

# 시스템사고로 본 정부의 규제정책

- 의료수가 규제를 중심으로 -

## A Study on the Government Regulation with Systems Thinking

- Focus on the Medical Fee Regulation -

김도훈\* · 홍영교\*\*

Kim, Do-Hoon\* · Hong, Young-Kyo\*\*

### Abstract

In the short view, the medical fee regulation has contributed for patients by reducing their hospital expenses and helping them to visit hospital more easily. But, some medical parts have gone into red ink because the medical fee has been different with each item. So, that medical parts have been experienced the medical specialist shortage. And some hospitals have been interested in high-priced medical services to cover their deficit. Moreover, most medical doctors don't need to use low-priced medicine undergo these circumstance, domestic small and medium pharmaceutical company has been going into bankruptcy and the dependence on foreign drug company has been rising.

If these abnormal medical service keep to patience, people will get more burden of medical fee cause 9 casual loop work very complicated. In other words, present medical fee regulation were made by some politicians who had plain thinking. Those who govern the people, therefore, stand for not present medical service user but the welfare and health promotion of people and give attention to desirable medical fee with systems thinking.

**Keywords:** 의료수가, 의료수가 규제, 의료서비스 왜곡, 시스템 사고

(medical fee, medical fee regulation, medical service distortion,  
systems thinking)

\* 숙명여자대학교 정치행정학부 행정학과 교수 (제1저자, dhkim@sookmyung.ac.kr)

\*\* 숙명여자대학교 정치행정학부 행정학과 박사과정, 전북발전연구원 연구원 (공동저자, evanion2@paran.com)

## I. 서론

“2003년 초 스위스의 노바티스(Novartis) 사(社)는 글리백(Glivec)이라는 약품의 가격을 한 알에 23,000원에서 25,000원의 가격으로 책정하였다. 원가가 우리나라 돈으로 불과 900원 남짓에 불과한 이 약은 백혈병 환자에게 필수적으로 처방되는 약이므로, 백혈병 환자를 둔 가족들은 약값으로만 한달에 수백만원의 비용을 물어야 하는 상황이 벌어지게 되었다(오마이뉴스, 2003).”

“2004년 OECD 국가들 중 우리나라의 제왕절개 분만율이 가장 높은 것으로 나타났다(세계일보, 한국일보, 국민일보, 2005). 우리나라 제왕절개 분만율은 38.1%로 우리나라 다음인 미국의 27.6%보다도 10% 이상 높았으며, 이웃 나라 일본의 20.0%에 비하면 두 배 이상 높은 수치이다. 이러한 제왕절개 수술 비율은 고령산모 증가 등 국내의 여러 가지 특별한 상황이나 및 특수성을 고려함에도 불구하고 비정상적으로 높다고 할 수 있다.”

“해마다 흉부외과와 진단검사의학과, 응급의학과 등 특정 진료과목에 대한 레지던트 지원 기피가 전문의 의료공백으로 이어지면서 오진 등 의료사고의 원인이 되고 있는 것으로 나타났다. 성형외과, 안과 등 특정 진료과의 전문의는 매년 수천명씩 배출되고 있지만, 비 인기 과목은 레지던트 수련중에도 30% 이상의 중도포기자가 발생하고 있다(파이낸셜 뉴스, 2004).”

위와같은 의료관련 소식들은 하나하나가 매우 중요한 이슈이고 장기적으로는 의학계 더 나아가서는 국민의 건강 전반에 영향을 미칠 수 있는 매우 심각한 일들이라 할 수 있다. 그렇기 때문에 언론 이외에도 의학계, 정책학계, 행정학계 및 민간단체 등에서도 매우 많은 관심을 쏟고 있는 것도 사실이다. 글리백의 경우에는 스위스에서 독점 제조되고 있기 때문에 국내의 보건복지부에서 어떠한 조정을 할 수없는 상황이었다. 그 때에 언론에서는 국내의 의약품 시장과 판매에 대한 문제를 중점적으로 다루었고 보건복지부의 무성의함에 대한 성토가 이어졌다. 또한, 제왕절개의 비율이 전 세계에서 가장 높다는 보도가 있었을 때에는 국내의 여성들의 외모 지향주의에 따른 부작용 등 여성의식에 대한 지탄과 더불어 산업화에 따른 고령 출산의 문제를 심각하게 지적하였다. 또한, 전공의가 부족한 의료계의 현실에서는 의사들의 윤리적인 측면이나 급여의 현실화 부분에 초점을 맞추어 논리를 전개하였다. 즉, 각각의 뉴스들은 각기 다른 상황적 요인이 문제가 되어 발생한 별개의 일일 뿐이고, 이들을 해결하는 방안 또한 매우 다양하였다.

하지만 이러한 문제들을 보면서 저자들은 이렇듯 각각의 개별적인 사건으로 보이는 의료계의 문제점들의 핵심에는 정부의 의료수가 규제가 있다는 점에 주목하게 되었다. 의료수가(醫療酬價)란 병원에서 행하는 요양(진료, 입원, 수술) 행위에 대한 가격(수가)을 정한

것을 말한다. 현재 우리나라의 의료수가는 매년 보건복지부와 의료계의 대표가 만나 합의한 후, 보건복지부에 의해 개정, 고시되도록 되어있다. 이는 각각의 질병을 의사들이 치료한 후 진료비 책정을 자의적으로 할 수 있는 것이 아니라, 어떤 질병은 얼마라는 정해져 있는 수가에 맞게 의사가 진료비를 청구한다는 것을 의미한다. 즉, 규제정책이다. 그렇다면 정부는 왜 의료수가를 규제하게 되었을까? 그리고 의료수가를 규제한 것은 의료계에 어떠한 영향을 미치고 있으며, 그는 어떠한 파급효과를 발생시켰는가? 이러한 의문점들을 가지고 저자들은 시스템 사고를 바탕으로 하여 정부의 의료수가 규제정책을 살펴보고 그의 문제점을 살펴보고자 한다.

