

의료전달체계의 발전방향과 정책과제

An Improvement Plan for Health Care Delivery System



조재국 한국보건사회연구원 선임연구위원

최근 정부(보건복지부) 차원에서 전문가, 관련 단체, 시민·소비자 단체 등이 참여하는 틀을 갖추고 우리나라 의료전달체계에 대하여 여러 가지 제도개편에 대한 논의가 이루어지고 있다. 논의의 배경에는 전반적인 보건의료자원의 효율적 배분, 건강보험재정 안정, 급격한 국민의료비 상승 억제, 의료기관 경영난 해소, 양질의 의료 제공, 과잉의료이용 억제 등 중요한 사안들이 놓여 있다.

다양한 배경을 가진 복잡다단한 사안들이 있기 때문에 그만큼 관련자(stakeholder)들이 많고 따라서 논의는 오래 되었지만 개선의 실마리가 풀리지 않아 왔다. 그러나 해결될 가능성이 낮다고 해서 아무런 노력 없이 손 놓고 있는 것은 문제를 더 악화시킬 뿐이다.

본 고에서는 우리나라 의료전달체계의 전반적인 현황과 문제점을 살펴보고 이에 대한 전반적인 발전방향을 제시해 보았다.

1. 서론

최근 정부(보건복지부) 차원에서 전문가, 관련 단체, 시민·소비자 단체 등이 참여하는 틀을 갖추고 우리나라 의료전달체계에 대하여 여러 가지 제도개편 논의가 이루어지고 있다. 논의의 배경에는 전반적인 보건의료자원의 효율적 배분, 건강보험재정 안정, 급격한 국민의료비 상승 억제, 의료기관 경영난 해소, 양질의 의료 제공, 과잉의료이용 억제 등 중요한 사안들이 놓여 있다.

다양한 배경을 가진 복잡다단한 사안들이 있기 때문에 그만큼 관련자(stakeholder)들이 많고 따라서 논의는 오래 되었지만 개선의 실마리가 풀리지 않아 왔다. 그러나 해결될 가능성이 낮

다고 해서 아무런 노력 없이 손 놓고 있는 것은 문제를 더 악화시킬 뿐이다.

의료전달체계라는 용어는 많이 사용되고 있으나 그 정의에 대해서는 상세히 알아볼 필요가 있다. 국내외에 이에 대한 여러 가지 정의가 있으나 여기서는 참고적으로 한달선(2005; pp. 310~311)의 정의에 대해서 살펴보기로 하며, 다소 길지만 그 내용을 그대로 인용하여 살펴보기로 한다.

의료전달체계는 health care delivery system의 번역어로 사용되기 시작하였으나 흔히 환자의뢰체계(patient referral system)의 뜻으로 쓰이곤 했으며, 아직도 그렇게 사용되는 경우가 드물지 않다. 전달(delivery)이라는 어휘의 통상적 의미 때문에 의료기관 간에 환자를 의뢰하고 이송하

는, 즉 전달하는 제도 또는 체계로 이해되었던 것 같지만 이것은 잘못된 것이다. 그 결과로 의료기관 종류별로 진료기능을 구분하고 환자들의 의료추구과정이 그러한 구분에 맞추어 이루어지도록 하는 것을 health care delivery system에 관한 과제의 전부라고 지나치게 단순화하는 오류가 초래되었다. 그러나 환자의뢰체계는 health care delivery system의 부분적 속성의 하나로 볼 수는 있지만 그 자체는 아니다. 의료서비스는 모든 서비스와 마찬가지로 저장성이 불가능하기 때문에 생산과 소비가 동시에 이루어지므로 health care delivery란 의료서비스의 생산과 소비 또는 제공과 이용을 같이 내포하는 개념이라고 보아야 할 것이며, health care delivery에서 핵심이 되는 요소는 의료기관과 의료이용자이다. 그러므로 health care delivery system은 사회의 구성원들이 요구하고 이용하는 의료서비스의 공급이라는 공동의 목표를 향해서 기능하고 있는 의료기관들을 주된 구성요소로 하는 사회체계로 이해할 수 있으며, 따라서 의료공급체계라고 번역하는 것이 적절하겠다. 그리고 의료전달체계는 아예 patient referral system의 번역어인 환자의뢰체계와 동의어로 사용해도 무방할 것이며, 그러면 전달이라는 어휘로 인한 혼동을 피하는 방안도 될 것이다.

