

醫療保險制度下에서 患者와 醫師의 關係

맹 광 호
〈가톨릭醫大 教授〉



□ 차 례 □

- I. 머리말
- II. 의료를 결정하는 요소들
- III. 의료보험의 기본정신과 우리나라 의료보험제도의 특징
- IV. 의료보험과 의사-환자의 관계
 - 1) 의료수요증가와 의사-환자의 관계
 - 2) 보험수가와 의사-환자의 관계
 - 3) 진료비청구 및 심사절차와 의사-환자의 관계
- V. 맺는말

이 글은 1984년 7월 13~14일 대한의학협회가 주최한 《醫療保險制度 改善을 위한 워크샵》에서 주제로 발표된 것임.

의사와 환자의 관계는 환자의 상병(傷病)에 대한 의학적 서비스, 즉 의료를 위한 치료적관계(therapeutic relationship)라고 할 수 있다.

물론 의료 그 자체는 그것을 좀더 넓은 의미로 해석하는 경우, 단지 이미 발생한 상병에 대한 의학적 서비스뿐 아니라 일반주민의 질병예방과 건강유지를 위한 제반보건활동까지를 포함하는 것은 물론이지만 일단 의사와 환자 관계에서 보면 그것은 역시 치료적 행위를 말한다.

따라서 의사와 환자의 관계란 결국 환자의 상병치료를 놓고 의사와 환자가 맺는 상호계약관계(the contractual relationship)¹⁾라고도 말할 수 있으며 그 관계가 목표로 하는것은 한마디로 최상 의료의 실현이라고 할 수 있다.

물론 여기서 말하는 계약관계란 법률적 의미를 뜻하는 것은 아니다.

그보다는 전통적인 종교적 또는 결혼에서의 서약과도 같은 상징적 의미를 더 갖는 것이라고 할 수 있다.

그러므로 이 계약상태에서는 늘 두 개인 또는 집단이 서로를 위해서 예상되는 이익과 해야 할 임무가 있게 마련이란 걸 알 수가 있다.

자유, 존엄, 진실을 말하고 약속을 지켜야 하는따위 기본규범이 이 계약관계에서는 필수적이며 의사와 환자사이에 관한 한 이것은 곧 우애와 신뢰라고 할 수 있는 것이다.

이와같은 의사와 환자사이의 관계, 특히 그것을 최상의 상태가 되도록 하는데 있어서 관여하리라고 보는 요소들을 한 마디로 말하기란 쉬운 일이 아니다.

더구나 어떤 특정요소가 이들 관계에 미쳤을지도 모르는 영향에 관해서 이를 정확히 평가하기란 더 구체적인 어려움이 될 것이 분명하다.

그러나 의료에 관한 어떤 시설, 어떤 제도도 결국은 최상의 의사-환자 관계형성과 유지를 통한 질병관리에 그 목적이 있는 한 방법적인 어려움에도 불구하고 그것이 의사와 환자관계에 미칠 영향에 관해서는 늘 주의깊게 검토되지 않으면 안 되는 것이다.

1977년부터 실시되어 현재 전국민의 약 47%에 혜택을 주고 있는 우리나라 의료보험 및 의료보호제도는 적어도 의료전반에 걸쳐 일대 변혁을 가져왔음에 틀림이 없다.

경제적인 이유때문에 잠재해 있었던 많은 의료수요를 유효하게 한 것은 물론 각종 의료자원의 공급체계까지에도 많은 영향을 미친 사실등이 그 예다.

이같은 이처럼 우리나라 국민의의료에 크게 영향을 미친 의료보험이 결국 의사와 환자 관계에는 어떤 영향을 미쳤을 것인지에 관해서 고찰해 보자는 데 그 목적이 있다. 이렇게 함으로써 설사 다른 이익을 다소 희생하더라도 올바른 의사와 환자관계 유지에 도움이 되도록 제도를 발전, 또는 필요한 경우 이를 개선해 가야 한다는 점을 강조하려는 것이다.

II. 의료를 결정하는 요소들

오늘날 진정한 의사와 환자 관계는 의사와 환자 모두가 각기 그들의 도덕적 성실성을 유지하면서 환자의 상병(傷病) 치료를 목적으로 이루는 일종의 계약관계라고 했다.

따라서 의사와 환자관계는 환자에게 의료가 요구되는 일로부터 시작이 된다. 설사 상병을 가진 환자가 있다해도 그것이 의료로 요구되지 않는 한 의사와 환자관계는 이루어지지 않기 때문이다.

그런 의미에서 우선 의료는 어떻게 결정되는지에 관해서 살펴 볼 필요가 있다.

경제학의 이론을 의료에 적용해 보면 의료인과의 의료기관은 공급자(供給者)이고 국민은 수요자(需要者)가 된다. 수요와 공급이 만나 시장(市場)을 이루듯이 의료수요와 공급이 만나 비로소 의료는 이루어지는 것이다.

의료수요는 물론 수요자, 즉 국민이 의료의 필요성을 느낌으로 해서 생긴다. 그러나 국민이 필요로 느끼는 수요라고 해서 모두 의료수요로서의 가치를 갖는 것은 아니며 또 국민이 느끼지 못한다고 해서 어떤 상병이 의료 수요가 아닌것도 아니다.

이런 일들에 관해서는 특히 의료요구(health need)라는 용어를 써서 설명하기도 하는데, 가

령 전문가들, 즉 의사들에 의해서 의료는 요구되는 상병을 <전문적으로 규정된 요구>(professionally identified need)라고 부르며 이런 요구가 실제 의료수요화되지 못한 경우를 <미충족 의료요구>(unmet health need)라고 부른다.

