

의료전달체계 개선의 방향과 전략

박은철^{1,2}

¹연세대학교 의과대학 예방의학교실, ²연세대학교 보건정책 및 관리연구소

Strategies for Improving Healthcare Delivery System in Korea

Eun-Cheol Park^{1,2}

¹Department of Preventive Medicine, Yonsei University College of Medicine; ²Institute of Health Services Research, Yonsei University, Seoul, Korea

Correspondence to:

Eun-Cheol Park

Department of Preventive Medicine and
Institute of Health Services Research,
Yonsei University College of Medicine,
50-1 Yonsei-ro, Seodaemun-gu, Seoul
03722, Korea

Tel: +82-2-2228-1862

Fax: +82-2-392-8133

E-mail: ecpark@yuhs.ac

Received: April 21, 2021

Revised: May 15, 2021

Accepted after revision: May 17, 2021

In Korea, the healthcare delivery system has been centered on the government's agenda. With the introduction of nationwide health insurance in July 1989, the government's healthcare delivery system (patient referral system of health insurance) began. The patient referral system of health insurance, which the government has continuously promoted, has only short-term effects and no long-term effects. The cause of the failure of the patient referral system is that the policy problem was wrong defined and only the policy by regulation was implemented. The evaluation of the Korean healthcare delivery system is currently good, although there is a patient concentration toward large hospitals in the capital area. However, the rapid aging, rapid increase in the medical use of the elderly population, and the entry into an era of low growth require improvement of the Korean healthcare delivery system. The definition of policy problem related to healthcare delivery system should be changed into people's low preferences of local and small medical institutes, not patients concentration of large hospitals in the capital area because the definition of policy is not a phenomenon but a basic cause. The direction of improvement of the healthcare delivery system can be summarized by regionalization and specialization of medical institutions. In order to improve the healthcare delivery system, the policy strategy of support for regional medical institutions after evaluating regional health care should be given priority. And governmental proposals, as well as innovative proposals led by the private sector, should be accepted and tested, and those that pass the test should be officially implemented in the national health insurance. People could select among existing plans and new alternatives. In order to change the medical utilization based on the wants of the people, it is not to regulate the phenomenon of medical utilization, but to change the wants of the people. The change of people's wants becomes gradually possible when the choice of the people is the basis.

Keywords: Healthcare delivery system; Strategy; Republic of Korea

© 2021 by Health Insurance Review & Assessment Service

© This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

서론

한국에서 의료전달체계(health care delivery system)는 정부의제 중심을 차지해 오고 있다. 1989년 7월 전 국민 의료보험을 도입하면서 정부의 의료전달체계는 시작되었다. 대진료권과 중진료권을 구분하고 종합전문요양기관(당시 3차 진료기관)에서 진료를 위해서는 병원에서 진료의뢰서를 발급받아야 하고, 의료기관 종별 본인부담금을 차등화하여 대형병원의 환자 집중을 막고자 하였다. 정부의 의료전달체계는 초기에 일부 효과가 있다고 평가되었으나 효과가 지속되지 않았다[1,2]. 1995년 대진료권 구분이 없어지고, 1998년 공·교의료보험과 지역의료보험이 통합되면서 중진료권의 구분도 없어졌다.

그 이후에도 대형병원 쏠림을 억제하는 정부 정책들이 있어왔고, 2019년 9월 4일 보건복지부는 의료전달체계 개선 단기대책을 발표하였다[3]. 주된 내용은 상급종합병원이 중증환자 위주로 진료하도록 개선하고, 상급종합병원으로의 의뢰를 내실화하고 회송을 활성화한다는 것이며, 중장기 제도 개선 방안 마련을 위한 논의를 진행한다는 것이다.

정부에서 시행하고 있는 의료전달체계는 1989년 전 국민 의료보험 도입에 따른 보험진료체계라 할 수 있으며[2,4], 2019년의 단기대책은 건강보험 보장성 강화대책(문재인 케어)에 기인한 것이었다. 건강보험의 전 국민 확대와 보장성 강화대책은 건강보험 가입자로 하여금 비용 인식이 줄어들게 하고 이로 인해 국민의 선호가 강한 대형병원으로 환자들의 쏠림이 발생하게 되는데, 이를 억제하고자 논의해왔다. 단기적으로는 효과가 나타났지만 장기적으로는 효과가 나타나지 않았다. 이는 근본적인 원인에 대한 해결책이 아니기 때문이며, 정책문제의 진단이 잘못되었기 때문이다.

