

## 보건의료부문의 주요 정책과제 - 경제학적 고찰을 중심으로\*

權 純 源\*\*

I. 머리말	과제
II. 보건의료의 특성과 경제학적 분석의 기초	1. 한국의료제도의 문제점
1. 보건의료의 특성과 국민의료비의 성장	2. 의료인력 및 의료공급의 효율증진을 위한 주요정책방안
2. 보건의료의 수요·공급과 경제학적 분석	3. 의료보험제도의 개혁방향
III. 한국의료제도의 평가와 주요정책	IV. 토론: 의료사고 배상보험
	V. 맺는 말

### I. 머리말

우리의 욕구는 무한한데 자원은 한정되어 있다는 점에서 경제학은 출발한다. 우리가 사는 세상에는 공짜(자유재)가 없다. 맑은 공기도 물도 이제 더 이상 자유재가 아니다. 따라서 보건의료서비스를 포함하여 모든 經濟財에는 값이 붙게 된다. 다시 말해서 우리는 경제재를 구매하는 대가로 비용을 지불해야 하는 것이다. 보건의료부문의 경제학적 접근은 우리가 어떤 보건의료서비스를 이용하든 '지불한 비용에 비하여 그만한 효과가 있는가'(Is it worth what it costs?)를 묻는 것으로 시작된다. 우리는 치

\* 본 논문은 2000년 11월 25일 개최된 대한의료법학회 추계학술대회에서 발표된 것으로 시의성을 감안하여 종전 내용을 그대로(약간의 자구수정만을 거친 다음) 제출하고자 한다.

\*\* 덕성여대 경제학과 교수

른 비용(costs)에 비하여 받게되는 便益(benefits)을 비교함으로써 의료제도와 정책을 평가할 수 있다. 결국 이는 한정된 자원이 효율적으로 활용되고 있는가를 평가하는 것이다. 본 논문에서는 경제학적 관점에서 이를테면 한국의 현행 전국민의료보험제도는 경제적인 타당성을 지니고 있는가, 한국의 보건의료정책은 합당하게 수립되고 집행되고 있는가, 어떠한 유형의 의료사고 배상보험이 우리의 실정에 부합되는가 등에 대한 질문을 통하여 제도와 정책을 평가할 것이다.

현실적으로는 조금 더 구체적인 평가기준이 필요할 것인데 의료공급의 효율성과 의료서비스이용에 있어서 형평성이 잣대가 된다. 그런데 보건의료부문의 기본목적은 ‘모든 국민으로 하여금 감당할 수 있는 적절한 비용으로 良質의 의료를 이용할 수 있도록 보장하는 것’(to insure that quality health care is available to all of us at a reasonable price)이다. 보건경제학은 보건의료부문이 이러한 목적을 공평하고(다시 말하면 소득에 비례하여 비용을 부담하고) 효율적으로(주어진 비용으로 최대한의 생산성을 올리는) 달성할 것을 주문하고 있다. 이와 관련하여 보건의료에 대한 수요는 건강에 대한 수요에서 파생되는 “파생수요”라는 점을 강조하고자 한다. 건강증진이란 바람직한 목적을 달성하기 위한 수단으로 우리는 보건의료를 이용하는 것이다.

본 논문은 효율과 형평의 관점에서 한국의 보건의료제도와 정책을 분석하고 평가한 다음 개선해 나가야할 주요 정책과제를 도출할 목적으로 집필되었다. 또한 의료계의 현안 정책이슈 중 하나인 의료사고 배상보험에 대한 사례연구를 통하여 의료문제를 바탕으로 법과 경제(law and economics)를 연결하는 토론의 장을 넓혀 나가는데 기여하고자 한다. 본 논문에서는 분석과 평가를 위해 비율분석과 국제비교분석이 주로 채택될 것이다.

머리말에 이어서 2절에서는 보건의료의 경제적 특성을 살펴본 다음 보건의료부문의 성장을 국민의료비의 증가추세로 설명하고자 한다. 더불어 경제학적 분석방법을 간단히 소개함으로써 앞으로의 논의를 뒷받침할 것이다. 3절에서는 2절에서의 논의를 토대로 한국 보건의료제도를 경제학적

으로 분석·평가한 후 주요 정책과제를 도출할 것이다. 특히 의료보험제도의 구조적 문제점에 비추어 합리적인 재원조달과 의료비절감방안을 중심으로 향후 개혁방향에 대하여 논의하고자 한다. 4절은 補論으로써 의료사고에 대한 배상보험을 어떻게 成案하고 앞으로 어떤 방식으로 전개해 나가는 것이 경제적으로 합당한가를 진단하고자 한다. 끝으로 5절에서는 지금까지의 논의를 요약할 것이다.

## II. 보건의료의 특성과 경제학적 분석의 기초

### 1. 보건의료의 특성과 국민의료비의 성장

경제학적 관점에서 볼 때 보건의료는 여러 가지 특성을 지닌다. 첫째 보건의료는 공급자인 의사가 주도하는 시장이다. 소비자는 통상 의료의 제공자인 의사가 ‘당신은 이런 병을 지니고 있으므로 이러 이러한 의료서비스를 구매해야 한다’는 메시지를 전달받게 되면 이에 맞추어 환자는 특정한 의료서비스를 이용하게 된다. 이와 같이 의사는 의료의 공급자인 동시에 수요를 결정하는 역할도 담당한다. 둘째 소비자는 의료에 대하여 전혀 무지하다. 환자는 의사를 방문하여 진찰을 받고 그 결과를 통보 받기까지 어떤 질환을 앓고 있으며, 어떻게 치료를 받아야 하며(또는 치료를 받지 않아도 되며), 얼마의 비용과 치료기간이 소요될 것인지 알지 못하는 것이 일반적이다. 이 점에서 환자는 의사의 지시를 따르는 수동적인 입장에 처하게 된다.

셋째 보건의료는 “외부효과”(spillover effects)를 창출하기도 한다. 이를테면 홍역에 대한 예방접종사업을 전국적으로 실시하지 않더라도 홍역발병을 차단하는 효과를 거둘 수 있다. 외부효과는 투입한 비용에 비하여 사회 전체적인 효과가 더 큰 경우 발생한다. 마찬가지로 초·중등학생을 대상으로 건강교육을 실시하게 되면 그 효과는 어른들에게도 확산될 수 있을 것이다. 넷째 보건의료는 건강에 대한 권리로서 소득이나 필요(need)에 관계없이 모든 사람에게 제공되어야 한다는 인식이 선진국을

중심으로 점차 확산되고 있다. 이점에서 모든 국민들에게 적절하게 보건 의료를 제공하는 일은 국가의 책임임을 인식할 수 있을 것이며 따라서 보건의료는 公共財의 성격을 지닌다고 볼 수 있다. 그리하여 보건의료서비스는 의식주에 이어서 4번째 필수품으로 인정되고 있다.

다섯 번째로 개인적으로 볼 때 질병이나 사고로 인한 건강의 훼손 혹은 상실은 예측할 수 없다는 특징이 있다. 따라서 질병의 발생이나 그로 인한 건강상의 장애 나아가서 보건의료의 이용과 관련하여 항상 불확실성이 개재하게 된다. 설혹 어떤 서비스를 이용한다손 치더라도 얼마의 비용이 소요되며 언제 얼마만큼 건강을 회복할 수 있을 것인지 불확실하다. 그러나 大數의 법칙이 말해주고 있는 것처럼 다수의 사회구성원들이 참여하여 의료보험제도를 만들게 되면 어느 정도까지 그와 같은 不可 예측성이나 불확실성을 경감시킬 수 있다. 이 경우 위험분산기능이라는 보험 효과(수평적 재분배)가 작용하기 때문이다. 이와 함께 사회보험방식의 전 국민의료보험은 형평성 증대를 위하여 소득재분배(수직적 재분배)라는 바람직한 효과를 포함하는 것이 보통이다.

이밖에도 보건의료는 소비와 투자의 兩面性이 있을 뿐만 아니라 교육과 훈련의 요소가 같이 포함된다는 특성이 있다. 단순히 치료목적으로 지출되는 의료비는 소비적 성격을 지니나 의료이용으로 훼손된 건강이 회복된다면 그 만큼 당사자의 생산성을 제고시키게 될 것이므로(따라서 소득 稼得능력을 높여주게 된다) 投資的인 성격도 아울러 가지게 된다. 또한 의료는 의사, 간호사, 의료기사, 약사 등이 팀을 이루어 제공되는 “팀 서비스”이며 노동집약적인 서비스이다. 나아가서 경제적 능력의 유무와 관계없이 국민이면 누구에게나 기본적인 서비스가 제공되어야 한다면, 다시 말해서 국민의 健康權을 인정한다면 의료서비스는 비영리적 요소를 지니고 있다고 볼 수 있다.

통상 보건의료부문의 성장은 국민의료비추이를 통하여 설명될 수 있다. 왜냐하면 국민의료비는 어떤 해에 그 나라 국민들이 보건의료에 지출한 금액(통상 병원건립, 의료기기구입, 연구개발 등에 투자한 금액도 포함됨)을 합쳐 계산되기 때문이다. 그러나 여기서 우리는 보건의료가 소비와

투자의 양면성을 지니고 있다는 특징과 국민의료비에 소비지출과 투지지출이 모두 포함된다는 점을 구별할 필요가 있다.<sup>1)</sup> 국민의료비의 내역을 보면 어떤 목적으로

〈표 1〉 주요 OECD국가의 GDP대비 국민의료비

국명	국민의료비/GDP (%)		1인당 국민총소득 (미 달러)	
	1990	1997	1990	1997
프랑스	8.9	10.0	20,869	24,803
독일	9.3	10.9	19,043	25,703
이태리	8.1	7.9	18,869	20,064
일본	6.1	7.2	24,436	33,831
네델란드	8.7	9.2	18,951	24,588
스페인	6.7	7.5	12,549	13,334
스웨덴	8.8	9.3	25,862	29,699
영국	5.8	6.8	17,025	22,885
한국	4.8	5.0	5,886	10,307

자료: 정영호 외(2000) 및 한국은행(2000).

(개인의료서비스, 예방 및 공중보건, 보건행정 및 관리, 의료보험관리운영 등) 의료비가 지출되는가 또는 누구에 의하여 재원(소비자, 사용자, 정부 등)이 조성되는가를 파악할 수 있다.

최근의 우리나라 국민의료비의 수준은 GDP대비 5.1%(1998년)를 기록하고 있다. 〈표 1〉에서 보는 바와 같이 우리나라는 1인당 소득수준을 감안하더라도 GDP규모에 비하여 보건의료에 대한 지출규모가 작은 편이다. 그러나 문제는 우리나라의 경우 공공보건의료의 역할이 미흡하여 상대적으로 개인이나 가계의 부담이 크다는데 있다. OECD국가들의 평균적인 가계부문의 비율이 1995년 17.6%에 불과하나 우리나라의 그것은 무려 41.6%(1998년)에 달하고 있다.<sup>2)</sup> 향후 의료비가 빠르게 증대될 것으로 전

1) 소비와 투자의 양면성이란 교육과 같이 人的자원에 대한 투자를 의미하는 반면, 투지지출은 GDP에 포함되는 (국민계정에서 말하는) 실물투자를 뜻한다.

2) 정영호 외(2000) 참조.

망되고 있음에 비추어 다른 조건이 같다면 그만큼 가계의 지출 부담이 커지게 될 것이라는 점을 예상할 수 있다.