## II. 규제의 이론적 정의와 정부의 의료수가 규제

### 1. 규제의 개념

일반적으로 ‘Regulation’은 규제, 정부규제, 행정규제 등의 용어로 풀이하고 있으나, 이론적으로는 ‘정부규제’라고 말하는 것이 보편적이다. 규제와 관련하여 현행법은 「행정규제라함은 국가 또는 지방자치단체가 특정한 행정목적을 실현하기 위하여 국민의 권리를 제한하거나 의무를 부과하는 것으로서 법령등 또는 조례 규칙에 규정되는 사항을 말한다 - 행정규제기본법 제2조 제1항」 이라고 함으로써, 권리를 제한하거나 의무를 부과하는 성질을 가진 것이라면 포괄적으로 규제로 보고 있다.

전술하였듯이 정부규제라는 용어가 보편화되어 사용되고 있지만, 통일된 개념이 없이 그 시각에 따라 다양하게 규정되고 있는 것도 사실이다. 이를 대상범위에 따라 정리해보면 광의의 개념으로써 Mitnick은 ‘어떤 주체의 행동선택에 의도적으로 제약을 가하는 과정으로, 정부가 민간의 자율적인 행동을 제한하는 것’ 이라고 정의한다. 협의의 개념으로 Meier는 ‘국민이나 기업 또는 준정부의 행태를 통제하려는 정부의 기도’로, 그리고 최협의를 개념으로는 ‘경제활동 특히 기업활동에 대하여 국가 또는 이에 준하는 기관이 공적으로 개입하고 제한을 가하는 것’으로 정의하고 있다. 일반적으로 정부규제라고 할 때는 최협의를 개념으로 파악한다 (이은국, 1998).

상황에 따라 그리고 학자에 따라 다양하게 전개되는 정부규제의 개념에서 공통적인 특징을 찾는다면 그는 ‘정부가 민간의 행위에 제약을 가한다’는 점이다. 즉, 정부규제란 개인과 기업의 자유선택과 경쟁에 맡겨져 왔던 영역에 정부의 간섭과 통제가 개입됨을 의미한다.

이러한 정부규제의 개념에서 추출할 수 있는 규제의 구성요소로 첫째는 규제의 목적인 능률성(efficiency)과 형평성(equity)의 개념을 들 수 있다. 이는, 시장지배력에 따른 경쟁제한, 외부성문제, 공공재의 무임승차(free-rider)문제 등을 해결하여 능률성(efficiency)을 제고하고 권력의 균등화(노동조합의 보호), 소득분배의 시정(소득의 재분배)을 통해 형평성(equity)을 추구함으로써 바람직한 경제질서를 구현하고자 하는 것이다. 두 번째 구성요소는 규제의 주체이다. 규제의 주체는 정부로, 정부는 민간(기업과 개인)의 의사결정과 행위를 제약하게 된다. 이러한 정부의 규제행위는 규제행정기관 - 행정부처조직 및 그 하부조직, 독립규제위원회 등 -을 통하여 행사된다. 세 번째 구성요소는 규제의 객체이다. 객체는 민간부문이 된다. 정부가 민간의 행위를 제약하는 것으로, 그 대상이 되는 피규제산업 또는 피규제자는 기업과 개인, 민간집단이다. 네 번째 구성요소는 규제의 수단이다. 가격규제, 허가나 인가 면허에 의한 규제, 기준의 설정(KS), 보조 및 조세, 행정명령 및 행정지도, 자원의 직접적인 배분<sup>1)</sup>, 조세의 부과나 감면, 정부보조금의 지급(광의의 정부규제)을 들 수 있다. 다섯 번째 구성요소는 규제의 범위이다. 이에는 경제기업활동 및 모든 사회활동이 포함된다. 다시 말해서, 기업의 설립과 투자, 구매, 고용, 생산, 유통, 판매, 경영방식 등의 기업활동으로부터 개인에 관련된 사항인 공공장소에서의 금연, 낙태제한, 자동차 운전속도 제한 등이 모두 규제의 대상이 된다. 마지막 구성요소는 규제의 정당성(합법성) 여부이다. 이는 법률, 대통령령, 총리령, 부령, 조례 및 규칙에 의거한다. 행정규제기본법에서는 규제법정주의를 채택하여 모든 규제는 법률에 근거하되, 세부적인 내용은 법률의 구체적 위임에 따라 대통령령, 총리령, 부령 또는 조례와 규칙으로 정하도록 하고 있다. 일반적으로 정부규제의 정당성은 시장실패(market failure)의 교정에 있다고 볼 수 있다.

## 2. 정부의 의료수가 규제의 이유

그렇다면 정부에서는 왜 의료수가를 규제하고자 하였을까? 이의 이유는 정부가 의료 서비스를 일반적인 소비재와는 그 성격이 다른 재화로 보고 있기 때문이다 (이창훈, 2000). 정부에서는 의료 수가를 규제하는 이유를 다음과 같이 들고 있다.

첫째, 소비자의 무지 때문이다. 소비자는 자기에게 필요한 의료수요가 무엇이고, 어디에서 누구로부터 가장 알맞은 의료 서비스를 받을 수 있으며, 자기가 받은 의료서비스의 질이 어느 수준인지를 잘 알 수 없다.

