

선진산업국가에서의 공공의료규모 결정요인에 관한 실증분석

아주대학교 행정학과

김 흥 식

(Abstract)

An Empirical Analysis on the Determinants of Scope of Public Health : the case of developed countries

Heung Sik Kim

Ajou University, Dept. of Public Administration

This paper purports to explicate the factors determining the scope of public health in advanced capitalist countries. A few studies have been conducted for such a purpose, yet even these studies show the deficiency of failing to consider a very important factor: the influence of medical profession. Since medical profession has played a significant role in the health policymaking, it is necessary to incorporate the hypothesis that assumes the causal links between the differing medical professional power and the varying scope of public health. Following this view, this paper examined the various hypotheses, including the power of medical profession, and found that the variables related to medical professional power as well as social democratic perspectives are its significant factors. In particular, our result shows that the power of medical profession is the most important determinant, thereby supporting the hypothesis developed in this paper.

Key Word : scope of public health, medical profession, policy determinant, health policy in advanced capitalist countries, social democratic perspective.

I. 서 론

통상 복지국가(welfare state)로 불리우는 선진산업국가에서 국민복지향상을 위한 국가의 활동이 꾸준히 증대됨에 따라 사회보장제도는 이들 국가의 주요 공공부문으로 발전되어 왔다. 사회보장제도는 노령연금, 의료보장, 실업보험, 산재보험 등으로 구성되어 있는 바, 특히 의료보장은 노령연금과 더불어 현대 복지국가의 주축을 이루고 있다. 무엇보다도, 의료보장은 복지국가의 발달과 밀접히 연관된 최초의 공공정책이며, 사실상 현대적 의미의 복지국가는 의료보장제도의 도입과 함께 태동되었다(Leichter, 1979).

아울러 의료보장은 그 지출규모면에서도 현대 복지국가의 중요한 부문을 점유하고 있는 데, 이는 사회보장항목 중 노령연금에 이어 두번째로 커다란 규모이다. 이처럼 의료보장은 현대 복지국가의 중추적이고 기본적인 구성요소인 바, 현재 모든 선진산업국가에서 공통적으로 실시되고 있다. 그러나, 선진산업국가의 의료보장제도는 국가에 따라 다양한 원리에 의거하고 있어 그 규모의 측면에서 상당한 차이점을 보여주고 있다. 즉, 선진산업국가의 의료보장제도에서는 의료부문에 대한 국가관여 정도를 반영하는 공공의료규모가 <표 1>에서 보는 바와 같이 국가마다 상이하다는 것이다(OECD, 1987 : 24).

<표 1> 공공의료의 규모

국 가 명	공공의료	국 가 명	공공의료
오 스투 련 리 아	73.4	이 탈 리 아	85.1
오 스 트 리 아	61.3	네 델 란 드	78.8
벨 기 에	90.7	뉴 질 랜 드	81.9
카 나 다	74.3	일 본	71.3
덴 마 크	85.4	노 르 웨 이	93.4
프 랑 스	78.8	핀 란 드	78.8
독 일	78.6	스 위 스	65.4
아 일 랜 드	87.7	스 웨 덴	91.6
영 국	89.6	미 국	41.8

** 전체의료지출에서의 공공지출비중, 1981-1984(단위 : %)

그 동안 비교공공정책연구(comparative public policy research)에서 이러한 차이점의 원인을 규명하려는 노력의 예가 간혹 있기는 하나(Maxwell, 1981; OECD, 1985; Korpi, 1989; 남궁근, 1990), 이들조차도 그간 일반 정책결정론에서 제시되어 온 요인들만을 고려하였을 뿐, 의료정책에 특별하고 중요한 요인을 새롭게 식별하여 이를 연구에 적용하는데에는 무관심해 왔다. 의료부문에서는 의료서비스 공급자인 醫師들의 전문적 지배(professional dominance)가 형성되기 용이하여, 이들의 정책적 성향 및 정치적 영향력은 의료정책을 결정하는 데 매우 중요한 요인으로 작용하고 있으며, 이러한 특징은 노령연금, 실업보험 등의 다른 사회보장정책에서는 물론이고 일반 공공정책에서도 찾아 보기 어려운 현상이다.

일반적으로 공공의료규모의 증대는 의료부문에서의 국가개입 확대를 의미하는 바, 이는 의료행위 자율권의 침해가중 등 의사들에게 부정적인 결과를 초래하며, 따라서 의사들은 이에 대해 적극적으로 반대하게 될 것이다. 그 결과 공공의료규모는 의료정책의 결정과정에서 이와 같이 행사되는 의사들의 영향력 정도와 밀접하게 관련 될 것이며 그 상관관계는 부정적으로 나타날 것이다.

