

農村醫療의 問題點과 對策

—醫療制度를 中心으로—

濟南農村醫療院

宋 午 達

序 論

우리 政府의 2간 꾸준한 第1, 2, 3次 經濟開發의 彈力性 推進으로 後進國隊列에서 이제는 中進國 上位圈으로 發展, 모든 分野에 괘목할만한 發展을 이루어 놓았다.

2간 韓國의 經濟特性和 安保의 緊急性 때문에 이루어졌던 社會開發 특히 保健政策이 第4次 經濟開發 5個年計劃에서 反映된 것은 꼭 다행스러운 일이다.

2간의 經濟成長과 社會開發의 主軸이 되는 “醫療”가 從前의 施惠 乃至 奉仕나 人道主義의 概念에서 이제는 國民의 “必要”(needs) 或은 “權利”(Right)로서 基本生活의 “第四의 必要”로 받아들여지는 傾向이다.

이 時點에 즈음하여 우리 醫療人은 從前의 人需을 배우는 奉仕者의 姿勢에서 第4의 必要의 供給者로서 收容態勢를 갖추어야 할 것이며 從前의 矛盾點, 不實 및 未洽等을 根本的으로 改善할 段階에 이르렀다.

이런 課業을 推進 完成해야 하는 時代的 使命이 本人의 一部 農村 地域에서 構想해 왔던 計劃이던 2간 政府要路에 建議한 바 있었던 所見을 이 機會에 묶어 發表하는 바이다.

1. 醫療組織(醫療傳達制度)

2간 3次에 걸친 經濟開發에 힘입은 國民經

濟의 全般的인 發展과 특히 第3次期間중의 農村開發의 結果로 國民經濟의 構造的 變革을 가져왔다. 다시 말해서 農村의 가난하다는 概念을 修正할 때가 되었다.

이런 經濟成長과 “언제 어디서나 必要에 따라서는 經濟의 與件에 關係없이 醫療惠澤을 받을 權利를 保障받아야겠다”는 住民意識構造의 變化를 가져왔다.

醫療組織 乃至 傳達制度는 2간 急進的인 發展과 都市化現狀의 結果 都市地域의 醫療機關은 競爭의으로 필요이상의 裝備 施設등을 擴張 浪費의인 醫療의 高級化가 이루어졌고, 農村醫療機關은 舊態依然한 施設과 裝備, 姑息的인 技術로 醫業의 課題인 人間生命의 尊嚴性마저 外面하는 踏步的인 零細性을 脫皮하지 못했다. 이런 都市와 農村간 醫療資源의 엄청난 隔差는 이제 큰 國家問題로 發展 政府保健政策의 큰 課題가 되었고, 이런 矛盾點을 拂拭시키기 위해 2간 政府는 現在의 公共 保健醫療組織(保健支所—保健所—市道立病院)을 設置하고 公共醫療組織網에 勤務할 醫師 補充을 爲하여 醫科大學生 獎學金制度, 海外移住 醫師 義務期間 設定, 修練醫 無醫地域 派遣制度, 醫科大學 增設 및 定員增員, 條件附 醫師制度 등의 여러 制度를 活用하여 農村地域 醫師 確保를 위해 많은 努力을 傾注한 結果로 알고 있다.

이런 努力은 理論上으로는 合一點을 찾을 수 있으나 經驗的으로 證明된 것과 같이 막대한 豫算 浪費와 國民에게 政府 公共醫療에 대한 不信感만 助長하는 結果만 가져왔다.

지금 保健當局은 過去 實態의 原因조차 규명하지 못하고 다시 새로운 政策을 試圖하고 있는 바 좀더 農村의 實態를 直視하고 問題點 解決을 위해서 진지하고 조심성 있게 施行되었으면 한다.

現在 農村地域의 私的醫療部門(자생의료조직)의 實態를 보면 看板만 달고 환자집 形態의 建物에 醫員실을 두고 施設 및 知識의 한계로 인한 制約性을 無視한채 患者診療를 하는 過程에서 醫療事故를 빚는 事例가 허다했던 것도 否認하지 못할 實情이다.

따라서 어떤 形態이던 간에 現在의 醫療制度는 醫療機關의 功能별 改善가 하루 빨리 이루어져야 한다. 本人이 日帝말엽부터 30여년간 農村과 더불어 生活하면서 醫療業에 從事한 經驗으로 農村 保健 醫療組織 乃至 醫療機關의 合理性을 運用方法을 다음과 같이 生覺한 바 있다.

