

자유와 개혁 6

의료면허제 비판과 대안

김영용

훑어보기

본 연구는 일반인들은 물론 지식인들도 당연한 것으로 받아들이는 의료인의 자격과 면허 제도를 소비자후생 관점에서 검토하고, 면허제도를 폐지해야 하는 논거를 제시함과 동시에 의료인 자격에 관한 개편방안을 제시하였다.

의료인 면허제도를 찬성하는 공익론적인 주장은 정보의 비대칭성에 논리적 근거를 두고 있다. 즉, 의료서비스는 성격상 소비자들이 그 품질을 식별하기가 어렵기 때문에 자격 요건을 설정하여 최소한의 품질수준을 유지해야 한다는 주장이다. 이에 반해 사익설은 면허제도는 의료인들이 자신들의 이익을 위하여 관계 기관을 포획하여 획득한 규제 acquired regulation이며, 면허제도는 의과대학 입학정원을 조정하는 역할을 함으로써 의료인력의 공급을 제한하는 진입장벽이 된다는 것이다. 한국의 경우 면허제도의 도입 동기에 대한 실증연구는 자료의 제약상 불가능하다. 그러나 이에 대한 연구가 가장 활발하게 이루어진 미국의 실증연구에 의하면 공익설이 기각되고 사익설이 지지되고 있다.

또한 의료인 면허제도에서 논란의 핵심이 되고 있는 의료서비스의 품질개선 여부에 대해서도, 미국의 경우 면허제도의 도입으로 영아사망률, 2~5세의 사망률, 전체적인 사망률 등으로 측정되는 의료서비스의 품질개선을 가져왔다는 증거는 없는 것으로 판명되고 있다. 물론 영아사망률은 의료서비스의 품질을 반영한다기보다는 보건지표로 인식되고 있기 때문에 의료서비스의 품질지표로 사용하는 것은 그 한계가 있음을 유의할 필요가 있다. 우리나라에서는 1951년에 '국민의료법'이 처음으로 제정되었는데, 이 법에서는 의료인에 대한 학력 제한이 엄격하지 않고 검정시험에 의해 의대 졸업자와 동등한 학력이 있다고 인정되는 자는 모두 의사 국가시험에 응시할 수 있었다. 그러나 1962년 '의료법'으로 개정되면서 의료인 자격이 의과대학을 졸업하고 국가시험에 합격한 자로 강화되었다. 이러한 의료인의 자격 강화가 영아사망률에 미치는 영향을 분석한 결과, 의료인의 자격 강화로 인해 영아사망률이 감소했다는 증거는 포착되지 않았다. 미커Meeker의 지적처럼, 건강증진과 사망률 감소는 소득이 높아짐에 따라 청결에 더 유의하게 되었기 때문이라고 할 수 있다. 따라서 우리나라의 경우에도 면허제도에 대한 사익설이 지지된다고 할 수 있다.

면허제도를 주장하는 공익론자들은 면허제도는 의료인들로 하여금 높은 윤리의식을 가지게 함으로써 의료서비스의 질적 수준을 유지할 수 있다고 하나, 윤리의식이 높은 의료인에게 있어서도 여러 가지 일을 결정해야 하는 데 필요한 시간과 자원은 자유재가 아니기 때문에, 이러한 일을 수행하는 데 윤리적 기준이 별다른 도움이 되지 못한다는 점에서 비판을 면할 수 없다. 또한 의사후보생의 선발과 훈련을 엄격히 하여 질적 수준을 유지한다고 하지만, 현재와 같은 학생선발 방법은 후보생들이 가지고 있는 정보를 심각하게 유

실하고 있고, 궁극적으로 의료시장에의 진입을 억제하는 효과밖에 없기 때문에 그 타당성이 입증될 수 없다. 또 다른 주장에 의하면 면허취소의 위협이 상존하기 때문에 질적 수준이 유지될 수 있다고 하나, 면허취소 결정 역시 주로 다른 의료인들이 담당하게 되므로 실효성이 없다. 그 외의 몇 가지 이유에서도 공익론자들의 주장은 별다른 설득력을 제시하지 못하고 있다.

다음으로는 최근 의료산업의 환경변화가 면허제도의 사회적 효용을 저하시키고 있음을 인식할 필요가 있다. 첫째, 영리목적 의료기관의 설립증가는 병원의 주된 설립목적이 이윤추구라는 사실을 반영하고 있다. 이윤추구 동기가 의료서비스의 품질을 높인다는 가정을 받아들인다면, 면허제도가 의료서비스의 품질향상에 기여할 수 있는 여지는 감소한다. 둘째, 최근 고용의사 수가 증가함에 따라, 의료기관은 고용의사들로 하여금 더 좋은 성과를 내도록 하기 위하여 높은 임금, 즉 효율성 임금을 지불하기 때문에 독립적인 인센티브를 부여하기 위한 면허제도의 사회적 가치는 감소한다. 셋째, 정보화 시대의 도래와 함께 의료인에 대한 정보접근이 예전보다 훨씬 더 용이해졌고, 실력부족이나 위법행위를 감추기가 어려워지므로 면허제도가 제공한다고 믿어지고 있는 인센티브와 유사한 인센티브를 제공할 수 있다. 따라서 정보접근이 용이해지면 시장적 처벌이나 형사적 처벌을 높이기 위해 사용되는 면허제도의 유용성은 떨어진다. 마지막으로 면허제도가 의료인들이 벌어들이는 준지대를 보장해 줌으로써 의료서비스의 질적 수준을 유지할 수 있다는 주장을 그대로 받아들인다고 하더라도, 최근 의료인, 특히 의사들의 수입이 감소하고 있다는 사실은 준지대가 감소하고 있다는 것을 의미하고, 이는 곧 면허제도의 사회적 가치가 하락하고 있다는 것을 뜻한다. 이러한 모든 사항을 종합해 볼 때, 의료인에 대한 면허제도는 소비자들의 후생을 감소시키는 결과를 가져오는 것으로 결론지을 수 있다.

그럼에도 불구하고 면허제도가 존속하는 이유는 ‘보호의 시장market for protection’에서 작용하는 수요와 공급 사정 때문이다. 즉, 의료보험시장이 존재하기 때문에 수요가 안정적으로 유지되는 사실과 국제적 경쟁의 결여 등의 수요측면과, 의료인들은 지역사회의 여론주도층을 형성하므로, 이를 이용하여 표를 극대화하고자 하는 정치인의 행위, 면허제도로 인해 의료서비스의 품질이 낮아져 사람들이 죽더라도 비행기 사고와 같이 대량으로 죽는 것과는 달라 정치인들이 표를 잃을 이유가 별로 없다는 점 등의 공급 사정 때문이라고 할 수 있다.

면허제도란 의료서비스를 제공하는 생산자들의 이익을 위하여 관계 기관을 포획한 것이므로, 이에 따라 소비자들의 후생이 감소하는 것은 명백한 사실이다. 따라서 첫째, 면허제도의 폐지를 적극적으로 검토해야 할 것이다. 그 대신 자격인증제certification나 등록제registration를 활용하고 각 의료인에 대한 정보를 완전히 공개하도록 의무화하여 소비자들이 낮은 비용으로 의료인들의 시장 평판을 가늠할 수 있도록 하는 것이 바람직하다. 둘째, 현재 의료인과 의료기관에 대한 광고규제를 철폐하여 광고의 정보전달 기능을

활성화해야 할 것이다. 의료 관련 광고에 대한 미국의 연구결과를 보면, 표준화된 안경 등의 상품은 광고로 인해 질적 상승은 물론 가격이 하락하고, 표준화되기 어려운 의료서비스에 대한 광고는 환자를 선별적으로 택하게 하므로 가격은 높아지나 품질은 개선되는 것으로 보고되고 있다. 어느 경우에도 광고로 인해 의료서비스의 품질이 개선되는 것으로 보고되고 있다. 마지막으로 의료시장을 완전 개방하여 경쟁의 이익을 극대화할 수 있도록 해야 한다.

저자 김영용

목 차

훑어보기 · 3

제1장 서론 · 8

1. 연구의 목적 및 필요성 · 9
2. 연구의 범위 · 10

제2장 의료관계법의 변천 · 11

제3장 의료서비스 시장 · 15

1. 재화로서의 의료서비스 · 16
2. 의료서비스에 대한 수요 · 16
3. 의료서비스의 공급 · 20

제4장 면허제도의 이론 · 21

1. 공익설 · 22
2. 사익설 · 23
3. 면허제도에 대한 비판 · 23
 - 윤리적 기준 · 24
 - 의사 후보생의 선발과 훈련 · 24
 - 면허의 취소 · 29
 - 요소투입의 문제 · 30
 - 상업적 행위 · 30

제5장 공익설과 사익설에 대한 실증연구 · 35

1. 면허제도 도입에 관한 실증연구 · 36
2. 의료서비스의 품질에 관한 실증연구 · 39

제6장 정부역할의 재정립1: 과도규제체제의 철폐 · 43

1. 의료사고에 대한 책임 · 44
2. 영리목적 의료기관의 설립 증가 · 45
3. 고용의사 수의 증가 · 46
4. 의료인에 대한 자료 접근성 용이 · 46

5. 준지대의 감소 · 47

제7장 면허제도의 존속 이유 · 49

1. 수요측면 · 50
 - 보험시장의 존재 · 50
 - 국제적 경쟁의 결여 · 51
 - 추가적인 도구 · 51
2. 공급측면 · 51
 - 표의 극대화 · 51
 - 의료비 지출의 감소 · 52
 - 낮은 정치인의 비용 · 52

제8장 의료인 면허제도의 개편방안 · 53

1. 면허제도의 폐지 검토 · 54
 - 자격인증제의 검토 · 55
 - 등록제의 검토 · 57
2. 정보전달 시스템의 구축 · 57
 - 의료인 개개인에 대한 정보시스템 구축 · 57
 - 의료인 및 의료기관에 대한 광고 규제 철폐 · 58
3. 의료시장의 개방 · 58

참고문헌 · 60

영문요약 · 62

제1장

서론

서론

1. 연구의 목적 및 필요성

대부분의 국가에서 그러하듯이, 우리나라에서도 의료행위를 하기 위해서는 어느 누구든지 보건복지부 장관이 교부하는 면허를 얻어야 한다. 우리나라의 의료법 제1장 제2조에서는 ‘의료인’으로서 보건복지부 장관의 면허를 획득한 의사, 치과의사, 한의사, 조산사 助産師, 그리고 간호사를 지칭하고 있다. 의료법 제2장 제1절 제5조에서는 의사, 치과의사 그리고 한의사의 자격과 면허를 규정하고 있는데, 해당 학사학위 소지자로서 의료법 제9조에서 규정하는 해당 국가시험에 합격한 후 보건복지부 장관의 면허를 얻도록 하고 있다. 제6조와 제7조에서는 각각, 조산사와 간호사의 면허를 규정하고 있다. 또한 ‘전문 의의 수련 및 자격인정 등에 관한 규정’에서는 의료법 제55조 제1항 및 제3항에 의거하여 전문의의 수련·자격인정 및 전문과목에 관한 사항을 규정하고 있다. 이와 같이 의료인의 자격과 면허는 매우 엄격하게 규정되어 있다.

의료인 면허제도를 찬성하는 측의 주장은 주로 공익론적인 규제이론에 근거하고 있다. 즉, 의료서비스는 그 성격상 경험재experience good 또는 신뢰재credence good이기 때문에 소비자는 사전적으로 그 품질을 식별할 수 있을 만한 능력을 소유하고 있지 못하고, 의료서비스를 받고 난 후에도 그 품질을 알기 위해서는 많은 비용이 들어가므로 정확하게 알 수 없다는 것이다. 또 의료인의 수입이 적정 수준으로 보장되어야 의료인들의 기만행위나 기회주의적인 행동을 막을 수 있고, 품질 높은 의료서비스를 공급할 유인을 제공할 수 있다는 논리이다. 따라서 정부가 의료인에 대한 최소한의 질적 수준을 보장하기 위하여 면허제도가 필요하며, 의료서비스의 품질을 높은 수준으로 유지하기 위해서는 의료인의 공급을 적절히 통제해야 한다는 주장이다.

이에 반해 사익설은, 공익론적인 주장은 이론과 실증의 모든 측면에서 설득력이 약하고, 면허제도는 의료인들이 자신들의 이익을 위하여 관계 기관인 보건복지부와 교육부를 포획하여 획득한 규제acquired regulation라는 것이다. 사익설에 의하면 면허제도는 사실상 의과대학 입학 정원을 조정함으로써 의료인력의 공급을 제한하는 진입장벽으로 작용하며, 진입장벽이 있을 경우의 소비자후생 손실 개념은 의료산업에도 그대로 적용된다는 것이다.

일반인은 물론 경제 전문가들도 의료인에 대한 면허제도를 당연한 것으로 받아들이고 있다. 그러나 스티글러Stigler의 지적처럼, 경제학은 현 제도나 성과에 대한 회의로부터 시작한다. 따라서 의료인에 대한 자격과 면허제도의 성과에 대해서 소비자의 후생 관점에

서 검토해 볼 필요가 있다고 하겠다.

본 연구에서는 의료인의 자격과 면허제도가 소비자후생에 미치는 영향을 경제이론적으로 분석하고, 관련되는 실증자료(anecdotal evidence)를 제시함으로써 향후 의료산업의 개편에 필요한 기초 자료를 제공하는 데 그 목적이 있다.

2. 연구의 범위

의료산업의 개편방안을 마련하기 위해서는 광범위하고 심도있는 연구가 필요하다. 즉, 의료인에 대한 자격과 면허, 의료보험, 의료비 지불방법, 그리고 의료인의 광고 등에 관한 광범위한 연구가 필요하다. 그러나 의료관련 자료, 특히 미시자료가 거의 없는 우리나라에서는 병의원 등을 통해 직접 자료를 구득하지 않는 한, 실증연구는 거의 불가능하다. 이렇게 자료의 가용성이 낮은 것이 우리나라의 의료관련 연구가 일천한 수준을 아직 벗어나지 못하게 하는 주요한 이유가 되고 있다.

따라서 본 연구에서는 의료인의 자격과 면허에 관한 기존의 경제이론적 접근과 실증(주로 미국의 실증결과)을 체계적으로 수합, 정리하고 가용한 한국의 실증자료를 제시하는 범위로 국한할 수밖에 없다. 그 범위에 있어서는 의료인 자격과 면허에 대한 사항이 주를 이룰 것이며, 그와 관련된 제한된 범위 내에서 의료인의 광고, 의료보험 등 기타 사항이 언급될 것이다.

서론에 이어 제2장에서는 우리나라의 의료관계법의 변천 역사를 간단히 살펴보고자 한다. 우리나라에서도 의료인에 대한 자격과 면허는 점점 더 강화되어 왔음을 알 수 있다. 제3장에서는 의료서비스 시장의 특성을 개관하고 제4장에서는 의료인의 자격과 면허제도에 대한 공익설과 사익설을 논의하고 면허제도에 대한 비판을 살펴본다. 제5장에서는 의료인 자격과 면허제도, 그리고 그러한 제도가 의료서비스의 품질에 미치는 영향에 관한 실증(주로 미국의 실증)을 제시한다. 제6장에서는 최근의 의료산업 환경변화를 개관하고, 제7장에서는 의료인 면허제도의 존속 이유를 살펴본다. 마지막으로 제8장에서는 의료인 자격과 면허제도와 관련된 의료산업의 개편방안을 논의하고자 한다.

