

Special

의료자원 정책



글·지영건 |
포천중문의대 예방의학 교수

I. 서론

일반적으로 의료자원이라 함은 ‘의료인력’, ‘의료시설’, ‘의료장비 및 물자’를 말하며, 무형의 ‘의료기술 및 정보’도 이에 포함된다. 1970년대까지 우리나라 의료자원의 가장 큰 현안은 양적 공급(quantity)이었다. 물론 의료자원의 양적 수준의 제고를 위하여 정부가 적지 않은 노력을 하였지만, 열악한 정부 재정으로 인하여 의료자원 특히 의료시설의 양적 팽창은 민간 부문에서 주도할 수밖에 없었다. 1970년대 말 의료보장제도의 도입과 1989년 전국민 의료보장시대를 맞이하면서 정부의 의료자원에 대한 정책은 의료자원의 분포(distribution)에 초점을 두게 된다. 보건지소 및 보건진료소 설치, 공중보건역사 배치, 의료 이용의 지역화 및 단계화 등은 1980년대의 의료자원 정책의 주요 방편이었다. 1990년대에는 의료자원에 대한 질(quality)에 관심이 높아지면서 민간영역을 중심으로 의료자

원의 질적 수준 제고를 위한 많은 프로그램과 학술활동이 전개되었다. 2000년대에 들어서 급증하는 의료비의 문제로 인하여 의료자원정책 또한 의료비 통제의 관점에서 접근하는 시각이 없지 않았다.

이 글에서는 의료자원과 관련한 현안이 적지 않지만 그 중에서 ‘의료인력’의 측면에서 전문의와 관련된 현안과 대안, ‘의료시설’의 측면에서 지방의료원을 중심으로 한 공공의료기관의 현안과 대안, ‘의료기술 및 정보’의 관리 측면에서 신의료기술 평가 제도의 현안과 대안을 제시하고자 한다. 물론 이러한 현안과 대안은 새 정부의 의료자원정책으로서 중요하게 검토되어야 할 부문이기도 하다.

II. 전문의 제도

1. 전문의 제도의 현황과 문제점

전문의는 의과대학을 졸업한 의사로서 소정의 수련과정을 거쳐 국가에서 실시하는 자격인정 시험에 합격한 자를 말한다. 관련 법규에 따라 전문의는 해당 전문 과목을 표시할 수 있으며, 종합병원, 수련병원 응급의료센터 등의 허가 요건으로서 특정 전문의가 일정 인원 이상 전속할 것을 요구하고 있다. 또한 건강보험에서는 특정 의료행위를 특정 전문의가 행한 경우 또는 특정 전문의가 전속된 요양기관의 경우에 요양급여비용을 달리 적용하고 있다.

일반의는 법령에서 따로 정의된 바는 없으나, 통상 전문의가 아닌 의사를 일반의라 칭하고 있다. 그러나 국민의 관점에서 전문의는 ‘좀 더 나은 의료기술을 가진 의사’, ‘병을 잘 고치는 의사’로 인식되고 있으며, 의사들의 관점에서는 전문의 자격인정을 받지 못할 경우 ‘능력이 부족한 의사’로 비취짐에 따른 불이익을 우려하며 거의 대부분이 전문의 수련과정을 지원하고 있다.

정부나 시민단체 일부에서는 전문의의 필요성은 인정하면서도 전문의 과다 배출이 의료비 상승의 원인이라고 바라보는 시각이 없지 않으며, 이를 위하여 전문의 비율을 무조

건 낮추는 것이 바람직한 것으로 주장하고 있는데, 이는 아주 심각한 정책 오류를 범할 수 있는 생각이다. 이들은 영국 등 유럽의 일부 선진국에서 일반의의 비중이 높은 것을 예로 들고 있는데, 이들 국가의 일반의는 수년 동안 1차의료에 대한 수련 과정을 마친 자로서, 우리나라의 의과대학 졸업 또는 인턴 과정 수료와는 다른 개념이다. 또한 1차의료라 하더라도 과거와 같이 청진기 하나로 모든 것을 진단하고 해결할 수 있는 시대는 아니므로, 전문의 비중 자체가 문제가 아니라 1차의료 전문의를 오히려 양성하고 그 기능을 강화하여 의료전달체계를 강화하는데 정책의 초점이 있어야 한다.