한편 1998년 국민의료비의 재원구성을 보면 노·사가 각출하는 의료보험료 30.1%, 정부11.8%, 가계(주로 본인부담) 41.6%, 그리고 기타 12.2%로 나타나고 있다. 따라서 피보험자는 본인과 부양가족을 위해 보험료의 1/2과 본인부담을 합쳐 국민의료비의 56.6%나 부담하고 있는 셈이다. 당해연도의 가격(경상가격)으로 추정한 국민의료비는 1985-1998년 기간 중 연평균 15.6%로 늘어나 경상GDP의 연평균 증가율 14.0%를 앞질렀다. 한편 의료비증가추세에 대한 기여도분석을 보면 가격요인보다는 주로 의료이용량과 의료이용강도 및 인구요인 등이 중요한 역할을 수행하고 있음을 알 수 있다. 특히 1인당 진료비(= 수진율 x 건당 진료비)는 1993-1998년 기간 중 2배 이상 증가하여 의료이용의 급증현상을 단적으로 보여 주고 있다.<sup>3)</sup>

그런데 논의를 단순화시켜 한 나라의 의료서비스가 單一財라고 한다면, 국민의료비는 의료서비스이용 또는 공급수량과 그 單價를 곱하여 계산된다. 우리나라의 경우 의료서비스의 가격인 의료수가는 정부당국에 의해서 규제되고 있는데 특히 물가안정대책의 일환으로 수가인상이 억제되고 있다. 일반적으로 경제학자들은 의료비가 증가된다는 점에 대하여 특별한 의미를 부여하지 않는다. 왜냐하면 의료비가 상승한다는 것은 의료이용량의 증가 혹은 수가의 상승, 아니면 이상 두 가지 모두가 증가한다는 의미인 바 이것이 시장의 작동에 따른 결과라면 전혀 이상할 것이 없기 때문이다. 그러나 문제는 앞서 살펴본 바와 같은 보건의료의 경제적 특색에 비추어 이 부문에서는 시장기능이 원활하지 못하다는 점에 있다. 그러므로 경제학자들은 '왜 의료비가 상승하는가' 그리고 '이와 같은 의료비증가 추세를 안정화시킬 방안은 무엇인가' 라는 중요한 질문을 던지게 된다. 이들 질문에 대한 답은 의료시장을 보다 경쟁적으로 만들어 나가야 한다는 데서 찾을 수 있는데 이를 위해서는 경제학적 분석방법에 대한 고찰

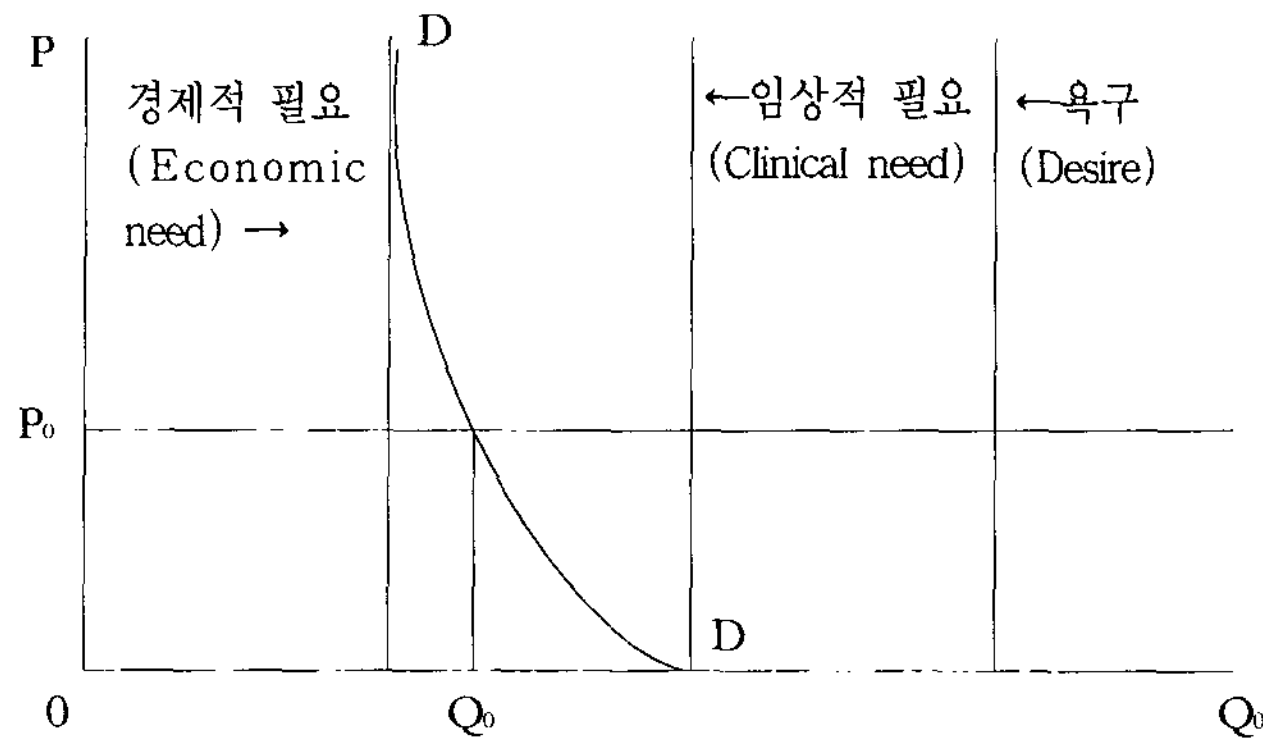
3) 자세한 내용에 대해서는 전계서 참조.

이 필요하다.

## 2. 보건의료의 수요·공급과 경제학적 분석

일반적으로 한 재화의 수요(demand)는 소비자의 소득, 해당재화 및 관련재화의 가격, 그리고 소비자취향 등 기타요인에 의해서 결정된다. 의료 수요의 결정에 있어서도 이들 요인이 중요한 역할을 하고 있다고 분석된다. 그러나 보건의료의 특성으로 인하여 의료수요의 분석을 위해서는 다음과 같은 추가적인 고려가 필요하다. 건강상태로 대변되는 의료에 대한 필요(need)의 정도, 소득이나富力의 분배상태 등 경제적 요인, 의료보험이나 의료보호제도의 유무 등 사회·제도적 요인, 노령인구의 비율, 개인의 연령이나 노동시장참가 유무 등 인구·개인적 특색, 공공의료의 비중이나

[도 1] 의료서비스에 대한 욕구, 필요 및 수요



의료기관의 지역적 분포 등 공급측 요인 등이 이들이다. 여기서는 수요 분석의 기초가 되는 의료에 대한 욕구(desire), 경제적 필요(economic need)와 임상적 필요(clinical need) 그리고 수요에 해당하는 의료이용(utilization)에 대하여 간단히 살펴보기로 한다. [도 1]에서 보는 바와 같

이 의료서비스에 대한 욕구는 거의 무한하다. 통상 의사들은 임상적 필요에 관심을 기울이는 반면, 경제학자들은 자원의 유한함에서 오는 절약(economize)의 필요성을 강조하기 때문에 경제적 필요<sup>4)</sup>에 주목하게 된다. 물론 임상적 필요가 경제적 필요보다 훨씬 더 크다. 소비자는 임상적 필요를 최대 利用量으로, 경제적 필요를 최저 이용량으로 하여 이 범위 내에서 만일 수가수준이 높으면 적은 양을, 수가가 낮아지면 많은 양의 의료서비스를 구매하게 되어 수요곡선 DD는 右下向하는 형태를 취한다. 이 경우 만일 가격이  $P_0$  라면 균형 이용량은  $Q_0$  가 된다.

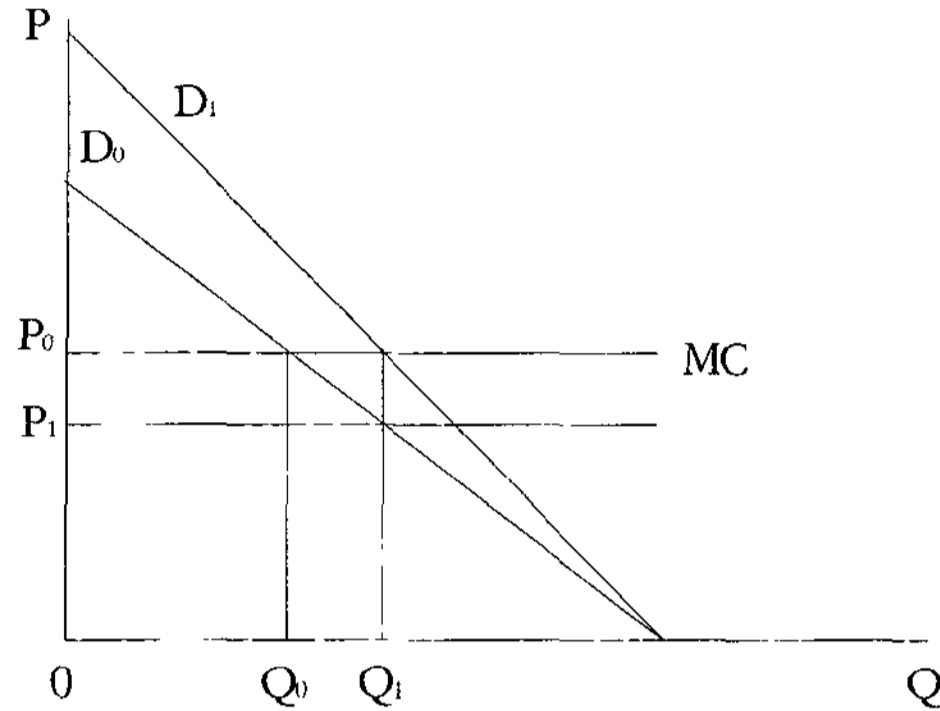
만일 여기서 의료보험제도가 도입되었다면 의료수요는 어떻게 변화할 것인가? 의료보험은 사회적 위험을 분산시켜 주는 역할을 할 뿐만 아니라 소비자가 의료를 이용할 때 급여를 제공해 주기 때문에 전체비용(full cost pricing)을 지불할 필요가 없게 된다. 말하자면 제3자인 보험자가 비용의 일부를 지급해 주기 때문에 소비자는 종전보다 수가가 내려간 것으로 인식하고 이전보다 더 많은 의료서비스를 이용하게 된다. 사실은 모든 醫保가입자(와 그 사용자)가 매달 각출하는 보험료를 적립한 기금에서 주로 급여가 지출되지만, 소비자는 종전보다 수가가 인하되었다고 감지하여 적절한 정도 이상으로 의료이용량을 증가시키는 행위를 보여 주게 되는데 이를 소위 도덕적 해이(moral hazard)라고 부른다.

의료보험제도의 도입과 함께 의료수요곡선은(도 2)에서 보는 것처럼  $D_0$ 에서  $D_1$ 으로 움직이게 된다. 醫保도입 이전의 수가수준이  $P_0$ 였다면 醫保도입 이후 소비자가 직면하는 수가는  $P_1$ 이 되고 의료이용량은 종전의  $Q_0$ 에서  $Q_1$ 으로 증가하게 된다. 이전에는 소비자가  $P_0$ 를 전부 부담하였지만 의보도입 이후에는  $0-P_1$ 를 소비자가  $P_0-P_1$ 를 보험자가 각각 부담하게 된다. 결과적으로 의료보험제도의 도입은 수가를  $P_0-P_1$ 만큼 낮추고 의료이용량을  $Q_0-Q_1$ 만큼 증가시키게 됨을 알 수 있다.

4) 이는 경제적으로 지불능력이 뒷받침되어 의료서비스를 이용할 수 있을 경우의 필요를 의미한다.



