

중소병원 입장에서 바라본 정부의 보건의료정책에 대한 평가

박진규

대한의사협회 기획이사 겸 보험이사
PMC 박병원 원장
jinkyupark@hotmail.com



**염일방일(拈一放一),
우리는 두 마리 토끼를 잡을 수 있을까?**

병원비 걱정 없는 나라를 만들기 위해 정부는 이른바 문재인 케어라는 의료보장성 강화정책을 추진 중이다. 의학적 치료는 소비적이지만 동시에 사회 생활로의 복귀를 의미하는 생산이기에, 예방·진단

및 치료·재활의 국가적 관리가 필요할 수 있다. 따라서 보장성 강화는 복지국가로의 발전과 함께 피할 수 없는 선택이며, 분배와 평등을 지향하는 현 정부의 방향성을 고려할 때 문재인 케어는 자연스러운 정책처럼 보인다. 하지만 장점만을 강조하는 정부의 발표 뒤에 드러나지 않은 다양한 문제점도 들여다보아야 한다.

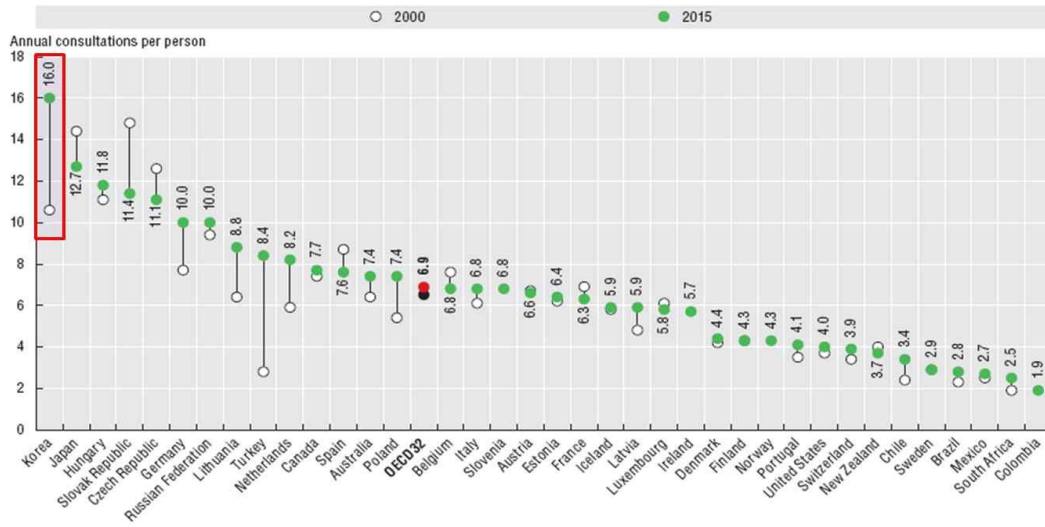


그림 1. Number of doctor consultations per person, 2000 and 2015 (or nearest year) | 자료: OECD Health Statistics 2017.

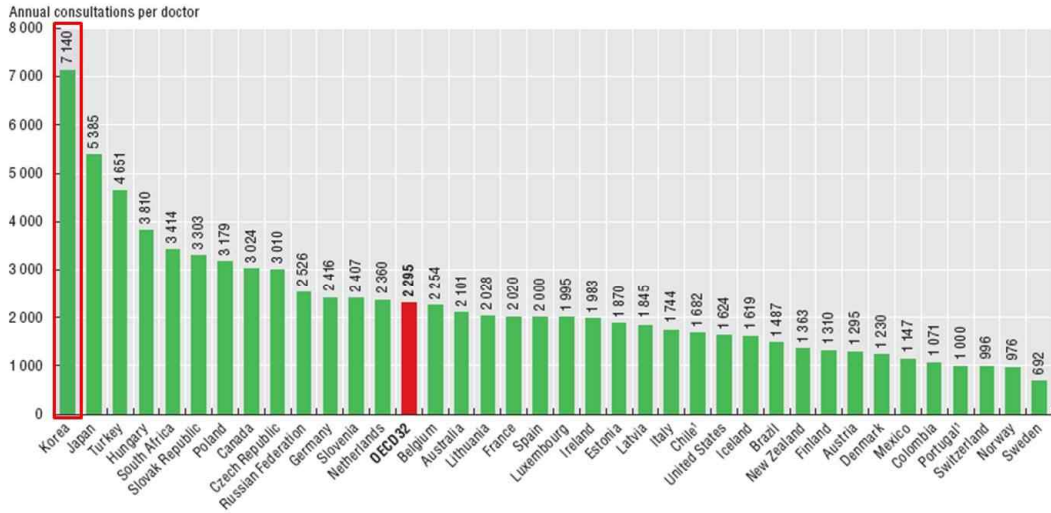
필자는 20년 넘게 병원을 운영하고 있으며 2000년 의약분업 사태부터 현재에 이르기까지 많은 정책 변화를 경험했다. 경험을 바탕으로, 현 정부가 지향하는 의료정책에 대해 의료전달체계, 비급여에 대한 이해, 의료비용에 대한 경제학적·현실적 문제점 등을 분석해보고, 의원급과 종합병원사이에서 정부의 보장성강화 정책의 직격탄을 맞을 것으로 예상되는 중소병원의 어려움과 현실적 문제를 짚어보고자 한다.