현재 전문의와 관련된 가장 큰 문제점은 배출되는 전문의들의 전문과목과 활동내용이 국민의 의료 필요(need)에 부합하지 못하고 있다는 점이다. 특히 본인이 수련 받은 전공분야의 능력을 발휘할 기회 없이, 상당수가 전공과 무관한 분야로 개업하고 있다. 이러한 현상이 발생된 원인은 적정 수가로 보상받지 못하는 의료 현실뿐만 아니라, 환자들의 대형병원 선호로 중소병원의 일부 전문 과목 폐쇄가 이어졌고, 그 결과 취업마저 어려워졌기 때문이다. 대형병원에서조차 일부 외과 계열과 응급의학과 등에서는 이러한 낮은 수가와 취업난을 이유로 전공의 지원이 미달되는 실정인어서, 머지않은 시기에 국민의 건강을 심각히 위협하는 상황이 초래될 것으로 예상되고 있다.

2. 전문의 수련 과정 개편

이러한 전문과목별 전문의 수급 문제의 해결을 위해서는 수가 현실화와 의료전달체계의 확립이 근본적인 해결 방안이 될 것이다. 이러한 근본적인 해결방법 이외에도 의료계 스스로가 전문의 수련 제도의 틀을 바꾸는 등 합리적인 전문의 수련 프로그램 개편의 노력이 있어야 하고, 새 정부는 이를 위하여 적극적인 지원이 있어야 한다.

전문 의 수련 제도의 틀을 바꿈에 있어서 미국과 영국의 제도가 참조될 수 있다. 즉, 기본 진료과목을 일정기간 수련하여야만 특정 전문 과목의 수련이 가능하게 하는 방안으로서 내과, 소아과, 외과 등 기본 진료과목을 2-3년 수련한 경우에 성형외과, 정형외과 등의 특정 전문 과목 지원이 가능하도록 하는 것이다. 인턴 제도를 없애므로써 기본 진료과목 전문의가 되는 기간을 단축시키는 방안도 함께 검토될 수 있다. 또한 특정 전문 과목의 전문의가 되는 것이 기본 진료과목의 수련을 전제로 하기 때문에 국민적 의료 필요에 따

른 전문과목별 전문의 수급이 원활할 것으로 기대된다.

또한 기본 진료과목 수련기간 단축 및 분과 전문의(subspecialty)제도 활성화도 고려되어야 한다. 현재 내과, 흉부외과, 피부과 등 거의 모든 전문 과목의 수련과정이 4년으로 획일화 되어 있는데 내과, 소아과 등 기본 전문 과목의 수련기간을 2-3년으로 줄이고, 호흡기 전문의, 소화기 전문의, 심장 전문의 등 분과 전문의를 기본 전문 과목 수련이후의 별도 과정으로 두는 것을 함께 검토할 수 있을 것이다.

3. 전문과목별 전공의 정원 책정 방법 개편

전문의 수는 해당 전문 의료서비스에 대한 국민의 의료 필요에 의하여 수급이 기획되어야 한다. 그럼에도 불구하고 대부분의 수련병원에서는 전공의를 저임금의 의사인력이라는 관점에서 확보하려고 한다. 이에 대한 근본적인 이유는 앞에서 언급하였지만, 그럼에도 불구하고 현재 전문 과목 전공의 정원 책정 방법이 불합리한 측면이 없지 않은지 검토가 필요하다. 대부분의 전문 과목에서는 전속전문의의 수(N)에서 일정한 수(0~3)를 감하여 1년차 레지던트의 수를 정하고 있다. 물론 이외에도 여러 평가 지표가 있으나 전속전문의의 수가 전공의의 정원을 결정하는데 절대적인 기준이 됨은 부인할 수 없다. 이러한 방법은 대형병원일수록 전공의를 독점하는 결과를 초래하며, 수련교육의 질이 오히려 떨어질 가능성도 배제할 수 없다.

