

## 80년대 地域醫療保險의 展開

延世大 保健大學院長

### 梁 在 謨

I:—

도시를 제외한 지역사회에서는 그 대다수가 농업인구로 구성되어 있다.

그런데 농업인구를 대상으로 의료보험을 시작하는 데는 일반적으로 다음 몇 가지 난점이 있는 것으로 알려져 있다.

- ① 대체로 保守的이다. ② 雇傭主겸 被傭者다.
- ③ 家口員의 위치가 불분명하다. ④ 農産物 등 현물로 현금에 대응한다. ⑤ 季節的 이동이 많다.
- ⑥ 교통과 통신이 불편하다. ⑦ 의료시설이 전연 없거나 있어도 빈약하고 원거리에 있다.
- ⑧ 보건교육, 모자보건, 영양, 상수위생 등 기초적 보건위생 상태가 빈약하다.

이와같은 난점들은 강제보험인 제 1종 의료보험의 경우처럼 각 직장에서 월급에서 보험료를 공제하여 일괄불입하는 편리도 없고, 기업주가 보험료의 반액 또는 그 이상을 부담해 주는 혜택도 없고, 도시에 집중되어 있는 수준이 높은 의료진용이나 시설을 이용하기도 어렵기 때문에 임의보험인 제 2종 보험에는 가입하기를 기피하게 된다.

또 위에서 마지막 언급한 비위생적인 농촌생활환경에 대한 개선과 일반보건교육, 모자보건 및 영양개선에 노력함으로써 많은 感染病들을 예방하지 않는 한에는 「밀푼어진 독에 물붓기」 격으로 높은 有病率은 종식되지 않을 것이므로 의료보험도입만으로는 진료비 지출만 많아질 뿐이지 지역주민들의 보건상태는 향상되지 않는다.

그렇기 때문에 농촌지역사회의 보건사업과 의료사업은 서로 분리되어서는 안되고 보건쪽에 역점을 둬으로써 의료수요를 가능한 한 감축시

키는 포괄적인 보건의료관리여야 한다. 다행하게도 보건쪽에 속하는 대부분의 일과 아주 간단한 진료의 일부는 非醫師保健要員으로도 감당할 수 있다. 특히 교통이 불편한 넓은 지역에 분산되어 있는 농촌주민을 대상으로 하는 보건위생을 의사가 두루 친히 담당할 수도 없거니와 의사라는 高價의 인력을 가지고 그렇게 한다면 지극히 비효율적인 것이 된다.

지역사회내에서 의사나 의료기관이 환자 진료만을 책임지고 점수제로 보수를 받을 경우에는 그 지역내에서의 진출한 바 비의사보건요원에 의한 활동과는 이해가 상반되기 때문에 의사들은 의사들에게만 주어진 권리침해를 내세우고 반대하게 된다.

이에 반하여 人頭制로 보수를 받고 지역간 주민들의 포괄적인 건강관리를 청원받았을 경우에는 가능한 한 많은 일을 비의사보건요원에게 위임하려 하고 그 결과 꼭 의사의 손을 거쳐야 할 성질의 業務分量을 줄이기를 바랄 것이다.

과거 20년 동안 농촌지역 특히, 無醫面의 보건의료문제의 해결책으로서 公醫, 動員醫, 修練醫, 條件附醫師들을 파견해 왔는데 그들의 수입은 대체로 봉급(수당)과 환자진료 수입에 의존하고 있다. 그러므로 그들 역시 비의료요원에 의한 보건사업을 환영하지 않거나 그에 무관심하다.

배치된 지역사회에 정착하여 일생을 바치겠다는 소수의사를 제외하고는 대부분이 의무기간만료만 학수고대하는 심정으로 일한다.

그들의 이러한 정신자세를 가 지고서는 아무리 훌륭한 전문지식과 기술도 그 효력을 발휘하지

못함은 우리가 다 잘 아는 바이다.

이처럼 지역사회 주민에 대한 애착이 두텁지 못한 의료인에 대하여 주민들의 기대가 상대적으로 낮아졌기 때문에 지역주민들이 병이 났을 때에 인근약방에서 藥으로 혹은 漢方藥으로 치료하다가 잘 낫지 않으면 목돈을 장만해 가지고 대도시에 있는 전문의나 종합병원을 찾아갈지언정 지역사회의 公醫나 修練醫를 찾아가 보았자 별 수 없다고 생각하는 또 한 가지 이유는 우리나라 의학교육의 맹점에도 있다.

즉 우리나라 의학교육은 제반 臨床病理學的 검사자료와 방사선 소견, 기타 고도로 발전된 여러가지 고가의 진료기재의 뒷받침을 가지고 이루어지는 의학기술을 6년간 배워서 의사국가고시를 통과하여 의사면허는 받았다 하더라도 농촌지역에서 그런 검사시설과 진료기재가 없는 상태에서 그 지식과 기술을 충분히 활용할 수는 없었다.

