

노후를 위한 병원은 없다

〈서평도서: 『노후를 위한 병원은 없다: 지금의 의료 서비스가 계속되리라 믿는 당신에게』, 박한슬. 2022, 북트리거〉

정혜주*

건강은 질병이나 허약의 부재를 넘어선, 완전한 신체적, 정신적, 사회적 웰빙이다. (세계보건기구 헌장) 이러한 건강을 향유할 권리, 즉 건강권은 보편적 인권의 하나이다. 건강을 지키기 위해서는 많은 것이 필요하지만, 그 중 하나는 건강서비스에 대한 접근, 즉 보편적 건강 보장이다.

보편적 건강 보장(UHC: Universal Health Coverage)은 모든 사람이 필요한 질 높은 건강 서비스 전체(the full range of)에 그들이 필요로 할 때, 그들이 필요한 곳에서 경제적 고난 없이 접근할 수 있음을 의미하며, 건강증진으로부터 예방, 치료, 재활과 완화에 이르는 필수적인 서비스의 전체적인 연속체를 포함한다. (https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1) 이를 위해서는 지역사회에 질 높은 보건의료서비스가 제공되어야 하고, 숙련된 보건의료 전문가들이 인간 중심의 질 높은 케어를 제공할 수 있어야 하며, 보편적 건강 보장을 지원하는 정책결정자들의 의지가 중요하다. 또한 강력하고 인간-중심적인 일차 보건의료가 필요하다. 좋은 건강시스템은 이를 이용하는 공동체에 착중되어, 질병과 질환의 예방과 치료 뿐 아니라 웰빙과 삶의 질을 개선하는 것에도 초점을 맞춘다.

보편적 건강보장은 WHO의 핵심적인 목표 중 하나로, 이 책의 주제와도 관련된다. ‘노후를 위한 병원은 없다’는 제목부터 생애주기 중 가장 많은 의료비를 쓰게 되는 노인 시기에 질병을

* 고려대학교 보건정책관리학부 교수

의탁할 보건의료서비스가 없다는, 노년 시기에 대한 보편적 건강보장이 어렵다는 뜻이기 때문이다.

우리나라의 의료서비스는 여러 위협에 직면해 있다. 의사를 포함한 보건의료인력의 수가 양적인 차원에서 적절하지 않다는 것은 지난 몇 년 간 소위 ‘공공의대’ 논쟁을 통해 여러 사람들이 알게 되었다. 양적인 차원을 한 겹 더 벗겨서 들어가면 소위 ‘필수의료’라고 불리는 진료과와 피부과, 성형외과 등 비급여 진료가 많아 상대적으로 수입이 더 많은 소위 비필수와 사이의 의사 인력 수급의 불균형이라는 문제에 맞닥뜨리게 된다. 한국에서 가장 건강수준이 높은 서울의 강남구, 서초구에 병원이 가장 많다는 지점에 다다르면, 보건의료시스템의 시장성이 높을수록 보건의료기관의 분포는 지역주민의 의료적 욕구와 반비례한다는 ‘the inverse care law’ (HartJulian, 1971)가 떠오른다.

보건의료인력의 수와 그 내부의 분포적 불평등, 보건의료기관의 부적절한 지역적 안배, 과도한 전문의 수와 생명과 직결된 필수의료의 위기, 신입 간호사와 전공의 등 시스템 내 상대적 약자들이 겪고 있는 지속적인 고통 - 한국의 보건의료시스템은 한 마디로 총체적인 위기에 처해 있으나, 이에 대한 해결책이 마땅치 않은 실정이다. 이러한 터에 나온 ‘노후를 위한 병원은 없다’는 민감한 사안들에 대하여 쉽게 잘 풀어쓴 책이다.

간호사들 사이의 ‘태움’문화로 시작한 이 책은 그나마 인력 수급이 잘 된다고 하는 종합병원에서조차 과도한 업무로 간호사들이 고통받고 있음을 잘 보여주고 있다. 미국에 비해 2-3배의 환자를 보고 있는 한국의 간호사들은 그 이외 신규간호사 교육(프리셉터)업무까지 맡고 있어 업무는 더욱 과중하다. “간호 인력이 부족해서 근무 환경이 열악해지고, 근무 환경이 열악해지면 일을 하다 그만두는 간호사도 늘어나는 악순환은 ‘간호대 정원’을 늘려서 매년 배출되는 신규 간호사 숫자를 늘리는 식으로는 끊어지지 않습니다. 실제로 근무하는 간호사가 이탈하지 않도록 업무 환경을 개선하는 일이 훨씬 더 중요하고, 그러기 위해선 병원이 더 많은 간호사를 고용하는 것이 선행되어야 하기 때문입니다.”(1장) 그간 간호대 정원을 직간접적으로 늘리는 정책이 우후죽순격으로 생겨났으나 간호사 수급에 있어서 근본적인 변화가 없었던 이유다.