둘째, 의료수가는 진료를 하기 전에는 알 수 없으므로, 소비자는 의료비를 예측할 수 없고 의료비는 가격 흥정의 대상이 될 여지가 거의 없다.

1) 일례로 제1차 석유파동 이후 미국의 연방정부는 각 정유공장에 원유를 직접 배정하고 있다.

셋째, 의료는 이해득실이 개인에게 그치지 않고 특히 전염병과 같은 것은 진료의 외부효과가 매우 크기 때문에 공공재적인 성격을 띤다.

넷째, 의료업은 면허를 받은 의료인들만이 행할 수 있기 때문에 독점사업적 성격을 가지고 있다.

다섯째, 위와같은 의료서비스의 사회·경제적 제 특성 때문에 시장경제의 자유경쟁원칙이 의료분야에 그대로 적용되지 않고 있으며, 그에 따라서 국가 또는 공공기관의 개입이 필요하다.

즉, 정부에서는 정보의 불균형으로 인한 소비자의 피해를 예방하기 위해서 의료수가를 규제하고 있는 것이다. 일반적으로 소비자와 공급자간의 정보 비대칭성은 공급자 지배체제로 이어지기 쉬우며, 면허소지자의 독점체제는 수입의 극대화를 모색하게 만든다. 진료행위별 수가제(Fee-for-service)는 공급자의 재량이 가장 반영되기 쉬운 유형의 진료보수지불 방식이다. 그러므로 정부에서는 이를 견제하는 장치를 마련하고 싶어하게 되었고, 이것이 일년에 한 번씩 의료수가를 책정하는 규제정책의 형태를 띠게 된 것이다.

### Ⅲ. 시스템 사고로 본 의료수가규제의 파급효과

#### 1. 의료수가 관련 선행연구

의료수가는 매우 민감한 사항이다. 의료수가는 의사들의 수입뿐만 아니라 소비자들의 의료비 증가에도 영향을 미치는 직접적인 원인이 되기 때문이다. 그런 측면에서 의료수가와 건강보험에 관련된 선행연구는 매우 방대하였다. 그러한 논문들을 검토하는 과정에서 저자들은 선행 연구들이 다음과 같은 3가지의 입장으로 분류해 볼 수 있었다 ([표 1] 참조).

첫 번째는 의료수가를 현실화 시키고 인상하여야 한다는 입장이다. 즉, 비현실적으로 낮은 의료수가가 오히려 병원의 경영을 어렵게 하고 있으며 장기적으로는 의료서비스의 저하를 낳게 된다는 입장이다.

두 번째 소비자의 입장을 반영하는 연구들이다. 이 연구들에서는 첫 번째와는 달리 의료수가가 과도하게 인상되고 있다고 주장하고 있으며, 정부의 공공의료서비스 제공을 통해서 문제를 해결해야 한다고 주장하고 있다.

세 번째는 전국민의 건강보험을 일률적으로 시행한 문제점을 지적한 연구들이다. 즉, 건강보험이 선택적으로 가입되는 것이 아닌 의무적인 가입인 것에서 모든 문제점들이 시발된다는 입장으로서 민간건강보험의 활성화를 주장하고 있다.

[표 1] 의료수가와 건강보험에 관련된 선행연구들

분류	주요 입장	관련 논문
1	의료수가 현실화	박은철(1996), 박기일·이봉화 등(1997), 이귀진·유승훈(1999), 이창훈(2000), 김창엽(2000), 이재울(2000), 이용갑(2001), 채희을·박지연(2003), 최희경(2004), 이미림·이용환·고광욱(2005)
2	공공의료서비스 강화	김혜경(1996), 오회환(1997), 김분옥(1997), 송한승(2000), 이상수(2000), 김광준·임종한 외(2002), 권순만(2001,2004), 이병천(2005), 황혜신(2005)
3	민간보험의 활성화	김홍식(1995, 2003), 정기택(1997), 장동민(1999), 최찬호(2002), 송기선(2002), 강성욱·권영대 외(2004), 강효진(2005)

이러한 세 가지의 논의 중, 본 논문에서는 첫 번째와 두 번째의 연구결과가 의료수가에 대해 상대적인 입장을 가지고 있음에 관심을 기울였다. 첫 번째는 정부의 의료수가 규제가 원인이 되어 의료수가를 현실화(인상)해야만 한다는 것이고 두 번째의 연구들은 오히려 의료수가가 과도하게 책정되어있으므로 그를 낮추고 공공의료서비스가 강화되어야 한다는 것이다. 이러한 대립적인 상황은 기본적으로 의료수가를 매개로 하고 있으므로, 본 논문에서는 이 두 가지 입장을 중심으로 통합 인과지도(causal map)를 작성하였다.

## 2. 의료수가 현실화의 입장과 인과지도

우리나라에 건강보험이 처음 도입되었을 때 우리나라의 1인당 국민소득은 불과 1,011달러였다. 이것은 당시 미국의 1/9, 다른 선진국의 1/8 수준에 지나지 않았다. 전 국민보험이 실시된 1989년의 우리나라 1인당 국민소득은 5,210 달러였고, 이러한 낮은 소득수준에서 건강보험이 전면화 되었으므로 정부의 저수가 정책은 불가피한 것이었다. 그리하여 1977년 보험수가는 당시 일반수가보다 매우 낮은 수준에서 결정되었다. 그 후 수가가 지속적으로 인상되어 왔지만, 소비자물가를 고려한 실질수가는 거의 불변으로 유지되어 왔다(최병호, 신영석, 1997)<sup>2)</sup>. 저수가 정책은 병의원의 경영을 어렵게 하고 의사의 소득을 상대적으로 저하시키는 결과를 초래한 것이다. 병의원은 수입증대를 위해 낮은 보험수가가 적용되지 않고 높은 일반 수가가 적용되는 비급여 진료와 특진료를 확대해 왔다<sup>3)</sup>.

