

韓國保健教育學會誌 第15卷 2號(1998. 12)
 The Journal of Korean Society for Health Education, Vol. 15, No.2(1998)

의료개혁 논의의 비교분석

조 병 희

계명대학교 사회학과

〈목 차〉

- | | |
|---------------------|-------|
| I. 서론 | V. 결론 |
| II. 의료보장과 의료개혁 | 참고문헌 |
| III. 시장활성화와 정부기능강화론 | 국문초록 |
| IV. 사회적 관계의 저발전 | |

I. 서론

한국의 의료체계는 국민이나 의료계 어느 쪽에도 만족을 주지 못하는 모순된 상태에 있다. 국민들은 적지 않은 의료비를 부담하지만 의료서비스의 질은 낙후되어 있다. 의료계에서는 의료기관이 경영난에 처해 있고 또한 그들에게 돌아오는 경제적, 사회적 보상이 적다고 불만이다. 이러한 문제를 조정해야 하는 정부는 정책의지가 부족하고 효과적인 정책수단도 보유하고 있지 못하다. 이러한 상황에 대하여 일부 학자들은 의료체계의 위기를 주장한다. 의료체계의 비효율과 모순이 심각함에도 불구하고 이를 개선할 능력이 없기 때문이다 (신영수 1997).

최근 10년 동안 의료문제 해결을 위하여 여러

가지 방안이 시도되었다. 보다 공평한 의료보험료 부담을 위해 의료보험조합의 통합일원화를 주장한 사회보장 전문가 및 사회운동권의 의료보장운동, 이에 대한 대응으로 조합제 방식을 유지하면서 의료제도의 여러 문제를 관료제적으로 해결하려했던 정부의 의료개혁론, 그리고 최근에 경제위기와 맞물려 의료기관 도산이 증가하면서 이에 대한 해결책으로 제시되고 있는 '시장기능활성화론'과 정부의 계획과 강력한 개입으로 의료시장 질서를 확립하자는 '정부기능강화론'까지 여러 가지 이론이 제시되었고 일부는 정책으로 시행되기도 하였다.

이 논문은 의료개혁론에 대한 사회학적 분석을 시도한다. 각 이론이 근거하고 있는 기본적인 가치와 문제정립의 방향, 그리고 개혁 추진 방법과 지지세력 등을 비교하면서 각 이론의 성격을 규정하고 한계를 살펴보고자 한다. 의료보

장운동은 강력한 지지세력의 기반 위에서 기존의 권위주의적으로 구성된 의료체계에 국민의 권리를 인식시키는 효과는 있었지만 문제제기가 의료보험료라는 매우 협소한 영역에 제한되었다. 반면 정부의 의료개혁론은 국민을 불편하게 만드는 여러 가지 의료문제들을 다루고 있지만 이에 대한 관료제적 접근으로 본격적인 개혁을 하지 못하는 한계를 갖고 있다고 보여진다. 이 두 가지 이론의 한계를 극복하고 통합을 시도하는 것이 '정부기능강화론'이고, 이에 대한 대안으로 정부대신 의료기관의 경영자율성의 제고를 통하여 자원배분의 효율성을 달성하고자 시도하는 안이 시장기능 활성화론이다.

이 논문은 의료개혁안들이 형평과 효율이라는 가치를 의료체계의 거시적 또는 미시적 차원에서 추구하고 있을뿐 그것이 조직수준에서 어떻게 구현될 수 있는가에 별다른 관심을 두고 있지 않은 점에 주목한다. 기존 의료개혁론들은 국가개입으로 인한 경제적 거래관계에서의 비효율성을 강조함으로써 발생하는 형평이라는 가치의 훼손에는 관심이 있지만 의료주체들간의 사회적 관계가 저발전해서 발생하는 의료의 비민주적 권위주의적 측면에는 거의 무관심하다. 의료비 문제를 제외하면 국민들이 일상적인 불만을 토로하는 불친절, 설명부족 등의 문제는 사회적 관계의 저발전으로 인한 것으로 생각된다.

이 논문은 우선 정부와 사회운동권의 의료개혁안의 한계를 살펴본 후 다음으로 이에 대한 대안으로 최근에 제시되고 있는 시장활성화론과 정부기능강화론의 주장과 그 한계를 살펴보고

그 대안을 제시하는 순으로 서술할 것이다.

II. 의료보장과 의료개혁

1. 의료보장론

우리 나라에서의 의료개혁 논의는 1990년 전후하여 의료보험제도와 관련하여 시작되었다.¹⁾ 1988년에 농촌지역에 의료보험제도가 확대 시행되면서 의료보험의 재정 및 관리운영 방식을 둘러싸고 정부와 사회운동단체 및 학자들간에 큰 논쟁이 전개되었다. 소위 통합론과 조합론으로 불리우는 이 논쟁은 이후 10년간 지속되었다. 이 논문은 이 논쟁 자체보다는 이 논쟁이 의료개혁에 어떤 영향을 주었는가 하는 점에 관심이 있다.

이 논쟁은 엄격히 말하자면 의료체계에 대한 개혁론이라기보다는 사회보장의 한 부분으로서의 의료보장에 관한 것이다. 통합론자들은 위험의 분산과 소득재분배를 목적으로 하는 사회보장의 원리에 조합제 방식은 적합하지 않다고 주장하면서 통합일원화를 통하여 보험재정에 대한 통제권을 확보할 필요성을 주장하였다. 반면 조합론자들은 자영자의 소득과약의 어려움이나 통합관리기구의 관료제화 등의 문제점을 지적하면서 조합제 방식이 관리운영에 더 효율적임을 주장하였다(유인왕 1996). 이 논쟁은 직장조합에 비하여 농촌지역조합은 상대적으로 저소득계층이 많고, 노령인구가 많아 의료요구도는 높기 때문에 의료보험료가 비싼데 대하여 농민들이 반발하면서 촉발되었다. 사

1) 보건학자들에 의한 의료제도의 개혁필요성은 이미 1970년대에 시작되었다. 특히 의료체계 효율화를 위한 핵심과제로 간주되고 있는 의료전달체계의 확립은 이미 1980년대 초부터 학자들간에 광범위하게 논의되었고 (김일순 1983; 한달선 1985) 불충분하나마 정부의 정책으로 시행되기도 하였다. 그러나 의료개혁 문제가 시민사회의 관심하에 진행된 것은 의료보험제도가 전국민에게 적용되기 시작한 1990년 전후한 시기이다.

회보장 전문가들은 상대적으로 부유한 직장조합과 농촌조합이 재정을 통합함으로써 계층간 보험료부과의 형평성을 이룰 것을 주장하였고 의보노조, 농민회, 의사단체, 노동단체 등 광범위한 사회집단이 지지세력을 형성하였다 (김연명 1996). 논쟁은 장기간에 걸쳐 이루어 졌지만 그 대상은 의료보험제도의 관리운영 방식에 한정되는 매우 특이한 모습을 갖고 있었다.

의료보장론에서는 의료보험통합이 의료체계의 모든 문제를 해결하는 단초가 될 것으로 생각하는 경향이 있었다. '조합주의'가 단순히 각종 급여서비스의 질, 수준, 접근도 등에서 격차를 빚어낼 뿐만 아니라 공급측면의 개혁, 의사들의 전문직업성과 도덕성 제고, 병원의 이윤동기 약화, 개별기업의 병원사업참여 가속화 방지, 공공의료자원의 빈약 시정 등 많은 문제들이 의료보장제도의 개혁을 전제로 하지 않고는 해결책이 나올 수 없다고 보고 있다(이광찬 1994). 그러나 이러한 주장은 과장되어 있는 것으로 생각된다. 의료보험통합으로 얻을 수 있는 직접적인 효과는 보험료 부과에 있어서의 형평성 제고와 사회보장 정책에 있어서 국민들의 참여라는 정치적인 효과이다(조홍준 1996). 급여의 확대는 결국 보다 많은 재정투자나 보험료 인상이 필요한 것이고 의료공급체계의 많은 문제들은 민간의료의 특성에서 비롯된 것으로 의보통합으로 직접적으로 해결될 수 있는 성격의 문제가 아니다. 물론 정부가 의료보장의 '정신'을 계승하여 민간의료 중심의 의료체계에 보다 적극적 개입하여 문제해결을 위해 노력해야

하겠지만 의보통합만으로 이러한 문제가 자연히 해결되기를 기대하기는 어렵다. 실제로 사회운동권에서도 의료보장 개혁운동을 정리하면서 국민건강권을 보장하기 위해서는 의료보장제도뿐만 아니라 의료공급체계의 개혁이 함께 이루어져야 함을 인정하고 있다(조홍준 1996).

