

I. 序 論
Ⅱ. 研究目的
Ⅲ. 既存 醫療傳達體系와 관련된 問題點 提起
Ⅳ. 새로운 醫療傳達體系 樹立을 위한 接近
Ⅴ. 結 論

I. 序 論

우리나라가 現代醫學을 導入하고 國民의 保健醫療 慾求에 부응하여 保健醫療組織을 社會制度로서 發展시켜온 歷史는 100年을 넘지 못한다. 그나마 1945年 以前까지는 日本 殖民地治下에서 警察醫療保護制度로서 名目上 存在하였다고 볼 수 있으며, 解放以後 西洋文物의 影響, 특히 美國의 影響은 우리나라에 새로운 保健醫療制度의 導入 및 政策開發의 契機가 되었다.

周知하는 바와 같이 保健醫療制度 自體는 어디까지나 獨立的으로 樹立되고 運營될 수 있는 것이 아니고 반드시 그 시대의 社會, 文化 그리고 政治的인 與件下에서 國民들의 保健醫療要求度에 가장 적절히 符合될 수 있는 統合体制上의 一部分으로서 발전되어 가야 한다. 여기서 保健醫療制度의 구조와 형태는 우리나라 經濟社會 水準에 따라 알맞게 開發되고 發展시켜 나가야 함을 原則으로 하고 있다. 그리하여 그 時代의 社會的 要求에 따라 保健醫療事業의 對象인 一般國民들이 골고루 良質의 保健醫療惠澤을 받을 수 있도록 하는 것이 保健醫療事業의 根本的인 目的이 된다.

이러한 基本的인 目的을 달성하기 위하여는 第一次的으로 國家가 國民의 健康을 최대한 保護할 수 있는 醫療資源의 適正配分과 管理運營 그리고 이에 따른 制度發展과 體系樹立이 要求되는데 즉, 이러한 制度와 體系를 總括하여 稱할 수 있는 醫療傳達體系의 確立이 무엇보다 중요하다. 그러나 1945年 解放以後 外國制度의 過多한 影響은 우리나라의 社會·文化的 背景에 順應되지 못한채, 問題點이 果積되어

*서울大學校 保健大學院 教授.

오다가 오늘날에 와서는 더욱 심각한 論議의 對象이 되고 있다. 例로서, 1945年以後 오늘에 이르기까지 우리나라의 保健醫療은 自由企業型的 保健醫療制度로 放任하여 왔기 때문에 國家財政上 投資 順位가 낮았던 公共部門의 保健醫療機關과 一般開業醫 중심의 民間部門과의 극심한 不均衡을 초래하였고, 이는 결과적으로 國民들의 健康保護와 保健醫療要求를 충족시킬 수 없는 問題點으로 近來에 와서 크게 露出되기 시작했다. 또 醫療資源(醫療人力 및 施設)의 局地的 偏在은 一般住民들에 대한, 특히 農村 住民들에 대한 保健醫療의 保護가 극히 낮아지게 된 원인이 되었다. 반면에 醫療資源이 집중되어 있는 都市地域에서는 保健醫療人力 및 施設에 대한 機能과 役割이 定立되지 못함으로써 불필요한 相互競爭과 投資의 重複은 높은 浪費的 要因으로 지적받게 된 것이다.

뿐만 아니라, 自由企業型으로 發展해온 民間部門에서는 되도록 優秀한 高級醫療人力의 確保와 現代의 最新施設裝備를 保有함으로써 他醫療機關과의 自由競爭에서 有利할 수 있도록 노력하였다. 따라서 이러한 目的下에서의 投資는 결과적으로 醫療酬價의 上昇을 초래하였으며 이로 인하여 고소득층만이 醫療惠澤을 받을 수 있는 非正常的인 保健醫療 形態로 변형되어 가고 있다는 批判이 社會一角에서 대두되고 있다. 이러한 염려는 다른 어떤 社會階層보다 保健醫療要求도가 높은 一般低所得層이 높은 醫療酬價 때문에 오히려 疎外될 것이라는 矛盾點에 起因하고 있는 것이다.

以上 論議한 矛盾點은 漸進的으로 社會的인 問題로 發展될 가능성이 있으며, 이에 대한 적절한 對策을 講究하지 않고 放置해 둔다면 이 問題는 우리나라 經濟發展에 反比例的으로 더욱 深刻한 狀態로 擴散될 것이다. 특히 政府는 1977年 國民들의 保健醫療 保護策으로 醫療保險을 導入하였으나 이로 인하여 오히려 그동안 內面的으로 숨겨진 各種 問題들은 醫療保險 惠澤이 社會階層에 따라 완전히 區分됨으로써 노골적으로 나타나게 된 것이다. 즉, 保健醫療要求도가 높고 所得이 낮은 社會階層은 過渡期이긴 하지만 이들에게 해당되는 第2種 醫療保險이 아직 普遍的으로 適用되지 못한 現時點에서 볼 때 이들에 대한 醫療惠澤은 고사하고 오히려 孤立되어 가고 있는 실정이다. 또 醫療保險의 施行에 따른 第1次 醫療診療도 綜合病院으로 過密하게 集中되어 醫療傳達 體系上 큰 혼란을 招來하고 있으며 이는 대단히 복잡한 醫療內部 問題로까지 發展하고 있는 것이다.

이상의 몇가지 問題點만을 두고 보더라도 우리나라 醫療傳達體系는 長期社會發展

側面에서도 반드시 整理되어야 할 政策的인 課題인 것이다.

II. 研究目的

自由放任의이며 自由企業的인 基盤에서 성장해온 우리나라 保健醫療部門, 특히 民間醫療部門은 相對的으로 公共部門의 萎縮을 招來할 만큼 經營上 最上位의인 位置를 確保하게 되었으며 이는 곧 國民들의 醫療行爲에도 많은 영향을 끼치게 하였다. 즉 國民들의 保健醫療行爲의 變化로서는 그동안 꾸준히 성장하여온 經濟生活과 比例하여 良質의 保健醫療에 대한 期待가 한층 더 높아졌다. 그러나 急速히 變化되어 가는 우리나라 社會構造에 比肩하여 國民들의 期待에 符合된 保健醫療의 奉仕는 여러面에서 問題點을 던져주고 있다. 특히 保健醫療의 基本的인 機會를 提供해 주는 第1次 診療부터 시작하여 關聯된 各種 社會的인 制度에 이르기까지 복잡한 醫療傳達體系上의 問題는, 政府의 長期保健醫療의 基本方向 乃至 目標에 따라 定立되지 않으면 안될 課題로 등장했다. 이러한 問題들을 勘案하여 모든 國民들에게 良質의 醫療惠澤과 均等한 機會를 賦與할 수 있는 새로운 醫療傳達體系를 構想함에 本稿의 一般的인 目的을 두며 具體的인 目的은 다음과 같다.

첫째, 우리나라 既存 醫療傳達體系의 現況을 地域社會特性, 保健醫療對象者의 社會階層, 地域別 醫療資源의 分布 그리고 政府의 保健醫療開發計劃 등 諸般 關聯要因別로 檢討하고 이에 따른 問題點을 導出한다.

둘째, 上記의 問題點을 分析함으로써 向後 우리나라 社會經濟發展 展望과 地域社會 住民들의 保健醫療要求度에 能動的으로 對處할 수 있는 醫療傳達體系를 構想하고,

셋째, 새로운 醫療傳達體系가 樹立되고 活用될 수 있도록 이에 대한 具體的인 政策的 考慮事項을 提示하고자 한다.

III. 既存 醫療傳達體系와 관련된 問題點 提起

어느 社會, 어느 國家에서나 保健醫療制度 自體는 그 社會, 그 國家의 여건에 따라 다르게 開發될 수 있으며 保健醫療制度 樹立의 基本的인 原則에는 큰 차이가 없다. 즉 保健醫療의 制度는 變遷하는 社會的 構造와 國民들의 保健에 대한 要求에 따라 그리고 國家의 長期的인 政策方向에 의하여 항상 變할 수 있는 것이나, 制度의 樹立은 基本的인 원칙에 따라 妥當性있게 마련되어야 하는 것이다. 모든 사람

들이, 社會階層에 關係없이 均等한 保健醫療 惠澤을 받을 수 있는 機會가 있어야 하며, 良質의 診療를 받을 수 있고 그리고 최상의 健康水準을 維持할 수 있도록 함이 保健醫療制度를 樹立하는데 필요한 基本일 것이다. 그리하여 現 時點에서 관계된 問題點을 중심으로 이들을 충분히 消化할 수 있으며, 一時的이라기 보다 長期的인 眼目에서 保健醫療制度를 樹立한다는 假定下에 만족해야 할 몇가지 條件을 提示하면 다음과 같다.

첫째, 向後 構想해야 할 保健醫療制度는 반드시 長期保健醫療의 政策目標에 符合될 수 있도록 되어야 한다. 그래서 地域社會 住民의 社會階層別 집단에 차이없이 누구에게나 良質의 保健醫療 惠澤이 均等하게 提供될 수 있도록 되어야 할 것이다.

둘째, 地域社會 醫療制度의 確立은 長期的으로 効率的이며 效果的으로 活用될 수 있도록 計劃性 있는 醫療資源의 開發이 포함되어야 한다. 人口增加에 따른 醫療資源의 需給은 短期計劃으로는 절대로 만족시켜 주지 못하는 것이며, 특히 醫療資源이 포함될 수 있는 人力, 裝備 그리고 施設 가운데 專門人力은 短期的인 計劃下에서는 극히 制限을 받아, 잘못하다가는 큰 混亂과 後遺症을 남기게 될 수도 있다.

셋째, 우리나라 社會·文化 背景에 알맞은 制度라 함은 모든 國民들이 똑같은 機會에서 保健醫療 惠澤을 받을 수 있는 醫療體系의 확립이 優先的으로 要求되기 때문에 地域社會 中心의 醫療傳達體系가 樹立되어야 한다. 다시 말하여 地理的인 條件에 관계없이 필요한 機會에 적절한 保健診療의 혜택이 賦與될 수 있어야 한다는 것이다. 이러한 條件은 醫療資源의 地理的 分布가 均等하여 가장 近接된 場所에서 醫療傳達가 가능하든가, 아니면 비록 地理的으로는 近接條件이 만족스럽지 못하다 하더라도 醫療傳達體系의 제도적인 確立으로 가장 빠른 時間內에 만족스러운 醫療惠澤을 받을 수 있도록 되어야 한다는 것이다.

네째, 保健醫療의 社會的 봉사는 질과 양에서 地域社會 住民들이 만족할 수 있어야 한다. 따라서 地域社會 住民들이 만족할 수 있는 水準으로 制度를 發展시키기 위해서는 住民들의 保健問題, 保健醫療要求度 그리고 保健醫療의 社會的 봉사를 受容할 수 있는 意識構造 등 保健醫療制度 開發을 뒷받침하는 모든 背景狀況을 考慮할 수 있어야 한다.

이상 言及된 保健醫療制度 樹立에 있어서 考慮되어야 할 基本은 곧 現實的인 問

題發端이 되기 때문에 問題點 把握과 提起를 위해서 우리나라 保健醫療의 現況을 먼저 살펴 보고자 한다. 그리고 이어 우리 社會構造上 保健醫療制度開發에 필요한 社會內部 요인을 言及함과 동시에 최근 保健問題의 特性을 整理함으로써 우리나라 醫療傳達體制上 脆弱點을 분명하게 하고자 한다.

1. 우리나라 醫療傳達體系 現況과 問題點

(1) 醫療施設 分布와 이에 따른 問題點

表1에서 보여주는 바와 같이 그동안 우리나라 醫療施設數는 各機關別로 볼 때 대체로 增加되어 오고 있음을 알 수 있다. 이들 醫療施設은 政府保健醫療組織 중심의 公共部門과 餘他 一般開業病·醫院 중심의 民間部門을 합친 것인데 量的인 面에서의 增大는 各施設 單位에서 동일하게 觀察된다. 다만 助産所만이 每年 減少되어가는 現象을 볼 수 있는데 이는 過去와는 달리 國民들이 保健醫療施設을 利用하는 態度가 크게 變하였다는 사실을 反映하고 있는 것이다. 다시 말하여 國民들의 經濟生活의 향상으로 助産所 이용보다는 病·醫院 利用을 더 많이 한 것으로 解釋할 수 있다면 助産所는 自然的으로 淘汰된 結果인 것이다. 따라서 助産所의 數는 漸次的인 減少를 招來하게 된 것일 것이다. 助産所의 利用率이 다른 어떤 醫療機關보다

Table 1. Trends in Increase of Number of Clinics and Hospitals
年度別 醫療施設 增加趨勢

Year	Total	Sub - Total	Gen. Hosp.	Gen. Hosp.	Dent. Clinic	Herb. Clinic	Att. Hosp.	Spec. Hosp.	Mid-wife	Others	
1960	7,700	4,013	22	128	3,863	757	1,779	67	41	963	80
1962	9,510	5,248	18	152	5,078	999	2,055	40	48	931	189
1964	9,577	5,266	32	161	5,073	1,024	2,110	52	11	925	189
1966	9,866	5,233	18	203	5,012	1,129	2,316	83	16	900	189
1968	10,115	5,445	12	222	5,211	1,200	2,413	130	10	726	191
1970	10,493	5,637	12	220	5,402	1,344	2,443	111	13	756	192
1972	11,062	6,078	17	257	5,806	1,466	2,419	95	13	798	193
1974	11,286	6,191	36	124	6,028	1,569	2,369	201	10	749	197
1976	11,506	6,340	43	141	6,125	1,660	2,371	242	10	685	198
1978	11,447	6,317	61	212	6,044	1,790	2,306	249	11	572	202
1980	11,995	6,659	82	233	6,344	2,028	2,328	266	12	488	214

Source : Ministry of Health and Social Affairs(MOHS), *Statistical Year Book*, 1981

극히 낮다는 사실은 이미 韓國人口保健研究院의 報告¹⁾에서 지적되어 있다.

