

## 의료의 공공성제고와 공공의료기관 확충 논의의 검토

이 규 식<sup>†</sup>

연세대학교 보건행정학과 교수

### <Abstract>

#### Review of Debate over the Expansion of Public Medical Facilities to Enhance the Public Role in the Medical Care Sector

Kyu Sik Lee

*Department of Health Administration*

*College of Health Sciences, Yonsei University*

During the last year, we had a very severe situation with the strike of physicians working in medical facilities. From that time, many politicians and scholars insisted on the expansion of public hospitals to enhance the public role in the medical care sector. They think that private medical facilities work for profit motivation and that the high proportion of private to whole facilities is an obstacle to the public function of medical care under social insurance system. They found that one of the reasons for failing to prevent the physicians' strike was the high proportion of private facilities.

Others insisted that the strike was not a good reason for the expansion of public hospitals. The physicians' strike was a very rare case, and it is not a good basis for generalization of the discussion of public hospitals. Last year almost all apprentice physicians in public facilities took part in the strike, and consequently the public hospitals also lost the role of public function. They view this increasing involvement of government in the medical sector as improper and the cause of inefficiencies.

---

<sup>†</sup> 교신저자 : 이규식(033-760-2414, 033-760-2519, kslee@dragon.yonsei.ac.kr)

In this paper we review the debate over the expansion of public facilities. To clarify the debate, we review traditional criteria for the role of government in a market system and to apply these criteria to medical care. There are two traditional areas where government is acknowledged to have a role in a market system: market imperfections and market failure. Where market imperfections and market failure exist, there may be a role for government. The justifications for government intervention are consumer protection and the existence of externalities. One of externalities is to provide medical care for the poor. The appropriate measures to provide medical care to the poor can be sought in both demand and supply side subsidies. National health insurance is a method of demand subsidies and establishment of public hospitals is a method of supply side subsidies. Under the National Health Insurance System, the expansion of public hospitals is not an appropriate subsidy policy.

*Key Words* : public hospital, market imperfection, market failure, government subsidy

## I. 서론

의약분업의 실시와 함께 불어닥친 전대미문의 의료계 파업사태를 경험하면서 공공의료의 강화에 대한 요구가 거론되고 있다. 공공의료와 관련하여 거론되고 있는 핵심적인 논리는 우리 나라의 의료자본이 너무 민간 중심이기 때문에 의료정책이 의료이윤과 벗어나면 파업도 불사하게 된다는 것이다. 만약 공공의료기관이 많았다면 민간 의료기관들이 파업을 하더라도 일반 국민들이 경험하게 될 불편이나 고통이 최소화되며 또한 그렇게 될 경우 민간 의료기관들이 파업과 같은 행동을 일사불란하게 할 수 없어 의료의 공공성이 보다 강화되지 않겠는가 하는 것이다.

공공의료를 놓고 이러한 논의는 일견 타당성이 있어 보이지만 다른 측면에서는 공공의료기관이 갖는 비효율성으로 인하여 기존의 공공 의료기관도 독립채산제를 위시하여 민간 의료기관과 다를 바 없는 지침 속에 운영되고 있으며 심지어는 공공 의료기관의 민영화 문제까지 거론되었다는 점을 들어 의료계의 파업이라는 특수상황을 일반화시켜 공공의료의 비중을 높이지는 것은 문제가 있다는 반론도 있다.

여기에서는 공공보건의료에 관한 법률(이하 법으로 통칭)이 규정하고 있는 공공의료의 개

념과 역할, 현황을 토대로 공공의료에 대한 경제학적인 측면에서의 필요성이나 효율성의 제고 등에 관하여 살펴보기로 한다.

## II. 우리 나라 공공의료의 현실

### 1. 법적 측면에서 공공의료의 정의와 범위

#### 1) 공공보건의료의 정의

법 제2조 1항에서 공공보건의료라 함은 공공보건의료기관이 국민의 건강을 보호·증진하기 위하여 행하는 모든 활동으로 규정하고 있다.

#### 2) 공공보건의료기관의 정의

법 제2조 2항에서 공공보건의료기관이라 함은 국가·지방자치단체 또는 기타 대통령령이 정하는 공공단체가 설립하는 보건의료기관으로 정의하고 시행령 제2조에서 공공단체의 범위를 지방공사 또는 지방공단, 한국보훈복지공단, 서울대학교병원, 국립대학교병원, 한국원자력연구소, 정부투자기관, 국립암센터, 대한적십자사, 국민건강보험공단, 산재보험법에 근거한 노동부장관의 허가를 받아 설립한 관리기구와 지정 법인으로 하고 있다.

#### 3) 공공보건의료기관의 설치 운영

법 제3조 1항에서는 국가 및 지방자치단체는 공공보건의료기관을 설치·운영하여 국민의 기본적인 보건의료수요를 형평적으로 충족시킬 수 있도록 노력하여야 한다고 규정하고 법 제3조 2항에서는 국가 및 지방자치단체는 공공보건의료기관의 설치·운영에 소요되는 비용을 보조할 수 있다고 정하고 있다.

#### 4) 공공보건의료기관의 사업

법 제4조에서는 공공보건의료기관은 당해 기관의 설립·운영에 관한 법령에서 정한 사업이 외에 아래의 사업을 복지부장관의 요청으로 수행해야 함을 규정하고 있다.

첫째, 주요 질병관리사업

둘째, 공공보건의료에 관한 전문적인 연구 및 검사사업

셋째, 보건의료인의 교육훈련사업

넷째, 국가 또는 지방자치단체의 공공보건의료시책의 수립 및 평가지원사업

- 다섯째, 국가 또는 지방자치단체의 각종 보건의료활동에의 참여 및 지원사업
- 여섯째, 민간보건의료기관에 대한 기술지원 및 교육사업
- 일곱째, 기타 보건복지부장관이 요청하는 사업

5) 보건의료의 우선 제공

법 제5조에서는 공공보건의료기관이 우선적으로 제공해야 할 서비스의 내용을 아래와 같이 규정하고 있다.

- 첫째, 의료보호환자 등 취약계층에 대한 보건의료
- 둘째, 노인·장애인·정신질환 등 타 분야와의 연계가 필수적인 보건의료
- 셋째, 전염병예방 및 관리
- 넷째, 아동과 모성에 관한 보건의료
- 다섯째, 응급환자의 진료
- 여섯째, 민간보건의료기관이 담당하기 어려운 예방보건의료
- 일곱째, 기타 보건의료기본법 제15조의 보건의료발전계획에 따라 보건복지부장관이 정하는 보건의료

2. 공공보건의료기관의 현황

1) 공공보건의료기관의 유형별 현황

2000년 현재 우리 나라의 공공보건의료기관의 총수는 3,555개소이며 이 중에서 보건소, 보건지소, 보건진료소와 같은 보건기관이 3,425개나 되어 공공보건의료기관의 96.3%에 이르고 있다(표 1 참조). 따라서 우리 나라의 공공의료는 주로 보건기관을 통하여 제공된다고 하겠다. 그리고 보건소나 보건지소 등은 행정구역에 맞추어 배치하고 있기 때문에 전국적으로 골고루 분포되어 있다고 하겠다.

<표 1>

공공보건의료기관 유형별 현황

(단위 : 개소)

	종합병원	병원	보건소	보건지소	보건진료소	계
개소	57	73	242	1,271	1,912	3,555

자료 : 김성순. 공공보건의료 인프라 확충방안. 제215회 정기국회 국정감사 정책제안서, 2000.10.19

2) 공공의료기관의 설립형태별 현황

여기에서는 보건기관을 제외하고 주로 진료서비스 제공에 그 역할의 초점이 주어지는 공공의료기관인 병원 및 종합병원 130개소에 대하여 운영주체 및 서비스의 종류별 현황을 살펴보기로 한다. 설립형태는 특수법인이 30개이며 국립이 34개소, 지방공사가 34개소, 시·도립이 15개소, 공립이 17개소로 되어있다. 종합병원은 주로 특수법인 형태이거나 지방공사형태로 되어있는 특징이 있다. 특수 서비스를 제공하는 공공의료기관은 모두 병원 형태로 되어있다(표 2 참조). 종합병원의 대부분은 일반적인 진료 서비스를 제공하고 있으며 병원급 공공의료기관도 28개소가 일반병원이며 21개소가 軍병원으로 되어 있어 73개소 가운데 특수병원은 24개소에 불과한 실정이다.