수도권 지역의 대형병원으로 환자들이 쏠리는 현상은 인근 지역의 병의원에 대한 선호가 떨어지기 때문이다. 따라서 보험진료체계라는 규제적 접근으로는 이 현상을 바로잡을 수 없으며, 인근 지역의 병의원에 대한 선호를 높일 수 있는 정책이 실시되어야 하며, 이는 일정 시일이 소요될 것이다.

이 글에서는 보험진료체계에 국한하지 않고 보험진료체계를 포함한 의료전달체계 전체에 대해 논의하고자 한다. 먼저 의료전달체계를 정의하고, 한국 의료전달체계를 평가하며, 의료전달체계의 방향을 모색하고, 이를 실현시킬 전략을 제시하고자 한다.

본론

1. 의료전달체계의 정의와 평가

의료전달체계의 정의는 다양하다. Last [5]는 국가 또는 지역 보건의료체계가 조직, 관리, 제공 및 지불되는 방식으로 정의하였고, Stevens와 van der Zee [6]는 인구집단의 건강문제에 대한 사회의 조직된 반응이라 정의하였으며, Skochelak 등[7]은 대상 인구집단의 보건의료 필요를 충족하기 위한 보건의료서비스를 전달하는 사람, 기관과 자원의 조직으로 정의하였다. 그리고 의료전달체계는 다양하게 표현되고 있다. 세계보건기구(World Health Organization)에서는 보건의료체계 서비스 전달(health systems service delivery)이라고 표현하고 있으며, 보건의료체계 정책 유럽관측소(European Observatory on Health Systems and Policies)에서는 보건의료서비스 전달(health services delivery)을 주로 사용하나 보건의료서비스와 통합(integration) 또는 조직(organization)이라는 단어와 연결해서 표현하기도 하고, 통합 보건의료서비스 전달(integrated health services delivery)이라고 표현하기도 한다.

이 글에서 의료전달체계는 보건의료 수요에 따라 보건의료서비스가 전달되는 조합으로 정의하고자 한다. 이 정의에 따르면 한국의 의료전달체계에 대한 평가는 국민들의 보건의료 수요에 적합한가, 보건의료 수요에 맞게 보건의료서비스가 전달되고 있는가, 국민들의 삶의 질을 충분히 향상시키고 있는가, 이는 형평적이고 효율적인가의 질문에 대답해야 한다. 즉 의료전달체계의 평가는 한국의 보건의료체계 전반에 대한 평가에 근접하게 된다.

한국의 의료전달체계를 평가하면 건강상태는 좋으나 자살과 결핵에 있어 문제가 있다[8]. 보건의료 인력은 적으며, 시설장비는 많은데, 특히 의원이 보유하고 있는 장비가 많다. 의료이용은 많은데, 특히 외래 의료이용이 많고, 재원일수는 긴데, 특히 정신과, 신경외과, 정형외과가 그렇다. 의료의 질은 전반적으로 좋으나 일차의료와 정신의료는 좋지 않다. 의료비는 적으나 빠르게 증가하고 있다. 한국의 의료전달체계를 전반적으로 평가하면 국민의 삶의 질은 매우 효율적이며, 형평적이고, 보건의료 접근도는 도덕적 해이로 인해 효율은 매우 낮으나 매우 형평적이며, 보건의료 질은 효율과 비효율이 공존하고 있으나 형평적이고, 보건의료비용은 효율적이며, 형평적이다[8-10] (표 1).

표 1. 한국 의료전달체계의 평가

	효율	형평 (계층별 차이)
국민 삶의 질	++(건강수준)	+
보건의료 접근도	--(도덕적 해이)	++
보건의료 질	+ +/-(양극화)	+
보건의료비용	+(적으나 빠르게 증가)	+

2. 의료전달체계의 개선 방향

의료전달체계의 개선을 논의할 때 무엇보다도 중요한 것은 정책문제를 어떻게 정의하는가이다. 정부는 의료전달체계를 개선하기 위한 정책문제는 수도권 대형병원의 쏠림현상으로 정의하고 있는데, 이는 현상적 문제이지 본질적 문제가 아니다. 의료전달체계의 본질적 문제는 국민들의 수도권 대형병원의 선호이며, 이는 지방 및 중소병의원에 대한 낮은 선호에 기인하고 있다. 의료전달체계와 관련된 정책문제를 지방 및 중소병의원의 낮은 선호라고 정의하면 정책대책은 지방과 중소병의원에 대해 국민들의 선호를 제고하는 정책대안이 제시되어야 한다.

그리고 의료전달체계 개선이라는 직선 접근(linear approach)이 아니라 체계 접근(systems approach)이 필요하다[7]. 즉 의료전달체계 개선은 한국 보건의료체계 개선의 방향하에서 추진되어야 한다.

