

의료기관 종별 기능정립 방안

Reestablishing the Roles of Different Health Care Providers



이상영 한국보건사회연구원 연구위원

의료전달체계 개선과 관련하여 의료수요에 보다 적극적으로 개입하기 위한 대안의 모색이 필요하다. 이를 위해 경증질환으로 상급의 료기관을 이용할 수 있는 급여일수를 설정하는 방안을 검토할 필요가 있다. 상기도염 등과 같은 질환으로 상급병원을 이용할 수 있는 일수를 설정해 두고 이를 초과할 경우 본인부담률을 대폭 인상하거나 전액 본인부담으로 하는 방안을 검토할 필요가 있다. 이를 통해 공급자들 간 이해관계의 변화 없이 수요만을 관리하는 효과를 거둘 수 있을 것으로 기대된다.

1. 들어가며

의료전달체계는 의료기관의 기능과 역할에 맞게 환자를 진료하도록 함으로써 환자들이 필요·충분한 서비스를 받으면서도 동시에 의료 자원의 낭비를 방지하고 비용 절감을 도모하는 취지에 따라 운영되는 체계이다. 어떤 국가든 나름대로의 의료전달체계를 가지고 있으며, 이러한 맥락 하에 여러 선진국들의 경우 1차 진료를 담당하는 주치의 제도를 시행하고 있다. 우리나라의 경우 주치의 제도 도입에 대한 논의가 오랫동안 진행되어 왔으나 아직도 제도화되지 못한 상태에 있으며, 그 대안으로 단골의사 제도를 도입하는 단계에 있다.

본고에서는 의료전달체계 중 주치의 제도에 대한 사항을 제외한 나머지 측면에서 전달체계

의 개선을 위한 정책방향을 제시해보고자 한다. 우선, 의료전달체계의 개선과 관련하여 흔히 대두되는 주장으로, 의원은 외래 중심의 1차 의료와 문지기 역할을 수행하고, 병원급은 입원 위주의 전문적 진료, 그리고 상급 종합병원은 신의료기술 연구개발 및 고도의료서비스 제공 등을 담당하여야 한다는 것이다.

그러나 문제는 현재 우리나라의 경우 이러한 의료기관 종별 기능이 미확립되어 있으며, 의료기관간 기능중복에 따른 경쟁 심화, 환자의 '장보기' 현상, 중소병원 경영난, 의료자원 불균형, 진료행태 왜곡, 국민의료비 상승 등 다양한 형태의 부작용이 나타나고 있다. 2009년 6월 기준으로 의원급의 입원병상이 전체 입원실병상의 20.8%를 차지할 정도로 입원진료의 상당부분을 담당하고 있는 반면, 반대로 병원급

의 1차 진료비가 증가하면서 상대적으로 의원급의 1차 진료기능이 위축되고 있다. 이에 따라 2002~2008년간 병원 및 종합병원의 총진료비는 245%, 130% 증가한 반면, 의료급의 진료비는 39.0% 증가에 그쳤다. 특히 외래진료의 상급종합병원 집중현상이 심화되고 있는데, 2001~2008년간 상급종합병원과 종합병원, 병원의 외래진료비는 각각 423.6%, 79%, 149% 증가하였으나 의원의 외래진료비 증가율은 34.0%에 불과하였다.

아울러, 우리나라 의료소비자들의 가장 큰 특징은 대형병원에 대한 선호로서 2009년 기준으로 44개에 불과한 종합전문병원이 전체 건강보험 진료비에서 차지하는 비중은 15.9%에 달하고 있다.

이와 같은 대형병원 환자 집중 등 의료전달체계의 비효율적 요소와 관련하여 일반적으로 의료기관 간 기능 및 역할분담이 체계적으로 이루어지지 않고 있다는 데에서 근본적으로 원인을 찾고 있다. 그러나 앞에서 제시된 종별의료기관의 바람직한 기능이 단순히 규범적 측면에서 지향해야 할 정책방향으로만 제시되고 있을 뿐 체계적으로 현실에서 구현되도록 유도할 수 있는

정책적 기전이 마련되어 있지 않다.

