

기존 의료전달 체제와의 관계 민간의료기관/공공 의료기관

고려대학교 의과대학 구로병원 혈액종양내과

김 준 석

우리나라는 사회보험형 전국민의료보험제도와 민간위주의 의료공급체계가 상호작용하는 복지지향형 의료보장제도로 1977년 의료보험 도입후 12년 만인 1989년에 전국민의료보험이 실시되었고 현재 국민건강보험으로의 통합을 추진 중이다. 1989년 전국민의료보험제도의 도입과 의료전달체계를 통해 모두 양질의 의료 서비스 제공이 이루어 질것으로 희망 하였으나 주요선진국과 비교시 국민건강 수준과 삶의 질 수준은 아직 충분하지 못한 상태이고 아직도 지역간 계층간, 도시와 농촌간의 불균형적인 분포를 보이고 있다. 현대의학의 문제점으로 대두되고 있는 고비용화, 비인격화, 의료효과의 과대선전 등으로 '보다 소수의 사람을 위한 보다 수준 높은 의료'를 지향해 온 것을 인정하지 않을 수 없다. 누구에게나 해당되는 죽음과 말기 고통이라는 보편적인 의료 문제보다는 고도의 기술과 고급인력, 고비용을 요구하는 의료에 많은 투자가 이루어졌다. 이러한 급성 의료시설(acute care setting)인 이차, 삼차 병원의 병실에 장기간 입원함으로써 의료기관과 환자측의 비효율적 시설 이용이되고 이에따른 경비 부담을 겪고 있는 실정이다. 따라서 의료자원의 효율적 활용과 분배라는 관점에서도 호스피스와 완화의료 나름대로의 전달체계를 확립할 필요가 있다. 우리나라도 평균수명의 연장(1995년 평균수명은 남자는 69.5세, 여자는 77.4세)과 질병양상이 만성질환 위주(만성질환 유병률 1995년 24%, 암 유병률 23%)로 전환되는 추세이다. 그럼에도 의료인력구조, 의료기관의 기능 및 의료보험의 보상체계가 질병 치료 중심으로 제공되고 있다. 기존의 의료전달체계가 일차, 이차, 삼차의료기관으로 나누어져 있긴 하지만 모두 급성의 질환의 치료에 초점이 맞추어져 있다.

1997년 현재 의료기관은 16,079개소(병원급이상 837개소)이고 병상규모는 209,303개로 인구 10만명당 병상규모는 459.6병상이며 병원급 의료기관의 병상이용률이 급격히 저하 추세임에도 현재 병상의 90.8%가 도시지역에 편재되어 있으며 요양시설 호스피스시설 및 전문병원, 낮병원 등 새로운 의료서비스 수용시설은 부족한 형편이다. 근대의 우리나라 의료제는 민간위주의 의료공급체계를 정부가 행정적 규제와 의료보험제도를 통해서 관리하고 있는 형태로 민간 의료기관이 주도적 역할을 해왔다. 현재는 시장경제의 발전 및 가족형태와 생활양식의 다양화에 따른 사회의 민주화, 개방화, 다원화, 특히 인구, 경제 및 사회구조의 변화와 더불어 의료의 요구 및 이용 양상이 달라지고 있다. 뇌혈관질환, 암(암이 우리나라의 사망원인의 1위이며 남자에서 악성 신생물에 의한 사망률은 1993년 10만명당 99.9명, 여자의 경우는 10만명당 34.7명), 고혈압, 당뇨 등 만성 퇴행성질환의 비중이 증가되고 있으며 노인인구 및 만성 퇴행성 질환의 증가에 따른 재가치료(간호), 치매 요양, 낮병원, 호스피스 등의 새로운 의료서비스요구가 다양하게 대두되고 있다.