의료 재정의 현실, 그리고 문재인 케어가 보여주는 의료전달체계의 미래

우리나라는 공공의료기관의 비중(약 7%)보다는 민간의료기관이 다수(약 93%)를 차지하고 있으며, 공급적 측면에서도 민간의료기관이 대부분을 차지한다. 우리나라는 의료 접근도를 높이고 효율적인 진료 및 관리를 위해 의료전달체계를 운영하고 있

다. 가벼운 질병으로 상급종합병원에서 진료하는 낭비를 억제하기 위해 종별 차등수가와 전달체계가 이뤄지고 있지만, 최근까지도 대형병원 집중현상은 개선할 수 없는 난제로 여겨진다.

보장성 강화정책의 큰 뿌리인 본인부담금 감소를 위해 특진비 폐지가 올해 시행되었고, 상복부 초음파 급여화도 시행되었다. 이는 국민의 입장에서 환자의 본인부담을 낮춰주는 장점을 가지고 있지만, 수요측면에서 보면 대형병원에 대한 접근성을 용이하게 하므로 대형병원 집중현상을 가속화하는 양날의 검이 되리라는 전망이 있어왔다. 2018년 6월 국회 보건복지위 자료에 의하면 이러한 우려는 현실로 나타나고 있다. 올 1~4월의 삼성서울병원·서울대병원·서울아산병원·서울성모병원·세브란스병원 등 이른바 '빅 5'를 비롯한 대형병원의 건강보험진료비 심사실적은 1조 367억 원으로 전년 같은 기간(8,877억 원)보다 16.8% 증가했다. 이는 상위 5개 병원이 전체의 5.7%를 차지하는 것이며, 보장성 강화 정책이 전면 시행될 경우 가격 접근성이 더욱



1. In Chile and Portugal, data for the denominator include all doctors licensed to practice.
Source: OECD Health Statistics 2017.

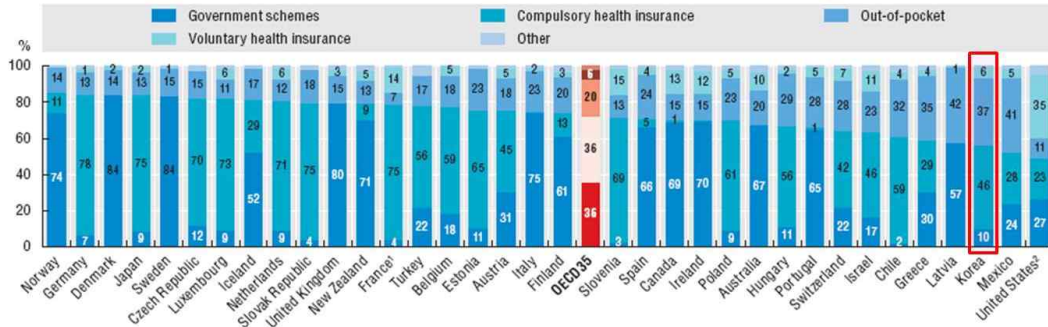
그림 2. Estimated number of consultations per doctor, 2015 (or nearest year) |

낮아져 대형병원 집중현상을 가속화시킬 것임을 보여주는 근거이기도 하다. 이런 대형병원 집중현상은 응급·중증환자 치료 순위를 늦추기 때문에, 국가에서 강제적으로 막거나 경증환자가 대형병원의 이용을 원할 때 본인부담의 현격한 차등화 등으로 개선되어야 하지만, 현실적으로 효과를 기대하기는 쉽지 않다.