2. 정부의 의료개혁론

정부의 의료정책은 1990년대 초반까지는 의료공급의 확대 및 의료보험제도의 확대적용에 집중되었다. 그 결과 의대의 신설이나 입학정원의 증원이 계속적으로 이루어졌고, 전국적으로 많은 병원이 신설되었으며, 1991년까지 전국민이 의료보험제도의 적용을 받게 되었다. 그러나 곧이어 의료수가에 대한 의료계의 불만이 커져 의사들이 파업을 하는 상황에까지 이르렀고,²⁾ 국민들의 생활수준의 향상과 함께 의료이용이 증가하면서 응급의료체계의 미비나 종합병원으로의 환자 집중 등으로 국민들의 불만도 증가되었다. 이에 따라 정부의 의료정책의 초점도 의료공급의 확대에서 의료체계의 구조개선으로 변화되었다.

정부의 의료개혁 전략은 2차례에 걸친 의료개혁 보고서에 집약되어 있다. 1994년에 '의료보장개혁위원회'가 구성되어 개혁전략을 성안하였고 1996년 11월에 '의료개혁위원회'가 만들어져 '의료부문 선진화를 위한 의료정책과제'들을 제안하였다.³⁾ 이 개혁안들은 '의료부문이 양적으로는 괄목할만한 성장을 이루었으나 의료체계의

2) 의사들의 불만과 의료개혁의 필요성에 대한 문제제기는 인도주의실천의사협의회(1994)의 보고서에 잘 나타나 있다.

3) 의료보장개혁위원회나 의료개혁위원회는 정부기관이기보다는 정부의 자문기구로 구성원들도 관련분야 전문가들과 이해관계 단체 대표들로 구성되어 있다. 그러나 이러한 형식에도 불구하고 내용상으로 정부가 주도하였기 때문에 정부의 개혁안으로 보아도 무방할 것이다.

비효율과 불합리를 개선하여 질적인 성장을 기하여 국민들의 욕구성장에 부응하는 의료체계를 만들기 위한 목적'에서 진행되었다 (의료보장개혁위원회 1994). 이에 따라 의료보장개혁위원회에서는 의료의 질적 수준 향상, 국민계층간, 조합간 형평성 제고, 그리고 제도운영의 효율성 증대라는 3대 목표를 설정하였다. 그리고 이 목표를 달성하기 위하여 의료자원의 효율적 활용 등 7대 과제를 설정하였다. '의료개혁위원회는 국민건강권 확보, 의료공급자 동기부여, 의료시장 개방에 대비한 경쟁력 확보, 의료이용 편의 제고와 의료전달체계 확립, 응급의료제도 개혁, 한방발전과 양한 협력강화 등을 목표로 설정하였고 구체적으로 21개 개혁과제를 제시하였다. 그 구체적 내용은 표 1과 같다. 의료개혁위원회의 개혁안이 의료보장개혁위원회의 개혁안보다 포괄적이고 구체적이라는 점에서 다를 뿐 두 개혁안의 방향이나 내용에 있어서 큰 차이는 없다.

정부의 의료개혁안의 첫 번째 특징은 의료체계의 효율성 제고에 있다. 즉 기존 의료보험체계의 기본틀을 유지하면서⁴⁾ 의료제도의 문제점을 개선하는데 초점이 있다. 의료기관과 의료인들이 무질서하게 과도한 시장경쟁을 하고 있기 때문에 의료기관의 역할을 재정립하고, 의료인에 대한 교육훈련과 자격관리를 엄격히 하며, 보험급여를 확대하고 수가체계를 재조정하며, 의료산업을 육성 지원하고, 의약·한양방 등 부문간 기능재정립과 균형된 발전을 도모한다는 것이다. 이러한 제안의 배경에는 저수가가 의료

기관의 성취동기를 낮추고, 이는 과잉진료 등 진료왜곡 현상을 야기하며, 나아가 소득수준의 향상으로 국민들의 의료욕구가 고급화되고 있는 현실에서 국민들의 불만을 증대시킨다는 논리가 있다 (의료개혁위원회 1997a: 189-190). 즉 문제의 초점이 의료보험제도가 의료체계의 비효율성을 증대시키는 측면에 있고 이의 개선이 개혁의 중심과제가 되고 있다.⁵⁾

정부 개혁안의 두 번째 특징은 의료문제에 대하여 개별적인 사안에 대하여 점진적으로 접근하는 관료제적 방식이다. 의료문제라는 것이 여러 요소가 복합되어 있어 정면돌파 하듯이 해결하는 것이 수월하지 않기 때문에 관료들은 흔히 문제를 여러 갈래로 분산시키고 각각의 문제에 대응한다(Marmor 1973). 이 과정에서 시행착오를 겪으며 대처방법(rules of thumb)이 생기는데 관료들은 정책효과가 분명하지 않은 통합적인 방법보다는 이렇게 분산된 문제에 점진적으로 접근하기를 선호한다. 이 과정에서 이해관련 집단들의 주장이 개입되기 마련이다(Lindblom 1977; Thompson 1981).

정부의 의료개혁안에서 제시한 20여 가지의 정책과제들은 하나의 중심적인 과제가 영역별로 다르게 나타난다고 할 수 있다. 한국의 의료체계는 철저하게 이윤지향성을 원리로 조직되어 있고(신영수 1997, 양봉민 1997) 이를 규제할 수 있는 제도적 장치나 사회세력이 매우 미약하다. 대형병원과 중소병원이 무차별하게 경쟁하는 것이나 과도한 고가장비 의존도는 모두 이윤을 얻

4) 조합방식을 유지하되 통합론자들의 주장에 대응하여 고액진료비에 대한 조합간 공동부담제도를 도입하여 재정적으로 여부가 있는 직장조합이 농촌조합을 지원하여 형평성을 확대하고 조합의 규모를 도단위 수준까지 확대하여 위험분산 효과를 증대시키도록 하였다.

5) 이 점은 정부의 개혁안이 의료보험료 납부에 큰 어려움이 없는 중산층과 의료공급자들의 불만해소에 보다 많은 관심을 두고 있다는 인상을 준다.