이에 반해 일반 국민이 느끼는 의료요구는 단지 <희망>(wants)이라고 부르며 의료요구가 유효화했을 때 이를 <유효수요>(有效需要, effective demand)라고 한다²⁾.

어쨌거나 이런 의료요구들이 실제 의료수요로 유효화 하는데는 여러가지 요소가 관여하는걸 알 수 있다³⁾.

의료는 이루어지는데 관여하는 첫째 요소는 역시 경제적 여건이다.

여기에서 우선 수입이 관련되겠지만 의료비를 지불하는 방법 또한 관련이 있다. 개인 수입이 많을수록 의료요구가 커질 것이고 또 보험에 가입되어 있으면 의료요구도 또한 증가하는 것이 이 까닭이다.

둘째는 시간적 요소이다.

농촌지역의 경우 농번기가 되면 의료기관 이용도가 크게 떨어지는 이유가 여기 속할 것이다.

세째는 집에서 의료기관까지의 거리이다.

실제로 우리나라 농촌지역주민의 의료이용도에 관한 조사연구들을 보면 의료기관이 멀리 떨어져 있는 점이 낮은 의료기관 이용도의 큰 원인을 차지하고 있는걸 알 수 있다.

네째는 가족적인 요소다.

예컨대 같은 자녀라해도 여자아이보다는 남자 아이를 더 병원에 잘 데리고 간다든지 어머니는 되도록 병을 참는 경향이 있다든지 하는 연령, 성, 가족내 순위등이 의료를 결정하는데 중요한 요인으로 작용하고 있는게 사실이다.

다섯째는 교육수준이다.

교육수준이 높을수록 의료기관 이용율이 높은 점을 볼때 이 요인이 의료를 결정하는 일에 관여한다고 보는 것이다. 물론 교육수준은 경제수준과도 관련이 깊기 때문에 그 순수한 영향은 크지가 않다고 보는 사람도 있으나 역시 의료에 대한 높은 지식때문에 의료이용이 높을 것은 뻔한 일이다.

여섯째는 사회적, 문화적 요소이다.

질병에 대한 민속적치료의 성행이라든지 가정 분만에 대한 습관, 그리고 아픔을 느끼는데 있어서의 문화나 인종적 차이도 중요한 요소가 되고 있는 것 또한 사실이다.

이들 의료결정에 관여한다고 보는 요소들의 상대적 중요성은 나라에 따라 다소 다를 수가 있지만 한나라에서는 역시 경제적 수준이나 의료기관과의 거리 및 연령등이 비교적 크게 영향을 미치는 것으로 알려져 있다.

1981년 10월 한국인구보건연구원⁴⁾이 전국 8,347 가구를 대상으로 조사한 「우리나라 의료요구 및 의료이용에 관한 조사연구 보고서」에 의하면 병·의원 이용에 대한 몇가지 요인들의 다변량분석(multivariate analysis)결과 생활수준, 교육수준, 거주지, 연령순으로 유의한 영향을 미치고 있음을 보여주고 있다.

Ⅲ. 의료보험의 기본정신과 우리나라 의료보험제도의 특성

사회보장의 일부로서 의료보장은 모든 국민이 건강을 기본권으로 향유할 수 있도록 하기 위한 현대국가 사회의 중요한 지향과제라고 할 수가 있다.

그리고 의료보험은 공급의료 서비스라든지 공적 의료부조(醫療扶助)와 함께 의료보장 정책에서 가장 중요시되는 수단이다.

예기치 않은 개인의 질병이나 상해(傷害)를 치료하는 일에 드는 일시적 과중한 경제적 부담을 덜어주고 나아가서는 그런 개인적 위험부담을 이웃이 함께 나눈다는데 그 기본 뜻이 있다는건 두 말할 나위도 없다.

따라서 의료보험은 다른 보험들과는 달리 가입자 모두가 공평한 부담을 원칙으로 하고 그렇기 때문에 가능하면 인구 전체가 가입하는 것을 전제로 한 제도다.

보험제도를 실시하는 당국으로서 하루빨리 그 수혜자를 전체국민으로 확대하려는 노력을 경주하는 것은 이런 뜻에서도 너무나 당연한 일이다.

의료보험제도는 그 관리상의 편의와 각 나라가 처한 형편에 따라 여러가지로 다른 형태를 취하는 게 보통이다. 그러나 그것이 어떤 형태든지, 결국

은 의사와 환자사이의 치료적 관계를 원만하게 해주는 것을 구체적 목적으로 해야 하고 그 제도의 성패도 그것이 이런 의료보험의 기본정신에 얼마나 충실했는지에 좌우되는 것은 분명한 사실이다.

우리나라의 현행 의료보험은 그 시작을 일단 1977년 7월로 봐서 틀릴 것이 없지만 이런 의료보험 실시에 관한 국가적 의지의 시작은 1963년 12월에 법률 제 1623조로 제정된 「의료보험법」이라고 봐야 한다.

