

2000년 의료사태의 경험과 교훈

김 한 중[†]

연세대학교 의과대학 예방의학교실

<Abstract>

A Reflection on the Struggles 2000 around the Separation of Prescribing and Dispensing

Han Joong Kim

Department of Preventive Medicine and Public Health,

Yonsei University College of Medicine

There has been a series of struggles around the governmental enforcing separation of prescribing and dispensing since the consensus for the policy at May 10, 1999, and the strike among the physicians nationwide at June 19, 2000. This thesis is to review the process of the affair as a whole and find out some achievements and lessons from it. Most visible achievement is that physicians have obtained governmental apology for the enforcing the unprepared policy, and promise to revise the Law on the Pharmaceutical Affairs, to enlarge governmental support for the medical insurance program, to construct a presidential committee for the reformation of medical affairs, and so on. Besides these achievements, physicians have learned much on the relations among them and with society in general. However this is only the first scene on the road to an extensive transformation in the medical area following more critical issues on the medical reformation.

Key Words : Separation of prescribing and dispensing, struggles, reflection

[†] 교신저자 : 김한중(02-361-5347, 02-392-8133(Fax), kimhj@yumc.yonsei.ac.kr)

I. 시작하는 말

“의사들은 지난 1년 반을 의약분업 戰場에서 보냈다. 그 1년 반을 되짚어 나가다 보면 아무도 편들어 주지 않는 그들의 분노가 청사진처럼 찍혀 나온다. 누구에 대한, 어떤 분노인가?” (권태동, 2000). 한 월간지 기자의 '왕따'된 의사들의 분노라는 심층리포트의 시작 말이다.

길게는 1999년 5월 10일 “의약분업 합의” 이후 1년 반, 짧게는 2000년 6월 19일 의료계 전체 파업 이후 반년 동안 한국의 모든 의사들은 의료대란이라는 열병을 앓아 왔다. 수 차례에 걸친 전국 규모의 집회, 3차에 걸친 대규모 파업, 전공의들의 장기 파업, 학생들의 수업거부가 이어졌다. 이러한 투쟁의 결과 의사들은 정부의 사과라는 사상초유의 정부 굴복을 이끌어 냈고 의·정 협상과 의·약·정 협상을 통해 원하는 모든 것을 얻었다는 냉소적 평가와 함께 의사로서의 존경과 신뢰를 잃어 단기간 동안 회복되기 어려운 큰 상처를 입었다고 평가하기도 한다. 정말 의사들도 다시는 경험하고 싶지 않은 사태였다.

이제 의·약·정 합의로 사태는 진정되어 가고 있다. 전공의들은 모두 병원에 복귀했고, 학생들도 곧 정상수업에 들어갈 것으로 보인다. 그러나 이번 사태는 의사뿐만 아니라 우리 사회 전체에 큰 고통과 갈등, 비용을 치루게 하였다. 이제는 차분히 2000년 의료사태를 되짚어 보고 우리 모두 깊은 성찰 속에 교훈을 찾아야 한다.

이 글에서는 첫째, 의료사태 전개과정을 정리하고, 둘째, 현 의약분업정책 결정과정을 분석하며, 셋째, 이번 사태에서 부각된 쟁점을 정리한 뒤, 마지막으로 이번 사태에서 얻은 교훈을 제시하고자 한다.

II. 의료사태의 전개과정

이 글에서는 의료사태의 전개과정을 사건일지 식으로 나열하기보다는 몇 가지 중요한 사건들을 중심으로 그 의미를 해석하는데 초점을 맞추고자 한다.

1. 5. 10 합의

1999년 5월 10일 시민단체가 중재한 의약분업 실시방안에 대해 의사회와 약사회간에 합의가 이루어졌다. 말이 이익이 상충되는 두 집단간의 극적 합의이지 실제로는 하루 전 마련된 시민단체 안에 두 협회의 대표가 서명하는데 불과한 것이다. 시민단체의 적극적인 참여로 이익 집단간의 갈등을 조정한 대표적인 공과로 치부하고 있는 바로 이 합의가 이후 1년 반이나 지속되어온 사회혼란의 시발점이 되었다. 그리고 동시에 의료계는 사회적 합의를 쫓는 낙인

속에 투쟁기간 내내 의료계의 굴레가 되기도 한 사건이다. 또한 의료사태가 심각히 진행되던 9월 대통령이 한 월간지와 인터뷰에서 의약분업에 관해 “내가 좀 안이한 판단을 했던 것 같다”는 발언을 하게 되는데 바로 그 판단의 기초가 된 것도 5. 10합의였다.

먼저 의료계의 내부 반발에도 불구하고 당시 의협 회장이 서명을 하게 된 배경을 살펴 볼 필요가 있다. 1999년 7월부터 실시 예정이었던 의약분업을 1년 연기하는 조건으로 의협과 약사회가 시민단체와 함께 2개월 내(1999년 5월 9일까지) 의약분업에 대한 합의를 도출하고 그렇지 못할 경우 직능분업을 기초로 한 원안대로 실시하기로 의·약·정(국회) 간의 약속이 있었다. 의료전달체계가 제 기능을 하지 못해 환자가 대형병원으로 집중되고 있다는 인식을 하고 있던 개원가는 이렇게 될 경우 환자가 더욱 감소할 수 있다는 우려를 하게 되었다. 개원의 중심으로 운영되는 의협 집행부의 이러한 고민을 간파한 의약분업 추진그룹은 약계에도 절대 이익이 되는 기관분업이란 새로운 유인책으로 합의안을 이끌어 낸 것이다¹⁾.

그러나 기관분업은 결국 국민들의 불편을 배가시키게 되었고 적극적인 대국민 홍보에도 불구하고 국민들이 의사들의 파업을 비판하면서도 동시에 의약분업 제도 자체를 반대하는 이유가 되었다.

또한 5. 10 합의를 시민단체와 정부, 약계에서는 대화적 의사형성의 종료로 간주했고 대부분의 언론도 이러한 입장에 동조하였다. 그러나 오히려 의료계 내부적으로는 이 사건을 계기로 의약분업 문제에 대한 내부 공론의 장이 열리면서 본격적으로 이에 대한 논의가 시작되었다. 이 사건 이전 의약분업 문제를 정확하게 인식한 의사는 의약분업추진협의회에 참여한 일부인사를 제외하고는 거의 없었고 의료계에 미칠 파급영향을 인식할 수 있게 하는 정보도 거의 제공되지 않았다. 그러나 이 사건은 과거 보건의료정책 결정과정에서 의협 집행부 중심의 형식적인 참여에서 일반의사들까지 확대되는 계기가 되었고 이후 전개되는 의료사태 과정에서 젊은 의사들을 중심으로 한 의협 개혁, 의협 민주화 요구의 동력이 되었다.

2. 6월 파업과 8월 이후 투쟁

의약분업으로 야기된 의료사태는 휴·폐업 이전에도 대규모집회와 지역별로 한정된 개원가 휴진 등이 있었으나 본격적인 사회문제로 대두된 것은 전국 규모의 파업이 있었던 6월 19일 이후이다. 의료계 투쟁은 개원가가 중심이 된 6월 투쟁과 7월 29일 전공의 전면 파업으로 시작된 소위 전공의 선도의 8월 이후 투쟁으로 구분된다.

1) 2000년 4월 새로 실시된 의협회장 선거에 출마한 후보자들을 상대로 한 청년의사가 주관한 토론에서 5. 10 합의 당시 상임부회장이었던 후보가 합의 이유를 묻는 질문에 그렇게 하지 않았다면 직능분업으로 의약분업이 결정되었을 것이라고 답하였다.