〈표 1〉 의료개혁위원회 개혁과제

| 정책목표 | 현재의 문제점 | 해결방안 |
|-----------------|---|--|
| 의료자원의 효율적 활용 | - 의원·병원·종합병원의 역할과 기능중복 - 3차병원 환자집중, 1차기관 진료불신 | - 진료의뢰서 발급요건 강화 - 집단개원제 및 개방형병원제도 도입 - 보건소의 기능보강 건강증진사업 강화 - 장기요양제도도입 |
| 보험급여 확대 | - 보험적용기간이 년 180일로 제한됨 - 비급여항목이 많아 본인부담이 과중함 - 보험급여가 치료위주임 - 한방과 치과에 제한적인 보험적용 - 의료보호환자에 대한 진료기피 | - 보험적용기간 연장 - 고가검사, 한방, 치과 급여확대 - 보건예방사업 확대 - 본인부담금 보상제도입 - 의료보호수가를 인상 |
| 의료보험 수가체계 개편 | - 낮은 수가로 진료왜곡 현상 발생 - 수가항목간의 불균형으로 수익성 좋은 과목이 선호됨 | - 수가현실화 및 수가구조 조정 - 수가조정위원회 신설 - 포괄수가제 도입 |
| 의료이용 편의제고 | - 3차병원으로의 환자집중 - 응급환자 후송체계 미흡 - 의료분쟁 해결장치 결여 - 환자간호에 대한 부담 | - 병원서비스평가제 도입 - 응급의료체계(119, 129) 도입 - 의료분쟁조정제도 도입 - 가족간병 필요없는 병동 운영 |
| 의료산업 육성 지원 | - 의료산업의 85% 이상을 민간이 담당 - 연구개발을 위한 투자여력의 부족 - 국제경쟁력이 낙후됨 | - 의료기관에 대한 금융지원 - 의료발전을 위한 연구개발비 지원 - 의료기관에 대한 세제지원 |
| 의료보험조합간 재정불균형해소 | - 조합간 부담능력 차이로 인한 재정격차 - 특히 농어촌 조합의 보험료가 높음 - 국고지원의 일률적 배분으로 재정격차 해소에 기여하지 못함 | - 조합별 국고차등지원 - 노인의료비 공동부담제 도입 - 고액진료비 공동부담제 도입 - 지역보험 보험료 부과방법 개선 |
| 의료보험 관리운영체계 효율화 | - 조합원 자격관리 체계 미흡 - 농촌조합의 과다한 관리운영비 - 조합의 자율성과 책임성 미흡 | - 조합규모의 적정화로 규모의 경제 실현 - 의료보험 종합전산망 구축 - 조합경영평가제 도입 |

자료: 의료개혁위원회, 의료부문의 선진화를 위한 의료정책과제, 1997

기 위한 노력이다. 한약분쟁이나 의약품의 거래 질서의 혼란도 결국은 의료계 각 직종간의 이윤 추구를 합리적으로 조정할 수 있는 장치가 없기 때문에 발생한다. 따라서 의료의 공공성 확보가 의료문제의 핵심적 사안이 될 수 있다. 그런데 이를 위하여 대부분 민간자본에 의하여 설립된

의료기관들을 일거에 공영화할 수 있는 방법은 사실상 없다. 그러나 의료부문에서의 공공성을 증대시키기 위한 계획은 필요하다. 이 과정에서 실행이 점진적으로 이루어지는 것은 의미가 있다.⁶⁾ 그런데 정부의 의료개혁안은 중심과제에 대한 근본적인 계획이 없이 개별과제에 대한 대

6) 세계보건기구가 유럽국가의 의료개혁 경험을 분석한 결과 개혁이 점진적으로 추진되는 것이 좋으며 하나의 전면적 개혁(Big Bang)보다는 작은 여러 개의 개혁(small bangs)이 추진되는 것이 더 낫다고 한다(Saltman 1998).

중적인 접근을 시도함으로써 정책효과를 떨어뜨리고 있다.

정부 개혁안의 세 번째 특징은 의료개혁을 위한 지원세력이 충분히 형성되어 있지 못하다는 점이다. 정책을 이념형적으로 잘 만들었다고 해도 그것이 반드시 그대로 실행되지는 않는다. 정부조직 내부의 역학관계, 외부의 지원세력, 정치사회적 환경 등 여러 요소가 정책의 실행(implementation)에 제약을 가할 수 있다(Thompson 1981). 의료개혁을 주관하는 보건복지부는 예산부서의 적극적 뒷받침을 받지 못하며 하부 집행기관이 취약한 구조적 한계를 갖고 있다. 이것은 근본적으로는 복지문제가 항상 정부정책 중 우선순위에 오르지 못하는 정치사회적 환경에 기인한다. 따라서 저수가의 약순환구조를 탈피하기 위해서 필요한 '획기적인' 수가인상은 정부의 재정부담을 우려하는 경제부처의 반대로 실행에 옮기기가 어렵다. 이러한 상황에서 성취동기에 민감한 의료기관이나 의사들을 설득하기가 어렵다. 정부의 개혁안에서 제시된 개혁과제들은 공급자들의 입장에서 보면 의료수가를 요구하는대로 인상해주지도 않으면서 진료행위에 대한 규제는 강화하는 것으로 볼 수 있다. 포괄수가제의 경우 병원 입장에서는 진료비 청구와 관련되는 행정업무 수요를 축소하는 효과는 있겠지만 수가인상과는 관련이 없는 것이기 때문에 병원들이 큰 관심을 보이지 않는다

지원세력을 취약하게 만드는 또 다른 이유는 개혁입안 과정이 전문적이고 기술적인 점에 있다. 개혁안의 입안과정은 특정과제에 대하여 전문가들이 기안한 안건을 각계 대표들이 심의하는 방식으로 진행되었고 논의는 흔히 매우 기술적인 논쟁으로 진행되었기 때문에 의료문제에 대한 전문적 식견이 없는 시민대표들의 역할은 제한될 수밖에 없었다. 언론의 보도 역시 이러

한 기술적인 부분은 일반국민에게 보도하지 않기 때문에 국민들은 의료개혁에 관심을 갖기 어렵다(Thompson 1981:20). 의료문제가 정치문제화 되는 경우가 거의 없는 우리의 현실에서 이러한 논의구조는 국민들의 의료문제에 대한 관심을 제약하는 요인이 된다.

요약하자면 의료보장론이 형평이라는 가치를 추구하면서 사회보장 측면에 보다 관심을 두고 이를 달성하기 위해서 정치적인 접근을 시도한 반면 정부의 의료개혁론은 효율에 가치를 두고 의료체계의 문제들을 개선하는데 관심을 두면서 관료제적으로 접근했다고 볼 수 있다. 의료보장론은 사회운동권의 적극적인 개입으로 의료문제에 대한 여론을 조성하고 관심을 제고시키는데는 성공했지만 관심사가 제한되고 특히 의료서비스의 질을 높이기 위한 제도개선에 거의 관심을 두지 않는 한계가 있다. 반면 정부의 개혁론은 의료제도의 개선을 통한 의료의 질적 개선을 목적으로 하고 있지만 이를 성공적으로 실행할 수 있는 이론적 제도적 기반이 취약하다고 할 수 있다.

Ⅲ. 시장활성화와 정부기능강화론

의료보험제도의 관리운영방식이 통합일원화로 확정된 현 시점에서 개혁되어야 할 과제는 의료체계, 특히 의료공급체계의 문제이다. 우선 의료공급체계의 문제점을 요약한 후 이에 대한 개혁안들을 살펴보겠다.

1. 의료체계의 구조적 문제

보건학계에서 지적하는 우리나라 의료체계의

가장 큰 문제점은 의료의 생산과 시장구조가 매우 비효율적이고 고비용을 유발하게 조직되어 있다는 점이다. 대부분의 의료기관은 민간의 자본으로 설립되어 영리추구적 경향을 지니고 있으며 정부 역시 국공립 병원을 수익사업체로 간주하여 공공병원을 독립채산제의 기관으로 성격을 바꾸어 민간병원과 다름없이 영리를 추구하게 만들고 있다(신영수 1997, 양봉민 1997). 이러한 의료체계의 특성은 의료생산방식과 의료조직구조에서 많은 문제점을 야기하고 있다.

우선 병원들은 최신의 고가장비 위주의 진료 방식을 선호하게 된다. 우리나라 병원들이 보유하고 있는 MRI 등 고가진료장비들은 인구대비 보유율이 세계 2-3위 수준에 있다(한달선 1998). 이 장비를 사용한 검사나 진료가 의료보험의 규제로부터 벗어날 수 있고 또 1회 검사에 수십 만원씩의 치료비를 받을 수 있기 때문이다. 고가장비의 경쟁적 도입은 결국은 환자의 부담증가로 이어진다. 환자들은 의료보험의 혜택을 받으면서도 이와 같은 비보험 서비스로 인하여 매우 높은 수준의 본인부담금을 병원에 지불하게 된다. 많은 진료비가 소용되는 입원치료의 경우 법적인 본인부담금은 20%에 불과하지만 비급여 서비스로 인하여 실제로는 총진료비의 50% 이상을 환자본인이 지불해야만 한다(의료개혁위원회 1997b: 211).

