

IX. 구강보건진료 전달체계

연세대학교 치과대학 예방치과학교실

교수 김 종 열

원시시대로부터 인류는 본능적으로 자기 몸을 보호하고 고통에서 벗어나기 위한 노력을 하여 왔으며 주로 내신적인 방법과 개인적인 경험적 치료에 의존하였다. 중세기에 들어서서 잦은 전염병의 유행에 대한 대책으로 공중위생의 문제가 대두되었고 인간중심의 문화발전에 따라 의학에도 여러가지 발전을 가져오게 되었다. 이러한 의학의 발전은 산업혁명과 문예부흥의 물결을 타고 급속한 발전을 거듭하였으며 19세기에 들어서서는 장기이식, 생명현상의 규명, 면역학, 노쇠현상의 규명, 유전학, 수명연장등 과거에는 상상조차 하기 힘들었던 부분들에 대한 가치 기적적이며 폭발적이라고 표현될 정도의 발전이 거듭되어지고 있다. 그러나 현대의학의 발전은 인간과 환경과의 관계를 중심으로 건강과 질병의 결정인자를 찾으려 하기 보다는 인체내부에서 해결점을 찾으려는 방향으로 주로 노력해왔다. 또한 인간의 생물학적인 면을 자연 과학적인 방법으로만 해결하려는 방법에 대한 지나친 의존이 많은 문제점을 야기하게 되었다. 인간의 건강과 질병발생 결정요인의 대부분은 인체내에 있는 것이 아니라 인간을 둘러싸고 있는 물리적, 사회경제적, 문화적 환경과 이들에 의하여 지배되는 생물환경과 밀접한 관계가 있음에도 불구하고 근본적 원인제거가 아닌 나타나는 현상에 대한 치료에만 국한시킴으로 인해 서서히 그 한계가 나타나기 시작하였다. 또한 인체 자체는 인간의 심리적, 정서적, 정신적인 면에 절대적인 영향을 받고 있음에도 자연과학적인 방법만으로 해결하려고 하는 노력이 큰 비중을 차지하게 되었으며 이로 인해 심한 불균형을 이루게 되었다. 이러한 물질적인 면에 기초를 둔 자연과학적인 의학의 발전은 가장 인간적이어야 하는 의학을 비인간화 시켰으며 동시에 지나친 전문화 및 세

분화로 인해 인간을 장기 또는 조직으로 잘게 나누어서 다루게 되어 인간전체를 포괄적으로 다루는 능력을 상실하게 되었다. 또한 이러한 발전된 의학 기술 및 지식을 이용하기 위해서는 고가의 장비와 기술을 필요로 하고 장기간의 교육을 받은 특수 전문의가 있어야 하므로 일반국민이 지불할 수 있는 능력 이상으로 의료비가 상승되어 발전된 의학 지식과 기술에 의한 의료서비스를 받을 수 있는 사람의 수가 극히 제한되는 결과를 초래하게 되어 결국 의료는 WHO현장에 명시된 인류의 기본권이 아닌 특권이 되어져 가고 있는 현실이다. 이러한 현대의학의 문제점을 해결하기 위해서는 개인의 노력은 분명히 한계에 부딪히게 되며 국가사회의 책임으로 돌릴 수 밖에 없게 되는 것이다. 이러한 노력은 형평주의에 입각한 것으로서 건강은 교육과 취업등과 함께 인류가 다같이 누릴 기본권리의 하나이기 때문에 자유경쟁 이전에 전제조건으로서 국가사회는 이를 보장할 의무가 있다고 보게 되었다. 그러므로 이러한 개념으로 불배 혜택(privilege)으로서의 시료(charity service)는 낡고 모욕적인 것이며 봉건시대의 잔재로 간주하게 되었다. 그러므로 국가는 모든 국민에게 총괄적인 구강보건진료를 포함한 보건진료를 필요할 때, 적절한 시간, 적절한 장소에서 적절한 의료인에 의해 누구에게나 쉽게 제공하기 위한 보건의료제도가 설정되어야 할 필요가 있다. 따라서 의료전달체계란 앞서 언급한 보건의료의 이념과 가치관 또는 정책적인 목표를 달성하기 위한 제도적인 노력이라고 할 수 있는 것이다.