1999년 11월 15일 전면 실시되었던 의약품 실거래가 제도로 충격적 수입감소를 경험했던 개원의들은 새로 실시되는 의약분업제도에 따라 수가인상 등의 보완적 조치가 없을 경우 의료기관 생존문제로 이어질 것이라는 심각한 우려를 공유하고 있었다. 실제로 개원의 협의회가 30개 내과의원의 수익-비용 구조에 대해 1999년 11월 15일을 기점으로 전·후 변화를 조사한 결과를 보면 상황은 심각했다.

실거래가 도입이전 의사수입 543만원 거의 전체가 약가 마진에 의한 것이었고 실거래가 실시 이후 약가 마진이 없는 상태에서 의사수입은 122만원으로 감소하였다. 양심적 진료를 한다고 믿었던 개원의들조차 자신들의 수입이 약에 의존하고 있다는 것을 뒤늦게 알게 된 것이다. 따라서 6월 투쟁에서 의사들 요구의 핵심은 의약분업의 연기라고 보아야 할 것이다. 그러나 국민여론을 인식한 의료계에서는 임의조제와 대체조제를 금지하는 완전한 의약분업을 요구하면서 수가인상 등 의료환경 개선을 동시에 요구하였다.

한편 전공의 주도의 8월 이후 투쟁은 양상을 달리한다. 6월 투쟁에서도 상당한 역할을 했던 전공의들은 여·야 영수회담 결과로 개정된 약사법의 내용이 의료계의 요구를 제대로 반영하지 못한 것이라는 판단 하에 대한 전공의 협의회를 전공의 비상대책위원회로 개편하고 지도 부도 바꾸면서 그 이후 투쟁을 주도하게 된다. 선후배간 위계질서가 단단한 의료계 내에서 전공의들의 투쟁이 힘을 얻을 수 있었던 것은 여러 가지 이유가 있다. 첫째, 전공의들이 근무하는 종합병원이 우리 나라 의료시장에서 차지하는 기능이 절대적으로 크고 또 병원 내에서 전공의들의 진료역할이 커서 전공의들의 파업은 실제적으로 우리 나라 의료기능의 핵심을 마비시키는 효과를 갖는 것이기 때문이다. 둘째, 같은 기관에서 근무하는 대학교수, 전임의들도 의약분업 등의 의료정책 전반에 대해 전공의와 같은 불만을 갖고 있으므로 심정적으로 동의할 뿐 아니라 투쟁에 직접 동참하는 적극적 지원을 하였던 것이다. 셋째, 모래알처럼 흩어져 있는 개원의들의 조직과는 달리 100개 병원별 조직을 통해 16,000여명의 전공의들을 쉽게 통제할 수 있는 조직의 이점이 있었고 젊은 세대의 열정과 자유스런 인터넷 사용, 뛰어난 지적능력 등 개인의 자질이 뛰어난 집단이었다. 넷째, 자체학습, 대국민 홍보 및 서명작업, 시민단체와의 연대 등 다양한 전략과 전술을 구사하며 정부와 언론을 압박하는데 상당한 성과를 거두게 되었다.

또한 투쟁목표도 외부개혁과 내부개혁으로 이원화되었다. 외부 개혁은 첫째, 임의조제 차단, 대체조제의 원칙적 금지, 의약품 재분류를 주요 내용으로 하는 약사법 재개정과 둘째, 국민건강보험제도, 의료관계 법규정비 등 의료환경개선과 셋째, 지역의료보험재정 50% 국고지원, 의료보험의 보장성 강화 등 국민과 함께 하는 의료개혁의 세 가지가 핵심적인 요구였다. 내부개혁은 의사협회의 민주화, 윤리위원회 강화를 통한 의사내부 자정기능 강화와 정책연구기능 강

화에 초점을 맞추고 있다.

이러한 흐름을 요약하면 의료사태는 의사들의 권리 찾기에서 시작되어서 의사의 제자리 찾기 과정을 거쳐 사회 내에서 의사집단 전체의 권위와 힘을 찾으려는 노력으로 전환되었다.²⁾

3. 의·정·의·약·정 협상

8월 30일 의료계가 그 동안 준비해온 대정부 요구안을 발표한 후 11월 11일 의약정 협의에 이르기까지 의정, 의약정간 지루한 협상이 계속되었다. 정부가 한 집단과의 현안문제 해결을 위한 대화나 협상 중 가장 장시간을 기록한 것으로 보인다. 정부의 사과, 책임자 문책, 구속자 석방 및 수배자 해제 등 협상 전제조건으로 오랜 시간을 보냈고 협상기간 중에도 결렬, 파업 등이 반복되었다. 모두 30여 회의 의·정 및 의·약·정 협상이 있었으나 협상이 오래 지연된 것은 정부의 의지 부족과 의료계 내부문제에 기인한 것으로 보인다. 이 글에서는 의료계 내부 문제만을 정리하고자 한다.

첫째, 의료계 여러 직능간에 의견의 불일치를 들 수 있다. 같은 의사라고 해도 개원의, 대학교수, 병원봉직의, 전임의, 전공의 그리고 의과대학 학생들간의 환경에 따라 이익이 서로 달랐고 목표와 전략에서도 서로 우선 순위가 달라 내부 조정에 큰 어려움을 겪었다.

둘째, 의료계의 협상대표였던 10인 비공대 소위의 권한과 책임이 불분명했다. 말이 협상대표였지 협상 때마다 의쟁투 중앙위원회에 보고하고 새로운 협상안을 주문 받아야 했다. 특히 의약정 합의안을 의쟁투 중앙위원회에서 거부하기로 하고 의쟁투 위원장 명의로 반대의견서를 회원투표에 앞서 보낸 것은 10인 비공대 소위의 한계와 어려움을 극명하게 보여준 것이다.³⁾

셋째, 후기 투쟁에서 전공의들의 영향력이 절대적이어서 의료계의 기존 리더쉽이 발휘되기 어려웠다. 예를 들어 전공의와 학생들은 소속 대학의 교수들과의 논의보다는 자기 지역의 전국 비대위 조직의 결정에 전적으로 따랐다. 또한 약사법 재개정안이 국회에서 통과될 때까지 파업을 지속하겠다는 전공의 지도부의 약속도 큰 굴레가 되었다.

마지막으로 책과 환자만을 대상으로 써뒀던 의사들의 협상 경험과 전문성이 부족했고 의료사태를 장기적 시각과 거시적 관점에서 조망하여 우선 순위를 정하는 통찰력이 부족했다.

2) 서울의대 조한익 교수의 이슈투데이 컬럼(2000. 8. 1)과 아주의대 임기영 교수의 메디게이트 게시판(2000. 8. 15) 내용, 후에 전공의 비대위가 발간한 「의사들이 미쳤다」는 단행본에 편집 수록되어 있음.

3) 바로 이러한 내부 갈등으로 11월 22일 전국의과대학 학장협의회와 이후 전국의과대학 교수협의회에서는 성명을 발표하고 근소한 차이라 할지라도 전회원 투표결과를 존중할 것을 요청하는 성명을 발표하였음.

4. 의료사태에 대한 의료계와 정부의 시각

일반인이 보기에는 쉽게 납득되지 않는 장기간에 걸친 의료계의 극한 투쟁을 이해하기 위해서는 의약분업 문제로 야기된 의료사태에 대한 의료계와 정부의 시각이 크게 차이가 난다는 것을 알아야 한다.