이와 관련하여 병상규모나 인력을 기준으로 의료기관 종별을 구분하고 있으나 질병의 중증도 등 의료기관의 기능을 기준으로 분류해야 한다는 주장도 있다. 이 모두 타당한 주장이라고 판단되며, 장기적으로 의료기관간 기능분담이 합리적으로 이루어질 수 있는 제도개선 방안 등이 마련되어야 함은 두말할 나위가 없다.

그러나 문제는 이러한 제도개선이 공급측면에서의 접근에 치우쳐 있다는 것이다. 아무리 합리적인 서비스 전달체계를 설계하더라도 시장에서의 수요가 이를 따라 주지 않으면 실효성이 보장되지 않는다는 것이다.

특히 지금까지 의료전달체계 개선을 위해 강구되어 온 대부분의 정책은 주로 공급 측면에 관련된 제도개선이였다. 프리랜서 의사제도 도입, 진료의뢰 절차 개선, 단골의사 제도 도입, 의료기관간 네트워크 구축, 개방병원제도 및 전문병원 제도 도입, 환자수 기준 수가 차등화, 소비자에 대한 의료정보제공 강화 등이 그것이다. 물론 이중의 일부는 각급 의료기관간 수요의 이동을 유도하는 제도로서의 성격도 일부 가지고 있지만 제도 적용의 직접적인 대상이

표 1. 요양기관 종별 외래진료비 증가 추세

(단위: 억원, %)

구분	2001년	2008년	증가율
상급종합병원	3,522	18,442	423.6
종합병원	10,517	18,823	79.0
병원	3,729	9,296	149.3
의원	53,253	71,379	34.0

자료: 보건복지부

공급자들이다.

지금까지 강구된 정책 중에서 각급 의료기관 간 수요의 흐름에 개입하기 위한 정책적 수단은 진료의뢰서 및 의료기관 종별 가산율 제도에 지나지 않는다.

이와 같이 공급측면에 치우친 정책만으로는 최소한 현재의 상황에서는 획기적인 문제해결을 시도하는데 한계가 있다. 따라서 다음 절에서는 지금까지의 각종 정책의 추진 현황과 이들이 가진 한계에 대해 논의해보기로 한다.

2. 관련 제도의 현황과 문제점

본절에서는 프리랜서 의사제도 도입, 진료의뢰 절차 개선, 종별가산율 제도, 개방병원제도, 전문병원 제도 등의 간략한 현황과 의료전달체계 개선과 관련하여 어떤 한계를 가지고 있는지를 검토해보기로 한다. 우선 첫째로, 진료의뢰서 및 종별 가산율 제도를 보면, 이 제도들은 상급의료기관으로 가기 위해서는 의원·병원 등을 거치도록 함으로써 상급의료기관 이용에 따르는 간접적 부대비용을 증가시킴과 아울러 상급의료기관 이용에 따르는 본인부담금도 높아지는 취지이다. 그러나 소비자들이 그러한 비용 증가에도 불구하고 기꺼이 상급의료기관을 이용하겠다는 선호가 강하게 작용하고 있다. 뒤집어 말하면 상급의료기관 이용에 따르는 비용증대분이 수요자들의 수요에 영향을 미치지 못하는 수준이라는 것이다.

이점에 착안할 경우 상급의료기관에 대한 종별 가산율을 높이는 등의 정책수단을 고려해볼

수 있으나 이 경우 전체적인 의료비 지출이 증가하는 문제를 안고 있다. 즉, 1차 진료기관들의 가산율을 현재 보다 낮추는 것은 현실적으로 불가능하기 때문에 결국 전체적으로 의료비의 증가를 초래할 가능성이 높다는 것이다. 진료의뢰서 발행과 관련하여, 무분별하고 형식적인 진료의뢰서 발급을 통제하기 위해 진료의뢰서 발급 기준을 강화하는 등의 노력도 필요할 것이다.

