

2017년 보건의료정책 현황과 정책과제



Health Policy Directions for 2017

김남순 한국보건사회연구원 보건의료연구실장	
윤강재 연구위원	김동진 부연구위원
박은자 부연구위원	서제희 부연구위원
전진아 부연구위원	

본 원고에서는 2017년을 맞아 시대적 변화에 맞춰 보건의료정책 분야에서 정책 추진이 필요한 과제를 주요 영역별로 제시하였다. 감염병에 대한 효율적 관리가 필요하며, 이를 위해 공중보건체계를 제대로 구축하고 지방자치단체의 공중보건 역량을 강화해야 한다. 또한 의료기관의 감염관리 활동에 대한 지원과 규제가 동시에 수행되어야 한다. 더 나은 만성질환 관리를 위해서는 사전 예방적 건강관리와 의료기관의 환자에 대한 건강관리체계 및 초고령사회에 대응하기 위한 만성질환 관리 체계의 정립이 요구된다. 건강증진 영역에서는 다부문 연계 생활터 중심의 건강증진사업을 확산하고 타 부처 및 기관과 협력해 정책을 추진해야 하며, 형평성을 고려한 정책 추진이 필요하다. 또한 정신건강에 대한 인식을 개선하고 지역 중심 정신건강증진 체계를 구축해야 할 것이다. 보건산업 영역에서는 ICT-보건산업 융합을 증진하기 위해 보건의료 데이터의 교류·연계·공유 활성화와 IT와 BT가 융·복합된 새로운 의료기기 개발·실용화가 적극적으로 이뤄져야 한다. 종합하면, 기존과 다른 정책과 시스템이 요구되는 상황이므로 보건정책 담당자들은 정책을 추진할 때 열린 사고를 가지고 접근해야 할 것이다.

1. 들어가며

새해를 맞아 보건의료 분야에서 중요한 정책 과제를 짚어 보고 추진 방향을 정리하는 것은 보

건의료체계의 지속적인 발전을 위해 필요한 작업이다. 보건의료체계가 해방 이후 지속적으로 발전해 왔으나 고령화, 산업화 등을 포함한 사회적 변화로 인해 해결해야 할 많은 정책과제가 노

정되어 있기 때문이다.

지난 한 해를 돌아보면 메르스(중동호흡기증후군·MERS)로 인한 공중보건위기 이후에도 각종 감염병과 함께 의료관련감염이 지속적으로 발생하고, 의료사고에 대한 사회적 관심도 커졌다. 국민 대부분은 정부가 공중보건체계를 정립해 제대로 대응해 주기를 기대하고 있다. 한편 고령화시대를 맞아 만성질환 유병률이 높아지고 있으며, 노인 의료비도 급격히 증가하고 있다. 만성질환 관리를 포함한 노인 건강 문제를 적절하게 관리할 수 있는 의료서비스 제공 체계에 대한 사회적 관심이 점점 높아지고 있다.

사회경제적으로는 성장이 둔화되고 양극화 문제가 해소되지 못하고 있다. 또한 인공지능이 모든 산업에 활용될 가능성이 높아짐에 따라 4차 산업혁명이 화두가 되고 있다. 이는 건강관리에 필요한 물질적, 정신적 역량을 약화시키는 배지로 작동하고 있다. 우리나라의 자살사망률이 다른 국가에 비해 높은 현상은 이 같은 사회경제적 환경과 무관하지 않다. 따라서 국민 건강 증진에 중요한 생활습관과 건강수준을 개선하는 데 필요한 정책과제를 짚어 볼 필요가 있다. 한편 4차 산업혁명은 보건 분야에도 지대한 영향을 미칠 전망이다. 보건산업도 시대적 변화에 대응할 필요성이 높은 영역으로 생각된다.

이 글에서는 정유년 새해를 맞아 보건의료 분야에서 지속적으로 노력해 왔지만 한계가 있는 부분과 사회적 환경 변화에 맞추어 개선이 필요한 영역과 정책과제를 살펴보고자 하였다. 전체를 포괄하는 것보다 시대적 중요성이 높은 영역

을 중심으로 기술하는 것이 효율적이라고 생각되어 감염병 관리 등에 필요한 공중보건 영역의 감염병 관리, 만성질환 관리, 건강증진, 보건산업 분야를 중심으로 정책 현황을 살펴보고 앞으로의 추진 방향과 과제를 제시하였다.

2. 보건의료 분야별 현황과 정책과제

가. 감염병 관리 현황과 정책과제

전 세계적으로 중증급성호흡기증후군(SARS), 조류독감, 에볼라바이러스병 등이 유행하면서 신종·재출현감염병(emerging infectious disease)에 대한 사회적 관심이 증가했다. 국내에서는 2015년에 메르스로 인한 공중보건위기를 경험했으며 이로 인해 공중보건 영역의 감염병 관리 체계는 물론 병의원의 감염 관리에 심각한 문제가 있다는 사실이 드러나게 되었다.