우리나라의 의료 시스템은 세계적으로 유례없이 접근성이 낮은 제도이다. OECD 2015년 통계상 우리나라 국민은 1인당 연간 16회의 진료를 받고(그림 1), 한 달에 한번 이상 의사를 만나고 있으며, 이는 고령인구 비율이 가장 많은 일본보다도 많은 횟수이다. 또한 의사 1인당 연간 진료횟수는 7,140회로 OECD 평균의 3배 이상으로 독보적인 1위를 달리고 있으며(그림 2), 동시에 연간 의료비 지출은 2,729달러로 평균 이하에 있다(그림 5). 그럼에도 대형병원 선호 현상은 개선되지 않고 점점 심해지고 있는 것은 우리나라 국민이 전 세계적으로 유달

리 건강하지 못하거나, 너무 이기적이어서 병원을 자주 방문한다는 의미는 아니다. 수요 공급의 원칙 면에서, 비용이 올라간다면 접근이 어려워질 것이고 낮아진다면 더 많은 수요, 즉 진료가 이뤄지게 될 것이다. 따라서 국가적 관점에서 경증 및 통증성 질환보다는 생명과 직결된 중증질환(암성질환, 뇌혈관, 심혈관 질환 등)에 대한 보장성을 우선적으로 강화하고, 다빈도 경증질환과 척추·관절과 같은 통증성 질환 환자가 대형병원의 이용시에 본인부담을 올리는 페널티 제도를 고려하며, 의료기관 중별 역할 기능을 분담시켜 의료 자원의 효율적 배분을 재고할 필요가 있다.

OECD 자료(2015년)에 근거할 때, 국내 의료비 지출 비율은 정부지원 10%, 강제건강보험 46%, 현금성지출 37%, 기타 6%로 구성되어 있다(그림 3). 이는 정부가 주장하는 보장성 강화 정책의 주요한 근거가 되지만, 동시에 국민의 건강에 무관심했던 정부 의료정책의 민낯을 보여주는 근거이기도 하다.



1. France does not include out-of-pocket payments for inpatient LTC thus resulting in an underestimation of the out-of-pocket share.
 2. Spending by private health insurance companies in the United States is reported under voluntary health insurance.
 Source: OECD Health Statistics 2017.

그림 3. Health expenditure by type of financing, 2015 (or nearest year)

위에 언급한 것처럼 우리나라의 의료비 지출은 OECD 기준으로 매우 낮은 수준이며, 이중에서도 정부 지원이 더 낮은 매우 기형적인 제도이다. 이를 근거로 의료보험료를 올리지 않고 OECD 평균정도의 의료비 지출에 맞추려 한다면 정부지원이 얼마나 늘어야 하는지 추정할 수 있다. 정부지출을 5-6배 이상 늘릴 수 있을지, 의료보험료를 4배정도 인상 가능한지 의구심을 가질 수밖에 없다. 의료의 성격을 소비로 보아야 하는가, 공급으로 보아야 하는가, 생산으로 보아야 하는가는 학자마다 다를 수 있으나, 정책의 입장에서는 적어도 의료를 소비재로 보아서는 안 될 것이다.

전하지만 환자의 접근이 가장 용이한 300명상 이하 중소 병원들에 대해서는 상대적으로 무심하게 느껴진다. 가령 종합병원 이상급에서 존재하는 질관리가산금, 안전관리 전담요원, 감염관리 전담인력 등에 대한 가산금 등이 중소병원에는 거의 해당사항이 없거나 별도의 인력을 두기에는 인건비의 증가로 인한 부담으로 매우 힘들다.