이러한 점에서 의료정책은 다른 공공정책과는 달리 서비스공급자의 영향이 배제된 상황에서 결정된다 할 수 없겠는 바, 공공의료규모의 결정요인에 관한 연구에서는 서비스공급자인 의사들의 정책적 성향 및 정치적 영향력이 반드시 고려되어야 한다. 이렇게 볼 때, 의료정책에서 특별히 중요한 의사들의 영향력을 전혀 고려하지 않고 그간 축적된 일반 정책결정론의 지식을 그대로 원용하여 공공의료규모의 결정요인들을 모색하는 데에는 명백한 한계가 있으며, 바로 이에 기존연구의 제한점이 노정되는 것이다.¹⁾ 이러한 맥락에서 본 연구는 그 동안 정책결정론에서 중요하다고 지적되어 온 요인들은 물론, 의료정책에서 특별하고 중요하지만, 불행히도 지금까지 기존연구에서 간과되어 왔던 요인도 독립변수에 포함하여 공공의료규모의 주요 결정요인을 규명하고자 하며, 이같은 작업은 선진산업국가를 대상으로 국가간 계량분석(cross-national quantitative analysis)을 통해 수행하고자 한다. 이를 위하여 본 연구는 먼저 공공의료규모에 영향을 미친다고 판단되는 요인들에 대한 이론적 검토를 하고 이들에 대하여 몇 가지 가설을 설정하겠다.

1) 물론, 의료정책의 결정과정에서 醫師 역할의 중요성에 대한 논의는 있어왔다(예, Marmor and Thomas, 1972). 하지만, 불행히도 공공의료규모의 결정요인에 관한 기존연구에서는 이에 대한 논의가 전무한 실정이다.

II. 공공의료규모 결정요인의 이론적 검토와 가설

공공의료규모에 영향을 미치는 요인들은 크게 네가지 관점에서 파악될 수 있다 : 경제·인구학적 관점 (economic and demographic perspective), 사회민주주의 또는 노동세력 관점 (social democratic or working class power perspective), 국가중심적 관점 (state-centric perspective) 그리고 醫師 전문적 지배의 관점 (medical professional dominance perspective). 이들을 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

1. 경제·인구학적 관점

경제·인구학적 관점은 공공의료의 발달을 경제발전과 노령인구 증가의 자연적 부산물로 인식하고 있다. 경제발전이나 산업화는 수명을 증가시킴으로써 노령인구를 확대시키는 반면 이들을 부조할 수 있는 전통적인 가족제도 및 상호부조제도를 점차 약화시키는 데, 이러한 변화에 대응하기 위하여 사회보장제도의 일원인 공공의료부문이 강화되는 것이며, 다른 한편으로는 경제발전은 공공의료와 같은 사회보장제도에 가용될 수 있는 새로운 부를 창출함으로써 공공의료부문의 발달을 원활하게 한다는 것이다 (Cutright, 1965; Wilensky, 1975; Jackman, 1975; Pampel and Williamson, 1985).

이외에도 경제발전이나 산업화는 필연적으로 공해심화와 같은 부작용을 유발하고, 아울러 노령인구의 확대는 의료수요를 고급화시켜 개인적으로는 의료비를 감당하기 어려운 사태를 초래하게 하는 데, 이러한 결과 또한 공공의료부문을 확대시킨다는 것이다 (Wilensky, 1975). 요컨대, 경제·인구학적 관점은 공공의료규모가 국가의 정치적 특성과는 관계없이 경제발전의 수준과 노령인구의 규모에 따라 결정된다고 보며, 국가경제가 발전하거나 노령인구가 증가하면 그 국가의 공공의료규모는 이들에 비례하여 자연히 증대된다는 것이다.

2. 사회민주주의/ 노동세력 관점

사회민주주의(노동세력) 관점은 공공의료의 발달이 정치적으로 무관하지 않다는 점에서 앞서 논의한 경제·인구학적 관점과 배치된다. 사회민주주의 관점에서는 국가를 정치적 투쟁의 장으로 보며, 그 투쟁의 결과를 국가가 선택한 공공정책으로 간주하고 있다 (Shalev, 1983). 따라서 공공정책의 일원인

공공의료도 정치적 투쟁의 산출물이며, 그 규모는 사회내에서의 계급적 세력의 분포에 따라 결정된다는 것이다. 즉, 공공의료와 같은 사회복지정책을 선호하는 계급이 강하다면 공공의료도 그 규모가 크며, 역으로 약하다면 공공의료규모는 작다는 주장이다.

사회민주주의 관점에서 공공의료를 선호한다고 지적되는 계급은 물론 노동계급 또는 이들의 정치적 대변자인 사회민주당이며, 공공의료의 도입 및 확대는 노동계급의 우월한 힘이 국가를 의료부문에 개입하도록 조장하게 된 결과라 하고있다(Stephens, 1979; Korpi, 1983). 요컨대, 공공의료규모는 사회내에서의 계급적 세력분포에 따라 좌우되는 데, 이를 선호하고 요구하는 노동계급이나 사회민주당이 강할 수록 공공의료규모도 상대적으로 커진다는 것이 사회민주주의 관점의 기본적 주장이다.