정부는 메르스 대응의 후속 조치로 2015년 9월 관계 부처 합동 「국가 방역체계 개편방안」을 발표했다. 「국가 방역체계 개편방안」에는 ‘중앙과 지방 간 역할 구분 불명확’, ‘중앙과 지방의 신종감염병 위기 대응 거버넌스 문제’를 개선하기 위한 내용이 담겨 있다. 즉 현재의 감염병 분류 체계(1~5군)를 위험도 중심으로 개편하고 이에 따라 중앙과 광역 및 기초 지방자치단체의 역할을 구분할 수 있도록 제도를 정비하겠다는 것이다. 하지만 감염병 분류 체계 및 실제 감염병 대응 체계와의 구체적 연계 방안이 마련돼 있지 않

고, 지방자치단체의 감염병 관리 조직과 인력에 대한 구체적 대안도 미흡한 실정이다.

한편 메르스 유행 시 감염된 확진 환자들의 감염 전파 경로를 살펴보면 확진 환자 186명 중 병원 환자가 82명(44.1%), 병원 관련 종사자가 39명(21.0%), 환자의 가족, 보호자 또는 병원 방문

객이 63명(33.8%)으로 감염 경로가 대부분 병원과 관련이 있었다(표 1).¹⁾ 이는 병문안 문화, 감염병 관리를 위한 의료전달체계 미흡, 국가방역체계의 문제 등이 총체적으로 작용한 것이었지만 의료기관 내 감염 관리가 체계적이지 못한 점도 영향을 미친 것으로 생각된다.

표 1. 메르스 확진 환자 감염 경로 특성별 환자 수

(단위: 명, %)

병원 환자	환자의 가족/ 보호자/방문객	병원 관련 종사자		기타	계
		의료인 (의사/간호사/방사선사)	기타 (간병인, 이송요원 등)		
82(44.1)	63(33.8)	25(13.4)	14(7.5)	2(1.1)	186 (100.0)
			39(21.0)		

자료: 보건복지부(2016), 2015 메르스 백서.

이러한 문제를 개선하기 위해 정부는 ‘의료관련감염 대책 협의체’를 구성하고 10가지 추진 과제와 권고문을 마련했는데, 조기 추진 과제로 병문안 문화 개선 과제와 응급실 감염관리 강화를 제시했고 메르스 대응 후반부터 이에 대한 조치들을 진행하였다. 단기·중장기 과제에는 감염관리 인프라 확대, 전문치료체계 구축, 감염병 신고·감시체계 개편 등이 포함되어 있으며 추진 중이다.

병원에서 발생하는 감염 관리에 대한 논의와 연구는 2000년대 이전부터 관련 학계를 중심으로 이뤄졌다. 몇 개의 병원 감염 실태 관련 연구를 통해 관리 필요성이 대두돼 2006년 대한의료관련감염관리학회와 질병관리본부는 자발적으로 참여하는 의료기관을 대상으로 중환자실 감염과 수술실 감염을 모니터링하는 ‘전국 의료관련감염 감시체계(Korean National healthcare-associated infections Surveillance System, KONIS)’를 구축했다.²⁾

1) 보건복지부(2016), 2015 메르스 백서, p.187.

2) 2014년까지는 대한의료관련감염관리학회에서 중환자실 감염과 수술실 감염 감시체계 모두를 운영했으나 2015년부터는 중환자실 감염 감시체계만 운영 중이다.

또한 2010년 12월 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 개정 시 항생제 내성균(6종)이 지정 감염병으로 분류되어 2011년부터 국가 차원의 표본감시가 시작되었다.

감염병 관리에 대한 국가 차원의 접근과 의료기관의 자발적인 참여는 매우 긍정적이다. 하지만 구조적으로 감염에 더 취약한 중소병원과 의원에 대한 의료관련감염 모니터링 체계는 없는 것과 같다. 최근 몇 년 사이 의원급 의료기관에서 나타난 C형 간염 집단 감염, 요양병원과 의원에서 메르스가 감염된 사례를 상기할 때, 중소병원과 의원의 감염관리가 필요하다는 점을 확인할 수 있다.

