

의료에 대한 이념과 정책

이 규 식

연세대학교 보건과학대학

<Abstract>

Ideology and Reality in Health Policy

Kyu Sik Lee

Department of Health Administration, Yonsei University

The Korean health care system is under great controversy. Over the last 30 years, main goal of health policies was to pursue equal access of health care services. However, another goal of health policies laid on efficiency and quality of care, it had lower priorities.

Superficially, controversy stems from priority setting among goals of health care system, equity, efficiency and quality. At a deeper level, arguments arise from disagreement and confusion about the values of Korean health care system. One of the value spectrums believes that health care is the basic right of human beings, therefore it should be produced and distributed on need approach, and needs are known to be decided by professionals. If we accept need approach, health care is a public good. Another value of spectrums considers that health care should be distributed on demand approach. Demand approach means that health care is a consumption good on the positive economics, while normative judgement believes that health care is a public good. In equity aspect, health care is considered as a public good.

Over the last several years, some of scholars proposed health care reform based on the principle of competition which is based on demand approach. Others argue that the competition principle based on demand approach is not appropriate for the reform proposal, because health care has to be approached on need base. If we do not make explicit values we should adopt, consensus

* 접수 : 2007년 8월 2일, 심사완료 : 2007년 9월 10일

† 교신저자 : 이규식, 연세대학교 보건과학대학(033-760-2414, kstee@yonsei.ac.kr)

building for reform is nearly impossible. From this perspective, this article will review an ideology and reality in health policies in Korea.

Key words: need and demand, value, ideology, normative, health policy

I. 서론

최근 우리나라에서는 의료문제에 대하여 심각한 의견 대립으로 정책 결정에 어려움을 겪는 사례가 많다. 영리병원의 허용이나 공공병원의 확대와 같은 문제에서부터 민영보험의 역할에 이르기까지 합의된 정책을 제대로 내 놓지 못하고 있다.

정책 합의에 어려움을 겪는 주 원인은 의료에 대한 이념의 차이 때문이다. 즉 의료서비스가 기본적인 권리에 속하는 공공재이기 때문에 생산과 배분을 필요도(need)를 토대로 해야 한다는 규범적(normative) 주장이 있는 반면에 의료서비스는 일반적인 재화나 서비스와 같이 경제제로 간주하여 수요(demand)를 토대로 하되 기본적인 의료만 사회보험권내에서 다루어야 한다는 주장도 있다.

의료서비스를 필요도(need) 기준으로 볼 것인가? 아니면 수요(demand) 기준으로 볼 것인가에 따라 정책은 달라질 수밖에 없다. 따라서 의료로 둘러싼 이념에 대한 검토는 향후의 의료정책에서의 갈등의 원천을 파악할 수 있으며, 이러한 갈등을 조정하여 합일적인 정책을 수립하기 위해서는 매우 필요한 일이다. 본 고에서는 의료에서의 이념이 등장한 배경과 이념의 변화 과정 등을 살펴 보면서 우리나라 의료정책의 수립에서 바람직한 방향에 대하여 고찰해 보기로 한다.

II. 이념의 정의 및 필요성

1. 이념의 정의

이념(ideology)의 어원을 보면 관념(idea)과 과학(-ology)을 뜻하는 말이 합성되어 있다. 따라서 이념이란 관념의 과학 나아가서 사회에 대한 신념으로 인간과 사회에 관한 인지적이고 규범적인 신념체계로 정의할 수 있다. 이념은 한 사회나 개인의 이상, 인생관, 세계관 따위의 바탕이 되는 근본적인 사상이므로 국수주의, 공산주의 등의 주로 배타적인 정치사상으로도

정의된다. 이념과 비슷한 용어로 이데올로기가 있다. 이데올로기란 한 집단의 사상과 행동의 방식을 제약하거나 이끄는 관념이나 믿음의 체계로 국가나 당파의 정책 결정에 있어서 기초를 형성하는 사상의 본체라고 정의할 수 있다.

이념을 가치중립적으로 표현한다면 어떤 정책 영역에서 참여자들이 실행코자 하는 신념의 묶음이라 하겠다. Vickers(1965)는 이념을 정책 참여자들의 신념체계(appreciative system)의 간략한 표현으로 설명하면서 가치판단(value judgements)과 현실판단(reality judgements)의 두 가지 요소가 있다고 하였다. 즉 신념체계는 어떤 사항이 일어나야 한다(ought to happen)는 것과 가능성(feasibility)이라는 두 요소를 반드시 갖추어야 한다.

이념이나 신념체계는 정치인들만이 갖는 것은 아니며 보건분야의 참여자들도 모두 나름대로의 이념체계를 갖고 있으며, 의사는 의사로서의 이념이 있으며, 보건행정가나 기획가들은 그들대로의 이념이 있다는 것이다(Alford 1975).

2. 이념의 필요성에 대한 논란

의료에 있어서 이념이 필요하다는 시각과 그렇지 못하는 시각이 있다. 먼저 이념적인 접근을 비판하는 논리를 살펴보기로 한다. Klein(1984)은 이념이란 현실 세계의 복잡한 사회현상을 단순 명료하게 도식화하는 이점이 있으나, 현실의 정책들은 넓은 스펙트럼으로 다양한 측면을 간직하는데 반하여, 이념은 양극단만을 갖고 현실을 재단하기 때문에 바람직하지 않다고 하였다

Battistella(1972)도 정책에 가치가 개입되면 지나치게 논쟁적이고 수사적이 되며 자료도 과학적 목적보다는 자기의 주장만 뒷받침하기 위하여 이용된다는 것이다. 또한 Battistella(1997)은 이념이 개입되면 주제나 상대편 주장을 선과 악의 2분법 구도로 파악하는 문제를 지적하였다.

이념적인 접근이 필요하다는 주장도 매우 많다. 먼저 Veatch(1985)는 정책형성은 논리적으로 가치체계를 요구하는 것이기 때문에 가치는 피할 수 없다고 주장한다¹⁾.

Priester(1992)는 이념 또는 가치란 의료체계가 어떠한 모습을 보이며, 어떻게 바람직한 산출물을 만들어내는 것인가를 결정하는 핵심요소가 된다는 관점에서 가치(value)가 필요한 이유를 제시하고 있다. 가치란 과거 어떠했고, 현재 어떤 모습이며, 미래 어떻게 되느냐(what is, what was, what will be)가 아니라 희망하는 모습(what is desirable)내지는 이루어져야 할 모습(what ought to be)에 관한 것이다. 이러한 관점에서 의료분야에서의 이념 정립이란

¹⁾ 여기에서는 가치(value)와 이념(ideology)을 같은 개념으로 간주하여 다루고자 함.

미래에 우리가 희망하는 또는 이루어져야 할 의료체계의 모습에 대한 가장 확실한 표현이 된다는 것이다. 의료개혁을 하려면 가치로부터 시작되어야 한다는 주장을 하면서, 명시적인 가치체계를 갖추면 의료개혁이 보다 빠르고 효율적으로 이루어질 수 있으나, 뚜렷한 가치체계가 없다면 개혁은 점진적이며, 부분적으로 되어 당면한 문제를 해결하는데 실패하게 된다는 것이다. 그리고 명확한 가치체계는 우리들로 하여금 의료체계에서 무엇을 버리고 무엇을 얻게 될지(the trade-off we face), 현실적으로 우리가 기대할 것이 무엇인지 등에 대하여 합의를 이끌어 낼 수 있게 하며, 가치체계가 있어야 의료개혁의 결과를 평가할 수도 있다는 것이다.

Fox(1989)도 보건의료정책은 이념(values), 이해(interests), 질병(illness)세 가지 요소에 의하여 이끌려간다고 주장한다. 이념이란 인류나 사회의 목적에 관한 강력하게 부착된 의견을 의미하며, 이념이란 가치로부터 연유되는 정치적인 원칙이라는 것이다. 따라서 어떤 시대에 어떠한 보건의료정책이 추진되었느냐는 것은 그 당시의 어떠한 이념이 지배가치가 되었느냐에 좌우된다는 것이다(Patel and Rushefsky 1995).

Fuchs(1996)는 경제학자들이 가치형성에 대한 연구를 적극적으로 해야 한다는 주장을 하고 있다. 경제학자들은 가치가 정책 결과와 연관될 경우 규범적인 판단이나 가치에 대한 언급을 꺼려하는데 정책은 가치에 영향을 미치고, 나아가 가치는 행동에 영향을 미치기 때문에 정책과 가치를 연결하고 대안적인 가치체계가 어떻게 경제적 또는 사회적 결과를 초래하는지를 분석하는 것은 경제학자의 의무라는 것이다.

Ⅲ. 의료서비스에 대한 상반된 이념적 시각

1. 필요도나 수요 기준이나?