따라서 의대만을 졸업한 의사들에 대한 국민들의 신임이 있음을 알기 때문에 대부분은 인턴 레지던트의 과정을 밟아서 專門醫가 되는 길을 택하려 하고, 전문의가 못된 全科醫를 나오자로 취급하여 왔다. 이와같은 여건들은 농촌지역에 의료보험을 도입하여 그 진료급여를 담당할 의사를 지금까지 농어촌에 파견한 公醫, 動員醫, 修練醫, 또는 條件附醫師를 가지고 메꾸어 나가려는 안을 가지고는 주민들도 만족하지 않을 것이요 성공하지도 못할 것임을 시사하는 것이다.

농촌지역사회에서는 질병의 진료보다도 예방 의학적인 보건위생 사업에 치중해야 한다고 했는데 후자를 위한 비용은 이론적으로나 전통적으로 개인부담이 아니고 어느 나라에서나 국가 또는 지역사회의 공공부담으로 해결하고 있다. 그러므로 진료는 물론이요, 위생과 예방사업까지 포함하는 포괄적인 지역사회 건강관리사업의 재원을 주민들 중에서 의료보험에 가입한 사람들만이 부담하는 보험료에 전적으로 의존한다는 것은 모순이다.

따라서 적어도 國民皆保險으로 될 때까지만이라도 포괄적인 지역사회 건강관리사업 중 진료 이외의 보건위생부분에 지출되는 비용은 國庫

또는 地方的 公共負擔에 의존해야 할 것이다.

## 2: -

우리 나라 보건의료부문의 장기개발계획에 의하면 도시에서는 강제성을 띤 제 1종 地域醫療保險을 점차확대시켜 나가는 한편 농촌지역에는 任意保險인 제 2종 地域醫療保險을 실시하고 이에 따른 의료수요의 증대에 대비하여 의사양성과 국공립병원시설의 확충을 기도하고 있다.

그러나 효율적인 國民皆保險을 위하여 궁극적으로는 도시에서도 職場單位를 넘어선 地域單位保險으로 개편되어야 하기 때문에 農村地域社會에서 어떤형태의 건강관리 제도를 발전시키는 것이 가장 효과적이겠는가는 전극적인 관심사라 하겠다. 그런데 우리가 알고 있는 한에서 다른 나라에서는 社會保險은 저소득층을 주대상으로 하고 任意醫療保險은 소득수준이 아주 높아서 社會保險의 급여수준으로는 만족하지 않는 사람들을 대상으로 정액의 보험료를 받고 고급의 診療給付를 약속하는 보험이다.

또 우리 나라는 자유민주주의 사회 경제체제를 기본으로 하기 때문에 의사, 환자 양측 다 선택의 자유를 향유하는 제도라야 하고, 현재 의료부문 투자의 8할이 民間資本임을 인식하면 우리나라에서 모든 의료기관을 국유화하고 모든 의료요원을 공무원으로 한 국가의료제도는 전연 생각할 수 없다.

이상에서 언급한 여러가지 점들을 참작하면 80년대에 우리나라 지역사회 건강관리와 의료보장을 전개하는 데는 다음과 같은 조건을 구비하는 제도로 시도할 것을 제창한다.

1. 保健衛生과 醫療를 분리하지 않는 包括的인 지역사회건강관리 제도일 것.
2. 지역의 단위는 인구 30,000~100,000 정도로 시작되되 행정구역보다는 生活圈 위주로 할 것.
3. 지역보건협의체를 구성하되 그 임원진은 2/3를 주민대표들로 하고 1/3을 지방자치단체장과 의사(보건소장), 간호원으로 한다.
4. 수명의 專門醫(내과, 소아과, 산부인과, 방사선과, 임상병리과)로 구성된 집단 의료기관과 人頭制報酬支拂制로 지역주민건강 관리의 책

입을 맡는 계약을 한다. 그 책임은 예방과 1차적 진료는 물론이요, 병원(2차적 또는 3차적) 진료까지도 포함한다. 계약기간은 장기(3~5년) 일수록 좋지만 계약만으로 이전(6개월)에 쌍방 중 어느 한편에서도 이의 없으면 재계약되는 것으로 한다. 頭當報酬는 물가지수변동에 따른 조정만은 매년 할 수 있도록 한다. 지역내에서 개업하고 있는 다른 의사를 활용하고 안하고는 계약 집단의 의료기관의 자유다. 또 인근 병원 또는 종합병원과는 attending doctor로서 병원시설을 환자진료에 이용할 수 있도록 한다.