[도 2] 의료보험제도의 도입이 수요에 미치는 효과



다음으로 의료서비스의 공급측면을 분석해 보기로 하자. 의료서비스의 공급은 의료수가, 의료서비스에 들어가는 각종 투입요소의 가격(이를테면 의료인력의 인건비, 재료비, 의료기기 이용비용 등), 그리고 의료기술 등에 의해 결정된다. 그러므로 의료공급은 의원이나 병원시설 등 각종 의료 시설에 대한 투자, 의료기술의 도입 및 개발비용 그리고 의료인력에 지불하는 인건비와 기타 原材料費에 의해 주로 영향을 받게 된다. 短期的으로 의료공급은 시설 및 인력활용도가 높다고 가정할 경우 거의 고정되어 있지만 긴 시간을 허용하는 長期의 경우 자원이동이 활발하게 되어 공급곡선이 左右로 이동하게 된다.

[도 3]에서 공급곡선 S 는 단기(의료시설을 늘려갈 만큼 충분히 길지는 않은 시간) 공급곡선이라고 할 수 있다. 여기서 S 와 수요곡선 D<sub>0</sub>가 만나는 점에서 균형가격 (P<sub>0</sub>)과 이용량 (Q<sub>0</sub>)이 결정된다. 만약 단기에 수요곡선이 D<sub>1</sub>으로 이동하였다면 수가는 P<sub>1</sub>으로, 이용량은 Q<sub>1</sub>으로 각각 증가하게 된다. 여기서 한가지 유용한 개념은 수요와 공급의 彈力度 (elasticity)인데 이는 가격변화에 반응하는 수요 또는 공급의 量的 변화의 정도를 나타낸다. 결국 얼마나 균형가격과 수량이 변화하는가는 수요와 공급의 탄력도에 달려 있다. 여기서 또 한가지 설명이 필요한 점은 만일 수가가 당국에 의해 규제된다고 할 때 이는 일종의 최고가격제의 역할을 하게 된다. 그 결과 수요는 만성적으로 공급을 초과하게 된다. 수요곡선

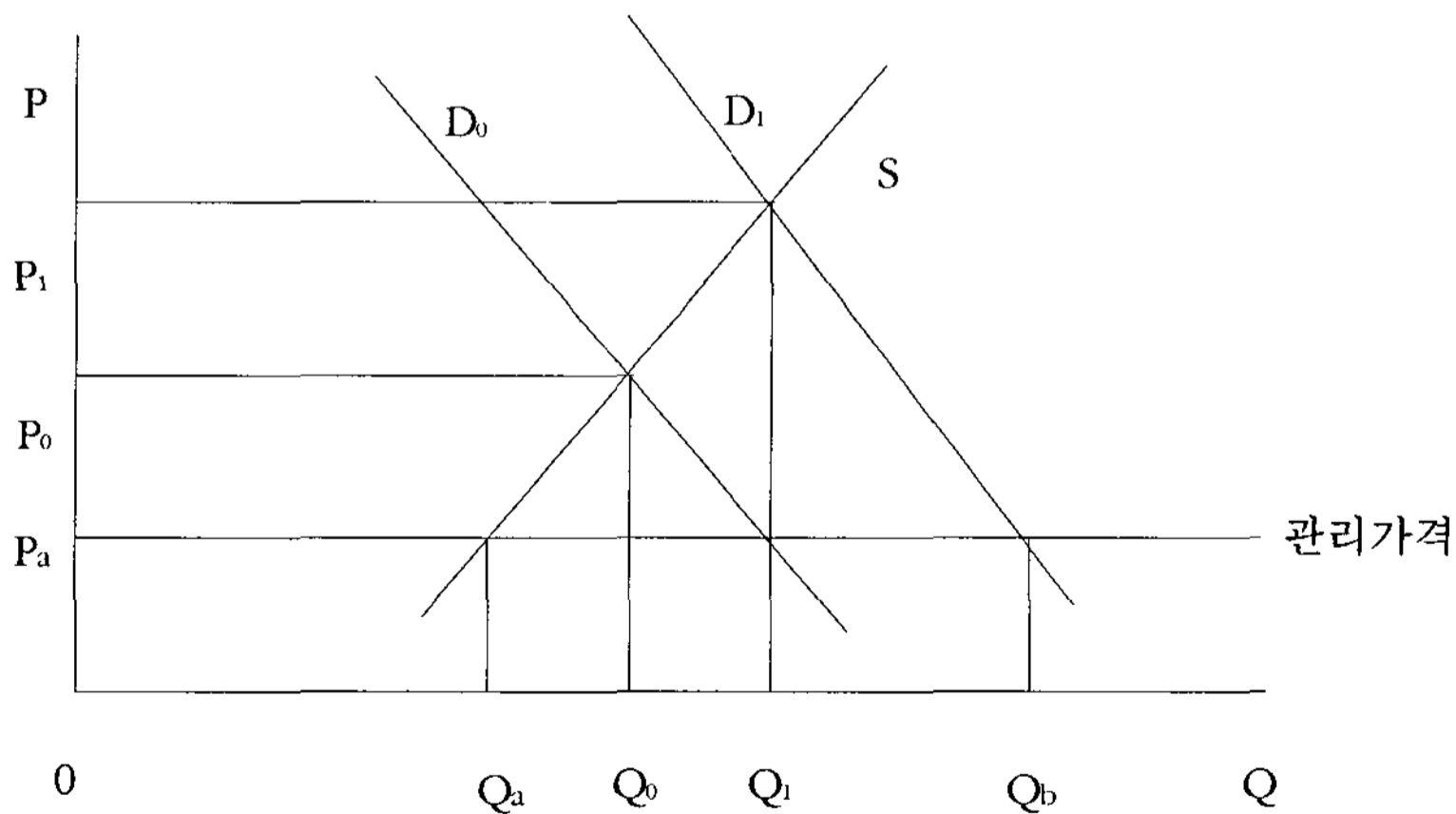
이  $D_0$ 라면  $Q_a-Q_1$ 만큼,  $D_1$ 이라면  $Q_a-Q_b$ 만큼의 초과수요가 각각 발생하게 된다. 이를테면 우리나라나 일본의 경우 3시간 대기하여 3분동안 진료를 받는다는 현상이 초과수요의 한 단면을 잘 보여주고 있다.

### Ⅲ. 한국의료제도의 평가와 주요정책과제

#### 1. 한국의료제도의 문제점

한국의 의료제도를 효율과 형평의 관점에서 살펴보기로 하자. 本節의 논의에서는 이미 발표된 문헌을 통하여 분석된 결과를 종합하여 소개하기로 한다.<sup>5)</sup> 보건복지부는 1996년도에 출간한 백서에서 우리나라 국민의 의료이용현황을 단적으로 표현하여 다음과 같이 기술하고 있다. “이제는 진료의 편의적 측면이 고려되어야 한다... 즉, 병원의 서비스환경이 열악

[도 3] 의료시장의 균형과 가격규제



5) 보건복지부(1996 및 1999), 한국보건사회연구원 내부자료, 의료개혁위원회(1997), 권순원(1997 및 2000), 이규식(1994) 등을 참고로 하였음.

하고, 대형병원의 환자집중으로 인하여 진료를 받고자 할 경우 많은 시간을 기다려야 하며, 응급시 또는 공휴일·야간에 적절한 진료를 받고자 할 경우의 불편과 보험급여를 받을 수 있는 범위를 포함한 수가체계를 합리적으로 조정해야 한다는 과제를 안고 있다.”

이와 관련하여 국민개보험을 달성한 지 11년이 경과한 시점에서 우리는 한국의 의료제도가 제대로 기능을 하고 있는지 다음과 같은 근본적인 질문을 던질 필요가 있다고 생각한다. 한국 국민들이 종전과 비교하여 더욱 건강한 생활을 영위하고 있다고 자부할 수 있는가? 이와 관련하여 건강을 유지 관리하는데 도움이 되는 건강한 식생활을 중심으로 건전한 생활관습 정착에 誘因과 反誘因체계를 제공하고 있는가? 얼마만큼 보건 의료서비스가 비용 효과적으로 제공되고 있는가? 事後的인 치료, 재활보다 비용 효과적이라고 증명된 事前的인 예방의료, 건강교육 및 정기적인 건강진단 등에 어느 정도 인센티브가 제공되고 있는가? 그리고 국고지원 사업이 자원을 투입(기회 비용)하는 만큼 효과를 거두고 있는가?

이들 질문에 대한 답은 비록 평균수명이 꾸준히 늘어나고 있고 영유아 사망율이 착실하게 감소되고 있기는 하나 대체로 매우 부정적이다. 한국의 의료제도는 효율과 형평의 관점에서 많은 정책이슈가 제기되고 있다. 먼저 의사, 치과의사, 한의사 등 의료인력에 대한 수요공급이나 조직체계를 보면 비효율과 불평등이 상당한 정도에 이르고 있음을 알 수 있다. 이를테면 의료인력 중 간호사의 공급은 매우 부족한 반면 약사와 치과의사는 상대적으로 많이 배출되고 있는 실정이다. 의사인력은 그 공급이 빠르게 증가하고 있으나 국제비교를 해보면 아직은 과잉공급이라고 말하기는 어렵다. 다만 한의사를 포함하게 되면 일본수준에 육박하고 있으나 문제는 의사인력의 지역간 불균등분포, 과도한 전문의 지망경향, 그리고 의사 배출의 빠른 증가율 때문에 의사가 과다하게 활동하고 있는 것처럼 보이는 것이다. 또한 병·의원들은 경영관리에 대한 관심이 부족하여 단독개업(solo practice)의 경우가 대부분이고 의료기관간 분업과 협업체계의 구축이 대단히 미흡한 실정이다. 이 모든 문제들은 희소한 자원의 낭비와 비효율을 조장하고 있어 의료공급의 생산성을 저하시키는데 기여하고 있

다.

특히 경제학자들의 의료보험제도에 대한 비판은 신랄하다. 의료보험가입자인 국민입장에 서서 ‘필요한 의료서비스를 경제적 장벽을 크게 느끼지 않으면서 편리하고 효율적으로 이용할 수 있는가’ 하는 측면에서 정책의 우선순위가 결정되어야 할 것이나 현실은 결코 그렇지 못하다. 먼저 형평의 측면을 고려해 보기로 하자. 우리나라의 의료보장은 높은 본인부담률, 요양일수 제한, 과다한 非給與 항목의 존재 등으로 전반적인 급여수준이 낮아 상대적으로 저소득층의 의료이용을 어렵게 만들고 있다. 또한 輕症진료는 경제적 부담이 적어 비교적 이용하기 쉬우나 重症진료의 경우 저소득계층에 감내하기 어려운 경제적 부담을 안겨 주고 있다. 따라서 우리나라의 의료보험은 심각한 정도의 형평문제를 제기하고 있는 것이다. 더욱이 사회보험의 원리를 제대로 실천하지 못하고 있는 실정이어서 일부 학자들은 우리나라의 의료보험이 “진료비할인제도의 역할에 그치고 있다”고 혹평하고 있다.<sup>6)</sup>

다음으로 효율의 측면을 논의해 보기로 한다. 의료이용량이 증가하고 그 強度가 제고되고 있으나 수요·공급 양면에서 비용 의식적이지 못한 의료제공 및 이용관행이 고착되고 있어 의료시장의 효율을 떨어뜨리고 있다. 특히 접종, 건강교육 등 예방의료보다는 치료위주의 의료서비스 제공으로 보건의료부문의 비용효과성이 낮다는 점이 아울러 지적된다. 의료제공에 있어서 비효율성 문제는 무엇보다도 행위별수가제(fee-for-service)를 채택하고 있는 진료비지불방식과 관련된다. 이 제도 아래에서는 의료의 공급자도 수요자도 희소한 자원을 절약할 아무런 유인이 없기 때문에 의료이용이 과다하게 되는 경향이 있다. 이와 함께 의료기관이 청구한 진료비심사에도 많은 비용이 소요되기 때문에 결과적으로 의료보험관리운영비를 증가시키게 된다. 더욱이 상대수가체계가 정립되어 있지 않고 있어 의료기관들은 적절한 조합의 서비스를 제공하기보다는 상대적으로 유리한 수가항목을 집중적으로 이용하도록 소비자를 유도하는 노력을 하게

6) 조홍준(2000) 을 참고하기 바람.

