

保健 · 醫療

醫學教育, 醫療保險擴大 保健組織의 改篇은 未結

許 程 (서울大 保健大學院長)

(一)

지난 한해는 政治的으로나 社會的인 면에서 보더라도 많은 변화와 改革이 이루어 졌고 保健 醫療면에서도 개혁과 발전이 이룩된 한해였음에 틀림없다.

醫學教育면에서 보더라도 1980年은 결코 잊기 어려운 한해이다. 지난 10月 29日에 文敎部가 발표한 卒業定員制실시와 함께 1981學年度부터 大學入學定員이 대폭 增員되고 圓光大와 慶尙大 그리고 高神大에 새로운 醫科大學이 신설되어 이미 있었던 19個 의과대학이 22個로 늘어나고 1980學年度 入學定員, 1920名보다 5百名이 늘어난 2420名을 내년부터 뽑게 되었다. 어느 意味에서 보거나 醫科大學의 新設과 정원증가는 중요한 意義를 지니고 있다.

醫師는 그 養成기간이 길 뿐만 아니라 많은 시설과 教育投資를 수반한다. 일단 養成된 醫師는 부족할 경우엔 醫療提供상 문제점이 제기되고 過剩될 경우 또한 새로운 문제점을 유발하기 쉽다. 既存醫科大學의 질적향상은 물론 專門醫療人 養成機關으로 새로이 인가된 의과대학은 그 教育의 質的保障을 위해 힘써 나아가야 하겠다.

두번째로 醫療制度면에서 볼 때 가장 큰 변혁을 지적하라고 한다면 현재 정부가 추진하고 있는 診療圈의 전면 재조정과 각 診療圈에 一次保健醫療를 담당하는 診療看護員制度를 확충하도록 시도한 제도적 뒷받침이 생겨났다는 사실일 것이다.

중래 政府는 행정단위로 該當邑面에 醫療人

이 없을 때 無醫邑面이라 해 왔고 따라서 生活圈과 행정구역간의 차이에 생겨나는 엄밀한 의미의 診療圈과악이 어려웠으나 생활권개념을 도입하여 진료권을 새로이 조절했고 醫師를 배치하더라도 실제로 醫療需要가 많지 않는 일부 벽지 無醫面에 진료간호원을 배치하여 一次保健醫療를 담당하도록 制度的補完을 추진하고 있는 것으로 알려져 있다.

물론 앞으로도 醫師를 계속 배치하겠지만 그 중에서도 오지나 벽지인 약 300余地域에는 一次保健醫療를 담당할 診療看護員을 배치함으로써 효과적인 農漁村保健醫療提供에 힘쓸것이라 한다. 이 제도는 이미 保健開發研究院에서도 시범사업의 일환으로 시도된 바 있으며 모든 조건이 醫師를 유치할 수 없는 벽지에 무턱대고 醫師를 배치하려고 힘썼던 既存方針에 비해 확실히 進一歩한 현실적대응책이라 하겠다.

세번째로 들수있는 保健醫療界의 주요 사건으로 第5次 韓·美合同學術大會가 지난 7月에 美國 뉴욕市에서 개최되어 海外的 僑胞醫學者와 國內醫療人間에 학술적인 교류가 있었다는 사실이다. 물론 그 내용도 중요하지만 在美韓國人醫師 200余名이 참석해서 韓國人醫學者 150余名과 함께 약 4日間에 걸쳐 학술적교류를 가졌다는 것은 先進된 의로기술의 도입이나 유도를 위해서도 바람직한 行事였다고 하겠다.

(二)

또한 정부는 1960年代와 1970年代를 成長의 시대라 본다면 1980年代야 말로 民主福祉社會의

年代로 잡아 복지사업의 계속적확대를 약속한 바 있다.

지난 1977年度에 도입된 医療保護와 医療保險 또한 來年부터는 그 受惠對象을 확대 실시하기로 결정한 바 있다. 이미 우리나라는 의료보호와 의료보험에 의해 千萬名이상의 국민이 혜택을 보고 있으며 그 대상 또한 계속 늘어날 것으로 전망된다. 내년부터는 의료보험대상업체의 就業人員數를 대폭 확대시켜 保險人口도 더욱 늘어날 것이다.

