



손 건 익

보건복지부 보건의료정책실장

의료전달체계 개선의 필요성과 추진방향

그간 우리나라는 상당한 보건의료시스템의 발전과 국민 건강 증진의 성과를 이루어냈다. 1970년대에는 상당수 국민들이 기본적인 의료 서비스 조차 받기 힘들던 시기였으며 한국인의 평균수명은 52세에 불과했고, 천명당 영아사망률은 45명에 달하였다. 40년이 지난 지금 한국 국민의 평균수명은 80세, 영아사망률은 4명으로 훨씬 건강한 생활을 누리게 되었다. 이러한 성과는 전 국민 건강보험 실시, 종별 의료전달 체계 도입, 인력과 시설 확대 등 단기간에 보건 의료 인프라를 확충하고 의료의 보장성과 접근성을 확보한 결과이다.

그러나 이러한 성과 뒷면에는 풀어야 할 숙제들도 산적해있다. 그 중에서 두드러지는 것은 전체 의료기관 59,255개소 중 0.07%(44개)에 불과한 상급종합병원이 전체 보험급여비의 22.2%, 외래진료 급여비의 12.5%(기관내 30.0%)를 차지할 정도로 대형병원으로의 환자출림이 심화되고 있는 현상이다. 반면 의원급 의료기관의 환

자수, 진료비, 기관수 점유비중은 줄어들고 있어 2·3차 의료기관에서의 외래진료가 증가하면서 1차 의료기관의 역할이 상대적으로 약화되는 추세를 보이고 있다는 것을 알 수 있다.

이러한 문제가 발생하고 있는 원인 중의 하나는 의료기관 종별로 역할이 분담되지 못하고 서로 직접 경쟁하고 있다는 것이다. 의료법상 우리나라 의료기관의 분류체계는 크게 의원급과 병원급 의료기관 및 상급종합병원으로 구분하여 의원급은 주로 외래를, 병원급은 주로 입원을, 상급종합병원은 중증질환을 대상으로 하도록 하고 있다. 그러나 현실은 외래와 입원, 경증과 중증을 구분하지 않고 진료를 제공하고 있는 실정이다. 줄어들고는 있지만 의원급에서도 상당한 비중(전체 의료기관 입원 급여비의 9.5%)의 입원진료를 제공하고 있다. 반면 전체 의료기관 중에서 병원급이 차지하는 외래 급여비 비중은 2004년 22.0%에서 2009년 30.9%로 계속 증가하였다. 환자들 또한 KTX 등 교통발달과

생활권 확대에 힘입어 수도권 대형병원으로 몰리고 있다. 민간 중심의 의료공급체계 덕분에 단기간에 인프라를 확충하고 풍부한 전문의로부터 수준 높은 의료서비스를 쉽고 편리하게 받을 수 있는 것은 우리나라 보건의료체계의 강점이지만 궁극적인 목표인 국민의 '건강'을 제대로 그리고 비용효과적으로 지켜주는 시스템인지 되짚어볼 필요가 있다.

말은 제주도로 사람은 서울로 가야 한다, 모로 가도 서울만 가면 된다는 옛말이 있었고 대형화·고급화는 분야를 가리지 않는 추세이지만 과연 문제는 없는 것인가? 의료기관을 분류해 놓은 것은 각각 차별화된 서비스를 제공하고 서로 보완역할을 함으로써 자원을 효율적으로 활용하고 각 영역의 발전을 도모하기 위함이다. 그런데 분류에 관계없이 같은 기능을 중복적으로 제공한다면 각 영역에서 제공해야 하는 충분한 서비스를 만족스럽게 받기도 어렵고 본래 기능과 기술의 발전도 기대하기 어려울 것이다. 의원급과 중소병원, 지역의료의 위축은 결국 국민들에 대한 의료 접근성과 형평성의 훼손으로 이어질 수밖에 없다.

의료자원의 전체적인 활용도를 살펴보면, 2008년 우리 국민 1인당 연간 평균 병의원 방문 횟수와 입원일수는 13.0회와 16.7일로 OECD국가 평균 6.9회, 9.6일의 두 배 수준이다. 이 정도면 의료접근성의 우수성을 넘어 과잉과 중복을 걱정해야할 수준이다. 급성기 병상가동률이 57%에 불과한데도 불구하고 OECD국가 중 유일하게 최근 15년간 연 14,000여 병상씩 증가하여 인구수 대비 병상수(천명당 7.8)가 OECD국가(평균 5.4) 중 3위를 차지하고 있다. 최첨단 장

비의 발전은 소중한 생명을 한명이라도 더 살릴 수 있는 자산이지만 장비와 검사료가 빠른 속도로 늘어나고 있는 것에 대해서도 다시 짚어볼 필요가 있다. 인구수 대비 장비수가 CT는 OECD국가 중에서 두 번째로, MRI는 다섯 번째로 많은데, 과연 효율적으로 활용하고 있는 것인지 품질관리는 제대로 하고 있는 것인지 국민건강에 제대로 도움을 주고 있는 것인지 점검해볼 필요가 있다. 낭비적인 요소와 비효율적인 구조는 국민의 부담을 가중시킬 것이기 때문이다.

