

1998년도 대한예방의학회 가을학술대회 심포지움
한국보건문제의 진단과 처방

Ⅲ. 신뢰할 수 있는 의료체계를 위하여

문 옥 루

서울대 보건대학원

1998년도 대한예방의학회 가을학술대회 심포지움
한국보건문제의 진단과 처방

III. 신뢰할 수 있는 의료체계를 위하여

서울대 보건대학원
문 옥 루

목 차

1. 머리말
 - 신뢰를 상실한 한국 의료체계에 대하여
2. 얼마나 신뢰할 수 있을 것인가?
3. 왜 그리고 언제 신뢰할 수 없는가?
4. 무엇이 신뢰할 수 있는 의료체계의 요건인가?
5. 어떻게 신뢰할 수 있도록 만들 것인가?
6. 맺는말
 - 잃어버린 신뢰를 찾아서

1. 머리말 - 신뢰를 상실한 한국 의료체계에 대하여

인간관계는 상호간의 신뢰할 수 있는 믿음에서 출발한다. 즉 상호신뢰할 수 없는 여건하에서는 정상적이거나 돈독한 인간관계는 바랄 수 없다는 것이다. 주민들과 의료체계의 관계도 위에서 본 인간관계와 크게 다를 바 없다. 만약 의료체계가 주민들의 신뢰를 잃어버렸다면 상호간에 정상적인 관계가 성립되기 어려울 것이다.

그러나 불행하게도 한국의 의료체계가 신뢰를 상실하게 된 것은 어제 오늘의 일이 아닌 줄로 안다. 일제하에서부터 시작하여 남북분단을 거쳐 광복이래로 오늘에 이르기까지 우리의 의료체계가 끊임없이 추락해온 것으로 알고 있다. 틈틈이 흩어진 것을 한데 모으고 비뚤어진 것을 바로 세우려는 노력이 있어왔지만, 제대로 되어본 적이 없었다. 반만년의 한의학 전통적 토대위에 서양의학이 도입되었지만, 주권을 상실한 나라에 전통의학과 서양의학의 충돌을 조화시킬 힘이 있을리 없었다. 전통의학은 민족의학의 말살이라는 이름으로 짓밟혔고, 서양의학은 식민지 착취와 지배의 수단으로 선을 보였을 뿐이다. 좌우이념 대립으로 초래된 민족상잔의 전쟁은 일제시대가 남겼던 시도립 병원이라는 의료시설과 공의 진료소의 상당 부분을 파괴하였다. 이 이후부터 반세기 동안 남한에는 미국식 자본주의 의료제도가 그동안의 일본식, 독일식 의학을 대신하면서 뿌리를 내려왔고, 북한에는 소련식 사회주의 의료제도가 자리를 잡았다. 남한에서는 개인주의적이고 덜 조직화된 사적의료의 전형과 같은 자유방임적 기업형 의료제도를 가지고 있는 반면 북한에서는 전체주의적이고 완전히 조직화된 공공의료의 전형을 닮은 국영의료체제를 가지고 있다. 한반도에는 남과 북이 가장 대조적인 의료제도로써 상호 대립하고 있는 셈이다.

분단 50년 이후 북한은 생산과 분배와 소비체제가 총체적 붕괴에 빠져들면서 그들이 자랑했던 사회주의 의료제도 역시 황폐화되어가고 있다. 홍수가 지나간 자리에 전염병이 만연되고 기아가 범람하면서 북한 주민의 건강상태는 최악으로 치달고 있다. 한편, 때마침 불어닥친 IMF 한파가 한반도의 남쪽을 강타하고 있다. 실업자가 이미 300만명을 돌파할 지경이고 이들 함속자 중에는 다수의 전염병 환자들이 발견되고 있으며 노숙자 가족들에게는 찬 겨울이 닥쳐오고 있다. 남북을 합쳐서 한반도가 총체적으로 경제사회 위기에 빠져들었고, 남과 북의 의료체계가 둘다 시련에 봉착하고 있다.

예방의학 50주년 기념 학술심포지움은 이러한 상황에서 열리고 있다. 「한국 보건

문제의 진단과 처방」이라는 주제에는 북한의 보건의 끼어들 여지가 없어 보이지만, 이 주제를 ‘한반도 보건문제의 진단과 처방’이라고 고쳐써보면 왜 주최측에서 「보건의료의 남북한 통일」이라는 한 꼭지를 25개 주제에 포함시켰는지 이해가 간다.

신뢰를 상실해가고 있는 남북한 의료체계에 대하여 당초 일곱편의 주제가 발표될 예정이었으나, 최종적으로 학회측으로부터 다음의 다섯편 주제만을 건네 받았다.

갈 곳 많은 환자 (김병익)

의료인력관리와 인구대비 세계최다 의과대학 (유승홍)

국민건강의 산실 의학교육 (강복수)

내실을 위한 의료보험제도 (김한중)

보건의료의 남북한 통일 (문옥륜)

본고는 국민들이 의료체계를 얼마나 신뢰하고 있는지, 왜 신뢰를 상실하게 되었는지, 무엇이 신뢰를 구축하는 기본 요건이 되는지, 그리고 신뢰를 회복하기 위해서는 어떻게 해야 하는지에 대한 것이 주된 관심사이다. 시간적 제약을 고려하여 본 과에서는 필자가 작성했던 「보건의료의 남북한 통일」은 제외하고, 「신뢰를 상실한 남한 의료체계의 신뢰회복을 위하여」에 국한하여 기술하기로 한다.

2. 얼마나 신뢰할 수 있을 것인가?

이 글에서는 국민들이 우리나라의 의료체계를 얼마나 신뢰하고 있는가에서 문제의 실마리를 풀아보고자 한다. 국민들이 의료체계를 얼마나 신뢰하고 있는가를 알아보기 위해서는 역으로 의료이용 행태상에 나타나는 의료체계에 대한 불신의 현상들을 파악함으로써 신뢰의 정도를 추정해볼 수 있겠다.

현 의료체계에 대한 불신의 지표로써 우선 들 수 있는 것은 우리 국민들의 ‘유명 의사 밝힘증’이다. 우리나라 환자들의 경우 ‘명의’를 찾는 사람이 많아, 의료전달체계가 전국적으로 시행된 1989년 이후 지금까지 3차 진료기관에의 환자 집중현상은 해소되지 않고 오히려 심화되고 있는 실정이다. 때문에 3차 진료기관에서 진료를 시급히 받아야 할

중증의 환자들이 적기에 진료를 받을 수 있는 기회를 차단당하고 있다. 다음의 언론 보도들이 우리의 이 같은 현실을 잘 보여주고 있다.

아침마다 무릎관절이 1시간 이상 아픈 류마티스성 관절염으로 고생하던 주부 김모씨(48). 서울 H대 병원 김모교수가 이 분야의 명의란 소문을 듣고 15일 오후 외래진료를 신청하려다 깜짝 놀랐다. 직원이 “앞으로 6개월은 기다려야 진료를 받을 수 있을 것”이라고 말했기 때문. ‘하루하루가 힘든데 몇 개월을 기다리라니---.’

김교수뿐만 아니다. 위장병 분야의 S병원 송모교수, 척추 분야의 Y병원 김모교수, 아토피성 피부염 분야의 J병원 노모교수 등등. 예약해놓고 적게는 2-3개월, 길게는 1-2년을 기다려야 ‘얼굴을 볼 수 있는’ 의사들이다.

(중앙일보 94년 5월 17일자)

큰 병원을 찾는 환자들의 심리에는 고가장비에 대한 맹신도 한 몫을 한다. 그 결과 대형병원을 선호하는 환자들의 외면과 저수가체계 속에 적자 경영에 허덕이다 문을 닫는 동네 의원들이 속출하고 있다. 지난해 한해 동안 전국에서 휴·폐업한 의원수는 전체 12,905개의 8.5%인 1,095곳에 이른다. 일본의 의원 휴·폐업률 1.8%와는 비교가 되지 않는다. 이처럼 휴·폐업하는 동네의원이 증가하는 풍토에서 의원에 대한 주민의 신뢰를 기대하는 것은 무리이다.

현 의료체계에 대한 불신의 또 다른 현상으로는 ‘의료 장보기(medical shopping)’를 들 수 있다. 이는 한 의료기관에서 진료받은 결과를 신뢰하지 못하여 또 다른 의료기관을 찾는 현상으로써 동급 의료기관 혹은 상위 의료기관을 의뢰없이 마구 방문하는 것을 말한다. 특히 우리나라와 같이 의료공급체계가 다원화된 나라에서는 양방, 한방, 약국간에도 의료장보기가 빈번히 일어나고 있다.

동일질환을 가진 경우 한 환자의 의료기관간의 이동을 연구한 자료를 보면 같은 질환으로 의료기관을 이용하는 경우 의원 1개만을 이용하는 인구가 전체의 51.2% 였고, 의원-의원이 24.4%, 의원-의원-의원의 경로가 4.1%로 나타나서 전체 외래 의료이용에 있어서 의원이 가장 중요한 역할을 하고 있음을 보여주고 있다. 이에 비하여 의원-병원(1.2%), 의원-종합병원(3.6%), 병원-종합병원(0.2%) 등의 이용경로는 상대적으로 그 비중이 낮았다. 또한 1990년도에 동일 질환으로 의원, 병원, 종합병원 등 의료기관을 1

개만 이용한 경우가 전체의 59.5%였고, 2개 이상의 의료기관을 방문한 경우가 40.5%, 3개 이상의 의료기관을 이용한 환자는 전체의 7.3%로 나타났다(문옥륜, 김창업, 1990).

사회통계 조사에서 의료인에 대한 신뢰도와 의료서비스 만족도를 지역별, 연도별로 비교해보고 다른 사회 서비스 영역에 대한 만족도 및 의료서비스 만족도를 다른 나라의 의료서비스 만족도와 비교해 봄으로써 현행 의료체계에 대한 신뢰 정도를 가늠해 보도록 하겠다.

