

의료전달체계

머 리 말

의료전달체계는 의료기관의 기술력 수준에 따라 기능분담과 협업관계를 설정하고 진료권역을 결정함으로써 의료 이용을 단계화하고 의료자원의 효율적 활용과 적정의료 이용을 유도하기 위한 장치이다. 즉, 가용의료자원을 보다 효과적이고 효율적으로 활용함으로써 필요할 때 적시에, 적절한 의료기관에서, 적합한 의료인에게서, 적정서비스를 받을 수 있도록 제도화하는 것을 말한다.

이러한 의료전달체계는 해당 국가의 보건의료자원, 조직, 정책, 재정 등에 모두 영향을 받기 때문에 단순한 환자의뢰체계 이상의 개념이지만 우리나라에서는 의료전달체계가 곧 환자의뢰체계와 동일한 개념으로 잘못 사용되는 경우가 많다. 여기서는 남한과 북한의 의료전달체계를 비교해 보고 향후의 대처방안에 대하여 모색해 보기로 한다.



문 옥 룬

서울대 보건대학원

서울 종로구 연건동 28
ucho@plaza.snu.ac.kr

남한의 의료전달체계

남한에서의 의료전달체계 개념은 1970년대에 들어와서 John R. Sibley가 거제에서 지역사회 보건사업을 시작하면서 의료전달체계의 개념을 소개한 것이 그 효시이었으며 1976년에는 의료보호사업이 시행되면서 공공보건의료기관을 중심으로 하는 57개 진료권과 의료보호전달체계가 실시되었

☐ **핵심용어** : 남북한 의료전달체계, 통일 의료제도, 대처방안

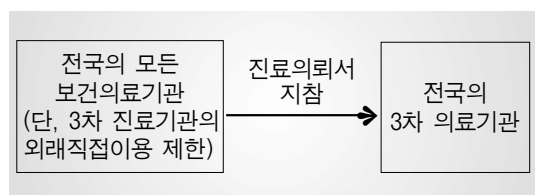


그림 1. 남한의 의료전달체계 모형

다. 그 이듬해인 1977년 의료보험제도가 도입된 이후 이에 대한 토의가 있었으나 그다지 적극적이지는 않았다(1).

의료전달체계가 국민들의 의료 이용의 편의와 의료자원의 효율적 사용, 지역간 의료기관간의 균형있는 발전 유도, 국민의료비 및 재정안정도모를 목적으로 하여 본격적으로 정부시책으로 시행된 것은 전국민 의료보험제도가 정착화되기 시작한 1989년 7월 1일부터였다(2).

의료전달체계 도입 초기에는 전국을 행정구역과 생활권에 따라 주요 진료권으로 구분하였으며 도를 중심으로 한 8개 대진료권, 시·군을 중심으로 한 142개 중진료권을 설정하였다. 그리고 의료기관 역시 1, 2, 3차 의료기관으로 분류하였으며, 3차 의료기관은 500병상 이상의 대학병원 또는 종합병원으로 선정하여 의료기관간의 기능분담을 하였다.

그러나 의료전달체계가 실효성있게 운영되지 못하여 3차 의료기관 등의 대형 의료기관에서의 환자 대기시간과 환자집중문제는 여전하였으며, 상대적으로 중·소 병원은 환자가 부족하여 병상이 남아돌고 병원 경영에 많은 어려움을 겪고 있었다. 또한 의료전달체계에서 가장 기본적이면서 중요한 1차 의료의 왜곡현상은 심각하여 충분한 진료를 받을 수 있는 가벼운 상병의 외래환자까지 3차 의료기관을 이용하거나 환자가 여러 의료기

관을 돌아다니며 중복진료를 받는 등 잘못된 의료 이용 행태와 환자들에게 불편만 초래하게 되는 결과를 초래하였다. 따라서 보험조합으로부터 대진료권 이동에 관한 조합동의서를 받아야 하는 환자의 불편을 규제완화 차원에서 다스리게 되어 진료권제도를 폐지하였다. 이에 따라 1998년 9월 진료전달체계를 1단계, 2단계로만 구분하여 의료전달체계에서 진료권의 개념을 사실상 폐지하게 되었다. 즉, 1단계 진료는 지역에 관계없이 1, 2차 진료기관을 우선 이용하도록 하고, 보다 전문적인 진료가 필요한 경우에는 전국의 3차 의료기관을 이용하는 2단계 진료를 이용하도록 하였다.

