의료전달체계 권고안의 문제점과 개선방향

좌 훈 정
대한의원협회 보험의무이사
서울정통의원 원장
isolevo@naver.com

1. 들어가며

지난 2015년 우리나라를 강타한 이른바 '메르스 사태'는 대한민국 의료의 민낯을 보여준 재난이었다. 근본적으로는 부실한 국가방역시스템의 문제였지만, '대형병원 및 수도권 쏠림현상'으로 대표되는 의료전달체계의 부재가 수면 위로 크게 드러난 사건이었다. 이에 제대로 된 의료전달체계 마련이 시급하다는 공감대가 이루어져 보건복지부와 의료계, 시민단체 등이 참여한 '의료전달체계 개선협의체'가 구성되었다. 그러나 도중 정부가 바뀌면서 위원장이 바뀌는 등 우여곡절을 겪었고, 특히 작년 8월 초 '문재인케어'로 불리는 정부의 건강보험 보장성 강화 정책이 발표된 뒤 거의 마무리단계였던 의료전달체계 권고 논의가 다시 급물살을 타고 권고안이 제시되었지만, 당사자인 의사들의 강한 반발에 부딪혀 결국 권고문의 최종 합의에는 실패하였다.

그런데 최종 회의에서 권고안 채택이 무산된 후 협

의체에 참여했던 일부 위원이나 단체 등에서 의사들에게 비난을 퍼붓고 심지어 수가를 인하하겠다는 성명서까지 서슴지 않았다[1]. 지난 2년 동안의 논의가 제대로 결실을 맺지 못한데 대한 서운함일 수도 있지만, 정작 의료전달체계의 당사자인 의사들은 황당할 수밖에 없었다. 되짚어보면 의료전달체계의 개편 논의는 선진적인 국가 방역시스템의 구축 외에도 올바른 전달체계의 마련을 통해 나날이 위축되어 가는 일차의료를 살리자는 취지도 동반되었던 것이다. 그러면 지난 2년 간 협의체에서 진행된 논의와 그 결과물인 권고안이 이러한 두 가지를 담아내고 있었는지 검토해보아야 한다.

2. 현황

'국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙' 제2조(요양급여의 절차) 4항에 따르면, '가입자 등이 상급종합병원에서 2단계 요양급여를 받고자 하는 때에는 상급종합병원에서의 요양급여가 필요하다는 의사소견이 기재된 건강진단·건강검진결과서 또는 별지 제4호서식의 요양급여의뢰서를 건강보험증 또는 신분증명서와 함께 제출하여야 한다.'라고 되어 있다. 즉 의원 및 병원급 의료기관에서 1단계 요양급여를 받은 환자가 상급종합병원에서 2단계 요양급여를 받으려는 경우 그 필요성이 기재된 서류, 즉 통상 진료의뢰서로 불리는 것이나 그에 갈음할 수 있는 서류가 필요하다는 것이다(응급환자 등 예외는 있다).

이로써 알 수 있듯 의료전달체계의 기본이 되는 상급병원 의뢰제도는 이른바 일·이차 의료기관으로 불리는 의원 및 병원급에서 삼차로 불리는 상급종합병원으로 가는 경우에만 적용된다. 과거에 시행되었던 권역별 진료지구제도는 폐지된 지 한참 되었다. 삼차로 가는 경우도 환자의 진료의뢰 요구에 대해 거절할 수 있는 근거가 박약하다. 결국 현재 우리 의료제도에는 환자들의 상급종합병원이나 수도권 쏠림 현상을 제어할 장치가 없는 것이다.

더욱이 여타 의료선진국들의 경우 상급종합병원이 외래환자를 보지 않거나 제한적으로 보는 반면, 우리는 경쟁적으로 외래환자, 건강검진환자 등을 유치하고 있다. 그 결과 자칫 입원 환자에 대해 소홀해지거나 상급종합병원이 담당하고 있는 본연의 교육이나 연구의 기능이 줄어들 수밖에 없다.

그럼에도 이들 병원들에게만 책임을 전가하기는 어렵다. 처음부터 제대로 설계되지 못한 상급병원 의뢰시스템으로 인해 좀 더 나은 의료서비스를 갈구하는 환자들이 상급종합병원으로 몰려들 수밖에 없으며, 낮은 의료비 본인부담으로 인해 가격 장벽도 없고 또 좁은 국토와 편리한 교통으로 인해 지역적 장벽도 없다.