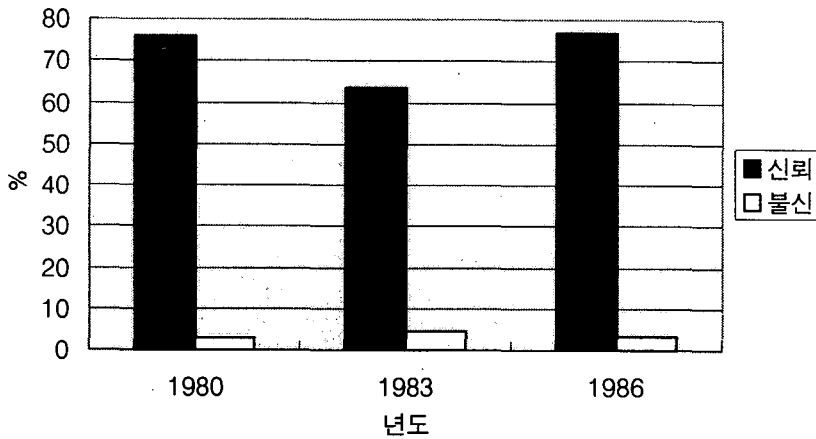
1980년도, 1983년도, 1986년도에 조사된 의료인에 대한 신뢰도를 비교하여 보면 아래의 표 1과 같다. '신뢰한다'가 63%-76% 사이를 차지하고 '불신한다'가 5% 미만으로써 대체로 의료인에 대하여 신뢰하고 있는 것을 알 수 있다. 그러나 이러한 의료인에 대한 만족도가 의료서비스에 대한 만족도로 이어지지 않고 있는데 문제가 있다.¹⁾

표 1. 의료인에 대한 신뢰도 (단위 %)

		매우 믿을만 하다	믿을만 하다	보통이다	믿을 수 없다	전혀 믿지 못한다	계
1980	시부	9.4	68.2	19.5	2.7	0.2	100.0
	군부	6.9	66.4	24.1	2.5	0.1	100.0
	전국	8.3	67.4	21.6	2.6	0.1	100.0
1983	시부	7.5	55.0	33.2	3.8	0.5	100.0
	군부	9.8	56.2	29.6	3.9	0.5	100.0
	전국	8.3	55.4	31.9	3.9	0.5	100.0
1986	시부	6.0	60.1	30.5	3.0	0.4	100.0
	군부	10.1	60.0	26.3	3.3	0.3	100.0
	전국	7.5	60.0	29.0	3.1	0.4	100.0

자료: 통계청, 사회통계조사

1. 통계청에서 실시하는 사회조사통계는 1986년까지는 '의료인에 대한 신뢰도'를 질문했으나, 1989년 이후에는 '의료서비스에 대한 만족도'로 질문내용이 변경되었다.



(그림 1) 년도별 의료인에 대한 신뢰도의 비교

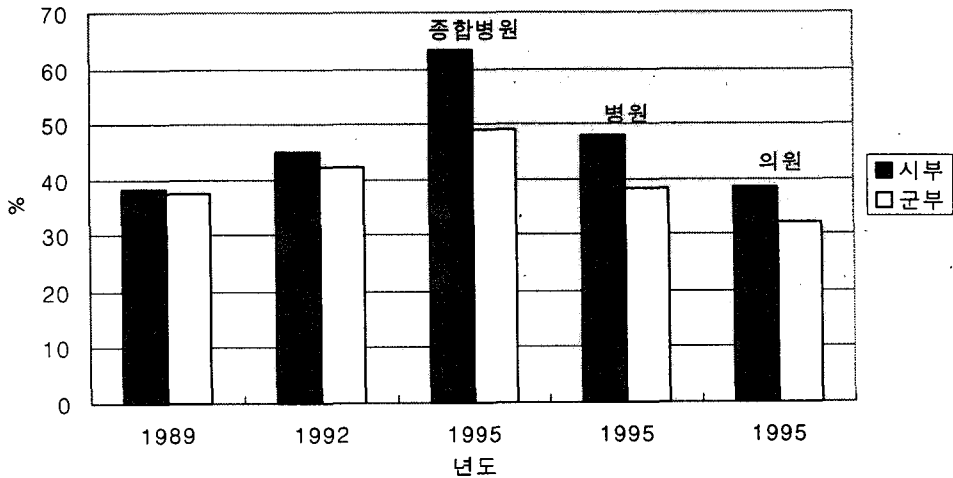
89년도, 92년도, 95년도에 조사된 의료서비스에 대한 만족도를 비교해 보면(표 2), '만족한다'는 15%대에 불과하고 '불만'이 37%-61%를 차지하여서 의료인에 대한 신뢰정도가 높은 것에 비하여 의료서비스에 대한 만족도는 매우 낮은 것을 알 수 있다. 만족정도를 보면 92년도에 9.1%로 감소한 것을 제외하고는 대체적으로 15%선을 유지하고 있다. 이에 비하여 불만의 정도는 점차로 증가하여온 것으로 나타났는데(1989 : 38.3%, 92 : 44.3%, 1995 : 37-61%), 전국민 의료보험제도 실시 이후에 오히려 의료서비스에 대한 불만이 늘어난 것을 알 수 있다. 시·군별 만족도를 비교해 보면 대체적으로 시지역이 군지역에 비하여 만족도가 낮고 불만도가 높은 것으로 나타났다.

1995년도에 의료기관 종류별 만족도를 비교하여 보면, 만족도는 15%선으로 비슷한 반면, 불만의 정도는 종합병원(도시지역 63.4%, 군지역 49.0%), 병원(도시지역 47.9%, 군지역 38.4%), 의원(도시지역 38.5%, 군지역 32.2%)의 순으로 나타났다. 도시 농촌 공히 대형병원의 의료서비스에 대한 불만이 컸는데 이는 대형병원의 환자 집중현상에 기인한 것이라 생각된다. 다시 말해서 환자들은 대형병원의 의료서비스에 대하여 불만족해 하면서도 대형병원으로 몰리고 있는 셈이다.

표 2. 의료서비스에 대한 만족도 (단위 %)

연도	지역	매우 만족	약간 만족	보통	약간 불만	매우 불만
1989	시부	2.5	11.1	47.8	31.3	7.3
	군부	4.0	15.9	42.7	31.1	6.3
	계	2.9	12.4	46.4	31.2	7.1
1992	시부	1.1	7.2	46.8	38.6	6.3
	군부	1.8	9.9	46.1	35.7	6.5
	계	1.3	7.8	46.6	37.9	6.4
1995	종합병원					
	시부	3.6	10.6	22.4	46.2	17.2
	군부	5.2	16.7	28.9	37.7	11.3
	계	3.9	11.6	23.4	44.8	16.3
	병원					
	시부	1.9	11.7	38.5	41.0	6.9
	군부	2.7	19.1	39.8	32.6	5.8
	계	2.1	13.3	38.8	39.1	6.7
	의원					
	시부	2.5	11.6	47.3	35.3	3.2
	군부	3.4	17.4	47.0	28.0	4.2
	계	2.7	13.0	47.2	33.6	3.5

자료: 통계청, 사회통계조사



(그림 2) 시군별 의료서비스 불만족도 비교

사회통계조사에서 의료서비스 만족도를 다른 서비스 영역의 만족도와 비교하여 보면 표 3과 같다. 즉 동일한 조사대상자에 대하여 실시한 의료서비스에 대한 만족도는 다른 서비스 영역(편의 시설, 교통 시설, 가정 생활, 주택, 여가 활용)에 대한 만족도에 비하여 매우 낮고 불만의 정도는 높은 것을 알 수 있다.

표 3. 의료서비스와 타 서비스 영역별 만족도 비교 (단위 %)

	의료서비스 (89 년도)	편의시설 (87 년도)	교통시설 (87 년도)	주택 (87 년도)	가정생활 (88 년도)	여가활용 (90 년도)
만족	15.3	31.1	40.5	25.5	32.3	11.9
보통	46.4	33.4	27.0	35.2	57.1	43.1
불만	38.3	35.5	32.5	39.3	10.6	45.0
	의료서비스 (92 년도)	편의시설	교통시설	주택 (92 년도)	가정생활	여가활용 (93 년도)
만족	9.1	-	-	21.0	-	14.8
보통	46.6	-	-	35.3	-	49.1
불만	44.3	-	-	43.7	-	36.1

자료 : 통계청, 사회통계조사

국가별로 의료에 대한 만족도를 비교해 보면(표 4), 한국이 미국, 캐나다, 영국에 비하여 의료서비스 만족도가 매우 낮고 불만의 정도는 대단히 높은 것으로 나타났다. 즉 의료서비스에 대한 불만족 정도가 미국 15%, 캐나다와 영국이 각각 10% 수준인데 비하여 한국은 41%가 불만족이다. 이러한 자료는 아직도 우리나라의 의료 서비스가 질에 있어서 상당 부문 근본적으로 개선해야 할 여지가 있음을 시사해주고 있다.