여기에 흉부외과 등 필수적인 외과 처치를 하는 진료과들이 소위 ‘기피과’가 되면서 간호사의 일부는 실태도 파악되지 않는 ‘PA(진료보조인력)’로 활동하고 있다. 간호사들은 PA 이외에도 간호와 의료 사이의 무수한 일들을 맡고 있었지만, 최근에는 “의사 업무 영역의 상당 부분을 담당하는 진료보조인력과 같은 간호사까지 등장하게 된”(2장) 것이다. 이러한 PA는 “어떤 병원에서는 정말 보조적인 역할만 [...], 또 어떤 병원에서는 주요 수술 종료 후 봉합 등의 뒤처리를 PA 간호사 혼자 전담 [...] 정말 심각한 곳은 PA 간호사가 주요 수술에서 일부 집도를 하는 곳도 있을 정도” (2장)로 규제되지 않는 직역이다보니 실제로 위임받는 업무는 천차만별인 상

황이다.

한 마디로 병원은 인건비가 부족한 것으로 보이는데, 이는 병원이 사람보다는 장비를 통한 검사를 선호하기 때문이다. 우리나라 종합병원의 수익 중 가장 큰 비중을 차지하는 것이 ‘검사료’로 전체의 18.7%를 차지하며, 반면에 ‘진찰료’는 6.2%, 입원실료는 11.4%를 차지한다. 이를 모두 합한 의료 수익은 적자인데, 장례식장, 주차장 등의 부대 수익, 연구비 등을 통한 의료 외 수익은 흑자라 전체 경영은 흑자를 보이는데, 장비가 손실로 잡히는 병원만의 특별한 회계 구조 때문에 의료 수익이 적자로 보이는 측면도 있다. “종합병원에서는 의사 등의 전문적 인력이 인적 행위를 통해 얻는 수익보다 의료 기기를 이용하여 진단·검사를 하는 수익이 훨씬 크며, 운영 측면에서도 장점이 있습니다. 게다가 의료 기기 구매에 대해서는 회계적 특혜까지 주고 있죠. 종합병원의 입장에서는 충분한 인력을 확보하는 것보단 새로운 장비를 계속 채우는 것이 훨씬 나은 선택적이고, 또 그래야만 가까스로 유지라도 되는 구조인 겁니다.”(3장)

한편, 저자가 보기에 대학병원의 수련의보다는 개원의들이 경력이 더 길고 훌륭함에도 일반 시민들은 종합병원을 선호하는데, 주치의제도가 없는 한국의 상황과 결합되어 소위 ‘의료쇼핑’이 유발된다. 이와 비슷하게 KTX 등 교통수단의 발달과 함께 환자들은 서울로 몰리기 시작했는데 그 결과 2019년 현재 서울에서 진료받은 환자의 40%(경기도 21%, 6대 광역시 20.2%)는 타지역 출신 환자였다. 상급종합병원은 대부분 대학병원이며, 대학병원의 본분은 수련이고, 수련의 질은 결국 환자 케이스의 양(과 질)에 의해 결정된다는 점은, 결국 지방 병원의 수련의들이 최상의 수련을 받지 못하게 되고, 다시 수련의가 지원하지 않는 상황으로 연결된다. 지방에서 여유가 되는 사람들이 더 좋은 병원을 찾아 서울로 이동함으로써 지방에 남아있는 다른 시민들의 의료인프라는 다시 한번 악화되게 되는 것이다.

의료 인력과 같은 ‘최상위 임금노동자’는 생활 인프라 수준이 높은 수도권을 선호하는 개인적 선택을 하게 되지만, 문제는 이것이 비수도권 환자들이 경험하는 치료의 질과 예후에 영향을 미친다는 점이다. 이러한 상황에서 ‘지역인재 전형’과 ‘지역의사제’는 그 많은 논란에도 불구하고 타당한 정책으로 보인다. 실제로 유사한 일본의 ‘지역정원 제도’ 시행 이후 ‘면허 박탈’ 등의 강력한 제한이 없어도 10년 간의 진료 의무를 이행 중인 대상자 비율이 82.4%에 달하여 지역 간 의료 격차가 어느 정도 감소하는 효과가 있었다. 다만 이 의사들도 해당 지역 내 대도시의 대학병원이나 종합병원에서 근무하는 경우가 95%로, “큰 단위의 지역 균형은 어느 정도 달성된다고 하더라도 실제 의료 취약지에 대한 의료 인력 공급이 개선되진 않은 것으로 나타났다.”(6장)다.