이러한 진료방식은 자본투자의 여력이 많은 대형 종합병원들을 보다 경쟁력이 있게 만든다. 보다 최신의 장비를 갖춘 대형병원에 환자가 집중되기 마련이고 경쟁에서 뒤쳐진 중소병원과 개인의원들은 환자들로부터 진료능력을 의심받아 환자가 감소하게 되었다. 소수의 대형병원에 환자가 집중함으로써 환자들은 의료이용이 어렵게 되고, 입원대기 환자들이 응급실을 입원을

위한 장소로 편법으로 이용함으로써 정작 응급 치료가 필요한 환자들의 진료기회를 빼앗게 되었다. 또한 병원간에는 어떠한 환자의뢰체계나 정보교환 체계가 존재하지 않고 규모의 대소나 소유권의 형태를 불문하고 모든 병원이 환자유치를 위하여 무한하게 경쟁하게 되었다. 의료체계의 무질서와 혼란은 국민들의 의료이용의 불편과 불만으로 나타난다. 통계청의 조사결과에 의하면 종합병원에 대하여 전체국민의 약 60%가 불만을 표시하고 있다(통계청 1997).

의사의 양성과정도 이러한 의료체계의 특성과 긴밀하게 결합되어 있다. 보건학자들은 전체 질환 중 전문의의 진료가 필요한 부분을 10% 미만으로 추산한다. 그러나 대부분의 의사가 전문의 과정을 이수하여 가용 의사인력의 90%가 전문의이다. 결과적으로 1차 진료를 담당할 의사는 매우 부족한 실정이고 많은 전문의들이 개업하여 실제로는 1차 진료를 담당하는 모순된 현상을 보이고 있다. 이것은 의사들의 직업시장에서 전문의가 그만큼 시장가치가 높기 때문이며, 더욱이 대부분의 의대졸업생이 전문의 과정을 지원하는 상황에서 일반의로 남는 것은 시장 경쟁력의 상실을 의미하기 때문이다.

2. 시장기능 활성화론

정부개혁안의 한계와 비교할 때 최근에 제시되고 있는 시장기능 활성화론은 여러 측면에서 대비된다. 가장 큰 차이는 정부안이 여러 의료 문제에 대한 대증요법식 처방임에 반하여 시장기능 활성화론은 일관된 이론적 관점에서 체계적인 해결책을 제시하고 있다는 점이다. 시장기능 활성화론은 경제학을 전공한 이규식교수가

주도하고 있는 개혁안으로 의료부문에 대한 정부의 규제를 완화하고 시장기능을 활성화하여 의료문제를 해결하자는 제안이다(이규식 1998). 그는 한국의 의료체계가 비효율적으로 구성되어 있는 근본원인은 정부의 공공재정지출은 총 보험재정의 35%에 지나지 않는데도 불구하고 전체 의료부문을 관료제적으로 통제하는데서 비롯되는 것으로 보고 있다. 소위 '정부의 실패' 명제에 근거한다(Wolf 1979). 일례로 의료수가를 획일적으로 규제하고 모든 의료기관을 요양기관으로 강제규정 함으로써 의료의 시장기능이 사라지고 진료왜곡현상이 나타나며 결과적으로 의료자원배분의 효율성을 떨어뜨리게 되었다는 것이다. 그는 종합병원 병상의 일부를 자비부담 병상으로 전환하거나, 일부 병원을 보험계약에서 해제하여 완전히 자비환자만을 진료하게 만들어 보험환자를 취급하는 병원들과 경쟁을 하게 만들자고 주장한다.

이 제안은 서구 각국에서 정부의 복지비용 부담을 줄이기 위하여 복지부문을 부분적으로 민영화하는 예에서 타당성을 찾아 볼 수 있다(Scarpici 1989). 즉 자비환자 분만큼 정부는 재정부담을 덜 수 있고 남은 재원을 보험환자에 대한 급여확대에 사용하여 보험서비스 수준을 높일 수 있기 때문이다. 또 의료기관도 자비환자를 진료하는 만큼 경영상 이윤을 높일 수 있기 때문에 경영난 개선과 서비스 향상을 기할 수 있게 된다. 즉 의료보험제도에서 의료수가를 일률적으로 규제함으로써 의료기관간의 서비스 수준에서의 차별화가 없어지고 전체적으로 서비스의 수준을 낙후시키기 때문에 정부의 규제를 부분적으로 완화하여 이러한 모순을 해결하자는 주장인 것이다. 그는 의료수가에 대한 규제뿐만 아니라 의료보험 운영에도 시장원리를 도입할

것을 주장한다. 의료보험조합간에 경쟁원리를 도입하여 각 조합이 보험료의 수준과 제공하는 서비스 수준을 차별화하여 국민에게 조합선택권을 갖도록 하면 조합간 경쟁이 이루어져 전체적으로 비용절감과 관리의 효율성을 이룰 것으로 전망한다. 의약품 가격결정이나 의료인력 양성 등에도 불필요한 규제를 철폐하고 시장기능을 되살리면 결과적으로 효율성이 증진될 것으로 예상한다.

서비스의 차별화를 통한 시장경쟁이 이루어지면 의료기관간의 역할과 기능의 중복도 상당부분 해소될 수 있을 것으로 볼 수 있다. 현재도 종합병원과 개인의원간에는 동일진료에 대한 의료수가의 차이가 있지만 이것이 진정한 시장가격을 반영하지 못하고 있기 때문에 3차병원으로의 환자집중이 이루어진다고 볼 수 있다. 만일 3차 병원들이 상당부분 자비병상 환자를 수용하게 되면 환자들은 상당히 인상된 의료비를 내거나 아니면 지금보다 축소된 보험환자용 병상을 이용할 때까지 더 긴 시간을 기다려야 하기 때문에 2차 진료기관 등으로 환자가 분산될 것이고 환자집중 현상은 자연히 완화될 수밖에 없다.

이 제안이 일반인들에게는 국민의 의료이용권을 부당하게 제한하는 것처럼 보일 수도 있다. 지금까지 일반인들은 의료기관을 이용하는데 별다른 규제가 없었다. 3차 진료기관을 이용하기 위해서 필요한 1,2차 기관의 소견서도 환자의 요구대로 거의 제한 없이 발급되었으며 또 3차 기관이 자체적으로 가정의학과를 통하여 편법으로 환자를 받아들였기 때문이다. 그런데 3차 기관의 진료가 필요한 환자는 매우 높은 수준의 의술이 필요한 일부 질환에만 해당하기 때문에 불필요하게 3차 기관을 방문하는 환자들을 적절히 규제할 필요가 있고 따라서 3차 기관에 시

장기능을 도입하여 이용을 어렵게 만드는 것 자체가 정책적으로나 도덕적으로 틀린 것은 아니다.

그런데 이 제안은 의료체계의 문제를 경제적 요인의 관계로 단순화시키고 의료시장에서 모든 의료기관은 합리적인 행위자로만 가정함으로써 시장기능의 활성화가 의료체계의 문제를 해결할 수 있을 것으로 보고 있다. 그런데 의료체계의 비효율성이 정부의 규제에만 그 원인이 있다고 생각되지는 않는다. 의료기관 운영자의 경영능력이 부족하거나 의료인들의 전문직업의식이 취약하여 비롯되는 경우들이 많은데 이러한 조직구조적 비합리성을 간과하고 시장기능을 활성화할 경우 이것은 가격인상을 단순히 소비자들에게 전가하는 결과를 가져올 수 있다.