5. 정부 또는 지방자치단체에서는 현재 보건소와 읍면보건요원을 가지고 실시하고 있는 보건위생사업부문에 소요되는 財政的負擔과 의료보호대상자들에 대한 의료비 부담을 계속 한다. 또 정부나 지방자치단체에서는 가급적이면 집단의 의료기관용. 대지, 건축 및 시설장비를 위한 투자에 대하여 보조 또는 저리융자를 해주고, 방사선기사나 임상병리기사 등에 대한 급여(지방공무원대우)를 부담함으로써 우수한 의료진 유치에 용이하게 한다.

6. 지역의료보험은 보다 광의로 해석되는 지역건강보험으로 개칭하고 강제성을 띤 사회보험으로 바꾸되 보험료는 소득수준에 비례하는 비율로 정하여 연 2회 정도로 분납케 하다가 장차는 保健稅로 바꾼다.

이상의 제안은 미국연방정부가 1973년부터 주 정부로 하여금 채택할 것을 권장하고 있는 건강유지기구(Health Maintenance Organization)와 비슷한 것이다.

3:—

필자는 80년대에 들어와서 우리 나라에 地域社會健康管理事業을 성공적으로 발전시키기 위하여는 點數制로 의료보수를 지불하는 의료보험제도를 농어촌 지역사회에 도입하겠다는 생각은 버리고 人頭制, 先拂集團醫療供與方式을 채택한 포괄적인 지역사회 의료 보장제도를 도입해야 함을 주장한다.

이를 주장하는 것은 다음 두 가지 때문이다.

첫째는 點數制醫療報酬支拂制度(fee-for-service payment system)가 가진 중대결함 때문이

요, 둘째는 농어촌지역에 點數制에 입각한 의료보험을 성공적으로 도입하기가 직장 의료보험에 비할 수 없이 더 많은 난점을 지니고 있기 때문이다.

이 두가지 이유에 관해서는 이미 이론적으로 잘 알려져 있으며 또 다른 나라에서 일찌기 실천하여 많은 실패와 어려움을 겪고 있는 바이지만 인류역사에 나타나는 인간의 약점은 남이 겪은 똑같은 試行錯誤가 나에게도 되풀이 되어야만 비로소 그 과오를 깨닫는 데 있다.

그렇다면 모두가 點數制醫療酬價支拂制度란 합정에 빠지는 이유는 무엇인가.

그것은 첫째로 이 방법은 전통적으로 의사나 의료기관에서 환자들에게 진료비를 부과해 오던 방법을 보다 더 세분하고 구체화한 것에 불과하기 때문에 의사들에게는 하등 색다르게 느껴지지 않기 때문에 우선 받아들일는데 무난하다는 것이다.

둘째로는 微視的으로 볼 때 진료내용의 質과 量의 다과에 기준을 둔 수가책정원칙은 일반 시장 경제에 있어서 상품이나 서비스가격을 책정하는 원칙과 다를 바 없게 생각되기 때문에 保健醫療費가 가진 특수성을 잘 이해하지 못하는 정책수립자에게도 용이하게 받아들여진다는 것이다.

세째로는 의사와 환자간에, 그리고 의료공여기관과 보험관리기관이나 행정기관간에 조금이라도 상호불신이 있을 경우에는 점수제야말로 기탄을 방지하고 점검과 감시를 가능하게 하는 좋은 방법으로 오인하기 쉽다는 것이다.

네째로는 우리나라의 경우는 가장 정보접근이 용이한 일본과 미국의 의료보험들이 대체로 이 점수제 방법에서 벗어나지 못하고 있기 때문에 그 방법이 가장 좋은 방법인 것으로 착각한다는 것이다.

그러면 일본이나 미국에서는 어째서 이 좋지 않은 방법을 계속 사용하고 있는가.

그것은 어떤 제도든지 일단 정착하게 되면 그 제도로 이익을 보는 소위, 既得權勢力이 생겨서 기존제도를 개폐함에 반대하는 법인데 일본이나 미국서는 이 抵抗勢力이 막강하기 때문이다.

일본이나 미국에서의 점수제는 소위 開放的 (open-end)인 것이어서 진료의 質量에 일일이 엄격한 제한을 두지 않고 의사들의 양식에 맡겨져 있기 때문에 의사들이 수입을 올리기 위하여 過剩投藥이나 過剩處置를 하려면 할 수 있고 그에 따라서 의료약제기 산업의 매상은 높아지기 마련이다. 여기에 의료보험회사들과 그 소속 종업원들까지 합친 3대 집단세력이 현제도를 폐함에 음으로 양으로 반대하는 것이다. 일본의 「週間新潮」등 대중지에는 환자들이 반도 다 소화시키지 못할 정도로 過剩投藥을 하고 있기 때문에 약의 부작용이 심한 것을 우려하는 투고가 게재된다. 그러나 「다케미」회장을 7중추로 한 의사의 일본의 일본 정계에 펼쳐 있는 영향력이 만만치 않음도 잘 알려져 있다.