<표 2> 공공의료기관 중 종합병원, 병원의 설립형태별, 종별 구분

(단위 : 개소)

구분	설립 형태					계
	특수법인	국립	시·도립	지방공사	공립	
종합병원	23	2	2	30		57
일반	4	1	2	4	17	28
특수	3	10	9			22
치매(요양)			2			2
군병원		21				21
계	30	34	15	34	17	130

자료 : 김성순. 공공보건의료 인프라 확충방안. 제215회 정기국회 국정감사 정책제안서, 2000.10.19

3) 공공의료기관의 운영주체별 현황

공공의료기관의 운영주체를 보면 법 제2조 및 동법 시행령 제2조에 의거 정부의 여러 부처가 설립하여 운영하고 있다. 가장 많은 공공의료기관을 설립하여 운영하고 있는 곳은 보건복지부로 종합병원 4개소와 일반병원 22개소 그리고 특수병원 9개소가 있다. 보건복지부가 운영하는 종합병원은 국립의료원 1개소를 중심으로 적십자병원 2개소, 건강보험병원 1개소이며, 일반병원은 지역보건법에 의거한 의료원 17개소, 적십자병원 4개소, 그리고 국립암센터병원 1개소가 있고 나머지 9개 병원은 결핵, 정신, 나병원이다. 교육부가 운영하는 8개소는 모두 국립대학교병원이며, 행정자치부가 운영하는 병원으로는 지방공사의료원 34개소를 위시하여 거의 대부분이 종합병원이거나 일반병원형태를 띄고 있으며 특수병원으로 정신병원 8개소, 치매요양병원 2개소가 있다.

노동부가 운영하는 9개 병원은 요양병원 1개소, 진폐병원 2개소가 있고 그 외에는 산재를 다루는 6개 종합병원이 있다. 국가보훈처는 5개의 종합병원 형태의 보훈병원을 운영하고 있다. 법무부는 1개소의 정신병원을 과학기술부는 1개소의 원자력병원을 운영하고 있고 국방부에서는 군인이나 그 가족을 위하여 21개의 군병원을 운영하고 있다.

<표 3> 공공의료기관 운영주체별 분류

구분	소관부처	종합병원	병원						계			
			일반	아동	요양	결핵	나	정신		재활	진폐	치매
관	보건복지부와 그 소속기관제	1				2	1	5	1		10	
	지역보건법		17								17	
	대한적십자조직법	2	4								6	
	국립암센터법		1								1	
	국민건강보험법	1									1	
	국립대학교병원설치법	교육부	7								7	
	서울대학교병원설치법	(8개소)	1								1	
	지방공기업법		30	4							34	
	시·도조례	행정자치부	2	2	1			8		2	15	
	(50개소)		1								1	
법	경찰청과 그 소속관제										1	
	산업재해보상법	노동부	6		1				2		9	
	(9개소)										5	
령	한국보훈복지공단법	국가보훈처	5								5	
	(5개소)										1	
	법무부와 그 소속관제	법무부						1			1	
	(1개소)										21	
국방부와 그 소속관제	국방부									21		
(21개소)										1		
원자력연구소법	과학기술처	1								1		
(1개소)												
계		57	28	1	1	2	1	14	1	2	21	130

자료 : 김성순. 공공보건의료 인프라 확충방안. 제215회 정기국회 국정감사 정책제안서, 2000.10.19

#### 4) 공공의료기관의 비중

공공의료기관을 민간의료기관과 비교를 해 보면 기관수에서 공공의료기관은 8.8%에 지나지 않는다. 여기에는 보건소, 보건지소, 보건진료소와 의원급의 의료기관이 모두 포함된 수치이다. 만약 보건기관을 제외시킨다면 공공의료기관의 비중은 더욱 낮아질 것이다. 그리고 병상수를 비교해 보면 공공의료기관은 우리 나라 전체 병상수의 15.5%를 차지하고 있다. 통상적으로 병상수의 비중을 놓고 공공의료가 우리 나라의 국민의료에서 차지하는 비중을 대략 85% 수준이라고 부르고 있다.

한편 병상수를 기준으로 공공과 민간의료의 도·농간 분포를 보면 공공의료기관은 도시지역에 85.0%가 분포되어 있고 민간의료기관은 도시지역에 89.7%가 분포되어 있어 공공기관이 민간에 비하여 도·농간 분포가 다소 균점화되어 있다고 하겠다. 그러나 85%의 자원이나 90%의 자원이나 큰 차이가 없기 때문에 민간의료뿐 아니라 공공의료도 도시지역에 집중되어 있다고 하겠다.

<표 4> 공공 및 민간의료기관 수 및 병상수

구	분	의료기관수	비율(%)	병상수	비율(%)
의료기관수 및 병상수 (개소)	공공 의료기관	3,555	8.8	35,044	15.5
	민간 의료기관	36,742	91.2	191,712	84.5
	소계	40,297	100	226,756	100

자료 : 김성순. 공공보건의료 인프라 확충방안. 제215회 정기국회 국정감사 정책제안서, 2000.10.19

<표 5> 공공 및 민간 보건의료기관의 도·농간 병상수 분포

	공공의료기관		민간의료기관		계	
	병상수	비율	병상수	비율	병상수	비율
도시지역	29,777	85.0	171,954	89.7	201,731	89.0
농촌지역	5,267	15.0	19,785	10.3	25,052	11.0

자료 : 김성순. 공공보건의료 인프라 확충방안. 제215회 정기국회 국정감사 정책제안서, 2000.10.19

#### 5) 민간의료의 국제비교

우리 나라는 민간 의료의 비중이 다른 국가들에 비하여 높다. 민간의료의 비중이 높은 이유

는 서구와는 다른 역사를 간직한데서 연유되었다고 여겨진다. 서구제국들은 오랜 옛날에 구빈법을 제정하여 국가의 책무로 가난한 사람들에 대한 보호 의무가 주어져 있어 병원을 중앙정부나 지방정부가 설립하거나, 교구에서 구빈활동의 하나로 설립하였다. 특히 봉건제의 분권제하에서는 영주는 자기의 관할주민의 의료문제도 책임을 지녀야했기 때문에 공공병원은 매우 일찍 설립되어 운영될 수 있었다.

그러나 우리 나라는 공공의료에 대한 인식이 서양의학이 전래되면서 싹트기 시작하였으며 근대화가 늦어 공공의료 발전하기 이전에 전국민의료보험시대를 맞게 되었다. 전국민의료보험은 수요측면의 공공화를 의미하였으며, 의료보험의 확대에 따른 수요 증가로 공급부족 현상이 일어나 민간 의료기관의 확충에 의료공급을 맞길 수밖에 없는 사정으로 되어 우리 나라는 공급측면에서 공공의 비중이 낮게 되었다. 이제 <표 6>에서 OECD 각국의 민간의료의 비중을 병상수로 비교하여 보면 우리 나라가 84.5%로 가장 높고 다음이 미국으로 66.8%, 일본이 64.2%의 순으로 되어 있다.

<표 6> OECD 각국의 병상수로 본 민간의료비율

국 가 명	전체병상수	민간병상수	비율(%)	기준연도
미 국	1,061,688	709,000	66.8	1996
영 국	249,800	10,582	4.2	1998
독 일	769,294	396,399	51.5	1997
일 본	2,082,572	1,336,796	64.2	1998
카 나 다	141,527	941	0.6	1997
프 랑 스	498,929	175,831	35.2	1998
이탈리아	334,613	71,693	21.4	1997
호 주	153,059	86,993	56.8	1997
한 국	226,756	191,712	84.5	1999

자료 : 김성순. 공공보건의료 인프라 확충방안. 제215회 정기국회 국정감사 정책제안서, 2000.10.19

### Ⅲ. 공공의료기관의 설립에 대한 이론적 고찰

공공의료기관을 설립하여 운영한다는 것은 정부가 공급측면에서 의료시장에 개입을 하게됨을 의미한다. 공공의료기관 확충의 타당성을 이해하기 위해서는 먼저 보건의료분야에서의 정부의 개입에 대한 이론적인 고찰이 필요하다.



## 1. 의료시장에 대한 정부 개입의 근거

정부가 의료시장에 대하여 개입하게 되는 근거는 두 가지 각도에서 찾을 수 있다. 먼저 의료시장은 경쟁이 제한되는 불완전경쟁 시장이기 때문에 또는 의료시장은 시장실패가 지배하기 때문에 정부가 개입하게 된다<sup>1)</sup>. 다른 한가지 이유는 의료서비스의 형평적 이용은 시장이 담보하기 어렵기 때문에 정부가 개입하게 된다는 것이다. 이러한 두 가지 이유에 대한 타당성을 먼저 이론적으로 규명토록 하겠다.

