보 건 행 정 학 회 지 : 제 2 권 제 2 호
Korean J. of Health Policy & Administration
Vol.2, No.2, 33-56, December 1992

중앙-지방 정부간 보건행정기능 및 재원의 효율적 배분방안

서울대학교 보건대학원
양 봉 민

인제대학교 사회과학대학 보건행정학과
김 진 현

〈Abstract〉

Optimal Distribution of Public Health Administration between Local and Central Government

Jin-Hyun Kim
Department of Public Health Administration, College of Social Science, Inje University

Bong-Min Yang
School of Public Health, Seoul National University

The objectives of this research are (i) to review the functional and financial distribution of public health adminstration between central and local governments, (ii) to find out, based on economic criteria, optimal distribution required to fullfil local need for public health, and finally, (iii) to suggest policy implications in health area in face of the newly arising local autonomy system in Korea.

Judging from data on government expenditures and tax revenues, public health administration in Korea is highly concentrated into central government, both functionally and financially. High dependency of public health on central government has often been critisized that local residents can not participate in the decision making process for local health problems.

This study, however, shows that localization of public health administration does not necessarily result in efficient and equitable allocation of resource to satisfy local demand for public health. From this point of view, two economic criteria are suggested, i.e. external effect and economies of scale, as distributive criteria of roles in public health administration between local and central government. In addition, superiority of central concentration of public health administration to localization is emphasized in that public health in a wide sense contains the nature of public good and is part of compulsory social security system. As a consequence, planned intervention by government is desirable.

Key Words : public health administration, local autonomy, localization.

Ⅰ. 서 론

현대 국가가 지닌 두드러진 특징 중의 하나는 통치 구조상에 있어서 행정권의 확대와 행정 기능의 상대적 우위 현상이다. 그러나 우리는 행정국가로부터 한 단계 더 들어간 복지국가의 실현을 추구한다. 이는 행정의 목표가 궁극적으로는 복지의 실현에 있기 때문이다. 따라서 행정권의 확대에도 불구하고 사회 구조의 변화 추세는 중앙으로만 집중된 행정 기능을 균점화라는 전국적 차원에서, 소위 지역 주민들의 생생한 삶의 현장에서 지역적 요구에 직접 대응할 수 있도록 필요한 행정권을 지방정부로 가능한 배분, 조정해야 한다는 강력한 논의에 직면하지 않을 수 없게 만들었다. 이른바 국가와 지방 자치 단체, 그리고 지방 자치 단체간에 있어서 정책 결정(공공 선택)과 행정 기능, 그리고 소요 재원을 어떻게 배분하여야 할 것인가에 관한 문제인 것이다.

더욱이 1990년대에 들어 우리나라에서 특히 강조되고 있는, 기본권으로서의 국민 건강권의 대두는 지방자치제와 더불어 주민 자치와 지역 사회 보건이 함께 만나는 매우 어려운 문제를 제기하고 있다. 예컨대 지역의 의료보호 대상자 관리를 위하여 국가와 지방 자치 단체간에 어떠한 역할을 어떠한 방법에 의하여 합리적이고 효율적으로 배분해야 하는가의 문제는 이러한 문제의 대표적인 경우라고 말할 수 있다. 사실상 여기에는 매우 복잡한 정치적, 경제적, 사회적, 문화적 요인들이 얽혀있기 때문에 어떤 하나의 제도나 방법으로 문제를 해결할 수는 없는 것이다.

그러나 현재의 상황을 거시적으로 파악한다면 여기에 작용하는 변수들을 몇 가지로 나누어 살펴볼 수 있으며 經濟的 變數도 그 중의 하나이다. 保健立國이라는 과업을 효율적으로 추진하기 위한 역할과 제도를 소위 '보건행정'이라고 할 때, 이의 효과적인 수행을 위해서는 정책의 입안과 재원의 확보는 물론, 자원 배분에 관련된 보건 사업의 내용과 우선 순위의 결정과 같은 주요 변수에 대한 정책적 기준이 먼저 충분히 고려되어야 한다.

분권적인 공공 선택에 수반되는 후생상의 이익이나 보건의료 서비스의 외부성, 지역 내지 기능에 기초를 둔 정부의 조직 구조가 갖는 이익은 모두 다단계 정부간에 있어서 기능과 책임을 적절히 배분하는 기준으로 삼을 수 있다. 그러나 각국의 중앙정부와 지방정부, 그리고 지방정부간의 관계는 경제 및 사회적 환경 변화에 대한 장기간에 걸친 정치적 수용 과정의 소산이라고 할 수 있고, 기존의 정부간 기능 배분이 정착되는 과정에서는 전통과 타성, 그리고 우연적인 요인까지도 크게 작용하였다고 볼 수 있다. 그런 점에서 다단계 정부간에 보건 행정 기능과 책임을 적절히 배분하는 데 있어서는 경제적 고려가 매우 중요하긴 하지만 이를 지나치게 강조하다 보면 오히려 큰 오류를 범하게 될 우려가 있다. 이는 정치적, 사회적 현실이, 경제적으로 볼 때 어떠한 의미에 있어서도 최적인 규모라고 할 수 없는, 전통적인 규모의 정부기관으로 하여금 많은 기능을 수행하도록 요구하고 있기 때문이다.

그럼에도 불구하고 경제적 접근 방법은 정부간 보건 행정 및 재정 기능의 적절한 배분에 대하여 매우 유용한 지침을 제시하여 준다. 이것은 행정 기능의 배분이란 것도 사실상 세출 예산의 배분에 관한 것이고 결국에 가서는 재원 배분의 문제로 귀착되므로, 세출과 재원에 대한 경제적 고려가 현실적 정책 수립 단계에서 중요한 것이기 때문이다.

지방자치제의 실시와 관련한 보건 행정 기능 및 재원의 배분 문제에 대하여는 아직 본격적인 논의가 이루어지지 않고 있으며, 다만 행정 조직 체계에 관한 일부의 논의가 있을 뿐이다 (오석홍, 1989 ; 정건작, 1990).

본고에서는 이와 같은 문제 인식 하에, 우선 Ⅱ장에서 우리 나라의 중앙 정부와 지방 정부간에 보건 행정 및 재정 기능이 어떻게 배분되고 있는가를 개괄한 다음, Ⅲ장에서는 지방 정부의 역할이 강조되는 지방자치제 하에서 이들 기능이 다시 조정 배분 될 때 배분의 기준으로 무엇이 고려되어야 하는가를 살펴본다. Ⅳ장에서는 보건 행정 기능의 배분에 상응하는 재원의 효율적 배분 방향 및 행정 기능과 연계한 정책 대안을 하나의 모형으로서 제시한다. 마지막으로 Ⅴ장에서는 연구 결과의 요약 및 결론을 내린다.

Ⅱ. 보건 행정 기능 및 재원의 배분 현황

1. 제도적 측면

1) 중앙-지방 정부간 보건 행정 기능의 배분

우리 나라는 중앙 행정 기관이 관장할 사무를 정부조직법에서 기관별로 규정하고, 지방자치단체의 사무에 대하여는 지방자치법에서 지방자치단체의 행정 기구가 분담할 사무를 규정하고 있으나 국가 사무와 지방 사무의 구분이 명확하게 劃定되어 있지는 않다. 다만 지방자치법 제3조와 제102조의 규정에 의하여 지방자치단체의 고유 사무와 단체 위임 사무, 기관 위임 사무가 구분되고 있다. 즉, 道나 市, 郡 등에서 처리하고 있는 사무는 그 법률상의 성질에 따라 지방자치단체가 자기의 의사와 부담하에 처리하는 고유 사무, 지방자치단체가 국가 또는 상급 자치단체의 사무를 위임받아서 처리하는 단체 위임 사무, 국가의 사무를 지방자치단체의 長 또는 기타 집행 기관이 위임받아서 처리하는 기관 위임 사무 등 세 가지로 구분할 수 있다(손재식, 1988).