3. 국가중심적 관점

경제·인구학적 관점과 사회민주주의 관점은 전자는 정치적 요인을 무시하는 대신, 후자는 정치적 요인을 중시한다는 점에서 서로 배치되지만, 국가를 사회내에 변화가 있으면 자연히 이에 맞추어 행동하는 수동적인 조직으로 간주하고 있다는 점에서 서로 일치한다. 경제·인구학적 관점에서는 경제발전에 의해서 공공의료의 필요성이 사회내에 나타나게 되면 국가는 자연히 이를 도입하거나 확대한다고 보고 있으며, 사회민주주의 관점에서는 사회내에 계급세력의 분포가 공공의료를 선호하는 노동계급에 기운다면 국가는 자연히 공공의료를 도입하거나 확대한다고 주장하고 있다. 이러한 국가관과는 달리 국가중심적 관점은 국가를 사회와 독립된 조직으로 보고있다. 국가는 사회내의 변화에 따라 수동적으로 행동하는 것이 아니라, 오히려 국가능력 및 국가체제와 같은 국가의 내적 특성에 의하여 그 행동이 정해진다는 것이다(Skocpol, 1979; 임혁백, 1994).

아무리 사회내에 어떤 정책의 필요성이 표출되고 이를 선호하는 계급이 강해졌더라도 국가가 이를 수행할 능력이 없거나 국가체제가 이에 모순된다면 그 정책은 실현될 수 없다는 것이다. 이러한 맥락에서 국가중심적 관점은 공공의료규모가 사회적 필요나 선호에 의해 결정되기 보다는 국가의 내적 특성에 좌우된다고 보고 있다(Skocpol, 1980; DeViney, 1983; Skocpol and Amenta, 1986). 즉, 국가가 재정적·조직적 능력을 갖추어야만 공공의료에 대한 사회적 요구를 공공정책으로 실현할 수 있으며, 다른 한편으로는 국가가 중앙집권체제이어야만 공공의료에 사용될 수 있는 자원을 용이하게 조달할 수 있어 공공의료를 발전시킬 수 있다는 것이다. 따라서 국가능력이 높고 국가체제가 중앙집권적인 국가일수록 공공의료규모가 크다는 것이다.

4. 醫師 전문적 지배의 관점

공공의료를 도입함으로써 야기되는 국가의 의료부문에 대한 개입은 의사들에게 부정적인 결과를 초래한다. 무엇보다도 국가개입은 의사와 환자간의 관계를 의사에게 불리한 쪽으로 변화를 준다. 환자들은 의료의 재원이나 질에 대한 충분한 정보를 가지지 못하여 의료가 제공되는 과정에서 의사의 전문적 판단에 전적으로 의존하기 때문에 의사의 전문적인 지배(professional dominance)가 형성되기 마련이며, 이러한 상황에서는 의사는 의료행위에 있어 광범위한 자율권과 재량권을 행사할 수 있다(Rayack, 1967; Haug, 1981; 문창진, 1990; 문옥륜 외, 1991; 이두호 외, 1992). 그러나 공공의료를 통하여 국가개입이 시작되면 의사는 과거처럼 환자를 개인적인 수준에서 접촉하는게 아니라 공공기관 또는 국가가 직접 관장하고 있는 커다란 보험조직을 통하여 환자를 상대하게 된다. 즉, 과거와 달리 의사들은 조직화된 환자들을 접하게 된다는 것이다(Stone, 1980).

이같은 상황 하에서 의사들은 그들이 제공하는 의료의 질, 범위, 가격 등의 의료문제들을 환자를 대표하는 공공기관과 타협해야 하고, 더욱이 그들은 공공기관과 타협된 범위내에서 의료행위를 하고있는지에 대하여 감시받아야 하는 데, 이는 곧 의료행위에 있어 의사들의 자율권과 재량권에 대한 침해의 의미하게 된다(Krause, 1977; Stone, 1980). 따라서 의사들은 일반적으로 공공의료가 도입되거나 확대되는 것에 대해 매우 부정적 입장을 취해 왔으며, 1911년과 1948년 영국에서의 의사들의 파업협박과 1962년과 1970년 캐나다의 Saskatchewan州와 Quebec州에서 실제로 발생한 의사들의 파업들은 공공의료에 대하여 그들이 부정적이라는 사실을 단적으로 보여주고 있다. 이같은 논의와 함께 의료정책의 결정과정에서 의사들의 영향력이 지대함을 감안한다면, 공공의료규모는 의사들의 힘과 유의하게 그리고 부정적으로 관련되어 있다 할 수 있다. 요컨대, 의사의 전문적 영향력 관점에 의하면 의사의 힘이 강한 나라일수록 공공의료규모가 작을 것이며, 역으로 의사의 힘이 약한 나라일수록 공공의료규모가 크다는 것이다.