이러한 전공의 정원 책정의 방법을 탈피하여 교육부가 대학교의 학생 정원 당 확보하여야 할 전임교원수를 정하는 것처럼 전속전문의 수 대비 수련이 가능한 레지던트(년차 불문)의 총 수를 적용하여 정원을 책정하는 것이 바람직 할 것으로 생각된다.

4. 수련 프로그램 인증제 도입

현재 시행되고 있는 '병원신임평가'와 '수련실태조사' 대신 미국처럼 다수의 병원이 컨소시엄을 구성하는 '수련 프로그램 인증제'로 전환하는 것을 검토할 필요가 있다. 이는 양질의 전문의 배출뿐만 아니라, 수련 이후 1차 또는 2차 의료 부문에서의 역할을 충실히 할 수 있는 틀을 마련하는 정책 대안이라 생각된다.

Ⅲ. 지방의료원을 비롯한 공공의료기관 관리

1. 참여 정부의 공공의료 확충 정책

참여 정부는 2005년 5월 공공보건의료 확충 5개년 추진방안 발표하면서, 주요 내용으로 ‘국립의료원을 특수법인 국가중앙의료원으로 개편’, ‘국립대 병원의 전문 질환센터 운영 및 지역기관에 자문과 기술 지원하는 광역단위 국민보건 주도기관으로 활성화’, ‘지방의료원을 예방, 진료, 재활, 요양 등 포괄적 서비스를 제공하는 지역거점병원으로 육성 지원’, ‘보건소는 건강증진과 만성질환의 사전 관리 등 예방기능에 중점’, ‘특수병원(군병원, 산재병원, 보훈병원, 경찰병원)의 특수성 및 공공성 강화’ 등 5가지 정책을 발표하였다.

2. 지방의료원의 운영 현황

2004년 지방의료원 경영수지분석 결과를 살펴보면, 34개 지방의료원 중 4곳(서산, 홍성, 충주, 마산)을 제외한 30곳이 적자였으며, 4개 흑자 의료원의 경우도 의료수익에서는 손실을 보았으나 의료 외 부대사업(장례식장, 매점 운영수입) 등에서 이익을 보아 흑자를 달성한 것이었다. 구체적인 자료 분석에 따르면 지방의료원을 유사한 규모의 병원과 비교하여 볼 때, 의사 수는 비슷하나 간호사·약사·의료기사는 적고, 행정·관리·시설관련 직원 수가 많으며, 의사직은 공중보건의가 주된 인력인데(10곳은 공중보건의 인력이 60% 이상임) 값싼 의사인건비에도 불구하고 전체 인건비 지출은 과다하였다. 물론, 의료급여 환자비율이 민간병원에 비교하여 높고 비수익의 공공보건의료 사업이 존재한다는 점을 감안 하더라도, 100병상 당 외래 환자 수 42,545명(민간비교병원 50,573명), 100병상 당 조정 환자 수 42,970명(민간비교병원 44,409명) 등 진료실적 지표 또한 저조한 실정이다.

이러한 지방의료원 문제의 원인으로는 첫째, 지방의료원의 정체성 부재로서, 민간기관과의 차별성을 가진 서비스 공급 노력 부재하다는 점, 둘째, 공공기관의 비효율적 경영으로 직원들의 동기 부족하고, 조직문화의 관료화되어 있고, 이용자 중심의 서비스 제공 체계 미흡하다는 지적이 있어 왔다. 따라서 이러한 현황과 문제의 본질은 외면한 채, 국고

를 투입하는 것이 ‘밑빠진 독에 물 붓기’는 아닌지 재고할 필요가 있다.

3. 공공의료기관의 개혁이 필요한 이유

지방의료원을 포함한 공공의료기관의 개혁이 필요한 이유는 다음과 같이 열거할 수 있다. 첫째, 공공의료의 개념이 변화되어야 한다. ‘소유권의 주체가 공공기관이면 공공의료’라는 개념에서 벗어나 ‘공공 재원의 지출 대상이 누구 또는 무엇인가’에 의하여 공공의료의 개념이 정립되어야 한다. 불특정 지역주민들을 위한 보건사업을 지방의료원에서 실시할 이유가 없다고 판단된다. 국가예산을 수반하는 지방의료원 사업의 수혜대상자는 의료급여 대상자, 장애인, 정신질환자 등 의료소외계층에게 최우선권이 주어져야 한다. 국립대학병원이라 하더라도 이러한 역할을 수행하지 않는다면 공공의료라 할 수 없으며, 민간이 설립한 병원이라 하더라도 공공 재원을 이용하여 이러한 역할을 수행한다면 공공의료에 해당할 것이다.