### 1) 시장의 불완전성

시장에서 경쟁에 관한 기본가정이 지켜지지 않을 경우 경쟁이 효율성을 입증하기 어렵기 때문에 이를 시정하기 위하여 정부의 개입이 요구된다는 것이다. 의료시장의 경우 경쟁이 지켜지기 어려운 것은 경쟁조건의 하나인 완전한 정보획득에 대한 조건이 지켜지기 어렵기 때문이다. 의료서비스와 관련한 정보의 비대칭성으로 인하여 소비자가 시장에 대한 완전한 정보를 획득하기 어려워 의료시장에서의 경쟁은 소비자에게 불리해진다는 것이다. 다음으로는 경쟁조건의 하나인 시장에 대한 진입과 퇴출의 자유가 보장되지 않는다. 소비자 보호를 위한 면허제도가 시장진입의 자유를 가로막기 때문에 의료시장의 경쟁은 불완전해 질 수밖에 없다는 점이다. 다음으로는 의료서비스는 비영리적인 동기로 생산하고 소비자는 권리로 이용하기 때문에 공급자, 소비자 모두 비용 최소화 유인이 결여되어 경쟁시장이 효율을 담보하지 못한다는 점이다.

이러한 불완전한 경쟁시장이 초래하는 비효율을 고치기 위해서는 정부의 개입이 불가피하다는 주장이 지금까지의 통례로 되어 왔었다. 그러나 이에 대한 반론은 시장의 불완전성을 야기하는 원인의 상당부분은 정부에 의한 법적 규제에서 야기되었는데 그 시정을 위하여 정부가 또 다시 개입한다는 것은 비효율을 오히려 심화시킨다는 설명이다(Feldstein, 1999). 즉 시장의 불완전성이 정부의 규제로 인하여 일어난 부분이 많다면 효율성을 달성하기 위해서는 정부의 규제를 제거해야 하는데, 반대로 정부가 의료분야에 보조금을 지원하거나 아니면 다른 규제를 통하여 비효율을 극복하겠다는 것은 문제를 오히려 꼬이게 할 가능성이 높다는 비판이다(Feldstein, 1999).

그런데 정부의 규제를 줄이게 될 경우 소비자 보호는 어떻게 해결하느냐의 문제가 제기된

1) 학자에 따라서는 시장실패속에 경쟁의 불완전을 포함시키기도 한다. 그런데 현실의 시장에서 경제원론이 추구하는 완전경쟁이란 존재하기가 어렵기 때문에 경쟁의 불완전을 시장실패속에 포함시키면 현실의 경제는 모두 시장실패가 되어 시장경제를 토대로 하는 경제이론은 성립하기가 어렵다. 따라서 경쟁의 불완전은 시장실패와 분리하여 살펴보는 것이 타당하다.

다. 소비자 보호를 위하여 현재는 정부가 개입하여 면허제도를 강화시키고, 의료인의 훈련기간을 늘리는 것과 같은 의료서비스의 구조(structure)나 과정(process) 중심의 질 관리를 하는데 이 방법은 비용만 증가시킬 뿐 정작 질은 향상시키지 못하는 문제점들이 제기되고 있다. 따라서 의료 질의 관리를 산출물(outcome) 중심으로 변경시킨다면 정부의 규제를 줄이고도 소비자 보호가 가능하다는 점이다. 따라서 시장의 불완전성이 나타날 때 정부의 역할은 규제하는 조치들을 제거하는 데 놓여져야 한다. 그리고 정부의 규제는 서비스의 산출물(outcome)에서의 질을 따지는 것과 같이 구체적으로 명시되어야 한다는 것이다.

정부규제의 최소화에 대한 반대를 펴는 전통적인 논리는 경제학적인 분석을 토대로 한 것이 아니라 의료서비스의 질과 양의 결정을 시장에 맡기는 것은 있을 수 없다는 소위 니드접근법에 기초한 가치관을 지니는 데서 연유된다고 하겠다.

또 다른 측면에서는 정부의 개입에 대하여 공공이익론에 입각하여 그 타당성을 인정하는데 반하여 특정그룹 이익론에 입각하는 경우에는 그 타당성을 부인한다는 점이다(Santerre and Neun, 1996). 공공이익론은 전통적인 이론으로 정부의 개입에 대하여 그 정당성을 인정하는 것으로서 정부는 사회 전체의 일반적인 이해를 증진시키도록 봉사하며 따라서 정책도 이러한 시각에서 택하여 효율과 형평을 제고시킨다는 것이다. 정보의 비대칭성과 같은 불완전경쟁 하에서는 시장은 자원의 효율적 배분기능을 상실하기 때문에 정부가 이를 바로 잡아줌으로써 대중의 이익이 지켜진다는 점을 강조하는 것이다.

특정그룹 이익론은 1960년대에 제기되어 1970년대부터 본격적으로 등장하기 시작한 규제기구(regulatory agency)의 행태에 관한 이론으로 대변된다. 규제기구의 행태이론 또는 규제의 경제이론에서는 전통 경제이론의 규제 타당성을 비판하고 있다(Stigler, 1971; Posner, 1974). 규제의 경제이론에 의하면 규제란 산업을 독점화 하기 위한 명백한 목적하에 개발된다는 것이다. 즉 전통 경제이론은 독점기업을 경쟁기업과 같은 성과를 거두기 위해 정부가 개입하여 규제정책을 편다는 주장인 반면에 규제의 경제이론은 정반대로 규제는 경쟁기업을 독점기업과 같이 행동할 수 있게 취해진다. 즉 규제의 결과는 규제 대상기업의 가격을 높이고, 산출물의 생산을 억제시키고, 이윤을 증가시키고, 잠재가능 경쟁자로부터 규제대상기업을 보호하도록 이루어진다. 규제의 경제분석은 전통적인 경제분석구조인 규제에 대한 수요와 공급이라는 틀 속에서 이루어지는데 규제에 대한 수요는 이를 통해 이득을 보는 기업에 의해 일어나고 규제의 공급은 입법가에 의해 이루어진다. 규제의 수요, 공급을 균형시키는 시장가격은 바로 정치적 지지(political support)이다(Feldstein, 1999). 규제로 이득을 보는 수요자는 그러한 이득을 얻기 위해 표(votes)와 정치헌금, 선거 자원봉사와 같은 가격을 지불기를 원한다. 규제의 경제이론에서는 규제의 목적이란 정부의 힘을 사용하여 정치적인 영향력이 약한 사람이 갖는 부를 정치적 영향력이 큰 사람으로 이전시키는 것을 말한다. 규제혜택을 공급하는 사람은 궁극적으로 선거

로 선출되는 공직자(국회의원이나 단체장 등)들로서 규제의 공급을 위해 재선 가능성을 극대화시킬 정치적 지지를 요구한다. 규제공급자가 정치적 지지를 극대로 얻는다는 것은 규제로 이득을 보는 집단이 보내주는 정치적 지지의 크기와 규제로 손해를 보는 집단에 의해 잃게 되는 정치적 반대의 크기를 계산할 수 있다는 전제가 있다. 그런데 규제 수요자가 규제로 인해 이득을 보게 될 경우 그 대상자는 소수기업이기 때문에 이득은 농축(concentrated interest)된다. 반면 특정 집단에 규제이득을 제공함에 따른 비용은 그 기업의 제품이나 서비스를 이용하는 다수의 소비자에게 전가되기 때문에 분산(diffuse interest)되어 나타난다. 따라서 규제의 수요자는 적극적으로 규제를 위한 입법활동 등을 전개하는데 규제로 손실을 보는 소비자는 규제에 대해 무관심하게 된다. 그 이유는 규제로 손실을 보는 소비자가 규제 움직임에 대항키 위해서는 기업에 의해 제공되는 정보를 취합하고 이를 분석하고, 소비자를 묶어야 하는데 이러한 활동에 소요되는 비용(information and transaction cost)이 규제조치를 방지했을 때 얻는 손실보다 더욱 크기 때문에 일반 대중은 규제정책의 입안 과정에 큰 관심을 기울이지 않는다는 것이다. 규제의 경제이론은 정부의 규제가 대중의 이익을 대변하는 것이 아니라 특정그룹의 이익을 대변하기 때문에 정부의 규제는 바람직하지 못하다는 결론을 내리게 된다.

