

발 간 등 록 번 호

정책보고서 2018-

보건의료발전계획 수립을 위한 기초 연구



<총괄> 정영호·고숙자·배정은·차미란·최지희
<재정·인프라분과> 정형선·강희정·김정덕·신정우·윤강재·허윤정
<의료체계분과> 이건설·박형근·황도경
<의료자원분과> 김윤·배재용·박수경
<건강증진·질병관리분과> 윤석준·김동진·서제희·전진아·채수미·정
윤선
<의료보장분과> 신현웅·여나금
<공공의료분과> 조희숙
<미래기술분과> 박소라·김현철·박실비아·정영철·정연·이관익·최
영임

※ 분과별 중복 참여 시 대표 분과로 기재

【책임연구자】

정영호 한국보건사회연구원 선임연구위원

【주요저서】

시스템 접근을 통한 보건의료재정 분석 및 전망
한국보건사회연구원, 2017(공저)

2017년 지역사회 건강증진사업 현황 평가 및 체감도 조사
보건복지부·한국보건사회연구원, 2017(공저)

【공동연구진】

<총괄분과>

고숙자 한국보건사회연구원 연구위원
배정은 한국보건사회연구원 연구원
차미란 한국보건사회연구원 연구원
최지희 한국보건사회연구원 전문연구원

<재정·인프라분과>

정형선 연세대학교 보건행정학과 교수
강희정 한국보건사회연구원 연구위원
김정덕 건강복지정책연구원 연구위원
신정우 한국보건사회연구원 연구위원
윤강재 한국보건사회연구원 연구위원
허윤정 건강보험심사평가원 심사평가연구소장

<의료체계분과>

이건세 건국대학교 의과대학 교수
박형근 제주대학교 의과대학 교수
황도경 한국보건사회연구원 연구위원

<의료자원분과>

김 윤 서울대학교 의과대학 교수
배재용 한국보건사회연구원 연구위원
박수경 국민건강보험공단 건강보험정책연구원 팀장

<건강증진·질병관리분과>

윤석준 고려대학교 보건대학원 교수
김동진 한국보건사회연구원 연구위원
서제희 한국보건사회연구원 부연구위원
전진아 한국보건사회연구원 연구위원
채수미 한국보건사회연구원 부연구위원
정윤선 고려대학교 보건대학원 연구원

<의료보장분과>

신현웅 한국보건사회연구원 연구위원
여나금 한국보건사회연구원 부연구위원

<공공의료분과>

조희숙 강원대학교 의과대학 교수

<미래기술분과>

박소라 인하대학교 의과대학 교수
김현철 한국보건산업진흥원 R&D기획단장
박실비아 한국보건사회연구원 연구위원
정영철 한국보건사회연구원 연구위원
정 연 한국보건사회연구원 부연구위원
이관익 보건산업진흥원 보건의료빅데이터추진TF
최영임 보건산업진흥원 일자리창출팀

※ 분과별 중복 참여 시 대표 분과로 기재

제출문

보건복지부 장관 귀하

본 보고서를 「보건의료발전계획 수립을 위한 기초연구」의 최종보고서로 제출합니다.

2018년 11월

주관연구기관: 한국보건사회연구원

책임연구원: 정영호

공동연구원:

<총괄> 고숙자

<재정·인프라분과> 정형선·강희정·김정덕·신정우·윤강재·허윤정

<의료체계분과> 이건설·박형근·황도경

<의료자원분과> 김윤·배재용·박수경

<건강증진·질병관리분과> 윤석준·김동진·서제희·전진아·채수미·정윤선

<의료보장분과> 신현웅·여나금

<공공의료분과> 조희숙

<미래기술분과> 박소라·김현철·박실비아·정영철·정연·이관익

연구보조원: 배정은

차미란

최지희

목 차

| | |
|----------------------------------------|----|
| 제1부 「보건의료발전계획 수립을 위한 기초연구」의 개요 | 1 |
| 제1장 수립 배경 및 필요성 | 3 |
| 제2장 정책 환경 및 여건 | 51 |
| 제3장 수립 방향 | 3 |
| 제2부 「제1차 보건의료발전계획」 분과별 추진 과제 | 5 |
| 제1장 의료체계 | 5 |
| 제2장 의료자원 | 19 |
| 제3장 의료보장 | 25 |
| 제4장 건강증진·질병관리 | 23 |
| 제5장 미래기술 | 33 |
| 제6장 재정·인프라 | 41 |
| 제7장 기타 | 51 |

표 목차

| | | |
|------------|---------------------------------------------------------------|----------|
| <표 1-2- 1> | 65세이상 적용인구 및 진료비 지출 현황 | 1..... 2 |
| <표 1-2- 2> | 주요 만성질환의 진료비 추이: 2006년-2016년 | 1..... 2 |
| <표 1-2- 3> | 취업자 수 및 실업률 추이 | 3..... 2 |
| <표 1-2- 4> | 중앙정부 복지재정 운용 | 4..... 2 |
| <표 1-2- 5> | 모바일헬스를 통한 건강지원 | 6..... 2 |
| <표 1-2- 6> | 국내 유입 또는 유입 가능성이 있는 위협 감염병 사례 | 7..... 2 |
| <표 1-2- 7> | 건강보험 중장기 재정추계: 2014년~2060년 | 9..... 2 |
| <표 1-2- 8> | 모형별 건강보험지출 추계 결과 | 9..... 2 |
| <표 1-2- 9> | 건강상태 개선없이 평균수명만 증가하는 경우 | 0..... 3 |
| <표 1-2-10> | 장래 병상수 추계 | 0..... 3 |
| <표 1-2-11> | 일본의 의료비 증가 요인 | 2..... 3 |
| <표 1-2-12> | WHO의 보건의료시스템(health care system) 성과(performance)의 구조적 틀 | 8..... 4 |
| <표 1-2-13> | 연도별 보건의료체계의 주요목표와 하위목표 | 9..... 4 |
| <표 1-2-14> | 성과지표 사례 | 9..... 4 |
| <표 2-1- 1> | 의료법 상의 의료기관 종별 설립 기준 | 3..... 6 |
| <표 2-1- 2> | 의료기관 종별 표준업무 규정 | 4..... 6 |
| <표 2-1- 3> | 의료기관 유형별 입원 및 외래 환자 수 변화 (2011~2016년) | 6..... 6 |
| <표 2-1- 4> | 진료 기능에 따른 의료기관 유형(안) | 2..... 7 |
| <표 2-1- 5> | 단과병원의원 진료과목별 분포 및 진료기능 | 3..... 7 |
| <표 2-1- 6> | 일반병원의 유형별 특성 | 4..... 7 |
| <표 2-1- 7> | 진료비 차등제 도입 시나리오별 소요재정 추정 | 1..... 8 |
| <표 2-1- 8> | 의료체계분과: ❷ 의료-요양 기능 정립: 연도별 세부 추진계획 | 0..... 1 |
| <표 2-1- 9> | 의료기관 종별 · 설립구분별 분포: 2017년 | 1..... 1 |
| <표 2-1-10> | 의료기관 종별 추이: 2013년~2017년 | 1..... 1 |
| <표 2-1-11> | 의료기관 종별 병상 수 추이: 2013년~2017년 | 2..... 1 |
| <표 2-1-12> | OECD국가의 연간 평균재원일수 및 일인당 외래진료건수: 2016년기준 | 3..... 1 |
| <표 2-1-13> | 원격의료 이용가능 대상 및 의료기관 | 7..... 1 |
| <표 2-1-14> | 치료 및 케어 스펙트럼 | 9..... 1 |
| <표 2-1-15> | 의료체계분과: ❷ 대형병원 유입체계 개선 및 의료기관 간 협력 강화: 연도별 추진일정 | 0..... 2 |
| <표 2-1-16> | 시군구 유형별 보건서비스 인프라 확충 필요 개소수 | 8..... 2 |
| <표 2-1-17> | 제목 대상별 서비스 종류 | 8..... 3 |
| <표 2-1-18> | 의료체계분과: ❹ 의료-복지 연계: 커뮤니티케어: 연도별 추진일정 | 8..... 3 |
| <표 2-1-19> | 65세이상 적용인구 및 진료비 지출 현황 | 2..... 4 |
| <표 2-1-20> | 주요 만성질환의 진료비 추이: 2006년-2016년 | 2..... 4 |
| <표 2-1-21> | 일차의료 · 만성질환관리 정책 연혁 | 3..... 4 |
| <표 2-1-22> | 급성기 치료의 연평균 재원일수 추이: 2013년~2017년 | 4..... 4 |
| <표 2-1-23> | 의료체계분과: ❸ 의료-복지 연계: 동네의원 중심 포괄적 만성질환 관리: 연도별 추진일정 | 7..... 4 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------|
| <표 2-1-24> 공공보건의료의 현재 형태와 향후 개선 방향 | 3·5·1 |
| <표 2-1-25> 의료체계분과 : ❶ 필수의료 보장을 위한 권역/지역별 책임의료기관 지정 및 육성: 연도별 추진일정 | 1 |
| <표 2-2- 1> 보건의료기본법 상의 보건의료인의 정의와 의료법 시행규칙 상의 면허 관리 및 신고 | 6·7·1 |
| <표 2-2- 2> 인구 1,000명당 임상 의사수 전망, 2020-2035 (단위: 명) | 9·7·1 |
| <표 2-2- 3> 간호인력 면허·자격의 소지자 및 종사자 (단위: 명) | 0·8·1 |
| <표 2-2- 4> 의료기사 등의 면허등록자 수 | 1·8·1 |
| <표 2-2- 5> 의료기사 국가시험 합격현황 | 1·8·1 |
| <표 2-2- 6> OECD 국가의 인구 천 명당 물리치료사 | 2·8·1 |
| <표 2-2- 7> 의료기관종별 의료인력 활동자수, 2016 | 4·8·1 |
| <표 2-2- 8> 의료자원 분과 ❶ 의료인력의 적절한 공급 및 미래의료수요에 부응하는 의료인력의 양성과 활용: 연도별 세부 추진계획 | 197 |
| <표 2-2- 9> 외국의 일차의료 제공 형식 사례 | 7·0·2 |
| <표 2-2-10> 면허신고제 및 면허갱신제 사례 | 1·1·2 |
| <표 2-2-11> 의료자원 분과 ❷: 병상 자원의 적절한 공급: 양과 분포 : 연도별 세부 추진계획 | 4·2·2 |
| <표 2-3- 1> 의료보장 제도의 관리의 사각지대 | 8·2·2 |
| <표 2-3- 2> 비수급 빈곤층 규모 추이 | 5·5·2 |
| <표 2-3- 3> 의료급여 부양의무자 기준 완화 계획(안) | 7·5·2 |
| <표 2-3- 4> 차상위 계층 본인부담 경감 대상자 재원조달 방안 | 8·5·2 |
| <표 2-3- 5> 전체 진료비 증가율의 분해 | 5·6·2 |
| <표 2-4- 1> 연도별 보건소 신규 사업 현황 | 1·8·2 |
| <표 2-4- 2> 연도별 보건소 인력현황 | 1·8·2 |
| <표 2-4- 3> 도시보건지소 및 건강생활지원센터 국비지원 및 확충 현황(2013~2018년) | 4·8·2 |
| <표 2-4- 4> 건강생활지원센터와 보건소의 역할 조정 예 | 0·9·2 |
| <표 2-4- 5> 건강증진·질병관리 분과: ❶ 지역사회 건강증진 역량강화: 연도별 추진일정 | 3·9·2 |
| <표 2-4- 6> 건강증진·질병관리 분과: ❷ 일상생활에서의 상시적인 건강·예방관리체계 구축: 연도별 추진일정 | 0·3 |
| <표 2-4- 7> 질병관리·건강증진 분과: ❸ 건강위해요인의 적극적 관리: 연도별 추진일정 | 5·1·3 |
| <표 2-4- 8> 건강증진·질병관리 분과: ❹ : 연도별 추진일정 | 3·2·3 |
| <표 2-4- 9> 성별, 생애주기별 정신건강서비스 욕구 | 3·3·3 |
| <표 2-4-10> 건강증진·질병관리 분과: ❹ 정신건강·자살 예방 관리체계 강화: 연도별 세부 추진계획 | 5·3·3 |
| <표 2-4-11> 의료관련감염·환자안전 지원 네트워크 주체별 역할과 활동 내용 | 1·4·3 |
| <표 2-4-12> 감염병 환자 전문진료체계 구축 방안 | 3·4·3 |
| <표 2-4-13> 건강증진·질병관리 분과: ❺ 신속하고 효과적인 질병대응체계 구축 | 4·4·3 |
| <표 2-4-14> 건강증진·질병관리 분과: ❻ 환경보건 측면의 건강위해요인 대응 체계 구축: 연도별 세부 추진계획 | 5·3 |
| <표 2-4-15> 건강증진·질병관리 분과: ② 범부처 연계 사전예방체계 구축: 연도별 세부 추진계획 | 0·6·3 |
| <표 2-5- 1> 미래기술 분과: ❶ 미래 고비용 보건의료문제 해결을 위한 전략적 R&D 투자: 연도별 세부 추진계획 | 3 |
| <표 2-5- 2> 재생의료치료제의 가격 현황('18년 기준) | 5·8·3 |
| <표 2-5- 3> 최신 암치료 기술개발 사례('CancerSEEK') | 5·9·3 |
| <표 2-5- 4> 미래기술분과 : ② 환자 치료 및 진단을 혁신할 미래기술 개발: 연도별 세부 추진계획 | 2·0·4 |
| <표 2-5- 5> 보건의료 정부 총 R&D 예산 대비 보건의료 R&D 투자 비중 | 6·0·4 |

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------|---|---|---|
| <표 2-5- 6> 보건의료 R&D 거버넌스 현황 및 보건복지부 R&D 거버넌스 한계점 | 7 | 0 | 4 |
| <표 2-5- 7> 보건의료 이슈별 R&D 국가 거버넌스의 역할 | 9 | 0 | 4 |
| <표 2-5- 8> 일본 재생의료 데이터 구축 사례 | 6 | 1 | 4 |
| <표 2-5- 9> 미래기술 분과 : ③혁신기술 도입에 기여하는 보건의료 R&D 체계 정립 : 연도별 세부 추진계획 | 1 | | 4 |
| <표 2-6- 1> 경상의료비의 연평균 증가율 | 8 | 2 | 4 |
| <표 2-6- 2> 재정·인프라분과: ❶ 재원의 안정적 확보: 연도별 추진일정 | 5 | 3 | 4 |
| <표 2-6- 3> 보건의료 분야 주요 법정계획별 중앙-지방자치단체(세부계획 포함) 수립추진 주체 구분 | 9 | | 4 |
| <표 2-6- 4> 지역 공공보건의료지원단 현황 및 주요 활동 | 2 | 4 | 4 |
| <표 2-6- 5> 행정안전부 지방자치단체 합동평가의 보건위생 분야 지표 구성(2017년) | 3 | 4 | 4 |
| <표 2-6- 6> 복수차관을 운영 중인 부처와 보건복지부 비교(2015년 현재) | 8 | 4 | 4 |
| <표 2-6- 7> 재정·인프라 분과: ❸ 보건의료 정책 거버넌스 개편: 연도별 추진일정 | 0 | 5 | 4 |
| <표 2-6- 8> 요양급여의 종류와 장기요양급여의 종류 | 7 | 5 | 4 |
| <표 2-6- 9> 재정·인프라 분과: ❷ 법·제도적 인프라 정비: 연도별 추진일정 | 9 | 5 | 4 |
| <표 2-6-10> 보건의료제도의 목표별·영역별 생산 가능 통계 | 1 | 6 | 4 |
| <표 2-6-11> 보건복지부 승인통계의 측정 대상 | 4 | 6 | 4 |
| <표 2-6-12> 보건의료 실태조사의 범위 | 6 | 6 | 4 |
| <표 2-6-13> 보건통계 프레임워크의 예시 | 1 | 7 | 4 |
| <표 2-6-14> 보완조사의 예시 | 2 | 7 | 4 |
| <표 2-6-15> 재정·인프라 분과: ❹ 근거기반 정책을 위한 통계 인프라 확충: 연도별 추진일정 | 6 | 7 | 4 |
| <표 2-6-16> 우리나라 주요 개인정보 유출사건 현황 | 8 | 7 | 4 |
| <표 2-6-17> 세계 각국의 보건의료 빅데이터 정책 현황 | 9 | 7 | 4 |
| <표 2-6-18> 진료정보교류 표준 | 0 | 8 | 4 |
| <표 2-6-19> 보건복지부 의료정보정책과 업무 범위 | 2 | 8 | 4 |
| <표 2-6-20> 기관 주체별 보건의료정보화 실행 및 운영 근거 | 2 | 8 | 4 |
| <표 2-6-21> 보건복지 관련 법률 중 '정보보안 및 개인정보보호 정책' 규정 포함 정도 | 6 | 8 | 4 |
| <표 2-6-22> 보건복지 관련 법률 중 '정보화 정책' 규정 포함 정도 | 8 | 8 | 4 |
| <표 2-6-23> 재정·인프라 분과: ❺ 보건의료 정보화 관련 인프라구축: 추진일정 | 9 | 8 | 4 |
| <표 2-6-24> 환자안전과 의료의 질 관련 복지부 주무 부서의 업무 분장 비교 | 3 | 9 | 4 |
| <표 2-6-25> 재정·인프라 분과: ❻ 환자 안전과 의료의 질 향상 인프라 확충: 연도별 추진일정 | 0 | 0 | 5 |
| <표 2-7- 1> 의료이원화체계의 영역 | 3 | 0 | 5 |
| <표 2-7- 2> 국민의료 향상을 위한 의료현안 협의체(2015) 합의문(안) | 7 | 0 | 5 |
| <표 2-7- 3> 재정·인프라 분과: ❽ 국민과 환자 중심의 가치기반 지불의 확대: 연도별 추진일정 | 0 | 2 | 5 |

그림 목차

| | | |
|-------------|-----------------------------------------|---|
| [그림 1-1- 1] | 보건의료체계의 과거와 현재 | 9 |
| [그림 1-1- 2] | 보건의료체계의 미래 방향성 | 1 |
| [그림 1-1- 3] | 보건의료 패러다임 이동의 필요성 | 1 |
| [그림 1-1- 4] | 보건의료의 패러다임 이동 | 2 |
| [그림 1-2- 1] | 우리나라의 장래 인구 추계 결과 | 8 |
| [그림 1-2- 2] | 우리나라의 인구피라미드 변화: 1965년~2065년 | 8 |
| [그림 1-2- 3] | 시군구별 지방소멸위험 | 9 |
| [그림 1-2- 4] | 고령자 1인 가구 현황 | 9 |
| [그림 1-2- 5] | 시도별 고령자 가구 구성비 전망: 2015년~2045년 | 0 |
| [그림 1-2- 6] | 인구구조 변화에 따른 부양비 변화 추이(1980~2020년) | 2 |
| [그림 1-2- 7] | GDP 성장률 | 2 |
| [그림 1-2- 8] | 산업별 취업자 증감 | 3 |
| [그림 1-2- 9] | OECD의 한국 잠재성장률 전망(2000~2040년) | 4 |
| [그림 1-2-10] | OECD국가의 대기오염 미세먼지(pm2.5) 노출 수준 | 7 |
| [그림 1-2-11] | 일본의 인구 변화 | 1 |
| [그림 1-2-12] | 일본의 입원 병상 수요 전망 | 2 |
| [그림 1-2-13] | 일본의 입원 및 외래 전망 | 3 |
| [그림 1-2-14] | 일본의 의료 및 요양 수요 전망 | 3 |
| [그림 1-2-15] | AI가 인간의 능력을 추월하는데 필요한 기간 | 5 |
| [그림 1-2-16] | 보건의료 분야 탈중앙화 모델 | 0 |
| [그림 1-2-17] | 헬스케어 가치사슬 변화전망 | 1 |
| [그림 1-2-18] | 데이터 유출 비용 | 1 |
| [그림 1-2-19] | 보건의료체계의 문제점 | 4 |
| [그림 1-2-20] | 병상 수 및 병상 가동률 | 5 |
| [그림 1-2-21] | 보건의료부문의 SWOT | 6 |
| [그림 1-2-22] | 보건의료체계의 구성요소: 중앙 | 7 |
| [그림 1-2-23] | 보건의료체계의 구성요소: 지방 | 7 |
| [그림 1-2-24] | Donabedian 성과 평가 구조 | 8 |
| [그림 2-1- 1] | 의료기관 유형별 병상 공급량 변화 (1990~2016) | 7 |
| [그림 2-1- 2] | 진료권 유형별 의료기관 분포 | 4 |
| [그림 2-1- 3] | 의료기관 규모별 급성기 병상 구성비 | 7 |
| [그림 2-1- 4] | 노인 요구 유형별 분포 | 0 |
| [그림 2-1- 5] | 노인장기요양보험 등급인정자의 의료 및 요양서비스 이용 현황 | 0 |
| [그림 2-1- 6] | 요양병원 등급별 환자분류군 구성비 | 2 |
| [그림 2-1- 7] | 노인의 연속적 질환 관리 흐름도 | 6 |
| [그림 2-1- 8] | 아급성 공급 허브를 통한 환자 선별 및 제공 체계 | 7 |
| [그림 2-1- 9] | 의료적 필요도에 적합한 회복전문병원의 기능 정립 | 8 |

| | | |
|-------------|------------------------------------------------------|------------|
| [그림 2-1-10] | 급성기병원에서 아급성, 장기요양으로의 연속적 케어 이동경로 | 8...1... 1 |
| [그림 2-1-11] | 커뮤니티케어의 현재(한계)와 미래상 | 2...2... 1 |
| [그림 2-1-12] | 커뮤니티 케어의 미래상 | 3...2... 1 |
| [그림 2-1-13] | 커뮤니티케어 개발 | 5...2... 1 |
| [그림 2-1-14] | 커뮤니티 케어 모형 | 9...2... 1 |
| [그림 2-1-15] | 운영: 보건의료-요양돌봄-복지 통합케어 | 0...3... 1 |
| [그림 2-1-16] | 고혈압 인지율, 치료율, 조절율 추이 | 0...4... 1 |
| [그림 2-1-17] | 당뇨병으로 인한 OECD 국가별 인구 10만명당 입원율 | 1...4... 1 |
| [그림 2-1-18] | 시·군·구 심뇌혈관질환 연령표준화 사망률 차이(2006-2015) | 8...4... 1 |
| [그림 2-1-19] | 급성심장정지 생존율 및 뇌기능회복률 지역 격차 추이(2006-2016) | 8...4... 1 |
| [그림 2-1-20] | 전국 PCI 기관 분포와 CABG 수술 기관 분포 | 0...5... 1 |
| [그림 2-1-21] | 지역별 치료가능사망률 분포 | 1...5... 1 |
| [그림 2-1-22] | 권역-지역-기초 간 공공보건의료 협력체계 구축 | 7...5... 1 |
| [그림 2-1-23] | 산모·신생아 지원체계 | 8...5... 1 |
| [그림 2-1-24] | 고위험·일반 산모 연계 지원 사업 | 9...5... 1 |
| [그림 2-1-25] | 장애인 건강관리체계 | 0...6... 1 |
| [그림 2-1-26] | 노인의 급성기 병원 진료·입원 후 퇴원계획 및 지역사회 연계 서비스 제공 도식도(호주) ... | 1...6... 1 |
| [그림 2-1-27] | 지역사회 기반 환자 건강관리체계(안) | 4...6... 1 |
| [그림 2-1-28] | 노인보건의료서비스 제공을 위한 단일 플랫폼의 서비스 의뢰-개시 흐름도(호주) | 6...6... 1 |
| [그림 2-2- 1] | 보건의료인력 수급추계의 개념틀과 영향요인 | 3...7... 1 |
| [그림 2-2- 2] | OECD 국가의 전체 노동인력에서 보건복지인력이 차지하는 비율 | 7...7... 1 |
| [그림 2-2- 3] | 우리나라 인구 1,000명당 임상의사수, 2005-2016 | 8...7... 1 |
| [그림 2-2- 4] | 우리나라 인구 1,000명당 임상의사수의 5년간 연평균 증감율, 2005-2016 | 8...7... 1 |
| [그림 2-2- 5] | 우리나라 인구 1,000명당 임상간호인력, 2000-2016 | 0...8... 1 |
| [그림 2-2- 6] | 대진료권별 인구 10만명당 의료기관 활동의사수, 2016 | 3...8... 1 |
| [그림 2-2- 7] | 대진료권별 인구 10만명당 의료기관 활동간호사수, 2016 | 4...8... 1 |
| [그림 2-2- 8] | WHO의 의료인력 계획 수립에 관한 개념적 모형 | 1...9... 1 |
| [그림 2-2- 9] | 보건의료인력 전담기구의 기능·역할 | 6...9... 1 |
| [그림 2-2-10] | 우리나라의 현재 의사인력 양성체계 | 8...9... 1 |
| [그림 2-2-11] | 의사 양성체계 개선 방향 | 102 |
| [그림 2-2-12] | 영국의 의학교육 및 수련 경로 | 2...0... 2 |
| [그림 2-2-13] | 우리나라와 OECD국가 인구 천명 당 병상수 비교 | 4...1... 2 |
| [그림 2-2-14] | OECD국가의 인구 천명 당 병상수와 퇴원환자수, 평균재원일수 관계 | 5...1... 2 |
| [그림 2-2-15] | 지역별 인구 천명 당 병상수와 입원환자수의 상관관계 | 5...1... 2 |
| [그림 2-2-16] | 지역별 인구 천명 당 병상수와 자체충족률, 중증도 보정사망비와의 상관관계 | 6...1... 2 |
| [그림 2-2-17] | 국가별 병상규모별 병상수 구성비 비교 | 6...1... 2 |
| [그림 2-2-18] | 중진료권별 인구 천명 당 일반 병상수 비교 | 7...1... 2 |
| [그림 2-2-19] | 중진료권별 300병상 이상 종합병원 공급 여부 | 7...1... 2 |
| [그림 2-2-20] | 병상수급계획의 수립과 의료기관 개설 허가절차 개선(안) | 3...2... 2 |

| | | |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| [그림 2-3- 1] | 비급여 관리의 악순환 | 9·2· 2 |
| [그림 2-3- 2] | 보장영역의 사각지대 | 0·3· 2 |
| [그림 2-3- 3] | 소득수준별 미충족 의료율 현황 | 1·3· 2 |
| [그림 2-3- 4] | 의료급여 수급 가구 vs 비수급 가구: 의료비 부담 및 의료 접근성 차이 | 2··3· 2 |
| [그림 2-3- 5] | OECD 국가와 비교한 경상의료비 중 가계직접 부담비율(2015년도 또는 최근연도) | 6··3· 2 |
| [그림 2-3- 6] | 민간의료보험 가입률(2008-2014) | 7·3· 2 |
| [그림 2-3- 7] | 공사의료보험 연계 강화 및 역할 재정립 방향 | 4·4· 2 |
| [그림 2-3- 8] | 법정본인부담금 및 비급여 영역에 대한 공사의료보험 역할 재정립 | 6··4· 2 |
| [그림 2-3- 9] | 법정본인부담금 역할 설정 | 6·4· 2 |
| [그림 2-3-10] | 비급여 본인부담 영역 설정 | 7·4· 2 |
| [그림 2-3-11] | 과부담 의료비 가구 발생률 | 5·5· 2 |
| [그림 2-3-12] | OECD 국가와 비교한 경상의료비 중 가계직접 부담비율(2015년도 또는 최근연도) | 6··5· 2 |
| [그림 2-3-13] | 빈곤층의 수급가구와 비수급가구 특성 비교 | 7··5· 2 |
| [그림 2-3-14] | 의학적 비급여의 급여화에 따른 적정 법정본인부담 수준 설정 | 9··5· 2 |
| [그림 2-3-15] | 우리나라와 주요 선협국의 가계부담률(Out of pocket expense) | 9·5· 2 |
| [그림 2-3-16] | 우리나라의 법정본인부담 차등화 제도 간 적합성 확보 방안 | 0·6· 2 |
| [그림 2-3-17] | 본인부담상한제 적용여부 검토 | 0·6· 2 |
| [그림 2-3-18] | 원가를 기준으로 가격산정 방식 | 3·6· 2 |
| [그림 2-3-19] | 건강보험 진료비 구성요인 | 4·6· 2 |
| [그림 2-3-20] | 의료보장 보상체계의 구성요인 | 9·6· 2 |
| [그림 2-4- 1] | 10대 사망원인 순위, 사망률 및 5대 사망원인 사망률 추이 | 5·9· 2 |
| [그림 2-4- 2] | 우리나라 질병부담(DALYs)에 기여하는 위험요인(2016년) | 2·0· 3 |
| [그림 2-4- 3] | 성인남자 현재흡연을 추이 및 HP2020 목표치 | 3·0· 3 |
| [그림 2-4- 4] | 건강수명 달성 현황 | 4·0· 3 |
| [그림 2-4- 5] | 건강수명과 기대수명 | 5·0· 3 |
| [그림 2-4- 6] | 우리나라의 성별 주관적건강인지를 추이 | 5·0· 3 |
| [그림 2-4- 7] | 지역사회 정신건강서비스 이용 현실 | 5·2· 3 |
| [그림 2-4- 8] | 시·군·구 심뇌혈관질환 연령표준화 사망률 차이(2006-2015) | 6·3· 3 |
| [그림 2-4-9] | 의료감관련감염·환자안전 지원 네트워크 구성도 | 1·4· 3 |
| [그림 2-4-10] | 중앙-시·도-기초-권역·지역책임의료기관의 감염병 대응체제도 | 2·4· 3 |
| [그림 2-5- 1] | 헬스케어 패러다임의 변화 | 6·6· 3 |
| [그림 2-5- 2] | 보건의료 R&D Trend 전망 | 7·6· 3 |
| [그림 2-5- 3] | 세포/유전자 치료제 비용 현황 | 0·7· 3 |
| [그림 2-5- 4] | 혁신의료기술 에 대한 국가적 개발 전략(영국 및 미국 사례) | 1·7· 3 |
| [그림 2-5- 5] | 국가별 노인인구 비중 전망 | 5·8· 3 |
| [그림 2-5- 6] | 진료정보교류 시스템 및 서비스 개념 | 8·8· 3 |
| [그림 2-5- 7] | 개방형 정밀의료 분석 플랫폼을 통한 서비스 제공 방안 | 9·8· 3 |
| [그림 2-5- 8] | Health IT Ecosystem as the Learning Health ONC Interoperability Roadmap System | 1·9· 3 |
| [그림 2-5- 9] | 뉴질랜드 Care 서비스 디자인 스펙트럼 정의 예 | 2·9· 3 |

| | | |
|-------------|--------------------------------------------------|------------|
| [그림 2-5-10] | 디지털헬스 서비스디자인 사례 : 美 Stanford 대학의 소아당뇨환자 관리 | 2...9... 3 |
| [그림 2-5-11] | 디지털헬스 서비스 관련 미국 임상연구 실시 현황 | 3...9... 3 |
| [그림 2-5-12] | 부정맥을 측정하기 위한 심전도 측정계 | 7...9... 3 |
| [그림 2-5-13] | 호흡기 질환 관리용 디지털헬스 솔루션 | 7...9... 3 |
| [그림 2-5-14] | 유방암 등 초음파 자가 측정 장비 | 8...9... 3 |
| [그림 2-5-15] | 랩온어칩(Lab-on-a-Chip) 분석 | 8...9... 3 |
| [그림 2-5-16] | 의료ICT 융합 컨소시엄 가상현실 재활 통합솔루션 서비스 (예) | 0...0... 4 |
| [그림 2-5-17] | 3D motion tracking 기술을 이용한 재활환자 동작분석 (예) | 0...0... 4 |
| [그림 2-5-18] | 복지부 R&D 단계 및 촉진센터의 역할 | 3...1... 4 |
| [그림 2-6- 1] | 국민의료비 재원 구성의 추이 | 5...2... 4 |
| [그림 2-6- 2] | GDP 대비 경상의료비 | 9...2... 4 |
| [그림 2-6- 3] | 전체 보건의료제도의 경상의료비 중 의료보장 재원(2017년) | 0...3... 4 |
| [그림 2-6- 4] | 부과소득의 범위 | 3...3... 4 |
| [그림 2-6- 5] | 커뮤니티 케어의 가치 | 8...3... 4 |
| [그림 2-6- 6] | 사회보장제도 신설·변경 협의제도 협의·조정 실적 | 0...4... 4 |
| [그림 2-6- 7] | 지역별 재정자립도(2018년 기준) | 1...4... 4 |
| [그림 2-6- 8] | 「건강보험법」 제42조에 따른 ‘제3자를 위한 공법상 쌍무계약’ 개념도 | 6...5... 4 |
| [그림 2-6- 9] | 요양급여비용의 사용 사례 | 8...5... 4 |
| [그림 2-6-10] | 보건의료제도의 목표와 기능 | 0...6... 4 |
| [그림 2-6-11] | WHO의 Global Health Observatory | 964 |
| [그림 2-6-12] | OECD의 보건의료제도 성과 평가 틀 | 4...7... 4 |
| [그림 2-6-13] | 지역 단위의 성과 평가(예시) | 5...7... 4 |
| [그림 2-6-14] | 미래보건의료 패러다임 변화 | 7...7... 4 |
| [그림 2-6-15] | 진료정보교류사업 개념도 | 1...8... 4 |
| [그림 2-6-16] | 개인건강기록(My Health Bank) 시스템 개요 | 1...8... 4 |
| [그림 2-6-17] | 디지털 헬스 위원회(안) | 7...8... 4 |
| [그림 2-6-18] | 보건복지부 내 정보화 컨트롤타워 신설(안) | 7...8... 4 |
| [그림 2-6-19] | 우리나라 의료의 질 수준 | 0...9... 4 |
| [그림 2-7- 1] | 의료이원화체계의 문제점 | 4...0... 5 |
| [그림 2-7- 2] | 의료이원화체계 문제점 해소를 위한 개선 노력의 흐름 | 5...0... 5 |

제 1 부

「보건의료발전계획 수립을 위한 기초연구」의 개요

제1장 수립 배경 및 필요성

제2장 정책 환경 및 여건

제3장 수립 방향

제 1 장

수립 배경 및 필요성

제1절 보건의료발전계획 수립의 배경

제2절 보건의료 패러다임 변화

제3절 연구 수행 체계

제1절 보건의료발전계획 수립의 배경

가. 계획 수립의 추진 배경

- 국민에게 양질의 의료서비스를 제공하고, 보건의료체계의 지속가능성을 확보하기 위하여 보건의료 전 분야를 조망한 종합계획 필요성 제기
 - 각종 보건의료 분야 여러 계획 전반을 조망하고 체계성과 연계성을 높이는 보다 큰 차원의 종합계획은 부재한 상황 속에서, 보건의료정책 간 체계성 및 연계성을 높이기 위한 종합계획 수립의 필요성이 한층 확대
 - 의료 질과 환자안전 강화, 지속가능한 보건의료 시스템 구축 등 국민수요를 반영한 중장기 보건의료 발전의 청사진 필요
 - 변화하는 정책 환경과 국민의 요구를 반영한 보건의료 전반을 아우르는 첫 국가적 전략으로 발전계획 수립 추진
- 보건의료발전계획의 의의
 - 범정부적 참여. 협력을 통해 보건의료정책의 완결성 확보
 - 평생국민건강관리를 위한 학교, 산업, 환경, 보건의료, 환경요인 등 포함
 - 보건의료분야 여러 계획의 체계성, 연계성 제고
 - 보건의료발전계획은 보건의료 분야 전체를 포괄하는 계획으로, 각 분야 실행계획 수립 시 가이드라인 역할을 수행
 - 지역사회를 포용하는 보건-복지 연계 전략 수립
 - 시도 권한과 책임 강화, 지역사회 중심 보건-복지 통합서비스 제공

<보도자료, 2018. 6. 19)

제1차 보건의료발전계획은 큰 틀에서 보건의료 정책의 방향성을 설정하는 것을 목표로 하며, 다음 세 가지 측면을 고려하면서 수립해 나갈 계획이다.

- 첫째, 범정부적 참여와 협력을 통해 평생국민건강관리 체계를 구축해나간다.
 - 이를 위해 의료기관은 물론 지역사회, 학교, 근로 현장, 환경요인 등을 포괄하여 국민건강을 증진하기 위한 계획을 수립한다.
- 둘째, 보건의료정책 전반의 비전과 추진방향을 제시하여,
 - 중앙부처와 지자체가 각종 보건의료 관련 계획을 더욱 체계적으로 수립하고, 상호 연계성을 확보할 수 있도록 한다.
- 셋째, 지역 사회를 포괄하는 보건-복지 연계 전략을 수립한다.
 - 실제 보건의료 서비스가 제공되는 지역사회 실정에 맞게 정책이 추진될 수 있도록, 시도의 권한과 책임을 강화하고, 지역 사회 중심 보건-복지 통합서비스를 제공하는 방안을 모색할 예정이다.

나. 법적 근거: 「보건의료기본법」

□ (수립근거) 「보건의료기본법」 제15조*

- * 보건복지부장관은 관계 중앙행정기관의 장과의 협의와 제20조에 따른 보건의료정책심의위원회의 심의를 거쳐 보건의료발전계획을 5년마다 수립하여야 한다.

□ 주요내용

- ① 보건의료 발전의 기본목표 및 그 추진 방향
- ② 주요 보건의료사업계획 및 그 추진 방법
- ③ 보건의료자원 조달 및 관리 방안
- ④ 지역별 병상총량의 관리에 관한 시책('16년 신설)
- ⑤ 보건의료 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 등

□ (하위계획) 발전계획(5개년)에 따라 중앙행정기관은 보건의료 관련 주요 시책의 추진방안을 매년 수립·시행

- 시·도 및 시·군·구는 지역보건의료계획 수립·시행

| 참고 | 보건의료기본법 |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <div>제3장 보건의료발전계획의 수립·시행</div> <div>제15조(보건의료발전계획의 수립 등) ① 보건복지부장관은 관계 중앙행정기관의 장과의 협의와 제20조에 따른 보건의료정책심의위원회의 심의를 거쳐 보건의료발전계획을 5년마다 수립하여야 한다. ② 보건의료발전계획에 포함되어야 할 사항은 다음 각 호와 같다. 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 ③ 보건의료발전계획은 국무회의의 심의를 거쳐 확정한다 제17조(지역보건의료계획의 수립·시행)</div> <div>제4장 보건의료자원의 관리 등</div> <div>제5장 보건의료의 제공과 이용</div> <div>제1절 보건의료의 제공 및 이용체계 제29조(보건의료의 제공 및 이용체계) 제30조(응급의료체계) 제2절 평생국민건강관리체계 제31조(평생국민건강관리사업) 제32조(여성과 어린이의 건강 증진) 제33조(노인의 건강 증진) 제34조(장애인의 건강 증진) 제35조(학교 보건의료) 제36조(산업 보건의료) 제37조(환경 보건의료) 제37조의2(기후변화에 따른 국민건강영향평가 등) 제38조(식품위생·영양) 제3절 주요질병관리체계 제39조(주요질병관리체계의 확립) 제40조(감염병의 예방 및 관리) 제41조(만성질환의 예방 및 관리) 제42조(정신 보건의료) 제43조(구강 보건의료)</div> <div>제6장 보건의료의 육성·발전 등</div> <div>제45조(취약계층 등에 대한 보건의료서비스 제공) 제46조(분쟁 조정 등) 제47조(건강위해원인자의 비용 부담) 제48조(보건의료 관련 산업의 진흥) 제49조(한방의료의 육성·발전) 제50조(국제협력 등) 제51조(보건의료사업의 평가) 제52조(보건의료서비스의 평가)</div> <div>제7장 보건의료 통계·정보 관리</div> <div>제53조(보건의료 통계·정보 관리시책) 제54조(보건의료 정보화의 촉진) 제56조(보건의료정보의 보급·확대) 제57조(보건의료정보의 표준화 추진)</div> |

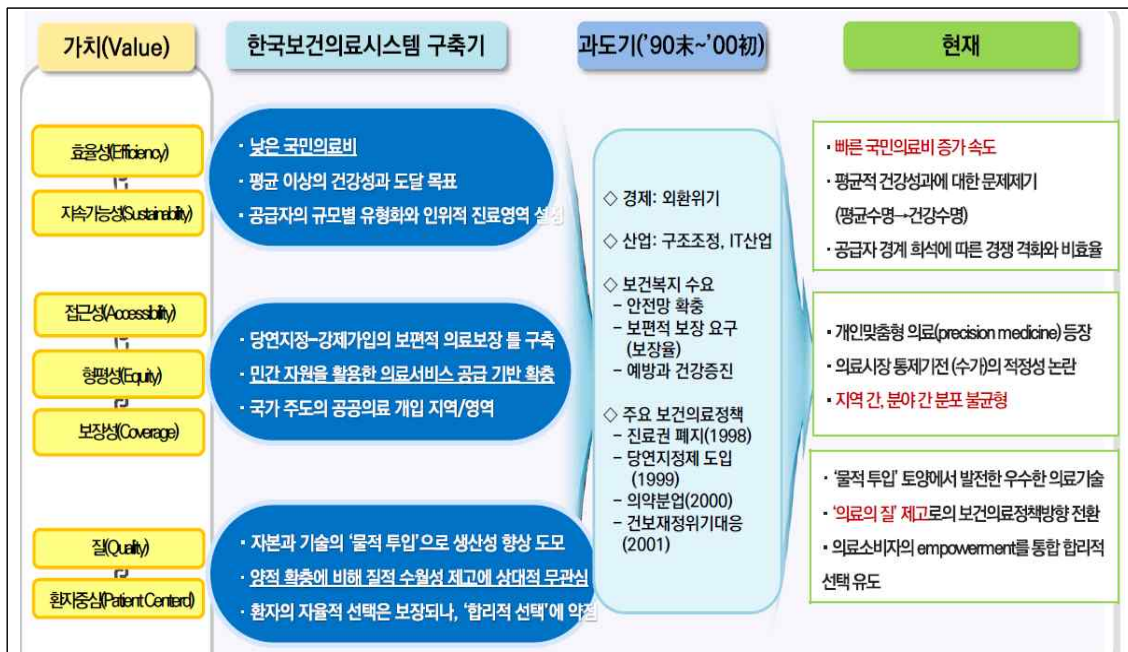
제2절 보건의료 패러다임 변화

가. 한국보건의료시스템의 과거·현재·미래

- 보건의료체계는 전체 사회체계의 하부 구성요소로서, 상위 체계와 상호영향을 교환하면서 변화·발전
 - 완벽하게 합치하지는 않으나, 한국 사회 전체의 변화와 보건의료체계는 큰 틀에서 궤(軌)를 같이 하였으며, 미래에도 상호관련성을 가지고 연동할 것으로 예상
 - [경제적 압축·고도성장+정치적 권위주의 시기]
≡ [보건의료 영역의 양적 성장+제도와 보상체계를 통한 통제기]
 - 한국보건의료체계가 구축기부터 현재까지 추구해온 가치가 전체 사회의 변화와 조응·변화하는 양상을 통해 미래 보건의료발전계획 수립의 방향성 타진 가능
- 한국보건의료시스템의 과거
 - 보건의료의 전통적 가치사슬을 효율성-지속가능성, 접근성-형평성-보장성, 질-환자중심성이라 할 때, 한국보건의료시스템의 과거는 이들 가치의 최소선 충족에 일차적인 목적을 두고 구축
 - 효율성-지속가능성
 - 보건의료를 배후에서 지지할 경제적 기반을 갖추어 가는 상황에서 낮은 국민의료비 수준을 유지하면서도 출생시 기대여명 등 주요 건강 성과들을 빠르게 선진국 수준으로 개선
 - 효율적인 의료서비스 공급을 위해 공급자 유형을 종합병원-병원-의원 등 주로 규모를 기준으로 유형화하는 한편, 대·중소 진료권 설정 등 의료이용 제한 기전을 작동
 - 접근성-형평성-보장성
 - 전국민 건강보험(1989) 실시로 형식적 보장체계를 완비한 후 이용자의 강제가입과 공급자의 당연지정을 근간으로 하는 의료보장 틀(경제적 접근성) 구축
 - 민간 자원을 활용하여 의료서비스 공급의 총량을 확대하는 한편, 불형평한 서비스 이용격차를 최소화하기 위하여 시장실패 영역(취약 지역, 취약 진료분야)에는 국가가 직접 개입하는 ‘공공의료’ 전달체계 운영
 - 질-환자중심
 - 총량 확장에 목표를 둔 ‘구축기’ 상황에서 의료의 질적 요인에 대한 정책적 우선순위는 상대적으로 낮은 상황

- 기술수준, 소요시간, 인력투입량 등 서비스의 질적 편차보다 양(量) 중심의 단위생산성 증가를 유도하는 지불보상체계 운영
- 인력자원이 부족한 상황을 타개하기 위하여 자본과 기술 등 물적 투입 대체에 따른 생산성 향상 도모

[그림 1-1-1] 보건의료체계의 과거와 현재



□ 한국보건의료시스템의 과도기와 현재로의 변모

- 1990년대 중반까지 존속되어 오던 '구축기' 상황은 1990년대 후반~2000년대 초반에 질적 인 변화를 요구받는 과도기적 환경 변화에 봉착
 - 정치적으로는 정부의 절대권위적 지위가 점차 하락하면서 '국가의 통제기전에 의한 의료 시장 규제' 원칙이 희석
 - 외환위기를 거치면서 사회 전반의 구조조정과 아울러 사회안전망 확충(건강보험 보장률 강조, 국민기초생활보장제도 도입) 측면에서 보건복지 수요 강화
 - 진료권 폐지(1998), 당연지정제 도입(1999), 의약분업(2000), 건강보험 재정위기 대응 (2001) 등의 보건의료 분야의 중요한 정책적 변화 표출
- 이와 같은 과도기적 상황을 거치면서 보건의료의 가치 달성을 위한 한국보건의료시스템의 변모가 시작되어 현재에 이름

○ 효율성-지속가능성

- 여전히 OECD 대비 국민의료비 수준은 낮으나, 증가 속도 측면에서는 매우 빠르게 변화
- 인구집단 전체가 달성해야 했던 '평균적 건강성과'에 대한 문제제기가 이루어지면서 '건강수명'이라는 질적으로 차별화된 목표가 등장
- 정책적인위적으로 구분했던 의료서비스 공급자의 경계가 희석되면서 의료전달체계가 형해화(形骸化)하였음. 이에 따라 동일 환자를 사이에 둔 공급자 간 경쟁 격화(medical arms race)와 비능률이 지속가능성을 위협하는 주요 요인으로 부각

○ 접근성-형평성-보장성

- 개인맞춤형 의료(precision medicine)의 요구가 증대하면서 인구집단 전체의 동일한 건강수준 상승(one size fits all approach)을 지향했던 전통적인 '보편적 보장'의 가치 위협
- 다양하게 존재했던 의료시장에 대한 통제기전이 '건강보험 수가'로 유일화됨. 민간 중심 공급체계에서 향후 보장성 강화는 '수가를 통한 보전'과 분리할 수 없는 관련성을 가짐.
- 양적 측면에서 접근성은 개선되었다고 할 수 있으나, '분포 불균형'의 질적 문제는 상존

○ 질-환자중심

- 자본과 기술 등 물질 투입은 결과적으로 우리나라의 우수한 의료기술로 발전하는 토양으로 작용
- '구축기' 상황에서 상대적으로 낮은 우선순위를 가졌던 의료의 질이 보건의료정책 방향의 중요한 방향으로 부각됨. 이에 따라 공급자들의 다양한 '질적 편차'를 어떻게 동반하여 상승시키고, 보상과정에 반영할 것인가가 보건의료정책의 주요한 정책과제로 대두
- 의료소비자 권리가 강조되면서 소비자들의 합리적인 보건의료서비스 선택을 지원할 수 있는 기제 마련에 주력

□ 한국보건의료시스템의 미래발전계획의 방향성 타진

○ 비동시성의 동시성(the contemporaneity of the unctemporary)

- 효율성, 접근성, 질 등 보건의료의 가치 달성을 위해 설계·작동되어 온 과거의 요인들은 명확한 사회적 합의를 거쳐 극복·계승되기보다 압축 성장 하에서 현재와 공존하는 일종의 '지체'현상을 보이고 있다고 보는 것이 타당

○ 따라서 향후 한국보건의료시스템의 미래는 이들 가치를 극대화하기 위하여 노력하는 한편, 상호 모순될 수 있는 대립적 상황에서의 합리적인 대안을 만들어야 하는 과제에 직면

- 이 과정에서 보건의료의 전통적 구성요인 뿐만 아니라 외부로부터의 영향요인

□ 보건의료의 현황과 미충족된 정책과제 등을 파악하여 보건의료발전을 위하여 새로운 패러다임 설정 필요

○ 바람직한 보건의료체계를 구축하고 보건의료부문의 성과(효율성, 형평성, 질, 접근성, 보장성)를 제고하기 위해서는 보건의료 정책에 방향성과 구체성을 부여하기 위한 노력이 필요함 시점임.

－ 저출산·고령화·다문화 등 인구구조의 변화, 의료기술의 발달, 소득의 증가, 새로운 비전 및 가치의 등장 등에 따른 환경변화에 맞춰 보건의료부문의 발전 방향을 도출하여 우리의 실정에 맞는 보건의료체계의 구축을 도모하는 작업이 요구되고 있음.

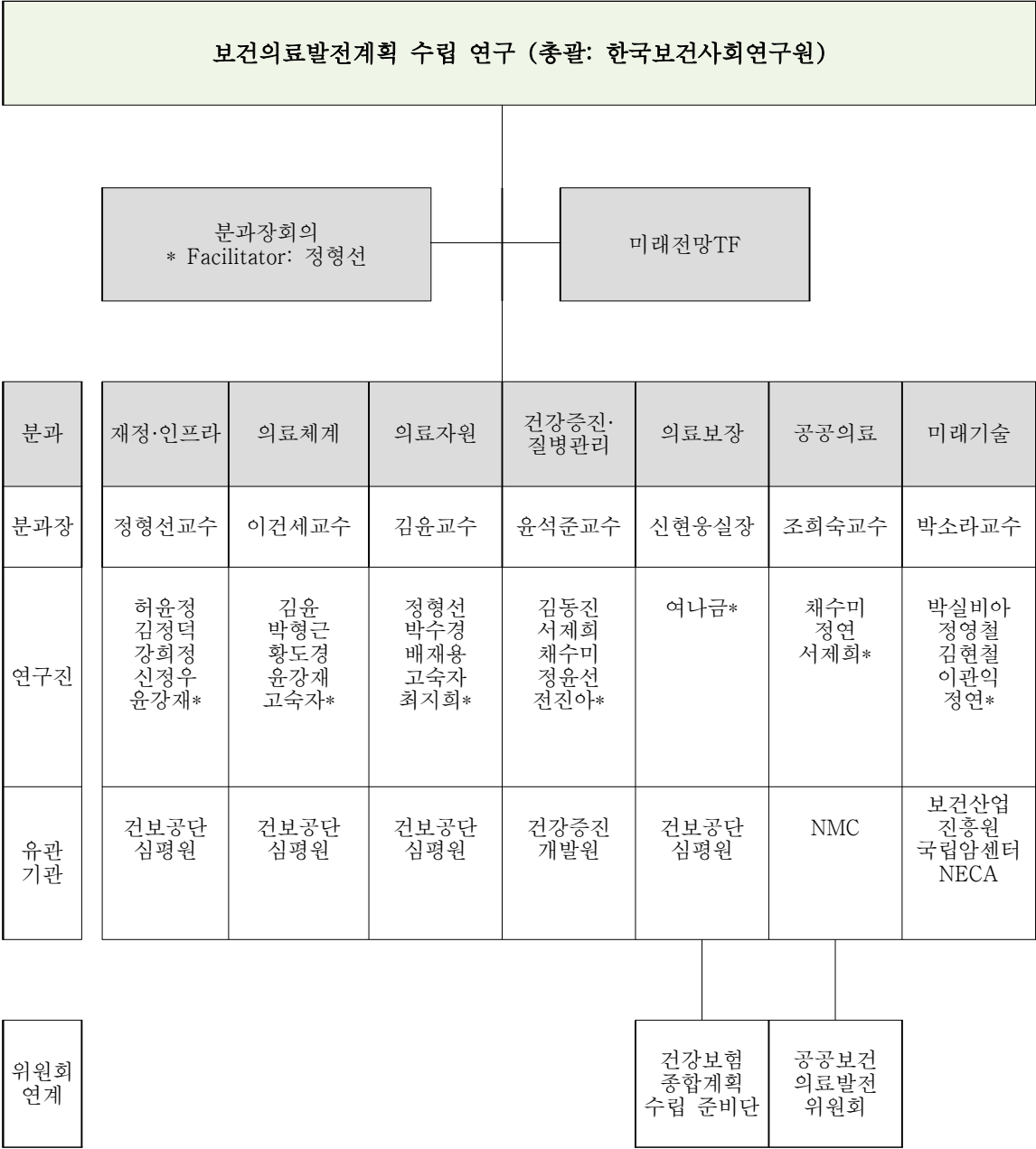
○ 보건의료의 패러다임 이동(paradigm shift)에 대한 사회적 고찰이 요구됨.

[그림 1-1-4] 보건의료의 패러다임 이동

| 비일상 | 일상 | 치료 | 케어 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ 모든 국민은 일생에서 의료기관을 이용 ▶ 일상생활에서 건강을 보호 ▶ 질병과 장애의 일상적 관리가 가능한 사회적 수용 모델 ▶ 급성기 치료→재활→요양→돌봄→호스피스 등 통합서비스 일차의료 중심, 지역사회 중심 | | <ul style="list-style-type: none"> ▶ 사전적 예방을 목표로 한 케어 중심 ▶ 연속적 케어 ▶ 미래의료를 통한 예측 및 예방 체계 ▶ 개인최적화 케어 | |

| 비용 | 투자 | 양적 | 질적 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ 사회투자로서의 의료와 케어 시스템 ▶ 건강유지에 대한 사회적 가치 ▶ 의료공급의 투명성 ▶ 의료 공공성 및 지역 균형 <ul style="list-style-type: none"> － 의료기관간 연계체계 확충 － 병상, 인력 등 의료자원체계 마련 | | <ul style="list-style-type: none"> ▶ 의료의 질 ▶ 환자 안전 및 필수 의료 인프라 확충 ▶ 환자 중심 의료 ▶ 국민이 건강할수록 공급자가 더 많은 보상을 받는 구조 | |

제3절 연구 수행 체계



제 2 장

정책 환경 및 여건

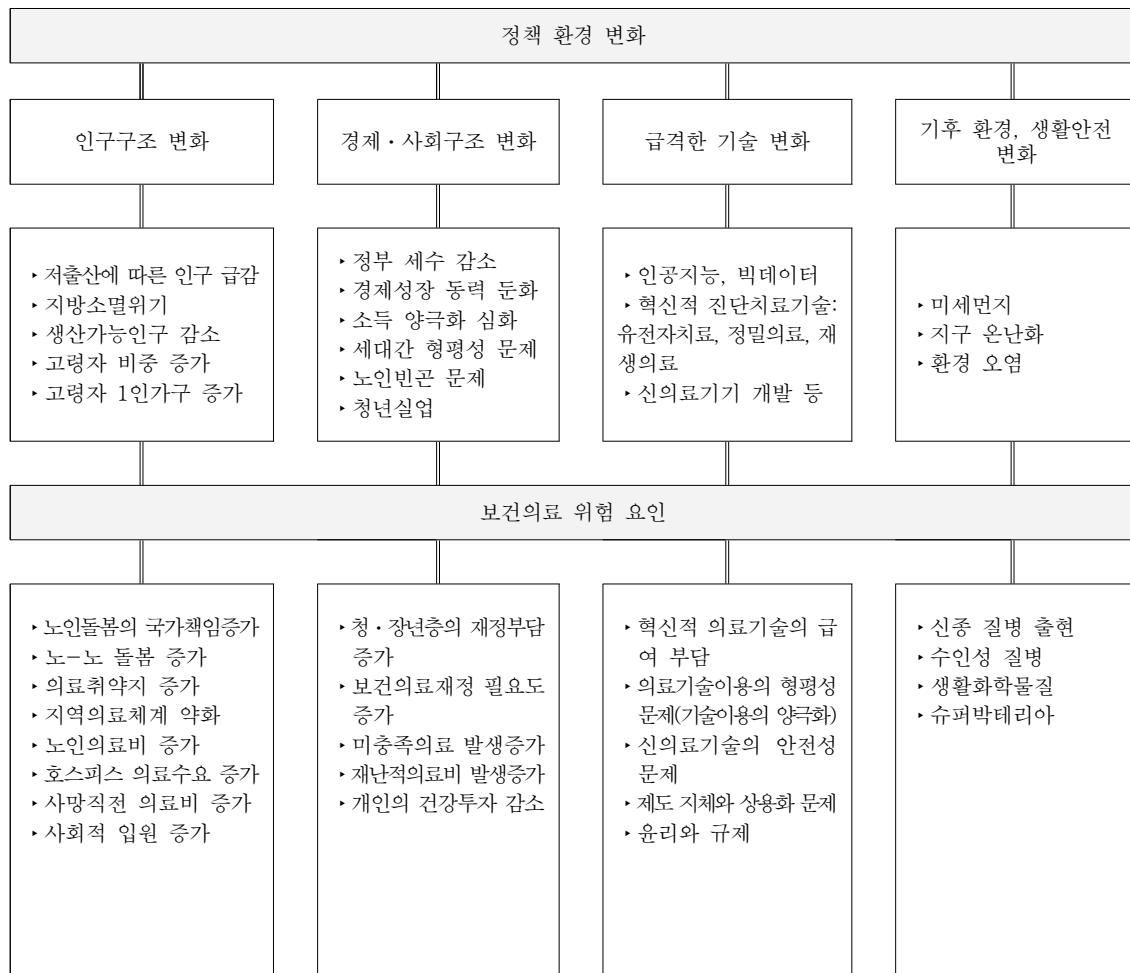
제1절 정책 환경 변화와 보건의료 위험 요인

제2절 보건의료의 미래전망

제3절 보건의료부문의 강점 및 약점

제4절 참고문헌

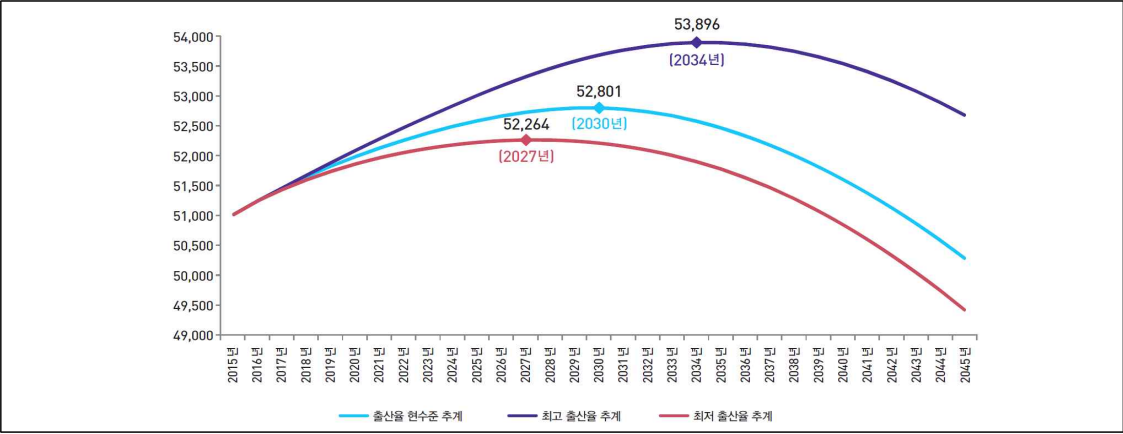
제1절 정책 환경 변화와 보건의료 위험 요인



가. 인구 구조의 변화

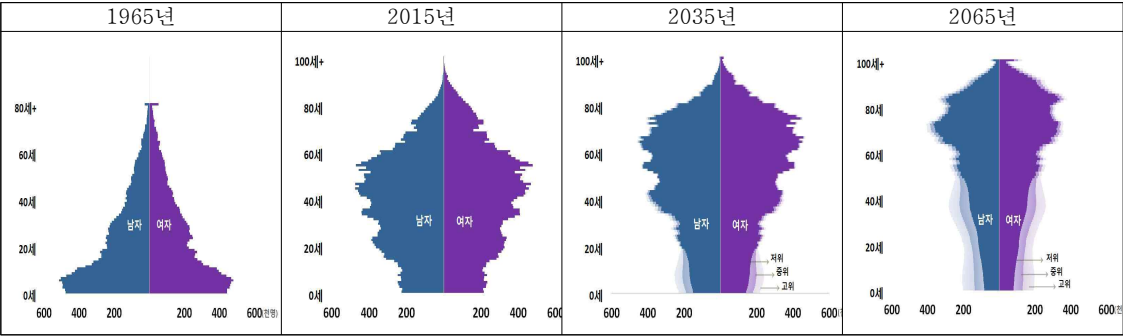
- 저출산에 따른 인구 감소 가속화
 - 2017년 통계청 인구추계자료에 의하면, 우리나라의 인구는 2031년(합계출산율 중위수준 기준(2016년 1.18명~2050년 1.38명으로 증가))년부터 감소하기 시작할 것으로 전망됨.
 - 그러나 얼마전 발표된 2017년 합계출산율은 1.05명으로 역대 최저수준이며, 인구전망을 합계출산율 저위수준(2016년 1.16명~2050년 1.12명으로 증가)으로 가정할 경우에는 인구 감소시점이 10년 후인 2028년으로 앞당겨질 수 있음.

[그림 1-2-1] 우리나라의 장래 인구 추계 결과



자료: 통계청(2017년), 인구추계

[그림 1-2-2] 우리나라의 인구피라미드 변화: 1965년~2065년

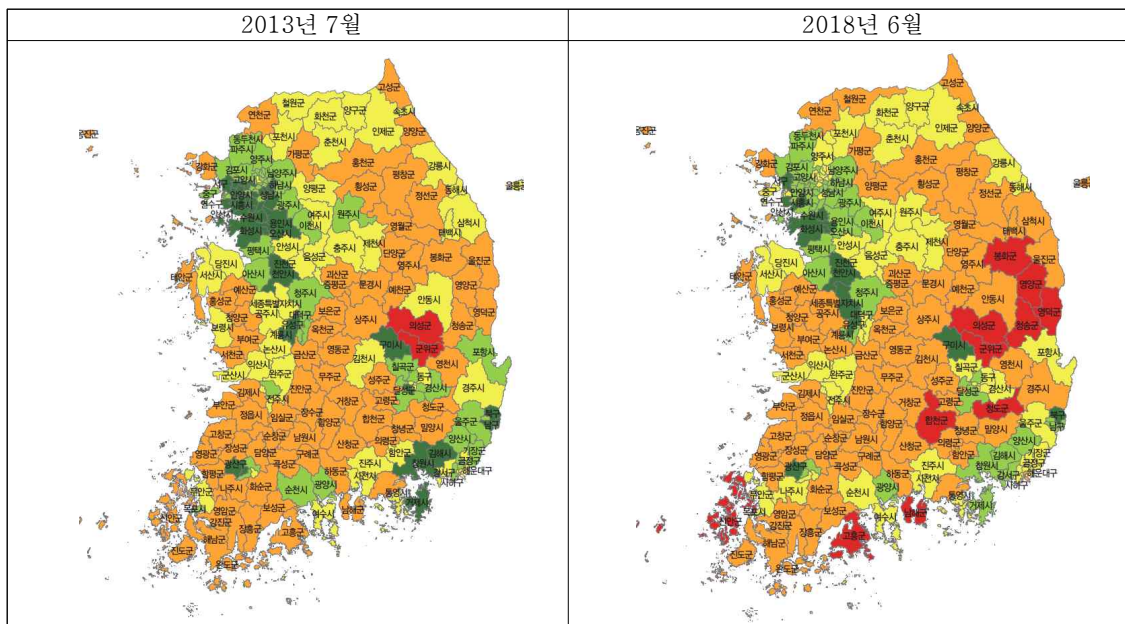


자료: 통계청, 장래인구추계(2015-2065년) 보도자료

- 비수도권의 인구 절벽에 따른 지방소멸위험 증가
 - 지방소멸문제는 농어촌의 낙후지역만이 아니라 지방대도시권역, 거점지역까지 위험이 확대될 수 있음.

- 2018년에 새롭게 소멸위험지역으로 진입한 지역으로는 강원도 철원군(0.48), 부산 중구(0.491), 경북 경주시(0.494), 김천시(0.496)(시군구기준)과 부산 영도구('18년 0.427)와 동구('18년 0.450), 안동시('18년 0.445)가 진입함(광역시 기준).

[그림 1-2-3] 시군구별 지방소멸위험

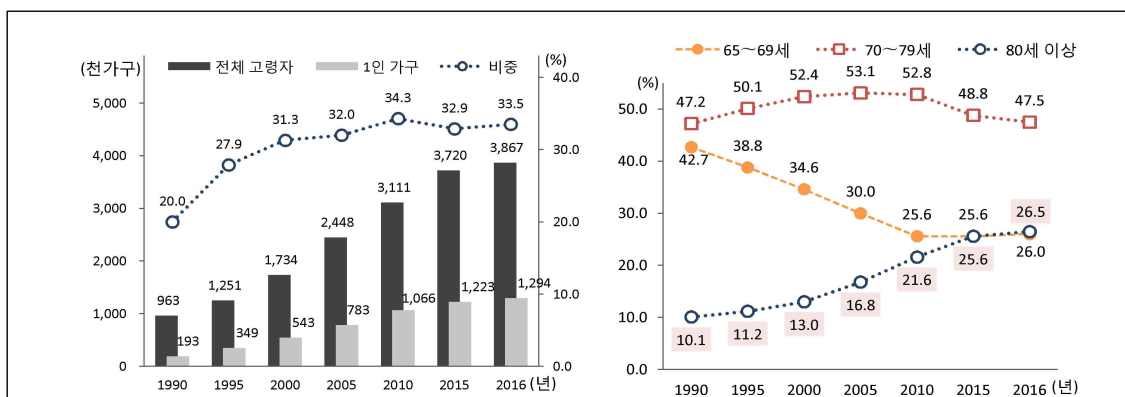


자료: 이상호(2018). 한국의 지방소멸 2018. 한국고용정보원

□ 65세이상 고령자 비중 증가와 고령자 1인가구의 증가

- 가구주 연령이 65세 이상인 고령자 1인 가구는 129만4천 가구로, 전체 고령자 가구 386만 7천 가구 중 33.5%를 차지함(2016년 기준).

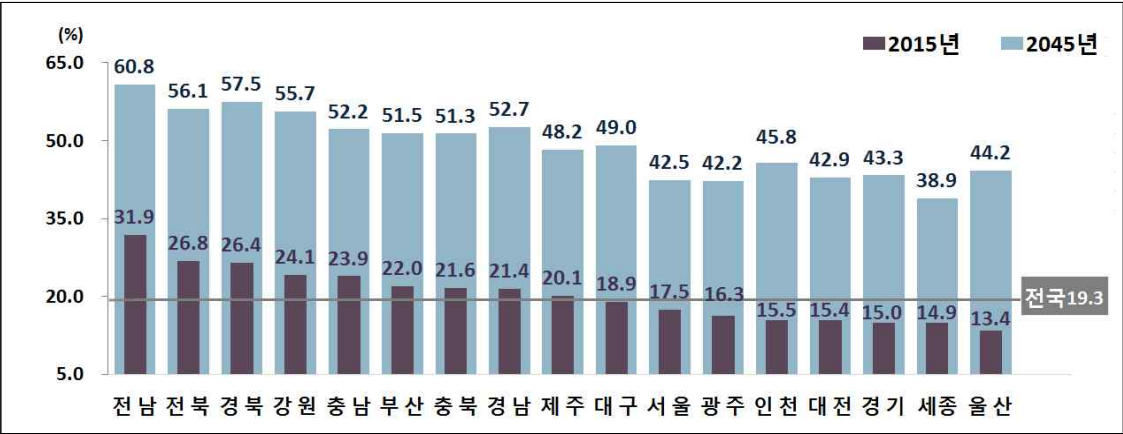
[그림 1-2-4] 고령자 1인 가구 현황



자료: 통계청, 2017 고령자통계: 고령자 1인가구의 생활

○ 고령자 가구는 2015년에 19%이었으나, 2045년에 16개 시도(세종 제외)에서 65세 이상 고령자 가구 비중이 40% 초과

[그림 1-2-5] 시도별 고령자 가구 구성비 전망: 2015년~2045년



자료: 통계청(보도자료 2017년: 장래가구추계 2015-2045년)

| 구분 | 2020년 | 2030년 | 2040년 |
|--------------|----------------|-------------------------|-------------|
| 65세 이상 인구 비중 | 15.6% | 24.5% | 32.8% |
| 베이비붐 세대 | 65세 진입(1955년생) | 모두 65세 이상 / 후기고령자 진입 시작 | 모두 후기고령자가 됨 |
| 인구증가율 | 0.31% | 2035년 감소세 전환 | -0.32% |
| 실질 GDP 증가율 | 약 3% | 2%대 | 1%대 |

주: 우리나라의 65세이상 인구비중은 14.0%('17년 8월말기준, 행안부 보도자료)로, 이를 기준을 할 경우 일본은 1990년대에 65세이상 인구 비중이 14.0%를 넘어 섬(1994년 14.1%, OECD Health Data).

□ 노인의료비 증가

- 65세 이상 인구의 ‘건강보험 진료비’는 2016년 25조원으로 전체 ‘건강보험진료비’ 64.6조원의 38.7%를 차지함
- 국민건강보험공단의 건강보험정책연구원은 ‘65세 이상 노인 진료비 지출 중장기 추계 연구’ 보고서에서 2060년 노인 진료비가 최대 390조 7949억 원에 이른다고 예측
 - 2014년 기준 노인 진료비는 19조 8604억 원으로 GDP의 1.34%임. 2060년 노인진료비가 현재보다 19.7배나 증가할 것으로 예측.

〈표 1-2-1〉 65세이상 적용인구 및 진료비 지출 현황

(단위: 천명, 억원, 원, %)

| | | 2014 | 2015 | 2016 | 증감율(%) |
|------------------|-------|---------|---------|---------|--------|
| 적용인구 (천명) | 전체 | 50,316 | 50,490 | 50,763 | 0.5 |
| | 65세이상 | 6,005 | 6,223 | 6,445 | 3.6 |
| | (%) | (11.9) | (12.3) | (12.7) | |
| 진료비 (억원) | 전체 | 543,170 | 579,546 | 645,768 | 11.4 |
| | 65세이상 | 197,417 | 218,023 | 250,187 | 14.8 |
| | (%) | (36.3) | (37.6) | (38.7) | |
| 1인당월평균진료비 (원) | 전체 | 90,248 | 95,759 | 106,286 | 11.0 |
| | 65세이상 | 279,648 | 295,759 | 328,599 | 11.1 |

자료: 국민건강보험공단(2017)

□ 만성질환자 수 및 관련 진료비 증가

- 만성질환자 수는 건강보험 적용인구의 약 33.1%(2016년기준)에 해당되며, 만성질환 치료에 따른 지난 10년간 진료비의 연평균 증가율은 10.7%에 해당됨(국민건강보험공단, 2017).
- 65세이상 1인당 월평균 진료비 증가율은 약 11.1%이며, 2016년 기준 만성질환 진료비 중 고혈압 치료에 지출된 진료비는 약 11.6%이며, 당뇨병 치료에 지출된 진료비는 약 7.8%임.

〈표 1-2-2〉 주요 만성질환의 진료비 추이: 2006년-2016년

(단위: 억원, %)

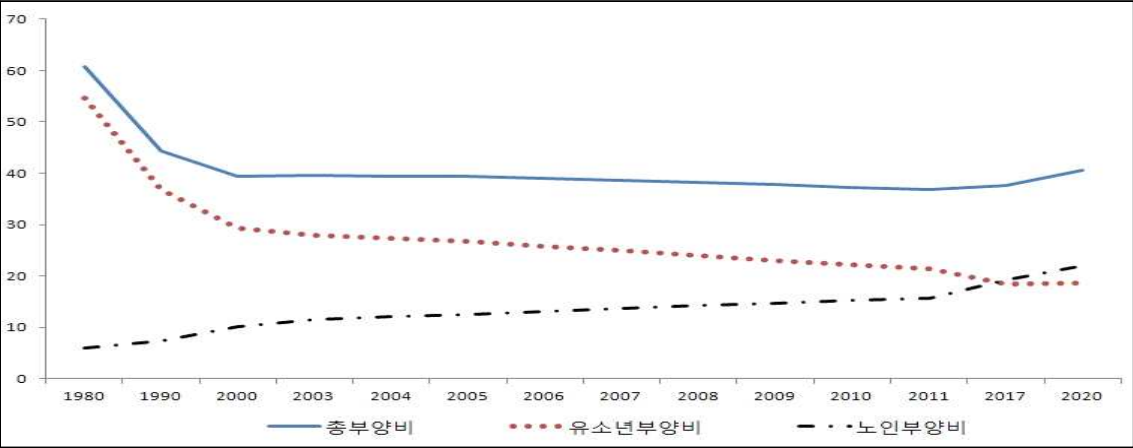
| | 2006 | 2010 | 2014 | 2015 | 2016 (만성질환 전체에서의 비중) | | 10년 연평균 증가율 |
|---------|--------|---------|---------|---------|----------------------|---------|-------------|
| 고혈압 | 14,851 | 24,904 | 27,411 | 28,515 | 30,179 | (11.6) | 7.3 |
| 당뇨병 | 8,101 | 13,516 | 16,778 | 18,162 | 20,423 | (7.8) | 9.7 |
| 심장질환 | 8,051 | 12,924 | 16,428 | 17,971 | 20,651 | (7.9) | 5.3 |
| 뇌혈관질환 | 8,548 | 16,086 | 21,646 | 23,798 | 25,266 | (9.7) | 9.9 |
| 신경계질환 | 4,529 | 10,038 | 15,326 | 16,725 | 19,680 | (7.6) | 11.4 |
| 악성신생물 | 20,558 | 38,055 | 48,050 | 51,854 | 59,355 | (22.8) | 15.8 |
| 계(만성질환) | 94,278 | 168,229 | 216,892 | 233,846 | 260,603 | (100.0) | 10.7 |

자료: 국민건강보험공단(2017)

□ 노인부양비 증가 전망

○ 노인부양비는 2017년 이후 유소년부양비를 추월하여 공공지출에 큰 영향을 미칠 것으로 전망

[그림 1-2-6] 인구구조 변화에 따른 부양비 변화 추이(1980~2020년)

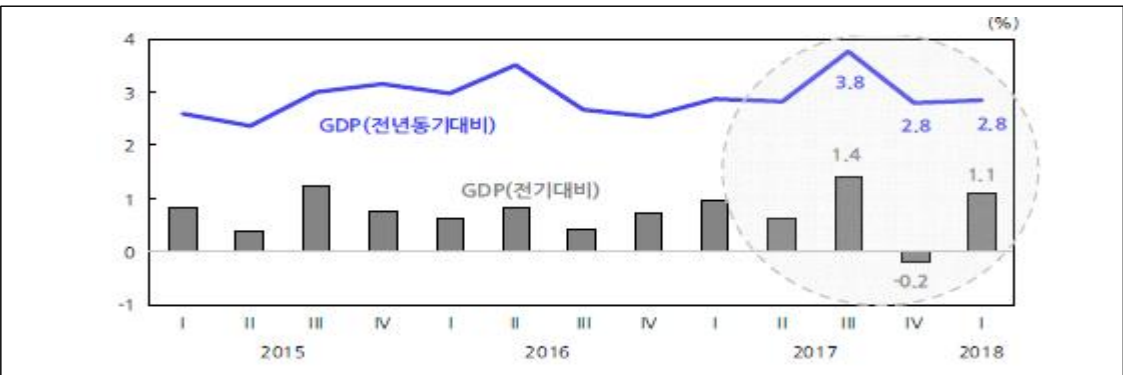


자료: 통계청, 국가통계포털(가정별 성비, 인구성장률, 인구구조, 부양비, 노령화지수, 중위연령, 평균연령 항목)

나. 경제·사회구조 변화

□ 2018년 1/4분기 성장률은 전분기와 동일한 2.8%를 기록하였으며, 전기대비 기준으로 는 1.1%(연율 4.4%)까지 반등

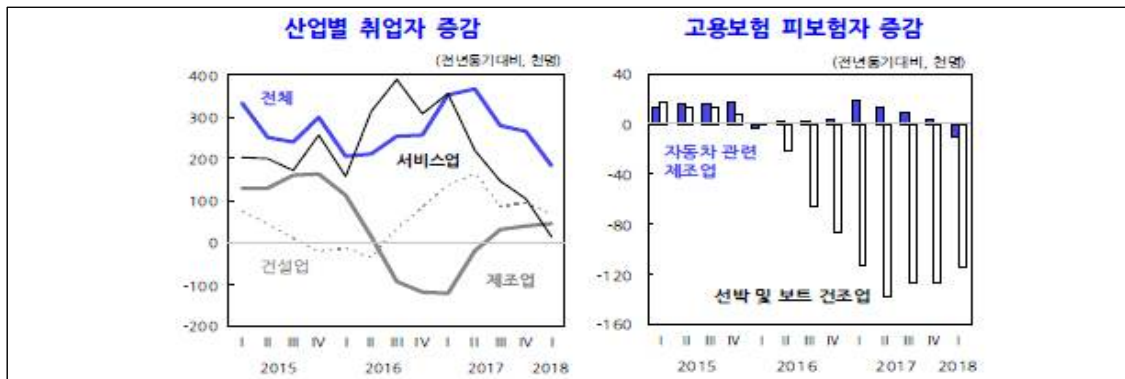
[그림 1-2-7] GDP 성장률



자료: 한국은행

- 국내 제조업 경기의 개선 추세가 둔화되고 취업유발효과가 높은 소비 관련 서비스업 경기의 본격적인 개선도 지연되면서 고용은 일시적 요인들을 감안하더라도 다소 위축된 모습을 나타내고 있음.

[그림 1-2-8] 산업별 취업자 증감



자료: 한국은행, 한국고용정보원

- 2013년 이후 청년실업율이 지속적으로 증가 추세
- 2011년 청년실업율이 7.6%이다가 2012년 7.5%, 2013년 8.0%, 2014년 9.0%, 2015년 9.2%로 지속적으로 증가하는 추이를 보이고 있음.

〈표 1-2-3〉 취업자 수 및 실업률 추이

(단위: 만명, %)

| 구분 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|----------|------|-------|------|------|------|------|------|-------|
| 취업자 증감 | 14.5 | -7.2 | 32.3 | 41.5 | 43.7 | 38.6 | 53.3 | 33.7 |
| - 농림어업 | -3.7 | -3.8 | -8.2 | -2.5 | -1.4 | -0.8 | -6.8 | -10.7 |
| - 제조업 | -5.2 | -12.6 | 19.1 | 6.3 | 1.4 | 7.9 | 14.6 | 15.6 |
| - 건설업 | -3.7 | -9.1 | 3.3 | -0.2 | 2.2 | -1.9 | 4.2 | 2.7 |
| - 서비스업 | 26.0 | 17.9 | 20.0 | 38.6 | 41.6 | 31.7 | 42.6 | 25.0 |
| 실업자 | 76.9 | 88.9 | 92.0 | 85.5 | 82.0 | 80.7 | 93.7 | 97.6 |
| 실업률(%) | 3.2 | 3.6 | 3.7 | 3.4 | 3.2 | 3.1 | 3.5 | 3.6 |
| 청년실업자 | 31.5 | 34.7 | 34.0 | 32.0 | 31.3 | 33.1 | 38.5 | 39.7 |
| 청년실업률(%) | 7.2 | 8.1 | 8.0 | 7.6 | 7.5 | 8.0 | 9.0 | 9.2 |

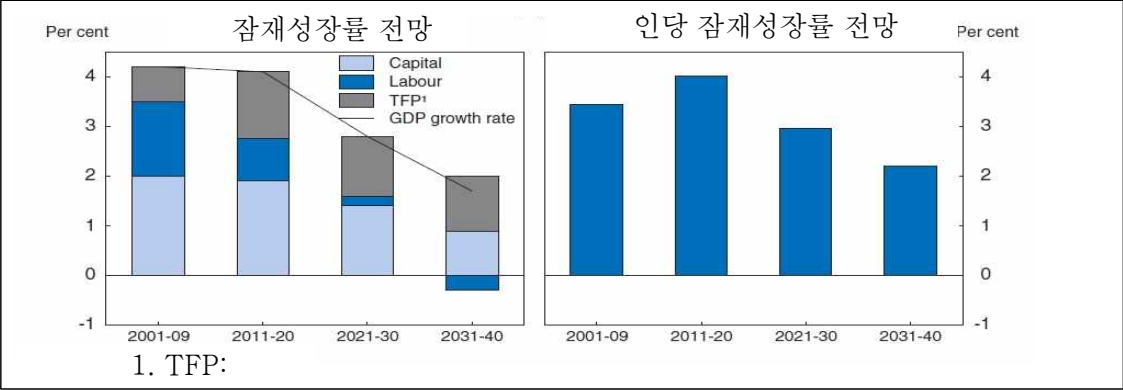
주: 청년실업자 연령기준=15~29세

자료: 통계청, e-나라지표

- 미국의 통상정책 및 지정학적 불확실성과 유가 상승 등 하방 위험요인에도 불구하고 세계경제의 성장세는 내년에도 지속될 것으로 전망되고 있음.
- 세계의 2016년 경제성장율은 전년대비 2.9%(OECD)~3.1%(IMF)이며, 2017년의 경제성장율은 전년대비 3.2%(OECD)~3.4%(IMF)가 될 것으로 예상됨.

- 우리나라의 최근 잠재성장률은 4.3% 내외를 유지하는 것으로 파악(한국개발연구원, 2011)되나, 고령화 및 이에 따른 생산가능인구 비중 감소 등으로 인해 2021년 이후 2%대, 2031년 이후에는 1%대로 하락할 것이라고 분석(OECD, 2012)
- 국가 경제규모 확대를 위한 자본 투자를 낮은 노동생산성이 상쇄하여 전체적인 성장률을 감소시키는 양상

[그림 1-2-9] OECD의 한국 잠재성장률 전망(2000~2040년)



자료: OECD, Economic Survey Korea, 2012

- 정부 전체 지출 가운데 차지하는 보건복지예산 비중은 지속적으로 증가
 - 2003~2007년에서 평균 7.1%였으나, 2008~2011년에서의 보건복지 예산 비중은 평균 9.7%로 증가
 - 경제위기에 따른 사회안전망 확대와 인구구조의 변동, 국민들의 복지수요 및 요구 증가가 보건복지 예산 증가에 영향을 미친 요인으로 사료
 - 보건의료의 연평균 증가율은 5.8%, 건강보험의 연평균 증가율은 8.2%임.

〈표 1-2-4〉 중앙정부 복지재정 운용

(단위: 조원)

| 구분 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 연평균 증가율 |
|------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-----------|------------|
| [사회복지 분야] | 678,266 | 739,160 | 788,926 | 847,715 | 886,736 | 972,051 | 1,052,815 | 8.2 |
| - 기초생활보장 | 71,427 | 73,045 | 75,240 | 79,100 | 85,604 | 88,310 | 94,773 | 4.7 |
| - 취약계층지원 | 10,536 | 15,349 | 13,427 | 13,946 | 16,269 | 17,987 | 23,688 | 12.7 |
| - 공적연금 | 238,197 | 259,856 | 281,833 | 312,678 | 331,382 | 364,031 | 396,612 | 9.6 |
| - 보육·가족·여성 | 19,295 | 23,568 | 28,759 | 33,847 | 45,201 | 57,156 | 54,278 | 20.6 |
| - 노인·청소년 | 32,536 | 36,538 | 38,759 | 40,510 | 44,643 | 65,619 | 90,362 | 36.4 |
| - 노동 | 146,846 | 122,935 | 126,180 | 131,242 | 138,906 | 144,588 | 155,162 | 5.1 |

| 구분 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 연평균 증가율 |
|-----------|---------|---------|---------|---------|---------|-----------|-----------|------------|
| - 보훈 | 33,597 | 36,093 | 38,737 | 40,541 | 43,152 | 44,576 | 46,376 | 5.7 |
| - 주택 | 151,274 | 167,162 | 180,536 | 190,062 | 174,733 | 182,343 | 183,867 | 3.5 |
| - 사회복지일반 | 3,857 | 4,615 | 5,456 | 5,789 | 6,847 | 7,440 | 7,697 | 13.9 |
| [보건 분야] | 68,730 | 73,303 | 75,000 | 78,590 | 87,293 | 92,203 | 104,009 | 8.8 |
| - 보건의료 | 14,611 | 17,037 | 15,599 | 16,039 | 19,513 | 19,451 | 22,808 | 11.0 |
| - 건강보험 | 52,040 | 53,826 | 57,102 | 60,113 | 65,131 | 69,665 | 77,442 | 8.2 |
| - 식품의약품안전 | 2,080 | 2,440 | 2,299 | 2,437 | 2,649 | 3,087 | 3,760 | 10.8 |
| 정부총지출 | 294.9 | 292.8 | 309.1 | 325.4 | 342.0 | 355.8 | 375.4 | 5.8 |
| 복지재정 | 746,996 | 812,464 | 863,926 | 926,305 | 974,029 | 1,064,254 | 1,156,824 | 8.2 |

자료: 고재이 외(2015), 사회보장재정 재구조화를 위한 중장기 전략 연구. 한국보건사회연구원

다. 급격한 기술 변화

- 4차 산업혁명시대 주요 기술의 Tipping Point는 2020~2030년 도래 예상, 2030년 이후의
료전달체계 등 보건의료 제도의 근본적 혁신 요구 발생 가능성
(Self Medication, 의료인력의 역할 변화, 공급자의 다변화 등)

| 구분 | 2020 | 2030 | 2040 |
|--------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| 65세 이상 인구 비중 | 15.6% | 24.5% | 32.8% |
| 베이비붐 세대 | 65세 진입(1955년생) | 모두 65세 이상 / 후기고령자 진입 시작 | 모두 후기고령자가 됨 |
| 인구증가율 | 0.31% | 2035년 감소세 전환 | -0.32% |
| 실질 GDP 증가율 | 약 3% | 2%대 | 1%대 |
| 기술 | IoT 등 4차 산업혁명 관련 기술의 확산 시작 | 유전자치료, 인공지능 등 대대적 확산 / 자율주행차 | 신기술 보편화 (비용 ↓, 양산 등) |
| 산업 | 수요자 중심 경제, 플랫폼 경제, 공유 경제 | | |
| 사회·문화 | 노동시간의 단축, 소비자 권리 의식 강화, etc | | |
| 환경 | 미세먼지, 지구 온난화 | | |
| 정치 | 남북협력, 시민참여 확대 etc | | |

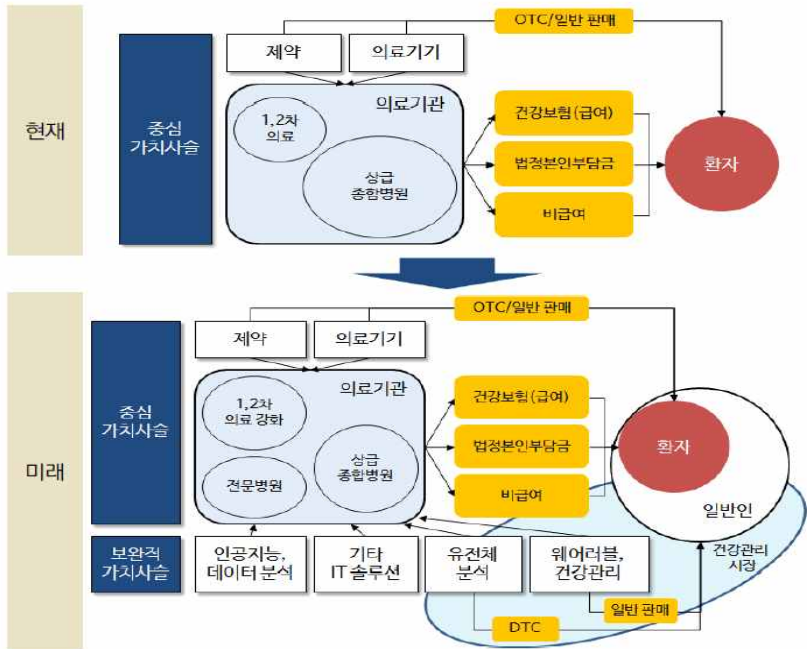
□ 기술 요인

- 인공지능 → 단순 판독 및 분석 업무의 대체 → 의료인의 역할 변화 (의료인력 수요 감소 요인, 연구직 의료인력 수요 증가 요인)
- IoT, 웨어러블 → 일상적 건강관리 촉진, (인공지능 등 진단 기능 결합 시) 의료기관이라는 물리적 공간의 의미 약화 (보건의료서비스 공급주체 다변화 요인),
감염관리 등의 효율화, 대형병원의 기술 선도로 인한 의료격차 심화 vs. 1차의료기관도 활

용할 수 있는 범용기술 보편화

- 로보틱스 → (인공지능, 나노기술 결합) Self-Medication 촉진, 의료기관이라는 물리적 공간 의미 약화, 돌봄인력의 일부 대체(지방 돌봄인력 부족 문제 해법)
- 유전자치료제, 마이크로로봇 등 신기술 → 장기적으로는 저렴(어느 정도까지?), 어느 단계에서 어떤 절차로 급여할 것인지의 문제
- 빅데이터 → 비용효과적 의료기술 확산의 토대, 정보공유 vs. 보호
- 자율주행차 및 고속철 → 교통사고 감소(외상 수요 감소), 수도권 쏠림 심화 우려

[그림 4-11] 헬스케어 가치사슬의 변화 전망



주: OTC=Over the Counter=일반의약품, DTC=Direct to Consumer.
자료: 연구진 작성

* 출처: 4차 산업혁명의 기술 동인과 산업 파급 전망(과학기술정책연구원)

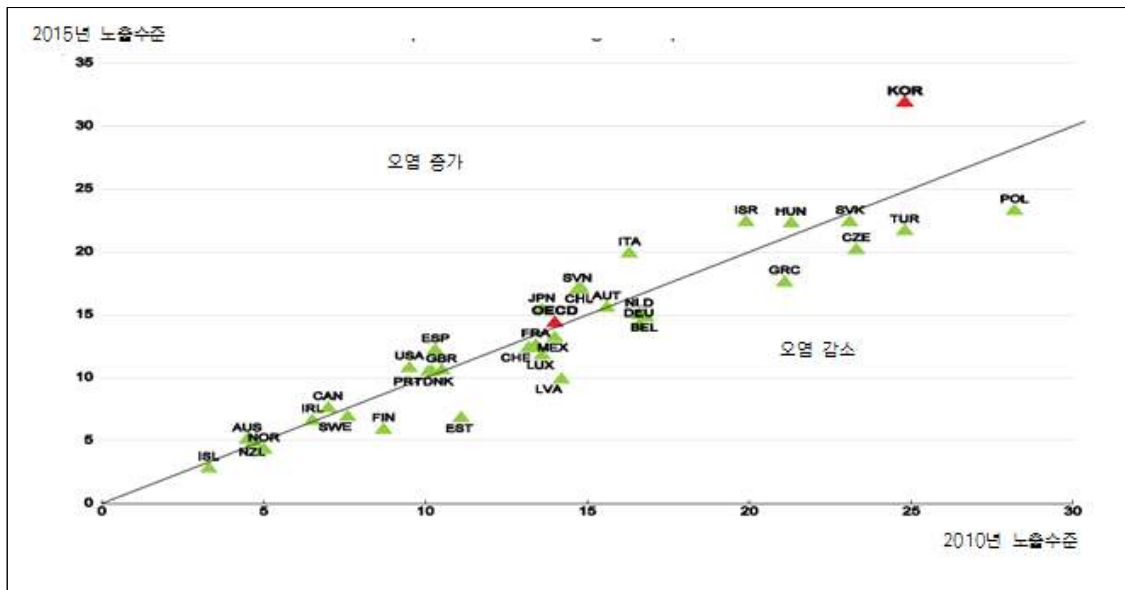
<표 1-2-5> 모바일헬스를 통한 건강지원

| 유형 | 건강지원유형 | 모바일헬스의 지원과정 |
|--------------|------------------------------------------------|-------------|
| 행동변화 커뮤니케이션 | - 약속알림 - 투약준수지원 - 건강행태지원 - 건강인식제고, 교육 | |
| 정보시스템, 데이터수집 | - 환자건강 및 서비스 제공 수집 - 전자건강기록 - 등록관리, 추적관리 | |
| 의약품공급관리 | - 의약품 기본 재고 확보 | |
| 서비스제공 | - 전자의사결정, 진단도구, 의사소통지원 | |

라. 기후 환경 변화

- 대기 오염 수준이 높으며 증가하는 경향을 보이며, 국가 간 교류 증가로 국내 유입 신종 감염병의 위험이 증가

[그림 1-2-10] OECD국가의 대기오염 미세먼지(pm2.5) 노출 수준



자료: OECD Economic Surveys Korea(2018)

〈표 1-2-6〉 국내 유입 또는 유입 가능성이 있는 위험 감염병 사례

| 감염성 질환 | 사례 |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 중동호흡기증후군(메르스) | (국외) '17년 사우디아라비아, 아랍에미리트, 오만, 카타르에서 250명 발생(80명 사망) |
| 조류인플루엔자(AI) 인체감염증 | (국외) '18년 2월 말 기준 AI(H7N9) 1,625명(사망 621) 발생, 치명률 38.2% |
| 라싸열 | (나이지리아) '18년(1.1-3.11) 확진 365건(사망 90건) |
| 수인성·식품매개질환 (세균성이질, 장티푸스) | * (세균성이질) '17년 111건(해외유입 69건) → '18년(1.1-3.14) 85건(해외유입 75건) * (장티푸스) '17년 128건(해외유입 50건) → '18년(1.1-3.14) 85건(해외유입 54건) |
| 모기매개질환 (뎅기열, 지카바이러스감염증) | * (뎅기열 해외유입) '17년 172건 → '18년(1.1-3.14) 42건 * (지카바이러스감염증 해외유입) '17년 11건 → '18년(1.1-3.14) 0건 |

제2절 보건의료의 미래전망

가. 국민의료비 및 의료재정 전망

1) 중장기 전망의 배경 및 필요성

- 의료비의 추이를 전망하는 것은 의료제도의 중장기 방향 설정을 위한 거시경제적 판단지표를 마련하는 과정이기도 함(정형선 등, 2015. 국민의료비 미래추계).
- 의료비의 장래 추계 작업은 보건의료 및 건강보험에 대한 정부 정책의 입안과 평가에 활용될 수 있음.
- 의료비를 공급자별, 재원별, 기능별 구성항목 각각에 대해서 예측하고 전체 의료비의 변화에서 각 구성요소의 기여도를 분석함으로써 증거에 입각한 보건의료정책(evidence-based health policy)의 수립, 시행, 피드백의 가능성을 높일 수 있음.
 - 미국의 CMS(Center for Medicare and Medicaid)는 매년 보건의료지출 수준의 집계치(historical data)를 공표하고 OECD 등 국제기구에 제출함과 동시에 정부의 공식적인 의료비 미래 추계치(forecasting data)를 산출하여 공표하고 있음.
 - 영국, 호주, 네덜란드, 스웨덴 등 주요 선진국들 역시 국민의 건강, 의료비 지출 수준에 미치는 정책의 잠재적인 영향력을 확인하고, 제도의 중장기적인 방향을 설정하기 위하여 의료비 추계 모형을 발전시켜오고 있음.

2) 국내 연구 결과

- 건강보험 중장기 재정 추계(국회예산정책처, 2014)
 - 건강보험 급여지출은 인구고령화 현상을 반영하여 2014년부터 2060년까지 전망함.
 - 과거 자료(2002-2013년)를 이용하여 연령대별(5-10세 단위) 요양급여비를 분기별로 구축함.
 - 이를 다시 급여종류별(진료행위료, 기본진료료, 약제비, 재료비)로 항목을 구분한 후, 이를 해당 구간의 적용인구로 나누어 ‘1인당 급여비’를 산출함.
 - 건강보험 지출의 전망 결과, 급여비는 2014년 43.8조원, 2020년 72조원, 2030년 142.4조원, 2040년 245.8조원, 2050년 362.3조원, 2060년 467조원에 이를 것으로 추정됨.
 - GDP 대비 건강보험 지출은 2014년 3.12%, 2020년 3.56%, 2030년 4.23%, 2040년 4.93%, 2050년 5.35%, 2060년 5.38% 수준임.

〈표 1-2-7〉 건강보험 중장기 재정추계: 2014년~2060년

(단위: 조원, %)

| | | 2015년 | 2020년 | 2030년 | 2040년 | 2050년 | 2060년 |
|--------|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 건강보험지출 | 급여비 | 43.8 | 72.0 | 142.4 | 245.8 | 362.3 | 467.0 |
| | GDP 대비 건강보험 지출 | 3.12 | 3.56 | 4.23 | 4.93 | 5.35 | 5.38 |

자료: 국회예산정책처, 2014

□ 사회보장 중 건강보험 재정 추계(신화연 등, 2014)

- 지체 변수를 고려한 모형인 ARIMAX(0,0,0,[0.1,1,1])에 따르면, 건강보험지출은 2015년 47.8조원, 2020년 69.7조원, 2030년 135.9조원, 2040년 232.1조원, 2050년 363.1조원, 2060년 535.3조원에 이를 것으로 예상됨.

〈표 1-2-8〉 모형별 건강보험지출 추계 결과

| | ARIMAX (1,0,0) | ARIMAX (2,0,0) | ARIMAX (2,0,0)-1* | ARIMAX (0,0,0,[1,1,1,1]) |
|------|-------------------|-------------------|----------------------|-----------------------------|
| 2015 | 57.07 | 51.87 | 51.86 | 47.77 |
| 2020 | 88.36 | 77.67 | 77.27 | 69.71 |
| 2025 | 133.11 | 119.60 | 118.75 | 99.0 |
| 2030 | 190.43 | 176.54 | 175.13 | 135.91 |
| 2035 | 259.90 | 248.00 | 245.93 | 179.41 |
| 2040 | 344.69 | 337.91 | 335.08 | 232.12 |
| 2045 | 441.97 | 440.17 | 436.47 | 291.78 |
| 2050 | 557.71 | 562.41 | 557.74 | 363.11 |
| 2055 | 684.77 | 692.99 | 687.30 | 440.8 |
| 2060 | 846.03 | 865.75 | 858.89 | 535.32 |

주: *고가의의료장비를 가격변수로 하고, 명목 GDP 대비 비중으로 변화시켜 투입한 분석결과임.

자료: 신화연 등, 2014

□ 노인의료비 지출 추계(건강보험공단, 2015)

- 건강상태 개선없이 평균수명만 증가하는 경우
- 시나리오2: 잔차증가율 1.75%가 추계기간(2015~2060년) 동안 매년 같은 비율로 감소하여 2060년에 1로 수렴한다고 가정할 때, 2014년 19조 8,604억원(GDP대비 1.34%) 수준이던 노인 진료비는 연평균 6.15%씩 증가하여 2060년 308조 9,583억원까지(GDP 대비 5.20%) 증가
 - 2025년부터 전년대비 증가율이 감소하기 시작

〈표 1-2-9〉 건강상태 개선없이 평균수명만 증가하는 경우

| | 시나리오1 | | 시나리오2 | | 시나리오3 | |
|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|
| | 금액 | 전년대비 증가율 | 금액 | 전년대비 증가율 | 금액 | 전년대비 증가율 |
| 2014(실적치) | 198,604 | 9.99 | 198,604 | 9.99 | 198,604 | 9.99 |
| 2015 | 215,785 | 8.65 | 215,751 | 8.63 | 215,993 | 8.76 |
| 2020 | 355,223 | 10.86 | 354,261 | 10.78 | 349,655 | 10.43 |
| 2025 | 579,446 | 9.83 | 575,362 | 9.72 | 561,214 | 9.53 |
| 2030 | 876,130 | 7.72 | 865,241 | 7.59 | 838,336 | 7.47 |
| 2035 | 1,230,288 | 6.64 | 1,207,082 | 6.49 | 1,163,020 | 6.37 |
| 2040 | 1,638,396 | 5.33 | 1,594,893 | 5.15 | 1,524,616 | 4.95 |
| 2045 | 2,067,196 | 4.59 | 1,992,127 | 4.36 | 1,881,214 | 4.08 |
| 2050 | 2,512,007 | 3.45 | 2,389,966 | 3.14 | 2,217,878 | 2.71 |
| 2055 | 2,928,744 | 2.99 | 2,739,373 | 2.61 | 2,478,876 | 2.04 |
| 2060 | 3,371,131 | 2.66 | 3,089,583 | 2.21 | 2,710,165 | 1.52 |

주: 1) 소득탄력도 1, 잔차 유지; 2) 소득탄력도 1, 잔차 수렴 3) 소득탄력도 0.8, 잔차 수렴
자료: 건보공단, 2015

나. 의료수요전망: 외래, 입원

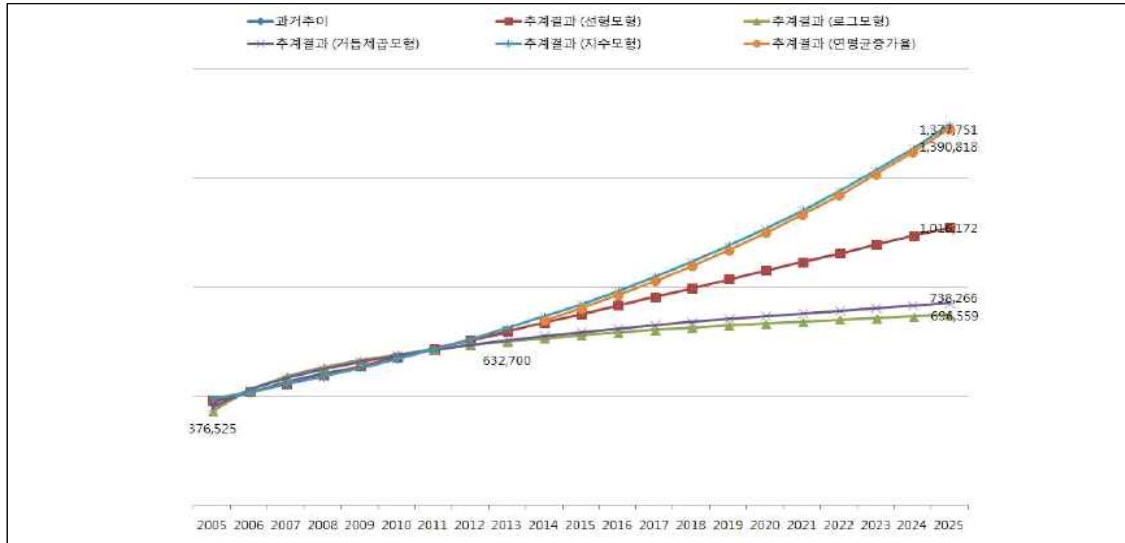
1) 국내 연구 결과

□ 현 추세가 유지된다는 것을 가정할 때 2025년경 병상수 공급량을 추계해보면, 최소 696,559 병상(인구천명당 13.4병상)에서 최대 1,377,751병상(인구천명당 26.5병상)까지 늘어날 것으로 예측됨(박수경 등, 2014)

○ 파악가능한 외국의 인구천명당 병상수 최고점은 1993년 일본의 15.6병상으로 현재의 추세를 유지할 경우 가까운 미래에 세계 최고 수준을 달성할 것으로 예측됨

〈표 1-2-10〉 장래 병상수 추계

| | 총병상수 | | | | | 인구천명당 병상수 | | | | |
|------|-----------|---------|---------|-----------|-----------|-----------|------|---------|------|---------|
| | 선형모형 | 로그모형 | 거듭제곱 모형 | 지수모형 | 연평균 증가율 | 선형모형 | 로그모형 | 거듭제곱 모형 | 지수모형 | 연평균 증가율 |
| 2014 | 666,559 | 610,151 | 618,207 | 689,147 | 675,091 | 13.2 | 12.1 | 12.3 | 13.7 | 13.4 |
| 2015 | 698,342 | 621,251 | 632,463 | 734,574 | 720,322 | 13.8 | 12.3 | 12.5 | 14.5 | 14.2 |
| 2016 | 730,125 | 631,384 | 645,766 | 782,995 | 768,584 | 14.4 | 12.4 | 12.7 | 15.4 | 15.1 |
| 2017 | 761,908 | 640,706 | 658,249 | 834,608 | 820,079 | 14.9 | 12.6 | 12.9 | 16.4 | 16.1 |
| 2018 | 793,691 | 649,337 | 670,023 | 889,623 | 875,024 | 15.5 | 12.7 | 13.1 | 17.4 | 17.1 |
| 2019 | 825,474 | 657,372 | 681,172 | 948,264 | 933,651 | 16.1 | 12.8 | 13.3 | 18.5 | 18.2 |
| 2020 | 857,257 | 664,889 | 691,770 | 1,010,771 | 996,205 | 16.7 | 12.9 | 13.4 | 19.7 | 19.4 |
| 2021 | 889,040 | 671,949 | 701,876 | 1,077,398 | 1,062,951 | 17.2 | 13.0 | 13.6 | 20.9 | 20.6 |
| 2022 | 920,823 | 678,606 | 711,538 | 1,148,417 | 1,134,169 | 17.8 | 13.1 | 13.8 | 22.2 | 21.9 |
| 2023 | 952,606 | 684,903 | 720,801 | 1,224,118 | 1,210,158 | 18.4 | 13.2 | 13.9 | 23.6 | 23.4 |
| 2024 | 984,389 | 690,877 | 729,700 | 1,304,808 | 1,291,238 | 19.0 | 13.3 | 14.1 | 25.1 | 24.9 |
| 2025 | 1,016,172 | 696,559 | 738,266 | 1,390,818 | 1,377,751 | 19.6 | 13.4 | 14.2 | 26.8 | 26.5 |



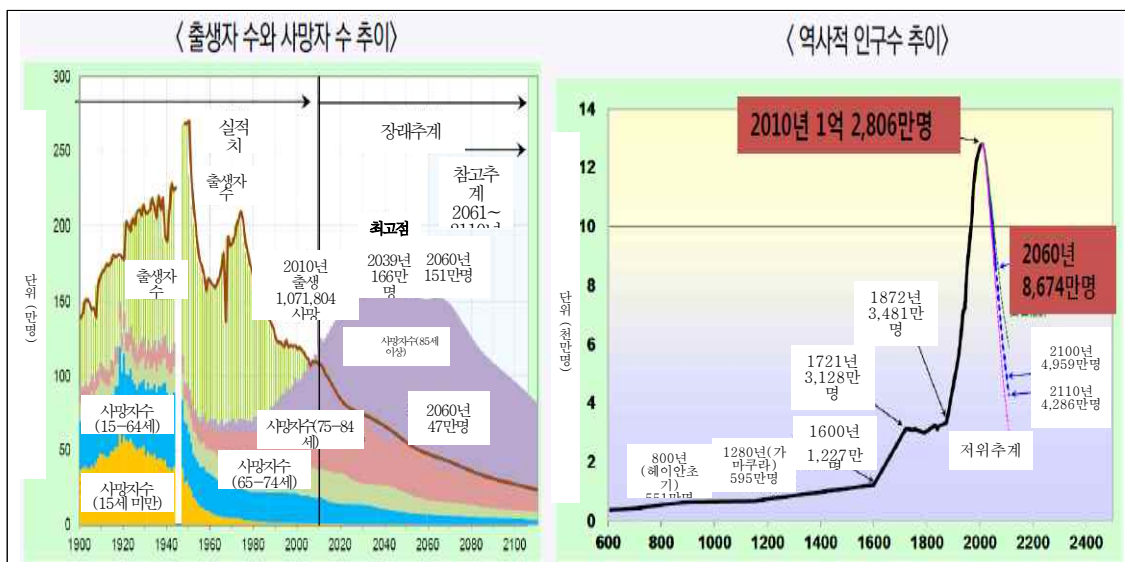
주: 2013년 기준 총병상수는 632,700병상(인구천명당 12.6병상). 현 추세가 유지될 것으로 가정
 자료: 박수경 등(2014) 병상수급계획 실효성 제고방안 연구

다. 참고자료: 일본사례

□ 일본의 인구구조와 전망

- 2060년에 총인구는 약9천만명, 고령화율 40%
- 2010년, 사망자수가 출생자 수를 넘어섬 (출생 107만명 < 사망 120만명)

[그림 1-2-11] 일본의 인구 변화



□ 일본의 요인별 의료비 증가율

- 인구증가 영향 (-), 고령화 영향 (+)
- 인구 및 수가인상 등에 의한 영향을 제외한 의료비 증가는 최근 1%정도였으나, 2015년에는 2.7% 수준
- 이러한 기타요인에는 의료고도화, 환자 본인부담 변화 등의 영향이 포함됨

<표 1-2-11> 일본의 의료비 증가 요인

| | | (2003) | (2004) | (2005) | (2006) | (2007) | (2008) | (2009) | (2010) | (2011) | (2012) | (2013) | (2014) | (2015) |
|-----------------------|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 의료비증가율 | ① | 1.9% | 1.8% | 3.2% | -0.0% | 3.0% | 2.0% | 3.4% | 3.9% | 3.1% | 1.6% | 2.2% | 1.8% | 3.8% |
| 상대수가개선 | ② | | -1.0% | | -3.16% | | -0.82% | | 0.19% | | 0.004% | | -1.26% | |
| 인구증가영향 | ③ | 0.1% | 0.1% | 0.1% | 0.0% | 0.0% | -0.1% | -0.1% | 0.0% | -0.2% | -0.2% | -0.2% | -0.2% | -0.1% |
| 고령화 영향 | ④ | 1.6% | 1.5% | 1.8% | 1.3% | 1.5% | 1.3% | 1.4% | 1.6% | 1.2% | 1.4% | 1.3% | 1.2% | 1.2% |
| 소비세 영향 | ⑤ | | | | | | | | | | | | 1.36% | |
| 기타 의료고도화 환자부담변화 | | 0.2% | 1.2% | 1.3% | 1.8% | 1.5% | 1.5% | 2.2% | 2.1% | 2.1% | 0.4% | 1.1% | 0.6% | 2.7% |

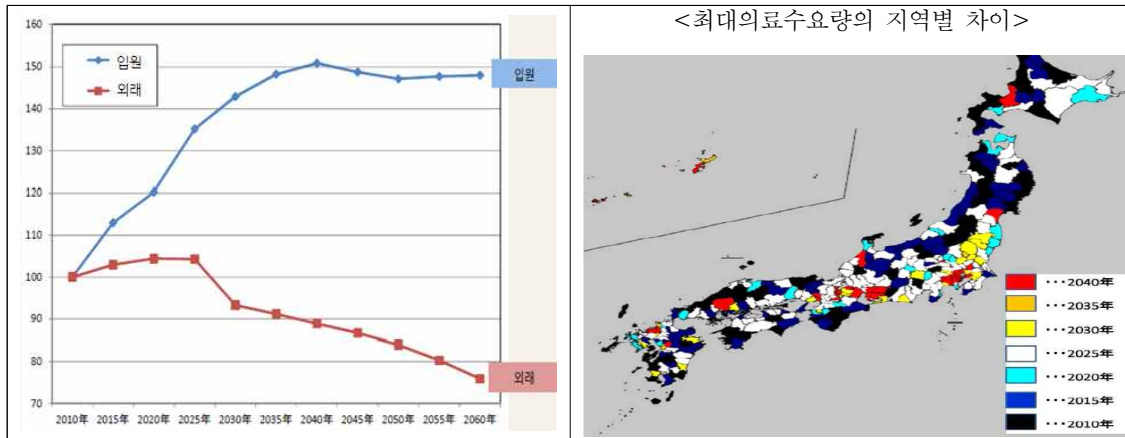
□ 일본의 의료수요 전망

- 고령화에 따른 입원수요 증가
- 인구구조 변화에 따른 외래수요 감소

[그림 1-2-12] 일본의 입원 병상 수요 전망



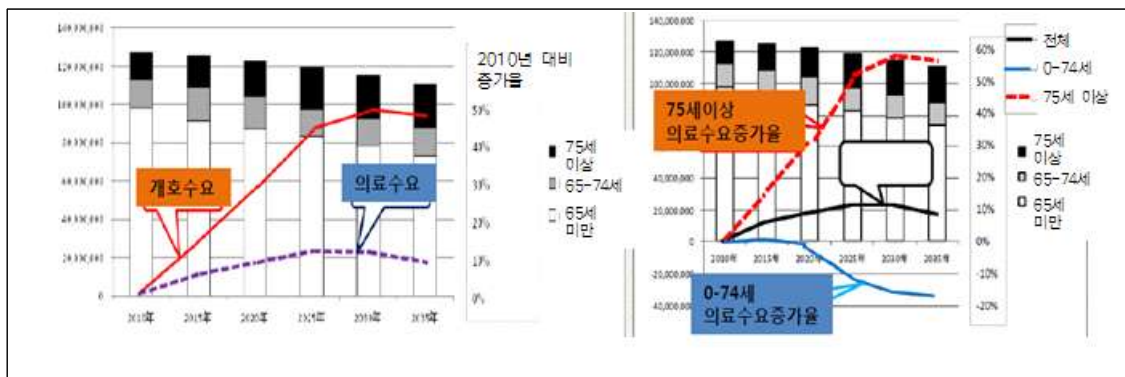
[그림 1-2-13] 일본의 입원 및 외래 전망



□ 의료수요 및 요양수요 예측

- 의료수요 정점은 2025년이며, 요양수요 정점은 2030년
- 0~74세와 75세이상으로 구분하여 의료수요를 예측해보면, 74세이하는 감소경향, 75세이상은 급증

[그림 1-2-14] 일본의 의료 및 요양 수요 전망



라. 미래기술전망

1) 미래기술전망

| 주요기술 트렌드 | 관련 기술 | 발전방향 |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 디지털 트랜스포메이션 (Digital Transformation) | 빅데이터, 클라우드, 사물인터넷, 웨어러블디바이스, 블록체인, AR/VR, 인공지능, 3D 프린팅 | 보건의료서비스의 맞춤화 및 지능화 심화 |
| 유전자 관련 기술의 진화 (Genome Reading & Writing) | 오믹스, 유전자편집, 합성생물학 등 | 유전자조작 및 치료, 새로운 생물 창조 |
| 줄기세포 및 재생의료 발전 (Regenerative Medicine) | 줄기세포, 조직공학, 세포유전자치료, 바이오장기, 오가노이드 등 | 손상된 조직 및 장기 대체 |
| 노화연구의 활성화 (Ageing Research) | 수혈, 칼로리제한, 줄기세포백업, 항노화치료제 등 | 수명연장 및 건강한 노화 촉진 |
| 면역연구의 진보 (Immune Research) | 항암백신, 면역관문유도치료제, 면역세포유전자치료 등 | 암, 면역질환 등 난치질환 치료 |
| 신경과학 등 기술융합 가속화 (Convergence) | 신경과학, 증강형 의지보조기, 로보틱스, 나노기술, 재료공학 등 | 인간 신체 및 감각 증강 |
| 행동보건의 발전 (Behavioral Health) | 게임화, 디지털마커, 행동보건 등 | 나쁜 습관 및 이상행동 교정 |
| 자율주행 이동기기 상용화 (Autonomous Mobility) | 자율주행자동차, 드론 등 | 이동 및 물류 무인자동화 |

자료: Deloitte(2013). Healthcare 3.0; Deloitte(2015). Healthcare in 2065; Deloitte(2016). Health Care Foresight; Deloitte(2017). Hospital of the future; PWC(<https://www.pwc.co.uk/issues/megatrends/technological-breakthroughs.html>); The Economist(2011). The future of healthcare in Europe; WEF(<https://www.weforum.org/agenda/2012/11/a-healthcare-scenario-for-2040>); WEF(<https://www.weforum.org/agenda/2016/11/healthcare-in-2030-goodbye-hospital-hello-home-spital>); McKinsey&Company(<https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/the-future-of-healthcare-finding-the-opportunities-that-lie-beneath-the-uncertainty>); OECD(2016). AN OECD HORIZON SCAN OF MEGATRENDS AND TECHNOLOGY TRENDS IN THE CONTEXT OF FUTURE RESEARCH POLICY; Frost&Sullivan(2016). Vision 2025-The Future of Healthcare; The MedicalFuturist (년도미상). Digital Health Best Practices for Policy Makers; CBInsights. (2018). Healthcare in 2025, 2030.를 참조하여 정리

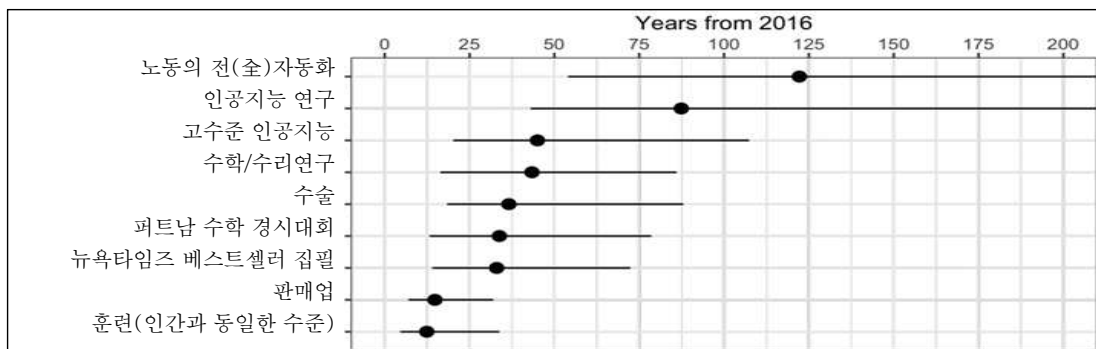
□ 빅데이터, 클라우드, 인공지능, 사물인터넷, 웨어러블 디바이스, 블록체인, 오믹스, AR/VR, 3D Printing 등의 발달로 디지털 트랜스포메이션(Digital transformation)에 따른 맞춤화(Personalization) 및 지능화(Intelligence) 심화

- 한 개인은 일생동안 1,100 테라바이트 이상의 헬스케어 데이터를 생산하며, 그 중 대부분은 행태적, 사회경제적 환경적 요소로 구성된 외생데이터(1,100TB), 유전체데이터(6TB), 임상데이터(0.4TB)으로 구성¹⁾
- 외생데이터, 유전체데이터, 임상데이터 등 헬스케어 데이터를 측정, 통합, 분석, 활용할 수 있는 다양한 혁신기술의 등장으로 디지털 트랜스포메이션을 촉발

1) Handmaker, K. (2016). Building the Universal Roadmap to Population Health Management. IBM Watson Health.

- 헬스케어의 디지털화를 촉진시키는 혁신기술로는 데이터 측정(사물인터넷, 웨어러블 디바이스), 데이터 측정 및 분석(오믹스), 데이터 저장 및 공유(클라우드, 블록체인), 데이터 분석(인공지능, 빅데이터), 데이터 활용(AR/VR, 3D Printing, Convergence) 등이 대표적
- 가트너에 따르면 10년 이내 대부분의 디지털 혁신기술이 시장으로 확산되는 “Plateau of Productivity” 단계에 도달할 전망
- 디지털 전환과 AI의 발전은 보건의료 분야에 다양하게 활용되며 의료민주화와 생산성 향상에 도움이 될 전망

[그림 1-2-15] AI가 인간의 능력을 추월하는데 필요한 기간



자료: Grace, K., Salvatier, J., Dafoe, A., Zhang, B., & Evans, O. (2018). When will AI exceed human performance? Evidence from AI experts. *Journal of Artificial Intelligence Research*, 62, 729–754.

□ 오믹스, 유전자편집, 합성생물학 등의 발달로 유전자 조작 및 치료, 새로운 생물체 창조가 용이해질 전망

- 정밀한 유전자조작이 가능한 유전자 편집기술, 새로운 생명체를 만드는 합성생물학 등의 발전으로 희귀난치질환을 치료할 가능성을 높일 뿐만 아니라 윤리적, 법적, 사회적 측면에서 다양한 문제를 야기할 가능성 존재
 - 중국 허젠쿠이 교수팀은 AIDS에 면역력을 갖도록 유전자를 조작한 아기 출산시키는데 성공했다고 주장하여 사회적 논란²⁾
 - 캐나다 앨버타대학 연구팀은 민간 기업에서 10만 달러를 주고 DNA조각을 우편으로 구입한 뒤 유전자 편집기술을 이용해 6개월 만에 멸종된 천연두와 마두 유사 바이러스를 생산

2) South China Morning Post. (2018. 11. 29). Hong Kong summit on human gene editing to discuss regulation in wake of claim by Chinese scientist He Jiankui that he edited genes of newborn twins. Retrieved from <https://www.scmp.com/news/hong-kong/health-environment/article/2175095/hong-kong-summit-human-gene-editing-discuss>

- DNA 조각이나 유전자 가위 키트 등은 온라인에서 손쉽게 구매가 가능하여 일반인의 DIY(Do It Yourself) Biotechnology를 확산시킬 수 있도록 촉발³⁾
 - 시민과학자나 바이오해커들은 근육을 강화하거나 헤르페스 치료법을 개발하려다 실패하는 등 아직 초보단계이나 다양한 시도가 이루어지는 중
 - Gartner(2018)에 따르면 2018년부터 단순 진단부터 신경 이식까지 생물을 해킹하고 인간의 능력을 확장하는 “trans-human” 시대가 시작되는 해로 선언⁴⁾

□ 줄기세포, 재생의료, 조직공학 등의 발달로 10-15년 내로 일부 인간 조직 재생 및 장기 대체가 가능해져 일부 장기부족 문제를 해소할 것으로 예측

- 줄기세포를 활용하여 다양한 난치질환을 해결하고 퇴행성질환, 장기부전 등으로 인한 이식용 장기부족 문제를 해소할 수 있을 전망
 - 2006년 일본 신야 야마나카 교수 팀이 역분화줄기세포를 만드는 데 성공한 이후 2018년 일본 정부는 심장질환, 파킨슨병, 난치성 혈액 질환에 역분화줄기세포를 활용하는 세계 최초의 임상시험들을 차례로 승인
 - 면역조절기술, 역분화줄기세포 분화 및 배양기술, 3D 바이오프린팅 등 바이오인공장기 유관기술의 발전으로 10-15년 후에는 바이오장기를 일부 사용하는 단계에 이르며, 각 막, 채도, 신장, 심장, 간, 폐 순으로 개발할 것으로 전망⁵⁾

□ 노화연구 등으로 노화를 억제하거나 생체시계를 거꾸로 돌리는 게 가능해질 전망

- 최근, 의료의 발전, 생활습관 교정, 웰니스 등으로 인해 인간의 수명이 증가한 반면, 노화로 인해 암, 심혈관질환, 치매 등이 증가하면서 건강한 노화에 대한 수요도 증가
 - 최근 태어난 우리나라 아이의 기대수명은 증가한 반면 건강수명은 오히려 줄어들어 유병기간이 점차 증가하고 있으며⁶⁾, 일본의 경우도 유사한 상황⁷⁾
- 건강한 노화에 대한 수요가 증가하면서 다양한 항노화 치료제나 치료법이 개발되고 있거나 항노화 치료가 가능해질 것으로 예상
 - Metformin 임상연구, 수명연장을 위한 rapamycin 개발, 칼로리 제한 연구, 줄기세포 백업, 노화질환치료를 위한 Senolytic drug 개발, 젊은이 혈액 수혈 등 다양한 항노화 치료제나 치료법이 개발⁸⁾

3) New York Times. (2018. 5. 14). As D.I.Y. Gene Editing Gains Popularity, ‘Someone Is Going to Get Hurt’. Retrieved from <https://www.nytimes.com/2018/05/14/science/biohackers-gene-editing-virus.html>

4) <https://www.gartner.com/smarterwithgartner/5-trends-emerge-in-gartner-hype-cycle-for-emerging-technologies-2018/>

5) 과학기술정보통신부·한국과학기술기획평가원.(2017). 바이오인공장기의 미래. 2017년 기술영향평가 결과보고.

6) e-나라지표(www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=2758)

7) 이상우. (2018). 일본, 평균수명과 건강수명 격차 현황. KIRI 고령화 리뷰 Monthly 제15호. 보험연구원.

- Pubmed에 등록된 노화연구만 1998년 600건 수준에서 2018년 2,700건 이상의 연구 논문을 발표⁹⁾

□ **Neurotechnologies, Enhancement Prosthetics, Robotics, Nanotechnologies, Material engineering 등의 발달로 인간의 신체 및 감각 증강이 가능**

- 장애인이 정상인 또는 그 이상의 능력을 가진 인간으로 생활할 수 있도록 도와주는 장애인 의지보조기, 인체능력 증강기기가 보편화될 전망
 - Neurotechnologies를 활용하여 뇌파신호를 분석을 통한 전기 자극을 통해 하반신 마비환자를 재활·훈련시켜 보행이 가능하도록 치료¹⁰⁾
 - 호주 스타트업 바이오닉 비전 테크놀로지는 "시각장애인 4명에게 외부 사물을 식별하는 전자 눈을 장착해 앞을 보게 하는 데 성공¹¹⁾
- 로봇 등 인간의 능력을 증강시키는 기술의 보편화로 진료, 치료, 수술, 돌봄, 응급 등에 다양하게 활용되어 보건의료 생산성을 증대시킬 것으로 기대
 - 스스로 학습하고 특정 치료행위가 가능한 자율형 수술로봇, 증강현실을 활용한 진료 및 수술지원, 체혈 및 생검, 감염위험물질 운반 등 병원현장에서 로봇이 다양하게 활용될 전망
 - 거동이 불편하거나 행동제어가 어려운 환자의 감시, 수발, 목욕, 제어 등 간호 및 돌봄 분야에서도 로봇이 폭넓게 활용될 것으로 기대

□ **면역연구의 발전으로 암, 감염질환, 자가면역질환 등 다양한 면역 관련 질환 관리 및 극복이 가능해질 전망이나 관련 의료비 상승의 요인으로도 주목**

- 면역항암제, 치료백신, 세포유전자치료제 등의 발달로 인간 면역시스템을 활용한 암 완치가 가능
 - CAR-T 등의 세포유전자치료제의 경우 일부 암에 대해서는 완치가 가능한 탁월한 치료 효과를 보이고 있으나 맞춤형 제조로 생산하기 때문에 1회 투여비용만 5억원을 상회*
 - * 노바티스社의 세포유전자치료제인 킴리아의 경우 치료가격이 47만 5천달러로 책정
- 인간 면역인자를 조절하여 류마티스관절염, 크론병 등 자가면역질환을 치료할 수 있는 다양

8) CBinsights. (2018). The future of aging.

9) CBinsights. (2018). The future of aging.

10) Wagner, F. B., Mignardot, J. B., Le Goff-Mignardot, C. G., Demesmaeker, R., Komi, S., Capogrosso, M., ... & Vat, M. (2018). Targeted neurotechnology restores walking in humans with spinal cord injury. *Nature*, 563(7729), 65.

11) 조선일보. (2018. 11. 22). '시각장애인에 '전자 눈'이식...잃어버린 시력 찾았다'
http://biz.chosun.com/site/data/html_dir/2018/11/22/2018_112200109.html

한 치료제 개발도 큰 흐름

* TNF- α 억제제를 위한 항체치료제인 휴미라(성분명 아달리무맙)는 기존 패러다임을 바꾼 최근 25년간 가장 혁신적인 치료제로 선정¹²⁾

□ 데이터 기반 마커 및 근거, 게임화(Gamification), 행동보건(Behavioral health)의 발전으로 통합적이고 자율적 건강관리 촉진 활발

- 우울증(depression), 불안(anxiety)과 같은 행동이상질환은 50%를 상회하고 있으나 치료 받지 않은 환자는 절반이 넘고 10명 중 9명이 적절한 치료를 받지 못하고 있는 실정
 - 우울증, 알콜중독, 불안장애, 약물남용장애, 조현병, 양극성장애 등과 같은 행동건강이상(Behavioral Health Disorders) 관련 질병부담의 대부분을 차지¹³⁾
- 디지털헬스케어의 발전으로 다양한 시민생산데이터(Citizen Generated Data)를 연속적으로 측정이 가능해지고, 진단 및 관리를 위한 디지털 마커가 개발되며, 이상행동을 치료하거나 나쁜 습관을 교정하거나 위한 디지털 치료제 개발도 활발해질 전망
 - 예를 들어, 연속적 혈당을 측정하기 위한 렌즈, 약물복용 순응도를 높이기 위한 앱, PTSD를 치료하기 위한 VR, 다이어트에 도움이 되는 게임 앱 등 행동의학 관련 기술 발전 추세¹⁴⁾

□ 드론, 자율주행 자동차 등 자율주행 이동수단(mobility)의 발전으로 외상환자는 감소하고 의료 사각지대에 도움을 줄 전망

- 자율주행 자동차(Self-driving car)의 발전으로 교통사고에 의한 외상환자는 대폭 감소할 전망
 - 미국에서 자율주행 자동차 보급이 본격적으로 도입될 경우 교통사고의 약 90%가 감소할 것으로 예측¹⁵⁾
- 드론을 활용하여 응급처치, 환자이송, 의료물품 배송 등이 물류, 재난 및 응급대처 등 보건 의료에 혁신을 촉진할 전망
 - 드론은 재난구조, 응급처치, 환자이송, 도서산간지역 의료물품 배송 등에 보건의료 분야에 다양한 활용시도¹⁶⁾

12) Kesselheim, A. S., & Avorn, J. (2013). The most transformative drugs of the past 25 years: a survey of physicians. *Nature reviews Drug discovery*, 12(6), 425.

13) World Health Organization. (2015). *Global burden of Disease*.

14) Frost&Sullivan. (2017). *Future of Behavioral Healthcare Paradigms, Forecast to 2022*.

15) McKinsey&Company. (2016). *Automotive revolution - perspective towards 2030*.

16) Freeman Scott. (년도미상). *Drones in Healthcare: The Rise of the Machines*.

2) 미래기술발전에 따른 사회경제적 영향

□ 환자 및 시민의 자율적 보건의료 및 건강증진 활동 참여 및 자기 결정권 강화

- 참여의학(Participatory medicine), 보건의료 소비자주의(Healthcare Consumerism), 자기주도 건강관리(People powered health), Self-medication(자가 의료) 등 헬스케어 분야 환자중심성, 환자참여, 환자의 자기결정권이 강화될 전망
- 환자 및 시민이 주도적으로 보건의료에 참여하고 바람직한 건강관리를 주도할 수 있도록 지원하고 인센티브를 줄 수 있는 방식으로 보건의료체계의 변화 압력 증가
- 보건의료 소비자주의로 인해 진단오남용, 백신 및 치료 거부, 자가 제조 및 치료 등 안전 및 건강을 위협하는 사태도 발생할 우려

□ 탈중앙화(Decentralization) 및 개인화(Personalization) 가속화

- Digital Twin이 확산되고 개인별 건강정보 접근성이 강화됨에 따라 개인건강정보를 기반으로 한 맞춤형 건강관리 및 치료가 일반화될 수 있도록 Health system, 의료인, 건강관리 프로그램, 건강보험과 통합되고, 환자 개인별 치료를 위한 가정 및 개인용 의료기기 등을 판매하는 소비자 직접 판매(Direct To Consumer, DTC)도 증가할 전망¹⁷⁾
- Telemedicine, mHealth, Smart home, Personalized care가 일반화됨에 따라 보건의료서비스 공급모델이 종합병원 중심에서 의원 및 가정 중심으로 탈중앙화가 진행되고 병원을 비롯한 건강관리 및 의료서비스 모델이 보건의료체계 변화에 따라 다양화될 전망
 - 병원모델은 여전히 존재하나 고도로 복잡하고 전문화된 치료 중심으로 변화할 것이며, 지역별 health hub와 같은 모델은 일상적인 진료와 예방·관리 중심으로 운영될 것으로 예측¹⁸⁾
 - 이러한 변화는 국가별 보건의료제도 및 체계의 유연성과 변화에 따라 속도가 지연되거나 가속화될 것이며 국내의 경우 기존형태의 일반적인 종합병원의 어려움은 가중될 전망

□ 맞춤형의료(Personalized medicine) 및 정밀의료(Precision medicine), 예측의료(Predictive medicine), 예방의료(Preventive medicine) 일반화

- Omics, EHR, 환경정보 등 다양한 개인별 건강정보를 수집, 가공, 분석하여 정확하게 건강 상태 및 질환을 진단하고 치료제를 선택하거나 3D Printing, 기관 GMP 등을 활용한 맞춤형 제조를 통해 치료하고 건강을 관리하는 정밀의료(Precision medicine)를 가속화시킬 전망

17) <https://www2.deloitte.com/us/en/pages/life-sciences-and-health-care/articles/health-care-current-november6-2018.html>

18) Deloitte. (2016). The Health Hub, Transformation for the new normal.

- 건강정보를 기반으로 질병을 예측하거나 예측된 질병 고위험 인구집단에 대해서는 질병 예방 및 건강관리가 이루어지는 인구집단 건강관리(Population Health Management)가 일반화되고, 보건소를 비롯한 공공보건기관과 지역사회(Community), 민간기업(Private sector)과 협력하는 공중보건모델도 증가할 전망

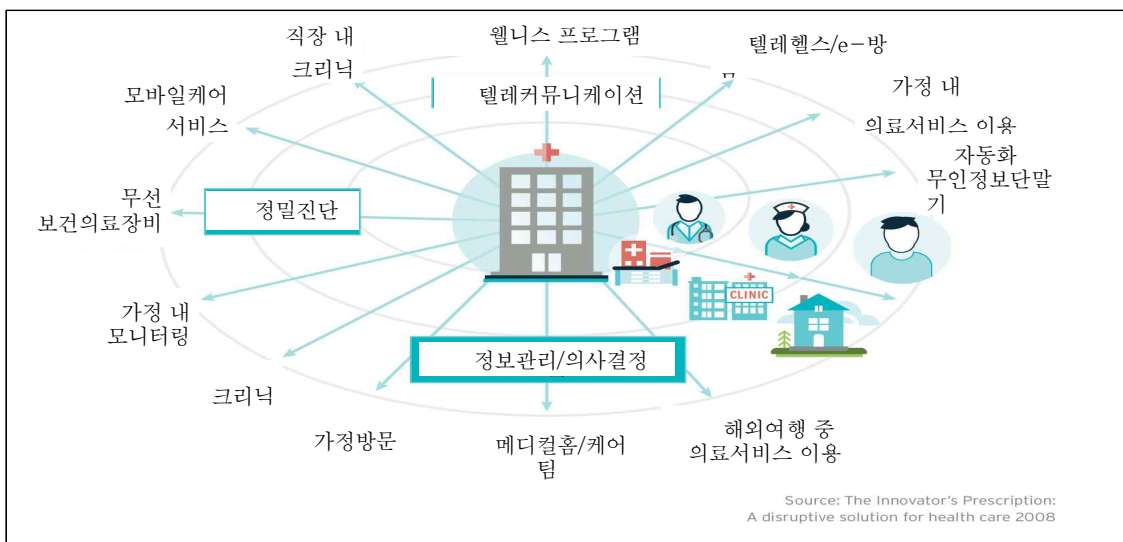
□ 산업간 영역 파괴에 따른 보건의료 서비스 주체의 다변화(Healthcare Provider Diversity)

- 애플, 구글, IBM, 아마존, 삼성 등 거대기술기업(Tech Giant)의 보건의료서비스 참여가 증가하고 거대기술기업, 보험회사, 제약기업, 의료기기기업, 물류 관련 기업 간 전략적 제휴 및 M&A도 증가함에 따라 보건의료서비스 주체도 다변화될 전망
 - 예를 들어, 아마존社의 경우 기 구축된 온라인쇼핑, 자동화된 물류, 클라우드서비스를 중심으로 온라인 약국인 Pillpack社 인수, 미국 건강보험사 Cigna社 인수, 헬스케어스타트업 투자 등 헬스케어 가치사슬을 빠르게 통합하며 헬스케어 시장에 진출¹⁹⁾

□ 디지털 트랜스포메이션 심화, Neurotechnology, BCI(Brain Computer Interface), 인체삽입형 의료기기의 발달로 사이버보안(Cyber security) 중요성 부각 및 기기오작동 위험성 증가

- 개인의 건강정보가 온라인상에 축적되거나 인체 삽입형 또는 착용형 의료기기가 온라인으로 연결되면서 관련정보가 유출되거나, 임베디드 소프트웨어의 오류 또는 해킹으로 기기오작동이 발생할 우려

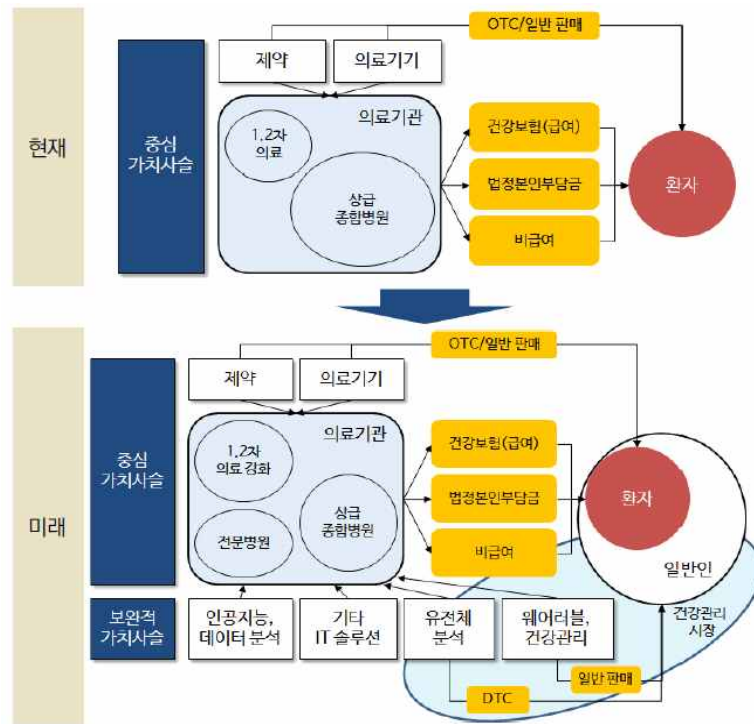
[그림 1-2-16] 보건의료 분야 탈중앙화 모델



자료: 클레이튼 M, 크리스텐슨 외 (2010). 파괴적 의료혁신. 청년의사.

19) CBinsights. (2018). Amazon in healthcare.

[그림 1-2-17] 헬스케어 가치사슬 변화전망

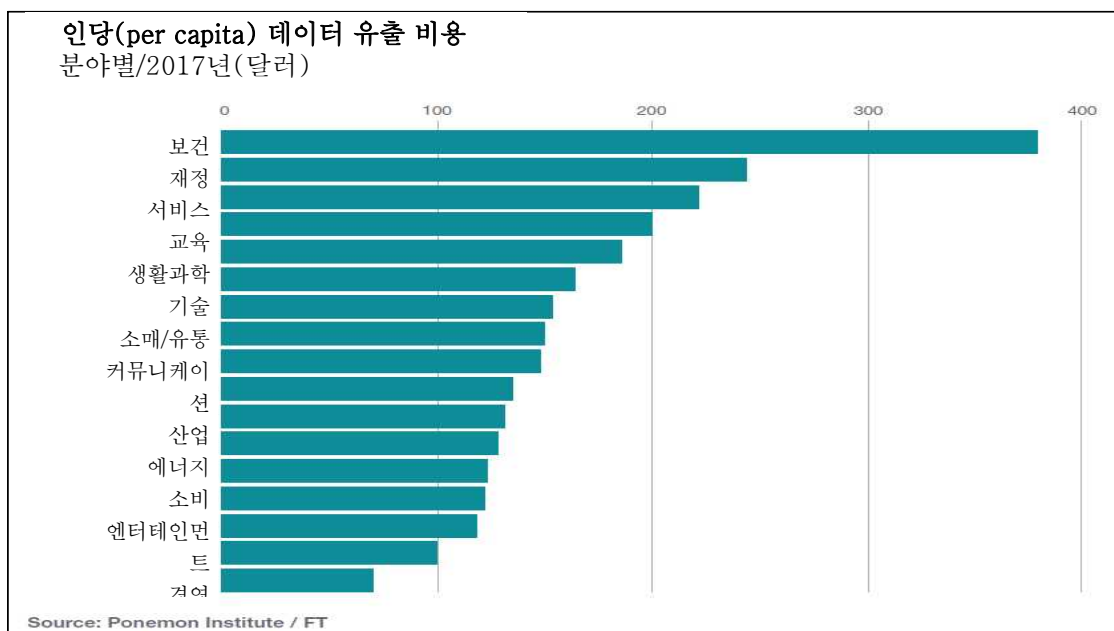


주: OTC=Over the Counter=일반의약품, DTC=Direct to Consumer.

자료: 연구진 작성

자료: 김석관, 최병삼, 양희태, 장필성, 손수정, 장병열, ..., 송성수. (2017). 4차 산업혁명의 기술 동인과 산업 파급 전망. 세종: 과학기술 정책연구원.

[그림 1-2-18] 데이터 유출 비용



자료: Accenture. (2018). Future Agenda, Future of Patient Data. 재인용

□ 인공지능/로봇의 일반화로 부족한 보건의료 및 돌봄 인력의 증강(Augmentation) 시키거나 대체(Replacement)할 전망

○ 보건의료인력의 업무흐름(Workflow)에 있어서 정보의 수집을 보조하고 정보의 흐름을 통합시키고 결정을 보조해 줄 수 있는 AI 또는 로봇의 보건의료현장 적용이 활발해지면서 보건의료인력 부족을 상당부분 해소하고 진단, 치료 등의 분야에 있어 인지오류에 의한 보건의료 서비스의 오류를 감소하고 정확도를 증대시키는 등 보건의료 분야에 있어 가장 파괴적인 기술로 평가²⁰⁾²¹⁾

－ 의료현장에서의 AI는 2020-2025년 사이에 상용화가 촉진되고 2025년 이후에는 광범위하게 보건의료 현장에 적용될 것으로 예측²²⁾

○ AI 및 로봇의 발전으로 인한 보건의료 및 돌봄 인력의 증강 및 대체는 지역 간 병원 간 보건의료서비스의 질을 평준화시키고 의료 민주화를 촉진시키는데 기여할 전망

○ 반면, 보건의료 인력의 대체는 직업상 위협을 받은 보건의료 인력의 반발을 불러와 실질적인 현장적용은 지연되거나 오히려 관련 기술이 사장되는 위험 우려도 존재

－ J&J社의 마취수술로봇인 시데시스(Sedasys)는 마취비용을 1/10로 절감할 수 있었지만 마취외과의사의 반발을 불러와 도입 1년 만에 시장에서 퇴출²³⁾

□ 인공감각, 인공장기, 증강 의지보조(Enhancement Prosthetics) 등의 발전으로 정상인 또는 그 이상의 능력을 가진 사이보그(Cyborg) 인간이 증가함에 따라 정신질환, 사회보장 축소 등 야기

○ 기계와 인간이 결합된 사이보그 인간의 증가로 인간정체성에 혼란이 발생할 우려가 있으며, 특히 인간의 능력을 증강하기 위한 뇌 이식물(Brain implant)은 새로운 정신이상질환 야기 우려

○ 장애인과 정상인의 구분이 없어짐에 따라 장애인에 대한 의료보험 수가혜택 등 각종 사회적 혜택을 주는 것에 대한 논란이 제기되거나 축소될 가능성 존재

□ 재생의료(Regenerative medicine), 노화연구(Ageing research) 등으로 인류 수명 연장

20) Thomas H. Davenport & Wilijean J. Glover (2018. 6. 19). Artificial Intelligence and the Augmentation of Health Care Decision-Making. Retrieved from <https://catalyst.nejm.org/ai-technologies-augmentation-health-care-decisions/>

21) Williams, B. (2017. 8. 28). Enabling better healthcare with artificial intelligence. Retrieved from <https://usblogs.pwc.com/emerging-technology/ai-in-healthcare/>

22) Williams, B. (2017. 8. 28). Enabling better health care with artificial intelligence. Retrieved from <https://usblogs.pwc.com/emerging-technology/ai-in-healthcare/>

23) 로봇신문. (2016. 3. 31). '존슨앤드존슨', 마취용 로봇 판매 중단. (<http://www.irobotnews.com/news/articleView.html?idxno=7204>)

건강한 노후를 가속화시키거나 의료격차(medical divide)를 심화할 우려

- 재생의료 및 노화연구의 발전은 인류의 수명연장을 촉진해 노인인구를 증가시키고 인구과잉을 야기할 가능성 존재
- 상당수의 치료가 고가치료에 해당하여 의료비 상승우려로 보험 적용이 용이하지 않아 의료격차와 같은 사회적 불평등도 야기할 우려

□ 다양한 혁신적인 치료 및 관리 기술이 발달하고 자율주행 이동수단 보편화에 따라 외상환자는 감소한 반면 난치질환의 관리 및 치료가 가능해져 비감염질환자는 지속적으로 증가할 전망

- 진단기술의 발전, 표적치료 및 면역치료 등 혁신적인 치료법의 등장으로 암을 비롯한 난치질환이 관리가 가능하거나 치료가 가능한 만성질환으로 변화 추세
- 만성질환자를 비롯한 비감염질환(Non-communicable disease)의 증가로 인한 의료비 상승이 예상되며 이를 선제적으로 통제하기 위해 사전예방 및 사후관리 중심 의료서비스를 제공할 수 있도록 보건의료체계도 변화할 전망

□ 일반인들의 바이오해커 활동이 활발해짐에 따라 신종 감염병이 발발하거나 불법적으로 생산하는 치료제 판매도 증가하여 사회적 문제로 부상할 우려

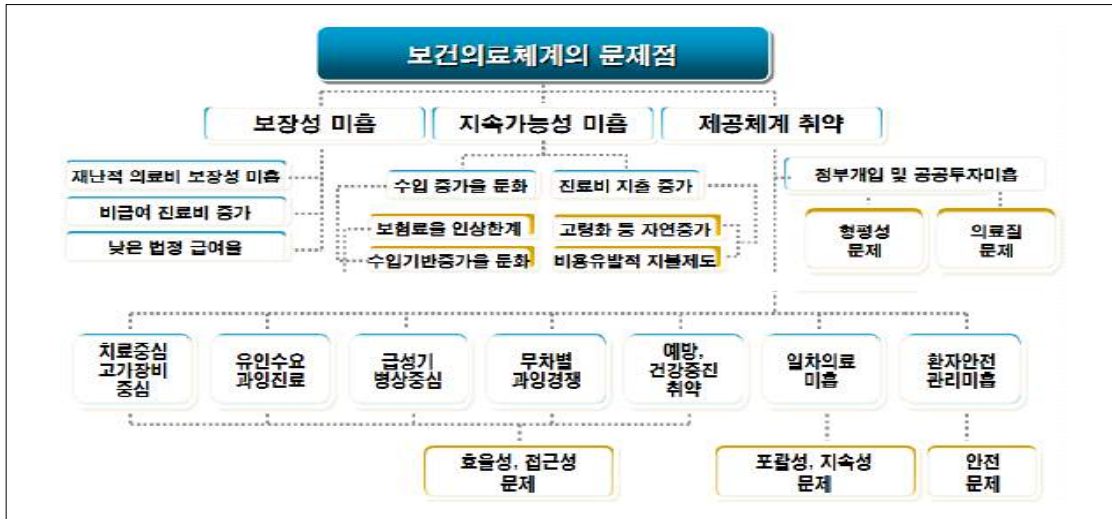
- 일반인도 접근이 용이한 DNA 조각이나 유전자 가위 키트 등의 발전으로 DIY Biotechnology가 활발해지면서 이미 소멸되었거나 지구상에 존재하지 않는 새로운 병원체나 바이러스를 만들어낼 우려가 있어 이를 적절히 모니터링하고 통제하기 위한 새로운 기술 및 제도 요구
- 온라인을 통한 시민과학자 및 바이오해커의 치료제 생산 및 판매도 빈집해짐에 따라 이에 대한 위해나 사회적 부작용도 증가할 우려

□ 신기술의 발전으로 의료비용이 증가하고 보건의료체계가 비용효과성을 극대화를 위한 가치기반의료(Value based medicine)로 전환하도록 압력이 높아질 전망

- 유전자치료제, 면역항암제, 의료로봇 등 고가의 신기술의 발전으로 의료비용 지불제도를 적절히 통제하기 위한 적정치료와 책임의료조직(Accountable Care Organization, ACO)을 비롯한 환자중심의 새로운 가치기반의료의 중요성이 증가할 전망
- 의료비 상승으로 인한 비용대비효과에 대한 중요성이 증가함에 따라 비교효과연구, 의료기술근거산출연구, 성과연구 등 T2 중개연구의 중요성이 부각되면서 다양한 빅데이터 중심의 현실세계근거(Real World Evidence)를 활용한 연구자주도임상연구(Investigator Initiated Trial, IIT)가 늘어날 전망

제3절 보건의료부문의 강점 및 약점

[그림 1-2-19] 보건의료체계의 문제점



□ (보건의료체계의 강점 및 약점 분석) 우리나라 보건의료의 주요 성과 및 한계를 고찰, 우리나라 보건의료체계의 강점, 약점 분석

○ 우리나라 보건의료체계 강점

- 우리나라 보건의료체계는 압축적 경제성장에 따른 보건의료서비스 구매력 향상 및 의료 기술 발전에 따른 우수하고 기업가적인 의료 인력의 양성으로 단기간에 큰 성과를 달성 하였음.
- 건강보험 당연지정 제도를 통해 의료접근성의 보편적 확보
- 의사 선택자유성과 접근성과 진료의 편리성 보장
- 의료공급자의 생산성과 효율성을 증대
- 단기간에 적은 비용으로 높은 건강수준을 달성

○ 우리나라 보건의료체계 약점

- 비급여로 인해 미충족의료(unmet needs)와 의료비 과부담가구를 양산
- 소비자 의료이용의 도덕적 해이의 우려가 크고, 공급자역시 필요 이상으로 의료서비스를 쉽게 제공할 유인을 갖게 됨.
- 의료기관의 규모가 대형화되는 과정을 거치면서 대도시에 대형병원이 몰림.
- 단과 중심 전문의체계로 일차의료 약화
- 의료인력의 지역간 불균형 및 전공과목별 불균형 발생

－ 병상수 과잉공급 및 의료의 질 감소

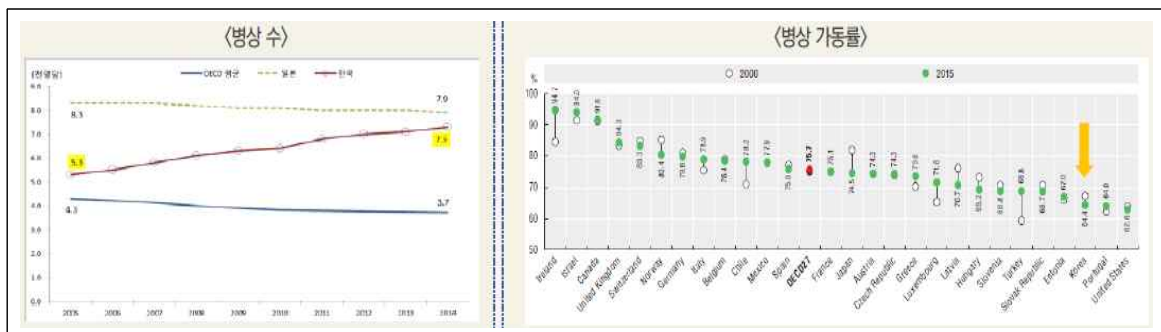
□ 병상수의 지속적 증가, 병상 가동률 감소

- － OECD 국가의 병상 수는 감소 추이에 있으나, 우리나라는 증가
- － OECD 국가에 비해 병상가동률이 낮으며, 가동률 수준도 하락(OECD 평균=75.7%, 한국 평균 64.4%, '15년기준)

□ 높은 외래 방문일수 및 재원일수

- － OECD 국가 중 상대적으로 높은 재원일수(16.1일, 2015년 기준)
- － OECD 국가의 평균 외래방문횟수(7.0회, 2015년기준)는 감소 추이, 우리나라는 증가(16.7회, 2016년기준)

[그림 1-2-20] 병상 수 및 병상 가동률



□ (미래 변화 전망) 미래 보건의료를 둘러싼 대내외 환경적·정책적 변화 예측 및 제도에의 영향을 분석하여 기회요인과 위험요인을 도출

- 인구구조, 사회환경, 경제환경, 질병구조, 정책환경, 기후환경변화의 측면에서 미래 변화를 예측하고, 이러한 변화가 가져올 보건의료 분야의 문제점을 진단
- 보건의료체계의 기회요인과 위험요인을 도출하고 위기→기회가 될 수 있는 방향 모색
- 장기적 관점에서 미래 변화 모습을 예측하고, 이에 대한 선제적 대응체계 구축 방안 모색

[그림 1-2-21] 보건의료부문의 SWOT

| 강점 (Strengths) | 약점 (Weaknesses) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ 보편적 의료 접근성 확보 ▪ 전국민 건강보험제도 ▪ 환자의 의료기관 선택권 자율 ▪ 수준 높은 의료인력의 임상분야 ▪ 의료의 질적 수준 개선 노력 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 보건의료 전문 인력의 분야간, 지역간 불균형 ▪ 민간위주의 공급구조와 공공시스템의 부조화 ▪ 의료공급 및 의료전달체계의 비효율 ▪ 급성기 이후 단계의 환자관리 미흡 ▪ 보건의료 우선순위 설정 체계 미흡 |
| 위기 - 도전 (Threats - Challenges) | 기회 (Opportunities) |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ (내부) 인구 고령화 (만성질환, 장애, 치매 등) ▪ (내부) New Normal시대에서의 보건의료 지속가능성 ▪ (내부) 이해관계자 간의 갈등 상존 ▪ (내부) 미충족 의료와 과부담 의료비 발생 ▪ (내부) 지역, 소득간 건강격차 ▪ (내외부) 기후변화 및 환경 위해 물질 (미세먼지, 폭염, 오염 등) ▪ (내외부) 세계화와 새로운 건강위협 (신종 감염병 등) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 개인맞춤형 의료 기술 발전 ▪ AI, ICT 활용 등의 새로운 보건의료기술 및 디지털 인프라 ▪ 미래의료를 통한 예측 및 예방 체계 ▪ 보건의료시스템의 재설계 |

1) 보건의료 부문의 내재적 갈등관리 및 통합적 접근 필요

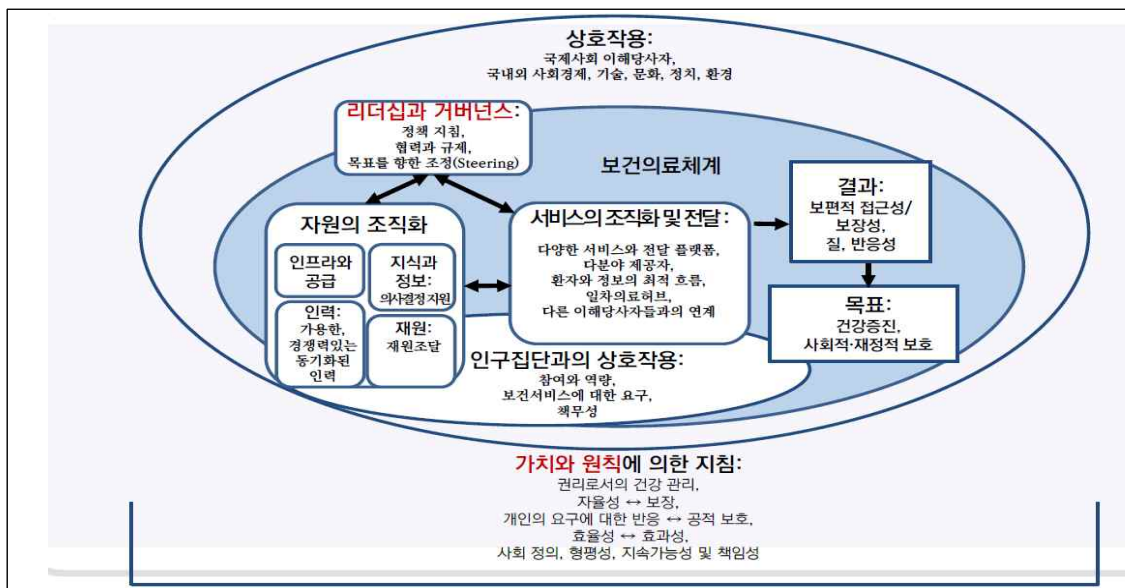
- 현재 우리나라는 보건의료 정책방향에 대해 이해집단간의 갈등이 심화되고 있고, 보건의료정책 형성에 주도적인 영향을 미치고 있는 전문가들의 견해와 부처간, 부처내에서의 견해가 공식적으로 표방되거나 비교되어지고 있지 않아 의료에 대한 기본적인 인식과 최근의 이슈가 되고 있는 의료정책에 대한 입장, 그리고 향후 정책방향 등에 대한 통합적 접근이 미흡한 실정임.
- 보건의료에 대한 기본 시각의 사회적 미합의, 집단 간의 인식의 차이 등으로 각종 정책 현안마다 갈등이 노정되고 있고 이해집단간 극한갈등으로 과도한 사회적 비용이 지출되고 있다고 할 수 있음.
- 전체 보건의료 분야를 아우르는 장·단기적 이념 및 방향이 정립되지 못하면서, 보건의료 부문 내의 갈등이 증폭되고 있으며, 이러한 갈등을 해소하기 위한 기준 및 방안이 부재한 상황임.
- 이는 보건의료정책에 대한 국가적 차원의 계획 수립이 부재하면서, 보건의료정책을 둘러싸고 이해관계자 간의 갈등 관리에 제약이 있어 왔음.
- 특히 이러한 견해의 차이가 나타나는 이유는 어떤 문제를 보는 관점이나 여기에 부여하는 가치가 상이하기 때문에 협상과 타협보다는 대립과 갈등이 표출되기 쉬움.
- 따라서 사회적 갈등을 가져오는 여러 가지 보건의료 관련 문제에 대한 통합적인 방향을 제시함으로써 우리사회에서 컨센서스(consensus)를 위한 이해의 폭을 넓힐 필요가 있음.
- 실제 보건의료정책을 수행하는 중앙정부의 부처 간-부처 내, 중앙정부-지자체에서 개별적으로 보건의료정책을 계획하고 있어, 보건의료정책의 연계성이 부족하므로, 범정부적 참여 및 협력을 통하여 보건의료정책의 완결성을 확보할 필요가 있음.

□ (중앙-지방, 보건-복지의 연계) 지역사회를 포용하는 보건-복지 연계 전략

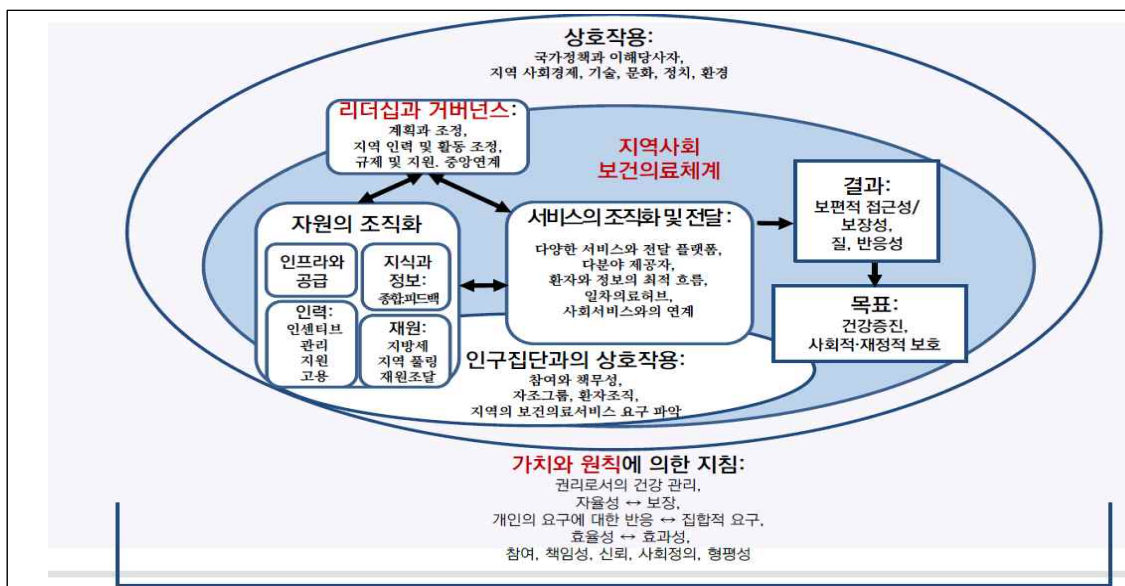
○ 시도 권한과 책임의 강화, 지역사회 중심 보건-복지 통합 서비스 제공

- 10개의 구성요소: ①목표와 결과, ②가치와 원칙, ③서비스 전달체계, ④인구집단, ⑤상호작용, ⑥리더십과 거버넌스, ⑦ 자원의 조직화(⑦ 자원, ⑧인력, ⑨인프라와 공급, ⑩지식과 정보)

[그림 1-2-22] 보건의료체계의 구성요소: 중앙



[그림 1-2-23] 보건의료체계의 구성요소: 지방



자료) WHO's framework for action(WHO, 2007)

□ (성과 평가, 모니터링체계 구축) 우리나라의 보건의료 부문에 대해 영역별 주요 성과를 평가하고, 이를 토대로 향후 방향 설정을 할 필요가 있음.

○ 보건의료 부문에 관한 주요 지표를 설정하고, 보건의료체계의 성과, 환자 요구도에 대한 성과, 성과를 위한 비용 등의 차원에서 영역별로 주요 성과를 평가하고, 보건의료정책의 기여와 한계를 검토할 필요가 있음.

〈표 1-2-12〉 WHO의 보건의료시스템(health care system) 성과(performance)의 구조적 틀

| 구분 | 내용 |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 정의 | - 건강수준의 향상 또는 유지를 주요한 목적으로 하는 보건의료 활동을 위한 자원조달, 규정, 서비스 제공과 이와 관련된 자원, 인력, 조직을 모두 포함하는 일련의 활동 |
| 목표 | - 최종목표: 건강수준의 향상, 반응성, 재정적 기여의 공정성 - 중간목표: 접근성, 보장성, 의료의 질, 안전성 |
| 구성 | - 재정(조달, 위험배분, 구매) - 서비스 제공(개인, 인구집단) - 자원개발(투자 및 훈련) - 관리(규정, 조직, 평가) |

자료: WHO(2000)

[그림 1-2-24] Donabedian 성과 평가 구조



□ 주요 보건의료정책의 목표 및 추진계획은 국민건강수준의 향상, 안전망 구축, 지속가능성 확보, 접근성 및 질 향상 등에 중점을 두고 있음.

○ 국민 건강수준 향상을 위해 수요자 중심의 의료전달체계 구축, 공공보건의료기능 확대, 예방적 건강증진 강화 등을 목표로 함.

- 안전망 구축을 위해 의료비 경감 및 건강보험 혜택 등 보장성 강화 등을 강조함.
- 지속가능성 확보에 대해서는 불필요한 지출 감소 등 지속가능한 재정 관리 노력을 목표로 함.
- 접근성 및 질 향상에 대해서는 응급 및 중증질환 등 공공의료 확충, 수술환자 안전관리 등 환자안전 강화, 양질의 인력 양성 등을 목표로 함.

〈표 1-2-13〉 연도별 보건의료체계의 주요목표와 하위목표

| 연도 | 주요 목표 | 하위 목표 |
|------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2007 | 건강투자 강화를 통한 국민건강수준 향상 인적자본 투자확대, 사회서비스 확충 | 수요자 중심의 의료전달체계 공공보건의료기능 강화 예방 중심의 포괄적인 국민건강관리체계 구축 차세대 건강보험 혁신 안전관리체계 강화 국민수요에 부응하는 다양하고 질 좋은 서비스 제공 |
| 2010 | 건강위기 대응능력 강화 | 신종전염병에 대한 국민보호망 구축 빈틈없는 의료안전망 구축 |
| 2011 | 안전망 지속가능성 확보 | 건강안전망 강화 지속가능한 보건의료시스템 구축 |
| 2014 | 건강한 삶 보장 | 비급여 등 의료비 경감 |
| 2015 | 생애 맞춤형 건강사회 실현 | 의료이용 접근성 및 안전 제고 국민의료비 부담 경감 보건의료지속가능성 제고 예방적 건강증진 강화 |

자료: 보건복지부 연두업무보고 자료, 2007, 2010, 2011. 보건복지부. 보건부 성과관리계획, 2014, 2015.

〈표 1-2-14〉 성과지표 사례

| 목표 | 지표 |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 접근성 | 인구 천명당 의사수(인구 천명당 활동의사수) 출동에서 현장 도착 평균 소요시간 |
| 형평성 | 소득수준별 과부담의료비 부담 인구 비중 |
| 보장성 | 미충족의료 비율(%) 총의료비 중 본인부담비율(%) (추가) 재난적 의료비 비율(%) |
| 의료질 | 예방가능한 입원환자 수(10만명당) 암 진단을 받고 5년 이후 생존자 비율(%) 급성심근경색으로 인한 입원 30일 이내 사망률(45세이상, %) 허혈성심질환으로 인한 입원 30일 이내 사망률(%) 30일 이내 계획되지 않은 재입원하는 환자 수(천명당) |
| 비용 | 1인당 보건의료비 지출, GDP 대비 보건의료비(%) |
| 효율성 | 급성기 입원환자의 평균재원일수, 인구10만명당 입원환자 수 |
| | 건강수명 73세('15) |

제4절 참고문헌

- 과학기술정보통신부·한국과학기술기획평가원.(2017). 바이오인공장기의 미래. 2017년 기술영향평가 결과보고.
- 김석관, 최병삼, 양희태, 장필성, 손수정, 장병열, ..., 송성수. (2017). 4차 산업혁명의 기술 동인과 산업 파급 전망. 세종: 과학기술정책연구원.
- 로봇신문. (2016. 3. 31). '존슨앤드존슨', 마취용 로봇 판매 중단(<http://www.irobotnews.com/news/articleView.html?idxno=7204>).
- 이상우. (2018). 일본, 평균수명과 건강수명 격차 현황. KIRI 고령화 리뷰 Monthly 제15호. 보험연구원.
- 조선일보. (2018. 11. 22). '시각장애인에 '전자 눈'이식...잃어버린 시력 찾았다'(http://biz.chosun.com/site/data/html_dir/2018/11/22/2018_112200109.html)
- 클레이튼 M, 크리스텐슨 외 (2010). 파괴적 의료혁신. 청년의사.
- e-나라지표(www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=2758)
- Accenture. (2018). Future Agenda, Future of Patient Data
- CBinsights. (2018). Amazon in healthcare.
- CBinsights. (2018). Healthcare in 2025, 2030
- CBinsights. (2018). The future of aging.
- Deloitte(2013). Healthcare 3.0.
- Deloitte(2015). Healthcare in 2065.
- Deloitte(2016). Health Care Foresight.
- Deloitte(2017). Hospital of the future.
- Deloitte. (2016). The Health Hub, Transformation for the new normal.
- Freeman Scott. (년도미상). Drones in Healthcare: The Rise of the Machines.
- Frost&Sullivan. (2016). Vision 2025—The Future of Healthcare
- Frost&Sullivan. (2017). Future of Behavioral Healthcare Paradigms, Forecast to 2022.
- Handmaker, K. (2016). Building the Universal Roadmap to Population Health Management. IBM Watson Health.
- Kesselheim, A. S., & Avorn, J. (2013). The most transformative drugs of the past 25 years: a survey of physicians. Nature reviews Drug discovery, 12(6), 425.
- McKinsey&Company(<https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/the-future-of-healthcare-finding-the-opportunities-that-lie-beneath-the-uncertainty>)
- McKinsey&Company. (2016). Automotive revolution - perspective towards 2030.
- New York Times. (2018. 5. 14). As D.I.Y. Gene Editing Gains Popularity, 'Someone Is Going to Get Hurt'. Retrieved from <https://www.nytimes.com/2018/05/14/science/biohackers-gene-editing-virus.html>

- OECD(2016). AN OECD HORIZON SCAN OF MEGATRENDS AND TECHNOLOGY TRENDS IN THE CONTEXT OF FUTURE RESEARCH POLICY
- PWC(<https://www.pwc.co.uk/issues/megatrends/technological-breakthroughs.html>)
- South China Morning Post. (2018. 11. 29). Hong Kong summit on human gene editing to discuss regulation in wake of claim by Chinese scientist He Jiankui that he edited genes of newborn twins. Retrieved from <https://www.scmp.com/news/hong-kong/health-environment/article/2175095/hong-kong-summit-human-gene-editing-discuss>
- The Economist. (2011). The future of healthcare in Europe
- The MedicalFuturist. (년도미상). Digital Health Best Practices for Policy Makers
- Thomas H. Davenport & Wilijean J. Glover (2018. 6. 19). Artificial Intelligence and the Augmentation of Health Care Decision-Making. Retrieved from <https://catalyst.nejm.org/ai-technologies-augmentation-healthcare-decisions/>
- Wagner, F. B., Mignardot, J. B., Le Goff-Mignardot, C. G., Demesmaeker, R., Komi, S., Capogrosso, M., ... & Vat, M. (2018). Targeted neurotechnology restores walking in humans with spinal cord injury. *Nature*, 563(7729), 65.
- WEF(<https://www.weforum.org/agenda/2012/11/a-healthcare-scenario-for-2040>),
- WEF(<https://www.weforum.org/agenda/2016/11/healthcare-in-2030-goodbye-hospital-hello-home-spital>)
- Williams, B. (2018. 8. 28) Enabling better health care with artificial intelligence. Retrieved from <https://usblogs.pwc.com/emerging-technology/ai-in-healthcare/>
- World Health Organization. (2015). Global burden of Disease.

<전자사이트>

- <https://www.gartner.com/smarterwithgartner/5-trends-emerge-in-gartner-hype-cycle-for-emerging-technologies-2018/>
- <https://www2.deloitte.com/us/en/pages/life-sciences-and-health-care/articles/health-care-current-november-2018.html>

제 3 장

수립 방향

제1절 비전 및 목표

제2절 정책목표 및 추진과제

[수립 방향]

- ❶ 베이비부머(1955~1963년생)가 후기고령자가 되는 20년 후를 전망하고 보건의료정책의 방향을 설정
- ❷ 현재의 현역세대(중장년층)가 20년 이후에 한국사회의 현역세대가 될 자녀세대 또는 에코세대(1979년~1992년생)에게 문제를 해결해 주고 싶은 과제를 도출하고 보건의료정책의 방향을 설정
- ❸ 현재의 현역세대가 자신이 고령자가 되었을 때에 받고 싶고 누리고 싶은 보건의료제도, 정책의 방향을 설정

제1절 비전 및 목표

| | | | |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| 비전 Vision | 보다 건강한 국민, 건강을 보장하는 국가 (모든 국민의 건강한 일상이 보장되는 나라) | | |
| 기본원칙 | <ul style="list-style-type: none"> ❶ 사람과 가치 중심 ❷ 책임과 지속가능성 ❸ 통합과 연대 | | |
| 목표 | ❶ 지역사회 중심 보건의료제공체계의 지속가능성 제고 | ❷ 지속가능하고 질 높은 의료자원 공급체계 구축 | ❸ 가치지향 포괄적 의료보장 |
| | ❹ 예방중심의 평생 국민건강관리체계 구축 | ❺ 질병극복과 보건산업의 지속성장을 위한 연구생태계 구축 | ❻ 재정의 지속가능성 제고 및 인프라 확충 |
| 추진 방향 | <ul style="list-style-type: none"> ❶ 양적 확대 → 사전예방, 의료 질, 환자중심의 통합적 의료로 전환 (의료 질) ❷ 계층별, 지역별 격차 → 의료이용의 형평성, 접근성 강화 (접근성) ❸ 높은 본인부담 → 개인과 국가의 건강 책임과 부담의 조화 (보장성) ❹ 병원중심치료 → 의료필요도에 따른 차별화, 성과 높은 치료 (효율성, 지속가능성) | | |
| 목표달성을 위한 인프라 | 이노베이션 환경 | | 미래 선도적 보건당국 |
| | 안정적 보건의료재정 | 주도성장형 보건의료 인재 | 신뢰와 연대의 문화 |

제2절 정책목표 및 추진과제

| 정책 목표 | | 추진 과제 | |
|-------|-------------------------------------|-------|---------------------------------------------|
| 1 | 지역사회 중심 보건의료제공체계의 지속가능성 제고 | 1-1 | 의료기관 종별 기능강화 및 분화 |
| | | 1-2 | 의료기관 간 협력체계 강화 |
| | | 1-3 | 의료-복지 연계: 지역사회 중심 통합서비스 제공 |
| | | 1-4 | 권역/지역 필수의료체계 구축 |
| 2 | 지속가능하고 질 높은 의료자원 공급체계 구축 | 2-1 | 의료인력의 적절한 공급과 미래 의료수요에 부응하는 의료인력 관리체계 구축 |
| | | 2-2 | 의료인력 양성 및 질 관리 체계 내실화 |
| | | 2-3 | 병상 자원의 적절한 공급 체계 구축 |
| 3 | 가치지향 포괄적 의료보장 | 3-1 | 국민의 평생건강을 책임지는 든든한 건강보험 |
| | | 3-2 | 필요한, 양질의 의료에 더 많이 보상하는 건강보험 |
| | | 3-3 | 미래세대까지 이어지는 지속가능한 건강보험 |
| | | 3-4 | 국민중심의 포괄적 의료보장관리체계구축 |
| 4 | 예방중심의 평생 국민건강관리체계 구축 | 4-1 | 지역사회 건강증진 역량 강화 |
| | | 4-2 | 예방적 건강관리 및 건강생활 실천 |
| | | 4-3 | 정신건강 관리서비스 강화 |
| | | 4-4 | 신속하고 효과적인 질병대응체계 구축 |
| 5 | 질병극복과 보건산업의 지속성장을 위한 연구생태계 구축 | 5-1 | 고비용 보건의료문제 질병 극복을 위한 전략적 R&D 투자 |
| | | 5-2 | 희귀·난치질환 극복 혁신기술 개발 및 환자 접근성 향상 |
| | | 5-3 | 혁신기술 도입을 촉진하는 보건의료 R&D 생태계 조성 |
| 6 | 재정의 지속가능성 제고 및 인프라 확충 | 6-1 | 재원의 안정적 확보 |
| | | 6-2 | 보건의료 정책 거버넌스 개편 |
| | | 6-3 | 근거기반 정책을 위한 관련 인프라 정비 |
| | | 6-4 | 보건의료 정보화관련 인프라 구축 |
| | | 6-5 | 환자 안전과 의료의 질 향상 인프라 확충 |

제 2 부

「제1차
보건의료발전계획」 분과별
추진 과제

제1장 의료체계

제2장 의료자원

제3장 의료보장

제4장 건강증진·질병예방

제5장 미래기술

제6장 재정·인프라

제7장 기타

제 1 장

의료체계

제1절 의료체계 개괄

제2절 추진방향 ① : 의료기관 종별 기능 강화 및 분화

제3절 추진방향 ② : 의료기관 간 협력체계 강화

제4절 추진방향 ③ : 의료-복지 연계: 지역사회 중심 통합서비스 제공

제5절 추진방향 ④ : 동네의원 중심 포괄적 만성질환 관리

제6절 추진방향 ⑤ : 권역/지역 필수의료체계 구축

제1절 의료체계 개괄

| | | | | |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 정책목표 | 지역사회 중심 보건의료제공체계의 지속가능성 제고 | | | |
| 추진방향 | ① 의료기관 종별 기능 강화 및 분화 | | | |
| 추진과제 | ①-1 종별 기능 강화 및 분화와 의료전달체계 개편과 연계한 보상체계 | | ①-2 요양병원-요양시설 기능 정립 | |
| 실행전략 (추진계획) | ① 의료기관 기능유형 분류 ② 기능에 따른 진료비 차등제 ③ 기능 강화 1) 일차의료의 강화 ④ 기능 강화 2) 지역거점병원 육성 ⑤ 기능 강화 3) 전문병원 육성 ⑥ 상급종합병원 지정기준 개편과 권역의료 생태계 구축 | | ① 의료기관으로서의 요양병원 기능 정립 ② 의료-요양 통합케어 제공체계 구축 | |
| 추진방향 | ② 의료기관 간 협력체계 강화 | | | |
| 추진과제 | ②-1 의료이용 경로의 합리화를 위한 의료기관 간 협력진료체계 구축 | | ②-2 회복기/말기 서비스 확충 및 지역사회 의료서비스 연계 지원 | |
| 실행전략 (추진계획) | ① 환자 의뢰·회송 체계 내실화 ② 전자적 진료정보교류 확대 추진 ③ 환자의 퇴원계획 수립 및 지원 ④ 중장기 의료전달체계 구축을 위한 시범사업 설계 및 실행 | | ① 지역사회 중심 회복기 전달체계 수립 ② 병원 내 호스피스·완화의료 서비스 연계 기능 확대 | |
| 추진방향 | ③ 의료-복지 연계: 지역사회 중심 통합서비스 제공 | | | |
| 추진과제 | ③-1 사업추진체계 및 제도화 방안 마련 | ③-2 커뮤니티케어 지역단위 서비스 개발 | ③-3 지역기반 건강보험 및 요양보험 급여체계 개선 | ③-4 관련 인프라 구축 |
| 실행전략 (추진계획) | ① 지역밀착형 보건의료-요양-생활 지원서비스 체계 구축 ② 커뮤니티케어 대상의 구체화 ③ 시범사업 수행 | ① 탈시설, 탈원화 정책 마련 ② 재택 및 방문의료 체계 개발 ③ 일차의료와 커뮤니티 연계 | ① 요양보험 급여체계 개선 ② 재택의료 급여 개발 | ① 시설 및 공급자 인프라 ② 지역단위 거버넌스 구축 ③ 지역단위 재정적 책임성 확보 및 장기요양보험에서 지자체의 역할 재정립 ④ 부문간 연계방안 도출 ⑤ 연구개발 |
| 추진방향 | ④ 동네의원 중심 포괄적 만성질환 관리 | | | |
| 실행전략 (추진계획) | ① 일차의료 만성질환 관리 통합모형 개발 ② 지역완결형 연계지원시스템 구축 ③ 일차의료 중심 조정·통합 기능 강화 및 수가체계 개발 ④ 일차의료 전문인력의 일정 비율 유지 방안, 일차의료의 선택적 등록제 방안 등 마련 ⑤ 일차의료 활성화를 위한 국가계획 수립 ⑥ 일차의료 기능에 부합하는 의사 양성 | | | |

| | | | |
|----------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 추진방향 | 5 권역/지역 필수의료체계 구축 | | |
| 추진과제 | 5-1 신속하고 효과적인 권역·지역 책임의료체계 구축 | 5-2 산모·어린이·장애인 대상 의료서비스 확대 | 5-3 지역사회 중심 통합케어서비스 제공체계 구축 |
| 실행전략 (추진계획) | ① 필수중증의료를 책임지는 권역·지역 책임의료기관 지정 ② 권역-지역-기초 간 공공보건의료 협력체계 구축 | ① 안전한 임신·출산을 위한 지역 협력체계 구축 ② 어린이 중증질환 의료 접근성 강화 ③ 장애인 건강수준 향상을 위한 기반 마련 | ① 퇴원 환자를 위한 전환기 의료서비스 제공 ② 환자 지속관리를 위한 서비스 연계 및 통합 방안 마련 ③ 재활의료 전달체계 구축 및 접근성 강화 ④ 생애말기 케어 환경 개선으로 삶의 질 향상 |

제2절 추진방향 ① : 의료기관 종별 기능 강화 및 분화

□ (개념) 의료자원의 효율적 배분을 통하여 국민이 필요한 때에 적정 의료서비스를 적정 기관에서 이용하도록 하는 보건의료 체계

□ (현황 ① 의료제공체계에 관한 제도의 기본 구조) 의료제공체계에 관한 관련법상 의료기관 종별 기능 및 설립 기준 등의 기본 구조

○ (의료법) 의료제공의 이념, 병원 및 의원 유형 규정, 병상기준 등을 제시하고 있으며, 의사, 치과의사, 한의사, 간호사 등의 의료종사자에 대한 자격 및 업무를 규정하고 있음.

〈표 2-1-1〉 의료법 상의 의료기관 종별 설립 기준

| 의료기관 종별 구분 | | 병상 수 기준 | 요건 | 비고 |
|------------|--------|--------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 제3조 | 의원 | — | — | 의원, 치과의원, 한의원 |
| 제3조의2 | 병원 | 30병상 이상 | — | 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원 |
| 제3조의3 | 종합병원 | 100병상이상 300병상이하 | 필수진료과목 7개이상 + 전문의 | 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과 중 3개진료과목 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과(병리과)포함 |
| | | 300병상 초과 | 필수진료과목 9개이상 + 전문의 | 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과(병리과), 정신건강의학과, 치과포함 |
| 제3조의4 | 상급종합병원 | 지정* | 20개이상+ 전문의 | 3년마다 평가후 지정 |

주: 전문의 수련기능, 보건복지부령이 정하는 인력, 시설, 장비구축, 질병군별 환자구성 비율 등으로 평가하여 지정

○ (의료법 행정규칙) 의료기관의 표준업무와 관련하여 의원, 병원 및 종합병원, 상급종합병원의 종별로 표준업무를 권고하고 있음.

○ 의료기관의 종류별 권장질환(의료법 제8조 관련)

- 의원 : 간단하고 흔하게 발생하는 질환, 상담 및 관리 등 외래진료를 통해 입원 등 환자의 상태가 악화되는 것을 예방할 수 있는 질환
- 병원, 종합병원(상급종합병원 제외) : 일반적인 입원, 수술, 분야별로 보다 전문적인 관리가 필요한 질환
- 상급종합병원 : 고난이도의 치료기술, 특수 시설과 장비의 활용이 필요한 중한 질환, 희귀난치성 질환

〈표 2-1-2〉 의료기관 종별 표준업무 규정

| 종별 구분 | 표준업무 |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 의원 | 1. 간단하고 흔한 질병에 대한 외래진료 2. 질병의 예방 및 상담 등 포괄적인 의료서비스 3. 지역사회 주민의 건강 보호와 증진을 위한 건강관리 4. 장기 치료가 필요한 만성질환을 가진 환자로서 입원할 필요가 없는 환자의 진료 5. 간단한 외과적 수술이나 처치 등 그 밖의 통원치료가 가능한 환자의 진료 6. 다른 의원급 의료기관으로부터 의뢰받은 환자의 진료 7. 병원, 종합병원, 상급종합병원의 표준업무에 부합하는 진료를 마친 후 회송받은 환자의 진료 |
| 병원, 종합병원 | 1. 일반적인 입원, 수술 진료 2. 분야별로 보다 전문적인 관리가 필요한 환자의 진료 3. 장기 치료가 필요한 만성질환을 가진 환자로서 입원할 필요가 있는 환자의 진료 4. 당해 의료기관에 입원하였던 환자로서 퇴원 후 당해 의료기관에서 직접 경과의 관찰이 필요한 환자의 진료 5. 의원 또는 다른 병원, 종합병원으로부터 의뢰받은 환자의 진료 6. 제5조 각 호에 해당하나 합병증 등 다른 질환을 동반하여 당해 의료기관에서 입원, 수술 등이 필요한 환자의 진료 7. 상급종합병원으로부터 회송받은 환자의 진료 8. 장기입원이 필요한 환자의 진료 |
| 상급종합병원 | 1. 수술, 시술 등 고난이도의 치료기술을 필요로 하는 중한 질병의 진료 2. 치사율이 높고 합병증 발생 가능성이 높은 질환을 가진 환자의 진료 3. 다수 진료과목의 진료와 특수 시설·장비의 이용이 필요한 환자의 진료 4. 희귀·난치성 질환을 가진 환자의 진료 5. 중증질환에 대한 전문진료 분야별 전문진료센터의 운영 6. 당해 의료기관에 입원하였던 환자로서 퇴원 후 당해 의료기관에서 직접 경과의 관찰이 필요한 환자의 진료 7. 의원, 병원, 종합병원 또는 다른 상급종합병원으로부터 의뢰받은 환자의 진료 8. 제5조 및 제6조 각 호에 해당하나 합병증 등 다른 질환을 동반하여 당해 의료기관에서 입원, 수술 등이 필요한 환자의 진료 9. 의료인 교육, 의료에 관한 연구와 개발 등 의료의 발전과 확산 |

자료: 행정규칙(의료기관의 종류별 표준업무규정)

○ (국민건강보험법 시행규칙) ‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’에 따라, 요양급여는 1단계 요양급여(상급종합병원을 제외한 요양기관)와 2단계 요양급여(상급종합병원)로 구분하며, 1단계 또는 2단계에 따라 요양급여의뢰서 제출에 대한 기준을 설정하고 있음.

－ (예외경로) 응급, 분만, 치과, 가정의학과, 상종근무자, 재활, 혈우병(요양급여 기준규칙 2조)

－ 외래 본인부담율의 차등을 통하여 의료이용자로 하여금 의료이용을 단계별로 하도록 유도하고 있음.

- 종별가산율: (의원) 15% → (병원) 20% → (종합병원) 25% → (상급종합병원) 30%
- 외래본인부담: (의원) 30% → (병원) 35~40% → (종합) 45~50% → (상급종합) 60%
- 약제비 본인부담 차등제: 52개 경증질환으로 상급종합병원을 이용할 경우 본인부담 인상(상급종합병원: 30%→50%, 종합병원: 30%→40%)

1) 세부추진계획 ①-1 & ①-3: **종별 기능 강화 및 분화 & 의료전달체계 개편과 연계한 보상체계²⁴⁾**

가. 추진배경 및 주요 문제의식

□ (문제의식① **의료전달체계 미분화**) 1차-2차-3차 의료기관 간의 진료기능이 분담되어 있지 않음.