의료전달체계란 글자 그대로 정의하면 의료를 필요로 하는 사람에게 질적으로 양적으로 적절한 의료를 효과적으로, 효율적으로 제공하는 것과 관련된 체계 또는 제도라고 할 수 있을 것이다. 따라서

여기에는 적정의료의 개발 및 생산과 관련된 측면과 개발 및 생산된 의료를 수혜자에게 제공하는 접근성과 관련된 측면등의 두가지로 구성된다고 할 수 있다. 의료의 개발 및 생산이라고 하면 의료인력 및 시설등의 의료자원을 양적으로, 질적으로 적정하게 개발하고 생산하는 것과 관련된 여러내용이 포함될 것이며, 의료의 접근성을 높인다는 것은 의료를 필요로 하는 모든 사람에게 의료가 제공되게 하기 위하여 지리적, 경제적, 문화적 접근도를 높여주기 위한 모든 노력이 포함 될 것이다. 여기에는 재원조달, 인력과 시설의 균등한 분포, 기능과 역할에 따른 의료자원의 체계적인 배치 및 이에따른 유기적인 상호관계의 수립등에 관한 것이 포함될 것이다. 이 과정 전체에서 최소한의 투자는 최대한의 효과를 기대하는 효율이 가장 기본적인 개념이 되어야 한다.

의료전달체계는 독립적으로 존재할 수 있는 어떤 체계가 아니라 한나라의 정치, 사회, 경제체제에 의하여 직접, 간접으로 지배를 받는 하나의 소체계(sub system)이며 그나라의 전통과 문화속에 뿌리를 박고 오랜기간 역사적으로 발전되어 오는 제도인 것이다. 따라서 각국의 의료전달체계를 어떠한 틀에 맞추어 크게 분류할 수 있을지는 몰라도 전부가 자기의 고유제도를 갖고 있다고 보아야 한다.

20세기에 들어와서 각국의 정치, 경제 및 사회체제를 지배해온 두가지 큰 가치관은 자유와 평등이라고 할 수 있다. 절대적인 자유와 절대적인 평등은 동시에 병존 할 수는 없으며 양극에 대응적으로 위치하는 개념이다. 따라서 세계각국의 각종 제도나 체계를 결정하는 기본 가치관은 자유와 평등을 양극으로 하는 스펙트럼상상의 어떤 곳에 위치하게 된다고 할 수 있다. 그러나 어느 경우에도 완전한 자유나 평등은 없으며 평등을 위하여 어느 정도 자유가 희생하여야 하는가 또는 자유를 위하여 평등을 어느정도 희생해야 하는가의 정도의 차이가 있으며 서로 상대적일 수 밖에 없다. 일반적으로 자본주의 경제체제와 자유민주주의를 기본으로 하는 국가는 평등보다는 자유를 상대적으로 더 중요시하게 되며 사회주의 경제체제를 기본으로 하는 국가는 자유보다는 평등을 상대적으로 더 중요시 하는 입장에 서게 되는 것 같다. 이러한 가치관은 정치, 경제에만 적용되는 것이 아니라 의료, 교육 또는

사회복지등 전반적으로 적용되는 가치관이다. 의료를 중심으로 보면 의료의 평등을 특히 주장하는 국가는 의료전체를 국가의 소유로 하고 의료비도 국가예산으로 충당하며, 보건계획, 의료자원의 개발, 생산 및 배치도 정부에 의하여 엄격하게 완전 지배 통제되며 후송의뢰체계도 엄격하게 또는 경직하게 운영하는등 선택의 자유가 인정되지 않는 제도를 가지고 있다. 반면에 선택의 자유, 개개인의 능력에 따른 보상을 가장 중요한 가치관으로 하는 사회나 국가는 의료를 민간주도로 운영하며 의료비도 개개인의 책임이나 상업보험을 주축으로 하게되며 국가차원의 보건계획은 없거나 지역화 하며 의료자원의 개발, 생산 및 분포는 어디까지나 수요공급 법칙에 의하여 결정하게하며 의료자원의 분포및 활용도 국민의 선택의 자유를 기초로 하고 의료인 또는 의료기관의 자발적인 합의에 의하여 결정하게 된다. 그러나 극단의 위치에 처하여 있는 국가는 별로 많지 않으며 서로의 단점을 보완함에 따라 양극단을 연결하는 선상에서 중심에 있거나 좌·우 어느쪽에 치우치는 어떤 위치에 있게된다.

