

齒科醫學과 齒科醫療

崔 在 京

1. 齒科와 大衆社會

人間生活中的 主要한 不安은 古來로 疾病과 貧困이었다. 卽 長久한 人間의 歷史는 疾病과 貧困과의 不斷의 鬭爭이었다. 生活의 즐거움도 슬픔도 괴로움도 모두 이 疾病과 貧困과에 關聯이 있는것은 우리가 經驗하고 있는 것과 같다. 더구나 疾病과 貧困은 恒常 表裏一體가 되어 있는 것이다. 生活保護를 받는 大部分의 사람들이 疾病에 原因하고 있다는 事實로도 分明한 일이다. 우리 的理想이란 健康과 그리고 豊足한 生活의 實現이니 이런 意味에서 醫學이 갖고 있는 役割은 人間幸福과 密接한 關係가 있다.

元來 近代의 醫學은 中世의 呪術의 要素를 除去하고 近世合理主義의 產物이던 自然科學을 導入하므로써 發達한 것이다. 따라서 中世의 哲學이 「神學의 女奴」인 것과 같이 近代醫學은 生物學·化學·物理學의 應用科學으로서의 性格이 強調되는 結果가 되었다. 그것은 疾病을 하나의 客觀的인 自然現象으로 보는데 成功하였기 때문이다. 그러나 한편 疾病의 原因을 알고 그 治療를 받는 것은 人間이란 것을 잊게하는 結果를 만드는 危險이 생겨났다.

文學者인 同時에 醫學者이던 Hans Corossa는 그의 36歲때의 作品 「닥터 부르겐의 運命」中에서 그 主人公을 통하여 다음과 같은 말을 하게하고 있다. 卽 「함께 苦惱하고 함께 希望을 품은 피가 通한 人間의 社會로부터 遊離 當한 病者라던가…… 患者라도 다만 6番이라던가 7番이라는 番號를 붙이고 네 앞에 눕혀져 있는 患者들에게는 아무리해도 살려주어야 하겠다는 마음이 들지 않습니다. 人間이라는 것을 確認하지 않고 오직 肉體만을 고친다고 하는것 같은 일은 나오지는 到底히 할 수 없을 것입니다.」

또 Corossa와 같은 獨逸이 낳은 現代의 偉人 Albert Schweitzer博士도 音樂家인 同時에 醫師이다. 博士의 強靱한 意志와 實踐力은 「아프리카」僻地에 不滅의 業績을 쌓아 올린것은 周知하는바와 같다. Corossa도 Schweitzer도 醫學 그 自體의 微視的分析結果 全體로서의 人間의 모습이 傷失되지 않을것을 念願하고 또 그것을 實踐한 사람들이다.

醫師가 治療하는 相對는 病이 아니라 生活하여 悲痛

한 苦惱를 하고 있는 病者라는 重要한 事實을 잊지않도록 하면 된다. 醫學의 對象은 病일지라도 醫療의 對象은 人間이다. 罹患될 可能性을 가지고 있고 또 現實로 罹患된 사람을 對象으로 한다면 醫療는 單純히 自然科學의인 手段만으로서는 그 使命을 다할 수 없다. Corossa가 말한 「피가 通한 함께 괴로워하고 함께 슬어하는 人間」을 理解하기 爲하여서는 自然科學以外的 보다 넓은 視野와 學問이 必要한 것이다.

19世紀 英國의 炭鐵地帶 勞動者의 貧困과 疾病과의 關係를 調査하여 貧困이라는 社會現象에서 疾病問題를 生覺하려고한 「노이망·사로프」이나 「루돌프·윌효」에서 始作되는 社會醫學의 概念이 20世紀의 오늘날 새로 온 形態로 再登場하지 아니하면 않되게 되었다. 1849年 「노이망」은 「醫學은 本質的으로는 社會科學이다. 이것이 實際로 理解되지 않는限, 우리 民衆은 醫學의 惠澤을 받을 수 없고…… 결 보기에만 滿足함에 不遇하다고 말하고 있는데 그것은 그대로 現代에 通하리라고 記述하고 있다.