○ 동네병원과 의원에서 진료 받아야 할 환자들이 상급종합병원과 종합병원에서 진료받고 있음.

- 상급종합병원 외래환자 중 의원에서 주로 진료하는 122개 경증질환이 45.2%를 차지하였으며, 종합병원(62.8%)과 병원(75.1%)에서도 경증질환의 비중이 역시 높았음.²⁵⁾
- 상급종합병원 입원환자 중 동네병원에 진료받아야 할 DRG C class 환자가 19%를 차지하였음.
- 의료기관 종별 분류 연구결과 추가 - DRG A-B-C class

○ 반대로 일부 상급종합병원에서 진료 받아야 할 환자들이 동네병의원에서 진료 받고 있음.

- 상급종합병원에서 진료해야 할 DRG A class 입원환자의 약 10%가 500병상 미만의 종합병원에서 진료받고 있음.

□ (문제의식② **진료기능 중복으로 인한 공급과잉**) 붕괴된 의료전달체제로 인한 의료기관 간의 진료기능의 중복은 이들 간 지나친 경쟁과 그로 인한 공급과잉을 유발하고 있음.

○ 상급종합병원과 종합병원은 의료의 질이 높다는 사회적인 평판을 배경으로 입원 및 외래 진료를 지속적으로 확대하고 있으며, 이로 인해 동네병의원에서 진료 받아야 할 경증환자들이 종합병원으로 옮겨가고 있음.

- 2011~2016년 사이 의료기관 유형별 입원환자 수는 상급종합병원과 종합병원에서 각각 1.31배, 1.44배 증가한 반면 병원에서 1.23배 증가하는 데 그쳤고, 의원에서는 0.90배 감소하였음(보건의료실태조사, 2018).
- 2011~2016년 사이 의료기관 유형별 외래환자 수는 상급종합병원과 종합병원, 병원에서도 각각 1.16배, 1.21배, 1.23배 증가한 반면 의원에서는 1.04배 증가하는 데 그쳤음.
- 대학병원은 자병원 설립을 통해 서비스 공급을 지속적으로 확대하고 있으며, 이로 인해 동네병의원의 환자감소 현상이 발생하고 있음.

24) 작성자: 김윤

25) 보건복지부 내부자료 (2015)

<표 2-1-3> 의료기관 유형별 입원 및 외래 환자 수 변화 (2011~2016년)

| | 입원 | | | 외래 | | |
|-----------|-----------|------------|-------------|---------|---------|-------------|
| | 2011(A) | 2016(B) | B/A | 2011(A) | 2016(B) | B/A |
| 상급종합병원 | 1,928,191 | 2,517,540 | 1.31 | 35,588 | 41,205 | 1.16 |
| 종합병원 | 2,803,359 | 4,047,126 | 1.44 | 59,336 | 71,745 | 1.21 |
| 500병상 이상 | 1,119,216 | 1,687,406 | 1.51 | 24,182 | 28,107 | 1.16 |
| 300~499병상 | 754,757 | 1,003,283 | 1.33 | 16,844 | 18,380 | 1.09 |
| 100~299병상 | 929,386 | 1,356,437 | 1.46 | 18,310 | 25,258 | 1.38 |
| 병원 | 2,681,265 | 3,297,756 | 1.23 | 58,253 | 71,500 | 1.23 |
| 100병상 이상 | 1,363,282 | 1,553,536 | 1.14 | 24,674 | 28,305 | 1.15 |
| 30~99병상 | 1,317,983 | 1,744,220 | 1.32 | 33,579 | 43,195 | 1.29 |
| 의원 | 1,765,490 | 1,582,201 | 0.90 | 541,441 | 565,395 | 1.04 |
| 병상 있음 | - | - | - | 157,699 | 141,397 | 0.90 |
| 병상 없음 | - | - | - | 383,742 | 423,998 | 1.10 |
| 계 | 9,178,305 | 11,444,623 | 1.25 | 694,618 | 749,845 | 1.08 |

○ 동네병의원은 대형병원과 경쟁하기 위해 병상, 시설, 장비에 진료기능에 비해 지나친 투자를 하고 있음.

– 2000년을 전후로 병원과 의원의 병상이 급격하게 늘어난 배경에는 대형병원과 경쟁하기 위해 동네병의원이 투자를 늘린 것도 중요한 원인으로 추정됨.

– 의료기관 유형별 고가장비를 포함한 시설투자 현황 비교

○ 환자가 줄어든 동네병의원은 한편으로 과잉진료와 비급여 진료에 의존하는 왜곡된 진료행태가 나타나고 있으며, 일부 동네병원의원은 요양병원화하는 현상이 나타나고 있음.

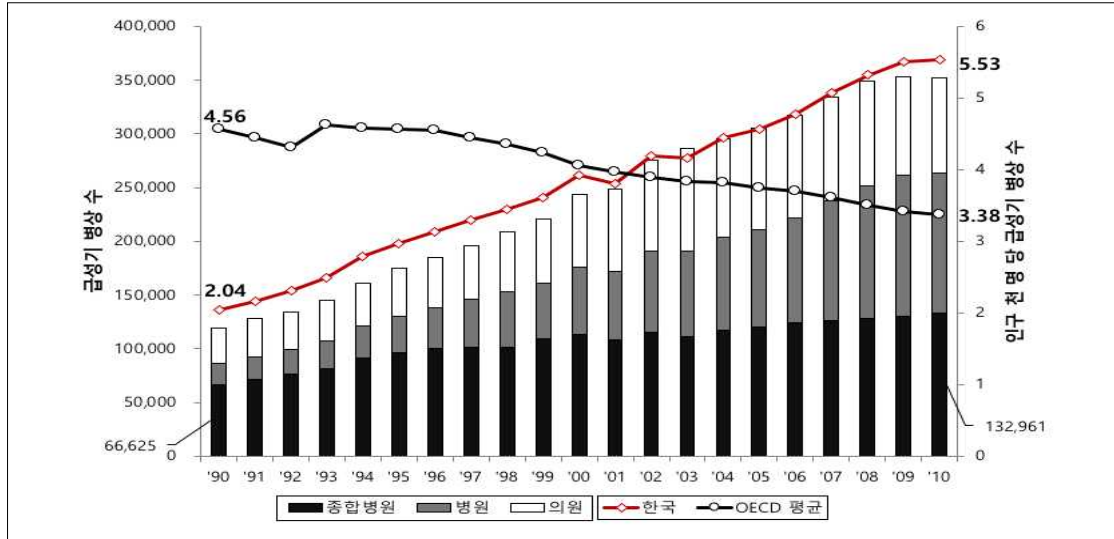
– 비급여 진료에 대한 언론 보도 인용

– 특수병원을 제외한 일반병원 약 1천7백여개 중 약 297개는 재원일수가 길고 수술 기능이 없는 요양병원화하는 현상이 나타나고 있음(김윤, 2018).

– 이 같은 공급자의 수요 유인을 통한 수요 창출도 한계에 도달하여 최근에는 동네병원의 병상은 더 이상 늘어나지 않고 있음.

○ 이러한 의료전달체계의 붕괴(진료기능의 중복)로 인해 국가의료체계 차원에서는 낭비적인 지출이 늘어나고 환자 본인부담이 높아져 건강보험의 보장성과 지속가능성을 위협하고 있으며, 의료기관 차원에서는 공급과잉으로 인한 원가 상승으로 인해 만성적인 적자를 유발하고 있음.

[그림 2-1-1] 의료기관 유형별 병상 공급량 변화 (1990-2016)



□ (문제의식③ 동네병원의 환자감소) 1차-2차-3차 의료기관 간의 진료기능의 중복은 대형병원으로 환자쏠림과 동네병원의 환자감소로 귀결되고 있음.

○ 상급종합병원과 종합병원의 기관 당 외래환자 수는 증가하는 반면, 병원과 의원의 외래환자 수는 오히려 감소하였음('13~'16년).

- 의료기관 유형별 외래환자수는 '13~16년 사이에 상종과 중병은 5%, 16% 각각 늘어난 반면 병원과 의원은 각각 8%, 4% 늘어나는 데 그침.²⁶⁾

- 의료기관 당 외래환자 수는 상급종합병원 8%, 종합병원 9% 증가한 반면 병원은 변화가 없었고, 의원은 오히려 4% 감소하였음(그림 ?).

- 이는 같은 기간 상급종합병원은 큰 변화가 없고 종합병원 수는 6% 증가한 반면, 병원과 의원 수는 8%나 증가하였기 때문임.

○ 상급종합병원과 종합병원의 병상은 소폭 증가하고 있으나, 병원과 의원의 병상은 감소하고 있음('13~'16년).

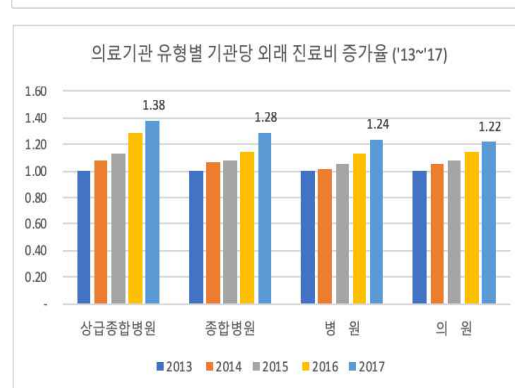
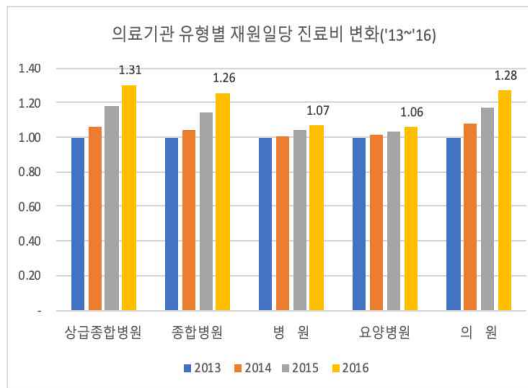
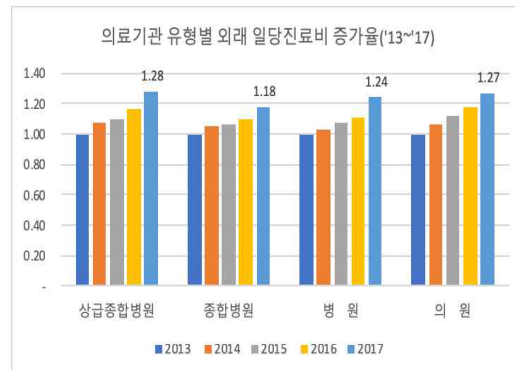
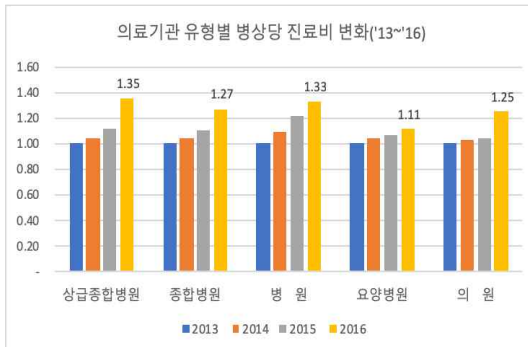
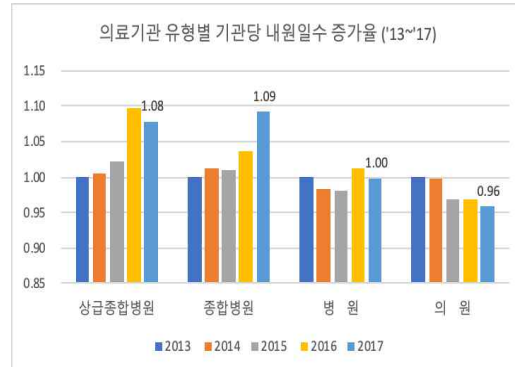
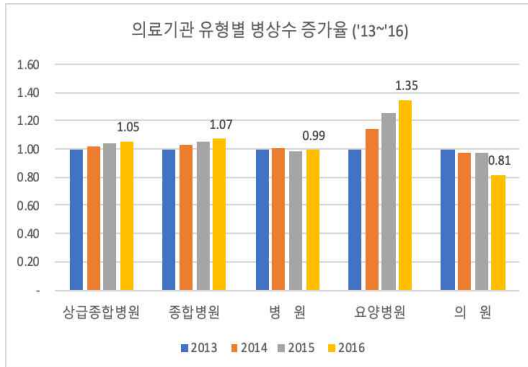
- 지난 20년 동안 급격하게 늘어나던 병원과 의원은 병상은 정체 또는 감소 경향을 보이고 있음.

- 의료기관 유형별 병상 수는 상급종합병원 5%, 종합병원 7% 증가하였으나, 병원과 의원은 각각 1%와 19% 감소하였음.

○ 의료기관 유형 간 의료서비스 강도(intensity)는 모든 의료기관 유형에서 비슷하게 증가하였음.

26) 건강보험심사평가원. 진료비통계지표. 2017

- 외래 일당진료비 증가율은 상급종합병원(1.28배)과 병원(1.24배) 및 의원(1.27배) 사이에 큰 차이가 없었음.
- 재원일당 진료비는 상급종합병원 35%, 종합병원 25%, 병원 33%, 의원 25% 증가하였음.



- (문제의식④ 취약한 일차의료로 인한 노인과 만성질환관리 실패) 취약한 일차의료로 인해 노인과 만성질환자의 건강이 관리되지 못해, 합병증 발생률이 높고 예방가능한 입원이 늘어나고 있음.
- 일차의료 기능이 취약하여 대표적인 만성질환인 고혈압과 당뇨병이 제대로 관리되지 않고 있으며, 그 결과 합병증 발생률과 예방가능한 입원율이 높음.
- 고혈압 관리율은 45.0%, 당뇨병 관리율은 12.8%(HbA1C 6.5 기준)에 수준으로 선진국

에 비해 낮은 수준이며 이 같은 2007년 이후 계속 정체된 상태에 머물러 있음.

- 외래진료민감질환에서 예방가능한 입원율은 OECD 국가에 비해 높으며 당뇨병으로 인한 하지 절단율과 같은 합병증 발생률 역시 높은 수준임.

○ 일차의료에서 만성질환을 관리하기 위해 필요한 적절한 진찰과 치료계획의 수립, 교육과 상담, 환자관리에 대한 수가 수준이 낮거나 수가 항목이 설정되어 있지 않았음.

- 충분한 진찰시간을 보장하기 어려운 낮은 수준의 단일한 진찰은 일차의료에서 핵심적인 포괄적인 평가와 그에 기반한 진료계획의 작성, 교육을 포함한 환자관리를 어렵게 만들고 있음.

- 그 결과 일차치료의 질이 낮아 예방가능한 입원율과 합병증이 발생률이 높으며, 의원들은 대형병원에 비해 일차의료서비스 제공에서 경쟁우위(competitive advantage)를 갖지 못해 대형병원 환자쏠림으로 이어지고 있음.

○ 노인과 만성질환자의 건강을 위해서는 포괄적인 서비스가 유기적으로 연계되어 제공되어야 하나, 이들 서비스가 분절화되어 있어 합병증 발생률이 높고 예방가능한 입원이 늘어나고 있음.

- 환자의 의뢰와 회송, 퇴원환자의 관리, 복합적인 건강문제를 해결하기 위한 서비스의 조정 등이 입원-외래-장기요양-지역사회서비스의 서비스 영역에 걸쳐서 유기적으로 연계되어야 함.

- 이를 위한 건강보험 및 장기요양보험의 급여확대, 적정수가 설정, 사례관리 서비스를 중심으로 한 에 대한 체계 구축, 의료기관

○ 일차의료의 질을 높이기 위한 체계적인 평가, 결과의 환류와 공개, 재정적 유인의 제공, 전문가 내부의 질향상 노력을 유인하고 지원하는 체계가 매우 빈약함.

□ (문제의식⑤ 보장성 강화가 의료전달체계에 미치는 영향) 건강보험의 보장성 강화는 의료전달체계 개편과 연계하여 추진되지 않으면 적정수가를 둘러싼 정치적 갈등으로 발전할 가능성이 높음.

○ 의료전달체계 개편과 연계되지 않은 채로 보장성 강화가 추진될 경우, 환자의 대형병원 쏠림과 수도권 쏠림은 더욱 심각해질 가능성이 높음.

- '18년 1월 선택진료비 폐지, 7월 2~3인 병실 건강보험 적용과 보장성 강화가 맞물리면서 소위 빅5 병원과 상급종합병원의 환자증가에 대한 언론 보도가 증가하고 있음.²⁷⁾

27) 조선일보. 선택진료비 폐지 이후... 5개 대형병원 점유율 높아졌네. 2018.06.06.

출처 : http://news.chosun.com/site/data/html_dir/2018/06/06/2018060600109.html

- 이 같은 수도권과 대형병원으로 환자쏠림은 우리나라 의료체계에서 가장 약한 고리인 의원급 진료비 감소로 귀결될 가능성이 높음.
 - ‘12~16년 사이에 병원급 이상 진료비는 의원급 진료비에 비해 약 2배 빠르게 증가하였음. 병원급 이상 진료비는 ‘12~’16년 사이에 1.42배 증가한 반면 의원급 진료비는 1.21배 증가하는데 그쳤음(건강보험심사평가원, 진료비통계지표, 각년도).²⁸⁾
- 의원급 진료비의 감소는 고정비의 증가로 인해 적정수가의 수준을 높이게 되고, 이는 문케어에서 적정수가를 둘러싼 정치적 갈등으로 발전할 가능성이 높음.
- (문제의식⑥ 의료전달체계 논의의 범위) 이 글에서 의료전달체계 논의 범위는 1-2-3차의 기능분화와 가능강화에 초점을 둠
 - 건강보험 중장기 발전계획의 차원에서 논의의 범위를 적절하게 한정하는 것이 바람직하기 때문임.
 - 요양과 커뮤니티 케어는 이 글에서 다루지 않으며, 그에 따라 요양병원과 요양시설의 기능연계와 장기요양보험과 건강보험의 통합 또는 기능적 연계 역시 다른 글에서 다뤄야 함.
 - 의료자원 공급을 적정화하기 위한 시도 병상총량제, 상급종합병원 지정기준 개편 등의 다른 연관된 제도와 병행 추진되어야 하나 이 역시 의료자원을 다루는 별도의 글에서 다뤄야 함.

나. 그 간의 정책 성과 및 한계

- (방치된 의료전달체계 정책) 우리나라 보건의료정책에서 의료전달체계를 구축하는 일은 늘 중요한 과제였지만, 실제 집행된 정책은 많지 않았음.
 - 지난 의료전달체계 구축을 위한 정책은 손에 꼽을 정도로 빈약함.
 - 52개 의원 역점질환으로 종합병원급 이상에서 진료받을 경우 환자가 약제비를 더 많이 부담하도록 한 것
 - 상급종합병원 지정기준에서 중증환자와 경증환자 구성비를 포함한 평가
 - 이는 의료전달체계를 둘러싼 이해당사자 간의 이해는 복잡하게 얽혀 있는 상황에서 모든 정책 주체들이 ‘고양이 목에 방울을 다는’ 위험한 일을 하려 하지 않았거나 그만큼의 정치적 합의가 이뤄지지 않았기 때문임.

28) 2017년 진료비 증가율은 의원급 8.4%, 병원급 이상 의료기관 7.3%로 의원급 증가율이 높았으나, 이는 보장성 강화정책을 시행하는 과정에서 의원 관련 수가가 높게 인상된 결과로 추정됨.

- (빈약한 의료전달체계 정책) 의료전달체계를 구축이 중요하다는 논의는 많았지만 논의내용의 수준은 매우 추상적이었음.
- 2011년 구성된 보건의료미래위원회에서도 의료전달체계는 중요한 의제였으나, 건강보험수가를 정책수단으로 의료기관의 기능분화를 유인한다는 원칙적인 수준의 논의에 머물렀음.

다. 추진과제의 정책목표

- 건강보험의 보장성 강화와 연계한 의료전달체계를 개편은 다음과 같은 4가지 방향으로 추진되어야 한다.
- **(기능 분화)** 의료전달체계를 구축하는 위해서는 의료기관 유형 간 진료기능이 분화될 수 있도록 해야 함
- **(기능 강화)** 일차의료, 2차에서의 급성기 입원, 3차의 중증환자 진료와 같은 각 유형별 고유한 진료기능이 강화될 수 있도록 해야 함.
- **(지역 의료생태계 구축)** 각 의료기관이 자기 유형에 맞는 진료기능을 수행하면서 다른 의료기관과 유기적 연계함으로써 지역 내 자체충족적인 의료전달체계를 구축함.
- 상급종합병원 지정기준 개편, 분절성 극복, 장기요양서비스의 연계 강화, 커뮤니티 케어

라. 세부 추진계획 및 이행방법

① 의료기관 기능유형 분류

□ 기능유형 분류기준

- 의료전달체계를 구축하기 위해서는 우리나라 병의원 진료기능에 기반하여 의료기관의 유형을 분류하고 이를 적정수가 인상 전략과 연계해야 함.
 - 진료하는 질환의 범위와 중증도, 재원일수와 수술 비율 등의 진료기능을 근거로 우리나라 병의원을 아래와 같이 분류할 수 있음(그림 ?).

□ 1차 진료기관 - 외래진료의원

- 외래진료의원은 일차진료를 담당하는 일차진료의원과 특정 전문분야 외래진료를 담당하는 외래전문의원으로 구분

- 일차진료의원 - 내과, 가정의학과, 소아과, 산부인과²⁹⁾ 의사 등이 주로 흔한 질환에 대해 최초 외래진료와 포괄적이고 지속적인 건강관리를 담당
- 외래전문의원 - 일차진료 이외 전문과목인 외과, 정형외과, 이비인후과, 안과, 피부과 등의 전문의가 해당 분야 외래진료를 담당

□ 2차 진료기관 - 단과 병의원

- 병실과 수술장을 갖추고 특정 진료과목 또는 진료분야의 경증 질환에 대한 입원진료나 간단한 수술을 주로 하는 의원 또는 병원(그림 ?)
- 단과 병원과 의원은 진료하는 질환의 범위와 중증도에서 큰 차이가 없었으며, 의원 4,993곳, 병원 893곳, 종합병원 26곳으로 구성됨.

〈표 2-1-4〉 진료 기능에 따른 의료기관 유형(안)

| 단계 | 기능유형 | 수 | 기능정의 |
|------------------|-------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1차 의료 (외래진료) | 일차진료기관 | 15,941 | • 만성질환을 포함한 가벼운 질병에 대한 포괄적 외래 진료과 건강관리 주로 내과, 가정의학과, 소아과, 산부인과, 일반의와 만성질환을 주로 하는 전문과 |
| | 내과계 전문의원 | 3,767 | • 신경과, 정신과, 산부인과, 마취통증, 재활의학과 등 해당영역의 전문외래진료 |
| | 외과계 전문의원 | 5,522 | • 외과, 산부인과, 신경외과, 정형외과, 흉부외과, 이비인후과, 피부과, 비뇨기와 해당 진료과 영역에서 전문화된 외래 진찰, 처치 및 통원 수술 |
| 2차 의료 (입원진료) | 단과의원 | 4,863 | • 해당 진료 영역에서 전문화된 외래 이외에 수술과 입원진료 수행 정형외과, 안과, 대장항문외과, 이비인후과 등 주로 외과계 의원 |
| | 단과병원 | 919 | • 전체 환자 중 특정 분야(DRG의 MDC 기준) 환자가 50% 이상을 차지 진료하는 질환과 수술은 전문진료의원에 비해 약간 포괄적 |
| | 지역병원 | 190 | • 경증질환 입원진료(150~190개 질환)를 하는 100~300병상 종합병원과 병원 수술비율이 낮고(10%) 중증환자는 1~2%에 불과하나 입원일수는 김(8~18일) 환자당 의사비율이 낮은(의사 1인당 연간입원환자의 약 300건 이상) |
| | 지역거점병원 | 264 | • 경증질환 입원진료(300~500개 질환)를 하는 300~500병상 종합병원과 병원 수술비율이 높고(20%) 중증환자가 5~15%를 차지하나 입원일수는 짧음(약 7.5일) 환자당 의사비율이 높은(의사 1인당 연간입원환자 약 250건) |
| | 권역거점병원 | 79 | • 포괄적인 입원진료(700~900개 질환)를 하는 500병상 이상 병원 수술비율이 높고(30%) 중증환자가 20~30%를 차지하며 입원일수가 짧음(약 6일) 환자당 의사비율이 높음(의사 1인당 연간입원환자 약 100건) |
| 아급성 (회복, 재활, 노인) | | 158 | • 주로 내과, 정신과, 신경과, 정형외과 환자의 회복, 재활, 낮은 중증도 입원서비스를 제공 • 평균재원일수 1개월 이내로 항암치료 안받는 암환자, 정신질환, 수술 안받는 관절 및 척추질환 |
| 장기요양 | | 1,736 | • 정신질환, 알콜 의존, 회복기 암환자 같은 특정 질환에 회복 및 요양 서비스 • 병원 병상수는 약 200병상 규모로 입원일수가 김 (약 70일) |

29) 산부인과를 전문의원으로 분류할 수도 있음.

〈표 2-1-5〉 단과병의원 진료과목별 분포 및 진료기능

| | 계 | 종합 병원 | 병원 | 의원 | 병상수 | 주진단군 비율(%) | DRG 수 | 병상당 입원건수 | 병상당 외래건수 | 평균재 원일수 | 수술비율(%) |
|------------|-------|----------|-----|-------|-----|---------------|-------|-------------|-------------|------------|---------|
| 정형외과(내과계) | 1,392 | 2 | 128 | 1,262 | 29 | 81 | 27 | 9 | 1,370 | 10.3 | 3 |
| 안과(수술) | 1,060 | . | 14 | 1,046 | 2 | 100 | 2 | 158 | 12,742 | 1.1 | 100 |
| 정형외과(수술) | 740 | 16 | 381 | 343 | 65 | 82 | 78 | 20 | 1,198 | 8.3 | 46 |
| 외과(대장항문) | 687 | 1 | 44 | 642 | 12 | 91 | 14 | 41 | 1,843 | 2.1 | 82 |
| 이비인후과(수술) | 512 | . | 9 | 503 | 3 | 97 | 6 | 32 | 18,373 | 1.2 | 96 |
| 산과 | 412 | 1 | 114 | 297 | 27 | 81 | 32 | 38 | 1,694 | 4.3 | 84 |
| 비뇨기과 | 237 | . | 2 | 235 | 3 | 89 | 4 | 15 | 5,940 | 1.2 | 95 |
| 내분비외과(유방) | 176 | . | 7 | 169 | 6 | 89 | 7 | 53 | 2,365 | 1.8 | 22 |
| 호흡기(소아청소년) | 127 | . | 74 | 53 | 43 | 57 | 28 | 45 | 3,006 | 5.2 | 6 |
| 부인과 | 95 | . | 7 | 88 | 7 | 75 | 9 | 18 | 2,290 | 1.7 | 83 |
| 외과(하지정맥) | 94 | . | 2 | 92 | 5 | 93 | 5 | 85 | 1,649 | 1.6 | 38 |
| 남성생식기 | 65 | . | . | 65 | 2 | 79 | 6 | 20 | 6,785 | 1.1 | 81 |
| 이비인후과(내과계) | 42 | . | 24 | 18 | 38 | 56 | 26 | 53 | 3,690 | 4.3 | 1 |
| 외과(화상) | 15 | 2 | 6 | 7 | 72 | 80 | 51 | 13 | 1,013 | 12.8 | 22 |
| 내분비 | 14 | . | 3 | 11 | 22 | 73 | 18 | 38 | 2,547 | 6.1 | 17 |
| 정신 | 5 | . | 2 | 3 | 65 | 87 | 8 | 7 | 177 | 31.4 | 0 |
| 신경계 | 4 | 4 | . | . | 295 | 49 | 315 | 28 | 524 | 12.0 | 12 |
| 성형외과(수부) | 4 | . | . | 4 | 22 | 62 | 21 | 7 | 817 | 10.3 | 70 |
| 감염, 기생충질환 | 2 | . | . | 2 | 2 | 80 | 2 | 3 | 27,754 | 1.5 | 50 |
| 외상 | 1 | . | . | 1 | 29 | 50 | 3 | 0 | 291 | 14.0 | 0 |
| 계 | 5,912 | 26 | 893 | 4,993 | | | | | | | |

- 수술을 거의 하지 않는 정형외과가 1,392개로 가장 많았고, 다음으로 안과, 수술을 주로 하는 정형외과, 대장항문 외과, 이비인후과 순이었으며, 이들이 5개 유형이 전체 단과병원의 약 75%를 차지하였음.

□ 2차 진료기관 - 병원 및 종합병원

○ 지역병원

- 경증환자에 대한 수술 및 입원 진료를 내과, 외과를 포함한 제한된 진료과목을 중심으로 제공하는 병원으로 주로 100병상 내외의 병원이나 100~299병상 규모의 종합병원이 현재 이 같은 진료를 제공하고 있음.
- 중등도 수준 이상 환자는 지역거점병원이나 3차병원으로 의뢰함.

○ 지역거점병원

- 중증도 경증환자에 대한 수술 및 입원 진료를 내과, 외과를 포함한 여러 진료과목에 대해 제공하는 종합병원으로 주로 300~499 병상 종합병원이 이 같은 진료를 제공하고 있음.

○ 병원 진료기능 유형 분류와의 관계

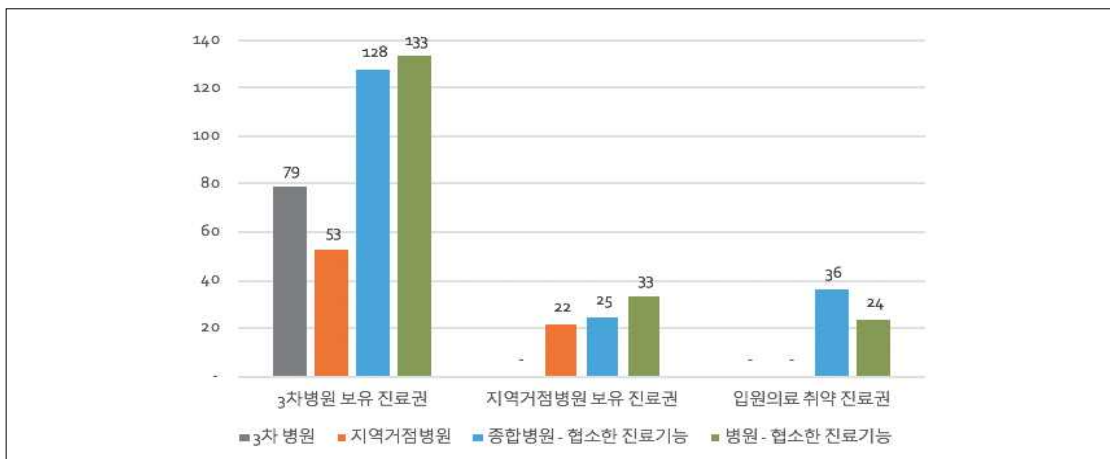
- 일반 병원은 진료 가능한 질환의 범위와 중증도 등을 기준으로 3차, 포괄 2차, 일반 2차, 제한 2차로 구분됨(그림 ?).
- 포괄 2차급 병원은 중증도 질환에 대한 입원진료를 담당하는 지역거점병원의 역할을 수행할 수 있으며, 제한 2차급 병원은 경증질환에 대한 입원진료를 담당하는 지역병원의 역할을 수행함.

- 일반 2차급 병원은 진료기능을 강화해 지역거점병원으로 육성하거나, 지역병원 또는 회복기 병원으로 기능 전환을 유도함. 제한 2차급 병원도 재활병원 등 회복기 병원으로 전환할 수도 있음.
- 각 시도 단위로 진료권별 의료수요와 공급에 대한 기획을 바탕으로 일반 2차급 병원과 제한 2차급 병원의 기능 전환을 추진함. 예를 들어 입원의료취약지에서는 일반 2차급 병원의 진료기능을 포괄 2차급으로 강화해 지역거점병원으로 육성하고 제한 2차급 병원은 지역병원으로 기능을 전환하는 것이 바람직함. 반대로 도시지역에서는 일반 2차급 병원이나 제한 2차급 병원은 재활병원 등 회복기 병원으로 전환을 유도하는 것이 바람직할 것으로 예상됨.

<표 2-1-6> 일반병원의 유형별 특성

| 군집 | 3차 의료기관 | | | 포괄 2차 의료기관 | | | 일반 2차 의료기관 | | | | 제한 2차 의료기관 | | | | 전체 |
|----------------|---------|-------|---------|------------|---------|---------|------------|---------|---------|------|------------|---------|------|-------|------|
| | 상급종합** | 500이상 | 300~499 | 500이상 | 300~499 | 100~299 | 500이상 | 300~499 | 100~299 | 병원 | 300~499 | 100~299 | 병원 | 의원 | |
| 의료기관 수 | 43 | 32 | 4 | 13 | 44 | 18 | 4 | 9 | 119 | 57 | 1 | 11 | 172 | 6 | 533 |
| 병상수 | 1,063 | 691 | 425 | 587 | 398 | 278 | 620 | 388 | 230 | 190 | 400 | 200 | 127 | 29 | 316 |
| DRG수 | 860 | 770 | 715 | 526 | 505 | 457 | 340 | 355 | 323 | 270 | 233 | 206 | 169 | 117 | 361 |
| 평균재원일수 | 6.4 | 6.3 | 6.8 | 8.1 | 7.5 | 6.6 | 15.5 | 12 | 9.5 | 9.1 | 22 | 13.6 | 10.5 | 7.7 | 9.2 |
| 수술비율(%) | 29.8 | 24.3 | 29.5 | 21.8 | 20.3 | 20.6 | 14.5 | 14.9 | 18 | 16 | 3.3 | 11.6 | 9.1 | 4.7 | 16.3 |
| DRG A비율(%) | 30.2 | 16.6 | 21.8 | 14.4 | 9.1 | 9 | 5.4 | 4.5 | 4.2 | 2.1 | 1.2 | 2.4 | 1.6 | 1.7 | 6.9 |
| DRG C비율(%) | 9.1 | 14.4 | 13.3 | 17.9 | 21.3 | 22.2 | 25.6 | 31.8 | 28.8 | 32.1 | 42.3 | 34.3 | 34.8 | 36.9 | 27.7 |
| 병상이용율(%) | 91.7 | 95.3 | 77.9 | 79.1 | 83.1 | 84.5 | 53.9 | 69.1 | 78.3 | 69.4 | 69.4 | 50.8 | 49 | 72.3 | 69.6 |
| 병상당 입원건수 | 53 | 58 | 45 | 38 | 44 | 49 | 13 | 23 | 33 | 29 | 12 | 16 | 20 | 37 | 33 |
| 병상당 외래건수 | 869 | 919 | 872 | 586 | 749 | 810 | 260 | 421 | 627 | 600 | 86 | 346 | 534 | 2,512 | 656 |
| 인력 수준 및 간호 등급 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 의사수 | 499 | 240 | 188 | 92 | 75 | 50 | 42 | 32 | 27 | 15 | 16 | 15 | 7 | 4 | 77 |
| 간호사수 | 1,064 | 397 | 571 | 406 | 250 | 164 | 191 | 176 | 112 | 71 | - | 59 | 29 | - | 312 |
| 100병상당 의사수 | 45 | 35 | 44 | 16 | 19 | 18 | 7 | 9 | 12 | 8 | 4 | 8 | 6 | 12 | 15 |
| 100병상당 간호사수* | 83 | 68 | 88 | 55 | 54 | 52 | 24 | 41 | 43 | 33 | - | 30 | 23 | - | 51 |
| 간호등급 | 2.2 | 2.3 | 1.7 | 3.2 | 3.6 | 3.9 | 5 | 4.2 | 4.7 | 4.9 | - | 6 | 6 | - | 4 |
| 중환자실 간호등급 | 2 | 2.9 | 3 | 4.7 | 5.6 | 5.1 | 9 | 6.4 | 6 | 7.1 | 7 | 7.3 | 7.6 | - | 4.9 |
| 간호등급외 병원 비율(%) | - | - | 25.0 | 15.4 | - | - | 25.0 | 33.3 | 16.0 | 57.9 | 100.0 | 45.5 | 83.7 | 100.0 | 39.2 |

[그림 2-1-2] 진료권 유형별 의료기관 분포

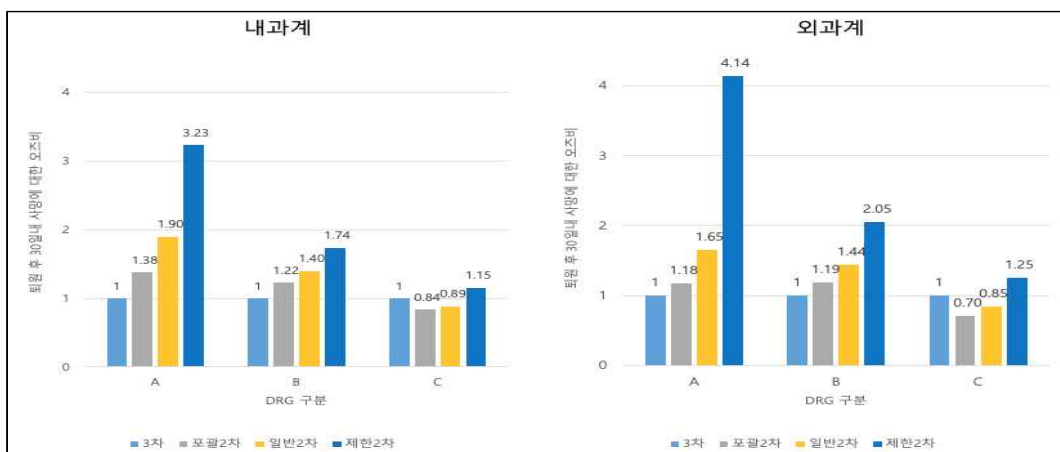


② 기능에 따른 진료비 차등제

□ 의료기관 진료기능과 환자 중증도의 정합성

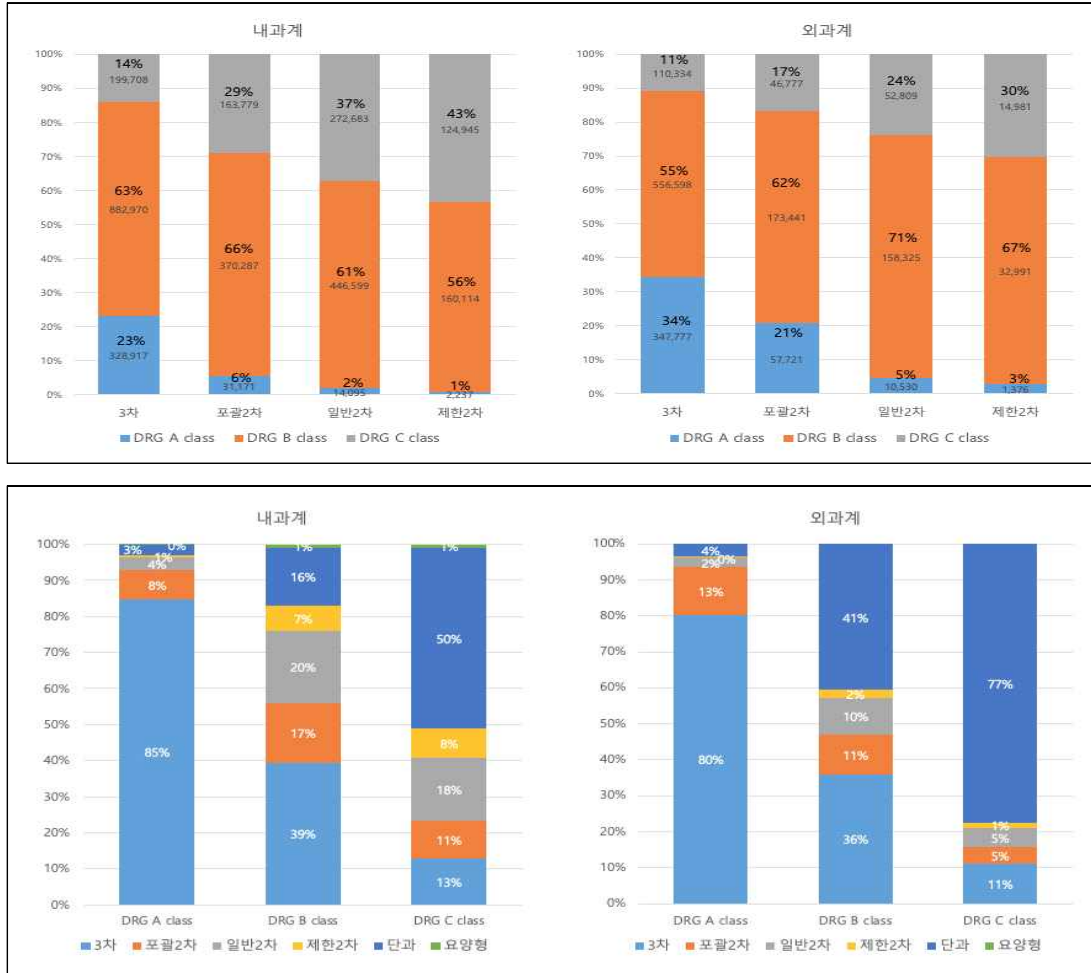
○ 의료기관이 진료기능에 맞지 않는 중증도 환자를 진료할 경우 중증도 보정 사망비 값이 높았으며, 중증환자의 상당 수가 낮은 수준의 기관에서 진료받고 있었음(그림).³⁰⁾

- 의료기관 유형별 DRG 환자군별 중증도 보정 사망률을 고려하면 포괄 2차급 이상 병원에서 DRG C class 환자를 진료하는 것과 일반 2차급 이하 병원에서 DRG A 또는 B class 환자를 진료하는 것은 적절하지 않은 것으로 판단됨.³¹⁾
- 내과계에서 일반 2차급 병원 입원환자의 63%, 제한 2차급 병원에서 입원환자의 57%는 DRG A 또는 B class 환자였고, 외과계에서 일반 2차급 병원 입원환자의 63%, 제한 2차급 병원에서 입원환자의 57%는 DRG A 또는 B class 환자였음.
- 중증환자인 DRG A class 환자의 중증도 보정 사망률은 내과계의 경우 3차급 병원에 비해 그 이하급 병원에서 1.38~3.23배 높았음. 외과계에서도 의료기관 유형 간 사망률 격차는 유사하였음. 하지만, 중증환자인 DRG A class 환자 중 약 15%(내과계), 약 20%(외과계)는 포괄 2차 이하에서 진료받았음.
- 경증환자인 DRG C class 환자의 중증도 보정 사망률은 의료기관 유형간 큰 차이가 없었으나, 포괄 2차급 병원 이상에서 진료받는 환자가 내과계 24%, 외과계 16%를 차지하였음.
- 중증도 환자인 DRG B class 환자의 중증도 보정 사망률은 일반 2차급 이하에서 내과계 1.40~1.74배, 외과계 1.44~2.05배 높았음. 하지만, DRG B class 환자 중 약 52%(내과계), 약 53%(외과계)는 일반 2차 이하에서 진료받았음.



30) 건강보험공단. 의료이용지도연구. 2018

31) DRG B class 환자의 경우 중증도를 세분할 필요가 있음.



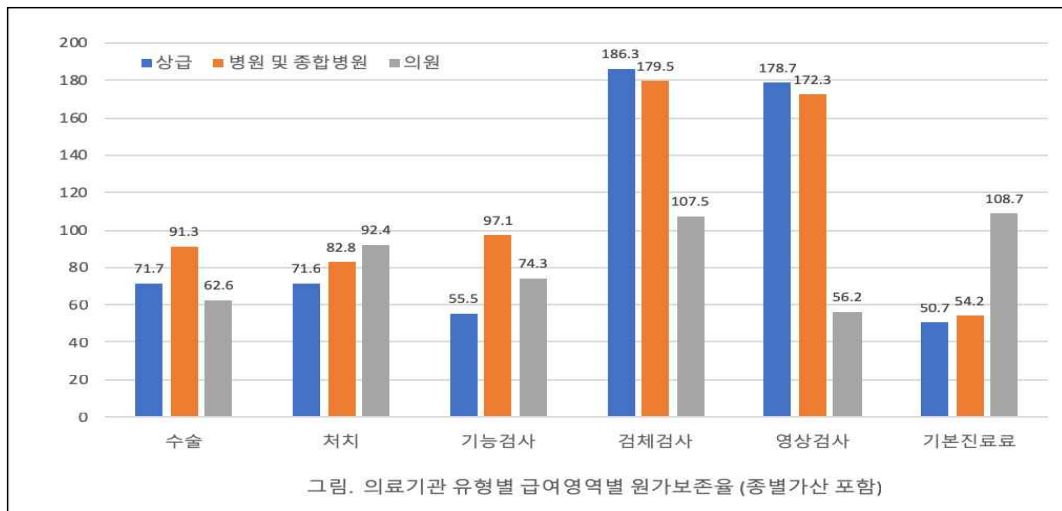
□ 의료기관 유형별 급여영역별 원가보존율

○ 의료기관 유형별 원가보존율은 급여영역에 따라 큰 차이를 보이고 있음(그림).³²⁾

- 수술의 원가보존율은 상급종합병원 71.7%, 종합병원 91.3%, 의원 62.6%로 약 30%p 가까운 차이를 보이고 있음.
- 이는 동일한 수술이라도 환자의 중증도나 진료과정이 달라서 수술에 투입되는 자원의 양에 차이가 있거나, 상급종합병원에서 주로 하는 수술이 종합병원에서 주로 하는 수술에 비해 원가가 선별적으로 낮을 가능성이 있음.
- 의원급에서 수술의 원가보존율이 낮은 것은 병원급 이상 의료기관에 비해 수술건수가 적어 고정비 비중이 높아서 발생하는 비효율성으로 인한 것이 가능성이 높음.
- 의료기관 유형별 급여영역별 원가보존율 격차는 처치(21%p), 기능검사(42%p), 검체검사(79%p), 영상검사(123%p), 기본진료료(58%p)로 모든 영역에 걸쳐 매우 큼.

32) 보건사회연구원. 유형별 상대가치 개선을 위한 의료기관 회계조사연구. 2012

- 이 같은 의료기관 유형별로 급여영역 수가를 진료비 차등제를 도입함으로써 더 정확한 보상이 가능함을 의미함.
- 이처럼 의료기관 유형별로 급여영역 간 원가보존율 격차가 큰 상황에서 단일 행위에 대해 단일한 수가를 사용하면 원가에 대한 정확한 보상을 하기는 어려움.
- 의료기관 유형간 진료영역별 원가보존율 차이가 유형별 의료행위 구성의 차이(예: CT와 단순방사선 검사의 빈도 차이), 의료행위에 소요되는 자원의 차이(예: 병원감염예방을 위한 시설, 장비, 재료 비용의 차이), 의료행위 빈도차이에 기인한 효율성 차이(예: 검사건 수가 많은 대학병원과 적은 의원) 중 어느 것에 기인하는지에 대해서 추가적인 분석이 필요함.



□ 진료비 차등제 도입 방안

- 진료비 차등제를 통해 의료기관 유형별 진료기능에 부합하는 질환과 수술을 하도록 유도함으로써 의료의 질을 향상시키고 의료기관 간 부적절한 경쟁을 억제함으로써 공급과잉을 해소함.
- 방안 (1) 진료영역 중심 접근법 : 의료기관 유형별로 진료기능을 고려할 때, 낮게 원가 대비 수가가 낮은 특정 진료영역의 건강보험 수가에 대한 선별적 가산하는 방안
 - 위 그림의 의료기관 유형별 급여영역별 원가보존율과 유형별로 적합한 진료영역을 고려한 수가 인상안 설정
- 방안 (2) 질환 중심 접근법 : 의료기관 유형별로 자기 진료기능에 부합하는 환자를 진료하는 경우, 해당 환자의 건강보험 진료비에 가산하는 방안
- 방안 (3) 방안(1)과 (2)를 결합한 방안 : 의료기관 유형별로 자기 진료기능에 부합하는 환자

를 진료하는 경우, 유형별 진료기능에 부합하는 특정 진료영역의 건강보험 수가에 대해 선별적으로 가산하는 방안

□ 방안(3) 진료영역과 질환 중증도를 모두 고려한 진료비 차등제

○ 의료기관 유형별 진료기능에 적합한 진료영역의 수가와 중증도의 질환에 대해 건강보험 수가를 선별적으로 인상함으로써 기능 중복을 해소하는데 기여할 수 있음.

○ 외래진료의원 - 진찰료 인상

- 의원급 기본진료료 원가보존율은 108.7%로 높기 때문에 진찰료를 일률적으로 인상하는 것으로 바람직하지 않으며, 충분한 진찰시간을 보장하여 외래진료에서 진료의 질을 높일 수 있도록 진찰료를 인상함.
- 일차진료의원과 전문의원 모두에서 초진환자 등에서 포괄적인 초기평가와 치료계획수립, 환자상담 등이 이뤄질 수 있도록 적절한 진찰시간을 보장하는 진찰수가 마련 (예: 15분 진료)
- 그밖에 교육수가와 환자관리료 등 외래에서 포괄적이고 지속적인 환자관리와 전문적인 진찰을 보장하는 수가 인상 및 신설
- 중증환자에 대한 지속적인 진료에 대해서는 인상된 진찰료를 적용하지 않음.

○ 2차 진료기관 (1) : 단과 병의원 - 수술 및 처치료 인상

- 경증환자에 대한 간단한 수술이나 입원진료를 제공하는 단과병의원에서는 진찰료와 입원료 보다는 수술과 처치료를 인상하는 것이 더 적합할 것으로 판단됨. 향후 단과 병의원의 진료영역별 원가보존율을 확인할 필요가 있음.
- 입원 기능을 갖춘 의원이 병원과 같은 수준의 환자안전 및 입원진료를 제공할 경우 병원급 중별가산율을 적용함.

○ 2차 진료기관(2) : 급성기 종합병원 - 수술 및 처치료 + 입원료 인상

- 입원과 수술기능이 핵심인 지역병원(주로 300병상 이하 종합병원)과 지역거점병원(주로 300병상 이상 종합병원)에 대해서는 중등도 수준의 환자에 대한 수술 및 처치료와 입원료를 인상함.
- 입원 중심 의료기관인 지역거점병원에 대해서는 경증 외래환자 진료비에 대한 감산을 도입하는 방안도 고려함.

○ 3차 진료기관 : 수술 및 처치료 + 입원료 인상

- 중증환자에 대한 수술 및 처치료와 입원료를 인상하고, 경증환자의 에 대한 입원료를 인상

□ 진료비 차등제의 설계

- (가산과 감산) 진료기능에 부합하는 진료에 대한 진료비 가산과 진료기능에 부합하지 않는 진료에 대한 진료비 감산이 모두 필요
 - 감산이 가산에 비해 더 강력한 정책효과가 있으나, 이는 반대로 감산에 대한 이해당사자의 반대가 더욱 심할 것임을 의미
 - 이해당사자의 정치적 수용성을 고려하여 단기적으로 진료비 가산만을 적용하고, 중장기적으로는 진료비 감산을 단계적으로 도입
 - 보장성 강화와 연계한 적정수가 인상에 진료비 차등제를 연계할 경우, 재정 중립을 유지하면서 진료비 가산만 도입 가능
- (적용대상 : 병원 진료비와 환자 진료비) 진료비의 감산과 가산은 환자의 진료비 본인부담금 뿐만 아니라 병원 진료비에 대해서도 적용
 - 의료에서는 많은 정보를 가진 의료전문가가 의사결정을 주도하기 때문에, 공급자를 대상으로 한 정책이 환자를 대상으로 한 정책에 비해 일반적으로 더 효과적
 - 기존에 상급종합병원을 이용하는 경증환자에 대해 약제비 본인부담금 디스인센티브가 도입되어 있는 점을 고려하여 환자와 의료제공자 모두 인센티브와 디스인센티브를 도입하는 방안이 가장 바람직
- (차등 크기) 재정적 인센티브가 효과적인 행동변화를 유인하기 위해서는 인센티브의 크기가 적절해야 하며, 이는 5~10% 정도는 되어야 하는 것으로 알려져 있음.
 - 진료비 차등제의 적용대상을 기존에 약제비에 한정되어 있는 것으로 전체 진료비로 확대함.
 - 진료비 차등률 수준을 적어도 5% 수준에서 시작해서 점진적으로 10% 수준 정도로 높이는 것이 바람직함.

□ 의료기관 유형별 진료기능에 부합하는 질환과 수술 및 시술 정의

- (합의 기반 분류) 전문가 위원회를 구성하여 의료기관 기능유형별 적합 질환과 수술 분류하는 원칙을 정의하고 이를 기반으로 분류 체계 마련함.
 - 전문가 위원회는 전문과별 학회, 개원의협의회, 병원협회로 구성함.
- (회색지대 인정) 의학의 불확실성과 진료과별 특성을 반영하고, 의료기관 유형 간 진료기능이 오랫동안 혼재되어 왔던 진료환경을 고려하여 어느 유형의 의료기관에서 진료해도 되는 회색지대를 인정함.

- (입원과 외래 모두 적용) 입원과 함께 외래 진료에 대해서도 유형별 진료기능에 기반한 진료비 차등제를 적용함으로써 대형병원에서 경증 외래환자 증가를 억제함.
- (단계적 접근) 각 의료기관 기능유형에 적합한 질환 및 수술을 의학적으로 명백한 소수의 질환과 수술을 먼저 정의하는 것에 출발하여 단계적으로 대상 질환과 수술을 확대해 나감.
 - (예) 수술을 위한 마취 수준 (국소, 척수, 전신)에 따라 수술을 분류하고 이를 기준으로 수술장 및 입원시설 기준을 설정
 - (예) 안과 같은 진료과에서는 상급종합병원에서 하는 수술과 단과전문병의원에서 하는 수술에 큰 차이가 없을 수 있음

□ 진료비 차등제 소요재정

- 질병 중증도 차등제 소요 재정 가정은 다음과 같았음.
 - 의료기관 유형별 환자 중증도가 진료기능에 적합한 진료비 규모를 30% 수준으로 가정하고 중증도 적합 진료비 차등율을 10% 인상하는 것으로 가정함.
 - 경증질환에 대한 진료비 감산을 동시에 시행하는 경우 재정 증가를 최소화할 수 있음.
- 의료기관 유형별 진료영역별 차등제 가정은 다음과 같았음.
 - 의료기관 유형별로 진료영역별로 수가 인상률을 10%로 가정
 - 상급종합병원과 종합병원은 수술, 처치, 기능검사, 입원 수가 인상, 병원은 수술, 처치 수가 인상, 의원은 수술, 기능검사, 영상, 진찰료 수가를 인상하는 것으로 가정함.
- 질병 중증도 차등제에 약 8천 9백억원, 진료영역별 진료비 차등제에 약 1.54조원이 소요되는 것으로 추정되었음.
 - 의료기관 유형별 기능에 적합한 진료비 규모는 이해당사자의 합의에 따라 유연하게 정할 수 있기 때문에 가용재원과 이해당사자 합의수준에 따라 단계적으로 시행 가능함.

<표 2-1-7> 진료비 차등제 도입 시나리오별 소요재정 추정

| | 수술 | 처치 | 기능 | 검체 | 영상 | 입원료 | 진찰료 | 기타 | 응급관리료 | 계 |
|---------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|-------|---------|
| 진료비 | | | | | | | | | | |
| 병원 | | | | | | | | | | |
| 상급종합 | 7,463 | 7,687 | 4,463 | 16,161 | 14,917 | 10,922 | 5,318 | 2,226 | 1,145 | 70,302 |
| 종합 | 4,908 | 9,498 | 3,663 | 14,020 | 11,165 | 13,045 | 8,484 | 963 | 1,882 | 67,628 |
| 병원 | 3,739 | 14,411 | 1,861 | 4,964 | 4,005 | 9,205 | 8,375 | 179 | 104 | 46,843 |
| 계 | 16,110 | 31,596 | 9,987 | 35,145 | 30,087 | 33,172 | 22,177 | 3,368 | 3,131 | 184,773 |
| 의원 | | | | | | | | | | |
| 내과 | 997 | 9,257 | 1,732 | 5,537 | 1,047 | 726 | 35,238 | 840 | 0 | 55,374 |
| 외과 | 3,555 | 13,164 | 4,718 | 2,357 | 2,828 | 1,092 | 29,046 | 97 | 0 | 56,857 |
| 기타 | 12 | 10 | 14 | 54 | 525 | 1 | 147 | 1 | - | 764 |
| 계 | 4,564 | 22,431 | 6,464 | 7,948 | 4,400 | 1,819 | 64,431 | 938 | 0 | 112,995 |
| 총계 | 20,674 | 54,027 | 16,451 | 43,093 | 34,487 | 34,991 | 86,608 | 4,306 | 3,131 | 297,768 |
| 적정수가 인상 방안 : 기능유형 적합 진료비 규모 30% | | | | | | | | | | |
| 중증도 적합 10% 인상 | 620 | 1,621 | 494 | 1,293 | 1,035 | 1,050 | 2,598 | 129 | 94 | 8,933 |
| 진료영역 적합 10% 인상 | | | | | | | | | | |
| 병원 | | | | | | | | | | |
| 상급종합 | 746 | 769 | 446 | | | 1,092 | | | | 3,054 |
| 종합 | 491 | 950 | 366 | | | 783 | | | | 2,590 |
| 병원 | 374 | 1,441 | | | | | | | | 1,815 |
| 의원 | | | | | | | | | | |
| | 456 | | 646 | | 440 | | 6,443 | | | 7,986 |
| 총계 | 2,067 | 3,160 | 1,459 | - | 440 | 1,875 | 6,443 | - | - | 15,444 |

③ 기능 강화 - 일차의료의 강화

□ (일차의료 강화 전략) 일차의료를 강화하기 위해서는 우선 의원급 의료기관에서 일차의료서비스를 강화할 수 있도록 건강보험 급여를 확대해야 함

○ 일차의료를 강화하는 데에는 다양한 전략이 있을 수 있으며 대표적인 것은 다음과 같음.

- (규제 전략: 공급 측면) 상급종합병원 지정기준에서 경증환자 진료의 비율을 낮추고 중증환자 진료비율을 높이는 방법
- (규제 전략: 수요 측면) 전문의 진료와 병원 진료를 받기 위해서는 반드시 주치의의 거처야 하는 문지기 시스템 (Gate-keeping system) 도입과 같이 환자의 선택권을 제한하는 방법
- (유인 전략: 공급 측면) 포괄적 평가와 진료계획 수립을 위한 충분한 초진 시간을 보장하는 것과 같은 건강보험의 급여확대를 통해 일차의료의 질을 강화하는 방법
- (유인 전략: 수요 측면) 일차의료기관을 이용하는 환자의 본인부담금을 낮추거나 경증질환으로 상급종합병원과 종합병원을 이용하는 환자의 본인부담금을 높이는 것과 같은 환자에게 재정적 유인 및 불유인을 강화하는 방법

○ 우리나라 의료환경에서는 문지기 시스템과 같은 환자들 대상으로 한 규제적인 일차의료 강화 전략은 적합하지 않음.

- 2017년 대한의사협회 설문조사에 따르면 국민들은 일차의료를 강화하기 위해 중요한 정책으로 표준화된 진료(61.7%)와 일차진료의사의 질 향상(51.5%)을 꼽았음.³³⁾

- 고혈압과 당뇨병, 천식 진료의 질을 평가한 결과에 따르면 의원의 진료의 질은 병원급 이상 의료기관에 비해 낮았음. 예를 들어 의원의 당뇨병 환자에서 HgA1C 검사율은 71.6%로 상급종합병원의 92.4%에 비해 크게 낮았음.³⁴⁾
 - 일차의료에 대한 환자와 의사에 대한 인식을 조사한 질적 연구에서도 환자들의 의원보다는 병원을 더 신뢰하는 것으로 나타났으며, 일차의료의 중요한 경쟁력인 포괄적인 서비스, 다양한 의료서비스의 조정에 대해서는 경험해본 적도 없었고 인지도 낮았음.³⁵⁾
 - 의원급 의료기관 진료의 질이 병원에 비해 높지 않고, 국민의 의원에 대한 신뢰가 낮은 상황에서 환자에 대한 규제 전략을 도입하는 것은 적절하지 않음.
 - 하지만 개원의가 중요하게 생각하는 일차의료 강화전략은 건강보험 수가 인상(45.8%)으로 국민들의 인식과 큰 괴리가 있었음. 이러한 국민과 개원의 일차의료에 대한 인식의 차이는 단기간 내에 의원급 의료기관이 국민의 신뢰를 회복하기 쉽지 않음을 시사함.
- 일차医료를 강화하기 위해서는 환자와 의료제공자에 대한 유인 전략을 우선으로 하고, 다음으로 의료제공자에 대한 규제 전략을 도입하는 방안을 고려할 수 있음.
- 우선 순위(1) 공급 측면 유인 전략: 일차의료서비스에 대한 급여확대를 기반으로 한 일차의료 의료 질 향상을 유도함으로써 일차의료에 대한 국민의 신뢰를 회복하는 것
 - 우선 순위(2) 수요 측면 유인 전략: 일차의료서비스에 대한 환자의 본인부담률을 낮추는 것과 상급종합병원과 종합병원을 이용하는 경증환자의 본인부담률 조정하는 것
 - 우선 순위(3) 공급 측면 규제 전략: 상급종합병원 지정기준 및 공공보건의료발전계획에서 책임의료기관 지정기준 등에서 경증환자 진료비율 및 중증환자 진료비율을 주요 기준으로 도입하는 것
- 중장기적으로는 예방서비스에 대한 급여 확대, 커뮤니티 케어와 일차의료와 연계를 강화함으로써 일차医료를 고도화함.
- 비만, 골관절염, 우울증과 같이 중재효과에 대한 근거가 마련되어 있고, 미국 메디케어 등에서 이미 급여하고 있는 예방서비스에 대한 급여를 점진적으로 확대함.
 - 고비용-고난이도 환자(high-cost high-needs patients)를 포함한 지역사회서비스가 필요한 환자에 대한 관리를 강화하기 위해서는 방문진료와 방문간호 등 방문서비스를 강화함과 동시에 주거, 영양, 이동과 같은 지역사회서비스와 연계를 강화함.

□ (전략 1-1: 공급유인전략 - 일차의료서비스 급여 확대) 일차의료 강화를 위해서는 일차의료에

33) <http://www.medigatenews.com/news/1539786481>

34) 건강보험심사평가원. 당뇨병 적정성 평가결과. 2015

35) Ock et al. BMC Family Practice 2014. 15:178

핵심적인 속성에 해당하는 다음과 같은 서비스에 대한 건강보험 급여를 확대해야 함.³⁶⁾

○ (초기평가와 치료계획수립) 임상진료지침에 기반한 체계적이고 포괄적인 평가와 그에 기반한 치료계획수립이 가능하도록 초진 시간을 보장함.³⁷⁾

○ (교육 및 상담료) 만성질환에서 핵심적인 생활습관 개선을 위한 교육을 위한 별도 수가를 신설함.

－ 질환 특성과 환자 특성을 반영한 체계적인 교육이 가능하도록 환자교육을 모듈화함. 이를 통해 교육의 내용과 횟수를 표준화함으로써 교육 효과를 최대화함.

○ (환자관리료) 지속적인 투약과 진료, 생활습관 개선을 포함한 환자의 질병과 건강에 대한 자가관리능력을 강화하기 위한 사례관리서비스가 필수적임.

－ 환자관리료는 환자 1인당 월정액을 책정하여 의원 방문과 무관하게 지속적인 환자사례 관리가 가능하도록 함.

－ 환자 중증도에 따라 환자관리료를 차등함으로써 환자관리에 소요되는 시간과 노력에 대해 적절한 보상이 이뤄질 수 있도록 함.

－ 기존 연구에 의하면 환자 1인당 월정액 환자관리료는 중증도에 따라 13,500~16,400원으로 추정되었음.

－ 환자사례관리서비스에는 환자에 대한 지속적인 교육 및 상담, 예약 환자에 대한 recall 서비스, 24시간 전화 상담 및 이메일 상담, 입원환자와 응급실 방문환자에 대한 추구관리 등이 포함됨.

○ (소요 재정과 기대효과) 일차의료 기반 만성질환자 관리에 소요되는 비용과 건강개선효과 및 재정절감효과 사이에 대한 균형을 추구할 필요가 있음.

－ 보건복지부 일차의료 기반 만성질환관리 시범사업의 건강보험급여 확대계획에 따르면 고혈압 및 당뇨병 환자 1인당 추가 진료비는 최대 약 33만원으로 추정되었음.

－ 미국과 유럽에서 이뤄진 다양한 일차의료사업 효과평가 결과에 의하면, 대부분의 건강개선효과와 비용절감 효과는 진료의 지속성 개선과 그로 인한 입원과 응급실 방문을 감소에서 발생하였음.

□ (전략 1-2: 공급유인전략 - 평가와 인센티브를 통한 의료질 향상) 일차의료 질향상을 위해서 체계적인 평가와 학습프로그램, 결과 공개, 의료질가산 및 진료비 이익과 손실 공유 등 다양한

36) 김윤 등(2015) 일차의료 보고서

37) 김윤 등(2015)의 연구에 따르면 기존 연구에 의하면 고혈압과 당뇨병의 경우 임상진료지침에 기반한 초진 프로토콜에 따른 적절한 진찰시간은 약 15분이었으며, 기존 진찰료와 진찰시간을 바탕으로 산출된 초기평가와 치료계획수립 수가는 65,800원이었음.

정책수단을 패키지의 형태로 도입되어야 하며, 단계적으로 유인을 강화해 나가야 함.

○ 의료 질평가-평가결과에 기반한 의료질향상 활동이 이뤄지기 위해서는 구조, 과정, 결과 측면에 대한 체계적이고 포괄적인 평가가 필요함.

- 구조 : 국가 수준 (예) 사업 참여율

- 고혈압 ■ 당뇨병 환자 참여율 - 예:전체 환자의 50%
- 일차진료의사 참여율 - 의원급 일차의료의사의 50%
- 일차진료의사는 진료과목을 기준으로 내과, 가정의학과, 일차진료를 하는 일반의를 기준으로 할 수도 있고, 진료과의 제한 없이 진료내용을 기준으로 혼한 질환과 만성질환자 진료 비중이 일정 수준 이상인 환자를 기준으로 할 수도 있음.

- 과정 : 입원률, 응급실 방문률, 진료지속성, 진료지침 준수율

- 진료지침 준수율, 진료지속률 - 심평원 적정성 평가결과 활용
- 입원률(예:15%p▼), 응급실 방문률(예:15%p▼)

- 결과

- 혈압조절률(예:44%→60%), 혈당조절률³⁸⁾(예:25%→40%)
- 환자 경험평가(10%p▲) - Primary Care Assessment Tool (K-PCAT)
- 참여 의료진 경험평가 (20%p▲)

○ 의료 질가산-재정적 인센티브가 효과적이기 위해서는 명확한 목표에 근거한 소수의 질지표를 기반으로 한 적정 규모의 가산이 적용되어야 함.

- 과정지표로는 환자 입원률, 응급실 방문률, 진료지속성, 진료지침 준수율을 주요 지표로 사용할 수 있으며, 결과지표로는 혈압과 혈당 조절률, 환자경험평가를 사용할 수 있음.

- 기존 문헌에 의하면 의료질가산의 규모는 전체 진료비의 5% 이상이어야 하는 것으로 알려져 있음.

○ 진료정보교류 가산 : 정확한 진단과 치료를 보장하고 중복투약과 검사 감소

- 기능 기반 전자의무기록 인증 프로그램 - 예) Meaningful Use
- 월정액 사용료 보상 - 대부분 리스 방식 전자의무기록 사용

○ 의료비 절감액 공유

- 환자 중증도를 보정한 예측진료비 산출한 후 환자 실제 진료비와 차액을 공유
- 1단계: 이익만 공유하고, 2단계: 이익과 손실을 모두 공유하는 방식으로 단계적으로 발

38) 혈당조절률 HgA1c 6.0% 기준

전시킴. 단, 의료질 점수 일정 수준 이상인 경우

□ (전략 1-3 : 공급유인전략 - 교육과 학습을 통한 의료 질향상) 일차진료의사에 대한 교육과 자
기참여적 학습을 통해 진료역량과 의료 질향상 역량을 강화함.

○ (역량정의와 보수교육) 일차의료의사의 필수 역량을 정의하고 이를 기반으로 한 교육과정을
개발함.

- 교육은 온라인 교육과 오프라인 교육을 병행하며, 전문과목 간 진료역량을 차이를 고려
하여 교육의 내용과 과정을 맞춤형으로 설계함.
- 만성질환관리사업 참여의 조건으로 교육을 반드시 이수하도록 하되, 유예기간(예:6개월)
을 두어 사업에 참여를 유도함.

○ (참여 기반 학습조직) 환자진료과정에서 발생하는 문제해결에 초점을 둔 참여 기반 학습조
직은 모든 구성원들 간의 상호학습을 통해 의료의 질을 효과적으로 향상시킬 수 있는 것으
로 알려져 있음.³⁹⁾

- 지식 습득에 초점을 둔 강의를 통한 교육은 진료행태개선과 의료 질향상에 효과가 거의
없는 것으로 알려져 있음.⁴⁰⁾
- 참여 기반 학습 교육은 전문가의 자문 하에 모든 구성원이 자신의 경험을 공유하는 상호
학습방식으로 학습이 이뤄짐. 기존 전통적인 학습방식에 비해 구성원들이 보다 적극적으
로 참여하며 의료 질향상 효과가 큰 것으로 알려져 있음.

□ (전략 2 : 수요유인전략 - 본인부담률 감산 및 가산) 일차의료서비스에 대한 환자의 본인부담
률을 낮추는 것과 상급종합병원과 종합병원을 이용하는 경증환자의 본인부담률 조정하는 것

○ 일차의료서비스에 대한 본인부담률을 5~10% 수준으로 낮춤으로써 만성질환자의 의원급
의료기관에서 일차의료서비스를 받도록 유인함.

- 미국의 여러 value based insurance design 사업에서 만성질환관리를 위한 서비스에
대한 본인부담을 무료로 하거나 5% 내외의 본인부담률을 설정하고 있음.
- 가치 기반 급여설계를 통해 높은 가치의 의료에서는 의료이용량이 늘어나고 환자의 치료
순응도가 개선되었고, 낮은 가치의 의료에서는 의료이용량이 줄어들었다고 한다
(Chernew 2007; Look 2015).⁴¹⁾⁴²⁾

39) IHI. breakthrough series. 200?

40) NICE. Review of Systematic Reviews Exploring the Implementation/Uptake of Guidelines. 2014

41) Chernew M. Value-Based Insurance Design. Health Affairs. 2007;26(2);w195-w203.

42) Look KA. "Value-based insurance design and medication adherence: opportunities and challenges." Am J Manag Care. 2015;21(1);e78-90.

- 기존에 의원급에서 진료받던 만성질환자의 진료비 본인부담에 비해 진료비가 가능한 한 늘지 않도록 본인부담률을 조정하는 것이 바람직함.
- 이와 함께 상급종합병원 및 대형 종합병원에서 진료받는 경증질환자의 본인부담률을 높여 이들의 이용을 억제함.
- 하지만, 심각한 동반질환이 있거나 전신 상태가 좋지 않거나 매우 고령인 경우에는 고혈압이나 당뇨병과 같은 경증질환으로도 상급종합병원 등에서 진료를 받을 수 있도록 허용해야 함. 같은 맥락에서 아직 진단이 확정되지 않은 환자도 상급종합병원 등에서 일정기간 진료를 허용해줘야 함.
- 이를 위해 상급종합병원 등의 의사가 인정하는 경우 경증 진단명을 가진 환자라도 원래 본인부담률로 진료받을 수 있도록 허용함. 이는 의료전문가의 진료에 있어서 자율성을 보장함과 동시에 의료전문가가 행정적 기준으로 구분해내기 어려운 경증진단명을 중증질환을 효과적으로 선별할 수 있도록 함.
- (전략 3 : 공급규제전략 - 상급종합병원 지정기준 등 개선) 의료전달체계에서 상급종합병원 등이 기능에 부합하는 진료를 수행하는 것으로 지정기준에서 중요한 요소로 설정함으로써 대형병원의 경증환자 진료를 억제하고 중증환자 진료에 역점을 두도록 함.
- 상급종합병원 이외에도 공공보건의료발전계획에서 책임의료기관, 권역 응급의료센터, 권역 심뇌혈관센터 등 중증환자진료를 담당하는 대형병원의 지정기준 개선을 통해 경증환자 진료를 억제함.
- 지정의 의료기관에 대한 유인과 경증환자 진료에 대한 규제가 병원에 미치는 영향이 비슷해야 실현가능하다는 점을 고려해야 함.
- (단계적 접근 : 일차의료서비스의 대상 확대) 일차의료서비스에 대한 급여 확대는 고혈압과 당뇨병에서 시작해서 단계적으로 다른 질환으로 확대해 나감.
- (1단계 : 고혈압과 당뇨병) 고혈압과 당뇨병은 유병률이 높고, 관리가 중요하나 잘 관리되지 않고 있으며, 임상진료지침 기반으로 한 진료 프로토콜이 개발되어 있는 질환임.⁴³⁾⁴⁴⁾
 - 우리나라 30세 이상 성인 인구의 고혈압 유병률은 29%이며, 성인 인구 중 1,100만명 이상이 고혈압을 가진 것으로 추정됨. 고혈압 유병자 중 인지율은 65%, 치료율은 61%, 조절률은 44%임. 환자수 가정에 대한 부연 설명
 - 우리나라 30세 이상 성인 7명 중 한 명(14.4%)이 당뇨병을 가지고 있으며, 당뇨병환자 수

43) 대한고혈압학회. 고혈압 유병 및 관리 현황 factsheet. 2018

44) 대한당뇨병학회. Diabetes Fact Sheet 2018. 2018

는 약 501만명으로 추정됨. 당뇨병자의 인지율은 63%, 치료율은 57%, 조절률은 25%임.

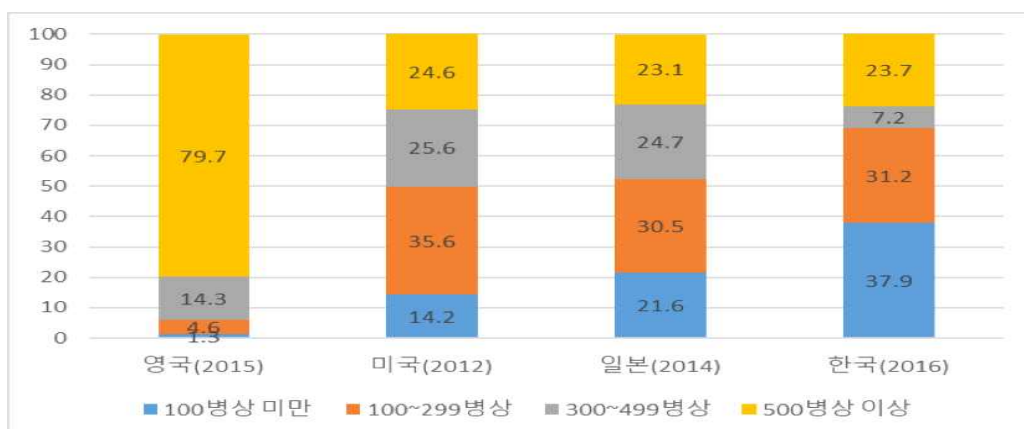
- (2단계 : 주요 만성질환) 일차의료서비스 급여확대 대상으로 천식, 만성폐색성 폐질환, 근골격계 질환 등으로 확대하면 전체 만성질환의 대부분을 차지함.
- (3단계 : 모든 환자) 일차의료에서 모든 질환에 대해 포괄적 평가와 치료계획수립과 이를 기반으로 적절한 질환 관리가 이뤄질 수 있도록 함.

④ 기능 강화 - 지역거점병원 육성

□ (병원 진료기능 분석) 의료전달체계를 설계하기 위해서는 우리나라 병원의 진료기능을 분석하고 이를 기반으로 유형화하는 것에서 출발해야 함.

- (병상 규모별 구성) 외국과 달리 우리나라는 300병상 이하 소형병원, 그 중 특히 100병상 이하 소형병원의 비중이 매우 높음.
 - 우리나라 병원 중 100병상 미만 소형병원의 병상이 차지하는 비중은 38%로 일본(22%), 미국(14%), 영국(1%)에 비해 매우 높음.
 - 우리나라 병원 중 100~300병상 미만 소형병원이 차지하는 비중은 31%로 일본(31%), 미국(360%)과는 비슷하고, 영국(5%)에 비해서는 매우 높은 수준임.
 - 일본과 미국은 민간 병원의 비중이 높아 소형병원이 많은 반면, 영국은 국공립병원이 비중이 높아 의료 질과 효율성 측면에서 유리한 300병상 이상 병원이 대부분을 차지함.

[그림 2-1-3] 의료기관 규모별 급성기 병상 구성비



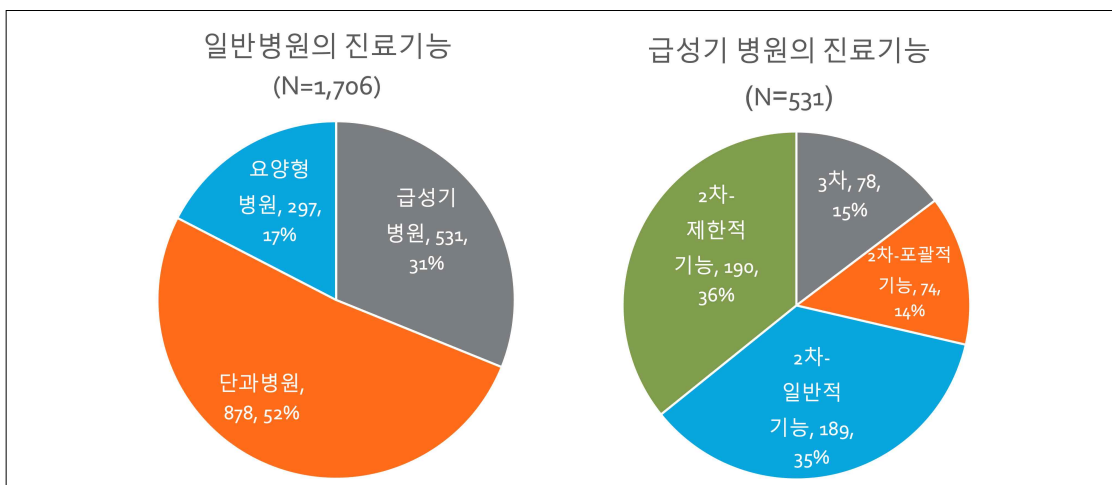
- (진료기능별 구성 - 일반병원 전체) 외국과 달리 종합병원 기능을 하는 일반병원은 3개 중 1개에 불과했고, 단과병원의 절반 이상을 차지하였으며, 나머지 일반병원 6개 중 1개는 요양

병원의 진료기능을 하고 있었음.

- 우리나라 급성기 병원 약 1천 7백개 중 급성기 병원 31%, 단과병원 52%, 요양형병원 17%를 차지하는 것으로 나타남.

○ (진료기능별 구성 - 종합병원 전체) 여러 진료과의 진료를 하는 종합병원 중 포괄적인 2차병원 이상의 진료기능을 할 수 있는 병원은 3개 중 1개 미만이었으며, 2차병원 기능을 하기 어려운 병원이 3개 중 1개 이상이었음.

- 급성기 병원 531개 중 3차병원 78개, 포괄적 진료기능의 2차병원 74개, 일반적 진료기능의 2차병원 189개, 제한적 진료기능의 2차병원 190개로 구성되었음.
- 제한적 기능의 2차병원은 포괄적 기능을 갖는 2차병원으로 육성하는 방향으로 제한적 기능을 갖는 2차병원은 회복기 병원으로 전환하는 방향이 바람직할 것으로 판단됨.



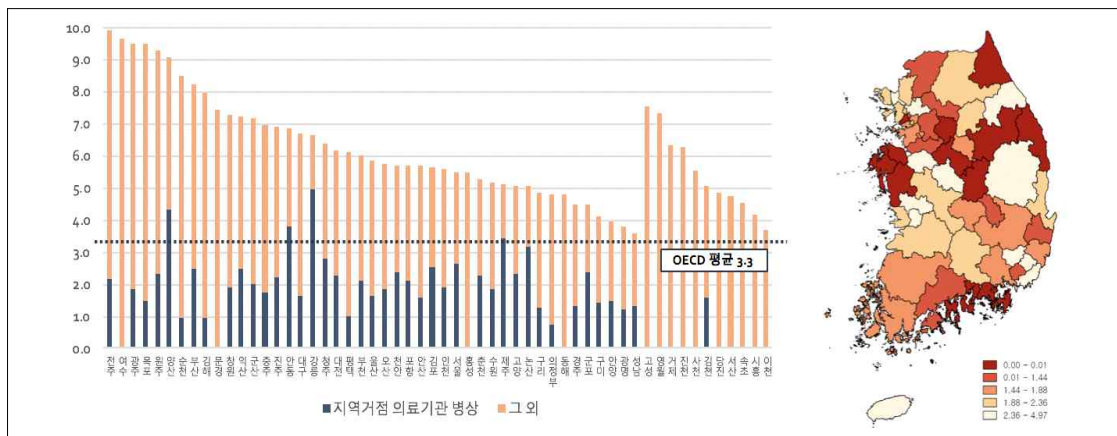
□ (병원의 지리적 분포) 양질의 입원의료서비스에 대한 접근성을 보장하기 위해서는 포괄 2차급 이상의 병원이 지리적으로 균등하게 분포해야 함.

○ 56개 중진료권 중 총 11~14개 진료권은 지역에서 양질의 입원진료를 할 수 있는 적정 규모의 2차병원이 없는 입원의료취약지역⁴⁵⁾

- 병상 규모를 기준으로 할 경우 56개 중진료권 중 11개 진료권이 300 병상 종합병원이 없었으며, 진료기능을 기준으로 할 경우 14개 중진료권이 포괄 2차급 병원이 없었음.
- 양질의 입원진료를 보장하기 위해서는 입원진료취약지에 2차병원 기능을 갖춘 지역거점 병원으로 지정 육성할 필요가 있음. 적정 규모의 2차병원이 없는 지역에서 흔한 암에 대한 항암치료, 두개 감압술, 뇌출혈에 대한 치료가 어려움.

45) 포괄 2차병원 중 18개는 300병상 이하 종합병원이었으며, 300병상급 이상 종합병원 중 15개는 일반 2차병원으로 분류되었다. 따라서 병상 규모와 함께 진료기능을 고려하여 지역거점병원을 지정 육성할 필요가 있다.

- 병상 기준을 사용할 경우 정책 실행이 용이하다는 장점은 있으나 2차병원급 병원의 실제 진료기능을 반영하지 못한다는 단점이 있음. 따라서 진료기능을 기준으로 하는 것이 더 바람직함.
- 중진료권 중에서는 3차병원급 병원은 있으나 적정 규모의 2차병원이 없는 지역도 존재함. 현재 3차급 병원의 진료기능을 제한할 경우 지역거점병원을 육성할 필요가 있음.



□ (지역거점병원 육성 : 일반병원) 의료서비스에 대한 접근성을 보장하기 위해서는 양질의 입원 기능을 제공하는 포괄 2차급 이상의 병원이 지리적으로 균등하게 분포해야 함.

○ (지원 유형) 지역거점병원에 대한 지원은 자본투자, 운영비용, 참여비용에 대한 지원으로 구분할 수 있음.

- (자본투자) 병원의 시설, 장비, 정보체계 구축을 위한 자본투자 비용에 대한 지원
- (운영비용) 인건비, 재료비, 시설운영비 등에 대한 지원
- (참여비용) 지역거점병원의 역할을 수행하는 데 필요한 인력의 교육훈련, 새로운 진료체계의 도입 등 변화 비용에 대한 지원

○ (시설장비 지원) 입원의료취약지 지역거점병원에 대한 시설 및 장비 투자에 대한 장기저리 융자를 통한 지원과 함께 건강보험 진료비 가산을 통해 양질의 2차병원을 육성함.

- (지역거점공공병원 신축) 300병상 이하 종합병원이 없거나 지역거점병원 역할을 할 역량이나 의사가 있는 병원이 없을 경우에는 중앙정부 및 지방정부의 예산으로 병원을 신축함. 지방정부의 재정부담률은 그 지역의 소득수준과 농어촌 여부 등을 고려하여 차등하는 방안을 고려함.
- (지역거점병원 지정 및 육성) 주로 100~300병상 규모의 병원 중 지역거점병원에 지원하는 병원을 중 적절한 병원을 선정하여 시설 투자를 지원함. 민간병원 간 인수 합병을 통

해 또는 공공병원이 민간병원을 인수해서 적정 규모의 지역거점병원의 역할을 할 수도 있을 것으로 예상됨. 공공병원과 민간병원 모두 지역거점병원이 될 수 있음.

○ (건강보험 수가 가산) 지역거점병원이 담당하는 지역 인구와 의료수요가 일정 수준 이상인 경우 건강보험수가 가산을 통해 운영을 지원함.

－ 예를 들어 병원의 합리적인 운영비용과 진료수입 간의 격차로 인한 적자 규모가 20% 이내인 경우에는 가산을 통해서 해결하고, 적자 규모가 20% 이상인 경우에는 운영비 지원을 통해 해결하는 방안을 고려할 수 있음.

○ (운영비 지원) 지역거점병원이 담당하는 지역 인구와 의료수요가 적어 지역거점병원 규모의 병원을 운영하기 어려운 경우, 합리적인 운영적자에 해당하는 부분을 건강보험에서 운영비로 지원함.

□ (권역 및 지역 센터 지정) 모든 국민이 응급과 중증환자를 위한 진료서비스를 골든타임 내에 받을 수 있도록 권역 및 지역센터를 지리적으로 균등하게 배치함.

○ (전문센터 지정 필요성) 센터의 전문화를 통해 의료의 질, 효율성, 종합병원들 간 분화를 발전을 촉진할 수 있음.

－ (진료량-진료결과 상관관계, volume-outcome relationship) 전문센터를 지정함으로써 진료와 기술이 난이도가 높은 질환에서 특정 기관에 환자를 집중시킴으로써 의료의 질을 유지하는데 필요한 일정 수 이상의 중증환자를 진료하도록 할 수 있음.⁴⁶⁾

－ (규모의 경제) 전문센터를 지정함으로써 규모의 경제를 통한 운영의 효율성을 확보함과 동시에 24시간 서비스를 제공하는 데 필요한 적정 규모의 인력과 모 병원의 야간 당직 배후 인력을 확보할 수 있음.⁴⁷⁾

－ (종합병원의 분화 발전) 수도권과 대도시 지역에 집중된 종합병원 간 과도한 경쟁으로 인해 시설장비 등에 대한 지나친 투자가 이뤄지고, 이를 운용하기 위해 중증환자에 대한 진료를 확장하는 악순환이 일어나고 있음.

○ (전문센터 배치 방안) 골든타임을 보장하기 위한 전문센터의 수는 센터 유형별 골든타임, 센터까지의 교통시간, 센터별 진료권 내 환자수요, 센터별 진료량을 근거로 추정할 수 있음.

－ 전문센터에 대한 접근성과 전문센터의 규모 사이에는 상치관계가 존재하며, 접근성을 보장하면서 의료 질과 규모의 경제를 보장할 수 있는 적정 규모를 찾는 것이 중요함.

46) Mesman R, Westert GP, Berden BJ, Faber MJ. Why do high-volume hospitals achieve better outcomes? A systematic review about intermediate factors in volume-outcome relationships. Health Policy. 2015 Aug;119(8):1055-67.

47) Monica Giannotti, Annamaria Guglielmo, Marianna Mauro. Efficiency and optimal size of hospitals: Results of a systematic search. PLoS One. 2017; 12(3): e0174533.

- 도시에서는 센터별 적정 진료량에 대한 가정, 농어촌에서는 교통시간에 대한 가정에 따라서 적정 센터 수는 달라질 수 있음.

○ (전문센터 적정 수요 추정) 모든 국민에게 골든타임 내 진료를 보장하기 위한 질환별 적정 센터 수는 추정결과의 예는 다음과 같음.⁴⁸⁾

- 응급과 외상센터 : 권역외상(17개), 권역응급(30개), 지역응급센터 (103개)
- 심뇌혈관센터 : 권역(15개), 지역(64개)
- 소아응급센터 : 권역(20개), 지역(40개)
- 정신응급센터 (35개)
- 성인 중환자실과 소아 중환자실 역시 중증환자에게 접근성을 보장하기 위해 필수적인 진료서비스이나 아직 적정 공급량을 추정한 바 없음.

⑤ 기능 강화 - 전문병원 육성

□ (우리나라 병원의 구조적 특성) 우리나라 급성기 병원 중 단일 진료과 진료를 주로 하는 단과병원이 절반 가까이 되고, 의원 중 단과병원과 유사한 입원과 수술기능을 갖는 단과의원이 전체 의원의 약 1/6을 차지함(그림).⁴⁹⁾

○ (단과병원) 우리나라 급성기 병원 1,865개 중 단과병원은 2017년 기준으로 808개 병원로 43%를 차지하였으며, 단과병원의 병상은 단과의원 포함 전체 급성기 병상의 약 26%를 차지하였음.

○ (단과의원) 의원 약 3만개 중 단과병원과 유사하게 입원과 수술 기능을 갖춘 의원은 약 17%를 차지하는 4,993개소였으며, 단과의원 포함 전체 급성기 병상의 19%를 차지하였음.

- 단과의원은 환자안전을 보장하기 위해 점진적으로 병원 수준의 감염관리, 당직체계를 갖추어야 하고, 진료내용이 단과병원과 유사하기 때문에 단과병원과 같은 유형의 의료기관으로 분류해야 함.

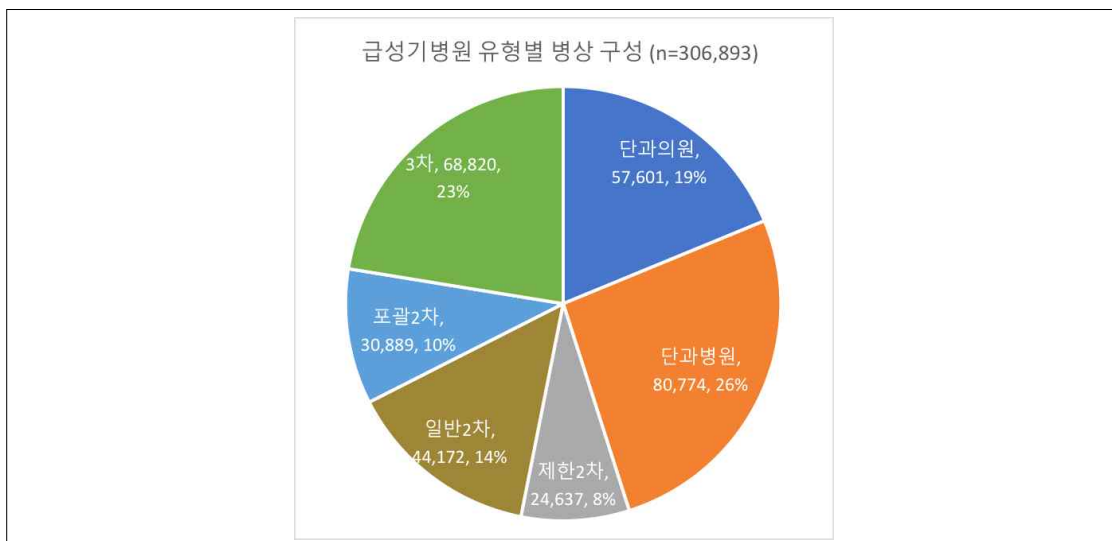
○ (단과병의원) 단과병원 808개와 단과의원 4,993개를 합하면 모두 5,801개소였으며, 단과병의원의 병상은 전체 급성기 병상은 약 45%를 차지하였음.

○ (외국의 전문병원) 미국은 경우 전체 병원 중 단과병원은 약 10~20%에 불과함. 의사 개인이 소유하는 병원이라는 점과 수익성이 높은 영역에 주로 전문병원이 집중된다는 점 때문에 많은 비판이 있었음.

48) 김윤 등, 응급의료중장기발전계획, 2018

49) 김윤 등, 병원급 이상 요양기관의 의료기관 종별 기준 적정화 연구, 2018

- (전문병원 정책의 중요성) 단과병원의 높은 비중을 고려할 때 의료전달체계 차원에서 전문병원에 적절한 역할을 부여함과 동시에 환자안전을 보장할 수 있는 체계를 갖추도록 해야 함.⁵⁰⁾
- (의료전달체계에서의 기능) 전문병원에 적합한 질병 및 수술을 정의하고 해당 진료기능에 집중할 수 있도록 지정기준과 수가 차등제를 적용함.
- 전문병원의 진료기능은 분야에 따라서 대장항문병원처럼 경증질환과 간단한 수술에 한정할 수도 있고, 심장병원처럼 중증질환을 대상으로 할 수도 있으며, 안과병원처럼 대형병원과 진료영역이 상당부분 겹칠 수도 있음.
 - 경증질환과 단순수술 환자가 대형병원 쏠리는 현상과 이들 단과병원이 제대로 진료하기 어려운 중증환자를 진료하는 것을 모두 억제할 수 있음.
 - 질환과 수술이 경증이거나 단순하더라도 고령에 동반질환이 심각한 환자는 중증환자에 대한 일반관리(general care)가 가능한 3차 또는 포괄 2차병원에서 담당하는 것이 적절함.
- (환자안전기능 강화) 전문병원제도를 통해 단과병원이 수술장 환자안전기준 및 당직체계 운영 등 환자안전을 위한 기본적인 조건을 갖추도록 유도함.



- (전문병원에 대한 이론과 연구) 전문병원에 대한 관심은 의료비의 증가와 그에 상응하는 정도로 개선되지 않는 의료 질 문제를 해결하기 위해 방안 중 하나로 공급체계를 개편하려는 시도임. 전문병원의 장단점에 대해서는 주장이 엇갈리고 있음.⁵¹⁾

50) 단과의원은 의료법 상으로는 의원으로 분류되지만 이 글에서는 진료기능을 측면에서 입원과 수술 기능을 갖고 있는 단과 의원은 병원으로 분류함.

51) Trybou J, et al. Effects of physician-owned specialized facilities in health care: a systematic review.

- (우호적 이론) 규모의 경제와 범위의 경제(economies of scale and scope)가 있는 전문병원이 더 질 높고 효율적일 수 있다는 이론적 배경에서 출발함.
 - 전통적으로 모든 종류의 서비스를 제공하는 종합병원과 달리 특정 질환에 대한 진료와 수술에 집중하는 소위 focused factory인 전문병원이 규모의 경제와 범위의 경제(economies of scale and scope)가 있기 때문에 종합병원에 비해 더 질 높고 효율적일 수 있다는 이론적 배경에서 출발함.
- (비관적 이론) 전문병원이 경증환자와 수익성이 높은 분야에 집중하고, 의사가 소유권을 갖고 있어 이해관계상충(conflict of interest)가 발생한다는 비판이 있음.
 - 전문병원이 젊고 동반질환이 없는 경증환자를 선택적으로 진료하기 때문에 비용과 노력이 더 많이 드는 중증환자는 종합병원에서 진료할 수밖에 없게 됨.
 - 정형외과와 심장진료처럼 수익이 나는 분야에 전문병원이 주로 생기기 때문에 종합병원은 결국 수익이 적거나 적자가 나는 분야의 진료를 맡게 되어 내부에서 비용 이전을 통해 종합병원이 적자분야에 대한 진료를 계속하기 어렵게 만든다는 것임.
 - 전문병원은 이 대부분 의사가 소유권을 갖고 있어 이해관계상충(conflict of interest)이 발생할 가능성이 높다는 것임.
- (전문병원에 대한 평가) 전문병원이 의료의 질과 비용, 종합병원 경영에 어떤 영향을 미쳤는가는 명확하지 않음.⁵²⁾
- (의료의 질과 비용) 기존 전문병원이 의료의 질과 비용에 어떤 영향을 미쳤는지는 여전히 명확하지 않다.
 - 최근 미국에서 의료기관의 유형에 따른 의료 질가산 제도의 영향을 평가한 연구에서 전문병원이 대학병원에 비해 의료질 점수가 더 높은 것으로 보고되었음.⁵³⁾
- (종합병원에 미친 영향) 전문병원이 주로 경증환자를 진료하고 수익성이 높은 영역에 집중함으로써 종합병원의 경영이 어려워진다는 주장이 있다.
 - 기존 연구에서 전문병원의 증가가 종합병원에 어떤 영향을 미쳤는지는 연구결과가 엇갈려서 명확하지 않음.
- (국내 연구: 의료의 질과 비용) 우리나라에서 전문병원 지정이 의료의 질과 비용에 어떤 영향을 미쳤는지는 여전히 명확하지 않다.⁵⁴⁾

Health Policy. 2014 Dec;118(3):316-40.

52) Trybou J, et al. Effects of physician-owned specialized facilities in health care: a systematic review. Health Policy. 2014 Dec;118(3):316-40.

53) Ramirez AG, et al. Physician-Owned Surgical Hospitals Outperform Other Hospitals in Medicare Value-Based Purchasing Program. J Am Coll Surg. 2016 Oct;223(4):559-67.

- 우리나라 전문병원 지정 전후 의료질과 진료비 변화를 비교하고, 이를 상급종합병원과 유사한 병원과 비교한 연구에 의하면 의료 질과 진료비는 지정 전후에 큰 변화가 없었음.
- 전문병원의 진료비가 상급종합병원과 유사한 병원에 비해 낮았으나, 중증도를 통제하지 않아서 경증환자를 선택적으로 진료한 결과인지 아니면 효율성이 높아서인지 구분할 수 없었음.

□ (현 전문병원제도의 의의와 한계)

○ (의의) 전문병원제도는 중소병원이 경쟁력을 갖출 수 있는 기회를 제공하였고, 단과병원의 질향상을 유도할 수 있는 제도적 근거를 마련하였음.

- (인지도) 전문병원제도는 국민들의 전문병원제도에 대한 인지도를 바탕으로 대형병원에 대해 중소병원이 경쟁력을 갖출 수 있는 기회를 제공하였음.⁵⁴⁾

- 전문병원 이용자의 대부분은 의료의 질과 환자경험 측면에서 대학병원에 비해 전문병원이 우수하다고 평가하였으며, 이들 중 약 1/3은 대학병원 방문 후에 전문병원을 이용하였음.
- 전문병원 이용자의 절반 이상이 복건복지부 전문병원 지정이 병원 선택에 영향을 미쳤다고 응답하였음.

- (재정적 유인) 전문병원에는 재정 규모는 크지 않지만, 전문병원관리료와 전문병원의료질지원금과 같은 재정적 유인을 제공할 수 있는 제도적 기반이 마련되어 있음.

- (전문병원관리료) 입원일당 820원~2,450원, 외래일당(안과·이비인후과) 400원임.
- (전문병원의료질지원금) 3기 전문병원(108개) 중 지정 당시 선택진료 실시한 병원(52개소)을 대상으로 하며, 지원액은 입원일당 11,390원, 외래일당(안과·이비인후과) 3,180원임,

○ (한계: 부적절한 전문병원 기준) 난이도가 높은 진료를 조건으로 하거나 상대평가를 기반으로 일부 상위병원만을 전문병원으로 지정하는 것은 전문병원제도를 도입하는 이론적 근거에 부합하지 않음.

- 의료법의 전문병원 지정기준에 따르면 전문병원의 해당 분야 환자 진료량이 우리나라 전체 병원 중 상위 30퍼센타일 수준이어야 함. 또한 이를 전문질병군 및 일반질병군 환자

54) 서원식 등. 전문병원 육성방안 마련에 관한 연구 보고서. 건강보험심사평가원. 2015

민인순 등. 전문병원 육성방안 마련에 관한 연구 보고서. 건강보험심사평가원. 2015

박은철 등. 전문병원 지정 및 평가 개선 연구. 건강보험심사평가원. 2015

55) 서원식 등. 전문병원 육성방안 마련에 관한 연구 보고서. 건강보험심사평가원. 2015

민인순 등. 전문병원 육성방안 마련에 관한 연구 보고서. 건강보험심사평가원. 2015

박은철 등. 전문병원 지정 및 평가 개선 연구. 건강보험심사평가원. 2015

를 대상으로 한 진료량에 한정하고 있음.

- 전문병원 제도는 규모의 경제와 범위의 경제 효과를 바탕으로 한 의료 질과 효율성 향상을 기대하는 공급정책임. 전문병원 환자진료량 지정기준중 상대평가기준과 중증환자 기준을 적용하는 것을 전문병원제도를 도입하는 이론적 근거에 부합하지 않음.
- 진료량을 상대평가기준으로 사용하고 있어 소규모 단과병원 또는 단과의원이 전문병원으로 지정되기 어려운 체계임.

○ (한계: 제한된 정책영향) 전문병원이 우리나라 전체 단과병원의 의료 질과 효율성을 올려야 하는 제도임을 전제로 하면, 현재 전문병원제도의 영향력은 매우 제한적임.

- 전문병원을 해당 분야 소규모 단과병원이 전문병원으로 지정되기 어려운 지정기준으로 인해 2018년 현재 전문병원으로 지정된 단과병원은 모두 108개로 전체의 단과병원의 13%에 불과함.

○ (한계: 전달체계에 기반한 전문병원 정책 부재) 전체 의료전달체계에서 전문병원의 진료기능을 정의하고 그에 기반한 적절한 공급과 지리적 분포를 유도할 필요가 있음.

- 전문병원의 진료기능을 기반하여 추정된 수요에 비해 공급이 많을 경우 과잉진료가 일어나거나 전문병원의 진료범위를 넘어서는 진료가 이뤄질 수 있음.
- 경증질환을 진료하는 대부분 전문병원에 대한 수요의 크기는 병원과 종합병원의 공급을 고려하며 탄력적으로 정의할 수 있을 것으로 판단됨. 관절, 척추, 대장항문, 안과, 이비인후과 등의 전문병원이 모두 이에 해당됨.
- 중증환자를 진료하는 화상 등 일부 전문병원에 대해서는 응급의료센터와 심뇌혈관센터의 수요 및 공급을 고려하여 적정 공급과 적절한 지리적 분포가 이뤄지도록 전문병원을 지정할 필요가 있음.

□ (전문병원 확대 방안 1: 등급제 기반 대상의 확대) 우리나라 병원 중 절반에 가까운 단과병원과 단과병원과 진료내용이 유사한 단과의원에 전문병원 지정을 확대함.

○ (등급제 도입) 대다수 단과병원의원이 전문병원으로 지정받을 수 있도록 단계화된 지정기준을 근거로 한 전문병원 등급제를 도입함.

- (전문병원 지정) 인력, 시설, 장비 등의 구조적 측면과 진료량 측면에서 환자안전과 의료 질을 보장할 수 있는 기본적인 요건을 갖춘 병원을 모두 전문병원으로 지정함.
- (전문병원 평가) 진료과정과 결과 측면에서 의료질과 환자안전, 환자경험평가, 진료 효율성의 3개 영역으로 구분하여 전문병원의 성과를 평가하고 등급을 부여함.

○ (등급 기준 설정) 정책목표에 근거한 전문병원 등급을 설정하고 이를 전문병원에 대한 인센

티브를 연계하여 전문병원의 기준을 설정하여 단과병원의 수준을 높여감. 초기 전문병원 등급 설정 기준은 다음과 같음.

- 3등급 : 기본등급 - 재입원율과 합병증 발생률 등 의료 질평가 영역과, 환자경험평가, 중증도 보정 진료비에서 모두 병원급 평균 이상의 수준을 평가등급을 받은 경우
- 2등급 : 중간등급 - 위 평가에서 종합병원 수준의 평가등급을 받은 경우
- 1등급 : 우수등급 - 위 평가에서 상급종합병원 수준의 등급을 받은 경우
- 1등급과 2등급에 대한 가산 수준을 점진적으로 높여 단과병원의 성과 향상을 유인함.

□ (전문병원 확대 방안 2: 아급성 전문병원 활성화) 중소병원의 분화발전이 필요한 아급성 영역에서 전문병원 유형을 확대 지정함.

○ (아급성 병원) 급성기 이후 회복기 진료, 재활진료, 말기환자에 대한 보존적 치료를 목적으로 하는 병원을 전문병원으로 지정함.

- 회복기 병원 : 급성기 병원에서 퇴원한 암환자 등 환자의 기능상태가 회복을 필요로 하는 환자를 대상으로 한 낮은 강화의 의료서비스를 제공하는 병원
- 재활병원 : 관절수술, 뇌졸중, 급성심근경색 환자 등 재활치료를 제공하는 병원
- 호스피스 병원 : 치료가 어려운 말기 질환을 가진 환자에게 통증관리를 포함한 신체적 및 사회심리 서비스를 제공하는 병원

○ (아급성 전문병원 활성화) 급성기 병원 중 2차병원으로서 의료 질과 효율성을 유지하기 어려운 300 병상 이하 종합병원과 병원은 아급성 전문병원으로 분화 발전을 유도함.

□ (전문병원 의료질지원금 확대) 전문병원 의료질지원금을 선택진료비에 대한 보상에서 전문병원 육성을 위한 가산제도로 전환함.

- 전문병원의 의료 질과 효율성 수준에 따라 일반병원과 동일한 수준의 가산을 하는 것을 “동일 수준 동일 가산”을 원칙으로 함. 예를 들어 전문병원이 상급종합병원과 같은 의료 질과 효율성 등급을 받으면 상급종합병원 수준의 가산율을 적용하는 것을 의미함.
- 3등급 : 5% - 전문병원의 최소기준을 충족한 병원에 대해 기존 병원 수가에 약 5%를 가산함. 이는 전문병원으로 지정받기 위해 필요한 시설, 인력, 장비에 대한 투자와 진료과정에 대한 변화 비용을 반영한 것임.
- 2등급 : 7.5% - 종합병원 진료수준의 전문병원에 대해 종합병원 중별가산에 상응하는 수준의 가산
- 1등급 : 10% - 상급종합병원 진료수준의 전문병원에 대해 상급종합병원 중별가산에 상응하는 수준의 가산

- (전문병원 통원수술 확대) 입원 수술 대신 통원 수술을 선호하도록 통원 수술의 수가를 인상함.
 - 미국은 전체 수술의 약 절반이 통원 수술로 이뤄짐.

⑥ 상급종합병원 지정기준 개편과 권역의료 생태계 구축

- (지정기준 개편 필요성) 상급종합병원 지정기준을 개편하여 지속되는 환자쏠림을 억제하고 상급종합병원 고유기능인 교육과 연구기능을 활성화할 필요가 있음. 또한 상급종합병원이 권역 거점병원의 역할을 강화하도록 지정기준을 개편할 필요가 있음.

- (환자 쏠림) 상급종합병원에 환자쏠림은 지속적으로 쏠리고 있으며, 이들 중 증가
 - 2011~2016년에 걸쳐 상급종합병원 입원환자는 1.31배 증가하였으며, 외래환자는 1.16배 증가하였음. 이는 같은 기간 전체 환자 증가율은 입원 1.25배, 외래 1.08배로 상대적으로 낮았음.
 - 2011~2016년에 걸쳐 의료기관 당 외래환자 내원일수 증가율은 상급종합병원에서 1.08배로 병원 1.00배, 의원 0.96배에 비해 매우 높았음.
- (경증환자 비중) 상급종합병원에 입원환자 중 상급종합병원에서 반드시 진료받아야 하는 중증환자는 일부에 불과함.
 - 상급종합병원 내과계 입원환자 중 중증환자인 DRG A class 환자는 23%에 불과하였으며, 중증도 환자인 DRG B class 환자가 대부분인 63% 경증환자인 DRG C class 환자도 14%나 되었음.
 - 상급종합병원 외과계 입원환자 중 중증환자인 DRG A class 환자는 34%에 불과하였으며, 중증도 환자인 DRG B class 환자가 대부분인 55% 경증환자인 DRG C class 환자도 11%나 되었음.
- (교육과 연구의 낮은 비중) 상급종합병원에 입원환자 중 상급종합병원에서 반드시 진료받아야 하는 중증환자는 일부에 불과함.
 - 교육기능에 대한 평가는 상급 전공의 과목 수만을 평가하고 있으나, 이는 상급종합병원 교육기능에 대한 대표적인 평가지표라고 보기 어려움.
 - 연구기능에 대한 평가지표는 포함되어 있지 않음.
- (권역거점병원 기능에 대한 평가 부재) 권역 내 최종진료병원인 3차병원으로서의 기능에 대한 평가는 전혀 이뤄지지 않음.
 - 진료 영역에서 의뢰된 환자에 대한 진료와 \급성기 치료를 마친 이후 역의뢰 기능에 대한 평가가 필요함.

- 이와 함께 교육 및 연구 영역에서 권역거점병원으로서 권역 내 하급 병의원에 대한 활동도 평가되어야 함. 물론 이를 위해서는 상급종합병원의 교육 및 연구기능에 대한 구체적인 정책 방향이 먼저 전제되어야 함.
- (적정 진료량 이하의 진료) 상급종합병원들간의 경쟁으로 인해 의료 질을 유지할 수 있는 적정 진료량 이하에서 진료하는 병원들이 적지 않음.
 - 난이도가 높은 질환과 수술은 일정 환자 수 이상을 진료해야 의료 질을 유지할 수 있는 진료량-진료결과 상관관계가 존재함.
 - 상급종합병원들이 역할 분담없이 모두 난이도가 높은 질환과 수술을 하고 있어 적정 진료량 수준에 미달한 상태로 진료하는 경우가 적지 않음.
- (지정기준 개편) 상급종합병원 지정기준을 개편하여 지속되는 환자쏠림을 억제하고 상급종합병원 고유기능인 교육과 연구기능을 활성화할 필요가 있음. 또한 상급종합병원이 권역거점병원의 역할을 강화하도록 지정기준을 개편할 필요가 있음.
 - (경증환자 비중) 입원 및 외래에서 경증환자 비중을 중요한 평가지표로 설정함.
 - (적정 진료량 평가) 난이도가 높은 질환 및 수술에서 적정 진료량 수준을 충족하는 질환 및 시술을 평가함.
 - (의료질 평가) 중증도 보정 사망률, 중증도 보정 재입원율, 환자안전사고 발생률 등 결과 중심의 의료질 질평가 지표를 도입함.
 - (환자 의뢰 및 회송) 상급종합병원 진료 환자를 대상으로 의뢰된 환자의 구성과 급성기 진료를 마친 후 역회송되는 환자의 구성비를 평가함.
 - 환자의 중증도별로 환자의 의뢰 및 회송률을 평가함.
 - (교육 및 연구) 환자안전 및 의료질 향상을 위한 교육 및 연구를 평가지표로 도입함.
 - 병원감염, 낙상방지 등 주요 환자안전문제를 개선하기 위한 병원 내 교육 및 하급 병원에 대한 교육과 질향상활동, 그를 기반으로 한 연구에 대한 평가를 도입함.

2) 세부추진계획 [1]-2: 요양병원-요양시설 기능 정립⁵⁶⁾

가. 추진배경 및 주요 문제의식

□ (문제의식① **요양병원과 요양시설 간 역할 미정립**) 요양병원과 요양시설 간 역할 혼재로 노인의 상태에 따른 적정 케어가 이루어지지 않음.

○ 의료서비스의 필요성이 없고 돌봄서비스의 수요가 높은 이용자가 요양병원 입원하거나 반대로 질환 이환 등으로 병원 또는 요양병원에 입원하여 의료적 처치를 받아야 하는 대상자가 요양시설에 입소하는 경우 등 의료기관과 요양시설 간 역할 미정립으로 인한 기능왜곡과 자원 활용의 비효율이 발생

○ 요양병원 입원자와 요양시설 입소자의 건강 및 기능상태가 유사

- 자원이용군(RUG-III)군 분류를 이용하여 요양병원과 요양시설 대상자의 중증도를 비교한 결과, 입원필요도가 높은 대상자 분포는 요양병원 64.7%, 요양시설 34.0%로 요양병원과 요양시설 환자입소자가 혼재되어 있는 것으로 나타남(권순만 외, 2013).
- 일상생활 수행능력 등의 기능상태와 주요 질병분포 또한 요양병원과 요양시설 간 유의미한 차이가 없었음.
- 요양병원 입원환자의 약 47.2%가 치료가 아닌 요양 목적으로 입원해 있는 것으로 보고되는 등 당초 기능과 부합하지 않는 운영이 이루어지고 있는 상황임(김진수 등, 2013, p. 35).
- 대한노인요양병원협회에 따르면 요양병원의 입원환자 중 33% 정도가 건강상태에 특별한 문제가 없고 의료처치가 불필요한 환자이며, 요양시설 입소자 중 30% 정도가 의료처치가 필요한 환자라고 발표한 바 있음.

□ (문제의식② **연속적 서비스 공급체계의 부재**) 노인의 경우 의료와 요양의 다양한 욕구를 동시에 갖고 있음에도 불구하고 전달기관과 상호연계체계의 부재로 서비스의 단절을 경험하게 됨.

○ 노인 의료 및 장기요양은 모두 평생건강관리체계로 지속적 보건의료(continuum of care)의 개념 안에서 이루어져야 함.

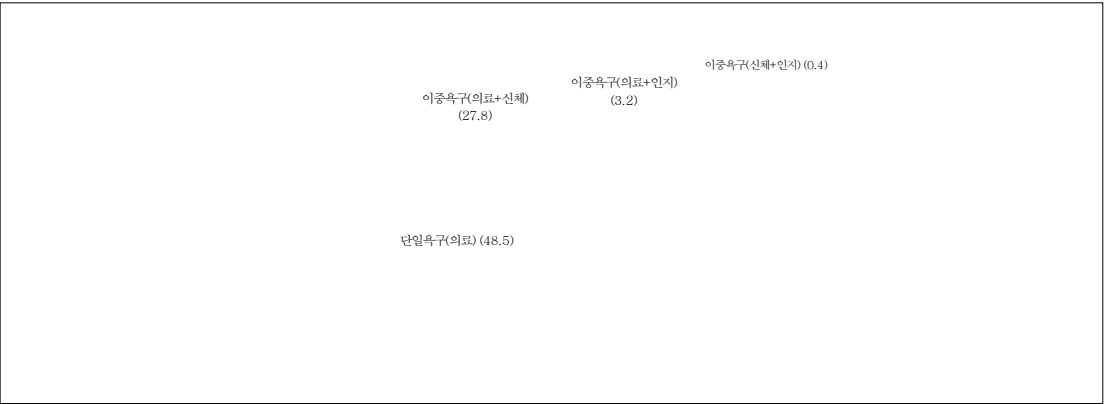
- 현행 의료와 요양서비스의 분절적 제공은 복합질환 이환과 기능저하를 동시에 갖고 있는 노인들의 상태를 충분히 고려하지 못함.
- 노인 의료와 요양서비스의 분절은 건강증진과 질병관리, 기능유지와 재활, 독립적 생활연장을 통한 노년기 삶의 질 향상이라는 노인 보건의료 및 장기요양의 근본 목적과 지속

56) 작성자: 황도경

적 건강관리 측면에서 한계가 있음.

- 노인실태조사 자료를 활용하여 노인의 욕구를 의료욕구, 신체적 돌봄 욕구, 인지적 돌봄 욕구로 구분하여 분석한 결과 전체 노인의 약 41%는 2가지 이상의 복합욕구를 갖고 있었음.
- 두 가지의 복합욕구를 가진 집단은 31.4%였으며 세 가지 욕구를 모두 가진 복합욕구의 집단은 9.7%

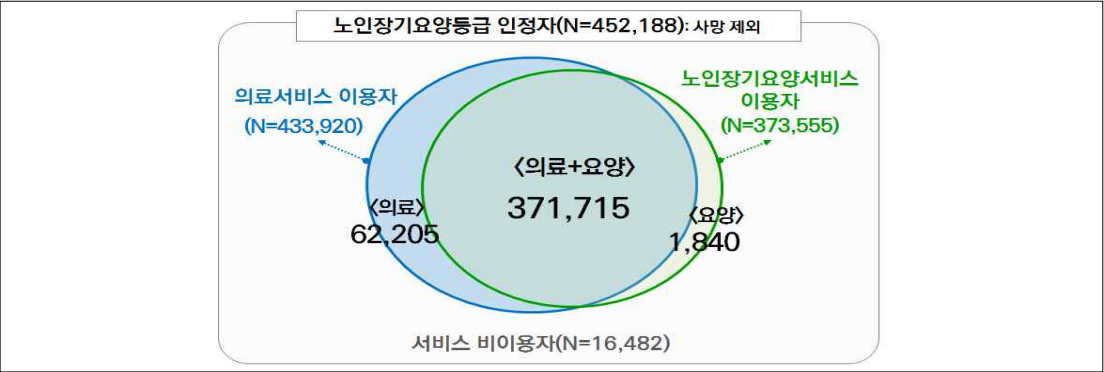
[그림 2-1-4] 노인 요구 유형별 분포



자료: 황도경 외, 「노인 의료와 요양 서비스 수요분석 및 공급체계 다양화 연구: 공급의 통합적 연계체계 구축」 한국보건사회연구원, 2016

- 노인장기요양보험 등급인정자의 요양과 의료서비스 이용실태를 분석한 결과에서도 거의 대부분의 노인은 의료와 요양을 함께 이용하는 것으로 나타났음.
- 노인장기요양보험 등급인정자의 13.8%는 의료서비스만 이용한 것으로 나타났고, 0.4%인 1840명은 장기요양서비스만을 이용하였으며, 전체 등급인정자의 82.2%는 의료와 장기요양 서비스를 함께 이용한 것으로 나타났음.
- 의료와 요양서비스를 모두 이용한 노인장기요양등급 인정자 중 의료기관의 외래를 이용한 대상자는 98.5%였으며 의료기관에 입원한 적이 있는 대상자는 41.1%였음.

[그림 2-1-5] 노인장기요양보험 등급인정자의 의료 및 요양서비스 이용 현황



자료: 황도경 외, 「노인 의료와 요양 서비스 수요분석 및 공급체계 다양화 연구: 공급의 통합적 연계체계 구축」 한국보건사회연구원, 2016

○ 치료-요양-사회복귀까지 이어지는 전달체계의 효율적 연계가 이루어져 있지 않고, 각 서비스의 적절성을 파악할 수 있는 체계도 갖추어져 있지 않음.

- 요양병원 퇴원 후 거주지에서 받을 수 있는 재가서비스는 충분하지 않고, 이마저도 장기 요양보험 등급외자의 경우 노인복지법에서 규정하고 있는 일정 소득이하 저소득층에 대해서만 서비스를 제공하고 있어 노인에 대한 치료-요양-사회복귀의 선순환구조를 갖기 어려움.
- 노인 대상 서비스가 분절화 됨에 따른 노인 의료 및 돌봄 체계의 비효율성을 야기하며 노인의 상태에 따른 치료와 돌봄이 유연하고 시의 적절하게 제공되지 못함.

□ (문제意識⑧ 의료와 요양의 분절적 제도 운영으로 인한 문제) 요양병원과 요양시설의 상호 연계체계에 대한 충분한 고려 없이 각 제도가 운영되면서 비효율적 자원 활용, 분절적 제도 운영의 문제가 발생

○ '90년대 중반 요양병원이 의료기관으로 지정되어 확대되는 상황에서 각각의 명확한 역할 구분 없이 노인장기요양보험제도가 도입되었음. 이후 요양병원은 건강보험에서, 요양시설은 노인장기요양보험에서 별도로 지원 및 관리되면서 기능 중복, 불명확한 대상자 선정 기준 등의 문제 발생

- 요양시설 입소보다 용이한 요양병원 입원
 - 요양시설을 이용하려면 노인장기요양보험의 등급이 인정된 대상자만 요양시설 또는 재가서비스를 받을 수 있으나 요양병원의 경우 특별한 요건 없이 이용이 가능

○ 포괄적 평가 도구의 부재

- 의료기관인 요양병원에는 의료 의료필요도가 높은 군이 입원하고, 의료필요도가 낮고 기능상태가 저하된 군은 요양시설에 입소하여야 함에도 불구하고 의료필요도 따른 이용자 기준 부재
- 의료적 필요도와 요양필요도를 구분할 수 있는 공통의 평가도구 부재
 - 요양병원 환자분류군은 질병군, ADL 수준 등 중증도에 따른 환자평가표에 의해 요양병원에서 별도로 평가하고, 노인장기요양보험은 등급판정을 위한 인정조사 외에 의료 요구도를 파악하는 기전이 없음.
- 적정 이용군 분류의 타당성을 검토하고 대상자 상태에 대한 다면적 욕구 파악 기전이 없는 실정임.

○ 요양병원과 요양시설의 역할이 명확히 구분되지 않는 상황에서 현행 본인부담상한제는 요양병원 입원자의 본인 부담 감소로 불필요한 요양병원 입원을 증가시키며 요양을 목적으로

한 요양병원 장기 입원을 가속화

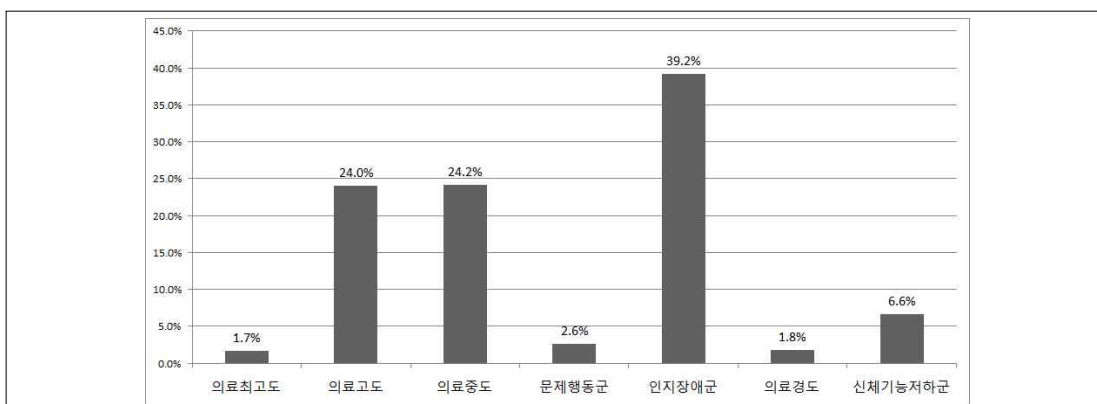
- 요양병원 입원의 본인 부담은 입원 진료비의 20%, 노인장기요양보험의 장기요양시설은 20%, 재가서비스는 15%의 본인 부담하도록 하고 있으나 의료기관인 요양병원은 본인부담상한제를 적용받아 소득에 따라 일정금액 이상의 본인부담에 대해 상환되는 반면, 노인장기요양보험의 요양시설은 의료기관이 아니므로 본인부담상한제를 적용 받지 않음.
- 요양병원 입원환자에 대한 본인부담 감소는 의료적 필요성이 아닌 단순 요양을 목적으로 요양병원 입원장기화를 가속화
- 요양병원 환자 중 본인부담상한제를 적용받는 경우는 40%이상으로 보고되고 있으며(전보영 등, 2016), '15년 본인부담상한제 총 환급액 9,902억원 중 요양병원의 본인부담상한제 환급액 규모는 총 4,933억원으로 전체 환급액의 절반을 차지

□ (문제의식④ 요양병원 환자분류체계의 문제) 2008년 일당정액 도입 당시 요양병원의 역할과 기능에 맞고 양질의 서비스 축진을 위한 정책적 가감방안(인력차등, 행위별 수가 적용 등)을 고려하여 제도 설계하였으나 현행 환자분류체계 상의 문제점들이 제기되고 있음.

○ 중증도 낮은 환자의 높은 요양병원 입원 비율

- 요양병원 실태조사 결과⁵⁷⁾, 요양병원 입원환자 중 상대적으로 중증도가 낮은 문제행동군, 인지장애군, 의료경도, 신체기능저하군에 해당하는 입원자 비율은 55.2%로 나타났다.
- 요양병원 1,229개소를 대상으로 요양병원 입원 적정성 평가를 위한 실태조사 결과에서도 의료최고도 환자 비율은 1.7%로 가장 낮았고 상대적으로 중증도가 낮은 인지장애군의 요양병원 입원환자 비율은 39.2%로 가장 높았음.

[그림 2-1-6] 요양병원 등급별 환자분류군 구성비



자료: 서영준 외, 「요양병원 입원급여 적정성평가 개선방안」 건강보험심사평가원, 연세대학교, 2017.12

57) 권순만 외, 2013. 실태조사를 통한 노인의료(요양)서비스제도 개선방안 연구, 국민건강보험공단

○ 요양병원 환자분류체계는 환자의 중증도를 반영하여 자원소모량에 따라 차등정액수가를 적용하고 있으나 중증환자와 경증환자 간 정액수가가 큰 차이가 없기 때문에 이익을 남기기 위해서는 자원이 덜 소요되는 환자 고르기 현상과 상대적으로 자원 소요가 적은 경증질환자 입원

○ 요양병원도 입원 대상자의 적절성을 판단하기 위하여 환자분류체계 기준으로 환자군을 분류하여 진료비를 청구하고 있으나, 자원소모량과 ADL을 기준으로 한 현행 환자분류체계는 입원 적정성을 판단하는데 한계가 있음.

－ 의료중도 분류기준 중 ‘당뇨이면서 매일 주사 필요’, ‘네블라이저요법’ 등은 장기입원 사유로 부적합하다고 지적되고 있음. 특히, 신체기능저하군의 분류기준은 ‘의료최고도 내지 의료경도에 해당하지 않는 경우에 산정’으로 명시하고 있어 사실상 입원에 제약이 없다고 볼 수 있음.

□ (문제의식⑤ **아급성기 의료서비스 제공미흡**) 현재 우리나라 의료서비스를 전달하는 중요한 통로는 급성기 치료서비스와 장기요양서비스라 할 수 있음. 그러나 만성질환이 증상의 발현과 호전을 반복하는 특징을 가진다고 할 때, 급성기 치료 이후의 호전 또는 회복기를 담당할 의료전달체계는 부족한 상황

○ 급성기 치료와 장기요양 사이의 중간 단계를 구축하여 의료전달체계를 급성기 치료-아급성 치료-장기요양으로 개편함으로써 서비스 제공의 빈틈(gap)을 제거

○ 아급성(sub-acute) 의료서비스란 급성기 이후(post-acute)의 의료서비스를 구성하는 첫 단계로 장기요양서비스와 급성기 치료를 연결하는 과정으로 볼 수 있음.

○ 뇌졸중 등 중증 질병, 외상 등의 발생 후 초기의 집중 재활치료⁵⁸⁾의 시행에 따라 후유증, 장애 발생의 정도, 삶의 질, 사회복귀 여부 등에 많은 차이가 발생할 수 있으며 급성기 이후 재활치료 미비 시 장기 입원 및 장애정도의 악화 등으로 개인과 가족의 어려움 및 사회적 부담으로 작용

－ 아급성기 후기의료체계 정착을 통해 환자 본인에게는 치료의 연속성 향상과 의료비용의 절감, 의료비 차원에서는 불필요한 입원과 상급의료기관 이용 축소에 따른 재정 절감 효과 기대

나. 정책 상황 분석

□ (정책 성과 ❶ 고령화에 따른 노년기 의료와 요양 제공체계 기틀 마련) 고령화가 빠르게 진행되는 상황에서 노인 의료와 돌봄 서비스 제공체계의 기틀을 마련

○ 노인인구의 증가로 노인의 의료비와 요양비는 급격하게 증가할 것으로 예측되며, 이에 따라 건강보험제도와 노인장기요양보험제도의 지속가능성과 노인에 대한 의료와 요양서비스의 제공체계의 기틀을 마련하였음.

－ 1994년 시행된 의료법에 요양병원에 대한 기준이 제정되면서 공식적으로 우리나라 노인 의료서비스 제공체계의 한 영역으로 담당하게 되었으며 급성기 이후 의료공급 체계가 도입되었다 할 수 있음.

－ 과거 노인에 대한 보건복지서비스는 노인복지법에 의해 저소득층, 독거노인 등 취약계층과 치매환자 등 노인성질환 보유자를 대상으로 시행되어 왔으나, 2008년 노인장기요양보험제도의 시행으로 전체 노인인구를 대상으로 요양필요도를 평가하여 개별적 욕구 맞는 공식적 서비스 제공체계가 마련되었음.

□ (정책 한계 ❶ 각 제도의 개별적 도입으로 각각의 명확한 역할 구분 없이 운영)

○ 장기요양서비스에 의료적 필요도가 포함되지 않고 의료서비스와 완전히 이원화됨으로서 서비스 전달체계에 비효율이 발생

－ 건강보험으로 운영되는 요양병원과 노인장기요양보험으로 운영되는 요양시설 간 역할 문제로 서비스 수급자 중심의 효율적 제공체계가 마련되지 못하였음.

－ 노인장기요양보험 도입 시 등급판정과정에서 의학적 중증도를 반영하지 않았으며, 일당 정액제를 도입한 요양병원은 수가차이가 크지 않아 경증환자나 장기입원 할수록 이익이 발생하는 구조

□ (정책 환경 및 향후 정책 방향 ❶ 요양병원 기능 정립 및 합리적 의료이용 유도) 의료기관으로서 요양병원 기능 정립

○ 입원이 불필요한 환자군 구분을 위해 현행 환자분류체계를 개선과 의료공급체계의 연속성을 확보할 수 있도록 전문적이고 다양한 의료제공체계 모색

－ 요양병원이 아급성기 의료공급의 주체로 역할을 할 수 있도록 기능을 강화하는 한편, 이에 따른 환자분류와 적정보상도 함께 고려되어야 할 것임.

－ 재활, 호스피스, 및 치매전문병원 등 요양병원 기능 분화를 통해 의료제공체계의 연속성을 확보함과 동시에 전문적이고 다양한 의료제공체계 구축

<해외사례: 캐나다의 경우>

캐나다 온타리오 주는 자원이용군(RUG-III) 알고리즘을 요양병원과 요양시설의 환자/입소자 기준을 규정하는데 사용하고 있는데 인지장애군, 행동장애군, 신체기능저하군은 요양시설 적합군으로, 재활군, 집중진료군, 특수진료군, 복합증후군은 요양병원에 적합한 것으로 규정(Hirdes et al., 2013, 권순만 외, 2013 재인용)

○ 불필요한 장기입원 억제를 위한 본인부담률 개편과 입원 적정성 평가를 통한 합리적 의료이용 유도

- 요양병원에 적용되고 있는 본인부담상한제는 일부 부적정 장기입원을 증가시키는 한 요인으로 지적되고 있어 의학적 입원 필요도가 낮은 대상자에 대한 본인부담상한제 개편
- 단기적으로 불필요한 입원을 억제하기 위한 입원 적정성 평가방안을 모색
- 중장기적으로 의료서비스 필요도와 기능상태를 종합적으로 평가할 수 있는 단일 평가도구의 개발을 통해 의료필요도가 높은 대상자는 요양병원, 의료필요도는 낮고 기능상태가 저하된 대상자는 요양서비스 제공의 판단 기준 마련

□ (정책 환경 및 향후 정책 방향) ② 노인 의료와 요양서비스 연계를 통한 통합 서비스 제공) 다양한 수준과 유형의 서비스들 간에 케어의 연속망(continuum of care)을 구축하여 치료와 돌봄이 시의 적절하게 제공될 수 있도록 통합서비스 제공 체계 구축

○ 노인에 대해 적절한 의료와 요양서비스를 제공해 줄 수 있는 다양한 공급체계가 마련되었다 하더라도 서비스의 연속성을 담보하기 위해서는 통합적으로 서비스가 연계될 수 있는 제공체계가 마련되어야 함.

- 특히, 노인이 급성기에서 장기요양으로 이어지는 정적인 진행이 아니라 각 개별 서비스의 진행 단계를 넘나들기 때문에 서비스의 통합적 제공은 서비스의 연속성에 있어 중요한 가치를 가지며 시의적절한 서비스를 통합적으로 제공함과 동시에 각 서비스 제공기관과의 연계를 원활하게 할 수 있도록 설계

○ 의료적 치료와 신체적 기능저하 등 다양하고 복합적인 욕구에 대응하기 위하여 새로운 서비스 전달체계를 모색하고, 다양한 서비스가 노인의 상태에 따라 유연하고 시의 적절하게 제공될 수 있도록 노인 의료와 요양서비스 제공체계 마련이 필요

○ 지역사회 중심의 커뮤니티 케어 활성화를 위해서는 무엇보다도 주거지에서 혼자 생활할 수 있도록 충분하고 다양한 서비스 제공이 우선되어야 하며, 이를 위해서 노인장기요양보험의 재가서비스 이외에도 현행 저소득층 중심의 노인복지서비스 대상 확대 필요

- 장기요양보험 등급인정자에 대한 재가서비스의 경우, 하루 24시간 중에 일부 시간에만 서비스가 제공되기 때문에, 기능이 저하된 노인이 혼자 생활하기에 부족한 상황이어서 그 나머지 시간대에는 가족을 포함한 비공식 돌봄자에 의해 서비스가 제공될 수밖에 없음.

- 시사배달, 주거개선사업, 가정봉사원 파견 등 노인복지서비스(노인복지법)는 장기요양 등급판정을 받지 않아도 제공되고 있으나 그 대상을 저소득층으로 한정하고 있음.

다. 세부실천목표

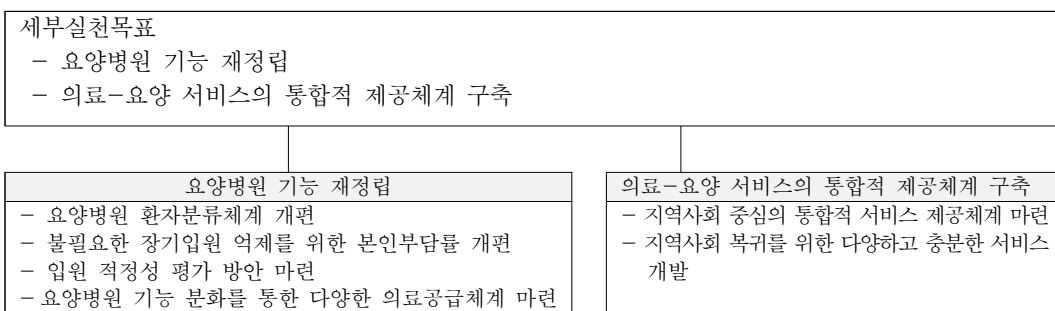
□ 요양병원 기능 재정립

- 요양병원 본연의 기능 확립을 위한 환자분류체계 개편
- 의료필요도에 따른 이용 기준 마련
- 의료필요도가 낮은 대상자의 과도한 요양병원 장기입원 억제를 위한 본인부담상한제 개편
- 요양병원이 원래 목적에 부합할 수 있도록 의료체계 내에서 한 축으로서의 기능적 의료서비스 제공이 강화되도록 전문 요양병원 도입
 - 현행 요양병원을 회복기 요양병원, 재활전문 요양병원, 치매 요양병원, 호스피스 요양병원 및 일반 요양병원으로 역할 강화 및 기능 전문화

□ 노인 의료와 요양서비스 통합적 제공 체계 구축 방안

- 지역사회 중심의 통합적 서비스 제공체계 마련
- 지역사회에서 독립적 생활이 가능한 수준의 다양하고 충분한 재가서비스 제공 방안 마련

라. 세부 추진계획 및 실행전략



① 세부추진계획①: 의료기관으로서의 요양병원 기능 정립

□ (실행전략① 요양병원 환자분류체계 개편) ‘치료’가 필요한 환자가 입원할 수 있는 요양병원 환자분류체계 개편 및 수가체계 정비

- 의학적 입원필요도가 반영될 수 있는 환자분류체계 정비
 - 요양병원 환자분류체계를 의료중점 환자분류군과 요양중점 환자분류군이 혼재 되어

- 동시에 중증환자에 대한 적정 진료를 위해 환자군의 자원소모량이 많은 의료고도 대상자에 대한 수가체계 개편
 - 재정중립상태에서 중증도에 따라 수가 차등폭을 확대하며 의료필요도가 높은 일부 대상자에 한해 추가적 처치 행위에 대한 별도 수가를 신설하는 등 요양병원이 의료기관으로서의 기능을 강화할 수 있도록 요양병원 환자분류체계를 개편
 - 감염예방, 환자안전 및 과밀병상 등 의료서비스의 질을 고려한 수가체계 정비
- (실행전략② 불필요한 장기입원 억제를 위한 본인부담률 개편) 의학적 입원의 필요도가 낮은 대상자의 불필요한 요양병원 장기입원 억제를 위하여 입원료 체감제 강화 및 본인부담률 개편
 - 의학적 치료의 필요도가 낮은 요양병원 장기 입원자에 대한 본인부담상한제 기준 개선
 - 본인부담상한제 지급대상에서 의료필요도가 낮은 군(문제행동군, 인지장애군, 의료경도, 신체기능저하군 등)에 대한 본인부담상한 제한
- (실행전략③ 입원 적정성 평가방안 마련)
 - 요양시설과 요양병원 간 역할 강화와 불필요한 의료기관 입원 억제를 위한 입원 적정성 평가 방안 마련
 - 요양병원 적정성 평가결과와 인증결과를 연계하여 미충족 기관에 대한 패널티 부여
 - 의료기관으로서 요양병원 기능정립을 위한 적정성 평가 지표 개선
 - 지역사회 복귀율, 급성기 병원으로 부서의 전원율, 장기입원율 등
 - 중장기적으로 요양병원과 요양시설 입원/입소자 분류를 위한 통합판정체계가 필요
 - 현재 이원화되어 있는 요양병원 환자분류체계와 노인장기요양보험 장기요양인정조사를 통합하여 1차적으로 ‘의학적 치료의 필요도’와 ‘기능저하로 인한 요양 필요도’를 하나의 체계로 판정할 수 있는 통합판정도구 개발
- (실행전략④ 요양병원 기능 분화) 요양병원 기능분화를 통한 다양하고 전문적인 의료서비스 제공 체계 구축
 - 회복재활 등 아급성기 의료체계 강화, 호스피스 및 치매전문 병원 등 기능재정립을 통해 급성기 이후 의료제공의 연속성 확보 및 질적 수준 제고를 위한 의료서비스 제공체계 마련
 - 현재의 요양병원 기능을 강화분화하여 재활치료 중심, 치매 관리 중심, 내과질환 중심 등 의료적 기능을 강화와 함께 기존 요양병원의 기능을 재편강화하고 자원소모량에 따라 별도의 가산 또는 환자 중증도에 따른 행위별수가 인정 등의 차등을 두는 방안 검토

② 세부추진계획②: 의료-요양 통합케어 제공체계 구축

□ (실행전략① 지역사회 기반 커뮤니티케어 제공 체계 마련) 케어안내창구(읍면동 단위), 지역케어회의 운영(시군구 단위) 및 병원 지역연계실과의 협업 등 각 지역에 적합한 다양한 케어모델 운영

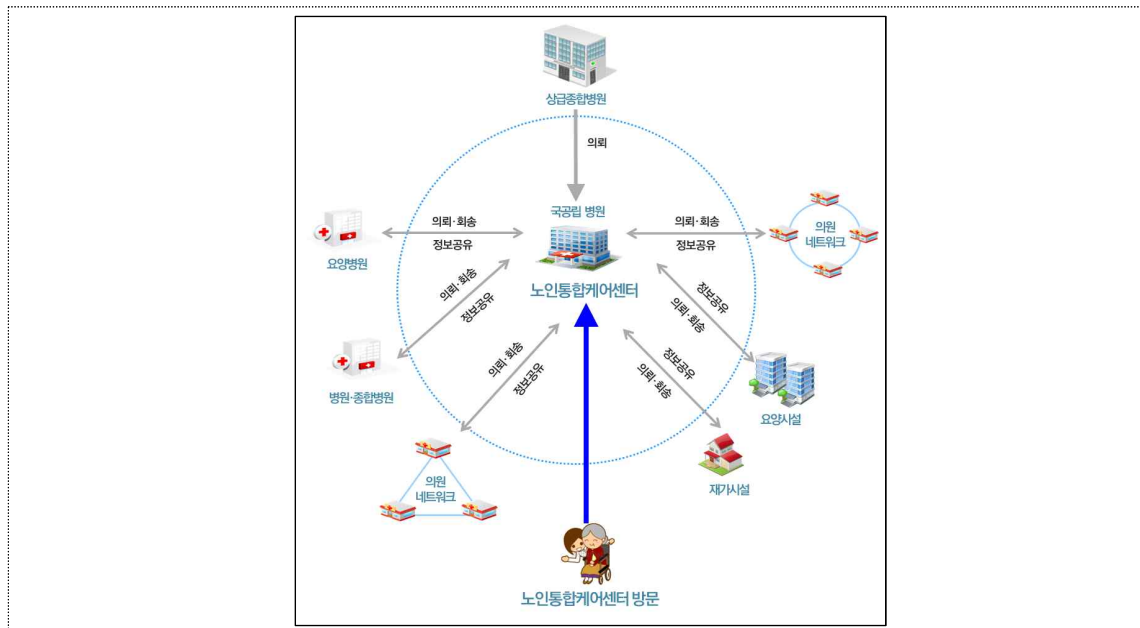
○ 수요자 중심의 의료-요양서비스 제공의 연속성 확보를 통한 서비스 제공의 비용-효과성 제고와 노인의 의료와 요양서비스가 연계-통합체계로 이루어질 수 있도록 하는 지역사회 기반 케어서비스 연계

- 케어통합창구를 통해 서비스 영역별 사례관리 기관으로 제공하여 대상자에 대한 연속성 있는 서비스 제공방안을 마련하고, 복합 케어욕구 대상자에 대한 종합적 욕구 사정 및 심층 사례관리 등 서비스 연계를 위한 지역 자율형 전달체계 구축

<예시: 지역사회 기반 노인 의료요양 통합 제공체계 모형>

- 진료권생활권 또는 행정구역 단위로 진료권을 설정하고 '의료-요양 통합케어 센터'를 설치하여 의료, 요양 및 복지 서비스 공급자들 간의 수직적-수평적 네트워크를 구축
 - 의료-요양 통합케어는 대상자에 대한 필요서비스 사정, 지역 내 의료, 요양 자원에 대한 정보 수집, 의뢰와 회송에 대한 관리 및 연계, 효과적인 자원연결과 협력 등 전반적인 통합적 케어 제공과정이 효과적으로 운영될 수 있도록 하는 중심역할을 담당
 - 진료권 내 '노인통합케어센터(커뮤니티 케어센터)'를 중심으로 1차 의료기관 그룹(지역 내 여러 개의 1차 의료기관 그룹이 존재)과 지역 요양병원, 요양시설, 재가서비스, 노인복지서비스 제공기관 간 네트워크를 구성
 - '주치의로서의 1차 의료기관 그룹'은 다양한 전문 과목으로 구성된 3~5개소 정도의 1차 의료기관들은 네트워크를 구성하고 이 1차 의료기관 그룹은 1차 의료기관 네트워크에 가입한 노인에게 대해 질병의 예방부터 치료 등을 담당하는 주치의 역할을 담당함.
 - 주치의로서의 1차 의료기관 그룹은 대상자의 의료적 필요도와 전체적 기능상태를 판단하여 요양병원 입원 필요도에 대한 의견을 제시
- 통합케어센터에서는 1차 의료기관 그룹의 의견, 대상자의 돌봄 및 복지 자원(가족관계, 생활수준 등), 환자의 진료기록, 병력, 질환 및 기능 상태 등을 종합적으로 판단하여 환자와 환자가족에게 정보를 제공하고 의료기관 또는 시설 등으로 연계
 - 통합케어센터는 의뢰된 요양병원 또는 요양시설과 지속적인 소통을 하며, 치료가 종료되거나 반대로 입원이 필요할 경우, 해당 기관은 '노인통합케어센터(커뮤니티 케어센터)'를 통해 환자를 다시 의뢰·회송함.
 - 진료권 내 네트워크를 선택할 수 있으며 매년 변경도 가능하도록 설계하며 장기요양시설 입소자는 촉탁의 대신 1차 의료기관 그룹이 주치의로서의 역할을 하도록 하여 책임진료를 도모
- 커뮤니티 케어센터의 또 다른 중요한 요건은 전자건강기록(EHR: Electronic Health Record)의 공유임. '노인통합케어센터'와 '1차 의료기관 그룹'은 환자에 대한 건강보험, 요양보험 자격 뿐 아니라 진료기록과 건강검진 정보들을 공유하여 환자 중심의 치료계획 수립과 중복 검사, 치료, 투약을 방지

한국형 노인 의료 요양 통합 모형(안)



□ (실행전략② 지역사회 복귀를 위한 충분한 서비스 개발) 커뮤니티 케어 활성화를 위해서는 요양병원이나 시설에서 제공되는 수준의 서비스를 지역사회에서도 충분히 제공받아 지역사회 내에서 독립적 생활이 가능한 수준으로 지원되어야 함.

- 실질적으로 재가에서 자립적으로 독립적인 생활이 가능할 수 있도록 충분하고 다양한 수요자 중심의 의료-복지 서비스 제공이 필요하며 이를 위해 방문의료 활성화와 다양한 재가서비스 개발이 필요
- 의료서비스와 간호서비스를 가정에서 제공받을 수 있는 방문 의료 및 간호 강화
 - 의사, 간호사 등이 노인 퇴원환자의 집으로 찾아가는 방문의료와 방문 간호 서비스 제공
 - 퇴원 시 종합적인 환자 평가, 방문치료·환자관리계획 수립, 방문의료 제공 및 타 의료기관으로 의뢰·회송까지 지원
- 퇴원 후 지역사회로 복귀하는 연결경로를 마련하여 서비스의 연속성을 확보하고 이를 통해 불필요한 사회적 입원의 악순환 고리 단절
 - 퇴원 시 병원과 지역사회가 협력하고 퇴원계획 수립, 지역사회 자원연계 방안을 마련
- 다양한 노인장기요양서비스 신규서비스 개발 및 재가급여 조기 제공을 통한 서비스 제공의 연속성 제고
- 장기요양보험의 재가서비스 뿐만아니라 노인복지법에 의한 노인복지서비스도 확대·강화하여 수요자에게 필요한 서비스가 충분히 제공
 - 통합재가급여 도입 및 충분한 서비스 개발을 통하여 지역사회 복귀를 향상

- 청소나 장보기 등 가사 서비스, 식사배달서비스와 활동보조서비스(교통, 보호자로서 동행), 주거환경 개선 등 신규서비스 개발
- 주거지를 중심으로 대상자와 가족의 복합적 욕구를 파악하고 지역사회의 다양한 자원을 연계·조정할 수 있는 체계가 마련

마. 연도별 추진일정

〈표 2-1-8〉 의료체계분과: ② 의료-요양 기능 정립: 연도별 세부 추진계획

| 구분 | '19년 | '20년 | '21년 | '22년 | '23년 | '30년 |
|------------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| ① 요양병원 기능 재정립 | | | | | | |
| ○ 요양병원 환자분류체계 개편 | | | | | | |
| ○ 불필요한 장기입원 억제에 위한 본인부담률 개편 | | | | | | |
| ○ 요양병원 기능정립 유도를 위한 입원 적정성 평가 지표 신설 | | | | | | |
| ○ 요양병원 기능 분화를 통한 다양한 의료공급체계 마련 | | | | | | |
| ② 의료-요양 서비스의 통합적 제공체계 구축 | | | | | | |
| ○ 지역사회 중심의 통합적 서비스 제공체계 마련 | | | | | | |
| ○ 지역사회 복귀를 위한 다양하고 충분한 서비스 개발 | | | | | | |

바. 참고문헌

권순만 외, 2013. 실태조사를 통한 노인의료(요양)서비스제도 개선방안 연구, 국민건강보험공단

김진수, 선우덕, 이기주, 최인덕, 이호용, 김경아.(2013). 요양병원과 요양시설의 역할 정립방안 연구- 연계방안을 중심으로. 한국보건사회연구원.

서영준 외, 「요양병원 입원급여 적정성평가 개선방안 연구」, 건강보험심사평가원·연세대학교 원주산학협력단, 2017.12

전보영, 김홍수, 권순만. (2016). 요양병원 장기입원 현황과 관련 노인 및 기관 특성 비교 연구. 보건행정학회지, 26(1). pp.39-50

황도경 외, 「노인 의료와 요양 서비스 수요분석 및 공급체계 다양화 연구 : 공급의 통합적 연계체계 구축」 한국보건사회연구원, 2016

지역사회 통합 돌봄 기본계획(안), 관계부처 합동, 2018.11.20

제3절 추진방향 ②: 의료기관 간 협력체계 강화⁵⁹⁾

가. 추진배경 및 주요 문제의식

- (문제의식① 의료기관 간의 경쟁 심화로 인한 양적 투자 증가) 개인 및 민간의료기관이 다수를 차지하고 있고 기능분화가 미흡하여, 의료기관간 경쟁이 심화
- 의료기관간 경쟁 심화로 인하여 급속한 병상 수 증가, 의원의 고액 의료장비를 도입하는 등의 의료자원 비효율화가 발생.
- － 환자는 대형병원으로 집중하고 3시간대기, 3분진료라고 부르는 현상 발생.
- 의료기관간 역할 구분이 미비하고 수평적, 수직적 의료기관간 경쟁이 심화되고 있음.
- － 병원급 의료기관의 증가 및 종별 의료기관의 병상수 증가

〈표 2-1-9〉 의료기관 종별·설립구분별 분포: 2017년

(단위: 개소, %)

| | 국공립 | | 법인 | | 개인 | | 협동조합 | | 계 | |
|--------|-----|------|-----|------|--------|------|------|-----|--------|-------|
| | 개소 | % | 개소 | % | 개소 | % | 개소 | % | 개소 | % |
| 상급종합병원 | 11 | 25.6 | 32 | 74.4 | — | 0.0 | — | 0.0 | 43 | 100.0 |
| 종합병원 | 52 | 17.3 | 179 | 59.7 | 69 | 23.0 | — | 0.0 | 300 | 100.0 |
| 병원 | 33 | 2.3 | 362 | 25.0 | 1,049 | 72.5 | 3 | 0.2 | 1,447 | 100.0 |
| 요양병원 | 92 | 6.0 | 675 | 44.1 | 732 | 47.9 | 30 | 2.0 | 1,529 | 100.0 |
| 의원 | 51 | 0.2 | 494 | 1.6 | 30,256 | 97.8 | 133 | 0.4 | 30,934 | 100.0 |

주: 치과 및 한방, 보건기관(보건의료원, 보건소, 보건지소, 보건진료소)은 제외함.

자료: 2017년 건강보험통계연보

〈표 2-1-10〉 의료기관 종별 추이: 2013년~2017년

(단위: 개소, %)

| | 2013년 | 2014년 | 2015년 | 2016년 | 2017년 | '13~'17 연평균증가율 |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------------------|
| 상급종합병원 | 43 | 43 | 43 | 43 | 43 | — |
| 종합병원 | 281 | 287 | 294 | 298 | 301 | 1.38 |
| 병원 | 1,451 | 1,474 | 1,496 | 1,514 | 1,466 | 0.21 |
| 요양병원 | 1,232 | 1,337 | 1,372 | 1,428 | 1,529 | 4.41 |
| 의원 | 28,328 | 28,883 | 29,488 | 30,292 | 30,938 | 1.78 |
| 치과병원 | 203 | 205 | 213 | 223 | 231 | 2.62 |
| 치과의원 | 15,727 | 16,172 | 16,609 | 17,023 | 17,376 | 2.01 |
| 조산원 | 34 | 35 | 31 | 28 | 26 | -5.22 |
| 보건기관 | 3,470 | 3,481 | 3,477 | 3,477 | 3,475 | 0.03 |
| 한방병원 | 212 | 231 | 260 | 282 | 312 | 8.03 |
| 한의원 | 13,100 | 13,423 | 13,613 | 13,868 | 14,111 | 1.50 |
| 약국 | 20,890 | 21,058 | 21,267 | 21,443 | 21,737 | 0.80 |
| 전체 | 84,971 | 86,629 | 88,163 | 89,919 | 91,545 | 1.50 |

주: 2017년 12월말 신고기준, 연평균증가율 $\left[\left(\frac{\text{마지막년도}}{\text{초기년도}}\right)^{\frac{1}{n}} - 1\right] \times 100$

자료: 건강보험심사평가원 보건의료빅데이터개방시스템

〈표 2-1-11〉 의료기관 종별 병상 수 추이: 2013년~2017년

(단위: 개소, %)

| | 2013년 | 2014년 | 2015년 | 2016년 | 2017년 | '13~'17 연평균증가율 |
|--------|---------|---------|---------|---------|---------|-------------------|
| 상급종합병원 | 37,820 | 39,044 | 39,763 | 40,035 | 40,263 | 1.26 |
| 종합병원 | 87,908 | 89,803 | 91,380 | 92,680 | 93,623 | 1.27 |
| 병원 | 144,440 | 141,149 | 138,486 | 138,519 | 134,198 | -1.46 |
| 요양병원 | 186,333 | 212,585 | 230,769 | 247,630 | 263,765 | 7.20 |
| 의원 | 86,093 | 83,056 | 74,544 | 71,629 | 65,735 | -5.25 |
| 치과병원 | 303 | 280 | 280 | 267 | 263 | -2.79 |
| 치과의원 | 54 | 45 | 58 | 80 | 94 | 11.72 |
| 한방병원 | 12,797 | 14,325 | 16,501 | 17,979 | 20,182 | 9.54 |
| 한의원 | 3,117 | 3,576 | 2,978 | 2,920 | 3,098 | -0.12 |

주: 2017년 12월말 신고기준, 일반입원실 기준

자료: 건강보험심사평가원 보건의료빅데이터개방시스템

□ (문제의식② 진료기능 중복으로 인한 공급과잉) 1차-2차-3차 의료기관 간의 진료기능의 중복은 의료기관 유형 간 지나친 경쟁과 대형병원 환자쏠림으로 인해 우리나라 의료체계에서 의료시설과 장비의 공급과잉을 유발하고 있음.

○ 대형병원 환자쏠림을 배경으로 대형병원은 외래서비스 확대와 자병원 설립을 통해 서비스 공급을 지속적으로 확대하고 있으며, 이로 인해 1차와 2차 의료기관에서 환자공동화 현상이 발생하고 있음.

○ 환자공동화 현상이 생긴 1차와 2차 의료기관에서는 한편으로 과잉진료와 비급여 진료에 의존하는 왜곡된 진료행태가 나타나고 있고 다른 한편으로 급성기 2차병원이 도산하거나 요양병원화하는 현상이 나타나고 있음.

○ 이러한 의료전달체계의 붕괴(진료기능의 중복)로 인해 국가의료체계 차원에서는 낭비적인 지출이 늘어나고 환자 본인부담이 높아져 건강보험의 보장성과 지속가능성을 위협하고 있으며, 의료기관 차원에서는 공급과잉으로 인한 원가 상승으로 인해 만성적인 적자를 유발하고 있음.

□ (문제의식③ 중소 요양병원중심의 급격한 병상 수 증가와 과잉진료 발생 우려)

○ 100병상 미만의 중소 요양병원의 증가속도가 매우 빠르며, 경쟁의 심화로 수익 창출을 위한 과잉진료와 요양병원으로 환자 입원을 증가시키기 위한 유인 발생의 우려가 지속적으로 제기되고 있음.

○ 급성기 치료를 위한 연평균 재원일수는 2016년 기준으로 7.3일로 OECD평균에서 크게 벗어나지 않지만, 모든 입원의 재원일수는 일본을 제외한 OECD국가와 비교해 볼 때 매우 큰 격차를 보이는 것과 같이, 병원과 시설의 기능이 적절하게 작용하지 않고 있음을 보여줌.

○ OECD국가에서 외래이용 건수는 가장 높은 국가이며, 2005년 일인당 외래 건수는 11.8건

이었으나 2016년에는 17.0건으로 증가 속도가 다른 국가에 비해 가장 높음.

〈표 2-1-12〉 OECD국가의 연간 평균재원일수 및 일인당 외래진료건수: 2016년기준

(단위: 일수, 일인당 건수)

| | 모든 입원의 재원 일수 | | | 급성기 치료 재원일수* | | | 일인당 외래 건수 | | |
|-----------------|-----------------|-------------|-------------|-----------------|------------|------------|-------------|-------------|-------------|
| | 2005 | 2015 | 2016 | 2005 | 2015 | 2016 | 2005 | 2015 | 2016 |
| Australia | 6.1 | 5.5 | .. | 6.0 | 4.2 | .. | 6.1 | 7.4 | 7.6 |
| Austria | 8.0 | 8.5 | 8.2 | 6.9 | 6.5 | 6.4 | 6.7 | 6.6 | 6.6 |
| Belgium | 8.0 | 7.5 | 7.5 | 7.9 | 6.8 | 6.7 | .. | 6.8 | 6.9 |
| Chile | 5.7 | 5.8 | 6.1 | 7.2 | 7.4 | 7.5 | 7.7 | 7.7 | 7.7 |
| Czech Republic | 10.6 | 9.3 | 9.3 | 7.9 | 5.9 | 5.9 | 13.2 | .. | .. |
| Denmark | 7.0 | 5.5 | 5.4 | 3.5 | .. | .. | 4.5 | 4.4 | 4.3 |
| Estonia | 7.8 | 7.6 | 7.7 | 6.0 | 6.0 | 6.1 | 6.3 | 6.4 | 6.3 |
| Finland | 12.7 | 9.4 | 8.6 | 7.1 | 6.6 | 6.3 | 4.3 | 4.3 | 4.3 |
| France | 11.4 | 10.1 | .. | 5.9 | 5.7 | .. | 7.0 | 6.2 | 6.1 |
| Germany | 10.2 | 9.0 | 8.9 | 8.8 | 7.6 | 7.5 | 8.1 | 10.0 | 10.0 |
| Greece | 7.6 | .. | .. | 5.6 | .. | .. | 3.9 | .. | .. |
| Hungary | 8.7 | 9.5 | 9.5 | 6.5 | 5.6 | 5.5 | 11.8 | 11.1 | 11.1 |
| Iceland | 5.4 | 6.3 | 6.2 | .. | 5.9 | 5.9 | 6.5 | .. | .. |
| Ireland | 8.0 | 6.4 | 6.0 | 6.5 | 6.1 | 5.9 | .. | 5.7 | 5.8 |
| Israel | 7.6 | 6.9 | 6.8 | 5.9 | 5.2 | 5.2 | .. | .. | .. |
| Italy | 7.4 | 7.8 | 7.8 | 6.7 | 6.9 | 6.9 | 6.1 | .. | .. |
| Japan | 35.7 | 29.1 | 28.5 | 19.8 | 16.5 | 16.3 | 13.7 | 12.8 | .. |
| Korea | 14.9 | 18.6 | 18.1 | .. | 7.5 | 7.3 | 11.8 | 16.6 | 17.0 |
| Latvia | 10.0 | 8.3 | 8.3 | 7.4 | 6.0 | 5.9 | 5.3 | 5.9 | 5.9 |
| Lithuania | 9.2 | 7.9 | 7.9 | 8.4 | 7.1 | 7.1 | 7.0 | 8.8 | 9.2 |
| Luxembourg | 9.4 | 9.0 | 9.1 | 7.2 | 7.4 | 7.5 | 6.0 | 5.9 | 5.9 |
| Mexico | 4.0 | 4.0 | 3.8 | .. | .. | .. | 2.7 | 2.7 | 2.9 |
| Netherlands | .. | .. | .. | 7.2 | 6.2 | 5.0 | 5.4 | 8.2 | 8.8 |
| New Zealand | 9.0 | 7.6 | .. | 5.7 | 5.1 | .. | .. | .. | .. |
| Norway | 8.0 | 6.7 | 6.9 | 5.2 | 6.2 | 6.1 | .. | 4.3 | 4.4 |
| Poland | 8.2 | 7.3 | 7.1 | 7.9 | 6.9 | 6.7 | 6.3 | 7.4 | 7.5 |
| Portugal | 8.7 | 8.9 | 9.0 | 7.0 | 7.2 | 7.2 | 3.9 | .. | .. |
| Slovak Republic | 9.0 | 7.2 | 7.4 | 7.3 | 6.9 | 6.8 | 11.3 | 11.4 | 11.5 |
| Slovenia | 7.1 | 6.8 | 6.8 | 5.8 | 6.5 | 6.5 | .. | 6.8 | 6.7 |
| Spain | 8.5 | 7.3 | 7.3 | 6.7 | 5.9 | 5.9 | .. | .. | .. |
| Sweden | 6.6 | 5.9 | 5.8 | 6.2 | 5.7 | 5.6 | 2.8 | 2.9 | 2.8 |
| Switzerland | 11.7 | 8.4 | 8.3 | 8.5 | 5.7 | 5.6 | .. | .. | .. |
| Turkey | 5.3 | 3.9 | 4.0 | 5.3 | 3.9 | 4.0 | 4.6 | 8.4 | 8.6 |
| UK | 8.9 | 7.1 | 7.1 | 6.9 | 6.0 | 6.0 | 5.0 | .. | .. |
| United States | 6.5 | 6.1 | .. | 5.6 | 5.5 | .. | 4.0 | .. | .. |
| OECD 평균 | 9.2 | 8.3 | 8.4 | 7.1 | 6.5 | 6.6 | 6.7 | 7.4 | 7.3 |

주: * 재활치료, 장기요양, 완화의료는 제외한 급성기 치료(curative (acute) care).

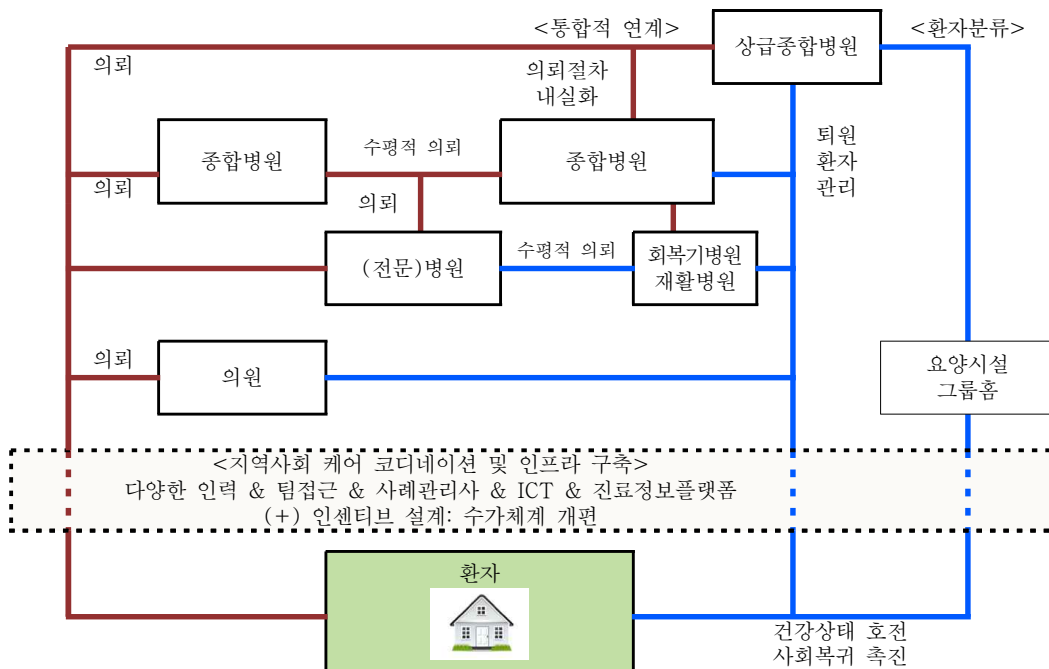
자료: OECD Health Data, 2018

□ (문제의식④ 환자 중심의 효율적인 의료기관 간의 의뢰-회송체계 미흡)

- 진료의 연계(coordination of care)를 강화하기 위해 질병의 연속선상에서 나타나는 다양한 필요(요구도)에 부응하는 조화로운 서비스 제공체계가 필요하나, 의료기관 간의 의뢰-회송체계가 활성화되고 있지 않음.

1) 세부추진계획 [2]-1: 의료이용 경로의 합리화를 위한 의료기관 간 협력진료체계 구축

- 환자의 의료 필요도에 적합한 의료기관에서 진료를 받을 수 있도록 의료기관 간 협력진료체계를 활용한 환자 의뢰·회송 체계 마련
 - 전문병원까지 협력진료체계에 대한 시범사업을 확대하여 지역사회 중심의 의뢰·회송 체계 마련
 - 동일 지역 내에 타 의료기관에 대한 수평적 의뢰에 대해서도 수가 적용 등의 인센티브 방안 마련
 - － 의료장비의 공동 이용, 복합성 만성질환자의 공동 관리 등



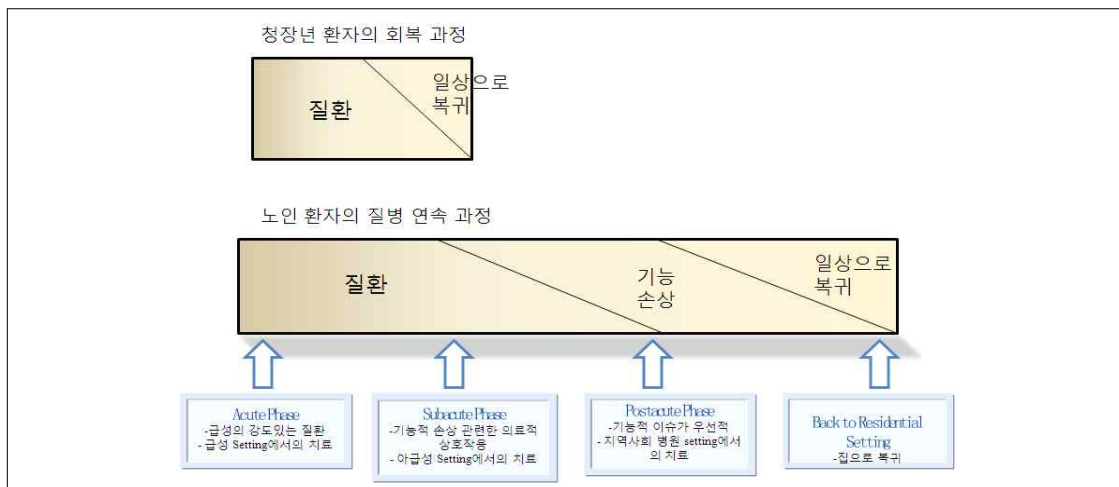
□ (실행전략① 환자 의뢰·회송 체계 내실화)

- 표준 진료의뢰서식 마련) 처방·검사내역 등 기술, 환자에 대한 질병진단, 복약관리, 수술 필요성 등 기재하도록 표준 진료의뢰서식 마련
 - － 혈액검사, 방사선검사, 이학적 검사결과 등 결과 작성 추가
 - － 진단·검사, 처방내역 등 진료정보 및 진료의뢰 필요성 등 기재 양식 내실화
 - － 무분별한 진료의뢰 방지를 위하여 유효기간 설정 및 횟수 제한
- (의뢰경로 및 예외경로를 기재) 상급종합병원은 초진환자에 대해 의뢰경로 및 예외경로를 기재하도록 청구서식 개정

- 중장기적으로 상급종합병원 입원 예외경로에서 가정의학과 제외 검토
 - (환자 의뢰·회송에 수가 적용) 환자가 적절한 의료기관에서 진료 받을 수 있도록 의료기관 간 협력진료체계*를 활용한 환자 의뢰·회송에 수가 적용
 - 1단계 진료기관(상급종합병원 제외) - 2단계 진료기관(상급종합병원, 300병상 이상 종합병원)
 - 상급종합병원 42개소·종합병원 61개소 및 협력 병의원 16,741개소 참여 중
 - 전문병원까지 시범기관 확대, 종합병원·병원 대상 지역사회 중심 의뢰회송 활성화 모형 개발 및 사업 추진
 - (중장기적으로 의뢰절차 강화) 중장기적으로 2단계 요양급여 대상을 현행 상급종합병원에서 300병상 이상 종합병원까지 확대하는 방안 검토
- (실행전략② 전자적 진료정보교류 확대 추진) 거점의료기관(상급종합병원) 협력네트워크를 중심으로 전자적 진료정보 교류 확산 추진
- (대형병원과 중소병원, 의원간 의뢰-회송 활성화) 중장기적으로 의뢰-회송 시 진료정보 교류 시스템을 활용하도록 시스템 통합
 - 진료정보 교류 시스템을 활용한 의뢰-회송 시 수가 지급 등
 - 의뢰받은 환자에 대해서는 치료 이후에 환자를 의뢰한 해당 의료기관으로 회송하여 연속적 진료를 받을 수 있도록 회송체계 구축
- (실행전략③ 환자의 퇴원계획 수립 및 지원) 고령자들(특히 노쇠한)은 급성질환에 있어 젊은 사람들과 다른 양상을 나타내며, 종종 회복까지 오랜 시간이 걸림
- 의원성 손상(의료에 의한 또 다른 장애)을 예방하기 위한 적정치료도 중요하지만, 활동제한(immobility)을 초래할 수 있는 합병증 예방에도 관심을 기울여야 하는데, 이는 다양한 분야의 전문가들의 팀웍을 통한 다차원적 접근을 통해 이를 수 있음.
 - 퇴원환자 대상 질병관리교육 뿐 아니라, 해당 질환관리를 위해 지역사회의 적절한 이용가능한 병원에 대한 정보, 해당 지역사회에서 제공하고 있는 복지서비스 제공 정보, 지역사회 서비스 이용, 사후관리 등이 지속적이고 포괄적으로 퇴원환자에게 제공될 수 있도록 퇴원환자 관리체계 마련
 - 퇴원환자의 위험 기능 평가도구 개발 및 지역사회 회복병원 등에 대한 정보, 지역사회 보건복지의료서비스 등에 대한 정보 지원
 - 급성기 병원에서 퇴원 환자를 대상으로 퇴원환자의 위험 기능 평가 도구 개발

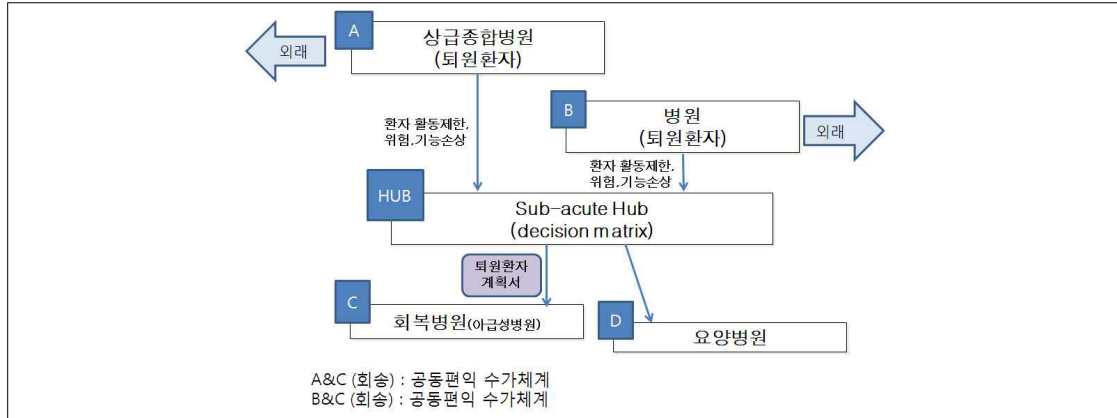
- 퇴원환자의 위험 기능 평가 모형을 개발하여 퇴원환자의 아급성 상태 또는 장기요양상태 등으로 구분
- 이를 참고하여 퇴원환자 계획서를 작성한 후 회송
- 노인들의 통합적 기능평가를 통한 통합적 케어 계획 수립 및 연속적 서비스 제공 방안 구축
- 급성기 퇴원환자의 지역사회 회복병원 또는 요양병원 이동을 위한 의뢰(회송)체계 개발

[그림 2-1-7] 노인의 연속적 질환 관리 흐름도



- 환자 의료정보기록을 통해, 환자 맞춤형 서비스를 제공할 수 있도록 아급성 서비스 전달 허브를 구축
- 환자 상태에 대한 의사결정 매트릭스를 활용하여 환자 맞춤형의 사례관리제공
- 질병치료 중심에서 벗어나 환자에게 노출되어 있는 위험에 따른 맞춤형 서비스 제공
- 환자 의료정보기록을 통해, 환자 맞춤형 서비스를 제공할 수 있도록 아급성 서비스 전달 허브를 구축
- 환자 상태에 대한 의사결정 매트릭스를 활용하여 환자 맞춤형의 사례관리제공
- 질병치료 중심에서 벗어나 환자에게 노출되어 있는 위험에 따른 맞춤형 서비스 제공
- 노인들의 통합적 기능평가를 통한 통합적 케어 계획 수립 및 연속적 서비스 제공 방안 구축

[그림 2-1-8] 아급성 공급 허브를 통한 환자 선별 및 제공 체계



○ 퇴원환자 관리제 시행에 있어서의 IT 활용

- 의료기관과 환자간의 원격의료에 대해서는 사회적인 논의가 진행 중이나 원격의료 이용 가능 대상, 서비스 내용, 서비스 공급주체 등에 따라 다양한 모형이 가능
- 권역 및 지역거점 단위에서는 퇴원환자에 대해 지속적인 욕창관리, 가정산소치료 모니터링 등을 실시하고 혈압 및 혈당 모니터링 등을 실시
- 현재 논의되고 있는 원격의료에 대한 논의가 마무리되어 원격의료에 대한 법적 근거, 서비스 모형, 서비스 수가 등이 개발된 이후가 적절

<표 2-1-13> 원격의료 이용가능 대상 및 의료기관

| 원격의료 이용가능 대상 | 의료기관 | 초·재진 여부 |
|------------------------|----------|---------|
| 고혈압·당뇨 등 만성질환자 및 정신질환자 | 동네의원만 가능 | 재진 |
| 거동이 어려운 노인·장애인 | | 초·재진 |
| 도서·벽지 등 주민 | | |
| 가정폭력·성폭력 피해자 | 특정 병의원 | 재진 |
| 수술·퇴원후 관리 필요 재택환자 | 병의원 | |
| 군, 교도소 등 특수지 환자 | 가능 | |

□ (실행전략④ 중장기 의료전달체계 구축을 위한 시범사업 설계 및 실행) 지역의사회를 통한 의료기관별 인력 및 가능한 검사·시술 범위 등 정보 공유, 진료협력 성과 공유 등

○ 장기적으로 ACO와 같은 모델 검토

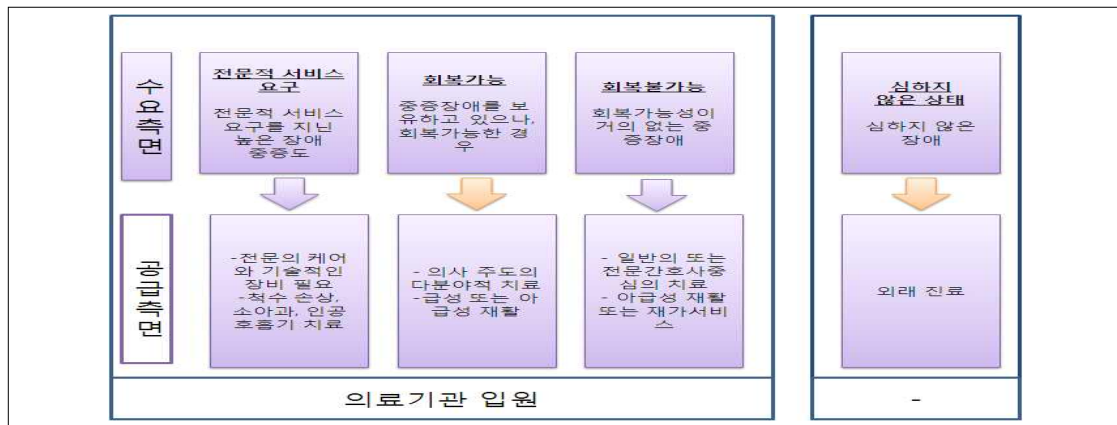
- ◆ 논의사항: 장기적으로 ACO와 같은 모델 검토(△지역별로 재원을 배분하고 △지역의사회가 지역 내 의료서비스를 책임있게 제공하고, 지역 내 의료기관 간 자율적으로 재원 배분 △성과를 기반으로 인센티브 지급)
- 전제조건: △지역의사회 중심의 의료거버넌스 구축, △자율성에 상응하는 책임성 확보 기전, △지역 간, 지역 내 재원 배분 원칙, △공유·협업된 성과 목표, △환자가 살고 있는 지역 중심으로 의료기관을 선택
 - ☞ 단기~중기적으로 의뢰-회송 협력체계, 일차의료 만성질환관리를 시작으로 한 지역의사회 경험 축적, 지역 개념 성과관리체계 도입(의료질평가, 지자체 협동평가 등) → 장기 발전방안 연구 등으로 제시하는 방안 검토

2) 세부추진계획 ②-2: 회복기/말기 서비스 확충 및 지역사회 의료서비스 연계 지원

□ (실행전략① 지역사회 중심 회복기 전달체계 수립)

- 일반병원을 회복기(아급성) 전문병원으로 전환을 유도하고 각 기능별 수요에 맞는 전문의료 서비스 제공

[그림 2-1-9] 의료적 필요도에 적합한 회복전문병원의 기능 정립



- 급성기 퇴원환자의 지역사회 회복전문병원 이동을 위한 의뢰체계 개발

- 기능적 독립성이 감소하고, 노쇠함이 증가하는 노인들의 경우, 빈번한 병원입원 그리고 재입원을 경험하게 됨.
- 이에, 재활관련한 아급성 치료에 대한 요구가 늘어나게 되고, 퇴원 후 지역사회 지원서비스에 대한 욕구를 수반함.

[그림 2-1-10] 급성기병원에서 아급성, 장기요양으로의 연속적 케어 이동경로



- (회복기(아급성) 서비스 체계 도입검토) 의료 전달 체계는 급성(acute)치료, 아급성(sub-acute) 치료, 장기요양(long-term care)의 세 가지 체계로 크게 분류하여 효율적 의료전달체계 기능 확보

- 회복기(아급성) 치료(Sub-acute Care): 아급성 치료는 입원 이후 치료관리로 요구되거나 입원 대신에 선택하는 치료 개입이라 할 수 있음. 장기 치료 과정보다 질환의 중증도가 높으나, 급성치료보다는 질환의 중증도가 낮고, 대상자 중 고령자 집단이 대부분을 차지함.

〈표 2-1-14〉 치료 및 케어 스펙트럼

| 구분 | 케어 수준 |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 급성기 병원 | <ul style="list-style-type: none"> - 집중치료 - 고강도 치료(high care) - 일반병동 |
| 급성기 재활병원 | <ul style="list-style-type: none"> - 집중/고강도 재활(ICU/High Care Rehabilitation) - 일반재활치료(General Rehabilitation Care) |
| 아급성기 병원 | <ul style="list-style-type: none"> - 아급성 재활치료 - 회복치료(Convalescent Care) - 완화의료(Terminal/Palliative Care) - 임시간호(Respite Care) - 노인성질환치료 |
| 호스피스 | <ul style="list-style-type: none"> - 완화의료(Terminal/Palliative Care) |
| 재가서비스 | <ul style="list-style-type: none"> - 회복기 간호서비스(Convalescent Nursing Care) - 완화의료(Terminal/Palliative Care) - 임시간호(Respite Care) - 노인성질환치료 |

○ long-term sub-acute care에 대한 과도기적 치료 개입 방안 마련

- 입원 기간이 길면서 아급성 치료를 필요로 하는 사람들이 급성기치료와 장기요양 치료의 연계 과정에서 발생하는 빈틈을 메울 수 있는 과도기적 치료개입방안 마련
- 과도기적 치료가 필요하지만 기간이 조건에 맞지 않는 환자들과 시작 시에 장기치료를 계획하지 않은 사람들을 처리하는 문제를 해결
- 고려사항
 - 의료 전달 체계의 빈틈에 존재하는 환자 정의
 - 아급성 치료를 요하는 고령자 집단에 대한 범위, 장기요양과의 구분
 - 재정적으로 실행가능한 프로그램 설계
 - 아급성 치료는 마지막 질병 과정 중 신체정신사회학적으로 연결되어, end-of-life의 통증관리에 있어 긴밀한 의의가 있을 수 있음.

□ (실행전략②) 병원 내 호스피스·완화의료 서비스 연계 기능 확대)

- 생애말기 환자의 이송 의뢰 체계를 위한 케어플랜 수립 및 생애말기 환자 케어를 위한 국가 가이드라인 마련
- 현재 완화의료 제공기관이 상급종합병원 또는 종합병원 위주로 제공되고 있지만, 민간영역에서 완화의료에 대한 수익성 문제 등으로 완화의료에 대한 본 취지를 실행하지 못하고 있음.

- 말기 환자의 의뢰와 회송을 위한 법적 제도 마련과, 시설, 인력, 장비, 서비스 내용 등에 대한 질관리 방안이 마련되어야 함.
- 환자 뿐 아니라 환자가족을 위한 치료플랜 마련: 환자 뿐아니라 환자가족의 고통을 줄이고 삶의 질을 향상시키기 위한 프로그램 마련필요
 - ※ 영국의 아동호스피스는 시한부 아동의 종합적인 치료를 제공하기 위해 아동의 삶의 질 향상 뿐 아니라, 가족의 물리적, 정서적 지원에 초점을 맞추고 있음

라. 연도별 추진일정

〈표 2-1-15〉 의료체계분과: ② 대형병원 유입체계 개선 및 의료기관 간 협력 강화: 연도별 추진일정

| 구분 | '19년 | '20년 | '21년 | '22년 | '23년 | '30년 |
|-----------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| ① 의학적 판단에 따른 의뢰절차 확립 및 의료기관간 의뢰-회송 활성화 | | | | | | |
| ○ 표준 진료의뢰서식 마련 | | | | | | |
| ○ 의뢰경로 및 예외경로를 기재 | | | | | | |
| ○ 환자 의뢰·회송에 수가 적용 | | | | | | |
| ○ 중장기적으로 의뢰절차 강화 | | | | | | |
| ○ 전자적 진료정보교류 확대 추진 | | | | | | |
| ② 퇴원 지원 및 지역사회 의료서비스 연계 지원 | | | | | | |
| ○ 환자의 퇴원계획 수립 및 지원 | | | | | | |
| ○ 지역사회 중심 회복기 전달체계 수립 | | | | | | |
| ○ 병원 내 호스피스·완화의료 서비스 연계 기능 확대 | | | | | | |
| ③ 회복기/말기 의료공급체계 | | | | | | |
| ○ 회복기 서비스 체계 도입 및 허브 구축 | | | | | | |

제4절 추진방향 ③: 의료-복지 연계: 지역사회 중심 통합서비스 제공⁶⁰⁾

가. 추진배경 및 주요 문제의식

□ (문제의식① 커뮤니티 케어에 대한 접근 방식) 고령화에 대비한 정책방향으로 설정할 필요가 있음.

○ 다양한 접근이 가능함. 고령사회를 대비한 정책의 방향으로 설정하는 것이 중요할 것임. 고령사회, 노인의 보편적, 일반적 보건의료의 문제를 대비하는 방향이 필요함.

○ 노인뿐 아니라 장애인, 정신질환, 장애아동 등의 탈 시설화의 방향도 가능함. 커뮤니티케어 추진단은 사업 대상을 다양하게 설정하고 있음. 보편적 대상이 아닌 취약계층 중심의 기존 복지의 좁은 시각을 벗어나지 못할 위험성. 요구도가 다양하고 복잡하여 사업의 실행 가능성을 제약할 가능성이 있음.

□ (문제의식② 분절적 서비스에 대한 상호연계 및 조정 필요) 기존의 분절적 의료제공체계를 대상 중심의 통합적 접근과 연계가 필요함.

○ 병원, 의원, 보건, 의료, 복지의 상호 분절적 서비스를 대상 중심의 통합적 접근이 중요한 과제로 설정됨.

○ 급성기 병원 치료 종료 후 퇴원하여 가정 및 지역사회에서 지속적 질병관리, 건강관리, 돌봄, 생활지원의 필요성이 대두됨. 노인의 경우 질병 치료뿐 아니라 기능적 회복과 생활지원이 필수적임

○ 병원과 시설 밖에서는 치료의 연속성이 없음. 의료기관 간의 기능 연계가 존재하지 않음. 급성기 및 회복기, 만성기의 연계가 없으며, 병원 및 시설과 사회의 연계 가능한 체계가 미흡하여 상호 경쟁적, 배타적인 관계가 됨. 대상자 중심이 아닌 기관 중심의 서비스 제공.

