

국민의료 보장을 위한 의료의 특성적 고찰

정명채(한국농촌경제연구원)

I. 의료의 본질과 특성

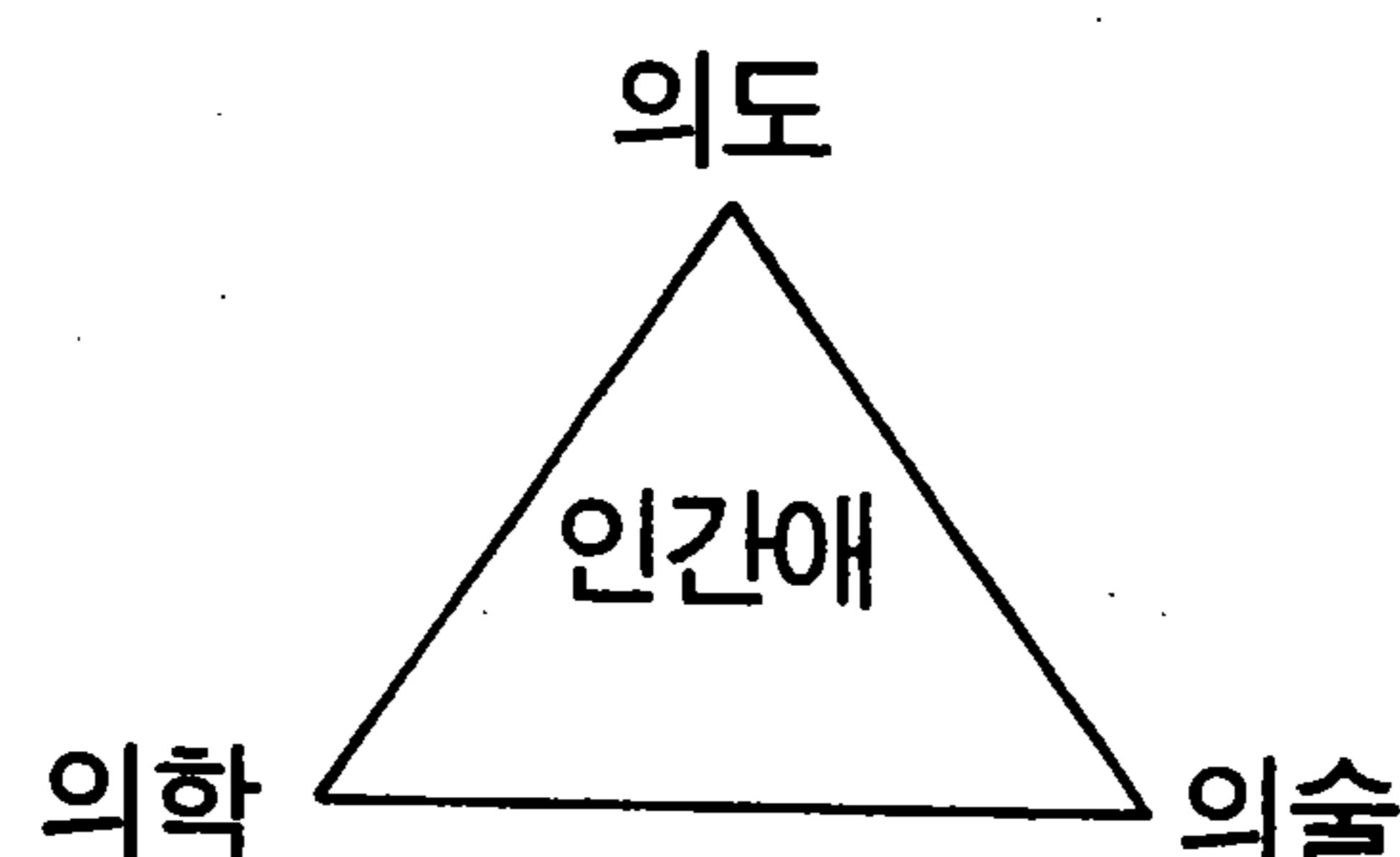
인간은 하나의 생명체로서 자연 속에서 사회를 이루고 살아가는 가장 진화된 고등 동물이라고 말한다. 그러나 인간도 자연 속에 함께하는 생명체이기 때문에 살아가는 과정에서 여러가지 원인에 의해 질병이 발생하거나 건강 장해를 받게 되며, 그것이 지나치면 생명의 소멸까지 초래하게 된다. 이러한 위험과 어려움을 해결하기 위해서 인간은 인간의 생명·건강·질병 문제에 집착된 의료를 발전시켜 왔다. 그래서 의료라는 것은 인간을 중심으로 생명과 건강 및 질병 문제를 자연과학적 방법으로 연구하는 의학, 질병 치료와 건강 관리 등 의학의 실제 적용을 위해 개발된 의술, 그리고 의료가 지향해 나가야 할 길인 의도(醫道)가 종합적으로 어울어져 조화를 이루는 인간애(人間愛) 활동이라고 말해 왔다. 여기에서 의학은 인간을 사랑하는 과학이고, 의술은 인간을 아끼는 기술이고, 의도란 인간 사랑을 베푸는 방법이요 도리라고 정의될 수 있다. 의료의 의미 속에는 그래서 항상 인간애(humanitarism)가 중심하고 있으며, 그것이 목적하는 것은 건강 유지를 통한 명랑하고 건전한 생활 유지이며, 그 궁극에는 인류의 복지 증진이라는 이상(理想)이 있다.

그런데 의학이 인간의 생명·건강·질병 문제를 '자연과학적으로 연구하는 것'이라고 하지만, 그 속에 인간을 사랑하는 마음이 중심하고 있지 못할 때 그것은 진정한 의학이라 할 수 없다. 의학이 인간에 대한 태도를 가지지 못한 상태에서는 알아내지 못했던 질병 발견에 도취되거나, 의학 이외의 분야

에서 인간애 활동으로 추구되고 탐구되어 발견된 것을 배척하는 등 폐쇄적이고 편협된 학문으로 발전하게 된다. 그리고 의학이 그러한 범주에 머물게 되는 한, 그것의 발전이 인류에게 기여하는 것은 기대할 만한 것이 되지 못한다. 마찬가지로 의술도 인간을 아끼는 기술이기 때문에 그 중심에는 인간애(人間愛)가 중심해 있어야 하고, 인간을 질병으로부터 구하고 건강을 유지하게 하며, 생명을 아끼기 위한 필요한 기술이어야 한다. 의술은 의학을 인간이나 사회에 적용하는 것으로 현실 적용의 실천 기술이 되어야 한다. 그리고 실천적인 적용은 항상 그 사회와 그 풍토에 알맞게 응용하는 것을 말하며, 의학의 참의미는 여기에서 나타날 수 있다.