또 한편으로 21세기로 들어오면서 우리나라 보건의료는 새로운 도전에도 직면하고 있다. 그것은 바로 인구 고령화와 만성질환, 정신질환, 중독, 신종 전염병과 같은 질병구조의 변화이다. 2000년 고령화사회 진입 후 18년만에 고령사회에 도달할 예정으로 한국은 세계에서 가장 빠른 고령화 국가이다. 생활습관의 서구화는 만성질환 발병 연령을 낮추고 스트레스로 인한 정신질환을 증가시키고 있으며, 예기치 못한 새로운 질병의 출현 가능성도 배제할 수 없다. 이러한 변화는 의료비 지출을 증가시켜 가계와 국가 재정에도 부담을 주고 있다. 아직까지는 OECD국가 평균(GDP대비 8.9%)보다 의료비 지출(6.8%)이 적지만, 의료비 증가 속도는 매우 높아 연평균 증가율('93~'06)이 12%에 이른다(OECD 7.5%).

따라서 보건의료자원을 최대한 활용하여 의료기관 종별로 의료를 합리적으로 공급하고 이용할 수 있는 새로운 보건의료체계를 정립하는 것은 매우 중요하고 시급한 과제이다. 환자의 상태에 맞는 양질의 의료서비스를 효과적으로 제공하기 위해서 그렇고, 앞으로 건강보험 재정

과 보건의료체계의 보장성을 담보하기 위해서는 더욱 그렇다.

합리적인 보건의료체계 확립을 위해서는 우선 의료기관들의 기능을 재정립할 필요가 있다.

의료기관간에 불필요한 경쟁을 지양하고 환자와의 신뢰관계 속에서 안정적으로 전문성을 발휘할 수 있으려면 상호 역할이 의료서비스 기능 중심으로 차별화되어야 한다. 즉 의원은 외래진료, 병원급은 입원진료, 상급종합병원은 중증질환과 연구·교육 기능 중심으로 재편될 수 있도록 제도화해나가야 할 것이다.

역할이 위축되고 있는 1차 의료기관은 국민 누구나 가까운 곳에서 적시에 필요한 의료서비스를 편리하게 받을 수 있도록 본연의 기능인 경증질환, 만성질환에 대한 예방과 관리 서비스를 강화해야 한다. 2차 의료기관은 개방병원 등 특성화를 강화함으로써 의료체계의 허리역할을 강화할 필요가 있겠다. 개방병원제도는 1차 의료기관과 2·3차 의료기관에게 서로 윈-윈(win-win) 전략이 될 수 있다. 병원의 시설과 장비를 개방함으로써 개원의의 시설 투자비용을 절약하고 불필요한 대형 의료기관으로의 환자 집중과 중복진료로 인한 낭비를 줄여 국민의료비를 절감하고 의원과 지역 중소병원간의 관계를 상호 보완적으로 연계할 수 있는 장점이 있다. 상급종합병원의 기능 개선방안에 대해서는 연구와 교육 기능을 대폭 강화하는 방향으로 논의될 필요가 있다. 상급종합병원은 경증 외래환자 진료를 줄이는 대신 신의료기술 개발, 최첨단 임상의료 제공, 해외 의료 수출, 병원간 교류 협력 활성화 등 최상위 의료기관으로의 위상 정립을 위한 대안들이 제시되고 있다.

이러한 의료기관 종별 기능에 부합하는 의료의 제공과 이용 행태를 유도하기 위해서는 의료·회송 체계 개선, 재정적 유인체계 마련 등 관련 제도들도 같이 개선해 나가야 할 것이다.

미국의 경우 자율선택에 의하여 의료전달이 이루어지고, 영국은 매우 높은 수준의 구조화된 전달체계를 보유하는 등 각 나라의 특성에 따라 상이한 의료전달체계를 운영하고 있다. 영국의 전체 의사 중 2/3가 일반의(General Practitioner)인데 반해 우리나라 전체 활동의사 79천명 중 77.8%(’09.12월)가 전문의 자격자이고 환자가 특별한 규제 없이 의료서비스를 받을 수 있는 특성들을 감안할 때 우리나라에 맞는 새로운 전달체계가 만들어질 필요가 있다.

보건복지부는 현행 의료전달체계의 문제점을 다양한 차원에서 진단하고 핵심 개선과제를 도출하기 위해 지난해 12월부터 복지부, 의료계, 학계, 관련기관으로 구성된 「의료기관 기능 재정립 TF」와 올해 6월부터 「일차의료 활성화 추진 협의회」를 운영하고 있다.

다양한 논의와 심도 있는 검토를 바탕으로 빠른 시일 내에 구체적인 방안을 확정하고 단기과제와 중장기과제를 구분하여 단계적으로 풀어나갈 계획이다. 정부는 국민과 의료인이 만족할 만한 제도 개선이 이루어질 수 있도록 최선을 다해 나갈 것이다. 