

건강보험의 이념과 의료정책

이규식

연세대학교 보건과학대학 보건행정학과, 한국보건행정학회 제6대 회장

Ideology of Social Health Insurance and Health Policy

Kyu Sik Lee

Department of Health Administration, Yonsei University College of Health Science, Wonju, Korea

Health care has two different facets. One is commodity and another is a right of human being. Health care as a commodity is utilized by demand approach in market. Demand is determined by economic factors such as price and income. From the last third of the 19th century until the early 1920s, priority of sickness insurance was replacing the income that workers lost as a result of illness and injury. By the 1920s, the capacity of applied biological and medical science was remarkably developed. Development of medical science stimulated the cost of medical care, and the burden of increased medical care cost required new role of medical care security system. In 1942, Beveridge report was published in United Kingdom, and health care was considered as a right of human being. In 1948, United Nations declared health care as a right in the Universal Declaration of Human Right. In most countries introduced new medical care security policy based on health care as a right. The viewing health care as a commodity must be shifted toward need based care as a right. Need were understood to rest on demographic, epidemiological, scientific, and medical knowledge factors. Bring needed care to the population could best be achieved institutionally by a hierarchy of provider organizations, guided by planning bodies, which would provide comprehensive benefits. In Korea, health care in social health insurance (SHI) is considered as a commodity not a right. However, health policies under SHI must be need approach based on health care as a right. Mismatch between health policies and ideology of SHI made big troubles. It is important to realize ideology of SHI for good health policies.

Keywords: Ideology; Social health insurance; Health policy; Right of human being; Need approach

서론: 의료의 이념과 의료정책

정책은 학자에 따라 다양하게 정의되기 때문에 이를 하나로 정의하기는 어렵다[1]. Easton [2]은 정책을 법적인 권위를 갖고 한 사회 내의 가치(values)를 구현하기 위한 정치적 행동으로 정의하고 있다. 즉 사회가 추구하는 가치는 정책수단에 의하여 구현되는 것으로 간주하고 있다. 따라서 정책이란 가치를 구현하는 의사결정과 행동의 연결망으로 구성된다고 보고 있다[1]. 정책에서 가치가 중요하다는 것은 Fox [3]도 언급하고 있다. Fox [3]는 정치는 보건의료정책이 가치(이념), 이해(interests) 그리고 질병이라는 세 가지 요소에 이끌려야 한다는 점을 알려주고 있다. 가치(이념)란 인간이나 사

회가 추구하는 것, 즉 세상이 어떻게 작동하여야 하는가에 대한 검증할 수 없는 의견으로 보고 있다. 이해란 개인이나 특정 그룹에 유리하게 작용되도록 행동하는 것을 의미한다. 질병은 사회를 구성하는 인구집단이 갖는 역학적 요인이나 사망의 특정한 형태와 관련이 된다. 결국 정책은 이념과 강하게 결부되는 특징을 갖는다고 말할 수 있다. 일본의 의료경제학자인 Niki (二木立)[4]는 좋은 정책은 실증연구에 있는 것이 아니라 좋은 가치관, 가치판단에 좌우된다고 언급하고 있다. 일본의 경우 헌법 제25조에 근거한 국민의 생존권, 국가의 사회보장 의무에 근거하여 정책을 수립한다는 점을 강조하고 있다[4].

이와 같은 언급은 의료정책의 수립에 있어서 의료를 둘러싼 이념

Correspondence to: Kyu Sik Lee
Department of Health Administration, Yonsei University College of Health Science,
1 Yeonsedae-gil, Wonju 26493, Korea
Tel: +82-2-598-5562, E-mail: 02kslee02@gmail.com
Received: July 19, 2018 / Accepted after revision: July 31, 2018

© Korean Academy of Health Policy and Management
© This is an open-access article distributed under the terms of the
Creative Commons Attribution Non-Commercial License
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use,
distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

의 중요성을 일깨워준다. 그러나 우리나라는 1989년 전 국민을 대상으로 의료보장제도를 적용한 세계적으로 몇 안 되는 국가에 속하면서도 의료보장비용에 대하여 제대로 된 이념을 정립하지 못하고 오늘에 이르러 됴에 따라 의료정책을 둘러싼 많은 혼란이 일어나고 있다. 의료보장비용에 대한 이념이 제대로 정립되지 못함에 따른 대표적인 혼란은 보장성 문제나 공공의료에 대한 정의, 의료민영화 논란 등이라 하겠다. 유럽 국가들이 우리나라보다 늦게 ‘전 국민 의료보장’을 달성하고도 보장률이 높은 것은 건강보험의료를 기본권 보장이라는 이념을 토대로 정립하여 건강보험의료를 ‘필요도 접근(need approach)’으로 제공함과 동시에 건강보험의료를 공공재로 간주함에 따라 혼합진료가 인정되지 않았기 때문이다.

우리나라는 사회보험방식의 건강보험제도를 운영하면서 건강보험의료를 ‘수요접근(demand approach)’에 따라 시장에 서비스 배분을 맡기고 건강보험의료를 ‘공공성이 강한 사적 재화’로 간주함에 따라 혼합진료가 용인되어 보장성이 높아지기 어려운 구조적 결함과 함께 영리성을 배제하기 어렵게 되었던 것이다.

우리나라 의료의 영리성을 버리고 건강보험의료의 본분을 다하고 보장성을 높이기 위해서는 건강보험의료의 이념을 제대로 정립하는 것이 선결되어야 할 과제이다.

기본권 이념의 등장과 전 국민 의료보장

의료는 원래 상품과 같이 일반적인 재화에 속하였다. 비스마르크가 질병보험을 도입할 당시의 의료서비스는 일반적인 재화에 지나지 않았던 것이다. 비스마르크 질병보험은 근로자들이 병으로 일을 하지 못할 때 임금을 보전해주기 위한 목적으로 출발하여 상병수당 중심으로 운영되었던 것이다. 비스마르크는 이와 같은 사회보험으로 근로자들의 생활을 안정시켜 독일제국을 보호하였다. 따라서 이 당시에는 의료서비스가 특별하게 간주될 필요가 없었다.