의도(醫道)라는 것은 인간에게 사랑을 베푸는 도리를 말하는 것이므로, 이것은 곧 의료가 가져야 할 가장 중요한 참길이라고 할 수 있다. 의학이 인간 사랑의 과학이라면, 의술은 이를 개인이나 사회에 적용하는 기술이다. 그리고 의도(醫道)는 의학과 의술이 지향해 나아가야 할 윤리적 지주이다. 특히 의료의 내용은 인적인 것과 물적인 것으로 나누어 볼 수 있는데, 그 중에서도 인적 요소가 함양하고 있어야 할 기본적 윤리가 정립되어야만 물적 요소의 정의적(正義的) 수요와 공급이 가능하게 된다.

의료의 구성



이처럼 의료를 구성하는 세 가지의 요소는 인간을 사랑하는 마음을 바탕으로 조화를 이루며, 상호 연계된 형태를 보인다. 그래서 의료는 이 필수불가결한 세 요소와 인간애를 바탕으로 조화를 이루어야 한다. 의료(醫療)가 사람을 아끼고 사랑하는 정신을 가지지 못하게 될 경우 진정한 의료라고 하기 어렵게 되며, 인간을 사랑하는 과학의 사회 적용이라는 인술(仁術)에서 멀어지게 된다. 결국 의료의 본질은 인간애에 있으며, 그것이 인술로서 표현

되고 인술이 있음으로써 인간의 건강은 유지되며 사회생활도 명랑하게 되어 사회 유지를 통한 인류 복지 증진에 기여하게 된다는 결론이다.

그러나 한편으로 의료는 그 나름대로의 특성을 가지고 있어서, 의료의 본질과 목표를 뚜렷하게 하지 못할 경우 바람직하지 못한 방향으로 발전하게 되고, 사회에 문제를 심화시키게 된다고 한다. 의학은 순수과학이 아닌 응용 과학이며, 이 응용과학의 의미는 의료라는 인간적 행위를 통해서만 나타나게 된다. 그런데 의료는 의학이라는 응용과학을 특성이 각각 다른 개인이나 사회에 적용시키는 상황 적응의 긴밀성이 요구되는 행위이다. 의료의 상황 적응이나 현실 적용의 중요성은 인간 자체가 각양 각색의 특징을 가지는 생명체이기 때문에 똑같은 질병에 대한 동일한 치료 방법을 써도 그 효과가 전혀 다르게 나타날 수 있다는 치료 대상의 특징에서 비롯된다. 이러한 특징은 곧 의료가 의학을 인간에게 적용하는 과정에서 이성과 감성을 충동원한 인간적 행위로 이루어져야만 그 효과를 제대로 거둘 수 있게 된다는 의료 행위상의 특징을 부각시키게 된다. 의료를 행하는 의료인이 사람을 사랑하고 아끼는 마음에서 의학을 적용할 때, 그리고 이것을 받아들이는 개인 또한 의사 를 믿고 그의 행위를 받아들일 때 치료도 원만하게 되고 효과도 훌륭하게 얻을 수 있어 주는 자와 받는 자가 모두 만족한 결과를 가질 수 있게 된다.

그런데 의료란 대부분의 경우 의료인에 의한 공급독점적 성격을 가지고 있어 대체(代替)가 불가능해지는 특성을 가지며, 따라서 의료인 개개인의 인격과 기술에 전적으로 의존하게 되는 특성을 지닌다. 의술이나 의학에 대한 정보를 독점하게 되는 의료인에게 환자나 일반 개인은 의료의 방법이나 기술을 구체적으로 요구할 수 없기 때문에, 그 공급은 의료인이 독점적 영역 으로 확보하게 되어 있다. 뿐만 아니라 이러한 상태에서의 의료는 대체성(代替性)이 없게 된다. 어떤 질병을 고치기 위해 그 환자에게 필요한 의료에는 여러 가지의 선택가능한 방법들이 있지는 않으며, 오직 그것을 치료하여 생명을 보호하고 건강을 회복하게 하거나 유지하게 하는 최선의 길밖에는 없다. 왜냐하면 인간의 생명은 하나밖에 없고 그 생명을 연습삼아 다루는 것은 허용될 수 없기 때문이다. 그리고 인간을 사랑하는 만큼의 '생명 존중이라는

의도(醫道)에서 최선의 치료 방법 외에는 사용해서는 안되기 때문이다. 그래서 의료는 항상 최선의 방법으로 충분하게 공급되어야 한다는 원칙이 적용된다. 성의가 없거나 기술이 부족하거나 또는 생명을 경시하여 충분하지 못한 의료를 공급하게 될 경우, 또는 차선의 의료를 공급하게 되는 경우, 그 것은 오히려 처음부터 의료 공급을 단념한 것보다도 나쁜 결과를 초래할 수도 있고 목적한 바를 이룰 수 없게 되기 때문이다. 특히 질병에 따라서는 긴급성을 요하는 것들이 많으며, 그러한 질병일수록 대체성(代替性)도 없고 치료의 충분성이 요구되는 성격을 지닌다. 그리고 그와 같은 질병은 의료인의 공급독점적 영역이 확고하여 환자의 의료인에 대한 의존도가 절대적인 것으로 된다. 그래서 역사적으로 보면 종종 의료가 의료인의 인격적 행위 속에서 최선을 다하는 인술로 베풀어지게 하기 위해서는 비영리성이어야 한다고 주장하게 되었다. 이와 같은 주장이 강력하게 제기되는 경위는 역시 자본주의 사회의 의료에서의 특징인 ‘의료의 상품화’ 경향이 심화됨에 따른 문제점에 기초하고 있고, ‘질병 발생의 원인이 상당 부분 사회적인 것’이라는 인식에 기초하고 있다.