1. 一次診療所(기존 保健支所)

現在 醫療組織의 最末端인 保健支所는 行政區域單位(面)로 設置되어 있으나 이는 農村의 住居 形態과 人口數에 비해 不合理하다. 이들 生活圈을 中心으로 再編成 地域單位 醫療地域을 再調整하고 一次診療는 醫師 以下の 保健要員(看護員)을 敎育하여 診療에 應하고 醫師가 週期的으로 巡廻하면서 Standing Order(簡易短期處方)의 形態로 治療하고 直接 醫師의 診療가 必要한 境遇 地域單位 聯合醫療機關으로 후송하는 制度가 바람직하다.

이런 一次診療는 現在의 약방이나 무당, 미신, 조약 등에 潛在하는 醫療需要를 現代醫療로 유도할 것이다.

現在 各級各층에서 一次診療에 대한 研究 및 示範事業이 實施되고 있으며 기존 거제도등 數個 地域에서 示範事業으로 實驗중에 있다. 또 77년부터 保健開發研究院에서도 示範事業을 計劃하고 있음은 매우 鼓舞的이라 하겠다.

이러한 一次診療가 이루어지므로써 얻어지는 效果는 다음과 같다.

(1) 醫療費節減

- 早期診療로 單位疾病當 診療費
- 高級醫療要員의 浪費 防止

- 無知로 인한 不必要한 投藥 防止로 國家 利益

(2) 住民의 便易度

- 時間 節約
- 勞動力 損失 極小化
- 苦痛 輕減

(3) 住民保健敎育

- 疾病에 대한 올바른 理解
- 豫防醫學의 普及으로 經濟化
- 醫療流通構造(傳達制度) 改善

(4) 醫療서비스 利用率 增加

- 31%인 醫療機關利用率을 增加

2. 地域單位 聯合醫院 組織

現在 政府의 公共醫療組織網에 農村地域 開業 醫療를 吸收 一元化하면 國家財政의 節減과 地域 社會 自生조직인 기존의료자원의 保護育成策으로서도 合理的인 것이다. 거의 大部分 開業醫는 現在 政府의 保健醫療組織網 속에 기하 重複 包含되어 있다(囑託醫=保健支所). 現時點에서 保健支所의 診療機能 新規開發보다는 기존지역사회 的 醫療資源의 統合이 더 容易하다. 農村地域間에도 過剩 過少로 設立된 醫療機關의 適正 配定 및 內實化할 수 있으며 地域單位 聯合病院組織은 다음과 같은 利點이 있다.

(1) 醫療裝備 및 施設의 效率化——高價의 醫療裝備(거의 外國에서 輸入) 등의 效率의 活用으로 醫療原價 節減

(2) 人件費 및 경상비 節減——醫療가 勞動集約的 生産인 것을 감안 人件費 및 諸般經常費 節減

(3) 診療機能 強化——單獨醫療方式에서 協同 醫療로서 診療機能強化와 醫療事故 豫防

(4) 不必要 醫療분쟁 예방——過剩競合 防止로 醫療信賴度 增加

(5) 醫療機關 利用度 增加——診療機能強化 및 副價節減으로 利用度 增加와 醫療機關 零細化 防止

(6) 不實診療 除去——單獨醫療의 制限性으로 代診 및 助手의 不正 醫療行爲 除去

(7) 保健所 診療機能 대행으로 政府 負擔 輕減

— 政府의 庶民醫療擴大 計劃중의 保健所役畜은 現機能으로 보아 거의 不可能한 計劃임.

既存開業醫院들의 地域單位 聯合病院으로서의 統合調整方法은 아래와 같다.

(1) 일정한 지역을 人口 交通 등을 考慮 聯合醫院 設置 場所 指定(現行醫療法에 의거 可能)

(2) 기존 開業醫는 統合——行政적으로 規制化 하고, 非聯合의 單一病院에서는 一次診療단을 許 許한다.

(3) 醫療機關 規格 標準化——嚴格히 強化하며 이를 爲한 稅制上 惠澤과 施設融資등의 行政的인 誘導 및 支援이 必要하다.

實例: 酒稅法에 依한 탁약주 양조장을 地域 統合制로 實施하여 成果를 거두고 있으며 食品製造 業(製糖業)의 企業合併 推進 實施하고 있다.

