

의료전달체계 개선을 위한 전제조건



김준현
건강세상네트워크 공동대표

1. 들어가며

의료전달체계는 의료서비스 제공의 절차와 방식을 체계화하는 것이라고 볼 수 있다. 환자에게 적시에 필요한 의료를 제공하는 것이 목적이고 이를 위해 의료인과 의료기관의 역할 규정 등 의료제공의 질서와 원칙을 정하는 것으로 해석될 수 있다. 또한, 의료전달체계는 정부 주도의 보건의료제도 운영과 밀접한 연관성을 갖고 있어 의료보장의 관점에서 접근해야 하는 사안이며 한정된 보건의료 재원의 효율적 운영을 위한 중요한 수단이라는 의미도 갖는다. 의료전달체계가 정립되기 위해서는 무엇보다 공급부문의 고비용·비효율 문제를 해결하는 것이 순서이다. 공급부문의 비효율 문제를 해결해야지만 의료이용의 접근성과 합리성도 담보될 수 있기 때문이다.

지난 메르스 사태를 통해 의료전달체계의 난맥이 주목되었지만 이는 보건의료에 내재된 고질적인 문제이기도 하다. 민간주도의 보건의료 공급은 과거 산업화를 통한 압축성장과 맥을 같이 하면서 현재까지도 크게 급증해왔고 시장에 대한 간섭보다는 자율성을 중시하는 경제개발 기조가 보건의료에도 투영이 되어 공급량 조절이나 균등한 자원 배분을 위한 정부개입은 상대적으로 제한적 이었다. 의료전달체계는 공급과 수요의 근본적인 행태변화를 요하는 것이고, 의료공급 및 기능의 과잉·중복 등 이전부터 누적된 문제를 해결하는 동시에 인구 및 질병구조의 변화나 미충족 의료 발생과 같은 현재 직면한 사회적 환경을 반영해야 한다는 지적도 제기된다. 따라서, 의료전달체계는 단기간에 정립될 수 있는 과제가 아니며 문제의 원인과 해법을 도출하는데 있어서도 사회구성원간의 충분한 숙의가 전제되어야 할 것이다. 여기서는 의료전달체계의 주된 관점과 특성을 개관하고 제도개선을 위한 전제조건과 방향성 중심으로 기술하였다.

2. 의료전달체계의 주된 관점 및 특성

의료전달체가 처음 도입된 것은 전국민의료보험이 실현된 1989년으로 이 당시에는 진료권(시·도 단위의 대진료권과 시·군·구 단위의 중진료권)을 중심으로, 진료기관의 분류(1차, 2차, 3차)와 상급진료단계의 환자이동을 규정하였다. 그러나, 진료권 설정은 1989년 규제 개혁 차원에서 폐지되었고 진료단계도 요양급여 1단계와 2단계로 분류하였다. 진료권 설정은 국민들의 의료이용을 제한한다는 이유로 폐지된 것으로 보이나 대형병원으로의 환자 집중과 의료기관 간 경쟁 심화와 같은 왜곡현상을 오히려 강화 했다는 평가도 받는다.

진료권 폐지로 지역 중심의 의료전달체계 정립 방식은 제도적 기반을 상실했다고 볼 수 있으나, 반면에 의료 기관 기능 중심의 단계화된 전달체계 확립에 보다 집중하였고 일차의료 강화 목적의 대책들도 시도 되었다. 의료기관 종별 기능의 재정립은 2011년에 기본계획이 마련되었고 의원, 병원급, 상급종합병원을 기준으로 하였다. 의료기관 종별분류에 따른 적합한 서비스를 배치하되 동시에 수가체계 변화를 통한 인센티브 유인과 환자부담 차등화도 계획하였다. 문지기 역할 중심의 일차의료 강화 대책도 시행되었는데 1986년 주치의등록제가 시범사업 형태로 전개되었고, 1999년에는 주치의등록제와 유사한 의미의 단골의사제 계획을 세웠다. 의료제공의 문지기 역할의 주안점을 둔 주치의등록제나 단골의사제 도입은 실제로는 성사되지 못하였지만 2010년 만성질환관리 중심의 선택의원제가 자율 참여를 원칙으로 시행되었다.¹⁾ 그리고 최근에는 메르스 사태를 경험하면서 의료전달체계 개선 논의가 새롭게 진행 중이다. 의료기관 종별 기능의 정립(종별 가산율 조정 등), 인센티브 부여 방안 등이 핵심적인 주제인 것으로 알려져 있다.