제2장

의료관계법의 변천

의료관계법의 변천

우리나라에서 의료관계법이 처음으로 제정, 공포된 것은 1951년 9월 25일이다. ‘국민의료법’이라는 명칭으로 제정된 의료법은 의사, 간호사, 그리고 조산사의 자격과 면허를 규정하고 있다. <표 1>에서 보는 바와 같이, 의사는 의사, 치과의사, 그리고 한의사를 포함하고, 이들의 자격과 면허는 ① 의대(의학, 치과의학, 또는 한의학 전공) 졸업자나 주무장관이 시행하는 검정시험에 의하여 의대 졸업자와 동등의 학력이 있다고 인정받은 자로 국가시험에 합격한 자, ② 외국 의대 졸업자로 국가시험에 합격한 자, ③ 의사면허를 받은 외국인으로 국가시험에 합격한 자에게 주어진다. 그러나 1962년 3월 20일에 개정된 ‘의료법’에서는 자격과 면허가 강화되고 있음을 알 수 있다. 즉, 의사가 되기 위해서는 반드시 의대를 졸업하여 학사학위를 취득해야 하고 국가시험에 합격한 자라야 한다. 외국 의대 졸업자도 마찬가지로 강화되었다. 자격과 면허 요건이 의과대학 졸업자에게 한정됨으로써 의사 지원자격이 축소된 셈이다.

국민의료법에서 간호사의 자격과 면허는 ① 소속 장관이 지정한 학교를 졸업한 자, ② 자격시험에 합격한 자, ③ 주무 장관이 인정하는 외국의 학교를 졸업한 후 자격시험에 합격한 자, ④ 주무 장관이 인정하는 외국의 학교를 졸업한 외국인으로 자격시험에 합격한 자이던 것이 1962년 3월 20일의 개정 의료법에서는 더 강화되고 있다. 즉, ① 보건사회부 장관이 지정한 학교를 졸업한 자로 국가시험에 합격한 자, ② 보건사회부 장관이 인정하는 외국의 간호학교를 졸업하거나 외국의 간호사 면허를 가진 자로 국가시험에 합격한 자로 강화되었다. 처음 제정된 국민의료법에서는 지정 학교를 졸업한 자나, 지정 학교가 아니더라도 자격시험에 합격한 자는 모두 간호사가 될 수 있었으나 개정의료법에서는 학교 졸업 요건과 시험 요건을 동시에 충족해야만 간호사가 될 수 있다. 또한 1973년 2월 16일에 개정된 의료법에서는 간호학을 전공하는 대학.전문학교 또는 간호학교를 졸업하고 간호사 국가시험에 합격한 후 보건사회부 장관의 면허를 받은 자와, 보건사회부 장관이 인정하는 외국의 대학.전문학교 또는 간호학교를 졸업하거나 간호사 면허를 얻은 자로서 국가시험에 합격하고 보건사회부 장관의 면허를 얻은 자로 강화되었다. 시간이 지남에 따라 자격과 면허 요건이 더욱 강화되어 온 것을 알 수 있다.

<표 1> 의료관계법의 변천

	제정 및 개정연도	자격과 면허
의사 (의사, 치과의사, 한의사)	국민의료법 (1951. 9. 25)	- 의대(의학, 치과의학, 또는 한의학 전공) 졸업자나 주무 장관이 시행하는 검정시험에 의하여 의대 졸업자와 동등의 학력이 있다는 인정을 받은 자로 국가시험에 합격한 자. - 외국 의대 졸업자로 국가시험에 합격한 자. - 의사면허를 받은 외국인으로 국가시험에 합격한 자.
	의료법 (1962. 3. 20)	- 의대를 졸업한 자로 학사학위를 받고 국가시험에 합격한 자. - 외국 의대 졸업자로 학사학위를 받고 국가시험에 합격한 자. - 의사면허를 받은 외국인으로 국가시험에 합격한 자. *1963. 12. 13일 개정 때 한의사학위를 소유한 자로 제한
간호사	국민의료법 (1951. 9. 25)	- 소속 장관이 지정한 학교를 졸업한 자 - 자격시험에 합격한 자 - 주무 장관이 인정한 외국의 학교를 졸업한 후 자격시험에 합격한 자 - 주무 장관이 인정하는 외국의 학교를 졸업한 외국인으로 자격시험에 합격한 자
	의료법 (1962. 3. 20)	- 보건사회부 장관이 지정한 학교를 졸업한 자로 국가시험에 합격한 자 - 보건사회부 장관이 인정하는 외국의 간호학교를 졸업하거나 외국의 간호사 면허를 가진 자로 국가시험에 합격한 자.
	의료법 (1973. 2. 16)	- 아래에 해당하는 자로 간호사 국가시험에 합격한 후 보건사회부 장관의 면허를 받아야 한다. - 간호학을 전공하는 대학.전문학교 또는 간호학교를 졸업한 자 - 보건사회부 장관이 인정하는 외국의 위의 학교를 졸업하거나 간호사 면허를 받은자.
조산사	국민의료법 (1951. 9. 25)	- 소속 장관이 지정한 학교를 졸업한 자 - 자격시험에 합격한 자 - 주무 장관이 인정한 외국의 학교를 졸업한 후 자격시험에 합격한 자 - 주무 장관이 인정하는 외국의 학교를 졸업한 외국인으로 자격시험에 합격한 자
	의료법 (1962. 3. 20)	- 간호사 면허를 가진 자로 보건사회부 장관이 인정하는 의료기관에서 1년간 조산사 수련과정을 마친 자 - 보건사회부 장관이 인정하는 외국의 조산사 면허를 가진 자
	의료법 (1987. 11. 18)	- 간호사로 1년간 조산사의 수련과정을 마친 후 국가시험에 합격한 자
의료기사	의료법 (1975. 12. 31)	- 의료기사 국가시험에 합격한 후 보건사회부 장관의 면허를 받아야 함

조산사 역시 간호사와 같이 세 번의 법 개정을 거쳐 그 자격과 면허를 강화해 오고 있다. 1951년에 제정된 국민의료법에서는 간호사에 적용되는 자격과 면허 요건과 동일한 요건을 규정하고 있으나, 1962년에 개정된 의료법에서는 ① 간호사 면허를 가진 자로서 보건사회부 장관이 인정하는 의료기관에서 1년간 조산사 수련을 마친 자, ② 보건사회부 장관이 인정하는 외국의 조산사 면허를 가진 자로 강화하고 있다. 또한 1987년에 개정된 의료법에서는 수련과정을 마친 후 국가시험을 거치도록 함으로써 그 자격 요건을 더욱 강화하고 있다. 마지막으로 의료기사는 국가시험에 합격한 후 보건사회부 장관의 면허를 받도록 규정하고 있다.

이와 같이 우리나라의 의료법은 의료인의 자격과 면허를 강화하는 방향으로 변천되어 왔다. 이는 곧 다음에서 살펴보는 바와 같이 면허제도의 공익설보다는 사익설을 지지하는 것으로 추측할 수 있다.

제3장

의료서비스 시장

의료서비스 시장

1. 재화로서의 의료서비스

의료서비스는 흔히 경험재(經驗財: experience good) 혹은 신뢰재(信賴財: credence good)라고 일컬어진다. 즉, 의료서비스는 그것을 직접 받아 보고 나서야 그 품질과 가치를 알 수 있거나, 아니면 서비스를 받고 나서도 그 품질과 가치를 식별하는 데는 많은 비용이 들기 때문에 정확하게 알 수 없는 특성을 가진다는 것이다. 그러나 요즘 같은 정보화 시대에, 소비자들이 의료서비스를 제공하는 의료인에 대한 정확한 정보를 가질 수 있는 체제만 갖추어진다면, 의료서비스의 품질을 식별하는 것이 그다지 어렵지는 않을 것이며, 최소한 현재보다는 더 많은 정보를 낮은 비용으로 획득할 수 있을 것이다. 더구나 의료서비스에 관한 한, 자신의 건강과 생명에 직결되는 것이기 때문에 소비자들은 많은 비용을 지불할 용의가 있으며, 또 신뢰재라고 인식되는 교육상품과는 달리 반복적으로 구매될 수 있기 때문에 신뢰재의 특성이 점차 쇠퇴하고 있다고 할 수 있다.

2. 의료서비스에 대한 수요

의료서비스에 대한 수요는 두 가지로 특징지어진다. 첫째, 가격탄력성이 낮다. 사람은 누구나 자신의 건강에 대해서는 지대한 관심을 가질 것이기 때문에 의료서비스 가격이 높아지거나 낮아져도 그 수요량은 크게 변하지 않는다. 미국의 경우에는 수요의 가격탄력성이 -0.3에서 -0.5로 추정된 바 있다.

둘째, 소득탄력성이 작지 않다는 것이다. 소득이 증가하면 이전에는 생각하지 못했던 건강관리에 관심을 가질 것이고, 또 이전에는 병원을 찾지 않고 저절로 치료되기를 바랐던 질병에 대해서도 이제는 병원을 찾아가 치료를 받을 것이다. 이는 임금이 상승하고 소득이 증가함에 따라 '자기 몸'이라는 인적 자본(human capital)의 화폐가치가 증가하기 때문에, 그에 따른 몸의 유지비용이나 건강증진비용을 예전보다 더 많이 지불하는 것으로 해석할 수 있다. 대부분의 선진국가에서 의료비 지출에 가장 큰 영향을 미치는 것은 소득이라는 것이 밝혀졌다. 뉴하우스(Newhouse, 1977)는 선진 13개국에 대한 횡단면 자료를 환율로 조정하여 추정한 결과, 1인당 의료비 지출액의 소득탄력성이 1.15~1.31로 나타나 의료서비스는 이른바 사치재(luxury)라는 결론을 얻었다. 그러나 파킨(Parkin, 맥과이어(Mcguire), 윌(Yule, 1987)은 각국의 의료비 지출을 환율로 조정한다는 것은 각국간 상대적 PPP(purchasing power parity)를 적절하게 반영하지 못하는 단점이 있으므로, 이를 PPP로 조정하여 추정한 결과 0.9의 소득탄력성을 얻었으며, 따라서 의료서비스를

굳이 명명하자면 사치재가 아니라 필수재necessity라고 정의하였다. 히티리스Hitiris와 포스넷Posnett(1992)은 20개 OECD 국가의 1960~1987년간의 풀드pooled 데이터를 이용하여 추정된 결과 소득탄력성이 약 1임을 밝혀냈다. 또한 거담Gerdtham, 소가드 SØgaard, 앤더슨Andersson과 존슨Jönsson(1992)은 의료비 지출의 결정요인으로서 1인당 소득, 도시화, 총 의료비 지출액 중에서 공공지출이 차지하는 비중, 총 지출액 중 입원환자에 대한 비중 등이 중요함을 밝히고 있으며, 소득탄력성을 약 1.33으로 추정하였다.

<표 2> 1인당 GNP 및 1인당 의료비 지출

(단위: 천 원, %)

연도	GNP	의료비	의료비/GNP	GNP증가율	의료비증가율
1970	1,079.4	12.3	1.14	-	-
1971	1,195.4	13.9	1.16	10.75	13.01
1972	1,225.5	17.0	1.39	2.52	22.30
1973	1,362.1	19.7	1.45	11.15	15.88
1974	1,440.8	22.7	1.58	5.78	15.23
1975	1,502.6	24.7	1.64	4.29	8.81
1976	1,658.1	28.1	1.69	10.35	13.77
1977	1,801.5	29.2	1.62	8.65	3.91
1978	1,943.5	32.6	1.68	7.88	11.64
1979	2,042.1	34.9	1.71	5.07	7.06
1980	1,934.3	35.7	1.85	-5.28	2.29
1981	2,013.6	40.9	2.03	4.10	14.57
1982	2,132.0	50.9	2.39	5.88	24.45
1983	2,353.9	62.1	2.64	10.41	22.00
1984	2,518.6	73.4	2.91	7.00	18.20
1985	2,663.0	84.7	3.18	5.73	15.40
1986	2,947.9	92.4	3.13	10.70	9.09
1987	3,280.1	102.5	3.12	11.27	10.93
1988	3,636.2	114.7	3.15	10.86	11.90
1989	3,848.2	129.9	3.38	5.83	13.25
1990	4,165.0	145.5	3.49	8.23	12.01
1991	4,498.2	158.7	3.53	8.00	9.07
1992	4,680.1	168.4	3.60	4.04	6.11
1993	4,896.2	179.4	3.66	4.62	6.53
1994	5,249.2	193.2	3.68	7.21	7.69
1995	5,648.4	206.6	3.66	7.60	6.94
1996	5,979.2	219.2	3.67	5.86	6.10
1970~1996 기간의 연평균 1인당 GNP 증가율 : 6.58%					
1970~1996 기간의 연평균 1인당 의료비 증가율 : 11.1%					

자료: 한국은행, 경제통계연감, 각 연도

주: 금액은 1990년 불변가격임

우리나라에서도 국민총생산의 증가에 비해 의료비 지출의 증가가 더 앞서고 있다. <표 2>에서 보는 바와 같이, 1970년대초 국민총생산 대비 의료비 지출은 약 1%이던 것이

1980년대에는 2%~3.5%이고 1990년대에는 3.5%를 상회하고 있다. 그 증가율에 있어서는 1980년대 초반 20~25%의 증가율을 보이다가 점점 하향 조정되어 1990년대에는 7~9%의 안정적인 증가추세를 보이고 있다. 또한 1970~1996년 동안의 연평균 국민총생산 증가율은 6.58%인 데 비해 의료비 지출의 연평균 증가율은 11.1%이다.

위에서 설명한 바와 같이 대부분의 의료비 지출에 대한 소득탄력성은 주로 각국간 횡단면 자료를 이용하여 추정된 것들이다. 본 연구에서는 이러한 연구 결과를 참고하여 우리나라의 1965~1996년간의 소득탄력성을 추정하였는데, 설정된 회귀모형은 다음과 같다.

$$\ln mexp = \alpha_1 + \alpha_2 \ln P + \alpha_3 \ln GNP + \alpha_4 \ln pop65 + \alpha_5 pop15 + \epsilon \quad (1)$$

식(1)에서 $mexp$ 는 1인당 의료비 지출액, P 는 의료상품의 상대가격인데 보건의료 상품의 물가지수를 전품목 소비자 물가지수로 나눈 값이다.¹⁾ GNP 는 1인당 소득이며, $pop65$ 와 $pop15$ 는 각각 65세 이상과 15세 이하의 인구비율(%)이다. 또한 α_2 의 추정치에 대한 기대부호는 음, α_3 의 추정치는 양, α_4 의 추정치는 양, 그리고 α_5 의 추정치는 양, 또는 음으로 기대된다. 식(1)의 추정에 앞서 본 연구에서 사용한 자료가 시계열자료이고 1인당 의료비 지출액과 1인당 GNP 는 단위근unit root를 포함하고 있으므로 이들 변수의 공적분 관계를 검증하였다. 만일 공적분 관계가 존재하지 않으면 수준변수variables in level를 이용한 추정은 가성회귀spurious regression의 문제를 야기하므로 차분변수로 추정하여야 하나 공적분 관계가 성립하면 ϵ 의 분산이 유한하므로 수준변수를 사용할 수 있다. 검정 결과 maximal eigenvalue검정과 trace검정이 상이한 결과를 보이고 있지만, 공적분 관계가 1개 이상 존재하는 것으로 나타났다. <표 3>에는 식(1)의 추정결과와 종속변수와 설명변수간의 공적분 관계를 검증한 결과가 수록되어 있다. 식(1)을 Cochrane-Orcutt 방법으로 추정한 결과, 가격변수는 양으로 추정되었으나 통계적으로 유의하지 않고, 65세 이상 인구가 증가하면 의료비 지출이 감소하는 것으로 추정되었으나 이 또한 통계적으로 유의하지 않다. 다른 변수는 모두 기대 부호와 함께 유의하게 추정되었다. 소득탄력성은 약 0.9~1로서 선진국에 대한 횡단면 자료분석에서 나타난 바와 대략 비슷하며, 15세 이하 인구비율이 증가하면 의료비 지출이 감소하는 것으로 나타났다.²⁾

- 1) 보건의료 상품의 물가지수를 전품목 소비자 물가지수로 나눈 값은 상대가격 변화의 근사치를 나타낸 것이기 때문에 엄밀한 의미에서 상대가격 변수는 아니다.
- 2) 65세 이상의 인구비율을 제외하고 Cochrane-Orcutt 방법으로 추정한 결과는 다음과 같다.

$$\ln mexp = -0.72 + 0.39 \ln P + 0.89 \ln GNP - 0.07 pop15$$

(2.91) (0.92) (3.15) (-2.96)

$$\rho = 0.74(4.75) \quad () \text{안은 } t \text{값}$$

이 추정결과에서도 가격변수는 양으로 추정되었으나 통계적으로 유의하지 않고, 의료비 지출의 소득탄력성은 0.89로 추정되었다.