II. 산업화 사회와 의료의 상품화

의료의 본질은 인간을 사랑하고 아끼는 실천과학인데, 사회적 여건에 따라 그 기능을 발휘할 수도 있거나 전혀 다른 방향으로 발전할 수도 있다. 그것은 의료가 가지는 특성에서 비롯되며 사회경제적 제도에 의해서도 나타나게 된다. 이와 같은 의료의 변질(變質) 문제로서는 최근 학계에서 중요하게 제기하고 있는 ‘자본주의의 발전과 의료의 상품화 경향’ 및 ‘사회적 원인에 의한 국민 건강의 위협’이라는 과제라고 볼 수 있다. 자본주의의 발전과 시장경제에 따른 산업사회의 발달은 상품이나 서비스 생산 과정에서의 인간 노동이 생산 요소로 편입되어 이윤과 자본 증식의 도구로 예속되는 경향을 보여 왔다. 이 과정에서 인간 노동이 가지고 있던 창조성이나 자신의 변화

가능성 등 고유의 의미를 잃게 되었고, 인격을 동반하지 못한 생산 요소로서 이윤 추구의 도구가 되었다. 그 결과 인간 노동이 단순화되고 기계화되었으며, 그러한 노동의 권태나 불만감이 생기기 시작했다. 노동이 단순화되고 기계화되어 노동을 통한 자기 표현이나 자기 승화의 기회가 소멸될수록 여가 시간의 활용이나 다른 방향의 자기 표현 기회가 주어져야만 하는데, 노동을 단순한 생산 요소의 투입으로만 보게 되는 산업사회 속에서는 그러한 기회 창출이 여가적 지출로 간주되어 낭비적 요소로 인식되어 왔었다. 따라서 이러한 노동의 환경 조건은 열악했다. 이것은 노동자의 무력감이나 스트레스를 유발하는 원인이 되었으며, 직업병이나 산업 재해를 늘리는 결과가 되었다. 한편으로는 산업 발전이 이윤 추구나 자본 증식을 지나치게 추구하게 되고 그 경쟁이 과열됨으로써 환경 파괴나 공해 배출 등 생활환경 조건을 악화시키고, 공해 상품이나 유해 식품의 생산 등 국민 건강을 위협하는 사회 구조를 만들게 되었다. 이와 같은 사회경제적 구조와의 연관성 속에서 발생하는 공해 문제는 결국 국민 중에서도 약자들, 즉 노약자나 어린이 또는 도시 빈민층에게 더 많은 영향을 주게 되었다. 뿐만 아니라 최근의 산업 발전이 국제적 분업화 형태를 띠고 있어 선진국들의 공해산업 수출로 인한 후진국들의 건강 위험 부담은 더욱 어려워지고 있는 셈이다. 이렇게 사회적 원인에 의한 국민 건강 위협이 증가하는 것은 산업화를 지향하고 있는 국가들의 일반적 현상이며, 과열된 시장 경쟁과 치부적 욕심에서 비롯된다.

이와 같은 과열 경쟁과 이윤 추구의 과욕화는 인간의 생명을 다루는 의료 까지도 투자 가치를 가지는 상품으로 편입시키게 마련이다. 의료가 상품적 가치를 가지게 하기 위해서는 예방적 의료보다는 질병 발생에 대한 치료적 의료여야만 구매력도 늘고 이윤 실현도 보장되므로, 국민질병 예방이나 건강 관리보다는 질병 치료를 중심으로 발전하게 되어 치료 기술과 방법이 고급화되는 경향을 보이게 된다. 그 결과 의료는 인간의 기본적 요구로서의 특성을 상실하고 인간 사랑의 과학을 실천하는 인간적 행위가 아니라 구매 능력에 따라서 분배되고 공급되는 경제 행위가 된다. 의료가 경제 행위의 성격을 가지게 되면, 그것은 수요자의 가격 지불 능력이 관건이 되어 구매력이

약한 저소득층이나 취약 계층은 의료 접근이 어렵게 된다. 왜냐하면 서비스 상품화된 의료가 보다 많은 이윤을 발생시키기 위해 치료 기술이나 장비가 고급화되어야 하고, 가격이 비싼 상품일수록 이윤의 폭이 커지기 때문이다. 이러한 상태에서는 의료인들의 관심이 고급 의료나 사치성 의료의 수요자를 우대하는 쪽으로 발전하게 되며, 대중 의료나 보건 의료를 천대하는 방향으로 발전하게 된다.

의료의 상품화는 의료가 의료인들의 축재 수단이 되게 하든가 의료 기업의 이윤 추구 수단으로 되게 하기 때문에, 모든 의료의 특성이 공급자에게 유리하게 활용되는 것이 특징이다. 예를 들어 환자의 경우 생명을 구하기 위해 질적·양적으로 충분한 치료를 요구하게 되고, 의사는 그것을 이용하여 의료의 초과 공급이 가능해진다. 이 때에 공급된 의료 내용이 과잉 공급인지 아닌지는 환자의 신체적·정신적 조건에 따라서 동일한 질병이라도 전혀 다른 치료 수단을 쓸 수 있다고 주장하는 의사들의 독점적 영역이기 때문이다. 뿐만 아니라 의료 상품은 구매자의 구매 능력에 따라 소비되므로 구매 능력이 높은 부촌이나 도시 지역으로 의료 기관과 의료인의 집중이 나타나게 되며, 의료 자원의 지역간 격차와 편중화 현상이 심화되게 마련이다. 이러한 상황에서 특히 의료 상품의 수요와 공급 조건에 기초를 두고 의료 영업을 할 수 있도록 법제화한 개업의사제도(開業醫師制度)는 지역간 의료 자원의 편중화 현상을 제도적으로 촉진시키는 결과가 되었다. 물론 개업의사제도가 아니라고 하더라도 의료가 상품화된 사회에서 의료인들이나 의료 기관들이 의료의 구매력이 높고 인구조밀한 도시 지역으로 집중되는 현상을 막을 수는 없다. 그러나 보건 의료를 중시하는 공공 의사나 공중보건 의사 또는 가정의사제도가 약화됨으로써 의료인들이 지식과 권력을 통해 자신들의 이익에 가장 적합한 환경을 조성하게 되는 지금의 상황은 제도상의 문제점으로 파악할 수밖에 없다. 그리고 이러한 제도상의 문제점은 의료의 특징 자체에서만 기인하지는 않으며, 여러가지 경제와 사회정치적 체제를 비롯하여 교육이나 복지제도 등의 모든 면에서 종합적으로 작용하는 영향을 받고 있음을 알 수 있다.

III. 의료 자원의 도시 집중

우리 나라에서 의료 자원의 지역간 편중화 경향은 매우 심한 편이며, 지금 까지의 중앙집권적 행정으로 인한 수도권 이상비대화 현상을 그대로 반영하고 있다. 뿐만 아니라 우리 나라의 의료가 상품화되고 의료의 상품화를 통한 이윤 추구와 의료 기업의 발생이 두드러지게 나타나고 있어 저소득 계층이나 농어촌 지역의 의료자원 분배에 문제가 있음을 보여주고 있다.

