

●● 특별기고

병원협회의 과거와 미래 (병협 50년의 회고 및 전망)

이 연제는 『21세기 병원경영의 전망과 과제』를 주제로 한 심포지엄의 일부로 정해진 것이기 때문에 대한병원협회의 과거사에 대해서는 간략하게 기술하고자 한다. 특히 많은 관계 증인들이 타계하고 안계신 현실에서는 이의 정확성 여부를 검토하기 어려워 주로 기록을 참고로해서 기록하게 됨을 독자 여러분께서는 이해해 주시기 바란다.

필자는 이 기록이 사실에 가깝도록 생존하는 관계자들에게서 증언도 듣고 나름대로 객관성이 있도록 노력하였으나, 오류가 있으면 넓은 이해를 청하고자 한다. 특히 가능하면 역사앞에 정직한 글이 되도록 노력하는 과정에서 혹시라도 인잖은 생각이 드는 분이 계시더라도 이는 필자의 뜻이 아님을 살피주시고 용서하여 주실 것을 간청한다.

대한병원협회는 1959년 7월 2일 국립의료원 대강당에서 창립총회를 가짐으로서 발족케되었으며, 그 전인 1959년 3월 13일 발기준비위원회 모임을 국립의료원에서 가졌다.

대한병원협회 창립의 산파역을 한 주역이 당시의 보사부의정국장 윤우선 박사



글·김순용
대한병원협회 명예회장

였다는 점이 의재롭다. 발기준비위원회 참석자 12명중 병원계가 김동익 서울대학교병원장과 이종진 국립의료원장 등 10명이고, 보사부측 참석자가 윤우선 의정국장과 윤석우 시설과장 2명이었다는 점도 그간의 병원협회 창립의 배경을 암시하고 있는 듯하다. 당시 국립의료원에 근무했던 K모교수는 “병협은 보사부가 의사 전달 기관으로 필요해서 만든 것이었다” 고 증언하고 있다.

병협의 연간 예산은 1,240,000원이었으며, 사업계획은 전국병원실태조사와 병협의 목적 계몽이었다. 창립총회에 참석한 회원은 기관회원(병원장) 57명, 개인회원 11명이었고, 회장과 임원의 임기는 1년이며, 초대회장에는 서울대학교병원장 김동익, 차기회장에는 세브란스병원장 이용설을 선출하였다.

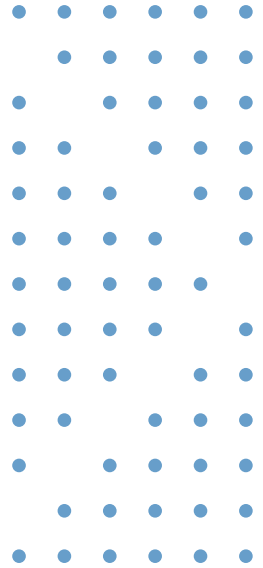
이렇게 출범한 병협은 회원간의 친목과 이해증진에 힘썼으며 회원병원의 현안이 생길때마다 당국에 건의하였다.

초창기 병협에 큰 영향을 미친 것은 5.16혁명이었다. 1962년 1월 22일에는 보사부안에 따라 대학병원과 국립의료원이 지방의 공공병원을 지원할 목적으로 자매결연을 체결하고 인적·기술적 지원을 하기로 결정하고, 병협은 2차의 관계병원연석회의 끝에 1962년 3월부터 실천에 들어갔다.

그런가하면 1962년 제3대 박주병 회장때에는 공무원의 검무가 금지됨으로써(1962년 1월 15일) 박주병 회장(국립의료원장)을 위시한 5명의 협회 이사진이 사퇴해야 되는 어려움이 발생하였으나 보사부의 특별조치로 이들의 이사직 유임이 잠정 조치되기도 하였다.

1962년 10월 24일에는 가톨릭대학교 성모병원 2층에 전세 20만원의 자체 사무실을 마련하였고(제4대회장 임정섭), 1963년 7월 21일에는 미국병원협회 Associate Member로 가입하였으며, 1966년 4월 23일에는 국제병원연맹에 가입하고, 이후부터 WHO회의에 대표의 일원으로 참가하게 된다. 1965년 10월 29일(제8대 회장 한삼석) 제7회 정기총회에서는 업무량의 증가에 대비하고 회우의 능률화를 목적으로 차기회장제를 폐지하고 부회장제로 바꾸고 회장과 임원의 임기도 1년에서 2년으로 변경하였다. 이때부터 병협은 친목단체가 아닌 정책단체로 탈바꿈하게 되고, 변화하는 의료여건에도 적극적이고 능동적으로 대처하게 된다.