된다.

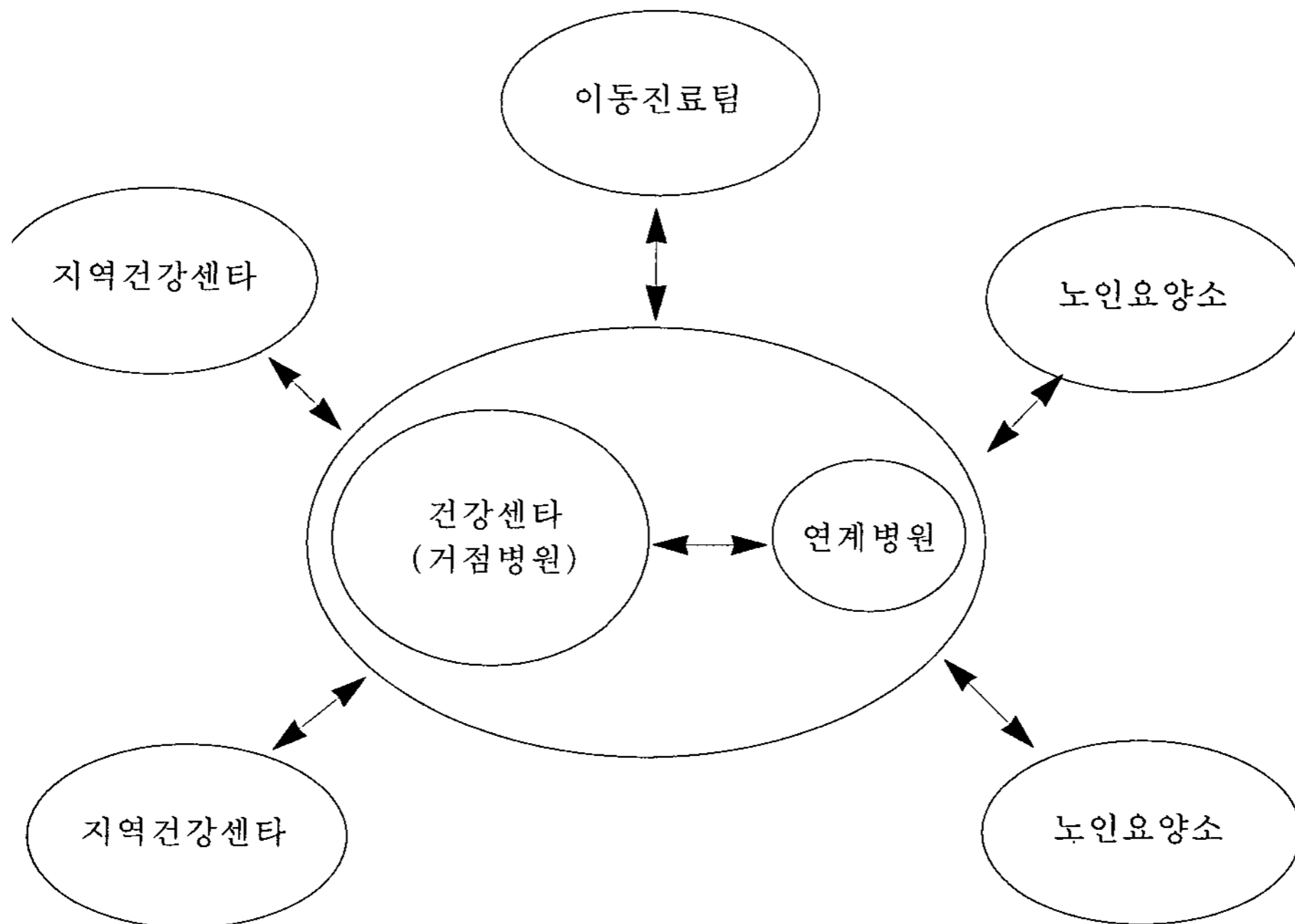
이 밖에도 제도적인 요인으로서 지역의료보험에 대한 국고보조금지급 제도와 관련하여 행정편의주의적 발상과 비용의식의 결여로 낭비요인이 크다는 점이 지적된다. 더불어 수요자 중심의 의료전달체계의 구축 및 건강증진 위주의 서비스제공 노력이 필요하다는 점이 추가될 수 있겠다. 이와 함께 의료보험통합으로 근로자와 자영업자간 보험료부과의 불공평성을 어떻게 시정해 나갈 것인가에 경제학자들은 관심을 표명하고 있다. 그러나 무엇보다도 의료이용의 증가 및 수요고급화·다변화경향, 인구의 고령화, 의료기술의 발전, 만성성인병의 증가 등으로 국민의료비가 빠르게 상승하고 있어 의료보험재정이 심각하게 불안정한 상황에 놓이게 되었다는 점에 보건경제학자들은 크게 주목하고 있다. 그럼에도 불구하고 최근의 의사태업사태에 이은 醫政협상의 결과 여러 차례에 걸쳐 대폭적인 의료수가의 현실화가 이루어지고 있어 醫保재정의 취약성이 더욱 가중될 가능성이 매우 높다. 따라서 의료비의 안정적 관리 또는 억제대책이 주요한 관심사가 되고 있다.

## 2. 의료인력 및 의료공급의 효율증진을 위한 주요정책방안

장기적인 관점에서 보아 의료인력의 多寡가 있을 경우 우선 정원조정을 통하여 시정할 필요가 있다. 이와 관련하여 의료공급의 효율 증진책으로는 보조인력의 활용증대, 집단개업(group practice)유도, 지역사회단위의 의료공급체계 개발, 의과대학의 교육개선 등이 열거된다. 먼저 미국에서의 연구결과에 의하면 종전에 의사가 하던 일을 보조인력으로 대체했을 경우 생산성은 증가한 반면 비용은 감소했으며 종합적으로 의료공급은 증가했다(Sharp et al., 1995). 소비자에게도 교육프로그램을 통하여 인력대체가 의사 및 환자 모두에게 이득이다 라는 점을 적극적으로 홍보하여 그들을 설득할 필요가 있을 것이다. 나아가서 1차의료의 중요성을 강조하는 한편, 一般醫(GP)의 처우를 상대적으로 개선하는 등 反誘因을 주어 과도한 전문의지망추세를 시정할 것이 요청된다.

최근 우리나라에도 집단개업의 움직임이 일어나고 있으나 아직은 수적으로 보아 단독개업이 지배적이다. 집단개업은 보조인력, 시설, 의료기기를 충분히 활용할 수 있기 때문에 경제적이다. 더욱이 참가하는 의료인력 간 분업과 협업이 용이하고 전문적 토론과 상담을 통해서 생산성을 높일 수 있을 것이다. 다른 한편으로 인센티브를 주어 양방과 한방의 협력진료를 강화해 나갈 필요가 있을 것이며 아울러 침구사 면허제도를 부활시키는 등 대체의료를 활성화시켜 나갈 것이 요망된다. 그러나 한의사들의 경우 한약조제를 통하여 적정 이상의 수입을 올리는 경향이 있으므로 한방 의료의 점차적인 의료보험적용확대와 함께 한약에 대한 수가규제가 요청된다. 더불어 효능이 입증되지 않은 건강식품에 대한 규제를 강화할 필요가 있다.

[도 4] 건강센터의 개념도



지역사회에 어울리는 의료공급체계의 개발도 요청되고 있다. 이를테면 최근 미국에서는 據點병원을 중심으로 하는 건강센타의 개념이 제시되고 있어 우리들의 관심을 끌게 하고 있다.[도 4]에서 보는 바와 같이 지역사회의 중심이 되는 거점병원으로써 건강센타(Hospital-Based Health Center)는 연계병원과 협력하여 지역내 소규모 건강센타, 의원, 노인요양소(nursing home) 등과 연결되고 있으며, 적절한 위치에 응급처치실을 운영하고 이동진료팀을 파송하는 등 유기적인 전달체계를 통하여 지역사회주민의 건강을 책임지게 된다.

한편 의대교육은 그 기간이 너무 길고 커리큘럼이 경직적이다 라는 비판을 받고 있다. 따라서 미국에서는 비용은 줄이고 효율은 높여 나간다는 취지에서 1-2년 정도 교육기간을 단축하여 시간비용을 줄이자는 주장이 경제학자들에 의해 제기되고 있다(전계서). 또한 수련기간도 점차 연장되는 추세에 있으므로 이를 반전시켜 오히려 단축하는 방향으로 개선할 필요가 있을 것이다. 교과과정은 좀더 거시적인 안목에서 사회과학, 동양의학, 대체의학 관련과목을 이수할 수 있도록 배려하여 장래 의사들로 하여금 시대적 변화에 상응하는 폭넓은 시야와 사고를 키우도록 고취하는 것이 바람직하다고 생각된다.

### 3. 의료보험제도의 개혁방향

#### 가. 의료보험제도 개혁의 기본시각과 선진국의 동향

의료보험은 장기에 걸쳐서 국민건강을 증진시키는데 이바지하기 위한 사회적 장치이다. 구체적으로 의료보험제도는 질병이나 사고 등 사회적 위험에 공동으로 대처하기 위해 가입자가 공동으로 각출하여 기금을 만들어 필요한 경우 급여를 지급해 주는 재원조달기구이다. 따라서 경제학자들은 재원조달과 의료비의 안정적 관리를 중심으로 의료보험의 효율적 운영에 관심을 기울이고 있다. 이들은 효율과 형평의 측면에서 문제가 많은 현행제도를 개혁해 나가야 한다고 주장하고 있다. 국민들의 의료필요와 의료비부담능력을 감안하여 醫保재정을 안정적으로 관리하여 국민

이 필요로 하는 양질의 서비스를 비용 효과적으로 제공해 나가는 일이 중요하기 때문이다. 이와 관련하여 우리는 다음과 같은 두 가지 점에 유의할 필요가 있을 것이다.

먼저 의료보험의 장기적 발전을 기하자면 국내외 여건을 감안하되 경제사회전체를 보는 넓은 시각에서 길게 내다보면서 일관성 있게 제도개선이나 정책개혁을 논의해야 할 것이라는 점이다. 통상 의료보험의 목적은 ① 全國民에게 의료의 접근성 보장, ② 경제적 부담완화 그리고 ③ 의료비증가 억제 등으로 요약된다. 이를 달성하기 위하여 ① 누구를 의료보험가입대상으로 할 것인가 ② 급여내용과 수준을 어떻게 결정할 것인가 ③ 보험료를 어느 수준으로 책정할 것인가 ④ 본인부담율을 어느 정도로 할 것인가 등에 대하여 효율과 형평의 관점에서 합당한 기준이 설정될 필요가 있다. 여기서 형평은 소득 비례적인 비용부담을 의미하며 효율은 부담하는 비용에 비하여 가능하면 의료보험이 주는 편익이 최대가 되도록 제도를 설계·운영해 나가야 함을 뜻한다.

다음으로 급여내용을 결정함에 있어서 희소자원의 효율적 활용방안을 항상 생각해야 한다는 점이 또한 강조되어야 할 것이다. 이는 醫保제도의 가용재원이 한정되어 있기 때문에 경쟁적인 용도에 비하여 사회적 필요(social needs)가 클 때, 즉 우선순위가 높을 때 더 많은 자원을 의료보장 목적으로 사용해야 할 것임을 의미한다. 다시 말해서 사회적 편익이 클수록 우선순위는 높아지게 된다. 이를테면 ① 예방의료, 정신과진료 등과 ② 입원치료, 전문의 진료, 만성성인병치료 등 고액의 의료비가 소요되는 서비스와 더불어 ③ 병원진료를 의원진료로 대체하거나 병원입원을 노인요양소(nursing home)입소로 대체하는 등 비용절감을 가능케 하는 서비스의 경우 우선순위가 높다고 분석된다.