한편 심사자의 지적대로 의료보험의 도입으로 인하여 의료비 지출행위가 구조적 변화를 보

<표 3> 의료비 지출함수 추정과 공적분 검정결과

의료비 지출함수 추정결과		공적분 검정결과			
종속변수 <i>ln mexp</i>	추정계수	maximal eigenvalue 검정		trace 검정	
		가 설	검정통계량	가 설	검정통계량
설명변수		$H_0: r = 0$	38.229**	$H_0: r \leq 0$	90.433**
		$H_0: r = 1$	20.574	$H_0: r \leq 1$	52.204**
	상수항	$H_0: r = 2$	14.735	$H_0: r \leq 2$	31.630**
	<i>ln P</i>	$H_0: r = 3$	11.681	$H_0: r \leq 3$	16.895**
		$H_0: r = 4$	5.214	$H_0: r \leq 4$	5.214**

		임계치 (5%)			
<i>ln GNP</i>	1.01**	$H_0: r = 0$	33.178	$H_0: r \leq 0$	68.905
	(2.70)	$H_0: r = 1$	27.169	$H_0: r \leq 1$	47.181
<i>POP65</i>	-0.11	$H_0: r = 2$	20.778	$H_0: r \leq 2$	29.509
	(-0.56)	$H_0: r = 3$	14.036	$H_0: r \leq 3$	15.197
<i>POP15</i>	-0.08***	$H_0: r = 4$	3.962	$H_0: r \leq 4$	3.962
	(-3.03)				

주1: ()안은 t값이며, ***, **는 각각 1%, 5% 수준에서 유의함을 나타냄.

주2: maximal eigenvalue 통계량은 공적분벡터가 r개 존재한다는 귀무가설에 대해 r+1개 존재한다는 가설에 대한 검정통계량이며, trace 통계량은 공적분벡터가 r개 이상 존재한다는 가설에 대한 검정통계량임.

일 수 있다. 그러나 가격규제는 의료서비스에 대한 수요행위 자체를 변화시키지는 않는다. 즉, 수요곡선 자체에 변화를 가져오지는 않고 수요곡선상의 수요량에만 영향을 미칠 뿐이다. 본 고에서는 의료보험의 도입으로 인한 구조변화 여부를 간단히 조사하기 위하여 더미변수를 추가하여 회귀방정식을 다시 추정하였다. 먼저 의료보험이 500인 이상의 사업체에 처음으로 도입된 1979년부터 1996년까지는 1을, 그 이전 기간에 대해서는 0을 부여한 더미변수를 추가하여 다시 추정하였으며, 다음으로 전국민에 대한 의료보험이 도입된 1989년부터 1996년까지는 1을, 그리고 그 이전 기간에는 0을 부여한 더미변수를 추가하여 추정하였다. 그 추정결과는 각각 아래와 같은데 모두 본문의 결과와 별다른 변화를 보이지 않는다. 즉, 더미변수는 모두 통계적으로 유의하지 않고 다른 추정계수들도 그 크기나 유의성에 있어 안정적이다. 따라서 의료서비스에 대한 수요행위에 구조적인 변화가 있었다고 할 수 없다.

$$\ln mexp = -0.83 + 0.54 \ln P + 1.02 \ln GNP - 0.13 \text{pop}65 - 0.08 \text{pop}15 - 0.03 \text{dummy}$$

(-0.27) (1.10) (2.66) (-0.60) (-2.80) (-0.31)

$$\rho = 0.71(4.08) \text{ ()안은 } t\text{값}$$

dummy 1965 ~ 1978: 0, 1979 ~ 1996: 1

$$\ln mexp = -0.97 + 0.48 \ln P + 1.03 \ln GNP - 0.15 \text{pop}65 - 0.08 \text{pop}15 - 0.05 \text{dummy}$$

(-0.31) (1.07) (2.68) (-0.68) (-2.94) (0.59)

$$\rho = 0.73(4.57) \text{ ()안은 } t\text{값}$$

dummy 1965 ~ 1988: 0, 1989 ~ 1996: 1

3. 의료서비스의 공급

의료서비스의 공급은 수요와 달리 주로 공급환경에 의해 크게 좌우된다. 즉, 의료서비스는 신뢰재이고, 따라서 소비자들은 의료인이 제공하는 서비스의 품질을 판별하기가 매우 어렵다는 이유에서 정부가 최소한의 수준을 갖춘 자에게만 면허를 교부하고 그 사람들만이 의료행위를 할 수 있도록 되어 있다. 따라서 면허제도에 의해 진입장벽이 설치되어 공급이 제약되는 특성을 가지며, 공급 증가가 수요 증가에 미치지 못하는 것이 일반적이다.

따라서 본 연구의 초점도 의료서비스 공급체계의 가장 중요한 부분을 차지하고 있는 의료인에 대한 면허제도의 형성과정과 그에 따른 의료서비스의 품질 변화가 소비자의 후생에 미치는 효과 등이 된다.

제4장

면허제도의 이론

면허제도의 이론

1. 공익설

의료인 면허제도를 도입해야 한다는 공익론적 이론은 전통적인 시장의 실패market failure이론에 근거하고 있다. 즉, 의료서비스의 생산자인 의료인과 소비자인 환자 사이에 존재하는 정보의 비대칭성으로 인하여 의료서비스 시장을 사적 시장에 맡겨두면 의료서비스의 저질화低質化를 초래하므로, 정부가 직업규제를 원하는 소비자들의 요구에 부응하여 이를 교정해야 한다.³⁾ 이를 좀더 구체적으로 설명하면 첫째, 의료서비스는 소비자들이 현명한 선택을 하기에는 너무 복잡하고, 환자들은 의료인들이 제공하는 정보에 의존할 수밖에 없으므로 의료인들의 기회주의적 행동에 매우 취약하기 때문에, 의료인들이 제공하는 서비스의 품질을 보장하기 위하여 면허를 교부해야 한다. 이는 곧 면허를 통해 의료인의 최저 품질수준을 확보하여 거래비용을 낮추려는 의도인데, 국민 개개인은 이러한 장치에 대한 비용을 부담하지 않으려는 무임승차의 유인을 가지게 되므로 정부가 개입하게 된다. 둘째, 면허제도는 소비자들로 하여금 직업윤리와 법적 규제에 의해 제약되는 면허를 가진 의사들만이 제공하는 의료서비스를 받게 함으로써, 의료서비스의 품질에 대한 불확실성을 줄이고 저질의 의료서비스 공급에 따른 외부효과 발생의 가능성을 사전에 줄일 수 있다는 것이다. 셋째, 국가가 면허라는 ‘볼모’를 확보하여 의료인의 비윤리적 행위나 기만적 행위를 효과적으로 제어할 수 있다. 즉, 면허제도가 의료인의 수입을 적절히 보장해 줌으로써 의사들이 소비자의 이해와 일치하는 방법으로 행동할 수 있는 유인을 제공한다는 것이다. 의사들의 수입은 의사가 되기 위하여 받은 수련비용을 근간으로 한 미래 소득의 흐름이다. 만일 의사들이 잘못된 의료서비스를 제공하였을 때 의사 면허증이 취소된다면, 그 의사는 소득기회를 박탈당하게 되므로 환자를 속일 유인보다는 양질의 서비스를 제공할 유인이 더 크다는 것이다. 물론 인증제도나, 잘못된 의료서비스를 제공했을 경우에 적절한 징계조치를 취함으로써 동일한 효과를 얻을 수 있다는 논의도 있으나, 이들 조치는 면허취소가 가져다 주는 불이익보다 더 작기 때문에 면허제도가 의료서비스의 품질을 보장하는 더 나은 방법이라는 것이다.

요컨데, 면허제도는 ① 의료인에게 윤리적 규율을 부과하고, ② 일정한 수준 이상을 갖춘 자들에게만 의료행위를 허용하며, ③ 면허 박탈의 위협을 통해 면허의사를 감독함으로써 소비자를 보호한다는 것이다.

3) 게이너(Gaynor, 1994)는 의료시장에서의 시장의 실패는 진입장벽으로 인한 공급자의 반경쟁적 행위보다는 소비자와 공급자 사이의 정보의 비대칭성에 기인하는 면이 더 크다는 점을 지적하고 있다.

2. 사익설

의사면허제도를 지지하는 전통적인 공익설에 의하면, 의사 면허제도는 정보의 비대칭성 때문에 발생할 수 있는 시장의 실패를 교정하는 역할을 수행함으로써 소비자들의 후생을 높인다는 것이다. 그러나 정보의 비대칭성이 문제라면 인증제도 certification에 의해서도 충분한 양의 정보를 제공할 수 있기 때문에, 면허제도의 도입에 대한 정당성으로서는 그 설득력이 약하다. 따라서 면허제도가 소비자를 위한다는 공익설의 타당성 여부를 알아보기 위해서는, 면허제도의 도입으로 과연 소비자가 이득을 보았는가를 따져 보아야 할 것이다.

의료인 면허제도의 공익설에 대한 비판이 제기되면서, 스티글러 Stigler의 규제의 사익설에 입각한 연구결과들이 발표되었다. 사익설에 의하면, 의료인에 대한 면허제도는 시장의 실패를 교정하기 위하여 도입된 것이 아니라, 의료서비스업에 종사하는 의료인들이 자신들의 이익을 위하여 정치적 의사결정 과정에 관여하여 획득 acquired한 것이라는 것이다. 정부나 집권여당은 일반 경제주체들의 의사와는 상관없이 자원배분을 명령할 수 있는 강제력 coercive power을 가지고 있기 때문에, 의료인들은 이들이 원하는 정치자금 등 정치행위에 필요한 자원을 공급하는 대가로 자신들에게 유리한 규제를 얻어내는 것이다. 따라서 의료인에 대한 면허 등은 일반 소비자들의 후생을 증가시키는 역할을 하는 것이 아니라 경제주체간에 소득이나 부를 재분배하는 역할만을 수행한다. 즉, 의료인에 대한 면허제도는 이해관계가 강한 생산자 집단이, 이익이나 비용이 여러 사람들에게 조금씩 배분되는 특성을 가진 소비자 집단의 이익을 희생삼아 자신들의 이익을 키우는 장치가 되는 것이다. 결과적으로 면허제도는 진입장벽으로 작용하여 의료인의 공급을 줄이기 때문에 의료서비스의 품질에는 별다른 변화가 없으며 의료서비스의 가격은 상승함과 동시에 의료서비스 양은 줄어들며, 다른 조건이 같다면 의료인들의 소득은 높아진다. 따라서 의료인들은 의료인 수의 증가가 의료서비스의 질적 저하와 시장질서의 교란을 가져온다는 이유로 면허증의 발급을 통제하고자 한다. 또한 의료서비스에 대한 수요가 증가하여 시장에서 진입증가 압력이 나타나면 자격 요건을 강화하여 잠재적인 진입자 수를 줄이고자 한다. 위에서 살펴본 우리나라의 의료법 변천 과정에서 자격 요건이 강화된 것은 바로 이러한 사실을 반영한 것이라고 할 수 있다.

3. 면허제도에 대한 비판

앞에서 본 바와 같이 면허제도는, 의료서비스란 소비자들이 현명한 선택을 하기에는 너무 복잡하고, 따라서 환자들은 의사들이 제공하는 정보에 의존할 수밖에 없으므로 의사들의 기회주의적 행동에 매우 취약하기 때문에, 의료서비스의 품질을 보장할 수 있는 면

허를 교부해야 한다는 취지이다. 이 주장에 의하면 면허제도는, 소비자들로 하여금 직업 윤리적 규율과 법적 규제에 의해 제약되는 면허를 가진 의사들만이 제공하는 의료서비스를 받게 함으로써 의료서비스의 품질을 높이고 그에 대한 불확실성을 줄인다는 것이다. 또한 이러한 직업윤리적 규율과 규제에 근거하여 광고 등의 상업적 행위를 제한해 왔다.

만일 이러한 규제가 성공적이라면 의료서비스 품질의 변동성이 작아야 할 것이다. 합리적인 수준으로 측정했을 때 변동성이 작다면 면허제도를 다른 방법으로 개선할 여지가 작으나, 변동성이 크다면 다른 방법이 제시될 수 있을 것이다. 의료서비스 품질의 변동성에 대해서는 제5장에서 살펴보기로 하고, 여기에서는 면허제도를 찬성하는 주장에 대한 비판을 살펴보기로 한다.

(1) 윤리적 기준

전통적으로 높은 윤리적 기준과 자발적 규율이 의료서비스의 질적 수준을 유지하는 충분 조건이라고 여겨져 왔다. 과연 윤리적 기준이 의료서비스의 질적 수준을 보장할 수 있을까?

윤리적 규범이 높은 의사는 금전적인 문제로 인해 환자의 이익에 반하는 행위를 하지 않을 것이다. 그러나 이러한 의사에게마저도 의료서비스의 품질에 영향을 미칠 수 있는 요소는 너무나 많다. 아무리 환자에 대한 희생 정신이 강한 의사에게도 시간과 자원은 자유재가 아니다. 그는 하루 중 몇 시간을 진료에 할애하고, 얼마를 새로운 지식의 연구에 투자하며, 또 자신의 의료성과를 돌아보는 데 몇 시간을 할애해야 할지를 결정하는 등의 여러 가지 일을 결정해야만 한다. 그러나 윤리적 규범은 이러한 일을 결정하는 데 아무런 도움이 되지 않는다. 의료인들은 주로 의학에 관한 전문 교육을 받았지, 다른 분야의 전문적인 교육을 받지 않는다. 다방면의 분야에서 전문가가 되기 위한 교육을 받기에는 시간이 부족하다. 설령 한 의사가 모든 분야에 정통하여 어떻게 자기 시간을 할애하고 또 어떤 부분은 다른 사람을 고용하여 처리할 줄 안다고 하더라도, 혼자만의 윤리 의식에 입각하여 할 수는 없고 의료계에서 집단적으로 정해 놓은 강령을 준수해야 하는 애로가 있다. 집단적인 의사결정은 조직의 규약뿐만 아니라 시장정보에 의존하기 때문에 집단적인 의사결정이 개인의 생각과 같기는 어려운 일이다. 따라서 윤리적 기준이 의료서비스의 품질을 보장할 수 있다는 주장은 그 설득력이 약하다.