2) 1977년의 수가를 1로 볼 때, 1978년과 1996년 1을 약간 상회하고, 나머지 해에는 1을 하회하였다.

3) 보험에서 지불되지 않는 부분은 특진(지정진료)료, 본인부담금, 비급여 등 세 부분이다.



강화루프 1번(R1)은 일반적인 환자의 수를 나타낸 인과지도인데 - 의료수가가 고정되어 상대적으로 의료비가 저렴하므로 작은 질병에도 병원에 방문하는 횟수가 증가하고 있음을 보여준다. 단기적으로 환자의 수가 늘어나면 의사의 수익을 증진시키게 되므로 진료를 거부할 유인이 없다. 그러므로 진료가 잘 되면 환자는 다른 작은 질병에도 다시 병원을 방문하게 되므로 강화루프를 형성하고 있음을 보여주고 있다. 균형루프 1번(B1)은 전공의와 관련된 것이다. 의료수가가 고정되어 있는데 병원에 환자의 수가 지속적으로 상승하게 되면 의사의 지출도 상승시키게 된다(대기실, 간호인원 유지, 피로도 등). 의사의 지출이 늘어나면 의사의 수익은 상대적으로 줄어들게 되고 그로 인해 지출이 상대적으로 큰 진료과목에는 전공수련의 지원률이 떨어지게 되는 것이다. 전공의 지원률의 저하는 전공의의 부족으로 이어져 결국은 진료를 하지 못하는 상황(진료거부)이 되게 되고, 이로 인해 불편을 겪은 환자는 그 병원에 찾지 않게 되는 균형루프를 형성하게 된다. 강화루프 2번(R2)는 경제인인 의사의 일반적인 행태를 보여준다. 의료수가의 고정으로 인해 적절한 수익을 창출하지 못하고 오히려 지출이 증가한다는 것을 감지하게 된 의사는 비 보험수가 진료(제왕절개, 특진 등)를 권장하고 시행하게 된다. 이러한 진료는 환자의 가계에는 부담이 되지만 의사의 수익을 보전해주어 의사의 적정수입을 맞추게 되는 하나의 도구가 되는 것이다.

또한, 의사나 병의원에서는 의료수가의 고정으로 인한 수입을 보전하기 위하여 고가의 의약품을 사용하게 된다. 그 이유는 수술이나 치료를 위하여 사용하는 약품이 고가일수록 의사의 처방료가 상승하게 되고, 상승한 처방료만큼 건강보험에서 보전을 받는 비용도 증가하게 되기 때문이다. 이를 인과지도로 표현한 것은 [그림 2]와 같다.







의 결손을 메우기 위하여 국가에서는 보조금을 지급하게 되고 이로 인하여 단기적으로는 건강보험의 재정이 잠시 좋아지는 균형루프 2번(B2)가 보여진다. 그러나, 이러한 보조금을 지급하는 것 역시 국민의 조세이고 - 국민의 조세부담률은 점점 더 강화되게 된다.

### 3. 공공의료서비스 확대의 입장과 인과지도

공공의료서비스의 확대를 주장하는 측에서는 위와는 다른 의견을 제시하고 있다. 물론, 민간 의료기관의 수익 극대화가 의료수가 때문만은 아니라고 보고 있다. 권순만(2001)의 논문에서는 의료서비스의 가격이 건강보험 수가규제에 의해 통제되므로 의료기관은 이익을 결정하는 중요 변수중 하나인 가격에 대한 결정권이 없는 셈이고 이러한 통제된 수가의 수준이 너무 낮은 것이 경영의 어려움을 야기하는 가장 큰 요인이라고 의료기관들은 호소하고 있으나 의료기관은 규제에 의해 의료수가가 고정되었다 하더라도 환자수가 증가하거나 의료원가를 절감함으로써 이익을 증대시키는 것이 가능하므로 수가통제가 의료기관의 경영을 압박하는 유일한 요소라 할 수는 없다고 밝히고 있다.

그러나, 우리나라의 건강보험제도는 사회보험의 형식을 지니고 있으나 대부분의 의료기관이 민간 소유인 점에 주목한다. 의료기관이 민간 소유일 경우 건강보험의 재정은 의료기관의 수익극대화 경영원리에 의해 위기에 처할 위험이 높다는 것이다. 민간의료기관에 기초한 상업적 의료체제에서는 진료를 많이 할수록 의료기관의 수입이 증가하기 때문에 의사의 과잉진료가 행해질 가능성이 높다고 본다. 또한, 민주노총에서 발간한 정책보고서(2003)에 따르면 2001년 건강보험의 재정파탄사태도 의료기관의 수익극대화가 야기한 과도한 수가인상에 따른 것으로 보고 있다 (2001년도 재정파탄 당시 의료수가 인상의 폭은 다음의 [표 3]과 같다).