의료를 둘러싼 이념적 또는 규범적 논쟁의 출발은 의료서비스의 생산과 분배에 대하여 필요도(need)를 기준으로 하느냐 아니면 수요(demand)를 기준으로 하느냐 라는 데서 출발하고 있다. 먼저 필요도란 현재의 의료지식을 토대로 사람을 건강하게 만들거나 건강상태를 유지하는데 필요한 전문가가 판단하는 의료서비스로 정의하고 있다(Jeffers, Bognanno and Bartlett 1971). 의료에 대한 필요도(need)는 인구요인, 역학적인 요인, 과학적인 요인, 그리고 기술적인 요인을 감안한 생의학적 지식과 전문가적인 판단이 중요하다. 따라서 필요도를 기초하는 의료서비스는 시장에서 생산되는 것이 아니라 계획(planning)에 의하여 생산되고 배분된다(Melhado 1998). 미국에서 필요도를 토대로 한 연구로는 1933년에 이루어진 Lee-Jones의 의사 수의 추정이 있으며, 이 연구를 토대로 의사증가정책이 이루어졌다. 그리

고 1946년에 제정된 Hill-Burton 법에 따른 필요병상수 추정도 필요도를 토대로 하였다. 그리고 필요도에 기초한 서비스는 시장을 통하지 않기 때문에 효율적 제공을 위해서는 공급자 조직을 기술적인 난이도 등에 따라 계층화하고 이 계층 조직을 지역의 범위에 따라 배치하는 공급체계를 유지하는 계층적 지역주의(hierarchical regionalism)가 타당하다는 논리를 Fox(1986)는 제시하였다.

반면 수요(demand)란 소비자가 자신에게 주어진 어떠한 제약조건에서 효용을 극대화하기 위한 선택행위로 나타난다. 제약조건이란 주어진 소득과 가격의 변화로 결정된다. 수요에서는 소비자의 선호가 중요하기 때문에 소비자 주권(consumer sovereignty)이 강조된다. 또한 소비자가 합리적인 선택을 위해서는 시장이나 재화에 대한 완전한 정보의 중요성도 강조된다(Feldstein 2005). 의료수요는 다른 재화와 달리 필요도가 수요를 결정짓는 중요한 요소의 하나가 되는 특징이 있다(Feldstein 2005). 의료를 수요에 기초하여 생산되고 배분된다면 소비자의 합리적인 선택을 토대로 한다는 것과 같기 때문에 계획보다는 시장에 의존하게 된다.

Fox(1990)는 의료와 관련된 연구를 위하여 규범적 가치에 따라 social conflict model, collective welfare model, economizing model의 세 가지 모형을 제시하였다. Fox는 1980년대 이전까지는 세 가지 모형 가운데서 social conflict model이나 collective welfare model이 지배적이었으며, 특히 이 두 가지 모형이 1960년대까지 주류를 이루었다고 설명하고 있다.

Social conflict model이나 collective welfare model은 의료서비스의 제공을 필요도 접근법을 토대로 하는 반면에 economizing model은 수요를 토대로 서비스가 생산되고 배분된다. 수요접근법은 의료서비스 이용을 소비자의 선호도를 토대로 시장에서 결정된다는 소비자 주권설(consumer sovereignty)을 기초하기 때문에 전문가가 생의학을 토대로 판단하는 필요도 접근법과 차이가 있다.

이와 같은 기본적 차이를 놓고 세 가지 모형을 보다 구체적으로 살펴보기로 한다. 먼저 social conflict model은 의료란 부자들이 가난한 사람으로부터 위협을 방지하기 위하여 제공해야 할 필요한 서비스로 간주하고 있다. 이 모형에서 의료란 부자들이 사회적인 갈등을 방지하기 위해서 의식주와 같은 개념의 재화로 간주하고 있다.

Collective welfare model에서 의료는 사회전체가 각 개인에게 보장해야만 하는 특이한 서비스(unique service)로 간주된다. 의료서비스를 필요도 접근을 할 경우 전국민을 위한 의료 보장제도의 도입이 중요하다. 서 유럽의 많은 국가들이 사회의료보험(NHI)내지는 국영의료 제도(NHS)를 도입한 것은 의료를 필요도 접근으로 하였기 때문이다. 1960-70년대 미국에서 사회의료보험제도를 도입하자는 주장은 모두 collective welfare model의 산물이다. Arrow(1963)나 Fein(1969)등은 전국민이 일정한 기준의 서비스(generous standard of care)를 사회보험에서 제공해야 한다는 사회적인 의지를 강조하였다.

Social conflict model과 collective welfare model 모두 의료서비스의 배분에는 시장보다 필요도가 중심이 되기 때문에 의료를 공공재로 간주하여 분배적 정의(distributive justice)와 기획과 같은 정부 개입을 강조하였다.

미국을 중심으로 1970년대 후반부터 의료서비스와 관련한 규범적인 모형으로 economizing model이 대두되었다(Fox 1990). Economizing model에서는 의료서비스도 시장에서 생산되고 분배되어야 하기 때문에 일반적인 재화와 같음을 주장하고 있다. Economizing model은 서비스의 배분을 필요도에 따라 하는 것이 아니라 소비자의 주권을 토대로 수요를 기준으로 해야 하기 때문에 의료서비스에서도 생산과 서비스의 전달에 있어서 효율이 중요하다는 점을 강조하였다. 의료서비스와 관련된 경제적인 위험은 의료보험제도와 같은 제3의 지불자에 의하여 최소화시키도록 하며, 비용 상승의 최소화는 정부 통제가 아니라 시장 경쟁을 통하여 가능하다고 보고 시장기능의 촉진을 강조한다. 이 모형에서 분배적 정의나 사회적인 연대는 무언의 역할(muted role)만 수행하며, 시장을 몰가치적(沒價值的)으로 강조하며 의료서비스를 특별한 재화에서 일반적인 재화로 전환시켰다.

1970년대 후반 미국에서 economizing model이 대두된 배경을 Fox(1990)는 다음과 같이 세 가지 요인으로 설명하고 있다. 첫째, 의료기술의 급격한 발전으로 기술에 대한 회의와 함께 특히 의료비가 급격히 증가함에 따라 의료에서도 cost-effectiveness의 중요성이 제기되었다. 두 번째는 1973-74년간에 일어난 오일 쇼크로 인한 장기적인 경기 침체로 인하여 의료에서도 비용 억제(cost-containment)가 강조되었다. 셋째는 하원의 제도적인 변화로 인하여 의원들의 전문적인 식견이 늘어나, 의료분야의 예산 배정이나 재정에 관련되는 사안에 대해서 연구결과를 활용하였으며, 이러한 요구에 부응하기 위하여 의회 소속기구들이 보건정책에 대한 연구 결과를 검토하는 등의 여건 변화를 배경으로 제시하고 있다.

2. 의료가 공공재라는 주장

의료서비스를 중심으로 하는 규범적 또는 이념적 논쟁은 의료를 공공재로 보느냐 아니면 다른 재화와 같이 일반적인 재화(marketable commodity)로 간주하느냐로 이어지고 있다.

역사적으로 의료서비스는 사적인 일반적인 재화로 간주되었다. 그런데 의료서비스를 사회적인 재화로 간주하게 된 기원은 17세기 영국의 철학자 John Locke에서 찾고 있다. Locke는 의료란 인간의 자위적인 본능(self-preservation)을 추구하기 위한 박탈 할 수 없는 권리(inalienable right)이며, 사람들은 자위적 본능의 자연적인 권리를 보호하기 위하여 정부를 구성한다는 것이다(Patel and Rushefsky 1995).

그러나 의료서비스가 사회적인 재화로 보편적으로 받아들여지게 된 것은 의료기술의 발전과

이로 인한 개인의 의료비 부담문제가 밀접히 연결되어 있다. 의료서비스를 사회적 재화로 간주되는 계기를 1883년 Bismarck가 도입한 사회의료보험제도라고 주장도 있지만 그보다는 1942년의 Beveridge 보고서의 발간을 직접적인 계기로 간주하는 것이 보편적인 견해이다.

Bismarck는 당시 독일의 정치사회체제의 변동없이 산업화를 추진하기 위하여 근로자들의 소득보장을 주 목적으로 사회보험제도를 도입하였기 때문(Greβ, Gildmeister and Wasern 2004)에 질병을 사회적 위험으로 간주하지는 않았다. 1883년 당시만 하여도 의료기술이 낮아 제공될 수 있는 의료서비스가 매우 제한되어 의료보험제도는 상병수당 중심으로 운영되었다. 따라서 Bismarck의 사회의료보험에서는 의료를 일반적인 재화와 같이 취급하여 개인적인 권리로 간주하였으며, Bismarck 모형을 토대로 한 영국의 George 형 국민의료보험 역시 보험급여는 1차 개원의사(general practitioner) 서비스에 한정되었으며 의료를 개인적인 권리로 간주하고 있었다(Klein 1995).