보다 근본적으로는 정부의 규제의 성격에 대하여 이 제안과는 다른 논리를 세울 수 있다. 정부의 의료(보험)정책은 의료수가 규제를 통한 의료인들의 의료행위를 간접적으로 통제했을 뿐 의료의 생산방식에 대하여 직접적인 통제를 가한 적이 없다고 할 수 있다. 즉 어떤 형태의 의료기관을 세워서 어떤 서비스를 만들어내는가 하는 문제는 기본적으로 의료인들이 결정하여 왔다. 정부는 수가규제 방식을 매우 경직되게 운영함으로써 외과수술과 같은 특정부분의 수가 수준이 낮아 정상적인 의료서비스를 제공하는데 어려움을 겪게 하는 등의 부작용을 유발하기는 하였지만 의료생산에 있어서의 자유는 기본적으로 보장되었다(조병희 1994) 의료기관의 생산구조에서의 취약성은 다분히 의료인 스스로 선택한 의료생산 방식의 자연스런 결과로 볼 수 있

다. 고가장비의 무분별한 도입에서 볼 수 있듯이 의료체계의 비효율성은 오히려 정부의 의료생산방식에 대한 무간섭(non-intervention)에서 비롯되는 것으로 보인다.

이러한 조직구조하에서 경영합리성에 대한 인식이 없는 의사 또는 병원장들이 새로운 테크놀로지의 도입만으로 시장 경쟁력을 갖추려고 한데서 의료기관의 부실화와 의료체계의 비효율이 초래되었다고 볼 수 있다. 이러한 조직차원의 비합리성이 해소되지 않고, 또 정부의 의료생산에 대한 무간섭주의도 변화가 없는 상황에서 시장활성화가 추진될 경우 의료체계 전체의 합리성이나 효율성의 증진보다는 의료기업화가 가속되어 의료자원 배분의 불평등을 심화시키고 자비병상을 이용할 수 없는 다수 국민의 불만을 증폭시키는 결과가 우려된다(조병희 1998).

3. 정부기능 강화론

정부기능의 강화를 통한 의료문제 해결제안은 시장기능 활성화론과는 달리 정부가 의료체계의 비효율성 제거를 위하여 보다 강력하게 의료부문에 개입할 것을 주장한다. 의료관리학을 전공한 김용익 교수가 주장하고 있는 이 제안은 의료체계의 형평성은 물론 효율성 제고를 위해서도 국가의 개입이 필요하다고 주장한다(김용익 1998). 즉 의료서비스와 같이 공공적인 성격이 강한 부문에서는 시장기능만으로는 전국민에게 의료를 보장한다는 목표를 달성하기 어려운 시장실패가 일어나기 때문에 정부의 개입이 필

7) '시장의 실패'란 의료서비스 시장에서 특정집단에게 의료서비스의 접근이 구조적으로 제한되는 현상을 말한다. 시장원리의 적용이 순조롭게 이루어지지 않는 이유는 의료의 외부효과나 소비자의 지식부족 등 여러 특성들이 관련된다. 그리고 그것이 정부가 의료에 개입하게 되는 이유도 된다.(Feldstein 1983:511-515; Downs 1967:37-40).

요하다는 고전적 논리에 기초한다. 즉 시장기능만으로는 거시적 효율성을 달성하기 어렵고 오히려 정부가 의료체계에 질서를 부여하고 정책적으로 효율성을 제고시킬 필요가 있다는 것이다.⁸⁾

그는 정부기능 강화의 기본적인 방향을 보건 분야에 체계적 개혁을 수립할 것과 의료생산부문에서의 개혁을 설정한다. 앞서 시장활성화론이 개별 의료기관의 자율경영 여지를 확대할 것을 주장한 것과 대비하여 정부기능 강화론은 각 의료기관이 의료체계 내에서의 수행해야 하는 역할과 기능을 우선적으로 확립할 것을 주장하고 있는 것이다. 그 구체적인 방법으로 보건의료 부문에 일정한 목표를 정하여 체계적인 질병 관리를 수행할 것과, 범정부적인 협력체계를 구축하여 재원을 염출할 필요가 있다고 본다. 예를 들어 2010년까지 고혈압환자를 몇% 수준으로 낮춘다는 식의 목표를 정하고 이를 관리하기 위한 방안을 마련하며 보건복지부뿐만 아니라 범정부적인 관심과 참여체계를 구축하자는 것이다. 이것은 지금까지는 보건복지부가 '의료기관 경영난을 감안하여 의료수가를 몇% 올려야 한다'고 경제부처에 요구하는 방식이 설득력이 없기 때문에 '국민의 건강수준을 몇% 올리기 위해서 얼마만큼의 예산이 필요하고 다른 부처에서 이러한 정책적 협력이 필요하다'는 방식으로 전환해야 한다는 것이다.

다음으로 의료체계의 효율성 증대를 위해서 의료기관의 기능을 설정하여 정해진 진료기능을 벗어난 의료기관에 대한 보험보상을 역진적으로 하자고 주장한다. 의료기관의 역할과 기능정립은 대부분의 학자가 의료체계 개선을 위한 핵심

적 사안으로 보고 있는데 김교수는 그 방법으로 3차 기관이 우월한 경쟁력을 바탕으로 1, 2차 기관에서 치료해야 할 환자들까지 진료하는 현상을 방지하기 위해서는 감기와 같은 단순 질환자를 진료할 경우 정해진 수가에서 상당부분 감액하여 지급하면 환자를 돌려보낼 것임으로 자연스럽게 해결될 것으로 본다. 경쟁력이 떨어지는 중소병원들은 요양병원으로 기능전환하여 보다는 적은 재원으로 노인환자 등 새로운 의료수요에 대비할 것도 주장한다. 그리고 의료체계의 과도한 이윤추구로 인한 문제들을 개선하기 위해서는 공공병원의 개혁이 필요한데 이에 대하여 공공병원은 정부보건정책의 수행여부에 따라 평가하고 예산을 배정하는 방식으로 바꾸어 기능을 재정립하자고 주장한다. 의료기관의 역할과 기능이 변화하면 의사들 역시 모두 전문가가 될 필요가 없는 것이기 때문에 의사양성제도 역시 전문의보다 일반의 기능을 수행할 가정의학 전공자를 집중양성할 것을 제안한다.

그는 현재 정부의 보건정책 집행능력이 취약한 이유를 정책수단이 없는데서 찾고 있다. 의료보험 급여와 수가를 정책적으로 사용하게 되면 정부는 강력한 수단을 확보하게 되며 따라서 정부의 정책적 의지만 뒷받침된다면 의료개혁을 강력하게 추진할 수 있다고 보고 있다. 이러한 제안은 정부가 종합적인 보건계획과 정책수단을 확보함으로써 의료체계의 비효율성을 제거하는데 큰 역할을 할 수 있다고 본다. 물론 이 제안이 시장기능의 가치를 전적으로 부정하는 것은 아니다. 이 제안의 초점은 현재의 의료체계가 극히 무질서하게 구성되어 있고 이를 바로잡기

8) 유럽 각국의 의료개혁을 분석한 최근의 한 연구(Saltman 1998) 결과를 보면 의료개혁은 의료재정에 대한 개혁보다는 의료공급자에 초점을 맞출 때 성공하는 것으로 나타났다.

위해서는 정부의 적극적인 개입이 요구된다고 보는 것이다. 사실 정부가 보건분야에 총체적인 계획을 세워서 정책을 추진한 역사가 없기 때문에 정부가 경제개발계획과 같은 수준의 계획을 수립하고 집행한다면 의료체계의 구조가 상당히 변화할 수도 있을 것이다.