20世紀 醫學은 實로 눈 부신 發展을 하여 特히 第2次 大戰後 抗生物質을 包含한 醫療手段의 普及은 全世界人類의 平均壽命을 10年 延長시켰다고 한다. 그러나 醫學의 手段이나 方法이 進步하면 할수록 그 惠澤을 받기 爲한 費用은 增加한다. 醫療費의 增加는 卽ち 生活費의 縮少로서 나타난다. 低所得層은 疾病의 威脅을 받으면 서도 近代醫學의 最高水準에는 到底히 손이 미치지 않는 곳에 떠러져 있어서야 眞實한 意味로서의 人類全體의 幸福을 醫學에 依存할 수는 없다고 말하지 않을 수 없다.

醫學이 進步와 現實社會와의 橋樑役割을 하는것이 醫療인 것이다. 大學이나 研究所의 醫學專門家를 除外하고 大部分의 醫師는 醫學과 大衆과의 接觸點에 서서 그 兩者를 어떻게 調和普及시키느냐의 役割을 다하는 것이어야 하겠다. 日本의 醫療保障을 例로 들면 醫學과 醫療의 不可思議한 混雜속에서 推進되었는데에 큰 矛盾이 있다고 해도 좋다. 醫學은 學問인 以上 決코 社會化하거나 大衆化되는 일은 없을 것이고 또 그렇게 되어서도 아니될 것이다.

그러나 醫療는 人間問題이므로 社會化될 必然性을 갖

고 있는 것이다. 그것은 人間에게서 疾病을 除去하기 위하여서는 醫師가 없어서는 아니되기 때문이다. 醫療機關이 없는 곳에 醫療는 施行되지 않는다. 이런 뜻에서 病院이나 診療所의 適正한 配置가 醫療資本의 利潤問題를 超越하여 講究되어야 하는 것이다. 美國의 醫療保障이 于先 公的醫療機關의 整備부터 始作한 것도 實로 이러한 까닭에서이다.

다음에 醫療 그 自體를 社會化해야 할 第二의 理由로서 醫療에 所要되는 費用問題가 있다. 疾病은 生活費中에서 豫測하거나 計劃하거나 하여서 支出되는 費用이 아니라 突發的으로 發生하는 것이고 더구나 그 費用의 總額은 患者 自身의 主觀的 判斷으로 決定되는 것이 아니라 客觀的인 醫療의 水準 即 診斷結果에 따라 決定되는 것이기 때문이다. 醫療가 社會保險의 形式으로 費用面에서 社會化되어야 할 理由가 여기 있다. 그러나 第一의 公的 醫療機關의 整備도 第二의 醫療費의 社會化도 모두 그 나라 國民所得에서 支拂되는 以上 總所得의 多寡가 社會化된 醫療의 水準을 決定하게 된다.

醫學이 不斷히 進步하는 反面에는 醫療가 社會化됨으로써 그 進步를 追從할 수 없다는 矛盾은 現代의 社會保障이 推進되고 있는 國家의 共通된 苦悶이기도 하다. 이를 解決하는 方途의 하나로 國民所得의 增加를 積極推進하는 일이 있기는 하나 國民所得의 增大에 比例하여 醫療費 自體도 增大해진다던 當初의 期待에 어긋나는 일이다. 따라서 裕裕하는 層으로부터 貧困한 層으로 所得을 再分配하므로써 醫療의 機會와 內容의 平均化를 企圖하는 것이 于先 必要하게 될 것이다. 더욱 所得再分配의 効果는 費用의 負擔者가 受益者와의 消費, 貯蓄性向의 一般의인 差違에서 發生하는 總消費·總貯蓄의 變化로 捕捉할 수 있으며 所得層別로 觀察할 境遇에는 可處分所得의 純減이 생기는 層과 純增이 생기는 層으로 區分할 수 있다면 消費와 貯蓄性向의 所得層別 差違에서 오는 純消費나 純貯蓄의 變化로써 捕捉할 수 있다.