둘째, 민간과의 비교에서 차이가 나는 부분들을 계량화하여 과연 공공의료사업의 의미가 존재하는가를 비교해 볼 필요 있다. 급여수가와 가산율의 차이로 인한 적자 발생분을 어차피 국고로 지원해야 하는 것이라면 애당초 급여수가와 가산율의 차이를 둘 필요가 없는 정책을 국가가 수행하고 있는 것임을 의미한다.

셋째, 공기업 혁신에 따라 지방의료원도 혁신적 개혁과 효율성을 높이기 위한 사회적 요구를 무시할 수 없다. 서비스 제공 능력이 민간보다 좋음에도 불구하고 재정적자가 발생한다는 것은 경영적 측면(인건비지출이 시장의 노동시장 가격과 합치하지 않는다는 등)에 문제가 있음을 의미한다. 반면 수익에서 흑자가 나는 경우에도 민간에게 위탁이나 매각의 사유가 존재한다. 국가가 흑자를 올릴 수 있는 사업 영역을 민간에게 넘기지 않는다는 것도 국가 운영의 특별한 사유가 존재하지 않는다면 문제가 될 수 있다.

넷째, 도시지역 지방의료원을 국가가 운영해야 하는 이유가 불명확하다. 이 지역들은 민간의료기관의 공급이 충분한 지역들이다. 따라서 공공이 해야 할 필수 업무 수행을 위한 기관으로 재편성 하던가 민간위탁 또는 매각하여야 할 것으로 판단된다.

4. 향후 정책 방향

앞에서 언급한 ‘공공의료기관의 개혁이 필요한 이유’를 근거로 다음과 같이 향후 정책 방향을 제안하고자 한다.

첫째, 지방의료원을 비롯한 공공의료기관 목표를 명확하게 설정하여야 한다. 의료서비스 제공은 의료급여 대상자, 장애인, 정신질환자 등 소외계층을 일차적 목표로 하되, 소외계층에 대한 의료서비스 제공 이외에도 국가가 마땅히 해야 할 의료서비스 영역을 선정하고 시설투자 또는 민간 위탁에 대한 효율적인 재원 활용계획 추진하여야 한다. 비금전적 장벽(non-monetary barrier)으로 인해 민간 의료제공자의 공급부족이 장기간 발생하거나 발생할 가능성이 있는 지역에 대한 의료공급의 역할이 그 예가 될 것이다.

둘째, 지방의료원을 비롯한 공공의료기관 경영평가 방법의 전환과 시설투자를 신중히 결정해야 한다. 공공의료기관의 확충은 비효율성 증대 및 욕구 충족의 비탄력성 등의 문제점을 동시에 고려하여 결정되어야 하며, 공공의료기관의 역할이 불요불급한 영역에서는 민간의료기관과의 대체성을 고려하여 확충을 신중히 결정해야 한다.

셋째, 지방의료원을 비롯한 공공의료기관과 민간의료기관과의 연계시스템 마련이 필요하다. 의료의 영역은 매우 전문화된 분야들이 많아서 모든 진료영역의 문제를 공공의료기관에서 해결할 수 없다. 민간위탁을 통하여 흔히 않은 질병들에 대한 진료문제를 해결할 수 있는 연계체계를 마련하고, 이를 예산에 미리 반영해야 한다.

IV. 신의료기술 평가와 인정

1. 신의료기술 평가와 인정 제도의 현황

2006년 10월에 개정된 의료법에서 신의료기술의 평가와 이에 대한 절차가 명시되었으며, 2007년 4월 28일부터 제도가 시행되었다. 그리고 신의료기술의 평가를 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회를 두었으며, 보건복지부장관은 평가의 결과를 건강보험심사평가원에 통보하도록 하였다. 신의료기술의 평가에서 초점을 두는 것은 의료행위의

안전성, 유효성이며¹⁾, 이것이 입증되면 심사평가원에서 비용-효과성을 판단하여 급여/비급여 여부를 결정하는 것이 제도의 요지이다.