그러나 오늘날 우리들이 실시하고 있는 醫療保險에도 문제점은 많다. 어느나라를 막론하고 社會保障機能의 강화에 따라 의료보험이나 의료보호를 강화시키지 않는 국가는 없다. 그러나 의료보험은 제도의 도입보다는 그 土着化過程에서 생겨나는 문제를 어떻게 슬기롭게 다루느냐 하는 운영에 따라 그 功過가 달라지기 쉽다.

우리나라는 이미 小團位組合主義原則에 입각하여 사업체를 중심으로 시작된 의료보험과 公務員 및 學校教員을 중심으로하는 大單位醫療保

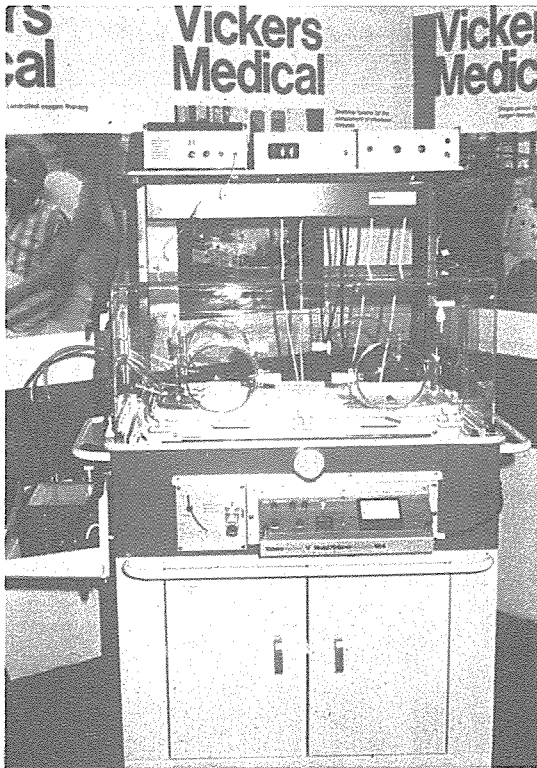
險이 주축을 이루고 있다. 社會政策的인 차원에서 볼 때 定額勤勞者나 公務員보다도 醫療要求가 더욱 절실한 農漁民이나 自營庶民層에 대한 의료보장이 더욱 절실하겠지만 운영면에서 정부부담등의 문제점이 많아서 아직도 2종 조합은 활발하지 못한것이 사실이며 1종 의료보험 조합의 경우에도 그 운영상 여러가지 문제들이 제기되고 있다. 그중 중요한 문제들을 열거해 본다면

첫째로, 点数制채택과 정부의 酬價規制에 따라 파생되는 過剩診療경향을 들지 않을 수 없다.

어느나라나 個別醫療酬價制度를 채택하는 경우에는 가능한 한 酬價를 낮게 책정하기 원하며 따라서 醫療提供者는 불필요한 진료를 유발하기 쉽다. 또한 本人負擔比率이 낮아서 醫療要求者에 의한 過剩診療要求가 늘어나기 쉽고 점수제 아래서는 이와같은 요구를 효과적으로 억제할 수 있는 장치가 없는 것도 사실이다. 의료보험이 도입, 확대 실시되기 이전에는 病床利用率이 낮아서 患者誘致에 급급하던 종합 병원이 이제는 계속 늘어나고 있는 醫療需要를 제대로 충족할 수 없게 되어 醫療界에서는 病室을 구하기 힘들게 됐다는 불평을 받고 있는 것도 사실이다. 이것은 결국 醫療要求者와 醫療提供者의 과잉진료에 대한 效果的抑制裝置가 없을 때 더욱 심각해 지기 쉽다.

결국 病院이나 醫師는 低酬價에 따른 低所得을 보완하기 위해 보다 많은 患者를 진료하고 따라서 진료내용이 충실하지 못해지며 私費患者와 격차가 나는 差等醫療를 제공하기 쉽다. 이와같은 일반적 경향을 극복하기 위해 外國에선 이미 여러가지 장치를 쓰고 있다. 근래 일부 의료인간에 제기되었던 包括酬價制나 病院級醫療機關에 대한 本人醫療費負擔의 증가등은 病院醫療需要를 억제하기 위한 시도였음에 틀림없다.