結局 消費需要의 擴大하는 方向에 作用하게 되고 「인플레이션」이 되지 않으며 所得과 投資增大의 效果를 가져오게도 된다. 이는 生活의 不安 根源의 하나인 貧困의 格差를 어느 程度 短縮시킬 것이다. 過去에 있어서의 結核은 實生活上 悲劇이고 醫學의 으로나 經濟的으로도 不愉快인 病人 感이 不無하였다. 오늘날에는 悲劇的인 疾病으로서의 暗影을 急速히 解消시켜 가고 있다. 무엇이 그 進步를 가져왔느냐 하면 그 功績은 醫學에 있는 同様に 經濟力에 있고 또 健康管理과 醫療保障과의 兩者를 包含한 社會保障의 發達에 있다.

醫學이 醫療라는 手段을 通하여 普及하기 위하여는 社會化된 必要性을 갖는것은 上述한바와 같으나 社會化의 方法 및 手段에 對하여는 반드시 同一한 形式에 依

함이 좋다는 것은 아니다. 모든 醫療를 健康保險制度만으로 社會保障의 主目的인 所得再分配의 效果를 거두는 것은 困難하고 長期에 亘하여 더구나 多額의 醫療費를 必要로 하는 結核·精神病과 같은 疾病에 對하여는 特殊한 法律에 依하여 이 缺陷을 補充하고 있는것은 周知의 事實이다. 現代의 最高醫學水準이 醫療分野를 通하여 보다 正確하고 보다 넓은 層에 浸透시킬 수 있는가의 與否는 醫療의 社會化에 따라 반드시 考慮되어야 할 重要한 課題인 것이다.

2. 齒科醫療의 動向

齒科醫學이나 齒科醫術이 우리에게 주어지는 點이 大端히 많음에도 不拘하고 그것이 어느 程度 齒科醫療를 通하여 大衆에게 浸透되어 있는냐는 疑心스러운 일이다. 例컨대 地方이나 都市周邊에서의 齒科醫療가 아직도 一世紀前의 옛날 義齒가 如前히 만들어지고 있다는 事實이라던가 都市의 「하이 스크리프 엔진」(代身 foot engine) 이 如前히 使用되고 있다는 事實이라던가 하는 醫療上의 格差는 어찌하여 惹起되는 것일까? 또 그것을 없애는 것은 現代의 社會化方式으로 可能한지의 與否, 더 一般的인 問題로 齒齒罹患率이 90%以上이나 되는 高率로 增加하는 傾向에 있으면서도 그 處置率은 不過 몇%에 머무르고 있다는 事實은 무슨 理由인지? 이와같은 問題는 醫學과 大衆과의 橋樑的 役割을 다해야 할 醫療와 그 社會化의 實態를 分明히 하고 이에 對한 科學的인 解答을 準備하지 않으면 아니될 問題이다.

齒科에 關聯된 疾病이 만 疾病과 다른 特殊性이 있다면 그 性質에 따른 形式의 醫療와 社會化가 必要하게 된다. 적어도 所得이나 地域에 拘限됨이 없이 어느 水準의 齒科醫療를 받을 수 있는 體制를 整備하는 것이야말로 醫療保障의 進展에 隨伴하여 반드시 생각되어야 할 事項이다. 그 特殊性은 무엇을 根據로 해야 하느냐 하면 다음의 세가지로 要約할 수 있다.

(1) 家計中에서 支拂되는 齒科醫療차량은 어느 程度의 額을 어떠한 形式으로 支出하고 있는냐? 그리고 만 疾病에 對하여 支拂되는 醫療費의 額이나 支出傾向과 어떠한 差異가 있는냐?

(2) 所得·職業·地域別로 齒科醫療를 받을 수 있는 사람들은 어느 程度의 比率로 存在하는냐? 그리고 醫療를 받는 動機가 될것은 무엇이냐?

(3) 診療所나 病院에 齒科治療를 받으러오는 範圍는 地域의 으로 어느 程度의 幅을 갖느냐? 그것이 社會保險이나 疾病의 種類에 따라 어떻게 變化하는냐—

A. 齒科醫療費는 어떤 形態로 負擔되고 있는냐?

家計中에서의 醫療費의 率은 僅少하거(日本은 2.2% 程度) 學費는 計上되지도 않고 있으나 國民所得의 增加

에 따라 그 總額은 漸次 增加하는 듯 하다. 더욱 醫療에 對한 需要는 生活의 根源인 勞動力의 保全이라는 見地에서 絕對 必要한 것임에도 不拘하고 그 支出은 家計費의 支出과 同一視되고 있지 않다.