의료보험제도의 개혁은 변화하는 여건을 충분히 감안하여 추진될 필요가 있다. 앞으로 우리나라의 경제성장률은 점차 둔화될 것이나 고령자의 지속적 증가 등으로 부양인구가 크게 증가할 것으로 예상되고 있다. 또한 여성들의 사회진출이 증가하고 핵가족 중심의 생활패턴 정착으로 노인들의 요양과 介護에 대한 사회적 수요가 급증할 것으로 보인다. 또한 한 편



으로 소득수준과 교육수준의 향상, 다른 한편으로 각종사고의 빈번한 발생과 대형화 등에 따른 건강위험요인의 증가에 발맞추어 한국국민들의 건강한 삶에 대한 관심이 크게 높아지고 있다. 이와 같은 건강 의식적인 생활관행은 앞으로 자유분방하고 다양성을 추구하는 신세대의 성장과 어우러질 때 보건의료서비스에 대한 다양하고 고급스런 욕구로 나타날 것이다. 또한 지식 정보화시대를 맞이하여 건강을 위한 지출은 인적자본에 대한 투자로서 더욱 각광을 받게 될 것이므로 특히 건강·의료·휴양 등 복합서비스에 대한 수요가 크게 증가될 것으로 보인다.

이러한 추세에 힘입어 外來수술센터, 종합검진센터, 휴가병동 등 代替 의료기관에 대한 수요가 꾸준히 늘어날 것으로 전망된다. 더욱이 정보혁명을 뒷받침하게 될 의료기술의 발전과 보건정보시스템의 개발은 在宅의료의 확산 뿐만 아니라 의료공급시장의 활성화와 의료관련 관리행정의 효율성 제고는 물론 원격화상진료, 검사시간의 단축 및 정확도 증가 등 의료이용 양태에도 큰 변화를 불러일으키게 될 것으로 보인다. 그러므로 우리국민들은 앞으로 지금과는 전혀 다른 의료환경을 맞이하게 될 것이다.

또한 전 세계적인 현상이기도 하지만 65세 이상의 노령인구의 비율이 앞으로 급속히 증대될 것으로 예상된다. <표 2>에서 보는 바와 같이 우리나라는 일본과 더불어 고령화가 가장 빨리 진행되는 나라의 하나가 될 것으로 전망되어 노인의료비 대책이 중요한 정책이슈가 될 것이다. OECD(1994 a)통계에 의하면 65세 이상 노인의 평균의료비는 65세미만인 의료이용자의 평균의료비에 비하여 약 5배정도 높게 나타나고 있다. 게다가 왕진과 在宅의료, 지역사회주민의 연대에 의한 노인의료시스템 구축 뿐만 아니라 치매, 중풍 등의 질환과 교통사고 그리고 신체적 허약에 따른 거동불능 환자의 증가에 따라 전일제 간병인이 수발해야 할 노인수가 크게 증가할 것이므로 介護保險에 대한 준비도 필요할 것이다. 수요증가에 상응하여 앞으로 노인요양소, 임종병원(Hostel) 등 代替의료기관이나 건강공원(Health Park) 등 의료·保健·휴양 복합시설의 공급이 착실히 증가될 것으로 보인다.

오늘날 선진국을 필두로 많은 국가가 의료개혁을 추진하고 있다. 선진 각국은 현재와 미래의 사회적 필요와 보유자원에 맞추어 의료보장제도를 효과적으로 발전시킴으로써 의료서비스를 효율적으로 전달할 수 있는 방법을 모색하고 있다. 단적으로 표현하건 데 선진국들은 의료서비스의 전달과 재원조달에 있어서 효율과 비용 효과성의 제고에 초점을 맞추고 있다고 하겠다. 구체적으로 OECD국가들은 지역간 의료서비스의 균등배분과 서비스이용에 있어서 형평성증가, 국민의료비 절감을 위한 對病院 총액예산제 실시와 더불어 일당제, 건당지불제 등 새로운 지불보상제도의 개발, 1次의료의 효율적 활용방안 및 서비스 質의 보장 등에 주력하고 있다.

특히 선진국들은 의료보장제도의 개혁에 있어서 중요한 요소로써 보험자, 의료서비스 제공자, 그리고 환자와 관련되는 인센티브 구조를 변경시키는 방안에 많은 관심을 표명하고 있다. 이로써 의료비를 증가시키지 않고도 더 나은 건강증진성과를 거둘 수 있을 것이기 때문이다. 이를테면 식생활개선, 적절한 운동의 권장, 건전한 생활패턴 정립 등 건강증진을 위한 보건교육으로 의료비를 절감할 수도 있을 것이다.<sup>7)</sup> 선진 각국은 또한 현재와 앞으로의 경제사정에 상응하는 의료보장제도의 정립을 강조하

<표 2> 65세 이상 인구 비율의 국제비교(%)

	1970	1990	2000	2010	2025
한 국	3.1	5.1	7.1	9.9	16.3
일 본	7.1	12.1	17.0	21.3	25.8
미 국	9.8	12.6	12.4	12.8	18.5
프랑스	12.9	14.0	15.6	16.0	21.2
독 일	13.7	14.6	15.5	18.4	20.5
네덜란드	10.2	12.7	13.4	14.3	19.8
스웨덴	13.7	17.8	16.7	17.3	20.9
영 국	12.9	15.7	15.4	15.8	19.5
이태리	10.9	14.1	17.0	18.9	22.3

자료: 통계청, 『한국의 사회지표』와 日本國厚生省, 『國民の福祉の動向, 1995』14-12.

고 있음을 보게 된다. 이는 자원의 적재적소 배치로 투입자원량도 절약하고 업무효율을 제고시키자는 전략적 노력이므로 우리나라의 경우에도 반드시 적용되어야 할 것이다. 그러나 우리나라의 보건당국은 의료보험 적용기간연장, 급여범위확대, 보건예방사업 등 급여개선을 위해 특히 지역의료보험과 의료보호와 관련하여 추가적인 국고지원을 지속적으로 요청하고 있다. 세계적인 동향을 감안하건 데, 줄일 수 있는 분야에서는 줄여서 가능한 한 추가재원을 적게 사용하는 방향으로 개혁을 추진해 나간다는 자세의 정립이 바람직하다고 판단된다.

#### 나. 보험재정 안정화와 의료비증가 억제 방안

우선 의료보험재정의 추이를 살펴보기로 하자. (표3)에서 보는 바와 같이 1998년의 경우 3가지 부문제도는 나란히 적자를 시현하고 있어 해를 달리 할수록 보험재정이 불안해지고 있음을 알 수 있다. 특히 地域醫保의 경우 재정적자가 누적되고 있어 경종을 울려 주고 있다. 다만 의료보험의 통합과정에서 공·교의보는 1998년 7월 보험료를 큰 폭으로 인상하였기 때문에 1999년에는 소폭 흑자로 반전되었다. 또한 職場醫保도 보험료의 부과근거를 총소득개념으로 바꾸면서 종전보다 소득 비례적인 성격을 강화시켰다. 그 결과 상대적으로 고소득층이 각출하는 보험료수입이 늘어나게 되어 1999년에 와서는 전년에 비하여 적자폭이 약간 감소하게 되었다. 결국 이와 같은 의료보험의 재정불안 문제는 대체적인 재원조달방안을 강구하지 않는 한, 보험료의 지속적 인상과 급여수준의 삭감을 통하여 해결할 수밖에 없을 것이다.

정부는 재정적자문제를 보험료인상으로 해결하려는 생각인 것으로 드러났다. 최근 정부는 의약분업의 강행추진과 의사들의 집단태업과정에서 표면화된 醫·政間 마찰의 후유증을 봉합한다는 명분을 내세워 의료보험 수가를 대폭적으로 인상하였다. 앞으로도 의·정간 협상결과를 토대로 한·두 차례 더 인상파동이 올 것으로 전망되어 다시 큰 폭의 보험료 인

7) OECD(1994 a) 참조.

〈표 3〉 연도별 의료보험재정의 추이

(단위: 10억원)

의료보험별 수지차액	1994	1995	1996	1997	1998	1999
지역의료보험	213.2	4.5	-142.2	12.3	-157.2	-576.0
공·교의료보험	81.1	32.3	-94.6	-166.7	-320.3	35.0
직장의료보험	444.7	344.9	149.1	-227.6	-387.4	-179.0

자료: 보건복지부(1999) 및 국민건강관리공단 내부자료(2000).

상이 점쳐지고 있다. 그러나 시민단체를 중심으로 국민들의 거센 반대가 일 것으로 예상되고 있어 그 귀추가 주목된다고 하겠다. 더욱이 중소기업은 물론 대기업조차도 급격한 사회보장비용증대가 국제경쟁력의 약화를 초래할 것으로 우려하고 있어 사용자측의 저항도 만만치 않을 것으로 보인다. 만일 보험료의 지속적인 인상이 현실적으로 어렵다면, 그리고 정부의 의도대로 의료보험급여체계를 개선시켜 나가려면, 현재의 재원조달방안에 대한 재검토가 시급하게 이루어져야 할 것이다.

醫保재정에 영향을 주는 요인들은 수없이 많다. 그 중에서도 의보재정의 수입과 지출에 영향을 미치는 주요요인을 감안하여 의보재정의 안정화방안을 검토해 보기로 한다. 〈표 4〉에서 요약되고 있는 것처럼 보험재정안정화 방안은 크게 보험재정수입 증대방안, 자영자 보험료 부과방식 개선방안, 보험재정의 지출억제방안, 비용 의식적 의료서비스제공관행 유도방안 및 대체적 재원조달방안 등 5가지로 구분할 수 있다.

다른 조건이 동일하다면, 1인당 소득증가가 빠를수록 그리고 보험료징수율이 높을수록 보험재정의 수입증대에 도움이 될 것이다. 또한 국고지원이 확대된다면 의보재정의 불안정 정도가 경감될 수 있다.<sup>8)</sup> 정부는 단계적으로 地域醫保에 대해 국고지원을 확대할 방침을 밝혔지만 문제는 필요한 비용을 어떻게 조달할 것인가에 달려 있다. 아직도 간접세 비중이 높은 우리나라의 경우 일반재정으로부터의 지원은 所得逆進的인 재원조성이라는 문제가 제기되기 때문이다.<sup>9)</sup> 이와 관련하여 일본의 橋木교수는

8) 편의상 보험료인상방안에 대한 논의는 뒤로 미루기로 한다.

9) 항간에서 의료계와 시민단체에 의해 요구되고 있는 바와 같이 정부의 재정에서 보조금

低價소비재에 낮은 세율을, 고급소비품목에 높은 세율을 부과하는 누진적인 소비세로 국고지원을 위한 재원을 염출할 것을 제안하고 있어 우리의 관심을 끌게 하고 있다(橘木, 2000).