20세기로 접어들면서 의료기술이 발전함에 따라 병이 났을 때 의사를 찾으면 의사들은 다양한 종류의 의료서비스를 제공하게 됴에 따라 의료비가 점차 가계를 압박하는 요인이 되었다. 의료비 문제는 근로자만이 아니라 근로자의 가족이나 농민과 같은 자영업자들에게도 점차 부담으로 작용하게 되었다. 한편, 영국에서는 1911년에 도입된 비스마르크형의 질병보험(국민보험)에 대하여 여러 가지 불만이 제기되었으며, 1920-1930년대에는 질병보험을 근로자 가족에게도 적용해야 하며 보험급여범위도 확충하자는 여론과 함께 의료를 모든 사람에게 권리로 주어져야 한다는 이론들이 등장하였다[5].

영국에서는 국민보험에 대한 개혁을 위하여 1942년 ‘베버리지

(Beveridge) 보고서’가 발표되었다[6]. 이 보고서는 지역사회 내의 모든 시민은 지불능력에 관계없이 포괄적인 의료서비스를 받을 권리가 있다고 규정하여 의료를 기본적인 권리의 개념으로 접근하게 되었다. 베버리지 보고서에서 의료를 기본권으로 제기함에 따라 영국 정부는 국민들의 기본권 보장을 위하여 국영의료제도인 National Health Service (NHS)를 고안하게 된다. 영국은 1946년 NHS 법을 제정하고 1948년 7월에 시행에 들어가게 된다. 1948년부터 시행된 NHS는 정부 예산으로 전 국민에게 의료를 보장하였으며, 의료를 개인적 권리가 아니라 공공재로 간주하고 의료서비스 제공에 대해 집단주의 접근법을 강조하게 되었다[7].

미국은 제2차 세계대전이 끝난 후 앞으로의 세계 평화를 위하여 국제연합(United Nations, UN)을 제안하여 1946년 창설이 된다. 이어 1948년 파리에서 개최된 제3차 UN총회는 ‘세계인권선언(Universal Declaration of Human Right)’을 채택하게 된다. 세계인권선언은 의료가 인간의 기본 권리의 하나라는 사실을 국제적으로 인정하는 계기가 되어, 이후부터 의료는 국제사회에서 사회적 재화로 공식화된다[8,9]. 의료를 기본권으로 간주한 세계인권선언을 서유럽의 산업화 국가들이 받아들임으로써 정부가 전 국민들의 의료를 보장하는 방법으로 발전되어 갔다. 특히 제2차 세계대전 이후 유럽은 경제의 황금시기(golden age)를 맞이하여 각종 사회보장제도나 복지제도가 도입되기 시작하여 복지국가를 지향하던 시기였다.

의료를 기본권으로 받아들임에 따라 유럽 국가들은 모든 국민들이 소득에 구애받지 않고 의료를 이용할 수 있도록 각국의 사정에 부합하는 의료보장제도를 도입하기 시작하였다. 영국은 중앙정부 재정으로 국민의 의료를 보장하는 NHS를 실시하였으며, 스웨덴과 같은 북유럽 국가들은 지방정부의 일반재정으로 국민의 의료를 보장하는 지방공영의료제도(Regional Health Services 혹은 Local Health Service)를 택하게 되었다. 나머지 국가들은 종래의 비스마르크 질병보험을 개혁하여 건강보험(social health insurance)을 통하여 전 국민 의료보장²⁾을 하게 된다. 일본도 제2차 세계대전 이후 기본권 보장의 이념을 도입하여 건강보험제도를 재건하였다[10]. 이러한 과정을 거치면서 미국과 남아프리카공화국을 제외한 대부분의 산업화 국가들은 의료서비스를 인간의 기본적인 권리(fundamental right)로 인정하였다[11]. Barr [9]는 UN 창설을 주도한 미국이 선진국(developed countries) 가운데 의료를 사회적 재화(social good)가 아닌 시장재화로 간주하는 특이한 국가(unique)라고 지적하고 있다.

의료를 인간의 기본권으로 인식하게 된 것은 17세기 영국의 철학자 로크(John Locke)로 거슬러 올라간다. 로크는 의료(건강)를 인간의 자위적 본능(self-preservation)을 추구하기 위한 빼앗을 수 없

1) 세계인권선언은 파리에서 개최된 제3차 유엔총회에서 결의되었다. 인권선언 제22조에 사회보장권, 제25조에 의료를 필수적 서비스, 제35조에 생명권을 명기하여 의료를 기본권으로 간주하게 되었다. 인권선언 제25조의 원문을 보면 ‘Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care’라고 기술하고 있다.

2) 제2차 세계대전 이후 유럽 국가들은 근로자 가족이나 자영업자들을 건강보험에 적용하였으나, 소득 상위계층은 적용에 제외시켰다.

는 권리(*inalienable right*)로 정의하고, 사람들이 정부를 구성하는 것은 자위적 본능을 보호하기 위한 것이라고 하였다[11]. 의료가 인간의 기본권이라는 것이 정책적인 의미를 갖게 된 것은 1930년대부터 사회정책에서 등장한 사회보장(*social security*)의 개념에서 찾을 수 있다. 사회보장은 결핍으로부터의 자유(*freedom from want*)라는 사회적 목표를 제시하면서 의료를 기본적인 인권으로 선언하였다[12]. 이것이 의미하는 바는 사회는 구성원들에게 공적인 조치를 통하여 경제적이며 사회적인 불안으로부터 보호막을 제공하여야 한다는 것이다. 경제적이거나 사회적인 불안의 원인은 질병, 출산, 산업재해, 실업, 장애, 노령과 사망 등에 기인하는 소득의 감소나 중단이다. 그런데 미국은 1935년 사회보장법을 제정하면서 의료보장을 제외시켜 의료가 기본권에서 배제³⁾되었다.