(2) 의사 후보생의 선발과 훈련

의료서비스의 질적 수준을 유지하는 또 하나의 방법은 의료인이 되고자 하는 사람을 신중하게 선발하여 훈련을 잘 시키는 것이라는 주장이다. 그러나 이 주장에도 문제는 많다. 먼저 의과대학생의 선발과정을 보자. 현재 우리나라의 경우에 의과대학 입학은 좌우하는

가장 큰 요인은 수학능력 시험이다. 물론 다른 대학의 경우에도 마찬가지이다. 수학능력 시험성적이 수많은 지원자 중에서 능력 있는 학생을 선별하는 여러 가지 방법 중에서 가장 비용이 적게 드는 방법이 될 수는 있다. 그러나 이러한 선발 방법은 초·중등 교육을 통해 오랫동안 축적된 개개인의 창의력과 인성·인성에 대한 여러 가지 정보를 식별하지 못한 채, 다만 학생들의 능력을 하나의 점수로만 얻어내는 과정에서 많은 유용한 세부정보를 유실하고 있다. 미국의 경우 대학 4년을 졸업하고 의과대학에 진학하고 있지만, 수많은 지원자 중에서 입학자를 골라 내는 주요한 방법은 역시 주로 성적에 의존하고 있기 때문에 정말로 의사로서의 자질이 있는 학생만을 선발하고 있는지에 대해서는 많은 의문이 제기되고 있다. 물론 미국의 의과대학 당국은 여러 가지 요소를 종합 평가하여 입학생을 선발한다고 말하고 있지만, 많은 지원자 중에서 손쉽게 입학생을 골라내는 방법은 성적에 의존할 수밖에 없기 때문에, 우리의 경우보다 정보의 유실문제가 덜 심각하겠지만, 정보유실의 본질적인 문제는 여전히 남는다. 또한 의료인 면허제도는 질적 수준을 만족하는 의료인 공급의 '적정' 수준을 유지하기 위하여 도입되지만, 일단 도입되고 나면, 시장여건의 변화, 즉, 시장의 규모변화, 기술여건, 그리고 소비자 선호 등이 크게 변화해도 현상유지의 경향을 강하게 보이게 된다.

① 면허제도는 의사들의 수를 조정하는 가장 핵심이 되는 사항이다. 미국의학협회 American Medical Association: AMA는 의사들의 수를 아주 효과적으로 조정하는데, 그 이유는 미국에서 의사가 되려면 면허가 있어야 되고, 면허를 얻으려면 AMA가 승인한 의대를 나와야 한다. 그런데 각 주에서 승인한 의과대학과 AMA에서 승인한 의과대학은 거의 일치한다. 그렇기 때문에 불만 있는 의과대학이 있을 수 없고, AMA는 의과대학 입학생 수를 효과적으로 조정할 수 있게 된다. 일단 의과대학을 나온 사람에게 면허를 주지 않는 것보다 아예 처음부터 의과대학 입학 단계에서 수를 제한하는 것이 더 강력하고 효율적인 방법이 된다. 의과대학을 일단 졸업하고 난 사람이 면허를 얻는 데 실패한다면, 의과대학에서 교육을 받는 데 많은 시간과 돈을 투자하였으므로 면허를 얻을 때까지 계속 면허시험에 응할 유인이 존재하게 된다. 그러나 입학 정원을 한정하여 진입을 제한하면 쉽게 의사 수를 제한할 수 있다. 똑같은 논리가 우리나라의 경우에도 그대로 적용된다. 제2장의 의료법 변천에서 본 바와 같이, 우리나라에서도 의사가 되기 위해서는 먼저 의과대학을 졸업하는 것이 정부에서 시행하는 국가고시에 응시하기 위한 전제 조건이 되기 때문이다. <표 4>에서 보는 바와 같이, 우리나라의 의과대학 입학률은 대부분의 연도에 50%를 밑돌고 있으며, 전반적으로 하향하는 추세다. 특히 최근에 이르러서는 입학률이 더욱 낮아져 1995년도에 의예과는 22.5%, 치의예과는 30.3%, 한의예과는 13.9%, 그리고 간호학과는 24.0%에 불과하다. 그에 반해 국가시험 합격률은 <표 5>에서 보는 바와 같이 대부분 90%를 훨씬 상회하는 높은 비율을 보이고 있다. 이 통계는 곧 의과대학의 입학정원을 제한하는 것이 효과적인 의사 수의 통제수단이 된다는 것을 의미한다. 물론 이러한 현상은 다른 대학생들도 일단 대학에 입학하면 쉽게 졸업하는 일반적인 풍조의 하나라고 볼 수도 있지만, 의과대학의 경우 졸업과 면허 획득과는 별개의 문제라는

점에서 차이가 있다. 의사 국가시험 합격률을 낮게 유지하는 것이 의사 수를 통제하는 직접적인 방법이 될 수 있지만 이는 의료계가 짊어져야 할 부담이 커지기 때문에 의과대학 정원을 통제하는 방법으로 의사의 공급을 통제하고 있다는 설명이 더 타당할 것이다. 결론적으로 위의 통계치는 일단 의과대학 졸업자는 면허를 쉽게 획득하지만 의과대학에 입학하기는 어렵다는 사실을 반영하고 있으며, 의학협회 등 의료관련 단체가 입학인원을 조정, 통제함으로써 의료인력의 공급을 효과적으로 제한하고 있는 현상을 나타내는 것이라고 하겠다.

<표 4> 의과대학 지원 및 합격현황

(단위: 명, %)

연도	의예과			치의예과			한의예과			간호학과		
	지원자	입학자	입학률	지원자	입학자	입학률	지원자	입학자	입학률	지원자	입학자	입학률
1970	2709	1121	41.4	500	189	37.8	138	40	29.0	872	514	58.9
1975	4292	1318	30.7	1234	341	27.6	627	142	22.6	2161	861	39.8
1980	5559	1873	33.7	2097	542	25.8	888	297	33.4	2369	606	25.6
1984	5976	2856	47.8	1483	783	52.8	1406	539	38.3	3078	906	29.4
1987	4850	3018	62.2	1762	805	45.7	2063	593	28.7	1739	853	49.1
1988	10137	2921	28.8	2853	738	25.9	4953	634	12.8	2322	803	34.6
1991	8084	2888	35.7	2431	721	29.7	4005	654	16.3	1990	923	46.4
1992	7805	2897	37.1	2536	765	30.2	4773	750	15.7	2134	962	45.1
1993	8233	2982	36.2	2298	767	33.4	3904	758	19.4	3268	1115	34.1
1995	13249	2975	22.5	2508	761	30.3	5572	776	13.9	6632	1592	24.0

자료: 문교통계연감(1985), 교육통계연감(1991 ~ 1995)

<표 5> 의료인 국가시험 합격률

(단위: %)

연도 구분	1966	1968	1972	1974	1978	1980	1985	1987	1988	1990	1992	1994	1995
의사	86.5	81.0	88.4	85.0	94.5	92.6	90.9	98.6	95.5	90.0	93.0	97.5	94.5
치과의사	98.9	78.3	98.7	100.0	100.0	99.7	99.8	98.6	98.3	95.0	91.3	80.1	72.2
한의사	46.7	71.9	100.0	98.0	98.1	99.2	100.0	100.0	98.1	70.8	92.1	94.6	97.2
간호사	98.4	96.4	94.5	75.8	98.2	93.9	95.2	97.4	98.0	96.3	91.1	97.3	91.7
조산사	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97.9	98.6	100.0	95.6

자료: 한국의 사회지표, 통계청, 각 연도

면허제도가 사회적 비용을 증가시키는 에피소드 하나를 소개해 보자. 1983년 10월 25일 미국 해병대는 그레나다섬에 상륙하여 650명의 의과대학생들을 구출하였다. 이들은 1977년에 그레나다에 설립된 조지의과대학교 St. George University School of

Medicine 재학생들이었는데, 미국 본토의 의과대학에서 입학할 것을 거절당한 학생들이었다. 이는 곧 미국의 의사면허제도를 회피하는 하나의 방법으로 이용된 것이었다. 물론, 그레나다섬의 침공이 전적으로 의사의 면허제도 때문에 생긴 일은 아니지만, 의사면허제도가 아니었다면, 그 학생들이 그레나다에 거주할 이유가 없었으며 그레나다를 침공할 가능성도 적었을 것이다.

한편, 우리나라에서 의사가 되기 위해 먼저 의과대학을 졸업하려면 6년이라는 긴 시간과 많은 비용을 들여야 한다. 모든 학생들이 의사가 되기 위한 특별한 훈련을 받고 있는 것이다. 여기에서 과연 모든 질병에 대해 이러한 훈련이 필요한가라는 의문이 제기될 수 있을 것이다. 치료하기 어려운 질병에 대해서는 긴 시간의 훈련과정이 필요하겠지만 모든 질병이 다 이러한 범주에 속하는 것은 아니다. 실제로 면허 획득 후 특정 과목에 대해서만 진료와 치료를 하고 있는 현실을 고려할 때, 의과대학생들 중 많은 부분은 실제로 특정 의료서비스의 제공에 유용하지 않는 훈련을 과도하게 받고 있는 셈이다. 따라서 의과대학생들이 모두 6년이라는 긴 세월 동안 훈련을 받는다는 사실은 의과대학의 교육과정이 잘못 구성되었거나, 아니면 면허 획득 후 취할 수 있는 준지대를 얻기 위한 비생산적인 활동에 불과하다고 해석할 수밖에 없다. 최근 약학대학의 재학기간을 6년으로 연장하겠다는 발상도 동일한 맥락에서 해석할 수 있다. 이제 의사면허제도를 폐지하고 의학에 대한 수련 연한도 다양하게 제공하는 여러 가지 종류의 의과대학이 설립될 수 있도록 자유화하고, 소비자들로 하여금 자신의 질병에 따른 의사를 선택하도록 하면, 의료산업에서 특정 질병을 치료하는 의사의 공급과 수요 역시 시장에서 최적으로 결정될 것이다.⁴⁾

② 앞에서 살펴본 바와 같이 소득이 증가함에 따라 의료서비스에 대한 수요도 빠른 속도로 증가한다. 그러나 의료계는 이러한 시장 상황의 변화에도 불구하고, 의료인 수의 증가는 필히 의료서비스의 품질 하락을 동반한다는 이유로 의과대학의 신·증설을 반대하고 있다. 의료인들은 너무 많은 의료인이 있으면 의료인의 수입이 낮아지므로, 의료인들은 적정한 수입을 벌기 위해서 비도덕적인 방법을 쓰게 되기 때문에 일정 수준 이상의 실력을 갖춘 의료인만으로 그 수가 적정 수준으로 유지되어야 한다고 주장한다.⁵⁾ 그러나 이러한 주장은 어떤 직업에 도덕적으로 종사하기 위해서는 그에 알맞은 수입이 있어야 한다는 것이나 마찬가지로이기 때문에 모든 직종에 다 해당되는 것이며, 그렇기 때문에 아무런 설득력이 없다. 또한 사람들은 최고의 의료서비스만을 받을 권리가 있기 때문에 의료

4) 이 점을 지적해 준 논평자에게 감사함.

5) 적정한 수입이란 의사들이 병원의 유지와 자신의 이익을 고려하여 산정하는 목표소득 target income을 의미한다. 즉, 비용에 이윤을 더한 소득이다. 따라서 목표소득에 미달할 경우에는 의사들에 의한 과잉진료 등이 발생할 수 있다. 물론 의사들이 이러한 행위로 장기간 동안 소비자들을 속일 수는 없다. 소비자들은 바보가 아니고 고유한 방어능력을 가진 합리적인 존재들이기 때문이다. 그러므로 이러한 이유에서도 의사 수가 적절한 수준으로 통제되어야 한다는 주장은 설득력이 없다.

인의 수는 적정 수준으로 유지되어야 한다고 주장한다. 모든 사람들이 정말로 안전하고 편안한 이를 테면, '캐딜락' 자동차만 타고 다녀야 한다는 주장이 어떻게 설득력을 가질 수 있는가?

③ 면허제도는 신기술과 신경영의 발전을 저해한다. 면허제도하에서는 면허를 가진 의료인이 아니고서는 실험이나 연구를 하기가 무척 어렵다. 또한 직업이 의료인이더라도 의료계의 구성원으로 남고자 한다면 할 수 있는 실험의 범위가 극히 제한된다. 그러니 새 기술의 발전은 저하될 수밖에 없다. 또 면허제도는 의료업계의 신경영 기술의 도입도 저지한다. 병원이나 의원의 경영이 면허를 가진 독립된 의료인들에 의해서 주도된다면 다른 대체적인 기술개발이나 경영방법은 시도될 수 없다. 그러나 다른 효율적인 방법도 많이 있다. 공동의료단체가 경영할 수도 있고, 의료주식회사들과 같은 기관들도 경영을 맡을 수 있는 것이다. 중요한 점은 자유시장하에서 직접 실험해 보지 않고서는 어떤 경영방법이 더 효율적인지를 모른다는 것이다. 면허제도만을 주장하는 것은 시험의 가능성을 막는다는 점에서 경영기술의 발전을 저지하고 있다.

④ 의료인의 수가 제한된다는 것은 절대적인 의료서비스의 양이 줄어드는 것을 의미하는데, 이는 곧 모든 의료인들이 고용되어 있다는 사실로써 증명된다. 또 면허를 가진 의료인들이 모든 일을 해야 하기 때문에, 의료인들처럼 교육을 많이 받지 않은 사람들이 충분히 처리할 수 있는 일도 의료인들이 처리해야만 한다. 이것은 의료인들이 더 중요하고 또 의료인들만이 할 수 있는 일을 할 시간을 빼앗긴다는 것을 의미하는데, 이 사실도 의료서비스의 품질을 낮추는 요인이 된다. 우리나라의 병원, 특히 대학병원에서 인턴이나 레지던트들은 과중한 업무에 시달린 나머지 졸면서 걸어가는 현상을 자주 목격할 수 있다. 그러나 이러한 병원들은 수련의를 많이 받을 수 없는 이유로서 그들을 잘 훈련할 수 있는 시설과 의료 인력이 부족하기 때문이라고 한다. 실력을 갖춘 의사들의 수를 적절히 통제해야 한다는 주장과는 앞뒤가 맞지 않는다.

위의 사항 중, 무엇보다도 심각한 것은 의료인 면허제도가 가격제한이 없는 경우, 진입과 경쟁을 제한함으로써 비용과 가격상승을 초래한다는 것이다. 물론 의료보험으로 인한 의료수가 규제로 인하여 보험에 해당하는 질병의 치료 가격은 시장가격보다 낮게 책정되어 있다. 의료수가가 시장가격보다 낮으면 일견 환자들에게 이득이 될 것으로 생각될지 모르지만 사실은 의료수가가 규제됨으로써 손해를 보는 것은 환자 집단이다. 본 연구의 범위를 벗어나는 것이지만 의료수가의 문제를 잠깐 짚고 넘어가기로 하자. 첫째, 의료수가는 일차적으로는 의료종사자인 의사, 간호사, 간호조무사, 약사, 병원 근로자들의 삶을 결정한다. 그리고 그렇게 결정된 그들의 삶은 다시 의료서비스의 질을 통해 국민의 보건과 건강에 영향을 미친다. 그런데 의료수가가 규제되면 병의원은 적정한 이윤을 확보할 수 없을 것이고, 병의원이 적정한 이윤을 확보할 수 없게 되면 환자들은 제대로 된 진료와 치료를 받을 수 없다. 낮은 가격의 의료수가로 병원을 운영하려면 환자를 진찰하고

처방을 내리는 시간을 단축함으로써 주어진 의료수가에서 진료하는 환자의 수를 최대한으로 늘리는 수밖에 없다.

또 심각한 것은 환자를 치료하는 의사의 질과 약의 효능이다. 의사가 연구에 몰두할 수 없으니 치료방법이나 병의 원인을 규명하는 데 있어서 오진하는 경우가 많다. 병의 원인을 정확히 찾았다 하더라도 약값마저 규제되어 있으니 좋은 약을 사용하여 빨리 치료한다는 것은 쉽지 않다. 이렇게 보면 의료수가 규제는 국민을 더 건강하게 만들기보다는 병원과 의사의 질의 저하를 통해 국민의 건강을 악화시키는 결과를 낳는다.