5. 가 설

이상에서 공공의료규모의 결정요인에 대한 네가지 관점들을 살펴 보았는 바, 이들의 주장을 가설화하면 아래와 같이 7가지로 나타낼 수 있다.

1) 경제·인구학적 관점

가설 1 : 경제가 발전한 나라일수록 공공의료의 규모가 클 것이다.

가설 2 : 노령인구의 규모가 큰 나라일수록 공공의료의 규모가 클 것이다.

2) 사회민주주의 관점

가설 3 : 노동계급이 강한 나라일수록 공공의료의 규모가 클 것이다.

가설 4 : 사회민주당이 강한 나라일수록 공공의료의 규모가 클 것이다.

3) 국가중심적 관점

가설 5 : 국가능력이 높은 나라일수록 공공의료의 규모가 클 것이다.

가설 6 : 중앙집권적인 나라일수록 공공의료의 규모가 클 것이다.

4) 醫師 전문적 지배의 관점

가설 7 : 의사의 힘이 강한 나라일수록 공공의료의 규모가 작을 것이다.

Ⅲ. 분석의 설계

1. 분석의 대상

본 논문은 선진산업국가에서의 공공의료규모에 영향을 미치는 요인들을 규명하는 데 그 목적을 두고 있는 바, 통상적으로 선진산업국가라 지칭되는 18개 국가를 분석의 대상으로 하고 있으며 이들은 다음과 같다.

오스트렐리아, 오스트리아, 벨기에, 캐나다, 덴마크, 핀란드, 프랑스, 독일, 아일랜드, 이탈리아, 네덜란드, 뉴질랜드, 일본, 노르웨이, 스위스, 스웨덴, 영국, 미국.

2. 종속변수

종속변수는 공공의료의 규모인 바, 이를 나타내는 지표로 공공의료지출이 전체의료지출에서 차지하는 비율을 사용하였다. 이에 대한 자료는 OECD가 발간한 Financing and Delivering Health Care (1987)에서 추출하였으며 1981년에서 1984년까지의 값을 평균하여 사용하였다.

3. 독립변수

(1) 경제발전 : 경제발전 정도를 측정하기 위하여 기존연구에서 가장 널리 통용되는 일인당 GNP를 사용하였다. 이에 대한 자료는 World Bank World Tables(1983)에서 발취하였으며 1978년에서 1980년까지의 일인당 GNP를 평균하여 사용하였다.

(2) 노령인구 : 노령인구의 규모는 65세 이상 인구비율로 측정하였다. 이에 대한 자료는 OECD가 발간한 Financing and Delivering Health Care(1987)에서 추출하였으며 1980년도 65세 이상 노인인구 비율을 사용하였다.

(3) 노동계급의 세력 : 노동계급의 세력은 O'Connor(1988)가 개발한 지표를 사용하여 측정하였는데, 이 지표는 노동조합에 가입한 노동자의 비율, 노동조합의 단합정도 그리고 노동조합의 단체협약범위를 고려하여 만들어진 것으로서 노동계급의 세력을 포괄적으로 측정하고 있다. 이에 대한 자료는 1965년도와 1980년도의 값을 평균하여 사용하였다.

(4) 사회민주당의 세력 : 사회민주당의 세력은 사회민주당의 집권기간과 득표율을 고려하여 측정하였는데, 이 지표는 사회민주당의 세력을 가장 잘 나타내준다고 지적되고 있다(Stephens, 1979). 이에 대한 자료는 Mackie and Rose의 International Almanac of Electoral Histroy(1982)에서 발취하였으며 1945년에서 1980년까지의 값을 평균하여 사용하였다.

(5) 중앙집권 : 중앙집권은 기존연구에서 통용되고 있는 방법에 따라 연방제(federal system)와 단방제(unitary system)를 나타내는 가변수를 사용하여 측정하였다. 단방제 국가는 1로 연방제 국가는

0으로 표시하였다.

(6) 국가능력 : 국가능력도 기존연구에서 널리 사용되고 있는 전체세입에서 직접세가 차지하는 비율로 측정하였다. 이에 대한 자료는 OECD가 발간한 National Accounts : 1971-1983에서 추출하였으며 1978년에서 1980년까지의 값을 평균하여 사용하였다.

(7) 醫師의 힘 : 의사의 힘은 의사가 향유하는 있는 특권적인 소득으로 나타났으며, 이는 일반 고용자의 평균임금에 대한 비율로 측정하였다. Altenstetter(1974)가 지적하였듯이 소득수준이 높을 수록 정치인이나 정당에 보다 많은 영향력을 행사할 수 있으며, 정책산출과정에서 우월한 위치를 점유할 수 있다. 또한 다수의 선행연구(Mills, 1959; Wright, 1979; Malher, 1989)는 소득수준이 사회적 특권 및 정치적 힘과 밀접하게 관련되어 있음을 입증하고 있다. 이러한 관점에서 의사의 힘을 나타내는 지표로서 의사의 소득수준을 사용하였는 바, 이에 대한 자료는 OECD가 발간한 Financing and Delivering Health Care(1987)에서 발취였으며, 1970년도와 1980년도의 값을 평균하여 사용하였다.