2017년에 발표된 요양기관 종별 요양급여현황(2015년) 자료를 보면 병원급에서 더 많은 외래진료와 입원이 이뤄졌음에도 총급여액은 상급종합병

표 1. 요양기관 종별 건강보험 요양급여 실적(2015)

(단위 : 천일, 억원, 천명)

구분	내원일수	급여일수	진료비	급여비	진료실인원
상급종합병원	51,701	126,002	95,021	75,412	7,007
종합병원	84,514	200,375	90,499	68,519	12,212
병원	92,512	146,344	55,711	41,565	13,295
요양병원	55,166	62,206	42,503	32,255	809
의원	520,676	637,764	118,409	88,715	42,888
보건기관	13,515	85,523	1,666	1,288	2,249
조산원	3	3	8	8	1
치과병원	3,573	3,617	1,713	1,036	1,343
치과의원	63,420	63,476	27,564	18,365	19,508
한방병원	5,842	6,487	2,621	1,870	706
한의원	99,109	105,010	20,630	15,690	12,562
약국	485,115	6,209,932	131,523	95,000	44,507
전체	991,076	7,646,740	587,869	439,722	47,267

중소병원의 경영과 비급여

중소병원 경영자의 입장에서 보면 정부의 보장성 강화 정책은 매우 위협적으로 느껴진다. 최근에 쏟아진 정부의 많은 보건의료 정책들은 상급종합병원을 포함한 대형병원들의 수가 상당부분 보

원에 비해 겨우 55% 정도에 불과한 통계를 보이고 있다(표 1). 현재는 입원료를 포함하여, 포괄수가의 경우 전체수가, 병원 평가에 따른 수가 체계, 응급관 리료 등 상당부분이 요양기관의 종별에 따라 차이가 있다. 이런 불합리함은 향후 문재인 케어가 시행 될 경우 더욱 가속화 될 것이고 많은 중소병원을 경 영난에 빠트려 도산시키게 될 것이다. 중소병원들 은 대부분 지역사회를 근간으로 유지되고 있으며, 지역 상황에 맞는 전문의들이 자리 잡고 일·이차 의료를 전담하고 있으므로, 이들이 능력을 발휘하 여 지역사회의 건강을 지키게끔 하여야 한다. 그러 기 위해서는 전문 의료 인력에 대한 적절한 진료 수 가가 책정이 되어야 하며, 그들이 일하는 병원이 재 정에 대한 어려움을 겪지 않아야 한다. 그래야 제대 로 전문의들을 고용하고 환자들을 치료할 수 있는 환경이 된다.

중소병원의 경우 병상 당 직원이 1.5명~2명 정도 이다. 따라서 100병상을 운영한다고 하면 150~ 200명 내외의 직원을 두게 되는데 직원 규모로만 놓 고 본다면 인건비가 지출의 가장 많은 부분을 차지하 는 노동집약형 산업이다. 병실을 두지 않는 의원급 진료에는 인력이 상대적으로 많이 필요하지 않지만 병실을 두게 되면 3교대 간호사와 식당, 야간 관리 인 력, 수술실 등을 갖춰야하기 때문에 인력비중이 급격 히 늘어나게 된다. 인력의 증가는 고정지출 비용의 상승으로 경영의 가장 중요한 압박이 된다. 가령 심 평원 직원 200명이 근무하고 그들에게 지출되는 비 용이 얼마인지 생각해 본다면 급여수가만으로 병원 을 운영하라고 주장하는 것이 얼마나 허황된 것인지 유추해볼 수 있다. 전문병원을 포함한 많은 중소 병원 들은 이러한 현실 속에서 경쟁하면서 일부는 사라지 고 일부는 생겨나는 시장 경제 원리에 따라 작동하고

있다. 이들 모두는 비급여 진료를 행하고 있으며, 현 실적으로 비급여 없이 급여 진료만으로 병원의 유지 는 불가능하다는 것도 잘 알고 있다.

