

한국 병원! 무엇이 문제인가

김시완

안암의사회 회원

얼마 전 알고 지내던 『노동사회』 편집실의 윤효원씨를 만났을 때 의료 문제에 대해 글을 쓰고 싶다고 했다. 얼마 후 연락이 왔는데, '병원 문턱은 왜 아직도 높은가'에 대해 써 보라고 했다. 순간 난감했다. 먼저 글을 쓰고 싶다고 했으면서 막상 명석이 깔리니 후회막급이다. 처음 생각은 잘못된 건강상식들을 얘기하고 싶어 말을 꺼낸 것이었는데 힘에 부치는 주제를 꺼안고 말았다.

언제나 문제에 답이 있다고 한다. 우선 던져진 질문부터 해부해 보자. 질문은 크게 3가지로 나누어 볼 수 있다.

첫째, 병원 '문턱'의 문제이다. 흔히 병원 '문턱'이 낮을수록 좋다고 생각하는 것 같다. 하지만 병원의 '문턱'은 무조건 낮아야 좋은 게 아니다. 병원에서 제공하는 의료서비스가 정말로 '필요한 사람'에게 문턱은 '충분할 정도'로 낮으면 된다. 한마디로 이것은 이상적인 의료서비스의 성격은 어떤 것인가의 문제와 연결된다고 생각한다.

둘째, '병원'이라는 구조로 의료서비스를 제공하는 제도의 문제이다. 현재의 제반 여건에선 '병원'이기 때문에 당연히 문턱은 높을 수밖에 없다. 이것은 한국사회는 의료서비스를 제공, 전달하는 체계(의료전달체계)가 대단히 '왜곡'되어 있다는 점과 의료문제의 해결을 시장논리와 자본주의식 경쟁에 맡겨 놓았던 저간의 사정에 기인한다. 또 이 문제는 잘못된 관념, 즉 대규모 '병원' 일수록 의료서비스의 질이 좋을 것이라든지, 고가의료장비가 있어야 제대로 진료를 할 수 있을 것이라는 오해의 산물이기도 하다.

셋째, '왜 아직도 높은가'의 문제다. 이것은 OECD회원국이 될 정도의 경제력을 가졌고, 전국민의료보험도 실시되고 있는데, '왜 아직도 우리에게 병원은 멀기만 한가'라는 분노의 표출로 보인다. 이 문제는 우리사회가 취하고 있는 전반적 의료제도(의료보험 포함)와 '의료비 부담 및 지불방식'의 문제로 보인다.

오늘은 의료전달체계를 중심으로 더 나은 의료서비스를 필요한 사람부터 받을 수 있어야 한다는 점을 얘기하고자 한다.

의료서비스는 '필요한 사람'에게, '적절한 시간'과 '적합한 장소'에서, '사회 부담'에 의해 '높은 수준'으로 제공되어야 한다. 그런데 지금의 한국사회는 '대규모 병원 중심'의 의료체계를 구축해 가고 있는데, 이는 대단히 많은 문제와 한계를 가지고 있다.

의료서비스 '욕구'와 '필요'의 갈등

의료서비스는 크게 두 가지 형태로 제공된다. 외래(통원)서비스와 입원서비스가 그것이다. 병원은 아무래도 심각한 질병을 가진 입원환자중심의 의료서비스를 제공하는 곳이다. 병원은 대단히 '노동집약적 구조'를 가진 곳이라서 (병원내 직종은 수 백 가지라고 한다), 누군가 필요하지도 않은데 과잉으로 이용하고 있다면(일명 나이롱 환자), 정말로 필요한 사람이 이용할 수 없다는 문제가 생긴다.

이런 문제의 발생에는 '욕구'와 '필요'의 갈등이 있다. 의료서비스를 이용하고자 하는 욕구는 아픈 사람 스스로 느끼는 증상의 심각성이나 건강에 대한 가치부여의 차이 등에 따라서 아픈 사람 개인이 (그리고 어느 정도는 사회적으로) 갖게 되는 것이다. 그러나 이 욕구 자체가 바로 필요가 되는 것은 아니다. 의료서비스를 이용할 필요가 있다는 판단은 의료인이라는 전문가들이 해야 한다. 예를 들어 간단한 신체검사와 약물치료만 필요한지, 정밀진단과 치

료를 위해 입원할 필요가 있는지 여부는 전문가들이 판단해야 한다.

일반인들과 전문의료인 사이에 지식과 정보의 수준차이가 클수록 욕구와 필요의 괴리는 커진다. 흔히 의사들 사이에서는 종합병원 외래를 이용하는 환자의 절반은 '닥터 쇼핑'을 하는 건강염려증을 가진 사람이라는 얘기를 한다. 가는 곳마다 몸에 이상은 없다는 얘기를 들으면서도 이 병원 저 병원을 돌며 닥터쇼핑을 즐기는 사람이라는 것이다. 지식이 소수에 독점되어 지식으로부터 많은 사람들이 소외될수록, 게다가 그 소외된 사람이 경제적 여유가 있으면 있을수록 이런 건강염려증을 보이는 경향이 있다. 의료지식이 보다 많이 사회화되고 건강정보가 보다 많이 공개될수록 이 같은 경향과 욕구와 필요의 괴리는 줄어들 것이다.