○ 보건의료-요양-복지서비스 간 서비스 연계가 되지 않고, 주거서비스는 거의 부재하여 지역(재가) 중심의 통합적·연속적으로 돌봄(Continuum of care)에 어려움 존재

□ (문제의식③ 병원, 시설의 수용 중심에서 가정, 사회의 생활 중심으로 전환) 지역사회에서 일상과 병행할 수 있는 방안 마련 필요

○ 병원, 시설 이외에는 지역사회, 가정에서 필요한 재택의료 미흡. 의료적, 간호적 생활지원, 돌봄

60) 작성자: 이진세

- (문제意識) ④ 지방분권화(decentralized Community) 지역 상황에 맞는, 지역에서 필요한 보건의료체계를 구축하기 위해서는 지방 분권화가 수반될 필요가 있음.
- 중앙집권적 행정(사무)·재정 구조로 인해 지방자치단체가 자체사업을 할 수 있는 자율성과
 - 행정적 여력이 거의 없고 자체사업 기획 경험도 부족
 - 지역에서 필요로 하는 서비스를 개발하거나 추가적으로 지원하는 것이 현실적으로 어려운 상황임
 - 보건의료에서 지역 분권화 필요.
 - 특히 일차의료, 커뮤니티 케어의 경우 지역의 특성에 적합한 서비스를 제공해야 함. 노인을 대상으로 한 커뮤니티 케어는 지역에 밀접하여 제공해야 함. 해당 지역의 노인 인구, 지역적 특성, 재정적 특성, 보건의료에서 지역사회의 책임과 권한을 강화해야 함.
 - 이를 위해서는 재정적 분권화, 지역단위 거버넌스 구축이 중요한 과제임. 건강보험, 장기요양보험의 재정 지출 방안

[그림 2-1-11] 커뮤니티케어의 현재(한계)와 미래상

| 구분 | 현재 | 미래 |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ❖ 지역사회 내에서의 돌봄 (Care in the Community) | <ul style="list-style-type: none"> · 대규모 시설 또는 병원에서 케어 · 절대적으로 부족한 공적서비스 · 복지서비스 위주의 재가서비스 · 보건의료·요양·복지서비스 분절적 제공 | <ul style="list-style-type: none"> · 집이나 지역사회 내 시설이용 · 포괄적 서비스를 보편적으로 적용 · 집에서 진료·간호·재활서비스 이용 · 다양한 서비스를 통합적·연속적 이용 |
| ❖ 지역사회에 의한 돌봄 (Care by the Community) | <ul style="list-style-type: none"> · 지역사회 보건의료, 복지 등 다직종 간 네트워크가 약함 · 지역사회 내 민관협력 파트너십 취약 · 주민자명, 자치조직 비활성화 | <ul style="list-style-type: none"> · 보건의료, 복지 등 다직종 협력 및 통합적 사례 관리 체계 · 공공과 민간서비스 기관 간 사례 연계 · 주민자치 호라성화, 이웃돌봄체계 |
| ❖ 지방분권화(decentralized Community) | <ul style="list-style-type: none"> · 국고보조사업 위주의 보건의료 및 복지 서비스 제공 · 지방자치단체의 재정여력 및 사업의 자율성 부족 | <ul style="list-style-type: none"> · 지방자치단체가 서비스 제공의 주체 · 지방분권형 커뮤니티사업 및 재정 체계로 지역자율형 서비스 제공 |

자료: 김승연(2018) 발표자료

나. 정책 상황 분석

□ (정책 여건 및 쟁점 사항)

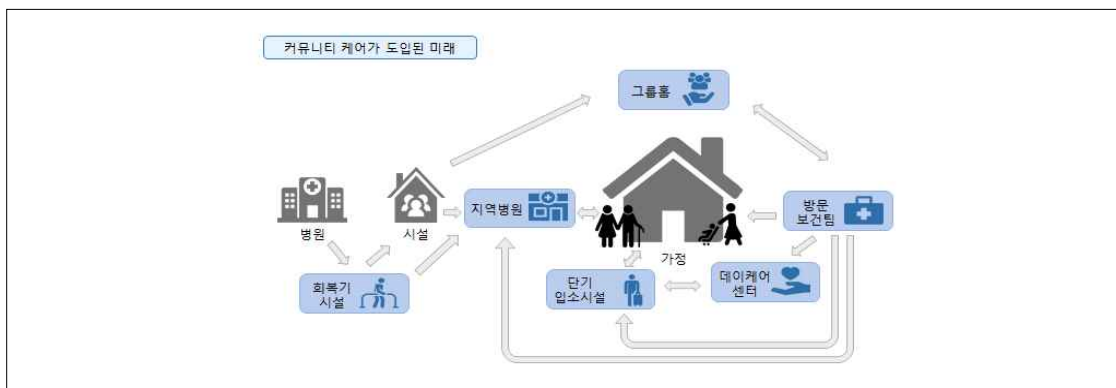
- 커뮤니티케어와 보건의료정책의 연관. 의료자원, 전달체계, 기능정립의 관점에서 커뮤니티케어는 무엇을 의미하는가?
- 건강보험, 장기요양보험에서 커뮤니티케어는? 일차의료의 연장인가? 재가급여의 확대인가?

- 커뮤니티케어의 공급자, 조정자, 구매자는 누구인가? 간호, 재활, 돌봄, 생활지원 등의 서비스는 누가 어떻게 공급하며 이에 대한 재정 조달은 누가 어떻게 할 것인가?
- 부분간 연계, 조정은 어떤 기전을 통해서 가능할 것인가?
- 병원, 시설의 사회적 입원 기준은? 이에 대한 퇴원, 퇴소 촉진의 기전은 있는가? 환자 및 가족의 부담을 줄일 수 있는가? 지역사회는 환자에게 필요한 대안적 서비스를 공급할 수 있는가?

□ (향후 정책 방향 ① 일반적 정책 목표)

- 지역내 독립적 생활 능력의 향상. 일상생활 도움이 필요한 상태에도 계속하여 지역사회에서 존엄한 삶 유지(Aging in Place)하는 노인의 증가
- 가족의 돌봄 부담의 감소. 가족, 특히 주수발자 독박 돌봄이 되지않도록 사회적 돌봄확대⁶¹⁾. 가족의 돌봄 부담의 측정과 평가
- 사회적 입원 및 입소 예방 및 감소. 급성기 병원 입원자, 요양병원 사회적 입원자, 시설 입소자의 탈원화(탈시설화) 유도 및 지역사회 정착지원
- 지역사회에서 필요한 커뮤니티 케어 서비스 및 시설의 공급. 필요한 서비스, 시설, 인력의 규정과 현황 파악
- 커뮤니티케어를 위한 의료복지돌봄 재정 및 거버넌스 구축. 지역단위 탈병원, 탈시설을 촉진할 수 있는 거버넌스, 책임성, 권한 역량 강화, 지역단위 서비스 제공 기관, 인력의 양적 증가, 지역단위 커뮤니티케어 예산, 조직, 인력, 관련 협력 기관의 유대 증가. 지속가능한 건강 돌봄 체계 구축

[그림 2-1-12] 커뮤니티 케어의 미래상



61) 석재은, 커뮤니티케어 목표와 전략, 2018

다. 세부실천목표

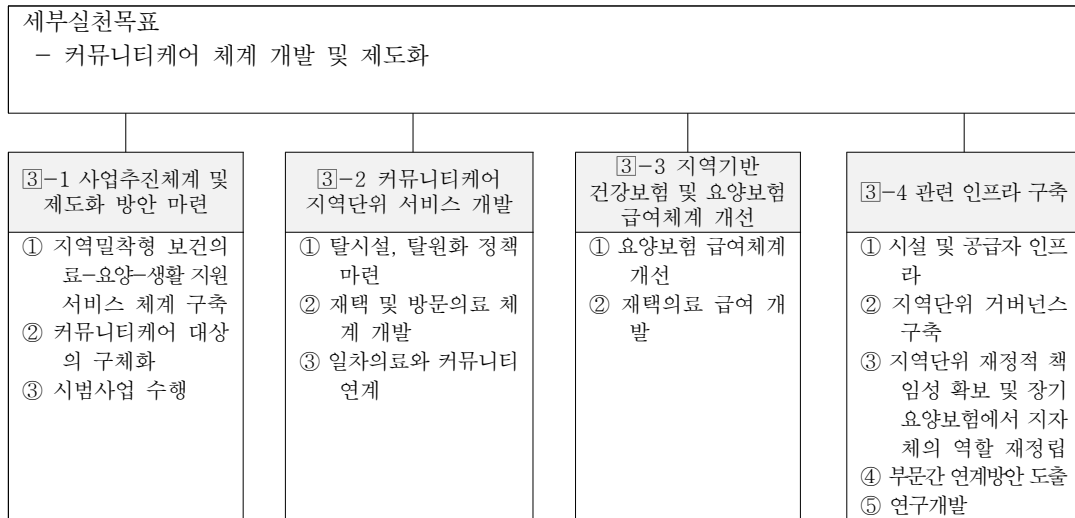
- **(단기 정책 목표)** 2021년까지 커뮤니티 케어를 위한 다양한 사업들에 관한 모델을 만들고, 시범사업을 추진⁶²⁾
 - 보건의료와 사회서비스 등 서비스 개발 및 연계 모델
 - 지자체 실행모델
 - 서비스공급체계(인력 및 인프라)를 위한 제도 개선 방안 도출
 - 목표 설정을 위한 기초 조사 및 자료 개발
- **(중기 정책 목표)** 초고령사회로 진입하는 2026년을 목표로 하여 커뮤니티 케어 제도적 기반 구축⁶³⁾
 - 탈시설, 탈병원의 규모 추계
 - 자립적 생활 가능한 전국, 지역단위 노인의 목표 설정
 - 지역단위 필요한 서비스, 시설, 돌봄의 양적 추정
 - 지역단위 서비스 제공체계 기반 목표 설정
 - 관계법령 정비 및 서비스 수급에 관한 법률 제정 등
 - 관련 계획 정비
- **(장기 정책 목표)** 베이비부머 세대가 75세 이상 후기 고령자가 되는 2030년부터 2038년을 목표로 하여 자신이 원하는 곳에서 돌봄을 받을 수 있는 커뮤니티 케어 시스템을 작동⁶⁴⁾
 - 돌봄이 필요한 사람은 누구나 공공기관을 통해 사정(assessment)
 - 돌봄의 필요에 따라 통합적 서비스 제공

62) 출처. 김승연. 2018.

63) 출처. 김승연. 2018.

64) 출처. 김승연. 2018.

라. 세부 추진계획 및 실행전략



1) 세부추진계획 ③-1: 사업추진체계 및 제도화 방안 마련

[그림 2-1-13] 커뮤니티케어 개발

| 보건의료서비스 | 장기요양 및 복지서비스 | 자립생활지원 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <목표> • 지역사회 내 재택진료 및 방문간호 실시 • 의원급 주로 만성질환 예방관리 강화 | <목표> • 통합적 재가서비스 강화 • 지역사회 복지서비스 확대 | <목표> • 자립생활을 위한 소득, 주거, 교통 등 지역사회 인프라 확대 |
| <내용> • 건강보험, 장기요양보험을 활용한 방문진료 및 방문간호 서비스 • 의원기반 만성질환 관리 • 우울증, 치매 등 정신건강 관리 • 건강행태 개선 및 일상생활 기능 향상 | <내용> • 활동제한 노인에게 대한 가사, 간병, 간호, 재활 등 통합적 서비스 제공 • 다양한 일상생활 지원 | <내용> • 공동주거시설, 지원주택 등 • 이동서비스 • 소득지원, 도시기반 인프라 등 |

□ (실행전략① 지역밀착형 보건의료-요양-생활 서비스 체계 구축) 지역 보건의료서비스 체계, 지역밀착 요양서비스 체계 및 생활지원체계 구축

○ 지역 보건의료서비스 체계 구축

- (지역보건의료서비스) 재택 및 방문 의료서비스도입, 일차의료 활성화, 방문간호서비스 활성화 등
- (건강관리서비스) 건강생활지원센터에서 간호사와 사회복지사 등이 만성질환자 관리, 치매환자 관리, 임산부 영유아 방문간호 등

○ 지역밀착 요양서비스 체계 구축

- 다양하고 촘촘한 요양서비스 확충, 장기요양-노인돌봄 서비스 포괄사례관리, 개인별 유연한 맞춤형서비스 적용, 중증, 독거 등 밀착 관리 필요한 대상에 대한 통합재가 급여 적용
- (주간보호) 회복기 재활, 허약 노인, 치매 노인, 장애인 및 정신질환자 등을 위한 낮 동안의 보호 및 재활서비스 제공. 기존의 보건소, 노인종합복지관, 장애인 복지관 등 주간보호시설을 우선 활용하고, 부족한 시설은 확충 필요
- (재가서비스) 재가요양센터에서 사회복지사와 간호사 등이 방문의료, 방문간호, 방문재활, 방문간병, 방문요양, 방문생활지원 등

○ 주거 환경 및 생활지원체계 구축

- 환자가 처해있는 환경에서 적응할 수 있도록 가정환경평가와 중재가 필수적으로 시행되어야 함. 가정환경평가는 사회 복귀를 위한 필수적 평가. 환자의 질환적 특성을 이해한 환경변형이 이루어져야 함⁶⁵⁾.
- 지역밀착 생활지원 서비스 체계 구축. 급식, 이동, 가사, 청소, 주거개조 등, 서비스 지원되는 주거(Assisted Living Home) 구축 및 돌봄 친화 환경 주거 개조지원 아파트, 빌라 등 밀집 주거 단지 근처에 서비스 지원 센터 및 공공케어 공간마련
- (주거시설 및 단기체류 시설) 치매 공동주거시설, 노인 그룹홈, 장애인 공동시설 등. 노인과 장애인에 친화적인 주거환경을 제공할 수 있도록 표준주택 건축 및 비품 구비. 일상생활관리, 이동, 안전사고 예방 및 관리 등에 운영모형 개발
- 가족돌봄 제공자를 위한 사회적 지원 강화. 환자의 거취에 대한 결정은 증상호전과 남게 되는 장애의 정도보다는 가족의 환경, 생각과 태도가 중요. 환자의 가족들과의 참여는 매우 중요함. 집으로 갈 경우에는 환자와 보호자가 안심하고 퇴원 준비를 할 수 있도록 준비를 하는 것이 중요⁶⁶⁾.

□ (실행전략②) 커뮤니티케어 대상의 구체화)

○ 일차적 대상⁶⁷⁾

- (의료 연계) 급성기 질병 발생 및 회복기 재활 후 보건의료, 복지, 생활 지원 등의 서비스를 필요로 하는 사람
- (복지 연계) 시설에 입소해 있는 노인 중 의학적 요구도가 낮고 일정 수준 이상 일상생활

65) 송영진. 재활의료기관 지정사업에서 작업치료 현황과 개선방안. '재활 난민과 사회복귀 무엇이 필요한가' 국회 토론회. 2018

66) 박인선. 재활환자의 사회복귀, 무엇이 문제인가? 한국형 회복기 재활의료기관 모델. '재활 난민과 사회복귀 무엇이 필요한가' 국회 토론회. 2018

67) 출처. 김승연. 2018.

능력이 있는 사람

- (지역사회 연계) 자택이나 지역사회 거주하는 대상자 가운데, 의료적 요구는 적으며, 독립적 생활의 의지가 있는 개인 또는 가족이 있는 사람
- 의료연계, 복지연계, 지역사회 연계 욕구를 가진 사람을 대상으로 하되, 기준을 구체화하여 단계적으로 확대(당사자의 서비스 욕구+돌봄자carer 평가)

○ 서비스 수급(급여) 대상자

- 건강보험 및 장기요양 급여로 제공할 경우 : 급여 기준 및 요양 기관 정의 필요
- 복지 및 보건을 통한 보편 대상자 및 취약계층 대상의 경우 : 수급자의 기준 및 정의 필요함
- 목적의 다양성에 따라 한시적, 제한적 급여의 형태로 제공하는 것이 바람직. 독립생활을 위한 지원. 단계적 접근이 필요함. 초기 급여 범위를 좁게 설정하여 점차 확대하는 방향으로 전개함.
- 공급자 및 서비스 수급자의 Moral hazard를 고려하여 설계함. 제한적 독립적 생활지원이 일차적인 목적임. 장애 및 생활능력 부족, 장기적인 생활 역량 미흡, 기능회복 불가능한 상황 등의 경우 기존의 복지체계에서 담당함. 공급자의 양적 수준, 질적 수준, 인력 자원의 조달 가능성을 고려하여 서비스 급여 기준 설계함.

□ (실행전략③ 시범사업 수행)

○ 커뮤니티케어 사업 개발

- 탈시설, 탈원화를 위한 케어매니지먼트 프로세스 개발: 병원 및 시설에서 퇴원 계획 수립과 커뮤니티케어 연계 프로세스, 관련 업무 표준화 및 지침
- 커뮤니티케어에서의 프로세스 개발 : 커뮤니티케어 대상, 선발, 케어 사정, 커뮤니티케어를 위한 다직종의 연계 사업 지침 개발, 핵심 사업 내용, 핵심 인력, 참여 가능한 전문직종, 직종간의 역할 분담, 업무 프로세스, 모니터링 및 결과 평가

○ 커뮤니티케어 시범사업.

- ① 케어통합창구, 지역케어회의 운영 등 지역사회 케어 인프라 구축 ② 노인, 장애인 등 대상별 서비스 연계·조정 등을 위한 케어모델 운영 ③ 시범사업 운영을 통한 서비스 총량, 재원추계 및 케어매니지먼트 방안 등 평가·연구 추진

○ 주거환경 및 이동 등 생활 SOC 개발

- 커뮤니티케어 인프라 및 서비스 모델 개발, 커뮤니티, 지역친화형, 미래 주택 및 시설 환경 모형 개발. 고령 친화 주택(일반 노인 그룹홈, 치매노인 그룹홈, 장애인 그룹홈 등), 데

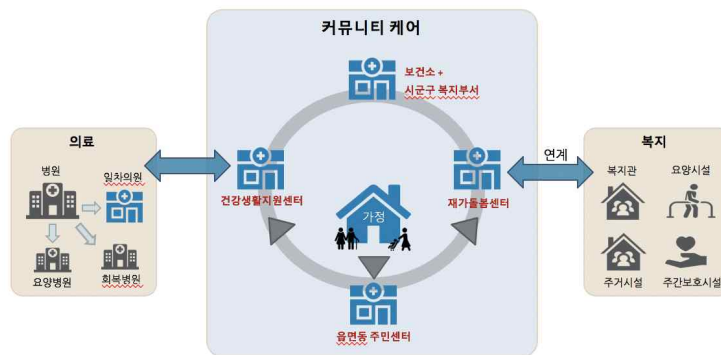
이케어, 단기입소 등 표준 모델 개발. 기존 시설(병원, 요양시설 등) 리모델링 표준 모델 개발.

- 이동 불편 노인, 환자, 장애인 등 이동 차량(신규 모형 및 시설 개조 모형) 표준 모형 개발. 커뮤니티케어 관련 각종 장비, 설비, 비품, 노인 안전 및 이동 모니터링 장비 등.

○ 인력 수요 및 조직

- 케어플랜수립, 케어코디네이터의 역할과 업무, 관련 전문 직종, 자격 및 훈련, 수요 추계, 공급 방안 등
- 조직 : 의료와 복지의 연계 모형⁶⁸⁾

[커뮤니티 케어 모형]



- 보건서비스 인프라 확충이 필요함. 노인 인구 10,000명(허약노인 2,000명)을 대상으로 보편 방문서비스를 포함한 퇴원환자 관리, 만성질환 관리, 독립생활 지원 업무를 수행하는 것으로 가정할 경우와 시와 구 지역의 경우 노인 인구 10,000명 당 건강생활지원센터 1개소를 신축하고 군 지역의 경우는 별도의 신축 없이 보건지소와 보건진료소의 기능을 강화하여 커뮤니티 케어에 필요한 보건서비스를 제공하는 것으로 가정⁶⁹⁾

〈표 2-1-16〉 시군구 유형별 보건서비스 인프라 확충 필요 개소수

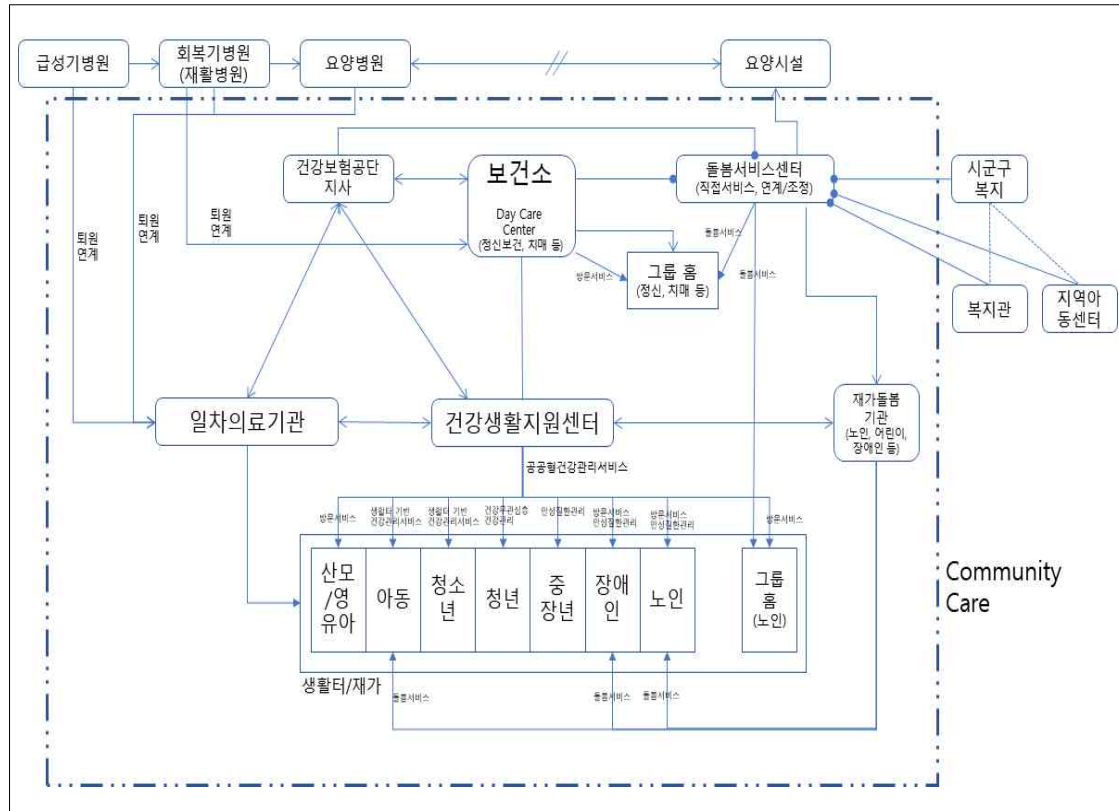
| 유형 | 보건서비스 인프라 유형 | 1단계(~2022) 확충 개소수 | 2단계(~2027) 확충 개소수 |
|---------|------------------|----------------------|----------------------|
| 특광역시_구 | 건강생활지원센터 | 275 | 1,101 |
| 특광역시_군 | 보건지소/보건진료소 기능 보강 | 18 | 92 |
| 광역시도_시구 | 건강생활지원센터 | 307 | 1,353 |

자료: 임준. 커뮤니티케어를 위한 예산 수립 방안. 세미나 발표 자료. 2018.

68) 김승연. 해외사례와의 비교를 통한 한국형 커뮤니티케어 개념정립 및 추진방향, 2018. 보건복지부.

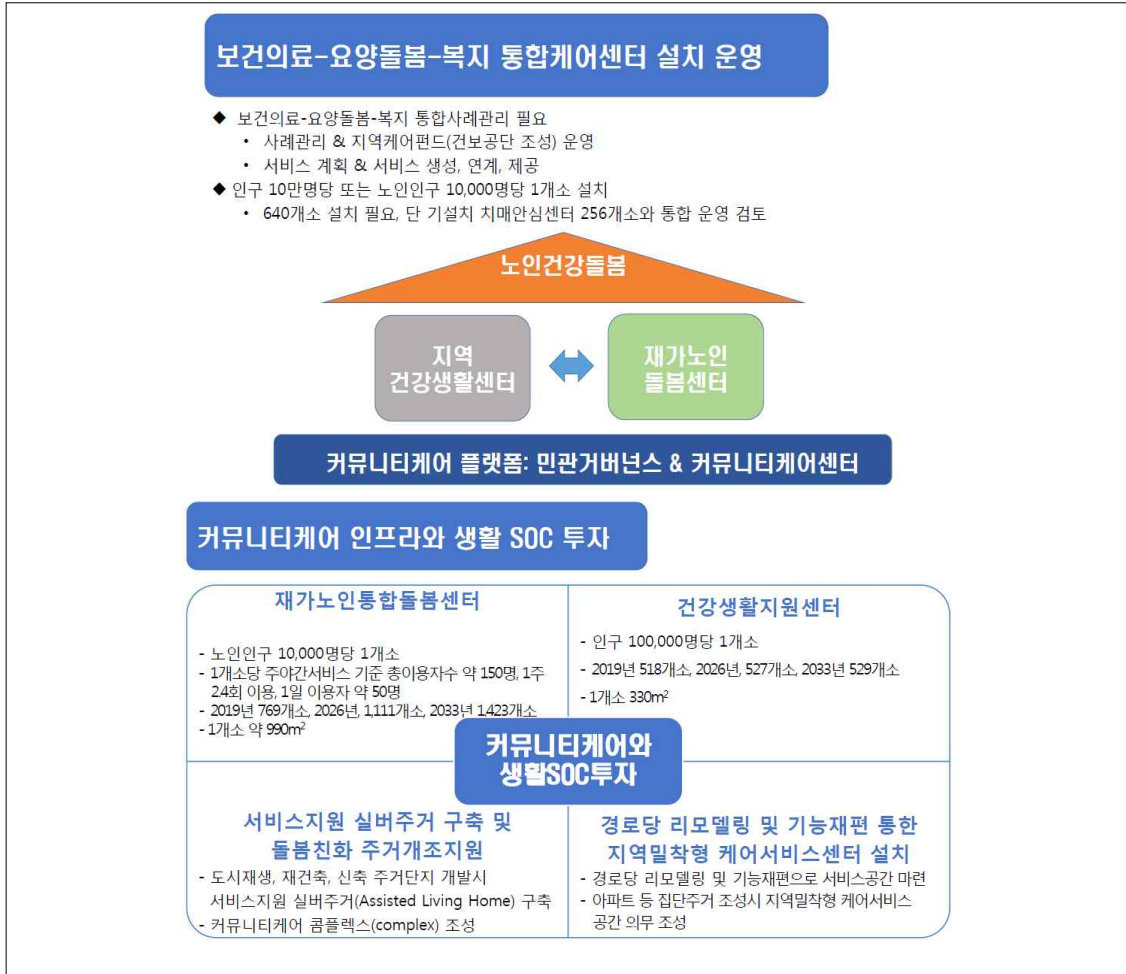
69) 임준. 보건의료 분야 커뮤니티 케어의 바람직한 구축 방안. 커뮤니티 케어와 보건복지서비스의 재편. 2018년 『보건사회연구』 콜로키움.

[그림 2-1-14] 커뮤니티 케어 모형



자료: 임준. 보건의료 분야 커뮤니티 케어의 바람직한 구축 방안. 커뮤니티 케어와 보건복지서비스의 재편. 2018년 『보건사회연구』 콜로키움.

[그림 2-1-15] 운영: 보건의료-요양돌봄-복지 통합케어



자료: 석재은, 보건의료-요양돌봄-복지통합사례관리필요사례관리& 지역케어펀드(건보공단조성)

2) 세부추진계획 ③-2: 커뮤니티케어 지역단위 서비스 개발

□ (실행전략① 탈시설, 탈원화 정책 마련) 급성기 병원 및 요양병원에서 지역사회로

- 급성기 병원 및 요양병원의 부적절 입원, 장기 입원, 퇴원 지원 및 연계를 강화할 수 있는 보수지불 방식의 도입. 입원 적절성에 대한 평가(의료적 필요도, 간호적 필요도 등),
- 환자의 기능회복, 조기 퇴원, 퇴원 후 연계 협력 비율 등을 고려한 수가체계, 의료기관의 평가체계의 도입이 필요함. 현재 회복기 재활병원의 시범사업의 효과 평가를 고려하여 설계함.

※ 위의 내용은 의료기관 기능정립, 의료전달체계에서 방향 및 전략 논의 필요.

□ (실행전략② 재택 및 방문의료 체계 개발) 재택의료 공급자 및 제공체계 개발

- (재택의료 기반 구축을 위한 서비스 개발) 일차의료기관을 포함한 다양한 지역케어를 위한 서비스 제공이 필요함. 노인을 대상으로 한 방문의료, 가정간호, 방문간호, 방문재활, 방문교육 및 상담 등 의료의 영역이 필요함. 재가요양 및 생활지원과 관련된 요양 서비스와 의료적 서비스의 연계를 어떻게 설정할 것인지 서비스 공급체계 개발 필요, 복지 서비스와의 조정을 같이 다루어야 함. 다양 서비스를 어떤 기전으로 어떻게 조정, 연계할 것인지 제시되어야 함. 건강보험, 장기요양보험, 지자체 복지 및 보건과의 연계, 조정 기전 필요함.
- (의료기관 연계 협력을 위한 수가신설) 의료기관간의 연계 협력을 위한 수가 신설 필요함. 지역병원과 의원의 협력, 의원간 협력, 의원과 보건기관의 협력을 위한 수가가 신설이 필요함.
- (의료기관과 보건의료복지서비스 연계를 위한 수가신설) 의료기관 및 다양한 보건의료복지 서비스의 연계를 강화하기 위한 수가 필요함. 방문간호 수가, 방문재활 수가, 장기요양기관 지도방문 수가, 장기요양환자의 재가급여 관련 수かも 필요함. 의료 및 복지, 생활지원 연계 서비스 등에 대한 수가 신설도 고려해야 함.

□ (실행전략③ 일차의료와 커뮤니티케어 연계)

- 지역사회 노인의 건강 및 질병관리. 일차의료 만성질환관리의 영역과 연계하여 일차 의료기관 중심의 질병관리. 노인을 대상으로 한 다른 의료정책과 연계 필요함. 노인 주치의, 노인의 다약제 복용 등. 고혈압 및 당뇨 관리 이외에 천식, 만성폐쇄성폐질환, 골관절염 및 요통 등 다양한 질병을 대상으로 만성질환 관리 영역을 늘리는 것을 고려해야 함.

□ (실행전략④ 장기요양보험과 커뮤니티케어 연계)

- 노인 일반을 대상으로 한 의료, 복지, 생활지원 서비스의 커뮤니티케어를 고려한다면 장기요양보험과의 관계를 고려해야 함. 현재 ‘커뮤니티케어 추진단’과 ‘장기요양보험 기본계획’에서는 이에 대한 기본 방향은 제시되었으나 구체적인 실행 방안은 미흡함.
- 지역사회 돌봄(Community Care)에 기반한 장기요양서비스 이용을 위한 치매안심센터, 희망복지지원단 등 지역 내 다양한 돌봄 자원과 연계한 지역사회 중심의 통합적 장기요양서비스 이용체계로 전환. 공단 ‘케어조정자’와 재가기관 ‘사례관리자’가 연계하여 수급자 욕구에 기초한 개별 케어플랜 작성 및 사례관리 수행. 공단 케어조정자, 기관 사례관리자가 월 1회 이상 사례관리 회의 개최

3) 세부추진계획 ③-3: 지역기반 건강보험 및 요양보험 급여체계 개선

□ (실행전략① 요양보험 급여 체계 개선)

○ 요양보험과 건강보험의 관계 설정이 필요함. 현재 자유롭게 양쪽의 보험체계를 이용하는 것에 대한 제한을 고려할 필요가 있음. 장기요양 등급 4, 5등급 판정을 받은 대상자가 요양병원을 이용하는 것에 대한 기준 설정 필요함.

○ 시설 중심의 요양급여가 아닌 지역사회 중심, 재가 중심의 급여 개발 필요함. 요양급여 등급 판정 기준, 이용 가능한 서비스 다양화, 재가 서비스의 질적 수준 및 공급자 활성화 방안, 본인부담금 등에 대한 전반적인 검토가 필요함

※ 위의 내용은 의료-요양 분과 검토 논의 필요.

□ (실행전략② 재택의료 급여 개발)

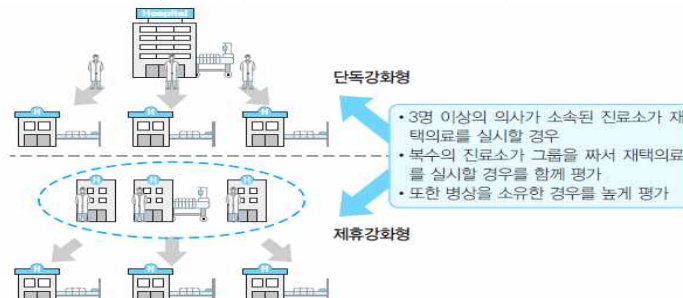
○ 재택의료, 커뮤니티케어를 위한 건강보험 수가 개발 및 개정 필요함. 다양한 수가를 신설해야 함. 또한 기관간의 연계 협력을 위한 수가를 신설해야 함.

○ 진료실 중심의 수가에서 재택 및 시설을 방문하여 환자 진료가 가능하도록 재정적 동기 부여 필요함. 현재의 개원의, 일차의료의 수가체계에 대한 검토 필요함. 단순히 몇가지 수가 개발로 되지는 않을 것임. 현재의 단독개원으로 재택의료, 방문진료를 하기는 어려움. 의료공급자에게 중장기적인 제도 개선의 방향을 제시하고, 단독개원에서 공동개원, 집단개원의 방식, 의료기관간의 연계 방식으로 전환을 유도해야 함.

해외사례: 일본의 재택의료

- 2014년 4월 진료보수개정에서 급성기 후의 수용처가 되는 [지역포괄 케어병동]의 창설 그리고 재택의료의 충실강화임.
- 재택의료에 관련된 항목으로서는 기능강화형 재택요양 지원진료소, 병원(強化型在宅診療, 在支病)의 실적요건의 인상임.
- 기능강화형 재택요양 지원진료소, 병원이란 2010년 진료보수개정으로 신설.
- 요건은 ① 재택医료를 담당하는 상근의사 3명 이상, ② 과거 1년간의 응급왕진의 실적 5건 이상, ③ 연간 재택 임종 실적이 2건 동시에 이 요건을 단독으로도 만족시키는 단독강화형과 단독으로는 만족시키지 못하지만 복수의 의료기관이 연계해 만족시킬 수 있었을 경우 인정하는 연계강화형 두 유형을 마련.
- 2014년 개정에서는 이 강화형 재택진료소, 재택병원의 실적요건을 인상. 구체적으로는 상근의사 3명 이상의 인원요건은 바뀌지 않았지만 연간 응급 왕진 실적에서는 5건이 10건으로, 연간 재택임종간호 실적이 2건에서 4건으로 난이도를 높였음⁷⁰⁾.

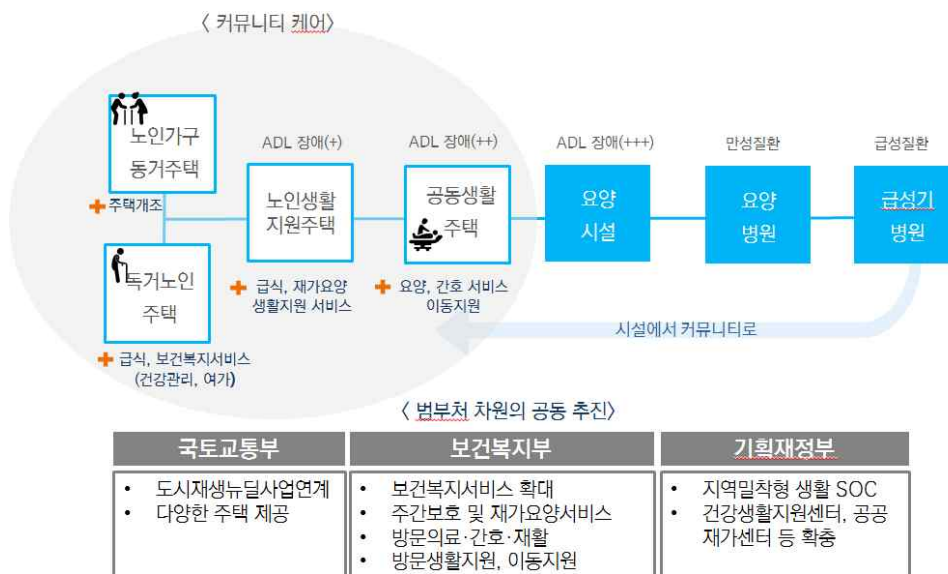
[기능을 강화한 재택요양 지원진료소/병원 이미지(개정 후)]



4) 세부추진계획 ③-4: 관련 인프라 구축

□ (실행전략① 시설 및 공급자 인프라)

- 필요한 시설의 유형, 양적 수준, 공급자, 소비자, 시장
- 고령화 사회에서는 주거 양식의 변화가 필요함. 노인 및 중간 거주시설과 같은 인프라 개발 필요. 보건의료 영역 이외의 주택 관련된 다양한 주거 양식, 공동 식생활, 문화 및 연가, 지역개발, 생활 SOC 개발 등과 관련된 영역에 대한 제안이 필요함.
- 커뮤니티케어를 위해서는 다양한 보건의료복지 시설이 필요함. 보건의료의 서비스 제공이 필요한 지역밀착형 지역병원 입원시설, 의료 및 간호 서비스가 제공되는 중간거주시설, 단기간의 입원, 입소 가능한 의원급 입원시설, 통소 가능한 데이케어센터, 이송 및 이동 지원을 위한 교통 시설, 다양한 서비스 공급자간의 커뮤니케이션을 위한 정보 인프라



자료 : 김승연, 2018

- 공적연금취약으로 유료서비스 주거개발미흡 및 개발 기반 취약
- 다양한 커뮤니티케어 시설 정의, 필요한 시설의 유형, 양적 수준, 시설 설립 기준, 시설의 관리 주체, 설립 허가 및 신고 가능한 공급자, 공공 공급자 또는 민간 공급자, 필요한 인력 기준, 유형, 인력의 생산, 배치, 지속 가능성, 운영에 대한 자원 조달 방안.
- 이용자의 기준, 대상 지역 범위 설정의 필요성(기초지자체 단위, 소생활권 단위), 이용자 부

70) 이건설 등. 일본의 의료보험-개호보험 개혁, 2025년을 향한 카운트다운. 모토 마사키 저, 계축문화사, 2017. 95-97.

담 수준, 개인 부담, 지자체 세금 부담, 보험 재정 부담 등

□ (실행전략② 지역단위 거버넌스구축)

- 지역기반의료-요양-보건-복지-주거등 협의구조 있으나(지역사회보장협의체), 커뮤니티케어 위한 시스템적 유기적 협의 연계구조로 작동하기 위해서는 구조 및 기능 재편 또는 새로운 협의 구조 필요
- 의료, 보건, 복지, 돌봄, 시설 등 협력, 조정체계 구축. 행정적 접근, 지자체의 재정적, 행정적 책임성, 보험 및 국비, 지방비의 조성 및 배분, 지역 수요 및 공급 조달 체계.
- (시군구 및 보건소) 지역 내 커뮤니티 서비스 제공의 컨트롤 타워. 커뮤니티 케어 기획평가, 건강생활지원센터와 재가요양센터 연계



자료 : 김윤, 김승연. 2018

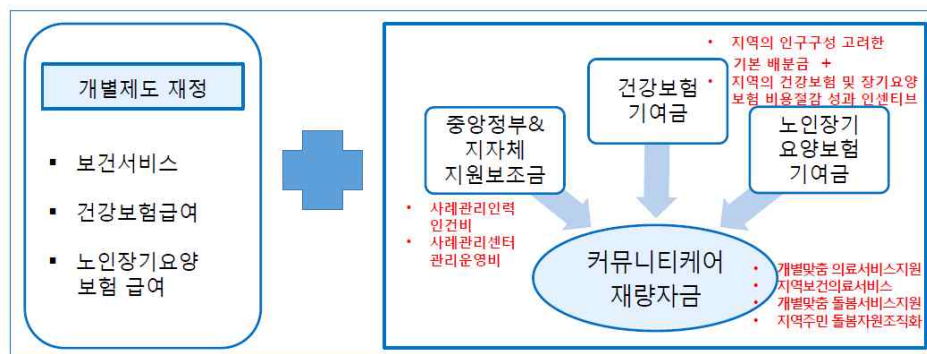
- 지역에서 다직종 연계를 위한 체계 지원. 의료, 복지, 보건 등의 연계 활성화 방안. 지자체가 중심이 되어 추진하는 협의체, 의사회 주도의 다직종연계추진협의회, 지역내 사회복지가, 간호사, 영양사, 물리치료사, 작업치료사 등 다양한 전문직종 참여를 위한 기전 개발

□ (실행전략③ 지역단위 재정적 책임성 확보 및 장기요양보험에서 지자체의 역할 재정립)

- 지역단위, 기초자치단체에게 커뮤니티케어에 대한 행정적, 재정적 책임성을 부여하는 방안. 지자체 입장에서 커뮤니티케어를 통한 재정 절감, 서비스 공급 조정, 일자리 창출 등을 할 수 있는 기전 필요. 현재 기전으로는 지자체의 책임성 전혀 없음. 지자체가 공적 책임성을 담보하면서 커뮤니티케어의 공급 조정을 할 재정적 기전 없음.
- 저소득층, 수급자 중심의 지자체 책임성을 노인 전체에 대한 책임성으로 강화해야 함. 이를

이해서는 건강보험, 장기요양보험에 대한 지자체 책임성을 부여하는 것 필요함. 노인 인구, 의료이용 등을 고려한 지자체별 커뮤니티케어 기금을 배분, 국비 및 지방비로 지원되는 보건 및 복지 예산과의 조정을 통해 효율적 지역 돌봄 서비스 공급할 수 있도록 재원 기전 개발 필요. 관련 법 개정.

- 커뮤니티케어 재원은 고유한 개별제도 재정에 더하여 커뮤니티케어로 인한 비용절약분에 기반한 건강보험 및 노인장기요양보험의 기여금과 중앙정부 및 지자체 지원 보조금을 합한 커뮤니티케어 재량자금으로구성⁷¹⁾



자료: 석재은, 2018.

- (장기요양보험과 지자체의 책임성) 커뮤니티케어를 위해서는 장기요양보험에서 지자체의 역할을 새롭게 설정할 필요가 있음. 장기요양대상자의 등급판정뿐 아니라 실제적인 재정, 운영, 성과 평가 등의 책임을 부여해야 함.
- － 장기요양보험에서 지자체의 역할 책임 강화 필요함. 장기요양보험에서 가장 문제가 되고 있는 것은, 누가 무엇을 하고, 이것들을 누가 총괄하여 조정할 것인지가 체계적으로 정립되어 있지 않다는 것이 제기됨. 장기요양보험은 건강보험공단의 시·군·구 지사에서 관할하는 것으로 결정되었으나, 현재까지 건강보험공단과 지방자치단체 간에 체계적인 역할분담과 연계가 이루어지지 못하고 있음. 각 기관에 적절한 책임과 권한이 부여되지 못하여 제대로 기능을 발휘하지 못하는 결과를 초래하고 있음⁷²⁾.

□ (실행전략④ 부문간 연계방안 도출)

- 의료와 장기요양 영역이 완전분리되어 운영되며, 연계되지 않음. 장기요양에서 방문간호, 촉탁의 등 의료서비스는 취약. 장기요양 서비스 공급체계도 개인 민간기관의 점유율이 압도적 (재가는 80% 이상)으로 기관 생존에 급급

71) 석재은, 커뮤니티케어 목표와 전략, 2018

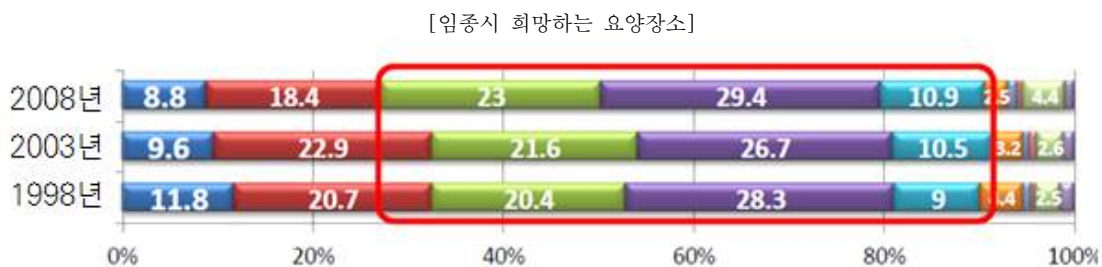
72) 윤희숙, 박능후 등. 노인장기요양보험제도의 문제점과 개선방안. KDI FOCUS 2010년 3월 11일 통권 제3호`

- 급성기 병원과 지역사회, 만성기 병원과 지역사회, 요양 시설과 지역사회, 보건과 의료, 복지와 의료의 연계 방안. 다양한 공급자들이 스스로 연계를 할 수 있는 방식, 공급자간의 상호 서비스 구매 및 경쟁.
- Care Group과 같은 중간 조직을 통한 서비스의 조정, 연계 기전 개발 필요. 행정적 권한과 역량에 기초함. 기초 단위에 필요한 커뮤니티 서비스의 (중간)구매자, 조정자(care coordination), 공급자(재택의료, 재택간호, 재택재활 등과 재가생활지원 서비스) 역할을 할 수 있게 함.

□ (실행전략⑤ 연구개발)

○ 수요 조사

- 병원 및 시설 대상 : 의료적 요구도, 사회적 입원 및 커뮤니티케어(지역사회 돌봄) 요구도, 지역복귀 장애요인. 노인요양시설, 노인요양공동생활가정 및 전국 종합병원, 병원, 요양병원 대상.
- 지자체 및 지역 거주 노인 대상 : 지역사회 거주 노인 및 장애인 대상, 일반 주민 대상, 커뮤니티케어(지역사회 돌봄) 요구도, 장애 요인
- 일본재택의료 국민요구 조사: 임종기의 경우 60% 이상의 국민이 “자택에서 요양하고 싶다”는 입장이며, 요개호상태가 되어도, 자택이나 아이·친족의 집에서 개호를 희망하는 사람이 40%임. 정든 환경에서 되도록 오래 지낼 수 있도록, 또 바라는 사람은 자택에서의 돌봄이 선택사항이 되도록 재택 의료를 추진해 갈 필요가 있음.⁷³⁾

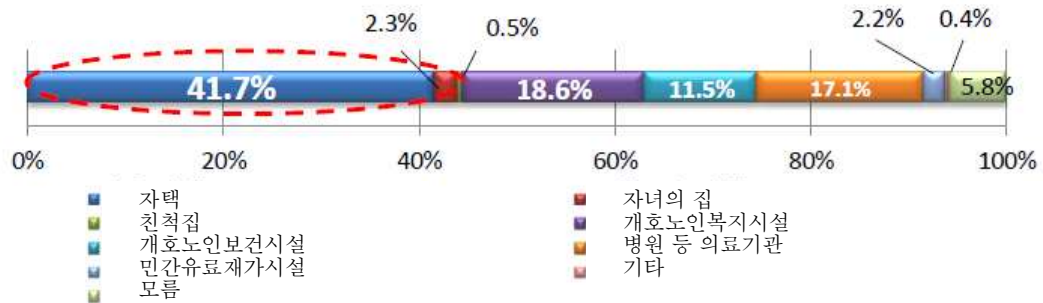


자료: 終末期医療に関する調査⁷³⁾

73) 厚生労働省医政局指導課 在宅医療推進室. 在宅医療の最近の動向.

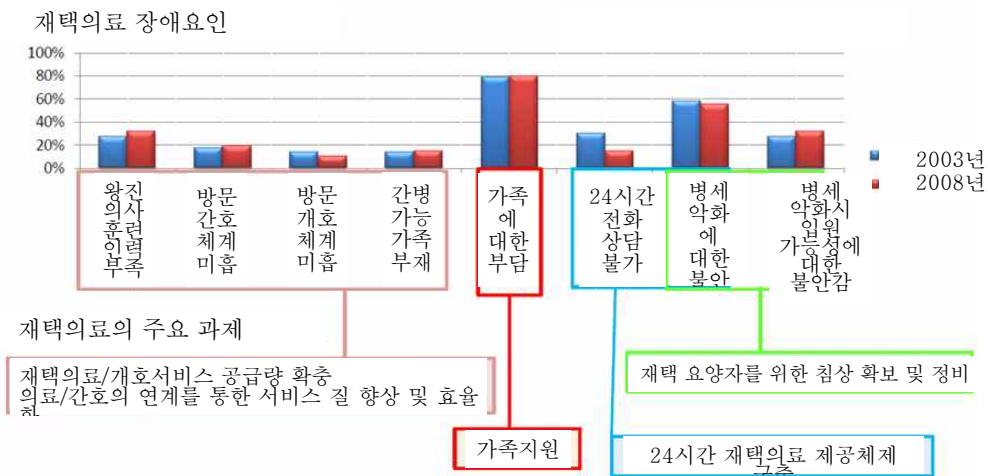
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/h24_0711_01.pdf

[희망 요양장소]



자료: 高齢者の健康に関する意識調査 '平成19年度内閣府'

- 일본 재택의료 장애요인 조사: 1) 왕진해주는 의사가 없음. 방문간호체제가 정비되어 있지 않음. 2) 개호해 주는 가족이 부담이 큼. 3) 24시간 상담에 응해주는 곳이 없음. 상황이 급변했을 때, 또는 불안 상황 시 바로 입원가능할지가 불안함.
- 대책: 1) 재택 의료·간호 서비스 공급량 확충 / 의료·간호 제휴에 의한 서비스의 질 향상 및 효율화. 2) 가족 지원. 3) 24시간 동안 재택 의료 서비스 체제 구축 / 재택 요양자의 후방 침대의 확보·정비.



자료: 終末期医療に関する調査 '

○ 인프라 확충 계획 수립

- 의료, 간호, 요양, 돌봄, 주거 등의 필요한 서비스 대상자, 서비스 유형, 필요한 서비스의 우선 순위, 공급 방식(민간 및 공공) 등 인프라 확충 방안에 대한 연구 개발이 필요함
- 지역친화형, 미래 주택 및 시설 환경 모델이 제시 필요함. 고령 친화 주택(일반 노인 그룹홈, 치매노인 그룹홈, 장애인 그룹홈 등), 주거시설(데이케어, 단기입소 등)의 표준 모델

개발과 기존 시설(병원, 요양시설 등) 리모델링 표준 모델이 필요함. 이동불편 노인, 환자, 장애인 등 이동 차량(신규 모형 및 시설 개조 모형) 개발과 커뮤니케이션 관련 각종 장비, 설비, 비품, 노인 안전 및 이동 모니터링 장비 등에 대한 연구 개발.

〈표 2-1-17〉 제목 대상별 서비스 종류

| | 서비스 종류 |
|---------|-----------------------------------------------|
| 입소 및 거주 | 지역사회 보건, 복지시설, 치매 공동주거 시설, 노인 그룹홈, 장애인 공동시설 등 |
| 단기체류 | 단기 입원, 입소 가능한 보건, 의료, 복지 시설, |
| 데이케어 | 회복지 재활, 허약 노인, 치매 노인, 장애인 및 정신질환자 등 |
| 재가 | 방문의료, 방문간호, 방문재활, 방문간병, 방문요양, 방문생활지원 등 |

자료: 이진세, 2018.

○ 전문 인력 양성 및 수급

- 의료, 간호, 요양, 돌봄, 주거 등의 다학제 전문지식을 갖춘 전문인력 양성 필요함.
- 병원의 퇴원 지원 계획, 지역사회 통합적 돌봄 서비스 조정 등 케어매니저(care manager) 역할 및 법적 권한, 교육·양성, 제공 주체(지자체 주도형, 공공형, 민관 협력형 등), 역할 범위(종합적 욕구 사정, 서비스 결정, 평가 등), 법적 권한의 수준 등에 대한 인력 개발 계획 필요함.

라. 연도별 추진일정

〈표 2-1-18〉 의료체계분과: ④ 의료-복지 연계: 커뮤니티케어: 연도별 추진일정

| 구분 | '19년 | '20년 | '21년 | '22년 | '23년 | '30년 |
|------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| ① 사업추진체계 및 제도화 방안 | | | | | | |
| ○ 지역밀착형 보건의료-요양-생활 지원서비스 체계 구축 | | | | | | |
| ○ 커뮤니티케어 대상의 구체화 | | | | | | |
| ○ 시범사업 수행 | | | | | | |
| ② 커뮤니티케어 지역단위 서비스 개발 | | | | | | |
| ○ 탈시설, 탈원화 정책 마련 | | | | | | |
| ○ 재택 및 방문의료 체계 개발 | | | | | | |
| ○ 일차의료와 커뮤니티 연계 | | | | | | |
| ③ 지역기반 건강보험 및 요양보험 급여체계 개선 | | | | | | |
| ○ 요양보험 급여체계 개선 | | | | | | |
| ○ 재택의료 급여 개발 | | | | | | |
| ④ 관련 인프라 구축 | | | | | | |
| ○ 시설 및 공급자 인프라 | | | | | | |
| ○ 지역단위 거버넌스 구축 | | | | | | |
| ○ 지역단위 재정적 책임성 확보 및 장기요양보험에서 지자체의 역할 재정립 | | | | | | |
| ○ 부문간 연계방안 도출 | | | | | | |

마. 참고문헌

- 김승연. 해외사례와의 비교를 통한 한국형 커뮤니티케어 개념정립 및 추진방향, 2018. 보건복지부.
- 석재은, 커뮤니티케어 목표와 전략. 세미나자료, 미발표. 2018.
- 이건세, 지역사회통합돌봄 위해 의료-보건-복지 철저히 준비해야. 복지저널 124호. 2018.
- 임준. 커뮤니티케어를 위한 예산 수립 방안. 세미나 발표 자료. 2018.
- 송영진. 재활의료기관 지정사업에서 작업치료 현황과 개선방안. ‘재활 난민과 사회복귀 무엇이 필요한가’ 국회 토론회. 2018
- 박인선. 재활환자의 사회복귀, 무엇이 문제인가? 한국형 회복기 재활의료기관 모델. ‘재활 난민과 사회복귀 무엇이 필요한가’ 국회 토론회. 2018
- 厚生労働省医政局指導課 在宅医療推進室. 在宅医療の最近の動向.

제5절 추진방향 ④: 동네의원 중심 포괄적 만성질환 관리⁷⁴⁾

가. 추진배경 및 주요 문제의식

□ (문제^의식① 일차의료중심 만성질환관리의 취약) 부적절한 일차의료체계로 인하여 만성질환 관리가 취약한 실정임.

○ (만성질환자의 낮은 인지율, 치료율, 조절율) 고혈압 환자의 경우 인지율, 치료율, 조절율이 향상되지 못하고 대체로 정체수준을 보이고 있음.

－ 고혈압인지율은 '07-'09년에 61.6%(남자), 70.3%(여자)이었으나 '13-'15년에 61.9%(남자), 65.9%(여자)로 감소 또는 정체수준에 머물러 있음.

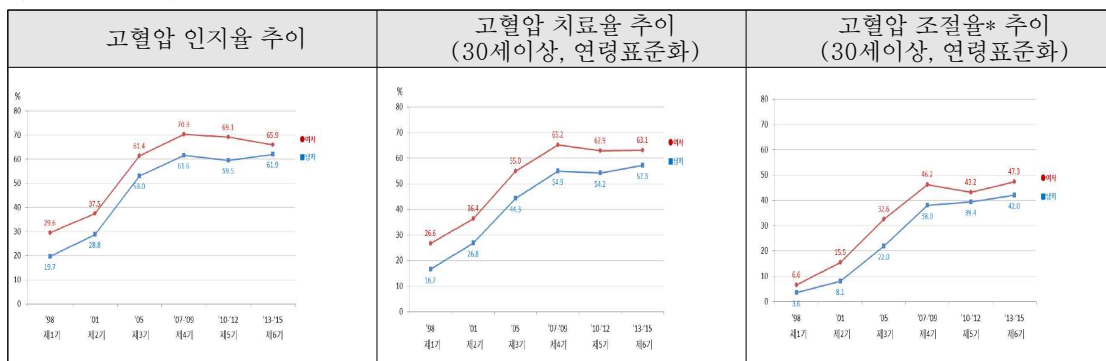
－ 고혈압치료율은 '07-'09년에 54.6%(남자), 65.2%(여자) → '13-'15년에 57.3%(남자), 63.1%(여자)로, 남성을 다소 증가하였으나 여성은 감소.

－ 고혈압조절율은 '07-'09년에 38.0%(남자), 46.2%(여자) → '13-'15년에 42.0%(남자), 47.3%(여자)으로, 대체로 낮은 수준임.

○ 일차의료의 만성질환 관리 취약 사유: 만성질환관리 필요한 자가관리 또는 지역사회 자원활용에 대한 지원 부족. 만성질환관리를 위한 상담 및 교육에 대한 수가 수준은 취약한 반면 검사와 치료에 대한 수가는 상대적으로 높음. 이로 인해 자가관리를 위한 대응보다는 검사 위주로 만성질환 관리가 진행되고 있는 실정임.

○ 만성질환관리율이 높지 않은 실정에도 불구하고 국민1인당 진료횟수 및 의사 1인당 진료횟수는 OECD 중 가장 높은 것으로 나타남.

[그림 2-1-16] 고혈압 인지율, 치료율, 조절율 추이



주: * 유병자를 대상으로 함.

인지율: 유병자 중 의사로부터 고혈압 진단을 받은 사람의 분율

치료율: 유병자 중 고혈압치료제를 한달에 20일 이상 복용한 사람의 분율

조절율: 유병자 중 수축기 혈압 <140mmHg & 이완기 혈압 <90mmHg인 사람의 분율

자료: 2017년 국민건강영양조사 및 청소년 건강행태 온라인 조사 결과 발표회 자료

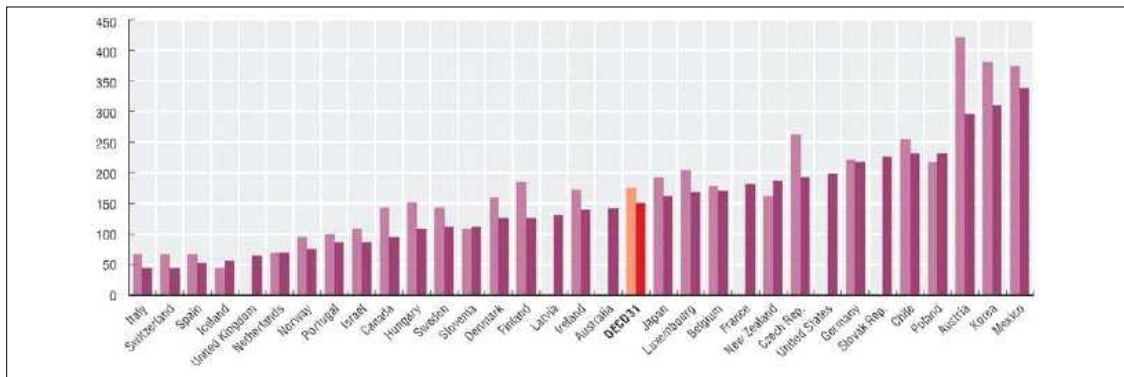
74) 작성자: 정영호·고숙자

□ (문제의식② 불필요한 응급실 방문 또는 일차의료에서 예방가능한 입원 및 외래이용 발생) 진료의 연계 또는 지역에서의 치료 지속성이 원활히 이루어지지 않아, 일차의료에서 조절 가능한 만성질환으로 인한 입원율이 OECD국가 중에 매우 높음.

○ 일차의료의 만성질환관리 역량을 나타내는 당뇨병, 고혈압, 천식, 만성 폐쇄성 폐질환 으로 인한 입원율은 매우 높게 나타남.

○ 일차의료를 통하여 조절 가능한 만성질환인 당뇨병으로 인한 입원율의 경우, 우리나라는 인구 10만명당 310.7명으로, OECD 평균인 인구 10만명당 149.8명에 비해 매우 높음.

[그림 2-1-17] 당뇨병으로 인한 OECD 국가별 인구 10만명당 입원율



주: 성-연령 표준화한 인구10만명당 입원율, (연한색: 2008년, 진한색: 2013년기준)

자료: OECD(2015)

□ (문제의식③ 고령화 및 질병구조 변화로 인한 병원 완결형 ⇨ 지역 완결형으로 전환 필요)

○ (개별행위 수가체제로 인한 만성질환관리체계 도입의 제한) 행위별수가제로 인한 시스템은 공급자 간의 경쟁구도를 심화시켜, 만성질환관리와 같은 서비스 공급자 간의 협조가 필요한 영역에서 협력과 조정을 저해하는 효과를 지님.

○ 만성질환자의 건강관리를 위해서는 포괄적인 서비스가 유기적으로 연계되어야 하나, 분절된 서비스로 제공되면서 합병증 발생률이 높고 예방가능한 입원이 높음.

○ 만성질환자들은 동네의원보다는 오히려 더 자세한 검사를 받을 수 있는 대형병원을 선호하는 경향이 커졌고, 의원의 의사들은 가능한 짧은 시간에 많은 환자를 봐야 하는 환경에 노출되어 있음.

○ (OECD의 일차의료에 대한 권고 및 일차의료에 대한 외국동향) 우리나라는 OECD 보고서에도 지적하였듯이 일차의료 체계 구축이 미흡하여, 효과적인 만성질환 예방 전략을 위해서는 일차의료체계 개발이 요구되고 있음(OECD, 2015).

- 외국동향을 살펴보면, 일차의료 의사수련 제도의 정착, 다학제 팀 진료와 그룹진료 증가,

의뢰체계 또는 주치의제도 도입, 행위별수가제뿐만 아니라 환자당 정액제 또는 성과급제 등을 혼합한 지불제도 확산, 만성질환 관리에 있어서의 간호사 역할의 증가를 공통적으로 관찰할 수 있음.

□ (문제의식④ 만성질환으로 인한 건강보험재정 부담 증대) 인구고령화에 따라 만성질환자 수는 건강보험 적용인구의 약 33.1%(2016년기준)에 해당되며, 만성질환 치료에 따른 지난 10년간 진료비의 연평균 증가율은 10.7%에 해당됨(국민건강보험공단, 2017).

○ 65세이상 1인당 월평균 진료비 증가율은 약 11.1%이며, 2016년 기준 만성질환 진료비 중에 고혈압 치료에 지출된 진료비는 약 11.6%이며, 당뇨병 치료에 지출된 진료비는 약 7.8%임.

〈표 2-1-19〉 65세이상 적용인구 및 진료비 지출 현황

(단위: 천명, 억원, 원, %)

| 구분 | | 2014 | 2015 | 2016 | 증감율(%) |
|------------------|--------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------|
| 적용인구 (천명) | 전체 | 50,316 | 50,490 | 50,763 | 0.5 |
| | 65세이상 (%) | 6,005 (11.9) | 6,223 (12.3) | 6,445 (12.7) | 3.6 |
| 진료비 (억원) | 전체 | 543,170 | 579,546 | 645,768 | 11.4 |
| | 65세이상 (%) | 197,417 (36.3) | 218,023 (37.6) | 250,187 (38.7) | 14.8 |
| 1인당월평균진료비 (원) | 전체 | 90,248 | 95,759 | 106,286 | 11.0 |
| | 65세이상 | 279,648 | 295,759 | 328,599 | 11.1 |

자료: 국민건강보험공단(2017)

〈표 2-1-20〉 주요 만성질환의 진료비 추이: 2006년-2016년

(단위: 억원, %)

| 구분 | 2006 | 2010 | 2014 | 2015 | 2016 (만성질환 전체에서의 비중) | 10년 연평균증가율 |
|---------|--------|---------|---------|---------|-------------------------|---------------|
| 고혈압 | 14,851 | 24,904 | 27,411 | 28,515 | 30,179 (11.6) | 7.3 |
| 당뇨병 | 8,101 | 13,516 | 16,778 | 18,162 | 20,423 (7.8) | 9.7 |
| 심장질환 | 8,051 | 12,924 | 16,428 | 17,971 | 20,651 (7.9) | 5.3 |
| 뇌혈관질환 | 8,548 | 16,086 | 21,646 | 23,798 | 25,266 (9.7) | 9.9 |
| 신경계질환 | 4,529 | 10,038 | 15,326 | 16,725 | 19,680 (7.6) | 11.4 |
| 악성신생물 | 20,558 | 38,055 | 48,050 | 51,854 | 59,355 (22.8) | 15.8 |
| 계(만성질환) | 94,278 | 168,229 | 216,892 | 233,846 | 260,603 (100.0) | 10.7 |

자료: 국민건강보험공단(2017)

나. 정책 상황 분석

□ (정책 성과 ①) 의료제공체계의 문제점을 지적하고 수많은 논의 과정을 거치고 있음.

○ 2011년에 의료기관 기능재정립 기본계획을 수립하고 의료기관의 종별 기능에 따른 체계적 의료이용을 유도하기 위해 노력하고 있음.

- 최근 일차의료를 정착시키기 위해서 만성질환관리제도, 고혈압·당뇨사업, 지역사회일차의료시범사업 등이 수행되었으며, 일차의료의 중요 속성인 ‘지속성’의 문제를 갖기 위한 노력 중이고, 다소간의 긍정적인 효과를 보이고 있기는 하지만 일부 만성질환에 한정하고 있다는 단점이 있음.

우리나라 의료제공체계 논의 과정

- ▶ 1977년 의료보험의 도입으로, 대상범위가 확대되면서 의료수요 증가, 대규모 의료기관의 환자집중현상이 나타나면서 의료제공체계에 대한 논의가 본격화되기 시작
 - 의협(제1차 의료전달체계 안): 병원은 입원중심진료, 의원은 외래중심진료를 하며, 의원과 병원간 환자의뢰체계를 확립하여 기능분담을 하는 등을 주요 내용을 담음(최성두 1996, 의료전달체계에 관한 정책설계의 통제 불가능 요인, 한국행정학보 30권1호)
 - 정부(안): 13개 대진료권, 112개 중진료권으로 나눈 후, 진료권에 소속된 의료기관을 1,2,3차 의료기관으로 구분함(최성두, 1996).
- ▶ 1989년 전국민의료보험 확대실시와 더불어 의료기관의 기능구분, 단계적 진료체계의 확립, 환자의뢰체계 도입 등을 통한 의료지속성 확보 및 적정 진료 보장을 위해 의료전달체계 도입
 - 진료권 설정 및 운영: 1차 진료(중진료권, 시군단위)의 경우 중진료권 내의 1차 의료기관이용, 2차 또는 3차 진료(대진료권, 도단위)의 경우 1차 의료기관의 진료의뢰서 발행에 따른 이용.
- ▶ 1998년 진료권제도 폐지: 상급종합병원을 제외한 요양기관에서는 진퇴의뢰서 없이도 이용 가능
- ▶ 의료기관 기능재정립 기본계획(2011.3.17. 보도자료)
 - 목적: 의료기관의 종별 기능을 명확히 하고, 종별 기능에 따른 체계적 의료이용을 유도하고자 함.
 - 의원은 외래, 병원은 입원, 대형병원은 중증질환과 연구중심으로 특화
- ▶ 의료전달체계 개선 협의체 운영(2016~2018)

〈표 2-1-21〉 일차의료·만성질환관리 정책 연혁

- 2000 고혈압·당뇨병 예방관리 시범사업 (일부 보건소)
- 2003 보건소 고혈압·당뇨병 예방관리사업 확대(전국)
- 2004 보건소 만성질환 관리사업 지원을 위한 광역자치단체사업 (6개)
- 2006 보건소 만성질환 관리사업 지원을 위한 광역자치단체사업 확대(전국)
- 보건소 비만클리닉 시범사업 (5개소)
- 2007 보건소 비만클리닉 시범사업 확대(10개소)
- 2007.9 심뇌혈관질환 고위험군(고혈압, 당뇨병) 등록관리 시범사업 (대구광역시)
- 아토피·천식 안심학교 시범사업(2개 시군구)
- 2008.4 보건소 아토피·천식 예방관리사업 (5개소)
- 아토피·천식 안심학교 시범사업 확대(18개교)
- 2008.11 권역심뇌혈관질환센터 설치·운영(3개소 : 강원, 대구·경북, 제주)
- 2009.2 보건소 아토피·천식 예방관리사업 확대(42개소)
- 2009.3 권역심뇌혈관질환센터 설치·운영(3개소 : 충북, 광주·전남, 경상)
- 인천시 만성질환 건강포인트 시범사업
- 2009.7 심뇌혈관질환 고위험군(고혈압, 당뇨병) 등록관리 시범사업 (광명시)
- 2010.10 심뇌혈관질환 고위험군(고혈압, 당뇨병) 등록관리 시범사업 (남양주시(10.26~), 하남시(11.1~), 안산시(11.15~))
- 2012.1 보건소 고혈압·당뇨병 등록·관리 사업 (25개 보건소)
- 2012.4 의원급 만성질환관리제
- 2014~16 지역사회 일차의료 시범사업 (서울 중랑구, 강원 원주시, 전북 전주시, 무주군)
- 2015~17 웰니스케어 비만·건강관리 시범사업 (병원 등 민간 기관)
- 2016.9~17.2 보건소 모바일 헬스케어 시범사업 (10개소)
- 2016.9~ 만성질환관리 수가 시범사업

- (정책 성과 ② 급성기 치료의 재원일수 감소) 급성기 치료에 대한 불필요한 입원을 감소시키기 위한 제도를 도입한 결과, 급성기 치료의 재원일수가 점차 감소하고 있음.

〈표 2-1-22〉 급성기 치료의 연평균 재원일수 추이: 2013년~2017년

(단위: 일수)

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 재원일수 | 10.0 | 10.1 | 9.2 | 8.9 | 7.6 | 7.5 | 7.3 |

주: * 재활치료, 장기요양, 완화의료는 제외한 급성기 치료(curative (acute) care).

자료: OECD Health Data, 2018

다. 세부실천목표

- 지역사회 중심의 포괄적 만성질환 관리 체계 구축

라. 세부 추진계획 및 실행전략

□ (실행전략① 일차의료 만성질환 관리 통합모형 개발)

- 일차의료기관을 중심으로 지역사회 자원과 연계하여 만성질환을 통합적으로 관리할 수 있는 서비스 및 제공체계 구축
- 만성질환에 대한 포괄적 의료서비스를 제공하고, 의원의 생활습관-의료이용 안내자(navigator) 기능 강화
 - 동네의원을 중심으로 환자를 지속관찰, 관리서비스를 제공하고 교육 및 상담 등을 통하여 만성질환을 효과적으로 관리
- 일차의료 만성질환관리 사업을 통합하고, 지역사회 만성질환 관리 요구에 대응
 - (만성질환관리 제공 체계) ①등록 → ②케어플랜수립 → ④환자관리(교육 포함: 의사 또는 케어코디네이터) → 점검 및 평가로 프로세스를 단순화하고, 환자관리 활동 강화
- (시범사업 수행 및 평가 방안 개발) 시범사업이 원활하게 수행되고 이를 토대로 보급화하기 위해서는 우선 일차의료 지원방안 모색이 필요
 - 지원: 케어코디네이터, 교육상담 인프라, 교육상담 콘텐츠, 사후 인센티브, 참여자 교육 등
- 일차의료 만성질환 관리의 세부 프로세스와 평가 방안을 개발하고 지역 거버넌스를 구축

지역사회 일차의료 시범사업 평가 (조비룡 등, 2017)

□ 지역사회 일차의료 시범사업은 최근 만성질환관리를 위해 상담교육에 중점을 둔 시범사업으로, 기존 사업과는 달리 만성질환 관리의 중추 역할을 하는 일차의료기관 의사의 역할을 제시하고, 질병 및 관리에 대한 교육을 통해 환자의 인지도를 향상시키는데 차별성을 두고 있으나 실제 사업이 환자 교육에만 치우쳐 있어, 만성질환관리를 위한 포괄적인 서비스를 제공할 수 있도록 개선이 필요한.

- 일차의료의사의 역할 부재
- 예방과 관리 강화가 아닌 치료 접근에만 치우친 만성질환 관리
- 일차의료와 지역사회 건강관리 서비스의 연계 부족, 자원의 단절적 활용
- 정부 주도의 사업 기획 및 추진
- 일차의료 기관과 공공보건서비스의 교류 부족
- 일차의료 정책의 일관성 부족, 비연속적 시범사업
- 지역 사회 수준, 인구 집단 단위의 사업 전략 부재
- 일차의료 중심의 보건의료 시스템 구축이라는 관점에서 현재까지의 정부 사업에서는 일차의료의 역할 미흡

□ (실행전략② 지역완결형 연계지원시스템 구축) 의뢰-회송체계 지원 시스템 구축, 의료서비스와 지역사회 자원의 연계

- 일차의료의 주된 역할 중 하나는 조정성(coordination)이라 할 수 있음. 일차의료 의사는 환자의 복합적 건강수준을 파악하고, 상급 병원 또는 다른 전문의에게 의뢰하는 역할을 가지고 있음. 또한 환자와 환자의 가족, 지역사회를 포괄하는 역할을 해야 함.
- 이를 위해서는 일차의료 의사가 의뢰-회송체계의 중심 역할을 하며, 지역자원과의 연계도 가능할 수 있는 지원시스템 마련이 필요.
- 또한 일차의료 의사를 방문한(또는 등록한) 환자를 대상으로 임상적으로 추적관리가 가능하도록 환자관리지원체계가 필요.
 - 부가적으로 행정적으로 이사를 간 경우에 관련 읍면동의 담당 일차의료 의사에게 임상자료가 전송될 수 있는 환자의 동의체계 구축

□ (실행전략③ 일차의료 중심 조정·통합 기능 강화 및 수가체계 개발)

- 만성질환관리를 위해 기본 진료행위와는 별도로 환자에게 체계적이고 구조화된 교육(표준화된 프로토콜)을 수행하며, 이를 토대로 다음과 같은 예방서비스 급여에 대한 수가체계를 개발
 - 만성질환 관리 대상 및 확대
 - 환자 대면을 통한 정기적인 만성질환 관리 및 치료 계획 수립
 - 교육 및 상담료
 - 환자사례관리료
 - 협력기관 간의 진료 의뢰-회송(수직적, 수평적 모두 포함)에 대한 조정연계 및 진료정보 교류수가

□ (실행전략④ 일차의료 전문인력의 일정 비율 유지 방안, 일차의료의 선택적 등록제 방안 등 마련)

- 중장기적으로 일차의료 전문인력이 과다 또는 과소의 지역간 편차가 발생하지 않도록 지역별로 일정비율을 유지할 수 있는 수가체계, 인센티브 방안을 마련
- 일차의료 의사의 등록제는 자발성 및 선택적으로 이루어져야 함. 다시 말해서, 지역사회에서 일차의료 의사에 대한 정보를 각 가정에게 송부하고, 지역주민은 본인의 선택을 기반으로 일차의사를 정하는 과정이 필요함.

- 지역주민은 선택한 일차의료 의사를 매년 1회 변경할 수 있도록 하며, 일차의사를 지정한 지역주민에 대해서는 의료정보의 비대칭성을 완화할 수 있는 정보 제공이 수반될 필요가 있음.
- 또한 주민의 일차의료 경험평가에 따라 일차의료 의사 인증을 재갱신하지 않는 패널티 등도 함께 고려될 필요가 있음.

□ (실행전략⑤ 일차의료 활성화를 위한 국가계획 수립) 법·제도를 통한 예방서비스 급여화 등 체계적 계획 수립

- (대상질환 확대) 일차의료 만성질환관리 사업 대상 질환을 확대*하고, 장기적으로 질환 단위를 벗어난 환자 중심 포괄적 관리 모형 개발·적용
 - (현재) 고혈압, 당뇨 → (향후) 만성폐쇄성폐질환 등
- 특정질환에 대해 교육상담료 등과 같은 예방서비스 급여화를 위한 시범사업을 준비하고 있으나, 일차의료 활성화를 위해서는 만성질환의 범위를 확대하고 예방서비스 항목 등에 대한 체계적인 국가 계획을 수립하여 실행할 필요 가있음.
- (일차의료 경험도 평가 모니터링 및 반영) 일차의료의 질적 수준을 고려하기 위한 평가 방안으로 환자의 일차의료 이용에 대한 경험도를 정기적으로 평가함으로써 국민의 일차의료 서비스에 대한 질 관리 수행
- (의원 기반 연구네트워크 지원) 지역사회 의 민간의료기관과 보건소가 지역주민의 건강증진에 기여할 수 있도록 프로그램을 개발하고, 지역사회의 전달체계 효율화를 위한 방안을 마련할 수 있도록 의원기반 연구네트워크를 지원.

□ (실행전략⑥ 일차의료 기능에 부합하는 의사 양성) 일차의료의 기능에 부합하는 의사 양성과정 개편 방안 검토

- 상급종합병원의 중증질환 중심 전문의 수련체계에서 벗어나, 지역 병·의원에서 포괄적 진료, 지역사회 의료 조정 등 경험 축적
 - (예) 수련병원의 전문과목별 순환 → 일정 기간 지역 병·의원 수련 등
 - ※ 일본: '14년 '지역포괄진료과' 및 '지역포괄진료가산', 종합진료의사 도입
- 종전 가정의학과를 포함, 일차의료 수련 등을 위한 (가칭)지역사회 수련병원 지정
 - * (가칭)지역사회수련병원의 진료기능은 동네의원과의 중복되지 않도록 설정

라. 연도별 추진일정

〈표 2-1-23〉 의료체계분과: ③ 의료-복지 연계: 동네의원 중심 포괄적 만성질환 관리: 연도별 추진일정

| 구분 | '19년 | '20년 | '21년 | '22년 | '23년 | '30년 |
|-------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| ❶ 동네의원 중심 포괄적 만성질환 관리 | | | | | | |
| ○ 일차의료 만성질환 관리 통합모형 개발 | | | | | | |
| ○ 지역완결형 연계지원시스템 구축 | | | | | | |
| ○ 일차의료 중심 조정 및 통합 기능 강화 및 수가체계 개발 | | | | | | |
| ○ 일차의료 전문인력의 일정 비율 유지 방안, 일차의료의 선택적 등록제 방안 등 마련 | | | | | | |
| ○ 일차의료 활성화를 위한 국가계획 수립 | | | | | | |
| ○ 일차의료 기능에 부합하는 의사 양성 | | | | | | |

제6절 추진방향 ⑤: 권역/지역 필수의료체계 구축⁷⁵⁾

가. 추진배경 및 주요 문제의식

□ (문제^의식① 생명과 직결된 필수의료 서비스 불충분) 응급·외상·심뇌혈관질환자, 고위험 산모·신생아, 어린이 중증질환자, 장애인 등에 대한 필수 의료서비스 공급이 불충분하고 지역격차가 발생하고 있음.

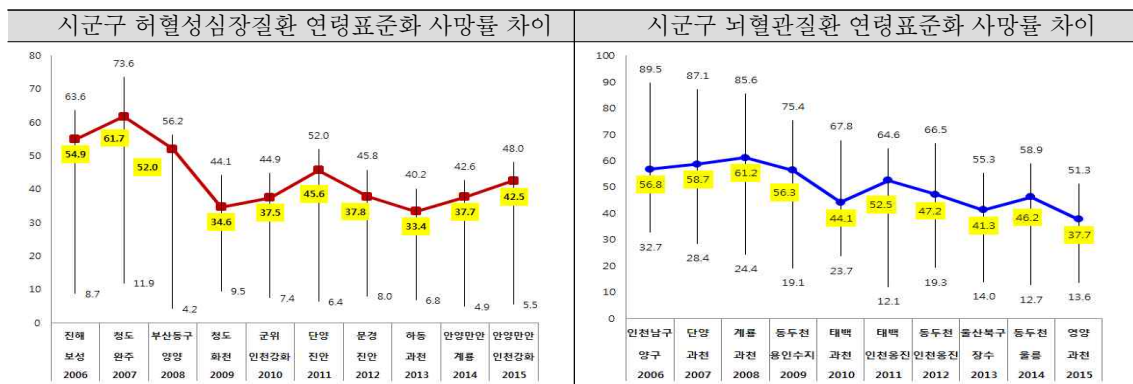
○ 응급·외상·심뇌혈관질환자에 대한 필수의료서비스 제공 인프라의 격차로 지역별 건강수준의 격차가 나타나고 있음.

－ 시군구 심뇌혈관질환 연령표준화 사망률 차이를 연도별로 살펴보면 그 차이가 크게 좁혀지지 않고 있음.

－ 급성심장정지 생존률 또한 지역 격차가 심화되고 있음.

[그림 2-1-18] 시·군·구 심뇌혈관질환 연령표준화 사망률 차이(2006-2015)

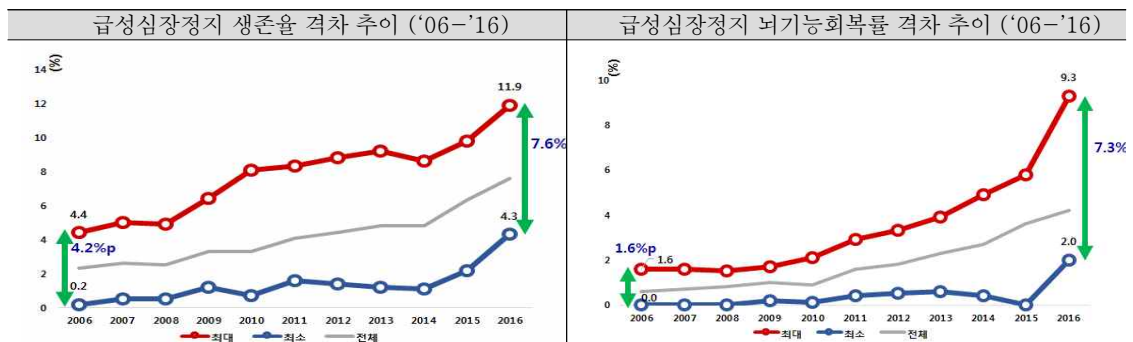
(단위: 인구 10만 명당 명)



주: 인구 10만 명당 사망률 최고치, 최저치, 차이(최고-최저)
자료: 심뇌혈관질환종합계획 연구 보고서. (2018). 발간 예정

[그림 2-1-19] 급성심장정지 생존율 및 뇌기능회복률 지역 격차 추이(2006-2016)

(단위: %)



자료: 질병관리본부. (2017.9.26. 보도자료). 심장정지환자, 일상생활 복귀 10년간 7배 증가, 시·도간 격차는 커져!

- 중증외상환자는 전문치료기관인 권역외상센터로 바로 이송되는 비율이 낮고 외상센터에서 치료받는 비율도 저조함.
 - 119 구급대 기준, 중증외상환자가 권역외상센터로 바로 이송되는 비율은 6.5%(2017년)임.⁷⁶⁾
 - 또한 외상센터에서 치료 받는 비율은 26.7%(2015년)에 불과함.
- 결혼 평균연령의 증가로 고위험산모·신생아가 증가하고 있으나 분만 의료기관에 접근이 어려운 지역의 산모는 의료이용에 제한적임.
- OECD 대비 모성사망비가 높고, 신생아 사망률의 지역 편차 존재함.
 - OECD의 모성사망비는 인구 10만명당 6.7명인 것이 비해 우리나라는 8.7명임.
 - 서울의 신생아 사망률은 신생아 천 명 당 1.1명인 반면 대구는 4.4명임.
 - 분만 취약지가 2018년 기준 30개로 여전히 많은 지역이 사각지대임.
 - 거자주 기준 1시간 내 분만 비율을 살펴보면 취약지는 6.5%, 비취약지는 74.6%이고 산욕기 합병증 또한 취약지가 비취약지보다 1.5배 높음.
 - 고위험 산모·신생아를 위한 통합치료센터, 신생아집중치료센터 등을 지원하고 있으나 기관들 간 연계 및 기술지원 미흡.
 - 또한, 고위험 산모·신생아에 대한 예방, 조기발견, 임신부 상태별 치료·관리를 위한 체계 부족.
 - 분만 산부인과가 없는 분만 취약지를 지원하고 있으나 취약지 분만건수 등이 낮아 병원 경영이 어려워 지원 기관 발굴이 어려우며 분만 취약지에서 응급상황 발생 시, 이송 체계 및 수단이 미흡함.
- 어린이 중증질환자를 위한 전문병원이 수도권에 집중되어 있어 지방에서는 어린이를 위한 전문치료를 받기 어려움.
- 권역 단위 7개 어린이공공전문센터를 구축했으나 이 중 3개가 서울에 위치.
 - 중증환아는 지역 어린이센터의 전문 의료인력 미흡 등으로 인해 서울로 집중되고 있으며 퇴원 중증환아에 대한 퇴원 후 체계적 관리체계가 미흡.
- 장애인은 적절한 조기 진료 등이 어려워 건강상태가 열악하고 미충족 의료이용률이 높은 상황임.

76) 보건복지부, (2018.10.01. 발표). 필수의료의 지역 격차 없는 포용국가 실현을 위한 공공보건의료 발전 종합대책.

○ 장애인의 건강상태 및 의료접근성을 고려한 보건의료체계 미흡하여 장애인의 건강수준과 의료이용이 비장애인에 비해 좋지 않음.

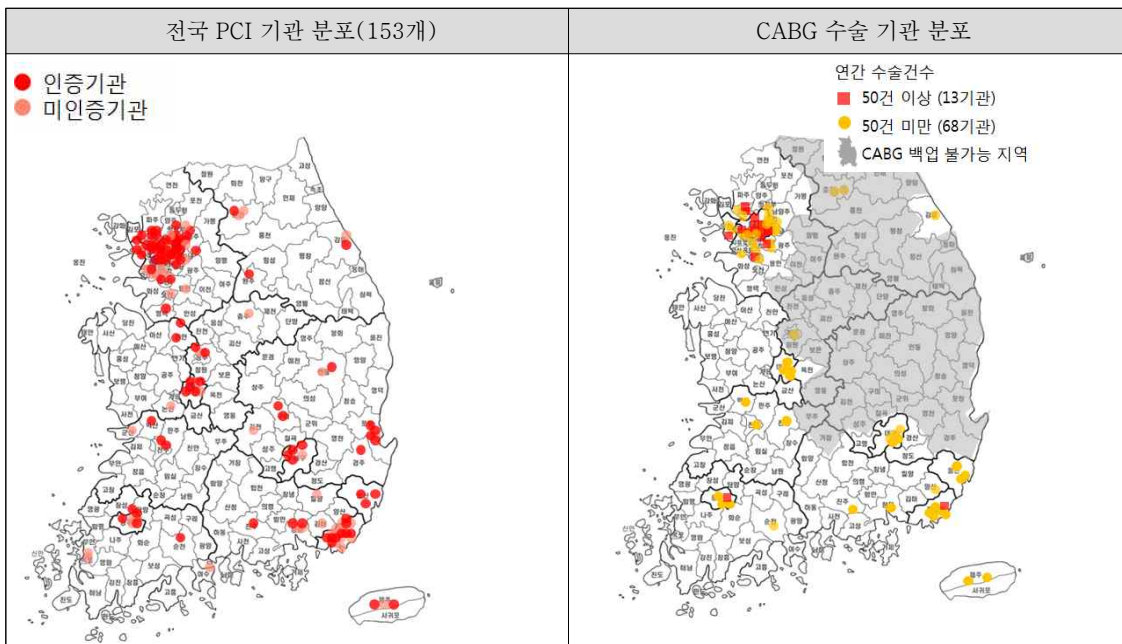
- 장애인의 만성질환 유병률은 81%('17)로 비장애인 35%('17)보다 높음.
- 병의원에 가고 싶을 때 가지 못한 경험(미충족의료이용률)은 장애인이 17.2%('17)로 전체인구 8.8%('17)보다 높게 나타남.

□ (문제의식② 의료 인프라의 지역 불균형으로 인한 지역 의료체계 약화) 양질의 의료기관과 필수 의료 제공 의료기관의 수도권과 대도시 쏠림으로 인해 필수의료에 대한 접근성 지역 격차가 심각해지고 있으며 질적 수준에서도 지역 간 차이가 존재함.

○ (의료기관의 수도권·대도시 쏠림 현상) 수도권과 대도시 중심으로 양질의 의료기관과 인력이 집중되어 환자쏠림 현상 발생하고 있음.

- 상급병원의 31.0%가 서울에 분포(‘18)하고 있고 서울 상급병원 입원 환자 중 타 지역 환자 비중은 39.6%(‘08)에서 50.2%(‘15)로 급증.
- 필수의료서비스 분야에서도 지역 간 의료 접근성 차이 존재.
 - 전국 PCI 중재 시술 가능 병원과 CABG 시행 의료기관의 분포를 보면 인프라의 지역 격차가 큼을 알 수 있음.

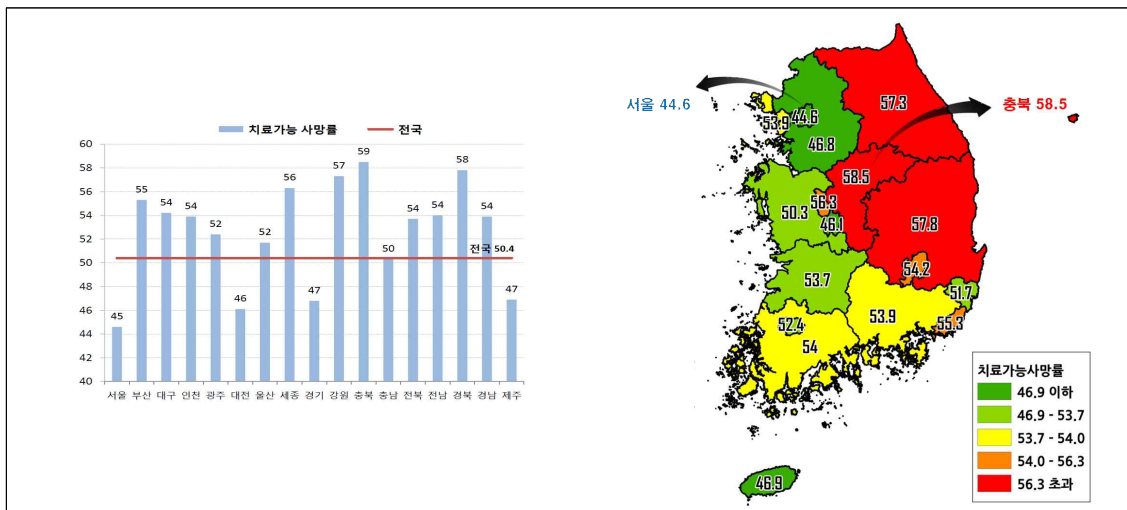
[그림 2-1-20] 전국 PCI 기관 분포와 CABG 수술 기관 분포



자료: 심뇌혈관질환종합계획 연구 보고서. (2018). 발간 예정

- (필수중증의료 인프라의 지역 격차로 인한 건강수준, 사망률 격차 등 발생) 응급진료 등 필수 의료 제공 가능 의료기관 분포의 지역 간 격차로 인해 피할 수 있는 사망 등에서 격차 발생.
 - 피할 수 있는 표준화 사망률(인구 10만명 당)이 서울은 44.6명인 것에 비해 충북은 58.5 명으로 나타남(‘15)77)

[그림 2-1-21] 지역별 치료가능사망률 분포



- (문제意識⑧ 지속적인 환자건강관리 체계 미흡) 지역사회에서 퇴원환자나 만성질환자를 위한 건강관리가 미흡하여 피할 수 있는 재입원, 건강상태 악화, 불필요한 의료서비스 이용 등을 유발.
 - 퇴원 환자의 기능을 최대한으로 회복시키고 이를 유지함으로써 재입원을 예방하고 삶의 질을 향상시킬 수 있는 관리체계가 부족함.
 - 계획되지 않은 퇴원환자 재입원비(기준 100)가 서울은 94.9, 강원도는 115(‘15)
 - 전체 의료비에서 사망 전 의료비가 높은 비율을 차지하고 있어 생애말기 케어에 대한 중요성 높아짐.
 - 생애말기 케어가 의료기관 중심으로 이루어지고 있고 사망을 앞두고 있음에도 적극적인 치료를 함으로 인해 환자와 가족의 부담뿐만 아니라 사회경제적 부담 가중.
 - 인구 고령화로 인한 복합만성질환자의 증가는 급성기 의료체계에 대한 요구도를 높이고 있고 이는 노인 진료비 증가의 주요 요인으로 작용함.
 - 환자의 조기 기능 회복과 기능 유지로 재원 일수와 재입원을, 재발률을 감소시키기 위해 환자지속관리체계가 필요함.
 - 전환기 의료, 재활 전달체계 확립, 지역 복지 인프라와 연계 등 환자 중심의 케어 연속

성(continuum of care) 확보를 위한 노력이 필요.

나. 정책 상황 분석

□ (정책 성과 ❶ 중앙-권역-지역 응급의료센터 및 권역심뇌혈관질환센터 지정·운영으로 중증 질환에 대한 응급대응 체계 마련)

○ 필수 의료에 대한 접근성 강화와 지역사회의 대응 역량 강화를 위해 응급·외상·심뇌혈관질환 및 기타 질환(호흡기, 관절염 등)에 대한 중앙-권역센터 체계를 구축하였고 일부 질환(암, 응급)은 중앙-권역-지역 센터 체계를 구축함(암, 응급 등)

－ 이러한 병원 기반 정부지원 사업으로 심정지 생존율, 응급의료기관까지의 도착 시간, 급성기 심뇌혈관질환의 병원 내 적정 진료 등이 개선되었음.

□ (정책 성과 ❷ 환자안전법, 심뇌혈관질환 예방 및 관리에 관한 법률, 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률, 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 제정 및 시행)

○ 최근 몇 년 사이 취약계층에 대한 의료 접근성 보장, 필수중증의료 제공체계 확대·강화, 평안하고 존엄한 죽음 보장, 병원 내 안전 강화를 위한 법들이 제정·시행되었음.

－ 법이 제정됨에 따라 기존의 시범사업 형태로 추진되던 사업들이 제도화되었으며(호스피스·완화의료 사업 등) 다양한 형태의 지원 조직들이 중앙-권역-지역에 신설되었고 향후 신설될 예정임.

□ (정책 성과 ❸ 고위험 산모·신생아 위한 센터 지원, 어린이공공전문센터 등 취약계층을 위한 필수서비스 제공 체계 마련)

○ 산모와 신생아, 중증희귀난치성질환 아동 등 취약계층을 위한 필수의료서비스 제공을 위해 다양한 형태의 병원 기반 지원사업을 추진해왔음.

• 지원 대상과 지원 범위에서 제한점이 있기는 하지만, 점차 사업을 확대하여왔음.

□ (정책 한계 ❶ 개별 부서 중심의 대응으로 통합적 지원체계 미흡)

○ 필수의료에 대한 접근성 제고를 위해 중앙-권역-지역 센터를 지정·운영 및 지역에 지원 조직 설치가 해당 부서별로 이루어져, 환자 특성에 맞춘 통합·연계 서비스가 이루어지지 않고 있음.

－ 또한 미지정 의료기관과 협력체계 구축에 대한 제도적 지원이 미흡하여 환자 이송 및 연계가 어려운 실정임.

○ 개별 부서 중심 정책 추진으로 인해 타 부처와 협력체계 구축을 추진하는 것에 제한이 있음.

□ (정책 한계 ② 급성기 병원 및 공급자 중심의 정책 확대로 환자 중심 지속관리체계 미흡)

○ 현재까지 질병관리 및 필수의료 접근성 강화 정책이 병원 특히, 종합병원 위주의 공급자 중심으로 이루어졌음.

- 즉, 급성기 이후에는 국가 차원의 정책적 지원이 미흡하여 환자의 삶의 질 향상에 필요한 기능 회복과 유지를 위해 필요한 적절한 서비스를 적기에 받기 어려운 실정임.
- 특히, 재활, 호스피스·완화의료, 환자와 보호자에 대한 교육·상담, 지역 자원과의 연계서비스 등 환자 요구도에 적합한 서비스를 제공 받기 어려움.

□ (정책 환경 및 향후 정책 방향 ① 민간 의료기관의 공공 기능 강화와 지역 중심 의료체계 구축으로 필수의료 전 국민 보장) 생명·안전과 직결된 필수의료 접근성 제공을 위해 공공과 민간의 협력체계를 구축하고 민간 의료기관에도 적극적 역할 부여.

○ 수익성이 낮은 필수의료서비스에 대한 공급 기피 문제를 해소하고 양질의 서비스를 제공할 수 있도록 공공과 민간의 협력체계를 구축하고 이를 지원.

○ 민간 의료기관에서 제공하는 필수의료서비스에 대한 보상 강화.

<표 2-1-24> 공공보건의료의 현재 형태와 향후 개선 방향

| 구 분 | 현 재 | 개 선 |
|-------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 정의 | 시장실패로 인해 보건의료서비스 제공이 취약한 분야 | 국민의 생명·안전 및 기본적 삶의 질을 보장하는 필수의료 |
| | 보완적 성격 | 선제적·기본적 제공 원칙 |
| 제공 기관 | 지역 내 분절적 의료수행 권역-지역-기초 협력체계 부재 | 권역·지역 책임의료기관 지정 권역-지역-기초 전달체계 정립 |
| 대상 | 취약계층 중심 | 모든 국민 |
| 분야 | - 취약지 - 취약 계층 - 취약 분야: 응급, 분만 등 - 신종감염병 등 | - 필수중증의료(응급·외상·심뇌혈관·중환자 등) - 여성(모성·분만), 어린이 의료 - 재활, 장애인 - 지역사회 건강관리 - 감염 및 환자 안전 |

□ (정책 환경 및 향후 정책 방향 ② 권역-지역-기초 간 공공보건의료 협력체계 구축) 권역-지역-기초 간 공공보건의료 협력체계 구축을 통하여 보건의료전달체계를 강화

○ 책임의료기관의 지정: ‘책임의료기관’은 해당 진료권의 주민 전체를 대상으로 응급·외상/중환자, 심뇌혈관질환, 분만/신생아/아동, 감염, 노인돌봄/재활 등 필수보건의료를 책임질 공익적 보건의료기관을 의미함. 책임의료기관은 해당 진료권 내 네트워크를 통해서 필수보건의료에 대한

국가 보장이 실현될 수 있도록 기획, 연계, 조정, 서비스 제공 등의 기능을 수행하는 기관임.

○ 권역책임의료기관은 시도의 필수중증의료 서비스의 기획, 연계, 조정, 서비스 제공 등에 대한 총괄 책임을 맡게 될 기관으로서 국립대학병원 등을 중심으로 지정, 운영하여 양질의 적정 필수중증의료의 제공과 환자안전 등을 위한 권역 네트워크 구축 활동을 수행하는 의료기관임.

○ 지역책임의료기관은 중진료권 단위에서 필수보건의료 서비스의 기획, 연계, 조정, 서비스 제공 등에 대한 책임을 맡게 될 기관으로서 지방의료원, 공익 의료법인 및 공익적 민간병원 등을 중심으로 이차 급성기 병원의 기능을 수행하는 지역책임의료기관으로 지정, 운영.

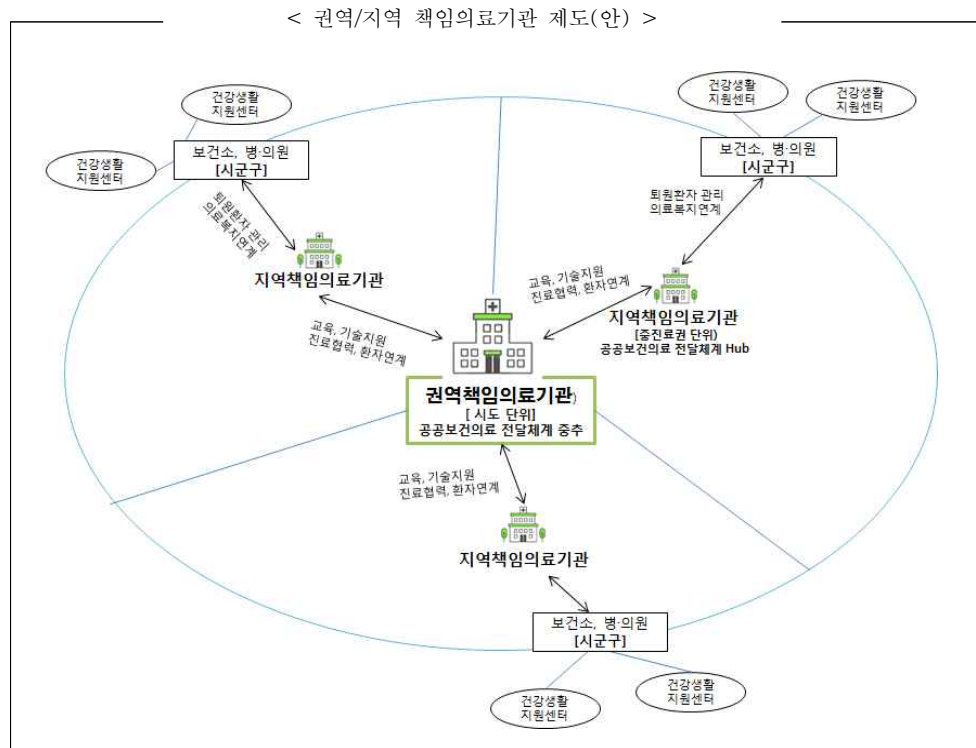
다. 세부실천목표

- 권역·지역 책임의료기관 체계 구축
- 산모·어린이·장애인 대상 의료서비스 확대
- 환자 중심의 지속건강관리체계 구축으로 삶의 질 개선

라. 세부 추진계획(추진과제) 및 실행전략

| <세부실천목표> <ul style="list-style-type: none"> - 권역·지역 책임의료기관 체계 구축 - 환자 중심의 지속건강관리체계 구축으로 삶의 질 개선 - 산모·어린이·장애인 대상 의료서비스 확대 | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ⑤-1 신속하고 효과적인 권역/지역 책임의료체계 구축 <ul style="list-style-type: none"> - 필수중증요를 책임지는 권역·지역 책임의료기관 지정 - 권역-지역-기초 간 공공보건의료 협력체계 구축 | ⑤-2 산모·어린이·장애인 대상 의료서비스 확대 <ul style="list-style-type: none"> - 안전한 임신·출산을 위한 지역 협력체계 구축 - 어린이 중증질환 의료 접근성 향상 - 장애인 건강수준 향상을 위한 기반 마련 | ⑤-3 지역사회 중심 통합케어서비스 제공체계 구축 <ul style="list-style-type: none"> - 퇴원환자를 위한 전환기 의료서비스 제공 - 환자 지속관리를 위한 서비스 연계 및 통합 방안 마련 - 재활의료 전달체계 구축 및 접근성 강화 - 생애말기 케어 환경 개선으로 삶의 질 향상 |

1) 세부추진계획 ⑤-1: 신속하고 효과적인 권역·지역 책임의료체계 구축



□ (실행전략①) 필수중증의료를 책임지는 권역·지역 책임의료기관 지정)

○ 권역책임의료기관으로 국립대 병원 등을 지정

- (역할·기능) 권역 내 필수의료 분야에 대한 고난이도 진료·수술 및 환자의 연계·조정, 진료협력, 퇴원 후 관리를 위한 전달체계 구축
- 필수의료 제공이 가능한 의료자원 관리와 지역 의료역량 강화를 위한 인력 파견, 기술 지원, 연구 수행 등

<권역 책임의료기관 세부 역할>

- ◇ 2차 병원에서 담당하기 어려운 필수(중증)환자에 대한 고난이도 진료 수행
- ◇ 필수(중증)환자의 전원·이송, 진료협력, 퇴원관리 등을 위한 전달체계 구축
- ◇ 지역의료기관에 인력파견, 기술지원, 교육·컨설팅, 표준진료지침 개발 등

- (지정기준) 전국을 시도를 기준으로 권역을 구분하고 지역의 인프라와 인프라 간 거리 등을 고려하여 권역별 책임의료기관 지정
- 필수(중증)의료와 밀접한 권역 응급·외상·심뇌혈관질환센터로 지정되어 있는 국립대 병원 등을 중심으로 지정·운영·지원

- 권역에 국립대병원이 없는 곳은 지정요건에 따라 해당 역량을 갖춘 사립대병원을 지정하는 방안 검토(지정요건은 연구 후 결정)

○ 지역에서 믿고 치료받는 지역책임의료기관 지정·육성

- (역할·기능) 지역 내 필수의료 분야에 대한 응급 및 급성기 진료, 권역-지역-기초(보건소 등)로 이어지는 전달체계의 허브(hub) 역할
- 권역의 상급병원에서 퇴원한 환자의 재활·회복기 서비스 제공, 지속적 건강관리를 위한 지역사회 연계 기능 등 수행

<지역 책임의료기관 세부 역할>

- ◇ 지역주민들에게 필수의료 관련 응급 및 급성기 진료·수술·치치 제공
- ◇ 권역병원에서 퇴원한 환자들에 대한 입원·외래서비스, 회복기 진료 수행
- ◇ 퇴원환자 건강관리를 위한 지역사회 연계 및 취약계층에 대한 의료·복지 계 등

- (지정기준) 전국을 인구수, 이동거리, 의료이용률 등을 기준으로 70여개 지역(중진료권)으로 분류하고 지역별 1개 이상 지정·육성

- 권역과의 연계성을 고려하여 복수의 시군구를 1개의 중진료권으로 분류하며 구체적인 중진료권은 연구용역 및 시도 등과 협의를 통해 결정
- 필수(중증)의료를 위한 급성기 진료가 가능한 역량 있는 종합병원급 공공병원(지방의료원, 보훈병원 등) 또는 민간병원을 지정.
- 민간지정: 역량 있는 공공병원은 없으나 역량 있는 민간병원이 있는 경우, 공익적 기능수행이 가능한 지위를 요건으로 지정하고 정책적으로 지원.

※ 공공의료수행기관으로 지정·계약하거나(가칭)공익특수의료법인으로 전환하는 방안 검토

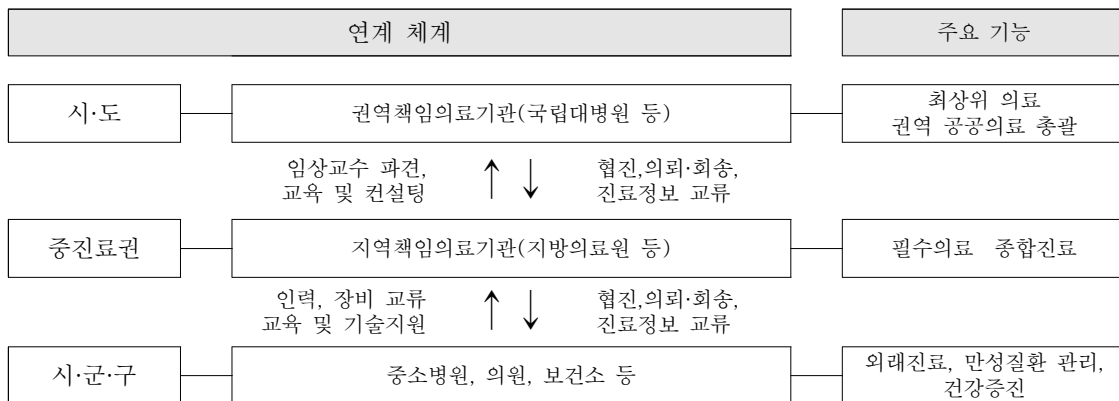
- 지역 내 **역량 있는 민간병원이 없거나** 의료수요, 건강수준 등을 고려하여 **공공병원 육성이 필요한 곳은 기능 보장 또는 건립 추진**

- (기능보장) 역량 있는 민간병원이 없고, 공공병원이 병상·시설 등 역량이 부족한 경우 공공병원의 증축 등 기능 보강을 통해 육성
- (병원신축) 공공병원이 없고 역량 있는 민간병원도 없는 지역은 지방의료원 등 공공병원을 신축하여 육성

- 지역책임의료기관의 지정 및 육성은 의료 인프라, 건강상태 등을 감안하여 취약성이 높은 지역부터 우선 추진

□ (실행전략② 권역-지역-기초 간 공공보건의료 협력체계 구축)

[그림 2-1-22] 권역-지역-기초 간 공공보건의료 협력체계 구축



○ 양질의 적정진료를 위한 진료협력체계 마련과 인력 교육 및 파견

- 권역/지역 책임의료기관이 함께 필수질환에 대한 ‘표준진료지침(Critical Path)’을 개발·공유하여 양질의 적정진료 유도
- 권역-지역책임의료기관-병·의원 간 필수의료 분야에 대한 환자 의뢰 및 회송 강화 등 환자 연계 체계 확대
 - 환자의 중증도, 상태에 따라 권역-지역책임의료기관 간 환자 의뢰·회송 지침 마련과 체계 강화
- 권역책임의료기관이 지역책임의료기관으로 **의료인력 파견, 임상의료 교육·컨설팅 확대**, 필수 의료 분야 **순환 수련 활성화**

○ 환자의 퇴원 후 건강관리를 위한 서비스 연계

- 책임의료기관에서 환자가 퇴원하는 경우 질환 특성에 맞는 체계적인 건강관리 계획 수립 및 질병관리 교육 등 실시
 - 지역사회 내 이용 가능한 병의원 또는 보건소를 연계하고, 퇴원환자에 대한 모니터링 및 주기적 관리 실시
 - 취약계층 및 자가 관리가 어려운 경우, 보건소·읍면동·복지관 등과 보건의료-복지 서비스 연계 및 사례관리 실시

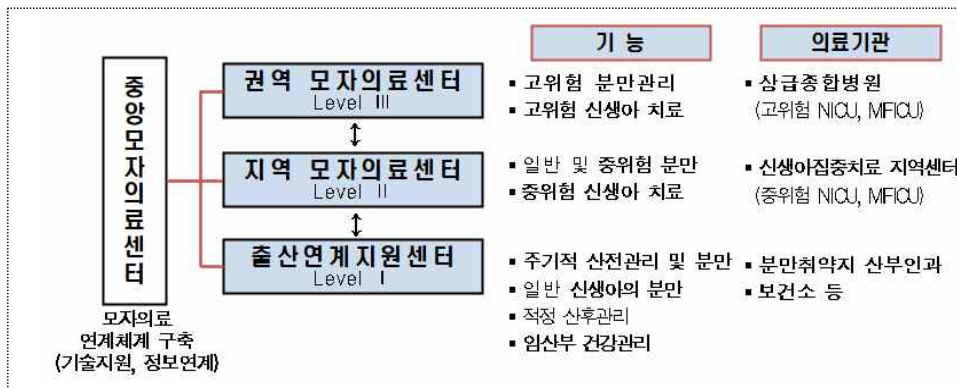
2) 세부추진계획 [5]-2: 산모·어린이·장애인 대상 의료서비스 확대

□ (실행전략①) 안전한 임신·출산을 위한 지역 협력체계 구축)

○ 모자의료센터를 통한 고위험 산모·신생아 지원체계 강화

- (중앙모자의료센터) 고위험 산모·신생아에 대한 기술지원 및 평가, 업무조정, 종사자 교육, 사례분석 및 통계 등 정책지원
 - 고위험 산모·신생아 통합치료센터, 신생아집중치료 지역센터, 분만산부인과를 ‘권역-지역모자의료센터-출산연계지원센터’로 전환 및 연계 강화
- (권역모자의료센터) 권역별 고위험 산모·신생아의 최종적인 치료 담당
 - 고위험 이미산부의 지역별 수요를 감안하여 ‘18년 현재 16개의 권역 모자의료센터를 20개소로 확대
- (지역모자의료센터) 지역별 중위험도 산모·신생아에 대한 집중치료 및 고위험 발생 시 권역 연계 지원(신생아집중치료지역센터 등)
- (출산연계지원센터) 주기적 산전·산후관리를 통한 고위험 산모·신생아 조기 진단, 모자의료센터 연계 및 임신부 건강관리 지원(분만취약지 산부인과 및 보건소 등)

[그림 2-1-23] 산모·신생아 지원체계



○ ‘임산부 등록관리체계’ 기반, 안전한 임신·출산 시스템 구축

- 고위험 임신부 등록·판별 관리를 위한 모바일 시스템을 구축하고 권역 모자의료센터 확대 등 위험도별 연계체계 강화
- (고위험 산모) 등록자에 대해 권역모자의료센터에서 모바일 임신·출산 시스템을 통해 주기적 관리, 임신부의 문의에 즉시 대응
 - 위험정도에 따라 지역산부인과, 지역·권역모자의료센터 등에서 진찰, 출산일에 임박

시 권역모자센터로 이송, 안전한 출산·신생아 관리

- (일반 산모) 인근 지역산부인과, 출산연계지원센터 등에서 진찰·건강관리, 출산 시 분만이 가능한 산부인과에서 분만
- 도중 고위험으로 전환 시, 권역모자의료센터 시스템에 등록하여 집중관리

[그림 2-1-24] 고위험·일반 산모 연계 지원 사업



□ (실행전략②) 어린이 중증질환 의료 접근성 강화)

○ 권역 단위 양질의 어린이 중증질환 의료체계 구축

- 수도권에 집중된 어린이 공공전문진료센터의 지정을 권역 단위로 확대하여 어린이 중증질환에 대한 의료 접근성 제고
- 중증 어린이 환자의 안전한 진단과 치료를 위해 약제 투여, 영양 관리, 심폐기능 모니터링, 정서 지원 등 프로토콜 개발 및 관리

○ 어린이 중증질환 퇴원 후 관리체계 구축

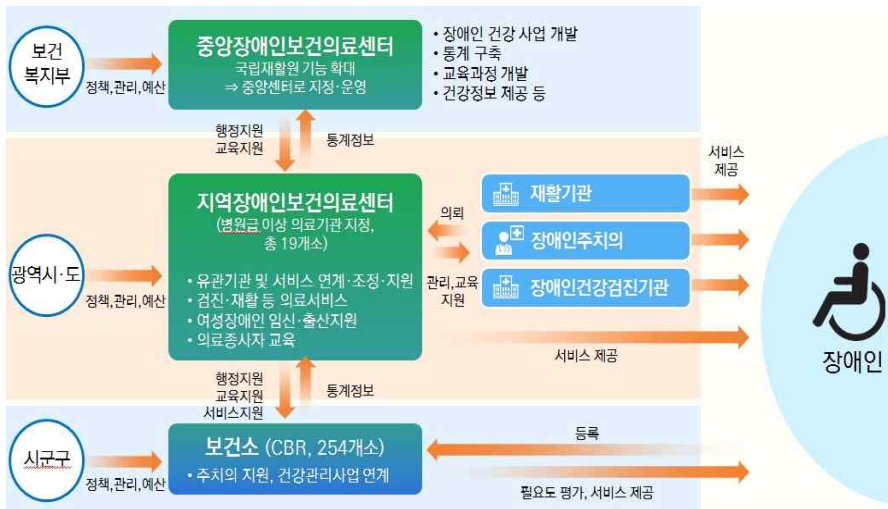
- 어린이 공공전문진료센터를 중심으로 산소 투여 및 인공호흡기 등 지속적인 의료서비스가 필요한 중증소아환자 대상으로 재택의료 서비스 제공을 위한 시범사업 추진
- 지역책임의료기관에서 어린이 중증환자 관련 복지서비스 연계 제공 및 어린이 중증환자 치료에 대한 지원 방안 마련

○ 중증 장애아동의 집중재활치료를 위한 권역별 공공어린이 재활의료기관 확충 및 건강보험수가 개선 방안 마련 추진

□ (실행전략④) 장애인 건강수준 향상을 위한 기반 마련)

- 검진·진료·재활, 임신·출산 지원 등을 위한 거점병원으로서 시도별 ‘장애인보건의료센터’ 지정하여 장애인 건강관리 지원체계 구축(3개 ->22년 19개 목표)
 - (중앙) 지역전달체계 총괄·지원, 건강보건통계·연구·정보 제공(국립 재활원)
 - (지역) 주치의, 보건소 등 건강관리사업 조정·지원, 검진·재활·진료 등 거점병원 역할, 여성장애인 임신·출산지원, 의료종사자 교육
 - (보건소) 지역사회중심재활사업을 장애인 건강사업을 포함하여 확대 운영

[그림 2-1-25] 장애인 건강관리체계



○ ‘장애인 건강 주치의’ 도입 통한 건강관리서비스 강화

- 중증장애인이 거주지역 내 의사에게 만성질환 및 장애 관련 건강 상태 등을 지속적·포괄적으로 관리받을 수 있도록 지원(방문진료 포함)

○ ‘장애인 건강검진기관’ 확대를 통한 건강검진 접근성 강화(10개 ->‘22. 100개 목표)

- 장애인의 건강검진 수검률 제고를 위해 장비, 시설, 보조인력 등을 갖춘 기관을 ‘장애인 검진기관’으로 지정하여 인센티브 지원
 - (지정기준) 장애인의 편의를 고려한 시설을 갖추고 수어통역 가능한 보조인력을 둘 것
- 장애특성을 고려한 맞춤형 건강검진 항목 개발을 위한 연구 추진

3) 세부추진계획 [5]-3: 지역사회 중심 통합케어서비스 제공체계 구축

□ (실행전략① 퇴원 환자를 위한 전환기 의료서비스 제공)

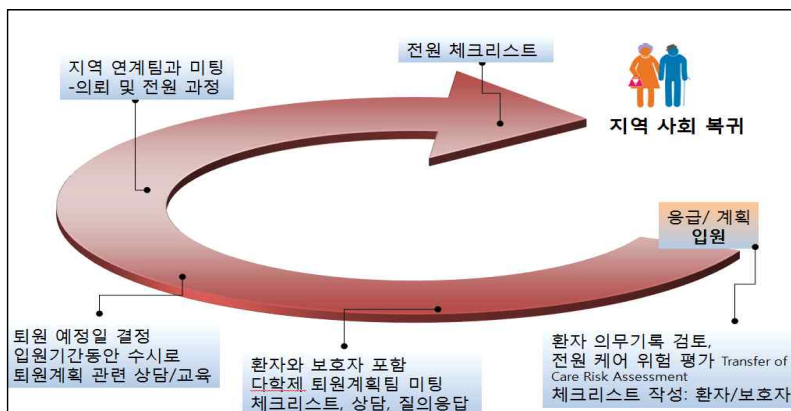
전환기 의료란? (Transitional Care)

- 전환기 의료는 환자가 서로 다른 장소 혹은 서비스 사이를 이동할 때, 보건의료의 조정과 연속성 확보를 위해 필요한 일련의 서비스로, ① 의료기관 내 이동(응급병동-중환자실-일반병동-완화의료 등), ② 병원에서 퇴원할 때, ③ 지역에서 생활하면서 여러 서비스 기관을 이용해야 하는 경우 필요함.
- 구체적으로 급성기 병원에서 퇴원하는 환자가 아급성기 병원 혹은 요양시설로 이동하는 경우, 급성기 병원에서 퇴원하는 노인환자가 집으로 퇴원하는 경우를 의미하는 경우가 일반적임.
- 전환기 의료서비스의 범주는 환자가 처한 상황에 따라 다를 수 있지만, 노인포괄평가, 퇴원·전환 계획, 서비스 조정, 연계, 자가 관리에 대한 교육, 기타 이동한 환경에 적응할 수 있도록 하는 통합 케어 등을 포함함

○ 퇴원환자의 조기 기능 회복과 기능 유지를 위해 적절한 의료서비스 제공과 적절한 지역사회 인프라와 연계

- 급성기 병원 퇴원 시, 질환 특성에 맞는 체계적인 건강관리 계획 수립, 서비스 제공 및 질병관리 교육 실시
- 병원 내 전환기 의료팀 구성하여 퇴원 장소에서 기능 회복 또는 유지를 위한 서비스 제공과 지역 자원과 연계.
 - **전환기 의료팀:** 병원 내 가정간호팀을 확대 개편하거나 새로 구성. 의사, 간호사, 의료사회복지사, 치료사, 영양사, 약사 등 **다학제 팀**으로 구성.
 - 전환기 의료팀은 환자가 집으로 퇴원하는 경우, 집에서 기능회복을 위해 필요한 서비스(간단한 처치, 재활 등)를 제공하고 자기 관리 역량 강화를 위한 교육을 환자와 보호자에게 실시.
 - 환자가 요양병원 또는 시설로 퇴원 시 환자 상태와 퇴원계획을 공유

[그림 2-1-26] 노인의 급성기 병원 진료·입원 후 퇴원계획 및 지역사회 연계 서비스 제공 도식도(호주)



자료: 김남순 등. 2016. p. 144.

호주 뉴사우스웨일스주(NSW)의 지역사회 기반 급성기-급성기 직후 케어 서비스 (Community Acute Post Acute Care Services, CAPAC)

□ 사업 추진 배경 및 목적

- 인구 고령화로 인한 급성기 의료서비스 수요 증가로 사회경제적부담이 증가하여 이에 대한 해결책 모색.
- 급성기 병상에 대한 입원을 줄이고 급성기 병상 입원 시 조기에 퇴원할 수 있도록 지역사회 기반, 특히 재가 기반으로 하는 급성기 혹은 급성기 직후 케어를 제공하는 것을 목적으로 함.

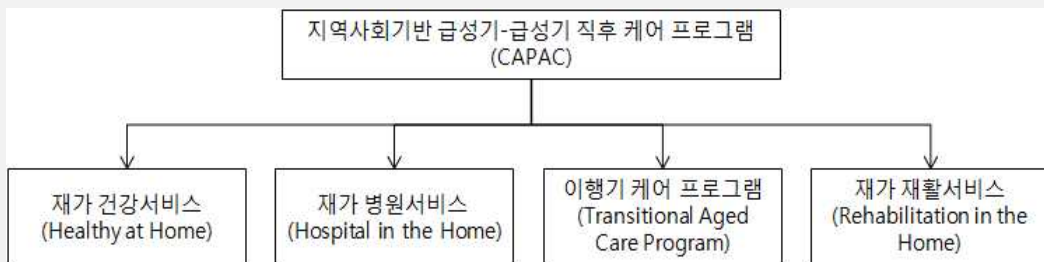
□ 서비스 제공 원칙

- **다학제 팀 접근:** 환자의 복합적인 요구도에 대응하기 위해 의사, 간호사, 치료사, 영양사 등 다양한 직종으로 구성된 다학제 팀으로 접근
- **환자 중심적 접근:** 서비스 제공의 최종 목표를 서비스 대상자(환자 및 보호자)와 함께 설정하고 서비스 제공 절차를 환자 특성을 고려하여 간소화하여 통합적으로 제공하고자 함. 또한 대상자가 거주하고 있는 재가 또는 시설에서 서비스를 제공 받을 수 있도록 함.

□ 서비스 제공 프로그램 구성 및 세부 내용

- NSW주 내 지역별로 프로그램 구성이 다르지만 대부분 재가병원서비스(Hospital in the home), 급성기 직후 서비스(Post-acute-care)를 중심으로 구성되어 있음.
- NSW주 헌터뉴잉글랜드 지역의 CAPAC 프로그램 구성과 상세 내용은 다음과 같음

<호주 뉴사우스웨일스(NSW)주 헌터뉴잉글랜드 지역 CAPAC 프로그램 구성>



<호주 뉴사우스웨일스주 헌터뉴잉글랜드 지역 CAPAC 서비스 세부 내용>

| 구분 | 서비스 상세 내용 |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 재가 건강서비스 (Healthy at Home) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 제공 목적 <ul style="list-style-type: none"> - 급성기 병상 입원을 예방하기 위한 케어 서비스 제공 ■ 제공 대상 <ul style="list-style-type: none"> - 65세 이상 지역 거주 노인(원주민은 45세 이상) - 최근 기능 감퇴로 입원의 위험이 증가한 사람 ■ 서비스 제공 절차 <ul style="list-style-type: none"> - 서비스 의뢰: GP, 지역사회간호사, 돌봄제공자, 임시 보호자, 구급대 등 - 대상자 평가: 재가 건강서비스팀에서 사전 평가 후 재가방문 - 관리계획 수립 ■ 서비스 제공 기간 <ul style="list-style-type: none"> - 6주까지 ■ 서비스 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 의료서비스: 진찰, OT, PT, 간호서비스 제공 - 영양상담 및 관련 서비스 제공 - 복지서비스와 연계 |
| 재가 병원서비스 (Hospital in the Home) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 제공 목적 <ul style="list-style-type: none"> - 급성기 병상 입원을 최소화하고 입원 시 조기 퇴원을 위한 서비스 제공 ■ 제공 대상 <ul style="list-style-type: none"> - 16세 이상 지역 주민 |

| 구분 | 서비스 상세 내용 |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> - 퇴원 전 재가 병원서비스 대상자로 선정된 경우 - 임상적으로 안정된 사람 중 퇴원 후 의료서비스가 필요한 사람 등 - 서비스 제공 대상 질환을 정확히 진단 받은 경우 ■ 서비스 대상 질환 <ul style="list-style-type: none"> - 급성 감염(봉와직염 등), COPD, 만성심부전, 정맥혈전성 질환(심부정맥혈전증, 심방세동 등) - 낙상 등 ■ 서비스 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 항응고제 복용 관리 - 단기 IV 항생제 투여 - 만성질환 관리: 심부전, 만성폐쇄성폐질환 등 - 정형외과 수술 후 관리 - 교육 및 모니터링 - 기능 평가 및 관리 |
| 이행기 케어 프로그램 (Transitional Aged Care Program) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 제공 목적 <ul style="list-style-type: none"> - 급성기/아급성기에서 지역사회 복귀 전 기능과 생리적 안정화를 위한 서비스 제공 ■ 제공 대상 <ul style="list-style-type: none"> - 70세 이상 지역 거주 노인 - 급성기 병원 입원 환자 중 기능상 회복 또는 인지기능 회복 가능성이 있는 사람 중 독립성 회복의 의지가 있는 자 ■ 서비스 제공 절차 <ul style="list-style-type: none"> - ACAT 팀에 의한 평가 후 대상자로 선정 시 서비스 제공 ■ 서비스 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 가정 간호서비스 - 물리치료 및 작업치료 - 개인 간병 서비스 - 영양상담 및 중재서비스 제공 - 복지서비스와의 연계(세탁, 쇼핑서비스, 이동수단 제공) 등 |
| 재가 재활서비스 (Rehabilitation in the Home) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 제공 목적 <ul style="list-style-type: none"> - 병원에서 지역사회로 복귀하기 위한 재활서비스 제공 ■ 제공 대상 <ul style="list-style-type: none"> - 18~70세 지역 거주민 - 회복 가능성이 있는 기능장애를 가진 입원환자 중 임상적으로 안정한 상태인 사람 중 GP와 재활전문의를 인정 받은 자 ■ 서비스 제공 기간 <ul style="list-style-type: none"> - 6주까지(일주일에 3~5번 방문) ■ 서비스 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 기능상 회복과 ADL 회복을 위한 재활서비스 제공 - 자가역량 강화 프로그램 제공 - 재가 재활서비스와 지역사회 내 프로그램 참여 |

자료: 서재희 등. (2017). 지역사회기반 노인친화적 통합의료서비스 제공모형: 재활의료서비스 중심으로. pp.59~63.

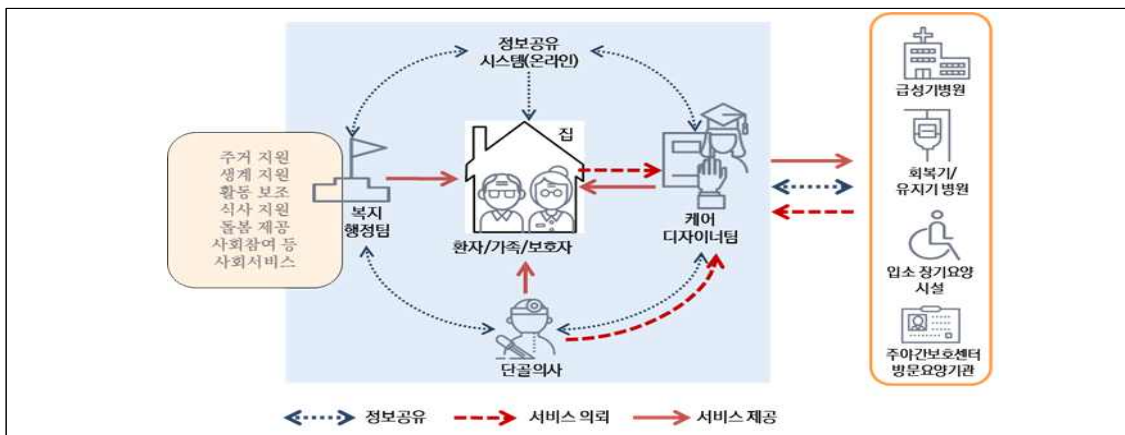
□ (실행전략② 환자 지속관리를 위한 서비스 연계 및 통합 방안 마련)

○ 퇴원환자의 재발, 만성질환자 등에 대한 체계적 관리를 위한 보건·의료·돌봄 통합관리체계 구축

- 지속적·예방적 건강관리를 위해 지역 커뮤니티 기반의 건강생활지원센터 확충
 - 주민 중심 맞춤형 건강관리 및 교육·상담 서비스 제공
 - 필요 시 지역의 의료기관과 복지서비스 제공자와 연계 및 협력
- 만성질환자 체계적 관리를 위한 일차의료기관의 단골의사로서의 역할 부여
 - 원내 진료뿐만 아니라 재가 서비스(방문진료) 제공 및 환자·보호자 교육과 상담.
- 중증질환자의 재발 예방 및 삶의 질 향상을 위한 포괄적 관리체계 도입.
 - 질병 발생 시부터 다학제 팀 접근을 통한 전주기적 포괄적 질병치료·관리계획 수립.

- ☞ 신체적인 문제뿐만 아니라 심리적인 문제 및 영양 등 다학제적 접근.
 - ☞ 환자뿐만 아니라 돌봄자(가족 및 보호자)에 대한 프로그램 동시 마련.
 - 퇴원 후 재가에서 적절한 관리가 지속될 수 있도록 퇴원계획 수립 또는 적절한 의료기관으로 의뢰·회송 체계 마련.
 - (예) 암 발병 시: 치료 위해 입원 시부터 다학제 팀(의사, 간호사, 영양사, 사회복지사 등)이 향후 계획 수립 -> 치료 후 퇴원 전에 퇴원계획 수립 -> 재가서비스 연계 또는 적절한 의료기관으로 이송,
- － 보건·의료·돌봄의 통합적 제공을 위한 보건소의 조정자 역할기능 강화

[그림 2-1-27] 지역사회 기반 환자 건강관리체계(안)



자료: 서제희 등. (2017). 지역사회기반 노인친화적 통합의료서비스 제공모형: 재활의료서비스 중심으로. p.148.

○ 환자의 퇴원 후 건강관리를 위한 서비스 연계(퇴원계획 수립과 연계)

- － 책임의료기관에서 환자가 퇴원하는 경우 질환 특성에 맞는 체계적인 건강관리 계획 수립 및 질병관리 교육 등 실시
- 지역사회 내 이용 가능한 병의원 또는 보건소를 연계하고, 퇴원환자에 대한 모니터링 및 주기적 관리 실시
- 취약계층 및 자가 관리가 어려운 경우, 보건소·읍면동·복지관 등과 보건의료-복지 서비스 연계 및 사례관리 실시

<지역사회 연계 퇴원 후 환자관리 사업 예시>

□ 사업명

- 심뇌혈관질환자 퇴원 후 관리 사업

□ 사업 목적

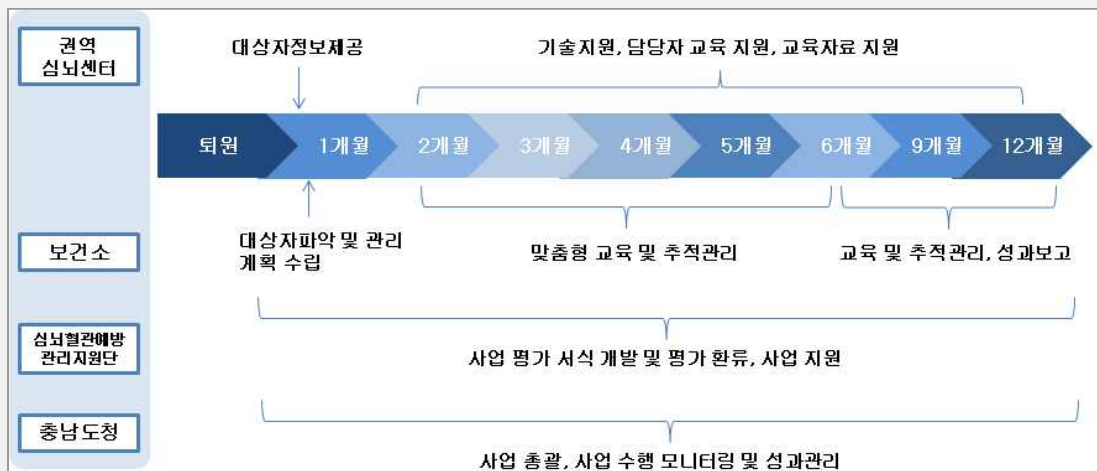
- 지역 내 심뇌혈관질환자를 보건소 건강관리 프로그램과 연계하여 건강위험요인을 지속관리하고 질환 맞춤형 관리서비스를 제공함으로써 재발방지 및 중증장애 최소화

□ 사업 대상자 선정 및 정보 공유

- 권역심뇌혈관질환센터에서 심뇌혈관질환으로 치료받은 환자 중 보건소 연계 건강관리 프로그램 이용에 동의한 자

- 권역심뇌혈관질환센터는 사업 대상자에 대한 건강정보(질병명, 위험요인, 복용약물 등)와 교육계획서 등을 시도 담당부서에 공문을 통해 제공하고 시도 담당부서는 해당 보건소에 사업 대상자 정보를 공문으로 제공

□ 사업 수행체계와 사업 수행내용 흐름도



*심뇌혈관질환예방관리지원단 또는 통합건강증진사업지원단 내 심뇌혈관질환예방관리팀 담당
자료: 대전·충남 권역심뇌혈관질환센터 자체사업 내부자료

○ 서비스 제공 계획, 조정, 연계를 위한 전담 팀 구성 및 정보공유 단일 플랫폼 구축

- 소생활권 중심으로 서비스 조정을 위한 다학제 전담팀 구성⁷⁸⁾⁷⁹⁾

- 의사, 간호사, 영양사, 약사, 치료사, 행동교정전문가, (의료)사회복지사 등으로 구성된 다학제 전담팀 구성

- 간호사, 사회복지사는 필수 포함 구성원

- 정보공유 단일 플랫폼 구축

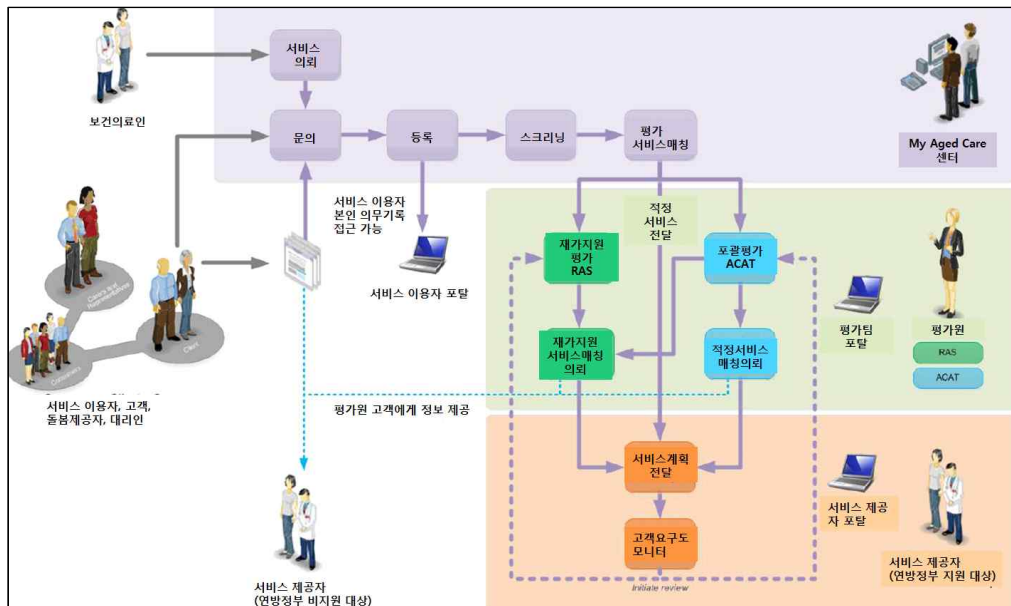
- 서비스 제공의 중복 또는 누락을 최소화하기 위한 정보 공유 시스템 구축

78) 일본의 경우 인구 2만~3만명 정도 즉, 중학교 학군 정도를 소생활권의 범위로 설정하여 지역포괄지원센터를 설치.

79) 네덜란드의 경우 지역사회 기반 치매관리를 위해 치매평가와 사례관리를 위한 다학제팀을 구성하였는데, 노인전문의, 사례관리자, 가정전문간호사, 임상심리사 등이 구성원임. 호주의 경우 급성기 노인환자의 입원 및 퇴원후 관리를 위해 다학제팀을 병원에 구성하고 있는데 노인전문의, 간호사, 치료사, 사회복지사, 영양사, 약사, 퇴원계획사 등이 구성원임.

- 1단계: 의료서비스 정보와 보건서비스 정보 통합, 사회(복지) 서비스 정보 통합
- 2단계: 의료-보건-사회(복지)서비스 정보 통합

[그림 2-1-28] 노인보건의료서비스 제공을 위한 단일 플랫폼의 서비스 의뢰-개시 흐름도(호주)



자료: 김남순 등. (2016). p.139.

□ (실행전략③ 재활의료 전달체계 구축 및 접근성 강화)

○ 어린이 재활의료체계 구축

- 장애아동이 지역 내 집중재활치료를 받을 수 있도록 ‘권역별 공공 어린이 재활의료기관’ 확충
- 공공재활의료 미충족 수요에 대한 보완 및 의료접근성 제고를 위한 **민간 소아재활 서비스 활성화 방안 마련**
- 아동에 적합한 평가와 재활서비스를 제공하는 ‘장애아전문주치의’ 도입

○ 성인 재활의료 전달체계 개편: 회복기 재활 인프라 확충을 위해 수술·치료 후 기능회복 시기에 집중 재활치료 및 조기 사회복귀를 목표로 하는 재활의료기관 지정

- (급성기) 기능 회복 역량(capacity)를 최대한 높이기 위해 급성기 진료가 안정화 되면 조기 재활치료 서비스 제공 체계 확대
- (회복기/아급성기) 수술·처치 후 기능회복 시기에 집중 재활치료 및 조기 사회복귀를 목표로 하는 ‘재활의료기관’ 지정
- (유지기) 보존적 치료 및 기능 유지 위해 재활 여건을 개선

□ (실행전략④) 생애말기 케어 환경 개선으로 삶의 질 향상)

- 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」의 제정 목적을 달성 할 수 있도록 제도 개선 및 확대.
 - 말기 환자에 대한 호스피스·완화의료 제공 확대를 위한 서비스 제공 체계 개선.
 - 급성기 병원의 호스피스 병상 확대를 지양하고 가정형 호스피스를 제도화하고 일부 요양병원의 기능으로 호스피스·완화의료 제공으로 정립한 후 이에 합당한 보상 체계 마련.
 - 가정형 호스피스는 이 서비스에 대한 접근성 향상을 위해 일차의료기관 참여 확대 방안 마련.
- 환자의 자기 결정권과 인권보장을 위한 연명의료중단 결정 제도 개선
 - 사전연명의료의향서를 특정 연명의료서비스에 대한 동의/거부 형식이 아닌 가치 지향적으로 수정·보완.

라. 연도별 추진일정

〈표 2-1-25〉 의료체계분과 : ① 필수의료 보장을 위한 권역/지역별 책임의료기관 지정 및 육성: 연도별 추진일정

| 구분 | '19년 | '20년 | '21년 | '22년 | '23년 | '30년 |
|------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| 소아 전문 응급의료센터 설치(2018 현재 3개소) | 5 | 8 | 11 | 13 | | |
| 권역 책임의료기관 지정(개소) | 16 | | | | | |
| 지역 책임의료기관 지정(개소) | | 70 | | | | |
| 권역모자의료센터 설치(2018년 현재 16개소) | 17 | 18 | 19 | 20 | | |
| 장애인 보건의료센터 설치(2018년 현재 3개소) | 6 | 9 | 15 | 19 | | |
| 장애인 검진기관 확대(2018년 현재 10개 기관) | 30 | 60 | 80 | 100 | | |

마. 참고문헌

- 김남순 등. (2017). 중앙과 지방정부 및 의료기관에 대한 감염병 관리체계 강화 방안. 세종: 한국보건사회연구원.
- 김남순 등. (2018). 심뇌혈관질환종합계획 연구 보고서(발간 예정). 세종: 한국보건사회연구원.
- 보건복지부. (2017). 2017년 의료질평가결과(윤소하의원실 재구성).
- 서제희 등. (2017). 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공모형-재활의료서비스를 중심으로. 세종: 한국보건사회연구원.
- 이혜진. (2017). 심뇌혈관질환 안전망 구축과 지역격차 해소를 위한 정책제언. 2017년 대한예방의학회 창립 70주년 기념 가을학술대회 발표자료.
- 질병관리본부. (2017.9.26. 보도자료). 심장정지환자, 일상생활 복귀 10년간 7배 증가, 시·도간 격차는 커져!

제 2 장

의료자원

제1절 의료자원 개괄

제2절 보건의료인력 정책의 방향

제3절 추진방향 ①: 의료인력의 적정한 공급 및 미래의료수요
에 부응하는 의료인력의 양성과 활용

제4절 추진방향 ②: 의료인력의 양성 및 질 관리체계 내실화

제5절 추진방향 ③: 병상 자원의 적정한 공급 체계 구축

제1절 의료자원 개괄

| | | | | |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 정책목표 | 지속가능하고 질 높은 의료자원 공급체계 마련 | | | |
| 추진방향 | ① 의료인력의 적정한 공급 및 미래 의료수요에 부응하는 의료인력의 양성과 활용 | | | |
| 추진과제 | ①-1 적정 보건의료인력 수급 관리 | ①-2 미래 적정 보건의료인력의 배출 | ①-3 보건의료인력의 효율적 활용 방안 모색 | ①-4 체계적인 보건의료인력 관리 시스템 구축 |
| 실행전략 (추진계획) | ① 미래 환경변화를 감안 한 정기적인 보건의료 인력 수요 추계 ② 수요 변화에 탄력적으 로 대응하는 보건의료 인력 공급 ③ 간호인력 근무환경 개 선 | ① 적절한 보건의료인력의 양성 및 배출 | ① 의료전달체계 확립을 통 한 보건의료인력 공급체 계 개선 및 불균형 완화 ② 보건의료인력 배치 기 준 정비 ③ 보건의료인력 간의 역 할 재조정 및 유연성 제고 ④ 의사인력의 전문과목별 균형 배치 ⑤ 지역인재전형의 개선 및 확대 | ① 보건의료인력 수급 종합 계획 수립 ② 보건의료인력 전담 기구 및 정책심의기구 설립 구성 ③ 보건의료인력 통합전산 시스템 구축 |
| 추진방향 | ② 의료인력 양성 및 질 관리 체계 내실화 | | | |
| 추진과제 | ②-1 의료인력의 의학 교육 및 수련 경로 개선 | ②-2 일차의료 전담인력 양성 및 교육 내실화 | ②-3 공공보건의료 인력 양성 및 총괄관리체계 구축 | ②-4 의료인력의 지속 교육 관리 체계 마련 |
| 실행전략 (추진계획) | ① 전공의 수련체계 개편 ② 전문의 시험제도 내실 화 ③ 지도전문의 체계 개편 ④ 양성교육 평가체계 강 화 | ① 일차의료 전담인력의 양 성 확대 ② 일차의료 의사의 연수 및 인증제 도입 검토 ③ 일차의료 의사 양성을 위한 국가 지원 ④ 일차의료의 그룹진료를 통한 역량 강화 | ① 공공의료 핵심인력 양 성을 위한 국립공공의 료대학원 설립 ② 공중보건장학제도를 통 해 취약지 등 근무 의 료인력 양성 ③ 現 파견 의료인력 인건 비 지원사업 개선 ④ 공공보건의료교육 훈련 센터 기능 확대 | ① 면허 갱신제도의 전환 검토 ② 의료인 면허 정보 공개 ③ 의료인 단체의 자율규제 강화 ④ 전문적·독립적 면허관 리기구 설치 |
| 추진방향 | ③ 병상 자원의 적정한 공급 체계 구축 | | | |
| 추진과제 | ③-1 병상수급계획 제도 강화 | ③-2 의료기관 개설 허가 절차 등 관련제도 개선 | ③-3 병상 자원 모니터링 체계 구축 | |
| 실행전략 (추진계획) | ① 정부 기본시책 구체화 ② 시도 계획 수립방안 정비 ③ 계획의 이행과 성과 환류방안 마련 | ① 의료기관 개설허가 절차 개선 ② 의원급 병상 허가제도 도입 ③ 시도별 의료기관 개설 허가 관 련 조례 정비 | ① 병상자원 수급 모니터링 체계 구축 ② 자료 제공체계 구축 | |

제2절 보건의료인력 정책의 방향⁸⁰⁾

가. 주요 문제의식

□ (문제⁸¹⁾의식 ① 보건의료인력 수급추계에서 접근방법과 활용의 패러다임 전환 필요)

○ 기존 수급추계 모형에서 ‘간편한 가정(convenient assumption)’의 한계 (그림)⁸¹⁾

- 기존 수급추계 모형에서는 의료인력 수요와 공급에 영향을 미치는 주요한 요인 중 불확실성이 높아 반영하기 어려운 요인들에 대해 ‘간편한 가정’에 기반하여 추계하였음.
- 수요측면에서는 생산성에 영향을 미치는 근로시간, 기술과 조직혁신, 의료인력의 역할변화와 업무체계, 의료제공체계의 역할의 영향이 충분히 고려되지 못하였음.
- 공급측면에서도 전달체계와 의료비 지출의 영향이 적절하게 고려되지 못하였음.
- 기존 모형에서 가정에 기반한 요인들이 어떻게 변화하는가에 따라 추계결과가 크게 달라지는 것으로 알려져 있음.

○ 기존 수급추계에서 간편하게 가정된 요인과 이들이 수급추계 결과에 미치는 영향

- (경제상황과 의료비 지출) 경제상황과 그로 인한 의료비 증가율 변화는 의료인력에 대한 수요를 감소시킴. OECD 국가에서 2008년 국제금융위기 이후 의료이용과 의료비 지출의 감소로 인해 의사와 간호사를 포함한 의료인력에 대한 수요가 감소하였음. 국제금융위기 이전에는 부족하다고 추계되었던 영국에서 병원 전문의 공급은 금융위기 이후 의료인력은 공급과잉으로 추계결과가 변화되었음.
- (임금 수준) 의료인력의 임금수준은 공급에 큰 영향을 미치는 것으로 알려져 있으나 대부분의 인력수급추계모형에서는 이를 반영하지 못하고 있음. 동시에 의료인력의 임금수준은 의료비 지출 규모에 큰 영향을 미침. 대표적인 예는 임금이 상승할 경우 간호인력의 유출률을 낮추는 사례임.
- (은퇴와 유출) 의사의 경우 은퇴 연령이 늦어지고 있고, 간호사의 경우 유출률이 시계열적으로 크게 변화하는 등 의료인력의 은퇴와 유출을 정확하게 예측하기 어려움. 호주에서는 최근 간호사의 유출률이 낮아졌고 캐나다에서는 의사의 은퇴연령이 늦어지고 있으나, 이러한 현상이 사회경제적 변화로 인한 순환적 현상인지 정책으로 인한 구조적 현상인지 명확하기 않음.
- (수요 기반과 필요 기반) 전통적으로 과거의 의료이용량에 근거하여 의료인력의 수요를

80) 작성자: 김윤

81) Ono, T., G. Lafortune and M. Schoenstein (2013), "Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries", OECD Health Working Papers, No. 62

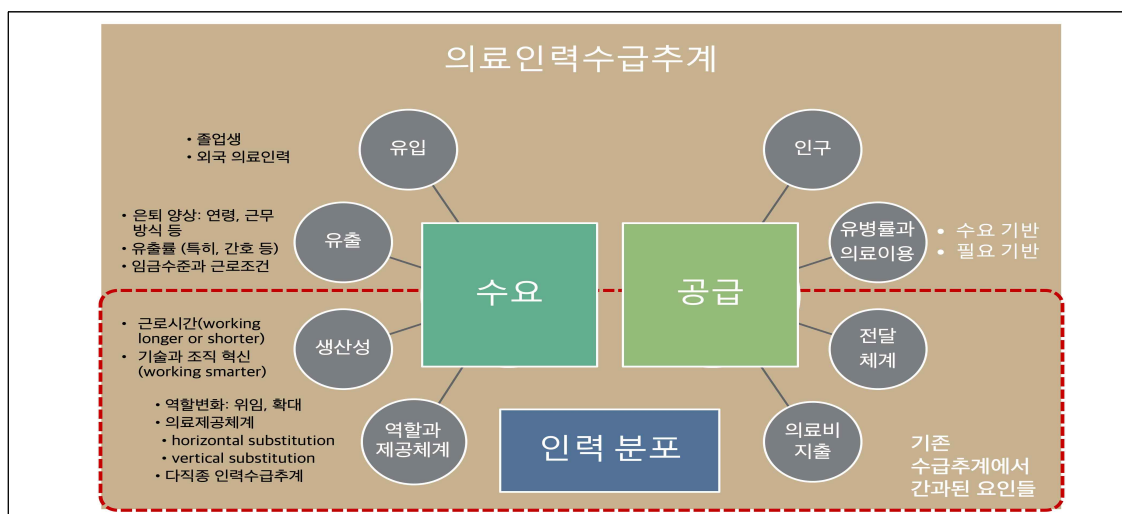
추계하는 방법론과는 달리 최근 질환의 발생률과 유병률 정보에 근거하여 의료서비스에 대한 필요에 근거하여 의료인력의 수계를 추계하려는 시도가 이뤄지고 있음.

- (역할 변화) 의료인력의 역할은 의학의 발전과 보건의료체계의 변환에 따라 지속적으로 변화해왔음. 이는 동일 직종 내에서 이뤄지는 수평적 역할 변화(horizontal substitution) 뿐만 아니라 다른 직종 사이에서 이뤄지는 수직적 역할 변화(vertical substitution)로 구분할 수 있음. 일차진료의사가 최초 진료를 담당하고 전문의가 일차 진료의사로부터 의뢰된 환자에 대한 진료를 담당하는 것은 수평적 역할변화이며 의사의 업무가 간호사에게 위임되는 것은 수직적 역할변화의 예임.
- (과부족에 대한 정의) 보건의료인력의 부족과 과잉에 대한 명확한 정의와 지표가 마련되어 있지 않음. 구인난 같은 현상이나 취업률과 같은 지표에 의존할 수는 있지만, 인력 부족과 과잉을 명확하게 정의하기 어려울 뿐만 아니라 현재 상태에서 부족과 과잉의 수준을 명확하게 추정하기 어려움. 과부족에 대한 명확한 정의 없이 또는 현재 상태에서 과부족 수준에 대한 판단 없이 현재와 미래 인력 수요의 차이만으로 과부족 수준을 정확하게 추정하기 어려움.

○ 의료인력의 균등한 분포를 고려하지 않은 수급추계의 한계

- 대부분의 수급추계는 국가 수준에서 인력의 수급에만 한정
- 독일 등에서는 지역별 인력수급추계를 통해 지역 간 불균형 분포 문제의 해결을 시도하거나, 프랑스와 같이 지역별 의료인력 양성역량의 격차를 반영하거나, 미국과 같이 지역 간 의료인력의 이동을 반영한 수급추계 모형을 구축하는 등의 시도가 이뤄지고 있음.

[그림 2-2-1] 보건의료인력 수급추계의 개념틀과 영향요인



자료: Ono, T., G. Lafortune and M. Schoenstein (2013)의 그림을 기반으로 저자가 수정한 것임

○ 수급추계 결과를 과학적 사실로 간주하는 오류

- 10년 또는 15년 이후 의사와 간호사와 같은 의료인력 수급추계에 예측하기 어려운 다양한 요인들이 영향을 미치기 때문에 정확한 결과를 추계하기는 매우 어려움.
- 따라서 수급추계는 정확한 결과를 산출해 낼 수 있는 ‘과학’이라고 생각하고 접근할 것이 아니라 주기적이고 지속적인 추계를 통해 불확실성을 해소하는 방법으로 활용하는 것이 타당함.
- 바람직한 수급추계 결과를 적절하게 활용하려면 수급추계가 불가피하게 근거할 수밖에 없었던 가정의 영향을 고려한 주기적인 수급추계 결과 재평가를 통해 불확실성을 줄여나 가야 함.
- 이와 함께 보건의료정책의 변화와 사회경제적 변화 역시 수급추계에서 큰 영향을 미치는 요인이므로 수급추계에 큰 영향을 미치는 보건의료정책과 사회경제적인 요인에 변화가 있으면 재평가를 통해 수급추계의 정확성을 높여야 함.

○ 수급추계 전담기구 설립 필요성

- 수급추계에 필요한 자료를 체계적으로 관리하고, 주기적으로 일관성 있는 수급추계 하기 위해서는 이를 전담하는 별도의 조직을 두고 주기적으로 수급추계를 담당하도록 하는 것이 바람직함.
- 우리나라는 보건의료인력 수급추계의 중요성에 비추어 수급추계를 위한 조직과 인력, 예산에 적절한 자원이 투자되지 못한 결과, 수급추계의 모형이 발전되지 못하고 있고 정책적 활용을 위한 논의가 매우 빈약했음.
- 최근 영국과 호주는 보건의료인력계획을 전담하는 기구를 설립하고 상당한 규모의 인력과 예산을 투입하여, 추계 방법론을 개선하고 지속적으로 추계가 이뤄지도록 하였음. 인력추계를 기존 기구에 맡길 경우 일반적으로 충분한 자원이 투입되지 않았음.
- 호주 보건의료인력원(HealthWorkforceAustralia)는 2012년 Health Workforce 2025 수급추계를 수행하고, 그 결과를 바탕으로 의료인력을 양성하기 위한 양성 역량을 개발하기 위한 계획을 함께 수립하였음.

□ (문제의식② 보건의료인력에서 Skill Mismatch)

○ (정의) 보건의료인력에서 Skill Mismatch의 정의

- 교육훈련을 통해 갖춘 역량과 실제 수행하는 역할이 일치하는 것을 Skill Mismatch라고 하며, 수행하는 역할에 비해 역량이 지나친 경우를 Over-skilling 반대의 경우를 Under-skilling 이라고 함.

- Over-skilling에서는 자원의 낭비가 일어나고 Under-skilling에서는 의료의 질과 환자안전의 문제가 발생함.
- Over-skilling은 역할의 확대를 통해 해결할 수 있으며, Under-skilling은 지속교육을 통해 해결할 수 있음.

○ (개원의에서 Skill Mismatch와 낮은 의료 질) 개원의 중 경증진료를 주로 담당하는 개원의는 약 절반에 불과

- 2016년 인구 10만 명 당 개원의 수는 43.1명인데 반해 경증환자를 주로 진료하는 개원의 수는 19.4명에 불과함.⁸²⁾

★ 진료과목이 내과, 가정의학과, 소아과, 안과, 이비인후과인 의원과 외래 약제비 본인부담률 차등제가 적용되는 52개 질환의 비율이 38.3%(의원의 평균) 이상인 의원을 경증진료를 주로하는 의원으로 정의

- 개원의 경증질환 진료에서 Under-skilling으로 인한 의료 질의 문제가 심각함.
- 고혈압 환자 중 전문과목이 고혈압 진료에 적절한 내과, 가정의학과, 일반의로부터 진료 받는 경우는 48%에 불과했음. 이들 전문과목의 경우 심평원 고혈압 적정성 평가에서 우수기관의 비중이 31~48%였으나, 다른 과목의 경우 외과를 제외하고는 11% 이하였음. 당뇨병 및 천식 적정성 평가에서도 고혈압과 비슷한 양상이 나타나고 있음.

○ (부실한 일차의료 수련과정) 우리나라 전공의 수련과정에서 일차의료 관련 수련과정은 매우 부실

- 전공의 수련과정에서 습득해야 할 일차의료 수련역량이 정의되어 있지 않으며, 일차医료를 담당할 전문과목도 정의되어 있지 않음.⁸³⁾
- 전공의 수련목표와 교육과정이 추상적으로 설정되어 있고 연차별로 수련내용이 논리적으로 구분되어 있지 않은 학회도 있는 등 수련과정이 매우 부실하며, 같은 맥락에서 일차진료과목으로 분류되는 가정의, 일반내과, 일반소아청소년과의 경우에도 일차진료 중심의 전공의 수련이 이뤄지지 않고 있음.⁸⁴⁾
- 일차진료 수련이 강한 영국의 경우 일차진료의사 수련과정 4년 중 약 절반을 지역사회에서 수련하고 있으나, 우리나라의 경우 일차진료를 담당하는 대표적인 전문과목인 가정의학과와 소아과의 경우도 지역사회 연계된 수련과정이 없음.

82) 박수경 등. 국민보건의료실태조사. 보건복지부. 2018

83) 이들 전문과목 이외에 노인과, 부인과를 일차진료과목으로 분류하는 경우도 있음.

84) 김재중 등. 전공의의 효율적 수련을 위한 전문과목별 수련과정 개편 연구. 대한의학회. 2013

제3절 추진방향 ①: 의료인력의 적정한 공급 및 미래의료수요에 부응하는 의료인력의 양성과 활용⁸⁵⁾

가. 추진배경 및 주요 문제의식

□ (현황① 보건의료인의 정의)

- (보건의료기본법 제3조 정의) "보건의료인"이란 보건의료 관계 법령에서 정하는 바에 따라 자격·면허 등을 취득하거나 보건의료서비스에 종사하는 것이 허용된 자를 말한다.
- (보건복지부 면허관리 대상) 의료인(의사, 치과의사, 한의사, 조산사, 간호사), 약사, 의료기사(임상병리사, 방사선사, 물리치료사, 작업치료사, 치과기공사, 치과위생사), 보건의료정보관리사, 안경사
- (보건복지부 자격관리 대상) 간호조무사, 한약사, 응급구조사, 언어재활사, 임상영양사, 의사·보조기기사, 한약조제사 등
- (건강보험심사평가원 요양기관 현황 신고 대상) 의료인(의사, 치과의사, 한의사, 조산사, 간호사), 간호조무사, 약사, 의료기사(임상병리사, 방사선사, 물리치료사, 작업치료사, 치과기공사, 치과위생사), 보건의료정보관리사, 동위원소취급자, 방사선취급감독자, 영양사, 조리사, 사회복지사, 조혈모세포이식담당자, 안경사, 정신보건전문요원, 기타 종사자

〈표 2-2-1〉 보건의료기본법 상의 보건의료인의 정의와 의료법 시행규칙 상의 면허 관리 및 신고

| 보건의료기본법 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>□ (제3조 정의) "보건의료인"이란 보건의료 관계 법령에서 정하는 바에 따라 자격·면허 등을 취득하거나 보건의료서비스에 종사하는 것이 허용된 자를 말한다.</p> <p>□ 제5조(보건의료인의 책임) ① 보건의료인은 자신의 학식과 경험, 양심에 따라 환자에게 양질의 적절한 보건의료서비스를 제공하기 위하여 노력하여야 한다.</p> <p>② 보건의료인은 보건의료서비스의 제공을 요구받으면 정당한 이유 없이 이를 거부하지 못한다.</p> <p>③ 보건의료인은 적절한 보건의료서비스를 제공하기 위하여 필요하면 보건의료서비스를 받는 자를 다른 보건의료기관에 소개하고 그에 관한 보건의료 자료를 다른 보건의료기관에 제공하도록 노력하여야 한다.</p> <p>④ 보건의료인은 국가나 지방자치단체가 관리하여야 할 질병에 걸렸거나 걸린 것으로 의심되는 대상자를 발견한 때에는 그 사실을 관계 기관에 신고·보고 또는 통지하는 등 필요한 조치를 하여야 한다.</p> |

85) 작성자: 배재용

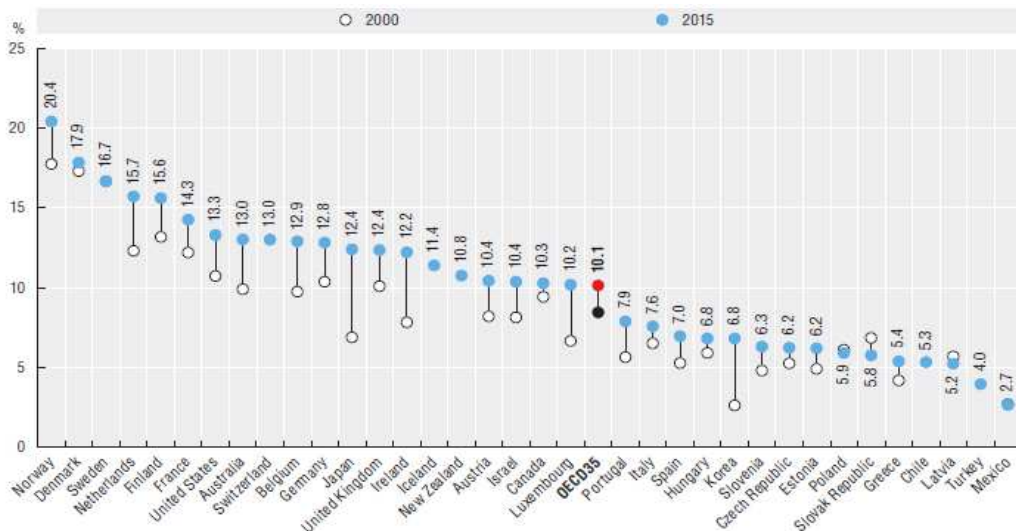
의료법 시행규칙

- 제4조(면허증 발급) 의사·치과의사·한의사·조산사(助産師) 또는 간호사 국가시험(이하 "국가시험"이라 한다)은 각각 의학·치의학·한방의학·조산학·간호학 및 보건의약 관계 법규에 관하여 의사·치과의사·한의사·조산사 또는 간호사로서 갖추어야 할 지식과 기능에 관하여 행한다.
- 제17조(의료인의 실태 등의 신고 및 보고) ① 법 제25조제1항 및 영 제11조제1항에 따라 의료인의 실태와 취업상황 등을 신고하려는 사람은 별지 제10호서식의 의료인의 실태 등 신고서를 작성하여 법 제28조에 따른 중앙회(이하 "중앙회"라 한다)의 장(이하 "각 중앙회장"이라 한다)에게 제출하여야 한다.
- ② 제1항에 따른 신고를 받은 각 중앙회장은 신고인이 제20조에 따른 보수교육(補修敎育)을 이수하였는지 여부를 확인하여야 한다.
- ③ 각 중앙회장은 제1항에 따른 신고 내용과 결과를 반기별로 보건복지부장관에게 보고하여야 한다. 다만, 법 제66조제4항에 따라 면허의 효력이 정지된 의료인이 제1항에 따른 신고를 한 경우에는 그 내용과 결과를 지체 없이 보건복지부장관에게 보고하여야 한다.

□ (현황② 보건의료인력 현황)

- 우리나라의 보건복지인력이 전체 노동 인력에서 차지하는 비중은 6.8%로, OECD 35개 회원국의 평균인 10.1%에 훨씬 못 미치며, 핀란드나 네덜란드와 같은 스칸디나비아 국가들(15~20%)의 3분의 1 수준임.⁸⁶⁾
- － OECD 회원국은 대부분 보건복지분야의 일자리가 증가해오고 있으며, 2000~2015년 사이에 42% 늘었고, 같은 기간 전체 고용인력에서 보건의료인력이 차지하는 비중은 1.7%포인트 증가했음.

[그림 2-2-2] OECD 국가의 전체 노동인력에서 보건복지인력이 차지하는 비율 (단위: %)

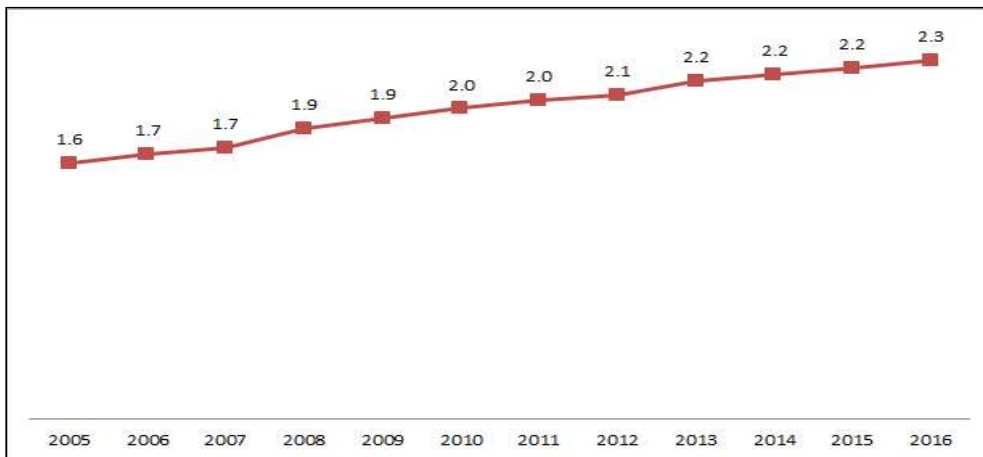


자료: OECD Health Statistics 2017

86) OECD Health Statistics 2017 (Health at a Glance 2017 -OECD Indicators
<https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2017-Chartset.pdf>)

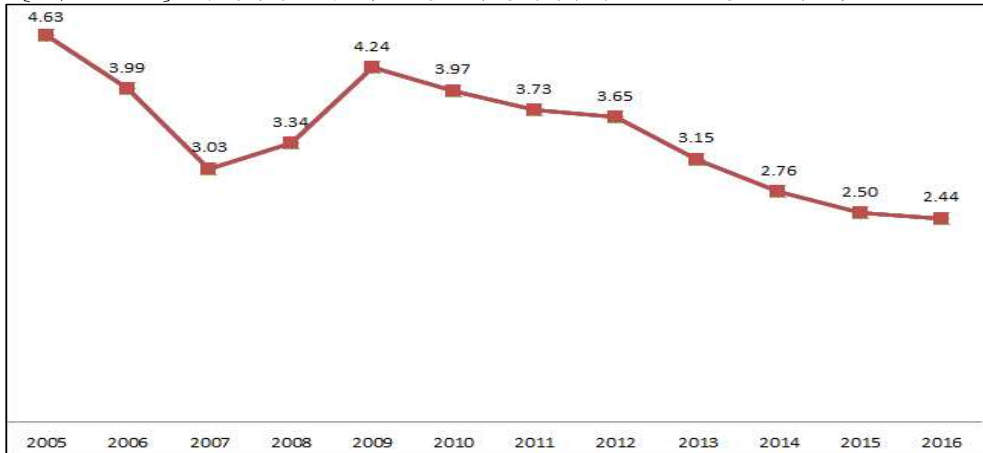
- 우리나라의 임상 의사수(한의사 포함) 2016년 인구 천 명 대비 2.3명(의사 1.9명, 한의사 0.4명)으로 OECD 회원국 중 가장 낮은 수준이며 OECD 회원국 평균 3.4명의 3분의 2 수준임. (한의사를 제외할 경우 절반을 겨우 넘는 수준)
- 우리나라의 인구 1,000명당 임상 의사수는 낮은 수준인데 반해 OECD 국가들 평균보다 높은 증가율을 나타내고 있음. ('11-16년 우리나라 연평균 증가율 2.44%, OECD 평균 1.56%)
- 우리나라의 인구 1,000명당 임상 의사수는 1990년대에 높은 증가율을 보였고 이러한 경향이 2000년대 초기까지 계속되다가 2004년 이후 둔화되고 있음. ('01-06년 연평균 증감률 3.99%, '06-11년 연평균 증감률 3.73%, 11-16년 연평균 증감률 2.44%)

[그림 2-2-3] 우리나라 인구 1,000명당 임상 의사수, 2005-2016 (단위: 명)



자료: OECD Health Statistics 2018

[그림 2-2-4] 우리나라 인구 1,000명당 임상 의사수의 5년간 연평균 증감율, 2005-2016 (단위: %)



주: 5년간 연평균 증감율은 연평균 복합 성장률 (Compound Annual Growth Rate: CAGR)을 이용하여 계산
 자료: OECD Health Statistics 2018을 분석

- 최근 5년('11-16년)의 연평균 증가율(우리나라 2.44%, OECD 평균 1.56%)이 향후에도 지속된다고 가정하면 우리나라의 인구 1,000명당 임상 의사수는 2032년에 현재의 OECD 평균 3.4명에 도달할 것으로 전망되며, OECD 평균 또한 4.4명으로 증가할 것으로 전망되어 임상 의사의 갭은 향후 거의 같은 수준이 지속되고 더욱이 한의사를 제외할 경우 그 갭은 향후 더 커지게 됨.

〈표 2-2-2〉 인구 1,000명당 임상 의사수 전망, 2020-2035 (단위: 명)

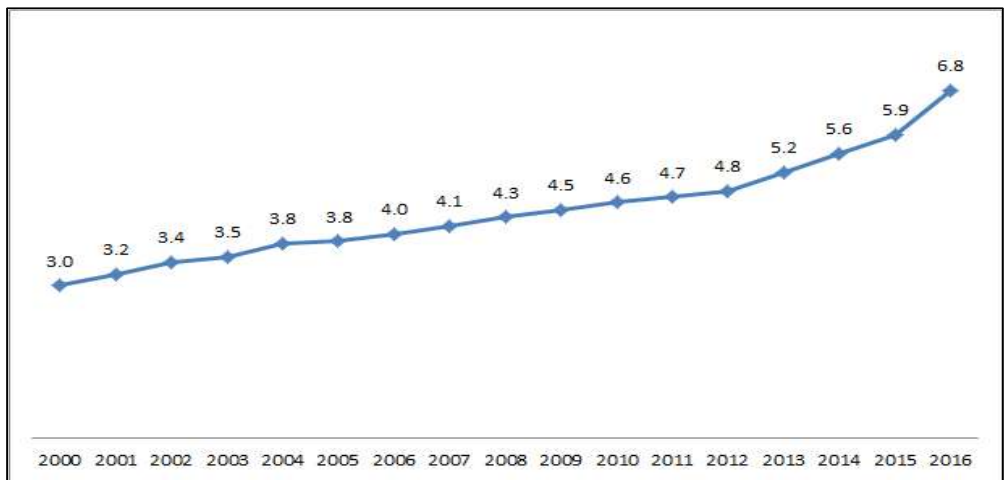
| 구분 | 인구 1,000명당 임상 의사수 | |
|-------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| | 한국 (2016년 인구 1,000명당 임상 의사수: 2.3명) (‘11-16년 연평균 증가율: 2.44%) | OECD 평균 (2016년 인구 1,000명당 임상 의사수: 3.4명) (‘11-16년 연평균 증가율: 1.56%) |
| 2020년 | 2.5 | 3.6 |
| 2021년 | 2.6 | 3.7 |
| 2022년 | 2.7 | 3.7 |
| 2023년 | 2.7 | 3.8 |
| 2024년 | 2.8 | 3.8 |
| 2025년 | 2.9 | 3.9 |
| 2026년 | 2.9 | 4.0 |
| 2027년 | 3.0 | 4.0 |
| 2028년 | 3.1 | 4.1 |
| 2029년 | 3.1 | 4.2 |
| 2030년 | 3.2 | 4.2 |
| 2031년 | 3.3 | 4.3 |
| 2032년 | 3.4 | 4.4 |
| 2033년 | 3.5 | 4.4 |
| 2034년 | 3.5 | 4.5 |
| 2035년 | 3.6 | 4.6 |

주: 1) 2016년 인구 1,000명당 임상 의사수와 '11-16년 연평균 증가율을 이용하여 추계
자료: OECD Health Statistics 2018을 분석

- 더불어, 대부분의 OECD 회원국은 2000년대 들어 의대 입학 정원을 늘리는 정책을 펼친 결과, 인구 십만 명당 의대 졸업자 수가 2000년 OECD 평균 8.3명에서 2016년 12.1명으로 증가한 반면에 우리나라는 의대 정원 감축 및 동결 정책을 지속하여 2016년 기준 인구 십만 명당 의대 졸업자 수는 7.9명(한의사 제외시 6.0명)으로 이는 OECD 국가들의 평균(12.1명)의 3분의 2 수준(한의사 제외시 절반)으로 미래 의사인력의 절대 부족을 예고하고 있음.
- 우리나라의 임상 간호인력(간호사+간호조무사)은 2016년 인구 1,000명당 6.8명으로, OECD 회원국 평균 9.0명의 3분의 2, 일본 11.3명의 절반 수준임.

- 우리나라의 임상 간호인력은 2000년 인구 1,000명당 3.0명에서 2016년 6.8명으로 지속적으로 증가해 왔지만, 아직도 임상 현장의 간호사 부족은 심각한 상황임.

[그림 2-2-5] 우리나라 인구 1,000명당 임상간호인력, 2000-2016 (단위: 명)



자료: OECD Health Statistics 2018

- 면허등록 간호사는 2015년 현재 약 33만 9천 명이고 간호조무사 자격증 소지자는 약 63만 9천 명으로 간호조무사 수가 2배에 가까운 반면, 임상 현장에 종사하고 있는 간호사는 2015년 기준 15만 8천여 명, 간호조무사는 약 14만 5천 명으로 간호사가 약간 더 많음.

<표 2-2-3> 간호인력 면허·자격의 소지자 및 종사자 (단위: 명)

| 연도 | 소계 | | | 간호사 | | | 간호조무사 | | |
|-------|---------|---------|-----------|---------|---------|-----------|---------|---------|-----------|
| | 소지자 | 종사자 | 인구 천명당 | 소지자 | 종사자 | 인구 천명당 | 소지자 | 종사자 | 인구 천명당 |
| 2006년 | 572,141 | 192,753 | 4.0 | 223,781 | 96,327 | 2.0 | 348,360 | 96,426 | 2.0 |
| 2010년 | 738,722 | 228,614 | 4.6 | 270,274 | 116,071 | 2.3 | 468,448 | 112,543 | 2.3 |
| 2015년 | 977,251 | 303,133 | 5.9 | 338,629 | 158,247 | 3.1 | 638,622 | 144,886 | 2.8 |

- 지속적인 간호대 입학정원 증원정책의 결과 2016년 기준 우리나라의 인구 10만 명당 간호대 졸업자수는 43.1명으로 OECD 국가들의 평균 34.8명을 넘어서고 있어 향후 개선의 여지는 보이고 있지만, 면허자 수 대비 의료기관에서 활동하는 간호사의 비율은 50% 수준임.
- 간호인력 부족을 해결하기 위해서는 간호사들의 근무환경 및 처우의 개선과 간호 유희인력의 재취업을 위한 지원의 필요성이 강조되고 있음.

○ 의료기사(임상병리사, 방사선사, 물리치료사, 작업치료사, 치과기공사, 치과위생사)의 2016년 면허등록자는 27만 명으로, 보건의료정보관리사 및 안경사까지 포함하면 약 33만 4천 명임. 전체적으로 최근 10년간 연평균 6.3%의 증가율을 보임.

- 치과위생사가 7만 명으로 가장 많고 물리치료사와 임상병리사가 약 6만 명, 임상병리사가 5만 4천 명, 안경사와 방사선사가 4만 1천 명, 의무기록사가 2만 3천 명, 작업치료사가 1만 3천 명 수준임.
- 고령사회에서 역할이 주목되는 작업치료사는 지난 10년간 연평균 21%의 높은 증가율을 보였고, 물리치료사도 7.9%의 증가율을 보임.

<표 2-2-4> 의료기사 등의 면허등록자 수

(단위: 명,%)

| 연도 | 총계 | | 임상병리사 | | 방사선사 | | 물리치료사 | |
|---------|---------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|
| | 면허인력 | 증감율 | 면허인력 | 증감율 | 면허인력 | 증감율 | 면허인력 | 증감율 |
| 2005 | 171,160 | 7.4% | 36,609 | 3.9% | 22,237 | 7.4% | 25,498 | 10.8% |
| 2010 | 236,117 | 6.3% | 43,348 | 2.7% | 29,885 | 5.7% | 38,247 | 8.8% |
| 2016 | 334,213 | 5.4% | 54,230 | 4.1% | 40,748 | 5.6% | 58,799 | 6.9% |
| 연평균 증가율 | 6.3% | | 3.6% | | 5.7% | | 7.9% | |

| 연도 | 작업치료사 | | 치과기공사 | | 치과위생사 | | 보건의료정보관리사 | |
|---------|--------|-------|--------|------|--------|------|-----------|------|
| | 면허인력 | 증감율 | 면허인력 | 증감율 | 면허인력 | 증감율 | 면허인력 | 증감율 |
| 2005 | 1,643 | 43.7% | 20,202 | 6.6% | 28,153 | 9.9% | 10,818 | 6.7% |
| 2010 | 5,390 | 22.8% | 26,872 | 4.9% | 43,733 | 8.3% | 15,424 | 6.8% |
| 2016 | 13,135 | 15.4% | 33,418 | 2.7% | 70,070 | 6.5% | 22,753 | 5.0% |
| 연평균 증가율 | 20.8% | | 4.7% | | 8.6% | | 7.0% | |

자료: 보건복지통계연보

<표 2-2-5> 의료기사 국가시험 합격현황

(단위: 명)

| 의료기사 | | 임상 병리사 | 방사 선사 | 물리 치료사 | 작업 치료사 | 치과 기공사 | 치과 위생사 | 보건의료정 보관리사 |
|------|-----|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| 2005 | 응시자 | 2,269 | 2,100 | 2,818 | 655 | 1,630 | 2,790 | 1,467 |
| | 합격자 | 1,400 | 1,536 | 2,492 | 503 | 1,280 | 2,526 | 682 |
| 2010 | 응시자 | 2,372 | 2,399 | 3,481 | 1,199 | 1,649 | 3,943 | 2,037 |
| | 합격자 | 1,203 | 1,668 | 3,112 | 1,008 | 1,355 | 3,511 | 1,036 |
| 2016 | 응시자 | 2,781 | 2,622 | 4,518 | 2,006 | 1,221 | 5,300 | 2,728 |
| | 합격자 | 2,069 | 2,033 | 3,835 | 1,615 | 1,001 | 4,600 | 1,271 |

자료: 보건복지통계연보

- OECD 통계에서 얻을 수 있는 ‘유사 의료인력’ 지표를 보면, 임상 종사 물리치료사 (physiotherapist)는 2015년 인구 천 명당 0.6명으로 OECD 국가 평균인 1.0명의 절반 수준임.
- 선협국의 인력 투입 사례와 고령사회에 필요한 양질의 의료에 대한 국민의 수요에 비추어 볼 때 앞으로 이 분야의 인력 수요와 일자리는 크게 늘어날 것으로 예상됨.

<표 2-2-6> OECD 국가의 인구 천 명당 물리치료사

(단위: 명)

| 연도 | 한국 | 호주 | 캐나다 | 프랑스 | 독일 | 네덜란드 | 뉴질랜드 | 노르웨이 | 영국 | 미국 | OECD평균 |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|-----|-----|--------|
| 2010 | 0.5 | 0.9 | 0.5 | 1.1 | 1.8 | 1.8 | 1.0 | 2.2 | 0.4 | 0.6 | 0.9 |
| 2015 | 0.6 | 0.9 | 0.6 | 1.3 | 2.2 | 1.7 | 1.0 | 2.4 | 0.4 | 0.7 | 1.0 |

자료: OECD Health Statistics 2017

□ (문제의식①) 만성질환 및 유지기·생활기 환자의 증가로 ‘의학모델’에서 ‘의학·생활모델’로 패러다임 전환 필요)

○ 인구고령화에 따른 만성질환 및 유지기·생활기 환자의 증가

- 고령화율의 급등 (2018) 14%→ (2025) 20%
- 2020년부터 베이비부머 세대의 노인인구 진입
- 기대수명의 증가로 암·치매 등 노화와 관련된 질환 급증
- 대다수의 고령자는 만성질환을 보유하며 이는 완치보다는 일상적 관리를 요함.

○ ‘의학모델’에서 ‘의학·생활모델’로 전환 필요

- 급성기질환 즉, 낫는 병에 대해서는 병리 과정을 확인하는 ‘진단’과 병인을 제거하는 ‘치료’로 구성된 ‘의학적 모델’이 적합함.
- 만성기질환 즉, 낫지 않는 질병에 대한 대응을 위해서는 질환·장애·생활을 종합적으로 조절하면서 가정생활·사회생활·경제생활을 종합적으로 지원하는 ‘생활모델’이 접목되어야 함.

□ (문제의식②) 개별 면허 중심의 분절적 구조로는 ‘의학·생활모델’을 구축하고 실천하기 어려움)

○ 의사의 판단에만 전적으로 의존하는 방식을 탈피해서 여러 직종이 함께 참여하는 팀 어프로치가 적합함.

- 질환의 패턴이 정해져 있고 장애·생활 지원이 동시에 제공되어야 하는 대상자에게는 의

사 중심의 치유(cure)보다는 다양한 직종의 협업에 의한 돌봄(care)이 요구됨.

- 의료기관 중심의 개별서비스가 중심이었다면 앞으로는 지역사회가 중심이 되는 커뮤니티케어시스템이 갖추어져야 함.

○ 면허 중심의 제공체계와 보상구조는 지역 간의 분쟁을 초래하고 환자의 상태에 맞는 유연한 서비스의 제공에 장애가 됨.

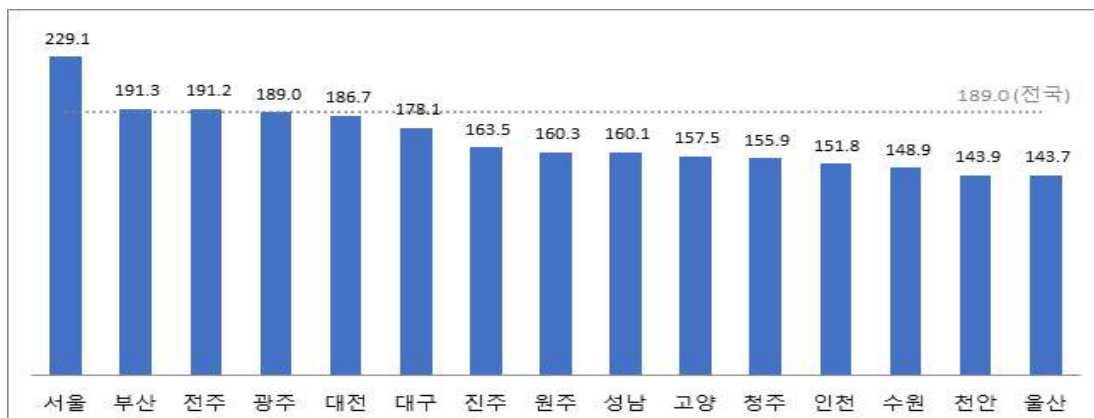
- 의사와 한의사(양·한방 일원화, 의료기기 사용 등), 의사와 간호사(간호임상, 방문간호, 보조의사(PA) 인정 등), 의사와 약사(의약분업과 대체조제 등), 의사와 물리치료사·작업치료사(개설권, 감독권, 처방권 등), 치과 의사와 치과기공사(개설권, 감독권, 처방권 등), 한의사와 약사(한방첩약 조제 등), 간호사와 간호조무사와 영양보호사(간호간병 등) 등의 지역 분쟁은 가히 전방위적으로 진행되고 있고, 각 지역은 서로의 영역 지키기와 확장에 몰두하고 있음.
- 회원들의 이해 타산적 요구와 회원의 회비와 표심에 의존하는 지역단체의 적극적인 정책 개입이 맞물리면서 지역 간의 분쟁은 점점 더 노골적으로 전개되고 이는 지역 간의 중복 영역에서 불필요한 낭비와 질적 저하를 가져옴.

□ (문제의식③) 의료인력 분포의 불균형)

○ (지역간 불균형) 의료인력의 대다수가 서울과 수도권, 대도시 지역에서 활동하고 있어 심각한 지역간 의료 인력의 불균형이 존재함.

- 2016년 기준 전국 15개 대진료권 가운데 인구 10만 명당 의료기관 임상 의사수가 가장 적은 울산(143.7명), 천안(143.9명), 수원(148.9명)은 가장 많은 서울(229.1명)의 3분의 2 수준에 불과함. 지역간 격차는 중진료권 단위에서 더 크게 나타나, 시흥(90.1명), 속초(90.8명), 당진(92.42명)은 전국 평균인 189.0명의 절반 수준임.

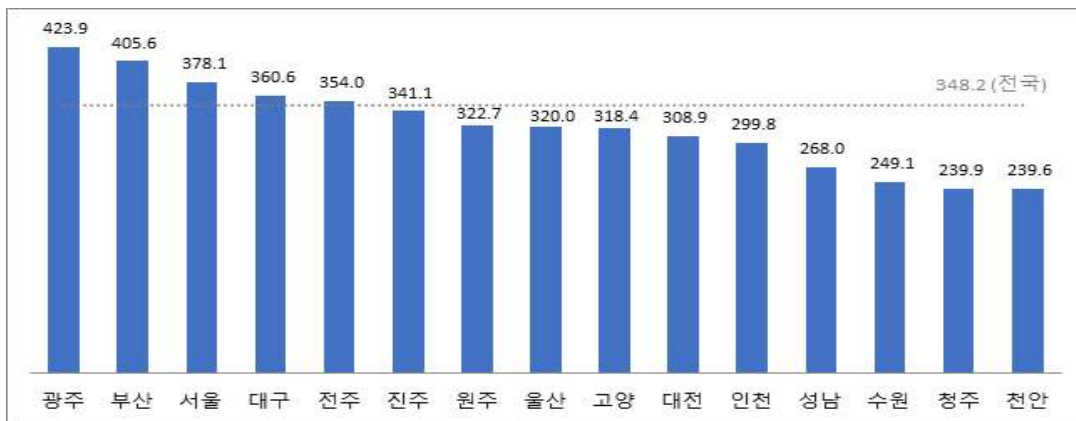
[그림 2-2-6] 대진료권별 인구 10만명당 의료기관 활동의사수, 2016 (단위: 명)



자료: 한국보건산업진흥원. (2017). 국민보건의료실태조사.

