

의료민영화와 정의로운 보건의료체계: 수단과 목적*

박상혁**

요약

의료민영화는 많은 경험적, 철학적, 윤리적 문제들을 야기하는데, 이 문제들에 대해서 접근하는 최선의 방법은 학제적 관점에서 접근하는 것이다. 이 논문에서 필자는 철학·윤리학적 관점에서 접근하며 다음과 같이 논한다. 보건의료는 비록 표준적인 상품은 아니지만 불완전하거나 부분적으로 시장화될 수 있다. 그리고 비록 이타주의는 어떤 종류의 의료상업화와는 양립가능하지만 정의로운 보건의료체계는 형평성, 효율성, 공적인 책임을 수용하는 체계이다. 시장도구주의자들은 시장이 정의로운 보건의료체계의 목적을 실현하기 위한 수단이라고 주장하는 데 반해 시장근본주의자들은 시장 자체를 목적으로 받아들인다. 나는 이들 견해 중에 시장도구주의가 더 적절한 견해이지만, 시장화는 아주 엄격한 기준을 충족했을 경우에만 실행될 수 있다고 논한다.

색인어

의료민영화, 의료시장, 정의로운 보건의료체계, 시장도구주의, 시장근본주의

교신저자: 박상혁, 동아대학교 철학생명의료윤리학과, Tel: 051-200-7007, Fax: 051-200-7015, e-mail: spark@dau.ac.kr

* 이 논문은 2014년 정부(교육부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임(NRF-2014S1A5A2A01015470).

** 동아대학교 철학생명의료윤리학과

I. 서론

의료민영화는 보건의료체계를 조직하거나 운영하는 데 있어서 시장원리나 시장기제를 적용하는 의료시장화로 잠정적으로 이해할 수 있는데, 의료민영화를 둘러싼 논의는 1970년대 말부터 서구와 북미 지역의 국가들에서 논의가 시작되어 세계적으로 확산되었으며 한국에서도 진행 중이다. 그런데 세계적으로나 한국에서나 의료민영화 논의는 참가자들 사이에 논점이 연결되지 않거나 혹은 이데올로기적으로 흘러서 비생산적으로 되는 경우가 많은데, 그렇게 되는 주된 이유는 의료민영화 문제가 단일이슈문제가 아니라 복수이슈문제(multi-issue problem)이기 때문이다.

의료민영화 문제가 포함하는 이슈들은, 보건의료는 일반적인 상품과 다르다는 것이 널리 인정되어 왔는데 과연 의료시장화가 어떻게 가능한지, 이타주의를 강조해 온 보건의료분야에서 이익을 추구하는 의료시장화가 ‘개념적’으로 혹은 ‘이념적’으로 가능한지, 한 사회에서 정의로운 보건의료체계는 어떤 보건의료체계인지, 의료시장화가 정의로운 보건의료체계에 기여하는지 아니면 정의로운 보건의료체계를 손상시키는지, 의료시장화의 미래는 어떤 것인지 등이다.

이처럼 의료민영화 문제는 경험적 이슈와 개념적, 논리적, 이념적 이슈들을 포함하고 있기 때문에 이 논의를 생산적으로 만들기 위해서는 한편으로는 경험적 문제를 다루는 데 특장을 가지는 보건의료학, 보건경제학, 보건사회학적 접근이 필요하며 다른 한편으로는 개념적, 논리적, 이념적 문제를 다루는 데 특장을 가지는 철학·윤리학적 접근이 필요하며, 특히 이들 학문들 간의 학

제적 대화가 필요하다.¹⁾

서구와 북미 국가들의 경우에는 시간이 지나면서 의료민영화 문제에 대해 학제적인 접근이 이루어지면서 논의가 점차 생산적으로 되어간 데 반해 한국에서는 주로 경험적인 학문의 관점에서 접근되어 왔고 철학윤리학 분야에서의 접근은 거의 전무하다. 한국의 경험적 분야의 연구자들은 자신들의 분야에서 탁월한 연구결과를 산출했을 뿐만 아니라, 개념적, 논리적, 이념적 문제들에 대해서도 깊은 이해를 가지고 이들 문제들을 논하고 있지만, 아마도 지면의 부족으로 인해 철학윤리학적 접근을 필요 없게 할 정도로 충분히 다루고 있지는 않다[1-5].

필자는 이런 한국의 탁월한 경험적 연구를 통해 의료민영화 문제에 대한 이해를 심화시킬 수 있었는데, 이 논문에서 의료민영화 문제를 철학·윤리학적 관점에서 접근함으로써 학제적 연구에 일조하고자 한다.²⁾ 이 논문은 다음과 같이 진행된다. II장에서는 의료민영화가 현실적으로 어떻게 가능한지를 밝히고, III장에서는 의료민영화가 ‘개념적’으로는 물론이고 ‘이념적’으로도 가능하다는 것을 밝히며, IV장에서는 정의로운 보건의료체계가 형평성, 효율성, 공적 책임성을 수용하는 보건의료체계라는 것을 제시하고, V장 이하에서는 의료민영화를 찬성하는 입장을 살펴본다. 의료민영화를 찬성하는 입장은 두 가지 입장으로 나뉘는데, 한 입장은 의료시장이 정의로운 보건의료체계를 위한 수단이 될 수 있다는 ‘시장도구주의’이고, 다른 입장은 의료시장 자체가 목적이란 ‘시장근본주의’이다. 필자는 시장근본주의가 아니라 시장도구주의가 적절하지만, 의료민영화를 시행할 때에는 엄격한 전제조건을

1) 여기서 사용하는 철학·윤리학적 접근방법은 분석철학적 방법으로 개념분석, 논리적 관계분석, 논증분석을 강조한다.

2) 필자는 개념적, 논리적, 이념적 문제를 밝힘으로써 한국의 경험적 연구자들의 연구 성과의 진면목을 드러내는 데 조금이나마 도움이 되었으면 한다.

충족해야만 한다고 논한다.

II. 의료시장화가 어떻게 가능한가

보건경제학을 개척한 학자 중 한 명인 K. Arrow [6]는 1963년에 보건의료서비스는 다른 표준적인 상품들과 달리, 정보의 비대칭성, 수요의 비정규성, 불확실성, 불규칙한 공급조건 등의 특징을 가지고 있기 때문에 통상적인 완전한 시장이 있을 수 없고, 내재적으로 시장실패에 직면하게 되기 때문에 보건의료에 관한 한 비시장적인 해결책이 필요하다고 논변했다.

애로우의 논문이 발표된 후 대부분의 보건경제학자들 사이에는 보건의료는 시장에서 거래되기에 적합하지 않은 상품이라는 거의 보편적인 합의가 존재했으며[7] 의료민영화 논쟁이 상당히 진행된 현재에도 Vladeck이나 Rice [8]같이 저명한 보건경제학자들은 애로우와 유사한 방식으로 의료민영화에 반대한다.

애로우의 논변의 심대한 영향력을 고려할 때, 의료민영화를 찬성하는 측에서는 의료민영화가 어떻게 가능한 것인지를 명확하게 밝힐 필요가 있고, 의료민영화를 반대하는 측에서도 그런 주장이 적절한지 검토할 필요가 있다. 보건경제학자들 중에 의료시장화를 찬성하는 학자들은 두 가지 방식으로 의료시장화가 가능하다고 주장하는데, 한 방식은 불완전한 시장화이고 다른 방식은 부분적인 시장화이다.

불완전한 시장화는 애로우의 논문이 출판된 이후 가장 먼저 반론을 제시한 M. Pauly [9]가 주장하는 견해인데, 그에 의하면 보건의료를 위한 완전한 시장이 없다 하더라도 ‘의료시장화’가 가능한데, 의료민영화 논쟁은 보건의료를 위해 통상적으로 완전한 시장이 있는지 없는지의 문제가 아니라, 한편으로는 불완전한 시장에 의한 보건

의료체계와 다른 한편으로는 비효율적이고 관료적인 운영방식 등의 문제점을 가지고 있는 불완전한 국가에 의해 운영하는 보건의료체계 중 어느 쪽이 바람직한가를 결정하는 문제라는 것이다. 물론 풀리는 불완전한 시장에 의한 보건의료체계가 불완전한 국가에 의한 보건의료체계보다 바람직하기 때문에 의료시장화를 해야 한다고 주장한다.