表1에서 나타난 바와같이 醫療施設數의 增加는 地域社會住民의 立場에서 보면 保健醫療의 혜택을 보다 쉽게 받을 수 있다는 期待를 할 수 있게하며, 또 다른 한편에서는 需要供給의 法則에 따라 自由競爭으로서 보다 良質의 醫療供給이 期待될 수 있다 하겠다. 그러나 年次的으로 增大되어간 醫療施設數에 比하여 우리나라 全域에 많은 醫療脆弱地域이 殘存함은 施設數의 增加와 國民保健醫療惠澤과는 無關하게 常存하였음을 暗示한다. 비록 醫療施設數는 增大하여 왔으나 이들 醫療施設이 地域社會住民에 대하여 醫療惠澤을 均等히 賦與할 수 있도록 事전에 計劃되고 地域的 分布를 勘案하여 事전에 調整되지 못하였기 때문에 이와같은 결과를 초래한 것으로 판단된다. 공공부문으로서 醫療施設의 增大는 一般的으로 人口와 地域單位를 基準으로 하여 分布시키고 있는 것이 常例다. 따라서 1960年 以後 現在에 이르기까지 增大한 醫療施設에 반하여 保健脆弱地域이 相互 無關하게 存在한다는 것은 醫療施設數의 增大가 公共部門이 아닌 民間部門이 대부분이었음을 짐작하게 한다.

保健行政上 保健醫療의 脆弱地域으로 항상 注目되고 있는 農村地域의 無醫·無藥

Table 2. Distribution of Medical Resources by Area
地域別 醫療資源 分布

Area	Clin. & Hosp/ Eup & Myon	Drugstore / Eup & Myon	Doctorless Myon	Absence Drugstore	Absence Both
Total	0.9	1.3	52.5	59.9	45.1
Kyunggi	1.5	2.1	32.1	52.6	29.5
Kangwon	0.9	1.5	50.5	55.1	41.1
Chungbuk	1.0	1.0	51.0	60.6	46.2
Chungnam	1.4	1.6	39.1	64.2	34.6
Junbuk	0.7	1.0	60.2	64.0	54.0
Junnam	0.6	1.1	68.3	57.8	50.4
Kyungbuk	0.8	1.2	58.2	58.6	50.2
Kyungnam	0.7	0.8	57.9	68.8	54.8
Jeju	2.2	2.8	7.7	23.1	-

Source: Korean Institute for Family Planning (KIFP), *Manpower and Resource Study for the National Family Planning Program*, 1978.

1) 韓國人口保健研究院, 全國保健醫療網 編成을 위한 調查研究, 1981, p. 64.

面地域은 表2에서 보는 바와 같이 全國的으로 各各 52.5퍼센트와 59.9퍼센트를 나타내고 있다. 이와 같이 높은 醫療脆弱地域의 存在는 앞서 年度別 醫療施設 增大에 조금도 영향을 받지 못하였음을 確信케 한다. 다시말하여 全國的인 醫療施設數의 增大가 國民保健醫療惠澤에 반드시 一致하고 있지 못함을 實證하고 있는 것이다. 이러한 現象이 나타나게 된 原因은 根本的으로 두가지 點에서 檢討될 수 있는데, 첫째는 增加된 醫療施設이 地理的으로 一定地域에 집중 분포되어 있음을 의미할 것이며, 두번째는 政府保健政策이 增加된 民間部門의 醫療活動에 全然 미치지 못함으로서 事實상 國民保健醫療體系를 確立한다는 綜合計劃에 問題가 있었다고 볼 수 있다.

먼저 指摘한 醫療施設의 地理的인 分布問題는 市·道別 醫療機關數에서 분명히 提示해 주고 있다 (表3 參照). 1980年 현재 우리나라 醫療機關 總數는 行政單位인 保健支所(1,321面)와 母子保健센터(8)를 제외했을 때 1만1천9백93個所인데 이 가운데 總 52퍼센트가 서울과 釜山에 偏在되어 있다. 따라서 대부분의 醫療機關이 都市 중심으로 집중되어 있다는 結論에 따라 每年 增大한 醫療施設數에 관계없이 無醫面地域이 상당한 水準에 머물러 있을 수 밖에 없다는 理由를 쉽게 理解할 수 있을 것이다.

Table 3. Distribution of Clinics and Hospitals

市·道別 醫療施設 分布

(as of 1980)

Area	Total (%)	Gen.		Dental Clinic	Herb Clinic	Att. Hosp.	Spec. Hosp.	Mid-wife	H.C.	
		Hosp.	Hosp. Clinic							
Seoul	4,785 (39.9)	32	65	2,265	1,114	1,080	75	-	137	17
Pusan	1,431 (11.9)	8	24	805	200	270	43	1	71	9
Kyunggi	1,160 (9.7)	6	34	615	161	211	36	2	67	28
Kangwon	377 (3.1)	5	8	210	33	65	13	-	23	20
Chungbuk	312 (2.6)	1	9	171	35	62	9	-	12	13
Chungnam	739 (6.2)	3	15	403	95	172	12	1	20	18
Junbuk	451 (3.8)	5	7	277	39	79	5	-	23	16
Junnam	666 (5.6)	3	30	423	61	51	21	3	46	28
Kyungbuk	1,225 (10.2)	11	18	709	190	203	20	3	35	36
Kyungnam	747 (6.2)	6	16	400	90	128	30	2	49	26
Jeju	100 (0.8)	-	7	66	10	7	2	-	5	3
Total	11,993 (100)	80	233	6,344	2,028	2,328	266	12	488	214

Source : MOHSA, *Ibid.* 1981.

Table 4. Number of Beds by Cities and Provinces

市道別 病床數 分布

(as of 31 Dec. 1980)

Area	Total (%)	Gen.		Clinic	Dental Clinic	Herb Clinic	Att.	
		Hosp.	Hosp.				Hosp.	Others
Seoul	20,731 (31.8)	10,275	5,748	3,968	44	296	122	260
Pusan	6,960 (10.7)	2,186	1,658	2,896	-	22	56	142
Kyunggi	7,605 (11.7)	1,129	2,590	3,590	2	10	153	131
Kangwon	2,701 (4.2)	744	394	1,351	-	12	154	46
Chungbuk	1,680 (2.6)	150	499	981	2	1	23	24
Chungnam	3,208 (4.9)	475	930	1,763	-	-	-	40
Junbuk	3,230 (5.0)	981	414	1,731	-	28	30	46
Junnam	5,955 (9.2)	1,207	1,826	2,734	-	22	74	92
Kyungbuk	6,880 (10.6)	2,465	1,365	2,767	-	73	140	70
Kyungnam	5,202 (7.9)	744	1,492	2,556	1	2	267	110
Jeju	902 (1.4)	-	353	539	-	-	-	10
Total	65,036 (100)	20,386	17,269	24,876	49	466	1,019	971

Source: MOHSA, *Statistical Year Book*, 1981.

醫療機關數뿐만 아니라 病床分布에 있어서도 地域에 따른 偏在의 問題가 뚜렷이 보인다(表4 參照). 1980年末 現在 總 65,036病床 가운데 總43퍼센트가 서울과 釜山에 偏重되어 있어 醫療機關 分布에 比較하여 어느 정도의 차이를 보이나 病床의 局地偏重은 同一하다.

특히 綜合病院의 病床數를 두고 볼 때는 무려 60퍼센트가 兩都市에 偏在되어 있다. 本 資料에서는 市·都以下の 都市別 醫療機關 및 病床數 分布가 提示되어 있지 않아 우리나라 醫療施設의 地域偏在 現象을 正確히 나타내 주지는 못하고 있으나, 全國적으로 많은 無醫面數를 考慮하여 볼 때 역시 道水準에서도 대부분 중소도시로 집중되어 있음을 充分히 짐작할 수 있다.

醫療施設과 病床의 地理的 偏在은 結果적으로 市·道別 人口數에 따라 醫療傳達 體制上 醫療惠澤의 機會가 달라질 수 있다. 즉 비록 서울, 釜山과 같은 大都市에 人口가 집중되어 있다하나 醫療施設 역시 比例적으로 집중되어 있기 때문에 人口 當 病床數로 보면 서울, 釜山과 같이 大都市에 거주하는 주민들이 他道에 居住하는 住民보다 病床數의 惠澤이 높다. 表5에서 보는 바와같이 人口 1萬名當 病床數는 서울이 24.7個로서 가장 높으며 釜山이 22.0個로 그다음이다. 이들 兩大都市

는 역시 앞에서 檢討해 본 바와 같이 全體 醫療施設의 52퍼센트가 집중되어 있기 때문에 높은 病床數를 保有하고 있음을 確信할 수 있다. 이 問題에 關聯하여 政府에서는 醫療傳達에 있어 醫療資源의 非效率的인 活用問題를 이미 指摘하고 있다.²⁾ 具體的인 非合理性을 보면 人口의 都市·農村間의 分포비율이 55.5퍼센트와 44.5퍼센트인데 比하여 病床數의 分布比率은 都市가 82퍼센트로 農村의 18퍼센트보다 越等히 높아 醫療資源의 都市偏在가 얼마나 심각한가를 端的으로 보여주고 있다.

Table 5. Distribution of Beds per 10,000 Population

市道別 人口 1萬名當 病床數

(as of 1980)

Area	Number of Beds	Area	Number of Beds
Seoul	24.7	Chungbuk	11.8
Pusan	22.0	Chungnam	12.0
Kyunggi	15.4	Junbuk	14.1
Kangwon	15.0	Junnam	15.7
Kyungbuk	13.8	Jeju	19.4
Kyungnam	15.6		

Source : MOHSA, *Statistical Year Book*, 1980

(2) 醫療人力 現況과 問題點

醫療傳達體系 確立에 必然的으로 介在되어 있는 問題는 醫療人力의 適正配分이다. 합리적인 保健醫療의 惠澤은 醫療施設의 地理的인 分布에만 있는 것이 아니고, 施設과 함께 반드시 동일수준에서 考慮되어야 할 問題가 바로 醫療人力인 것이다. 그러나 醫療人力의 地理的 適正配分이라 함은 醫療人力政策 單獨으로 解決될 수 없으며 保健醫療人力開發 過程에서부터 始作하여 人力生産, 管理, 그리고 保健醫療制度에 깊이 相互 聯關되어 있다.

醫療의 中心은 역시 醫療人力이다. 醫療人力은 保健醫療서비스를 提供함에 있어 直接 또는 間接으로 관계되는 醫師, 齒科醫師, 漢醫師, 看護員, 助産員, 醫療技師 등을 통털어 말할 수 있는데 특히, 醫師의 役割은 대단히 重要하다. 그래서 醫師數는 곧 國民을 위한 醫療서비스의 社會指標로서 그 重要性을 갖는다. 表6에서 醫

2) 經濟企劃院, 第5次 經濟社會發展 5個年計劃: 保健醫療部門計劃(案), 1981.

Table 6. Number of Doctors and Paramedical Persons Registered by Year

醫師人力 登錄 現況

(unit persons)

Year	Total	Medical		Herb		Nurse		Medical
		Doctor	Dentist	Doctor	Midwife	Aide	Technician	
1965	20,049	10,854	1,762	2,849	5,714	8,898	-	-
1966	21,530	11,456	1,810	2,838	5,811	9,851	-	-
1967	22,159	12,269	1,843	2,830	5,912	10,815	-	-
1968	24,097	13,240	1,963	2,894	6,017	11,925	850	-
1969	26,167	14,018	2,055	2,982	6,103	13,037	1,814	-
1970	32,302	14,932	2,122	3,252	6,182	14,506	3,452	2,504
1971	40,675	16,207	2,452	3,357	6,266	16,351	8,766	2,795
1972	51,413	16,991	2,554	3,446	6,354	19,089	16,604	3,099
1973	61,043	16,982	2,463	3,059	6,553	21,953	24,429	3,388
1974	58,026	15,722	2,422	2,738	3,445	19,842	28,845	3,741
1975	67,666	16,800	2,595	2,788	3,773	23,632	33,433	4,395
1976	76,371	17,848	2,744	2,855	4,028	26,949	37,953	4,712
1977	83,355	18,913	2,899	2,821	4,222	30,294	40,210	5,384
1978	95,320	20,079	3,102	2,852	4,455	33,672	47,019	6,512
1979	129,939	21,279	3,326	2,913	4,641	36,975	53,288	7,517
1980	144,432	22,564	3,620	3,015	4,833	40,373	61,072	8,955

Source: MOHSA, *Statistical Year Book*, 1965~1980

療人力 現況을 살펴보면 醫師의 경우 1965년의 1만8백54名에서 1980年 現在 2 만 2 천 5 백64名으로 지난 15年 사이에 約108퍼센트가 增加한 셈이다. 其他 醫療人力에서도 助産員을 除外하고서는 全般的으로 增加되었다. 人口對比 醫師數는 人口 10萬名當 1976年 現在 54名으로 「아시아」諸國家보다는 높으나 「홍콩」(74名), 「싱가포르」(75名), 日本(118名) 그리고 美國(168名)에 比하면 낮다.

그러나 問題는 醫療人力의 地理的인 適切한 配分이 무엇보다 重要하다. 醫師의 地理的인 不均衡 分布는 醫療傳達體系의 未確立과 함께 우리나라가 안고 있는 가장 難題로 알려지고 있다. 현재 우리나라가 保有하고 있는 醫療人力 醫療施設과 함께 適切한 地理的 分布가 이루어진다면 醫療傳達體系 樹立에 거의 問題가 없는 것으로 풀이되기도 한다. 그만큼 醫師人力의 適正配分은 重要한 問題로 看做될 수 있다.

Table 7. Distribution of Doctors and Paramedical Persons

醫療人力的 地域別 分布

(as of 1980)

Area	Medical Doctors		Dentists		Nurses		Midwives		Medical Technicians	
	Number	%	Number	%	Number	%	Number	%	Number	%
Seoul	8,879	51.6	1,575	59.8	5,461	38.2	402	26.2	1,796	41.9
Pusan	1,863	10.8	233	8.9	1,332	9.3	196	12.8	396	9.3
Kyunggi	1,124	6.5	149	5.7	1,121	7.8	178	11.6	480	11.2
Kangwon	367	2.1	40	1.5	694	4.9	82	5.3	109	2.5
Chungbuk	291	1.7	33	1.3	351	2.5	57	3.7	77	1.8
Chungnam	800	4.7	97	3.7	783	5.5	98	6.4	170	3.9
Junbuk	668	3.8	51	1.9	900	6.3	147	9.6	218	5.1
Junnam	910	5.3	112	4.3	1,208	8.4	115	7.5	294	6.9
Kyungbuk	1,602	9.3	243	9.2	1,634	11.4	131	8.5	532	12.4
Kyungnam	586	3.4	87	3.3	625	4.4	101	6.6	163	3.8
Jeju	108	0.1	12	0.5	191	1.3	27	1.8	42	0.9
Total	17,198	100.0	2,632	100.0	14,300	100.0	1,534	100.0	4,277	100.0

Source: MOHSA, *Statistical Year book*, 1980

그러나 表7에서 보여주고 있는 醫療人力的 地域別 分布로서는 市·道間에 상당한 差異가 있다. 즉 醫師의 경우 全體 醫師數의 約 52퍼센트가 서울에서 就業하고 있으며 齒科醫師의 경우도 서울 就業이 醫師보다 60퍼센트水準에 이르고 있다. 서울의 人口는 全人口의 約 23퍼센트 水準인데 반하여 醫師와 齒科醫師는 全體數의 절반을 훨씬 넘는 數가 서울지역에 偏在되어 있음을 볼 때 그만큼 他地域, 특히 農·漁村에서의 醫師分布는 부족한 狀態에 있음을 알 수 있다.