마지막 3부에서 저자는 현재 보건의료시스템의 지속가능성을 논하면서 주로 건강보험에 대한 논의를 진행하고 있다. 먼저 건강보험 폐지 주장은 가격 상승으로 인해 줄어들 의료에 대한

수요와 이와 연동된 의사의 수입을 간과한 다소 나이브한 주장이다. 오히려 의사와 건강보험제도 사이의 갈등은 주로 건강보험심사평가원이 담당하고 있는 업무와 관련되므로 심평원의 독립성을 실질화하는 것이 더 도움이 된다. 현재 부가식으로 운영되고 있는 건강보험의 재정건전성 문제는 없으나, '고령화'라 의료비 부담을 증가시키고 있는 것은 사실이다. 특히 간병 노동 등이 급격히 공식노동화되면서 간호사 인력 요구가 늘어나고 있고, 단위 인구 당 의사수 또한 OECD 평균에 비해 크게 부족하다. 의료인력에 대한 수요는 늘어날 수밖에 없으며, 비대면 진료에 대한 요구 또한, 그 논란에도 불구하고, 증가하고 있다.

이를 해결하기 위하여 저자는 '예방의학적 접근의 강화'를 통해 노인들을 조금이라도 더 건강하게 만들고, 필수의료에 대해서는 행위별 수가제가 아닌 인건비 보조 방식을 도입하며, 특히 의료가 취약한 지방에 대하여 효율성이 떨어진다 하더라도 응급 의료 시설을 반드시 갖추는 방안을 제시하고 있다.

마지막으로 저자는 의료분야의 문제가 의료만의 문제가 아님을 역설하고 있다. '달나라병원'이 이상한 것은 '달나라' 전체가 비슷한 문제를 겪고 있기 때문인 것처럼, 택배노동자가 과로사가 하는 나라의 병원에서는 의료인력이 '태움'을 겪고 있고, 지방소도시는 의료 뿐 아니라 모든 생활 인프라가 부족하며 전문 직역 간의 갈등은 의료분야 만의 문제가 아니다. 의료의 문제는 사회의 문제를 해결할 때 해결될 수 있다. 또한 의료기사와 간호조무사, 요양보호사, 간병인 같은, 상대적으로 덜 조명받는 의료인력의 역할을 고민해야한다는 점 등이다.

이와 같이 이 책은 한국 사회 보건의료시스템이 직면하고 있는 난제들을 꽤나 가독성있고 쉽게 잘 풀어내고 있다. 따라서 이 책에 대한 비판은 오히려 그 외부에 있다. 한국의 보건의료 정책은 사회정책분야의 일부임에도 다른 분야와 상호작용하지 않고 마치 섬처럼 동떨어져 운영되고 있다. 이 책에서 간병인에 대한 언급이 있으나, 간병이 필요한 것은 어르신이나 중증 환자들만이 아니다. 감기몸살조차도 심한 경우 일상적인 생활을 돌봐줄 사람이 필요하다. 암과 같은 중증 질환은 더더욱 그러해서 항암요법이나 방사선요법 등 치료 기간 뿐 아니라 치료가 끝난 후 회복하는 단계에서 돌봐줄 사람이 필요하다. 특히 수술 이후에도 작업치료 등 재활서비스가 연계되어야 일상생활에 대한 복귀가 용이하며, 생활 상의 불편함도 없다. 서두에서 보편적 건강보장은 건강증진으로부터 예방, 치료, 재활과 완화에 이르는 필수적인 서비스의 연속체 전체에 대하여 보장되어야 한다고 하지만, 현재 우리나라의 건강보험은 치료와, 치료와 직접적으로 연계된 예방(건강검진, 스크리닝), 역시 치료와 직접적으로 연계된 재활(재활의학과)에 대해서만 보장하고 있어 그 한계가 명확하다.

한 걸음 더 나아가 공중보건학(public health)적인 접근은 질병의 치료보다는 질병을 만드는 원인을 제거하거나 변경시키는 데에 더 중점을 두고 있으며, 이러한 원인에는 과로를 유발하는

노동조건이나 차별 등 사회적 요인 뿐 아니라 사고가 나기 쉬운 도로시스템, 악취, 매연, 소음 등의 도시환경, 곰팡이와 먼지가 가득하거나 너무 좁은 주거 등의 물리적 환경이 포함된다. 이러한 사회적 물리적 환경이 좀더 건강증진적으로 변화된다면, 의료 수요가 감소하여 보건의료시스템의 효율성이 개선될 수 있을 것이므로 이 또한 고령화에 따른 의료비 증가에 대응하는 또 다른 좋은 방향이 된다.

이러한 관점을 취한다면 보건의료정책은 질병의 치료와 함께 완결되는 것이 아니라 노동환경, 도시 환경, 사회적 차별, 학교 등의 다양한 사회적 제도와 연계하고 협력하며, 신체적, 정신적, 사회적으로 완벽한 웰빙의 상태, 즉, 삶의 질 향상을 위한 다양한 정책의 일부로 함께 기능할 수 있을 것이다. 이것은 보건의료시스템 본연의 목표이기도 하다. 한국의 보건의료시스템은 많은 모순과 어려움을 겪고 있지만, 어쩌면 지금은 오히려 관점을 확장하고 변경하는 전환적 사고가 필요할 때인 듯도 하다.

■ 참고문헌 ■

Hart, J. T. (1971). The inverse care law. *The Lancet*, 297(7696), 405-412.