표 4. 의료에 대한 만족도의 국가별 비교 (단위 %)

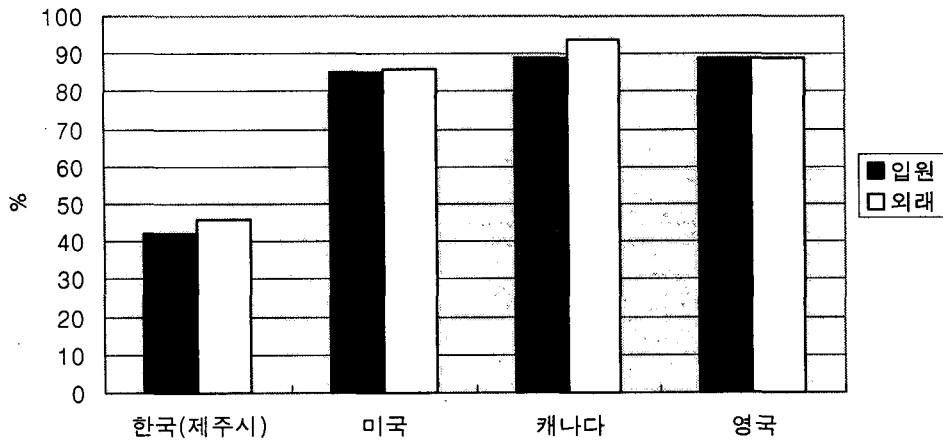
입원 경험*	한국(제주시) ¹⁾	미국	캐나다	영국
매우 만족	9	57	71	67
약간 만족	33	28	18	22
다소 불만족	33	7	5	8
매우 불만족	14	8	5	2
잘 모르겠음	11	0	1	1
외래경험*	-	-	-	-
매우 만족	7	54	73	63
약간 만족	39	32	21	26
다소 불만족	34	7	4	7
매우 불만족	7	6	2	3
잘 모르겠음	13	0	0	0

* 지난 12개월간 입원이나 외래진료를 경험하였다고 응답한 사람만 질문하였음

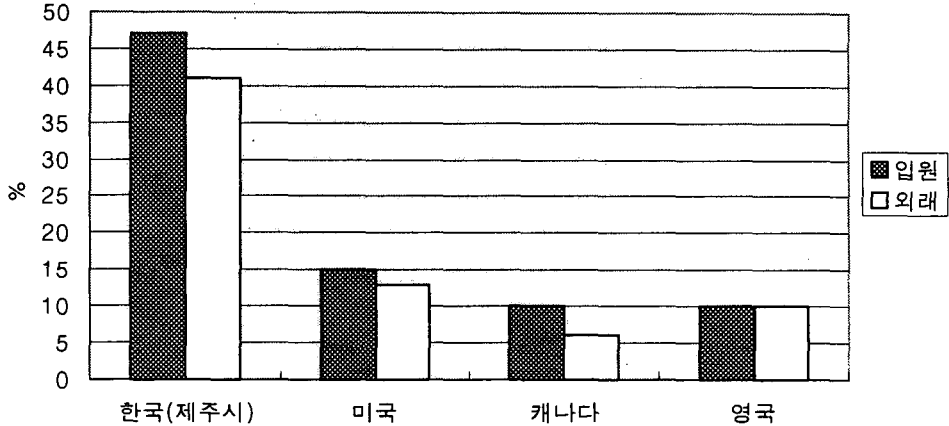
1) 응답자중 입원경험과 외래경험은 각각 10.5%와 52.1% 이었음.

자료 : Blendonstudym Three-Nature Survey, 1989

배성운, 문옥륜, 1998



(그림 3) 의료에 대한 만족도의 국가별 비교



(그림 4) 의료에 대한 불만족도의 국가별 비교

국민들은 우리나라 의료체계를 얼마나 신뢰하고 있는가? 위의 자료들에서 신뢰도가 전혀 높지 못함을 알 수 있고, 만약 이대로라면 앞으로도 신뢰도가 그다지 높지 못할 것임을 시사받을 수 있다. 우선 국민의료에 대한 불만족을 다스리는 일이 시급함을 알 수 있다. 초대형 병원을 선호하지만, 종합병원의 의료서비스에 대한 불만족 정도는 의원이나 병원에 대한 불만족보다 더 높아서 이용자들의 반응이 매우 복잡적임을 알 수 있다. 환자가 찾아갈 곳은 많지만, 정작 찾아갈 만한 1차의료는 주변에 여의치 않거나 아예 없다는 것을 알 수 있다.

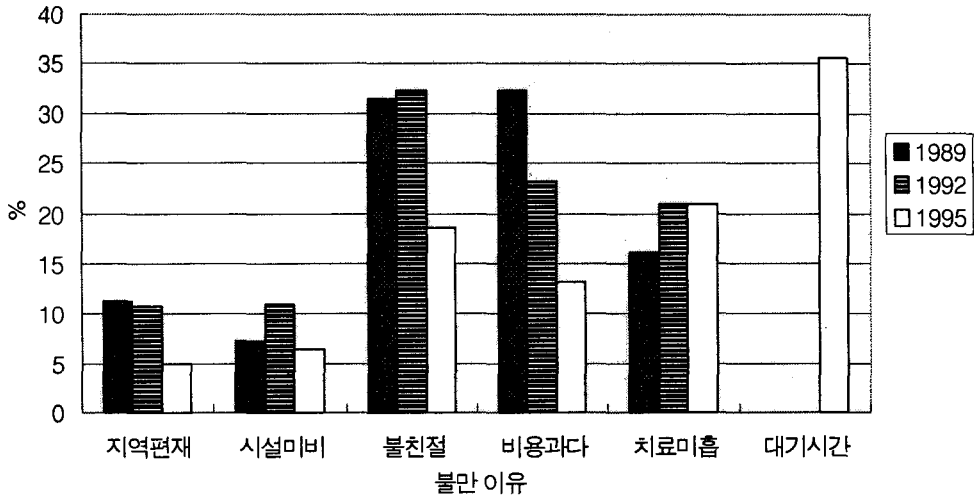
3. 왜 그리고 언제 신뢰할 수 없는가?

왜 의료기관에 대한 우리의 신뢰가 이처럼 무너졌을까? 사회통계조사에 의하면 의료 서비스에 대한 불만이유는 표 5에서 보는 바와 같다. 전반적으로 볼 때 의료기관의 불친절과 치료비의 과다 및 미흡한 치료결과가 불만의 주요 원인이 되고 있는데, 1995년의 조사결과는 대기시간이 긴 것이 35.5%로서 가장 큰 불만요인으로 나타났다.

표 5. 의료서비스에 대한 불만 이유 (단위 : %)

불만이유	1989			1992			1995		
	시부	군부	계	시부	군부	계	시부	군부	계
지역편재	3.3	33.8	11.3	5.9	27.6	10.8	2.8	15.2	5.0
시설미비	5.3	12.8	7.3	9.1	17.8	11.1	5.5	11.1	6.5
불친절	35.0	21.5	31.5	35.6	20.6	32.2	19.5	14.4	18.6
비용과다	36.9	19.1	32.2	24.5	18.6	23.2	13.5	11.7	13.2
치료미흡	17.7	11.5	16.1	22.8	14.6	20.9	21.8	16.8	20.9
대기시간	-	-	-	-	-	-	36.5	30.8	35.5
기타	1.8	1.3	1.6	2.0	0.9	1.8	0.4	0.2	0.3
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

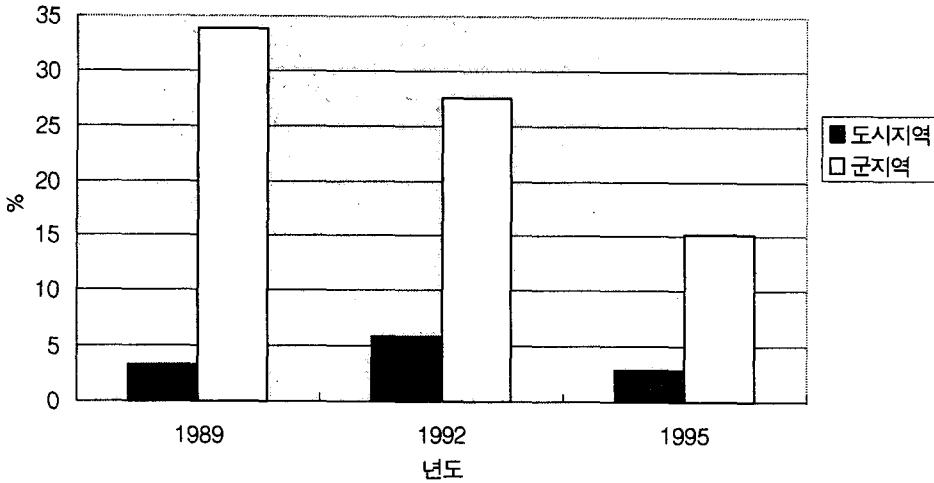
자료 : 통계청, 사회통계조사, 1989, 1992, 1995



(그림 5) 연도별 의료서비스에 대한 불만 이유 비교

의료서비스에 대한 불만은 시군별로 큰 차이가 있음을 알 수 있다. 농촌주민들은 의료기관의 도시집중으로 인한 의료서비스의 지역편재를 가장 큰 불만의 하나로 꼽았는데 그 정도가 군지역이 시지역보다 약 5배-10배나 많았다. 한편 도시지역에는 농촌지

역보다 의료기관의 불친절과 치료비용의 과다가 큰 불만요인이었다.



(그림 6) 시군별 의료서비스의 지역편재에 대한 불만의 크기 비교

이러한 여론조사 결과는 표출된 불만의 징후일 뿐이다. 문제에 대한 처방을 내리자면 왜 이러한 사태가 유발되었는가를 밝혀낼 필요가 있다. 언론에서 밝힌 의료체계의 문제점은 다음과 같이 스케치할 수 있다.