II. 醫療費 및 醫療保險(豫算)

醫藥가 發展함에 따라 醫療費用의 上昇은 다음 몇가지 理由로 增加一路에 있는 것은 事實이며 平均壽命의 延長(65歲)으로 從來 傳染性 疾患이 減少了를 이루던 것과는 달리 慢性疾患으로 疾病樣相의 變化의 結果 單位 疾病當 醫療費의 增加를 가져오고 있다.

이런 上昇과 住民 支拂能力과의 隔差는 國家經濟 成長 速度로 減小하더라도 解決기 어려운 距離가 있다.

또한 本人의 個人經驗에 의하면 資本能力者나 無能力者 할것 없이 現行 治療費 去來 關係는 醫師의 양식 乃至 人術이라는 精神的인 면과 物質的인 財力로서의 治療費 양면을 두고 深刻한 갈등을 느낀 것은 開業以來 30年間 늘 느껴오던 생각이다.

비록서 어떤 制度的 裝置를 하더라도 醫療報酬는 第三者(國家, 保險, 組合, 銀行)가 支拂하는 制度가 마련되어야 될 줄 안다.

이것은 醫療人을 供給者로, 患者를 需要者라는 經濟學的 側面에서 보더라도 價格形成이 極히 供給者 優位로 決定되어 醫療의 流通過程이 不合理하게 이루어지고 있는 것이며, 이런 不合理한 流通過程의 矛盾이 醫療消費者로 하여금 商品에 對

한 不賣運動으로서 약방, 약국을 利用 자기주문에 의한 商品을 供給받는 기현상을 招來하였으며 世界 어느나라 유래에도 없는 약사가 의사수보다 많은 우리나라 實情은 우리 醫療人들이 냉정히 自己反省을 할 동기가 되어야 할 것이다.

(醫師 100人: 藥師 126人 保社部集計)

1. 醫療費 節減

가. 醫療資源 浪費要因 除去

人力節減——一次診療員 活用으로 高級人力(醫師, 專門醫) 浪費除去, 專門醫制度 再考

施設——施設의 效率的인 使用, 聯合醫院 設立으로 지역사회 醫療施設 効用度 增加, 醫療機關 標準化로 사치화 방지

나. 醫療機關 經營合理化——人力의 多目的 活用

다. 醫療費統制——醫療의 特殊性 때문에 適正 酬價策定에 애로가 있으나 全般的인 統制方法 의에 高價 醫療費 統制는 可能. 現行 公務員年金, 產災保險, 自動車保險은 統制하고 있음.

2. 醫療費 支拂

第3者 支拂方法 實施

法的保護對象者——政府

企業體, 事業場——醫療保險

自營者——地域單位로 地方行政이 保險者가 되어 實施 試圖.

III. 醫療要員 養成(人力)

醫學教育은 그 나라 醫療制度를 뒷받침하는 同時에 醫學發展에 貢獻하는 兩面性을 가지고 國民 醫療를 爲해 獻身해야 함으로 地域社會에 適應할 수 있는 社會人教育和 훌륭한 醫師教育이 必要해서 다른 어느 職業人教育보다 어렵고 또한 問題點 역시 많은 것으로 생각된다.

보다 더 高次元的인 教育方法, 教育政策에 관한 問題는 醫療教育 專門家들에 의해 다루어져야 할 것이나, 部分的인 要求와 方法에 對하여 本人의 소견을 提示하고자 한다.

1. 醫師에 對한 問題

우리나라 現行 醫學教育制度를 보면 豫科, 本科 臨床으로 크게 3等分할 수 있다.

모든 醫師가 現行制度에 依해서 養成되는 것은 再考할 餘地가 있다고 生覺된다. 前述한 바와 같이 醫學發展을 爲해서 일할 學問的인 醫師와 地域社會 醫療活動을 할 臨床醫師 教育이 同一人에게 이루어진다는 것은 專門化 및 分化되는 다른 職業人에 比하여 是正改善되어야 할 問題다.

臨床醫師教育에는 教養教育 分野를 더 追加해야 되고 社會人教育도 더 補強되어야 할 것이다.

經驗에 依하면 開業醫師의 境遇, 醫師로서의 醫療技術보다 人格形成의 缺陷으로 職業人으로서 失敗하는 結果도 적지 않게 알고 있는 바다.

현재의 우리나라 醫學教育은 醫學者 教育이지 결코 地域社會가 必要로 하는 醫師教育에서는 相當한 거리가 있었다.