수가규제가 없을 경우에 어떤 병원이 터무니 없이 높은 가격을 장기적으로 받을 수는 없다. 그러한 일은 극히 단기에나 가능한 일이다. 왜냐하면 사람들은 바보가 아니기 때문이다. 의료서비스의 품질에 비해 터무니 없이 높은 가격을 받는 경우 그 병원이나 의사는 고객을 잃게 될 것이다. 그러므로 의료수가의 규제를 해제한다 하더라도 의료수는 장기적으로 크게 오르지 않을 것이다. 더구나 의사의 공급규제가 철폐되면 더욱 그러할 것이다.

또한 의료수가가 규제되어 있으면 의료서비스에 대한 초과수요가 유발되는 것은 당연하다. 면허제도를 폐지하여 이러한 초과수요를 제거할 수도 있겠지만, 위에서 언급한 바대로 면허제도로 인한 문제는 그대로 남기 때문에 효율적인 방법이 될 수 없다. 수가규제를 철폐하고 의료시장에서의 진입장벽을 없애는 것이 최선의 방법이다.

(3) 면허의 취소 license revocation

이는 수준이 낮은 의료인이나 부당의료행위를 하는 의료인은 적발시에 면허를 취소할 수 있는 위협을 가함으로써 의료서비스의 질적 수준을 유지할 수 있다는 논리에 근거하고 있다. 그러나 이 방법이 효과적이기 위해서는 정해진 법을 엄격하게 집행할 수 있어야 한다. 그러나 이러한 법은 실제로 집행되기가 어렵고 의료산업의 구조변화에 제한을 가할 뿐이다.

개인을 실력없는 의료인들로부터 보호하는 장치들 중에는 법정에 호소하는 등의 여러 가지 방법이 있다. 그러나 법정에 호소할 경우, 그 의료인의 실력을 제대로 판단할 수 있는 사람은 다른 의료인들밖에 없는데, 그 의료인들이 동료 의료인에 대해서 좋지 않은 말을 하기는 어렵다. 동료 의사의 실력에 관해서 비판을 했을 경우에 더 이상 의사로서 근무하지 못할 가능성도 있기 때문이다. 이는 면허의 박탈이 부정행위나 기만행위에 대한 제재 방법으로서 매우 강력한 것이 될 수 있으나 실제로 잘 시행되지 못하는 이유가 된다.

미국의 뉴 멕시코 New Mexico 주의 한 사례를 들어 보자. 치료 목적이 아닌 섹스용으로

마약을 유통시킨 한 의사가 적발되었다. 그러나 이 의사는 면허위원회로부터 경고를 받았을 뿐 면허를 취소당하지는 않았다. 면허위원회 위원장은 “이 의사는 내가 사는 도시에 살고 있는데, 면허를 박탈하면 나는 내가 사는 고장에 돌아갈 수 없다. 그 의사를 추종하는 의사들도 많고 이미 그는 이같은 사실이 공개된 것만으로도 충분한 대가를 치렀다. 우리가 그의 생업을 박탈할 수는 없지 않은가?”라고 말했다.⁶⁾

요컨대, 같은 의료산업에 종사하는 의료인들끼리 동료 의료인의 면허취소를 권장하는 결정을 내리기는 쉬운 일이 아닐 것이다. 이는 단지 의료업계뿐만 아니라 다른 전문 직종에서도 마찬가지이다. 내부자 고발 등의 유인제도가 마련되어 있지 않다면 같은 동료를 고발하기는 쉽지 않을 것이기 때문이다. 따라서 면허를 박탈당할 수 있다는 위협이 실제로는 의료서비스의 품질을 높은 수준에 유지하는 장치로서는 별다른 효과가 없을 것으로 판단된다. 실제로 많은 의료사고가 발생했다는 언론 보도가 있었지만, 그로 인해 실제로 면허가 취소되었다는 통계는 별로 없다. 이 또한 자세한 자료가 없어서 명확하지는 않지만, 고작해야 1년에 20~30명 정도가 몇 개월 정도의 면허정지 처분을 받은 것으로 조사되고 있다.

(4) 요소투입의 문제

의료인 면허제도는 의료서비스 생산에 투입되는 요소의 품질을 확보함으로써 서비스의 품질을 향상시킨다는 것이 면허제도를 옹호하는 사람들의 주장이다. 그러나 요소투입의 제한이 최종 의료서비스의 품질을 개선할 것인지는 불분명할 뿐만 아니라, 자격을 갖춘 의료인에게만 의료행위를 허가한다고 하더라도 이들이 지속적으로 높은 품질의 의료서비스를 계속 제공할 것인지 또한 불분명하다. 더구나 10년이나 20년 전에 획득한 면허가 오늘도 동일한 수준의 품질을 보장해 줄 수 있을지에 대해서는 의문의 여지가 많다. 우리나라나 미국에서 시행되고 있는 전문의제도도 마찬가지이다.

(5) 상업적 행위

윤리적 규율과 면허와 같은 규제로 인해 의료산업에서는 전통적으로 광고 등의 상업적 행위가 금기시 되어 왔다. 그러나 미국에서는 FTC(Federal Trade Commission)의 노력의 결과 의사들의 광고가 크게 늘어났으며, 앞으로도 늘어날 추세이다. 우리나라에서도 의료인과 의료기관에 대한 광고가 일정한 범위 내에서 허용되고 있으나, 이러한 규정에 따른 광고가 의료서비스의 공급량과 가격, 그리고 품질에 미치는 영향에 대한 연구는 거의 없는 실정이다. 우리나라의 의료법 시행규칙 제33조는 의료광고의 범위를 ① 진료담당 의료인의 성명, 성별 및 그 면허의 종류, ② 전문과목 및 진료과목, ③ 의료기관의 명칭 및 그 소재지와 전화번호, 그리고 ④ 진료일, 진료시간 등에 국한하고 있다. 또한 의료

6) 벤햄(Benham, 1991)

광고는 일간신문, 의료관계 전문지, 보건사회부 장관의 허가를 받은 의료에 관한 연구소 등의 기관지 및 전화번호부에 한하여 할 수 있도록 되어 있으며, 일간신문에 광고할 경우 월 1회를 초과할 수 없도록 되어 있다. 의료법 제46조는 과대 광고 등의 금지를 규정하고 있는데, ① 의료인은 의료업무에 관하여 허위 또는 과대 광고를 하지 못하며, ② 의료법인, 의료기관 또는 의료인이 아닌 자는 의료에 관한 광고를 하지 못하며, ③ 누구든지 특정 의료기관이나 특정 의료인의 기능, 진료방법, 조산방법이나 경력 또는 약효에 관하여 대중광고, 암시적 기재, 사진, 유인물, 방송, 도안 등에 의한 광고를 하지 못하도록 되어 있다. 또한 의료법 제47조는 학술목적 이외의 목적으로 예방의학적, 임상의학적 연구결과, 기능, 약효, 진료 또는 조산방법 등에 관한 광고를 하지 못하도록 하고 있다. 매우 형식적인 광고만이 허용되고 있다. 우리나라의 의료광고에 대한 실증연구가 없기 때문에 부득이 미국의 사례를 살펴보기로 하자.

의사의 광고행위가 소비자에게 제공되는 의료서비스의 양, 가격, 그리고 품질에 미치는 영향에 대한 실증연구 결과는 하나로 일치하지 않고 혼재되어 있다. 먼저 광고가 이들 변수에 미치는 영향에 대한 이론을 개관하고 다음으로 실증 연구결과를 살펴보고자 한다.

전통적인 경제이론에 의하면 의사의 광고는 소비자들의 탐색비용을 절감시키고 소비자들에게 여러 의사들이 공급하는 의료서비스의 유사성과 차별성, 따라서 그들 의료서비스의 대체성의 정도를 파악할 수 있는 정보를 제공하여 의료서비스에 대한 수요의 가격탄력성이 크게 되므로 결과적으로 의료서비스의 가격을 낮춘다는 것이다.

그러나 광고가 정보를 전달한다는 사실 자체가 필히 수요의 가격탄력성을 증가시키는 것을 의미하는 것은 아니라는 반대 주장도 강력하다. 그러한 효과는 광고가 담고 있는 정보 내용과 소비자들의 상품 품질에 관한 지식에 미치는 영향에 의존한다는 것이다. 예를 들면, 안경과 같이 제품이 상대적으로 표준화되어 있는 상품에 대한 광고는 소비자들로 하여금 한 기업의 제품에 집착하지 않도록 하므로 수요의 가격탄력성을 증가시키지만, 의사들이 제공하는 의료서비스의 경우에는 서비스가 표준화되지 않기 때문에 그러한 효과를 가져오지만은 않는다는 것이다. 더구나 소비자들이 의료서비스의 품질에 더 강한 관심을 가진다면 광고는 의사들을 차별화하는 결과를 낳으므로 가격탄력성이 낮아지고, 따라서 광고와 가격은 양의 상관관계를 가진다는 것이다. 즉, 광고로 인해 각 의사들이 당면하는 수요곡선이 우하향하므로 시장지배력을 가질 수 있고, 따라서 의사들간의 대체탄력성이 낮아진다는 것이다. 또한 의료서비스에 대한 지불이 보험 등의 제3자에 의해 이루어진다면 소비자들은 더욱더 낮은 가격을 매기는 의사를 찾아다닐 별다른 유인이 없기 때문에 의사들이 당면하는 의료서비스에 대한 수요의 가격탄력성을 증가시키지 않는다는 것이다. 결국 광고가 의료시장을 더 경쟁적으로 만들 것이냐 하는 것은 이론적으로는 단정적으로 말할 수 없고 실증적으로 규명되어야 할 사항이다.

광고가 의료서비스의 가격과 품질에 미치는 실증연구 결과는 하나로 일치하지 않고 혼재되어 있다. 캐디(Cady, 1976)가 행한 처방약에 대한 연구결과에 의하면, 가격에 대한 광고를 금지하면 처방약의 가격이 상승함을 보이고 있다. 벤햄(Benham, 1972)은 미국에서 광고를 금지하는 주의 안경가격이 금지하지 않는 주의 안경가격보다 더 높음을 밝히고 있다. 펠트만과 베건(Feldman & Begun, 1978)은 검안사와 안경사에게 가격 광고를 동시에 금지하면 검안가격이 높아지지만, 검안사나 안경사 한 그룹에게만 가격 광고를 금지하면 검안가격에 별다른 영향을 미치지 않음을 보이고 있다. 이는 곧 두 그룹 모두에게 광고를 금지하였을 때만 그 금지효과가 상호작용하여 안경가격을 상승시킨다는 것을 의미한다. 그러나 대부분의 연구는 광고와 품질간의 관계는 명확하지 않다는 것을 보이고 있다.

그러나 리조와 잭하우저(Rizzo & Zeckhauser, 1992)는 의사들은 자신들에게 더 바람직한 고객, 즉 더 부자며 가격에 덜 민감한 고객을 확보하기 위하여 광고할 수 있다는 가설을 제기하고 있다. 물론 광고는 의료서비스에 대한 수요곡선을 우측으로 이동시킬 것이다. 그러나 앞에서 설명한 대로 가격탄력성은 서비스의 표준화 정도에 따라 커질 수도 있고 작아질 수도 있다. 가격탄력성이 커지면 의료서비스의 제공량은 증가한다. 그러나 가격은 올라갈 수도 있고 내려갈 수도 있다. 반면에 광고가 의료서비스의 차별을 유도하여 가격탄력성을 낮춘다면 의료서비스 양은 줄어들고 가격은 올라간다.⁷⁾ 그리고 이윤극대화를 추구하는 의사는 증가된 수요를 이용하여 더 부자나 가격변화에 덜 민감한 환자를 고객으로 선택하여 품질이 높은 의료서비스를 제공할 것이다. 리조와 잭하우저는 이러한 가설하에서 실증분석을 한 결과 실제로 그러한 현상이 발견되었음을 보고하고 있다. 또한 리조와 잭하우저(1990)는 의사들의 광고는 의료시장에의 진입을 억제한다는 실증결과를 보고하고 있다. 이들은 상대적으로 짧은 기간 동안 의료행위를 한 의사들을 새로운 진입자로 파악한다. 즉, 의료행위 기간과 진입의 정도가 역의 관계에 있는 것으로 파악한다. 그리고 광고로 인한 진입증가가 의료산업을 더 경쟁적으로 만드는가를 파악하기 위하여 광고의 증가와 함께 새로운 진입자의 소득이 증가하는지를 측정하였다. 추정 결과는 의사들이 광고를 하게 되면, 이미 자리잡은 의사들의 소득은 증가하고 새로운 진입자의 소득은 감소하기 때문에 광고는 의료산업을 반경쟁적(anticompetitive)으로 만든다는 것이다. 또한 여성 의사와 외국인 의사들의 광고로 인한 이득은 훨씬 더 낮다는 것이다.

그러나 실제로 광고를 하면 금전적으로 많은 이득을 볼 수 있는 의사들이 오히려 광고를 적게 하는데, 이는 경제적인 측면에서 설명하기는 어렵고 광고를 한다는 것은 자신이 제공하는 의료서비스의 품질이 낮다는 것을 암시하는 것이라고 인식하는 경향이 있으며,

7) 물론 수요곡선의 이동이 충분히 크다면 가격탄력성이 감소하더라도 의료서비스 양이 증가할 수 있다.

또 내부적인 직업규율을 깨뜨리지 않으려는 의도로 보인다. 오히려 광고로 인한 이득이 적은 진입자들이 광고를 하고자 하는 유인이 더 강한데, 이는 이들이 직업적인 내부규율에 덜 익숙해 있고, 광고를 하더라도 그에 대한 비난이 더 작기 때문이라고 해석하고 있다.

리조와 잭하우저(1990)의 연구가 시사하는 바는 의사들의 광고는 의료산업을 반경쟁적으로 만들지만 그와 동시에 소비자가 얻을 수 있는 정보는 분명히 늘어나는데, 전자의 비용과 후자의 이득을 어떻게 조화하느냐가 정책의 관건이 된다고 할 수 있다.

위의 결과를 요약컨대, 의료서비스 시장에서 광고가 활성화되면, 의료인에 대한 정보는 분명히 더 많아지고, 표준화된 의료서비스의 가격은 낮아지고 공급량도 늘어날 것이 확실하다. 그러나 표준화가 어려운 의료서비스의 가격은 높아지고 양은 줄어드나, 그 대신 품질 수준은 높아질 것으로 예측할 수 있다. 분명한 것은 광고가 허용되지 않을 경우보다 품질 수준이 더 낮아진다고 말할 수는 없다는 것이다.