“예전에는 환자가 의사를 보고 찾아왔지만 요즘은 환자가 의사보다 병원의 크기를 보고 찾는 추세이다”(한겨레 신문 1996년 9. 19)

“의료전달체계중 가정의학과, 재활의학과, 피부과, 이비인후과, 안과 등 5개 진료과목은 3차병원에서 직접 의뢰진료를 받을 수 있도록 예외 규정을 둔 것도 문제다”(중앙일보 1994. 5. 17)

“환자들이 3차 진료기관등 대형병원으로 몰리는 것은 앞선 시설과 장비, 우수한 의료진의 진료를 받고자 하는 욕구에서 시작되고 있지만, 대학병원과 1,2차 병의원 간의 진

료비 차가 크지 않다는 것도 큰 이유중의 하나이다”(동아일보 1994. 7. 2)

“대형병원의 응급실이 제구실을 못하고 있다. 입원을 하기 위한 편법으로 응급실에 물리는 환자들 때문에 정작 응급환자들은 제때 치료를 받지 못하는 악순환이 계속되고 있다”(KBS TV 1998. 9. 9. 9시 뉴스).

“3차 진료기관의 외래진료 증가폭이 병의원보다 훨씬 높다”(서울신문 1997. 5. 20).

그 결과 동네 병의원들이 사라지고 있는 것은 의원에 대한 의료보험수가가 낮아서 나날이 영세해져 가는데도 이유가 있겠지만, 환자들의 입장에서는 믿고 찾아갈 만한 동네 병의원이 없기에 대형병원을 선호하게 되는 것이다(김병익, 1998).

이상과 같은 의료체계의 운영이 빚어내는 결과는 참담하다:

1991년도에 3차 진료기관에서의 대기시간이 접수대기 33분, 진료대기 66분, 검사대기 27분, 투약대기 58분이었고, IMF 이전까지 3차기관에의 환자집중현상은 가속되어 온 것으로 되어 있으니 ‘3분 진료에 3시간 대기’야말로 우리나라 의료현실을 가장 적나라하게 단적으로 보여주는 표현이라 하겠다.

그러나 3차 진료기관의 외래환자중 64%가 1, 2차 병원에서 치료해도 충분한 것이 라니, 중증환자가 적기 입원을 하지 못함에 따라 오는 피해가 엄청남을 짐작할 수 있다. 3차 진료기관에서 입원중인 환자의 44%가 1, 2차 병원에서 치료가능한 경증이며, 1개월 이상 장기입원중인 환자가 23%나 돼 병실난을 가중시키고 있다는 것이 한국보건사회연구원의 조사결과이다.

유명한 대학병원의 ‘입원실 얻기 전쟁’이 어제 오늘의 일이 아니지만 응급실을 이용한 편법입원이 여전히 만연하고 있다. 이의 해결을 위한 보건정책 당국의 처방은 미지근하였고, 제대로 과녁을 맞추지 못한 채 오히려 3차 병원을 두둔하는 식으로 이어져 내려왔다. 다시 말해서 대형병원의 환자 집중을 해소하기 위한 근본적인 의료전달체계 정책을 추구하기 보다 진료과목별 예외를 인정하는 식의 현실 미봉적 정책으로 일관해 왔다. 그리고 가산율을 현실지지적으로만 적용해 왔기 때문에 의료기관의 진료수준에 걸맞게 환자를 배분해야 하는 의료체계의 합목적적 운영이 깨어져 버렸다. 한마디로 대형병원의 환자집중을 완화하기 위한 의료전달체계가 실종되었고, 가산율 제도는 대형병

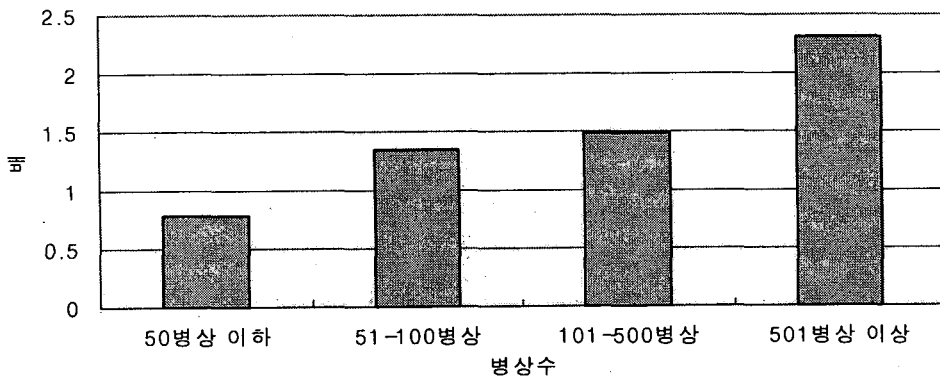
원의 유지발전을 지탱해 주는 실탄이 되고 말았다. 그 결과 우리나라 의료기관의 대형화가 촉진되었고(표 6), 3차 의료기관도 초창기의 27개가 39개로 증가하였다. 표 6은 90년대 들어와서도 의료기관의 대형화가 급격하게 계속 진행되었음을 보여주고 있다. 이와 같은 사태는 의과대학의 신설을 촉진시키는 직접적인 동인이 되고 있다.

표 6. 병상규모별 병원 분포의 변화 (단위: 개, %)

병상 규모	1990	1996	1996/1990
- 50	185(32.3)	144(19.9)	0.78
51 - 100	164(28.7)	223(30.8)	1.35
101 - 500	194(33.9)	289(40.0)	1.49
501 -	29(5.1)	67(9.3)	2.31
계	572(100.0)	723(100.0)	1.26

자료 : 김병익, 1998

일반국민들의 의료불신은 이상과 같이 합목적성이 결여된 체 운영되어 온 의료체계가 빚어낸 필연적 결과이다. 다음은 환자들이 흔히 느끼는 의료불신을 가져오는 몇가지 예이다.



(그림 7) 1996년도 대비 1990년도의 병상규모별 병원수 비율

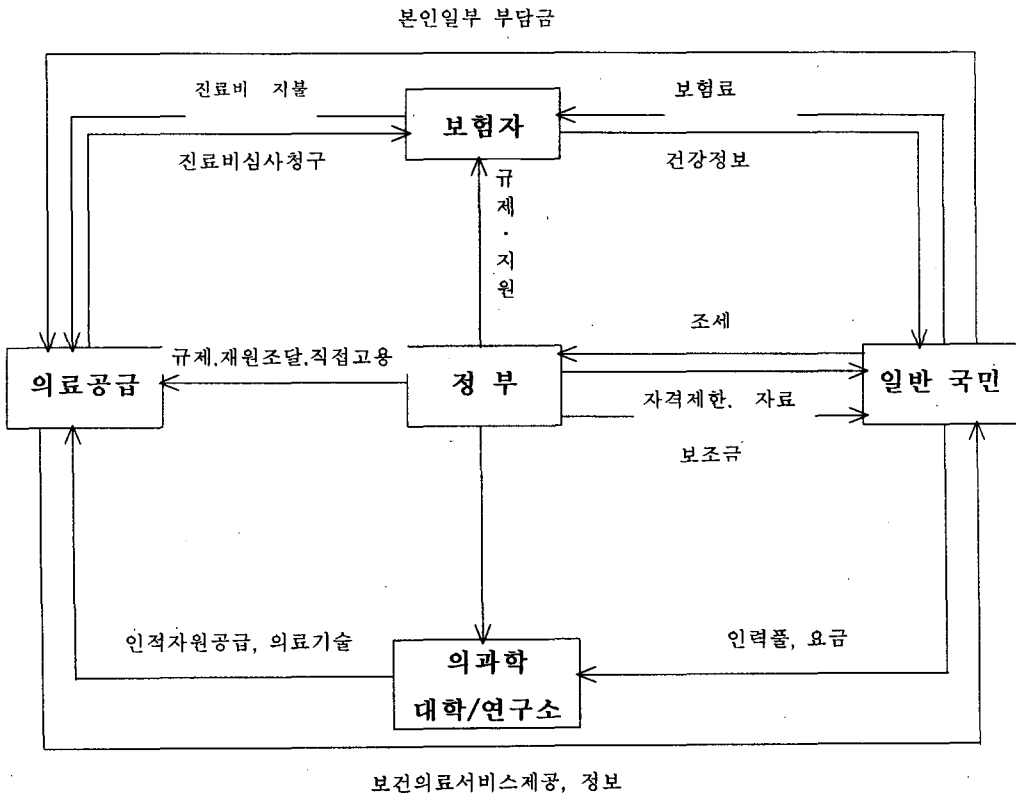
표 7. 언제 의료를 불신하게 되는가

-
- 환자가 의료사고를 당했을 때
 - 이 병원 저병원 가볼 때 마다 진단명이 다를 때
 - 병원마다 검사결과나 그 수치가 차이를 보일 때
 - 진료비 과다청구나 탈세 등의 비리에 연관될 때
 - 환자가 수술을 받는데 보호자의 불안감을 덜어 주지 않을 때
 - 진단을 제대로 할 수 없는데도 다른 병원에 이송해 주지 않을 때
 - 의사는 환자의 모든 것을 알아야 한다는 데 집착하여 자신이 모른다는 것을 인정하지 않을 때
 - 검사나 치료결과를 자세히 설명해 주지 않을 때
 - 환자 대기시간이 지나치게 길어질 때
 - 의료인이 지나치게 바빠서 오진할까 걱정이 될 때
 - 치료비가 지나치게 비쌀 때
 - 의사가 장사꾼이라는 인상을 받을 때
 - 다른 병원을 찾을 때마다 검사를 요구할 때
 - 의료시설이 낙후되었거나 비위생적일 때
 - 검증이 안된 비과학적 치료방법을 요구할 때
 - 동네병원을 두고도 대형병원으로 가야할 때
-

결국, 동네의원의 영세화가 주민들로부터 동네병원을 불신하게 만들고, 이어서 의료전달체계 확립에도 걸림돌이 되고 있음을 알 수 있다. 뿐만 아니라 3차 의료 위주의 보건의료정책과 대형의료기관에 유리하도록 되어 있는 가산을 적용의 실태가 동네 병원의 몰락을 재촉하게 되었으며, 3차 병원과 의과대학의 신증설을 촉진하고 있다. 사태가 이렇게 진전될수록 의료기관별, 지역별 의료기관간 진료수준의 격차가 커져서 종국적으로는 대형의료기관으로 환자가 더욱 몰리게 되어 주민의 의료불신이 증폭되는 연쇄반응이 일어나고 있다.