一般的으로 家計를 食料費·住居費·光熱費·被服費·雜費 등으로 區分하여 보면 어느 項目이나 所得이 增加하면 支出額도 增大한다. 그 反對로 所得이 減少하면 支出額도 減少하는 것이 原則이다.

그러나 詳細히 이를 點檢하면 그 增減의 比率은 반드시 一致하지 않는다. 例를 들면 食料費는 所得增減에 그다지 큰 影響이 없으며 各 支出項目의 增減의 原因은 그 消費者 世帶의 自然的·社會的環境 및 個人的條件이 左右하므로 반드시 同一視할 것은 없다. 그러나 普遍的인 原則이 없는 것은 아니어서 生活水準의 向上이 食料費의 比率을 減少시킨다는 一般原則에 「엔겔」法則이 適用되고 있는 것은 周知하는바와 같다.

또 家計支出上 各項目의 增減의 比率이 所得이 變化함에 따라 어떤 關係로 變해 가느냐를 表示하는데에 消費支出의 彈力性 問題가 있다. 彈力性이 1이라는 것은 所得이 10% 增加하면 支出도 10% 增大함을 말한다. 0.8이라는 것은 所得이 10% 增加하더라도 그 支出은 8% 밖에 增大하지 아니함을 表示한다. 一般醫療費의 支出은 所得增加에 對하여 安定하는 傾向이 있고 低所得 層일수록 彈力性 係數가 높으며 高所得層이 될수록 低下한다고 한다.

日本の 統計局集計를 보면 그 家計調査에 있어서도 都市家計 1人當 醫療費는 月收 35,000圓 未滿의 層까지는 所得이 增加함에 따라 直線에 가까운 線으로 上昇하고 그 傾斜도 甚히 急하다. 35,000圓 以上の 層에 있어서는 醫療費 支出의 傾向은 顯著히 不規則하며 그 分散度도 크다. 이것은 所得이 많은 層일수록 醫療費 支出이 많아지더라도 그 增加의 比率은 極히 낮다는 것을 말한다. 이것을 所得比率에서 考察하면 低所得者는 4%~4.7%, 高所得者는 2%까지의 變化를 한다고 報告되어 있다.

消費支出의 彈力性 係數는 平均 0.70이므로 總消費에의 所得이 10% 增加하면 醫療費는 約 7%만 增加하는 傾向이다. 그러나 月收 24,000圓 以下の 低所得者는 彈力性 係數가 1.39로 極히 높은 係數를 表示하고 있으나 月收 24,000~44,000圓의 中程度의 所得層은 0.37이라는 安定된 傾向을 나타내고 있다. 이것을 一般商品 需要에 比較하면 物的費用은 低所得者가 1.0, 高所得者가 1.025, 서비스的 費用의 係數는 低所得者가 1.028, 高所得者가 1.124이어서 어느것도 所得增加가 彈力性 係數의 增加로 나타나는 것은 對照의이다.

이 問題는 理論的으로는 支出의 緊急度 問題로 생각

할 수 있다. 生活緊急度라 함은 所得이 窄이 되었을 境遇의 各支出 項目別의 額數를 가리킨다. 食料費·光熱費 등은 生活緊急度가 높으므로 恒常 「프라스」로 나타나지만 教養·娯樂費 등은 「마이너스」로 나타나는 傾向이 있다. 「마이너스」의 生活緊急度라 함은 어느程度의 所得이 所得에 到達할 때까지는 支出되지 않는 것으로 生活緊急度가 낮다고 表現한다. 醫療費는 生活緊急도에 있어 食料費 및 光熱費 다음가는 높은 數字를 나타내고 있으나 社會保障下에서 健康保險을 主로 하는 現物給付가 徹底하면 上述한바와 같은 家計支出上의 法則은 그대로 適用되지 않는 것이 分明하다.