의료가 사회적 재화로서의 의미를 갖게 된 것은 1942년 Beveridge 보고서 발간이 계기가 되었다. Beveridge는 이 보고서에서 의료는 지불능력에 관계없이 예방에서부터 재활에 이르기까지 포괄적인 서비스가 제공되어야 함을 주장함으로써 의료를 사회적인 재화로 공식적으로 주장하였다. 그리고 이 당시는 이미 의료기술이 상당 수준 발전하여 의료서비스의 이용에 소득은 큰 장애요인이 되고 있었다.

Beveridge 보고서가 이론적인 토대가 되어 영국은 1948년 사회보험방식으로 근로자에게 주로 제공하던 의료보장을 국민보건서비스제도(National Health Service, NHS) 제도로 바꾸어 전국민을 적용하였으며, 의료를 개인적 권리가 아니라 공공재로 간주하고 의료서비스의 제공을 집단주의 접근법을 강조하게 되었다(Klein 1995).

뒤이어 1948년 12월 10일에 발표된 유엔 인권선언 제25항에서 의료를 인간의 기본 권리의 하나라는 내용(UN 1948)을 발표하여 국제적으로 의료를 사회적 재화로 공식화시키게 된다(Blendon, Benson and DesRoches 2003). 이러한 일련의 과정을 거치면서 미국과 남아공화국을 제외한 대부분의 산업화 국가들은 의료서비스를 인간의 권리로 인정(Patel and Rushefsky 1995)하였으며, 의료를 공공재로 간주하게 되었다.

이와 같은 규범적인 판단 외에 일부의 보건의료 기획자들은 의료에 관한 소비자의 무지(정보의 비대칭성에 기인)로 인하여 의료서비스를 시장에 맡기면 공급자가 지배하는 구조를 만들어 소비자들의 피해가 크기 때문에 정부 기획에 의한 생산이나 배분의 중요성을 강조하여 공공재적 성격을 부여하기도 하였다(Melhado 1998). 정보의 비대칭성 이외에도 의료기관의 비이윤동기, 진입장벽, 차별가격, 병원의 시혜적 진료 등과 같은 특성이 의료서비스를 시장에 맡겨 둘 수 없게 하기 때문에 공공재적인 성격을 부여할 수밖에 없다는 것이다(Melhado 1998).

의료서비스가 경제학적인 관점에서 일반적인 재화와는 다르다는 이론적인 틀을 제공한 학자는 Arrow(1963)이다. Arrow는 의료시장의 특성을 수요의 비정규성, 정보의 비대칭성(윤리 문제 제기), 불확실성(질병 발생, 진단, 치료), 비영리 조직이 지배하는 공급구조를 열거하면서 의료서비스는 경쟁이론이 적용되기에는 많은 한계가 있다고 지적하였다. 사회학자들은 의료서비스의 배분을 시장에 맡길 경우, 도덕적 그리고 공리적 관점에서 문제가 있음을 지적하고, 의료서비스를 시장에 맡긴다면 사회가 필요로 하는 량의 서비스 공급이 불가능하다는 시각에서 정부 통제에 의한 공급을 주장하여 공공재라는 점을 이론적으로 뒷받침하게 되었다. 사회학자로서 의료서비스가 사회적인 재화라는 주장에 가장 앞장 선 사람은 Parsons이었다(Battistella 1997).

의료가 공공재라는 주장은 의료를 필요도로 접근해야 한다는 주장과 같은 맥락이다. 의료서비스를 필요도에 따라 정부가 생산하고 분배를 해야 한다는 주장은 결국 의료를 공공재로 간주하기 때문에 정부가 생산하고 분배도 책임을 가져야 한다는 주장과 같은 논리가 된다.

3. 의료가 일반재화라는 주장

전통 경제학의 공공재 정의를 보면 의료서비스를 공공재로 간주하기가 어려워진다. 전통 경제이론에서 공공재란 소비의 비경합성 원칙(no rivalry in consumption)과 비용 비부담자의 비배제성 원칙(nonexcludability in consumption or high cost to exclude nonpaying individuals)을 지킬 수 있는 재화로 정의하고 있다(Samuelson 1954).

국방이나 공중보건의서비스는 두 가지 조건을 모두 충족시키기 때문에 공공재에 속하지만 의료서비스는 두 가지 조건을 모두 충족시키기 어렵다. 의료서비스에 투입되는 자원이 제약되기 때문에 누가 많이 사용하게 되면 다른 사람의 소비는 제약을 받을 수 있어 소비에서의 경합성이 작용하며, 비용을 부담하지 못하는 사람은 배제시킬 수 있기 때문에 사적 재화로 간주된다. 의료에서 비용부담을 하지 못하는 사람을 배제시켜서는 안 된다는 것은 가치개입에 따른 규범적 판단일 뿐 기술적으로 배제시키기 어렵다는 것과는 다르다.

Santerre와 Neun(1996)은 의료가 생활에 필수요소이기 때문에 공공재라고 판단하는 것은 잘못되었다는 것이다. 의료서비스로부터 얻게 되는 편익은 완전히 구매자 개인에 귀속되며 비용 부담을 못하는 사람을 배제시키는 비용도 매우 낮아 이론적으로 공공재로 볼 수 없다는 것이다. Buchanan(1968)은 공공재를 소비의 비배제성보다는 생산에서의 비배제성을 내세우고 있다. 생산의 비배제성(nonexcludability)이란 참여 소비자가 똑 같이 사용할 수 있도록 생산함을 의미하여 결합생산(jointness of production)으로 표현하기도 하며 이 조건이 지켜지지 못하는 공공재는 결합공공재(impure public goods)²⁾라 불렀다. 예컨대 등대의 경우, 공

동 이용을 위하여 생산되지 개인의 단독이용을 목적으로 생산되는 것은 아니기 때문에 생산 측면에서 공공재에 속한다는 것이다. Pauly(1971)는 Buchanan의 이론에 동의하면서 의료서비스는 생산의 비배제성에도 해당되지 않기 때문에 사적 재화라고 주장한다. 이러한 측면에서 본다면 의료서비스는 결합공공재에도 포함되기 어렵다.

한편 의료서비스를 결합공공재로 보는 시각도 있다. 결합 공공재란 소비의 외부효과(externality in consumption)를 기준으로 내세워 이 원칙이 지켜지면 순수공공재(pure public goods)는 아니지만 결합공공재(impure public goods)로 간주한다는 이론이다(Buchanan 1968). 의료서비스는 부자 입장에서 볼 때 이웃의 가난한 사람이 아파도 돈이 없어 의료이용을 못하고 고통속에 지내고 있는 것을 보는 것보다 가난한 사람이 진료를 받을 수 있을 정도의 적은 돈을 내어 가난한 사람이 아픈 고통에서 벗어나면 부자들도 즐거운 소비의 외부효과(Feldstein 2005)가 나타난다. 이러한 시각에서 의료서비스는 결합공공재가 될 수 있다는 주장이다.

의료서비스가 공공재는 아니지만 가치재(merit goods)로 보는 시각도 있다. Musgrave RA와 Musgrave PB(1976)는 사람들은 동일한 역사적 경험과 문화적인 전통에 속해 있으면 하나의 유대가 형성되어 공동의 이해, 가치, 욕구(wants)를 지니도록 한다는 것이다. 개인이 느끼는 욕구를 공동체 구성원이 지원할 의무를 갖는 재화를 가치재라 부르며, 최소한의 식량, 주택, 의료가 이러한 욕구(wants)에 속한다는 것이다. 그러나 가치재를 공공재와 같은 차원으로 보기는 어렵다³⁾.

Fuchs(1996)은 Adam Smith의 필수품 이론을 빌려 의료를 공공재라는 시각보다 생활필수품의 시각에서 접근하고 있다. 의료서비스는 건강을 결정하는데 있어서 핵심적인 요소는 아니지만 치료와 치료의 유효성 기능을 통하여 효용의 원천이 된다는 것이다. 그리고 의료는 삶을 지탱하는데 없어서는 안 될 필요한 서비스 일뿐 아니라 아무리 나쁜 사람에게도 이용이 허용되어야 한다는 점에서 생활필수품이라는 것이다.