[표 3] 2001년 건강보험 재정파탄 시기의 의료수가 인상내용

수가 인상 시기	수가 인상율	재정 부담 증가율
1999년 11월 15일	9.0%	3,956억 원
2000년 4월 1일	6.0%	2,246억 원
2000년 7월 1일	9.2%	9,262억 원
2000년 9월 1일	6.5%	4,257억 원
2001년 1월 1일	7.08%	4,700억 원
계	43.9%(복리)	24,421억 원

궁극적으로, 의료의 공공성을 달성하기 위해서는 건강보험제도가 국민보건서비스제도로

나아가야 하며, 이를 위해서는 의료기관의 공공적 소유가 확대강화 되어야 한다는 것을 쟁점으로 하고 있다. 이러한 공공의료를 확대하기 위하여 주장하고 있는 내용은 다음의 3가지로 요약될 수 있으며 그 부연설명들은 아래와 같다.

**1) 건강보험의 급여적용을 획기적으로 확대하라.**

현재는 건강보험 보험급여적용이 50%에도 못 미치는 상황이므로 환자가 직접 지불하는 본인부담금은 공공의료의 재정원리에 정면으로 위배된다. 국민들은 보험료를 납부하고서도 병원을 찾을 때마다 본인부담금을 다시 지불하고 있다. 본인부담금을 지불한다면 더 이상 사회보험이 아니다. 본인부담금은 간접세와 동일하게 사회불평등을 심화시키고, 저소득층의 병원이용을 어렵게 한다. 따라서 환자가 부담하는 본인부담을 절감하기 위하여 건강보험의 급여적용이 최소한 80%까지 확대적용되어야 한다. 정부는 건강보험의 재정 한계를 이유로 내세우지만, 의료수가 인하, 약제비 절감 등을 통해 낭비적인 보험재정 지출을 줄이고, 국고보조 확대, 보험료 누진율 도입, 기업부담금 확대 등을 통해 보험료 수입을 확대한다면 충분히 가능한 일이라고 보고 있다.

**2) 의료수가와 약가를 인하하고 대체조제를 인정하라.**

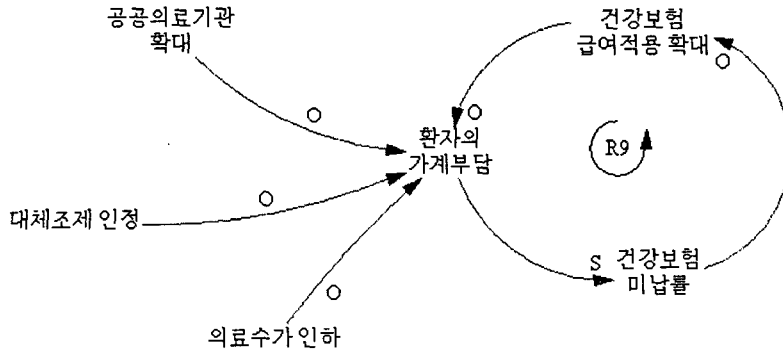
2001년 건강보험 재정파탄의 가장 직접적 원인은 14개월 동안 무려 43.9%나 인상된 의료수가 때문이다. 이에 민주노총은 2002년 수가협상에서 수가를 원상회복할 것을 주장하였으나 의료수가는 의료계, 정부의 반대에 부딪혀 고작 2.9% 인하에 그쳤다. 2001년 이후 진찰료/처방료가 통합됨으로써 의료수가가 다소 인하하는 효과가 발생하였지만 여전히 미흡한 수준이고, 2003년 의료수가 협상에서 다시 수가가 2.97% 인상되어 원상회복되어 버렸다. 건강보험의 재정지출을 악화시키는 또 하나의 요인이 높은 약가이다. 아직도 상당한 규모의 약가거품이 존재하고 있다. 약가거품을 낮게 하는 데에는 대체조제 금지도 한 몫을 하고 있다. 당연히 성분명 대체조제를 허용하여 고가약이 범람하는 약제시장을 바로잡아야 한다. 또한 성분이 같은 약제일 경우 저가약을 기준으로 약가를 정하는 동일성분 저가 약가제도를 도입해야 한다. 특허신약의 약가산정기준도 전면 개정되어야 한다. 현재 특허신약은 선진 최부국(最富國) 7개국 약가평균을 우리나라에 그대로 적용하고 있다. 글리백 신약에서 문제가 되었듯이, 특허신약의 약가도 사회나 환자가 부담할 수 있는 수준에서 결정되어야 한다. 만약 제약회사가 특허신약을 통해 지나치게 높은 독점이윤을 추구할 경우 강제실시(공공적 생산·공급)를 추진해야 한다. 강제실시는 이미 미국, 캐나다, 브라질, 남아공 등에서 실시된 바 있고, ‘비상업적 공공 목적’을 위한 강제실시는 현재 WTO 지적재산

권제도에서도 가능하다고 주장한다.

