

국내 의료계에서 시행 중인 금전적 인센티브 제도의 윤리적 쟁점들

정유석*, 박석건**

요약

국내의 많은 병원에서 시행 중인 인센티브 제도는 대부분 진료수입에 따른 성과급의 형태이다. 이런 인센티브는 과잉진료를 하도록 유인하고 의사-환자 간의 신뢰를 무너뜨림으로써 의사의 직업전문성을 위협한다. 또한 조직문화에 부정적인 영향을 미치며, 진료영역을 왜곡시킬 수 있다. 저자들은 4가지 사례를 통해 이를 분석하고, 바람직한 인센티브가 가져야 할 조건을 제시했다. 바람직한 인센티브의 조건들은 환자에게 해악이 가지 않아야 하며 이를 위해 안전장치를 두어야 하고, 수익이 아니라 진료의 질이 목표가 되어야 하며, 조직화합을 해칠 만큼 금액이 과도해서는 안 된다. 무엇보다도 인센티브에 대한 논의를 수면 위로 끌어올리는 것이 중요하다.

색인어

인센티브, 성과급, 의료윤리, 직업전문성

I. 글을 열며

인센티브, 혹은 성과급은 고용인이 수익의 일부를 피고용인에게 나누어 줌으로써 업무의 성과를 보상하고, 이를 통해 수익을 더 올리도록 유도하는 방법이다. 피고용인은 자기가 수익을 올린 만큼 보상을 더 받을 수 있기 때문에 수익을 만들어내려는 강한 동기를 가지게 된다. 피고용인의 노동으로 생긴 잉여가치를 고용주가 혼자 독차지하는 것이 아니라 피고용인과 나눈다는 점에서 경제정의의 측면에서 바람직한 면도 있으나 과도한 경쟁으로 인한 역기능에 대한 우려도 있다.

이미 기업들은 다양한 형태의 인센티브 제도를 운영하고 있다. 목표로 한 영업이익을 초과달성했을 경우 전 직원에게 상여금을 주거나, 부서별, 개인별 기여도에 따라서 차등 보상을 한다. 영업이익뿐만 아니라 업무의 개선, 연구, 전략과제의 달성 등, 질적 성과에 대해서도 인센티브를 지급하기도 한다. 기본급을 적게 책정하고, 나머지를 인센티브로 보상하는 것은 연금도 줄이고 동기도 부여하는 일석이조의 수단으로 활용되고 있다. 기업에서 사용하는 인센티브와 관련해서는 주로 효율성이나 적절한 액수, 잘못 운영했을 때 생길 수 있는 부작용 등이 논점이 되지만 윤리적 관점에서의 논의는 많지 않은 것 같다.

국내 병의원에 근무하는 의사들에게 금전적 인센티브 제도가 도입된 것은 최근의 일이 아니다. 개인 병원 봉직의들의 경우 기본 급여에 더하여 진료실적에 따른 인센티브가 보편화되었고, 이미 대부분의 대학병원, 3차 의료기관에 근무하는 교수들도 실적에 따른 인센티브를 받고 있다. 그런데, 의료는 이윤추구를 목표로 하는 기업과는 다르며, 달라야 한다. 영리병원 도입에

관한 찬반 논의들이 있지만, 찬성하는 쪽이든 반대하는 쪽이든 의료의 공공성이 담보되어야 한다는 데에는 이견이 없다. 병원은 환자의 이익을 우선으로 해야 하며, 영리병원이라고 하더라도 병원의 이익이 환자의 이익에 앞설 수는 없다. 그러므로 의료계의 인센티브 제도에 대해서는 경영의 효율성이나 업무성과의 달성이라는 관점에서만 봐서는 안 되고 윤리성에 대한 비판적 시각이 반드시 필요하다. 국내 병의원들은 국·공립·사립병원을 막론하고 국가주도의 건강보험 시스템을 벗어날 수 없는 구조라는 점에서 공공성이 강하다. 따라서 의사들에게 주어지는 진료실적 위주의 인센티브 제도가 환자를 포함한 의료사회 전체에 어떤 영향을 미치고 있는지 살펴볼 필요가 있다.

그동안 대학병원에서 인센티브의 주된 재원으로 사용하던 특진비가 폐지됨에 따라서 앞으로 어떤 형태로든 대학병원들의 인센티브 제도에는 변동이 불가피하게 되었다. 이 시점에서 대부분의 국내 병의원들에서 현재 시행 중인 인센티브 제도를 몇 가지 사례를 통해 고찰하고 그 위험성과 한계, 그리고 바람직한 방향성에 대해 논의하고자 한다.