다음으로 상품이 상대적으로 표준화되어 있다고 믿어지는 연구 결과를 하나 들어 보기로 하자. 이 연구는 눈의 콘택트렌즈에 관한 것인데, 미국의 주마다 규제형태가 다르므로 안과 의사와 같은 눈전문가와 안경사와 같은 비전문가에 의해 제공되는 콘택트렌즈의 품질이 어떻게 다른가 하는 것이다. 콘택트렌즈는 전문가에 의해서 제공되어야 한다는 규제는, 콘택트렌즈가 영리를 목적으로 하는 비전문가의 상업적 기업에 의해 제공되면 이러한 기업은 이윤을 목적으로 하기 때문에 나쁜 재료를 사용하는 등 콘택트렌즈의 품질을 떨어뜨리고, 더구나 전문가들에 의해 제공되는 콘택트렌즈의 질적 수준을 하향 조정하도록 만든다는 것이다. 그러나 실제로 조사한 결과는 그러하지가 않았다.⁸⁾

이 조사에서 소비자들이 착용하고 있는 콘택트렌즈는 안과 의사, 검안사, 그리고 안경사 그룹에 의해 제공되었다. 그리고 이들이 제공한 콘택트렌즈의 품질을 비교 평가하기 위하여 평가 항목을 미리 작성하여 합의를 보았다. 즉, 좌우 각 눈에 7항목씩 총 14항목을 선정하였다. 31,219명에게 설문의뢰를 하여 22,512명의 응답을 받았는데, 응답자 중에서 1,871명이 설문시까지 최근 3년 내에 구입한 콘택트렌즈를 착용하고 있었으며, 그 중에서 502명이 인터뷰하고 관련된 조사를 받았다. 물론 조사 대상은 안과 의사 ophthalmologist, 상업적 검안사 commercial optometrist, 비상업적 검안사 noncommercial optometrist, 그리고 분류하기 곤란한 검안사와 안경사 unclassified optometrist and optician를 포함한 4그룹으로부터 콘택트렌즈를 제공받은 것으로 분류되었다. 여기에서 상업적 검안사란 커다란 체인을 형성하고 있는 기업에서 일하는 검안사와 옐로우페이지에 광고를 내고 있는 검안사를 지칭하며, 비상업적 또는 전문 검안사란 단독으로 개업하고 있으며 상품명을 사용하지 않으며, 미국검안사협회에 가입하고

8) 벤햄(Benham, 1991)

있는 검안사를 지칭한다. 또한 분류 곤란한 검안사는 정보가 불충분하여 분류가 불가능한 검안사, 군에 종사하는 검안사 등을 말한다.

조사는 몇 가지 통계적 방법에 의해 이루어졌다. 먼저 좌우의 각 눈에 6개의 독립적인 지표에 의한 것, 7개의 독립적인 지표를 가중평균한 것과 단순평균한 것을 비교하는 8개의 방법을 적용하여 총 16개의 지표에 대한 통계적 검증을 실시하였다. 그 결과를 보면, 먼저 16개의 기준에 의거할 때, 상업적 검안사가 제공한 렌즈가 비상업적 검안사와 안과 의사가 제공한 렌즈보다 품질이 낮다는 가설이 기각되었다. 7개의 지표를 가중평균한 것과 단순평균한 점수를 보면, 상업적 검안사가 비상업적 검안사보다 더 높은 품질 수준의 콘택트렌즈를 제공한 것으로 판명되었다. 마지막으로 일부 주에서는 면허가 없는 안경사의 평균점수가 안과 의사나 검안사의 평균점수보다 더 낮다는 가설 역시 통계적으로 기각되었다. 가격 면에서 볼 때도, 상업적 검안사에 의한 비용이 다른 그룹을 이용하는 비용보다 하드렌즈의 경우에는 14~54%, 소프트렌즈의 경우에는 30~56%가 더 낮은 것으로 판명되었다. 최근에 이 자료를 더 면밀하게 검토한 다른 한 연구자는 평균적인 의료서비스의 품질과 상업적 경쟁간에는 양양의 상관관계가 있음을 밝히고 있다.⁹⁾

요약컨대, 이 실증연구에 의하면 면허제도는 정보가 없는 소비자를 보호하기 위해서 필요하다라는 논거에 기초하고 있으나, 면허제도는 의료인이나 의료기관의 성과에 대한 정보 생산을 가로막고, 이는 다시 질적 개선을 가져오는 개선 유인을 저해하는 결과를 가져온다는 것이다.

9) 해스 윌슨Haas-Wilson은 미국의 안과眼科 상품 시장에서 한 그룹에 의해 획득된 규제가 다른 잠재적 진입자의 진입비용을 높여 진입을 어렵게 하고 자신들이 제공하는 상품의 가격을 높여 이익을 추구하는 데 반해, 질적인 면에서는 다른 그룹이 제공하는 상품의 품질과 별다른 차이를 나타내지 않는다는 실증연구 결과를 제시하고 있다.

제5장

공익설과 사익설에 대한 실증연구

공익설과 사익설에 대한 실증연구

의료인 면허제도에 대한 실증연구가 가장 많이 이루어진 곳은 미국이다. 물론 미국은 주별로 면허제도의 도입시기가 다르기 때문에 면허제도가 의료서비스 가격과 품질 등에 미치는 영향에 대한 연구를 수행하기가 가장 용이한 곳이다. 그러나 우리나라는 의료인 면허제도가 모든 지역에 동시에 도입되었고, 면허제도의 도입 전후, 특히 1951년 이전의 자료가 가용하지 않아서 체계적인 실증연구 결과를 제시하기가 어렵다. 따라서 이 장에서는 주로 미국의 실증연구 결과를 원용하고, 우리나라의 시계열 자료분석 결과를 제시하며, 그와 관련된 시사점을 논의한다.

1. 면허제도 도입에 관한 실증연구

폴(Paul, 1984)은 미국의 36개 주를 대상으로 1800~1900년 동안 의사면허제도 도입을 결정하는 요인과 의사면허제도의 도입이 의료서비스의 품질을 실제로 개선했는지에 대한 실증연구 결과를 제시하고 있다. 그의 실증결과는 의사면허제도는 공익설이 제시하는 바, 시장의 실패를 교정하도록 요구하는 소비자들에 의해 도입된 것이 아니고, 조직화된 의사들이 정치적 시스템을 이용하여 자신들의 소득을 증가시키기 위해 도입된 것이라는 사익설을 지지하고 있다. 또한 의사면허제도는 의료서비스의 품질 개선을 가져오지 않은 것으로 나타났다.

그는 스티글러(Stigler, 1971)의 경제규제 연구를 응용하여 미국에서 면허제도가 가장 먼저 도입된 텍사스주의 면허도입 연도(1873년)와 다른 주의 면허도입 연도의 차이를 종속 변수로 사용하고 있다. 또한 설명변수로서는 1인당 소득, 투표율, 하원의 의석 수에 대한 상원의 의석 수, 흑인 인구의 비율, 1인당 미국의학협회 등록 의사 수, 1인당 의과대학의 수, 의료서비스의 품질을 반영하는 변수를 사용하고 있다. 사용된 설명변수와 그에 대한 기대부호expected sign를 살펴보면 다음과 같다.

① 만일 면허제도가 소비자들의 지지를 받아 도입된 것이라면 소득변수는 음의 부호를 가질 것으로 기대된다. 소득이 높은 계층은 높은 품질의 의료서비스의 수혜자가 된다. 따라서 소득이 높아지면 높은 수준의 의료서비스를 요구할 것이므로 면허제도의 도입을 촉진하게 된다. 반면에 소비자들이 면허제도의 도입을 반대한다면, 높은 소득계층의 사람들이 상대적으로 면허제도 도입을 저지할 힘을 갖게 된다. 따라서 소득변수가 양의 부호를 갖게 되면 면허제도의 도입으로 이익을 볼 수 있는 소비자 그룹이 반대했다는 결론을 얻을 수 있다.

② 면허제도가 일반 대중의 지지를 얻어 도입된 것이라면 정치적으로 활발한 유권자들은 면허제도의 도입을 촉진하는 역할을 할 것이다. 따라서 투표율의 기대부호는 음이 될 것이다. 그러나 면허제도가 일반 대중의 지지를 받지 못하고 일부 이익집단에 의해 도입된 것이라면 기대부호는 양이 될 것이다.

③ 하원 의석 수에 대한 상원 의석 수의 비율이 1에 접근할수록 이익집단이 입법을 통해 규제를 획득하는 데 들어가는 비용은 낮아진다. 따라서 음의 부호를 기대할 수 있다.

④ 소득수준이 낮은 흑인의 비중이 높을수록 면허제도로 인한 의사들의 이득은 낮을 것이므로 기대부호는 양이 될 것이다. 그러나 이 기간 동안 보통선거권이 없어서 이익집단이 정치적 과정을 이용하는 데 드는 비용이 낮다면 음의 부호를 기대할 수 있다.

⑤ 미국의학협회에 가입된 의사 수가 많을수록 정치적 힘을 발휘하는 데 효과적이므로 면허도입 시기는 빨라질 것으로 예상되고 따라서 기대부호는 음이 된다.

⑥ 의과대학 수는 면허제도에 의해 직접적으로 영향을 받는 집단을 식별하기 위하여 사용되었다. 의과대학 졸업 후에 의료행위를 하지 못하면 그가 받은 의학교육에 대한 이득은 음이 된다. 그러나 이러한 결과는 면허제도가 없는 주에서 의료행위를 함으로써 완화될 수 있다. 따라서 의과대학 수가 증가할수록 면허도입 시기는 늦어질 것이므로 기대부호는 양이다.

⑦ 의료서비스의 품질은 보통 특정 연령층에 있어서의 사망률로 측정된다. 물론 이에 대한 문제가 없는 것은 아니지만 달리 측정할 수 있는 변수가 가용하지 않으므로 의료서비스의 품질로서 흔히 사용되는 지표이다. 만일 면허제도가 공익설을 지지한다면 이 변수는 음의 부호를 가질 것이다. 왜냐하면 면허제도가 낮은 의료서비스 품질을 높이기 위한 것이었다면 높은 사망률(낮은 의료서비스의 품질)은 면허제도의 도입을 촉진했을 것이기 때문이다.

폴Paul은 이와 같은 이론을 배경으로 다음과 같은 실증분석 결과를 제시하고 있다.

① 소득변수와 유권자 비율변수는 모두 유의하게 양으로 추정되어 면허제도가 공익을 위해서라기보다는 이익집단의 이익을 위해서 도입된 것이라는 사익설을 지지하고 있다. 또한 하원 의석 수에 대한 상원 의석 수 변수도 양으로 추정되어 사익설을 지지하고 있다.

② 전체 인구 중에서 흑인이 차지하는 비중을 나타내는 변수는 유의하게 양으로 추정되어, 흑인 비중이 높을수록 이익집단의 면허제도 도입유인이 낮고 또 소득이 낮은 흑인들은 의사 수가 많아야 의료 혜택을 많이 볼 수 있다는 것을 나타내고 있다. 한편 의과대학

수는 음으로 추정되었으나 통계적으로 유의하지가 못하였다. 이는 면허제도 초창기에는 학생들의 주에서 주에로의 이동이 용이했다는 것을 의미할 수도 있고, 초창기 의사로서의 자질을 검증할 수 있는 좋은 방법이 없었을 때 의과대학 졸업장이 곧 의료행위를 할 수 있는 자격증이었으므로, 이 때는 의과대학 졸업생들은 면허제도로 인한 수혜자였다는 해석을 가능하게 한다.

③ 의료서비스의 품질을 반영하는 변수는 그 부호에 있어서는 공익설을 지지하는 것으로 나타났지만 통계적으로 유의하지는 못하였다. 폴의 실증연구 결과를 요약컨대, 면허제도는 공익을 위해서라기보다는 의사들의 이익을 위해 도입된 것이라는 결론을 얻을 수 있다.

스보니(Svorny, 1987)는 면허제도가 의사들에게 양질의 의료서비스를 공급할 유인을 제공할 뿐만 아니라, 소비자들의 정보비용을 감소시켜 줌으로써 의료서비스 소비량 증가를 가져올 수 있다는 대립가설을 제시하고, 면허제도와 의료서비스 소비량간의 관계를 실증적으로 분석하였다. 의사면허제도가 의사들의 이익을 얻어내는 정도에 대한 선행 연구들은 대립가설의 부재로 인해 그 성과가 크지 않았다는 점을 고려하고 있는 것이다. 스보니의 연구결과는 1960년대 중반 의료관계 규제를 형성하는 데 소비자보다는 이익집단의 힘이 더 크게 작용했음을 밝히고 있다.

면허제도가 소비자후생에 긍정적인 영향을 미칠 수 있다는 논리적 근거는, 면허제도가 의사들이 소비자의 이해관계와 일치하는 방법으로 행동할 수 있는 유인을 제공한다는 것이다. 의사들의 수입은 의사가 되기 위하여 받은 수련비용을 근간으로 한 미래 소득의 흐름이다. 만일 의사들이 잘못된 의료서비스를 제공하였을 때 의사면허증이 취소된다면, 그 의사는 소득기회를 박탈당하게 되므로 환자를 속일 유인보다는 양질의 서비스를 제공할 유인이 더 크다는 것이다. 물론 인증제도나, 잘못된 의료서비스를 제공했을 경우에 적절한 징계조치를 취함으로써 동일한 효과를 얻을 수 있다는 논의도 있으나, 이들 조치는 면허취소가 가져다 주는 불이익보다 더 작기 때문에 면허제도가 의료서비스의 품질을 보장하는 더 나은 방법이라는 것이다.

공익설이 시사하는 중요한 의미는, 소비자들이 의사들이 제공하는 의료서비스의 품질을 판단하는 데 들어가는 비용을 절약할 수 있다면 면허제도가 의료서비스의 소비량을 증가시키리라는 것이다. 즉, 의료 관련 수련으로 인한 공급가격의 증가가 의료서비스 품질 향상으로 인한 가치 증가보다 작다면, 다시 말해서 의료서비스에 대한 수요곡선의 우측 이동폭이 공급곡선의 좌측 이동폭보다 크다면, 의료서비스 소비량은 증가할 것이다.

스보니는 위의 가설을 바탕으로, 기타 의료서비스 소비량에 영향을 미칠 수 있는 변수를 통제한 다음, 면허제도가 실제로 의료서비스 소비량을 증가시켰는지에 대한 실증분석 결

과를 제시하고 있다. 회귀방정식에서 종속변수는 특정 주에서 의료행위를 하고 있는 의사 수를 사용하고 있다. 의료행위를 하기 위해 의과대학 졸업생들이 필답고사를 통과해야 하는 것은 모든 주에 적용되는 사항이므로, 추가적으로 기초 과학교육 수료증을 요구하는 23개 주와 시민권을 요구하는 24개 주를 다른 주와 구분하기 위해 이를 더미변수로 설명변수에 추가하였다. 이와 같은 추가적인 요구사항은 추가적인 비용을 부담하게 하고, 따라서 공급곡선을 좌측으로 이동하며, 이는 다시 기존 의사들의 이득을 가져올 것이다. 요약컨대, 의료서비스 소비량과 더미변수가 양(음)의 관계를 가지면 소비자(생산자)의 힘이 면허제도 도입에 기여했다고 할 수 있다. 실증분석 결과, 두 더미변수의 계수는 유의하게 음으로 추정되어 면허제도의 도입이 의료서비스 소비량을 증가시키지 못하였으며, 따라서 규제의 사익설이 지지되었다.

