

한국의 지역사회 의학

—의료인의 의학 및 의료에 관한 의식구조,
의료체제의 기본구조 및 이를 위한 의료 전달기능—
(요 약)

가톨릭 의과대학 예방의학교실

이 태 준

개 요

생활의 주체로서의 개인 또는 가족은 일정한 시간과 공간 중에서 생활수단과 소득을 매개로 하여 인간관계 및 사회규범에 규제되면서 생명의 재생산, 물질의 재생산, 정신의 재생산 그리고 조직의 재생산이라는 생활기능을 영위하고 있다. 이 생활활동 순환이 어느 점에서도 정체됨이 없이 이루어지는 체계가 정상생활 구조라고 할 수 있다.

인간이 어떠한 사유에 의해서 경제적, 사회적, 정신적, 육체적으로 사납다운 생활이 영위될 수 없는 상황에 놓여졌다고 하면 우리들은 이 생활구조의 어딘가 이상이 있다고 생각하게 되며 이 이상이 오게 된 원인이 탐구되지 않으면 안될 것이다. 인간생활의 구조적인 장애 즉 생활문제를 인간 자신들 스스로가 알아 차리고 또 사회도 과학적, 객관적 견지에서 인식하고 이 생활구조의 이상을 시정하기 위한 활동 또는 예방책이 강구되어야 하며 이것이 바로 사회복지의 기능이다.

복지사회로 가는 길목에 서서 불적에 오늘날 우리 나라의 의료는 해결하기에는 너무나 어렵고 복잡한 문제들을 많이 안고 있는 듯하다. 필자는 이러한 문제를 실제로 의료를 담당하고 있는 의료인들이 어떻게 보며 이러한 문제해결을 위하여 의료인 스스로가 어떻게 생각하고 있는가를 알아보기 위하여 설문을 배부하여 얻어진 자료를 정리 분석하였다. 응답자는 의과대학생이 156, 종합병원 봉직자 105, 개업의사 227 총 488명이었으며 설문항목은 일반배경조사 6, 의학지망의 동기 및 만족도 5, 의학분야선택 및 그에 대한 태도 4, 농

촌의료에 대한 태도 5, 의료체제에 대한 태도 7, 의학교육에 대하여 4로 편성하였다. 먼저 이러한 설문을 통해서 우리 나라 사회의료가 도달되어야 할 목표를 설정하고 다음 이 목표달성을 위한 의료체제의 기본구조를 형성하였다. 다음 이 구조를 지탱시키고 보지할 수 있게 그 기능을 발휘할 수 있는 의료전달방식을 찾고 이것을 일정지역에 적용한 바를 그 내용을 들면서 설명하였다.

1. 우리 나라 사회의료가 도달되어야 할 목표

우리 나라의 의료는 어려운 문제들을 많이 안고 있다. 이들 문제 중에서 특히 우리 나라 의료가 지향되어야 할 방향이 어떠한가 알아 보기 위하여 (별표) 설문 20을 냈다. 이 질문에 대해서 “돈 있는 사람이나 없는 사람이나 그 나름대로의 의료혜택을 받을 수 있어야 한다”가 가장 높게 나타나고 있다(학생 51.2%, 종합병원 봉직의사 53.8%, 개업의사 55.5%). 의료인들 스스로가 우리 나라의 의료가 도달되어야 할 목표로 생각하고 있는 듯 하다. 그러나 현실적에서 이러한 방향으로의 진행에 저해되는 요소 세가지를 들 수 있다.

1) 우리 나라의 국방과 경제개발이라는 사정이다. 의료복지사업에 국가적 차원에서 적절한 지원이 극히 어렵다는 사정이고,

2) 의료비 사정

3) 무의지역 사정이다.

첫째는 우리로서는 불가항력 문제이고, 둘째, 셋째는 우리가 검토할 수 있는 문제이다.

2. 목표달성을 위한 의료체제의 기본구조

우리들이 요구하는 사회의료 목표달성을 위한

의료체계는 바로 전술한 저해요소가 배제되는 사회장치가 바로 우리가 요구되는 기본 구조이다.

1) 의료비 문제

이것은 옥천군 군서면 예를 들면서 설명하겠다. 1037가구를 대상으로 몸이 아프시 어떠한 방식으로 건강문제를 해결해 나가는가에 대해서 “참는다 13.3%” “가정요법 29.3%” “한방 또는 약방 이용 35.3%” “병원 이용 22.8%” 이들이 병원이 돈을 잘 하지 않는 이유 “병원이 멀어서 11.5%” “그밖에 드는 의사가 없어서 4%” “한방의 보다 효력이 없어서 24.1%” “의료비가 비싸서 56.5%”이다.

이들의 연간 소득은 평균 가구당 년 541,000원이다(1974). 병원 이용이 어려운 것은 소득에 비해서 의료비가 비싸다는 것이다.