이 제안이 갖는 문제점은 시장기능 활성화론과는 반대로 의료공급자들의 이해관계를 만족시키기 위한 적절한 동기유발 수단이 미흡하다는 점이다. 예를 들어 3차 의료기관이 보다 단순질 환자를 진료하지 않고 돌려 보낼 경우 병원의 외래기능이 사실상 소멸됨을 의미한다. 이 경우 그로 인한 수입의 감소를 충분히 보상할 재원을 마련할 수 있을 것인가? 교육과 연구를 위한 지원이 충분히 이루어질 수 있을 것인가? 공공병원이 민간병원과 다름없이 환자유치에 관심을 쓰기보다는 정부보건정책의 집행에만 관심을 쓰면 병원수익이 감소할 것이 분명하기 때문에 여기에도 상당한 추가적 재정투자가 필요하다. 물론 정부가 의료보험재정이나 다른 기금등에서 충당할 의지가 있다면 해결할 수도 있지만 이것은 정부나 집권세력의 복지에 대한 이해와 정책의지가 상당히 변화했을 때에만 가능할 것으로 보인다. 김대중정부가 집권하면서 의료계에서 발생한 가장 큰 변화는 의료보험제도 운영방식이 지금까지의 조합제에서 통합일원화된 방식으로 전환하게 되었다는 점이다. 그동안 사회운동 단체들이 10여년간을 통합일원화를 주장했고 그 바탕위에서 정부의 정책전환이 가능했다. 김교수가 주장하는 정부기능강화론도 이러한 사회세력의 광범위한 이해와 지지가 형성된다면 실현이 가능할 수도 있다.

그런데 사회학적 관점에서 볼 때 시장활성화론이나 정부강화론 모두 이전의 정부의 개혁론

의 연장에서 출발하고 있다. 의료기관과 의사 모두의 역할과 기능이 분화되어 있지 못하고 무차별하게 경쟁하는 구조를 개선해야만 의료체계의 효율성을 증진할 수 있다고 본다. 다만 그 실현방법이 의료인들의 동기유발을 통해서 이루어지는가 아니면 정부의 계획에 의해서 이루어지는가의 차이가 있다. 우리는 여기서 환자나 국민은 행위주체로서 설정되지 않고 철저히 제외되어 있는 것을 볼 수 있다. 즉 의료문제가 시장에서의 경제관계나 국가와 의료인 집단간의 권력관계의 측면에서만 규정되고 있고 사회적 관계로서의 의료문제는 설정되고 있지 않다.

시장기능을 활성화하거나 국가의 의료개입을 보다 체계화하는 것이 의료체계의 개혁을 위하여 필요한 하나의 방법이고 그와같은 개혁이 의료시장의 질서를 바로잡는 효과를 가져올 것임을 부정하지 않는다. 이 논문에서 문제삼고자 하는 점은 그것이 곧바로 의사의 의학적 권위의 확립이나 환자의 권리확대로 이어지는 않을 것이라는 점이다. 왜냐하면 의사의 권위실추나 불신 또는 환자의 미약한 권리는 시장원리나 국가정책과는 다른 의료체계 내부의 사회적 관계가 저발전되어 발생하는 문제라고 생각되기 때문이다.

IV. 사회적 관계의 저발전

사회학에서는 의료체계를 구성하는 인적 물적 요소들간에 형성되는 사회적 관계에 관심을 갖는다. 그중에서도 병원과 의사의 관계, 의사들 상호간의 관계, 그리고 의사와 환자의 관계가 중요하다. 시장활성화론이나 정부강화론의 경우에는 시장과 정부를 의료체계를 움직이는 주요

인으로 설정하고 병원, 의사, 환자는 주변적이거나 제한적인 역할만을 인정한다. 사회학적으로 문제삼고자 하는 의료체계의 문제는 '낙후된 서비스'이다. 즉 왜 국민들은 의료이용시 수많은 불편과 불만을 감수해야 하는가? 그것은 단순히 의료수가가 낮기 때문이거나 정부가 관리감독을 제대로 하지 못해서 발생했다기보다는 의료주체들간의 사회적 관계가 저발전되어 있기 때문에 야기되는 문제로 생각된다. 사적 소유관계에 의하여 병원이 설립되고 운영됨으로써 의사들 상호간에는 협력보다는 경쟁의 관계가 조성되고 있고, 의사들은 병원을 지배하기보다는 병원에 종속되고 있으며, 의사와 환자간에는 신뢰에 기반한 권위와 존경 대신에 상품(서비스)의 판매와 구매자의 관계가 강하게 부각되고 있다.⁹⁾

의료전달체계의 문제를 한 예로 살펴 보자. 기존의 개혁론에서는 의료기관들의 이윤추구 경쟁으로 의료전달체계가 확립되지 못했다고 본다. 따라서 의료기관간의 분업을 중요한 개혁안으로 상정한다. 그러나 현재의 의료체계에서 의료전달체계가 확립되지 못하고 있는 원인은 단순히 의료기관의 이윤추구 경쟁 때문만은 아니다. 의료전달체계는 기본적으로 의료기관간의 분업이기보다는 의사들간의 분업에 기초하는 것이다. 의료기관은 경영을 목적으로 하는 조직이기 때문에 가능한 모든 수단을 동원하여 이윤을 창출하고자 한다. 여기에 제약을 가하는 것이 의료제공의 핵심적 위치에 있는 의사로서 이들간의 분업과 협력체계가 의료기관의 행동을 제어하면서 환자의 흐름을 일정하게 규칙화하는 것이 의료전달체계라고 볼 수 있다. 그러나 우리의 의사들은 분업을 할 수 있는 협력기반이

결여되어 있는 것이다. 오랫동안 의사들은 의료기관을 소유하고 경영함으로써 의료기관과 의사의 이해관계를 일치시켜 왔고 따라서 의사들간에는 의료기관과 분리된 이해관계를 발전시키거나 협력체계를 형성시킬 수 없었다. 의료기관이 경쟁하는만큼 의사들도 협력대신 경쟁할 수 밖에 없었기 때문에 이들은 집단적 이해관계를 형성하기보다는 개별화될 수 밖에 없었다. 만일 종합병원에 전문의만이 근무하고 개인의원에는 일반의만이 근무한다면 그들간의 분업은 자연스럽게 나타날 것이다. 그러나 의사들간의 협력체계가 없는 상황에서 의사들은 서로간에 우월한 경쟁력을 얻기 위하여 전문의 과정을 이수하게 됨으로써 그들간에 자격이나 능력을 다르게 하여 분업체계를 만들기가 어려운 것이다. 현재에 종합병원과 개인의원간에는 시설이나 보조인력의 구성들을 비교하면 수행하는 기능이 분명히 다르다. 그럼에도 이들간에 경쟁이 벌어지는 이유는 결국 의사의 기본적인 자격이 동일하기 때문이며 그들간의 사회적 관계가 보완적이지 못하기 때문이다. 따라서 의사들간의 사회적 관계를 재정립하지 않고 단순히 3차의료기관에서 외래진료를 금지하는 것만으로 의료전달체계가 수월하게 확립될 것으로 기대하기는 어렵다.

의료전달체계의 확립과 관련하여 환자들의 입장을 살피는 것도 성공을 좌우하는 중요한 요이다. 왜 환자들은 3차 기관에 집중하는가? 의사나 의료문제 전문가들은 1,2차 기관의 의사들도 대부분 전문의 훈련을 받았을 뿐만 아니라 일부 중환자를 제외한 대부분의 질병을 치료하는데 필요한 장비를 갖추고 있는데도 환자들은 막대한 불안감과 3차 기관이 더 좋은 서비스를

9) 이에 대해서는 많은 설명이 필요하다. 자세한 설명은 필자의 저서(1994)를 참조하라.

제공할 것이라는 기대하에 3차 기관으로 집중하는 것이므로 환자들의 선택은 불합리한 것이라고 생각한다. 따라서 의료기관의 반발만 적절히 제어하면 의료기관의 기능재정립에는 문제가 없을 것으로 가정한다. 그러나 환자입장에서 생각해 보면 지금까지 제대로 된 의료서비스를 받아본 적이 없고 신뢰할만한 의료정보가 부재하기 때문에 의료기관 선택 시에 합리적인 비용/편익 계산을 하지 못한다.¹⁰⁾ 의사에 대한 신뢰감이 낮기 때문에 사람(의사)보다는 기계(최신기술과 장비를 갖춘 병원)를 선택하게 되고 그것이 오진의 위험성을 줄이고 보다 나은 질의 서비스를 제공할 것이라고 생각하게 된다. 시설이나 장비가 잘 갖추어진 3차 병원으로의 환자집중현상은 바로 이러한 환자 나름대로의 ‘합리적 선택’의 결과로 볼 수 있다. 그렇다면 기존의 의료개혁론에서 주장하는 것처럼 의료전달체계가 새롭게 시행된다면 의료이용기회를 제약받게 된 국민들의 저항이 적지 않을 것으로 예상할 수 있다.