미국 역시 양동일변도인 국민의료비(1950년대 에 GNP의 4%이던 것이 현재에는 9%로 육박)에 골머리를 앓고 있으며 그 대응책으로 민주당에서는 1976년의 대통령선거시에 그 숙원이던 National Health Insurance 실시를 공약하였음에도 불구하고 민주당이 집권한지 3년이 지나도록 손도 못대고 있는 것은 연방정부의 예산확대 반대등 뜻밖의 난관에 부딪혔기 때문이라고 하지만 그 이면에는 전술한 3대집단세력의 현상유지를 위한 저항이 토비를 통하여 制動을 건 것이다.

1977년부터 우리나라에 실시된 점수제가 개방적이지 아니고 폐쇄적으로 시작된 것이 의사들이나 의료기관에 대한 불신에 연유된 것이라면 대단히 불행한 일이지만 그것이 꼭 필요한 진료까지도 제한하므로 발생하는 손실보다도 필요이상의 진료행위를 억제하는 이득이 크다면 다행한 일이고 일본이나 미국에서 겪는 것 같은 심한 정도의 파잉진료는 없을 것이다.

그러나 거의 확실한 것은 1종 의료보험의 확대에 따라 그 관리를 위한 協議會나 公團에 직원이 점차 늘어날 뿐 아니라 각 병의원에 진료비 청구 사무처리를 위하여 늘어날 다수의 직원들도 장차 점수제 폐지를 환영하지 않는 집단으로 차츰차츰 커나갈 것이다.

#### 4: -

도대체 무엇을 가지고 점수제가 가진 중대한 결함이라 하는가.

그 첫째 결함은 의사나 병의원의 수입이 의료를 요하는 환자 發生頻度와 진료과정에 기초를 둔 것이기 때문에 지역주민의 건강관리가 잘 되어서 환자 발생이 줄면 출수록 의사의 수입은 줄고 또 발생된 환자도 간단하게 빨리 치유될수록 의사의 수입은 적어지고 반대로 지역 주민의 건강관리가 잘 안 되어서 난치의 중환자가 많이 생길수록 의사들의 수입은 높아진다는 모순점에 있다.

의사나 의료기관의 궁극적 목표를 질병진료에 두지 아니하고 지역주민의 건강유지증진에 둔다면 현행 점수제의료보수지급제도는 확실히 自家撞着的이다.

이와 대조적인 방법이 人頭均一率制度(capitation base flat-rate payment system)이다.

여기서는 의사나 의료기관의 수입은 몇 사람의 건강관리를 책임지고 있느냐에 좌우되는 것이진료한 환자 건수의 다과나 진료과정의 난이여하에는 아무런 관계가 없다. 따라서 이 제도하에서의 의사수입은 평소에 자기가 맡은 주민들의 건강관리를 잘해 주고 예방을 잘한 결과로 환자가 하나도 발생하지 않는 일이 있다해도 의사의 총수입이 줄어드는 것은 아니며, 실수입은 오히려 덜 줄어든다.

그러므로 점수제에서는 의료비 부담의 위험(risk)이 환자와 보험기관에게 떨어지지만 人頭制로 先拂契約한 상태에서는 의료비 부담의 위험이 그 계약을 한 의사나 의료기관에 떨어지는 것이다. 人頭制下的 의사나 의료기관이 담당 인구의 1차 보건의료의 위험만을 맡는 조건으로 계약하는 수도 있고, 2차 또는 3차 의료, 즉 병원진료의 위험까지 맡는 조건으로 계약하는 수가 있는데 후자에 속하는 인구의 입원율이나 외과수술율이 전자에 속하는 인구의 입원율이나 외과수술받는 율보다 훨씬 적다는 사실이 미국의 학자들에 의하여 밝혀진 바 있다.

영국의 National Health Service 제도하에서는 1차적 보건의료를 맡고 있는 의사들은 인두

제르 보수를 받고 2차적 진료를 요하는 환자가 생기면 이를 병원으로 추천해 준다. 병원에서는 이를 서류심사하여 병원에서 진료할 필요가 있다고 인정되는 환자만을 그 緩急에 따라서 장단 기간의 대기 후에 입원이 허용된다.

이러한 의료제도에 있는 영국인이 외과수술을 받는 율은 점수제에 입각한 의료보험에 가입한 미국인의 외과수술받는 율의 반에 불과할 정도로 적다는 사실이 밝혀졌다. 또 같은 뉴욕 시민 중에서도 점수제에 입각한 Group Health Insurance 산하 사람들의 외과수술을 받는 율은 人頭制에 입각한 New York Health Insurance 산하 사람들이 외과수술을 받는 율보다 2배나 높았음이 밝혀졌다.