그러나 위에서 살펴본 그대로 의료공급체계, 환자의뢰체계라는 용어를 대신하기보다는 의료전달체계라는 용어를 계속 사용하기로 하며, 이는 오직 편의상 그렇게 하기로 하는 것이다.

급병 보건복지포럼에서는 의료전달체계의 개선에 대한 특집을 기획하고 있으므로 몇 가지 분야를 나누어 집필하였는 바, 본 고에서는 우

리나라 의료전달체계의 전반적인 현황과 문제점을 살펴보고 이에 대한 개선방안을 제시하려고 하며, 나머지 논문에서는 일차의료 개선, 병원급 의료기관의 기능 재편, 공공의료체계 개선, 그리고 마지막으로 응급의료체계의 개선에 대해서 보다 구체적인 논의를 하기로 한다.

2. 의료전달체계 도입 배경 및 목적

우리나라의 의료전달체계는 1989년 7월 전 국민의료보험 확대 실시와 더불어 도입되었으며, 제도 도입의 목적은 의료기관의 기능구분, 단계적 진료체계의 확립, 환자의뢰체계 도입 등을 통한 의료의 지속성 확보 및 적정 진료를 보장하며, 의료자원의 지역간 균형 분포, 지역내 의료충족도 개선, 의료이용의 편의도와 형평성을 도모하고, 의료공급의 효율성 제고, 의료비 절감, 의료보험재정의 안정에 기여하는 것이었다.

제도 도입시부터 의료이용의 지역화와 단계화를 위해 진료권을 설정하여 운영했다. 즉, 1차 진료(중진료권, 시군단위)의 경우 환자들은 중진료권 내 모든 1차 의료기관을 이용해야 하고 중진료권 2, 3차 진료(대진료권, 도 단위)의 경우 1차 의료기관에서 발행한 진료의뢰서를 제출해야 했다. 타 대진료권 내 3차 의료기관 이용시에는 진료의뢰서 및 타 진료권 진료 확인서를 제출해야 했다.

이와 같은 제도 도입 초기의 의료전달체계는 농촌지역의 의료기관 이용이 증가하여 도농간 격차 해소에 기여한 것으로 평가를 받았다(국민건강영양조사, 1992). 참고로 연간 1인당 외래 방문 횟수에 있어서 도시의 경우 1981년 5.28회에

서 1992년 8.40회로 증가한 반면, 농촌의 경우 1981년 1.95회에서 1992년 10.59회로 대폭 증가하였다. 또한 연간 인구 1000명당 입원율에 있어서 도시의 경우 1981년 40.7%에서 1992년 57.3%로 증가한 반면, 농촌의 경우 1981년 25.3%에서 1992년 58.0%로 대폭 증가하였다.

그러나 1998년 규제개혁 차원에서 진료권제도를 폐지하고, 1단계 영양급여와 2단계 영양급여로 구분하여 현재까지 운영하고 있다. 즉 1단계는 환자들이 상급종합병원을 제외한 영양기관에서 진료를 받고 2단계에서는 상급종합병원에서 진료를 받게 되어있으며 2단계 영양급여를 받기 위해서는 영양급여의뢰서를 제출해야 하며, 미제출시에는 건강보험수가 기준 금액으로 본인이 전액을 부담해야 한다. 단, 응급환자, 분만, 치과진료, 가정의학과 진료 등은 영양급여의뢰서 없이 직접 이용이 가능하다(국민건강보험 영양급여의 기준에 관한 규칙 제2조).

3. 우리나라 의료전달체계의 현황 및 문제점

전 국민건강보험체계 하에서 우리나라 의료전달체계는 두 단계로 구성되어 있으며, 그 법적 근거는 「국민건강보험 영양 급여의 기준에 관한 규칙」으로서 둘째 단계는 최상층 의료기관인 종합전문요양기관에서 영양급여를 받게 되어 있고, 그 외의 영양기관에서 첫 단계는 요