한국의 의료전달체계 및 보건의료체계의 평가는 현재 좋은 편이나 한국 보건의료의 환경은 보건의료의 지속 가능성에 문제를 던지고 있다. 고령사회의 급진전, 초저출산, 저성장시대의 도래, 한반도 통일 등의 문제로 보건의료 수요는 급격히 증가할 것이나, 이에 필요한 재정의 확보는 어려워질 것이다[11]. 더욱이 치매의 급증, 비감염성 질환 시대, 문재인 케어, 노인 의료이용의 급증, 신종감염병의 위협 등은 보건의료체계 정비의 필요성에 더욱 무게를 주고 있으며, 의료전달체계의 개선을 요구하고 있다.

한국 보건의료체계 발전방향은 지역사회 기반 사람 중심 통합 보건의료(integrated people-centered healthcare in community)로 되어야 한다[10] (그림 1). 이런 방향에서 의료전달체계의 발전방향은 통합이 핵심 주제가 되어야 한다. 통합은 보건의료와 복지분야의 통합과 함께 보건의료 내에서도 통합되어야 한다. 지역 내에서 일차·이차·삼차의료, 외래와 입원, 의

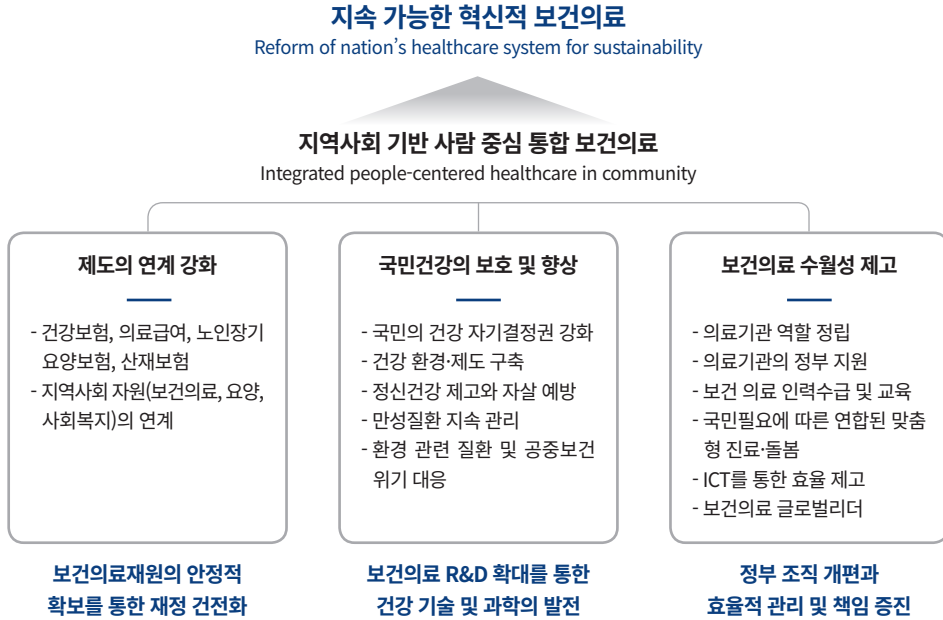


그림 1. 보건의료체계 혁신 방향. 자료: 박은철, 이현지, 김세린. 한국형 보건의료체계 구축을 위한 로드맵. 서울: 대한민국의학한림원; 2019 [10]. ICT, information and communications technology; R&D, research and development.

료와 요양, 건강과 질병이 사람 중심으로 통합되어야 한다. 의료기관들은 소진료권, 중진료권, 대진료권을 기반으로 지역화되어야 하며, 의원급 및 병원급 일부 의료기관들은 전문화되어야 하고, 상급종합병원 중 지리적 우위에 있는 일부 기관은 환자 수에 따라 중증진료의 지역화가 되어야 하고, 의료기관들은 긴밀히 연계되어야 한다(그림 2).

3. 의료전달체계 개선 전략

의료전달체계의 개선 방안에 대해서는 정부와 많은 전문가들이 일치하는 부분이 많다. 그러나 이를 달성하기 위한 접근과 전략에 있어서 크게 다르다. 정부는 의원·병원·상급병원의 기능과 역할을 구분하고, 지역을 구분하여 규제(regulation)에 의해 개선하고자 하고 있다[3]. 인위적 구분은 가장자리 효과(edge