의료가 기본권 개념에 의하여 국민들의 의료서비스 이용을 보장함에 따라 산업화 국가들은 전 국민 의료보장에 나서게 된다. 영국은 정부예산으로 의료보장에 나섬에 따라 손쉽게 모든 국민을 의료보장에 적용시켰으며, 지방정부 재정으로 의료를 보장한 국가들도 1950년대 대부분 전 국민을 의료보장에 적용시켰다. 그러나 사회보험방식을 택하는 국가들은 전통적으로 부유한 사람은 의료보장에서 배제시켰기 때문에 전 국민 의료보장은 우리나라보다 늦게 이루어졌다[13]. 우리나라보다 전 국민 의료보장을 먼저 달성한 국가는 1961년 일본밖에 없었다. 서유럽국가로서 전 국민 의료보장을 달성한 국가를 보면 1996년 스위스, 1998년 벨기에, 2000년 프랑스였고, 이스라엘이 1995년이었던[14]. 네덜란드는 2006년에 건강보험을 통한 전 국민 의료보장을 달성하였다. 독일은 2007-2009년 개혁을 통하여 상위 10% 소득계층은 건강보험이든 민영보험이든 선택하여 강제 가입토록 하여 겨우 전 국민 의료보장을 달성한 국가가 되었다.

의료의 특성에 대한 이해

의료가 인간의 기본권이라는 이념이 받아들여짐에 따라 미국을 제외한 산업화 국가들은 건강보험제 형태이든 공영제 형태이든 거의 전 국민 의료보장이 이루어지게 되었다. 의료보장이 됨에 따라 의료시장에서 변화가 일어났다. 먼저 의료의 소비자인 환자는 소득에 관계없이 의료이용이 보장됨에 따라 가격에 무관심하게 되었다. 의료서비스 가격이 얼마가 되었든지 간에 환자는 소액의 본인부담만 하고 거의 무상에 가깝게 의료를 이용할 수 있어 의료서비스의 배분에 시장은 제 기능을 발휘할 수 없게 되었다. 만약 의료서비스의 배분을 시장의 수요에 맡길 경우, 환자가 인식하는 가격이 제로에 가깝기 때문에 도덕적 해이(*moral hazard*)는 극심해지고, 의료재정은 무한히 소요되는 문제가 생기게 된다.

의료보장제도 아래서는 수요를 기반으로 하는 시장에 서비스 배

분을 맡길 수 없게 됨에 따라 대안적인 배분 메커니즘이 요구되었다. 수요를 대신할 수 있는 배분 기준은 필요도(*need*)가 된다. 필요도는 수요와 달리 가격에 좌우되는 것이 아니라 인구학적, 역학적, 의료기술 및 의학적, 사회경제적 요인에 의하여 결정된다. 의과대학에서 발전되고 확산되는 과학이나 기술은 필요로 하는 의료의 가용성(*capability*)을 결정하며, 인구학적 및 역학적 요인은 필요도의 배분을 결정하는 데 큰 역할을 하게 된다. 그리고 필요도는 전문가들이 결정한다. 그러나 전문가라도 개인에 따라 필요도가 달라질 수 있기 때문에 정부나 보험자가 전문가들의 의견을 참고하여 필요한 의료서비스의 제공 양을 결정하게 된다[15]. 즉 의료보장제도에서 다루어지는 의료서비스는 상품으로서의 의료와는 다른 기전에 의하여 서비스의 배분이 이루어진다.

따라서 같은 의료서비스라도 기본권이라는 이념적 토대 위에 존립하는 의료보장제도에서의 의료서비스와 수요를 토대로 시장에서 거래될 수 있는 의료서비스와는 구분이 필요하다. 이에 Melhado [15]는 상품으로서의 의료(*health care as a commodity*)와 필요도를 기반으로 하는 의료보장의료(*health care as a right*)를 구분하고 있다.

1. 상품으로서의 의료

의료보장제도가 적용되지 않은 의료는 일반적인 재화와 동일하게 시장에서 수요를 토대(*demand approach*)로 거래되기 때문에 일반 상품과 같이 다루고 있다. Melhado [15]는 상품으로서의 의료를 특별한 재화로 간주할 수 있을까라는 관점에서 공공재가 될 수 있는지 다양한 방법으로 검증을 시도하였지만 공공재의 두 가지 조건(소비의 비경합성과 비용부담의 비배제성)에 비추어 볼 때, 상품으로서의 의료서비스는 공공재 조건에 부합하지 못한다는 점을 설명하고 있다.

다만 의료의 몇 가지 특성이 완전경쟁시장을 형성하지 못하기 때문에 정부는 소비자 보호를 명분으로 의료분야에 개입을 하며, 부분적 내지 일시적으로 의료분야의 수급이 제대로 이루어지지 못할 경우 계획을 수립하기도 한다. 의료보장제도를 갖지 못한 미국의 경우, 1960-1970년대에는 의료계획이 일반화되어 필요면장(*certificate of need*)을 발급하기도 하였다. 그러나 미국의 의료에 대한 정부 개입은 의료서비스의 배분을 필요도로 한 것이 아니라 어디까지나 수요를 토대로 하고 있었다는 점을 인식할 필요가 있다.

2. 의료보장을 위한 의료

Melhado [15]는 의료에 대한 규범적 접근을 Fox [16]가 정립한 세 가지 모형을 중심으로 논리를 전개하면서 의료를 인간의 기본권 개념으로 접근할 때는 필요도를 토대로 배분해야 하며, 필요도 접근에서는 계획이 필요함을 주장하고 있다(*planning for need*).

3) 미국 사회는 사회보장제도에 의한 의료는 사회주의 의료가 된다는 관점에서 반대하게 되어 사회보장법에 의료보장은 배제된 것이다.

이미 앞에서 의료가 기본권으로 간주된 역사적 맥락을 토대로 하여 의료보장제도 아래서는 소비자에게 의료가격은 큰 의미가 없기 때문에 필요도 접근이 불가피함을 살펴보았다. 그런데 Melhado [15]는 의료를 기본권으로 간주하게 되는 이념을 역사적인 맥락에서 찾은 것이 아니라 Fox [16]의 의료에 관한 규범적인 세 가지 모형, 즉 사회갈등모형, 집단복지모형, 경제모형에서 찾고 있다.