남한에서는 진료권의 개념이 폐지되긴 하였으나 왜곡된 의료전달체계를 실질적, 내용적으로 확립하기 위한 다양한 정책대안들이 제안되었는데, 대표적인 것으로서는 의료기관 중별에 따른 고유기능 설정 및 기능전환, 1차 의료기능 강화를 위한 주치의제도의 단계적 도입, 의료기관별 수가차등제 실시 등의 검토와 완전의약분업의 실시 등이다.

또한 남한 의료공급체계의 85% 이상을 점하고 있는 민간의료기관에서 자발적으로 의료기관간 의료전달체계를 확립하고자 하는 시도가 나타나기 시작하였다. 가정의학 개원의들을 중심으로 하는 주치의 등록제 시범사업과 연세대 세브란스병원을 중심으로 하여 인근 병원과 서부지역협력체를 만들어 의료수요에 따라 환자 치료를 연계하는 상호협력망을 구축기로 한 것 등이 그 대표적인 예이다.

북한의 의료전달체계

북한의 의료전달체계는 고도로 조직화되어 있는 전형적인 국가사회주의 모형으로서 남한에 비해 비교적 일찍 확립되었다. 이미 1960년대에 북

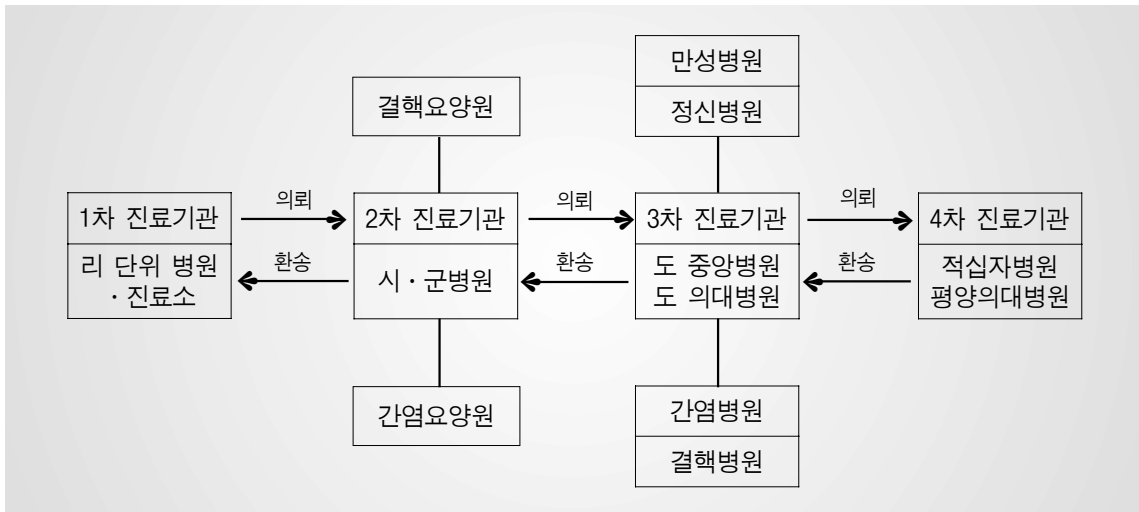


그림 2. 북한의 의료전달체계 모형

한은 무상치료제와 의료전달체계의 근간을 이루고 있는 의사담당구역제가 완전 확립되었다.

의사담당구역제를 골간으로 하는 북한의 의료전달체계는 엄밀하게는 4단계로 이루어지고 있다(3). 1차 진료는 리 단위의 진료소나 인민병원에서 행해지며, 의사담당구역제에 의하여 각 담당의사가 일정한 지역을 분담하여 보건의료서비스를 제공하고 있다. 2차 진료는 1차 진료기관에서 후송의뢰서를 발급받아서 시·군 단위 인민병원에서 제공하는 것으로 2차 진료급의 인민병원은 인력규모와 시설이 종합병원 수준이다. 3차 진료는 후송되어 온 환자들 중 수술을 받아야 할 환자나 고도의 기술 및 장비를 이용하여 확진을 받아야 할 환자를 대상으로 하며, 각 도의 중앙병원과 의학대학병원으로서 북한 의학기술의 중심지에서 수행된다. 마지막으로 희귀한 질환을 가진 환자의 경우에는 평양에 있는 적십자병원에서 취급하게 되는데, 여기에서는 진료목적 외 의학실험연구를 위하여 의뢰되는 환자들을 대상으로 하고 있다.

