상의 기능분화 및 연계추진: 제30조의13~18
- 제4절 의료 종사자의 확보 등에 관한 시책 등: 제30조의19~27
- 제5절 공공의료기관: 제31조~제35조

<日 의료법 제7장, 제70조~제71조> : 지역의료연계추진법인

- 제1절 인증: 제70조~제70조의6
- 제2절 업무: 제70조의7~16
- 제3절 감독: 제70조의17~23
- 제4절 잡칙: 제71조

일본 의료법 30조의3에 명시된 ‘의료전달체계에 관한 기본방침’에 따르면 “후생노동대신³²⁾은 「지역의 의료 및 개호의 종합적인 보장의 촉진에 관한 법률」(1989년 법률 제64호) 제3조 제1항에 규정하는 종합보장정책에 맞게 양질의 적정医료를 효율적으로 제공하는 체제의 확보를 도모하기 위한 기본방침을 정하도록 규정”하고 있다.

또한 의료법 제30조의4에서는 각 지역의 의료전달체계를 확립하기 위한 의료계획이 구체적으로 기술되어 있는데 그 내용은 “도도부현(都道府県)³³⁾이 기본방침에 입각하여 지역의 실정에 맞게 해당 도도부현의 의료제공체제의 확보하기 위한 계획을 수립”하도록 하고 있다. 이 조항에 근거하여 지난 1985년부터 지역별 기준병상 수³⁴⁾가 설

31) 출처: 일본 의료법.

https://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail/323AC0000000205_20180601_429AC000000057/0?revIndex=8&lawId=323AC0000000205&openerCode=1

32) 후생노동대신(厚生労働大臣) : 한국의 보건복지부 장관에 해당

33) 도도부현(都道府県) : 한국의 광역시도에 해당.

정되어 지역별, 기능별로 필요한 병상 수를 조절하도록 하고 있다. 그리고 제30조의 13에서는 각 의료기관은 도도부현 지사에게 병상의 기능과 연계, 의료인력 확보 계획 등에 대해 각 지자체마다 필요한 자료를 수집하고 정기적으로 후생노동성에 보고하도록 되어 있다.³⁵⁾

일본은 커뮤니티케어를 처음 도입할 때 의료기관과 시설을 탈피하는 「脱 의료기관·시설」을 목표로 추진하였으나 시간이 가면서 지역사회와 가정 내 케어가 시설케어보다 오히려 비용이 더 많이 소요된다는 의료경제학적 실증연구를 바탕으로 2014년 이후 방향을 전환하고 있다.

이와 관련하여 재활의학과 전문의이면서 의료경제학자인 니키류(二木立) 일본복지대학 명예교수는 脱 의료기관·시설 지역포괄케어가 인구감소와 고령화 속에서 의료·개호의 효율성을 지향하지만 실제 재정적 비용 절감 효과는 크지 않다고 주장하며, 1990년대 이후 의료경제학의 방대한 실증연구를 통해 보면 중증(重症)의 요개호자나 환자의 경우 지역·재택케어 비용이 시설케어보다 높다고 주장하였다.³⁶⁾

니키류는 또 스웨덴의 후기고령자(75세 이상)에 대한 재가 요양도 1인실 노인홈 요양보다 비용이 30% 더 든다고 분석한다.³⁷⁾

2014년 이후 일본의 의료·돌봄 체계의 특징은 의료와 돌봄이 분절적으로 제공되는 것이 아니라 의료기관의 역할과 돌봄기관의 역할이 통합적, 유기적으로 연계된 의료·복지복합체 형태로 진행되는 것이다. 인위적으로 의료기관을 배제하기 보다는 오히려 의료기관의 기능분화를 통해 의료기관이 통합 의료·돌봄에서 보다 적극적인 역할을 할 수 있도록 하고 있다.

한편 '2015년 보고서'에서는 지역포괄케어시스템 구축에 있어서 지자체가 지역 매니지먼트로서 공정(工程) 관리 책임자의 역할을 부여하고 있으며, 대상을 고령자에 한정하지 않는 개념으로 전개되었으며, 서비스를 제공하는 의료·복지복합체의 역할을 적극적으로 평가하고 있다.

의료기관 주도의 통합 의료·돌봄의 대표적 시스템으로는 이신칸(医心館)과 개호의료원이 있다.

재택의료의 한 형태로 운영되는 시설로 <유료노인홈>에 해당되는 기관인 이신칸(医心館)에는 <방문간호사업소> 및 <방문 개호사업소>가 병설되어 있는 형태로 운영되고 있는데, 만성기, 종말기 환자를 주로 케어하는 곳(우리나라의 '호스피스시설'에 해당)으로 의료적 의존도가 높은 환자를 대상으로 임상 경험이 풍부한 간호사가 상주하며 돌보는 업무 시스템이다.

의사는 상주하지 않으며 필요시, 지역사회 개원의 등과 연계해 의사의 개입이 필요한 상황에 방문 진료를 하는 형태로 운영되고 있다. 이신칸의 운영 형태는 개인이나 소수의 개인 주주 등에 의한 독단적 경영이 이루어지는 형태는 불가능하며 대신 사회 복지법인, 공익법인 및 사회적 신용을 얻을 수 있는 경영주체로 운영할 수 있다. 이

34) 기준병상 수: 지역별로 필요로 하는 병상을 인구에 따라 산술적으로 계산하여 산정한 수로 한국의 '병상총량제'에 해당하는 개념임.

35) 우봉식, <의료·개호 개혁과 진료 의뢰·회송 체계의 시사점> 계간의료정책포럼, 2019 Vol. 17, No. 4-4-4.

36) 니키류, 「일본의 커뮤니티 케어」, 정형선 편역, p67-68

37) 이규식 등, 「커뮤니티 케어, 이론과 정책」, 건강복지정책연구원, 2019.7월.

인간의 임원은 유료노인홈 운영에 대한 지식, 경험이 있는 자가 참여해야 하며 기타 돌봄서비스가 적절히 제공될 수 있는 체제가 확보되어 있어야 한다고 명시하고 있다.

이신간의 시설 기준은 일반룸, 간병용룸, 일시적 요양룸, 욕실(장애인용), 세면시설, 화장실, 식당, 의무실 또는 건강관리실, 간호·개호직원실, 기능훈련실, 상담실 또는 응접실, 세탁실, 오물처리실, 건강체조·레크레이션실 등을 갖춰야 한다. 각종 룸은 1인실로 하며 입소자 1인당 병상 면적은 13평방미터 이상이 되어야 한다.

인력기준으로는 관리자, 생활상담원, 영양사, 조리원, 간호직원(입소자 건강관리에 필요한 수를 배치하도록 하고 있다. 단, 간호사 확보가 어려운 경우, 준간호사³⁸⁾(간호조무사에 해당)로 충원 가능하다. 기능훈련 지도원(일상생활기능 감퇴 방지 훈련이 가능한 자)을 배치하도록 하고 있다.

이신간은 운영 규정에 맞게 모두 1인실로 운영되고 있어, 개인의 프라이버시를 보호받을 수 있다. TV, 냉장고, 책상 등 필요한 물품을 가져올 수 있어 내 집 같은 공간을 만들 수 있다. 병상은 전동 침대이며, 리모컨으로 높낮이 등을 조절할 수 있으며, 침대 매트리스는 욕창 예방을 위한 에어매트를 사용한다.

이신간(노인요양홈)의 입주 비용은 임대료, 관리비, 식비 등이 있으며, 환자 본인이 방문 개호 및 방문 간호 서비스를 받아야 할 필요가 있는 경우, 이신간 병설 시설 방문 개호 사업소 및 방문 간호사업소의 서비스 이용료가 부가되며, 개호보험 및 건강보험 적용에 따른 본인부담금을 추가로 지불하는 구조다.

전국 이신간 개설 추이를 살펴보면, 2021년 9월 기준 42곳, 입소자(병상) 수는 총 1,977명인 것으로 나타났으며, 2023년 9월까지 개설이 확정된 전국 시설 수는 71곳, 입소자(병상) 수는 총 3,520명으로 예정되어 있으며 지속적인 증가 추세를 보이고 있다. (2018.9~2023.9 개설 확정 예정 기관 수) [표 12]

【표 12】 재택의료 시설(이신간) 개설 추이(시설 수/정원: 명)

기준시점	시설 수 (시설)		정원(병상) 수 (명)	
	신규	누계	신규	누계
2018.09.	3	13	155	520
2019.09.	7	20	321	841
2020.09.	9	29	429	1,270
2021.09.	13	42	707	1,977
2022.09.(확정)	16	58	825	2,802
2023.09.(확정)	13	71	718	3,520

일본에서 초고령사회에 대응하기 위해 2018년 4월부터 개설·운영되고 있는 새로운 형태의 고령자 의료시설이 ‘개호의료원’이다.³⁹⁾

‘개호(介護)’란 간병과 수발을 뜻하는 말로 ‘개호의료원’은 간병과 의료의 기능을 합쳐놓은 시설이라고 할 수 있는데 기능적으로 우리나라의 요양병원과 요양원이 합쳐진 정도에 해당한다. 개호의료원은 지난 ‘H30년(2018년)’⁴⁰⁾ 4월 첫선을 보인 이후 빠른

38) 준간호사는 일본의 간호인력 중 하나로 후생노동성이 면허를 주는 간호사와 달리 도도부현에서 면허를 수여함.

39) 김용철. <日 의료·간병 복합체 ‘간병 의료원’이 등장한 이유> 메디게이트뉴스 2018.11.06. 보도.

40) ‘H30년(헤이세이 平成 30년)’은 일본의 연호로 2018년.

속도로 확산되고 있다.

개호의료원에서는 상주 의사의 진료와 간호사·요양사의 간병 수발, 임종 케어, 여기에 다양한 생활서비스가 제공된다. 시설 형태도 입주자들의 생활편의를 위해 공용거실이 넓어지고, 입주자의 프라이버시를 배려해 다인실의 침상 구분도 커튼이 아닌 가구 등을 설치하도록 하고 있으며 레크리에이션룸과 다실이 있어 입주자들의 생활의 질(QOL)이 유지되도록 배려하고 있다. 다시 말해서 개호의료원은 ‘의료+간병+생활지원+거주기능’을 겸비한 고령자 의료생활복합시설인 셈이다.