2015년 메르스 유행 이후 감염병 위기 대응을 포함한 관리체계를 강화하기 위한 조치가 취해지고 있다. 의료관련감염에 대한 부분도 논의되고 있으나 미흡하다는 의견이 많다. 신종감염병과 의료관련감염이 지역사회 및 의료기관 이용자에게 미치는 영향을 최소화하기 위해서는 전향적인 접근이 필요하다고 본다. 이 같은 맥락에서 앞으로의 감염병 위기 대응 체계와 의료관련감염 관리를 위한 정책적 과제와 개선 방향을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 신종감염병은 물론 의료관련감염 문제는 의료기관 이용자를 포함한 지역사회 주민 전체에 영향을 미칠 수 있으므로 공중보건적 관점을 가지고 인구집단적 접근(population health approach) 방식을 취해야 한다. 이는 중앙정부와 지방자치단체, 공공의료기관 중심의 감염병 관리체계를 구축해 집단적, 체계적으로 관리·통

제해야 한다는 것을 의미한다. 또한 감염병 관리 체계를 구성하는 행위 주체별로 구체적인 역할과 기능을 명확히 하고 그에 합당한 법·제도적 권한을 부여해야 할 것이다.

둘째, 지방자치단체의 역할과 기능에 상응하는 권한이 지방자치단체에 주어지고 이를 수행할 수 있도록 인력, 시설, 재원 등을 지원해야 한다. 메르스 유행 이후 「감염병 예방 및 관리에 관한 법률」과 2016년 배포된 ‘의료관련감염 관리 지침’에서도 지방자치단체의 역할을 명시하고 있으나 해당 조직과 인력이 이를 잘 수행할 역량을 갖추고 있는지 의문이다. 지방자치단체의 공중보건체계를 강화하는 데 필요한 조직과 인력에 대한 획기적인 개선이 필요하다.

셋째, 공중보건위기와 의료관련감염에 제대로 대응하기 위해서는 의료기관의 감염관리 활동이 강화되어야 하며, 이에 대한 재정적 지원 및 보상 방안이 요구된다. 또한 건강보험수가에 반영된 ‘감염예방관리료’ 등과 같은 재정적 지원이 의료기관의 감염관리체계 구축에 적절히 사용되고 성과를 내도록 정부 차원의 체계적 관리가 필요하다.

넷째, 중소병원과 의원의 감염병 위기 대응체계와 의료관련감염 관리체계에 대한 정책적 개입이 필요하다. 현재 법·제도와 정책의 사각지대에 놓인 이들에 대한 중장기적 접근 전략이 마련되어야 한다. 단기적으로는 의료기관평가인증제 의무 참여 기관 범위 확대, 관련 인력의 확대와 의료인의 면허 관리 및 교육 강화 등을 시도해 볼 수 있을 것이다.

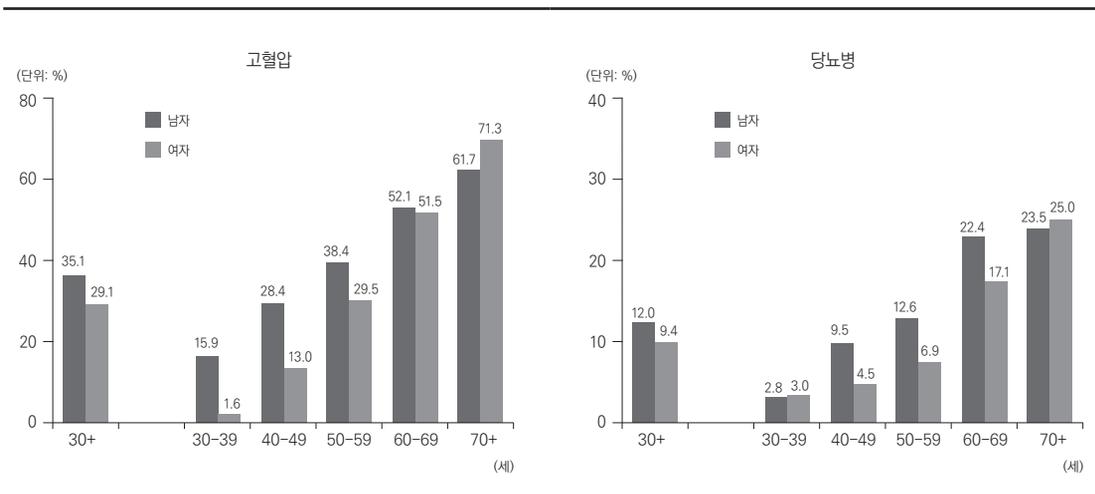
나. 만성질환 관리 현황과 정책과제

인구고령화로 만성질환자 수가 증가하면서 만성질환 관리가 강조되고 있다. 우리나라 30세 이상 성인의 고혈압 유병률은 1998년 남자 32.5%, 여자 26.9%에서 2015년 남자 32.7%, 여자 23.1%로 인구의 약 4분의 1이 고혈압이 있으며, 당뇨병 유병률은 1998년 남자 13.5%, 여자 9.8%에서 2015년 남자 11.0%, 여자 8.0%로 10% 내외다. 고혈압, 당뇨병과 달리 고콜레스테롤혈증 유병률은 2005년 남자 7.2%, 여자 8.4%

에서 2015년 남자 16.5%, 여자 19.1%로 꾸준히 증가하고 있다.³⁾

고혈압, 당뇨병과 같은 만성질환은 연령이 증가함에 따라 유병률이 높아진다. [그림 1]과 같이 30대 남성의 고혈압 유병률은 15.9%이나 70세 이상 남성의 유병률은 61.7%로 증가하며, 여성의 당뇨병 유병률 또한 30대 3.0%, 40대 4.5%, 50대 6.9%, 60대 17.1%, 70세 이상 25.0%로 연령 증가에 따라 올라간다.