부분적 시장화는 주로 서구의 보건경제학자들이 제시하는 견해인데, 비록 보건의료를 위한 완전한 시장이 없다 하더라도 ‘의료시장화’가 가능한데, 시장화가 보건의료체계 전체가 아니라 보건의료체계의 부분에 적용될 수 있기 때문이라는 것이다. 즉 시장 자체가 보건의료체계를 운영하는 최선의 방식은 아니어서 보건의료체계 전체는 공적으로 운영되지만, 이런 보건의료체계 내에서 효율성 등을 추구하기 위해 부분적으로 시장화를 할 수 있으며 소기의 목적을 달성하지 못할 경우 이런 부분적 시장화는 수정되거나 철회될 수 있다는 것이다.

이런 두 가지 의료민영화 방식을 애로우의 논변과 관련해서 평가해 보자. 풀리의 불완전한 시장화 방식을 평가하자면, 풀리의 애로우 비판은 논리적인 비판과 경험적인 비판으로 이루어져 있다. 논리적인 비판은 애로우의 논변에서(보건의료를 위한 이상적인 시장이 존재하지 않는다는) 기본전제가 참이라 하더라도, 그 기본전제로부터(보건의료는 시장이 아니라 국가에 의해 운영되어야 한다는) 결론이 연역적으로 도출되지 않는다는 것이고, 경험적인 비판은 불완전한 시장에 의한 보건의료체계와 불완전한 국가에 의한 보건의료체계의 우열은 선형적으로 결정될 수 없고 경험적으로 결정되어야 한다는 것이다. 필자는 풀리의 논리적 비판과 경험적 비판 모두 적절하다고 보는데, 풀리와 논쟁을 벌여 온 라이스 역시

폴리의 반론이 적절하다고 인정하고 그의 저서의 초판에서는 시장의 약점만을 들었던 데 반해, 제2판에서는 정부의 강점과 약점을 밝힘으로써, 불완전한 시장과 불완전한 국가의 대차대조표를 만들고 있다[10].³⁾

부분적 시장화방식을 평가하자면, 사실 이 방식은 애로우의 기본전제를 받아들일 뿐만 아니라 사실상 애로우의 결론도 부정하고 있는 것이라 볼 수 없는데, 그 이유는 애로우의 결론이 보건의료체계에서 시장적 요소를 완전히 제거하고 100% 공적으로 운영해야 한다는 주장으로 볼 수 없기 때문이다. 세계 어느 나라의 보건의료체계이건 100% 국가나 100% 시장에 의해 운영되는 보건의료체계는 없으며, 여러 나라의 보건의료체계는 국가와 시장이 다른 비율로 조합되어 있는 것으로 볼 수 있다. 그렇게 본다면 보건의료체계가 비시장적인 방법에 의해서 운영되어야 한다는 애로우의 결론은 부분적 시장화와 반드시 상충하지 않는다.

의료민영화가 위와 같은 두 가지 방식으로 가능하다고 할 때, 이제 의료민영화 논쟁에서 의료시장 혹은 의료시장화가 정확히 무엇을 의미하는지 살펴보자. 의료민영화 논의에서 참가자들이 의료시장이라는 개념을 사용하지만, 사실 의료민영화 논쟁에서 논쟁참가자들이 공통으로 쓰는 “단일하고 단순한 의료시장의 개념은 없”고[11] 오히려 공적인 보건의료체계를 운영하는 방법에 대비되는 시장방법(market methods)이라고 할 만한 것이 있다. 이런 시장방법의 특징은 “보건의

료체계를 조직하는 데 있어서 관료적인 방식보다는 경영적인 방식, 보건의료의 “소비자”들에게 가격을 의식하는 행동의 진작, 구매자와 공급자 사이에 경쟁과 시장방식의 상호작용을 진작하는 것 등”이다[12]. 좀 더 구체적으로 이런 시장 방식은 병원이나 보험 간의 경쟁의 도입 및 강화, 공공병원의 폐쇄 및 축소, 영리병원의 허용 및 증대, 민간보험의 확대, 개인부담금 증대, 의료제공자 인센티브 등의 시장도구나 기제들(market tools or market practices)을 사용하는 것을 말한다[13].

그런데 의료민영화는 이런 시장기제들을 사용하는 스케일에 따라 ‘보건의료체계 전체의 시장화’와 ‘보건의료체계 하부의 시장화’로 구분될 수 있다. 설명하자면 한 사회의 보건의료체계는 그 보건의료체계를 설계하는 기본이념 혹은 기본가치가 있고(예를 들어 서구 국가들의 경우에 시민들 사이의 연대), 그 기본가치를 초석으로 세워진 구조물로 이해할 수 있는데, 체계전체 시장화는 보건의료체계 전반의 중요한 변화를 목표로 하는 것으로서, 정부의 역할을 대폭축소하면서 가능한 한 체계의 중요부분에 많은 시장기제의 확대, 그리고 어떤 경우에는 더 나아가 보건의료를 설계하는 기본이념마저도 시장에토스(market ethos)로 바꾸려 하는 것이고, 보건의료체계 하부의 시장화는 체계의 기본이념은 바꾸지 않은 채 효율성을 제고하거나 비용통제를 위해서 시장기제들을 부분적으로 사용하는 것이다[14].⁴⁾

3) 애로우와 유사한 방식으로 논변하는 Vladeck과 Rice의 논문에 대해서 김창엽 교수는 다음과 같이 응답한다. “완전한 시장은 실현하기보다는 이념형에 가깝다는 것을 고려하면, 정도의 차이는 있을 수 있어도 시장 실패는 예외적인 현상이 아니라 일반적인 현상이라고 해야 할 것이다. 따라서 보건의료에 시장실패가 나타나는가 혹은 보편적인 시장의 법칙이나 논리가 적용되는가 하는 식의 논란은 적실성을 가진다고 보기 어렵다.” 김 교수의 논변은 폴리의 반론과 유사하지만 훨씬 더 강한 주장으로 폴리의 주장은 애로우의 기본적인 전제가 참이라 하더라도 결론이 연역적으로 도출되지 않는다는 논리적 비판인 데 반해 김 교수의 주장은 애로우의 기본적인 전제 자체가 참이 아니라는 실질적인 비판이다. 김창엽 등, 47-48.

4) Callahan과 Wasuna는 ‘두 가지 타입의 시장기제’라고 하는데, 필자가 그런 제안을 명확히 하기 위해서 ‘체계 전체 시장화’와 ‘체계 하의 시장화’라는 용어를 사용한다.

III. 의료시장화는 ‘개념적’으로 혹은 ‘이념적’으로 가능한가

미국의 의료민영화 논의에서 Relman이나 Pellegrino 같은 저명한 의료전문가들은 의료민영화가 초래할 수 있는 의료상업화가 보건의료의 개념 혹은 의료전문직의 윤리와 개념적으로(conceptually) 혹은 이념적으로(ideally) 상충하기 때문에 불가능하다는 논변을 제기해 왔는데, 여기서는 펠레그리노[15]의 논변을 중심으로 살펴보겠다.

1. 보건의료는 개념적으로 상품이 아니라는 논변

펠레그리노는 옥스퍼드 영어사전을 인용하면서 전형적인 상품이란 “소비자에게 유용하거나 소비자 선호의 만족을 위해 가치를 가지는 판매를 위해 생산된 것”인데, 이런 전형적인 상품은 다음과 같은 두 가지 특징을 가진다고 말한다. 첫 번째 특징은 생산자와 소비자의 관계는 오직 상품의 교환에만 관심을 가지는 비개인적인 관계여서, 만일 두 개의 다른 상품이 동일한 질과 양이라면 교체가능하다는 것이고(fungibility), 두 번째 특징은 상품은 개인이 새로운 것을 부가하여 산출한 것이기 때문에 생산자가 그 상품에 대해 소유권을 인정할 수 있다는 것이다(proprietary).