양 급여를 받게 되어 있다. 통상 둘째 단계의 영양 급여를 받기 위해서는 건강진단·건강검진 결과서나 영양급여의뢰서가 있어야 한다.¹⁾

그러나 잘 알려져 있는 바와 같이 '진료 의뢰서'는 환자의 요구에 따라 무분별하게 발급되고 있는 실정으로서 이와 같은 환자들의 일차의료기관에 대한 불신으로 인하여 일차의료기관의 문지기 역할이 미흡한 실정이다. 이와 같은 상황에서 여러 가지 문제점을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 위에서 언급한 진료의뢰서의 남발은 상대적으로 병원급 의료기관의 외래진료가 증가하면서 일차의료기관의 기능은 점점 축소되고 있는 상황으로서 병원급 의료기관은 중환자실, 입원 및 수술 보다 진료수익이 높은 외래진료에 치중하고 있다. 또한 전반적으로 의원과 진료의뢰기관과의 환자 회송제도도 정착되지 않고 있는 실정이다.

둘째, 상당 부분 의원급 및 병원급 의료기관 간 직접적인 경쟁 양상이 나타나고 있으며, 의원급에서도 입원에 필요한 많은 병상을 가지고 있고(2009년 6월 현재 전체 20.8% 차지), 의원급 및 병원급에서 CT와 MRI 등 고가장비를 많이 보유하고 있다. 이와 같은 의료기관의 과다지출 구조는 행위별 수가구조 하에서 각종 검사의 증대 등 전체 진료량 증가 유혹에 직면하고 있고 비급여 서비스의 신설 노력을 가중시키고 있다.

셋째, 최근 병원 수의 증가 현상이 나타나며 이는 전문병원의 개설 등 도산²⁾하는 병원보다 신설되는 병원이 더 많은 것으로서 병원 및 종

1) 의료기관의 분류는 의료법에서 규정하고 있으나 의료전달체계에 관한 사항은 없고, 의료급여의 전달체계는 '의료급여법 시행규칙'에 근거하고 있으며 건강보험과는 다소 상이하나 전반적인 체계는 유사함.

합병원의 수가 1,500개를 상회하고 있다.

넷째, 지역별로 거의 90% 정도의 의료자원이 도시 지역에 편중되어 있다는 사실은 너무나 잘 알려져 있다.

다섯째, 최근 서울지역에 기존 대형병원들이 암센터 설립을 통하여 병상 수를 대폭 증가시키고 있는데 이와 같은 현상은 건강보험 급여비 수평비율의 급증에 대한 우려와 지역별 병상 수의 규제 필요성과 연계되고 있다.

여섯째, 의료공급자의 진료량 증대 노력과 더불어 환자들의 일차의료기관에 대한 불신 및 상대적인 본인 부담률의 감소 등으로 의료 이용이 과다하다는 지적을 받고 있다. 2008년도 1인당 의료기관 방문일수(입·내원)가 16.8회로서 OECD국가 평균(2006년도 6.8회)보다 2배 이상 높은 실정이다.

일곱째, 의료전달체계에서 중요한 역할을 수행하는 일차의료의 공급자를 살펴보면 우선 단과전문의 비율이 과다하다. 즉, 일차의료에 적합한 수련보다 과다한 수련을 받고 있다는 것으로서 병원에서 모든 수련의들을 수용할 수 없는 상황에서 수련과정과 개원의로서의 역할이 연결되지 않고 분리되어 있다는 것이다.³⁾ 이는 수련의 스스로의 단과 전문의 선호사상, 수련관련

정부 또는 건강보험자 지원 전무, 수련병원의 수련의들에 대한 싼 노동력 제공자로서의 역할, 의사면허 소유자들은 전공에 관계없이 모든 의료행위를 할 수 있는 현행 의료법 상의 허점⁴⁾, 수가 수준 및 지불보상제도 등 복잡한 원인에 기인하고 있다고 볼 수 있다.

여덟째, 의료기관 개원의 경우 그 비용이 너무 많이 소요되며 특히, 일차의료기관인 의원의 경우 자기 자본으로 개원을 하기에는 아주 어려운 실정이다. 의료정책연구소의 의원경영실태조사 결과(2008)에 의하면 개원비용으로 2억원에서 5억원 사이, 5억원 이상이라고 응답한 비율이 각각 42.1% 및 15.8%이며, 응답자의 46.1%가 부채가 있고 그 부채 규모는 평균 3억 9천여만원이며 월 평균 이자비용만 250여만원이라고 응답하였다.⁵⁾

아홉째, 그 영향이 적다고 할 지 모르겠으나 국민건강보험 재정과 관리의 통합으로 지역진료권별 진료의뢰체계를 유지하려는 보험자의 의지 및 분위기가 저하되었고, 이것이 여러 가지 여건과 맞물려 수도권으로의 환자 집중에 일조하고 있다고 할 수 있다.