그동안 여러차례 법개정과 시범사업등을 거치면서 보다 적절한 제도로 발전시켜 이를 실시하고자 했던 노력이 없었던건 아니지만, 역시 의료보장의 조기실시라는 국가적 과제 상황에 밀려 충분한 검토없이 현행 제도가 실시되었다는 것은 그동안 많은 사람들에게 의해 지적이 되어 온 사실이다. 예컨대 처음부터 보험부담에 대한 정부의 적극적 참여가 부족했다든지, 그럼에도 불구하고 보험재정을 보호하고 또 대상자를 확대해 나가야 하는 문제로 인해 취해지지 않으면 안되었던 피보험자의 의료기관 선택권의 제한이나 강제적용, 그리고 낮은 의료수가 등등이 그것이다. 이런 우리나라 의료보험제도가 지난 7년동안 이 나라 국민적 의료와 나아가서는 의사환자 관계에 미쳤을 영향을 생각해 보기 위해서는 우선 이 보험제도가 갖는 구조적 특성 몇가지⁵⁾를 살펴보는 일이 중요하다.

구조적으로 볼 때 우리나라 의료보험 제도는 첫째 보험제도의 분류상 사회보험적 성격을 띠고 있다. 일부 손해보험회사들의 단체건강보험이 있기는 하나 전체적으로 이런 사보험(私保險)적 성격은 거의 배제가 되어 있다.

둘째로, 보험의 기본형태를 현금배상보험과 직접서비스보험으로 구분할 때 우리나라 의료보험은 후자, 즉 직접서비스보험에 속한다.

셋째로, 우리나라 의료보험은 직장근로자를 중심으로 한 1종과 지역주민을 대상으로 한 2종, 그리고 공무원과 사립학교 교원 및 군인과 그 가족들에 대한 보험등으로 3원화하여 개별적으로 확대해 나가고 있다.

넷째로, 우리나라 의료보험은 조합중심의 관리와 공무원 및 사립학교 교원을 위한 보험에서와 같은 공영(公營)관리방식이 공존하는 2원화 관

리체계를 취하고 있다.

다섯째로는 1종 대상자의 대부분이 도시지역에 편중되어 있어서 서울, 부산, 대구, 인천 등 4대 도시에만 전체보험자의 65.1%(1종의 74.4%)가 있는 실정이다⁶⁾.

여섯째, 보험급여는 현물급여(요양급여 및 분만급여)와 현금급여(요양비 및 분만비)로 되어 있으며 요양급여의 경우 그 급여 내용이 매우 포괄적이다.

일곱째, 보험재정보호와 의료의 남용을 방지하기 위해 환자의 일부부담원칙을 적용하고 있다.

여덟째, 요양기관에 대한 지정, 취소등을 보험자 또는 보험자단체가 할 수 있게 했다.

아홉째, 진료보수는 성과분(成果拂) 즉 진료행위별수가제를 쓰고 있다.

열째, 보험자산하 진료비 심사위원회가 요양기관의 진료비청구를 심사하도록 되어 있다.

열한째, 보험약가(藥價)를 고시하되 유통 마진을 인정치 않게 되어 있다.

열두째, 보험을 위한 국고부담이 극히 적은 형편이다(보험재정에서 국고부담이 차지하는 비율로 볼 때 1980년의 경우 1종의료보험은 총수입의 1.03%, 공·사립 교원의료보험은 1.3%에 불과함).

열셋째, 피보험자 자격은 취업상태 내에서만 인정이 된다.

물론 이상 열거한 특성들이 우리나라에만 국한하는건 아니다. 자유방임적 의료체계 밑에서 진료행위별 수가제를 쓰면서 조합관장체제로 의료보험을 전개하는 나라에서는 이 모두가 거의 공통된 특성이라고 할 수가 있다. 다만 이런 특성이 그나라 사회경제적, 또는 문화적 여건에 따라 각기 다른 형태의 문제를 제시하게 될 뿐이다.

IV. 의료보험과 의사-환자의 관계

바람직한 의사와 환자의 관계가 우애와 신뢰를 바탕으로 한 인간적 관계인 동시에 양질의 의료달성을 위한 치료적 관계라는 것에 대해서는 달리 다른 의견을 제기할 사람이 없을 것이다. 그리고 이 두가지 측면의 의사-환자 관계는 그것이 최상의 것이 되기 위해서는 어느 한쪽도 희생이

되어서는 안된다는 것 또한 두말할 나위도 없다.

지금까지 우리는 의료가 이루어지는 과정, 특히 그 의료를 결정하는데 관여하는 중요요인들 가운데서 경제적 요인이 무엇보다 큰 역할을 담당한다는 것에 관해서 이야기를 했다. 그리고 의료보험은 바로 의사-환자사이의 그 경제적 장벽을 없애주자는 제도라는 것도 이야기를 했다.

그러니까 당위적(當爲的)으로 말하자면, 의료보험은 국민의료에 필수적인 일이며 결국 우리 모두가 이상(理想)으로 하는 최고의 의사-환자관계를 이루는데 절대적으로 기여를 해야 하는 것이다.

그러나 현실은 반드시 그렇지가 않은 것 같다.

이제 7년째를 맞게 되는 우리나라 의료보험은 주로 앞서 언급한 여러가지 구조적 특성들과 관련하여 몇가지 두드러진 현상 내지는 문제점을 제기해 왔다.

의료수요의 증가와 낮은수가 논쟁, 그리고 진료비 청구 및 심사과정에서 생기는 끊임없는 크고 작은 문제들이 바로 그것이다.

의료수요의 증가가 우리나라 국민의료 내지는 의사-환자간의 양적관계에 영향을 크게 미친것이라고 하면, 뒤의 두가지는 의사들의 사기(士氣)와 이를 통한 의사-환자사이의 관계에 영향을 끼친 일들이라 하겠다.

이제 이 세가지 문제를 중심으로 우리나라 의료보험이 의사-환자관계에 미쳤을 것으로 보는 영향에 관해서 생각해 보자.