우리나라 醫師數는 앞서 言及한 바와 같이 每年 增加해 왔으며 그 增加速度는 近來에 오면서 더욱 加速化되고 있다. 또 人口增加에 비해 醫師數 增加가 앞서고 있기 때문에 人口 10萬名當 醫師數는 過去 어느 때 보다 好轉되고 있다. 그러나 都市와 農村間의 醫師分布는 1967년에 75.1퍼센트와 24.9퍼센트³⁾ 였던 것이 最近

3) 金仁達外, 우리나라 醫療人力的 供給과 需要에 關한 研究1, 서울大學校 保健大學院, 1968.

에는 각각 87퍼센트와 13퍼센트⁴⁾로 醫師의 都市集中이 오히려 甚해졌음을 觀察할 수 있다. 이러한 現象으로 미루어 볼 때 단순한 醫師數의 增加는 醫師의 地域別 均等分布에는 아무런 도움을 주지 못한다는 事實을 立證해주고 있다. 그래서 醫師數의 增加에 附加하여 相對的으로 醫師人力을 有效適切하게 活用할 수 있는 醫療制度의 開發과 함께, 특별히 醫師人力의 地理的 配分에 影響力을 행사할 수 있는 새로운 保健政策의 樹立이 要求된다 하겠다. 물론 政策樹立이나 制度開發에 의해서만 問題가 解決될 수는 없을 것이다. 보다 중요한 지름길은 醫學教育에 關聯되어 있다. 醫療人力開發의 原動力이 되고 있는 基本醫學教育을 批判해 보건데, 상당한 問題가 그 속에 介在되어 있음을 알 수 있다. 醫學(醫術)을 社會的으로 適用하는 것이 醫療의 기본이라고 한다면 가장 重要的 醫術의 對象은 個人보다 集團이 더 優先的으로 강조되어야 하며, 또 집단보다는 地域社會 또는 國民의 醫療의 對象으로서 더 重要視 되어야 한다. 그러나 우리나라의 현실에서는 醫療人 輩出教育過程에서 集團爲主의 醫療理念은 無視하고 醫療의 手段이 될 수 있는 醫療技術에 教育의 總目標을 두고 있는 것이다. 따라서 훌륭한 醫療技術과 知識을 겸비한 醫療人 양성은 될지언정 醫療를 社會로 적용시키는 過程에서는 地域社會의 重要性을 충분히 인식하지 못하게 되는 것이다. 따라서 治療에 附加하여 豫防醫學 活動의 重要性을 認識하지 못한 醫療人이 됨으로써 自動的으로 個人診療 중심의 醫療人 役割을 더 重要視하게 되는 傾向이 高潮되게 마련인 것이다. 醫療施設과 人力이 都市로 집중되는 것도 사실상 이러한 診療行爲의 過度한 強調意識에 聯關되어 있다 하겠다. 그래서 醫療人을 出產하는 教育의 基本理念 定立이 없이는 올바른 醫療가 成立될 수 없는 것이며 完전한 醫療人 輩出을 期待할 수 없는 것이다.

(3) 醫療制度 發展上的 問題點

地域社會의 健康問題를 解決하고 良質의 醫療로서 醫療要求度를 만족시킬 수 있는 社會的인 接近手段을 總括하여 醫療制度라 할 수 있다. 따라서 健康問題 解決과 만족한 醫療를 提供하는 데는 施設, 人力 등 醫療의 直接的인 관계요인만으로 解決될 수는 없다. 즉 對象者의 社會·文化的인 背景과 環景 條件에 適合한 醫療가 提供됨으로써 效率性이 提高될 수 있는 것이다. 그리하여 對象者와 社會環景 與件을

4) 延河淸, 金學泳, 保健醫療資源과 診療生活圈, 韓國開發研究院, 1980, p. 30.

充分히 研究하고 開發된 醫療制度가 가장 市場性이 넓으며 經濟的인 體制가 될 수 있는 것이다.

어느 社會, 어느 國家든지 그들의 社會與件에 알맞는 醫療制度를 開發하고 있다. 그러나 그 類型을 크게 세가지로 나눌 수 있는데, 첫째는 市場經濟理論에 立脚하여 醫療를 要求하는 地域社會의 需要-供給에 따라 需給을 決定하게 하는 傳統的인 自由放任醫療制度(Traditional Liberal System) 이고, 둘째는 國民의 健康保護의 增進에 대한 모든 責任을 國家社會가 지고 直接管理하는 公共責任醫療制度(Socialized System)이며, 셋째는 上記 두가지를 절충하여 公共領域의 責任比重을 어느 정도 擴大하면서 自由放任을 허용하는 醫療制度(Semi-Socialized System)이다. 이와같은 醫療制度 運營에는 많은 可變性 要因들이 작용함으로써 相互 重複되어 있기 때문에 다양한 制度上的 優位性을 論하기는 지극히 어려운 일이다. 그러나 이들 醫療制度가 社會的인 接近方法으로 適用되고 있다는 點에서 사실적으로 排判할 수는 있다. 그래서 보다 나은 制度의 運營과 政策開發로 社會的 實驗段階를 벗어나 本格的인 醫療制度의 定着이 이루어지도록 해야 할 것이다.

우리나라 醫療制度의 矛盾性과 非合理性에 대해서는 많은 學者들의 지적이 있었으며 實際 一線의 經驗으로서도 뚜렷이 나타나고 있다. 주어진 與件下에 國民들의 健康을 最大限 保障할 수 있는 합리적인 醫療制度를 開發하기 위해서도, 또한 醫療傳達體系와 가장 密接하게 連結되어 있어 地域社會住民들에게 醫療惠澤을 直接 賦與할 수 있도록 하기 위해서도 制度上的 非合理性은 가장 優先的으로 檢討되어야 한다. 현재 우리나라 社會的인 與件에 의한 醫療制度의 發展上 問題點을 다음과 같이 要約하고자 한다.

첫째, 우리나라 醫療는 自由企業 形態로 발전한 民間部門과 政府의 支援으로 維持해 온 公共部門과의 사이에 連繫性이 缺如되어 있기 때문에 醫療集團의 社會階層이 相互 分離되면서 公共醫療에 대한 依存도가 떨어졌다. 이러한 과정이 계속되면서 民間部門에 의한 醫療惠澤을 받게되는 地域社會住民은 社會·經濟的으로 中上 以上の階層으로서 民間部門의 의료혜택을 받지 못하는 下位階層과 社會的인 隔差가 형성되게 되었다. 뿐만아니라 公共部門에 의한 醫療奉仕는 最少限의 醫療保護 水準으로만 認識되어, 良質의 保健醫療 奉사를 政策目標로 삼고 있는 政府의 뜻에는 상당한 거리가 생기게 된다. 다시 말하여 政府主導의 公共部門에 의한 모든 醫療는 生活保護 對象者에 대한 醫療保護나 低所得層을 위한 醫療施惠 정도로 생각하여 一般住民은

公共部門에 의한 醫療奉仕를 거의 외면한 狀態이다. 이러한 一連의 問題들은 根本的으로 公共部門과 民間部門이 완전히 獨立된 形態로서 相互 連繫機能을 갖지 못하는데서 출발하고 있다.

둘째, 醫療資源面에 있어서 그동안 醫療施設의 改善이 주로 民間部門에서 主導되었기 때문에 民間部門의 優位性이 過度하게 두드러지며 이로 인하여 公共部門의 脆弱性을 초래하였다. 따라서 대부분의 民間病·醫院 施設이 都市地域에 偏在되어 結局 農·漁村地域에서는 醫療資源이 부족한 無醫面이 常存하게 된 것이다. 이러한 결과를 두고 볼 때, 政府가 民間部門의 開發을 市場機能 爲主의 自由放任醫療體制에 의존한다는 것은 醫療資源의 分布面에서 크게 잘못되었다.

셋째, 醫學의 技術發展을 뚜렷한 目標가 없이 制度的으로만 段階化시켜 消費性向이 높은 人력양성으로 流用되고 있다. 細部的인 人力開發計劃과 우리나라 현실에 맞는 背景을 고려하지 않고 專門職 醫療人만을 過度하게 追求하는 소위 醫療人力의 高級化는 包括醫療를 提供할 수 있는 一般醫療人力의 不足現象을 招來하고 있다. 즉 解放以後 美國의 醫療制度인 專門醫制度의 導入은 그 後 批判없이 細分化되고 擴大되어 왔기에 오늘날에 와서는 불필요한 領域에까지 醫療人力의 高級化를 부채질하게 된 큰 矛盾點을 露出하게 된 것이다. 따라서 地域社會에서 住民들의 健康保護에 가장 積極的인 機會가 이루어져야 할 1次 保健醫療에서부터 脆弱性을 나타내기 시작했다. 例로서 아주 경미한 疾患까지도 專門醫를 찾아 診療를 받고자하는 醫療行態의 不合理 現象이 나타나게 된 것이다. 그러나 一般的으로 第1次診療에서 專門醫의 診療를 要求하는 疾患은 사실상 全體疾患의 15퍼센트 정도 밖에 되지 않는다는 報告⁵⁾로 본다면, 專門醫의 構成比 42퍼센트는 確實히 過多輩出로 斷定지을 수 있으며 따라서 醫療人力의 高級化로 因한 浪費의 좋은 例가 될 수 있는 것이다. 물론 專門醫過程은 醫學技術의 發展으로 解釋할 수도 있겠으나 가장 큰 問題는 이들이 地域社會에서 第1次診療에 보다 많은 役割을 擔當함으로써 專門醫 養成의 本來 目的인 2次, 3次診療 役割과의 區別이 없어지게 된 것이다.

네째, 地塔社會住民들의 保健醫療 봉사에 가장 有機的인 關係를 維持해야 할 醫藥機能이 組織面에서 整理되지 못하여 制度的으로 相互 複雜한 關係로 發展되었을 뿐만아니라 住民들의 健康에도 영향을 미치고 있다. 어느 면에서 보나 開業當局과 病·醫院은 機能面에서 분명히 分離되고 또 醫藥活動을 相互 긴밀한 협력관계에

5) 經濟企劃院, 第5次經濟社會發展 5個年計劃: 保健醫療部門計劃(案), 1981.

있어야 할 것이다. 그러나 우리나라는 保健行政 側面에서 醫藥行政 業務가 同一組織인 保健社會部에 의해 管掌되고 있으나 實際的으로는 醫藥機能이 상당히 불합리하게 運營되고 있다. 地域社會의 복잡한 관계에 까지 이르게 되었다.

어느 病·醫院에서나 一般藥局의 機能을 가지고 있어 모든 來院 및 入院患者의 藥品을 病·醫院이 直接 購入하고 이를 供給하고 있다. 한편 藥局도 地域社會住民의 要求에 의하여 거의 모든 藥品을 醫師의 아무런 處方없이도 直接 供給하고 있다. 이러한 醫藥市場의 自由放任은 兩分野의 機能上 상당한 혼란을 야기시키고 있을 뿐만아니라 國民들 健康에도 상당한 영향을 미치고 있다. 특히 開業藥局의 亂立과 醫院의 零細性은 相互 協力の 關係보다는 機能上 侵犯과 對立-競爭의 關係가 造成되고 있는 것이다. 抗生物質의 濫發, 習慣性 醫藥品까지도 쉽게 求得이 가능한 우리나라 特有의 醫藥社會 구조가 하루 빨리 是正되어야 할 問題인 것이다.

다섯째, 醫療機關의 運營目標을 資本主義的인 企業經營으로만 解釋하여, 利潤追求를 強調한 나머지 醫療의 社會的인 봉사정신이 衰退해가고 있을 뿐만아니라, 自由企業 運營에 의한 他機關과의 競爭의 결과는 大規模의 人力, 施設 等の 追加投資를 要求하게 하였으며 결과적으로는 醫療酬價의 上昇을 誘導하게 된 要因의 하나가 되었다. 또다른 側面에서 醫療機關의 營利追求的 運營은 醫療行爲의 報酬支援 方法에도 깊이 緣由되고 있다. 즉 傳統的인 自由放任 醫療體制下에서 利潤追求의 醫療組織 運營은 結局 地域社會住民들의 醫療酬價 支拂에 全的으로 依存할 수밖에 없는 形便이며 醫療供給者의 投資는 그만큼 住民의 負擔을 加重시켜 나가는 逆機能的인 現象이 나타나게 될 것임이 틀림없다. 다시 말하여 地域社會住民들이 醫療施設을 자주 利用해야 할 健康狀態가 되어야 하며 또 長期間 治療를 要求하는 病疾狀態가 되어야 醫療組織을 發展 維持할 수가 있게 된다. 이러한 醫療制度는 무엇인가 醫療의 目的과 手段에 相互 矛盾된 相關性을 나타나게 하는 非合理性을 그대로 示唆하고 있다.

여섯째, 醫療保險制度的 非合理的인 運用으로 사실상 醫療惠澤을 優先的으로 받아야 할 特殊社會集團이 疎外되고 있다. 國民醫療保險을 계획하는데 있어 가장 要求도가 높은 對象의 保護를 第1次的인 目標로 設定해야 한다. 現行 醫療保險은 第1種, 2種 醫療保險과 公務員 및 私立學校 教職員 醫療保險으로 區分되어 있으나 問題는 2種保險의 實施가 一部 地域社會에 限하여 施行하고 있는 試驗段階에 있기 때문에 全國적으로 볼 때는 約65퍼센트가 保險의 惠澤에서 除外되어 있다.