고유 사무의 구체적인 예로서는 청결, 소독, 오물 처리, 미화에 관한 사무, 병원의 설치 및 관리, 공중 목욕탕의 관리, 공중 화장실의 관리, 도축장의 관리, 간이 상수도 사업, 지방 보건직 공무원의 인사 사무, 지방자치단체의 보건 행정 기구에 관한 사무 등을 들 수 있다. 단체 위임 사무의 구체적 예로서는 예방 접종에 관한 사무(전염병 예방법), 전염 병원 및 격리 병사에 관한 사무, 쥐와 곤충의 구제 사무, 보건소의 운영(보건소법) 등을 들 수 있다. 지방 정부의 보건

<표 2-1> 지방 정부에 대한 보건 행정 기능의 배분

	고 유 사 무	단체위임사무	기관위임사무
사무의 종류	오물처리, 청소사업, 병원의 설치 및 관리, 공중 목욕탕의 관리, 도축장의 관리, 간이 상수도 사업	예방접종, 전염병원, 격리병사, 생활보호, 구충구서 관리, 보건소의 운영	보건통계, 의료보호, 지역 의료보험의 관리 운용
경비 부담	지방자치단체	중앙-지방 공동 부담	중앙정부

행정 기능 중 기관 위임 사무에 해당하는 것은 전국민의료보험과 관련한 업무 처리, 의료보호 환자에 관한 사무, 보건 통계 업무 등이 있다.

이상과 같은 지방 정부의 보건 행정 기능 배분 현황을 제도적인 측면에서 요약하면 <표 2-1>과 같다(김유곤, 권성태, 1990).

2) 중앙-지방 정부간 보건 재원의 배분

한편 지방자치단체는 그 자치 사업 수행에 필요한 경비 그리고 위임된 사무로서 부담된 경비를 지출할 의무를 지게 되지만 자치상 필요한 경비를 주민에게 조세로써 부과할 수 있으며 그 조세의 종목과 세율은 법률로써 정하도록 되어 있다.

국가가 부담할 경비의 종목과 그 부담 비율은 대통령령으로 정하기로 되어 있으나 아직도 경비의 부담 비율이 규정되지 않고 있다. 그 밖에 국가는 정책상 필요하다고 인정될 때 또는 지방자치단체의 재정 사정상 특히 필요하다고 인정될 때에는 예산의 범위안에서 지방자치단체에 보조금을 교부할 수 있으나 국가 보조 중에는 지방자치단체의 부담을 반드시 수반하는 보조도 있다. 또 지방 재정 조정을 위하여 내국세 세액의 13.3%에 상당한 액을 지방 교부세로서 지방자치단체에 교부하고 있으나 지방자치단체가 법령의 규정에 위배하여 과다한 경비를 지출하였거나 확보하여야 할 수입의 징수를 태만히 하였을 때에는 국가가 당해 지방자치단체에 교부할 지방 교부세의 전액을 감액하거나 이미 교부한 지방 교부세의 일부의 반환을 명할 수 있게 되어 있다(지방재정법 제23조). 비록 보건 재정에 속한 사항이라고 할지라도 이것은 내무부 장관의 관할을 받게 되어 있다.

이상과 같이 우리 나라의 중앙-지방 정부간 보건 재정 기능의 배분을 제도면에서 보면 지방자치단체의 효율적 운영을 위하여 자치 재정이 용인되고 있으나 지방 세출과 지방 세입은 모두 중앙 정부의 폭넓은 통제를 받고 있다는 것을 알 수 있다.

2. 경제적 측면

1) 중앙-지방 정부간 보건 행정 기능의 배분

위에서 우리는 중앙 정부와 지방 정부간에 보건 행정 및 재정 기능이 어떻게 배분되어 있는가를 제도적인 분류 체계를 통해 살펴보았다. 그러면 이제 실제로 이같은 기능 배분이 얼마만큼 이루어지고 있는가를 양적인 지표를 통해서 알아 보도록 하자.

중앙 정부나 지방 정부 모두 보건 행정 기능의 수행은 재정 지출에 의하여 뒷받침되기 때문에 정부간 보건 행정 기능의 배분 현황은 국가와 지방자치단체간의 세출을 통하여 정확히 파

악할 수 있다. 1980년대 이후 중앙 정부와 지방 정부의 보건 부문 세출 예산 자료에 의하면, 과거 10여년간 중앙 정부와 지방 정부간의 세출 기능의 배분비는 평균적으로 7:3의 수준을 유지해 오고 있다. 이와 같은 배분 비율은 다른 행정 부문에서의 배분 비율과 비교해 볼 때, 중앙 정부에 의한 세출 기능의 집중도가 보건 행정 부문에서 상대적으로 높다는 것을 보여주고 있다.

<표 2-2> 중앙-지방 정부간 보건 부문 세출 기능의 배분

(단위: 10억원)

연 도	총보건재정	중 앙 정 부	지 방 정 부
1980	769.4	516.2 (67.1%)	253.2 (32.9%)
1982	1,481.9	1,132.1 (76.4%)	349.8 (23.6%)
1984	1,258.0	842.9 (67.0%)	415.1 (33.0%)
1986	1,814.7	1,200.1 (66.1%)	614.6 (33.9%)
1988	2,878.3	1,936.7 (67.3%)	941.6 (32.7%)
1990	4,922.6	3,421.2 (69.5%)	1,501.4 (30.5%)

자료 : 한국은행, 경제통계연보, 1991.
경제기획원, 예산개요, 1991.

<표 2-3> 중앙-지방 정부간의 기능 배분 비율

구 분	중 앙 정 부	지 방 정 부
일 반 공 공 행 정	48%	52%
국 방	99%	1%
교 육	50%	50%
보건, 사회보장 및 복지	70%	30%
주택 및 지역사회 개발	48%	52%
경 제 사 업	52%	48%
기 타	89%	11%
평 균	64%	36%

자료 : 한국은행, 경제통계연보, 1991.

반면 일반 공공 행정의 경우는 중앙-지방간의 배분비가 약 50:50으로서 비교적 균등한 배분을 보이고 있으며, 교육, 주택 및 지역 사회 개발, 경제 사업 등의 부문에서도 이와 비슷한 양상을 나타내고 있다. 보건 부문의 중앙 집중도가 이렇게 높은 것은 주로 사회 보장 및 복지 관계 지출에서 중앙 정부에 대한 의존도가 큰 데 기인한다. 물론 <표 2-3>의 지방정부 세출 예산에는 중앙정부에 의한 移轉分(교부금과 보조금)이 포함되어 있으며, 만약 교부금과 보조금을 제외한 순수한 지방 세출만을 고려한다면 지방 정부의 세출 기능은 더욱 적게 평가된다. 특히 보건 부문은 국고 보조금의 규모가 여타 부문에 비해 현저히 크므로, 이를 제외한 지방 보건 행정의 세출 기능을 타부문과 비교해 볼 때, 중앙-지방 정부간의 보건 행정 기능의 배분 문제는 더욱 심각해 진다.

한편 중앙정부의 보건 재정 지출(1989년도 당초 예산)을 기능별로 분류하여 보면, <표 2-4>에 제시된 바와 같이 구호 및 사회 사업에 54.1%, 병원 및 보건소 사업에 15.5%, 사회 보장 행정에 11.9, 보건 행정에 2.4%를 각각 배분하고 있다. 가장 큰 부분을 점하고 있는 구호 및 사회사업에는 의료보험, 노인복지, 의료보호, 부랑아 선도, 무능력자 유가족 구호사업 등이 포함되어 있다. 전국민의료보험의 실시로 의료 이용량이 증대함에 따라 사회보장 관련 비용은 더욱 늘어날 전망이며 이에 따라 중앙정부의 보건 행정 기능도 보다 강화될 것이다.

<표 2-4>　　중앙정부 보건 재정 지출의 기능별 분류

(단위 : 10억원)

구 분	세출	
	2,537.2	100.0%
보 건	452.2	17.9
보건행정	60.4	2.4
병원 및 보건소	393.8	15.5
사회보장 및 복지	2,083.0	82.1
사회보정행정	300.7	11.9
구호 및 사회사업	1,373.8	54.1
기 타	387.5	16.1

자료 : 재무부, 재정통계, 1990.
한국은행, 경제통계연보, 1990.