이 소득은 우리 나라 농촌의 평균치(1974년도)이므로 우리 나라의 농민의 약 60%가 병원 이용이 어렵다는 내용이 된다.

다음 의료비가 비싸게 될 수 있는 요소를 분석하여 보면, (가) 시설투자, (나) 의사 양성의 장기투자, (다) 전문의 기술비, (라) 이윤, (로) 높은 세금, 이 이외에 관리유지비, 감가상각비 등을 들 수 있다.

우리에게 주어진 지상명령은 그 나름대로의 의료체계를 줄 수 있는 방법이 모색되어야 하므로 의료비 저렴을 가져오게 하는 방식은 (가)(나)(다)(라)(로)의 적절한 처리에 기탁된다.

우선 면 level에서, 군서면 예를 들어 해결의 한 방법을 제시한다. 가능한 전 지역민을 대상으로 한 의료보험조합을 형성한다.

(가)의 투자 문제는 보건지소를 사용하고

(라)의 이윤 문제와 진료관계는 의료조합원 자체운영제로 한다.

(나)(다) 문제는 별도 양성된 지역사회 의사로서 충당한다는 방식이다(현재 간호원, 의학과 6년생). 즉, 의료조합원이 적은 병원을 하나 가지는 격이 된다.

동시에 위탁병원 제도를 도입하여 1차 의료소의 중증증, 중증 환자는 읍에 있는 개업의에게 후송하는 방식을 택한다(옥천 성모병원 후송).

정부에서 임명한 보건지소장인 지역사회의사는 면민자정하는 진료관계를 담당하게 됨으로, 면

level에서는 완전히 실비치료가 가능하다(1974년도 통계에 의하면 75%가 1차 의료소에서 해결 가능).

의료비 지출은 환자부담, 조합부담, 정부보조 3자 부담을 택하며 국민소득 상승에 따라 점차 정부 보조액을 증액한다.

조합자치 운영제를 하므로서 그들 면민 스스로가 그 조합운영 실적에 따라 환자에 대한 위탁병원 보조비의 지급액, 또는 1차 진료업무 충실도 등이 좌우되며 이웃과 비교되면서 점차 개선되어 갈 것이다.

2) 무의지역 문제

설문 8, 14에서(별지 참조) 의학지방의 동기 중 의사라는 직업이 사회적 지위가 높고 안정되고 경제적 윤택이 올 수 있기 때문이라는 항목이 가장 높게 나타나고 있다. 이러한 목적을 달성하기 위하여서는 임상의가 되어야 하며(73%)(설문 9) 특히 전문의 자격을(88%)(설문 11) 따서 도시(77%)(설문 15)에서 거주하겠다고 한다. 이 내용은 중대한 의미를 내포하고 있다.

의학지방의 동기에서부터 교육기간 중에 가르치는 내용, 가르치는 방식, 학교의 방침 등등, 이 모든 것이 전문의 양성화 되어 있다.

심지어 학교의 명예, 학교의 충실의 척도가 바로 전문의 합격율에 달려 있기도 하는 형편이다. 이러한 의학교육제도를 그대로 두고 농촌의료문제 해결을 시도한다는 것은 우리 의료인들이나 행정당국들도 무엇인가 착각을 하고 있는 듯하다. 실사 이렇게 교육받은 의사들이 농촌의료를 담당하여 간다손 치드래도 무엇인가 잘못된 것 같다.

옥천군 군서 1차 의료소를 통과한 2868명 환자 중 39.71%가 소화기, 호흡기 및 피부질환이고(W.H.O 질환분류번호 460-466, 530-537, 690-698) 기타 신경통, 관절통, 기관지염 등(W.H.O 질환분류 350-358, 500-508, 710-718) 20.98%비교적 간단히 치료될 수 있는 질환들이 대부분이다. 이러한 질환의 치료를 위하여 의과 대학 6년, 전문의 수련기간, 막대한 시간과 재력을 투입한 의사를 보낸다는 것은 국가적 견지에서 모든 개인적 면에서 모든 그 과중한 투자는 어처구니 없는 것이며 이는 좀 지나친 비유이지만은 무, 배추 씨는데 작두를 갖다 대는 격이 되는

것 같다. 현 의과대학 교육제도하에서는 전문의 양성의과대학을 벗어나기 어려운 것으로 생각되며, 이러한 의사들을 동원하여 농촌지역 사회의료 해결을 모색한다는 것은 무척 어려운 일이라고 생각된다. 거의 대부분이 임상을 지원하여 전문의가 되어서 도시에 살면서 경제적, 사회적 보장을 받으면서 자기 발전을 꾀하겠다고 한다면 농촌의료문제 해결은 그 수준에 적합한 사람을 택하여 별도 양성하는 것이 바람직한 것으로 생각된다. 그 한방법으로서 설문 26을 내어 “현 의과대학생 정원수를 대폭 줄이고 전원전문의로 양성하고 별도 지역사회의사 양성”을 물은 바 60% 내외가 반대이다. 우리 나라의 의료인들은 정말 어려운 궁지에 몰려 있음을 볼 수 있다. 즉, 우리 의료인들은 우리 나라 국민은 누구나 그 나름대로의 의료혜택을 받을 수 있어야 한다고 주장하고 있으면서, 농촌의료는 자기 아닌 다른 사람이 가져야 한다고 주장하는 것이다.