- 2016년 기준 15개 대진료권의 인구 10만명당 의료기관 활동간호사수를 보면, 가장 낮은 천안(239.6명), 청주(239.9명), 수원(249.1명)은 가장 높은 광주(423.9명)의 절반을 약간 웃도는 수준임.

[그림 2-2-7] 대진료권별 인구 10만명당 의료기관 활동간호사수, 2016 (단위: 명)



자료: 한국보건산업진흥원. (2017). 국민보건의료실태조사.

- **(수요에 기반한 전공의 정원 배정의 필요성)** 전공의 정원은 의료서비스 수요를 정확히 예측하여 이에 따른 전문의 공급이 원활하게 이루어질 수 있도록 책정되어야 하나, 지속적인 전문과목별 전문의 공급에 대한 모니터링 및 진료영역별 의료 수요에 영향을 미치는 의료환경 변화를 고려한 주기적이고 체계적인 인력추계의 부재로 인해 전공의 정원 배정이 전문과목별 의료서비스 및 전문의 수요를 충분히 반영하지 못하고 있는 상황임.
- **(의료기관 중별 불균형)** 100병상당 의사수는 상급종합병원 47.0명, 종합병원 18.7명, 병원 5.6명, 100병상당 간호사수는 상급종합병원 100.1, 종합병원 57.6명, 병원 15.7명으로 소규모 병원에서 의료인력의 상대적 부족이 확인됨.

〈표 2-2-7〉 의료기관종별 의료인력 활동자수, 2016 (단위: 명)

| 구분 | 10만명당 의사수 | 100병상당 의사수 | 10만명당 간호사수 | 100병상당 간호사수 |
|-----------|-----------|------------|------------|-------------|
| 상급종합 | 41.5 | 47.0 | 88.5 | 100.1 |
| 종합병원 | 37.3 | 18.7 | 115.1 | 57.6 |
| 병원 | 20.8 | 5.6 | 58.2 | 15.7 |
| 요양병원 | 9.8 | 2.0 | 42.1 | 8.5 |
| 의원 (병상있음) | 17.7 | 12.1 | 9.4 | 6.5 |
| 의원 (병상없음) | 57.3 | -- | 18.4 | -- |

자료: 한국보건산업진흥원. (2017). 국민보건의료실태조사.

나. 정책 상황 분석

- **(정책 상황① 의료인력 수급 관련 환경의 변화)** 인구사회경제적 환경의 변화, 질병구조의 변화, 의료서비스 수요의 다양화 및 고급화, 의료기술의 발달, 의료서비스 질 제고, 의료인 근무환경 개선 및 보건의료관련 정책의 변화는 보건서비스 이용과 보건의료인력 수급에 영향을 끼치므로 이에 대한 선제적이고 탄력적인 대응이 필요함.
- **(인구 고령화 및 질병구조의 변화)** 인구 고령화의 가속화 및 생활습관 변화 등으로 인해 급성 질환 중심에서 만성질환 중심으로 질병구조가 변화하고 있으므로 이에 따른 의료 필요 및 보건의료서비스 수요의 변화를 감안한 선제적이고 탄력적인 보건의료인력 수급이 이루어져야 함.
- **(의료서비스 수요의 다양화 및 의료기술의 변화)** 소득수준의 향상과 의료소비자 권리의식 증대로 인한 의료서비스 수요의 다양화 및 고급화, 신의료기술의 발달로 인한 개인맞춤형 의료 등의 새로운 의료에 대한 수요의 증가 역시 의료서비스의 및 보건의료인력의 수요에 영향을 끼칠 것으로 예상되므로 보건의료인력의 수급 시에 이에 대한 충분한 고려가 필요함.
- **(적정 진료시간 확보 및 의료인 근무환경 개선)** 진료의 질을 높이고 환자의 만족도를 담보하기 위한 충분한 진료시간 확보와 보건의료인력의 노동 강도 완화와 근무환경 개선을 위한 전공의 수련시간 제한, 주52시간 근무제 적용 등의 정책은 향후 보건의료인력의 수요 증가시키는 요인으로 작용할 것으로 예상되므로 이를 감안하여 보건의료인력 수급에 대한 정책을 재정립해야 할 필요가 있음.
- **(보건의료정책의 변화)** 건강보험 보장성 강화정책, 진료비 지불 방식의 변화, 지역사회 중심 커뮤니케이션으로의 전환 등의 보건의료관련 정책의 변화는 보건서비스 이용과 보건의료인력 수급에 영향을 끼치므로 이에 대해 선제적이고 탄력적인 대응하는 보건의료인력 수급이 이루어져야 함.
- **(정책 한계 ① 체계적인 보건의료인력 관리 시스템 부재)** 보건의료서비스 분야는 공공성이 요구되고 의사인력은 양성 기간이 길어 공공의 체계적인 관리가 필요하지만, 현재의 보건의료인력 수급관리는 의료 환경 및 보건의료시장 수요 변화에 선제적이고 탄력적으로 대응하지 못하는 한계점을 지니고 있음.
- 면허소지자의 주기적인 현황 보고(면허의 주기적인 갱신 또는 재교육)를 통해 보건인력의 수급 상황을 상시적으로 모니터링하고 이를 바탕으로 과학적인 수급 추계 및 인력관리의 체계를 갖추어야 함.

□ (정책 한계 ② 보건의료인력 상시 모니터링의 부재) 현재까지 우리나라의 보건의료인력 공급현황에 대한 파악은 보건복지통계연보, 건강보험심사평가원의 의료자원 현황 통계, 보건의료 실태조사 등을 통해 1년이나 5년 주기로 이루어지고 있음.

○ (1년이나 5년 주기로 보건의료인력 공급현황 파악) 매년 발간되는 보건복지통계연보와 요양기관 현황신고자료를 기반으로 한 건강보험심사평가원의 의료자원 현황통계에 보건인력공급에 관한 전반적인 현황지표가 포함되어있으며 지역별 분포와 같은 보다 구체적인 보건인력 공급현황에 대한 파악은 보건의료 실태조사를 통해 5년 주기로 실시되고 있음.

□ (정책 한계 ③ 기존 보건의료인력 수급 추계의 한계) 현재까지 우리나라의 보건의료인력 수급추계는 개별 연구자와 연구기관에 의해 부정기적이고 비연속적으로 수행되어 왔으며, 보건의료인력의 수요와 공급에 영향을 미치는 요인들이 충분히 반영되지 못함.

○ (부정기적 보건의료인력 수급추계의 불확실성) 보건의료인력 수급추계에 예측하기 어려운 다양한 요인들이 영향을 미치기 때문에 정확한 결과를 추계하기는 매우 어려우며, 이러한 불확실성을 줄이기 위해서는 주기적이고 지속적인 보건의료인력 수급 추계와 이에 대한 재평가를 통해서 정확성을 높여야 하는데, 그동안의 수급추계는 부정기적이고 비연속적으로 이루어져 수급추계의 모형이 발전되지 못하였음.

○ (기존 수급추계에서 충분히 고려하지 못한 요인들) 기존 우리나라의 수급추계 모형들은 보건의료인력 수요와 공급에 영향을 미치는 주요한 요인 중 불확실성이 높아 반영하기 어려운 요인들에 대해 ‘간편한 가정’에 기반하여 추계하여 왔음.

- 수요측면에서는 대부분의 수급추계 모형에서 고령화에 따른 연령별 인구 분포의 변화, 질병구조의 변화, 사회경제학적 특성의 변화에 따른 영향이 충분히 반영되지 않았음.
- 공급측면에서는 대부분의 수급추계 모형에서 의료인력 생산성의 변화, 기술과 조직 혁신, 의료인력의 역할변화와 업무 체계, 의료제공체계와 관련 보건의료 정책의 변화에 따른 영향이 충분히 반영되지 않았음.
- 또한, 각각의 모형에서 반영된 영향 요인들과 가정이 상이하여 일관성 있는 수급추계결과가 도출되지 못함.

□ (정책 한계 ④ 보건의료인력의 불균형 해소를 위한 정책의 한계) 보건의료인력의 불균형을 개선시키기 위한 정책들이 일부 시도되었지만 정책효과는 미흡함.

○ (전공의 정원책정) 전공의 정원 책정은 중장기 의사인력 수급 차원에서 전문과목별 전문의 수요 예측을 기반으로 이루어져야 하나 전공의 수요에 따른 병원계의 요구를 배제하지 못하고 있는 것이 현실이며, 미래 환경 변화를 감안한 전문과목별 의료서비스 수요에 대한 정확

한 분석 및 예측 기전을 마련할 필요가 있음.

- **(지역인재전형)** 지방 소재 대학교의 의과대학·한의학대학·치과대학·약학대학 모집인원의 30% (강원과 제주는 15%) 이상을 해당 지역 고교를 졸업한 학생으로, 의학전문대학원·치의학전문대학원·한의학전문대학원 모집인원의 20% (강원과 제주는 10%) 이상을 해당 지역 대학 졸업생으로 선발하도록 ‘권고’하고 있으나, 이에 대한 참여도는 대학별로 상이함.

－ 지역인재의 선발과 함께 교육·수련과정으로의 연계 등이 보충되어야 실효성을 가질 것이며, 지역별 의과대학 정원 자체의 불균형도 함께 시정되어야 할 것임.

- **(정책 한계 ⑤ 보건의료인력 법적 배치 기준에 관한 문제점)** 현재 의료법 시행규칙 상의 법정 배치기준은 의료 기관 유형, 환자 특성 및 중증도, 현실 적용 가능성 등을 충분히 반영하지 못하고 있음.

- **(의료법 시행규칙 상 배치기준)** 의료법 시행규칙 38조와 별표 5, 별표 5-2에 ‘의료기관에 두는 의료인 등 정원’이 명시 되어 있음.

－ 의료법 시행규칙 상의 정원기준은 의료기관 종별(종합병원, 병원, 의원, 요양병원 등)에 따라 다르나, 종합병원, 병원, 의원의 의사와 간호사의 정원기준은 동일함.

- 종합병원, 병원, 의원의 의사 정원 – ‘연평균 1일 입원환자를 20명으로 나눈 수, 외래 환자 3명은 입원환자 1명으로 환산함’
- 종합병원, 병원, 의원의 간호사 정원 – ‘연평균 1일 입원환자를 2.5명으로 나눈 수, 외래환자 12명은 입원환자 1명으로 환산함’

- **(법적 배치기준의 한계)** 현재 의료기관의 보건의료인력 법적 배치기준 충족률은 현저히 낮아(종합병원의 63%, 병원의 19%, 의원의 63%만이 법적 기준 충족) 이미 ‘최소기준’으로서의 법적 지위는 상실하고 ‘권장최소기준’으로 작동하고 있으며, 배치기준이 의료 기관 유형, 환자 특성 및 중증도, 의료 환경의 변화, 현실 적용 가능성 등을 충분히 반영하지 못하고 있다는 문제점이 꾸준히 제기되어 왔음.

－ 의사와 간호사의 경우 종합병원, 병원, 의원의 정원기준이 동일하게 정해져 있어, 의료기관 유형과 이에 따른 진료기능과 역할, 환자 특성 및 중증도 등의 요인들이 반영되지 못함.

－ 또한, 법적배치 기준 상의 외래환자와 입원 환자의 환산비율(의사 3:1, 간호사 12:1)이 현재의 의료 환경을 적절히 반영하고 있는가에 대한 검증이 필요함.

－ 의료기관의 보건의료인력 법적 배치기준 준수 여부를 모니터링하기 위해 필요한 의료기관 별 보건의료인력에 대한 현황과 의료기관별 연평균 입원환자와 외래환자 수에 대한 파악이 제대로 이루어지지 못함.

- 특히, 연평균 입원환자와 외래환자 수의 경우 의료기관별 비급여 환자의 비율의 차이에 따른 측정값의 부정확성의 문제가 제기되고 있음.

다. 정책목표

□ 보건의료인력의 적정수급관리

- 중장기 수급추계 결과를 토대로 단계별 수급 조정안 마련 및 시행
- 미래 환경변화에 유연하게 대응하기 위해 보건의료인력 관련 대학 정원규제 완화 검토
- 간호인력의 근무환경 및 처우 개선을 통하여 간호면허소지자의 의료기관 활동비율을 증가
시킴: 건강보험 간호등급에 따른 수가 차등화 정책을 통한 적극적 개입 필요

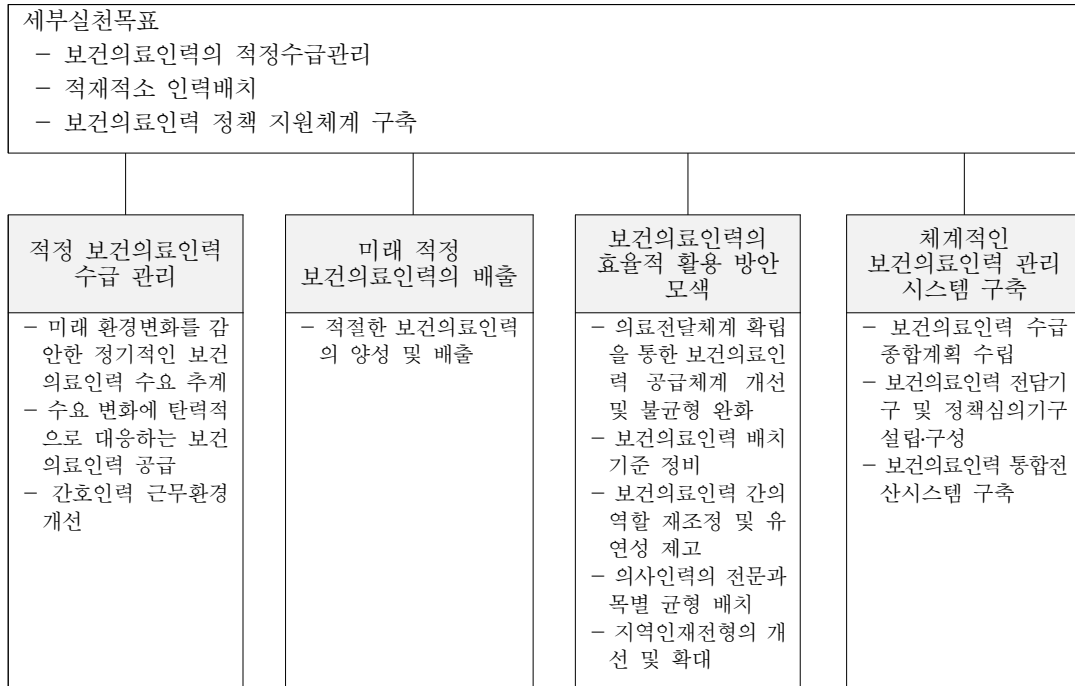
□ 적재적소 인력배치

- 적절한 보건의료인력의 양성 및 배출
- 의료전달체계 확립을 통한 보건의료인력 공급체계 개선
- 의료기관 종별, 전문과목별 보건의료 인력 분포의 적정화 고려한 인력배치기준 정비
- 보건의료인력 간의 역할 재조정 및 유연성 제고

□ 보건의료인력 정책 지원체계 구축

- 정기적인 보건의료인력 실태조사를 토대로 중장기적 관점의 보건의료인력 정책 로드맵 수립
- 체계적인 보건의료인력관리를 위한 전담기구 및 정책심의기구 구축 및 운영

라. 세부 추진계획



1) 세부추진계획❶: 적정 보건의료인력 수급 관리

□ (실행전략❶ 미래 환경변화를 감안한 정기적인 보건의료인력 수요 추계) 의료서비스와 의료인력의 수요에 영향을 미치는 요인들의 예측을 기반으로 보건의료인력 수요 추계를 정기적으로 실시

○ 인구사회경제적 환경의 변화, 질병구조의 변화, 의료서비스 수요의 다양화 및 고급화, 의료기술 발달, 의료서비스 질 제고, 의료인 근무환경 개선 및 건강보험 보장성 강화정책, 진료비 지불 방식의 변화, 지역사회 중심 커뮤니티케어로의 전환 등의 보건의료관련 정책의 변화를 감안하여 보건의료인력 수요추계를 실시

- 전공의 수련시간 제한, 주52시간 근무제 시행 등을 통한 보건의료인력 근무환경 개선, 심층진료제 확대 등을 통한 충분한 환자 진료시간 확보 및 의료서비스 질 제고로 인한 보건의료인력수요의 증가요인을 감안하여 추계

○ 보건의료인력 수급 추계의 과학화를 위한 담당 조직을 구축하고 인력수급 추계 상의 객관성 확보를 위해 전문가 위원회를 운영

○ 수급추계의 연속성 및 일관성 확보를 위해서 전문성을 지닌 기관을 택하여 보건의료인력 수급추계를 매년 정기적으로 실시하며 관련 자료와 모형을 지속적으로 개선하고 보완해 나감.

- 수급추계에 필요한 자료를 체계적으로 관리하고, 주기적으로 일관성 있는 수급추계를 하기 위해서는 이를 전담하는 별도의 조직을 두고 주기적으로 수급추계를 담당하도록 하는 것이 바람직함.

□ (실행전략② 수요 변화에 탄력적으로 대응하는 보건의료인력 공급) 미래 의료 환경 및 보건의료 시장 수요 변화에 보다 탄력적으로 대응할 수 있도록 보건의료관련학과 입학정원의 자율화에 대한 검토

- (입학정원 자율 결정 확대 검토) 의사직종(의사, 치과의사, 한의사)을 제외하고, 교육인적자원부와 보건복지부에서 결정하던 보건의료대학 입학정원을 사회적 인력수요 변화 등을 반영하여 각 대학이 자율결정 하도록 하는 방안에 대한 검토

□ (실행전략③ 간호인력 근무환경 개선) 간호인력의 근무환경 및 처우 개선을 통하여 간호면허소지자의 의료기관 활동비율을 증가시킴.

- (간호서비스에 대한 보상 강화) 건강보험의 간호서비스에 대한 수가를 개선 및 확대하고 이에 따른 추가 수입분을 간호사 근무환경 및 처우개선에 사용하도록 가이드라인을 제정
 - 간호서비스 수가의 개선에 따른 추가 수익분의 일정 비율 이상을 간호사 인력의 정규직 전환 및 신규 채용 등의 직접 인건비 지원이나 간호사 처우개선을 위한 간접비용 등에 사용하도록 권장하고 정기적으로 이행사항에 대한 모니터링을 실시함.

- (야간근무 체계 개선) 야간근무에 대한 보상을 강화하고 적정한 야간근무에 대한 제도 및 표준 운영 지침의 설정

- 간호사들의 야간근무 수당 확대 지급을 위한 ‘입원병동 야간간호관리료’ 수가를 신설하고 이에 따른 추가 수익분이 실제 간호사들의 야간 근무 수당으로 지급되어 야간근무 간호사들에 대한 적절한 보상으로 이어질 수 있도록 가이드라인을 제정하고 이행사항을 모니터링 함.
- 1개월 이상 야간근무만을 전담하는 ‘야간근무간호사’에 대한 보상수준을 강화하고 근무여건을 개선함.
- 야간근무자들의 근로조건 개선을 위해 휴식·휴게시간 보장, 최대 야간근무 일수 제한 등을 포함한 야간근무 표준 운영 지침을 제정하여 배포하며, 의료기관들이 야간근무 표준 운영 지침을 준수 할 수 있도록 모니터링하고, 관련 지표들을 건강보험 급여 지급 및 의료기관 평가 기준 등에 연계시킴.

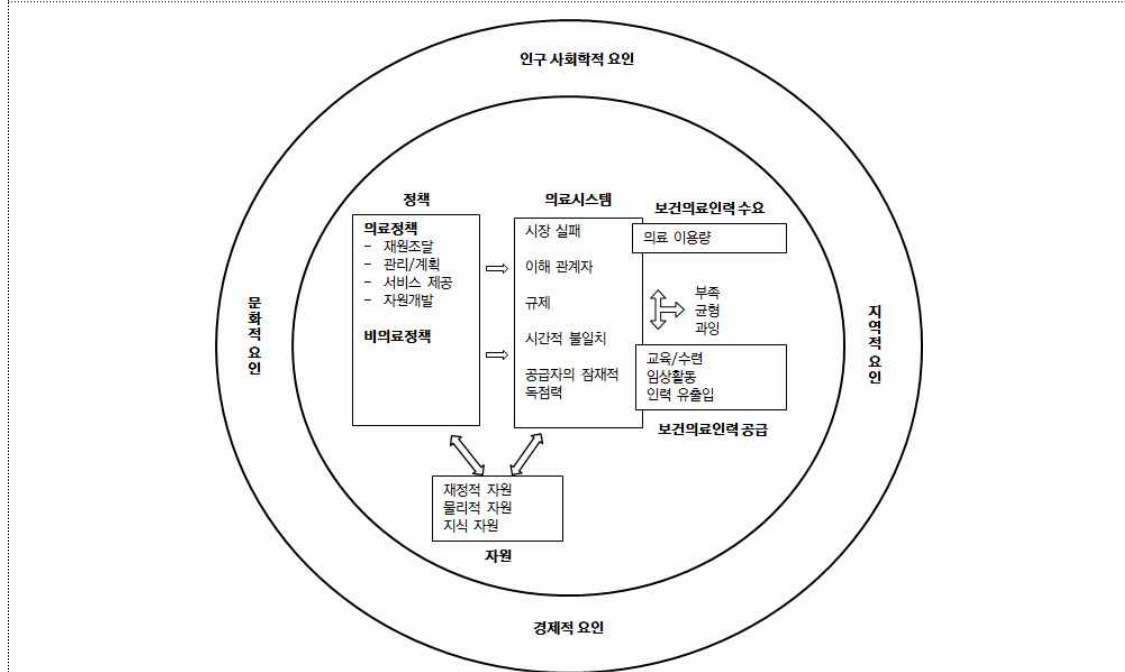
- (교대제 근무 개선) 시간제 근무제도, 4교대제 활용 등 근무형태의 다양화를 통해 간호사들의 장기간 근무를 단축하고 3교대 근무 제도를 보완하고 개선함.

2) 세부추진계획②: 미래 적정 보건의료인력의 배출

□ (실행전략① 적절한 보건의료인력의 양성 및 배출)

- 적절한 보건의료인력의 양성 및 배출은 ‘인구대비 보건의료인력 수준’과 함께 인구사회경제적 환경과 질병구조의 변화, 경제수준의 변화와 의료서비스 수요의 다양화 및 고급화 등의 수요 측면의 요인과 노동시장의 변화를 비롯한 보건의료인 면허 및 수련제도 등의 공급요인, 의료기술의 발달, 보장성 강화 및 지역사회 중심 커뮤니티케어로의 전환 등의 의료전달체계와 정책적 요인 등이 미치는 영향을 예측분석하고 이를 기반으로 중장기적인 적정 인력 수준의 공급을 목표로 이루어져야 함.

[그림 2-2-8] WHO의 의료인력 계획 수립에 관한 개념적 모형



자료: World Health Organization. A guide to rapid assessment of human resources for health, 2004

○ 의과대학 정원 및 의사인력의 확대

- 지속되는 의사인력부족 상황, 고령화 및 질병구조의 변화, 소득수준의 향상과 의료소비자 권리의식 증대로 인한 의료서비스 수요의 다양화 및 고급화, 전공의 수련시간 단축, 진료의 질 제고를 위한 충분한 환자 진료시간 확보 등의 다양한 의사인력 수요 증가 요인들과 의사인력의 긴 양성기간 등을 감안하여 의사인력 확대와 의과대학 입학정원의 증원을 검토 및 추진
- 불필요한 의사인력 수요 증가를 유인하는 과도한 의료이용량 및 병상 확대를 최소화하기 위해 의료전달체계별 적정 배치 및 병상수급관리 등의 정책과 병행되어야 함.

○ 치과의사·한의사 인력의 적절한 공급

- 향후 공급 과잉이 예측되는 치과의사와 한의사 인력의 공급 과잉 상황을 고려하여 치과 대학·한의과대학 입학정원의 감축 등을 포함한 단계적인 신규인력 배출 규모의 축소를 검토
- 한의사의 경우 의료일원화에 따른 의·한의간 협진 영역의 확대, 면허 체계의 조정, 대학 및 수련 과정의 상호교육 및 교류 확대 및 의과대학 정원과 연계하여 검토

○ 임상 현장 간호인력의 확대

- 임상 현장의 간호사의 만성적 인력부족 및 간호인력 수요의 증가를 고려하여, 간호대학의 입학정원과 배출인력을 계속 늘리고 유휴 간호인력의 재취업을 위한 재교육과 처우 개선을 도모함.
- 간호사는 면허 소지자 36만 명 중 51%만이 임상 현장에서 활동하고 있으므로, 유휴 간호인력의 복귀 속도와 저출산에 따른 학령인구 감소의 상황을 감안하여 간호대 입학정원의 확대 기간 및 규모를 조절할 필요가 있음.

○ 약사 인력의 확대

- 제약바이오기업의 연구 개발 인력 수요의 증가와 임상 약학 분야의 전문화된 약사인력 양성을 감안하여 신규 배출 인력의 확대를 검토 및 추진
- 지방 병원 약사 부족 문제 완화를 위한 수가체계 개편 등의 정책과 병원 내 의약품 처방과 감염관리, 제약 산업 등 신규 산업수요에 대응한 전문화된 약사인력양성을 추진

○ 물리치료사, 작업치료사 등 고령사회 적합 인력의 적절한 공급

- 물리치료사와 작업치료사는 향후 공급 과잉이 예측되고 있지만, 급속도로 진행되고 있는 고령화 추세를 감안하여 신규 배출인력의 규모를 조절할 필요가 있음.
- 또한, 물리치료사와 작업치료사를 포함한 의료기사는 현재 배출되어 있는 27만 명 중에서 45%만이 임상 현장에 종사하고 있는 점을 고려할 때, 이들의 경력 개발 경로의 개발과 처우 개선 방안을 통해 현장으로의 복귀를 도모할 필요가 있음.

3) 세부추진계획③: 보건의료인력의 효율적 활용 방안 모색

- (실행전략① 의료전달체계 확립을 통한 보건의료인력 공급체계 개선 및 불균형 완화) 보건의료 인력의 종별 지역별 불균형은 의료전달체계 상의 의료기관의 공급 과잉 및 분포 불균형에서 비롯된 측면이 존재하므로 이를 해결하기 위해서는 의료전달체계 확립을 통한 보건의료인력 공급체계 개선 및 보건의료 인력의 합리적이고 적절한 분포가 이루어져야 함.

○ 의료전달체계 확립을 기반으로 한 의료기관 간 진료기능 중복 해소, 종별 진료기능 분화 및 고유 진료 기능 강화 등을 통해 인력 자원을 효율적으로 배치함.

- 전문과목별 분포 불균형 문제 및 기피과목의 의료인력 부족 문제를 해결하기 위해 권역별 수요를 기반으로 한 전문센터를 지정하는 방안 등을 검토
- 보건의료인력의 지역간 불균형 문제를 해결하기 위해 의료 취약지에 지역거점병원을 설립, 육성하는 방안 등을 검토

□ (실행전략② 보건의료인력 배치 기준 정비) 보건의료인력의 법적 배치기준을 의료 기관 유형, 환자 특성 및 중증도, 의료 환경의 변화, 현실 적용 가능성 등을 반영하여 재정비

○ 일률적으로 정해져 있는 종합병원, 병원, 의원, 의사와 간호사 등의 법적 배치기준을 의료 기관 종별 진료 기능과 역할, 환자 특성과 중증도 등을 고려하여 차등하여 재정비함.

- 법정배치 기준 상의 외래환자와 입원환자의 환산 비율을 의료기관 유형 별로 환자 특성 및 중증도에 따른 의료인력의 상대적인 투입 수준을 고려하여 재조정

○ 간호인력의 경우, 의료법은 ‘적정최소인력’의 확보에 초점을 맞추고, 실효적으로는, ‘건강보험 입원환자 간호관리료 차등제’를 통해서 간호인력의 배치수준을 높일 유인을 제공함.

- ‘간호관리료 차등제’에서 감산 기준을 엄격히 적용하고 미신고 기관은 간호관리료가 삭감당하는 정도의 최저 등급을 적용함으로써 장기적으로는 간호서비스가 제공되지 못하는 병상의 유지가 곤란할 정도가 되도록 함.

○ 의료기관 별 보건의료인력에 대한 현황 파악을 위해서 단기적으로는 건강보험가입자 자료 등의 가용 자료를 활용하여 주기적인 현황 파악을 실시하고 중장기적으로는 구축 예정인 보건의료인력 통합전산시스템을 통해 관련 정보를 실시간으로 파악함.

- 건강보험 입원환자 관리료 지급을 위한 신청을 하지 않아 최저등급을 받는 경우에도, 의료법 상의 ‘권장최소기준’ 준수 여부를 확인하기 위한 간호사 대 환자 비율의 신고를 의무화하고, 간호인력의 배치수준에 대한 병원의 자체평가 및 진단기구를 설치토록 할 필요 있음.

○ 의료기관 별 입원환자와 외래환자 수를 보다 정확히 파악하기 위하여 비급여 환자들에 대한 정보를 포함시킬 것을 검토하고 1년 단위로 측정되고 있는 입원환자와 외래환자 수를 분기별이나 월별로 측정하거나 구축 예정인 보건의료인력 통합전산시스템을 통해 실시간으로 파악함.

○ 보건의료인력의 법적 배치 기준의 정비 및 개선 이후 상시적으로 배치기준 준수 여부를 모니터링하고 건강보험 수가 조정 등의 재정적인 인센티브와 시정명령과 행정처분 등의 법적

조치를 적절히 활용하여 의료기관들이 개선된 법정 배치기준을 달성할 수 있도록 유도

□ (실행전략③ 보건의료인력 간의 역할 재조정 및 유연성 제고) 보건의료인력 간에 적절한 위임 및 협업이 가능하도록 각 직역별 보조·대체 인력의 업무범위를 조정하고 면허 간의 유연성을 제고

○ 면허 간의 독점권 완화와 유연성 제고하여 면허 범위의 교차 지역 확대를 통한 유연성 확보 및 인력 불균형 보완

- 의료일원화에 대한 논의: 의·한의간 협진 영역의 확대, 면허 체계의 조정, 대학 및 수련 과정의 상호교육 및 교류 확대, 대학 입학생 선발 과정의 조정
- 의사와 그 외 직종 간의 불분명한 업무범위를 조정하고 필요시 상호 중복 부분을 허용하는 체계를 확대하여 의사의 과도한 업무부담을 완화하고 비용효과적인 인력 운영을 도모함.
- 커뮤니티케어 하에서 한의사, 약사, 간호사, 물리/작업치료사 등의 역할 확대

○ 보건의료서비스와 돌봄·요양 서비스가 일련의 연속적인 과정에 속하기 때문에 이를 제공하는 인력 간에는 어느 정도 인력의 전문성과 서비스 내용의 중복이 있을 수 있고 상호 대체, 보완 관계가 성립됨을 분명히 함.

- 의사와 간호사, 간호사와 간호조무사, 간호조무사와 요양보호사 등의 업무가 완벽하게 구분되지 않는 접경 지역은 반드시 있게 마련인데, 이는 직역 간의 갈등을 유발하기도 하지만 활용 여하에 따라서는 더욱 효율적인 제공체계를 만들 여지를 제공함.
- OECD 통계를 보면 임상 의사 1인당 임상 간호사의 비율은 인구고령화가 진행되는 국가일수록 그리고 고소득 국가일수록 높은 경향을 보이며, 미국, 캐나다, 영국 등에서는 의사의 부족을 간호인력으로 보충하고자 하는 시도가 계속되고 있음. 간호인력이 의사보다 더 양질의 서비스를 제공하고 환자의 대기 기간을 효과적으로 줄이며 환자의 만족도를 높이는 경우를 경험하면서 업무 범위와 면허 범위의 장벽을 줄이고 재규정하기 위한 새로운 입법이 논의되기도 함.⁸⁷⁾

○ 간호간병 통합 서비스를 통한 ‘보호자 없는 병원’의 실현을 위해 간병 인력의 유연한 투입을 확산하기 위한 건강보험 수가 유인구조를 구축해야 함.

- 부족한 간호사 인력만으로는 보호자 없는 병원을 실현할 수 없으므로, 간호사의 지휘 하에 간호조무사, 간병인, 요양보호사 등을 유연성 있게 활용할 수 있어야 함.

87) Delamair, M. and G. Lafortune (2010), "Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries", OECD Health Working Papers, No. 54, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>.

□ **(실행전략④ 의사인력의 전문과목별 균형 배치)** 전문과목별 의료서비스 수요에 대한 예측 및 분석을 바탕으로 미래의 전문의 수요에 맞추어 전공의 정원을 재조정함.

○ 지역별, 전문과목별, 의료기관 중별 중장기 의사인력 수급추계를 기반으로 해서 실제 전문의 수요에 맞게 전공의 정원을 재조정하여 미래 의료서비스 수요에 대응하는 과목별 전문의를 양성 및 배치함.

○ 기피 전문과목 문제해결을 위해서 해당 과목의 개원용이성, 기대수익, 수련 난이도 등의 기피 요인을 분석하여 이를 기반으로 한 수가 개선에 대한 검토가 필요함.

- 기피 전문과목 수가가산제도의 수가 가산금이 전문의 및 간호사에 대한 인건비 지원, 인력충원, 처우개선, 해당 과목의 활성화 및 필수의료서비스 유지 및 발전을 위해 사용될 수 있도록 사용 범위에 관한 지침을 제정하고 이를 관리 및 모니터링 하는 방안을 검토
- 흉부외과외과 등 기피 전문과목 전문의 배출 후 수련 전공과목에 적합한 진료를 유도하기 위해 개원의보다는 병원에서 근무하는 전문의를 우대하는 수가 체계를 강구

□ **(실행전략⑤ 지역인재전형의 개선 및 확대)** 지방 소재 대학교의 의과대학, 한의과대학, 치과대학, 약학대학에 대해 실시되고 있는 지역인재전형의 개선 및 확대를 검토함.

○ **(선발 비율 확대)** 지역인재 선발비율을 의과대학 학부 50%, 의학전문대학원 30%로 점진적 확대할 것을 검토

○ **(지역인재전형의 의무화)** ‘권고사항’인 지역인재전형의 선발 비율을 ‘의무사항’으로 변경할 것을 검토

○ **(지역인재전형을 간호대학으로 확대)** 지방 소재 대학교의 의과대학, 한의과대학, 치과대학, 약학대학에 대해 실시되고 있는 지역인재전형 대상을 간호대학으로 확대하는 방안을 검토

○ **(수련과정으로의 연계)** 지역인재전형 선발인원을 졸업 후 전공의 수련 또한 해당지역에서 받도록 하여 향후에 해당지역에서의 근무 가능성을 높이는 방안을 검토

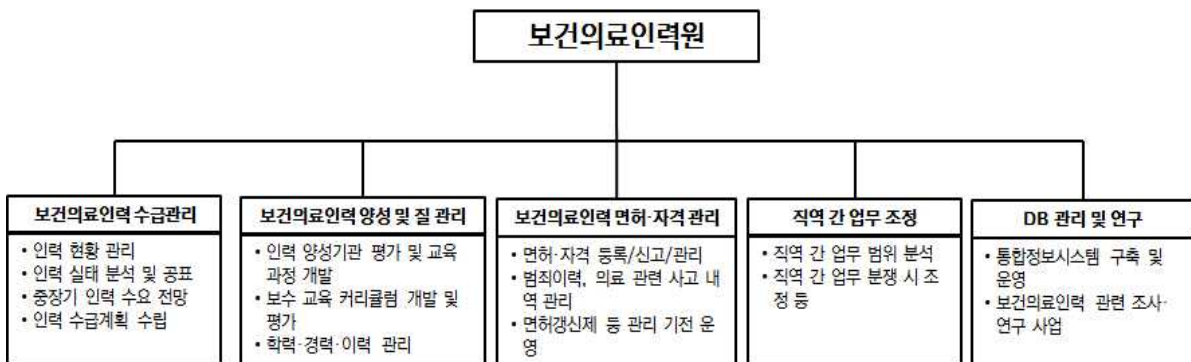
○ **(공중보건장학제도와 연계)** 지역인재전형과 공중보건장학제도를 연계하여 지역인재전형 선발인원의 일정비율을 공중보건장학제도를 통해 장학금을 지급하고, 일정 교육 및 수련을 받은 후 취약지역에서 의무복무를 하도록 하는 방안을 검토

- 지역인재전형과 공중보건장학제도를 단일 정책으로 수행할 경우보다 연계하여 수행할 경우 정책효과가 더 높아질 것으로 기대됨.

4) 세부추진계획④: 체계적인 보건의료인력 관리 시스템 구축

- (실행전략① 보건의료인력 수급 종합계획 수립) 미래 의료 환경 및 보건의료시장 수요 변화에 선제적이고 탄력적으로 대응하고 체계적으로 보건의료인력을 관리하기 위해 정기적인 보건의료인력 실태조사 및 보건의료인력 수급추계를 바탕으로 5년마다 보건의료인력 종합계획 수립
 - 5년 단위의 보건의료인력 종합계획을 통해 보건의료기관 인력수급의 목표 및 정책방향, 보건의료인력의 양성·공급, 보건의료인력의 질 향상을 위한 교육, 연수 및 면허관리 등에 관한 체계적인 계획 수립
- (실행전략② 보건의료인력 전담기구 및 정책심의기구 설립·구성) 보건의료인력 수급 및 지원 전담기구 설치 및 보건의료인력 정책 관련 심의위원회 구성
 - 국가적 차원의 보건의료인력 수급계획 및 관리를 위해 보건의료인력 현황관리, 수급전망, 교육, 연수 및 면허관리, 지역 간 업무범위 조정 등을 전담하는 전문기관인 보건의료인력원을 설치·운영
 - 보건의료인력 수급계획 및 관리에 필요한 자료를 체계적으로 관리하고, 주기적으로 일관성 있는 수급추계를 하기 위해서 보건의료인력원 안에 이를 전담하는 별도의 조직을 두어 주기적으로 수급추계를 담당하도록 함.
 - 주기적이고 일관성 있는 보건의료인력 수급추계를 수행한 결과를 바탕으로 보건의료인력 양성 및 관리에 관한 체계적인 계획을 수립하고 이를 시행함.
 - 보건의료인력 관련 종합계획 수립·시행에 관한 사항, 보건의료인력 수급과 양성에 관한 사항 등을 심의하기 위하여 보건복지부장관 소속으로 보건의료 공급자, 의료인단체, 시민단체, 전문가 등이 포함된 보건의료인력정책심의위원회를 구성하여 운영

[그림 2-2-9] 보건의료인력 전담기구의 기능·역할



- (실행전략③ 보건의료인력 통합전산시스템 구축) 보건의료인력에 대한 총괄적인 데이터베이스 및 모니터링 체계를 구축하고 관리하여 전문적이고 체계적인 수급관리 및 정책수립에 활용
- 보건복지부, 교육인적자원부, 건강보험심사평가원 등의 보건의료인력 관련 정보를 연계한 개별 의료인력 단위의 관리체계를 구축함.
- － 보건의료인력 개개인의 면허 상황, 활동배치 상황, 범죄이력, 의료 관련 사고 내역, 양성 기관 평가 및 기타 임상 상황에 대한 정보를 포함
- 보건의료인력에 대한 정보를 실시간으로 파악하고 관리하기 위하여 관련 정보의 주기적 보고를 보건의료인력 면허/자격의 유지 조건으로 하여 의무화함.

마. 연도별 추진일정

〈표 2-2-8〉 의료자원 분과 ① 의료인력의 적정한 공급 및 미래의료수요에 부응하는 의료인력의 양성과 활용: 연도별 세부 추진계획

| 구분 | '19년 | '20년 | '21년 | '22년 | '23년 | '30년 |
|-----------------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| ① 적정 보건의료인력 수급 관리 | | | | | | |
| ○ 미래 환경변화를 감안한 정기적인 보건의료인력 수요 추계 | | | | | | |
| ○ 수요 변화에 탄력적으로 대응하는 보건의료인력 공급 | | | | | | |
| ○ 간호인력 근무환경 개선 | | | | | | |
| ② 미래 적정 보건의료인력의 배출 | | | | | | |
| ○ 적절한 보건의료인력의 양성 및 배출 | | | | | | |
| ③ 보건의료인력의 효율적 활용 방안 모색 | | | | | | |
| ○ 의료전달체계 확립을 통한 보건의료인력 공급체계 개선 및 불균형 완화 | | | | | | |
| ○ 보건의료인력 배치 기준 정비 | | | | | | |
| ○ 보건의료인력 간의 역할 재조정 및 유연성 제고 | | | | | | |
| ○ 의사인력의 전문과목별 균형 배치 | | | | | | |
| ○ 지역인재전형의 개선 및 확대 | | | | | | |
| ④ 체계적인 보건의료인력 관리 시스템 구축 | | | | | | |
| ○ 보건의료인력 수급 종합계획 수립 | | | | | | |
| ○ 보건의료인력 전담기구 및 정책심의기구 설립·구성 | | | | | | |
| ○ 보건의료인력 통합전산시스템 구축 | | | | | | |

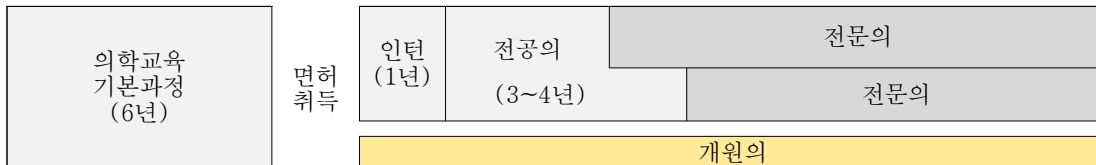
제4절 추진방향 ②: 의료인력의 양성 및 질 관리 체계 내실화⁸⁸⁾

가. 추진배경 및 주요 문제의식

□ (문제의식①) 의료인력 양성 관리 체계 미흡)

- (의료인력 양성·관리체계의 이원화) 의료인력 양성·관리가 교육부(대학평가) - 복지부(국가시험)로 이원화되어 있어 전문적인 교육과정 운영 및 인력배출에 어려움이 따름.
- (인턴 수련제도) 인턴 수련과정의 취지는 임상 경험을 통해 독자적으로 환자를 진료할 수 있는 능력을 습득하도록 개설한 교육과정임
 - 하지만 인턴이 임상 실습보다는 단순한 업무 처리를 주로 하는 등 임상 실습교육이 제대로 이루어지고 있지 않은 실정임.
- (전공의 수련제도) 전공의 교육과정에 있어서, 진료과목별 수련체계의 효율화 필요성이 지속적으로 제기되고 있음.
- 전문의 교육과정에 비해 개원의의 임상실습 과정이 부족하여 국민들의 일차의료에 대한 신뢰가 낮을 뿐 아니라, 배출 의사 대다수가 전문의 자격을 취득하여 일차의료 기능 부재

[그림 2-2-10] 우리나라의 현재 의사인력 양성체계



□ (문제의식②) 의료인력의 질적 관리체계 미흡)

- 양성 이후의 면허관리 시스템 미흡
 - ‘의료인 면허신고제도’ 시행중이나, 보수교육 확인 外 관리기전 부재
 - 2012년 개정된 의료법에 따라 의사는 면허를 발급받은 이후 3년마다 면허신고를 하며, 신고내용은 1) 취업상황, 2) 근무기관 및 지역, 3) 보수교육(보수교육 연간 8시간) 이수 결과 등
- 고도의 전문성이 있는 의료인력 질 관리체계 미흡

88) 작성자: 교숙자

□ (문제意識③ 일차의사 양성체계 부재) 일차의료 전담인력 양성 및 교육·수련 체계 미흡

- 일반적으로 동네의원은 단과 전문의별로 구분되어 있어, 동네의원을 일차의료기관이라고 구분하기에는 모호하며, 일차의료에 적합한 역할을 하는 전문의도 부족함.
- 개원의는 의사 대다수가 전문의 자격을 취득하여 일차의료와 관련한 임상실습 과정이 부족하여 일차의료의 기능이 미흡함.
- 일차의료 의사의 역량 강화 체계 미흡
 - 일차의료 의사의 핵심 역량은 일차의료 의사와 보건의료인력이 협력하여 질병치료, 예방 및 건강증진을 포괄하여 보건의료문제를 지역주민들과 지속적 관계를 통하여 해결해 나가는 다차원적 접근이라고 할 수 있음.
 - 일차의사를 양성하기 위한 교육 및 수련 단계별 프로그램을 정비하고 이에 대한 성과관리가 필요. 또한 정부차원에서 재정적 지원과 제도적 지원이 수반되어야 함.

나. 정책 상황 분석

□ (정책 성과 ① 전공의법 시행) 전공의의 수련환경 개선 및 지위 향상

- 전공의 과도한 업무로 인한 의료사고 발생 가능성을 방지하고 개선된 수련환경을 마련하기 위해 전공의육성, 수련환경 평가 등에 필요한 국가 지원 근거 규정 마련
 - 전공의의 주당 최대 수련시간(88시간), 최대 연속수련시간(36시간, 응급상황시 40시간) 및 최소 휴식시간(10시간)을 규정
- 보건복지부에 수련병원 등의 지정 및 수련환경평가를 심의할 수 있는 “수련환경평가위원회”를 설치·운영
 - 수련환경평가위원회 15인 이내, 위원장 호선 (의협, 의협이 추천하는 전공의 대표, 병협, 의학회, 정부, 수련평가 관련 전문가로서 장관이 정하는 자로 구성)

□ (정책 성과 ② 입원전담전문의(Hospitalist) 도입)

- 「전공의의 수련환경 개선 및 지위 향상을 위한 법률」 제정으로 전공의 수련환경 개선에 따른 의료인력 공백 등을 해소하기 위한 “입원전담전문의” 제도 도입
- 전문의가 주7일, 24시간 병동에 상주하여 환자의 입원부터 퇴원까지 의학적 판단 하에 필요한 서비스를 제공하여 환자 안전을 강화
 - ※ 입원전담전문의: 입원환자를 대상으로 입원부터 퇴원까지 환자진료를 직접적으로 책임지고 시행하는 전문의

- 입원초기 진찰, 경과 관찰, 상담, 간단한 처치·시술, 수술전후 관리, 퇴원계획 수립 등

□ (정책 한계 ① 보건의료인력의 질적 관리 미흡) 보건의료인력의 양성관리, 면허관리, 보수교육 관리 등이 내실화 있게 되고 있지 못함.

□ (정책 한계 ② 일차의료 도입을 위한 노력과 한계) 일차의료를 정립하기 위한 지속적인 중장기 정책 마련 부재

○ 1987년 가정의학과가 도입되어 일차의료전담의사 양성

○ 1995년, 1998년 주치의등록제도 도입을 시도

○ 이후에는 만성질환관리제도, 고혈압·당뇨사업, 지역사회 일차의료 시범사업 등이 시도되고 있지만, 일차적인 시도에 머물러 있음.

○ 이로 인해 지역사회를 중심으로 지역 주민들의 건강을 효율적으로 관리할 수 있는 보건의료 정책이 부재하며, 의료기관 이용이 비효율적으로 이루어지고 있음.

- 일차의료는 고가의 검사시설을 갖춘 수많은 전문의와 경쟁을 해야 하며, 인근의 대형병원의 외래와 경쟁이 심화되고 있는 현실임. 이로 인해 진료과목을 다른 진료과목으로 변경하거나 수입이 상대적으로 높은 피부, 미용 쪽의 진료형태로 돌리는 양상도 발생함.

□ (정책 목표 ① 의료인력의 양성 및 질관리 체계 구축)

다. 세부실천목표

□ 의료인력의 양성체계 개선

□ 의료인력의 질관리체계 개선

| 세부실천목표 | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - 의사 양성체계 개선 - 의료인력의 질 관리체계 개선 | | | |
| ②-1 의료인력의 의학 교육 및 수련 경로 개선 - 전공의 수련체계 개편 - 전문의 시험제도 내실화 - 지도전문의 체계 개편 - 양성교육 평가체계 강화 | ②-2 일차의료 전담인력 양성 및 교육 내실화 - 일차의료 전담인력의 양성 확대 - 일차의료 의사의 연수 및 인증제 도입 검토 - 일차의료 의사 양성을 위한 국가 지원 - 일차의료의 그룹진료를 통한 역량 강화 | ②-3 공공보건의료 인력 양성 및 총괄관리체계 구축 - 공공의료 핵심인력 양성을 위한 국립공공의료대학원 설립 - 공중보건장학제도를 통해 취약지 등 근무 의료인력 양성 - 現 파견 의료인력 인건비 지원사업 개선 - 공공보건의료교육 훈련센터 기능 확대 | ②-4 의료인력의 지속 교육 관리 체계 마련 - 면허 갱신제로의 전환 검토 - 의료인 면허 정보 공개 - 의료인 단체의 자율규제 강화 - 전문적·독립적 면허관리기구 설치 |

1) 세부추진계획 [2]-1: 의료인력의 의학 교육 및 수련 경로 개선

□ (실행전략① 전공의 수련체계 개편)

○ 임상실습의 중요성이 점차 증가하면서, 적절하고 효율적으로 임상수련을 받도록 관련 제도를 정비하여 질적 불균형을 개선

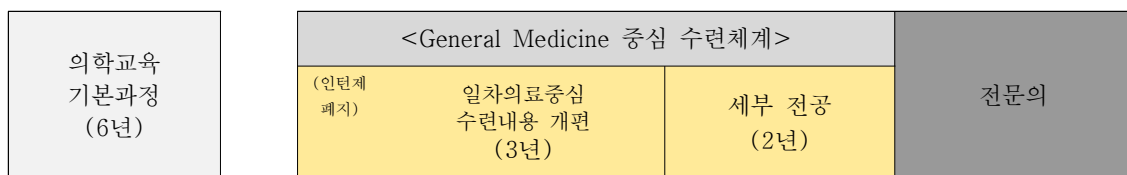
- ※ 외과 전공의 및 내과, 결핵과, 예방의학과와 수련기간을 현행 4년에서 3년으로 단축 (2019년)하는 시행규칙 공포

※참고: 의료인력의 질적 불균형 유형

- ① 의료인력의 자질 및 수련 과잉(overqualification or overtraining)
 - 교육 및 수련이 실제의 임상진료에 적합하지 않을 경우 발생. 예를 들어, 전문의가 일차의료를 제공하는 경우, 혹은 실제 의료기관에서 이용할 수 없는 의료장비를 이용해 수련하는 경우 등
- ② 의료인력의 자질 및 수련 미흡(underqualification or undertraining)
 - 진료기준(standards)에 이르도록 유도, 진료의 질적 수준 미흡은 학술적인 수련의 미흡, 지식 및 기술의 전문성 부족, 질병의 역학적 변화 등으로 인해 발생
- ③ 수련의 부적격 및 관련성 미흡(misqualification or irrelevance)

○ 의사 인턴제를 폐지하는 대신에 전공의 수련기간에 합산하여 전공의의 집중적·전문적 수련교육을 수행하며, 의료현장에서 필요한 전문의 양성이 이루어 질 수 있는 체계를 중장기적으로 검토

[그림 2-2-11] 의사 양성체계 개선 방향



○ (※영국사례) 의과대학 졸업 후 수련의 과정(Foundation Training) 1년차인 F1일 때, 면허관리기구에 수련의(Doctors in training)로 등록되고, F1 과정을 마치면 정식 의사로 등록

<해외사례: 영국의 GP 의학교육 및 수련 경로>

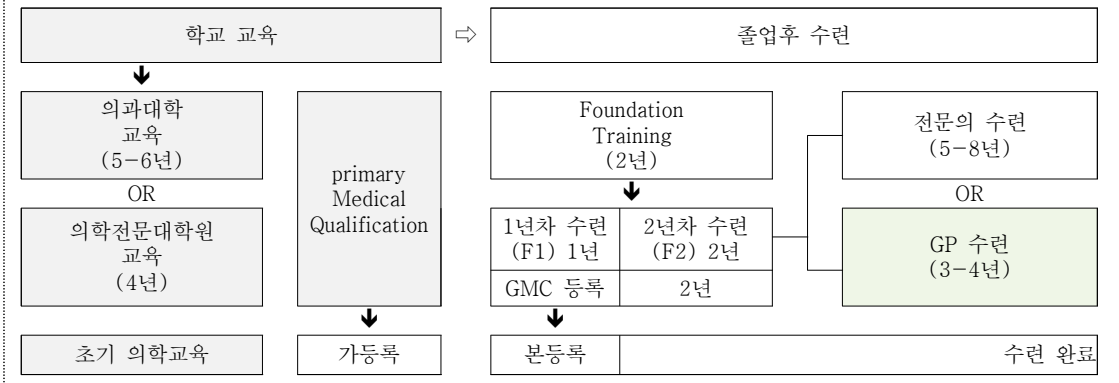
□ 의학교육 및 수련 경로

- 의학교육의 진입경로는 (1) 의과대학에 입학하여 통상적인 5-6년 교육과정을 이수하거나 (2) 학사학위 (4년)를 받은 이후에 의학전문대학원 4년 교육과정을 이수하는 두가지로 구분됨.
- 처음 의학교육을 완수한 학생은 Primary Medical Qualification(PMQ)을 수여받고, 다음으로 Foundation Training을 2년간 거치게 됨. 다양한 전문과목별로 3~4개월 순환하게 됨. 첫 번째 해(F1)의 수련을 마치면 General Medical Council(GMC)에 등록하게 되며, 두 번째 해(F2)의 수련을 마치면 전문의 수련 프로그램을 등록할 수 있는 자격이 허용됨.

○ Foundation 수련을 마친 이후에, 수련 중인 의사들은 전문의 또는 일반의(GP) 수련과정을 선택하게 됨.

- 가등록 기간 1년 동안 성적이 좋은 사람만 본등록(full registration)되며, 일반의 지망자는 Senior House Officer 과정에서 2~3년 동안 수련을 받은 후 1년 동안 수련일반의를 거쳐 정식 일반의가 됨.

[그림 2-2-12] 영국의 의학교육 및 수련 경로



□ (실행전략② 전문의 시험제도 내실화)

- (현행) 전문의 시험은 수련과정의 마지막 부분에 1회의 시험(1차+2차)을 실시하며, 객관식 필기고사 중심의 시험이며, 임상에 대한 술기 평가는 이루어지고 있지 못함.
- (미국사례) 미국의사면허시험은 필기와 실기가 결합되어 단계별(기초의학중심 필기(1단계, 임상실습 후 필기+실기(2단계), 의대졸업후 1년간 임상경험 후 실무평가(3단계))로 시행
- 수련 동안 그리고 수련 종료 후에 단계별 평가 도입
 - (수련 중) 수련과정에서 필요한 평가항목을 학회별로 개발 및 도입 검토
 - (수련 종료 후) 최종 전문의 자격고시는 수련 종료 후에 시행하며, 필기의 비중을 감소시키고 토론 중심의 증례 발표 평가제 도입 검토

전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정 시행규칙

□ 제13조(시험과목 및 방법)

- ① 전문의 자격시험의 시험과목은 각 전문과목에 해당하는 과목으로 한다.
- ② 전문의 자격시험은 1차시험과 2차시험으로 구분하되 1차시험은 필기시험으로 하고 2차시험은 실기 시험 또는 구술시험으로 한다. 다만, 영 제18조제1항제3호에 해당하는 사람으로서 국내외 의과대학·수련병원 또는 수련기관에서 4년 이상의 교육 또는 수련지도 경력이 있는 사람이 해당 전문과목의 전문의 자격시험에 응시할 때에는 1차시험을 면제한다.
- ③ 1차시험에 합격한 사람이 아니면 2차시험에 응시할 수 없다.
- ④ 1차시험에 합격한 사람이 2차시험에 불합격한 경우에는 다음 1회에만 1차시험을 면제한다.

전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정 시행규칙

- ⑤ 전문의 자격시험의 합격자 결정은 1차시험과 2차시험에서 각각 총점의 60퍼센트 이상을 득점한 사람으로 한다.

□ (실행전략③ 지도 전문의 및 책임지도 전문의 제도 도입)

- 책임지도전문의: 수련기관의 수련프로그램과 환경에 대한 관리를 총괄하는 총책임자
- 지도전문의: 책임지도전문의의 관리 하에 전공의 교육에 일정시간을 할애하여 전문의를 양성하는 역할
- (현행) ‘전공의의 수련환경 개선 및 지위 향상을 위한 법률 시행규칙’에 지도전문의가 받아야 할 교육 내용 및 방법, 주기 등을 제시하고 있긴 하나, 전문학회 등에 일임되어 국가차원에서의 관리체계는 부재함.

전공의의 수련환경 개선 및 지위 향상을 위한 법률

제2조(정의)

3. "지도전문의"란 수련병원등의 장의 지정에 따라 전공의 수련을 지도하는 사람을 말한다.

전공의의 수련환경 개선 및 지위 향상을 위한 법률 시행규칙

제3조(지도전문의에 대한 교육)

- ① 법 제12조제1항에 따른 지도전문의의 교육은 다음 각 호의 구분에 따른다.

1. 교육 내용: 다음 각 목의 사항

가. 지도전문의의 역할 및 책임에 관한 사항

나. 의료윤리에 관한 사항

다. 전공의에 대한 지도·교육 및 평가에 관한 사항

라. 수련과목별 교육내용에 관한 사항

마. 의료관계 법령에 관한 사항

바. 수련과목에 대한 국제적 동향 및 최신 정보 등에 관한 사항

사. 그 밖에 전공의 지도·교육을 위하여 보건복지부장관이 특히 필요하다고 인정하는 사항

2. 교육 방법: 대면교육 또는 정보통신망을 활용한 온라인 교육으로 받을 것. 다만 지도전문의로 새로 지정된 경우에는 6개월 이내에 대면교육을 받아야 한다.

3. 교육주기 및 시간: 최초 교육을 받은 연도를 기준으로 3년마다 8시간 이상 받을 것

□ (실행전략④ 양성교육 평가체계 강화)

- (평가 대상 학과 확대) 대학 양성교육 평가체계 강화를 위해 의무평가 대상 학과를 의료인에서 약사 및 의료기사까지 확대
- (평가 주체 이관) 평가주체를 교육부에서 복지부로 이관
- 의료영역의 경우 고도의 전문성과 공공성을 포괄하므로, 일반적인 교육과정 평가로는 의료영역을 평가하는데 한계가 따름.
 - 국가시험은 복지부가, 교육기관 평가는 교육부로 이원화되어, 교육과 자격시험이 분절화

되어 있어 체계적 관리가 어려움.

- 특히 인증평가 획득한 대학 졸업자만이 국가시험 응시자격 부여하도록 제도가 연계되어 있으나 소관부처가 달라 제도운영의 비효율 초래

○ (대학과 임상현장과의 연계 필요) 대학에서의 양성 교육과 임상현장에서 요구되는 역량이 연계될 필요가 있음.

- 교육과정 매뉴얼, 병원 실습교육 체계화 등이 연계되어 필요한 역량을 구축할 수 있도록 전문적 양성과정을 설계할 필요가 있음.

2) 세부추진계획 [2]-2: 일차의료 전담인력 양성 및 교육 내실화

□ (실행전략① 일차의료 전담인력의 양성 확대)

○ 일차의료 전담인력인 가정의학과 전문의를 중심으로 일차의료와 관련성이 있는 전문의(일반내과, 일반소아과, 부인과, 노인과)의 공급을 증가시키고, 전문의 교육과정에서 전반적인 일차의료에 대한 임상경험을 향상시킬 수 있도록 순환 수련 수행

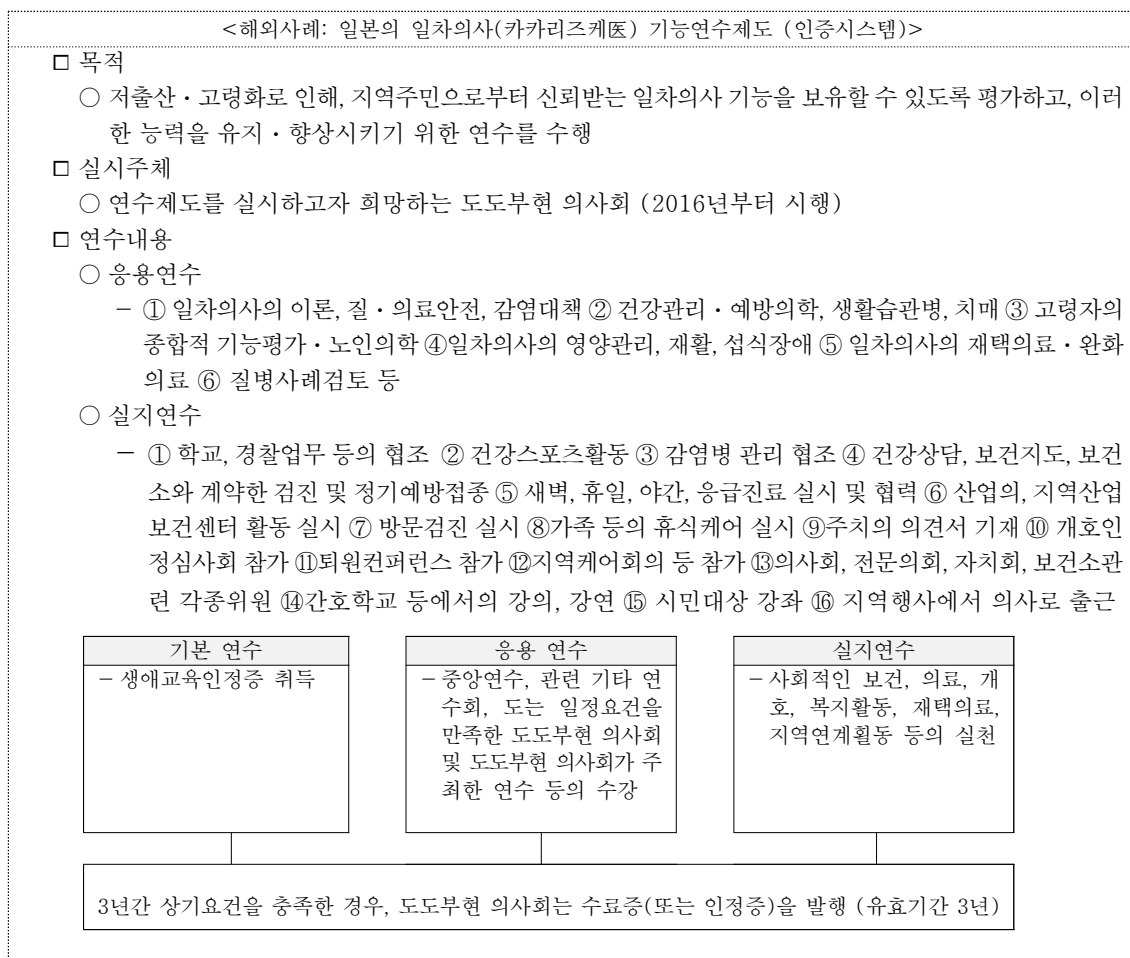
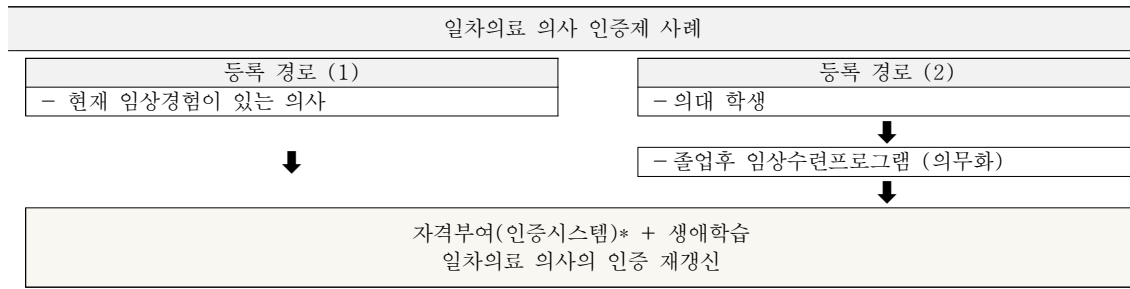
- 교육과정에 일차진료능력이 함양될 수 있도록 공통수련 요건을 개발하고, 학회별 교육프로그램을 개발

□ (실행전략② 일차의료 의사의 연수 및 인증제 도입 검토) 일차의료의 질 향상, 환자의 신뢰도 향상을 위해 일차의료에 대한 연수교육 프로그램을 제공하고 인증관리할 수 있는 제도 도입 검토

○ 일차의료인력의 질적 수준 제고를 위해 양성 과정에서의 교육체계를 강화하고, 임상 과정에서도 일차의료 의사에 대한 지속 교육 제공함으로써 지역사회와의 코디네이션이 가능하도록 기반 마련

○ 일차의사의 교육·수련·학습 방식

- 학부교육에서 일차의사를 육성하기 위한 커리큘럼을 구성하여 의학부생이 일차의사 활동을 생각해 볼 수 있는 기회를 설정
- 졸업수련의의 경우, 일차의사에게 요구되는 기술, 능력 등을 학습하기 위한 실천적 연수 기회를 확대
- 생애학습을 통하여 의료기술을 유지하기 위한 수련 충실



□ (실행전략③) 일차의료 의사 양성을 위한 국가 지원)

- 현재 우리나라는 의사 양성을 위한 수련비용을 수련병원에서 부담하고 있어, 수련과정의 병원의 업무위주가 되면서, 일차의료에 필요한 일차의료의사 양성 과정에 대한 내용은 매우 부족함.
- 일차의료 수련프로그램에 대한 구성, 운영, 일차의료 인증 등에 대한 국가 지원체계를 마련

○ 일차의료의사를 위한 지원 환경 조성

- 일차의료의사와 협력하여 활동할 수 있도록 관련 직종을 육성, 확보
- 관련기관과의 역할분담을 명확화, 협력 연계를 추진
- 의료취약지 등에서 일차의료의사를 지원하기 위한 정보인프라 정비·구축
- 일차의사의 활동을 충분히 평가하며, 또한 원활한 활동을 보장하기 위한 진료수가방식을 검토

<해외사례: 일본의 의사 육성 지원 체계>

□ 의사 수의 양적 확대

- 지역내인재육성확보: 의학생의 수련자금대여, 주요병원을 중심으로 구성된 의사육성확보컨소시엄에 의해 의사의 원활한 커리어업 서포트체계 지원.
- (주요사업): 학자금대출: 의사면허취득후 일정기간 지역내 의료기관에서 근무한 경우에 반환면제되는 학자금 대출 실행
- 의사육성 확보 컨소시엄 사업비 보조

□ 의사분포 불균형 대응

- 지역의과대학출신의사를 시작으로 취약지의료에 관심이 있는 의사를 취약지에 파견하는 의사파견제도를 새로 도입하고, 의사확보에 노력

□ 의사 진료과 분포 불균형 대응

- 의사가 부족한 진료과에 대해, 전공의 연수자금 대출, 처우개선 지원
- 산부인과의 등 의사부족진료과대응 사업비

□ 근무의사의 지역내 정착

- 의사 근무환경 정비
- 여성 의사활동지원

○ 일차의료 전문가 부족지역을 선정하여 일차의료의 지역별 편차를 축소함.

- ※ 미국의 경우, 인구대비 의료제공자 비율 = 3,500:1로 일차의료, 정신보건, 치과에서의 의료전문가 부족 지역(Health professional shortage areas, HPSAs)을 선정.
- 선정된 일차의료 전문가 부족지역에 대해서는 일차의료 전담인력 양성을 위한 재정적 지원체계 마련

□ (실행전략④) 일차의료의 그룹진료를 통한 역량 강화)

- 외국에서는 집단 개원은 간호사 및 기타 보건인력과의 협업을 육성하고, 이를 통한 협진을 증가로 의료의 질이 향상된다는 근거를 바탕으로 집단 개원형태를 장려하고 있음.
- 집단 개원 기관의 환자 진료 성과가 더 우수하며, 입원율이 낮아지고 환자와 직원의 만족

도가 증가함(Ghebrehiwet, 2013)

- 집단 개원의 효율성 지표인 제2형 당뇨병 환자의 모니터링, 예방접종, 선별 검사 및 예방, 일반 처방률 관련 지표에서 단독 개원보다 효율성이 높은 것으로 나타남(Mousques and Daniel, 2015).

〈표 2-2-9〉 외국의 일차의료 제공 형식 사례

| 국가 | 일차의료 등록 | | 일차의료 개원 유형 | 일차의료 지불방식 |
|-------|---------|------|------------|----------------------|
| | 인센티브 | 의무사항 | | |
| 오스트리아 | 없음 | 없음 | 단독 개원 | 행위별 수가제 |
| 벨기에 | 있음 | 없음 | 단독 개원 | 인두제+행위별 수가제 |
| 덴마크 | 있음 | 없음 | 단독 개원 | 인두제+행위별 수가제 |
| 핀란드 | - | 있음 | 집단 개원 | 글로벌 예산 |
| 프랑스 | 있음 | 없음 | 집단 개원 | 인두제+행위별 수가제+성과 연동지불제 |
| 독일 | 있음 | 없음 | 단독 개원 | 행위별 수가제 |
| 네덜란드 | 없음 | 없음 | 집단 개원 | 인두제+행위별 수가제+성과 연동지불제 |
| 스웨덴 | 없음 | 없음 | 집단 개원 | 인두제+행위별 수가제 |

자료: 2016 OECD Health System Characteristics Survey. www.oecd.org/els/health-systems/characteristics.htm.

3) 세부추진계획 [2]-3: 공공보건의료 인력 양성 및 총괄관리체계 구축⁸⁹⁾

□ (정책 환경 및 향후 정책 방향 ① 공공보건의료인력 양성을 위한 특화된 교육기관 필요)

○ 기존 의과대학(원)에서는 공공보건의료 종사 인력 양성이 어려움

- 의과대학 또는 의학전문대학원 정원은 대도시 지역이 월등히 많다고 보기 어렵지만, 의사의 지역별 분포는 대도시 집중 현상이 큼
 - 인구 천명 당 전문의 수 : 서울 2.10명 vs 충북 1.21명
- 의과대학의 교육과정에 공공보건의료에 관한 내용이 부족하여, 향후 공공보건의료 분야에서 지속적인 역할 수행을 기대하기 어려움

○ 위탁 교육이 아닌 대학(원) 별도 설립 필요

- 기존 의과대학에 위탁하는 방식은 공공의료를 위해 전체 교육과정 변경이 어렵고 부분적 개편으로는 목적 달성 곤란
 - 지역출신학생 선발정책만으로는 장기적 활동의 보장이 어렵고 공공의료 핵심인력 양성이 어려움
- 현행 대학병원의 임상 실습 구조로 공공보건의료 분야 핵심인력 양성 어려워 지역사회에 노출되어 경험하는 임상실습 체제로 전환 필요

89) 작성자: 채수미

| <실행전략> | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - 공공의료리더 양성을 위한 국립공공의료대학원 설립 - 필수 공공보건의료 인력 양성 및 관리 | |
| <p>공공의료리더 양성을 위한 국립공공의료대학원 설립</p> <ul style="list-style-type: none"> - 사명감을 가지고 지역 보건의료를 이끌어 갈 의료인력을 국가가 직접 양성하여 지역별·계층별 평등한 양질의 보건의료 접근권 보장 - 4년제 국립대학법인 형태로 설립하며 '22.3월 개교 목표 | <p>필수 공공보건의료인력 양성 및 관리</p> <ul style="list-style-type: none"> - 공중보건장학제도를 통해 취약지 등 근무 의료인력 양성 - 현재의 파견 의료인력 인건비 지원사업*을 권역책임의료기관이 지역책임의료기관을 총괄 책임지고, 2년 이상 계약으로 전환 검토 - 공공의료인력에 대한 전문교육을 강화하기 위해 국립중앙의료원 내 '공공보건의료교육훈련센터'의 기능 확대 |

□ (실행전략①) 공공의료 핵심인력 양성을 위한 국립공공의료대학원 설립)

- (설립목적) 사명감을 가지고 지역 보건의료를 이끌어 갈 의료인력을 국가가 직접 양성하여 지역별·계층별 평등한 양질의 보건의료 접근권 보장
 - 의대 졸업자의 수도권 집중으로 지역 의료인력 부족현상이 심화됨에 따라 특별한 제도적 장치를 통해 국가가 직접 인력공급 불가피
 - 기존 의대교육으로는 공공의료 인력 양성에 한계가 있어 공공의대를 설립하여 공공보건의료를 선도해 나갈 국가의 핵심 의료전문가로 양성
- (설립형태) 4년제 국립대학법인 형태로 설립하며 '22.3월 개교 목표
- (학생선발) 시·도별로 학생을 일정 비율 배분, 미래 공공의료 인재로서 적절한 역량을 갖춘 학생을 별도의 평가체계로 선발
 - 공공보건의료에 대한 이해도가 높거나 관련 경험이 있으며, 공공보건의료에 기여하고자 하는 동기와 헌신 의지가 확고한 학생 선발
 - 도 지역에서 충분한 거주 경험(중·고교 졸업)이 있는 학생 선발
 - 대학뿐만 아니라 지역 및 공공보건의료 전문가를 포함한 선발위원회를 구성하여 선발의 타당성을 높임
- (교육과정) 국립중앙의료원을 교육병원으로 구축하고 국립병원·지방의료원 등을 활용하여 공공의료에 특화된 교육 실시
 - 기존 의과대학에서 부족하거나 목표로 두지 않는 지역사회 및 공공보건의료 분야의 교육이 강화된 과정을 운영
 - 일차진료 수행에 필요한 지식과 역량을 갖춘 의사, 공공보건의료 분야의 문제를 해결할 수 있는 의사를 양성

<교육과정 예시>

- ① 3학년까지 표준교육과정으로 운영하고 4학년에 트랙제(공중보건, 공공의료, 국제보건)를 운영하여 학생 선택 기회 제공
- ② 지역사회 또는 공공보건의료 전문가와 학생 간 1:1 매칭 지도
- ③ 몰입형 지역사회 조기노출 프로그램 운영(스웨덴 제네바대학 사례 참고)
- ④ 지방의료원, 보건소, 의료취약지, 일차의료 실습 의무화(장기통합임상실습과정)
- ⑤ 통일의료, 국제보건분야에 진출할 핵심자원 양성 프로그램 운영
- ⑥ MD(Doctor of Medicine)-MPH(Master of Public Health) 과정을 의무화하여 졸업 후 보건행정과 의료정책의 전문가로서 역할 수행

- (학생 지원) 학비 전액을 국가(지자체 포함) 지원, 기숙사 제공
- (의무근무) 의사면허 취득 후 지방의료원 등 공공병원·역학조사관 등 지정된 공공보건의료분야에서 일정기간 의무근무(일본 9년)
 - 의무근무 후에도 경력설계지원, 정부기관 우선채용, 국제기구 파견 등을 통해 충분한 경쟁력 및 자긍심을 가질 수 있는 환경 조성
 - 의무복무를 수행하지 않을 경우 지원금액 환수 및 의사로서 업무를 제한하는 강력한 의무복무 실효성 확보수단(면허취소 등) 마련

<일본 자치의대 사례>

- (설립목적) '72년 취약지 등에서 근무하고 엄격한 의료윤리와 전문성을 갖춘 의사 양성을 위해 전국 47개 도·도·부·현이 공동 설립·운영
- (선발) 총 120여명, 도·도·부·현별로 할당, 별도 시험으로 선발
- (교육과정) 임상 및 지역사회 노출 기간을 길게 주고, 6년 기숙사 생활 의무화
- (의무근무) 9년, 지방정부의 공무원으로서 주로 취약지 1차 의료담당
- (성과) 의무 복무 후에도 68%는 해당 도도부현에 근무

□ (실행전략②) 공중보건장학제도를 통해 취약지 등 근무 의료인력 양성)

- 시·도지사 추천에 의해 해당 지역 출신자를 선발하고, 해당 지역에 근무하도록 함으로써 지역 의료에 대한 사명감 고취
- 학생 선발 기준을 마련하여, 경제적 취약 학생 중심이 아닌 지역의료 관심자를 중심으로 선발·양성
- 장학금 지급받은 기간과 동일하게 의무근무(최소 2년 이상), 지속근무를 유도할 수 있는 경력개발 지원 등 검토

<舊 공중보건장학제도 개요>

- 법적근거 : 「공중보건장학을 위한 특례법」(’76년)
- 지원대상 : 의과대학치과대학간호대학 재학생으로서 장학금 지급 및 면허취득 후, 일정기간 동안 공중보건업무에 종사할 것을 서약한 자
- 의무 복무기간 : 장학금 지급기간에 따라, 최소 2년, 최장 5년까지
- * ’77~’96년 총1,519명 (의사772명, 치과50명, 간호사697명) ’96년 선발 중지

- **(실행전략③)** 현재의 파견 의료인력 인건비 지원사업*을 권역책임의료기관이 지역책임의료기관을 총괄 책임지고, 2년 이상 계약으로 전환 검토)
 - 현재는 지방의료원·적십자병원이 국립대병원 등과 1:1 협약(1년 단위)을 맺고 의사를 파견 받는 경우 지방의료원 등에 인건비 지원(권역 무관)
- **(실행전략④)** 공공의료인력에 대한 전문교육을 강화하기 위해 국립중앙의료원 내 ‘공공보건의료 교육훈련센터’의 기능 확대(공공보건의료 연수원 등)

4) 세부추진계획 [2]-4: 의료인력의 지속교육 관리 체계 마련⁹⁰⁾

- **(실행전략①)** 면허 갱신제도의 전환 검토)
 - (현행) 의료인 면허신고제도
 - 신고대상
 - 모든 의료인(의사, 치과의사, 한의사, 조산사, 간호사)
 - 면허 정지 중에 있는 자 역시 신고 대상임
 - 면허 취소된 자는 신고 대상은 아니나, 의료법 제65조 제2항에 따라 면허를 재발급(재교부)받는 자는 신고 대상임
 - 신고주기 및 기간
 - 면허 취득일 기준으로 3년마다
 - 신고내용
 - 기본 인적사항, 취업상황, 근무기관 및 지역, 보수교육 이수여부 등 (의료법 시행규칙 별지 제10호서식 '의료인의 실태 등 신고서')

90) 작성자: 교육자

의료법

□ 제25조(신고)

- 1. 의료인은 대통령령으로 정하는 바에 따라 최초의 면허를 받은 후부터 3년마다 그 실태와 취업상황 등을 보건복지부장관에게 신고하여야 한다.
- 2. 보건복지부장관은 제30조 제3항의 보수교육을 이수하지 아니한 의료인에 대하여 제1항에 따른 신고를 반려할 수 있다.
- 3. 보건복지부장관은 제1항에 따른 신고 수리 업무를 대통령령으로 정하는 바에 따라 관련 단체 등에 위탁할 수 있다.

□ 30조(협조 의무)

- ①중앙회는 보건복지부장관으로부터 의료와 국민보건 향상에 관한 협조 요청을 받으면 협조하여야 한다.
- ②중앙회는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 회원의 자질 향상을 위하여 필요한 보수(補修)교육을 실시하여야 한다.
- ③의료인은 제2항에 따른 보수교육을 받아야 한다

○ 의료인의 면허 사후 관리 체계가 정립되어 있지 않고 보수교육에 따른 신고체제로 되어 있어, 국민의 의료안전 및 의료의 질 향상을 위해 면허 발급 이후에 의사 면허 소지자의 능력 및 전문성을 일정수준 유지하고 있는 지를 관리할 수 있는 제도 도입

○ 의사면허를 유지하기 위한 면허 갱신제 도입 검토

○ (호주) 의사기준유지 프로그램 운용: 기본적인 메커니즘은 매년 자신의 활동을 기록하고 5년 동안 500점을 획득. 의사는 log book과 같은 레코드에 기록을 하고, 전자문서 제출. 제출된 보고서 중에 임의로 5%정도는 감사를 수행. 의학교육 지속, 교습 및 연구, 질보증으로 분류된 항목에 있어서 총 점수가 500점 이상이 되어야 하며, 특히 질보증이라는 항목에서는 최소 50점 이상을 받아야함. 일상적인 업무인 저널읽기, 문헌검색, 병원 혹은 저널클럽 회의 참가, 원고검토 등에서도 점수 획득 가능

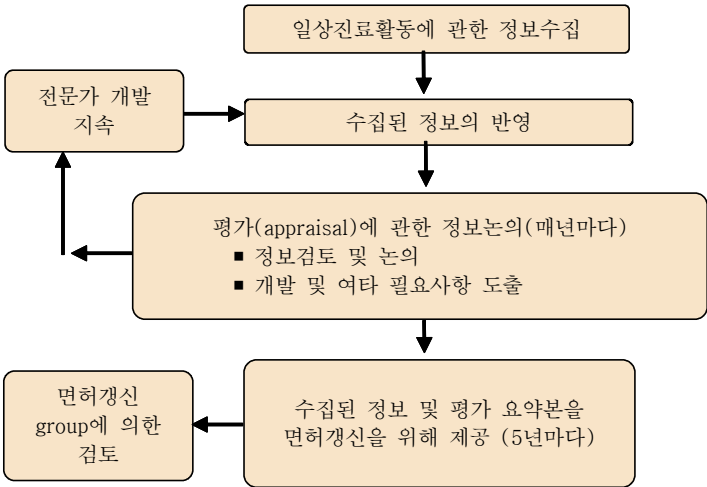
〈표 2-2-10〉 면허신고제 및 면허갱신제 사례

| 구분 | 면허신고제 | 면허갱신제 (license renewal) |
|------|--------------------------------------|------------------------------------------|
| 사례 | 한국, 일본 | 미국, 영국, 캐나다 등 |
| 주기 | 한국 3년, 일본 2년 | 미국 1~3년, 영국 5년, 캐나다 1년 |
| 확인사항 | 근무기관 및 지역, 보수교육 이수결과 등 | 좌동 + 건강진단서, 징계내역, 범죄이력, 부당청구 내역, 환자평가서 등 |
| 조치 | 한국 : 신고 시까지 면허 효력정지 일본 : 별도 규정 없음 | 조건 미충족 시 면허 취소 또는 발급거부 |
| 담당기관 | 중앙정부 | 법상 면허관리 권한을 갖는 전문적인 자율기구 |

※ 해외사례: 영국의 면허 재갱신 정책 사례

- 의사들은 면허를 갱신하기 위해서는 정기적으로 GMC의 면허갱신(revalidation)에 참여해야 하며, 의사들이 자신의 진료의 적합성(fitness)을 제시하지 않는다면, GMC는 의사면허를 갱신하지 않을 수 있음. 따라서 의사들은 면허갱신을 위하여 일정기간마다 자신의 진료에 관한 정보 및 데이터를 제공하도록 하고 있으며, 우수한 진료를 위해 일상적인 진료에 관한 정보 및 데이터를 저장하는 ‘폴더’(folder)를 보유(다수의 의사가 이미 다양한 이유로 시행하고 있으며, 지역임상관리시스템에 보고하거나 매년마다의 평가를 위해 준비하고 있음). 폴더에 모인 정보는 의사들의 전공분야 및 진료형태 등에 따라 적절하게 제공하여야 하고, “Good Medical Practice”를 위해 제시되어 있는 지표들을 포함해야 함.
- 평가를 받게 되는 모든 의사들은 진료 및 활동과정을 알리기 위한 정보, 근거 및 데이터가 포함된 평가 폴더(appraisal folder)를 준비해야 하며, 이는 업데이트 될 수 있다. 이러한 과정은 새로운 정보를 획득하는 것이 아니라 기존의 일들을 정리하는 과정이라 할 수 있음. 의사와 평가자는 전년도 업적 및 향후 목적을 요약하고 개인 발전계획의 주요 요소 및 기대 활동, 면허갱신에 대한 GMC의 권고사항 등에 대한 평가를 검토.

[그림] 평가(appraisal) 및 면허갱신 실행절차: 영국사례



□ (실행전략② 의료인 면허 정보 공개)

- 면허 신고 및 갱신과 관련한 의료인 면허 정보 공개
 - － 면허·자격 진위여부, 보수교육 이수여부 공개
- (미국사례) 인터넷 홈페이지 통해 면허번호, 징계내역, 범죄이력, 부당청구 내역, 학력·수련·전공분야 정보, 진료하는 기관 및 지역정보 상시 공개

□ (실행전략③ 의료인 단체의 자율규제 강화)

- (전문가평가제 시범사업 평가 후 개선 및 보완) 자율규제의 일환으로 2016년에 전문가평가제 시범사업을 시행

- 전문가 평가제는 정부에 의한 일방적이고 일률적인 규제가 아닌 전문가 스스로의 판단에 따른 자율규제에 해당함.
- 현재 의사의 위법 행위가 보건소나 행정처분 의뢰가 들어오면 행정처분 심의위원회 결정을 통해 처분이 진행되면서, 의료현장의 특성이 반영되지 않는다는 문제제기가 되어옴. 이에 전문가평가제는 의료행위의 현실적 문제점을 알고 의사동료의 자율 평가로 조사를 받게 됨.
- 전문가 평가제 시범사업 추진 후 의료인 단체에서 면허자율 규제 가능하도록 법·제도 개선 추진
- 자율규제의 한계에 대한 세심한 고찰 필요
 - 의료인 단체가 자율규제를 통해 전문직업성을 스스로 잘 유지하도록 하고, 편향되지 않은 의사결정 함으로써 부여받은 권한이 정당화될 수 있도록 지속적 검토

□ (실행전략④) 전문적·독립적 면허관리기구 설치)

- 중장기적으로 중앙부처에서 시행하는 의료인 면허관리 업무를 전문성 갖고 독립적인 면허관리전담기구 설치·운영하여 위탁

◇ 미국의 면허관리 기구(SMB, State of Medical Board)

- (목적) 의료소비자(환자) 보호를 목적으로 의료인에 대한 면허 관리 총괄
- (구성) 의사, 공공분야 전문가(변호사, 시민단체 등) 등 8~21명으로 구성, 주지사가 임명하고 상원의원 동의 얻어야 함 (임기 3~5년)
- (역할) 면허갱신 심사, 면허 갱신 과정에서 수집한 의료인 DB 구축 및 정보공개, 의사에 대한 환자 불만 사항 접수 및 조사 등

◇ 영국의 면허관리 기구(GMC, General Medical Council)

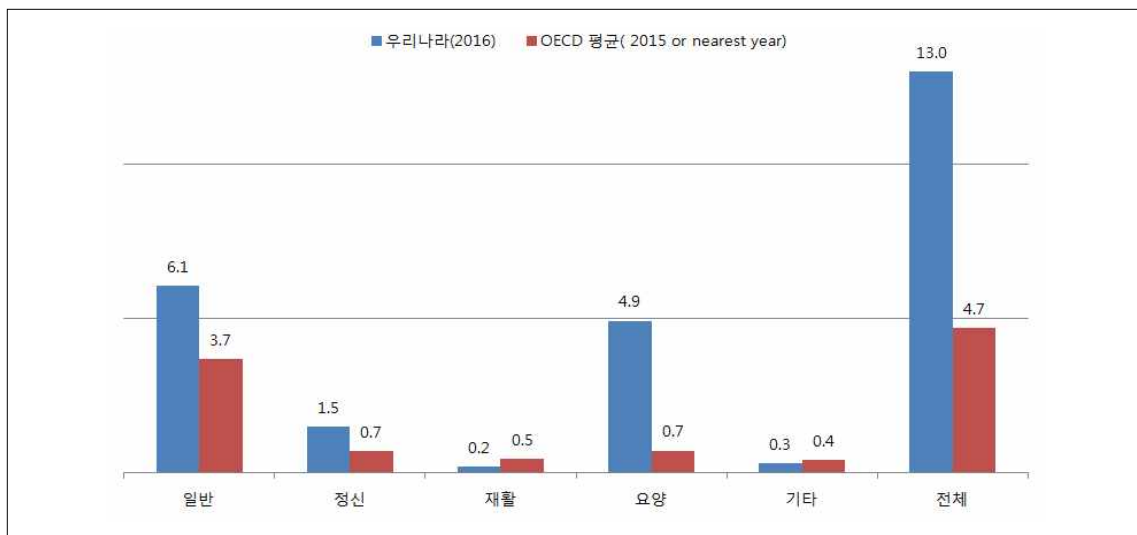
- (목적) 국민의 건강을 유지 및 개선하기 위해 의사 면허 관리
 - (구성) 104명의 위원으로 구성, 등록의사 중 54명, 위원회 지명된 일반위원 25명, 교육기관 임명 25명
 - (역할) 면허갱신과정에서 등록, 교육, 기준, 윤리, 진료적합성 등을 관할
-

제5절 추진방향 ③ : 병상 자원의 적절한 공급 체계 구축⁹¹⁾

가. 추진배경 및 주요 문제의식

- (문제^의식① 병상자원의 공급 과잉과 이용 과잉) 우리나라는 OECD 국가와 비교하여 전반적으로 병상자원이 많은 국가이며, 병상자원의 공급 과잉은 불필요한 입원 증가와 장기재원 문제 등 이용과잉으로 이어지고 있음

[그림 2-2-13] 우리나라와 OECD국가 인구 천명 당 병상수 비교



출처: 보건복지부. (2017). 국민보건의료실태조사.

- 보건의료분야는 정보의 비대칭으로 인해 공급이 수요를 창출하는 특성(공급자 유발 수요; supplier-induced demand)이 있음. 특히 행위별 수가제도 하에서 의료공급자가 더 많은 의료를 제공함으로써 돈을 더 많이 벌 수 있을 때, 공급은 스스로 수요를 창출하는 것으로 알려져 있음(Clayton, 2009).⁹²⁾ 입원서비스와 진단검사횟수 등이 대표적 사례로서 의학적 근거나 임상적 이론과 무관하게 서비스 이용량이 자원의 공급량과 강한 상관관계를 나타내어 공급 민감 서비스(supply-sensitive care)라고 규정함.

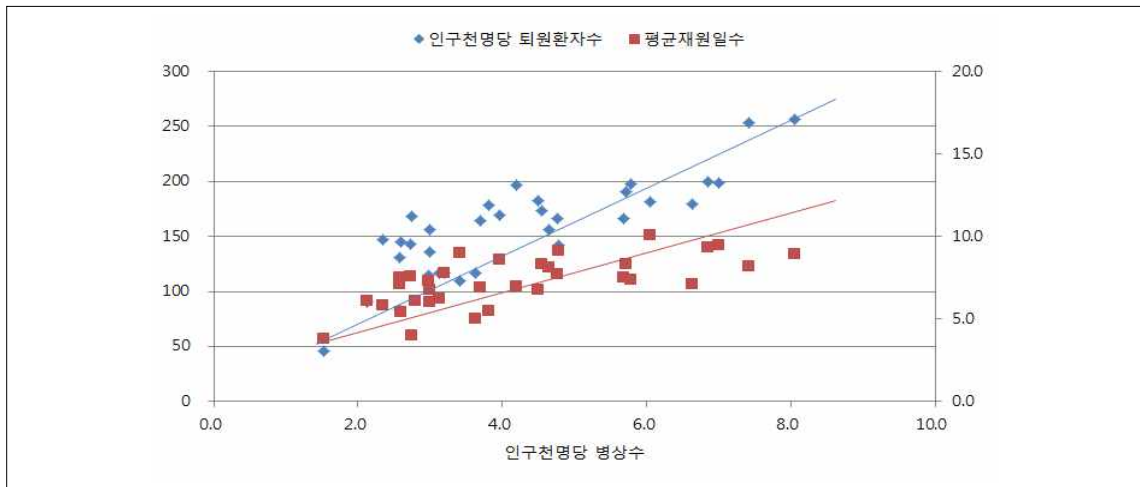
- OECD국가의 인구천명당 병상수와 퇴원환자수, 평균재원일수 관계를 살펴보면 양의 상관관계를 나타내고 있음
- 우리나라의 경우, 2016년 기준 인구십만명당 입원환자수가 25,714명으로 OECD국가 평균 15,687명에 비해 1.6배 많은 편이며, 입원환자 평균재원일수는 14.5일로 OECD

91) 작성자: 박수경

92) Clayton, L. L., Kreiman, C., & Skinner, J. (2009). Why is there regional variation in hospital bed capacity? Hanover, NH: Dartmouth Medical School.

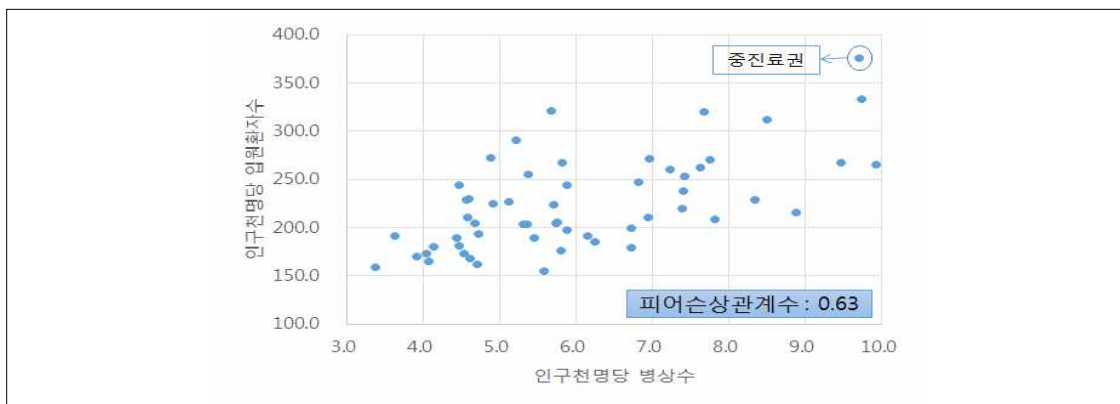
국가 평균 8.1일에 비해 높은 편임. 지역별로도 병상수가 많은 지역이 인구당 입원환자수가 많고, 평균재원일수가 긴 경향을 나타내었음(보건복지부, 2017).⁹³⁾

[그림 2-2-14] OECD국가의 인구 천명 당 병상수와 퇴원환자수, 평균재원일수 관계



자료: OECD. (2017). Health Statistics 2018—Frequently Requested Data(재구성).

[그림 2-2-15] 지역별 인구 천명 당 병상수와 입원환자수의 상관관계



자료: 보건복지부. (2017). 국민보건의료실태조사.

○ 우리나라의 병상자원 과잉 공급현상은 2000년대 초반부터 제기되어 왔는데, 최근 연구에 따르면 2023년 기준 전국적으로 24만 병상이 수요 대비 과잉 공급될 것으로 예측되었음(국민건강보험공단, 2018).⁹⁴⁾

－ 의료기관 유형별로는 300병상 이상 종합병원 18천 병상 부족, 300병상 미만 병의원 66천 병상 과잉, 요양병상 20만 병상 과잉, 재활병상 15천 병상 부족으로 추계되었음.

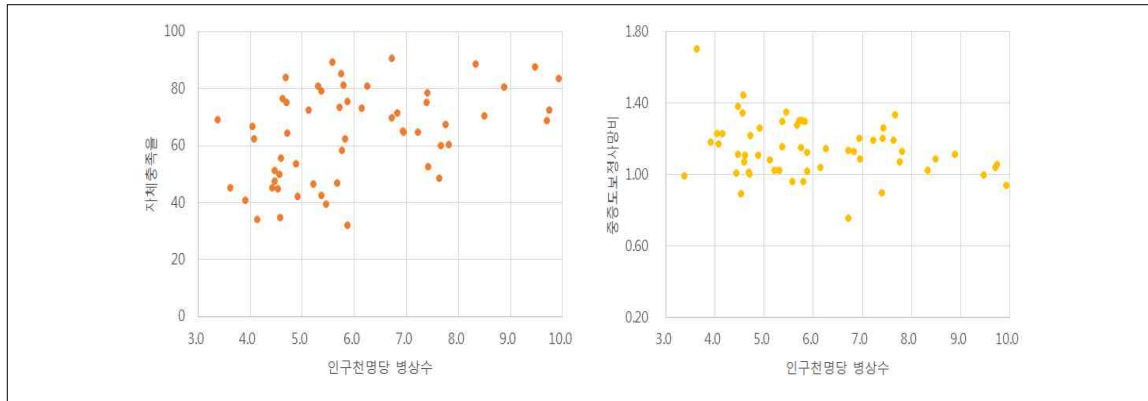
93) 보건복지부(2017). 국민보건의료실태조사.

94) 국민건강보험공단(2018). 지역별, 유형별 의료기관 수급분석 I

□ (문제의식② 병상자원 공급 분포의 불균형과 이용의 쏠림) 병상자원의 양적 과잉 현상이 지역별 자체충족율과 의료이용 결과 개선에는 도움되지 못하였는데, 우리나라 병상공급 대부분이 진료 기능이 취약한 중소병원 병상으로 구성되어 있기 때문임. 또한 전반적 양적 과잉현상 가운데에서도, 배치의 불균형으로 인해 입원취약지가 동시에 존재하는 문제가 발생하고 있음

○ 지역별 인구 천명 당 병상수와 자체충족률, 중증도 보정 사망비간에는 상관관계가 낮거나, 없음. 즉 병상수가 많은 것이 지역주민의 의료이용과 결과 개선에 도움 되지 못함.

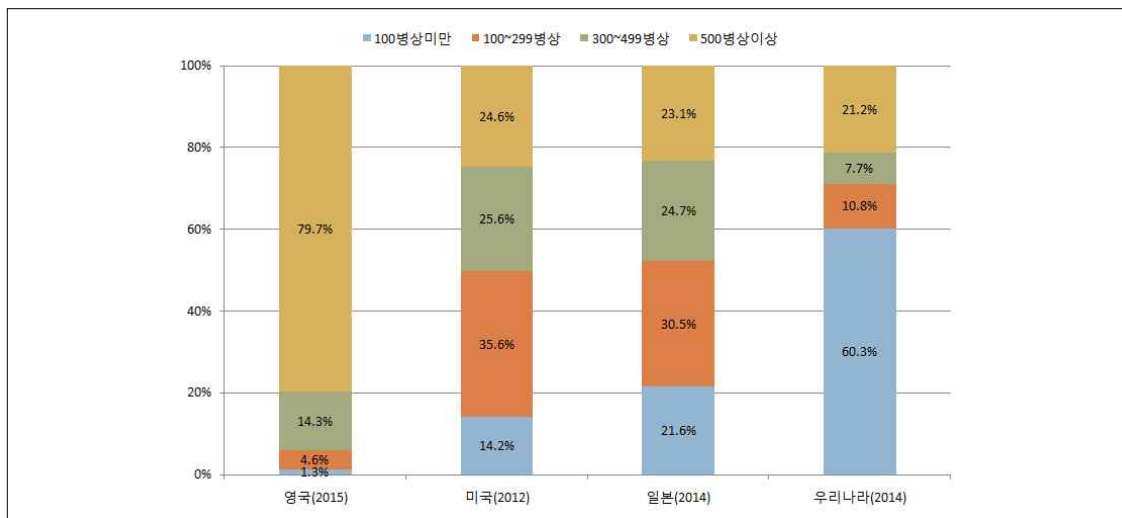
[그림 2-2-16] 지역별 인구 천명 당 병상수와 자체충족률, 중증도 보정사망비와의 상관관계



지료: 보건복지부. (2017). 국민보건의료실태조사.

○ 우리나라는 미국, 영국, 일본과 비교하여 300병상 미만 중소병·의원 병상구성비가 높은 편임.

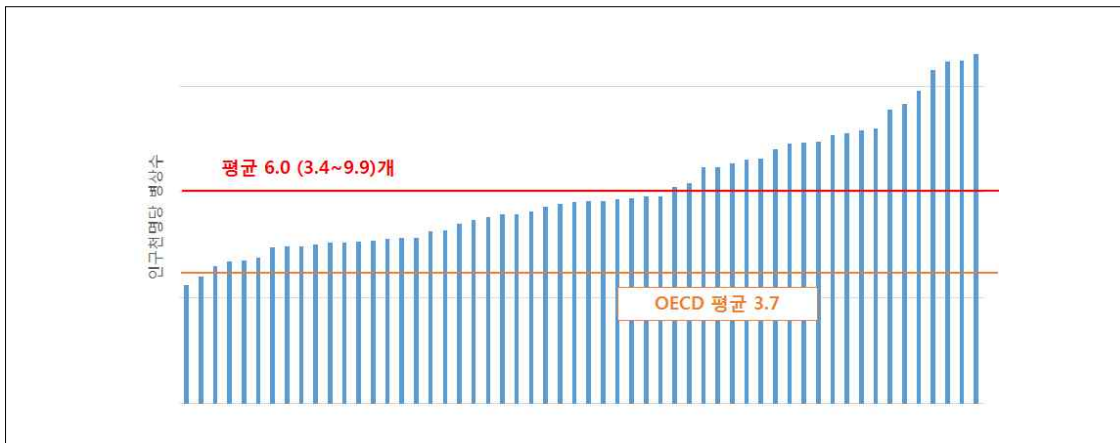
[그림 2-2-17] 국가별 병상규모별 병상수 구성비 비교



출처: 서울대학교 산학협력단. (2017). 의료이용지도연구.

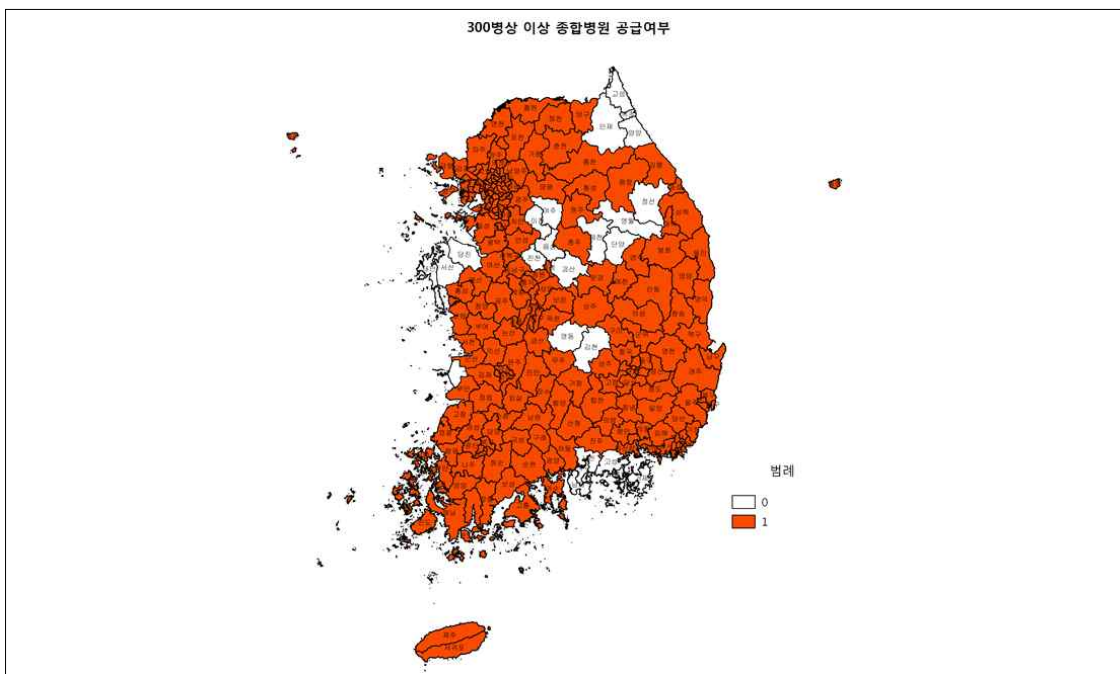
- 2016년 기준 전국 56개 중진료권의 인구 천명 당 일반 병상수는 최소 3.4개에서 최대 9.9개 까지 2.9배 차이를 나타내고 있으며, 이와 더불어 300병상 이상 종합병원이 없는 진료권이 11개 존재하였음(보건복지부, 2017)

[그림 2-2-18] 중진료권별 인구 천명 당 일반 병상수 비교



출처: 보건복지부. (2017). 국민보건의료실태조사.

[그림 2-2-19] 중진료권별 300병상 이상 종합병원 공급 여부



출처: 보건복지부. (2017). 국민보건의료실태조사.

나. 정책 상황 분석

□ (정책 성과 ❶ **병상수급계획 제도 도입**) 병상의 공급자체를 제어할 정책 수단 부재 속 병상증가가 입원이용과 입원비용 증가로 이어지자, 정부는 국민건강보험재정건전화특별법(시행 2002.1.19) 제13조에 병상수급계획의 수립에 관한 규정 마련함. 특별법 폐지 이후 관련 조항은 의료법(제60조)으로 이관되었음.

○ 병상자원 관리와 관련한 직접적 정책은 규제개혁 차원에서 90년대 모두 폐지됨

<병상자원 관련 규정>

지역별 의료기관 개설허가 제한 등에 관한 규칙(1985.1.18 제정), 폐지(2000.8.23)
 의과대학 부속병원 신증설 처리기준 개정(1990.6.16), 폐지(1994.4.12)
 의료기관의 합리적 배치 유도를 위한 지역고시 개정(1989.6.12), 폐지(1993.4.22)

○ 국민건강보험재정건전화특별법 제13조 및 의료법 제60조 「병상수급계획의 수립 등」에 관한 법률은 다음과 같음.

<의료법 제60조(병상수급계획의 수립 등)>

- ①보건복지부장관은 병상의 합리적 공급 및 배치에 관한 기본시책을 수립하여야 한다.
- ②특별시장·광역시장 또는 도지사(이하 "시·도지사"라 한다)는 제1항의 규정에 의한 기본시책에 따라 지역의 실정을 감안하여 특별시·광역시 또는 도단위의 병상수급계획을 수립한 후 이를 보건복지부장관에게 제출하여야 한다.
- ③보건복지부장관은 제2항의 규정에 의하여 제출된 병상수급계획이 제1항의 규정에 의한 기본시책에 부합하지 아니하는 등 보건복지부령이 정하는 사유가 있는 때에는 당해 시·도지사에게 보건복지부령이 정하는 바에 따라 그 조정을 권고할 수 있다.

□ (정책 성과 ❷ **상급종합병원 병상 증설 사전 협의제도 도입**) 상급종합병원 쏠림 등을 완화하고자 2015년부터 상급종합병원으로 지정받은 의료기관에 한해 병상 증설을 보건복지부 장관과 사전협의하도록 규정함

<상급종합병원의 지정 및 평가 규정>

- 제6조(소요병상수 산정방법 및 적용) ③ 보건복지부장관은 법 제3조의4제1항에 따라 지정받은 상급종합병원이 병상을 증설하고자 하는 경우 병상증설계획 등에 관하여 보건복지부장관과 사전에 협의할 것을 상급종합병원의 장에게 요청할 수 있다.
- ④ 제3항에 따른 상급종합병원의 병상 증설 사전 협의를 위한 절차 등 세부사항은 보건복지부장관이 정한다.

□ (정책 성과 ❸ **의료법 개정을 통한 제도 실효성 강화**) 의료기관의 종별, 지역별 편차 문제가 지속되는 등 병상수급계획이 실질적인 병상자원 관리 수단으로서 한계 존재. 이에 의료법 개정을

통해 기존 병상수급계획 제도를 정비(의료법 제60조제1~제3항 개정)하고, 시·도지사가 의료기관을 개설 허가할 수 없는 사항으로 제60조제3항에 따른 협의·조정이 이루어지지 않은 경우를 추가(의료법 제33조제4항제2호 신설)함.

<의료법 개정안 주요내용>

- 가. 시·도지사가 의료기관을 개설 허가할 수 없는 사항으로 제60조제3항에 따른 협의·조정이 이루어지지 않은 경우를 추가함(안 제33조제4항제2호 신설).
- 나. 보건복지부장관은 병상의 합리적인 공급과 배치에 관한 기본시책을 5년마다 수립하도록 함(안 제60조제1항).
- 다. 시·도지사는 기본시책에 따라 지역 실정을 고려하여 지역별, 기능별, 종별 의료기관 병상 수급 및 관리계획을 수립한 후 보건복지부장관에게 제출하도록 함(안 제60조제2항).
- 라. 보건복지부장관은 시·도지사가 제출한 병상 수급 및 관리계획이 기본시책에 맞지 않을 경우 시·도지사와 협의하고 조정하도록 함(안 제60조제3항)

□ (정책 한계 ① 병상수급계획 등의 실효성 문제) 상급종합 병원수는 전체 병의원수에 비해 극히 일부분에 지나지 않고 의료기관 개설허가 절차 등 관련 제도와 의 모순과 이해관계로 병상수급 계획 제도의 실효성 문제가 완전히 해결되었다고 보기 힘들.

○ 의료기관 개설허가 절차

- 의료기관 개설허가 신청서에 따르면 종사자수와 입원실수를 기재하도록 하고, 건물평면도 및 구조설명서 등을 제출하도록 함. 즉, 의료기관 개설자는 건축이 완성된 상태 또는 건물의 매입이나 임차를 완료하고, 의료인, 의료기사 등을 채용한 상태에서 개설허가를 신청하게 됨. 사실상 개설을 불허할 수 없는 절차상의 모순을 가짐.

○ 의원급 병상보유 문제

- 현재 의원급 의료기관 개설시, 병상보유 여부와 무관하게 시군구청장에게 신고하도록 되어 있음. 의원급 병상수가 감소추세이기는 하지만 여전히 전체 병상수의 11.2%(일반 병상수의 22.1%)를 차지하는 등 관리 사각지대에 있음.

□ (정책 한계 ② 기존 병상에 대한 출구전략 부재) 병상수급계획 제도는 신규 개설허가를 신청하는 의료기관에 제한적으로 적용되는 제도로써 병상공급과 관련한 전반적 문제, 특히 공급구조를 개선하기 위한 수단으로써 한계 존재

□ (향후 정책 방향 ① 병상수급계획 제도 확장 등) 궁극적으로 병상자원의 공급량과 공급구조를 개선하기 위한 적극적 제도도입 필요. 또한 병상수급계획 제도를 의료자원제공계획으로 확대하고 그 범위를 병상의 신규 개설허가 뿐 아니라 특수의료장비의 설치 등 신규 투자가 발생할 때 등으로 확장함으로써 계획에 기반한 의료자원 공급체계를 갖도록 개선. 차후 기존 의료자원

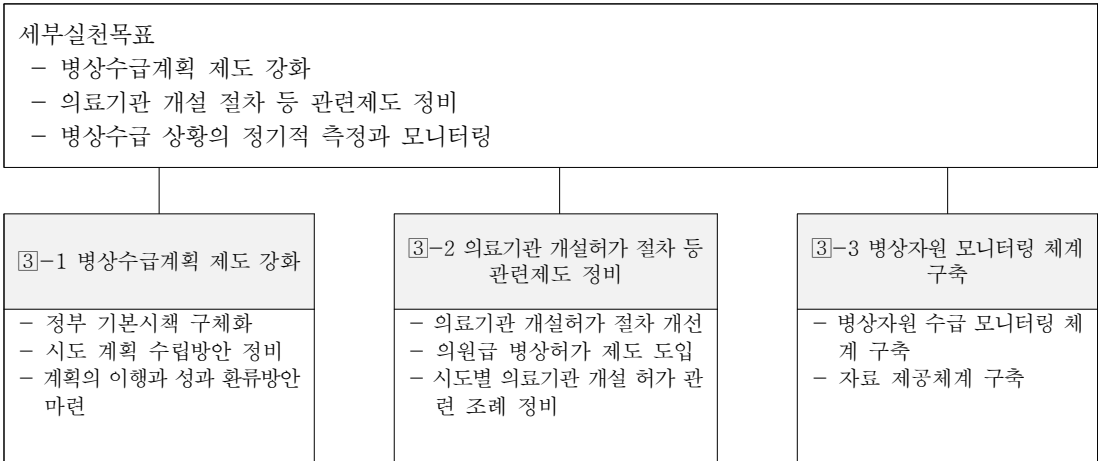
에 대한 전반적 조정 권한 부여 방안도 고려해볼 수 있음.

| | |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <미국 CON제도 사례> | |
| 1. 제도 개요 | ○ 수요인증제도(CON, Certificate of Need)는 일정금액 이상의 자본투자시 해당 주 정부로부터 사전에 인가를 획득해야 하는 규제적 검토 과정으로, 불필요한 의료시설과 의료 서비스로 인한 보건의료지출을 억제하는 것이 주요 목적임. 1974년 국가보건기획자원개발법(National Health Planning and Resources Development Act of 1974: PL 93-641)에 근거하여 연방 프로그램으로 도입되었고, 1987년 연방정부 차원의 CON 제도가 폐지되었으나 2018년 기준 35개주에서 여전히 다양한 수준으로 CON 제도를 적용하고 있음 |
| 2. 제도 적용범위 | ○ CON의 검토 대상은 매우 포괄적으로 의료기관, 병상의 설립 뿐 아니라, Nursing Home 등 장기요양시설, Open Heart Surgery 등 주요 수술과 서비스, CT, MRI, PET 등 고가장비도 포함됨 |

다. 세부실천목표

- 병상자원의 적정한 공급을 통해 의료서비스의 질향상과 국민의료비 증가를 방지할 수 있도록 병상수급계획 제도 정상화 및 관련 제도를 개선함.
- 병상수급계획 제도 강화
- 의료기관 개설 절차 등 관련제도 개선
- 병상수급상황의 정기적 측정과 모니터링

라. 세부추진계획



1) 세부추진계획 [3]-1: 병상수급계획 제도 강화

□ (실행전략① 정부 기본시책 구체화)

- 병상자원과 관련한 정책방향과 목표 등 정부 기본시책을 구체화. 특히, 취약지 지원방안과 병상과잉지역에 대한 출구전략을 기본시책에 포함하여 계획이 선언적 계획에 그치지 않도록 해야 함. 또한 기본 시책의 구현을 위해 필요한 예산확보 방안 등도 제시되어야 함.
 - 의료법에 의료법인 인수·합병절차에 관한 내용을 마련하고, 의료법인 해산시, 잔여재산을 해당 의료법인의 기부자에게 처분하는 것을 허가할 필요성 있음
 - 일본은 의료법인 합병과 관련한 내용을 의료법에 규정하고 있으며, 의료계획 실효성 확보를 위해 관련 기금을 마련하고 의료시설 정비 등에 활용 중

<일본 사례>

- 의료법인 해산 및 청산, 합병 및 분할 규정
 - 의료법 제7절 해산 및 청산(제55조-제56조)
 - 해산한 의료법인의 잔여재산은 합병 및 파산절차 개시의 결정에 의한 해산의 경우를 제외하고 정관 또는 기부행위가 정하는 바에 따라 귀속되어야 할 자에게 귀속
 - 의료법 제8절 합병 및 분할(제57조-제62조)
 - 흡수합병과 신설합병, 흡수분할과 신설분할로 구분. 합병은 의료법인이 존속하는 다른 의료법인 또는 합병에 의해 설립하는 의료법인에 승계되는 것, 분할은 의료법인이 그 권리 의무를 다른 의료법인 또는 분할에 의해 설립하는 의료법인에 승계하는 것을 의미
- 의료계획의 교부금 및 기금제도 사례
 1. 의료법 제30조 9에 따르면 후생노동성은 예산범위 내에서 도도부현의 의료계획 추진을 위해 필요한 사업비용의 일부를 보조할 수 있도록 명시하고 있음. '의료 제공 체제 시설 정비 교부금'은 의료계획 등의 추진과 의료 시설 등의 시설 정비를 위해 도도부현 등에 지원하는 교부금으로, 2018년에 지원된 교부금액의 예산액은 3,242백만엔이며, 2016년의 경우 당초예산 2,545백만엔과 보정예산 포함 총 5,540백만엔, 2017년 2,545백만엔이 투입됨
 2. 2014년 기존 교부금 제도와 별도로 의료·개호 종합확보 추진법을 마련하고 소비세 증수분을 활용한 '지역 의료 개호 종합 확보 기금 제도'를 운영. 의료기관 시설이나 설비의 정비에 관한 사업, 제택 의료 제공에 관한 사업, 의료 종사자 확보에 관한 사업 등에 사용되며, 2018년도 기금총액 1,658억엔 중 의료분은 934억엔(국비 622억엔 포함) 규모임

□ (실행전략② 시도 계획 수립방안 정비)

- 시도별 계획의 수립절차와 이행절차, 계획에 담아야 할 목표, 내용에 대한 가이드라인, 위원회 구성 등 계획수립을 위한 구체적 방법을 정비하고 제시
 - 병상수급상황 등은 정부의 모니터링 결과를 시도에 공유

□ (실행전략③ 계획의 이행과 성과 환류방안 마련)

- 계획의 이행여부와 성과를 환류 할 수 있도록 체계화하고, 계획대비 우수 성과 시도에 대한

인센티브 제공을 위해 예산확보 필요

- 지방재정교부금 평가시 병상수급계획의 이행정도에 대한 항목 마련 필요

2) 세부추진계획 [3]-2: 의료기관 개설허가 절차 등 관련제도 정비

□ (실행전략①) 의료기관 개설허가 절차 개선)

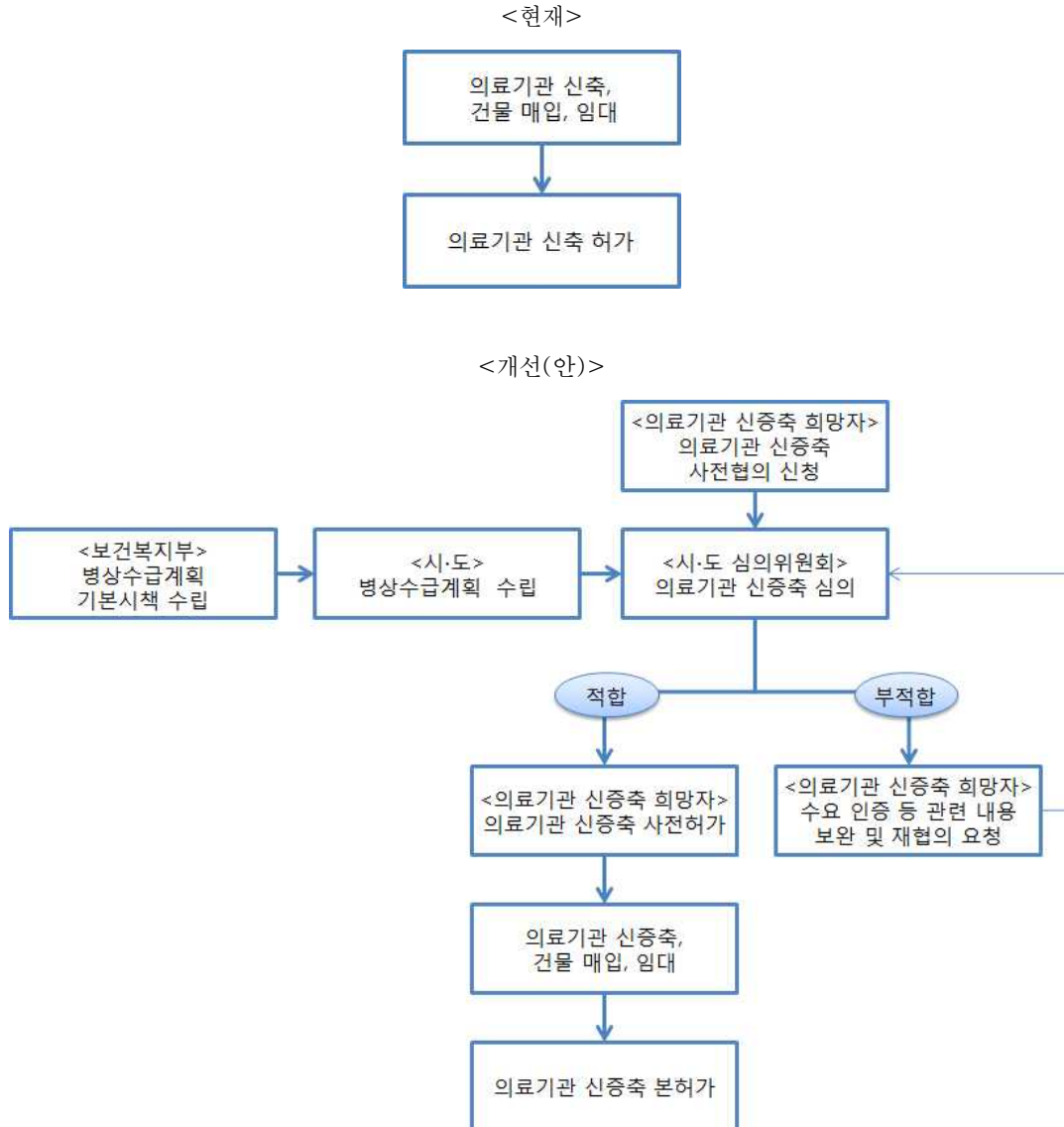
○ 의료기관 건축 또는 건물의 매입, 임대 전 의료기관 개설에 대한 사전 승인을 득하도록 절차 개선. 즉, 사전승인과 본허가의 2단계 허가제도 도입 필요

- 사전협의 및 승인은 병상수급계획과 연동되며, 사전협의 신청시, 신청서에 병원의 위치(지역), 개설자 관련사항(법인인 경우 설립허가증, 정관, 사업계획서 등), 진료과목 및 시설, 인력의 개요 등만을 심사하여 사전승인 여부 결정. 개설허가(본허가) 시에는 건물의 구조, 종별 시설기준 및 규격에 관한 사항, 안전관리시설에 관한 사항, 의료장비 설치에 관한 사항 등 하드웨어적인 면을 심사. 사전허가를 받는 개설자로서는 향후 물리적인 기준만 충족하면 개설허가를 받을 것으로 예측 가능
- 시도는 심의위원회를 구성하고 시도별 병상수급계획에 기반하여 의료기관 신증축과 관련한 사전협의 실시
- 심의위원회의 검토결과 ‘적합’시, 의료기관 신증축 희망자는 의료기관 신증축과 관련된 제반요건을 갖추어 허가 절차 진행. 심의위원회 검토결과, 시도별 병상수급계획과 부합하지 않는 등 ‘부적합’시, 심의위원회는 의료기관 신증축 희망자에게 계획 철회를 권고할 수 있으며, 의료기관 신증축 희망자는 의료수요에 대한 증명 등 관련 사항을 보완하여 재협의를 요청할 수 있음

<대만 의료법 사례>

의료법 (제14조) 의료기관의 설립 또는 확충은 주관기구(해당 지방정부)의 허가를 거친 후에 건축법 유관규정에 의하여 건축허가를 신청할 수 있음

[그림 2-2-20] 병상수급계획의 수립과 의료기관 개설 허가절차 개선(안)



□ (실행전략②) 의원급 병상 허가제도 도입)

- 병상을 보유한 의원의 경우 시도지사 허가로 전환하여 병원급과 동일한 기준 적용
 - 일본(의료법 제7조의3)의 경우 진료소에 병상을 마련하고자 할 때, 또는 진료소의 병상수, 병상의 종별 그 외 후생노동성령으로 정하는 사항을 변경하려고 할 때는 후생노동성령으로 정하는 경우를 제외하고 해당 진료소 소재 도도부현 지사의 허가를 받아야 함.

□ (실행전략③) 시도별 의료기관 개설 허가 관련 조례 정비)

- 일부 시도의 경우 의료법상 시도지사의 의료기관 개설허가 권한을 시군구에 이양. 권한을 시도지사로 일괄 재정비 필요

3) 세부추진계획 [3]-3: 병상자원 모니터링 체계 구축

□ (실행전략①) 병상자원 수급 모니터링 체계 구축)

- 정부에 병상자원의 수급을 정기적으로 모니터링하기 위한 위원회와 실무작업반 구성
 - 병상의 유형을 점차 세분해 나갈 필요 있음.
- 향후 병상자원 뿐 아니라 의료자원 전반에 대한 모니터링 DB를 구축할 필요성 있음.
 - 단순히 자원 공급에 관해 신고된 내용을 DW에 축적하는 방식이 아니라 공급과 서비스 제공행태 등을 연계하여 의료자원에 대한 총체적 양상을 파악할 수 있도록 할 필요 있음.

□ (실행전략②) 자료 제공체계 구축)

- 모니터링 결과는 중앙정부 뿐 아니라 시도 담당자, 의료인, 관련 전문가, 국민에게까지 정기적으로 제공될 필요성 있음.
 - 현재 5년 주기로 생산되는 보건의료실태조사 등은 지속적 모니터링에 한계가 있음. 통계의 시의적절성 확보와 모니터링 기능 강화 차원에서 통계 산출주기를 대폭 축소하여 연간통계가 산출되도록 하고, 모니터링을 전담할 조직과 인력을 마련하여 안정적으로 관련 통계를 산출할 수 있도록 할 필요 있음.

마. 연도별 추진일정

〈표 2-2-11〉 의료자원 분과 ③: 병상 자원의 적정한 공급: 양과 분포 : 연도별 세부 추진계획

| 구분 | '19년 | '20년 | '21년 | '22년 | '23년 | '30년 |
|---------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| ① 병상수급계획 제도 강화 | | | | | | |
| ○ 정부 기본시책 구체화 | → | | | | | |
| ○ 시도 계획 수립방안 정비 | → | | | | | |
| ○ 계획의 이행과 성과 환류방안 마련 | | → | | | | |
| ② 의료기관 개설허가 절차 등 관련제도 정비 | | | | | | |
| ○ 의료기관 개설허가 절차 개선 | → | | | | | |
| ○ 의원급 병상 허가제도 도입 | | → | | | | |
| ○ 시도별 의료기관 개설허가 관련 조례 정비 | → | | | | | |
| ③ 병상자원 모니터링 체계 구축 | | | | | | |
| ○ 병상자원 수급 모니터링 체계 구축 | | | → | | | |
| ○ 자료 제공체계 구축 | | | → | | | |

제 3 장

의료보장

제1절 의료보장 개괄

제2절 추진방향 ①: 국민중심 포괄적 의료보장체계 구축을 통한 건강보장 완결성 제고

제3절 추진방향 ②: 의료보장에서 국민의 평생건강을 책임지는 건강보장으로 보장영역 확대

제4절 추진방향 ③: 저소득 취약계층에 대한 촘촘한 안전망 구축을 통해 선제적 빈곤추락 예방

제5절 추진방향 ④: 보장성 강화와 연계한 적정부담-적정보상 수립을 통한 지속가능성 확보

3

의료보장 <

제1절 의료보장 개괄⁹⁵⁾

| | | | |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 정책목표 | 가치지향 포괄적 의료보장 | | |
| 추진방향 | ① 국민중심 포괄적 의료보장체계 구축을 통한 건강보장 완결성 제고 | | |
| 추진과제 | ①-1: 의료보장 제도의 포괄적 연계관리 방안 모색 | ①-2: 모든 의학적 비급여 해소 및 관리강화 | ①-3: 공사의료보험 연계관리 강화 |
| 실행전략 (추진계획) | ① 각 공사 의료보장 제도의 실태 및 상호연계성 파악 ② 제도 간 정책적 연계관리방안 마련 ③ 제도 간 정보연계방안 및 표준화 방안 마련 | ① 의학적 비급여 해소 지속 ② 풍선효과 방지를 위한 비급여 관리 강화 | ① 공사의료보험 연계관리를 위한 법적·제도적 기반 확보 ② 본인부담영역에서 공사의료보험 역할 정립 ③ 공사의료보험 중복지급 방지 ④ 국민중심의 제도개선을 통한 편의성 및 의료접근성 증진 |
| 추진방향 | ② 의료보장에서 국민의 평생건강을 책임지는 건강보장으로 보장영역 확대 | | |
| 추진과제 | ②-1 국민의 평생 건강관리까지로 보장 영역 확대 | ②-2 미래 질병 위험에 대응한 보장영역 확대 | |
| 실행전략 (추진계획) | ① 평생 건강관리까지로 보장성 확대 패러다임 전환 ② 미래 국민 욕구 변화를 반영한 추가영역 발굴 ③ 사전적 예방서비스 급여화 필요성 검토 및 체계 마련 | ① 환경성, 온열성 질환 등 미래 질병위험에 대한 선제적 보장 ② ICT 등 기술혁신을 활용한 보장영역의 다변화 | |
| 추진방향 | ③ 저소득 취약계층에 대한 촘촘한 안전망 구축을 통해 선제적 빈곤추락 예방 | | |
| 추진과제 | ③-1 저소득 취약계층의 기초의료 보장 확대 | ③-2 재난적 의료비 방지를 위한 보완적 의료안전망 강화 | |
| 실행전략 (추진계획) | ① 의료급여 사각지대 해소 및 지원 강화 ② 차상위계층 지원 확대를 통한 빈곤추락 예방 | ① 적절한 법정본인부담 수준 논의 ② 급여영역에 대한 본인부담 상한제의 합리적 개선 ③ 비급여 영역을 포괄한 재난적 의료비 지원사업 확대 | |
| 추진방향 | ④ 보장성 강화와 연계한 적정부담-적정보상 수립을 통한 지속가능성 확보 | | |
| 추진과제 | ④-1 보장성 강화와 연계한 적정부담 계획 수립 | ④-2 보장성 강화와 연계한 적정보상 실현 | |
| 실행전략 (추진계획) | ① 보장성 강화와 연계한 적정부담에 대한 장기적인 원칙과 방향성 수립 ② 적정 보험료율 및 국고지원 수준 논의 | ① 보상체계 구성요인 간 통합적·종합적 연계 ② 국민이 체감하는 질 향상과 연계한 적정보상 추진 | |

95) 작성자: 신현웅·여나금(제2부 제3장 전체)

가. 현황 및 문제점

- (①보장성 “관리”의 사각지대) 현재 의료보장 보장성이 건강보험 급여 중심으로 관리됨에 따라 다른 공사 의료보장 제도, 비급여 영역은 건강보험 보장성 관리의 사각지대로 존재하고 있는 상황임.
- 개인 환자 단위로 공/사 의료보장제도, 급여/비급여를 포괄하여 관리할 때 실제 환자가 체감(직면) 하는 부담 의료비(급여+비급여)와 지불능력(공사 의료보장 제도)의 파악이 가능할 수 있음.
- 하지만 현재는 “공적 의료보장 제도 중 건강보험의 급여영역”만 건강보험 제도 내에서 관리되고, “다른 의료보장 제도, 민간보험, 그리고 비급여 영역”은 건강보험 제도 외 사각지대에 존재하고 있음에 따라 실질적인 환자의 의료비 부담과 지불능력을 파악하는 것이 불가능한 구조임.

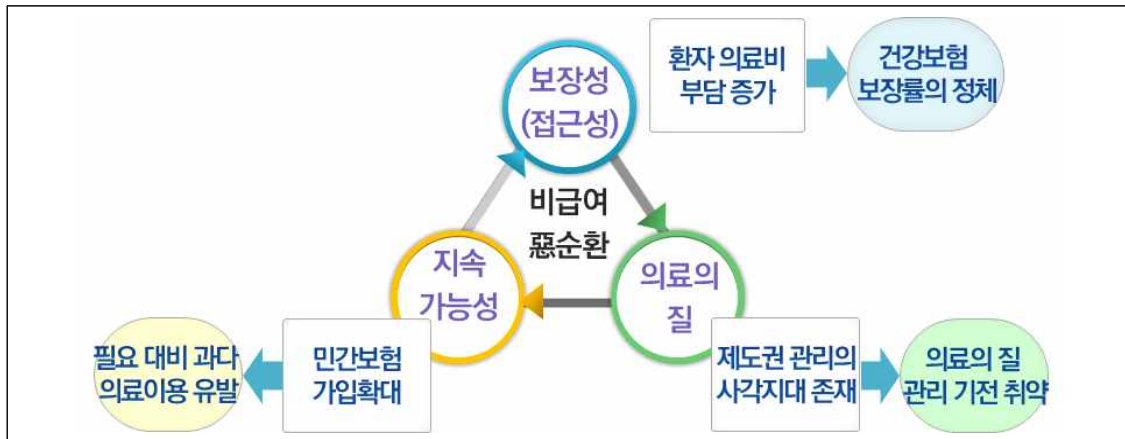
〈표 2-3-1〉 의료보장 제도의 관리의 사각지대

| 구분 | | 보험 범위 (지불 능력) | | |
|------------------|-----|---------------|-------|--------|
| | | 건강보험/의료급여 | 산재/자보 | 민간보험 |
| 급여 범위 (부담의료비) | 급여 | 현재관리범위 | | 관리사각지대 |
| | 비급여 | | | 관리사각지대 |

- (비급여의 악순환) 비급여는 건강보험 제도가 최종적으로 추구하는 가치인 보장성, 의료의 질, 지속가능성을 모두 악화시키는 연결고리로서 작동하고 있음.
- 하지만 현재 비급여 문제는 공급자의 직접적 이익과 연결되어 있는 만큼 개선이 어려운 상황임.
 - 의료 접근성, 의료의 질, 지속가능성 측면에서 비급여 관리의 문제점을 진단해 보면 다음과 같음.
 - (의료 접근성) 비급여는 환자의 의료비 부담을 증가시키게 되고, 결과적으로 지속적인 건강보험 보장성 강화 정책에도 불구하고 환자가 체감하는 보장률은 정체되게 됨.
 - (의료의 질) 비급여는 제도권 밖에서 관리되고 있는 상황임. 따라서 비급여 행위에 대해서는 일반적인 건강보험 급여 행위와는 달리 심사, 평가가 이루어지지 않아 의료의 질 관리 기전이 취약한 상황임.

- (재정 효율성) 높은 비급여 의료비 부담으로 민간보험에 의존하는 국민들이 증가하고 있음. 민간보험 가입자 증가는 의료이용 당시 체감하는 본인부담 수준을 낮추게 되면서 필요 대비 과다 의료이용을 유발할 가능성이 있음.

[그림 2-3-1] 비급여 관리의 악순환



- (민간보험 관리) 한편, 이론적으로 민간보험은 의료서비스에 대한 개인의 가격 체감을 낮춰 의료수요를 증가시키고 의료서비스 과다이용이라는 도덕적 해이를 발생시키는 유인이 있는 것으로 나타났다.
- 민간보험이 공적 의료이용에 미치는 영향을 분석한 결과, 민간의료보험 가입은 건강보험 급여비 지출을 유의미하게 증가시키는 것으로 나타났다. 인구학적 특성, 사회경제학적 특성, 건강상태 등을 통제했을 때, 민간보험 가입은 건강보험 급여비를 1인당 연평균 외래 8,718원, 입원 37,249원, 약국 11,316원을 증가시키는 것으로 나타났다(신현웅 외, 2015).
- 민간보험은 가입자 개인의 직접적 의료비 부담을 완화시키는 긍정적인 효과도 있는 반면, 이와 같이 건강보험의 의료이용을 증가시켜 전국민이 가입하고 있는 건강보험 지출 낭비를 야기할 수 있다는 측면에서 부정적인 효과도 있었음.
- 따라서 민간의료보험이 국민의 의료비 부담은 경감해주면서 건강보험에 미치는 부정적 효과는 최소화할 수 있도록 공사보험 간 상호 역할을 정립하는 것이 필요한 상황임.
- (②사후 진단 및 치료 중심의 보장) 건강보험 확대의 우선순위를 현 시점의 의료비 부담 완화에 두면서 미래시점의 건강 및 의료비 보호를 위한 사전예방적 투자는 여전히 부족한 상황임.
- (건강보험이 보장하는 서비스 범위) 지금까지 건강보험 서비스는 급성기 치료영역에 집중해 왔음. 그 결과, 만성질환의 증가와 함께 사전예방과 재활 및 관리의 중요성이 강조되고 있는 현실과, 말기 치료와 삶의 질 등과 관련된 사회적 요구에 부응하지 못하고 있음.

- 질환의 진행에 따라 각 단계별로 질환발생 전 예방, 질환 발생 시 악화 방지, 합병증 발생 예방이 중요한데, 여전히 만성질환과 건강위험요인에 대한 체계적 관리시스템이나 과학적 근거에 기반한 질병예방서비스가 미흡한 실정이며 만성질환관리사업들이 분절적으로 이루어지고 있음.

○ (사전적 예방) 현재 사전적 예방 서비스 영역은 공급자도 환자도 이익을 보지 않는 보상구조로 설계되어 있음.

- 즉, 환자 측면에서는 보장성 강화 영역에서 제외되어 있으며, 공급자 측면에서는 수가보상 영역에서 제외되어 있음.

○ (말기케어) 우리나라의 경우 임종직전까지도 가능한 모든 치료를 원하는 전통적인 “효” 문화로 인해 호스피스·완화의료 제도 도입을 꺼려하는 문화적 배경을 가지고 있음.

- 따라서 말기암 환자의 경우 임종 직전까지 검사, 수술 등 무의미한 연명치료를 지속하고 있는데, 이는 암질환에 대해 “진단과 치료”에 집중된 보장성 강화 정책과 보상체계에도 영향을 받았다고 할 수 있음.

[그림 2-3-2] 보장영역의 사각지대



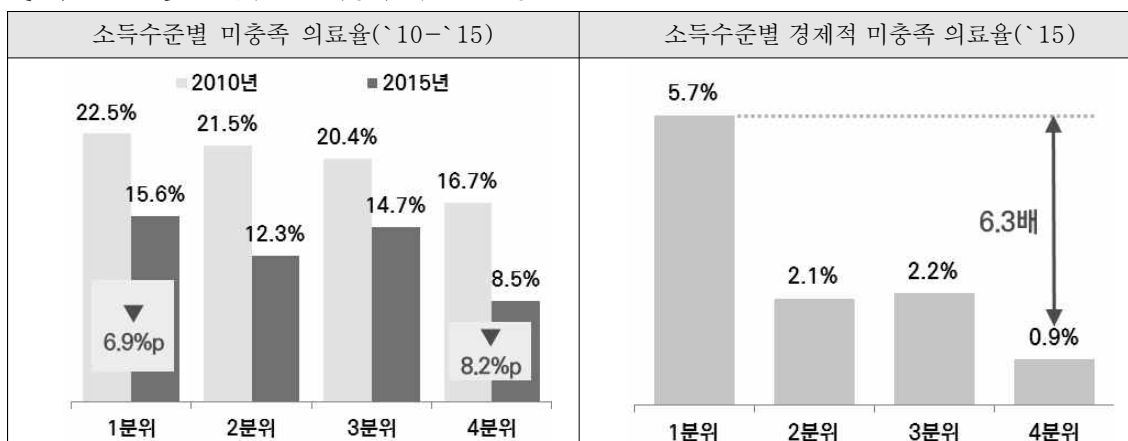
□ (③ 저소득층 높은 의료비 부담) 소득수준별로 미충족 의료율 측면에서 격차가 발생하고 있는데, 이러한 격차가 더욱 확대되고 있는 양상임.

○ (소득수준별 미충족 의료율) 2015년 기준, 소득수준이 가장 낮은 소득 1분위 계층의 미충족 의료율은 15.6%로 소득수준이 가장 높은 소득 4분위 계층의 미충족 의료율은 8.5%보다 1.8배 높았음.

○ (소득수준별 경제적 미충족 의료율) 특히, 소득수준별로 경제적 이유로 인한 미충족 의료율에서 큰 격차를 보였음.

－ 2015년 기준 소득 1분위의 경제적 미충족 의료율은 5.7%로 소득 4분위의 0.9% 대비 6.3배 높은 것으로 나타났음.

[그림 2-3-3] 소득수준별 미충족 의료율 현황



자료: 질병관리본부, 국민건강영양조사 각 연도

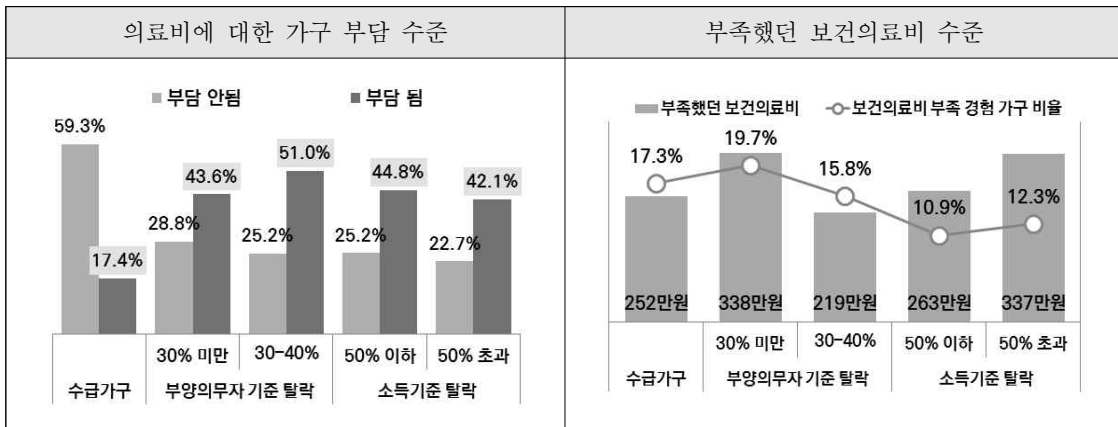
○ (수급·비수급 빈곤층의 의료격차 발생) 의료급여 수급자는 대략 150만 명 내외로 전 국민의 3% 수준을 유지하고 있으며 여전히 의료급여 혜택은 소수의 수급권자에게 집중되고 있어 저소득 가구에서 의료급여 수급 여부에 따른 의료비 부담 및 의료 접근성 격차가 존재하고 있는 상황임.

－ (의료비 부담 수준) 의료비에 대한 가구 부담 수준을 보면 의료급여 수급가구의 17.4%만이 부담된다고 응답한 반면 기준중위소득 40% 이하 비수급 빈곤 가구에서는 의료비에 대한 부담이 더 큰 것(42.1~51.0%)으로 나타났음.

－ (보건의료비 부족 비율) 의료급여 수급 가구의 약 17.3%는 보건의료비 부족을 경험하였다고 응답하였으나, 기준중위소득 30%이하 비수급 가구는 보건의료비 부족을 경험 비율이 19.7%로 의료급여 수급가구보다 더 높은 것으로 나타났음.

- (보건의료비 부족 금액) 부족했던 보건의료비도 의료급여 수급가구는 252만원 수준이었으나 기준중위소득 30%이하 비수급가구는 338만원으로 비수급 빈곤가구의 의료비 부담이 더 큰 것으로 나타났다.

[그림 2-3-4] 의료급여 수급 가구 vs 비수급 가구: 의료비 부담 및 의료 접근성 차이



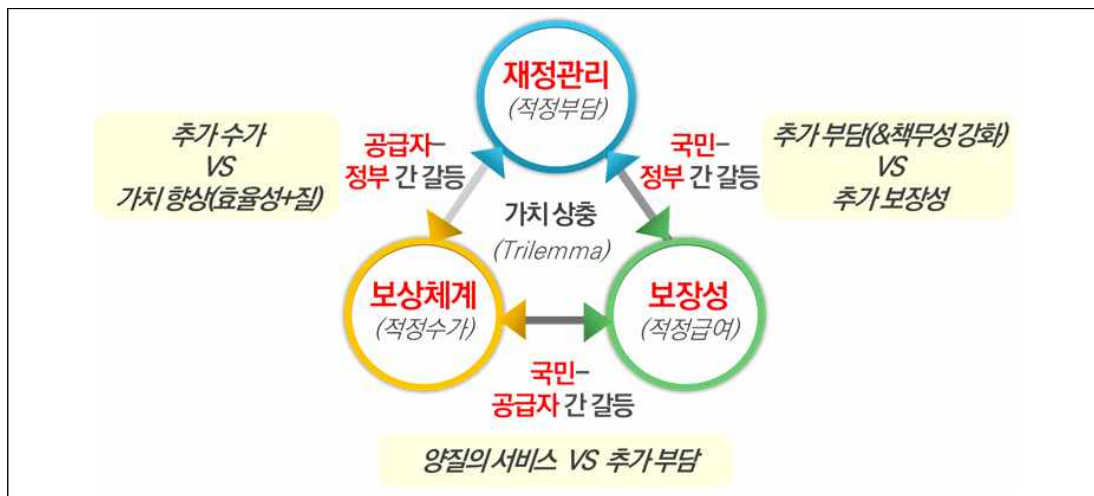
자료: 한국보건사회연구원, 「2015년 복지욕구조사」, 원자료(심층)

- (④ 의료보장 제도의 지속가능한 인상률에 대한 논의 필요성) 건강보험 보험료율은 1천분의 80의 범위에서 건정심 심의·의결을 거쳐 대통령령으로 결정하도록 명시되어 있음.

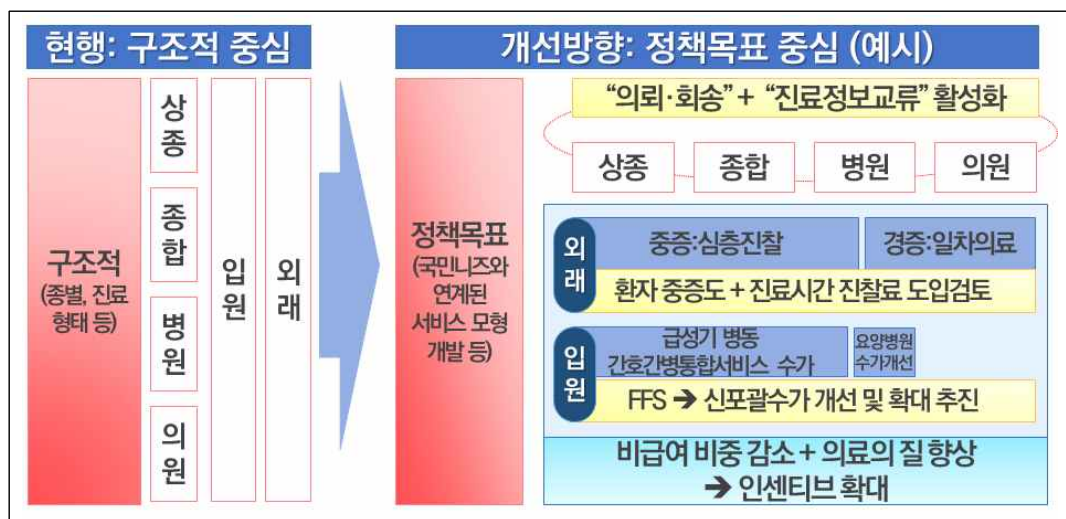
- 최근의 인상률이 계속 유지된다고 가정하면, '25년에 법적 상한선인 8%에 도달하게 되어 보험료율 인상을 위한 법 개정 필요성에 대해 국회에서 논의가 시작될 전망이다.
- 만약 법적 상한선 인상에 대한 논의가 시작되게 된다면 향후 “인정가능한 인상률”에 대한 논란에 직면할 것으로 예측됨.



- 새로운 법적 상한률 개정을 둘러싸고 보장성 확대, 지출관리, 재원조달 등 건강보험 제도 전반에 대한 개혁 및 새로운 제도 설계에 대한 논의가 본격화될 것으로 의료보장 제도의 지속가능성에 대한 거시적·종합적 논의가 필요한 상황임.
- － 국민이 지향하는 “적정 보장률 = 적정부담 = 적정보상”을 고려한 종합적인 접근이 필요한 시점임.



- (의료전달체계와 적정보상의 연관관계에 대한 인식 부재) 현재, 수가, 지불제도는 의료전달체계 개편 목표와는 분절적으로 구조적 형태에 따라 획일적으로 적용되고 있는 상황임.
- 향후 환자니즈와 연계된 서비스 모형 개발 등을 통해 수가, 지불제도를 정책목표와 연계하여 개선하는 것이 필요함. 즉, 의료전달체계 개편을 전인할 수 있도록 의료기관 종별 기능강화 및 분화를 위해 보상체계를 통합적으로 개편하는 것이 필요함.



나. 세부실천목표 및 주요 추진과제

| 정책목표 | 국민중심의 포괄적 건강보장 체계 구축 |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | <p data-bbox="332 805 686 904">국민중심 포괄적 의료보장 구축을 통한 건강보장 완결성 제고</p> <div data-bbox="727 599 1356 1104"> <p>❶ 의료보장 제도의 포괄적 연계관리 방안 모색</p> <ul style="list-style-type: none"> -각 공사 의료보장 제도의 실태 및 상호연계성 파악 -제도 간 정책적 연계관리방안 마련 -제도 간 정보연계방안 및 표준화 방안 마련 <p>❷ 모든 의학적 비급여 해소 및 관리 강화</p> <ul style="list-style-type: none"> -의학적 비급여 해소 지속 -풍선효과 방지를 위한 비급여 관리 강화 <p>❸ 공사의료보험 연계관리 강화</p> <ul style="list-style-type: none"> -공사의료보험 연계관리를 위한 법적·제도적 기반 확보 -본인부담영역에서 공사의료보험 역할 정립 -공사의료보험 중복지급 방지 -국민중심의 제도개선을 통한 편의성 및 의료접근성 증진 </div> |
| 2 | <p data-bbox="332 1209 664 1308">의료보장에서 국민의 평생건강을 책임지는 건강보장으로 보장영역 확대</p> <div data-bbox="727 1118 1356 1402"> <p>❶ 국민의 평생 건강관리까지로 보장영역 확대</p> <ul style="list-style-type: none"> -평생 건강관리까지로 보장성 확대 패러다임 전환 -미래 국민 욕구 변화를 반영한 추가영역 발굴 -사전적 예방서비스 급여화 필요성 검토 및 체계 마련 <p>❷ 미래 질병 위험에 대응한 보장영역 확대</p> <ul style="list-style-type: none"> -환경성, 온열성 질환 등 미래 질병위험에 대한 선제적 보장 -ICT 등 기술혁신을 활용한 보장영역의 다변화 </div> |
| 3 | <p data-bbox="332 1517 690 1616">저소득 취약계층에 대한 촘촘한 안전망 구축을 통해 선제적 빈곤추락 예방</p> <div data-bbox="727 1416 1356 1715"> <p>❶ 저소득 취약계층의 기초의료 보장 확대</p> <ul style="list-style-type: none"> -의료급여 사각지대 해소 및 지원 강화 -차상위계층 지원 확대를 통한 빈곤추락 예방 <p>❷ 재난적 의료비 방지를 위한 보완적 의료안전망 강화</p> <ul style="list-style-type: none"> -적정한 법정본인부담 수준 논의 -급여영역에 대한 본인부담 상한제의 합리적 개선 -비급여 영역을 포괄한 재난적 의료비 지원사업 확대 </div> |
| 4 | <p data-bbox="332 1839 686 1937">보장성 강화와 연계한 적정부담-적정보상 수립을 통한 지속가능성 확보</p> <div data-bbox="727 1728 1356 2036"> <p>❶ 보장성 강화와 연계한 적정부담 계획 수립</p> <ul style="list-style-type: none"> -보장성 강화와 연계한 적정부담에 대한 장기적인 원칙과 방향성 수립 -적정보험료율 및 국고지원 수준 논의 <p>❷ 보장성 강화와 연계한 적정보상 실현</p> <ul style="list-style-type: none"> -보상체계 구성요인 간 통합적·종합적 연계 -국민이 체감하는 질 향상과 연계한 적정보상 추진 </div> |

제2절 추진방향 ① 국민중심 포괄적 의료보장체계 구축을 통한 건강보장 완결성 제고

가. 추진배경 및 주요 문제의식

□ (문제意識① 각종 공사 의료보장 제도 간의 분절적 관리운영) 우리나라 공사 사회보장 제도 중 의료보장 역할을 담당하고 있는 공사 의료보장 제도를 크게 공적 사회보험의 건강보험, 산재보험, 공적 공공부조인 의료급여와 사적 의료보장 영역인 민간보험(실손보험), 자동차보험으로 구분해 볼 수 있음.

○ 이와 같이 국민의 의료보장이라는 동일한 역할을 가진 각종 공사 의료보장제도가 현재 제도적으로 분리·운영되면서 국가차원의 의료비 관리에서 효율성 및 형평성 문제가 발생하고 있는 상황임.

○ 특히, 건강보험 보장성 강화 대책('17.8.9.)에 따른 부적절한 의료이용 및 과잉진료 증가, 급여화와 함께 단계적으로 남아있거나 새로이 발생하는 비급여 관리를 위해 공사 의료보장 제도 간 연계관리 강화 요구가 증대되고 있는 상황임.

－ 우리나라 경상의료비는 2001년 32.2조에서 2017년 131.0조로 연평균 9.2%씩 증가하였는데, 각 의료보장 제도별로 보면 특히 실손보험 의료비가 2001년 0.4조원에서 2017년 8.8조원으로 연평균 20.6%씩 급증하고 있는 양상을 보였음.

| 구분 | | | 2001년 | 2010년 | 2017년 | 증가율 |
|----------------|----------------|------|-------------------|-------------------|--------------------|-------|
| 경상 의료비 | | | 32.2조 (100.0%) | 78.9조 (100.0%) | 131.0조 (100.0%) | 9.2% |
| 의무 가입 보험 | 공적 의료 보장 | 건강보험 | 13.7조 (42.5%) | 34.8조 (44.0%) | 56.7조 (43.3%) | 9.3% |
| | | 의료급여 | 1.8조 (5.7%) | 4.1조 (5.2%) | 7.0조 (5.3%) | 8.9% |
| | | 산재보험 | 0.6조 (1.9%) | 0.8조 (1.1%) | 1.0조 (0.7%) | 2.7% |
| | 자동차보험 | | 0.8조 (2.6%) | 1.2조 (1.6%) | 1.9조 (1.5%) | 5.4% |
| | 임의가입보험(실손) | | 0.4조 (1.4%) | 3.3조 (4.2%) | 8.8조 (6.7%) | 20.6% |

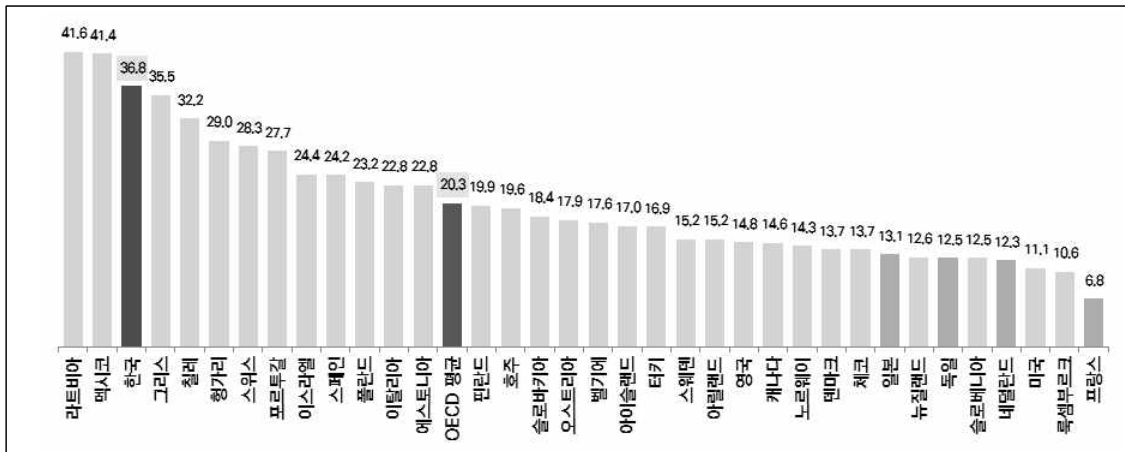
○ 이와 같이 서로 다르게 운영·관리되는 각 의료보장제도의 성격과 제도 간 상호연관관계를 파악하여 국민중심으로 공사 의료보험 제도의 역할을 조정하고 연계관리 운영방안을 마련하는 것이 필요한 시점임.

□ (문제의식② 높은 본인부담 비율) 우리나라는 OECD 국가 중 라트비아, 멕시코에 이어 3번째로 의료비 본인부담 비율이 높은 국가임.

○ (본인부담비율) 2016년 기준, 우리나라 경상의료비 대비 본인부담의료비(out-of-pocket) 비율은 36.8%로 OECD 평균 20.1% 대비 약 1.8배 높았음.

－ 한편, 우리나라와 보건의료체계가 유사한 주요 사회보험 국가와 비교해 보면 프랑스는 6.8%(5.4배), 네덜란드는 12.3%(3.0배), 독일은 12.5%(2.9배), 일본은 13.1%(2.8배)로 우리나라 대비 가계직접 부담비율이 크게 낮았음.

[그림 2-3-5] OECD 국가와 비교한 경상의료비 중 가계직접 부담비율(2015년도 또는 최근연도)



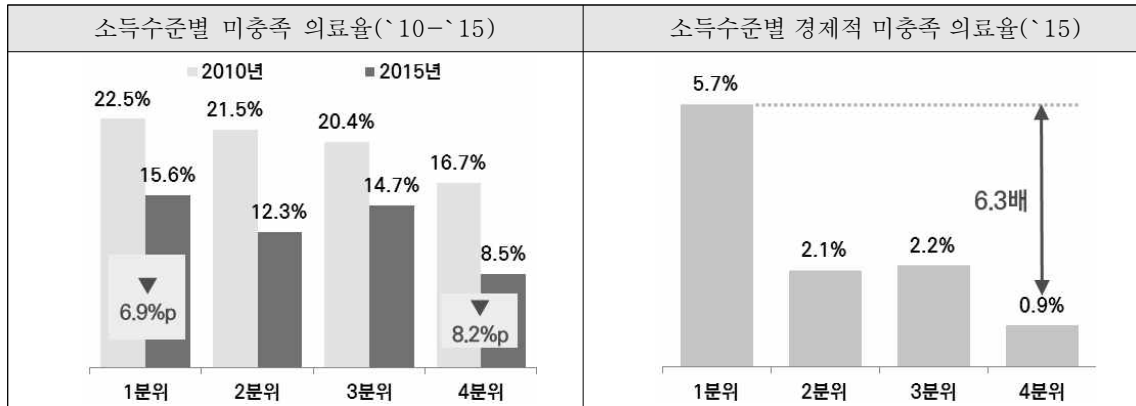
□ (문제의식③ 비급여 관리 실패에 따른 건강보험 보장률 정체) 지속적인 건강보험 보장성 강화 정책에도 불구하고 “건강보험 보장률은 정체”하고 있는 상황임.

○ (경상의료비 중 본인부담률) 2016년 기준 우리나라 경상의료비 대비 본인부담의료비 비율은 36.7%로 OECD 평균 20.1% 대비 약 1.8배 높았으며, 이는 매년 꾸준히 비슷한 양상을 보이고 있음.

○ (건강보험 보장률) 국민건강보험공단에서 조사하고 있는 건강보험 보장률을 보면 2011년 63.0%에서 2015년 63.4%로 지난 5년간 0.4%p 증가하는데 그쳐, 건강보험 보장률이 정체되고 있는 양상을 보이고 있음.

○ (비급여 본인부담 비중) 이러한 건강보험 보장률 정체는 주로 비급여 본인부담의 증가에 기인하고 있는데, 보장성 강화 정책을 추진하더라도 비급여 관리가 병행되지 않는다면 국민이 체감하는 보장률 개선에는 한계가 존재할 수밖에 없는 상황임.

－ 2015년 기준 비급여 본인부담 비율은 16.5% 수준으로, 2011년 17.0% 대비 0.5%p 감소한 수준이었음.



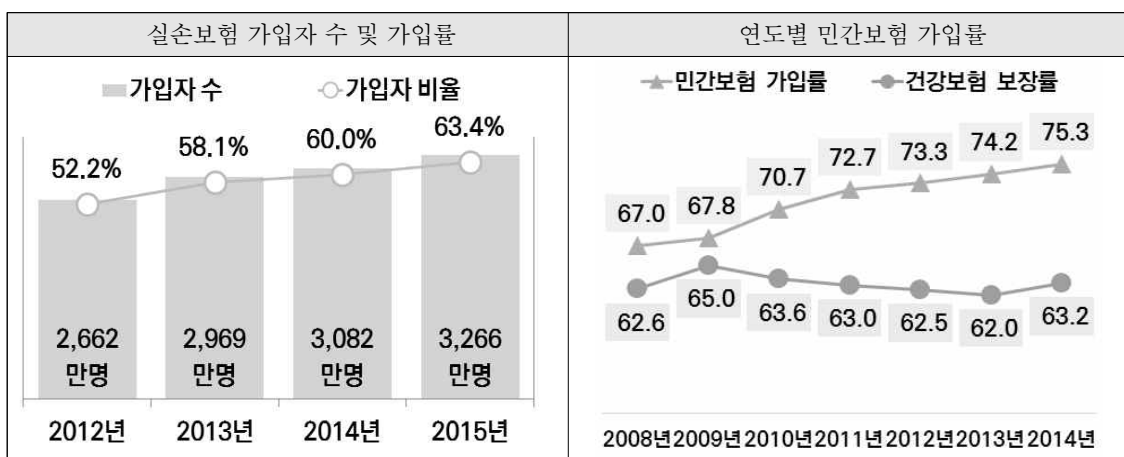
자료: 질병관리본부, 국민건강영양조사 각 연도

□ (문제의식④ 민간의료보험에 대한 높은 의존도) 이와 같이 지속적인 정부의 보장성 강화 정책에 불구하고 건강보험 보장률의 정체로 실질적 가계부담 개선효과가 미흡하면서 민간의료보험 가입은 지속적으로 증가하고 있는 추세임.

○ 연도별 건강보험 보장률과 민간의료보험 가입률을 살펴보면 지난 7년간 건강보험 보장률은 0.6%p 증가하는데 그친 반면, 민간의료보험 가입률은 2008년 67.0%에서 2014년 75.3%로 8.3%p 증가한 것을 확인할 수 있음.

○ 2015년 기준 실손보험 가입자 수는 3266만 명으로, 우리나라 전체 인구의 63.4%를 차지하는 것으로 나타났음.

[그림 2-3-6] 민간의료보험 가입률(2008-2014)



자료: 한국의료패널(각 연도) 및 진료비실태조사(각 연도); 금융감독원

나. 세부 실천목표

1) 세부추진과제 ①-1: 의료보장 제도의 포괄적 연계관리 방안 모색

| 1단계: 제반 현황분석 및 조사 | 2단계: 연계관리 운영 방안 도출 | 3단계: 정보연계 방안 도출 |
|-------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------|
| 각 공사 의료보장 제도의 실태 및 상호연계성 파악 | 제도 간 역할 조정 및 연계관리 운영을 위한 거버넌스 구축 | 제도 간 정보연계방안 및 표준화 방안 마련 |
| 국민중심의 보장성 강화 및 국가 차원의 의료비 관리 효율성 향상 | | |



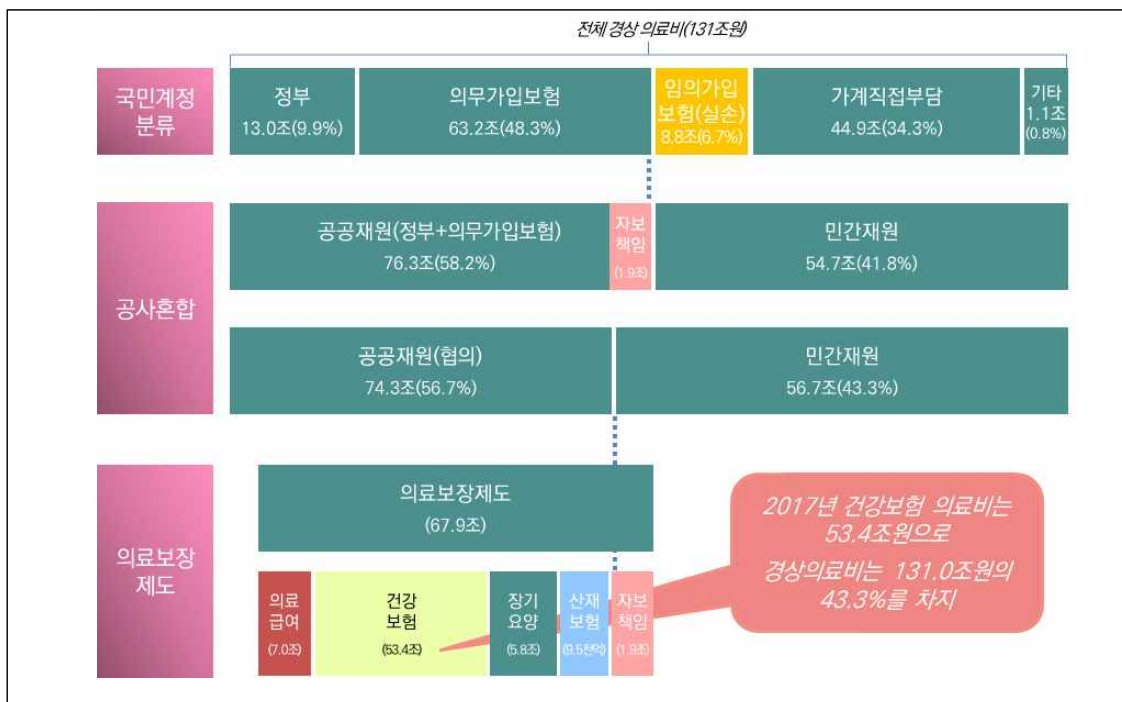
각 공사 의료보장제도별 비급여 관리(정보연계 등) 기전 통합

- (실행전략① 각 공사 의료보장 제도의 실태 및 상호연계성 파악) 전체 의료보장을 관리할 수 있는 기반 마련을 통해 제도 중심이 아닌 국민 중심의 의료보장을 강화하는 것이 필요함.
- 보다 포괄적인 국민 의료보장 강화를 위해 건강보험 뿐 아니라 의료서비스를 보장하는 각 의료보장제도를 모두 연계하여 검토할 필요가 있음.
 - 이를 위해서는 먼저 각 의료보장제도의 총체적 국내·외 고찰을 통해 각 보장제도의 연계관리방안 및 의료보장 관리체계 마련을 위한 근거를 마련하는 작업이 선행될 필요가 있음.
 - 이를 통해 국민 중심의 보장성 강화와 국가 차원의 의료비 관리 측면에서 각 공사 의료보장 제도의 실태 및 상호연계성을 파악하는 것이 필요함.



□ (실행전략② 제도 간 정책적 연계관리방안 마련) 건강보험과 밀접한 관련이 있는 자동차보험, 산재보험, 의료급여, 민간보험 간 상호연관관계를 파악하고, 연계하여 관리할 수 있는 법/제도 개선방안을 마련함.

○ 2017년 기준 우리나라 경상의료비 131.0조원 중 건강보험 급여비는 53.4조로 43.3%를 차지하고 있음. 즉, 나머지 66.7%의 경상의료비를 관리하기 위해서는 건강보험 외 다른 의료보장제도, 비급여 부분 등을 포괄적으로 관리하는 것이 필요한 상황임.



○ 국민중심의 건강보험 보장성 강화를 실현하기 위해서는, 실제 국민이 부담하는 의료비와 실제 국민의 지불능력을 국민중심으로 통합적, 포괄적으로 관리하는 것이 필요함.

- 국내의 의료보장제도 제반 현황분석 및 조사를 통해 제도개선의 기초자료를 획득하고, 제도 간 합리적 역할과 책임범위 정의, 연계관리체계 마련을 통해 포괄적 관리운동을 위한 거버넌스 체계를 구축하는 것이 필요함.
- 특히, 현재 관리운영 자체가 서로 다른 제도들을 연계할 경우 발생할 수 있는 쟁점사항들을 파악하고, 보장성 강화 계획과 관련하여 추진되는 정부 정책과의 연계 및 조정방안 검토를 통해 제도운영 수용성 및 실효성을 제고하는 과정이 필요함,



□ (실행전략③ 제도 간 정보연계관리방안 및 표준화 방안 마련) 제도 간 정책적 연계관리방안은 궁극적으로 급여·비급여 관리와 가입자 보호 및 공급자의 적정진료 관리 부문으로 제안하는 것이 필요함,

○ 이를 위해서는 각 현재 분절적으로 관리운영되고 있는 각 의료보장제도의 정보를 연계하는 것이 필요한데, 정보연계를 위해 단계적으로 급여, 비급여 정보를 표준화 하는 작업을 선행할 필요가 있음.

| | | | | | |
|------|-------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| 1 단계 | 비급여 실태조사의 통합적 관리 | 개선대안 (예1) | 건강보험 진료비 실태조사 시 의료급여, 산재, 자보를 포함하는 방안 검토 | | |
| | | 개선대안 (예2) | 건강보험 진료비 실태조사와 산재보험 비급여 실태조사 연계방안 검토 | | |
| | | 개선대안 (예3) | 건강보험과 실손보험 간 공동 비급여 실태조사의 연계적 수행방안 검토 | | |
| 2 단계 | 정보연계를 위한 코드표준화 작업 | 개선대안 (예) | | | |
| | | 건강보험 표준화 코드 | | 건강보험 비 표준화 코드 | |
| | | 급여 | 비급여 | 자동차, 산재 비급여 | 기타 비급여 |
| | | 건강보험 코드 표준화 | 건강보험 코드 표준화 급여항목이 비급여로 적용시 관리방안 | 자동차보험, 산재보험 코드 준용 | 실손보험 청구건수가 많은 행위 기준으로 정기적 표준화 |
| | | 진료비 확인제도, 진료비 가격 정보공개 | | | |
| 3단계 | | 비급여 항목별 가격 공개 (환자가 원하는 정보≠서비스 항목별 가격) | | 질환별 진료비 공개 (환자가 원하는 정보=치료시 실제 소요비용) | |

○ 먼저 현재 각 의료보장 제도에서 분절적으로 제공하고 있는 정보를 취합하여 통합적인 정보를 제공해줄 수 있는 방안을 마련해 볼 수 있을 것임.

- 예를 들어, 현재 국민건강보험공단에서 매년 수행하고 있는 건강보험 진료비 실태조사에서, 의료급여, 산재보험, 자동차보험 환자 등에 대해서도 자료를 수집 중에 있는데 의료기관 진료비 실적자료에 포함된 의료급여, 산재보험, 자동차보험 환자 등에 대한 결과값을 포함해서 포괄적으로 제시하는 방안을 검토해 볼 수 있음.
- 또한, 근로복지공단에서 매년 수행하고 있는 산재보험 비급여 진료비 실태조사(현재 연구용역 형태로 대학에서 수행 중)와 연계하는 방안도 검토해 볼 수 있을 것임.
- 추가적으로 보험개발원 등에서는 실손보험 청구자료가 축적되어 있는 상황으로, 해당 자료에 대해 공사보험이 연계하여 분석하는 방안을 검토해 보는 것이 필요함. 특히, 올해부터 복지부가 고시한 진료비 세부산정내역 표준서식 제공으로 인해 실손보험에서 축적한 진료비 내역이 과거 대비 체계적으로 구축되어 있는 것으로 판단되는데, 공사보험 간에 공동연구 수행 등의 형태로 매년 실손보험 진료비 내역을 분석하고, 이에 대한 결과값을 발표하고, 이를 정책에 반영하는 방안을 검토해 볼 수 있을 것임.

○ 또한, 건강보험에서 코드 표준화 및 가격관리를 하지 않고 있는 비급여 행위 중에서 산재, 자동차보험에서 표준화한 행위들에 대해 건강보험에서 코드 및 가격을 표준화 하는 방안을 검토해 볼 수 있음.

- 실손보험 청구자료 분석을 통해 청구건수가 많아 표준화가 용이한 행위 등에 대해서 우선적으로 건강보험에서 코드 및 가격을 표준화 하는 방안도 고려해 볼 수 있음.

| 건강보험 비급여 | | | 실손보험 청구자료 | | | | 타보험(자보,산재) | | |
|----------|-------|--------|-----------|--------|---------|---------|------------|-------|--------|
| 항목 | 코드 | 명칭 | 건수 | 최소값 | 평균값 | 최대값 | 구분 | 코드 | 비용 |
| 검사 | EZ776 | 체온열 검사 | 12,415 | 10,000 | 150,911 | 500,000 | 자보 | VB023 | 55,270 |
| | | | | | | | 산재 | 시범수가 | 33,270 |

- 또한, 자동차 보험에서 건강보험 외에 추가적으로 보장해주고 있는 약제 및 치료재료의 경우 현재 실구입가를 반영하여 보상해주고 있는데, 동일한 약제 및 치료재료가 건강보험 비급여로 적용시 실구입가가 아니라 이익을 붙여서 환자에게 청구하고 있는 상황임. 따라서 자동차 보험에서 적용하고 있는 약제 및 치료재료의 경우 자동차 보험의 가격을 참고하여 건강보험에 적용하는 방안을 검토해 볼 수 있을 것임.

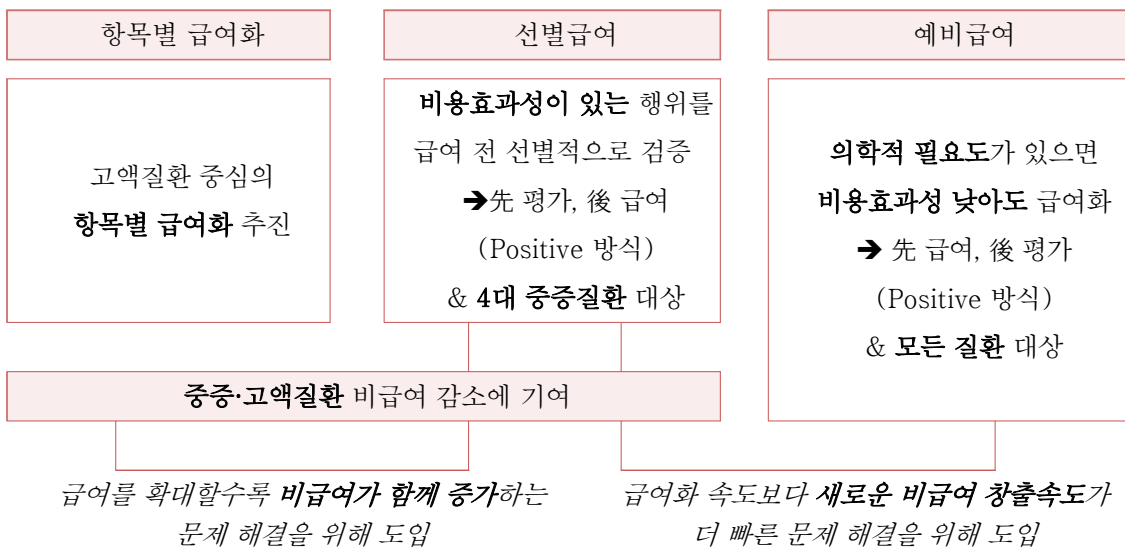
2) 세부추진과제 ①-2: 모든 의학적 비급여 해소 및 관리강화

□ (실행전략① 비급여 해소 지속) 국민이 체감하는 보장률 향상에 중점을 두고 **의학적 비급여 해소** 및 2대 비급여 개선을 지속적으로 추진함.

○ (예비급여 도입) 보다 적극적·근본적으로 국민의 비급여 부담을 완화해 주기 위해 행위, 치료재료에 대해 **선별급여에서 예비급여**로 개선함.

－ (선별급여 도입 한계) 선별급여는 4대 중증질환만을 대상으로 적용될 뿐만 아니라 안전성과 유효성에 대한 평가 후 급여화를 결정함에 따라, 비급여를 급여화하는 속도(=보장성 강화 속도)가 새로운 비급여를 창출(=비급여 진료영역 확대)하는 속도를 따라가지 못하는 한계가 발생하였음.

－ (예비급여 도입 배경) 새로운 비급여가 창출되는 속도를 보다 적극적·근본적으로 해결하기 위해 미용, 성형 등을 제외한 **치료에 필요한 모든 의학적 비급여는 신속히 급여로 전환**하고, 다소 비용효과성이 낮은 비급여는 본인부담을 차등 적용하는 예비급여 제도를 도입하였음.



○ (2대 비급여 해소 지속) 3차 보장성 강화 정책에서 추진된 3대 비급여 해소 정책 중 `18년 폐지된 선택진료비 외에 간병비 및 상급병실료 부담완화를 위한 2대 비급여 해소를 지속함.

－ (간병비 부담 완화) 간호간병통합서비스 병상확대 및 제도개선을 통해 **통합병상을 보편적인 입원모형으로 제도화함**으로써 **환자와 보호자의 실질적 간병비 부담을 완화함**.

－ (상급병실 급여화) 상급병실의 단계적 급여화 계획을 차질없이 이행하고, 추가적으로 병원, 의원의 상급병실 급여화 및 비급여로 남아있는 1인실에 대한 제한적인 급여화 방안을 마련함.

- (실행전략② **풍선효과** 방지를 위한 비급여 관리 강화) 비급여의 급여화를 추진하는 동시에 비급여에 따른 의료이용량 변화 모니터링 및 비급여 관리체계 강화를 통해 비급여 풍선효과 방지에 주력함.

| 비급여에 대한 환자의 결정권 및 선택권 보장 강화 | 정확한 비급여 정보제공 및 비급여 진료가격 관리기전 도입 | 비급여 진료기준 개발 및 적용 |
|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| ↓ | ↓ | ↓ |
| 환자의 불필요한 비급여 서비스 이용 방지 | 선제적 의료비 예측으로 국민의 의료비 부담 대응력 향상 | 비급여 영역까지 포괄한 의료의 질 관리 향상 |
| 비급여 풍선효과 방지를 위한 비급여 관리체계 강화 | | |

- (비급여에 대한 환자 결정권 및 선택권 보장 강화) 환자 스스로 건강보험에서 보장되는 서비스와 보장되지 않는 서비스를 합리적으로 선택할 수 있도록 결정권 및 선택권 보장을 강화함.
 - (현행 제도의 실효성 확보) 환자의 선택권 보장을 위한 현행 제도의 실효성을 확보함. 현행 제도로는 비급여 고지(의료법 제45조)와 비급여 진료비용 공개(의료법 제45조의2)가 있음.
 - (알 권리 증진) 비급여에 대한 환자의 알 권리 증진을 위한 제도개선을 추진함. 해당 비급여의 대안이 될 수 있는 급여 행위와 약제 등을 고시함으로써, 대안이 될 수 있는 급여 서비스에 대한 선택권 보장이 가능해짐.
 - (결정권 보장) 비급여에 대한 환자의 결정권을 보장함. 환자의 비급여 사전 동의제에 대한 규정화를 추진함으로써 의료기관이 동의서를 보관하고, 필요시 이를 제출할 수 있도록 의무를 부과함.
- (비급여 가격 관리기전 도입) 그동안 시장에 자율적으로 맡겨져 왔던 비급여 가격을 전체 건강보험 체계에서 합리적인 범위 내에서 관리함으로써 환자의 부담을 감소시키고, 시장에서 비급여 서비스 가격 정보의 투명성을 제고함.
 - (비급여 유형에 따른 가격 관리기전 마련) 비급여 유형, 서비스 종류별(행위, 약제, 치료재료 등) 보상성격에 따라 가격관리 방안을 마련함으로써 중장기적으로 추가로 발생하는 비급여 억제에 위한 지불단위의 포괄화를 검토함.
 - (비급여 진료에 관한 보고 및 정보 수집체계 개선) 비급여가 주로 어떤 형태로 어느 정도 이루어지고 있는지 등 비급여 정보를 보다 효과적으로 수집할 수 있도록 현행 제도의 문제점을 개선·보완함.

○ (비급여 진료기준 개발 및 적용) 제도적 사각지대에 놓여 있는 비급여 진료에 대해서도 건강보험 급여 진료원칙을 적용하도록 하고, 표준화된 진료기준을 개발·적용하여 환자안전 등의 의료 질 확보와 적정진료 제공에 기여토록 함.

- 비급여대상의 경우에도 「요양급여의 적용기준 및 방법」을 준용하여 건강보험 급여진료의 기본원칙 등을 적용하되, 보건복지부 고시로 규정되는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에는 급여 원리 등에 따라 세부 급여기준을 달리하여 고시하고 있는 사례가 많으므로 이는 예외로 하며, 필요시 비급여 예외사례 도입을 검토함.
- 급여 행위의 적정성을 확보하기 위해 급여와 병용 가능한 비급여 목록을 개발하고, 이에 대한 사회적 합의를 거쳐 급여와 병용 가능한 비급여 목록(Positive List)에 대해서만 진료를 허용하는 방안을 검토함.

| 「요양급여 적용기준 및 방법」 준용 | 급여와 병용 가능한 비급여 목록 개발 |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 건강보험 급여진료의 기본원칙 적용 + 필요시, 비급여 예외사례 도입 검토 | 급여 행위 + 비급여 약제 목록 급여 행위 + 비급여 주사제 목록 급여 행위 + 비급여 치료재료 목록 |

3) 세부추진과제 ①-3: 공사의료보험 연계관리 강화

[그림 2-3-7] 공사의료보험 연계 강화 및 역할 재정립 방향

| | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 구분 | 급여 | 법정본인부담 | 의학적 비급여 | 기타 비급여 (의학적 비급여 외) |
| 현재 | 건강보험 영역 보건당국 관리 | | 실손의료보험 영역 금융당국 관리 | |
| 단기적 개선방향 | 건강보험 영역 보건당국 관리 + 보장성 강화 정책 지속 | | 실손의료보험 영역 ① 보건당국 + 금융당국 연계 관리 강화 + 공사의료보험 간 합리적 역할정립 | |
| 중장기적 개선방향 | 건강보험 영역 | ② 보장성 강화 정책과 연계 본인부담상한제 확대, 본인부담 인하 등 | | 실손의료보험 영역 |
| | | 예비 급여 | | |
| | | 재난적 의료비 지원사업 | | |
| ③ 정액형(일당형) 보험 ⇒ 보건당국+금융당국 연계 관리 | | | | |

□ (실행전략① 공사의료보험 연계관리를 위한 법적·제도적 기반 확보) 현재 금융당국 중심의 관리감독체계에서 벗어나 공적 건강보험체계와 연계적 관리를 위한 법적/제도적 기반 마련이 필요함.

○ 문재인 정부 출범 이후 국정기획위원회에서 공사의료보험 간 상생적 발전을 위한 “공사의료보험 연계법” 제정 추진이 필요함을 발표함.

○ 국정기획위원회의 계획 발표를 토대로, 민간의료보험에 대한 관리 감독 권한 정립, 공사보험 관련 통합적 논의가 필요한 사항 등에 대한 논의구조 구성 등에 대한 내용 등이 포함할 수 있도록 이해관계자 간 합의를 통해 공사보험 연계법을 성공적으로 제정하는 것이 필요함.

○ (공사의료보험 정보연계 시스템 구축) 공사의료보험의 연계적 관리를 위해서는 우선적으로 정책추진을 위한 근거확보를 위해 공사의료보험 간 정보연계 시스템을 구축하는 것이 필요함.

－ 그 간 공적보험과 사적보험은 타법, 타부처에 의해 독립적으로 관리 및 운영되어 오면서 공적보험, 사적보험 각각의 영역에 대한 정책 근거는 잘 구축되어 있는 반면, 공사의료보험 연계관리 정책에 대한 근거는 미흡한 상황임. 이러한 근거 부재는 실제로 공사의료보험 연계관리 정책을 추진하는데 가장 큰 장애요인으로서 작동하고 있음.

－ 공사의료보험 정보의 통합 및 연계 시스템 구축을 통해 향후 근거에 기반한 공사의료보험 정책추진이 가능해 질 수 있을 뿐만 아니라, 비급여 관리, 공사 의료비 지원 중복관리 등 가입자를 중심으로 의료비 부담을 통합적으로 관리할 수 있는 기반이 마련될 수 있을 것으로 기대됨.

□ (실행전략② 본인부담영역에서의 공사의료보험 역할정립) 의료이용에 대한 국민의 접근성 강화는 “공사보의료보험”의 가장 중요한 공동의 목표로, 공사의료보험 모두 궁극적으로 의료비 부담 완화를 통해 가입자의 보장성을 확대하는 방안을 모색하고 있음.

○ 현재 보장성 강화 정책 방향이 의학적 비급여의 급여화, 본인부담 상한제 개편, 재난적 의료비 지원사업 확대 방향으로 추진되고 있는 상황으로,

○ 법정본인부담과 비급여 영역에 대한 공적건강보험과 민간의료보험 간의 역할을 재정립하는 것이 필요한 상황임.

[그림 2-3-8] 법정본인부담금 및 비급여 영역에 대한 공사의료보험 역할 재정립

| 구분 | 건강보험 급여비 | 법정 본인부담 | 비급여 본인부담 |
|----|----------|---------|----------|
| 비중 | 62.6% | 20.2% | 17.2% |
| 규모 | 51.8조 | 16.7조 | 14.2조 |

| 현재 | 공적 건강보험 영역 | 실손의료보험 영역 | 실손의료보험 영역 |
|----|------------|-----------|-----------|
| | | 30.9조 | |

| 보장성 강화 후 | 공적 건강보험 영역 | 본인부담상한제 | 의학적 비급여의 급여화 |
|----------|------------|---------------|--------------|
| | | | 재난적 의료비 지원사업 |
| | | 공적 건강보험 역할 확대 | |

- (법정본인부담 역할설정) 공적 건강보험을 중심으로 보장성을 확대하고 민간의료보험의 역할을 축소하는 방향으로의 개선을 검토할 필요가 있음.
- 현재 실손의료보험의 경우 법정본인부담에 대한 자기부담비율을 20%에서 0~2% 수준까지로 인하시키는 효과를 야기하면서 불필요한 의료이용을 유발하는 주요한 원인으로 작동하고 있음.
 - 특히, 건강보험 보장성 강화 정책은 민간의료보험의 보장범위에 영향을 미치고 있는 상황으로, 기존의 비급여 영역에 대한 급여화 정책(비급여의 급여화) 뿐만 아니라 법정본인부담 영역이었던 본인부담상한제 확대, 법정본인부담 인하 역시 민간의료보험 보장범위를 축소시킬 수 있는 상황임.
- 따라서 법정본인부담의 역할, 보장성 강화 정책과의 연계성 등을 고려했을 때, 이와 같은 보장성 강화 정책과 연계하여 민간의료보험의 법정본인부담 보장률을 단계적으로 축소해 나가는 방안을 검토해보는 것이 필요함.