보건 행정 기능의 배분 현황을 총괄하여 보면, 중앙정부의 분담률은 거의 70%가 되고 지방정부의 분담률은 30%정도가 된다. 그리고 중앙정부와 지방정부간의 예산 편성 방식의 차이에서 볼 수 있는 바와 같이 우리 나라의 보건 행정 기능 배분은, 각급 정부가 각기 독자적인 기능을 전유함으로써 행정 책임을 명확하게 구분하고 있는 것이 아니라, 거의 모든 행정 분야에서 국가와 지방자치단체가 행정 기능을 분담하고 있으며, 정부간의 책임이 불명확하다는 문제점을 갖고 있다. 그런데 우리나라의 정부간 기능 배분에서 찾아 볼 수 있는 이같은 특징은 우리나라의 지방자치단체가 지방 고유의 행정만을 담당하는 것이 아니라 중앙정부의 국가 행정 사무까지도 대행하는 지방 기관이 되어 있다는 이중적 성격에서 비롯되고 있다.

2) 중앙-지방 정부간 보건 재원의 배분

중앙정부나 지방자치단체의 보건 행정 활동에 소요되는 경비는 최종적으로 그 대부분이 조세(국세 및 지방세)에 의하여 충당된다. 물론 중앙정부의 경우는 거의 모든 필요 재정이 국고에 의하여 충당되나 지방자치단체의 경우는 지방세와 중앙정부로부터 이전되는 지방 교부세 및 보조금으로 충당된다. 따라서 우리 나라의 국가와 지방간의 보건 재원 배분에서 찾아 볼 수 있는 첫째의 특징은 국가와 지방간의 재원 재배분의 규모가 매우 크다는 것이다.

稅收豫算을 기준으로 할 때 국가와 지방간의 稅源 배분은, 예컨대 1989년의 경우 보건 부문에서 국세가 87.2%, 지방세가 12.8%라는 중앙집중적인 구조가 되고 있으나 최종적 지출을 기준으로 하면 국가가 68.1%, 지방이 31.9%가 된다.

이같이 최종 지출 기준으로 볼 때 지방에 대한 실질적 세수 배분의 비율이 높아지고 있는 것은 지방 교부세나 국고 보조금의 형태로 국가와 지방간에 재원의 재배분이 이루어지고 있는 데 기인하고 있다.

일반적으로 예산의 사용 용도를 지정하지 않고 지방자치단체에 이전하는 지방 교부세와는 달리, 용도를 지정하여 국고에서 이전해 주는 국고 보조금의 비중이 지방 보건 재정에서는 매우 큰 역할을 하는데 국고 보조금은 지방자치단체의 보건 재원 조달에서 매년 35% 정도를 차지하고 있다.

<표 2-5> 보건 재원의 배분 비율

	중앙정부	지방정부	합 계
徵 收 基 準	89.1%	12.8%	100.0%(3,726십억원)
實質配分基準	69.1%	31.9%	100.0%(3,726십억원)

보건 부문에서 특히 국고 보조금의 규모가 큰 것은 보건서비스의 특성상 중앙정부의 통제가 다른 어느 부문보다도 강하게 요청되기 때문인 것으로 판단된다. <표 2-6>에는 1989년도 주요 중앙부처별 국고 보조금의 내역이 정리되어 있다. 국고 보조금의 규모는 보건사회부의 경우가 4,284억원으로 가장 크고, 그 다음 건설부(4,179억), 농수산부(3,535억) 등의 순으로 나타나고 있다. 총사업비 중 국고 보조금이 차지하는 비율 역시 보건사회부가 73.6%로서 평균 수준인 66.2%보다 훨씬 높은 수준을 보여주고 있다. 이것은 보건 행정 기능상에 있어서도 중앙집중화가 강하게 추구될 수 밖에 현실을 그대로 반영한다.

<표 2-6>　　주요 부처별 국고 보조금 현황

(단위 : 10억원)

	총사업비	국고 보조금	지방 부담금
보건사회부	582.0	428.4 (73.6%)	153.6 (26.4%)
건 설 부	769.0	417.9 (54.3%)	351.1 (45.7%)
교 통 부	18.2	11.2 (61.5%)	7.0 (38.5%)
산 림 청	54.8	34.9 (63.7%)	19.9 (36.3%)
수 산 청	27.1	18.9 (69.7%)	8.2 (30.3%)
내 무 부	48.8	31.6 (64.8%)	17.2 (35.2%)
체 육 부	27.7	19.4 (70.0%)	8.3 (30.0%)
농림수산부	472.9	353.5 (74.8%)	119.4 (25.2%)
평	균	66.2%	33.8%

자료 : 내무부, 지방재정연감, 1990.

다음으로 지방정부에서 주요 보건 사업별 재원 배분이 어떻게 이루어 지고 있는 가를 <표 2-7>을 통해 살펴보자. <표 2-7>에는 지방정부의 보건부문 세출 예산의 재원 조달 상황이 주요 보건 사업별로 분류되어 나타나 있다. 1989년의 경우 총사업비의 74%는 국고 보조금으로, 나머지 26%는 지방 부담으로 충당되는 데 이는 매년 비슷하게 나타나고 있다. 지방정부의 보건사업 중 가장 큰 비중을 차지하는 것은 중앙정부의 경우와 마찬가지로 구호 및 사회사업으로서, 이 두 사업의 1989년도의 사업비는 3,405억원인 데, 이는 지방정부 총사업비의 59%에 달하고 있다. 이들 사업 역시 대부분의 재원을 중앙정부에 의존하고 있다. 지방정부의 보건사업 재원 중 중앙정부에 대한 의존도가 가장 낮은 사업은 약무 행정으로서 해당 사업의 규모도 작지만 사업비의 7%만 중앙정부로부터 보조를 받고 있다.

<표 2-7> 지방 정부의 보건 사업별 재원 배분

(단위 : 10억원, %)

	총사업비	국고보조금	지 방 세
합 계	582.0	84%	26%
보건행정	35.7	69%	31%
위 생	11.6	62%	38%
의료사업	85.6	79%	21%
약무행정	0.4	7%	93%
나병관리	1.0	59%	41%
사회사업	102.5	69%	31%
노인복지	9.1	69%	31%
부랑아선도	10.1	71%	29%
부녀사업	5.0	34%	66%
구호사업	238.0	79%	21%
모자보건	1.3	59%	41%
의료행정	52.1	58%	42%
결핵관리	0.1	72%	28%
가족계획	0.3	90%	10%
기 타	39.2	75%	25%

자료: 내무부, 지방재정연감, 1990.

반면 가족 계획 사업의 경우 사업비의 90%를 중앙정부에 의존하고 있다. 약무 행정과 가족 계획 사업의 두드러진 대비는 지방정부의 보건 사업에 대한 중앙정부의 보조금 결정 기준에 대한 한 단면을 보여주는 것으로서 이는 중앙과 지방간의 기능 배분시에 유용한 기준으로 작용할 수 있다.

이상에서 우리는 중앙정부와 지방정부간의 보건 행정 기능 및 재원 배분이 대략 7:3 정도의 비율로 이루어지고 있으며 이것은 다른 부문에 비해 상대적으로도 높은 중앙집중도임을 보았다. 그러나 앞으로 지방자치제가 실시되면, 기존의 기능 및 재원 배분 구조에 상당한 변화가 나타날 것으로 예상된다. 바로 여기에서 중앙과 지방간의 기능 및 재원 배분에 대한 객관적 기준의 확립이 무엇보다도 선결 과제로 요청된다. 다시 말해서 어떠한 기준에 입각해서 기능과 재원을 중앙과 지방에 배분해야 하는가라는 문제가 등장하는 것이다.

Ⅲ. 중앙-지방 정부간 보건 행정 기능의 합리적 배분 방안

중앙정부와 지방정부간의 기능 배분은 연방제냐 단일제냐 하는 국가체제와 통치구조에 있어서의 지방정부의 지위에 의하여 규정될 뿐만 아니라 경제 및 사회 환경의 변화에 대한 정치적 수용의 역사적 소산이라고 할 수 있다. 그러므로 중앙과 지방간 또는 지방자치단체간의 기능 배분은 정치적 책임이나 사회적 공평, 행정 효과와 경제적 효율과 같은 목표를 달성하기 위한 서로 상충되는 일련의 정치적, 사회적, 행정적, 그리고 경제적 제기준에 의거하여 이루어지고 있다고 할 수 있다.