그러나 진료의뢰서를 형식적으로 발급받기를 희망하는 수요자가 대규모로 존재하고 이에 응하는 공급자가 존재하는 한 어떤 형태로든 편법이 나올 가능성이 많으며, 진료의뢰서 발급 기준이 현실에 준수되고 있는지는 점검하기 위한 새로운 행정비용이 발생한다는 점을 간과해서는 안된다.

둘째, 프리랜서 의사제도이다. 프리랜서 의사 제도는 2007년 5월 의료법 개정시 제도 도입을 위한 근거가 마련되었으며, 2009년 12월 의료인의 복수 의료기관 근무가 허용되면서 시작된 제도이다. 즉, 의료기관을 개설하거나 특정 의료기관에 소속되지 않은 상태에서 여러 의료기관에서 진료를 담당할 수 있도록 하는 제도이다. 의료전달체계와 관련하여 획기적인 제도적 변화임에 틀림없다. 그러나 전반적으로 전달체계 상에 상당한 과급효과가 발생하기 위해서는 프리랜서 의사가 어느 정도 발생할 것인가에 대한 고려가 필요하다. 이 제도는 의료기관, 특히 지방의료기관의 의사구인난 해소, 양질의 의료 서비스에 대한 지역 환자의 접근 기회 확대, 마취과 등 특정 진료과목의 의료현실 반영 등을 목표로 시행된 제도로서, 여기서 다루는 전반적인 의료전달체계 상의 문제점을 해소하기 위한

방안이라기보다는 전달체계의 다양화 차원에서 보는 것이 타당할 것이다.

셋째, 개방병원 제도이다. 개방병원 제도는 2003년부터 실시되었는데 최근 들어 점차 감소하는 추세에 있다. 개방병원수는 2006년 68개에서 2009년 72개로, 개방의원수는 같은 기간 동안 514개에서 44개로 감소하였다. 이러한 추세는 개방병원제도와 관련하여 의료현장에서 발생하는 문제점을 잘 반영하고 있다고 판단되는데, 개방의원의 입장에서는 개방병원의 시설·장비를 활용하기 위해 거쳐야 하는 절차도 부담으로 작용하지만 환자 진료를 위해 개방병원을 방문하는 데 따르는 직접적인 비용과 아울러 병원 방문시간 동안 다른 환자를 보지 못함으로 인해 발생하는 기회비용 등이 현실적으로 큰 부담이 될 수밖에 없다. 개방병원의 활성화를 위한 다양한 제도 변화가 정책적으로 검토되어야 하겠으나, 개방병원과 관련하여 시장상황이 반영된 결과라 할 수 있는 현재의 여건을 인위적으로 변화시키기 위한 노력이 반드시 필요한 것인지에 대한 근본적인 검토가 우선되어야 한다.

넷째, 전문병원제도이다. 전문병원제도는 중소병원의 특성화·전문화를 통해 경영난을 해소하고 소비자들에게 양질의 서비스를 제공하기 위한 목적으로 도입된 제도로써 현재까지 총 42개 기관(8개 과목 4개 질환)에 대해서 전문병원 시범사업이 실시되었으며, 2011년부터 본 사업을 추진할 예정인 것으로 알려지고 있다. 전문병원 지정 요건 마련 등 본격적인 제도 도입을 위한 준비가 체계적으로 이루어져야 할 것이며, 본 제도가 성공할 경우 전달체계

상으로 매우 긍정적인 효과를 가져올 것으로 기대된다.