일련의 의료전달체계 개편 내용을 살펴볼 때 몇 가지 문제 제기가 필요한 측면이 있다. 일단, 의료전달체계라는 용어를 살펴보면, 건강을 결정하는 다양한 요인 중 '의료'에 국한한 것인데 의료를 '전달'하는데 있어서는 전달하는 주체와 전달 받는 주체 모두 '의료기관'을 전제로 한 개념이다. 그러나 이를 수요자의 관점에서 살펴볼 때는 환자와 가입자는 보험료 기여에 따른 반대급부로 '의료' 라는 현물급여를 이용하는 주체이고 적합한 자격조건 및 기능을 갖춘 의료인 또는 의료기관을 선별하는 것이 주된 관심사항이 된다. 여기서 정부나 보험자는 가입자가 부여한 대리인의 역할을 감당해야 하는데 의료기관은 환자 및 가입자의 선택 요건에 충족하도록 보험자가 부여한 제반요건을 준수해야 하는 의무가 있다.

그러나 그동안 의료전달체계 논의의 주된 기초는 '환자나 가입자'를 대상화 하는 가운데 대안마련도 의료제공 주체인 '공급자 또는 기관' 중심의 관점에서 벗어나지 못하였다. 의료전달체계는 마치 '환자전달체계'로 해석되면서 주치이나 문지기 역할은 전제되지 않은 채 의료기관 또는 진료과목간

1) 의료전달체계 변천 과정은 윤강재 등(2014)「의료전달체계 개선 논의의 경향과 과제」중 한국의료전달체계의 변천 (p.64~72)내용을 참고하여 재정리하였다.

의 환자 의뢰나 회송이 중심적 가치인 것으로 사고하는 경향이 있고, 의료제공의 왜곡을 초래하는 의료인 및 의료기관의 질적 격차는 해소하지 못하면서 의사소평을 비판하는 관점도 지배적이다.

특히, 이런 관점은 환자를 비합리적인 의료 소비 주체로 규정하면서 행태 변화를 위해 환자의 비용부담을 높이는 것을 대안으로 삼는다. 과잉진료나 의료의 질의 격차, 규모나 시설위주의 의료기관 운영방식은 공급부문의 비효율과 고비용을 유발하는 주된 요인이자 대형병원의 환자 집중 등 의료전달체계를 왜곡시키는 근본적인 원인인데 이와 같은 비용유발의 책임을 가입자에게 전가시키는 것은 문제가 있다.

또한, 의료기관 중심의 접근 방식은 주로 수가보상과 같은 재정투입을 유인으로 삼는다. 정부 개입 보다는 자율성을 요구하는 공급자의 관점을 반영하는 것인데 이것이 환자나 가입자의 효용증대와 직접적인 연관성이 있는지는 평가가 필요하다.

예를 들어 의료기관별 기능 정립을 위해 수가 유인이 필요하다면 재정중립 원칙하에 수가조정이 이루어져야 한다. 만약, 수가인상만 있고 수가인하가 없는 가산 중심의 인센티브를 인정하겠다면 이는 추가적인 재정투입을 의미하는 것인데 결국 가입자의 부담만 가중시키는 꼴이다. 재정중립은 가입자의 기여액 대비 보험급여의 가치를 극대화 하는 수단이자 재정운영의 효율성을 담보하는 중요한 원칙이다. 의료기관 종별 또는 기능에 따른 적합한 의료서비스 제공 범위를 계획·평가하여 재정배분의 기준으로 삼고 가산과 감산을 균등하게 적용하는 것이 수요자의 효용을 담보하는 길이다. 의료기관이 부여된 기능에 상응하지 않는 미흡한 의료제공을 했음에도 불구하고 기존 수가를 그대로 인정해주거나 가입자 비용감소로 연계되지 않는다면 이는 불필요한 재정낭비에 해당된다.