따라서 국가와 지방간의 기능 배분 문제는 단지 경제적 측면에서만 다루어질 수 있는 문제는 아니지만, 경제적 접근은 "最適的인 政府設計"를 위한 유용한 기준을 제시하여 줄 수 있다. 이하에서는 먼저 제도적인 측면에서 정부간 보건 행정 기능 배분에 관한 행정적 기준을 살펴보고, 이어서 경제적 기준에 의한 분류를 시도해 본다.

1. 행정적 기준

보건행정상의 실제적인 문제는 흔히 정부간 보건 행정 기능의 배분을 위한 유용한 지침을 제시하여 준다. 보건서비스는 지역과 기능을 기초로 하여 나누어질 수 있으나 각각의 조직 구조는 다 같이 장점을 갖고 있다. 정부의 보건 행정 기능을 지방 단위로 구분하게 되면 많은 지역 단위 정부가 특정한 지방 보건 문제와 지역적인 가치 및 태도를 더욱 밀접하게 반영하는 정책을 통하여 주민의 생활과 밀착된 보건 서비스를 급부할 수 있다. 또 정부의 보건 서비스를 기능에 따라 구분하게 되면, 중앙정부나 광역 자치단체와 같은 상위 수준의 정부기관은 관료적 전문화를 통하여 정부 효율을 높일 수 있다. 이는 특정한 보건 문제에 대한 집중적 노력이나 정책 선택 혹은 정책 설계의 개선이 가능하기 때문이다.

따라서 이같은 견해에 따르면, 특정한 지방 보건 문제나 보건에 대한 지역적인 태도와 가치를 다루어야 할 보건 서비스는 지역 단위의 정부에 의하여 급부되어야 하고, 지역적인 다양성을 크게 필요로 하지 않는 전국적인 보건 서비스는 중앙정부나 광역 자치단체에 의하여 급부되어야 한다. 이를 부연하면 다음과 같다.

먼저 국가와 지방자치단체간의 사무 배분에 있어서 국가에 배분되어야 할 사무는 ① 보건 행정 기능의 존립 자체에 필요 불가결한 사무(조세에 의한 재원 조달 등), ② 전국적 종합계획의 수립 사무(의료 전달 체계의 편성, 장기적 의료인력 수급 계획, 의료자원 배치 계획),

③ 전국적으로 기준의 통일이나 조정을 필요로 하는 사무(생활보호 기준의 설정, 보건 통계 조사, 의사·약사 등의 시험, 면허), ④ 광역 자치단체의 구역과 관계가 없는 사무(의과 대학의 설립, 국립 대학 부속 병원의 설립), ⑤ 국가가 경영하는 공기업적인 사무(국립 의료원), ⑥ 사회 정책적 목적과 관련된 사무(의료 보장, 빈민 구제, 이재민 구호) 등이다.

국가가 전담하는 사무 이외에는 지방자치단체가 분담하여야 할 사무라고 할 수 있으나 이를 다시 광역 자치단체(특별시, 직할시, 도)와 기초 자치단체(시, 군)가 각각 감당하여야 할 사무로 나누어 볼 수 있다. 광역 자치단체가 분담하여야 할 사무로서는 ① 기초 자치단체(시, 군)의 구역을 넘는 광역 행정 사무로서 기초적 자치단체가 유효하게 처리할 수 없는 것(전염병 예방 등), ② 기초 자치단체의 구역을 넘어 통일적 처리가 필요한 사무(의사 및 약사의 규제, 식품 위생 감시, 식품 시험 검사, 식품 제품 검사, 각종 보건 위생 관계 시험 및 면허에 관한 사무), ③ 기초 자치단체에 대한 연락 조정에 관한 사무(통첩의 이첩, 신고 보고의 취합, 기초 자치단체의 사무처리에 관한 일반적 기준의 설정), ④ 일반적인 기초 자치단체가 처리하는 것이 부적당하다고 인정되는 정도의 규모를 갖는 사무(종합 병원, 생계 보호, 식품 검사 시설, 기타 보건의료 시설) 등을 들 수 있다.

기초자치단체(시, 군)는 국가와 광역 자치단체(도)에 속하는 사무를 제외한 모든 보건 행정 업무를 담당하게 하여야 할 것이나 다만 각 시, 군의 규모, 재정력, 보건행정수요 등에 따라 배분 사무의 종류와 분량을 달리하는 것이 타당할 것이다.

3단계 정부단위간에 기능 배분이 비교적 명확하게 되어 있는 영국의 경우를 보면 일반적으로 보건, 복지 서비스는 중앙과 지방이 분담하고 있으나 의료서비스는 중앙정부가 전담하고 있고 노인, 아동, 신체 장애자 보호와 같은 대인적 서비스는 지방 자치단체가 분담하고 있다(황해석, 1990). 이같은 영국의 정부간 기능 배분은 한 기능을 한 단계의 정부가 전유함으로써 기능의 중복을 피하는 한편 행정 책임을 명확히 劃定하고 있을뿐만 아니라, 지방자치단체에 배분되고 있는 기능은 지역적인 민주적 보건 서비스에 한정되고 있다. 대인적 보건 복지 서비스 및 환경 서비스가 그러한 것이지만, 이들 서비스는 모두 지방 주민의 health need와 밀접한 관계를 갖고 있다. 그러나 중요한 민생적 서비스라고 할 수 있는 의료 및 소득보장 서비스는 전국적으로 일정한 수준을 확보할 목적에서 중앙정부가 담당하고 있다.

2. 경제적 기준

1) 보건 의료서비스의 외부 효과(externality)

보건 의료서비스는 여타의 공공재와 마찬가지로 외부 효과를 가지고 있다. 즉, 정부가 급부

하는 보건의료 서비스는 지역 주민들의 건강 증진에 많은 혜택을 주는데 그 혜택의 정도에 차이가 없지 않으나 수면에 번지는 波紋과 같이 넓은 범위에 걸쳐 전파되는 효과(spill-over of benefits)가 있다.

보건의료 서비스의 이익이 그 서비스를 급부한 정부의 행정 구역을 넘어서 밖으로 전파, 누출되는 과정은 두 가지로 나누어 생각할 수 있다. 그 하나는 보건 서비스의 이익이 전파됨으로써 다른 지역의 주민이 직접 이익을 얻게 되는 경우이고 또 다른 하나는 보건 서비스의 급부가 다른 지역의 생활 환경을 개선시킴으로써 간접적인 이익이 생기는 경우이다. 前者를 직접적 전파(외연성), 後者를 간접적 전파(외부 경제)라고 부른다. 따라서 보건의료 서비스가 갖는 이익의 전파 효과에 따라 정부간의 기능을 배분하게 되면 보다 효율적인 기능 배분을 기대할 수 있다.

전염병 관리와 같은 보건 서비스는 그 이익이 특정한 구역이나 지역에만 귀속되는 것이 아니라 전국에 전파된다. 따라서 이같은 보건 서비스는 전국적인 수준에서 중앙정부가 공급하여야 할 경제적 이유가 있다고 할 수 있다.

그러나 모든 보건 서비스가 전국적인 외부 효과를 갖는 것은 아니다. 진료 서비스나 상수도 사업 등에서 발생하는 이익은 거의 모두 한정된 범위 내에 거주하는 주민에게 귀속된다. 그러므로 이들 보건 서비스는 시나 군과 같은 지방자치단체가 효율적으로 공급할 수 있다. 이는 보건 서비스의 이익이 주로 지리적으로 한정된 지역간의 주민에 귀속된다면 그러한 보건 서비스는 그 수익자인 주민의 선호와 부담에 따라 급부될 때 해당 보건 서비스가 최소 비용으로 공급된다는 조건하에서 경제적 후생을 극대화시킬 수 있기 때문이다.

만일 의과대학의 교육이나 의학 기술 개발 등과 같이 그 이익이 모든 국민에게 귀속되는 보건 서비스가 지방 자치단체의 책임하에 급부된다면 그러한 서비스의 급부에 소요되는 비용보다 해당 지역 주민이 얻게 되는 이익이 작을 수 밖에 없기 때문에 지방 자치단체의 급부 활동이 가장 효율적인 규모로 이루어질 수 없다(Atkinson & Stiglitz, 1987).

또 상수도 사업이나 지역 보건 진료소의 신설 및 관리, 오물 처리 등 그 이익이 주로 그러한 보건 서비스를 급부하는 지방자치단체의 관할 구역 내에 거주하는 주인에게 귀속될 때 그 비용을 수익자가 아닌 다른 지역의 주민에게 부담시킨다는 것도 불합리하며 불공정하다.