그리고 시·군마다 결핵요양원과 간염요양원과 같은 전염성 질환에 대비하기 위한 전염병동이 있으며 도 수준에서는 간염과 결핵병원 이외에 정신병원과 만성 질환을 취급하는 전문병원이 있다.

이렇게 제도적으로는 의료전달체계가 단계적으로 완성되어 있으나 실제로 상급병원에 가기 위해서는 주재소에서 여행증명서(통행증)와 양권(식량배급)을 발급받아야 하는 등 복잡한 절차를 거쳐야 하고, 상급병원에서는 오래 기다려야 하는 등의 불편때문에 그 이용이 매우 어려운 실정이다. 또한 이용환자의 의료기관 선택권이 없는 운용의 경직적인 제한점이 있고, 의료제공자에 대한 동기부여가 미흡하여 형식적인 의료서비스가 제공되고 있는 것으로 평가되고 있다(4).

특히 90년대 들어 경제적 낙후, 가뭄·홍수 등으로 인하여 북한주민들의 기본적인 생존권이 위협받음으로써 시·군 경계를 벗어날 때 갖추어야 하던 통행증제도가 식량을 구하기 위하여 이동하는 사람들의 물길을 막지 못하게 되어 이 제도는

표 1. 남·북한 보건의료전달체계의 비교

구 분	남 한	북 한
기본방침	치료의학 위주	목표는 포괄적 의료서비스의 제공
진료지역의 결정	59개 의료보호구역과 8개 대진료권, 142개 중진료권 운용하고 있으나 사실상 유명무실해졌음.	시·군 단위의 진료권(지역간 통행 제한이 적용됨), 특히 평양에 들어오는 것은 외국을 가기보다 어려움.
의사담당 구역제	없음.	주민 수와 진료량 기준 의사담당구역제 채택(생애 주기와 생활근거지에 따른 이중등록제 실시)이 현재로서는 의미없게 되어 버림.
1차 의료 접근방법	각급 의료기관(의원, 병원, 종합병원) 간의 경쟁체제	기본 전문과목(내과, 소아과, 산부인과) 중심의 접근
기능분담제	의료기관별 1, 2, 3차 환자의뢰제도	진료권 내 상급병원제가 있으나 중앙병원이 대부분 평양에 있으므로 지방의 일반 주민은 접근 불가
왕진서비스	생활수준 향상에 따라 극히 퇴조	주민에게 접근된 의료의 하나로 규정, 장려
한방의학	현대의학과 한방의학의 분립체제(협진 체제의 모색)	신의학의 진단 후 동의학 처방을 의무화 하였으나 중앙병원에서는 이를 무시하고 있고, 지방병원에는 약이 없어 선택의 여지가 없음.
서비스의 일반적 특징	<ul style="list-style-type: none"> · 의료서비스의 자유선택권 보장 · 고도의 기술지향적 서비스 · 자본주의적 상품화(친절운동) 	<ul style="list-style-type: none"> · 환자의 의료인 자유선택권 박탈 · 의료기술 수준의 낙후 · 사회주의적 탈상품화(정성운동)

유명무실하게 되었다. 즉 북한의 의료전달체계는 형식적으로만 존재하고 있을 뿐 실제적으로는 기본적인 의료서비스의 제공조차 어려운 실정이며, 의약품과 의료기자재가 매우 부족하기 때문에 이의 구입이나 제공을 둘러싸고 부패가 성행하고 있는 것으로 알려져 있다.

남북한의 의료전달체계의 비교

위에서 서술하였던 남북한의 의료전달체계를 보다 자세히 비교하면 표 1에 제시된 바와 같다.

남한에는 북한의 의사담당구역제에 대응되는 주치의 등록제도가 없는 것이 가장 큰 차이의 하나이며 북한에는 주민이나 환자의 의료기관 선택권이 보장되지 않고 있는 것이 그 다음 차이이다. 이 외에도 남한에는 양·한방이 엄격하게 구분되어 있지만 북한의 경우에는 양의학에서도 몰자 부족으로 인하여 한약재배, 한약투여가 널리 권장되고 있어서 상호협진이 보다 보편화되어 있는 것으로 파악되고 있다. 남한에는 민간부문을 중심으로 치료의학이 성행하는데 비하여 북한에는 공공부문을 중심으로 예방의학과 치료의학이 포괄적으

로 연계되어 있다. 궁극적으로는 의료기술 수준이 낮은 북한에서는 정성운동을 전개하여 의료의 탈 상품화를 지켜가고 있는데 비하여 남한에서는 첨단 기술지향적 의료를 친절이라는 서비스와 함께 포장하여 의료의 상품화가 고도로 진행되고 있는데 이는 자본주의와 사회주의라는 두 정치·경제 체계의 특징에서 비롯되는 현상으로 파악된다.