병협의 가장 중요한 업무의 하나는 역시 신입업무이다. 1963년 4월 1일부터 시작되었던 병원신입업무는 의협소관업무로서 의협 7명, 병협 7명, 분과학회 3명, 의과대학 3명 모두 20명의 대표로 구성되어 병원신입위원회를 주관하였다.



병원신임업무의 이관은 보사부령에 의하고(1967년 1월 1일) (1)전문의 수련기관의 실태조사와 (2)수련의의 정원책정이 그 주요업무이다. 수련병원의 실태를 조사해서 그 기준에 따라 수련병원의 지정과 수련의 정원을 결정하는 작업은 해당병원의 이해관계와 연결되는 업무로서 그 합리성과 공정성의 확보는 병협의 가장 중요한 업무가 되었다.

병원신임위원회는 수련병원의 진료사항, 교육사항, 수련사항 뿐 아니라 시설기준, 소요인원 등 병원의 전반기능을 전소화하고 관정의 객관화에 주력하였다.

수련병원의 인정기준은 아래의 표와 같으며 대학병원과 동등하다고 인정하는 병원은 기본부서 700점 이상, 진료부서 700점 이상으로 정하였다.

〈표〉 수련병원의 인정기준

	일반수련병원	군(軍)수련병원
기본부서	650점 이상	650점 이상
진료부서	600점 이상	480점 이상
과목인정	70점 이상	70점 이상

당시에 대학병원 및 이와 동등하다고 인정하는 병원은 서울대학, 연세대학, 이화대학, 가톨릭대학, 우석대학, 경북대학, 전남대학 및 부산대학병원 8개 대학병원과 국립의료원, 한일병원, 서울적십자병원, 대구동산기독병원 등 12개 병원이었다.

이때의 인턴수련병원은 병상수 50개 이상이어야 했고 연간 입원환자실수 1,000명 이상이고, 내과, 외과, 소아과, 산부인과가 필수적으로 있어야 했다. 레지던트 수련병원은 이밖에 전문의사인 지도교수(지도의사)가 있어야 했고, 방사선과와 병리과가 있고 도서실이 필수조건이었다.

이 수련병원과 수련의 기준은 그후로 수차례 걸쳐서 개정, 강화되었다. 예를들면 1969년 7월 11일 병원신임위원회는 인턴수련병원의 병상수를 80병상으로하고, 연간 퇴원환자(신생아 제외)를 1,600명 이상으로 규정하였다. 이때에 책정한 1970년도 수련의사수는 인턴수련 병원 44개, 582명(신청수 61개 병원, 지원자수 669명), 레지던트수련병원 65개, 1년차 레지던트 756명 총 2,619명 이었다.

1968년 2월 17일에는 병원관리의 합리화를 목적으로 병원관리학회(The Korean Society on Hospital Association)이 창설되고 현재까지도 병협의 중요한 업무로 지속

하고 있다.

경제회복이 되면서부터 급속하게 대형병원이 증가하기에 이른다. 즉 1968년에는 중앙대학 성심병원과 고려병원, 1971년에는 조선대학병원, 전주예수병원, 경희대학병원, 백병원(확장증축), 충남대학병원, 1973년에는 순천향대학병원, 충북의료원 등이 진료를 개시하였다.

1970년대 후반기부터는 정희섭 보사부장관에 의해서 의료의 사회보장을 지향하는 경향이 농후해진다.

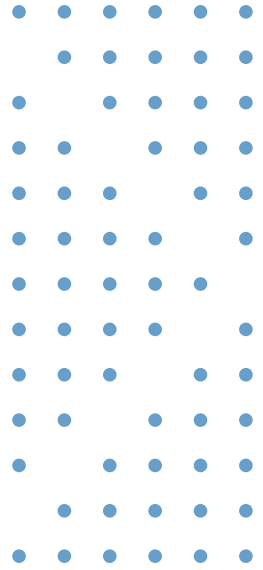
즉 1976년 1월 13일에는 한국보건개발연구원법이 추진되고 의료보호제도(1976년)가 생겨 전국을 56개 진료권으로 설정하고 국민의 의료이용을 지역적으로 균등하게 보장토록 꾀하였으며, 의료전달체계도 외래진료를 1차진료, 입원진료를 2차진료, 특수진료를 3차진료로 구분하고 인구 25~40만명, 교통거리 15~25Km 이내를 한 진료권으로 하였다. 이때의 진료기관은 총 2,361개로 1차 진료기관 2,185개(공공기관 1,097, 민간기관 1,085), 2차 진료기관 165개(공공기관 49, 민간 116), 3차 진료기관 11개였다.