의료가 공공재라는 시각에 대한 비판이 1980년대부터 제기되었으며(Melhado 1998), 특히 1990년대 보다 일반화되었다. 1880년대 이전까지 의료는 사적재화로 간주되던 것이 1940-50년대를 거치면서 공공재라는 시각이 강하였던 것이 사실이다. 그러다 1980년대 접어들어 의료를 사적인 경제재로 간주하는 흐름이 대두되었다. 물론 미국에서는 그 이전부터 의료를 사적 재화로 간주하는 경제학자들이 있었다. 대표적으로 시카고학파의 Friedman(1962)은 의료서비스로 인한 편익이 사회 전체에 귀속되는 것이 아니라 개인에게 귀속되기 때문에 사적재화로 간주하였다. 미국에서는 이러한 주장이 보다 보편화되어 전국민을 대상으로 하는 사회

²⁾ Buchanan 은 결합공공재를 사적재화도 공공재도 아닌 재화로 해석

³⁾ Musgrave 와 Musgrave(1976)에서는 공공재라는 용어보다는 사회재(social goods)라는 용어를 사용하나 의미는 동일함

보험제도는 도입되지 못하고 일부 계층만 적용하는 Medicare와 Medicaid 제도의 도입으로 한정하였다.

의료서비스를 일반적인 재화나 다른 것이 없다는 논리가 받아들여지면 의료는 수요 접근에 의하여 시장에서 생산과 배분이 이루어지게 된다. 수요 접근에서는 서비스의 배분은 가격과 이용자의 소득이 중요한 결정 요인이 되며 소비자 주권(consumer's sovereignty)이 강조된다.

그런데 의료를 필요도 접근법에 기초하는 social conflict model이나 collective welfare model에서도 가격이나 소비자의 소득 및 선호도⁴⁾가 중요하다는 사실을 깨달았다. Social conflict model이나 collective welfare model에서는 전문가가 제시한 필요한 만큼의 의료를 무료로 제공하며, 모두가 필요량만큼만 이용하여 남용(moral hazard)이 일어나지 않아야 전문가가 판단한 필요도(need)가 의미를 갖게 된다. 그런데 필요도를 토대로 설계된 사회보험 제도에서 남용문제가 제기되며, 이를 방지하기 위한 방안으로 본인부담제도와 같은 가격정책이 채택(이것은 수요의 가격탄력성을 이용하여 의료 이용을 억제)된다는 것은 의료가 필요도를 기초한 공공재라는 주장이 한계가 있음을 입증한다.

의료를 공공재로 간주한 것은 단지 규범적인 판단에 기초한 것이지 실증인 판단에 근거한 것은 아니라는 것이다(Melhado 1998). 즉 의료서비스가 공공재라는 시각은 규범경제학적 입장(normative economics)에서만 타당하며, 공공재나 사적재화나 라는 구분은 가치개재적이 되어서는 안되며(Musgrave RA and Musgrave PB 1976), 가치를 배제하고 경제분석적 시각(positive economics)에서 본다면 의료란 다른 재화와 차이가 없는 경제재에 속한다고 하겠다.

IV. 정치경제사상과 의료에 대한 이념적 시각

1. 자유방임시대의 의료 이념

의료에 대한 사회적 관심이 처음 나타난 것은 구빈법 시대라 하겠다. 그 이전에는 주로 지역 차원의 문제였으나 구빈법시대에 들어 국가 차원의 관심이 나타났다. 그러나 이때 까지도 빈곤문제는 신의 섭리라는 관념이 지배하였다(Rimlinger 1971). 구빈법 시대는 중상주의 경제체제로서 국부를 축적하기 위하여 경제는 정부의 손아귀에 있던 시기이다. 식민지 무역이나 관세정책을 통하여 무역수지를 호전시켜 국부를 축적하였으며, 국내 산업을 보호하기 위

4) 같은 조건에서 건강에 신경을 많이 쓰는 사람은 조금만 불편하여도 병의원을 찾거나, 담배가 건강에 해롭다 소식을 들으면 바로 금연에 들어감. 그러나 건강문제에 소홀한 사람은 약간 아파도 병의원을 잘 가지 않으며, 담배가 해롭다고 하여도 금연을 좀체 실행하지 않음. 이것이 바로 의료와 관련된 취향이며 이것이 의료이용도에 차이를 줌.

하여 중앙과 지방정부의 규제가 심하였으며, 시민의 복지는 정부가 온정주의적 차원에서 제공하였다(Fraser 1984).

산업혁명을 거치면서 빈곤은 신의 영역에서 사회적 영역으로(Rimlinger 1971), 그리고 의료도 사회적인 접근을 하게 되었는데 그 시도는 Bismarck 의료보험이었다. 그러나 Bismarck의 접근은 의료를 개인의 권리로만 간주하였지 사회적인 책임으로 간주하지 못하였다. 이 문제에 대하여 Rimlinger(1971)은 조세가 바탕이 되는 구빈제도나 공적부조는 대상자가 제한되지 않지만 사회보험은 대상자가 제한되는데서 사회적 책임의 한계를 지적하기도 한다.

산업혁명으로 등장한 초기 자본주의 사회는 생산, 소비, 분배와 같이 자원배분에 관련된 모든 문제의 해결을 시장에 일임하고 정부는 관여하지 않음에 따라 정치·경제사상은 자유방임주의(laissez-faire)로 불리었다. 초기 자본주의에서는 개인의 이기심(소비자는 싸게 사고자 하는 이기심, 공급자는 비싸게 팔고자 하는 이기심)이 보이지 않는 손(시장)에 의하여 균형을 이루어 재화가 생산되고 배분되어 소비된다는 이념을 지녔기 때문에 모든 경제활동에 대하여 정부의 간섭을 최소화하고 시장에 일임하였다. 따라서 이 시대에는 의료가 사적 재화로 간주될 수밖에 없었다(Schlesinger 2002).

이 시대를 대표하는 Adam Smith는 공공서비스(public services)의 제공에 대해서는 정부의 적극적인 역할을 인정하고 있었다(Fraser 1984). 고전학파의 Malthus, Ricardo, Mills 등도 생계수단, 건강, 질병 등에 대하여 관심을 보였지만 큰 주목을 받지 못하였지만 Bentham의功利주의자들에 의하여 공중보건은 공공서비스로 간주되기 시작하였다(Fox 1979). 산업혁명을 통한 산업화를 거치면서 공중보건은 공공재로 굳혀지게 되었다. 산업혁명은 인구 이동을 촉진하여 인구의 도시화가 이루어졌으며, 급속한 도시화는 깨끗한 물과 같은 가격이 없는 지역사회 공동재화의 공급부족을 초래시켰다. 또한 배수나 오물처리를 할 수 있는 시설이나 능력이 부족하여 황열, 콜레라 등의 전염병이 창궐하였다(Fraser 1984). Bentham의 제자의 한 사람인 Chadwick이 1842년 위생개혁 보고서를 발간함으로써 공중보건에 대한 개념을 확립하였다. Benthamite의 원리는 질병예방을 위한 공공의 역할 확대를 주장하였으며(Fox 1979), 공중보건은 정부 기구에서 제공하는 공공서비스로 취급되어⁵⁾ 1875년 공중보건시스템이 영국에서 출발을 보게 되었다.

미국에서도 공중보건에 대해서는 19세기부터 공공재로 간주되어 전염병의 확산의 예방을 위하여 공중보건활동이 강화되어야함이 주장되었다. 1850년 미국에서도 Shattuck에 의하여

⁵⁾ 당시 영국에서는 '법률을 가장 적게 제정하는 정부가 가장 좋은 정부'로 인식되었으며, 의회는 구빈법, 공중보건, 철도 그리고 공장법 가운데 정부가 담당해야할 업무에 관한 논의에서 공중보건이 가장 적합하며, 구빈법은 그 의미가 점차 줄고 철도나 공장법은 억지논리로 가능하다(Fraser 1984)라고 하고 있어 이미 공중보건은 공공재로 간주되고 있었다고 판단됨.

위생개혁보고서가 발간되고 뒤이어 많은 주에서 보건과가 설치되어 공중보건사업을 주 정부가 담당하였다. 1872년에는 미국에서 공중보건협회(American Public Health Association)가 결성되었다. 미국은 영국과 같이 공중보건법의 제정은 없고 검역법(1878)과 같은 개별법이 제정되었고 1935년 사회보장법이 제정되면서 공중보건사업에 대한 연방정부의 지원이 본격화되었다.

따라서 자유방임주의 시대에도 공중보건은 공공재로 간주되었으며, 오늘날에 이르기까지 공중보건을 공공재로 정의하는데 대해서는 아무도 이의를 제기하지 않고 있다. 그리고 공중보건서비스는 소비의 비경합성 원칙과 비용불부담자의 비배제성 원칙이라는 공공재의 원칙도 잘 적용되기 때문이다.