1) 의료수요 증가와 의사-환자의 관계

1977년 이후 우리나라 의료보험이 국민의료에 미친 영향가운데 의료수요의 급증은 가장 특이할 만한 일이다.

의료수요, 특히 잠재수요(潛在需要)의 유효수요화(有效需要化)는 의료에 대한 국민의 접근도를 높인다는 뜻에서 소위 양질(良質)의료의 기본조건⁷⁾으로 치고 있는데, 의료보험은 바로 이 의료수요 창출에 그 끼친 바가 큰 것이다.

표 1은 1977년 이후 우리나라 의료보험 대상자들의 입원 및 외래 수진율(受診率)이 크게 증가해 온 모습을 보여주고 있다.

예컨대 보험대상자들의 경우, 1977년에는 입

표 1. 연도별 의료보장대상인구의 증가추세와 의료이용현황

	'77	'78	'79	'80	'81	'82	'83
인구(천명)	36,849	36,969	37,534	38,124	38,723	39,331	39,951
의료보장대상인구(천명)	5,298	5,979	9,923	11,215	15,134	17,530	18,758
인구중 대상자내용(%)	14.4	16.2	26.4	29.4	30.1	44.4	47.0
보험수진건(천)							
입원	47	144	393	496	559	721	
외래	836	2,745	9,916	16,237	20,992	27,420	
보험수진율(회)							
입원	0.02	0.04	0.04	0.05	0.06	0.06	
외래	0.54	0.77	1.42	1.95	2.10	2.32	

자료: 제 5 차 경제사회발전 5개년계획

원이 대상자 100명당 2건 정도였으나 1982년에는 6건으로 세배로 증가했으며 외래의 경우도 1977년에 100명당 54회 정도이던 것이 1982년에는 같은 100명당 232회나 되고 있어서 4배 정도 증가했음을 알 수가 있다.

이 기간동안 의료보험 대상자가 아닌 일반주민들의 의료기관 이용상태변화에 관해서는 마땅한 통계가 없기 때문에 직접적인 비교가 안된다. 그러나 부분적인 조사연구에 의하면 역시 이들의 의료기관 이용율은 보험대상자들의 그것에 크게 못미치고 있음을 알 수 있고 따라서 보험제도가 의료수요증가에 미친 영향은 매우 분명한 사실에 속한다.

1981년 인구보건연구원⁹⁾이 전국 8,347가구를 대상으로 실시한 의료이용에 관한 표본조사에 의하면 조사기간 동안 병·의원을 방문한 대상자 비율에 있어서 1종보험대상자의 경우는 도시와 읍지역에서 각각 15%와 8.5%를 보인 반면 보험대상자가 아닌 일반 주민의 경우는 이 두 지역에서 각각 5.8%와 4.5%밖에 되지를 않았다.

따라서 의료보험과 의사-환자 관계를 고찰할 때는 반드시 이를 의료보험 미적용인구에 대한 의료문제를 한번 생각해 보지 않을 수가 없다.

1982년 현재 의료보험 및 의료보험 대상에서 제외되어 있는 사람들은 전체 인구의 58.4%를 차지한다.

특기할 일은 공무원이나 사립학교 교원과 그가

족들의 경우는 미적용자가 하나도 없으며 또 1종 즉, 산업장 근로자들의 경우도 17.4%만이 미적용인구인데 반해 2종대상인 일반지역주민의 경우는 무려 97.9%가 의료보험의 혜택밖에 있다는 점이다.

더구나 이들 미보험대상자 전체를 도시와 농촌으로 볼 때는 서울과 부산, 대구, 인천 등 소위 4대 도시에서는 51.0%가 보험대상에서 제외되고 있는 반면 나머지 지역은 주민의 82.5%가 미적용 대상으로 남아있는 실정이다.

그러니까 보험실시 이후 전체적인 의료기관 이용률이 크게 증가된 것은 이들, 기왕에 생활능력이 있는 사람들, 특히 의료기관도 많은 도시지역 사람들 때문이라고 봐야 하며 국민전체의 의료수가 그 만큼 충족된 건 아니라고 봐야 한다.

가구당 월수입으로 보면 의료보험 미적용자들인 자영자(自營者)들이 산업장 근로자들보다도 낮다⁹⁾(1980년 통계에 의하면 자영업주의 월별 가구 수입은 평균 229,583 원이고, 근로자는 246,250 원임). 그런데도 불구하고 이들이 내는 의료수가는 오히려 의료보험 대상자들이 내는 것보다 57%나 더 많다는 사실¹⁰⁾은 국민의 절반이 넘는 이들 보험미대상자들에게는 오히려 의료에의 접근이 더 어려워진 셈이라고 해도 과언이 아니다.

이상의 분석으로 볼때, 의료보험의 실시는 일단 숫자상으로는 국민들의 의료기관 이용율을 높

여준 것이 사실이다. 그러나 내용적으로 볼 때는 비록 그것이 과도적 현상이라고는 하나, 보험대상자 보다 더 많은 미적용대상 인구에게 상대적인 불이익을 줌으로써 보험정신을 이룩했다고 할 수가 없는 것이다¹³⁾.

의료보험 실시 이후의 환자급증은 의사-환자의 개별적 관계에 있어서도 결코 긍정적인 영향을 미쳤다고 볼 수는 없다. 이는 특히 보험실사 초기에 크게 말썽이 되기도 했던 소위(3시간 대기에 3분 진료)라는 비난의 소리모만도 증명이 되는 일이다. 이같은 현상은 지금도 마찬가지이다. 최근 한국인구보건 연구원이 조사한 바에 의하면 지금도 종합병원의 외래 평균대기시간은 130분이고, 입원의 경우도 당일엔 할 수 있는 것은 단 37% 밖에 되지 않는 실정이다.