정부는 의약분업을 의료개혁 과정으로 인식하고 의사들의 투쟁을 약가 마진 상실 등 이익 축소를 막기 위한 집단행위, 즉 개혁에 저항하는 집단이기주의 표출로 이해한 반면 의료계는 의약분업 뿐 아니라 국민의 정부 출범 이후 추진되고 있는 「보건의료 선진화 계획」을 의료의 사회화 과정으로 인식하고 있는 것이다.⁴⁾

<표 1> 현 사태에 대한 의료계와 정부의 시각

의 료 계	정 부
의약분업 등 국민의 정부 출범 이후 추진되고 있는 보건의료 선진화 계획을 의료의 사회화 과정으로 인식 (예 : 판도라 상자가 열렸다)	의료개혁 과정으로 인식 (개혁에 저항하는 기득권 집단의 반발로 인식)
열악한 의료환경의 전면개혁 주장	기존 정책 유지의 틀 속에서 문제점 보완

이러한 인식의 차이는 사태해결 방안에서도 차이를 보일 수밖에 없었다. 정부는 기존 정책의 틀 속에서 노출된 문제점만을 보완하려고 노력한 반면에 의료계는 열악한 의료환경의 전면 개혁을 주장함으로써 접점을 찾기가 어려웠던 것이다.⁵⁾

Ⅲ. 현 의약분업 정책(1999. 12. 개정약사법)의 결정과정

국민의 정부 출범 이후 진행된 의약분업 정책결정 과정은 이상이 등(2000)이 연구한 「우리나라 의약분업 정책과정의 특성에 관한 연구」에 잘 정리되어 있다. 특히 연구자가 추진 당시

4) 의사들의 이런 우려는 6월과업때 인터넷에서 선풍적 인기를 끌었던 한 전공의가 쓴 '판도라의 상자가 열렸다'는 글에 잘 표현되어 있다.
 5) 정부의 시각은 시민단체, 언론에서도 공유하고 있었으며 이에 대한 의료계의 우려는 10월 20일 연세대학교 의과대학 교수들이 처음으로 전공의와 학생들의 복귀를 호소하며 발표한 성명에 잘 표현되어 있다.

「새정치국민회의」 보건복지분야 전문위원으로 있었기 때문에 추진과정과 정책결정참여자에 대해서는 정확하고 자세하게 기술하고 있다. 그러나 이러한 과정을 권력의 측면에서는 엘리트 모형보다는 다원주의 모형에 의해 설명하고 의약분업 정책이 몇몇 이익집단의 이해 관계에 의해 왜곡되지 않았기 때문에 합리모형이 더 적합하다는 해석은 문제가 있다고 판단된다.

1. 소수의 결정(엘리트 모형)인가? 전 국민적 합의(다원주의 모형)인가?

국민의 정부 이전 시기의 의약분업 정책과정을 사실상 지배했던 것은 정부의 고위관료, 의사협회와 약사회, 국회보사위원회였으며, 이들 소수의 지배적 엘리트가 철의 삼각관계를 형성하여 정책을 보수적으로 이끌었다는 연구자의 주장은 공감이 간다. 그러나 국민의 정부 이후에는 기존의 직능 이익집단 뿐 아니라 ‘인도주의실천 의사협의회’나 ‘건강사회를 위한 약사회’ 등의 개혁적 보건의료단체, 참여연대 등의 시민사회단체, 소비자단체, 개혁적 학자 그룹, 집권여당 정책 위원회, 언론계 등이 참여함으로써 다원주의 모형에 의해 잘 설명되고 결국 국민적 합의라는 함축적 결론은 재검토가 필요하다.

이 연구에서 지적하고 있는 참여 그룹 중 기존의 직능이익 집단을 제외한 다른 모든 시민부문의 참여자들은 그들 스스로 의약분업의 필요성과 대안을 시민들로부터 찾은 것이 아니라, 소수의 진보적 학자 그룹에 의해 교육되어진 것이다⁶⁾. 여러 단체, 집권여당 정책위원회까지도 실제로는 소수의 학자 그룹에 의해 리드되었으며 이들은 정권교체 이후 새롭게 짜여지는 힘의 흐름을 정확히 파악하고 활용했기 때문에 가능했다.

그리고 이런 흐름은 보건의료분야 뿐 아니라 다른 분야에서도 관찰되는 것이다. 시민들이 정책결정에 적극적으로 참여하는 열린 시민사회가 세계적 추세이고, 특히 새로 집권한 여당내 인맥과 시민단체의 주요 인맥들간에는 민주화 과정에서 교분이 두터운 인물들이 많았다. 이러한 이유로 정부와 재야 단체간의 관계가 과거의 대립과 갈등에서 협력과 참여의 관계로 변화되었다. 그리고 정부의 모든 위원회에서 시민단체 대표가 우위를 점하는 상황이 되었다. 물론 그 동안 시민운동은 폭넓은 지지여론에 힘입어 경제정의와 환경 등 여러 분야에서 괄목할 만한 성과를 올렸다. 그러나 최근 한 언론은 사실에서 시민단체의 문제점을 다음과 같이 지적하고 있다. 「대중주의적 정치화는 불가피하게 전투적인 당파성을 띄게 마련이라서 시민운동 본연의 국민적 보편성과 공감대는 그 만큼 잃을 수밖에 없기 때문이다. 근래의 시민운동은 또한 정의의 판관이라는 자의식에 너무 사로잡힌 게 아닌가 하는 평판을 들어왔다. 참여 민주

6) 다원주의 모형을 구성하는 이론적 기준들이 있으나, 국민의 의사가 정책에 반영되는 민주시민사회의 정책과정을 대표적으로 설명하고 있음.

7) 이러한 주장은 참여하는 집단의 구성인맥과 학연을 분석해 보면 타당성이 높아진다.

주의는 대의제 민주주의를 보완하자는 것이지 그것을 포퓰리즘으로 눌러 버리자는 것이 아니다. 시민운동 내부의 모처럼의 자성론에 기대를 걸어 본다」(조선일보 사설, 2000. 11. 27).

시민단체들이 의약분업에 관심을 갖게 된 동기도 의약품 오남용에 의한 건강피해보다도 의약품 거래시 발생하는 부조리를 없앨 수 있다는 개혁 성과에 급급했기 때문이다.

의료사태 초반 언론계가 보인 반응도 시민단체 입장과 비슷했다. 언론은 의료계를 엘리트 집단 내지 권위주의 집단으로 규정하고 의사들을 의약분업 문제 해결을 위한 대화의 주체가 아닌 시민들과 대립되는 측으로 몰아 부쳤다. 분명히 사태 초기에 언론은 의약분업 관련 보도에 있어서 대화적 의사형성과정을 돕기보다는 이 과정에 참여하는 당사자들간의 갈등의 골을 깊게 하는 상황을 연출해 왔다. 그 이유는 언론이 의약분업 문제를 포함한 우리 나라 보건의료체계 전반에 대하여 전문적 지식이 제한되어 있었고 전문가의 의견보다는 소위 양심적이라는 인사(단체)의 주장을 검증 없이 전달함으로써 대중인기 위주의 일방적 목소리가 언론의 힘을 빌어 마치 진리인양 통용되었다. 의료사태 중반이후 기자들의 심층취재가 이어지면서 다소 변화된 언론의 자세는 이러한 주장을 뒷받침한다. 이러한 정책결정과정 결과 의사들은 전문가로서의 자존심이 구겨졌고 정부, 시민단체, 언론에 대한 적대감으로 인한 '왕따'된 분노로 오랜 시간을 허비한 것이다.