Melhado [15]는 Fox [16]의 세 가지 모형 가운데서 사회갈등모형(social conflict model)과 집단복지모형(collective welfare model)을 구 모형으로, 경제모형을 신 모형으로 명명하고 구 모형에서는 의료를 필요도를 토대로 이용하게 된다고 하였다. 필요도는 수요와는 달리 가격과는 무관하게 전문가의 의견을 토대로 보험자나 정부가 결정한다는 것이다. 필요로 하는 의료서비스를 사람들에게 제공하기에는 공급자 조직의 위계(hierarchy)와 그와 상응하는 계획기구에 의하여 지도되는 방식을 따르는 것이 가장 효율적인 방법임을 주장하고 있다. Melhado [15]의 이러한 주장은 Fox [16]의 계층적 지역주의(hierarchical regionalism) 모형의 입장을 그대로 따른 것이다. 계층적 지역주의 모형은 의료재정은 위험분산을 위한 보험으로 조달하고 이 재정으로 포괄적 서비스(comprehensive benefits)가 제공 가능하다는 것이다. 그리고 포괄적 서비스를 효과적으로 제공하기 위한 공급자 조직의 위계적 조직화가 필요하며 공급자의 위계에 따라 필요도를 책정해야 하기 때문에 의료계획(planning)은 불가피한 요소가 된다. 기획자들은 계층적 지역주의에 따른 의료계획이 의료분야의 발전을 억제시키는 것이 아니라 의료이용을 단계적으로 하도록 유도하여 자원활용의 효율성을 높이도록 한다고 믿고 있다[15]. 의료를 권리로 필요도에 따라 이용하는 의료보장의료는 공공재가 된다.

Melhado [15]는 의료보장의료의 공공재가 된다는 점을 국방을 예로 들어 외부효과로 설명하고 있다. 국방은 모든 사람이 편익을 보지만 비용부담(세금)을 하고 있으나 여부는 따지지 않는다는 것이다. 의료서비스도 사회보험으로 할 때 편익은 누구나 똑같이 누리지만 비용부담은 의료이용에 따라 결정되지 않으니 소비에서 배제되는 사람이 없는 외부효과가 발생한다는 점을 지적하여 공공재로 간주하는 것이다. 즉 공공재의 중요한 성격의 하나인 비배제성 원칙(non-excludability in consumption)이 소비의 외부효과로 지켜진다는 점이다. 그리고 이와 같은 외부효과는 최적생산을 보장하지 못하기 때문에 정부가 개입하여 최적생산을 유도한다는 점도 지적하고 있다. 특히 주목하는 것은 사회갈등모형이나 집단복지모형은 필요도 접근을 기본으로 한다는 점이다. 필요도에 의하여 이용이 결정된다는 것은 가치관(value)과 연결되는 것으로 의료서비스의 특수성을 의미하는 것이다. 즉 필요도를 기준으로 의료를 배분하게 되면, 소득이나 가격과 같은 경제적인 요인에 의한 수요를 기준으로 시장에서 의료를 배분하는 방안의 대안이 된다는 점이다. 필요도 기준으로 할 경우는 수요가 토대가 되는 시장은 당연히 배제되는 것이다[17].

3. 필요도 설정과 혼합진료

Melhado [15]의 주장에 우리는 유의할 필요가 있다. 의료보장의료 혹은 건강보험의료의 배분을 수요를 토대로 할 수 없어 필요도를 토대로 할 경우, 필요도를 가장 효율적으로 충족시키기 위해서는 공급자 조직의 위계화와 그에 상응하는 계획기구에 의하여 지도되는 방식이 중요하다는 설명을 하고 있다. 이 말이 의미하는 바는 필요도로 서비스를 배분할 때 모든 의료기관에 동일한 보험급여 패키지를 공급할 권한을 부여할 수 없다는 의미가 된다. 즉 의료기관의 수준에 따라 제공할 수 있는 필요도(즉 보험급여 패키지)를 다르게 책정하고, 이러한 것이 계획으로 구체화되어야 한다는 것이다.

의료공급자 조직의 위계화를 하는 고전적인 방법이 Fox [16]가 주장하는 계층적 지역주의(hierarchical regionalism)에 입각한 수준별 그리고 지역별 의료기관의 배치가 된다. 이 모형에 따르면 의료기관의 수준에 따라 진료권을 설정하고 진료권의 범위에 따라 1, 2, 3차로 의료기관을 구분하게 된다. 1차는 의원급으로 동네단위, 2차는 병원급으로 기초자치단위, 3차는 종합병원급으로 광역자치단위로 하여 의료기관의 수준별로 제공 가능한 필요도를 달리 설정하여 국민들에게 필요로 하는 서비스를 배분하는 것이다. 즉 공급자 위계에서 가장 낮은 단계의 1차 의료기관에서 이용자의 필요도를 충족시킬 서비스는 매우 제한적으로 책정이 된다. 2차 의료기관은 1차에 비하여 책정되는 필요도의 범위가 넓어지고, 3차에 이르면 거의 모든 서비스가 포괄적으로 제공되도록 필요도가 책정된다. 그리고 이용자는 공급자의 위계에 따라 책정된 필요도를 진료의뢰체계(referral pathway)에 따라 이용을 하게 된다.

보험자가 의료공급자와 서비스 제공에 대하여 계약(혹은 지정)을 할 때, 각 의료기관은 해당되는 필요도만 보험급여로 공급을 할 수 있도록 강제함에 따라 비급여서비스는 애초부터 생각할 수 없게 된다. 예컨대, 1차 의료기관인 의원급에서 제공할 수 있는 필요서비스에는 초음파검사나 컴퓨터단층촬영(computed tomography, CT)과 같은 서비스를 포함시키지 않으며, 그러한 서비스는 2차나 3차 의료기관이 제공할 수 있도록 필요도를 책정하게 되면 비급여가 존재할 수 없게 된다. 환자는 1차 의료기관에서는 1차 의료에 합당한 필요서비스를 제공받고, CT나 초음파검사가 필요하면 1차 의사의 진료의뢰서를 받아 2차에서 필요한 서비스를 받을 수 있도록 하는 방법이다. 이와 같은 방법으로 하여 3차 의료기관에서는 임상적으로 완전하고 유효한 서비스를 모두 필요도로 정하여 포괄적으로 제공하게 된다면 건강보험에서 비급여서비스는 존재할 수 없다. 건강보험제도에서 비급여서비스를 제공한다는 것은 필요도 접근에서 벗어난 수요접근을 할 때 발생하는 것으로, 이와 같은 접근법은 건강보험의 기본원리와 맞지 않다. 포괄적 서비스(comprehensive service)란 임상적으로 안전성과 유효성이 입증된다면 모두 보험에서 급여로 제공하여야 한다는 의미이다[18]. 따라서 보험급여에서 포괄적 서비스가 제공된다면 혼합진료라는 용어가 의료보

장국가에서는 존재할 수 없게 된다.