그러나 펠레그리노에 의하면 보건의료서비스는 이런 두 가지 특징을 갖지 않는다. 첫 번째 특징인 교체가능성과 관련해서, 환자들의 치료를 위해서는 환자와 의사의 관계가 개인적이어야 하기 때문에 아무리 실력과 자격이 같은 의사들이라도 교체가능하며, 둘째 특징인 소유권과 관

련해서는, 보건의료의 지식은 선행하는 연구자들로부터 유래하며, 생체해부 등의 지식은 일반적으로는 윤리적으로 허용되지 않는 것인데, 사회가 의학교육을 위해 특별히 허용해 주어 가능한 것이기 때문에 보건의료인들은 의료지식에 대한 소유권자라기보다는 오히려 의료지식의 관리자(steward)라는 것이다. 이처럼 보건의료서비스는 전형적인 상품이 가지는 두 가지 특징을 가지지 않기 때문에 보건의료서비스를 상품으로 취급하는 것은 개념적으로(conceptually) 문제가 있으며, 따라서 의료민영화를 해서는 안 된다는 것이다.

이제 펠레그리노의 논변을 평가해보자. 펠레그리노는 의료상업화가 ‘개념적’으로 문제가 있다고 하는데, 개념적으로 문제가 있다는 것을 강하게 해석하면 ‘결혼한 총각’같이 개념적인 모순이라는 것으로 이해될 수 있고, 약하게 해석하면 그런 표현을 썼을 때에 같은 언어를 사용하는 사람들 사이에서 소통에 어려움이 있다는 것으로 이해될 수 있다. 그러나 미국에서 “보건의료서비스가 상품이다”라는 주장은 개념적 모순으로 인식되지 않을 뿐만 아니라, 별다른 어려움 없이 소통될 수 있기 때문에, 의료시장화가 ‘개념적’으로 문제가 있다는 주장은 참이 아니며, 따라서 펠레그리노의 논변을 문자 그대로 받아들이면 실패한 논변이 된다.⁵⁾

그러나 철학·윤리학에서 논증을 할 때 상대방의 논변이 최선의 논변이 되도록 해석해야 한다는 ‘자비로운 해석의 원칙’을 따른다면, 그의 논변은 의료민영화가 개념적으로 문제가 있다는 것이 아니라 ‘이념적(ideally)’으로 문제가 있다는 논변으로 이해되어야 한다.⁶⁾ 개념적이라는 것은 개

5) 한국에서도 보건의료가 상품이라는 주장은 개념적으로 문제가 있는 듯이 보이지 않는다.

6) 한국에서 ‘이념적’이라는 표현은 주로 ‘ideological’을 표현하는 데 쓰이는데, 필자는 몇 가지 이유에서 ‘ideal’을 표현하는 데 사용하고 해서, ‘ideological’을 표현할 때에는 ‘이데올로기적’이라는 표현을 사용한다. 그 주된 이유 중 하나는 ‘이념’과 ‘이상’이 밀접히 관련되어 있다는 것을 강조하기 위함이다. 이규식 교수는 ‘이념적’이 아니라 ‘규범적’이라는 표현을 사용한다. 이규식, 의료에 대한 이념과 정책, 보건행정학회지 2007 ; 17(3) : 111-115.

념(concept)이라는 명사에서, 이념적이라는 부사는 이념(idea)이라는 명사로부터 온 것인데, 어떤 것의 이념은 어떤 것의 바람직한 혹은 이상적인 목적이 실현된 상태라고 할 수 있다. 그런데 서양 철학의 전통에서나 일상용법에서 개념과 이념은 밀접한 관련을 가지고 있는데, 플라톤은 어떤 것에 대한 올바른 개념이 바로 이념이라고 주장했고, 이런 플라톤적인 주장은 관념론 혹은 이상주의(idealism)로 계승되어왔을 뿐만 아니라, 철학 외의 분야에서도 예를 들어 대학이 마땅히 지향해야 할 본래의 목적을 가리키기 위해 ‘대학의 이념(the idea of a university)’이라는 표현이 사용되고 있다. 그래서 의료민영화가 이념적으로 문제가 있다는 것을 의료민영화가 개념적으로 문제가 있다고 펠레그리노가 표현하는 것이 아주 이상한 표현방식은 아니다[16].⁷⁾

이제 펠레그리노의 논변을 보건의료서비스를 상품으로 취급하는 것이 이념적으로 문제가 있다는 논변으로 이해하고 평가해보자. 그의 논변에서 쟁점은 이상적인 치료와 의료민영화가 양립가능한가 하는 것이다. 펠레그리노가 염두에 두고 있는 이상적인 치료는 의료전문인과 환자가 전면적이고 개인적인 관계 속에서 서로 협력해서 환자의 전면적인 회복을 추구하는 치료이다. 그런데 펠레그리노가 염두에 두는 이런 이상적인 치료만이 이상적인 치료의 전부라고 볼 수는 없고, 사실 이상적인 치료는 펠레그리노식의 이상적인 치료가 한 끝이고, 최소적절한 치료라고 부르는 것이 다른 한 끝인 스펙트럼을 이루는 것으로 볼 수 있다. 여기서 최소적절한 치료란 전문의료인과 환자의 관계가 개인적 관계가 아니라 하더라도, 환자를 적절히 존중하면서 효과적으로 회복시키는 치료를 가리킨다. 이상적인 치료가 이

런 스펙트럼을 이룬다고 볼 때, 의료민영화는 펠레그리노가 염두에 두는 가장 이상적인 치료와는 상충하겠지만 최소적절한 치료와는 양립하지 못할 논리적 필연성이 없다. 따라서 의료민영화가 이념적으로 문제가 있다는 펠레그리노의 논변은 성공하지 못한다.

2. 의료민영화는 의료전문직의 이념과 상충한다는 논변

펠레그리노는 의료민영화가 초래할 수 있는 의료상업화는 의료전문직의 이념과 상충하기 때문에 의료민영화가 불가하다고 논변한다. 펠레그리노에 의하면 의료전문직 윤리는 “보건의료를 상품으로 보지 않고 인간 삶에 꼭 필요한 인간의 가치로 보며, 제일원리는 선행이고, 환자-지향적이며, “이타주의와 자신의 이익을 무시할 것을 요구한다”.⁸⁾

그런데 의료상업화는 의료전문인을 비즈니스맨으로 만들고 의료전문직 윤리를 비즈니스 윤리로 대체한다. 비즈니스맨으로서 의료전문인은 “보건의료를 상품으로 보고, 그 첫 번째 원리는 선행이 아니라 악행금지이며, 환자중심적이지 아니라 투자자 혹은 기업지향적이며, 그 태도는 실용적이고, 자기이익, 경쟁에서의 우위선점, 불평등한 능력에 기초한 불평등한 치료를 정당화한다.” 따라서 이런 비즈니스맨으로서의 윤리와 의료전문직의 윤리가 이념적으로 상충하기 때문에 의료민영화를 해서는 안 된다는 것이다. 펠레그리노는 플라톤을 인용하며 의사는 자신의 이익이 아니라 환자의 이익을 추구하기 때문에 의사라고 주장한다[17].

펠레그리노는 이 논변에서 의료민영화가 개념적으로가 아니라 이념적으로 문제가 있다는 것을

7) 영국의 John Henry Newman과 독일의 Schleirmacher가 ‘대학의 이념’을 이런 방식으로 사용한다.

8) Pellegrino ED, 254.

명백히 하고 있는데, 이제 이 논변을 평가해보자. 이 논변에서도 핵심적인 쟁점은 의료전문직의 이념과 의료상업화가 양립가능한가 하는 것이다. 그런데 의료전문직의 이념도 스펙트럼을 이루는 것으로 이해할 수 있는데, 그 한 끝은 펠레그리노가 염두에 두고 있는 자신의 이익을 무시하며 환자의 이익을 추구하는 플라톤적인 의료전문직의 이념이 있을 수 있고, 다른 끝에는 자신의 이익을 추구하기 위해서 환자의 이익을 추구하거나, 자신의 이익과 환자의 이익을 조화롭게 추구하게 되는 아담 스미스적(Adam Smith)적인 의료전문직의 이념이 있을 수 있다[18]. 이런 스미스적인 의료전문직의 이념을 최소적절한 의료전문직의 이념이라 할 수 있을 것이다. 그런데 이처럼 의료전문직의 이념이 스펙트럼을 이룬다면, 의료민영화가 플라톤적인 이념과는 상충하겠지만, 스미스적인 최소적절한 의료전문직의 이념과는 양립 불가능하지 않을 것이며, 따라서 의료민영화가 이념적으로 불가능하다고 할 수 없을 것이다.⁹⁾

위에서 필자는 펠레그리노의 논변이 성공하지 못한다고 평가했지만, 필자는 펠레그리노가 이런 논변을 제시하는 기본적인 이유에 충분히 공감한다. 사실 펠레그리노가 이런 논변을 제시하는 기본적인 이유는 의료시장화가 보건의료의 전통적인 이타주의적 가치를 약화시킬 수 있다는 우려 때문인데, 사실 이런 우려는 의료민영화에 반대하는 한국의 의료전문인들이 공유하는 것이다.