이러한 여러형태에 대하여 1970년에 Fry J.는 크게 세가지의 형태로 분류하였는 바 이해하기 쉽고 또 흐름을 크게 나누었으므로 소개하고자 한다.

자유방임형(laissez-fairs system) : 이러한 형태의 의료전달 체계를 가지고 있는 나라는 전통적으로 개개인의 능력과 자유를 최대한으로 존중하여 모든 산업은 자유기업(free enterprise)정신에 따라 민간주도로 이루어지고 있다. 따라서 정부의 통제가 간섭은 가능한한 축소화하는 것을 원칙으로 한다. 미국이나 일본이 그 대표적인 예이며 우리나라도 크게 보아 이 형태에 속한다고 하겠다.

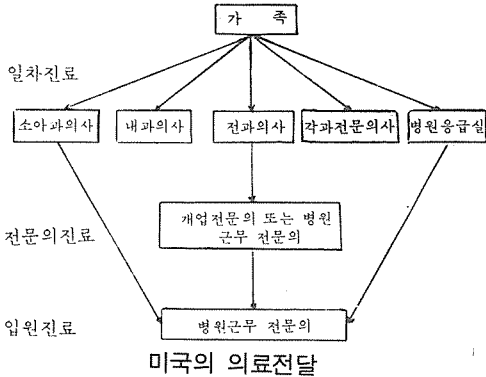
이러한 제도하에서의 가장 특징적인 것은 국민이 의료인이나 의료기관을 선택할 자유가 최대한 부여되어 있으며 의료의 책임도 개개인에게 있게 된다. 의료서비스의 질적 수준이 높으며 의료인에게도 의료의 내용, 범위 및 수준 결정에 재량권이 충분히 부여되어 있다. 의료기관도 자유경쟁 원칙하에 운영되므로 매우 효과적일 수 있다.

반면에 이런 제도를 가지고 있는 국가들은 의료의 수준이나 자원이 지역적으로나 사회계층간에 불균형을 이루고 있는 점이 사회적으로 커다란 문제이다. 의료자원의 비효율적인 활용 등으로 의료비

가 매우 높으며 아울러 그 상승속도가 국민소득 수준의 향상보다 빨라서 개인이나 정부의 의료비 부담이 심각한 문제로 대두되고 있다.

이러한 문제들을 해결하기 위하여 정부의 관여, 간섭 또는 통제가 차츰 불가피하게 되고 있다. 그러나 이러한 제한은 국가의 기본 경제사회체제하에서 이루어져야 하므로 그 범위나 정도는 최소한이 될 수 밖에 없다. 즉 정부의 간섭과 통제는 주로 재정지원이나 세제상 혜택 등 행정적인 유도과 법률적인 통제 그리고 공적부조의 확대 등의 방안을 이용하고 있다.

그러나 이러한 방법들로는 자유방임적 의료전달 체계 하에서 발생하는 문제점들을 근본적으로 해결하지는 못하고 있으며 새롭게 파생되는 문제점들을 고려하여 볼 때 이 제도하에 있는 국가들이 의료문제를 해결할 가능성은 매우 적다고 본다.

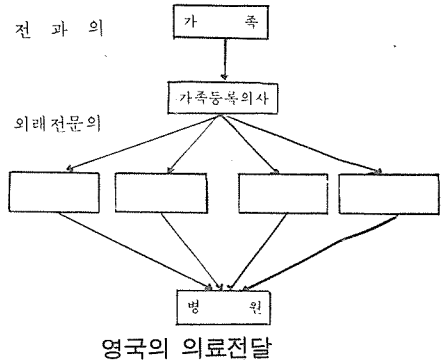


미국에서 의료서비스의 흐름을 보자. 아기가 아프면 소아과 의사, 어른이 아프면 내과 의사나, 전과 의사 또는 산부인과 의사, 기타 피부과, 정신과, 안과 전문 의사 등을 아무 제한없이 원하는대로 마음대로 찾아간다. 즉 환자는 자기의 지불 능력이나 관습 그리고 지리적인 위치에 따라서 스스로 의사를 선택한다. 그리고는 필요나 권고에 따라 병원에 간다. 가족 단위로 진료하는 개념이나 예방에 대한 강조 등이 없고 주치의나 단골의사 개념도 없다. 이 제도를 제도라기 보다는 제도가 없는 제도를 이렇게 부르는 셈이어서 무제도의 제도(system of non system)이라고 부르기도 한다. 개업의사도 개업전문이나 병원으로 마음대로 환자를 후송의뢰 할 수 있다.