3. 의료체계 기본구조에 맞는 의료전달 기능

“돈 있는 사람이나 없는 사람이나 그 나름대로의 의료혜택을 받을 수 있어야 한다”가 우리나라 사회의료가 지향하는 목표라면 오늘날 전통적으로 시행해 오고 있는 병원 중심의 찾아오는 환자만을 대상으로 진단치료위주의 의료전달방식으로는 도저히 불가능하다. 특히 그 어구가 품는 내용에는 전 지역의 전 지역민이 대상이 되고 의료비 저렴이 가져올 수 있는 의료전달이 되어야만 한다.

무릇 의료인이 어떠한 의료활동을 하더라도 그 모든 행동은 진단, 치료, 예방 및 재활 네가지 카테고리의 어디인가에 포함된다.

오늘날 병원 중심의 찾아오는 환자만을 대상으로 하여 진단, 치료위주의 의료전달방식은 그 대상이 생체이고 병인(病因)이 생체의 기능 및 기질적 장애를 일으키는 그 기전과 병소를 찾아내는 병리학적 입장에 서니까 자연히 생체구성의 계통에서 장기, 조직, 세포 식으로 미세의 세계에 들어가니 이를 찾아내는 시설장비의 투자는 자연히 의료비 고가를 가져올 수 밖에 없다. 오늘날 각 병원은 이러한 투자 시설을 화려하게 차려 부유층을 대상으로 보다 많은 이윤의 추구를

시도하므로써 의료비는 급수적으로 높아져 가게 된다. 이와 대조적으로 어떠한 병인(病因)이 생체까지 침범하는가 그 과정에서 생체의 병(病)을 인식할려는 생태학적 입장에 설적으로는 자연적, 사회적 어떠한 요소가 질병의 요소가 되며 사회의 어떠한 가용자원을 활용하여 이러한 요소를 제거하여 질병을 예방하고 재활에 임하므로써 의료비 저렴을 가져오게 된다. 즉 인간의 건강과 질병 문제를 생물학적 뿐만 아니라 사회과학적 입장에서 파악하자는 내용이다. 이러한 의료전달에서는 투자에 비하여 그 결과의 효과가 높음으로 의료비 저렴을 가져올 수 있는 의료전달 방식이다. 또 효율적 차원에서 볼 적에 면소재지, 읍소재지, 도소재지, 수도라는 차순에서, 읍, 도, 수도에서는 어려운 질환을 위한 시설투자, 전문의 등 의료비 고가를 초래하게 되는 것은 부득기하다(위탁 병원).

면에서는 강력한 예방사업과, 1차 진료위주의 총괄의료를 즉 진단치료 예방 및 재활의료전달을 묶음으로서 그 효과를 극대화시킬 수 있을 것이다. 그러나 오늘날 우리 나라의 의료체제는 총괄 의료전달 시행과 상충되어 여러 문제에 부딪치게 된다.

(1) 1차 의료 조직

전 지역사회와 지역민이 대상이므로 전통적인 진단치료위주의 병원조직 또는 지역사회, 문화경제와는 아랑곳 없는 환경위생위주의 보건사업을 하는 현 보건소 기능조직으로서 이러한 기능 발휘가 어렵다. 의료활동의 영역은 전 지역으로 확대되어야 하고 지역민은 출생에서 사망까지 전 생대를 의료감시하에 두어야 하므로 이런 기능 발휘할 수 있는 의료소 조직이 이루어져야 한다. 그 기본 조직은 진료부와 사회의료부로 나뉘어야 하고 사회의료부는 다시 보험, 예방, 가족계획 등으로 나뉘어져야 한다. 이사회의료부의 활동은, 사회의료 목표달성의 집행의 많은 역할을 하여야 한다.