또한 보건 서비스의 이익이 미치는 지리적 범위에 따라 정부의 보건 행정 기능을 분류하게 되면 보건 서비스의 이익이 특정한 지구(local area)을 넘어서 주로 넓은 지역에 한정되는 서비스가 있는데, 환경 오염 방지나 오물 처리, 쓰레기 수거 등이 그러한 기능에 해당한다. 그런데 이들 보건 서비스에서 발생되는 이익은 넓은 지역에 거주하는 주민에 다 같이 귀속되기 때

문에 그 비용은 특정한 구역의 주민만에 의해서 부담될 수 없고 모든 수익자에 의하여 부담되어야 한다. 그러므로 이러한 보건 서비스는 그 외부 효과를 내부화할 수 있는 상급 정부에 의하여 공급되는 것이 보건 서비스의 공급 활동을 효율적으로 할 수 있다(Break, 1967;Veseth, 1984).

<표 3-1> 외부 효과에 의한 정부간 보건 행정 기능의 배분 방안

	중 앙 정 부	지 방 정 부
보건행정 기 능	지역 外로 이익의 전파가 큰 보건 서비스	이익의 전파가 지역 內에 제한되는 서비스
사 례	전염병 관리, 의학 연구, 의료 보호, 의료 보험, 구호 사업, 의학 교육 등	환경 오염 대책, 오물 처리, 쓰레기 수거, 상수도

이와 같은 분류에 의하면 보건 서비스의 이익이 전파되는 지역적 범위의 크기에 따라 각급 정부에 각기 기능을 배분할 수 있다. 기초 자치단체(시, 군)에는 보건 서비스의 이익이 그 행정 구역 밖으로 거의 전파되지 않는 서비스의 급부 기능이 배분되고, 광역 자치단체(특별시, 직할시, 도)에는 보건 서비스의 이익이 기초 자치단체의 관할 구역 밖으로 누출되지만 주로 특정한 지역 내에 한정되는 보건 서비스의 급부 기능이 배분된다. 중앙정부에는 보건 서비스의 이익이 지역 밖으로 크게 전파되는 서비스의 급부 기능을 책임 지우게 되면 정부의 자원 배분 기능을 분권화함으로써 효율상의 이익을 극대화할 수 있다.

정부간 보건 행정 기능의 배분은 특정한 보건 문제의 지역적 범위에 대한 정치적 知覺의 변화에 상응하여 끊임없이 변화할 수 밖에 없기 때문에, 현실적으로 이루어지는 정부간 기능 배분은 보건 서비스의 이익이 미치는 지역적 범위에 관한 추정과 반드시 일치될 수는 없고 양자간에는 상당한 괴리가 생겨날 수 있다. 그러나 위의 분류는 정부간 보건 행정 기능 배분에 있어서 기준으로 삼을 수 있는 규범적 모형을 제시하였다고 볼 수 있다.

2) 規模의 經濟

보건 서비스의 외부효과만이 정부간의 기능 배분을 결정하는 데 적용될 수 있는 유일한 기준은 아니다. 보건 서비스가 효율적으로 급부되기 위해서는 일정한 급부 수준을 유지하는 데 필요한 비용이 최소가 되는 급부 규모가 유지되어야 하고 또 보건 서비스에 대한 주민의 선호

를 반영할 수 있는 행정 단위가 필요하게 된다. 첫째는 규모의 경제에 관한 문제이고, 둘째는 공공 의사 결정론에 관한 문제이다. 공공 의사 결정론에 관해서는 項을 달리하여 논하고자 한다.

지방정부가 공급하는 보건 서비스는 지역적인 성격을 갖고 있어 서비스마다 그 비용 구조를 달리하기 때문에 그 공급에 관한 최적 규모(지리적 범위와 소비자의 수)도 달라지게 된다. 따라서 지방 보건 서비스의 효율적 공급을 위해서는 각 서비스의 비용 구조가 갖는 특성을 고려하여 최소 비용에 의한 급부가 가능한 단계의 지방정부를 선택할 필요가 있다.

지방 보건 서비스의 비용은 ① 서비스를 공급하는 지리적 범위의 크기, ② 서비스의 소비 단위(가계나 기업 또는 개인)의 수, ③ 서비스의 양과 질 등에 의존하고 일반적으로 이들 요인 중 어느 것이 증가하더라도 서비스의 공급 비용은 늘어나게 된다.

지방정부가 공급하는 보건 서비스의 종류에 따라 이들 요인이 비용에 미치는 영향은 다르지만, 서비스를 공급하는 지리적 범위의 크기가 서비스 소비 단위당 비용에 큰 영향을 미칠 때에는 지리적 범위에 대한 규모의 경제적 작용을 상정할 수 있다. 이 때 해당 서비스는 광역적으로 급부되어야 하며 그 책임은 광역 단체에 배분되어야 한다. 또 일정한 지리적 범위에 걸쳐 일정한 수준(소비 단위당 소비량)의 서비스를 제공하는 경우에는 소비 단위의 수와 소비 단위당 비용간의 관계에는 규모의 경제가 작용하므로 지방간의 기능배분에 있어서는 당연히 각 서비스의 비용 구조가 고려되어야 한다.

보건 서비스를 공급하는 지리적 범위가 매우 작을 때는 기본적인 수요를 충족하기 위한 비용도 주민 일인당 기준에서 볼 때 상대적으로 높을 수 밖에 없다. 그리하여 지리적 범위가 커짐에 따라 지방 보건 서비스의 단가가 저하될 가능성이 있다는 것을 추론하여 볼 수 있다. 그러나 서비스에 따라서는 지리적 범위가 작을 때는 그 비용이 적지만 지리적 범위의 정도가 커짐에 따라 그 비용이 급격히 늘어나는 경우도 있고 또 서비스에 따라서는 지리적 범위가 크더라도 비용이 늘어나지 않으나 서비스를 소비하는 단위의 수가 비용에 큰 영향을 주는 경우도 있다.

보건 서비스를 공급하는 지리적 범위가 일정한 수준을 넘어서면 대부분의 지방기능이 노동집약적인 성격을 갖고 있고 또 보건 서비스의 생산이 한 생산점에서 이루어질 때 생산점으로부터의 거리가 증가함에 따라 주민이 향수하는 이익이 감소되는, 서비스의 체감적 외연성 때문에 규모의 경제가 작용할 것 같지 않다는 견해도 있다. 보건소, 병원, 복지 시설 등이 급부하는 서비스가 모두 체감적 외연성을 갖고 있다.

그러나 보건 서비스를 공급하는 책임을 갖는 지리적 범위가 커지면 생산 단위의 수도 늘어

나고, 또 지방정부의 보건행정기능에는 오물 처리, 간이 상수도, 쓰레기 수거 등 규모의 경제가 작용하는 자본집약적 기능도 있는 것이다(Netzer, 1974).

그 뿐만 아니라 서비스를 공급하는 지리적 범위가 커지게 되면 의료보호 사업의 지급 기능이나 각종 사회 보험료의 징수, 면허와 규제 등의 사무를 처리하는 데 있어서 지리적 범위가 작은 지방자치단체보다 각종 시설을 효과적으로 활용할 수도 있다.

또한, 큰 행정 구역을 갖는 지방정부는 작은 행정 구역을 갖는 지방정부보다 낮은 보수 수준으로 고급 의료 인력이나 전문가를 고용할 수 있어 행정 능률을 높일 수도 있으나, 정부의 규모가 커지면 복잡성과 정치적 논쟁 등 규모의 불경제를 작용케 하는 요인이 생기게 되는 문제가 있다.

3) 공공 意思 결정론

정부간 자원 배분의 최적 상태가 달성되기 위해서는 공급면에서 보건 서비스가 최소 비용으로 급부되고, 수요면에서는 보건 서비스에 대한 주민의 선호가 가급적 정확하게 표시되어야 한다. 이러한 수요면의 조건이 충족되기 위해서는 보건 서비스의 급부가 가급적 하급 수준의 정부에 의하여 이루어져야 하고 최하급 수준의 정부가 관할하는 행정 구역을 가급적 세분하여 지역 사회로 하여금 주민의 각종 선호를 충족할 수 있는 다양성을 갖도록 할 필요가 있다.