4. 분석방법

앞에서 제시한 가설을 검증하기 위하여 다중회귀분석을 사용하고자 하는 바, 이는 두 단계에 걸쳐 실행되었다. 첫단계의 회귀분석은 경제·인구학적 요인 및 정치적 요인에 대하여 수행되었는 데, 이는 공공의료의 규모가 경제·인구학적 요인에 의해서 결정되는지 또는 정치적 요인에 의해서 결정되는지를 알아보기 위한 것이다. 첫단계의 분석에서 사용되는 회귀방정식은 다음과 같다.

$$Y = X1 + (-) X2 + e$$

Y = 공공의료규모, X1 = 경제·인구학적 변수

X2 = 정치적 변수 e = 오차항목

두번째 단계에서는 첫단계에서 유의하다고 나타난 변수 모두를 대비시켜 공공의료규모를 결정하는데 있어 개별변수의 상대적 중요도를 알아보고자 한다. 두번째 단계의 분석에서 사용되는 회귀방정식은 다음과 같다.

$$Y = X_1 + (-) X_2 + (-) \dots X_n + e$$

Y = 공공의료규모, X1에서 Xn = 첫단계의 분석에서 유의한 변수

e = 오차항목

IV. 분석 결과

〈표2〉는 변수간의 상관관계를 보여주고 있는 바, 경제·인구학적 변수는 종속변수와 유의한 관계에 있지 않음을 나타내주고 있으며, 아울러 경제적 변수와 종속변수의 관계는 경제·인구학적 관점에서 주장하는 것과는 반대방향에 있음을 가르쳐준다. 또한 국가능력변수와 종속변수의 관계 역시 유의하지 않을 뿐만 아니라, 국가중심적 관점이 주장하는 것과는 반대방향에 있음을 알 수 있다. 그러나 이들 외의 독립변수들은 종속변수와 유의한 관계가 있으며, 각 관점에서 예상한 바와 같은 방향에 있다. 특히 의사힘의 변수와 노동계급변수는 상관계수가 각각 -0.75와 0.72로 종속변수와 상당히 높은 관계에 있으며, 방향도 예상한 바와 일치한다.

〈표 2〉 변수간의 상관관계

	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8
V1	1.00							
V2	-.25	1.00						
V3	.37	.46 **	1.00					
V4	.64 *	.42	.24	1.00				
V5	-.08	-.04	-.43	.08	1.00			
V6	.66 **	.19	.46 *	.48	.00	1.00		
V7	.72 *	.00	.39 **	.50	.35	.75 *	1.00	
V8	-.75 *	.55 **	-.15	-.68 *	.01	-.56 **	-.67 *	1.00

V1 : 공공의료규모 V3 : 노인계층 V5 : 국가능력 V7 : 노동세력
 V2 : 경제발전 V4 : 중앙집권 V6 : 사회민주당 V8 : 의사의 힘
 * = 0.01에서 유의미, ** = 0.05에서 유의미

〈표3〉과 〈표4〉는 첫단계의 분석결과를 보여주고 있는 바¹⁾, 앞의 상관관계에서 나타난 결과와 유사하다. 정치적 변수를 통제(control)하면서 종속변수와 경제·인구학적 변수와의 관계를 살펴보았는데, 유의하지 않은 것으로 나타났으며, 이에 따라 공공의료규모는 경제발전의 수준 및 노령인구의 규모에 의해 결정된다는 경제·인구학적 관점은 통계적으로 타당하지 않다고 할 수 있다. 또한 정치적 변수인 국가능력을 경제·인구학적 변수와 대비하여 종속변수와와의 관계를 살펴본 결과 이 변수도 유의하지 않은 것으로 나타났다. 달리 말해, 국가의 내적 특성이 공공의료규모를 결정한다는 국가중심적 관점은 국가능력의 측면에서 통계적으로 타당하지 않은 것으로 보여진다.

〈표 3〉 경제발전을 포함시켰을 경우²⁾

독립변수	Beta	R-Square	Adjusted R-Sq
노동세력	.54 *	.34	.25
민주사회당	.56 **	.35	.27
중앙집권	.68 *	.46	.39
의사의 힘	-.89 *	.59	.53

〈표 4〉 노령인구를 포함시켰을 경우

독립변수	Beta	R-Square	Adjusted R-Sq
노동세력	.50 *	.24	.14
민주사회당	.58 **	.27	.17
중앙집권	.66 *	.50	.43
의사의 힘	-.64 *	.69	.55

* = 0.01에서 유의미, ** = 0.05에서 유의미

그러나 국가능력을 제외한 다른 정치적 변수들을 경제·인구학적 변수와 함께 회귀하였을 때는 모두가 유의한 것으로 나타났다. 이러한 결과는 선진산업국가에서 공공의료의 규모가 경제·인구학적 요인

1) 〈표 3〉에서는 경제발전을 〈표4〉에서는 노령인구를 회귀방정식에 포함시켰음.