2. 복지국가의 의료 이념

1930년대 세계경제 공황으로 인한 Keynes 경제학의 등장은 경제에 대한 정부 개입의 범위를 넓히게 만들어 자유방임시대의 중지부를 찍게 하였으며, 의료에 대해서도 자유방임시대와는 다른 시각을 보였다. Keynes 경제학이 지배하던 시기에 서구에서는 복지국가가 등장하면서 의료를 사회적인 시각으로 바라보기 시작하였다.

비록 역사가나 사회과학자들 간에 복지국가의 의미나 복지국가의 기원에 대하여 일치된 견해는 없으나 서구에서 복지제도가 확충되고 복지서비스가 국민들에게 확대된 것은 제2차 대전 이후이기 때문에 Lowe(1999)는 Beveridge 보고서를 복지국가의 계기이며 청사진으로 간주하고 있다⁶⁾. Beveridge는 Keynesian에 속하던 사회사상가로서 사회보장에 새로운 이념적인 틀을 제시하였다.

복지국가의 의미는 사회적 서비스의 단절적인 범위(discrete range of social services)라는 견해와 정부나 지역사회 전체에 의하여 이루어지는 광범위한 권력(full range of powers exercised by government or indeed a whole society)이라는 견해가 있다(Lowe 1999).

복지국가는 전체주의 국가의 반의어로 사용되었으며, 1930년대에 처음으로 독일에서 바이마르 공화국에 대항하는 용어로 등장하였다. 바이마르 공화국은 정부에 너무 많은 사회적 책임을 부여하여 국가의 정치적 및 경제적인 활력을 과소평가하였는데 반하여 복지국가는

⁶⁾ Lowe(1999)는 역사학자와 사회과학자 가운데서 복지국가의 기원을 19세기라고 주장하는 학자와 2차 대전이후라고 주장하는 학자가 있음을 소개함. 19세기 설은 Bismarck에 의한 사회보험제도의 도입을 기준으로 하는 반면에 2차 대전이후로 보는 견해는 1950년대부터 1970년대 중반까지 경제성장의 황금시대를 맞이하여 서구에서 여러 가지 사회보장 제도가 확충되었기 때문이다. 그러나 Starr(1982)는 강제적인 사회의료보험제도의 도입은 의료를 자비심으로 제공하는 것이 아니라 권리로써 제공하게 되었다는 점을 강조하여 Bismarck의 사회보험제도 도입을 기준으로 하고 있음.

지역사회로 하여금 시민의 복지를 향상시키도록 하고, 국제법을 존중하고 군주적 복지 상태에 반대되는 개념으로 인식되었다(Lowe 1999).

1940년대 후반 영국에서 복지국가라는 용어는 노동당 정부 하에서 국가 힘의 증대로 표출되었으며, 산업화와 정치적 민주화의 성장으로 대중의 열망이 모아지고, 대중의 열망이 구체적으로 표출된 것이 사회보장이며, 사회보장은 빈곤으로부터의 자유를 의미하며 1942년 베버리지 보고서의 발간을 계기로 구체화되었다. Flora(1986)는 복지국가란 유럽적 고안으로서 국민국가, 대량민주주의, 산업자본주의로 특징짓고 있다.

비록 복지국가의 성격은 국가에 따라 다르지만 복지국가 정책에 대해서 좌파에서는 자본주의 지배도구로, 우파에서는 생산성을 약화시키고 경제의 활력을 떨어뜨리는 정책으로, 중도파는 사회연대를 제고하고 다른 국가의 정책과 비교하여 우열을 촉진시키는 수단인다는 세 가지 다른 견해를 보이고 있다(Fox 1998).

복지국가는 제2차 세계대전 이후 약 25년간 서유럽에서 경제적으로 황금시대(golden age)에 확장되어왔는데 냉전체제의 양극화가 초래한 결과이다. 미국은 전후 서유럽의 경제복구를 위하여 막대한 원조를 하였으며, 서유럽은 공산국가들의 확산을 막기 위하여 산업 투자를 희생하면서 보건이나 사회서비스에 대한 지출을 증대시켰다. 뿐만 아니라 1980년대까지 미국은 NATO 군의 운영을 통하여 서유럽의 국방비를 보조함으로써 군사비 지출의 부담을 줄여 복지 지출을 할 수 있었던 점도 간과할 수 없다(Fox 1998).

서구에서 복지국가와 관련된 이념적인 모형은 reluctant collectivism과 democratic socialism 그리고 new right의 세 가지 흐름으로 살펴 볼 수 있다(Lowe 1999). 먼저 reluctant collectivism을 보면 영국 보수당 정부의 온건중도파의 복지정책 모형으로 주로 Keynesian 들의 주장으로 간주할 수 있다. 여기에 속하는 대표적인 학자로는 Keynes와 Beveridge가 있다. 이들은 기본적으로 자유주의를, 개인적으로는 자유시장(free market)에 매여 있었다. 그래서 국가개입을 최소화하고, 개인의 자유는 최대화하여 정치적인 자유, 경제적인 효율성, 사회적 다양성을 추구하였다(Lowe 1999).

Keynes는 완전고용을 달성하기 위하여 정부는 시장에 개입하여 유효수요(effective demand)를 창출할 필요성이 있다는 점을 강조하였다. Beveridge는 최소한 국가 개입을 강조하였지만 시간이 경과하면서 국가 개입범위는 다양화되었다. 그는 1944년 전시계획의 지속을 제안하고 영국 경제의 구조적 취약성을 고치기 위하여 수년간에 걸친 통제를 제안하였다(Lowe 1999).

사회보장(security)을 조직화하는데 있어서 정부는 개인에 대한 인센티브, 기회(opportunity), 책임감(responsibility)을 막아서는 안 된다고 주장하여 사회보장에서도 개인의 역할을 강조하였다. 사회보험이나 부조에 있어서 국가의 역할은 시민 개개인이 생계수준의 소득을 유지시키

는데 한정해야 하며, 그 이상의 개인생활수준의 유지는 국가가 아니라 개인의 노력으로 결정되어야 한다는 것을 강조하는데서 reluctant collectivism의 특성을 이해할 수 있다. 그리고 이들은 의료를 인간의 기본적인 권리로 인정하고 의료를 공공재내지는 사회적인 재화라는 시각을 지녔다. 그러나 reluctant collectivism에서는 민영보험에의 자발적인 가입도 허용해야 한다는 견해를 가졌었다. Beveridge의 이념에 따라 완성된 영국의 NHS 제도란 의료를 공공재로 간주하여 공급과 배분을 정부가 장악하는 국영화 제도였다. 그럼에도 불구하고 영국에서는 정부의 통제권에서 벗어날 수 있는 민영의료를 일부 허용하고 민영보험의 가입을 허용하였다⁷⁾.

Democratic socialism은 reluctant collectivism과 대비되는 주장을 하고 있다. 이들은 자본주의보다는 사회주의를 선호하였는데 다만 혁명적인 방법이 아니라 민주적이며 시민이 원하는 방향에서 사회주의 국가를 건설하고자 한데서 reluctant collectivism과 큰 차이를 보인다. Democratic socialism에서 정부 개입은 시장실패에 대한 단순한 보정 차원이 아니라 평등(equal)하고 공정한(fair) 사회를 작동시키기 위한 수단으로 필연적임을 주장(Lowe 1999)하여 reluctant collectivism의 시장보정과 큰 차이를 보이고 있다. Democratic socialism에 속하는 대표적인 학자로는 T.H. Marshall, R. Titimuss, A. Crosland 등이 있다.

Democratic socialism은 자유방임적 시장이란 사람의 필요도(need)에 따라 보상이 이루어지지 않기 때문에 사회적으로 정의롭지 못하며, 이기심과 탐욕을 자극하기 때문에 비윤리적이라고 비판한다. 그리하여 그들은 민주적 수단에 의하여 기존의 자본주의적 사회를 사회주의 사회로 전환시켜야 함을 주장(Lowe 1999)하고 있다. 그렇게 되면 모든 가용자원이 보편적인 재화(common goods)의 생산에 활용되어 생산이 효율화되며, 경제적인 힘의 균등화(equalization)를 통하여 정부가 모든 국민에게 정치적 자유를 부여할 수 있으며, 또한 이타심이 지배하여 정의로운 사회가 보장된다는 것이다. 따라서 복지국가에서는 경제에 대한 정부의 개입을 당연시 하며, 정부 개입이 타당한 기술적 이유로 시장실패를 들고 있다⁸⁾. 복지국가를 지탱하는 정치·경제적 이념인 reluctant collectivism과 democratic socialism 에서보는 의료에 대한 규범적 시각은 social conflict model, collective welfare model과 동일하게 필요도 접근을 통하여 공공재라는 시각을 견지하고 있다. 따라서 의료서비스의 생산과 배분에 대한 국가의 관장은 당연하게 받아들였다.