향후의 대처방안

남북통일 후의 의료전달체계가 상호체계의 상이함으로 인하여 충돌되거나 일방적으로 결정되지 않기 위해서는 공통점과 차이점을 명확하게 분석하는 것이 필요하다. 위에서 고찰한 바와 같이 남한과 북한의 의료전달체계는 상당한 차이점이 있다. 남한의 경우에는 민영의료 중심이며 1, 2, 3차 단계화는 실현되고 있으나 지역화의 개념은 유명무실하며 1차 의료의 취약하고 각 의료기관종별로 기능분담이 이루어지고 있지 않다. 또한 양방과 한방과의 갈등, 의·약간의 갈등이 상존하고 있다. 이에 비해 북한의 경우에는 국영의료 중심이며 제도상으로는 단계화와 지역화가 이루어지고 있고 1차 의료 중심으로 체계화되어 있으나 의약품의 절대부족 등으로 인하여 실제 제대로 기능을 발휘하지 못하고 수 많은 북한 주민들이 기본적인 의료서비스도 제대로 제공받지 못하고 있다.

향후 남북통일 논의과정에서 북한이 남한 보건 의료체계의 장점을 수용할 것을 요구할 수 있을 것이지만, 현재의 북한의 정치·경제적 상황을 고려해 볼 때 북한 주민에게 남한식 보건의료체계를 그대로 강요하기는 힘들 것으로 보인다. 이러한 상황 하에서 남한에서 북한의 의료전달체계의 장·단점을 분석하여 남한의료체계의 결점을

보완하는 식으로의 능동적인 변화를 모색하는 것은 매우 중요한 일이다.

남북통일 후의 의료전달체계가 올바르게 정착되기 위해서 남한에서 대처해야 할 방안으로서는 주치의 등록제의 확립, 공공의료체계의 강화 및 민간의료기관의 공공성 제고, 양한방 의료전달체계의 통일성 모색 등을 고려하여야 한다. 물론 이러한 작업은 행정구역상의 통일(예를 들어서 북한의 행정구역에는 읍·면 조직이 없다)에 따라서 크게 좌우될 것이나 여기서는 이에 대하여는 생략하기로 한다.

1. 주치의 등록제의 확립

북한의 의료전달체계는 의사담당구역제에 기반하고 있으며, 이를 통해 예방적이고 포괄적인 의료서비스를 제공하고 있다. 이에 비해 남한에서는 치료 중심적인 의료서비스가 제공되고 있으며, 이로 인하여 각급 의료기관간에 경쟁이 치열하여 1, 2, 3차 의료기관간에 역할 및 기능이 불명확하게 정의되어 있어 의료전달체계의 확립에 많은 지장을 주고 있다. 의료전달체계의 기반은 1차 의료에 있으며, 1차 의료체계가 어느 정도 잘 확립되어 있는가에 따라 한 국가의 의료전달체계는 주요한 영향을 받게 된다. 더군다나 통일을 대비하여 남·북한 의료전달체계간의 이질성을 극복하기 위해서는 적어도 가장 핵심적인 요소인 1차 의료에서 공통의 분모를 찾고자 노력하는 것이 필요하다.

북한의 의사담당구역제와 유사한 것으로서 남한에서 검토중인 것으로는 주치의 등록제를 들 수 있다. 아직 여러가지 문제점으로 인하여 주치의 등록제가 실시되지 않지만 민간부문과 공공부문이 서로 협조·보완하는 관계를 형성하고 주민들에게 포괄적이고 지속적인 의료서비스를 책임성

있게 제공하기 위해서는 남한에서 주치의 등록제 도입은 1차 의료를 강화시키는 주요한 대안임에 틀림없다. 그리하여 북한의 의사담당구역제를 완전히 무시하기 보다는 이에 대하여 더욱 연구하여 남한에서의 주치의 등록제와 북한의 의사담당 구역제 중에서 더욱 현실적으로 수용성과 적응력이 있는 쪽으로 통합시켜 나가는 것이 바람직하다(5). 이러한 기틀을 만드는 것은 1, 2, 3차 의료기관간의 기능을 연계시키는 출발점이 되기도 한다.