이런 상황에서 의사와 환자사이에 진정한 인간적 관계나 치료관계가 이룩되기를 기대한다는 것은 여간 힘든 일이 아닐것은 뻔한 일이다.

물론 행위별 수가제(行爲別 酬價制)를 적용하고 있는 우리나라의 보험은 의사들로 하여금 그들의 수입이나 환자의 질병 관리 어느쪽을 위해서도 필요한 행위를 모두 하게 함으로써 의사-환자사이의 치료적 관계에는 도움이 됐을 것이라는 생각을 해 볼 수는 있다. 그러나 실제로는 뒤에 얘기할 낮은 수가 및 일부 투약에 대한 제약등으로 인해 그 효과 또한 긍정적으로만 보기가 어려운 상태다.

아 물론, 보다 여유있는 의사-환자 관계를 위해서는 보험대상자들의 불필요한 의료기관 이용만이라도 막는 일이 중요하며 이를 위해 의료기관 규모에 따른 본인부담률의 차등 적용이나 질병내용에 따른 본인부담의 범위 확대 등은 더욱 발전시킬 필요성이 있다고 본다.

한편 의료보험 실시이후 의료수요의 급증이 가져온 또 하나의 우리나라 의료시스템의 변화는 의료기관, 특히 종합병원급의 증가다.

표 2에서 보는 바와 같이 1970년대초에 비해 병원이나 의원의 수는 별로 변화가 없었음에도 불구하고 종합병원은 1971년의 12개에서 1984년 현재 160개로 무려 13.3배나 증가를 보이고 있다.

이같은 현상은 물론 그동안 우리나라에 크게 부

족했던 병상수를 늘려주는 일에 있어서 그 기여한 바가 여간 크게 아니다. 그리고 또한 보험환자들의 입장에서 보면 낮은 수가덕택으로 쉽게 입원치료를 받을 수 있게 됨으로써 국민의료면으로나 의사-환자사이의 구체적 질병 치료를 위한 관계에 관한 한 큰 도움을 준 것이 사실이다. 그러나 이렇듯 늘어난 종합병원과 병상수가 앞서 언급한 보험미적용 대상인구에게는 이런 치료적 관계만 해도 결코 이익을 주었다는 증거는 없다.

더욱 비싸진 의료비와 더욱 어려워진 입원기회로 봐서는 이들에게 병원문턱은 한결 더 높아졌다고 보는데 틀림이 없다.

늘어난 종합병원과 병상수만으로는, 또 의사와 환자사이의 인간적 우애와 신뢰에도 도움을 준 것이 못된다.

의료보험이 있기 전에도 대형 종합병원은 늘 비정(非情)한 사회로 지목이 되어 왔었던 것을 우리는 잘 알고 있다.

적어도 개인 의원들에서 보는 의사-환자사이의 1대1의 관계를 종합병원급에서는 찾아 보기가 어려웠던게 사실이다. 이런 형편에 의료보험제도의 도입은 환자수의 급증을 초래했고 이들 모두 종합병원만을 즐겨(?) 찾는 실정을 따라 대형 종합병원만 늘려 놓은 셈이므로 병원사회가 이젠 온통 비정한 곳이라는 개념만 보편화 해 놓고 말았다.

조금도 새로울 것이 없는 얘기지만, 일견 어느 대학병원 화보에 실린 우리나라 원로사학자(史學者) 한분의 얘기 마지막 부분을 한번 읽어보자.

표 2. 연도별 의료기관 수의 증가추이

년도 의료기관구분	1971 (A)	1984 (B)	A/B × 100
종합병원	12	160	13.3
병원	254	286	1.1
의원	5,402 (1970)	6,824 (1982)	1.3

자 료 : 보건사회 통계연보 1970, 1982
전국병원 실태조사 1971, 1984

「얼마전 나는 오래간만에 명문 종합병원 한곳을 찾은 일이 있다. 자본주의 사회에서 의술의 상품화는 세삼 놀라운 일이 아니나, 거기서 내가 본 것은 히포크라테스 선서나 인술정신과는 너무나 동떨어진, 마치 시장판을 방불케 하는 각박하고 부산한 광경이었다. 의사는 한낱 기능인으로서 병원이라는 매커니즘 속에서 돌아가는 기계의 한 부품처럼 보였고 환자는 환자대로 일종의 상품으로서 도매금으로 넘어가는 것이 아닌가 싶었다... (중략) 물론 거기에는 기구와 제도의 결합이 우선 문제로 제기되었지만, 더러는 휴머니티의 빈곤에서 오는 의료인들의 기본자세에도 문제가 없지 않은 듯 하다.」

2) 보험수가(保險酬價)와 의사-환자의 관계

의료보험 실시이후 보험당국과 의료계가 가장 심각한 의견 대립을 보인것이 바로 이 보험수가다.

당시 관행(慣行)수가보다 약 45%나 인하 조정된¹²⁾ 이 보험수가의 기준 책정과정이나 그것이 갖는 구조적 문제점 등에 관해서는 그동안 수도 없이 많은 의견과 연구가 있었기 때문에 여기서는 다시 이런점들을 들춰 설명할 필요는 없다.