이번 의약분업 사태는 정부의 준비 없는 강행에 그 원인이 있다는 비판이 높다. 물론 정부에 책임이 있는 것은 사실이다. 그러나 앞서 논한 내용을 요약해 보면 의약분업 정책 결정은 과거의 관료 엘리트 중심의 정책결정이 소수의 진보적 학자 그룹에 의해 대처된 것이고 역시 엘리트 그룹에 의해 주도된 것이다. 관료들은 새로운 정치환경에 순응했을 뿐이다.

2. 현행 의약분업제도는 과연 합리적인가?

어떤 정책이 합리적 모형 또는 이와 대비되는 점증주의 모형 중 어느 것으로 잘 설명이 되는지를 검토하는 이론에 대한 토의는 생략하고 과연 현행제도가 합리적인가를 몇 가지 자의적 기준에 의해 검토하고자 한다. 의약분업 정책결정과 관련해서 분업의 필요성 즉 의약분업의 의제형성(agenda setting)에 대해서는 이론의 여지가 별로 없다. 다만 어떠한 방식의 분업인가와 관련된 선택된 대안(alternative)의 합리성을 검토하고자 한다.

첫째, 정책 준비과정에서 실증적 자료가 부족했다. 정책의 합리성을 높이기 위해서는 문제를 파악하는 단계에서부터 정책효과 예측까지 실증적 자료(증거)가 뒷받침되어야 한다. 의약분업의 필요성을 제기할 때 항생제 내성률이 다른 OECD 국가들보다 5배나 높고 진료비 중 의약품 비율이 높다는 것이 지적되었다.

그러나 우리 나라 항생제 내성률이 왜 높은지, 즉 의사들의 과잉처방 때문인지 약국의 임의

조제와 판매에 기인한 것인지가 분석되어져야 항생제 내성률을 낮출 수 있는 구체적인 분업제도를 마련할 수 있었을 것이다. 또한 정책효과를 정확히 분석하기 위해서는 진료 행태, 환자 흐름의 변화 등이 정확히 예측되어야 하고 이를 위해서는 시범사업이 절대적으로 필요했으나 정부는 국회의 권유에도 불구하고 이를 시행하지 않았다.

둘째, 의사와 약사간의 직능분리 원칙이 훼손되었고 구체적 대안에서 양 집단의 손실에 균형을 잃어 갈등의 폭이 커졌다. 새로운 제도 도입으로 의사들은 진료 - 처방 - 조제·투약 - 평가라는 진료의 연속적 범위에서 조제·투약이라는 팔을 완전히 잃은 반면 약사들의 임의 조제라는 실제적인 진료행위는 완전히 막을 수 있는 제도가 불완전하기 때문이다. 이러한 행위는 과거에도 불법이었으나 관행으로 굳었고 약사법상 임의조제 금지 규정에도 불구하고 낱알 판매의 예외적 허용 등으로 분쟁의 여지를 남겨 둔 것이다.

셋째, 여러 이익집단의 주고 받기식 행태(pork barrel)에서 국민불편이 너무 커졌다. 그 대표적인 것이 직능분업에서 기관분업으로의 정책전환이다. 직능분업을 할 경우 의료전달체계의 문제점이 악화될 가능성은 있으나 다른 문제는 다른 정책 수단으로 해결해야 하는 것이지 의약분업이란 하나의 수단으로 풀 수 없는 것이다. 약사들에 의해 잘 운영되던 병원 외래 약국을 폐쇄하고 같은 약사들이 병원 밖에 새로운 투자를 하여 환자들을 one stop에서 two stop으로 서비스를 받게 한다는 것은 이해하기 어려운 것이다. 한 TV토론에서 시민단체 대표가 그 동안 국민들이 너무 편했기 때문에 의약품 오남용이 심했고 이제는 이를 막기 위해 불편을 감수해야 하며 시민단체는 이를 홍보해야 된다는 주장을 한 적이 있다. 국민불편 초래가 과연 정책 수단이 될 수 있는 것인가? 이러한 주장과 정책 수단은 과연 합리적인 것인가?

3. 기대효과와 시행결과

아직 의약분업 시행 효과를 평가하기에는 너무 빠르고 또 그동안 파행적 진료로 정확한 의약분업 효과를 분리해 내기도 어렵다. 그러나 의약분업 실시로 기대했던 효과와 시행결과를 비교해 보면 표2와 같다.

의·약품 오남용 방지를 통한 국민건강 향상은 단기간에 나타날 수 있는 효과가 아니기 때문에 현재로 평가할 수 없고 약 구매와 관련된 부조리 척결도 아직 평가할 만한 자료가 없으나 규모가 축소될 것으로 보인다. 그러나 의약품 사용 감소로 인한 의료비 절감은 완전히 빗나간 것으로 보인다. 이미 수가인상 등으로 정부가 추계한 것만도 총비용 기준 연간 1조 5천억 원이고 다른 연구는 3조 2천억 원으로 추계하고 있다(지영건 등, 2000)⁸⁾.

8) 같은 기준을 적용할 경우 (9월 1일 수가인상 효과까지 더할 경우) 2조 1,500억 원으로 증가한다. 복지부내 한 관료도 의약분업으로 보험재정이 파탄될 수 있다는 우려를 하고 있다.

되는지, 대학병원에 입원하기는 왜 힘든지에 대해 어느 정도 알게 되었고 의료인들은 국민들의 의료계에 대한 불만과 부정적 시각을 어느 정도 인식한 것이다.

1. 달라진 언론보도

의사 파업에 대해 국민과 함께 흥분하여 비판적 기사로 일관했던 언론들의 보도가 시간이 흐르면서 조금씩 달라지기 시작했다.

「... 의료계의 반발은 그 동안 방치해왔던 의료관행에서 비롯됐다. 진료원가의 65%만 보상해 주고 나머지 손실분 35%는 비공식적인 편법 수입으로 보충해 오는 것을 묵인한 비현실적인 의료보험수가에 근본적인 문제가 있었던 것이다. ... 사실 현 사태는 단순한 의약분업만의 문제가 아니다. 20년 이상 누적된 의료보험제도 문제, 취약한 공공의료에 대한 정부지원 부족 등에서 불거져 나온 일부에 불과하다. 따라서 근본적인 해결은 국민보건의 근간인 '의료계 구조조정' 을 위해 정부가 얼마의 예산을, 어떻게 유용하게 투입하느냐에 달려 있다. ... 국민소득 1천 달러 시대에 만들어진 의료보험의 근간을 1만 달러 시대에 맞게 변화시키는 구체적인 방법을 논의해야 한다. 의료는 공공의 이익이 걸려 있기 때문에 시장경제 원리에만 맡길 수는 없다. 이런 시각에서 우리 나라 의료서비스 제공자의 80%가 개인이라는 점은 심각한 문제다. 적절한 규제와 전국민에게 기본진료 보장이라는 명제를 실현하려면 이제라도 공공의료를 대폭 확충해야 한다. 만일 의료서비스 제공자의 80%가 공공의료부문이었다면 집단폐업을 하더라도 현재와 같은 의료대란은 일어나지 않았을 것이다. 따라서 개인이 투자한 병의원, 약국에 대해 규제 일변도만으로 나갈 수는 없다. 경쟁을 유도하는 시장원리를 원천 봉쇄할 때에는 파행적 의료행위가 더욱 더 강화될 것이며 최대 피해자는 결국 소비자가 될 것이다. 정부는 미봉책 대신 공공의료 확충 등 의료계 구조조정을 위한 재정확충 방안 등 현실적인 비전을 제시하면서 일부 개인 투자 의료기관에는 시장원리를 도입해야 할 것이다. 의료계도 정부에만 책임을 돌리지 말고 환자들과 국민의 소리에 귀를 기울여야 한다. 의료 혜택을 누리는 것은 인간의 기본권이며 이를 해결해 주는 것은 정부와 의료계의 공동책임이다」(2000/6/21 중앙일보).