2. 공공의료체계의 강화와 민간의료기관의 공공성 제고 그리고 민영화의 추진

의료전달체계에 있어서 남한은 민영의료 중심이며, 북한은 국영의료 중심으로 되어 있다. 통일 후에 남한의 의료기관이 모두 국영의료기관으로 전환한다든지, 북한의 의료기관 모두가 민영의료기관으로 전환하는 등의 극단적인 방법은 현실적으로 어려울 것으로 보인다. 대신 이미 전 세계적으로 볼 때 공공의료체계가 취약한 것으로 널리 알려진 남한에서 공공의료를 보다 강화함으로써 보건의료서비스의 지나친 상품화에 제동을 걸도록 하고 빈자의 의료가 소외되는 일이 없도록 보완할 필요성이 있다. 민간의료기관의 발전이 지나쳐 빈자의 의료문제를 어렵게 만드는 결과가 되는 것은 바람직하지 않다. 이는 민간의료의 존립기반을 취약하게 만드는 원인이 된다는 사실을 감안해야 할 것이다.

남북통일시대를 앞두고 민간의료부문도 의료의 공공성을 생각해야 할 시기이다. 북한의 경우에는 기본적 의료서비스의 내실화를 위하여 고심해야 하며, 1차 진료시설의 민영화에 대한 시범사업이 필요하다.

3. 양한방 의료전달체계의 통일성 모색

의료는 하나다. 그것이 양방이든 한방이든 간에 국민은 진실로 도움이 되는 포괄적 의료를 원한다. 한민족의 역사와 더불어 성장해 온 한의학의 결점을 서양의학이 보완해야 할 책임이 있으며 경험의학으로서의 한의학은 과학적 진단을 바탕으로 하는 현대의학의 장점을 수용해야 한다. 국민은 양의학과 한의학의 합리적인 협진을 원한다. 그러므로 남한에서는 북한에서의 경험을 원용해야 하며 더욱 과학적 접근을 해서 상호보완의 길로 나아가는 것이 민족의학의 바람직한 길이다.

4. 북한의료체계의 효율성 모색

북한의 의료인력은 지나치게 의사 위주로 구성되어 있다. 의사 인력대 비의사 인력의 비율로 보면 북한은 남한에 비하여 지나치게 의사과잉임을 알 수 있다. 이는 의료체계가 그만큼 비효율적임을 의미한다. 첨단의학이 발달할수록 비의사 진료원이 많이 필요하며 의사가 필수적으로 요구되지 않는 서비스는 과감하게 위양되어야 한다. 이러한 관점에서 남한의 보건진료원제도나 보건간호사제도 또는 방문간호사제도를 북한의료제도에 이식하는 시범사업도 구상해 봄직하다.

맺 는 말

이념과 체제가 다른 상황에서 커운 두 의료전달체계를 하루 아침에 통합할 수는 없는 일이다. 그것은 남한 안의 세 가지 다른 의료보험을 하나로 통합한 부작용이 이토록 큰 것을 보아서도 알 수 있는 일이다. 국가와 민족통일로 나아가는 데는 적어도 10년 이상의 기간이 소요될 것으로 보이

므로 향후 10년간은 의료전달체계를 포함한 남북 의료문제를 상호연구과제로 잡아서 대처방안을 마련하는 기간으로 삼아야 할 것이다. 이러한 작업을 위해서 남북의료보장협의회를 구성할 필요성이 있으며 이 남·북의 의료전달체계를 근접시키는 것은 통일시대의 국가의료제도를 확립하는 근간이 된다는 사실을 기억해야 할 것이다.

참 고 문 헌

1. 유승흠 : 의료정책과 관리, 기린원 1990 ; p295-296
2. 정상혁, 김한중 : 의료전달체계 정책효과분석, 예방의학회지 1995 ; vol28 (1) : 207-223
3. 변종화 외 : 남북한 보건의료 비교연구, 한국보건사회연구원 1993
4. 이삼식, 조남훈, 백화중, 손수정 : 남북한 인구변동과 통일시 사회·인구학적 정책과제, 한국보건사회연구원 정책보고서 1999 ; p157-170
5. 문옥륜 : 남북 통일시대의 보건의료제도와 정책개발, 대한의학회 통일의료제도 정책개발심포지움 1998
6. 문옥륜 : 남북한 보건의료통합방안, 아주남북한 보건의료연구소 제2차 정기세미나 1998