[그림 2-3-9] 법정본인부담금 역할 설정

| 구분 | 법정본인부담의 존재 이유: 재정건전성 수단 | |
|---------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| | 건강보험 재원의 한계 (보장성 확대 필요 영역) | 도덕적 해이 방지 목적 (법정본인부담 유지 필요 영역) |
| 건강보험 역할 | 본인부담 상한제, 법정 본인부담 차등 인하 등을 통해 보장성 확대 지속 | 불필요한 의료이용 방지를 위한 자기책임의 원칙에 기반하여 적정수준의 법정본인부담 유지 필요 |
| 민간보험 역할 | + 도덕적 해이 방지를 위해 필요한 법정본인부담 비율 고려하여 실손의료보험의 보장률 조정 | |

- (비급여본인부담 역할설정) 비급여의 급여화 정책과 연계하여 공적 건강보험과 민간의료보험 간의 역할을 재정립하는 것이 필요함.
- 비급여는 필수성, 비용효과성 등에 따라 그 성격이 매우 이질적임에 따라 먼저 어디까지를 건강보험에서 보장해 줄 것인지에 대한 방향성을 설정하고, 나머지 부분에 대해서만 민간의료보험의 역할을 확대해 나가는 것이 필요함.
 - 즉, 건강보험의 경우 기초적·필수적 의료서비스는 최대한 공적영역에 포함하는 방향으로 보장성을 확대하여 향후 예비급여까지를 보장성 확대 방향으로 설정할 필요가 있음.
 - 반면, 민간의료보험의 경우 비의학적 특성을 가진 건강보험 영역 이외에 기타 비급여 중심으로 역할을 강화하는 것이 타당할 것으로 판단됨.

[그림 2-3-10] 비급여 본인부담 영역 설정

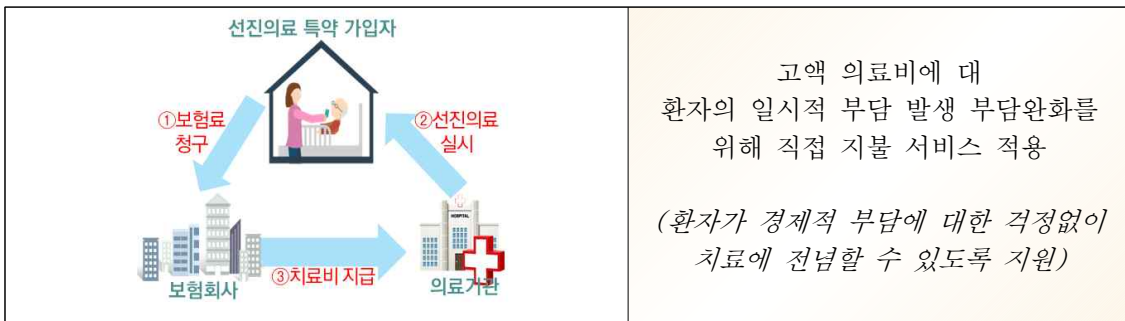
| 의학적 비급여 | | | 비 의학적 비급여 |
|----------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 치료와 연계 | | 치료와 별개 | |
| 기준 비급여 | 등재 비급여 | 선택 비급여 | 기타 비급여 |
| 급여 서비스로 단계적으로 전환 (실손보험 영역에서 공적보험 영역으로 단계적으로 전환) | | 급여로 전환하는 서비스와 비급여로 유지(실손보험 영역) 하는 서비스에 대한 추가 논의 필요 | 실손의료보험 보장영역 + 공적보험의 관리기능 강화 |

- (실행전략③ 공사의료보험 중복지급 방지) 건강보험과 민간의료보험에서의 중복지급 방지를 위해 건강보험 의료비 지원과 민간의료보험 지급을 환자단위로 통합적으로 관리하는 방안을 검토할 필요가 있음.
- (단기방안: 의료비 지원사업 신청시 동의서 제출) 우선 단기적으로는 민간보험 상환과 건강보험 사후 의료비 지원 제도 간의 연계적 운영 방안을 검토해 볼 수 있음. 예를 들어, 정부의 의료비 지원사업에 대해 재난적 의료비 지원사업의 사례를 참고하여, 실손의료보험 지급액을 공제하고, 나머지 본인부담금에 대해서만 의료비를 지원해주는 방식으로 개선하는 방안을 고려해볼 수 있음.
- (중장기방안: 공사의료비 지원 통합관리 시스템 구축) 중장기적으로는 건강보험 의료비 지원사업 등과 민간의료보험 지급 등이 환자 단위로 통합적으로 관리되는 시스템을 구축하고, 이를 통해 건강보험과 민간의료보험에서의 중복지급 방지를 관리하는 방안을 검토해 볼 수 있음.
- (실행전략④ 국민중심의 제도개선을 통한 편의성 및 의료접근성 증진) 민간의료보험 관리체계를 국민중심으로 전환함으로써 국민의 편의성 및 보장성 증진을 도모함.

- (공·사보험 통합정보 제공) 국민에게 공사보험 통합정보 제공을 통해 자신이 가입한 공사보험 지원범위, 지원대상, 지원기준 등에 대해 통합적으로 관리하고 활용할 수 있도록 도움을 줄 수 있음.

$$\boxed{\text{내가 이용할 수 있는 공적보험 지원내용}} + \boxed{\text{내가 이용할 수 있는 민간보험 지원내용}} = \boxed{\text{개별 환자 단위에서 이용가능한 지원내용 확인}}$$

- (청구 간소화) 환자가 경제적 부담에 대한 걱정 없이 치료에 전념할 수 있도록 의료를 이용하는 단계에서 의료기관이 보험사에 보험금 지급을 청구하는 체계 마련을 검토해 봄.
 - 일본의 사례를 참고하여 먼저 고액 의료비에 대한 환자의 일시적 부담 발생 부담완화를 위해 보험자-의료기관 간 직접 지불 서비스를 적용하는 방안을 고려해 볼 수 있음.

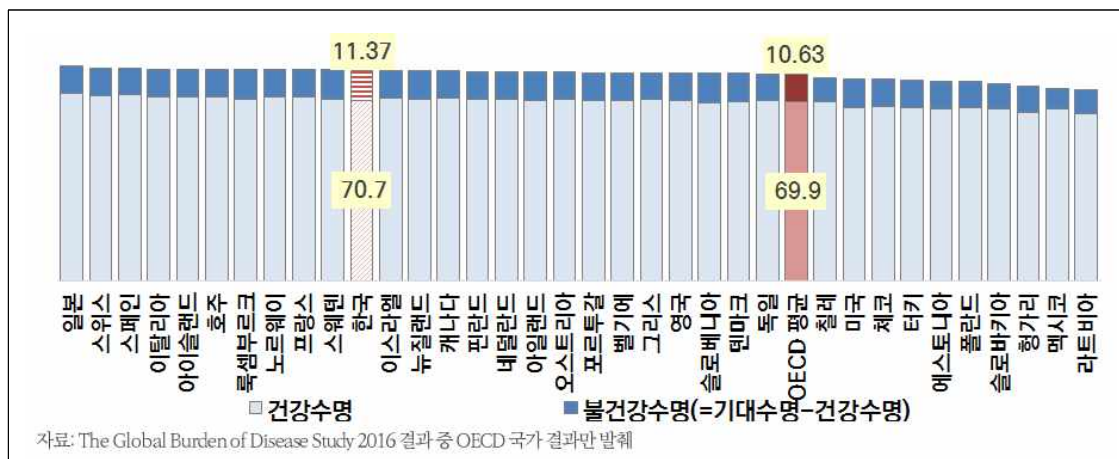


제3절 추진방향 ②: 의료보장에서 국민의 평생건강을 책임지는 건강보장으로 보장영역 확대 가. 추진배경 및 주요 문제의식

- (문제의식① 의료보장에서 건강보장으로 패러다임 전환) 우리나라는 OECD 평균 보다 기대수명과 건강수명이 상대적으로 높지만, 기대수명과 건강수명의 격차도 높아, 건강하지 않은 상태로 사는 시간도 긴 것으로 나타났음.
- 2015년 기준 우리나라의 기대수명은 82.1세였는데, 이 중 건강하게 보내는 건강수명은 70.7세로, 나머지 11.37세는 건강하지 않은 상태로 살고 있었음.
- 최근 기대수명이 지속적으로 증가하고 있는 추이를 보이면서 선진국을 중심으로 건강성과의 지표를 기대수명에서 건강수명으로 전환하고 있는 상황임.
 - 즉 이제는 얼마나 오래 사느냐가 아닌, 얼마나 건강하게 오래 사느냐가 보건의료체계의 최종적인 목표가 되고 있는 모습임.
 - 하지만 그동안 우리나라 건강보험 제도를 포함한 보건의료체계는 사후적인 급성치료에 기능을 집중해 오면서 예방과 건강관리, 만성질환 관리 등에 대한 사전적 예방서비스에

대해서는 관심과 역할을 최소화 해왔음.

- 현재 사후적인 치료에 건강보험 보장영역이 집중되어 있는 관행을 벗어나서, 아프기 전 건강한 단계에서 중증질환으로 악화되기 전 경증질환 단계에서의 건강보험 보장을 강화하기 위한 정책적 접근이 필요하겠음.
- 이를 위해서는 건강보험이 환자의 의료보장을 담당하던 기존의 패러다임에서 벗어나 국민의 건강보장까지 담당할 수 있도록 기능을 확대하는 패러다임 전환이 필요한 상황임.



- (문제의식② 서비스영역: 사후적 치료 중심) 지금까지 건강보험 서비스는 급성기 치료영역에 집중해왔는데 이는 해당 질환에 대한 대처를 하지 않거나 적절한 의료서비스를 이용하지 않을 경우 건강상의 위험에 빠지는 정도가 위중하였기 때문임.
- 만성질환의 증가와 함께 사전예방과 재활 및 관리의 중요성이 강조되고 있음.
 - (만성질환자 수 및 진료비 증가) 지난 10년간 만성질환자 수 평균증가율은 4.3%로 2016년 기준 건강보험 적용인구의 33.1%가 만성질환을 가지고 있었고 만성질환 치료비용은 같은 기간 평균증가율이 10.7%로 그 규모가 전체 진료비의 40% 수준이었음(국민건강보험공단, 2017).
 - (재활서비스 제공체계 미비) 만성질환의 증가는 또한 질환으로 인한 손상을 최소화하기 위한 재활서비스 강화의 필요성을 제기함. 재활의 궁극적 목표는 장애를 최소로 줄이고 기능을 최대한으로 증진시켜 질환 발생이 장애로 이어지지 않거나 장애의 정도를 최소화하여 사회로 복귀시키는데 있음. 하지만 급성기 치료이후 집중적인 재활치료서비스를 이용할 수 있는 시설이 부족함.
- 말기의 비효율적 의료비 지출 등 고비용·저효율의 보장구조에 대한 우려가 제기됨. 이와 함께 건강한 노년에 대한 관심이 증가함.

- (사망전 의료비) 암환자를 비롯해 말기과정에 효과가 낮은 치료에 과도한 의료비를 사용하고 힘든 사망과정을 거침. 치료와 생존중심의 목표가 아니라 **완화의료적 접근**을 통해 말기질환을 가진 환자와 그 가족이 겪는 고통을 줄이는 것에 대한 관심이 증가함.

□ (문제의식③ 보장 서비스 범위의 한계) 건강보험이 보장하는 서비스의 범위 측면에서는 다음과 같은 한계가 있음.

- (질병발생전 예방 및 만성질환 관리) 질환의 진행에 따라 각 단계별로 질환발생 전 예방, 질환 발생시 악화, 합병증 발생 예방이 중요함. 하지만 만성질환과 건강 위험요인에 대한 체계적 관리시스템이나 과학적 근거에 기반한 질병예방서비스가 미흡한 실정이며 만성질환 관리사업들이 분절적으로 이루어짐.
- (호스피스·완화의료 서비스) 연명의료결정법은 말기환자를 암, 후천성면역결핍증, 만성폐쇄성호흡기질환, 만성간경화, 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 질환을 가진 자로 정하고 있으나 그 외에 말기케어를 필요로 하는 환자들이 존재함.

나. 세부 실천목표

1) 세부추진계획 [2]-1: 국민의 평생 건강관리까지로 보장 영역 확대

- (실행전략① 평생 건강관리까지로 보장성 확대 패러다임 전환) 그 간 보장성 확대는 **중증·고액 질병**으로 인한 가계파탄을 예방하고, 생명과 긴급하고 긴밀하게 연결되어 있는 **사후적 질병치료 영역**에 집중하였음.
- 최근 삶의 질 향상을 중시하는 풍토로 건강하고 오래 잘 사는 건강수명 향상에 기여할 수 있는 서비스 영역에 대한 국민의 관심이 증대되고 있는 상황임.
 - 이러한 보장성 확대에 대한 국민의 욕구 변화를 반영하여 보장성 확대가 필요한 추가적 영역을 빈틈없이 발굴하는 것이 필요함.
 - 이를 통해 건강보장 사각지대를 해소하고, 국민의 평생 건강을 책임지기 위한 의료보장의 역할 확대 방안을 모색해 볼 수 있을 것임.



□ (실행전략② 미래 국민 욕구 변화를 반영한 추가영역 발굴) 예방-재활-치매-호스피스-완화의료까지 그동안 건강보험의 사각지대에 있었던 전 생애주기별 필수 건강관리에 대한 보장성 확대를 통해 건강보험의 역할을 기존의 의료보장에서 건강보장으로 확대하는 것이 필요함.

○ 이를 위해서 서비스 단계로 나누어 질병발생 전 관리 및 예방, 건강위험인자, 만성질환관리 및 합병증 예방, 질병치료 이후 정상적 복귀를 위한 재활서비스, 호스피스·완화의료 등 생애 말기에서의 말기케어로 나누어 보장 확대가 필요한 영역을 검토함.

| 질병치료 중심에서 평생건강 관리로 보장영역 확대 | | | |
|-----------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------|
| 예방서비스 | 재활서비스 | 치매 | 호스피스·완화의료 |
| 질병 발생 전 예방, 질병 발생 시 중증화 및 합병증 발생 예방을 지원 | 장애 최소화 및 기능의 최대 증진을 통한 성공적인 사회복귀를 지원 | 가족 간병 및 돌봄에 대한 개인의 부담 완화 지원 | 건강한 삶(웰빙) 뿐만 아니라 행복한 죽음(웰다잉)까지 평생의 삶을 지원 |

○ (만성질환 관리 강화) 고혈압, 당뇨 등 합병증이 우려되는 질환에 대한 사후관리를 강화하고, 이를 일차의료 만성질환관리 통합사업에 탑재·연계함.

○ (환자의 필요에 따른 종합적인 재활서비스 보장방안 마련) 재활서비스의 경우, 동일한 서비스라도 환자의 상태에 따라 치료시간과 서비스 이용량이 달라질 수 있음. 따라서 환자의 필요도 판정체계를 마련하고 그에 기반한 재활서비스 급여를 보장함.

- (종합적인 재활서비스 보장 방안 마련) 질병이 발생한 환자의 원활한 사회복귀를 돕기 위해 급성기 및 아급성기에서의 조기재활, 회복기에서의 집중재활, 유지기 및 생활기에서의 지속적 재활을 포함하여 환자 상태에 따른 단계별 재활서비스를 포괄적으로 보장하기 위한 방안을 마련함.

○ (호스피스·완화의료 서비스 확대) 현재 호스피스가 급여화되었거나 시범사업이 진행 중인 4개 질환 외에 말기 환자로 확대하기 위한 계획을 마련함.

- (질환 확대) 장기부전, 노화성 질환 등 치료가 가능하지 않은 말기환자에 대해 호스피스·완화의료 접근성을 개선토록 하며, 호스피스·완화의료 서비스 급여화가 필요한 말기질환을 선정하고, 질환별 특성에 따른 급여화 방안을 마련함. 또한 중환자실 등 병원에서 사망이 예상되는 경우에는 가족들이 임종을 준비할 수 있도록 함.

○ (지역사회에 기반한 호스피스 활성화 방안 마련) 요양병원 호스피스 시범사업 평가와 함께 기관을 확대하여 지역사회에서 호스피스 서비스에 대한 접근성을 개선하고, 요양병원 호스피스 서비스가 필요한 다 질환 환자에 대한 확대할 수 있는 방안을 검토함.

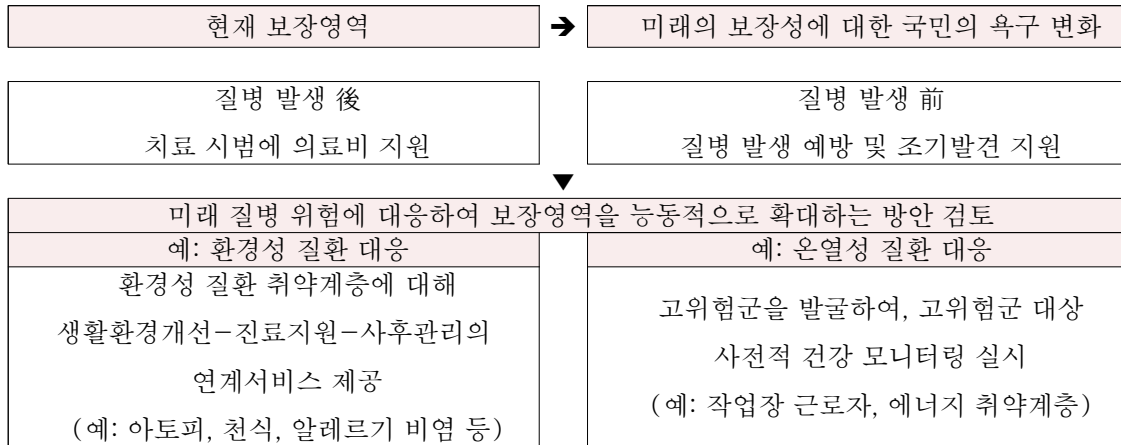
- (왕진 활성화) 가정, 요양원 등에서 호스피스 서비스를 이용하기 위해서는 관련 교육을 받은 의료인 및 팀의 연계가 필요함. 가정, 요양원에서 완화의료와 호스피스 서비스가 제

공될 수 있도록 1차 의료기관을 중심으로 한 왕진 활성화 방안을 마련함.

- (등록장애인 건강주치의 서비스 대상 및 범위 확대) 장애인 건강권법에 따라 1-3등급 장애인에 대한 건강관리제도 시범사업이 준비 중임. 건강관리외사는 연간관리계획 수립, 주기적 교육·상담, 전문과목 진료 의료·연계 등 서비스를 제공함.
- (실행전략③ 사전적 예방서비스 급여화 필요성 검토 및 체계 마련) 예방서비스에 대한 건강보험 급여확대의 필요성에 대해 국민참여위원회 등을 통해 의견을 수렴하고, 예방서비스 급여화의 원칙을 수립함.
 - (전문가 논의를 통한 급여화 예방서비스 결정) 예방서비스 급여화 원칙에 기반하여 서비스 대상별 제공서비스 등 우선적으로 도입될 필요성이 있는 예방서비스와 제공주체를 결정함.
 - (필수 예방서비스 근거 산출을 위한 체계 마련) 비용효과적인 예방서비스에 대한 안정적인 근거 산출을 위해서는 장기적으로 관련 연구 체계가 필요하며, 산출된 결과에 기반하여 권고안을 제시함.

2) 세부추진계획 [2]-2: 미래 질병 위험에 대응한 보장영역 확대

- (실행전략① 환경성, 온열성 질환 등 미래 질병위험에 대한 선제적 보장) 그 간 의료 서비스 보장영역 확대는 질병이 발생한 후 의료이용을 하는 시점에 국민의 의료비 부담을 완화해 주는 역할에 중점을 두었음.
 - 최근 환경오염, 기후변화 등으로 새롭게 대두되고 있는 환경성, 온열성 질환 등 미래 질병 위험에 대해 질병이 발생 후 의료비를 지원하던 방식에서 더 나아가 질병 발생을 예방하고, 조기에 질병 발생 위험을 감지하는 서비스를 지원하는 방식 등 의료 서비스 보장영역을 보다 능동적으로 확대하는 방안을 검토해 볼 수 있음.
 - 현재 건강보험의 역할이 질병 발생 후 치료 시점에서 의료비를 지원해주는 것이라면, 미래 건강보험의 역할은 질병 발생 전 질병발생을 예방하고 질병의 조기 발견을 지원하는 방향으로 가야 함.
 - 일레로, 아토피, 천식, 알레르기 비염 등 환경성 질환의 취약계층에 대해 생활환경개선-진료지원-사후관리의 연계서비스를 제공하는 방안을 검토할 필요가 있음.
 - 또한 작업장 근로자, 에너지 취약계층 등 온열성 질환에 취약한 고위험군을 발굴하여, 고위험군을 대상으로 사전적 건강 모니터링을 실시하는 방안을 생각해볼 수 있음.



< (참고) 환경성 질환 대응 사례 >

- ◆ 국내: 강원대병원의 사회취약계층 환경성질환 소아-청소년 진료지원사업
 - 사회취약계층 중 환경성 질환을 앓고 있는 어린이와 청소년에게 생활환경을 개선해주고, 필요시 무료로 진료 및 사후관리 서비스를 지원해주는 사업
- ◆ 국외: 오래전주 CCO(Coordination-Care-Organization)
 - 일차의료-치과-정신 등 환자를 중심으로 통합적 의료서비스를 제공하는 사업으로, 천식환자를 위해서 의료서비스 뿐만 아니라 주거환경 개선 등을 포괄적으로 제공

□ (실행전략② ICT 등 기술혁신을 활용한 보장영역의 다변화) 새로운 기술 혁신은 사회환경 변화와 조응하여 의료보장 제도의 보장영역의 외연 확장을 요구하고 있음. 정보기술 취약집단 대상, 필수 서비스 영역, 공익목적의 투자 등 사회적 가치와 요구도가 높은 혁신 기술 영역을 중심으로 우선적으로 의료보장 제도의 보장영역을 확대하는 방안을 검토해 볼 수 있음.

○ (고령자, 장애인 등 복지욕구 개선에 대한 보상) 인구구조 변화로 증가할 수요대응과 취약계층의 삶의 질 개선을 위해 돌봄, 재활 등 복지서비스로 ICT 활용 보장영역을 확대함.

- (예: 간병·재활 로봇) 저소득 고령자, 장애인, 아동을 대상으로 하는 돌봄과 재활서비스에 간병·재활 로봇을 도입하고, 이에 대한 의료보장 제도의 보상을 검토함.

- (예: 정보취약계층 홈 헬스케어 지원) 노인, 장애인 등은 정보취약계층으로서 ICT 등 기술의 도움이 가장 필요하면서도 기술 친화성이 부족한 대상으로, 향후 커뮤니티 케어 도입과 연계하여 독거노인 가정, 지역사회 장애인 생활공간 등에 홈 헬스케어 지원을 검토함.

인구구조 변화 등으로
의료-돌봄 수요가 있는
대상자 확대

→(ICT의 역할)
의료/돌봄 필요 대상자 증가에 대응한
보장성 확대 실현수단

돌봄, 재활, 복지서비스
수요에 대응하여 기기·현물 등에
대한 보장 검토

- (공익적 목적에 입각한 의료보장 R&D 투자 영역 모색) 공익적 목적성을 강하게 가지면서 국민건강의 편익을 높이기 위해 공적 재원의 투자가 필요한 분야에 대한 의료보장 제도의 R&D 등 선제적 투입방안을 모색함.
- 질병발생 기전은 명확하지 않으나, 건강위해성이 제기될 물질 중 국민적 수요가 높은 요인에 대해 AI, 빅데이터를 활용하여 미래 질병 위험요인을 규명하는 방안을 검토해 볼 수 있음.
 - 예를 들어 폭염으로 인한 온열성 질환 등 미래 질병위험 극복을 위해 선제적으로 ICT를 활용하고, 이를 의료보장에서 지원하는 방안을 모색해 볼 수 있음.

< (참고 사례) 일본의 IoT를 활용한 근로자 폭염피해예방 연구 >

- 일본 후생노동성은 IoT(사물인터넷)을 활용하여 온열질환을 줄이기 위한 3년 간의 연구에 약 6억원을 지원
- 건설이나 제조현장 등 폭염에 노출되기 쉬운 작업장의 근로자를 대상으로 근로자가 착용한 웨어러블 센서를 통해 생체정보를 수집하고, 이를 현장의 기상정보와 조합하여 온열질환 발생의 위험성을 사전에 감지
- 또한, 빅데이터가 쌓이게 되면 근로자의 생체정보를 분석, 온열질환을 판단해 신속하게 구급활동을 할 수 있는 시스템을 구축할 예정

제4절 추진방향 [3]: 저소득 취약계층에 대한 촘촘한 안전망 구축을 통해 선제적 빈곤추락 예방

가. 추진배경 및 주요 문제의식

- (문제意識① 질병발생으로 인한 경제적 부담) 그간의 보장성 강화정책에도 불구하고 소득대비 의료비 수준으로 계산되는 재난적의료비 발생은 증가하고 있음.
- 특히, 의료비로 인한 의료접근성 제한, 가계파탄은 저소득 취약계층에서 집중적으로 발생하고 있는 상황임.

| 소득수준별 경제적 이유 미충족 의료('16) | | | 소득수준별 재난적 의료비 가구 비율('16) | | |
|--------------------------|----|----------|--------------------------|----|----------|
| 1분위 2.9% | VS | 4분위 0.4% | 1분위 7.3% | VS | 5분위 0.2% |

- (문제意識② 수급·비수급 빈곤층의 의료격차 발생) 2015년 맞춤형 급여체제로 개편 이후, 수급권자의 수가 증가하였음.
- (비수급자 빈곤층) 최근 타법 수급권자 자격요건을 정비하고, 행복e음을 통한 소득재산 조사의 개선으로 의료급여 수급률이 감소하고 있었으나, 2015년 맞춤형 급여체제 개편 이후, 부양의무자 기준 완화로 수급권자 수가 증가하였음.

– 하지만 여전히 소득·재산이 생계·의료급여 선정 기준 이하이나, 수급자가 아닌 비수급자 빈곤층이 존재하고 있음.

○ 의료급여 제도는 사회안전망의 한 축으로써 역할을 하고 있으나 현행 의료급여 제도는 빈곤 인구 규모에 비해 의료급여 수급권자가 적게 나타나고 있음.

– 이는 소득 및 재산을 모두 고려한 소득인정액이 기준 중위소득 40% 이하에 해당하더라도 부양의무자 기준이나 의료욕구가 반영되지 못하는 한계 때문임.

– 2004년 차상위 만성질환자와 희귀난치성 질환자 등에 대해 일부 의료욕구를 반영하여 의료급여 수급권자격을 부여되었으나, 2009년에 다시 건강보험적용대상자로 환원하여 수급자격에서 실질적인 의료욕구가 반영되지 못하고 있음.

〈표 2-3-2〉 비수급 빈곤층 규모 추이

| 구분 | '03년 기준 1차 조사 | '06년 기준 2차 조사 | '10년 기준 3차 조사 ¹⁾ | '14년 기준 4차 조사 | '15년 기준 5차 조사 |
|----------------|---------------------|--------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 비수급 | 177만 명 (85만 가구) | 103만 명 (53만 가구) | 117만 명 (66만 가구) | 118만 명 (71만 가구) | 93만 명 (63만 가구) |
| 최저생계비 ~120% | 86만 명 (35만 가구) | 67만 명 (29만 가구) | 68만 명 (36만 가구) | 85만 명 ²⁾ (45만 가구) | 51만 명 ²⁾ (30만 가구) |
| 계 (차상위) | 263만 명 (120만 가구) | 170만 명 (82만 가구) | 185만 명 (102만 가구) | 203만 명 (116만 가구) | 144만 명 (93만 가구) |

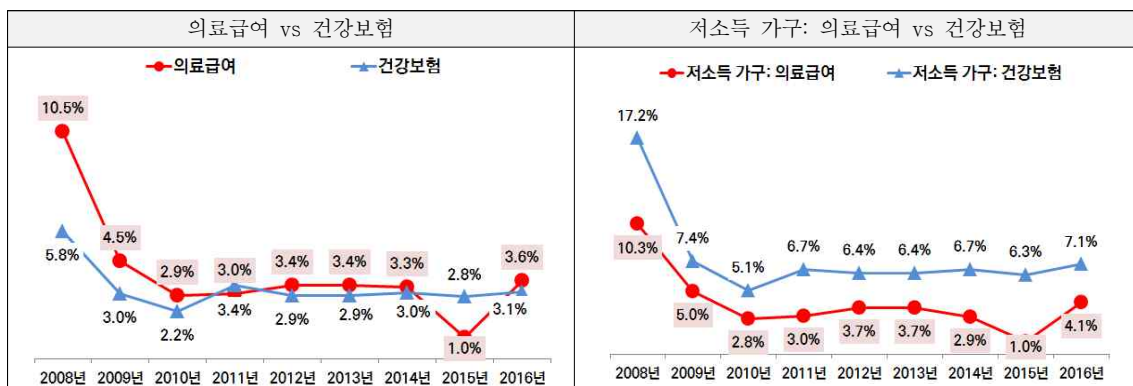
주: 1) '03년, '06년, '10년은 최저생계비, '14년 실태조사 중위소득, '15년 기준 중위소득 기준

2) '14년, '15년은 중위소득 40~50% 기준

○ 이와 같이 의료급여 수급권자는 약 150만 명 내외로 전 국민의 3% 수준으로 안정화되었으나, 여전히 의료급여 혜택은 소수의 의료급여 수급권자에게 집중되어 있음.

– 이로 인해 저소득 가구에서 의료급여 수급 여부에 따른 의료비 부담 및 의료 접근성에 격차가 존재하고 있음.

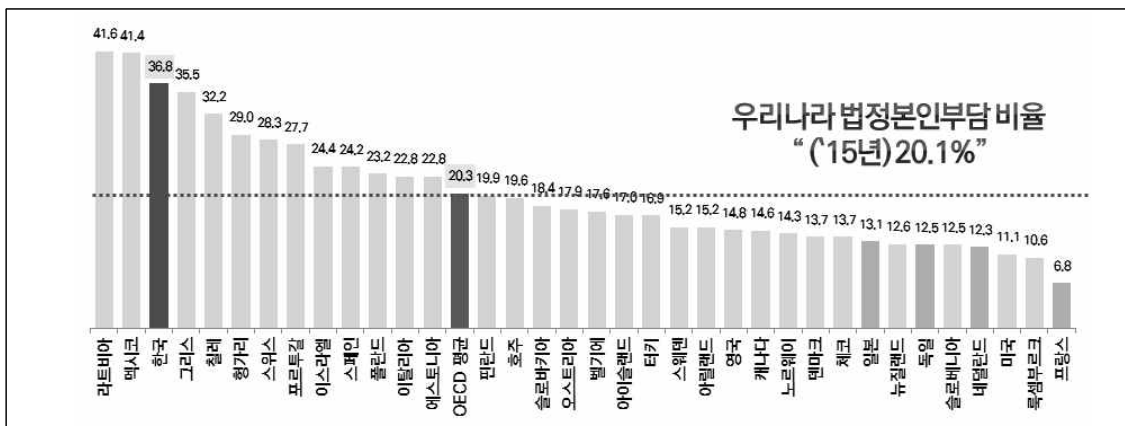
[그림 2-3-11] 과부담 의료비 가구 발생률



자료: 한국보건사회연구원, 한국복지패널 각 연도

- (문제의식③ 비급여의 급여화 이후에도 높은 본인부담) 일반환자에 환자에 대한 건강보험 법정본인부담률은 외래는 30~60%, 입원은 20% 수준으로 선진국과 비교 시 높은 수준임. 이는 비급여 서비스에 대한 급여화가 이루어지더라도 의료비에 대한 환자의 부담이 높을 수 있음을 의미함.
- 특히 의료급여나 차상위 본인부담 경감 혜택에서 소외된 저소득층 등 취약계층의 필요한 의료서비스 이용에 대한 접근성을 낮출 수 있음.
- 법정본인부담률을 점진적으로 인하하는 방안을 검토할 필요가 있지만 필요한 서비스가 적절한 수준에서 이용되도록 하기 위해서는 의료전달체계 및 지불제도 개편이 함께 고려될 필요가 있음.

[그림 2-3-12] OECD 국가와 비교한 경상의료비 중 가계직접 부담비율(2015년도 또는 최근연도)



자료: OECD(2017), OECD Health Statistics

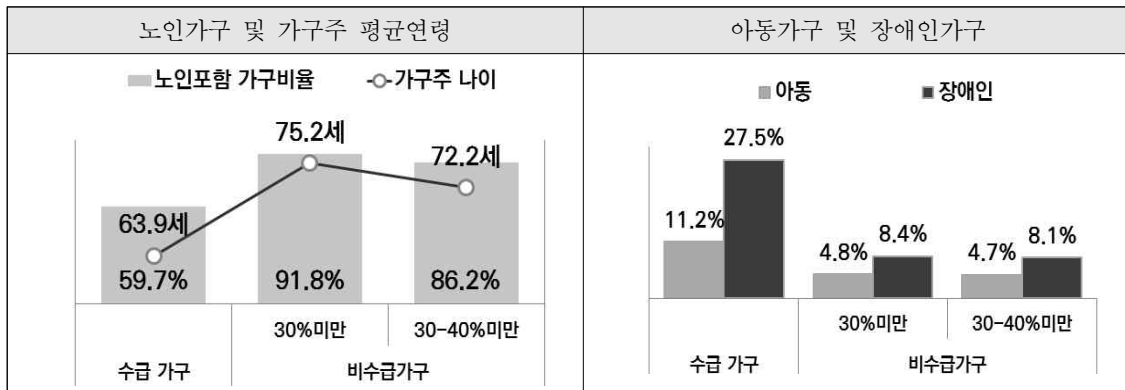
나. 세부 실천목표

1) 세부추진계획 [3]-1: 저소득 취약계층의 기초의료 보장 확대

- (실행전략① 의료급여 사각지대 해소 및 지원 강화) 수급·비수급 빈곤층 의료격차 해소 및 수급권자의 질적 보장성을 강화함. 수급권자 대상 보장성 강화와 비수급 빈곤층의 의료 빈곤 추락의 선제적 예방 정책을 병행하여 추진함으로써 저소득층을 위한 기초 의료보장 제도를 보다 촘촘하게 구축하는 것이 필요함.
- 현재 소득·재산(소득인정액)이 의료급여 수급권자 선정 기준 이하이나, 부양의무자 기준 적용에 따라 의료급여 혜택에서 배제된 비수급 빈곤층(사각지대)의 규모는 93만 명(63만 가구) 수준으로 분석됨(2015년 국민생활실태조사).
- (부양의무자 기준) 수급자는 ①부양의무자가 없거나, ②부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나, ③부양을 받을 수 없는 자여야 함.

- 비수급 빈곤층의 약 86~92%는 노인이 포함된 가구이고, 약 8%는 장애인이 1명이상 포함된 가구로 의료 필요도가 높아 의료급여 지원이 필요한 상황임.

[그림 2-3-13] 빈곤층의 수급가구와 비수급가구 특성 비교



자료: 한국보건사회연구원, 「2015년 복지욕구조사」, 원자료(심층)

- 부양의무자 기준을 단계적으로 완화하여 사각지대를 해소함. 노인·중증장애인 등 소득 활동이 어려운 취약계층에 대한 부양의무자 기준을 단계적으로 미적용하여 취약계층의 의료안전을 강화함.

<표 2-3-3> 의료급여 부양의무자 기준 완화 계획(안)

| 연도 | 2018년 | 2019년 | 2020년 | 2022년 |
|-------|-------------------------------|-----------------------------------|------------------|-------------------------|
| 추진 계획 | 노인·중증장애인 포함 부양의무자 가구 기준 적용 제외 | 부양의무자 일반재산 환산율 인하 (4.17% → 1.04%) | 주거급여 부양의무자 기준 폐지 | 청년가구주 등 부양비 부과율 10%로 완화 |

- (실행전략② 차상위계층 지원 확대를 통한 빈곤추락 예방) 현재 모든 비급여가 급여화가 되더라도 여전히 20% 수준의 법정 본인부담이 존재하는 상황임.

- 즉, 비급여를 모두 급여화 하더라도 다른 선형국과 비교시 본인부담 비율은 여전히 높은 수준으로, 비급여의 급여화와 더불어 법정 본인부담을 인하해 나가는 정책을 병행하는 것이 필요한 것으로 판단됨.
- 따라서 법정본인부담 인하라는 보장성 향상과 지속가능성이라는 두 가지 목표의 가치상충 문제가 발생할 수 있어, 이를 해결하기 위해서는 환자 책임과 연계한 선택적인 보장성 강화 정책이 필요함.
- 즉, 보장성 강화 정책과 더불어 건강보험 제도의 재정 지속가능성 확보를 위해 보장성 강화 수혜자에게 책임(New Accountability)을 부여하는 접근방식을 고려해볼 수 있음.

- 예를 들어, 저소득 취약계층에 보장성 강화를 위해 건강보험 제도 내에서 소득하위 5-10%의 저소득층을 대상으로 건강보험 본인부담률을 50% 경감해주는 방안을 고려해볼 수 있음.
 - 이 때, 본인부담 경감으로 인한 의료이용자의 도덕적 해이를 방지하고, 정책적 효과를 극대화 하기 위해 본인부담을 경감해 주는 대신 “포괄적 일차의료사업 참여” 등 개인의 건강예방-질환관리 역량 및 책임강화와 연계하는 방안을 검토해 볼 수 있음.
 - 이를 통해 저소득층은 본인부담 경감으로 필수 의료이용에 대한 접근성을 향상시키는 동시에, 공급자로부터 포괄적·지속적인 건강관리를 제공 받을 수 있을 것임.
- 중위소득 40% 이하 비수급 빈곤층 건강보험 가입자에 대해 현행 차상위 본인부담 경감 사업 확대 등 지원 방안을 검토함.
 - 의료급여 수급권자 및 소득하위 50% 이하 건강보험 가입자는 과부담 의료비를 질환 구분 없이 지원함(최대 2천 만원, 비급여 지원).
 - (고려사항) 차상위 계층을 건강보험 경감대상자로 전환 시, 현행 차상위 계층 의료비 지원사업 대상자와 다르게 보험료를 제외한 본인부담만 지원함. 즉, 차상위 계층 본인부담 경감대상자는 본인부담만 국고지원을 통해 경감해주고, 보험료와 급여비는 현행과 같이 건강보험 재원으로 조달함.

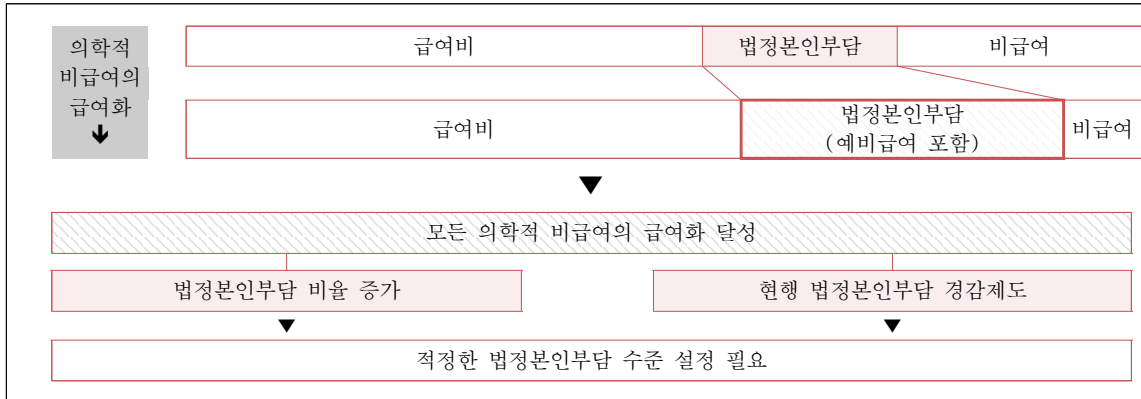
〈표 2-3-4〉 차상위 계층 본인부담 경감 대상자 재원조달 방안

| 구분 | 보험료 | 급여비 | 본인부담 |
|---------------------|--------|--------|------|
| 현행 차상위 계층 의료비 지원사업 | 국고지원 | 건강보험재원 | 국고지원 |
| 추가 차상위 계층 본인부담 경감사업 | 건강보험재원 | 건강보험재원 | 국고지원 |

2) 세부추진계획 [3]-2: 재난적 의료비 방지를 위한 보완적 의료안전망 강화

- (실행전략① 적정한 법정본인부담 수준 논의) 모든 의학적 비급여가 성공적으로 급여화가 된다면, 기존 비급여 진료비의 일부는 급여비로, 나머지 비급여 진료비는 법정본인부담으로 전환될 전망이다.
- 따라서 비급여의 급여화 이후 증가된 법정본인부담 비율, 기존의 법정본인부담 경감 대책 등을 종합적으로 고려하여 건강보험에서 통상적으로 적용할 수 있는 적정한 법정본인부담 수준을 설정하는 것이 필요함.

[그림 2-3-14] 의학적 비급여의 급여화에 따른 적정 법정본인부담 수준 설정



○ (적정 법정본인부담 수준 설정) 건강보험 제도에서 법정본인부담이 존재하는 궁극적인 이유는 건강보험 재정건전성을 위한 것으로 크게 2가지 역할로 구분됨.

- 이 중 불필요한 의료이용을 방지하기 위한 목적으로 존재하는 영역은 앞으로도 일정수준 유지가 필요한 영역으로, 향후 도덕적 해이 방지를 위해 필요한 법정본인부담 비율이 얼마인지에 대해 검토하고, 이를 근거로 적정한 법정본인부담 수준을 산정하는 것이 필요함. 이를 위해서는 우리나라와 유사한 건강보험 체계를 가지고 있는 사회보험방식 국가 등 주요 선형국의 사례 등을 참고할 필요가 있음.

[그림 2-3-15] 우리나라와 주요 선형국의 가계부담률(Out of pocket expense)

| 한국 | 프랑스 | 네덜란드 | 독일 | 일본 |
|---------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| 37.4% (20.2%(법정)+17.2%(비급여)) | 16.8% | 12.3% | 12.5% | 13.1% |

○ (현행 법정본인부담 정책 간 정합성 확보) 현재 우리나라의 법정본인부담 차등화 제도(경감 포함)는 크게 산정특례제도, 차상위 본인부담경감사업, 그리고 예비급여의 본인부담 차등화 제도로 구분됨.

- 현재와 같이 각 제도별로 분절적으로 대상자별, 항목별 본인부담을 차등화(경감포함)하는 방식에서 먼저 적정한 법정본인부담 수준을 설정하고, 이를 통해 국민이 부담하는 총 의료비라는 측면에서 각 제도를 통합적으로 운영하는 방안을 검토할 필요가 있음.
- (법정본인부담 경감제도 정비) 법정본인부담 경감대책 정비를 통해 의료 접근성 측면에서 경감비율을 최소한으로 설정하고, 총 의료비 부담은 본인부담상한제와 연계하여 보장함.
- (예비급여의 본인부담 차등화 제도) 예비급여의 본인부담을 법정본인부담으로 인정할 것인지 아니면 비급여 본인부담으로 볼 것인지, 그리고 향후 본인부담상한제를 적용할 것인지 등에 대한 검토가 필요함.

[그림 2-3-16] 우리나라의 법정본인부담 차등화 제도 간 정합성 확보 방안

| | | | | |
|------------------------------------------------------|---|-------------------------------------|---|---------------------|
| 질환별 접근 | + | 대상별 접근 | + | 서비스 항목 |
| 산정특례제도 | | 차상위 의료비 지원사업 | | 예비급여 항목별 인부담 차등적용 |
| ▼ | | ▼ | | |
| ①경감정책 간 정합성 확보 및 경감비율 정비 | | ②본인부담의 유형구분 및 상한제 포함여부에 대한 검토 필요 | | |
| ③국민이 부담하는 총 의료비 측면에서 본인부담상한제 와의 역할 정립 및 연계 필요 | | | | |

□ (실행전략② 급여영역에 대한 본인부담 상한제의 합리적 개선) 재난적의료비 지원사업의 역할을 확대하고 실효성을 강화해나가야 함.

○ 비급여의 급여화 이후, 예비급여의 급여화 과정에서 **본인부담상한제 적용여부 결정기준과 결정체계를 마련하는 것**에 대한 검토가 필요함.

－ 비급여의 급여화에 따른 **환자의 의료이용행태 변화, 건강보험 재정여력** 등에 대한 모니터링 결과를 반영하여 **상한제 적용 우선순위를 선정**하고, 적용범위를 **단계적으로 확대**하기 위한 체계를 마련함.

[그림 2-3-17] 본인부담상한제 적용여부 검토

| 급여 | 비급여 | | | |
|------------------|-------------------------|-------|------|-------|
| | 예비급여 | | 선별급여 | 선택비급여 |
| | 기준비급여 | 등재비급여 | | |
| ▼ | | | | |
| 현재 본인부담상한제 적용 범위 | 본인부담 상한제 적용여부 및 우선순위 검토 | | | |

□ (실행전략③ 비급여 영역을 포괄한 재난적 의료비 지원사업 확대) 재난적의료비 지원사업의 역할을 확대하고 실효성을 강화해나가야 함.

○ (사업모델 다양화) 사후적으로 의료비를 지원하는 역할을 넘어 **선제적으로 의료 사각지대를 발굴**하고 이를 해소하기 위한 방향으로 사업모델의 다각화를 추진할 필요가 있음.

－ 예를 들어, **의료사회복지팀을 활용**하여 의료기관 또는 지역사회가 자체적으로 **대상자를 사전적으로 발굴**하고, **지역사회 복지자원·지원체계와 연계**할 수 있도록 지원함.

○ (국가 의료비 지원사업 조정) 비급여 의료비 규모 감소와 국가·민간 의료비 지원사업 현황 등을 고려하여 재난적 의료비 지원사업의 **중장기적 역할**을 검토함.

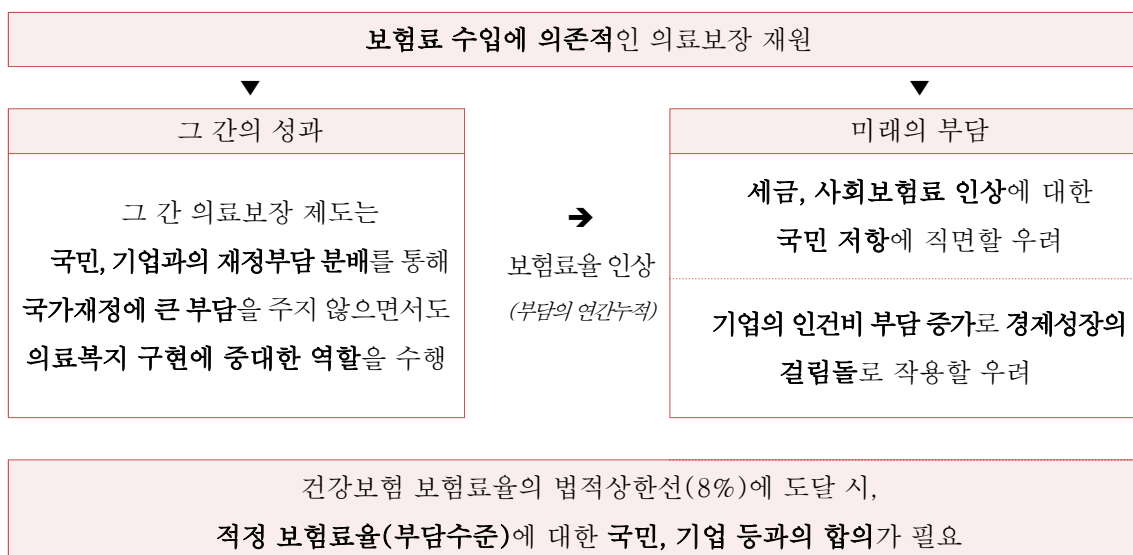
－ 현재 대부분의 국가 의료비 지원사업은 **급여를 대상으로 지원**하고 있는데, **비급여가 급여로 편입될 경우, 비급여를 중심으로 지원**하고 있는 **재난적 의료비 지원사업과의 역할**을 조정하는 과정이 필요함.

- 이 때, 국가 의료비 지원사업과 민간보험 의료비 지원 간의 중복지원을 최소화하기 위한 제도적 보완대책 마련을 검토할 필요가 있음.

제5절 추진방향 ④: 보장성 강화와 연계한 적정부담-적정보상 수립을 통한 지속가능성 확보

가. 추진배경 및 주요 문제의식

- (문제意識① 의료보장 재원의 지속가능성 우려) 그 간 의료보장 제도는 국민, 기업과의 재정부담 분배를 통해 국가재정에 큰 부담을 주지 않으면서도 의료복지 구현에 중대한 역할을 수행하여 왔음.
- 하지만 지속적인 보험료율 인상에 따라 세금, 사회보험료 인상에 대한 국민 저항에 직면할 우려가 있으며, 기업의 경우 기업의 인건비 부담 증가로 경제성장의 걸림돌로 작용할 우려가 있음.
- 더욱이 현재 근로소득 중심의 보험료 수입 구조에서 1,2차 베이비부머 세대 은퇴, 생산가능인구 감소 등에 따른 인구구조 변화로 의료보장재원조달의 지속가능성이 위협받고 있는 상황임.
- 따라서 건강보험 보험료율의 법적상한선(8%) 도달에 대응하여 적정 보험료율(부담수준)에 대한 국민, 기업 등과의 합의가 필요한 시점임.

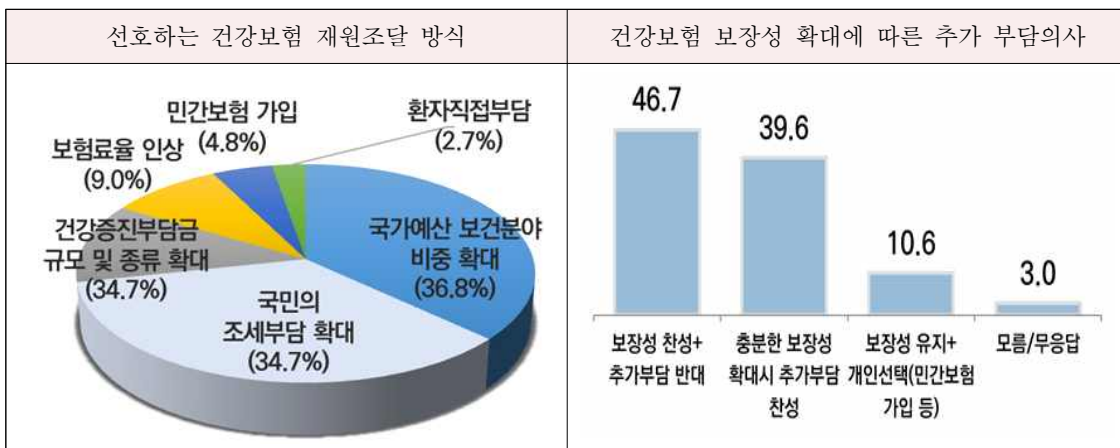


□ (문제意識② 보장성 강화와 연계한 적정부담 계획 수립의 필요성) 국민들은 보장성 강화 정책에는 찬성하지만, 추가 부담을 하는 것에 반대하는 경향을 보이고 있었음.

○ 단, 민간보험에 가입하지 않을 정도로 충분하게 보장성이 확대 된다면, 추가 부담을 할 의사가 있다는 비율이 39.6%로, 추가 부담에 대한 국민의 인식은 보장성 확대 정책에 민감하게 반응하는 것으로 나타나고 있음.

○ 결과적으로, 적정부담을 위한 국민의 합의를 이끌어내기 위해서는 “국민이 체감할 수 있는 충분한 보장성 강화”를 추진하는 것이 무엇보다 중요하다고 볼 수 있음.

○ 보장성 강화 로드맵에 대응해 보장성 강화와 연동하여 건강보험료 인상, 부과체계 개편, 국가책임 강화(국고지원 확대 등)가 단계적으로 추진되는 적정급여-적정부담에 대한 중장기 계획 수립이 필요한 상황임.



□ (문제意識③ 보장성 강화 정책과 연계한 적정보상 달성의 필요성) 비급여의 급여화를 통한 건강보험 보장성 강화의 성공적 이행, 왜곡된 의료전달체계의 개혁 등 차세대 건강보장 제도로의 도약을 위해서는 보상체계의 적정화 조치가 필요한 상황으로, 과연 “적정 수가”가 무엇인지에 대한 고민이 필요한 시점임.

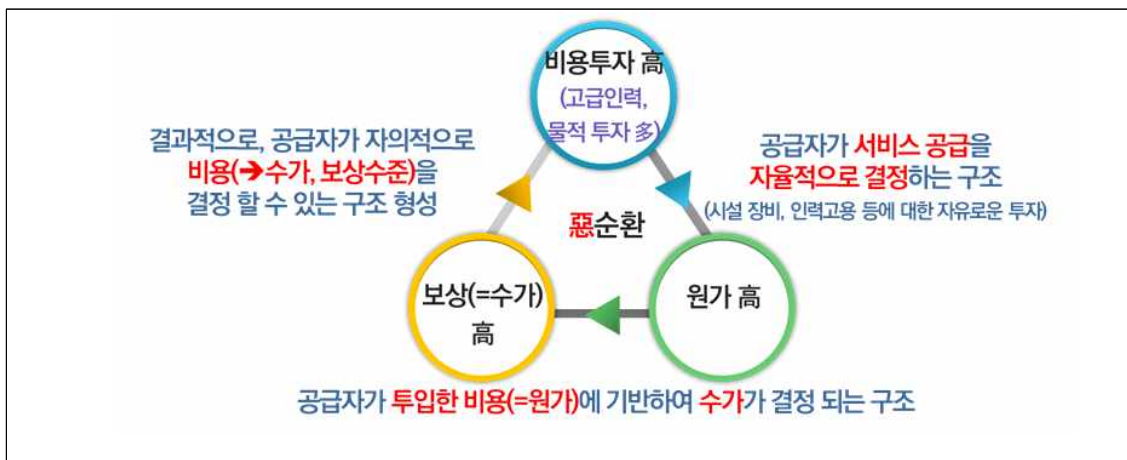
○ 그 간 적정 수가는 “원가를 보전하는 수준의 수가”라는 인식이 팽배하였음. 원가를 기준으로 한 가격산정은 “공정한 가격결정”을 위해 가장 기본적으로 통용되는 방법임.

○ 하지만, 우리나라 의료체계와 같이 공급자가 자유롭게 서비스 공급을 결정하는 구조에서는 원가 구성요소가 안정적이고 합리적이라고 볼 수 없는 한계가 존재함.

○ 즉, 공급자는 환자가 필요로 하는지, 소비자에게 도움이 되는지와는 관계없이 시설과 장비를 구입하고, 비싼 인력을 고용할 수 있으며, 결과적으로 이는 원가를 높이게 되는 원인이 됨.

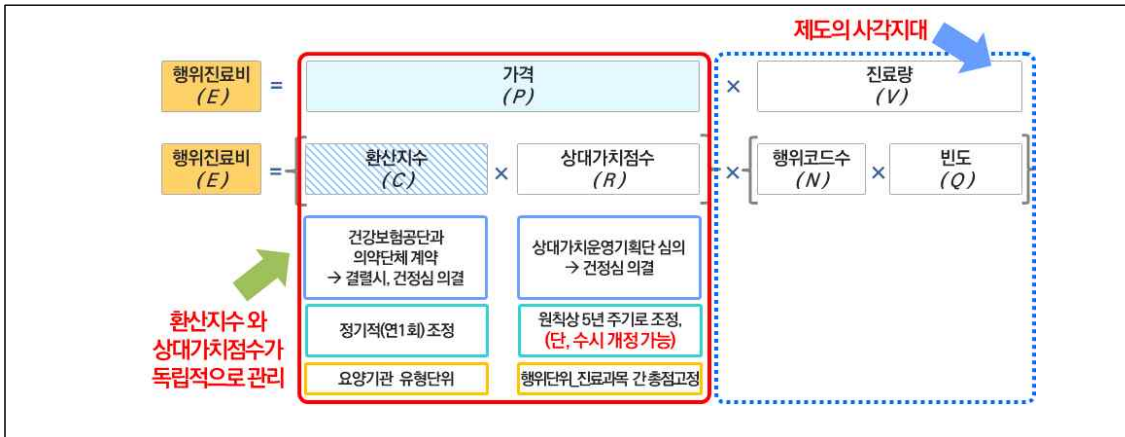
- 원가에 기반하여 수가가 결정되는 구조에서는 이와 같은 높은 원가가 결과적으로 높은 수가로 반영되게 됨.
- 결과적으로 공급자가 자의적으로 비용을 결정하고, 이러한 비용(원가)에 기반하여 수가가 결정되는 구조에서는 **공정한 가격**을 결정하는데 한계가 있을 수 밖에 없음.
- 결과적으로 원가를 반영한 적정수가를 산정하기 위해서는 “**적정 원가**”가 무엇인지에 대한 가치판단 및 사회적 합의가 필요한 상황임.
- 지금껏 “**원가수준의 수가**”라는 개념은 많은 혼란과 논란만을 야기하였음. 적정수가란 개념을 단순히 수준(level)으로 정의하는 패러다임에서 벗어나, 건강보험 제도가 추구해야 하는 목표와 연계한 개선방식으로서의 전환이 필요함.
- 즉, “**수가의 적정화**”는 높고 낮음의 문제에서 벗어나, 불필요한 진료량 증대, 비급여를 유인하는 지불제도의 개편, 왜곡된 의료전달체계의 개선과 연계하여 달성해 가는 것이 필요함.

[그림 2-3-18] 원가를 기준으로 가격산정 방식



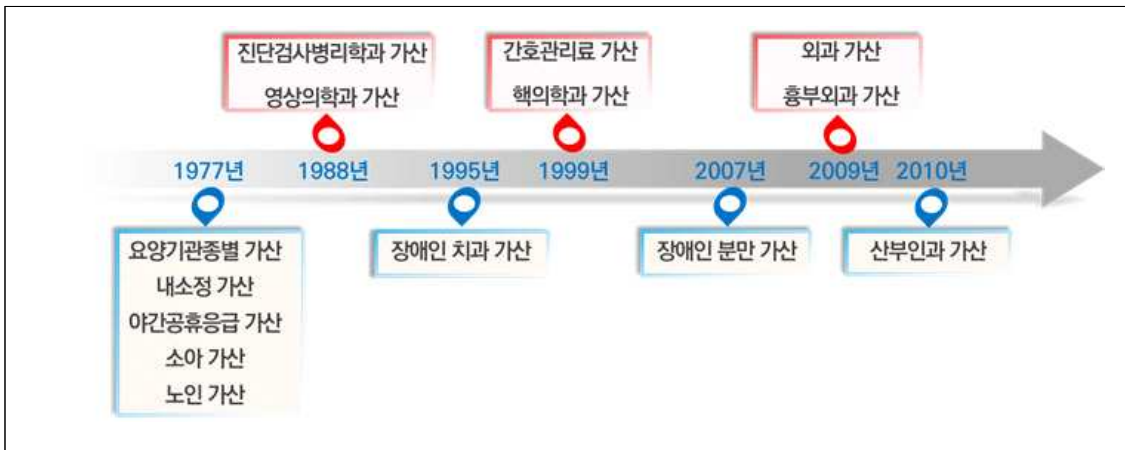
- (문제의식④ 거시적 차원의 진료비 총량 관리 기전 부재) 현재 진료비 가격관리 기전은 일부 존재하는 반면, 진료량 관리 기전은 부재한 상황임.
- (가격 관리 기전) 우리나라 진료비 가격은 상대가치점수와 환산지수를 곱하여 결정됨. 하지만 가격관리 기전인 상대가치점수와 환산지수의 경우도 독립적으로 작동하기 때문에 상호연계가 미흡한 상황임.
 - 이와 같은 이원화된 수가 결정구조는 결과적으로 거시적 차원의 총 진료비 관리 기전을 약화시키는 요인으로 작용하고 있음.

[그림 2-3-19] 건강보험 진료비 구성요인



○ 또한 진료비 수가는 재정중립 원칙을 대전제로 하지만, 총점의 고정 없이 상대가치점수를 수시로 개정 가능(진료과목간 수가 불균형 조정 항목 등)하며, 정책수요 건별 필요시마다 각종 가산제도를 도입하고 있음.

- 이는 환산지수 계약과는 별도로 진료비 규모를 확대시킬 유인으로 작동하고 있음.



○ 상대가치점수와 환산지수의 “의료제공량 억제”, “가격 통제” 기능의 한계로, 건강보험 행위 진료비 증가율 기여요인 중 가격요인(P)은 58.8%로, 41.2%는 진료량 요인(Q)에 기여하고 있음.

- (가격요인) 계약에 의해 결정되는 환산지수 요인은 56.0%로, 나머지 44.0%는 환산지수의 요인에 의해 증가함.

- 결국, 건강보험 행위 진료비 증가율 기여요인 중 관리가능한(계약에 의해 결정되는 환산지수) 영역은 32.9%에 불과함.

<표 2-3-5> 전체 진료비 증가율의 분해

| 구분 | 2011 -2012 | 2012 -2013 | 2013 -2014 | 2014 -2015 | 연평균 증가율 | 기여율 | |
|--------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|------------|-------|---------|
| | | | | | | | |
| 총지불액 | 6.2% | 8.3% | 8.6% | 5.9% | 7.3% | 100% | |
| 진료량($V=N \times \bar{Q}$) | 2.2% | 2.5% | 5.4% | 1.7% | 2.9% | 41.2% | (100.0) |
| - 행위코드수(N) | -2.2% | 1.1% | 5.2% | 2.5% | 1.6% | 22.6% | (54.8) |
| - 행위코드의 평균빈도(\bar{Q}) | 4.5% | 1.4% | 0.2% | -0.8% | 1.3% | 18.6% | (45.2) |
| 평균가격($P=\bar{R} \times C$) | 3.8% | 5.7% | 3.0% | 4.2% | 4.2% | 58.8% | (100.0) |
| - 환산지수(C) | 2.2% | 2.4% | 2.4% | 2.3% | 2.3% | 32.9% | (56.0) |
| - 가중평균상대가치점수 등(\bar{R}) | 1.6% | 3.2% | 0.6% | 1.9% | 1.8% | 25.9% | (44.0) |

자료: 경희대(2017), 2018년 유형별 환산지수 연구

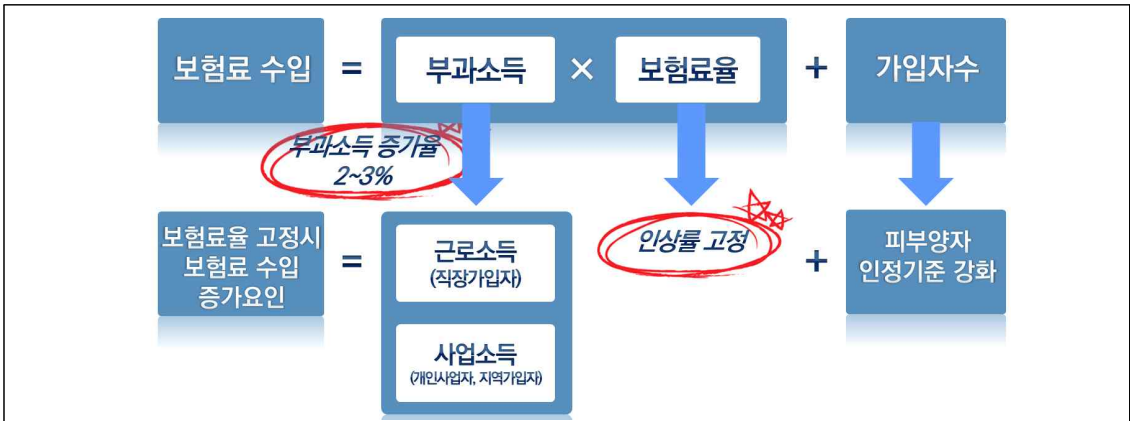
1) 세부추진계획 ④-1: 보장성 강화와 연계한 적정부담 계획 수립

□ (실행전략① 보장성 강화와 연계한 적정부담에 대한 장기적인 원칙과 방향성 수립) 보장성 확대는 기본적으로 보험료, 세금 등 국민부담의 증가를 전제로 이루어지는 구조로, 보장성 확대와 추가부담 및 추가혜택 간의 균형, 보장성 확대의 우선순위, 보장성 확대와 적정이용 등에 대한 장기적인 원칙과 방향성을 수립하는 것이 필요함.

| 적정수준(범위, 속도 등) | 우선순위 | 사후관리 |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 보장성 확대 요구와 국민의 추가부담 간 균형 설정 | 한정된 재원을 고려하여 보장성 확대가 필요한 우선순위 영역을 설정 | 보장성 정책과 불필요한 의료이용을 방지하는 적정 의료이용 보장 간 균형 설정 |
| ▼ | ▼ | ▼ |
| 보험료율의 법적상한선 도달에 대응하여 적정 보험료율 수준, 인상률, 인상 속도 등에 대한 선제적 논의 필요 | 생명과 직결된 서비스가 남아있는 상황에서 예방서비스 등의 급여화 필요성에 대한 사회적 합의 필요 | 보장성 확대가 불필요한 의료남용으로 이어지지 않도록 국민의 책무성을 강화하는 방향에 대한 논의 필요 |

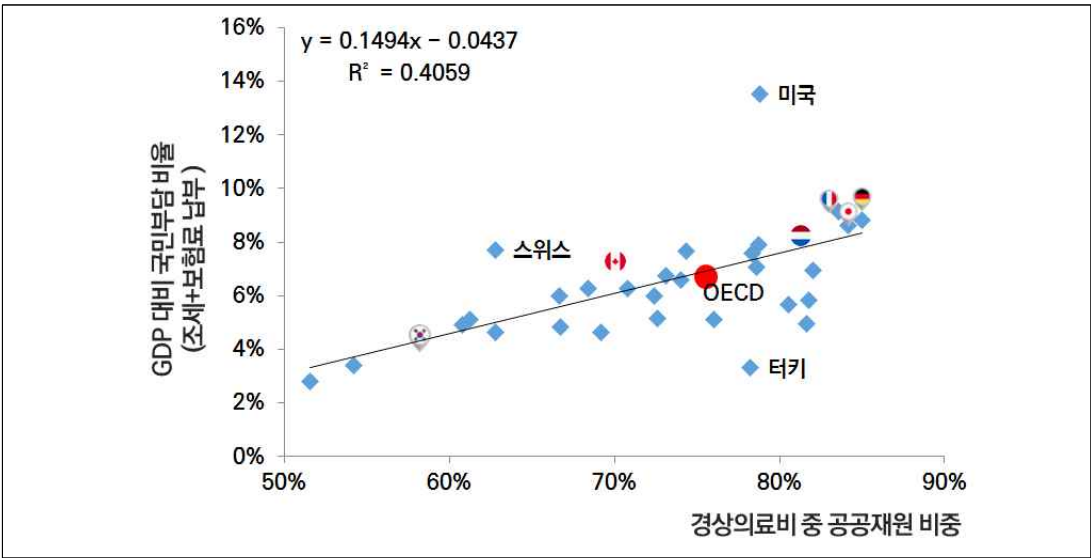
○ 특히, 새로운 법적 상한률 개정을 둘러싸고 보장성 확대, 지출관리, 재원조달 등 의료보장 제도 전반에 대한 개혁 및 새로운 제도 설계에 대한 논의가 본격화될 것으로 예측됨에 따라 이에 대한 선제적 논의 및 대응책 마련이 필요한 상황임.

- 극단적으로 보험료율 상한을 못 올리게 된다면, 보험료 수입은 부과소득 곱하기 보험료율이므로 보험료율이 고정되면서 부과소득 증가율 만큼만 수입이 늘어나게 되는 구조임.
- 결국은 진료비 지출증가가 부과소득 증가율인 연간 2-3%내에서 이루어져야 하는 상황으로, 지속가능한 진료비 지출 증가율이라는 것은 언젠가는 보험료율을 더 올리지 못하는 상황이 되면 부과소득 증가율 범위에서 지출이 이루어져야 지속가능하게 되는 구조에 직면하게 됨.



< (참고) OECD 국가와 비교한 우리나라 적정 보장률-적정 부담 설정 검토 예시 >

□ OECD 국가의 현행 보장률과 국민부담 비율관의 관계를 살펴보면 다음과 같음.



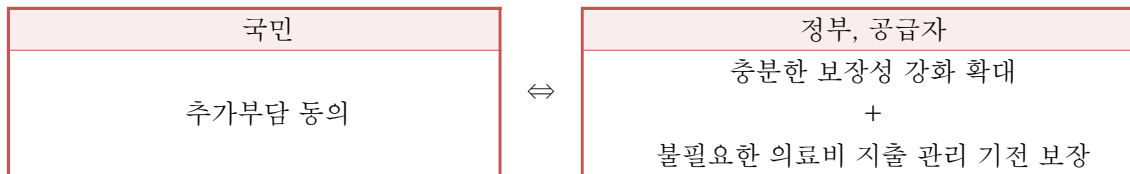
□ OECD 35개 국가의 평균을 활용하여 우리나라 공공재원 비율이 현재 58.2% 수준에서 70%, 75%(OECD 평균), 80%까지 확대되기 위해서 필요한 국민의 추가 부담 비율을 산출해 봄.

| 경상의료비 중 공공재원 비중 (국고+보험료) | GDP 대비 국민부담 비중 (조세+보험료 부담) | 추가부담률 (GDP 대비 조세+보험료 부담률) |
|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| 58.2%(2017년 기준) | 4.4%(2017년 기준) | - |
| 70% | 6.1% | 1.7%p |
| 75% | 6.8% | 2.4%p |
| 80% | 7.6% | 3.2%p |

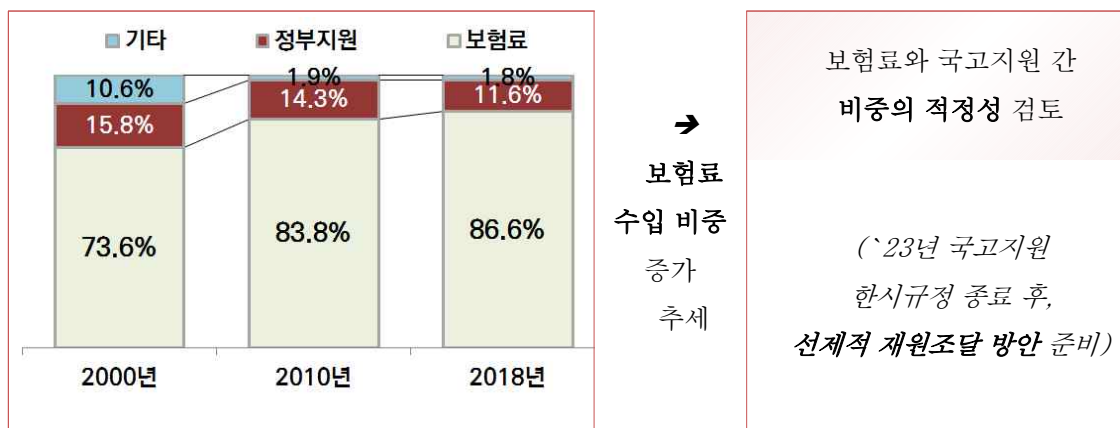
□ (실행전략② 적정 보험료율 및 국고지원 수준 논의) 보장성 강화 로드맵에 대응해 **보장성 강화**와 연동하여 건강보험료 인상, 부과체계 개편, 국가책임 강화(국고지원 확대 등)가 단계적으로 추진되는 적정급여-적정부담에 대한 중장기 계획 수립이 필요함.

○ (적정 보험료율 논의) 안정적인 보험료 수입 확보, 지속가능한 의료보장 재정을 위해 **적정 보험료율에 대한 사회적 논의**가 필요함.

- (보험료율 법정상한) 특히, 매년 보험료율이 3.2%씩 인상될 경우, '25년에는 8%에 도달할 것으로 전망됨에 법적상한률(8%) 조정이 필요한데, 이에 대한 **국민적, 국가적 차원의 합의**가 필요한 상황임.



○ (보험료와 국고지원 간 비중의 적정성) 보험료율 인상에 따라 의료보장 제도에 대한 **국민의 부담**은 지속적으로 증가하는 반면, 보장성 강화, 노인 의료비 증가 등 **지출 증가요인**은 산적함에 따라 의료보장 재원에서 **보험료 수입과 국가재정 간 적절한 부담비율** 설정 논의가 필요한 상황임.



| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------|
| 보험료 특징 명확한 사용목적, 미래 받을 수 있는 혜택으로 인식 + 사용자 부담으로 경제 및 고용에 영향 高 | VS | 조세 특징 누진적(소득 재분배 효과 高) 성격, 부담의 형평성 + 다른 분야와 예산 경합 문제 |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------|

- (선행국 사례) 독일, 프랑스 등 선협국에서도 보험료율 인상에 따른 국민, 기업의 부담 증대로 보험료율을 고정시킨 재정운동을 방안을 모색하고 있는 사례들을 참고하여 적정부담 수준 및 부담 방식을 논의하는 것이 필요할 것임.

< (참고) 선협국 사례 >

□ 독일은 1970년 8.2%였던 보험료율이 2011년 15.5%까지 증가하면서 2014년까지 보험료율을 동결시켰으며, 2015년부터 현재까지는 보험료율을 14.6%로 인하하여 동결 시키고 있는 상황

- 이와 같이 독일은 보험료율을 약 10년간 동결시키면서 건강보험 재정의 지속가능한 증가율 (Sustainable Growth Rate)을 국가의 기본 임금 소득 인상률(Basic Wage Rate)로 고정시켜 놓고 건강보험 재정을 운영하고 있는 상황



□ 일본은 2008년 후기고령 의료보험 제도를 도입한 이후, 건강보험 재정이 급속도로 악화

- 과거 건강보험제도는 국민, 기업과위 재정분담을 통해 국가재정에 큰 부담을 주지 않으면서 의료복지 구현에 기여하는 고마운 제도였으나, 현재는 보험료 인상에 따른 국민 저항, 기업의 경제성장 걸림돌, 적자 조합의 증가에 따른 국가재정 부담 증대 등의 위기에 봉착되어 있는 상황



2) 세부추진계획 [4]-2: 보장성 강화와 연계한 적정보상 실현

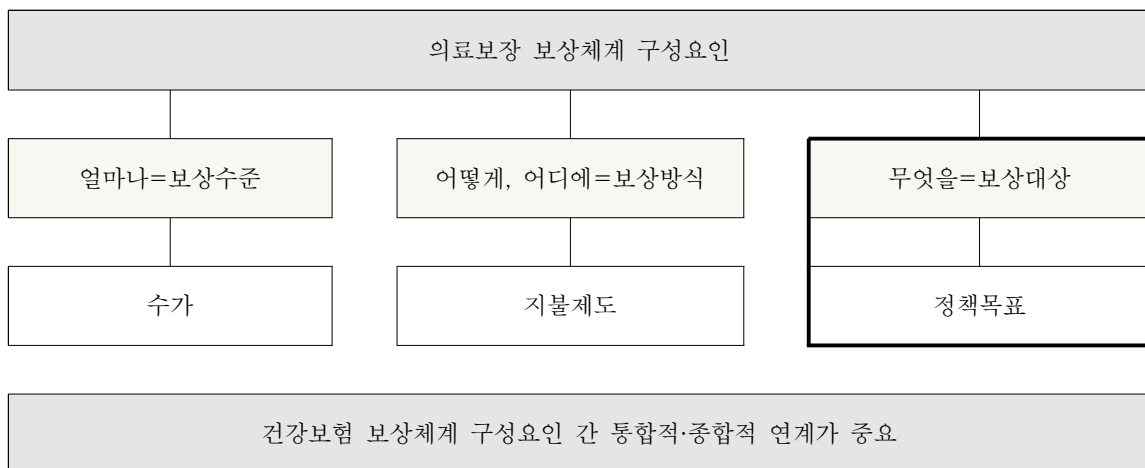
□ (실행전략① 보상체계 구성요인 간 통합적·종합적 연계) 그 간 의료보장 보상체계에 대해서는 수가수준, 지불방식, 전달체계 등이 혼재되어 논의되어 왔으므로, 한국형 건강보험 보상체계의 “개념과 목표”를 재정립하는 과정이 필요함.

○ 의료보장 보상체계는 1) 얼마나 보상할 것인가, 2) 어떤 방법으로 어디에 보상할 것인가, 그리고 3) 무엇을 보상할 것인가의 세 가지 측면에서 종합적으로 논의가 필요함. 이 때, 보상수준은 “수가”를, 보상방식은 “지불제도”를, 그리고 보상대상은 “정책목표”를 의미함.

○ 즉, 보상체계라는 큰 틀에서 수가, 지불제도, 정책목표의 개선은 본질적으로 논의되어서는 안 되며, 종합적 논의를 통해 연계적으로 추진되는 것이 중요함.

－ 하지만 그 간, 보상체계는 수가(얼마나)와 지불제도(어떻게) 측면에서만 집중적으로 논의가 됨. 얼마나, 어떻게 보상할 것인가에 집중되었던 논의의 틀을 “보상대상(무엇에 보상할 것)”까지 확장하여 논의를 진행해 가는 것이 필요함.

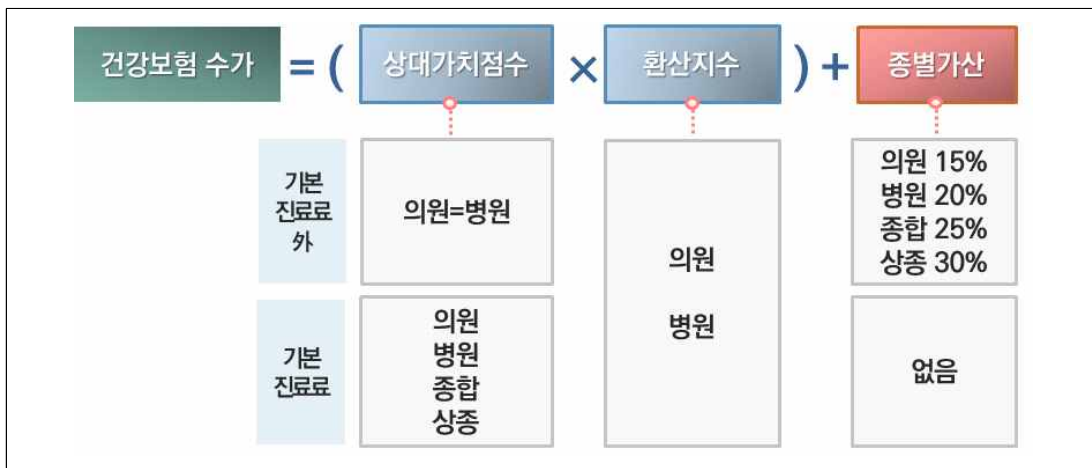
[그림 2-3-20] 의료보장 보상체계의 구성요인



○ 현재, 수가, 지불제도는 구조적 형태에 따라 획일적으로 적용되고 있는 상황 **향후 환자니즈와 연계된 서비스 모형 개발** 등을 통해 수가, 지불제도를 정책목표 중심으로 **다양화**해 가는 과정이 필요함.

－ 즉, 적정수가란 개념을 단순히 **수준(level)**으로 정의하는 **패러다임**에서 벗어나, **보건의료** 제도가 추구해야 하는 **목표와 연계한 개선방식**으로의 전환이 필요함.

- 특히, 환산지수, 상대가치점수, 종별가산, 정책가산, 그리고 의료전달체계 등 관련 정책들이 분절적으로 운영되던 방식에서 벗어나 동일한 정책방향성을 가지고 통합적으로 연계될 수 있는 체계를 마련하는 것이 필요한 시점임.
- － 건강보험 수가는 환산지수, 상대가치점수, 종별가산, 기본진료료 각각의 적용 단위가 상이한 상태로 상호 간 복잡하게 얽혀있는 구조며, 이는 궁극적으로 의료전달체계 개편과도 밀접하게 연관되어 있음.



- 적정 보상체계 구축은 건강보험 수가 결정요인 한가지만으로는 해결될 수 없으며, 전체 건강보험 수가 구성요소 들을 동일한 방향성을 가지고 전체적으로 개편하는 것이 필요함.
- － 또한, 이는 건강보험 수가라는 재정적 요인 뿐만 아니라, 의료기관 기능 개편이라는 기능적·구조적 개편과 동시에 진행하는 것이 필요함.



< (참고) 의원-병원 수가역전현상에 따른 수가체계의 혼란 가중 우려 >

□ 의원- 병원 간 수가역전현상이 심화될 경우, 현행 환산지수 결정구조의 개선 요구가 폭발할 가능성이 존재함.

○ 최근 10년 간의 추세를 반영할 경우 2021년부터 종별가산율을 적용한 의원의 수가 상급종합병원 보다 더 높아지는 상황

| 구분 | | 환산지수 | | 종별가산율적용 환산지수 | | | |
|-------------|------|------|------|-----------------|---------------|-------------|-------------|
| | | 병원 | 의원 | 상급종합병원 (30%) | 종합병원 (25%) | 병원 (20%) | 의원 (15%) |
| 실 제 치 | 2008 | 62.2 | 62.1 | 80.9 | 77.8 | 74.6 | 71.4 |
| | 2009 | 63.4 | 63.4 | 82.4 | 79.3 | 76.1 | 72.9 |
| | 2010 | 64.3 | 65.3 | 83.6 | 80.4 | 77.2 | 75.1 |
| | 2011 | 64.9 | 66.6 | 84.4 | 81.1 | 77.9 | 76.6 |
| | 2012 | 66.0 | 68.5 | 85.8 | 82.5 | 79.2 | 78.8 |
| | 2013 | 67.5 | 70.1 | 87.8 | 84.4 | 81.0 | 80.6 |
| | 2014 | 68.8 | 72.2 | 89.4 | 86.0 | 82.6 | 83.0 |
| | 2015 | 70.0 | 74.4 | 91.0 | 87.5 | 84.0 | 85.6 |
| | 2016 | 71.0 | 76.6 | 92.3 | 88.8 | 85.2 | 88.1 |
| | 2017 | 72.3 | 79.0 | 94.0 | 90.4 | 86.8 | 90.9 |
| 예 측 치 | 2018 | 73.5 | 81.4 | 95.6 | 91.9 | 88.2 | 93.6 |
| | 2019 | 74.9 | 83.4 | 97.4 | 93.6 | 89.9 | 95.9 |
| | 2020 | 76.2 | 85.7 | 99.0 | 95.2 | 91.4 | 98.5 |
| | 2021 | 77.5 | 88.0 | 100.7 | 96.8 | 93.0 | 101.2 |
| | 2022 | 78.8 | 90.4 | 102.4 | 98.5 | 94.6 | 103.9 |
| | 2023 | 80.1 | 92.8 | 104.2 | 100.2 | 96.2 | 106.8 |
| | 2024 | 81.5 | 95.4 | 106.0 | 101.9 | 97.8 | 109.7 |

의원-병원 간
종별가산을 적용 수가 역전

의원-종합병원 간
종별가산을 적용 수가 역전

의원-상급종합병원 간
종별가산을 적용 수가 역전



의원-병원 간
종별가산율 적용 수가 역전

의원-종합병원 간
종별가산율 적용 수가 역전

의원-상급종합병원 간
종별가산율 적용 수가 역전

○ 2019년 부터 의원의 외래 초진료가 15730원으로 병원의 15640원 보다 90원 더 높아질 것으로 예측

| 구분 | 초진 진찰료 상대가치점수 | | | 2019년 환산지수 | 진찰료 | 재진 진찰료 상대가치점수 | | | 2019년 환산지수 | 진찰료 |
|----|---------------|-----------|---------|---------------|-------|---------------|-----------|---------|---------------|-------|
| | 기본 진찰료 | 외래 관리료 | 합계 A | | | 기본 진찰료 | 외래 관리료 | 합계 A | | |
| 의원 | 155.57 | 32.54 | 188.11 | 83.6 | 15730 | 98.03 | 36.44 | 134.47 | 83.6 | 11240 |
| 병원 | 155.57 | 53.29 | 208.86 | 74.9 | 15640 | 98.03 | 53.34 | 151.37 | 74.9 | 11340 |
| 종합 | 155.57 | 76.76 | 232.33 | 74.9 | 17400 | 98.03 | 76.81 | 174.84 | 74.9 | 13100 |
| 상종 | 155.57 | 100.22 | 255.79 | 74.9 | 19160 | 98.03 | 76.81 | 198.31 | 74.9 | 14850 |

의원-병원 간
초진료 역전현상 시작

□ (실행전략② 국민이 체감하는 질 향상과 연계한 적정보상 추진) 비급여의 급여화 등 보장성 강화, 의료전달체계 개선 등과 연계한 적정보상 추진 시, 국가는 물론이고 국민도 추가적인 재정 투입이 불가피함.

비급여의 급여화, 의료전달체계 개선 등과 연계한 적정수가 추진 시, 국가는 물론이고 국민도 추가적인 재정투입이 불가피

국민은 추가적 재정투입이 실제로 나한테 얼마나 도움을 주었는지, 확인하고 싶은 마음이 존재
(의료비 부담이 줄었는지, 의료의 질이 좋아졌는지 등)

적정수가(→추가적 재정투입)가 반드시 의료의 질 향상을 담보하는 것은 아님

- 이 때 국민 입장에서는 이러한 추가적 재정투입이 실제로 나한테 얼마나 도움을 주었는지, 즉 의료비 부담이 적어졌는지, 그리고 의료의 질이 좋아졌는지에 대해 확인하고 싶은 마음이 존재한다고 볼 수 있음.
- 적정수가(=추가적 재정투입)가 반드시 의료의 질 향상을 담보하는 것은 아님에 따라 적정수가로의 전환 시 질 향상에 대한 평가를 명확하게 하고, 더 질 좋은 서비스를 제공하는 공급자에게 인센티브를 지급하는 구조를 마련해 나가는 것이 필요함.
- 의료의 질 향상 없는 의료비 지출 증가만으로는 국민의 의료이용 만족도, 삶의 질 개선을 전인하는 것의 한계에 직면할 수 밖에 없을 것임.
- 실제로 우리나라는 일부 OECD 국가와 비교시 환자경험 성과(의료의 질)가 매우 낮은 상태였임. 결국 적정보상으로의 개선은 국민이 체감하는 의료의 질 향상, 만족도 향상을 보장하는 것을 통해 국민이 추가로 더 부담하는 것에 합의해 가는 과정을 통해 실현될 수 있을 것임.



제 4 장

건강증진·질병관리

제1절 건강증진·질병관리 개괄

제2절 추진방향 ①: 지역사회 건강증진 역량강화

제3절 추진방향 ②: 검진 사후관리 강화

제4절 추진방향 ③: 건강위해요인의 적극적 관리

제5절 추진방향 ④: 보건의료 취약계층 건강관리

제6절 추진방향 ⑤: 정신건강 예방 및 관리 서비스 강화

제7절 추진방향 ⑥: 신속하고 효과적인 질병대응체계 구축

제8절 추진방향 ⑦: 환경보건 측면의 건강위해요인 대응체계
구축

제9절 추진방향 ⑧: 범부처 연계 사전예방체계 구축

4

건강증진·질병관리 <

제1절 건강증진·질병관리 개괄

| | | | |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 정책목표 | 예방적 건강관리 및 건강생활 실천 | | |
| 추진방향① | ① 지역사회 건강증진 역량강화 | | |
| 추진과제 | ①-1 보건소 중심의 지역사회 건강증진 역량 강화 | ①-2 지역보건기관의 건강증진사업 수행역량 및 인프라 강화 | ①-3 대상자 중심의 통합적 서비스 제공역량 강화 |
| 실행전략 (추진계획) | ① 보건소의 지역보건 총괄기관으로서의 역할·위상 강화 ② 보건소 업무 표준화 및 핵심기능 재구조화 ③ 지역사회 내의 주민맞춤형 찾아가는 서비스 강화 | ① 보건소 정규인력 확충을 통한 건강증진사업 수행역량 강화 ② 건강생활지원센터 중심의 소지역 단위 건강관리체계 구축 ③ 보건진료소의 건강증진 기능 확대 | ① 보건정보시스템 연계를 통한 통합적 서비스 지원체계 구축 ② 지역 건강향상을 위한 협의체 구성 ③ 보건소 건강증진사업 통합·연계 수행을 위한 Team의 구성 |
| 추진방향② | ② 검진 사후관리 강화 | | |
| 추진과제 | ②-1 국가건강검진 사후관리체계 강화 | ②-2 수요자 중심의 효과적인 건강검진체계 구축 | |
| 실행전략 (추진계획) | ① 병의원을 통한 확진검사 확대 ② 건강관리서비스 활성화 추진 ③ 지역사회 건강서비스 연계 강화 ④ 인센티브 제공을 통한 사후관리를 제공 방안 마련 ⑤ 건강증진기금 활용의 적절성 제고 | | ① 국가건강검진서비스에 대한 접근성 제고 ② 건강행태 조기개선을 위한 상담서비스 확대 ③ 검진정보 플랫폼을 활용한 개인건강서비스 지원 ④ 검진기관의 금연치료 참여 확대 |
| 추진방향③ | ③ 건강위해 요인의 적극적 관리 | | |
| 추진과제 | ③-1 건강생활실천을 위한 지원 강화 | ③-2 건강위해요인 관리를 위한 규제 강화 | |
| 실행전략 (추진계획) | ① 생애주기별 맞춤형 흡연예방사업 ② 일반흡연자 금연지원 및 고도흡연자 금연치료 강화 ③ 고위험 음주예방을 위한 조기선별 및 개입 ④ 음주폐해에 대한 인식 개선 및 정보 제공 ⑤ 생애주기별 생활터 중심 신체활동증진 프로그램 강화 ⑥ 건강식생활실천 국민 인식 제고 ⑦ 맞춤형 영양관리 서비스 지원 강화 ⑧ 지역사회 주민 구강보건을 위한 서비스 지원 강화 | | ① 비가격 금연정책 추진 강화 ② 주류접근성 최소화를 위한 환경 개선 ③ 비만 유발 환경 개선 ④ 건강한 식품 선택 환경 조성 ⑤ 건강위해요인에 대한 가격정책 강화 고려 |
| 추진방향④ | ④ 보건의료 취약계층 건강관리 | | |
| 추진과제 | ④-1 포괄적 건강평가에 기반을 둔 맞춤형 노인 건강 예방 및 관리서비스 제공 | ④-2 장애인의 사회통합을 위한 지역사회 중심 재활서비스 제공역량 강화 | |
| 실행전략 (추진계획) | ① 지역사회 거주 노인 대상 포괄적 건강 평가 ② 지역사회 중심의 통합적 노쇠 예방 및 관리 모형 개발 및 운영 | ① 지역사회 중심 재활서비스 제공 인력 확보 및 역량 강화 ② 지역 맞춤형 지역사회 중심 재활서비스 제공 모형 구축 및 운영 | |

| | | | | |
|----------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 정책목표 | 정신 건강·자살 예방 관리체계 강화 | | | |
| 추진방향⑤ | ⑤ 정신건강관리서비스 강화 | | | |
| 추진과제 | ⑤-1 정신건강서비스 접근성 제고 | ⑤-2 정신건강서비스 제공 효과성 제고 | ⑤-3 수요자 중심의 회복지향적 정신건강서비스 제공 | ⑤-4 근거기반 정신건강 및 자살예방 관리체계 구축 |
| 실행전략 (추진계획) | ① 정신건강서비스에 대한 인식 제고 ② 정신건강서비스 인프라 확충 ③ 정신건강정책 거버넌스 강화 | ① 정신건강서비스 제공 인력 역량 강화 및 보호 ② 정신건강서비스 제공주체 간 연계 강화 ③ 정신건강서비스 제공주체와 유관 자원간 협력 및 연계 강화 | ① 성별, 생애주기별 정신건강서비스 제공 강화 ② 정신건강 문제에 따른 지역사회 정신건강서비스 제공 ③ 중증정신질환 및 중독 환자 옹호 및 사회참여 | ① 근거기반 자살예방 관리체계 구축 ② 정신건강서비스 전산망 통합 및 연계 개선 |

| | | | |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 정책목표 | 질병 예방·관리를 통한 국민건강 증진 | | |
| 추진방향⑥ | ⑥ 신속하고 효과적인 질병대응체계 구축 | | |
| 추진과제 | ⑥-1 급성기 응급질환 대응을 위한 촘촘한 안전망 구축 | ⑥-2 감염병 관리 역량 강화와 환자안전 증진 | ⑥-2 감염병 관리 역량 강화와 환자안전 증진 |
| 실행전략 (추진계획) | ① 응급의료체계 강화 및 외상센터의 역량 강화 ② 중앙-권역-지역 심뇌혈관질환센터로 안전망 구축 ③ 골든타임 내 환자 이송·전원을 위한 협력체계 구축 | ① 의료관련감염·환자안전 관리 역량 강화 | ① 제2의 메르스 방지를 위한 감염병 대응 역량 강화 ② 다분야 합동 공중보건위기 대응체계 구축 One-Health+ |
| 추진방향⑦ | ⑦ 환경보건 측면의 건강위해요인 대응체계 구축 | | |

| | | | | |
|----------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 추진과제 | ⑦-1 기후변화로 인한 건강영향 모니터링 | ⑦-2 기후변화 건강피해 예방 및 취약계층 보호 | ⑦-3 미세먼지 등 대기오염에 의한 건강영향 분석 및 민감계층 보호 강화 | ⑦-4 건강하고 지속가능한 환경을 위한 Health in All Policies 전략 수립 |
| 실행전략 (추진계획) | ① 기후변화 건강 감시망 체계 운영 ② 기후변화 건강영향 예측 및 취약성 평가체계 구축 | ① 건강 적응정책의 (복지부와 환경부의) 공동편의 강화 ② 기후변화 취약계층 보호를 위한 관리망 운영 ③ 맞춤형 기후변화 적응 교육·홍보 프로그램 개발·운영 | ① 미세먼지 등 대기오염으로 인한 건강영향 모니터링 ② 미세먼지 대비 민감계층 보호 강화 | ① 기후변화-미세먼지 건강영향 총괄 부서 기능 강화 ② 환경정의 (environmental justice) 측면의 국민건강 보호 전략 수립 |

| | | | | | |
|-------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 추진방향[8] | [8] 범부처 연계 사전예방체계 구축 | | | | |
| 추진과제 | [8]-1 식품안전: 식중독 예방 및 관리 | [8]-2 근로자보건: 근로자 건강증진활동 활성화 | [8]-3 학교보건: 학생의 건강행태 및 건강상태의 개선 | [8]-4 건강영향평가: 건강영향평가제도의 실효성 증대 | [8]-5 국민건강 관련 범부처 종합대책 마련을 위한 관계부처 회의 추진 |
| 실행전략 (추진계획) | ① 범정부 차원의 협업을 통한 사전 예방적 안전관리 강화 ② 식중독 예방 홍보·교육 사업 운영을 위한 관계 부처 협력 | ① 근로자 건강증진사업 운영을 위한 관계 부처 간 소통 체계 마련 | ① 학생의 건강행태 및 건강상태의 개선을 위한 전략 공유 | ① 건강영향평가 범위 확대 및 평가도구 개선 ② 건강영향평가의 제도화를 위한 정부의 역할 강화 ③ 건강영향평가 대상항목에 대한 재량권 부여 역할 강화 ④ 건강영향평가에 대한 인식 개선 | ① 관계부처간 협의 활성화 |

가. 현황 및 문제점

□ (문제의식① 지역사회 건강관리 역량 강화 필요) 고령화 지속, 질병구조 변화에 따라 주민의 건강관리 요구가 다양화되고 있음에도 이에 대응하기 위한 지역사회 건강관리 역량은 취약한 실정에 있음.

○ 지역보건의료전달체계가 명확하게 정립되지 않음에 따라 공공보건 인프라의 부족, 서비스의 분절적인 운영, 수요자 중심의 서비스 연계·제공과 사각지대 발굴의 어려움 등의 문제를 증가시킴.

□ (문제의식② 일상생활에서의 예방·건강관리체계 요구 증대) 질병구조의 변화에 따라 만성질환으로 인한 질병부담이 증가하고 있으며, 이와 동시에 수요자 중심의 맞춤형 건강관리서비스에 대한 요구가 증가하고 있음.

○ 그럼에도 건강위해요인에 대한 관리·규제와 건강생활실천을 위한 환경조성과 지원을 강화하기 위한 노력은 여전히 부족한 실정임.

□ (문제의식③ 보건의료 취약계층에 대한 지역사회 건강관리의 중요성 증대) 노인과 장애인의 건강관리에 있어 시설이나 의료기관이 아닌 지역사회 중심의 건강증진 및 관리에 대한 필요성이 강조되고 있음.

□ (문제의식④ 국민 정신건강 요구 증대) 낮은 행복지수, 높은 스트레스 등으로 정신 건강문제가 증가하고 있으며 정신건강증진에 대한 중요성이 강조되고 있음.

- 정신건강 문제에 대한 부정적 인식, 관련 인프라의 취약성, 분절적인 서비스 제공체계 등의 문제가 남아있고, 개별 부처의 분절적인 대응체계로 인해 통합적인 지원이 이루어지지 않고 있음.
- (문제의식⑤ 질병대응체계 구축의 필요) 응급·외상·심뇌혈관질환 환자 등에 대한 필수 의료서비스 공급이 불충분하며, 의료 인프라의 지역 불균형으로 인해 필수의료에 대한 접근성 지역 격차가 심각해지고 있음.
- 지역사회에서의 퇴원환자나 만성질환자에 대한 지속적인 관리체계가 미흡한 반면, 환자 중심의 케어 연속성(continuum of care) 확보의 중요성이 증가하고 있음.
- (문제의식⑥ 기후변화로 인한 피해와 적응대책에 대한 국민 요구 증가) 폭염과 열대야 등의 이상기후 발생과 이로 인한 질병 및 건강피해가 증가할 것으로 전망됨.
- 건강 위협요인이 다양화되고 관련 피해가 확산되고 있음에도 정부 부처 간 분절적 대응 등으로 인해 위기대응체계가 마련되지 않고 있음.

나. 세부실천목표

- 첫째, 지역사회의 건강관리 역량 강화 방안을 마련함. 지역보건의료기관의 기능을 재정립함으로써 공공보건 인프라를 확충하고, 보건의료 전달체계를 확립함. 보건정보시스템을 연계함으로써 대상자 중심의 통합 관리와 기관 간 정보 공유를 지원함.
- 둘째, 국가건강검진 효과성을 강화하고, 국가건강검진과 건강관리 간 연계성을 강화함.
- 셋째, 국민의 건강생활실천을 제고를 위한 맞춤형 지원 강화하고, 건강위해요인 관리를 위한 규제를 강화함.
- 넷째, 노인 및 장애인 등 취약계층의 건강관리를 위해 맞춤형 예방서비스 제공을 지원하고 지역사회 중심 서비스 제공역량을 강화함.
- 다섯째, 정신건강서비스 제공에 대한 국가의 책임성을 제고하고, 근거에 기반한 수요자 중심의 정신건강 서비스 제공 패러다임을 구축함.
- 여섯째, 권역/지역 책임의료체계 구축으로 질병에 대한 신속하고 효과적인 대응을 강화함.
- 일곱째, 기후변화와 미세먼지 등 대기오염 등으로 인한 건강피해 관리 및 예방을 위한 대응체

계를 구축함.

- 여덟째, 타부처 협력을 강화함으로써 식품안전·근로자보건·학교보건 사전예방계를 구축함.

다. 주요 추진과제

- (주요 추진과제① 지역사회 건강증진 역량 강화) 지역 보건의료기관의 기능과 업무를 재정립함으로써 공공보건 인프라 확충과 지역보건서비스 제공의 효율성을 제고함.
- 지역 내 유관기관들 간의 정보시스템 연계를 통해 보건서비스 사각지대를 발굴하고, 수요자 중심의 통합적 서비스 제공이 가능하도록 지원함.
- (주요 추진과제② 검진 사후관리 강화) 검진서비스 이용, 확진검사 및 상담에 대한 접근성을 높이고, 지역사회 내에서 사후관리 기능을 지원할 수 있도록 건강서비스의 연계 강화 및 인센티브 제공, 수요자 중심의 건강검진체계 구축 등의 방안을 마련함.
- (주요 추진과제③ 건강위해요인의 적극적 관리) 건강생활실천율 제고를 위해 생애주기별·생활터 중심의 맞춤형 서비스 지원, 전국민 홍보 등을 강화함. 건강위해요인 관리 및 건강생활환경 조성을 위해 관련 규제를 강화함.
- (주요 추진과제④ 보건의료 취약계층 건강관리) 지역사회 내에서 노인 및 장애인에 대한 건강관리 역량을 강화할 수 있도록 포괄적 건강평가 실시, 노쇠 예방교육, 지역사회 중심 재활서비스 제공, 유관자원 간 연계체계 구축 등을 지원함.
- (주요 추진과제⑤ 정신건강 관리서비스 강화) 정신건강에 대한 인식 개선, 서비스 제공 시설 및 인력의 확대를 통해 심리적·물리적 접근성을 높이고, 유관자원 간 서비스 연계 강화·전산망 통합을 통해 수요자 중심의 정신건강 서비스 제공의 효과성을 높임.
- (주요 추진과제⑥ 신속하고 효과적인 질병 대응체계 구축) 필수의료 접근성 제공을 위해 공공-민간 협력체계를 구축하고, 권역-지역-기초 간 보건의료 협력체계를 구축함. 환자 퇴원 이후의 관리체계를 구축함으로써 환자 중심의 케어 연속성을 확보함.
- (주요 추진과제⑦ 건강위해요인 관리를 통한 사전예방체계 마련) 기후변화, 미세먼지 등 대기 오염으로 인한 건강영향 평가체계를 구축하고, 건강피해 예방과 취약계층에 대한 보호를 강화함.
- (주요 추진과제⑧ 타부처 협력을 통한 사전예방체계 구축) 식품안전, 근로자보건, 학교보건 향상을 위해 유관부처 간 협력을 강화하고, 정책 및 사업 간 연계를 통해 사전예방체계를 강화함.

제2절 추진방향 ①: 지역사회 건강증진 역량강화⁹⁶⁾

가. 추진배경 및 주요 문제의식

□ (문제의식① 지역사회 건강증진사업의 관리체계 부재)

- (건강증진사업의 분절적·분산적 운영) 건강증진사업의 주체와 기관이 저마다 다르고, 중앙 단위, 시도 단위, 시군구 보건소 단위의 건강관리 관련 정책과 사업이 유기적인 연계 없이 각각 개별적으로 이루어져 왔음.
 - － 보건복지부 산하에서 이루어지는 「국민건강증진종합계획」, 「심뇌혈관질환종합대책」, 시·군·구 보건소에서 운영되는 「지역사회 통합건강증진사업」, 국민건강보험공단의 「건강검진사업 및 사후관리 프로그램」 등은 정책이나 사업 간 유기적인 연계가 거의 없이 이루어져 왔음.
- (지역사회 보건의료전달체계 개선 요구) 보건소 업무 효율화를 위한 기능개편, 지역보건의료기관별 업무분장 정립을 통한 역할의 명확화가 요구되고 있음.
- (자원의 중복문제 및 사각지대 해소를 위한 연계와 조정 미약) 건강증진 및 질병 예방을 위한 공공부문에서의 서비스도 각 사업별로 운영되어 자원의 중복과 사각지대 발생, 보건의료인력 활용의 비효율을 초래해왔음.
 - － 건강증진 서비스와 건강검진의 연계 미비, 지역 내에 복지·요양서비스, 관련 민간기관의 활용 부족과 네트워크 미흡 등이 문제로 지적되어 옴.

□ (문제의식② 지역사회 주민 건강관리 역량 미흡)

- (보건소 진료기능의 축소와 건강증진 강화 요구 증대) 고령화의 지속, 질병 구조의 변화에 따라 주민의 건강문제와 요구가 다양화되고 있음. 이에 따라 과거 취약지역 진료 기능 중심에서 점차 지역 내 주민 건강증진 강화에 대한 요구가 새롭게 증가함.
- (지역사회 주민참여 기반 마련의 부족) 지역주민들이 건강증진과 질병 예방 서비스에 접근할 수 있는 기회와 능력이 여전히 부족한 경우가 많음.
 - － 지역 내에서 운영되는 사업내용은 중앙정부가 설정한 주제에서 크게 벗어나지 못하므로 주민들의 자발적 참여 기회가 부족하며, 이들의 실제적인 니즈를 반영할 수 있는 건강관리 체계 구축에 한계가 있음.

96) 작성자: 윤석준·정윤선

□ (문제意識❸ 지역사회 공공보건 인프라 부족)

○ (지역사회의 새로운 요구에 대응하기 위한 인프라의 한계) 건강증진에 대한 욕구 증대, 질병의 사전예방 및 지속적인 관리에 대한 중요성이 높아지고 있음에도 건강증진사업은 여전히 보건소를 중심으로 운영되고 있음.

- (보건소 기능 수행의 한계) 보건소에서는 기존 업무에 새로운 업무가 계속적으로 추가됨에 따라 법에 규정된 업무보다 훨씬 많은 수준의 업무로 분화되어 있음. 그럼에도 보건소의 인력 수는 큰 변화가 없는 상황이라 보건사업의 적정기능을 수행하는데 장애가 초래됨.

<표 2-4-1> 연도별 보건소 신규 사업 현황

| 90년대 기준 사업 | 95년 신규 사업 | 2000년 신규 사업 | 2006년 신규 사업 | 2017년 기준 수행사업 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13 | 10 | 10 | 19 | 22 |
| <ul style="list-style-type: none"> • 가족계획 사업 • 모자보건 사업 • 예방접종 • 급성전염병 관리 • 에이즈 관리 • 성병 관리 • 나병 관리 • 결핵 관리 • 일반 진료 • 의·약무 관리 • 임상병리 검사 • 각종 진단서 발급 • 행정업무 | <ul style="list-style-type: none"> • 방문보건 사업 • 치매보건 사업 • 노인보건 사업 • 건강검진 사업 • 고혈압·당뇨관리 사업 • 재활 사업 • 정신보건 사업 • 한방진료사업 • 치과진료사업 • 물리치료 사업 | <ul style="list-style-type: none"> • 아동조기시력검진 사업 • 건강증진 사업 • 저소득 암검진 사업 • 구강검진 • 영양관리 사업 • 이동목욕 사업 • 미숙아 및 회귀난치 지원 사업 • B형 수직 감염 • 응급의료 정보시스템 | <p>2005년</p> <ul style="list-style-type: none"> • 노인주간 재활안전 사업, 자살예방 알코올 중독 • 아동 정신 • 금연 클리닉 • 암 관리 • 성장 발달 • 야간 진료 • 도시보건지소 • 건강증진센터 <p>2006년</p> <ul style="list-style-type: none"> • 불임시술 지원 산후도우미 • 비만, 운동, 절주 • 저출산, 재가 암 호스피스 | <ul style="list-style-type: none"> • 지역사회통합건강증진사업⁹⁷⁾(13개) • 정신건강사업, 노인 보건복지사업, 건강검진결과상담, 보건소의치(틀니)사업, 결핵관리, 한센병관리, 성매개 감염병관리, 모자보건사업, 예방접종의 22개 영역 |

자료: 김찬호(2006). 보건소와 중앙정부의 현실: 안양시 동안구 보건소를 중심으로.
박선미(2017). 지역보건의료정보시스템과 보건사업 수행 현황. 사회보장정보원.

<표 2-4-2> 연도별 보건소 인력현황

| 구분 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 의사 | 906 | 894 | 1,033 | 1,085 | 1,065 | 1,002 | 984 | 988 | 962 | 896 | 994 |
| 치과의사 | 339 | 318 | 312 | 310 | 290 | 270 | 291 | 239 | 233 | 239 | 263 |
| 한의사 | 327 | 324 | 341 | 383 | 410 | 368 | 333 | 281 | 295 | 305 | 297 |
| 약사 | 172 | 165 | 165 | 164 | 166 | 169 | 158 | 168 | 167 | 151 | 150 |
| 간호사 | 2,994 | 3,121 | 3,179 | 3,127 | 3,206 | 3,205 | 3,183 | 3,305 | 3,439 | 3,701 | 3,921 |

97) 절주, 신체활동, 영양, 비만, 구강보건, 심뇌혈관질환예방관리, 한의약 건강증진, 여성어린이 특화(모자보건), 치매관리, 지역사회중심재활, 방문건강관리, 아토피·천식관리, 금연

| 구분 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 영양사 | 134 | 170 | 169 | 171 | 215 | 192 | 203 | 313 | 316 | 329 | 326 |
| 의료기사 ⁹⁸⁾ | 2,193 | 2,315 | 2,340 | 2,399 | 2,490 | 2,517 | 2,432 | 2,689 | 2,766 | 2,808 | 2,888 |
| 간호조무사 | 1,310 | 1,201 | 1,139 | 1,060 | 1,084 | 1,033 | 866 | 933 | 846 | 835 | 796 |
| 행정직 | 883 | 886 | 978 | 1,045 | 1,007 | 987 | 1,026 | 1,030 | 1,052 | 1,075 | 1,064 |
| 보건직 | 1,521 | 1,635 | 1,672 | 1,771 | 1,393 | 1,682 | 1,850 | 1,309 | 1,354 | 1,339 | 1,385 |
| 기능직 등 | 1,585 | 1,487 | 1,453 | 1,457 | 1,405 | 1,392 | 1,373 | 1,331 | 1,318 | 1,334 | 1,344 |
| 계 | 12,364 | 12,516 | 12,781 | 12,972 | 12,731 | 12,808 | 12,699 | 12,586 | 12,748 | 13,012 | 13,428 |

자료: 2017 보건복지통계연보.

－ 보건소 이외에도 지역사회 내 공공 보건서비스 제공을 위한 시설 및 인력이 부족한 실정임.

- 보건지소/진료소: 평균 근무 인력 1~2명으로 역할 확장에 한계
- 건강생활지원센터: 설립 초기단계로 인프라 구축에 장기간 소요예상

○ **(보건소 비정규직 인력 문제)** 보건소 직원의 상당수가 무기 계약직 또는 비정규직으로 근무하기 때문에 이직률이 상대적으로 높음. 이에 따른 고용안정성 저해와 열악한 처우 등으로 인해 연속성 있는 양질의 사업을 하는데 어려움이 있음.

- － 2017년 기준 전국 보건소에서 근무하는 의사는 783으로 이 중 공중보건 의사가 450명, 계약직 의사는 268명으로 비정규직이 92%에 달했으며, 정식 의무직 의사는 8%(65명)에 불과했음⁹⁹⁾.
- － 2017년 기준 보건소, 보건지소 등 공공보건기관에서 근무하는 간호사 인력 8,816명 중 정규직 공무원 간호사가 5,467명(62%)이고, 비정규직 간호사가 3,349명(38%)으로 높은 비율을 차지하고 있음¹⁰⁰⁾.

□ **(문제의식④ 수요자 중심의 건강증진 서비스 제공 부족)** 지역보건의료기관에서는 다양한 보건 서비스를 제공하고 있으나 개별 사업 중심으로 서비스 제공이 분절적으로 이뤄지고 있음. 수요자 중심의 통합적 운영을 위한 기반 마련이 미흡함.

○ **(보건정보시스템 연계 구축의 미흡)** 지역보건의료기관에서는 지역주민들에게 다양한 보건 서비스를 제공하고 있으나, 보건사업별 신청/관리 구조로 대상자 중심 통합서비스 제공이 어려움.

98) 방사선사, 임상병리사, 치과위생사, 물리치료사

99) 보건복지부(2018). 보건소 및 보건지소 운영현황.

100) 대한간호협회·보건간호사회(2018). 2017 보건간호인력 통계.

- 대상자가 관할 보건소에 방문하여 희망 서비스를 개별로 직접 신청해야 하고, 수혜내역도 보건소별, 사업별로 별도 관리되고 있음.
- 지역보건의료정보시스템은 보건사업/진료 목적으로 구축된 시스템으로, 설계 당시 보건-복지간 서비스 연계 제공이 고려되지 않아 유기적 연계체계가 미흡함.
- (지역 건강문제 해결을 위한 지역공동체의 필요성) 지역사회가 당면한 건강문제를 파악하고 해결하기 위한 계획을 수립하는 데 있어 주민의 의견을 수렴할 수 있는 기제가 마련되어 있지 않음.

나. 정책 상황 분석

□ (정책 성과 ❶ 보건소 중심의 지역사회 통합건강증진사업 수행과 성과관리체계의 개선)

- 지역사회 통합건강증진사업을 통한 사업의 재편성과 효율성 강화
 - 기존에 보건소를 중심으로 분절적으로 수행되던 개별사업체계를 건강영역별, 생애주기별로 재구성하여 생활터 접근이 가능하도록 개편
- (통합건강증진사업 평가체계의 개선) 사업의 성과를 객관적으로 측정할 수 있는 정량지표를 도입하기 위해 시·군·구에서 활용 가능한 17개 핵심성과지표를 선정함.
- (지역사회 통합건강증진사업의 체감도 향상) 다양한 대상자의 발굴, 생활터 중심의 찾아가는 서비스 제공을 위한 전략적 성공으로 인해 보건소 건강증진사업에 대한 인지도와 참여도가 매년 증가하고 있음.

□ (정책 성과 ❷ 지역 내 보건-복지 연계 사업의 수행)

- 보건과 복지가 결합하여 서비스 주체가 다른 기관들이 연계되는 사업이 다양하게 수행 중에 있음.
 - 서울특별시 북부병원 301 네트워크 사례, 남양주시 희망케어센터 사례

□ (정책 성과 ❸ 맞춤형 방문건강관리 사업 지원)

- 보건소 등 지역보건의료기관 접근성이 낮은 취약가정을 대상으로 보건의료 전문 인력이 가정 또는 시설에 방문하여 건강문제를 발견하고 포괄적인 보건의료서비스를 제공하고 상담함.
 - 대상자 건강요구에 따라 지역사회 내 보건·복지 관련 타 기관에 의뢰·연계함
- 취약가정 지역주민들의 자발적 참여를 통한 건강관리활동을 지원함으로써 현황에 맞는 서비스 제공, 지속적인 투자 및 지역 확산을 지원하는 계획 수립 및 추진

□ (정책 성과 ④ 도시 보건지소 및 건강생활지원센터의 확충) 도시지역에 보건지소를 단계적으로 확충하고, 건강생활지원센터 활성화 추진으로 장애인, 노인 등 보건의료 취약계층에 대한 보건서비스를 강화함.

○ (도시 보건지소 사업 실시) '07년부터 도시지역 보건지소 확충 사업을 수행하였으며, '18년 기준 32개 지소가 운영중에 있음

○ (건강생활지원센터 확충) 기존 보건지소 사업의 한계로 인해 설치규모 및 방식 등을 효율화하여 관할지역에 특화된 건강증진사업에 집중하는 '건강생활지원센터' 모형으로 전환함

<표 2-4-3> 도시보건지소 및 건강생활지원센터 국비지원 및 확충 현황(2013~2018년)

(단위: 백만원, 개소)

| 구 분 | | 13'년 | 14'년 | 15'년 | 16'년 | 17'년 | 18'년 | 계 |
|--------|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| 국비 지원액 | | 2,967 | 2,662 | 2,988 | 3,969 | 3,097 | 4,169 | 19,852 |
| 확충 기관 | 도시 보건지소 | - | - | - | - | - | - | 32 |
| | 건강생활지원센터 | 9 | 5 | 5 | 7 | 6 | 6 | 38 |

자료: 보건복지부-한국건강증진개발원(2018). 2019 건강생활지원센터 사업 안내.

□ (정책 성과 ⑤ 지역보건의료정보시스템 구축으로 보건기관의 업무 효율화)

○ 지역보건의료정보시스템 구축은 공공보건의료기관 정보화 추진 하에 시작되어 2012년 전 체기관에 도입이 완료되었음. 보건소, 보건지소, 보건진료소 등에서 개별적 비표준 형태로 운영 중이던 시스템을 전국 단위의 통합·표준화된 정보시스템으로 개발·구축됨.

○ 시스템의 기능은 보건행정 및 보건사업, 진료 및 진료지원, 실적·통계, 대민포털로 구성됨.
- 보건기관의 업무 효율성 제고, 보건사업 대상자 및 업무관리의 효율성 향상, 유관기관 연계에 따른 신속한 업무지원

□ (정책 한계 ① 지역사회 내 관련 기관 간의 연계체계 미비)

○ 보건소는 지역사회 내 다른 기관과의 연계를 통한 사업을 많이 수행하고 있으며, 연계 서비스 제공의 필요성이 점차 증가하고 있음에도 대상자 연계 및 정보관리는 여전히 분절적으로 이뤄지고 있음.

○ 지역보건의료정보시스템, 사회보장정보시스템, 국민건강보험공단 등 다양한 시스템 간의 상호 연관성이 있음에도 정보 연계를 위한 표준화 및 기능적 연계체계가 미흡함.
- 타 기관과의 정보 공유는 일부만 연계되거나 단절되어 있음.

○ 개인정보보호법 개정에 따른 민감정보 처리의 한계 등 법적 한계에 의한 환자정보 공유 및

연계의 어려움 존재

□ (정책 한계 ② 지역사회 주민참여 역량강화 방안의 부재)

- 주민들이 지역사회 내 건강문제를 스스로 파악하고, 지역 여건을 반영한 건강증진사업의 기획, 의견제시, 진행상황을 모니터링할 수 있는 기반이 마련되어 있지 않음.

□ (정책 한계 ③ 지역보건의료기관 기능과 역할의 명확한 구분의 어려움)

- 보건소와 그 하부기관의 기능과 역할에 대한 명시적인 기준이나 정의가 불분명하며, 제대로 구분·작동되지 않는 한계가 있음.

□ (향후 정책 방향 ① 정보시스템 연계를 통한 사각지대 발굴과 수요자 맞춤형 서비스 지원)

- 지역보건의료정보시스템과 타 기관 시스템의 연계 고도화를 통해 보건서비스 이용 사각지대를 발굴하고 적극적으로 개입하여 적정수준의 서비스를 제공함.
- 수요자 니즈를 파악하여 맞춤형 서비스를 통합적으로 제공함으로써 이용 효율성을 높임.

□ (향후 정책 방향 ② 주민참여 지원과 관리체계 강화) 지역 내 건강문제를 해결하는 주체로서의 주민들의 역할을 확대시키고 지역사회 건강증진사업의 전 과정에 주민 의견이 반영되도록 참여를 촉진함

□ (향후 정책 방향 ③ 지역보건의료전달체계의 기능 개편)

- 지역보건의료기관의 기능과 업무를 명확하게 구분하여 서비스 중복문제를 해소하고, 업무 내용의 표준화·기능 재정립 등을 통해 지역사회 공공보건 인프라가 안정적으로 구축되도록 정비함
- 보건소와 보건소 하부기관의 역할 정립을 기반으로 지역사회 내 다양한 자원과의 연계를 통한 지역보건서비스 제공의 효율성과 역량을 강화함

다. 세부실천목표

- 지역사회 주민의 건강관리 역량강화 방안 마련
- 지역보건의료기관의 기능 개편으로 공공보건 인프라 확충과 전달체계 확립
- 보건정보시스템 연계 구축을 통한 대상자 중심의 건강증진 강화

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 세부실천목표 <ul style="list-style-type: none"> - 지역사회 주민의 건강관리 역량강화 방안 마련 - 지역보건의료기관의 기능 개편으로 공공보건 인프라 확충과 전달체계 확립 - 보건정보시스템 연계 구축을 통한 대상자 중심의 건강증진 강화 | | |
| Ⅰ-1 보건소 중심의 지역사회 건강증진 역량 강화 <ul style="list-style-type: none"> - 보건소의 지역보건 총괄기관으로서의 역할·위상 강화 - 보건소 업무 표준화 및 핵심기능 재구조화 - 지역사회 내의 주민맞춤형 찾아가는 서비스 강화 | Ⅰ-2 지역보건기관의 건강증진사업 수행역량 및 인프라 강화 <ul style="list-style-type: none"> - 보건소 정규인력 확충을 통한 건강증진사업 수행역량 강화 - 건강생활지원센터 중심의 소지역 단위 건강관리체계 구축 - 보건진료소의 건강증진 기능 확대 | Ⅰ-3 대상자 중심의 통합적 서비스 제공역량 강화 <ul style="list-style-type: none"> - 보건정보시스템 연계를 통한 통합적 서비스 지원체계 구축 - 지역 건강향상을 위한 협의체 구성 - 보건소 건강증진사업 통합·연계 수행을 위한 Team의 구성 |

1) 세부추진계획 Ⅰ-1: 보건소 중심의 지역사회 건강증진 역량 강화

□ (실행전략① 보건소의 지역보건 총괄기관으로서의 역할·위상 강화)

○ (지역보건의료 중심기관으로서의 보건소 기능 개편)

- (보건소 진료기능의 축소) 보건소의 진료행위를 점진적으로 축소하여 최소한의 기능만으로 유지하고 지역건강증진활동을 중점적으로 추진할 수 있도록 조정함.
 - (도시지역) 병의원 접근성이 좋으므로 일반 진료기능을 대폭 축소
 - (농어촌지역) 인구가 적고, 병의원 접근성이 낮은 보건 취약지역의 경우 지역특성을 감안하여 진료기능에 대한 추가 논의 필요
- (보건소 총괄업무 기능 강화) 보건소가 진료 혹은 건강증진 서비스를 직접 제공하기보다 지역사회의 건강문제를 파악, 지역의료자원을 연계·조정·지원하는 총괄 관리 역할을 수행할 수 있도록 역할과 기능을 재설정함.
 - 대부분의 직접서비스는 건강생활지원센터로 이관

○ (지역보건 중심기관으로서 보건소의 관리 조정자 역할 강화)

- 보건소는 건강증진사업의 기획 조정뿐 아니라 지역사회 내 관련 자원 연계와 조직화를 위한 관리 조정자로서의 역할을 수행해야 함.
 - 지역사회 보건의료 진단·조사·관리 인프라 확충 등
- 지역 공공보건조직 및 의료기관의 기능적 연계협력, 합리적인 민간 위탁 등에 있어서 주체로서 기능함. 지역의 건강관리 중심 기관으로서 적절한 서비스를 조정하고 합목적인 사업이 이루어질 수 있도록 관리와 감독, 평가를 수행하는 등 보건소의 역량을 강화해야 함.

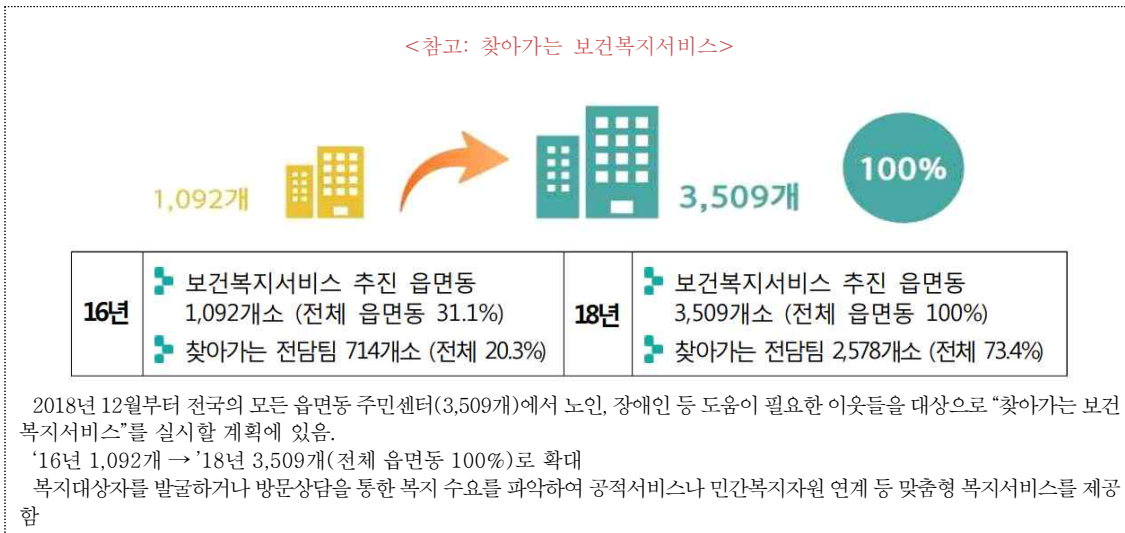
□ (실행전략② 보건소 업무 표준화 및 핵심기능 재구조화)

- (보건소 업무에 대한 표준화) 지역사회 건강관리의 중추기관 역할을 수행할 수 있도록 보건소의 수행직무를 재구조화함. 보건소의 역할에 대해 선택과 집중을 통한 기능 개편과 표준화 방안 모색
 - 보건소 수행직무 현황 조사, 보건소 수행직무별 표준분류체계 마련 및 효율화 방안 도출, 보건소 업무에 대한 표준화, 보건지소(진료소)/건강생활지원센터로 이관이 가능한 업무 정리
 - 제공 서비스의 중복 및 누락을 방지
- (보건소의 핵심기능 재규정) 지역 보건의료정책의 기획, 보건의료자원 관리 및 지역사회 관련 기관과의 협력체계 구축, 건강친화적인 사회적·물리적 환경의 조성, 주민의 건강증진 등
 - (축소해야 할 업무) 일반진료기능, 일반검사, 예방접종사업 등
 - (추가 또는 강화해야 할 업무) 지역자원 활용·연계·협력을 통한 건강증진활동, 지역사회 조사연구 및 평가, 감염병의 예방 및 관리, 보건의료 취약계층의 건강유지 및 증진 등
- (중앙정부의 보건소 업무 조정기능 역할 수행) 중앙정부와 지방자치단체 혹은 기타 유관기관의 지시에 따른 업무 수행으로 인해 보건소에서는 사업 운영의 중복문제, 인력 부족 문제 등이 제기되고 있음.
 - 이를 해결하기 위해 보건소 중심의 프로그램/사업 운영에 앞서 중앙정부 차원의 충분한 조정과정이 필요하며, 보건복지부에서 해당 기능을 수행함으로써 각 지역의 여건과 현실에 맞는 사업을 운영할 수 있도록 함.

□ (실행전략③ 지역사회 내의 주민맞춤형 찾아가는 서비스 강화)

- (찾아가는 건강관리서비스의 강화)
 - 대상의 단계적 확대(노인 등 건강취약계층 대상), 방문건강관리서비스 확대를 위한 전담 인력 단계적 확충 추진, 보건소 필수 건강관리사업으로 수행, 방문건강관리사업에 대한 위탁수행의 원칙적 금지 등
- (방문건강관리사업의 중심성 강화) 대상자에게 통합적인 서비스를 제공하기 위해서는 다양한 자원들과의 정보 공유와 상호작용이 중요함. 지역 내 민간 및 공공 관련 기관과의 효율적인 네트워킹을 위해 방문건강관리사업을 중심으로 외부자원 연계를 확대함.
 - 보건소 내·외 자원과의 연계를 통해 취약계층 대상으로 적정수준의 건강관리서비스 제공
 - ‘전국 읍면동의 찾아가는 보건·복지서비스’ 연계 및 지원

- 정부 주도의 사업인 ‘찾아가는 보건·복지서비스’와 보건소를 연계하여 방문건강관리 서비스 제공 확대



자료: 보건복지부. (2018.12.26. 보도자료). 전국 모든 읍면동주민센터에서 빠짐없이 “찾아가는 보건복지서비스” 제공!

○ (생활터별 찾아가는 서비스 확대)

- 임산부·영유아 가정방문: 임산부·영유아의 건강상태 확인, 예방접종과 영유아 건강검진 일정 안내 등 가정방문 건강서비스 지원
- 유치원, 어린이집, 초·중·고등학교: 구강보건교육 및 불소도포, 금연 및 흡연 예방교육
- 다중이용시설(경로당, 사회복지시설, 장애인복지관 등), 사업장 등: 건강생활실천(영양 및 식생활 관리, 신체활동) 교육, 비만예방 및 관리 교육, 금연 및 절주 교육, 이동 금연클리닉 사업장 연계, 심뇌혈관질환예방교육, 올바른 구강관리 교육 및 불소도포 등

2) 세부추진계획 ①-2: 지역보건기관의 건강증진사업 수행역량 및 인프라 강화

□ (실행전략① 보건소 정규인력 확충을 통한 건강증진사업 수행역량 강화)

- (보건소 정규직 확충 방안 마련) 지역사회 중심의 건강증진 사업을 확대하고 지역보건서비스의 질적 향상을 위해 보건소 정규직 인력을 충원하기 위한 방안을 마련함.
 - 근로안정성 확보를 통해 전문인력의 처우개선, 업무의 연속성을 보장하고 공공의료 서비스의 질 개선을 도모
- (정규인력 핵심역량과 업무)
 - (예시) 전문인력 A: (핵심역량) 기획력, 사업수행능력, 사업모니터링 및 평가 역량, 사업의 우선순위 결정능력 (업무) 자원연계 조정, 순환인력 관리 등

- (예시) 전문인력 B: (핵심역량) 전문지식능력, 주민과의 의사소통, 사업의 기획 및 전략 수립 능력, (업무) 관할지역 내 고위험군 및 질환자 발굴 및 등록, 건강 및 질병관리 상담 및 교육, 일반행정
- (예시) 전문인력 C: (핵심역량) 전문지식능력, 주민과의 의사소통, (업무) 상담 후 건강위험군 및 질환환자들 대상 추적관리, 주민 자조모임 관리, 일반행정

□ (실행전략② 건강생활지원센터 중심의 소지역 단위 건강관리체계 구축)

- (관할지역 대상 건강증진사업 수행) 기존의 보건소에서 운영하던 건강증진사업을 건강생활지원센터로 이관하고, 소생활권 단위로 확충하여 전체 주민 대상으로 건강증진 서비스를 제공할 수 있도록 기능을 강화함.
 - 생활현장 건강관리와 다변화된 서비스 제공을 통한 건강행태 개선 및 효율적인 건강수준 향상
- (건강생활지원센터 확충방안 마련) 권역보다 소생활권 중심(읍면동)으로 확충·운영되도록 함. 보건지소에 근무하는 인력의 역량을 고려하여 건강증진 기능으로의 확대 실행이 가능한지 검토할 필요가 있으며, 센터의 확충 방안은 지역유형(도시, 농어촌)에 따라 구분할 필요가 있음.
 - (도시지역) 건강생활지원센터에 의한 진료 이외의 건강증진 서비스 제공, 의료기관과의 연계가 가능하도록 체계 구축
 - (농어촌지역) 보건지소, 보건진료소와 같은 기존 인프라를 활용하여 센터의 기능을 수행하는 방향의 방안 마련
- (건강생활지원센터의 유형화 및 운영 사업의 표준화)
 - (건강생활지원센터 유형화의 기준 지표 선정) 사업 대상지역을 유형화하기 위한 지표 검토
 - (건강생활지원센터의 기본/특화사업 선정) 지역사회 내 적합한 기능을 검토하고, 필수 역량 등을 고려하여 기본사업·특화사업에 대한 정의 수립
- (건강생활지원센터의 지속적인 운영을 위한 방안 마련)
 - (타 기관과의 협력) 일차의료기관과의 만성질환 관리를 위한 협력체계 구축, 구체적인 연계방안 마련
 - (보건소와의 효율적인 기능 분담) 보건소는 전체 지역을 대상으로 모든 사업분야를 운영·관리하는 동시에 사업 총괄 조정 및 기획 기능을 중심으로 강화함. 건강생활지원센터는 관할지역의 수요 및 여건을 반영한 소생활권 지역 맞춤형 건강증진사업의 발굴

및 수행에 집중함.

<표 2-4-4> 건강생활지원센터와 보건소의 역할 조정 예

| 구 분 | 보건소 | 건강생활지원센터, 도시보건지소 |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 주요역할 | <ul style="list-style-type: none"> • 기획 및 질병관리 총괄 기능 • 규제 및 행정 기능 • 집단 대상의 보건사업 • Day Care Center 운영 • 커뮤니티 케어 거버넌스 운영 또는 참여 | <ul style="list-style-type: none"> • 사례관리, 연계 • 건강관리서비스 제공 • 만성질환관리서비스 제공 • 소생활권에서 일차의료기관, 재가요양기관과 협력체계 구축 |

자료: 한국건강증진개발원(2018.6.18.). 보건소 기능강화 발전전략 추진단 제1차 회의자료.

－ (건강생활지원센터 운영 지원 및 서비스 매뉴얼 개발)

- 효율적인 운영을 위한 예산, 인력과 함께 지속적인 모니터링 등의 지원 필요
- 건강생활지원센터에서 운영하는 사업에 대해서 일괄적인 기준을 적용하기 보다는 지자체 여건을 고려하여 탄력적으로 운영할 수 있도록 매뉴얼 제공

□ (실행전략④ 보건진료소의 건강증진 기능 확대)

○ (보건진료소의 건강증진사업 수행) 기존의 진료 중심의 업무에서 주민의 건강과 만성질환 예방관리를 위한 건강증진사업의 수행으로 기능 확대

- － 농어촌 지역에서 자연 소멸되는 보건진료소를 활용하여 건강생활지원센터로의 기능 확대 가능성 검토

○ (기능 확대를 위한 방안 마련)

- － 보건진료소의 건강증진사업 수행을 위한 조직, 예산, 인력 지원을 확보하기 위해 정책적 지원방안의 도출 필요
- － 건강증진으로 기능 확대를 위한 보건진료소의 현황, 보건소장의 인식, 접근성에 대한 우선적인 파악 필요

○ (보건진료소 유형화와 성과지표 제시)

- － 보건진료소의 건강증진사업 표준화에 앞서 보건진료소 특성에 따른 유형화 방안 마련

○ (보건진료소의 건강증진사업 활성화를 위한 고려사항)

- － 건강증진사업으로의 기능 확대를 위한 담당자 직무교육 자료 및 프로그램 개발 필요
- － 진료소장의 건강증진사업에 대한 중요성, 역할 변화의 필요성 등에 대한 인식개선 필요, 명확한 성과지표 제시

3) 세부추진계획 ①-3: 대상자 중심의 통합적 서비스 제공역량 강화

□ (실행전략① 보건정보시스템 연계를 통한 통합적 서비스 지원체계 구축)

- (수요자 중심의 건강증진서비스 전달체계 구축) 대상자의 복합적 욕구에 효과적으로 대응하기 위해서는 다양한 보건의료 서비스를 수요자 중심으로 맞춤형 지원이 수행되어야 함.
 - 정확한 보건의료 수요를 파악하고 관련된 연계 서비스를 제공함으로써 건강증진사업의 효율적인 운영이 가능하며, 서비스의 중복과 지역사회자원의 낭비를 방지할 수 있음.
 - 대상자별 서비스 제공계획을 수립하여 지역 보건자원과 연계 및 서비스를 제공하고, 점검, 지속적인 사후관리 실시가 가능한 방안을 마련
- (정보 연계 강화를 통해 서비스 제공 및 대상자 관리의 효율성 제고) 기존에 분절적으로 이루어지는 보건서비스를 대상자 중심으로 연계하기 위해서는 통합적 정보 구축이 우선되어야 함.
 - 지역보건의료정보시스템을 중심으로 사회보장정보시스템, 국민건강보험공단 등과의 정보연계를 위한 표준화 및 기능적 연계체계 구축
 - 시스템 간의 연계 확대 및 의뢰체계 고도화를 통한 사각지대 발굴 및 대상자 중심 보건-복지 연계 활성화
 - 보건서비스와 대상자 관리, 지역사회자원의 이용 효율성 제고 가능
- (지역주민 건강정보 공유를 위한 법령 개정) 개인 맞춤형 건강관리체계 구축을 위해서는 개인의 민감정보, 고유식별정보의 사용이 명시되도록 법령 개정이 필요함.

□ (실행전략② 지역 건강향상을 위한 협의체 구성)

- (지역사회 보건·의료·복지 자원 간 운영체계 마련) 지역 내 건강 관련 서비스 제공기관 간의 유기적 연계 및 협력을 활성화함으로써 지역사회 건강관리 활동을 위한 참여와 책임성을 강화함.
- (지역 건강문제 해결을 위한 의사소통 구조 확립) 지역주민과 지방정부, 공공·민간 기관의 참여를 기반으로 하여 지역사회의 건강문제에 관하여 논의하고 해결방안 도출을 위한 의사결정 과정을 지원함.
 - 공식적인 형태의 의사소통 체계로 기능함으로써 지역주민의 욕구에 부합하고 필요한 서비스를 제공할 방안을 마련함.

<참고사례: 지역사회복지협의체>

(정의) 지역사회단위로 사회복지관련 공공과 민간의 주체, 그리고 학계전문가, 주민대표 등이 참여하여 지역의 복지 관련 사안에 대한 논의와 협의, 추진 및 검토를 수행하는 구성체
 (목적) 지역사회 내 복지문제를 해결하기 위한 민주적 의사소통 구조 확립, 수요자 중심의 통합적 사회보장급여 제공 기반 마련, 지역사회 내 복지자원 발굴 및 서비스 제공기관 간 연계·협력으로 지역 복지자원의 효율적 활용체계 조성
 (주요기능) 지역사회보장의 주요 사항을 민간과 공공이 협의하여 심의·자문(협의 기능), 사회보장과 관련된 서비스의 연계 및 조직화(연계 기능), 협의체 내 각 분과 간 통합 및 조정역할을 수행, 지역주민의 욕구를 반영한 통합적 서비스 제공체계 지원, 관련 영역과의 연계 확대(통합서비스 기능)

자료: 보건복지부(2015). 2015년도 지역사회보장협의체 운영안내.

□ (실행전략③) 보건소 건강증진사업 통합·연계 수행을 위한 Team의 구성)

- (보건소 건강증진사업 조정자로서의 역할 수행) 지역사회 내 분절화된 보건소 사업들을 관리·조정할 수 있는 담당인력 혹은 팀이 불분명하므로 대상자 중심의 서비스 통합에 한계가 있음. 보건소 사업들을 체계적으로 관리하고, 대상자별로 필요한 맞춤형 서비스를 통합적으로 연계·제공하기 위한 조정자로서의 역할이 필요함.
- 건강생활지원센터 상근 전문인력¹⁰¹⁾에 보건소 서비스 연계·지원 등의 역할을 부여하여 수행할 수 있도록 함.

<참고사례: 통합사례관리 사업>

◇ 통합사례관리사업의 개념

지역사회 공공·민간자원에 대한 체계적인 관리·지원체계를 토대로 복합적이고 다양한 욕구를 가진 대상자에게 복지·보건·교육·주거·교육·신용·법률 등 필요한 서비스를 통합적으로 연계·제공하고, 이를 지속적으로 상담·모니터링 해나가는 사업
 희망복지지원단을 중심으로 읍면동 주민센터, 지역사회보장협의체, 지역 내 서비스제공기관과의 연계 및 협력을 통해 대상자의 다양한 욕구를 충족시키는 찾아가는 보건복지서비스를 제공한다.

대상자별 서비스 제공계획을 수립하여 통합적 서비스를 제공하고, 점검 및 사후관리 실시

◇ 통합사례관리사

희망복지지원단에 소속되어 통합사례관리를 실시하는 사례관리사로서, 지원대상자에 대한 상담·지도 및 사회보장에 대한 욕구조사, 서비스 제공 계획의 수립과 그에 따른 사회보장급여 및 서비스의 연계 등의 업무를 수행함.

자료: 보건복지부(2018). 2018년 희망복지지원단 업무안내.

101) 상근 인력 구성은 지역보건법 시행규칙 상 최소배치기준에 따라 최소 5인 이상 배치. ※최소 배치기준: 의사 또는 한의사(1명, 비상근 가능), 간호사/간호조무사(3명), 물리치료사/체육지도사(1명), 영양사(1명) (지역보건법 시행규칙 제4조 제1항에 준함)

라. 연도별 추진일정

〈표 2-4-5〉 건강증진·질병관리 분과: ❶ 지역사회 건강증진 역량강화: 연도별 추진일정

| 구분 | '19년 | '20년 | '21년 | '22년 | '23년 | '30년 |
|---------------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| ❶ 보건소 중심의 지역사회 건강증진 역량 강화 | | | | | | |
| ○ 보건소의 지역보건 총괄기관으로서의 역할·위상 강화 | | | | | | |
| ○ 보건소 업무 표준화 및 핵심기능 재구조화 | | | | | | |
| ○ 지역사회 내의 주민맞춤형 찾아가는 서비스 강화 | | | | | | |
| ❷ 지역보건기관의 건강증진사업 수행역량 및 인프라 강화 | | | | | | |
| ○ 보건소 정규인력 확충을 통한 건강증진사업 수행역량 강화 | | | | | | |
| ○ 건강생활지원센터 중심의 소지역 단위 건강관리체계 구축 | | | | | | |
| ○ 보건진료소의 건강증진 기능 확대 | | | | | | |
| ❸ 대상자 중심의 통합적 서비스 제공역량 강화 | | | | | | |
| ○ 보건정보시스템 연계를 통한 통합적 서비스 지원체계 구축 | | | | | | |
| ○ 지역 건강향상을 위한 협의체 구성 | | | | | | |
| ○ 보건소 건강증진사업 통합·연계 수행을 위한 Team의 구성 | | | | | | |

마. 참고문헌

- 권근상 등(2016). 지역보건기관과 동네의원의 협력 모형을 통한 보건기관 건강증진기능 활성화 방안 연구. 보건복지부·전북대학교 산학협력단.
- 권근상(2018). 지역보건의료기관 표준 업무 분류체계 연구계획서. 보건복지부·전북대학교 산학협력단.
- 김은하 등. (2015). 사회보장정보시스템을 활용한 복지 사각지대 발굴방안 연구. 보건복지부·사회보장정보원.
- 김혜련(2012). 지역중심의 건강증진 및 질병예방을 위한 통합적 건강관리체계 구축방향. 한국보건사회연구원.
- 김찬호(2006). 보건소와 중앙정부의 현실: 안양시 동안구보건소를 중심으로.
- 대한간호협회·보건간호사회(2018). 2017 보건간호인력 통계.
- 박선미(2017). 지역보건의료정보시스템과 보건사업 수행 현황. 사회보장정보원.
- 배상수 등. (2010). 보건소 기능 개편방안. 대한의사협회 의료정책연구소.
- 보건복지부. (2012.8.31. 보도자료). 보건소를 지역사회 건강의 총괄관리기관으로 개편.
- 보건복지부(2015). 2015년도 지역사회보장협의체 운영안내.
- 보건복지부(2018). 보건소 및 보건지소 운영현황.
- 보건복지부(2018). 2017 보건복지통계연보.
- 보건복지부(2018). 2018년 희망복지지원단 업무 안내.
- 보건복지부 (2018.12.26. 보도자료). 전국 모든 읍면동주민센터에서 빠짐없이 “찾아가는 보건복지서비스” 제공!
- 보건복지부·질병관리본부(2017). 『2016 국민건강통계』

- 보건복지부·한국건강증진개발원(2018). 2018년 지역사회 통합건강증진사업 안내(방문건강관리).
- 보건복지부·한국건강증진개발원(2018). 2019 건강생활지원센터 사업 안내.
- 윤석준(2011). 복지논쟁시대의 보건정책. 범문에듀케이션.
- 윤영호 등. (2014). 공공보건의료기관의 건강복지서비스 연계방안. 보건복지부·서울대학교.
- 이건세 등. (2016). 지역보건의료정보시스템 운영 개선에 관한 연구. 보건복지부·건국대학교 글로벌산학협력단.
- 이무식(2018). 보건사업의 바람직한 방향-보건소의 본래적 가치실현을 목표로-. 대한의사협회 의료정책연구소.
- 이현주(2005). 공공과 민간의 협치기체로서 지역사회복지협의체의 활성화방안. 한국보건사회연구원.
- 장숙량, 조성일. (2012). 맞춤형방문건강관리사업의 지역사회 네트워크 탐색. 한국보건교육건강증진학회.
- 추병주, 박선미. (2017). 사회보장정보시스템의 운영 경과 및 과제. 한국보건사회연구원.
- 한국건강증진개발원(2017). Annual Report 2016.
- 한국건강증진개발원(2018.6.18.). 보건소 기능강화 발전전략 추진단 제1차 회의.

제3절 추진방향 ②: 검진 사후관리 강화¹⁰²⁾

가. 추진배경 및 주요 문제의식

□ (문제의식 ① 고령화와 만성질환 증가에 대응한 검진체계 효과성 강화 필요)

- 비감염성질환 진료비가 38조원으로 전체 진료비의 80%를 차지하는 등 고령화·만성질환 증가로 사회경제적 부담이 더욱 커질 것으로 예상됨.
- 조기 건강관리, 질환 발견 등을 통해 예방가능한 사회경제적 손실이 아직도 상당히 큰 것으로 분석

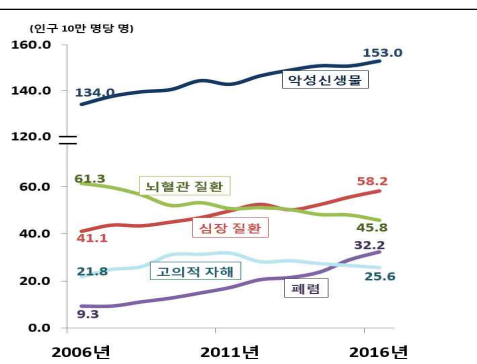
[그림 2-4-1] 10대 사망원인 순위, 사망률 및 5대 사망원인 사망률 추이

<10대 사망원인 순위 및 사망률(2016년)>

(인구 10만 명당 명)

| 순위 | 사망원인 | 사망률 |
|----|------------|-------|
| 1 | 악성신생물(암) | 153.0 |
| 2 | 심장 질환 | 58.2 |
| 3 | 뇌혈관 질환 | 45.8 |
| 4 | 폐렴 | 32.2 |
| 5 | 고의적 자해(자살) | 25.6 |
| 6 | 당뇨병 | 19.2 |
| 7 | 만성 하기도 질환 | 13.7 |
| 8 | 간 질환 | 13.3 |
| 9 | 고혈압성 질환 | 10.6 |
| 10 | 운수사고 | 10.1 |

<5대 사망원인 사망률 추이(2006-2016년)>



자료: 통계청, 2017. 2016년 사망원인 통계, 2017. 9. 22.

- 고령화 및 만성질환 증가에 대응하기 위해 건강검진 체계의 효과성을 강화하기 위한 노력 지속 필요

□ (문제의식 ② 수요자 중심 검진체계 필요) (보건복지부, 2016)

- 국민들의 건강에 대한 관심이 지속적으로 증가되고, 자신의 건강을 관리할 수 있는 서비스에 대한 수요도 증가
- 공급 측면에서 건강검진 인프라는 크게 확충되었으나, 수요 측면에서 검진 결과를 활용할 수 있는 지원체계는 미흡
- 자신의 검진정보 등을 적극적으로 활용해 피동적인 수검자가 아니라 능동적으로 건강을 관리할 수 있도록 하기 위한 지원 강화 필요

102) 작성자: 김동진

□ (문제意識③ 국가건강검진사업의 효과성을 극대화하기 위한 사후관리강화) (보건복지부, 2016)

- 2015년 기준 국가건강검진 규모는 1조3천억 수준으로 내용에 대한 의과학적 타당성 및 비용대비 효과성이 매우 중요
- 국가건강검진의 최종 목표가 국민의 건강보호에 있다면, 검진을 통해 발견된 건강문제에 대한 사후관리는 국가건강검진의 효과성을 극대화할 수 있는 매우 중요한 과제임.

나. 정책 상황 분석

□ (정책성과 ① 건강검진 대상자 확대 및 접근성 제고)

- 폐암검진 실시, 자궁경부암검진 대상 확대 및 의료급여수급권자에 대한 일반건강검진 실시
- 취약계층의 검진 접근성 제고를 위해 공휴일 가산수가 지급, 외국어번역본 제공, 검진도우미 사업 운영

□ (정책성과 ② 국가건강검진에 대한 정확도와 신뢰도 제고)

- 의과학적 근거에 기반하고, 비용효과적인 국가건강검진제도 운영을 위해 국가건강검진원칙 등을 제정, 검진기관 평가 및 검진인력 교육 실시

□ (정책성과 ③ 검진의 실효성 제고를 위한 사후관리 강화 노력)

- 건강검진을 통하여 대사증후군 보유자 혹은 고혈압·당뇨병 등 생활습관병 환자로 판정된 경우 건강보험공단 지사 혹은 보건소에서 사후관리 실시
 - (국민건강보험공단) 6개월 동안 3회 건강상담 전화 서비스 및 정보제공 서비스, 건강증진센터에서 상담·체력측정·운동지도 서비스 제공 등
 - (지역 보건소) 운동, 영양, 금연, 금주, 비만 관련 상담 서비스를 받을 수 있도록 연계
- 영유아 검진 발달장애 진단비 지원대상 확대, 생활근거지 중심 사후관리 강화 추진

□ (정책 한계 ① 건강검진과 질환치료 및 건강관리 간 연계 미흡)

- 검진결과 고혈압·당뇨병 질환의심자가 실제 질환치료를 받기 위해서는 검진기관과 병·의원을 3차례나 방문해야 하는 번거로움 상존
- 건강행태 개선을 위한 생활습관상담을 40, 66세만을 대상으로 제한적으로 실시
- 사후관리서비스가 제공되더라도 6개월 동안 서비스를 받은 사람에게는 후속서비스를 제공하

지 않고 있으며, 지역적 접근성 및 서비스 다양성 측면에서 미흡. 사후관리율 2012년 기준 21.6%(조용운, 2018)

- 영유아 검진의 발달선별평가 결과, 심화평가(정밀검사) 권고 영유아에 대한 사후관리체계 미흡

□ (정책 한계 ② 수요 대비 건강관리서비스 제공 부족)

- 건강관리에 대한 국민수요가 크게 증가하였으나, 건강위험군 중 일부에게만 제한적으로 건강관리서비스 제공

□ (향후 정책방향 ① 건강검진의 효과성 강화)

- 건강검진의 목적은 질병발생 이전에 질병의 조기발견과 만성질환의 원인이 되는 생활습관을 교정하는 것(1차 예방)과 질병의 조기발견 및 치료를 통해 환자의 건강에 미치는 영향을 최소화하는 것(2차 예방)을 모두 포함.
 - － ICT 기술을 바탕으로 수요자 중심의 지원체계를 구축하는 한편 의과학적 근거, 효과성 분석에 입각한 상시적 근거 평가 체계를 마련

□ (향후 정책방향 ② 건강검진의 사후관리체계 강화)

- 건강검진의 수검률이 높은 상황에서 건강검진의 비용대비 효과 극대화를 위해서는 건강검진의 사후체계를 강화하여야 함(이정택, 2018).
- 건강검진기관 및 만성질환 의심판정자가 사후관리에 적극 참여하도록 유도하기 위해 인센티브 제공 등의 방안 마련이 필요함.

다. 세부실천목표

□ 국가건강검진 효과성 강화

□ 국가건강검진과 건강관리 간 연계 강화제4절 추진방향③: 의료인력 양성 및 활용체계 개편

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 세부실천목표 - 국가건강검진 효과성 강화 - 국가건강검진과 건강관리 간 연계 강화 | |
| ②-1 국가건강검진 사후관리체계 강화 - 병의원을 통한 확진검사 확대 - 건강관리서비스 활성화 추진 - 지역사회 건강서비스 연계 강화 - 인센티브 제공을 통한 사후관리를 제공 방안 마련 - 건강증진기금 활용의 적절성 제고 | ②-2 수요자 중심의 효과적인 건강검진체계 구축 - 국가건강검진서비스에 대한 접근성 제고 - 건강행태 조기개선을 위한 상담서비스 확대 - 검진정보 플랫폼을 활용한 개인건강서비스 지원 - 검진기관의 금연치료 참여 확대 |

1) 세부추진계획 ②-1: 국가건강검진 사후관리체계 강화

□ (실행전략 ① 병·의원을 통한 확진검사 확대)

- 검진기관에 재방문해서 시행하는 확진검사 및 검진결과 상담을 자신이 선택한 의원급 의료기관에서 받을 수 있도록 지원
 - 수검자가 가까운 의원급 의료기관에서 확진검사를 받고, 바로 질환치료를 할 수 있도록 연계
 - ‘일차의료시범사업’, ‘만성질환 관리수가 시범사업’ 등 만성질환 관리모형과 연계하여 질 높은 상담서비스를 제공

□ (실행전략 ② 건강관리서비스 활성화 추진)

- (제공 서비스의 타겟팅) 검진 사후관리에 있어 제공되어야 할 건강관리서비스의 타겟팅(service targeting)이 우선되어야 함. 건강관리서비스 제공에 민간자본 참여를 허용하되, 제공되는 서비스 내용은 정부 차원에서 목표를 분명히 해야 함.
- (민·관의 합리적 역할 분담과 관계 정립) 기존 보건소 등의 건강증진사업과 민·관 연계체계 측면에서 관계 정립을 명확하게 함.
- (국민건강보험과 연계한 종합적이고 효율적인 서비스 제공) 국민건강보험은 40세 이상에 대해 건강검진을 실시, 2012년 전국민 건강정보 데이터베이스를 구축하고 있음. 또한 건강정보 및 일부 건강관리서비스를 제공하고 있으므로 기존의 건강위험정보 활용 등 수단 확보 측면에서 시너지 효과를 기대할 수 있음.
 - 건강검진 사후관리 차원에서 건강관리서비스 회사와의 지역사회 연계 모형 개발 고려
- (검진결과의 표준 전자적 교류양식 개발) 검진결과의 전자적 교류를 위한 표준화 기반을 조성함으로써 정보의 활용범위를 확대함.
 - 정보 주체의 동의하에 민간 건강관리 애플리케이션과 연계함으로써 활용도 제고

- 진료정보 교류를 통한 검진결과의 의료기관 제공
- (표준화된 프로토콜의 개발) 민간병원이 건강관리서비스 회사를 설립할 경우 질환에 따른 맞춤형 건강상담이 우선되어야 할 것임.
- 초기 혼란을 막기 위해서는 고혈압·당뇨병 등 생활습관 개선을 위주로 한 만성질환 상담 전문인력의 육성, 이에 대한 프로토콜 제공이 필요

□ (실행전략 ③ 지역사회 건강서비스 연계 강화)

- 지역 내 검진수검률, 흡연율, 음주율, 대사증후군 발견율 등을 맞춤형으로 지자체에 제공
- 일정규모 이상의 사업장 보건·건강관리 담당자(보건관리자)가 요청할 경우, 사업장의 건강 문제를 파악할 수 있도록 서비스 제공

□ (실행전략 ④ 인센티브 제공을 통한 사후관리율 제고 방안 마련)

- 검진결과 만성질환 의심판정자가 사후관리서비스에 참여하거나, 검진기관에서 의심판정자들에게 대한 사후관리서비스 참여를 유도할 경우 인센티브를 제공하는 방안 마련

□ (실행전략 ⑤ 건강증진기금 활용의 적절성 제고)

- (건강증진기금 활용의 적절성 문제) 건강증진부담금(담배 1갑당 841원)으로 조성된 국민건강증진기금(2017년 기준, 3조671억원)은 국민건강보험법에 근거하여 65% 이내에서 건강보험 재정을 지원하도록 투입됨. 그러나 건강보험으로 넘어간 재원은 당초 기금의 목적에 부합하지 않는 사업들에 사용되고 있음.
 - 기금 사용의 근거가 없는 사업에 쓰이지 못하고, 목적에 맞는 사업에 지원을 확대할 수 있도록 관련 규정을 신설할 필요가 있음.
 - 건강증진 고유사업에 국한해 기금이 활용될 수 있도록 제한
- (건강증진기금의 활용범위 제한) 건강보험으로 넘어간 기금이 검진사업 등 건강증진고유 목적으로 국한해 활용될수 있도록 활용범위를 구체적으로 명시하고 제한할 필요가 있음.
 - 국민건강증진기금 활용방안 예시
 - 건강검진(80%), 평가 및 예방목적 급여(15%), 사회 마케팅(5%)

2) 세부추진계획 [2]-2: 수요자 중심의 효과적인 건강검진체계 구축

□ (실행전략 ① 국가건강검진서비스에 대한 접근성 제고)

- 검진도우미사업을 운영하여 거동이 불편해 검진기관을 이용하기 어려운 노인 등에 대해 문진표 작성 등 수검 지원 확대
- 50인 미만 사업장 근로자에 대해서는 근로자건강센터와 공단간 연계를 강화하여 검진실시 독려 및 검진결과 상담 등 건강관리 활성화

□ (실행전략 ② 건강행태 조기개선을 위한 상담서비스 확대)

- 건강행태 개선을 위한 생활습관상담 대상자를 현재 40, 66세에서 2018년부터 40, 50, 60, 70세 까지 확대 실시
- 의과학적 근거에 따라 평가문항 및 상담매뉴얼을 개정하여 생활습관 평가·상담의 질 개선
- 암검진 후 암의심 소견이 보이는 수검자에게 사후상담을 통하여 적절한 추가검사 및 치료를 받을 수 있도록 암검진 사후상담 제도화

□ (실행전략 ③ 검진정보 플랫폼을 활용한 개인건강서비스 지원)

- 인터넷, 모바일 등을 통해 수요자에게 건강검진과 건강정보를 제공하는 서비스 실시
- 현재, 우편을 이용한 검진결과 통보를 ICT 기술을 활용하여 수요자가 원하는 모바일, e-mail 등 맞춤형으로 제공

□ (실행전략 ④ 검진기관의 금연치료 참여 확대)

- 건강검진과 금연진료를 동일 날짜에 실시하더라도 금연진료비가 감액되지 않도록 제도개선
- 검진기관에 금연치료사업 매뉴얼 제공 및 금연치료사업 참여 권고

라. 연도별 추진일정

〈표 2-4-6〉 건강증진·질병관리 분과: ❷ 일상생활에서의 상시적인 건강·예방관리체계 구축: 연도별 추진일정

| 구분 | '19년 | '20년 | '21년 | '22년 | '23년 | '30년 |
|------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| ❶ 신속한 검진-치료-건강관리 연계 | | | | | | |
| ○ 병·의원을 통한 확진검사 확대 | | | | | | |
| ○ 건강관리서비스 활성화 추진 | | | | | | |
| ○ 지역사회 건강서비스 연계 강화 | | | | | | |
| ○ 인센티브 제공을 통한 사후관리를 제공 방안 마련 | | | | | | |
| ○ 건강증진기금 활용의 적절성 제고 | | | | | | |
| ❷ 수요자 중심의 효과적인 건강검진체계 구축 | | | | | | |
| ○ 국가건강검진서비스에 대한 접근성 제고 | | | | | | |
| ○ 건강행태 조기개선을 위한 상담서비스 확대 | | | | | | |
| ○ 검진정보 플랫폼을 활용한 개인건강서비스 지원 | | | | | | |
| ○ 검진기관의 금연치료 참여 확대 | | | | | | |

마. 참고문헌

- 조용운, 오승연, 김동갑. 2018. 건강생활서비스 공사 협력 방안, 보험연구원.
 이정택. 2018. 건강검진과 국민의 건강성과. 고령화리뷰 제18호. 보험연구원.
 통계청. 2017. 2016년 사망원인 통계.
 보건복지부. 2016. 제2차 국가건강검진 종합계획.

제4절 추진방향 ③: 건강위해요인의 적극적 관리¹⁰³⁾

가. 추진배경 및 주요 문제의식

□ (문제意識 ① 질병구조의 변화와 건강서비스 수요 변화)

- 전 세계적으로 비감염성질환(Non-Communicable Disease)의 질병부담이 증가하고 있음.
- 최근 국민소득 및 생활수준 향상 등에 따라 전체적인 건강욕구의 증가와 다양한 고급의료에 대한 수요가 증대되고 있으며, 이에 따라 시장기능을 중시한 보건의료의 사업화에 대한 논의가 대두되고 있음.
 - － 영리의료법인 허용 논의, 보충형 민간의료보험 활성화, 해외환자 유치 활성화를 위한 제도 개선 등
- 국민들의 의료수요가 과거 치료(cure)와 케어(care) 중심이었다면, 향후에는 웰빙(wellness) 중심으로 변화할 것으로 예상됨.
 - － 그러나 다른 한편으로는 취약계층에 대한 기본의료 수요 충족 등 공공보건의료 역할은 여전히 미흡한 것으로 평가되어 국가적 보건의료 안전망에 대한 강화 필요성은 여전히 존재한다고 할 수 있음.

□ (문제意識 ② 건강위해요인으로 인한 질병부담 증가)

- 미국 워싱턴 대학의 건강계측·평가연구소(Istitute for Health Metrics and Evaluation)에 의하면, 2016년 우리나라의 질병부담에 기여하는 위험요인은 식이, 공복혈당장애, 담배, 알코올 및 약물 사용, 고혈압, BMI 등으로 대부분 건강생활실천을 통해 해결 가능한 문제임.

[그림 2-4-2] 우리나라 질병부담(DALYs)에 기여하는 위험요인(2016년)



자료: IHME 홈페이지, 국가별 프로파일.

103) 작성자: 김동진

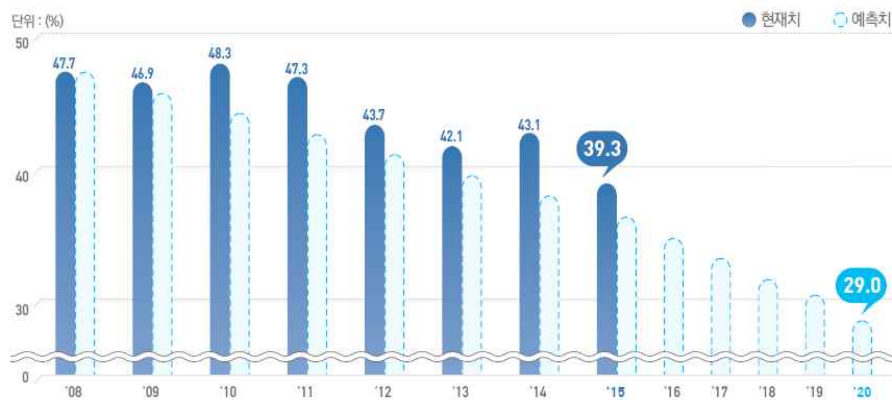
□ (문제의식 ❸ 신체활동 감소, 영양문제 증가)

- 우리나라 국민의 신체활동 실천율은 지난 2008년 이후 지속적으로 감소하는 추세에 있으며, 특히 근력 신체활동을 실천하지 않는 인구비율이 높은 것으로 확인되었음.
- 우리나라 국민의 건강한 식생활 실천율은 증가하고 있으나, 아침식사 결식률은 감소하고 있는 반면 에너지/지방 과잉섭취자 분율은 증가하는 등 일부 영양 문제를 가지고 있음.

□ (문제의식 ❹ 개인차원의 금연지원사업의 한계)

- 국민건강증진종합계획의 대표지표인 성인 남자 현재흡연율은 2015년 기준 39.3%로 30%대로 최초 진입하였으나, 2020년까지 29.0%로 낮추겠다는 목표 달성은 어려운 실정
- 목표달성을 위해서는 개인 차원의 금연지원사업 외에 적극적인 비가격정책의 추진이 요구됨.

[그림 2-4-3] 성인남자 현재흡연율 추이 및 HP2020 목표치



자료: 한국건강증진개발원. 2017. 제4차 국민건강증진종합계획 2017년 동향보고서.

□ (문제의식 ❶ 알코올에 대한 접근이 용이)

- 우리나라는 주류에 대한 물리적 접근성이 용이한 환경으로 운동경기장, 공원 등 공공장소에서 주류 구매가 용이함.
- 청소년보호법에서 주류 판매를 금지하고 있으나, 편의점이나 가게 등에서 술을 사려고 시도한 학생 중 67.2%는 주류 구매가 가능했던 것으로 조사됨.

□ (문제의식 ❷ 비만으로 인한 사회적 비용 증가)

- 고도비만인구(5.3%)가 계속 증가하여 2030년에는 현재의 2배 수준(9%)에 이를 전망

(OECD)(관계부처합동, 2018)

－ 고도비만(체질량지수 30 이상) 비율: 2005년 3.5% → 2015년 5.3% → 2030년 9.0%

○ 비만으로 인한 사회경제적 손실은 2015년 기준 9.2조원으로 최근 10년간 2배 증가되었고, 고령화 등으로 더욱 가속화 될 전망(관계부처합동, 2018)

－ 의료비 5.4조, 조기사망손실액 1.6조, 생산성손실액 1.4조, 간병비 0.5조, 교통비 0.3조

나. 정책 상황 분석

□ (정책성과 ❶ 건강생활실천율 개선)

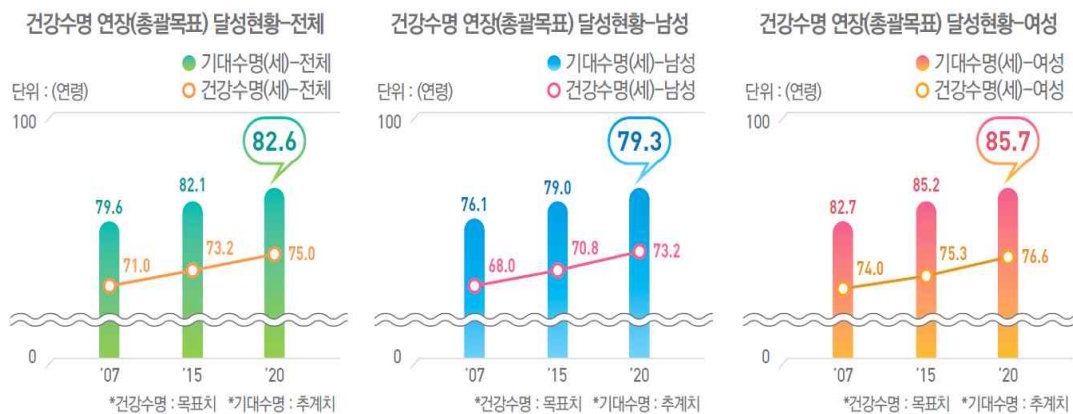
○ 국민건강증진종합계획의 대표지표로 관리되고 있는 건강생활실천 분야 지표가 개선된 것으로 나타남.

○ 성인남자 흡연율, 중·고등학교 남학생 현재흡연율, 성인 남자·여자 연간음주자의 고위험음주율, 건강식생활실천 인구비율(만 6세 이상)

□ (정책성과 ❷ 전반적인 건강수준의 증가)

○ 국민건강증진종합계획의 총괄목표 중 하나인 건강수명이 점차 증가하고 있음.

[그림 2-4-4] 건강수명 달성 현황



자료: 2007년 건강수명 = World Health Statistics, WHO, 2009.

2015년 건강수명 = World Health Statistics, WHO, 2016.

2020년 건강수명 목표치 = 제3차 국민건강증진종합계획, 보건복지부·한국보건사회연구원, 2011.

2007년 및 2015년 기대수명 = 생명표, 통계청, 2016.

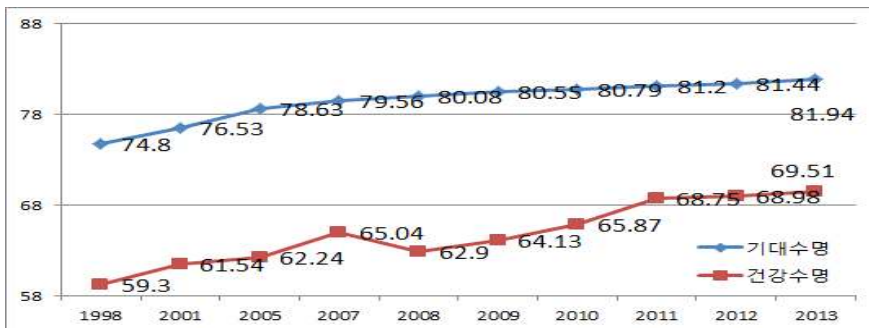
2020년 기대수명 추계치 = 장래인구추계(중위수준), 통계청, 2011.

자료: 한국건강증진개발원. 2017. 제4차 국민건강증진종합계획 동향보고서.

□ (정책 한계 ① 기대수명과 건강수명의 격차)

- 기대수명 증가에 따라 건강수명도 증가 추세에 있으나 약 10년의 격차가 있으며, 소득수준 및 교육수준별 건강격차가 발생하고 있음.

[그림 2-4-5] 건강수명과 기대수명

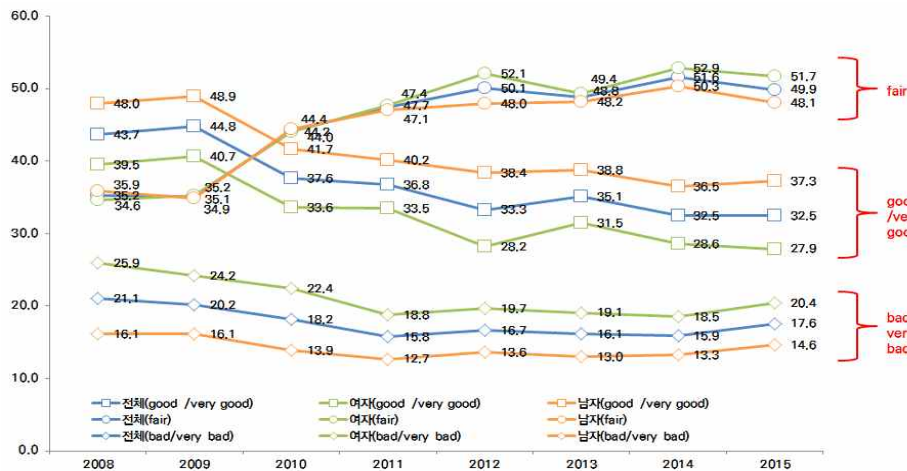


자료: 보건복지부 내부자료, 2015.

□ (정책 한계 ② 주관적건강인지율 하락)

- 2015년 기준 주관적건강인지율은 32.5%(남자: 37.3%, 여자: 27.9%)로 나타났으며, 이는 OECD 최하위 수준임¹⁰⁴).

[그림 2-4-6] 우리나라의 성별 주관적건강인지율 추이



자료: OECD Health data 홈페이지

(http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#). 2018. 6. 12. 인출

104) 다만, OECD에서는 주관적건강인지율에 해석시 다음과 같은 이유로 주의할 것을 강조하고 있음. 사람들이 스스로의 건강을 평가하는 것은 매우 주관적이며, 여기에는 문화적인 요인이 영향을 미침. 예를 들어 한국과 일본은 응답시 중심집중 편향(central tendency bias)이 나타나고 있음. 또 노인들은 자기 건강을 낮게 평가하기 때문에 노인 인구 비율이 높은 국가는 지표값이 낮아질 수 있음.

□ (정책 한계 ③ 담배광고 규제 한계)

- 소매점내 POP 광고, 블로그 등을 통한 판촉 등이 증가하면서 청소년 흡연시작을 유도하는 문제점 발생
- 전자담배 등 신종담배를 중심으로 새로운 판촉유형이 지속적으로 증가하고 있으나 이에 대한 대응이 부족
- 쉐련형 전자담배(가열담배) 등 신종담배를 중심으로 새로운 판촉유형이 지속적으로 증가하고 있으나 이에 대한 대응이 부족
 - ‘쉐련에 비해 덜 해롭다’는 인식으로 금연하는 대신 쉐련형 전자담배(가열담배) 사용으로 전환되거나 쉐련과 쉐련형 전자담배(가열담배)를 모두 사용하는 중복사용자가 증가하고 있음.

□ (정책 한계 ④ 비만에 대한 인식 및 환경 개선 노력 부족)

- 생애주기, 소득수준, 생활공간 별 비만 예방·관리 환경이 취약한 분야*에 집중한 세분화된 정책적 개입 부족
- 비만을 질병이 아닌 미용문제로 인식하는 사회적 풍조 및 다이어트 과장 광고 등 검증되지 않은 정보로 인한 소비자 피해 우려
- 식품에 대한 영양표시 등에 대한 정보공개가 제한적으로 이루어져 국민의 알권리 및 건강권 훼손

□ (정책 한계 ⑤ 관대한 음주문화에 대한 인식개선 노력 부족)

- 그동안 우리나라는 음주문화에 대해 관대하다는 지적이 많았음.
 - 특히 사회적 음주를 긍정적으로 받아들이는 인식이 널리 퍼져 있고, 음주로 인한 범죄나 사고를 “실수”로 치부하고 문제시 하지 않는 사회적 분위기가 오랫동안 이어져 왔음.
- 그러나 최근 음주로 인한 교통사고나 주취 폭력 등이 빈번하게 발생하고 있으며, 이로 인한 사회적 부담이 크게 증가하고 있어 이에 대한 정책적 대응이 필요하다는 목소리가 커지고 있음.

□ (향후 정책방향 ① 건강생활실천을 위한 지원 강화)

- 금연, 절주, 신체활동, 적절한 식이 등 국민건강증진을 위해 개인적 차원의 건강실천행위를 강조하고, 정부는 국민들에 대한 체계적인 지원 대책을 마련하여 건강생활실천을 유도함.

- 또한 핵심 건강위협에 효과적으로 대처할 수 있도록 개인과 가족 및 지역사회의 역량을 강화하고 및 건강한 환경을 조성함.

□ (향후 정책방향 ② 규제를 통한 건강위해유인의 적극적 관리 강화)

- 담배 경고그림, 금연, 금주구역의 설정, 비만 유발 식품에 대한 규제 등 정부차원에서 건강 위해 환경에 대한 규제·단속 강화
- 이 과정에서 건강을 최우선 가치에 둔 정책기조 하에 모든 정부부처 및 다부문간 협력을 강화(Health in All Policies)함.

다. 세부실천목표

- 국민의 건강생활실천을 제고를 위한 맞춤형 지원 강화

- 건강위해요인 관리 및 건강생활환경 조성을 위한 규제 강화

| 세부실천목표 | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - 국민의 건강생활실천을 제고를 위한 맞춤형 지원 강화 - 건강위해요인 관리 및 건강생활환경 조성을 위한 규제 강화 | |
| ③-1 건강생활실천을 위한 지원 강화 | ③-2 건강위해요인 관리를 위한 규제 강화 |
| - 생애주기별 맞춤형 흡연예방사업 - 일반흡연자 금연지원 및 고도흡연자 금연치료 강화 - 고위험 음주예방을 위한 조기선별 및 개입 - 음주폐해에 대한 인식 개선 및 정보 제공 - 생애주기별 생활터 중심 신체활동증진 프로그램 강화 - 건강식생활실천 국민 인식 제고 - 맞춤형 영양관리 서비스 지원 강화 - 지역사회 주민 구강보건을 위한 서비스 지원 강화 | - 비가격 금연정책 추진 강화 - 주류접근성 최소화를 위한 환경 개선 - 비만 유발 환경 개선 - 건강한 식품 선택 환경 조성 - 건강위해요인에 대한 가격정책 강화 고려 |

1) 세부추진계획 ③-1: 건강생활실천을 위한 지원 강화

□ (실행전략 ① 생애주기별 맞춤형 흡연 예방사업)

- (생애주기별 예방사업) 유아, 청소년, 젊은 성인으로 구분하여 흡연예방 사업 실시
 - 유아: 국가금연지원센터에서 어린이집, 유치원을 대상으로 예방교육 및 캠페인 실시
 - 청소년: 학교흡연예방사업과 학교 밖 청소년 사업을 통해 맞춤형 교육 및 조기개입
 - 군인·의경: 일반적인 금연지원서비스에 접근하기 어려운 군인, 의경 대상 흡연예방 교육 및 금연지원서비스 제공
- (청소년, 군인 대상 예방 강화) 청소년, 군인 등 젊은 성인 흡연자 대상 금연 캠페인 등 맞춤

형 홍보 확대를 통해 금연 인식 개선 및 금연분위기 확산

－ 공익광고, 금연 바이럴 형성, 금연 인포그래픽, 금연 서포터즈 등을 통한 홍보활동 강화

□ (실행전략 ② 일반흡연자 대상 금연지원 및 고도흡연자 대상 금연치료 강화)

○ (지역사회 중심 금연지원서비스) 보건소 금연클리닉, 금연상담전화, 온라인 금연지원서비스 등 강화로 금연지원서비스 등록율을 높이고 성공률을 제고함.

○ (건강검진) 장기흡연자 대상 저선량 CT를 활용한 폐암검진 제도화

○ (금연치료) 국민건강보험공단에서 병의원 금연치료를 제공하여 의사의 전문적인 대면 상담, 약물처방 지원

○ (전문 상담) 지역금연센터에서 운영하는 금연캠프를 통해 집중적이고 전문적인 의사의 심리 상담 제공

□ (실행전략 ③ 고위험 음주 예방을 위한 조기선별 및 개입)

○ (고위험 음주자 조기 선별 및 상담, 치료 지원) 보건소 및 복지관 등 지역사회에서의 고위험 집단 조기선별 및 치료서비스 제공

－ 중독관리센터 및 정신건강복지센터의 상담 및 재활 서비스 제공

－ 알코올 중독 치료병원과 지역 중독관리센터 및 정신보건센터 간의 상호연계 확대

－ 저소득 고위험음주자에 대한 상담 및 치료 서비스 지원

○ (치료명령제) 음주운전 및 음주폭력사범 등에 대한 치료명령제 강화

□ (실행전략 ④ 음주폐해에 대한 인식 개선 및 정보제공)

○ (음주폐해 인식 개선) 음주운전, 주취자 폭력 등 음주로 인한 사회적 부담에 대한 인식을 제고하고, 음주폐해 예방을 위해 대국민 홍보를 강화

－ 잘못된 음주문화 개선과 술과 음주에 대한 올바른 정보제공으로 음주폐해를 예방

○ (교육 및 홍보) 생애주기에 따른 대상별 맞춤형 교육자료 개발 및 교육 시행, 표준화된 절주 사업지침서를 활용한 전국민 홍보 실시

－ 지역진단 및 주민 요구도, 생활터별 특성을 반영한 주제, 내용 구성, 지역 특성에 따라 효과가 높은 홍보매체 활용

○ (음주문제 발생빈도가 높은 시기 또는 건강관련 기념일 활용) 연말연시, 휴가철, 지역축제 기간, 음주폐해예방의 달(매년 11월), 보건의 날, 금연의 날 등

□ (실행전략 ⑤ 생애주기별 생활터 중심 신체활동증진 프로그램 강화)

- (생애주기별 신체활동 프로그램 제공) 생애주기, 생활터별 집단을 대상으로 올바른 신체활동 지식 및 실천방법을 교육함으로써 주민의 신체활동 실천기회를 확대하고 지식수준을 향상시킴
 - (아동 및 청소년 대상) 보건소·학교·지역아동센터 등 생활터 접근을 통한 프로그램 제공
 - (성인 대상) 비만 및 만성질환 관리를 위해 직장인, 비만인구 대상으로 신체활동 지침서 제공, 프로그램 운영 등을 실시함
 - (노인 대상) 일상생활 건강기능 유지 및 노인 관련질환 예방을 위해 보건소, 경로당, 복지센터 등 생활터에 접근하여 노인 운동프로그램을 운영함
- (개인별 신체활동증진 서비스) 비만 및 만성질환을 예방하기 위해 개인별 건강수준을 고려한 신체활동을 지도하고, 대상자 현황 평가 서비스, 전문상담 서비스 등을 제공함
- (지역주민 주도의 신체활동 환경조성) 사회적 지지기반을 조성함으로써 지역주민의 자발적인 신체활동 역량을 강화하고 지원함

□ (실행전략 ⑥ 건강식생활실천 국민 인식 제고)

- (건강식생활 실천 캠페인) 무분별한 영양정보 및 극단적 다이어트 광고 등을 제어하고 올바른 영양정보의 제공을 위한 교육·홍보 강화
 - 건강한 식생활에 대한 인식변화를 유도하고 건강실천 환경조성을 위해 지역사회 주민을 대상으로 홍보 및 캠페인을 추진함.
 - 생애주기별 맞춤 영양교육·상담, 영양관리 프로그램을 운영하여 식생활 관리능력을 배양하고 건강증진을 도모함.
- (건강식생활 인식확산 홍보) 올바른 영양관리 및 식생활에 대한 정보 제공 및 홍보
 - 한국인을 위한 식생활지침 가이드북 보급, 자체행사 등을 활용한 건강식생활 실천자료 제공 및 홍보, 캠페인 전개

□ (실행전략 ⑦ 맞춤형 영양관리 서비스 지원 강화)

- 임산부 및 영유아 대상
 - (영양플러스 사업 운영) 취약계층 임산부·영유아 중 영양위험요인을 가진 대상자에게 영양교육 및 상담을 실시하고 보충식품을 지원함
 - (임산부·영유아 영양관리) 보건소 방문 임산부 및 영유아를 대상으로 올바른 영양정보 제

공 및 상담, 관내 산부인과, 산후조리원 등에 영양·식생활 정보제공

- (어린이집·유치원 기반 영양관리) 관내 관련 기관에 정기적 영양교육 자료지원, 교사·부모 대상 영양교육 병행 실시 권장

○ 어린이 및 청소년 대상

- (저소득층 어린이·청소년 영양관리 지원) 채소·과일 간식 제공으로 섭취 증대 등 건강식 생활 확산, 고열량·저영양 식품 및 위해 성분 저감화

○ 성인 대상

- (건강위험요인 개선을 위한 맞춤 영양관리) 건강검진결과 건강위험군으로 판정받은 주민 대상으로 질환관리 상담 및 프로그램 제공, 비만·만성질환 건강위험군 대상 영양상담 및 프로그램 제공

○ 노인 대상

- (실버 건강식생활사업 운영) 독거노인 대상 식생활관리서비스(가정방문을 통한 맞춤형 영양교육) 및 과일·우유 등의 간식도시락 제공
- (맞춤형 상담) 단체교육 및 가정방문을 통한 식생활환경 점검, 개인상담과 맞춤형 영양관리 제공

□ (실행전략 ⑧ 지역사회 주민 구강보건을 위한 서비스 지원 강화)

○ 구강건강증진을 위한 지역사회 중심의 사업 운영

- (구강보건교육 및 홍보) 구강건강의 중요성과 관리방법에 대한 교육 실시, 구강보건 교육 매체 및 홍보자료 제공
- (바른양치실천사업) 바른양치 습관 생활화, 인식강화를 위한 교육 및 홍보, 각종 생활터에서의 실천환경 조성
- (학교 양치시설 운영) 초등학교, 지역아동센터에 양치시설 운영
- (불소용액 양치사업) 수돗물불소농도조정사업 미실시 학교를 대상으로 하며, 학교장 및 보건(담임) 교사 등에게 사업내용에 대해 설명하고 학생들에게도 교육을 실시함으로써 치아우식증을 예방함
- (수돗물불소농도조정사업) 정수장에 불소첨가기를 설치, 수돗물 불소농도를 적정농도로 조정함

○ 구강병 예방진료를 위한 서비스 지원

- (노인 불소도포 및 스케일링 사업) 치주질환 발생이 많은 만 65세 이상 노인에게 스케일링 또는 전문가치면세정술, 불소도포를 지원

- (어린이 불소도포 사업) 15세 이하 아동을 대상으로 시행
- (구강보건 이동진료차량 운영) 의료기관 접근성이 낮은 농어촌지역 주민을 대상으로 찾아가는 구강진료 서비스를 제공함으로써 치료서비스 범위를 확대함
- 보건소 구강보건센터 및 학교 구강보건실 운영
 - 취약계층 대상 구강질환 예방 및 초기치료 사업 추진, 취약계층 아동 대상 치아홈메우기 실시, 지역주민 전체 대상 구강보건교육 실시 및 홍보, 초·중 및 특수학교 구강보건실 운영, 장애인 구강보건진료사업 활성화

2) 세부추진계획 ③-2: 건강위해요인 관리를 위한 규제 강화

□ (실행전략 ① 비가격 금연정책 추진 강화) (기획재정부·보건복지부, 2016)

- 담뱃갑 흡연경고그림 강화
 - (경고그림 효과) 담뱃갑 경고그림은 흡연에 대한 경각심을 불러 일으키며 담배제품의 매력도를 떨어뜨리는 효과가 있음.
 - (경고그림 수정 보완) 담배경고그림 및 문구를 주기적으로 교체하여 담배의 폐해에 대한 경각심을 다시 불러일으켜 금연 및 흡연예방 효과를 극대화
- 쉼련형 및 액상형 전자담배 사용 규제 강화
 - 담배광고 및 판촉규제 등 유통과정에서는 쉼련과 동일한 수준의 담배규제 적용
 - 특히 쉼련형 전자담배(가열식)의 폐해를 정확히 전달하기 위해 경고그림을 강화하고 문구를 강화
- 금연구역 확대
 - 노래방, 노래연습장, 음식점으로 신고하지 않은 유흥주점, 체육시설 등록신고 의무가 없는 실내야구장, 볼링장, 기원 등은 현재 규제 사각지대로 간접흡연으로 인한 피해를 최소화하기 위한 기준 마련 필요
- 담배 광고 및 판촉 규제 강화
 - (담배광고) 담배광고에 대해서 단계적으로 규제 강화
 - (담배판촉) 담배판촉에 대한 포괄적 금지 규정을 마련하고, 불법 판촉 유형을 하위법령에 규정하여 구체화

□ (실행전략 ② 주류접근성 최소화를 위한 환경 개선)

- (주류광고 규제) 공중파방송 광고 규제시간 확대, 기타 다양한 매체를 통한 주류 광고 규제 강화, 주류판매 촉진에 대한 규제 강화
- (주류판매 관리 강화) 소매점, 식료잡화 및 일용잡화 판매 상점에서의 주류 판매 관리 강화, 유흥업소·음식점 등 업소판매점 주류 판매 관리 강화
- (면세주류 규제) 면세주류의 범위를 축소하여 낮은 가격의 주류공급을 차단
- (공공장소 음주 제한) 교육기관, 의료시설, 도로, 대중교통, 작업장, 공원 등 공공장소 음주 규제

□ (실행전략 ③ 비만유발 환경 개선)

- 비만을 조장·유발하는 문화·환경 개선 (관계부처합동, 2018.)
 - 비만은 발병 이전에 예방·관리하는 것이 가장 효과적 대책이며, 건강한 식생활 및 주기적인 신체활동이 핵심 수단
 - 비만을 유발하는 ‘폭식’의 진단기준을 마련하고, 폭식조장 미디어(TV, 인터넷방송 등)·광고에 대한 가이드라인 개발 및 모니터링체계 구축

□ (실행전략 ④ 건강한 식품선택 환경 조성) (보건복지부, 2017)

- 영양표시 의무화 대상 식품 확대
- 가공식품·외식·급식의 당류·나트륨 저감 지원 확대

□ (실행전략 ⑤ 건강위해요인에 대한 가격정책 강화 고려)

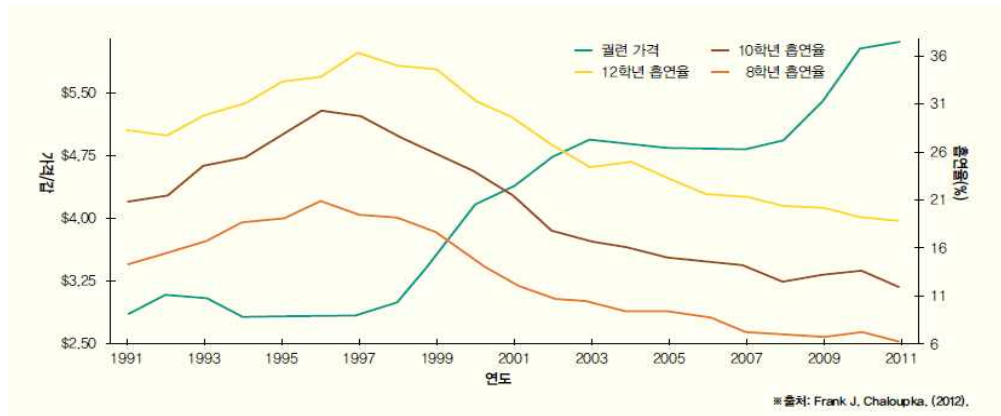
- 금연을 위한 담배가격 정기적 인상 고려
 - 담배소비로 인해 발생하는 외부성을 충분히 반영할만큼 담배가격을 큰 폭으로 인상
 - 정기적인 가격인상을 통해 흡연율을 감소시킬 수 있는 금연정책전략을 수행

[해외사례] 담뱃값 인상에 따른 청소년 흡연율 감소

- 담뱃세 인상을 통한 가격조치는 특히 청소년과 저소득층의 담배사용 감소에 효과적으로 알려져 있음(한국건강증진개발원, 2016).
- 특히, 청소년의 경우 동일한 가격 인상 폭에 대하여 담배사용이 성인 대비 2~3배 더 감소하는 것으로 나타났음. 높은 담배가격은 청소년의 흡연을 예방할 뿐만 아니라, 호기심에 담배를 접한 청소년이 흡연자로 발전할 가능성도 줄여줌.