비급여가 양질의 의료인지 아닌지 여부는 논란이 있을 수 있으나 적어도 신의료기술의 입구가 되는 것은 분명하다 생명 연장을 위해 뛰는 최전선에는 새로운 항암제를 비롯한 신약과 신기술이 자리 잡 고 있다. 의학은 본질적으로 과학의 영역에 존재하 며, 의료는 논리적이고 정교한 수학이나 물리학과 같이 근거를 중심으로 하는 과학의 한 부분이다. 하 루하루가 다르게 변모하는 최신 학문이기도 하다. 비급여는 이러한 최신의 급격하게 발전하는 의학적 신기술을 받아들이는 통로이며, 양성자 치료, 중입 자 치료, 최신의 항암제 등의 사용이 이러한 통로를 통하여 결국 양질의 의료와 삶의 질 개선, 수명 연장 이라는 최종 목적지에 이르게 한다.

생사의 문제를 다루는 항암제의 수가와 보험적용 문제는 늘 뜨거운 감자이면서 급여화 이전에 신약으 로서 비급여 처방이 선행되고 축적된 데이터를 근간 으로 비용대비 효과를 고려하여 보험 적용 범위가 넓혀지게 된다. 수가 산정과 처방 범위는 다국적 제 약사와 의료기기 업체, 그리고 의료인과 건강보험 공단 사이에서 팽팽한 줄다리가 이뤄지면서 신의 료기술이라는 통로를 통해 흡수 발전하게 된다. 따 라서 국가적 건강 관리차원에서 비급여를 단순한 경제적 논리로 바라보는 것은 바람직하지 않다.

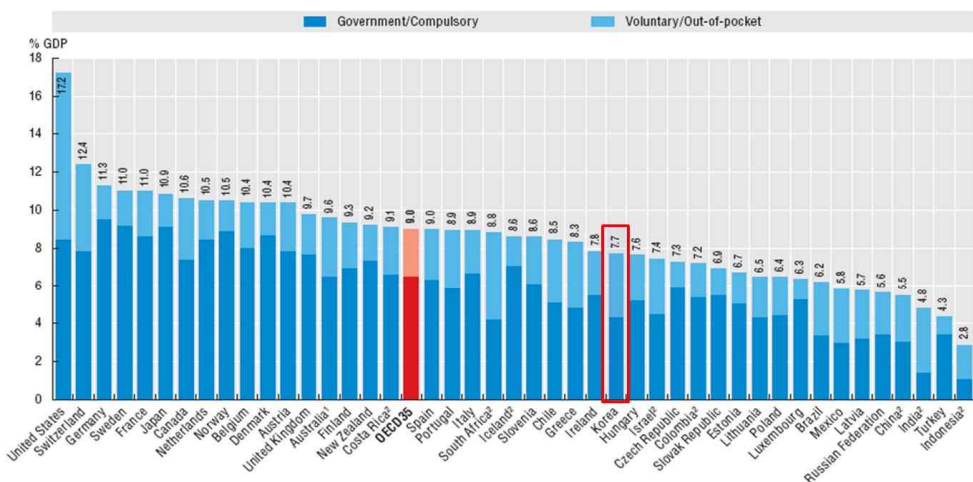
비급여를 바라보는 또 다른 관점은 병원간 차이를 인정하는 사회·경제의 논리가 있다. 비급여는 의료 기관의 시설, 장비, 기술 등에 대한 의료기관의 차별 성을 인정하여 환자의 선택을 유도할 수 있는 제도 로, 획일화된 정액 진료를 강요하는 급여 제도 하에 서 의료행위에 특성화와 개성 그리고 전문성을 부여

하고 의료기관의 차이를 두어 의료의 질을 향상시키는 역할을 해왔다. 예컨대 친절함과 불친절함, 의료 장비의 차이, 편리함과 불편함, 치료의 만족감 등을 포함하여 병원 간의 차이와 환자의 선택을 결정하게 하는 실질적 차이를 두어 직업적 자유를 가능케 한다는 것이다. 동일한 의료 시스템 하에서 병원간의 차이를 둘 수 있고, 환자들의 차별적 선택이 가능해지고 병원의 수익과 재투자는 성장과 의료의 질을 높일 수 있게 한다. 동일한 의료수가 체계에서 병원간 차이를 두고 시장 경제 원리와 의료서비스의 차이를 두어, 전문병원을 포함한 중소병원이 상급종합병원 및 의원과 경쟁하여 생존하는 원동력이 된다.