필자 역시 이런 우려를 공유하며 의료민영화가 이념적으로 가능하기 위해서 의료전문직은 최소적절한 의료전문직 윤리를 반드시 지켜야 한다고 본다.

지금까지의 논의를 통해서 의료민영화가 가능하다고 할 때, 이제 다루어야 할 이슈는 의료민영화가 사회의 정의로운 보건의료체계에 기여하는지 아니면 그런 보건의료체계를 손상시키는지 하는 것인데, 그런 이슈를 다루기 위해 우선 정의로운 보건의료체계가 무엇인지부터 살펴보겠다.

IV. 정의로운 보건의료체계

정의로운(여기서는 공정하고 정당한) 보건의료체계는 공정하며 그 사회가 견지하는 중요한 가치들에 의해 정당화되는(justified) 보건의료체계를 말한다.¹⁰⁾ 따라서 정의로운 보건의료체계를 논하기 위해서는 그 사회의 중요한 가치들을 밝힐 필요가 있는데, 이런 가치들은 정치제도적 레벨과 사회적 레벨에서의 가치들을 포함한다.

의료민영화 논쟁이 시작된 서구나 미국의 경우에 정치제도적 레벨에서의 중요한 가치는 자유민주주의라 할 수 있다. 정치체제로서 자유민주주의는 자유주의와 민주주의가 결합된 것이다. 자유주의 국가는 모든 국민들에게 최대한의 평등한 정치적 자유(집회 결사의 자유 등)와 개인적 자유(양심의 자유, 인신의 자유 등)를 보장하며, 이

9) 필자와 같은 취지의 논변을 캘러헌은 미국의 의료사의 맥락에서 제시한다. 미국의료사를 보면 이차 대전 전에 개인사들이 상대적으로 낮은 수가를 받고 환자들을 치료해주었으며, 만일 환자가 지불능력이 없으면 그런 치료비를 면제해 주던 단계가 있었고, 이차대전 이후에 의사들이, 특히 전문의들이 비싼 수가를 받고 의료를 제공했던 단계이고, 그 후 여러 단계를 거쳐서 건강관리기구 등에 의한 경쟁이 심화되면서 본격적으로 의료민영화가 진행된 단계를 볼 수 있는데, 펠레그리노는 마지막 단계에 대해서 우려를 나타내지만 첫 번째 단계는 의료전문직 윤리와 상충하지 않는다고 본다. 그런데 비록 마지막 단계가 아주 명백한 시장경제이기는 하지만 첫 번째 단계도 시장경제 단계이기 때문에 펠레그리노가 의료상업화에서 문제가 있는 단계와 없는 단계를 구분하는 것이 자의적이라고 비판한다. Callahan D and Wasuna A, 239-240.

10) 정의와 정당성은 밀접한 관계를 가지지만 동일한 개념은 아닌데 정당성이 정의보다 약한 개념이다. 예를 들어 한 정부가 정의를 지 않지만 정당할 수도 있다. 그러나 물론 그 정부의 부정이 지속되면 정당성을 상실할 것이다. 다원주의 사회에서는 정의에 관한 다양한 견해가 있을 수 있기 때문에 실질적으로 정의로운 보건의료체계의 개념보다 공정하고 정당한 보건의료체계의 개념이 실천적으로 적실하다고 보는 학자들이 많다.

들 자유들에 비해서는 제한된 경제적 자유를 보장한다.¹¹⁾ 민주주의 국가는 국민들의 삶의 전망에 심대한 영향을 미치는 사회의 기본구조와 기본적 정의와 관련된 문제들에 관해서 시민들이 영향을 미칠 수 있도록 보장한다.¹²⁾

사회적 레벨에서 중요한 가치를 살펴보자면 서구와 미국은 상당한 차이가 있는데, 서구의 경우에는 시민들 사이의 연대(solidarity)가 중요한 사회적 가치라는 데 대해서 거의 보편적인 합의가 있는 데 반해[19], 미국의 경우에는 개인주의(individualism)가 중요한 사회적 가치라는 것이 정설이다. 그렇지만 이런 정설에 반대해서 대니엘스, 라이트, 캐플런 등은 미국 사회에서 공정한 기회균등의 원리가 서구의 시민들 사이의 연대와 비교될 만한 사회적 가치가 될 수 있다고 주장한다[20].¹³⁾

정치제도적 레벨에서 자유민주주의라는 가치와, 사회적 레벨에서 시민들의 연대나 공정한 기회균등의 원리라는 가치를 인정할 때, 세계적으로 널리 인정되는 정의로운 보건의료체계에 관한 이론은 철학자 대니엘스, 의료사회학자 라이트, 경제학자 캐플런이 학제적인 연구들 통해 제시한 “형평성, 효율성, 책임성으로서 공정성”(fairness as equity, efficiency and accountability) 이론이다

[21].¹⁴⁾ 이 이론에 의하면 정의로운 보건의료체계는 형평성, 효율성, 책임성을 통합적으로 수용하는 체계로, 모든 국민들에게 적절한 수준에서 포괄적인 보건의료서비스를 형평성 있게 보장하고, 보건의료체계를 유지하기 위한 부담을 형평성 있게 분배하며, 보건의료체계가 미시적으로나 거시적으로나 효율적으로 운영되고, 시민들의 건강을 형평성 있고 효율성 있게 유지하는 과업(responsibility)을 어떻게 수행하고 있는지를 시민들에게 소명하는 공적 책임(accountability)을 지는 보건의료체계이다.¹⁵⁾

이 이론을 정확하게 이해하기 위해서 우선 공정한 정당성을 위해서 왜 형평성, 효율성, 책임성이 통합적으로 수용되어야 하는지를 살펴보아야 하는데, 그러기 위해서는 건강의 중요성부터 살펴볼 필요가 있다. 대니엘스에 의하면 건강은 질병과 장애의 부재로 인한 인간종의 정상적인 기능의 유지로 이해되는데, 건강이 중요한 이유는 사람들이 건강할 경우 그 사회에서 주어진 기회의 공정한 몫(fair share)을 누릴 수 있는 데 반해, 건강하지 못할 경우 그런 공정한 기회의 몫을 누릴 수 없기 때문이다. 건강과 기회 사이의 이런 밀접한 관계 때문에 국가가 시민들에게 공정한 기회의 균등을 보장할 의무가 있다고 할 때, 국가는

11) 롤스는 재산소유권을 인정하지만 자유지상주의자들이 주장하는 절대적인 재산권을 기본적 자유나 권리로 인정하지 않는다. 대부분의 자유주의 전통에서는 롤스보다는 강한 재산권을 인정하지만 자유지상주의자들이 주장하는 절대적인 재산권을 기본권으로 인정하지 않는다.

12) 여기서 말하는 자유주의는 전국경제인연합회의 싱크탱크인 자유경제원이 주장하는 자유민주주의와 다른데, 이들이 주장하는 자유민주주의는 하이에크적인 자유지상주의 혹은 경제자유주의이다.

13) 필자는 대니엘스 등의 시도를 한국적 맥락에서 진지하게 고려해 보아야 한다고 본다. 의료민영화에 반대하는 한국의 많은 연구자들이 시민들 사이의 연대 등의 가치를 주장하지만, 과연 이런 가치가 한국 사회의 에토스(혹은 사회의 가치풍토)와 어떤 관련을 가지는지 밝히는 작업이 필요할 듯하다. 그리고 한국의 에토스에서 이런 가치가 약하다면, 대니엘스 등처럼 다른 가치에 주목을 하든지, 아니면 사회적 연대감을 어떻게 강화시킬 수 있는지 고려해야 한다고 본다. 평등주의적 정의론을 강력하게 주장해 온 Jerry Cohen이나 민주주의 이론가들인 Robert Dahl, 최장집 교수도 그런 가치들의 실현을 위해서는 사회의 에토스의 중요성을 강조한다.