그림 1. 연령별 30세 이상 성인의 고혈압, 당뇨병 유병률



자료: 보건복지부·질병관리본부(2016), 2015 건강행태 및 만성질환 통계.

3) 질병관리본부·보건복지부(2016), 2015 건강행태 및 만성질환 통계.

노인 인구가 늘어나면 고혈압, 당뇨병 등의 만성질환자가 증가하게 되며, 만성질환자 증가는 만성질환 진료비 증가로 이어진다. 우리나라를 비롯해 세계 여러 나라에서는 만성질환 관리를 위해 노력하고 있다. 우리나라 보건의료기본법에서는 만성질환의 예방 및 관리에 대해 ‘국가와 지방자치단체는 암·고혈압 등 주요 만성질환 발생과 증가를 예방하고 말기질환자를 포함한 만성질환자에 대하여 적절한 보건의료의 제공과 관리를 위하여 필요한 시책을 수립·시행하여야 한다.’라고 규정하고 있다.⁴⁾ 중앙정부에서는 ‘심혈관질환종합대책’ 등 관련 정책을 수립하였으며 지방자치단체, 보건소, 국민건강보험공단 등에서 만성질환관리사업을 하고 있다.

우리나라 건강보험에서는 환자의 단계적인 의료기관 이용을 위해 병의원에서 1단계 요양급여를 받은 후 상급종합병원을 이용(2단계 요양급여)하도록 한다. 그러나 실제로는 의사의 의뢰보다 환자가 자신의 의사에 따라 의료기관을 선택하는 경우가 많으며, 만성질환 관리에서도 의원과 병원이 서로 경쟁하는 현상이 나타나고 있다. 의원을 이용한 만성질환 관리를 활성화하기 위해 ‘의원급 만성질환관리제’가 2012년 4월 도입되었다. 의원급 만성질환관리제는 고혈압·당뇨병 환자가 의원에서 질환 관리를 하면 의료기관과 환자에게 인센티브를 주는 제도이다. 또한 ‘약국 본인부담 증별 차등제’는 경증·만성질환 52

개에 대해 본인부담률을 차등화(상급종합병원 50%, 종합병원 40%, 의원 30%)하여 의원에서의 만성질환 관리를 유도하고자 하는 것으로, 2011년 10월 도입되었다. 이 외에 ‘고혈압·당뇨병 등록관리사업’, ‘지역사회 일차의료 시범사업’ 등이 실시되고 있다. 이러한 노력의 결과로 의원급에서의 만성질환 관리가 늘고 있다. 동네 의원을 이용하는 고혈압 환자가 2010년 284만 명에서 2014년 365만 명으로 증가했으며,⁵⁾ 당뇨병 환자 또한 동네 의원을 이용하는 경우가 2011년 약 92만 명에서 2013년 약 115만 명으로 증가했다.⁶⁾

지금까지 만성질환을 효과적으로 관리하기 위해서 많은 노력을 기울여 왔지만 만성질환에 대한 사회적 부담은 점점 커질 것으로 생각되며, 앞으로 추진해야 할 정책 과제를 제시하면 다음과 같다.

첫째, 고혈압, 당뇨병 등의 만성질환은 유병률이 높고 질병 부담이 높아 예방적 건강관리를 강화하여 발생을 막는 것이 중요하다. 만성질환의 위험 요인으로는 유전적 요인, 건강행태적 요인, 환경적 요인 등이 있으나 흡연, 음주 등 건강행태가 만성질환 발생에 주요하게 영향을 미치고, 행동 교정을 통해 만성질환 발생을 예방하거나 늦출 수 있는 것으로 알려져 있다. 현재 보건소 등에서 실시하고 있는 건강증진사업의 효과를 높이고, 건강한 사람뿐만 아니라 당뇨병 전 단계 등

4) 보건의료기본법(법률 제13649호, 2015. 12. 29. 일부 개정) 제41조(만성질환의 예방 및 관리).

5) 2014년 상반기 고혈압 적정성 평가 결과.

6) 2013년 당뇨병 적정성 평가 결과.

만성질환으로의 이행 가능성이 높은 질환 전 단계에 있는 사람들이 적극적으로 금연, 신체활동 실천 등으로 건강행동을 바꾸고, 질병 발생 여부를 정기적으로 모니터링할 수 있는 제도적 뒷받침이 필요하겠다.

