

대학병원이 변해야 산다



글·강신영
아주의대 명예교수(정형외과)

미국 클레어몬트 대학 Peter F. Drucker 경영학 교수는 21세기 주요 성장산업으로 교육과 의료산업을 들었다. 모두 전형적인 서비스 산업이다. 출산율 감소와 노령인구의 증가(현재 65세 이상 인구비율 약 7%, 2002년 약 14% 예상)에 따라 의료산업, 특히 노인 및 성인병 분야의 성장이 예상된다.

보건의료산업에서 대학병원은 그 중심에 서 있는 꽃이다. 대학병원 수는 전국 병원 수의 0.3%에 불과하지만 병상 수는 무려 20%를 넘고 첨단 의료기술과 의학 발전이 이곳에서 시작된다. 대학병원은 의료산업의 기둥이고 여기서 일하고 가르치고 연구하는 의대교수는 대들보라고 할 수 있다.

이곳에서 의료계 장래를 짚어준 젊은 의사와 교육자가 자라고, 이곳에서 미지의 세계를 밝히는 창의적인 연구가 행해지며, 이곳에서 고난도의 지식과 기술을 필요로 하는 진료가 이루어지고 있다. 그런데 이 기둥과 대들보가 흔들리고 있다. 형평성과 접근성만을 강조한 균형잡히지 않은 획일적인 건강보험 정책과 감당키 어려운 인건비 상승으로 개원가나 중소병원 뿐 아니라 대학병원도 경영에 큰 어려움을 겪고 있다. 이런 환경의 어려움을 극복하고 생존하기 위해 대학병원은 수익 증대에 전력하면서 기업화되고 있고 의과대학은 그 정체성에 대한 의

문이 일고 있다.

대학과 병원, 그 정체성의 갈등

우리가 다 알다시피 의과대학과 대학병원은 의학 교육(教育)과 연구(研究) 그리고 진료(診療) 기능을 동시에 수행해야 한다. 교육은 차세대 의업인(醫業人)을 길러 낸다는 의과대학과 병원 설립 본연의 의무요 책임이요 특권이다. 의과대학과 연계(連繫-Affiliation)되어 있는 대학병원은 의과대학생 뿐 아니라 수련의, 전공의, 연구강사(Intern, Resident and Fellow)에게 임상과 관련된 진료와 수술 실기는 물론 해당 분야의 기초 학문 일부에 대한 교육의 일차적인 책임이 있다.

연구(研究)는 의과대학과 대학병원의 핵심적인 기능이다. 새로운 것을 향한 끊임없는 학문적 관심과 접근에 의해 새로운 의학기술과 학문적 발견을 함으로써 의료산업 발전에 절대적 기여를 하며 교육의 질 향상에 필수적일 것이다. 사실 대부분의 의과대학 교수, 특히 임상 교수들이 개업에 대한 유혹에도 불구하고 대학병원에 남아 있는 가장 큰 이유가 연구에 대한 열망(熱望)이라고 할 수 있다.

진료(診療 : Doctor of Medicine)는 의사에게 주어진 특권이요 본업이다. 교육과 연구는 다른 인문 또는 과학 분야에서도 하는 것이지만 진료는 의사만이 할 수 있는 고유 영역이다. 대학병원에서 진료기능을 단순히 진료 자체로 이해할 것이 아니라 다분히 교육과 연구의 최종 결과물로서 이해해야 하며, 궁극적으로 국가 의료산업 발전의 직접적인 방법론이다. 그러나 오늘의 대학과 대학병원은 미래 성장산업으로 기대되는 의료산업의 핵심적인 발전 원동력을 담당할 수 있는 그런 것이 아닌지 오래되었다. 세상의 어느 나라에서도 우리나라의 의료서비스를 받기 위해 오지 않는다. 대학병원은 국립이든 사립이든 생존만을 위해 의료수익을 올려야 하고, 임상교수들을 자의든 타의든 병원 수익증대에 잘 협조하도록 하는 것이 대학병원장의 큰 책무가 되었다.

임상교수에게 지우는 적정수준 이상의 진료업무는 대학병원이 대학의 일부로써 가져야 하는 교육과 연구 기능의 정체성을 흐리게 하고

그러나 오늘의 대학과 대학병원은 미래 성장산업으로 기대되는 의료산업의 핵심적인 발전 원동력을 담당할 수 있는 그런 것이 아닌지 오래되었다.