병원들의 진흙탕 경쟁

이러한 욕구와 필요를 모두 제대로 충족시키려면 의료전달체계가 잘 갖추어져야 한다. 삶의 두 가지 터전인 직장과 지역을 중심으로 적절한 시간과 적당한 장소에서 의료서비스가 제공되어야 한다.

그런데 최근 병원의 의료서비스는 갈수록 외래환자의 비중이 늘어나고 있다. 이에 따라 많은 문제가 파생되고 있다. 한 마디로 지역의 의료전달체계가 파괴되고 있다. 시간과 공간적으로 가까운 직장이나 지역사회에 위치해서 접근하기 쉽고 연속성이 보장되는(예를 들어 각 가정이나 직장에서의 주치의) 중소규모 지역병원들이 종합병원과 수평적 경쟁체계에 놓여 아사하고 있다. 갈수록 종합병원은 비대해지고 있으나 중소규모 병원은 도산하고 있는 것이다. 여기서 몇 가지 용어를 먼저 정리하고 이야기를 이어가자.

현행 의료법에서는 의료기관을 크게 3가지로 구분한다. 종합병원, 병원(한방병원 치과병원 요양병원 포함), 의원(치과의원 한병의원 포함)으로 나누고 있다. 종합병원은 입원환자 100인 이상, 병원은 30인 이상의 수용시설을 갖

시간과 공간적으로 가까운 직장이나 지역사회에 위치해서 접근하기 쉽고
연속성이 보장되는(예를 들어 각 가정이나 직장에서의 주치의)
중소규모 지역병원들이 종합병원과 수평적 경쟁체제에 놓여 아사하고 있다.
갈수록 종합병원은 비대해지고 있으나 중소규모 병원은 도산하고 있는 것이다.

총 경우이다. 그 외는 모두 의원이다. 이외는 다른 분류도 있다. 1차진료기관, 2차진료기관, 3차진료기관으로 나누는 것이다. 흔히 소진료권, 중진료권, 대진료권으로 구분하기도 한다. 대체로 보건(지)소, 의원급은 1차(일반진료), 지역의 중소규모 병원, 지방공사 의료원 등은 2차(전문진료), 종합병원, 대학 병원 등은 3차(세부전문진료)에 해당된다.

이렇게 의료서비스를 1차 2차 3차로 체계를 구분한 이유는 우선 접근하기 쉽게 하고 의료에서 소외되는 지역과 주민이 없도록 하기 위함이다. 실제로 발생하는 질병의 70~80%는 개인의원에서 치료하고 관리(아직 당뇨병이나 본태성 고혈압 등의 만성질환은 확실한 치료법이 없다. 다만 정상 범위로 혈당과 혈압을 관리할 수 있는 방법이 있을 뿐이다)할 수 있다. 물론 몇몇 질환은 개인의원에서는 치료가 불가능하다. 그럴 경우 가까운 지역사회에 지역병원(인구 5만에서 50만 수준)이 있으면 여기서 해결할 수 있다. 그리고 지역병원 수준에서 해결하기 어려운 질환이나 드문 질환은 종합병원(인구 50만~500만 수준)에 의뢰하면 된다.

지역병원의 중요성은 또 있다. 지역에 따라 지역주민의 인구구성(예를 들어 아동 노인의 비율 등)과 직업구성(도시와 농어촌 공단지역과 소비지역 등)에 따라 지역사회의 주요한 건강과 예방, 의료문제가 달라질 수 있다. 지역병원은 지역사회의 특수성에 기반한 질병 발생의 모니터링과 대책을 세우는 중심지가 되어야 하는 것이다.

이러한 지역에 확고히 기반한 의료체계가 종합병원의 수적 증대와 비대화로 인해 근본에서부터 흔들리고 있다. 제도의 미비로 의원 중소병원 종합병원이 서로의 기능을 끊어버리고 무한경쟁에 돌입해 있다. 종합병원은 원래 1차 2차 진료기관의 의뢰서가 없으면 이용할 수 없다. 그런데 종합병원은 가정의 학과에서 1차 2차의 기능을 대행하게 함으로써 환자가 종합병원을 바로 이용할 수 있도록 만들었다.

이렇게 되다 보니 환자들이 '직접' 병원을 선택해 버린다. 결국 의료서비스

이용의 '필요'를 환자들이 결정해 버리는 구조가 되어 종합병원은 '3시간 대기 3분 진료'라는 북새통이 되고 지역사회의 중소병원은 갈수록 왜소하게 된다.