3. 의료전달체계 개편, 전제조건 및 방향성

현재 직면한 보건의료의 제반구조와 문제점을 해결하지 않은 상태에서 의료전달체계를 바로 잡는 것은 가능하지 않다. 우리나라 보건의료는 건강보험을 위주로 한 의료보장제도를 근간으로 삼고 있으나 공급기반은 민간자본이 주도하면서 보건의료계획 등 정부 개입이 제한되는 제도 운영의 부조화 상태가 지속 되었다. 특히, 민간의 자율성을 중요시하는 자유방임적 경제사조가 보건의료에도 깊숙이 파고들어 공공성이라는 가치체계와 끊임없이 충돌하는 모양새다. 특히, 보건의료를 서비스산업 육성의 기반으로 보고 있는 현 정부에서 이러한 대립은 빈번하게 목격되어 왔다.

민간 주도의 공급기반은 규모 위주의 공급량 증가로 귀결되어 병상수와 고가의료장비 모두 OECD 평균을 초과하는 과잉상태다. 병상수의 경우 OECD 국가들 대부분이 감소 추세인데 반해 우리나라는 2000~2010년 동안 연평균 증가율이 7%에 이르며, 2011년 기준 인구 천명당 9.6개로 OECD 평균(4.8개)에 비해 두 배에 이른다(이근찬, 2014). 주요 의료장비인 CT와 MRI

모두 2000년 이래로 OECD 평균을 항상 상회한 반면, 의료인력 종사자는 부족하여 2010년 기준 인구 천명당 의사 수는 2.0명으로 OECD 국가 중 최하위권이며, 간호사수는 4.6명으로 OECD 평균(8.9명)에 절반도 안 되는 수준이다(보건복지부, 2012).

반면, 공급부문 과잉을 통제하기 위한 정책 수단은 점차 완화되어 왔는데 예를 들어 병상관리의 경우 과거 병상 증가를 억제하던 정책들이 규제 개혁 차원에서 폐지되어 왔다. 1990년에는 대진료권 연도별 병상 상한제 폐지, 1994년에는 종합병원 병상 신증설 사전승인제 폐지, 2000년에는 지역별 의료기관개설 허가 등에 관한 규칙이 폐지되었다(이진용, 2012). 의료자원 공급을 통제하던 최소한의 기준이었던 의료기관 개설허가 권한이 사라지면서 민간 영역의 의료기관과 병상 자원이 더욱 급격히 증가하는 계기가 되었다는 지적이다(윤강재 등, 2014).

민간주도의 공급확대는 서울 및 수도권을 위주로 한 의료자원의 편중과 의료기관간의 양극화 문제 등 자원배분의 불균형을 점차 심화시켰고 특히 자본력에 우위가 있는 대형병원들이 건강보험의 상당부분을 점유하면서 입원, 외래 영역을 모두 잠식하고 있는 실정이다. 시설과 장비 등 고비용 중심의 왜곡된 경쟁방식은 의원, 병원 구분 없이 의료 생태계 전체를 관통하는 일반화된 질서체계이다. 무분별한 고가장비 도입이 고급의료로 상징화 되면서 과잉투자를 회수하기 위한 유인수요나 과잉진료의 유혹에서 벗어나기 어려운 구조이다.

공급부문의 비효율은 건강보험재정에도 밀접하게 영향을 주어 적정 공급을 넘은 과잉투자 비용이 수가인상과도 연계가 되고 있다. 지금과 같이 증가된 비용에 근거하여 보상 수준을 결정하는 구조를 고집할 경우 비용 통제 중심의 공급자 행태 변화는 유도할 방법이 없다. 대부분의 OECD 국가들이 수요부문 보다는 공급부문 관리를 통한 재정절감방식을 채택하는 경우가 많고, 공급자 관리 방식도 가격 보다는 전체 비용 및 진료량 통제방식이 주를 이루고 있어(Moreno-Serra, 2014), 이와 대비하면 우리는 매우 예외적인 경우에 해당된다. 우리나라 외래진료일수 및 평균재원일수가 OECD 평균보다 높은 이유도 수요자의 의료이용 남용에 기인했기 보다는 공급자 보상방식의 차이에서 비롯된 것이라고 볼 수 있다.

