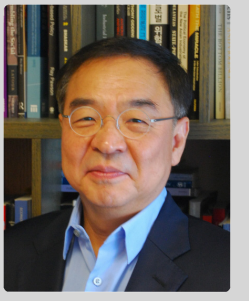
필수의료 영역의 국제 동향과 한국의 현황

김 춘 배
연세대 원주의과대학
예방의학교실 교수
빈곤문제국제개발연구원
kimcb@yonsei.ac.kr

정 무 권
연세대 정경대학
글로벌행정학과 교수
빈곤문제국제개발연구원
chungmk@yonsei.ac.kr



〈편집자 주〉 생명이 위급한 환자의 치료를 위해 반드시 갖춰야 할 필수의료시스템에 대해서 요즘만큼 국민적 관심이 큰 적이 없다. 전문가들은 필수의료 영역에서의 구조적 모순이 한계에 이르렀다고 하나같이 입을 모으고 있다. 중증외상센터의 적자가 수십억 원에 이르고, 연평균 50억 원의 진료비가 삭감당하고 있다. 신생아중환자실도 병상당 6,000여 만 원의 적자를 보는 등 진료를 하면 할수록 적자가 쌓이는 상황은 비슷하다. 이처럼 필수의료 영역은 수익을 내지 못하고 업무강도는 센 곳이다 보니, 숙련된 인력을 구하기도 무척 어렵다.
이에 다른 나라들은 필수의료를 어떻게 바라보고 있는지 살펴보고, 우리의 현황을 개괄해 봄으로써 문제해결의 실마리를 찾아보고자 한다.

1. 들어가는 말

2016년 우리나라 사망원인 통계에 의하면 사망자 수는 28만 1천 명 정도로 10대 사망원인이 전체 사인의 69.5%를 차지하며, 이는 악성신생물(암), 심장질환, 뇌혈관질환, 폐렴, 고의적 자해(자살), 당뇨병, 만성 하기도질환, 간질환, 고혈압성질환, 운수사고 순이었다. 10년 전에 비해 순위가 상승한 사망원인은 심장질환(3위→2위), 폐렴(10위→4위), 만성 하기도질환(8위→7위)이고, 하락한 사인은 뇌혈관질환(2위→3위), 당뇨병(4위→6위), 운수사고(6위→10위), 간질환(7위→8위)이었다. 이런 연대기별 사망원인의 변화 추이에는 여러 가지 관련 요인들이 영향을 미쳐왔겠지만, 거시적 측면의 보건의료정책을 포함한 우리 사회의 보건의료체계의 사전적 대비 및 대응으로도 고려해 볼 수 있다. 즉, 생명이 위급한 응급 또는 중중환자의 치료를 위해 반드시 갖춰야 할 필수의료 시스템이 얼마나 잘 갖추어져 있느냐 하는 것은 '예방적으로 피할 수 있는 사망'을 어느 정도 줄일 수 있느냐와 직결되어 있기 때문이다. 이는 국제보건 차원에서 선진국으로서의 간접적 척도이자 의료서비스의 질적 수준을 대변하기에 바로 국가의 위상에 해당하게 된다.

최근 국내외 언론을 통해 보도된 이화여대 목동병원 신생아 사망사건을 비롯해서 석해균 선장과 귀순한 북한병사 사건, 대구 장중첩 소아 사망사건, 전주 두 살배기 외상환자 사망사건 등이 국민적 관심 속에 사회적으로 크게 이슈가 되고 있다. 또 갈수록 분만실이 줄어드는 상황에서 분만인프라가 붕괴되고 있을 뿐만 아니라 신생아실 근무인력의 결핵감염이 계속 발생해 병원감염 문제도 심각해지고 있다. 관계 전문가들은 권역응급의료센터, 중증외상센터, 중환자실, 분만실 등 소위 필수의료 영역에서의 구조적 모순이 한계에 이르렀다고 경고하고 있다.

생명이 위급한 응급 또는 중증환자의 치료를 위해 반드시 갖춰야 할 필수의료 시스템이 얼마나 잘 갖추어져 있느냐 하는 것은 '예방적으로 피할 수 있는 사망'을 어느 정도 줄일 수 있느냐와 직결되어 있다.