이러한 問題를 解決하기 위하여 第2種 醫療保險은 마땅히 擴大實施될 수 있는 方案이 마련되어야 할 것이다.

일곱째, 市·道單位에서의 綜合病院에서부터 一線 地域社會 單位에서의 保健所(保健支所)를 主軸으로 하고 있는 公共部門으로서의 醫療網은 行政區域單位를 중심으로 分布되어 있어, 事實上 人口分布 및 地域社會 構造를 勘案한다면 상당한 矛盾性을 지니고 있다. 地理적으로 距離에 關係없이 交通의 不便과 人口分散으로 醫療의 機會를 가지기 힘든 山間地域과, 政府公共醫療組織이 없더라도 民間部門에 의하여 充分히 補完될 수 있는 都市地域이 同一한 行政單位地域으로 取扱되어 같은 政府醫療網 속에 있다는 것은 行政單位로서는 합리적일지 몰라도 醫療의 均等한 提供을 目標한 保健政策으로 볼 때는 커다란 矛盾이 아닐 수 없다.

여덟째, 醫療를 追求하는 一般地域社會住民들의 醫療機關 利用을 정리해 줄 수 있는 醫療의 分擔이 制度化되어 있지 않다. 住民들의 醫療追求機關의 선택은 어디까지나 消費者의 立場에서 自由的인 意思가 존중되어야 함은 당연한 所致겠으나 우리나라 醫療制度上 開發된 醫療保險 實施 以後 醫療機關間的 醫療分擔이 全然 없어진 狀態에서 過去 없었던 새로운 混亂이 惹起되고 있는 것이다. 즉 第1次診療의 概念과 2次 그리고 3次診療가 各醫療機關의 特性에 따라 분명히 各各 分擔될 수 있음에도 불구하고 患者의 선택에 따라 特定 醫療機關에 집중됨으로 인하여 診療體制上에도 큰 混亂이 惹起되고 있는 것이다. 이것은 根本적으로 醫療를 追求하는 住民들의 過度한 無分別性 醫療追求行爲에 起因하고 있다하겠다.

以上 列擧한 醫療制度 發展上에 問題가 되고 있는 點들은, 各各 獨立적으로 存在하고 또 各各 獨立적으로 分離·解決될 수 있는 것이 아니다. 이들은 相互 複合적으로 聯關되어 있기 때문에 解決에 있어서도 하나가 다른 하나를 補完하여 相互 滿足시켜 주는 線에서 綜合적으로 接近해 나가야 할 것이다. 또 이들 問題點에 대한 意味는 그 年度에 處해 있는 社會構造와 環境與件에 따라 그 比重이 다르기 때문에 時宜的인 價値의 適切한 檢討도 問題點을 解決하는데 重要한 要因이 된다.

2. 長期社會變動과 保健醫療要求度 變化에 따른 問題點

地域社會住民은 누구나 健康한 生活을 할 수 있도록 醫療保障을 받을 수 있어야 하며, 필요한 良質의 醫療惠澤이 低廉한 酬價로서 이루어 질 수 있도록 하는 醫療制度의 確立은 우리나라가 指向하고자 하는 福祉社會 建設의 目標이다. 이를

위해서 현재 당면하고 있는 問題點과 脆弱點을 理解하고 向後 社會變動에 따른 保健醫療要求度의 設定은 長期事業 開發을 위한 指針이 될 수 있을 것이다. 한편 현실적인 制度의 矛盾點을 개선하기 위한 새로운 制度의 開發을 지나치게 現實主義的으로만 執着하다 보면 長期的인 측면에서는 더 큰 矛盾性이 露出될 수도 있다. 따라서 효율적인 保健醫療傳達體系 改進黨을 위해서는 (1) 長期社會保健醫療의 變化, (2) 疾病樣相의 變動과 推移, (3) 人口成長과 醫療保障要求度 展望, (4) 政府의 長期保健醫療政策 方向 等を 事前 검토함으로써 現實的으로 妥當性이 높으며 未來 指向的인 醫療傳達體系 樹立이 可能해질 것이다.

(1) 長期社會 保健醫療의 變化

1960年 초반부터 1970年末까지 約20餘年間 政府는 經濟開發 中心의 政策을 施行하여 왔으며, 그 결과로 刮目할 만한 經濟成長을 이룩하여 왔음은 周知의 事實이다. 그러나 經濟發展에 比하여 社會開發事業은 等한시하여 왔다. 1977年 第4次 經濟開發5 個年計劃을 樹立할 當時, 처음으로 社會開發의 概念이 導入되기 시작하였고, 이에 따라 保健醫療의 관심도 社會開發計劃과 함께 計劃되기 始作하였다. 그러나 아직까지도 保健醫療分野에 대한 政府의 長期的인 構想이 不透明한 狀態이며, 이 分野에 대한 長期投資와 管理가 第5共和國이 標榜한 「福祉社會 具現」을 위해서 制度的인 開發計劃으로 具體化되지 못하고 있다.

그러나 長期的으로 볼 때는 모든 保健醫療制度의 根本的인 變化가 이루어져야 할 근거는 各種 社會與件, 醫療要求 그리고 其他 關聯된 事項에서 찾아 볼 수 있을 것이다. 그러한 豫測을 無限한 社會開發 變化로만 適應시킬 수는 없겠지만, 國民들의 經濟社會生活의 向上은 政府의 保健醫療에 대한 投資를 더욱 要求할 것이라는 假定下에 國民保健에 대한 政府의 義務概念을 制度的으로 發展시켜야 할 것이다.

各種 社會變化 가운데 經濟成長에 의한 醫療의 要求는 다른 어떤 要因보다 強하게 미칠 수 있는 可能性은 충분히 있다. 國民의 經濟生活 水準의 향상에 따른 醫療需要의 量的, 質的 增加는 어느나라에서나 보는 共通的인 現象으로서 醫療費 支出의 增加와 密接하게 關聯된 點에서도 찾아 볼 수 있다. 醫療費의 支出을 醫療要求形態의 一部로 看做하여 過去 우리나라의 醫療費支出 增加率을 보면 國民經濟成長率을 앞서고 있다. 1970년부터 1976年間的 國民總生産(GNP)年平均 成長率

이 29.8퍼센트인데 比하여 醫療員 支出의 增加는 이보다 높은 31.1퍼센트였다. 이를 國民 1人當으로 換算해보면 國民 1人當 總生産에 同 期間동안 25.7퍼센트 增加한데 比하여 1人當 醫療費 支出은 28.5퍼센트로서 1人當 總生産을 앞지르고 있다.⁶⁾

個人的 經濟生活 向上의 다음 段階로 健康에 대한 要求增大가 必然的인 것으로 보인다. 앞에서 觀察한 바와 같이 지난 數年동안 우리 社會變化에서 나타난 醫療費 增加現象은, 向後 經濟社會生活이 향상된 경우에서도 똑같이 계속 醫療費 增加樣相이 나타날 것으로 짐작된다. 다시말하여 經濟社會生活의 向上은 그만큼 健康에 대한 要求가 높아질 수 있다는 말로 해석할 수 있을 것이다.

그러나 문제는 국민소득이 향상되면 될수록 社會構造的으로 個人이나 집단에서 「가진者」와 「없는者」와의 차이가 심하게 생기게 된다. 이러한 차이는 社會的인 不安定 내지 集團相互間의 알력을 유발시킬 수 있는 것이다. 특히 健康 또는 保健醫療 側面에서 볼 때 이들 「없는者」 집단은 進行되는 經濟發展에서 나타나는 隔差 以上으로 保健醫療問題가 深刻할 수 있다. 그래서 社會나 國家는 經濟社會 發展에 併行하여 「없는者」 즉 貧困集團을 보호할 수 있는 制度가 무엇인지를 事前에 생각해야 한다. 이를 貧困集團에 대한 保健醫療의 보호는 현재 우리나라 保健醫療와 같이 自由企業의인 性向이 너무나 뚜렷한 民間部門에 의한 期待는 어려울 것이며, 어떤 形態의 經濟生活圈內에서도 社會가 責任을 질 수 있는 公共醫療保護制度에 依存할 수 밖에 없을 것이다. 1976年 현재 生活保護法上의 生活保護對象者는 全人口 5.7퍼센트로서 51萬9千家口의 2百4萬5千名에 達하는 것으로 推定되었다. 1981년에는 全人口의 5.8퍼센트인 230萬名으로 약간 增加하였다가 1991년에는 3.5퍼센트에 該當하는 約 160萬名으로 減少할 것으로 展望하고 있다⁷⁾. (表 8 參照).

表8에서 提示된 바와 같이 貧困人口의 減少現象은 우리나라 經濟發展의 加速化와 社會開發의 推進의 結果로 볼 수 있겠으나, 問題는 우리社會 經濟發展이 全般的으로 向上됨에도 불구하고 이만한 水準의 貧困人口의 殘存은 그만큼 社會的인 隔差가 뚜렷한 집단으로 看做될 수 있는 것이다. 따라서 이들 집단은 國民의 基本

6) 延河清, 金學泳, 前掲書, 1980, p. 152

7) 韓國開發研究院, 長期經濟社會發展: 1977~1991, 1977, p. 230

Table 8. Estimation of Number of Poverty
 貧困人口의 推定

(unit : thousand person)

	1976	1981	1986	1991
Aged Population				
Over 55 years old	2,846	3,549	4,236	5,225
Over 65 years old(1)	1,217	1,525	1,840	2,270
Number of Widow				
20~54 years old	2,850	2,691	2,571	2,502
30~44 years old(2)	984	1,008	1,236	1,188
Physical Handicapped Population(3)	863	955	994	1,023
Number of Farmers (4)	472	431	383	344
Number of Potential Poors ((1) + (2) + (3) + (4))	3,536	3,919	4,453	4,825
Number of Absolute Poors	2,045	2,265	2,003	1,592
Poverty Ratio(%)	5.7	5.8	4.7	3.5

Source: Korea Developed Institute, *Korean Perspectives of Socio-Economic Development, 1977~1991*.

權인 健康한 生活을 保健醫療의 公共性에 의해 保障받을 수 있어야 할 것이다.

(2) 疾病樣相의 變動과 推移

1945年 以後 우리나라는 保健醫療制度面에서 美國의 絶對的인 影響을 받아 왔을 뿐만 아니라 公共保健所의 導入과 發展으로 傳染病 發生에 相當한 變革을 가져왔다. 또 生活水準의 向上은 死亡에 相當한 影響을 주어 死亡率은 急激히 低下되어 가고 있다. 疾病發生의 樣相과 死亡率의 變化를 결부시켜 볼 때, 우선 急性傳染病의 相當한 減少를 들 수 있다. 過去 數10年동안 發生한 第1種 法定傳染病을 보면, 人口 10萬名當 罹患率은 1940年의 154.0名에서 1979년에는 1.0名에 이르기까지 急激히 減少되었다.⁸⁾ 이와같이 1種傳染病 患者發生의 減少는 1975년부터 政府의 公式統計資料인 保健社會部 統計年報에서 痢疾, 痘瘡, 再歸熱 등에 대한 發生統計가 나타나지 않게 하였다. 이와같은 現象은 第2種傳染病의 경우도 마찬가지이다.

그러나 第1種, 2種의 急性傳染病 發生의 減少에 反하여 慢性退行性 疾患이 急

8) 保健社會部, 保健社會統計年報, 1965~1980

激히 增加하고 있음은 대단히 주목된다. 이른바 非傳染性 退行性 慢性疾患의 增加는 醫學技術과 保健醫療서비스水準의 向上에 期待하기 보다 國民들의 生活樣式의 變化, 環境衛生 向上 等の 變化에 더 큰 關心을 가져야 한다.

人口 10萬名當 退行性 慢性疾患의 有病率은 8,527名으로서 人口의 約 8.5 퍼센트가 이 範疇의 疾病에 罹患되어 있다.⁹⁾

Table 9. Degenerative Chronic Disease Rate, per 100,000 Population

人口 10萬名當 慢性退行性 疾患有病率

ICD Code	Cause of Disease	Male	Female	All
140-208 230-239	Malignant Neoplasm	719	640	680
250	Diabetes Mellitus	143	117	130
290-309	Mental Disorders	868	1,193	1,031
393-459	Disease of Circulatory System	1,483	1,662	1,573
393-398	Chronic rheumatic fever	73	115	94
401-405	Hypertensive disease	536	631	584
410-414	Ischaemic heart disease	67	64	66
430-438	Cerebrovascular disease	133	147	140
440-448	Disease of arteries, arterioles, Capillaries	93	104	99
455	Haemorrhoids	174	107	140
490-496	Disease of the Respiratory System	1,601	1,638	1,619
491	Chronic bronchitis	521	524	523
492	Emphysema	45	33	39
493	Asthma	265	263	264
494	Bronchiectasis	17	17	17
570-579	Disease of the Digestive and others	1,069	805	937
571	Chronic liver disease and cirrhosis	243	132	187
572	Liverabscess, sequelae of chronic liver disease	109	60	85
573	other disorders of liver	439	292	366
582-588	Disease of the Genitourinary system	161	268	214
582	Chronic glomeulonephritis	44	70	57
583	Not specified Nephritis and nephropahy	98	170	134
585-588	Renal failure and sclerosis	19	28	24
710-729	Anthropathies, Reumatism	1,924	2,764	2,344
	Total	7,967	9,087	8,527

Source : Moon, O. R. and Kim, B. I., National Adult Disease Survey, 1981. p.29

9) 文玉綸, 金秉益, 全國成人病實態調查, 1982.

罹患률이 큰 것을 보면 關節病症과 「류마티즘」, 呼吸器疾患, 精神障碼, 消化器疾患 그리고 惡性新生物 等이다. 특히 근래에 와서 癌疾患의 發生頻도가 增加하고 있음은 새로운 사실로 注目되고 있다(表9 參照).

이와같은 疾病發生의 樣相變化는 醫療制度的 內的變化를 要求하고 있을 뿐만 아니라 地域社會 醫療供給의 優先順位를 決定하는 요인이 된다. 따라서 醫療傳達體系 開發에서 이 點이 반드시 考慮되어야 할 것이다.