1990년 말까지 보건사회부에 등록된 의사의 수는 총 42,554명이었지만, 이들 가운데 현업에 종사하고 있는 것으로 예측되는 의사협회 등록 회원의 수는 1991년에 29,194명이었다. 이들 가운데 12,606명(43.18%)이 서울시에 취업되어 있고, 수도권 지역이라고 할 수 있는 인천시·수원시 등 서울 주변의 15개 시군을 포함해 보면 15,064명(51.6%)으로 반수 이상이 수도권에 집중되어 있는 셈이다. 전국의 도시 지역과 농어촌 지역을 비교해 보면, 도시 지역에의 의사 집중률은 91.7%이며 농어촌에서는 5.4%일 뿐이니 지역 간 의료 자원의 편중화 현상은 심각한 수준에 이르고 있는 셈이다. 또한

〈표 1〉 취업 의사의 지역별 분포(1991)

지 역 별	의사수(명)	비율(%)
총	계	29,194
도	시	26,770
서	울	12,606
대	도	7,781
소	도	6,383
농	촌	1,591
군	대	833

※ 대도시 : 부산·대구·인천·광주·대전 직할시

소도시 : 대도시를 제외한 시 지역

자료 : 대한의학협회, 「전국 회원 실태조사 보고서」(1990. 5. 1~1991. 4. 30)

종합병원에서 조산원에 이르기까지 모든 의료 시설의 도시 집중률도 90%이며, 병상 숫자도 도시 지역에 85.5%가 집중되어 있는 형편이다. 농어촌 의료를 전담하고 있는 의료 기관은 국공립 보건의료 기관인 보건소와 보건지소이며, 이곳에 근무하는 공중보건 의사들은 대부분이 수련의나 전공의로서 의료의 질적 격차를 보이고 있다. 전국적으로 137개군 1,441개 읍면(서울과 5대 도시 제외)에 207개의 보건소와 1,305개의 보건지소 및 2,008개의 보건 진료소가 설치되어 공중보건 의사 2,389명과 촉탁 의사 30명이 전담하고 있다. 보건진료소는 산간 오지와 해안 섬 지역 등 의료기관 출입이 불편한 곳에 간호사를 파견하여 주민의 건강 관리와 1차 진료를 담당케 하는 곳이며, 보건지소는 읍·면 소재지에 1개소씩 설치된 보건의료 기관이다. 이 지소에는 군 복무를 대신하여 3년 간씩 근무하게 되는 수련의나 전공의들로 구성된 공중보건 의사가 1명씩 배치되어 있다. 1개 면은 보통 1,000~2,000호 정도로 인구가 3,000~8,000명 정도 되므로 경험도 없는 공중보건 의사 혼자서 감당하기는 힘겨운 형편이다. 더구나 보건지소는 지역 보건 관리의 총괄 기관으로서 전염병 예방이나 방역 등의 보건의료 사업 외에 생활 보호 대상자에 대한 의료 보호 사업과 일반 주민에 대한 의료보험 사업을 모두 수행해야만 하므로 어려움을 겪게 된다. 면 단위에 민간 의원이 있는 곳은 몇 개의 특수한 지역뿐이며 대부분이 보건지소 하나로 주민의 의료가 전담되는 형편이어서 의료의 질이 낮아지고 이용이 불편해지게 된다. 더구나 보건의료 기관은 원래 국민 서비스 의료 기관으로 예방 의료와 방역 및 주민 보건 관리가 주업무였는데, 의료보험의 실시되면서 지역 의료기관이 부족하므로 보험의료 사업까지 떠맡게 되어 업무의 과중화는 물론 의료 사업의 성격이 변질되는 혼란을 겪게 되었다. 보건의료 기관은 국가 재정으로 운영되고 무료서비스적 예방 의료를 중심으로 일해 왔었다. 그러던 것이 의료보험 실시 이후 보험 의료까지 도맡아 하게 되어 공무원의 성격을 띠게 되는 공중보건 의사가 치료 중심의 상품 의료를 맡도록 되었으며, 이제는 보험 의료가 주업무가 되어버렸다. 행위당 수가제도에 따른 보험의료비 청구서를 작성해야 하고 환자에게서는 일부의 본인 부담금도 받아야 하며, 보험 환자를 많이 받아야

만 운영 수익금이 생기게 되어 지소 운영을 잘할 수 있도록 제도화하게 되었다. 그 결과 보건지소는 공공보건 의료 기관으로서의 성격이 사라져 가고 있으며, 예방 의료나 서비스적 의료는 관심도 가지기 어렵게 구조화되고 있는 실정이다.

한편 지역 의료 전담 기관인 보건소와 보건지소의 공중보건 의사들은 군 복무 대신 3년 간을 의무적으로 근무하게 함으로써 지역이나 주민에 대한 애정이 없고 소홀히 근무하는 경우가 많으며, 심지어는 인근 도시 지역의 민간 병원에 야간 근무나 돈벌이 출장 근무를 일삼는 경우가 많아 의료인이 인간 사랑의 의료 철학을 저버린 극단적 형태를 보여주고 있는 상태이다.

〈표 2〉 보건소·보건지소·보건진료소 현황 (1991년 6월말 현재)

구분 시 · 도별	보건소 (개소)	보건지소 (개소)	보건진료소 (개소)	보건지소 배치 의사(명)		
				계	공중보건의	촉탁의
계	263	1,324	2,038	2,419	2,389	30
서울	22	—	—	—	—	—
부산	12	2	4	—	—	—
대구	7	—	—	—	—	—
인천	6	3	2	—	—	—
광주	4	9	16	—	—	—
대전	5	5	8	—	—	—
경기	39	160	216	292	274	18
강원	22	91	142	177	177	—
충북	13	93	165	161	161	—
충남	19	159	242	297	287	10
전북	20	145	261	289	289	—
전남	27	214	345	390	390	—
경북	34	230	340	430	430	—
경남	29	202	253	360	358	2
제주	4	4	44	23	23	—

IV. 국민의료 보장과 의료보험의 문제점

국민을 질병으로부터 보호하고 건강한 사회를 유지하기 위하여 국가가 만 들어 놓은 의료보장제도에는 의료보험제도를 비롯하여 의료 부조와 의료 보호 및 보건서비스제도가 있다. 의료보호제도는 자력으로는 의료 부담이 완전치 못한 저소득층과 군·경 원호 대상자 또는 군인과 경찰(독일) 및 노인 층을 대상으로 의료비의 일부를 보조하거나 전액을 지원하게 되는 국가적 의료 사업의 일환이다. 의료부조제도는 공적 부조로서 빈곤 구제에 기초하고 있으며, 의료보호제도는 사회보호제도의 하나이며 국가적으로 보호받아야 할 특수 계층에 대한 보호 사업으로 그 성격이 각각 다르다.