한편 미국에서는 19세기 대부분의 시기에 걸쳐 의료를 시장 개념에 입각하여 접근하였다. 그러다 20세기 전반부에 이르러 두 가지의 대안적인 이론 체계(frame)가 시장상품으로서의

⁷⁾ 임채원(2006)은 베버리지 보고서 조안자들은 국가적 최소한을 보장하기 위하여 임의보험을 예외로 하고 강제보험형태의 사회보험 유지를 주장하였다고 설명함.

⁸⁾ 시장실패는 외부효과, 자연독점, 규모의 경제, 공공재의 존재를 들고 있으나, 역사학자인 Lowe(1999)는 정부의 개입이 타당한 기술적 이유로 불안정한 정보, 불안정한 경쟁, 외부효과, 공공재를 들고 있음.

의료를 대체하게 되었다(Schlesinger 2002). 첫째는 의료 전문가주의(professionalism)가 형성됨에 따라 의료 이용에 대한 소비자의 의사결정이 무력화되었으며, 두 번째는 1930년대 경제공황을 경험하면서 정책결정자나 일반국민 사이에 의료는 사회적 권리라는 인식이 대두되었다는 점이다. 그리하여 루즈벨트 대통령은 1944년 1월 제2의 권리법안(the Second Bill of Rights)을 제안하면서 건강을 달성 향유할 기회와 의료에 대한 권리를 포함시켰다. 의료에 대한 전문가주의와 사회적 권리 인식은 미국 의료에 있어서 정부의 역할과 형평에 대하여 새로운 규범을 강조하게 되었다. 전문가주의 체계안에서 형평에 대한 지배적 규범이 의료 필요도(need) 접근으로 선회되었으며, 사회적인 권리라는 인식은 균등(equality)에 대한 표준을 강조하여 연방정부가 의료에 대한 동등한 접근(equal access)을 보장하는데 책임이 있음을 강조하였다. 이러한 흐름이 1965년 미국에서 Medicaid와 Medicare 제도가 도입되는 계기가 되었다.

3. New Right의 등장과 그 이후 의료의 이념 변화

유력한 신문 평론이나 사회과학 그리고 많은 공식적 보고서에 따르면 서유럽과 미국에서 1950년대에서 1970년대 중반까지의 경제성장의 황금시기(golden age)가 끝나가는 시점에 복지국가의 위기가 닥쳤다는 점이다(Fox 1998). 복지국가 위기의 원인으로 다음의 5 가지가 표준적으로 등장하고 있다(Fox 1998).

첫째, 경제적인 비효율과 함께 복지제도의 유지를 위한 조세부담이 노동비용을 높여 경쟁력을 상실하였기 때문이다.

둘째, 선진국 경제가 제조업 중심에서 서비스업 중심으로 전환됨에 따라 구조적인 실업의 증가와 함께 복지수요가 증가되어 부담이 늘었기 때문이다.

셋째, 1970년대 이후 오일 쇼크로 석유가격의 상승과 국제금융제도의 형성으로 재화나 서비스의 가격이 전반적으로 상승하였기 때문이다.

넷째, 인구고령화의 가속으로 이들에 대한 의료와 소득유지를 위한 비용이 증가되어 근로계층의 부담이 증가하였기 때문이다.

다섯째, 의료나 복지서비스의 수혜자의 증가로 개인들의 근로에 대한 인센티브가 감소하였기 때문이다.

복지국가의 위기를 경험하면서 미국과 서유럽에서는 new right라는 새로운 이념이 등장하게 된다. New right는 케인즈의 이론에 따른 정부 개입정책이 1960-70년대 정부실패를 경험하면서 그 반동으로 등장하게 된다. 특히 Keynes 처방에 의한 정부개입이 1970년대 들어 경제성장도 해결하지 못하고, 높은 인플레이션과 대량실업의 얽힌 문제도 해결하지 못함에 따

라 시장에 더 큰 자유를 주어야 한다는 new right가 힘을 얻게 된다.

Reluctant collectivism과 democratic socialism이 경제공황으로 시장기능이 잘 작동되지 못함에 따른 반동으로 출현하였다면, new right는 1960-70년대의 정부 개입의 실패(정부의 실패)에 따른 반동으로 1979년 영국의 대처 정부, 1981년 미국의 레이건 정부 출현과 함께 등장하였다.

New right는 개인에게 최선의 정치적인 안정과 자유를 보장해 줄 수 있는 제도는 정부가 아니라 시장이라는 견해를 유지하였다. 그렇다고 정부의 개입을 전면 거부하는 것은 아니었으며, 정부는 시장이 자유롭게 작동할 수 있도록 독점이나 카르텔을 방지하고, 또한 시장이 작동할 수 있도록 규칙을 정해주고 이를 지키도록 강제력을 발휘해야 함을 주장하였다.

New right의 이념은 대처리즘의 형성에 큰 영향을 미친 Joseph(1976)의 “시장은 앞을 못 보며, 무계획적이고, 조화롭지 못하지만, 잘 연구되고, 합리적이며, 조직적이고, 조화로우며, 과학적인 기초를 갖고, 미래를 내다보며, 통계적인 근거를 갖는 정부의 계획보다 훨씬 우월하다”는 표현에서 잘 나타나고 있다. 즉 시장이 개인의 필요도를 조화시킬 가장 효율적인 기구이며, 정부는 단기적으로는 시장의 실패를 고칠 수 있지만, 정부가 아무리 전문적이고 자비적이라 하여도 장기적 관점에서 효율적으로 행동할 충분한 정보(자원의 효율적 사용과 개인의 만족을 충족시킬 정보)를 모을 수가 없기 때문에 시장보다 효율적일 수가 없다는 것이다. Reluctant collectivism과 democratic socialism이 정부를 믿는데 반하여, new right는 어떠한 정부라 하더라도 공평성(disinterest)과 이타심(altruism)을 달성할 길은 없음을 강조하고 있다.

New right에서는 economizing model과 동일하게 의료를 사적인 재화로 간주한다. 의료에 대한 이와 같은 이념적 시각의 변화는 이미 1970년대 규제의 경제이론이 정부개입에 대한 비판을 하면서 감지되었다. 즉 Stigler(1971)나 Jordan(1972)과 같은 경제학자들은 정부의 규제정책이 경제의 효율성 제고를 위한 목적이 아니라 이해단체의 이해를 옹호하기 위하여 도입된다는 규제의 경제이론을 제시하였다⁹⁾. 규제의 경제이론에 따른 정부 개입의 타당성 논리는 의료분야에도 확산되어 미국에서는 1970년대에 시작된 지역단위의 의료계획과 자본투자자에 대한 사전허가제(certificate of need= CON)라는 정부 개입이 진입장벽을 낳는다는 비판이 제기되었다(Feldstein 1988).

이러한 이론에 따라 Enthoven(1977)은 의료분야에 있어서 정부의 개입보다는 경쟁을 도입 하자는 이론을 제기하였다. Enthoven과 같은 경쟁이론의 제시는 의료를 공공재로 간주하기 보다는 일반적인 재화와 마찬가지로 경제재로 간주하고 있기 때문이다.

⁹⁾ 정부의 개입이 공공의 이익(public interest)을 대변한다는 이론과 특정이해집단의 이익(special interest group)을 대변한다는 이론이 있음. 정부 규제가 특정이해집단의 이익을 대변한다는 관점에서 규제의 경제이론이 전개됨.

New right와 규제 경제이론의 등장은 의료를 사회적 서비스로 보는 시각에서 경제재로 보는 시각으로의 변화를 일으켜 의료서비스가 공공재라는 시각에 대하여 비판이 등장하는 계기가 되었다.

한편 서구에서는 New right에 대한 비판이 1990년대에 제기되면서 복지국가론과 new right(혹은 neo-liberalism)을 결합시킨 제3의 길(the third way)이 Giddens에 의하여 제시되었고, 1997년 영국에서 블레어 정부가 집권하면서 주목을 받았다. 제3의 길은 정부와 시장의 중간 지점을 모색하는 특징이 있다. 제3의 길이 내세우는 사회투자국가론은 과거의 복지국가론과는 차이가 있다. Giddens(1998)는 인간자본 육성을 위한 지출내지 투자를 적극적인 복지로 이해하였다. 이를 위하여 생애 교육투자와 사회경제에서의 정부 역할을 사회투자전략으로 구체화하였다. 과거의 복지국가론은 국가가 시장경쟁에서 탈락된 국민에게 사후적으로 개입하여 시혜적 지출에 주력하였으나, 사회투자이론은 인적자본이나 사회자본에 투자하여 사전적으로 문제가 발생하지 않도록 예방하거나 혹은 완화시키는 적극적인 개입과 적절한 일자리 창출을 통하여 복지를 제공하자는 것이다. 사회투자국가에서는 모든 사람이 최고의 건강상태를 유지할 수 있도록 하고 필요한 치료와 간호를 받는다는 것을 정의로운 사회(임채원 2006)로 간주하는데서 의료는 공공재라는 시각이 여전함을 볼 수 있다.