마지막으로 우리나라의 공공의료와 응급의료체계가 미흡함은 잘 알려져 있다.⁶⁾

2) 병원계에서의 도산이라는 용어는 병원 그 자체가 없어진다는 것보다는 소유주가 바뀐다는 의미로 해석하는 것이 합당할 것임.
 3) 개원의의 대부분이 단과 전문의라고 해서 일차의료의 질적인 수준이 높다는 것은 물론 아님.
 4) 최근 의원의 경영상태가 어려워지자 일반의 및 다른 전문의들이 단체를 구성하여 성형 술기를 배우고 환자에게 시술하는 사례가 발생하는 것은 수련제도 자체를 부정하는 것과 다름없으며, 비단 성형외과에 한정되지는 않을 것임.
 5) 이와 같은 지출구조 하에서 이론적으로 아무리 우수한 정책이 도입된다고 하여도 기본적인(또는 적정한) 수입이 확보되지 않는다면 그 정책의 효과는 기대하기 어려울 것임은 자명함.
 6) 응급의료로 공공의료에 포함시킬 수 있으나 별도로 구분하여 논의하고자 하며, 최근 보건복지부에서는 응급의료로 공공의료정책팀에서 분리하여 별도의 응급의료정책팀을 운영하고 있음. 공공의료와 응급의료체계에 대한 논의는 별도의 논문에서 상세히 다루고 있으므로 본 고에서는 생략하기로 함.

한편 우리나라 의료제도의 기본이 되는 건강보험재정 안정화와 향후 지속적인 보장성의 확대는 의료전달체계에 지대한 영향을 미치게 될 것이다.

4. 향후 보건의료분야의 여건 변화와 전망

1) 저출산 고령화의 진행

우리나라 노인인구 비중은 2000년 7%(고령화 사회)에 도달한 이후 계속 상승하여 2010년 11%, 2018년 14%(고령사회), 2026년 20%(초고령사회)에 달할 것으로 전망되고 있으며, 노인인구의 증가는 만성질환자 및 국민의료비의 급증을 야기하고 이는 국민의 부양 부담가중과 재정의 큰 위협요인으로 작용할 것으로 예상된다

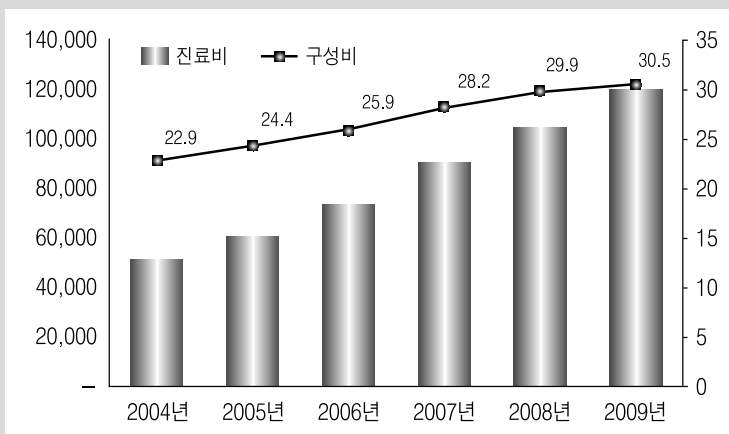
다. 2009년 기준, 9.9%의 노인인구가 전체 건강보험 재정의 30.53%를 소비하였고, 노인 1인당 진료비(249.4만원)도 전체 평균 진료비(81.1만원)에 비해 3.1배 정도 높은 수준을 나타내고 있다.

1990년대 중반까지 우리나라의 합계출산율은 1.6명 수준에서 유지되었으나, 1997년 이후 급격히 하락해 2005년 1.08명까지 감소하였고, 현 추세가 계속 유지될 것으로 전망된다. 따라서 소아청소년과, 산부인과 등의 특정 전문과목의 수요는 지속적으로 감소할 것이다.