시장의 불완전성에 기인한 정부의 개입은 효율성 기준에서 판단되기보다는 상기의 이론과 같은 가치판단에 좌우되어 일어나기 때문에 이를 토대로 정부가 개입코자 한다는 것은 계속적인 논란만 야기시킬 것이다.

## 2) 시장의 실패

시장의 실패란 가격경쟁시장이 제대로 작동할 수가 없어 최적의 산출물을 생산하기 어려운 경우를 의미한다. 시장실패가 초래되는 경우는 자연독점, 공공재의 존재, 외부효과의 존재로 나누어 살펴 볼 수 있다.

첫째, 자연독점이 나타나는 경우 정부의 개입은 타당성을 인정받는다. 자연독점은 규모의 경제가 작용되는 경우에 나타난다. 규모의 경제란 기업의 생산규모가 커질수록 평균비용이 낮아져 경쟁의 우위를 차지하기 때문에 중국에는 가장 큰 기업만이 시장에서 생존하여 독점력을 갖는 경우를 의미한다. 규모의 경제가 작용하는 자연독점의 경우 이를 경쟁시키기 위하여 인위적으로 시장을 분리하는 정책은 효율성에서 문제가 제기된다. 그런데 독점하의 독점이윤은 사회적으로 쓸모없는 손실(deadweight loss)이 되기 때문에 이 경우 정부가 개입하여 독점이윤을 세금으로 환수하거나 또는 독점기업의 횡포를 방지하는 역할은 그 타당성을 인정받게 된다. 그런데 의료분야는 늘 좋은 대체재가 존재하고 서비스의 생산과 소비가 동시에 이루어지기 때문에 공급이 거대병원에서 단독으로 이루어질 경우 수요자의 지리적인 접근성 불편 등으로 독점적인 병원이 등장할 수 없다. 따라서 의료분야에서 자연독점을 명분으로 정부가

개입할 여지는 없어 보인다.

둘째, 공공재가 존재하는 경우에는 정부의 개입은 타당성을 인정받는다. 공공재란 사적재화와는 달리 소비의 경쟁자가 없다는 점이다. 일반적인 소비재의 경우 어떤 사람이 많이 사용하면 다른 사람은 그 재화의 사용이 어려운 경쟁관계에 놓이는 반면에 공원이나 박물관과 같은 경우는 어느 누가 매일 찾아가서 즐긴다해서 공원이나 박물관이 닳아 없어지지 않기 때문에 소비에 경쟁관계가 없다(no rivalry)는 점이다(Santerre and Neun, 1996). 공공재는 두 가지 형태로 나누어지는데 한가지는 공원이나 박물관과 같이 사용자마다 사용회수가 달라지는 제1형 공공재가 있고 다른 한가지는 국방, 치안, 공중보건과 같이 사용자가 사용빈도를 나타내지 못하는 제2형 공공재가 있다(Layard and Walters, 1978). 제1형 공공재는 사용빈도가 다르기 때문에 이용자에게 비용부담을 시킬 수는 있지만 선호도를 표현하지 않기 때문에 (nonrevelation of preference)에 이용자에 대하여 적정 비용을 부담시키는 데는 많은 비용이 소요되는 문제가 있다. 제2형 공공재는 사용빈도마저 나타내지 않기 때문에 선호도를 표현하지 않는 문제는 물론 비용부담을 전혀 시킬 수 없는 문제가 있다. 따라서 제2형 공공재의 경우에는 정부가 생산치 않으면 공급이 이루어지지 않으며 제1형의 공공재의 경우에도 적정 가격의 책정이 어렵고 비용부담을 앓는 무임승차자의 문제 등으로 인하여 통상 정부가 생산을 담당한다. 따라서 공공재가 될 경우에는 정부의 개입은 타당한데 공중보건은 바로 전형적인 공공재에 속하여 정부의 개입이 타당하여 진다.

셋째, 외부효과가 존재하는 경우 역시 정부의 개입이 타당성을 인정받게 된다. 외부효과란 개인이나 기업이 취한 행동이 다른 사람 또는 다른 기업에게 좋던 나쁘던 부차적인 효과를 갖게 될 경우를 의미한다(Santerre and Neun, 1996). 시장경제란 모든 비용과 편익은 시장에 참여하는 수요자와 공급자에게 귀속되며 시장 거래에 참여하지 않은 사람은 전혀 영향을 받지 않게 된다. 그런데 외부효과가 발생하면 거래에 참여한 사람에게 비용이나 편익이 모두 귀속되지 않고 다른 사람에게도 영향을 미치게 된다. 이렇게 될 경우 사회 전체의 시각에서 볼 때 적정한 생산이 이루어지지 않는 문제가 발생한다. 예컨대 흡연의 경우 거래에 참여하지 않은 비흡연자에게 영향을 미치기 때문에 외부비용이 발생한다. 반대로 의학연구를 통하여 새로운 약을 발명할 경우 연구시장에 전혀 참여하지 않았던 일반대중이 생명연장이라는 외부편익을 얻게 된다.

외부비용이 발생하면 정부는 세금이나 다른 조치를 통하여 생산을 줄이는 방향으로 작용하고 외부편익이 발생하면 정부가 개입하여 장려금을 주어 생산을 늘리게 한다. 예컨대 담배에 대하여 세금을 부과하고 건강부담금을 부과하는 것이나 의학연구를 위하여 정부가 연구비를 지원하는 것은 바로 외부효과에 대한 정부 개입의 표본이며 이러한 정부 개입은 타당성을 인정받게 된다.

### 3) 효율성 측면에서 정부 개입의 타당성

이상의 논의에서 정부 개입이 타당한 경우는 불완전 경쟁의 경우 소비자 보호를 위한 경우와 외부효과에 따른 시장실패가 나타나는 경우라 하겠다. 이를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 소비자보호를 위한 정부의 조치 : 소비자 보호는 시장의 불완전성과 함께 외부효과와도 결부된다. 의료서비스가 갖는 기술적인 성격으로 인하여 소비자는 정보의 부족이라는 문제에 직면하게 되기 때문에 소비자 보호를 위하여 정부는 최소한의 질에 대한 기준이나 필요 정보를 제공하는 개입이 타당하다. 이러한 개입은 바로 시장의 불완전성에 연유되지만 또 다른 측면에서는 정부의 개입으로 소비자들이 이득을 얻게되면 이것이 바로 소비자 보호라는 외부효과가 된다. 소비자 보호를 위한 정부의 개입은 두 가지 측면에서 그 타당성을 인정받게 된다.

둘째, 소비의 외부효과에 기인한 정부의 개입 : 건강하고 부유한 사람들은 가난한 사람들이 의료서비스를 받지 못하여 고통에 신음하는 것을 보기를 꺼려하게 된다. 부유한 사람들이 이러한 사람들을 위하여 얼마간의 금액을 기여하기를 원하여 이 재원으로서 가난한 사람의 의료문제를 해결할 경우 이것이 바로 소비의 외부효과이며 이를 토대로 사회보험이 성립된다. 정부는 기여금을 내기를 희망하는 사람들을 대신하여 이들에게 세금이나 보험료를 징수하고 보조금을 받기를 원하는 사람에게 보조금을 주게된다. 이러한 소비의 외부효과가 있는데서 사회보험의 주된 급여는 현금급여(in-cash)가 아니라 현물급여인 서비스(in-kind)가 된다. 사회보험제도나 현물보조제도는 바로 소비의 외부효과라는 근거 위에서 타당성이 인정된다. 만약 의료보험의 목적이 소득재분배가 된다면 급여는 현물이 되어서는 안되며 현금으로 주어져야 수혜자는 자신의 취향에 따라 다양한 재화를 구매함으로써 개인의 효용이 극대화된다(Feldstein, 1999). 사회의료보험제도에서 재분배효과를 따지는 것은 재분배가 목적이어서 그런 것이 아니라 보험료는 가입자가 모두 내는데 저소득층이 자기가 낸 보험료보다 더 많은 급여를 받게 되면 소비의 외부효과가 입증되지만 그 반대일 경우에는 소비의 외부효과가 살아나지 못하기 때문에 제도의 도입 목적과 배치된다. 따라서 의료보험에서 재분배효과를 따지는 것은 사회의료보험의 본원적인 목적이 소득재분배이기 때문에 그런 것이 아니라 소비의 외부효과가 작동되는지 여부를 살피기 위함이다.