4. 무엇이 신뢰할 수 있는 의료체계의 요건인가?

의료체계를 구성하는 요인들은 흔히 보건의료자원, 보건의료조직, 보건의료서비스, 보건의료재원조달, 보건의료지불방식 및 보건의료관리 요인들로 나뉜다(Kleczkowski, 1984). 만약 이러한 기능적 요인들이 제 기능을 발휘할 수 있다면 신뢰할 수 있는 의료체계를 만드는데 큰 도움이 될 것으로 보아도 무방할 것이다. 그러나 주어진 네, 다섯 편의 논문이 이러한 기능적 요건을 전부 충족시키기에 부족하기 때문에 의료체계를 다음과 같이 단순 개념화 하기로 한다(그림 8 참조).



(그림 8) 의료체계분석

의료체계는 기본적으로 의료공급자와 일반국민들간의 관계에서 시작된다. 정부가 이 양자를 통제하는데 의료공급자에게는 규제와 재원조달과 의료서비스의 직접제공이라는 수단을 동원하게 되고 일반국민들에게는 정부보건사업의 수혜자격 제한 규정(예를 들어서 일정 소득 이하의 빈자나 전체 시민 모두를 대상으로 할 수 있다)등을 사용할 수 있다. 한편, 보험자는 일반국민으로부터 보험료를 징수하는 대신 의료공급자가 청구한 진료비를 심사한 후 지불하게 된다. 일반국민들은 본인일부부담금을 지불한 후 보건의료서비스를 이용하게 된다. 한편 일반국민들은 보건의과학 대학에서 교육훈련을 받아서 의료공급자가 되든지, 대학과 연구소는 연구지원을 하게 된다.

의료체계 운용의 목적은 이를 운영함으로써 국민의 건강을 증진·유지·향상시키기 위함이다. 우리의 의료체계가 소정의 목적을 달성하기 위해서는 다음의 몇가지 요건이 구비되어야 한다.

첫째, 양질의 적정 보건의료서비스를 생산해내어야 한다. 양질의 보건의료서비스(good medical care)라 함은 다음의 제요건을 갖춘 것을 의미한다(Lee & Jones, 1933).

- i) 현대 의과학에 기초를 둔 과학적 의료여야 하고,
- ii) 예방의료가 강조된 의료여야 하고
- iii) 의사와 환자간에 긴밀한 협조관계가 유지되어야 하고,
- iv) 전인적인 진료가 이루어져야 하고,
- v) 의사와 환자간에 지속적이며, 가까운 인간관계가 유지되어야 하고,
- vi) 지역사회 복지사업과 긴밀한 협조가 이루어져야 하고,
- vii) 모든 종류의 보건의료서비스와 협조가 있어야 하며
- viii) 인간의 필요에 따라 모든 과학적인 현대의료서비스가 제공되어야 한다.

근래에는 양질의료보다 적정의료의 개념이 널리 쓰이고 있다. 여기서 적정의료(optimum care)라 함은 의료서비스에의 접근용이성(개인적 접근 용이성, 포괄적 서비스, 양적 충분성)과 양질 의료(전문적 숙련도, 개인적 수용성, 질적 충분성)과 진료의 계속성(인간중심의 의료, 후송체계의 연결, 보건의료서비스간의 조정) 및 효율성(재원조달의 형평성, 보수의 적정성, 관리 효율성)이 함께 어울어진 개념으로 보고 있다

(Myers, 1965).

둘째, 좋은 보건의료인(예:의사)을 양성해 내어야 한다. 여기서 좋은 보건의료인이라 함은 현대 의료기술로 무장한 후, 환자를 돌보아 주는 따뜻한 마음을 가진 전문직업인을 말한다. 그는 비용효과적이고 효율적인 적정의료서비스를 생산해 낼 수 있는 전문인이다. 뿐만 아니라 지역사회의 보건의료문제를 해결하는데 팀웍을 이루어서 일할 수 있는 지도력을 갖춘 사람일 것이다. 다시 말해서 지역주민의 건강수준을 향상시키는데 종사하는 봉사정신이 투철한 보건의료인을 배출해 낼 수 있어야 의료체계가 신뢰받을 수 있을 것이다. 의학교육이 정상화되지 않고는 그리고 기초의학이 죽어 있는 상태에서는 이러한 일이 제대로 이루어질 리가 없겠다.

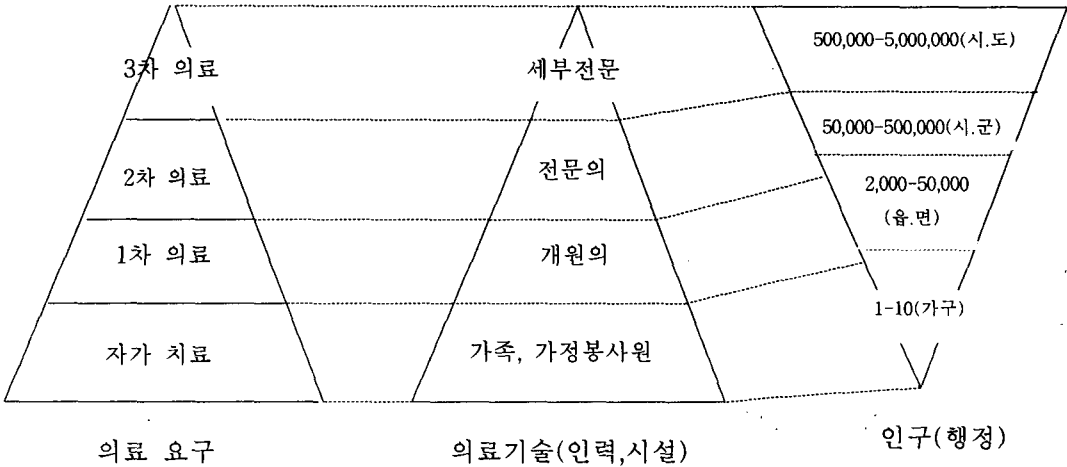
셋째, 의료체계가 순기능적으로 작동할 수 있도록 의료보험 보상체계를 설계해야 한다. 의료보험수가는 적정의료가 제공되는데 걸림돌이 되어서는 곤란하다. 양심적인 보건의료인이 환자진료에 최선을 다할 수 있도록 보험수가 수준이 유지보상되어야 한다. 한편 의료서비스는 고급기술에 대한 의존도가 강해서 적정수준으로의 통제가 불가피하다. 뿐만 아니라 의과학의 확률론적 불확실성은 의료의 양과 질 그리고 내용을 거의 무한대로 확장시키는 경향이 있다. 따라서 동원가능한 의료자원과 재원을 절감할 수 있는 행위별 수가제도를 대체할 수 있는 지불제도가 채택되어야 하며 의료기술 지상주의적 경향과 사고에 제동을 걸어야 할 것이다.

넷째, 초창기에 불가피하였던 「낮은 보험료, 낮은 급여수준」의 보험정책은 「적정 보험료」를 통한 「적정 급여수준」의 정책으로 전환되어야 한다(김한중, 1998). 이를 위해 형평적인 보험료 부과체계가 개발되어야 하며 보험료 부담수준이 증가되어야 하겠고, 현재 과도한 본인일부부담금을 경감시켜 나가야 할 것이다.

다섯째, 의료소비자들은 의료서비스를 평가할 능력이 없기 때문에 의료공급자의 자연적 독점 현상이 발생할 수 있다. 이와같은 공급자 주도형 시장에서는 소비자가 부담하는 비용의 상당 부분은 치료 그 자체보다도 치료와 관련되는 정보의 획득에 소요되게 된다. 그러므로 의료서비스를 체계적으로 평가함으로써 보험진료의 수준을 향상시킴과 동시에 공급자의 자연독점 현상이 불식될 수 있도록 건강관련 정보를 끊임 없이 일반 소비자에게 공급해야 한다.

여섯째, 의료서비스를 전달함에 있어서 제공되는 의료기술의 수준과 주민들의 의료요구 수준을 일치시켜 나가는 것이 가장 바람직하다. 다시 말해서 감기등과 같은 경

미한 질환을 처리하기 위해서 3차 의료기관을 이용하도록 허용하는 것은 의료낭비가 아닐 수 없다. 이는 귀중한 의료자원의 효율적 이용이라는 측면에서도 그러하고, 중증환자의 입원이나 외래서비스가 제때 이루어지지 못하는 문제점이 있다. 뿐만 아니라 국민의료비의 절감에도 필수적이며, 이러한 원칙이 고수되어야 1차 의료에 문지기(gatekeeper)를 도입하는 것이 가능해진다.