### 3) 공공의료기관의 확대하라.

현재 우리나라 의료제도는 90% 이상을 차지하는 민간의료기관에 의해 지배되고 있다. OECD국가 중에서도 최악의 상황이다. 이러한 상업의료체제에서 의사는 수익극대화에 종속된다. 결국 상업의료체제는 병원의 수익성을 좌우하는 의료수가를 둘러싸고 갈등을 피할 수 없다. 비록 현재의 행위별수가제가 포괄수가제나 총액계약제 등의 대안적 수가제도로 개선된다 하더라도 의료수가의 절대적 수준을 둘러싼 충돌은 되풀이될 수밖에 없다. 본질적으로 진료행위에 가격을 매기는 수가제도는 상업적 의료제도의 가격책정방식이기 때문이다. 따라서 병원의 이익을 속박당하는 수가제도를 넘어서는 유일한 방법은 민간의료기관을 공공화하는 것이다. 공공의료기관을 확대하기 위해서 이들이 주장하는 것은 첫째, 각 지역에 보건소와 보건지소를 확대 강화해야 한다. 이 공공적 지역의료체제는 기초적인 진료뿐만 아니라 예방적 보건의료활동을 중심에 두어 질환 발생을 최소화해야 한다. 둘째, 경영난에 처한 중소병원을 인수하여 지역의 핵심의료기관으로 육성해야 한다. 현재의 병원 경영상황에서 의료기관의 공공화를 확대할 수 있는 적합한 방식중의 하나가 경영난을 겪고 있는 지방 중소병원의 인수이다. 지방자치정부가 나서서 지역의 공공의료기관으로 적극 육성해야 한다. 셋째, 3차 의료기관의 공공화가 이루어져야 한다. 우선은 민간의료기관과 동일하게 상업의료에 매몰되어 있는 국공립 3차 의료기관들이 의학연구, 특수전문진료 등 비상업적 의료활동에 전념하여 공공의료기관으로서 자리를 잡아야 한다고 보고있다.

이러한 주장들은 매우 복잡해 보이지만, 이들을 인과지도로 그려보면 다음 [그림 4]와 같이 단순하게 표현할 수 있다.

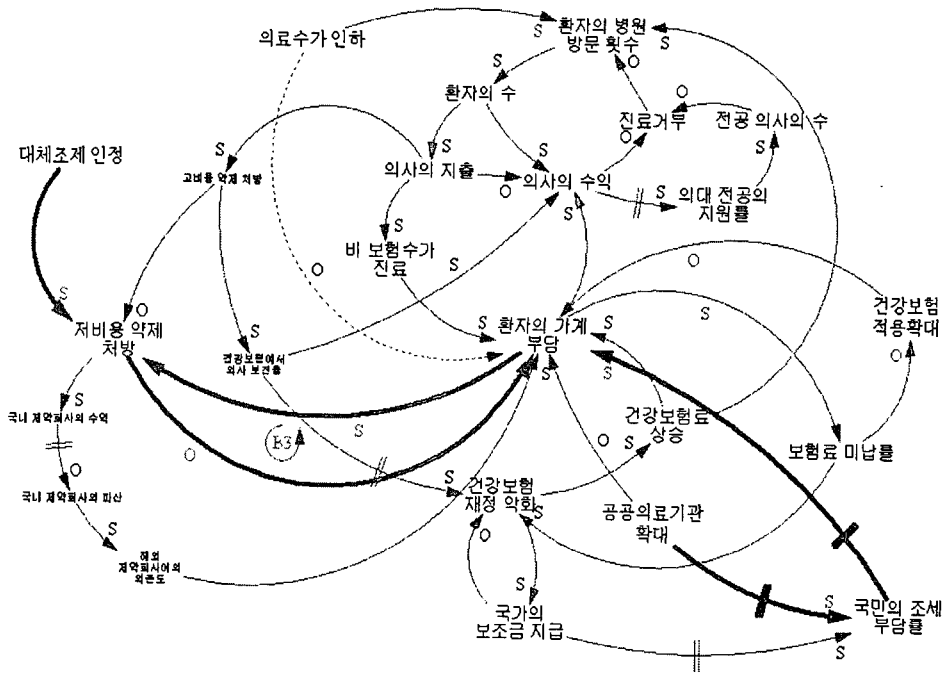


[그림 4] 공공의료 확대입장의 인과지도 (환자의 가계부담 경감)

[그림 4]를 보면, 앞에서 제시한 제안들은 모두 환자의 가계부담을 경감시키고 있음을 알 수 있다. 의료수가를 현재보다 더 인하하고 대체조제를 인정한다면 환자들의 가계부담은 더욱 줄어들 것은 당연한 일이다. 환자의 가계부담이 줄어들게 되면 건강보험료를 완납하게 될 것이고 이를 통해 건강보험 급여적용을 확대하게 된다면 환자의 가계부담은 더욱 줄어들게 될 것이다 - 이것이 강화루프 9번(R9)이다.

#### 4. 통합 인과지도와 의료수가 규제의 한계

공공의료서비스의 확대를 주장하는 주장의 의견을 의료수가 현실화 입장의 인과지도와 함께 그린 통합 인과지도는 다음 [그림 5]와 같다.



[그림 5] 통합 인과지도

통합 인과지도에서는 한 개의 추가적인 루프가 생겼고, 몇 가지 변화가 나타났음을 알 수 있다. 좌측의 균형루프 3번(B3)은 대체조제를 인정하게 되어 저비용의 약제가 처방되게 되면 환자의 가계부담이 줄어들고 있음을 나타낸다. 통합 인과지도에서 조그마한 글자로 줄인 것처럼, 기존의 인과지도에서 보여지던 해외 제약회사에의 의존도나 건강보험에서의 고가약품 보전율등을 개설할 수 있는 방법으로 매우 중요한 역할을 할 수 있음이 보여진다. 그러므로, 대체조제를 인정하는 것은 통합 인과지도에서도 볼 수 있는 것처럼 의료계 전반을 위해서도 바람직한 현상이라고 할 수 있다.

그러나 의료수가의 인하는 환자의 가계부담을 경감시켜주는기는 하지만, 환자의 병원방문 횟수를 더욱 증가시키고 그로 인해 의사의 수익이 줄어들게 되는 루프와 지속적으로 연결되고 있다. 그러므로 의료수가의 인하가 전체 시스템에는 오히려 더욱 방해가 된다는 것을 알 수 있다. 또한, 우측 하단의 공공의료기관의 확대는 단기적으로는 환자의 가계부담률을 줄여줄게 했지만 장기적으로는 국민의 조세부담률을 증가시켜 결과적으로는 환자의 가계부담을 가중시키는 역할을 하게 되었음을 보여준다.