보장성강화정책의 경제학적 이해

보장성 강화 정책을 현실적인 측면에서 바라보게 하는 비운의 사고가 있었다. 신생아 4명이 동시에 사망하는 이대 목동병원 사고는 부주의한 관리와

감염에 의한 패혈증이 원인으로 추정이 되지만, 결과에 이르기까지의 과정을 되새겨볼 필요가 있다. 신생아 중환자실의 인력 부족, 주사제의 분할 사용, 감염이 된 경위 등을 본다면, 보험공단이나 복지부, 심지어 정부까지 어느 누구도 자유로울 수 없다. 정부는 의료인들에게 히포크라테스 정신과 나이팅게일 정신을 강요하지만, 잠 줄여가면서 환자를 열심히 볼수록 범죄자가 될 확률이 높아진다면 어느 누구도 의무감만으로 일하려하지 않을 것이다. 신생아실에 인력이 부족한 것은 국가가 정한 의료수가가 원가에 미치지 못해서이고, 주사제를 나눠 쓴 것은 과도한 삭감, 지나친 의료비 지출의 통제가 불려온 결과이다. 비운의 사고가 이번에는 신생아실에 국한 되었지만, 구조적 원인을 분석하지 못하고 재원이 부족한 상태에서 보장성 강화 정책이 지속될 때 일반 병실, 수술실, 진료실 등 병원 곳곳으로 확산되어, 비운의 사고가 아닌 일상적인 사고가 될 것이다. 정부의 보장성 강화 정책은 가계 의료비를 줄이고 정부의 의료보장성을 높이면서 양질의 의료



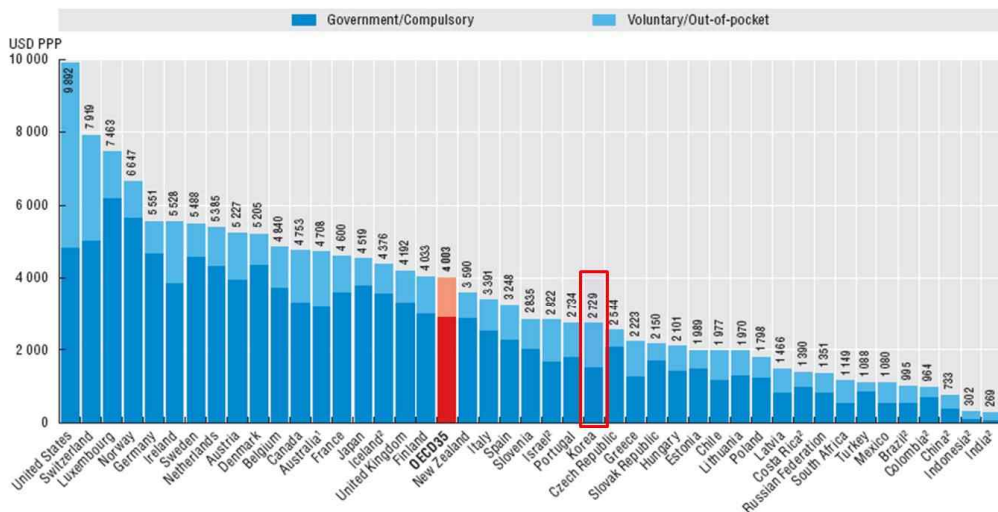
Note: Expenditure excludes investments, unless otherwise stated.
 1. Australian expenditure estimates exclude all expenditure for residential aged care facilities in welfare (social) services.
 2. Includes investments.
 Source: OECD Health Statistics 2017, WHO Global Health Expenditure Database.

그림 4. Health expenditure as a share of GDP, 2016 (or nearest year)

지향하는 것으로 이는 세 마리 토끼를 모두 잡겠다는 것이다. 어떠한 정책이 시행되면 이에 대한 결과를 예측할 수 있어야 한다. 가령 무상의료를 지향점(문케어가 무상의료는 아니지만)으로 하는 정책이 시행된다면, 국민들이 어떤 행동으로 반응할 것인지 예측해야 하고, 최종적인 균형상태가 어떠한 것인지 면밀하게 고민해야 한다. 미국, 북유럽을 포함한 의료선진국을 자처하는 국가에서 의료비 지출이 차지하는 비중은 10%~17%정도라고 알려져 있다. 현재 우리나라의 총 의료비 지출이 약 7%정도이며(그림 4), 총 GDP가 1,600조정도인 것을 감안할 때, 국내 총 의료비 지출은 약 110~120조 가량이며 이 중 40%는 가입자인 국민이, 나머지를 보험공단에서 부담했다고 보면 타당할 것이다.