□ 미국

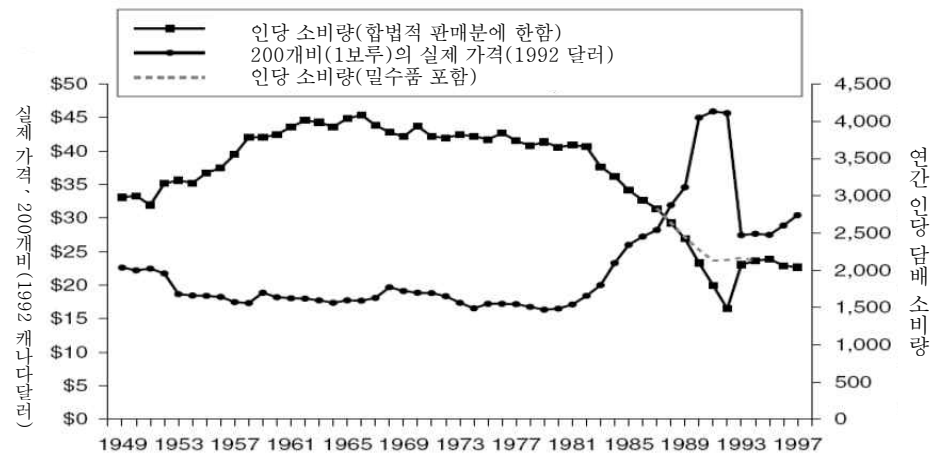
- 미국의 담배가격 변화에 따른 청소년 흡연율 추이를 보면 1990년대 중반 담배가격 하락 이후 2000년대 초반 가격 급상승의 변화가 청소년 흡연율의 등락과 반비례하는 양상을 확인해 볼 수 있음(한국건강증진개발원, 2016).



※ 자료 : 한국건강증진개발원 국가금연지원센터, 2016. 재인용

□ 캐나다

- 1980년대 담뱃세가 대폭 인상되면서 15~19세 청소년 남학생의 흡연율은 70년대 초반 40% 수준에서 1991년 20% 정도까지 하락함.



※자료 : 보건복지부 보도자료, 2015. 9.14. 재인용

○ 청소년 주류 접근성 감소를 위한 알코올 건강증진기금 도입 고려

- 세율의 인상이 주류 소비조절에 강력한 기능을 수행할 수 있도록 하고, 사회적 비용을 고려하는 수준으로 설정되어야 함.
- 청소년들의 주류 접근성을 낮춤으로써 장기적으로 알코올 중독 비율의 감소를 기대해볼 수 있음.

○ 설탕세 도입 검토

- 증가하는 당류 섭취량을 조절하고 늘어나는 비만인구를 줄이는 대책으로 설탕세 도입을 검토해볼 수 있음.
- 설탕 함유량이 높은 음료에 세금을 부과함으로써 고당류 제품에 대한 소비자의 구매를 감소, 설탕 섭취 감소와 비만인구 감소를 기대해볼 수 있음.

[해외사례] 해외 설탕세 도입 현황 (김여지나, 2017)

□ 세계보건기구

- 설탕이 함유된 음료에 세금을 도입 할 것을 공식적으로 권고
- 세계보건기구가 발간한 음식 섭취와 비전염성 질병 예방을
- 위한 세계 정책보고서(WHO, 2015, Using Price Policies to Promote Healthier Diets)에 따르면, 설탕이 포함된 음료에 20%의 세금 부과는 설탕음료 제품의 소비 감소 효과가 있을 것이라고 전망

□ 미국

- 미국에서 가장 먼저 설탕세를 도입한 캘리포니아 주의 버클리 시는 2015년부터 탄산음료, 스포츠음료, 에너지음료, 가당 아이스티 등 설탕이 함유된 음료 온스(29.6ml)당 1센트(12원)의 설탕세를 부과하고 있음
- 설탕세 도입 후 저소득 지역의 실제 탄산음료 소비가 21% 줄어들었다는 보고가 있음
- 그 외에도 필라델피아, 샌프란시스코, 오클랜드, 시카고 등으로 설탕세 도입이 확대되고 있음.

□ 영국

- 영국 정부는 2016년 설탕세 도입을 결정하면서, 2018년부터 100ml 당 설탕 5g이 포함된 음료 또는 8g이 포함된 음료에 대해서는 각각 리터당 18펜스(270원) 및 24펜스(350원)의 세금을 부과하기로 결정
- 영국에서 설탕 함유 음료에 대해 20%의 세금 부과 시 비만 인구는 1.3%, 과체중 인구는 0.9% 감소될 것으로 예측

□ 프랑스

- 프랑스는 2012년 전 세계에서 최초로 설탕세를 도입한 국가
- 프랑스 정부의 설탕세의 주요 목적은 세수 확보이나 과체중 및 비만 문제를 해결하기 위한 목표와 일치되어 아동 및 청소년의 비만에 주목
- 프랑스 정부는 5년 안에 하루 반잔 이상 설탕 함유 음료를 섭취하는 어린이 비율을 25%로 감소하는 것을 목표로 설정

□ 멕시코

- 멕시코는 2014년부터 설탕이 함유된 음료에 리터당 1페소(57원)의 세금을 부과하는 정책을 도입
- 설탕세 도입 후 설탕에 함유된 음료의 소비자가가 상승하면서 이에 대한 소비가 상당히 감소

라. 연도별 추진일정

〈표 2-4-7〉 질병관리·건강증진 분과: ③ 건강위해요인의 적극적 관리: 연도별 추진일정

| 구분 | '19년 | '20년 | '21년 | '22년 | '23년 | '30년 |
|-------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| ① 건강생활실천을 위한 지원 강화 | | | | | | |
| ○ 생애주기별 맞춤형 흡연예방사업 | | | | | | |
| ○ 일반흡연자 금연지원 및 고도흡연자 금연치료 강화 | | | | | | |
| ○ 고위험 음주예방을 위한 조기선별 및 개입 | | | | | | |
| ○ 음주폐해에 대한 인식 개선 및 정보 제공 | | | | | | |
| ○ 생애주기별 생활터 중심 신체활동증진 프로그램 강화 | | | | | | |
| ○ 건강식생활실천 국민 인식 제고 | | | | | | |
| ○ 맞춤형 영양관리 서비스 지원 강화 | | | | | | |
| ○ 지역사회 주민 구강보건을 위한 서비스 지원 강화 | | | | | | |
| ② 건강위해요인 관리를 위한 규제 강화 | | | | | | |
| ○ 비가격 금연정책 추진 강화 | | | | | | |
| ○ 주류접근성 최소화를 위한 환경 개선 | | | | | | |
| ○ 비만 유발 환경 개선 | | | | | | |
| ○ 건강한 식품 선택 환경 조성 | | | | | | |
| ○ 건강위해요인에 대한 가격정책 강화 고려 | | | | | | |

마. 참고문헌

- 고숙자, 정영호, 김은주, 오혜인. 2013. 담배 및 주류의 가격 정책 효과. 한국보건사회연구원.
- 김상겸. 우리나라 소비세제의 바람직한 개편방안. 2008. 한국경제연구원.
- 정영철, 이기호, 유주현, 김수진, 김석일, 이견직, 주지홍, 김미라. 2010. 수요자 중심의 건강정보 연계 모델 및 활용방안에 대한 연구. 한국보건사회연구원, 보건복지부.
- IHME 홈페이지, 국가별 프로파일
- 한국건강증진개발원. 2017. 제4차 국민건강증진종합계획 동향보고서.
- 관계부처합동. 2018. 국가비만관리종합대책,
- OECD Health data 홈페이지
- (http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#). 2018. 6. 12. 인출
- 보건복지부 내부자료. 2015. 제4차 국민건강증진종합계획 요약
- 기획재정부, 보건복지부. 2015. 비가격 금연정책 추진방안.
- 보건복지부. 2017. 제2차 국민영양관리기본계획.
- 보건복지부. 2015. “담뱃값 인상 효과는 국제적으로 검증된 정책, 보건복지부는 향후 금연지원서비스, 캠페인, 경고그림 부착 등을 통해 금연정책을 강화해 나갈 계획임”. 보도자료. 2015. 9. 14.
- 김어지나. 2017. 주요국의 설탕세 도입 현황. 국민건강증진포럼 제2호. 한국건강증진개발원.
- 한국건강증진개발원 국가금연지원센터. 2016. 금연이슈리포트.

제5절 추진방향 ④: 보건의료 취약계층 건강관리¹⁰⁵⁾

가. 추진배경 및 주요 문제의식

□ (문제의식① 급속한 인구 고령화 및 지역사회 계속 거주 가치 부각)

- 인구 고령화로 인해 노인과 노년기에 대한 인식이 성공적 노화(successful aging), 활동적 노화(active aging) 차원으로 전환되고 있고, 그 일환으로 지역사회 계속 거주 가치, 즉 시설이나 의료기관이 아닌 지역사회에서 노년기를 보낼 수 있도록 하는 일상생활에서의 상시적인 건강 예방 관리 체계 구축의 중요성이 강조되고 있음.
- (노인 1인가구의 증가) 2017년 기준 65세 이상 고령자 가구 중 1인 가구는 33.7%이며, 부부가구는 33.4%임. 부부가구의 구성비는 2005년 이후 감소추세로 2016년 1인 가구의 구성비가 부부가구의 구성비를 넘어섬.

【 1인 가구와 부부 가구의 구성비¹⁾(65세 이상 가구주) 】

(단위 : %)

| | 2000 | 2005 | 2010 | 2015 | 2016 | 2017 |
|-------|------|------|------|------|------|------|
| 1인 가구 | 31.3 | 32.0 | 34.3 | 32.9 | 33.5 | 33.7 |
| 부부 가구 | 33.1 | 33.8 | 33.6 | 33.1 | 33.0 | 33.4 |

자료 : 통계청, 「인구주택총조사」 각년도

주 : 1) 65세 이상 고령자 가구 중 1인 가구 또는 부부 가구의 구성비

□ (문제의식② 일상생활에서의 상시적인 건강 예방 관리의 일환으로 노쇠 예방 및 관리의 중요성 부각)

- 노쇠는 ‘노인이 내적, 외적인 스트레스에 취약한 경우이며, 반복적인 입원 치료 등이 필요한 정도로 악화될 가능성이 높은 상태’를 의미함(김남순 외, 2017).
- (노쇠유병률 및 장애) 노인의 노쇠유병률은 노쇠 측정도구에 따라 달리 나타나기지만 국내 노쇠 유병률을 파악한 연구에 의하면 14~21%의 유병률을 보임.
- 노쇠는 보건의료 및 복지 서비스 이용을 예측하는 요인이며, 지역에서 노쇠를 예방하고 잘 관리하면 노인의 건강수준과 삶의 질이 개선되는 효과를 기대할 수 있음(Roe, Normand, Wren, Browne, O’Halloran, 2017).

□ (문제의식③ 지역사회 장애인 건강 관리 및 장애인의 재활 촉진 및 사회 참여 증진의 중요성 부각)

- 지역사회 중심의 장애 예방 및 조기 발견, 재활치료, 장애인의 건강증진 및 관리를 통한 장

105) 작성자: 전진아

애인의 재활 촉진 및 사회 참여 증진에 대한 관심 고조

- 장애인의 건강 뿐 아니라 성공적인 사회 참여, 통합을 도모하기 위한 지역사회 자원간의 통합적 네트워크 구축의 필요성 부각

나. 정책 상황 분석

□ (정책 성과 ① 읍면동 단위의 보건복지 서비스 제공 및 연계체계 구축 및 운영)

- 서울시의 찾아가는 동주민센터 사업 및 보건복지부의 찾아가는 보건복지서비스를 통해 ‘찾아가는’ 보건 및 복지서비스 제공이 이루어지고 있음.
 - － 간호인력이 건강 관리가 필요한 노인 가구 등을 직접 방문하여 건강문제 상담 및 건강관리서비스를 제공하는 것을 목적으로 함.
 - 서울시의 찾아가는 동주민센터 사업의 경우, 65세, 70세 도래 노인을대상으로 보편 가정방문을 통해 건강 위험도 측정 및 건강 위험도에 따른 지속적 건강관리 서비스 제공, 맞춤형 지역 자원연계 활동을 하고 있음.

□ (정책 성과 ② 장애인 건강권 보장을 위한 지역사회 중심 재활사업 운영 확대 및 장애인 건강보건 관리사업 기반 마련)

- 보건소를 중심으로 지역사회 장애인의 건강관리 서비스를 제공하고, 보건소의 인적 혹은 물적 자원을 활용한 재활서비스를 제공하는 ‘지역사회 중심 재활 사업(Community Based Rehabilitation, CBR)’이 2000년 전국 16개 거점 보건소로 시작된 이후 2017년 전국 254개소로 확대되었으며, 지역사회통합건강증진 사업 중 필수 사업으로도 지정되었음.
- 2018년 「장애인건강권법」 시행에 따라 장애인 건강보건관리사업의 기반이 마련되었으며, 이를 통해 중앙 및 지역 장애인 보건의료센터 장애인 건강검진기관, 재활의료기관 등과의 연계 역시 강조하고 있음.
- WHO의 지역사회 중심 재활 사업의 매트릭스에 기반하여 보건복지부는 장애인 대상 지역사회 중심 재활사업의 모형을 구축하여 제시하고 있음(그림 참조).

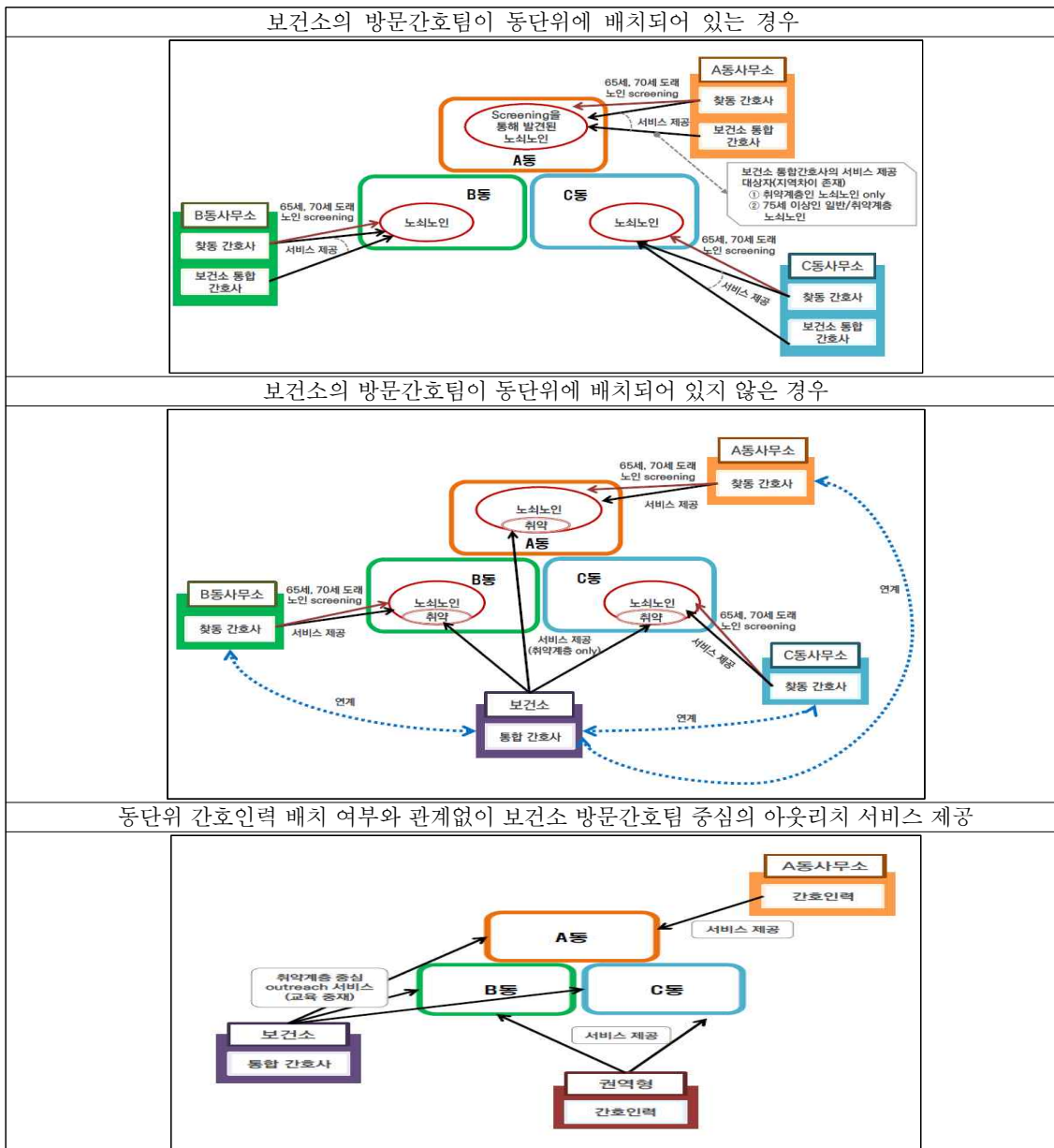
□ (정책 한계 ① 지역에 따라 상당한 편차를 보이는 지역사회 거주 노인 대상 건강 예방 및 관리 서비스)

- 지역사회를 기반으로 보건의료서비스를 제공하는 주체는 보건소이나, 보건소는 지역내 감염성 질환 및 비감염성 질환 예방 및 관리 전반을 담당하고 있으며, 서비스 제공 대상 역시 지역 주민 전부를 대상으로 하고 있음.

○ 최근 서울시의 찾아가는 동사무소 사업과 같이 읍면동 단위의 보건과 복지 사업들을 연계하여 진행하고자 하는 움직임에 따라 보건소가 가지는 역할과 기능에 대한 의문이 제기되고 있음.

－ 특히 보건소 사업 중 만성질환 예방 및 관리와 더불어 취약계층 대상 방문보건 사업의 경우 주 서비스 제공 대상자가 노인인데, 노인을 대상으로 하는 서비스들의 경우 최근 읍면동 단위의 보건복지사업 연계 추세에 따라 읍면동사무소와 보건소 간 역할을 어떻게 설정할 것인가에 대한 논의가 지역단위에서 활발하게 이루어지고 있음.

• 읍면동사무소와 보건소의 노인 대상 서비스 제공 구조는 지역마다 차이를 가짐.



자료: 김남준 외(2018). 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공방안. 한국보건사회연구원

- 찾아가는 보건복지서비스 제공의 일환으로 읍면동 단위에 고용되는 간호인력은 간호사가 아닌 간호조무사인 경우가 지역에서는 상당수 있으며, 이로 인해 보건소의 간호사와 읍면동 단위의 간호조무사 간 소통이 원활하게 이루어지지 않는 경우가 상당함.

□ (정책 한계 ❷ 지역사회 중심 재활사업의 제한된 재활 전담 인력 및 지역별 장애인 특성에 대한 고려 미흡)

- 전국 보건소로 확대되었으나, 보건소 내 지역사회 중심 재활업무 담당 재활 전문인력 확보 어려움
- 다양한 장애유형에 대한 서비스가 제공되기보다는 중증도가 심하면서 독립적 일상생활이 불가능하며 재활서비스를 필요로 하는 등록 장애인 중 정기적 관리가 필요한 장애인을 대상으로 서비스가 제공되고 있는 구조이며, 상당수가 중장년이거나 노인임.
 - 장애의 특성과 장애인의 생애주기에 따라 다른 건강, 교육, 사회 참여, 역량강화 등의 욕구는 달라질 수 있음. 현재의 보건소 중심의 장애인 지역사회 재활서비스 제공시 이에 대한 고려가 필요.
 - 현재의 지역사회 중심 재활서비스의 경우 연령대가 낮은 장애인을 대상으로 보건소에서 진행하는 프로그램은 제한적인 것으로 나타남(국립재활원, 2010)

□ (정책 한계 ❸ 지역사회 기반 노인 및 장애인 건강 예방 및 관리 사업 제공 주체 간 연계 부족)

- 지역사회 기반 노인 및 장애인 건강 예방 및 관리 사업을 제공하는 다양한 주체 간 연계 부족으로 인해 서비스 효율성 저하
 - 노인의 경우, 지역사회에는 경로당 및 노인 가정 방문 서비스를 제공하는 주체가 다양하게 존재함. 이들 모두가 노인의 질환 관리 사업을 진행하고 있지는 않으나, 신체활동과 영양 지원을 위한 교육, 중재 프로그램 등 예방 사업들은 보건소 외에 노인복지관, 사회복지관, 대한노인회 등 다수의 지역사회 기반 서비스 제공 주체에서 진행하고 있음
 - 장애인을 대상으로도 지역사회에는 재활 의료 서비스를 제공하는 의료기관 외에도 장애인복지관 등 지역사회 중시 재활을 도모하기 위해 서비스를 제공하는 다양한 주체가 있음.

□ (정책 환경 및 향후 정책 방향 ❶ 지역사회 계속 거주(ageing in place) 실현을 위한 노인친화적 보건의료서비스 제공)

- 노년기 신체 및 인지 건강, 기능 상태를 유지 및 향상할 수 있는 방안을 모색하여 노인의 지역사회 계속 거주가 실현될 수 있도록 하는 지원 필요

- 지역사회 거주 노인 대상 건강에 대한 포괄적 평가에 기반을 둔 맞춤형 건강 예방 및 관리 서비스 제공 및 연계

□ (정책 환경 및 향후 정책 방향 ② 지역사회 거주 장애인의 사회 통합을 위한 장애인 재활 서비스 제공 및 지역사회 연계 노력 지속)

- 장애인의 지역사회 참여 및 건강 증진을 도모할 수 있는 방안을 모색하여 장애인의 사회통합 및 건강권 보장이 이루어질 수 있도록 하는 지원 필요.
 - 효과적인 지역사회 중심 재활서비스 제공을 위한 인력 확보 및 역량 확대
 - 지역별로 다양한 장애인구의 특성에 따른 지역 CBR 모형 구축 및 운영
 - 지역 진단에 기반한 모형 구축 필요. 예를 들어 고령 장애인구의 비율이 높은 지역은 고령 인구를 대상으로 한 방문재활서비스나 질환관리의 내용이 포함된 모형을 구축하는 것이 필요함.
 - CBR에서 제시하는 것처럼 장애인의 건강, 교육, 생계, 사회적 욕구, 역량강화를 위한 지역사회 내 다양한 장애인 지원 주체들과의 연계 강화

다. 세부실천목표

- 포괄적 건강 평가에 기반을 둔 맞춤형 노인 건강 예방 및 관리 서비스 제공
 - 지역사회 거주 노인을 대상으로 한 포괄적 건강평가를 실시하고, 노인의 노쇠 및 건강 수준, 욕구에 따라 개별화된 관리 및 지원 계획 제공 및 운영
 - 노인의 노쇠 및 건강 수준에 따른 개별화된 관리 및 서비스 지원을 위한 지역사회 중심의 통합적 노쇠 예방 및 관리 모형 개발 및 운영
- 장애인의 사회통합을 위한 지역사회 중심 재활서비스 제공 역량 강화
 - 보건소의 지역사회 중심 재활서비스 제공 인력 확보 및 역량 강화
 - 장애 규모, 유형 등 지역의 특성에 따른 지역사회 중심 재활서비스 제공 모형 구축 및 운영 및 지역사회 유관자원 간 연계 강화

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 세부실천목표 - 포괄적 건강평가에 기반을 둔 맞춤형 노인 건강 예방 및 관리 서비스 제공 - 장애인의 사회통합을 위해 지역사회 중심 재활서비스 제공역량 강화 | |
| ④-1 포괄적 건강평가에 기반을 둔 맞춤형 노인 건강 예방 및 관리 서비스 제공 ① 지역사회 거주 노인 대상 포괄적 건강 평가 ② 지역사회 중심의 통합적 노쇠 예방 및 관리 모형 개발 및 운영 | ④-2 장애인의 사회통합을 위해 지역사회 중심 재활서비스 제공역량 강화 ① 지역사회 중심 재활서비스 제공 인력 확보 및 역량 강화 ② 지역 맞춤형 지역사회 중심 재활서비스 제공 모형 구축 및 운영 |

1) 세부추진계획 ④-1: 포괄적 건강평가에 기반을 둔 맞춤형 노인 건강 예방 및 관리 서비스 제공

□ (실행전략① 지역사회 거주 노인 대상 포괄적 건강 평가)

○ 포괄적 건강 평가 tool 표준화

- 현재 서울시의 찾아가는 동주민센터 사업에서 실시하고 있는 포괄적 건강평가 tool 을 지역에서 활용할 수 있도록 건강 평가 도구 표준화 필요
- 현재의 평가 도구 중 노쇠 측정 도구의 경우 여러 노쇠 측정 도구들을 혼합하여 사용하고 있으며, 현장에서는 노쇠하다고 판별된 노인이 실제로 만나보면 노쇠하지 않다는 의견이 다수 제기되었음

○ 포괄적 건강평가 실시 주체로 읍면동사무소 혹은 보건소의 간호 인력 활용

- 현재 서울시의 찾아가는 동주민센터 사업에서는 동주민센터에 배치되어있는 간호사가 65세, 70세 도래 노인을 대상으로 보편가정방문을 통해 포괄적 건강평가를 실시하고 있음. 하지만 지역의 경우 읍면동주민센터에 간호조무사 인력들이 배치되어 있는 경우가 많아, 이들이 서울시와 같이 포괄적 건강평가를 실시할 수 있도록 하는 것이 적절한지에 대한 합의 선행 필요
- 보건소의 방문간호팀이 읍면동단위에 배치되는 것을 가정할 경우, 이들이 일정 연령에 이르는 노인을 대상으로 포괄적 건강평가를 실시 할 수는 있으나, 현재의 보건소 방문간호팀의 제한된 인력으로 포괄적 건강평가를 실시하기 역부족임. 보건소 방문간호팀의 역할을 어떻게 가져갈 것인가에 따라 서울시 아닌 지역의 경우 지역사회 거주 노인 대상 포괄적 건강평가 실시 주체가 달라질 수 있을 것임.

○ 포괄적 건강평가 실시 주체 대상 교육

- 포괄적 건강평가 도구에 대한 실시 주체 대상 교육 필요. 포괄적 건강평가 도구는 신체질환과 더불어 심리정서문제, 노쇠 측정 등 다양한 신체 및 정신건강 수준 및 기능에 대한 평가가 이루어지기 때문에 포괄적 건강평가를 실시하는 주체에 대한 교육이 선행되어야

함.

○ 포괄적 건강평가 대상에 대한 합의

- 현재 서울시의 경우 65세, 70세 도래 노인 전수를 대상으로 보편 가정방문을 하고 있음.
일부 지역에 따라 75세를 추가적으로 하고 있는 경우도 있음.

□ (실행전략② 지역사회 중심의 통합적 노쇠 예방 및 관리 모형 개발 및 운영)

○ 건강한 노인을 대상으로 한 노쇠 예방 교육 강화

- 지역사회 주민을 활용하여 노쇠 예방 교육 및 홍보 강화
 - 현재 서울시 중구에서 시범사업 형태로 이루어지고 있는 ‘건강지도자’ 양성 및 활용 사업은 지역의 중장년 주민들을 ‘건강지도자’로 임명하여, 일정의 교육 훈련을 이수한 후 지역 내 노인이 스스로 건강을 예방하고 관리할 수 있도록 노인들을 지원하는 역할을 수행하고 있음.

○ 노쇠한 노인을 대상으로 한 노쇠 관리 중재 프로그램 개발 및 운영

- 통합적 노쇠 관리 중재 프로그램 개발
- 지역의 인프라 수준에 따라 노쇠 예방 및 관리 프로그램 운영에서의 읍면동주민센터와 보건소 간 역할 구분 필요.

○ 노쇠 노인을 대상으로 한 서비스 연계 체계 구축

- 읍면동 단위 통합사례회의 등 지역사회 내 서비스 조정 및 연계 체계를 활용하여 노쇠 노인을 대상으로 노인의 보건의료 및 복지 수요에 따라 장기요양서비스, 종합돌봄사업 등 서비스 연계체계가 구축되는 것이 필요함.

2) 세부추진계획 [4]-2: 장애인의 사회통합을 위한 지역사회 중심 재활서비스 제공 역량 강화

□ (실행전략① 지역사회 중심 재활서비스 제공 인력 확보 및 역량 강화)

○ 지역사회 중심 재활서비스 제공 인력 확보

- 보건소 내 지역사회 중심 재활 업무 담당 별도의 재활 전담 인력 확보
- 재활 전담 인력 양성 및 역량 강화를 위한 보수 교육 프로그램을 국립 재활원에서 상시 운영하는 체계 구성

□ (실행전략② 지역 맞춤형 지역사회 중심 재활서비스 제공 모형 구축 및 운영)

○ 지역별 지역사회 중심 재활서비스 제공 모형 구축 및 운영

- 지역사회 중심 재활사업이 지역사회 통합 건강증진사업 중 필수 사업으로 지정됨에 따라 전국 보건소에서 장애인 대상 지역사회 중심 재활 사업을 시행해야함.
- 지역사회 내 장애인 건강증진 서비스를 제공하는 유관자원 간 연계 체계 구축
 - 지역별 장애인 건강증진을 위한 유관 자원 설치 운영 현황이 다르기 때문에 이를 고려한 읍면동 동사무소를 중심으로 한 지역사회 유관자원 간 네트워크 구조 활성화 필요

라. 연도별 추진일정

〈표 2-4-8〉 건강증진·질병관리 분과:④ : 연도별 추진일정

| 구분 | '19년 | '20년 | '21년 | '22년 | '23년 | '30년 |
|--------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| ❶ 포괄적 건강평가에 기반을 둔 맞춤형 노인 건강 예방 및 관리 서비스 제공 | | | | | | |
| ○ 지역사회 거주 노인 대상 포괄적 건강 평가 | | | | | | |
| ○ 지역사회 중심의 통합적 노쇠 예방 및 관리 모형 개발 및 운영 | | | | | | |
| ❷ 장애인의 사회통합을 위한 지역사회 중심 재활서비스 제공 역량 강화 | | | | | | |
| ○ 지역사회 중심 재활서비스 제공 인력 확보 및 역량 강화 | | | | | | |
| ○ 지역 맞춤형 지역사회 중심 재활서비스 제공 모형 구축 및 운영 | | | | | | |

제6절 추진방향 ⑤: 정신건강관리서비스 강화¹⁰⁶⁾

가. 추진배경 및 주요 문제의식

- (문제의식① 국민 정신건강 요구 및 사회적 비용 증대) 낮은 행복지수, 높은 스트레스, 약한 사회적 지지망 등으로 정신 건강문제가 발생하고, 이로 인한 사회적 문제도 증가하고 있음.
 - (자살 사망) 자살사망률은 2013년 이후 최근까지 지속적인 감소추세를 보이고 있으나, 여전히 OECD 국가 중 높은 자살사망률을 보이고 있으며, 2016년 인구 10만명당 자살사망률은 25.6명으로 나타남.
 - (정신질환유병) 평생동안 한 가지 이상의 정신질환에 한 번 이상 이환된 적이 있는 비율은 25.4%로 나타남.
 - (우울과 고위험음주) 정신건강문제 중 우울과 고위험음주는 각기 남녀의 대표적인 정신건강 문제임. 우울의 경우 청년과 노인에게서, 고위험음주의 경우 청년과 중장년에게서 높게 나타남.
 - (정신건강으로인한 사회경제적 비용) 국민건강보험공단(2015)에 따르면 2012년 정신 및 행동 장애로 인한 사회경제적 비용은 282,695억원으로 추정하였으며, 20대 질병군 중 7번째로 비용이 높았음.
- (문제의식② 정신건강에 대한 이중적 인식 및 낮은 정신건강서비스 이용)
 - (정신질환에 대한 이중적 인식) 정신질환에 대한 긍정적 인식도는 매년 증가하고 있으나, 정신질환에 대한 부정적 인식 역시 공존하고 있음
 - (정신건강 문제를 둘러싼 스티그마와 차별) 정신질환에 대한 수용을 거부하고, 정신건강서비스 이용에 대한 거부감을 표출하기도 하며, 이것이 결국 정신질환의 중증도를 심화시키고 자타해 위험성을 증가시키는 부정적인 결과 초래 가능성 높임.
 - (낮은 정신건강서비스 이용률) 정신건강문제 발생시 약 15%만이 정신건강 서비스를 이용하며, 최초 치료가 이루어지기까지 1.61년 소요됨.
- (문제의식③ 정신건강서비스 제공 인프라의 취약성)
 - 정신건강서비스 제공 시설
 - 정신건강복지센터 미설치 지역이 존재하며, 재활서비스를 제공하는 정신재활시설과 더

106) 작성자: 전진아

불어 중독 예방 및 관리를 위한 인프라가 제한적임.

- 중독 예방 및 관리 서비스를 제공하는 중독관리통합지원센터는 전국의 49개소에 불과함.

○ 정신건강서비스 제공 인력 역량 및 인력에 대한 보호 부족

- 최근 정책에 따라 정신건강서비스 제공 인력 확충은 이루어지고 있으나, 지역사회 재활 기관에서 정신건강 전문요원 인력 채용은 어려우며, 지역으로 갈수록 전문요원 인력 채용의 문제가 심각함.

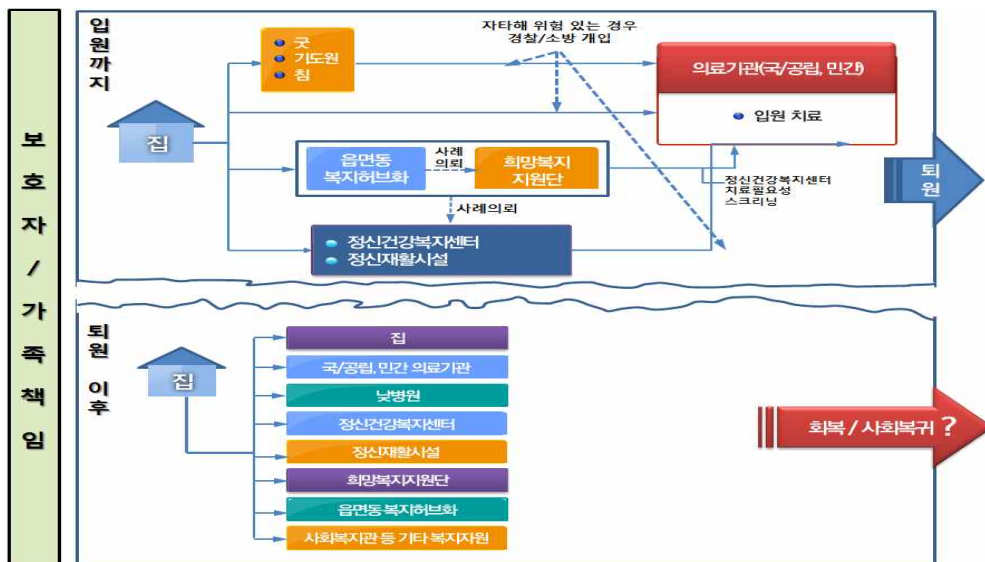
○ 정신건강서비스 예산

- 인구 1인당 한국의 지역사회 정신보건 예산은 3,657원으로(국립정신건강센터, 2017), WHO Mental Health Atlas 보고서(WHO, 2014)에 따르면 국민 1인당 정신보건 지출은 영국 277.78\$, 미국 272.80\$, 일본 153.7\$에 비해 한국의 경우 44.8\$로 나타나 영국이나 미국의 1/6수준, 일본의 1/3 수준으로 나타남.
- 지역사회 기반 정신건강서비스 제공을 강조하는 최근의 기조에 따라 의료에서 절감되는 예산을 지역사회로 전환하려는 전략이 함께 이루어질 필요 있음.

□ (문제의식④) 분절적 정신건강서비스 제공 체계)

- 통합적 정신건강서비스 제공에 대한 국내외의 요구가 높으나, 국내 정신건강서비스 제공체계는 정신건강서비스제공 주체 간, 정신건강서비스 제공주체와 유관자원 간 협력 및 연계 체계가 원활히 이루어지지 않고 있는 상황임(전진아 외, 2017).

[그림 2-4-7] 지역사회 정신건강서비스 이용 현실



자료: 전진아 외(201). 지역사회 정신건강서비스 연계 현황과 개선과제, 한국보건사회연구원

□ (문제의식⑤ 수요자 중심의 정신건강서비스 부족)

- 정신건강서비스 제공 편의를 위한 질병중심 모형이 아닌 수요자 중심의 포괄적인 정신건강 서비스 제공 필요.
- 성별, 생애주기별로 경험하는 정신건강 문제 유형과 수준이 달라 나타나나, 현재의 정신건강 서비스 제공주체에서는 이에 대한 대응을 하기에 역부족임.
- 제한된 인프라를 기반으로 정신건강서비스를 제공하기 위해서는 정신건강복지센터를 비롯한 지역사회 재할기관에서는 정신건강문제 유형과 수준에 따른 서비스 제공 수준을 재구조화할 필요가 있음.
 - － 지역에 따라 부각되는 정신건강 문제 유형과 수준이 다를 수 있으며, 정신건강 문제 유형과 수준에 따라 제공되는 서비스의 수준에 차등을 둘 수 있음.

나. 정책 상황 분석

□ (정책 성과 ① 일반 국민의 정신건강증진 및 정신질환 조기발견의 체계 마련)

- 국가가 관리하는 만성질환 영역에 정신건강을 포함함으로써 일반 국민의 정신건강 증진과 정신질환의 조기발견 등에 대한 기틀을 마련하고자 하였음.

□ (정책 성과 ② 정신건강 분야 법제도 및 제도 추진체계 구축 및 운영)

- 2016년 2월 관계부처 합동으로 발표된 정신건강 종합대책은 ‘행복한 삶, 건강한 사회’라는 비전 하에 국민의 정신건강증진, 중증정신질환자 지역사회 통합, 중독으로 인한 건강 저해 및 사회적 폐해 최소화, 자살위험없는 안전한 사회 구현이라는 정책 목표를 제시하였음.
- 정신보건법 전부개정안이 정신건강복지법이 2017년 5월부터 시행되었으며, 정신건강복지법에서는 정신질환자의 범위 축소, 비자의입원의 요건 강화, 정신질환자의 자기결정권을 강조하였음.
- 2018년 1월 관계부처 합동으로 자살예방 국가 행동계획이 발표되었으며, 행동계획은 과학에 근거에 기반한 전략적 접근, 자살고위험군 발굴을 위한 전사회적 네트워크 구축, 적극적 개입을 통한 자살위험 제거, 사후관리 강화를 통한 자살확산 예방, 대상별 자살예방 추진을 제시하였음.
- 정신건강 분야 정책 및 제도 추진체계 구축 및 운영
 - － 국립정신건강센터(2016년), 국가트라우마센터(2018년), 자살예방정책과(2018년) 신설

□ (정책 성과 ③ 정신건강서비스 제공인력 확충 및 자살 예방 관련 예산 확대)

- 최근 3년간 발표된 정신건강 분야 법제도에 따라 정신건강서비스 제공 인력이 확충되었으며, 자살예방 예산이 확대되었음.

□ (정책 한계 ① 개별 부처 중심의 대응으로 통합적 지원체계 미흡) 정신건강에 대한 개별부처 중심의 대응으로 통합적이고 체계적인 지원체계 부족의 문제, 지역사회 서비스 제공기관과 정신건강증진센터 간의 네트워킹 미흡으로 분절적인 대응

- 정신건강서비스 제공 주체인 정신건강증진시설과 지역사회 재활기관 간 연계 체계 미흡
- 정신건강서비스 제공주체와 지역사회 서비스 제공기관(예. 읍면동복지허브화사업단 및 희망복지지원단, 지역 사회복지관 등)간의 협력 체계 미흡
- 다부처 사업으로 진행되는 중독 예방 및 관리 서비스

□ (정책 한계 ② 부족한 인프라에 집중되는 정신건강서비스)

- 정신건강서비스 제공주체, 특히 지역사회 정신건강서비스 제공주체인 정신건강복지센터, 정신재활시설, 중독관리통합지원센터 등의 취약한 시설 수, 인력 수와 인력 역량, 예산 부족 문제가 지속되는 상황에서 전체 국민을 대상으로 문제의 유형과 수준에 관계없이 모든 정신건강 문제에 대한 예방, 조기발견 및 개입, 재활의 역할을 주고 있는 상황임.

□ (정책 환경 및 향후 정책 방향 ① 정신 건강에 대한 접근성 강화를 위한 국가의 책임성 제고)

- 국민의 관심 증대 및 정신질환에 대한 인식 개선을 통한 정신건강서비스에의 심리적 접근성 제고
- 정신건강서비스 제공 시설, 인력, 예산 확대를 통한 정신건강서비스에의 물리적 접근성 강화

□ (정책 환경 및 향후 정책 방향 ② 정신건강서비스 제공의 효과성 제고를 통한 continuum of care 구현)

- 정신건강서비스 제공주체의 역량 강화
 - － 보수교육 등을 통한 정신건강서비스 제공 인력의 역량 강화
- 정신건강서비스 제공주체 및 유관자원 간 서비스 연계 강화
 - － 지역사회 정신건강증진을 효율적으로 실현하기 위해서 지역사회의 건강증진 관련 자원 및 주체간의 연계체계 구축

□ (정책 환경 및 향후 정책 방향 ③ 수요자 중심의 회복지향적 정신건강서비스 제공 패러다임 구축)

- 성별·생애주기별 정신건강서비스 수요에 대한 대응 강화
- 정신건강문제 수준에 따른 지역사회 정신건강서비스 제공
 - 지역 조사에 기반한 정신건강문제 유형 및 수준에 따른 정신건강복지센터를 비롯한 지역사회 재활기관의 정신건강서비스 제공 모형 구축
- 중증정신질환 및 중독 환자 당사자와 가족 옹호 및 사회 참여
 - 안정적 주거 및 취업과 같은 중증정신질환 및 중독 환자 당사자와 가족의 수요 대응

□ (정책 환경 및 향후 정책 방향 ④ 근거기반 정신건강 및 자살예방 관리 체계 구축)

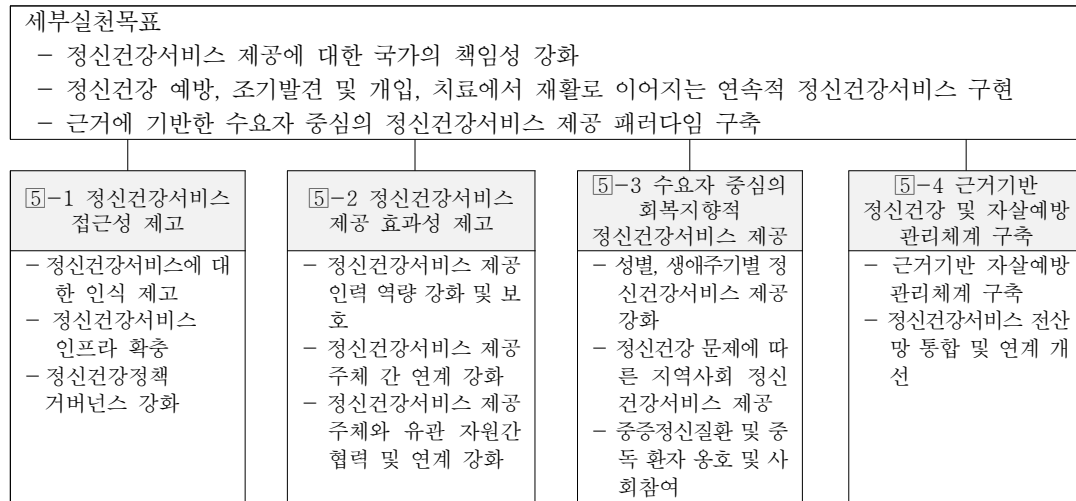
- 근거기반 자살예방 관리체계 구축
 - 빅데이터 기반 자살예방 체계 구축, 응급실 자살시도자 관리, , 자살유가족 심리부검 사업 등을 통한 근거기반 자살예방 관리 체계 구축
- 정신건강서비스 전산망 통합 및 연계 개선

다. 세부실천목표

- 정신건강서비스 제공에 대한 국가의 책임성 제고
 - 정신질환 및 정신건강에 대한 국민의 인식을 제고하고, 정신건강서비스를 제공하는 물리적 인프라 확대를 위한 중앙 정부의 리더쉽 필요.
- 예방, 조기발견 및 개입, 치료에서 재활로 이어지는 정신건강서비스 전달의 효과성을 증진시켜 연속적 정신건강서비스 제공 구현
 - 정신건강서비스 제공 주체와 유관자원 간 정신건강서비스 연계를 강화하여 정신건강증진 및 정신질환의 예방, 정신질환의 조기발견과 치료, 만성 정신질환자의 재활로 이어지는 continuum of care 구현 필요
 - 연속적 정신건강서비스 제공을 가능케 하는 정신건강서비스 제공주체 역량 강화 필요
- 근거에 기반한 수요자 중심의 정신건강 서비스 제공 패러다임 구축
 - 성별, 생애주기별, 정신건강 문제의 유형과 정도에 따라 다른 정신건강서비스 수요에 대한 대응 뿐 아니라 중증정신질환자 및 중독 환자가 가지는 수요와 이들을 돌보는 주체에 대한

고려 필요.

- 정신건강서비스 제공에 대한 모니터링과 평가뿐 아니라 지속적 정신건강 분야 R&D를 통해 근거 기반 정신건강 및 자살예방 관리체계 구축 필요.



1) 세부추진계획 ⑤-1: 정신건강서비스 접근성 제고

□ (실행전략① 정신건강서비스에 대한 인식 제고)

- 일반 국민의 정신질환에 대한 인식 제고를 통한 정신질환에 대한 사회적 포용성 증진
- 매스미디어를 활용한 정신질환에 대한 정확한 지식 제공 및 정신 건강 문제를 가지고 있는 사람에 대한 스티그마와 차별 철폐
 - 공익광고를 통한 자살, 정신건강 문제, 자살, 조현병 등 중증정신질환과 중독에 대한 인식 제고(중증정신질환당사자와 중독회복자가 공익광고에 출연하여 정신질환에 대한 과도한 공포와 혐오 감소 노력)
 - 정신질환에 대한 혐오 유발, 스트레스 해결방법으로서의 과도한 음주, 음주에 대한 미화 금지 등 보도지침 마련
 - 학교와 직장 기반 정신건강 예방 교육 강화
 - 자가 관리 및 조기 발견을 위한 학생 및 교사, 직장 근로자 대상 정신건강 예방 교육 강화
- 정신질환자 당사자와 보호자 대상 정신건강서비스 제공 주체에 대한 정보 제공 강화
- 정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터, 자살예방센터, 정신재활시설 등 지역사회 기반 정신건강서비스 제공주체에 대한 정보 제공 강화

- 일차 의료기관 내 지역사회에 설치되어있는 정신건강서비스 제공 현황집 배포
- 정신의료기관 및 정신병상이 있는 의료기관 내 지역사회 정신건강서비스 제공주체가
진행하는 교육 기회 마련
- 국민건강보험공단 건강검진 결과 정신건강 문제 고위험군인 경우(우울, 고위험음주,
자살생각 등) 만성질환과 같이 정신건강서비스 이용과 관련한 정보를 대상자에게 제공
- Family Link 등 가족 강사 활용 확대

□ (실행전략② 정신건강서비스 인프라 확충)

○ 정신건강증진 시설 및 지역사회 재활기관 확충

- 정신건강복지센터 미설치 지역 정신건강복지센터 설치
 - 정신건강복지센터 운영 예산구조 상 시군구를 벗어난 지역의 정신건강문제에 대한 대
응을 할 수 없으며, 보건소 내 인력이 1명 배치되는 기본형 사업으로 시군구의 정신건
강문제에 대한 대응은 하기 불가능함
- 정신재활시설 설치 확대
 - 현재 지방이양사업으로 진행되는 정신재활시설의 경우 중앙 단위에서 확대를 추진하
기에는 제한적임. 정신재활시설 설치 및 운영에 대한 예산을 중앙으로 환원
 - 지역별 중증정신질환자 규모와 안정적 주거확보율을 고려하여 정신재활시설 설치 규
모와 시설 유형 결정
- 중독관리통합지원센터 설치 확대 및 기능 전환 도모
 - 지역별 중독환자 규모를 고려한 설치 기준 구체화 및 필수 설치 지역 선정
 - 기존 중독관리통합지원센터의 알코올 중독자 정신재활시설로의 기능전환 도모(일괄
전환이 아닌 지역 특성 고려 필요)
- 찾아가는 정신건강서비스(마음건강버스) 운영 확대
 - 지역의 주요 정신건강 문제 유형에 따라 차별적 내용으로 운영 가능
- 중간집 모형 확대
 - 의료기관 퇴원 정신질환자를 위한 단기 보호시설인 중간집 모형을 확대하고 정신질환
자의 안정적인 지역사회 정착을 위한 자립지원 및 단기 훈련용 주거서비스 제공

○ 정신건강증진 시설 및 지역사회 재활기관 인력 확대

- 정신건강전문요원 양성 및 자격범위 확대 고려
- 중독 예방 및 관리 서비스 제공 인력 확대

- 동료지원 상담가와 중독회복지원 상담가 양성 및 활용
- 정신건강증진 시설 및 지역사회 재활기관 예산 확대
 - 정신재활시설 설치 운영 예산 중앙 환원
 - 지역사회 재활기관의 사례관리 성과(1개월 이내 재입원율, 1개월 이내 외래방문율, 퇴원 후 지역사회 거주기간 등)에 따른 인센티브 제공

□ (실행전략③ 정신건강정책 거버넌스 강화) 정신건강정책 및 자살예방을 위한 조직 신설

- 복지부 내 정신건강정책 및 자살예방 업무와 관련하여 조직과 부문간 협력·조정에 기여할 수 있는 국(局) 수준의 컨트롤 타워 설립(가칭: 마음건강복지정책국)
- 정신건강 문제를 부처별 협력 및 민관 협력이 가능하도록 지원하여 대응체계를 갖출 수 있는 기능 필요

2) 세부추진계획 [5]-2: 정신건강서비스 제공 효과성 제고

□ (실행전략① 정신건강서비스 제공 인력 역량 강화 및 보호)

- 정신건강서비스 제공 인력 대상 보수교육 강화
 - 정신건강서비스 제공 인력 대상 공통의 필수 과목 선정 및 인력의 전공별(간호, 임상심리, 사회복지), 직급별(부센터장, 상임팀장, 팀원)로 필요한 보수 교육 프로그램 마련 및 운영
 - 정신건강서비스 제공 인력이 가져야하는 essential skills이 어떤 것인지, 서비스 제공에 필요한 원칙들은 무엇인지 등에 대한 명확성을 가지는 게 우선되어야 함.
- 정신건강서비스 제공 인력에 대한 보호
 - 트라우마적 상황에 노출된 정신건강서비스 제공 인력 대상 상담 지원(바우처 혹은 비용 지원)
 - 정신건강서비스 제공 인력 대상 안식 기간(1개월 혹은 3개월) 제공(아동보호전문기관의 경우 일정기간 근무한 인력 대상 안식 기간을 제공하는 체계가 있음)

□ (실행전략② 정신건강서비스 제공 주체 간 연계 강화)

- 의료기관과 지역사회 정신건강서비스 제공 주체 간 연계 강화
 - 국립정신건강센터에서 하는 것처럼 의료기관 내 사회복지사 혹은 간호사가 환자의 거주지에 위치한 자원의 정보를 취합하고 퇴원 전 환자 및 보호자의 동의를 얻어 퇴원 후 바

로 연계되도록 지원

- 시군구의 의료급여사례관리자의 역할을 일부 지역에서는 정신건강복지센터의 전문요원이 수행하는 것처럼 퇴원 전 의료기관의 동의를 얻어 정신보건전문요원이 의료기관에 방문하여 지역 자원에 대한 교육 및 홍보를 하고 퇴원 후 정신건강복지센터 등록관리로 이어질 수 있도록 유도
- 이와 관련하여 현재 시군구의 의료급여사례관리자가 장기입원하고 있는 의료급여환자를 지역사회로 복귀시키는 활동을 하고 있는데, 정신의료기관 내 장기입원 하고 있는 의료급여 환자가 많고, 정신의료기관을 방문하기를 꺼려하는 의료급여사례관리자들이 많은 상황에서 정신의료기관에 한해 일정 경력 이상의 정신보건전문요원이 이 기능을 수행할 수 있도록 하는 방안 역시 고민해 볼 필요 있음.
- 마음건강주치의 확대를 통한 정신건강 문제 및 자살위험 스크리닝 강화 및 정신의료기관 및 지역사회 정신건강서비스 제공주체로의 연계

○ 지역사회 정신건강서비스 제공 주체 간 연계

- 정신건강복지센터와 정신재활시설 간 연계 및 기능 분리
 - 정신건강복지센터와 정신재활시설 중 이용시설의 경우 주간재활서비스를 제공하고 있어 서비스 제공 내용의 중복성이 있음. 하지만 정신재활시설의 수가 매우 제한적인 상황에서 서비스의 중복을 논할 수 없음. 다만 서울과 수도권의 일부 지역의 경우 정신건강복지센터의 재활서비스 제공기능을 정신재활시설로 분리 가능
- 정신건강복지센터와 중독관리통합지원센터 간 연계
 - 정신건강복지센터 내 중독 예방 및 관리 사업을 전담하는 인력이 배치되는 것을 가정할 때 정신건강복지센터는 gate keeper로 기능하고, 중독관리통합지원센터는 주간재활(정신재활시설로 전환 시)이나 집중사례관리를 하는 역할 수행 가능
 - 중독 예방을 위한 교육 및 홍보사업은 보건소의 절주사업의 일환으로 진행하여, 중독관리통합지원센터의 1차 예방 기능 분리

□ (실행전략④) 정신건강서비스 제공 주체와 유관 자원 간 협력 및 연계 강화)

○ 지역사회 정신건강서비스 초기 사정 및 연계 기능을 하는 정신건강서비스 코디네이터 양성 및 활용

- 지역사회 기반 유관자원에서 발견되는 사례들에 대한 초기 사정을 실시하고 정신건강서비스 제공 주체에 사례를 연계하는 업무를 수행하는 정신건강서비스 코디네이터 1인을 보건소에 배치
- 정신건강서비스 코디네이터 대상 교육 및 훈련은 광역정신건강복지센터에서 수행

- 정신건강서비스 유관자원 실무자 대상 교육 강화
 - 광역정신건강복지센터의 교육 기능 강화
- 정신건강 관련 민·관 협력 체계 구축
 - 최근 자살예방 관련 민관협력체계가 구축된 것과 같이 민간의 자원을 활용하여 정신건강 인식개선 사업 등 추진
 - 자살예방 게이트 키퍼와 같은 지역사회 풀뿌리 조직 활용한 정신건강 스크리닝

3) 세부추진계획 [5]-3: 수요자 중심의 회복지향적 정신건강서비스 제공

□ (실행전략① 성별·생애주기별 정신건강서비스 제공 강화)

- 성별, 생애주기별로 차이가 나타나는 정신건강 문제 대응에 대한 민감성 제고
 - 국내외 통계에 기반하여 성별, 생애주기별로 초점을 두어야 하는 정신건강 문제는 다음과 같음(그림 참조). 현재 정신건강복지센터를 비롯한 정신건강서비스 제공주체의 서비스는 질환 중심으로 구조화되어있으며, 같은 질환을 가지고 있다고 해도 성별, 생애주기에 대한 고려가 부족하여 수요와 대응 간 mismatch 발생.
 - 지역사회 기반 정신건강서비스 제공주체의 서비스는 중장년의 중증정신질환자 및 중독환자이며, 청년층에 대한 서비스는 제한적임.

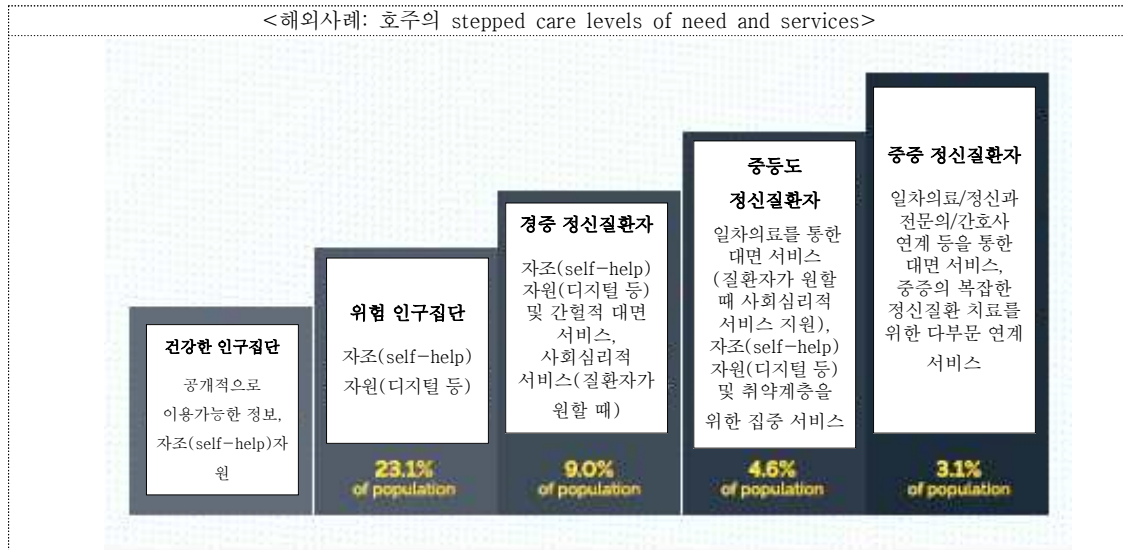
<표 2-4-9> 성별, 생애주기별 정신건강서비스 욕구

| | Young (12~24 yrs) | Adulthood (25~49 yrs) | Healthy ageing (50~65yrs) | Older adults (65+) |
|----|-----------------------------|--------------------------|------------------------------|------------------------|
| 남자 | 게임과몰입, 자살, 초발 정신질환 발현 | 알코올 중독, 도박중독 | 알코올 중독, 도박중독 복합질환(신체, 정신) | 우울, 자살 복합질환(신체, 정신) |
| 여자 | 스마트폰 과의존, 우울, 초발 정신질환 발현 | 산전후우울, 스트레스 | 우울, 스트레스 복합질환(신체, 정신) | 우울, 자살 복합질환(신체, 정신) |

- 직업특성을 고려한 정서지원 서비스 강화
 - 직업적 트라우마를 겪는 근로자 대상 상담서비스 강화

□ (실행전략② 정신건강 문제에 따른 지역사회 정신건강서비스 제공)

- 지역 조사에 기반한 정신건강문제 유형 및 수준에 따른 정신건강복지센터를 비롯한 지역사회 재활기관의 정신건강서비스 제공 모형 구축
 - 지역의 정신건강 문제 규모, 정신건강서비스 제공 역량 등을 고려하여 정신건강서비스 제공 모형 개발



□ (실행전략④) 중증정신질환 및 중독 환자 옹호 및 사회참여)

○ 중증정신질환 및 중독 환자 옹호

- 정책 개발 및 서비스 전달과정에 당사자 참여 기회 확대
- 당사자의 자기결정권 및 인권 옹호
- 정신건강서비스 이용에 대한 갈등 조정 중재 기능 강화

○ 중증정신질환 및 중독 환자 사회 참여

- 정신질환자 중심의 ‘사회적 협동조합’ 설립 장려 및 취업지원 강화

○ 중증정신질환 및 중독 환자의 보호자 대상 정서지원

- 가족교육 및 가족 상담 바우처 지원

4) 세부추진계획 [5]-4: 근거기반 정신건강 및 자살예방 관리체계 구축

□ (실행전략①) 근거기반 자살예방 관리체계 구축)

○ 과학적 근거에 기반한 전략적 접근 강화

- 자살사망자 7만명 전수조사 결과를 기반으로 한 지역단위 전략적 대응
- 국가 자살동향 감시체계 구축을 통한 자살동향 분석 및 활용
- 지역 특성을 반영한 지역 데이터 기반 지역 주도의 자살예방 관리체계 구축 및 지원
- 응급실 자살시도자 사후관리 사업 확대 운영

□ (실행전략②) 정신건강서비스 전산망 통합 및 연계 개선)

- 정신건강복지센터 정신건강사례관리시스템 구축 및 개선 및 사회보장정보원 등 지역사회 관련 전산망과의 연계
 - 정보망을 통한 센터 간 정보 연계 체계를 구축하여 한 번 발굴된 대상자는 누락없이 지속적으로 서비스 지원
 - 정신건강사례관리시스템(MHIS)와 사회보장정보시스템(행복e음) 간 연계를 통해 정신보건 및 복지서비스 지원 강화

라. 연도별 추진일정

〈표 2-4-10〉 건강증진·질병관리 분과: ④ 정신건강·자살 예방 관리체계 강화: 연도별 세부 추진계획

| 구분 | '19년 | '20년 | '21년 | '22년 | '23년 | '30년 |
|-------------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| ① 정신건강서비스 접근성 제고 | | | | | | |
| ○ 정신건강서비스에 대한 인식 제고 | | | | | | |
| ○ 정신건강서비스 인프라 확충 | | | | | | |
| ○ 정신건강정책 거버넌스 강화 | | | | | | |
| ② 정신건강서비스 제공 효과성 제고 | | | | | | |
| ○ 정신건강서비스 제공 인력 역량 강화 및 보호 | | | | | | |
| ○ 정신건강서비스 제공 주체 간 연계 강화 | | | | | | |
| ○ 정신건강서비스 제공 주체와 유관 자원 간 협력 및 연계 강화 | | | | | | |
| ③ 수요자 중심의 회복지향적 정신건강서비스 제공 | | | | | | |
| ○ 성별, 생애주기별 정신건강서비스 제공 강화 | | | | | | |
| ○ 정신건강 문제에 따른 지역사회 정신건강서비스 제공 | | | | | | |
| ○ 중증정신질환 및 중독 환자 옹호 및 사회 참여 지원 | | | | | | |
| ④ 근거기반 정신건강 및 자살예방 관리체계 구축 | | | | | | |
| ○ 근거기반 자살예방 관리체계 구축 | | | | | | |
| ○ 정신건강서비스 전산망 통합 및 연계 개선 | | | | | | |

마. 참고문헌

백종우. 2017. 국가 정신건강, 중독 및 자살예방사업 추진을 위한 거버넌스는 어떻게 구축되어야 하는가?. 국가정신건강 정책솔루션 포럼1 발제문.

제7절 추진방향 ⑥: 신속하고 효과적인 질병대응체계 구축¹⁰⁷⁾

가. 추진배경 및 주요 문제의식

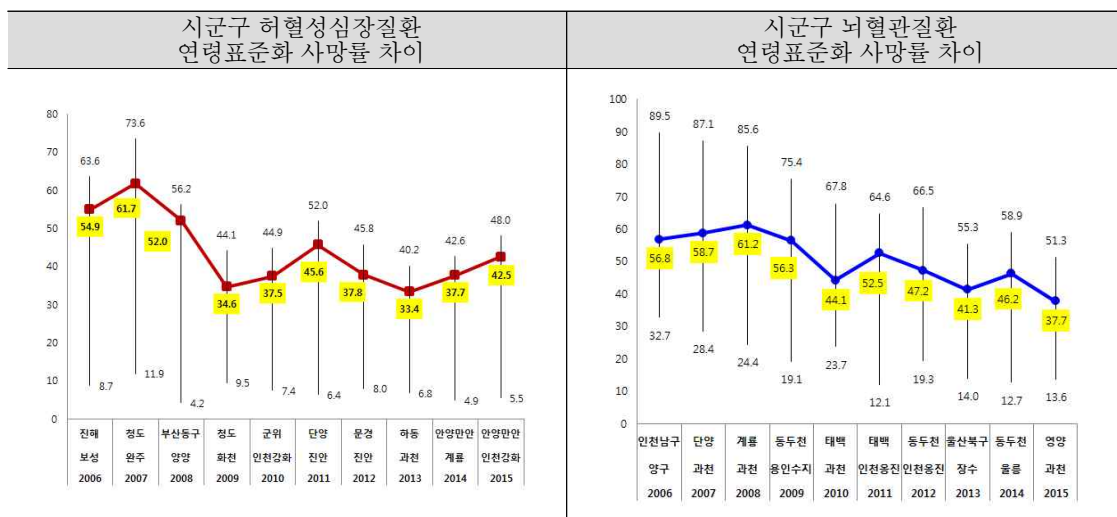
□ (문제^의식① 생명과 직결된 필수의료 서비스 불충분) 응급·외상·심뇌혈관질환자, 고위험 산모·신생아, 어린이 중증질환자, 장애인 등에 대한 필수 의료서비스 공급이 불충분하고 지역격차가 발생하고 있음.

○ 응급·외상·심뇌혈관질환자에 대한 필수의료서비스 제공 인프라의 격차로 지역별 건강수준의 격차가 나타나고 있음.

- 시군구 심뇌혈관질환 연령표준화 사망률 차이를 연도별로 살펴보면 그 차이가 크게 좁혀지지 않고 있음
- 급성심장정지 생존률 또한 지역 격차가 심화되고 있음.
- 중증외상환자는 전문치료기관인 권역외상센터로 바로 이송되는 비율이 낮고 외상센터에서 치료받는 비율도 저조함.¹⁰⁸⁾

[그림 2-4-8] 시·군·구 심뇌혈관질환 연령표준화 사망률 차이(2006-2015)

(단위: 인구 10만 명당 명)



주: 인구 10만 명당 사망률 최고치, 최저치, 차이(최고-최저)

자료: 이혜진(2017). 심뇌혈관질환 안전망 구축과 지역격차 해소를 위한 정책제언. 2017년 대한예방의학회 창립70주년 기념 가을학술대회 발표자료; 김남순 등, (2018). 심뇌혈관질환관리 종합계획 수립을 위한 기획연구.. 보건복지부

107) 작성자: 서제희

108) 보건복지부. (2018). 공공보건의료 발전 종합대책(2018.10.1. 발표).

- (문제의식② 의료 인프라의 지역 불균형으로 인한 지역 의료체계 약화) 양질의 의료기관과 필수 의료 제공 의료기관의 수도권과 대도시 쏠림으로 인해 필수의료에 대한 접근성 지역 격차가 심각해지고 있음.
- (의료기관의 수도권·대도시 쏠림 현상) 수도권과 대도시 중심으로 양질의 의료기관과 인력이 집중되어 환자쏠림 현상 발생하고 있고, 지역 간 의료 이용 불균형이 여전히 존재.¹⁰⁹⁾
 - 분만 의료기관에 접근이 어려운 분만 취약지(전국 30개, '18) 문제 여전.
 - (필수중증의료 인프라의 지역 격차로 인한 건강수준, 사망률 격차 등 발생) 응급진료 등 필수 의료 제공 가능 의료기관 분포의 지역 간 격차로 인해 피할 수 있는 사망 등에서 격차 발생.¹¹⁰⁾
- (문제의식③ 신종·재출현 감염병과 병원 감염, 기타 공중보건위기에 대한 국민의 불안감 확대) 의료안전·감염, 다양한 건강위해요인(가습기 살균제, 라돈침대 등)에 대한 불안감 확대, 예방접종 수급 부족으로 인해 국민 불안 야기.
- 해외여행 증가, 기후변화 등으로 메르스 등 신종해외유행 감염병 유입 위험 증가, 콜레라 등 재출현 감염병 유행 위험 상존.
 - 결핵(피내용 BCG), 소아마비(IPV) 등 국가예방접종사업에 필요한 필수 예방접종 백신의 지속적인 수급불안정으로 국민 불안 야기.¹¹¹⁾
 - 다양한 건강 위해요인에 대한 통합적 대응체계 부재.
 - 가습기 살균제, 살충제, 달걀, 미세먼지, 라돈침대 등 다양한 건강 위해요인들이 급증하나 부처 간 칸막이로 적기에 신속한 대응 어려움.
 - 항생제 내성균, 생물테러, 인수공통감염병 등 부처 간 협력이 필수적인 과제들에 대한 사전예방적 협력체계 구축 필요.
 - 환자안전관리체계 미흡으로 의료관련감염 위험 증가.¹¹²⁾
 - C형 간염 집단 감염, 신생아 중환자실 집단 감염, 메르스 유행 등 의료관련감염의 심각성 대두.
 - 환자안전관리체계가 미흡하고 영세한 의료·복지시설 증가에 따라 감염위험 및 안전사고 위험 증가.

109) 보건복지부. (2018). 공공보건의료 발전 종합대책(2018.10.1. 발표).

110) 보건복지부. (2018). 공공보건의료 발전 종합대책(2018.10.1. 발표).

111) 신현웅, 등. (2018). 국가예방접종사업 백신의 안정적 공급체계 및 합리적 가격 산정 근거 제시 연구. 질병관리본부

112) 김남순, 등. (2016). 중앙과 지방정부 및 의료기관에 대한 감염병 관리체계 강화 방안. 한국보건사회연구원

나. 정책 상황 분석

□ (정책 성과 ① 중앙-권역-지역 응급의료센터 및 권역심뇌혈관질환센터 지정·운영으로 중증 질환에 대한 응급대응 체계 마련)

- 필수 의료에 대한 접근성 강화와 지역사회의 대응 역량 강화를 위해 응급·외상·심뇌혈관질환 및 기타 질환(암, 호흡기 등)에 대한 중앙-권역체계(일부는 지역체계까지) 구축하였음.
- 이러한 병원 기반 정부지원 사업으로 심정지 생존율, 응급의료기관까지의 도착 시간, 급성기 심뇌혈관질환의 병원 내 적정 진료 등이 개선되었음.

□ (정책 성과 ② MERS 이후 감염병 국가방역체계 개편 방안 마련 및 추진, 의료관련감염 예방관리 종합대책 마련)

- 국가방역체계 개편 방안을 마련하고 이를 추진하기 위한 예산 투입을 확대하고 조직 신설 및 위상 확대 등 공중보건위기대응을 위한 정책이 추진되었음.
- 중앙과 지방의 역학 조사관 수 확대, 감염병 전문병원 설립, 음압격리병상 의무화 등 다양한 정책이 추진되었고 관련 수가도 신설하였음.
- 또한, 의료관련감염에 대응하기 위해 의료관련감염관리과(질병관리본부)를 신설하고 국가 차원의 의료관련감염 예방관리 종합대책(2018~2022)을 마련하였음.

□ (정책 한계 ① 개별 부서 중심의 대응으로 통합적 지원체계 미흡)

- 필수의료에 대한 접근성 제고를 위해 중앙-권역-지역 센터를 지정·운영 및 지역에 지원 조직 설치가 해당 부서별로 이루어져, 환자 특성에 맞춘 통합·연계 서비스가 이루어지지 않고 있음.
- 또한 미지정 의료기관과 협력체계 구축에 대한 제도적 지원이 미흡하여 환자 이송 및 연계가 어려운 실정임.
- 개별 부서 중심 정책 추진으로 인해 타 부처와 협력체계 구축을 추진하는 것에 제한이 있음.
- 이러한 한계로 인해 중앙-권역-지역으로 이어지는 행정전달체계가 유기적으로 연결되지 못하고 있고, 민간과의 협력이 체계적으로 이루어지지 못하고 있음.

□ (정책 한계 ② 급성기 응급질환 및 감염병 대응 인프라와 역량의 지역 격차와 사각지대 지속)

- 필수의료에 대한 접근성 제고를 위해 정책적 노력이 이루어져왔으나 여전히 시설, 인력 등 인프라의 지역 격차와 사각지대가 지속되고 있음.
- 정책적으로 추진 중이며 계속 확대 설치·운영해온 권역 심뇌혈관질환센터의 경우, 전체

심뇌혈관질환자의 극히 일부만을 관리 가능한 실정임.

- 감염병 위기 대응을 위한 인프라도 지역별 격차가 여전히 존재함.
 - 지방자치단체의 역학조사관 배치가 여전히 미흡하며 지역감염병관리지원단 또한 설치된 지방자치단체가 제한적인 상황임.

□ (정책 환경 및 향후 정책 방향 ① 민간 의료기관의 공공 기능 강화와 지역 중심 의료체계 구축으로 전 국민의 의료접근성 보장) 생명·안전과 직결된 필수의료 접근성 제공을 위해 공공과 민간의 협력체계를 구축하고 민간 의료기관에도 적극적 역할 부여

- 수익성이 낮은 필수의료서비스에 대한 공급 기피 문제를 해소하고 양질의 서비스를 제공할 수 있도록 공공과 민간의 협력체계를 구축하고 이를 지원.
- 민간 의료기관에서 제공하는 필수의료서비스에 대한 보상 강화.

□ (정책 환경 및 향후 정책 방향 ② 중앙-권역-지역-기초 간 거버넌스 확립과 협력체계 구축) 중앙-권역-지역-기초 간 거버넌스 확립과 보건의료 협력체계 구축을 통하여 보건의료전달체계를 강화

- 신속하고 효과적인 질병 대응을 위해 중앙-권역(시도)-기초(시군구)의 역할과 기능을 명확히 설정하고 각 역할과 기능을 충실히 수행 가능하도록 권한을 부여.
 - 권한과 동시에 각기 맡은 역할과 기능에 대한 책임성도 부여.
- 책임의료기관의 지정: ‘책임의료기관’은 해당 진료권의 주민 전체를 대상으로 해당 진료권 내 네트워크를 통해서 필수보건의료에 대한 국가 보장이 실현될 수 있도록 기획, 연계, 조정, 서비스 제공 등의 기능을 수행하는 기관으로써, 권역, 지역 책임의료기관을 지정

다. 세부실천목표

- 급성기 응급질환 대응 안전망 구축으로 지역 격차와 사각지대 해소
- 감염병 관리 역량 강화와 환자안전 확보
- 공중보건위기대응체계 강화와 고도화

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------|--|
| 세부실천목표 - 급성기 응급질환 대응 안정망 구축으로 지역 격차와 사각지대 해소 - 감염병 관리 역량 강화와 환자안전 확보 - 공중보건위기대응체계 강화와 고도화 | | | |
| ⑥-1 급성기 응급질환 대응을 위한 촘촘한 안전망 구축 - 응급의료체계 강화 및 외상센터 역량 강화 - 중앙-권역-지역 심뇌혈관질환센터로 안전망 구축 - 골든타임 내 환자 이송·전원을 위한 협력체계 구축 | | ⑥-2 감염병 관리 역량 강화와 환자안전 증진 - 의료관련감염·환자안전 관리 역량 강화 | |
| | | ⑥-3 공중보건위기대응 역량 강화 - 제2의 메르스 방지를 위한 감염병 대응 역량 강화 - 다분야 합동 질병대응체계 구축 | |

1) 세부추진계획 ⑥-1: 급성기 응급질환 대응을 위한 촘촘한 안전망 구축

□ (실행전략① 응급의료체계 강화 및 외상센터의 역량 강화) 113)

- 아동과 취약지 대상 응급의료체계 확대
 - 소아전문응급의료센터 확대(3개 -> '22. 13개 목표)
 - 도서·산간 응급환자를 위한 헬기 이송 지원 확충 등 취약지 지원 강화
- 외상센터를 중심으로 응급의료기관·119 구급대 등과 연계하여 중증외상환자가 외상센터에서 치료받는 비율 향상
 - 외상 모니터링 시스템(이송·진료기록 연계 등) 마련 및 외상센터 평가에서 지역사회 리더십 지표 강화

□ (실행전략② 중앙-권역-지역 심뇌혈관질환센터로 안전망 구축)114)

- 국가 심뇌혈관질환 관리 사업의 컨트롤 타워 및 기술지원을 위한 중앙심뇌혈관질환센터 지정·운영
- 권역심뇌혈관질환센터의 응급기술·재활·예방·교육 역할 강화
- 중진료권 단위로 지역심뇌혈관질환센터를 지정하여 응급기술 등 수행
- 퇴원 전 의료기관 내 조기재활 치료 강화, 퇴원 후 환자·보호자를 위한 체계적인 정보 제공 및 상담, 지역사회 서비스 연계 실시

113) 보건복지부, (2018). 2018~2022년 응급의료 기본계획(2018.12.27. 발표)

114) 보건복지부, (2018). 제1차 심뇌혈관질환관리 종합계획(안)(2018~2022)」 (2018.9.4. 발표)

□ (실행전략④ 골든타임 내 환자 이송·전원을 위한 협력체계 구축)

○ 중앙응급의료센터, 119 구급대와 함께 골든타임 내 필수 중증 환자의 적절한 이송·전원을 위한 **권역별 이송체계 구축 및 지침 마련**.

- 권역·지역책임의료기관, 중앙응급의료센터, 119, 권역 내 의료기관 등이 네트워크 구성
- 지역 내 중증환자가 발생한 경우 책임의료기관이 중심이 되어 환자를 전원 받아 최종치료를 제공할 수 있는 역할 수행
- 지역 내 다른 권역외상·심뇌혈관질환·응급센터가 있는 경우 해당 병원에서 역할 수행

2) 세부추진계획 [6]-2: 감염병 관리 역량 강화와 환자안전 증진

□ (실행전략① 의료관련감염·환자안전 관리 역량 강화)

○ 의료관련감염 등 환자안전 지원을 위한 권역·지역 네트워크 구축

- 권역·지역책임의료기관과 참여병원으로 구성하여, 감염관리 등 환자안전 영역에 대한 상호점검, 성과교류, 교육·자문·기술지원 등 수행
- 권역·지역책임의료기관에 ‘감염관리·환자안전자문센터(팀)’을 두고 교육·자문 제공 역할 부여
- 교육·자문 등 역할 수행에 대한 보상 방안 마련

[그림 2-4-9] 의료관련감염·환자안전지원네트워크구성도 <표 2-4-11> 의료관련감염·환자안전지원 네트워크 주제별 역할과 활동 내용

<권역 네트워크>

```

graph TD
    A[권역책임의료기관] --> B[지역책임의료기관]
    A --> C[지역책임의료기관]
    B --> D[참여병원]
    B --> E[참여병원]
    C --> F[참여병원]
    subgraph "소네트워크"
        D
        E
    end
  
```

<소네트워크>

| 구분 | 권역책임의료기관 | 지역책임의료기관 | 네트워크참여병원 |
|-------|----------|------------|----------------------------------------|
| 주요 역할 | 네트워크 운영 | 소네트워크 운영 | 네트워크 참여 |
| 활동내용 | 기획·운영 총괄 | 참여병원 자문·교육 | 자문 참여 교육 참여 감염관리 및 환자안전 활동 수행 |

자료: 보건복지부. (2018). 공공보건의료 발전 종합대책 (2018.10.1. 발표).

주: 참여병원 - 진료권 내 희망병원
 자료: 보건복지부. (2018). 공공보건의료 발전 종합대책(2018.10.1. 발표).

○ 의료관련감염 환자의 의뢰·회송 체계 구축

- 감염병 전문병원 및 권역·책임의료기관 중심으로 의료관련감염 환자(다제내성균환자 등 포함) 치료, 의뢰·회송 체계 확립
- 격리가 필요한 환자의 치료 및 기타 의료서비스(투석, 재활, 간병 등) 시설 및 인력 지

원

○ 환자안전 지원체계 마련

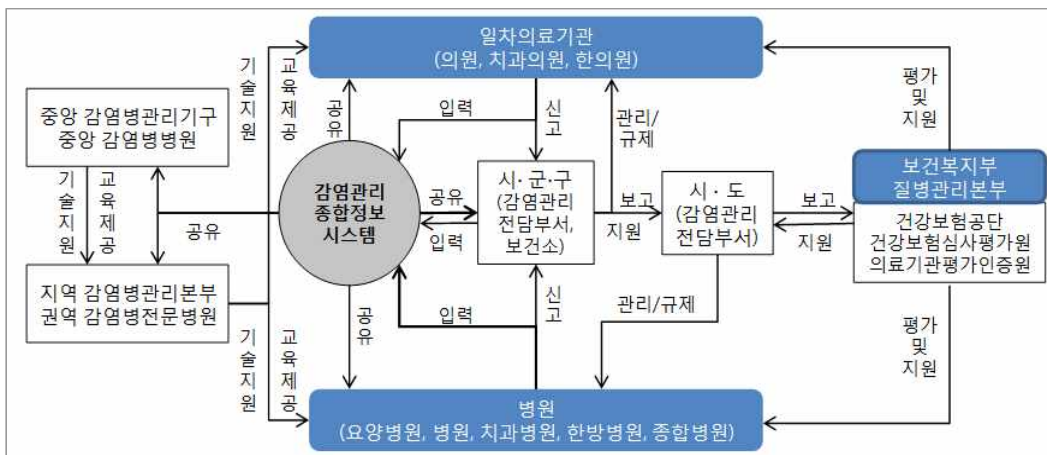
- 의료기관평가인증원 환자안전지침 개발
 - 의료관련감염, 낙상, 약물투약 및 처치 오류 등 주요 환자안전사고 종류별 지침 개발, 맞춤형 환자안전 교육 프로그램 개발

3) 세부추진계획 [6]-3: 공중보건위기 대응 역량 강화

□ (실행전략① 제2의 메르스 방지를 위한 감염병 대응 역량 강화)

- 중앙-시·도-기초 간 신속한 감염병 대응체계를 구축하고 조직·인력 기반 확대
 - 중앙(질본 및 질병) - 광역(시·도 보건당국, 지역감염병관리지원단) - 기초(보건소)
 - 중앙에서 신종·고위험 감염병 또는 원인 미상 질환에 대한 역학조사, 초동대응 등 방역 조치 실시
 - 광역에서는 일상적 감염병 또는 의료관련 감염에 대한 방역조치, 감염병 예방·관리 사업 실시
 - 전문임기제 등 전담 역학조사관을 선진국 수준으로 대폭 확충하여 빈틈없는 감염병 대응 체계 확립

[그림 2-4-10] 중앙-시·도-기초-광역·지역책임의료기관의 감염병 대응체계도



자료: 김남순 등. (2017). 중앙과 지방정부 및 의료기관에 대한 감염병 관리체계 강화 방안. 한국보건사회연구원

○ 중앙 및 권역별 감염병 환자 전문병원 설치·지정을 통한 전문 진료체계 구축

<표 2-4-12> 감염병 환자 전문진료체계 구축 방안

| 구분 | 명칭 | 방법 |
|------|------------------------------------|-----------------------------------|
| 국가 | 중앙 감염병 전문병원(1개) 권역 감염병 전문병원(3개) | 설치(국립중앙의료원) 지정(상급종합병원 또는 종합병원) |
| 시·도 | 시·도 감염병 전문병원 | 지정(국립대병원 등 권역책임의료기관) |
| 중진료권 | 지역 감염병 전문병원 | 지정(지방의료원 등 지역책임의료기관) |

자료: 보건복지부, (2018). 공공보건의료 발전 종합대책(2018.10.1. 발표).

□ (실행전략②) 다분야 합동 공중보건위기 대응체계 구축 One-Health+)

○ 원헬스 전담조직 마련

- 부처간 감염병 정보공유 및 공동대응을 위한 전담조직 마련 (질병관리본부)

○ 감염병 관련 다부처 협의체 구축·운동을 통한 다부처 협력체계 강화

- 인수공통감염병 대책위원회, 항생제 내성 전문위원회, 감염병 위기관리대책 전문위원회 등 부처간 협력이 필요한 감염병에 대한 신속한 의사소통 및 대응을 위한 이슈별 협의체 운영 강화
- 감염병 예방법에 따라 감염병의 예방·관리에 관한 주요 시책을 심의하는 감염병관리위원회의 구성 확대

○ 원인 불명 감염병 공동대응체계 구축 및 운영

- 질병관리본부 내 즉각대응팀을 상시 설치하여 원인 불명 또는 미분류 감염병 집단 발생 시 즉각 출동 및 역학조사 실시
- 다부처가 관련되는 감염병 위험요인 발생시 복지부(질본), 관계부처·지자체의 공동대응 절차 마련 및 대응 매뉴얼 개발
- 역학조사 결과를 타 부처와 공유, 질병 원인 관련 소관부처 중심 민·관 합동 다분야 즉각 대응팀 구성하여 공동 대응
 - 다분야 즉각대응팀: 의학, 약학, 수의학, 식품, 화학, 독성학, 원자력, 위기소통 전문가 등으로 구성
- 범부처 공동대응 매뉴얼 개발, 상시적 정보공유 및 보고체계 구축

○ 범부처 건강위해분석시스템 구축

- 각 부처별로 보유한 건강위해정보를 통합하고, 데이터 분석을 통해 공중보건상의 위협에 대한 신속한 의사결정 기반 마련
- ‘감염병관리 통합정보지원시스템’ 고도화를 통해 건강위해정보를 통합·분석할 수 있는 범부처 건강위해정보 공유 플랫폼 구축 방안 연구 추진

라. 연도별 추진일정

〈표 2-4-13〉 건강증진·질병관리 분과: ⑤ 신속하고 효과적인 질병대응체계 구축

| 구분 | '19년 | '20년 | '21년 | '22년 | '23년 | '30년 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| ① 권역 및 지역책임의료기관을 통한 책임의료체계 마련 | | | | | | |
| ○ 응급의료체계 강화 및 외상센터 역량 강화 - 소아전문응급의료센터 확대(3개소 -> 13개소로 확대) | | | | | | |
| ○ 중앙-권역-지역 심뇌혈관질환센터로 안전망 구축 - 중앙심뇌혈관센터 지정 및 운영 - 지역심뇌혈관질환센터 지정 및 운영 - 급성기 조기재활과 퇴원 후 지속관리 및 지역사회 서비스 연계 | | | | | | |
| ○ 골든타임 내 환자 이송·전원을 위한 협력체계 구축 - 권역별 이송체계 구축 및 지침 마련 | | | | | | |
| ② 감염병 관리 역량 강화와 환자안전 증진 | | | | | | |
| ○ 의료관련감염·환자안전 관리 역량 강화 - 권역-지역 책임의료기관 지정 및 네트워크 구축: 교육 및 훈련 시행 - 의료관련감염 환자의 의뢰·회송 체계 구축 - 환자안전지침 및 환자안전 교육 프로그램 개발 | | | | | | |
| ③ 공중보건위기 대응 역량 강화 | | | | | | |
| ○ 제2의 메르스 방시를 위한 감염병 대응역량 강화 - 중앙 및 권역별 감염병 환자 전문병원 설치 및 지정 | | | | | | |
| ○ 다분야 합동 공중보건위기대응체계 구축One-Health+ - 원인불명 감염병 다부처 공동대응 매뉴얼 개발 - 다부처 즉각 대응 팀 구성 및 훈련 - 범부처 건강위해 정보공유 플랫폼 구축 방안 연구 | | | | | | |

마. 참고문헌

- 김남순 등. (2017). 중앙과 지방정부 및 의료기관에 대한 감염병 관리체계 강화 방안
 김남순 등, 심뇌혈관질환관리 종합계획 수립을 위한 기획연구. (2018).
 보건복지부. (2018). 공공보건의료 발전 종합대책(2018.10.1. 발표)
 보건복지부. (2018). 제1차 심뇌혈관질환관리 종합계획(안)(2018~2022)」 (2018.9.4. 발표)
 보건복지부. (2018). 2018~2022년 응급의료 기본계획(2018.12.27. 발표)
 신현웅 등. (2018). 국가예방접종사업 백신의 안정적 공급체계 및 합리적 가격 산정 근거 제시 연구. 질병관리
 본부

제8절 추진방향 ⑦: 환경보건 측면의 건강위해요인 대응체계 구축¹¹⁵⁾

가. 추진배경 및 주요 문제의식

□ (문제의식① 극한기상 심화 및 해수면 상승 가속 전망) 폭염과 열대야 등 기후관련 극한지수는 급격한 증가가 예상됨.

○ 폭염일수는 1981~2010년 사이 연평균 7.3일로 나타났으나, 21세기 후반에는 13.1일(저농도시나리오)~30.2일(고농도시나리오)로 전망됨.¹¹⁶⁾

□ (문제의식② 국가차원의 적응대책 추진 필요성 증가 및 국제적 위상 제고) 가뭄, 폭염, 이상고온, 한파 및 대설 등 최근 극한기상 및 이상기후 발생 증가로 기후변화에 대한 관심이 고조되고 적응대책에 대한 국민 요구가 증가

○ 기후변화 적응은 재난재해 예방·관리로 국민안전과 국민행복을 추구하는 현정부의 국정과제 핵심기조에 부합함.

□ (문제의식③ 기후변화로 인한 질병 및 건강피해 양상 변화 심화) 야생동물에 의한 AI 등 인수공통감염병 전파 및 감염병 매개체 증가로 인한 건강피해가능성, 폭염 및 한파로 인한 건강피해가 증가할 것으로 전망됨.¹¹⁷⁾

□ (문제의식④ 대기오염으로 인한 건강피해 예방 필요) 대기오염물질이 건강에 미치는 영향을 중점적으로 검토하여 대기환경 정책을 과학적으로 뒷받침하고, 관리 사각지대를 해소할 필요가 있음.

□ (문제의식⑤ 건강 위협의 다양화, 불확실성 증대에 대한 정부 부처 간 분절적 대응 한계) 건강관련 업무가 여러 부처에 분산되어 있고, 공통된 목표와 대응체계가 부족하여 일관된 정책수립 및 위기대응이 미흡함.

나. 정책 상황 분석

□ (정책 성과 ① 기후변화로 인한 건강영향 평가·감시체계 구축) 이상기후로 인한 질환 감시체계를 운영하고, 기후변화 관련 감염병 DB구축을 추진함.¹¹⁸⁾

115) 작성자: 채수미

116) 관계부처 합동(2015). 환경보건 10개년 종합계획: 2011~2020 수정계획

117) 관계부처 합동(2015). 제2차 국가 기후변화 적응대책.

118) 관계부처 합동(2015). 제2차 국가 기후변화 적응대책.

- 온열질환* 감시체계 구축 및 운영 확대('13년 436개소→'14년 539개소), 한랭질환 감시체계 구축 및 운영 확대('12년 41개소→'14년 540개소) 등

* 온열질환자 : 폭염노출로 열사병(일사병), 열탈진, 열실신, 열경련의 증상을 보이는 환자

- 폭염 건강피해 백서 발간('12.12), 온열질환 및 한랭질환 신고현황 연보 발간('13~)
- 감염병 매개체 통합감시망(VectorNet), 수인성 매개질환 병원체 감시망(EnterNet), 비브리오균 감시망(VibrioNet) 등 구축체계 마련

□ (정책 성과 ② 기후변화로 인한 건강 피해 저감대책의 다양화 및 활성화 구현) 취약계층 건강관리 사업 연계 및 극한기온 대응 건강관리 사업안내 매뉴얼을 개발·보급하고 폭염 예방 행동요령을 홍보함.¹¹⁹⁾

- 사회·경제적 취약가구(저소득, 다자녀, 한부모, 독거노인 등) 실내환경 진단('13년 2,003가구 → '15년 6,000가구) 및 벽지, 장판 등 시설개선('14~'15년 1,000가구)
- 취약계층(취약 독거노인, 노숙인, 쪽방주민 등) 안전 확인 및 건강관리 교육 실시, 도시고온 건강지수 개발 및 폭염특보 내 건강영향 정보 제공
- 폭염 대비 재난도우미 지정·운영 확대('14년 93,000명), 폭염예방 건강 실천 가이드 리플릿 등 3종 제작 및 배포 등
- 노인 및 보육시설 관리자용 업무가이드북, 지자체 업무담당자 대상 폭염대응 건강관리 사업 안내서 및 한파대비 건강수칙 개발·배포('13~)

□ (정책 한계 ① 적응대책 사업이 특정분야에 한정, 기후변화 취약계층에 대한 차별화된 적응대책 추진 미흡)¹²⁰⁾

- 폭염 및 한파 이외의 기후변화로 인한 다양한 환경요인의 건강 영향에 대한 규명 및 정보제공 필요
- 기후변화 취약계층의 정의 및 범위가 불분명하여 일반 취약계층 대상 정책과의 차별화 미흡

□ (정책 한계 ② 기후변화 및 환경유인자의 건강영향 정보 부족)

- 초미세먼지 등 대기오염물질의 건강영향 연구 미흡
 - 환경부와 기상청이 황사, 미세먼지 농도에 대한 예보를 실시하고 있으나, 종합적인 정보가 부족하여 환경유해인자 노출저감 유도에는 한계가 있음.

119) 관계부처 합동(2015). 제2차 국가 기후변화 적응대책.

120) 관계부처 합동(2015). 제2차 국가 기후변화 적응대책.

- 기후변화에 따라 대기환경, 물 환경의 변화와 건강에 미치는 영향 및 관리방안에 대한 연구 부재

□ (정책 환경 및 향후 정책 방향 ❶ 기후보건영향평가의 법적 근거 마련) 지구온난화 등을 인한 기후변화가 국민의 영향을 미침에 따라 기후변화로 인한 건강영향평가를 의무화함.¹²¹⁾

- 2017년 2월 「보건의료기본법」 개정을 통해 제37의2(기후변화에 따른 국민건강영향평가 등)와 시행령 제13조의2, 3의 내용을 신설하여, 기후변화가 국민의 건강에 미치는 영향을 조사·평가하여 그 결과를 공표하고 정책수립의 기초자료로 활용하도록 함.

－ 질병관리본부는 2018년 5년 단위의 기후보건영향평가체계의 틀을 수립하였고, 시범사업을 계획하고 있음.

□ (정책 환경 및 향후 정책 방향 ❷ 국가차원의 미세먼지 대응 전략 수립) 현 정부는 미세먼지 문제해결을 최우선 과제로 설정하고, 관련 대책을 발표하고 국정과제로 추진함.¹²²⁾

- 관계부처합동 TF를 구성해 ‘미세먼지 관리 종합대책(2017.9.26.)’을 발표함.

－ 종합대책에서는 ① 오염도가 높은 비수도권 지역에 대한 확대 관리, ② 다자 간 협력을 통한 미세먼지 문제의 공동 대응, ③ 민감계층에 대한 보호서비스 강화 등 인체 위해성에 대한 최우선적 고려를 주요 방향을 설정함.

- 미세먼지 민감계층을 중심으로 알림·보호대책을 시행해 미세먼지 문제에 적극적·선제적으로 대응함.

－ 국정과제 88 미세먼지 걱정 없는 쾌적한 대기환경 조성

－ 국정과제 88-4.(민감계층 등 보호 강화)오염우심지역 특별관리, 노인·어린이 맞춤형 대책 추진

－ 질병관리본부에서는 국정과제(88-4.) 및 상동 대책의 주요 추진 전략(영역)인 ‘민감계층 보호 인프라 및 서비스’의 일환으로 미세먼지의 유해성을 알리고, 이에 대한 예방 및 대처법을 확산하기 위한 홍보·교육 자료를 제작해 홈페이지에 게시하고 있음.

□ (정책 환경 및 향후 정책 방향 ❸ 환경보건에 대응하기 위한 국내·외 One Health 접근 논의 시작) 사람-동물-환경의 건강이 하나로 상호 연계되어 있다는 것을 강조한 개념으로 생태계 전체의 건강이 지속가능한 사회에 필수적임을 강조하는 전략임.¹²³⁾

121) 채수미 외(2018). 기후변화로 인한 건강영향평가(기후보건영향평가) 및 실태조사 방안 연구. 한국보건사회연구원·질병관리본부.

122) 관계부처합동. (2017). 미세먼지 관리 종합대책(“국민들의 미세먼지 걱정을 덜어드리겠습니다.”)

123) 보건복지부 내부자료. One Health 기반 건강정책 추진방향

- CDC는 One Health Office를 설치하여 감염병을 비롯 환경보건에 대응하는 지휘체계를 확립하였으며, World Bank에서는 건강문제 대한 원헬스적 접근의 비용 대비 효과를 강조함.
- 사고발생시 사후적 협력체계에서 벗어나 사전예방적 대응 강화, 범정부적 컨트롤타워 및 대응 시스템을 마련할 필요성을 인식함.

다. 세부실천목표

- 기후변화 적응정보 제공 및 기후변화 건강피해 관리 강화
- 미세먼지 등 대기오염으로 인한 건강피해 예방
- 환경보건 측면의 건강위해요인으로부터 국민의 건강 보호의 필요성에 대한 인식 제고

| 세부실천목표 | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - 기후변화 적응정보 제공 및 기후변화 건강피해 관리 강화 - 미세먼지 등 대기오염으로 인한 건강피해 예방 - 환경보건 측면의 건강위해요인으로부터 국민의 건강 보호의 필요성에 대한 인식 제고 | | | |
| ㉗-1 기후변화로 인한 건강영향 모니터링 - 기후변화 건강 감시망 체계 운영 - 기후변화 건강영향 예측 및 취약성 평가체계 구축 | ㉗-2 기후변화 건강피해 예방 및 취약계층 보호 - 건강 적응정책의 (복지부와 환경부의) 공동편의 강화 - 기후변화 취약계층 보호를 위한 관리망 운영 - 맞춤형 기후변화 적응 교육·홍보 프로그램 개발·운영 | ㉗-3 미세먼지 등 대기오염에 의한 건강영향 분석 및 민감계층 보호 강화 - 미세먼지 등 대기오염으로 인한 건강영향 모니터링 - 미세먼지 대비 민감계층 보호 강화 | ㉗-4 건강하고 지속가능한 환경을 위한 Health in All Policies 전략 수립 - 기후변화-미세먼지 건강영향 총괄 부서 기능 강화 -환경정의 (environmental justice) 측면의 국민 건강 보호 전략 수립 |

1) 세부추진계획 ㉗-1: 기후변화로 인한 건강영향 모니터링

□ (실행전략① 기후변화 건강 감시망 체계 운영)

- 폭염·한파로 인한 온열·한랭질환 감시체계를 운영하여 일일 건강피해 현황정보 제공
- 폭염·한파로 인한 건강피해 조기인지 및 대응을 위한 극한기온 건강피해 예측 및 활용방안 (예·경보, 보건지수 등) 마련

□ (실행전략② 기후변화 건강영향 예측 및 취약성 평가체계 구축)

- 기후변화 급만성질환 대상 질병자료(사망, 건강보험자료, 감염병 신고자료 등)와 기후변화와의 연관성, 위험요인 등 규명을 위한 기후 변화 건강 영향 평가체계 구축
- 「보건의료기본법」 제37조의 2에 따른 기후보건영향평가 운영

2) 세부추진계획 [7]-2: 기후변화 건강피해 예방 및 취약계층 보호

□ (실행전략① 건강 적응정책의 (복지부와 환경부의) 공동편의 강화)

- 신체활동, 에너지 고효율 건축, 도시녹지 조성 등 co-benefit을 동반하는 적응대책의 개발, 지역사회자원의 활용방안 개발
- 도시 녹지지대 확대, 건물 녹색화 등 도시녹화 사업 추진 및 지자체 건강도시 구축사업과의 연계 활성화

□ (실행전략② 기후변화 취약계층 보호를 위한 관리망 운영)

- 보건소단위 기후변화 건강취약계층 분류·관리대상 선정방법 개발
- 보건소단위 기후변화 건강취약계층 관리체계 구축
 - 보건소단위 기후변화 건강취약계층 관리방안 개발 및 사업시행

□ (실행전략③ 맞춤형 기후변화 적응 교육·홍보 프로그램 개발·운영)

- 기후변화 적응 부문별, 교육대상 연령·직업별, 취약지역 특성별 다양한 맞춤형 적응교육 및 홍보 프로그램 개발·운영
 - 폭염, 한파 등 극한기온 건강피해 예방 행동요령 등 대국민 홍보물 개발·배포, 호흡기·알레르기 질환에 대한 지역사회 중심의 예방관리 및 대국민 교육·홍보 수행
- 적응분야 전문 인력 양성 및 종사자 교육 활성화
 - 부처, 지자체, 연구기관 대상 기후·기후변화 분야 전문교육 확대 및 지원, 기후·기후변화 분야 전문가 육성 강화

3) 세부추진계획 [7]-3: 미세먼지 등 대기오염에 의한 건강영향 분석 및 민감계층 보호 강화

□ (실행전략① 미세먼지 등 대기오염으로 인한 건강영향 모니터링)

- 오존, 미세먼지, 황사 등 대기오염물질로 인한 건강영향평가 모델 구축

○ 호흡기질환, 심뇌혈관질환, 정신건강 등에 대한 모니터링 지표(예. 초과사망 등)개발

□ (실행전략② 미세먼지 대비 민감계층 보호 강화)

○ 고농도 미세먼지 발생시 대응역량강화를 위한 대국민홍보 및 교육실시

○ 민감계층 대상 상시적 교육 프로그램 운영을 위한 보건복지 사업전달체계 구축 운영

4) 세부추진계획 [7]-4: 건강하고 지속가능한 환경을 위한 Health in All Policies 전략 수립

□ (실행전략① 기후변화-미세먼지 건강영향 총괄부서 기능 강화)

○ 기후변화-미세먼지 건강영향에 대응하는 총괄부서 설치

○ 관련 사업 추진을 위한 부서 간 조정 기능 강화

□ (실행전략② 환경정의(environmental justice) 측면의 국민건강 보호 전략 수립)

○ 건강증진 및 질병관리 정책 수립 시, 사회적, 경제적, 정치적 불평등으로 인해 발생하는 기후변화, 미세먼지에 대한 건강불평등 완화의 필요성에 대한 인식 제고

○ 국민의 적응역량 강화를 지원할 수 있는 사업 개발 및 지원

라. 연도별 추진일정

〈표 2-4-14〉 건강증진·질병관리 분과: ⑦ 환경보건 측면의 건강위해요인 대응 체계 구축: 연도별 세부 추진계획

| 구분 | '19년 | '20년 | '21년 | '22년 | '23년 | '30년 |
|--------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| ① 기후변화로 인한 건강영향 모니터링 | | | | | | |
| ○ 기후변화 건강 감시망 체계 운영 | | | | | | |
| ○ 기후변화 건강영향 예측 및 취약성 평가체계 구축 | | | | | | |
| ② 기후변화 건강피해 예방 및 취약계층 보호 | | | | | | |
| ○ 건강 적응정책의 (복지부와 환경부의) 공동편의 강화 | | | | | | |
| ○ 기후변화 취약계층 보호를 위한 관리망 운영 | | | | | | |
| ○ 맞춤형 기후변화 적응 교육·홍보 프로그램 개발·운영 | | | | | | |
| ③ 미세먼지 등 대기오염에 의한 건강영향 분석 및 민감계층 보호 강화 | | | | | | |
| ○ 미세먼지 등 대기오염으로 인한 건강영향 모니터링 | | | | | | |
| ○ 미세먼지 대비 민감계층 보호 강화 | | | | | | |
| ④ 건강하고 지속가능한 환경을 위한 Health in All Policies 전략 수립 | | | | | | |
| ○ 기후변화-미세먼지 건강영향 총괄부서 기능 강화 | | | | | | |
| ○ 환경정의(environmental justice) 측면의 국민건강 보호 전략 수립 | | | | | | |

마. 참고문헌

관계부처 합동(2015). 제2차 국가 기후변화 적응대책.

관계부처 합동(2015). 환경보건 10개년 종합계획: 2011~2020 수정계획

관계부처합동(2017). 미세먼지 관리 종합대책(“국민들의 미세먼지 걱정을 덜어드리겠습니다!”)

보건복지부 내부자료. One Health 기반 건강정책 추진방향

채수미 외(2018). 기후변화로 인한 건강영향평가(기후보건영향평가) 및 실태조사 방안 연구. 한국보건사회연구원·질병관리본부

제9절 추진방향 ⑧: 범부처 연계 사전예방체계 구축¹²⁴⁾

가. 추진배경 및 주요 문제의식

- (문제의식① 식품안전: 식중독 발생 건수 증가) 식중독 발생은 여름철뿐만 아니라 탈계절화하는 양상을 보여, 2000년 이후 겨울철에도 발생하고 있으며 향후 기후변화에 따른 다양한 식중독 발생 원인의 변화가 예상됨.
 - 겨울철에 특히 많이 발생하는 노로바이러스 식중독이 증가했으며, 2013년도 노로바이러스 식중독 발생 환자 수는 1,606명으로 전체 식중독 발생 환자 수 4,958명의 32.4% 수준에 이르고 있음.¹²⁵⁾
- (문제의식② 식품안전: 기후변화 등 식품안전 환경 변화에 대응) 식품안전을 둘러싸고 있는 여러 환경 중 기후변화는 2000년대 이후 전 세계적인 화두가 되고 있고 지구 온난화는 식품안전에 절대적인 영향을 미침.¹²⁶⁾
 - 국내에서 다수 발생되고 있는 식중독균별 중장기적인 저감화 목표를 설정하고 이를 바탕으로 식중독 발생을 저감화 할 수 있는 적극적인 대응 사업안 개발이 필요함.
- (문제의식③ 근로자보건: 근로인구의 건강 실태 및 건강행태의 문제) 근로인구의 유병률과 흡연, 음주 등 건강행태의 개선이 필요함.¹²⁷⁾
 - 연령이 높아질수록 유질환자가 증가하며 특히 50대에 급격히 증가하는 경향이 있고, 사업장 규모가 작을수록 유질환자 및 고혈압·당뇨의심 근로자 비율이 높음.
 - 우리나라 남성근로자의 현재흡연율은 2013년 45.6%로, 성인 남성의 현재흡연율 42.1%를 상회하며, 2013년 남성 근로자의 고위험음주율은 21.2%로, 남성 근로자 5명중 1명꼴임(질병관리본부, 2014).
- (문제의식④ 학교보건: 학생의 특성 및 학교보건의 실태) 학생(초·중·고등학교)은 신체적 및 정신적으로 성장기에 있어 생물학적, 물리적 및 사회적 질병 발생요인에 쉽게 영향을 받으며, 영양의 개선으로 학생들의 체격은 커졌으나 보건행태와 정신건강 수준이 저하됨.¹²⁸⁾

124) 작성자: 채수미

125) 보건복지부·한국건강증진개발원(2015). 제4차 국민건강증진종합계획 2016~2020

126) 보건복지부·한국건강증진개발원(2015). 제4차 국민건강증진종합계획 2016~2020

127) 보건복지부·한국건강증진개발원(2015). 제4차 국민건강증진종합계획 2016~2020

128) 보건복지부·한국건강증진개발원(2015). 제4차 국민건강증진종합계획 2016~2020

- (문제의식⑤ 건강영향평가: 건강에 대한 사회적 책임 강조) 국민의 생활 수준이 높아짐에 따라 건강한 삶에 대한 인식 또한 증대되었음. 이에 따라 건강을 위한 사회적 책임이 강조되고, 건강을 위한 인프라 확보·건강환경조성 등에 대한 필요성이 증가하고 있음.
- (문제의식⑥ 건강영향평가: 건강영향평가의 제한적 적용 문제) 현행 건강영향평가의 대상은 대규모 개발사업 및 건강위해시설의 설치 등에 국한되어 있음. 또한 환경영향평가대상 사업 중 일부로 결정되어 있기 때문에 독립적으로 수행되지 못하고 있음.

나. 정책 상황 분석

- (정책 성과 ① 식품안전: 식품 생산 전달 단계별 안전관리 기반 강화)¹²⁹⁾
 - (생산 제조) HACCP 의무적용* 및 GAP 제도 확산**을 통해 안전 위생이 확보된 식품의 생산비율 대폭 상승
 - * HACCP 인증제품 생산비율(%) : ('13) 45.9 → ('17) 83.9
 - ** 전체농가 대비 GAP 인증 농가비율(%) : ('13) 4.0 → ('17) 8.1
- (정책 성과 ② 식품안전: 어린이 식품안전 및 식생활 영양 환경 개선)¹³⁰⁾
 - (급식소 관리) 위생, 영양관리 등이 취약한 소규모 어린이 급식소 및 가정어린이집 관리를 강화하기 위해 어린이급식관리센터 확대
- (정책 성과 ③ 근로자보건: 고용부의 사업장 기반 건강증진서비스 활성화 지원)¹³¹⁾
 - 중소 및 영세기업 근로자 건강관리를 위한 근로자 건강센터와 관할 보건기관 연계·협력 강화
- (정책 성과 ④ 학교보건: 교육부의 흡연·음주예방, 나트륨 감소 등 건강한 식생활, 학교스포츠클럽 활성화, 보건교육 등 다양한 건강프로그램 실시)¹³²⁾
 - 건강행태개선 및 안전한 학교환경 조성을 지원하는 건강증진학교 활성화
 - 알레르기 질환을 가진 아이들의 응급처치 및 관리가 가능한 아토피·천식 안심학교 단계적 확대

129) 이주형 외(2017). 식품안전관리 시스템개선 및 거버넌스 확립을 위한 연구. 식품안전정보원.

130) 관계부처 합동(2018). 2018~2020 제4차 식품안전관리 기본계획

131) 관계부처 합동(2017). 제4차 근로복지증진 기본계획(2017~2021)

132) 보건복지부·한국건강증진개발원(2015). 제4차 국민건강증진종합계획 2016~2020

- (정책 성과 ⑤ 건강영향평가: 건강영향평가 개념의 도입) 2008년 「환경보건법」이 제정되면서 환경영향평가 시 건강영향 항목의 추가·평가가 가능하도록 함.
 - 건강영향평가 제도 시행 이후로 해당 사업의 영향을 받을 인구대상을 중심으로 이들에게 미치는 건강영향을 고려한 평가를 수행하게 됨.
- (정책 성과 ⑥ 건강영향평가: 건강영향평가 시범사업의 실시) 건강영향평가제도의 법제화를 위한 전 단계로 지방자치단체를 대상으로 총 14건의 건강영향평가 시범사업을 실시함.
 - 지방자치단체 정책 결정자들의 건강지향적 의사결정을 지원하기 위해 적합한 운영체계 및 평가도구를 개발하고자 노력하였으며, 건강영향평가 정착화 방안을 모색함.
 - 광주광역시 동구 동적골 산책로 조성사업에 대한 건강영향평가(2010), 서울시 강남구 천산길 조성계획에 대한 건강영향평가(2010), 창원시 자전거 정책에 대한 건강영향평가(2009) 등
- (정책 한계 ① 식품안전: 중앙 정부 간 식품안전 업무 분장에 따른 문제)¹³³⁾
 - 식품안전의 확보를 위해서 생산-유통-소비 단계의 안전 정책이 유기적으로 연계되어야 하나 분산된 업무 하에서 부처 간 협력 부족으로 문제가 발생
- (정책 환경 및 향후 정책 방향 ① 식품안전: 중앙정부간 식품안전 거버넌스 개선) 농식품부·해수부·환경부 등 유관부처 간 권한 및 책임에 대해 주기적 검토
 - 식품안전 업무에 대한 성과와 문제점을 정기적으로 진단하여, 문제의 원인을 파악하고 협력 체계를 구축
- (정책 한계 ② 근로자보건: 근로자 건강증진사업에 대한 사업장의 인식부족과 소규모 사업장의 건강서비스 필요성 증대)
 - 그간 사업장 보건관리는 법에서 규정한 “작업환경측정”과 “근로자건강진단”만이 강조되어 왔고, “근로자 건강증진”에 대해서는 소홀했음.¹³⁴⁾
 - 사업주는 근로자 개인의 건강관리 능력을 함양하기 위한 근로자 건강증진을 음주, 흡연, 운동 등 개인 생활습관을 개선하는 것만으로 이해하여 회사와는 무관한 문제로 치부하는 경향이 있음.

133) 이주형 외(2017). 식품안전관리 시스템개선 및 거버넌스 확립을 위한 연구. 식품안전정보원.

134) 보건복지부·한국건강증진개발원(2015). 제4차 국민건강증진종합계획 2016~2020

○ 소규모 사업장 근로자의 건강서비스 필요성이 증대되고 있음.

- 소규모 사업장 근로자는 상대적으로 건강서비스 이용이 제한적이고 작업환경 및 개인질병 유해 요인에 더 많이 노출됨.

□ (정책 환경 및 향후 정책 방향 ② 근로자보건: 산업보건과 일반보건의 연계추진 및 근로자건강지원센터 설치 확대 등)¹³⁵⁾

○ 산업보건과 일반보건의 연계추진

- 건강증진운동의 효율적인 추진을 위해 유관 전문기관(전문가)과 연계하여 이들의 전문성을 적극 활용함.
- 사업계획 수립 시점에서부터 사업장 건강증진운동 전개에 필요한 사항을 전국 보건소와 연계하여 공동으로 추진함.
- 안전보건공단은 동 운동의 촉진자(facilitator) 및 코디네이터 역할을 수행함.

○ (사업장 건강문화 확산) 『사업장 건강증진운동』 홍보

○ 근로자건강지원센터 설치 확대

- 지리적·경제적 어려움 등으로 건강서비스 이용이 취약한 근로자의 업무상질병 예방 및 건강증진 지원을 통해 노동능력을 유지·증진함.
- 소규모 사업장 근로자들의 접근성이 용이한 장소 등에 설치하여 산업보건서비스와 근로자 건강증진 프로그램을 지원함.

□ (정책 한계 ③ 학교보건: 학교의 특수성을 고려한 관련 부처 간의 협력 강화 필요 및 학교보건 문제를 해결하기 위한 전략 부재)¹³⁶⁾

○ 2005년에 새국민건강증진종합계획 2010 작성 시 교육부와 보건복지부가 협력하여 공동으로 학교의 건강증진계획을 세웠으나, 담뱃값의 미인상 등 여러 가지 상황으로 학교 내 건강증진사업이 원활히 진행되지 못했음.

- 보건복지부의 기금지원과 교육부의 대응 투자를 통한 학교 내 건강증진사업의 활성화 필요성이 제기됨.

○ 교육부의 학교보건업무와 보건복지부의 청소년 건강증진업무가 중복되어 이원화되어 있으며, 교육부에서는 일상적인 보건관리 이외에 학생대상 건강증진사업을 실시할 예산이 없어 추진하지 못하고 있으나, 보건복지부에서는 교육의 특성을 모르는 상황에서 학교에서 건강

135) 보건복지부-한국건강증진개발원(2015). 제4차 국민건강증진종합계획 2016~2020

136) 보건복지부-한국건강증진개발원(2015). 제4차 국민건강증진종합계획 2016~2020

증진사업을 추진함으로써 교육현장의 지원이 원활하지 못했음.

□ (정책 환경 및 향후 정책 방향 ③ 학교보건: 교육부와 연계한 건강증진학교 조성 및 확대 사업 실시 등)¹³⁷⁾

○ 교육부와 연계한 건강증진학교 조성 및 확대 사업실시

- 건강증진학교를 확대하고 건강증진학교 인증제를 도입 시행함.
- 학교건강증진사업을 활성화를 위해 교육부와 협력하여 지역사회를 연계하고, 학교건강 증진 사업을 위한 교사 연수를 실시함.
- 학교 건강증진사업을 지원하고 확산하기 위해 학교건강지원기구의 설립이 필요

○ 행동변화를 수반한 건강역량의 강화

- 학생대상 건강증진사업은 학교보건교육의 강화를 통해 1) 건강의 중요성과 가치를 인식케 하고, 2) 올바른 건강지식을 습득하게 하고, 3) 지식에 기반 한 올바른 보건행동을 결정할 수 있게 하고, 4) 건강 행동기술을 익혀 건강역량을 강화시킴.

○ 학교보건사업의 포괄적 접근

- 지역사회의 건강증진사업에 학생과 교직원이 참여할 수 있는 프로그램의 개발이 필요함.
- 학교건강증진사업을 지역사회 건강증진사업과 연계하여 시행함.

□ (정책 한계 ④ 건강영향평가: 건강영향평가 범위의 한계)

- 현행 건강영향평가는 물리적 환경을 중심으로 제한되어 있기 때문에 금연과 운동 등 생활습관 개선을 중심으로 하는 주요 건강결정요인에 대한 평가는 수행되고 있지 못한 실정임.
- 환경영향평가 대상사업 중 큰 프로젝트이면서 건강영향이 클 것으로 예상되는 일부 사업만을 대상으로 제한적으로 적용
- 건강이슈로는 대기질, 소음, 진동, 악취, 토양오염 등에 국한되어 실질적인 실질적인 건강영향평가 제도 시행에 한계가 있음.

□ (정책 한계 ⑤ 건강영향평가: 건강영향평가의 독립적인 수행의 어려움)

- 현재 건강영향평가를 수행하기 위해서는 당해 사업으로 인한 환경영향평가가 우선적으로 수행되어야하기 때문에 사업자가 동일한 작업을 반복하는 부담이 발생할 수 있음.
- 또한 기존의 환경영향평가에 추가적으로 이루어지는 것이므로 건강과 관련한 문제보다는 환경 관련 문제에 보다 관심이 집중될 수밖에 없음.

137) 보건복지부-한국건강증진개발원(2015). 제4차 국민건강증진종합계획 2016~2020

□ (정책 한계 ⑥ 건강영향평가: 건강영향평가의 필요성에 대한 인식 부족)

- (건강영향평가의 필요성에 대한 인식 문제) 현재 건강영향평가는 자체의 필요성보다는 환경영향평가 과정에서의 하나의 형식적 절차로 인식될 우려가 있으며, 이를 수행할 전문인력 및 전문지식의 부족 또한 건강영향평가를 단순한 부담으로 인식하게 하는 걸림돌로 작용함.

□ (정책 환경 및 향후 정책 방향 ④ 건강영향평가: 건강영향평가 제도 개선방안 마련을 위한 기반 조성)

- 건강영향평가 제도의 개선방안을 마련함으로써 정책결정자들의 의사결정을 돕고 친건강 정책의 직접적인 영향을 받을 모든 국민의 건강을 보호하고 증진시킬 수 있는 기반 조성이 필요함.

다. 세부실천목표

- 식품안전: 중앙정부 간 거버넌스 개선을 통한 식중독 예방 관리 등 식품안전 강화
- 근로자보건: 산업보건과 보건복지정책 연계를 통한 근로자의 육체적 기초건강 증진
- 학교보건: 교육부와 보건복지부 협업을 통한 학생 건강행태 및 건강상태 개선
- 건강영향평가: 건강영향평가제도의 실효성 증대
- 국민건강 관련 범부처 종합대책 마련을 위한 관계부처 회의 추진

| 세부실천목표 | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| - 식품안전: 중앙정부 간 거버넌스 개선을 통한 식중독 예방 관리 등 식품안전 강화 - 근로자보건: 산업보건과 보건복지정책 연계를 통한 근로자의 육체적 기초건강 증진 - 학교보건: 교육부와 보건복지부 협업을 통한 학생 건강행태 및 건강상태 개선 - 건강영향평가: 건강영향평가제도의 실효성 증대 - 국민건강 관련 범부처 종합대책 마련을 위한 관계부처 회의 추진 | | | | |
| ⑧-1 식품안전: 식중독 예방 및 관리 | ⑧-2 근로자보건: 근로자 건강증진활동 활성화 | ⑧-3 학교보건: 학생의 건강행태 및 건강상태의 개선 | ⑧-4 건강영향평가: 건강영향평가제도의 실효성 증대 | ⑧-5 국민건강 관련 범부처 종합대책 마련을 위한 관계부처 회의 추진 |
| - 범정부 차원의 협업을 통한 사전 예방적 안전관리 강화 - 식중독 예방 홍보·교육 사업을 운영을 위한 협력 | - 근로자 건강증진사업 운영을 위한 관계 부처 간 소통 체계 마련 | - 학생의 건강행태 및 건강상태의 개선을 위한 전략 공유 | - 건강영향평가 범위 확대 및 평가도구 개선 - 건강영향평가의 제도화를 위한 정부의 역할 강화 - 건강영향평가 대상항목에 대한 재량권 부여 역할 강화 - 건강영향평가에 대한 인식 개선 | - 관계부처간 협의 활성화 |

1) 세부추진계획 [8]-1: 식품안전: 식중독 예방 및 관리

□ (실행전략① 범정부 차원의 협업을 통한 사전 예방적 안전관리 강화)

- 중앙부처·지자체·관련단체 합동 『식중독 예방 종합대책』 마련
 - 「범정부 식중독 종합대응협의체」 개최(연3회, 32개 기관 참여).
- 학교 급식소, 청소년 수련시설 등 식중독 발생우려 시설 집중 지도·점검
- 위기상황 발생시 유관 부처 소통 및 협력 체계 구축

□ (실행전략② 식중독 예방 홍보·교육 사업 운영을 위한 관계 부처 협력)

- 계절, 식중독 원인균 등 식중독 발생 원인과 특성을 고려하여 맞춤형 홍보 실시
- 학교급식 관계자, 조리종사자(어린이집 등) 등 식중독예방 교육 강화
- 위생취약 학교(식중독 발생 이력학교, 1일 2식 이상 급식 제공학교 등) 대상 식중독 예방 컨설팅 실시 및 교육·홍보 강화

2) 세부추진계획 [8]-2: 근로자보건: 근로자 건강증진활동 활성화

□ (실행전략① 근로자 건강증진사업 운영을 위한 관계 부처 간 소통 체계 마련)

- 작업관련성 질환 예방 컨설팅, 교육, 기술정보자료 제공 등 근로자 건강증진 사업 활성화를 위한 협력 방안 마련
- 근로자의 건강 피해 관련 공중 보건 정책 이슈에 대한 정보 공유 및 정책 수립 지원

3) 세부추진계획 [8]-3: 학교보건: 학생의 건강행태 및 건강상태의 개선

□ (실행전략① 학생의 건강행태 및 건강상태의 개선을 위한 전략 공유)

- 보건복지부의 건강증진 관련 교육 프로그램 및 전략 공유
 - 흡연학생에 대한 집중 금연교육과 일반학생에 대한 효과적인 흡연예방교육 강화
 - 음주를 포함한 약물 사용의 폐해에 대한 교육의 강화와 약물 사용금지 캠페인 및 효과적인 약물상담 및 교육 실시, 지역사회와 연계한 절주, 금주 상담 및 치료를 실시
 - 올바른 식습관에 대한 교육과 친환경 및 저 나트륨 학교급식 실시
 - 건강행태 개선 및 안전한 학교환경 조성을 지원하는 건강증진학교를 활성화를 통해 불건전한 보건행태를 예방할 수 있는 학교 정책 개발

- 학생의 건강 피해 관련 공중 보건 정책 이슈에 대한 정보 공유 및 정책 수립 지원

4) 세부추진계획 [8]-4: 건강영향 평가제도의 실효성 증대

□ (실행전략① 건강영향평가 범위 확대 및 평가도구 개선)

- (평가대상사업의 건강결정요인 확대) 건강영향평가의 범위와 비중을 확대시킴으로써 대상 사업의 확장이 필요하며 건강결정요인의 범위를 환경·물리적 요인 외에 건강에 영향을 미치는 모든 요인으로 폭넓게 적용해야 함.
 - 생활습관 개선이 필요한 금연, 운동 등 주요 건강결정요인을 중심으로 평가 대상사업을 확대
 - 친건강을 지향하는 개별 사업, 정책, 지자체 프로그램 등이 국민건강에 미치는 효과를 분석하고 대안을 마련하도록 대상을 확대함
- (체계적 평가를 위한 지표 선정 및 표준화) 물리적 환경 이외에 각각의 건강결정요인을 측정할 수 있는 지표를 구체적으로 명시하고 표준화함으로써 체계적인 평가가 가능하도록 함.
 - 개인을 지역사회의 한 구성원으로 봄으로써 상호작용 속에서의 사회적지지 등과 같은 건강의 영향을 추가적으로 고려해볼 필요가 있음.

□ (실행전략② 건강영향평가의 제도화를 위한 정부의 역할 강화)

- (중앙정부) 여러 지방정부가 관련된 건강 관련 정책·사업에 대하여 건강영향평가 의무화
- (지방정부) 다양한 지방자치단체의 정책·사업을 평가할 수 있는 운영체계·평가도구의 마련, 관계 공무원의 역량 강화

□ (실행전략③ 건강영향평가 대상항목에 대한 재량권 부여)

- 환경영향평가 대상 사업의 범위에서 나아가 건강영향평가 자체만으로도 사회적으로 큰 영향력이 있다고 판단되는 경우 환경영향평가와 별도로 독자적인 평가 수행이 가능한 절차를 마련해야 함.

□ (실행전략④ 건강영향평가에 대한 인식 개선)

- (건강영향평가의 필요성에 대한 인식 전환) 국민의 건강을 보호하고 증진하기 위한 전제조건으로서의 건강영향평가로 인식될 수 있도록 해야 함.
 - 이를 전담하여 운영할 수 있는 다양한 분야의 전문 인력 풀을 개발함으로써 건강영향평가의 운영 역량을 증가시켜야 함.

- (건강영향평가 시행의 필요성 및 실효성 확보) 건강영향평가의 필요성에 대한 인식을 높이고 접근성을 높이기 위한 기반 구축의 노력이 필요함.
- 시범운영의 확대, 관련 연구와 전문인력의 개발, 지자체 등 특정 소지역에서의 프로젝트나 프로그램부터 실시 등¹³⁸⁾

5) 세부추진계획 [8]-5: 국민건강 관련 범부처 종합대책 마련을 위한 관계부처 회의 추진

□ (실행전략① 관계부처간 협의 활성화)

- 총리실 주관 현안점검회의, 사회관계장관회의 등을 통해 참여와 소통의 장을 확대함.
- 국민건강문제 해결을 위해 범부처 조정 및 협의회가 필요한 중요 현안과 쟁점 등을 종합적으로 점검하고, 실천과제와 개선방안을 도출함.
- 범부처가 유기적으로 협력하여 건강문제 해결을 위한 협조방안과 구체적인 대응계획을 마련함으로써 정책의 일관성과 효과성을 제고함.

라. 연도별 추진일정

〈표 2-4-15〉 건강증진·질병관리 분과: ② 범부처 연계 사전예방체계 구축: 연도별 세부 추진계획

| 구분 | '19년 | '20년 | '21년 | '22년 | '23년 | '30년 |
|---------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| ① 식품안전: 식중독 예방 및 관리 | | | | | | |
| ○ 범정부 차원의 협업을 통한 사전 예방적 안전관리 강화 | | | | | | |
| ○ 식중독 예방 홍보·교육 사업 운영을 위한 관계 부처 협력 | | | | | | |
| ② 근로자보건: 근로자 건강증진활동 활성화 | | | | | | |
| ○ 근로자 건강증진사업 운영을 위한 관계 부처 간 소통 체계 마련 | | | | | | |
| ③ 학교보건: 학생의 건강행태 및 건강상태의 개선 | | | | | | |
| ○ 학생의 건강행태 및 건강상태의 개선을 위한 전략 공유 | | | | | | |
| ④ 건강영향평가: 건강영향평가제도의 실효성 증대 | | | | | | |
| ○ 건강영향평가 범위 확대 및 평가도구 개선 | | | | | | |
| ○ 건강영향평가의 제도화를 위한 정부의 | | | | | | |
| ○ 건강영향평가 대상항목에 대한 재량권 부여 역할 강화 | | | | | | |
| ○ 건강영향평가에 대한 인식 개선 | | | | | | |
| ⑤ 국민건강 관련 범부처 종합대책 마련을 위한 관계부처 회의 추진 | | | | | | |

138) 정환도(2010). 건강영향평가제도의 시행과 기법적용 방안. 대전발전연구원

마. 참고문헌

- 관계부처 합동(2017). 제4차 근로복지증진 기본계획(2017~2021)
- 관계부처 합동(2018). 2018~2020 제4차 식품안전관리 기본계획
- 보건복지부·한국건강증진개발원(2015). 제4차 국민건강증진종합계획 2016~2020
- 이주형 외(2017). 식품안전관리 시스템개선 및 거버넌스 확립을 위한 연구. 식품안전정보원.
- 고광욱(2014). 신체활동증진관련 건강영향평가의 적용방안. 한국보건사회연구원
- 권덕철(2014). 건강영향평가의 정책적 의의. 한국보건사회연구원
- 김정선 등(2015). 건강영향평가 사업 운영. 한국보건사회연구원
- 김정선 등(2017). 2017년 건강영향평가 사업 운영. 한국보건사회연구원
- 서미경(2008). 우리나라에서의 건강영향 평가 도입방향. 한국보건사회연구원
- 서미경(2014). 건강영향평가 제도화의 과제: 지방자치단체 건강영향평가 시범사업을 중심으로. 한국보건사회
연구원
- 정환도(2010). 건강영향평가제도의 시행과 기법적용 방안. 대전발전연구원

제 5 장

미래기술

제1절 미래기술 개괄

제2절 추진방향 ①: 미래 고비용 보건의료문제 해결을 위한
전략적 R&D 투자

제3절 추진방향 ②: 환자 치료 및 진단을 혁신할 미래기술 개발

제4절 추진방향 ③: 혁신기술 도입을 촉진하는 보건의료 생태
계 조성

5

미래기술 <

제1절 미래기술 개괄

| | | | | | |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 정책목표 | 1. 환자중심 질병극복 보건의료 R&D 강화 및 혁신의료기술 환자 접근성 향상 2. 미래 보건의료문제 해결을 위한 R&D 강화 및 혁신기술의 환자접근성 향상 | | | | |
| 추진방향① | ① 미래 고비용 보건의료문제 해결을 위한 전략적 R&D 투자 | | | | |
| 추진과제 | ①-1 중증·복합 만성질환 예방 및 극복 R&D | | ①-2 급격한 사회변화 대응 정신건강 증진 및 치매 R&D | | ①-3 국가방역체계 강화를 위한 감염병 R&D |
| 실행전략 (추진계획) | ① 심뇌혈관질환 예방관리를 위한 기초 근거자료 생산 ② 만성질환 관리를 위한 이행연구 R&D 기획 | | ① 자살, 중독 등 주요 정신건강문제 조기 선별 및 개입을 위한 연구지원 ② 치매로 인한 부담의 실질적 경감을 위한 원인규명, 예방, 진단, 치료, 돌봄을 아우르는 전주기적 치매 R&D 지원 | | ① 방역연계 범부처 감염병 R&D 사업실시 ② 국가 감염병 관리 역량 향상을 위한 기술개발 R&D 강화 |
| 추진방향② | ② 환자 치료 및 진단을 혁신할 미래기술 개발 | | | | |
| 추진과제 | ②-1 개인 맞춤형 정밀의료 확산 | | ②-2 첨단재생의료 기술과 산업의 국제경쟁력 강화 | | ②-3 데이터 기반 질병 예방 및 관리 서비스 개발 |
| 실행전략 (추진계획) | ① 고부가가치 환자중심 정밀의료 코호트 구축 ② 인체자원·유전체 기반 질병 예방·치료기술개발 ③ 정밀의료기반 바이오마커 및 표적 항암 치료기술 개발 | | ① 희귀·난치질환 극복 재생의료 치료기술 개발 ② 재생의료치료제의 산업경쟁력 강화를 위한 제조기반기술 개발 | | ① 데이터 기반 질병 관리 서비스 개발 ② ICT 융합 기반 사회안전서비스 개발 |
| 추진방향③ | ③ 혁신기술 도입을 촉진하는 보건의료 생태계 조성 | | | | |
| 추진과제 | ③-1 보건복지부 R&D 거버넌스 혁신 | ③-2 혁신기술 미래산업 육성 효율화 | ③-3 병원 중심의 개방형 혁신 가속화 | ③-4 혁신기술의 환자안전관리 시스템 구축 | ③-5 미래혁신을 선도할 인력양성 |
| 실행전략 (추진계획) | ① 보건복지부 R&D 거버넌스의 단계적 개편 ② 혁신기술 도입 촉진을 위한 R&D 운영 및 재원 선진화 | ① 혁신기술의 산업화 촉진 시스템 구축 ② 혁신기술의 보건의료가치 평가체계 확립 | ① 환자중심 임상연구 활성화 및 국가적 관리체계 구축 ② 병원의 중개·임상연구 역량 강화 | ① 혁신기술 특성 기반의 환자 안전관리체계 확립(DB 관리 포함) ② 미래의료의 선제적·포괄적 규제 혁신 추진 | ① 의사·병원의 중개·임상 연구 인력 역량강화 ② 혁신기술 연계 신산업 인력양성 플랫폼 구축 ③ 보건의료 혁신기술을 선도하는 융합형 석·박사 전문인력 양성 |

가. 추진배경

□ (추진배경① 사회·환경적 변화에 따른 보건의료패러다임 변화)

○ 고령화(Aging)로 인한 중증/만성질환 증가 및 건강수명에 대한 수요 증가

* 고령사회→초고령사회 : (소요연수) 영국 55년, 프랑스 42년, 호주 26년, 미국 20년, 일본 12년, 중국 11년, 한국 9년(美 통계국(2016)¹³⁹⁾

○ 노인성 질환(폐렴, 심장질환 등 만성질환)에 의한 사망률이 크게 증가하고 있으며, 치매환자도 급격히 증가, 국가적 대응 요구

* 폐렴 사망률 9.3%('06) → 32.2%('16), 심장질환 사망률 41.1%('06) → 58.2%('16)(통계청, '17)¹⁴⁰⁾

* 치매환자 증가 : 동일기간('13→'50) 세계 3.1배, 우리나라 4.7배(알츠하이머협회, '15)¹⁴¹⁾

○ 급성 및 법정 감염병, 조류독감, MERS와 같은 신종감염병은 국가 위기적 상황을 사회 경제 전반에 큰 영향을 미치므로 이러한 질병을 사전 예방/차단 필요

○ 암은 암 환자 당사자뿐만 아니라 가족들의 삶의 질 하락, 심리적 고통, 경제적 부담 등 사회적으로 막대한 사회·경제적 부담을 초래

* 암유병자는 2015년 우리나라 국민 31명당 1명에 해당하며, 특히 65세 이상에서는 10명당 1명이 암유병자인 것으로 나타남¹⁴²⁾

○ 중증 및 희귀·난치 질환의 경우 1인당 진료비 및 급여비가 지속적으로 증가 추세

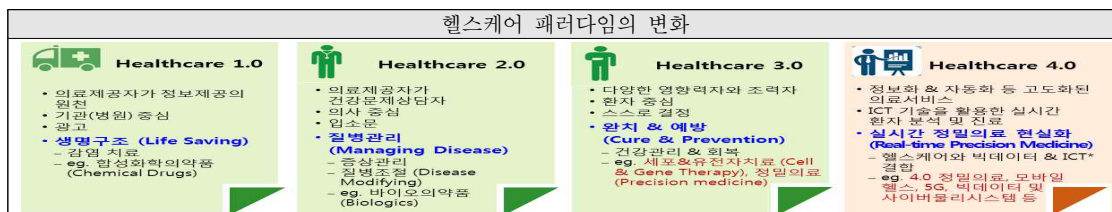
□ (추진배경② 미래기술혁신에 따른 보건의료패러다임 변화)

○ 유전자·세포공학 기술, 빅데이터, 인공지능 등의 기술 혁신과 ICT 융·복합에 의한 4차 산업혁명으로 의료제공자 중심에서 환자 중심으로, 질병관리에서 개입 맞춤형 완치 및 예방 중심으로 보건의료 패러다임이 변화하고 있음

– 빅데이터, 인공지능 활용으로 개인 맞춤형 질병 예방, 조기진단 가능

– 정밀의료, 재생의료 등 혁신기술을 활용한 연구 개발 증가로 질병 ‘완치’ 가능

[그림 2-5-1] 헬스케어 패러다임의 변화



자료: Yap, J., & Yong, C. C. (2013). Healthcare 3.0: Healthcare for the new normal. Deloitte Southeast Asia; Thuemmler, C., & Bai, C. (Eds.). (2017). Health 4.0: How virtualization and big data are revolutionizing healthcare. New York, NY: Springer.

139) 미국통계청, An Aging World: 2015, 2016

140) 통계청, 사망원인별 사망률 추이, 2006~2017

141) <https://blog.naver.com/1588jcd/220261774112>

142) 한국암치료보장성확대협력단. (2016). 한국 암치료 보장성의 현주소.

□ (추진배경 ③ 환자중심 가치에 기반한 보건의료 R&D 혁신이 진행 중)

○ 선진국들은 “환자중심” 개념 및 핵심가치 정립을 통해 환자중심 R&D의 전략에 활용

- 환자중심의 개념은 새로운 치료기술은 환자의 ‘건강증진’ 뿐 아니라 환자나 가족의 치료에 따른 경제적 고통을 예방할 수 있는 ‘비용 적정성’을 제시

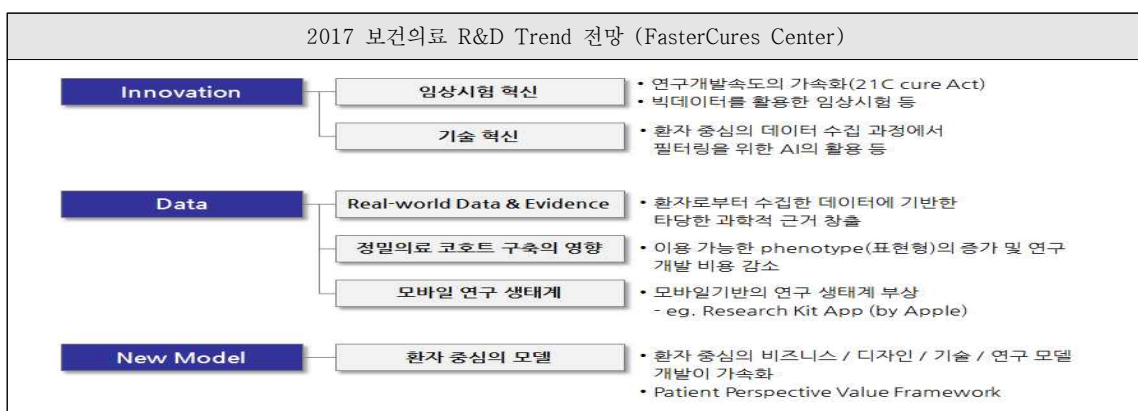
* 미국의 대표적인 정책연구소인 Milken Institute의 FasterCures Center는 약 10,000가지의 질병 중 500여개의 질환만이 치료법이 알려져 있으며, 이에 따라 많은 질병 및 질병극복연구의 필요성을 강조¹⁴³⁾

- 보건복지부도 보건의료 R&D 정책방향을 삶의 질 향상, 의료비 절감, 의료서비스 질적 개선, 사망률 감소 등 공공성을 고려한 정책인프라를 구축하였으며, 첨단재생의료 관련 특별법으로 선제적 규제 개선 노력 중

○ 4차 산업혁명의 가속화를 위한 제도적·기술적 혁신 달성의 노력들과 환자 중심의 가치 제고 방향성이 보건의료 R&D의 Trend (그림2)가 될 것으로 전망

- 선진국들은 새로운 치료기술 개발 촉진과 개발기간 단축을 목표로 대비책을 마련하고 있으며, EU의 ‘프라임제도’, 일본의 재생의료 제품 ‘우선심사지정제도’, 미국의 ‘21세기 치유법’ 등이 임상시험의 심사 및 승인 절차 개선의 대표적인 사례임
- 개발기간을 단축하고 신속한 허가를 통해 환자에게 적용될 수 있는 혁신기술의 R&D 모델의 가장 중요한 개념은 R&D 초기단계부터 인허가 통과, 임상적 수용가능성 (비용), 나아가서는 건강보험 보장 가능성을 고려하여 R&D를 진행 함
- 따라서 우리 보건의료 R&D도 환자중심의 가치를 극대화할 수 있는 R&D 개선과 산업화 촉진 전략이 필요한 시점

[그림 2-5-2] 보건의료 R&D Trend 전망



자료: 한국보건산업진흥원 (2017). 보건의료 R&D 미래전략 수립 연구.

143) FasterCures. (2014). How reimbursement decisions impact innovations needed to improve health.

- **안전한 출산 및 보육:** 가임력 보존 및 증진, 고위험 임신/태아의 적정관리, 난임, 불임 극복, 인공자궁 제작, 선천성 기형 및 희귀질환 예방 유전자치료
- **전인적 청소년 건강관리:** 맞춤형 건강관리 및 생활습관 관리 시스템 구축, 중독, 분노, 공격 등 위해인자 조기 인식 및 예방 시스템 구축
- **청장년 세대의 자기 주도적 건강관리:** 생활습관 교정 및 재활치료, 정신건강 모니터링 바이오칩/나노칩 기술을 활용하여 스트레스를 조기 측정하고 정신건강 예방 및 관리, 질병 또는 사고 등을 통한 장기손상 후 3D 바이오 프린팅 장기 이식
- **독립적 생활이 가능한 건강한 노년생활:** 항 노화 예방관리, 면역강화 치료, 퇴행성 질환 및 장기손상에 대한 재생의료치료, 운동 및 생활 보조 로봇을 통한 일상생활 활동 지원
- **각 임상분야의 질환극복 미래 예측**
 - **(소화기분야)** 내시경치료로 위암과 대장암 완치, 로봇내시경으로 고통 없는 진단 및 시술, 3D 프린팅기반 개인 맞춤형 스텐트, 로봇내시경 시술의 원격진료, 빅데이터 기반의 개인맞춤형 내시경 진단 모델
 - **(순환기분야)** 웨어러블 기기를 통한 실생활 심혈관계 모니터링 (바이오리듬 측정용 손목시계형, 부정맥 진단을 위한 심장박동 모니터링, 심부전 모니터링으로 응급상태 진단), 난이도가 높은 심장수술 교육 혁신 (증강현실을 이용한 모의시술, 가상현실을 이용한 시술훈련), 모바일 헬스를 통한 환자 모니터링 (심부전환자에게 스마트폰 등으로 체중, 혈압, 맥박 모니터링)과 원격진료, 이미징과 인공지능을 통한 이미지 판독 기술 혁신과 질병예측 모델 확립

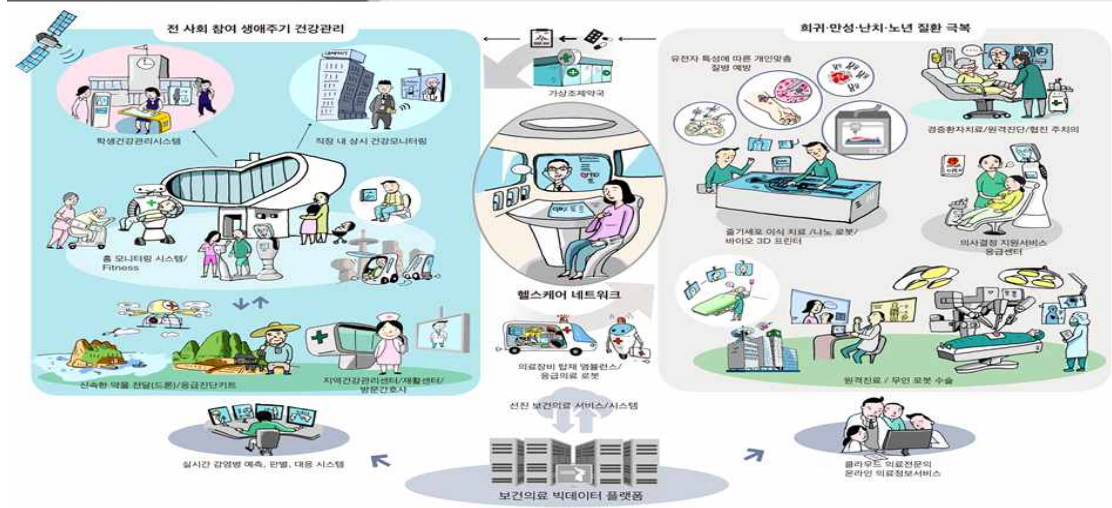
2030 보건의료 미래상 및 미래기술 예측 시나리오 (2)

● 각 임상분야의 질환극복 미래 예측 (계속)

- **(당뇨병치료)** 연속혈당측정기를 이용한 혈당 관리, 실시간 연속혈당측정기와 인슐린 펌프를 제어하는 인공췌장, 디지털 모바일 헬스를 통한 당뇨병 환자의 일상생활 관리 및 원격진료
- **(암 치료)** 분자표적항암제, 맞춤형 면역세포치료제, 유전자분석을 통한 환자 맞춤형 최적의 정밀의료 치료, 인공지능을 통한 암 진단 정확도 향상 (왓슨 포 지노믹스), 컴퓨터 3차원 영상으로 로봇 팔을 통한 원격수술 (우주항공에서도 응급수술), 암 치료 후 지속적인 관리를 위한 증강현실 및 가상현실 기반의 스마트 의료, 3D 프린팅 기술을 통한 암절제 후 주요 장기 및 조직 재생, 혈액검사만으로 암 진단, 모바일헬스를 통한 암 재발 모니터링, 수술 없이 경구약 또는 주사제로 전이성 암 치료
- **(만성폐쇄성폐질환치료)** 환자 일상생활과 신체 모니터링을 할 수 있는 웨어러블 기기를 통해 환자의 약물에 대한 반응 모니터링하고 향후 치료 방침 및 약처방, 혈중산소포화도와 심박수 측정을 위한 링 센서, 가상현실 기기나 모바일 기기를 통한 스마트흡입기, 환자 증상과 활동 모니터링 기능을 가진 반력로봇을 통해 환자 관리, 가정 기계 환기 치료, 호흡재활 로봇
- **(감염병 관리)** 원 헬스 개념 하에 사람, 동물, 환경 등의 데이터를 이용한 감염병 감시시스템, 빅데이터 분석을 통해 정확한 정보의 사회 전달, 정밀의료를 통한 개인 최적화된 감염병 치료법, 시스템 생물학 기반의 인체 면역반응 시뮬레이션 및 백신 개발, 인공지능 기반의 의료 관련 감염 감시시스템, 전장유전체분석을 이용한 감염 유형 조사, 인공지능 기반의 감염병 접촉자 추적 및 전파 예방, 인공지능 기반의 항생제 처방 및 관리, 병원용 소독로봇, 인체 마이크로바이옴을 통한 항생제 내성 난치성 감염질환 치료
- **(신경계질환 치료)** 가상현실을 이용한 인지기능 및 운동능력 진단과 평가, 인지 및 운동능력 훈련을 통한 환자 삶의 질 향상, 웨어러블 기기를 통한 퇴행성 뇌질환 환자의 일상생활 모니터링으로 낙상 및 외상 예방, 고령자의 일상생활 지원 로봇, 뇌의 영역별 단련실, 침습적 또는 비침습적 신경 조절술, 빅데이터 딥러닝을 이용한 질병예측모델, 줄기세포치료제 및 유전자치료제
- **(정신과질환 치료)** VR을 통해 환자에게 시각, 청각 등 다양한 자극을 줘 정신질환 환자 치료 도구로 활용할 수 있으며, 빅데이터 활용 및 모니터링 기술을 활용하여 정신질환 사전 예방

2030 보건의료 종합 미래상

국민 행복 新건강 사회 구현



나. 혁신적 미래 보건의료 기술의 개발 및 환자 접근성의 한계

□ (문제意識① 기술혁신에 따른 치료비용 증가로 의료불균형 발생)

- 최근 보건의료 R&D를 통해 개발된 혁신 치료제는 지나치게 고가로 책정됨에 따라 산업화의 걸림돌로 작용

[그림 2-5-3] 세포/유전자 치료제 비용 현황



자료: Bennett, M. (2018). Challenges of ATMP Development and Supply. Catapult. p.7

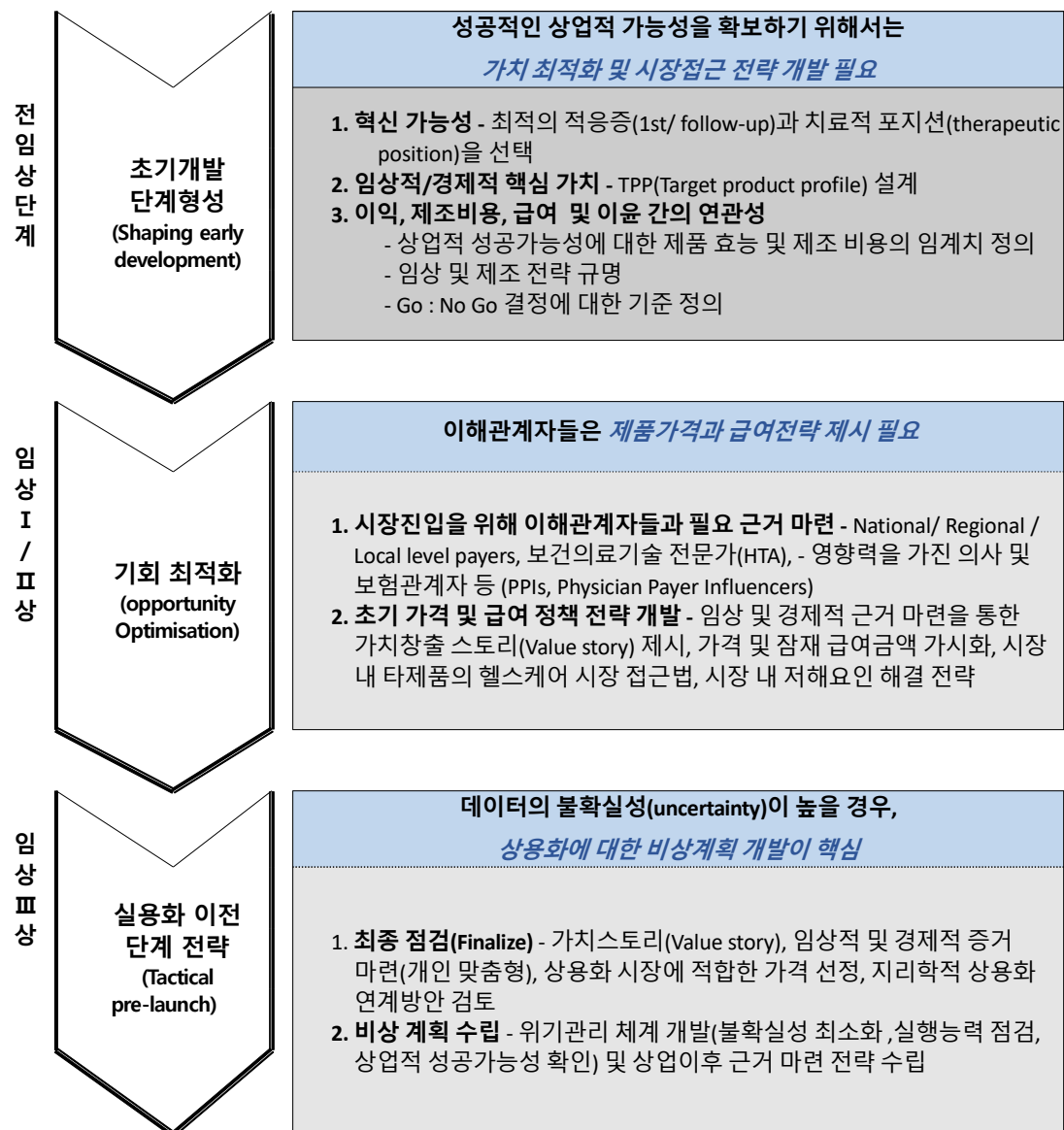
- 혁신적인 의료기술의 치료를 원해도 경제적 이유로 포기하는 ‘메디컬 푸어’ 현상 심화
 - 암, 심뇌혈관, 치매 환자를 위한 의료비 지출이 심화되고 있으며, 과도한 의료비 지출로 경제적 어려움을 겪거나, 치료 자체를 포기하는 사례 발생
- 취약·소외 계층 환자의 혁신기술 접근성 제약으로 건강 불평등 증가
 - 장애인·노인 등의 취약 계층에서 심화되는 의료 불균형 문제 대응 체계 마련 필요
 - 또한 희귀·난치질환 환자들이 면역세포치료제, 줄기세포치료제 등 치료가 가능한 국가로 원정치료를 떠나고 있으며 이는 경제적 감당이 불가능한 환자들에게는 또 다른 불평등으로 작용
 - 따라서, 환자의 접근성 증대를 위한 보험급여 방향 및 경제성평가 근거기반 미래 기술 개발 전략 수립 필요

□ (문제意識② 혁신기술 개발 및 산업경쟁력 확보를 위한 보건의료 R&D 국가 전략 부재)

- 미래의료 수요 대비 국가 기술 및 산업경쟁력 확보를 위한 선제적 대응체계 마련 시급
 - 급격한 의료기술의 발전과 4차 산업혁명으로 인한 보건의료 패러다임 변화에 합당한 보건의료 R&D 전략의 재검토 및 선진화 필요 시점

- 선진국은 시장에서 성공하는 혁신의료기술 개발을 위해 새로운 보건의료 R&D 모델 설정 및 국가 전략 수립하고 이에 합당한 R&D 펀드를 지원하고 있음
- 중개연구 초기 단계부터 혁신 가능성, 임상적 유용성, 제조비용 예측을 통한 가격의 적정성, 급여 가능성 등을 고려하여 R&D 진행
 - 초기 임상연구 부터는 제품가격과 급여전략에 관한 고민과 이를 검증할 수 있는 디자인의 임상시험 수행

[그림 2-5-4] 혁신의료기술 에 대한 국가적 개발 전략(영국 및 미국 사례)



자료: 영국 의회 및 미국 CIRM 홈페이지, SCRM(재구성)

□ (문제意識❷ 미래의료 수용을 위한 포괄적이고 선제적인 법·제도적 전략 부재)

- 세계 주요 선진국은 환자중심의 보건의료 R&D 성과 창출을 위해 새로운 치료기술의 개발을 촉진하고 개발기간 단축하는 등 관련 규제를 개선하고 있음
 - 특히, 임상시험 및 승인절차 개선을 통해 치료기술 개발 촉진 및 개발 기간 단축
 - 차세대 유망 신약에게 우선심사권을 부여하는 유럽의약품청(EMA)의 ‘프라임제도’(‘17)
 - 일본 후생성은 의료기기·재생의료 제품 등에 우선심사지정제도 적용 등(‘14)
 - 위급한 환자 치료를 위한 의약품의 경우 시판 승인 전에 조건부 승인 도입
 - 미래의료 기술에 대한 재정지원, 규제 개선을 통한 연구 촉진등 법적 근거 마련 노력
 - 미국의 2016년 12월 ‘21세기 치유법’을 제정 등
- 혁신의료기술 개발 촉진에 재정지원 및 규제 개선을 위한 법적 근거 마련 필요
 - 미국의 ‘21세기 치유법’ (‘16.12)은 의학적 요구가 충족되지 않은 치료법 개발을 촉진하기 위해 임상연구를 활성화하고, 환자들이 적절한 시기에 신속한 치료를 받을 수 있도록 보장

다. 미래 혁신기술 개발을 위한 보건의료 R&D 추진 전략(안)

□ (추진전략❸ 미래사회 고비용 질병 극복 보건의료 R&D 강화)

- 국내·외 사회·경제적 이슈로 인해 발생하는 고비용 지출 질병 문제 해결
 - 초고령화로 인해 급격하게 증가하는 만성질환들을 극복하는 R&D 강화
 - 사회의 급격한 발전에 따른 자살, 중독 (알코올, 약물, 게임 등), 조현병, 치매 등과 같은 정신장애는 환자 뿐 아니라 가족의 경제적 부담이 매우 크므로 시급히 해결
 - 국가 간 이동, 도시의 인구밀집, 기후변화 등에 의한 감염병 예방 및 빠른 백신 공급 필요
 - 국가 사망원인 3위 안에 포함되는 암은 평균수명 연장과 고령화 사회로 접어들면서 국민 건강을 위협하는 주요요인으로 대두되고 있어 국가 차원의 장기적이고 종합적인 암 관리 추진 대책 시급
- 고비용 질병을 극복할 수 있는 치료제와 예방 및 진단 기술은 고부가가치 산업으로 연계
 - 보건의료산업의 국가 경쟁력 강화를 통한 국민 소득증대는 환자의 건강회복 뿐 아니라 건강한 사람들의 지속가능한 건강증진에도 기여할 것임

| | 현재 | 미래 |
|------------|------------------------------------|--------------------------------|
| 중증·복합 만성질환 | 질병예측의 어려움, 체계적 예방관리 미흡 | 상시적인 맞춤형 예방관리 체계 구축 |
| 정신건강 | 주로 진단, 치료기술 중심의 R&D를 추진 중 | 국가치매책임제와 연계하여 전주기 치매 R&D 지원 |
| 감염병 | 기술 및 인체 감염병 연구 한계로 신종 감염병 증가 추세 | 국가 감염병 안전망 구축 |
| 암 | 기술위주 개발 | 환자중심의 맞춤형 암 의료수요 해결 |

□ (추진전략② 환자 치료 및 진단을 혁신할 미래기술 개발)

- 보건의료 R&D의 중심은 무엇보다 환자중심으로 환자관점에서 질병극복전략 수립 필요
 - 대상 질환의 특성에 적합한 보건의료 기술을 규명하고 개발 전략 수립 필요
 - 환자와 보호자의 필요 및 선호도에 따른 가장 최적의 치료법 적용
- 미래의료 수요 대비 국가 경쟁력 확보 및 사회경제적 환경변화에 따른 선제적 대응체계 마련 시급
 - 특히 현재 의료기술로서는 해결되지 못하는 희귀·난치질환 치료를 위한 혁신적인 미래 기술이 가지고 있는 많은 불확실성에 대한 선도적 대응체계 마련 필요
 - 지금의 보건의료서비스 체계를 효율화할 수 있는 기존기술 개발과 완전히 새로운 보건의료서비스를 창출할 수 있는 혁신기술 개발 방향과 구분하여 정책 제시 필요

| | 현재 | 미래 |
|------|-------------------------------|------------------------------------|
| 예방 | 간단하고 소극적인 건강정보 기반의 질병예방 수준 | 다양하고 전문적인 건강정보 기반의 미래건강 예측 |
| 진단 | 증상에 기반한 진단 | 개인에 특화된 진단을 통한 정확도 향상 |
| 치료 | 치료의 효능 저조, 치료법 부재 | 치료 효능 향상, 또는 완치를 위한 새로운 혁신기술 개발 |
| 사후관리 | 사후관리체계 미흡 | 개인맞춤형 사후관리체계 구축 |

- 또한, 맹목적 투자 확대 보다는 기존의 특화된 보건의료 R&D 인프라 기능의 활용, 보완 및 확대를 통한 산업 활성화 체계 구축 및 전략수립 필요

□ (추진전략③) 혁신기술의 의료현장 도입을 촉진하는 보건의료 R&D 생태계 조성)

○ 보건의료 R&D 거버넌스 체계 확립

- 장기적 관점에서의 신규 R&D 사업 기획이 요구되나 단기적인 신규 과제 추진으로 연구의 자율성, 후속연구의 연속성 유지 등 많은 부분에서 미흡
- 보건의료 특성에 부합하는 전주기 보건의료 R&D 성과 평가 및 관리 체계가 구축되어야 하며, 이를 위한 평가·관리 지원체계 필요

○ 국가 보건의료기술 R&D의 성과가 보건산업 경쟁력으로 연계되기 위한 추진전략 수립

- 보건의료기술의 산업화 과정 중에 존재하는 허들들을 R&D 연구자들과 공유하고 자문하는 시스템을 구축하므로 효율적으로 기술사업화 유도
- R&D 성과물이 궁극적으로 환자와 국가 보건의료 서비스 시스템에 유익한 혁신기술임을 평가할 수 있는 새로운 보건의료가치 평가체계 확립

○ 혁신기술들의 환자접근성 향상을 위한 중개·임상연구 강화

- 현재 치료제가 없거나 근본적인 치료법이 없는 희귀·난치질환의 환자들에게 치료 기회를 제공할 수 있도록 경쟁력 있는 기술을 중개 임상연구를 할 수 있는 방안 마련

○ 혁신으로 인한 ‘새로운 방식의 기술(Emerging Technology)’의 연구, 개발, 산업화 단계에 근원적으로 동반되는 ‘불확실성’에 대한 위험 인식 및 위험 관리 전략 필요

- 보건의료기술의 새로운 패러다임에 따른 새로운 R&D와 산업화 정책 전략이 필요하며, 이를 위해서는 혁신적 연구개발 생태계 조성 필요
- 세계 주요 선진국들이 혁신기술의 개발기간 단축 및 산업경쟁력 강화를 위해 선제적으로 임상연구, 임상시험, 시판 승인 관련 규제를 개선하고 있음
- 특히, 임상시험 및 승인절차 개선을 통해 치료기술 개발 촉진 및 개발 기간 단축과 시판 승인 전 의약품에 대한 조건부 승인 도입, 점진적 승인 및 점진적 급여 등 혁신기술 도입을 위한 다양한 정책 개발이 진행 중임
- 우리도 미래의료 현장에 도입될 혁신기술 개발에 대한 재정지원 뿐 아니라 규제 개선을 통한 연구 촉진과 산업 활성화를 유도할 수 있도록 선제적인 법적 근거 마련 노력 필요
- 혁신기술의 의료현장 도입 과정 중에 동반되는 환자 안전관리체계도 동시에 구축되어야 할 것임

제2절 추진방향 ①: 미래 고비용 보건의료문제 해결을 위한 전략적 R&D 투자

가. 추진배경 및 주요 문제의식

□ (추진배경① 인구고령화와 만성질환 유병증가에 따른 의료비 지출의 급증)

- 급격한 고령화와 만성 질환 증가 등으로 인해 의료비 지출이 급증하면서 의료시스템의 지속 가능성에 대한 우려가 생기고 있음
 - 2017년 우리나라 전체 인구는 5,144만 6천명으로, 이 중 65세 이상은 13.8%인 707만 6천명이며 2060년에는 41.0%까지 늘어날 전망이다
 - 인구가 고령화되면서 주요 만성질환 유병률도 증가하고 있는데, 성인 2명중 1명은 심뇌혈관 질환의 선행 질환인 비만, 고혈압, 당뇨, 이상지질혈증 중 한 가지 이상을 앓고 있는 것으로 나타났으며, 심장 질환과 뇌혈관 질환은 각각 우리나라 사망원인 2위와 3위를 차지함¹⁴⁴⁾

□ (추진배경② 치매 및 정신질환 유병률 증가) 사회 환경적 변화에 따른 치매 및 정신질환 증가에 따른 사회적 관심 필요

- 우리나라 자살률은 OECD 국가 중 1위로서, 현대인의 정신건강문제가 만성화되고 있음
- 정신건강 전체 R&D 예산은 최근 증가했음에도 불구하고, 알코올 중독, 치매, 조현병 등 국민의 질병부담이 매우 큰 정신 장애에 대한 투자는 미미한 수준
 - 특히 치매의 경우, 의료비 지출, 환자·가족의 고통, 발병 원인과 치료대안 측면에서 국민들이 최우선 해결 질병으로 인식하고 있으며, 인구 고령화에 따른 치매환자 및 치매관리 비용이 증가¹⁴⁵⁾

□ (추진배경③ 인구의 고령화, 세계화, 기후변화 등으로 인해 감염병으로 인한 질병부담 증가)

- 우리나라는 2000년대부터 홍역, 수두, 인플루엔자 A 등의 감염병 발생률이 계속해서 증가하고 있으며, 특히 최근에는 사스, 메르스, 지카바이러스 등 신종 감염병의 출현으로 인해 국가건강안보가 위협받고 있음
 - 국가 간 인구 이동, 무역 확대 등으로 인해 감염성 질환의 국가 간 전파가 계속되고 있으며, 인구 고령화로 인해 감염성 질환에 대한 취약성 역시 증대되고 있음
 - 최근 신종·인수공통 전염병 및 생물테러의 위협 급증으로 안정적인 백신 공급의 중요성이 증대됨¹⁴⁶⁾

144) 통계청(2017)

145) 보건복지부·과학기술정보통신부(2018)

□ (문제의식① 체계적인 중증·복합 만성질환 예방·관리 전략 수립을 위한 과학적 근거 부족)

- 점차 복합만성질환을 앓고 있는 사람들이 증가하고 있음에도 불구하고, 현재는 개별적 만성질환 연구에만 국한되고 있어 중증 만성질환으로의 이행 및 복합적인 중증 만성질환에 대한 실제적인 연구 결과 적용에 어려움이 있음¹⁴⁷⁾
 - 여러 예방관리 사업 및 고위험군 중재효과 등에 대한 과학적인 근거확보를 위해서는 전향적 연구 설계와 장기적 투자가 필요함

□ (문제의식② 정신질환에 대한 질병 부담의 증가에도 불구하고 이에 대한 연구개발 저조)

- 연구단계별 균형적 투자가 이루어지지 않아, 기초연구와 진단치료기술 개발 연구에 비해 정신보건서비스, 실용화 및 확산정책, 치료기술의 효과성평가와 표준화, 예방 및 정신건강 증진기술 개발에 대한 투자는 미흡함¹⁴⁸⁾
 - 정신건강 전체 R&D 예산은 최근 증가했음에도 불구하고, 알코올 중독, 치매, 조현병 등 국민의 질병부담이 매우 큰 정신장애에 대한 투자는 미미한 수준임

□ (문제의식③ 감염병 예방과 선제적 대응을 위한 방역 및 연구개발 체계 미흡)

- 기후 변화 등으로 인해 신종 감염병의 출현과 유행의 빈도가 증가하고 있는데 반해, 이를 예방할 수 있는 백신 및 치료제의 자급률은 낮은 상황
- 감염병 발생 정보 등 위기 소통 및 정보 환류체계가 미흡하고 방역 현장의 애로사항 및 기술 수요를 반영한 R&D 연계가 부족함¹⁴⁹⁾

나. 정책 상황 분석

□ (정책 성과 ① 질환극복기술 개발 연구, 뇌과학 연구 등 정신건강 관련 R&D 투자가 확대되면서 상당한 수준의 기초연구 성과와 역량 축적)

- 정부는 질환극복기술개발 사업을 통해 사망률이 높고 의료비 부담이 큰 주요 질환을 중심으로 연구 지원을 하고 있음
- 정부는 국내 뇌 연구 활성화를 위해 1998년 뇌 연구촉진법을 제정하고 ‘창조적 뇌 연구로 삶의 질 향상 및 新미래산업 창출’이라는 비전하에 뇌 연구 사업 추진¹⁵⁰⁾

146) 관계부처 합동(2017.12). p.43.

147) 김대진(2017)

148) 권준수(2017)

149) 김석관 등(2015)

150) 권준수(2017)

- 뇌 연구 분야에 대한 정부 투자비는 2015년 총 1,053억 원에서 2015년 1266억 원, 2016년 1331억 원으로 확대됨
- 한국뇌은행(한국뇌연구원), 영장류 노인성 뇌질환모델(한국생명공학연구원) 사업 등 국가적 연구 인프라가 구축됨
- 치매의 경우, 2013년 이후 투자 증가에 따라 성과 증가 추세: 2013~2015년까지 R&D 투자 연평균 40% 증가, 동기간 SCI(E) 논문 70%, 등록특허 54% 증가¹⁵¹⁾

□ (정책 성과 ② 감염병 관련 연구개발 투자와 성과가 꾸준히 증가해왔음)

- 2011~2015년 감염병 R&D 총 투자액은 7,925억 원으로 연평균 10.1%씩 상승하였으며, 이는 정부 총 R&D 투자액의 연평균 증가율(6.1%)을 상회함¹⁵²⁾
- 2010~2014년 감염병 R&D SCI급 논문 건수는 총 3,862건이며 2014년은 1,131건으로 전년 대비 23.7% 증가함. 동일 기간 특허 등록 및 출원 건수는 총 594건이며 2014년은 190건으로 전년 대비 6.1% 증가¹⁵³⁾

□ (정책 한계 ① 장기적 관점의 국가 R&D 기획 및 투자 미흡)

- 중증 만성질환 고위험군 발굴, 치매 조기진단 및 시범 서비스 등 사회 문제 해결형 사업 개시가 필요하고, 조기 발견, 조기치료 등에 대한 지원 필요
- 기초·기전연구와 진단·치료기술개발연구에 비해 실용화 및 확산 정책, 치료기술의 효과성 평가와 표준화, 예방 및 건강 증진기술 개발에 대한 투자가 미흡¹⁵⁴⁾

□ (정책 한계 ② 효율적인 투자전략 및 부처 간 연계·협력 부족으로 국민 체감 성과창출 한계)

- 감염병 R&D 투자가 기술과 질병 중심으로 이루어졌으며 방제/방역, 감시/역학, 인프라 등에 대한 연구비 투자가 저조함¹⁵⁵⁾
- 논문, 특허 중시의 성과 관리에 치중하였으며 목적 지향적인 문제 해결형 R&D 전략의 수립과 성과 관리가 미흡하였음
- 선진국들이 암 질환을 국가차원에서 암 연구에 대한 정책적 추진 및 공격적 투자를 하는데 비해 국내 암 연구는 기술위주의 정책 및 부처 간 연계협력 부족으로 효과적인 성과 창출 한계

151) 보건복지부·과학기술정보통신부(2018)

152) 이재희 외(2017). p.25.

153) 이재희 외(2017). p.37.

154) 권준수(2017)

155) 이다은(2017)

□ (정책 환경 및 향후 정책 방향 ❶ 체계적인 만성질환 예방·관리 전략 수립)

- 새로운 치료중재안 개발 뿐 아니라 기존 중재안이 임상현장에서 잘 이행되지 못하도록 막는
저해 요인을 파악하고 기존 중재안의 보급 및 확산
- 사회적 부담이 큰 건강문제에 대한 연구개발을 강화하고, 원인규명, 예방, 진단, 치료, 돌봄
을 아우르는 전주기적 연구개발로 사회문제 해결에 기여
- R&D 관련 인적 자원 육성체계와 기반 인프라 구축이 필요하며, 각 분야별 유기적인 기술의
연계가 필요함

□ (정책 환경 및 향후 정책 방향 ❷ 사회 문제 해결형 전주기적 정신건강 R&D 추진) 사회적 부담
이 큰 건강문제에 대한 연구개발을 강화하고, 원인규명, 예방, 진단, 치료, 돌봄을 아우르는 전
주기적 연구개발로 사회문제 해결에 기여

- 치매 등 국민이 느끼는 실질적 부담이 큰 질환을 대상으로, 연구단계별 균형적 투자가 필요함
- 정신건강 R&D 관련 인적 자원 육성체계와 기반 인프라 구축이 필요하며, 각 분야별 유기적
인 기술의 연계가 필요함

□ (정책 환경 및 향후 정책 방향 ❸ 감염병 환경 변화에의 대응력을 강화하는 문제 해결형 R&D 추진)

- 전 세계적으로 One Health 관점을 바탕으로 인간, 동물, 환경을 하나의 시스템으로 보고 인
수공통감염병, 항생제 내성 극복에 대한 관심이 증가하고 있음에 따라 감염 관리를 강화하고
국가안보 차원에서 감염병 관리 역량 향상
- 국내 감염병 발생 환경을 대내외적으로 분석하여 목적 지향적인 문제 해결형 R&D 전략의 수립과
성과 관리체계를 마련하고, R&D 성과를 국가 방역체계에 활용 가능하도록 해야 함

다. 세부실천목표 및 추진계획

| 세부실천목표 - 전략적 R&D 투자를 통한 미래사회 고비용 보건의료 문제 유발 질병 극복 | | |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Ⅰ-1 중증·복합 만성질환 예방 및 극복 R&D | Ⅰ-2 급격한 사회변화 대응 정신건강 증진 및 치매 R&D | Ⅰ-3 국가방역체계 강화를 위한 감염병 R&D |
| ① 심뇌혈관질환 예방관리를 위한 기 초 근거자료 생산 ② 만성질환 관리를 위한 이행연구 R&D 기획 | ① 자살, 중독 등 주요 정신건강문제 조기 선별 및 개입을 위한 연구 지원 ② 치매부담의 실질적 경감을 위한 전주기적 치매 R&D 지원 | ① 방역연계 범부처 감염병 R&D 사업실시 ② 국가 감염병 관리 역량 향상을 위한 기술개발 R&D 강화 |

1) 세부추진계획 [1]-1: 중증·복합 만성질환 예방 및 극복 R&D

□ (실행전략① 심뇌혈관질환 예방관리를 위한 기초 근거자료 생산)

- 공공자료(건강보험심사평가원, 국민건강영양조사자료, 역학코호트 자료이용 등)를 활용한 심뇌혈관질환발생 위험인자 및 예측모형 개발
 - 고위험군 및 환자 임상 특성 분석 및 예방관리연구
 - 선행질환(고혈압, 당뇨 등)과 중증 심뇌혈관질환 발생 간의 연관 타깃 지표 발굴
 - 취약계층(노인, 여성 등) 심혈관질환 발생 위험지표 발굴
- 심뇌혈관질환 관련 유전자 기능 및 생체 내 제어 중재기술개발
 - 질병원인 타깃 에이전트의 발현 및 활성 제어 기술 개발

□ (실행전략② 만성질환 관리를 위한 이행연구 R&D 기획)

- 기 구축 연구 인프라 활용 및 장기추적관찰 계획수립
 - 예: KAMIR-NIH(한국인 급성심근경색증 등록연구), KorAHF(한국인 급성심부전 다기관 레지스트리) 등 활용 및 심화¹⁵⁶⁾
- 만성질환의 예방·진료·재활 지식의 현장 이행을 제고 및 지역별·병원별·임상의별·대상군별 임상결과의 편차 완화를 위한 이행연구 사업 기획
 - 주어진 중재안의 이행 현황·과정을 파악하고 실제로 얼마나 작동하는지 이행 결과(outcomes)를 파악하여 임상현장 내 Knowledge-Practice Gap을 발굴하고 확인
 - Gap과 변수를 해결할 수 있는 중재안(Intervention)의 발굴을 통해 효과적인 전략을 확대하고 장기간 지속할 수 있는 방안 제시

2) 세부추진계획 [1]-2: 급격한 사회변화 대응 정신건강 증진 및 치매 R&D

□ (실행전략① 자살, 중독 등 주요 정신건강문제 조기 선별 및 개입을 위한 연구지원)

- ‘자살예방 국가 행동계획’을 효과적으로 뒷받침할 수 있도록 대상자 맞춤형 예방·선별·조기 개입 기술·서비스 개발에 집중¹⁵⁷⁾
 - 자살위험요인 규명, 자살원인 분석을 위한 장기추적 연구 실시
 - 과학적 근거에 기반한 ‘자살예방 프로그램 인증제’의 개편 및 확대를 위해 프로그램의

156) 김효정(2016)

157) 관계부처합동(2018.1.23.)