셋째, 의학연구를 장려하기 위한 정부의 개입 : 앞에서 이미 언급한 바와 같이 의학연구를 통하여 신약을 개발하거나 불치의 질병에 대한 퇴치기술을 개발할 경우 일반 시민들이 얻게 되는 혜택은 지대하여 진다. 그런데 이러한 연구를 개인에게 맡겨둘 경우 막대한 연구비를 조달하는 것도 어렵지만 개인이 얻게되는 편익은 제한되기 때문에 사회가 희망하는 적정한 연구는 이루어지기 어렵다. 이러한 경우 정부는 연구비를 조달하여 연구과제를 공모하는 등의 방법으로 개입하게 된다.

넷째, 의료인력이나 시설을 늘리기 위한 정부의 개입 : 의료인력이나 시설이 부족하여 의료기관에서 장시간 대기가 일어나거나 혼잡이 일어날 경우 외부비용이 증가된다. 이러한 경우 정부가 개입하여 인력이나 시설을 늘리게되면 그만큼 혼잡이나 대기시간을 줄여 외부효과를 얻을 수 있다. 이때의 정부 개입은 타당해진다

다섯째, 공중보건사업을 위한 정부의 개입 : 공중보건은 이미 제2형의 공공재로서 정부가 개입하지 않으면 공급될 수 없는 성격을 갖는다.

#### 4) 형평성 측면에서의 정부의 개입

이상의 논의는 주로 효율성 측면에서 정부 개입의 근거에 대하여 논의하였다. 그런데 의료 서비스를 시장에 맡겨둘 경우 부유한 계층의 사람은 이용에 문제가 없겠지만 가난한 사람들은 필요한 때에 서비스를 제대로 이용치 못하는 문제가 제기된다. 이러한 경우 정부가 개입하여 사회보험제도를 도입하거나 아니면 다른 지원정책을 사용하여 저소득계층의 의료이용이 원활해지도록 하는 방법은 그 타당성이 인정된다.

#### 5) 소 결

보건의료분야에서 정부의 개입은 첫째, 공공재에 속하는 공중보건서비스를 정부가 직접 생산하여 제공하는 경우, 둘째, 정보의 비대칭성이라는 시장의 불완전성을 극복하여 소비자보호를 보호하기 위한 경우, 셋째, 저소득층의 의료이용, 의학연구, 의료기관에서의 혼잡이나 심한 대기로 외부효과가 입증되는 경우, 넷째, 의료이용의 형평성 제고를 위한 경우에 그 타당성은 인정된다.

## 2. 정부 개입의 방법

보건의료분야에서 정부가 개입하게 되는 타당성이 인정될 경우 어떠한 방법으로 개입하는냐가 중요하다. 정부가 보건의료분야에 개입하는 방법은 대략 다음과 같은 세 가지의 방법으로 요약된다.

#### 1) 정부가 직접 서비스를 생산 및 전달하는 방법

이 방법은 바로 공중보건서비스에 해당된다. 대부분의 국가에서 공중보건서비스는 정부가 직접 생산하여 전달하기 위하여 보건소 조직을 갖고 있다. 다음으로는 외부효과가 큰 보건의료분야의 연구를 정부가 직접 수행하는 경우가 있다. 우리나라의 국립보건원이나 국립암센터와 같은 기관은 바로 정부가 직접적으로 연구를 주도하는 경우라 하겠다.

## 2) 정부가 보조정책을 사용하여 개입하는 방법

이 방법은 다시 수요측면의 보조와 공급측면의 보조로 나누어 볼 수 있다. 수요측면의 보조는 의료보험제도나 의료보호제도와 같은 직접적인 보조방법이 있고 또한 의료비에 대한 조세감면, 보험료에 대한 조세감면과 같은 간접적인 보조방법이 있다. 그런데 간접적인 보조방법은 소득이 높은 사람일수록 소득세율이 높아 정부의 보조를 많이 받는 결과를 초래하는 문제가 있다.

공급측면의 보조방법은 정부가 국공립병원을 건립하여 운영하는 직접적인 보조 방법이 있고 또한 의료 장비도입에 대한 관세면제나 병원 건립이나 장비 도입에 대한 지원금 제도, 의료인력의 양성을 위한 보조금과 같은 간접적인 보조제도가 있다. 우리 나라의 경우 인력양성을 위한 정부의 보조는 없으며, 농어촌지역의 병원 건립을 지원하기 위한 정부의 보조금 제도는 간헐적으로 실시되었었고 보편적인 공급보조는 국공립병원의 건립과 운영이라 하겠다.

## 3) 규제를 통한 정부의 개입

정부는 소비자 보호라는 외부효과를 달성하기 위하여 각종 면허제도를 위시하여 의료법이나 그 시행령 등을 이용하여 여러 가지 규제를 하고 있다. 의료질의 적정성 확보를 위한 정부의 규제는 그 타당성이 인정되지만 구조나 과정 중심의 규제는 질의 개선에는 기여하지 못하고 비용만 증가시켜 도리어 외부비용을 발생시킬 수도 있다. 그 외 형평성을 이유로 정부는 의료보험수가를 통제하거나 의료기관을 의료보험의 요양기관으로 강제 지정하는 등의 방법을 통하여 정부가 개입하고 있다. 수가통제와 같은 방법은 의료의 질을 저해시키는 문제를 내포한다(Santerre and Neun, 1996; Feldstein, 1999)

# IV. 전국민 의료보험과 공공의료기관 확충의 타당성

## 1. 수요보조정책과 공급보조정책의 병행은 타당한가?

전국민의료보험제도의 도입과 같은 수요보조정책을 사용하면서 공공의료기관을 둔다는 것은 직접적인 수요보조와 직접적인 공급보조를 동시에 병행하는 정부의 개입이 된다. 그런데 공공의료기관을 설립해야 할 타당성은 다음의 세 경우라 하겠다. 첫째, 의료서비스가 공공재에 속하는 경우, 둘째, 외부효과가 있는 경우, 셋째, 서비스 이용의 형평성 제고에 기여하는 경우이다. 그런데 전국민의료보험을 실시한다는 것은 의료의 외부효과 문제와 형평성 문제를 해결하는 접근전략이다. 그럼에도 불구하고 공공의료기관을 확충해야 한다면 그 논리적인 근거

는 의료서비스를 공공재로 간주할 때라야 가능할 것이다.

#### 1) 공공재 논점에서의 타당성 검토

공중보건서비스가 공공재라는 사실에 대하여서는 어느 누구도 반대가 없기 때문에 보건소의 설치를 반대하는 논리는 아직 없다. 그렇지만 의료서비스를 공공재에 포함시키기에는 문제가 있다. 따라서 공공재를 이유로 정부가 공공의료기관을 확충해야 할 타당성은 없다.

공공재와 관련하여 공유가치재(merit good)라는 것이 있다. 이것은 사람들이 같은 유사한 역사적인 경험과 문화적인 전통속에 있을 경우 보편적인 이해, 가치, 바램(wants)을 야기시키는 보편적인 유대가 지역사회를 결속을 다지게 한다는 것이다. 그리하여 지역사회내의 구성원들은 적어도 최소한의 음식, 최소한의 주거, 최소한 의료서비스와 같은 재화나 서비스는 모두가 누려야 한다고 믿으며 이러한 것들을 위하여 기꺼이 소득의 일부를 내놓을 용의가 있을 때 이를 공유가치재라 하는데(Musgrave and Musgrave, 1989) 의료서비스는 공유가치재로서의 역할로 인하여 정부의 개입이 필요할 수 있다. 의료서비스를 공유가치재로 보는 견해는 소비의 외부효과와 거의 같은 시각으로 사회의료보험제도 도입의 타당성을 입증할 수는 있어도 정부가 공급측면에서의 개입을 타당화하는 공공재와는 성격이 다르다. 따라서 공유가치재를 이유로 정부가 의료서비스를 직접 공급하는 것은 타당하지 못하다.