20年前 醫師先生이 10年前 醫師아저씨로 現今의 醫師×××으로 轉落한 冷嚴한 事實을 教育이 人材 養成이라는 觀點에서 한번 慎重히 檢討되어야 할 것이다.

2. 看護員에 對한 問題

看護員의 養成制度에 있어서는 現行教育課程은 經濟開發 第4次年度를 앞두고 地域社會의 實情本位로서 合理的인 教育施策을 연구 검토해야 할 것이다.

이제 우리나라가 農行을 바탕으로 한 “國民醫療施惠 擴大”의 基調的인 政策樹立에 따라 그 轉換期이 이룬 現時點에서 볼 때 看護員의 役割은 幅을 넓혀가고 있으므로 이에 隨伴하여 이들의 制度的 改編은 不可避한 것이라고 생각된다.

(1) 看護員養成의 問題點 :

看護高等技術學校가 現學制로 改編된 74年度以後 看護專門, 看護大學으로 昇格됐다. 그러나 이들 看護員의 就業實態에 비친 要因은 制度的인 矛盾을 빚었던 것으로 分析되며 醫療의 地域化를 標榜하는 現時點에서 생각할 때 다음의 試行錯誤를 물고 왔다고 할 수 있다.

첫째, 地域間에 있어서 教育機關의 偏在로 因

한 都農隔差의 助長

둘째, 이들 專門大學出身이 免許를 받고 大多數가 未就業으로 因한 人力의 遊休化

現在 農村의 現業醫는 專門大學出身 看護員을 採用치도 않을뿐 아니라 本人들도 願치 않는다는 것. 上位病院에는 技能보다 T/O가 없고, 海外進出하지만 能力不足이거나 또는 失機로서 諦念狀態에 있으며, 또한 本人은 海外을 願해도 父母가 許諾치 않으며, 婚期의 迫頭로 디렘마에 빠져 있는 事例가 許多하다.

現在 우리가 서 있는 이 時點을 바탕으로 해서 위 事例를 教育經濟學的인 次元에서 볼 때

- ① 教育投資의 浪費로 因하여 農村經濟는 零細性を 甌치 못하며,
- ② 人力의 死藏으로서 個人的, 國家的인 損失
- ③ 物質, 精力, 時間의 浪費를 自招한 結果를 낳았는데 이는 國家가 保障할 만한 制度的인 뒷받침이 要할 것이다.

여기서 本人은 地域社會醫療에 必要한 看護員 教育機關의 設置를 提案하는 바이다.

(2) 看護學校 復活問題 :

名分있는 모든 制度는 實情本位로 改善되어야 한다. 地域社會開發 衡平原理에서 볼 때 看護高校의 教育課程이 再實施되어야 한다고 믿는다.

그리고 設立 養成過程에서도 政策的인 支援이 要請되는 바다. 實際 우리 農村에 있어서 女子中 高等教育에 있어 그 進學實態를 보면 中學에서 高入에 있어 人文系의 志望者와 (看護高校 商高)의 志望率을 堪案할 때 農村實情은 高校教育費負擔線에서는 女性技能職을 願하고 있는 教育進學趨勢에 비추어 國家는 地域社會開發의 基礎造成 作業으로서 地域實情에 알맞는 政策的인 方向設定을 講究해야 할 것이다.

“庶民醫療擴大”事業에 있어서 一線醫療供給의 役割을 맡을 保健醫療要員中의 一員인 看護員의 教育은 現地에서 必要한 需要度를 勘案해서 實効性있는 教育制度를 마련해야 할 것이다.

○ 看護高校 學制復活에 있어 다음과 같이 (1) 國家的 側面에서 (2) 地域社會開發의 側面에서 施策強化를 爲해 名分の 對應點을 찾아야 할 것이다.

3) 看護高校 復活의 利點 :

① 國家的 側面에서

- ① 醫療保健要員의 確保(自動的으로 無醫村 解消의 一環策으로 Meder制 導入消化)
- ② 教育機關의 都市 偏重(經濟, 教育, 文化, 醫療)의 防止策(教育, 文化, 醫療의 地域化 實現)
- ③ 國家財政의 節減(修鍊醫派遣으로 因한 人件費의 過多支出)

② 地域社會 開發의 側面에서

- ① 地域醫療保健要員 養成(地域單位 : 教育, 文化, 國民保健 Center 役割)
- ② 要員들의 定着, 安定된 生活의 保障(實效의 醫療傳達體制의 確立)
- ③ 要員의 就業期間의 長期化(醫療人力의 效率的인 管理體制의 確立)

<別表 : 看護員 就業狀況 一覽表>

(4) 管理需給 計劃 :

地域單位에서 醫療要員의 補助役으로서 一次診療事業에 従事할 이들은 醫療施惠의 第一線에서 服務하는 前哨兵格이다.

