

看護員과 医療社會

梁 在 謨

〈연세대학교보건대학원장〉



유구한 인류 역사상 우리네 처럼 이렇게 급격한 변화의 소용도리를 겪은 세대는 일찌기 없었을 것이다. 造物主가 인간에게만 준 特權—自然界에 존재하는 힘을 자기에게 有利한 에너지로 바꾸어서 쓸 수 있는 능력을 최고도로 구사하여 바야흐로 과학 물질문명의 황금시대를 초래하였다. 그러나 인간은 그 대가를 치루어야만 하게 되었다. 인간이 가진 特權으로 불타이르킨 급격한 변화는 동시에 극심한 불균형을 초래한 것이다. 人口의 爆發的 增加, 資源의 涸竭, 環境의 破壞, 汎世界的인 인플레이, 核武器威脅, 增大만 해가는 貧富國 間的 隔差 등이 바로 그 不均衡 症勢들이다. 이러한 不均衡 症勢는 20세기말이나 21세기초에 인류의 종말을 가져올지 모른다는 불안까지 가지게 하였고, 이러한 不均衡 症勢를 치료하기 위하여는 새로운 정치철학이 필요하다는 것이다. 그 새로운 정치철학은 첫째로 인류 전체에 대한 사랑에 입각하여야 한다. 단 하나 뿐인 이 지구환경 속에서 40억의 식구가 23년 후인 2,000년에는 60억이상으로 증가할 것은 틀림 없고, 21세기 중에 100억 내외의 엄청난 식

구로 분비게 될 것은 거의 확실한데, 이러한 만 원된 地球 버스 속에서 人間다운 生을 존속시키기 위하여는 서로가 다 공동 운명체적 의식을 갖고 인간이 인간을 사랑하는 정신을 가지지 않고서는 불가능하다. 둘째로는 강력한 통제가 필요하다. 人類는 그 繁榮과 永續을 위한 代價로 放從과 脫線에 대한 統制를 받아야 한다. 잘 사는 權利를 누리기 위하여는 그 만큼의 制約을 받아야 하는 것이다. 이 세상에 공짜는 없다. 더군다나 滿員地球버스가 큰 事故 없이 運行되기 위하여는 個個人의 自由行動은 極度로 抑制되고 統帥權의 指揮에 服從하는 단체 행동에 통합되어야 한다.

醫療社會도 人類全體가 겪고 있는 큰 變化에서 예외가 될 수는 없다. 따라서 醫師 혼자서 하던 소위 Solo-practice나 都市에 位置한 病院과 專門醫 中心의 醫療를 가지고서 現代社會가 必要로 하는 莫大量의 醫療要求를 充足시키기에 부적합한 것으로 烙印이 찍히고 말았다. 이미 많은 나라가 社會保障制度의 主軸으로서 國家社會가 국민전체에 대한 醫療를 담당하고 있고 나머지 여러나라들도 그러한 방향으로 가고 있다. 醫療에 관한 變化를 좀더 구분하여 說明하면 다음과 같다.

첫째는 醫療權이다. 오랫동안 自由競爭經濟社會에서는 일의 代價로서 物質的 또는 精神的 報酬가 치루어지는 것이며 醫療서비스도 代價支拂

과 교환되는 것이었다. 따라서 醫療에 대한 報酬支拂能力이 없으면 醫療을 못받거나 받더라도 굴욕적인 입장에 서게 된다. 이것은 學費를 낼 能力이 없는 父母는 그 子女를 書堂이나 學校에 보내지 못하였던 것이나 다름 없었다. 그러나 義務教育에 대한 概念은 父母의 學費負擔有無에 관계없이 國家가 모든 學齡期兒童들에게 一定期間의 教育을 實施할 義務를 지녔고, 아이들은 누구나 다 그런 권리를 가졌다고 보게 되었다. 保健과 醫療에 관하여도 教育의 경우와 마찬가지로 모든 국민들은 基本人權의 하나로 健康을 누리고 國家는 醫療을 供與할 義務가 있다고 하는 見解가 1948년의 國際聯合世界基本人權宣言에도 포함되고, 이어서 各國의 憲法에도 포함되기 시작한 것이다. 民主主義社會에 있어서도 貧富, 男女, 老少를 막론하고 누구에게나 다 기본적인 保健醫療서비스만은 받게 해주어야만 비로소 眞正한 기회균등사회로 된다는 것이다.