2. 의료서비스의 품질에 관한 실증연구

폴(1984)은 면허제도가 의료서비스의 품질에 미친 영향을 좀더 구체적으로 알아보기 위해서 면허제도 도입 전후 기간에 대한 평균사망률 비교결과를 제시하고 있다. 의료서비스의 품질에 대한 대용변수(proxy variable)로 1세 이하 인구의 사망률(D1/P1), 5세 이하 인구의 사망률(D5/P5), 전체 인구의 사망률(D/P), 그리고 2세부터 5세까지 인구의 사망률(D2-5/P2-5)을 사용하여 1880년, 1890년, 그리고 1900년의 세 연도를 비교하고 있다. 각 연도에 있어서 해당 변수의 평균을 비교한 결과, 5세 이하의 사망률은 통계적으로 유의한 수준에서 감소했다고 할 수 있으나 다른 지표는 별다른 변화를 보이지 않았다. 또한 5세 이하의 인구는 1세 이하의 인구와 2~5세 인구의 합인데 실제로는 2~5세 인구의 사망률이 낮아진 것으로 나타났다. 그러나 이 또한 면허제도의 덕택이라고 할 수 있는 증거는 명확하지 않다. 이를 좀더 구체적으로 알아보기 위하여, 먼저 동일한 시점에 있어서 면허제도를 도입하고 있는 주와 도입하고 있지 않은 주의 사망률을 비교해 보았을 때 별다른 차이를 보이고 있지 않음을 알 수 있었다. 다음으로 사망률이 면허제도가 도입되기 전에 더 높았기 때문에 의료서비스의 품질 개선을 위해 도입된 것이라는 가설을 검증한 결과, 면허제도가 도입된 주에서 도입되지 않은 주에서 보다는 면허가 도입되기 이전의 사망률이 더 높았지만 도입 전후의 사망률 차이가 통계적으로 유의하지 않았다. 따라서 면허제도가 의료서비스 수준을 높이기 위해 도입된 것이라는 가설을 지지하지 못하고 있다. 또한 면허제도가 그 효력을 나타내기 위해서는 상당한 시간이 경과해야 한다는 가설을 검증한 결과 역시 유의하게 나타나지 않았다. 마지막으로 의료서비스의 수준에 영향을 미칠 수 있는 여러 변수를 이용한 회귀분석 결과에서도 면허제도가 사망률을 감소시켰다는 유의한 결과를 보여주지 못하고 있다. 따라서 위의 모든 것을 종합해 볼 때, 면허제도의 도입이 의료서비스의 질적 향상을 가져왔다고 할 수 없다. 이에 대해 미커(Meeker, 1972, 1974)는 건강증진과 사망률의 감소는 사람들이 청결에 더 유의하게 되었기 때문이라고 지적하고 있다.

위의 연구 결과를 참고하여 우리나라의 영아사망률의 결정요인을 분석해 보았다. 영아사망률이 의료서비스의 품질을 나타내는 지표로 흔히 사용되지만, 이는 의료서비스의 품질을 반영한다기보다는 보건상태를 나타내는 보건지표로 인식하는 것이 더 타당할 것이다. 그러나 이러한 한계에도 불구하고 의료서비스의 품질을 나타낼 수 있는 지표가 달리 가용하지 않기 때문에 영아사망률이 흔히 의료서비스 품질에 대한 지표로 사용되고 있다는 것은 앞에서 설명한 바와 같다. 본 연구에서는 1953~1987 기간 동안의 영아사망률의 결정요인을 알아보기 위하여 아래의 회귀방정식을 사용하였다.

$$\ln \text{mrate} = \beta_0 + \beta_1 \ln \text{mexp} + \beta_2 \ln \text{GNP} + \beta_3 \text{doctor} + \beta_4 \text{dummy} + \epsilon \quad (2)$$

여기에서 mrate는 영아사망률로서 출생아 1,000명당 사망한 영아 수, mexp는 1인당 의료비 지출액, GNP는 1인당 소득, doctor는 의사 1인당 인구이다. 그리고 dummy 변수는 의료인의 자격과 면허를 강화한 것이 영아사망률에 미치는 영향을 식별하기 위하여 의과대학 졸업자에게만 의료인 국가고시 자격을 허용한 1963~1987 기간에는 1을 부여하고 나머지 기간에는 0을 부여하였다. 의료비 지출의 증가는 영아사망률을 낮출 것이므로 β_1 의 추정치 부호는 음으로 기대되며, 1인당 GNP 증가 역시 보건후생 여건을 개선할 것이므로 β_2 의 추정치에 대한 기대부호도 음이다. 물론 1인당 의료비 지출액과 소득은 의료비 지출함수에서 보는 바와 같이 밀접한 관계가 있다. 그러나 1인당 소득이 증가함에 따라 사람들의 보건과 청결에 대한 인식도 제고되고 또 그에 대한 지출 능력이 생기므로 의료비 지출 이외의 다른 사항을 포착하기 위하여 GNP 변수가 포함되었다. 의사 1인당 인구의 증가는 영아사망률에 부정적인 효과를 미칠 것이므로 β_3 의 추정치에 대한 기대 부호는 양이다. 마지막으로 의료인에 대한 자격과 면허의 강화가 의료서비스의 품질 개선을 가져온다면 더미변수에 대한 회귀계수 β_4 의 추정치에 대한 기대 부호는 음이다. <표 6>은 영아사망률 추정결과와 변수간의 공적분검증 결과를 수록한 것이다. 공적분검증은 앞에서 설명한 바와 같이 GNP와 mexp가 단위근을 포함하므로 수준변수를 사용한 회귀분석은 가성회귀의 문제를 야기한다. 그러나 변수간에 공적분관계가 존재하면 수준변수를 그대로 사용할 수 있다. <표 6>에서 보는 바와 같이, 먼저 사용된 변수간에는 공적분관계가 존재하므로 수준변수를 이용한 추정에도 문제가 없다. 영아사망률에 영향을 미치는 요인은 1인당 의료비 지출과 1인당 소득인 것으로 보인다. 이들 두 변수에 대한 추정치는 모두 음으로 추정되어 이들 값이 증가하면 영아사망률은 감소한다는 사실을 알 수 있다. 추정치는 모두 5% 수준에서 유의하다. 1인당 의사수가 증가하면 영아사망률이 증가하는 것으로 추정되었는데 통계적으로 유의하지는 않다. 마지막으로 의료인에 대한 자격과 면허의 강화가 영아사망률에 미치는 영향을 알아보기 위하여 사용한 더미변수는 기대와는 달리 양의 부호를 얻었으나 통계적으로 유의하지가 않다. 즉, 의료인에 대한 자격과 면허의 강화가 영아사망률의 감소를 가져왔다는 증거는 포착되지 않았다.¹⁰⁾

<표 6> 영아사망률의 추정결과

주1:

영아사망률 추정결과		공적분 검정 결과			
종속변수 ln mr	추정계수	maximal eigenvalue 검정		trace 검정	
설명변수		가 설	검정통계량	가 설	검정통계량
상수항	6.87*** (8.68)	$H_0: r = 0$	46.465**	$H_0: r \leq 0$	71.308**
		$H_0: r = 1$	15.222	$H_0: r \leq 1$	24.843
		$H_0: r = 2$	6.101	$H_0: r \leq 2$	9.621
		$H_0: r = 3$	3.520	$H_0: r \leq 3$	3.520
ln mexp	-0.22** (-2.62)	-----			
ln GNP	-0.30** (-2.58)	임계치 (5%)			
doctor	-0.33 (-1.56)	$H_0: r = 1$	27.169	$H_0: r \leq 1$	47.181
		$H_0: r = 2$	20.778	$H_0: r \leq 2$	29.509
		$H_0: r = 3$	14.036	$H_0: r \leq 3$	15.197
dummy	0.03 (0.87)	$H_0: r = 4$	3.962	$H_0: r \leq 4$	3.962

주1: ()안은 t값이며, **, ***는 각각 5%, 1% 수준에서 유의함을 나타냄.

주2: maximal eigenvalue 통계량은 공적분벡터가 r개 존재한다는 귀무가설에 대해 r+1개 존재한다는 가설에 대한 검정통계량이며, trace 통계량은 공적분벡터가 r개 이상 존재한다는 가설에 대한 검정통계량임.

10) 의사의 자격과 면허 강화가 영아사망률에 미치는 영향이 설정된 모형에 의해 달라지는지 알아보기 위하여 수정된 회귀모형을 이용하여 다시 추정한 결과는 다음과 같다.

$$(1) \ln mrate = 6.90 - 0.22 \ln mexp - 0.30 \ln PGNP - 0.34 \text{doctor} + 0.002 \text{Jan} + 0.03 \text{dummy}$$

(8.58) (-2.62) (-2.50) (-1.59) (0.47) (0.87)

()안은 t값

여기에서 Jan은 1월의 가장 낮은 온도로서 온도가 낮을수록 영아사망률이 높아지므로 기대부호는 음이다. 그러나 이 모형에서도 1인당 의료비 지출액과 1인당 소득만이 기대부호를 얻었고 통계적으로 유의할 뿐, 기타 변수는 부호도 맞지 않을 뿐만 아니라 통계적으로 유의하지 않다.

$$(2) \ln mrate = 5.12 - 0.37 \ln mexp - 0.24 \text{doctor} + 0.003 \text{Jan} + 0.06 \text{dummy}$$

(12.8) (-5.43) (-1.04) (0.64) (1.32)

()안은 t값

이 추정식에서는 1인당 의료비 지출액과 1인당 소득간의 높은 상관관계를 고려, 1인당 소득을 제외한 것인데 그 결과도 별다르게 변화하지 않음을 알 수 있다.

$$(3) \ln mrate = 5.03 - 0.36 \ln mexp - 0.22 \text{doctor} + 0.06 \text{dummy}$$

(13.44) (-5.55) (-0.96) (1.34)

()안은 t값

이 추정식에서도 1인당 의료비 지출액과 1인당 소득간의 높은 상관관계를 고려, 1인당 소득을 제외하고 1월중 최저 온도를 제외한 것인데, 그 결과 역시 별다른 변화를 보이지 않음을 알 수 있다.

따라서 의사의 자격과 면허의 강화가 영아사망률에 유의한 영향을 미쳤다는 증거는 어느 회귀방정식 모형에서도 포착되지 않았다.

벤햄(Benham, 1991)은 NHS(National Halothane Study)가 1959~1962 기간 동안 34개 병원에서 행해진 856,000건의 수술에 대해 조사한 결과, 수술 후 사망률이 병원별로 커다란 차이를 나타냈다는 사실을 보고하고 있다. 또한 Stanford Center for Health Care Research는 314,000명의 수술환자를 14개 범주로 나누어 조사한 결과 5개 범주에 있어서 사망률이 병원별로 큰 차이를 보이고 있음을 밝히고 있다. 또한 17개 병원에서 시행된 8,493명의 환자를 대상으로 수술 후 40일 내의 사망률이나 7일 후의 심각한 병리 현상을 15개 범주로 나누어 검토한 결과 가장 성과가 좋지 않은 병원의 사망률이나 수술 후 심각한 정도가 가장 성과가 좋은 병원의 그것들보다 거의 2배에 다다랐다. 루프트 Luft, 번커Bunker 그리고 엔토벤Enthoven(1979)의 연구에서는 1975~1975 기간 동안, 1,498개의 병원에서 행해진 12개 수술 항목에 있어서의 사망률이 조사되었는데, 심장이나 혈관 수술과 같은 복잡한 수술의 경우, 연간 수술 횟수가 200회를 넘는 병원에서의 사망률은 이보다 적은 횟수의 수술을 하는 병원에서의 사망률보다 25~41%가 낮은 것으로 밝혀졌다. 결론적으로 사망률이 병원별로 큰 차이를 보이고 있는 것은 면허제도가 의료서비스 품질의 변동성을 줄이지 못하고 있다는 사실을 반영한 것이다. 따라서 위의 증거들을 종합해 볼 때, 면허제도가 있음에도 불구하고 의료기관별로 질적 차이가 크며, 또 의료서비스에 대한 제한 법규가 더 많은 오늘에도 의료서비스 품질은 옛날과 비교해 볼 때 별 차이가 없다는 것이다.

클라이너와 쿠들(Kleiner & Kudrle, 1997)은 미국에서 치과의사 면허가 더 제한적인 주의 치과 서비스의 품질 수준이 덜 제한적인 주의 품질 수준보다 더 높다는 증거는 없고, 가격은 더 높다는 실증결과를 제시하고 있다. 치과의사 면허의 제한성 정도는 첫째, 각 주의 치과의사 면허시험 합격률과, 다른 주의 면허를 조건없이 인정하는지 여부(승인: endorsement)와 자기 주의 면허를 인정하는 주에 한해서 다른 주의 면허를 인정하는지 여부(호혜성: reciprocity)로 측정한다. 즉, 치과의사 면허시험의 합격률이 전국 평균 합격률인 85%보다 낮은 80% 이하이고 호혜적이지 아니거나 타 주의 면허를 승인하지 않는 주는 면허가 매우 제한적인 주로 분류하고, 면허시험 합격률이 80~90%이고 호혜적이거나 또는 타 주의 면허를 인정하는 주는 면허의 제한 정도가 중간적인 주로 분류한다. 또한 면허시험 합격률이 90% 이상이고 호혜적이거나 타 주의 면허를 인정하는 주는 면허의 제한 정도가 낮은 주로 분류하였다. 젊은 공군 병사들을 대상으로 한 실증분석 결과는, 면허의 제한 정도에 따른 치과 서비스 품질에는 아무런 차이가 없고, 면허의 제한 정도가 가장 높은 주의 치과 서비스 가격은 가장 낮은 주에 비해 14~16%가 높으며, 치과의사의 수입은 10% 정도 높은 것으로 나타났다.

제6장

의료산업 환경의 변화

의료산업 환경의 변화

의료인에 대한 면허제도가 사회적 후생에 공헌할 수 있는 여지가 있다 하더라도, 의료서비스 환경변화에 따라 그 공헌도가 낮아질 수 있으므로 그 환경변화를 고찰할 필요가 있을 것이다. 의료인 면허제도가 사회적 후생 증가에 공헌할 수 있다는 논거는 앞에서 살펴본 바와 같이, 의료서비스 시장에는 진입장벽으로 인한 준지대(quasi rent)가 존재하고 면허취소는 곧 이러한 준지대의 박탈을 의미하기 때문에, 의료인의 부정행위나 품질이 낮은 의료서비스 제공에 대한 대가를 크게 하여 그러한 유인을 줄인다는 것이다. 따라서 이러한 준지대는 환자나 의료인의 고용주, 그리고 보험자가 감시, 감독하는 비용을 줄여주는 방편이 될 수 있다는 것이다. 또한 면허 당국은 시장이 규율하지 못하지만 사회적으로는 바람직한 행위규범을 설정하여 이를 집행할 수 있다는 것이다. 그러나 이러한 논거는 의료인 면허취소를 결정하는 위원회 역시 대부분 의료서비스에 대한 전문지식을 가진 의료인으로 구성되기 때문에 같은 의료인으로서 면허취소 결정을 내리기가 쉽지 않다는 점에서 비판을 받고 있다. 즉, 면허를 취소할 수 있는 장치는 사실상 이용되기가 매우 어렵다는 것이다. 또한 의료인에 대한 면허제 대신 인증제를 실시하였을 경우, 인증제가 소비자에게 더 가치있는 정보제공의 기능을 하고, 따라서 인증을 취소당한 의료인이 잃게 되는 소득의 크기가 면허를 박탈당한 의료인이 잃게 되는 소득의 크기보다 크거나 같다면, 굳이 면허제가 더 나은 방법이 될 수 없다는 점에서도 비판을 받고 있다.

여기에서는 의료인 면허제도가 준지대로 인한 긍정적인 역할을 한다는 가설을 받아들인다는 전제하에서, 그러한 효과를 가져올 수 있는 의료산업의 환경이 변화함에 따라 면허제도의 효용이 어떻게 달라지는지 살펴보려고 한다.

1. 의료사고에 대한 책임

의사, 간호원 등의 의료인을 고용하고 있는 의료기관은 이들의 의료사고에 대한 책임이 없고, 의료인 개인의 책임이라면 의료인에 대한 면허제도는 긍정적인 역할을 할 수 있다. 그러나 의료사고에 대한 책임의 일부 또는 전부를 의료인을 고용하고 있는 의료기관이 지게 된다면 의료기관이 의료인을 고용하는 데 있어서 실력수준이나 과거의 성과를 기초자료로 삼아 더욱 신중한 결정을 하게 될 것이다. 따라서 의료인에 대한 준지대에 근거한 면허제도의 유용성이 감소하게 된다. 또한 의료기관은 소비자보다 더 낮은 비용으로 의료인의 성과를 평가할 수 있을 것이므로 사회적 비용을 줄일 수 있다.