#### 2) 외부효과 논점에서의 타당성 검토

의료서비스가 공유가치재이던 아니면 소비의 외부효과에 기인하던 이를 이유로 정부가 서비스를 직접 생산하기 위하여 공공의료기관을 설립할 필요성이 있는지를 살펴보기로 한다. 의료서비스가 공유가치재로서의 기능을 하거나 아니면 소비의 외부효과로 기능을 하는 경우에 보편적인 정부의 개입은 의료보호제도나 의료보험제도와 같은 직접적인 수요보조방법을 택하는 것이다. 공공의료기관의 설립과 같은 직접적인 공급보조의 방법은 직접적인 수요보조방법에 비하여 덜 효과적이다. 왜냐하면 공공의료기관을 설립할 경우 전국적으로 골고루 설립하지 않을 경우 공공의료기관 근처에 거주하는 시민들은 손쉽게 접근하여 이득을 볼 수 있지만 그렇지 못한 사람들은 상대적으로 불형평해지는 문제가 발생한다. 그런데 직접적인 수요보조방법은 인근의 어떠한 의료기관도 이용할 수 있기 때문에 공공의료기관의 설립이라는 공급보조방법에 비하여 형평성 측면에서 보다 효과적인 방법이 된다. 따라서 의료서비스를 공유가치재로서 보던 소비의 외부효과로 보던 공공의료기관을 설립하는 공급보조방법은 수요보조방법에 비하여 열등한 정책이다. 더구나 전국민의료보험제도와 같은 직접적인 수요보조정책이 채택되어 전국민에게 영향력을 미칠 경우 직접적인 공급보조 정책은 의미가 없다.



### 3) 형평성 논점에서의 타당성 검토

그런데 형평성 차원에서 직접적인 공급보조방법인 공공의료기관의 설립이 타당성을 인정받을 수 있다. 즉 직접적인 수요보조인 의료보험제도가 도입된다 하여도 전국적으로 의료시설의 균점 배치를 보장하는 것은 아니다. 의료시설이 균점 배치되지 못하고 있을 경우 의료시설이 부족한 농어촌 주민은 의료이용을 위하여 도시지역으로 가야하기 때문에 농어촌지역에 공공의료기관을 설립하는 것은 형평성 측면에서 뿐만 아니라 농어촌주민에게 외부효과를 주기 때문에 타당성이 있다. 그런데 농어촌지역에 공공의료기관을 설립한다하여 공공병원을 건립하기는 어렵다. 왜냐하면 충분한 수요가 없기 때문에 농촌지역에 공공병원을 건립하게 되면 비용면에서 엄청난 부담을 해야하는 관계로 공공병원을 건립하기 보다 보건소나 지소를 활용하여 의료서비스를 제공하는 현재의 정책이 타당하다. 농어촌지역 보건소의 진료기능이 타당하다고 도시지역 보건소까지 진료서비스를 제공하는 것은 문제가 있다(이규식, 2000). 도시지역 보건소의 진료기능은 외부효과를 입증시킬 수가 없고, 다만 현재의 보험급여가 불충실하여 저소득층에 대한 형평성측면에서 겨우 그 존재를 인정받을 수 있다. 따라서 보험급여만 적정화된다면 도시지역 보건소의 진료기능은 전혀 필요성이 없어진다.

### 4) 공공병원의 설립이 타당한 경우

전국민의료보험제도와 같은 직접적인 수요보조제도가 도입된 이후에 공공병원의 존재 이유를 찾기는 쉽지 않다. 공공병원 설립의 타당성은 민간병원이 감당하지 않는 일을 할 때에만 입증된다. 이러한 경우는 암센타와 같이 연구기능의 수행을 통하여 외부효과를 입증시키는 경우와 소비자보호의 기준을 마련하는 잣대 역할을 하는 경우에 해당된다고 하겠다. 의료서비스의 질 관리를 산출물 중심으로 하는 최소기준을 공공병원에서 마련하고 이러한 질 관리를 위한 적정 수준의 비용은 어떻게 되는지 등과 같은 정책연구의 대상으로서 역할을 할 경우 공공병원은 외부효과를 안겨 줄 것이며 이때 공공병원의 설립근거를 찾을 수 있을 것이다. 공공의료에 관한 법률 제4조에서 규정한 공공의료기관의 역할은 바로 이러한 기준을 잘 충족시키고 있다. 즉 법률 제4조에서 공공의료기관의 사업으로 주요 질병관리사업, 연구 및 검사사업, 국가나 지방자치단체의 공공보건의료시책의 수립 및 평가지원사업, 교육훈련사업, 민간의료기관에 대한 기술지원 및 교육사업 등은 외부효과를 갖는 사업에 공공의 역할을 명시하고 있다고 하겠다. 다만 국가 또는 지방자치단체의 각종 보건의료활동에의 참여 및 지원사업이나 기타 보건복지부장관이 요청하는 사업은 매우 애매 모호한 영역이다. 애매 모호한 항목을 제외하고는 공공보건의료에 관한 법률에서는 공공의료기관의 역할을 비교적 잘 명시하고 있다. 이러한 법적인 요건을 뒷받침하지 못하는 일반적인 진료를 위한 공공병원의 설립은 타당성이 없어 보인다.

## 2. 수요보조정책과 의료공급의 효율성 문제

수요보조정책을 사용할 경우 가장 큰 문제는 의료이용자의 수요증대로 의료서비스의 가격 상승과 함께 늘어난 수요로 인하여 보험제정이 막대하게 소요되는 재정부담문제가 제기된다. 그런데 의료서비스의 공급이 가격에 탄력적일수록 가격인상은 적어지고 대신에 의료이용량은 증가되어 수요보조정책의 효과가 잘 나타난다. 반면에 공급이 의료서비스 가격에 비탄력적일수록 의료서비스 가격 인상은 급격해져 재정부담은 커지는데 의료서비스의 이용량은 증가되지 않아 수요보조정책이 제대로의 효과를 발휘하기 어려워진다. 따라서 수요보조정책아래에서는 공급의 가격탄력성이 매우 중요해지는데 공급의 가격탄력성은 바로 생산의 효율성에 좌우된다.

생산이 효율적일수록 공급이 가격 탄력적이기 때문에 전국민의료보험제도와 같은 수요보조정책이 재정적인 어려움 없이 효과를 얻기 위해서는 의료공급자의 효율성 제고가 중요하다. 그런데 우리 나라를 위시한 대부분의 국가에서 공공부문이 민간부문에 비하여 효율성이 높다는 논리는 없다. 유럽 국가 특히 구 동구권 국가들의 의료개혁 과제의 하나가 민영화를 제시하고 있고(WHO, 1997), 아시아 권 국가들에서도 효율을 위한 민영화로 공공부문의 조화를 강조하는 점(Newbrander, 1997)을 감안한다면 생산의 효율성 측면에서도 공공병원의 확충은 그 타당성이 없다고 하겠다.

## V. 의료의 공공성과 공공의료기관의 확충

그런데 문제는 민간의료기관들이 갖는 생산의 효율성이 사회 전체적으로 보아서 바람직한 방향으로 사용되는가하는 의문이 제기된다. 사적으로는 효율성이 입증되지만 사회적으로 그렇지 못하다면 또 다른 딜레마에 빠지게 된다. 의료계의 파업을 계기로 공공의료기관을 확충시키자는 주장은 바로 이러한 문제에 대한 대안으로 제시되었다는 점에서 의료의 공공성 문제와 민간의료기관의 지배구조에 대하여 논의를 해야 할 것이다.

공공의료기관을 확충시키자는 논의가 제기된 것은 어제 오늘의 이야기는 아니지만 최근의 의료계의 파업사태를 계기로 보다 활성화되었던 것이다. 의료계의 파업이란 의약분업이라는 특수사안을 놓고 발생한 것으로서 이를 일반화하여 공공의료 확충의 계기로 삼기는 곤란하다. 왜냐하면 오늘날과 같은 의료계의 파업사태가 다시는 반복되지 않으리라는 점이다. 만약 오늘의 사태가 수시로 반복된다는 것은 무정부상태가 아니면 있을 수 없는 일이기 때문이다. 다음으로는 이번의 의료계 파업사태를 보면 공공병원의 전공의들도 모두 파업에 동참하여 공공병원과 민간병원의 기능을 구분할 수 없는 지경에 이르렀다. 따라서 공공병원을 확충하여 오늘

과 같은 파국을 방지한다는 것은 전혀 대책이 되지 못하였음을 경험하였다.

따라서 의료계 파업과 같은 특수상황을 가정하여 공공의료의 강화를 주장할 수는 없으며 다만 의료의 공공성 제고를 위하여 공공의료기관을 확충하는 것이 타당한 지를 규명하는 것이 오히려 합당한 분석 시각이라 하겠다.