효과성을 평가한 연구 근거의 적절성, 개발과정의 적절성, 프로그램 구조의 적절성 등을 기준으로 평가

- 인터넷·게임 중독, 성범죄 등 주요 정신질환 조기 진단·선별 및 조기 개입체계 강화
 - － 현재 약물치료 분야에 집중된 기존 진료지침을 조기개입·진단 영역으로 확대 개발

□ (실행전략② 치매로 인한 부담의 실질적 경감을 위한 원인규명, 예방, 진단, 치료, 돌봄을 아우르는 전주기적 치매 R&D 지원)

- 치매의 다양한 병태 생리 규명 및 효과적인 예방법 개발
 - － 신규치매 유발인자·보호인자 탐색 및 치료표적 발굴
 - － 한국형 생애주기별 치매 발병 예측 척도 및 위험도 분류 시스템 개발
 - － 한국형 치매 예방 프로그램의 개발 및 적용·확산
- 정확하고 접근 용이한 조기진단법 및 치료법 개발
 - － 혈액 및 체액 기반 최소 침습 진단기술을 개발함으로써 저렴하고 간편한 치매진단기술 보급
 - － 생체신호 기반 진단기술과 정보 활용을 통한 융·복합 치매진단기술 개발
 - － 근원적 치매 신약 및 비침습적 치매 치료기술 개발
- 치매환자의 기능지원과 돌봄 부담 경감을 위한 체감형 돌봄 기술 개발
 - － 치매환자 일상생활 지원 및 안전 향상 위한 체감형 기술 개발(예: 치매 인지훈련, 일상생활 훈련기술, 지능형 배화·실종 대응 기술, 환자자립 지원을 위한 스마트홈 서비스 개발)
 - － 치매 부양자 돌봄 부담 경감 및 편의 증진 기술 개발
 - － 지역사회 편의시설의 치매환자 수용성 강화(이동편리성, 사회적 교류증진 등) 기술 개발

3) 세부추진계획 [1]-3: 국가방역체계강화를 위한 감염병 R&D

□ (실행전략① 방역연계 범부처 감염병 R&D 사업 실시)

- 방역현장의 애로사항 및 기술수요를 적극 반영하여 관계부처와 방역당국 간의 긴밀한 협력을 통해 ‘방역연계 범부처 감염병 R&D 사업’ 추진
- 감염병 사전대비 고도화, 감염병 현장대응 강화, 감염병 소통체계 구축의 3단계 중점분야를 중심으로 국가방역체계 전주기에 걸친 R&D 지원
 - － (감염병 사전대비 고도화) 선진국 수준의 국가 감시시스템 구축을 통해 감염병 유입 조기 감지 및 대응능력을 강화하고 백신에 대한 안전성 및 유효성 증대 제고

- (감염병 현장대응 강화) 다중 감염성질환 스크리닝을 위한 멀티채널 진단키트 개발을 통해 감염병 진단시간을 단축하고 방역활동의 효율화를 위해 개인보호구 국산화 개발 지원
- (감염병 소통체계 구축) 신속투명·정확한 위기소통체계를 구축하여 대국민 불안감 해소 및 정보 환류에 기여하고 자가격리 의심환자의 관리기술개발로 감염병 확산 방지

□ (실행전략② 국가 감염병 관리 역량 향상을 위한 기술개발 R&D 강화)

○ 신·변종 및 해외 유입 감염병 대응기술 확보

- 신종 감염병 예방 및 신속 진단을 위한 진단제, 백신 등 관련 기술개발 및 안전성·유효성 평가 시스템 마련
- 기후변화 질환 대응 연구를 위한 매개체 전파 질환 제어 기술, 진단, 치료제 백신 기술 개발 및 매개체 자원 확보
- 인간, 동물, 병원체, 환경 등 One Health 기반의 감시를 위한 데이터 연계 및 백신·치료제와 관련 동물모델 개발

○ 미해결 감염병 대응능력 강화

- 조류독감, 인플루엔자 등 현장 적용 진단 신기술 개발 및 인플루엔자 백신 개발 등 관련 품질평가 시험법 확립
- 잠복, 광범위 내성, 비결핵 성장균 등 결핵 조기진단을 위한 기술개발 및 항결핵제 후보 물질 등 치료제·백신 발굴 기반 연구

○ 백신 자주권 조기 확보를 위한 공공 백신개발 인프라 대폭 확충

- 공공백신, 국산화·개량형 백신, 프리미엄·첨단백신 등 산업성 및 공공성을 겸비한 국내 백신 개발 지원

라. 연도별 추진일정

〈표 2-5-1〉 미래기술 분과: ❶ 미래 고비용 보건의료문제 해결을 위한 전략적 R&D 투자: 연도별 세부 추진계획

| 구분 | '19년 | '20년 | '21년 | '22년 | '23년 | '30년 |
|------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| ○ 중증·복합 만성질환 예방 및 극복 R&D | | | | | | |
| － 심혈질환 예방관리를 위한 기초 근거자료 생산 | | | | | | |
| － 만성질환 관리를 위한 이행연구 R&D 기획 | | | | | | |
| ○ 급격한 사회변화 대응 정신건강 증진 및 치매 R&D | | | | | | |
| － 자살, 중독 등 주요 정신건강문제 조기 선별 및 개입을 위한 연구지원 | | | | | | |
| － 치매부담의 실질적 경감을 위한 전주기적 치매 R&D 지원 | | | | | | |
| ○ 국가방역체계강화를 위한 감염병 R&D 추진 | | | | | | |
| － 방역연계 범부처 감염병 R&D 사업실시 | | | | | | |
| － 국가 감염병 관리 역량 향상을 위한 기술개발 R&D 강화 | | | | | | |

마. 참고문헌

- 통계청. (2017). 2017년 고령자 통계
- 관계부처 합동. (2017.12). 제2차 제약산업 육성·지원 5개년 종합계획.
- 관계부처합동. (2018.1.23). 자살예방 국가 행동계획.
- 김대진. (2017). 노인성 만성질환 연구의 새로운 패러다임 및 정책제언. 충북: 보건산업진흥원.
- 김효정. (2016). 국내외 심뇌혈관 질환 연구개발 동향. 충북: 보건산업진흥원.
- 권준수. (2017). 국내외 정신건강분야 연구개발 정책 및 사업동향. 충북: 보건산업진흥원.
- 보건복지부·과학기술정보통신부. (2018). 치매연구개발사업 기획(안). 2018.2.5.
- 이다은. (2017). 국내외 감염병 대비·대응 동향. 충북: 보건산업진흥원.
- 김석관, 정기철, 장병열, 이미화, 정미애, 김승현, ..., 유진. (2015). 감염병 R&D 국가전략 로드맵 기획 및 추진방안 마련. 세종: 질병관리본부.
- 이재희, 윤은영, 윤태민, 김유진, 정술아. (2017). 방역연계 범부처 감염병 연구관리체계 구축 및 공동연구개발사업 추진을 위한 기획연구. 질병관리본부/날리지웍스.
- 보건복지부, 2013년도 암정복추진연구개발사업 계획 수립에 관한 기획연구, 2013
- KISTEP, 미래기술의 구조적 체계도 구축, 2013
- KISTEP, 유전체·Health-ICT 융합 기반 정밀의료 기술개발 예비타당성조사 보고서, 2017
- GSRAC, 질환중심 치료기술 로드맵, 2014
- 제2기 암정복10개년계획의 평가 및 암관리종합계획 수립 기획 연구, 2016
- 2015년 국가암등록통계(보건복지부, 중앙암등록사업본부)
- An Overview of How Real World Evidence, Data Sharing, and Precompetitive Collaboration May Influence the Development of PD-1/PDL-1 Combination Therapies/Amy Abernethy, MD, PhD, 2018
- Cancer Progress Report 2018
- (재)한국임상시험산업본부, 연구자주도 임상시험 활성화 방안 연구, 2016

제3절 추진방향 ②: 환자 치료 및 진단을 혁신할 미래기술 개발

가. 추진배경 및 주요 문제의식

□ (추진배경① 희귀·난치 질환의 극복을 위한 첨단치료기술개발)

- 2011년 국내 첫 줄기세포치료제(파미셀의 셀그램-AMI)를 시작으로 현재 4종의 줄기세포치료제와 세포유전자치료제(인보사)가 상용화
 - 2015년 이후부터 유럽, 미국, 일본 등에서 조직공학치료제, 유전자조작 세포치료제 등 다양한 차세대 치료제가 출시되고 있으며, 희귀난치질환 대상으로 임상시험이 증가

□ (추진배경② 신산업 성장동력으로서의 기대가치가 큰 정밀의료 및 재생의료)

- 건강한 삶을 위한 질병 치료와 더불어 보건산업의 진흥을 위해 정밀의료 및 재생의료 활성화
- 치료법이 없는 희귀·난치질환에 대한 치료기회가 확대될 수 있는 기회 제공
 - 세계 보건기구(WHO)에 등록된 희귀질환은 약 5,000종으로 이를 기준으로 국내에서도 약 2,000종이 넘는 희귀질환을 약 30만 명의 환자들이 앓고 있으나¹⁵⁸⁾, 이중에서 치료가 개발된 질환은 약 10%로 추정¹⁵⁹⁾

□ (추진배경③ 데이터 기반 건강의료체계로 패러다임 이동) 보건의료 패러다임이 경험의학, 근거기반 의학에서 데이터 기반 의료로 진화하고 있으며, 보다 스마트한 건강사회 구현을 위해 데이터 기반기술에 의한 보건의료서비스 혁신 필요

- 끊임없는 초고속 통신망, 초정밀 초소형 센서, 디지털 지식표현, 클라우드 컴퓨팅 등 디지털 기술은 새로운 방식으로 의료를 전달할 수 있는 기회를 창출하고 있으며, 의료 데이터의 스펙트럼 확장을 가져왔음
 - 과거의 의료데이터(Medical Data)는 주로 진료과정에서 발생하는 임상 데이터(Clinical Data)로 구성되어 왔으나, 디지털 기술의 발전으로 임상 데이터 외 사회환경 데이터(Exogenous Data), 유전체 데이터(Genomics Data)를 통합한 건강 데이터(Health Data)로 개념 변화
 - 통합된 건강 데이터를 분석하여 개인이 가지고 있는 질환관리와 예방 및 미래 건강예측에 활용하는 체계로 진화 중

158) 윤길준(2014)

159) 박실비아, 박은자, 고숙자(2010)

- 미국은 국립보건원(NIH, National Institutes of Health) 중심으로 정밀의료 이니셔티브와 All of Us 리서치 프로그램 등을 통해 대규모 코호트 데이터 구축
- 일본은 『일본재흥전략 2016』, 『신산업구조비전』 및 『미래투자전략 2017』 등의 국가전략에서 데이터 활용에 대한 방향성을 설정하고 후생노동성이 주도하여 데이터 구축 및 활용을 위한 계획 수립

○ 디지털 기술과 융합으로 기존 의료서비스 체계가 러닝헬스케어시스템*(LHS, Learning Health System)으로 바뀌어 가는 추세

- 러닝헬스케어시스템은 전자건강기록(EHR, Electronic Health Record)에서 임상 근거를 찾아내어 이를 환자 진료 및 치료에 활용하고, 활용된 데이터는 EHR로 통합되어 단순 진료관련자료 뿐 아니라 의학지식정보로 체계화되는 시스템
- 미국 의학원에서는 임상 의사결정을 내릴 때 가용한 최선의 근거를 반영한 정확하고 시의 적절하며 최신의 정보에 기반하는 것을 목표로 하고 있음

○ OECD에서는 환자 중심의 개인 맞춤형 보건의료를 지원하기 위해, 건강과 행태 자료를 전송하고 처리 분석하는 역량을 키우고 예방과 질병관리를 더 잘 할 수 있도록 효율적인 임상 연구 노력이 필요함을 강조

- 미래의 의사는 환자별 데이터 분석을 통한 환자 맞춤형 질환 관리와 예방에 관한 코치로서의 역할이 더욱 강조될 것

□ (문제意識❶) 혁신기술의 안전성 및 유효성에 대한 불확실성 증가)

○ 첨단재생의료치료제의 특성상 ‘살아있는 세포’를 대상으로 하기 때문에 임상 적용을 통한 안전성과 유효성 검증 필요¹⁶⁰⁾

- 동물실험으로 안전성과 유효성을 입증하기에는 근본적인 한계점을 가지고 있는 점이 기존 의약품과 크게 다른 점이며, 이를 위해 과학적, 인허가 및 급여와 같은 제도적 불확실성 해결 시급

□ (문제意識❷) 첨단기술 개발에 따른 고가 치료비 및 의료비용 부담)

○ (고가의 재생의료치료제에 따른 치료기회 부족) 세포 및 유전자 등 재생의료를 활용한 암치료제가 출시되고 있으나, 신기술 개발에 따른 치료제의 높은 가격으로 인해 환자 접근성이 어려움

- 최근 암 치료제인 노바티스의 킴리아(약 5억 원), 길리어드의 에스카타(약 4억원) 등 고

160) 임정선(2017)

가의 비용으로 인한 의료비 부담 증가

〈표 2-5-2〉 재생의료치료제의 가격 현황('18년 기준)

| 구분 | 제품명 | 업체명 | 분류 | 대상질환 | 허가일 | 가격 |
|----|------------------------|------------------|--------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|--------|
| 해외 | 글리베라 (Glybera) | (네덜란드) 유니큐어 | 아데노바이러스 벡터 유전자치료제 | 지단백지질분해 효소결핍증 | '12.10.25 (유럽EMA) '17 철회 (withdrawn) | 15억 원 |
| | 스트림벨리스 (Strimvelis) | (미국)GSK | 줄기세포 기반 유전자치료제 | 아데노신디아미나아제 결핍증 (소아회귀질환) | '16.5.27 (유럽EMA) | 약 8억 원 |
| | 킴리아 (Kymriah) | (미국)노바티스 | CAR(키메라항원수용 체)-T' 치료제 | B세포 급성 림프구성 백혈병(ALL) | '17.08 | 약 5억 원 |
| | 예스카타 (Yescarta) | (미국)길리어드 사이언스 | CAR(키메라항원수용 체)-T' 치료제 | 비호지킨스씨임파종인 재발성 혹은 불응성 거대 B 세포 임파종 | '17.10 | 약 4억 원 |
| | 럭스터나 (Luxturna) | (미국)스파크 테라퓨틱스 | hRPE65v2 | 망막이영양증 | '17.12 | 약 9억 원 |

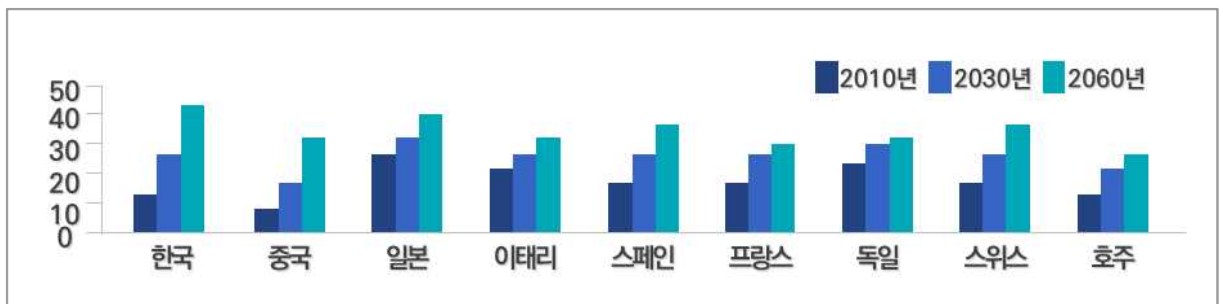
자료: 각 회사 홈페이지 및 SCRM 재가공(2018)

□ (문제의식③ 보건의료환경 변화와 과학기술 발전에 효과적 대처 필요) 빠른 속도로 변화하는 보건의료환경에 효율적으로 대처하기 위해 혁신적인 보건의료체계로 전환할 필요

○ 사회환경 변화에 대한 적극적이고 효율적인 대처 필요

－ (인구 고령화) 우리나라는 2017년 노인인구 14%로 고령사회에 진입하였으며, 2026년에는 노인인구 20%로 초고령사회로 진입할 것으로 예상. 이에 따라 노인진료비가 GDP 대비 차지하는 비중이 2015년 1.42%에서 2030년 3.21%로 배 이상 높아질 것으로 예상

[그림 2-5-5] 국가별 노인인구 비중 전망



－ (의료취약지) 기존 관념에서의 의료취약지역은 의료접근성이 매우 떨어진 도서벽지로 한정하여 왔으나 현재는 여러 개념이 복합되어 의료취약지로 분류하고 있음. 국가 공공의료정책연구를 담당하는 국립중앙의료원에서는 ① 의료 수요에 제한이 있으며 ② 보건의료자원에 대한 접근이 곤란하고 ③ 양질의 의료이용이 충족되지 못하며 ④ 건강수준 및 건강결과가 낮은 지역을 의료취약지로 정의하고 있음¹⁶¹⁾. 의료수혜의 형평성 측면에서

- 이들 의료취약지에 대해 효율적이고 효과적인 보건의료서비스 제공방안 모색 필요
- (지역적 격차) 국가 전체적인 보건의료 투자는 전반적인 의료의 질 향상을 이끌어냈지만, 분절화로 인해 지역적 건강 불평등과 비효율성을 초래하였음. 인구 고령화에 따른 만성 질환 유병률 증가와 지역별 만성질환 양태가 다름을 고려하였을 때 좀 더 효과적인 지역 단위의 지역사회 보건의료 및 예방으로의 전환 방안 필요

(단위 : 개, 명, m²)

| 지역 | 서울 | 부산 | 대구 | 인천 | 광주 | 대전 | 울산 | 경기 | 강원 | 충북 | 충남 | 전북 | 전남 | 경북 | 경남 | 제주 |
|--------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 의사1인당 병상수(개) | 2.9 | 9.0 | 6.5 | 6.9 | 11.6 | 6.6 | 8.8 | 6.6 | 6.7 | 9.0 | 9.0 | 11.2 | 13.3 | 12.3 | 11.6 | 4.2 |
| 의사1인당 입원환자수(명) | 52 | 99 | 75 | 123 | 101 | 70 | 137 | 113 | 125 | 136 | 156 | 132 | 207 | 167 | 161 | 119 |
| 의사1인당 책임면적(m ²) | 20 | 97 | 155 | 217 | 249 | 149 | 611 | 502 | 6,254 | 3,006 | 2,628 | 2,220 | 3,951 | 5,261 | 1,950 | 1,610 |
| 입원환자수 (인구1,000명당) | 155 | 227 | 174 | 204 | 246 | 171 | 206 | 177 | 218 | 210 | 230 | 261 | 342 | 226 | 258 | 206 |
| 암 발생자수 (인구10만명당) | 407 | 474 | 435 | 384 | 378 | 395 | 371 | 369 | 463 | 449 | 470 | 493 | 532 | 502 | 443 | 405 |
| 치료가능사망률 | 44.6 | 55.3 | 54.2 | 53.9 | 52.4 | 46.1 | 51.7 | 46.8 | 57.3 | 57.3 | 50.3 | 53.7 | 54.0 | 57.8 | 53.9 | 46.9 |

출처 : 윤소하 의원실, 2018년 보건복지위원회 국정감사 자료

- (의료취약계층) 기존 의료취약계층은 소득을 기준으로 저소득자로 국한하여 설명이 되었으나 향후에는 자신의 의료정보접근성이 떨어지는 계층을 추가하는 개념으로 변화하고 있음. 정보
- 경험과 임상시험에 치중되어 있는 근거중심의학에서 개인별 상황을 고려한 데이터 중심 의학으로 패러다임 변화에 대처 노력 미흡
- 현대 의학에 있어서 근거중심의학(Evidence-Based Medicine)이 임상현장에서의 표준과 같이 활용 또는 참조되어 왔으나 생존률만을 고려하는 점, 검사결과치의 부정확성의 간과, 임상적 유의성 무시 등 한계 존재. 또한, 개인의 개별 특이성들을 포괄하지 않고 일반화된 과학적 근거를 강조함으로써 부당한 결과를 낳을 수 있는 위험 상존
 - 최근 정보통신기술 발달로 실시간 메타분석과 빅데이터 분석 서비스 가능해 짐으로써 개인의 건강 및 생활·환경 데이터 전반을 통합하여 개인에게 최적화된 의료서비스 제공이 가능한 수준으로 발전되어 왔으나,
 - 현재까지 건강정보의 취득 - 공유 - 활용에 대한 사회적 합의과정이 이루어지지 못함으로써 패러다임 변화에 적극적인 대처를 하지 못하고 있는 상황

나. 정책 상황 분석

□ (정책 성과 ① 정밀의료 대응 정책 수행성과) 정밀의료 코호트 구축 및 유전체 분석 사업 등을 통하여 미래 연구자원 인프라 구축

- 과학기술정보통신부는 3년간('18~'20) 총 357억 원('18년 50억원)을 투입하여 2018년 서울 아산병원에서 'AI기반 정밀의료 솔루션' 사업 출범식을 갖고, 한국형 정밀의료 서비스 '닥터 앤서(Dr. Answer)' 개발¹⁶²⁾
- 보건복지부는 2017년 9월, 고려대학교 의학연구원에 '정밀의료 사업단'을 출범시키고 5년간 631억 원 투자¹⁶³⁾
- 21세기 프론티어사업의 인간유전체기능연구 사업단은 인간 유전자원의 확보, 신규 질병 유전자의 정밀 분석 등 염기서열 자료구축을 목표로 10년간 약 1,000억 원을 지원 받음¹⁶⁴⁾
- 질병관리본부에서는 2001년부터 2015년(상반기)까지 '한국인유전체역학조사사업(KoGES)' 수행하여 현재 24만 5천여 명분의 자료 수집(17년 1월 기준)¹⁶⁵⁾하였으며, 창출된 연구 성과는 총 548건으로 집계

□ (정책성과 ② 재생의료 대응 정책성과) 정부에서는 2006년 과학기술부 주관으로 범정부 차원의 「줄기세포연구 종합추진계획」을 수립(생명공학종합정책심의회, '06. 5. 29)

- 관계부처는 종합추진계획에 따라 줄기세포 연구의 연차별 시행계획을 수립하고, 이를 시행('15년 종료)
- (재생의료 R&D 투자 현황) 국내에서는 재생의료 분야가 미래핵심기술 및 차세대 성장 동력으로서 중요성을 정부차원에서 선제적으로 인식하고 '12년부터 R&D 투자 확대¹⁶⁶⁾하였으며, 총 5년간 약 5,572억 원 투자
 - 2011년, 파미셀의 쉘그램-AMI를 시작으로 줄기세포치료제 4건 및 2017년 유전자조작 세포치료제 1건 출시하는 등 많은 재생의료치료제가 상용화되고 있는 추세
- 복지부에서는 재생의료 치료제 및 산업 활성화를 위하여 첨단재생의료 분야의 특수성을 고려한 국내 실정에 맞는 법·제도 개선 및 실용화 촉진 지원

* 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품에 관한 법률안」, '18.08.16 이명수의원 대표발의, 현재 국회 보건복지위원회 법안소위 공청회 진행 완료('18.12 기준)

162) 과학기술정보통신부 보도자료(2018. 4. 30)

163) 보건복지부 정책브리핑. (2017. 9. 4).

164) 문세영, 장기정, 김한해(2016)

165) 질병관리본부 홈페이지(<http://nih.go.kr>)

166) GSRAC(2017)

- 또한 글로벌 줄기세포 재생의료 연구개발 촉진센터(GSRAC) 설립을 통해 국내외 환경 변화에 대처하고 산업화 촉진을 위한 지원 역할 수행('11.12~'18.03 종료)

□ (정책 성과③ 건강데이터 확보, 활용 관련 정책 수립 및 관련 사업 시행) 헬스케어 데이터의 확보(Collect), 전달(Share), 활용(Use) 관점에서 데이터에 기반한 보건의료서비스가 시행되기 위한 유의미한 일부 성과 도출

○ (데이터 확보) 건강보험을 기반으로 한 의료정보 DB, 한국인 인체자원 등 보건의료 연구와 진료에 유의미한 데이터 확보

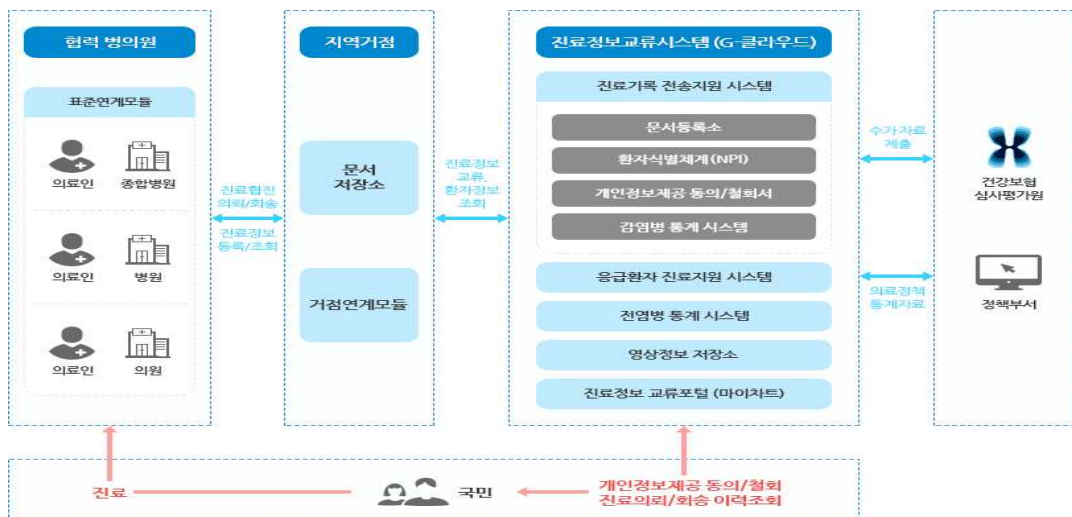
- 보건의료정보의 개방·제공 및 활용 확대를 통해 의료의 성과를 높이고, 보건의료 생태계를 조성하기 위해 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원 등이 건강보험청구 데이터를 바탕으로 의료데이터 확보 및 개방 : 백만명표본코호트DB, 건강검진코호트DB, 노인코호트DB, 직장여성코호트DB, 영유아검진코호트DB 등

- 질병관리본부 국립중앙인체자원은행과 대학병원에 부설된 17개 인체자원단위는행으로 구성된 한국인체자원은행네트워크(Korea Biobank Network, KBN)를 통해 다양한 질병의 원인 규명, 진단법, 치료법개발 연구에 활용하기 위한 인체자원 50만명분(일반인 인체자원 30만명분 + 질환군 별 인체자원 20만명분) 확보

○ (데이터 전달) 환자의 진료정보를 의료기관 간에 안전하고 효율적으로 교류할 수 있도록 네트워크를 구축하는 거점 의료기관과 협력 병의원 간 진료정보교류사업 추진

- 환자 진료이력을 이용한 진료 연속성 강화와 협진네트워크 강화로 의료서비스 질 향상을 목적으로 상급종합병원·종합병원 - 병원·의원 간 진료의뢰와 회송에 필요한 진료정보교류 플랫폼을 구축하고 연간 40,00여회의 정보 교환

[그림 2-5-6] 진료정보교류 시스템 및 서비스 개념



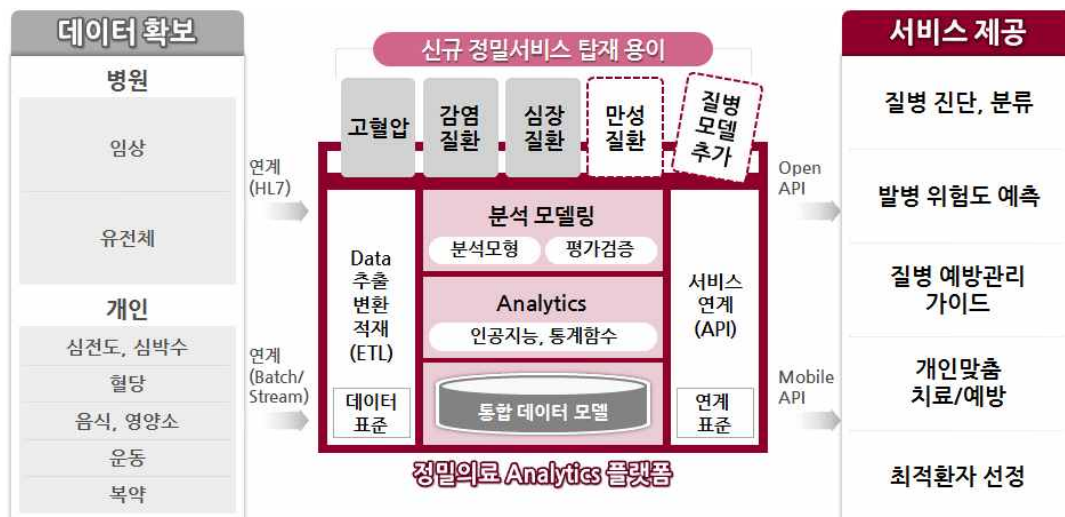
○ (데이터 활용) 안전성, 보안성을 확보한 개방형 플랫폼을 구축하여 수집 및 확보하고 있는 보건의료데이터를 기반으로 서비스 활용 체계 마련(중)

- 보건의료공공기관에 분산되어 있는 보건의료 데이터를 연계, 연구자에게 열람토록 하여 공익의 연구에 활용토록 할 목적으로 보건의료빅데이터추진단 발족하고 “보건의료 빅데이터 연계 플랫폼 구축”, “보건의료 빅데이터 거버넌스 구축”, “보건의료 빅데이터 쇼케이스” 등 관련 시범사업 시행



- 국립중앙인체자원은행에서 수집한 일반인을 대상으로 한 자원은 만성질환 연구 및 환자-대조군 연구의 대조군으로, 단위는행에서 수집한 질환자를 대상으로 한 자원은 특정질환 연구로 활용
- 클라우드 기반의 정밀의료 표준병원정보시스템(P-HIS)을 개발하여 개인 맞춤형의료 서비스를 제공하기 위한 정밀의료사업단(P-HIS) 발족

[그림 2-5-7] 개방형 정밀의료 분석 플랫폼을 통한 서비스 제공 방안



- (정책 한계 ❶ 정밀의료) 정밀의료 관리 및 중재하고 코디네이트할 수 있는 이니셔티브 또는 컨트롤 타워가 필요하며, 국가 차원의 장기적이고 통합적인 헬스케어 전략 및 규제 개선 시급
 - 현재 부처별 정밀의료사업 관련하여 산발적으로 이루어지고 있어, 통합적으로 체계적인 관리 필요
 - 유전체정보, 임상·의료정보 및 생활기록 정보 등 고품질 정보의 수집·연계 및 통합을 위한 표준화 정책과 컨트롤 타워가 필요하며, 개인 정보 접근 및 사용 권한에 대한 균형 잡힌 규제 개선 시급
- (정책 한계 ❷ 재생의료) 부처 간 경쟁적이고 중복적인 사업 추진을 통합하고 일원화함으로써 일관성 있고, 연계된 연구사업 진행 필요
 - 컨트롤 타워 구축을 통해 일관된 정책방향을 설정하고 종합적·체계적으로 공익적인 사업 운영 및 관리 필요하며, 부처 간 역할분담 및 사업간 연계전략을 통해 효율적 연구 환경 조성 필요
- (정책 한계 ❸ 총괄 거버넌스 부재에 따른 추진력 미흡) 정책을 담고 있는 법제도의 분산, 부처 간 정책의 분절화, 단기성과 위주의 정책과제 등 결론적으로 거버넌스 부재에 기인하는 여러 문제점 내포
 - (공공데이터 활용 한계) 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원에서 확보 및 개방하고 있는 각종 코호트 DB, 보건의료빅데이터 개방시스템에서 제공하는 데이터는 사실상 보건행정 및 건강보험 관련 정책 수립을 위해서는 가치가 높으나 정밀의료, 의료인공지능, 인지컴퓨팅 등 미래 의료혁신을 위한 데이터로는 가치가 높지 않음
 - 건강보험청구심사를 계기로 작성된 데이터로 보험청구심사와 관련이 없는 비급여 진료 내역이 포함되지 않고, 진료 과정이나 결과 등 임상진료 내역이 반영되지 못하는 한계
 - AI, LAB 시스템 개발 등에 활용하기 위해 필요한 각종 검사데이터는 제공하지 않음.
 - 연구실에서만 사용할 수 있는 자료로서 실제 진료현장에서 즉시 사용가능하지 않음
 - (정책과 법령 분산) 보건의료 빅데이터 관련 제도와 법은 의료법, 개인정보보호법, 공공데이터의 제공 및 이용 활성화에 관한 법률, 보건의료기본법, 건강보험법 등 여러 법령으로 분산되어 있고, 법령 간 충돌·배치되거나 해석을 곤란하게 하여 빅데이터의 수집·활용·공유 등을 저해하는 위험요인
 - 이로 인해 보건의료데이터의 수집·활용에 관한 사회적 합의와 법적 근거가 불확실
- (정책 환경 및 향후 정책 방향 ❶ 맞춤형 진료 체계 구축) 정밀의료 및 재생의료 등을 통한 개인

맞춤형 최적화 진료 체계 구축

- 대규모 유전체 정보 분석을 통한 보다 선제적인 헬스케어 서비스 제공 마련
 - 미국 국가 암 연구소(NIC)-Match trial, 영국 100,000 Genome Project 및 일본 AEMD 정밀의료 사업-IRUD 프로그램 등 국가 주도 정밀의료 프로젝트를 통한 유전자 분석 및 정보 연계 시스템 구축

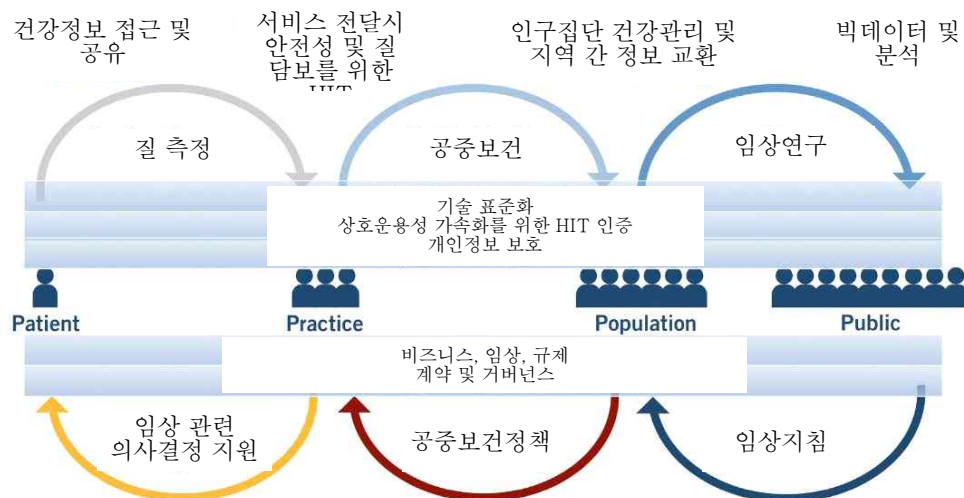
□ (정책 환경 및 향후 정책 방향 ② 첨단재생의료 기술과 산업의 국제경쟁력 강화)

- 과학적 우수성 뿐 아니라 미래 보건의료서비스에서 채택될 수 있도록 기술경쟁력을 확보할 수 있도록 부처 간 통합적으로 기획 및 전략 필요하여 이를 위한 원활한 소통 필요함
- 보건의료서비스 향상에 기여 가능성이 높은 기술을 발굴하여 중개·임상연구 지원을 활성화하고 연구자에게 신속하게 정보 전달되는 시스템 및 체계 구축

□ (정책 환경 및 향후 정책 방향 ③ 데이터를 기반으로 하는 장기 정책과 혁신 의료서비스 디자인에 바탕하여 R&D를 중심으로 혁신 서비스를 개발하고 점진적으로 확산)

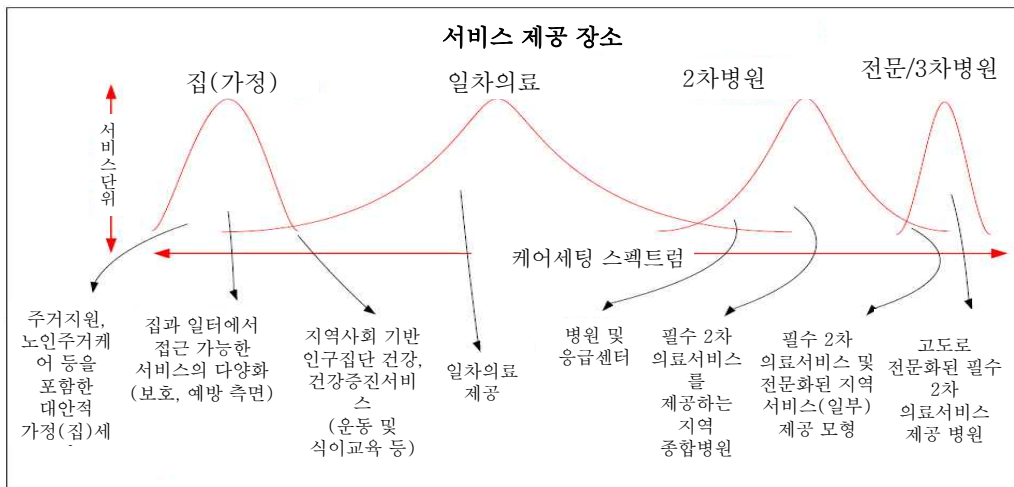
- (장기 로드맵 마련) 미국 보건의료 IT 국가 협력 사무소(The office of the National Coordinator for Health Information Technology, ONC)에서는 건강정보의 『유의미한 사용(Meaningful Use)』 3단계를 제시하고 각 단계를 데이터의 수집(Collect), 전달(Share), 활용(Use)의 측면에서 로드맵을 제시한 바 있음. 향후 우리나라에서도 미국 ONC와 같은 거버넌스 체계를 구축하고 미래 보건의료 혁신을 이루기 위한 로드맵 필요

[그림 2-5-8] Health IT Ecosystem as the Learning Health ONC Interoperability Roadmap System



- (디지털헬스 서비스디자인 활성화) 보건의료체계가 공급자 중심에서 소비자 중심으로 전환되어 감에 따라 향후 보건의료서비스는 의료서비스산업 전반의 다양한 이해 관계자의 잠재된 요구를 포착하고 이것을 창의적이고 협력적인 디자인 방법을 통해 실체화하여 가는 서비스디자인이 밑바탕이 될 것으로 전망

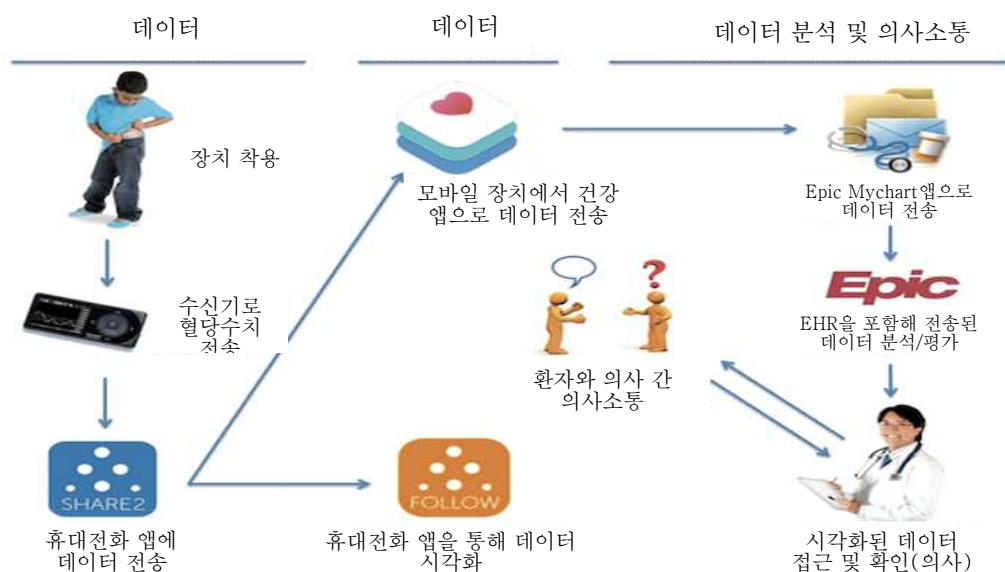
[그림 2-5-9] 뉴질랜드 Care 서비스 디자인 스펙트럼 정의 예



- 특히 디지털헬스는 기존 서비스 전달 프로세스에 비해 보다 복잡한 여러 가치사슬이 얹혀 있어 서비스 디자인을 통해 서비스 프로토콜, 서비스 모델 개발 등 서비스디자인에 바탕한 서비스 전달 프로세스 설계 필요.

※ 의료서비스디자인 운영 사례 : 미국 메이요클리닉의 혁신센터(CFI: Center of Innovation), 서울아산병원 이노베이션 디자인센터, 세브란스병원 창의센터, 서울의료원 시민공감서비스디자인센터 등

[그림 2-5-10] 디지털헬스 서비스디자인 사례 : 美 Stanford 대학의 소아당뇨환자 관리



- (서비스 R&D 활성화) 기존 보건의료기술 연구개발 등을 통해 개발된 디지털의료 기술이 보건의료서비스에 어떻게 적용되어 혁신이 되는지를 서비스 R&D와 시범사업을 통해 검증
- 보건의료서비스 R&D는 “새로운 혁신의 보건의료서비스 개발, 보건의료서비스 전달체계 개선, 사회안전망서비스 확립을 목적으로 창의적 지식을 활용하여 수행되는 기술, 인간, 사회, 문화 등 다양한 측면에서의 연구개발활동”¹⁶⁷⁾
 - 서비스의 효과성, 유용성, 안전성, 기술성(보안성 포함) 평가를 필수 실시하도록 서비스 R&D 실시 가이드라인 마련

[그림 2-5-11] 디지털헬스 서비스 관련 미국 임상연구 실시 현황

| Row | Saved | Status | Study Title | Conditions | Interventions | Locations |
|-----|--------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12 | <input type="checkbox"/> | Recruiting | Training Educators to Conduct Functional Behavior Assessment Via Telehealth | • Autism Spectrum Disorder | • Behavioral: Behavioral skills training • Behavioral: Protocol Only | • University of Colorado, Anschutz Medical Campus Aurora, Colorado, United States |
| 13 | <input type="checkbox"/> | Completed | Integrated Care for Pediatric Obesity Using Telehealth | • Pediatric Obesity | • Behavioral: Telehealth | • Wareham Pediatrics Wareham, Massachusetts, United States |
| 14 | <input type="checkbox"/> | Completed Has Results | Telehealth Management in HF Disparity Patients | • Chronic Heart Failure | • Device: Telehealth Self Management (TSM) • Other: Standard of Care | • Nassau University Medical Center East Meadow, New York, United States |
| 15 | <input type="checkbox"/> | Recruiting | Telehealth Delivery of Treatment for Sleep Disturbances in Young Children With Autism Spectrum Disorder | • Autism Spectrum Disorder • Sleep Disturbance | • Behavioral: Sleep Parent Training • Behavioral: Sleep Parent Education | • Cleveland Clinic Lerner School for Autism Cleveland, Ohio, United States |
| 16 | <input type="checkbox"/> | Completed | Tablet-Enabled Video Telehealth to Enhance Veterans' Access and Care | • Chronic Disease, Mental Illness | • Other: Tablet-Enabled Video Telehealth | • VA Palo Alto Health Care System Palo Alto, California, United States |
| 17 | <input type="checkbox"/> | Recruiting | Youth to Text or Telehealth for Engagement in HIV Care | • HIV/AIDS • Mental Health Issue (E.G., Depression, Psychosis, Personality Disorder, Substance Abuse) • Depression • Substance Use | • Behavioral: Counselor delivered telehealth intervention | • University of California San Francisco Mission Hall San Francisco, California, United States |
| 18 | <input type="checkbox"/> | Completed Has Results | Stroke Team Remote Evaluation Using a Digital Observation Camera- Long Term Outcomes(STRoKE DOC-LTO) | • Telemedicine Evaluation vs Telephone Evaluation | | • UCSD San Diego, California, |

- 경제성 평가 및 수가지불방안 마련 등 전국민에 실시가능한 서비스로 확대될 수 있도록 서비스 실시 환경에 대한 서비스 R&D 전개
- (건강정보 접근권 개선) 건강정보 표준화와 알러지와 같은 중요한 개인건강정보를 생성하도록 지원하고 국가 내에 흩어져 있는 중요한 건강정보에 대한 접근권을 개선
- 약물, 알러지와 부작용, 예방접종, 장기기증 등록기록, 아동 예방접종 기록, 연명의료의향 기록
 - 소비자가 정보 입력 : 원외처방약, 약물 알러지와 부작용, 비약물 알러지와 부작용 등
 - 특정 의료 관련 기록 : 병원퇴원기록, 환자 의뢰기록, 전문의 소견, 의료사고 기록 등

167) 한국보건산업진흥원, 「보건의료/공공서비스 R&D 개념 및 과제도출」, 2011

다. 세부실천목표 및 추진계획

| 세부실천목표 - 환자 치료와 진단을 혁신적으로 개선할 수 있는 미래기술 개발 | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| ②-1 개인 맞춤형 정밀의료 확산 ① 고부가가치 환자중심 정밀의료 코호트 구축 ② 인체자원·유전체 기반 질병 예방·치료기술개발 ③ 정밀의료기반 바이오마커 및 표적 항암 치료기술 개발 | ②-2 첨단재생의료 기술과 산업의 국제경쟁력 강화 ① 희귀·난치질환 극복 재생의료치료제 개발 ② 재생의료산업 경쟁력강화를 위한 제조기반기술 개발 | ②-3 데이터 기반 질병 예방 및 관리 서비스 개발 ① 데이터 기반 질병 관리 서비스 개발 ② ICT 융합 기반 사회안전서비스 개발 |

1) 세부추진계획 ②-1: 개인 맞춤형 정밀의료 확산

- **(실행전략① 고부가가치 환자중심 정밀의료 코호트 구축)** 미래 정밀의료 기술개발과 임상적용을 위하여 대규모 정밀의료 연구 자원의 적시 확보 및 공유체계 확립
 - 정밀의료 추진에 필요한 코호트 세부 기획과 타당성 분석을 위한 방안 마련 필요
 - 정밀의료 코호트 시범사업 실시를 통한 다양한 유형의 정보 수집 가능성을 사전에 평가 및 검토
- **(실행전략② 인체자원·유전체 기반 질병 예방·치료기술 개발)** 한국인 특이적 전유전체 데이터베이스 구축과 인공지능기반 유전체정보시스템 구축 및 마련
 - 유전체정보를 이용한 질병연구 및 임상적용 촉진을 위한 플랫폼 구축
 - 유전체 변이 해석을 위한 분석법 연구와 인공지능기반 질병유전체 예측시스템 구축 및 활용시스템 필요
 - 맞춤의료 통합정보(임상·오믹스 데이터 아카이브, CODA) 자원화를 통한 치료기술 및 바이오마커 개발
 - 보건의료 R&D 사업에서 산출된 인체유래 임상·오믹스 데이터의 정제, 분석 및 시각화를 통한 통합정보 자료 활용을 통해 치료기술에 필요한 바이오마커 개발
- **(실행전략③ 정밀의료기반 바이오마커 및 표적 항암 치료기술 개발)** 정밀의료를 활용하여 암 환자의 미충족 수요에 기반 한 진단 및 치료 최적화 기술 개발
 - 정밀의료 기반 암 진단 기술 개발을 통한 예방 및 조기발견
 - 기존 조기발견이 어려웠던 종양의 경우, 혁신적 바이오마커 등 신규 진단 기술을 활용하

여 유효성을 검증하고 환자에게 치료할 수 있는 사업화 단계까지 연결 필요

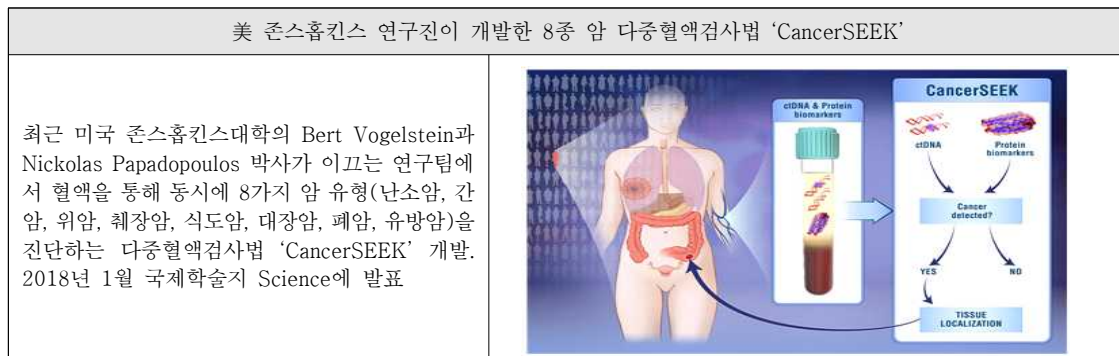
- 빅데이터, 인공지능, 사물인터넷 등 ICT 융합기술 등을 활용한 암 진단 및 치료, 예후 예측 기술 개발 필요

※ 최근 딥러닝(deep learning) 등 AI를 활용한 진단 기술 연구를 통해 암 검진의 정확도와 효율성을 높일 수 있을 것으로 기대

○ 미래의료 수요에 부합한 신규 암 치료 기술 개발

- 희귀 암이나, 중증 암 질환에 대한 맞춤형 치료제 및 표적치료제 개발을 통해 보다 근본적인 치료기술 개발 시급

〈표 2-5-3〉 최신 암치료 기술개발 사례(‘CancerSEEK’)



자료: www.Hopkinsmedicine.org / Single Blood Test Screens for Eight Cancer Types

2) 세부추진계획 ②-2: 첨단재생의료 기술과 산업의 국제경쟁력 강화

□ (실행전략① 희귀·난치질환 극복 재생의료 치료기술 개발) 글로벌 경쟁력을 갖춘 제품 개발 과정에 필요한 핵심기술 중 국내 연구개발 투자가 시급한 공백기술 파악하여 이에 대한 국가 R&D 투자 전략 수립 필요

○ 재생의료 분야의 균형적인 발전을 위해서 단기, 장기성과 창출 유망 분야 등을 고려하여 핵심 기술, 공백기술에 대한 국가 투자 전략 필요

○ 현재 치료제가 없거나 근본적인 치료법이 없는 희귀·난치질환의 환자들에게 치료 기회를 제공할 수 있도록 경쟁력 있는 기술을 중개 임상연구를 할 수 있는 방안 마련

- 임상연구 활성화를 통해 환자에게 치료 기회를 증대될 수 있도록 임상연구에 진입할 수 있는 연구계획 수립 및 자문서비스와 같은 규제지원 필요

□ (실행전략② 재생의료산업 경쟁력 강화를 위한 제조기반기술 개발) 재생의료 분야는 전 세계적

으로 제품 개발이 가속화되고 있으며, 제품의 상용화 뿐 만 아니라 동시에 후방 산업 성장을 위한 제조기반 기술 개발 강화가 필요한 시점

- 재생의료 분야 생산 및 제조 인프라 구축을 통해 제품개발 및 상용화의 기회를 높이며 생산 비용의 절감으로 인한 환자 접근성 증가 및 국민 건강 향상 기대
 - 재생의료 분야 글로벌 수준의 임상연구·시험 및 상용화 촉진을 위한 국가 주도 제조·생산 생태계 조성 및 활용사업 발굴 전략 도출
 - 생산시설 구축, 기술개발을 위한 연구개발컨소시엄 구성 및 운영, 글로벌 컨소시엄과의 협력 방안 마련 등

3) 세부추진계획 [2]-3: 데이터 기반 질병 예방 및 관리 서비스 개발

□ (실행전략 ① 데이터 기반 질병관리 서비스 개발) 만성질환자 데이터 모니터링과 분석을 통해 개인 맞춤형 질병관리서비스 모델 개발

- 대사성 질환자, 순환계 만성질환자 대상 질환모니터링(Remote patient monitoring) 및 코칭서비스
 - (예 1. 제1형 당뇨병 환자 모니터링 서비스) 제1형 당뇨병 환자 라이프로그 데이터와 혈당데이터의 변화를 시간대별로 분석하여 환자 개인별 저혈당쇼크가 나타나는 특이점을 찾아내어 이를 근거로 당뇨질환관리 코칭
 - Service factors : ① 비침습 웨어러블 혈당측정기에서 자동 측정된 혈당데이터가 PHR데이터 서버로 전송된 후 PHR 정보와 함께 병원 EHR 데이터 서버로 전달 통합 및 통합 ② 라이프로그 측정 및 입력 PHR 어플리케이션을 통해 환자의 라이프로그가 PHR 서버로 전송 ③ 담당 의료진은 EHR 데이터 서버에 있는 개별 환자 데이터를 제1형당뇨 빅데이터 분석을 통해 저혈당증 발생 원인 분석
 - (예 2. 심부전 환자 모니터링 서비스) 삽입형 제세동기(implantable cardioverter-defibrillator, ICD) 이식 환자에게 무선 센서를 통해 체중, 혈압, 혈당, 활동량, 식사량 등의 활력징후와 심장 내 압력, 체액 수준, 심전도 등의 심혈관 관련 정보를 센서링 및 모니터링 하여 심부전, 부정맥이 발병하는 원인과 발병 시기에서의 특이점을 찾아내어 이를 근거로 심장질환관리 코칭
 - Service factors : ① 심전도 측정계에서 측정된 심전도 데이터를 PHR 데이터 서버로 전송된 후 PHR정보와 함께 병원 EHR 데이터 서버로 전달 및 통합 ② 혈압, 활동량, 식사량, 체중, 흡연 등의 활력징후와 생활습관 정보를 PHR 서버로 전송 ③ 담당 의료진은 EHR 데이터 서버에 있는 개별환자 데이터를 심부전 빅데이터 분석을 통해 심부

전 발병 시기와 환경 예측하여 질환관리 코칭

[그림 2-5-12] 부정맥을 측정하기 위한 심전도 측정계



- (예 3. 호흡기질환자 모니터링 서비스) 만성폐쇄성폐질환(COPD), 천식 등 만성하기도 호흡기질환자 대상으로 라이프로그 정보, 기후정보(기온, 습도, 미세먼지 농도 등)와 천명음 측정기를 통해 전달받은 호흡분석 파생 정보를 통합 분석하여 급성악화와 2차 위험 질환 방지를 위한 특이점을 찾아내어 질환악화예방 코칭
- Service factors : ① 통신기능을 갖춘 폐활량분석기에서 측정된 호흡 및 천명음 등 호흡기질환정도 분석 정보를 PHR 데이터 서버로 전송 및 병원 EHR 데이터 서버로 전달하여 EHR 데이터로 통합 ② 일자별 환자 활동 지역의 미세먼지농도, 활동량, 맥박, 체중, 흡연 등의 활력징후와 생활습관 정보를 PHR 서버로 전송 ③ EHR 데이터 서버의 개별환자 데이터를 호흡기질환 빅데이터 분석을 통해 호흡기 급성악화 또는 발작 증세가 나타나는 특이점 발견하여 질환관리 코칭

[그림 2-5-13] 호흡기 질환 관리용 디지털헬스 솔루션



○ 암 환자 애프터케어 및 암 전이 예측 모니터링 서비스

- (예 1) 유방암 수술 후 퇴원 환자의 활력징후 데이터, 라이프로그 데이터와 초음파 영상 데이터 모니터링을 통해 환자 상태 모니터링 및 분석을 통해 환자 상태의 안정성 정도와 수술 후 상태 변화 모니터링
- Service factors : ① 환자 가정에서 환자가 모바일 초음파 기기로 유방암 수술 환부를

초음파 촬영하여 PHR 데이터 서버와 해당 병원 EHR 데이터 서버에 저장 ② 일자별 환자 맥박, 체중, 산소포화도 등 활력징후 정보를 PHR 서버 저장 및 해당 병원 EHR 데이터 서버로 전송하여 통합 ③ 담당 의료진은 EHR 서버에 저장된 환부 초음파 이미지 데이터와 활력징후 정보 모니터링 및 치료 예후 관찰

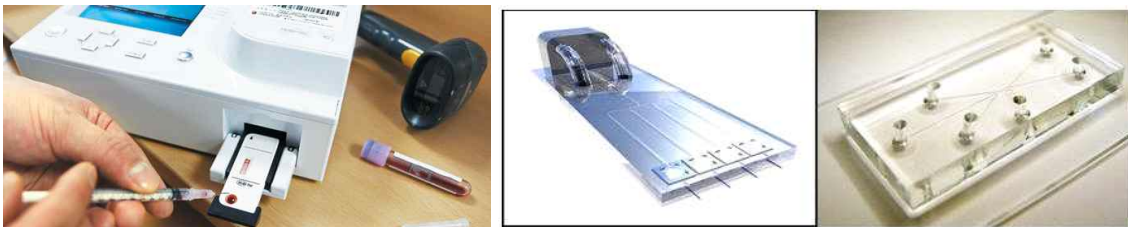
[그림 2-5-14] 유방암 등 초음파 자가 측정 장비



- (例 2) 랩온어칩(Lab-on-a-chip)장비를 이용하여 암진단 환자의 혈액 내 암전이 측정 바이오마커 정보를 주기적으로 모니터링하고, 라이프로그와 활력징후 정보, 유전체 정보 통합 모니터링과 분석을 통해 암 전이 예측

- Service factors : ① 암 치료과정에 있는 환자에게 해당 암 진단용 랩온어칩 분석장치 제공 ② 암환자는 가정에서 주기적으로 랩온어칩을 이용하여 혈액검사를 실시하고 혈액검사 결과를 PHR 데이터 서버와 해당 병원 EHR 데이터 서버로 전송 ③ 암환자는 맥박, 체중, 산소포화도, 혈압 등 활력징후 정보를 PHR 서버와 해당 병원 EHR 데이터 서버로 전송하여 통합 ④ 담당 의료진은 EHR 서버에 저장된 정보와 암환자의 DNA 정보를 결합하고 이를 빅데이터 분석하여 암세포 전이 확률의 추이와 전이가능한 위치 등을 예측하고 주의사항과 향후 치료방향을 암환자에 설명하는 등 암전이 상황 모니터링

[그림 2-5-15] 랩온어칩(Lab-on-a-Chip) 분석



□ (실행전략 ② ICT 융합 기반 사회안전서비스 개발) 고령자, 장애인, 재활환자 등 거동 제한으로 인한 의료접근성 장애자 대상 ICT 기반 돌봄 및 재활지원 서비스와 디지털치료제를 활용한 예방의료서비스 실시

○ 고령자 대상 ICT 기반 만성질환 케어 및 건강증진서비스

- (예 1. 노인요양시설 고령자 대상 ICT 기반 협진서비스) 노인전문병원·노인요양병원과 장기노인요양시설 축탁의 간 진료의 연속성 확보를 위한 협진 및 진료정보공동활용 서비스

- Service factors : ① 노인전문병원, 노인요양병원, 장기노인요양시설 축탁의는 표준화된 EHR 시스템 사용하고 노인 개인별 또는 노인요양시설별에서는 개별단위 PHR 시스템 사용 ② 노인들의 평소 건강정보를 PHR시스템으로 전송 ③ 노인요양시설 고령자의 건강상 문제로 노인전문병원을 내방하는 경우 축탁의는 해당 고령자의 활력징후와 생활습관 정보를 노인전문병원 EHR 서버로 전송하고 협진 의뢰 ④ 노인전문병원 의료진은 EHR 데이터 서버 내 해당 고령자 EHR 데이터 분석하여 노인전문케어 ⑤ 해당 환자가 치료 후 노인요양시설로 복귀하는 경우 노인전문병원에서 발생하였던 데이터를 노인요양시설 PHR 서버로 전송하여 통합하고 축탁의는 이를 근거로 축탁 진료

○ 장애인 대상 ICT 기반 만성질환 케어 및 재활지원서비스

- (예 1. 척추손상 장애인 대상 심혈관 만성질환 예방케어서비스) 척추손상으로 인해 좌식 생활을 해야 하는 장애인에게 빈번하게 발생할 수 있는 허혈성 심혈관질환, 관상동맥질환 등을 위험도를 낮추기 위한 ICT 활용 비만도측정과 유산소 운동량 측정하여 이를 근거로 지속적인 케어코칭 서비스 실시

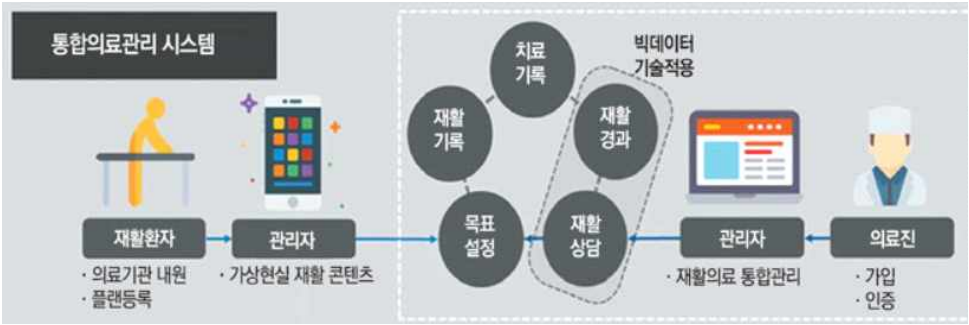
- Service factors : ① 좌식생활이 많은 척추손상 장애인을 고려한 주기적 방문간호 및 원격협진을 통해 욕창관리 ② 최대산소섭취량, 심박출량, 근력, 혈압, 혈당, 콜레스테롤 등 활력징후와 심혈관 이상 정도 관련 데이터 측정 디바이스를 통해 데이터 주기적 PHR데이터 서버로 전송 & 담당 의료기관 EHR 서버에 전송, 통합 ③ 척추손상 장애인의 재활운동 데이터 측정하여 PHR데이터 서버로 전송 ④ 담당 의료기관 의료진은 EHR서버에 모아진 장애인 관련 정보를 통합 분석하여 심혈관질환 예방 코칭 및 방문간호 일정 조정

○ 재활환자 대상 스마트 재활기기를 활용한 재화치료지원서비스

- (예 1. 근골격계 손상 환자 대상 ICT 기반 재활치료지원서비스) 환측 상지기능 손상으로 일상생활활동에 제한을 겪고 있는 근골격계 손상 환자를 대상으로 디지털 장비를 이용하

여 관절가동범위 운동, 근력강화 운동, 유산소 운동 등과 같은 환자의 재활운동데이터, 활력징후 데이터와 신경회복정보를 통합 분석하여 재활 코칭

[그림 2-5-16] 의료ICT 융합 컨소시엄 가상현실 재활 통합솔루션 서비스 (예)



- Service factors : ① 3D motion tracking 기술을 이용한 재활환자 환부에서의 근골격계 움직임 측정 데이터 생성 및 저장 ② 담당 의료진은 영상 및 근골격계 움직임 측정 데이터를 종합 분석하여 재활 훈련의 완성도, 정확도 측정 ③ 재활 훈련 중 응급 상황 발생 시 의료진에게 긴급 알림 서비스 제공

[그림 2-5-17] 3D motion tracking 기술을 이용한 재활환자 동작분석 (예)



○ ‘디지털 치료제’(Digital therapeutics) 활용 예방의료서비스 개발 - ‘디지털 치료제’¹⁶⁸⁾는 스마트폰 애플리케이션, 게임, Chatbot, Virtual Reality 등을 활용한 질병 진단 및 치료 어플리케이션으로서 현재까지는 대개 정신심리치료와 예방을 위한 목적으로 개발되고 있는 추세

※ 영국 NHS에서는 국민의 보건증진을 위한 스마트 어플리케이션 라이브러리(NHS Apps Library)¹⁶⁹⁾ 운영 중이며, 정신건강 주제 App이 28개, 건강관리 주제 App이 21개 등 해당 사이트에 80여개의 어플리케이션 등록, 배포 중

- (예 1. ICT 기반 치매상태 측정 및 예후 진단서비스) 뇌기능 검사, 뇌파 검사, 뇌 영상검사 등 여러 뇌 관련 여러 검사결과와 디지털치료제를 통해 얻은 결과들을 결합하여 인지상태를 진단하고 예후를 사전에 예측하여 그 결과로 치매치료 또는 예방을 위한 Activity 산출
- Service factors : ① 뇌기능 검사, 뇌파 검사, 뇌 영상검사 등과 유전자 검사를 결합 ② 치매 진단 및 치료를 위한 “디지털 치료제”를 통해 환자의 행동패턴 분석 및 치매 진단 ③ 통합 빅데이터 분석을 이용하여 인지장애상태와 예후를 판단하고 생활습관 교정 및 위험인자 조절을 통해 치매발생요인을 사전에 차단

168) ‘디지털 신약’이라고도 불리우나 기존 제약체제와 혼돈이 있을 수 있어서 ‘디지털 치료제’로 명기

169) NHS Apps Library - <https://www.nhs.uk/apps-library/>

라. 연도별 추진일정

〈표 2-5-4〉 미래기술분과 : ② 환자 치료 및 진단을 혁신할 미래기술 개발: 연도별 세부 추진계획

| 구분 | '19년 | '20년 | '21년 | '22년 | '23년 | '30년 |
|---------------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| ① 개인 맞춤형 정밀의료 확산 | | | | | | |
| ○ 고부가가치 환자중심 정밀의료 코호트 구축 | | | | | | |
| ○ 인체자원·유전체 기반 질병 예방·치료기술개발 | | | | | | |
| ② 첨단재생의료 기술과 산업의 국제경쟁력 강화 | | | | | | |
| ○ 성공적인 상용화 확보를 위한 기술경쟁력 강화 | | | | | | |
| ○ 재생의료 치료제의 가격경쟁력 및 시장 활성화를 위한 지원 강화 | | | | | | |
| ③ ICT 융합 혁신 기술 및 의료전달체계 구축(가안) | | | | | | |
| ○ ICT 기반 융합 혁신기술 개발 | | | | | | |
| ○ 예방 강화 원격치료 기반기술 개발(새로운 전달체계) | | | | | | |

마. 참고문헌

KISTEP, 정밀의료의 성공전략, 2016

「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」

한국보건사회연구원, 희귀난치성 질환자의 의약품 접근성 제고 방안, 2010

KISTI, 재생의료_난치/불치 영역에 대한 도전으로 급성장 기대, 2017

KISTEP, 정밀의료의 성공전략, 2016

보건복지부, 환자중심 의료기술 최적화 연구사업, 2017

보건복지부, 2013년도 암정복추진연구개발사업 계획 수립에 관한 기획연구, 2013

KISTEP, 미래기술의 구조적 체계도 구축, 2013

KISTEP, 유전체·Health-ICT 융합 기반 정밀의료 기술개발 예비타당성조사 보고서, 2017

GSRAC, 질환중심 치료기술 로드맵, 2014

제2기 암정복10개년계획의 평가 및 암관리종합계획 수립 기획 연구, 2016

2015년 국가암등록통계(보건복지부, 중앙암등록사업본부)

보건복지부, 2018년도 보건의료기술정책심의위원회 (2018)

An Overview of How Real World Evidence, Data Sharing, and Precompetitive Collaboration May Influence the Development of PD-1/PDL-1 Combination Therapies/Amy Abernethy, MD, PhD, 2018

Cancer Progress Report 2018

제4절 추진방향 ③: 혁신기술 도입을 촉진하는 보건의료 생태계 조성

가. 추진배경 및 주요 문제의식

□ (추진배경① 보건의료 거버넌스의 중요성 증대) 빠르게 변화하고 있는 미래의료 패러다임에 합당한 국가 R&D 거버넌스가 여전히 존재하지 않음

○ 미래의료 패러다임 변화에 대응하고 국가 보건·산업 정책에 연계한 보건의료R&D 거버넌스 체계 구축 필요

- 미국은 NIH를 중심으로 민간참여가 활발한 정부-민간 융합형 거버넌스를 구성하고 있으며, NIH는 미국 정부 보건의료 R&D 예산 운영의 자율성 및 전문성을 확보함
- 영국의 BEIS 소속 MRC는 기초연구분야이며, DoH 산하 NIHR은 응용연구 및 인프라 분야로 투자분야와 운영행태에서 뚜렷한 차이를 가지며, 이들 두 기관의 예산 및 정책을 통제하는 OSCHR이 코디네이션 기능을 하는 ‘우산(umbrella)’ 기관으로 존재함
- 일본은 문무성, 후생성 경제산업성의 연구예산을 모아서 운영하는 일본판 NIH인 AMED (Japan Agency for Medical Research and Development)를 2015년 4월에 설립하고, 의료분야 연구개발 관련 종합전략 수립 및 추진을 일원화하고 있음

□ (추진배경② 미래혁신기술 촉진의 중요성 증대) 국가 전체 R&D 성과 효율성 증대와 국가성장 동력으로서의 보건의료산업이 강조되고 있는 지금, 미래의료에 대비한 혁신적인 R&D 촉진 및 보건의료산업 생태계를 위한 인프라 구축 필요

○ 선진국을 중심으로 과학적, 임상적, 인허가 제도적, 급여정책 등에 많은 불확실성을 가지고 있는 첨단 미래의료기술의 경우 국가가 촉진(accelerator, facilitator)의 기능을 가진 기구를 국가 전략적으로 운영

- 영국의 Catapult programme과 캐나다의 Centre of Excellence for Commercialization and Research (CECR) 프로그램이 대표적인 국가 지원의 촉진기관 사례임

□ (추진배경③ 치료제비용 증대에 따른 경제성 평가 중요) 혁신치료제의 유효성의 탁월성 평가 측면에서 경제성 입증은 필수적이므로 R&D 과정에서 개발기술의 경제성 평가도 동반 필요

○ R&D 연구비 지원 뿐 아니라 기술이 산업으로 연결되는 과정 중에 존재하는 난관 해결을 지원하고, 경제성을 사전에 분석하는 등 제품화 혁신에서의 효율성 강화

□ (추진배경④ 미래혁신기술 육성을 위한 인력양성 필요) 보건의료 미래기술분야의 고도화·다양화

가 촉진됨에 따라 이를 견인하는 우수한 의료분야 인적자원을 양성하여 글로벌 경쟁력을 확보

- 주요 선진국들은 보건의료 미래기술을 성장동력으로 육성하기 위해 보건의료 혁신기술의
新산업 조기 정착을 위한 정부 주도 전문인력 양성 프로그램을 선제적으로 운영하고 있음
 - (미국) 보건산업 4차 산업혁명 관련 신기술 분야의 인력 양성 계획, (일본) 국가 발전전략
에 4차 산업혁명 내용을 반영하여 인력양성방안 및 산업 발전 전략 추진, (영국) 인공지능
과 데이터 경제 분야의 선도 국가로 도약하기 위한 발전전략과 전문인력 육성 정책 추진

□ (문제의식① 복지부 및 국가 거버넌스 부재) 빠르게 변화하고 있는 미래의료 패러다임에 합당
한 보건의료 R&D 거버넌스 부재

- 보건의료 선진국의 R&D 거버넌스가 정부 주도에서 민간주도 원칙으로 일원화되고 있음을
고려하여 정부는 예산의 직접적인 운영보다는 통합 거버넌스 구축
- 더불어, 성공적인 연구 진행을 위한 지원 확대, 산업화 제도 규제 등의 통합적·사전적 검토
수행, 효과성 증대를 위한 수행 모델 및 분석 모델 개발 필요
 - 기초연구단계에서부터 산업화, 건강보험제도 진입, 규제 등에 대한 사전적 검토 및 국가
의료비 절감에 대한 경제적 효과 분석 및 예측 가능한 모델 개발 시급
 - R&D 결과의 활용 극대화를 위해 병원과 기업을 연결하는 플랫폼 구축이 필요하며 이를
연결하는 역할 필요

□ (문제의식② 미래 혁신기술의 전문적 산업화 촉진을 위한 국가의 전략적 지원 체계 부족)

- 초기 산업단계인 첨단보건의료 분야는 기술경쟁력 외에도 시장창출과 활성화를 위한 국가
정책이 또 다른 경쟁력이 되고 있음
 - 이를 위해 선진국은 R&D 투자 뿐 아니라 인허가, 보험급여, 환자권익, 사회편익 등 포괄
적 촉진전략을 진행하고 있으나, 국내에서는 부처 간 유사 과제 지원과 R&D 단절된 촉
진 정책 등 미래 산업에 합당한 선도적 정책 제시 부재
 - 글로벌 경쟁이 치열한 첨단 보건의료산업을 국가 성장 동력으로 성공시킬 국가차원의 중
합적 촉진전략이 필요

□ (문제의식③ 병원기반 중개임상연구 체계 취약) 혁신기술의 검증·채택·확산을 위한 병원기
반 중개임상연구 체계 취약

- 혁신기술 연구 개발 촉진 및 환자치료기회 확대를 위해 병원기반 중개임상연구 체계 취약
 - 국내 미래의료기술에 대한 R&D 성과물은 초기 기술개발 단계에 머물러 있으며, 이를 임상현장의
유용성을 예측·검증하기 위한 중간·임상연구 촉진을 위한 병원 기반 혁신시스템이 취약

- 연구자주도 임상연구는 첨단/혁신 의료제품의 개념증명, 새로운 적응증 혹은 병용요법 탐색, 희귀질환 치료제 개발, 신약 재창출 등을 통해 혁신기술에 대한 환자접근성 향상에 기여
- 혁신기술의 임상적 근거를 축적하고 한국인에 최적화된 의료기술이 채택되고 확산되기 위한 여건과 체계 미흡
 - 혁신기술의 임상적 근거가 부족해 기존 보건의료체계 내에서 수용성이 낮고, 한국인에 비효율성이 높은 최적화된 의료기술을 선택하고 채택하기 위한 연구 및 기전이 부족
 - 기존 임상연구 성과확산체계 미흡으로 사업의 성과가 연구자, 환자, 국민, 정책입안자 등 각 수요자에게 원활하게 전달되지 못하며 활용도 저조

□ (문제의식④ 보건의료산업 선진국이 가지고 있는 혁신기술 (Emerging Technology : ET)에 대한 환자안전관리 시스템이 부재하고 이에 대한 사회적 통합논의도 부족

- 새롭게 출현하는 혁신기술은 연구, 개발, 산업화 단계에는 ‘불확실성’을 근원적으로 가지고 있고, 이는 과학적 요소 뿐 아니라 사회·윤리적 위험 요소도 포함
- 혁신기술의 사회적 수용 또는 환자적용에 대한 판단에 근원적으로 부족한 데이터와 증거 부족 문제들, 도덕적 이해보다 빠르게 발전하는 과학으로 인해 유발되는 윤리적 문제 등에 대한 대응이 기술의 연구과정에서부터 지속적으로 고민 필요
- 선진국에서는 이와 같은 문제 해결을 위해 혁신기술의 초기 연구 단계부터 기술과 관련된 법·윤리·사회적 파급효과에 관한 연구 (ELSI 연구)도 수행하고 있음
- 그러나 우리나라에서는 국가 R&D 연구비 지원에 ELSI 연구에 관한 지원이 전무함

□ (문제의식⑤ 미래 보건의료 혁신기술 연계 현장형 전문인력 부족)

- ICT 융합서비스, 정밀의료, 재생의료 등 新산업의 확산으로 융합 전문인력 수요의 급증
- 보건 산업별 육성계획*과 함께 인력 양성을 위한 프로그램들이 진행되고 있으나 이는 현행 보건의료 인력양성 틀 안에서 개별적으로 진행되는 한계를 보임
 - * 제약산업 육성·지원 5개년 종합계획(‘17), 의료기기·화장품산업 종합발전계획(‘17), 제약산업 특성화 대학원(3개), 의료기기산업특성화 대학원(2개) 등
- 다양한 분야의 新산업 대응 가능한 현장형 융합인력의 보건의료 산업으로의 교차지원 및 보건산업 쏠 분야를 아우르는 종합 관리·양성 체계 부재

나. 정책 상황 분석

□ (정책 성과① 보건의료 R&D 투자 증가) 정부 R&D 투자 비중 대비 보건의료 R&D 투자액 비

중은 매년 증가하지만 여러 개의 부처로 예산이 나누어져 있음

○ 부처별 보건의료 R&D 투자액 및 정부 총 R&D 예산 대비 비중은 매년 증가하고 있음

〈표 2-5-5〉 보건의료 정부 총 R&D 예산 대비 보건의료 R&D 투자 비중

| 구분 | '12 | '13 | '14 | '15 | '16 | CAGR |
|--------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|------|
| 정부 총 R&D | 15.9조 | 16.9조 | 17.6조 | 18.9조 | 19.0조 | 4.55 |
| 보건의료 R&D1) (비중) | 1.10조 (6.94) | 1.20조 (7.10) | 1.31조 (7.43) | 1.53조 (8.09) | 1.55조 (8.16) | 8.85 |

주: 과학기술표준분류(대) 보건의료(G코드) 분류 기준(부처별 사업관리운영비 등 제외)

자료: 국가과학기술지식정보서비스(NTIS) 조사·분석 과학기술표준분류별('12~'16) 통계

□ (정책 성과 ② 미래 혁신기술인 첨단재생의료분야의 촉진 성과 창출 및 선제적 제도 마련을 위한 “첨단재생의료 특별법”을 발의) 보존적 치료에 머물렀던 의료기술을 획기적으로 개선하고 나아가 미래 산업으로서 국가경제를 견인할 수 있는 재생의료사업의 특수성을 반영한 규제체계 마련

* 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품에 관한 법률안」, '18.08.16 이명수의원 대표발의, 현재 국회 보건복지위원회 법안소위 공청회 진행 완료('18.12 기준)

○ 희귀·난치질환자 치료기회를 확대를 위한 재생의료 임상연구 활성화 및 첨단바이오의약품 신속처리 지원을 통한 환자 치료기회 확대 제안

○ 세포치료, 유전자치료, 조직공학치료 등 재생의료 분야의 임상연구에서 제품화까지 관리체계 구축 및 혁신기술의 특성을 고려한 전주기 안전관리 강화 제안 등 선제적 제도 마련 제시

□ (정책 성과 ③ 병원중심 중개임상 연구기반 마련) 연구중심병원 제도(2013)를 통해 일부 병원 연구 환경이 개선되고 있으며, 정부차원의 임상연구 지원을 통해 임상연구 역량도 점차 향상

○ (지정현황) '13.4월 10개 병원(가천길병원, 경북대병원, 고대구로병원, 고대안암병원, 분당차병원, 삼성서울병원, 서울대병원, 서울아산병원, 아주대병원, 연대세브란스병원) 지정, '16.3월 평가를 거쳐 재지정

○ 연구자주도 임상연구는 103건(20.9%, '10년)에서 183건(27.7%, '17년)으로 증가추세에 있으며, 93건 환자 레지스트리(335,763례) 등 임상연구 핵심 인프라 구축, 대표적인 급여 기준 반영 4건으로부터 향후 10년간 8,294억 원의 경제적 편익 기대¹⁷⁰⁾

□ (정책 한계 ① 보건의료 분야 R&D 거버넌스로서 보건복지부 관리기관 역량 분산)

○ 빠르게 변화하고 있는 미래의료 패러다임에 합당한 국가 R&D 거버넌스도 부재하지만 복지

170) 보건복지부(2017)

부 내 보건의료 R&D 거버넌스도 통합되어 있지 않고 분산되어 있음

- 보건의료 R&D의 정부 투자 규모는 주요 선진국에 비해 낮은 수준이며, 민간자본 역시 기술가치 평가역량 등 전문성이 낮아 투자하는데 한계
- 보건의료 R&D를 계획하고, 관리할 수 있는 컨트롤 타워 부재에 따른 전문성 결여
 - 보건의료 기술 및 산업선진국은 모두 보건의료의 성격이 명확한 R&D 컨트롤타워가 존재하지만 우리나라는 컨트롤타워가 부재하며, 보건의료기술이 국가전략기술로 인정받지 못하고 있는 실정

※ 미국의 NIH, 영국의 MRC와 NHIR, 일본의 AMED

- 복지부는 건강에 관한 총체적인 이슈를 다루어야 하는 주무부처이므로 통합된 국가 거버넌스 구축의 여부와 상관없이 미래 지향적이며 체계적이고 전문화된 부처 내 대응방안이 제시되어야 하는 시점

<표 2-5-6> 보건의료 R&D 거버넌스 현황 및 보건복지부 R&D 거버넌스 한계점

| 이슈 | 국가 거버넌스로서의 역할 | R&D 거버넌스 현황 |
|----------|---------------|-----------------------------------|
| 사회 안전망 | 질병관리본부 (KCDC) | 과기정통부 중심으로 진행되며, 지속적인 전략 생성 주체 없음 |
| 국민건강 R&D | 보건복지부 (질병정책) | 환자중심의 전략 생성 주체 없음 |
| 보건의료산업 | 보건복지부 식약처 | 과기정통부, 복지부, 산업통상부 각 부처별 전략 수립 |

자료: 한국보건산업진흥원(2017). 보건의료 R&D 미래전략수립 연구.

□ (정책 한계 ② 보건복지부 R&D 거버넌스 개편에 관한 개선 노력이 부처 차원으로 진행되었으나 여전히 문제해결 안됨)

- 보건의료 R&D 관리체계 선진화 방안 수립 ('09.4월)
 - 분산형 관리체계의 통합·조정, 전략적 기획을 위한 조직·인력 확보, 전문가 그룹 확보를 통한 아젠다 확산 (HT 포럼 등)
- 보건의료 R&D 협의회 (위원장: 차관) 및 실무협의회 운영 ('09.5월)
 - '보건의료연구개발기획평가원' (약칭 보기평) 신설 방안 검토: 진흥원에서 R&D 본부를 분리하여 전담조직 신설, 4개 기관 (당시 식약청 포함)의 외부 용역과제 통합방안 논의
- 기관별(보건산업진흥원, 국립보건연구원, 국립암센터) 예산구조 개편 및 조직 강화 등 산발적 노력
- 보건의료 R&D 추진방향: 투자 효율화, R&D 거버넌스 개편을 중심으로 ('13.7월)
 - 현 보건산업진흥원 "R&D 진흥본부"를 기본 골격으로 HT R&D 총괄 기획·평가·지원하는 전담 "전문기관" 설립

－ 진흥원은 당초 기관 설립 취지대로 보건의료 산업 육성에 전념

□ (정책 한계 ③ 중개임상연구 기반 지속가능성 부족) 일부병원 중심의 혁신체계 활성화로 국가차원의 혁신체계로 고도화되지 못하고, 환자중심 임상연구지원체계가 마련되어 있지 못함

○ 우수한 인적자원, 높은 치료기술 수준, 첨단장비 보유 등 국내병원의 연구여건은 성숙되었으나, R&D 투자 불균형, 지원환경, 동기부여 미흡 등으로 병원은 여전히 진료에 치중¹⁷¹⁾

－ 일부병원(연구중심병원 등)을 제외하고 국가 의료정책 및 병원의 운영구조가 진료중심으로 되어 있어, R&D를 통한 산업적 가치창출에는 기여하지 못하고 있음

○ 연구자주도 임상연구의 경우 임상시험약제 등 일부 비용이 제외되고 있어 활성화가 어렵고, 공익적 임상연구 주체도 개인연구 중심으로 진행되어 심평원 등 정책기관과 연계가 부족하고 정책부합성이 낮아 성과확산에 한계¹⁷²⁾

□ (정책 한계 ④ 미래기술 시장의 성장으로 요구되는 현장형 핵심 전문인력의 미스매치와 융합형 전문인력을 양성하는 컨트롤 타워 부재)

○ 현재 제약의료기기산업 특성에 맞는 특성화대학원*을 운영 중이나 학문적 영역에 국한되어 신산업 분야 현장중심 인력양성에 어려움이 존재

* 제약특성화 대학원 : 성균관대, 중앙대, 이화여대 3개 대학 14억원 지원

* 의료기기특성화 대학원 : 동국대, 성균관대 2개 대학 5억원 지원

○ 부처별 전문인력 양성 사업을 각각 추진하고 있으나, 보건의료산업에 특화(보건의료 + 첨단 혁신 기술)된 융합 전문 인력양성을 위한 컨트롤 타워 부재

* (과기부) 인공지능 핵심 고급인재 양성, 혁신성장 청년인재 집중 양성 사업, 바이오기술투자 전문인력 양성사업, 출연연 4차 인재양성과정, (산업부) 바이오 인력 양성사업, 웨어러블 스마트 디바이스 전문인력 양성사업, (고용부) 4차 산업혁명 선도인력 양성사업, 바이오 전문인력양성 사업

○ 세부분과전문의 제도 인증을 통해 우수한 자질과 능력을 갖춘 임상의를 양성하기 위한 노력을 해오고 있으나, 급변하고 있는 ICT와 혁신기술에 대응 가능한 커리큘럼 수용에는 한계가 있음

□ (정책 환경 및 향후 정책 방향 ① 빠르게 변화하고 있는 미래의료 패러다임에 적합한 보건의료 거버넌스로서 위상정립을 위해 보건복지부 내 R&D 거버넌스 개편전략 수립)

○ 보건의료 R&D의 국가 전체 거버넌스가 어느 부처에 있느냐 보다는 바람직한 역할 정립이 우선적으로 필요한 시점

171) 관계부처합동, 2017, “바이오-메디컬 산업 육성을 위한 연구의사 양성 및 병원 혁신전략”

172) 보건복지부(2017)

- 현재 보건산업진흥원, 국립보건연구원, 국립암센터로 분산되어 있는 복지부 거버넌스를 단계적으로 역량을 집중하고, 전문성을 강화하는 개편 전략 수립이 필요한 시점
- 우선적으로 국가 보건정책과 함께 질병극복을 위한 환자중심의 연구를 장기적, 지속적으로 진행할 수 있도록 복지부 내 보건의료 R&D 거버넌스 강화 필요
- 더불어, 보건의료기술의 새로운 패러다임에 따른 새로운 R&D 정책과 이를 지원할 수 있는 R&D Fund 시스템 필요

〈표 2-5-7〉 보건의료 이슈별 R&D 국가 거버넌스의 역할

| 이슈 | 국가 거버넌스로서의 역할 |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 사회 안전망 | <ul style="list-style-type: none"> - 국가 안전, 안보와 관련된 국민 건강 문제로서 질병을 관리하고 통제, 예방 - Pandemic 질환의 출현에 대한 신속한 진단 및 해결을 위한 행정적 집행 - 글로벌 대응 |
| 국민건강 R&D | <ul style="list-style-type: none"> - 현재 및 미래의 문제점을 분석하여 선제적 R&D 정책 개발 - 문제해결을 위한 국가 R&D: 질병 기초연구 및 보건의료기술 개발 - 질병 별 국가 Network의 anchor 및 중개연구 인프라 (인체자원은행 등) |
| 보건의료산업 | <ul style="list-style-type: none"> - 보건의료산업 활성화를 위한 정책 개발 및 자금 운영 ※ 보건의료산업: 제약, 의료기기, 기능성식품, 화장품, 유헤스, 의료서비스, 글로벌 헬스케어 등 |

자료: 한국보건산업진흥원(2017). 보건의료 R&D 미래전략수립 연구.

□ (정책 환경 및 향후 정책 방향 ② 4차 산업혁명을 주도할 보건의료산업 활성화 인프라 구축)

- 차세대 국가성장동력인 보건의료산업을 위해 미래의료에 대비한 혁신적인 R&D 촉진 및 보건의료산업 생태계를 위한 인프라 구축 전략 필요
- 첨단 미래의료기술의 특징인 불확실성을 해결하기 위해 국가 차원의 R&D 지원, 산업화 난관 해결 및 기술 제품화를 위한 국가적 촉진 시스템 구축
- 연구초기부터 급여를 위한 기술경제성 평가, 제품 인허가를 위한 R&D를 진행하는 등 연구 허들을 극복하기 위한 노력 필요
- (사례) 미국의 CIRM(California Institute for Regenerative Medicine) 2기 사업에서 촉진센터 설립

□ (정책 환경 및 향후 정책 방향 ③ 병원 혁신역량 및 환자중심 임상연구 강화를 위한 개방형혁신 가속화)

- 혁신적 의료기술 연구개발 주체로 병원에 법적지위 부여 및 연구중심병원의 연구사업화·창업 지원위한 제도적 기반 완비
- 연구 역량이 뛰어난 병원을 다수 육성하고 지역의 자생적 병원 혁신 지원
- 혁신기술의 연구자 주도 임상연구 활성화, 주요질환 예방·진단·치료·재활 의료기술간 비교

평가연구 지원, 근거 부족 의료기술에 대한 근거생성연구 지원 등 환자중심 임상연구 강화

□ (정책 환경 및 향후 정책 방향 ④ 혁신기술 (emerging technology) 특성 기반의 위험 인식 및 위험관리 전략 수립)

- 기술혁신으로 인해 새롭게 출현하는 기술 (Emerging Technology)은 과학적, 인허가적, 산업적, 보험급여 지급 측면에 근원적으로 ‘불확실성’을 동반하고 있음
- 연구개발과 산업화 단계에서 이러한 불확실성에 대한 해결방안 노력을 함께 할 때 혁신기술의 산업화에 국가 경쟁력을 갖게 됨
- 특히, 혁신기술의 초기 환자 적용을 위한 임상연구와 임상시험 중 환자안전을 동시에 모니터링하고 문제 발생 시 신속하게 위험관리를 할 수 있는 환자안전관리 시스템이 선제되어야 함

□ (정책 환경 및 향후 정책 방향 ⑤ 환자중심의 중개·임상연구 역량강화, 산업 수요 대응 표미래 기술 표준 과육과정 개발 및 학위개편, 현장수요 핵심인력 인력매칭을 위한 인프라 구축

- 기초과학·IT 등 타 학문 지식과 과학적 연구방법론을 체득한 융합형 의사과학자를 양성하고, MD·Ph.D 공동연구 지원 확대*

* 의사과학자 양성(10억원, 3개 기관 30명), MD·Ph.D 공동연구사업(19억원, 8개 기관)

- 자료축적 및 연계 등 인프라 구축을 위한 의료기술 기반역량강화보건의료 혁신기술의 조기 정착과 양질의 일자리 창출을 위한 인력양성 전주기 지원 플랫폼 구축
- 혁신기술 개발과 임상연구 역량 강화를 통한 미래보건의료산업 성장에 부합하는 표준 교육과정 개발 및 현장 적합성 인재양성, 핵심 연구 석·박사 인력 육성

다. 세부실천목표 및 추진계획

| 세부실천목표 - 혁신기술이 미래의료 현장에 신속히 도입될 수 있도록 보건의료 R&D 체계 및 법·제도 인프라를 선진화 | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ③-1 보건복지부 R&D 거버넌스 혁신 ① 보건복지부 R&D 거버넌스의 단계적 개편 ② 혁신기술 도입 촉진을 위한 R&D 운영 및 재원 선진화 | ③-2 혁신기술 미래산업 육성 효율화 ① 혁신기술의 산업화 촉진 시스템 구축 ② 혁신기술의 보건의료가치 평가체계 확립 | ③-3 병원 중심의 개방형 혁신 가속화 ① 환자중심 임상연구 활성화 및 국가적 관리체계 구축 ② 병원 중심 R&D 선순환구조 마련 | ③-4 혁신기술의 환자안전관리 시스템 구축 ① 혁신기술 도입에 따른 환자 안전관리체계 확립) ② 미래의료의 선제적·포괄적 규제 혁신 추진 | ③-5 미래 혁신을 선도할 인재양성 ① 의사·병원의 중개·임상연구 인력 역량강화 ② 혁신기술 연계 신산업 인력양성 플랫폼 구축 ③ 보건의료 혁신기술을 선도하는 융합형 석·박사 전문인력 양성 |

1) 세부추진계획 ③-1: 보건복지부 R&D 거버넌스 혁신¹⁷³⁾

□ (실행전략① 보건복지부 R&D 거버넌스의 단계적 개편) 3개 기관(보건산업진흥원, 국립보건의원, 국립암센터) 간 단기적으로는 기능적 개편을, 중장기적으로는 구조적 개편 전략 수립 “기획 통합 → 전문 영역별 통합 관리 → 전문기관 신설로 통합”으로 단계적 거버넌스 개편

○ (단기적 기능개편 방향) 3개 기관의 기획 및 촉진 기능을 우선 통합

- 복지부 내 지속적이고 통합적인 보건의료 R&D 기획의 컨트롤타워 기능 수립
- 혁신기술에 대한 보건의료 R&D는 보건산업화를 촉진할 수 있는 전문촉진기능 신설과 이를 중심으로 각 기관의 관련 영역 통합

○ (중·장기적 구조적개편 방향) 보건의료 R&D ‘전문기관’ 신설과 한국보건산업진흥원의 보건의료 산업 육성 기능의 집중 및 강화

- 한국보건산업진흥원은 글로벌 헬스케어 등 보건산업 육성 조직으로 특화
- R&D 기획·관리·평가를 전담하는 전문기관(‘보건의료기술기획평가원’) 설립 추진
- 보건의료 R&D 총괄은 국립보건연구원 혁신 방안과 연계하여서 추후 검토

□ (실행전략② 혁신기술 도입 촉진을 위한 R&D 운영 및 재원 선진화) 미래의료 신산업 육성을 위한 보건의료 R&D 재원 마련 및 운영에 대한 선진화 방안 마련

173) 작성자: 박소라

○ 미래보건의료 기술혁신 유도를 위한 새로운 R&D 프로그램 개발

- 현재의 국가 R&D 재원으로 지원되고 있지 못하는 혁신의료기술의 의료현장 도입 가능성을 평가할 수 있는 R&D (인허가, 사회적 수용가능성, 건강보험의 보장 가능성 등 시장진입 전략을 고려할 수 있는 R&D)를 수행할 수 있는 R&D 프로그램 신설
 - 英 NIHR은 NHS의 지원을 받아 전문가, 정책 입안자 및 환자들의 의사결정에 뒷받침할 수 있는 연구근거를 개발¹⁷⁴⁾
- 환자들에게 혁신기술을 전달하기 위해서는 일원적인 프로그램보다는 다원적인측면의 전주기적 지원이 가능한 다양한 프로그램 개발
 - 英 NIHR은 환자중심의 연구를 위한 자금을 한 곳에서 운영하며 기초연구를 제외한 중개연구를 지원하여 기술의 상용화를 이끌어내고 있음
 - NIHR은 다양한 프로그램을 운영하면서 지속적으로 R&D Funding을 지원함¹⁷⁵⁾

○ 다양한 재원의 보건의료 R&D Fund 조성

- 보건의료 활용정당성이 있는 기금을 통한 보건의료 R&D를 위한 펀드 조성
 - 독일의 G-BA는 법적으로 정해진 추가 증세(surcharging) 시스템을 통해 건강보험(Statutory Health Insurance, SHI)에서 자금을 조달받아 운영됨
 - 국내 ‘건강증진기금’은 보건의료 R&D를 위해 투자될 수 있는 정치적 정당성이 존재하지만, 건강보험과 복지부의 일반사업예산에 사용되므로 R&D를 위한 펀드조성에 사용되지 못하고 있음
- 다음 사례들과 같이 특수 목적의 R&D를 위한 Public Fund 마련을 위한 사회적 노력
 - CIRM(California Institute of Regenerative Medicine): 새로운 치료법이 필요한 다양한 질환을 타겟으로 연구를 진행할 수 있는 이니셔티브 기반의 연구지원을 목적으로 캘리포니아주의 대학, 기업들이 합작하여 연구비 조성
 - NYSCF (The New York Stem Cell Foundation): 줄기세포를 이용한 인류의 난치성 질환 치료 목적으로 설립한 비영리기관으로 자선재단, 환자단체 등으로부터 기금 조성
 - 질환별 Fund: 만성희귀질환 환자들의 치료비를 지원할 수 있는 Patient Access Network (PAN) 재단, 골관절염 R&D를 지원하는 Osteoarthritis Foundation 등

174) NIHR은 NHS의 1% 예산인 약 1조 4762억원의 예산으로 운용됨

175) 2016년 263개의 프로그램을 약 2억 7백만 파운드 규모로 추가적으로 지원함

2) 세부추진계획 ③-2: 혁신기술의 미래신산업 육성 효율화¹⁷⁶⁾

□ (실행전략①) 혁신기술의 산업화 촉진 시스템 구축)

- 선진국을 중심으로 지원되는 혁신기술 재생의료 분야의 ‘촉진지원 전문기관’과 복지부가 지원한 ‘글로벌 줄기세포 · 재생의료 연구개발촉진센터(GSRAC)’를 벤치마킹
 - 미국의 CIRM (California Institute for Regenerative Medicine) 2기 사업에서 지원되는 촉진센터, 영국의 CGTC (Cell and Gene Therapy Catapult), 캐나다의 CCRM (Center for Commercialization of Regenerative Medicine) 등은 연구개발 중인 성과들을 신속하게 산업화하기 위한 전문적 정보 및 기술 지원
 - 한국의 GSRAC도 재생의료에 전문화된 정보지원, 정책지원, 기술사업화 지원, 네국내 · 외 네트워크 지원 등을 지원
- 국내의 ‘연구개발-인허가-신의료기술-보험등재’ 관련 정보 제공 뿐 아니라 기술적 자문을 "One Stop"체제로 수행할 수 있는 촉진센터 운영
 - 보건의료 기술 분야별 (재생의료, 정밀의료, 첨단의료기기 등) ‘촉진센터’를 민간 전문가 중심으로 구축
 - 연구 개발부터 산업화 전주기에 관련된 정부기관 전문가들이 통합 구성한 ‘촉진자문단’을 구성하고, 촉진센터와 상시 협력 가능한 ‘One-Stop 촉진시스템’ 구축
 - 혁신기술 분야별 ‘One-Stop 촉진시스템’은 연구 초기부터 시장진입을 위한 인허가, 보험급여 전략까지 고려한 경쟁력 있는 연구개발이 가능하도록 지원

[그림 2-5-18] 복지부 R&D 단계 및 촉진센터의 역할



자료: 한국보건산업진흥원(2017). 보건의료 R&D 미래전략수립 연구.

176) 작성자: 박실비아

□ (실행전략② 혁신기술의 보건의료가치 평가체계 확립)

- 의료기술의 최적화를 위한 전주기 기술평가체계 구축
 - 환자에게 의료기술이 전달될 수 있도록 주요 질환의 예방·진단·치료·재활에서 사용되는 기술을 임상적, 경제적, 환자 중심으로 평가
 - 평가결과를 적극 반영하여 의학적 효과성 안정성이 확보된 기술을 현장에서 사용하고, 환자 접근성을 높이기 위한 급여 의사결정을 도움
 - 의료기술의 기술 수명 주기에 따라 적합한 임상시험 근거, real world evidence 등을 수집, 평가함으로써 근거에 기반 한 기술의 진입, 확산, 퇴출을 도모함
- 혁신 의료기술의 시장 진입에 관한 규제절차의 효율적 운영
 - 빅데이터, 인공지능 등 신기술이 접목된 의료기기의 원활한 허가 심사를 위한 의료기기 분류체계의 주기적 정비와 투명성 강화
 - 신의료기술이 적용된 의료기기의 허가-신의료기술평가-요양급여 대상 여부 확인 심사를 동시에 진행하여(통합심사), 기업의 근거자료 생산과 평가 절차를 효율화함
 - 신의료기술평가제도 내에서 문헌근거의 불충분으로 신의료기술 인정이 탈락되는 유망 혁신의료기술에 대해 별도평가트랙을 도입을 추진
 - 문헌근거 외에 잠재가치가 높은 의료기술에 대해 임상현장에서 제한적 사용 통해 근거를 축적하여 재평가함

3) 세부추진계획 [3]-3: 병원 중심의 개방형 혁신 가속화

□ (실행전략① 환자중심 임상연구 활성화 및 국가적 관리체계 구축) 환자중심(Patient-centered)의 혁신기술 연구자 주도 임상연구 활성화 및 공익적 인삼연구 추진체계 마련

- 혁신기술 임상검증을 통한 환자접근성 제고를 위한 연구자 주도 임상연구 환경 조성
 - 연구자주도 임상연구가 활성화를 위해 건강보험 적용대상 확대 등 관련 제도를 개선하고 정부차원 임상연구 투자 확대
- 환자의 편익을 최우선으로 하는 의료기술 채택을 위해 환자의 관점과 가치에 초점을 맞춘 공익적 임상연구 추진 체계 마련
 - 주요 질환 예방·진단·치료·재활 의료기술간의 비교연구를 통해 치료효과를 극대화하고, 의료비 부담을 최소화할 수 있도록 의료기술 비교평가연구 지원
 - 근거가 불충분한 의료기술에 대한 안전성·유효성 등의 의학적 근거 산출을 통해 임상현

장에서 최적의 치료방법 도출, 의료진과 환자에게 최적의 의료정보 제공 가능한 의료기술 근거생성연구 지원

- 환자중심 의료기술 최적화 연구를 위한 자료 축적, 공공자료 연계, 연구방법론 교육 및 국내외 임상연구 네트워크 확대 등 다양한 인프라 구축 활동 지원 등 의료기술 기반역량 강화

□ (실행전략② 병원 중심 R&D 선순환구조 마련) 병원의 혁신역량을 강화하고 병원 R&D-사업화-재투자까지 연계되는 선순환 구조 마련

- 병원을 혁신의료기술 연구개발 주체로 인정하고 육성하기 위한 관련 제도 정비
 - 병원을 대학·출연연 등과 동등한 수준의 연구개발 주체로 규정
 - 생명공학육성법, 보건의료기술진흥법 등 대부분 과학기술 관련 법령은 대학, 기업, 연구기관(출연연 등)만 연구개발 주체로 규정
 - 병원도 연구개발 혁신주체로 육성하고, 병원 중심의 산·학·연 간의 공동·융합연구 및 국제협력을 촉진하는 법률 마련
- 연구중심병원의 연구사업화·창업 지원위한 제도적 기반 완비
 - 병원의 보건의료 지식 및 기술을 전담하여 사업화할 수 있도록 연구중심병원에 자체 '산병협력단' 설립 허용 검토, 산학협력단과 동일한 혜택 부여
 - 기술사업화, 창업지원, 투자가 가능하도록 연구중심병원을 첨단기술지주회사 설립가능 기관으로 추가
- 연구병원 육성 확대를 위해 연구역량이 뛰어난 병원을 다수 육성 및 지역의 자생적 혁신 지원
 - 지역 거점병원을 중심으로 연구역량 확산 지역 간, 산학연간 협력을 강화하고 지역의 혁신성장 지원
 - 연구중심병원 인증제 도입 등으로 現 연구중심병원 수준의 연구 역량을 갖춘 병원을 단계적으로 육성·확대

3) 세부추진계획 [3]-4: 혁신기술의 환자안전관리 시스템 구축

□ (실행전략① 혁신기술 도입에 따른 환자 안전관리체계 확립)

- 위험관리 원칙 3가지(예방, 사전주의, 사전염려)은 물론, 혁신기술 특성에 맞는 위험관리 체계 구축

- 위험관리 원칙과 더불어 혁신기술의 기술영향평가, ELSI 연구도 동행되어야 함
- 사안별 대응이 아닌 기술의 전략과 가치에 의해 설계된 선제적 규제를 모색하고 준비하기 위한 노력 필요
 - 법/규제가 R&D 전 과정에 동행자로서 역할수행
- 임상연구 환자 등록 및 모니터링 시스템 구축
 - 임상시험대상자의 권리와 복지를 보호하고 연구의 과학적/윤리적 진실성, 안전성을 평가하기 위해 데이터안전성감시 체계 마련
 - 혁신기술을 도입한 첨단치료가 원천적으로 가지고 있는 현재 기술로는 규명되지 않은 위험에 대해 모니터링 함으로서 안전한 임상연구 시스템 구축

〈표 2-5-8〉 일본 재생의료 데이터 구축 사례

| 일본 재생의료 데이터베이스 시스템 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - 일본 재생의료학회(JSRM The Japanese Society for Regenerative Medicine)는 일본 최초로 임상연구와 제품 시판 후 조사에 활용하는 재생의료 데이터베이스의 증례정보 등록을 개시('17.10.06) - 실제 진료데이터(real-world data)를 얻어 안전성과 유효성을 지속적으로 모니터링 및 관리, 평가 <ul style="list-style-type: none"> ※ 후생노동성 재생의료 계획의 공개 의무화('17.10.04) - 재생의료 계획을 국가에 신고한 의료기관에 대하여 재생의료 계획을 실시하는 의료기관과 관리자, 재생의료계획, 계획을 인정한 위원회 명칭 등에 대한 계획의 공개를 의무화 |

자료: presented by Dr. Yosi Sato, NIHS(Japan) in K-TERMS, 2018.11

□ (실행전략②) 미래의료의 선제적·포괄적 규제 혁신 추진

- 보건의료는 의료시장 진입을 목적으로 하고 있으며, 안전성(safety), 효능(efficacy)에 대한 제도적 기반 하에 수행되어야 함
 - 4차 산업혁명 핵심 기술들이 발전함에 따라 기존 의료분야에서도 많은 변화가 일어날 것으로 전망
 - 보건의료 R&D 정책에 반영할 수 있도록 사회적 수용가능성과 건강보험의 보장 가능성을 고려하여 법/제도 및 규범적인 부분까지도 고려
 - ELSI(Ethical, legal, Social Implication)연구를 통한 새로운 과학기술이 미칠 수 있는 영향 분석¹⁷⁷⁾

177) 美 NHGRI(National Human Genome Research Institute), 캐나다 GE3LS(Genomics and Ethical, Environmental, Economic, Legal, and Social aspects) 등 해외 선례 참고

5) 세부추진계획 [3]-5: 미래 혁신을 선도할 인재양성

□ (실행전략① 의사·병원의 중개·임상연구인력 역량강화) 의사·병원의 혁신역량을 강화하고 병원 R&D 선순환 구조 마련

○ 병원을 혁신의료기술 연구개발 주체로 인정하고 육성하기 위한 관련 제도 정비

－ 병원을 대학·출연연 등과 동등한 수준의 연구개발 주체로 규정

* 생명공학육성법, 보건의료기술진흥법 등 대부분 과학기술 관련 법령은 대학, 기업, 연구기관(출연연 등)만 연구개발 주체로 규정

－ 병원도 연구개발 혁신주체로 육성하고, 병원 중심의 산·학·연 간의 공동·융합연구 및 국제협력을 촉진하는 법률 마련

○ 연구중심병원의 연구사업화·창업 지원위한 제도적 기반 완비

－ 병원의 보건의료 지식 및 기술을 전담하여 사업화할 수 있도록 연구중심병원에 자체 ‘산병협력단’ 설립 허용 검토, 산학협력단과 동일한 혜택 부여

－ 기술사업화, 창업지원, 투자가 가능하도록 연구중심병원을 첨단기술지주회사 설립가능기관으로 추가

○ 연구병원 육성 확대를 위해 연구역량이 뛰어난 병원을 다수 육성 및 지역의 자생적 혁신 지원

－ 지역 거점병원을 중심으로 연구역량 확산 지역간, 산학연간 협력을 강화하고 지역의 혁신성장 지원

－ 연구중심병원 인증제 도입 등으로 現 연구중심병원 수준의 연구 역량을 갖춘 병원을 단계적으로 육성·확대

○ 의사 양성주기별 연구역량 강화 등으로 중개임상연구의 핵심주체인 연구하는 의사 양성

－ 임상연구의사 양성프로그램 신설 등으로 병원 의사에게 연구 참여 기회 확대 및 여건 개선

－ 중견 임상 의사 참여 유도 및 연구 의사 양성기능 강화로 기초의과학 선도연구센터(MRC)를 통한 연구 의사 양성 강화

－ 신진 의사의 의과학자 과정 참여를 유인하고 중장기기적으로 의과학자를 체계적으로 양성할 수 있도록 의대 교육 및 수련·학위 과정 개정

□ (실행전략② 혁신기술 연계 신산업 인력양성 플랫폼 구축) 보건 신산업 관련 분야 기업 및 연구소, 병원 등 전문가 패널 구축을 통한 전문인력 현황 조사, 수요 예측 및 양성 체계 진단분석

○ 보건산업 혁신기술분야 관련 전문가 협의체를 구성·활용하여, 전문인력 유형별 수급현황

및 필요인력 예측

- 보건 신산업 전문가 그룹을 활용한 분야별 패널 구축, 신산업 직업·직군별 인력 전망 등을 통한 미래 예측 연구

○ 보건 신산업 전문인력 양성 체계 진단 및 분석

- 주요 혁신기술 분야별, 밸류체인(value chain)별, 특정 유형별 전문인력 경력경로(career path)에 대한 국내 인력양성 방안을 종합적으로 검토하고, 결과를 바탕으로 보건 신산업 분야 전문인력 양성 체계 문제점 진단

○ 혁신기술 및 보건신산업 인력 수요 현황 분석·예측 공개 플랫폼 구축

- 인적자원 협의체 패널 및 실질 구인 광고* 활용한 인력 수요 현황 분석·예측

* 상시적 패널 조사, 키워드 검색 및 수요처 인터뷰 등을 통한 정보 수집 관리

- 수요처 기반 요구 전문 역량의 매트릭스(matrix) 모듈화를 통한 명확한 분야 정의

○ 혁신기술 및 보건신산업 분야별 전문인력 매트릭스 모듈 기반 DB 구축

- 수요기관 요구 전문 역량 기반 매트릭스 모듈화 전문인력 분류 체계 구축
- 보건의료 분야 정부 R&D 사업 참여 연구인력 DB 관리 및 수요처 매칭 지원

○ 전문인력 DB 및 혁신기술/신산업 분야 교육 커리큘럼 매칭 지원을 통한 job 매칭 역량 강화

- 수요 요구 매트릭스 모듈에 적합한 전문인력 양성 효율화

□ (실행전략③ 보건의료 혁신기술을 선도하는 융합형 석·박사 전문인력 양성) 미래보건의료산업 성장에 부합하는 표준 교육과정 개발 및 혁신기술의 현장 적합성 수요기반 연구인력 양성

○ 혁신기술을 기반으로 의료현장 실무인력양성을 위한 융합 커리큘럼 개발 지원

- 보건의료 직무별 역량분석 기반 표준 교육모델을 개발, 단기교육기관 및 대학에 산업이 요구하는 맞춤형 인력양성 커리큘럼을 제공

○ 임상현장을 이끌어갈 보건의료인력 대학·대학원 학제를 보건의료 미래기술에 대응할 수 있도록 개편

- 의사자격 시험 내 보건의료 미래기술관련 과목 출제, 세부전공의 등 연과 자격 확대를 통한 학제 개편
- 핵심연구인력의 산업적 역량 제고를 위한 연구자-기업 공동 R&D추진 및 글로벌 연수 프로그램 지원
- 국가 R&D 연구 사업 참여인력 인증 프로그램개발, 첨단 혁신 분야 연구자에 대한

예우(처우개선)와 함께 전문인력의 효율적 관리를 통한 현장 수요 전문인력 매칭 연계성 강화

라. 연도별 추진일정

〈표 2-5-9〉 미래기술 분과 : ③혁신기술 도입에 기여하는 보건의료 R&D 체계 정립 : 연도별 세부 추진계획

| 구분 | '19년 | '20년 | '21년 | '22년 | '23년 | '30년 |
|----------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| ① 보건복지부 R&D 거버넌스 혁신 | | | | | | |
| ○ 보건복지부 R&D 거버넌스의 단계적 개편 | | | | | | |
| ○ 혁신기술 도입 촉진을 위한 R&D 운영 및 자원 선진화 | | | | | | |
| ② 혁신기술 미래산업 육성 효율화 | | | | | | |
| ○ 혁신기술의 산업화 촉진 시스템 구축 | | | | | | |
| ○ 혁신기술의 보건의료가치 평가체계 확립 | | | | | | |
| ③ 혁신기술의 환자안전관리 시스템 구축 | | | | | | |
| ○ 혁신기술 특성 기반의 환자 안전관리체계 확립 | | | | | | |
| ○ 미래의료의 선제적·포괄적 규제 혁신 추진 | | | | | | |
| ④ 미래혁신을 선도할 인재양성 | | | | | | |
| ○ 병원의 중개·임상연구인력 역량강화 | | | | | | |
| ○ 혁신기술연계 신산업 인력양성 플랫폼 구축 | | | | | | |
| ○ 보건의료 융합형 석·박사 전문인력양성 | | | | | | |

마. 참고문헌

- 고용노동부, 2016-2030 : 4차산업혁명에 따른 인력수요 전망, 고용노동부, 2018
- 송영화 등, 보건 신산업분야 전문인력 수요전망 및 인력양성 방안 연구, 한국보건산업진흥원, 2017
- 안정민, 서정교, S-헬스케어산업의 경제적 파급효과 분석, 보건의료산업학회지, Vol.11(2), pp55-64, 2017
- 최재원 등, 보건산업 융·복합 인재육성 방안 연구, 한국보건산업진흥원, 2016
- Accenture analysis, ARTIFICIAL INTELLIGENCE : Healcare's New Nervous System, accentrue, 2017
- Canada Health Infoway etc, Health Informatics and Health Information Management - Human Resources Outlook 2014-2019, Canada Health Infoway etc, 2014

제 6 장

재정·인프라

제1절 재정·인프라 개괄

제2절 추진방향 ①: 재원의 안정적 확보

제3절 추진방향 ②: 보건의료 정책 거버넌스 개편

제4절 추진방향 ③: 법·제도적 인프라 정비

제5절 추진방향 ④: 근거기반 정책을 위한 통계 인프라 확충

제6절 추진방향 ⑤: 보건의료 정보화 관련 인프라 구축

제7절 추진방향 ⑥: 환자 안전과 의료의 질 향상 인프라 확충

제1절 재정·인프라 개괄

| | | | | |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 정책목표 | 재정 지속가능성 제고 보건의료 정책 거버넌스 확립 안전하고 질 높은 의료서비스 제공 | | | |
| 추진방향① | ① 재원의 안정적 확보 | | | |
| 추진과제 | ①-1 건강보험 및 의료급여 재원의 안정적 확보 (건강보험 공통과제) | ①-2 장기요양 재원의 확대 (장기요양보험 공통과제) | ①-3 공사의료보험 연계 및 신규재원에 대한 검토 | ①-4 재정 투입의 성과 관리 체계 |
| 실행전략 (추진계획) | ① 소득중심 건강보험료 부과체계 개편의 지속 추진 ② 건강보험 및 의료급여에 대한 국고지원의 예측 가능성 제고 | ① 현행 국고 지원 비율 상향 조정 및 산정 방식 개선 ② 추가재원 도입가능성 논의 | ① 공사의료보험의 연계를 통한 보건의료 재원의 누수 방지 ② 신규 재원에 대한 장기적 검토 | ① 국민 편의에 따른 사업 우선 수행 ② 사업 평가체계의 개발 및 보완 ③ 사업 평가과정에 국민 참여 확대 방안 마련 |
| 추진방향② | ② 보건의료 정책 거버넌스 개편 | | | |
| 추진과제 | ②-1 지역사회 보건의료정책 역량 강화 | ②-2 지역사회 보건의료정책 성과관리체계 구축 | ②-3 보건의료 분야의 多부처 거버넌스 내실화 | |
| 실행전략 (추진계획) | ① 보건의료의 가치 증진을 위한 합리적·현실적 분권 기재 마련 ② 보건의료 분야 법정계획 정비 ③ 주민참여형 보건의료정책 수립 경험의 상향화 | ① 지역사회 보건의료정책 성과체계 마련 ② 중앙-지역 연계 보건의료정책 평가 및 환류체계 마련 | ① 보건의료정책 중심기관으로서 보건복지부 위상 강화 ② 보건의료정책에 대한 중앙행정기관 간 연계 강화 | |
| 추진방향③ | ③ 법·제도적 인프라 정비 (※level 조정) | | | |
| 추진과제 | ③-1 「보건의료기본법」 개정 | | | |
| 실행전략 (추진계획) | ① ‘보건의료발전계획’에 따른 중장기 재정계획 수립 근거 마련 ② ‘보건의료발전계획’의 실효성 담보를 위한 근거 마련 ③ 주요 보건의료정책 실행을 위한 지원체계 명확화 ④ 보건의료 관계 법령에 사용되는 용어 중 정비 대상 선정 및 용어 변경에 따른 부작용 최소화 정책 사례 검토 | | | |
| | ④ 근거기반 정책을 위한 통계 인프라 확충 (※level 조정) | | | |
| | ④-1 보건통계 프레임워크의 구축 | ④-2 보건통계의 정책적 활용도 제고 | ④-3 보건통계 관리 조직의 정비 | |

| | | | |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | ① 보건의료제도의 목표와 기능을 중심으로 통계 수집 ② 중복 지표의 조정과 신규 지표의 발굴 ③ 종합 지표(index) 산출 가능성 검토 ④ 통계의 정확성 제고 | ① 보건의료제도의 성과 평가 ② 국민 대상 평가결과 공개 | ① 정책통계담당관실의 역할 및 권한 강화 ② 부처 및 소속 기관 간 업무 교류 및 자료 공유 활성화 |
| 추진방향⑤ | ⑤ 보건의료 정보화 관련 인프라 구축 | | |
| 추진과제 | ⑤-1 보건의료정보 교류 확장을 통한 개인 주도형 의료정보 기반마련 | ⑤-2 보건의료정보의 보호 강화와 적극적 활용을 병행할 수 있는 법적 기반 및 실행 체계 구축 | ⑤-3 보건의료 통합적 정보화 추진을 위한 조직 기반 구축 |
| 실행전략 (추진계획) | ① 기 보건의료정보 교류 플랫폼 확대 추진 ② 정보 교류를 위한 표준화 작업 수행 ③ 개인 보건의료정보 활용기반 마련 및 서비스 개발 | ① 보건의료정보 보호 및 활용을 위한 법률 제정 및 타 관련 법률에서의 개인정보 보호 규정 보완 ② 보건의료정보 보호 추진체계 마련 ③ 보건의료 빅데이터 플랫폼 구축 및 관련 사업 추진 | ① 보건의료정보화 총괄 컨트롤타워 신설 및 기능개편 ② '디지털 헬스 개발원' 설립 ③ 보건복지부 소관 법률 내의 보건의료정보화 관련 조항 내용 수정 및 보완 |
| 추진방향⑥ | ⑥ 환자 안전과 의료의 질 향상 인프라 확충 | | |
| 추진과제 | ⑥-1 환자안전과 의료 질 향상 위한 국가 거버넌스 확립 | ⑥-2 의료기관 단위 환자안전 및 의료 질 측정 인프라 확대 | ⑥-3 환자안전 및 의료 질 측정 데이터의 질 향상 |
| 실행전략 (추진계획) | ① 국가 환자안전 및 의료 질 향상을 위한 국가 목표 관리체계 구축 ② 환자안전 향상 인프라 강화 | ① 국가지표관리체계 구축 ② 환자-의료인-전문가 협업 체계 강화 ③ 환자경험과 환자중심의 결과 측정을 위한 지표 개발 | ① POA 정보 구축을 위한 코딩 시스템 개선 ② EMR 기반 질 정보 보고를 위한 단계적 보상 강화 |

□ 재원조달체계는 보건의료제도의 물적 흐름으로서의 의료제공체계를 금전적으로 뒷받침한다. 한국 의료제도의 재원조달은 주로 건강보험제도를 통해서 이루어진다는 점에서 건강보험제도는 의료제공체계와 함께 한국의 의료제도를 구성하는 두 개의 기둥이라 할 수 있다.¹⁷⁸⁾ 그렇지만 보건의료의 재원과 관련된 제도에는 보건복지부 소관의 의료급여, 노인장기요양보험 그리고 타부처 소관의 산재보험과 자동차보험이 있다. 민간보험도 우리의 보건의료제도에 있어서의 재원조달의 기능을 하고 있다.

□ 한국의 전체 경상의료비는 2016년 120.5조원으로, GDP의 7.3%에 해당한다. 이는 OECD

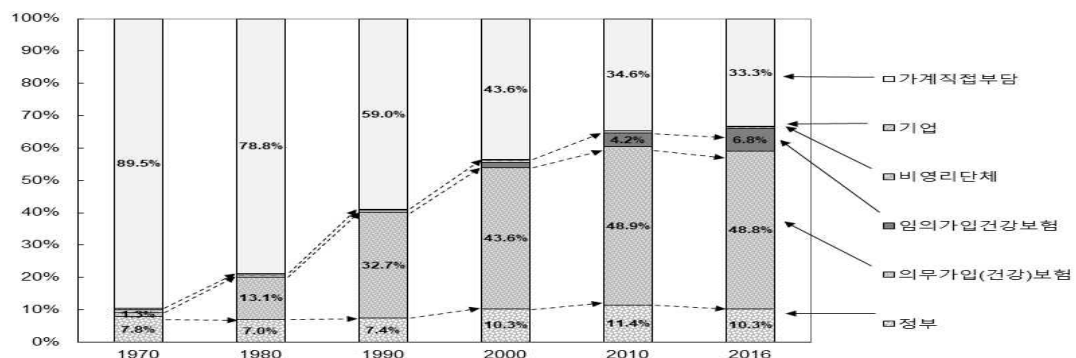
178) OECD를 중심으로 구축되어온 보건계정체계(System of Health Accounts: SHA)는 국제비교가 가능한 국가별 의료비 재원의 구성을 보여준다(OECD·WHO·EUROSTAT, 2011). 여기서는 보건계정을 활용하여 한국 의료제도의 재원조달의 규모와 성격을 규명한다.

36개 국가 중 26번째에 해당한다. 구매력지수로 환산한 한국의 1인당 경상의료비는 2,688 US\$PPP로 36개 국가 중 25번째에 해당한다. 경상의료비의 규모는 1980년 1.4조 원에 불과했으나, 그 이후 급격히 증가했다. 증가율 자체는 1980년대 평균 18.2%, 1990년대 평균 13.3%, 2000년대 평균 12.0%로 둔화되어 왔고, 2011년부터는 한자리수로 줄어들었다. 하지만 최근에는 2012년 5.6%, 2013년 6.8% 2014년 7.9%로 증가율이 미미하게나마 높아지고 있다.

- 2016년의 경상의료비는 59.2%가 공공재원(정부·의무가입제도)을 통해, 그리고 33.3%가 가계의 직접부담을 통해서 조달되었다. 1970년대 초반 해도 공공재원의 비중은 10%에 미치지 못하였으나 보장인구의 증가와 급여 확대가 계속됨에 따라 2016년 59.2%에 이르게 되었다. 하지만 OECD 국가 평균인 72.8%에 비해서 훨씬 낮다.

[그림 2-6-1] 국민의료비 재원 구성의 추이

(단위: %)



자료: OECD(2018)

- 이러한 성과에도 불구하고 계속되는 의료비의 증가는 우리 보건의료제도의 지속가능성을 위협하고 있다. 아직은 경상의료비의 비중이 OECD 평균에 비해서 낮은 편이지만, 인구고령화에 따른 의료비의 증가, 간호간병서비스의 확대에 따른 추가적 비용 증가, 계속되는 신약에 대한 급여 확대 요구 등을 고려하면, 특단의 대책이 없는 한 2020년대 전반이면 OECD 평균을 넘어서게 될 것으로 보인다. 이러한 상황을 고려해서 “추진방향 ①: 재원의 안정적 확보”에서는 건강보험, 의료급여, 장기요양보험 재원의 안정적 확보 및 확대 방안을 강구하고 신규 재원을 검토하며 아울러 재정 투입의 성과관리 체계를 모색한다.
- “추진방향 ②: 법·제도적 인프라 정비 (보건의료발전계획 실행력 강화)”에서는, 그동안 「보건의료기본법」에 따른 ‘보건의료발전계획’이 제대로 수립되지 못했고 실효성 담보를 위한 구체적인 방안이 갖추어져 있지 못하다는 문제 인식하에, 수립된 ‘보건의료발전계획’에 따라 모든 정

부의 보건의료정책이 일관성을 갖고 추진될 수 있도록 개별 법률의 중장기 추진계획에 반영할 수 있는 법적 근거를 마련하고자 했다. 수립된 ‘보건의료발전계획’의 추진력 담보를 위한 재원 확보 방안을 강구하고, 민간의료기관에 대한 지원과 부정사용에 대한 제재 근거를 명확히 하는 것이다. 아울러, 하나의 용어가 여러 의미로 사용되고, 동일 또는 유사한 의미인데도 서로 다른 용어를 사용하며, 전문 용어의 의미가 일반의 이해와 크게 달라 혼란이 초래되고 있다는 문제 인식하에, 정비 대상 보건의료 용어의 선정 및 변경 작업을 추진할 것을 제시하고 있다.

- “추진방향 ③: 보건의료 정책 거버넌스 개편”에서는, 우리나라 보건의료 환경에서 발생하는 지역 위상 및 역할 제고의 이상과 현실의 미스매치 문제, 보건의료정책의 성과 제고를 위한 중앙·행정·부처 간 거버넌스 작동에 한계를 인식하고, 첫째, 효과적인 중앙-지역 보건의료정책 연계·협력 체계를 구축하고, 둘째, 국민건강수준을 유지, 제고하기 위해 보건복지부의 정책 이니셔티브를 강화하는 것으로 세부실천목표로 하여, 세부추진계획 및 실행전략으로 첫째, 지역사회 보건의료정책 역량 강화, 둘째, 지역사회 보건의료정책 성과관리체계 구축, 셋째, 보건의료 분야의 多부처 거버넌스 내실화를 제시하고 있다.
- “추진방향 ④: 근거기반 정책을 위한 통계 인프라 확충 (보건의료 통계 고도화)”에서는 보건의료제도의 목표와 기능을 확인할 수 있고, 보건의료제도의 성과를 측정할 수 있는 통계의 중요성이 커짐에 따라 이를 위한 과제를 제안하고 있다. 이를 통해 첫째, 보건의료제도의 목표와 기능에 대한 점검이 되어야 하고, 둘째, 보건의료제도의 성과를 확인할 수 있어야 하며, 셋째, 정책 수립의 과정에서 통계의 활용을 늘려야 한다. 세부추진과제로서는 첫째, 각종 보건통계를 집대성하여 보건의료제도의 목표와 기능을 한눈에 보여주는 틀을 갖추어야 하는 것, 둘째, 이러한 통계를 제도의 성과평가에 활용하고 평가결과를 공개하여 정책적 활용도를 높이는 것, 셋째, 보건통계 관리 조직을 정비하는 것을 제시하고 있다.
- “추진방향 ⑤: 환자 안전과 의료의 질 향상 인프라 확충”에서는, 기존의 지역사회 감염과는 전파양상이 다른 의료관련 감염병이 이슈화되고 있고 한편으로 질 높은 의료서비스에 대한 공평한 접근성 보장의 필요성 대두되고 있는 상황에서, 환자안전과 의료의 질 향상을 위한 통합적 접근이 부족하고, 환자안전과 의료의 질에 대한 국가 목표와 성과 관리가 미비하다는 문제 인식하에, 환자안전과 의료의 질 향상을 위한 통합 운영 인프라 구축, 환자의 비용대비가치 향상을 위한 측정 인프라 확충, 성과보상지불제도를 활용한 환자안전 데이터 질 향상 등의 과제를 제시하고 있다.
- “추진방향 ⑥: 국민과 환자 중심의 가치기반 지불의 확대”에서는 우리의 보건의료제도에서 의료에 대한 책무성을 높이는 보상체계가 부족하고 서비스 단위와 재정보호 중심의 현행 보상방

식에는 한계가 있다는 문제 인식하에, 세부추진과제로서 기존 지불제도에 추가하여 의료 질 기반 성과보상지불을 확대할 것, 의료 질 평가와 보상의 사각지대를 해소할 것, 국민과 환자 중심의 가치기반 지불을 점진적으로 확대할 것을 제안하고 있다.

- “추진방향 ⑦: 보건의료 정보화 관련 인프라 구축”에서는, 보건의료 정보화에 대한 총괄 및 운영 지원체계의 부재로 비효율이 야기되고, 개인의 보건의료정보 활용을 위한 여건이 불비해서 보건의료 데이터가 제대로 활용되지 못하고 있으며, 의료기관, 보건기관, 보건의료정보시스템, 건강관리 프로그램 등에 개인보건의료정보가 산재되어 소비자 중심의 연속적이고 통합적인 맞춤형 보건의료 서비스 제공이 어렵다는 문제 인식하에, 세부과제로 보건의료 정보화 추진을 위한 조직으로 기획조정실 내에 정보기획관을 신설하고 ‘보건복지 정보화 위원회’를 구성할 것, 보건의료정보의 보호 강화와 적극적 활용을 병행할 수 있는 법적 기반 및 실행 체계를 구축할 것, 개인보건의료정보의 교류·공유 기반을 마련하여 확대 적용할 것을 제안하고 있다.

제2절 추진방향 ①: 재원의 안정적 확보¹⁷⁹⁾

가. 추진배경 및 주요 문제의식

□ (문제意識① 인구고령화와 생활수준 향상에 따른 의료수요의 확대)

○ (인구고령화와 만성질환의 증가) 인구고령화에 따라 만성질환자가 다수를 점하고 재활 필요 인구가 급증

- 고령화율의 급등 (2018) 14%→(2025) 20%
- 2020년부터 베이비부머 세대의 노인인구 진입
- 기대수명의 증가로 암·치매 등 노화와 관련된 질환 급증
- 대다수의 고령자는 만성질환을 보유하며 이는 완치보다는 일상적 관리를 요함

○ (기호의 변화와 기술진보)

- 생활수준이 증가하면서 의식주에 관한 관심보다는 건강생활과 아메니티에 대한 관심이 높아지고 이는 다양한 의료수요를 창출함
- 스마트헬스케어와 의학기술의 진보는 효율화를 통해 의료비용을 줄이기도 하지만 새로운 수요를 창출하고 의료가격의 상승을 견인하게 됨

□ (문제意識② 계속되는 의료비 급증은 의료제도의 지속가능성 위협)

○ 의료비의 증가가 이를 뒷받침할 소득의 증가 속도를 장기간 추월하면 다른 경제 제도 및 사회보장 부문에 부담으로 작동함

- 경상의료비의 연평균 증가율: 1980년대 18.2% → 1990년대 13.3% → 2000년대 12.0% → 2010년대 7.3%로 줄어들었지만, 최근에는 2014년 7.8%, 2015년 8.8% 2016년 9.3%로 증가율이 다시 높아지고 있음

〈표 2-6-1〉 경상의료비의 연평균 증가율

| 1970년대 (1970~1979) | 1980년대 (1980~1989) | 1990년대 (1990~1999) | 2000년대 (2000~2009) | 최근 (2010~2016) |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| 34.2% | 18.2% | 13.3% | 12.0% | 7.3% |

- 반면에 국민소득은 성장률이 뚜렷이 둔화되어, 결과적으로 「GDP 대비 경상의료비」는 1990년 3.7% → 2000년 4.0%에 → 2010년 6.2% → 2016년 7.3%로 급격히 증가함

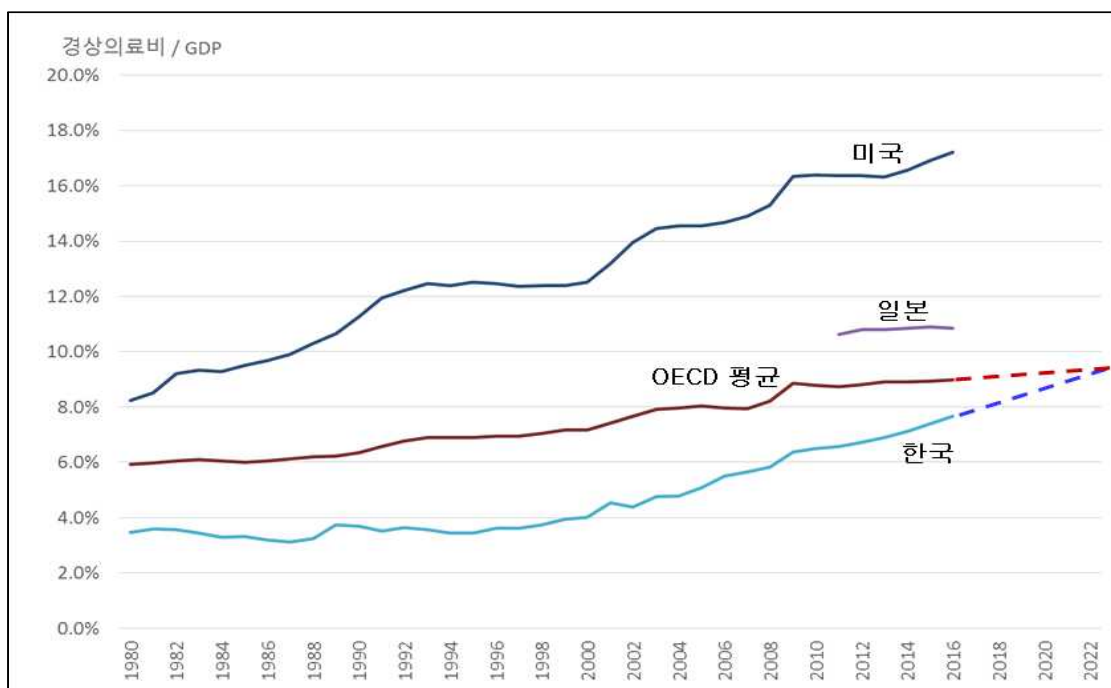
○ 지금의 추세가 계속된다면 우리의 'GDP 대비 경상의료비'는 2022년이면 OECD국가의 평

¹⁷⁹⁾ 작성자: 정형선

균인 9% 대에 진입하게 됨¹⁸⁰⁾

- 1990년대만 해도 3% 대에 있던 것이, 2000 4%, 2008년 6%를 넘어섰고, 현재 8%를 넘어서기 직전에 있음
- 인구고령화에 따른 만성질환의 증가는 의료비 급증을 예고하고 있고, 환자 개인과 가족의 부담으로 방치되어 있는 간호간병서비스를 의료보장의 대상으로 하기 위해서도 향후 막대한 재원이 추가적으로 투입되게 됨

[그림 2-6-2] GDP 대비 경상의료비



자료: 보건복지부(2016.7) 2014 국민보건계정. 부록5 '미래추계' 결과 재구성

나. 정책 상황 분석

□ (정책 현황: 보건의료제도의 재정조달 현황)

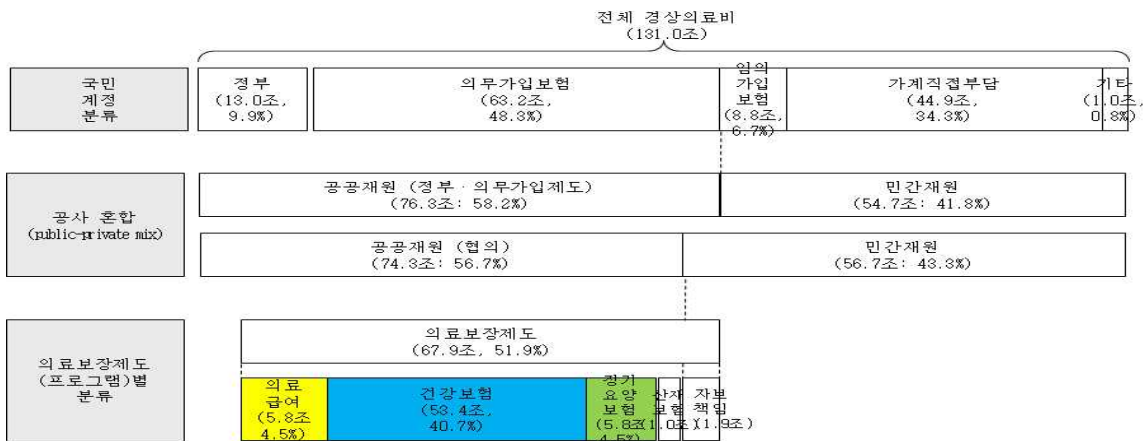
- 2017년 전체 경상의료비 (가추계치) 131조원은 공공재원 76.3조원(58.2%)과 민간재원 54.7조원(41.8%)으로 구성됨
 - 공공재원은 의무가입보험제도 63.2조원(48.3%)과 정부사업재원 13.0조원(9.9%)으로 구성됨
 - 민간재원은 가계직접부담 44.9조원(34.3%)과 실손민간보험재원(임의가입제도) 8.8조원(6.7%)으로 구성됨

180) 보건복지부(2016.7). 2014 국민보건계정. 부록5 '미래추계' 결과 재구성

○ 의료보장재원은 67.9조원에 달하는바, 의무가입보험제도와 의료급여제도(정부사업재원)으로 구성되며, 대부분은 보건복지부 소관의 건강보험, 의료급여, 노인장기요양보험에 의해 조달되고 있음

- 건강보험이 53.4조원(40.7%), 의료급여가 5.8조원(4.5%), 노인장기요양보험이 5.8조원(4.5%)
- 나머지는 자동차책임보험이 1.9조원(1.5%), 고용노동부 소관의 산재보험이 1.0조원(0.7%)

[그림 2-6-3] 전체 보건의료제도의 경상의료비 중 의료보장 재원(2017년)



주: 국제비교를 위한 보건계정의 분류방식(SHA)에 따라 '건강보험에 대한 정부지원 7.1조원(일반예산 5.2조원 및 건강증진기금 1.9조원)'은 '정부 재원'이 아닌 '건강보험 재원'에 포함됨.

○ 정부사업재원 13.0조원은,

- 앞의 '의료보장재원'에도 포함되는 의료급여에 대한 정부지원 5.8조원,
- 공공보건서비스와 행정관리를 위한 중앙(보건복지부 및 식약청) 및 지방자치단체의 일반 예산 재원 4.0조원,
- 건강증진기금 재원 0.9조원, 응급의료기금 0.2조원 등을 포함함

□ (정책 성과: 의료보장 수준의 향상) 지난 30년간 의료보장 수준은 뚜렷이 높아졌음. 다만, 최근에는 비급여 의료비의 증가로 공공재원의 투입에 걸맞은 성과를 내고 있지 못함

○ 경상의료비에서 차지하는 공공재원(정부·의무가입제도)의 비중은 전국민의료보험 달성 후에 급격한 증가가 있었고(1988년 34.3% → 1990년 40.1%), 의약분업의 시행으로 다시 한번 도약이 있었음(1999년 52.2% → 2001년 57.0%).

○ 그러나, 2005년 이후 10여년 간의 지속적인 보장성 강화대책과 대폭적인 공공재원의 투입에도 불구하고 보장성 지표는 60%를 넘지 못하고(2005년 58.4% → 2017년 58.2%),

OECD 국가의 평균인 72% 수준에 한참 못 미침

□ (정책 한계: 장기적으로는 재정조달의 한계 예상)

○ 생산가능인구의 지속적 감소와 성장 동력의 둔화

- 생산가능인구는 2016년(3763만명)을 정점으로 2017년부터 감소하기 시작하며¹⁸¹⁾, 생산가능인구 평균연령도 2010년 39.1세, 2032년 43.1세로 상승¹⁸²⁾
- 고용 없는 성장이 고착화되고, 성장률 둔화가 장기화되면서 소득을 기반으로 한 의료보장의 자금 조달에 한계 노정
 - (잠재)성장률(%)의 둔화: 2.8%(2016~2020년) → 2.5%(2021~2025년) → 1.9%(2026~2030년) → 1.5%(2031~2035년)¹⁸³⁾

○ 의료보장 재원으로서의 최악세(주세, 설탕세 등)에 대한 논의

- 재정조달은 대부분 건강보험 및 장기요양보험의 문제이고, 이들 보험제도에서는 양출제입의 원칙이 적용됨.
 - 현재로는 건강보험이 누적 흑자 상태에 있어서 재정조달의 문제는 큰 쟁점이 되지 않으며, 건강보험의 중장기적 지속가능성은 새로운 재원의 발굴보다는 지출에 대한 관리가능성의 문제에 직결됨
- 새로운 재원으로 주세가 논의되기도 하나 의료보장의 재원으로서의 주세는 건강보험 제정의 악화와 건강보험료 인상의 한계가 동시에 발생한 절박한 상황에서 논의될 수 있음
 - 의료보장의 재원으로서 주세가 논의되는 것보다는, 국민의 건강증진 차원에서의 최악세로서 논의되어야 함

□ (정책목표①) 민간 투자 재원에 대한 과도한 의존에 기인한 보건의료제공체계의 왜곡과 의료자원의 불균형을 바로잡기 위해서는 정부 재원의 투입을 통한 유인 기제를 활용해야 하고, 건강증진·질병예방, 취약의료의 보강 등에 필요한 재원의 조달방안을 마련할 필요가 있는바, 보건의료부문의 일반예산을 확대하고 건강증진재원의 활용 범위를 유연하게 함

□ (정책목표②) 보장성의 강화로 현재의 필요 이상의 누적 흑자분이 해소되고 보험료의 인상이 법적 상한인 8%에 달해도 공보험의 정상적인 유지가 어려운 것이 충분히 예상되는 시점까지는 새로운 의료보장 재원 발굴에 대한 논의보다는 비용효과적인 보건의료제도의 운용을 위한 데 치중함. 건강보험 보험료 부과체계를 소득 중심으로 개편해 나가고 국고지원의 규모를 안정

181) 통계청(2016)

182) 이삼식 외(2015)

183) 매일경제(2018.1.11.)

적으로 유지하며, 의료급여제도에 대한 정부 재원을 안정적으로 확보하고, 장기요양보험의 재원을 확충하는 한편, 민영보험이 공보험체계를 교란하지 않도록 공사보험의 연계방안을 확보함.

다. 세부실천목표

| 세부실천목표 | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - 기존 재원의 안정적 확보 - 신규 재원의 검토 - 재정 투입의 성과 관리체계의 확립 | | | |
| ①-1 건강보험 및 의료급여 재원의 안정적 확보 (건강보험 공통과제) ① 소득중심 건강보험료 부과체계 개편의 지속 추진 ② 건강보험 및 의료급여에 대한 국고지원의 예측 가능성 제고 | ①-2 장기요양 재원의 확대 (장기요양보험 공통과제) ① 현행 국고 지원 비율 상향 조정 및 산정 방식 개선 ② 추가재원 도입가능성 논의 | ①-3 공사의료보험 연계 및 신규재원에 대한 검토 ① 공사의료보험의 연계를 통한 보건의료 재원의 누수 방지 ② 신규 재원에 대한 장기적 검토 | ①-4 재정 투입의 성과 관리 체계 ① 국민 편익에 따른 사업 우선 수행 ② 사업 평가체계의 개발 및 보완 ③ 사업 평가과정에 국민 참여 확대 방안 마련 |

1) 세부추진계획 ①-1: 건강보험 및 의료급여 재원의 안정적 확보 (건강보험 공통과제)

□ (실행전략①) 소득중심 건강보험료 부과체계 개편의 지속 추진

○ 2017년 확정된 건강보험료 부과체계안을 중심으로, 2018년 7월부터 2022년까지 2단계에 걸쳐 충실한 이행과 객관적 평가 병행

- 지역가입자 평가소득 폐지 및 재산·자동차에 대한 보험료 부과 축소
- 직장가입자 보수 외 소득 부과 대상 및 산정방식 구체화
- 보험료 상하한 규정 및 기준 연동
- 피부양자 조건 강화
- 개편에 따른 보험료 인상액의 일시적 경감
- 보험료 부과제도 개선위원회를 통한 적정성 평가

○ 2022년 이후에도 소득중심 부과체계로의 개혁을 지속하기 위한 선제적 논의

- (부과소득 범위의 확대) 현재 보수월액과 종합소득의 일부에 한정되어 있는 부과소득의 범위를 확대하여, 종합소득 부과 기준선을 인하하고 분리소득 및 기타소득(예: 농어업소득, 주택임대소득 등)으로 확대하기 위한 로드맵 설정
 - 종합소득 2000만원, 피부양자 4000만원, 보수외 소득 7200만원 공제 기준 등

- 분리소득의 소득기준인 금융소득 2000만원, 연금소득 1200만원, 기타소득 300만원
- (소득과약률 제고 및 소득 외 부과요소 축소) 재산, 자동차 등 소득 외 부과요소를 줄이고 소득 중심의 부과체제로 이행하기 위해서 소득과약률을 높이기 위한 노력

[그림 2-6-4] 부과소득의 범위

| | | | | | | |
|--------------------|-------------------|-------------------|-----------|----------|----------|--------------------|
| 보험료 부과 종합소득 | ① 보험료 미부과 종합소득 | ② 분리소득 | 비과세 소득 | 분류 과세 | 상속 증여 | 미 신고 소득 (탈루 소득) |
| 종합소득 | | | | | | |
| 건강보험공단 자료원 확보소득 | | 건강보험공단 자료원 미 확보소득 | | | | |
| 국세청 신고 소득 (파악된 소득) | | | | | | |
| 실질 소득 | | | | | | |

□ (실행전략②) 건강보험 및 의료급여에 대한 국고지원의 예측 가능성 제고

- 건강보험료의 일정 비율을 국고에서 지원하도록 하기 위한 기술적 방식을 확보함: 지원 규모 및 일반회계와 건강증진기금 간의 배분 비율의 명문화
 - 과거 3년의 보험료 수입 규모의 평균의 일정 비율을 지원하는 방식 또는 사후정산방식 등의 명문화 검토
 - 국민건강보험법 제108조, 국민건강증진법 부칙 제2항에 의거한 한시적 규정을 2022년 이전에 제거하여 국고지원의 당위성과 안정성을 확보함
 - 차상위계층지원사업, 각종 국고성 사업 등에 대한 건강보험의 부담을 고려할 때 건강보험에 대한 국고지원의 안정화 필요성이 커짐
- 의료급여 국고지원 예산의 안정적 확보
 - 의료급여비의 증가에 미치지 못하는 예산 증액으로 인한 진료비 체불문제의 해결을 위해 보건복지부, 지자체, 공단, 심평원의 공조를 통해 의료급여비의 낭비요인을 줄임과 동시에 지출 예상액에 대한 예측력을 높이고 이를 익년도의 예산 확보에 적절히 활용함
 - 정부 예산에서 의료급여 미지급분에 대한 목적예비비 항목을 정식으로 포함하여 지급난이 발생하는 것을 방지함

2) 세부추진계획 ①-2: 장기요양보험 재원의 확대 (장기요양보험 공통과제)

- 인구고령화에 따른 장기요양 수급 대상자의 확대와 보장성 강화에 따라 장기요양보험의 재정 압박은 커질 것이며 현재의 수입 구조로는 2020년부터는 누적수지마져 적자가 예상됨
- 장기요양보험 전체 수입은 보험료 65.6%, 국고지원금 12.1%, 의료급여부담금 21.0%, 기

타수입 1.3%로 구성

- 2016년에는 432억 당기적자 발생하였고, 현재의 보험료율이 유지된다면 2020년에 누적준비금적립금이 소진될 것으로 전망¹⁸⁴⁾.

□ (실행전략①) 현행 국고 지원 비율 상향 조정 및 산정 방식 개선

- 많은 국가들이 노인이나 어린이와 같은 취약 계층에 대해서는 국가 책임을 강화하고 있음
- 상향 비율은 국가 재정 및 노인장기요양보험 재정 추계 결과, 보장성 강화 계획 등을 바탕으로 면밀한 검토를 통하여 결정

□ (실행전략②) 미래사회를 대비한 추가재원 도입가능성 논의

- 1955년부터 1963년 사이에 출생한 베이비붐 세대가 만 75세로 진입하는 2030년부터 장기요양에 대한 수요가 급증할 것으로 판단되므로 이를 대비하기 위하여 적립금 성격의 추가재원 확보에 대한 논의 필요
- 적립 목표액 및 적립 기간 등에 대한 설계는 향후 장기요양 서비스 수요 증가에 대한 면밀한 검토를 바탕으로 실행하여야 하며 보험료율 산정에 있어서도 이를 감안하여야 함

3) 세부추진계획 [1]-3: 공사의료보험의 연계를 통한 보건의료 재원의 누수 방지 및 신규 재원에 대한 장기적 검토

□ (실행전략①) 공사의료보험의 연계를 통한 보건의료 재원의 누수 방지

- 실손형 민간의료보험이 공적 건강보험제도 및 보건의료제도에 미치는 악영향은 금융당국의 관리감독을 벗어나는 영역이기 때문에 공사보험을 연계해서 관리하는 체계가 갖추어져야 함
 - (가칭) 공사보험연계법을 통해 민간의료보험에 대한 관리감독의 권한을 정립하고, 공보험의 법정본인부담에 대한 민간보험의 보장 범위를 조정하며, 보장성 확대에 따른 민간보험의 반사이익을 관리함
- 환자 개인별로 공보험과 실손 민간보험의 이용/지급 내역을 관리하여 중복을 제거하고 비효율과 낭비를 줄임

□ (실행전략②) 신규 재원에 대한 장기적 검토

- 주세, 설탕세 등의 건강위해 목적세의 부과 외에도, 소비세를 건강위해요소가 많은 상품에는 더 부과하고, 건강 친화적 상품에는 덜 부과

184) 이호용, 문용필(2017)

- (수익자부담의 원칙) 건강위해 행위에 대한 목적세는 건강위해요인으로부터 발생하는 사회적 비용을 원인 제공자에게 책임을 지우는 수익자 부담의 원칙에 따른 것임
 - 건강위해요인으로부터 발생하는 사회적 비용: 관련 질병의 예방과 진단, 치료를 위한 직접적인 의료비용, 소득손실의 간접비용 등이 발생하고, 일부는 타인에게 비용이 전가됨
- (건강위해소비의 감소 효과) 세금 부과를 통해 건강위해소비를 줄임으로써 질병부담을 줄이며 사회적 비용을 절감하고, 건강위해소비의 경제적인 기회비용을 세금으로 반영
 - 건강위해소비는 중독성이 있어 합리적인 소비행위를 일탈하게 되므로 부담 부과를 통해 교정 효과를 도모하고, 이를 통해 확보된 재원은 위해요인의 예방과 건강증진을 위한 사업에 활용 가능함

4) 세부추진계획 [1]-4: 재정 투입의 성과 관리 체계

- 보험료, 정부보조금, 건강증진기금, 지방비 등 다양한 성격의 재원이 투입되고 있는바, 한정된 자원을 효율적으로 사용하여 국민의 요구에 맞는 서비스를 제공하는 기전 필요
 - 한정된 재원으로 국민건강증진, 삶의 질 향상을 이룩하기 위해서는 국민에게 보다 큰 편익을 제공하는 사업을 우선적으로 수행
 - 보건의료사업을 평가하기 위한 평가체계의 개발 및 보완: 공통 평가 항목 및 사업별 평가 항목 개발
 - 보건의료사업 평가과정에 대한 국민 참여 확대 방안 마련

라. 연도별 추진일정

〈표 2-6-2〉 재정·인프라분과: ① 재원의 안정적 확보: 연도별 추진일정

| 구분 | '19년 | '20년 | '21년 | '22년 | '23년 | '30년 |
|--------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| 건강보험 및 의료급여 재원의 안정적 확보 (건강보험 공통과제) | | | | | | |
| - 부과체계 개선 1단계 추진 | ○ | ○ | | | | |
| - 부과체계 개선 2단계 추진 | | | ○ | ○ | ○ | |
| 장기요양보험 재원의 확대 (장기요양보험 공통과제) | | | | | | |
| - 장기요양보험 5개년 계획에 따른 추진 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| 공사의료보험의 연계를 통한 보건의료 재원의 누수 방지 및 신규 재원에 대한 장기적 검토 | | | | | | |
| - 보장성 강화 대책 및 공사보험 연계법 추진 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| - 신규재원의 확보 시도 | | | | | | ○ |
| 재정 투입의 성과 관리 체계 | | | | | | |
| - 체계의 구축 | ○ | ○ | | | | |
| - 성과관리 체계의 활용 | | | ○ | ○ | ○ | |

마. 참고문헌

- 매일경제(2018.1.11.), `소득 3만弗` 기회이자 위기...당장 구조조정 못하면 다시 추락
<http://news.mk.co.kr/newsRead.php?year=2018&no=25630>
- 보건복지부(2016.7). 2014 국민보건계정.
- 이삼식, 신운정, 강혜규, 김정선, 여유진, 박종서, ..., 홍영란(2015), 고령화 및 생산가능인구 감소에 따른 대응전략 마련 연구, 한국보건사회연구원
- 이호용, 문용필(2017). 2014-2060 노인장기요양보험 중기재정전망, 기획재정부
통계청(2016), 장래인구추계.
- Jeong, HS. and Hurst, J. (2001). An assessment of the performance of the Japanese health care system, Labour Market and Social Policy Occasional Paper No. 56, Paris: OECD.
- OECD(2018), OECD.Stat. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>
- Roemer, MI. (1991). National Health Systems of the World. New York, NY: Oxford University Press.

제3절 추진방향 ②: 보건의료 정책 거버넌스 개편¹⁸⁵⁾

가. 추진배경 및 주요 문제의식

□ (문제의식① 참여와 지방분권(decentralization) 추세) 정치민주화 경험 축적과 지방자치제도 안착에 따라 중앙집중화되어 있던 권한의 배분과 중앙-지방 간 연계협력 관계설정이 시대적 추세로 자리매김

- 지방자치법 개정(안) 발표: 현행 지방자치법 제9장 ‘국가의 지도·감독’을 ‘국가와 지방자치단체의 관계’로 변경¹⁸⁶⁾함으로써 중앙-지방을 종전의 위계적·일방적 관계에서 연계협력 관계로 재설정하고 정책과정에서 지방정부의 주체적 역할 강조
- 현 정부 개헌안¹⁸⁷⁾에 정부 및 국회의원에 국한되었던 법률안 발의 권한을 국민으로 확장한 국민발안제도 신설

○ 정책결정과 집행과정에서 참여와 자치활성화를 통한 ‘주민주권 구현’이 민주주의의 질적 제고 요인으로 부각¹⁸⁸⁾

□ (문제의식② 보건의료 영역에서의 지역 위상 부각과 중앙-지방 연계 강화에 초점을 둔 정책 실행)

○ 보건의료는 주민체감도가 특히 높은 영역으로, 강한 ‘지역사회 기반성’을 가지며 정책의 ‘지역 실정 부합도’가 성과 창출에 영향을 미침.

○ 의료전달체계 개선(일차의료 강화), 공공보건의료 종합대책, 커뮤니티 케어 등 최근 주요 보건의료정책들은 지역사회 사회보장서비스 공급자들의 주체적 역할 수행과 중앙-지역간 연계·협력 강화에 초점을 두고 있음.

- 일차의료 강화(의료전달체계 개선): 우리나라는 지역사회 기반 일차의료체계가 부실한 것으로 평가받고 있어¹⁸⁹⁾, 이를 개선하는 차원에서 의료전달체계 개선사업에서 ‘지역성’을 복원·강화하기 위한 정책기제들과 지역자원 활용 강조
 - 지역사회 일차의료 시범사업: 동네의원을 중심으로 보건소 등 지역사회와 연계한 만성질환 관리체계 구축¹⁹⁰⁾
 - 일차의료 만성질환 관리모형: 동네의원 중심의 포괄적 만성질환관리 통합모형 운영을 위한 동네의원 역할 강화¹⁹¹⁾

185) 작성자: 윤강재

186) 행정안전부(2018a)

187) 대한민국 헌법 개정안: 의안번호 12670

188) 자치분권위원회(2018)

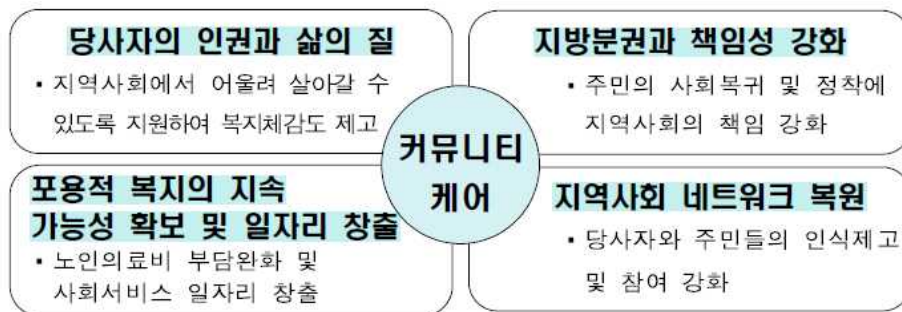
189) 국회 보건복지위원회(2018)

190) 보건복지부(2017)

191) 보건복지부(2018a)

- **공공보건의료 발전 종합대책:** 보건의료자원 분포 불균형 및 건강수준의 지역간 격차 해소를 위한 중앙-지역 간 효과적 거버넌스 구축 강조¹⁹²⁾
- **커뮤니티 케어:** 보건의료 및 돌봄서비스 연계 구현에서 지방분권과 책임성 강화를 주요 가치로 설정¹⁹³⁾

[그림 2-6-5] 커뮤니티 케어의 가치



자료: 보건복지부(2018c), 지역사회 중심 복지구현을 위한 커뮤니티 케어 추진방향

- 『보건의료발전계획』과 조응하는 지역의 자체적인 「지역보건의료계획」 수립 의무화(보건의료기본법 제17조)
- 보건복지부는 『보건의료발전계획』 수립의 의의 중 하나인 “지역사회를 포용하는 보건-복지 연계전략 수립”을 달성하기 위해 ‘사·도의 권한과 책임 강화, 지역사회 중심 보건-복지 통합서비스 제공’ 제시¹⁹⁴⁾

□ (문제意識⑤ ‘국민건강수준 제고’ 달성을 위한 중앙 행정기관 간 협력체계 구축과 보건복지부의 보건의료 정책이니셔티브 강화 필요)

- 건강결정요인은 의료서비스에 국한되지 않고 ‘건강위해요인의 다차원화 및 새로운 위협요인의 등장’으로 변화
 - 인수공통질병(감염병), 학교 및 군대-사업장-가정 등 다양한 생활공간(평생국민건강관리), 기후변화미세먼지·위해물질(환경), 식품·의약품 관리, 안전·재해예방 등 多부처 협력과 공동대응이 불가피한 위해요인들이 등장
 - One Health: 감염병 예방관리를 위해 “국민 건강에 영향을 미치는 다양한 요인에 대한 다부처·범국가적 공동대응 및 협력”체계(One Health) 제안¹⁹⁵⁾
 - 『제4차 국민건강증진종합계획(Health Plan)』에 식품정책, 근로자건강증진, 군인건강

192) 보건복지부(2018b)

193) 보건복지부(2018c)

194) 보건의료정책과(2018)

195) 보건복지부(2018d)

증진, 학교보건, 다문화가족건강 등 他부처와의 연계가 필수적인 5개 중점과제 포함¹⁹⁶⁾

- 『보건의료발전계획』은 ‘관계 중앙행정기관과의 협의’를 통해 수립하며, 포함되어야 할 내용 중 하나로서 ‘중앙행정기관 간의 보건의료 관련 업무의 종합·조정’ 규정(보건의료기본법 제 15조)

나. 정책 상황 분석

□ (정책 성과① 보건의료 분야 주요 법정 계획의 중앙-지역 역할분담 체계 구축과 지역 실정에 근거한 자체적인 정책개발 활성화)

- 보건의료기본법은 국가와 지방자치단체를 보건의료의 동등한 책임주체로 규정하며, 지역 (시·도-시·군·구) 단위 보건의료발전계획 수립·시행 의무화
 - 국가와 지방자치단체에 ①국민건강의 보호·증진을 위한 법적·제도적 장치 마련 및 자원 확보 ②국민의 기본적인 보건의료 수요 충족 ③국민건강 위해 요인 방지 ④민간 보건의료에 대한 행정적·재정적 지원(제4조) 의무 부여
- 보건의료 분야 주요 법정계획들은 분야 특성에 따라 중앙-시·도-시·군·구의 수립주체 중층화를 각각의 근거 법령에 규정하고 있어, 중앙-지역 간 역할분담과 세부 계획의 실행 체계 구축 측면에서 긍정적으로 평가할 수 있음.
 - 예를 들어 전국민 가입·요양기관 당연지정 및 단일보험자 체계를 핵심으로 하는 건강보험 영역은 중앙정부만을 계획수립 주체로 규정하나,
 - 지역보건계획 및 건강증진사업 관련 법정계획들은 지역실정에 부합하는 별도의 계획 및 실행계획 수립 의무를 시·군·구까지 확장하여 부과

〈표 2-6-3〉 보건의료 분야 주요 법정계획별 중앙-지방자치단체(세부계획 포함) 수립·추진 주체 구분

| 계획 | 관련 법 | 수립·추진 주체 | | |
|--------------------------|----------------|----------|-----|-------|
| | | 중앙 | 시·도 | 시·군·구 |
| 보건의료발전계획 | 보건의료기본법 | ○ | ○ | ○ |
| 국민건강증진종합계획 | 국민건강증진법 | ○ | ○ | ○ |
| 지역보건의료계획 | 지역보건법 | ○ | ○ | ○ |
| 구강보건기본계획 | 구강보건법 | ○ | ○ | ○ |
| 감염병예방및관리기본계획 | 감염병의예방및관리에관한법률 | ○ | ○ | ○ |
| 결핵관리기본계획 | 결핵예방법 | ○ | ○ | ○ |
| 식품안전관리기본계획 ¹⁾ | 식품안전기본법 | ○ | ○ | ○ |
| 공공보건의료기본계획 | 공공보건의료에 관한 법률 | ○ | ○ | - |

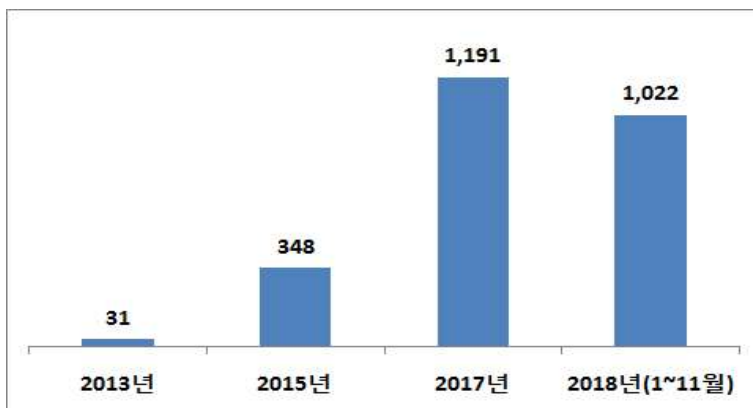
196) 보건복지부·한국건강증진개발원(2015)

| 계획 | 관련 법 | 수립·추진 주체 | | |
|--------------|--------------------|----------|-----|-------|
| | | 중앙 | 시·도 | 시·군·구 |
| 응급의료기본계획 | 응급의료에 관한 법률 | ○ | ○ | — |
| 자살예방기본계획 | 자살예방및생명존중문화조성을위한법률 | ○ | ○ | — |
| 환자안전종합계획 | 환자안전법 | ○ | — | — |
| 국민건강보험종합계획 | 국민건강보험법 | ○ | — | — |
| 국가건강검진종합계획 | 건강검진기본법 | ○ | — | — |
| 보건의료기술육성기본계획 | 보건의료기술진흥법 | ○ | — | — |

주: 1) 식품의약품안전처 소관 계획

- 지방자치단체의 사회보장제도 신설·변경에 대한 보건복지부 장관과의 협의 사례 수 추이에
도 나타나듯이 주민 수요와 지역 실정을 고려한 **자체적인 보건의료 및 사회복지제도 개발
사례 증가**

[그림 2-6-6] 사회보장제도 신설·변경 협의제도 협의·조정 실적



자료: 한국경제신문(2018.12.17.)

- (정책 성과 ② 건강위해요인에 대한 인식 확대에 따른 중앙행정기관 간 연계협력 필요성 및 그 과정에서 보건복지부 정책이니셔티브 기회 증대)

- 건강결정요인이 다차원화하고, 새로운 건강위해요인이 등장하면서 보건복지부를 비롯한 중앙행정기관 간 연계·협력의 필요성 증대
 - One Health: 신종 감염병은 다수 요인의 복합적 작용으로 발생과 전파예측이 어렵고 통제가능성은 불확실하여 건강위해요인으로서는 뿐만 아니라 사회적 불안요인으로 작용할 가능성이 높음.
 - 건강증진: 전통적으로 ‘전체 인구집단’을 대상으로 전개되던 흡연, 절주, 신체활동 등 생활습관개선과 건강증진활동의 효과성 제고를 위해 가정, 학교, 사업장, 군대 등 대상자별 특성 결합 요구 증대
 - 새로운 건강위해요인: 환경변화 및 서구화된 생활양식, 위해물질 등 중장기적 피해가능

성이 있는 요인들에 대한 관심과 건강영향에 대한 인식 확대

- 4차 산업혁명 등 산업구조 변화: 보건의료서비스의 전통적 제공방식인 “의료전문직에 의한 대면 진료·치료” 패러다임을 변화시키는 기술혁신 가속화

○ 그동안 보건의료 영역에 비해 경제발전에 투자 우선순위가 설정되어 온 것이 현실이었으나,

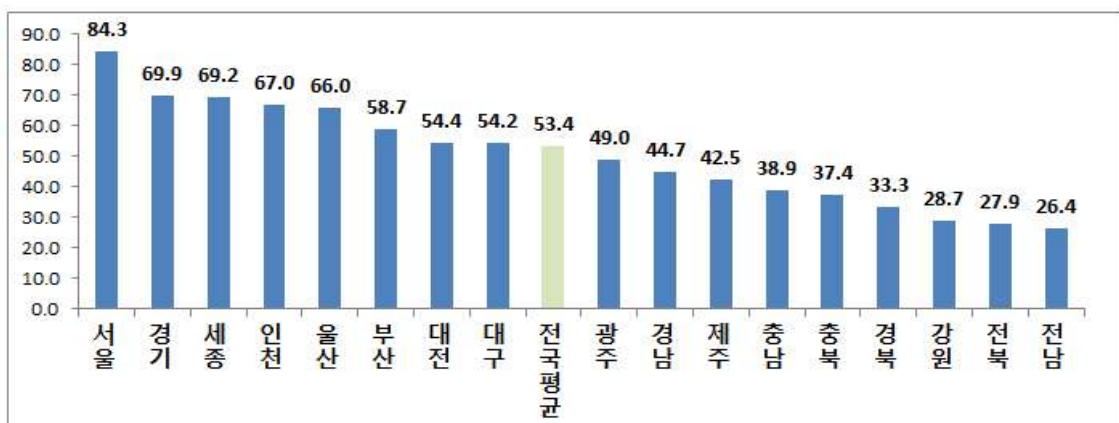
- ‘삶의 질’에 대한 관심 증대는 보건의료 영역에 대한 우선순위 개선과 아울러 이를 주도할 보건복지부 정책이니셔티브 강화에 기회요인으로 작용

□ (정책 한계 ① 우리나라 보건의료 환경에서 발생하는 지역 위상 및 역할 제고의 이상과 현실의 미스매치)

○ 일차의료, 커뮤니티 케어 등 보건의료정책의 이상형(ideal type)과 방향성은 “지역의 역할과 권한 강화”를 지시하나, 현실에서 적극적인 **지역분권화를 추진하기에는 여전히 중앙집권적 요인들이** 광범위하게 존재

- **의료자원 분포 불균형이 존재하는 현실**과 각 지역이 보유한 투입가능한 자원 수준이 상이한 상황에서 보건의료서비스에 대한 중앙 정부의 일률적인 권한 이양은 오히려 **접근성 및 형평성 악화의 원인으로** 작용할 우려가 있음.
- 보건의료 인력 양성, 보상체계(건강보험) 등 보건의료체계의 핵심적인 구성요소 대부분이 **중앙집권적 기제**들로 구축되어 있어, 이에 대한 대폭적 변화가 전제되지 않으면 **분권화는 재정 지출의 비효율성과 지역 간 서비스 제공의 불평등을 악화시킬** 가능성을 내포함.

[그림 2-6-7] 지역별 재정자립도(2018년 기준)



자료: 통계청 국가통계포털-재정자립도

- 공공보건의료지원단 등을 중심으로 가시적인 성과가 보고되는 사례도 있으나, 전반적으로 지방정부의 보건의료정책 기획 및 집행을 뒷받침할 조직적 역량이 균형있게 발전되지 못한

것으로 평가됨¹⁹⁷⁾

- 광역지방자치단체 차원의 지원조직이 5개 지역에만 설치되어 있고, 예산과 인력 수준 역시 지역별로 차이를 보임
- 기초자치단체는 지역보건의료계획 등 각종 법정계획수립을 ‘형식적 업무’로 인식하는 경향이 강하고, 광역자치단체는 중앙 정부의 정책 방향과 지역 실정을 조정·감독하는 역할 강화가 필요한 현실¹⁹⁸⁾
- 지역의 보건의료 분야 정책지원 역량이 부족한 상황에서 각종 법정계획수립 의무는 업무과중으로 받아들여지는 등 **지역실정에 근거한 차별성 있는 계획 수립을 저해하는 요인**으로 작용할 가능성이 있음.

〈표 2-6-4〉 지역 공공보건의료지원단 현황 및 주요 활동

| 구분 | 설립시기 | 인력 | 주요 성과 |
|--------|--------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 서울시지원단 | ‘12.7 | 12명 | <ul style="list-style-type: none"> • 중장기계획 수립 지원: 건강서울 36.5 • 지역간 건강불평등 격차 원인 분석 연구 • 서울시립병원 경영분석 시스템 개발 • 공공의료아카데미 운영 |
| 인천시지원단 | ‘13.8 | 7명 | <ul style="list-style-type: none"> • 중장기계획 수립 지원: 인천시 보건의료 마스터플랜 • 인천시 진료권 분석 • 공공의료아카데미 운영 |
| 부산시지원단 | ‘15.12 | 6명 | <ul style="list-style-type: none"> • 중장기계획 수립 지원: 부산시 공공보건의료종합계획 • 박탈지수(부산 지역별 사회경제적 결핍수준) 제시 • 지역거점공공병원 지원 및 모니터링 • 공공의료아카데미 운영 |
| 경기도지원단 | ‘17.5 | 9명 | <ul style="list-style-type: none"> • 중장기계획 수립 지원: 경기도 건강마스터 플랜 • 경기도의료원 6개 병원 교육 |
| 제주도지원단 | ‘17.4 | 6명 | <ul style="list-style-type: none"> • 중장기계획 수립 지원: 제주건강 2030계획 |

자료: 이희영(2018)

○ 지방자치제도가 안착되면서 지역의 다양한 사회보장제도 시도는 증가할 것으로 예상되는 반면, 보건의료 영역에 불가피하게 존재하는 중앙집권적 요인들과 충돌할 경우 **중앙-지역 간 갈등**으로 작용

- 서울시의 ‘청년수당’ 사례(2015), 성남시의 ‘3대 무상복지’ 사례(2015) 등 ‘사회보장제도 신설·변경 협의제도’ 하에서의 중앙-지역 갈등 현실화
- 중앙-지역 갈등 장기화 지양과 최소화를 위한 사회보장위원회 조정, 협의 결과 통보방식 변경, 협의 제외대상 확대 등 제도적 개선이 이루어졌으나, 자치사무에 대한 균형-자율 논란의 여지는 여전히 상존

197) 조희숙 외(2018)

198) 보건복지부·한국건강증진개발원(2018)

○ 지역사회성과관리 기제 구축의 미비

- 예산 등 지역사회에서 보건의료에 투입가능한 자원이 부족한 가운데 중앙정부의 예산 지원에 대한 높은 의존도가 불가피하나, **지역의 성과와 한계를 심도 있게 평가하여 환류하기 위한 체계 구축은 미비**
- 보건의료 행정조직의 업무상 연관도는 보건복지부가 높으나, 소속은 행정안전부(사도), 지방자치단체(시·군·구)에 소속되어 있어 평가주체 및 평가 참여 정도 설정에 모호성 존재
- 행정안전부가 매년 실시하는 지방자치단체 합동평가에서 ‘보건위생 분야’는 3개 시책 19개 세부지표가 포함되어 지역의 보건의료정책 평가에 활용하기에 한계가 있고, 지표 역시 매우 제한적으로 설정되어 있음

〈표 2-6-5〉 행정안전부 지방자치단체 합동평가의 보건위생 분야 지표 구성(2017년)

| 분야 | 시책 | 지표명 | 세부 지표 |
|------|-------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 보건위생 | 건강증진 및 질병예방 | 건강증진사업 운영 | <ul style="list-style-type: none"> 지역사회 통합 건강증진사업 운영 우수사례 지역사회 건강증진사업 체감도 정신건강증진 우수사례 |
| | | 질병예방관리 | <ul style="list-style-type: none"> 고혈압 당뇨병 환자 등록관리율 만 65세 폐렴구균 접종률 식중독 발생도 및 원인규명 평가 치매안심센터 운영 여부 |
| | 응급의료 및 질병관리 | 응급의료 적정관리 | <ul style="list-style-type: none"> 다수사상자 발생 대비 재난의료지원 훈련 실적 극한기온 건강피해 감시체계 운영실적 |
| | | 감염병 관리실적 | <ul style="list-style-type: none"> 성매개감염병 등 검진실적 수혈자 역추적조사 완료율 역학조사의 완성도 입국자 추적조사 완료율 감염병 감시체계 운영 충실도 |
| | | 암·결핵관리 | <ul style="list-style-type: none"> 암검진 수검률 및 향상률 도말양성 결핵환자 가족검진율 결핵신환자 치료성공률 |
| | 식의약품 관리 | 식의약품 적정관리 | <ul style="list-style-type: none"> 의약품등(의약품, 한약재, 의약외품) 및 화장품 수거·검사 실적 어린이급식관리지원센터 지원 실적 |

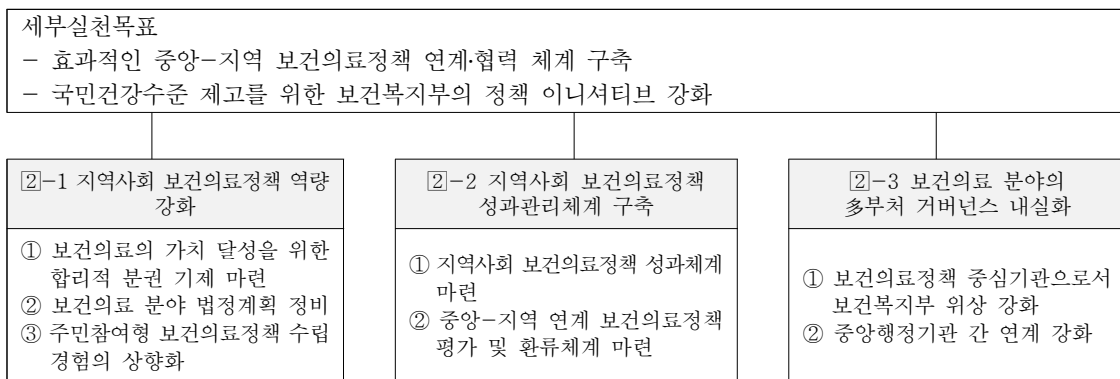
자료: 행정안전부(2018b)

□ (정책 한계 ② 보건의료정책의 성과 제고를 위한 중앙행정 부처간 거버넌스 작동에 한계)

- 보건의료 영역에 대한 多부처 협력의 필요성은 크게 높아졌으나, 장기간 형성된 부처별 업무영역에 대한 이해관계 및 조정을 위해 필요한 법령 개정의 경직성 등으로 인해 실질적인 협력 강화는 여전히 미흡한 것이 현실
- 보건의료에 대한 국민의 높아진 관심 및 중요성에도 불구하고 정책 이니셔티브를 가져야 할 주무 부처인 보건복지부의 정부 내 위상은 과거 수준을 유지

다. 세부실천목표

- 효과적인 중앙-지역 보건의료정책 연계·협력 체계 구축 및 내실화
- 국민건강수준 제고를 위한 보건복지부의 정책 이니셔티브 강화



1) 세부추진계획 ②-1: 지역사회 보건의료정책 역량 강화

□ (실행전략①) 보건의료의 가치 증진을 위한 합리적·현실적 분권 기제 마련)

- 보건의료 및 경제적 자원 분포 격차가 큰 현실에서 무리한 지방분권화는 형평성, 효율성 등 보건의료의 가치 하락의 원인으로 작용할 가능성이 높음.
 - 지역분권 자체가 보건의료의 가치를 증진시키는 요인은 아님. 노르웨이는 보건의료 분야의 지방분권화 이후 county간 격차 발생과 형평성 저해로 ‘재집권화(recentralization)’로 전환하였음¹⁹⁹⁾
 - 따라서 보건의료 가치 증진 차원에서 첫째, 중앙-지방의 협력 수준 파악 및 현 상황에서 협력이 효과적인 분야를 도출하고, 둘째, 중앙 정부의 지식과 역량을 지방에 전수하여 자립성을 가질 수 있도록 하는 기제 마련에 우선순위를 두는 것이 타당
- 중앙-지역 연계, 지역-지역 연계를 위한 논의구조 안착화
 - 중앙-지역 보건의료협의체: [보건복지부 차관-광역자치단체 부단체장] 또는 [보건복지부 보건의료정책실장-광역자치단체 보건의료 총괄부서장]으로 구성되는 협의체 구축운영
 - 지역-지역 보건의료협약제도: 복수의 지방자치단체가 협약을 통해 공동 사업을 추진수행하고 성격에 따라 중앙정부가 지원
 - 중앙과 지방의 연계협력의 필요성과 시너지 효과가 높은 분야에 대해 우선 협의 영역 설정

¹⁹⁹⁾ 은상준(2006)

정

- 만성질환 관리(의료전달체계), 커뮤니티 케어, 의료취약지 개선 등 공공보건의료, 병상 자원 등 지역간 자원관리가 필요한 영역

○ 지역 보건의료 행정조직 체질 개선(행정집행→정책 기획·평가)을 위한 중앙정부 지원 확대

- 광역자치단체에 보건의료정책 기획 조직 설치 법제화 및 중앙 지원 확대: 지역 내 보건의료정책 support조직 설치를 법제화하고 전문성 제고를 위한 예산과 인력 투입 검토

- 수요가 높은 공공의료 영역부터 ‘공공보건의료지원단’을 전체 광역자치단체에 설치 지원하여 기획·집행·평가와 중앙-지방의 연결고리 역할 부여

- 공공보건의료지원단 또는 별도의 조직을 통해 지역 내 의료서비스 수요와 의료기관 및 병상 공급을 파악하고, 관련 내용을 지역-지역 간 또는 중앙-지역 간 협의를 담당하는 등 지역의료자원의 효과적 관리 역할 수행

* 병원급 의료기관의 개설 허가는 시도지사에게, 의원급 의료기관의 신고는 시장·군수·구청장에게 위임되어 있으며(의료법 제33조), 시도 지사는 지역 실정을 고려한 병상 수급계획을 수립하여 중앙 정부의 기본시책과 조응하도록 하고 있어(동법 제60조), 이들 자원관리 정책은 지역이 함께 참여해야 할 핵심 영역이라 할 수 있음.

○ 지역 보건의료사업 수행을 위한 예산 배분 방식 개선 검토

- 지역이 기획하는 건강증진사업 등에 대한 예산지원 방식을 다각화하여(예: 포괄보조 방식) 지역사회 역량 및 자율성 강화효과를 기대하되, 해당 사업에 대해서는 「지역보건의료계획」에서 계획 대비 성과 도출 등 평가와 연동시키는 방안 검토

□ (실행전략② 보건의료 분야 법정계획 정비)

○ 주요 법정계획들이 시도 및 시·군·구에 수립 의무를 부과하고 있으나, 공통사무가 빈번하여 권한과 책임소재, 역할 구분이 명확하지 않고²⁰⁰⁾, 지역에서는 과중한 행정 업무로 인식하는 경향 또한 적지 않음.

- 지역 단위의 보건의료발전계획, 지역보건의료계획, 건강증진종합계획 등 수립 시점을 달리하는 중복 가능성이 높은 계획들이 존재하는 실정이라서 첫째, 동일한 내용을 가진 명칭만 다른 계획 수립, 둘째, 지역 특성을 반영한 차별성 있는 계획보다 각 지역별 계획의 유사화 가능성이 높음.

○ 따라서 중복 가능성이 높은 법정계획은 정비하되, 존치하는 법정계획의 질적 수준이 향상되도록 법정계획 전반에 대한 검토가 필요함.

200) 조희숙 외(2018)

- 지역 의견을 수렴하여 유사한 내용을 다루는 법정계획은 과감히 정비하여 ‘양적’ 부담은 경감하되,
- 지역수립 의무로서 존치되는 계획들은 기획→집행→평가에 이르는 일련의 과정들에서 지역 특성을 반영한 차별성 있는 계획으로 기능할 수 있도록 ‘질적’ 수준 향상에 초점
- 보건의료발전계획(5년)을 비롯한 중앙계획과 지역보건의료계획(4년)의 설립 시점 일치 방식에 대한 고려가 필요
- 앞서 제안한 중복 법정계획 정비를 전제로 중앙-지역계획의 수립 시점을 두 가지로 구분
 - 첫째, 중앙-지방 연계의 가치가 중요한 경우(예를 들어 공공보건의료계획)는 중앙과 지방 모두 5년을 기본으로 하되, 지역의 경우 최초 1년은 중앙계획의 방향성 공유와 연계점을 모색하는 중첩기로 설정함.
 - 둘째, 지방의 자율성 가치가 중요한 경우(예를 들어 지역보건의료계획)는 지방선거 등을 고려하여 현재와 같이 4년을 유지하되, 관련 중앙계획과의 연계를 위해 노력함.

□ (실행전략④ 주민참여형 보건의료정책 수립 경험의 상향화)

- 중앙에 비해 지역이 가지는 가장 큰 강점은 ‘주민참여를 통한 밀착형 정책시행의 용이성’으로 사료됨. 이와 같은 과정을 거쳐 시도된 보건의료정책들은 향후 지방분권과 관련하여 중요한 정책 실험 자료가 될 수 있음.
- 반면 우리나라 행정조직의 특성 상 하향식 업무지도의 강점에 비해 지역 사례가 전국 단위에서 확산될 수 있는 상향식 환류에는 상대적으로 취약점을 보이며, ‘사회보장제도 신설·변경 협의제도’의 사례처럼 지역정책에 대해 다소 보수적으로 접근하는 경향도 존재하는 것이 현실임.
- 보건의료 영역별로 ‘우수사례 보고대회’ 등이 실시되고 있으나, 우수 자치단체에 대한 포상을 제외하면 지방의 모범 사례가 중앙에 상향 환류·확산되어 활용되는 기제로까지 작동하기에는 미흡한 점이 있음.
- 중앙 단위 사업으로 시도할 가능성이 있는 정책, 기존 중앙정책에 대한 유의미한 보완으로 작용할 가능성이 정책 개발을 장려할 수 있는 요인 도입
 - 중앙 정부의 보건의료정책 수립과정에서 직접민주주의 요소 강화: 중앙-지방 협력이 필요한 영역(예: 공공보건의료)을 중심으로 지역 및 의료소비자 참여 확대
 - 예를 들어 앞서 지역사회 NGO들에게 ‘중앙-지역 보건의료협의체’에서의 읍저버 또는 참관 등을 허용하고, 각 지역별로 중앙사업화가 가능하거나 다지역 포괄이 효과적인 사업들을 제안할 수 있도록 운영

- 우수 지방정책의 시범사업화 및 지역-지역 보건의료협약제도를 통한 多지역사업으로의 확산과 지원

○ 지역사회 실정에 부합하는 건강영향평가 도입 지원

- 지방자치단체가 추진하는 각 영역 사업이 건강에 미치는 영향을 사전에 검토하고, 긍정적 영향의 극대화 및 부정적 영향의 최소화에 반영하기 위한 건강영향평가 제도화 추진
- 조례 제정 등 제도화 수준은 각 지역 상황에 따라 자율적으로 추진하되, 한국보건사회연구원을 통해 건강영향평가 시행을 위한 도구와 매뉴얼 개발, 홈페이지 구축 등 지원

2) 세부추진계획 [2]-2: 지역사회 보건의료정책 성과관리체계 구축

□ (실행전략① 지역사회 보건의료정책 성과체계 마련)

- 지역 간 보건의료서비스의 격차를 감소시키고, 전반적으로 상향평준화 시킬 수 있도록 현재 수준과 한계점을 파악하고 개선을 견인할 수 있는 평가체계 마련을 중앙-지역이 지속적으로 논의
- 『보건의료발전계획』에 근거하여 지역이 수립해야 할 『(가칭)○○시도 보건의료발전계획』의 주요 영역별 달성 목표 설정을 권고하되,
 - 지자체의 자율성과 지역실정 부합성을 고려하여 중앙정부가 구체적인 성과지표를 지정하여 제시하는 방식은 지양하되, 최종성과지표 달성을 위한 하위 영역들을 구조, 과정, 결과 관점에서 평가하는 사례와 frame을 제공하여 지역사회 역량을 고양시키는 수단으로 활용
 - 예를 들어 HP2020의 건강수명 연장이라는 최종 성과달성을 위한 개별 영역들(흡연, 절주 등)에 대한 기여도와 평가 방향성 등을 제시
 - 다만 지자체가 설정한 목표와 목표달성수단 등에 대해 자체적으로 개선해 갈 수 있도록 역량 강화를 유인하는 한편, 보건의료 분야 최상위 계획으로서 『보건의료발전계획』의 기본 방향을 지역과 공유·반영될 수 있도록 하는 체계 마련
- 지역정부의 부담 감소를 위해 기본적인 성과지표의 틀은 현재 수립·시행되고 있는 지역보건의료계획 및 건강증진종합계획의 영역과 체계를 차용하되,
 - 중앙정부와의 연계·협력 필요 영역(보건복지부가 지정), 지역별 우선순위가 높은 과제에 대한 차별적 영역(각 지역정부 지정)을 별도로 포함하는 방안 검토

□ (실행전략② 중앙-지역 연계 보건의료정책 평가 및 환류체계 마련)

- 중앙과 지역이 연계·협력하는 보건의료정책의 성과를 평가하고, 우수한 개선사례에 대해서

는 다지역으로 확장하거나 고도화할 수 있는 성과관리·성과보상체계 마련

○ 지역단위 보건의료정책 성과관리체계 구축

- 성과관리 규정화: 「정부업무평가 기본법」에 준하여 지방자치단체 보건의료정책의 성과관리 규정 신설·보완
- 중앙-지역협의체 구성: 중앙-지역 공동 성과관리 대상 영역 및 정책 결정, 예산 등 지원 방안, 이행상황 점검과 평가결과 환류, 중앙-지역 간 갈등관리 전략 방향 설정
- 건강보험DB, 사회보장정보시스템DB 등을 활용한 성과 평가 및 주기적인 이용자만족도·체감도 결과를 통한 수요자 중심 평가 보완
- 행정안전부의 지방자치단체 업무평가에 중앙-지역 공동 성과관리 지표 포함 추진

○ 지역 단위 보건의료정책 경험의 상향 환류 기제 마련

- 우수한 지역사회 보건의료정책의 선정 및 전국 또는 다지역이 참여하는 시범사업화를 타진하고, 최초 기획 지역에 이니셔티브 부여·기술 지원

3) 세부추진계획 [2]-3: 보건의료 분야의 다부처 거버넌스 내실화

□ (실행전략① 보건의료정책 중심기관으로서 보건복지부 위상 강화)

○ 보건복지부 조직 개편에 대한 사회적·정부 내 합의 도출

- 인구구조 변화, 사회권 및 건강권의 확장, 생명과 안전에 대한 위기대응 등 사회의 근본적인 변화를 야기하는 요인의 일차적 대응 부처로서 보건복지부의 위상 강화
 - 보건복지와 연관성을 가지는 부처들이 참여하는 (가칭)보건의료정책조정회의 등을 통해 급격한 사회변화에 대한 효과적인 다부처 거버넌스 구축
- 보건의료 분야를 전담하는 보건복지부 복수차관제도 도입 등 조직개편 현안에 대한 사회적 합의 도출

〈표 2-6-6〉 복수차관을 운영 중인 부처와 보건복지부 비교(2015년 현재)

(단위: 명, 백만원)

| 부처명 | 정무직 | 별정직 | 임기제 | 일반직 | 전문 경력관 | 기타 (외교직 등) | 예산(예산+기금) |
|---------|-----|-----|-----|-----|-----------|---------------|------------|
| 기획재정부 | 3 | 7 | 1 | 954 | 3 | - | 22,735,694 |
| 미래창조과학부 | 3 | 5 | 1 | 773 | 5 | - | 14,338,290 |
| 외교부 | 3 | 5 | 1 | 227 | 1 | 611 | 2,071,483 |
| 문화체육관광부 | 3 | 4 | 1 | 618 | 41 | - | 4,995,891 |
| 산업통상자원부 | 3 | 9 | 7 | 785 | 4 | - | 8,005,406 |
| 국토교통부 | 3 | 7 | 1 | 957 | 2 | - | 40,157,275 |
| 보건복지부 | 2 | 5 | 1 | 733 | 4 | - | 53,472,549 |

자료: 박수철(2015)

○ 조직진단을 통한 보건복지부 조직체계의 유연성 부여

- 일자리 창출, 4차 산업혁명, 보건과 복지의 연계서비스 수요 증가, 보건의료 윤리, 남북 관계 개선에 따른 보건의료체계 변화 대비 등 보건의료 환경변화에 능동적으로 대응하기 위한 기능중심 조직 개편이 용이하도록 탄력적 운영
- 또한 보건의료 분야 기획 기능 강화, 다부처 연계 과정의 효율적 전개 등을 위해 보건의료정책심의회 산하에 사무국 형태의 기획 부서 확충 검토

○ 새로운 건강결정요인 관리를 위한 제도 도입

- 건강에 대한 국민적 관심도를 반영하여 주요 정책이 건강에 미치는 영향을 측정하고, 그 결과가 정책 수립 및 집행에 환류 될 수 있도록 추진

□ (실행전략② 보건의료정책에 대한 중앙행정기관 간 연계 강화)

○ 보건의료정책의 성과 제고를 위해 중앙행정기관 간 거버넌스가 중요한 영역을 중심으로 범부처 대응체계 구축

- 보건의료 예산 확보 및 활용의 자율성 제고를 위한 협의
- 감염병 대응(One Health): 원인 불명 질환의 발병원과 전파기전 통제(예: 인수공통전염병에 대한 발병원 공동 관리), 대규모 행사 등에서의 건강안전문제 발생(예: 국제행사에서의 식중독, 유해물질 노출)에 대응하기 위한 범부처 협의체
- 공공보건의료: 국립대병원의 공공의료 기능 평가에 대한 지표 개선 및 교육부-복지부 공동 평가위원회 구성, (가칭)공공병원협의체 설치·운영
- 건강영향평가를 위한 다부처 참여 제고
 - 대상자 생활터전별 건강증진사업: 가정, 학교, 사업장, 군대 등 대상자별 특성을 결합한 보건의료서비스 제공을 위해 관련 부처와의 협의
 - 새로운 건강위해요인 규명과 평가: 기후변화(폭염, 한파), 미세먼지 등 환경요인, 가습기·가전·BPA 등 새롭게 부각되고 있는 위해물질의 건강영향요인과 대응방안 협의
- 4차 산업혁명 등 산업구조 변화: 보건의료서비스의 전통적 제공방식인 “의료전문직에 의한 대면 진료·치료” 패러다임을 변화시키는 혁신적 기술에 대해 ‘규제’의 성격을 강하게 가지는 보건의료정책의 관점과 ‘육성’에 초점을 두는 산업적 관점의 조정 불가피

○ 보건의료 분야 부처간 협의를 위해 사회부총리 산하에 (가칭)보건복지조정협의체 등의 조정기구를 설치하고, 관련 정책에 대한 보건복지부 이니셔티브 확보

라. 연도별 추진일정

〈표 2-6-7〉 재정·인프라 분과: ③ 보건의료 정책 거버넌스 개편: 연도별 추진일정

| 구분 | '19년 | '20년 | '21년 | '22년 | '23년 | '30년 |
|----------------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| ○ 보건의료 분야 중앙-지역, 지역-지역 논의 거버넌스 구축 및 운영 | | | | | | |
| • 협력 영역 도출 | ○ | ○ | | | | |
| • 논의 거버넌스 운영 | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ 광역자치단체 보건의료정책조직 설치 | | | | | | |
| • 전체 광역자치단체 설치 | | ○ | ○ | ○ | | |
| ○ 보건의료 분야 법정계획 정비 | ○ | ○ | ○ | | | |
| ○ 지역보건의료계획 등에 대한 평가체계 마련 및 평가 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ 보건의료 분야 다부처 거버넌스 구성 및 운영 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

마. 참고문헌

국회 보건복지위원회(2018), 『일차의료 발전 특별법안』 검토보고서

박수철(2015), 정부조직법 일부개정법률안 검토보고서, 국회안전행정위원회.

보건복지부(2017). 보도참고자료: 『지역사회 일차의료 시범사업』 13개 지역 추가 선정(2017.10. 31).

보건복지부(2018a). 보도참고자료: 일차의료 중심의 만성질환 관리사업 통합 본격 추진(2018.6.25.).

보건복지부(2018b). 지역사회 중심 복지구현을 위한 커뮤니티 케어 추진방향. 세종: 보건복지부.

보건복지부(2018c). 공공보건의료 발전 종합대책. 세종: 보건복지부.

보건복지부(2018d). 보도자료: 원헬스 기반으로 감염병 공동대응체계 강화한다(2018.6.7.).

보건복지부·한국건강증진개발원(2015). 제4차 국민건강증진종합계획 수립 매뉴얼.

보건복지부·한국건강증진개발원(2018). 제7기 지역보건의료계획 시군구 설명회 자료집.

보건의료정책과(2018). 보건의료정책심의위원회·보건의료발전계획 추진계획(내부자료).

은상준(2006). 보건의료 부문의 분권화(decentralization).

이희영(2018). 지역 공공보건의료지원단의 성과와 과제. 공감NECA 2018년 제2권

자치분권위원회(2018), 자치분권종합계획(안).

조희숙 외(2018), 지역별 의료 및 공공보건의료 거버넌스 구축 방안 연구, 강원대학교·보건복지부.

행정안전부(2018a). 보도자료: 30년 만에 주민중심의 새로운 지방자치 시대가 열린다(2018.10.30.).

행정안전부(2018b). 2017년 실적 지방자치단체 합동평가 결과보고.