두 번째로 지적해야 할 點數制이 가진 중대 결함은 번잡한 서류작성 사무절차와 과다한 관리행정에 있다.

연세대보건의대학원생의 석사학위 논문에 의하면 우리나라 병원에서 1종의료보험환자의 진료비청구사무에 요하는 시간은 비보험환자의 그것보다 평균 7.5배나 더 길다는 것이다.

高價人力인 의사들의 귀중한 시간과 정력을 진료비청구에 필요한 번잡한 서류작성에 낭비하기가 아까우니까 이것을 말아서 처리할 사무직원을 채용한다 하더라도 전적으로 다 맡겨지는 것은 아니다.

심사기구에서는 이 복잡한 청구서를 접수하여 날날이 심사처리하는 데 많은 사무직원을 채용해야 하기 때문에 보험료 수입의 10~20%가 管理行政費로 지출됨이 예사인데 그러면서도 사무처리 지체 또는 착오로 의사들에게 피해를 끼치고 選別處理등 職權濫用의 가능성마저 내포하고 있다.

또 세계적으로 귀해지는 것은 에너지만은 아니다. 종이류 역시 자꾸만 품귀해지고 원유와 마찬가지로 용지 원자재도 우리 나라에서는 생산된지 않기 때문에 종이를 많이 쓰는 일은 가능한한 피해야 한다.

이러한 결함을 지닌 점수제와 완전히 대조적인 것은 인두제에 입각한 先拂制度다. 여기서는 醫療供與를 담당할 의사집단대표와 보험단체 기

구 사이에 계약서를 작성하는 이외에는 의료비 수불을 위한 개개 진료행위에 대한 서류작성이 전연 필요치 않고 따라서 그 심사처리를 위한 사무직원도 필요하지 않기 때문에 양측이 다 업무가 간편하고 관리행정비도 크게 절감된다.

이렇게 되면 3,000명의 1차적 보건관리를 1980년에는 두당 만원씩에 청부를 맡은 박모 의사는 계약상대기관(지역보건협의회 또는 의료보험기구)으로부터 3,000만원을 1980년 중에 매 4분기로 나누어서 또는 12개월로 나누어서 받으면 된다.

그러므로 박모의사는 1980년간의 자기 총수입이 3,000만원임은 연초부터 이미 알려진 사실이고 실수입만은 高價藥劑를 요하는 환자가 많을수록 줄어들고 환자 발생이 적을수록 많아진다. 지역보건협의회 또는 의료보험기구의 측에서도 매년 관할구역내 인구수와 頭當醫療報酬額만 정하면 연간 지출예산은 확정되는 것이며, 환자발생다과에 하등 영향을 받지 않는다. 이와는 정반대로 點數制의 경우는 의사도 자신의 연간 수입이 얼마가 될지는 확실하게 알 수 없어서 환자가 줄어들면 불안해지고 보험기구측은 환자가 많아서 의료비신청이 많아지면 적자가 날까 두려워서 보험료율은 올리고 진료의에게는 연가로 인색하게 구는 자세를 취하게 한다.

원칙적으로 의료보험은 1년씩을 기준으로 하는 短期保險이기 때문에 적자만이 아니라 지나치게 흑자가 나서도 안되는 법이다. 이러한 점이 점수제가 가진 세 번째의 중대한 결함이다.

네째로 문제가 되는 것은 양질의 건강관리나 진료는 점수라는 척도로 계량화할 수 없는 부분이 많다.

양질의 건강관리나 의료는 약물이나 수술만으로 되는 것은 아니고 상호간에 두터운 신애가 있어야 한다. 그럼에도 불구하고 점수제에서는 이러한 질적인 면은 거의 반영되지 않았다. 따라서 주민들에 대한 보건교육상담이나 예방지도를 위한 성의나 시시각각으로 변하는 환자 상태를 살피고 환자에게 믿음을 주기 위하여 하루에도 몇번이고 찾아가 보아 주는 따뜻한 성의에 대한 報酬은 점수제에 있어서는 등한시되었다. 또 같은 병도 환자상태에 따라서는 그 진료 내

용은 천차만별한 법인데 이것은 일률적인 규제  
로 묶어 버린다는 데도 모순이 있는 것이다.

5: -

어떻게 하면 오벽지(奧僻地) 주민들에게까지  
도 양질의 1차 진료의를 확보하느냐는 세계적인  
관심사이기 때문에 의사가 수도 코펜하겐만을  
제외하고는 자유로이 어디서나 개업할 수 있는  
덴마크에 어떤 순리적인 방법으로 인구 2,330±  
10%의 중심지에는 적어도 의사 1명은 확보하고  
있는가를 설명해 보련다.