이 컬럼기사는 우리 의료의 현실, 공공의료문제, 정부규제와 시장기능 문제들을 잘 정리하고 있어 앞으로 중요한 보건의료 정책과제를 제시해 주고 있다.

「의료과탄은 피해야 한다. 진료권의 침해는 그렇다 치자. 화난 의사를 달래려고 정부는 의사 처방전료를 67% 인상했다고 발표했다. 그런데 약사의 조제료(3일분)는 450% 인상되었고, 주사약 조제료는 신설되었음을 아는 사람은 드물다. 이것이 의보수가 인상의 주요 요인이다. 의료보험료를 올리는 것은 참을 만하다. 그런데 그 돈이 의료기술, 의학교육, 국민건강에

쓰여진다면 좋겠지만 조제, 유통, 보험관리에 상당부분 할애된다면 문제는 심각하다. 이번 사태에서 드러났듯 의사와 병원에도 많은 문제가 있다. 하지만 국민건강을 위해 전문지식과 의학발전의 정신을 쏟아야 할 의사에게 도산하지 않도록 소상인의 기민한 상흔을 발휘하도록 강요하는 이 제도는 비윤리적이다. 하루 100여명의 환자를 돌보아야 간호사 월급, 건물임대료, 장비대여료를 해결할 수 있는 현실은 의사들을 소상인으로 만든다. 이렇고도 우수한 서비스와 저렴한 비용을 요구할 것인가? 아플 때 그들이 언제나 그곳에 있어 주기를 기대하는가? 의료대란이 분명 밥그릇 싸움으로도 비친다. 저질 병원서비스, 의사집단의 오만한 폐쇄성도 문제지만 더 악화될 국민건강, 더 쇠퇴할 의료기술, 곧 닥쳐올 재정적자가 이제는 더 심각하게 논의될 만도 하다. 의료보험(미국)과 의료보장(영국)은 판이하다. 의료보험을 기본으로 하는 한국에서 의료보장적 제도를 강행하는 것은 우수인력의 퇴장과 의학과탄을 초래한다. 이런 때 히포크라테스와 허준을 들먹이는 것은 괜한 정의감에서 나온 무지한 폭력임을 알아야 한다. 이 시점에서 '보장' 해야 할 것은 짓밟힌 그들의 직업적 자존심과 의료헌신을 위한 인센티브다. 이런 정책이라면 전경에 몰려 허탈한 눈물을 흘려야 했던 어떤 젊은 의학도가 내뱉던 말처럼, 허준도 이 나라를 떠날 것이다。」 (동아 2000. 8. 30).

한 사회학자가 쓴 이 칼럼 역시 의료문제의 본질을 파악하고 의료의 質 문제를 언급하고 있다.

2. 한국 의료의 근본 병리

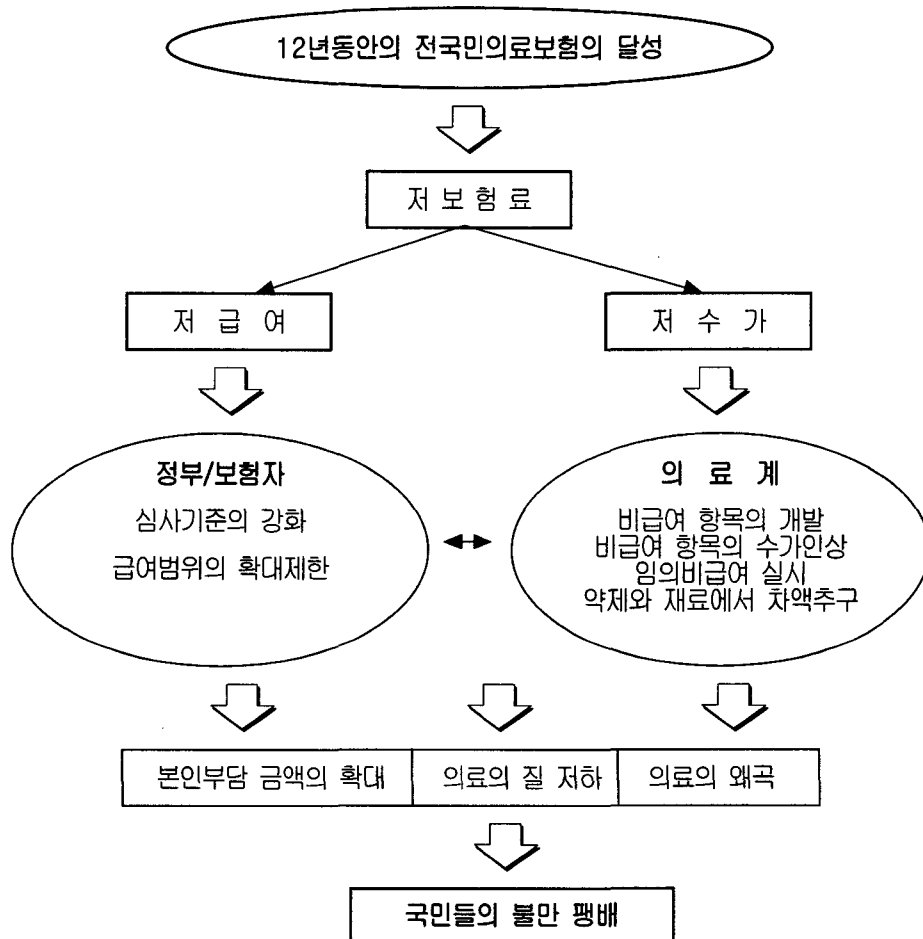
의료서비스에 대한 국민들의 불만과 의료계의 진료왜곡 현상 및 의료정책에 대한 반발은 상반된 것으로 보이지만 실제로는 한 질병의 서로 다른 증상처럼 근본 병리구조에서 비롯된 것이다.

1977년 의료보험 도입 후 12년이란 짧은 기간에 전국민 의료보험을 실시하기 위해서는 국민들의 부담을 작게 할 수밖에 없었으며 그 결과 급여수준과 의료보험 수가 수준도 낮게 유지될 수밖에 없었다.

최근 보험료 인상으로 사회적 문제가 되고 있지만 우리나라의 보험료는 4% 미만인데 반해 독일은 13%, 프랑스는 18.3%, 일본은 8.5%, 대만은 8.0%로 우리의 보험료율은 선진국에 비해 크게 낮으며, 대만과 비교해도 절반 수준에 머물고 있다⁹⁾.