둘째, 효과적인 만성질환 관리를 위해서는 환자가 본인의 질환을 스스로 관리하려고 해야 하며, 환자가 진료를 받는 의료기관에서 의약품 처방뿐만 아니라 행태 개선 등에 대한 충분한 정보와 도움을 주어야 하고, 운동시설 등 지역사회에서 이용할 수 있는 시설과 프로그램이 있어야 한다. 경증질환자의 과도한 종합병원 외래 이용은 의료공급체계의 비효율성을 야기하고 진료가 필요한 중증환자의 진료를 지연시킬 가능성이 있을 뿐만 아니라 불필요한 의료비 증가로 이어질 수 있다. 병원급 의료기관은 입원 환자를 중심으로, 의원은 외래 환자를 중심으로 의료서비스를 제공하는 것이 바람직하기 때문에 만성질환자 거주 지역 가까이에 있는 의원급 의료기관의 만성질환 관리 역량을 강화할 필요가 있다. 베이비부머가 노인이 되면서 만성질환자 수가 큰 폭으로 늘 수 있기 때문에 현재 추진하고 있는 일차의료 중심의 만성질환 관리 체계를 조기에 구축하고 활성화해야 한다. 추진 중인 만성질환 관리제도의 장단기 효과를 분석하고 주요 질병별 운영 현황을 평가해 체계를 마련할 필요가 있다.

셋째, 초고령사회에 대응하는 만성질환 관리

체계를 수립할 필요가 있다. 만성질환 유병률이 상승하고 노인 만성질환자가 늘어나면서 2개 이상의 만성질환을 동시에 가지고 있는 복합만성질환자가 늘어나고 있다. 고혈압, 당뇨병 환자의 상당수가 관절염, 위장병 등 다른 질환을 가지고 있으며, 연령이 높아질수록 2개 이상의 만성질환을 앓을 확률이 증가했다.⁷⁾ 복합만성질환자는 의약품이 중복 투약될 가능성이 있으며 효과적인 질병 치료를 위해 의료서비스를 조정·연계할 필요가 있으나, 현재 국내에서는 복합만성질환자에게 통합적인 서비스를 제공하는 제도가 미흡하다. 향후 다가올 초고령사회에 효과적으로 대응하기 위해서는 복합만성질환자의 의료서비스 조정·연계 체계에 대해 더욱 많은 관심을 기울여야 하겠다.

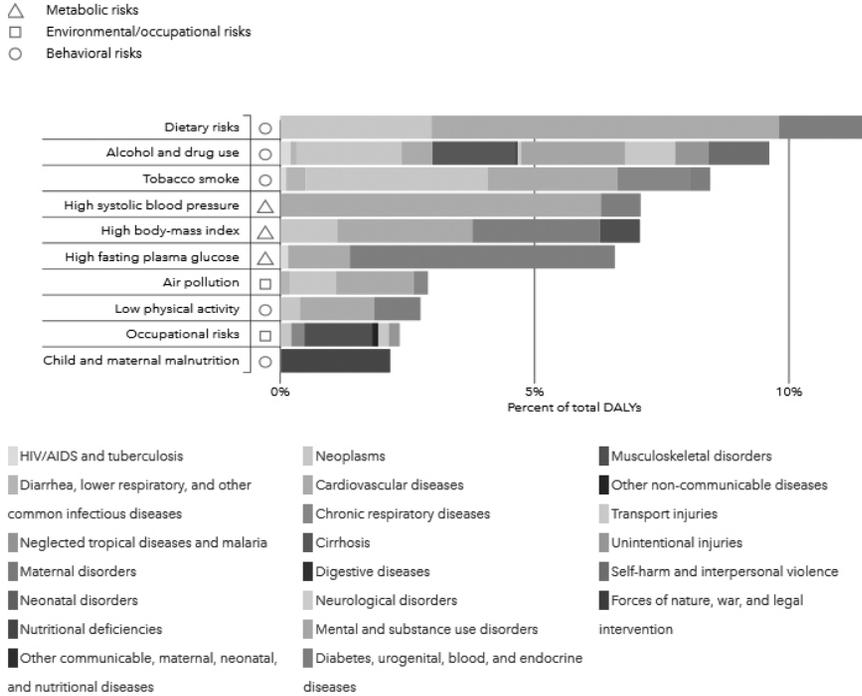
다. 건강증진 현황과 정책과제

사람들의 생활습관은 질병 이환과 건강 상태를 좌우하는 중요한 요인이다. Institute for Health Metrics and Evaluation(IHME)에서 발표한 전 세계 질병 부담 연구에 의하면 식이 요인, 알코올과 약물 사용, 흡연과 같은 생활습관 요인들의 질병 부담 기여율이 가장 높게 나타났으며, <그림 2>에서는 질병 부담에서 생활습관이 영향을 미치는 정도를 계량화해 보여 주고 있다(IHME, 2014).⁸⁾

7) 정영호·박은자 등(2014), 생활습관병 실태와 대응방안, 한국보건사회연구원, pp.65-73.