어쨌거나, 이렇게 낮게 책정된 수가는 의사들의 큰 불만을 사게 됐고 이 일은 결국 환자진료와 관련된 여러가지 문제들을 불러 일으킴으로써 의사-환자관계를 더욱 그르치고 있는 것 또한 사실이다.

초창기 의료보험 환자에 대한 진료거부사례나 차등진료(差等診療)시비, 그리고 최근들어 부쩍 늘어나는 환자들의 부당수진(不當受診)문제는 물론, 보험자에 의해 지적되는 의사들의 과잉진료 내지는 부당청구와 고액진료 사례들은 모두 낮은 수가가 불러 온 부산물이다.

낮은 수가를 빙자하여 일부 환자나 의사가 저지르는 부당한 일들은 얼핏 그것이 의사와 환자 사이의 치료적 관계에 아무런 영향을 미치지 않는 것처럼 보여질지도 모른다. 그러나 이런 부정직한 행위가 결국은 의사와 환자 사이에 반드시 있어야 하는 (도덕적 성실성)을 해칠것은 너무도 빠른 일이다.

위장취업, 자격상실후에도 계속 보험진료권을

사용하는 사례, 그리고 180일 제한 의료보험혜택을 초과해서 진료를 받는 일과 보험카드 증여 등등 환자들의 부당수진의 경우 1979년에는 2,015건이 적발되었으나 1980년에는 14,825건, 1981년에는 26,053건, 그리고 1983년에는 무려 56,485건이나 되는 것으로 보고하고 있다¹³⁾.

한편 보험자가 지적하는 의사들의 부당청구나 과잉진료사항은, 이런 이유로 해서 조정(調整)되는 비율이 1979년 이후 매년 조금씩 감소되고 있기는 하나 아직도 상당수 지적이 되고 있는 실정이다. 부당진료비 청구로 지적되어 삭감을 당하게 되는 것으로는 역시 과잉진료가 가장 많고 그외 중복청구나 재료대 과잉청구 등이다(표3 참조).

물론 이런 조정내용은 객관성을 크게 잃고 있다는 것¹⁴⁾ 이 의료계의 평이고 실제 이런 조정에 의해서 삭감되는 액수는 1981년의 경우 연합회가 전체 청구액의 1.7%, 공단이 2.03%에 지나지 않기 때문에 이런 통계만으로 전체 의사의 부도덕을 탓하기는 어렵다는 의견이다.

그러나 최근 보건사회부는 의사들의 비양심적인 부당진료 내지는 부당청구가 계속되고 있다고 지적하고 심사강화를 보험자측에 강력 시달렸다는 보도가 매스컴에 크게 보도된 적이 있다.

보사부가 지적한 일들이 얼마만큼 사실인지 여부는 제쳐놓고라도 이런일이 사회적으로 크게 보도되기까지 한 일은 의사에 대한 사회의 이미지를 더욱 흐리게 한 것은 물론, 원만한 의사-환자 관계를 위한 노력들에 대해서는 결정적인 피해를 주는 것 밖에 아무것도 아닌 것이다.

한편 보험제도 실시 직후부터 말썽이던 보험환자 진료거부나 보험환자에 대한 차등진료시비는 의료보험제도가 의사-환자 관계에 어떤 영향을 미치고 있는지를 가장 피부로 느끼게 하는 일이라고 할 수가 있다. 이것이 사실이라면 그것은 두 말할 나위도 없이 낮은 수가 때문이다.

의료보험 실시초기에는 무엇보다 이 제도에 대한 충분한 이해와 협조분위기의 결핍에서도 일부 의료기관이 보험환자 진료를 꺼려한 일들이 있었던게 사실이다. 그러나 차차 제도가 정착되어 가고 또 환자수가 증가되면서 전체적인 수입을 어

표 3. 진료비 조정사유별 금액과 전체 삭감액중 비율 (의료보험공단)

조 정 사 유	1979		1980		1981		1983	
	금액(천원)	%	금액(천원)	%	금액(천원)	%	금액(천원)	%
중 복 청 구	3,877	0.5	10	0.2	7,387	0.4	3,626	4.6
재료대과잉청구	132,674	15.7	339	7.2	108,831	5.4	20,543	2.3
과 잉 진 료	93,411	11.1	836	17.8	962,288	34.4	363,940	46.0

자 료 : 의료보험공단, 의료보험연보

표 4. 보험환자와 비보험환자의 진료량, 진료비 비교

	비보험자(A)	보험자(B)	B/A × 100	차의유의성
<u>진료량(건수) :</u>				
투 약	3,721	6,131	164.7	P < 0.001
검 사	1,091	1,524	139.7	P < 0.001
X-선검사	281	298	106.0	N · S
계	5,094	7,958	156.1	P < 0.001
<u>병원진료비(단위접수당, 원) :</u>				
투 약	30.8	9.1	30.2	P < 0.001
검 사	30.2	9.3	30.8	P < 0.05
X-선검사	15.1	7.0	46.3	P < 0.001
계	29.3	9.3	31.7	P < 0.001

자 료 : 유승흠 · 조우현 · 오대규(1981), 보험환자와 비보험환자의 의료서비스 내용비교

느정도 환자수로 조정할 수 있게 되고난 다음에는 적어도 보험환자 진료기피 현상은 없어졌다고 보는게 옳다.

다만 지금도 고가의 약을 써야 하는 등 결국 다량의 진료를 요하는 환자에 대해서는 심사에서의 삭감과 높은 과표(課標)의 수입으로 인정받게 되는 것을 꺼려해서 종합병원으로 보내게 될 가능성은 없지가 않다. 이 결과가 물론 환자에게 불리한 것은 아니지만 역시 제도가 몰고 온 의사-환자 관계의 변형인 것은 틀림이 없다.