14) 이 이론의 원형은 미국의 보건의료개혁을 위한 계획을 평가하기 위해 만들어졌는데, 당시에는 공정성의 기준(Benchmarks for Fairness) 이론이라고 불렸다. Daniels, Light and Caplan, Benchmarks for Fairness, 그 후 대니엘스가 세계 여러 나라의 이론가들과 협력하여 세계적으로 적용가능한 버전(generic international version)을 만들면서 지금의 이름, 형평성, 효율성, 책임성으로서 공정성이론이라고 불려졌다. 이에 대한 설명은 N. Daniels의 Just Health를 참조.

15) 한국에서 responsibility와 accountability가 모두 책임으로 번역되는 경우가 많은데 이 둘의 관계를 보다 잘 드러내기 위해서 과업과 책임으로 번역한다.

시민들에게 공정하게 건강을 보장할 의무를 가진다.¹⁶⁾

그런 의무를 수행하기 위해서 국가는 국민들이 가능한 한 평등한 건강을 누리도록 해야 하고, 질병이나 장애를 겪을 위험을 형평성 있게 줄여야 하며, 만일 그런 질병이나 장애를 겪을 경우 국가의 보건의료체계는 ‘적절한 수준에서 포괄적인’ 보건의료서비스에 대해 모든 국민들이 지불능력, 건강조건, 건강위험에 관계없이 형평성 있게 접근할 수 있도록 보장해야 하며 이런 보건의료체계를 유지하기 위한 재원을 마련하기 위한 부담 역시 형평성 있게 분배되어야 한다.

그런데 사회적 자원과 보건의료자원은 국민들의 의료필요를 모두 충족하기에는 부족한데, 이렇게 보건의료자원이 부족하다고 할 때 보건의료체계가 비효율적일 경우 효율적일 경우보다 국민들의 보건의료필요를 덜 충족시키게 된다. 따라서 국민들의 건강을 형평성 있게 보장하기 위해서 보건의료체계는 미시적으로나 거시적으로 효율적이어야 한다. 이처럼 효율성은 형평성과 상충(trade-off)하는 것이 아니라 형평성을 돕는 역할을 한다.¹⁷⁾

그런데 보건의료분야에서 효율성을 논할 때 주의해야 할 것이 있는데, 보건의료에서 쓰이는 효

율성(value for money)의 개념이 산업분야(industry)에서 쓰이는 표준적인 효율성(efficiency)의 개념과 상당한 차이가 있다는 것이다. 이런 차이는 비효율성을 살펴보면 명백히 드러나는데, 보건의료 분야에서 비효율성은 산업 분야에서 통상적으로 나타나는 비효율성뿐만 아니라 보건의료전문가들의 규범이나 그들이 일을 조직하는 방식 속에 있는 다른 비효율성을 포함하는데, “편익이 적거나 없는 보건의료서비스, 과도한 이윤, 돈을 낭비하는 영성한 조직, 비용이 많이 드는 권력구조, 과도한 전문서비스” 등을 포함한다[22]. 그래서 보건의료 분야에서 산업 분야의 통상적인 비효율성뿐만 아니라 보건의료분야에서 현저히 나타나는 비효율성의 공통점을 포괄하기 위해서 표준적 영어표현인 ‘efficiency’가 아니라, 영국식 표현인 ‘value for money’가 사용되는 것이다. 물론 이 표현에서 money는 사회적 자원이고, value는 국민 건강이다.¹⁸⁾

건강과 기회의 밀접한 관련 때문에 보건의료체계는 사람들의 삶의 전망에 심대한 영향을 미치는 사회의 기본구조의 중요한 부분이다.¹⁹⁾ 따라서 민주주의 사회에서 시민들은 보건의료체계의 설계와 운영방식에 관해 이해하고 국가기관을 통해서 이런 보건의료체계에 궁극적인 통제를 할

16) 김창엽 교수는 대니얼스의 이론이 부적절하다고 평가한다. “대니얼스의 이론 주장에서도 건강의 도구적 성격은 여전하다. 즉 건강은 다른 더 중요한 가치를 달성하기 위한 수단으로 이해되기 쉽다. 또한 건강을 개인의 삶에서 중요한 기회를 부여하는 것으로 이해하면, 대부분 삶의 경과를 종로하거나 막 그럴 위치에 있는 사람들(예: 노인)의 건강에는 어떤 의미를 부여할 수 있을까 하는 질문에도 답하기 어렵다.” 김창엽 등, 2013 : 27.

김 교수가 이런 주장을 하는 이유는 대니얼스와 롤스의 공정한 기회균등의 원칙이 동일한 것이라고 이해하기 때문인데 사실 대니얼스의 공정한 기회균등의 원리는 롤스의 공정한 기회균등의 원리와 동일한 것이 아니라 롤스의 원리를 확대한(expand) 것인데, 그렇게 하는 이유는 롤스의 공정한 기회균등의 원리가 직업선택 등과 관련해서 청년기에만 적용되는 것으로 읽힐 수 있기 때문이다. 대니얼스의 확대된 기회균등의 원칙은 연령상대적이어서 노년기에는 노년기에 열려있는 기회의 영역에서 공정한 몫을 보장할 것을 요구한다. Daniels N, Just Health Care, New York : Cambridge University Press, 1985 : 39-58. 박상혁, 자유주의 의료정의론에 대한 오해와 이해, 동서철학연구회 2008 ; 48 : 232-233.

17) 김창엽 교수는 이와 유사한 취지의 주장을 한다. “흔히 효율과 형평을 서로 상충하는 가치로 생각하는 경향이 있지만, 가장 ‘효율적’으로 형평을 달성한다는 것이 논리적으로 모순된다고 할 수 없다.” 김창엽 등, 53. 그리고 김창엽 교수는 “..... 효율은 그 자체로 특정한 가치를 나타낸다기보다는 어떤 목적이나 목표를 달성하는 수단으로서의 성격을 갖는다”고 하는 데 반해, 이상이 교수는 효율성이 목표라고 한다. 대니얼스 등의 경우에는 효율성이 수단이며 동시에 목적이라고 할 수 있을 것이다.

18) 한국에서 효율성에 관해 논의할 때 이 점이 명시적으로 강조되지 않는 듯하다.

19) 사회의 기본구조에 대한 이런 이해는 롤스에 기초한 것이다.

수 있어야 한다. 민주주의 사회에서 시민들은 보건의료체계에 시민들의 건강을 형평성 있고 효율적으로 유지하는 과업(responsibility)을 부과하기 때문에, 보건의료체계는 그런 과업을 어떻게 수행하고 있는지를 시민들에게 공적으로 소명할 책임(public accountability)을 진다.²⁰⁾

이처럼 형평성, 효율성, 공적 책임성은 상충하는 것이 아니라, 상호보완하는 것이기에 정의로운 보건의료체계를 위해서는 이런 세 가지 점이 모두 통합적으로 수용되어야 하는 것인데, 이들 각각을 수용하기 위한 하부기준들을 구체적으로 살펴보겠다.

1. 형평성

정의로운 보건의료체계가 제공하는 보건의료 서비스는 적절하게 포괄적이어야 하고, 이런 적절한 보건의료서비스를 접근하는 데 있어서 경제적 장애와 비경제적 장애가 최소화되어야 한다. 적절한 포괄성에 대해서 설명하자면, 정의로운 보건의료체계가 제공하는 보건의료서비스는 생존에 필요한 최소한의 보건의료패키지를 넘어서서 공정한 기회균등을 보장하기 위해서 사회가 적절하게 부담할 수 있는 한도 내에서 포괄적이어야 한다. 이런 포괄적 보장목록에 포함시켜야 하는 서비스의 중요성은 공정한 기회균등의 보호에 기여하는 정도에 달려있는데, 이들 서비스들은 예방, 치료, 재활 등등의 서비스를 포함할 것이다.²¹⁾ 그러나 이런 보건의료패키지가 포괄적이라고 해서 모든 국민들의 건강필요를 충족시키기에 충분한 것일 수는 없는데, 사회의 자원이 부족하므로 건강관리에 투여하는 사회적 자원에 제한을

가하는 것이 합리적이기 때문이다. 물론 이런 제한에 관한 결정은 민주적인 방식으로 그리고 공적으로 투명하게 이루어져야 한다.