II. 사례를 통한 고찰

1. 의사의 직업전문성을 위협하는 인센티브

사례 1. A 중소병원 응급실의 과장으로 부임한 지 3개월째인 전문의 P씨에게 면담을 요청하는 병원장의 연락이 왔다. 내용인 즉, 전임자에 비해 월평균 응급실의 컴퓨터단층촬영(computed tomography, CT)과 자기공명영상(magnetic resonance imaging, MRI) 촬영 건수가 현저히 감소하였다며 분

발을 촉구한다는 것이다. 이러한 상황이 지속 될 경우 P씨의 기본급을 80%선으로 낮추고 진료실적과 CT, MRI 처방건수에 따른 인센티브 지급으로 계약조건을 갱신하겠다고 한다.

국가주도의 건강보험제도에 의해 철저하게 통제되고 있지만 중소 병원의 주체는 의사 개인이나 소규모 법인이다. 이 경우 의사는 환자를 돌보는 치료자인 동시에 경영인이다. 치료자로서의 의사는 직업전문성(professionalism)을 갖추고 환자의 이익을 자신의 사적인 이익보다 우선해야 한다[1]. 한편, 경영인으로서의 의사는 자신의 생활비를 버는 것뿐만 아니라 개원 초기의 은행 빚을 갚아나가면서 직원들을 지휘하고 급여를 챙겨주어야 한다.

사례 1의 경우 경영인으로서의 병원장은 전임자보다 진료실적이 좋지 않은 신입과장을 그대로 방치할 수가 없다. 신입과장 안에서도 또한 치료자의 입장과 피고용인의 입장이 서로 충돌하고 있다. 실력 있는 치료자라면 꼼꼼한 문진과 신체진찰, 기본적인 검사만으로도 환자를 진단하거나 치료하고, 고가의 검사는 꼭 필요한 경우에 국한해서 시행할 것이다. 가능하면 저비용, 고효율의 의료서비스를 통하여 일정 수준의 진단과 치료에 이르는 것이야말로 교과서적 진료의 미덕이기 때문이다. 하지만, 피고용인으로서의 P의사는 전임자에 버금가는 진료실적을 내야 할 부담이 있다. 수면과 여가시간을 줄이고 응급실 근무시간을 더 늘리면 치료자라는 입장과 피고용인이라는 입장을 둘 다 만족시킬 수 있을지 모른다. 그러나 이보다 더 쉬운 방법은 각종 사고로 인한 요추경추 염좌, 두통, 복통 등으로 응급실을 찾는 환자들이 CT나 MRI를 더 많이 찍도록 유도하는 것이다. 처음에야 마음이 다소 불

편하겠으나 한두 번 시행하다보면 그냥 ‘관행’이 되고, 제3자가 잘잘못을 따지기에는 너무나 전문적인 영역인지라 뒤탈이 날 위험도 적다. 문제는 환자와 건강보험공단의 부담이 늘어나는 것이다. 한두 명의 의사, 몇몇 병원에 국한된 일이라면 별 표시가 나지 않겠으나 대부분의 병원과 의사들이 이런 방식으로 진료를 한다면 의사-환자 사이의 불신과 건강보험재정의 악화를 피할 수 없을 것이다. 만일 병원장이 제시한 CT, MRI 처방 건수에 따른 인센티브 지급이라는 새로운 급여지불방식에 합의한다면, 두 명의 의사 모두 의사의 직업전문성을 상당 부분 포기한 것이다.

앞선 연구들에 의하면 경제적인 이익이 눈앞에 있을 때는 의사의 처방습관이 바뀔 수 있다. 대만의 한 연구를 보면 의사는 처방을 할 때 자기가 약을 구매하는 가격과 보험급여가격의 차이가 큰 약, 즉 마진이 높은 약을 처방하는 경향이 있다[2]. 유방암의 치료에 있어서 미국의 종양학 전문의들은 익숙하거나, 널리 쓰이거나, 미국식품의약국(U.S. Food and Drug Administration) 승인을 받은 항암제를 선택하지만, 동시에 약가 마진에도 영향을 받는다고 한다[3]. 일본의 한 조사에서도 의사가 혈압약을 처방할 때 수익을 더 많이 남길 수 있는 약을 처방하는 경향이 있다고 하였다. 그러나 동시에 의사들은 자신보다는 환자의 호주머니를 더 생각하는 처방행태를 보이기도 한다[4].