결국 현 상황에서 의료전달체계를 만들자면 위의 예시에서 언급한 세 가지, 즉 절차적 장벽, 가격 장벽, 그리고 지역 장벽 중 어느 것이라도(또는 모두) 만드는 수밖에 없다. 절차적 장벽은 일·이차 의료기관에서 일정 기간 치료 후 해결이 안 되는 경우에 한하여 상급종합병원으로 의뢰하도록 하고, 의사에게 그 권한을 주는 것이다. 가격 장벽은 일·이차 의료기관에 비해 삼차를 이용할 경우 매우 높은 의료비를 부담하게 함으로써 반드시 상급종합병원에서 치료를 받아야 할 환자가 아니라면 이용을 억제시키는 것이다. 지역적 장벽의 경우 과거의 권역별 진료지구제도를 부활시키는 것이다. 그러나 어떤 것이든 지금보다 국민에게 의료이용에 불편을 주게 되므로 과연 국민적 동의를 얻을 수 있을지 크게 의문이다.

3. 목적

앞서 언급했던 의료전달체계 개편의 두 가지 목적을 구체적으로 살펴보자.

우선 첫 번째 목적을 보자. 메르스사태 당시 부실한 의료전달체계가 국가적 방역 재난의 중대한 원인으로 지적되었던 것은 감염성 높은 환자들이 아무런 제약 없이 여러 병원들을 전전하고, 심지어 중증 환자들이 있는 대형병원 응급실로 몰려들면서 감염을 확산시킨다는 것이었다. 즉, 환자가 지역사회 일차의료를 거치지 않고 바로 상급종합병원으로 가는 이른바 '대형병원 대도시 쏠림현상'이 집단감염을 악화시킨다는 것이었다.

그러나 이번에 합의를 시도했다가 폐기된 권고안에는 여기에 대한 대책이 없었다. 중대한 집단감염 발생 시 일차의료기관에서 걸러지고 지역사회에서 격리되어야 할 환자들이 여러 병원들을 전전하고 수도권이나 광역시의 대형병원으로 몰리는 것을 막을 아무런 장치가 없다. 감염환자뿐만 아니라 일반 환자들도 마찬가지다. 일·이차 의료기관에서 충분히 진료 가능한 환자들이 상급종합병원에서 치료를 받게 되면 의료비용이 그만큼 증가할 수밖에 없다(시간이나 업무 손실 등은 별개로 하고도). 이는 한정된 자원을 효율적으로 사용하자는 사회보험의 원칙, 건강보험의 취지에도 어긋나는 일이다.

두 번째 목적을 보자. 지난 2004년 약 36%를 차지하던 의원급 의료기관의 요양급여비 점유율이 해마다 급감하여 2016년에는 20% 미만으로 추락했다(19.5%). 반면, 병원급 의료기관의 점유율은 계속 증가하고 있는데, 특히 상급종합병원은 거의 40%에 육박하고 있다. 여기엔 인구고령화나 신약/신의료기술의 증가 등도 기여하지만, 특히 상급종합병원 외래 환자의 요양급여비 급증은 무엇보다 부실한 의료전달체계 때문이라는 것이다.

게다가 의원급 의료기관들은 원가의 70%에도 미치지 못하는 저수가라는 이중고에 시달리고 있다. 연세대 모 연구팀이 2016년 건강보험공단 일산병원의 원가 자료를 근거로 제출한 연구보고서에 따르면, 전체

의원급 의료기관의 요양급여비 점유율 급감과 상급종합병원 외래환자의 요양급여비 급증은 부실한 의료전달체계 때문이다.

의료기관의 평균 추정 원가보전율은 69.6%였고 의원급의 경우 평균이 불과 62.2%였다[2]. 지난 2000년 의약분업 직후 의약품의 조제권을 상실한 대가로 약간 인상되었던 의료수가가 2002년 건강보험재정 안정화대책이라는 미명 하에 도로 인하되었고, 특히 진찰료의 경우 다시 회복되는데 무려 15년이나 걸렸다. 의원급 의료기관들의 주 수입원인 진찰료가 15년 동안 제자리걸음이었으니 당연히 의원 경영이 어려울 수밖에 없고, 그만큼 일차의료는 자리 잡기 어려웠다.