보건의료체계가 제공하는 혜택뿐만 아니라 보건의료체계를 유지하기 위한 재원을 마련하기 위한 부담 역시 형평성 있게 분배되어야 하는데, 그러기 위해서 보험료 기준은 커뮤니티 레이트여야 하고, 현금지불을 통한 차별이 최소화되어야 하며, 지불능력이 반영되어야 한다.

2. 효율성

정의로운 보건의료체계는 미시적 효율성과 거시적 효율성을 극대화해야 한다. 미시적 효율성을 극대화하기 위해서는 보건과 예방이 강조되어야 하고, 1차 진료가 강조되어야 하며, 증거기반 의학이 강화되어야 하고, 보건의료자원의 과다한 이용과 과소이용을 최소화하는 방법을 개발해야 한다. 그리고 보건의료체계의 거시적 혹은 재정적인 효율성을 극대화하기 위해서는, 행정비용을 최소화하고, 의약재 보건의료 계약 시 강한 거래를 해야 하고, 비용전가를 최소화하며, 사기와 남용을 막아야 한다.

3. 공적 책임성

보건의료체계가 공적인 책임성을 충족하기 위해서는 보건의료체계 전체와 그 부분들을 평가하는 명시적이고, 공적이며 구체적인 절차가 있어야 하며, 이런 평가에 대해서 완전하고 공적인 결과보고가 있어야 하고, 자원할당(배급)을 위한 명시적인 민주적인 절차가 있어야 하고, 불만과

20) 한국의 여러 연구에서도 민주적 통제가 자주 언급되지만, 김창엽 교수가 이에 관해 가장 명시적이고 체계적으로 논의하고 있다. 김창엽, 3부 건강의 정치와 민주주의를 참고.

21) 한국의 보건경제학자들은 보건의료체제제의 지속가능성에 중점을 두면서 덜 포괄적인 보건의료패키지를 주장하는 데 반해, 보건의료인들은 형평성에 중점을 두면 포괄적인 보건의료패키지를 주장하는 경향이 있는 듯이 필자에게는 보인다.

이의에 대한 모든 레벨에서의 공정한 대응절차가 있어야 하고, 부족한 사회 자원 중에 보건의료 분야에 얼마만큼 사용하는 것이 합당한 수준인지 민주적으로 결정하는 데 도움이 되도록 하기 위해 보건의료체계 전체예산책정(global budgeting)이 필요하다.

그런데 자유민주주의 사회에서 개인의 자유 혹은 자율성은 필요 이상으로 제한되어서는 안 되기 때문에 보건의료체계의 형평성과 효율성을 유지하는 한도 내에서 환자들과 의료제공자의 자유 및 자율성이 보장되어야 한다. 환자의 자유를 보장하기 위해서 원칙적으로 기본층위(basic tier)를 손상하지 않는 한 가외의 서비스를 위한 여지를 남겨놓고, 개인이 보충보험을 살 수 있는 자유를 허용해야 하는데, 환자개인이 자신의 가용수입을 가지고 기본보장 이상의 보건의료서비스를 이용하는 것을 금지하는 것은 의료이용자의 자유를 필요 이상으로 제약하는 것이다. 환자의 자율성과 관련해서 보충보험의 선택 외에 형평성과 효율성이 허용하는 한 일차 진료 제공자의 선택, 전문의 선택, 대체의학제공자의 선택, 치료절차 선택 등이 존중되어야 한다. 그리고 보건의료제공자의 경우에도 형평성과 효율성이 허용하는 한도 내에서 임상적 자율성, 경제적 자율성 등이 존중되어야 한다.²²⁾

V. 시장도구주의 대 시장근본주의

이제 의료민영화를 찬성하는 진영을 살펴보면 시장도구주의(market instrumentalism)라고 불릴

수 있는 입장과 시장근본주의(market fundamentalism)라고 불릴 수 있는 두 가지 입장이 구별된다. 시장도구주의는 시장이 정의로운 보건의료체계가 이루고자 하는 목적을 달성하기 위한 도구 혹은 수단이 될 수 있다고 본다. 예를 들어 어떤 시장기제가 보건의료체계의 효율성 향상이라는 목적을 이루기 위한 수단이 될 수 있으며 그것이 과연 그런지는 귀납적이고 경험적으로 뒷받침되어야 한다는 입장이다. 시장근본주의는 시장을 수단으로 보는 것이 아니라 거의 내재적 가치를 가진 목적으로 보며, 의료시장화를 경험적으로 접근하기보다는 연역적이고 이데올로기적으로(ideologically) 접근한다.²³⁾ 의료시장화의 입장이 강했던 미국에서 시장근본주의는 미국의 보수우파의 입장으로, 카토 인스티튜트, 헤리티지 연구소 등의 싱크탱크 등이 이런 입장을 지지하는 논변을 개발하며, 대표적인 학자들로 경영학자 Herzlinger, 법학자 Epstein 등을 들 수 있다.

필자는 이 장에서는 시장근본주의를 살펴보고 평가하겠다. 시장근본주의를 이해하기 위해서는 시장근본자들이 받아들이는 사회정의론을 살펴볼 필요가 있는데, 이들이 받아들이는 사회정의론은 하이에크와 프리드먼의 자유지상주의이다. 자유지상주의에 의하면 인간이나 인간사회에서 근본적인 가치는 개인적 자유인데, 이런 개인적 자유를 실현하는 가장 중요한 기제가 시장으로, 시장에서 사람들 사이의 상호작용은 개인적 자유를 보장하며 사회에 번영을 가져오는 데 반해 국가가는 개인의 자유를 침해하며, 관료적이며 비효율적이다.

22) 김명희 박사는 김창엽 등(2013)의 7장에서 세계와 한국에서의 공정한 보건의료체계의 논의들을 잘 정리한 후에 형평성 원칙을 도출하고 있다. 필자가 보기에 대니얼스 등이 형평성 원칙들의 기초를 좀 더 명백히 제시하고 그 기준들 사이의 관계를 보다 명백히 밝히고 있지만, 김명희 박사의 주장과 대니얼스의 등의 주장 사이에 근본적인 차이는 없다.

23) 시장근본주의는 Evans가 만든 용어다. Evans RG. Going for the gold: the redistributive agenda behind market-based health care reform. *J Health Polit Policy Law* 1997 ; 22(2) : 427-465. 캘러헌과 와스나는 political이라는 표현을 사용하는데 정치적 이데올로기가 강하게 작용한다는 의미이다. Callahan D and Wasuan A, 40-41.

자유시장주의를 받아들이면서 시장근본주의자들은 시장이 사회의 많은 영역에서 자유를 보장하고 번영을 가져오기 때문에 보건의료분야에서도 시장이 환자의 자유를 보장하고 복지를 실현할 것이라고 주장한다. 즉 시장근본주의자들은 시장화가 정의로운 의료체제에 기여하는지 아닌지를 경험적, 귀납적으로 살펴본 후에 시장적 접근을 최선이라고 하는 것이 아니라, 시장의 가치에 대한 신념으로부터 연역적으로 시장이 보건의료분야에서도 가치 있을 것이라는 결론을 끌어낸다.

시장근본주의자들이 바라는 의료시장화는 체제전반에 적용되는 시장화로, 국가의 역할을 최소화하고 시장의 역할을 최대화하는 것이다. 즉 국가는 국민들을 위한 최소한의 안전망만을 유지하고, 보건의료체제 전반에 광범위하게 시장관행들을 적용하는 것으로서, 이들은 의사와 환자의 관계를 기업가와 소비자의 관계로 생각하며 소비자들의 선택을 최대화할 것을 원하고, 보건의료를 산업으로 인식하며, 의료시장화가 경제적 가치를 가지는 기술적 혁신을 산출할 것이라고 믿는다.²⁴⁾ 이들은 설사 시장실패가 있다 할지라도 정부실패보다 심하지 않으며, 필요악으로서 수용할 만한 정도라고 본다.