기존 의료개혁론의 보다 근본적인 문제는 의료전달체계가 의사들의 의료지배를 확고하게 만들어주는 체계라는 점에 대한 이해가 결여되어 있다는 점이다. 사회학적으로 볼 때 의료전달체계는 의사들간의 분업과 통합체계이다. 전문분과별 수평적 분업과 함께 의료수준별 수직적 분업을 통하여 의사들간의 과도한 경쟁을 방지하고 의사들이 환자의 흐름을 제어함으로써 의료체계에 대한 집단적인 지배를 가능하게 하는 장

치이다(Stevens 1971). 의료전달체계가 제대로 확립되어 있을 경우 환자는 마음대로 의료기관을 선택할 수 없게 된다. 반드시 주치의의 추천에 의하여 다른 분야의 의사나 상급의 병원에 입원할 수 있다. 이것은 단순히 환자의 의사선택권이 제약받는다든가 사실뿐만이 아니라 의사가 환자치료에 책임을 지면서 동시에 환자의 행동을 규제하고 환자의 복종을 유발하는 효과까지 갖게 된다. 즉 의사전체가 환자를 체계적으로 지배하는 체계인 것이다.

현재 환자가 의료기관을 자유롭게 선택할 수 있는 제도하에서는 환자는 의사의 진료내용에 만족하지 않을 경우 더 이상 치료받기를 거부하고 다른 병원을 찾게되기 때문에 의사들은 환자에 대한 지배력에 한계가 있고 의료전문가로서의 권위를 확립하기 어렵다. 그러나 의료전달체계가 확립되어 환자의 의사나 병원의 선택권이 제한받게 될 경우 환자는 의사에 대한 치료거부권 행사가 더 이상 불가능하게 된다. 의료전달체계의 확립이 의료체계의 합리성이나 효율성 증대를 위해서 불가피한 것이라면 의사의 권력 확대에 대응하여 이를 적절하게 통제할 수 있는 사회적 장치가 필요하게 된다. 의료정보에 대한 청구권이나 불만을 제소할 수 있는 체계적인 창구가 필요하다. 병원단위부터 국가단위까지 불만을 제소하고 해결할 수 있는 제도적 장치, 즉 의료부문에 내무부가 체계가 확립될 필요가 있는 것이다. 그런데 앞서의 개혁론들은 공통적

10) 의료서비스의 경우 환자는 서비스에 대한 지식이 결여되어 있어 그 품질에 대한 비교 평가 등 소비자의 권리를 제대로 행사하기 어려운 특성이 있다(Abel-Smith 1986:59-73). 따라서 의사가 한편으로는 의료를 공급하는 입장이지만 다른 한편 소비자의 구매대리인으로서의 역할이 기대된다. 이 경우 의사가 직업윤리를 가지고 환자의 이익을 보호하는 것이 관건이 된다. 그러나 한국의 경우 구매대리인으로서의 의사의 기능이 취약하고 그것이 영리추구와 결부되었기 때문에 의료체계는 여러가지 파행적인 문제를 야기하였고 환자들의 불만을 사게되는 주요한 원인이 되고 있다.

으로 의료체계의 합리성과 효율성의 증대를 목표로 삼고 있지만 개혁된 의료체계가 가져올 의사 환자간의 권력관계의 변화에 대해서는 별다른 관심을 보이지 않고 있다. 환자의 권리가 확보되지 않는 상황에서 국가나 의료기관의 의료체계에 대한 지배가 더욱 체계화될 경우 국민들의 입장에서는 그것은 개혁이기보다 개악이 될 수도 있다.

V. 결 론

현 시점에서 의료개혁이 필요하고 그것이 구조적 개혁이 되어야 한다는 점에서는 이론의 여지가 없다. 이 논문에서 제안하고자 하는 바는 의료개혁의 방향이 단순히 경제적 효율성을 증대시키는 것으로서는 불충분하고 보다 안정되고 조화로운 사회적 관계를 증진하는 방향으로 구성되어야 한다는 점이다. 즉 의료와 자본이 결합되어 있는 고리를 끊어서, 의료공급자의 자본투자 부담을 완화하고 의료공급자간의 협력을 제고하며, 의료체계내의 권력을 분산하며, 의료계와 시민사회와의 관계를 증진시키는 것이어야 한다.

첫째로 생산부문의 구조조정이 필요한데 앞서의 여러 개혁론에서 제시된 것처럼 3차 의료기관의 기능을 축소할 필요가 있다. 3차 기관은 고난도의 치료기술을 요구하는 소수의 환자를 대상으로 입원진료 기능만 수행하고 외래진료 기능을 폐지하며 의학연구를 수행하는 기관으로 성격도 변화시킬 필요가 있다. 이 문제는 의료기관간의 역할분담과 환자의뢰체도의 확립을 위해서 필수적인 조건이다. 이를 지원하기 위해서는 의학교육체계를 개선하여 전문의의 수

를 대폭 축소하고 가정의학 이외의 전문의 과정 이수자는 일정규모 이상의 종합병원에만 근무하도록 하고 개인개업을 금지하도록 하면 전문의 지원자는 감소될 것이며, 다수의 의대생은 일차진료를 담당하도록 교육시켜야 한다. 이를 실현하기 위해서는 의학연구를 위한 기금을 의료보험 재정에서 일정부분 지원하도록 하는 방안을 모색해야 할 것이다. 3차 기관의 기능축소와 성격변화는 1,2차 기관의 활성화를 유도할 것이다. 이에 따라 주치의 등록제를 도입하여 일차진료 의사가 3차 진료기관의 진료처 소개와 이후의 치료까지 책임을 지는 체제로 가야할 것이다. 이를 위하여는 1,2,3차 기관별로 협약에 의한 네트워크 형성이 필요할 것이다.

의료개혁의 두 번째 방향은 의료기관 내부구조의 개혁이다. 병원은 하나의 거대한 조직이고 수많은 인력과 시설이 집합되어 있다. 따라서 전문경영자에 의한 관리가 불가피하다. 병원개혁의 방향은 병원설립과 운영에 필요한 자본투자의 부담을 덜어 주는 대신 병원조직을 민주화하고 지역사회와의 관계를 개선하는 것이다. 의료기관의 공영화는 현실적으로 불가능하기 때문에 종합병원의 경우는 총자본을 일종의 주식의 형태로 바꾸어 일반인이나 병원직원, 그리고 지역사회 시민단체와 지방정부 등에서 일정부분을 소화할 수 있는 제도를 생각해 볼 수 있다. 그리고 의사결정 구조를 민주화하고 병원구성원들의 참여를 활성화하는 것이 필요하다. 특히 의사들이 현재처럼 경영자에게 일방적으로 예측되어 있기보다는 병원장과 단체로 교섭할 수 있는 체계를 도입하여 진료의 질을 확보하기 위하여 노력하거나 병원내 노사갈등에서 중재자로서 역할을 수행하도록 하는 병원내 권력의 분산이 필요하다.

지역사회의 관계개선을 위해서는 종합병원의 경우 이사회를 활성화하여 지역사회 인사들이 '사외이사'로서 활동하면서 한편으로는 병원의 운영을 감시하고 다른 한편 병원의 어려움을 지역사회에 이해시키면서 지역사회 현안과제에 병원이 기여할 수 있는 문제를 토론하는 것이 필요하다. 지역사회 시민단체와 연계하여 자원봉사자를 공급받을 수도 있을 것이고 특정 질환 환자들의 동호회를 조직하고 필요한 보건교육 서비스를 제공하는 것도 하나의 방안이 될 수 있다. 지역사회와의 관계 개선은 지금까지 병원이 찾아오는 환자만 돌보는 데서 벗어나서 지역사회 속에서 시민단체와 유대를 강화하고 환자들을 능동적으로 조직할 필요성이 있음을 의미한다.