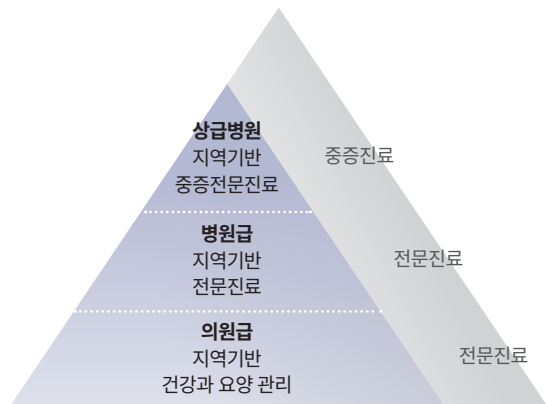


그림 2. 의료기관들의 형태.

effect)라는 부작용을 유발한다. 그리고 무엇보다도 국민들의 욕구에 거스른 정책이다. 국민들은 수도권 대형병원을 선호하고 있다. 국민들의 욕구를 거스른

정책은 그 정책목적 설정에 문제가 있으며, 정책을 실시한다 하더라도 국민의 순응을 이끌기 어렵고, 부작용도 크게 부각될 것이다.

지역화와 전문화라는 방향으로 전환하기 위해서 국민들의 욕구에 부합하는 정책을 펼쳐야 한다. 이를 실현하기 위해서는 규제가 아닌 지원의 정책수단이 우선해야 하며, 규제를 위한 규제(regulation for regulation)가 아닌 경쟁을 위한 규제(regulation for competition)로 전환해야 하고, 미시적 규제가 아닌 거시적 지원으로 정책전략을 변경해야 한다.

첫째, 진료권을 분석하고 진료권 중 서비스 전달이 제대로 되지 않고 있는 권역에 대해 정부가 지원해야 한다. 서비스 전달에 문제가 있는 진료권에 대해서 기존의 공공과 민간 의료기관 중에서 선발을 통해 지원

하고, 지원할 의료기관이 없는 진료권에 대해서는 공공 의료기관을 설립하고 이를 대형병원들에게 위탁 운영해야 한다. 위탁운영을 담당하는 대형병원에게 충분한 지원을 하여 참여 의향을 제고하고 경쟁을 통해 지정해야 한다.

둘째, 국민들의 다양한 의료수요에 대응하기 위해 다양한 의료전달체계 모형들을 개발·검증하고, 검증된 모형들을 국민건강보험에 적용해야 한다. 이를 위해 국민건강보험에 혁신센터를 설립하여 정부의 구상으로 인한 하향식(top-down) 모형뿐만 아니라 민간의 제안에 의한 상향식(bottom-up) 모형을 개발하고 검증해야 한다[12]. 미국의 메디케어 및 메디케이드 혁신센터(Centers for Medicare & Medicaid Services Innovation Center, CMS Innovation Center)

표 2. CMS 혁신센터(Innovation Center)의 프로그램

프로그램명	프로그램 개수		
	진행/계획	중단	계
정부 주도 프로그램: 질 보상 프로그램			
- 성과 기반 인센티브 지불체계(merit based incentive payment system)	1		1
- 대안적 지불모형(alternative payment models)	5		5
민간 제안 프로그램: 새로운 지불과 서비스전달모형의 검증			
- 책임의료(accountable care)	5	7	12
- 사례 기반 지불 제안(episode based payment initiatives)	6	4	10
- 일차의료 전환(primary care transformation)	4	7	11
- 메디케이드 및 CHIP 대상 제안(initiatives focused on the Medicaid and CHIP population)	4	5	9
- 메디케어 및 메디케이드 가입자 초점 제안(initiatives focused on the Medicare-Medicaid enrollees)	2	1	3
- 새로운 지불과 서비스전달 모형의 개발과 검증 가속 제안(initiatives to accelerate the development and testing of new payment and service delivery models)	33	3	36
- 최선진료 채택 제안(initiatives to speed the adoption of best practices)	6	4	10
소계	60	31	91

From U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services. CMS Innovation Center [Internet]. Baltimore (MD): U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services; c2021 [cited 2021 Apr 10]. Available from: <https://innovation.cms.gov/> [13].

CMS, Centers for Medicare & Medicaid Services; CHIP, Children's Health Insurance Program.

는 새로운 지불제도와 서비스 전달모형을 개발하고 검증하기 위하여 2010년 설립되었다. 2021년 4월 15일 현재 혁신센터에서는 정부 주도 시범사업을 진행하고 있을 뿐만 아니라 민간 제안 프로그램으로 60개를 운영 또는 계획하고 있다[13] (표 2).