보건서비스제도는 국민의 기본적 건강 관리와 기초 의료를 보장하기 위하여 예방 중심으로 실시하게 되는 공중보건 의료를 말한다. 그러나 의료보험 제도는 질병의 치료시 그 비용 부담을 보험 방식에 의해 다수의 국민 가입자가 공동 부담하게 함으로써 의료의 접근을 용이하게 할 수 있다는 위험 분산의 원리를 의료에 적용한 제도이다. 따라서 보건의료 서비스는 국가의 세금 수입원으로 집행되는 국민의 기초 보건 의료에 중점이 주어지고, 의료보험 제도는 국민 개개인의 보험료 부담 능력에 비례한 비용 각출과 치료 중심의 의료에 중점이 주어지게 된다.

이들 네 가지의 의료보장 체계는 국민 의료를 위하여 어느 하나라도 소홀하게 다를 수 없는 것이긴 하지만, 의료부조제도나 의료보호제도는 특수한 여건에 처해진 일부의 국민 계층에게 의료적 특혜로서 시행되므로 여기에서 는 그 논의를 생략하기로 한다. 국민의료보험제도와 보건서비스제도는 국민 의료 보장에서 중요한 역할을 담당하는 제도이므로 이들 제도가 의료자원 배분이나 의료 발전에 어떤 영향을 주게 되는가를 잘 살펴보아야 한다.

의료보장 체계 가운데 국민의 건강과 의료 보장이 견고하게 되도록 하려면 무엇보다도 예방을 중시하는 보건 의료가 우선되어야 하며, 그것의 기초

가 되는 보건의료 기반 확충이 매우 중요하다. 그런데 우리 나라에는 보건의료 부문의 비중이 매우 낮고, 그것도 해마다 치료를 중심으로 하는 의료보험 사업 확장에 의해 줄어들고 있는 형편이다. 보건과 의료보장 부문의 예산 편성을 보면, 보건 의료가 17.3%에 전년도 대비 12.1% 증가되고 의료보험은 63.6%로 전년도 대비 29%가 신장되어 절대적 비중을 차지하고 있다. 이와 같은 추세로 볼 때 앞으로 우리 나라의 국민보건 의료는 치료를 중심으로 하여 개인 부담에 비중을 두게 되는 의료보험 사업으로 대체될 것이라는 전망을 하게 된다.

〈표 3〉에서는 의료보험과 의료보호를 의료 보장 부문으로 묶어 놓고 있지만, 원래 의료 보장의 의미는 국민의 건강 유지 증진과 질병의 방지 및 치료를 위한 모든 보건 의료를 포함하는 포괄적 의미로 사용하고 있다.

의료보험과 보건서비스제도를 나라에 따라서는 정확하게 성격 구분하여 질병보험제도(Krankenversicherung:독일·프랑스 등) 또는 건강보험제도(Gesundheitsdienst:영국·아일란드 등)라고 표현하고 있으며, 그것을 구분하는 기준은 예방 중심인 보건 의료와 보험 의료를 포괄적으로 수용하고 있는가 혹은 치료 중심의 보험 의료만을 수용하고 있는가에 따른다. 건강보험제도는 국민에게 건강세나 건강보험료라는 형태의 부과금을 각출하여

〈표 3〉 보건 및 의료보장 부문 예산의 증감

단위 : 백만원(%)

구 분	1990년 예산	1991년 예산	전년도 대비 증감률
보건 의료 예산	139,660(19.0)	154,549(17.3)	12.1(%)
지역 의료 기반 확충	38,601	41,654	
공중 보건 관리	101,059	114,893	
의료 보장 예산	596,971(81.0)	748,086(82.7)	25.3
의 령 보 험	445,686	575,106	29.0
의 령 보 호	151,285	172,980	
합 계	736,631(100)	904,635(100)	22.8

※ 의료 부조 사업은 의료 보호 사업으로 포함됨.

자료 : 경제기획원, 「예산개요」, 1991.

국가적 차원에서 1차 보건의료부터 질병 치료까지 모두를 보장해 주고 있지만, 질병 보험에서는 개인의 건강 진단과 질병 치료만을 보장해 주고 수의자 부담 원칙에 입각한 보험료를 각출하고 있다. 그런데 우리나라나 일본의 경우에는 의료보험제도라는 용어를 적용하면서 실제로는 질병 보험의 성격을 벗어나지 못한 형태를 가지고 있다. 더구나 우리나라 일본의 의료보험제도는 개인이 속해 있는 직업이나 직종에 따라 각각 다른 의료보험제도를 적용받게 되어 있어 그 성격이 개별 부담과 세분화 체계에 더욱 접근되어 있는 셈이다. 그런데 의료의 상품화 경향이 심화된 의료의 자유시장경제 체제 속에서는 질병 보험이 건강 보험보다 훨씬 더 치료 중심의 의료 상품화 현상을 촉진시키게 되며, 국민 개별 부담의 직종간 세분화된 보험제도가 더욱더 그 경향을 부추기는 효과를 가진다. 원래 의료보험은 사회보장제도의 하나인 사회 보험이므로 국가의 공권적 개입으로 이루어지는 강제 보험이며, 그 비용도 국민의 의무 각출인 것이 특징이다. 따라서 의료보험은 사회 보험의 원칙인 “능력에 맞는 부담과 필요에 따른 급여”가 지켜져야 하며, 모든 국민이 동일한 제도 속에서 형평에 맞는 부담을 하고 의료의 접근 기회가 공평해야 한다. 그러나 우리나라의 의료보험은 국민의료보험법과 공무원·교직원 의료보험법으로 2원화된 법 체계에다 직장의료보험·지역의료보험·공교 의료보험 세 가지 관리 조직 체계를 가지는 비합리적 형태로 만들어져 있다. 특히 조합이라는 소규모 보험 조직관리 방식을 택하면서 의료보험은 직종별·지역별로 분리되는 재정 운영에 의해 사회 보험 기능인 위험 분산이나 ‘형평 있는 부담과 필요에 따른 급여’를 실현하지 못하게 되고 말았다. 직장의료보험은 젊고 건강한 가입자들이 집중되므로 사회경제구조적 흑자 요인에 의해 법정 최저 각출 규정인 소득의 3%선 이하로 더 내려야만 할 상태에서도 보험 재정 적립금이 7,326억원으로 누적되어 93%의 적립률을 보이고 있는데, 지역의료보험조합들은 의료보험 실시 이래 매년 전국 평균 14%에서 38%까지 보험료를 인상시켜 왔어도 1990년의 재정 적자는 693억원으로 1989년의 적자 270억의 2.6배나 늘어났다. 농어촌의 지역조합들은 몇 개의 오지 군조합을 빼놓고는 모두가 적자를 내는 형편이지만, 분리 조직 체계를 고집하는