〈표 4〉 보험재정 안정화 방안

- |                      |                       |                |
|----------------------|-----------------------|----------------|
| 1. 보험재정 수입증대         | 2. 자영자 보험료 부과방법 개선    | 3. 보험재정 지출 억제  |
| 가. 보험료 인상            | 가. 지출자료에 의한 보험료부과     | 가. 공공보건체계 강화   |
| 나. 1인당 소득증가          | 나. 부유한 자영자 自負擔 보험료    | 나. 의료전달체계 확립   |
| 다. 국고지원 증대           | 을 인상                  | 다. 의료비 지불제도 개선 |
| 라. 보험료 징수율 제고        |                       | 라. 관리 의료제도 도입  |
|                      |                       | 마. 관리운영비 절감    |
| 4. 비용 의식적 의료제공 관행 유도 | 5. 대체적 재원조달기구 강구      |                |
| 가. 의료기관 경영 개선        | 가. 중증의료를 카버하는 의료저축계정  |                |
| 나. 부당청구, 과다청구 불식     | 도입                    |                |
| 다. 고가장비 도입 억제        | 나. 고소득층을 주요대상으로 하는 민간 |                |
| 라. 주치의 제도 도입         | 의료보험 도입               |                |

다음으로 자영자 보험료부과방법의 개선은 효율과 형평을 동시에 증진시키면서 보험재정을 안정시키는 효과를 가져오게 될 것이다. 우선 자영자들의 소득과약이 제대로 이루어지지 않고 있으므로 소득보다는 생활수준에 대한 현실적인 자료입수가 가능한 가계지출자료를 토대로 보험료를 부과하는 대안을 강구한다면 보험재정의 수입증가와 형평증진에 보탬이 될 것이다. 이와 함께 地域醫保의 부유한 자영자들에게는 외국의 경우처럼 본인이 보험료전액을 각출하도록 조치하고 오히려 가난한 가입자들에게는 종전보다 지원 폭을 확대시켜 나가는 방안도 醫保제도의 소득재분배효과를 높여줄 것이다.

---

을 늘려서 地域醫保의 적자를 보전해 주는 방안은 그다지 바람직하지 않다고 평가된다. 왜냐하면 우리나라는 간접세수입의 비중이 높아 전체적으로 재정수입은 소득 역진적이라고 간주되기 때문이다. 간접세는 세액이 동일하여 상대적으로 저소득계층에게 무거운 세금을 부과하게 된다. 최근의 세수구조를 보더라도 우리나라는 1999년 간접세의 비중이 48.9%에 달하여 프랑스, 스페인 등과 더불어 여전히 간접세 비중이 높은 편이다.

보험재정으로 부터의 지출을 억제하는 방안 역시 보험재정 건설화에 크게 기여할 것이다. 먼저 공공보건의료부문의 확충을 통하여 1차의료의 강화, 비용 효과적인 예방의료의 확대 및 건강교육의 충실 등을 기해 나가야 한다. 이와 함께 효율적인 수요자 중심의 진료전달체계의 구축과 건강증진을 위한 內實있는 서비스 제공 노력이 요구된다. 그리고 醫保급여 지출의 안정화를 위하여 현재의 後拂制에서 先拂制(이를테면 DRG, 인두제, 총액계약제 등)로 진료비지불제도를 개선하고, HMO(Health Maintenance Organization: 건강유지기구)형 보험자 소유병원제도의 도입이나 PPO(Preferred Provider Organization: 특약의료기구) 등으로 관리의료(managed care)를 실시함으로써 의료기관의 경영개선을 유도할 필요가 있을 것이다. 더불어 방만하다는 지적을 받고 있는 醫保제도의 관리운영비를 기회비용의 원칙에 입각하여 최대한 줄여 나갈 것이 요청된다.

또한 보험재정의 안정화를 위해서는 비용 의식적인 의료공급체계의 확립이 요청된다. 우선 경영효율을 높이기 위해 의료기관 전문경영인 육성과 회계의 투명성을 도모해 나가야 한다. 또한 진료비의 부당청구 및 과다청구를 불식하고 고가장비도입을 억제함과 동시에 주치의 제도를 도입할 것이 요청된다. 이를 위해서는 진료보수의 책정과 의료비보상에 있어서 의료제공자에게 유인과 反유인을 주어 의료서비스의 비용 효과성을 높여 나가야 할 것이다. 더불어 부분적으로라도 의료제공자간 경쟁개념을 도입함으로써 효율을 제고하여 의료보험재정을 안정적으로 유지해 나가야 할 것이다.

나아가서 의보재정의 근본적인 안정화방안으로 장기진료비와 노인진료비를 충당하기 위한 보충적 재원조달방안(이를테면 싱가포르의 의료저축계정 같은)을 강구해야 할 것이다. 이와 함께 1997년 醫療改革委員會가 권고한 것처럼 감기등 가벼운 질환에 대해서는 본인부담율을 높이고 중증질환(catastrophic illnesses)에 대해서는 본인부담을 감소시키는 방향으로 시정하여 보험기능을 강화해 나가야 할 것이다. 이를테면 네덜란드의 최근 경험이 시사하는 것처럼 장기적으로 강제적용 사회보험방식의 기초보험(기본적이고 필수적인 의료서비스에 대해 급여제공)에 민간보험방식의

보충보험을 결합하는 형태가 바람직하다고 판단된다(大森, 1998).

결국 적정의료비의 조달이라는 문제에 근본적으로 대처하면서 앞으로 부각될 고령인구의 증가와 평균수명의 연장에 따른 세대간 소득재분배문제에 효과적으로 대응하자면 보충적 자원조달기구의 도입이 불가피하다고 생각된다. 보충적 자원조달기구에는 유럽이나 미국에서 보급되고 있는 민간의료보험이나 싱가포르의 MSA등이 포함된다. 한국의 경제·사회적 여건을 감안하고 높은 민간저축률을 고려할 때 도덕적 해이가 전혀 없어 비용 의식적인 의료이용에 기여할 수 있는 의료저축계정의 도입을 중점적으로 고려해야 할 것이다. 이와 함께 고소득층을 위한 민간의료보험의 역할확대를 고려할 수 있을 것이다. 이 경우 이를테면 MSA는 주로 본인 부담과 장기진료를 담당하고 민간보험은 고소득층을 겨냥하도록 역할분담을 규정할 수 있을 것이다.

이와 관련하여 한가지 흥미를 끄는 것은 일본의 西村교수가 제안하고 있는 장기 적립식 의료보험제도의 내용이다. 일단 취약해질대로 취약해진 일본의 의료보험재정을 보강하기 위해 지불능력을 확보한다는 의미에서 그의 제안은 긍정적인 반응을 얻고 있는 것 같다. 그는 심각한 고령자 의료비문제와 이에 따른 세대간 재분배문제를 동시에 해결하고자 세대간 회계(generation accounting) 개념을 도입, 젊은 층 세대로 하여금 노후의 자금수요에 대비하여 상대적으로 높은 보험료를 불입하여 의료비를 적립해 나가야 할 것이라고 제안하고 있다. 따라서 세대간 재분배기능은 의료보험제도로부터 제외되어 정부가 재정자금으로 이 문제를 처리하도록 西村교수는 요청하고 있다. 그의 안에 따르면 보험료율은 세대별로 차등을 두고 있으나 같은 세대에는 동일한 보험료율이 적용되고 있다.<sup>10)</sup>

이는 사회적 책임과 개인적 책임의 균형, 그리고 정부규제와 시장기능의 조화를 의미한다. 더욱이 도덕적 해이를 최대한 축소하는 효과도 있을 것이다. 요컨대 사회보험만으로 국민들의 모든 보건의료수요를 충족시킨

10) 자세한 내용에 대해서는 西村(1997) 참조.

다는 데에는 한계가 있다. 왜냐하면 사회보험 단일기구에 의해 의료보장을 추진할 경우 경쟁상대가 없어 독점적인 폐해를 낳을 뿐만 아니라 관료화경향과 기구의 비대화 등으로 효율이 낮아지는 경향이 있기 때문이다.

향후 醫保 급여지출은 가파르게 상승할 전망이다. 의보수가가 이미 두 차례 인상되었고 앞으로 한 두 차례 더 인상될 가능성이 높으며, 의료이용强度의 증가, 고령인구의 증가 등으로 의료 이용량의 증가가 예상되기 때문이다. 게다가 본인부담을 인하와 급여범위확대 그리고 서비스질의 향상 등을 통하여 보험기능을 확충시켜 나가자면 더 한층 급여지출이 증대될 것이다. 따라서 의보제도의 보험기능과 재분배기능을 높여 나가려면, 수익자부담원칙에 의거하여 가입자들이 더 많이 각출해야 할 것이다. 다만 의보재정의 안정화를 도와줄 수 있는 수입증대방안이나 지출억제방안을 동시에 고려하여 국민적 합의를 바탕으로 적정 의료보험료 인상율을 도출해 나가는 정책적 노력이 필요하다고 판단된다.

〈표 5〉 수요·공급측면 접근 의료비억제대책

공급측면 접근방법	수요측면 접근방법
1. 진입장벽 완화	1. 제3자 지불제에 의한 도덕적 해이 축소
2. 병원의 영리추구지향	2. 이용자부담 증가, 단 저소득계층은 예외
3. 정부규제 철폐	3. 의료비지불제도 및 의료전달체계 개혁
4. 의료의 내용에 대한 정보전달 과 광고허용	

자료: Sharp, et al.(1995).

다음으로 의료비증가를 억제하기 위한 대책이 〈표 5〉에 요약되고 있다. 먼저 공급측면에서는 보건의료산업을 보다 경쟁적인 양상으로 고취시키려는 대책이 요구된다. 여기에는 ① 의료인력과 의료기관에 대한 진입장벽을 완화하고, ② 병원은 명시적으로 영리를 추구하도록 고취되며, ③ 경쟁의 정도를 제한하는 정부의 규제를 철폐함과 아울러 ④ 가격, 서비스, 대체진료, 투약 등에 대한 정보를 공개하고 이것들에 대한 광고를 허



용하는 내용이 주로 포함될 수 있을 것이다. 수요측면에서는 ① 의료보험 제도의 실시에 따른 有效가격인하로 발생하는 도덕적 해이를 줄이고 ② 이용자부담을 높여 비용 의식적인 의료이용관행을 정착시키며 (단, 저소득층에 대해서는 국고보조금을 제공하여 의료가격을 소득수준과 연계시키는 것이 바람직함) ③ 의료비지불제도와 의료전달체계를 개혁하는 대책이 중심이 된다.

의료비 안정화대책은 특히 중요한 정책적 함의를 지닌다. 왜냐하면 노령인구의 증가, 보건의료기술의 발전과 고급의료기기의 경쟁적 도입, 만성퇴행성질환의 증가 등으로 고액진료와 장기진료(long-term care)를 요하는 환자수가 크게 늘어나게 되어 의료비가 지속적으로 상승할 전망이기 때문이다. 그런데 한국과 일본의 노령화추이가 국민의료비에 미치는 영향을 비교해 보면 우리나라의 경우 아직까지는 일본과 다르게 인구요인의 효과가 그다지 크게 나타나지 않고 있다고 분석된다 (정영호 외의 19쪽 참조). 그러나 2000년을 기점으로 한국의 노령인구비율은 더욱 가파르게 상승할 것으로 전망되어 지금부터는 의료비상승에 주는 인구 동태적인 요인의 영향이 점점 커질 것으로 예상된다. 따라서 한국에서도 노인의료비 대책이 곧 중요한 정책이슈로 전면으로 부상하게 될 것이다.<sup>11)</sup> 그러므로 우리는 중장기적 시각에서 보험재정문제를 고찰할 필요가 있을 것이다. 요컨대 정부는 경제적·사회적·인구적 변화를 감안하고 관련 정책의 개선가능성을 충분히 고려하여 '국민경제발전과 국내외 여건변화에 상응하는 종합적인 보험재정 안정화방안과 의료비증가 억제방안'을 수립해야 할 것이다.

11) OECD(1994)통계에 의하면 65세이상 노인의 평균의료비는 65세미만인 의료이용자의 평균의료비에 비하여 약 5배 정도 높게 나타나고 있다. 그러나 상당수에 달하는 우리나라의 노인들은 아직 경제적 자립능력이 취약하여 구매력부족으로 니드를 제대로 수요로 연결시키지 못하고 있는 실정이다. 앞으로 노인의료비 대책이 강화된다든가 노인들의 경제력이 향상될 경우 점진적으로 歐美선진국에서 볼 수 있는 노인의료비의 급속한 증가추세가 실현될 것으로 보인다.