낮은 보험료에 국가재정 지원조차 미흡했기 때문에 결국 보험재정이 취약했고 정부는 급여범위를 제한하고 보험수가를 통제하고 심사를 엄격히 적용할 수밖에 없었다. 저급여 정책

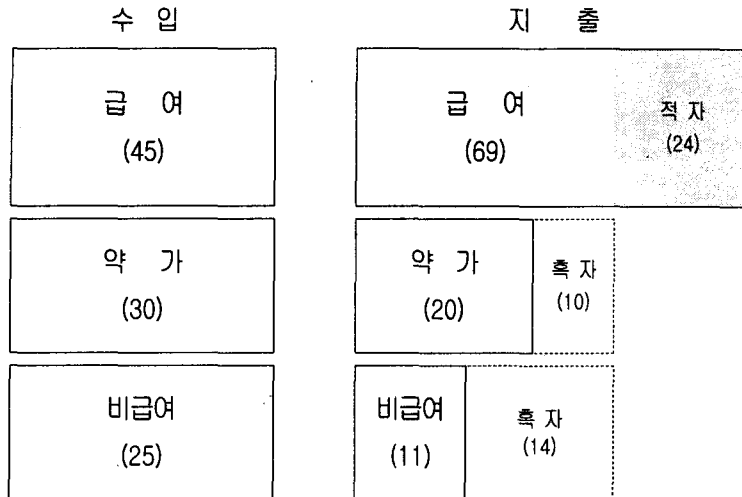
9) 보험료가 높은 선진국의 경우 질병으로 인한 소득 손실분까지 의료보험에서 보전해 주기는 하나 진료비 급여에 비해 크지 않은 규모임.



[그림 1] 의료보험 문제의 근본적 원인

은 환자의 본인부담을 증가시켜 보험이 진료비 할인제도에 불과하다는 비판을 받게 했다. 한편 의료기관에서는 약가 마진과 비급여 수입을 통해 경영수지를 맞추어 왔다. 그리고 이러한 행위는 비리로 규정되면서 사회의 비난거리가 되기도 하고 때로는 사법처리 되기도 하였다.

몇 년 전 여러 개 병원들의 수입과 비용의 구조를 보면 그림 2와 같다. 의료기관의 수입과 지출이 각각 100이며, 수입의 구성이 평균적으로 급여부분 45, 약가 30, 비급여 25라고 가정할 때, 급여부분의 비용은 69로서 급여부분의 적자는 24가 발생하게 된다. 이를 보존하기 위해 의료기관은 약가 차액에서 10과 비급여 부분에서 14의 흑자를 내어 급여부분의 적자를 충당하고 있다.



[그림 2] 의료기관 수입과 지출의 개념도

이와 같이 의료기관 재정수지의 기형적 상태는 국민의 본인부담을 더욱 증가시키게 된다. 급여와 약가 부분의 경우 환자의 본인부담은 일정액 또는 일정률 만을 지출하게 하지만 비급여 부분의 경우 전액을 환자가 부담하게 되는데 이에선 급여 부분의 서비스 비용의 적자까지도 포함되어 있으며 환자에 따라서는 그 부담이 재난적일 경우도 있어 국민의 불만을 팽배시키고 있다. 한편, 약제 차액이나 비급여로 적자를 보존하기 어려운 의료기관들은 의료의 질을 저하시키고 있으며, 일부 진료과에 전공의가 지원하지 않고 있을 뿐만 아니라 의료행위에 대한 의사의 선택에 있어 경제적 이유로 인해 의료를 왜곡시키고 있다.

3. 해결을 위한 정책 대안들

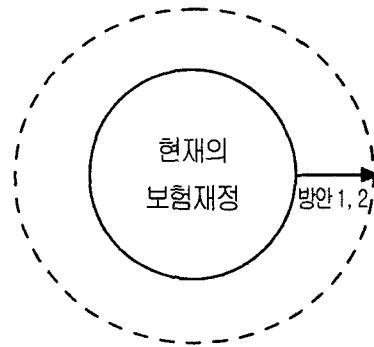
이번 의료사태 중 앞서 설명한 의료의 근본 문제에 대해서는 거의 모든 당사자들이 동의하고 있고 인식을 같이 하고 있다. 이를 해결하기 위한 대안들도 여러 가지가 제시되었다.

저부담으로 인한 보험재정의 부족을 해결할 수 있는 방안은 뚜렷하다. 첫째, 국민의 저부담을 적정부담으로 끌어올리는 것으로 선진국에 비해 크게 낮은 보험요율을 적정 수준으로 인상시키는 것이다(방안 1). 이를 위해서는 국민을 설득해야 하는 과정이 필요하며 이를 위한 시간과 노력을 필요로 한다. 국민들을 대상으로 한 설득의 논리로는 현재의 저보험료의 궁극적인 피해자가 국민 자신이며 이의 해결방안으로 수익자 부담 원칙에 의한 보험료 인상이라는 것이다. 그러나 보험료 인상은 보험재정 문제를 확실히 해결할 수 있는 방안임에도 불구하고

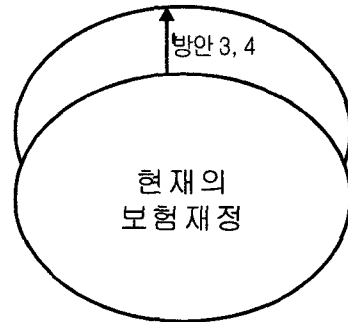
고 그 실현이 간단하지 않을 것이다. 최근 보험료 인상에서 보여지듯이 보험료 인상은 많은 난관을 겪고 있으나 지속적으로 보험료를 적정 수준으로 끌어올리는 노력이 있어야 한다.

두 번째 방안은 국고지원을 증가시키는 것이다(방안 2). 2003년까지 균형예산을 편성하겠다는 정부계획에 따라 부족한 보험재정을 위해 국고지원을 확대하는 것도 쉽지 않을 것이다. 그러나 금융구조조정을 위해 100조 이상씩 투입하면서 국민건강을 위해 투자할 수 없다는 명분도 약하다. 국가재정의 뒷받침이 있어야만 선진의료는 가능한 것이다.

셋째, 현재의 의료보험 재정을 재배치하는 방안으로 본인부담방법의 변경을 들 수 있다(방안 3). 정부지원의 확대와 보험료 인상이 현실적으로 단기간에 해결할 수 없을 경우 현재의 재정을 가지고 급여의 효율성을 증가시키자는 제안이다.



현재 환자가 부담하고 있는 부분은 급여진료비의 일정액 또는 일정률과 비급여의 전액이라 할 수 있는데 환자들은 진료비의 크기에 관계없이 거의 같은 기준에 따라 본인부담을 하고 있다. 의료보험이 질병으로 인한 재정적 위험을 해소시키는 것이 주목적이라면 진료비가 큰 경우 환자들의 부담은 대폭 경감시키는 반면, 재정적 위험이 적은 작은 진료비의 경우 환자의 부담을 증가시키자는 것이다. 즉 작은 진료비에서 환자 부담 증가에 의해 절감된 재



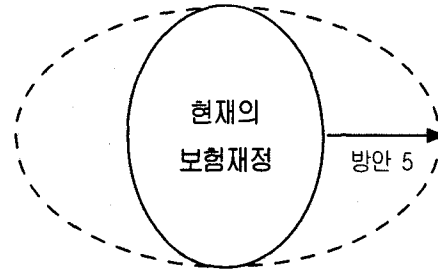
원으로 고액의 비급여를 우선적으로 보험대상에 적용하자는 것이다. 이런 개념을 현실적으로 적용할 수 있는 방안 중 하나는 외래의 경우 본인부담을 늘리고, 입원의 경우 본인부담을 줄일 수 있다. 그러나 본인부담방법의 변경시 반드시 감안해야 할 사항은 이의 변경으로 인해 의료의 접근도가 떨어지는 소외계층에 대한 대책이 있어야 할 것이며, 이의 해결방안으로 소득에 따른 누적 공제제가 적극 검토되어야 할 것이다.