사회보장형: 이러한 형태의 의료전달체제를 가지고 있는 나라는 정치적으로 자유민주주의여서 개인

의 자유를 존중하는 한편, 사회적으로는 교육, 의료, 실업 등 사회보장에서 다루어야 할 분야를 크게 중요시하여 소외된 계층이 없도록 꾀하는 나라들이 이에 해당된다. 영국과 스칸디나비아 제국 등이 이 형태에 속하는 국가들이다. 의료 문제는 정부에 의하여 주도되며 보건기획 및 자원의 효율적인 활용을 기하고 국민 전체에게 의료 서비스 무료로 하고 있다. 그리 하면서도 국민의 의사 선택할 자유도 어느 정도 인정되도록 조직되어 있다.

그러나 대규모 의료조직임으로 인한 관료 및 행정체계의 복잡성 등으로 의료서비스 면에서 비효율적인 점, 의사에 대한 인센티브의 결여 등이 지적되며 의료의 수준이나 의사의 진료에 임하는 열의가 상대적으로 낮다. 이러한 문제들을 보완하기 위해서 행정체계의 효과적인 개선, 지방 자치에 위임 등의 노력을 하고 있다.



누구나 필요할 때 의료서비스를 받을 수 있으며 초진은 전과 의가, 병원 진료는 전문 의가 담당한다. 예방이 강조되는 데 이는 의사의 보수지불방법이 인두제(capitation method)에 의하여 의사는 자기에게 등록된 주민 수에 비례해서 보수를 받으므로 예방을 하면 그만큼 보아야 할 환자 수가 감소하기 때문에 제도적으로 강조될 수 밖에 없다.

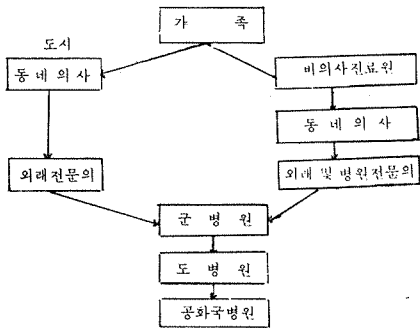
사회보장국의 대명사로 불리는 영국은 가족을 단위로 하여 등록된 의사에게 진료를 받으며 이 주치의의 의뢰에 따라 외래나 병원의 전문의사의 진료를 받게 된다.

사회주의형: 소련을 위시한 공산국가들이 이 형태를 가지고 있다. 이러한 국가들의 기본목표는 의료자원과 의료서비스의 균등한 분포와 균등한 기회를 부여하는 데 있다. 개개인 의사 선택의 자유가 없다. 의료는 국가의 경제·사회 프로그램의

하나로서 기획되며, 누구에게나 필요할 때 무료로 다. 언제나 어디에서나 누구나 의료서비스를 받을 수 있다.

예방이 매우 중요한 위치를 차지한다. 소련의 제도는 우리나라 군대의무 조직을 연상하면 이해가 쉽다. 장점은 의료전달이 조직적 체계적으로 될 수 있어서 자료자원이 효율적으로 할당 분포된다. 반면에 관료체제로 인한 경직성, 의사에게 대한 인센티브의 결여에 따른 의료서비스 수준과 내용의 빈약 등의 단점을 들 수 있다. 이러한 단점을 보완하려고 의료의 지방자치에 위임 등을 시도하고 있다.

가족 단위로 하여 어린이는 소아과 의사, 어른은 내과(또는 전과) 의사가 담당하는데 의사를 선택할 권리가 없고 일정지역에 살면 그 지역에 임명된 의사가 담당한다. 농촌에서는 비의사진료원(feldsher-mid-wife)이 먼저 진료한다. 소련의 인구대 의사는 세계에서 제일 높아서 인구 400명에 의사 한명 꼴이며 뿐만 아니라 각급 비의사 의료 요원을 많이 배출하여 적극 활용하고 있다.