(3) 人口成長과 醫療保障 要求度 展望

원래 人間은 生産을 追求하고 있기 때문에 人口集團을 經濟的인 價値로 評價하여 可能的 限 生産性을 높일 수 있는 人口集團으로 바꾸어 줄 必要가 있다. 이것이 바로 人口成長을 計劃하는 人口計劃인데, 人口計劃은 出生-死亡-移動으로 나누어 說明된다.

특히 人口計劃 과정에서 人口의 구조적 변동이 주는 영향은 個人 또는 集團의 健康을 支配하게 됨으로써 人口變動과 健康 그리고 生産性向의 關係는 不可分의 相關性을 維持할 수 밖에 없다. 例로서, 인구구조상 0 歲부터 14 歲까지의 年少人口集團의 比率를 擴大하게 하는 高生産을 家庭單位에서 볼 때는 母子保健에 위협을 주는 要因이 되며, 社會單位에서는 높은 嬰兒死亡率을 誘發시키는 원인이 되기 때문에 자동적으로 保健醫療의 要求度는 이들 特殊年齡階層에 집중되기 마련이다. 특히 65 歲이상 人口의 增加는 人口構造上 保健醫療의 要求度 파악에 더욱 큰 의미를 부여한다. 우리나라를 包含한 대부분의 開發途上國家에서는 老人人口層에 대한

Table 10. Changes of Population Structure

人口構造의 年度別 變化

Year	Population Structure (%)				Dependent Ratio
	Total	0~14	15~64	65 & over	
1980	100.0	34.0	62.2	3.8	60.7
1985	100.0	31.0	64.9	4.1	53.9
1990	100.0	28.6	66.9	4.5	49.5
1995	100.0	27.6	67.4	5.1	48.4
2000	100.0	26.0	68.1	6.0	46.9

Source : EPB : *Fifth Five Year Economic Social Development Planning, Population Planning Section*, 1981.

保健醫療保障策을 거의 無視해 왔으나 中進國 내지 先進國으로 跳躍하면서 人口構造의 변화로서 필연적으로 나타나는 老人人口層의 增大는 保健醫療 對策 | 主要事業 對象으로 問題視되지 않을 수 없게 되었다.

表10에서 보여주는 바와 같이 0~14歲 人口群은 向後 漸進적으로 減少되어갈 것으로 보이나, 65歲以上の 老人人口層은 1980年の 3.8퍼센트가 年次的으로 增大하여 西紀 2000년에는 6.0퍼센트로 크게 달라질 것으로 展望된다. 14歲以下の 年少人口比의 減少는 出産力 저하의 結果로 보여지며, 老人人口比의 增加는 保健醫療, 營養, 環境衛生 等の 諸與件 向上으로 壽命의 延長에 起因한 것으로 풀이된다.

老人人口比가 높아진다면 人口 全體의으로 볼 때 罹患率의 增加를 豫상할 수 있으며 따라서 病床需要를 급증시켜 그만큼 財政投資를 더 크게 要求할 것이다. 또 老人疾病의 特徵이라 할 수 있는 慢性 내지 重症治療의 要求度가 높아지게 됨으로써 높은 醫療費의 支出을 要求한다. 한편 人口의 地理的 分布는 保健醫療傳達體系에도 많은 影響을 주게 되는데, 이는 地理적 여건에 따른 醫療供給資源의 分布와 一致되어야 하기 때문이다. 현재 都市地域과 農村地域間의 人口分布에 있어 이미 都市地域에 사는 人口가 農村에 사는 人口를 능가하고 있다. 向後 2000년까지의 地域別 人口分布를 表11에서 보면 都市-農村間의 人口分布比는 점진적으로 隔差가 크게 벌어지고 있다. 1980年 현재 57:43의 比는 2000년에 가서는 77:23으로 될 것이며 특히 서울, 釜山 兩大都市의 構成比는 年次的으로 커진다.

以上の 人口成長과 관련하여 인구구조의 변화에 따라 保健醫療의 要求度가 特殊年齡層에 집중될 수 있다는 點과 人口의 地理的 分布에 따라 醫療資源의 適正配分을 포함한 醫療傳達體系 樹立이 要請된다는 點을 감안할 때 國民의 保健醫療 保障을 社會, 國家가 責任진다는 方針(實際로 우리나라헌법에 國民의 健康權이 명시되어 있음)이 더욱 견고히 될 수 있도록 해야 할 것이다.

(4) 政府의 長期保健醫療政策 方向

保健醫療의 重要性이 政府의 政策課題로서 基盤을 構築하기 시작한 것은 1977年.부터 出發한 第4次 5個年經濟開發計劃부터이다. 이때부터 保健醫療를 政府가 重要한 社會開發의 一部分으로 看做하였기 때문이다. 그 後 保健醫療의 政策方向에 대해서 前例없이 활발히 논의되기 시작하였으나 長期保健醫療發展을 위한 分명한 保健政策이나 목표가 뚜렷하지 못하다. 특히 保健醫療政策의 가장 기본적인 手段이며

對象인 醫療傳達體系를 어떻게 발전시키며 어떤 形態로 開發해야 할 것인가에 대한 方針은 아직도 關係人間的 論難일 뿐이지 政府의 分명한 정책방향은 그동안 提示되지 못하였다.

Table 11. Prospect of Population Distribution by Year

年度別 人口分布 展望

	1980	1986	1990	1995	2000
Total	38,124,000	41,839,000	44,261,000	47,250,000	50,066,000
City Population	21,845,000	27,257,000	30,712,000	34,834,000	38,631,000
(%)	(57.3)	(65.1)	(69.4)	(73.7)	(77.2)
Gun Population	16,279,000	14,582,000	13,549,000	12,415,000	11,435,000
(%)	(42.7)	(34.9)	(30.6)	(26.3)	(22.8)
Seoul Population	8,518,000	10,474,000	11,961,000	13,808,000	15,583,000
(%)	(22.3)	(25.0)	(27.0)	(29.2)	(31.1)
Pusan Population	3,217,000	4,088,000	4,689,000	5,467,000	6,257,000
(%)	(8.4)	(9.8)	(10.6)	(11.6)	(12.5)

Source : Same as Table 10.

醫療傳達體系의 올바른 樹立은 우선 政府의 長期保健醫療政策 목표와 방향에 크게 左右될 수 있기 때문에 이에 대한 假定이나 理想的인 模型의 設定이라도 提示함이 무엇보다 重要하다. 長期計劃일수록 社會環境與件에 따라 變化될 수 있는 경우가 많이 생길 수 있다. 그러나 政策방향은 사업설계 및 接近方法을 開發함에 있어 基本尺度가 될 수 있기 때문에 修正·補完하는 경우가 생기더라도 分명한 方針이 要求된다.

政府가 第5次 5個年計劃에서 밝히고 있는 保健醫療部門 계획을 政府의 保健醫療政策의 목표로 보고 이에 대한 內容을 다음과 같이 要約하고자 한다. 가장 重要視한 政策의 基本방향은 國民의 醫療保障을 점진적으로 確固하게 하기 위하여 醫療資源의 適正確保, 醫療의 接近度 提高, 公共保健醫療機能의 확충 그리고 公益性에 바탕을 둔 醫療의 확립을 들고 있다. 이러한 基本目標下에 地域社會에서는 醫療人과 地方自治團體 그리고 住民은 相互 公益性에 立脚하여 保健醫療 需給이 원활하게 이루어 질 수 있도록 調和를 가지도록 되어 있다. 政府가 構想하고 있는 本計劃의 基本政策의 核心은 「國民들의 保健醫療保障을 最大限 增進시키기 위하여 公益性에 바탕을 둔 醫療의 擴充」을 分명히 하고 있다. 이 方針은 지금까지 自由

放任의이며 利潤追求의 民間企業 形態의 醫療部門 중심의 保健醫療傳達體系 보다는 國民의 保健向上을 國家가 최대한 責任을 질 수 있는 公共保健醫療體제의 確立에 目標을 둔 것으로 볼 수 있다. 公共保健醫療의 確立이라고 해서 醫療體제를 官僚化한다는 의미는 절대로 아니며 모든 國民이 良質의 醫療惠澤을 받을 수 있도록 醫療資源의 適正配分과 運營, 制度의 開發, 酬價의 調整 등 政府長期政策 方向과 目標에 따라 發展시킨다는 意味일 것이다. 그리하여 個人爲主의 醫療供給이 아니고 集團(地域社會) 위주의 保健醫療體制 開發을 構想할 수 있을 것이다. 이러한 경우 醫療傳達體제의 樹立과 運營, 醫療人力의 養成과 地理的인 適正配分, 各種疾病 管理策 強化, 地域間的 醫療施設 均衡 등 諸般 問題 解決方案이 새로 모색되어야 할 것이다.

IV. 새로운 醫療傳達體系 樹立을 위한 接近

1. 醫療傳達體系 樹立의 基本構想

現在 우리나라가 가지고 있는 醫療傳達體系上的 問題가 대단히 廣範圍함을 앞서 分析한 內容으로 알 수 있다. 以上の 問題點 把握을 基本으로하여 向後 發展시키나갈 保健醫療傳達體제의 構築은 다음과 같은 基本構想을 前提로 한다.

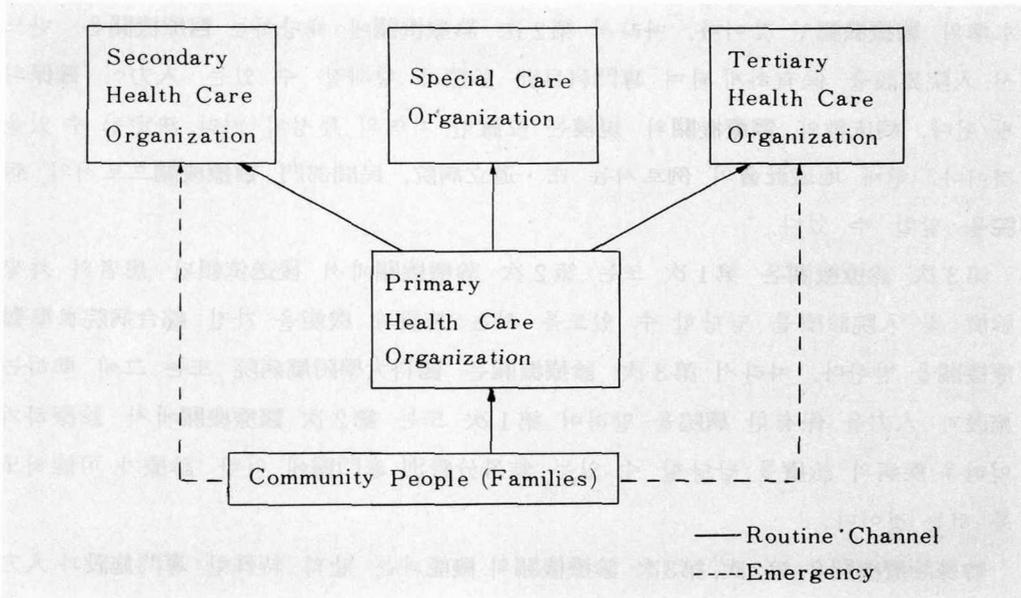
(1) 國民들의 保健醫療은 國家가 責任을 지고 公共責任保健醫療制度를 確立해 나간다. (2) 國民은 健康權을 主張함과 동시에 地域社會 保健問題에 責任을 가진다. (3) 保健醫療의 公共性을 保障할 수 있는 保健醫療의 傳達體系를 地域(理)的으로, 社會階層的으로 均等한 機會가 주어지도록 擴充한다. (4) 公共-民間醫療部門의 醫療網을 機能的으로 體系化시켜 醫療傳達이 一元化된 役割로 體系化한다. (5) 합리적인 後送醫療體系를 開發한다. (6) 醫療資源의 地理的인 均霑化를 期하여 醫療需要의 增大에 對備한다. (7) 醫療機關의 組織과 機能은 經濟的이며 效率성이 높은 醫療傳達體系가 構築될 수 있도록 整備되어야 한다.

2. 醫療傳達體제의 基本模型

앞서 언급한 바와 같이 모든 國民이 健康權에 의해서 保護받을 수 있는 保健醫療 組織形成과 가장 經濟的이며 良質의 醫療를 받을 수 있는 制度 確립에 基盤을 둔 一般 組織上的 醫療傳達體제의 基本模型을 圖解하면 다음과 같다.

Figure. Hypothetical Model for Health Delivery System

醫療傳達體系 基本模型



이 모델에서 地域社會住民의 醫療의 要求가 發生할 경우 제일 먼저 接觸해야 할 醫療機關은 第1次 診療를 담당할 수 있는 醫療人 또는 醫療施設이다. 第1次 診療를 담당하는 機關은 民間部門과 公共部門으로 나눌 수 있고 民間部門 診療機關으로서 地域社會에서 開業하고 있는 一般病院 또는 特殊科病院을 말한다. 이들 醫療機關은 現時點에서 볼 때 一般住民과 가장 쉽게 接觸할 수 있다고 보였으나, 醫療資源의 分布에서 問題點으로 지적한 바와 같이 農漁村住民들은 사실상 第1次 診療機關과의 접촉이 그 地域社會内에서는 어려운 실정이다. 이러한 脆弱點을 補完해 줄 수 있는 것이 公共部門인데 第1次 診療(醫療)에 該當될 수 있는 公共部門機關으로서 保健所, 保健支所 그리고 醫療脆弱地域으로 指定되어 配置된 保健醫療人이 勤務하는 保健診療所가 包含될 수 있다. 그러나 이들 公共部門 診療機關은 行政單位로 構成되어 있기 때문에 人口規模와 地域의 크기에 따라 상당한 不合理性이 內包되어 있다.

第1次 診療機關과 관계된 것으로서 특히 중요한 사실은, 利潤追求를 重視하는 民間部門 醫療機關의 萎縮을 排除하면서, 農漁村地域에 均霑分布가 이루어 지도록 어떻게 誘導할 수 있느냐 하는 것인데 이에 대한 具體的인 手段開發은 後에 言及하기로 한다.

第2次 診療機關은 第1次 醫療機關과 뚜렷이 區別되는데, 이들 診療機關들은 第1次 醫療機關에서 後送된 外來患者와 入院患者의 診療擔當을 原則으로 하는 病院水準의 醫療機關인 것이다. 따라서 第2次 診療機關에 해당하는 醫療機關은 반드시 入院施設을 保有하게 되며 專門科目別 診療가 행해질 수 있는 人力이 確保되게 된다. 病床數와 醫療機關의 規模는 位置한 지역의 特性에 따라 決定될 수 있을 것이다. 현재 地域社會의 例로서는 市·道立病院, 民間部門 醫療機關으로서의 病院을 말할 수 있다.