## 1. 의료의 공공성 유지의 필요성

의료의 공공성을 유지해야 할 필요성은 다음의 세 가지 이유에서 찾을 수 있다.

첫째, 전국민의료보험제도하에서 의료공급의 효율성이 중요한데 공공의료기관보다 민간의료기관이 상대적으로 효율면에서 유리하지만 효율로 얻어진 결과가 소비자인 국민에게 전가되지 못하고 소유자에게 귀속될 경우 그 효율은 누구를 위한 효율이나 라는 문제가 제기된다. 따라서 이러한 문제에 대처하기 위해서는 의료공급의 공공화 문제가 제기된다.

둘째, 의료서비스는 이윤을 동기로 생산하지 않는 특성이 있다. 의료시장은 정보의 비대칭성, 진입장벽의 존재와 함께 서비스의 공급자는 이윤을 동기로 시장에 참여하지 않기 때문에 공공성은 의료서비스의 공급에서 본질적인 특성이다.

셋째, 전국민의료보험제도하에서 의료서비스를 보험자가 소유하는 의료기관이 제공하는 것이 아니라 제3의 의료기관이 서비스를 제공하는 것을 놓고 간접적인 서비스 제공이라 하는데 이 방법이 갖는 문제는 의료기관은 서비스를 과다 공급하여 의료비가 과중되는 문제가 생긴다. 특히 진료비 지불제도가 행위별수가제도로 되어 있을 경우 공급자에 의한 공급과다 문제가 일반화될 수 있다. 따라서 이러한 행위를 방지하기 위하여 의료기관의 공공성 유지가 중요하다.

넷째, 의료기관은 인구가 밀집된 대도시지역에 집중하게 되어 있어 농어촌지역 주민들의 접근성 문제가 제기되며 이에 대한 해결책으로 의료의 공공성 문제가 제기된다.

## 2. 공공성 유지를 위한 정책대안

의료의 공공성을 제고하기 위한 방안으로 여러 가지가 있다.

첫째, 가장 완벽한 공공성 제고 정책은 모든 의료기관을 공공화하는 소위 사회주의적인 국가 공영제의 실시이다. 그런데 국가 공영제에 의한 모든 의료기관의 공공화는 우리 나라와 같은 자본주의 국가에서는 실현 불가능할 뿐만 아니라 효율성 측면에서도 바람직하지 않다. 그리고 보험자가 의료기관을 설립하여 피보험자에게 직접서비스를 제공하는 국가들에 있어서 공공의료기관이 갖는 비효율문제로 개혁방향을 찾고 있는 점<sup>2)</sup>을 감안한다면 전면적인 공공화

는 바람직하지 못하다고 하겠다.

둘째, 일부 의료기관을 국가의 공공의료기관으로 하는 공공의료기관의 확충을 생각할 수 있겠다. 그런데 앞에서 살펴 본 바와 같이 전국민의료보험과 같은 수요보조 정책아래에서는 공공의료기관을 설립한다는 것은 특별한 경우가 아니고는 의미가 없었다. 더구나 공공기관이 갖는 경영의 비효율까지를 감안한다면 공공의료기관의 설립은 형평성 측면(의료취약지역 주민의 형평성과는 다른 의미임)에서나 효율성 측면에서나 그 의미를 찾을 수 없을 것이다.

셋째, 공공성을 제고하기 위한 다른 방안은 진료비 지불을 위한 수가를 정부가 공시하고 이를 통제하는 강제적인 공공성 제고 방안이 있다. 그러나 이 방법은 공급자의 반발과 함께 공급자가 진료수입을 위하여 진료행태를 바꾸어 진료행위량을 늘릴 경우 실효성이 없어지는 문제가 있다.

넷째, 의료기관에 대한 진료비 지불제도를 바꾸어 의료기관이 영리적인 개념에서 벗어나게 하는 방법이 있다. 진료비지불제도 가운데서 행위별수가제는 의료행위의 양을 조절하여 서비스의 질을 유지할 수 있는 이점이 있는 반면에 제3자 지불방식이 도입되면 진료행위량을 늘려 문제가 야기될 수 있다. 이를 방지하기 위하여 지불제도를 영리적인 개념에서 벗어나도록 방문당 수가(외래), 일당 진료비(입원), 포괄수가(DRGs 포함), 총액계약제 등의 방법으로 변경시키는 것이다. 그런데 지불제도를 변경시키는 것은 공급자의 공급 의욕과 관련되는 중요한 문제이다. 따라서 현재의 우리 나라 실정에서 진료비 지불제도를 변경하는 것은 현실적으로 용이하지 않으며 자칫하면 의료의 질을 떨어뜨릴 위험성이 개재된다. 그렇다면 선택할 수 있는 방안은 행위별수가를 유지하되 경상운영비 부분과 자본비용 부분을 분리시켜 상환하는 방안을 강구할 필요가 있다.

### 3. 수요보조와 의료의 공공성

의료의 공공성 제고에 대하여 다른 시각을 가져 볼 필요가 있다. 지금까지 통상적으로 의료의 공공성이라 하면 공급측면의 조치들만 생각하였는데 수요측면에서 전국민의료보험이 되었다는 것은 이미 의료의 공공화를 이루고 있다는 점이다. 아래 그림에서 우리들의 보편적인 사고는 공급체계가 공공화된 영역 I 과 영역Ⅲ만을 공공의료라고 부르는데 공급이 민간자본에 의하여 제공되더라도 재정이 공적으로 조달되는 영역Ⅱ도 공공의료에 속한다고 볼 수 있다.

2) 보험자가 의료기관을 소유하여 서비스를 직접 제공하는 경우는 주로 남미 국가들과 NHS 형 국가들이 있다. NHS형의 영국은 내부시장원리의 도입이라는 개혁을, 그리고 남미 국가들도 효율을 제고하기 위한 개혁을 모색하고 있다. 물론 영국은 노동당 정부가 집권하면서 내부시장원리를 수정하여 경쟁보다는 협력을 강조하지만 공공의료기관의 비효율 문제는 경험한 셈이다.

영역Ⅱ가 공공의료라고 볼 수 있는 점은 의료수가에 대한 통제를 한다거나 보험환자를 강제로 보아야 하는 등의 제반 규제가 영역Ⅰ에 속한 의료기관과 다를 바가 없기 때문이다. 민간의료라 함은 영역Ⅳ에 속하는 의료를 의미하는데 우리 나라에서는 영역Ⅳ를 인정치 않고 있어 순수한 민간의료는 없다고 하여도 과언이 아니다. 그리고 영역Ⅲ 또한 우리 나라에서는 인정치 않고 있다.

재정체계에서 의료의 공공화를 기하고 있음에도 불구하고 보험급여구조상의 문제로 인하여 실질적으로 영역Ⅲ과 영역Ⅳ의 의료가 이루어지고 있는데서 공공화 문제가 제기된다. 즉 1998년 현재 국민의료비의 구성을 보면 공공부문이 46.2%(의료보장 및 공중보건 포함)에 불과한 반면에 가계부문은 53.8%가 되어(정영호 등, 2000) 형식적으로는 영역Ⅳ가 없는데 실질적으로는 영역Ⅳ가 존재하고 있다. 이로 인하여 우리 나라의 많은 의료기관들이 이윤추구적인 행태를 보임에 따라 공공성 문제가 제기되는 것이다.

이 문제를 해결하기 위하여 공공병원을 늘리는 것은 앞서서도 지적한 바와같이 공급의 효율성을 저해시켜 의료재정부담만 늘리게 하는 결과를 초래시킨다. 그리고 공공병원들도 실질적으로 영역Ⅲ에 있기 때문에 이윤동기적인 행태를 취할 여지가 있다. 대부분의 공공병원에 대하여 정부나 지방자치단체는 독립채산을 강조하고 경영의 효율화를 강조하고 있다. 결과 많은 공공병원들의 진료행태가 민간병원과 다를 바가 없다. 예컨대 제왕절개율을 기준으로 할 경우 44개 3차 의료기관 가운데 제왕절개율이 높은 5개 병원중에 2개가 국립대학교 병원인 점이나, 205개 종합병원 가운데 제왕절개율이 높은 5개 병원중 1개가 국립병원이라는 점(조선일보, 2000. 7. 8)은 바로 공공병원이나 민간병원의 진료행태가 큰 차이가 없다는 점이다. 금번의 의료파업에서도 공공병원이나 민간병원이나 구별없이 전공의들이 파업에 동참하였고 전임의의 파업에서만 공공병원이 차별적인 행동을 했다는 점은 바로 공공성을 이유로 공공병원을 확충코자 한다는 논리를 적용하기 어렵게 한다.