우리나라는 건강보험제도를 통하여 전 국민의 의료를 보장하면서 필요도 접근이라는 개념을 정립하지 못함에 따라 수요접근을 하게 되었고, 그러다 보니 비급여라는 다른 국가에서 볼 수 없는 서비스가 존재하여 항상 보장성의 미흡이라는 문제가 제기되는 것이다. 우리나라보다도 훨씬 본인부담이 낮은 서유럽 국가들이 우리나라보다 보장성은 높은 데 반하여, 의료이용률은 우리보다 1/2 내지 1/3 수준에 불과한 것은 바로 의료서비스의 제공을 필요도에 따라 하고, 의료보장제도에서 공급할 필요도는 의료기관의 수준에 따라 설정하기 때문이다. 만약 서유럽 국가들이 의료보장제도에서 의료기관 수준에 관계없이 우리나라와 같이 거의 모든 의료기관들이 동일한 급여 패키지를 제공하고 수요접근을 하였다면, 본인부담률이 우리나라보다도 낮기 때문에 의료이용률이 우리나라보다 훨씬 높게 되어 이미 의료재정이 파탄 났을 것이다.

4. 필요도 접근과 민영의료의 허용

서유럽 국가들은 대부분의 경우 진료의뢰체계에 따라 의료를 이용하게 된다. 그러나 급하다고 생각하는 환자가 진료의뢰체계를 벗어나서 의료를 이용하는 것도 거의 대부분 국가가 허용하고 있다. 진료의뢰체계에 따라 의료를 이용할 경우(즉 필요도 접근에 순응), 소액의 본인부담금만 지불하고 의료를 이용하게 된다. 그런데 환자 입장에서 진료의뢰체계를 거치는 것이 거추장스럽다고 판단하여 바로 3차 의료기관을 찾을 경우에는 의료비 전액을 환자 본인에게 부담시키거나 다른 패널티를 적용하게 된다. 진료비 전액을 본인이 일시에 부담하기에는 어려움이 있어 민영보험에 가입하게 되는데, 이와 같이 진료의뢰체계를 벗어나는 의료이용에 따른 진료비를 보상하는 보험이 추가형 보험(supplementary insurance)⁴⁾이 된다.

다른 한 가지는 민영의료의 허용이다. 의료보장 혹은 건강보험에서 필요도에 따라 제공하는 의료는 최소수준(national minimum)의 원칙을 지키게 된다. 최소수준의 원칙이란 국민들이 부담할 수 있는 수준의 의료로 고급화된 의료는 제외된다. 예컨대 병실의 경우 기준병실을 4인실로 하거나 2인실로 정하고 있다. 그런데 부유한 계층들이 기준병실보다는 특실과 같은 고급화된 병실(amenity)을 원할 경우, 진료비 전액을 이용자에게 부담시키도록 한다. 이러한 병실을 자비부담병상(pay bed)이라 부른다. 그렇게 하지 않으면 아예 영리병원을 허용하여 건강보험과 무관하게 고액의 진료비를 받도록 허용하고 있다. 이러한 자비부담병상이나 영리병원을 이용할 경우, 민영의료로 되며 민영의료를 이용하는데 따른 비용을 부담하는 민영보험은 추가형 보험이 된다. 민영의료의 허용 여부는 국가에 따라 다른데, 영국이나 독일과 같이 대부분의 서유럽 국가들은 민영의료를 허용하지만 네덜란드는 허용하지 않고 있다.

의료를 기본권으로 간주하고 필요도 접근을 통하여 서비스를 배분하는 국가에서 민영의료의 허용은 그렇게 중요한 이슈가 되지 못한다. 우리나라는 건강보험의료에 관하여 이념이 제대로 정립되지 못하여 수요접근에 의존함에 따라 민영 영리병원을 허용한다면 건강보험이 붕괴되는 것처럼 유난을 떨고 있다. 그러나 의료보장의 의료이념이 확고하게 정립되고 필요도 접근에 의하여 서비스가 제공된다면, 부유한 계층이 영리병원을 이용하는 것은 건강보험과 무관하기 때문에 아무런 문제가 되지 못한다. 이렇게 될 때 의료산업화 논의도 가능해진다.

5. 건강보험 의료시장의 특성과 구매기능

이제 건강보험제도에서 의료서비스의 배분은 필요도 접근을 해야 함을 이해하였다. 즉 건강보험제도하에서 환자(보험의 적용자)는 의료서비스에 대한 가격을 인지하기 어렵기 때문에 구매자가 될 수 없고, 구매자는 보험자가 된다. 따라서 건강보험 의료시장은 구매자인 보험자와 공급자인 의료기관으로 형성된다. 따라서 보험 의료서비스의 가격은 구매자인 보험자와 공급자인 의료기관으로서 매우 중요하다.

구매자인 보험자는 의료서비스의 가격이 높아지면 보험재정 운영에 어려움이 생기고 공급자인 의료기관은 가격이 낮아지면 의료기관 경영에 어려움을 겪게 된다. 만약 가격이 너무 낮아지면 공급자는 의료의 질(환자 안전 포함)을 떨어뜨리게 된다. 의료 질이 떨어지면 이용자(보험 적용자)인 환자들이 불만을 제기하기 때문에 구매자와 공급자가 협상을 통하여 적절한 가격을 설정하는 것이 중요하다.