소련의 의료전달

우리나라에 현대의학이 도입된 지는 약 100년 정도가 되었다. 구한말의 현대의료는 광혜원, 제중원, 광제원, 대한의원등의 공공의료시설과 소수의 작은 규모의 민간의료기관을 통하여 제공되었으며 이러한 의료시설은 현대적인 개념으로 볼 때 의원에 가까운 병원이지만 당시의 한의원과 비교하면 그 규모면에서나 진료의 내용으로 보아 병원이라고 할 수 있다. 이 당시의 의료인도 전문의, 일반의 개념이 없는 의사로서 특히 외국인 의사가 중심이 되어 의료 제공하였다. 일제하에서는 일본의 영향으로 시·도립병원을 중심으로 한 공공의료형태로 시행되어졌으나 그 운영자체가 관료적이며 근무하는 의

료인들도 특권의식과 권위의식을 가지고 있어서 국민들에게 널리 활용되지 못하였고, 오히려 한국인 의사에 의하여 과거 우리나라의 전통적인 한방의료와 같은 형태를 갖추고 있는 소수의 의원급을 더 용이하게 이용하였다.

해방이후 부터는 미국의 영향을 받아 자유방임형의 형태가 발전되었다. 1950년대와 1960년대는 전반적으로 병원은 쇠퇴하거나 겨우 현상유지 수준에 머물게 되어 의료인들은 많은 투자와 어려운 관리가 필요치 않은 의원을 설립하여 그 공백을 메꾸게 되었다.

이러한 현상으로 1970년대 중반까지 의원급이 우리나라 의료제공의 중심이 되었으며 많은 의원은 소규모 병원의 역할을 할 수 있을 정도로까지 발전하게 되었다. 이러한 발전은 1958년부터 시작된 전문의 제도에 의하여 교육배출된 많은 전문의를 개업가로 유치하는데 크게 기여하게 되었다. 그 결과 일반의와 전문의, 의원과 병원의 기능과 역할에 큰 차이가 없게되고 차이가 있다면 규모면에서 차이가 있는 정도에 불과 하였다.

또한 정부의 공공의료에 대한 투자가 적어 시·도립병원을 중심으로 하는 공공의료의 발전은 거의 중지되었으며 많은 민간의료기관의 설립과 발전으로 인해 자연히 우리나라 의료전달체계의 기본형태도 민간부문에 의해 주도 되면서 정부의 통제가 적은 자유기업형이 되게 되었다. 현재 전국 의료기관의 약 80% 이상이 민간부문인 점이 이를 잘 반영하는 것이라 할 수 있다.

해방이후 최근까지 자유기업형의 의료전달체계는 우리나라의 정치경제기본형태인 자유민주 및 자본주의 체제에 잘 부합되어 별 문제없이 지낼 수는 있었으나 안으로는 많은 문제점들을 내포하여 왔다. 즉 보건의료인력 및 시설이 부족하여 일반주민들의 보건의료에 대한 접근성이 매우 낮았으며 또한 기존의 보건의료인력과 시설이 지역적으로, 사회계층에 따라 심한 불균형을 이루게 되어서 자원의 낭비가 많았다.

농촌지역에는 의료인력 및 시설이 극도로 부족하여 주민들의 보건의료에 대한 접근성이 지극히 낮은 반면 도시지역에는 전체 의료인력의 85%와 병상시설의 80%가 집중되어 있다. 뿐만아니라 도시지역에서는 보건의료인력 및 시설에 대한 기능 및

역할의 분담이 없어 불필요한 상호경쟁과 업무 및 시설의 중복으로 심한 낭비를 초래하는 등 심각한 혼란에 빠져있는 실정이다.

정부의 보건의료공급체계를 위한 공적인 노력은 1950년대말 부터 시작된다. 보건소 조직을 들 수 있다. 그러나 보건의료 자체가 국가정책 우선순위에서 하위에 위치해 있으므로 충분한 예산확보가 이루어지지 못하였으며 이에따라 시설 및 인력확보가 원활하지 못하였고 뿐만 아니라 정부행정조직상 보건활동에 많은 제약이 있어 그 활동이 매우 미미한 실정이었다.

또한 대부분이 일제시대에 설립된 시·도립병원에 대한 행정적, 재정적 지원이 부족하여 시설이나 의료내용이 지극히 낙후되어 공공의료기관으로서의 기능이 조정과 보완의 역할을 충분히 수행하지 못하여 왔다. 우리나라에서는 현대적인 의미의 보건의료에 대한 개념은 1970년대초 부터 싹트기 시작하여 의료는 기본인권의 하나로서 모든 국민이 누려야 할 권리의 하나라는 것이 논의되기 시작하였으며 1970년대 후반에 들어와서는 정책입안자 및 보건기획가들에게 보편화 되어지기 시작하였다. 정부에서는 1960년대 이후 이룩된 경제적인 성장을 바탕으로 국가 및 사회자본이 축적됨에 따라 비로서 그간 소외되었던 보건을 비롯한 사회개발에도 정책적인 관심을 갖기 시작하였다.