8) 자세한 내용은 다음의 문헌을 참고하기 바람. IHME(2014), Global Burden of Disease: Country Profiles - Korea. Institute for Health Metrics and Evaluation.

그림 2. 주요 위험 요인의 질병 부담 기여, 2013년



자료: IHME. Global Burden of Disease: Country Profiles - Korea. Institute for Health Metrics and Evaluation 2014(available at: <http://www.healthdata.org/south-korea>)에서 2015. 10. 1. 인출.

건강행태의 중요성에 대한 인식이 강화되면서 세계보건기구(WHO)에서는 2013년 「Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020」을 발간하면서 만성질환 예방을 위한 ‘글로벌 타겟’으로 알코올 사용, 불충분한 신체활동, 나트륨 섭취, 흡연에 대한 대책을 강조한 바 있으며, 국가별로 이에 대한 대책 마련을 정책의 최우선순위에 둘 것을 요구하고 있다(WHO, 2013)(그림 2).

또한 자살률이 높은 국내뿐 아니라 전 세계적으로 정신건강 문제에 대한 관심이 고조됨에 따라 국내외에서 정신건강 문제 개입에 대한 요구가 증가하고 있다. WHO에서는 ‘Mental Health Action Plan 2013-2020’을 발간하면서 지역사회 기반의 통합적인 정신건강증진서비스 제공, 정신건강 예방 및 증진을 위한 전략 수립과 시행 등을 제시했다. 우리나라도 이러한 추세에 따라 정신건강 종합대책⁹⁾ 등을 통해 건강한 생활습관

9) 2016년 2월 정부는 관계 부처 합동으로 ‘행복한 삶, 건강한 사회를 위한 정신건강 종합대책’을 발표한 바 있음.

실천과 정신건강 문제에 대한 조기 발견 및 개입 체계 구축을 강조하고 있다. 또한 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」이 국회 본회의에서 통과되었다.

일반적으로 건강생활 실천과 정신건강증진은 개인적, 사회적, 경제적 요인 등 다양한 요인의 영향을 받기 때문에 더 많은 관심을 가져야 한다. 건강생활 실천과 정신건강 분야에서 추진해야 할 정책과제는 다음과 같다.

첫째, 건강증진사업 확산을 위해 다양한 채널의 활용과 지원을 강화해야 한다. 현 보건소 중심의 건강증진사업에는 대상자에게 접근하는 데 한계가 있어 학교, 사업장에 있는 대상자의 경우 건강증진사업 참여에 제한이 많다. 따라서 사업장 등 생활터 중심의 건강증진사업을 강화하기 위한 정책을 추진해야 한다.

둘째, 건강생활을 개선하기 위해서는 2030 지속가능개발목표에서 강조하는 다부문 간 연계와 협력을 강화해 건강 지향적 공공정책(Healthy public policy)을 확대해야 한다. 이는 학교, 사업장 등의 생활터 건강증진사업 확산을 위해서는 교육부, 고용노동부, 여성가족부, 식품의약품안전처, 농림축산식품부 등의 각 부처와 연계한 정책이 필요하기 때문이다. 예를 들면 자살예방에 관해서는 경찰청 등 관련 부처와의 정보 공유, 지역사회 내 유관 자원과의 연계체계 구축 등에 필요한 정책과제를 추진해야 한다.

셋째, 제4차 국민건강증진종합계획에서도 건강형평성이 새롭게 강조되고 있는데 이는 양극화로 인한 건강불평등이 커지는 상황이 반영된

것으로, 바람직한 방향이라고 생각된다. 건강형평성을 제고하기 위해서는 건강증진사업 수행 시 표적 집단을 선정하고 이들이 사업 효과에 더 많이 노출될 수 있도록 비례적 보편주의(proportionate universalism)에 입각한 사업을 수행할 필요가 있다. 또한 국민건강증진종합계획이 ‘종합계획’으로서 위상을 갖기 위한 방안도 모색해야 한다.

넷째, 정신건강과 관련해서는 관련 종합대책 및 법률에서 제시된 내용을 구체화해야 한다. 우선적으로 정신건강 문제에 대한 인식을 개선하고 광역 및 기초 정신건강증진센터와 같은 정신건강증진 체계 구축 등 기존 정신건강증진사업의 성과를 지속적으로 강화해야 한다. 또한 향후 정신건강증진사업 및 정책에서는 범부처 협력을 통한 자살 및 중독 문제에 대한 대응과 더불어 WHO에서 강조하는 것처럼 지역의 인구구조, 자살률, 정신건강 문제의 특성에 따라 달리 나타나는 정신건강 문제를 고려하는 지역사회 기반 접근을 강화해야 할 것이다.