제4절 추진방향 ③: 법·제도적 인프라 정비²⁰¹⁾

가. 추진배경 및 주요 문제의식

- (문제의식① 보건의료정책의 중장기 전략 부재) 그동안 「보건의료기본법」 제15조에 따른 ‘보건의료발전계획’이 수립되지 못하고 보건의료정책의 중장기 전략이 부재한 상황임
 - ‘보건의료발전계획’은 정부의 보건의료에 대한 주요시책과 지역보건의료계획 수립의 근간이며 그 내용과 결과를 국회에 보고하는 중요한 보건의료정책 지표임에도 수립되지 못함
- (문제의식② 보건의료발전계획 수립에 따른 실행력 담보 방안 부재) 최근 보건의료발전계획 수립을 위한 논의가 진행되면서 실효성 담보를 위한 법률체계의 검토 필요성이 제기됨
- (문제의식③ 보건의료 관련 용어의 혼선) 「보건의료기본법」 제15조에 따른 ‘보건의료발전계획’ 수립 연구에 ‘보건의료 관련 용어 정비’ 포함

나. 정책 상황 분석

- (정책 한계 ① 보건의료분야 중장기 계획 부재로 인한 개별영역에서의 정책 일관성·연계성 미흡)
 - ‘보건의료발전계획’의 부재는 개별 법률의 정책 방향을 제시하지 못함으로써 보건의료정책 간 일관성과 연계성 약화의 원인이 됨
 - 「보건의료기본법」 제9조는 보건의료에 관한 법률의 제개정시 동법에 부합하도록 요구하고 있으나 ‘보건의료발전계획’의 실효성 담보를 위한 근거는 없음
 - － 의료서비스 제공 체계의 안정화를 위한 정책에도 불구하고 의료이용과 의료자원 배분에 대한 동시적이고 전략적인 계획수립 및 시행이 없어 실효성을 거두지 못함
 - － 「사회보장기본법」 제17조 ‘기본계획은 다른 법령에 따라 수립되는 사회보장에 관한 계획에 우선하며 그 계획의 기본이 됨
- (정책 한계 ② 종합적·체계적인 보건의료정책 추진 동력 미흡)
 - 「보건의료기본법」 제4조는 보건의료 정책에 필요한 재원(財源) 확보 노력의 필요성을 인정하나 선언적 의미에 그침
 - － 「사회보장기본법」 제5조제4항은 강행규정으로 ‘국가는 사회보장제도의 안정적인 운영을 위하여 중장기 사회보장재정추계를 격년으로 실시하고 이를 공표하여야 한다’고 규정함

201) 작성자: 허윤정·김정덕

□ (정책 한계 ③ 국가 보건의료정책 실행을 위한 민간 의료기관 지원체계 미흡)

- 보건의료의 주된 공급주체가 민간 의료기관이기 때문에 정책 실현을 위한 민간 참여 유도에 한계 존재
- 따라서 국가의 비용보조와 비용보조금의 부정사용에 대한 제제 근거를 명확히하여 국가와 지방자치단체, 민간의료기관의 능동적 참여 기회를 확대함

□ (정책 한계 ④ 보건의료 관련 용어의 혼선이 다양한 형태로 나타남)

- 동일한 법령 체계 안에서 또는 다른 법령 체계 간에 하나의 용어가 여러 의미로 사용되고, 동일 또는 유사한 의미인데도 서로 다른 용어를 사용하며, 전문 용어의 의미가 일반의 이해와 크게 달라 혼란 초래
 - (사례 1: 하나의 용어가 여러 의미로 사용) 건보법과 장기요양보험법에서 사용되는 ‘요양’
 - (사례 2: 동일한 의미인데도 다른 용어를 사용) 장애인보장구(「건강보험법」, 「의료급여법」) vs. 장애인보조기구(「장애인복지법」)
 - (사례 3: 전문 용어와 일반 용어의 차이) 건강보험에서의 ‘급여’는 일반인들에게는 ‘보급’의 의미로 이해됨

다. 세부실천목표

- 수립된 ‘보건의료발전계획’에 따라 모든 정부의 보건의료정책이 일관성을 갖고 추진될 수 있도록 개별법률의 중장기 추진계획에 반영할 수 있는 법적 근거를 마련함
- 수립된 ‘보건의료발전계획’의 추진력 담보를 위한 재원확보 방안 및 민간의료기관에 대한 지원과 부정사용에 대한 제제 근거를 명확히 함
- 용어의 혼선을 줄이기 위한 중장기적 개선방안 검토함

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 세부실천목표 - 「보건의료기본법」 개정 | |
| ②-1 「보건의료기본법」 개정 | |
| ① ‘보건의료발전계획’에 따른 중장기 재정계획 수립 근거 마련 ② ‘보건의료발전계획’의 실효성 담보를 위한 근거 마련 ③ 주요 보건의료정책 실행을 위한 지원체계 명확화 ④ 보건의료 관계 법령에 사용되는 용어 중 정비 대상 선정 및 변경에 따른 부작용 최소화 정책 사례 검토 | |

1) 세부추진계획 [3]-1: 「보건의료기본법」 개정

□ (실행전략① ‘보건의료발전계획’에 따른 중장기 재정계획 수립 근거 마련)

- ‘보건의료발전계획’ 수립 시 해당 기본계획 추진을 위한 연도별 사업계획에 따른 필요 재원을 「국가재정법」 제7조에 따른 ‘국가재정운용계획’에 반영할 수 있는 법적 근거 마련

| 현행 법률안 | 개 정 안 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 제4조(국가와 지방자치단체의 책임) ① 국가와 지방자치단체는 국민건강의 보호증진을 위하여 필요한 법적제도적 장치를 마련하고 이에 필요한 <u>재원(財源)을 확보하도록 노력하여야 한다.</u> | 제4조(국가와 지방자치단체의 책임) ①— ————재원(財源) 확보를 위해 「국가재정법」 제7조에 따른 ‘국가재정운용계획’에 동법 제16조제2항에 따라 수립된 ‘보건의료발전계획 추진을 위한 중장기 재정계획’을 반영한다. |
| ② (생략) ③ (생략) ④ (생략) | ② (현행과 같음) ③ (현행과 같음) ④ (현행과 같음) |
| 제16조(주요 시책 추진방안의 수립시행) 보건복지부장관과 관계 중앙행정기관의 장은 보건의료발전계획이 확정되면 이를 기초로 하여 <u>보건의료와 관련된 소관 주요 시책의 추진 방안을 매년 수립·시행하여야 한다.</u> | 제16조(주요 시책 추진방안의 수립시행)①———— ———— <u>주요 시책의 연간 추진방안을 수립·시행하여야 한다.</u> |
| ② (신설) | ② 보건복지부장관은 제1항에 따라 수립된 연간 추진방안을 기초로 ‘보건의료발전계획 추진을 위한 중장기 재정계획’을 수립해야 한다. |

□ (실행전략② ‘보건의료발전계획’의 실효성 담보를 위한 근거 마련)

- 수립된 ‘보건의료발전계획’이 관련 법률에서 규정한 기본계획의 근간이 될 수 있는 근거를 마련하여 보건의료정책의 일관성과 체계성을 갖도록 유도함

| 현행 법률안 | 개 정 안 |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 제15조(보건의료발전계획 수립 등) ① (생 략) ② (생 략) ③ (생 략) ④ (생 략) ⑤ (신 설) | 제15조(보건의료발전계획 수립 등) ① (생 략) ② (현행과 같음) ③ (현행과 같음) ④ (현행과 같음) ⑤ 제1항에 따라 수립된 ‘보건의료발전계획’은 다른 법령에 따라 수립되는 보건의료에 관한 계획에 우선하며 그 계획의 기본이 된다. |

| 현행 법률안 | 개 정 안 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 제21조(위원회의 구성) ① (생 략) ② (생 략) ③ (생 략) ④ (생 략) (신 설) ⑤ 이 법에서 규정한 것 외에 위원화실무위원회 및 분과위원회의 구성·운영과 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. | 제21조(위원회의 구성) ① (생 략) ② (현행과 같음) ③ (현행과 같음) ④ (현행과 같음) ⑤ 위원회의 사무를 효율적으로 처리하기 위하여 보건복지부에 사무국을 둔다 ⑥ 이 법에서 규정한 것 외에 위원화실무위원회 및 분과위원회의, 사무국의 구성·운영과 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. |

□ (실행전략③) 주요 보건의료정책 실행을 위한 지원체계 명확화)

○ 국가의 주요 보건의료정책 실행을 위한 비용보조와 비용보조금의 부정사용에 대한 제제 근거를 명확히 함

| 현행 법률안 | 개 정 안 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 제19조(비용의 보조) 국가는 예산의 범위에서 <u>지역보건의료계획의 시행에 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지방자치단체에</u> 보조할 수 있다. ② (신 설) ③ (신 설) | 제19조(비용의 지원 및 관리) ① ----- 제16조 내지 제17조에 따른 보건의료발전계획 시행에 ----- 지방자치단체 보건의료인, 보건의료기관, 공공보건의료기관에 보조할 수 있다. ② 제1항에 따라 보조된 비용이 부정하게 사용된 경우, 국가는 보조된 비용 전부 또는 일부를 회수하고 해당 보건의료인, 보건의료기관, 공공보건의료기관은 국가가 추진하는 모든 형태의 보건의료사업에서 5년간 제외시킬 수 있다. ③ 제2항에 따라 보조된 비용을 회수하는 경우, 그 회수 대상 기관이 「의료법」 상 의료기관이면 「국민건강보험법」 제47조에 따라 지급될 요양급여비용의 일부를 회수비용의 범위에서 차감하여 지급할 수 있다. |

□ (실행전략④ 보건의료 관계 법령에 사용되는 용어 중 정비 대상 선정 및 용어 변경에 따른 부작용 최소화 정책 사례 검토)

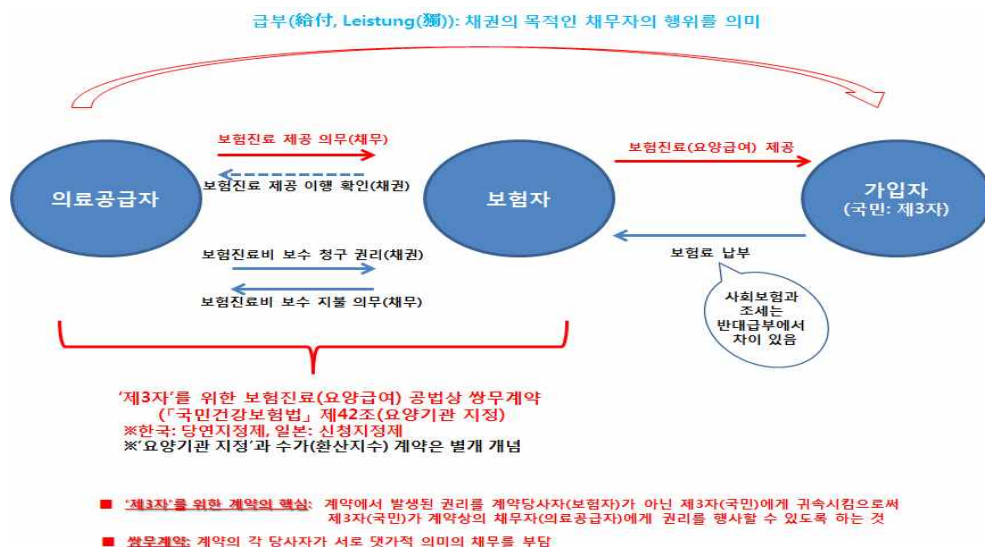
- 2~3년 내에 적용해야 할 중요 용어와 3년~5년 이후에 적용 가능한 용어를 구분하여, 용어에 대한 문제의식, 구체적 문제점의 내용과 대안을 모색
- 예로, 1996년 정부는 ‘국민학교’ 명칭을 ‘초등학교’로 개칭하면서 용어 변경에 따른 부작용 최소화

<용어 검토 사례① 급여(給與)>

- ‘급여(給與)’에 대한 국어사전의 의미
 - 제1의 의미(salary): “관공서나 회사에서 근로자에게 일의 대가로 주는 급료나 수당”으로서 영어의 salary 개념
 - 제2의 의미(benefit): 「건강보험법」 등에서 사용되는 용어인 급여(給與)에 해당하는 “물품이나 돈을 내어 줌”으로서 영어의 benefit 개념
- 제2 의미인 ‘급여(給與: benefit)’는 일반적으로 공적 사회보험료(social insurance premium)를 낸 대가(반대급부)를 의미하는 것으로서 '공적 부조' 등과 같이 조세(tax) 제공되는 것과 그 성격이 다름(김종대, 2014)
 - 그럼에도 조세로 제공되는 의료급여에도 ‘급여(給與)’라는 용어가 사용되고 있음
- 우리나라 법령에도 현재 일본과 같이 처음에는 ‘급부(給付)’라는 용어가 사용되었으나 ‘급여(給與)’라는 용어로 대체된 것 배경은 일본 용어 배경 차원
 - 급부(給付)는 “채권의 목적인 채무자의 행위(채권은 채권자가 채무자에게 급부를 요구할 수 있는 권리)”로 정의되고 있고, 일본은 독일어 Leistung을 ‘급부(給付)’로 번역해 사용하고 있음
 - ※ 일본과 대만은 요양급부(給付)라는 용어를 사용
 - 그러나 우리 나라는 일본 용어 배경에 따라 1960년대부터 민법(民法)이나 민사소송법에서 사용되는 급부(給付)라는 용어를 ‘이행, 지급 행위, 급여(給與)’ 등의 용어로 변경(경202)
 - 「건강보험법」의 구법(舊法)인 「의료보험법」에서도 급부(給付)라는 용어 대신 급여(給與)라는 용어가 사용된 배경도 일본 용어 배경
 - 그럼에도 법학 등 학계에서는 ‘급여(給與)’라는 용어 대신 ‘급부(給付)’라는 용어가 많이 사용되고 있음

- 그러나 「건강보험법」 상 국민에게 ‘건강보험진료’를 제공하기 위해 보험자-의료공급자 간에 맺어지는 ‘공법상 쌍무계약(雙務契約)’이라는 ‘채권과 계약에 관한 이론’을 바탕으로 했을 때 ‘급여(給與)’라는 용어 대신 ‘급부(給付)’라는 용어가 더 확실하게 개념화하는데 용이하다는 점이 있음
- 「건강보험법」 상 ‘제 3자(the third party)’를 위한 공법상 쌍무계약(雙務契約)’의 개념은 다음과 같음
- ‘제 3자(the third party)’를 위한 공법상 쌍무계약(雙務契約)’은 「건강보험법」 제42조(요양기관 지정제)에 따라 맺어짐²⁰³⁾([그림 1])
 - ※ 한국은 ‘당연지정제’인 반면에, 일본은 의료공급자가 신청하고 보험자가 지정하는 ‘신청지정제’(일본의 경우 신청을 하지 않는 의료공급자 일부 있음)
 - ※ 「건강보험법」 제45조에 따른 보험자-의료공급자 간에 맺는 환산지수 계약은 별개
 - 이에 따라 보험자는 의료공급자에게 진료비(일본 용어는 진료보수)를 지불할 채무를 갖는 대신에 제3자(the third party: 여기서는 국민, 가입자)에게 건강보험진료(요양급여)를 제공할 채무를 이행하라고 ‘급부(給付)’를 요청할 채권을 가짐
 - 의료공급자는 제3자에게 건강보험진료(요양급여)를 제공할 채무를 갖는 대신에 보험자에게 건강보험진료제공에 따른 진료비(진료보수)를 보험자에게 청구할 채권을 가짐
 - 이와 같이 보험자와 의료공급자는 서로 반대급부(反對給付)를 갖게 되는데, 보험자는 제3자인 국민에게 제공할 건강보험진료(요양급여)에 대한 급부를 갖고 있는 것이고, 그 ‘급부(給付)’의 권리를 법에 따라 제3자에게 귀속시킴

[그림 2-6-8] 「건강보험법」 제42조에 따른 ‘제3자를 위한 공법상 쌍무계약’ 개념도



○ 이와 같이 ‘제 3자(the third party)’를 위한 공법상 쌍무계약(雙務契約)’의 관점에서 볼 때는 ‘급여(給與)’보다는 ‘급부(給付)’라는 용어가 공적 건강보험 운영 원리를 명확하게 설명한다는 측면이 있음

－ 용어 결정은 논리보다는 정책적으로 결정되는 요인이 있을 수 있으나 대만도 「전민건강보험법」에서 ‘급부(給付)’라는 용어를 사용하고 있고, 학계(법학)도 ‘급부(給付)’라는 용어를 많이 사용하고 있고(특히 채권 관련), ‘제3자를 위한 공법상 쌍무계약’의 개념에 포함돼 있는 개념을 감안할 때, ‘급부(給付)’라는 용어 사용을 긍정적으로 검토해 볼 필요가 있음

<용어 검토② 요양(療養)>

○ 「건강보험법」상 ‘요양급여’의 ‘요양’과 「노인장기요양법」상 ‘장기요양급여’의 ‘요양’은 그 용어가 ‘요양’으로 동일하지만 내용은 서로 달라 용어를 이해하는데 다소 혼란을 주고 있음<표 1>

<표 2-6-8> 요양급여의 종류와 장기요양급여의 종류

| 요양급여의 종류 (「건강보험법」 제41조) | 장기요양급여의 종류 (「노인장기요양보험법」 제23조) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 진찰·검사 2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급 3. 처치·수술 및 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송(移送) | 1. 재가급여 가. 방문요양 나. 방문목욕 다. 방문간호 라. 주·야간보호 마. 단기보호 바. 기타재가급여 2. 시설급여 3. 특별현금급여 가. 가족요양비 나. 특례요양비 다. 요양병원간병비 |

○ 영어의 care라는 단어는 여러 가지 의미를 지니고 있음

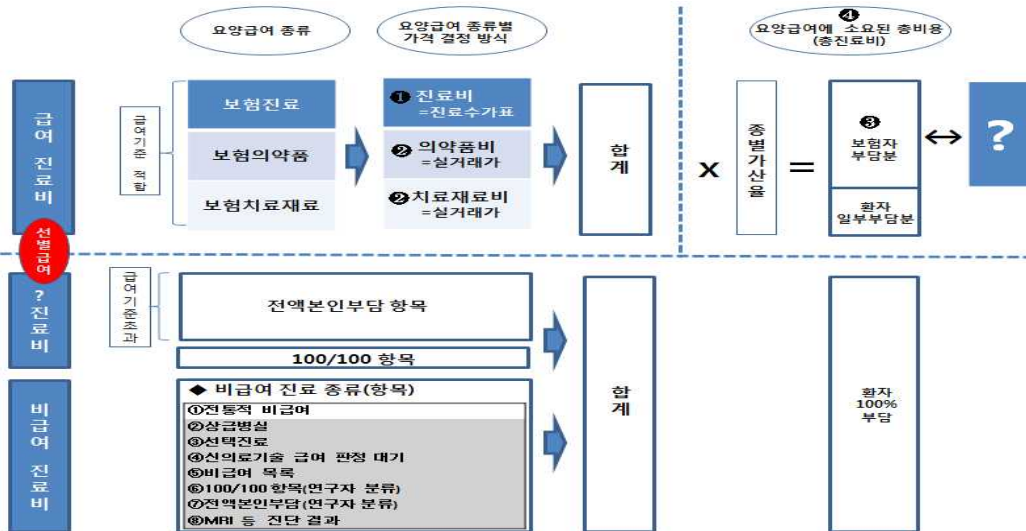
－ care는 ‘돌봄적인 요소’와 ‘간호적인 요소’가 혼합된 서비스를 의미

－ long-term care에 대한 번역을 ‘장기요양’으로 하는 경우 ‘간호’의 의미를 어느 정도 지니지만 ‘요양’이라는 말이 care보다는 환자(recipient)가 적극적으로 향유하는 휴식(rest)의 뉘앙스를 더 크게 느끼게 함

－ 일본의 경우 1963년 「노인복지법」에서 介助(support or assistance)라는 말과 看護(nursing)라는 말을 합성한 介護라는 용어를 새로이 만들어 사용

○ 용어 ‘요양급여비용’의 사용 사례

[그림 2-6-9] 요양급여비용의 사용 사례



- ‘요양급여비용(=공단부담금+법정본인부담금)’의 일반적 개념은 [그림 2]의 ④에 해당하나, 현행 건보 법령에서 ‘요양급여비용’은 ① ② ③ ④의 다양한 의미로 사용
- ① 환산지수의 의미: 법 제33조(재정운영위원회) 및 제45조 제1항(요양급여비용의 계약)의 ‘요양급여비용의 계약’
- ② 의약품비 및 치료재료비의 의미: 법 제46조(약제, 치료재료에 대한 요양급여 비용의 산정)는 의약품 및 치료재료에 소요된 비용을 실거래가로 한다는 규정
- ③ 공단부담금의 의미: 법 제47조 제3항(요양급여비용의 지급) 및 시행령 제27조(현역병 등에 대한 요양급여비용 지급)는 공단부담금 지급을 의미
- ④ 총진료비(공단부담금+환자일부부담금)의 의미: 법 제47조(요양급여비용의 청구와 지급) 중 ‘요양급여비용’의 청구 ※지급은 공단부담금만

202) 법제처 국가법령정보센터 법령용어사전(2018. 10. 5. 인출)

203) 정형선(2013); 石田 道彦(2009)

라. 연도별 추진일정

〈표 2-6-9〉 재정·인프라 분과: ② 법·제도적 인프라 정비: 연도별 추진일정

| 구분 | '19년 | '20년 | '21년 | '22년 | '23년 | '30년 |
|----------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| 보건의료발전계획'에 따른 중장기 재정계획 수립 근거 마련 | | | | | | |
| 보건의료발전계획'의 실효성 담보를 위한 근거 마련 | | | | | | |
| 주요 보건의료정책 실행을 위한 지원체계 명확화 | | | | | | |
| 보건의료 관계 법령에 사용되는 용어 중 정비 대상 선정 및 용어 변경에 따른 부작용 최소화 정책 사례 검토 | | | | | | |

마. 참고문헌

법제처 국가법령센터. 2018.10.5. 인출

정형선(2013). 건강보험 보장성 강화에 따른 재정 소요 추정 및 지불보상체계·수가계약 방식의 개선방안, 국회예산정책처·연세대학교.

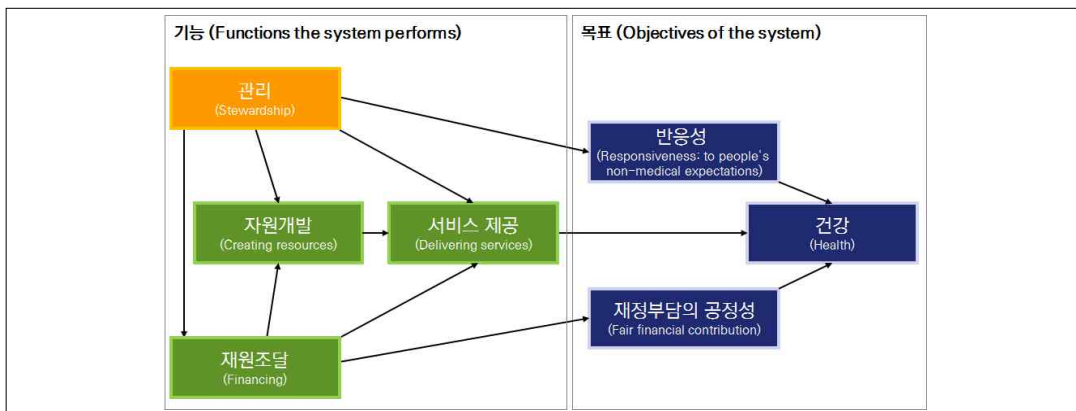
石田 道彦(2009), 醫療保險 制度と契約, 『社會保障研究』, 45(1), 46-54

제5절 추진방향 ④: 근거기반 정책을 위한 통계 인프라 확충²⁰⁴⁾

가. 추진배경 및 주요 문제의식

- (문제의식① **실태 파악**) 보건의료기본법, 지역보건법, 국민건강증진법 등은 국민의 건강 수준을 확인하고, 보건의료에 대한 수요와 공급을 확인할 수 있는 통계의 수집을 요구하고 있음
 - 중앙 정부, 지방자치단체가 보건의료정책을 수립하는데 근거할 수 있는 통계 자료를 갖추어야 함
 - 합리적인 자원 배분과 의사 결정을 위해서 우리의 현 상황을 보다 체계적으로 짚어주는 통계 정보가 필요함
- (문제의식② **통계 수집 틀 마련**) 보건의료제도의 목표와 기능을 확인할 수 있고, 보건의료제도의 성과를 측정할 수 있는 통계를 선정하여 체계적으로 관리해야 함
 - 첫째, 보건의료제도의 목표와 기능에 대한 점검이 우선되어야 함
 - － WHO(2000)는 보건의료제도의 ‘목표’와 ‘기능’을 제시하였음
 - － 특히, 건강의 향상, 반응성의 향상, 재정부담의 공정성 실현을 보건의료제도의 주요한 목표로 내세운바, 이를 확인할 수 있는 통계가 국가 전체, 그룹 단위(지역 등 사회인구학적 특성별), 개인 단위에서 갖추어져야 함
 - － 이 중에서 국민 개개인의 건강 수준을 확인할 수 있는 ‘임상, 치료 결과’는 통계라기보다 자료적인 성격이 강한 것으로, 이를 제대로 갖추기 위해서는 OECD(2017a)의 권고에 따라 우리의 정보인프라와 의료기관의 자료 생산 여건을 정확히 파악해야 함

[그림 2-6-10] 보건의료제도의 목표와 기능



자료: Health Systems: Improving performance (WHO, 2000)

204) 작성자: 신정우

〈표 2-6-10〉 보건의료제도의 목표별·영역별 생산 가능 통계

| | 국가 전체 | 그룹 단위 | 개인 단위 |
|------------|-----------------------|-------------------------|---------------------------|
| 반응성 | 의료서비스 이용 경험 및 의료제도 인식 | | |
| 재정 부담의 공정성 | 경상의료비 | 성, 연령, 질병, 지역별 의료비 | 가계직접부담 |
| 건강 | 기대여명, 영아사망률 | 성, 연령, 질병, 지역별 건강 수준 | 임상, 치료 결과 (의무기록 자료 기초) |

주: 음영 부분은 측정, 관리에 많은 어려움이 있고, 빗살 부분은 부분적으로 한계가 있음
 자료: 신정우(2017)를 보완하여 재정리함

○ 둘째, 보건의료제도의 성과를 확인할 수 있어야 함

- OECD는 의료의 접근성, 질, 재정, 자원의 영역에서 의료제도의 성과를 검토해 옴
- 특히, OECD(2017a)는 각 국가에게 보건의료데이터에 관한 거버넌스 틀을 갖출 것을 권고하고 있는바, 국민의 건강 상태, 의료서비스의 질과 성과를 확인할 수 있는 통계를 집적해야 함
- 관련성, 정확성, 시의성, 비교성, 일관성, 접근성의 관점²⁰⁵⁾을 고려하여 통계를 수집해야 함

○ 셋째, 통계를 정책과 연계하여 정책 수립의 과정에서 통계의 활용을 늘려야 함

- 보건 통계를 통해서 변화하는 보건의료 환경을 이해하고, 보건의료 정책에 대한 수요를 확인해야 함
- 보건의료정책의 수립에 있어서 근거가 될 만하고, 필수적인 통계는 기관 내외적으로 공유하고, 정책적으로 부족한 통계는 개발해야 함
- 보건 통계를 다른 분야의 통계(인구, 경제, 사회요인 등)와 함께 검토하여 정책적 의의를 도출해야 함

□ (문제의식④ 기존 지표의 검토) 기존에 생산되고 있는 통계 중에서 개선이 필요한 사항들을 점검할 필요가 있음

- 생산되고 있는 통계 중에서 보완이 이루어져야 하는 것은 없는지, 혹은 중복되고 있어서 조정이 필요한 것이 없는지를 확인하도록 함
- 통계가 양적으로 팽창하면서 이용자의 자료 선택에 혼란을 주고 있음
 - 한 부처에서 생산되는 통계는 하나의 값이어야 하나, 자료원이 상이함과 사용 목적이 특수

205) 통계청이 통계 품질을 판단하는 기본 요소이며, UN 통계위원회, OECD, 유럽공동체 중앙통계기관(Eurostat)이 권고하는 기준 중에 해당함

함을 이유로 다른 값으로 생산됨

- 같은 통계명이면서 정의를 달리하거나, 같은 정의임에도 불구하고 통계명이 다른 경우에는 이를 조정해야 함

○ 행정 자료와 조사 자료를 상황에 맞게 사용할 필요가 있음

- 보건복지부가 승인, 관리하는 보건 분야의 통계가 22종에 이른 가운데(2018년 5월 기준), 이 중에서는 조사를 통해 수집되는 통계가 11가지, 보고·작성되는 통계가 8가지, 여러 종류의 데이터가 모여 가공·산출되는 통계가 3가지임
- 자료 수집의 용이함과 효율성을 근거로 최근 행정 자료에 대한 의존도가 높아지면서 조사 자료의 활용 가치를 낮게 평가하는 경향이 있지만, 각각의 장단점을 고려하여 통계를 수집할 필요가 있음

□ (문제意識④ 신규 지표의 발굴) 정책적 수요를 해소할 수 있는 통계, 사회적으로 요구되는 통계가 무엇인지 파악하고 생산해야 함

○ 국민의 삶을 보다 현실적으로 반영하면서도 국제 비교가 가능한 지표가 필요함

- 예 1) 재난적 의료비 가구 발생률: 가계의 의료비 부담을 나타내는 지표로, 이는 국제적으로 SDGs를 모니터링(지표 3.8.2) 하는데도 활용됨
- 예 2) Better Health Index(가칭): 삶의 질을 한 눈에 보여주는 ‘Better Life Index’와 같이 건강과 보건의료 분야를 총괄하는 지표의 생산 가능성을 점검함

○ 최근 국내외적으로 강조되고 있는 ‘국민 중심’의 가치를 실현할 수 있는 통계가 생산되어야 함

- 보건의료제도에 대한 국민의 반응성을 국가가 살펴봄으로써 국민 중심의 가치를 실현할 수 있음
- 2017년 1월에 개최된 OECD 보건부장관회의와 정책포럼에서는 ‘치료 결과에 대한 충족 여부’와 ‘의료서비스 이용 경험’을 국민에게 묻는 작업(PaRIS: Patient Reported Indicators Survey)²⁰⁶⁾의 필요성이 강조됨
- 특히, OECD는 2018년 관련 작업을 수행하기 위한 작업반(Working party on PaRIS)을 구성하고 우선적으로 만성질환자의 치료결과와 치료경험을 확인하는 사업의 수행을 구체화하였음

206) 의료서비스의 이용 경험과 결과를 국민에게 묻는 조사로 2017년 보건복지부가 도입한 ‘의료서비스경험조사’의 배경이 되며, 국제 논의와 국내 작업의 조화로운 추진을 위해 보건복지부의 각별한 관심이 요구되는 분야임

- (문제의식④ 통계 관리 체계 구상) 국내외에 보급되고 있는 통계의 품질 관리가 요구되는바, 보건복지부 내에 통계 관리 체계를 갖추어야 함
 - 정책통계담당관실을 중심으로 통계청과의 교류를 증대하고, 내부 역량을 강화하여 보건의료 분야의 통계 품질을 강화해야 함
 - 부처 내, 소속 기관 간 의사소통(communication)을 강화하고, 통계의 생산과 활용에 대한 상호 협력을 증대해야 함

나. 정책 상황 분석

- (정책 한계 ① 보건의료에 관한 국내 통계는 다양한데, 이를 총괄적으로 수집하고 관리하는 틀이 부재함)
 - 보건의료기본법 제53조는 국가와 지방자치단체는 보건의료에 관한 통계와 정보를 수집·관리하여 이를 보건의료정책에 활용할 수 있도록 필요한 시책을 수립·시행하여야 함을 명시함
 - 국내 통계를 대표하고, 많이 인용되는 국민보건의료실태통계, 국민건강영양조사, 지역사회건강조사는 다른 법령을 근거로 하고 있으나, 모두 보건의료정책을 구상하는데 기초 자료를 제공하는 것을 목적으로 함
 - 하지만 보건의료체계의 구성요소(목표, 기능)를 총괄하는 통계 체계는 갖추어지지 않음 <표 6>
 - 각 통계는 고유한 목적 하에 생산되기 때문에, 현실적으로 ‘보건의료체계의 구성 요소’와 ‘건강 위험 요인’을 총망라하기 어려움
 - 조사 통계가 모든 영역을 포괄하려다 보면 비효율적인 결과를 낳게 되므로 조사로 모든 것을 해결하려는 것은 권장되지 않으므로, 현재 제각각 생산되고 있는 각종 통계를 한 눈에 파악할 수 있도록 구조화하는 작업이 필요함
 - 이와 함께 빈 공간을 메우기 위해서 어떤 통계가 생산되어야 하는지 검토해야 함
 - 이때, 국가 간의 비교(국제 비교), 지역 간 비교(국내 비교)를 모두 고려할 필요가 있음

〈표 2-6-11〉 보건복지부 승인통계의 측정 대상

| 작성 방법 | 통계명 | 건강 위험 요인 | 보건의료체계의 구성 요소 | | | | |
|----------|------------------|-------------|---------------|------------|------|------|-----|
| | | | 기능 | | 목표 | | |
| | | | 보건의료 자원 | 보건의료 이용 | 건강상태 | 재정부담 | 반응성 |
| 조사 통계 | 지역사회건강조사 (★) | ○ | | ○ | ○ | | |
| | 청소년건강행태조사 (★) | ○ | | | ○ | | |
| | 아동구강건강실태조사 (★) | | | ○ | ○ | | |
| | 국민건강영양조사 (★) | ○ | | ○ | ○ | | |
| | 급성심장정지조사 (★) | | | ○ | ○ | | |
| | 자살실태조사 | | | | | | |
| | 한방의료이용및한약소비실태조사 | | | ○ | | | ○ |
| | 의료서비스경험조사 | | | ○ | | | ○ |
| | 퇴원손상심층조사 | | | ○ | | | |
| | 정신질환실태조사 | | | | ○ | | |
| 보고 통계 | 국민보건의료실태통계 (★) | | ○ | ○ | ○ | | |
| | 암등록통계 (★) | | | | ○ | | |
| | HIV/AIDS신고현황 | | | ○ | | | |
| | 의료서비스이용현황 | | | ○ | | | |
| | 전국예방접종률현황 (★) | | | ○ | | | |
| | 법정감염병발생보고 (★) | | | | ○ | | |
| | 결핵현황 (★) | | | | ○ | | |
| | 공중위생관계업소실태보고 (★) | | ○ | | | | |
| | 보건소및보건지소운영현황 (★) | | ○ | | | | |
| 가공 통계 | 국민보건계정 | | | | | ○ | |
| | 의약품소비량및판매액통계 | | | ○ | | | |
| | 보건의료질통계 | | | ○ | ○ | | |

주 1: ★는 지역 단위(시도, 시군구)의 정보를 포함하는 통계임. 국민건강영양조사는 읍면과 동으로만 구분하고 있음

주 2: 위의 분류는 각 조사의 중점 영역을 기준으로 판단한 것으로, 관점에 따라 이견이 있을 수 있음. 예를 들어, 여기에서는 사망률, 이환율(또는 발생률) 지표가 건강 상태를 측정하는 것으로, 재원일수, 방문건수, 퇴원건수 등의 지표는 의료 이용을 측정하는 것으로 조작성 정의를 내림

□ (정책 성과 ① 보건의료기본법 제55조에 따라 국민보건의료실태통계가 작성되고 있음)

- 보건의료기본법 제55조는 보건복지부장관은 국민의 보건의료 수요 및 이용 행태, 보건의료에 관한 인력, 시설 및 물자 등 보건의료 실태에 관한 전국적인 조사를 실시해야 함을 명시하고 있는바, 이를 근거로 국민보건의료실태통계(전 국민보건의료실태조사)가 5년을 주기로 작성되고 있음
- 통계의 작성은 보건의료정책관 의료자원정책과가 담당함
- 이는 보건의료 수요와 보건의료자원의 공급 실태에 관한 전국 규모의 조사를 통해 신뢰성 있는 국가통계 자료를 산출하고, 국가 보건의료정책을 계획하고 실천하는 기초 자료를 제공하는 것을 주요한 목적으로 함

- 2017년²⁰⁷⁾에 작성된 내용을 살펴보면 자원 공급, 의료비용, 의료결과를 중심으로 기초 통계를 생산하고, 보건의료 성과를 분석하고자 하나, 제시된 지표가 주로 건강보험과 관련된 자료를 기반으로 하고 있어서 우리나라 보건의료제도의 전반적 실태를 보여주는 데 한계가 있음
- 제시된 지표 중 다른 자료원을 활용한 통계와 일치하지 않은 것도 있음
 - 보건의료실태조사에서는 정신병상수를 77,384개로 파악하고 있으나, 정신건강정책과²⁰⁸⁾에서는 83,405개로 파악함. 한편, 의료자원정책과는 64,137개로 파악하여 OECD에 보고함
 - 보건의료실태조사에서는 재활병상을 10,198개로 파악하고 있으나, 의료 현장²⁰⁹⁾에서는 약 5,100개로 추산함. 한편, 의료자원정책과는 2,351개로 파악하여 OECD에 보고함
 - 보건의료실태조사에서는 의료인의 보수를 다양한 관점(의료기관 유형별, 시군구별, 연령별)로 집계하였으나, OECD에는 제출하지 않음
- 행정 자료를 기반으로 통계를 생산하는 것이 현재의 추세이기는 하지만, 이를 통해 알 수 없는 정보(직종의 구성, 근로 형태, 병상의 구성, 장비 현황 등)는 현장 조사를 통해 확인할 수 있어야 하는데, 이를 위한 여건이 갖추어져 있지 못함
 - 제도적으로 간호사가 일정 자격을 갖추어 조산 활동을 지원하도록 되어 있음에도 불구하고, 신고일원화제도는 간호사 정보만 등록하도록 되어 있어서, 우리나라의 인력 구조에 대한 이해를 낮추고, 더욱이 이는 저출산 현상과 맞물려 조산사의 역할에 대한 편협한 해석과 오해를 낳고 있음
 - 보고된 행정 자료만을 기반으로 자료를 작성하게 되면, 고가 장비의 비급여 촬영 건, 인력의 구성을 확인할 수 없음
 - 국내외적으로 의료제도 성과 측정과 비교 관점에서 병상의 기능 구분이 갈수록 중요해지고 있는 가운데, 우리나라의 병상 구조를 제대로 이해하고, 효과적인 병상 관리 정책을 마련할 수 있는 기반을 조성해야 함
- 행정 자료를 기반으로 하는 통계는 매년 구축하되, 조사를 통해 실태를 점검함으로써(5년 주기) 법에 명시된 바를 실천하고, 행정 자료의 모순을 확인하도록 해야 함

207) 2017년 통계 작성 방법 변경

208) 국가 정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서(보건복지부, 국립정신건강센터, 2017)

209) 건강보험심사평가원의 재활수가 시범사업에 참여하고 있는 병원의 병상 수 합계임

〈표 2-6-12〉 보건의료 실태조사의 범위

| 구분 | 세부 영역 | 구성 지표 |
|--------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 의료자원 | 보건기관 | 보건의료기관, 경증환자중심 의원, 공공/민간 의료기관, 일반/특수 의료기관, 간호 등급, 진료과목 |
| | 보건의료 시설 및 병상 | 입원병상수, 특수진료실, 병상유형, 상급/일반 병상 |
| | 보건의료인력 | 면허등록자수, 전문의수, 활동인력수, 간호관리료 차등제 적용 일반병동 및 중환자실 간호사수, 근무형태(상근/비상근), 평균 임금, 평균 근무년수, 이직률, 보건의료기관 외 활동인력 |
| | 의료장비 | 장비수 |
| 의료이용 | 입원 이용 | 입원환자수, 재원일수, 평균재원일수, 진료비, 약품비, 병상이용률, 자체충족률, 질병군, 수술여부, 중증도, 소득수준 |
| | 외래 이용 | 외래환자수, 처방 의약품, 경증 외래 환자 |
| | 장비 이용 | CT 촬영 건수, MRI 촬영 건수, PET 촬영 건수 (건강보험 적용 기준) |
| | 응급 이용 | 응급 환자수, 질병/손상중독 |
| 의료이용결과 | 입원환자 위험도 보정 사망비, 입원환자 위험도 보정 재입원비, 예방 가능 입원률, 치료 가능 사망률, 약제처방 | |

자료: 보건복지부(2017). 국민보건의료실태조사.

□ (정책 성과 ② 국민건강증진법 제16조에 따라 국민건강영양조사가 수행되고 있음)

- 국민건강증진법 제16조는 보건복지부장관은 국민의 건강상태, 식품섭취, 식생활조사 등 국민의 영양에 관한 조사를 정기적으로 실시해야 함을 명시하고 있는바, 이를 근거로 국민건강영양조사가 매년(3기 조사까지는 3년 주기) 수행되고 있음
- 통계의 작성은 질병관리본부 건강영양조사과가 담당함
- 국민건강영양조사는 국민의 건강 수준, 건강 관련 의식 및 행태, 식품 및 영양섭취 실태에 대한 국가 및 시도 단위 통계 산출과 보건정책의 근거자료 제공을 주된 목적으로 함
- 2016년 기준 조사는 건강설문조사(18개 영역 284개 항목), 검진조사(9개 영역 71개 항목), 영양조사(3개 영역 56개 항목)로 구성됨
- 매년 1월부터 12월말까지 조사된 내용을 다음해 말에 발표하는 등 시의성 있게 정보를 제공하고 있음
- 이와 함께 매년 사업 설명회를 실시함으로써 조사에 대한 대중의 이해를 높이고, 이용자에게 교육의 기회를 제공함
- 그러나 조사 대상 및 영역 측면에서는 같은 부처의 ‘지역사회건강조사’와 중복된 영역이 존재하고 통계청의 ‘사회조사’와도 유사한 영역이 있어서²¹⁰⁾ 검토가 필요하며, 통계 처리 측면에서는 2005년 인구로 표준화함으로써 최근의 인구 동향을 반영하지 못하고 있어서²¹¹⁾

210) 현재 국민건강영양조사는 흡연, 음주, 신체활동, 정신 건강, 손상 및 안전의식, 건강검진 및 예방접종, 의료이용, 삶의 질 영역에서의 조사 결과를 KOSIS에 등록하고 있으며, 지역사회건강조사는 건강검진 및 예방접종, 건강행태(흡연, 음주, 운동 및 신체활동, 식생활 등), 보건기관 이용, 사고 및 중독(낙상), 이환, 활동제한 및 삶의 질 영역에서의 조사 결과를, 사회조사는 건강관리, 흡연, 음주, 의료서비스 이용, 스트레스, 자살, 운동 등의 영역에서의 조사 결과를 등록하고 있음. 조사 문항은 비슷한 것도 있고, 다른 것도 있으며, 설문문의 깊이는 조금씩 차이를 보임

보완이 요구됨

□ 지역보건법 제4조는 국가와 지방자치단체는 지역 주민의 건강 상태 및 건강 문제의 원인 등을 파악하기 위하여 매년 지역사회 건강실태조사를 실시하여야 함을 명시함

○ 질병관리본부 질병예방센터 만성질환관리과에서 조사의 기획과 수행을 주관함

○ 이는 시군구 단위 주민 건강 수준 및 관련 요인 현황을 파악하여 지역보건의료계획을 수립하고 평가하는 기초자료로 활용되고 있음

○ 2016년 기준 조사는 흡연, 음주, 안전의식, 운동 및 신체활동, 식생활, 비만 및 체중조절, 구강건강, 정신건강, 예방접종 및 검진, 이환, 의료이용, 사고 및 중독, 활동제한 및 삶의 질, 보건기관 이용, 사회 물리적 환경, 심정지 등 161개 문항으로 구성되는데, ‘국민건강영양조사’와 발표 단위에서만 차이를 보일 뿐 조사 영역은 다소 중복성을 보임(건강행태에 관한 문항은 대체로 중복)

○ 한편, 문항에 따라서 점검이 필요한 것이 있음

- 예를 들어, 의료이용에 관한 문항에서 병의원에 가고 싶을 때 가지 못한 적이 있는지에 대한 문항 하나로 ‘미충족의료율’을 보고하는 것은 재고(再考)되어야 함
- 비록 조사지침서에서는 ‘필요했지만 진료를 받지 못한 적이 있는지’를 강조해서 묻도록 설명하고 있지만, 현장에서 정확한 의사 전달이 되고 있을지 알 수 없음
- ‘가고 싶지만 못 간적’이라는 표현은 필요(need)보다는 수요(need)나 바램(want)을 반영하게 되어, 의도했던 ‘미충족’에 대한 정확한 진단을 어렵게 함
- 한편, 조사지침서에 쓰인 내용을 조사 문항에 반영하여 표현을 바꿀 경우에는 국민건강영양조사의 질문과 유사도가 높아짐

□ 그밖에 구강보건법 제9조에 따라 ‘아동구강건강실태조사’가 생산되고, 산업안전보건법 제43조에 따라 ‘근로자건강진단실상황보고’가 생산되고, 정신보건법 제4조에 따라 ‘정신질환실태조사’가 생산되는 등, 특정 인구 집단을 대상으로 수행된 조사에 근거하여 보건의료 분야의 다양한 통계가 작성되고 있음

□ (정책 한계 ② 보건의료 분야 국제 통계의 관리 체계가 약함)

○ OECD, WHO 등 국제기구의 회원국으로서 통계제출의 의무²¹¹⁾를 이행하고 있으며, 그 결

211) 조율을 공표하고 있으나, 조율은 인구 집단의 성과 연령 구조를 반영하지 않은 통계로 보는 것이 일반적임. 한편, 조사의 표본은 2010년 인구주택총조사 자료를 이용하여 선정되고, 조사 결과는 2005년 추계인구에 기초하여 표준화됨
212) OECD 협정문 제3조(상호간 정보교환과 정보제공에 동의한다)에 따름

과는 각 기구의 홈페이지에 게시됨

○ OECD 통계는 정책통계담당관실에서 관리하고 있으며, 창구역을 지정하여 OECD의 요구에 대응하고 있음

- OECD는 각 국가로부터 보고 받은 통계를 하나의 통계포털(OECD.stat)에 공표함
- OECD는 세 가지 영역(보건계정, 보건통계, 의료 질) 각각에 창구역을 지정하여 통계의 생산, 관리, 보고에 책임성을 강화함
- 보건복지부와 통계청은 ‘국제기구 자료제공 종합관리대장’을 작성하여 제출 자료의 목록을 관리하고 있음
- 이와 함께 매년 자체통계품질진단을 실시함으로써, 국가 정책을 추진하는 데 기초가 되는 통계의 정확성을 높이고, 취약한 부분과 개선 사항을 점검하고 있음 (통계법 제11조 근거)

○ 한편, WHO 통계는 제출 주체가 다소 불명확함

- WHO는 GH(O) (Global Health Observatory), GHED (Global Health Expenditure Database)에 주제별로 핵심 지표를 담고 있음
- 현재 GH(O)에는 SDG health and health-related target indicator를 중심으로 탑재되어 있음 (2018.09. 기준)
- GHED는 의료비 통계가 탑재된 데이터베이스로 우리나라의 자료는 OECD 제출 자료가 공유됨
- 국제기구 간에 상호 교류되는 자료 이외의 통계는 주로 estimate나 survey로 명시되어 있으며, 현재 공표된 것 중에는 최신 정보로 업데이트되지 않은 것이 많음
- 국내적으로는 ‘통계청’의 국제기구 제출 자료 등록시스템을 통해 자료 제공 여부가 관리될 뿐, 복지부 내에서 이를 관리하는 주체는 없는 것으로 보임

[그림 2-6-11] WHO의 Global Health Observatory

한국 통계 요약(2002-현재)

Country profiles

filter table | reset table
Last updated: 2018-07-17

Download filtered data as: CSV table | XML (simple) | JSON (simple)
Download complete data set as: CSV table | Excel | CSV list | more...

| Indicator | 2015 | 2014 | 2013 | 2012 | 2011 | 2010 | 2009 | 2008 |
|--------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Cellular subscribers (per 100 population) ^f | | | | 109 | 109 | 105 | | |
| 비타민A 보충제를 섭취한 6~59개월 영아(%) | | | | | | | 98.0 | |
| 페렴 증상으로 의료서비스를 받은 5세 미만 아동(%) | | | | | | | 79.8 | |
| 급성호흡기감염 증상으로 의료서비스를 받은 5세 미만 아동(%) | | | | | | | 87.6 | |
| | | | | | | | 91.5 | |

자료: WHO 웹사이트 (www.who.int)

다. 세부실천목표

- 올바른 통계, 유익한 통계, 표준화된 통계를 생산, 관리, 배포하는 체계를 마련하기 위해 다음 세 가지 계획을 검토함
- 첫째, 보건의료기본법 제53조에 근거하여 국가와 지방자치단체가 필요로 하는 통계를 집대성하고, 또 이를 근거로 국가의 주요지표를 선정하는 데 관여해야 함
 - 2016년 12월 통계청은 건강 통계 프레임워크를 작성한바, 건강상태, 보건의료체계, 건강영향요인으로 세부 영역을 설정하고 이를 대표할 수 있는 지표를 선정함
 - 사회보장위원회는 2013년부터 매년 ‘사회보장통계’ 책자를 발행하고 있는 가운데, 11대 사회보장 분야에 건강 영역을 포함하고, 건강 영역을 대표할 수 있는 지표를 건강수준, 건강관리, 의료이용, 의료자원으로 구분하여 수집해 옴
 - 한편, 보건의료에 관한 통계는 체계적인 틀 안에서 정리되지 못하고 있는바, 보건의료제도가 나아가야 할 방향을 세움에 있어서 어떤 통계에 근거할지에 대해서 고민이 필요함
 - － 앞서 언급하였듯이 2018년 현재 보건복지부가 승인 관리하는 보건 분야 통계는 22종이지만, 보건복지부가 관리하지 않는 승인 통계를 포함할 경우 보건 분야의 승인 통계는 약 50여 종에 이르게 됨
 - － 조사 통계와 보고 통계의 역할을 설정하여 각각의 장점을 살릴 수 있도록 하며, 이 과정

에서 기관 내외부적으로 수행되고 있는 유사 조사의 조정을 검토해야 함

□ 둘째, 통계의 정책적 활용을 강화해야 함

○ 자료의 공유와 확산을 통해 통계의 활용 기회를 넓혀야 함

○ 생산되고 있는 다양한 정보를 연계하여 보건의료제도의 성과를 확인할 수 있도록 함

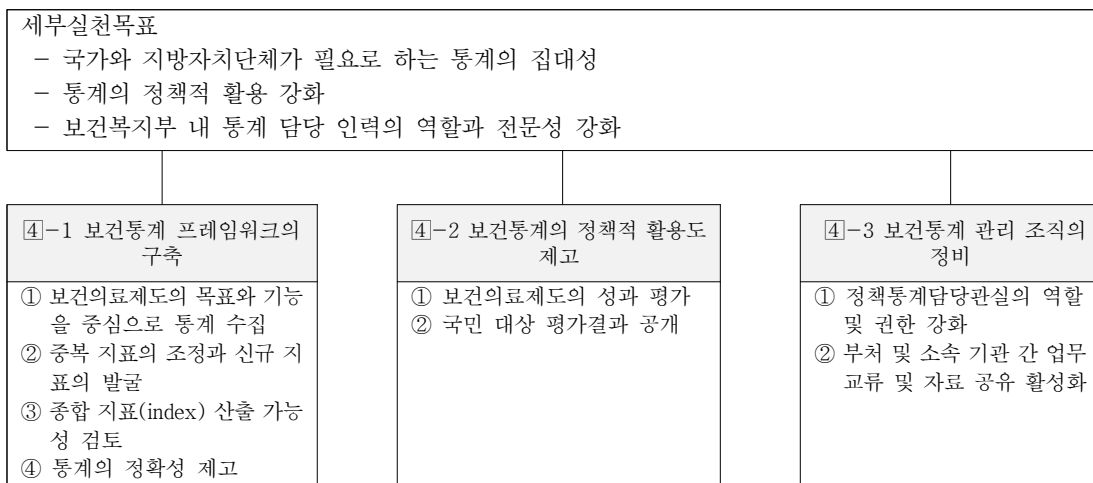
□ 셋째, 보건복지부 내 통계 담당 인력의 역할과 전문성을 높이도록 함

○ 통계를 생산하고 관리하는 업무의 중요성에 대한 인식을 높이고, 관련 업무에 있어서 통계 담당자의 판단이 존중되는 분위기를 조성함

－ 이를 위해서는 부서 간에 의사소통을 늘리고, 업무에 관한 상호 간의 이해를 넓히며, 담당자는 통계 업무에 대한 전문성을 갖추어야 함

－ 통계청과의 업무 교류 일환으로 현재 시행 중인 파견 근무 제도도 형태를 다양화하여 관련 업무에 있어서 전문성을 여러 차원에서 고취하도록 함

○ 부처 내 소속 기관 간 업무 협력을 위해 ‘보건복지통계 발전을 위한 워크숍’이 정기적으로 열리고 있으나, 보다 실질적인 교류로 이어질 수 있도록 프로그램을 체계적으로 구상해야 함



1) 세부추진계획 ④-1: 보건통계 프레임워크의 구축

□ **(실행전략①)** 현재 생산되고 있는 각종 통계를 집대성하여 보건의료제도의 목표와 기능을 한눈에 보여주는 틀을 갖추

○ 보건의료기본법 제53조의 실행을 위하여 국가 단위에서 뿐만 아니라 지역 단위에서 통계를

들여다볼 수 있는 기반을 마련하여 국제 비교와 국내 비교가 모두 가능하도록 함

○ 이와 함께 통계청이 제안한 100대 지표에 포함된 보건 분야의 지표가 영역별로 균형 있게 포함된 것인지 검토하도록 함

－ 통계청은 자살률, 현재흡연율, 고위험음주율, 비만 유병률, 고혈압 유병률, 뇌졸중 유병률, 스트레스 인지율, 의료기관 수, 인구 천 명당 의료기관 병상 수, 의사 수, 간호사 수, 노인우울증, 영아사망률이 보건 분야의 대표 지표로 선정하였음 (2018.10.23. 기준)

○ 이에 대한 검토는 내부적으로 통계 수집 체계를 제대로 갖추었을 때 가능한 것임

□ **(실행전략②)** <표 4> 와 같은 프레임워크 안에 현재 생산되고 있는 통계를 도표화(mapping)하면서 중복성이 있는 것은 내외부적으로 조정하고, 부족한 것은 새로 생산하도록 함

○ 보건복지부 내부적으로는 국민건강영양조사와 지역사회건강조사가, 외부적으로는 한국의료패널(한국보건사회연구원·과 국민건강보험공단), 사회조사(통계청)이 검토 대상이 됨

○ 각각의 조사는 그대로 유지하면서, 조사 영역이나 조사 대상을 조정하는 것이 하나의 방안이 될 수 있음

○ 반응성에 대한 지표는 국제적인 논의 흐름에 따라, 보건복지부가 수행 중인 의료서비스경험 조사를 적극 활용하여 확보하도록 함

□ **(실행전략③)** Better Life Index나 Healthy Aging Index와 같은 통합 지표의 생산 경험을 바탕으로 보건 분야의 종합지표 산출 가능성을 검토하도록 함

<표 2-6-13> 보건통계 프레임워크의 예시

| 보건의료제도의 목표와 기능 | | 국가 단위 | 지역 단위 |
|----------------|-----------|--------------------------|-------|
| 목표 | 건강 수준 | | |
| | 재정부담의 공정성 | | |
| | 반응성 | | |
| 기능 | 관리 | | |
| | 자원개발 | | |
| | 서비스 제공 | | |
| | 재원조달 | | |
| 종합지표 | | Better Health Index (가칭) | |

□ **(실행전략④)** 앞서 제시된 보건통계 프레임워크를 구성하는 영역 중에서 ‘재정 부담의 공정성’과 ‘자원’에 관한 통계는 보완 조치가 시급함

○ ‘재정부담의 공정성’을 개인 단위에서 확인하기 위해서는 가계의 재난적 의료비(catastrophic health expenditure) 발생 비율에 대한 정의를 표준화하고, 정제된 자료원

에 기초하여 산출해야 함

- 재난적 의료비 가구 발생률은 SDGs 모니터링 지표(지표 3.8.2.)이기도 하며, 건강보험보장률보다 가계의 재정 부담 정도를 포괄적으로 보여줄 수 있는 지표임
- 현재 재난적 의료비를 산출하는 주요 자료원으로 가계동향조사와 한국의료패널 자료가 있는데, 두 자료 모두 일정 부분 한계를 가지고 있어서 이를 보완할 수 있는 방안 마련이 요구됨
- 의료비 지출 정보와 소득 자료의 연계 가능성을 확보하여 통계의 정책 민감도를 더욱더 높일 필요가 있음

○ ‘자원’의 현황을 파악할 수 있는 기초 자료원을 재검토해야 함

- 의료 인력 통계의 산출이 2016년(기준년도)부터 건강보험심사평가원의 신고일원화시스템에 등록된 정보에 전적으로 의존하면서 제한된 정보 제공에 그칠 가능성이 높음
- 예를 들어, 국민보건의료실태통계에서 집계된 병상 수(재활, 정신)가 현실과 괴리를 보임
- 이러한 문제를 해결하기 위해서는 의료 자원에 관한 보완 조사가 이루어질 필요가 있음
- 조사 결과와 행정 자료(신고일원화시스템 보고 통계 기반)를 비교하면 정보의 간극을 줄일 수도 있음
- 현재까지 파악된 문제를 토대로 다음과 같은 보완 조사를 제안함

〈표 2-6-14〉 보완조사의 예시

| <병원종사자의 근무형태> | | | |
|--------------------|----------|-----------|---------|
| 인원 (명) | 구성비 | | |
| | 전일근무 (%) | 시간제근무 (%) | 합계 |
| 총인력 | | | 100 |
| 의사 | | | 100 |
| 간호사 | | | 100 |
| 간호조무사 | | | 100 |
| 조산사 | | | 100 |
| 기타 보건인력 | | | 100 |
| 기타 종사자 | | | 100 |
| <병상의 구성> | | | |
| 병상 수 (개) | | | |
| 전체병상 (①-④의 합) | | | |
| ① 급성기병상 (정신병상 포함) | | | () |
| ② 장기요양병상 (정신병상 포함) | | | () |
| ③ 재활병상 (정신병상 포함) | | | () |
| ④ 기타 | | | () |
| 정신병상 | | | |
| <장비의 활용 현황> | | | |
| | | 급여 (%) | 비급여 (%) |
| CT | | | 합계 |
| MRI | | | 100 |
| PET | | | 100 |

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원(2017)

2) 세부추진계획 [4]-2: 보건통계의 정책적 활용도 제고²¹³⁾

□ (실행전략① 보건의료제도의 성과 평가) 보건통계는 보건의료제도의 성과를 확인하는데 투입할 수 있음

○ 투입 요소(inputs)와 산출 결과(outputs)를 비교하여 보건의료제도의 성과를 평가할 수 있음

○ 이때, 산출 결과는 보건의료제도의 어느 부문에 초점을 둘 것이냐에 따라 관점을 달리할 수 있음

－ 의료적 요인에 집중을 한다면 건강 수준의 향상, 의료의 질이 측정 대상이 되며, 보건적 요인에 집중을 한다면 건강 수준의 향상, 건강 행태의 개선(건강 수준 향상의 과정 지표)이 측정 대상이 됨

－ 우리나라의 정책 결정 구조와 재정 흐름에 비추어볼 때, 전자는 국가 단위에서, 후자는 지역 단위에서 검토 가능함

○ 이 과정에서 재정부담의 공정성, 반응성 수준을 함께 검토하면서 보건의료제도의 목표 달성 여부를 확인함

－ 재난적 의료비 발생률을 지역 간, 소득 수준 간, 성·연령 간 비교함으로써 사회인구학적 특성에 따른 재정 부담의 형평적 수준을 확인함

－ 의료제도를 구성하는 각 요소에 대한 국민의 기대를 폭넓게 확인하기 위해서는 ‘의료서비스경험조사(보건복지부)’의 조사 대상을 확대해야 함

○ 국가 단위에서 보건의료제도의 성과 확인은 OECD 보건통계의 거시적 비교를 통해 가능함.

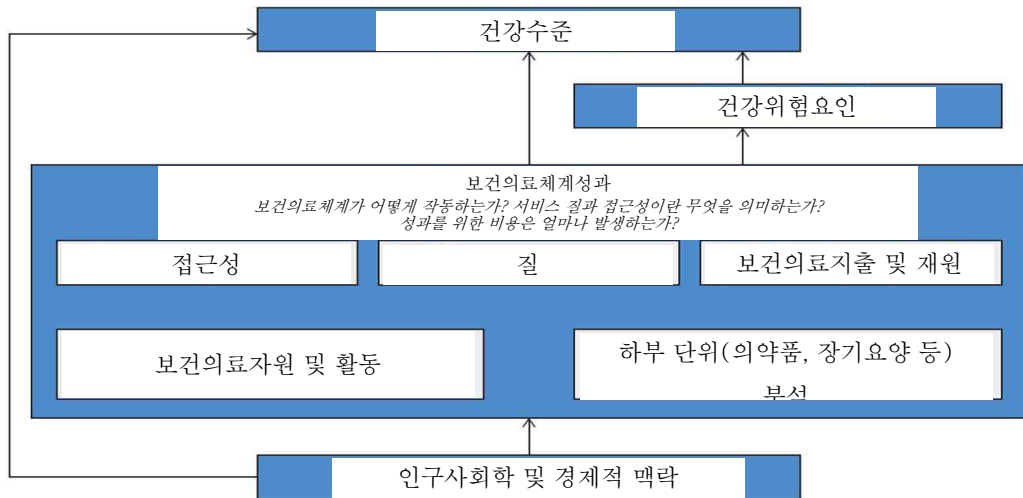
－ OECD 보건통계는 국제적으로 표준화된 정의에 따라 수집된 것으로, 국가 간 비교분석을 통해 우리나라 보건의료제도의 성과를 가늠해 보는 기회를 제공함

－ 다른 한편, 개별 지표의 시계열적인 변화를 통해서 보건의료제도의 성과를 확인해 줌

－ 건강 수준, 의료의 질 등이 주요한 검토 대상 지표가 될 수 있음

213) 본 절에서 지역 단위의 성과 평가를 목적으로 제시한 지표(금연 시도율, 체중조절 시도율, 건강생활 실천율)는 예시로, 본 보고서의 다른 파트(지역보건의료 구상 등)에서 중요하게 다룬 지표 또는 사업부서에서 중요하게 생각하고 있는 사업이 있다면 이들로 대체하도록 함

[그림 2-6-12] OECD의 보건의료제도 성과 평가 틀



자료: Health at a glance 2017 (OECD, 2017b)

○ 지역 단위에서 보건의료제도의 성과는 다음과 같은 지표를 중심으로 검토할 수 있음²¹⁴⁾

- 결과 지표로서 예방 가능한 사망률(preventable mortality)을 비교함
 - 단, 사망률은 지방 정부가 중재할 수 없는 개인적 요인과 환경적 요인에 영향을 받을 수 있기 때문에 지방 정부의 성과를 직접적으로 판단하기에 무리가 따름
 - 투입 요소(보건의료비용)와 비교할 경우, 둘 간의 정의의 일관성이 중요한데, 아직까지 일관된 기준에 의해 자료를 생성하기 어려운 상황임
 - OECD(신정우, 2018 재인용)는 최근 예방 가능한 사망률 목록을 작성한 바, 의료비와 사망률을 OECD가 제안한 기준에 따라 산출한다면 둘 간의 비교 분석이 가능할 것임
- 과정 지표로서 금연 시도율, 체중조절 시도율, 건강생활 실천율(당뇨병 사업, 고혈압 사업) 등²¹⁵⁾을 검토할 수 있음
 - 각 지방 정부가 특정 사업에 투입한 비용과 지역 주민의 행태 개선 정도를 비교함으로써 사업의 효과성과 필요성 등을 점검함
 - 이를 위해서는 모든 지방 정부가 표준화된 양식에 맞춰 기초 자료를 집계, 보고할 수 있어야 함

214) 신정우(2018 발행예정)

215) 지역사회건강조사의 조사 결과임

[그림 2-6-13] 지역 단위의 성과 평가(예시)



<금연 사업>

<당뇨병 사업>

자료: 지역별 의료비 정보의 생산과 활용 강화 방안 연구(신정우, 2018 발행예정)

□ (실행전략② 국민 대상 평가결과 공개) 국가 또는 지역 단위에서 이루어진 성과 평가 결과를 공개하도록 함

- 국민의 알 권리를 향상하는 관점에서 각종 평가 결과는 웹사이트와 보고서에 시각화하여 제공하도록 함
- 지방자치단체 등 사업 수행 주체에게는 경제적, 비경제적 유인책을 제시함
 - 책임성이 모호한 경우에는 경제적 유인책(금전적 인센티브)을 적용함에 있어서 주의가 필요함
 - 평가 결과를 사업 담당자에게 제시해 줌으로써 해당 사업의 필요성, 적절성에 대해서 자체 판단하도록 하고, 미비한 점을 자발적으로 개선하도록 함
 - 평가를 제도화 하는 단계에서는 경제적 유인책보다 비경제적 유인책이 예기치 못한 부작용을 방지할 수 있는 방법이라고 판단함

3) 세부추진계획 [4]-3: 보건통계 관리 조직의 정비

□ (실행전략①) 보건복지부 정책통계담당관실을 부처 및 소속 기관이 생산하는 통계를 총괄하는 부서가 되도록 해야 함

- 부처 내외부적으로 통계의 조정 역할을 강화하고, 관리 권한을 부여해야 함
- 형식상으로 이러한 역할은 지금도 부여되어 있지만, 부처 구성원의 인식부족으로 해결되지 않는 문제들이 있는바, 상호 의사소통을 늘리고, 업무에 대한 이해를 넓혀야 함
- OECD, WHO 등 국제기구 제출 통계를 일괄적으로 관리하도록 함

- (실행전략②) 부처 및 소속 기관 간 업무 교류와 자료 공유를 활성화해야 함
- 부처 내 소속 기관 간 업무 협력 강화를 위한 교류의 기회를 확대하도록 함
 - 사회적 환경 변화와 수요 확대에 적극적인 대응을 위해서는 부서 내부, 기관 내부 자료에 대한 소유권을 주장하기보다는 자료 공유를 통해 통계의 정책적 활용을 확대하고 발전을 꾀하도록 함
 - 통계의 품질 향상을 위해서는 상호 협력이 필수적이라는 점을 각 분야의 담당자 모두가 인식해야 함

라. 연도별 추진일정

〈표 2-6-15〉 재정·인프라 분과: ④ 근거기반 정책을 위한 통계 인프라 확충: 연도별 추진일정

| 구분 | '19년 | '20년 | '21년 | '22년 | '23년 | '30년 |
|---------------------|------|------|------|------|------|------|
| ○ 보건통계 프레임워크 구축 | | | | | | |
| • 지표 검토 | ○ | ○ | | | | |
| • 수집 체계의 수립 | | ○ | ○ | | | |
| ○ 보건통계의 정책적 활용도 제고 | | | | | | |
| • 성과 평가 체계 수립 | | ○ | ○ | | | |
| • 평가 결과의 공개, 확산, 적용 | | | | ○ | ○ | ○ |
| ○ 보건통계 관리 조직의 정비 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

마. 참고문헌

보건복지부. (2018). 국민보건의료실태조사 2017. 세종: 보건복지부

보건복지부, 국립정신건강센터. (2017). 국가 정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서. 세종: 보건복지부

보건복지부, 한국보건사회연구원. (2017). 의료기관 이용현황 보완방안 연구. 세종: 보건복지부

신정우. (2017). 국민중심 보건의료체계 구축을 위한 통계 생산 과제. 보건복지포럼, 통권(250), 57-65.

신정우. (2018 발행예정). 지역별 의료비 정보의 생산과 활용 강화 방안 연구. 세종: 한국보건사회연구원.

OECD. (2017a). Recommendation of the OECD Council on health data governance. Paris: OECD.

OECD. (2017b). Health at a glance 2017. Paris: OECD Publishing.
doi://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en

Roemer MI (1991) National health systems of the world. Vol. 1, New york, NY: Oxford university press.

World Health Organization. (2000). The world health report 2000: Health systems: Improving performance. Geneva: World Health Organization.

제6절 추진방향 ⑤: 보건의료 정보화 관련 인프라 구축

가. 추진배경 및 주요 문제의식

- (문제의식 ① 의료기관, 보건기관, 보건의료정보시스템, 건강관리 프로그램 등에 개인보건의료정보가 산재되어 소비자 중심의 연속적이고 통합적인 맞춤형 보건의료 서비스 제공이 어려움)

○ (4차 산업혁명시대에서의 보건의료 패러다임 전환)

- 4차 산업혁명시대의 보건의료서비스는 공급자 중심의 진단-치료에서 소비자 중심의 예방-관리로, 또한 병원 중심 의료에서 개인별 건강관리로 패러다임 전환(그림 1 참조)

[그림 2-6-14] 미래보건의료 패러다임 변화



자료: 보건복지부, 한국보건의료연구원(2016.12.), ICT 기반 미래보건의료 정책로드맵 개발. p.5.

- ICT와 보건의료정보의 중요성이 부각되고 보건의료정보 주체로서 소비자의 주체의식과 활용에 대한 욕구 증가
- #### ○ (정보 주체로서의 소비자주권 확보 미흡 및 개인단위 맞춤형 보건의료서비스 실현 제한)
- 의료기관, 보건기관, 국가주도의 공공보건의료시스템(지역보건의료정보시스템, 감염병 관리시스템, 만성질환관리시스템, 건강보험정보시스템, 국립병원정보시스템, 암정보관리시스템, 지방의료원정보시스템 등), 유전체검사기관, 그리고 민간에서 제공하는 건강관리프로그램이나 핸드폰 앱 등에 산재적으로 구축되어 있는 개인단위의 보건의료정보는 공유 및 교류가 불가하여 개인단위의 총체적인 보건의료정보 현황 파악이 불가하고 결론적으로 보건의료정보에 대한 소비자 주권 확보 미흡
 - 이로 인해 개인 보건의료정보 주체로서 건강관리, 질병관리 등을 위한 개인단위의 맞춤형 보건의료서비스 실현 제한
- (문제의식 ② 개인의 보건의료정보 활용을 위한 여건 불비로 보건의료 데이터 활성화 저해)
- #### ○ (민감 개인정보인 보건의료정보 보호 및 활용에 대한 인식부족 및 법적 근거 미흡)

- 개인정보 보호는 개인정보 활용의 선행 조건인 동시에 보호와 활용 사이에는 균형이 필요
하나 개인정보 유출사건 등으로 인해 올바른 인식 부족(표 1 참조)

<표 2-6-16> 우리나라 주요 개인정보 유출사건 현황

| 시기 | 업체 | 피해규모 |
|--------------|------------------|----------|
| 2006~2008 | 하나로 텔레콤 | 650만명 |
| 2008년 2월 | 옥션 | 1,863만명 |
| 2008년 9월 | GS 칼텍스 | 1,119만명 |
| 2010년 3월 | 신세계물 | 330만명 |
| 2011년 4월 | 현대 캐피탈 | 175만명 |
| 2011년 7월 | SK커뮤니케이션즈 | 3,500만명 |
| 2011년 11월 | 넥슨 | 1,320만명 |
| 2012년 4월 | EBS | 400만명 |
| 2012년 7월 | KT | 870만명 |
| 2014년 1월 | 카드3사(KB, 롯데, NH) | 10,400만건 |
| 2014년 9월~10월 | 홈플러스 | 250만건 |
| | 이마트 | 311만건 |
| | 롯데마트 | 250만건 |

자료: 정영철, 이기호, 이야리(2013), 의료기관의 개인정보보호현황과 대책, 서울: 한국보건사회연구원, p41.;

연합뉴스TV, (2014.01.08.), 카드사 개인정보 1억건 유출, 사상 최대 '후폭풍' 예고'

<https://news.naver.com/main/read.nhn?mode=LSD&mid=sec&sid1=101&oid=422&aid=0000043605>

보안뉴스, (2014.12.31.), 2014년 하반기 개인정보 유출사건 총결산

<https://www.boannews.com/media/view.asp?idx=44929&kind=1>

- 민감 개인정보인 보건의료정보의 보호 측면에 있어서도 기존의 개인정보보호법 혹은 관련 개별 법(의료법, 생명윤리법 등)에서 보건의료정보의 세분화, 정보소유자의 권리 보호, 익명화 정보의 활발한 활용, 악의적 이용에 대한 대책 등 미흡

○ (보건의료정보 보호 및 활용을 위한 추진 체계 및 추진전략 미흡)

- 현재 보건의료부문의 보건의료정보 보호를 위한 추진체계는 정보화담당관을 필두로 사이버안전센터, 개인정보통합관제센터가 보건 및 복지부문 전반에 걸쳐 보안 및 개인정보 보호 전담 역할을 수행하고 있으나 의료기관, 보건기관, 약국, 유전체 분석기관 등 보건의료분야의 다양한 대상기관 및 업무에 따라 이에 대응하기 위한 추진조직, 추진체계 등 부재

○ (보건의료 빅데이터 활성화 측면에서의 제도적, 기술적 기반 미흡)

- 의료의 질 향상, 데이터 기반 정책 수립 및 보건의료서비스 제공을 위한 보건의료 빅데이터에 대한 수요와 필요에 대한 대응에 있어 타 경쟁국들에 뒤지고 있음(표 2 참조)
- 우리나라에서는 건강보험공단, 건강보험심사평가원 등 대형 공공기관에서 빅데이터 활용사업을 추진하기 시작하였으나, 공공, 민간 병의원, 관련기관 등에 분산되어 있는 다양한 보건의료 데이터의 연계 및 활용은 미흡

<표 2-6-17> 세계 각국의 보건의료 빅데이터 정책 현황

| 국가 | 구분 | 내용 |
|----|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 미국 | 전략 | '04: 보건의료 빅데이터 수집·연구·활용을 위한 의료정보기술 추진계획 '12: 빅데이터 추진계획 '18: NIH 데이터과학 전략 |
| | 조직·법제 | '09: 의료정보기술법(HITECH Act.) '96: 의료보험이동·책임성법(HIPPA) '16: 21세기 치유법 입법 및 건강정보기술조정국(ONC) 설치 |
| | 활용 | Medicare, Medicaid 보유 데이터를 연구자와 의료기관에게 제공하고, 자신의 의료정보를 열람하거나 다운로드할 수 있게 지원 |
| 영국 | 전략 | '12: 건강수준 향상과 정책의 질 제고를 위해 진료정보 활용을 골자로 하는 국가 정보전략(The Power of Information) 수립 |
| | 조직·법제 | '12: 보건의료 데이터의 통합적 수집·연계·분석·제공을 위한 조직설치(NHS Digital) '12: 관련 법률 제정(Health and Social Care Act) |
| | 활용 | '16: 수집된 데이터를 연구·산업 목적으로 공유·활용하였으나 정보보호 조치 부족, Opt-out 제도 부실운영 등을 사유로 사업 중단 |
| 일본 | 전략 | '13: 일본 제8차 전략 '13: 건강·의료 전략 수립 |
| | 조직·법제 | '14: 건강·의료 전략법 제정 '17: 의료기관의 의료정보를 민간 연구기관에 제공 활용할 수 있도록 하는 차세대의료기관법 제정 |

자료: 보건복지부 의료정보정책과(2018.8), 보건의료 빅데이터 시범사업 추진계획(안).

□ (문제意識❸) 보건의료 정보화에 대한 거버넌스 부재로 인한 비효율)

○ (보건의료 정보화 추진을 위한 컨트롤 타워 부재)

- 보건의료 정보화의 추진 주체는 보건복지부 내의 정보화담당관, 공공의료과, 의료정보정책과, 건강정책과, 산하의 국민건강보험공단, 심사평가원 등으로 다양하나, 보건의료정보의 종합적, 체계적, 전략적 관리 불가
- 보건의료 정보화가 추구하고자 하는 공통된 비전 및 미션이 없고 사업단위별로 분절화되어 있어 사업 중복 및 사업간 충돌 발생
- 사업단위의 개별시스템이 타시스템과 원활히 연계되지 못하여, 개인단위의 보건의료정보 활용 등에 한계 노정

○ (보건의료 정보시스템 실행 및 운영·지원 체계 미흡)

- 정보화 실행 및 운영주체 또한 한국보건산업진흥원, 한국보건의료연구원, 사회보장정보원, 건강증진개발원, 소속기관 등으로 분산되어 있는데 이들 각 주체 간 역할 분담이 불명확

※ 지역보건의료정보시스템(사회보장정보원), 진료정보교류시스템(사회보장정보원), 지방의료원정보시스템(전국지방의료원연합회), 129응급의료정보시스템(중앙응급의료센터), 감염병관리시스템(질병관리본부), 국립병원정보시스템(국립중앙의료원), 금연포털 및 금연지원시스템(국립암센터), 보건의료 표준화(사회보장정보원), 의료ISAC(Information Sharing & Analysis Center) 설립추진(사회보장정보원) 등

- 보건의료 정보시스템 구축 후의 운영에 대한 표준 및 모니터링체계 미흡

나. 정책 상황 분석

□ (정책성과 ① 다양한 정보화 관련 사업추진을 통한 인프라 기반 확보)

○ (진료정보 교류를 위한 보건의료용어 표준화)

- 의료정보간 상호호환이 가능한 전자건강기록(EHR) 용어 표준화
- '13.10월 의료법 시행규칙 제14조에 보건의료용어표준 고시에 대한 법적 근거 마련
- '14.9월 9개분야 185,816개 용어, 340종 그림에 대한 표준 고시
- '18.2월 10개분야(한의학 분야 포함) 321,217개 용어, 540종 그림에 대한 표준 고시

○ (진료정보교류 표준 마련)(표 3 참조)

- 의료정보간 상호호환이 가능한 전자건강기록(EHR) 핵심공통기술·표준 개발
- '17.6월 진료의뢰·회송서 등 교류서식, 데이터형식, 전송방식 등 서식/기술 표준 마련

<표 2-6-18> 진료정보교류 표준

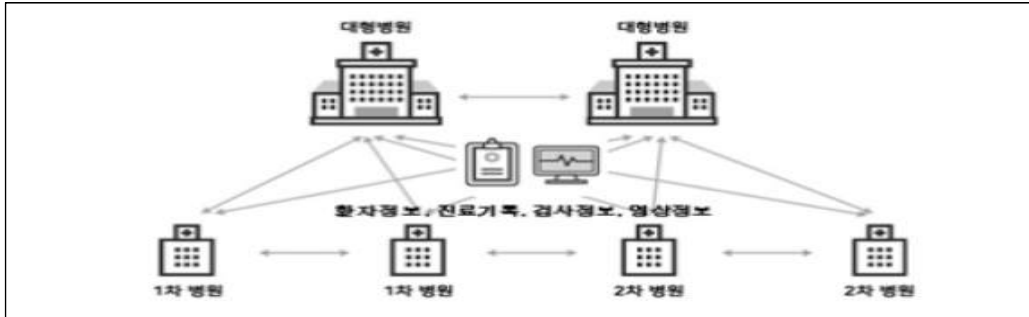
| 구분 | 표준화 대상 | 사용표준 | 비고 |
|-----------|---------|-------------------------------------|--------------------------|
| 용어 | 의료용어 | 보건의료용어표준 및 KCD, KD, EDI, ICD-9-CM 등 | 진단명, 약품명, 검사명, 수술명 등에 사용 |
| 교류 시스템 | 진료정보송수신 | IHE XDS.b | 교류문서의 검색 및 공유 |
| | 영상정보교류 | IHE XDSI.b | CT, MRI 등의 DICOM 영상교류 |
| | 환자식별정보 | IHE PIX/PDQ | 환자식별정보 등록 및 요청 |
| | 환자정보동의 | IHE BPPC | 환자의 개인정보보호 동의 |
| 서식 | 감사추적 | IHE ATNA | 필수적인 이벤트 로그 관리 |
| | 교류문서서식 | HL7 CDA규격 | 병원 간 송수신할 교류문서 필요한 서식 정의 |

자료: 보건복지부·사회보장정보원(2018). 진료정보교류 소개. 진료정보교류사업 설명회(2018.2.27.) 발표자료.

○ (진료정보교류사업 실시)

- '09년부터의 시범사업이 진행되었고, 2016년 12월 의료법에 의료기관간 진료기록(약물 처방기록, 검사기록 등) 교류를 위한 법적 근거가 마련되어 2017년 6월부터 진료정보교류사업 시작(그림 2 참조)
- 2018년 현재 거점문서저장소 10개소, 상급종합병원 15개소, 참여 보건의료기관 2,316개이며, '21년까지 거점문서저장소 19개소, 상급종합병원 38개소, 참여 보건의료기관 17,742개소 목표

[그림 2-6-15] 진료정보교류사업 개념도



자료: 보건복지부, 사회보장정보원(2017.12.), 진료정보교류사업 안내서.

○ (전자의무기록시스템 인증제 시범사업)²¹⁶⁾

- 의료법 제23조의2(전자의무기록의 표준화 등)에 따라 전자의무기록시스템의 상호호환성을 확보하고자, 의료기관이 개발한 EMR과 상용 EMR 제품에 대해 국가 표준 적합성 검증 실시
- 「전자의무기록시스템 인증제 실무추진단」에서 기능성, 상호운용성, 보안성 등을 기준으로 '18.8 ~ '19.7월 시범적용 후 '19.8월부터 제도 도입 예정

○ (개인별 맞춤형 건강관리 프로그램)

- 국민건강보험공단의 '개인건강기록(My Health Bank)' 서비스 제공(그림 3 참조)
 - 2012년 개인건강기록시스템 구축, 2014년 위험예측서비스 시작
- 건강보험자료를 기반으로 자신의 건강정보내용에 대해 확인 및 입력, 건강검진결과를 바탕으로 건강위험도 예측 및 처방전 발급

[그림 2-6-16] 개인건강기록(My Health Bank) 시스템 개요



자료: 한국보건의료연구원(2017.12.31.), 디지털 헬스케어 공공 전략 수립, ICT 미래보건의료 전략연구, p72.

216) 보건복지부(2018).

□ (정책 성과 ② 보건의료정보 보호 및 활용을 위한 입법 추진 및 추진체계 마련을 위한 노력)

○ (관련 법률안 제정을 위한 노력)

- “건강정보보호·활용 법률(안)” 마련(‘14)
- (가칭) “보건의료 빅데이터 보호·활용에 관한 법률(안)” 마련 예정 등

○ (보건의료부문별 정보보안 및 개인정보 보호를 위한 역할 분담)

- 개인정보보호 자율점검 수행(의료기관: 심평원, 약국: 대한약사회)
- 의료기관 보안수준 향상을 위해 전 의료기관을 대상으로 신속한 정보·공유 분석은 물론 통합 관제까지 제공하는 의료ISAC(정보공유분석센터) 설립 예정

□ (정책 성과 ③ 보건복지부 내 의료정보정책과 신설을 통한 실행 동력 확보)

○ (의료정보정책 전담부서 신설)

- 2017년 5월 보건의료정책실 ‘의료정보정책과’가 한시 조직으로 신설된 이후 2018년 2월 보건산업정책국 ‘의료정보정책과’로 업무 조정(표 4 참조)

<표 2-6-19> 보건복지부 의료정보정책과 업무 범위

| 복지부 의료정보정책과 업무 범위 | |
|-----------------------------------------------|--|
| 1. 의료정보 관련 정책에 관한 종합계획의 수립 및 조정 | |
| 2. 의료정보 관련 법령의 제정 및 개정 등에 관한 사항 | |
| 3. 정보통신기술 기반 보건의료사업의 운영 및 육성 등에 관한 사항 | |
| 4. 보건의료정보의 표준화 및 활용 등에 관한 제도의 수립·운영에 관한 사항 | |
| 5. 진료정보교류 제도의 수립·운영 및 진료정보교류시스템의 구축·운영에 관한 사항 | |
| 6. 전자의무기록시스템의 인증에 관한 사항 | |
| 7. 보건의료정보화 관련 국제협력에 관한 사항 | |

○ (전문성 확보를 위해 보건의료정보화 실행 및 운영에 다양한 기관 활용)

- 사회보장정보원, 한국보건산업진흥원, 한국보건의료연구원, 한국건강증진개발원 및 소속기관(국민건강보험공단, 심평원, 국립암센터 등) 등 다양한 주체를 활용함으로써 보건의료정보화 실행 및 운영에 있어 전문성 확보 노력(표 5 참조)

<표 2-6-20> 기관 주체별 보건의료정보화 실행 및 운영 근거

| 주체 | 관련사업 | 법적근거 |
|-----------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 사회보장정보원 | 지역보건의료정보시스템, G-health(공공보건포털), 보건 의료표준화, 진료정보교류사업, 의료ISAC 설립 추진 등 | -사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률 제29조(사회보장정보원) 제3항 제8호 ●그 밖에 이 법 또는 다른 법령에 따라 보건복지부장관, 국가 또는 지방자치단체로부터 위탁받은 업무 |
| 한국보건산업진흥원 | 보건의료빅데이터사업, 4차 보건산업, 디지털헬스케어사업, EMR | -보건의료기술진흥법 제7조(연구개발사업 전문기관의 지정) 제1항 제4호 ●한국보건산업진흥원 등을 연구개발사업 전문기관으로 지정하여 업무 |

| 주체 | 관련사업 | 법적근거 |
|-----------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 인증사업 등 | 표준에 관한 연구, 보건의료정보의 공동이용 활성화, 그 밖에 보건의료정보의 진흥에 관한 사업 등 보건의료정보의 관리·유통 등 업무 수행 |
| 한국보건의료연구원 | 보건의료빅데이터 연계사업(예정) 등 | -보건의료기술진흥법 제26조(자료의 제공) |
| 한국건강증진개발원 | 지역건강정보 모니터링사업, 보건소 모바일 헬스케어사업 등 | -국민건강증진법 제5조의3(한국건강증진개발원의 설립 및 운영) 제2항 제1호, 제6호 •제1호: 국민건강증진 정책수립을 위한 자료개발 및 정책분석 •제6호: 국민건강증진사업의 관리, 기술 지원 및 평가 |
| 국민건강보험공단 | 전자건강정보시스템, 건강보험심사평가원의 요양급여심사청구시스템과 보건의료자원통합신고포털 등 | -국민건강보험법 제14조(업무 등) 제1항 제 4호, •국민건강보험공단은 가입자 및 피부양자의 건강관리를 위한 전자적 건강정보시스템 구축·운영 -국민건강보험법 제63조(업무 등) 제1항 제7호, 국민건강보험법 시행규칙 제12조의2(보건의료자원 통합신고포털의 설치·운영) 제1항 •심사평가원은 요양급여비용의 심사청구와 관련된 소프트웨어의 개발·공급·검사 등 전산 관리 업무 •심사평가원은 요양기관 현황신고 등과 관련된 업무를 처리하기 위하여 "보건의료자원 통합신고포털"을 설치하여 운영 |

□ (향후 정책 방향 ① 보건의료 정보 중요성 증가 및 건강정보 활용 수요 확산에 따른 통합관리 체계 필요)

○ (보건의료 정보정책 거버넌스 정립 필요)

- 보건의료ICT 정책 수립 및 실행에 있어 부처간, 부처내 실·국 및 과간 협의·조정·연계 기능을 수행하기 위한 거버넌스로서 정부조직 신설 혹은 변경, 운영 전담기관 신설, 운영체계 마련 등 필요

○ (보건의료 정보화 추진을 위한 근거 법령 정비 필요)

- 보건의료 정보화 추진에 있어 각 관련법령에서의 정보화추진 관련 내용 정비

□ (향후 정책방향 ② 개인의 보건의료정보에 대한 자기 결정권 보장 확대)

○ (개인의 보건의료정보에 대한 자기결정권 보장)

- 예방, 관리 중심의 보건의료서비스에 대한 변화는 개인의 보건의료정보에 대한 접근 및 관리 요구 수요를 증가시켜 개인단위 보건의료정보 수집·활용체계 전반에 걸쳐 자기결정권 인식 및 보장 요구 확대

○ (병의원, 보건기관, 관련 기관 등의 정보교류 및 공유기반 확대)

- 현재 병의원간 진료정보교류 기반은 마련되었으나 개인 보건의료정보가 집적되어 있는 병의원, 보건기관, 유전체분석기관, 건강관리서비스 제공기관 등간의 정보교류 및 공유기반 미비
- 기존의 진료정보교류 플랫폼을 모든 의료기관, 보건기관, 관련 기관 등까지 확대 적용 필요

○ (개인 보건의료정보 활용 가능 신뢰 환경 구축 및 저장소 마련 지원)

- 공공, 민간 모든 영역에 걸쳐 산재되어 있는 개인의 보건의료정보를 한곳에 모아 인공지능, 사물인터넷, 빅데이터, 모바일 등 신기술을 적용하여 맞춤형 건강관리서비스 개발 등 다양하게 활용할 수 있는 플랫폼 개발 필요
- 개인 보건의료정보는 어플리케이션에 의해 수집되고 활용이 많아짐에 따라 표준화된 데이터를 생산하는 앱에 대한 인증제도 만들고 인증된 앱에 대한 사용 권장(국민의 신뢰 형성)
- 도입 초기에는 개인 보건의료정보의 양이 많지 않아 각자 소유한 스마트 디바이스 저장소만으로 생태계 유지 가능 하지만, 실시간 모니터링까지 가능한 환경과 유전체 정보 포함으로 인해 대용량 데이터가 구축된다면 이를 저장할 수 있는 저장소가 마련되어야 하고 이를 지원하는 것은 국가 차원에서 수행(보안 및 안전성 문제)

다. 세부실천목표

- 보건의료정보 교류 확장을 통한 서비스 질 향상
- 개인주도형 보건의료정보로의 이행으로 사람중심/자가관리 서비스 강화
- 보건의료정보 활용을 통한 근거기반 연구 및 혁신 추구
- 보건의료정보 정책 통합적 추진을 위한 거버넌스 구축

| 세부실천목표 | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - 보건의료정보 교류 확장을 통한 서비스 질 향상 - 개인 주도형 보건의료정보이행으로 사람중심/자가관리 서비스 강화 - 보건의료정보 활용을 통한 근거기반 연구 및 혁신추구 - 보건의료정보 정책 통합적 추진을 위한 거버넌스 구축 | | |
| ⑤-1 보건의료정보 교류 확장을 통한 개인 주도형 의료정보 기반마련 ① 보건의료정보 교류 플랫폼 확대 추진 ② 정보 교류를 위한 표준화 작업 수행 ③ 개인 보건의료정보 활용기반 마련 및 서비스 개발 | ⑤-2 보건의료정보의 보호 강화와 적극적 활용을 병행할 수 있는 법적 기반 및 실행 체계 구축 ① 보건의료정보 보호 및 활용을 위한 법률 제정 및 타 관련 법률에서의 개인정보 보호 규정 보완 ② 보건의료정보 보호 추진체계 마련 ③ 보건의료 빅데이터 플랫폼 구축 및 관련 사업 추진 | ⑤-3 보건의료 통합적 정보화 추진을 위한 조직 기반 구축 ① 보건의료정보화 총괄 컨트롤타워 신설 및 기능개편 ② '디지털 헬스 개발원' 설립 ③ 보건복지부 소관 법률 내의 보건의료정보화 관련 조항 내용 수정 및 보완 |

1) 세부추진계획 [5]-1: 보건의료정보 교류 확장을 통한 개인주도형 의료정보 기반마련

□ (실행전략 ① 보건의료정보 교류 플랫폼 확대 추진)

- 공공과 민간 관련기관 등을 아우르는 플랫폼 구축
 - 공공 및 민간 의료기관 뿐 아니라 보건기관, 유전체분석기관, 건강관리서비스 제공기관 등간의 정보교류 및 공유를 위한 플랫폼 구축
- 보건의료정보 교류 적용기관에 대한 점진적 확대
 - 보건기관, 유전분석기관, 건강관리서비스 제공기관 등 점진적 확대 추진
 - 보건의료정보 교류 적용에 대한 지속적인 인센티브 적용방안 마련

□ (실행전략 ② 정보교류를 위한 표준화 작업 수행)

- 한국형 진료정보 교류 용어 표준체계 마련(계속)
 - 수집 및 정리: 의료기관, 보건기관, 관련기관 등에서 사용 중인 용어 정리 및 표준 정립
 - 검증: 기존 용어코드와의 검증·보완을 통한 완성
 - 확산: 표준 용어 사용

□ (실행전략 ③ 개인 보건의료정보 활용기반 마련 및 서비스 개발)

- 공공과 민간을 포괄하고 사물인터넷, 인공지능, 빅데이터 등 신기술을 적용하여 맞춤형 개인 보건의료정보를 활용하기 위한 플랫폼 개발
- 신기술 적용을 실용화하기 위한 법적, 제도적 지원체계 마련
- 방대한 개인의료정보를 안전하게 관리할 수 있는 조직, 제도 등 기반 마련

2) 세부추진계획 [5]-2: 보건의료정보의 보호 강화와 적극적 활용을 병행할 수 있는 법적 기반 및 실행 체계 구축

□ (실행전략 ① ‘보건의료정보 보호 및 활용을 위한 법(가칭)’ 제정 및 보건의료 관련 법률에서의 개인정보 보호 규정 보완)

- ‘개인정보 보호법’에 담지 못한 보건의료부문에 대한 개인정보 보호를 좀 더 명확하고 상세하게 규정하고, 아울러 정보의 활용에 관한 내용 수록
 - 보건의료정보에 대한 정의 및 분류의 체계화
 - 개인의 자기정보 결정권 등 강조

－ 공청회 등을 거쳐 각계 의견수렴

○ 보건복지부 소관 법령 중 정보보안 및 개인정보보호 관련 조항의 정비

<표 2-6-21> 보건복지 관련 법률 중 ‘정보보안 및 개인정보보호 정책’ 규정 포함 정도

| | | | |
|-----------------------|---|-----------------------------------------------------|----------|
| 정보 보안 및 개인정보 보호 정책 | 1 | 보호대책, 침해대책 등 수립 | 7(8.9) |
| | 2 | 보호를 위한 의무(동의, 고지, 안전성 확보, 익명화, 책임자 지정, 보유 기간, 폐기 등) | 16(20.3) |
| | 3 | 원칙(비밀 유지, 목적 외 사용·제공·누출 금지)과 벌칙 | 24(30.4) |
| | 4 | 민감정보 및 개인식별정보의 처리 | 64(81.0) |

자료: 정영철(2018.8.), 보건복지 부문의 정보화 정책 및 통계 정책 추진 근거법령 현황 분석, 보건복지포럼 p. 32-39.

□ (실행전략 ② 보건의료정보 보호 추진체계 마련)

- 세부추진계획 3에서 제시하고자 하는 보건복지 정보화 추진 전문기관인 ‘디지털헬스 개발원’ 내 보건의료정보 보안 및 개인정보 보호 전담조직인 ‘보건의료정보 보호센터’ 구성
- 보건의료정보 보안 및 개인정보 보호를 위한 제반 역할 설정 및 규정 개발
- ‘사회보장정보원’, ‘건강보험심사평가원’ 등 기존 보건의료정보 보안 및 개인정보 보호 관련 기관과의 역할 조정

□ (실행전략 ③ 보건의료 빅데이터 플랫폼 구축 및 관련 사업 추진)

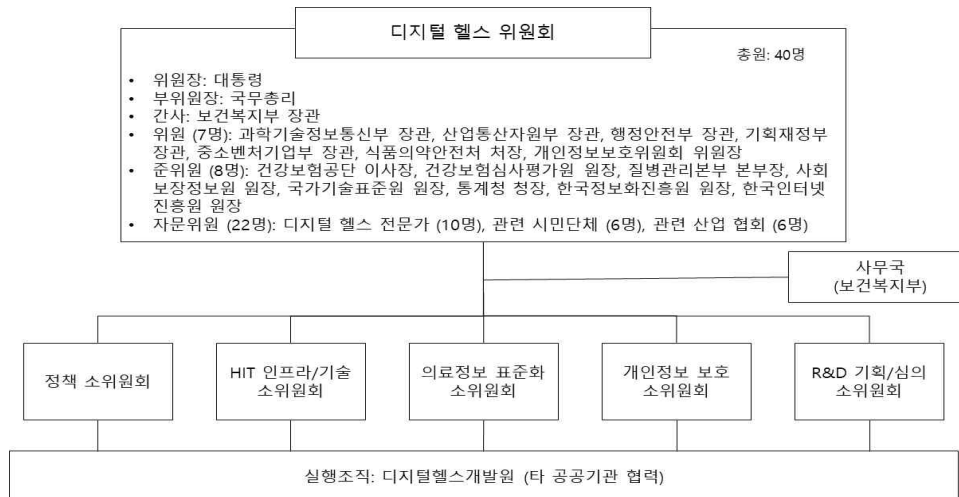
- 보건의료 빅데이터 관련 분과위원회를 보건복지 정보화 위원회 밑에 구성
- 보건의료 빅데이터 연계 플랫폼 구축: 공공과 민간을 아우르는 연계 플랫폼 구축

3) 세부추진계획 [5]-3: 보건의료 통합적 정보화 추진을 위한 조직 기반 구축

□ (실행전략 ① 보건의료정보화 컨트롤타워 신설 및 기능개편)

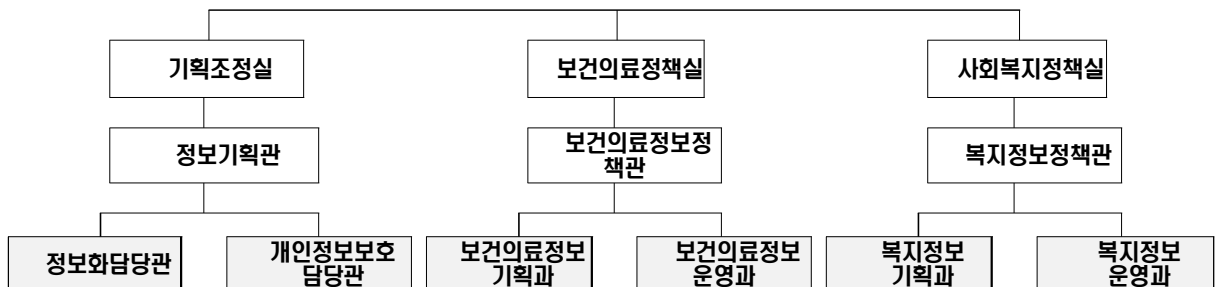
- 국내 보건의료정보화와 관련한 최상위 조직으로 대통령이 위원장이고, 부위원장이 국무총리, 간사가 보건복지부 장관으로 하는 위원회 구성(그림 4 참조)
- 위원회 위원으로는 관련 부처의 장관급 인사들로 구성하고 준위원은 그 외 유관기관들의 기관장으로 구성하여 별도의 자문위원을 두어 전문성 확보
- 위원회 사무국은 보건복지부 운영
- 위원회 산하의 정책소위원회, Health IT 인프라/기술 소위원회, 의료정보표준화 소위원회, 개인정보 보호 소위원회, R&D기획 심의 소위원회로 편성하여 보건의료정보화의 관련 된 일들을 통합적으로 수행

[그림 2-6-17] 디지털 헬스 위원회(안)



- 기획조정실 내 정보기획관(1국 2과: 정보화담당관, 개인정보보호 담당관), 보건의료정책실 내 보건의료정보정책관(1국 2과: 보건의료정보 기획과, 보건의료정보 운영과), 사회복지정책실 내 복지정보정책관 신설(그림 5 참조)
- 보건의료정보 기획과에서는 보건의료정보 업무의 기획 및 총괄, 보건의료서비스 확대, 보건의료정보 보안 및 개인정보 보호, 보건의료정보의 표준화, 보건의료정보시스템 연계, 보건의료정보시스템 인프라 구축 등을 담당하고 보건의료정보 운영과에서는 보건의료정보시스템 구축 및 운영, 각종 플랫폼 구축, 보건의료정보 개방에 관한 사항 등을 담당

[그림 2-6-18] 보건복지부 내 정보화 컨트롤타워 신설(안)



□ (실행전략 ② ‘디지털 헬스 개발원’ 설립)

- 보건복지 정보화 추진에 있어서 심의·의결기구인 디지털헬스 위원회의 결정사항을 지원하고 수행하는 전문기관으로서 ‘디지털헬스개발원(보건의료정보원)’설립 검토
 - － ‘디지털헬스개발원(보건의료정보원)(가칭)’ 설립 추진위원회 구성 및 운영
 - － 보건의료기본법령 내 관련 조항 마련
 - － ‘사회보장정보원’ 등 타 운영 기관과의 역할 조정 및 재설정
- 보건의료 정보시스템 운영을 위한 인력, 시설, 장비 등과 더불어 운영 주체, 운영 절차, 운영 방법, 운영 기준 등 마련

□ (실행전략 ③ 보건복지부 소관 법률 내의 보건의료정보화 관련 조항의 정비)

- 보건복지부 관할 법령(‘18.7월 기준 총 84개 법률, 242개 법령) 중 7개 정보화정책 영역별 분포는 <표 6>과 같으나, 상세 내용에서는 명확성 및 정확성 부족
- 관련 법령 개정을 통해 정보화 규정 분류 및 각 사업별 필요 내역 보완

<표 2-6-22> 보건복지 관련 법률 중 ‘정보화 정책’ 규정 포함 정도

| 구분 | 영역 | 규정 포함 법률 수(비율) |
|---------------------------------------------|--------------------------------|----------------|
| 정보화 정책 (정보시스템, 정보 수집 및 관리, 정보관리체계, 포털 등) | 1 정보화(사업)에 대한 책무 및 역할 부여, 내용 | 59(74.7) |
| | 2 공유 혹은 연계 | 15(19.0) |
| | 3 활용 | 7(8.9) |
| | 4 권한 위임, 업무 위탁, 업무 대행, 지정 운영 등 | 27(34.2) |
| | 5 기본계획, 발전계획, 종합계획 등에 포함 | 13(16.5) |
| | 6 표준화, 분류 체계, 평가 등 정보화 요소 | 6(7.6) |
| | 7 위원회 심의 내용에 포함 | 5(6.3) |

자료: 정영철(2018.8.), 보건복지 부문의 정보화 정책 및 통계 정책 추진 근거법령 현황 분석, 보건복지포럼 p. 32-39.

라. 연도별 추진일정

〈표 2-6-23〉 재정·인프라 분과: ⑦ 보건의료 정보화 관련 인프라구축: 추진일정

| 구분 | '19년 | '20년 | '21년 | '22년 | '23년 | '30년 |
|-------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| ① 보건의료정보 교류 확장을 통한 개인 주도형 의료정보 기반마련 | | | | | | |
| ○ 기 보건의료정보 교류 플랫폼 확대 추진 | | | | | | |
| ○ 정보 교류를 위한 표준화 작업 수행 | | | | | | |
| ○ 개인 보건의료정보 활용기반 마련 및 서비스 개발 | | | | | | |
| ② 보건의료정보 보호 강화와 적극적 활용을 병행할 수 있는 법적 기반 및 실행 체계 구축 | | | | | | |
| ○ 보건의료정보 보호 및 활용을 위한 법률 제정 및 타 관련 법률에서의 개인정보 보호 규정 보완 | | | | | | |
| ○ 보건의료정보 보호 추진체계 마련 | | | | | | |
| ○ 보건의료 빅데이터 플랫폼 구축 및 관련 사업 추진 | | | | | | |
| ③ 보건의료 정보화 추진을 위한 조직 기반의 구축 | | | | | | |
| ○ 보건의료정보화 총괄 컨트롤타워 신설 및 기능개편 | | | | | | |
| ○ '디지털헬스 개발원' 설립 및 운영 | | | | | | |
| ○ 관련 법률 내 보건의료정보화 관련 조항 정비 | | | | | | |

마. 참고문헌

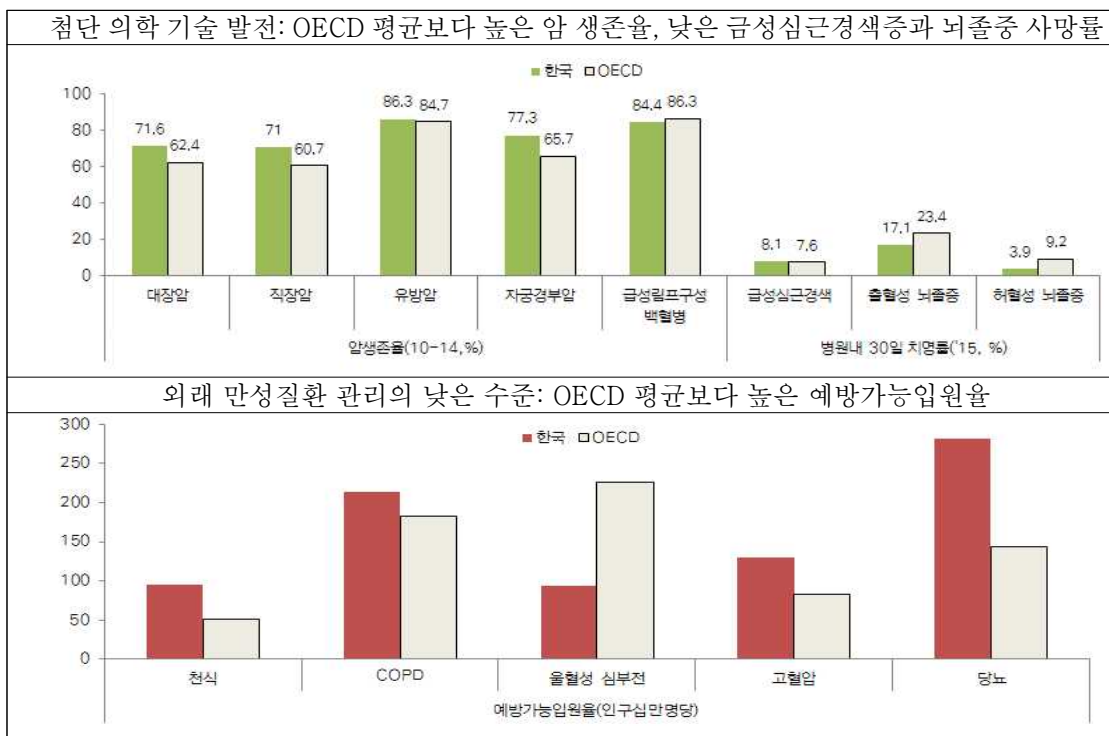
- 보건복지부 의료정보정책과(2018.8), 보건의료 빅데이터 시범사업 추진계획(안).
- 보건복지부(2018). 의료기관간 진료정보교류 활성화 관련 내부자료.
- 보건복지부, 한국보건의료연구원(2016.12.), ICT 기반 미래보건의료 정책로드맵 개발.
- 보건복지부·사회보장정보원(2018). 진료정보교류 소개. 진료정보교류사업 설명회(2018.2.27.) 발표자료.
- 보건복지부·사회보장정보원(2017.12.), 진료정보교류사업 안내서.
- 보안뉴스. (2014.12.31.). 2014년 하반기 개인정보 유출사건 총결산
<https://www.boannews.com/media/view.asp?idx=44929&kind=1>
- 연합뉴스TV. (2014.01.08.). 카드사 개인정보 1억건 유출.사상 최대 '후폭풍 예고'
<https://news.naver.com/main/read.nhn?mode=LSD&mid=sec&sid1=101&oid=422&aid=000043605>
- 정영철(2018.8.). 보건복지 부문의 정보화 정책 및 통계 정책 추진 근거법령 현황 분석. 보건복지포럼.
- 정영철, 이기호, 이야리(2013), 의료기관의 개인정보보호현황과 대책. 서울: 한국보건사회연구원
- 한국보건의료연구원(2017.12.31.), 디지털 헬스케어 공공 전략 수립, ICT 미래보건의료 전략연구.

제7절 추진방향 ⑥: 환자 안전과 의료의 질 향상 인프라 확충²¹⁷⁾

가. 추진배경 및 주요 문제의식

- (추진배경: 양적 확대에서 질적 향상으로 패러다임 전환기) 우리나라는 세계에서 최단기간 보편적 보장 틀의 구축과 높은 수준의 의료기술을 바탕으로 의료시스템의 질과 안전을 향상시키는 전환기에 있음
- 전 국민이 예외 없이 어느 곳에서나 필요할 때 높은 질의 의료 서비스에 접근 가능하도록 보장하는 의료시스템의 질적 정비가 요구됨
- 국민 개개인의 가치를 존중하는 안전하고 질 높은 의료 시스템의 구축은 국가 의료비 지출의 비용 대비 가치를 확대하여 의료시스템의 지속가능성을 보장하는 핵심 접근임
- 국제적으로 암 등 일부 임상 영역의 질 수준은 높으나 장기적 지속가능성 차원에서 의료의 비용과 결과를 대비한 가치의 향상을 유도하기 위해서는 환자의 경험과 결과를 중심으로 의료시스템의 질과 안전을 향상시키는 변화가 필요함
- － 환자안전 등 새로운 이슈에 대한 측정 인프라 부족으로 국제 비교에서 제외되고 있음

[그림 2-6-19] 우리나라 의료의 질 수준



자료: OECD(2017). Health at a Glance 2017

217) 작성자: 강희정

- (문제의식 ① 의료관련 감염과 의료기관·안전사고에 대한 취약성) 침습적 시술 및 다제내성균 증가로 인해 기존 지역사회 감염과 전파양상이 다른 의료관련 감염 문제와 병원 내 의료 인력 부족 및 안전 불감증으로 인한 안전사고의 발생이 새로운 사회 안전문제로 대두되고 있음
- 대형 대학병원 신생아 중환자실에서 주사감염에 의한 신생아 사망사건이 발생하면서 사회적으로 의료감염에 대한 관심이 높아짐
- 빈크리스틴 투약 오류로 인한 사고('10, '12), 신생아중환자실 감염('17) 등 발생, 급성심근경색 30일 치명률('13): 한국 10.3 > OECD 9.9
- 화재사고 등 안전에 취약한 의료기관 구조, 의료 인력과 환자안전 문화의 부족으로 낙상 사고 등 병원 내 환자안전 사고 발생의 우려에 대한 사회적 관심도 증가하고 있음
- (문제의식 ② 환자안전과 의료 질 향상을 진단하고 유도하는 측정 인프라 부족) 의료시스템 전환기에는 환자안전과 의료 질 수준의 측정을 기반으로 문제의 크기를 진단하고 원인을 분석하며 적합한 정책적 대응을 설계해야 함. 그러나 환자보다 공급자 중심으로 운영되어 온 현재의 의료시스템은 측정과 공유의 인프라가 절대적으로 부족하고 이를 위한 새로운 투자를 요구함
- 급성기 질환 중심에서는 생사와 관련된 의사의 빠른 치료결정을 중심으로 의료시스템이 운영되었지만 만성 질환 중심의 의료시스템에서는 환자의 참여와 공동의 의사결정이 더 많이 요구되고 상대적으로 오랜 기간 의료시스템을 경험하는 환자의 안전과 의료 질 관련 문제들이 보다 크게 부각됨
- 따라서 이제 의료서비스는 생사와 관련된 치명적 사안의 필수 서비스 범위를 기본으로 생애주기 관점에서 많은 이해당사자가 참여하여 건강 성과와 관련성을 높이면서 환자안전과 의료 질 향상을 유도하는 체계성을 갖추어야 함. 그러나 현재의 정부 조직과 산하 기관 간 협력체계는 이러한 수요를 충분히 수용하지 못함
- 국가단위에서 의료의 질과 환자안전의 향상을 포괄적으로 기획하고 관리하는 컨트롤 타워의 역할이 없음
 - 복지부 보건의료정책과가 '의료질평가지원금제도'를 담당하면서 보건복지부 내 의료기관 단위 평가업무, 의료시스템 내 모든 관련 활동을 포괄적으로 통합하여 유기적으로 연계하는 '국가 의료 질과 환자안전 거버넌스' 구축의 필요성이 대두됨.
- 환자안전과 의료 질에 대한 사회적 관심의 증가에도 불구하고 국민이 확인하고 안심할 수 있는 측정 정보를 제공하지 못하고 있음
- 의료서비스가 제공되는 장소와 목적에 따라 다양한 방식으로 환자안전과 질 향상을 위한 성과 측정 및 정보 수집 시스템이 구축되어야 함

- 위해사고보고시스템: 자발적, 혹은 의무적으로 만들어진, 일정한 저장소(repository)를 갖춘 안전사고 보고시스템
- 정기적 행정 데이터: 정기적으로 수집되는 행정 데이터의 진단코드 검토 등을 통해 안전사고 가능성을 파악
- 의료기록의 검토: 위해사고나 오류, 그에 기여하는 요인들을 규명하기 위한 의료기록의 검토
- 환자보고지표(PRIMs, Patient-reported incident measures) 등과 같은 표준화된 도구를 활용하여 직접 환자안전 관련 경험에 대한 정보 수집

나. 정책 상황 분석

□ (정책성과 ① 환자안전 종합계획 수립) 환자안전법 시행을 근거로 보건복지부는 ‘잠재적 환자안전사고 위험으로부터 환자를 보호하고 의료 질 향상에 기여’한다는 비전 아래 2018-2022년까지 5대 목표와 4대 추진전략을 담은 제1차 환자안전 종합계획을 수립함(제4차 환자안전위원회, '18.3)

○ 5대 목표

- 환자안전관리 인프라 구축 및 환자안전사고 보고 활성화
- 환자안전 실태분석을 기반으로 지표 개발, 이를 통한 성과관리체계 구축
 - 환자안전사고 및 환자안전활동 실태파악
 - 실태조사를 바탕으로 환자안전지표 연계, 개발 및 보급
- 환자안전 역량 강화: 환자안전 전문인력 매년 5% 배치율 증가 및 추가 일자리 1천개 창출
- 환자안전 R&D 투자 확대: 5년간 150억원 투자로 환자안전솔루션 제공
- 환자안전문화 형성: 환자안전 캠페인 참여 보건의료기관 1,000개소 확보

○ 4대 추진전략

- 환자안전 보고 학습 시스템 구축, 활용
- 국가 단위 환자안전 관리 인프라 구축
- 환자안전 개선활동 지원
- 환자중심 안전문화 조성

□ (정책성과 ② 종합병원에 대한 환자안전과 의료 질 평가 기반 마련) 종합병원에 대해 환자안전과 의료 질 수준을 평가하고 차등 보상함으로써 의료기관 단위로 환자안전과 의료 질 향상을 유도하는 측정 기반을 마련함

- 의료질평가지원금은 「의료질과환자안전」, 「공공성」, 「의료전달체계」, 「교육수련」, 「연구개발」의 5개 평가 영역으로 구성되며, 「의료질과환자안전」의 세부 영역에서 의료기관 감염관리와 환자안전 향상을 위한 평가 지표를 포함하고 있음
- 2018년부터 선택진료제도의 완전 폐지에 따라, 손실보상이 아닌 의료 질에 기반한 보상 제도의 본래 목적을 달성하도록 제도 개편을 추진하고 있음

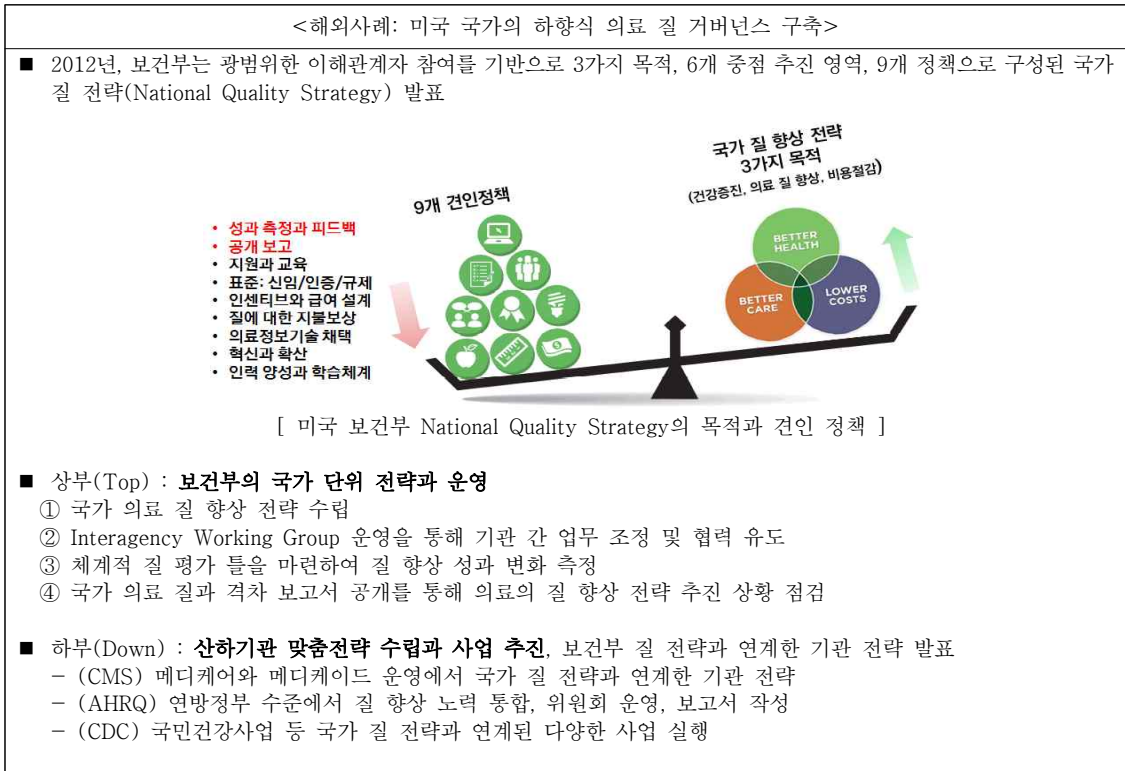
□ (정책 한계 ① 환자안전과 질 향상을 위한 분산된 정책 수립과 운영 체계) 환자안전 및 의료 질 향상에 대한 국가 통합 전략이 수립되고 이와 연계한 산하기관의 맞춤 전략 수립이 이루어지는 하향식 전략 수립 체계가 작동하지 않고 있음

- 환자안전 정책은 보건복지부 의료기관정책과의 감독과 의료기관인증평가원의 활동을 중심으로 추진되고 있으며, 건강보험 적정성 평가는 보건복지부 건강보험평가과의 감독과 건강보험심사평가원의 활동을 중심으로 추진되고 있음
- 종합병원에 대한 의료질평가지원금제도는 보건복지부 보건의료정책과의 감독과 건강보험심사평가원의 지원 활동으로 운영되며, 의료관련 감염 및 환자안전 사고에 대한 자율적 보고기반 감시체계는 복지부 질병정책과와 질병관리본부의 관리 하에 있음
- 보건복지부 직제를 살펴보면, 보건의료정책과, 의료기관정책과, 보험평가과, 질병정책과가 체계적인 국가 전략 수립을 기반으로 연계되지 못하고 있으며 독립적 업무수행을 하고 있음
 - 복지부의 부서별 업무 분장에 의료질평가지원금 업무는 별도로 규정되어 있지 않음

<표 2-6-24> 환자안전과 의료의 질 관련 복지부 주무 부서의 업무 분장 비교

| 보험평가과장 업무 분장 | 의료기관정책과장 업무 분장 |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - 건강보험요양급여의 적정성 평가 관련 기본계획의 수립 및 시행 (기타 업무 생략) | - 의료기관의 인증에 관한 사항 - 상급종합병원의 지정 및 제도개선에 관한 사항 - 의료소비자의 권익 보장 및 선택권 보장에 관한 사항 - 임상진료지침의 관리 등 의료의 질 관리 제도의 수립 및 평가 (기타 업무 생략) |
| 보건의료정책과장 업무 분장 | 질병정책과장 업무 분장 |
| - 보건의료정책에 관한 종합계획의 수립 및 조정 - 의료전달체계의 개선 (기타 업무 생략) ※ 의료질평가지원금 업무가 규정되어 있지 않음. | - 감염질환에 관한 정책의 종합 및 조정 - 감염질환 관련 법령에 관한 사항 - 의료기관의 감염대책에 관한 사항 - 심뇌혈관질환 등 만성질환 예방, 관리정책의 수립 및 조정 - 희귀난치성 질환의 관리정책 수립 및 조정 - 국가 암관리 사업 관련 종합계획 수립 및 조정 - 국가 암정책 관련 법령에 관한 사항 - 암환자의 치료 및 재활 지원 - 암환자의 적정 진료방법의 개발 및 보급 - 완화의료 전문기관의 지정, 지원 및 질 평가 (기타 업무 생략) |

자료: 보건복지부와 그 소속기관 직제 시행규칙(시행 2018.7.31., 보건복지부령 제585호, 2018.7.31., 일부개정)



□ (정책 한계 ② 의료기관의 구조적 질 보장을 위한 인증제도의 실효성 한계) 의료기관 인증제도에 대한 낮은 신뢰도는 의료기관의 구조적 질에 대한 사전 인증과 서비스 질 평가의 사후적 역할 분담을 어렵게 함

○ 환자에게 안전한 서비스를 제공하도록 구조적 시스템을 보장하는 인증제도의 역할 한계는 의료서비스 제공 과정에서 환자안전과 관련된 임상 결과와 환자 경험을 측정하기 위한 지표 인프라 확대도 정체시킴

○ 의료기관 질 평가를 구조지표 중심에서 정체시켜 적정 비용으로 환자의 치료 결과와 경험을 향상시키는 가치 향상의 평가 틀 구축을 지연시킴

□ (정책 한계 ③ 환자안전과 질 향상을 위한 관리의 사각지대 존재) 인증제도와 질 평가 제도에 포함되지 않는 대다수 의료기관 존재

○ 의료질평가지원금 제도는 종합병원만을 대상으로 하고, 가감지급사업과 인센티브 지불 사업은 상급종합병원부터 의원까지 포괄하고 있으나 일부 적정성 평가 항목만을 대상으로 함

- 특히, 300병상 이하 종합병원은 종합병원 역할을 하는 일부 병원과 단과병원의 역할을 하는 많은 병원들을 포함하고 있지만, 지표 산출이 불가하여 질 향상 수준을 측정하기 어려움

□ (정책 환경 및 향후 정책 방향 ❶ 체계적 국가 의료 질 거버넌스 구축) 국가 수준의 의료 질 전략 수립을 통해 산하기관의 역할과 기능을 통합 조정

○ 전략 수립은 하향식, 측정기반 확대를 위한 지표개발은 상향식으로 구조화

□ (정책 환경 및 향후 정책 방향 ❷ 환자안전 및 의료 질 측정 인프라 확대) 의료질평가지원제도를 활용하여 의료기관의 서비스 제공과정에서 발생할 수 있는 위험을 감소시키고 안전한 의료 제공을 위한 환자안전 지표 개발 확대

○ 거버넌스와 연계한 체계적 성과 관리 : 목표-지표의 연계를 통한 성과 점검

○ 목표 설정을 통한 단계적 지표 개발 인프라 확대

다. 세부실천목표

□ 전체 의료기관에 대한 환자안전 및 의료 질 향상 인프라 확대

○ 환자안전과 의료 질에 대한 측정 및 정보 수집의 체계화

○ 의료기관에서 환자 경험과 의료 결과의 측정 기반 확대

| 세부실천목표 - 의료기관에서 환자안전과 의료 질 향상을 위한 목표 관리 및 측정 기반 확대 | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ㉞-1 환자안전과 의료 질 향상 위한 국가 거버넌스 확립 ① 국가 환자안전 및 의료 질 향상을 위한 국가 목표 관리체계 구축 ② 환자안전 향상 인프라 강화 | ㉞-2 의료기관 단위 환자안전 및 의료 질 측정 인프라 확대 ① 국가지표관리체계 구축 ② 환자-의료인-전문가 협업 체계 강화 ③ 환자경험과 환자중심의 결과 측정을 위한 지표 개발 | ㉞-3 환자안전 및 의료 질 측정 데이터의 질 향상 ① POA 정보 구축을 위한 코딩 시스템 개선 ② EMR 기반 질 정보 보고를 위한 단계적 보상 강화 |

1) 세부추진계획 ㉞-1: 환자안전과 의료 질 향상 위한 국가 거버넌스 확립

□ (실행전략 ❶ 국가 환자안전 및 의료 질 향상을 위한 국가 목표 관리체계 구축) 국가 단위에서 달성해야 할 목표를 수립하고 공유함으로써 관련 부처 및 산하 기구들의 활동을 조화시켜 국가적 시너지 유도²¹⁸⁾

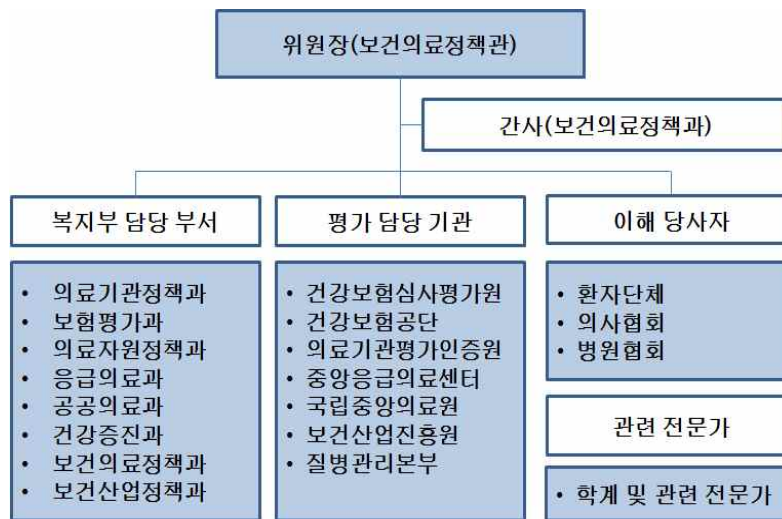
○ (‘의료 질과 안전 총괄 심의관’ 제도 신설) 보건복지부 보건의료정책관 아래 ‘의료 질과 안전 총괄 심의관’을 두어 의료의 질과 안전의 성과 향상을 목적으로 여러 부서의 역할을 종합적으

218) 강희정 외(2013). p. 474-478; 강희정 외(2014). p. 375-381; 강희정 외(2017). p. 297-298.

로 조정하고 국가적 성과 향상을 유도하는 정책을 수립하고 추진하며, 관계 기관, 부서, 전문가, 기타 이해관계자가 참여하는 ‘국가 의료 질과 안전 향상 위원회’를 운영하도록 함

－ (가칭) 국가 의료 질과 안전 향상 위원회 운영

- (기능) 위원회 구성·운영을 지원하고, 국가 수준의 전략 수립 및 관련 평가 연계·조정, 관련 제도 개선의 실무 역할 담당
- (구성) 단기적으로 보건의료정책관실 내에 팀장(서기관급1), 사무관1, 주무관1을 전담으로 구성하고, 부내 관련부서 담당 사무관들 겸직
- (가칭) 국가 의료 질과 안전 향상 위원회 구성(안)



○ (중기 환자안전 및 의료 질 향상 종합 계획 수립) 각종 평가에 대한 분석을 통해 중장기 로드맵을 마련, 의료계의 예측 가능성을 높이고 목표 중심의 평가 지표 개발을 유도하는 중장기 종합 계획 수립

－ 보건의료기본계획의 하부 계획으로 환자안전과 모든 의료 질 평가 관련 프로그램을 통합 조정하는 종합 계획 수립 필요

－ 관련 산하기관은 복지부의 중기(5년 단위) 종합계획 수립과 연계하여 각 기관별 역할과 연계한 실행계획을 수립하여 공개함

○ (의료 질과 환자 안전에 대한 성과 관리체계 구축) 국가 의료 질과 환자안전 향상 위원회에 참여하는 부서, 기관 등의 협력을 바탕으로 목표 기반의 의료 질과 환자안전 향상 계획을 수립하고 지속적으로 변화를 추적하여 결과를 공유하고 이를 기반으로 정책의 실효성과 성과 제고를 유도하는 근거 생산 체계 마련 필요함

□ (실행전략 ② 환자안전 향상 인프라 강화) 의료관련 감염 감시, 평가 등 관리 강화, 예방

활동에 대한 재정 지원, 홍보를 통해 감염 취약인구 증가, 다제내성균 및 침습적 증가를 예방하고 통제하는 기반 강화

○ **(의료기관 인증제도의 실효성 확대)** 의료기관의 구조적 질과 안전한 시스템 보장을 위한 인증 체계 강화

- **(인증체계 개편)** 참여율 제고를 위하여 인증 제도를 신설(단계별, 분야별)하고, 인센티브 등 참여유인을 마련하는 등 신규 제도 도입
 - (단계별 인증) 중소병원 등 의료기관 규모별 질적 수준을 고려한 ‘인증입문 단계’ 도입
 - (인센티브) 인증에 따른 수가 연계 등 인센티브 방안 마련
 - (분야별 인증) 의료 질 관리가 필수적인 질환·부서별 인증 도입
- **(운영체계 개편)** 인증제의 실효성 및 신뢰도 확보를 위한 운영 체계 개편
 - (사후관리) 실효성 있는 사후관리를 위하여 수시조사 절차, 대상 등 법적근거 마련
 - (조사위원) 인증조사의 신뢰도 제고를 위하여 맞춤형 교육 실시, 자질 강화, 인증원 직원의 조사 참여 등 조사위원 관리체계 정비
 - (결과공표) 세부 조사결과에 대한 단계적 공표 확대
- **(종별 인증제도 개선)** 종별 특성에 따른 인증기준의 개정, 참여 확대 방안 및 조사위원 역량 강화 등의 제도 개선
 - (전문병원) 전문병원의 현실과 서비스 특성을 반영한 인증기준 마련을 통해 인증 참여 활성화 도모
 - (요양병원) 요양병원에만 필수 적용되는 당직 의료인 인증기준 개정을 통해 형평성 문제 해결, 불인증 요양병원 관리 방안 및 질 향상을 위한 수가 등 인센티브 마련
 - (치과병원) 외래 중심인 치과병원 특성을 반영한 인증기준 마련, 조사위원 관리를 통한 조사 신뢰도 제고 및 감염관리 수가 마련
 - (한방병원) 한방병원 현실을 반영한 인증기준 마련, 교육 확대를 통한 조사위원 역량 강화 및 질 향상 수가 마련

○ **(환자에게 중요한 의료감염에 대한 측정 기반 구축)** 자율적 감시체계 확대를 통한 의료기관의 자율적 향상을 유도하며 심각한 의료감염에 대한 측정 기반 확대

- **(전수 감시 및 의무보고 체계 활용)** 질병관리본부의 자율적 보고기반 감시체계를 확대하되, 의료인과 환자의 참여와 협력을 기반으로 심각한 의료관련 감염에 대해 전수감시와 의무보고 체계 마련
 - WHO 손위생 캠페인 등 홍보 활동을 통해 감염 예방 관심 제고 ⇒ 사업의 성과 점검을 위해 원내발생 MRSA 혈류감염 등에 대해 전수 감시 체계와 의무보고를 요양기관 규모

에 따라 단계적으로 확대

- (의료기관에 적용가능한 환자안전 지표 개발 확대) 전수 감시체계 전환과 연계하여 의료감염 관리를 위한 주요 평가 지표 선정 및 개발, 공공병원 대상 시범 평가 등을 통해 지표 적용 확대
 - 질병감시체계와 의료기관 대상 평가 및 성과 보상 프로그램과 연계
 - 기관규모, 병원 별 특성 등을 고려, 과정지표(손위생, 항생제 사용지표 등) 및 결과지표(MRSA 혈류감염 등)을 적절히 구성

2) 세부추진계획 [6]-2: 의료기관 단위 환자안전 및 의료 질 측정 인프라 확대

□ (실행전략 ① 국가지표관리체계 구축) 환자안전과 의료의 질 향상을 위한 지표 개발 목표 수립을 통해 연구단계에서부터 지표 인증과 적용까지 전 과정을 추적 관리하는 체계 마련

○ 보험자-전문학회-연구기관-평가기구 간 콘소시움 구축을 통한 지표 개발

- 전담기구 설정을 통한 지속적 환경 분석과 지표 pool 상시 관리
 - 보험자와 평가 담당 기구는 학회와 파트너십 구축을 통해 지표 개발이 필요한 분야에 대한 근거 생산 연구 활성화 필요
 - 지표가 개발되면, 엄격한 시범사업을 통해 관련 사업에 적용 여부를 결정

- 국가 지표 관리체계(안)



□ (실행전략 ② 환자-의료인-전문가 협업 체계 강화) 의료기관 평가 프로그램의 환자안전 지표 선정에서 환자 참여 확대, 의료인과 전문가의 협업 프로세스 구축

○ 환자안전의 주요 이해당사자인 환자에게 중요한 지표의 선정을 위해 관련 위원회에 환자 참여 확대

- 환자안전 지표: 상시지표 Pool에서 측정 가능한 지표를 대상으로 환자와 전문가 패널을 대상으로 중요성, 환자경험과 관련성, 명확한 해석가능성에 대한 평가 요청
- 수정 델파이 프로세스를 통한 합의 도출(안)



자료: 온타리오주 보건부 전자사이트 일부 수정 사용

○ 평가 영역별 지표 개발을 위한 전문가 패널 운영에서 환자-의료인-전문가의 협업체계 강화

□ (실행전략③ 환자경험과 환자중심의 결과 측정을 위한 지표 개발) 공급자 중심에서 환자 중심으로 의료시스템의 패러다임 변화는 환자에게 중요한 치료 결과 및 의료 경험과 대비한 비용 감소를 점검하는 지표 개발을 요구함

○ 환자경험지표의 조사 대상과 성과 보상에서 활용 확대

－ 500병상 이상 병원에서 의료기관 서비스 유형별로 단계적 확대

○ 의료감염 예방과 감소를 위한 지표 개발 로드맵 수립

－ 환자안전 종합계획 수립의 구조적 개선과 연계하여 의료제공 과정에서 발생할 수 있는 감염 발생의 감소를 측정하는 지표 개발 필요

－ 감염 지표 개발은 위험도 보정 등 데이터 질과 정보의 확대가 요구되므로 관련학회와 파트너십을 통해 중장기적으로 개발과 적용을 추진하는 로드맵 수립 필요

○ 환자안전 사건의 예방과 감소를 위한 지표 개발 로드맵 수립

－ 환자안전 종합계획의 수립과 연계하여 의료기관의 안전 문화와 역량 강화에 대하여 환자의 특성에 따라 의료기관에 발생할 수 있는 안전사고(노인환자에서 낙상 등)의 감소를 정의하고 측정하는 지표 개발 필요

－ 환자에게 위해 가능성이 있는 안전사고의 발생에 대한 데이터 구축과 질의 향상을 위해 중장기적 개발 및 적용 로드맵 수립 필요

○ 의료기관 대상 평가-보상 프로그램에서 적용 확대를 통한 정보 인프라 확대

－ 목표 지표의 개발 로드맵에 따라 관련 보상 프로그램에서 정보 구축을 위한 P4R 운영

3) 세부추진계획 [5]-3: 환자안전 및 의료 질 측정 데이터의 질 향상

□ (실행전략① POA(입원시 상병) 정보 구축을 위한 코딩시스템 개선) 결과 지표 개발을 위한 위험

도 보정을 위한 필수 정보로서 청구시점부터 정보 수집 기반 필요

○ 이를 위해서는 청구단계에서 관련 정보 입력을 위한 청구서식 개편 필요

○ 아울러, 관련 정보 보고와 인센티브 연계 가능

□ (실행전략②EMR 기반 질 정보 보고체계 구축을 위한 단계적 보상 강화) 단기적으로는 EMR 인
증에 대한 보상에서 EMR 기반 질 정보 보고에 대한 보상으로 단계적 변화와 보상 규모 확대

○ 충분한 보상을 통해 자발적 참여 유도, 의료질평가지원제도에서 정책 지원 지표 활용을 통
한 보상

라. 연도별 추진일정

〈표 2-6-25〉 재정·인프라 분과: ⑤ 환자 안전과 의료의 질 향상 인프라 확충: 연도별 추진일정

| 구분 | '19년 | '20년 | '21년 | '22년 | '23년 | '30년 |
|-------------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| □ 환자안전과 의료 질 향상을 위한 국가 거버넌스 확립 | | | | | | |
| - 의료 질과 안전 총괄 심의관 제도 신설 | ○ | ○ | | | | |
| - 국가 의료 질과 안전 향상 위원회 구성 및 운영 | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| - 중기 환자안전 및 의료 질 향상 종합 계획 수립 | | ○ | ○ | | | |
| - 의료 질과 환자 안전에 대한 성과 관리체계 구축 | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| □ 의료기관 단위 환자안전 및 의료 질 측정 인프라 확대 | | | | | | |
| - 국가 지표 관리 체계 구축 | ○ | ○ | ○ | | | |
| - 환자경험과 환자중심의 결과 측정을 위한 지표 개발 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| □ 환자안전 및 의료 질 측정 데이터의 질 향상 | | | | | | |
| - POA(입원시 상병) 정보 구축을 위한 코딩시스템 개선 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| - EMR 기반 질 정보 보고체계 구축을 위한 단계적 보상 강화 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

마. 참고문헌

강희정, 윤석준, 하슬잎, 고슬기, 서혜영(2013). 한국 의료의 질 평가와 정책과제 I: 한국 의료의 질 보고서 설
계. 세종: 한국보건사회연구원.

강희정, 하슬잎, 이슬기, 김소운, 김남순, 이광수, ..., 인병로(2014). 한국 의료의 질 평가와 정책과제 II: 한국
의료의 질 보고서 개발. 세종: 한국보건사회연구원.

강희정, 신영석, 이광수, 조민우, 하슬잎, 김소운, ..., 서은원(2017). 의료질평가지원금 평가 중장기 모형 개발
- 의료전달체계 및 공공성 영역 중심. 건강보험심사평가원·한국보건사회연구원.

OECD(2017), Health at a Glance.

온타리오주 보건부 전자사이트

<http://www.hqontario.ca/System-Performance/Measuring-System-Performance/How-Indicators-are-Selected>(18.09.28.)

제 7 장 기타

제1절 추진방향 ①:의료 이원화 체계 개선

제2절 추진방향 ②:국민과 환자 중심의 가치기반 지불의 확대

제1절 추진방향 ①: 의료 이원화 체계 개선²¹⁹⁾

가. 추진배경 및 주요 문제의식

□ (추진배경 및 문제의식① 이원적 의료공급체계 현황) 1951년 「국민의료법」 제정 이후, ‘의료 이원화체계’가 정립되어 현재까지 운영

○ 의료이원화체계는 ‘전통의학인 한의학이 주류 현대의학과 대등한 법적 지위를 가지고 의료 서비스의 공식적 공급자로서 기능’하는 우리나라 의료공급체계의 특수성을 설명하기 위한 용어로서,

○ 단순한 의료법상 직역 구분 차원만이 아니라 인력양성체계(고등교육), 면허제도, 업무수행 범위, 관리·행정 등 다차원적으로 구성되어 작동

〈표 2-7-1〉 의료이원화체계의 영역

| 영역 | 현대의학 | 한의학 | 비고 |
|-------------------|--------------------|------------------------|------------------------------------|
| 면허 | 의사 [전문직] | 한 의사 [한 의사전문직] | •의료법 •별도 수련·자격인정 기준 |
| 수행업무 인력양성기관 | 의료와 보건지도 의과대학 | 한방의료와 한방보건지도 한 의과대학 | •의료법 제2조 |
| 공적 보험 | 건강보험 급여 | 건강보험 급여 | •건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 |
| 관리·행정체계 (전담부서) | 보건의료정책실 보건의료정책관 | 보건의료정책실 한 의약정책관 | •보건복지부와 그 소속기관 직제 |

자료: 윤강제 외(2017)

□ (추진배경 및 문제의식② 미스매치: 의료이원화체계의 이상과 현실) 의료이원화체계는 의과와 한의과가 의료서비스 제공 및 이용 현장에서 ‘명확하고 배타적으로 구분’될 때 편익을 기대할 수 있으나, 실제 현실은 두 직역이 이원화(구분)되기보다 일원화(수렴)되는 양상이 뚜렷함.

○ 의료서비스 공급체계의 현실은 동일 환자를 대상으로 한 직역 내(대형병원-의원) 뿐만 아니라 직역 간(의원-한의원) 치열한 경쟁생태계 형성

○ 환자의 의료이용을 조정하는 기제가 강력하지 않은 상황에서 의료와 한방의료의 동시 이용이 자연스러운 의료서비스 소비 행태로 일상화(박윤성 외, 2017; 최병희, 2013; 송윤아이소양, 2017)

219) 작성자: 윤강제

- 건강보험 표본코호트: 중복이용 환자 비율 21.9%('02)→28.1%('13)

- 한국의료패널: 상병별 중복이용 환자 비율 17.8%~36.8%('09)

- 자동차보험: 의·한의 중복이용 비율 14.3%('14)→21.2%('16)

○ 소비자 입장에서는 의료계 주장(효과와 안전성에 대한 검증 부실로 환자안전 위협)과 한의계 주장(안전성과 유효성 입증) 사이에 합리적인 선택을 도출 객관적이고 신뢰성 있는 정보가 부족하여 오히려 선택 실패의 가능성 내재

○ 의료기술 발달, 난치성 만성질환으로의 질병구조 변동 등 정책환경 변화는 현대의학과 전통의학의 융합협력을 통한 새로운 가치 창출을 지향하나, 현실은 배타적 업무영역 고수를 위한 배제·갈등의 양상으로 표출

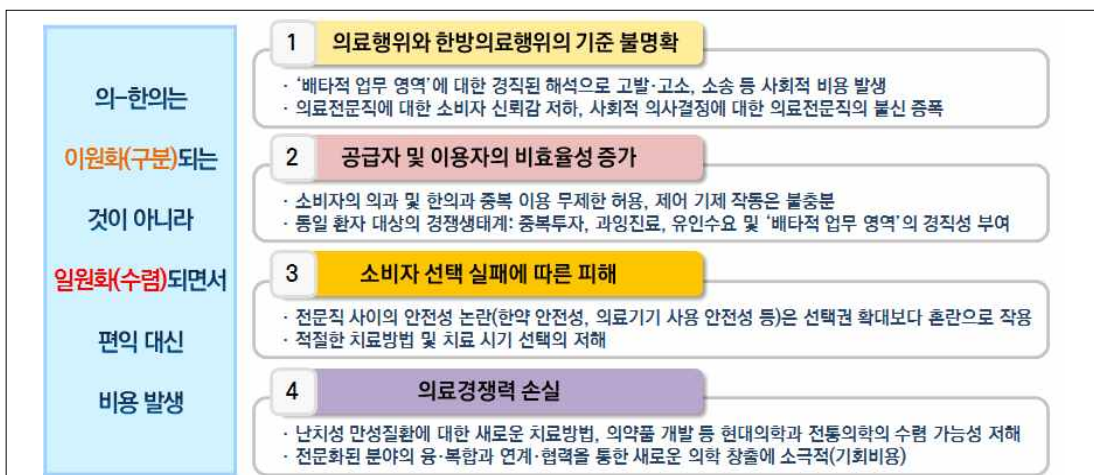
□ (추진배경 및 문제의식③ 이원화된 공급체계에서 기인하는 사회적 비용 증가) 의료이원화체계는 의료체계의 효율성 하락과 의료전문직간·공급자와 소비자간 신뢰 저하의 직·간접적 비용 발생의 원인으로 작용

○ 동일 환자를 두고 형성된 경합적 경쟁 생태계는 ①공급자 측면에서는 경쟁우위를 점하기 위한 중복 투자 ②소비자 측면에서는 중복진료에 따른 비용 증가를 유인함.

○ 경쟁 생태계 하에서의 경직된 배타적 업무영역 고수는 필연적으로 의료전문직간 갈등을 발생시킴. 현재 의·한의 직역 갈등 수준은 ③행정부에 대한 불신, 소비자의 신뢰 저하 및 피로감 고조 등 적지 않은 사회적 간접비용을 요구함.

○ 미국, EU, 일본, 중국 등은 현대의학과 전통의학의 상호 융합보완을 통한 부가가치 창출과 시장 선점에 투자하고 있으나, 우리나라는 융합에 유리한 자원을 보유하고도 ④융합의 기회비용을 상실하고 있음.

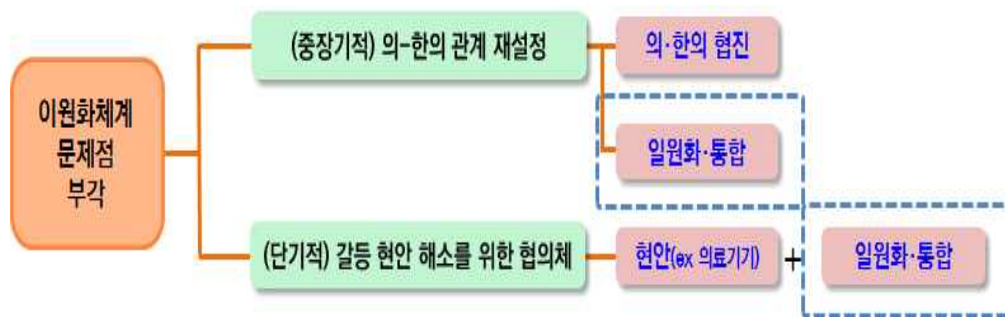
[그림 2-7-1] 의료이원화체계의 문제점



나. 정책 상황 분석

- 의료이원화체계의 문제점이 축적되면서 1990년대부터 이를 개선하기 위한 노력이 나타나기 시작함. 이러한 노력은 크게 학계와 정책연구집단을 중심으로 제안된 ① 의-한의 관계 재설정과 각 지역 단체와 정부를 중심으로 운영된 ② 현안 중심 협의체의 두 가지로 대별할 수 있음.
- ① 의-한의 관계 재설정은 이해관계에서 상대적으로 자유로운 학계와 정책연구집단을 중심으로 제안되었으며, 재설정 강도에 따라 ‘의·한 협진’과 ‘의료일원화/의료통합’으로 구분 가능
- ② 현안 중심 협의체는 지역간 현안(예: 한의사의 현대의료기기 사용 문제) 해결을 위해 지역 당사자와 정부가 구성한 사회적 협의기구임. 논의 과정에서 현안에 대한 근본적 해결책은 의과와 한의과 지역 관계 설정에 있다는 점에 의견접근이 이루어지면서 ‘의-한의 관계 재설정’이 함께 논의됨.

[그림 2-7-2] 의료이원화체계 문제점 해소를 위한 개선 노력의 흐름



□ (정책 성과와 한계 ① 의-한의 관계 재설정: 의-한의 협진)

- 의-한의 협진은 소비자들의 중복 의료이용이 자연스러운 상황에서 두 의학의 이론과 기술을 공동의료행위로 활용함으로써 치료효과 제고와 의료비 적정화라는 목표를 달성하기 위해 임상 현장을 중심으로 시도되어 왔음.
- 2016년부터 3단계에 걸친 「의·한 협진 시범사업」이 시행 중(현재 2단계)
 - 의·한 협진 시범사업의 의의는 의료이원화체계에서 초래되는 문제점 해결과 의-한의 간 관계 설정 개선에 있어서 ‘법적·제도적 동력’을 갖추어 공식적으로 추진되는 모형이라는 점에 있음.
 - 의·한 협진 시범사업에서는 건강보험 재원을 활용, 협진수가가 책정되어 있으며, 의-한의 중복이용 소비자에게 후행행위 급여를 인정하는 등 공급자 인센티브(협진수가)와 이용자 인센티브(후행행위 급여)가 동시 작동
 - 시범사업 참여기관(1단계: 17개, 2단계: 59개)에서의 ‘의·한 협진 대상 질환’에 대한 임

상적·경제적 근거 축적 시도가 병행

○ 협진은 의-한의 직역의 고유성을 인정하는 가운데 상호협력 하는 모형이므로 공급자의 수용도 측면에서 상대적으로 유리함. 소비자 역시 비용 절감과 치료효과 측면에서 유의한 시도로 수용될 가능성이 높음.

- 현시점에서 정책적 동력*을 가지고 추진되는 유일한 의-한의 관계설정 모형임. 따라서 협진이 i)임상적·경제적 효과 ii)중복 의료이용 개선의 효율성 효과 iii)의-한의 직역의 협력 문화 조성 등에 기여하는 근거가 증명될 경우 의료이원화체계 개선의 매우 유용한 함의를 제공할 수 있음.

* 정책적 동력: 법적 보장(교차 고용, 교차과목 개설)과 공적 자원(건강보험 수가)이 결합된 형태로 추진되는 사업

○ 의-한 협진 자체에는 의료이원화체계 유지가 전제되어 있음. 따라서 정책목표를 “의료이원화체계의 근본적 개편”으로 정할 경우, 협진에는 일종의 ‘과도기적’ 모형 또는 개편의 진입점(entry point)으로서 기능부여가 타당할 것임.

□ (정책 성과와 한계 ② 의-한의 관계 재설정: 의료일원화/의료통합)

○ 이원화된 의료서비스 공급체계를 하나로 만드는 근본적 대안이라는 점에서 학계와 관련 연구집단을 중심으로 제기되었고, 현재는 의료계와 한의계 직역 단체에서도 공식적 논의가 이루어질 정도로 일정한 방향성을 가지고 담론화

○ 정책 추진을 위한 세부계획 수립에 활용할 수 있는 중국, 대만, 일본 등 해외 사례, 다양한 의료일원화 모형(2원적 1원화, 3원적 1원화, 장·단기 일원화, 단계적 통합)이 제시(김주경, 2012; 이평수, 2015; 이상영, 2016; 윤강재 외, 2017)되어 있는 상황

○ 다만 이해당사자인 의료계와 한의계가 의료일원화를 통해 달성하고자 하는 목표상(像)이 상이*하여 지속적인 사회적 논의 과정이 필요할 것으로 예상됨.

- ‘의료일원화/의료통합의 추진’이라는 선언적 합의는 의견 접근의 단초가 마련되어 (2017~2018년 의-한정 협의체) 상대적으로 성사 가능성이 제고되었다고 할 수 있으나, 내용상의 합의까지 의견 접근이 이루어졌다고 보기에는 어려운 상황으로 판단됨.

* 의료계: 일본식 일원적 일원화 지향. 즉, 한의과대학 폐지와 근거가 입증된 일부 한방의료행위의 의과 내 흡수를 의료일원화의 상(像)으로 인식하며, 의사 면허 취득 과정과 배타적 면허권의 완화는 반대

* 한의계: 중국식 이원적 일원화 지향. 즉, 의-한의 간 상호교육 확대 및 배타적 면허 범위의 완화 내지 철폐를 의료일원화의 상(像)으로 인식하며, 소정의 교육훈련 과정 등을 통해 의과 행위와 한의과 행위의 장벽을 허물어야 한다는 입장 견지

□ (정책 성과와 한계④ 의료계, 한의계, 정부의 현안 협의체 운영)

- 2000년대 이후 ‘배타적 업무 영역’의 해석을 둘러싸고 의료계와 한의계의 입장 차이가 첨예화되고 고발·고소, 소송 등 사회적 비용문제가 심화되면서 각 지역대표와 정부가 참여하는 현안 협의체가 구성·운영되면서 타개책 모색
 - 대표적인 현안 협의체로서 2015년의 「국민의료 향상을 위한 의료현안 협의체」와 2017년부터 현재까지 운영 중인 「의·한·정 협의체」가 있음.
 - 상기 현안 협의체는 모두 현안(한의사의 현대의료기기 사용 문제) 해소를 위해 의료계·한 의계 4개 단체와 정부가 참여하였고, 현안 문제와 더불어 보다 근본적이고 중장기적인 관점에서의 지역간 관계설정 방향성까지 함께 논의되었다는 공통점을 가지고 있음.
- 국민의료 향상을 위한 의료현안 협의체(2015)
 - ‘한의사 현대의료기기 사용 확대 공청회(2015)’를 계기로 국회의 ‘당사자 간 협의체 구성’ 주문을 통해 의료계(대한의사협회, 대한의학회), 한의계(대한한의사협회, 대한한의학 회), 정부(보건복지부)가 참여
 - 합의문(안) 초안 도출: 최종 합의에는 이르지 못하였으나, 이후 의료일원화/의료통합 논의의 출발점으로 정립되었다는 점에서 중요한 의의를 가짐.

〈표 2-7-2〉 국민의료 향상을 위한 의료현안 협의체(2015) 합의문(안)

우리는 의학과 한의학의 가치와 상호 역할을 서로 존중하면서 국민의 건강증진과 미래 의료발전을 위하여 다음의 사항을 이행하기로 합의한다.

1. 의료와 한방의료의 교육과정과 면허제도를 통합하는 의료일원화/의료통합을 2030년까지 한다.
 - 대한의사협회, 대한의학회, 대한한의사협회, 대한한의학회와 관계 기관, 전문가, 시민사회단체 등이 참여하는 ‘(가칭)의료일원화/의료통합을 위한 의료발전위원회’를 2016년부터 보건복지부 산하에 구성하여 구체적인 추진 로드맵을 2년 내에 마련한다.
2. 의료일원화/의료통합이 이루어지는 2030년 이전에는 국민의 건강 증진과 상호간의 이해 확대를 위하여 의료와 한방의료 간의 교류를 촉진한다.
 - 안전하고 효과적인 진료를 위하여 교차 진료행위 및 의료기기 사용에 관해서는 별도 심의기구를 두고 결정하도록 한다.

2015.12

대한의사협회, 대한의학회, 대한한의사협회, 대한한의학회
보건복지부

○ 의·한·정 협의체(2017~현재)

- 진단용 방사선 발생장치 안전관리책임자에 한의사를 포함하는 내용을 골자로 한 의료법 개정안이 의원발의되면서 법안의 국회 논의 과정에서 ‘의료계-한의계-정부 협의체’를 구성하여 논의하도록 주문
- 의료계(대한의사협회, 대한의학회), 한의계(대한한 의사협회, 대한한 의학회), 정부(보건복지부)가 참여하여 2017.12.~2018.8.까지 운영
- 2015년 합의문(안)에 기초한 합의문(안)을 도출하여 의료계와 한의계 내부 검토 단계에 까지 이르렀으나, ‘합의문(안)에 대한 수용 불가(대한의사협회)’, ‘협의체 합의 불발 선언 요구(대한한 의사협회)’ 등 최종 합의는 무산

○ 2018년 의·한·정 협의체 합의 무산 이후 됨에 따라 현재 표면적으로는 의료이원화체계 개선 논의가 협의체 구성 이전으로 회귀하였음.

- 그러나 2018년 8월까지 운영된 의·한·정 협의체는 이후 논의를 위해 중요한 성과와 한계 지점을 남긴 채 일종의 냉각기를 가지고 있는 상황으로 여겨짐.
 - 선언적 의미가 강하긴 하였으나, 의료계와 한의계가 의료이원화체계의 개선이 필요하다는 점, 개선의 방향으로 의료일원화/의료통합을 확인하고 의견 접근의 단초가 마련되었다는 점에서 의의가 작지 않음.
 - 국회 및 정부에서도 국민건강을 위해 의료이원화체계 개선이 필요하다는 입장 견지²²⁰⁾
 - 의·한·정 협의체라는 공식적 논의기구가 존속한 상황에서 일정한 계기 마련을 통한 논의 재개가 가능한 구조가 유지되고 있음.
 - 반면 의료일원화를 통해 달성하고자 하는 목표지점에 대한 의료계와 한의계의 인식 괴리, 직역내 의견조정과 설득 과정의 한계 등은 의료이원화체계 개선을 위한 향후 논의에서 지속적으로 검토되어야 할 과제로 남겨짐.

다. 세부실천목표

□ 이원화된 의료서비스 공급체계에서 초래되는 비효율성과 직·간접적 비용을 감안할 때, 현행 의료이원화체계의 개선은 우리나라 보건의료체계의 발전을 위해 추진이 필요한 과제임.

○ 다만, 의·한·정 협의체에서의 합의가 무산된 이후 직역간 논의가 냉각기에 있는 상황임을 고

220) 의·한·정 협의체의 합의 무산 이후 국정감사 등을 통해 의료일원화의 필요성과 지속 추진 의지가 국회와 정부로부터 표명
(<http://www.medigatenews.com/news/3507885043> 및 <http://www.medigatenews.com/news/512477693> 참고)

려할 때, 즉각적인 논의 재개와 단시일내의 합의 도출은 무리가 따를 것임.

- 현 단계에서는 직역간 융합협력 분위기의 조성과 사회적 논의 재개를 위한 예열과정 마련이 우선되어야 할 것으로 보이며, 이를 위해 융합의 성과가 확인된 지점을 정책적 지원함으로써 상호협력에의 참여를 유도하는 목표 설정이 필요함.
 - 만약 의료이원화체계 개선의 방향성이 ‘의료일원화/의료통합’을 지향하게 될 경우, 각 영역별로 통합된 의학을 지원할 수 있는 내용(예를 들어 교육 분야의 ‘통합의학과정’)을 선제적으로 논의하는 것도 필요함.
- 중장기적으로는 의료이원화체계 개선을 위한 논의구조를 재개하고, 사회구성원이 합의할 수 있는 상(像)을 만들기 위한 거버넌스 운영이 필요함.

□ 실천목표

- 단기적으로는 의과와 한의과 간 상호이해·상호협력 증진을 다각적으로 추진하고,
- 중장기적으로는 의료이원화체계 개선 논의를 위한 인프라 구축과 논의 재개 방안을 모색하는 것을 목표로 제안함.

| 세부실천목표 | | |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------|
| - 의·한의 상호협력 증진 방안 추진 - 의료이원화체계 개선 논의를 위한 인프라 구축 | | |
| Ⅰ-1 의·한의 융합 성과의 근거 도출 | Ⅰ-2 다각적인 직역간 상호협력 강화 | Ⅰ-3 의료이원화체계 개선을 위한 논의 인프라 구축 |
| ① 의·한 협진의 질적 수준 제고 ② 보건의료 R&D사업의 융합연구 성과 확인과 확산 | ① 의·한의 융합연구 지원 ② 의과대학 및 한의과대학의 상호 이해 교육과정 강화 | ① 의료이원화체계 개선 논의 재개 대비 |

1) 세부추진계획 Ⅰ-1: 의-한의 융합 성과의 근거 도출

- 현재 정책적 동력을 가지고 추진되는 의·한의 융합 기제들의 성과를 평가하고, 근거가 구축된 내용은 임상 현장에서 적극적인 활용되도록 지원

□ (실행전략 Ⅰ-① 의·한 협진의 질적 수준 제고)

- ‘최적’ 의·한 협진 모형의 제시
 - 다양한 명칭과 형태로 의·한 협진이 시도되었으나, 협진에 대한 인식 차이(의과: 상대적 소극성, 한의과: 상대적 적극성)와 질환 편중(예: 근골격계 질환) 등의 한계가 지적
 - 현재 시범사업으로 수행중인 의·한 협진에 대한 성과평가를 통해 ‘최적’ 협진 모형을 제시

하고, 정책적으로 지원

- 협진 최적 질환: 임상적·경제적 성과 확인
- 협진 최적 기관: 의료기관과 한방의료기관 동시 보유 여부, 중별 의·한 협진의 목표와 유형 등의 세분화(예: 종합병원-입원 환자, 병원/한방병원-외래 환자)
- 협진 최적 절차 도출: 의·한 협진이 적용되는 표준진료지침 제시, 효과적인 협진 수행을 위한 최소 인력, 시설 기준 마련, 협진 성과 평가를 위한 성과지표와 모니터링 등을 통한 질 관리 기제 마련

○ 의·한 협진의 성과가 확인된 질환을 대상으로 표준적 협진 절차를 준수한 경우 현재의 ‘협진 수가’를 본사업화하여 적용 검토

○ 의·한 협진의 질적 수준 제고 방안 마련 및 추진

- 협진 활성화와 별도로 협진 표방기관의 난립에 따른 질적 수준 하락을 방지하기 위하여 일정 수준 이상의 협진만을 인정하는 ‘옥석 가리기’ 기제 마련
- 「전문병원 인증기준」 등을 참고로 의·한 협진에 대한 최소 기준(minimum standard)을 마련하고, 최소 기준을 달성(절대평가)한 기관 중 우수한 기관을 선정(상대평가)하여²²¹⁾ ‘(가칭)의·한 협진 전문병원’ 등으로 지원

□ (실행전략 1)-② 보건의료 R&D사업의 융합연구 성과 확인과 확산

○ 한의기반융합기술, 양·한방융합기반기술개발 사업의 근거 확인과 성과 확산

- 한국보건산업진흥원이 주관하는 보건의료 R&D 사업 중 의·한의 융합을 표명하는 사업의 개발과 실제 임상현장에서의 활용을 평가하여 의미있는 성과의 확산 지원
- 한의기반융합기술개발: IT, BT, NT 등 현대과학기술을 응용하여 다빈도 난치성 질환을 대상으로 의·한 협진 치료·관리기술 개발 지원
- 양·한방융합기반기술개발: 한의학과 현대의학간의 융합의료기술을 통합 융합의료 핵심 기술(융합형 신약 등) 개발 지원

* 2018년 ‘한의융합 다빈도 난치성 질환 대응 기술개발’ 등 한의기반융합기술개발에 1,967백만원, 양·한방융합기반기술개발에 4,767백만원 투입(한국보건산업진흥원, 2018)

○ 의·한의 융합 대상 영역과 참여 기관의 외연 확장

- 의과대학과 한의과대학이 동시 개설된 대학에 만성난치성 질환을 중심으로 (가칭)의·한

221) 현재 상급종합병원, 전문병원 지정 등의 과정은 최소 기준 충족 여부에 대한 절대평가에 이어 ‘상대평가’를 통해 총량을 제한하는 기제가 작동

융합진료 전문질환* 지정을 검토하고, 해당 질환에 대한 새로운 치료법 또는 새로운 약제 개발에 R&D예산 활용

* 중국 '중서의결합병원'의 경우 (서)의학과 중의학의 융합을 통해 치료를 수행해야 하는 '중점질환' 지정이 의무화되어 있음.

□ (실행전략 2)-① 의·한의 융합연구 지원)

○ (가칭)통합의학연구센터 설립 및 운영 시범사업 실시

- 의과대학과 한의과대학을 동시에 개설한 대학을 중심으로 '(가칭)통합의학연구센터' 설립·운영 시범사업 실시(동시 개설되지 않은 대학은 他대학병원/대학한방병원과 공동 설치 허용하되, 기준을 강화하여 적용)
- (가칭)통합의학연구센터 운영을 위해 기관 내 교차고용 및 교차과목 개설이 가능하도록 지원하고, 보건의료 R&D사업 참여 등에서 우선권 부여
- (가칭)통합의학연구센터 내에서의 연구 차원의 행위에 대해서는 의료행위-한방의료행위의 배타적 면허권을 전향적으로 완화하는 방안 검토

○ academy 영역인 '학회' 차원에서의 융합연구 활성화

- 임상 영역: 대한의학회 및 대한한의학회 산하에 의·한의 융합연구가 가능한 학회를 선정, 학회 차원에서의 융합연구 지원
 - 해당 학회를 통해 의·한의 공동연구 분야(특정 질병, 치료법, 약제 등)를 설정하고, 상호 융합의 성과 평가
 - 중장기적으로는 대한의학회 주관으로 근거가 마련된 한방의료행위에 대한 학문적 발표와 공동 논의를 다른 학회에서도 전향적으로 허용할 수 있도록 협의
- 정책 영역: 보건학을 비롯한 사회과학(경제학, 정책학, 사회학 등) 영역에서 의·한의 융합의 경제적 효과와 서비스 이용행태 등을 분석

○ 의학과 한의학의 상위 level인 '과학기술계' 차원의 검증 강화

- 특정 직역이나 특정 기관의 산하 조직이 아니라 '자연과학' 관점에서 융합결과 평가
- 필요한 경우 과학기술계 국책연구기관의 신설 또는 기존 연구기관의 기능 개편 등을 통해 의·한의 융합의 성과에 대한 객관적 평가 전담조직 운영

□ (실행전략 2)-② 상호 이해 증진을 위한 교육과정 강화)

- 현재 한의과대학의 경우 교육과정의 상당 부분에서 현대의학의 영역을 포함하고 있으나, 의과대학은 상대적으로 일부 대학에서 교양 수준으로 한의학을 다루고 있으며, 이와 같은 상

황은 각 직역이 처한 상이한 상황에서 기인함.

- 한의과대학은 의학의 기본원리를 이해하지 않으면 과학적 의료가 불가능하다는 ‘필요성’에서, 의과대학은 보완대체의학의 사고틀을 이해하고 임상 현장에서의 대처 능력 제로라는 측면에서 접근(신좌섭, 2015).

○ 상호 이해 증진을 위한 교육과정 방향: 의과대학은 교양과목 수준 이상의 이해에 기여할 수 있는 “신설”로, 한의과대학은 “내실화”와 “표준화”로 설정

- 교육과정의 개선은 ‘의학교육평가인증원’과 ‘한의학교육평가원’이 주관
 - 의과대학: 예과 과정에 한의학 이해를 위한 과목(예: 한방생리, 경혈·침구학 등)을 필수 과목으로 개설을 권장하고, 정형외과, 재활의학과, 가정의학과 등 한방과 상대적으로 관련성이 높은 과목을 중심으로 전공선택 과정 개설
 - 한의과대학: 전반적인 한의학교육 인증평가를 강화하고, 학교별 비표준화된 교육과정(원리, 치료적 접근 등)이 있다면, 표준화
- 교원교류제도 시행 검토: 의과대학과 한의과대학 동시 개설 대학부터 상호 교원교류를 시범적으로 실시하고, 단독 개설 대학은 국립의과대학-한의과대학 간 MOU 체결 등으로 교류를 확장하는 방안 검토

□ (실행전략 ③-① 의료이원화체계 개선 논의 재개 대비)

○ 의료이원화체계 개선 논의가 실효성을 가지기 위한 전제 조건은 의·한정 협의체 재개이나,

- 최종 합의 무산 이후 직역 간 감정의 골이 깊어진 상황에서 ‘의료일원화/의료통합’을 주제로 논의를 재개하기에는 한계가 있음.

- 한의사의 현대의료기기 사용 문제 등 방향성을 예측하기 어려운 채로 해소되지 못한 현안의 진행 정도 역시 논의 재개에 적지 않은 영향을 미칠 것임.

- 의료계와 한의계가 상생하면서 공동 발전할 수 있는 연구 영역과 교육 내실화를 대한의학회 및 대한한의학회 등 academy 영역에 제시하는 것을 출발점으로 고려

○ 의료이원화체계 개선 논의 재개를 전제로 선제적으로 고려할 필요성이 있는 내용

- 의·한정 협의체 논의를 지원하기 위한 “(가칭)의료이원화 개선 전문위원회”와 “(가칭)공동검증위원회”의 운영
- (가칭)의료이원화 개선 전문위원회는 구체적인 개선 방안과 개선 이후의 상(像)을 논의
 - 보건복지부가 주관하여 운영하되, 의료계와 한의계 뿐만 아니라 보건·교육·행정 등 관련 분야 전문가, 의료소비자, 입법부, 정부(관련 타부처) 등이 폭넓게 참여
 - * 직역 간 포괄적 합의 후 구체적 아젠다에 대한 별도 전문기구 논의는 의·한정 협의체

등의 논의에서 공통으로 제시된 바 있음.

- (가칭)공동검증위원회는 의과와 한의과가 공동으로 요구하는 행위에 대해 “과학적 검증”이라는 측면에서 공동 논의
 - 의료계와 한의계 외에 임상효과와 경제성 평가 분야의 중립적 인사와 정부에서 참여하
되, 대상 행위와 의약품 등 범위는 위원회 내부에서 논의 후 결정
- 의·한정 협의체 논의 사례와 같이 의료이원화체계 개선 방향으로 “의료일원화/의료통합
추진”에 대해 포괄적으로 합의가 이루어질 경우 논의가 필요한 사항(안)
 - 법·제도적 정비: 예를 들어 의료법 등의 개정 필요 사항
 - 기존 면허자 및 의과대학/한의과대학 재학생에 대한 경과조치
 - 전체적인 의사 인력 규모 조정
 - 대학입시제도 개편

라. 참고문헌

- 김주경(2012). 의료통합에 대한 한의계의 인식조사 및 의료통합 모델 정립에 관한 연구. 한의학정책연구원.
- 박윤성 외(2017). 질병별 의과와 한방의료기관 이용 현황 분석 연구. 의료정책연구소.
- 송윤아이소양(2017). 자동차보험 한방진료 현황과 개선방안. 보험연구원.
- 신좌섭(2015). 의학교육 일원화에 대한 고찰. 의료일원화를 위한 교육일원화의 전망과 과제 토론회
(2015.12.11.) 발표자료.
- 윤강재 외(2017). 의·한의 이원화체계 현황과 개선방안 모색. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 이상영(2016). 의·한의 통합의료 발전방안과 과제. 대한민국 의료발전방안 정책토론회(2016.2.18.) 발표자료.
- 이평수(2015). 의료일원화의 내용 및 과제. 의료정책포럼 제13권제4호. p.39~46.
- 최병희(2013). 한·양방 의료의 상호 보완 및 대체 관계 분석. 부산대학교 한의학전문대학원 박사학위 논문.
- 한국보건산업진흥원(2018). 2018년 보건의료기술연구개발사업 사업 안내.

제2절 추진방향 ②: 국민과 환자 중심의 가치기반 지불의 확대²²²⁾

가. 추진배경 및 주요 문제의식

- (문제^{의식}① 의료에 대한 책무성을 강화시키는 보상체계의 부족) 예측적, 예방적, 참여적, 맞춤형 의료 서비스의 공급 확대와 개인 생애주기의 연속적 건강관리 욕구의 결합은 필요기반의 적절한 중재가 없다면 국가적으로 상당한 낭비를 초래할 수 있음
 - 의료서비스의 비용과 결과를 환자중심에서 고려하여 가치있는 의사결정을 하도록 제공자의 책무성을 강화하는 보상체계의 강화는 미래 보건의료시스템의 지속가능성을 견인하기 위한 핵심적 정책 도구임
- (문제^{의식}② 서비스 단위와 재정보호 중심 보상의 한계) 서비스 단위에 기초하는 보상은 시스템 전반에서 보상이 되지 않은 영역에서 의료 질이 하락하는 관리의 사각지대를 발생시킴. 의료의 성과(질, 효율성 등)를 토대로 진료비를 지불하는 성과보상지불제도(Pay for Performance)의 확대는 여전히 제한적임
 - 최근 적정 수가 보상과 새로운 행위 유도를 위한 개별 수가 보상의 접근이 확대되고 있으나 성과를 평가하는 접근은 동시에 이루어지 못하고 있음
 - 수가 보상, 성과 평가가 독립적으로 운영되며 상호 연계되어 하나의 정책으로 설계되는 기전이 미비함

나. 정책 상황 분석

- (정책^{성과}①) 의료 질 평가 정보 수집 및 보고 기반 구축
 - 1981년 대한병원협회에서 도입한 병원표준화사업(현 병원신입평가)이후, 보건의료분야 다양한 영역에서 여러 법률에 근거하여 의료기관 대상 질 평가 사업이 확대되었고 관련하여 정보 수집 및 보고기반이 구축됨
 - 1989~, 상급종합병원 지정 평가 (의료기관정책과 담당, 3년 주기)
 - 2001~, 요양급여 적정성평가 (보험평가과 담당, 매년)
 - 2003~, 병원신입평가 (의료자원정책과 담당, 매년)
 - 2003~, 응급의료기관평가 (중앙응급의료센터 담당, 매년)
 - 2006~, 지역거점공공병원운영평가 (공공의료과 담당, 매년)

²²²⁾ 작성자: 강희정

- 2010~, 건강검진기관 평가(건강증진과 담당, 2년)
- 2010~, 의료기관 인증(의료기관정책과 담당, 3년)
- 2011~, 전문병원 지정평가(보건의료정책과 담당, 3년)
- 2013~, 연구중심병원 지정(보건산업정책과 담당, 3년)
- 2015~, 의료질평가지원금(보건의료정책과 담당, 매년)

□ (정책성과②) 의료의 질 향상 성과를 반영한 지불보상제도의 기반 구축

○ 지역사회 일차의료 시범사업과 만성질환 관리수가 시범사업

- (지역사회 일차의료 시범사업) 지역사회 기반 의원 중심의 새로운 만성질환 관리 모델로 2014년 10월부터 시행함
- 건강보험은 2017년 11월부터 만성질환관리 서비스 사업에 참여하는 의원에게 다음과 같이 보상함(2018년 기준)
 - 케어플랜: 67,800원(1회 지급)
 - 질병/생활습관 개선교육: 8,960원/회(각 연 최대4회)
 - 점검평가관리 : 8,960원/회(연1회)
- (만성질환관리수가 시범사업) 지속적 관리가 필요한 고혈압과 당뇨 환자를 대상으로 비대면 관리방식을 도입하기 위해 2016년 9월부터 시행함
 - 대면진료 시 관리와 비대면 모니터링 상담 수가로 2개의 행위별수가(①계획, 수립, 점검 및 평가, ② 전화상담)와 1개의 월정액 수가(지속관찰관리)를 신설하였음
- 지속관리율과 임상적 효과 개선의 성과를 바탕으로 통합 사업을 추진 중임

○ '07년 상급종합병원의 급성심근경색증과 제왕절개분만 서비스에 대한 의료 질 평가를 기반으로 가감지급사업이 시작되고 '16년 현재 가감지급사업은 급성기뇌졸중, 수술의 예방적 항생제 사용, 혈액투석, 외래 약제적정성평가의 4개 영역으로 확대 적용되고, 고혈압, 당뇨 인센티브 제도가 지속되고 있음

- '15년부터 의료기관의 질 향상 노력에 대한 비용보상 측면에서 평가자료 제출에 대한 행정비용 보상을 실시함
- 평가대상 연도 기준, 전체 가감 규모는 2010년 39개소(약 11억)에서 2014년 8,955개소(149억) 규모로 증가하였고, 행정보상비용은 '15년 기준으로 1,751개소에 평균 119만 원을 지급함(최소 5만원~최대 5,842만원)

○ 종합병원 대상 의료질평가지원금 제도 시행

- 행위별수가제 하에서 종합병원 단위로 의료의 질을 평가하고 이를 근거로 보상을 차등하는 성과기반 지불제도의 기반 마련
- '14년 선택진료제의 단계적 축소 결정에 따라 의료 질 평가결과를 근거로 의료기관에 차등 보상하는 '의료질평가지원금' 제도가 도입되면서 의료의 '비용' 중심에서 '질' 중심으로 지불보상방식의 변화
- '15년 최초 평가에 이어 '17년 지원금 규모를 확대하고(1,000억원 → 7,000억원) 평가영역별 평가지표 수 확대(37개 → 59개)

□ (정책한계① 평가 인프라 부족으로 인한 성과지불보상의 확대 제한) 환자 안전 등 급진적 변화가 어려운 분야에 대한 평가 인프라 부족, 구조와 과정에서 결과 평가의 단계로 진전의 어려움은 성과지불보상의 범위 확대는 물론 관련 재정 규모 확대를 제한하고 있음

□ (정책한계② 행위별수가제를 기반으로 고착화된 의료공급체계) 서비스 량의 확대를 보상했던 행위별 수가제에 적응된 의료공급체계에서 의료 질과 가치의 향상을 보상하는 지불 모형의 도입은 의료공급자의 저항에 부딪치고 복잡한 이해관계 정리를 위한 장기적 시간과 비용 투자를 요구함

□ (정책방향① 전향적·장기적 로드맵을 기반으로 협력적 시범사업의 확대) 필요성을 공감하는 단계부터 이해당사자가 참여하는 협의기반 구조를 마련하고 사업을 설계하고 평가를 공유하는 협력적 시범사업 확대를 통해 점증적 변화를 유도함

□ (정책방향② 보건의료정책 거버넌스에서 국민과 환자의 참여 확대) 공급자 중심의 의료에서 환자 중심의 의료로 변화하는 방향성을 반영하여 관련 정책 결정 거버넌스에서 환자와 국민을 대표하는 이해관계자의 참여를 확대함으로써 정책 수요자의 입장에서 정책을 쉽고 투명하게 설계하고 운영함

다. 세부실천목표

□ 의료 질 향상을 유도하고 환자의 비용 부담을 낮추는 가치기반 지불 확대

| 국민과 환자 | 누구나 필요하면 지체 없이 이용 | 정보와 개인 가치에 따른 의료 선택 | 건강 결과와 의료 경험 향상 | 접근성 |
|--------|----------------------|------------------------|--------------------|-----|
| 건강보험 | | | 비용(절감) | |
| 의료제공자 | 질병 중증도에 따른 역할 분화 | 근거와 환자 참여에 따른 의료 결정 | 치료기간 단축과 합병증 예방 | |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 세부실천목표 - 의료 질 향상을 유도하고 환자의 비용 부담을 낮추는 가치기반 지불 확대 | | |
| ②-1 기존 지불제도에서 의료 질 기반 성과 보상 지불 확대 ① 환자안전 및 질 평가 정보에 대한 보상 강화 ② 기존 지불방식과 질 기반 인센티브의 이중체계 구축 | ②-2 의료 질 평가와 보상의 사각지대 축소 ① 의료질평가지원금 제도의 질 평가 관련성 및 포괄성 확대 ② 중소병원에 대한 평가기반 가감지급 및 인센티브 확대 | ②-3 국민과 환자중심의 가치기반 지불의 점진적 확대 ① 통합지불모형 개발 및 적용 ② 일차의료 환자단위 지불 확대 ③ 지역 및 인구집단 단위 가치기반 지불모형 개발 및 적용 |

1) 세부추진계획 ②-1: 기존 지불제도에서 의료 질 기반 성과보상지불 확대

□ (실행전략① 환자안전 및 질 평가 정보에 대한 보상 강화) 기존 지불제도에서 추가의 성과보상 지불(P4P)을 활용하여 의료기관의 질과 비용 정보의 안정적 수집체계 구축

○ 환자안전과 질 평가를 위한 인프라 구축과 관련하여 사업 참여와 정보 제출에 대해 기존 지불제도 방식에서 별도로 추가 보상 또는 성과 비례 인센티브 지급

□ (실행전략② 기존 지불 방식과 의료 질 향상 평가 결과에 기초한 추가 인센티브 지급의 이중체계 구축)

○ 환자안전과 의료 질 향상을 위해 의료기관 단위로 지표 기반 성과를 측정하고 이에 비례하여 추가적인 보상을 하는 사업으로 ① 주요 행태 개선에 대한 인센티브 지급사업, ② 주요 임상 영역별 가감지급사업, ③ 종합병원에 대한 의료질평가지원금제도를 체계적으로 연계하여 이중체계를 구축함

2) 세부추진계획 ②-2: 의료 질 평가와 보상의 사각지대 해소

□ (실행전략① 의료질평가지원금제도의 질 평가 관련성 및 대상 포괄성 확대) 선택진료제도 폐지에 따른 손실보전 중심의 평가 기전을 제거하고 의료 질 향상 중심으로 전체 종합병원을 포괄하는 평가 및 운영 방식의 개편²²³⁾

○ (후향적 상대평가에서 전향적 절대평가로 전환) 사전적 안내를 기반으로 영역별·지표별 최소·최대기준을 적용하는 절대평가 방식으로 전환

- (전향적 평가) 진료를 제공하기 전에 평가계획을 공개하여 진료행태 변화에 대한 의료공급자의 동기 강화

223) 강희정 외(2017). p.285-286.

－ (절대수준 적용) 사전적 절대 수준의 적용을 통한 평가 결과의 예측성 제고

- 임상가이드라인 등 근거에 기반한 최소 또는 최대 역치 적용
- 합의에 기반한 통계적 분포를 반영한 달성가능한 목표치 설정
- 기타 지표에 대한 합의기반 설정

○ (목표 기반 과정 및 결과 중심의 지표 개편) 투명하고 참여적인 지표 선정 원칙 설정과 사전 시범사업을 통한 과정 및 결과지표 중심의 지표 구조 개편

- － (중점 영역과 목표 설정) ‘의료 질과 환자안전’, ‘의료전달체계’, ‘공공성’ 영역에서 의료의 질 향상을 대표하도록 우선순위와 목표 설정.
- － (기타 영역의 질 향상 관련성 제고) ‘연구개발’, ‘교육수련’ 영역의 의료 질 향상 관련성 제고를 위한 목표 설정과 지표 보완.
- － (과정과 결과 중심으로 평가 지표 개편) 실질적 질 향상을 유도하는 관련성 높은 과정 및 결과 지표 중심으로 지표 구조 개편

□ (실행전략② 중소병원에 대한 평가기반 가감 및 인센티브 지급 제도 확대) 종합병원에 비해 임상적 영역의 포괄성이 제한되는 중소규모 병원을 대상으로 임상 영역별 의료기관 단위 평가 모델을 개발하여 적용을 확대함.

- (단기) 종합병원 대상 의료질평가지원금과 가감지급사업의 역할 정립과 연계하여 대상에서 제외되는 중소규모 병원에 대해 현재 적정성 평가 항목 중에서 확대 적용 항목을 검토하여 시행함.
- (중장기) 이해당사자 참여와 협력을 기반으로 임상영역별 달성 수준에 대한 목표를 설정하고 목표 달성을 위한 중장기 지표 개발 및 적용에 대한 사전적 로드맵 수립을 기반으로 사업 추진

3) 세부추진계획 [2]-3: 국민과 환자중심의 가치기반 지불의 점증적 확대

□ (실행전략① 특정 외과적 시술에 대한 통합(bundling)지불 모형의 개발 및 확대) 급성기 입원에 대한 포괄수가 적용에 따라 사전 외래서비스와 장기요양서비스로 비용이 이전되지 않도록 통합지불제도 개발 및 적용²²⁴⁾

- 포괄수가제 적용으로 인한 외래로의 비용 이전을 막기 위해 입원 전후 30일간을 급성기 입원과 외래서비스를 연계하여 통합 보상하는 통합지불제도를 개발하여 적용할 수 있음

224) 강희정(2015.12). p.41; 강희정(2017.6). p.68-69

- 관절치환술 등 주요 수술을 전후하여 사전 검사 등 준비 서비스와 일정기간 외래추구관리를 포괄하는 에피소드 기반의 통합지불방식(bundled payment)을 도입할 수 있음
- 에피소드는 대개 관심 있는 사건(입원 또는 화학적 치료의 시작 등)의 발생으로 시작되며 설정된 기간 동안 추적, 관찰, 평가됨

□ (실행전략② 일차의료 역할 강화를 위한 환자단위 지불 확대) **현행 만성질환관리수가의 범위를 단계적으로 통합하여 일차의료 수준에서 환자단위 지불 확대**

- 만성질환 관리의 특수성을 고려한 만성질환 수가와 관련 기타 서비스에 대한 행위별수가제 결합 방식 도입
- 의사와 만성질환자의 지속성을 바탕으로 의료제공자가 만성질환자를 대신하여 건강검진서비스, 건강관련 서비스 연계를 책임지도록 서비스 포괄 범위를 확대하는 대안적 모형을 확대함. 이 경우에도 일부 고가서비스나 확대가 필요한 서비스에 대해서는 행위별수가제 활용함
- 환자의 선택에 따라 등록 의사로 지정된 일차의료 의사에 대해서는 환자의 건강 성과와 연계한 인센티브를 제공하는 모형을 개발하여 확대함으로써 환자단위 의료비 지출에서 일차의료의사의 지불 비중 증가를 유도함

□ (실행전략③ 지역 및 인구집단 단위 가치기반 지불 모형 개발 및 적용) **지역사회 등에 기반을 둔 자발적 지불 모형의 개발과 시범사업을 육성함으로써 전달체계를 지원하는 가치기반 지불 확대**

- (도입의 실현가능성을 높이는 인프라 구축) 일차의료 의사들의 수평적 연계 네트워크, 의료전달체계의 의료기관 간 수직적 연계 네트워크의 자발적 형성을 장려하고 지속가능한 환경을 조성하는 제도적, 물리적 인프라 구축
- (시범사업 기반 자발적 지불 모형 개발과 평가 지원) 의료전달체계와 진료비 지불의 혁신을 위해 우리나라 실정에 적합한 지불 보상 모형의 개발을 육성하고 이를 기반으로 가치기반 지불 모형의 실효성을 확대함
 - 지역 주민 대상의 일차의료 만성질환 관리사업 등 기존 사업들을 기반으로 지역사회 자원과 연계 범위를 확대한 자발적 서비스 제공 네트워크 구성과 성과 보상 모형을 결합하는 혁신적 보상 모형의 개발을 육성함
 - 이를 위해 미국의 ‘메디케어 메디케이드 혁신 센터’와 같이 서비스 제공 네트워크와 보상방식의 다양한 결합을 육성하고 평가를 통해 모범적 모형을 확산시키는 전담 역할 조직을 설치할 필요가 있음
- 가치기반 지불제도는 의료기관이 서비스 혁신을 통해 의료의 질을 높이고 비용을 절감시킬

- 때 진료수입이 증가하도록 모든 지불제도를 통합적으로 재구조화하는 것임
- 성과 측정 및 지불제도 개편의 인프라 구축을 기반으로 인구집단의 비용대비 가치를 높이는 의료제공자에게 보상을 점증적으로 확대함으로써 시스템의 지속가능성을 제고함

라. 연도별 추진일정

〈표 2-7-3〉 재정·인프라 분과: ⑥ 국민과 환자 중심의 가치기반 지불의 확대: 연도별 추진일정

| 구분 | '19년 | '20년 | '21년 | '22년 | '23년 | '30년 |
|------------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| 기존 지불제도에서 의료 질 기반 성과보상지불 확대 | | | | | | |
| - 환자안전 및 질 평가 정보에 대한 보상 강화 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| - 기존 지불 방식과 인센티브 지급의 이중체계 구축 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 의료 질 평가와 보상의 사각지대 해소 | | | | | | |
| - 의료질평가지원금제도의 질 평가 관련성 및 대상 포괄성 확대 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| - 중소병원 대상 평가기반 가감 및 인센티브 지급 제도 확대 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 국민과 환자중심의 가치기반 지불의 점증적 확대 | | | | | | |
| - 특정 외과 시술에 대한 통합 지불 모형 개발 및 확대 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| - 일차의료 역할을 확대하는 환자단위 지불 확대 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| - 지역 및 인구집단 단위 가치기반 지불 모형 개발 및 적용 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

마. 참고문헌

강희정(2015.12). 환자중심 가치기반 의료시스템 구축을 위한 공급자 지불방식 개편 방향. 보건복지포럼.

강희정, 신영석, 이광수, 조민우, 하슬잎, 김소운, ..., 서은원(2017). 의료질평가지원금 평가 중장기 모형 개발 - 의료전달체계 및 공공성 영역 중심. 건강보험심사평가원·한국보건사회연구원.

강희정(2017.6). 가치 향상과 의료 혁신을 위한 건강보험 지불제도 개혁 방향. 보건복지포럼.