그러나 보건의료에 대한 근본적인 목표나 방향은 설정되지 못하였다. 이러한 상태에서 대규모 의료보험이 실시됨에 따라 지금까지 내포하고 있던 문제점들이 표면화 되었으며 문제를 더욱 복잡하게 만들었다. 이러한 의료보험의 실시로 의료수요가 급증하기 시작했으며 병원수요도 급증하게 되어 병원의 급속한 발전이 이루어지게 되었다. 이러한 병원의 발전은 그 규모면에서 뿐만아니라 시설 및 장비면 그리고 이에따른 진료수준도 의원에 비해 월등하게 향상하게 되어 곧 국민의 신뢰를 얻게 되었으며 환자의 병원 선호현상도 뚜렷해지게 되었다. 한편 그간 우리나라의 의료의 중심이었으며 한때 크게 번성했던 의원은 병원의 급속한 발전으로 상대적으로 위축되고 신뢰가 저하되었을 뿐 아니라 지나친 병원의 선호현상으로 환자는 병원으로 집중되었으며 의원에서 치료가 가능한 질환까지 병원에

서 진료를 받는 형편에 이르게 되는등 의원은 이중, 삼중의 어려움에 처하게 되었다. 이로 인해 의원에서 봉사하는 의료인은 심한 불안과 소외감을 느끼게 되었으며 상대적으로 영세화 되었다. 이러한 문제점들을 해결하기 위한 여러가지 사업 계획 및 시범 사업들이 시행되어졌으며 이러한 과정에서 의료전달체계에 대한 일치되는 윤곽들이 점차 들어나게 되었으나 이를 실시할때 예측되는 국민, 의료인, 의료기관 등에게 미칠 것으로 예견되는 여러가지 심각한 파급효과, 부작용 및 혼란등으로 아직 정책적인 결단을 내리지 못하고 있는 형편이다. 그러나 의료전달체계가 수립되지 않음으로서 발생되고 있는 문제점들 즉 의료자원의 불균형적인 분포, 환자의 종합병원 집중현상과 이로서 야기되는 여러가지 불편, 전문의의 과대배출, 지방병원의 전문의의 구두난 및 고가화, 의원급의 불안, 소외감의 심화, 전문의와 일반의간의 이해상반, 경쟁 및 갈등, 전문의의 과다배출, 병원과 의원의 상호대립, 마찰, 갈등, 의료수요와 기대의 지속적인 증가에 못 미치는 시설 등의 많은 문제들이 심화되고 사회문제와 정치문제가 되고 있어 가까운 시일내에 어떤 형태이든 어떤 정책적인 대책이 수립될 수 밖에 없는 형편에 놓여 있게되었다.

이렇듯 일반의료에 있어서의 의료전달체계에 관한 문제점들이 제대로 해결되지 못하고 있는 실정이며 기본적인 정책방향 및 사업계획 수립도 아직 요원한 현실이다. 구강보건의료측면에서 보면 더욱 암담한 현실을 보게된다. 이러한 일반적인 의료전달체계의 현실적인 문제점 제시에서 조차 구강보건의료부문은 제외되고 있으며 관심조차 가지고 있지 않은 현실이다. 자칫 앞서 언급한 일반적 의료의 문제점 및 시행착오를 구강보건의료전달체계 발전 과정에서 다시 똑같은 과정을 받아 드릴 위험성을 내포하고 있는 현실이다. 우선 일반적 의료전달체계에 대한 정책 및 사업계획 수립시 구강보건의료 부문에 대한 문제가 당연히 제기, 포함되어야 할 것이며 구강보건의료에 대한 특수성이 감안되어야 할 것이다. 한편으로는 치과의사들 스스로가 구강보건의료전달체계에 대한 문제점 및 우리나라 실정에 맞는 합리적인 체계를 갖추기 위해 기본적인 관심과 노력을 기울여야 할 것이라고 사료되어진다.