행정편의주의자와 수익자 부담의 원칙을 주장하는 분립주의자들에 밀려 의료보험제도의 통합 조정은 벽에 부딪쳐 있는 상태이다. 이제 지역의료보험은 늘어나는 노인 인구와 직장으로부터의 퇴직자·산업재해자·직업질병자 유입에 의한 재정 적자 요인을 해결할 능력이 없으며, 이와 같은 사회구조적 적자 요인까지 떠맡게 된 지역 주민들의 반발로 운영이 어려운 상태에 와 있다. 뿐만 아니라 매년의 보험료 인상과 보험료 부과 기준의 불공평성에 따른 부담의 과중화 문제도 심각하게 제기되고 있는 문제 가운데 하나이다. 실제로 농어촌의 지역의료보험의 보험료는 1988년 전국 확대 실시 당시 평균 1인당 1,323원이던 것이 1991년에는 2,711원으로 3년 동안에 200% 이상이나 인상되어 이제는 직장인보다도 1인당 140원씩을 더 내게 되었음에도 불구하고 지역조합의 적자는 계속 늘어나고 있는 상황이 되었다. 이같은 결과도 결국은 의료보험 조직을 다원화하고 재정을 조합 단위의 독립 방식으로 하여 보험료 인상을 손쉽게 만든 분리주의(소위 조합주의) 조직 운영에 기인한다.

다음으로 중요한 문제는 의료 보수 지불 방식이다. 보험제도가 다원화되어 있는 상태에서 그리고 건강 보험의 포괄적 방식이 아닌 상태에서 치료 방법 하나하나를 가격으로 만들어놓은 행위당 수가 방식은 더욱더 의료 재정을 어렵게 만든다. 그래서 행위당 수가 지불 방식을 취하고 있는 우리나라 는 포괄 수가제나 총액 보수 계약 방식을 적용하고 있는 독일보다 그리고 완전한 보수제를 적용하고 있는 영국보다 더 의료의 상품화 현상으로 인한 문제점을 부각시키게 되었다. 치료 기술이나 치료 방법 한 건당 얼마씩의 가격을 정해 놓고 그것으로 소득을 올릴 수 있도록 함으로써 의료 행위 자체가 상품이 되는 확실한 제도가 되어버렸다. 의료인들은 소득을 올리기 위해 비싸고 이윤이 높은 의료 상품을 많이 팔아야 하므로 값비싼 의료 기술의 개발과 의료 장비의 설치는 물론 중복된 진료 행위와 과잉 투약 등 과잉 진료를 하게 된다. 그리고 이와 같은 행위당 수가 지불 방식은 환자와 의사 사이에 직접적인 가격 지불이 일어나지 않고 보험 기관이 대불하게 되므로 의료인들에게는 더욱더 좋은 상품 판매 방식으로 활용되고 있다. 이러한 문제를 대변하고 있는 하나의 예를 보면, ‘의사 단체가 주장하고 있는 약품 판매권’과

‘약사 단체가 주장하고 있는 임의 처방과 조제권’에 관한 의약 분업의 지연 문제를 들 수 있다.

의약 분업(醫藥分業)은 의료에서 의사와 약사의 역할을 확실하게 분담시킴으로써 의료의 독점을 방지하고 국민의 의약품 남용이나 오용을 막아 의료 보장에 기여하려는 것이다. 의사가 질병에 대한 진료와 처방만을 할 수 있도록 하고 그 처방전에 의해 약사가 약을 조제 또는 판매할 수 있게 하는 의약 분업은 의사의 처방전이 환자에게 주어져 공개되게 함으로써 환자가 필요한 약만을 복용할 수 있게 한다. 이것은 곧 상품이 된 의약품을 과잉 판매하게 되는 의료 행위가 규제되는 제도이므로 의료의 상품화를 완화시키는 효과가 있음에도 불구하고, 우리 나라에서는 의사와 약사 단체가 소득 감소의 요인이 된다고 강력하게 반발하여 법 제정이 중단된 상황에 있다. 의약 분업이 확립되지 못함으로써 의료보험은 재정 지출의 큰 낭비 요인으로 상존하고 있는 셈이며, 의약품의 유통 질서까지도 정비되지 못하는 원인을 제공하게 되었다. 제약회사나 의약품 도소매업자들의 판촉 중심에 둔 사업 전략은 의사나 약사에게 영향을 주어 국민에게 더 많은 약을 먹이게 하였고, 의사나 약사들은 의약품 구입이 소비자에게 손쉬운 점을 최대한 활용하여 국민의 건강 관리를 자기들의 소득 전략으로 활용하게 되었다.

의약 분업이 확실하게 되고 있는 나라의 경우, 국민들의 평균적인 의약품 복용량은 분업이 안된 나라보다 30~20% 정도 낮아지게 된다고 하며, 분업이 안되고 의약품 판매 수익을 올리기 위한 과대 선전과 판촉 활동이 강해지면 국민은 약품 남용으로 인해 건강을 해치게 된다고 한다.

그 다음의 중요한 문제로는 의료보험 치료의 경우 본인의 높은 부담률로 인한 문제이다. 의료보험 당국에서는 고급 병원이나 종합병원의 환자 집중을 막기 위해 종합병원 이용의 경우 진료비의 55%까지는 현금으로 본인이 부담하게 만들었다. 입원 환자의 경우에는 진료비의 20%를 본인이 현금으로 부담하게 되지만, 보험 적용이 안되는 비급여 진료 항목을 늘려놓고 있어 결국 국민들의 의료비 직접 부담률은 평균 67%나 된다고 보고되고 있다. (노인철, “의료보험 본인 부담제에 관한 연구,” 1989.) 병원의 경우에는 실

질적으로 의료비의 78%를 본인이 직접 부담해야 된다고 하므로, 의료보험 이 가지는 환자의 비용 부담 완화 효과는 이 경우 22%밖에 안된다는 결론이다. 국민들의 의료 이용이 증가하고 과잉 진료를 막기 위한 대책으로서 그리고 보험 재정의 내실을 기하기 위한 방안으로서 본인부담제도의 존립은 의미가 있겠으나, 그것이 총 의료비의 60~70%가 된다는 사실은 큰 문제 가운데 하나이다. 과잉 진료를 막기 위한 근본적 대책이 국민의 자부담률을 높이는 것보다는 오히려 행위당 수가제의 개선이나 의약 분업 및 의사제도의 개선에 있다고 볼 때, 의료보험제도의 본인부담제도에 의한 실익은 국민 건강과 의료 보장의 차원에서 재평가되어야 할 것으로 보인다. 의료보험이 전 국민에게 적용되고 있으면서도 저소득층에게 의료의 접근 용이도는 경제적인 이유로 인하여 점점 더 어려워지고 있다면, 의료보험은 재고되어야만 한다.