개호의료원은 「개호보험법」(2018.04월)에 근거한 생활시설로써 요개호(要介護) 고령자에 대한 장기요양 및 생활시설이면서 동시에 의료를 제공하고 있어서 의료법 상으로는 의료제공시설에 해당된다. 개호의료원의 개설 주체는 지방공공단체, 의료법인, 사회복지법인 등 비영리법인 등이 있다.

개호의료원의 입소 유형은 두 가지가 있는데 두 유형 모두 시설·장비 기준은 진찰실, 요양실, 처치실, 기능훈련실, 담소 공간, 식당, 욕실, 레크리에이션실, 기타 의료시설 등을 갖추도록 하고 있다. [표 13]

【표 13】 개호의료원의 시설 및 장비 기준 (2018.1.18. 후생노동성령)

시설	이용 기준
주 이용자 층	유형 (Ⅰ) 중증 환자 및 합병증을 가진 인지 저하증 고령자 등 유형 (Ⅱ) 유형(Ⅰ) 해당 환자에 비해 비교적 증상이 안정적인 환자
진찰실	의사가 진료를 수행하기에 적절한 공간을 갖출 것.
요양실	요양실 1곳 당 정원 4인실 이하. 병상 당 면적 8.0㎡ 이상. (다인실의 경우, 프라이버시 보호 차원에서 파티션 등 설치) 입소자 물품 보관 시설 구축. Nurse call 장치 마련할 것.
처치실	처치가 적절히 이루어질 수 있을 정도의 공간을 갖출 것.
기능 훈련실	40㎡이상의 면적 확보 및 필요한 기기 및 기구를 갖출 것. 단, 의료기관 내 병설 형 소규모 개호의료원일 경우, 기능훈련을 하기 위한 충분한 넓이의 공간을 확보하고, 필요한 기기 및 기구를 갖출 것.
담소 공간	입소자 간 또는 가족과 담소를 즐길 수 있을 정도의 공간을 갖출 것.
식당	입소 정원 1인 당 1㎡ 이상의 면적을 갖출 것.
욕실	신체 부자유자가 입욕하기에 적절한 공간을 갖출 것. 일반 욕조 외에 입욕 보조가 필요한 자를 위한 특수 욕조를 설치할 것.
레크리에이션실	레크리에이션을 하기에 충분한 공간과 설비 등을 갖출 것.
기타 의료시설	처치실, 임상검사실, 방사선 장치, 조제실
타 시설	세면실, 화장실, 서비스 스테이션, 조리실, 세탁실 또는 세탁장, 오물 처리실
의료 제공을 위한 설비구조	진료용으로 제공되는 전기, 광선, 열, 보일러, 또는 가스 등에 관한 구조적 설비, 방사선 관련 구조 설비
복도	복도 넓이: 1.8m, 중(中)복도(병실과 병실 사이에 있는 복도)의 경우 2.7m, ※ 용도 전환 시, 복도 넓이: 1.2m, 중간 복도: 1.6m
내화 구조	원칙적으로 내화 건축물 (2층까지 또는 단층 건물 가운데 특별한 경우에는 준 내화 건축물) ※ 개호의료원으로 용도 전환 시, 특례 있음.

개호의료원의 인력기준은 일반 개호의료원, 병원급 또는 의원급 의료기관 내 병설 개호의료원 여부에 따라 차이가 있는데 일반 개호의료원이나 병원급 의료기관내 병설 개호의료원의 의사 인력은 48:1 또는 100:1을 적용하고 있으나 의원급 의료기관은 특별한 제한이 없다. 그러나 간호직원의 인력기준은 모든 개호의료원이 공히 6:1 기준을 따른다. 의사와 간호사 이외 약사, 개호직원, 영양사, 개호지원전문원, 방사선사 등 인력이 필요하다. [표 14]

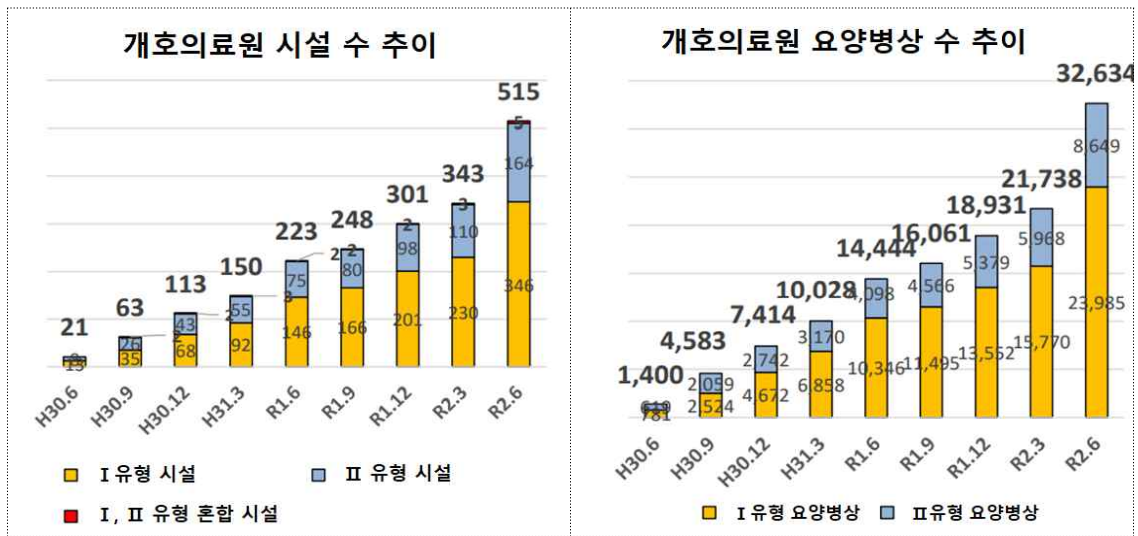
【표 14】 개호의료원의 인력 기준 (2018.1.18. 후생노동성령)

	일반 개호의료원		병원급 의료기관 내 병설 개호의료원		의원급 의료기관 내 병설 개호의료원
	유형(Ⅰ)	유형(Ⅱ)	유형 (Ⅰ)	유형 (Ⅱ)	유형 (Ⅰ・Ⅱ)
의사	48:1 (3명 이상)	100:1 (1명 이상)	48:1	100:1	개설된 의료기관이 의원 급일 경우, 해당 의원의 의사가 병설된 개호의 료원에 필요한 의사, 약사 또는 재활 인력(PT/OT/ST)을 배치하지 않아도 됨.
재활인력	PT/OT/ST 적정인원 배치		PT/OT/ST 적정인원 배치		
약사	150:1	300:1	150:1	300:1	
간호직원	6:1		6:1		6:1
개호직원	5:1	6:1	5:1	6:1	6:1
영양사	정원 100명 이상 당 1명		정원 100명 이상 당 1명		개설된 의원급 의료기관에 영양사가 배치되어 있는 경우, 병설된 개호의 료원에 영양사를 배치하지 않아도 됨.
개호지원 전문원	100:1 (1명 이상)		100:1 (1명 이상)		적정 인원 배치
방사선사	적정 인원 배치		의료기관에 배치된 방사선사가 있으면 병설 개호의료원에 방사선사를 배치하지 않아도 됨.		개설된 의원급 의료기관에 방사선사 가 배치되어 있는 경우, 병설된 개호 의료원에 방사선사를 배치하지 않아 도 됨.
기타 종사자	적정 인원 배치		의료기관에 배치된 직원에 대한 업무 위탁 등으로 인해 적절한 서비스 제공이 가능한 경우, 배치하지 않아도 무방함.		개설된 의원급 의료기관에 배치된 직원에 대한 업무 위탁 등으로 인해 적절한 서비스 제공이 가능한 경우, 배치하지 않아도 무방함.

개호의료원 서비스 이용 비용은 서비스 유형에 따라 1일당 6,690엔에서 12,220엔까
지 다양한 수가를 매 3년 마다 후생노동성에서 지정 고시하고 있는데 개호의료원의
시설 및 병상 수 추이는 R2년(2020년)⁴¹⁾ 6월 기준 개호의료원 (1) 유형의 시설은
346곳 23,985병상, (2) 유형은 164곳 8,649병상, 1·2 유형 혼합시설은 5곳으로, 지속
적인 증가 추세를 나타내고 있다. [그림 3]

41) ‘R2년(레이와 令和 2년)’은 일본의 연호로 2020년.

【그림 3】 개호의료원 시설 및 병상 수 추이 (2020년 6월 기준)



(2) 대한민국의 커뮤니케어⁴²⁾

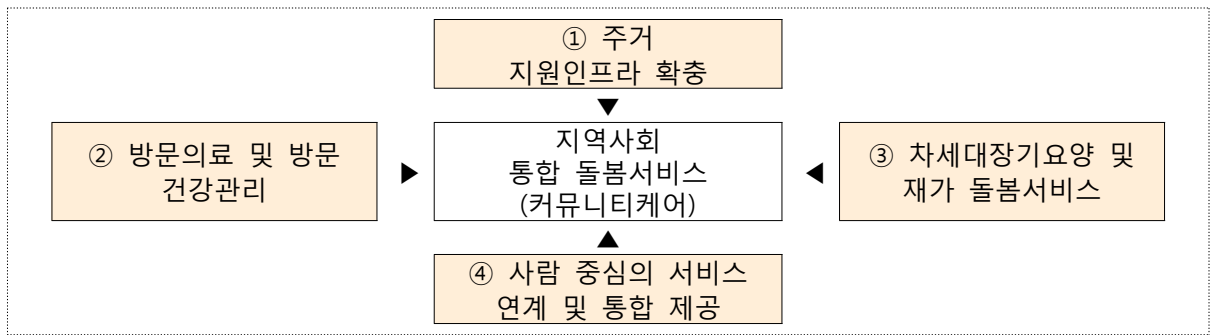
우리나라도 커뮤니티 케어(지역사회 통합 돌봄)를 추진하기 위해 ‘돌봄이 필요한 주민(어르신, 장애인 등)이 살던 곳(자기 집이나 그룹 홈 등)에서 개개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리고 지역사회와 함께 어울려 살아갈 수 있도록 주거, 보건의료, 요양, 돌봄, 독립생활 등을 통합적으로 지원하는 지역주도형 사회서비스 정책’으로 지난 2018년 11월 ‘지역사회 통합 돌봄 기본계획 (1단계 : 노인 커뮤니티 케어)’을 발표했다. 발표된 자료에 따르면 통합돌봄 제공 기반을 구축하기 위한 추진 로드맵과 4대 중점 과제(주거, 건강·의료, 요양·돌봄, 서비스 통합 제공)를 제시했다.⁴³⁾