(그림 9) 보건의료 계층: 쌍둥이 봉우리

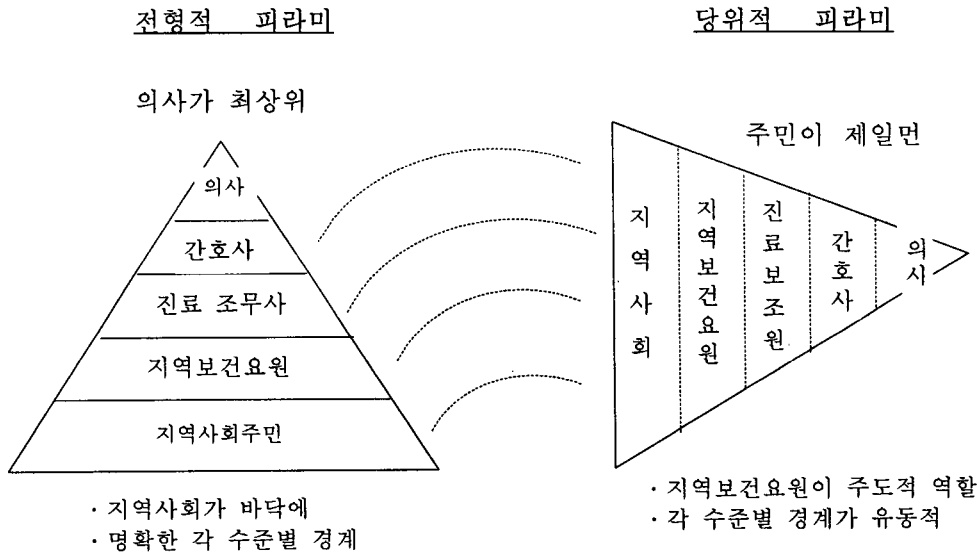
일곱째, 정부는 전국민의료보험의 혜택을 받지 못하는 국민이 최소화되도록 보건정책을 펴나가야 하며, 의료공급자를 효과적으로 통제해야 한다. 정부가 의료공급자를 통제하는 길은 규제와 자원조달과 서비스를 직접제공하는 세가지의 기전을 통하는데, 이 세가지는 상호 배타적인 것이 아니라 상호 관련적 또는 상호 의존적 관계에 놓여 있다(Frenk, 1994). 즉 직접서비스 제공은 항상 자원조달을 포함하며, 자원조달은 규제를 포함하기 마련이다. 그러므로 보건정책 수단의 동원에 유연성을 부여하여 정책 실패가 최소화 되도록 해야 할 것이다.

여덟째, 의과대학의 설립에 「선인가 후시설」과 같은 후진적 보건정책은 당연히 근절되어야 한다. 의사인력의 양성과 같이 사회적으로 민감한 문제는 처음부터 양적으로 배출수를 늘이는 것보다는 대체활용방안을 모색하든지 진료생산성을 향상시키는

방안부터 검토하는 것이 순서이다. 그리고 지나치게 정부가 개입하기 보다는 의료계가 자발적으로 의과대학인정평가제도를 도입해서 운영하는 것이 바람직하다(유승흠, 1998).

아홉째, 의료인력에게 주민에 대한 보건의료 봉사자라는 인식을 확고하게 심어 주어야 하고, 주민의 봉사자로서의 생활을 실천하도록 해야 할 것이다. 보건의료인이 권위적 태도를 취하는 한 이러한 인식은 심을 수 없다. 의사들은 24시간 봉사할 준비가 되도록 교육되어야 한다(그림 10 참조). 그러므로 의사를 주민의 봉사자로 만드는데 의학교육의 초점이 맞추어져야 할 것이고, 그렇게 하는 것이 모든 보건의료인을 주민의 봉사자로 만드는 첩경이 될 수 있다.

열번째, 의료공급자(또는 의료기관)는 자체신뢰도를 높이기 위하여 다시 태어나는 각오로 의료서비스를 개혁해야 하며 이를 위하여 과감하게 경영개선에 임하여야 한다. 주민에게 주어지는 서비스가 주민의 신뢰를 받고 있는지를 주기적으로 모니터링 하고 평가하는 시스템이 필요하다.



(그림 10) 주민봉사를 위한 보건의료계층 :
언제든지 준비되어 있는 의사(from Werner, 1978)

5. 어떻게 신뢰할 수 있도록 만들 것인가?

최근 새정치 국민회의에서는 「보건의료 효율화와 선진화를 위한 보건의료 개혁정책」을 발표한 바 있다. 정부가 아닌 정당수준에서의 강도높은 개혁인 셈이고, 향후 일정기간동안 이 분야 논의의 핵심 내용이 될 것으로 보인다.

본고에서는 의료체계 분석틀에서 본 주된 행위자들에 대하여 개별적으로 고찰하기로 한다.

가. 보건의료 제공자 관련 부문

1) 주치의 등록제도의 도입

- ① 1차의료를 전담할 '문지기(gate keeper) 의사제도'를 도입함으로써 1차의료를 강화하는 계기를 마련할 수 있다.
- ② 이 제도는 등록비를 부담시키는 대신 상담과 진료의 계속성을 보장함으로써, 주치의가 책임지는 평생건강관리체제를 구축해 나갈 수 있다.
- ③ 의료보험진료와 연결함으로써 진료의 우선순위를 부여하든지, 본인일부부담금을 감액해 주는 등 인센티브를 고안할 필요가 있다. 이 제도는 종국적으로 보험재정과 국민의료비를 절감하는데 기여할 것이다.
- ④ 개원의들의 참여를 조장할 수 있는 각종 인센티브(예: 의료보험수가에 반영) 개발이 요구된다.
- ⑤ 지역보건의료 전산망과 주치의 등록망을 연결함으로써 지역보건의 혁신을 도모할 수 있다.

2) 1, 2, 3차 의료수가 차등제 도입

- ① 1, 2, 3차 의료기관이 무한경쟁 상태에 있는 현실을 타개하고 3차 기관의 환자집중현상을 완화시켜서 의료체계를 정상화시키는데 목적이 있다(새정치 국민회의, 1998).
- ② 의료보험의 가산율을 정책수단으로 활용하되, 적정진료시에는 '이익남는 수가'를 지불하고 비적정진료시에는 '손해보는 수가'를 적용하는 방안을 제안했음.
- ③ 환자 역시 단순 상병으로 3차 진료기관에서 진료받으면 상당한 불이익을 주고, 의

원급 기관을 이용하는 경우에는 본인일부부담금을 경감시켜 종합병원의 외래환자 비율이 일정수준 이상인 경우에는 차등 의학관리를 적용할수도 있음.

- ④ 1, 2, 3차 기관에 알맞는 질병분류체계를 도출해 내어야 함.

3) 의약품분업의 실시(1997. 7. 1)

- ① 육성적인 '의약품 판매이익'을 양성화하여 보험재정지출을 절감하고, 이를 기술료(처방료와 조제료) 인상에 투입함으로써 의료기관과 약국의 수입을 보전해 주기 위함임.
- ② 주사제를 제외한 모든 전문의약품이 분업 대상임.
- ③ 의료법에 외래환자에 대한 원외처방전 발행을 의무화하되, 병원급 이상 의료기관의 경우에는 원내외 구분없는 처방전을 발행하여 환자가 선택할 수 있도록 함.
- ④ 일반명과 상품명을 혼용하되, 상품명으로 기재하고 「대체 불가」를 표시한 경우, 생물학적 동등성 시험을 거친 의약품으로 대체가 가능하나 그 밖의 의약품은 의사의 동의를 거쳐서 대체투약할 수 있음.
- ⑤ 의료전달 체계의 조기 정착을 위하여 본 제도 병행추진
- ⑥ 환자가 의료기관과 약국을 이중 방문함에 따른 불편이 발생하고, 의료계와 약계의 불안감 확산.

4) 의약품 유통개혁 추진

- ① 무질서한 판매경쟁으로 인한 의료계와 약계의 부조리를 척결해야 함(최소한 음성거래액 3-4천억원)
- ② 전근대적인 의약품 유통구조로 과중한 물류비용 유발
- ③ 수도권과 지방에 7개 물류센터와 「의약품 물류 협동조합」 설립해서 의약품 보관 및 배송업무 담당
- ④ 의료보험의 약품비 지불체계를 개선 (의약품 투명거래 실현)
- ⑤ 의약품 유통개혁 기획단 설치 가동중

5) 요양병원의 확충

- ① 급성단기병원에 입원하고 있는 환자의 약 1/3이 요양병원에서 진료하는 것이 타당한 환자들임
- ② 요양병원은 의학적으로 난이도가 낮으면서 장기적 성격을 가지는 질병을 취급함
- ③ 기존의 30-200병상의 중소규모 병원을 요양병원으로 기능전환 유도
- ④ 요양병원 수가 개발
- ⑤ 요양병원 퇴원환자를 방문보건사업 체계에 연결

6) 가정의의 양산

- ① 단과전문의의 과다배출로 인한 교육투자 낭비와 국민의료비의 양등을 제어할 필요성이 있음.
- ② 1차 치료를 담당할 가정의를 대량배출하도록 함.
- ③ 가정의 수련은 대학병원 뿐만 아니라 각급 의료기관에서 가능하도록 하고 중소병원에서의 수련을 대학병원에 연결함.
- ④ 가정의학회가 가정의 수련교육의 질적 수준을 관리할수 있도록 정부가 지원함.
- ⑤ 가정의 개원의의 사회적 지위와 수입을 단과전문의와 비슷하게 유지하도록 조정할 필요가 있음.

나. 의료보험 관련 부문

통합의료보험의 실시와 더불어 의료보험 부문에도 수가체계개편과 소득비례 단일보험료부과체계의 개발, 급여내실화와 관리운영의 혁신이 요구되고 있다.

1) 의료보험수가 제도의 개선

IMF관리체계하에서 낮은 보험수가가 환자의 생명을 위협하거나 의료의 질 저하를 초래하는 일이 없도록 해야 할 것이다. 이러한 사태를 막기 위해서는 방사선·CT필름 등 진단용 재료대에 대하여 환율연동제를 적용하고, 수입의약품과 의료용구 등에 대한 가격인상이 불가피하다. 그리고 현재 실시하고 있는 진료비 개산불 제도를 모든 의료기관에 확대 실시하는 것 등이 최소한의 지원책이 될 것이다. 그러나 이러한 현실 미봉책만으로는 문제해결에 도움이 되지 않는다. 의료보험 수가구조에 대한 개편방향을 심도

있게 검토해 보아야 한다. 다음은 몇 가지 정책대안이다.

① 포괄수가제(DRGs)의 전면적 실시를 검토한다.