이제 시장근본주의를 평가해 보자면, 필자는 시장근본주의가 세 가지 심각한 문제점을 가지고 있다고 평가한다. 첫 번째 문제점은 논리적인 것인데, 시장이 보건의료 외의 분야, 즉 일반적으로 다른 분야에서 성공적이었다고 하더라도, 그로부터 바로 보건의료체제의 조직과 운영에서도 성공할 것이라 추론하는 것은 연역적으로는 타당하지(valid) 않다는 것이다. 캘러헌과 와스나는 이런 논리적 추론방식을 ‘시장오류(market fallacy)’라

고 부르고 있다.²⁵⁾

두 번째 문제점은 경험적인 것인데, 시장근본주의자들의 중요한 전제인 시장이 보건의료 외의 분야에서 효율성과 번영을 가져오는 데 성공적이라는 주장이 참일 수 있는 개연성과 관련된 것이다. 이 주장은 시장화가 1980년부터 90년대에 이르기까지 영국과 미국 등지에서 어느 정도 성공을 거둘 때에는 경험적으로 지지되는 듯 했지만, 2007년 미국의 금융위기에서 보듯이 이제는 그렇지 않다고 볼 수 없다. 이렇듯 시장근본주의자들의 중요한 전제가 참일 개연성이 경험적으로 높지 않다면, 보건의료서비스의 특수한 성격을 고려할 때 시장이 보건의료 분야에서도 성공적일 것이라는 시장근본주의 주장이 경험적으로 참일 개연성은 더욱 낮다고 할 수 있다.

세 번째 문제점은 시장근본주의자들이 주장하는 시장화는 VI장에서 제시한 정의로운 보건의료체제를 위한 기준을 충족시킬 수 없기에 부정의하다는 것이다. 필자가 지적하는 이 문제점에 대해 시장근본주의자들은 두 가지 방식으로 반론할 수 있을 터인데, (i) 시장화가 정의로운 보건의료체제를 충족시킬 수 있다고 반론하는 것이고, (ii) 정의로운 보건의료체제에 관한 이론이 적절치 않다고 반론하는 것이다. (i)과 관련해서, 시장근본주의자들 중 일부는 만일 시장에 완전한 기회를 준다면, 그런 정의로운 보편적 의료체제를 충족할 수 있는데, 아직까지 시장에 충분한 기회를 주지 않았다고 주장한다. 그러나 오랜 동안 시장에 기회가 주어졌던 미국에서 보편적 보건의료체제가 정착되지 않았다는 것을 볼 때, 이것은 경험적으로 뒷받침되는 주장이라기보다는 종교적 믿음에 가깝다고 할 수 있다. (ii)와 관련해서, 일부 시장근본주의자들은 대니엘스 등이 제시한 정의로

24) 한국에서도 의료산업화를 주장하는 사람들 중에는 시장근본주의자들이 있는 듯하다.

25) Callahan D and Wasuan A, 211.

운 보건의료체계이론이나 그와 유사한 이론을 받아들이지 않는다. 그렇지만 시장근본주의자들이 받아들이는 일반적 사회정의론인 자유지상주의에도 극단적인 입장과 온건한 입장이 있는데, 온건한 자유지상주의자들은 이런 정의로운 보건의료체계를 받아들이며 보건의료 분야에서만은 보다 많은 정부의 역할이 필요하다는 것을 인정하는데, 논쟁의 여지가 있기는 하지만 하이에크[23]도 이 진영에 포함시킬 수 있다. 이런 온건한 자유지상주의자들이 적지 않다는 것을 고려할 때, 정의로운 보건의료체계에 관한 이론이 합당할 개연성이 높아지며, 따라서 필자의 비판의 적실성도 강화된다.

VI. 시장도구주의와 시장의 미래

시장도구주의자들의 가장 기본적인 믿음은 시장기제가 사회의 대부분의 영역에서 대단히 중요하고 효율적인 자원의 배분기제이므로, 우리가 보건의료체계의 설계 및 유지와 관련해서도 시장의 가능성을 고려해 볼 수 있다는 것이다. 즉 시장이 정의로운 보건의료체계라는 목적을 달성하기 위한 도구나 수단이 될 수 있으며, 그것이 과연 그런지는 경험적, 귀납적으로 뒷받침되어야 하며, 만일 증거에 의해서 입증되지 않으면 그런 시장기제의 이용을 재고하거나 철회할 수 있다는 것이다.²⁶⁾

미국과 서구에서 의료민영화가 실험된 이후 의료시장화가 정의로운 보건의료체계에 기여하는가에 대한 많은 경험적 연구결과가 산출되었다. 경험적 연구자가 아닌 필자는 당연히 이런 연구를 수행할 능력이 없기에, 필자는 자신의 지식과 능력의 범위 내에서 가장 공정하다고 판단하는

연구결과를 따른다. 필자가 따르는 연구는 헤이스팅스센터의 설립자인 생명윤리학자 캘러헌과 법학자 와스나의 학제적 연구인데, 이들은 시장화 실험의 결과에 대한 여러 연구들을 종합해서 비교평가하고, 그런 기반 위에서 시장의 미래에 대해 제언을 하고 있다.

우선 캘러헌과 와스나는 보건의료체계에 대한 민영화의 영향을 평가하는 데 있어서 ‘전술적’ 레벨에서의 평가와 ‘전략적’ 레벨에서 평가를 나눈다. 전술적 레벨에서의 평가는 경쟁, 이용자 비용 부담, 민간의료보험, 영리병원, 인센티브 등의 시장기제가 어떤 목적을 성취하고자 하며 과연 그런 목적을 성취했는지를 평가하는 것이다. 전략적 레벨에서의 평가는 한 사회의 보건의료체계에서 다양한 시장기제들이 다른 비율로 결합되는 방식과 그런 방식들이 그 사회의 사회문화적 목적들(예를 들어 시민들 사이의 연대 등)에 기여하는 것을 평가하는 것을 의미한다.

전술적 레벨에서 평가를 하자면 경쟁, 영리병원의 도입, 이용자 비용 부담 등 여러 시장기제들이 여기저기에서 효율성과 비용억제의 목표를 실현하더라도 전반적으로 효율성을 증대시켰거나 비용억제를 달성했다는 결정적 증거가 없고, 그 자체만으로 사용되었을 때에는 형평성을 손상시킨다는 것이다. 그리고 특기할 것은 이런 시장기제들이 시장중심적인 체제에서보다 공적인 체제하에서 효율성이나 비용증가를 더욱 잘 해냈다는 것이다.²⁷⁾

전략적 레벨에서 캘러헌과 와스나는 미국의 시장중심적인 보건의료체계와 서구의 보다 공적인 체계를 두 가지 항목을 통해 비교평가하는데, 한 항목은 건강결과와 비용평가이고, 두 번째 항목은 의료의 질과 만족도 평가이다. 첫 번째 항목에

26) 필자는 한국의 대부분의 보건경제학들과 적지 않은 보건의료인들이 시장도구주의자들이라고 판단한다. 양본민 등, 33.

27) Callahan D and Wasuan A, 204-227.

서 미국과 유럽의 시민들의 건강결과 사이에 큰 차이는 없지만 미국이 유럽국가들에 비해 더 높은 비용을 지불하고 있고, 그런 비용을 들이면서도 유럽에 비해 낮은 형평성을 초래하고 있다. 두 번째 항목의 보건의료의 질을 평가하자면 유럽의 보건의료체계가 미국보다 높은 질의 보건의료를 보다 낮은 가격으로 제공하며, 이용자들에게 의해서 호의적으로 판단된다. 따라서 전략적인 레벨에서 보았을 때 유럽의 보건의료체계가 미국의 보건의료체계보다 거의 모든 범주에서 낫다. 그리고 특기할 것은 이런 서구의 보건의료체계가 시민들 사이의 연대와 보편적 케어를 고수하는 한에서 그 목적을 달성하기 위해 어떤 시장기제들을 사용한다고 해도 체계 자체를 크게 손상할 것 같지 않다는 것이다.²⁸⁾