第3次 診療機關은 第1次 또는 第2次 診療機關에서 後送依賴된 患者의 外來診療 및 入院診療를 擔當할 수 있도록 하는 施設과 機能을 가진 綜合病院水準 醫療機關을 말한다. 따라서 第3次 診療機關은 醫科大學附屬病院 또는 그에 準하는 施設과 人力을 保有한 病院을 말하여 第1次 또는 第2次 醫療機關에서 診療하기 어려운 疾病의 診療를 擔當할 수 있는 特殊分野別 專門醫에 의한 診療가 可能하도록 하는 것이다.

特殊診療機關은 第2次, 第3次 診療機關의 機能과는 달리 特殊한 專門施設과 人力 그리고 疾病의 性格으로 一般病院과 分離시켜 診療를 해야 할 目的의 醫療機能을 가진 診療機關을 말한다. 이를 醫療機關은 精神病院, 結核病院, 癩病院, 再活病院 등을 말하는 것으로 第2次, 第3次 診療機關에서 特殊目的으로 分離하여 獨自의 運營된다.

以上の 醫療傳達體系의 基本模型속에서 모든 地域社會住民이 良質과 低廉한 醫療의 惠澤을 받을 수 있는 具體的인 手段開發은 醫療傳達體系의 中心이 될 수 있는 것이다.

3. 醫療傳達體系의 整備 및 手段開發

(1) 醫療傳達體系의 強化

醫療傳達體系의 確立과 強化의 目的은 現在 우리나라가 가지고 있는 醫療施設 및 人力의 地理的 또는 地域的인 偏在로 말미암아 모든 地域社會 住民들이 醫療要求가 있을때 均等한 醫療의 機會가 賦與되지 못하는 矛盾點을 是正하며 醫療의 公益性을 社會化시키기 위하여 先行되어야 할 課題다.

既存 醫療傳達體系는 公共部門과 民間部門으로 區分되어 있으면서 相互 連

繫性이 없을 뿐만 아니라 制度上 二元制의 長點이 조금도 보이지 않고 오히려 地域 社會住民에게는 높은 醫療費의 壓迫을 받게하고 있다. 이러한 意味에서 既萎縮된 公共醫療部門의 機能을 活性化시킬 뿐만 아니라 무질서하게 局部的으로 팽창된 民間部門을 整理하여 保健醫療의 公益性을 核心으로 再開發토록 하여야 한다.

(가) 公共醫療部門을 중심한 醫療傳達體系

公共部門의 醫療는 醫療財政의 獨立性を 強調하여 運營할 만큼 우리나라 國民所得 水準이 미치지 못하고 있기 때문에 全的으로 國家財政에 의하여 運營될 수 밖에 없을 것이며 地域社會住民의 醫療酬價負擔은 一部負擔이 可能할 수 있는 社會扶助의 一環으로 運營되도록 한다. 이러한 公共醫療의 本質確立은 自動的으로 住民들의 社會的 階層이나 地域的인 條件에 따라 受惠對象이 決定되는데 本稿에서는 醫療가 社會階層間的 集團分離에 絶대로 觸媒役割이 되어서는 안된다는 哲學으로서 地域社會의 特性을 중심으로 구분하고자 한다.

첫째, 農村地域에서는 行政的으로 郡保健所에 대해서 中樞的인 役割을 賦與함과 동시에 疾病豫防과 住民들의 健康增進을 위한 公衆保健 事業과 아울러 診療業務가 強化될 수 있도록 해야 한다. 또 保健所는 그 地域社會 醫療施設과 人力의 適正活用이 可能할 수 있는 새로운 機能開發이 필요하다. 이와같은 保健所存在와 並行하여 人口分布 및 地理條件을 감안한 診療施設이 요구된다. 이 施設은 地域社會住民과 가장 쉽게 그리고 가장 신속하게 접할 수 있는 地理的인 位置가 고려된다. 따라서 이와같은 醫療施設은 既存 面單位에 設置할 수 있도록 되어있는 保健支所를 劃期的으로 補強시켜야 한다. 이에 대한 補強은 施設投資뿐만 아니라 醫療人力에도 과격적인 뒷받침이 있어야 할 것이다. 그렇지 않고서는 機能上 問題가 생길수 있음은 당연한 所致이다. 人力投資에 대한 問題는 따로 言及할 것이다.

行政區域上 面單位 以下の 自然部落이나 里·洞單位는 事實相 地理的으로 대단히 不利한 位置에 있다. 따라서 어떠한 경우에서도 里·洞 내지 自然部落 單位로 醫療脆弱地域으로서 醫療傳達體系가 連結될 수 있어야 할 것이다. 따라서 交通手段, 周圍環境(특히 民間醫療施設分布 및 住民들의 保健狀態 등)에 따라 必然的으로 小規模 診療所의 開設이 요구된다. 이 診療所의 機能은 疾病의 退治가 아니고 地域 社會住民들의 應急에 대한 判斷으로서 다음 診療機關으로 後送이 可能하도록 하게 하는 役割과, 常病으로서 가벼운 處置를 要求하는 정도의 診療를 담당할 수 있도록 하는 것이다. 또 그 地域社會의 各種 疾病이나 保健問題에 대한 情報蒐集이나

報告를 하는 機能을 할 수 있다. 따라서 이러한 單純役割이나 診療機能을 가진 者는 高級醫療人이 아니며 特殊 保健醫療訓練을 短期的으로 받은 醫療補助員의 資格으로서도 可能할 것이다.

앞서 規定한 바와 같이 郡保健所는 行政單位의 保健醫療事業機關으로서 診療를 담당하는 組織이지 完全 診療機能을 가진 醫療組織은 아니다. 즉 保健所는 診療機能은 가지되 그 診療의 範圍가 限定될 수 있는 것이다. 長期的인 治療를 요구하거나 外科的인 또는 應急的인 手術을 요구하는 경우에는 診療機能上 불가능하기 때문에 第2次 診療機關이 필요하다. 保健所 以下の 第1次 診療機關과 診療機能 및 範圍로 보아 第2次 診療機關이 分離되어야 함은 醫療組織의 效率的인 運營 및 住民의 편의상 이루어져야 하며 第1次 診療機關은 最小單位의 地域社會 行政區域에서도 存在되어야 한다. 그러나 第2次 診療機關은 第1次 診療機關과는 달리 最小單位 行政區域이 相互 連結될 수 있는 單位에서 構成되면 될 것이다. 따라서 第2次 診療機關은 農村地域에서 가장 시급히 開發되어야 할 中間規模의 診療機關이다. 約 50~100 病床規模의 病院으로서 必須 또는 가장 흔한 疾病에 따라 이것을 해결할 수 있는 專門科目 專門醫가 있는 機關이 되어야 한다. 물론 이들 病院은 既存 邑·面 또는 郡廳 所在地에 있는 道立病院이 이에 속할 수 있다. 가장 중요한 點은 第1次 診療機關과 第2次 診療機關間의 後送手段의 開發인데 여기는 必須的으로 交通과 通信手段의 開發이 뒤따라야 한다. 다만 地域의 特殊性에 따라 第2次 診療機關의 規模 및 診療水準과 範圍는 伸縮性을 두어야 한다. 農村地域에서의 醫療傳達體系上 最終 醫療機關은 第2次 診療機關으로 하며 疾患에 따라 第3次 診療機關의 要求가 있을 경우에는 都市로 後送시키도록 한다.

農村地域의 醫療傳達體系에 있어 現實的으로 대단히 중요한 課題로 등장하고 있는 것은 母子保健事業인데 특히 妊娠 分娩에 대한 保健醫療行爲는 第1次 診療를 담당하고 있는 모든 醫療人은 누구나 能力上 충분히 問題를 해결할 수 있어야 한다. 最小行政單位에서 診療機能을 발휘하고 있는 醫療補助人도 妊娠 分娩에 관한 基本訓練은 必須的으로 이행되어야 한다. 이유는 農村社會에서의 最大의 保健問題는 妊娠 出産에서 부터 시작되며 이 時期를 起點으로하여 保健에 대한 住民들의 관심이 高潮될 수 있는 動機形成이 가능해 지기 때문이다.

現在 政府는 世界銀行借款에 의하여 母子保健「센터」를 全國에 91個所 設置할 豫定인데 이 가운데 農村型은 設立과 동시에 第1次 診療機關으로서의 役割을

담당할 수 있어야 한다. 그러나 現實的으로 人力, 運營, 財政 그리고 規模 對 機能上 상당한 問題點이 있을 것으로 判斷된다. 우선 計劃된 助産員 確保問題, 「센터」의 獨立運營上 필요한 財政支援 등 難關이 많을 것으로 豫測되므로 母子保健事業의 機能의 重要性을 勘案하여 모든 第1次 診療機關에 役割을 分擔시키는 방향으로 構想함이 타당할 것이다. 따라서 本稿에서는 母子保健「센터」를 第1次 診療機關으로 看做하지 않았다.

둘째, 都市地域에서의 公共部門에 속하는 醫療傳達體系의 強化는 사실상 큰 의미가 없다. 一般的으로 보아서는 既存의 醫療機關을 一定水準에 의하여 또 機能- 役割에 따라 整理해 나가는 방향이 타당할 것이다. 다시 말하여 都市에서의 公共責任醫療는 住民들의 經濟社會水準과 意識構造로 보아 公共醫療部門에 속하는 醫療傳達體系는 큰 選好性을 가질 수 없을 것이라는 豫測에 근거를 둔 것이다. 1945年 解放以後 지금까지 約37年동안 利潤追求의 企業形態로서 自由放任下에 都市로 集中되어 發展하여온 民間部門에 속하는 醫療組織의 機能을 어느 정도 社會적으로 適應시키면서 住民들의 醫療要求에 따른 行態를 감안한다면 公共部門의 醫療組織에 더 以上の 投資는 非效率의 일 수 밖에 없다. 이러한 原則을 두고 보건대 都市地域의 保健所는 農村地域 保健所の 機能과 相異할 수 밖에 없다. 즉 都市保健所는 豫防醫學 또는 公衆保健學的인 側面에서 健康增進事業機關으로 發展시키 나갈 것이며 農村에서와 같은 第1次 診療機關의 直接的인 役割은 하지 않아도 될 것이다. 다만 保健事業 遂行上 필요한 第1次 診療의 間接的인 醫療活動은 필요할 것이다. 公共部門에 속하는 第2次, 第3次 診療機關도 이들 診療機關에 對等한 民間部門醫療의 發展으로 사실상 상당한 萎縮을 가져왔다. 그러나 이제 다시 活性化시켜야 할 만큼 都市地域에서의 公共部門의 發展은 필요없게 된 것이다. 그 理由는 都市住民들의 醫療行態와 嗜好를 충분히 만족시킬 수 있는 民間部門의 第2次, 第3次 醫療機關이 충분하기 때문이다.

한편 公共醫療機關이긴 하지만 第3次 診療機關은 그 機能과 役割로 보아 이미 그 重要性이 民間部門의 第3次 診療機關에 앞서 活動하고 있을 뿐만 아니라 醫療傳達體系上 公共部門으로서의 最終醫療傳達機關으로 存續될 필요가 있다고 判斷된다. 따라서 第3次 診療機關에 속하는 公共綜合病院은 人力, 施設, 裝備面에서 더욱 補強시켜 診療뿐만 아니라 醫療人들의 訓練機關으로서도 機能을 할 수 있어야 한다.

그밖에 公共醫療機關으로서 特殊病院은 醫療傳達體系上 모든 地域社會住民들에게 共通的인 機會을 주기 위한 目的보다는 經濟的으로 또는 特殊保健問題를 解決하고자 하는 目的에서 維持 發展시켜 나가야 할 것이다. 다만 特殊病院의 規模와 數는 地域의 需要에 따라 調整할 수 있어야 하며 部分的인 또는 居地所域 中心의 運營보다는 國家的인 次元에서 그 需要성이 推計되고 開設되어야 한다.

(나) 民間醫療部門을 중심으로한 醫療傳達體系

앞서 누차 強調한바 있거니와 우리나라 醫療傳達體系의 問題는 醫療要求도가 높은 住民들에 대해서 醫療의 혜택이 주어질 수 없는 現象이다. 이 問題는 醫療資源의 地理的 偏在가 가장 重要한 要因으로 關係되어 있는 것으로 보여지기 때문에 都市·農村間의 醫療資源을 均등하게 할 수 있는 方案이 考慮되어야 한다. 農村地域에서의 民間部門에 속하는 第1次診療機關으로는 一般醫院과 專門醫院이 該當되는데 行政單位로 面水準에서 본다면 1982年 現在 1,321個面 가운데 約 34 퍼센트가 「醫師 없는 面」으로 밝혀지고 있음이 큰 問題로 指摘된다. 그러나 다행히 政府는 公共部門으로서 醫療網 擴張計劃에 따라 公衆保健醫師 그리고 看護員으로서 短期教育을 시켜 一部 診療業務를 賦與한 診療看護員을 大量으로 農村地域에 投入시키고 있으므로 인해 農村地域에서 民間部門으로서의 第1次 醫療組織의 弱點을 크게 補完받게 될 것으로 보인다. 民間部門 醫療組織이 公共部門과 均等한 數字 또는 對等한 位置에서 存在하여야 한다는 理論을 展開시킬 수는 없다. 그러나 우리나라 農村社會도 점진적으로 近代化되어가고 國民들의 醫療行態가 變化되어 감에 따라 民間部門의 醫療組織 특히 第1次 診療機關에 해당하는 一般開業醫院의 誘致가 바람직스럽다. 問題는 이들 一般開業醫院을 어떻게 農村地域으로 誘引할 수 있겠느냐가 가장 重要한 점인데 制度的으로 뒷받침하지 않고는 어려울 것이다. 뒤에 言及하겠지만 都市에서의 民間部門에 속하는 一般醫院 또는 專門醫院을 規制한다고 해서 이들이 農村으로 流入되리라는 假定은 全然 할 수 없다. 따라서 農村地域에서의 公共部門에 속하는 第1次 診療機關이 완벽하게 編成되지 않는 이상 어느 정도의 民間部門의 誘導策이 필요하며 政策上 반드시 고려되어야 할 것이다. 가장 가능한 制度的인 支援策으로서 農村地域 第1次 診療機關은 開業에 필요한 施設投資費用을 政府가 낮은 金利로 保證 融資해줄 수 있으며 또 稅制上的 혜택에 있어서도 都市와 대폭적인 差等制를 適用할 수 있을 것이다.