생산가능인구는 2016년(3,619만명)을 정점으로 감소할 것으로 전망되며, 생산가능인구의 평균연령도 2008년 38.7세, 2020년 41.8세로 지속적으로 상승할 것으로 예상된다. 따라서 양질의 인적자원 보유 여부가 국가경쟁력을 좌우하고, 높은 수준의 국민건강 유지 문제가 사회경제적 주요 과제로 대두될 것으로 예상된다.

그림 1. 건강보험 재정의 전체 의료비 대비 노인의료비 비율

(단위: 억원, %)

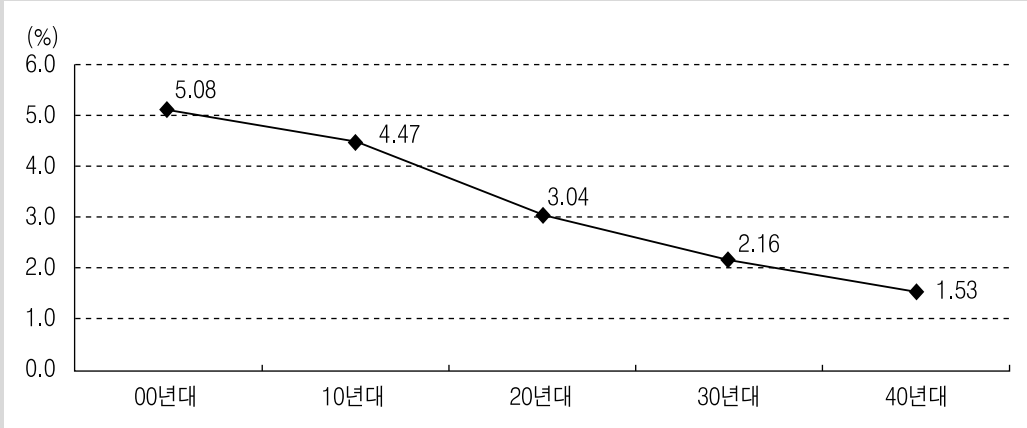


자료: 건강보험심사평가원·국민건강보험공단, 각 연도

2) 성장동력의 둔화와 산업구조의 변화

지속적인 낮은 성장률로 노령화, 양극화 등 보건의료 환경 변화 대응에 필요한 공적자원 조달이 더욱 어려워질 것으로 예상되며, 민간의 역할 강화가 필요할 것으로 보인다. 잠재성

그림 2. 잠재성장률의 전망



주: 합계출산율 1.08 유지, 2040년까지 1.5%의 증가율을 가정한 전망치임.
 자료: 저출산고령사회위원회, 『5개년 저출산고령사회기본계획 수립연구(1차)』, 2006.

장률은 2000년대 5.1%에서 2010년 4.5%, 2020년대 3.0%, 2040년대 1.5% 수준에 이를 것으로 전망된다.

고용없는 성장 고착화, 대외의존형 경제구조 심화로 고용효과와 성장 잠재력이 큰 보건 의료 산업에 대한 기대치가 지속적으로 상승할 것으로 전망된다.

3) 의료기술의 발달 및 타 분야와의 융합 가속화

의료기술의 발달과 나노, 바이오, IT 등과의 융합은 소비자의 의료이용 행태는 물론 의료 공급체계의 근본적인 변화를 요구할 것으로 전망되며, IT 기술의 발달로 시간·장소에 관계없이 개인별 맞춤형 건강관리 및 의료서비스 제공이 가능해지는 U-헬스 구현이 가능할 것으로 전망된다. 줄기세포 치료제, 인공장기, 생체이식

칩 등의 상용화로 인류는 불치병 치료 등 새로운 기회를 접하게 될 것으로 예상되나, 인간 존엄성의 위협 문제 등 윤리적 논쟁도 뜨거워질 것으로 보인다.

신기술의 상용화를 위해 임상연구에 대한 관심이 높아지고 이 과정에서 의료기관과 의료인력의 역할이 지속적으로 강화될 것으로 전망된다.

4) 만성질환 증가 등 새로운 보건 의료 수요 발생

생활습관 서구화, 노령화 등으로 지속적인 관리가 필요한 고혈압·당뇨 등 만성질환이 급격히 증가하고 이로 인한 사회적 비용이 급증할 것으로 예상된다.