이것은 의대 교수들이 대학병원에 존재해야 하는 이유에 의문을 던지게 하고 있다. 의대 교수가 선망과 존경의 자리가 아니라 아무 때나 아무렇게나 훌가분히 벗어 던질 수 있는 '우스운 자리'가 되고 있는 것이다. 무엇이 최고의 전문지식인인 의과대학 교수들로 하여금 그들의 가장 큰 열망인 연구와 사랑하는 제자들을 뒤로 하고 대학을 떠나게 만들고 있는가? 특히 개업이 잘 되는 몇 분야는 교수 찾기가 힘들고 몰려오는 전공의를 가르칠 선생이 없다.

물론 이해 관계가 복잡하게 얽힌 보건의료체계와 정책을 단면적으로 논하기는 힘들다, 어떻게 하면 미래에는 의과대학과 대학병원이 제 모습과 제 역할을 할 수 있을까를 사립대학병원과 의료원 관리자를 수행한 경험에 기반하여 몇 가지만 검토해 보겠다.

조직의 새로운 철학과 문화

우선 강조해야 하는 것이 의대와 대학병원의 내적 체질 개혁이다. 지금 모 국립대학에서도 의과대학과 대학병원의 관계가 무엇인지, 분리 운영인지 통합 운영인지, 대학병원이 기업화하는 것이 옳은 것인지 의견이 분분하다는 소식이 들린다. 실험실이 없는 공과대학과 연주실이 없는 음악대학을 생각해 볼 수 없듯이 대학병원 없는 의대는 생각할 수 없다. 그런데 현실은 의대 졸업생들이 1차 진료도 제대로 못한 다거나 '수재들을 데려다 바보로 만든다'는 비판에 대부분이 공감하고 있으며 이는 기존에 잘 나가던 의대나 신생 대학이나 대동 소이 하다고 한다.

의과대학과 대학병원 조직의 인사 관리 운영시스템을 개선하고 조직문화를 새로이 해야 한다. 예를 들어 학교에서는 연구와 교육을, 대학병원은 기업 마인드로 의료 수익을 극대화 하는 분리 운영이 이상적으로 들릴 수도 있겠으나 현실적으로 대학병원에서 교육, 연구, 진료의 선을 명확히 긋는 것이 불가능 할 뿐아니라 성공적이지 못한 결과를 초래할 가능성이 높다. 사립 대학에서는 형식적으로는 병원이 대학에 부속되어 있으나, 요즘은 부속병원의 역할이 비대해짐에 따라 대학이 병원에 종속되어 임상교수들이 진료만 치중하는 경향이 있다. 임상교수 진료업무의 적정성을 유지하여 경제적 시간적 여유를 가지고 교

육과 연구를 동시에 수행 할 수 있도록 대학병원 내부의 새로운 문화와 정책 변화를 모색해야 한다.

예를 들면, 대학병원이 기능적으로 활성화될 수 있도록 조직구조를 개편하는 것이 필요할 것이다. 상호 가치부가적인 의사들끼리 조직단위를 만들고 이 단위를 중심으로 연구, 교육이 통합될 수 있는 조직구조를 만들면 진료, 연구, 교육이 활성화 되면서 책임을 가지고 일할 수 있도록 하는 혁신적인 변화가 이루어질 것이다. 센터 단위의 접근을 구조적으로 강화하는 것이 여기에 해당된다. 다른 대안으로 교육, 연구, 진료기능을 적정하고 효율적으로 연계하면서 각 대학마다 또는 교수마다 진료와 목표(트랙 제도)를 구분하는 것도 한 방법이라고 생각한다. 모든 의대나 대학병원이 주로 교수 요원을 길러 내는 하버드의대부속병원 같이 될 필요도 없고 그렇다고 일반 종합병원이 될 수도 없다.

