

전국민 의료보험에 따른 농어촌병원의 실태



양 병 철
〈진안 동부병원 이사장〉

의료보험 실시와 아울러 1988년 1월부터 농어촌 개보험을 먼저 실시하였고 이제 1989년 7월 1일부터 도시지역을 포함한 전국민이 개보험시대를 맞이하였다.

이런 시대의 농어촌 사정과 농어촌 의료체계 등은 모순과 어려움이 많다는 것은 너무 잘 알려진 사실이다. 경제적으로 낙후하고 소득이 적고 평균연령이 높고 노인이 많고 지역적으로 주민이 넓게 산재되어 있는 것 등이다.

이런 지역여건에도 불구하고 정부의 의지에 따라 그동안 무의촌해소 정책을 써왔고 농어촌보험을 먼저 실시하고 농어촌에 군단위별로 병원을 세우는 등 부단한 노력이 있어 왔다. 그러나 이런 노력에도 불구하고 현재 시골에 있는 병의원들의 여건은 좋지 않은 상태이며 경영이 더욱 악화되고 있다. 또 주민들의 진료혜택이나 진료의 질도 도시에 비해 현저하게 떨어져 있다. 이 원인을 크게 2가지로 내별할 수 있다.

첫째 정부시책이 일관성이 없는 것이다. 의원급의 경우 대개 면단위까지 보건지소 등이 설치되어 있고 공중보건의를 배치하고 있으며 이러한 면지역의 진료형태를 보면 의사 간호사 조산원 등이 의사와 동등한 자격으로 치료행위가 이루어지고 약국 혹은 약방에까

지 진료가 가능하도록 제도가 되어 있으며 더욱 나쁜 것은 진료시 본인부담금 문제가 크게 대두되고 있다.

의원의 경우와 보건지소의 경우 본인부담금이 크게 차이가 나고 있으며 이런 본인부담금의 차이는 경제력이 약한 농어촌 주민들에게 의료의 질과 관계없이 값싼 진료로 환자를 유도하여 지역내에서도 환자의 편중현상이 초래되는 결과 의원이 경제적으로 지탱해 나갈 수 없게 만들고 있다(의원의 본인부담금은 2,000원이고 보건지소 등은 600원임) 이것은 병원의 경우도 마찬가지이다.

농어촌의 민간병원과 같은 목적으로 설립된 병원화 보건소의 본인부담금 차이가 있으며 병원화보건소의 수가는 의원과 같은 수가로 같은 지역내의 의원까지 경영악화의 요인이 되고 있다.

정부에서 지원하는 정부기관은 적자의 요인이 국민의 세금으로 보충이 되고 또 인력지원이 되고 있으나 개인경영의 의료기관의 적자는 누구도 보상이 불가능한 상태다. 여기서 더욱 상태가 좋지 않은 것은 정부경영의료기관이 개인경영의료기관과 경쟁적상태에 있는 것이다.

보건지소의 경우 공중보건의로 하여금 성과금 제도

를 도입해서 환자를 유지해서 진료하고 있는 상태이며 보건소에 병설되어 있는 모자보건센터 역시 환자 유치에 열을 올리고 있는 실정이다.

정부기관 혹은 정부경영의료기관은 질병의 예방업무 교육지도업무 등이 본래의 사명인데 민간병원의 담당 역할을 잠식하고 본연의 주 임무가 시행되지 못하는 정책의 역기능이 초래되고 있다.

또 한가지 정부정책의 무모함을 지적하자면 1988년 1월부터 실시되는 농어촌 개보협의 경우 전국의 군지역에 병원을 1개씩 설립하고 2차진료를 전담할 예정으로 1987년 9월부터 농어촌에 민간병원을 유치하고 농어촌 개발자금으로 용자를 해주는 정책을 수립했으나 원래 계획한 행정단위의 진료권을 다시 변경해서 생활권 진료권이라는 명목하에 도시와 같이 진료권을 묶음으로 인해서 군지역병원의 기능이 마비상태를 유도했고 89년 7월 1일부터 시행되는 중진료권 1차진료도 시행과정에서 정부에서 발표한 급여지침과는 달리 개방된 상태로 여러개의 중진료권을 통째로 복수지역으로 지정함으로써 정책시책의 목적에 혼돈이 왔으며 아울러 농어촌의 병원이 발붙일 곳이 없게 되었으며 결국, 지역의료보협조합의 존재를 스스로 부정하는 광역화진료권으로 행하는 모순을 만들었다.

둘째, 주민들의 의식구조다. 도시에서도 마찬가지로 큰병원, 시설 좋은 곳 등을 환자들이 질병의 경중과 관계없이 선호하지만 시골의 환자도 도시의 병·의원들을 선호하는 경향이 있다.