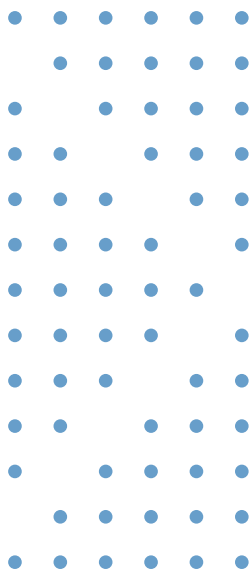
이런 경향은 국민의 의료보험제도로 이어지고, 1976년 3월 16일 보건사회부가 의료보험실시에 대한 보험진료수가안을 제출하도록 요구하기에 이른다.

대한병원협회는 다음과 같은 이유로 의료보험 실시에 소극적이고 회의적이었다. 즉 한국의 경제성장이 아직도 의료보험비용을 부담하기에는 시기상조이고 따라서 정부보조없이 고용인과 기업주만의 부담으로 의료보험을 무리하게 실시하는 경우에는 의료보험수가가 부당하고 저렴하게 책정될 것이 명약관화하였기 때문에 반대하였다. 즉 경제적 필요가 아닌 정치적 필요에 의한 의료보험실시는 그 부작용이 클 것임을 예견하였던 것이다.

예견되는 부작용으로는

- 1) 환자의 폭주 특히 대학병원 등 대형종합병원으로의 환자 집중
- 2) 의사 1인당 처리할 수 있는 환자수를 넘는 업무량의 과중으로 (-)환자를 대강 진료할 수 밖에 없는데 따른 진료의 정확성의 결여와 여기서 파생되는 환자의 불만과 불신 조장, (-)의사의 연구시간 제약과 의료의 질 저하
- 3) 진료, 검사비가 낮아지는데 따른 환자들의 불필요하고 과다한 검사와 투약요구로 인한 진료비 지출의 증가, 이를 거절했을때의 환자와 의사간의 마찰
- 4) 원가에 미달하는 보험수가의 결손 부분을 일반환자에게서 보충해야 하는,





즉 보험환자보다는 수입이 낮은 일반환자에게서 보험수가의 결손분을 채워야 되는 역리.

- 보험실시 당시에는 전국민 의료보험을 실시하지 못하고 고용인 500인 이상의 직장(비교적 수입이 높은 계층)에만 실시하였다. 따라서 수입이 좋은 보험환자의 진료비 결손부분을 수입이 낮은 계층인 일반환자에게서 보충해야하는 역리가 생겼다.

5) 병원의 수지악화는 재투자를 불가능하게 하였고 따라서 의료수준이 저하될 수 밖에 없다.(불행하게도 이처럼 예견했던 부작용은 모두 적중하였으며, 오늘의 의료계 발전에 악재로 작용하고 있다.)

병협은 진료수가의 적정화를 기할 목적으로 보건사회부, 재무부, 의료단체, 생산성본부, 보건개발연구원, 한국개발연구원 등 관련기관의 대표들로 구성된 합동연구위원회를 결성할 것을 보사부에 건의하였다.(1976년 7월 30일)

그러나 보사부는 1976년 10월 14일 의료보험수가 점수표를 작성하기 위한 작업반을 구성하고, 1976년 11월 5일 일본에 합동조사단을 파견하기에 이른다.

병협은 일본의 수가점수제를 직수입하는 모순을 지적하고, 1977년 1월 4일 병협 단독건의안을 보사부에 제출하였다. 1977년 4월 11일 보사부는 의료계 대표 7인, 공익대표 2인 등 9인으로 의료수가제정 조정위원회를 구성하고, 1977년 6월 8일 의료보험수가기준 및 의료급여기준을 고시하고 1977년 7월 1일부터 의료보험을 실시하기에 이른다.

병협 집행부는 회장단의 진퇴를 걸고 병협안을 관철시키겠다고 한 전체이사회에서의 의지와 결정고시된 정부안이 일방적이고 병원경영에 타격을 줄 적정수준 이하의 수가임을 지적하고 회장단과 임원전원이 사퇴하게 되었다. 부득이 병협은 1977년 7월 22일 임시총회를 개최하고 새로운 집행부로 하여금 의료보험수가 기준의 적정화를 기하도록 하였다.