매번 사건이 발생했을 때 개인과 개별 의료기관만의 잘못으로 치부하고 문제에 접근할 경우 근본적인 해결책이 되지 못한다는 것이다. 중증외상센터의 적자가 수십억 원에 이르고, 연평균 50억 원의 진료비가 삭감당하고 있다. 신생아중환자실도 병상당 6,000여만 원의 적자를 보는 등 진료를 하면 할수록 적자가 쌓이는 상황은 비슷하다. 수도권 대형병원의 중환자실 원가보전율도 50%에 그치고 있다는 보고도 있다. 이처럼 필수의료 영역은 현재의 보건의료체계 하에서 수익을 내지 못하지만 오히려 업무강도는 매우 센 곳이다 보니, 숙련된 인력을 구하기도 무척 어렵다.

이에 필수의료 영역의 국제적 동향과 작금에 처한 우리나라의 현실을 조명해봄으로써 문제 해결의 실마리를 제안하고자 한다.

2. 필수의료 영역의 국제적 동향

『건강을 위한 70년의 동반 협력: 세계보건기구와 대한민국』 보고서의 연대기적 분류에 의하면, 우리나라의 보건의료 발전을 해방 이후 현재까지 크게 '절대빈곤 극복과 감염병관리시대(I기)', '경제 도약과 모자보건시대(II기)', '경제 성장과 일차보건의료시대(III기)', '경제 부흥과 건강증진시대(IV기)'로 구분하고 있다. 개발도상국들이 직면해 있는 보건의료자원의 부족을 해결하기 위해 초기에 대부분 각종 보건의료시설의 확충과 보건의료인력의 개발에 집중적인 지원을 하듯이 우리 정부 또한 필수 의료서비스를

제공하기 위해 1950년대에는 미국사업대표단(USOM)을 통해 다수의 보건소와 (지역사회) 의원 신축을 위한 재정 지원을 했으며, 1960~70년대에는 WHO/ UNICEF를 통해 광역 및 기초지방자치단체 수준에서의 일차보건의료(모자보건 포함) 강화를 위한 시범사업을 추진한 바 있다. 이 후, 1978년 알마아타 선언에 의해 필수 보건의료서비스(essential health services interventions) 영역이 제시되어 정치적·사회적 권리로서의 건강을 구현하기 위한 일차보건의료 체계를 더욱 포괄할 수 있도록 정부의 노력을 가시화하는 계기가 되었다.

UN은 개발도상국을 향한 2000년 '새천년개발목표(MDGs)'의 천명에 이어 선진국을 포함한 모든 국가들의 공동 참여의 계기를 마련한 2015년의 '지속가능한 개발목표(SDGs)'를 채택하면서 보다 다양한 국제협력을 촉구하고 있다. 이는 많은 국가에게 세계질병부담(global burden of disease study)이 여전히 감염병뿐만 아니라 만성질환(NCDs)에 의한 이중부담(double burden)에 노출되어 있음을 반증하는 것이다. 반면에 2014년 암스테르담에서는 국제적십자사 등 국제기구 및 국제외과협회(Association for Academic Surgery) 등 관련 학회·협회들이 공동으로 "보건의료자원이 부족한 상태에서의 외과적 수술(Surgery in Low Resource Settings)"이란 주제로 국제회의를 개최하여 '필수 외과서비스에 대한 암스테르담 선언(Amsterdam Declaration on Essential Surgical Care)'을 발표하고 중환자의학(Critical Care Medicine) 영역에 대한 관심과 투자를 촉구하고 있다(표 1). 물론 필수 외과서비스의 부족은 2015년 세계보건기구 총회의 주요 아젠다로 다루어져 그 해결책으로 보편적 의료보장(universal health coverage)의 한 영역으로서 응급의료서비스, 필수외과서비스 및 마취통증의료서비스의 강화가 필요하다고 강조하였다.