2) 모든 변수들을 다중회귀하였으나, 〈표 3〉과 〈표 4〉에서는 통계적으로 유의한(0.05) 변수들만을 제시하고 있다. 따라서 유의하지 않은 경제발전과 노인계층 그리고 국가능력은 나타나지 않고 있다.

보다는 정치적 요인들에 의하여 결정된다는 점을 입증한다고 볼 수 있다. 두번째 단계에서는 첫단계의 분석에서 유의한 변수들만을 회귀하였는 바, 여기서는 두 가지 회귀방정식을 사용하였으며, 그 이유는 노동계급변수와 사회민주당변수사이에 다중공변성(multicollinearity)의 문제가 있어 이들을 서로 분리시켰기 때문이다. <표 5>와 <표 6>는 두번째 단계의 분석결과로 첫단계에서 유의한 변수들의 상대적 중요도를 보여주고 있으며, 또한 첫단계에서 유의한 변수들이 서로를 통제할 때 종속변수와 유의한 관계를 지속하고 있느냐를 나타내주고 있다.

먼저 주목할 점은 의사의 힘, 노동계급과 사회민주당은 종속변수와 유의한 관계를 지속한 반면, 중앙집권은 그러하지 못하다는 사실이다. 중앙집권변수는 종속변수와의 상관관계를 검토할 때나 경제·인구학적 변수와 대비시켰을 때에는 유의미한 설명력을 가졌으나, 다른 정치적 변수들과 함께 다중회귀분석하여 검증할 때는 유의미한 설명력을 상실하였다. 이와 반면 의사의 힘, 노동계급과 사회민주당은 유의미한 설명력을 유지하였으며 선진산업국가에서의 공공의료규모를 설명하는데 있어 주요 변수의 하나로 밝혀 졌다. 특히, 의사의 힘은 회귀계수가 나타내주듯이 종속변수를 설명하는데 있어 가장 중요한 변수이며, 이는 사회민주당변수(표 5)나 노동세력변수(표 6)와 대비시켜도 가장 중요한 것으로 입증되었다.

<표 5> 다중회귀분석 I

독립변수	Beta	유의미 (significance)
사회민주당	.37	.05
중앙집권	.14	N.S.*
의사의 힘	-.46	.05

R-Square = .69 Adjusted R-Square = .62

* 0.1 유의수준에서 유의미하지 않음

<표 6> 다중회귀분석 II

독립변수	Beta	유의미 (significance)
사회민주당	.35	.05
중앙집권	.21	N.S.*
의사의 힘	-.40	.05

R-Square = .68 Adjusted R-Square = .60

* 0.1 유의수준에서 유의미하지 않음

이상의 결과는 선진산업국가의 공공의료규모가 국가의 내적 요인을 제외한 정치적 요인들 즉 의사의 힘, 노동세력 그리고 사회민주당의 변수에 좌우되며, 특히 의사의 힘이 공공의료규모를 결정하는 데 가장 중요한 요인이라는 점을 보여주고 있다. 이와 반면, 본 논문의 결과는 경제·인구학적 요인이나 국가의 내적 요인들이 선진산업국가에서의 공공의료규모를 결정하는 데 그리 중요하지 않은 변수들임을 나타내 주고 있다.

Ⅲ. 결 론

본 논문은 선진산업국가에서의 공공의료규모에 영향을 미치는 요인들을 규명하는 데 그 목적을 두었는 바, 이를 위하여 공공의료규모의 결정요인에 대한 관점들을 검토하고 이에 기초하여 설정한 가설들을 경험적으로 검증해 보았다. 우선 분석결과는 선진산업국가에서의 공공의료규모가 경제·인구학적 요인보다는 정치적 요인에 의하여 결정됨을 보여주었다. 이러한 결과는 공공정책의 일환인 공공의료를 설명하는 데 있어 정치적 시각이 필요함을 단적으로 나타내주고 있으며, 이에 따라 경제·인구학적 관점에서 공공의료의 발달과정을 파악하려는 기존연구들의 제한점이 노정되는 것이다. 또한 본 논문의 결과는 공공의료와 같은 사회복지정책이 경제가 발전하고 노령인구가 증가됨에 따라 정치적 공백상태에서 자연히 발전되어 왔다는 Cutright(1965), Wilensky(1975), Jackman(1975), Pampel과 Williamson(1985) 등의 주장에 강한 의문을 제기하게 한다. 이에 반해 노동계급과 사회민주당이 선진산업국가에서의 공공의료규모를 결정하는 데 유의하고 중요한 요인이라는 본 논문의 결과는 노동운동이 사회복지정책의 발달에 크게 기여했다는 Stephens(1979), Korpi 1983), Castle(1983) 등의 주장을 재차 입증하고 있다.