세계은행은 미화 20억불 차관(5년 유예 15년 리보플러스 0.75%) 제공에 대한 요구사항으로 현행 행위별 수가제를 개혁할 수 있는 정책대안으로 DRG 지불제도의 전면실시를 약속했다. 2000년부터 DRG 지불제도를 시행하기 위한 상세한 이행계획을 작성할 예정이다.

② 총액계약제(prospective global budgeting)의 실시 가능성을 검토한다.

세계은행과의 협의과정에서 누락되었지만, 중국적으로는 지불제도개편에서 반드시 짚고 넘어가야 할 영역이 된다.

③ 의료보험수가의 적정성을 검토한다.

현행 의료보험수는 생산원가의 64.8%에 불과한 것으로 보고되고 있다(연세대학교, 1997). 이러한 저수가 정책은 필연적으로 의료서비스의 질을 저하시킬 수 밖에 없다. 의약분업과 관련하여 처방료와 조제료의 현실화를 비롯하여 임상 간호서비스의 질 저하를 막기 위한 간호관리료의 합리적 산정 등 수가체계의 검토가 필요하다(대한 간호협회, 1998)

2) 적정보험료 및 본인일부부담제의 개발

① 적절한 수준의 보험료 부담 정책으로 전환한다.

그 동안의 저급여 및 저보험료 부담정책을 수정해서 적정급여를 충당하는데 필요한 적정보험료 부담정책을 개발한다. 이렇게 함으로써 의료보험 급여수준과 범위의 획기적인 향상을 도모한다. 이는 비급여를 축소시키는 첩경이기도 하다.

② 본인일부부담제를 개선한다.

현재의 높은 본인일부부담제를 개선해서 소득연계 본인일부부담금 상한제를 도입하는 것을 검토한다. 이 역시 세계은행 차관 제공과 관련된 사항인데 그 목적은 2000년까지 입원진료의 실본인일부부담률을 의미있는 수준까지 낮추는 데 있다.

③ 소득기준 단일보험료 부과체계를 개발해야 한다.

통합의료보험의 생명은 자영자와 피용자간의 보험료부담이 어느 정도로 형평성을 유지할 수 있는가에 달려있다고 해도 과언이 아니다. 1996년의 경제활동 상태별

소득포착율을 보면 임금근로자는 100%인 반면, 도시자영자는 22.3%, 농민은 56.4%에 불과하기 때문에(복지부, 1996), 이는 납득할 만한 통합보험료를 개발하는데 걸림돌이 되고 있다. 그러므로 자영자의 소득과악을 제고가 긴급사항으로 등장하고 있다.

3) 관리운영의 효율성 도모

① 보험료 인상에 따른 불만을 해소시켜야 한다.

'98. 10. 1 시행된 부분적 의료보험통합(지역조합과 공·교 공단의 통합)에서 전체 세대 중 62.5%는 보험료가 인하되지만, 37.5%는 인상된다. 그러나 약 121만 세대는 보험료가 20%이상 인상되며, 약 10만 세대는 100%이상 인상되기 때문에 상당한 반발이 예상된다. 특히 보험급여의 증가없이 보험료가 이처럼 인상되는데 따른 민원을 완화시켜야 한다.

② 공단관리운영의 경직성을 완화시켜야 한다.

전국단위의 통합은 적정규모를 초과하는 거대관료조직이 되어 오히려 비효율이 초래될 가능성이 있다. 통합되어도 인력절감효과가 그다지 크지 않기 때문에 더욱 그러하고, 조합에 비하여 거대한 공단조직의 의사결정 과정에서 경직성을 극복하는 일이 시급하다.

③ 급여관리의 효율성 저하를 막아야 한다.

관리조직이 거대해질수록 피보험자의 도덕적 해이(moral hazard)를 극복하기 어려워진다. 보험급여를 효과적으로 관리하지 못한 경우에는 통합의 이점보다 단점이 부각될 가능성이 크고, 의료보험 전체의 효율성이 감소될 수 밖에 없어진다.

④ 대형위험의 급여관리체제로 전환한다.

현행 의료보험 급여의 대부분은 경한 질병으로 구성되어 있다. 보험관리비용을 절감하고 보험보호의 혜택에 내실을 기하기 위해서는 급여내용에서 단순 외래서비스를 요구하는 경한 질병을 제외하고 중증질병관리체제로 전환할 필요가 있다. 이 조항 역시 세계은행 차관에 따른 요구사항이다.

4) 진료비 심사평가원의 기능 활성화

새로 설립되는 의료보험 진료비 심사평가원은 진료비 심사기능에서 한 걸음 더 나아

가 보험의료 서비스 평가 기능을 가질 것으로 알려져 있다. 그렇게 함으로써 일반 국민들에게 의료제공자에 대한 정보를 충분히 제공할 수 있을 것이다. 따라서 보험자로부터 분리된 심사평가원의 독립성 확보가 필수적이다.

5) 효율적인 의료시장을 위한 경쟁요소 도입

공보험이 의료수요의 다양성을 충족하는데는 한계가 있기 때문에, 종국적으로는 공보험이 담당하지 않는 부분에 대하여 민간의료보험을 도입하는 것이 검토될 것으로 전망된다(김한중, 1988).

다. 일반국민

1) 합리적인 의료소비자 기능

합리적인 소비자라 함은 실제 의료를 이용할 때 뿐만 아니라 개인적으로 내리는 의료에 관한 결정 하나하나가 타인에게 영향을 미친다는 사실을 숙지하고 있는 소비자를 의미한다. 즉 개인의 편익 보다는 사회적 편익을 더욱 중요하게 생각할 줄 아는 소비자이다. 각종 정보가 범람하고 있는 의료시장에서 전문가의 조언을 구할 줄 아는 것이 합리적인 소비자의 태도이다. 주치의 등록제도는 이러한 합리적 소비자 기능을 크게 신장시켜 줄 수 있다. 왜냐하면 현명한 소비자라면 주치의에게는 항상 건강에 대하여 배울 점이 많다는 것을 알고 있기 때문이다. 우리나라 국민들을 보다 합리적인 소비자로 만들자면 의료시장의 문지기 제도를 도입하는 것이 첩경이 된다.

2) 철저한 의료감시자 기능

일반국민은 주치의를 포함한 의료공급자 뿐만 아니라 정부나 보험자나 대학을 감시해야 할 권리와 의무가 있다. 왜냐하면 일반국민은 의료공급자에게는 주치의 등록료나 본인일부부담금을, 정부에게는 조세를, 보험자에게는 보험료를 그리고 대학에는 등록금이나 사용료 등을 지불하기 때문에 각 해당 주체가 비용효과적 또는 비용효율적으로 실적을 산출해내었는지를 감독할 권리가 있으며 동시에 납세자로서 또는 피보험자로서의 의무가 있는 셈이다. 이러한 활동은 개개인이 수행할 수도 있겠지만 조직화된 시민 단체를 통해서 수행할 수 있다.

3) 자신의 건강에 대한 책임자 기능

건강할 바로 그 시기가 자기 건강을 철저히 관리해야 할 때이다. 아플 때까지 기다리면 이미 늦은 것이다. 자신의 능력을 초과하는 부문에 대해서는 사회적으로 책임이 분담되어야 하겠지만, 건강증진이나 유지에 대한 1차적인 책임은 소비자 자신에게 있다. 더 나아가서는 자신의 건강을 위한 예방과 자가 치료에 대해서도 개인적 책임을 다할 수 있어야 좋은 소비자인 것이다. 그러므로 일반국민들에 대한 보건교육이 보다 철저히 이루어져야 하겠다.

라. 정부 부문

1) 공공보건의료의 취약성 극복

- ① 우리나라 공공보건의료체계가 너무 미약하여 보건정책수행에 제약이 심할뿐만 아니라 민간의료기관을 선도할 책임을 제대로 수행하지 못하고 있음
- ② 의료기관의 지역간 불균형이 심하지만 공공의료는 이를 해결할 능력이 없으며, 결과적으로는 지역간 의료수준의 격차가 심해짐
- ③ 중앙 및 지방행정체계의 개혁이 진행중인 바, 국립병원, 지방공사의료원 역시 개혁대상이 되고 있음
- ④ 보건소는 시범사업을 거쳐서 책임행정기관(agency)으로 전환하는 것을 검토할 것임. 그리고 보건복지사무소로 전환이 가능하도록 지역사회 사회복지 프로그램의 개발과 인력/조직개발을 통한 준비단계를 거쳐서 3-4년 후 통합하도록 함(국민회의, 1998)
- ⑤ 공중보건의 활용을 도시, 농촌이 모두 할 수 있도록 함

2) 국가관리대상 보건사업의 선정

- ① 보건문제와 연관된 위험요인 감소를 목적으로 국가관리대상 보건사업을 선정한다.
- ② 중점관리 보건문제로 다음의 10가지를 선정함(국민회의, 1998)

표 8. 중점관리 보건문제 10대과제

분야	중점관리 보건문제
전염성 질환	1. 간염 2. 결핵
비전염성 질환	3. 자궁경부암 4. 고혈압 5. 당뇨병 6. 치아우식증
정신 질환	7. 정신분열증 및 양극성 정신질환 8. 치매
모자보건	9. 산전, 분만 및 산후관리 10. 영·유아 건강관리

자료: 국민회의, 1998

3) 국가보건문제와 보건소의 역할 설정

- ① 국가보건문제의 선정과 보건소의 역할 설정이 연계될 수 있도록 해서 보건소별로 우선순위를 두어 표준화된 업무를 국가의 지원하에 시행하고 이를 평가해야 함
- ② 보건소 중점관리사업으로 ㉠ 보건교육, ㉡ 고혈압 관리, ㉢ 당뇨병 관리, ㉣ 노인보건, ㉤ 간염예방을 선정한다(보건복지부, 1998).
- ③ 지방자치단체의 보건의료정책 수행 활동을 평가하여 상벌을 줄 수 있도록 예산을 확보함

4) 보건정책 실패에서 교훈을

- ① 정부는 그동안의 장·단기 계획이 왜 실패했는지 또는 왜 성공했는지를 재검토할 필요가 있다.
- ② 실패한 보건정책의 사례를 들면 다음과 같다: 의료전달체계정책, 의료보험수가정책, 의과대학 신증설정정책, 모자보건센터건립 차관사업, 동네병원의 몰락 방지, 만성병 대책, 1차진료의사 양성 실패 등.