그러나 보험환자에 대한 차등진료 시비에 관해서는 그것이 환자측의 오해거나 의사에 대한 불신(不信)에서 온 것일 뿐 사실과는 다르다고 봐야 한다.

년전 어느 종합병원에서 입원환자를 대상으로 조사연구한 바에 의하면 보험환자는 투약이나 주사, 그리고 검사등에 있어서 오히려 일반환자보

다 40% 내지는 56% 정도 더 많은 진료를 받은 반면, 이들이 지불한 진료비는 일반환자의 70%에도 못미친 것으로 나타나 있다(표 4 참조).

그러니까 실제로는 의료보험환자가 더 많은 의료서비스를 받으면서도 진료비는 적게 냄으로써 의료보험덕택에 오히려 더 나은 진료를 받고있는 셈이기 때문에 질병치료에 관한 한 의료보험환자가 불리한 까닭은 하나도 없다고 봐야 할 것이다.

결국 낮은 의료보험수가는, 보험대상자에게는 이익을 준 반면 보험미대상자나 의료기관에는 불이익을 줌으로써 소위 <계약관계>에 필요한 기본적 여건구비를 이루지 못했던 것이라고 해야 할 것이다.

3) 진료비 청구 및 심사절차와 의사-환자의 관계

의료기관의 진료비 청구와 보험자측의 심사과

정에서 빚어지는 문제들이 양질의 의료 및 의사-환자사이의 관계에 영향을 미쳤을 것이라는 것은 낮은 수가문제와도 관련해서 앞에서 잠시 언급한 바 있다.

복잡한 진료비 청구절차와 심사결과에 의한 진료비청구액의 삭감, 재심, 그리고 요양취급기관 취소와 같은 보험행정처분사이에서 생겨나는 문제들은 어디까지나 의사와 보험자 사이의 관계이긴 하다. 그러나 이것은 곧 의사의 사기(士氣)와 진료의욕에 결정적 영향을 주고, 따라서 의사-환자사이의 관계에까지 그 영향을 미치게 되는 것은 너무도 분명한 사실이다.

현재 우리나라에서의 진료비 청구와 심사제도는 우리나라가 소위 성과불제(成果拂制), 즉 진료행위별 수가제를 쓰기 때문이다.

성과불제는 보수정책의 기준이 어디까지나 의사 자신이 행한 진료의 내용과 그 양이다. 따라서 원칙적으로는 보다 좋은 의료를 행할수록 의사의 소득이 많아지게 마련이기 때문에 의사와 환자사이에는 다른 어떤 보수제도보다 좋은 것으로 인정되고 있다.

그래서 실제로는 이 제도하에서 의사의 1일 근무시간도 길며 환자에 대한 책임감도 가장 강하게 특징이다.

그러나 이반면 이 성과불제도는 불필요하게 진료의 양을 증가시킬 수도 있고 환자의 후송이나 다른 과로의 의뢰를 게을리 함으로써 경우에 따라서는 환자에게 피해를 줄 수 있는 면도 없지가 않다.

진료비에 대한 복잡한 청구절차나 까다로운 심사과정의 필요성은 바로 여기서 생겨난 것이고 따라서 이 제도를 쓰는 한 그런 과정은 어느정도 불가피한 일이기도 하다. 다만, 극도로 까다롭거나 복잡한 과정을 고집스럽게 유지하는 경우 이익은 계속해서 의사들의 불만을 사게 될 것이며 따라서 원만한 의사-환자관계를 해치는 요소가 될 것은 뻔한 일이다.

그런 뜻에서도 최근에 당국이나 의료계에서 여러가지로 연구 검토중에 있는 포괄수가(包括酬價)제도라든지 소액진료비 청구방식의 개선, 진료비의 자체심사, 또는 심사제도의 전산화 등은 서로 충분한 협의를 거쳐 조속히 실현되는 일이

무엇보다 바람직한 일이다.

특히 진료비 자체심사제도같은 것은 잘못된 진료비 산정의 심사라는 목적 이외에도 병원내 의사들의 진료행위 전반에 대한 일종의 선의(善意)의 평가도 될 수가 있어서 의사들의 전문적 지식 수준의 발전과 도의심(道義心) 양양에도 도움을 줄 수 있을 것으로 본다.

한편 의료보험제도의 진료비 청구나 심사과정과 관련해서 의사-환자관계에 관해 한가지 빼놓을 수 없는 것은 환자의 비밀누설의 문제다.

윤리적인 면으로 본 의사-환자관계 가운데는 의사가 진실을 말해야 하는 것(truth telling)과 특수한 진단이나 치료에 있어서 환자의 승락을 받는 일(informed consent), 그리고 비밀을 보장해 주는 일(confidentiality)을 중요한 윤리규범으로 정하고 있다.

그러나 이 보험제도를 채택하는 경우, 진료비 청구나 지급과정에서 환자의 인적사항과 질병상태, 그리고 치료과정등이 그대로 노출됨으로써 이런 일들이 더 이상 비밀로 지켜지지 않게 되는 일이 생겨나는 것이다.

본래 의료란 의사와 환자 사이에서 이루어지는 일이다.