주요 내용을 살펴보면 일상생활 동작에 어려움이 있는 노인이 사는 집의 문턱을 제거하는 등 집수리 사업을 대대적으로 실시하고 집으로 찾아가는 방문의료(왕진 등)를 본격 제공하고, 퇴원 후 건강관리가 필요한 노인 등의 집으로 찾아가는 방문건강관리 서비스를 획기적으로 확충하며, 약 2,000개 병원에 ‘지역연계실(사회복지팀)’을 설치하여 퇴원을 앞둔 환자의 퇴원계획을 수립하고 돌봄 자원과 서비스를 연결한다고 발표했다. [그림 4]

42) 대한민국 정책브리핑. 2019.11.18. <https://www.korea.kr/news/policyNewsView.do?newsId=148866645>

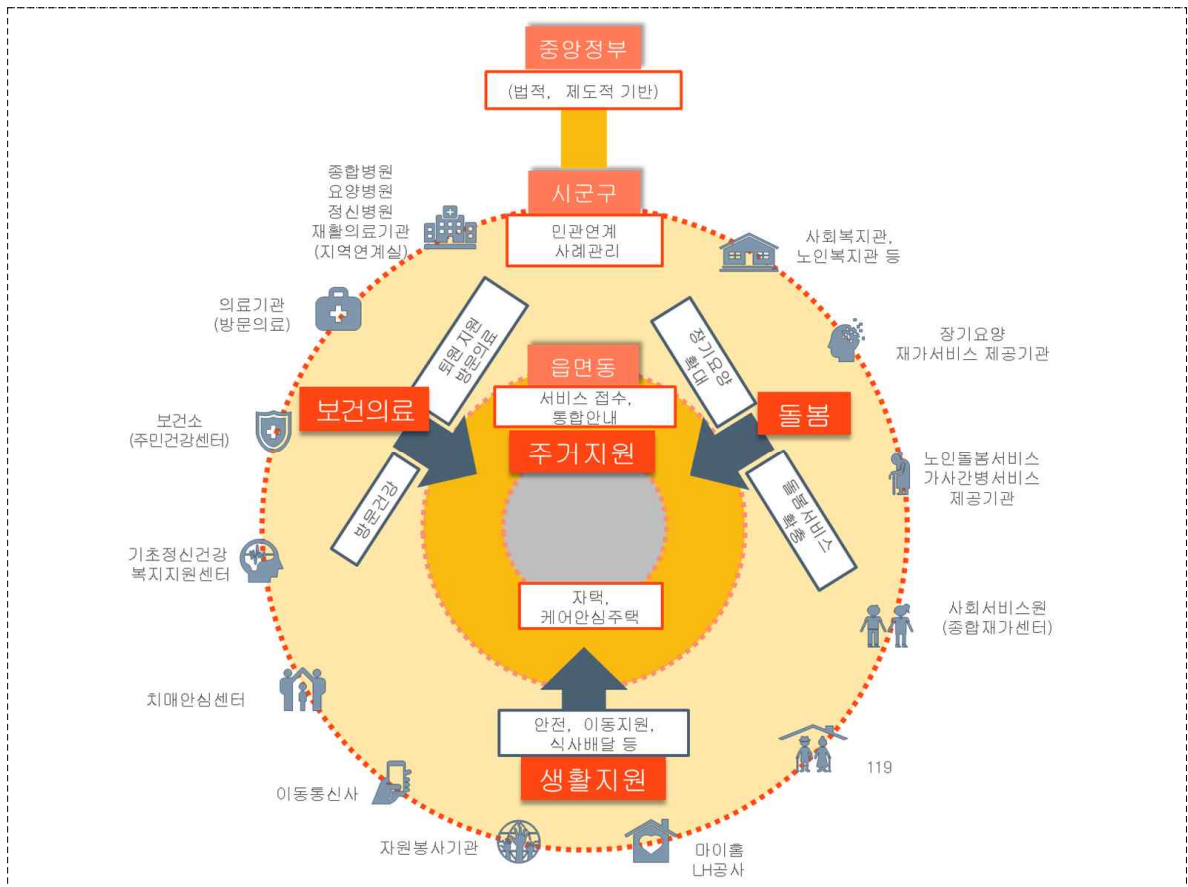
43) 보건복지부 보도자료. <지역사회 통합 돌봄 기본계획(1단계) 발표> 2018.11.20.

【그림 4】 지역사회 통합 돌봄서비스의 4대 핵심요소 [2018.11.20. 복지부 보도자료]



또한 장기요양보험으로 돌보는 노인을 2025년까지 전체의 11% 이상 수준으로 확대하는 목표를 설정하는 등 초고령사회에 걸맞은 차세대 장기요양보험도 구축해 나갈 계획이라고 밝히고, 지역사회 중심의 통합 돌봄 서비스(커뮤니티케어)가 본격적으로 제공되면 노인이 살던 곳에서 건강하게 계속 살 수 있는 여건이 조성될 것으로 전망하고 있다.

【그림 5】 서비스 연계를 위한 지역 자율형 전달체계 구축 모형도[2018.11.20. 복지부 보도자료]



보건복지부는 2018년 1월 연두업무보고에서 ‘커뮤니티케어 추진’을 발표한 이후 관

런 부서가 모두 참여하는 ‘커뮤니티케어 추진본부(본부장: 사회복지정책실장)’를 구성하여 추진하고 있는데 전반적인 추진 로드맵은 ① 선도사업 실시 및 핵심 인프라 확충(2018~2022), ② 커뮤니티케어 제공기반 구축 단계(~2025), ③ 커뮤니티케어 보편화 단계(2026~)의 단계를 거쳐 추진하는 것으로 하였다.

구체적 실천 전략으로 지자체가 제도 수행의 핵심적 역할을 담당하도록 하고 있는데 시군구는 공공과 민간 자원 연계 활성화로 종합적 케어를 제공하고, 읍면동이 서비스 신청 접수 및 통합 안내를 하는 것으로 되어 있다. [그림 5]

그 이후 정부는 2019. 1. 9. 「지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어) 선도사업 추진계획」을 발표하고 2019년 6월부터 2년간 16개 시군구에서 지역 자율형 통합 돌봄 모형을 만들기 위해 선도사업을 추진해 오고 있다.⁴⁴⁾

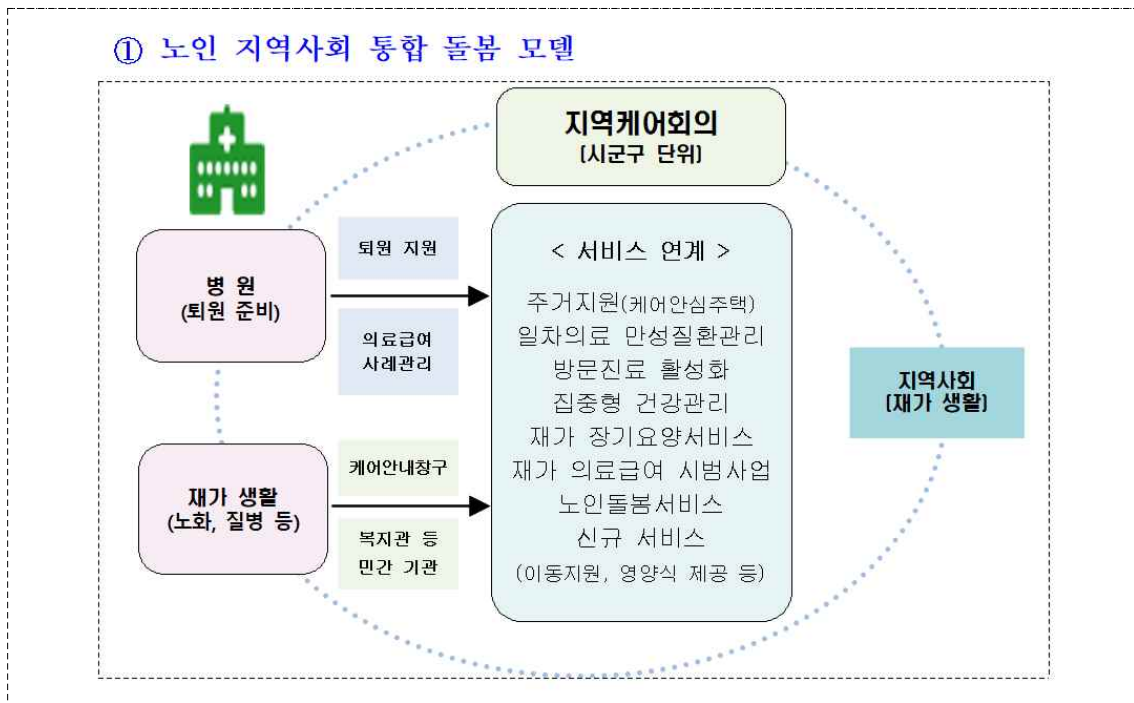
발표된 주요 내용을 보면 사회복지·보건의료 등 각 분야의 단체·기관·전문가들과 협업(다(多)직종 연계)을 잘할 수 있는 8개 지자체를 선정하여 2019년 6월부터 2년 간 선도사업을 실시(노인 4개, 장애인 2개, 노숙인·정신질환자 각 1개 지자체)하고, 의료기관 퇴원 지원, 방문진료 시범사업, 재가 의료급여 시범사업 등 건강보험·장기요양보험 재정을 활용한 사업을 동시에 실시하고, 주민자치형 공공서비스 구축사업(행정안전부), 커뮤니티케어형 도시재생뉴딜사업(국토교통부) 등 다수 부처가 힘을 모아 지역공동체 복원하는 것을 주요 골자로 하고 있다.

선도사업의 네 가지 모델은 노인, 장애인, 정신질환자 및 노숙인 모델로 지자체는 이중 1개를 선택하여 사업을 기획·실시하도록 하고 있다. 대표적인 모델인 노인 지역사회 통합 돌봄 모델을 보면 노인 선도사업은 노인이 살던 곳에서 가능한 오래 건강하게 지낼 수 있도록(Healthy aging in place) 욕구에 맞는 서비스를 연계·통합 제공하는 모델을 마련하는 데 목적이 있다고 명시하고 있는데 주된 대상은 요양병원에 입원하고 있는 환자 중에서 지역사회 복귀를 희망하는 노인이다.