이렇게 의사들은 완벽하게 선량하거나 완벽하게 이기적인 것이 아니라, 시스템과 환경의 영향을 받고 있다. 이상적인 의료제도란 의사들이 치료자로서의 정체성을 최대한 발휘하도록 하는 것이어야 한다.

기본적으로 의사는 환자의 이익을 우선으로 해야 하는 전문 직업인이다. 의사-환자 관계를 계약관계로 보는 모델에서도 선의와 신뢰는 필

수적이다. 선의와 신뢰가 작동해야 할 자리에 대신 금전적 동기가 들어선다면, 의사의 직업전문성은 위태로워진다. 따라서 인센티브를 시행하는 경우 수익증대뿐 아니라, 그것이 의사들의 직업전문성에 미칠 영향/악영향을 반드시 고려해야 하고, 과잉진료를 방지할 수 있는 점검 장치를 만들어야 한다.

행위별 수가제와는 반대로 포괄수가제도하에서는 과잉진료가 아니라 과소진료가 문제가 된다. 해야 할 검사나 시술을 하지 말아야 병원이 수익을 더 남길 수 있는 구조이기 때문이다. 이러한 문제점 때문에 미국의 경우 환자에게 손해를 끼치는 것을 막기 위해 진료수익에 따라 의사에게 인센티브를 지급하는 것(profit sharing with doctor)을 금지한 적이 있다[5]. 이렇게 의료제도나 환경에 따라 상황이 다르므로 다른 나라의 모델을 그대로 따를 수는 없고, 우리 나라의 제도를 개발할 필요가 있다.

2. 조직문화를 바꾸는 인센티브

사례 2. 대학병원 신경과의 조교수인 L씨에게 주임교수의 호출이 있었다. 앞으로 L씨는 뇌졸중이나 뇌경색에 관한 진료 의뢰만 처리하고, 척추질환이나 어지럼증, 말초신경질환 등 나머지 질환의 진료의뢰는 주임교수인 K씨가 직접 응답하겠다는 것이다. 그동안 다른 과로부터 오는 진료의뢰를 주로 젊은 교수인 자신이 처리하고 있었던 터인지만, 주임교수의 제안이 배려인 줄만 알았다. 그런데 나중에 내용을 알고 보니, 그동안 타과 의뢰서에 대한 응답을 했을 때 건당 일정액의 인센티브가 신경과 의국비로 책정되었는데, 다음 달부터는 의사 개개인에 대한 인센티브로 바뀐다는 것이었다. 결국 주임교수의 제안은 젊은 교수에

대한 배려가 아니라 본인의 인센티브를 챙기기 위함이었다는 것을 알게 되니 마음이 편치만은 않았다.

대부분의 대학병원에서 젊은 교수에게 진료의뢰가 집중되는 것이 하나의 관행이었다. 그런데 사례 2는 인센티브 지급 방식을 바꿈으로써 지금까지 젊은 교수에게 집중이 되었던 진료 부담을 재분배하게 되는 변화가 나타난 경우이다. 아마도 경영자는 조직의 효율성보다는, 의사 개개인의 경쟁을 불러일으키기 위해서 인센티브 지급 방식을 바꾸려고 했을지도 모른다. 그런데 결과적으로 효율성과 전문성을 모두 높이는 결과가 초래되었다. 더구나 환자 입장에서 전문분야별로 세분화된 전문의를 만나게 되어 나쁠 것이 없다.

물론 이 사례에서도 역기능이 발견된다. 젊은 교수는 주임교수를 의심하게 되었고, 주임교수와 의 사이에 경제적 동기로 인한 업무분장이 이루어진 셈인지라 신뢰에 금이 갈 수 있다. 그리고 의국비의 축소로 전공의들의 살림이 줄어드는 결과가 초래되었다.