우리나라의 호스피스의 발전 과정도 민간 의료기관에서 특히 종교기관에서 많은 투자와 헌신적 노력으로 현재까지의 발전을 이루었다고 하겠다. 1964년 '마리아의 작은 자매 수도회'에서 처음으로 호스피스 활동을 시작한 이래 1992년 한국호스피스 협회, 가톨릭 호스피스 협회가 생겨 종교계를 중심으로 발전되

어왔다. 그 뒤 병원 내의 호스피스팀들이 생겨났고 WHO 지원 연구소가 있으며 전국적으로 병원내 '호스피스 병동', '호스피스 팀', '가정호스피스', '시설호스피스'가 운영되고 있다. 하지만 한국 호스피스는 제도권밖에 머물고 있는 실정이다. 다행히 1998년 7월 4일 한국 호스피스 완화의료학회가 창립되어 앞으로 의료계에 정착이 시작되고 있다. 하지만 호스피스는 급성 그리고 단편적인 진료가 아닌 지속적 포괄적인 진료와 간호를 요구하고 있으며 현대와 같이 고도의 전문화되고 기계에 의존적인 의료에 반하여 인간적인 관심과 인간의 존엄성을 위하여 생겨난 것임을 되새겨볼 필요가 있다. 21세기의 의료는 수요자 중심의 보건의료로 나아가야 하며 헌법에서 정한 '국민의 인간다운 삶을 살 권리'를 보장하기 위한 노력의 일환으로 다양한 의료적 욕구 중 특히 호스피스와 완화의료를 통한 삶의 질 향상 노력이 지속적으로 이루어져야 한다. 호스피스와 완화의료는 기존의 의료 체제와 큰차이가 있는데 기존의 의료는 죽음을 부정하고 최선과 최고의 시설을 갖추어 가능하면 생명을 연장시키는데 주력하였고, 환자와 가족들은 제삼자로서 의사결정에서 소외되었고 말기시의 증상 조절과 정신적 영적인 도움의 필요성은 치료를 위한 적극적인 중재로 인해 만족되어지지 않은데 있다. 호스피스와 완화의료체제는 가정과 호스피스 기관 호스피스 병원간의 유기적인 협조가 필수이며 죽음을 삶의 연장으로 수용하고 생명의 연장이 아닌 삶의 질에 초점을 맞추는데 있다고 하겠다. 이를 위해 기존의 의료 전달체계를 이용한 호스피스 완화의료의 조직망을 구축함으로써 환자 자신과 가족이 원하는 바에 따라 가정과 병원, 독립 호스피스 또는 시설 호스피스 등에서 지속적으로 치료를 받을 수 있다. 또한 호스피스는 영리의 목적보다는 국민의 기본권을 존중하는 것으로 정부와 산하 기관인 보건소를 연계로 한 지역별 진료체계와 의료와 요양시설(비의료 기관)과의 연계도 필요하다.

건강(의료)서비스에서 정부의 강력한 역할이 중요하며 특히 완화의료에서는 서비스의 비용이 정부에 큰 격정과 많은 면에서 부담이 될지라도 정부의 지지가 필수이다. 호스피스, 완화의료에서도 공공과 민간의 역할 중복을 해결해야하는데 의료수요에 따른 의료전달체계내에서 일차, 이차, 삼차 의료기관간의 환자 본인 부담금제도의 개선, 특수병원, 요양병원 등의 기능 및 진료범위를 설정하고 이에 적합한 의료시설의 공급과 일반 급성기 병상의 증가를 억제하고 장기요양 병상을 확충해야 한다. 의료보험 수가의 개편, 금융세계지원방안의 강구등이 있겠고 호스피스 사업과 관련된 비용을 보험급여에 포함시키고 보건소를 중심으로한 방문 간호를 확대시킬 필요성이 있다. 즉 행위별 수가제에서 포괄수가제를 적용시켜야 한다. 이의 실행에는 의료비용에 따른 고효율화에 대한 연구가 지속적으로 이루어져야 한다.

결 론

호스피스와 완화의료를 위해서는 민간의료기관, 의료보험자, 관련단체 등 민간 부문과 공공부문간의 업무 협조 및 정보교환 체계를 통해 효율적인 운영이 이루어지도록 노력해야 한다. 특히 지역에 기초를 두고 기존 의료전달 체계를 이용한 지속적 포괄적인 의료를 목표로 하여 전국민이 골고루 혜택을 받을 수 있도록 해야 한다. 또한 이를 통합관리하기 위한 전문기관의 설립도 고려해야 한다. 호스피스는 단순히 다른 이름으로 병원이 아닌 특별한 목적에 맞게 고안되어 엄격한 규칙이나 스케줄이 아닌 보다 가정적이고 보다 자연스런 환경에 접근하여 가족이 환자를 지지할 수 있는 보다 많은 편의 시설을 활용할 수 있어야 한다.