급성기병원에서 입원 치료를 마치고 퇴원을 준비 중인 노인과 지역사회에 거주하고 있으나 사고나 질병, 일상생활의 어려움 등으로 병원 입원(시설 입소)이 불가피할 수 있는 노인도 포함된다. 지자체는 노인의 욕구를 조사하여 퇴원계획 또는 개인별 지원 계획을 수립하고 서비스를 연계·통합 제공한다. [그림 6]

44) 보건복지부 보도자료. <지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어) 선도사업 추진계획> 발표. 2019.1.9.

【그림 6】 노인 지역사회 통합 돌봄 모델 [2019.1.9. 복지부 보도자료]



우리나라 정부의 커뮤니티케어 추진 관련 정책의 주요 내용을 영국·일본과 비교하여 살펴보면 영국·일본이 민간 주도형으로 추진되고 있는 반면 우리나라는 정부 주도형으로 추진되고, 의료가 배제된 복지 주도의 강력한 「脫 의료기관·시설」을 지향하고 있음을 알 수 있다. 그러나 이러한 정책방향은 다음과 같은 문제점들이 있다.

첫째, 커뮤니티케어의 추진 주체가 지방정부 행정기관(시군구)이며 실행기구 역시 지방정부 행정기관(읍면동)이다. 이는 영국과 일본이 커뮤니티케어 시행초기 중앙 또는 지방정부 주도로 추진하다가 사업 성과가 지지부진하여 민간 주도로 바뀐 것을 참고하지 않았거나 큰 정책적 판단 오류가 있는 것으로 보인다. 정부 조직의 속성상 금전적 이해관계로 동기부여를 할 경우 부정부패의 우려가 있고, 민간의 오류는 정부가 바로잡을 수 있으나 정부의 오류는 누구도 바로잡을 수 없고 국민이 피해자가 된다는 사실을 간과한 것으로 보인다.

둘째, 커뮤니티케어에서 의료를 철저히 배제한 채 「脫 의료기관·시설」만을 추구하고 있다. 이는 과거 2000년대 초반 일본의 실패를 따라가고 있는 것이다. 의료가 배제된 커뮤니티케어는 소비자인 국민의 호응을 받을 수 없다. 자기 부모가 의료가 배제된 채 홀로 쓸쓸한 죽음을 맞이하도록 방치할 자녀는 없기 때문이다.

정부는 지금이라도 일본이 지난 2014년 과거의 오류를 수정한 「의료개호일괄법」을 통해 의료, 돌봄, 생활지원 및 거주 기능을 일괄해서 해결하는 방향으로 정책을 선회한 점을 참고해야만 한다.

2. 초고령사회와 일차의료

일차의료의 기본 속성은 접근성(Accessibility), 포괄성(Comprehensiveness), 조정

성(Coordination), 지속성(Continuity) 등을 특징으로 하고 있다. ‘접근성’은 ‘지리적 시간적 접근성뿐만 아니라 환자에 대한 관심과 질병의 사회 문화적 포용성까지도 포함’하고 있으며, ‘포괄성’은 ‘다양한 지역주민에게 발생하는 각종 건강 문제를 해결’한다는 것을 뜻한다. ‘조정성’은 ‘타과 전문의 진료를 포함한 전체 진료를 통합 관리’한다는 뜻이며, ‘지속성’은 ‘질병의 존재 여부와는 관계없이 환자를 지속하여 돌본다’는 것을 뜻한다.⁴⁵⁾

그러나 우리나라에는 이러한 일차의료의 속성에 정확하게 부합하는 의료기관이 사실상 거의 없다. 우리나라의 의원급의료기관은 주로 급성질환에 대한 외래 중심 진료를 담당하는 의료기관으로 고착되어 있다. 이러한 현상은 과거 의원급 의료기관 중심으로 급성질환 위주의 진료가 이루어졌던 시기에는 큰 문제가 되지 않았다. 그러나 의료가 점차 정밀화, 세분화, 고도화되면서 대형병원 중심으로 한 병원급 의료기관의 기능이 강화되면서 일차의료는 새로운 가치를 모색해야만 되는 상황에 와 있다.

일차의료의 새로운 기회와 도전은 초고령사회에 열려 있다. 고령화가 진행될수록 질병의 패턴이 급성기 질환에서 점점 만성 질병이 늘어나게 되면서 일차의료의 역할도 기존의 외래 진료 중심에서 만성질환의 관리, 생활 패턴의 교정, 교육 등 다양한 영역으로 역할이 확대되고 있는데 특히 돌봄과 예방에 있어서 그 역할이 갈수록 강조되고 있다.

그러나 아직까지 우리나라 일차의료는 여전히 급성기 질환 중심의 진단, 검사, 및 치료 위주의 진료가 대부분을 차지하고 있어서 의료의 새로운 패러다임을 말아서 수행하는데 어려움이 나타나고 있다. 뿐만 아니라 일차의료의 최근 트렌드로 실손보험의 가입자 확대에 의해 도수치료나 미용과 같은 비급여 진료가 점점 늘어나고 있는데 이러한 양상은 예방적 의료가 중요한 초고령사회에서 국민건강과 의료의 가치 측면에서 바람직하지 못하다.

초고령사회를 준비하기 위해서는 일차의료의 지역사회 자원과 연계하여 만성질환을 통합적으로 관리할 수 있는 서비스 및 제공체계의 구축이 필요하다. 특히 인구 고령화, 만성질환의 증가에 따라 예방, 포괄적 진료, 진료의 연속성이 중요해지므로 동네 의원을 중심으로 환자를 지속 관찰하고 관리서비스를 제공하며 교육 및 상담 등을 통해 만성질환을 효과적으로 관리하는 것이 필요하다.⁴⁶⁾

그런 의미에서 초고령사회를 대비한 일차의료의 기능과 관련하여 주치의 기능이 중요하다는 의견은 여야를 불문하고 상당한 공감을 얻고 있다. 주치의제도 도입과 관련하여 제20대 대통령 선거 과정에 개최된 ‘주치의제 도입을 위한 정책토론회’에서 여야 4당은 주치의제도 도입의 필요성에 대해서도 대체로 찬성 입장을 보였다.⁴⁷⁾

초고령사회에서는 일차의료기관이 지역사회 내에서 노인환자의 건강을 지속적으로 관리하고 질병 예방 기능을 담당하는 기능을 수행함으로써 지역의 환자 신뢰를 구축해 나가는 것이 필요하다. 그렇게 함으로써 월등한 시설과 장비를 갖춘 대형병원과의 기능적 차별성을 보여주고, 접근성, 포괄성, 조정성, 지속성 등을 특징으로 하는

45) 양운준. 의료정책연구소 연구보고서 2019-09 <우리나라 일차의료 의사의 범위, 역할, 임상재교육 방안>

46) 권순만. 「보건복지포럼」 2019.5. <건강보장 분야의 정책 과제와 추진 전략>

47) 이승덕. 의학신문. 2022.1.24.보도. <4당 선대본, 방법은 달라도 ‘주치의제도 도입’ 한 목소리>

일차의료의 가치로 인해 고령화로 인한 의료비 증가를 억제하는 강력한 수단이 될 수 있는 것이다.

이를 위해 일차医료를 중심으로 예방, 건강증진, 급성기 치료, 재활, 요양 등 다양한 서비스 간의 효과적인 연계를 통해 비용을 절감하고 삶의 질을 높이며 효과적으로 건강을 향상하는 방안을 모색해야만 한다. 초고령사회를 앞두고 만일 일차의료의 기능이 축소되고 쇠락하게 된다면 향후 심각한 보건 위기에 직면하게 될 뿐만 아니라 건강보험재정에도 문제가 발생할 소지가 있기 때문이다.

3. 초고령사회와 지역 중소병원

초고령사회에서 지역 중소병원은 입원이 필요한 지역의 고령 환자들이 입원하여 기능을 회복하고 집이나 지역사회로 복귀시키는 역할을 주로 담당하게 된다. 일종의 커뮤니티 병원인 셈이다. 중추신경계나 근골격계 질환이나 손상으로 재활치료를 받거나 외과적 수술이나 시술 이후 신체기능을 회복하는 동안 일시적으로 입원을 하는 곳이 지역 중소병원이다. 초고령시대 지역 중소병원의 개혁을 위해서는 일본 의료·개호 개혁(2025년 모델)을 참고할 필요가 있다.⁴⁾

일본은 인구 고령화에 대응한 의료·개호 개혁 정책을 시행하였는데 병원급 의료기관의 경우 병상을 ‘고도급성기-급성기-회복기-만성기’로 구분하고 각 기능별 총 병상 수요에 따라 구조조정을 단행하였는데 주로 급성기 병상을 줄이고 회복기 병상을 늘려 나가고 있다.

한국과 일본의 기능별 총 병상 수를 비교하면 한국은 고도급성기 병상 비율이 매우 높은 것으로 나타난다. 2019년 기준 한국은 고도급성기에 해당하는 상급종합병원과 종합병원의 병상 수가 전체의 21.36%를 차지하고 있는 반면 일본은 2015년에 15.48%를 차지하고 있다. 그러나 일본은 이조차도 2025년에는 10.92%까지 축소하고 대신 회복기 병상을 2015년 8.91%에서 2025년 31.49%까지 확대할 예정이다.

병상 수보다 진료비의 문제는 더욱 심각하다. 한국과 일본의 기능별 총 진료비를 비교하면 한국과 일본 모두 고도급성기와 급성기 의료기관의 총 진료비가 높은 비율을 차지하고 있다. 하지만 한국은 고도급성기에 해당하는 상급종합병원과 종합병원의 진료비(43.6%)가 일본(24.4%)에 비해 특히 더 높은 것으로 나타난다. 반면 일본은 2015년 8.19%였던 회복기 진료비가 2025년에 29.21%까지 증가할 것으로 예상되고 있다.