4. 문제점

1) 재정

지난해 말 '의료전달체계 개선협의체'에서 내놓은 초안에서부터 제3차 수정안까지 '수가 적정화는 의료기관 종별 진료비 총액유지를 전제로 한다'고 정하여 비판이 쏟아졌다. 즉, 수가 인상이나 재정 투입 없이 의료기관 종별 내에서, 또는 전체 의료기관 파이 내에서 종별 갈라먹기 식의 배분은 '아랫돌 빼어 윗돌 괴는' 식의 미봉책이라는 것이었다. 제4차 수정안에서도 '재정 중립 원칙'이라는 표현을 사용함으로써 건보재정 투입 없이 의료전달체계 개편을 하겠다는 의도를 드러냈다.

앞서 언급했듯 지금 의원급 의료기관들은 나날이 그 비중이 줄어드는 고사(枯死) 위기에 처해있다. 주 수입원인 진찰료가 제자리걸음인데다 대형병원들처럼 시설이나 장비에 대한 투자도 어려워 경쟁력이 떨

어지고 있다. 과감한 수가 인상 등으로 정책적인 배려를 하지 않는다면 의원들이 일차의료를 담당하기는 날로 어려워질 텐데, 재원을 투입하지 않는 재정중립 상태에서 어떻게 일차의료를 회생할 것인지 의문이 아닐 수 없다.

이후 의사들의 반발이 계속 되자 '가치 투자'라는 명목으로 재정을 추가 투입할 수 있다는 여지를 두었으나, 그 진정성을 믿기에는 부족하였다. 왜냐하면 추가로 투입할 수 있다는 재원 마련에 대한 구체적인 계획도 없고, 그 투입의 방식 역시 비효율적이기 때문이다(아래서 다시 설명). 심지어 이번 의료전달체계 권고안은 일차의료 살리기엔 관심이 없고 오히려 지불제도 개편이 목적이라는 이의도 제기되었다[3]. 나아가 소위 문케어로 불리는 현 정부의 건강보험 보장성강화 정책의 추진 과정에서 건보재정 파탄이 야기될 경우 수가 인상은 없이 규제만 남는 '의약분업의 데자뷰'가 재연될 수 있다는 우려 때문이었다.

2) 기능 분류

우리 의료전달체계의 가장 큰 문제는 일차의료에서 해결 가능한 외래 환자가 삼차의료로 직행하는, 즉 상급종합병원 쏠림 현상이다. 그럼에도 이번 권고안은 이 문제에 대한 해법을 내놓지 못하고 오히려 '기능중심 의료기관 역할 정립'이라는 애매한 말로 의원급 의료기관을 ▲만성질환관리 의원 ▲전문수술 외래 의원 ▲수술실과 베드가 있는 의원 ▲미선택 네 가지로 나눠놓았다. 특히 여기서 '수술실과 베드가 있는 의원'은 이차의료기관으로 분류되며 수가는 의원급으로 적용된다.

수가 인상이나 재정 투입 없이 의료기관 종별 내에서, 또는 전체 의료기관 파이 내에서 종별 갈라먹기 식의 배분은 '아랫돌 빼어 윗돌 괴는' 식의 미봉책이다.

올해 초 대한의사협회가 각과 의사회, 학회 등을 대상으로 여러 차례 열었던 간담회, 설명회 등에서 치열한 쟁점이 되었던 의원급 의료기관의 입원실 존폐여부는 사실 무의미한 갈등만 일으켰다. 현재 일·이차 의료기관들이 서로 같은 역할을 하고 있고 또 그 역사가 오래되어 이제 와서 갑자기 분리시키기 어려운데도, 협의체 권고안에서는 굳이 이를 '기능중심'으로 억지로 분리하겠다는 무리수를 둔 것이다.

권고안에서 ▲미선택을 할 수 있다고 되어있지만, 시간이 지나면 결국 제도 안에 들어오지 못한 유형은 퇴출될 수밖에 없으며, 외과계 의원들의 병상을 강제로 퇴출시키는 기전이라는 것이다. 이는 극심한 저수가로 인한 경영난을 병상을 통해서라도 일부 보전하는 외과계의 특성을 고려하지 않은 것이며, 그에 대한 보상도 마땅하지 않다.