넷째, 세 번째 방안과 동일하게 현재 보험재정을 재배치하는 방안으로 합리적인 우선 순위 결정(rationing) 방법에 따라 급여범위를 조정할 수 있다(방안 4). 현재의 의료보험 급여범위는 보편적인 진료를 기준으로 하고 있으며 보건복지부장관이 정하게 되어 있다.

범위의 우선 순위를 결정하는데 있어 우리 사회에 사회·경제적 부담이 큰 질병(burden of disease)과 국가의 부담을 경감할 수 있는 의료행위의 효율성에 대한 우선 순위를 결정한 후 급여와 비급여 범위의 재조정되어야 할 것이다. 급여범위 우선 순위 결정은 미국의 오리건주 건강계획에서 적용하고 있으나 아직 방법론 등 정립해야 할 과제들이 남아있다. 그러나 과학적인

아이디어로써 심도 깊게 연구되어야 할 것이다.

마지막 방안으로 공공 의료보험과 별도의 재원을 확보하기 위하여 민간 의료보험을 도입하는 방안이다(방안 5). 우리 나라의 경우 민간의료보험이 보충적(supplementary) 형태로 도입되어 있으며 현재 5가구 중 3가구가 암보험 등 보장성 보험



에 가입되어 있다. 그러나 보충적 형태의 민간보험으로 부족한 공공의료보험의 재원을 보완하는데 한계가 있다. 따라서 공공의료보험의 부족한 재정을 보완하기 위한 방안으로 이층적 체계(two-tiered system)의 민간의료보험 도입이 주장되기도 한다. 독일과 네덜란드는 고소득층에 대해서는 공공의료보험에서 제외시키고 이들을 민간의료보험에 가입하도록 하여 공공의료보험의 부족한 재원을 충당시키는 기전을 가지고 있다.

그러나 우리 나라에서 이층적 체계로 민간의료보험이 도입될 경우 국민의 연대감이란 문제가 제기될 가능성이 있으며 민간의료보험 활성화에 대한 거부감이 큰 것도 사실이다. 정부의 재정부담을 줄이기 위한 미봉책이고, 외국 자본의 의료보험 시장에서의 교두보 확보로 악용될 소지가 있고, 경제논리로 의사의 교과서적 진료를 가로막는 족쇄가 될 우려 등이 반대논리가 되고 있다. 국민건강권 보장을 위해 공보험의 내실화가 우선되어야 하나 굳이 시장현상인 민간보험을 억제할 필요는 없을 것이다.

4. 의료의 공공성과 정부규제의 새로운 조망

이번 사태 초기부터 의료사회주의와 의료자본주의라는 의료체계의 기본가치에 대한 논쟁도 뜨거웠다.

의료체계는 한 사회가 추구하는 기본가치에 의해 큰 골격이 형성되며 지금까지 그 가치는 형평과 효율로 구분되어 어느 쪽을 강조하느냐에 따라 각 나라의 의료체도가 형성되었다. 과거 사회주의 국가들과 영국 등의 국가보건서비스 조직은 의료서비스의 형평을 중시한데서 나온 산물이고 자유주의적 가치관이 강한 미국의 의료체도는 후자를 택한 것이라 할 수 있다. 또한 민간부문의 의료공급이 유지되면서도 사회보험을 통해서 의료재원을 조달하는 복지선진국들의 의료체계는 형평과 효율을 조화시키려는 노력의 결과라고 할 수 있다. 한국의 의료체계에 대해 의료인들은 지나친 정부의 통제에 의료공급이 위축되고 의료의 질이 저하될 우려를 표하고 있다. 반면에 사회일각에서는 기본적으로 영리를 추구할 수밖에 없는 민간부문의 의료공급의 주류를 이루기 때문에 의료의 형평성이 저하되고 결국 전국민을 위한 의료체계를 위해서는 의료의 사회화가 이루어져야 한다고 주장하기도 한다. 양측의 시각이 나뉠대로의 큰

거를 갖고 있겠으나 의료부문에 대한 세계적 변화의 메가트렌드를 이해할 필요가 있다. 외부 효과, 소비자와 공급자간의 정보의 불균형, 기본권으로서의 의료 등 의료서비스가 갖는 여러 가지 경제, 사회적 특성 때문에 시장경제를 택한 선진국들에서도 의료에 대해서는 정부통제가 강화되었고 형평성을 우선하는 의료제도들을 발전시켜 왔었다. 그러나 Nasibitt와 Aburdence (1990)가 지적한 데로 복지국가의 민영화 흐름이라는 최근의 물결은 의료에 있어서도 효율성을 중요시하게 하고 있다. 영국에서의 국가보건서비스 개혁, 네덜란드의 의료보험 개혁, 미국에서의 의료개혁 등이 모두 소비자 선택에 의한 경쟁을 통해 의료시스템 전체의 효율성을 높이고 급증하는 의료비에 대한 사회적 부담을 완화하려는 노력이라고 할 수 있다.

여기서 우리는 의료서비스의 본질에 대한 새로운 이해를 필요로 한다. 우선 과거의 질병들이 빈곤, 비위생적 여건 등 불합리한 사회 구조에서 비롯된 것이 대부분이었는데 비해 현재 또는 미래의 질병들은 그 대부분이 개인들의 생활양식에서 비롯되는 것이라는 데 주목할 필요가 있다. 흡연, 음주, 무절제한 식습관 등 자기 파괴적인 행동에서 비롯되는 결과까지를 사회 전체의 책임으로 귀속시켜야 할 것인가? 또한 21세기는 지식과 정보사회로 요약된다. 세계 어느 곳에서 일어난 어떤 사건들도 즉시 자기 집 안방에서 알 수 있다. 21세기 의료의 모습을 염두에 두었을 때 과연 의료 공급자들만이 의료지식을 독점할 수 있을 것인가? 의료기술이 상상을 초월할 정도로 발전되고 의료서비스의 종류도 다양해져 생명보존과는 관계없이 소득 탄력적 서비스가 크게 증가했을 경우에 의료서비스의 공급과 분배는 시장기능을 외면해야 할 것인가? 이러한 질문에 대한 대답은 모두 아니라는 것일 것이다. 즉 앞으로의 의료서비스는 적극적인 시장기능을 활성화시켜 경쟁을 통한 효율성의 제고라는 경제원리가 적용될 수 있을 것이다.

물론 아직도 한국사회는 사회의 불합리한 구조로 인해 질병을 앓고 적절한 치료를 받지 못하는 사람들이 많이 있다. 이러한 소외 집단들의 건강을 보호, 증진하기 위하여 정책적 배려가 지속되어야 함은 물론이나 이런 예외적 현상이 일반화되어 한국 미래의 의료 설계를 위한 기초가 되어서는 안 된다. 우리는 의료체계가 추구하는 형평과 효율의 양대 가치를 현명하게 조화시켜야 한다. 개방화, 다양화 시대에서 민간부문의 경쟁을 통해 효율성을 증진시켜야 하고 정부재정 기능의 강화와 의료보험의 제도적 개선을 통해 재원조달과 배분의 사회화를 성숙시켜 형평성을 높여 가야 할 것이다.