표 1. 고혈압·당뇨병 건강보험 진료비 현황구분

| 구분 | | 2002년 | 2008년 | 증가율 |
|-----|------|---------|------------|------|
| 고혈압 | 총진료비 | 2,407억원 | 1조 8,835억원 | 7.8배 |
| | 환자수 | 248만명 | 430만명 | 1.7배 |
| 당뇨병 | 총진료비 | 1,625억원 | 9,253억원 | 5.7배 |
| | 환자수 | 98만명 | 152만명 | 1.6배 |

자료: 2008년, 건강보험통계연보

음주, 흡연, 비만 등에 대한 개인과 사회의 책임 강화, 질병요인의 사전 발견, 생활습관의 개선 등 예방 및 관리에 대한 정책적 요구가 증가할 것으로 전망되며, 스트레스, 우울증, 인터넷 중독 등 정신건강 분야, 신종 전염병, 기후변화로 발생하는 문제 등 새로운 보건의료 수요가 증가할 것으로 예상된다.

5. 의료전달체계 개선의 기본방향 및 정책 대안

1) 기본방향

위에서 살펴본 우리나라 의료전달체계의 현황과 문제점, 그리고 거시적인 보건의료분야의 여건 변화와 전망을 고려하며, 국민들의 의료이용 불편을 최소화하고 의료 접근성을 보장할 수 있는 의료전달체계 개선의 기본방향을 정리해보면 다음과 같다.

첫째, 지역사회 중심의 일차의료를 강화하면서 의료기관별 기능이 재편되어야 한다. 의원은 외래위주로 전환하면서 문지기 역할을 수행하여야 하고 예방, 건강증진, 자가돌봄(selfcare) 능

력 향상, 만성질환관리, 전인적 진료 등 일차의료를 제공해야 한다. 종합병원을 포함한 병원급 의료기관은 검사, 수술, 입원 등 질병중심의 전문적 진료를 수행하고, 상급종합병원은 새로운 의료기술을 연구·개발하여 확산시켜야 하며 선도의료 등 3차 의료를 제공해야 한다.

둘째, 효율적인 의료자원의 활용을 위하여 일차의료 담당인력 양성 및 수련제도가 정비되어야 하며, 의료기관의 병상 및 장비에 대한 적절한 관리가 필요하다. 의료전달체계에서 의료제공자의 역할이 지대한 바 우선 일차의료를 담당할 인력을 양성해야 하며, 병원 경영중심의 단과전문의 양산 수련제도는 재편되어야 한다. 병상 및 장비도 의료기관의 기능에 따라 관리 및 조정이 되어야 한다.

셋째, 지속가능한 보건의료체계를 유지하는 범위 내에서 의료기관의 기능에 적합한 진료 활동을 장려하고 필요한 경우 적극적인 재정적 지원과 수가체계 개발이 필요하다. 국민의료비의 급증이 예상되는 가운데 의료공급자들이 양질의 의료서비스 제공 및 적정 진료 등을 장려하기 위한 여러 가지 재정적인 지원과 함께 적절한 수가체계가 개발되어야 한다.

2) 정책 대안

여러 가지 방안을 제시할 수 있으나 개략적인 내용만 언급하고 자세한 내용은 후술하는 논문을 참고하기 바란다.

(1) 의원급 의료기관 기능 재정립

앞에서도 언급한 바와 같이 의원급 의료기관은 문지기로서 일차의료를 제공하기 위해서는 먼저 일차의료 제공에 적합한 진료제공 구조(또는 지출구조)를 전환시켜야 한다. 입원환자를 위한 병상수의 경우 정형외과, 산부인과, 일반외과 등 입원실이 필요한 일부 전문과목을 제외하고 단계적으로 감축해야 할 것이다. 또한 일차의료에서 적절하지 않은 CT, MRI 등 고가의 장비를 단계적으로 보유하지 않도록 관리해야 할 것이다. 이와 같은 시설 및 장비와 관련된 진료구조의 전환은 개방병원의 활성화와 연계되므로 현재 개방병원제에 참여하고 있는 병원 수가 감소하고 있는 실정에서 이의 활성화 방안이 적극 강구되어야 할 것이다. 또한 지역 내 의원급 의료기관과 공공보건의료기관 및 중소병원 간의 네트워크가 구축되어 일차의료 관련 지식, 정보, 의료자원 등이 효율적으로 활용될 수 있어야 한다.

일차의료기관의 기능을 확실히 하기 위해서는 환자의 진료의뢰 및 회송에 대해서도 철저한 관리가 이루어져야 하며, 경증환자들이 상급종합병원을 이용할 경우 외래 본인부담률 및 약제비 본인부담률도 상향 조정할 필요가 있다.