保險料 또는 社會保障稅라는 形式으로 所得中에서 國家 또는 自治團體에 依하여 徵收되는 經費는 만 租稅公課의 支出과 마찬가지로 徵收額과 受益額은 個個人사이에 別無相關인 것이 普通이다. 一般的으로 社會保障 關係 費用의 負擔이 큰 層은 그에 依하여 받는 利益이 적고 그 反對로 社會保障關係費를 많이 負擔하지 않거나 또는 少額밖에 支出하지 않는 者일수록 受益額이 많은 것이 普通이다.

醫療에 例를 든다면 給付의 內容은 반드시 所得과 相關없다고 말할 수 있다. 家計에 關係있는 所得은 上記한 社會保障을 包含한 租稅公課를 控除한 殘額이라고 해도 좋다. 이 殘額인 可處分 所得中에서 支拂되는 醫療費는 初診料·一部負擔金·家族의 給付額 등에 따라 支出이 달라진다.

齒科醫療는 만 一般醫療와 比較하여 直接的으로는 生命에 關係없고 또 그로 因하여 生活를 威脅當하는 疾病은 아닌 까닭에 家計支出上의 緊急度는 「마이너스」가 되기가 普通이고 貧困한 層으로부터 支拂되는 醫療費는 自己 家計中에서 決定되어 賣藥에 依存하며 그 總額이 主觀的으로 決定하기 困難한 醫療에서는 떨어지는 傾向이 濃厚하다.

不得已 醫療를 받았다 하더라도 緊急度가 높은 疾患에 對하여 支出되는 것으로 齒科醫療에 까지 그 醫療費를 準備하는 일은 거이없다. 國民健康保險이나 社會保險 家族의 50%負擔金 및 初診料는 低所得層에 있어서는 重大한 障害가 되어 齒科醫療의 機會에서 떨어지는 結果가 된다. 이 事實은 반드시 우리나라가 日本만에 存在하는 現象이 아니고 美國과 같이 健康保險이 施行되지 않은 地域에서도 同一한 結果가 報告되고 있다.

生活緊急度가 낮고 彈力性이 높은 醫療는 各所得層間에 큰 格差가 있음을 暗示하는 것이다. 一般醫療는 低所得者와 高所得者間에 그 給付內容에 있어 約 24倍의 差에 머무르고 있음에도 不拘하고 齒科와 眼科는 7倍餘의 差라고 報告되고 있다. 日本の 調査에서도 거이 同一한 結果가 判明되었다.

調査世帯를 그 달의 現金支出에 따라 5個層으로 分類하고 A는 3,000圓以下, B는 3,100圓~5,000圓, C는 5,100圓~10,000圓, D는 10,100圓~15,000圓, E는 15,000圓以上으로하면 平均보다도 많은 家計支出者의 年間 一人當 齒科醫療費는 A가 55.35圓, B가 59.74圓, C가 83.41圓, D가 108.52圓, E가 212.67圓과 같이 이 範圍內에서도 約 4倍(弱)의 差異가 있음을 알 수 있다.

日本の 國民健康保險加入者로서 50%의 給付를 받고 있는 者의 負擔은 大端히 減少되어 있다는 것도 判明되었다. 未適用者에 있어서는 A層에서는 一人當 年間 齒科醫療費가 59.81圓 E에서는 272.45圓인데 民健康保險加入者는 A가 9.33圓, E가 83.30圓과 같이 그 差가 極度로 좁혀진 것은 興味있는 일이라고 하겠다.

따라서 100%의 醫療給付가 行하여지지 않는 限 低所得者의 醫療費 負擔은 過重하고 所得의 格差以上으로 醫療給付의 差가 있는데 齒科에 있어서는 特히 이러한 差가 濃厚하다고 하겠다.

醫療費는 醫師에게 支拂되는 直接醫療費外에 交通費를 主로한 間接醫療費가 있다. 齒科醫療의 直接費는 低所得者는 알고 間接費는 低所得者도 同一한 負擔을 하고 있다는 것도 注目할만 하다. 또 所得層別로 賣藥의 費用을 생각해 보면 低生活者가 그 費用의 絕對額을 차지하고 있다.

