

개방병원제도 확산을



글·변재환 |
前 병원경영연구원 연구위원

개방병원제도는 병원을 ‘폐쇄(closed)’하여 소속 의사들(employed physicians)만 이용할 수 있게 하는 것이 아니라 대외적으로 ‘개방(open)’하여 외부의 의사들(attending physicians)이 그 병원의 자원 즉, 시설, 장비, 인력을 활용할 수 있게 하는 제도이다. 다시 말하면, 병원이 자신이 보유한 자원의 이용을 해당 병원에 소속한 의료인에 국한하지 않고 그 병원에 소속하지 않은 의료인도 이용할 수 있게끔 하는 것이다. 그렇게 하는 병원을 개방병원(open hospital) 또는 개방형병원이라 하고, 이와 반대로, 우리나라와 같이 해당 병원에 소속된 의료인에게만 그 이용을 허용하고, 해당 병원에 소속되지 아니한 의료인에게는 이용할 수

없도록 하는 병원을 폐쇄병원(closed hospital) 또는 폐쇄형병원이라 한다.

선진국 – 개방병원 일반화, 병의원 기능 달라

미국 등 선진국에서는 위와 같은 개념의 개방병원제도가 보편화되어 있다. 병원은 ‘입원하여 치료받는 곳’이고, 의원(doctor’s office)은 ‘방문하여 치료받는 곳’이라는 개념이 정착되어 있다. 응급환자를 제외한 환자는 대체로 독립적으로 개업하고 있는 의사를 방문하고 의사가 진단한 결과 입원이 필요하다고 판단할 때 자기와 계약된 병원에 입원시켜 자기 환자를 계속 치료한다. 이렇다보니 의원에 병상이 아예 없거나 있어도 잠시

휴식하는 정도가 보통이고 의원에 입원(admission)한다는 것은 상상할 수 없다. 병원의 입장에서 보면, 대체로 병원을 개방하여 외부의 계약된 의사들이 자기 병원을 이용할 수 있게 하고 아예 소속 의사가 없는 병원들도 많다. 병원은 입원하여 머무는 곳이고 외부 의사 또는 소속 의사들이 방문하여 치료하는 곳이다. 병원과 의원의 기능이 엄격히 구분되어 있는 셈이다.

그러나 우리나라 병원은 개방되어 있지 않아 그 병원에 소속되지 않은 외부 의사가 환자를 입원시키지 못하게 되어 있다. 병원은 병원대로 자기 환자만을 치료하고 의원은 의원대로 자기 환자만을 치료하거나 이송한다. 그러다보니 병원과 의원 간의 기능적 구분이 거의 없다. 병원은 ‘시설이 크고, 장비가 많고, 의사들이 많은 곳’이고, 의원은 ‘의사 한두 사람이 진료하는 작은 병원’이다. 말하자면 규모로 구분하지 기능상으로 구분되어 있지 않은 셈이다. 법적으로도 병원과 의원을 구분하는 핵심적인 기준은 병상 수이다. 병원을 ‘입원환자 30인 이상을 수용할 수 있는 시설’을 갖춘 곳으로 규정하고 있다. 서구에서처럼 입원 시설의 존재여부로 병원과 의원을 구분하는 것이 아니고, 병상이 많으나 적으나로 병원과 의원을 구분하고 있다. 이렇게 구분하다보니 의원은 29인 이하의 입원환자를 수용할 수 있는 시설을 갖추고 있고 현재 의원이 보유하고 있는 병상이 전체 병상의 4분의 1 이상을 차지하고 있다.

기능상으로는 병원 및 종합병원은 ‘주로 입원 환자에 대하여 의료를 행할 목적으로 개설하는 의료기관’이고, 의원은 ‘주로 외래환자에 대하여 의료를 행할 목적으로 개설하는 의료기관’이라고

애매하게 규정하고 있다. 실제로도 병원이 담당할 기능을 의원이, 의원이 담당할 기능을 병원이 담당하고 있고 진료하는 질병 내용에서도 큰 차이가 없다. hospital과 doctor’s office를 엄격히 구분하는 구미의 개념과는 전혀 다르다. 따라서 병원은 대규모 의원이라 해도 과언이 아니고, 의원은 소규모 병원이라 해도 크게 틀린 말이 아니다. 병원과 의원이 환자 진료과정에서 상호보완적 기능을 하는 것이 아니고, 서로 비슷한 즉, 대체제적인 서비스를 제공하는 기관으로서 서로 경쟁하고 있는 것이다.