제3의 길에서 건강에의 투자를 강조하는 것은 이미 상병구조가 만성질환 구조로 바뀌고 고령화가 지배되기 때문에 복지국가가 강조되던 1940-50년의 급성질환 중심 사회와는 다른 사회를 맞이하기 때문에 의료보다는 건강에 대한 의미를 보다 강조하는 것으로 생각할 수 있겠다.

V. 한국에서의 의료에 대한 이념적 성향과 문제점

우리나라도 1977년 사회보험 방식의 의료보험제도를 도입하기 이전까지는 의료는 일반적인 재화로 간주되었다. 양재모(1961)는 영국의 NHS와 유사한 사회보험제도를 제안하고 있어 이미 의료를 공공재로 인식하였다. 의료가 공공재라는 인식을 일반화시킨 것은 1977년에 도입한 사회보험방식의 의료보험제도이다. 당시는 일부 근로자 계층에게만 적용되어 공공재로의 인식은 약하였다고 볼 수 있지만, 전국민 의료보험을 조기에 달성하겠다는 정책의지는 의료를 공공재로 간주하고 있었음을 입증한다¹⁰⁾.

¹⁰⁾ 1980년부터 주장된 의료보험 통합은 전국민의료보험 조기 달성을 위한 방안의 하나로 등장된 논리임. 즉 지역주민은 소득이 낮아 독자적으로 조합을 만들어 보험을 확대하여 적용하기 어렵기 때문에 직장근로자와 통합된 단일모형을 사용하면 직장조합의 적립금을 활용하여 조기에 전국민의료보험이 가능하다는 논리는 바로 의료를 공공재로 인식한 데서 출발함.

1977년을 전후한 당시의 사회·경제적인 상황도 의료에 대한 공공재적인 인식을 갖도록 하였다. 1인당 소득이 1,000달러를 겨우 상회하는 경제수준으로 경제개발계획이라는 정부주도형 경제정책을 실시하던 시기였으며, 상병구조는 급성질환 중심이었기 때문에 계층적 지역주의 의료체계 구축이 급하였다. 특히 의료전달체계에 대한 연구(한국인구보건연구원 1982)를 통하여 계층적 지역주의 모형에 의거한 단계적 전달체계 구축에 노력을 한 것을 보면 의료에 대하여 수요접근보다는 전문가의 판단을 기초한 필요도 접근을 하고 있었다는 점, 또한 공공재적 인식이 강했음을 의미한다.

그 뿐만 아니라 당시에는 의료에서 시장실패 이론을 대부분의 학자들이 믿던 시기였으며, 수요접근에 의존하는 미국도 의료에 대한 정부 개입을 당연시하여 지역단위 의료계획과 고가장비 도입에 대해서는 필요면장(CON)을 발급하던 시기였다. 그리고 사회보험제도를 택하였던 서구의 일부 국가들은 사회보험제도(NHI)에서 국영의료제도(NHS)로 개혁을 하던 시기¹¹⁾였다(Saltman and Dubois 2004).

이러한 시기에 우리나라는 사회보험방식의 의료보험제도를 도입하게 되었다. 특히 유신독재가 심각한 사회적 갈등을 일으켰기 때문에 이를 무마하기 위해서는 social conflict model에서 설정한 규범이 긍정적으로 받아들여져 의료를 공공재적 시각으로 보는 것이 당시로서는 타당하였을 것이다.

이러한 이념적 성향은 의료정책이나 의료보험정책에서 민영의료를 인정하지 않는 요양기관 강제지정제로 표출되었으며, 의료정책의 최우선 과제는 필요도(need)에 따른 형평적 배분 문제였다. 그 결과 경쟁이 가능한 조합보다는 확일적인 명령이 전제가 되는 건강보험의 통합이 필요하였으며, 의료정책에서는 정부의 명령과 통제(command and control) 방식이 가장 효율적인 수단으로 간주되었던 것이다.

의료에 대한 이념을 필요도를 기준으로 하는 규범적인 판단위에 공공재로 간주할 수도 있으며, 실증적인 관점에서 사적인 경제체로 간주할 수도 있다. 우리나라에서 의료에 대한 이념을 공공재적 시각에 둬 따라 나타나는 장점은 역시 배분적인 형평성일 것이다. 반면에 효율성에서는 한계가 있을 것이다. 분배에서의 우월성과 효율에서의 열등성은 일반적으로 의료를 공공재내지는 필요도 접근법으로 다루게 될 때 나타나는 문제점이다.

오늘날 의료의 제공이나 재원조달과 관련하여 정부의 개입형태를 보면 미국과 같은 민간 의료체계(mostly private), 영국이나 스웨덴과 같이 조세로 재원을 조달하고 공급을 정부가 맡는 공적의료체계(mostly public), 독일과 같이 재원은 보험으로 조달하고 공급은 민간자원을 활용하는 중간형 국가(hybrid model)로 나누어진다(Patel and Rushefsky 1995). 공적의료

¹¹⁾ 이탈리아는 1978년, 포르투갈은 1979년에 사회보험에서 NHS로 전환하였음

체계나 중간형의 사회보험국가의 의료에 관한 지배적인 규범은 필요도 접근에 따른 공공재 개념을 적용하는 것이다. 그러나 이러한 국가라 하여도 순수한 형태를 고집하는 국가는 없다 (Patel and Rushefsky 1995). 즉 공적의료를 유지하는 국가도 자비부담에 의한 민영의료를 인정(베버리지 보고서에서도 민영의료는 인정)하고 사회보험을 적용하는 대부분의 국가들은 요양기관 계약제를 통하여 보험외 의료인 민영의료를 인정하고 있다. 특히 주목할 사실은 서구에서 사회보험제도를 택한 8개국 가운데 민간영리병원을 인정하는 국가가 4개국이나 되며 네덜란드는 공공병원을 모두 민간에게 불하하였다는 사실이다¹²⁾(Busse, Saltman and Dubois 2004). 서구 대부분의 복지국가들에서 적용되던 정치·경제적 이념인 democratic socialism이 지배하던 시대에도 의료의 일부는 사적 영역으로 두어 공공재로 확일적으로 정의하지는 않았다.

즉 대부분의 서구 국가들에서 비록 의료를 공공재로 간주하여 조세로 재원을 조달하여 의료를 정부(중앙 또는 지방정부)가 직접 생산하고 배분하는 국가에서도 자비 부담 서비스를 허용하였다. 자비부담 서비스를 인정한다는 것은 의료서비스를 경제재라는 규범도 일부 적용한다는 것이다.

이와 같이 자비 부담 의료를 허용하고, 영리병원을 허용한다는 것은 비록 의료에 관한 지배적인 이념은 필요도 접근에 따른 공공재로 하지만, 다른 한편에서는 실증적인 입장도 존중하여 의료의 사적인 재화임을 동시에 인정한다는 사실이다. 공중보건의 공공재라는 시각은 실증적인 근거를 갖기 때문에 세월이 흘러도 변하지 않고 있지만 의료서비스가 공공재라는 시각은 규범적 판단에 의한 것이기 실증적인 근거가 없기 때문에 조세로 의료를 보장하는 국가일지라도 민영의료를 일정 부분 허용하게 되는 것이다.

그런데 우리나라는 의료의 공공재라는 점만 강조하여 서비스의 다양성이 결핍되어 소비자의 선택권이 제약되며¹³⁾, 요양기관 강제지정제로 의료기관 간의 경쟁을 제약하여¹⁴⁾, 효율성에 한계를 나타내는 등의 문제를 노출하고 있다. 그 뿐만 아니라 의료자원에 대한 계획을 필요도 기준으로 함에 따라 시장의 수요와 불일치하여 공급 부족이나 과잉을 낳는 문제가 있다.

12) 서구에서 사회보험을 택한 국가로 영리병원을 인정하는 국가는 오스트리아, 프랑스, 독일, 이스라엘이며, 네덜란드는 공공병원을 전부 민영화시켰으며, 사회보험의 보험회사가 영리를 목적으로 사업하는 것을 인정하고 있음.

13) 의료를 100% 공공재로 간주한다면 고급 의료를 원하는 소수의 사람들의 선택권은 무시될 수 있음.

14) 현재도 의료기관 간의 경쟁이 없는 것은 아니지만, 현재의 경쟁은 건강보험제도의 허점(비급여부분)을 이용한 제한된 경쟁임. 비계약병원의 등장은 비급여를 이용한 경쟁의 범위를 넘어서는 전면적인 경쟁이 됨.