農村 및 奧地, 僻地에서의 民間部門에 속하는 第2次, 第3次 診療機關의 確立

은 現實的으로 어렵다. 醫療의 公益性에 따라 利潤追求가 아닌 非營利機關으로서 國家가 經常費 支援을 할 수 있는 制度가 없는 이상 自由經濟主義的인 우리나라 社會構造에서 第2次 내지 第3次 診療機關에 해당하는 病院級의 醫療機關의 誘致는 불가능하다. 따라서 農村地域에서의 醫療傳達 體系는 公共部門에 대부분 의존할 수 밖에 없을 것이며 다만 民間部門으로서 第1次 診療機關 정도의 誘致는 어느 정도 國家施策으로 支援, 育成하는 方案이 最善이 될 수 있다.

다음, 都市에서의 民間部門에 속하는 醫療機關의 對策은 이미 노출된 問題點을 해결해 나가는 接近方法으로 醫療傳達體系를 構築해야 한다. 그 理由는 過度하게 밀집된 醫療資源의 分布와 必要以上の 施設 및 人力投資로 인한 醫療酬價의 上昇要因이 그 核이며, 醫療保險 實施以後 第3次 診療機關으로 一般 外來患者들도 集中的으로 모여들어서 醫療機關別 醫療機能에 큰 혼란을 야기하고 있기 때문이다.

都市의 民間部門은 一般醫院이 開業의 主流를 이루고 있다. 이들은 外來診療를 中心으로 몇個의 病床을 保有하면서 入院診療를 並行하게도 하는데 특히 專門科病院의 경우는 病床의 保有數나 施設의 投資가 상당한 水準에 까지 이르고 있음을 볼 수 있다. 이것은 診療機關의 機能과 役割을 구별하지 않은채 모든 診療는 施設과 個人的 診療技術에 의하여 결정될 수 있다는 思考에 의한 것이다. 또 專門科醫院이 一般醫院 水準에서 開業하고 있는 傾向이 非正常的으로 많기 때문에 醫療傳達體系上 혼란을 誘發할 뿐만 아니라 高級醫療人力의 浪費를 招來하고 있다. 따라서 專門科醫院은 第1次 診療醫療機關의 역할보다는 다른 次元에서 활용될 수 있도록 해야 할 것이다. 都市에서의 醫療傳達體系 確立은 一般醫院中心의 第1次 診療機關이 중심이 될 수 있으며 專門科醫院의 數는 可能한 限 제한할 필요성이 있다. 既存 醫療法에 醫療機關의 開設은 정해진 基準에 따라 申告로 끝낼 수 있기 때문에 規制策을 활용할 수 없다. 그러나 우리나라 醫療發展과 地域社會住民들의 醫療惠澤을 均등하게 提供하고자 하는 長期目標로 보아서도 都市地域에서 一般開業醫 중심의 1次診療機關들은 社會秩序에 입각하여 점진적으로 정리해 나가야 한다. 구체적으로 現行 醫療法 第30條(開設) 4項에 明示된 「綜合病院, 病院, 齒科病院 또는 漢方病院을 開設하고자 하는 者는 保健社會部令이 정하는 바에 의하여 道知事의 許可를 받아야 한다」¹⁰⁾ 는 것을 改正하여 一般醫院 및 專門科醫院의 開設도

10) 道知事의 許可를 得해야 되는 事項은 「保健社會部令으로 定하는 地域別 所要 病床數」에 該當될 것임.

大都市地域에서는 制限할 수 있게 한다면 大都市 集中의 奇現象은 막을 수 있을 것이다.

지금까지 約 35年 以上을 自由放任의 企業形態의 醫療業을 일시에 새로운 醫療 傳達體系로 정리하기는 어려울 것이나, 필요하다면 醫療法의 改正으로써 向後 一般 醫院 내지 專門科醫院의 大都市 開業은 療醫의 質과 公益性을 保護하기 위해서도 規制할 수 밖에 없을 것이다. 規制方法은 大都市에서 地域을 「區」 單位로 나누어 保社部長官이 定하는 所要 推計 概念에 따라 一般醫院 및 專門醫院의 開設數를 定해두고 第1次 診療機關으로서 登錄하도록 한다. 이와같은 規制의 目的은 專門 科醫院의 機能과 役割을 第1次로 診療機關으로서 담당할 수 있는 效率의인 方法을 제시하고자 함과 동시에 大都市地域의 醫療傳達體系의 再整備에 焦點을 맞추어 제 시한 것이다.

다음, 都市地域에서의 民間部門 第2次 診療機關은 그 規模가 人口 10萬名을 基準하여 150~200病床¹¹⁾ 이 될 수 있도록 病院數를 調整한다. 專門科醫院 또는 一般 醫院이 共同開業으로 발전할 수 있다면 이들 共同開業은 第1次, 第2次診療機關의 機能을 동시에 가질 수 있을 것이다. 第1次 診療機關과 第2次 診療機關 그리고 앞으로 論하게 될 第3次 診療機關과의 患者後送問題는 都市에 관한 限 적절한 公式制度(即時 呼出의 앰블런스) 및 個人交通 手段으로 쉽게 連結될 수 있을 것 이다.

都市地域에서 民間醫療部門으로서의 第3次 診療機關인 綜合病院 또는 專門病 院은 既存의 施設, 裝備, 人力水準으로 충분한 것으로 思料된다. 地理的分布에서 보는 바와 같이 이들 民間部門 綜合病院의 대부분이 大都市에 集中되어 있다. 1980 年 現在 全國적으로 綜合病院의 數는 82個所이며 이들의 95.3퍼센트가 都市에 있 고, 서울, 釜山에서만 62.8 퍼센트를 차지하고 있는 것만 보더라도 大都市에서의 民間部門의 綜合病院은 現水準으로서도 만족이상이 될 수 있겠다.

그런데 問題는 醫療의 機能이 명확히 分擔되어 있지 못한 醫療傳達體系 속에서 는 第3次診療機關인 綜合病院이 第3次診療의 機能보다는 第1次診療의 機能集中으로 큰 혼란을 빚고 있음은 우리나라 醫療傳達體系 整理의 必要性을 端的으로 나타낸 다. 따라서 民間部門의 綜合病院은 最終診療機關으로서의 機能을 가지며 醫療人에 대

11) 서울保健研究會, 保健白書(下), p. 100.

한 修練 내지 教育의 역할을 담당할 수 있어야 한다. 이러한 機能을 發揮하기 위해서는 現在 綜合病院의 外來診療機能을 獨立的으로 病院에서 分離시켜야 할 것이다. 外來患者에 대한 診療機能의 分離는 綜合病院뿐만 아니라 第2次診療機關인 一般病院에서도 동일한 課題로 해당된다. 外來患者에 대한 診療는 분명히 第1次診療임에도 불구하고 第3次 診療機關인 綜合病院에서 外來診療를 提供함으로써 醫療傳達體系上 혼선을 招來하고 있다. 특히 一般地域社會住民들은 第1次 診療機能인 綜合病院의 外來患者 診療를 綜合病院 固有的 役割로 錯覺하고 가벼운 疾病에 대한 診療도 綜合病院으로 集中해 오는 傾向이 뚜렷하다. 그리하여 綜合病院도 專門人力과 特殊施設을 一次診療에 該當하는 一般外來患者 診療에 投入함으로써 浪費의 要因을 內包하고 있다.

(2) 醫療傳達體系 確立을 위한 制度開發

都市-農村地域間 또는 社會集團 階層間的 保健醫療惠澤은 醫療傳達이 可能的인 醫療網 組織만으로 解決되는 것이 아니다. 組織의 機能이 活性化될 수 있는 制度的인 뒷받침이 이루어져야 한다. 이러한 制度는 우리나라 國民들의 經濟·社會生活 水準이 어느정도까지 向上되기 前에는 國民들의 基本權의 하나인 健康權을 尊重하여 國家가 責任지고 保護하는 公共責任醫療를 確立한다는 目的에 焦點을 둔 것이다. 이 制度는 國民保健醫療의 質的 向上을 위해서 補償의 手段을 主軸으로 할 수 있으나 모든 地域社會住民이 均等한 惠澤과 醫療의 公益性에 따른 規制의 手段으로 活用될 수도 있음을 理解해야 할 것이다.

(가) 健康稅 新設에 의한 保健醫療事業 增進

福祉社會建設의 基本은 國民들의 健康水準 向上이며 國民들의 保健醫療는 政府가 責任을 지고 상당한 役割을 現在도 遂行하고 있다. 다만 國家가 保健醫療의 經濟的인 支援을 完全保障하고 있지 못한데서 保健醫療에 대한 國家의 責任限界를 批判할 때가 있다. 그러나 保健醫療의 財政은 그 社會와 國家의 여러가지 事業 가운데 優先順位에 따라 決定되기 때문에 財政上의 完全保障의 意味를 國家의 役割과 責任으로 混同해서는 안된다. 經濟與件의 向上은 自動的으로 保健醫療의 重要性을 高潮시키기 때문에 集團의 概念으로 보아 「없는者와 「가진者」間的 醫療惠澤이 最大限 均衡을 이룰 수 있도록 政府의 民主的인 醫療政策樹立이 要求된다. 한편 疾病에 대한 診療는 「없는者」와 「가진者」間的 經濟能力과 全然 無關하다. 따

라서 國家는 最小限 이들 兩集團間에 醫療機會를 均等하게 賦與할 수 있도록 해야 한다. 이러한 政策의 方針이 公共責任 保健醫療의 核心임과 동시에 國民의 基本權의 하나인 健康權에 대한 保護政策이다. 以上の 背景에 따라 開發될 수 있는 것이 健康稅인데, 이는 「가진者」는 「없는者」보다 社會的 次元에서, 國家的 次元에서 健康生活를 營爲하고 있을 뿐만 아니라 經濟的으로는 福祉社會建設에의 參與義務를 가지고 있다 하겠다. 따라서 相互扶助의 意味로 健康稅의 賦課는 당연하다. 다만 現實的으로 우리社會가 가진 여러가지 形편을 勘案하건데, 모든 國民이 個人의 社會經濟的인 水準에 따라 一律的으로 健康稅를 納付하기는 어렵다. 따라서 「가진者」의 社會特殊階層을 對象으로 또는 社會特殊集團의 經濟利益活動으로 限定하여 健康稅를 賦課할 수 있다. 그래서 特別消費稅와 같은 形態로 徵收할 수 있을 것이다. 이 健康稅는 公共責任 醫療의 根本으로서 全額 再投資될 수 있어야 하며 投資對象은 保健醫療의 要求度가 가장 높은 社會集團이다.

(나) 醫療保險制度的 改善

醫療保險이 우리나라에 導入된 것은 1963년에 公布된 醫療保險法에 根據를 두고 있다. 社會保障의 一環으로 開發된 醫療保險은 그 受惠對象이 全國民이 되어야 함을 原則으로 하며 保險의 運營은 醫療의 供給者가 만족할 수 있는 保險酬價로 良質의 醫療가 이루어질 수 있어야 한다. 또한 保險財政은 被保險者, 事業主 또는 公共負擔으로 保險管理가 合理的으로 運營되어야 할 것이다.

그러나 우리나라의 既存 醫療保險은 段階的 實施目標에 따라 장차 全國民的 規模로 擴大하고자 하는 過渡期에 있기 때문에 여러가지 問題가 있다. 1981年 現在 醫療保險은 全國民의 約28퍼센트가 加入되어 있으며 第5次 5個年計劃의 最終年度인 1986년에는 約57퍼센트, 그리고 1991년에는 約87퍼센트 까지 擴大할 方針이다. 이러한 政府의 計劃은 醫療保障面에서 본다면 醫療保險과 醫療保護를 합쳐 第6次 5個年計劃의 最終年度인 1991년에는 95퍼센트 水準까지 保障하게 됨으로써 名實 共に 福祉國家의 基本問題가 완전히 解消되리라 展望된다.

그러나 問題는 醫療保險의 惠澤을 받고 있지 못하는 農村人口인데 이들의 健康水準이나 醫療의 要求度가 크다는데 問題가 있다. 理論的으로는 農漁村住民들에게 醫療惠澤이 주어져야 한다고 이야기할 수 있으나 實際 運營面에서는 定期 所得階層이 적고 또 그 所得水準 또한 保險負擔金을 낼 수 있는 形편이 안되기 때문에 現段階에서 農漁村住民을 對象으로한 強制適用 醫療保險이란 時期尚早라 할 수

있다. 그래서 醫療保障의 높은 要求度가 있음에도 불구하고 社會與件과 符合되지 못한다는 理由로 現在와 같이 都市 中心의, 또는 雇傭所得者 中心의 醫療保險을 내버려 둘 수는 없을 것이다. 政府가 計劃하고 있는 醫療保險의 受惠對象者 增大는 醫療保險負擔能力을 個人水準에서 評價하여 期待한 것으로 볼 수 있는 것이지, 國民(農漁村住民)들의 經濟生活로 保險負擔 能力이 없을 경우 政府에서 所要資源을 負擔하면서까지 受惠人口比率을 增大시킨다는 計劃은 아니다. 1986년까지의 醫療保障所要財源別 分布를 보면 政府負擔의 比重은 漸進的으로 줄어가고 民間負擔의 比重은 그만큼 擴大되어 가는 것이 바로 財政自立을 意味한 것이다. 만약 民間負擔이 計劃된 바와 같이 이루어지지 않을 경우에는 計劃上的 蹉跌이 오거나 아니면 強制的인 醫療保險 加入이 될 것이다. 이러한 狀況에서는 醫療保險의 成功을 절대로 期待할 수 없기 때문에 적어도 醫療의 公益性은 公共責任醫療가 되어야 한다는 基本哲學으로서 醫療惠澤의 均等を 誘導하는 手段이 된 醫療保險은 政府의 絶對負擔을 增大시켜야 한다. 政府負擔의 增大는 앞에서 言及한 健康稅로 충당할 수 있을 것이다. 이러한 醫療保險의 社會-集團別 均等한 惠澤 賦與는 바로 福祉社會建設의 礎石이 될 것이며 健康만은 社會와 國家가 責任지는 公共責任 醫療制度가 定着될 수 있을 것이다.