한편 본 논문은 공공의료규모의 결정에 있어서 醫師 역할의 중요성을 강조하였는 바, 이는 경험적인 분석을 통하여 입증되었다. 즉 의사의 영향력은 공공의료규모와 유의한 관계에 있을 뿐아니라 이를 설명하는 데 가장 중요한 변수로 밝혀진 것이다. 요컨대, 공공의료의 도입이나 확대는 의사들에게 부정적인 결과를 초래하기 때문에 의사들은 그들의 영향력을 동원하여 공공의료의 도입 및 확대를 저지하려고 노력해 왔다는 것이다. 이러한 맥락에서 볼 때, 본 논문의 결과는 미국에서처럼 의사의 힘이 강력할 경우 그들의 저지노력은 매우 성공적이며, 영국에서와 같이 의사들이 분열되어 그들의 힘이 약화되었을 때에는 공공의료는 확대일로에 서게됨으로써 두 나라의 공공의료규모가 상이하게 되었다는 점을 알 수

있게한다. 끝으로 지적할 것은 본 논문의 결과가 시사하는 의료정책의 특수성인 바, 의료부문에서는 공급자의 전문적 지배가 형성되기 용이하여 공급자는 의료정책을 결정하는 데에 있어서 우월한 위치에 있다는 점이다.

이러한 특징은 노령보험, 실업보험 등과 같은 다른 사회복지부문에서는 찾아 보기 어려운 현상이다. 따라서 일반 사회복지정책에 대한 지식을 그대로 원용하여 의료정책을 설명하는 데에는 명백한 한계가 있으며, 이같은 의사의 영향력을 고려하지 않고 공공의료규모를 결정하는 요인들을 규명하려는 기존연구의 제한점이 바로 여기에서 드러나는 것이다. 이렇게 볼 때, 앞으로의 연구에서는 그간 축적된 사회복지정책론의 지식을 그대로 원용하여 의료정책을 파악하기보다는, 의료부문에 내재하고 있는 특수성을 고려하여 의료의 현실에 보다 적합한 지식을 산출하는 것이 요구된다 하겠으며, 본 논문은 이와 같은 노력의 하나가 될 수 있다는 점에서 그 의의가 있다 하겠다.

참 고 문 헌

- 남궁 근, 국가 보건의료정책 발달의 결정요인에 관한 연구, 한국행정학보, 24권 제4호, 1990. pp. 1399-1419.
- 문옥륜 외, 한국의료보험론, 신광출판사, 1991.
- 이두호 외, 국민의료보장론, 나남, 1992.
- 임혁백, 시장·국가·민주주의, 나남, 1994.
- Castles, Francis., The Impact of Parties on Public expenditures, In Castles F. (ed.) *The Impact of Parties: Politics and Policies in Democratic Capitalist States*, Beverly Hills : Sage Publications, 1982.
- Cutright, Phillips., Political Structure, Economic Development and National Social Security Programs, *American Journal of Sociology*, V. 70, pp.537-550, 1965.
- DeViney, Stanley., Characteristics of the State and the Expansion of Public Social Expenditures, *Comparative Social Research*, Vol. 6, pp.152-173, 1983.
- Haug, Marie., the Erosion of Professional Authority : A Cross-Cultural Inquiry in the Case of the Physician, In McKinlay (ed.) *Health Care Consumers, Professionals, and*

- Organizations*, Cambridge : MIT Press, 1981.
- Hicks, Alexander and Duane Swank., On the Political Economy of Welfare Expansion: A Comparative Analysis of 18 Advanced Capitalist Countries, *Policy Studies Journal*, Vol. 17, pp.81-120, 1984.
- Jackman, Robert., *Politics and Social Equality : A Comparative Analysis*. New York : Wiley, 1975.
- Korpi, Walter., *The Democratic Class Struggle*. London : Routledge & Kegan Paul, 1983.
- Leichter, Howard., *A Comparative Approach to Policy Analysis : Health Care Policy in Four Nations*. London : Cambridge University Press, 1979.
- Walter Korpi., Power, Politics, and State Autonomy in the Development of Social Citizenship : Social Rights During Sickness in Eighteen OECD Countries Since 1930. *American Sociological Review*, Vol. 54, pp.309-328, 1989.
- Krause, Elliott., *Power and Illness : The Political Sociology of Health and Medical Care*. New York : Elsevier, 1977.
- Mackie, Thomas and Richard Rose., *The International Almanac of Electoral History*. London : Macmillan, 1982.
- Malher, Vincent., Income Distribution Within Nations : Problems of Cross-National Comparison, *Comparative Political Studies*. Vol. 22, pp.3-22, 1989.
- Marmor, Theodore and David Thomas., Doctors, Politics and Pay Disputes : Pressure Group Politics Revisited, *British Journal of Political Science*. Vol. 2, pp.421-442, 1972.
- Maxwell, R., *Health and Wealth*. Lexington : Lexington Books, 1981.
- Mills, Wright., *The Power Elite*. New York : Oxford University Press, 1959.
- O'Connor, Julia., Convergence or Divergence? : Change in Welfare Effort in OECD Countries 1960-1980, *European Journal of Political Research*. Vol. 16, pp.279-299, 1988.
- OECD., *National Accounts : 1971-1983*. Paris : OECD, 1985.
- OECD., *Measuring Health Care : 1960-1983*. Paris : OECD, 1985.
- OECD., *Financing and Delivering Health Care : A Comparative Analysis of OECD Countries*. Paris : OECD, 1987.