마. 의과대학과 의학교육 부문

- 1) '인구대비 세계 최다 의과대학 보유국'이라는 불명예
 - ① 만약 의사가 더욱 필요한 상황이 전개되더라도 의과대학을 신설하기 보다는 기존의 의과대학을 확대·증설하는 방안을 채택하는 것이 현명하다.
 - ② 의원에서 병원으로, 병원에서 종합병원으로, 종합병원에서 대학병원으로, 의과대학에서 종합대학으로의 신화에 종지부를 찍도록 해야 한다.
 - ③ 우리나라는 아직 한 개의 의과대학, 치과대학, 약학대학, 또는 한의과대학을 퇴출시켜 본 역사가 없다. 그러므로 '세계최다 의과대학 보유국'이라는 불명예는 상당히 오래 지속될 전망이다.

- 2) 「선인가 후시설」의 대신설 정책의 폐기처분
 - ① 대부분의 신설 의과대학의 시설 기준은 더욱 강화되어야 할 것이다.
 - ② 「선인가 후시설」을 보완하기 위하여 전임 교육부장관이 도입하기로 약속한 의과대학 인정평가제도를 조속히 실시해야 한다.
 - ③ 당분간 의과대학의 신설은 퇴출하는 의과대학이 있을 때만 고려하도록 한다.

- 3) 의학교육의 내실화
 - ① 신설의과대학의 기초의학교수 부족은 어제 오늘의 일이 아니지만, 아직 해결의 기미를 보이지 않고 있다. 의과대학 인정평가제도를 실시해서 퇴출될 수도 있기 전까지는 쉽게 해결되지 않을 것이다.
 - ② 국내 의과대학의 임상실습 부실 역시 그 정도가 심한 편이며, 학교간 격차도 격심하다. 이는 의료인의 자질문제와도 직결된다.
 - ③ 의사국가시험등 각종 시험이 실기보다 단편적인 지식평가 위주로 이루어지고 있는 것은 하루속히 시정되어야 한다. 각종 시험은 지역사회를 위해서 일할 좋은 의사를 만드는 데 그 목적이 있으므로, 이러한 목적을 달성하는데 알맞는 평가방법이 개발되어야 한다.
 - ④ 연구와 진료에는 보상제도가 따르나 교육하는 일, 교단을 개발하는 일, 새로운 교과과정을 개발하는 일에는 인센티브가 없다. 의학교육발전을 위한 연구비의 지원과 투자가 절실하다(강복수, 1998).

- ⑤ 의사보수교육에 대한 정부와 의과대학 그리고 수련병원의 역할이 증대되어야 한다. 보수교육을 총괄적으로 전담할 민간기구가 필요하다.
- ⑥ 의사들의 자질유지를 위해 재면허제도와 전문의 자격 재인정제도를 신중히 검토해 보아야 한다. 부실한 의학 도서관의 육성에 외부지원이 필요하다.

6. 맺는말

- 잃어버린 신뢰를 찾아서

우리나라는 전형적인 고비용·저효율의 의료체제를 운영해오고 있다. 동네병원이 몰락하고 대형종합병원 외래진료실이 극도로 붐비는 것이 그 한 예이다. 이는 공공의료의 취약한 상황에서 의료의 상품화가 고도로 진행되었다는 증거가 된다. 입원과 외래기능 모두에서 1, 2, 3차 의료기관이 약육강식의 전쟁을 벌이고 있는 셈이다. 이러한 상황 하에서는 의료자원의 합리적 배분 기능이 무색해질 수 밖에 없으며, '3분진료에 3시간 대기'라는 저질의료를 양산할 수 밖에 없다. 의사와 환자간의 신뢰관계가 무너지고 있는 것이다. 국민들은 의료서비스를 별로 신뢰하지 않은 채 불만족이 치솟아 오르고 있다. 선진국과는 비교가 되지 않을 정도로 불만이 드높다.

무너져 내리고 있는 그리고 이미 잃어져 간 신뢰를 되살릴 길은 무엇인가? 고장난 어느 한 부분을 도려내거나 대체하는 것만으로는 회복할 기미가 없을 만큼 국민의료의 신뢰도는 깊은 손상을 받았고 지금도 받고 있다. 이를 회복하자면 의료인과 국민과 정부와 보험자와 의과대학이 모두 나서서 의료체계가 제기능을 하도록 노력할 때에만 신뢰 회복이 가능하다.

좋은 의사를 양성하기 위해서 의학교육이 내실화되고, 새로운 의료보험보상체계(예: DRG)가 도입·확대 실시 되어야 하며, 적정급여를 제공하기 위한 적정 보험료부담이 선행되어야 하고, 소득연계된 본인일부부담금의 상한제가 도입되어야 한다. 그리고 의료보험진료비 심사평가원이 진료비심사 뿐만 아니라 의료서비스평가 기능을 갖추어서 건강정보와 자료를 널리 공급해야 한다. 뿐만 아니라 1차의료의 문지기 제도와 1, 2, 3차 수가차등제 등과 같은 강력한 유인/비유인 제도가 도입되어야 하고, 의약분업과 의약품유통개혁이 이루어져 보건의료체계가 정상화되어야 한다. 정부도 공공보건의료체계

를 정비하고 보건정보체계를 갖추으로써 21세기의 의료체계를 준비해 나가야 한다. 뿐만 아니라 일반 국민들도 납세자로서, 피보험자로서 합리적인 의료소비자 기능을 수행해야 하고, 철저한 의료감시자 기능을 수행하여야 하며, 자신의 건강증진과 예방에 대한 책임자기능을 수행할 줄 알아야 한다. 이러한 의미에서 일반국민에 대한 보건교육이 보다 철저하게 이루어질 필요가 있다.

우리는 지금 IMF관리체제라는 지극히 어려운 경제난국 속에 처해 있다. 국민 모두가 정치, 경제, 사회개혁에 동참함과 동시에 보건의료개혁을 추진해 나갈 수 밖에 없는 처지이다. 정치권에서의 개혁의지가 굳은 만큼 보건의료인을 위시한 국민모두가 의료개혁에 동참함으로써, 잃어버린 그리고 무너져간 의료체계에 대한 신뢰를 되살려 낼 수 있다고 본다. 우선 이러한 일이 가능하다고 믿어야 한다. 그리고 국민 각자가 스스로의 건강을 돌보면서 가족과 이웃의 건강을 증진하는 데 도움을 줄 수 있다면 우리의 의료체계에 대한 신뢰회복의 길은 이미 멀리 있는 것이 아닐 터이다.

참고문헌

- 강복수, 국민건강의 산실 의학교육, 한국보건문제와 진단과 처방, 대한예방의학회, 1998
- 김병익, 갈 곳 많은 환자, 한국보건문제의 진단과 처방, 대한예방의학회, 1998
- 김일순, 이순형, 유승흠, 의대설립의 합리적 결정을 위한 준칙주의 도입방안, 교육부 학술연구조성비 교육정책 연구과제 최종보고서, 1997. 4
- 김한중, 내실을 위한 의료보험제도, 한국보건문제의 진단과 처방, 대한예방의학회, 1998
- 대한의학협회, 전국 회원실태 조사보고서, 1996
- 문옥륜·김창엽, 동일질환에 대한 보험의료 이용경로 분석, 보건행정학회지 1990, 제1권 제1호
- 문옥륜, 한국사회와 의료보장 정책, - 과제와 전망, 명경, 1994. 8
- 문옥륜, 보건의료의 남북한 통일, 한국보건문제의 진단과 처방, 대한예방의학회, 1998
- 보건복지부, 농어촌 의료서비스 기술지원단, 지방자치 2기에 대비한 중·장기 보건소 육성지원 계획(안), 1998.
- 새정치 국민회의, 보건의료 효율화와 선진화를 위한 보건의료 개혁 정책, 사학연금회관 공청회 자료, 1998. 10. 20
- 유승흠, 의료인력관리와 인구대비 세계최다 의과대학, 한국보건문제의 진단과 처방, 대한예방의학회, 1998
- 통계청, 사회통계조사, 1980, 1983, 1986, 1989, 1992, 1995
- 한국보건사회 연구원, 1차 의료의 현황과 발전방안, 1997
- 한달선, 김병익, 배상수, 의사인력 정책의 전개방향, 한림대학교 사회의학 연구소, 1993
- Robert J. Blendon & Humphrey Taylor, View On Health Care : Public Opinion In Three Nations, 1989
- Frenk, J. Dimensions of Health Care System Reform, Health Policy, 27(1994).
- Werner, D., The Village Health Worker : Lackey or Liberator? In Skeet M. Elliott(edo), Health Auxiliaries and the Health Team. London, Croom Helm 1978
- Philipps, D, Health and Health Care in the Third World, Longman Development Studies, 1990.
- Kleczkowski, B. M., Roemer, M. I. and Werff, A. V., National Health Systems and Their Reorientation towards Health For All, WHO Papers, No. 77, 1984
- Lee, R. I. and Jones, L. W., The fundamentals of good medical care, University of Chicago Press, 1933.
- Myers, B. A., A Guide to Medical Care Administration : Concepts and Principles, Vol. 1.. The American Public Health Association, 1965.