셋째, 검증된 모형들을 국민건강보험에 포함하여 기존 프로그램을 대체할 수 있게 하고, 이를 건강보험 가입자들이 선택하게 해야 한다. 미국 메디케어에서는 기존의 Part A와 Part B를 대체할 수 있는 Medicare advantage (Part C)를 가입자들이 선택하게 하고 있으며, 2019년 메디케어 가입자 중 34%가 Part C를 선택하고 있다[14,15]. 이들 중 63%는 건강유지조직(Health Maintenance Organization), 37%는 선호의료조직(Preferred Provider Organization)에 가입하고 있다.

결론

한국 의료전달체계 및 보건의료체계를 평가하면 현재 좋은 편이다. 그러나 급속한 고령화, 고령인구의 급속한 의료이용의 증가, 저성장시대의 진입 등은 한국 의료전달체계의 개선을 요구하고 있다.

의료전달체계 개선에 있어 가장 중요한 것은 정책 문제를 재정의하는 것이다. 현상적 문제인 수도권 대형병원의 쏠림이 아니라 지방과 중소병의원에 대한 국민의 낮은 선호가 정책문제로 정의되어야 한다. 그리고 의료전달체계의 개선이라는 단면적 접근이 아니라 보건의료체계 개혁 방향하에서 추진하는 것이다. 개선의 접근전략에 있어 정부의 대책은 규제에 의한 전략만이 제시되고 있다. 그러나 국민들의 욕구에 부합되지 않은 규제는 정책목적을 달성하기 어렵고, 부작용을 양산하게 된다.

의료전달체계의 개선은 지원이라는 정책전략이 우

선되어야 하며, 정부 주도뿐만 아니라 민간의 혁신적 제안을 받아들여야 하고, 이를 검증하여 국민건강보험에 공식으로 포함하여 가입자들이 선택하게 해야 한다.

국민들의 욕구에 의한 의료이용을 변화시키기 위해서는 의료이용 현상을 규제하는 것이 아니라 국민들의 욕구를 변화시켜야 하며, 국민 욕구의 변화는 국민들의 선택이 밑바탕이 될 때 점진적으로 가능해진다.

ORCID

Eun-Cheol Park: <https://orcid.org/0000-0002-2306-5398>

참고문헌

1. 명재일, 정영철. 의료전달체계 운영성과의 분석. 세종: 한국보건사회연구원; 1991.
2. Han D, Kim B, Lee Y, Bae S, Kwon S. An evaluative analysis of the referral system for insurance patients. *Korean J Prev Med*, 1991;24(4):485-95.
3. 보건복지부. 대형병원, 중증환자 중심으로 확 바꾼다. 세종: 보건복지부; 2019.
4. Han DS. A revisit to policy agenda concerned with the distortion of functional differentiation among health care providers. *Korean J Health Policy Adm*. 2010;20(4):1-18. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2010.20.4.001>.
5. Last JM. *A dictionary of public health*. New York (NY): Oxford University Press; 2007.
6. Stevens F, van der Zee J. Health care delivery systems. In: Ritzer GR, editor. *The Blackwell encyclopedia of sociology*. Malden (MA): Blackwell; 2007. pp. 2052-8.
7. Skochelak SE, Hammoud MM, Lomis KD, Borkan JM, Gonzalo JD, Lawson LE, et al. Health systems

- science: AMA Education Consortium, 2nd ed, Philadelphia (PA): Elsevier; 2021.
8. Lee HJ, Oh SS, Park EC. Position value for relative comparison of healthcare status of Korea in 2017. *Health Policy Manag.* 2020;30(1):131 – 8. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA,2020.30.1.131>.
 9. Park EC, Jang SI. The diagnosis of healthcare policy problems in Korea. *J Korean Med Assoc.* 2012;55(10): 932 – 9. DOI: <https://doi.org/10.5124/jkma.2012.55.10.932>.
 10. 박은철, 이현지, 김세린. 한국형 보건의료체계 구축을 위한 로드맵. 서울: 대한민국의학한림원; 2019.
 11. Park EC. The urgency of reforming the healthcare system for the aged society. *Health Policy Manag.* 2018;28(2):105 – 6. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA,2018.28.2.105>.
 12. Park EC. Future direction of national health insurance. *Health Policy Manag.* 2017;27(4):273 – 5. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA,2017.27.4.273>.
 13. U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services. CMS Innovation Center [Internet]. Baltimore (MD): U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services; c2021 [cited 2021 Apr 10]. Available from: <https://innovation.cms.gov/>.
 14. Jacobson G, Freed M, Damico A, Neuman T. A dozen facts about Medicare advantage in 2019. San Francisco (CA): Kaiser Family Foundation; 2019.
 15. Bodenheimer T, Grumbach K. *Understanding health policy: a clinical approach.* 8th ed, New York (NY): McGraw Hill Lange; 2020.