공공 선택은 정부가 개개인의 선호를 파악하고 평가하여 공공 정책을 세우는 중요한 기능을 의미하고 있으나 지방정부 수준에서는 개개인의 선호와 공공 선택간의 관계가 보다 강하다. 이는 지역 사회의 주민이 갖는 여러 가지 동질성 때문에 지방에서는 中位 투표자의 선호를 찾아내기가 쉽기 때문에 그렇다.

뿐만 아니라 지방 수준에서는 합의에 도달하는 데 필요한 인원이 적기 때문에 공공 선택에 관한 의사 결정 비용이나 의사 결정의 결과로 생기는 효율 및 배분상의 비용(공공 선택의 외부 비용)도 줄일 수 있다. 의사 결정 비용이란 특정한 정책 대안에 대한 동의를 얻기 위한 교섭 비용이라고 할 수 있으나 합의에 필요한 인원이 많아질수록 이 비용은 증대된다. 또 공공 선택의 외부 비용이란 반드시 자기의 이익이 되지 않는 집합적 의사 결정으로 인하여 타율적으로 과하여지는 비용을 의미하지만 이같은 비용의 합의에 필요한 인원의 비율이 100%에 가까워질수록 감소된다.

따라서 공공 의사 결정이란 관점에서는 의료인력 수급 계획이나 의료 전달 체계, 의료 보장 제도와 같은 국가적인 정책을 제외하고는 모든 보건 서비스가 의사 결정 비용을 극소화할 수 있는 작은 지방정부에 의하여 급부되는 것이 효율적이라고 할 수 있다. 그러나 공공 의사 결정

론적 시각의 우월성에도 불구하고 우리의 경우는 지방정부의 보건 재원이 매우 취약하고, 또 지방정부 상호간에도 재정력의 격차가 심해 기본권으로서의 국민 건강권을 균등하게 유지시키기에는 이 기준의 적용에 무리가 있다.

Ⅳ. 보건 재원의 효율적 배분 및 행정 기능과의 연계 방안

정부의 재정 활동은 일반적으로 자원 배분, 소득 재분배 및 景氣 조정 등 세 가지의 기능을 수행하는 것이고, 지방 재정은 국가의 특정한 지역을 관할하여 지역 주민에게 주로 공공 서비스를 제공하는 기능을 담당하는 데 있다.

자원 배분 기능은 중앙 재정과 지방 재정이 동시에 가지는 기능이기는 하나 특히 지방 재정에 비중이 더 크다고 할 수 있다. 그 이유는 자원 배분 기능에 의하여 수행되는 공공 서비스는 국민 전체에 획일적으로 행하여지고 있지 않기 때문이다. 바꾸어 말하면, 어느 한 지방에 주어지는 공공 서비스는 바로 국가 전체에 파급되지 않을 뿐 아니라 일정 지역에 대한 독특한 공공 서비스, 예를 들면 상하수도 시설, 보건 진료소 시설 등은 역시 그 지역 주민에 직접적이고도 최대의 편익을 제공하게 된다. 이와 같이 일정 지역에 특별히 이익이 되게 하는 공공 서비스는 중앙 재정으로 행하는 것보다는 오히려 개개의 지방 재정에 맡기는 것이 합리적이기 때문이다. 이러한 원칙론은 보건 재정에 있어서도 예외는 아니다.

지방 보건 재정 기능의 중요한 과제의 하나는 정부간의 보건 행정 기능 배분과 이를 뒷받침할 재원 배분을 균형시키는 일이다. 지방에 배분된 보건 서비스 공급을 위한 세출 기능(보건 행정 기능 배분)에 상응하는 적절한 재원이 배분되지 못하면 효율적인 지방 보건서비스의 급부를 기대하지 못할 뿐 아니라 지방자치단체의 경비 부족이나 초과 부담(국고 보조금의 단가, 대상, 규모 등이 실제에 비하여 낮거나 불충분하기 때문에 발생함) 때문에 지방 재정이 압박을 받게 되는 현상이 생기게 된다.

1. 효율적 재원 배분

정부간의 보건 행정 기능의 배분에 있어서와 마찬가지로 재원 배분도 경제적 기준과 정치적 기준에 따라 최적 배분의 방향을 모색하여 볼 수 있다. 한 지역의 경계를 넘는 보건 서비스의 편익과 비용, 그리고 그 결과로써 자원 배분의 왜곡은 지역의 범위가 커질수록 작아진다 . 또 상위 수준의 정부일수록 보건 서비스의 비용을 절약할 수 있는 규모의 경제성을 갖고 있다고

보아야 한다. 그러므로 편익과 비용을 확산 효과(spill-over effect)와 규모의 경제성이란 경제적 기준에서 보면 정부간의 최적인 재원 배분은 분권화보다는 집권화를 필요로 하고 있다고 할 수 있다. 이는 하위 수준의 정부가 직접 재원을 조달할 때 지역외로 누출(spill-over)되는 편익에 대하여 적절한 비용 부담을 과하지 못할뿐더러 이중 과세의 마찰이나 조세 부담의 회피, 조세 부담의 역외 이전(tax exporting) 등으로 상당히 큰 외부 불경제가 발생할 가능성이 있고 또 징세 기술이 낮아 재원 조달 비용이 높아지기 때문에 그렇다.

그러나 정치적 측면에서 보면 지방 자치를 확보하기 위한 단체 자치와 주민 자치의 보장이란 관점에서 보건 행정 재정권의 지방 분산이 주장된다고 할 수 있다. 보건 자치가 이루어지기 위해서는 의사 결정 과정에 주민이 직접 참여하는 주민 자치와 함께 개별 수준의 보건 행정 조직이 참가하는 단체 자치가 보장되어야 한다.

그런데 지방정부가 주민의 선호에 따라 지방 보건 서비스를 급부하고 각종 지역 사회의 특정 보건 문제를 해결하기 위해서는 재정 수요에 대응하여 독자적인 판단에 따라(지방세를 포함하는) 각종 재원을 자유롭게 조달할 수 있는 재정적인 자주성이 확립되어야 하기 때문에 정치적 기준에서 보면 정부간 재원 배분의 분권화가 주장된다고 할 수 있다. 그렇지만 정부간 보건 행정 기능의 배분에 있어서도 전국적으로 일정한 표준적인 수준을 유지하여야 할 보건 서비스(예컨대 의료보험)의 급부에 대하여는 집권화가 요구되는 것과 같이 재원 조달에 있어서도 공평한 부담의 배분이나 징수의 보편성, 징수 기술 등의 이유 때문에 분권화보다 집권화가 요구될 수도 있다.

중앙정부와 지방정부간의 보건 재원 배분도 보건 행정 기능 배분과 같이 위에서 검토한 경제적 기준과 정치적 기준의 규범적 중요도에 따라 이루어진다고 할 수 있으나 정부간의 보건 행정 기능 배분과 정부간 보건 재원 배분이 꼭 일치한다는 보장은 없다. 이는 정부간 재원 배분에 있어서는 행정 기능 배분보다 더 큰 집권화가 필요하다고 할 수 있으나, 정부간 행정 기능 배분에 있어서는 경제적 기준이나 정치적 기준에 비추어 보아 분권화의 필요성이 더 크다고 할 수 있기 때문에 그렇다. 하급 단위의 정부일수록 지역 주민의 특수한 선호를 충족시키는 보건 서비스의 급부가 가능하고 또 그 행정 비용도 적어진다.

요컨대, 정부간 행정 기능 배분과 재원 배분에 각각의 최적성 기준을 적용할 때 행정 기능의 최적 배분과 재원의 최적 배분은 반드시 일치하는 것이 아니다.