의료보험실시는 병협은 물론이고 의학협회에서도 반대의견이 많았음에도 정치적 필요에 의해서 강행된 것이다. 즉 1977년 4월 22일 앤버서더호텔에서 열렸던 병원협회 제18차 정기총회에서의 정부측 인사의 발언과 병원협회보 창간기념 인터뷰에서 보험실시 당시의 보사부장관 발언은 그간의 사정을 시사하고 있다.

즉 병원장들이 의료보험실시에 있을 전기 한바와 같은 부작용의 가능성을 들어 반대하자 정부측의 인사인 P교수는 “원장님들 반대하시면 안됩니다. 의료보험

은 안보적차원에서 해야합니다.” 의료보험이 어째서 안보적차원이냐는 모원장에 반론에 “내가 WHO회의에 갔을때 이북대표가 나와서하는 말이 몇년몇월몇일자 동이일보에는 입원보증금이 없어서 입원을 못해 환자가 죽었고, 몇년몇월몇일 동양방송에서는 수술보증금이 없어서 수술을 못받고 환자가 죽었다고 보도하였다. 그러니 우리가 남조선 인민을 해방해야 되겠다.”고 발언했으니 안보적차원이 아니냐고 대답하였다. 이렇게 정치적 필요에 의해서 강행된 의료보험은 의료계가 염려했던대로 큰 부작용을 초래하고 의료수준을 후퇴시켰으며 오늘의 의료계의 열악성의 근본이 되었다.

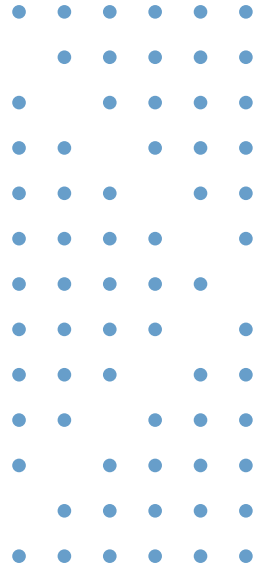
의료보험수가가 얼마나 저렴하고 부당했는가는 의료보험실시 1년간의 병원의 경영실태조사 분석에서 여실히 증명되었다.

1979년 6월 5일 대한병원협회는 고려대학교 기업경영연구소에 용역(용역비 2,000만원)을 부탁해서 철저하고 정확한 병원의 경영실태를 조사분석하였다.

분석대상병원은 공정성을 기하고자 대학병원을 제외한 일반종합병원인 한일병원(서울), 전주예수병원(호남), 부산침례병원(영남) 3개병원과 특수병원인 동원보건의원(강원도 탄광병원)의 4개 병원으로하고 4개월간에 분석검토 끝에 1979년 11월 20일 병원경영관리 및 실태조사보고서가 제출되었다. 이에 의하면 현행의료보험수가 수준은 전반적으로 보아 의료원가를 보상하지 못하고 있으며 적정이윤(당시의 1년간 은행금리 18%를 기준으로 함)을 포함해서 계산한 경우에는 원가보상률은 50~70% 수준에 머무른다는 결론이 나왔다(B병원 75.9%, 병원 49.95% 등). 병원집행부는 이 보고서를 보사부장관에게 제시하고 이의 조속한 시정을 요구하였으나 결과적으로 오늘날까지 보험수가는 정상화되지 않고 있으며, 이것이 의료계의 최대현안으로 존속되고 있다. 이렇게 보험수가가 비정상적으로 낮게 책정된 사실에 대하여는 후일에 병협의 기관지인 “병원신보” 창간기념호에 실린 당시의 보사부장관 회고담에서도 찾아볼 수 있다.

즉 당시의 장관은 “의보수가는 당시의 관행수가의 60% 정도에 해당되었다. 당시에는 정치적 판단에 따라 의료보험을 실시해야 했으며, 낮은 보험수는 적당한 시기를 보아 정상화할 계획이었으나 인사이동 등으로 여의치 못하였다” 고 말하고 있다(1986년 4월 21일 병원신보 창간기념 인터뷰, 대담자의 증언).

이렇게 책정된 불합리한 의보수는 매년 물가변화에 따라 소폭 인상되었을 뿐 수가가 정상화될 수 없었고, 또 의보수가가 적정선까지 정상화 되지 않는 한 의료



계가 처한 열악성은 벗어날 수가 없고, 점점더 악화될 것이 분명하다.