경영진의 잦은 교체를 지양하고 책임에 따르는 권한과 보상 부여 등 지배 구조 개선을 생각해 볼 수 있을 것이다. 병원장(의료원장)이 자주 교체 되는 것은 대학병원 경쟁력 저하의 요인이 되고 있고, 의협이나 병협 등 이익단체를 통해 의료정책에 대학병원 입장을 반영하는데도 장애 요인이 될 수 있다. 능력있는 경영자임을 전제로 책임에 따르는 권한을 부여하여 의학기술과 의학발전을 위해 조직구조를 개편하고 자원을 집중할 수 있도록 리더십을 행할 수 있는 여건이 마련되어야 한다.

투명한 경영으로 내외부 고객으로부터 신뢰를 구축하고 '환자 중심의' 새로운 대학병원 의료서비스 문화를 만들며, 학교에서는 교수로써의 교육과 연구, 병원에서는 의사로써의 진료에(어디에 무게를 두든지) 대한 철저한 직업의식을 가지고 의료계 중심에 서서 모든 변화의 선도적인 입장에 있는 대학병원의 새로운 조직 문화를 창조하여야 한다.

의료수가와 의료산업

외적 요인으로는 의료수가의 현실화와 적정화가 무엇보다 중요하다. 1977년 이후 우리나라 의료보험 정책의 근간은 저수가 저비용과 평준

대학병원에서 임상교수 진료업무의 적정성을 유지하여 경제적 시간적 여유를 가지고 교육과 연구를 동시에 수행 할 수 있도록 대학병원 내부의 새로운 문화와 정책 변화를 모색해야 한다.

화 정책으로 압축할 수 있다. 가히 혁명적인, 그러나 준비되지 않은 의 약분업 강행은 당초의 시행 취지인 의약품의 오·남용 방지와 국민의 료비 절감 의지와는 달리 국민부담과 불편은 상대적으로 늘었다(98년 도 국민 보험료 약5조/ 2002년도 약 11조, 118% 증가 - 국민건강보험 공단).

의료수가 문제를 해결하기 위해서는 평등의식의 개선과 부가가치가 큰 고난이도 기술의 의료서비스에 대한 공동책임의식의 변화와 계몽 이 필요하다. 평등하기 위하여 사회 전체가 하향 조정이 된다면, 이런 사회시스템은 중국에는 의학기술과 학문발전을 저해하여 의료산업을 급속히 퇴조시키고 국가경쟁력을 약화시킬 것이다. 평준화는 울타리도 없이 열리는 세계화 경쟁 물결에서 생존할 수 없다. 특히 미래 부가 가치가 높은 의료산업에서 이런 일이 지속되면 국가적인 부의 손실이 된다. 지금은 드라마에서나 보는 몇 백 년전 허준 시대의 진료가 아니 기에 '싼 값에 양질의 의료 혜택을 누구에게나' 가 모든 것에 적용될 수 없다.

최고의 진료를 위해서는 연구와 장비와 교육에 필요한 막대한 투자 비용을 분담할 각오가 필요하다. 의료비 부담이 미국이 국민총생산의 15%, 일본이 10%, 우리가 약 5%이며 우리나라 국민 소득이 미국의 1/4이라고 할 때 절대 수치는 대충 미국의 10분의 1에 불과하지만, 아직까지는 대학병원에서의 임상의료 수준은 외국에 비해 크게 뒤지지 않는다고 자부하고 싶다. 그러나 대학병원의 경영 측면을 보면 기업화 한 몇 곳을 제외하고, 특히 전통적인 교육, 연구, 진료의 책임과 임무를 지키려는 대부분 대학병원들은 경영의 어려움이 점점 커지고 있다. 우리나라 의료 현장의 중추 역할을 하여야 할 대학병원의 이러한 경 영 상태는 미래에 국민을 위한 높은 기술과 고난이도 진료 능력 상실 은 물론이고, 2005년부터 시작될 의료시장 개방시 외국의 초일류병원 과의 경쟁력을 가질 수 없으며 대학병원의 일반 종합 병원화를 막을 수 없다. 이러한 환경에서는 의료산업의 발전을 기대할 수 없고 총체 적인 관점에서 보면 국가적인 손실이 우려된다.