그러나 위의 결론에도 불구하고 캘러헌과 와스나는 의료민영화가 유럽이나 미국 모두에서 여전히 열린 가능성이라고 진단하는 데 두 가지 이유를 제시한다. 첫째 이유는 한 사회가 어떤 방식의 보건의료체계를 선택하는가는 그 사회가 중시하는 사회적 가치 혹은 사회적 에토스에 의존하는데, 미국같은 사회는 개인주의와 시장 에토스를 중시하기 때문에 비록 유럽의 보건의료체계가 여러 가지 면에서 낫다는 것이 경험적으로 입증되었다 하더라도 반드시 그런 보건의료체계를 선택하지 않으리라는 것이다.²⁹⁾ 둘째 이유는 서구와 미국을 포함한 세계 대부분의 보건의료체계에 적용되는 것인데, 보건의료비용의 폭발적인 증가로 인해 보건의료체계의 지속가능성이 위협받는 상황에서 시장기제가 효율성 증대와 비용 통제에

기여할 수 있다는 가능성을 배제할 수 없다는 것이다.³⁰⁾

이렇게 의료시장화의 가능성이 열려있다고 할 때, 캘러헌과 와스나는 사회가 의료시장화를 실행하기 위해서는 다음과 같은 엄격한 전제조건을 충족해야 한다고 주장한다. 첫째, 실행하고자 하는 시장기제가 전체인구의 건강을 향상시킬 수 있다는 개연성이 높아야 한다. 둘째, 시장화로 인한 형평성의 손상이 최소화되도록 해야 하고, 이런 손상이 어디서 어느 정도로 발생하는지 공적으로 소명되어야 한다. 셋째, 시장관행을 모니터링하고 통제하는 규제체계가 있어야 한다. 넷째, 실행될 시장기제가 트랙레코드에 의해 뒷받침되어야 한다. 다섯째, 트랙레코드가 없을 경우에는 시장화는 시범으로써 설계되고 시행되어야 한다.³¹⁾

VII. 결론

우선 지금까지의 논의를 간략히 정리하자면, 의료민영화 문제는 다양한 경험적, 철학·윤리학적 이슈들을 제기하는데, 의료민영화 문제에 대한 최선의 접근방법은 학제적인 방법으로, 필자는 이 논문에서 철학·윤리학적 접근을 시도하며 다음과 같이 논했다.

비록 보건의료가 표준적인 상품과 다르다고 해도, 불완전한 시장화와 부분적인 시장화 방식에 의해서 시장화가 가능하기 때문에 의료시장화가 현실적으로 가능하고, 보건의료 분야에서 전통적으로 이타주의가 강조되어 왔고 이런 전통이 존중되어야 하지만, 적절한 이타주의와 적절한 의

28) Callahan D and Wasuan A, 227-246. 김명희 등(2010)에서 서유럽의 민영화에 대한 평가는 캘러헌과 와스나의 평가보다 부정적이다.

29) Callahan D and Wasuan A, 233-235, 256.

30) Callahan D and Wasuan A, 256.

31) Callahan D and Wasuna A, 257-259. 대니엘스도 연구를 할 때 기관윤리위원회의 승인을 얻어야 하는 것처럼 민영화도 그와 비슷한 절차를 밟아야 한다고 주장한다. Daniels N, 267-272.

료민영화가 양립가능하기 때문에 보건의료의 이념에 비추어 보더라도 의료시장화는 가능하다. 그리고 정의로운 보건의료체계는 형평성, 효율성, 공적 책임성을 통합적으로 수용하는 체계인데, 의료시장화를 찬성하는 입장 중에 시장근본주의는 정의로운 보건의료체계와 양립가능하지 않을 개연성이 높지만, 시장도구주의는 정의로운 보건의료체계와 양립할 수 있으며 정의로운 보건의료체계에 기여할 가능성도 있다. 그러나 시장도구주의가 적절한 견해라고 해도 의료민영화를 실행하려면 매우 엄격한 전제조건을 충족해야만 한다.

그런데 필자가 이 논문에서 논의를 전개하는데 있어서, 주로 서구와 북미 국가에서의 논의를 중심으로 했는데, 그런 이유는 그런 나라들에서 학제적 연구가 활발히 이루어져 왔고, 그런 논의가 한국의 의료민영화 논의를 생산적으로 만드는데 시사하는 바가 많다고 보았기 때문이다. 그렇지만 필자는 이런 논의를 진행하면서 한국의 경험적 연구들과의 관련성도 지적함으로써 학제적 대화를 위한 작은 걸음을 내딛었다고 보며, 앞으로 보다 내실 있는 학제적 대화를 할 수 있도록 노력하겠다. ㉞

REFERENCES

- 1) 김창엽. 건강할 권리. 서울 : 후마니타스, 2013.
- 2) 김창엽, 이태진, 김명희 등. 한국의 건강불평등. 서울대학교 출판문화원, 2015.
- 3) 김명희, 김철웅, 박형근 등. 의료사유화의 불편한 진실. 서울 : 후마니타스, 2010.
- 4) 양봉민, 김진현, 배은영. 보건경제학. 개정 2판. 서울 : 나남출판, 2013.
- 5) 이상이, 김창보, 박형근 등. 의료민영화 논쟁과 한국의료의 미래. 서울 : mim, 2013.
- 6) Arrow K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. American Economic Review 53, 1963 : 941-973.
- 7) Appleby J. Economic perspectives on markets and health care. ed by Ranade W. Markets and Health Care: A Comparative Perspective. London : Longmans, 1998 : 41.
- 8) Vladeck BC, Rice T. Market failure and the future of discourse: facing up to the power of sellers. Health Aff 2009 ; 28(5) : 1305-1315.
- 9) Pauly M. A plan for responsible national health insurance. Health Aff 1991 ; 10(1) : 5-25.
- 10) Rice TH. The Economics of Health Reconsidered. 2nd ed. Chicago : Health Administration Press, 2003 : 272.
- 11) Saltman RB, Figueras J. European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies. Copenhagen : World Health Organization, 1997 : 40-41.
- 12) Ferrara M. The rise and fall of democratic universalism: health care reform in Italy. J Health Polit Policy Law 1995 ; 20(2) : 275-302.
- 13) Buchanan A. Privatization and just health care. ed by Buchanan A. Justice and Health Care. Oxford : Oxford University Press, 2007.
- 14) Callahan D, Wasuna A. Medicine and the Market. New York : The Johns Hopkins University Press, 2006 : 37-38.
- 15) Pellegrino ED. The commodification of medical and health care: the moral consequences of a paradigm shift from a professional to a market ethic. J Med Philos 1999 ; 24(3): 243-266.
- 16) Newman JH, Schleiermacher F. 대학의 이념. 이진우 역. 대구 : 계명대학교 출판부, 1999.
- 17) Plato, Republic, 342 d. 346a-c.
- 18) Smith A. The wealth of nations. Glasgow edition. London : Oxford University Press, 1976, 1, ii, 27.
- 19) Dixon A, Pfaff M, Hermesse J. Solidarity and competition in social health insurance countries. eds by Saltman RB, Busse R, Figueras J. Social Health Insurance Systems in Western Europe. Maidenhead : Open University Press, 2004 : 170-186.
- 20) Daniels N, Light DW, Caplan RL. Benchmarks of Fairness for Health Care Reform.

- New York : Oxford University Press, 1996 : 15-34.
- 21) Daniels N. Just Health. New York : Oxford University Press, 2006 : 243-262.
- 22) Light DW. Fostering a Justice-based health care system. Contemp Sociol 2000 ; 29(1) : 62-74.
- 23) Hayek FA. The Road to Serfdom. 5th ed. Chicago : University of Chicago Press, 1992 : 133.

The Privatization of Medicine and a Just Health Care System: Means and End*

PARK Sang-Hyuk**

Abstract

The privatization of medicine raises a number of empirical, philosophical, and ethical issues that are best approached from an interdisciplinary perspective. In this paper, I approach the problem from philosophical-ethical viewpoint and argue as follows. Health care is an atypical commodity that can be privatized through imperfect or partial marketization. Additionally, while altruism is compatible with a certain kind of medical commercialism, a just health care system is one which accommodates equity, efficiency, and public accountability. Market instrumentalists hold that markets are the means to achieve the objective of a just health care system, whereas market fundamentalists regard markets as ends in themselves. I argue that while market instrumentalism is the superior view, when a market is implemented it should fulfil quite strict criteria.

Keywords

the privatization of medicine, health care market, just health care system, market instrumentalism, market fundamentalism

* This work was supported by the National Research Foundation of Korea Grant funded by the Korean Government (NRF-2014S1A5A2A01015470).

** Department of Philosophy and Bioethics, Dong-A University: *Corresponding Author*