이제 우리 나라에서 의료의 상품화 경향과 약품 자유 판매를 통한 의료인들의 의료기관 경영의 소득 전략화 경향은 심각한 상황에 와있다. 의료보험 이 실시되고 있음에도 불구하고 돈이 없어서 치료를 받지 못해 질병이 악화되거나 죽음에 이르게 되는 국민이 있는가 하면, 의료에서 인술이라는 의미는 찾아볼 수도 없는 각박한 상업 행위로 의료가 전락되는 상황에 이르렀다고 하겠다.

V. 국민 보건을 위한 제도 개선 방향

지금까지 살펴보았듯이 우리 나라의 의료 문제는 기초 보건 의료가 약화되면서 치료 중심의 ‘의료의 상품화 경향’이 점점 더 심화되고 있으므로, 이러한 문제들을 해결하고 좀더 국민에게 접근된 진정한 인술 의료를 유도하기 위해서 관련 학계는 물론 관련 부처와 의료인들의 새로운 인식과 노력이 요청된다. 이러한 시각에서 볼 때 의료가 지니는 본질과 특성에 기초하는 산업사회에의 적응 방향을 지혜롭게 유도하기 위한 제도적 장치의 마련이 무엇보다 중요하므로, 본 논문에서는 이 부분에 대해 논의하고자 노력하였다.

우선 우리가 가장 중시해야만 할 의료 문제는 자유시장경제 체제하에서의 의료가 치료 중심의 기술 개발로 그치고, 치료 기술을 상품화하는 ‘의료의 상품화’ 경향이 강해지게 되며, 그것은 곧 의료가 ‘인간 사랑에 바탕을 둔 인·술’로서 유지될 수 있는 사회적 기반을 허물게 한다는 점이다. 그러므로 우리는 국민 건강 보장과 건전한 의료의 발전을 위하여 의학(醫學)·의술(醫術)·의도(醫道)를 중시하는 인간 사랑의 행위 예술이라고 할 수 있는 인술(仁術) 확립에 진력해야 한다. 그러기 위해서는 당장의 의과대학과 약학대학 교과과정 중에 의학방법론과 의료철학이 중요한 필수과목으로 편재되도록 해야 하며, 장기적으로 의료인 양성에 목표를 두는 의학 교육의 방향이 재정립되어야 한다. 물론 동시적으로 필요한 것은 사회의 각종 의료 행정이나 법 규정 및 의료보험제도 등이 의료(醫療)가 인술(仁術)로서 유지 발전 할 수 있도록 하는 방향 개선에 따라주어야 한다는 데 있다.

둘째로는 우리 나라의 의료 사회를 지배하고 있는 치료 중심의 의료를 예방을 중시하는 기초 보건 의료 중심으로 발전시켜야 한다. 보건과 의료 부문의 예산 비중이 우리 나라처럼 치료 중심으로 변화되고 의료비가 수혜자 개인 부담을 강조하게 되는 의료보험으로 집중하게 되면, 결국 보건과 의료의 문제는 국가제도나 사회적 원인에 의해 발생되고 있는 부분까지도 의료 이용자가 부담하게 하는 결과가 되기 때문이다. 특히 치료 중심의 의료와 치료 기술 단위당 가격을 지불하게 되는 지금의 행위당 수가 지불 방식의 의료보험제도는 의료의 상품화 경향을 촉진시키고 의료의 과소비와 비용 증대를 유발하게 한다는 것을 감안한다면, 의료보험 예산보다는 국민 기초보건 의료 예산을 늘리기 위해 개선이 필요하다.

셋째로 우리 나라의 의료보장 체계에서 가장 큰 비중을 점하게 된 의료보험제도가 어떻게 정비되는가에 따라서 국민 보건과 의료 보장의 방향이 결정될 것이므로, 보험제도의 올바른 방향 정립이 요청된다. 의료보험은 모든 국민에게 의무적으로 적용되는 사회보험으로, 그 법 체계가 통일되어야 하며 비용의 부담과 급여가 공평해야 한다. 보험료는 능력에 맞게 부과되고 급여는 필요에 따라 가능하도록 조직관리 운영 체계가 통합되어야만 한다.

그래서 지금처럼 직장에서 은퇴하거나 직업병 또는 노동 사고로 퇴직한 사람들이 지역의료보험으로 편입되어 재정을 악화시키고, 노령 인구의 증가로 인한 재정 적자 요인을 지역 주민에게만 떠맡기게 되는 불합리한 문제는 해결되어야 한다. 뿐만 아니라 통합된 보험법 체계 속에서 보험료의 부과 기준도 국회가 최종 결정하도록 하여 국민의 강제적 부담이 되는 보험료의 형평성이 보장되어야 한다.

넷째로 현행 의료보험의 의사 보수 지불 방식은 치료 방법 하나하나에 가격을 붙여 그 실적에 따라 보수를 받게 되는 행위당 수가제로서 의료의 상품화 경향을 가장 극대화시키는 효과가 있으며 그로 인한 과잉 진료와 의료 재정 낭비가 크므로, 이를 지양하고 질병 종류별로 완치까지의 치료 방법 전체를 수가로 정하는 ‘포괄수가제’ 또는 의사가 맡는 보험환자 숫자에 기준하는 ‘두당 수가제’ 및 봉급 형식의 보수를 정하게 되는 ‘보수계약제’ 등을 연구 개발해야 한다. 이 경우 질병에 따라서는 포괄 수가 적용이 어렵고 의료제도나 사회적 여건으로는 두당 수가나 보수 계약을 불가능하게 하므로, 이를 감안한 병행 방식이나 여건 개선 대책을 세워나가야 한다. 독일의 경우에는 의료보험 기관이 의사 협회와 매년의 의료 보수 총액을 계약하고 그것을 협회는 지역별로 배분하여 기본 보수를 결정한다. 협회는 자체적으로 의사 개인에게 의뢰하고 있는 지정 환자 수·가정 수·진료 실적 등에 따라 비례 보수를 결정하여 함께 지급하게 되므로 결국 보수계약 방식과 두당 수가 방식 및 실적급 방식을 병행하고 있는 셈이다. 결국 행위당 수가제는 보조적인 방법으로 쓰일 뿐 의료인의 보수 기준은 봉급 형태의 보수계약제로 이루어지고 있다는 점이다. 그리고 이것은 이미 독일이 행위당 수가제를 겪어 본 결과 문제를 개선하기 위해 포괄수가제나 보수계약제를 개발한 것이라는 점을 간과해서는 안될 것이다.