亦是 日本の 1956年 國民健康保險의 全面的 實施에 앞서 將次 세로히 適用될 世帯가 壓倒的으로 低所得層에 屬하는 現實을 直視한다면 齒科醫療라는 手段을 通하여 所得 再分配의 效果를 期待하기는 困難할 것이다. 然한나 그 理由를 要約하면

(1) 齒科醫療는 生活緊急度가 얕기 때문에 家計中에 支出되어야 할 保健衛生費는 單 醫療費에 轉用된다.

(2) 彈力性이 높다는 것은 生活條件이 向上함에 따라 齒科醫療에 對한 要求도 受診 可能性도 增加하고 上下 階級에 給付 格差가 甚하여 진다.

日本の 現行 健康保險制度에 依한 齒科醫療의 社會化 하고 欲하는나 效果가 僅少하다고 하겠다. 「뉴저랜드」의 小兒 強制診療과 無料治療, 그리고 成年者의 自費診療라는 特殊한 方式야말로 齒科의 疾患에 對한 最 適合한 社會化 方式일 것이다.

1948年 英國이 醫療의 國營化 以後 거의 無料로 齒科 診療을 施行하였을때 豫期치 않은 大量的의 患者가 齒科 診療에 殺到하여 齒科醫師의 診療勞動이 極度로 過重되거

는 한편 患者는 順番을 기대느라고 거의 治療를 받을 수 없는 結果를 招來하여 給付制限을 했었는데 現在도 如前히 그러한 傾向이 殘存하여 있다고 한다.

單純히 受診率을 높이기 爲해서는 給付內容을 向上시켜야 할 것은 英國의 例를 기대될것도 없이 明白하지만 이로 因하여 惹起되는 問題를 考慮하지 않고 實施한다면 醫療社會化의 本來의 目標을 喪失하는 結果가 될 것이다.

各大學이나 研究所에서의 業績을 大衆에게 周知시키는 큰 要素는 그 社會의 經濟力·所得構成 또는 醫療의 機會論 醫學以外의 要素가 多分히 影響을 주는 것이다. 日本은 30餘年の 傳統이 있는 健康保險制度를 詳細히 檢討한다면 保險形式에 依한 醫療의 社會化만으로는 齒科醫療과 齒科醫學의 浸透를 大衆에게 實現해 나가기는 거의 不可能한 일이라고 말하고 있다.

各種 保險基金에서 支拂되는 莫大한 醫療費는 所謂 適正診療라는 名目으로 低水準의 醫療를 中産階級 以上에 게한 給付를 잘하고 있는 實情이라고 한다. 保險 實施以前에 있어 齒科醫師의 自發的인 所得再分配 行爲는 保險行政의 機械的 割一化에 依하여 停止되고 있다. 따라서 우리나라에 將來 실시할 保險制度는 上述한 點을 考慮하여 다음과 같은 點을 補充할 必要가 있다고 생각한다.

(1) 齒科醫學과 齒科醫師는 一層더 密接한 相互關聯을 맺을 수 있어야 하며

(2) 所得水準 職業種別 居住地域等に 拘碍없이 全大衆이 均等하게 齒科醫療을 받을 수 있어야 하고 그러기 爲하여서는 다음과 같은 體制가 마련되어야 하겠다.

(1) 低所得層을 除外하고 齒科醫療의 保險適用을 없애거나 또는 極度의 制限을 해야 할 것이며

(2) 社會保障의 費用을 無齒醫村 解消 또는 巡延齒科診療車의 設備等に 轉用하여 그 地域에 齒科醫師가 交替勤務하도록 해야 할 것이고

(3) 中學校 및 國韓學校의 學校齒科 保健을 向上시키기 爲하여 社會保障體制를 確立하며 學校齒科醫師의 待遇를 大幅 改善할 것이고

(5) 齒科醫師의 補助者를 養成하여 大衆全體에게 齒科醫療의 機會를 많이 주도록 해야 할 것이다.

以上은 勿論 一朝에 解決되기는 至難한 일이나 齒科醫療의 特殊性에 立脚하여 當然히 考慮되어야 할 當面 課題라 하겠다.