지난 날 無醫村奧地에서 便法의 手段으로서 修鍊醫를 派遣하여 몇個月 滯留하는 程度로서 保健用가 乏인 責務와 使命을 完遂하기에는 너무나 懸隔한 差異가 있었다.

이는 醫療要員의 需給流通上의 蹉跌을 빚었고, 이러한 蹉跌을 過小化하는데 問題點이 드러났다. 西部 奧地는 教育 및 保健 健康에 關한 知的水

準이 下位線에 있기 때문에 疾患, 罹病率이 比較的 높다. 그런 奧地 住民을 爲해 그 任務를 任 看護員은 末端面部 無醫村等地에서 住民들의 疾病, 保健을 爲해서도 常駐常動할 수 있는 基盤을 造成 構築하여 無醫村 一掃策으로 活用하는 醫療 供給體制를 制度化하는 것이 바람직하다.

結 論

1. 醫療組織에 對하여 :

一次診療는 保健經濟의 側面에서 一次診療員의 選擇 및 教育이 조심스럽게 實施되어야 하겠다.

二次診療는 開業醫들의 地域單位聯合醫療 機關에서 이뤄져야 하며, 이들 制度를 受容할 수 있는 醫師들의 受容態勢가 必要하다.

2. 醫療費 및 醫療保險에 對하여 :

醫療費의 支出은 第三者 支拂方法(保險, 國家負擔, 自營者組合)에 의한 方法이 絶對的으로 必要하다.

3. 醫療要員양성(人格) :

(1) 醫科大學教育은 醫學徒教育에서 地域社會 醫師教育으로 制度 乃至 教育課程을 改編해야 한다.

教養教育強化로서 社會人教育後 專門教育

(2) 看護員教育

現行過剩教育(看護大學, 看護專門)과 過小教育(看護補助員)의 矛盾을 止揚, 地域社會 醫療水準에 適切한 教育程度(看護高等學校課程)의 復活을 建議하는 바임.

1976. 9

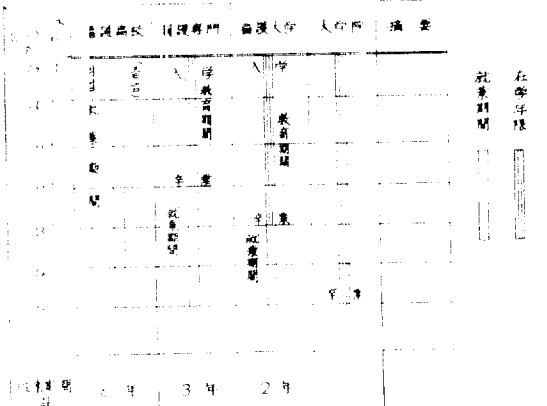
ABSTRACT

An Analysis on the Korean Rural Health Care Delivery System

Oh-Dal, Song

Je Nam Rural Health Center.

Health care conditions in Korea are gradually improving along with the economic



別表 看護員就業壽命一覽(但 結婚年齡을 中心으로) <就業年齡 19歲~25歲基準> (當地域標本)

and social development. However, the volume of disease is still great, especially in rural areas. This study attempts, therefore, to initiate a comprehensive proposal of rural health care delivery system. The proposal is constructed three parts, problem of health care system, medical cost, medical education system.

The proposal consist of the following components:

I. The health care system

1. Health sub-center is required to be located in "Myun" the basis administrative unit of local government for delivering primary health care. But, in the viewpoint of medical economics, the primary health care is operated cautiously.

2. Health center is desirable to provide

health services in coordinating the health sub-center and other private health institution.

3. The secondary health care is performed in regional combination hospitals, and the attitude that doctors accomodate this system is required.

II. The medical cost, Insurance

In the expenditure of medical care, the method of a third person's payment is required absolutely.

III. The medical education system.

1. The medical education system (process) is changed from the medical education to regional doctor education.

2. In the nurse education system, nursing technical high school is resurrected.