[표 13]

【표 13】 한국과 일본의 기능별 총진료비 점유율 (단위: 억 원, 억 엔, %)

기능별	대한민국(2019년)		일본(2015년)		일본(2025년)	
	요양급여비 (억원)	비율(%)	총진료비 (억엔)	비율(%)	총진료비 (억엔)	비율(%)
고도급성기	296,915	43.60%	45,610.8	24.40%	38,532.0	17.87%
급성기	324,720	47.69%	101,094.0	54.08%	91,909.2	42.62%
회복기	-	0%	15,312.0	8.19%	63,000.0	29.21%
만성기	59,293	8.71%	24,921.6	13.33%	22,230.0	10.31%
합 계	680,928	100%	186,938.4	100%	215,671.2	100%

※ 참고 : 우리나라의 경우 상급종합병원과 종합병원을 고도급성기로 분류함.

일본은 ‘병상 과잉 지역의 병상 신설을 억제하고 병상이 부족한 지역으로 신설을 유도함으로써 전국적으로 일정 수준 이상의 병상자원을 확보’하기 위해 도도부현의 지역의료계획에 따라 진료권역별로 각 지역의 ‘기준 병상 수’를 책정하여 기준병상 수에 비해 병상이 과잉인 지역에는 신규 병원의 개설 및 병상 증설 등이 제한되게 된다. 다만 의원급(진료소)의 병상은 지역의료계획에 포함되지 않으므로 규제 대상이 되지 않는다.⁴⁸⁾

기준 병상 수는 전국적으로 통일된 계산식에 의해 산정하게 되는데 일반병상과 요양 병상은 2차 의료권별로 성별·연령 계급별 인구, 병상 이용률 등을 토대로 계산하고, 정신병상은 도도부현의 연령별 인구, 1년 이상 지속 입원 비율, 병상 이용률 등을 토대로 계산한다. 결핵병상은 도도부현의 결핵 예방을 위해 필요한 숫자를 각 현의 지사가 정하며 감염병상도 도도부현의 특정 감염증 지정 의료기관 등의 감염증 병상 합계 수를 기준으로 각 현의 지사가 정한다.

병상 수 산정 관련 예외 조치로는 응급 의료를 위한 병상 및 치료 체험을 위한 병상 등 단순한 정비를 필요로 하는 일정 병상에 대해서는 병상 과잉 지역이라도 설치가 가능하고, 일반 주민에 대한 의료를 실시하지 않는 병상은 기준 병상 수에 산정하지 않는다. (병상 수의 보정)

IV. 문제 해결을 위해 해야 할 것들

1. 의료돌봄 통합 제공체계의 신설

현재 우리나라의 의료기관 종별시스템은 단순히 의료기관을 기관의 규모에 따라 ‘피라미드식’으로 1차·2차·3차 기관으로 구분해 놓은 시스템이다. 이 시스템은 지난 1989년 행정구역에 따른 진료권을 설정하고 지역 내 의료기관을 우선적으로 이용하도록 제도화한 시스템이지만 고령화로 인해 치료 뿐만 아니라 케어가 점차 중요한 문제로 부각되고 있는 시점에 규모로 구분한 종별시스템만 가지고는 효율적 의료제공을

48) 일본의 ‘기준 병상 수’ 제도는 ‘병상 과잉 지역의 병상 신설을 억제하고 병상이 부족한 지역으로 신설을 유도함으로써 전국적으로 일정 수준 이상의 병상자원을 확보하기 위한 것’을 목표로 하고 있다.

할 수 없다. 급성기-회복기-만성기 등 질환의 시기별 특성과 의료기관의 기능별 특성에 따른 구분을 고려해야만 한다.

이를 위해서는 의료법에 의료이용체계를 명시하여야만 된다. 의료법에 의료전달체계에 관한 확고한 근거가 없는 가운데 건강보험법에 의거한 진료비 통제나 억제 정책만으로 전달체계를 확립하려 한다면 환자의 반발로 인해 어려운 상황이 초래될 수 있기 때문이다.

현재 우리나라의 외래 중심 일차의료 기반으로는 일차의료 중심 커뮤니티케어를 원활하게 수행하기 어려운 상황이다. 전체 1차의료기관의 일부가 방문진료와 방문간호의 중추적 역할을 담당하는 통합 의료·돌봄 서비스를 제공할 수 있는 기관으로 변화되어야만 한다. 외래 진료에만 매여 있어서는 지역사회의 통합 의료·돌봄이 필요한 대상자를 제대로 케어할 수 없기 때문이다.

이를 위해 통합 의료·돌봄 전문 일차의료기관의 한 형태로 일본의 개호의료원과 비슷한 기능을 담당하는 ‘(가칭)요양의원’ 제도를 신설해 보는 것을 제안한다. 요양의원 의사가 고령자와 친밀한 관계를 지속적으로 형성하여 신뢰를 유지하고 예방적 의료를 통한 건강지킴이로 자리매김할 수 있도록 충분한 보상체계를 마련(예. 만성질환관리, 방문진료(방문간호), 환자교육, 건강증진, 치료계획·상담 등과 관련한 수가 신설하거나 현실화)하는 것이 필요하다.

(가칭)요양의원의 시설·인력·장비 기준을 기존의 요양병원과 요양원의 중간 정도로 완화된 기준을 적용하여 의원급에서도 장기요양 환자를 일정 부분 케어할 수 있도록 하여 자연스럽게 통합 의료·돌봄 체계가 생겨나도록 해야 한다.

일차의료기관의 방문진료도 적극적으로 참여해 나갈 필요가 있다. 지난 2021년 4월부터 일차의료(의과) 방문진료 수가 시범사업이 시행되고 있으나 성과가 미미하자 8월부터는 ‘한의사’의 방문진료도 허용되었다. 방문진료 수가의 지급 근거는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조의3(방문요양급여 실시 사유)과 국민건강보험법 제41조의5(방문요양급여)에 따라 책정이 되어있다.

방문진료의 대상은 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」제16조제1항에 따른 장애인 건강주치의제도의 대상이 되는 중증장애인, 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」제2조제3호에 따른 말기환자(末期患者), 가정형 인공호흡기를 사용하는 등 일정 수준 이상의 의료적 요구가 있어 방문요양급여를 제공받을 필요가 있는 18세 미만 환자, 그 밖에 질병, 부상, 출산 등으로 거동이 불편하여 방문요양급여가 필요하다고 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 경우에 해당하는 사람이 해당된다.

방문진료료(2022년 의원급 상대가치 점수당 단가 90.2원 적용)는 방문진료 시 발생하는 행위·약제 및 치료재료 등이 포함된 ‘방문진료료 I(124,270원)’과 포함되지 않는 ‘방문진료료 II’(86,450원)로 구분된다.

방문진료 시범사업은 지난 2019년 12월 시작한 이래 지난 해 9월까지 343개 의원급 의료기관이 참여하고 있다. 이 가운데 136개 기관이 환자 2,962명에 대한 방문진료를 실시하고 실제 수가를 청구한 것으로 나타났다.⁴⁹⁾

49) 고정민. <‘목표미달’방문진료 시범사업…“다양화·전문화 나서야”> 청년의사 2021.11.08. 보도.

그러나 보건복지부는 의원급 의료기관의 방문진료 시범사업이 지지부진하다고 판단하고 지난 해 8월 30일부터 한의사를 대상으로 한 방문진료 시범사업을 확대 운영하고 있는데 총 1,348개 한의원이 「일차의료 한의 방문진료 수가 시범사업」 참여기관으로 선정되었으며, 시범사업 참여기관은 한의사 1인당 한의 방문진료료를 일주일에 15회까지 산정할 수 있으며, 수가는 93,210원(2021년 기준)을 적용하고 있다. 의사들의 방문진료에 대한 관심을 제고시킬 필요가 있다.

2. 기능 중심 병상 이용체계 개편

병원급 의료기관은 질환의 시기에 따른 기능 중심 이용체계로 개편해야 한다. 상급 종합병원과 종합병원은 초급성기 상태의 환자를 주로 진료하는 기관으로 중증·응급·난치성 질환 등 중증질환 중심으로 진료를 하도록 하고, 급성기는 전문병원과 의원급 중심의 진료를 담당하도록 하되 병원급 의료기관의 경우 전문병원(감염·외상·화상·정신 등) 등 특수 기능이나 특정 질환을 전문적으로 진료하는 의료기관으로 특화할 필요가 있다.

지역사회에서 지역 완결형 의료·돌봄 체계를 담당할 의료기관으로 회복기 병원을 신설할 필요가 있다. 회복기 병원은 수술·시술 후 회복, 재활 등의 기능을 담당하는 커뮤니티(회복)병원으로 반복적 입퇴원이 필요한 노인 환자를 조기에 커뮤니티로 복귀하는 것을 목표로 한다. 기존의 요양병원은 일반·재활·완화·치매 등으로 기능을 분화하고 요양시설과의 기능정립을 통해 의료적 기능이 강한 경우 요양병원에서 돌볼 수 있도록 시스템을 정비해야 한다. [표 14]

【표 14】 질환의 시기에 따른 기능 중심 의료기관 분류

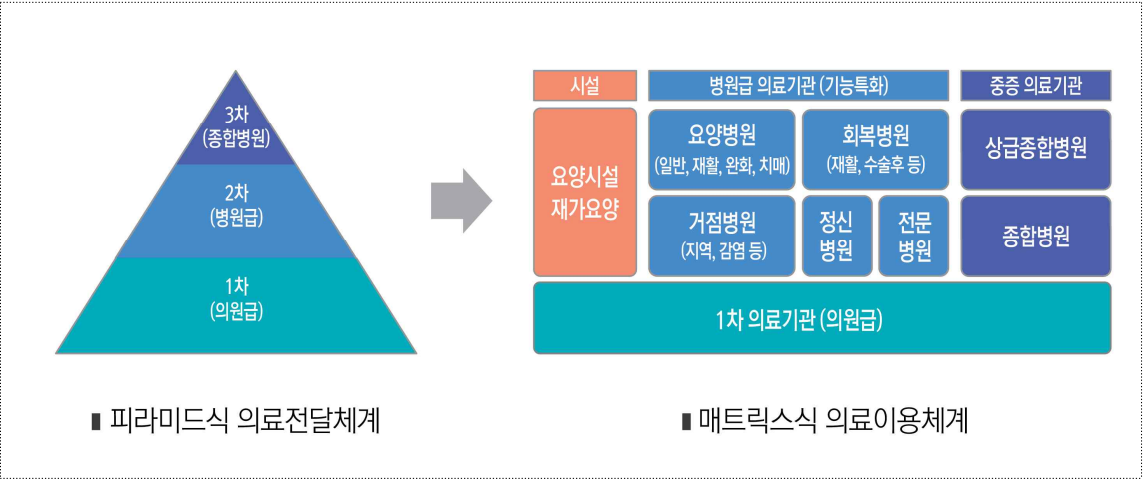
시 기	의료기관 유형	기 능
초급성기	상급종합병원, 종합병원	- 응급질환, 희귀난치성 질환 진료 - 수련교육, 연구 중심 기능 - 고난이도 및 첨단 의료
급성기	전문병원, 정신병원, 의원	- 진료과목 별 전문질환 진료 - 화상, 외상, 감염, 정신 병원 등
회복기	재활병원, 커뮤니티병원(회복병원)	- 급성기(수술 또는 시술) 이후 안정 및 기능의 회복, 사회복귀
만성기	요양병원, 치매병원, 정신병원, 호스피스병원, 요양의원	- 요양, 치매, 정신, 재활, 임종 전 등 장기입원이 필요한 환자
일차의료	의원	- 1차 의료, 재택·방문의료

병원급 의료기관은 지역별 기능별 병상 총량제를 시행하여 병상 과잉 지역의 병상 신설을 억제하고 병상이 부족한 지역으로 신설을 유도하는 등 적정 병상을 확보하도록 해야만 한다.