그러나 이런 심사제도는 보험자라는 제3자를 등장시킴으로써 이들로 하여금 의사들의 진료를 직접 간접으로 간섭하게 만든 결과를 초래했다. 그러나 이상의 결과들을 종합해 볼때 원만한 의사와 환자관계를 위해서는 이런 제3자의 규제나 간섭이 어떤 형태로든지 극소화되는 것이 필요하다는 것을 알 수가 있다.

V. 맺는 말

환자의 상병에 대한 최상의 치료를 목적으로 하는 의사와 환자사이의 관계는 단지 시대가 변천하는 것만으로도 많은 변화를 겪게 된다. 인구의 증가, 급격한 도시화, 의학기술의 기계화와 전문화, 그리고 질병양상의 변화등은 곧바로 의사와 환자관계에 영향을 미치기 때문이다.

한편 이런 변화가 미치는 영향은 대체로 전통적인 의사 환자사이의 관계, 특히 인간적 우애와 신뢰감의 손실내지는 감소로 이해되고 있다. 게다가 현대 국가사회가 지향하는 의료의 사회화는

이런 의사-환자간의 인간적 내지는 윤리적 관계를 더욱 더 어렵게 해줄 뿐이라는 것이 정설(定說)이다.

즉, 의료의 사회화는, 첫째로 의사가 환자를 위해 쓰는 시간을 짧게 해 줌으로써 진정한 의애(醫愛, medical philia)가 형성될 수 없으며, 둘째로, 의사에 대한 처우가 충분치 않게되고, 셋째, 환자의 의사선택이 지나치게 제한되고 의사의 진료내용 또한 규제받게 됨으로써 의료의 질이 떨어지게 되며, 넷째는 환자의 권리주장이 너무 지나치게 되어 환자 교육이라는 의료기능이 제대로 이루어질 수가 없게 된다는 것이다.

의료사회화의 가장 효과적 방법으로 꼽히고 있는 의료보험이 의사와 환자관계에 미쳤을 영향은 바로 이런 측면에서도 그 부정적인 면을 예상하게 되는 것이다.

앞에서 살펴본 것처럼 실제로 우리나라의 의료보험제도는 그것이 일단은 의료수요를 크게 증가시키고 의료기관수를 늘리는 일에 원동력이 됨으로써 국민의 의료접근도를 높이는 데 기여한 바가 있기는 하나 내용적으로 볼 때는 적용대상이나 위험분담에 있어서 보험이 갖는 장점을 살리는 일조차 제 구실을 못해온게 사실이다.

더구나 현행 우리나라 의료보험의 경우, 그 구조적 특성이나 적용상의 미비점에서 파생된 문제들, 예컨대 수가문제나 늘어난 환자처리의 문제 그리고 까다로운 진료비 청구와 심사과정 때문에 더욱 더 의사와 환자관계를 불편하게 했음을 알 수가 있다.

이상에서 지적된 문제들은 물론 당국이나 기타 관계자들에 의해서 계속 그 개선책이 연구되고 있는 것이 사실이다.

그러나 여기서 한가지 명심해야 할 것은 그것을 국민적 의료의 양적 효용성에다만 초점을 맞추어서는 안된다는 점이다.

보다 훌륭한 개별적 의사-환자 관계, 특히 그들 관계에 있어서의 도덕적 성실성이 유지, 증진될 수 있도록 최대의 합리성을 그 기본정신으로 해야 할 것이다.

그러나 실사 모든 사회적 제도가 의사와 환자사이의 인간적 우애와 신뢰를 거스르는 쪽으로 만들어졌다 해도 의사들이 그들의 도덕적 성실성

을 최고의 가치로 해서 환자를 대하도록 노력하지 않으면 안된다는 것은 두말할 나위도 없는 일이다.

참 고 문 헌

- 1) Veatch, R.M. (1972). Model for Ethical Medicine in a Revolutionary Age. Hastings Kenter Report, 2:5-7.
- 2) Jeffers, J.R. et al. (1971). On the Demand versus Need for Medical Services and the Concept of Shortage. A- PHA 61:46-63.
- 3) 양재모·유승흠·김영기 (1978), 국민의료, 연세대학교 예방의학교실, 서울.
- 4) 송건용·김홍숙 (1982), 우리나라 의료요구 및 의료이용에 관한 조사연구 보고서 한국인구보건연구원, 서울.
- 5) 문옥륜 (1983), 국민개의료보험실시를 위한 청사진개발, 보건학논집 35:137-152.
- 6) 보건사회부 (1982), 보건사회 통계연보, 보건사회부, 서울.
- 7) Rosenstook, I.M. (1966), Why people we Health services Milbank Memorial Foundation Quart. 44 (3):94-124.
- 8) 한국인구보건연구원 (1982), 우리나라 의료요구 및 의료이용에 관한 조사연구 보고, 한국인구보건연구원, 서울.
- 9) 경제기획원 (1981), 한국의 사회지표, 경제기획원, 서울.
- 10) 한국 생산성본부 (1981), 의료수가 조사연구 보고서, 한국생산성본부, 서울.
- 11) 김남진 (1982), 의료보험미적용계층의 권익과 사회복지, 의료보험 8.
- 12) 김영언 (1977), 의료보험과 의료수가, 대한병원협회지, 63:20-22.
- 13) 의료보험조합연합회 (1983), 부당수진 막을 방안은 무엇인가? 의료보험 6(9):21-26.
- 14) 이종길 (1981), 의료보험 진료비심사의 일관성, 연세대학교보건대학원 보건학 석사논문.
- 15) 유승흠·조우현·오대규 (1981), 보험환자와 비보험환자의 의료서비스 내용비교, 예방의학회지 14(1):53-58.