정부에서 의료계를 규제하는 이유를 앞에서 들었던 것처럼, 의료시장에는 많은 위험요인들이 내재되어 있다. 개인에게 있어서 예측할 수 없는 질병에 대한 정보를 정확히 모른다

는 점이 가장 큰 문제이다. 즉, 불확실성과 정보의 비대칭성이 만연해 있다는 것이다. 그런 문제에서 의료서비스 수요자를 위해서 정부에서는 의료의 수가를 규제하는 규제정책을 내세운 것이다. 반면에, 의료서비스 공급자는 고도의 전문지식과 훈련을 갖추어야만 한다. 국가의 자격시험을 통과해야 하고 면허를 취득한 자만이 의료서비스를 공급할 수 있다. 의료서비스를 제공하기 위해서 공급자 개개인은 최소 10년의 수련기간을 거쳐야 하고, 의료장비 역시 고가의 기계인 경우가 많다. 이러한 의료 공급자들에게 도덕적인 면면을 강조하고 봉사나 박애정신만으로 적자운영이 예상되는 진료과목에 전문의로 지원하지 않는다고 정책하기도 힘든 상황이다. 그러므로 의료수가가 고정되면서 병원 및 의료계에서는 의료기관의 경영이 매우 악화된다는 점을 지속적으로 주장하여 왔던 것이다.

정부의 의료수가 규제는 단기적인 면에서는 환자들의 부담을 줄여주고 병원을 손쉽게 찾을 수 있게 하는데 큰 기여를 한 것도 사실이다. 그렇지만, 실질적으로는 항목별 수가의 불균형 때문에 진료행위가 왜곡되어 일부 경영의 수지가 맞지 않는 항목에는 전문의가 부족한 현상을 초래하게 되었다. 또한, 경영의 손실 감소를 매우기 위하여 의료기관들이 정상적인 의료서비스의 제공보다는 보험수가의 적용을 받지 않고 가격을 책정할 수 있는 의료에 더욱 많은 관심을 기울이게 된 것이다. 즉, 오히려 의료서비스가 왜곡되어 버렸다. 더군다나, 이러한 과정에서 의사들은 더 이상 저렴한 약을 사용할 필요성을 느끼지 못하게 되었고 이로 인해 국내의 중소제약업체들이 도산하여 해외 제약회사에의 의존도는 날로 커지게 되는 현상이 나타나게 된 것이다.

공공의료서비스를 주장하는 입장에서는 의료수가의 인하도 주장하고 있지만, 의료수가를 규제하거나 인하하는 것 모두는 장기적으로 볼 때에는 의료 서비스의 왜곡을 강화하게 되었을 뿐이다. 이러한 기형적인 의료서비스가 지속적으로 제공될 때에는 9개의 강화루프들이 복잡하게 작용하여 결국에는 환자 가계 - 즉, 국민의 부담을 더욱 가중시키게 될 것이다. 이러한 시스템이 지속적으로 가동될 때에는 결국 의료서비스는 아주 고가의 약품과 서비스를 받을 수 있는 부자계층과, 아주 저가의 약품과 좋지 않은 서비스를 받아야만 하는 빈곤계층으로 양분화 되게 될 것이다.

#### IV. 결론

2005년 8월 서울대 수의대의 황우석 박사팀은 체세포 복제견 스너피(Snuppy)를 세계 최초로 선보였다. 스너피는 화려한 스포트라이트를 받으며 전 세계적으로 매우 주목받고 있다. 그렇다면 사람들은 자신들이 사랑하는 애완동물을 복제할 수 있게 되었다고 하여 스너피



에 관심을 기울이는 것일까? 그렇지 않은 것이다. 생식세포가 아닌 체세포 복제를 통해 흡사한 생명체를 복사해 냄으로써 인류의 불로장생(不老長生)의 꿈을 실현시킬 수 있으리라는 마음 때문일 것이라 할 것이다. 건강하게 오래도록 살고 싶은 것이 궁극적인 인간의 소망이라 할 것이다.

정부는 국민을 보호해야할 의무를 지니고 있다. 또한 국민들을 건강하고 오래살수 있게 보호하기 위한 하나의 수단으로 정부에서는 의료수가를 규제하였고, 지금도 일년에 한번씩 의료수가가 책정되고 있다. 그렇지만, 국민에게 더욱 저렴한 비용으로 의료서비스를 제공하겠다는 정부의 노력은 의지대로 되고 있지는 않은 듯 하다. 일례로 2005년 10월 상주 MBC 가요콘서트의 참사도 상주시에는 응급의료센터가 아예 없어 응급의료의 사각지대였던 것으로 밝혀졌다. 그렇기 때문에, 단시간의 사고에 11명이 압사하고 55명이 부상을 당하는 대형참사로 이어지고 말았다.

정책, 특히 규제정책은 한 번 정해지면 좀처럼 바뀌지 않는 속성을 지니고 있다. 그렇기 때문에 정책을 입안하고 이를 집행할 때에는 보다 장기적인 시각이 필요하다. 경직된 정책 한 가지가 의료 시스템 전반에 영향을 주고 있으며, 이로 인해 국민의 건강이 담보로 되고 있음은 본문의 인과지도를 바탕으로도 확인되고 있다. 그러므로, 정부에서의 규제정책은 보다 신중하게 입안되어야 할 것이고, 만약 정책의 실효성을 확신하지 못한다면, 일몰법(日沒法) 등을 활용하여 정책을 검증해 보는 것도 바람직하다 할 것이다.