현재, 의료기관 수입의 약 84%는 건강보험수입으로 의료기관 수입창출의 절대적 비중을 차지하는데(보건산업진흥원, 2015), 공급자가 유인한 진료량이나 병상 등을 위주로 한 과잉투자가 통제가 안 될 경우 결국, 건강보험이라는 공적재원이 병원자본 증식이나 고비용을 부추기는 재원으로 왜곡 활용될 여지도 있는 것이다.

공급부문의 과잉투자 및 비용 억제를 위한 제도적 방안이 전제되지 않는 한 의료전달체계는 바로잡기 어렵다. 정부는 지난 2011년「의료기관 기능 재정립 기본계획」을 도입한 전례가 있으며 기본계획은 의료기관 중별로 적합한 서비스 제공, 외래수가조정(의원 상향, 병원 하향) 및 입원수가 조정(병원 상향, 의원 하향), 의원급 만성질환관리제 및 약국 본인부담 차등제 도입, 전문병원 및 특화병원 육성, 대형병원은 연구중심 등으로 고도화를 중심으로 하였고 인력과 병

상·장비 개선대책도 포함되었다.

정부는 기본계획 수립 이후 실제 의료전달체계 개선에 기여했다고 판단한 만성질환관리제 도입과 약국 본인부담 차등제 도입을 중심으로 효과분석을 제시하기도 하였다(보건복지부, 2012). 주로 수요부문 통제인 본인부담률 조정에 따른 효과만 드러나 대형병원 약제비 본인부담률 인상에 의한 상급종합병원 환자수 감소(39.7%), 내원일수 감소(51.1%) 등만 부각되었다. 의료공급 규제를 통한 기능 분화나 병상 자원의 총량 억제, 지역 배분과 같은 공급부문의 변화를 이끌어내기에는 부족하였다.

의료전달체계 개편을 위해서는 병상을 위주로 한 공급과잉부터 해결해야 한다. 일본의 경우 공급부문의 양적 팽창이 초과 달성된 시점부터 신규병원 설립과 병원 증설을 억제하는 지역 의료계획을 시작으로 인구 고령화에 대비한 의료시설의 기능분화, 재가 의료지원을 위한 시설 운영 등을 골자로 하는 의료법 개정을 단계적으로 시행하였고(남상요, 2015), 유럽 국가들의 경우 급성기 병상 감소를 위해 장기입원 환자의 요양시설 및 지역사회로의 이동, 병상수 총량 설정 및 폐쇄 등과 같은 정책을 도입하였다(이진용, 2014).

따라서, 병상수 감소를 위해서는 공급과잉지역의 의료기관 및 병상 신설을 억제하거나 의료기관이 기능상의 질적 요건을 충족하지 못하는 경우 퇴출 기전을 마련하는 등 직접적인 규제 중심의 보건의료계획이 필요하다고 볼 수 있다. 또한 지역의 병상수급계획이 병상 허가와 연계되지 않는 등 지방자치단체 차원에서 규제 요건을 강화하기 위한 제도적 변화도 마련되어야 한다.

또한, 우리나라 급성기 병상 과잉은 병원이 주도하고 있는 점을 감안해야 하는데 2009~2013년 동안 병원 병상의 연평균 증가율은 2.5%로 상급종합(0.8%)이나 종합병원(1.7%)을 앞서고 있다. 건강보험에서 병원 급여비 점유율도 2005년 21.6%에서 2014년에는 33.5%까지 증가하였는데 다른 종별을 상회한다(건강보험통계연보, 2015). 중소병원의 기능 확장이나 병상 증설관리도 필요하다고 볼 수 있다.

의료전달체계는 보건의료의 환경변화와 접목되면서 개편되어야 하는 과제이다. 만성질환 중심의 질병구조 변화나 고령화가 핵심의제라면 '의료'나 '의료기관' 중심의 접근방식만을 고집할 필요는 없다. 병원 중심에서 지역사회 중심으로의 회귀가 1990년대 이후 서구 국가들의 병상수를 감소시켰는데, 일차의료의 경우 1차 의사를 중심으로 간호사, 영양사, 운동처방사, 보건교육사 등이 팀을 이루는 통합의료모형을 발전시키거나 질병관리모형으로 발전시키는 계획도 고려해 볼 수 있다(이규식, 2015).