(2) 1차 의료소와 지역사회간의 조직

전통적인 병원중심 의료에서는 의사대 환자의 상관 관계에서 (doctor-patient relationship) 출발된다. 즉, 환자 생체내의 병소를 찾고 그것을 치료해 주는 활동이 위주이므로 이런 관계가 성

립된다. 그러나 총괄의료에서는 진단치료 예방 및 재활의 의료전달 기능이 지역 전체로 확산되어야 하므로 여기서는 1차 의료소 조직내 지역사회 조직으로 지양되어야 할 것이다. 그 이유는 예방활동은 가정과 지역사회에서 질환도 없고 건강한 상태에서 닥쳐올지도 모를 불건강을 위하여 예방적인 문제를 전개하여야 하므로 그들의 이해와 참여의식이 꼭 따라야 한다. 이러한 활동이 이루어지기 위해서는 지역사회와 1차 의료소와 유기적인 상관 관계가 수립되어야 한다. 이와 같이 1차 의료소내의 진단, 치료예방 재활의 의료전달 기능이 잘 발휘될 수 있게 하기 위한 1차 의료소내의 조직과 이 의료활동의 내용이 전 지역사회로 잘 확산되어 갈 수 있게 지역사회와 사이의 조직이 두괄 조직을 합한 것이 지역사회의학 전개에 있어서 핵심을 이루는 것으로 생각되며 “지역사회의학 조직체”라는 명칭을 붙이고 싶다.

(3) 의료망

1차 의료소는 “돈 있는 사람이 가 없는 사람이나 그 나름대로의 의료혜택이 주어져야 한다”라는 사회대로 목표달성을 위한 의료활동을 집행하는 부서이다. 이 집행을 위해서는 지역사회의 사회문화 경제적 여건이 반영된 총괄의료가 지역사회과학조직체를 통해서 집행될 것이다.

검토는 1차 진료로서 끝나며, 중등증 중증 환자는 읍, 도의 위탁 병원으로 후송된다. 문제는 환자의 후송이라는 단순한 행정절차가 문제가 아니고 이러한 환자 발생과 지역사회의 여건과 관계되는 재료, 기록정리분석 이런 것이 완비됨으로서 의료소 지역사회 의학의 방향이 잡히는 것이다.

읍소재지 또는 도소재지 개설하는 전문의들이 이 위탁병원 기능을 맡으며 이들에게 돌아가는 비용은 환자 개인부담, 조합부담, 국가부담으로 부담하고 환자 자의에 의한 초진도 받을 수 있게 한다.

(4) 의학 교육

1차 의료소에서 총괄의료활동 중 예방활동에 있어서 지역민의 이해와 참여가 절대 불가결한 여건이다. 지역민의 참여없는 예방의료활동은 전연 효과가 없을 것이다. 이와 같이 지역민을 참여케 하는 방식, 이와 같은 활동을 위한 조직문제, 지

역사회의 가용자원의 활용문제, 사회경제 문화와 보건의료문제, 이해 등 사회과학적 지식이 강력히 요구된다. 사회과학 특히 행동과학 지식 없이는 총괄의료전달 기능은 제대로 발휘시킬 수 없는 것이다. 또 1차 의료소에서 진료활동은 1차 진료가 위주고 중증은 후송하는 업무를 띄고 있음으로 전문의가 아닌 일반의가 필요하다.

그럼으로 의학교육, 의사양성에 있어서 이러한 점이 반영된 의학교육이 요구된다.

지역사회 의사 양성 : 별도르 의과대학 부설, 단기교육 훈련으로서 지역사회 의사를 양성하여 일정한 자격을 준다.

현 간호학과 과정 중 3학년 4학년에 우수한 학생을 별도로 양성 (교과과정 중 의학 학과 대목 삽입) 하여 일정한 자격을 주는 방법도 고려될 수 있다.

(5) 의료 경제

일정한 지역사회에 있어서 총괄의료 시행의 의미는 병원내에 국한되는 의료활동이 전 지역에 확산되고 모든 지역인이 요람에서 무덤까지 의료감시하에 두자는 의미이다.

전통적으로 시행되어 온 방식 즉 환자가 아플 시에만 병원을 이용하고 그 의료비만 지불하는 방식이 지양되고 전 지역민이 누구나 의료혜택을 받을 수 있는 방향으로 전환되어야 하므로 이것은 지역민 전체가 공동참여 의식하의 의료형식이 취해져야 할 것이다. 국가, 조합 및 개인부담 형식이 되어야 하며 점차 국가보조 비중이 증대하여가는 방식이 택해져야 할 것이다.

검토되어야 할 사항

- (1) 의료질 저하 문제
- (2) 의사 대량 생산되면 면에 충당된다는 의견
- (3) 장학생 양성 파견 문제
- (4) 경제개발이 되어 수준이 높으면 해결된다는 의견
- (5) 교통망이 개선되면 무의당이 자연히 해결된다는 의견

이상 5개항에 관한 검토는 “대한 의학협회지” 제20권 제 3호에 게재된 “한국의지역사회의학”원저의 251페이지에서 255페이지에 이르는 성적 및 검토란에 상세히 언급되어 있다.