더불어 생각할 점은 의사에게만 지급되는 인센티브가 의사 외의 직원들에게 미치는 영향이다. 의사가 진료 시간이나 수술 건수를 늘일 경우 함께 고생해야 하는 직원들에 대한 보상이 없다면 당연히 불만요인이 될 것이다. 이는 동료 보건의료 전문직과의 협업을 통해서 최선의 진료를 제공한다는 현대 의료의 기본 성격에 반할 뿐 아니라, 분배 정의에도 어긋난다. “임금은 사원에 대한 경영자로부터의 메시지”이다[6]. 병원장이 명시적으로 표현을 하지는 않더라도 다른 직원들은 병원장이 교수들에 비해서 자신들을 덜 중요하게 평가하고 있다는 암묵적인 메시지를 읽게 될 것이다. 의사의 진료수입에 따라

해당 의사 개인에게만 인센티브를 지급하는 방식은 조직문화에 부정적인 영향을 미칠 수 있다. 과별, 부서별, 혹은 진료팀별로 전공의, 간호사, 행정지원 인력을 포함하여 적절하게 분배하는 방식을 고려해야 할 것이다.

3. 진료영역의 왜곡을 초래하는 인센티브

사례 3. 대학병원 피부과 교수인 C씨는 입사동기인 다른 과 전문의들에 비하여 급여가 매우 적다는 것을 알게 되었다. 교수들에 대한 인센티브 시스템이 기본적으로 개별 교수의 수입총액을 기준으로 하고 있기에, 피부과처럼 특별한 검사가 별로 없고 건당 진료비가 적은 진료과의 교수들은 불리할 수밖에 없다. 그동안 주로 질환을 중심으로 진료를 해왔고 대학병원에서 미용 쪽 피부진료를 한다는 것에 대해 거부감이 있던 C 교수였으나 이제는 피부미용에 대한 진료를 본격적으로 도입해야 하나 고민하고 있다.

국내 개원가에서 원가 이하의 보험환자 진료를 기피하고 전문과목과 무관하게 피부, 미용, 비만 등 비보험 진료가 성행하는 것은 어제 오늘의 일이 아니다. 실제로 동네마다 피부과 진료를 표방하는 병의원들이 넘쳐나지만 소위 돈이 되는 미용피부시술 환자만 북적덜 뿐, 정작 습진, 무좀, 건선 등 진짜 피부질환 환자들은 갈 곳이 없다. 이러한 현상이 인센티브 때문은 아니지만, 경제적인 압박이 진료영역의 변화를 부추기고 있다는 점에서 맥락을 같이한다.

사례 3은 최후의 보루라고 할 수 있는 대학병원 피부과까지도 미용 쪽으로 진료영역을 확장하려는 경우이다. 위 사례의 피부과 교수는 이제 질환 중심의 진료를 상당 부분 포기하고 미용 쪽

피부진료를 시작할 것이다. 사례 1이 인센티브로 인해 환자에게 피해가 가는 경우, 사례 2가 인센티브로 인해 환자가 이익을 보는 경우였다면, 이 사례는 환자에게 직접적인 이익도 손해도 없이 병원의 수익과 의사 개인의 인센티브가 올라가는 경우이다. 겉보기에는 아무도 손해를 보지 않고 있는 것 같이 보인다. 그러나 그 결과로 꼭 필요하지만 돈이 적게 벌리는 진료영역이 위축이 되고, 돈이 되는 쪽의 진료만 성행하게 되는 문제가 발생한다. 이것이 한 병원 안에서만 일어나는 일이라면 다른 병원들의 존재가 균형을 잡아 주어서 큰 문제가 없겠지만, 전체 의료계로 확대된다면 상황은 심각해진다.

이러한 문제의 원인은 분배정의를 기계적으로 적용해서 생긴 현상이라고 볼 수도 있다. 분배하는 원리에는 피자를 자르듯 똑같이 나누는 평등(equality)의 원칙, 많이 필요한 사람에게 더 주는 수요(need)의 원칙, 기여도가 높을수록 많이 가져가는 기여(contribution)의 원칙, 그리고 기여도는 적지만 노력의 양을 인정해 주는 노력(effort)의 원칙이 있다[7]. 진료수입에 비례해서 인센티브를 지급하는 방식은 이 중에서 기여의 원칙만을 적용한 것이다. 그러나 의료의 공공성을 상당 부분 감당하고 있는 대학병원이라는 조직은 다양한 직종의 전문가들이 각자 자기의 역할을 제대로 해 주어야 전체 기능을 제대로 발휘할 수 있다. 노력에도 불구하고 돈이 안 되는, 그러나 필수적인, 호스피스, 금연, 비만, 절주, 운동 등 꼭 필요한 진료 영역들은 이렇게 기계적으로 어느 한 원칙만을 적용하면 위축될 위험이 있다. 또한 과별로도 피부과나 가정의학과 처럼 노력에 비하여 건당 진료비가 적은 임상과도 소외되게 된다. Joel Feinberg는 분배정의의 4가지 원칙들 간의 조합을 시도했다. 즉 ‘수요에 기본을 둔 공평의 원칙’이라는 것인데 기본적인