VI. 결 론

우리나라도 이제는 의료를 하나의 이념에만 얽매이지 말고 실증적인 시각에서 경제제라는 성격도 동시에 인정해야 하는 단계에 이르렀다. 이미 전국민이 의료보장권 안에 들어와 기본적인 의료수요의 충족에는 문제가 없으며, 국민소득이 증가하여 2만 달러 시대로 접어들었으며, 세계화라는 개방경제 시대에 진입하였기 때문이다. 또한 인구구조와 상병구조의 변화로 새로운 의료체계의 틀이 모색되어야 할 시점에 이르렀다는 점도 염두에 두어야 한다. 이제는 계층적 지역주의 보다는 통합의료(integrated care)와 같은 새로운 의료체계의 모색이 요구되는 시점으로 되고 있다. 통합의료의 모색은 보험자와의 계약이라는 새로운 관리 방식의 전환이 요구되며, 따라서 의료를 공공재의 시각에서만 바라볼 수 없게 만들고 있다.

선진국에서는 1980년대 이후 의료에 관한 이념적 성향이 변화하고 있었다. 시장실패를 강조하여 정부의 개입을 당연시하던 국가들도 정부의 실패를 경험하면서 정부의 역할에 대한 재조명을 시도하고 있다. 특히 정보의 비대칭문제를 극복할 장치로 보험자와 같은 대리인 제도를 고안하면서 정부의 기능을 재정립하려는 시도가 일어나고 있으며, 경쟁모형도 등장하고 있다.

1990년대 의료개혁의 특징은 세계 각국의 개혁의 방향이 하나로 수렴되고 있는 점이다. Ham(1997)은 이를 수렴가설(convergence hypothesis)로 설명하고 있다. 영국, 스웨덴, 뉴질랜드와 같이 필요도(need) 접근에 따라 정부에 의한 기획과 통제를 중심으로 하던 국가들은 시장기능을 도입하는 관리하의 경쟁(managed competition) 모형으로 수렴되고 있으며, 미국과 같이 시장에 많이 의존하던 국가는 자원 조달 측면 등에서 정부의 개입이 보다 강조되는 관리하의 경쟁 모형으로 수렴되고 있다는 것이다. 우리나라도 의료에 대한 이념을 규범적인 판단에 의한 공공재라는 시각과 실증적 판단에 의한 경제제라는 시각을 모두 인정함으로써 형평과 효율을 함께 추구할 수 있도록 해야 할 것이다.

참 고 문 헌

- 양재모. 사회보장제도 창시에 관한 건의. 보건사회부(미발간); 1961.
임채원. 신자유주의 국가를 넘어 사회투자국가로. 서울: 한울 아카데미; 2006
Alford RR. Health care politics. Chicago: Univ. of Chicago Press; 1975
Arrow KJ. Uncertainty and the welfare economics of medical care, American Economic Review 1963; 53(5): 941- 973

- Battistella RM. Rationalization of health services: political and social assumption. *International Journal of Health Services* 1972; 2(3): 331-348
- Battistella RM. The Political economy of health services: a review and assessment of major ideological influences and the impact of new economic realities. In : Litman TJ, Robins LS, editors. *Health Politics and Policy*, Albany: Delmar Publisher; 1997; 75-108
- Beveridge WH. *Social insurance and allied services*. New York: Agathon Press; 1942(reprinted in 1969)
- Blendon RJ, Benson JM, Roches CM, Americans' view of the uninsured: an era for hybrid proposals. *Health Affairs Web Exclusive* 2003; August 27: 405-414
- Buchanan JM, *The demand and supply of public goods*. Chicago: Rand McNally; 1968
- Busse R, Saltman RB, Dubois HFW. Organization and financing of social health insurance systems: current status and recent policy developments. In : Saltman RB, Busse R, Figueras J, editors. *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies Series, Berkshire: Open University Press; 2004: 33-80
- Enthoven AC. Consumer choice health plan: a national health insurance proposal (Memorandum to HEW Secretary Joseph Califano, 22 September 1977), reprinted in *Consumer choice health plan: a national health insurance proposal based on regulated competition in the private sector*. *New England Journal of Medicine* 1978; 298(12 and 13): 650-58, 709-20
- Fein R. Medical care needs in the coming decade, *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 1969; 45(3): 255-270
- Feldstein PJ. *Health care economics*. 3th ed. Albany, New York: Delmar Publishers Inc.; 2003
- Feldstein PJ. *Health care economics*. 6th ed. Albany, New York: Delmar Publishers Inc.; 2005
- Flora P. *The western european welfare state since World War II: Germany, United Kingdom, Ireland, Italy*. Berlin; New York: de Gruyter (European University Institute : Ser. C, Political and Social Sciences); 1986
- Fox DM. From reform to relativism: a history of economists and health care. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society* 1979; 67(3), 297-336
- Fox DM. *Health policies health politics: the British and American experience 1911-1965*, Princeton: Princeton Univ. Press; 1986
- Fox DM. Policy and epidemiology: financing health services for the chronically and disabled, 1930-1990. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1989; 67(suppl.2, pt.2): 257-87

- Fox DM. Health policy and the politics of research in the United States, *Journal of Health Politics, Policy and Law* 1990; 15(3): 481- 499
- Fox DM Health policy and the history of welfare states: a reinterpretation. *Journal of Policy History* 1998; 10(2): 239- 256
- Friedman M. *Capitalism and freedom*. Chicago: Phoenix Books; 1962
- Fraser D. *The evolution of the british welfare state*. 2nd ed. London: Macmillan; 1984
- Fuchs VR. Economics, values, and health care reform. *The American Economic Review* 1996; 86(1): 1-24
- Giddens A. *Beyond left and right*, Cambridge: Polity Press; 1994
- Giddens A. *The third way: the renewal of social democracy*, Cambridge: Polity Press; 1998
- Greß S, Gildmeister S, Wasem J. The social transformation of American medicine: a comparative view from Germany. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2004; 29(4-5): 679- 699
- Ham C. *Management and competition in the NHS*, Abingdon, Oxon: Ratcliffe Medical Press; 1997
- Jeffers JR, Bognanno MF, Bartlett JC. On the demand versus need for medical services and the concept of 'shortage'. *American Journal of Public Health* 1971; 61(1): 47
- Joseph K. *Stranded on the middle ground? reflections on circumstances and policies*. London: Centre for Policy Studies; 1976
- Klein R. The politics of ideology vs. the reality of politics: the case of Britain's National Health Service in the 1980s. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society* 1984; 65(1): 82- 109
- Klein R. *The new politics of the National Health Service*. 3rd ed. London: Longman; 1995
- Lowe R. *The welfare state in Britain since 1945*. 2nd ed. London: Macmillan Press Ltd; 1999
- Melhado EM. Economist, public provision, and the market: changing values in policy debate. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 1998; 223(2): 215-263.
- Musgrave RA, Musgrave PB. *Public finance in theory and practice*, New York: McGraw-Hill; 1976
- Nozick R. *Anarchy, state and utopia*, Oxford: Basil Blackwell; 1974
- Patel K, Rushefsky ME. *Health care politics and policy in America*, New York: M.E. Sharpe, Inc.; 1995
- Pauly MV. *Medical care at public expense: a study in applied welfare economics*, New York:

Prager; 1971

Priester R. A values framework for health system reform. *Health Affairs* 1992; 11(1): 84-107

Rimlinger GV. *Welfare policy and industrialization in Europe America and Russia*, New York: John Wiley & Sons, Inc.; 1971

Santerre RE, Neun SP. *Health economics: theories, insights, and industry studies*, Chicago: Irwin; 1996

Saltman RB and Dubois HFW. The historical and social base of social health insurance systems. In : Saltman RB, Busse R, Figueras J, editors. *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies Series, Berkshire: Open University Press; 2004: 21-32

Samuelson PA. The pure theory of public expenditure. *Review of Economics and Statistics*. 1954; 36(4): 387-389

Schlesinger M. On values and democratic policy making: the deceptively fragile consensus around market-oriented medical care. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2002; 27(6): 679- 699

Starr P. *The social transformation of American medicine: the rise of sovereign profession and the making of vast industry*, New York: Basic Books; 1982

Stigler GJ. The theory of economic regulation. *Bell Journal of Economics and Management Science* 1971; 2(1): 3-21

United Nations. *Universal declaration of human rights*; 1948

Veatch R. Value systems: their roles in shapping policy decisions. In : Bankowsk Z, Bryant JH editors. *Health policy, ethics and human values*. 1985; Geneva: CIOMS: 84-86

Vickers G. *The art of judgement*, London: Chapman and Hall; 1965