둘째는 總括的 醫療다. 現代醫療의 概念은 從來의 治療醫學 중심의 그것보다 훨씬 광범위한 것으로서 各급의 건강증진, 豫防 및 再活에 이르기까지를 포함하는 것으로서 變하였다. 國民保健管理에 있어서 基本的으로 요구되는 것은 ① 充分한 免疫措置, ② 母子保健과 家族計劃指導, ③ 安全給水, 衛生, 구충구서, ④ 保健教育과 營養指導, ⑤ 應急處置와 診療 및 病院移送組織 등인데 이러한 포괄적인 醫療의 대부분을 재래식 治療醫學中心으로 教育訓練된 醫師나 看護員들은 等閑視하던 것이다. 그러나 保健醫療經濟學的으로 分析해본 결과, 豫防醫學에 대한 投資는 治療醫學에 投資한 것보다 16배라는 높은 效率性을 가졌음이 알려졌기 때문에 世界各國의 現代 추세는 大都市에다가 맘모스病院을 設立維持함에 막대한 豫算을 投入하여 소수환자들에게 診療의 特惠를 주는 것은 極히 非效率的인 것으로 생각하고, 그만큼의 豫算을 國民大衆들에게 前述한 基本的이고도 一次的인 保健醫療管理를 供與함에 重點的으로 그리고 優先的으로 投資하고 있다. 適切한 衛生과 豫防에 重한 一次的

保健管理는 高價한 病院에서 專門醫의 診療를 받아야할 患者 發生을 대폭감축시키는 利得이 있을 뿐 아니라, 一次的保健管理서비스의 대부분은 高價의 投資로 된 醫療專門職이 직접 하지 않아도 공여가능하다는 長點을 가졌다.

세째는 效率的인 醫療管理다. 現代醫學技術의 發展을 國民들의 期待를 擴大시켜서 이제는 病이라고는 없을 것으로 생각하게 되었다. 여기다가 醫療權의 概念까지 카중되어서 醫療需는 激增하였다. 그 결과 美國 같은 나라에서도 國民 醫療費가 國防費 다음가는 무거운 重荷를 차지하게 되었지만 계속 增加一路에 있다. 따라서 모든 나라에서 제약된 豫算과 資源을 가지고 어떻게 하면 보다 나은 國民醫療서비스를 供與할 수 있나에 지대한 醫療經濟學과 經營學的 관심을 기우리지 않을 수 없게 되었다. 國民醫療費 節減을 위하여는 여러 가지 方策이 講究되고 있다. 이미 말한 ① 豫防에 치중하는 것과, ② 가능한 한 값싼 자원(사람과 물자)으로 대처하는 방법, ③ 값비싼 자원에 의한 의료를 제한하는 동시에 그 활용율을 높이고, ④ 불실 진료, 파잉치료, 중복 진료를 억제하고, ⑤ 저열하고 불확실한 진료 억제, ⑥ 약제와 기재의 생산 판매의 통제, ⑦ 합리적인 의료보수 지급제도, ⑧ 합리적인 의료전달 체계 등인데, 이중 많은 부분이 의사나 간호원과 관련되는 것이다. 요즘 Primary Health Care, Low Cost Health Care, Medex, Nurse Medical Practitioner, Bare-Foot Doctor, Village Health Worker 등의 새로운 用語와 직종은 다 이 保健醫療서비스의 效率性과 관계되는 것이다. 만약에 우리 保健醫療專門職(의사나 간호원)이 醫療效率性에 대한 世界的 또는 國家社會的 관심을 度外視하고 떨어져 놓고 모든 保健醫療서비스 醫師와 看護員단에 속하는 特權으로 고집하고 종래의 狹義의 治療醫學단으로 解決하려 한다면 醫師와 看護員은 仁術을 베푸는 존경받는 職權이 아니라 反社會的인 장사꾼으로 전락하게 될 우려가 있다. 불행하게도 傳統的인 醫學教育과 看護教育에서는

經營管理에 대한 敎育과 訓練이 결여되어 왔다. 팀웍이나 남으로 하여금 효율적으로 일을 하도록 하는 인사관리 방법도 못배웠고, 물자관리에 대한 개념도 없고 사업계획과 예산편성법도 못배웠다. 그런데도 불구하고 사회에 나가서는 적어도 몇명의 부하직원을 거느리고 지휘를 하는 위치에 서게 된다. 모든 직원이 환자나 마찬가지로 자기 명령과 지시만으로 잘 복종하고 움직여 줄 것으로만 알고 있다가 그렇게 되지 않는다는 현실에 부딪친다. 그리하여 중국에는 자기 마음대로 되는 작은 王國인 치료의학 위주의 Solo-practice로 들어가 버리고 만다.