		공 급 체 계	
		공 공	민 간
재 정 체 계	공공	I. 공적지불제도를 통한 공공의료기관 이용	II. 공적지불제도를 통한 민간의료기관 이용
	민간	III. 공공의료기관에 대한 자비부담이용	IV. 민간의료기관에 대한 자비부담이용

[그림 1] 공공과 민간의료의 영역구분

그렇다면 의료의 공공성을 제고하면서 효율성을 해치지 않는 모순된 목표를 달성할 수 있는 대안은 없을 것인가? 전국민의료보험하에서 공공병원의 확충보다는 다음과 같은 두 가지 조치가 보다 유효한 방법이 될 것이다.

첫째, 의료재정의 구조개혁이다. 현재의 공공의료재정으로는 공공의료기관을 아무리 갖는다 하여도 결국은 독립채산제로 몰아가 의료행태는 민간의료기관과 차등이 없어지고 경영효율만 떨어져 조세부담자인 국민들의 부담만 늘어나는 문제가 있다. 따라서 가장 중요한 문제는 국민의료비에서 차지하는 공공재정의 비중을 적어도 70% 수준은 유지되어야 수요보조 정책인 보험제도나 의료보호제도가 제대로 모습을 갖추게 될 것이다. 그렇지 않고 민간병원에서 의료보호 환자가 차별을 받기 때문에 공공병원이 필요하다거나 진료비지불제도가 미흡하여 민간병원들이 영리적인 행태를 보이기 때문에 공공병원이 필요하다는 것은 논리성이 없다. 의료보호환자가 차별을 받는 것은 의료보험제도에서 전달체계를 명목으로 차등수가제를 실시함에 따라 병의원이 의료보호보다는 보험환자를 선호토록 만들고 있고 또한 의료보호의 진료비를 제때에 지급하지 않고 체불함에 따라 민간의료기관이 의료보호환자를 싫어하는 것이다. 만약 공공의료재정이 넉넉하여 의료보험과 의료보호의 급여내용을 동일하게 하고 진료비를 체불하지 않는다면 민간의료기관이 의료보호환자를 차별할 아무런 이유가 없다. 의료보호를 이유로 공공병원의 확충이라는 논리는 근거를 잃게 될 것이다. 공공재정의 확충이 공공의료기관의 확충보다 훨씬 시급하고 중요한 과제가 된다.

둘째, 진료비지불에서 경상비용은 행위별수가로 보상하고 자본비용은 별도의 방법으로 보상하도록 한다. 민간병원은 영리 추구행태를 보이기 때문에 공공병원이 확충되어야 한다는 주장은 타당성이 없다. 수요보조정책 아래서 공급의 공공성을 제고시킬 수 있는 방법은 바로 공급자가 공공성을 유지할 수 있도록 수요보조정책을 고안하는 방법이다. 이 방법은 이미 앞에서 언급한 바와같이 진료비지불제도를 행위별수가를 유지하되 경상운영비 부분과 자본비용 부분을 분리시켜 상환하는 방안이다. 경상운영비는 인건비, 소모품비, 의약품비 등이 여기에 속하며 자본비용은 건물의 신·증축비, 장비의 구입비등이 속한다. 인건비는 행위별수가로 보상함으로써 의료인들의 공급의욕을 장려하여 공급의 효율성을 기하되, 자본비용은 정부나 보험자가 별도의 기준으로 보상한다면 자원의 2중 투자를 방지하고 불필요한 검사를 방지하는 효과를 거두어 효율성과 공공성을 동시에 얻을 수 있을 것이다. 그리고 자본비용은 의료기관의 수준에 맞게 보상되기 때문에 전달체계가 자동적으로 확립되는 이점도 있을 것이다. 특히 자본비용이 의료보험수가에 반영됨에 따라 현재의 수가가 원가를 반영하는가? 아니면 원가에 미달하는가? 하는 문제가 제기되고<sup>3)</sup> 수가도 자본비용으로 인하여 산정이 어려운 문제가 있다. 경

3) 2000년말 건강보험재정위원회는 자원기준상대가치 의료수가가 원가에 비하여 높다는 논의를 함에 따라 수가의 적정성 문제가 논쟁점이 되었다. 이러한 논쟁은 바로 자본비용을 행위별수가에 여하히 반영하느냐에 따라 발생될 수 있는 문제라 하겠다.

상비용만을 행위별수가에 포함시킬 경우 수가의 산정도 경영분석을 토대로 할 수 있어 현재보다 논쟁의 소지도 줄이고 쉬워지는 이점이 있다.

그런데 유의할 점은 이러한 정책을 당장에 사용코자 하는 성급함은 버리고 장기적인 계획을 수립하여 공공재정의 비중을 높이고 공공재정의 비중이 높아지는 부분으로 자본비용을 보상하는 방향으로 진료비의 지불방법을 바꾸어야 할 것이다. 또한 현재 각 의료기관이 소유하고 있는 시설에 대하여, 장비에 대하여 어떻게 감가상각을 하고 보상해야 할지와 같은 구체적인 전략이 세워질 때 정책으로 택해야 할 것이다.

## VI. 결 론

전국민의료보험제도라는 수요조정책아래에서 공공의료기관을 확충한다는 것은 논리적인 타당성이 없다. 공공의료기관은 외부효과가 입증될 때 설립함이 타당하다. 형평을 이유로 할 경우 공공병원의 확충보다는 농어촌 보건기관에서 의료서비스를 제공하는 현재의 형태가 보다 형평적이고 효율적이다.

전국민의료보험제도아래서 주요한 문제는 의료공급의 효율성을 제고하는 것이다. 효율성 측면에서는 아무래도 민간의료기관이 공공의료기관보다 유리하다. 문제는 민간의료기관의 효율성이 국민에게 편익으로 돌아오지 않고 소유주에게 돌아가는 것이다. 이를 보완하기 위하여 중요한 것은 의료의 공공성 제고이다.

공공성제고는 공공의료기관의 확충으로 보장되기 어려운 것이 우리의 현실이다. 공공성을 제고하기 위해서는 국민의료비의 재원조달구조를 근본적으로 개혁하여야 한다. 현재와 같이 공공재정의 비중이 46.2%로서는 공공성은 공염불에 지나지 않는다. 공공재정의 비중을 70%까지 올릴 수 있는 계획을 수립하여 단계적으로 접근하여야 한다.

이와 아울러 진료비의 지불방법을 경상운영비와 자본비용을 분리 보상하는 방법을 강구하여 인건비와 같은 경상비는 행위별수를 유지하여 공급의 효율성을 제고하는 인센티브가 되도록 하고 자본비용은 별도로 보상하여 중복투자를 막고 전달체계의 실효성을 거두며 영리적인 진료행위가 방지되어 의료의 공공성이 제고될 수 있도록 하는 것이 바람직한 정책 대안이 될 것이다.

## 참 고 문 헌

조선일보 2000년 7월 8일자

김성순. 공공보건의료 인프라 확충방안. 제215회 정기국회 국정감사 정책제안서, 2000. 10. 19

- 이규식. 국민의료의 효율화를 위한 의료개혁 방향. 건강보장연구(한림대학교 사회의학연구소) 2000; 4 : 21-71
- 정영호 등. 국민의료비 산출모형 개발 및 추계. 한국보건사회연구원, 2000
- Feldstein PJ. Health Care Economics. 5th ed., Delmar Publishers, 1999
- Layard PRG, Walters AA. Micro Economic Theory. New York: McGraw-Hill Book Company, 1978
- Musgrave RA, Musgrave PB. Public Finance in Theory and Practice. McGraw-Hill, 1989
- Newbrander W(ed). Private Health Sector Growth in Asia. Chichester: John Wiley & Sons, 1997
- NHS Executive, United Kingdom. White Paper. 1997
- Posner RA. Theories of Economic Regulation. Bell Journal of Economics and Management Sciences 1974; Autumn
- Santerre RE, Neun SP. Health Economics: Theories, Insights, and Industry Studies. Irwin, 1996
- Stigler GJ. The Theory of Economic Regulation. Bell Journal of Economics and Management Science, 1971; 2(1) : 3-21
- WHO. European Health Care Reform, Analysis of Current Strategies. WHO Regional Publications, European Series No. 72, 1997