그러나 각급 정부 단위가 각각의 보건 행정 기능을 수행하기 위해서는 어떠한 형태의 수입에 의해서든 소요 지출액이 충당되어야 한다. 어떤 정부 단위이든 그 지출이 수입을 초과하게 되면 부족액은 다른 정부 단위로부터 재원 이전에 의하여 충당되어야 하며 수입이 지출을 초

과할 때는 그 수입 초과액이 다른 정부 단위에 이전되어야 한다. 따라서 정부간의 보건 행정 기능과 보건 재원의 최적 배분은 재정의 조정을 위하여 정부간 재원 재배분을 포함하는 재정 조정과 보조금 제도의 도입을 불가피하게 한다. 이에 따라 지방정부의 재정 수입은 지방세와 사용료 및 수수료 등 수익자 부담에 의한 수입으로 구성되는 자체 수입과 지방 교부세 및 보조금(국고 보조금과 광역적 단체의 보조금)으로 이루어지게 된다. 바꾸어 말하면 지방정부의 기능은 단지 지방 주민의 부담(지방세와 수익자 부담)만이 아니라 국민의 부담(국세부담에 의한 국고 재원의 이전)에 의하여 뒷받침되고 있는 것이다.

이에 따라 중앙과 지방간의 재정 관계에서 볼 때 효율적 재원 배분이란 다음과 같은 네 가지 기준을 충족할 때 달성되는 것으로 생각할 수 있다(Darvey, 1983). 즉, ① 지출권의 배분에 상응하는 재정권의 배분, ② 지방정부의 보건 행정 기능 전체를 뒷받침하는 적절한 재원의 배분, ③ 지역간 보건 의료비 지출의 형평화에 기여하는 재원 배분, ④ 총재정 부담의 공평한 배분과 부합되는 지방세의 부과와 수익자 부담의 배분.

위의 네 가지 기준 가운데, 첫번째 기준은 지방자치의 주체로서 지방정부에 위임된 책임에 상응하는 재정권이 보장되어야 한다는 것이고, 두번째 기준은 지방정부가 급부하는 보건 서비스의 수준이나 지역간 격차를 해소하여야 한다는 함축성도 갖고 있다. 세번째 기준은 재정 배분이 지역간 경제 발전의 격차나 소득 수준의 차이 등을 고려하여 분배의 개선을 도모하고 의료보험, 의료보호와 같은 특정 서비스는 형평화에 중점을 두어야 한다는 것을 뜻하고 있다. 끝으로 네번째 기준은 재정 부담의 배분에 있어서 단지 지방세만이 아니라 국세 부담도 고려하여 총재정 부담이 공평하게 배분되어야 한다는 것을 의미하고 있다.

2. 보건 행정 기능과 재원의 연계 방안

지방정부가 지방 보건 행정 기능을 충족하기 위해 필요로 하는 재원은 지방세나 수익자 부담에 의한 수입, 시 도립 병원과 같은 공기업 수입 등에 의하여 조달된다. 이들 재원 조달 수단은 서로 배타적인 관계에 있는 것이 아니라 보완적이고 협력적인 관계를 갖고 있기 때문에 효율적 재원 배분이란 자원 배분의 효율성과 보건 자치라는 맥락에서 규정되는 최적인 재정 수입의 구성을 의미한다고 할 수 있다.

지방정부의 재정적 자립성을 강조하는 입장에서는 지방 고유의 보건 수요를 충족하기 위한 경비는 원칙적으로 그 자립 재원에 의하여 조달되어야 한다고 본다. 그러므로 지방 보건 자치의 이상에서 보면 지방정부의 지출 기능을 충족할 수 있는 충분한 재원의 확보를 가능케 하는

재원 배분이 요구된다고 할 수 있다. 그러나 중앙정부의 입장에서는 보조금이나 지방 교부세 등에 의한 재원 재배분에 보다 큰 관심을 갖지 않을 수 없기 때문에 지방정부에 대한 직접적 재원 배분을 가급적 억제한다. 이와 같이 지방정부에 대한 재원 배분은 크게 제약되지 않을 수 없으나 보건 자치의 관점에서는 재정 자주권을 가급적 확대하는 것이 바람직하다.

그러나 여기에도 일정한 기준이 있어야 하는데, 예컨대 지방 보건 서비스의 편익이 타 지역에 누출되지 않고 해당 지역의 주민에 귀속되지만, 배제 원칙을 적용할 수 없는 오물 처리, 방역 소독, 청소 등 지방 고유의 보건 서비스는 지방세에 의하여 그 경비가 충당될 때 효율성이 나타난다. 즉, 주민선호라는 입장에서 편익과 비용 부담의 일치에 의하여 경제적 효율이 달성된다. 그러나 시 도립 병원, 보건소, 간이 상수도 등의 지방 보건 서비스는 그 편익이 지역 주민에 귀속될 뿐만 아니라 배제 원칙이 적용되기 때문에 수익자 부담에 의하여 그 비용의 대부분을 충당하는 것이 가장 효율적인 방법이 될 수 있다.

이같이 수익자 부담 원칙에 의한 재원 조달은 특히 지방 공기업이 급부하는 보건 서비스에 적절하게 적용된다고 할 수 있으나 그 밖에 많은 공공 보건 시설의 이용(에컨대 식품 검사, 위생 검사)에 대하여 사용료 형태로 이용자 부담을 과할 수 있고 또 특정한 보건 서비스의 수익에 대한 대가로서 수수료 형태로 서비스의 비용 충당을 위한 재원을 조달하게 된다.

수익자 부담 내지 이용자 부담에 의한 재원 조달은 원인자 부담금(공해나 오염)과 같은 특별 부과금과 함께 지방정부가 급부하는 보건 서비스에 대한 적절한 수익 관련 수입이라고 할 수 있다. 이는 이들 수입에 의한 재원 조달이 상급 단위 정부의 재원과 경합하지 않을 뿐더러 적절히 책정될 때 효율과 공평 기준에도 일치하고 일정한 한계내에서는 지방 수준에서 관리하기가 용이한 장점을 갖고 있기 때문이다.

한편 편익의 누출이 큰 서비스의 급부는 그 비용의 대부분을 중앙정부의 보조금에 의하여 충당하는 것이 합리적이고 또 효율적이다. 지방 재원만으로 그러한 서비스를 공급하게 되면 타지역에 대한 편익의 누출을 고려하지 않게 되어 서비스의 과소 공급이 이루어지기 때문에 자원의 효율적 이용은 기대할 수 없다.

그리고 시·도립병원과 같이 수익성 있는 사업의 자본 조달이나 의료보호 사업 등의 재원을 조달하기 위해서는 차입, 지방채의 발행이 적절한 수단이 된다. 시·도립병원이나 쓰레기 수거 및 매립 등의 자본 지출은 대규모의 연속적인 시회 간접 자본에 대한 투자로써 충당되고, 사업 수입에 의해 상환 내지 회수되어야 하기 때문에 현재의 주민 또는 거주자의 조세 부담에 의하여 그 재원을 마련하는 데에는 문제가 있다. 즉, 세대간 부담의 공평이나 이용자 부담에 의한 부담 적정화라는 점에서 현재의 주민 부담만에 의해 그 재원을 조달하는 일은 불공평하고 불

합리하다. 따라서 일시적으로 막대한 비용이 소요되는 투자 사업은 그 소요 재원을 차입에 의하여 조달하는 것이 세대간 부담의 공평화를 도모할 뿐만 아니라 지방정부의 기능을 충실화하는 데도 기여할 수 있다.

이상의 논의를 요약해 보면 <표 4-1>과 같다. <표 4-1>은 우리 나라 지방정부의 보건 관계 세출 예산 과목 구조에 따른 적절한 재원 조달 방식을 표시하고 있다. 지방정부 일반 회계 사업의 보건 서비스는 주로 사회 복리 사업의 편익으로 구성되어 있으며, 이는 사회 복지 사업, 보건 관리, 위생 관리, 청소 사업, 보건소 운영, 부녀 아동 지도 서비스로 나누어 지고 있다.

<표 4-1>　　지방 정부의 보건 행정 기능에 따른 재원 배분

	지방세	수익자부담금	국고보조금	차　입
일반 회계 사업				
사회복지사업	主財源	副次的財源	主財源	
보건관리	主財源	副次的財源	主財源	小規模借入
위생관리	主財源	副次的財源	主財源	小規模借入
청소사업	主財源	副次的財源	主財源	小規模借入
보건소운영	主財源	副次的財源	主財源	小規模借入
부녀아동지도	主財源		主財源	
특별 회계 사업				
병원	副次的財源	主財源		大規模借入
의료보호	主財源	副次的財源	主財源	大規模借入
상하수도	副次的財源	主財源		大規模借入

이들 서비스 중에는 그 편익이 타지역만이 아니라 전국적으로 누출되는 서비스도 포함되기 때문에 그러한 서비스의 비용은 국고 재원으로 충당되어야 한다. 또 보건소 운영이나 청소 사업에 소요되는 비용의 일부는 수익자 부담금으로 충당되어야 한다.