구매자와 공급자로 시장이 형성되어 의료서비스가 거래될 경우 이용자인 환자는 자칫 도외시되기 쉬워진다. 의료서비스 거래과정에 의료이용자의 의견을 듣기 위해서는 의료체계의 반응성이 중요해진다. 의료이용자의 의견은 구매자를 통하여 반영될 수밖에 없다. 의료이용자의 의견이 구매자에게 반영되기 위해서는 이용자(보험 적용자)에게 구매자를 선택할 수 있는 권리를 부여할 때 합리적으로 반영이 가능해진다. 의료이용자가 구매자를 선택할 수 있을 때 구매자는 더 많은 이용자를 확보하기 위해서는 공급자와 경쟁이라는 시장원리를 활용하여 공급자를 원하는 방향으로 끌고 가게 된다. 구매자가 의료이용자(보험 적용자)의 반응성을 생각하여 공급자와 계약을 통하여 원하는 방향으로 끌고 가는 것을 구매자의 전략적인 기능이라고 한다. 구매자와 공급자의 수가협상에 소비자를 참여시키는 것이 중요한 것이 아니라 소비자인 건강보험 적용자에게 구매자를 선택할 권리를 부여하는 제도의 개혁이 중요하다.

4) 건강보험에서 본인부담액을 충당하거나 건강보험이 허용하는 특정서비스(일종의 비급여로 매우 제한적인 성형수술이나 치과보철 등)의 비용 충당을 위한 민영보험은 보완형 보험(complementary insurance)이라 한다.

의료의 이념과 공공의료

1. 의료보장 의료와 공공재

의료보장을 위한 의료는 수요라는 시장접근은 배제하게 되며, 필요도 접근이라는 배급방식에 의하여 서비스가 배분됨을 설명하였다. 의료보장을 위한 의료는 공공재가 된다는 사실은 이미 Klein [7]이나 Melhado [15]에 의하여 설명되었다. 그 외에도 많은 학자들이 의료보장제도에 의하여 제공되는 의료는 공공재로 간주⁵⁾하고 있다[19].

그런데 유의할 점은 의료는 인간의 기본권이라는 규범적 판단에 따라 공공재가 되기 때문에 의료보장 의료는 규범적 공공재가 된다고 하겠다. 의료는 실증적 차원에서 공공재의 원칙에 부합하지 못한다는 것은 모든 경제학 교과서에서 언급하는 내용이다. 즉 공공재가 되는 조건은 소비가 비경합적(non-rival in consumption)이어야 하고, 비용부담을 못하는 사람을 배제할 수 없어야(nonexcludability)한다는 원칙이다. 그런데 의료는 기본권 개념으로 접근하게 되면 비용부담에 관계없이 모든 사람에게 의료는 권리로 보장되어야 하며[20,21], 의료는 시장의 수요를 토대로 서비스가 제공되는 것이 아니라 필요도(needs)를 토대로 제공되어야 하기 때문에 소비의 경합성을 따질 수 없어진다. 따라서 의료는 기본권으로 접근하는 규범적 세계에서는 의료는 공공재 내지는 준 공공재(quasi public good)로 정의할 수 있다[20].

2. 공공의료의 정의

의료보장을 위한 의료는 공공재가 된다면 공공의료를 별도로 정의할 필요가 없어진다. 의료보장제도를 도입한 국가들은 우리나라처럼 공공의료를 별도로 정의하지 않는다. 왜냐하면 의료보장제도의 도입 이념을 국민의 기본권 보장에 두고, 의료보장 의료 혹은 건강보험의료를 공공재로 간주하기 때문이다[22]. 우리나라는 의료보장제도를 도입하였음에도 불구하고 기본권 이념이 없었기 때문에 건강보험의료를 공공재로 간주하지 않고 ‘공공성이 강한 사회적 재화’로 간주하였다. 건강보험의료를 사회적 재화로 간주하였기 때문에 공공의료를 별도로 정하는 우를 범하였다. 우리나라가 건강보험에 관한 많은 제도를 벤치마킹하는 일본에서도 공공의료라는 용어를 찾아볼 수 없다.

근래 세계보건기구(World Health Organization, WHO)가 발간한 문헌에서 공공의료를 의미하는 용어로는 ‘publicly funded health care’를 찾을 수 있다[18]. 그리고 영국은 NHS 홈페이지를 통하여 자국의 제도를 소개하면서 세계에서 규모가 가장 큰 ‘publicly funded health care’라고 부르고 있다. 영어권에서는 공공의료

를 ‘publicly funded health (or medical) care’로 표현하여 공적 재정으로 공급되는 의료는 공공의료로 정의하고 있다[22].

Le Grand [23]는 World Bank가 발간한 “Private participation in health services”라는 책의 서문에서 공공의료를 ‘public funded services such as health care’라고 부르면서 public money로 공급되는 서비스로 정의하고 있다. 한편, 공공의료라는 용어를 간략하게 줄여 funded라는 단어를 생략한 채 ‘public health care’라고 사용하는 문헌들도 다수 등장하고 있다. 1980년 미국의 Institute for Contemporary Studies가 발간한 “New directions in public health care”라는 책은 제목에 ‘public health care’라는 용어를 공공의료로 사용하고, 공공의료의 정의를 Medicare나 Medicaid와 같은 의료보장제도에서 제공하는 의료로 규정하고 있다[24]. 같은 책에서 Phelps [24]는 공공의료를 ‘public sector medicine’이라는 용어로 사용하고 있다. 그리고 Schenone [21]은 의료는 공공재(public goods)로 정의하는 가운데 공공의료를 ‘public health care’라는 용어로 사용하고 있다. 용어를 public health care로 사용하든 public sector medicine으로 사용하든 공공의료의 속성은 WHO나 영국 NHS에서 이야기하는 publicly funded health (or medical) care로 공공재정으로 생산되는 의료의 의미를 의미한다는 데 유의하여야 한다[22].