한국 - 병의원 미분화, 역할 중첩 문제 지속

우리나라 의료체계가 개방형병원제도로 되지 않고 병원과 의원 간의 기능이 분화되지 않음으로써 발생하는 문제는 다양하다. 의료자원이 절대적으로 부족할 때는 의료기관 사이에 기능이 분화되지 않아도 큰 문제가 야기되지 않으나, 최근의 우리나라 상황처럼 의료자원의 3요소 즉 의료 시설, 의료장비, 의료인력이 과잉 상태로 진입한 경우에는 문제가 심각해진다. 문제점을 요약하면, 첫째, 시설과 장비 등의 중복투자로 자원의 활용도가 낮아진다는 점, 둘째, 전문의가 많이 개원하고 있는 우리나라와 같은 경우 시설과 장비의 미비로 막대한 교육비용이 투자된 전문인력의 전문능력을 사장시키는 점, 셋째, 개원의가 충분한 전문성을 갖추고 있음에도 불구하고 시설 및 장비가 미흡하여 계속해서 진료를 행하지 못하고 2, 3차 의료기관으로 환자를 이송해야 하므로 의료의 궁극적 목적인 건강문제 자체를 해결하지 않은

채 의료이용만 반복하여 의료비를 증가시키는 점, 넷째, 의료의 질 저하와 환자의 부담과 불편을 초래한다는 점 등을 들 수 있다. 개방형병원제도가 확산되면 이와 같은 문제들이 해소 또는 완화될 수 있다.

우리나라 의료체계가 개방형병원제도로 이행하지 못하고 위와 같은 문제를 노정하고 있는 데는 여러 가지 역사적, 제도적 배경이 있다. 긴 역사적 배경은 차치하고, 법제도적 측면만 말하자면, 우리나라는 최근까지 개방형병원제도를 법으로 금지해 왔다. 의료법은 의료인이 의료기관을 개설하지 아니하고는 의료업을 행할 수 없고 당해 의료기관내에서만 의료업을 행하도록 규정하고 있다. 2000년 1월에 겨우 의료법에 새 조항을 신설하여 개방형병원제도를 허용했다.

법적으로 허용했을 뿐만 아니라, 정부는 개방형병원제도의 활성화를 주요정책과제로 선정하고 2001년 5월부터 '활성화사업'을 시행하고 있다. 개방형병원 활성화를 위한 주요정책방향으로, 1) 수가제도 등 수입보장 방안, 2) 보험급여비 지불체계 개선, 3) 의료사고 책임문제 법제화, 4) 개방병원 전속 전문의의 범위 개선, 5) 개방병원 관련 광고허용 등 5개항을 제시했다. 정부가 '활성화사업'을 하면서 사업에 참여를 유도하기 위해 '활성화사업 기간 중 특별지원' 까지 하고 있다. 그러나 정부의 이런 노력에도 불구하고 개방형병원제도가 확산될 기미를 보이고 있지 않다. '특별지원'이란 단말 로 활성화사업에 참여를 유도하는 데는 성공하였으나, '주요정책방향' 이 추진되지 않았고 추진되었다 하더라도 개방형병원제도에 시행에 실질적인 도움 안 되었기 때문이다.

개방형병원제 확산위한 유인책, 환경조성을

그렇다고 일부에서 주장하는 것처럼 전문의의 개원을 금지하거나, 의원의 병상 보유를 금지하거나, 병원의 외래진료를 금지하는 등과 같은 과격한 물리적 조치는 현재의 우리나라 상황에 맞지 않다. 따라서 아무리 개방형병원제도가 바람직하다고 할지라도 그 활성화와 확산을 강제할 수는 없고, 개방형병원제도에 참여하는데 있어서의 걸림돌 또는 장애요인을 제거하거나 참여자에게 인센티브를 제공하여 제도의 두 주체 즉, 병원과 개원의가 자발적으로 참여하도록 유도할 수밖에 없다.

이렇게 유도하는 방안으로는, 첫째, 병원 내 독립의원(임대 등) 개설을 허용할 것, 둘째, 병원의 입원료와 의원의 입원료를 현재보다 더 큰 폭으로 차등화하여 의원의 병상개설 동기를 축소시킬 것, 셋째, 의원의 병상 시설 및 관리 기준을 강화하여 의원의 병상개설을 지금보다 더 어렵게(그러나 병원의 병상보다는 덜 어렵게) 할 것, 넷째, 보험급여금 지불체계를 개선하여 병원서비스 요금(hospital service fee)과 의사서비스 요금(physician service fee) 명확히 구분하여 지급할 것, 다섯째, 의료사고 책임문제를 법제화하여 의료사고 발생 시 병원의 책임과 의사의 책임을 명확하게 함으로써 사고책임에 관한 분쟁 가능성을 축소할 것, 여섯째, 종합병원과 수련병원의 자격요건과 대학 강의 등에서 참여의사(attending physicians)의 지위와 역할을 확대할 것 등 제안하고자 한다. 이런 시책들은 개방형병원제도 확산을 촉진할 뿐만 아니라 우리나라 의료체계의 합리성을 제고하고, 게다가 국제경쟁력 강화의 관건인 체제의 융통성과 다양성을 제고하는 길이기도 하다. 