라. 보건산업 현황과 정책과제

2017년도 경제 상황에 대한 전망을 살펴보면 성장세가 둔화되고 고령화에 따른 성장잠재력도 약화될 것으로 판단된다(KDI, 2017). 앞으로 산업정책의 키워드는 ‘뉴 노멀(New Normal)’과 ‘4차 산업혁명’이 될 것이다. 뉴 노멀을 설명하는 저성장·고실업은 일상화되었고, 인구고령화는 그 파괴력을 배가시킬 것이다. 인간-기계, 기계-

기계의 다차원적 네트워크를 주요 특성으로 하는 4차 산업혁명은 생산 주체, 생산 방식, 의사결정 등 산업 전반에서 고착화·습속화(lock-in)된 틀의 파괴와 혁신을 요구한다. 보건산업은 다른 어떤 영역보다 이러한 시대적 변화에 민감할 수밖에 없다. 보건산업은 성장 잠재력과 양질의 일자리 창출 효과를 동시에 가지고 있어서 저성장·고실업 타개를 위한 ‘육성’이 시급한 분야임은 분명하지만, 전통적인 서비스 제공 주체와 제공 방식, 의사결정 과정이 존재하고 있어 근본적인 ‘혁신’을 기대하기 어려운 분야이다.

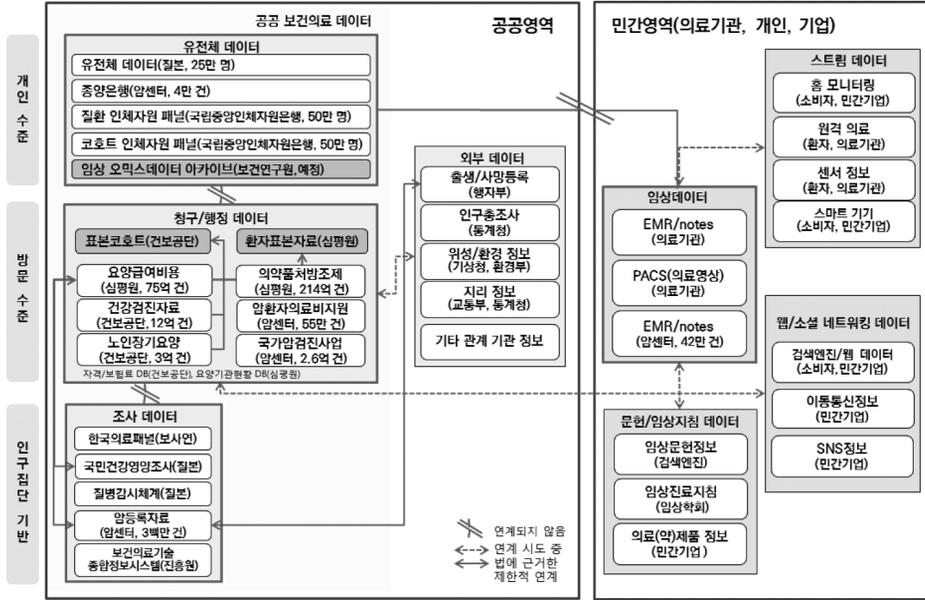
보건산업의 ‘육성’과 ‘혁신’을 목표로 할 경우 정보통신기술(ICT)은 매우 효과적인 정책 수단 중 하나이다. 따라서 2017년 보건산업의 첫 번째 정책 방향은 ICT-보건산업 융합의 활성화에 맞춰질 것으로 보인다. 3차 산업혁명과 경제위기 극복에 기여했던 전통적인 IT산업은 이미 레드오션화가 진행되고 있는 반면, 생체정보 분석·전송 기능을 갖춘 웨어러블 기기와 모바일 앱의 확산에서 확인할 수 있듯이 ICT-보건산업 융합시장은 한계를 가늠하기 어려운 정도로 성장하고 있다.

ICT-보건산업 융합의 잠재력은 무엇보다 방대하고 상세한 자료, 즉, 보건의료 빅데이터에서 연원을 두고 있다. 따라서 ICT-보건산업 융합이 소기의 성과를 거두기 위해서는 각 기관이 생산하는 보건의료 데이터의 교류·연계·공유를 활성화함으로써 예방적 건강증진과 보건의료 미래 수요 예측에 실질적으로 기여할 수 있도록 해야 한다. 현재 국민건강보험공단 등 공공기관과 민

간의료기관이 보유한 보건의료 빅데이터는 개인 건강기록 서비스 등 다양한 사업에 활용되고 있다. 그러나 우리나라의 보건의료 빅데이터는 각 기관의 배타적 고유 자산으로 인식되는 경향이 강해 연계와 교류라는 측면에서 여전히 개선의 여지가 있는 것으로 평가되고 있다. 분절화돼 분산되어 있는 데이터들을 연계할 수 있는 플랫폼을 구축하고, 나아가 공공의료기관부터라도 가능한 진료 정보를 공유하도록 법·제도적 기반을 마련할 필요가 있다(그림 3).