3. 공공보건 의료에 관한 법률의 모순

우리나라는 전 국민 의료보장을 달성한 1989년에 보건사회부가 펴낸 “보건사회”(현재의 보건복지백서)를 보면 다음과 같이 기술하고 있다. ‘... 저소득층의 부담을 덜어주고 복지혜택을 끌고루 나눈다는 뜻에서 여러 가지 재정상 어려움을 무릅쓰고...’라고 하여 전 국민 의료보장이 국민의 기본권을 보장하게 되었다는 설명은 전혀 없고, 시혜적 차원의 복지혜택이라는 기술만 하고 있다.

의료보장 의료 혹은 건강보험 의료에 관한 이념을 시혜적 차원으로 설정하다 보니 의료보장 의료마저도 공공재라는 시각이 아니라 ‘공공성이 강한 사회적 재화’로 간주하게 되었다. 건강보험 의료의 성격을 잘못 정의하다 보니 의료의 영리적 행태가 문제시되었고, 이를 시정하기 위하여 공공의료를 따로 정의할 필요가 있어 2000년에 ‘공공보건 의료에 관한 법률’을 제정하여 공공보건 의료기관이 생산한 의료만 공공의료로 간주하였다. 그러나 2000년의 정의에 대하여 많은 비판이 제기되자 2012년 2월에 ‘공공보건 의료에 관한 법률’을 개정하기에 이르렀다.

개정된 ‘공공보건 의료에 관한 법률’ 제2조 1호에는 공공의료에 관한 정의를 올바르게 하고 있다. 즉, ‘공공보건 의료’란 국가, 지방자치단체 및 보건 의료기관이 지역·계층·분야에 관계없이 국민의 보편적인 의료이용을 보장(건강보험의료를 의미)하고 건강을 보호·

5) 의료보장제도에서 의료는 공공재라는 것은 기본권으로 제공한다는 규범적 판단에 의한 것이기 때문에 반론은 의미가 없다. 필자도 의료보장에서 제공되지 않는 의료는 일반 상품과 동일한 것으로 간주하여 공공재로 간주하지 않는다. 이점은 Melhado 역시 분명히 하고 있다. 필자는 그래서 건강보험의료는 규범적 공공재로 명명하기도 하였다[19].

증진하는 모든 활동으로 규정하고 있다. 이 규정에 따르면 공공의료는 분명 건강보험의료이다. 공공의료는 건강보험의료가 되면 더는 공공의료에 관한 법률이 필요가 없고, 건강보험정책이 바로 공공의료정책이 된다. 그런데 법률을 개정하면서도 건강보험의료에 관한 이념을 정립하지 못함에 따라 법률 제2조의 3호 및 4호를 제정하여 1호의 정의를 쓸모없게 만들었다. 즉, 법률 제2조 3호 및 4호가 공공의료를 공공의료기관이 생산하는 의료로 간주하여 개정 전과 같도록 만들어 법률 제2조 1호의 정의와 배치되는 모순을 보여주고 있다.

이와 같은 ‘공공보건의료에 관한 법률’의 모순으로 정부로부터의 혜택은 공공의료기관에만 주어지고, 규제는 모든 의료기관에 동일하게 적용하여 차별화의 문제가 발생하고 있다. 그리고 공공의료를 잘못 해석하기 때문에 건강보험의료를 ‘공공성이 강한 사적 재화’로 여전히 간주하게 되어 민간의료기관을 관리하는 데 많은 문제가 제기되고 있다. 즉 정부는 의료정책을 수행하면서 공공성에 방점을 두고 있지만 의료공급자는 사적 재화에 방점을 두고 있어 의료계획이나 정부의 규제가 설 자리가 없어지고 있다.

4. 공공의료 정의의 중요성

민간의료기관이 생산하는 의료라 하더라도 건강보험법에 의거하여 생산하는 의료를 공공의료에 포함시켜야 정부는 의료기관의 영리화를 배제할 수 있다[25]. 일부 전문가들은 공공의료기관을 많이 만들면 의료의 영리화를 배제할 수 있는 것처럼 주장하지만 민간의료기관이 영리를 중심으로 운영하게 되면 공공의료기관도 영리위주로 운영할 수밖에 없다. 민간의료기관이 비급여서비스를 제공하여 영리적인 수익을 높여 의사나 다른 인력의 보수를 높일 때 경쟁적인 공공의료기관도 영리적 운영을 통하여 수익을 높여야 의사를 위시한 인력의 유출을 방지하여 보수를 높일 수 있기 때문에 공공병원의 건립이 대안이 될 수 없다.

의료기관의 영리적인 운영의 방지뿐만 아니라 의료보장제도를 필요도 접근으로 운영하기 위해서는 민간의료기관도 건강보험의료를 생산하면 공공의료 생산자로 간주하여야 정부도 합리적인 정책을 수립·집행할 수 있을 것이다. 특히 건강보험의료가 공공의료로 되어야 필요도 접근에 의하여 민간의료기관도 계획에 포함시킬 수 있을 것이다. 앞에서 언급한 바와 같이 수요접근에 의할 경우 늘어나는 의료이용을 막을 수가 없을 것이다. 의료서비스 가격이 환자에게는 제 기능을 발휘하지 못하는 한 필요도 접근이 불가피하며 필요도 접근에는 공공의료기관은 물론 민간의료기관도 포함된다. 민간의료기관이 생산하는 의료도 필요도의 대상이 되어 서비스 배분이 보험자나 정부의 힘에 의하여 이루어져야 하는 형편에 민간의료기관이 생산하는 의료를 공공의료에서 배제시킨다면 필요도 접근이 불가능하며, 이렇게 된다면 건강보험제도를 제대로 운영할 수 없는 문제가 발생한다.

결론

건강보험의료의 이념을 제대로 정립하지 못한다면 건강보험의 보장성은 결코 제고시킬 수 없다. 왜냐하면 건강보험의료를 수요접근으로 하는 한 비급여는 끊임없이 개발될 것이다. 특히 우리나라는 의료법에 비급여 제공이 가능하도록 규정되어 있다. 수요는 소비자가 지불하기를 원하는 가격에서 구매하고자 하는 서비스의 양이기 때문에 수요접근을 하는 한 비급여는 근절될 수 없다.