▌표 1. 필수 외과서비스가 필요한 질병 및 치료방법 ▌

질병	치료방법
Obstructed labour	Caesarean section, Symphysiotomy, assisted or manipulative delivery
Severe uterine bleeding	Evacuation of retained products of Placenta, B-lynch suture, repair of uterine perforation
Surgical infections	Incision and drainage of abscess, fasciotomy, dental extraction, tympanotomy, bone drilling, arthrotomy
Severe wounds (including burns)	Debridement, hemostasis, suturing, escharotomy, skin grafting
Severe head injury	Management of head injury, cranial burr holes, elevation of depressed skull fractures
Airway obstruction	Management of compromised airway, tracheostomy, cricothyroidotomy, removal of foreign body
Chest injury and infections	Intercostal drainage, thoracostomy
Acute abdomen	Emergency laparotomy including appendicectomy
Fractures and dislocations	Reductions of fractures and dislocations, casting and splinting, external fixation
Severe limb ischemia, sepsis and injury	Amputation
Urinary outflow obstruction	Suprapubic catheterization
Hernia	Hernia repair
Cataract	Cataract extraction and intraocular lens insertion
Clubfoot	Casting and splinting, tenotomy
Simple cleft lip	Cleft lip repair

출처: Botman M 등. The Amsterdam Declaration on Essential Surgical Care. World J Surg 2015;39(6):1335-40.

3. 우리나라 필수의료 영역의 현황

암스테르담 선언에 의한 필수 외과서비스(수술)는 대부분 조기에 신속하고 정확한 집중치료만이 회복 가능성을 높여 사망을 줄일 수 있는 응급환자 또는 중환자에게 해당된다. 이러한 응급환자나 중환자는 신체의 변화를 감시할 수 있는 의료장비와 유효한 치료를 할 수 있는 경험 있는 전문진료팀으로 구성된 (응급실, 전용 수술실 등 이외에도) 중환자실이 전국적으로 골고루 갖추어져야 한다. 1977년 의료보험을 처음 도입한 우리나라는 보험 가입 대상 인구를 점차 늘려오면서 12년째인 1989년에 전국민 의료보험으로 확대하였고, 그 이후로는 항목별 또는 상병별 보장성 강화 및 본인부담상한제 등 비용접근방식을 적용해 왔다. 필수 외과서비스의 핵심 영역인 우리나라 중환자의학의 시작은 다른 선진국과 비슷한 1980년부터 시작해 왔으나 그 수준은 매우 뒤떨어져 있다. 의료사회 전반적인 측면에서, 인프라에 해당하는 중환자실을 운영하는 병원은 2008년 현재 308개로 추정되고, 전담인력인 중환자의학 세부전문의도(8개 전문 학회 전문의 배경을 가진 1,040명이) 2009년에 첫 배출된 바 있다.

무엇보다도 국내 중환자의학의 부실 요인으로 우선 필수 외과서비스(중환자서비스) 운영에 따른 재정손실을 들 수 있다. 2008년에 중환자실 병상료를 개선하기 위한 병상료 차등등급제가 시행되었어도 원가(등급별 30~50% 추정)에 미치지 못하며 상위 등급을 유지할수록, 즉 제대로 질관리를 적정 수준 유지하면서 운영할수록 적자의 폭이 커지는 의료체계로 되어 있다.

국민건강보험공단이 기본급여 묶음 또는 의료보장 묶음 개념을 사용하면서 "모든 국민에게 지불능력과 관계없이 치료서비스가 제공되어야 하는 의료적 상태/조건의 목록"이라는 '필수의료(reasonable and necessary service)' 정의를 반영한 필수의료 중심의 보장성 강화방안을 2011년에 도입한 바 있다. 또한 보건복지부가 2012년에 필수의료서비스(응급·분만·신생아) 개선을 위해 총 3,040~3,340억 원(건강보험 약 1,800~2,100억 원, 응급의료기금 등 1,240억 원)의 투자방안을 제시한 것은 고무적이다. 이는 응급의료서비스 개선방안(중증응급환자의 중증질환 최종 치료, 응급실 진료 적정화, 소아야간 외래진료 확대)과 산모·신생아를 위한 안정적 분만진료체계 구축(분만인프라 지원, 고위험 산모·신생아 지원, 출산 관련 검사 등 지원)으로 구성되었다.

최근 일부 언론에서 보도된 다수의 사건들은 빙산의 일각에 불과한 편이다. 권역외상센터의 수많은 구조적 문제점들이 해결의 실마리를 못 찾고 여전히 방치되어 필수의료서비스 영역이 과거보다 더 심각히 위축되고 있다.