요구는 평등의 원칙에 따르되, 일정부분은 기여와 노력이 반영되도록 하자는 것이다[7]. 전체 급여 중에서 인센티브가 차지하는 비율을 일정 수준 이하로 제한하고 이 부분만 기여나 노력이 반영되도록 하는 방법도 고려해 볼 수 있을 것이다[7].

사례 4. 지방에서 갑상선 암 진단을 받은 K씨는 아들의 권유로 수도권의 대학병원에서 수술을 받기로 하였다. 그런데 그 분야에서 유명한 M 교수님께 수술을 받으려 하니, 교수님이 최근에는 로봇수술을 주고 받고 계셔서 일반 수술은 다른 교수에게 받아야 한다는 것이다. 또한 몇 개월을 기다려야 하는 일반 수술에 비해 로봇수술은 일정도 훨씬 앞당길 수 있다고 하였다. 중년을 훨씬 넘긴 나이로 목의 흉터쯤은 별로 신경이 쓰이지 않고 몇 배 비싼 비용도 부담이 되지만, 효자 아들의 강권으로 로봇 수술을 받기로 하였다.

사례 4는 신기술의 도입과 관련된 것이다. 국내 대형병원들의 로봇수술의 유행은 최신 의료기술의 경쟁적 도입, 높은 비보험 진료수가 등의 배경이 만들어낸 것이다. 병원의 수입을 늘이기 위해 수술실적에 따른 인센티브를 지급함으로써 사례 1에서의 과잉진료와, 사례 3에서의 경제적 동기에 의한 진료영역의 변화가 동시에 나타나게 되었다. 사례 3과 다른 점은 이것이 대학병원에서 마땅히 시도하고 발전시켜나가야 할 신의료기술이라는 점이다. 신의료기술의 도입과 개발이라는 본래의 목표가 병원수입의 증대로 이어지는 것은 바람직한 일이지만, 역으로 수입증대를 목적으로 고가의 신의료기술을 도입하고 인센티브를 통해 그 이용률을 올리도록 유인한다면, 이는 과잉진료를 부추기고 의사-환자 간의

신뢰를 파괴하며, 환자에게 해악을 끼치는 행위라고 하겠다.

III. 바람직한 인센티브 제도의 전제조건

지금까지의 논의를 통하여 국내 의료계에 만연한 인센티브 제도가 직간접적인 진료왜곡의 위험성을 내포하고 있다는 사실은 충분히 확인하였다. 진료 실적에 따른 인센티브는 의사의 직업전문성을 위협할 수 있다. 의사들에게 치료자로서의 정체성을 발휘하도록 못하도록 유혹하는 분위기를 조성하며, 선의와 신뢰가 작동해야 할 자리에 대신 금전적 동기가 들어서게 될 위험이 있다. 차등 지급되는 인센티브로 인해 의사들 사이에 불신을 만들어 낼 수 있으며, 의사들뿐만 아니라 조직 전체에 부정적인 영향을 줄 수도 있다. 진료영역의 왜곡을 초래하여 돈이 적게 벌리는 진료영역은 위축이 되고, 돈이 되는 쪽의 진료만 성행하게 되는 문제가 발생할 수 있다. 신의료기술의 개발 및 도입과 관련해서도 환자의 이익이 아니라 병원의 수입증대가 일차 목적이 되는 본말전도 현상이 나타날 수 있다.

그렇다면 이러한 위험을 최소화하고 의사들의 건전한 동기를 이끌어낼 수 있는 제도로 재탄생하기 위해 필요한 조건은 무엇일까?

첫째, 환자에게 해악이 가지 않는 제도여야 하며, 이를 위해 안전장치를 설치해야 한다.