여기서 되짚어봐야 할 것은 일차의료의 정확한 뜻이다. 정부나 언론, 시민단체, 심지어 의료계 내에서도 일차의료의 정의를 혼동하는 경우가 많다. 일차의료는 의료서비스가 필요한 사람이 지역사회에서 가장 먼저 접근할 수 있는 의료다. 이는 단순히 의원급 의료기관의 진료만을 뜻하지 않는다. 입원 치료 역시 일차의료서비스의 일부이며, 외래는 일차의료고 입원은 이·삼차라는 등식이 성립하지는 않는다.

더욱이 우리나라의 경우 전체 의사들의 80% 내외를 차지하는 전문의들로 인해 국민들이 일차의료기관에서 바로 전문적인 진료, 즉 전문적인 수술이나 입원 등 이차의료까지도 제공받고 있다. 이런 상황에서 굳이 일·이차의료기관의 역할 분담은 무의미하며, 정말 필요한 것은 일·이차와 삼차의료기관 사이의 전달체계다. 그런데 이번 권고안은 거꾸로 일·이차를 '기능중심'이라는 이름으로 세분화하고 규제를 만들었으나, 정작 삼차의료기관으로 가는 전달체계는 만들지 않았다.

결국 바람직한 전달체계는 일·이차에서 삼차의료기관으로 가는 전달체계를 만들고 이를 통해 삼차의료기관의 외래 진료를 차츰 줄여나가야 하는데, 권고안에서 여기에 대한 별다른 방법은 없다(절차적 장벽 부재). 삼차의료기관에서 '경증 환자' 외래 진료 시 수가를 깎거나 환자 부담을 높이겠다는 이른바 '가격 장벽'은 이미 효과를 거두지 못한 것이며, '지역적 장벽' 역시 거론되고 있지 않다.

3) 보상

권고안에서 제시한 보상책은 크게 두 가지로 요약할 수 있다. 첫째, '만성질환관리 의원'에 대해 일명 '기능정립 가산방안'을 통해 적정한 수가를 책정하고, 둘째로 '가치 투자' 방식으로 재원을 투입하겠다는 것이다. 예컨대 내과는 '만성질환관리수가', 소아청소년과는 '소아전문질환 및 육아관리수가', 외과의 경우 '심층진찰료' 등 '기능정립 가산방안'을 통해 기존의 수가를 강화하거나 새로운 항목을 신설한다는 것이다.

그런데 구체적으로 무엇을 얼마나 가산할 것인지 정해져있지 않다. 물론 아직은 권고안이라고 하지만 어느 정도 방향성은 설정되어야 하는데, 이 정도로 의사들을 설득하기 부족한 게 사실이다. 기존의 만성질환관리료도 1,970원에 불과하다. 의사들은 지난 메르스사태 때 감염관리료 500원을 주고 국가적 방역 재난에 대한 모든 책임을 의료기관에 떠넘겼던 정부의 행태를 분명히 목도한 바 있었다. 이러한 기능정립 가산 수가 역시 형편없는 수준으로 매긴 뒤, 그에 대한 번거로운 행정 업무가 늘고 책임만 무거워지지 않을까 우려한다.

재원 투입의 방식 역시 신뢰하기 어렵다. 이른바 '가치 투자' 방식은 '가치기반 지불/구매제도(VBP; Value Based Purchase)'를 말하는 것인데, 이는

이번 권고안은 거꾸로 일·이차를 '기능중심'이라는 이름으로 세분화하고 규제를 만들었으나, 정작 삼차의료기관으로 가는 전달체계는 만들지 않았다.