하지만 금년 벽두에 개최된 "대한민국 의료, 구조적 모순을 진단한다: 중증외상센터와 중환자실 실태를 중심으로"라는 주제로 모인 토론회에서의 발표 내용을 숙고해보면 최근 일부 언론에서 보도된 다수의 사건들은 빙산의 일각에 불과한 편이다. 세계적으로 유래 없이 자랑할 만한 의료접근성을 담보하고 있는 보험제도임에도 불구하고, 2017년 말 건강보험 빅데이터 자료에 의하면 인공호흡기 치료를 받은 중환자의 사망률이 27%~79%까지로 병원간 큰 격차 발생하였다. 2012년부터 정부로부터 지정받아 운영되는 권역외상센터의 수많은 구조적 문제점들이 해결의 실마리를 못 찾고 여전히 방치되어 필수 (외과)의료서비스 영역이 과거보다 더 심각히 위축되고 있다.

4. 나가는 말

2018 평창 동계올릭픽과 패럴림픽대회의 개최로 우리나라는 4대 주요 국제대회 그랜드슬램을 달성한 6번째 국가에 해당한다. 또한 우리나라는 금년도에 인구 5,000만 명 이상 국가 중 국민소득이 '3만 달러'에 달하는 7번째 국가로 예상되고 있다. 불과 60~70여 년 전에 해외 공적개발원조를 통한 보건의료시설의 인프라 구축을 시작으로 이제는 전국민이 필수의료 중심의 건강보험 보장성을 지원 받는 양적 성장의 기적을 이루어 왔다. 하지만 우리는 외형의 성공에 너무 집착하지 말고, 100세 건강장수시대를 앞두고 보다 더 국민간의 건강불평등이나 (필수 외과서비스를 포함한) 필수의료 영역간의 격차가 발생하지 않도록 국격에 알맞은 지속가능한 보건의료체계 강화를 위해서도 필수의료 관련 보건의료 인프라(시설과 인력 양성) 구축에 국가의 과감한 재투자가 시급한 시점이다.

※ 이 특집 원고는 2016년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구의 일부임. (NRF-2016S1A5B8925203)

참고문헌

[1] 고윤석. 우리나라 중환자 진료: 문제점과 해결방안. 대한의사협회지 2010;53(5):360-361
[2] 고윤석. 중환자의학 세부전문의 제도의 의의. 대한의사협회지 2009;52(5):438-440
[3] 박웅섭 엮음. 학습목표에 맞춘 보건관리. (우리나라 개발원조사업의 경험: WHO 지원을 중심으로). 초판. 보문각. 2017: p.333-339
[4] 박찬용. 중증외상시스템의 현재와 문제점.『대한민국 의료, 구조적 모순을 진단한다: 중증외상센터와 중환자실 실태를 중심으로』토론회 자료집. 2018:p.1-38
[5] 보건복지부. 필수의료서비스(응급·분만·신생아 등) 개선방안 마련. 2012.11.30. 보도자료
[6] 이용균, 신현희, 이정진. 국내 응급의료체계의 문제점과 개선과제. 한국병원경영연구원 연구보고서. 2013:1-183
[7] 최영순. 필수의료 중심의 보장성 강화방안. 국민건강보험공단 건강보험정책연구원. 2011 [2011년도 제47회 한국보건행정학회 후기학술대회 (연제집). p.349-370]
[8] Botman M, Meester RJ, Voorhoeve R, Mothes H, Henry JA, Cotton MH, Lane RH, Jani PG, Heij HA, Ismail EA. The Amsterdam Declaration on Essential Surgical Care. World J Surg 2015;39(6):1335-40.
[9] Chawla KS, Rutkow L, Garber K, Kushner AL, Stewart BT. Beyond a Moral Obligation: A Legal Framework for Emergency and Essential Surgical Care and Anesthesia. World J Surg 2017;41(5):1208-1217
[10] Koh Youn-Suck. How to Enhance Critical Care in Korea: Challenges and Vision. 대한중환자의학회지 2014;29(4):246-249
[11] Skolnik R. Global Health 101. (Essential Surgery Package). 3rd ed. Jones & Barlett Learning. 2016:p.131-132