보건산업이 성장 엔진으로서 추진력을 갖추고 ‘질 높은’ 일자리를 창출하기 위해서는 보건산업 내 제조업이라 할 수 있는 제약·의료기기·화장품산업 견인이 필요하다. 따라서 제약·의료기기·화장품 등의 선진화와 고도화, 경쟁력 강화 역시 2017년 보건산업의 중요한 정책 방향이 될 것이다. 제약산업에서는 기존의 글로벌 신약 개발 및 항암 신약 개발에 주력해야 하며, 의료기기산업에서는 글로벌 시장에서 우리 기업이 진출할 수 있는 특화된 틈새시장을 모색하면서 의료로봇 등 IT와 BT가 융·복합된 새로운 의료기기 개발·실용화에 지원을 요구해야 한다. 화장품산업은 성장세를 지속화하기 위한 경쟁력 제고가 필요하다.

그림 3. 우리나라 보건의료 빅데이터 생산 및 연계 현황



자료: 강희정 등(2015), 보건의료 빅데이터 활용을 위한 기본계획 수립 연구.

마지막으로 보건산업과 관련한 다양한 사회적 논의에 대해 과학적 근거를 보완하고 이해당사자의 의견을 적극적으로 수렴하는 등의 노력이 필요할 것으로 사료된다. 예를 들어 ICT의 활용은 필연적으로 개인정보 보안 문제를 발생시킬 수밖에 없는데, 정보 주체(환자)의 안전과 의료의 질 향상에 분명하게 기여하는 경우에는 정보 활용의 규제를 개선하는 방향을 설정하는 것이다. 정보 주체와 보유 기관의 논의를 통해 개인건강 정보 활용을 위한 표준과 가이드라인을 마련하는 것도 하나의 대안이 될 수 있을 것이다. 정밀 의료를 비롯한 첨단의료는 보장성의 제한과 고가의 이용 비용 등으로 형평성 논의를 촉발시킬

가능성이 있다. 새로운 기술이 가지고 있는 임상적 가치와 경제적 가치를 과학적으로 평가하되 우리 사회가 개발자의 혁신 노력을 정당하게 보상하면서도 요구가 있는 소비자에게 공급할 수 있도록 사회적 합의가 필요하다.

3. 나가며

지금까지 보건의료정책 분야에서 지속적으로 노력해 왔지만 성과가 미흡하거나, 변화해 가는 사회적 환경에 맞추어 개선할 필요가 있는 정책 과제를 파악해서 제시하였다.

공중보건에서는 감염병 관련 문제를 고찰했으며, 이를 제대로 관리하기 위해서는 인구집단적 접근을 활용할 수 있는 공중보건시스템이 필요하다고 보았다. 특히 중앙정부는 의료관련감염을 적극적으로 관리할 수 있는 방안을 강구해야 하며, 지방자치단체에 적절한 권한을 부여하고 역량을 강화해야 한다. 만성질환 관리 분야에 대해서는 사전 예방적 건강관리와 함께 의료기관의 만성질환자 건강관리를 증진하고, 초고령사회에 대응하는 만성질환 관리 체계 구축에 필요한 정책과제를 강조하였다. 건강증진사업 확산에 대해서는 보건소 이외의 다양한 부문을 활용할 수 있도록 타 부처 및 기관과 협력해 건강 지향적 공공정책을 강화할 필요성을 제기하였다. 또한 정신건강에 대한 인식을 개선하고 광역 및

기초 정신건강증진센터와 같은 정신건강증진 체계에 대한 정책을 제시했다. 보건산업 분야에서는 ICT-보건산업 융합이 성과를 거두기 위해서 각 기관이 생산하고 있는 보건의료 데이터의 교류·연계·공유를 활성화하고, IT와 BT가 융·복합된 새로운 의료기기 개발·실용화에 대한 지원을 제시하였다. 또한 보건산업 논의에 대한 과학적 근거를 보완하고 이해당사자의 의견을 적극적으로 수렴하는 것이 필요하다고 제시하였다.

보건의료 분야에서 시의성이 높은 과제를 정리한 결과, 기존의 정책 방향을 고수하기보다는 새로운 체계를 구축하는 것이 필요하며, 새해부터는 시대적 변화를 반영해 보건정책을 구상하고 추진하는 것이 필요하다고 본다. ■