한편 일차의료에서 대부분의 질환(90% 정

도)을 해결할 수 있는 훈련된 일차진료의사를 양성하여 일차의료의 질적 수준을 제고해야 할 것이다. 이를 위해서는 전공의 정원 책정 방식의 변화, 구체적인 일차진료의사 수련 프로그램 개발 등이 요구된다. 수련제도 개편에 대해서 현재 대한의학회에서 개선방안을 강구 중에 있으므로 그 결과를 활용하면 될 것이다. 차체에 특정 전공의가 부족할 경우 nurse practitioner 등 의사보조인력제의 도입에 대해서도 검토하기를 바란다.

주치의 제도에 대해서는 이미 여러 가지 대안들이 제시되었으며, 더 이상 미룰 수는 없다고 생각한다. 병원급 의료기관의 주치의제 참여는 의료기관 기능 재편 원칙 등을 고려하여 판단되어야 할 것이며, 구체적 대안에 대해서는 후속 논문을 참고하기 바란다.

이와 같은 대안들이 시행되기 위해서는 구체적인 자료의 구축 및 의료법 등 관련 법령의 개정이 뒤따라야 할 것이다.

(2) 병원 및 상급종합병원의 기능 재정립

종합병원을 포함한 병원급 의료기관은 질병 중심의 검사, 수술 등 전문적 진료를 수행하도록 해야 하며, 경증 및 중증도 환자들의 입원 위주로 운영되어야 한다. 앞에서 언급한 개방병원이 활성화 되도록 인센티브 제공 등 다양한 방안이 검토되어야 하고, 현재 8개 과목/4개 질환에 대하여 40여개 기관에서 시범사업 실시 중인 전문병원제도의 활성화를 위하여 경영난 해소 등 세부적인 지침이 마련되어야 할 것이다. 중소병원의 의사인력 확보를 용이하게 하기 위해

서는 복수 의료기관 근무를 허용한 프리랜서 의사제도를 활성화 시켜야 하며, 간호사 인력의 확보를 위해서는 간호조무사 활용 방안 등이 강구되어야 할 것이다.

상급종합병원의 기본적인 역할은 임상, R&D, 교육 및 훈련이라고 규정할 수 있는 바 실질적으로 이들 병원이 그와 같은 역할을 수행할 수 있어야 한다. 즉 복합질환 및 중대한 특정 질환 군에 대해 선도적 의료를 제공하고 새로운 치료 방법을 연구해야 하며, 교육 및 연구에도 많은 노력을 기울여야 한다. 이를 위해서 적절한 재정적 지원해야 하며, 특히 전공의 수련에도 정부 또는 보험자의 재정 지원이 반드시 필요하다.

병원급 의료기관(일차의료기관도 포함)들이 적절한 역할을 수행하기 위해서는 관련 수가제도의 개편이 필수불가결하며, 법령 정비도 필요하다. 수가제도 개편과 관련하여 총액계약제 또는 총액예산제 등이 논의되고 있다. 특정 병원(예를 들면, 국립 정신병원, 소록도 병원 등)들의 경우 시행이 어렵지 않겠으나 전반적인 제도 도입은 중장기적으로 추진되어야 할 것이다. 단기적으로는 오히려 DRG 제도가 더 합리적이라고 판단된다.

(3) 보건의료자원의 수도권 집중 해소

최근 수도권에서 암센터를 중심으로 상급종합병원들이 그 규모를 확대해 왔고, 암 관련 외래진료를 포함하여 전반적으로 외래진료를 확대해 왔다. 암 관련 외래진료를 제외한 일반적인 외래진료는 적절히 통제가 되어야 하며 이를 위해서는 환자 본인부담률 상향 조정 및 중

별가산율 하향 조정 등을 고려하여야 할 것이다. 병상의 증설에 대해서는 지역별 적정 규모가 산출되어 적절한 규제가 필요하며, 미국의 CON(Certificate of Need)은 병원의 병상 확충 시 정부의 지원을 받는데 필요한 제도로서 제도의 목적이 다소 상이하기는 하나 참고할 만한 것이다.