#### 다. 의료보험주체들의 역할

먼저 정부는 보건의료정책의 패러다임을 바꾸어 나갈 필요가 있을 것이다. 만약 보건복지부(나 국민건강보험공단)의 운영이 효율적인 기업에 의해서 이루어진다고 할 때 그 결과가 어떻게 나타날 것인가? 지금과는 분명히 다른 생산성을 보여줄 것이 틀림없다. 이와 관련하여 한국정부는 싱가포르의 보건의료정책경험으로부터 값진 교훈을 배워야 한다. 싱가포르 정부는 '가난 때문에 필요한 의료를 이용할 수 없는 경우가 생겨나서는 안 된다'는 점을 분명히 하고 있다. 동시에 싱가폴은 '누구도 방만하게 의료를 이용해서는 안 된다'는 점을 강조하고 있다. 이를 위해 싱가포르 정부는 도덕적 해이가 전혀 없는 의료저축제정을 도입하고 공공보건의료의 효율성을 증진시키는 등 의료서비스제공자, 의료이용자 모두에게 도덕적 해이와 낭비를 최대한 줄여 나가도록 유인구조를 설정하고 있다(권순원, 1999).

싱가폴정부는 보건의료부문의 주요목적을 '첫째 적극적으로 예방의료를 보급하고 건전한 생활양식을 권장함으로써 국민들을 건강하고 생산적이게끔 고취한다. 둘째 의료비용의 비용효과성을 높혀나간다'는데 두고 이를 위하여 개인의 책임을 강조하면서 특히 노령기에 대비하여 재원조달 문제 해결에 주력한다는 기본전략을 수립한 바 있다(Hong and Teng, 1998). 이러한 전략하에 싱가폴은 정부의 보조금, 중증의료보험 그리고 개인의 저축 등 3자의 보완적인 역할을 기본원리로 제시하고 있다. 정부, 개인 및 보험의 연대원리에 기초한 싱가폴의 국민건강증진전략은 '의료서비스를 값싼 구매품으로 생각하고 이를 거의 무제한적으로 이용하는 소비자·의료제공자의 도덕적 해이를 회피하자는 데' 주된 의도가 있다고 하겠다(Republic of Singapore, 1993).

여기서 간단하게 싱가폴의 보건의료환경과 그 역사적 발전과정, 그리고 보건의료정책의 기초를 살펴보는 것도 유익하다고 생각된다. 싱가폴은 영국의 식민지배로부터 1965년 독립했기 때문에 그 당시부터 1984년 개혁시점까지는 공공부문이 의료서비스를 주로 제공하는 영국식제도를 따랐다. 정부재정에 의해서 비용이 부담되므로 의료이용자들은 거의 自負擔이

없거나 있더라도 명목적인 낮은 가격에서 의료를 이용할 수 있었다. 비록 민간부문의 역할은 제한적이었지만 싱가포르를 통하여 급속한 의료비상승을 경험하였고 특히 공공병원의 비효율성이 주요 현안 문제로 부각된 바 있었다. 공공병원들은 부실경영에 따른 낮은 생산성, 주요한 意思결정과정에서 있어서 醫師들의 독점적 지위행사, 그리고 극도의 관료적 행정 등 수요자便宜를 도모하기보다는 행정편의주의가 만연된 가운데 매우 낮은 효율을 보여주고 있었다.

그리하여 싱가포르정부는 1980년대초 보건의료제도의 개혁을 위하여 대안을 강구하기에 이르렀는데 그 결과 등장한 제도가 바로 의료저축계정의 핵심인 Medisave이다. 이와 관련하여 ① 소비자의 자유로운 선택 ② 스스로의 행동에 대한 책임성과 신뢰성의 강조 ③ 가능한 범위까지 자유시장의 경쟁고취 그리고 ④ 저소득층에 대해서는 정부가 '수용할 수 있는 최저수준의 의료서비스'의 최종적 제공자가 되어야 한다는 4가지 기본 실행원칙이 제시되었다. 요컨대 이 원칙들은 주로 소비자와 의료기관 및 의료인력으로 하여금 스스로 책임질 수 있고 신뢰받을 수 있도록 행동을 하도록 촉구하기 위한 것이었다(Hsiao, 1995).

이러한 기본원칙들을 활용하여 1984년 싱가포르정부는 새롭고 잘 기획된 일관성있고 포괄적인 보건의료제도를 실천함으로써 보건의료의 재원조달 방법 및 조직의 개혁을 단행하게 되었다. 새 제도를 시행한 결과 소비자 선택 폭의 확대, 의료서비스의 소비시점에서 본인부담의 증가, 시장경제의 활성화에 의한 의료기관간 경쟁고양 그리고 모든 국민들로 하여금 적절한 수준의 보건의료서비스 이용보장 등 여러가지 바람직한 현상들이 현실적으로 나타나게 되었다. 특히 의료기관에 대해서는 유인을 제공하여 비용 효과적인 진료를 제공할 수 있도록 유도함으로써 효율증진을 자극하였다. 그리하여 싱가폴은 도덕적 해이를 줄이면서 보건의료서비스의 재원조달을 가능케하는 새로운 제도를 지니게 되었다(전계서). 그 결과 싱가폴은 보험자, 의료서비스 제공자, 그리고 환자의 의료이용 행태와 관계되는 인센티브 구조를 변경시킴으로써 의료비를 증가시키지 않고도 더 나은 건강증진 효과를 거둘 수 있었다.

다음으로 보험자의 역할이 제고될 필요가 있다. 이 점에서 독일은 좋은 모델을 제공해 주고 있다고 하겠다. 앞으로 보험자는 정부의 규제로부터 완전히 벗어나 가입자인 국민을 위해 무엇을 해야 할 것인가를 물어 보아야 할 것이다. 정부로부터 독립적인 공영보험자로서 의료계와의 수가협상 뿐만 아니라 의료계의 비효율이나 부조리의 제거에도 앞장설 수 있어야 한다. 또한 경영합리화를 통한 효율증진 노력을 전개할 것이 요청된다. 예를 들면 外注(contracting out)나 외부자원활용(outsourcing) 등 적극적인 비용절감노력으로 국민들에게 최선의 봉사를 선사해야 할 것이다. 이와 함께 보건복지부는 규제 대신 자율을 심고, 보험자가 스스로 해결하지 못할 문제가 있을 경우에만 중재를 하고, 의료계와의 협상에 실패할 경우에 한하여 보건복지부가 개입하여 문제해결을 도와주도록 조치되어야 할 것이다.

한편 의료제공자들은 과거에 주장해 왔던 것처럼 수가인상이나 정부의 지원요청에서 進一步하여 정책대안을 제시하는 전향적인 자세가 요구되고 있다. 나아가서 의료인의 윤리의식을 제고하고 도덕수준을 높여 사회적 책임을 다해 나가야 할 것이다. 이로써 비용 의식적인 의료제공 행태가 뿌리를 내릴 수 있을 것이다. 끝으로 국민들은 희소한 자원의 효율적 활용에 기여할 수 있도록 '필요한 의료를 의료전달체계를 통하여 비용 효과적으로 이용하는 관습을 만들어 가야' 한다. 더욱이 건강에 중요한 영향을 미치는 건강한 식생활, 건전한 생활태도를 배양해 나가는 노력도 중요하다고 생각한다.

#### IV. 토론: 의료사고 배상보험<sup>12)</sup>

의료사고(過失에 의하든, 不可抗力的이든)에 따른 의료인과 환자간의 분쟁을 조정하기 위한 법적 기초로서 현재 '의료분쟁조정법안'이 보건의

12) 본 보론은 권순만교수의 "의료과실 및 분쟁조정제도"(강의노트)의 내용을 필자가 풀어 쓴 것임을 밝혀 둔다.

료발전특별위원회에 상정되어 있다. 동법의 제정 목적을 보면 “의료인과 환자사이에 발생하는 의료분쟁을 합리적으로 해결하기 위한 조정제도를 마련함으로써 국민의 피해를 신속·공정하게 구제하고 의료인 등의 안정적인 진료환경을 조성하려는 것이다” 이라고 동 법안은 밝히고 있다.

동 법안의 주요골자를 요약하면 ① 의료인력(의사, 치과의사, 한의사, 약사)의 책임보험 가입을 의무화하여 의료 및 약화사고에 대한 피해배상을 제도적으로 보장한다. ② 특수법인으로 의료분쟁조정위원회를 설치(공익대표, 의료인대표, 소비자대표 등으로)하여 공정하고 객관적인 조정을 행한다. ③ 補償財源은 보험가입자의 보험료, 국민건강보험공단의 의료사고 피해보상사업분담금 및 정부의 보조금으로 구성하고 무과실 의료사고에 대해서 책임보험금의 1/2 한도내에서 그 피해를 보상한다. ④ 의료인이 책임보험에 가입하고 중대한 과실이 없는 경우 형사책임을 면제받게 되며, 불가항력적인 경우 환자가 사망하더라도 刑을 경감 또는 면제받게 된다.

이러한 의료사고분쟁조정제도는 법적 책임원리(legal liability rule)와 관련된다. 이를 法經濟學的 觀點에서 보면 이 제도는 ① 注意수준을 최적의 상태로 유도하여 자원배분의 효율성을 기하고 ② 피해를 당한 사람에게 적절한 보상을 해줌으로써 소득분배의 형평성을 도모한다는 유인기능과 보상기능을 지니고 있다고 풀이된다. 이러한 법적 책임원리의 적용에는 두 가지 유형이 있는데 <표 6>에서 간단히 소개되고 있다. 과실책임은 가해자인 의료인의 실제 注意가 법적 義務注意수준보다 낮으면 사고에 대하여 책임을 지는 것을 의미하는 반면무과실책임은 가해자의 주의수준과 관계없이 가해자가 책임을 지는 것(책임보험을 통하여 피해보상을 해주는 것)을 의미한다.

〈표 6〉 의료분쟁 조정제도의 유형비교

	過失책임주의	無過失책임주의
특 징	전통적인 不法행위법 이론에 기초하여 過失의 존재, 피해자 損失발생, 인과관계를 규명하게됨	醫師의 과실유무를 밝힐 필요가 없고 손실이 의료서비스와 관련된다는 사실을 입증하기만 하면 피해보상을 받게 됨.
장 점		1. 加害者(잠재적)에게 注意하도록 강한 유인제공 2. 공급자 注意가 소비자 注意에 비해 사고방지 효과가 더 큼 3. 공급자의 위험분산능력이 소비자의 그것보다 큼 4. 관리비용이 낮음
문제점	1. 과실의 입증이 어려움 2. 과실이 입증되어 보상받기까지 많은 시간과 비용이 소요됨 3. 보상받지 못하는 피해가 많음	1. 피해자(잠재적)가 注意할 유인이 줄어들음 2. 의사가 注意할 유인이 작음 3. 의사의 과실유무와 관계없이 배상이 이루어지므로 의사가 注意할 유인이 더욱 줄어들게됨. 4. 가해자의 과실규명이 불필요하므로 소송건수가 증가하게됨. 5. 관리비용이 크게 감소하지 않을 수도 있음.
비 고		원인규명과 피해보상이 범정을 거치지 않으므로 범조계의 반대가 예상됨
시행국가	미국	스웨덴, 핀란드, 뉴질랜드
정책건의	시행초기에는 일단 과실책임주의를 선택한 다음, 문제점들이 많이 발생할 경우 무과실주의로의 이행을 검토하도록 제안	

자료 : 권순만 “의료과실 및 분쟁조정제도”(강의 노트)를 토대로 필자작성.