기존 1-2-3차 ‘피라미드식’ 의료이용체계는 고령화로 인한 다양한 ‘의료 및 돌봄’ 서

비스 제공이 불가하다. 따라서 질병의 시기와 생애 전주기를 고려하여 기능중심 의료 이용체계를 구축하고, 일차의료가 지역 완결형 의료·요양·돌봄 연계체계의 조정자로서 초고령사회의 다양한 의료·돌봄 수요를 조율하는 ‘매트릭스식’ 의료이용체계로 바꾸는 것이 바람직하다. [그림 7]

【그림 7】 피라미드식 의료전달체계에서 매트릭스식 의료이용체계로 전환



3. 국회 입법 활동

커뮤니케어의 성공을 위해서는 국회의 역할이 매우 중요하다. 커뮤니케어를 수행에 반드시 필요한 다양한 입법을 통해 법적 근거를 마련해야 하며, 동시에 이와 연계된 각종 보건의료 관련 법령의 개정이 필요하다.

먼저 커뮤니케어 수행의 근간이 되는 의료와 돌봄을 통합적으로 제공할 수 있는 「(가칭)지역사회 의료돌봄통합법(의료돌봄통합법)」을 제정할 필요가 있다. 현재 국회에 계류되어 있는 「지역사회통합돌봄법안」의 경우 커뮤니케어의 핵심적 요소인 의료배제되어 있어서 성공적 제도 안착이 어렵기 때문이다.

「의료돌봄통합법」 제정과 더불어 현행 의료법의 전면적 개정이 필요하다. 의료법의 방대한 내용을 직무에 관한 내용과 직업에 관한 내용으로 체계적으로 정비하고, 의료전달체계, 커뮤니케어, 4차산업혁명에 관한 내용을 규정한 조항을 포함한 전면적 개정이 필수적이다. 필요하다면 현행 의료법에 포함된 의사·치과의사·한의사·간호사를 포함한 다양한 보건의료직종에 관한 조항들을 별도의 직업법인 「(가칭)통합보건의료직업법」으로 제정하는 것도 필요하다.

의료법 이외에 국민건강보험법, 노인복지법, 노인장기요양보험법, 의료기사법 등 다양한 법률들의 개정도 필요하다.

V. 글을 마치며

우리나라 건강보험제도는 첫 단추부터 잘못 끼워졌다. 일각에서 우리나라 건강보험 제도에 대해 ‘오바마도 부러워했다’며 마치 우리나라 건강보험제도가 전세계에서 주목 받는 뛰어난 제도로 오인하게끔 홍보하고 있으나 이는 국내총생산(GDP) 대비 경상의료비가 17% 가까이 되는 미국의 입장에서 ‘오바마케어(The Affordable Care Act)’를 추진하기 위한 동력으로 저비용으로 전국민의료보험을 시행하고 있는 우리나라의 제도를 언급한 것일 뿐이지 결코 한국식 사회보험 제도를 추진한 것이 아니다.

서구사회는 전통적으로 국가나 교회 등을 중심으로 사회복지나 종교적 시혜의 형태로 의료 서비스가 공급되었다. 반면 우리나라는 과거 의료에 대한 국가의 투자가 어려웠을 때 민간의 자발적인 투자로 의료 서비스가 발전했다. 그런데 최근 일부 학자들이 그동안 민간 의료기관이 국민 건강에 기여한 것에 대해 폄훼하고 민간의료기관을 마치 이익만을 추구하는 부도덕한 존재로 호도하면서 공공의료기관의 지속적 확대를 주장하고 있으나 이는 대단히 잘못된 접근 방식이다.

대한민국 의료의 앞으로 국민 건강을 잘 지키도록 하려면 의료이용체계를 합리적으로 개선하고, 국가는 보건의료체계 전반의 관리와 운영의 주체로서 공정한 심판관의 역할을 잘 담당하는 것이 중요하다.

의료이용체계는 국가의 한정된 보건의료 자원을 얼마나 효율적으로 사용할지에 대한 시스템을 만드는 일이다. 이용체계의 확립은 정부만의 힘으로 해결할 수 있는 내용이 아니며, 단기간에 이루어 낼 수 있는 성과물도 아니다. 그러므로 정부의 일방적 정책 시행보다는 다소 시간이 걸리더라도 의료계와 협의하고 국민과 함께 정책을 추진해야 할 것이다. (끝)

■ 정책토론회

토론

- 임 금 자 前 대한의사협회 의료정책연구소 연구위원
- 조 동 근 명지대 경제학과 명예교수
- 신 의 철 가톨릭대 의과재학 교수

초고령사회 위기극복을 위한 한국의 의료정책 토론문

신 의 철
가톨릭대 의과대학 교수

발제자의 의료돌봄 통합제공체계와 기능중심 병상 이용체계 개편은 노인을 위한 의료 서비스 제공의 기능적 측면에서는 매우 미래지향적이고 합리적인 제안이라고 판단함.

그러나, 이러한 제안이 현실적으로 구현되기 위해서는 진료비 지불방식은 어떻게 할 것인가? 기능별 분화된 기관간 서비스 제공의 조율은 어떻게 할 것인가?의 이슈가 논의되어야 함. 분화된 의료기관간 조율이 적절히 이루어지지 않을 경우, 각 기관들이 상호 경쟁적으로 서비스를 제공하고, 이는 행위별수가제 안에서 궁극적으로 의료비 폭증으로 이어질 가능성을 배제하지 못함.

따라서, 기능별로 분화된 기관들간 조정이 스스로 가능한(외부 통제가 아닌) 설계를 함께 고민해야 함. 논의되고 있는 체계와 유사한 통합적 의료제공체계의 선진국 사례의 한예를 살펴보면, 환자 1인을 기준으로 연간 정해진 의료비를 설정하고, 일정 조정주체가 해당 환자의 의료적 상황에 적합한 기능별 기관을 조정하고, 질병예방 및 건강유지 활동을 제공함. 이러한 조정주체는 보통은 보험자가 그 역할을 맡고 있으며, 특이한 점은 해당 조정주체가 의료기관과 동일한 이해관계 하에 상호 협력함을 근본적 속성으로 함 (현행 보험자-의료기관의 대립형 관계가 아님).

이러한 통합의료체계가 우리나라에서 기능하기 위해서는 그러나, 현 건강보험체계가 근본적으로 변화되어야 하는 부분이 있음 (이는 불행하게도 논의 자체가 불가능한 것처럼 보이기도 함). 첫째는 수가지불제도의 변화로 행위별수가제의 인두제 변화임. 둘째는 다수의 경쟁적 보험자(통합조정주체) 도입임. 풀어서 간략히 얘기하면, 각 통합조정주체는 보험료 징수와 기능 분화된 의료기관간 서비스 제공 조정 역할을 함. 그러나, 이러한 체계는 수익보존을 위한 비용통제의 유인 때문에 의료의 질이 낮아질 가능성이 있음. 따라서 환자에게 서비스의 질이 높은 통합조정주체를 선택할 수 있는 권한을 부여하는 설계가 필요함. 즉, 다수의 경쟁형 보험자를 도입하고 이를 정부가 잘 관리하는 것이 성공적 관건임.

따라서, 향후 의료돌봄 통합체계를 논의하기 위해서는 수가지불체계와 건강보험체계의 변화도 함께 고려해야 할 것으로 판단됨.

초고령사회 위기극복을 위한 한국의 의료정책 토론문

임 금 자
전 대한의사협회 의료정책연구소 연구위원

■ 들어가며

- o. 이미 오래전부터 고령화~초고령화 관련하여 다양한 부분에서 논의 많았음.
- o. 특히 독거노인의 문제, 노인빈곤의 문제, 노인 의료의 문제 등 주로 노인의 건강과 재정에 관한 논의였음.
- o. 발제문에서도 초고령사회와 의료를 연계하여 논하면서 비용의 문제, 특히 의료비를 연계하고 있음.
- o. 발제문에서는 노인의료비 중 건강보험재정과 관련된 문제를 논하면서, 문제가 더 깊어지기 전에 이를 해결하기 위한 방안이 마련되어야 함을 주장함.
- o. 발제문에서는 지역사회 중심의 의료-돌봄 통합 제공체계와 병상의 기능 중심 전환을 문제해결 대안으로 제시함.
- o. 과연 발제문에서의 제안이 초고령사회의 문제 해결을 위해 적절한 대안이고 실현 가능할까? 실현가능하다면 그 비용은 누가 부담할 것인가? 부담할 능력은 되는가? 노인들은 이러한 시스템을 기꺼이 받기며 이용할까? 다른 의료이용자와의 형평성은?