진료수입에 따라서 금전적 인센티브를 지급하는 것은 언제든지 과잉진료를 부추길 수 있기 때문에 매우 위험하다. 진단이나 치료 방법에서 필요-불필요가 분명하게 갈라지는 경우도 있지만, 그 경계가 애매한 경우도 상당히 많고, 이런 경우라면 얼마든지 인센티브를 위해서 과도한 검사나 시술을 할 개연성이 있다. 정보 비대칭 때문에 환자는 의사가 권유하는 검사나 시술이 합

당한지 판단하기 어렵고, 의사의 권유를 따르게 된다. 그러므로 진료수입에 따른 인센티브는 도입에 신중했어야 했다. 그렇지만 현재의 수가체계하에서 생존을 위해 분투하고 있는 병원들을 향해서 진료수입에 기초한 인센티브를 그만두라고 해도 공염불에 그칠 것이다. 그렇다면 인센티브를 시행하는 병원은 반드시 과잉진료를 막을 수 있는 장치를 두도록 제도화하고, 과잉진료를 모니터링할 수 있는 지표들을 개발하여 공급하는 것이 현실적인 대안이 될 수도 있겠다. 병원경영자가 부당한 압력을 가하는 것을 막기 위한 장치도 필요할 것이다. 예를 들어 우리나라의 의료기관인증평가원에 해당되는 미국 Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)에서는 Patient Rights and Organizational Ethics 조항에서 “병원의 재정적 이득이나 위협을 병원 종사자 사이에서 어떻게 나누는지와는 무관하게 병원은 의사의 임상적 판단과 결정이 충실하게 유지될 수 있도록 윤리경영과 전문적 행위 실천에 대한 규약을 마련해 두어야 한다.”고 규정하고 있다[8].

둘째, 인센티브의 목표는 수익증대가 아니라 의료의 질 향상이 되어야 한다.

미국이나 유럽에서도 인센티브가 시행되고 있지만, 일정한 진료 목표를 정해놓고 그것을 달성하기 위한 행동을 했을 때 지급하는 방식을 취하고 있다. 예를 들면 당뇨병 환자의 흡연율을 낮추는 것을 최종 목표로 정하고, 의사가 흡연력을 청취하거나 금연을 권유한 경우에 가산점을 주는 방식을 사용하는 것이다[9]. 관리의료(managed care)의 도입 이후 미국은 보험회사 주도로 일정한 목표에 도달한 의사에게 인센티브를 지급하는 pay-for-performance (P4P)를 시행하고 있다. 많은 보험회사들이 다양한 P4P를 도입하고 있으며 예방 및 교육 활동, 환자만족, 치

료성적과 같은 지표들이 사용하여 의료의 질과 효율성을 높이려고 하고 있다. P4P의 성과에 대해서는 효과가 있다[10,11], 없다[12,13] 등 견해가 일치하지 않고 있다.

일부 P4P 프로그램은 보험재정의 절감을 위해서 일정액 이상의 진료비를 청구하는 의사를 효율성이 떨어지는 의사로 보고 불이익을 주기도 하며, 이것은 당연히 의사들의 불만을 사고 있다[14]. 이런 방식의 인센티브를 시행하면 환자가 필요한 치료를 덜 받게 될 위험성이 있으며, 의사-환자 간의 신뢰에도 금이 간다[15]. 의료비가 국내총생산의 14%를 차지하는 미국의 경우 이런 비윤리적인 결과가 발생할 위험이 있음에도 불구하고, 의료비를 줄일 수 있는 다른 대안이 없다면 받아들일 수밖에 없다는 절박함도 있었던 듯하다[16]. 진료수익의 증대이든, 보험재정의 절감이든, 금전적인 목표를 가지고 인센티브를 시행하면 윤리적인 문제를 만들어 낸다는 것은 분명해 보인다.

셋째, 인센티브가 급여에서 차지하는 비율이 지나치게 높아서는 안 된다.

인센티브는 그야말로 동기 부여를 위한 격려금의 성격으로 운영되는 것이 바람직하다. 인센티브가 기본급보다 많을 정도로 과도하게 책정된다면 많은 의사들이 인센티브를 받기에 유리한 진료영역에만 시간과 노력을 기울일 것이다. 상대적으로 인센티브가 주어지지 않는 일에는 투자할 시간이 없어, 이익이 되는 일만 하고, 필수적인 일은 떠넘기는 일종의 무임승차자가 늘어나게 될 것이다. 고액의 인센티브를 받는 몇 명의 VIP 의사와 이를 뒷받침해야 하는 무기력한 동료들로 이루어진 조직은 모두에게 해롭다. 의사에게만 인센티브를 지급하는 방식도 조직의 사기를 떨어트려 화합을 해칠뿐더러 생산성 면에서도 유리하지 않을 것이다.