다섯째로 위와 같은 행위당 수가제의 문제점을 없애기 위해 보수계약제나 두당 수가제를 도입하려면, 국민들이 지정의사제도나 가정의사제도를 받아들여 불편하더라도 가정 의사를 통해서만 전문 의사를 만나볼 수 있도록 하는 의료 질서에 동참해야 한다. 동시에 질병 발생 형태가 일반 치료를 요하

는 것이 대부분이므로, 일반 의사가 30% 수준밖에 안되는 우리의 의사 인력 구조를 고쳐 나가야 할 것이다. 현재 우리 나라는 전문 의사가 66.4%나 되고 국민들의 지정 의사가 되어야 할 일반 의사의 수는 33.6%밖에 안되므로, 일반 의사를 통해서만 전문 의사를 만날 수 있게 하는 의료의 질서 수립에 어려움이 있다. 앞으로 일반 의사의 수가 늘어나 지정 의사나 가정 의사의 제도가 정착될 경우 의료의 질서 유지를 꾀하는 방법은 한 세대 가입자당 한 정된 수의 진료의뢰 카드를 주고 진료 카드를 제출받은 일반 의원이 그 세대를 담당하는 담당 의사가 되도록 하는 것이다. 나머지 여유있는 카드는 국내 외의 여행중 사고나 질병을 보험으로 치료할 수 있도록 하거나 또는 특별한 이유가 있어 지정 의사를 바꾸게 될 경우에 이용할 수 있게 하는 것이다. 따라서 보험 가입자는 수시로 담당 의사를 변경할 수 없고, 중복 진료나 진료 질서를 무시한 의료를 받을 수 없게 된다.

여섯째로는 국민의 의약품 남용과 오용을 막고 의료인들의 전문성을 살리면서 역할 분담을 통한 의료의 질적 향상을 유도하게 하는 의약 분업의 실현이다. 의약 분업의 의미는 의사가 환자를 진료할 때 치료를 위해서 필요한 의약품을 처방만 해주고 환자는 그 처방을 약사에게 가서 제시해야만 약을 받을 수 있게 질서를 세우는 데 있다. 이것은 의사나 약사의 의료 독점을 방지하게 된다. 의사의 처방전이 약사들에게 공개됨으로써 특정한 질병에 필요도 없는 의약품을 마음대로 처방할 수 없게 만들며, 반대로 약사는 마음대로 아무 약이나 팔 수 없게 만들어 질좋은 의료 서비스를 받을 수 있게 한다. 그리하여 의약품의 남용이나 오용을 막는 효과가 있게 된다. 그러나 우리나라의 의약 분업이 어려워지고 있는 원인을 해결하지 못한다면 이 또한 어려운 문제가 될 것이므로, 의사 단체나 약사 단체의 이해 관계와 소득 감소 대책에 대한 대안적 연구가 선행되어야 할 것이다. 의사들의 수입원 가운데 의약품 판매 비중이 어느 정도이며 그것을 대체할 수 있는 의료 보수 지불 방식이 앞에서 논의한 의료수가제도 개선 방향과 맞추어 개발되어야 할 것이다. 한편 약사의 경우에도 역할 분담에 따른 약국의 대형화와 약사의 취업 분야 개척 등이 필요해 질 것이다.

일곱째로 의약 분업이 완전하게 되도록 하기 위해서는 의약품의 유통 질서가 확립되어야 하며, 제약업계의 판촉 활동과 과대 광고에 대한 규제가 제도화되어야 할 것이다. 현재처럼 제약회사가 직접 배달하고 도소매 업자들이 중간배달하며 병원이나 약국 구분없이 직접 조달하는 경우에는 의약품을 팔기 위한 판촉 사업이 강화되기 마련이다. 의약품은 선전이나 판촉이 강할 수록 국민의 복용량이 증가하게 되며, 필요 이상의 선전이나 판촉은 필요 이상의 복용으로 인한 건강 장해와 비용 낭비를 초래하게 된다. 그러므로 제약업계는 판촉 중심의 운영 체계에서 약사를 많이 채용한 연구 중심의 개발 운영 체계로 개선되어야 하고, 개발된 신약품은 일정한 시료 기간이나 시험 사용 기간을 거쳐 약국에만 공급되도록 해야 한다. 입원환자용 의약품과 응급 처치용 의약품의 공급 외에는 병원·의원에서 약을 판매할 수 없도록 해야 하고 그것을 보험의료 비용 청구에서 제외시키면 가능해진다. 의약품은 선전에 의해서 판매가 촉진되는 일반 상품과는 구분되어야 하며, 제약업자와 중·소 도매업자 및 약국의 소매업에 대한 이윤 지분율도 관련 단체와 기관이 의료보험 조직과 공동으로 구성된 조정위원회와 같은 조직을 통해서 결정하는 방법을 강구해야 할 것이다.

의약 분업의 문제는 의사와 약사 사이의 이해 대립을 넘어서 제약회사와 도소매상들의 유통 질서 확립이나 사업 운영 방향과도 깊은 관계를 가지므로, 관계 당국의 과감한 결단과 중재를 필요로 하고 관련 단체들의 양보와 협조가 필요하다.

지금까지 제시된 논의의 결과는 제도 개선을 위한 방향이나 방법 제시로서 의미를 주고자 하였다. 여기에서 제시한 방법들은 국민의 보건과 의료 문제를 해결할 수 있는 중요한 것들이라고 강조한 것이며, 그밖에도 직접·간접의 문제를 비롯한 많은 것들이 논의될 수 있지만 요점을 흐리게 할 우려가 있으므로 생략하고자 한다. 본 논문에서 제기된 문제점과 그에 대한 개선 방향에 대해서는 앞으로 더욱 현실 적용력이 있는 구체적 분석과 대안으로 발전시켜야 할 것이며, 그것을 위한 노력이 뒤따를 수 있기를 기대한다.