그동안의 의료전달체계 개편 방식이 공급자 관점을 위주로 한 기능 개편에 국한된 논의였다면 지역사회 협력 방식은 시민참여가 전제 된다는 점에서 제도 운영의 자발성과 민주성을 도모할 수 있는 이점이 있다. 최근 보건복지부가 2012~2014년 동안 시행한 '지역사회 참여형 건강증진 모델개발 시범사업'이나 지방자치단체가 지원 하는 '서울시 건강생태계 기반조성사업',

‘부산시 건강도시사업’은 시민참여의 가능성을 가늠할 수 있는 사례들이다. 주민참여가 건강 문제 발굴 및 해결 과정을 넘어 예방 및 보건사업의 기획, 평가까지 이루어지고 개인의 건강행태 개선 뿐 아니라 건강한 환경을 조성하는데 까지 참여 영역이 확대되었다는 평가다.

지역주민을 객체화 하거나 동원의 대상으로 보는 것이 아니라 주민의견 개선, 프로그램 기획, 운영까지 참여 수준의 성장을 도모 할 수 있어 의료전달 제공방식이 시민참여와 연계되도록 체계화 하는 것도 필요하다.

4. 나가며

건강보험은 다른 사회보험과는 달리 의료서비스라는 현물급여를 중심으로 하고 있어 특별히 공급부문의 관리가 요구되는 제도이다. 의료인이나 의료기관 등 의료자원이 지역 간 편차 없이 균등해야 국민들의 의료이용 접근성이 보장되고, 의료기관간의 무분별한 경쟁이나 이윤 추구 목적의 진료행태도 방지해야 한다. 의료서비스 제공의 왜곡을 억제하기 위해서는 공급부문의 통제는 불가피한 것으로 민간 자율에 맡겨 해결될 성격은 아니다. 정부 주도의 보건의료계획이 작동해야 하는 것으로 과잉공급을 억제하겠다는 신규 의료기관 및 병상증설 제한, 의료기관 퇴출기전 마련 등 규제정책이 수반되어야 한다.

한편으로는 지역사회 중심의 통합의료모델을 적용 하는 등 의료기관 중심의 보건의료 제공 방식을 지역사회나 재가 중심으로 분산시키는 것도 필요하다. 건강상태를 개선하는 다양한 요인을 고려해 볼 때 지나치게 의료 중심으로 재정지원이 집중되는 것이 바람직하지도 따져 보아야 한다. 공급자의 보상방식도 지금과 같은 비용 중심의 접근방식에서 성과 중심의 보상체계로 변화시킬 필요가 있다. 유인수요나 진료량을 늘려 보상수입을 확보하기 보다는 의료의 질을 중심으로 경쟁 질서를 바로잡는 것이 더 중요하기 때문이다. 따라서, 공급부문의 근본적인 체질 변화를 목적으로 하는 보건의료계획이 먼저 적용되어야 한다. 의료전달체계도 이러한 기반 하에서 올바르게 정립될 수 있을 것이다.✘

참고문헌

남상요. 일본의 의료제도 현황과 쟁점. 「대한민국의료혁명」. 2015.
 보건복지부. 보도자료: 의료기관 기능재정립 효과분석. 2012.
 보건복지부. 보도자료: OECD 국민의료비 통계발표 보도자료. 2012.
 보건복지부·한국보건산업진흥원. 2013 병원경영분석. 2015.
 윤강재, 하솔원, 여지영, 김진호, 신영석, 이수형. 의료전달체계 개선 논의의 경향과 과제. 한국보건사회연구원. 2014.
 이규식. 의료전달체계 정립보다 의료계획이 시급하다. 건강복지연구원 이슈페이퍼. 2015.
 이근찬. 우리나라의 병상자원 관리 정책방향. HIRA 정책동향. 2012.
 이진용. 외국의 병상자원 감소정책과 시사점. HIRA 정책동향. 2012.
 Moreno-Serra, R. The impact of cost-containment policies on health expenditure: Evidence from recent OECD experiences, OECD Journal on Budgeting. 2014. 12(13). 1-29.