■ 우리나라 의료체계의 문제들

- o. 의료의 공공성 vs. 공공의료기관
 - 우리나라처럼 공공의료기관 vs. 민간의료기관에 대해 의견이 다양하고 찬·반으로 나뉘어 논란이 심화되는 경우는 많지 않을 것임. 기관 중심의 논의와 더불어 공공의료에 대한 논의도 오래전부터 계속되고 있음. 그 중심에는 우리나라는 공공의료이 부족하니 공공의료를 확대해야 한다는 것임.
 - 한쪽에서는 공공의료가 부족하니 공공의대를 설립하여 공공의료를 담당할 의료인을 육성해야 한다고 주장한 반면, 다른 한쪽에서는 이미 병상이든 기관이든, 종사자든 90% 이상이 민간이지만 업무는 공공의료를 담당하고 있다면서, 우리나라는 이미 의료인력이나 시설이 충분하다 못해 넘쳐 환자들이 의료를 이용하는데 전혀 불편함이 없다고 주장함. 공공의료 확대는 정치권의 표를 의식한 지역 의대설립 또는 의사인력 확충을 위한 꼼수에 지나지 않는다고 주장함.
 - (건강보험료 납부자로서)의료재정을 부담하고 있고 잠재적 환자인 국민의 입장에서 내 호주머니에서의 의료비(건강보험료 포함) 지출은 줄이고 싶고, 높은 수준의

의료는 이용하고 싶은 것이 인지상정임.

- 공공의료기관을 늘린다고 해서 나에게 더 나은 의료서비스를 제공해 줄 것 같지 않다면 공공의료기관의 추가 설립을 반대하는 것이 당연한 것이고, 공공의료기관을 늘려서 나에게 더 나은 의료서비스를 제공해 줄 것 같으면 공공의료기관의 추가 설립을 찬성하는 것이 당연한 것임. 그러나 그 전제는 어떤 것이 되었던, '높은 수준의 의료서비스'를 이용할 수 있어야 한다는 것임. 그렇지 않을 경우 의료의 공공성이나 공공의료기관/민간의료기관의 논쟁은 해당 분야 종사자들의 밥그릇 싸움으로 보일 뿐임.

o. 의사 수는 충분한가? 부족한가?

- 의사 수는 아무리 많다고 해도 부족함. 극단적인 예를 들어보면, 국민 1명 당 모든 과의 전문의가 상시 대기하고 있다면 의사 수는 부족하지 않다고 할 수 있을 것임 (필요에 따라서는 특정 전문과는 다수의 의사가 필요 할 수도 있음). 그러나 이는 불가능함. 그렇다면 의사 수는 부족한가? 알 수 없음. 의사 수가 충분하냐, 부족하냐는 이를 평가할 수 있는 기준이 필요함. 통상 국제기준을 사용하는데, 우리나라는 OECD 평균과 비교하는 것이 일반적임. 그리고 발제문에서 밝혔듯이 우리나라 의사 수는 현 시점에서는 OECD 평균에 비해 적은 수준임.
- 과연 우리나라는 의사 수가 부족할까? 우리는 의사에게 진료 받는데 많은 시간을 기다려야만 하는가? 그럴 수도 있고, 아닐 수도 있음.
- 대한민국의 내로라하는 의사에게 진료 받고, 수술 받으려면 오랜 기간 기다려야 함. 심지어는 1~2년을 기다려야 하는 경우도 있음. 우리나라 의사들이 하루 진료하는 환자 수나 수술 건수가 다른 나라 의사들에 비해 많음에도 불구하고 그러함. 이러한 경험을 한 환자는 우리나라 의사 수가 부족하다고 할 것임. 반면에 너무 아파 동네의원에 진료예약하려고 전화하면 바로 오라는 곳도 있음. 이를 경험한 환자는 우리나라는 의사 수가 너무 많다 못해 넘친다고 할 것임.
- 위의 두 사례를 경험한 사람들이 의외로 많을 것임. 그렇다면 의사가 많을까? 부족할까? 의사 수와 관련된 질문에는 언제나 OECD 평균이 등장함. 위에서도 언급한 바와 같이 우리나라는 OECD 평균에 비해 분명히 인구당 의사 수는 적음. 그러나 우리는 의료 이용하는데 불편함이 없음. 특별히 유명한 의사에게 진료 받으려면 기다리는 불편함을 감수해야 한다는 것 뿐임. 이는 다른 나라에서도 마찬가지임. 어디나 유명 의사에게 진료 받으려면 수개월~수년을 기다려야함.
- 흔히 의료계에서 회자되는 말이 있음. 우리나라는 편의점보다 의료기관의 수가 더 많다고. 통계를 찾아보지는 않았지만 틀린 말도 아닐듯함. 지나다 보면 한 건물에 많은 동네병원(의원)이 있고(심지어 다양한 진료과), 그 인근의 다른 건물에 똑같이 많은 동네병원(의원)들이 있음. 그리고 의협신문 조사에 의하면 면적당 의료기관 수는 우리나라가 단연 으뜸임. 의사 수 증가의 속도도 OECD 중 가장 빠름. 수년 내에 우리나라 의사 수는 OECD 평균보다 높을 수 있음. 의사 수가 많을까? 부족할까? 의사 수의 증가는 의료비 증가로 이어진다는 것이 이미 입증되었다는 사실을 의사 수와 관련된 논의에서 고려되어야 할 사항이라는 것도 지적하고자 함.

o. 중장기 정책의 부재?

- 발제자는 우리나라는 중장기 보건의료정책이 없다고 지적함. 그러나 법률에서 정한 바와 같이 매 5년마다 종합계획을 세우기는 함. 문제는 실천이 뒤따르지 않는다는 것일 뿐. 계획만 있고 실천은 뒤로....
- 우선 의료전달체계와 관련하여 : 전문가들이 오래전부터 꾸준히 요구하는 것이 의료전달체계의 강력한 실천 및 정착임. 증가하는 건보재정을 감당할 수 없을 정도로 의료전달체계의 미흡은 재정문제로 이어지고 있음을 지적한 것이 벌써 수년 전임. 분명히 정부도 매번 조금씩, 아주 조금씩 의료전달체계와 관련하여 정책의 변화를 주지만 쉽지 않음. 다른 문제는 다 차치하더라도 환자가 대학병원, 그것도 서울의 (유명)대학병원만 고집하는 경우도 적지 않아 의료전달체계를 ‘정상화’하는 것은 쉽지 않을 것임. 그러나 상급종합병원으로, 그러도 서울, 수도권 상급종합병원으로 환자가 몰리면 파급되는 문제가 너무도 많고 심각하여 정부는 의지를 갖고 정책으로 이미 마련된 의료전달체계를 강력하게 밀고 나가야 할 것임. 여론이 무서워서 마련된 정책을 제대로 현실화 하지 못한다면, 제도 존립 자체가 위협할 수도 있음을 정책당국을 명심할 필요가 있음. 보험료를 부담하는 피보험자 입장에서, 그리고 미래의 잠재적 환자의 입장에서 반드시 의료전달체계가 정착되기를 강력하게 요구함.

■ 초고령사회의 의료·돌봄

- 발제문에서의 커뮤니티 케어(지역사회 통합 돌봄)는 건강보험과 장기요양보험을 의미하는 것으로 볼 수 있음. 단, 장기요양보험을 확대하여 거주지에서의 돌봄을 실천하자는 것임. 장기요양보험의 적용을 초고령사회에서는 노인에게만 적용할 것이 아니라, 이미 장기요양보험제도가 운용되고 있어 그 적용범위를 나이와 관계없이 장기요양이 필요한 환자에게 서비스를 제공하는 것으로 확대할 필요가 있음.
- 가장 효율적인 서비스는 거주지에서 서비스를 받도록 하는 것임. 즉, 장기요양서비스가 필요한 환자이면서 거주지에서의 계속 거주가 가능하다면 서비스 제공자가 환자의 거주지를 방문하여 서비스를 제공하는 것임. 가족이 서비스 제공자로서의 역할을 하는 것도 가능할 수 있음.
- 또한 장기요양서비스를 원활하게 제공하기 위해서는 거주지역의 중소병원과 의원의 협력이 요구됨. 필요한 경우 장기요양 전문 의료기관으로의 전환도 검토해 볼 수 있을 것임.

■ 맺는 말

- ‘초고령화 위기극복을 위한 한국의 의료정책’이라는 제목에서 유추할 수 있는 것은

- 우리나라의 의료는 이미 위기라는 것임. 그리고 이를 극복해야 한다는 것임.
- 그러면서 초고령화로 인한 노인의 의료비 급증, 그로 인한 건보재정의 문제를 우려하는데, 의료비 급증은 초고령화에 기인한 것이라고 보기에는 무리가 있는 것이라고 할 수 있음. 발제문에서 노인인구는 전체인구의 25.7%로 예측한 반면, 의료비는 13.%로 예측되어(2013년) 노인인구대비 의료비는 많지 않다는 것이 이를 입증함.
 - 초고령화 사회일지라도 일반적인 의료체계를 비용-효과적인 체계로 운영하는 것이 오히려 다른 문제도 동시에 해결할 수 있는 방안이 될 것임.
 - 특히 매년 늘어나는 건강보험료를 피보험자 더 이상 부담할 수 없을 때 건강보험제도는 진짜 위기가 될 것임. 건강보험제도의 지속가능성은 부담가능한 수준의 보험료 수준일 때 가능한 것임. 지금도 가입자에게는 매우 부담스러운 보험료 수준임.

초고령사회 위기극복을 위한 한국의 의료정책 토론문

조 동 근

명지대 경제학과 명예교수 / 바른사회시민회의 공동대표

우리나라는 의료보험 제정 당시 자원 부족으로 '저수가·저부담·저급여'의 기조로 제도가 추진되었다. 효율을 추진하기 위해 기관당 병상 수가 천 개가 넘는 메가급 대학병원(Mega-hospital)들이 나타나게 되었고, 규제완화 지원에서 '자유방임형 의료이용체계'가 되었다.

그러던 중 2017년 8월부터 '건강보험 보장성 강화 대책'(문재인케어)을 시행한 이후 대형병원 환자 쏠림이 심해지면서 의료비 증가 추세가 더욱 가팔라지고 있다.

I. 대한민국 의료체계의 쟁점 및 평가

1) 의료의 공공성 논쟁

공공성을 전면에 내세우고 공공의대 설립을 추진했으나 사실은 숨은 의도가 있었다. 시도지사나 시민단체에 학생 추천권을 행사하겠다는 것이다. 현대판 음서제 논란이 일면서 없던 것으로 되었다.

2) 의료 격차의 문제

OECD 자료(OECD Health at a glance 2019)에 따르면 좁은 국토면적에 인구밀도가 높은 우리나라는 도시와 농촌지역의 인구 천 명당 의사 수 분포가 도시 지역 2.5명, 농촌 지역 1.9명으로 그 차이가 0.6명에 불과하다. <표-2>에서 보는 바와 가티 의료격차는 없는 것으로 판명되었다. 도동간 계층간 의료격차이 심각했다면 코라나 사망자수는 심각했을 것이다.