5. 의사파업

이번 과정에서 크게 부각된 이슈가 의사파업과 관련된 것이다. 국민생명을 담보로 하는 의사파업은 있을 수 없다는 원색적 비판은 접어두더라도 의사내부에서도 자성과 성찰이 필요한

부분이다. 다른 모든 방법을 동원해도 반응조차 보이지 않던 정부가 적극적 자세를 보이게 된 것도 결국 파업이란 극한 투쟁의 결과이기도 하다. 그러나 환자의 건강과 생명을 첫째로 생각하겠다는 선서까지 한 의사들의 내부갈등과 고통은 의사들의 파업을 비판하는 그 누구보다도 컸다.

먼저 외국에서의 의사파업의 경우를 살펴볼 필요가 있다. 개도국을 빼고도 이스라엘(1983, 2000), 핀란드(1984), 캐나다(1970, 1986), 호주(1984), 프랑스(전공의, 1997), 독일(1999) 등 선진국에서도 단기간 또는 장기간 의사파업이 있었다. 파업 이유들은 의료재정의 삭감 등 경제적 이유가 대부분이었고 우리 나라처럼 의약분업이란 직능간 기능배분을 놓고 파업한 사례는 찾기 어렵다. 의료체계 내에서 의사의 기능이 다른 직능에 의해 훼손되는 사례가 없기 때문이다.

의사파업의 결과, 객관적 지표(사망률 등)로 평가한 국민건강에 미친 영향은 별로 없으나 환자가 의사파업으로 본인의 건강에 손상을 입었다는 인식은 매우 큰 것으로 나타났다. 즉 의사 이미지에 치명적인 악영향을 의사 스스로 자초한 것으로 평가되고 있다.

일본에서 24년 전 의약분업 반대로 의사파업을 해서 수백 명이 죽었다는 것은 잘못 알려진 것이다. 그 당시 의료계의 강력한 대정부 투쟁이 있었으나 그 이유는 보험제도 개선이었다. 턱없이 낮은 보험수가를 올려 줄 것을 요구했고 3년 내 초진료의 20배 인상을 요구하였다. 투쟁방법도 파업이 아닌 보험제도 거부였다. 환자 진료를 하되 진료비를 모두 환자에게 받고 영수증을 발급하여 보험자로부터 환급 받도록 한 것이다. ASEM Medical Forum에 참석했던 일본의사회 상임이사는 이런 사실을 전하면서 국민을 등지는 투쟁방법은 결코 성공할 수 없다는 충고를 하였다.

V. 맺는 말 (성과와 교훈)

정말로 길고 힘들었던 의약분업으로 시작된 의료사태가 서서히 막을 내리고 있다. 같은 일을 빼고 나면 아무도 편들어 주지 않는 오랜 싸움이 끝나고 있다. 이 과정을 통해 의사들이 얻은 성과와 교훈은 무엇인가?

가시적 성과로는 준비 안된 의약분업 강행에 대한 정부사과¹⁰⁾를 얻어냈고 의약품재분류, 대체조제의 원칙적 불가, 임의조제 금지규정 강화를 주요 골자로 하는 약사법 재개정을 합의했고, 보험재정에 대한 국고지원 확대 약속, 의료발전 논의를 위한 대통령 직속의 의료개혁 추진위원회 구성이라고 할 수 있다. 이러한 가시적 성과 외에도 의사와 의사, 의사와 사회의 관

10) 협상의 전제조건으로 정부사과를 고집했던 이유는, 정부가 의사들을 집단이기주의자로, 파렴치범으로, 개혁 대상으로 몰아붙여 모든 의사들의 자존심이 극도로 상해 있었기 때문이다.

계에서 많은 것을 얻고 배웠다. 또 많은 것을 변화시켰다.

우선 의사사회 내에서는, 개인주의적 성향 때문에 뭉치기 어렵다는 의사들이 엄청난 힘으로 결집하였다. 약사법 재개정과 의권 회복을 위한 대동단결, 이것은 '강철대오 전공의'나 '철의 의대생'에 국한된 것이 아니었다. 8월 31일 보라매공원에 모인 2만여 명의 남녀노소 의사들은 '프라피룬' 태풍을 온 몸으로 맞으며 4시간 동안 집회를 강행했다. 이러한 모습이 다른 사람들에게는 집단 이기주의의 극치로 보였을 수도 있으나 자율적 전문집단으로 성장할 수 있는 저력을 보인 것으로 평가될 수 있다. 의료계 내부의 또 하나의 변화는 젊은 의사들이 의사사회의 전면에 등장한 것과 전자매체에 의한 새로운 의사소통 구조가 확립된 것이다. 이러한 변화는 의사협회 개혁의 원동력이 될 수 있으나 잘못하면 의사사회 내부의 분열을 재촉할 소지가 될 수도 있다.

둘째, 의사와 사회와의 관계에서 그 동안 하지 못했던 사회화 훈련을 집중적으로 한 계기가 되었다. 의사들은 스스로의 오만 속에서 사회전체와 괴리되어 있음을 깨달았다. 우리 스스로가 사회적 의사소통 능력이 미숙함을 자각하였고 그 중요성을 절감하였다. 언론이나 사회의 변화에 민감하게 반응했고 반응하는 방식도 터득함으로써 언론과 국가권력에 대한 비판적 인식 속에서 정치적 의식을 획득하였다. 또한 보건의료 부문에 무관심하고 소홀했던 사회의 현 의약분업 제도의 문제점과 의료체계의 문제점을 어느 정도 인식시켰고 보건의료문제가 사회적 쟁점으로 부각되었다. 시민단체와 언론이 사회 하부체계의 갈등을 제대로 해소시키지 못한다는 것과 국민 모두에게 정당성을 인정받는 갈등 해소 기전이 필요하다는 것을 배웠다.

의료사태는 이제 '의약분업'이란 1막이 막을 내리는 것이다. 이제 '건강보험제도'라는 2막과 '의료개혁추진위원회'라는 3막이 교차되며 열리게 될 것이다. 그 동안 과정에서 얻은 소중한 경험과 교훈을 바탕으로 두 번 실수하는 일이 없어야 할 것이다.

참 고 문 헌

- 동아일보, 2000. 8. 30
이상이, 윤태영, 김철웅. 우리나라 의약분업 정책과정 특성에 관한 연구. 보건행정학회지 2000; 10(2): 41-77
조선일보 사설, 2000. 11. 27
중앙일보, 2000. 6. 21
지영건, 김한중, 박은철, 강혜영. 의약분업의 비용-편익 분석. 예방의학회지 2000; 33(4): 484-494
Arnold PC. Australian doctors on strike. British Medical Journal 1984; 289: 175-177
Barnoon S, Carmel S, Zalcmann T. Perceived health damages during a physicians' strike in

- Israel. Health Service Research 1987; 22(1): 141-155
- Braithwaite SS. Collective actions by physicians that do not endanger patients. Camb Q Health Ethics 2000; 9(4): 470-482
- Cooper-Mahkorn D. German doctors strike against health budget cuts. British Medical Journal 1999; 318: 76
- Hosia AS. Effects of a doctors' strike on primary care utilization in Varkaus, Finland. Scand J Prim Health Care 1987; 5: 245-251
- Judy SI. Doctors' strike in Israel may be good for health. British Medical Journal 2000; 320: 1561
- Mechanic D. Doctor strikes and other signs of discontent. Am J Public Health 1989; 79(9): 1218-1219
- Sorum PC. Striking against managed care. The last gasp of La Medicine Liberale?. JAMA 1998; 280(7): 659-664