2. 신의료기술 평가와 인정 제도의 문제점

첫째, 신의료기술의 평가 절차에 대한 문제점을 지적할 수 있다. 평가기준인 안전성, 유효성(효과성), 비용-효과성은 구분해서 검토할 수 있는 것이 아니다. 모든 의료기술은 100% 안전하다, 유효하다, 효과가 있다고 할 수 있는 것이 아니며 상대적인 개념이다. 예를 들어, 어떠한 진단 기술이 이전의 기술에 비하여 민감도(sensitivity) 또는 특이도(specificity)가 떨어진다고 하더라도 비용이 적다던가, 또는 간편하게 환자에게 적용할 수 있다면, 선별검사(screening)의 목적으로 적합하게 적용할 수 있다. 그럼에도 불구하고 의료기술의 평가가 양분된 배경에는 안전성과 유효성(효과성)에 대해서는 보건복지부의 보건 의료정책본부 의료정책팀이, 비용-효과성에 대해서는 보험연급정책본부 보험급여팀이 주관하는 양분된 업무 분장도 한 몫 하였을 것으로 생각되어진다.

둘째, 식품의약품안전청과의 역할이 중복되고 있다. 그리고 의료행위의 상당수는 새로운 의료기기 또는 의료기기의 적응증의 변화를 전제로 하고 있는데, 식품의약품안전청의 승인이 신의료기술의 인정을 의미하는 것도 아니고, 신의료기술의 인정이 식품의약품안전청의 승인을 대신하는 것도 아닌, 양립되는 제도의 모순을 가지고 있다.

3. 신의료기술 평가와 인정 제도 개편의 방향

첫째, 의료기술의 전문적 평가 영역은 의학계 자율성에 맡기고, 보건복지부와 심사평가원은 그 역할을 고유의 영역에 국한하여야 한다. 이를 위하여 대한의학회는 신뢰를 받을 수 있는 신의료기술 평가의 능력을 갖추어야 한다. 현재 이렇게 신의료기술의 평가 역할을 관(官) 중심으로 바뀌게 된 배경에는 대한의학회 등 전문가들의 평가가 공정성과, 객관성을 잃었다는데 있으며, 또한 그들의 평가의 기준이 객관적 증거(evidence-based)보다는 의견중심(opinion-base)이었다는 문제점을 가지고 있었다.

1) 의약품과 의료기기의 안전성, 유효성은 식약청에서 수행하고 있다.

둘째, 심사평가원의 보험 급여 여부는 신의료기술의 우선순위와 보험재정의 형편이 중요 판단 기준이 되어야 한다. 앞서 언급하였듯이 모든 의료행위는 안전성, 유효성(효과성), 비용-효과성이 '있다', '없다' 가 아닌 상대적인 우선순위의 개념으로 접근하여야 하며, 따라서 심사평가원의 급여여부판정은 이러한 우선순위에 기초하여 보험의 재정을 감안하여 정하는 것이 타당하다. '식대의 급여화' 와 같이 정치적인 이유로 선심적인 보험급여를 추진하거나, 비용-효과가 있다면 보험재정을 염두에 두지 않고 급여화 하는 것은 지양해야 할 것이다.

V. 맺음말

지금까지 '새 정부의 바람직한 의료정책 방향과 과제' 라는 주제 하에 의료자원 정책에서의 주요 현안과 대안을 제시해 보았다. 물론 이러한 문제점의 인식과 대안은 사람마다 다른 관점에서 볼 수 있다. 그러나 '국민의 정부' 와 '참여 정부' 가 추진해온 의료자원 정책의 주요 부분이 이데올로기의 시각에서 다루어지지 않았는지, 과연 국민의 입장에서 실효성이 있는 정책이었고 적절한 국고 투입이었는지 재평가가 있어야 하며, 새 정부에서는 이들 중 잘못된 정책 노선과 방향은 과감히 수정될 것으로 기대한다. **KHA**