첫째는 건강보험이 1차 진료비를 부담해 주고  
있기 때문에 덴마크 내에서는 주민들의 빈부에  
상관없이 어디서나 좋은 수입이 보장된다. 둘째  
로 전과개업의(全科開業醫)에게 유리한 것은 병  
원의래와의 경쟁이 없다. 병원 진료는 입원, 외  
래를 불문하고 모두 시·군 부담으로 되어 있는  
데 병원 외래에서 1차 진료를 하는 것은 중복될  
뿐 아니라 더 고가로 먹기 때문에 원칙적으로  
일반 외래환자를 받지 않는다. 세째로는 전과의  
개업을 장려하고 보호하며 전문의개업(專門醫開  
業)을 억제하기 위한 여러 가지 규제를 마련하  
였다. 이를테면 전문의(專門醫)가 동시에 전과  
의(全科醫)를 겸하는 개업은 금지하고 양자택일  
(兩者擇一)하게 마련이다. 또 보험에서는 1차  
진료 담당 전과의가 추천의뢰한 경우에 한하여  
전문의를 진료비를 부담해준다. 덴마크 의협(醫  
協)에서는 병원에 근무 중인 레지던트가 파아트  
타임으로 개업하는 것을 금지하고 있다. 그리고  
모든 병원에서는 입원 외래 공(共)히 전과의의  
추천 의뢰 없이는 환자를 받지 않는다. 네째로  
는 몇몇 예방 의학적 보건사업을 전과의가 하는  
1차 건강 관리사업에다가 통합시켜 준 것이 도  
움이 된다. 이를테면 취학전 아동들에 대한 정  
기검진(定期檢診)을 전과개업의로 하여금 맡게  
하고 국고(國庫)에서 그 보상을 해 준다. 또 각  
종 예방접종과 자궁암검진 역시 같은 방법으로  
의뢰 처리된다. 다섯째로는 전과의와 전문의 간  
에 수입에 별 차이가 없다. 전문의는 거의 다  
병원에 근거(根據)를 두고 일하며 봉급에 의존  
하고 개업이 허용되는 것은 과장급에 한하여 매  
주 2회 2시간 뿐이다. 이에 비하면 전과의에게

표 1.

나라	연도	의사	일반봉급생활자	비율
캐나다	1972	—	—	5.30 <sup>a</sup>
프랑스	1973	F 129,500	F 26,433 <sup>b</sup>	4.90
서독	1971	DM115,580	DM17,720 <sup>c</sup>	6.52
영국	1972	£ 6,794	£ 1,367	4.97
미국	1971	\$ 42,700 <sup>d</sup>	\$ 9,030 <sup>e</sup>	4.72

註) a: 평균소득에 대한 과세부과 목적의 전체 평균소  
득대비  
b: 1975 유럽 연합에서 추출한 고용임금에 관한자  
료  
c: 「사회발전을 위한 이익사회」에서 추출한 「라인  
할트」 수치  
d: 소득 중앙치  
e: 자영자 제외

는 오히려 보통 이상의 수입을 올릴 가능성은  
훨씬 더 많다.

별표(표 1)에서 보는 바처럼 선진 각국에서  
의사들의 평균 수입은 자기 나라 일반봉급 생활  
자들의 그것보다는 약 5배에 해당되며 서독의  
경우는 6.5배가 넘는다. 일본에서는 의사들의  
수입의 72%는 과세대상에서 공제되는 혜택을  
받고 있다.

이상으로 기술한 선진제국과 비교하면 우리나  
라 보건의료인들은 사회적으로 우대가 아니라  
오히려 심한 푸대접을 받아왔다해도 과언이 아  
닐 것이다. 그 결과는 관공서에 유능한 의사를  
불잡아 두기 어렵게 되고 개업의들도 대체로는  
그 수입이 투자액과 노력에 비하면 한심할 정도  
로 빈약한 편이다. 따라서 개업만으로 재벌급에  
손꼽힐 정도로 큰 돈 번 의사는 없거니와 개업  
이 잘된 소수의사(少數醫師)들도 구두쇠에 가까  
울 정도로 검소한 생활을 하며 모은 것이 쌓이  
고 쌓인 결과가 곧 오늘날 우리나라 보건 의료  
분야 유형자산의 8할 이상을 차지하는 민간 투  
자에 의한 병·의원 시설이다. 이러한 실정을  
몰라주는 우리 사회는 언변도 적고 권력도 없는  
의사들을 특하면 돈만 아는 악덕 모리배처럼 보  
고 고액의 소득세를 부여하는가 하면 지역사회  
를 맡은 행정기관은 관내의 빈곤한 환자에게 새  
마을 진료권이란 꼬리표만 붙여서 병·의원으로