의료수가의 규제는 의사나 병원의 수입구조를 왜곡시켰고, 그로인해 의료시장이 점차 왜곡되어가고 있다. 비보험 진료과목은 지속적으로 권장되고 있고, 국민의 건강보다는 오히려 수익구조를 타개하기 위하여 병원과 의사들은 모든 노력을 기울이고 있는 것처럼 보인다. 의료계에서 터져나오는 여러 가지 문제점들을 보면서, 언론에서는 도덕성의 부재나 이기주의로 표현하고 있으나 실질적으로는 그러한 문제가 아니다. 엄연히 경제인인 의사들에게 박애주의를 바탕으로 하여 지속적인 봉사만을 요구할 수는 없는 노릇이기 때문이다. 현행의 의료수가 규제는 시스템적인 숙의과정을 거치지 않은 단선적인 사고로 이루어졌다고 볼 수밖에 없다. 정부는 당장의 의료서비스 수요자의 입장에 설 것이 아니고, 궁극적으로 사회후생의 극대화를 위해 바람직한 수가조정이 어떤 형태여야 하는지에 대한 보다 깊은 관심을 기울여야 할 것이다.

## [ 참고문헌 ]

- 강성욱 · 권영대 · 김성아. (2004). 민간의료보험이 병원에 미칠 영향에 관한 고찰. 한국보건경제정책학회.
- 강효진. (2005). 미국의 민간장기요양보험과 의료급여제도를 중심으로. 한국정책학회.
- 곽승준 · 유승훈 · 강대회 · 한상용. (2004). 잠재적 공공 의료서비스에 대한 소비자 선호분석. 한국경제학회.
- 권순만. (2001). 의료산업과 가격규제, 건강보험동향 제31호 : 21-41.
- 김광준 · 임종환 · 하은희 · 임문환 · 홍윤철 · 이보은 · 문혜성 · 안정자 · 우복희. (2002). 공공의료와 민간의료 자원을 활용한 선천성 이상 감시체계 모델. 대한산부인과학회.
- 김도훈 · 문태훈 · 김동환. (1999). 「시스템다이내믹스」, 대영문화사.
- 김종인. (2004). 공공부문과 민간부문의 정신의료관리사업에 대한 비용-효과분석을 통한 정책 방향 모색. 한국보건사회학회.
- 김창엽. (2000). DRG 포괄수가제 시행과 그 영향, 대한내과학회 춘계학술대회.
- 김홍식. (1995). 사회복지제도의 개선을 위한 민간보험 도입의 정책방향, 한국행정학회.
- \_\_\_\_\_. (2003). 미국 Medigap의 발달과 민간의료보험의 활용문제에 대한 정책적 함의. 한국정책학회.
- 류유진. (2003). 결핵관리를 위한 민간과 공공 의료의 협력. 대한결핵 및 호흡기학회.
- 박은철. (1996). 의료보험 수가구조개편을 위한 상대가치 개발, 대한피부학회.
- 박기일 · 이봉화 · 배원길 · 송영식 · 고석환 · 이명덕 · 유인협 · 김충배 · 김유선 · 문인성 · 김이수. (1997). 의료보험용어제정 및 수가개편을 위한 대한의과학회 경과보고, 대한의과학회.
- 안병철. (2002). 공공요금 정책결정에서의 정치적 특성 - 전기요금, 의료보험 수가정책을 중심으로. 서울행정학회.
- 송기선. (2002). 우리나라 민간의료보험제도 현황 및 전망. 대한영양사협회.
- 심창학. (1999). 프랑스 산재보험의 성격 변화 : 민간중심 운영에서 사회보장통합으로. 한국사회보장학회.
- 이미림 · 이용환 · 고광욱. (2005). 한 종합병원의 포괄수가제 실시 전후 수정체 수술환자의 의료서비스 및 진료비 비교분석. 한국병원경영학회.
- 이병천. (2005). 신뢰받는 국민의 공공의료기관 구현. 한국경영자총협회.
- 이용갑. (2001). 총액예산제와 포괄수가제, 한국사회보장학회.

- 이재율. (2000). 한국의료제도의 현실과 개선방향, 「사회과학논총」 제19호 : 63-79.
- 이주호. (2003). 산별교섭, 의료 공공성, 무과업, 한국노동사회연구소.
- 이창훈. (2000). 보험수가의 문제점, 대한내과학회 춘계학술대회.
- 장동민. (1999). 민간의료보험제도의 도입 방안 연구, 한국보건경제정책학회.
- 정기택. (1997). 민간의료보험제도의 도입과 병원경영에 대한 영향, 한국병원경영학회.
- 채희율 · 박지연. (2003). 포괄수가제와 의료공급자의 인센티브. 한국보건경제정책학회.
- 최병선. (1992) 「정부규제론」, 법문사.
- 최병호 · 신영석. (1997). 건강보험 수가체계의 국제적 동향과 개편방향, 한국보건사회연구원.
- 최찬호. (2002). 한국의 민간의료보험 도입의 필요성에 관한 논점. 한국행정학회.
- 최희경. (2004). 의료보험수가 결정과정과 정부의 역할, 한국행정학회.
- 황혜신. (2005). 공공의료서비스 민간위탁의 성과에 관한 연구, 한국행정학회.