이와 같이 의료체계의 거시적 구조변화와 함께 병원 내부의 조직개혁이 성공하면 환자의 불만이 나 불합리한 의료관행을 내부적으로 규제하고 조정할 수 있는 제도적 절차가 마련될 수 있을 것이다. 현재와 같은 의료기관의 구조하에서는 환자들이 불만이 있어도 제대로 된 절차를 거쳐 자신의 불만을 토로하고 제소할 수 있는 장치가 전혀 없다. 환자들의 불신과 이에 대한 의료기관의 소극적 반응은 단순히 의사들이 무책임하거나 불친절해서 발생하는 문제가 아니고 의료인이나 병원경영자의 행동을 감시하고 규제할 수 있는 내부세력이나 공식적인 통로가 마련되지 않았기 때문에 발생하는 것으로 보아야 한다. 그리고 현재와 같은 폐쇄적인 의료기관의 구조하에서는 반대세력이나 감시자의 등장 또는 반대의견을 제시할 수 있는 기회가 마련되기 어렵다.

의료계의 구조조정은 일차적으로는 의사들이 더 이상의 개인주의적 태도를 지양하고 의사단체가 한국의 의료문제를 책임진다는 생각으로 방향을 전환해야만 가능하다. 한국에 있어서 의

료계는 일반사회와 유리된 채 자기만의 세계 속에 머물러 있고 의사들은 다른 분야사람들과 협력하여 무슨 일을 하는데 너무나 미숙하다. 또한 의료계 내부에서조차 내부적인 합리성을 제고하기 위한 개혁에 힘을 모으지 못하고 있다. 이러한 상황이 지속되는 한 의료계의 구조조정은 요원한 일로 남을 것이다. 이러한 제도의 시행은 정부의 정책으로만 강제될 수 없다. 의료전달체계 정책이 사실상 실패한데서 우리는 그것을 잘 알 수 있다. 의사들 스스로 해결하지 않고는 실현이 어렵다. 그러나 지금의 현실에서 어느 날을 정하여 이제부터 실시하자고 하기도 어렵다. 의사들 사이에 충분한 신뢰가 없기 때문이다. 우선은 일부 의사들이 가입하고 있는 신용조합운동 같은 것을 통하여 상호협력의 토대를 형성하는 등의 공동의 노력이 필요할 것이다.

의료개혁을 위한 다른 하나의 조건은 사회세력의 지원과 감시이다. 지금까지 의료문제는 의료인들만의 문제였고 언론이나 사회단체에서 의료문제 해결을 위하여 체계적으로 접근한 예가 없다. 그러나 의료보험제도의 통합일원화가 성공한 사례에서 보듯이 이제는 의료문제도 사회운동을 통하여 변화를 유도할 필요가 있다. 환자가 조직화되어 있지 못한 현실에서 환자들이 당하는 불이익을 각 사회단체가 체계적으로 수렴하고 대안을 제시하면서 정부와 의료계에 변화를 요구할 때 의료개혁은 시작될 수 있을 것이다.

참고 문헌

1. 김연명 : 의료보험 관리운영체계와 관련집단의 이해관계, 사회복지정책, 1996, 제3집, 195-208
2. 김용익 : 의료개혁과 정부기능의 강화, 건강

- 보장연구, 1998, 2호, 89-113
3. 김일순 : 의료전달체계의 이론과 모형”, 한림대 사회의학연구소 : 의료전달체계의 이론과 실제, 1983, 1-28
 4. 신영수 : 21세기를 위한 한국 보건의료의 구조개혁, 한국보건행정학회 1997년도 전기학술대회 연제집, 1987, 55-80
 5. 양봉민 : 우리 나라 의료제도의 구성과 성과, 건강보장연구, 1997, 제1호, 10-28
 6. 유인왕 : 한국의료보험논쟁사의 재조명, 사회복지정책, 1997, 제3집, 157-176
 7. 의료개혁위원회 : 의료정책과제, 1997a
 8. 의료개혁위원회 : 의료정책과제 : 자료집, 1997b
 9. 의료보장개혁위원회 : 의료보장개혁과제와 정책방향, 1994
 10. 이광찬 : 의료개혁의 과제와 전망에 대한 토론, 한국사회학회 : 한국사회개혁의 과제와 전망, 1994, 404-409, 새길
 11. 이규식 : 시장기능활성화를 통한 의료개혁, 건강보장연구, 1998, 2호, 35-75
 12. 인도주의실천의사협의회 : 의료! 이렇게 개혁합시다, 생활지혜사, 1994
 13. 조병희 : 재벌병원과 의료체계의 변화, 보건과 사회과학, 1997, 1권 1호, 65-88
 14. 조병희 : 한국 의사의 위기와 생존전략, 명경, 1994
 15. 조병희 : 시장기능활성화를 통한 의료개혁에 대한 논평, 건강보장연구, 1998, 2호, 77-88
 16. 조홍준 : 의료보험 개혁운동의 현황과 과제, 사회복지정책, 1996, 제3집, 229-238
 17. 통계청 : 한국의 사회지표, 1997
 18. 한달선 : 의료전달체계에 관한 과제의 재조명, 한림대학교 사회의학연구소 편 : 의료공급의 효율화방안, 1985, 13-25
 19. 한달선 : 의료선진화의 기본방향 모색, 건강보장연구, 1998, 2호, 1-34
 20. Abel-Smith : Values for Money in Health Services, 엄기섭과 노공균 공역 : 의료경제론, 한국경제신문사, 1986
 21. Downs, A. : Inside Bureaucracy, Boston: Little, Brown, 1967
 22. Feldstein, P. J. : Health Care Economics, NewYork ; John Wiley & Sons, 1983
 23. Lindblom, C. E. : Politics and Markets, New York: Basic Books, 1977
 24. Marmor, Theodore R. : The Politics of Medicare, Chicago: Adline Publishing Company, 1973
 25. Saltman, Richard B. : Equity and distributive justice in European health care reform, International Journal of Health Services, 1998, 27(3), 443-453
 26. Scarpaci, Joseph L. ed. : Health Services Privatization in Industrial Societies, New Brunswick : Rutgers University Press, 1989
 27. Stevens, Rosemary : American Medicine and Public Interest, New Haven: Yale University Press, 1971
 28. Thompson, F.J. : Health Policy and the Bureaucracy, Cambridge: The MIT Press, 1981
 29. Wolf, C. : A theory of nonmarket failure, Journal of Law and Economics, April, 1979, 107-132

〈Abstract〉

A Critical Analysis of the Perspectives on Health Care Reform in Korea

Cho, Byong-Hee

Keimyung University Dept of Sociology

This paper analyzed four different perspectives on health care reform in Korea in terms of the basic values, formulated problems and reform plans, implementation methods, and supporting groups. The medical security plan was insisted by social security specialists and social activists focusing on the integration of medical insurance coops in order to enhancing equity and right of the people. However, its perspective was limited to promoting security instead of reforming health care system. The government proposed the health care reform plans in 1994 and in 1997, focusing on promoting efficiency by remedying many problems in health care delivery system. However, its implementation was not successful due to the lack of organizational and financial supporters. Recently, two opposite proposals were issued. The market reform plan paid attention to revitalizing the market function to promoting efficiency by allowing hospitals to treat private patients instead of applying the medical insurance regulation. The government reform plan focused on intensifying governmental planning and intervention in the health care sector in order to removing inefficiency and promoting equity with the supports of social activists and labor unions. Finally, this paper proposed an alternative plan to promote harmonious social relationship between actors in the health care system.