또 비슷한 시설을 갖춘 시골병원과 도시병원이 있으며 농어촌 환자도 도시병원을 선택하는 경향이 두드러진다. 같은 질병으로 치료수준이나 시설이 비슷한 병원에서 입원치료를 받는데 입원이 용이하지 않은 도시병원에서 며칠씩 기다려 입원하는데도 당일 입원할 수 있는 시골병원을 기피하는게 일수이다. 이것은 병원의 내용을 모르는 환자들 중 일부는 막연히 도시병원이 시설이 좋고 우수한 의사가 모여있을 것이라는 선입견 때문일 것이다. 이런 이유들로 앞으로 의료계의 전망이 어둡다고 판단되는 도시보다 농어촌의 병·의원들의 전망이 더 어렵고 장래가 매우 불투명하다.

앞으로 이런 시골 병·의원이 계속 존속되며 시골 주민을 위해서 진료활동이 지속되려면 다음과 같은 방법밖에 없다고 판단된다.

첫째, 안정된 진료여건을 조성해야 한다. 의료인들, 특히 의사의 장기정착이 요구된다. 공직 혹은 '공중보건의도 짧은 기간동안 농어촌에 머물러 있고 면단위 의료기관의 의사도 수시로 교체되고 현재까지는 전문분야의 의사보다는 일반의가 주로 진료활동을 해왔기 때문에 주민이나 환자들로부터 신뢰도가 도시의사들에 비해 낮은 경향을 보이고 있다.

그러나 고학력의 의료인들이 스스로가 농어촌 생활을 기피하고 타전문직종처럼 도시생활생향이 높기 때문에 이를 극복하기 위한 조치가 필요하다.

높은 보수와 도시생활과 흡사한 주택여건 등이 제공되어야 하고 또 자녀교육을 위한 도시유학 등의 배려가 수반되어야 할 것이다.

둘째, 의료투자가 도시병원과 같거나 훨씬 더 투자되어야겠다.

앞서 지적한대로 환자의 도시선호도 문제가 되지만 산재되어 있는 주민을 상대로 하기 때문에 상대적인 환자수가 부족한 것이 이유가 되어서 시설투자 등이 도시에 비해서 효율적으로 갖출 수가 없다. 그렇기 때문에 환자는 농어촌의 병원을 외면하고 도시로 집중하는 현상을 보이고 있다.

셋째, 일관성 있는 정책수립과 아울러 지속성 있는 지원이 필요하다.

1988년 이전 농어촌 개보협을 실시하기전 정부에서 전국의 군단위 행정구역내에 1개 이상의 병원을 유치해서 군단위 행정구역내 2차 진료를 전담시킬 목적으로 농어촌 개발자금을 민간인에 대출해서 병원을 건립하기 시작했다. 그러나 정부의 약속은 여러면에서 지켜지지 않고 결국 여기에 동참했던 민간의료업자들만 어려운 상태로 만들고 있다. 우선 개보협 실시하는 1988년 1월에 군단위지역 2차진료권이 무너졌다. 이로 인해서 병원건립 여건이 조성되지 않은 곳에 병원을 건립한 민간의료업자도 환자 유지에 실패를 했다. 또 정부에서 지원하기로 한 공중보건의 및 장학의사가 현재까지도 전부 배치되지 않고 있으며, 정부에서 원래 장비담보로 약속한 자금지원도 실제 개원에 즈음해서야 장비담보대출이 불가능하다는 이유로 막대한 담보보를 요구함으로써 병원 경영을 원천적으로 악화시키고 있다. 더욱더 좋지 않은 것은 전국민 의료보험을 실시하게된 지금에는 중진료권 1차 및 2차 진료체계도

주민들의 의료보험료 징수편의만을 위해서 변칙 운영되어 중진료권을 도시지역과 같이 복수진료권으로 묶음으로 인해서 농어촌 의료기관의 주민이용을 저하시키고 이로 인한 영원한 의료취약지를 조장하고 있는 실정이다.

이런 일관성 있는 정책을 빨리 쇄신하여 일관성 있는 정책을 수립해야 되리라고 믿는다.

또 정책수립후 어쩔 수 없는 변경을 해야 할 경우는 시행과정에서 파생되는 결함이나 손실에 대한 대책이

있어야 할 것이다.

넷째, 수가의 일원화도 중요한 문제다. 같은 지역에서 같은 의사가 지소에서 근무할 때의 본인부담금과 의원에 근무할 때의 본인부담금의 현격한 차이로 주민이나 환자들로부터 외면 당하는 정도가 아니라 이해하지 못하는 분들로부터 그 지역에서 생활하기 어려운 정도의 오해를 받게 될 때도 있다. 그러므로 같은 진료에 본인 부담금의 정부기관과 민간의료기관의 차등을 없애야겠다. *