우리는 국민 모두의 건강유지와 향상을 위해서 의보수가를 정상화 해야 한다. 그렇게 되기 위해서는 첫째로 의료계가 자성하고 자체정화를 철저히 하고 강력하게 추진함으로써 국민으로부터의 신임과 존경을 회복해야하고 이를 바탕으로 국민의 이해하에 의보수가를 정상화하는 용단이 필요하다.

보험수가가 낮게 책정된 원인중의 하나는 당시의 기업주 부담이 곧 생산품의 원가상승으로 이어지고, 수출에 지장을 초래한다는 전경련의 주장이 상당한 영향을 미친것도 사실이다. 심지어는 박정희 대통령 조차도 이 문제 때문에 의보실시를 반대하게 되었다고도 한다(1996년 병협 학술대회 VIP실에서의 보사부 J기획실장의 발언).

필자는 의료계가 당면하고 있는 난관을 주로 의보수가의 비정상적인 점과 1952년 부산피난국회에서 통과된 의료이원화 제도에 있다고 믿는다. 당시의 의료계 중진들이 무점건과 무관심의 가치운(의사협회장 심호섭)처사가 세계에서도 유례없는 의료의 이원화를 초래하고 후세에 후유증으로 존속하게 한 것이라고 믿는다.

의료보험실시 이후인 1977년 이후이 병협의 주요임무는 주로 의보수가와 관련된 것이었으며, 가능한 수가를 인상토록 진력하는 것이 주임무가 되어버렸다.

의료보험실시 시기와 의보수가의 비정상적인 제정에 관하여서는 당시의 보사부장관의 초고(1986년 4월 21일 병원신보 창간호)에서도 엿볼수있다. 그는 “1977년 의보실시 당시에는 보험수혜자나 의료공급자, 그리고 상당수의 정부관리들까지도 의료보험제도의 실시가 시기상조라는 견해가 지배적이었다. 의보수가가 저렴할수록 좋다는 이론은 결코 의료분야에서 성립될 수 없다. 왜냐하면 의료수가가 저렴하면 의료의 질이 저하되어 결과적으로 환자들이 피해를 보게 되기 때문이다. 따라서 보험진료수가는 최소한 물가인상 등 주위여건에 따라 자동적으로 달라지도록 할 수 없다고 해도 가장 빠른 시일내에 적정선이 될 수 있도록 하는 것이 무엇보다 중요하다.” 라고 하였다.

1980년 이후부터는 조운해, 백낙환, 노경병, 한두진, 노관택 회장에 의해서 가중되고 다양해지는 병협의 업무가 착실하게 실행되어 정책 단체로서의 병협의 위상이 크게 신장되었다.

병원신임업무와 보험수가의 인상노력은 물론이고, 그 이외의 병협이 업무들로 는 대략 다음과 같은 것을 들 수 있다.

- 국제교류의 활성화 : 1980년 국제병원연맹 이사국 피선

- 병원협회기관지 “병원신보” 발행 : 1986년 4월 21일
- 병원회보 “대한병원협회지” 발간 : 1972년 3월 15일
- 병원회관건립 : 전세사무실(1962.10.24 성모병원 2층)에서부터 자체 사무실 마련 (1986.12. 현재의 사무실)
- 노조파업에 대한 대책 : 병원을 필수 공익사업 범주에 포함케 함으로서(1997년) 파업은 반드시 법의 허용범위내에서 중재위원회를 거쳐야만 쟁의가 가능토록 하였다(이를 위해 한양대병원 파업시 130명이 구속되었다. 1989년).
- 한국병원정책연구회 발족 : 1989년 11월 23일
- 한국병원경영연구원 설립 : 1999년 3월
- 특진제도 도입과 개선 : 1970년대 말부터
- 수련의 새마을연수교육 : 1978년 2월 ~ 1980년까지 3회

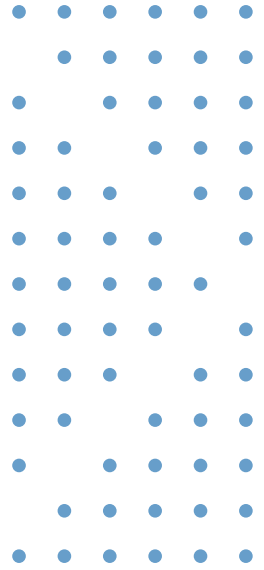
병원협회의 미래에 관해서 필자는 생각나는 점들을 몇가지 적어보기로 한다.
 결론부터 말하자면 병원협회의 미래는 다난하고도 험난할 것이다.