(다) 醫療機關의 運營改善

醫療傳達體系의 確立에 가장 問題가 되고 있는 醫療施設 分布는 根本的으로 醫療機關의 運營에 聯關된다. 現在까지는 民間部門의 醫療機關이 利潤 追求의 經營方式을 強調해 왔기 때문에 醫療機關의 開設地가 중요한 考慮事項으로 되어 왔다. 따라서 對象者의 經濟能力이 있는 大都市가 醫療機關의 開設地로 注目되어 결국은 醫療資源의 偏在性을 벗어날 수가 없었다.

따라서 적어도 第3次診療機關만은 利潤追求의 經營方式이 아닌 醫療의 公益性을 強調한 醫療奉仕組織으로 轉嫁시켜야 한다. 管理財政의 自立度가 떨어지기 때문에 事實上 組織運營에 問題가 생길 수 있음은 必然的인 事實이다. 그러나 第3次診療機關의 診療는 患者의 醫療費 負擔이 가장 무거울 수 있는 診療段階이기 때문에 醫療機關의 管理財政에 無關한 診療奉仕는 그만큼 國民들에게 直接的인 醫療惠澤을 줄 수 있는 機會가 되는 것이다. 이러한 點을 考慮하건데 第3次診療機關의 經常財政部門만은 民間, 公共醫療機關의 區別없이 政府의 直接支援(例, 健康稅活用)이 要求된다. 現在와 같이 自由企業型으로 方置해 두는 以上 醫療費의 昂騰

은 不可避한 現象이 되며 따라서 醫療消費者는 그만큼 負擔을 받게 되는 것이다.

(라) 醫療技術의 發展과 醫療人力養成

醫療技術의 發展은 그만큼 國民健康保護에 이바지 할 수 있다. 그러나 問題는 高級人力養成은 醫療의 要求에 의하여 決定되지, 醫學教育 自體로 決定할 수가 없다. 全人口를 對象으로 保健醫療施惠를 必要로 하는 疾患의 輕重에 따라 分類하여 보면 60퍼센트는 1次診療에 該當하며, 25퍼센트는 2次診療 그리고 나머지 15퍼센트 程度만이 3次診療를 必要로 한다.¹³⁾ 따라서 醫療技術의 向上으로 制度的인 認定을 하고 있는 專門醫의 輩出은 疾病治療의 樣相에 비추어 볼 때 全體開業醫의 15퍼센트 水準이 人力管理上 效率의이라 볼 수도 있을 것이다. 그러나 現在는 不必要한 領域까지도 醫療의 高級화가 人力養成에서 부터 시작되고 있는 實情이다. 醫科大學 卒業生の 95퍼센트가 專門醫가 되기를 志望하고 있는데, 아무리 技術發展의 必要性이 強調되고 있고 個人的 自由意思에 의해 技術完成이 이루어지도록 保障하는 民主的 社會가 必要하다고 하지만 앞서 言及한 바와 같이 15퍼센트 水準의 專門醫 需要만이 必要한 現實로 보건대 人力의 過多 高級化는 醫療人力 養成制度의 不合理가 아닐 수 없다. 따라서 專門醫의 需要를 엄격히 判斷하여 專門醫 輩出을 適正線으로 規制할 必要가 있을 것이다.

(마) 醫療法の 補完

現行 醫療制度 全般을 상당히 支配하고 있는 根據는 醫療法에서 찾아 볼 수 있다. 公共部門과 民間部門의 機能과 役割, 醫療資源의 分布, 醫療機關의 開設 등 保健醫療活動 全般에 걸쳐 醫療의 公益性和 새로운 醫療傳達體系의 確立을 各醫療機關의 機能과 役割이 分離되지 않고서는 診療體系에 끊임없는 混線이 올 수 있으며 1次診療에서 부터 3次診療에 이르기까지 一元的인 體系가 確立될 수 없다.

V. 結 論

解放以後 오늘에 이르기까지 自由企業型的 保健醫療機關의 發展은 結果的으로 公共部門의 保健醫療와 民間部門의 醫療間的 극심한 不均衡을 招來하였으며, 이는 곧 國民들의 社會經濟生活의 向上과 더불어 醫療酬價의 昂騰要因으로 相互作用하게 되었다. 즉, 經濟能力에 따라 特殊社會階層을 中心으로 醫療의 高級화가 漸進的으로 形成되어 갔으며 또 醫療機關의 利潤追求를 위한 自由企業的인 運營

方式은 施設, 裝備, 人力 등의 投資에 있어 過度한 競爭을 誘發하게 됨으로써 韓國 醫療費의 上昇을 招來하게 되었다. 이러한 狀況下에서 農漁村住民, 都市低所得住民들은 國民資質의 基本要件인 健康問題를 스스로 解決할 수 없는 形편에 處하게 된 것이다. 우리나라에 맞는 醫療는 원래 公益性에 의한 公共責任下에 모든 國民은 均等한 醫療惠澤 賦與의 機會가 주어지며, 社會-國家의 保護를 받을 수 있어야 한다. 따라서 醫療要求度가 큰 地域社會 住民을 위한 새로운 醫療傳達體系의 樹立이 必要하며 이러한 醫療傳達體系의 運營을 制度的으로 支援할 수 있는 措置가 國家的인 次元에서 이루어져야 한다. 그러나 우리 國民所得이 先進國家水準에 이를 수 있는 時期가 既存 政府의 經濟開發計劃 속에서 目標年度로 包含되어 있다면, 公共責任保健醫療制度는 修正될 수 있을 것이다. 이러한 의미에서 現實적으로 가장 싼 價格으로 良質의 醫療惠澤을 받을 수 있는 方案은 福祉社會具現 目標로서도 반드시 考慮되어야 한다.

醫療傳達體系 樹立의 基本構想은 (1) 公共責任保健醫療制度를 確立하며 (2) 醫療傳達體系의 地理的 均衡과 對象者의 社會階層別로 均等한 機會賦與가 可能해지도록 하며 (3) 公共-民間部門의 醫療機關의 機能을 地理적으로 體系化하여 醫療傳達의 役割을 분명히 하며 (4) 合理的인 醫療機關의 運營을 圍謀한다는 것이다. 이러한 基本的인 構想下에 提示될 수 있는 醫療傳達體系로는 다음과 같은 것을 들 수 있다.

(1) 醫療傳達體系는 既存의 우리나라 社會的인 與件을 考慮하여 民間部門이 絕對的인 優位를 보이고 있는 都市를 民間部門 中心의 醫療傳達體系로 하고, 向後 政府의 投資對象으로서는 公共部門 醫療組織 中心의 農漁村 醫療傳達體系로 各各 構想한다.

(2) 公共責任醫療의 基本哲學으로서 農漁村의 第1次診療醫療網 運營은 國家의 財政投資로서 全額 充當한다. 이러한 틀 가운데 醫療奉仕는 保健診療員의 配置, 公衆保健醫師의 年次的인 擴充, 保健支所機能의 活性化, 郡 保健所의 行政力과 診療事業의 調整, 그리고 邑·面所在의 道立病院(外來)에 이르기까지의 一元的인 公共責任保健醫療制度下에 의해 이루어지도록 한다.

(3) 農漁村地域의 2次診療 역시 公共責任保健醫療로서 中間規模(50~100 病床)의 病院으로 하여 邑·面 또는 郡廳所在地의 道立病院이 된다.

(4) 農村의 1次 診療擔當醫療人이나 醫療機關은 1次診療의 業務뿐만 아니라 地域社會 保健醫療의 情報提供의 役割을 擔當한다.

(5) 都市에서의 公共部門 醫療傳達體系는 現水準에서 整理하는 方向으로 하며, 民間部門의 機能에 依存하도록 한다.

(6) 都市에서의 公共部門에 屬하는 1次 醫療機關은 2次 또는 3次 診療를 擔當할 수 있는 病院 내지 綜合病院의 獨立된 外來診療機能을 開發 利用한다.

(7) 3次 診療機關으로서 既存 綜合病院은 公共責任醫療의 一環으로 國家의 財政으로 診療機能을 높인다.

(8) 農村에서의 民間部門에 屬하는 1次 診療機關은 醫療網 擴張計劃에 따라 積極誘致하도록 한다.

(9) 農村地域에서 民間醫療機關으로 開業하는 醫院 또는 病院은 施設備 金融支援 稅制上的 惠澤 등이 考慮될 수 있어야 한다.

(10) 農村地域에서의 第2次, 3次 診療機關의 開發은 現實的으로 公共部門의 開發 政策과 相馳될 수 있으며 또 非效率的이기 때문에 政策的으로 考慮할 必要가 없다.

(11) 都市에서의 民間部門에 屬한 1次 診療機關은 一般醫院 中心으로 하되 地域別 需要判斷에 따라 開設에 許可制를 適用한다.

(12) 專門科 醫院의 新規 開設은 規制할 수 있도록 하며 既存의 專門科 醫院은 集團開業을 誘導한다. 특히 大都市에서의 一般醫院 내지 專門科醫院의 開設은 「區」 單位로 나누어 制限한다.

(13) 都市에서의 民間部門 2次 診療擔當機關은 人口 10萬名當 150~200 病床이 될 수 있도록 病院數를 調整한다.

(14) 大都市에서의 民間部門 3次 診療機關은 新規開設을 人口當 需要에 따라 規制한다.

(15) 大都市 所在 2次 내지 3次 診療機關의 外來診療機能은 病院으로 부터 完全히 獨立시켜 1次 診療機能으로만 그 役割을 區分한다.

以上の 醫療傳達體系 構築에 따라 制度的으로 開發되어야 할 政策的 考慮事項은 다음과 같다.

첫째, 特別消費稅 形態의 「健康稅」를 新設하고 이의 稅收는 國民保健 醫療事業에 全額 再投資하도록 한다.

둘째, 既存 醫療保險制度를 醫療保障으로서 全國民이 受惠할 수 있도록 政府의 財政支援을 年次的으로 增加시켜야 한다. 이는 「健康稅」로써 支援할 수도 있을 것이다. 따라서 保健醫療의 要求도가 높은 都市低所得層과 農漁村住民 등 定規所得

이 없는 住民이 惠澤을 받을 수 있도록 되어야 한다.

세째, 醫療機關(綜合病院)은 醫療의 公立性에 立脚하여 利潤追求에 의한 組織經營을 하지 않도록 하며 이에 따른 經常經營 問題는 國家의 直接的 財政支援을 하도록 한다. (健康稅 活用)

네째, 高級醫療人力の 適正輩出을 위한 專門醫 養成을 制限하고 醫療教育의 質을 높인다. 또한 醫科教育에 地域社會集團 中心의 醫療奉仕를 強調하며 醫療의 倫理를 意識化한다.

다섯째, 理實的으로 醫療機關의 地域別 分布와 過度한 投資 등 醫療發展에 障礙要因이 될 수 있는 事項을 除去시키기 위하여 醫療法의 強化가 要求된다.

參 考 文 獻

1. 高麗大學校 企業經營研究所, 病院經營管理 및 收支實態調查報告書, 1979.
2. 金仁達 外, 우리나라 醫療人力の 供給과 需要에 關한 研究, 서울大學校 保健大學院, 1968.
3. 家族計劃研究院, 家族計劃事業을 위한 可用人力の 地域別 分布 및 活用方案, 1978.
4. 經濟企劃院, 第5次 經濟社會發展 5個年計劃: 保健醫療部門計劃(案), 1981.
5. 經濟企劃院, 第5次 經濟社會發展 5個年計劃: 人口部門計劃(案), 1981.
6. 金鍾仁, 市·道立病院의 經營收支 實態에 對한 調查研究, 서울大學校 保健大學院, 1982.
7. 文玉綸, 金秉益, 全國成人病 實態調查, 1981.
8. 延河清, 金學泳, 保健醫療資源과 診療生活圈, 韓國開發研究院, 1980.
9. 朴亨鍾, “醫療傳達體系,” 國會報, 第160号, 1977.
10. 保健社會部, 統計年報, 1962~1981.
11. 保健社會部, 保健社會, 1981.
12. 서울保健研究會, 保健白書(上, 下), 1981.
13. 韓國開發研究院, 長期經濟社會發展: 1977~1991, 1977.
14. Blum, Henrik L., *Planning for Health*, Human Science Press, 1974.
15. Campbell, Rita R., *Economics of Health and Public Policy*, American Enter-

- prise for Public Policy Research, 1971.
16. Donabedian, A., *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1973.
 17. Hall, T. L. and A. Mejia, *Health Manpower Planning*, World Health Organization, Geneva, 1978.
 18. Jeffers, J. R., *Economic Issues: KOREA Health Planning and Policy Formulation*, KDI, 1976.
 19. King, M. *Medical Care in Developing Countries*, Oxford University Press, 1966.
 20. Rutstein, D. D., *The Coming Revolution in Medicine*, Cambridge, Mass., M. I. T. Press, 1967.
 21. Rutstein, D. D., *Blueprint for Medical Care*, M. I. T. Press, 1974.

Abstract

A Model Development for the Delivery of Health Services in Korea

Sea Baik Lee*, Ph.D.

The present study aimed at the three major objectives: (1) to review specific problems of an existing delivery system of health services in conjunction with the distribution of health resources, health demands and community development level: (2) to organize a model for delivery system of health services in cope with prospective health demands in the future: (3) to establish policy implication in formulating health delivery system.

the other hand, hospitals and general hospitals without distinguish private and public sec-

The central planning model is based on the fundamental notion of a dual cooperation between public and private sectors in the establishment of health delivery system. This basic approach is built into primary, secondary and tertiary health care systems in both urban and rural areas.

In a incipient form, public health organizations including health center and health subcenter and private clinics are responsible for primary health care in the community. On the other hand, hopitals and general hospitals without distinguish private and public sectors are responsible for secondary and tertiary health care. Under this assumption, primary health care organizations in rural area are given a priority to strengthen their function, while hospital and general hospital pertaining secondary and tertiary health care in urban area are given a comprehenisive function with public assistance of major capital facilities.

In the cause of this model, it is suggested that a several new strategies should be formulated such as the enactment of heal tax, the restriction of medical specialist practioner, and blanced distribution of health facilities.

* Professor, School of Public Health, Seoul National University.