경제적인 관점에서 보면 보상비용(의료사고 보상을 위한 책임보험료)을 누가 부담하는가 하는 부담의 귀착문제가 현실적으로 가장 핵심적인

문제라고 간주된다. 만일 의료과실을 보상하기 위한 책임보험의 보험료를 의료인이 모두 부담한다면 의료인은 결코 무과실책임주의를 선호하지 않을 것이다. 그런데 우리나라의 경우 앞에서 살펴 본 것처럼 의료보험수가가 규제되고 있기 때문에 보험료의 일부를 수가산정에 반영시킬 필요가 있을 것이다.

형사처벌과 관련하여 ‘고의성이 있거나 중대한’(intentional and reckless) 과실에 대해서는 형사처벌이 필요하나 의료인의 선의가 인정되는 경우 중대과실을 제외하면 형사처벌을 면제해 주는 특례규정이 필요하다고 판단된다. 책임보험의 운영측면에서는 전공분야별 위험의 정도를 감안하여 보험료를 차등해서 부과하는 것이 바람직하나 현실적으로 개인별 경험요율의 계산은 매우 어렵다. 한편 현재 공제사업 건당 보상액은 평균 327만원 정도에 불과하나 충분한 금액의 보상이 아니면 제도의 실효를 거둘 수 없을 것이다. 다른 한편으로 책임보험제도의 운영은 협회나 유사기관에 의한 독점적 운영은 비효율적이므로 경쟁적인 체제로 나아가는 방향이 바람직할 것이다.

## V. 맺는 말

본 논문에서는 먼저 보건의료부문의 특징을 경제학적 관점에서 살펴본 다음 기본적인 분석방법을 설명하였다. 이어서 효율과 형평을 두 축으로 한국 의료제도를 평가하여 주요정책과제를 도출하였다. 다음으로 경제학자들의 주된 관심이 보험재정의 안정과 의료비증가의 억제에 있는 만큼 두 가지 정책과제를 중심으로 의료제도의 개혁방향을 논의하였다. 끝으로 補論으로써 현안과제의 하나인 의료분쟁조정제도에 대한 사례연구를 통하여 법, 의료, 경제학적 논의의 접목가능성을 진단하였다.

우선 한국의 의료보장을 위한 재원조달과 관련하여 ‘현재와 앞으로의 경제, 사회적 여건 변화에 비추어 국민들의 의료수요를 어떻게 비용 효과적으로 충족시켜 나갈 것인가’가 주요한 이슈로 제기된다. 최근 국민들의 건강에 대한 관심이 고조되고 있고 소득수준과 교육수준이 계속 제고될

것이므로 국민들에게 선택의 폭과 기회를 증진시켜 나가는 일이 중요하다. 더욱이 노인인구가 착실하게 증가되고 있고 이들 인구집단의 의료수요가 크게 늘어나고 있으며 介護서비스가 확대될 것으로 전망되는 등 老人의료비대책이 중요한 사안이 되고 있다. 이와 관련하여 지금까지의 보건의료의 패턴을 보면 우리는 규칙적이고 건전한 생활관습의 실천, 정기적 운동, 예방, 건강교육이나 건강검진 등 장기적으로 보아 비용이 적게 드는 서비스보다는 병이 발생한 다음 치료(혹은 재활)에 열중하는 등, 비용이 많이 드는 서비스에 치중해 왔던 것이 사실이다.

또한 우리나라의 의료시장은 매우 비효율적이다. 이를테면 과도한 專門醫지망 경향, 의사의 도시집중 등은 의료시장의 효율과 형평을 떨어뜨리는 요인이다. 통상 의사들은 아무리 비용이 많이 들더라도 환자를 살려야 한다는 방향으로 교육을 받아 왔고 따라서 비용의식이 결여되어 있으며 적은 돈으로 효과적인 치료방법을 개발하는데 부족함이 있다고 평가된다. 더불어 의사들은 경영 감각이 부족하여 의료기관의 운영이나 병원행정에 있어서도 낭비요인이 많다고 분석된다. 그럼에도 불구하고 의사들은 계속하여 의료보험 수가의 인상을 요구해 왔으며 특히 최근의 의정협상의 결과, 정부 역시 중요한 의료관련 현안문제를 수가보상으로 풀어가려는 인상을 강하게 풍기고 있기도 하다. 의약분업의 정착과 함께 효과적인 의사와 약사의 협력과 분업관계 정립, 한방과 양방의 협진체제 구축 및 역할 분담도 앞으로의 주요과제로 등장하고 있다.

요컨대 한국의 의료시장은 낭비적이고 국민의료비는 빠른 속도로 늘어나고 있다. 더욱이 앞으로 고령화 사회를 앞두고 의료보험의 발전과 관련하여 한국국민들의 의료와 복지수요가 다양화 고급화되고 있는 추세도 정책수립시 감안되어야 할 중요한 요소라고 판단된다. 그러므로 의료와 개호서비스의 공급체계 개선에 民間醫保회사들이 응분의 역할을 수행할 것으로 기대된다. 다만 유럽대륙의 각국에서 볼 수 있는 적극적이고 활발한 민간의료보험의 역할은 당분간 우리나라에서 기대하기는 어렵다고 생각된다. 그만큼 한국에서의 제도개혁은 엄청난 저항을 불러일으키고 있기 때문이다. 요컨대 장기에 걸쳐 단계적이고 점진적인 개선노력이 바람직하



다고 판단된다.

본 연구에서는 이와 같은 사정을 배경으로 우리나라 국민의 의료보장을 위한 재원조달방안과 의료비 억제대책의 틀을 새로 만들어가야 한다는 입장에 서서 바람직한 정책방향을 검토한 바 있다. 국제적인 추세에 발맞추어 비용 효과적인 방법으로 가입자인 국민들의 입장에서 필요한 의료서비스를 편리하게 이용할 수 있도록 수요자 중심의 의료수급체제 마련에 초점이 맞추어 져야할 것이다. 그러므로 재원조달 측면에서도 이를 뒷받침할 수 있도록 의료보장제도의 개혁이 추진되어야 할 것이다. 公的의료보험 급여수준의 단계적 향상과 더불어 소비자 선택의 증대와 경쟁원리의 창달 등을 통하여 소비자 후생을 증대시킬 수 있도록 민영화방식에 의한 보충적 의료보험제도의 도입이 필요하다고 판단된다. 결국 기본적인 의료서비스는 公的醫保에서 카버하고 본인부담과 중증의료서비스에 대해서는 MSA가 보충적 역할을 담당하도록 하는 二元體制의 구축이 장기적인 관점에서 바람직하다고 생각된다. 이로써 의료보험의 내용충실과 국민의 필요를 비용 효과적으로 충족시키는데 기여할 수 있을 것으로 기대한다.

(참고문헌)

- 권순원.(1995). 의료보장 적정급여 수준과 재정안정화 방안(1). 『한국적 복지 모형의 정립과 정책 방향』. 단기정책연구(1). 한국보건사회연구원.
- 권순원. (1997). 선진형 의료보장을 위한 의료보험제도의 장기발전방안. 『보건경제연구』, 4: 1-27.
- 권순원. (1999). 의료저축계정(Medical Savings Accounts)의 도입가능성에 대한 소고. 『보건경제연구』, 5:24-43.
- 권순원. (2000). 의료보장과 재원조달: 일본 및 싱가포르의 정책비교를 중심으로. 『사회정책논총』(근간). 한국사회정책연구원.
- 권순원. (2000). 보험재정안정화를 위한 정책제안. 『건강보험』(근간). 국민건강보험관리공단.
- 권순원·선우덕.(1990). 한국의료보험제도의 개혁필요성과 네델란드의 경험이 주는 교훈. 『한국개발연구』, 12(3): 47-69. 한국개발연구원.
- 보건복지부(1996). 『보건복지백서 1996』.

- 보건복지부.(1999).『보건복지 백서 1999』.
- 사공진·손장원. (1999). 국민의료비 결정요인 및 그 효과에 대한 연구. 『보건경제연구』, 5: 1-23.
- 의료개혁위원회. (1997). 『의료부문의 선진화를 위한 의료정책과제』.
- 이규식. (1996). 의료보험의 효율적 관리를 위한 제도개혁. 『보건과학논집』, 6:21-37.
- 이규식. (1994). 한국의 의료개혁과 향후과제. 『사회보장연구』, 10(2):21-50.
- 장동민. (1999). 민간의료보험제도의 도입방안 연구. 『보건경제연구』, 5:61-94.
- 정영호·이건직·강성욱. (2000).『국민의료비 산출모형개발 및 추계』. 한국보건사회연구원.
- 조홍준. (2000). 우리나라 의료제도의 문제점과 건강수준. 『의료보장과 산재보험에 관한 학술토론회』, 한국사회정책학회, 2000. 7.
- 한국은행.(2000). 『계간 국민계정, 2000. II』.
- 한은아·강성욱·김선영·양봉민. (1999). 재원조달 방식으로서의 MSA(Medical Savings Accounts)에 대한 고찰. 『보건경제연구』, 5:44-60.
- Chemichovsky, Dov. (1995). What can developing countries learn from health system reforms of developed economies?. *Health Policy*, 32:79-91.
- Fuchs, Victor R. (1996). Introduction and Overview, in Victor R. Fuchs (ed.) *Individual and Social Responsibility*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Hong, P. and Y. Teng. (1998). Old Age: Policy Issues and Implications in Singapore. *Asian Journal of Political Science* 6(1): 120-137.
- Hsiao, William C. (1995). *Medical Savings Accounts; Lessons from Singapore*. *Health Affairs*, 14(2): 260-266.
- Kwon, Soonwon, and Wataru Suzuki. (1999). Approach toward A Unified Health Insurance System: What can Japan Learn from the Korean Experience?, Discussion Paper No. 502. The Institute of Social and Economic Research, Osaka University.
- Kwon, Soonwon. (2000). Health Insurance Reform in Korea and Japan: A Comparative Policy Analysis. 『보건경제연구』, 6: 223-254.
- Massaro, T. and Wong, Y-N. (1995). Positive Experience with Medical Savings Accounts in Singapore. *Health Affairs* 14(2): 267-272.
- Ministry of Health. (1998). Health Care. <http://www.cpf.gov.sg>. Singapore.
- Ministry of Trade and Industry (1996). Report of the Cost Review Committee. Singapore.

- OECD. (1990). Health Care Systems in Transition : The Search for Efficiency.
- OECD. (1994a). New Orientations for Social Policy.
- OECD. (1994b). The Reform of Health Care System : A Review of Seventeen OECD Countries.
- OECD.(2000). Health Data File.
- Phelps, C. E. (1992). Health Economics. New York: Harper Collins Publishers Inc.
- Prescott, N, and L. M. Nichols(1997). International Comparison of Medical Savings Accounts. World Bank.
- Republic of Singapore. (1992). Towards Better Health Care: The Main Report of the Review Committee on National Health Policies. Singapore.
- Republic of Singapore. (1993). Affordable Health Care: A White Paper. Singapore.
- Sharp, A. M. et al. (1995). Economics of Social Issues. Plano: Business Publications, Inc.
- 廣井良典. (1994).『醫療の經濟學』, 東京: 日本經濟新聞社.
- 廣井良典. (1997).『醫療保險改革の構想』, 東京: 日本經濟新聞社.
- 大森正博. (1998). オランダの醫療・介護制度改革. 『海外社會保障情報』, Autumn, No. 124:28-44.
- 西村周三. (1997). 長期積立型醫療保險制度の可能性について. 『醫療經濟研究』, 4:13-33. 財團法人 醫療經濟研究機構.
- 橘木俊詔. (1999). 「累進消費稅」に財源轉換を. 『日本經濟新聞』, 5.11:31.
- 井上久子. (1993). 韓國の社會保障. 足立正樹 編著. 『各國の社會保障』, 京都: 法律文化社.