각급 의료기관에서의 단위 의료비
Kenya, 1963

의료기관	단위 의료비 (\$)	전급액비 (백)	보전소대비 (백)
보건지소	0.23	—	—
보건소	0.56	2.43	2.43
지구병원	11.80	21.07	51.30
지역병원	24.00	2.03	104.00
중앙병원	52.00	2.16	226.00

비예, 醫療酬價 支拂方法이다. 7월부터 시작되는 우리나라 社會醫療保險에는 點數制를 채택하였다. 國民이 다 保險에 들게 될 적까지의 過渡期에는 이 方法으로 하지않을 수 없지마는 가능한 한 조속히 이 方法은 버려야 한다. 이웃 나라 日本이 國民皆保險狀態에서도 이 點數制方法을 아직도 사용하고 있지마는 사실인즉 장점에 비하여 단점이 너무나도 많은 것이다. 장점이라면 ① 서비스의 量과 質에 正比例한 수가 책정되고, ② 오랫동안 傳統的으로 해오던 方法이라서 수락에 무리가 없다. 그러나 현저한 단점으로서 ① 질병발생 예방과 조기치료를 통한 회 하고, ② 파잉치료와 부실진료를 조장하며, ③ 되도록이면 많은 전수를 내도록 청구서류 작성에 많은 시간과 노력을 투입해야 하고, ④ 심사 관리에 많은 행정비가 들고, ⑤ 총청구액이 예산액을 초과하면 일률적으로 삭감하여 지불해야할 경우도 생기고, ⑥ 지나치게 환자

비위 맞추기 위주도 되고, ⑦ 醫療人들끼리 학문과 기술적 경쟁보다는 개업경쟁을 조장하고, ⑧ 환자들로서는 어느 의료인을 선택할 것인가에 혼란을 초래하며 ⑨ 적시에 환자를 만 전문 의나 전문병원으로 이송하지 않는다. 환자가 많이 생기고 빨리 병이 낫지않을 수록 의료인의 수입은 많아지는 이 點數制는 結果的으로 그 나라 總醫療費를 增加시키는 것이다. 이번엔 保健社會部에서 발표한 것이 時價보다 48%가 적은 것이라고 하는데 이 不足額을 補充하는 方法으로는 필요 이상으로 點數를 올리기 위한 各樣各색의 變법을 쓸 우려가 있다. 醫療人들이 診療에만 忠實하고 點數에는 神經을 쓰지 않아도 응분의 보수를 받고, 자존심을 유지할 수 있어야 하고, 충분한 휴식을 가질 여유도 가져야 하고, 또 일진월보하는 의학발전에 뒤처지지 않기 위하여는 때때로 세미나 참석, 기타 보수교육을 받을 기회를 가져야 한다.

영국의 국가의료제도에서는 전과외에게는 인두제(capitation system)에 의하여 보수를 지불하고 병원의 전문외에게는 월급제(salary system)에 의하여 지불한다. 인두제란 균일율(Flat-rate system)의 일종인데, 정부에서 매년 국민 한명에 대한 일차적 의료비를 몇 파운드라고 균일적으로 책정하고, 자 전과외에게 등록된 사람 머리수에 해당되는 의료비를 환자발생 여부, 진료의 다과에 관계없이 지불하는 것이다. 따라서 이 方法에 의한 의원의 일년간의 수입은 그 의원에 몇명의 주민이 등록했느냐와 정부가 의료비를 두당 얼마로 책정하느냐로 확정된다. 그러므로 자기 의원에 등록된 주민 수가 2,500명이 라면 그 2,500명에 대한 질병예방과 조기진료에 최선을 다 해서 환자가 적게 생길 수록 의원 으로서는 일이 적어지고 편하게 되지는 자기 수입에는 하등의 영향을 주지 않는다. 또 병원에 보내서 전문의의 진료를 필요로 하는 환자는 의원에서 불러들여 줄 필요없이 추천해서 이송하면 된다. 이 方法에서는 불필요한 파잉치료나 중복치료는 생기지 않는다. 있을 수 있는 것은

지나치게 빨리 병원으로 환자를 의뢰할 염려 때문에 병원에서는 환자를 받기 전에 심사를 하여 의원으로 되돌려 보내기도 하고, 입원시켜줄 때까지 상당히 지루하게 기다리게 하는 폐단이다. 아 물론 이 방법은 의료인에게나 국민에게나 또 국가의 경제적으로나 장점이 대단히 많고 단점은 판로적으로 의사가 환자에게 불친절하게 될 염려가 있다는 정도 뿐이다. 그러나 이러한 단점도 주민들에게 주어진 단골 의원 선택권 행사로 조정될 수 있는 것이다.