보내다가 1977년부터는 마진이 거의 없을 정도로 모진 보험의료수가(保險醫療酬價)를 책정해 놓았고 이제는 보험환자가 서울시내 병·의원 환자의 5할 선에 달하게 되니 아직은 나머지 5할의 비보험(非保險) 환자에서 남긴 수입으로 근근히 간호원과 사무직원들의 인건비를 메꾸다 하더라도 다가올 개보험시(皆保險時)에는 무엇으로 그것을 충당할 것이며 서비스 원가 계산에서 의료라고 해서 빠뜨릴 순 없는 투자액에 대한 이자, 시설의 감가상각 및 노후장비 기재의 대체는 무엇으로 하겠는가이다. 이와같은 의사와 의료기관의 출혈과 희생으로 단기적으로는 국민 의료향상에 이바지될 것은 사실이겠지만 장기적으로 보면 유능한 보건의료인력을 해외로 빠져 나가게 하고 국내 잔류인의 사기를 떨어뜨리고 민간투자에 대한 의욕을 상실케 한다면 결국은 “제타 잡아먹는 소경 격(格)”이 되고 만다. 장차 우리 정부가 국민 건강의 보장에 무엇보다 높은 우선 순위를 두고 최대한의 국력을 쏟아주기로 결심이 선다 하더라도 그 일을 해낼 인력이 바로 지금 푸대접을 받고 있는 그들이다.

무의면(無醫面) 또는 무의지역(無醫地域) 해 소라는 명목하에 지난 30여년 동안 여러가지 방책을 써왔다. 공의(公醫)를 두어보고 동원의(動員醫)나 수련의(修練醫)와 조건부 의사(條件附醫師)를 파견했고, 이제는 장학의(獎學醫)와 군복무 대신 의가 나올 판이다. 그러나 그 결과는 지금이나 30여년전과 별차이가 없는 무의면 상태요, 파견되었던 의사들에 대한 주민들의 실망만이 누적되었다. 여기가 세가지 근본적인 착오가 있다. 그 하나는 농어촌 오벽지 주민이라고 해서 2등 국민이 아닌 이상 도회지보다 더 저질(低質)의 의료진용(醫療陣容)으로도 되리라는 생각은 버려야 하며, 둘째는 지역사회에 정착하여 주민들과 평생고락을 같이 하겠다는 착오가 서지 않은 뜨내기 자세로는 현대의 학지식과 기술을 발휘할 시설도 안하거니와 주민들의 신뢰를 받을 사랑과 열성이 솟아나지 못한다. 진정 양질의 의료는 지식과 기술만으로 이루어지는 것은 절대로 아니다.

세째는 형식만 갖추고 하나도 충실하게 못하

는 중복이다. 이를테면 동일한 읍 또는 시에 도립병원이 있고 그 옆에 군보건소장과 촉탁의(囑託醫)가 있지만은 그 어느 하나도 충실하지 못하고 또 충분한 대우도 못받는 악순환(惡循環)에 빠져 있으면서 지방개업의와 경철을 하고 장차는 모자보건센터가 이 경철에 추가될 징조가 보인다. 보건소가 촉탁의를 두고 국민자 구호진료를 위하여 만전을 벌리는 경비를 개업의에게 주면 보다 효과적으로 목적달성될 뿐 아니라 우수한 개업의 유치에 도움을 주고 또 시혜환자들에게도 차등(差等)감을 주지 않는 이득이 있다.

보건의료요인에 대한 푸대접은 의사에 한한 것이 아니다. 간호원이 보건소에 아무리 오래 있어도 계장급에는 군청에 있던 남자 사무계 직원이 와서 상전으로 군림(君臨)하며, 읍·면 보건요원들은 십년을 근속했어도 임시직이란 자격으로 초임자와 같은 대우 밖에 못받고 있으니 결국은 똑똑하고 유능한 전문기술직 일군은 떠나고 만다. 이 모두가 보건의료 분야에 유능한 전문기술인력의 축적을 저해해온 요인들이다.

#### 6 : —

현대적 보건의료제도는 연령, 성별, 빈부, 도시와 농촌을 막론하고 모든 국민에게 평등해야지 차별이 있어서는 안된다. 또 의료공여자(醫療供與者)와 수요자(需要者) 쌍방이 다 상대자를 선정할 자유는 보장되어야 한다. 그러나 이 상에서 말한 형평과 자유란 두 가지 조건만을 만족시키는 의료제도는 그 어느 나라도 감당할 수 없는 고가의 것이 된다. 그러므로 효율성이 감안되지 않을 수 없다. 효율이란 한정된 자원을 가지고 최대한의 효과를 거두는 것이며 또 최소의 자료 투입으로 소정 목적을 달성하는 것을 의미한다고 할 수 있다. 이를 위하여 선진 각국에서 채택하고 있는 것은 ① 의료전달체계 확립 ② 집단 개업 장려 ③ 예방을 포함한 포괄적 1차 보건관리제도 ④ 의료비 선불제 등이다. 이 중에서도 첫번째 것, 즉 병원과 의원간의 역할 구분을 엄격하게 하고 전과의 추천없이 병원에서 입원 의료를 막론하고(응급환자만은 제외) 환자를 받지 않게 되어 있음은 병원진료가 워낙 고가(高價)한 것이기 때문에 꼭 병원에서