의료인력 시설 장비의 낭비

의료자원(인력과 시설, 장비 등)을 '효율'적으로 이용하는 문제에 있어서도 의료전달체계는 대단히 중요하다. 의료자원은 한정된 것이다. 한정된 의료 자원은 꼭 '필요'한 사람부터 반부나 성별, 직업의 차별 없이 적절하게 분배되어야 한다. 이러한 '분배의 정의 실현'은 한국처럼 상대적으로 높은 의료자원 마련 유지 비용과 낮은 국민의료비 지출을 하는 나라일수록 중요하다.

한국에서는 의료자원을 마련하고 유지하는 비용이 다른 나라에 비해 꽤 높으리라 예상된다. 의사만 하더라도 의과대학 6년, 수련의(인턴) 1년, 전공의(레지던트) 3~4년을 거쳐 전문의가 배출된다. 게다가 상당수가 대학원의 석박사 학위과정(5~6년)을 별도로 거치고 있다. 게다가 군복무(군의관 또는 공중보건의사)기간 3년 3개월까지 더하면 대단한 비용이 든다고 볼 수 있다.

현재 우리나라에는 전문의의 비율이 상당히 높고(92년 현재 전체 면허의사의 55.4 %), 전문과목을 수련 중인 전공의도 약 1만 1천명(전체 면허의사의 약 5~6분의 1)이나 된다. 그런데 실제로 전문의들은 자신이 있어야 할 자리(지역병원이나 의료원 등)에 있는 경우가 50 % 정도에 불과하다. 나머지 절반은 개인의원에 있다. 대부분의 전문과목의 전문의들이 전문의로서 배운 지식과 기술을 발휘할 수 없는 구조에 있는 것이다. 이런 점은 사회적으로는 임청난 낭비요소이고 사회의 의료비를 상승시키는 요인의 하나다.

또한 의료장비가 갈수록 고가, 첨단화하고 있다. 단적인 예로 영국에 몇십 대밖에 없다는 수 십억원이나 하는 CT나 MRI 같은 장비가 한국에 수백대가 있다. 진흙탕 무한경쟁에서 경쟁력의 우위를 확보하기 위해 무분별하게 고가 장비에 과잉 중복투자를 하고 있는 것이다.

영국에 몇십 대밖에 없다는 수십억원이나 하는 CT나 MRI 같은 장비가 한국에 수백대가 있다. 진흙탕 무한경쟁에서 경쟁력의 우위를 확보하기 위해 무분별하게 고가 장비에 과잉 중복투자를 하고 있는 것이다.

개다가 고가 장비를 이처럼 무분별하게 들여오면, 들여오는 비용은 차치하고라도 소위 '공급자 유발 수요'가 발생하여 불필요해도 환자들의 이용을 귀유하게 된다. 현재 의료보험과 병원들 간의 갈등 중에 고가 장비의 무분별한 사용에 따른 이용료 문제가 있다. 결국 고가의료장비의 이용료를 누가 부담할 것인가는 많은 경우가 전액을 환자 본인이 부담하는 것으로 해결되고 마는 현실을 놓고 있다.

이렇게 되다 보니 정말로 '필요' 한 사람이지만 개인의 경제적 능력이 없으면 이용할 수 없게 되고, 장비가 과잉으로 도입되어 있으니 기준을 낮추어 이용료를 의료보험에서 부담할 수도 없는 상황이 되었다.

이처럼 한국의 의료지원을 마련하고 유지하는 비용은 상당히 높은데 반해 한국의 사회보장비(GDP의 4.42 %)는 OECD 29개 회원국 중에서 멕시코(3.83 %)를 제외하면 풀찌다. 스웨덴(38.03 %)의 약 8분의 1, 사회보장비 지출이 상대적으로 낮은 미국(15.6 %)이나 일본(12.4 %)에 비해서도 3분의 1 수준이다. 소득이 한국의 40 % 수준인 터키(7.11 %)보다도 상당히 낮다.

OECD 자료(OECD Health Data 97)의 국민의료비를 보더라도 한국은 92년~95년까지 GDP의 3.9 %선이다. 이렇게 낮은 이유는 사회보장을 위한 정부지출이 대단히 낮기 때문이다. 의료지원을 마련하고 유지하는 비용은 많고, 의료비 지출은 적은 구조라면 사회의 전체적인 의료체계를 보다 효율적으로 재구성하는 일이 시급하다. 그 첫발은 분명 의료전달체계를 바로잡는 일이다.

누구라도 잘못된 의료제도와 의료인들의 관행에 대해 다짜고짜 한바탕 매질을 하기는 쉬운 일이다. 오히려 문제는 도대체 어디서부터 손봐야 할지 모를 정도로 망가진 우리의 의료현실과 가야할 길은 멀고 힘든데 칫걸음을 때기는 그리 만만치 않다. 다음에는 '시장과 의료'에 대해 쓰고자 한다. 읽는 이 모두에게 건강을! ♦