그리고 비급여가 존재하는 한 의료기관은 영리적 운영태를 벗어날 수 없다. 혹자는 공공병원을 확충하여 의료기관의 영리화에서 벗어날 수 있다고 하지만, 비급여가 존재하는 한 이것은 불가능하다. 공공병원이 경쟁우위 확보를 위하여 영리적 행태를 보이는 것이 오늘의 현실이다.

건강보험 의료시장의 행태를 면밀히 관찰할 때 수요접근으로서 는 오늘의 문제를 해결할 수 없음을 직시하고, 모든 의료보장 국가들이 취하고 있는 필요도 접근으로 나아가야 한다. 그러기 위해서는 의료를 ‘공공성이 강한 사적 재화’로 간주해서는 올바른 의료정책을 전개할 수 없다. 건강보험의료의 이념을 국민의 기본권 보장으로 정립하고 건강보험의료는 공공재라는 개념 위에서 공공의료에 대한 개념부터 정립하고, 필요도 접근을 위하여 의료계획이 수립되어야 하는 점을 널리 인식하여야 한다.

건강보험의료가 공공의료로 됨을 널리 알리고, 의료정책도 거기에 합당하게 수립한다면 의료제도 순응할 수 있을 것이다. 공공의료를 생산하는 의사인력의 훈련비를 건강보험에서 부담하고 민간의료기관도 공공의료 생산자로서 인정하는 등으로 정책을 수립한다면 민간의료기관도 순응할 수 있을 것이다. 건강보험의료가 도입되면 환자가 의료의 구매자가 되는 것이 아니라 보험자가 구매자가 되고 환자는 이용자에 불과하게 된다. 그리고 보험자는 의료서비스를 수요에 따라 공급하는 것이 아니라 필요도에 따라 배분하는 것이다. 이와 같은 건강보험 의료시장의 특성을 제대로 이해하게 되면 의료정책의 틀도 달라져야 함을 명심할 필요가 있다.

ORCID

Kyu Sik Lee (emeritus professor): <https://orcid.org/0000-0002-8620-5511>

REFERENCES

1. Ham C. Health policy in Britain. 2nd ed. London: Macmillan; 1985.
2. Easton D. Political system. New York (NY): Knopf; 1953.
3. Fox DM. Health policy and the politics of research in the United States. *J Health Polit Policy Law* 1990;15(3):481-499.
4. Niki R. Perspective and method of analysis and prediction of my medical

- policy: from the special lecture of the 57th Annual Meeting of the Japanese Society of Medical Congress. *Health Econ Policy Newsl* [Internet]. 2016 [cited 2016 Oct 5];146:18-23. Available from: <http://www.inhcc.org/jp/research/news/niki/20160901-niki-no146.html>.
5. Goodman JC. *National health care in Great Britain: lesson for the USA*. Dallas (TX): Fisher Institute Publication; 1980.
 6. Beveridge WH. *Social insurance and allied services*. New York (NY): Macmillan; 1942.
 7. Klein R. *The new politics of the national health service*. 3rd ed. London: Longman; 1995.
 8. Blendon RJ, Benson JM, DesRoches CM. Americans' views of the uninsured: an era for hybrid proposals. *Health Aff (Millwood)* 2003;Suppl Web Exclusives:W3-405-414. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.w3.405>.
 9. Barr DB. *Introduction to U.S. health policy: the organization, financing, and delivery of health care in America*. Baltimore (MD): The Johns Hopkins University Press; 2007.
 10. Ministry of Health, Labour and Welfare. *Welfare white paper: Haysei 8*. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare; 1996.
 11. Patel K, Rushefsky ME. *Health care politics and policy in America*. Armonk (NY): M.E. Sharpe Inc.; 1995.
 12. Ron A, Abel-Smith B, Tamburi G. *Health insurance in developing countries: the social security approach*. Geneva: International Labour Office; 1990.
 13. Lee KS. *Medical security: theory and world trends*. Seoul: Gyechuk Munwhasa; 2016.
 14. Saltman RB, Dubois HF. 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*. Berkshire: Open University Press; 2004. pp. 21-32.
 15. Melhado EM. Economists, public provision, and the market: changing values in policy debate. *J Health Polit Policy Law* 1998;23(2):215-263. DOI: <https://doi.org/10.1215/03616878-23-2-215>.
 16. Fox DM. *Health policies, health politics: the British and American experience, 1911-1965*. Princeton (NJ): Princeton University Press; 1986.
 17. Lee KS. *Healthcare policy*. 2nd ed. Seoul: Gyechuk Munwhasa; 2018.
 18. Ettelt S, McKee M, Nolte E, Mays N, Thomson S. Planning health care capacity: whose responsibility? In: Rechel B, Wright S, Edwards N, Dowdeswell B, McKee M, editors. *Investing in hospitals of the future*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2009. pp. 47-66.
 19. Lee KS. Ideology and reality in health policy. *Health Policy Manag* 2007;17(3):106-128. DOI: <https://doi.org/10.4332/kjhpa.2007.17.3.106>.
 20. Karsten SG. Health care: private good vs. public good. *Am J Econ Sociol* 1995;54(2):129-144. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1536-7150.1995.tb02684.x>.
 21. Schenone K. *Health care a public or private good?: MGMT 7730: economics and institutions*. Troy (NY): Rensselaer Polytechnic Institute; 2012.
 22. Lee KS. Definition of public health care and its policy directions. *Public Health Aff* 2017;1(1):79-97. DOI: <https://doi.org/10.29339/pha.1.1.79>.
 23. Le Grand F. Foreword. In: Harding A, Preker AS, editors. *Private participation in health services*. Washington (DC): The World Bank; 2003. pp. ix-xi.
 24. Phelps CE. Public sector medicine: history and analysis. In: Lindsay CM, editor. *New directions in public health care: a prescription for the 1980's*. 3rd ed. San Francisco (CA): Institute for Contemporary Studies; 1980. pp. 129-166.
 25. Lee KS. Social health insurance and commercial behavior in medical care: issue paper 36. Seoul: Korea Institute for Health and Welfare Policy; 2018.