현실적으로 볼때 어느 제도가건 장점과 단점을 지니고 있다. 앞으로 복지국가건설을 위해서는 합리적인 제도적모색을 위해 다 함께 힘써 나가야 하겠다. 그러므로 우리들이 가지는 의료보호나 의료보험이 한국적인 土着化를 이룩해 나가야 겠고 호혜적인 차원에서 문제해결이



시도되어야 하리라 믿는다.

(三)

의료보험뿐만 아니라 지난 1980年代를 회고해 볼 때 保健行政組織에 대한 改編論이 있었음을 빼놓을 수는 없을 것이다.

모든 保健關係從事者의 숙원이었던 보건행정체계의 一元化를 위해서 保社部는 지난 한해 동안 地方保健庁設立을 주장해 왔다. 그 결실을 거두지는 못했으나 保社部와 內務部로 분산되어 있는 중앙과 지방에 걸친 보건행정의 불균형은 반드시 시정되어야 할 과제라 하겠다.

보건사회부가 사업을 企圖하고 市道立病院이나 保健所가 그 보건사업을 집행하는 과정에서 內務部와 보사부는 경우에 따라 완전한 意見의 일치를 보기는 힘들었고 보건사업의 강력한 추진이 어려웠던 것도 사실이다. 따라서 최소한 市道立病院의 운영개선을 위해 정부산하로 획일화시켜 保健社會部가 직접 관장하거나 公社形態의 半官半民組織을 만들어 시, 도립병원이 통합 운영되어야 한다는 논의가 계속되어 왔으며 이와 아울러 시도립병원과 保健所간의 유기적 행정관계를 확보하기 위해 새로운 제도적 모색이 있어야 한다는 제의도 있었다.

이와 아울러 各 市道의 保健研究所 및 보건조직과 보건소를 중심으로 지방보건청을 설립해서 보사부가 직접 집행에 관여해야 한다는 주장도 대두되어 꾸준히 논의되어 왔다. 그러나 이와 같은 논의는 어디까지나 保社部나 보건관계종사자를 중심으로 이루어진 것이지 내무부나 기타부서의 지원을 받지 못하는 못하였다. 어떠한 형태이건 오늘날 多元化되고 있는 보건관계행정체계를 一元化할 수 있는 계기가 와야 한다는 점에는 대부분

의 保健人이 의견을 함께 하고 있다. 장차 정부가 표방하고 있는 복지국가건설을 위해서도 '연젠가는 손을 대야 할 문제영역이라 하겠다.

끝으로 지적해야 할 영역으로 都市自營庶民層과 農漁村住民에 대한 醫療保障問題를 들지 않을 수 없다. 근래 병원가에선 의료보험을 否定的으로 풍자하는 말들이 많다. 돈 많은 사장이 의료보험혜택을 받아 적은 본인부담분만 내고 特室에서 호화환진료를 받는다는 것이다.

물론 의료보험은 사치하고도 값비싼 高級醫療를 돈 많은 사람들에게 제공하기 위해 만든 財源調達方法은 아니다. 이런 사람보다는 오히려 가난하고 병든 사람들에게 돈이 없어 醫療를 받지 못하는 不幸을 막아 주기위해 생겨난 社會保障의 裝置라 하겠다. 그런 의미에서 볼 때 비교적 부유한 사람들이 의료보험의 혜택을 받고 있는 반면 가난한 自營庶民層이나 농어촌주민들이 의료보험에서 제외되어 있다는 사실은 정부의 예산이 허용하는 한 하루빨리 시정되어야 할 분야라 하겠다. 물론 부유한 사람이 加入하지 않고서는 保險財政이 유지될 수 없겠지만 저소득층에 대한 정책적배려가 수반되어야 하겠고 이를 위한 정부의 투자가 뒤 따라야 하겠다. 기필코 1980年代에는 이와 같은 문제를 하루빨리 해결하게끔 그 실마리를 찾아야겠다.

오늘날 醫療保障에서 내세우고 있는 첫째 가는 원칙이 바로 同一한 醫療要求가 있을 때 同一한 醫療供給이 보장되어야 한다는 것이다. 하루빨리 모든 사람들이 醫療의 요구를 가졌을 때 똑 같은 혜택을 받을 수 있게 되기 바라는 마음 간절하다.