이상으로 말한 醫療社會의 世界的인 變化를 요약하면 萬民이 다 健康을 유지하고 醫療을 받을 權利를 가졌기 때문에 醫療要求量은 막대하게 팽창되어가므로 國民들의 欲求를 充足시켜줄 義務를 가진 國家는 制限된 資源을 效率的으로 組織管理하여 總括的인 醫療을 供與하기 위한 醫療保障制度를 마련하고 있다. 우리나라도 이러한 時代的인 潮流에 逆行할 수는 없다. 그러나 現在 우리나라는 아직도 ① 民間部門에서 全國民醫療의 8할을 부담하고, ② 보건소망을 통한 豫防事業은 微弱하고, ③ 施設投資와 그 管理(全國民床利用率 44%가 그 例)에 낭비가 많고, ④ 醫師와 看護員의 保健醫療人的資源의 生産과 管理에 낭비가 많다. 그러므로 醫療社會의 世界的인 變化에 步調를 맞추어 나가려면 고쳐야

하고 改善해야할 點이 한 두 가지가 아니다. 여기에 看護員이 그 “길잡이”같이 바람직한 이유는 다음과 같다. 첫째로는 總括的인 醫療, 基本的인 醫療 또는 一次的인 醫療서비스의 大部分은 看護員에 의하여 이루어짐이 바람직하고, 둘째로는 서비스의 效率的인 管理를 위하여서도 종래 醫師가 하던 일의 많은 부분이 看護員에게 委任되는 것이 합리적이고, 셋째로는 看護員은 傳統的으로 點數制에 의한 報酬支給과는 관계 없었으므로 人頭制 또는 月給制를 받아들이기 容易하며, 넷째로는 絶對多數가 女性인 看護員들의 보다 積極的인 社會參與와 地位向上은 그 自體가 社會關係促進에 貢獻할 수 있기 때문이다. 그러나 한가지 重要한 의문은 현재의 우리나라의 看護員들과 새로 看護員으로 養成되어 나오는 사람들이 과연 새 時代의 醫療社會組織과 制度에 잘 適合되어 일할 수 있는 能力을 갖추도록 敎育訓練을 받았느냐? 우리나라 保健醫療人力生産과 그 管理는 行政的으로 一元化되어 있지 않기 때문에 現行保健醫療組織과 制度에도 잘 안맞는 點이 허다할 텐데 하물며 社會保障體制下의 醫療組織에 알맞기를 기대함은 무리일 것이다. 그러므로 참된 變化의 길잡이 역할은 看護員 資質 自體의 變化와 醫療社會의 變化 두 가지가 병행되어야 하겠다.

《34 페이지에서 계속》

상에서는 공기 전도가 골 전도보다 더 크다. 그러나 전도성 청각 장애 환자에서는 골 전도가 공기전도를 앞 지르므로 옥두골 전도가 사라진 후에는 더 이상 보통의 전도기전을 통해서는 음차의 소리를 들을 수 없다. 반대로 신경성 청각 장애에 있어서는 골 전도보다 공기전도가 잘 되기는 하나 소리가 덜더 약하게 들리는데 이를 Rinne 검사라 한다. Weber 검사나 Rinne 검사를 병행하여 사용함으로써 전도성 청각장애와 신경성 청각장애를 구별할 수 있다. 이 검사들은 보통 신체검사시 꼭 필요하지는 않으나 환자가 청각장애를 호소하거나 또는 검사자 자신이 환자가 시계의 초침소리 또는 속삭이는 목소리를 잘 알아 듣지 못했다고 생각했을 때 유용히

사용된다.

V. 구강 검사(Examination of the mouth)

구강검사에서는 점막의 상태와 치아 상해를 살펴야 한다. 혀의 유두돌기들이 건강하고 입안의 점막에 어떤 병변이 없어야 한다. 인두와 편도선와(Tonsillar fossa)는 혈관의 분포가 증가 되었는지, 비정상적인 뾰루조적이었는지 등을 살펴 보아야 한다. 인후염 또는 편도선염으로 자주 내원하는 환자에서는 편도선 소낭선(Tonsillar crypt)안의 화농성 물질을 배양검사하도록 한다.