【표 2】 국가별 코로나19 현황 (2022.7.11. 기준. 단위: 명, %)

국가	천명당 의사 수*	확진자수	사망자수	치명률
영 국	3.0명	22,883,995	180,718	0.79%
오스트리아	5.3명	4,536,872	18,884	0.42%
대한민국	2.5명	18,524,538	24,661	0.13%
프랑스	3.2명	32,115,604	150,017	0.47%
독 일	4.4명	29,025,760	141,870	0.49%
이탈리아	4.1명	19,439,501	169,106	0.87%
스페인	4.4명	12,973,615	108,730	0.84%
일 본	2.5명	9,747,461	31,460	0.32%
미 국	2.6명	90,338,657	1,045,792	1.16%
전 세계		559,885,574	6,375,229	1.14%

※ 출처 코로나19(COVID-19) 실시간 상황판 <https://coronaboard.kr/>

* 인구 천 명당 의사 수: OECD Data 2021

3) 준비 안 된 ‘문재인케어’의 부메랑

문재인 케어는 준비 안된 포퓰리즘 정책이다. 무리한 의료급여로 보건재정이 크게 악화되었고 도시상급종합병원으로의 쏠림 현상을 가속화시켰다.

4) 노인인구비율 증가에 따른 한·일간 GDP 대비 의료비 비교

【표 4】 노인인구비율 증가에 따른 GDP 대비의료비 (단위: %)

일 본	연도	1987년	1997년	2005년	2013년
	노인인구비율(%)	10.9	15.7	20.2	25.1
	의료비(%)	6.4	6.4	7.8	10.8
대한민국	연도	2010년	2019년	2025년	2030년
	노인인구비율(%)	10.8	15.7	20.6	25.7
	의료비(%)	5.9	8.2	10.0	13.8

* 우리나라 의료비 추정치: 일본의 GDP 대비 의료비 증가율을 우리나라에 적용하여 추산한 수치임.

일본이 한국보다 노인인구비율을 통제했을 때 훨씬 비용절약적인 의료정책을 시행했음을 알 수 있다. 일본은 고령화에 따른 경상의료비 증가에 효율적으로 대처하기 위해 병상 기능을 ‘고도급성기-급성기-회복기-만성기’로 구분하고 지역별, 기능별로 필요한 병상 수를 산정하는 ‘기준병상제(병상총량제)’를 통해 높은 의료비를 유발하는 고도급성기와 급성기 병상의 무분별한 증설을 억제할 수 있는 장치를 갖고 있었다. 반면 우리나라는 자유방임형 의료이용체계로 의료비 증가를 억제할 적절한 정책적 수단이 없었다.

5) 요양기관 종별 요양급여 총액 차이 확대

【표 5】요양기관 종별 요양급여비용 총액 추이

(단위 : 억원, %)

종별구분	2010년	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년	증가율 (10'~20')	증가율 (10'~15')	증가율 (15'~20')
전체	436,283	580,170	646,623	696,271	779,141	857,938	868,339	199%	133.0%	149.7%
상급종합	71,091	91,596	109,331	113,231	140,669	149,705	152,140	214%	128.8%	166.1%
종합병원	65,194	88,644	101,084	111,237	126,390	147,210	149,134	229%	136.0%	168.2%
병원	40,083	55,264	58,786	61,903	68,519	75,716	77,535	193%	137.9%	140.3%
요양병원	17,345	42,112	47,145	53,066	56,846	59,293	61,634	355%	242.8%	146.4%
의원	95,547	117,916	126,477	137,111	151,291	168,644	170,342	178%	123.4%	144.5%
약국	114,855	130,950	142,956	152,888	164,637	177,012	178,038	155%	114.0%	136.0%
기타*	32,362	53,688	60,843	66,835	70,790	80,360	79,516	246%	165.9%	148.1%

출처: 건강보험통계연보 *기타: 치과병의원, 한방병의원, 보건기관 등

대형병원 약진의 직격탄을 맞은 곳이 지역 중소병원이다. 지역 중소병원은 초고령사회에서 지역의 노인 환자가 필요에 따라 입원 치료를 받고 지역사회로 복귀하는 기능을 담당하는 중요한 기능이 있음에도 불구하고 2021년 한 해동안 86곳이 개업하고 204곳 폐업하여 폐업률이 12.7%가 넘는 등 급격하게 인프라가 붕괴되고 있다. 문케어의 부메랑이다.

【표 5】의료기관 종별 기관 수 및 폐업률

(단위 : 개소, %)

	평균(합계)			종합병원			병원			요양병원			의원		
	폐업 기관	운영 기관	폐업 률	폐업 기관	운영 기관	폐업 률	폐업 기관	운영 기관	폐업 률	폐업 기관	운영 기관	폐업 률	폐업 기관	운영 기관	폐업 률
2011	1,723	30,475	5.4%	9	275	3.2%	156	1,375	10.2%	142	988	12.6%	1,416	27,837	4.8%
2012	1,663	30,835	5.1%	7	278	2.5%	143	1,421	9.1%	147	1,103	11.8%	1,366	28,033	4.6%
2013	1,525	31,292	4.6%	7	281	2.4%	136	1,451	8.6%	128	1,232	9.4%	1,254	28,328	4.2%
2014	1,356	31,981	4.1%	6	287	2.0%	130	1,474	8.1%	119	1,337	8.2%	1,101	28,883	3.7%
2015	1,380	32,650	4.1%	7	294	2.3%	132	1,496	8.1%	134	1,372	8.9%	1,107	29,488	3.6%
2016	1,369	33,532	3.9%	7	298	2.3%	116	1,514	7.1%	105	1,428	6.8%	1,141	30,292	3.6%
2017	1,431	34,234	4.0%	6	301	2.0%	123	1,466	7.7%	107	1,529	6.5%	1,195	30,938	3.7%
2018	1,330	35,054	3.7%	10	311	3.1%	124	1,465	7.8%	111	1,560	6.6%	1,085	31,718	3.3%
2019	1,201	35,871	3.2%	9	314	2.8%	93	1,489	5.9%	91	1,577	5.5%	1,008	32,491	3.0%
2020	1,311	36,531	3.5%	10	319	3.0%	94	1,515	5.8%	81	1,582	4.9%	1,126	33,115	3.3%
2021	1,373	37,342	3.5%	5	319	1.5%	204	1,397	12.7%	75	1,464	4.9%	1,085	33,912	3.1%

*출처: 건강보험심사평가원 공공데이터포털

II. 초고령사회의 의료·돌봄 혁신

초고령사회가 도래하면 급성기 치료 중심의 의료시스템에서 의료·요양·돌봄이 통합하

여 생애 전주기를 전인적으로 케어하는 통합적 의료복지체제로 바뀌어야 한다.

1) 초고령사회와 커뮤니티케어

커뮤니티케어는 1983년 영국에서 ‘Care in the Community’라는 용어로 처음 사용되었다. 커뮤니티케어는 고령자나 장애가 있는 사람들을 병원이나 시설에 장기간 입원(소) 시키는 것 대신 자신이 살던 집에서 의료와 돌봄 서비스를 제공하는 것을 의미한다.

커뮤니티케어가 대두된 이유는 상병구조가 급성기 질환에서 점차 만성질환으로 기존의 1·2·3차 의료전달체계를 통한 환자의뢰 시스템이 비효율적일 뿐만 아니라 장기입원으로 인한 활동의 제약 등 다양한 문제들을 일으키고 있기 때문이다. 이러한 문제를 해결하기 위해 1·2·3차 의료를 통합하기 위한 시도를 모색하면서 그 과정에 1차 의료가 서비스 제공의 조정자(Care Coordinator) 역할을 하도록 하고 있다.

2) 의료돌봄 통합 제공체계의 신설

현재 우리나라의 의료기관 종별시스템은 단순히 의료기관을 기관의 규모에 따라 ‘피라미드식’으로 1차·2차·3차 기관으로 구분해 놓은 시스템이다. 이 시스템은 고령화로 인해 치료 뿐만 아니라 케어가 점차 중요한 문제로 부각되고 있는 시점에 규모로 구분한 종별시스템만 가지고는 효율적 의료제공을 할 수 없다. 급성기-회복기-만성기 등 질환의 시기별 특성과 의료기관의 기능별 특성에 따른 구분을 고려해야만 한다.

【표 13】 한국과 일본의 기능별 총진료비 점유율 (단위: 억 원, 억 엔, %)

국가 기능별	대한민국(2019년)		일본(2015년)		일본(2025년)	
	요양급여비 (억원)	비율(%)	총진료비 (억엔)	비율(%)	총진료비 (억엔)	비율(%)
고도급성기	296,915	43.60%	45,610.8	24.40%	38,532.0	17.87%
급성기	324,720	47.69%	101,094.0	54.08%	91,909.2	42.62%
회복기	-	0%	15,312.0	8.19%	63,000.0	29.21%
만성기	59,293	8.71%	24,921.6	13.33%	22,230.0	10.31%
합 계	680,928	100%	186,938.4	100%	215,671.2	100%

※ 참고 : 우리나라의 경우 상급종합병원과 종합병원을 고도급성기로 분류함.

지역사회에서 지역 완결형 의료·돌봄 체계를 담당할 의료기관으로 회복기 병원을 신설할 필요가 있다. 회복기 병원은 수술·시술 후 회복, 재활 등의 기능을 담당하는 커뮤니티(회복)병원으로 반복적 입퇴원이 필요한 노인 환자를 조기에 커뮤니티로 복귀하는 것을 목표로 한다.

의료이용체계는 국가의 한정된 보건의료 자원을 얼마나 효율적으로 사용할지에 대한

시스템을 만드는 일이다.

1차 의료기관과 지역 중소병원의 기능을 재정립하고 강화하여 건강증진·질병예방·만성질환관리 등 국민의 건강을 개선하는 역할을 담당하도록 하고, 상급종합병원에서부터 요양병원에 이르기까지 지역별·기능별 병상 자원의 수요를 정확하게 산출하여 불필요한 자원의 중복과 낭비적 요소를 제거하는 등 의료이용체계의 확립을 서둘러야만 된다.//

[illegible]

[illegible]



서울시 용산구 청파로48, 용산전자오피스텔 913호

Tel : 02-741-7660~2

<http://www.cubs.or.kr>