암환자들의 수도권 집중과 관련하여 중앙 정부 및 지방자치단체에서는 지역의 암센터 활성화 방안에 대해서 재정적 지원을 포함한 다양한 대안을 마련할 필요가 있다.

(4) 의료전달체계 단계

전달체계를 현행 2단계를 고수할 지 과거와 같이 3단계로 해야 할 지에 대한 검토가 필요하다. 앞에서 살펴본 주치의 제도가 도입되면서 의료기관들의 기능이 재정립되고 지역 암센터가 활성화 된다면 3단계 체계로 가야 할 것이다. 그러나 환자들이 현행 2단계를 선호할 수밖에 없는 상황에서 이용의 불편을 호소할 가능성이 높기 때문에 단계적인 접근이 필요하다. 2단계 체계가 지속될 경우 주치의 제도의 성공 여부가 영향을 미칠 수 있지만 의원급 의료기관과 병원급 의료기관의 경쟁관계를 해소하기 어려운 것으로 전망된다.

한편 건강보험공단이 단일 보험자의 문제점을 지적받고 있는 상황에서의 조직을 개편하여 지역으로 그 역할이 분할된다면 지금보다는 의료전달체계가 더욱 긍정적으로 작동할 것이다.

(5) 기타

향후 지속적으로 IT 분야가 발전하고 만성질환 관리등 환자 중심의 건강관리체계가 강화된다면 U-Health 분야는 의료전달체계에 지대한 영향을 미치는 것은 물론 의료기관의 새로운 수익 모델로서도 큰 역할을 수행할 것이다. 이는 또한 보건의료산업의 한 분야로서 산업 발전이라는 의미도 지니게 될 것이다. 지금 상태에서는 의원급 의료기관이 상대적으로 불리하다고 볼 수 있으나 주치의제도가 도입되어 많은 환자를 관리할 경우 반드시 고려해야 할 분야이기도 하다.

공공의료체계 개선의 경우 최근 민간의료기관도 공공의료 성격의 의료서비스를 제공한다면 정부의 지원을 받을 수 있는 법안이 국무회의를 통과하였는바 이는 큰 의미가 있다고 할 수 있다. 소유 개념으로서의 적정한 공공의료 비중에 대한 논란이 있어 왔으나 민간부문의 병상 규제가 불가능한 상황에서 적정 수준의 공공의료 비중을 달성한다는 것은 현실적으로 어려움이 있다. 그러나 정부에서는 그 비중을 높이는 노력은 지속적으로 하여야 할 것이다.

응급의료체계의 경우 무엇보다 중요한 것이 제도 개선에 필요한 재원의 확보이며, 이를 위해서는 응급의료기금의 확충 등 다양한 대안이 마련되어야 할 것이다.

6. 결론

이미 오랫동안 좋은 대안들이 제시되어온 의료전달체계의 개선이 아직도 시행되지 못하고 있다. 여러 가지 이유가 있겠지만 우선적으로 각 관련 단체들간의 합의가 중요하다. 합의를 도출해내기 위해서는 명확한 대안을 근거있는 자료 구축을 통하여 지속적으로 논의해야 할 것이다. 앞으로 급변하는 보건의료 분야의 여건을 전망하면 지금부터 논의를 거쳐 단계적으로 개선방안들을 실행에 옮겨야 한다.

주치의 제도는 의료전달체계에서 가장 핵심적인 사업인 만큼 합의를 통한 방안이 마련되고 시범사업이 실시되는 단계에서는 무엇보다 환자들의 불편 해소와 신뢰 구축이 가장 중요하다고 판단된다. 이를 위해서는 의료공급자인 주치의들의 역할이 중요하므로 관련 단체는 물론 정부 및 보험자도 적극적인 지원을 아끼지 말아야 할 것이다.

과거의 예를 보면 특정 정책이 시행되기 전까지 논란도 많고 어려움도 많았지만 일단 합의를 통해서 결정되면 큰 문제없이 정착되어 왔다. 의료전달체계 개선의 경우도 완벽한 결론이 도출되지 않고 관련 단체간 다소 논란의 가능성이 있으나 대다수가 합의를 한다면 제도 시행에는 큰 문제가 없고 예상했던 못했던 발생하는 문제점들은 시범사업 과정을 거치면서 보완될 수 있을 것이다. 이번 보건복지부에서 시도하고 있는 의료기관 기능 재정립 노력이 하루 빨리 결실 맺기를 바란다. 