2013년도부터 미국 메디케어(Medicare)에 적용되었던 제도이다. 그러나 미국에서조차 VBP의 효과가 거의 없는 것으로 결론지어지고 있다[4, 5]. 즉, '비용이 절감된 진료의 질이 최선의 진료를 통한 진료의 질보다 나쁘지 않으면 가장 가치가 있다(high-value care)'는 개념인데, 진료비용 절감 및 효율성 평가, 진료적정성(재입원 감소, 사망률, 적절한 약제사용 등)을 주로 따지다 보니 의사의 자율성은 줄어들고 최선의 진료, 포괄적 진료가 어려워진다는 것이다. 이는 입원환자 뿐만 아니라 외래환자에게도 마찬가지로 적용될 수 있고, 의료의 질 제고보다 비용 절감에 초점이 맞춰져 있다. 따라서 재원을 투입하여 일차의료를 살리겠다는 의료전달체계 개편의 방향과는 정반대다.

5. 맺으며

의료전달체계 개편에 있어서 국민들이 명확히 알아야 할 두 가지 사실이 있다.

첫째, 일·이차에서 삼차의료기관으로 가는 전달체계를 강화하려면 필연적으로 환자의 의료기관 선택권을 제한해야 한다. 물론 장기적으로 제도가 정비되면 의료의 합리적 이용을 통해 바람직한 의료 소비문화가 정착되겠지만, 그전까지 당분간 그 절차나 방법이 불편해지는 것은 어쩔 수 없다.

둘째, 지난 50년 동안 이어온 '저부담 저수가'라는 1970년대 개발도상국 모델에서 '적정부담 적정수가'라는 OECD 선진국 모델로 변화되어야 한다. 그

것이 전제되어야 제대로 된 일차의료 활성화가 이뤄질 수 있다. 지금처럼 원가의 70%에 못 미치는 수가를 메우기 위해 박리다매로 진료하고 비급여 진료를 하지 않을 수 없는 상황에선 일차의료의 질이 떨어지고, 의료전달체계 개편이 아무런 효과를 볼 수 없기 때문이다. 따라서 의료수가 현실화를 위해 보험료 인상과 국고지원 확대 등이 동반되어야 하는데, 역시 국민들에게 부담이 돌아온다.

만약 국민들이 이 두 가지에 대해서 동의하지 않는다면, 의료전달체계 개편의 논의 자체가 무의미하다. 진정한 일차의료의 활성화는 국민들이 가장 손쉽게 의료서비스에 접근할 수 있도록 해주고, 그 서비스의 질을 올리는 것이다. 그러기 위해서는 지금 전문의 중심의 의원급 진료를 기능분류를 통해 굳이 일반 진료로 격하할 필요는 없다. 나아가 입원 진료 역시 일차의료에서 행하는 것이 바람직한 경우에는 존치해야 한다.

다만 일·이차의료는 지역사회 외래 중심, 삼차의료는 입원 및 중증질환 진료와 연구교육 중심으로 가는 것이 타당하다. 이에 정부와 의료계, 시민사회단체 등은 국민들의 불편을 최소화하면서 적절한 제도를 통해 자연스럽게 일·이차의료에서 삼차로 갈 수 있는 방법을 모색해야 한다.

참고문헌

[1] 의료계는 권고문 채택 불발에 대한 책임져야 할 것
(http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=1051664)

[2] 수가 원가보전율 62%의 근거 - 연대, 공단 일산병원 원가자료 근거 추정
(http://www.medigatenews.com/news/2623914274)

[3] 의료전달체계 개선의 숨은 의도는…가치기반 지불제도 시행-복지부, 공급자 상대로 제도 참여 유도 후 수가 가감지급 검토(http://www.medigatenews.com/news/2114705738)

[4] Should Medicare pull the plug on value-based purchasing?
(http://www.modernhealthcare.com/article/20161104/NEWS/161109973)

[5] 미국 가치기반 의료시스템 도입에 대한 임상의사의 경험(http://www.medigatenews.com/news/1239443498)
☞ 내용 중 인용 : 미시간대 보건대학원팀은 미국 전체 4546개 병원 중 3525개 병원 자료를 분석한 결과(difference-in-difference 방법 사용, 국립노화연구소 연구용역), 가치기반 의료시스템 도입이 각 병원에서 진료의 질을 향상시키지 못한다고 발표했다(New England J Med, 2017). 또한, 큰 병원일수록 질병 중등도를 감안해도 종류에 관계없이 안전지표(HAC)가 악화돼 가치기반 의료시스템 평가의 타당성에 약점이 노출돼 보완이 요구된다(Am J Med Qual, 2016).