- Pampel, Fred and John Williamson., Age Structure, Politics, and Cross-National Patterns of Public Pension Expenditures, *American Sociological Review*. Vol. 50, pp.782-799, 1985.
- Rayack, Elton., *Professional Power and American Medicine :The Economics of the American Medical Association*. New York : The World Publishing Company, 1967.
- Shalev, Michael., The Social Democratic Model and Beyond : Two Generations of Comparative Research on the Welfare State, *Comparative Social Research*. Vol. 6. pp. 315-351, 1983.
- Skocpol, Theda., *States and Social Revolutions*, Cambridge : Cambridge University Press, 1979.
- Skocpol, Theda., *Political Response to Capitalist Crisis : Neo-Marxist Theories of the State and the Case of the New Deal*, Politics and Society. Vol. 10, pp.155-201, 1980.
- Skocpol, Theda and Edwin Amenta., States and Social Policies, *Annual Review of Sociology*. Vol. 2, pp.131-157, 1986.
- Stephens, John., *The Transition From Capitalism To Socialism*, London : Macmillan, 1979.
- Stone, Deborah., *The Limits of Professional Power : National Health Care in the Federal Republic of Germany*. Chicago : University of Chicago Press, 1980.
- Wilensky, Harold., *The Welfare State and Equality : Structural and Ideological Roots of Public Expenditures*. Berkeley : University of California Press, 1975.
- World Bank., *Economic Data Sheet 1, Vol 1*. Baltimore : Johns Hopkins University Press, 1983.
- Wright, Erik., *Class Structure and Income Determination*. New York : Academic Press, 1979.

부록 : 국가별 통계자료

국가명	PUHT	GNP	OLD	CEN	DIR	SOR	SORV	SORP	OSL	MEDP
오스트레일리아	73.4	8993	9.3	0	51.4	2	50.1	58.1	72.2	2.5
오스트리아	61.3	8790	15.5	0	28.0	21	45.6	129.6	63.2	
벨기에	90.7	10923	14.3	1	42.6	19	30.5	106.5	119.0	1.8
캐나다	74.3	9483	8.9	0	40.4	0	14.7	14.7	33.1	4.1
덴마크	85.4	11810	14.2	1	49.0	20	47.1	127.1	136.5	2.8
핀란드	78.8	8380	12.0	1	39.3	25	24.2	124.2	100.8	1.8
프랑스	71.3	10183	13.7	1	18.4	3	39.2	51.2	72.0	3.3
독일	78.6	11873	15.0	0	28.7	15	37.7	97.7	63.2	4.9
아일랜드	87.7	4306	11.1	1	31.4	0	13.0	13.0	90.1	1.2
이탈리아	85.1	5440	13.5	1	28.3	11	37.0	81.0	45.5	1.1
일본	71.3	8796	9.0	1	38.0	0	31.5	31.5	16.5	4.7
네델란드	78.8	10303	14.6	1	29.9	10	28.6	68.5	72.0	-
뉴질랜드	81.9	6306	9.3	1	76.9	6	43.7	67.7	65.6	2.5
노르웨이	93.4	10973	14.6	1	36.5	19	44.1	120.1	158.8	1.7
스웨덴	91.6	11993	16.2	1	39.3	21	50.3	134.3	187.5	2.1
스위스	65.4	14556	14.8	0	42.0	0	26.6	26.6	58.5	5.0
영국	89.6	6660	14.8	1	35.8	10	42.3	82.3	64.4	2.4
미국	41.8	10650	11.3	0	46.6	0	0	0	24.8	5.1

PUHT : 공공의료규모 GNP : 경제발전 OLD : 노인계층 CEN : 중앙집권* DIR : 국가능력
 SOR : 시민당의 집권기간 SORV : 시민당의 집권기간 OSL : 노동계급의 세력 MEDP : 의사의 힘
 * 단방제 국가는 1로 연방제 국가는 0으로 표시하였음.