한편 지방정부의 특별 회계 사업은 의료보호와 같은 대인적 서비스를 제외하고 거의 모두 지역 사회의 생활 환경 개선 및 건강 수준 향상과 직결되어 있으며, 그 편익은 해당 지역의 주민에 귀속되고 또 배제 원칙을 적용할 수 있다. 따라서 그 비용은 주로 수익자 부담에 의하여

조달되어야 하지만 일부 비용은 지방세로 충당함으로써 서비스의 공급을 최고 수준에 유지하여야 한다. 의과 대학 교육이나 의료보호 서비스는 그 편익의 확산이 매우 크기 때문에 응당 국고 재원에 의한 보조가 필요하다.

Ⅳ. 요약 및 결론

본 연구의 주된 목적은 최근에 활발히 논의되고 있는 지방자치제와 관련하여, 중앙정부와 지방정부간에 보건 행정 기능 및 보건 재원의 배분 현황을 파악하고, 지방자치 하에서 이들 기능과 재원을 효율적으로 배분하기 위한 기준 특히 경제적 기준의 검토를 통하여 향후 정책의 방향을 제시하고자 하는 것이다.

본문에서 살펴본 바와 같이 우리나라의 보건 행정 기능은 복지 국가를 지향하는 대다수 선진국들과 마찬가지로 중앙정부에 의한 뚜렷한 집중화 현상을 보여주고 있으며, 세출 기능을 기준으로 하여 볼 때 중앙-지방 정부간의 보건행정기능 배분 비율은 대체로 7:3 정도이다.

이러한 중앙집중화 현상은 지역 사회의 자치 보건에 대한 논의에도 불구하고, 전국민의료보험의 실시와 더불어 '新中央集中化'의 형태로 강화될 경향을 보이고 있다. 그러므로 지방자치제의 실시와 함께 중앙과 지방간에 보건행정기능의 배분에 관한 명확한 원칙의 확립이 무엇보다도 중요한 선결 과제라고 할 것이다.

한편 보건 행정 기능을 뒷받침 할 보건재원의 배분 현황을 보면 중앙집중화 현상이 더욱 강하게 나타남을 알 수 있는데, 징수 기준으로 볼 때 중앙-지방 정부간의 보건 재원의 배분 비율은 대략 9:1 정도인데, 거의 모든 재원이 중앙에 집중되고 있음을 알 수 있다.

이와 같이 우리나라의 보건 부문을 여타 부문에 비해 행정 기능상으로 보나 재원 조달면으로 보나 중앙정부에 대한 의존도가 상당히 높다고 할 수 있다. 이런 점에서 지방 분권화를 요체로 하는 지방 자치 시대의 도래와 더불어 보건 자치의 주장이 심도있게 제기되고 있는 것이다.

그런데, 보건행정의 지방 분권화가 반드시 지역 주민의 보건행정에 대한 수요를 효율적으로, 그리고 공평하게 충족시켜 주지는 않는다는 데 문제의 핵심이 있다. 지방정부에의 배분이 자원 배분의 효율성과 공평성을 달성하기 위해서는 배분 과정에 적절한 기준이 필요하며, 합리적이고 객관적인 기준에 대한 분석이 바로 본 연구의 주요 내용을 이루고 있는 것이다.

중앙정부와 지방정부간 보건 행정 기능의 배분 기준은 시각에 따라 행정적 기준, 경제적 기

준, 그리고 공공의사결정론적 기준으로 대별될 수 있고, 특히 경제적 기준으로서 중요한 것은 보건 서비스의 외부효과와 규모의 경제성이다. 이들 기준에 의하여 정부간 보건 행정 기능을 배분한 실례가 Ⅲ장에 제시되어 있으며 이 중 외부효과를 기준으로 배분한 것이 <표 3-1>에 요약되어 있다. 보건 서비스의 외부효과는 보건 행정 기능의 배분 기준으로서 뿐만 아니라 보건 재원의 배분 기준으로서도 중요한 역할을 한다.

한편, 보건 행정 기능을 뒷받침할 재원 배분의 기준으로서는 효율성, 형평성 및 지방 보건 재정의 자주성 등이 지적되고 있다. 예컨대, 지방 보건 서비스의 편익이 타지역에 누출되지 않고 해당 지역 주민에 귀속될 경우에는 지방세나 수익자 부담금에 의해서 재원이 충당되어야 하고 반면 편익의 누출이 큰 보건 서비스의 급부는 그 비용의 대부분을 중앙정부의 보조금에 의해 충당하는 것이 합리적이고 또 효율적이다. 특히 시·도립 병원 건립과 같은 대규모 사업의 재원 조달은 지방채 발행 등을 통해 이루어질 수 있다.

Ⅲ장과 Ⅳ장에서 언급한 바와 같이 중앙정부와 지방정부간의 보건행정 및 재원의 배분에는 명확히 구별되는 것도 있지만 때로는 중복이 되는 것도 있다. 그러나 보건 행정 기능과 보건 재원의 배분은 각기 상이한 배분 기준을 갖고 있으며, 따라서 행정기능의 배분과 재원의 배분을 반드시 일치시킬 필요가 없다. 오히려 보건 재원의 경우는 중앙정부에 의한 조달이 여러 가지 면에서 바람직한 요소를 갖고 있음을 보았다.

보건 재원의 효율적 배분은 보건 자치 및 보건 재정의 자주성 문제와 관련을 갖고 있으나 기본적으로 보면 국고 재원과 지방 재원에 의한 경비 충당 비율 자체는 중요한 문제가 아니며, 국고 재원에 대한 의존도가 높을수록 오히려 지방 보건 행정 기능이 지속적으로 수행될 수도 있다는 것과, 기능과 재원을 크게 분권화하고 있는 나라는 경제적으로나 헌법상, 그리고 정치적 환경이 예외적으로 유리한 소수국에 불과하다는 데 유의할 필요가 있다.

참 고 문 헌

경제기획원, 예산개요, 각년도.

내무부, 지방재정연감, 각년도.

한국은행, 경제통계연보, 각년도.

김유곤.권성태, "중앙정부와 지방정부간 기능 분담 및 재원 배분 현황과 개선 방향", 조사통계월보, 한국은행, 1990.4.

손재식, 현대지방행정론, 박영사, 1988.

오석홍, "지방 자치 실시와 보건 의료 행정 체계의 진로", 지방자치제와 보건의료행정 체계, 한국보건행정학회, 1989.

오연천, "지방세외 수입의 운영 실태와 발전 방향", 이계식.곽태원(편) 국가예산과 정책목표, 한국개발연구원, 1985.

이계식, "지방 교부세 제도의 효율적 개편 방향", 김중웅.최광(편) 국가예산과 정책목표, 한국개발연구원, 1984.

이종익, 한국지방자치론, 박영사, 1989.

정건작, 보건행정의 중앙 및 지방간 기능 조정에 관한 연구, 서울대 보건대학원 석사 학위 논문, 1990.

정세욱, "국고 보조금 제도의 개선 방안", 지방재정, 1982.9.

차병권, "지방자치행정기능의 재정립과 효율적 재원 배분 방안", 이계식.곽태원(편) 국가예산과 정책목표, 한국개발연구원, 1985.

_____, 재정학개론, 박영사, 1987.

황해석, 지방자치하의 보건의료체계에 관한 국제간 비교연구, 서울대 보건대학원 석사학위논문, 1990.

Atkinson, A.B. and J.E. Stiglitz, Lectures on Public Economics, McGraw-Hill, 1987.

Break, G., Intergovernmental Fiscal Relations in the United States, Brookings Institution, 1967.

Darvey, K., Financing Regional Government, John Wiley and Sons, 1983.

Musgrave, R.A. and P.B. Musgrave, Public Finance in Theory and Practice, McGraw-Hill, 1984.

Netzer D., "State-Local Finance and Intergovernmental Fiscal Retations", Blinder et. al(ed.) The Economics of Public Finance, Brookings Institution, 1974.

Rosen, Harvey S., Public Finance, Irwin Inc., 1985.

Veseth,M. Public Finance, Reston, 1984.