경제학적으로 공급 수요법칙이 모든 산업에서 적용되지만, 의료는 본인 부담이 줄면 줄수록 총 사용량이 급격히 늘어나는 특징을 보인다. 완전 무상교육이 시행된다고 하더라도 학교를 하루 두 번 가는

사람은 없지만, 의료는 하루에 2번, 3번 의료 쇼핑을 할 수 있다. 즉 본인 부담이 줄었을 때의 수요를 예측하는 것은 무상 교육을 시행하였을 때와는 완전히 다른 것이며, 그 비용을 예측하는 것은 비슷한 상황을 가진 북유럽 국가의 상황을 참고하여야 한다. 의료 서비스이용은 소득 탄력적이며, 소득이 늘어날수록 의료비 지출은 더 많이 늘어나는 특징을 가진다. 따라서 현재의 재원이 충분하다고 말하는 정부의 주장에는 모순이 있고, 내면을 심층적으로 판단해보면 미래에 대한 예측이 상당부분 잘못되어 있음을 알 수 있다. 건강과 복지에 관심이 많아지고, 고령인구가 늘어날수록 의료비 지출이 증가하는 것은 자연스러운 현상이며, GDP의 12~13%정도에 도달하게 된다면 현재의 보험재정으로 감당한다는 것은 불가능해 보인다. OECD 통계를 보면 2016년 기준으로 미국의 1인당 의료비 지출은 9,829달러, 스위스 7,919달러, 룩셈부르크 7,413달러, 노르웨이 6,647달러, 독일 5,551달러 등 OECD 35개국



Note: Expenditure excludes investments, unless otherwise stated.
 1. Australian expenditure estimates exclude all expenditure for residential aged care facilities in welfare (social) services.
 2. Includes investments.
 Source: OECD Health Statistics 2017, WHO Global Health Expenditure Database.

그림 5. Health expenditure per capita, 2016 (or nearest year)

평균 4,003달러를 사용하고 있으나 한국의 경우 2,729달러를 지출하였다(그림 5). 정부는 보장성을 강화하면서 보험료 인상을 최소화하고 의료수가도 적정수준으로 인상하겠다는 달콤한 말을 하기보다, 현실적으로 현재보다 약 3~4배의 의료보험료를 인상해야 이러한 정책이 시행가능하다고 사실을 고백하고 문재인 케어를 진행해야 한다.

마치면서

이데올로기는 훌륭하고, 머릿속에 그림을 그리면 목표는 나오지만, 생활하는 5000만 이기적인 국민들이 어떻게 반응할 것인지 예측하여야 하며, 현실적인 국민의 행동을 예측하지 못한다면 목표는 이뤄지지 않는다. 문재인 케어를 완성하기 위해 보

험료를 3배정도 인상하는데 동의하느냐고 물어보았을 때, 나는 '그렇지 않다.' 라고 답할 것이다. 최고의 명품 바이올린(스트라디바리우스)은 누가 가져야 하는가? 라는 질문에 정의로운 사람이라면 최고의 바이올리니스트라고 답하겠지만, 현실은 가장 부유한 사람이 소유하게 된다. 정의라는 관점에서 좀 더 들여다본다면 최고의 바이올린 연주자를 주장하는 사람이 여럿이라면 누가 최고인지 평가해야하고 평가 항목을 정하는 문제는 많은 이견이 존재하며 누구에게 분배된다고 하더라도 명품을 갖지 못한 다른 사람들의 불편한 편견에 시달려야 한다. 정의로움이 인간의 현실에 적합한지의 문제는 이론의 문제가 아니라 실제적인 문제이며, 실제 상황에서 정부는 국민의 속성, 즉 정책과 사상, 현실사이의 움직임을 이해하여야 한다.