IV. 글을 맺으며

국내 의과대학 교수의 교육·진료·연구 환경 개선을 위한 만족도 조사연구 보고서를 보면, 교수들의 업무 자체에 대한 인식은 긍정적이어서 ‘사회적으로 인정받고 존경받는 업무이다, 즐겁고 보람 있다’라고 느끼고 있었다[17]. 교수가 아닌 다른 의사들도 의업 자체에 대한 인식은 크게 다르지 않을 것이다. 진료 수입에 따른 인센티브는 자칫 이런 긍정적인 동기들을 희석시킬 우려가 있다. Kant 같은 의무론자의 입장에서 보면 환자가 목적이 아니라 돈벌이의 수단으로 전락하는 것은 매우 우려할 만한 상황이다. 공리주의의 입장에서 환자들의 불신을 키우고 보건 의료재정의 비효율을 방치한 채 의사의 주머니를 불리는 인센티브 제도에 대해서는 부정적일 수밖에 없다.

이미 고전이 된 Herzberg의 동기-위생이론[18]에 따르면, 근로자를 움직이는 동기에는 위생요소와 동기요소가 있다. 이 중에서 위생요소는 직원들의 불만과 관련이 있고, 동기요소는 회사에 대한 만족감과 관련이 있다. 급여나 근무조건 같은 위생요소를 맞춰주면 불만이 줄어들지만, 급여를 계속 올린다고 해서 회사에 대한 만족감이 비례해서 상승하지는 않는다. 만족감을 증가시키기 위해서는 일을 통한 성취, 자기 발전 같은 동기요소가 작용해야 한다. 진료실적에 대해서 금전적 인센티브를 지급하면 위생요소는 강화할 수 있지만, 동기요소는 작동하지 않는다. 수입은 늘더라도, 자기의 일터인 병원에 대한 만족감은 늘어나지 않는 것이다. 금전적 인센티브에만 의존할 경우 효용체감의 원리에 따라 계속해서 금액을 올려주지 않으면 같은 수준이 유지가 안 되는 일이 발생할 수도 있다.

본 글을 통하여 의사들의 과잉진료 등 부적절

한 행위를 유도할 위험성이 있는 현행 인센티브 제도의 위험성을 진단하고 그 대안을 제시하여 보았다. 사회 일각에 아무리 돈을 중시하는 분위기가 있다고 하더라도, 의료계는 보다 고상하고 가치 있는 목표를 설정하고 의사들의 동감을 이끌어내기 위해 힘써야 한다. Biller-Andorno와 Lee [19]는 막스 베버의 동기 이론을 인용하여 어떤 그룹에 소속되어 거기서 높은 지위에 올라가고 싶어 하는 전통적인 동기, 금전적 혹은 비금전적인 개인의 목표를 달성하고자 하는 자기유익(self-interest), 사람들로 부터 긍정적인 반응과 인정을 받고 싶어 하는 정서적 동기, 가치 있는 공통의 목적을 실현하는 데 동참하고 싶어 하는 동기가 사람을 움직이는 동인이 된다고 하였다. 치료자로서의 정체성을 포기하지 않으려는 공동의 노력을 통해서만 추락하는 의사의 위상을 회복할 수 있을 것이다.

사회구성원의 건강과 생명을 책임지고 있는 의사들이 정직하고 보람 있게 일할 수 있는 환경을 만들어 나가는 것은 모두를 위한 일이다. 인센티브와 관련하여 현 시점에서 무엇보다도 중요한 것은 인센티브에 대한 논의를 수면 위로 끌어올리는 일이다. 그러기 위해서는 비난하는 쪽이든 옹호하는 쪽이든 적어도 상대의 논점을 인정하고, 서로 말을 주고받을 수 있는 최소한의 통로를 확보하려는 노력을 해야 한다. 인센티브가 목표로 해야 할 것이 무엇인지, 어떤 조건들을 갖추어야 하는지, 원하는 진료의 질이 무엇인지를 명확하게 밝히는 일들이 대화의 통로를 만드는 출발점이 될 수 있겠다. ☺

REFERENCES

- 1) Stobo JD, Cohen JJ, Kimall HR, et al. Project Professionalism. Philadelphia : American Board of Internal Medicine Publi-