3. 향후의 개선방향

지금까지 전달체계와 관련한 몇 가지 주요 시책을 살펴보았는데, 모두 공급자 측면에서의 접근으로, 이러한 노력과 함께 수요에 보다 적극적으로 개입하기 위한 대안의 모색이 필요하다. 주치의 제도와 같은 강력한 시스템의 개편이 이루어지지 않은 상황에서는 공급 측면에서의 정책적 개입 뿐 아니라 수요측면에서의 보다 적극적인 개입이 필요하다. 물론 의료서비스 수요와 이용에 개입하려는 시도는 외형적으로 규제의 신설로 나타나게 될 우려가 있다. 그러나 현재와 같은 상황을 타파하기 위해 새로운 규제를 만들어 낼 것인가 하는 것은 정책선택의 문제이며, 이러한 선택을 위한 대안은 언제라도 강구되어 있어야 한다.

이러한 맥락 하에서 경증질환으로 상급의료기관을 이용할 수 있는 급여일수를 설정하는 방안을 검토할 필요가 있다. 상기도염 등과 같은 질환으로 상급병원을 이용할 수 있는 일수를 설정해 두고 이를 초과할 경우 본인부담률을 대폭 인상하거나 전액 본인부담으로 하는 방안을 검토할 필요가 있다. 이를 통해 공급자들 간 이해관계의 변화 없이 수요만을 관리하는 효과를 거둘 수 있을 것으로 기대된다.

이를 위해서는 우선 경증질환에 대한 분류 작업과 함께 급여 일수상한 설정이 선행되어야 할 것이다. 어떤 질환인지 알 수 없는 이환 초기단

계에 상급병원을 이용해야 할 필요도 있기 때문에 이러한 요인을 감안하여 급여일수 상한을 설정하여야 할 것이다. 즉, 상급병원에서 경증질환으로 최종 진단을 받기까지의 일수를 인정하되, 경증질환으로 최종 진단된 이후에도 상급병원을 이용할 경우 상한일수에서 이를 공제해 나가도록 한다. 경증질환의 분류와 관련하여서는 경증이면서도 건강보험 재정 지출이 많은 질환을 중심으로 하는 것이 바람직하다.

한편, 개인별로 진료의뢰서 발급 회수를 제한하는 등의 의견도 제기된 바 있으나, 이 경우 중증질환임에도 진료의뢰서 발급 횟수 상한에 저촉되어 불이익을 받을 가능성이 있다. 그러나 이 제도에 의하면 진료의뢰서 발급 회수 설정 등은 불필요하며, 급여 일수에 의해 자동적으로 조절 될 수 있을 것으로 보인다.

4. 결론

의료전달체계의 획기적인 개선을 위해서는 보건의료자원 개발, 의료기관간 연계 강화, 민

간과 공공의 합리적 역할 분담, 건강보험수가 체계의 개편 등 다양한 정책의 개발이 필요하다. 이러한 일반론적인 대책과 함께 시장특화적인(market-specific) 제도개선이 뒤따라야 한다. 특히 의료소비자들의 대형병원에 대한 선호와 서비스 수요가 강하게 존재하는 한 이러한 수요를 활용하기 위해 현재와 같이 대형병원들이 경쟁적으로 병상을 확충하고 의료인력을 흡수하는 현상은 당연한 결과일 수밖에 없다.

대형병원들의 대폭적인 병상 및 장비 투자가 국가발전이나 경제적 측면에서 어떤 영향을 미칠지에 대한 판단은 차치하고, 최소한 의료전달체계라는 개념을 포기하지 않는 한 어떤 형태로든지 의료전달체계의 효율성을 증대시키기 위한 정부의 개입은 필요하며, 특히 의료시장에서 수요를 합리적으로 조절하기 위한 제도적 장치의 마련은 필요하다.

이런 측면에서 각급 의료기관별 입원 및 외래 진료에 대한 건강보험 본인부담률의 조정이나 상급의료기관에 대한 불필요한 접근을 제한할 수 있는 가격정책이 중요한 정책적 수단이 될 수밖에 없다. **붙임**