1) 이에 대처하기 위해서는 의사와 의사단체들이 국민으로부터의 신뢰와 존경을 회복하는 것이 선결이다.

그렇게 되기 위해서 의사와 의사단체들은 뼈를 깎을 각오로 강력하고 철저한 자체정화를 선행되어야 한다. 지금까지의 의료계에 대한 제도나 입법 경향을 살펴보면 그 모두가 의사를 불신하는 기반에서 이루어지고 있다. 의약품의 유통기관을 만들어 약가를 30% 낮추겠다는 생각이나, 보험공단병원을 별도로 운영하려는 것이나, 병원에까지 약국을 폐지하겠다는 발상, 수련의를 공모하는 발상 등은 그 예에 속한다.

물론 의료계가 반성과 자체정화를 하지 않은 것은 아니다. 병협만해도 병원 자체정화운동을 꾸준히 펴왔으며, 1985년에는 구체적이고 적극적인 정화운동을 했으며, 1991년에는 전국의 정년퇴임한 의과대학교수 108명이 “의료윤리의 회복과 의권의 확립”이라는 선언문을 채택하기도 하였다.

그러나 아직도 있어서는 안될 부정들이 의료계에서 발생하는 것을 부인할 수 없고, 이들 소수의 부정이 전체 의료계를 불신케하고 있음이 사실이다.



2) 의료보험수가의 정상화

국민이 의료기관을 신임하는 기초위에서 이를 토대로 정부가 과감하게 개정해야 한다. 부당하게 저렴한 의보수가는 각종 부조리를 양산하고 의료수준의 저하가 불가피해지고 결과적으로 국민이 해를 보게 된다.

3) 의약분업은 우리 사회가 신임사회가 되는 것이 선결이다. 의사가 처방한 약이나 주사가 100% 정확하게 조제된다는 보장이 없이는 의약분업은 불가능하다. 아직도 부실공사가 성행하는 불신사회에서는 의약분업은 사회혼란을 가중할 뿐이다. 또 병원의 약국을 없이하는 문제는 환자의 불편을 가중할 뿐이다. 시범적으로 의약분업을 실시하고 있는 일본의 병원 정문앞에는 약국이 즐비하게 늘어 서게 된 현실을 무시해서는 안된다.

4) DRG제도나 RBRVS(상대가치수가제도, Resource Based Relative Value System)의 도입 등이 시도될 것이나, 이 역시 시범적 시행이 선행되어야 한다고 믿는다.

5) 의권의 확립이 필요하다. 아직도 의료분쟁법이 확정되지 못하고 의료분쟁이 발생했을때 환자와 가족들의 난동이 자행되고 있다.

살인강도가 발생했다고 해서 그것이 경찰의 치안부재 때문이라고 경찰서의 시신을 놓고 농성해서는 치안유지가 불가능한것처럼 의료사고가 발생했다고 해서 병원에 시신을 놓고 농성하는 일이 방치되서는 옳바르고 소신있는 의료를 기대할 수 없다. 즉 방어적 진료라는 웃지못할 현상이 일어나는 것은 결과적으로 환자들에 피해로 돌아간다.

6) 의사의 적정인력 조절에 적극 참여하여야 한다. 의과대학의 증설이나 증원 뿐 아니라 전문의의 비율과 그 수의 조정에 적극적이어야 한다.

7) 의료기관의 과잉시설을 억제해야 한다. 일류병원만을 선호하는 국민의 잘못된 인식은 병원들을 대형화, 일류화로 몰아갔다.

민주화는 소신없는 행정이 아니다. 보사부는 당연히 불필요한 고가, 과다시설을 규제해야 한다.

예를들어 고가한 감마나이프, MRI, CT 등의 지나친 설치나 그 기계들의 실용적 성능여부까지 꼭 점검되어야 한다. 그래야 의료비를 줄이고 부정을 방지할 수 있다.

심장외과 등 특수클리닉은 그 기량과 수요에 따라 마땅히 규제되어야 한다(이것이 선진국의 선례임을 참고로 해야한다.).

기량과 설비가 불충분한 심장외과에서 수술하면서 배우겠다는 식은 죄악이다. 정부는 마땅히 적정한 수가와 적격한 심장외과로 규제해야 한다.

8) 병원회원중에는 대형종합병원 뿐 아니라 군소병원들이 포함되어 있으므로 이들 양자간의 이해와 협력을 도모하는데도 힘써야 한다. 현재는 전국중소병원 협회(1985년)가 조직되어 있다. **KHA**