- ation, 1999 : 5-12.
- 2) Liu YM, Yang YK, Hsieh CR. Financial incentives and physicians' prescription decision on the choice between brand-name and generic drugs: evidence from Taiwan. *J Health Econ* 2009 ; 28(2) : 341-349.
 - 3) Epstein AJ, Johnson SJ. Physician response to financial incentives when choosing drugs to treat breast cancer. *Int J Health Care Finance Econ* 2012 ; 12(4) : 285-302.
 - 4) Iizuka T. Experts' agency problem: evidence from the prescription drug market in Japan. *RJE* 2007 ; 38(3) : 844-862.
 - 5) Pickoff RM. Pay for performance: for whom the bell tolls. *Physician Exec* 2005 ; 31(6) : 12-14.
 - 6) 안희탁. 일본 기업의 인센티브제도 운영사례. *임금연구* 2008 ; 여름호 : 26-44.
 - 7) Munson R, 박석건, 정유석 역. *의료문제의 윤리적 성찰*. 서울 : 단국대학교 출판부, 2001 : 66-69.
 - 8) Patient rights and organizational ethics. Available from: <http://www.wlm-web.com/hcnet/RIFiles/rimain.htm> [cited 2015 Jun 22]
 - 9) Millett C, Jeremy G, Saxena S. Impact of a pay-for-performance incentive on support for smoking cessation and on smoking prevalence among people with diabetes. *CMAJ* 2007 ; 176(12) : 1705-1710.
 - 10) Cutler TW, Palmieri J, Khala M. Evaluation of the relationship between a chronic disease care management program and california pay-for-performance diabetes care cholesterol measures in one medical group. *J Manag Care Pharm* 2007 ; 13(7) : 578-588.
 - 11) Lindenauer PK, Remus D, Roman S. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *N Engl J Med* 2007 ; 356(5) : 486-496.
 - 12) Ryan AM, Blustein J. The effect of the MassaHealth pay-for-performance program on quality. *Health Serv Res* 2011 ; 46(3) : 712-728.
 - 13) Jha AK, Joynt KE, Orav J. The long-term effect of premier pay for performance on patient outcomes. *N Engl J Med* 2012 ; 366(17) : 1606-1615.
 - 14) Weber DO. The dark side of P4P. *Physician Exec* 2005 ; 31(6) : 20-25.
 - 15) Snyder L, Neubauer RL. Pay-for-performance principles that promote patient-centered care: an ethics manifesto. *Ann Intern Med* 2007 ; 147(11) : 792-794.
 - 16) David O. Paying physician more to do less: financial incentives to limit care. *Univ Richmond Law Rev* 1996 ; 30(1) : 155-197.
 - 17) 박윤형, 임선미, 서경화. *의과대학 교수의 교육·진료·연구 환경 개선을 위한 만족도 조사연구*. 서울 : 대한의사협회 의료정책연구소, 2012.
 - 18) Bassett-Jones N, Lloyd GC. Does Herzberg's motivation theory have staying power? *JMD* 2005 ; 24(10) : 929-943.
 - 19) Biller-Andorno N, Lee TH. Ethical physician incentives: from carrots and sticks to shared purpose. *N Engl J Med* 2013 ; 368(11) : 980-982.

Ethical Considerations on the Financial Incentive Systems at Hospitals in Korea

CHEONG Yoo-Seock*, PARK Seok-Gun**

Abstract

Many hospitals in Korea offer financial incentives to doctors based on the income they generate for the employers. These incentives encourage over-treatment and threaten professionalism by eroding the trust between physicians and patients. This article presents four cases that illustrate how these incentives can have adverse effects on institutional culture and pervert the delivery of medical services. This article also proposes the following guiding principles for an improved system of incentives: it should be designed with mandatory safe-guards to avoid harmful effects on patients; the overall purpose of the incentive system should be to improve the quality of medical care rather than to increase the income of hospitals; and the amount of money individual doctors can receive through financial incentives should remain modest so as to preserve institutional integrity. This article aims to promote more widespread discussions concerning the problems related to the incentive systems used by hospitals in Korea.

Keywords

incentives, pay for performance, medical ethics, professionalism

* Department of Family Medicine, Dankook University College of Medicine

** Department of Nuclear Medicine, Dankook University College of Medicine: Corresponding Author