의 진료가 필요한 소수환자로 축소시키기 위한 것이고 동시에 주로 도시에 위치하고 있는 병원 시설과 전문의를 이에 접근이 용이한 도시민에게만 외래까지 다 이용케 하면 형평원칙(衡平原則)에 어긋나는 결과를 초래하기 때문이다. 우리나라에서도 효율향상(效率向上)을 위하여는 병·의원간에 역할 구분의 제도화를 서둘러야 하겠는데 아직도 다음 두 가지 이유를 내세우고 반대하거나 주저한다. 그 하나는 이러한 통계가 민간투자 의욕을 상실케 하리라는 우려에서이고 또 하나는 현재 우리나라 병상의 무려 55%가 병원급 미달의 병원에 소속된 것인데 당장 어떻게 하느냐이다. 이와 같은 우려를 이유로 현재와 같은 무질서한 상태로 방치하고 투자만 더 계속하면 비효율적인 제도의 뿌리는 더욱 무성해져서 이식이 더 어렵게 될 것이다. 그러므로 개혁은 조속히 단행하되 5~10년의 시한을 두면 이제부터의 신규투자는 신제도에 맞추어서 할 것이요 기존 시설활용에도 큰 무리없이 될 것이다. 이러한 개혁은 효율성만이 아니라 의료의 질 향상과 그 통제를 위하여도 절실하게 필요하다. 또 이 개혁 없이는 우리들의 숙제(宿題)인 무의지역에 우수한 전과의 유치는 절대 불가능함은 물론이요 전과의의 몰락 영세화는 더욱 심해질 것이다.

영국서 전과의의 집단개업을 정부가 권장하여 여러가지 특혜를 주고 있음은 주지(周知)의 사실이나 덴마크에서도 전과의들의 집단개업이 증가일로에 있음은 많은 경비절약과 편리를 인식하기 때문이다. 우리나라에서는 지역주민들 간에 전과단독(Solo) 개업의에 대한 실망과 불신이 있다는 점과 유능한 의사가 전문의(專門醫) 되는 길의 추세를 감안한다면 정부는 지방에 전문의로 구성된 집단개업을 권장 지원하는 정책과 이들이 인근에 있는 병원 시설을 attending base로 이용하는 제도를 결부함이 어떨까 한다.

끝으로 "1차 보건의료"에 관하여는 그것이 꼭 Medex 나 Nurse-Practitioner 나가 의사를 제쳐

놓고 진료행위를 하는 것으로 오해하는 분이 있다면 시정(是正)되어야 하겠고 또 전국 방방곡곡에 의사를 핵심으로 한 1차 보건관리제도가 확립되어야만 비로소 우리나라에 국민보건 의료형평과 효율의 원칙이 살고 또 전과개업의의 전망도 밝아질 것으로 안다.

이렇게 효율성을 양양함에 노력하여도 전국민의 건강관리와 의료보장을 만족하게 하려면 총경비가 상승될 것은 각오해야 하며 보건세(지방세)로 충당하도록 되어야 할 것으로 안다. (덴마크에서는 지방자치단체 예산의 70% 내의를 보건의료비가 차지함)다만 (표 2)에서 보는 바와

표 2.

나	라	연도	1인당국민총생산액(\$)	의료비부담율(%)	1인당의료비지출(\$)
오스트레일리아		1972	3,769	5.80	219
오스트리아		1971	2,747	5.46	150
캐나다		1971	4,317	7.02	303
핀란드		1972	2,869	5.31	152
프랑스		1970	2,851	6.40	182
서독		1968	2,246	6.07	136
그리스		1972	1,374	2.51	34
이태리		1972	2,164	6.12	132
네델란드		1972	3,437	6.78	233
노르웨이		1972	3,889	5.18	201
스웨덴		1971	4,431	7.00	327
영국		1972	2,742	4.45	122
미국		1972	5,551	6.51	361

같이 매인당 국민총생산액(Per capita GDP)가 올라가서 부유하게 될수록 총 의료비가 차지하는 비율도 상승한다는 사실로 미루어 우리나라(현재 약 2.7%)에서도 점차 상승할 것인데 전달체제를 영국처럼 경직(硬直)하게 하고 인두제(人頭制)로 의료비를 지출하게 되면 5% 내외로 머무를 것이고 미국이나 일본처럼 전달체제를 유연(柔軟)하게 해놓고 점수제를 계속하면 10%선으로 올라갈 가능성은 많아질 것이다.