차별화된 의료수가와 의료서비스 제공체계가 미래 정책의 핵심이어 야 할 것이다. 국민에 대한 형평성, 접근성을 보장하기 위해 공공보건

의료서비스를 확충하여 사회보험에서 추구하는 기본적인 의료서비스를 해결하는 한편, 의학기술과 학문발전의 주체로서 의료산업의 파이를 키우는 능력을 만드는 대학병원에는 차등화된 의료수가를 적용해야 한다. 고난도 진료에 대한 적정 차등 수가제도가 현실화되어야 한다. 대학병원에서 고난도 수술, 응급실, 중환자실 등 원가에 못 미치는 분야가 대학병원 경영의 발목을 잡을 뿐 아니라 미래의 젊은 의사들을 쫓고 있다. 힘들고 비전이 없다고 생각되는 분야의 전공의 기피(忌避)현상이 심각하다. 2002년도 전공의 지원을 보면 흉부외과 76명 모집에 31명, 해부병리는 48명 정원에 9명이 지원했다. 얼마 후 심장수술은 필리핀 의사들에게, 병리실은 방글라데시 사람들에게 맡겨야 될지 모르겠다. 물론 부자들은 외국으로 갈 수 있지만... 벌써 미국으로 나가는 의료비가 조 단위가 넘었다.

교육과 연구

의과대학과 대학병원은 미래의 의학발전과 세계화 속에서 경쟁력의 중심에 있다. 진료에 매달려 연구를 할 수 없고, 돈 잘 벌리는 인기과 교수들은 학교를 떠나 전공의를 가르칠 선생이 없을 뿐만 아니라 진료과조차 폐쇄되고, 소위 기피과에는 아예 전공의가 없어 교수들이 힘든 수술은 엄두도 못 내고, 임상 교수들의 연구비는 아직도 '하늘에 별 따기' 이다. 이것이 대부분의 대학병원의 실상이다. 2000년도 존스 홉킨스 대학 연구비는 약 7700억 원으로 우리나라 대학 총 연구비 7000억 원을 상회하고 있으며 세계 생명공학 분야 시장 전망은 현재 약 70조(600억불)에서 10년후에는 약 150조(1400억불)로 불어 날 것으로 예상하고 있다. 21세기 미래산업인 의료 생명과학 분야에 연구비를 확충하여 더 많은 의사들이 기초의학을 전공하도록 하고 임상교수들이 과중한 진료에서 벗어나 연구에 참여할 수 있도록 해야 한다. 미래의 국민 건강을 책임질 전공의 수련 비용을 공·사립을 막론하고 정부에서 일부 감당할 것을 고려해야 한다.

정부의 역할

다음은 정부의 일관성있고 합리적이고 지속적인 철학과 정책이다.

정부와 의료기관 단체와 함께 의과대학과 대학병원이 주도적으로 조직의 철학과 문화, 정책과 제도의 개악이 아닌 개선 개혁을 해야 한다.

우리나라 경제시스템이 자유시장 경제가 바탕이라면 의료서비스에도 시장경제의 원칙을 적용해야 한다. 그 이유는 앞서 언급한 바와 같이 미래 국가의 부를 창출할 수 있는 고부가가치의 산업이기 때문이다. 의료의 특수성이 분명 존재하지만 의료서비스의 형평성만을 오직 하나의 목표로 삼는다면 국가의 부를 이룰 수 없다. 균형있는 정책을 생각해야 할 때 이다.

2001년 WTO보고에 의하면 우리나라의 국내총생산은 세계 12위, 부패지수는 42위, 보건의료체계는 107위라고 한다. 의약분업의 재 조명, 행위별 수가와 DRG, 의료수가의 적정화, 민간보험, 영리병원, 전문병원, 노사문제, 의료시장 개방, 상승 일로에 있는 의료분쟁과 조정법, 의과대학 정원 조정과 한방과의 일원화 문제, 의료기관 평가제도 등이 현명한 방향을 기다리고 있다.

의대교수와 대학병원 의사가 할 일

물론, 위 사항들중에 대학병원이나 교수들이 할 수 있는 것이 있고 할 수 없는 것이 있겠으나, 정부와 의료기관 단체와 함께 의과대학과 대학병원이 주도적으로 조직의 철학과 문화, 정책과 제도의 개악이 아닌 개선 개혁을 해야 한다. 그리하여 의과대학과 대학병원의 교육, 연구, 진료의 순기능을 살리는 길을 열어야 한다. 드러커 교수는 저서에서 스스로 변화하고, 스스로 창조하고, 스스로 행동하라고 권고하였다.  2004