현재 입법 예고된 의료분쟁조정법에서 거론되고 있는 가칭 ‘의료배상공제조합’은 1차적으로 의료단체가 운영하고 의료기관에 근무하는 모든 의사, 한의사, 그리고 치과의사가

의무적으로 가입하도록 되어 있다. 현재 입법 예고된 법안에는 의료기관이 납입해야 하는 부담금이 없지만 의료기관도 의료배상공제조합 기금의 일부를 부담한다면 위에서 논의한 바대로 준지대에 근거한 면허의 효과가 줄어드는 반면에 진입장벽을 제거하여 공급을 증대시키는 효과를 가져올 수 있다.

2. 영리목적 의료기관의 설립 증가

전통적으로 의료행위는 이윤을 추구하는 영업행위라기보다는 인술仁術이라고 하여 윤리를 강조해 왔다. 이 점이 바로 의료산업을 시장경제 논리에 입각해서 풀어가야 한다는 주장을 관철하는 데 있어서 부딪히는 어려운 점의 하나이다. 이윤추구의 동기가 높아질 때 의료인에 대한 면허제도가 의료서비스의 품질을 높일 것인가 아니면 낮출 것인가에 대한 예측은 상정하는 가정에 따라 달라진다. 첫째, 이윤추구동기가 없을 때 의료서비스의 품질이 높아진다고 가정한다면, 영리목적 의료기관의 증가는 의료서비스의 품질을 낮출 것이다. 따라서 이 가정하에서는 영리목적 의료기관의 설립증가가 의료인에 대한 면허제도의 사회적 가치를 높이는 효과를 가져올 것이다. 그러나 이윤추구동기가 의료서비스의 품질을 높이는 결과를 가져온다면 영리목적 의료기관의 설립은 의료서비스의 품질을 높이는 결과를 가져올 것이며, 따라서 면허제도의 효과는 감소할 것이다. 더구나 위에서 언급한 바와 같이 의료사고 책임의 일부를 의료인을 고용하고 있는 의료기관이 져야 한다면 면허제도의 소비자후생 효과는 더욱 감소할 것이다.

문제는 어떠한 가정이 더 타당하느냐는 것으로 귀결된다. 즉, 의료인이나 의료기관이 이윤동기를 가질 때와 그렇지 않을 때, 어느 경우에 더 실력향상에 노력하고 또 환자를 더 열심히 돌볼 것인가 하는 문제가 되는데, 이는 인간 행동의 근저를 살펴보면 상당한 정도 분명해진다. 의료인의 의료행위 목적이 비영리적인 것이라면, 이는 곧 온정주의와 박애주의, 그리고 도덕성에 기초하는 것이라고 할 수 있다. 즉, 인술을 베푸는 것이 목적이라고 할 수 있다. 물론 철저히 이러한 기준에 입각하여 의술을 베푸는 의료인도 있을 것이다. 그러나 그 비율은 낮을 것이다. 물론 이에 대한 실증이 뒷받침되어야 하겠지만, 실제로 의료인이라고 하여 특별한 인간도 아니고, 그들 역시 물질적 풍요를 원하는 평범한 인간으로 파악하는 것이 옳을 것이다. 실제로 우수한 고등학교 졸업생들이 예전과 다르게 의과대학을 많이 지망하고 있다는 사실은 의사들의 삶이 다른 직종에 종사하는 사람들의 삶보다 더 운택하다고 인식하기 때문이다. 또한 비영리적 동기는 어느 누구에게나 지속적인 동기를 부여하기가 어렵다. 따라서 의료인의 기본적인 동기는 이윤추구라고 상정하는 데는 별다른 문제가 없을 것이며, 따라서 영리가 목적인 의료기관의 설립 증가는 면허제도의 소비자후생 효과를 감소시킬 것으로 예상할 수 있다.

최근 우리나라 의료기관의 설립추세를 보면 비영리 의료기관보다는 영리추구 의료기관

의 설립이 늘어나고 있다. 특히 대기업 집단에서 운영하는 대형 의료기관이 설립되고 있는 것은 특기할 만하다. 물론 이러한 의료기관의 설립이 대기업 집단이 그동안 축적한 부의 일부를 사회에 환원해야 한다는 여론을 의식한 점도 없지 않을 것이다. 그러나 이러한 의료기관 설립의 기본적인 동기가 기업의 사회환원 차원이라기보다는 이윤이라고 파악한다면 면허제도의 소비자후생 효과는 감소한다고 할 수 있다.

3. 고용의사 수의 증가

최근 의료서비스 시장에 새롭게 진입하는 의료인 중 고용되는 수가 늘고 있다. 즉, 의사들이 자체적인 의료기관을 설립하는 것보다는 의료기관에 고용되는 비중이 점차 늘고 있는 추세이다. 직접 고용이 늘어나면 의료서비스 시장에 새케인지언 경제학이 제시하는 효율성 임금이론(efficiency wage theory)을 적용할 수 있는 기회가 더 많아진다. 효율성 임금이론은 실질임금의 경직성과 비신축성(stickiness)에 관한 미시이론적인 기초를 제시함으로써 비자발적 실업을 설명하고자 하는 시도인데, 이 이론의 핵심은 노동생산성이 실질임금의 증가에 따라 증가한다는 것이다. 이러한 상황에서 기업은 임금단위당 노동생산성이 최대가 될 수 있도록 실질임금을 조정할 것이다. 효율적 임금이란 이처럼 평균 노동생산성이 최대가 되는 임금수준을 말한다. 각 기업들이 노동생산성의 향상을 꾀할 수 있도록 임금을 지급한다면 각 기업들은 다른 기업에서 지급하는 임금보다 더 높은 수준의 임금을 지급하려고 할 것이다. 그래야만 유능한 인력을 확보하고 생산성을 높일 수 있기 때문이다.

이 이론을 의료서비스 시장에 적용하면, 고용주는 고용의사로 하여금 좋은 생산성, 즉 더 좋은 성과를 낼 수 있도록 높은 임금을 지불하기 때문에 독립적인 인센티브를 부여하고자 하는 면허제도의 사회적 가치는 감소한다.

4. 의료인에 대한 자료 접근성 용이

의료인에 대한 정보 체계가 구축되어 의료인 개개인의 정보에 대한 접근이 용이해지면, 의료인은 실력부족이나 과거의 위법행위를 잠재적 고용주나 소비자로부터 감추기가 어려워지기 때문에 면허제도가 제공하는 인센티브와 유사한 인센티브가 제공될 수 있다. 또한 의료인에 대한 자료은행이 생기면 부당의료행위나 범죄행위시 체포될 확률이 높아지기 때문에 부정행위의 가능성은 낮아질 수 있다. 따라서 시장적 처벌이나 형사적 처벌을 높이기 위해 사용되는 면허제도의 유용성은 떨어진다.

최근 컴퓨터 보급의 확대와 인터넷 기술의 발달로 정보의 생산과 유통이 한층 더 쉬워졌

다. 따라서 소비자들의 의료인에 대한 정보제공의 요구가 높아질 것이며, 소비자들이 의료인 개인의 정보에 접근하는 것도 더 용이해 질 것이다. 이렇게 되면, 의료서비스가 종전의 신뢰재(credence good)라는 인식에는 수정이 가해져야 할 것이며, 그에 따라 면허제도의 유용성은 더욱 낮아질 것이다. 그럼에도 불구하고 소비자들은 의료에 대해서는 무지하기 때문에 면허제도가 필요하다고 주장할 수도 있을지 모르나 소비자들의 고유한 방어능력을 신뢰한다면 면허제도의 유용성은 낮아질 것으로 예측할 수 있다.

5. 준지대의 감소

면허제도에 의해 의료인의 증가가 시장이 요구하는 만큼 증가하지 못하고 있는 것은 사실이지만 의과대학의 신.증설과 함께 의료인력의 수도 꾸준히 증가하여 오고 있는 것은 사실이다. <표 7>에서 보는 바와 같이 의료인 1인당 인구는 의사, 치과의사, 한의사가 각각 1970년 2,159명, 15,194명, 9,914명, 1980년 1,690명, 10,531명, 12,645명, 1995년 784명, 3,278명, 5,147명 등으로 꾸준히 감소하고 있다. 이는 곧 의료인 1인당 고객 수가 감소하는 것으로 파악할 수 있고, 따라서 의료인의 수입이 감소하고 있는 것으로 이해할 수 있다. 물론 이 수치는 인구 1인당 질병의 발생 건수와 의료의 특화 분야별 구성이 달라질 수 있기 때문에 단순 통계치에 불과하다는 한계가 있다. 그러나 <표 4>에 나타난 바와 같이 의과대학 지망자가 꾸준히 증가하고 있는 현상은 의료인들이 얻고 있는 준지대가 증가 또는 최소한 감소하고 있지는 않다는 사실을 나타내므로, 현재 의사들이 얻고 있는 준지대가 과거에 비해 감소하고 있는지에 대해 확실한 결론을 내리기는 어렵다.¹¹⁾ 물론 최근 의과대학 지망생의 증가를 명예퇴직 등 사회적 여건 변화의 결과로 해석할 수도 있지만, 이 역시 안정적인 미래 소득과 관련된 경제적 요인으로 해석할 수밖에 없기 때문에 이 자료만으로는 의사들의 준지대가 감소하고 있다고 단정할 수는 없다.

그러나 의료인의 수입이 줄어들고 있다는 현상은 최근 의사들에 대한 서베이 결과에서 잘 드러나고 있다. 국회 보건복지위 소속 정의화 의원(신한국당)이 미디어 리서치에 의뢰한 의사 947명에 대한 여론 조사결과를 보면 응답자 중 57.7%가 ‘의사를 그만둘 생각이 있다’고 답했으며, 이들 10명 중 6명은 그 이유로서 불확실한 장래 전망과 낮은 수입 때문이라고 답하고 있다.¹²⁾

11) 미국의 경우에는 1973~1983 기간 동안 의사의 소득이 감소하다가 1984~1990년 동안에는 증가하였으며, 1991년부터 다시 감소 추세를 보이고 있으며, 의과대학 입학자에 대한 지원자 비율은 시차를 두고 동일한 추세를 보이고 있다. Gaynor, M., "Issues in the Industrial Organization of the Market for Physician Service," NBER working paper No. 4695, 1992를 참조.

또한 Noether(1986)은 1948~82년 기간에 걸쳐 의료산업에 경쟁 정도(degree of competition)가 높아져 의사 수는 6%~20% 증가하였고, 의사 수입은 19%~45%가 감소한 것으로 추정하였다.

12) 동아일보 1996년 10월 17일.

이제 최근 의사들의 수입이 예전보다 상대적으로 감소하고 있다는 사실을 받아들인다면 그 원인을 설명할 필요가 있을 것이다.¹³⁾ 앞서서도 설명한 바와 같이 우리나라의 의료인력당 인구수는 꾸준히 감소하고 있는데, 이는 의료인력의 증가율이 인구증가율을 상회하고 있음을 뜻한다. 이는 다시 이익집단으로서의 기존 의료인들의 영향력이 그만큼 감소하고 있는 것으로 해석할 수 있다. 기존 의료집단의 이익을 보호하기 위해서는 이에 대항하는 세력이 없거나 그 힘이 미약해야 하는데, 최근 잠재적인 진입자 즉, 각 대학이 의과대학을 설립하려는 시장압력이 거세지고 있어, 이들이 기존 집단에 대한 대항 세력으로 성장하고 있는 것으로 설명할 수 있다. 즉, 면허제도는 현재에도 존속하고 있지만, 그로 인한 사회적 비용만 존재할 뿐, 시장압력에 의해 점차 그 효력을 상실해 가고 있는 것으로 해석할 수 있다.

<표 7> 의료인력 1인당 인구

연도	의사	치과의사	한의사
1970	2,159	15,194	9,914
1975	2,100	13,596	12,654
1980	1,690	10,531	12,645
1985	1,379	7,507	10,770
1990	1,007	4,457	7,401
1995	784	3,278	5,147

자료: 한국의 사회지표, 통계청, 1995

13) 이 사항은 본 고에 대한 익명의 심사자의 논평을 수용, 반영한 것임.

제7장

면허제도의 존속 이유

면허제도의 존속 이유

그러면 왜 면허제도가 서구를 중심으로 한 각국에서 계속 존속하고 있는 것인가를 알아볼 필요가 있을 것이다. 이를 알아 보기 위해서 이러한 규제가 거래되는 ‘보호의 시장 market for protection’에서 작용하는 수요와 공급 사정을 살펴보기로 하자.

1. 수요측면

산업이나 기업의 규제에 대한 수요는 그 규제로 인하여 산업이나 기업이 무엇을 얻을 수 있겠는가 하는 질문이 될 것이다. 정부가 자원배분의 ‘강제력coercive power’을 가지고 있지 않다면 규제의 문제는 발생하지 않을 것이다. 그러나 정부는 자원배분에 있어 커다란 힘을 행사할 수 있고, 그것을 뒷받침할 만한 자원도 가지고 있다. 따라서 정부는 가격과 기업의 동의없이 그들의 경제적 의사결정과 자원배분의 변경을 명령할 수 있다. 그러므로 특정 산업은 이윤가능성profitability을 증가시키기 위해서 정부의 권한을 이용하고자 하는 유인을 가질 수 있고, 이것이 곧 규제에 대한 수요로 나타난다.

의료산업의 경우에도 예외가 아니다. 대부분의 의료인들도 경쟁의 압력으로부터 제외되기를 원한다. 이를 위한 일차적인 방법이 카르텔을 형성하는 것이며, 다음으로 정치권에 로비를 함으로써 자원배분의 강제력을 가진 정부를 움직여 면허제도와 같은 보호장치를 만드는 것이다. 그렇게 함으로써 의료인간의 경쟁, 특히 가격경쟁을 최소화한다. 따라서 우리는 의료인, 특히 의사들이 다른 직종과는 달리 어떻게 손쉽게 카르텔을 만들고 또 유지할 수 있는지에 대해 검토해 보아야 할 것이다. 물론 카르텔을 만들고 유지하는 데 소요되는 비용이 그로 인한 이득보다 작기 때문에 카르텔이 생겨나고 또 유지되는 것은 자명하다.¹⁴⁾

(1) 보험시장의 존재

먼저 의료산업이 쉽게 카르텔을 형성할 수 있는 것은 여러 가지의 의료보험이 존재하기 때문이라고 할 수 있다. 다양한 의료보험이 존재하면 환자들에게는 질병에 따라 적절한 가격으로 의료서비스를 제공하는 의사를 찾아갈 유인이 줄어들고, 의사들은 가격을 좀 높여도 찾아오는 환자 수에는 별다른 변화가 없으리라고 생각하게 된다. 따라서 의

14) 소비자들의 무지가 면허제도를 유지시키고 있다는 주장이 있을 수 있다. 그러나 이러한 주장은 앞의 실증연구에서 본 바와 같이 면허제도는 소비자들의 요구에 의하여 도입된 것이 아니고, 의료서비스의 생산자인 의료인들이 정부를 포획한 것이라는 사실을 감안하면 설득력이 없다.

학협회를 중심으로 한 카르텔은 성공적으로 가격경쟁을 막을 수 있다.

(2) 국제적 경쟁의 결여

의료산업은 그 특징상 국제적 경쟁이 약하다. 왜냐하면 환자가 국가의 경계를 이동하여 치료를 받기 위해서는 많은 거래비용이 들기 때문이다. 따라서 의료시장은 다른 산업에 비해 상대적으로 폐쇄적이고, 카르텔은 성공적으로 유지될 수 있다.

(3) 추가적인 도구

위의 사항 외에도 의학협회는 아주 낮은 비용으로 의료시장에의 진입을 막을 수 있는 방법을 가지고 있다. 즉, 의료업무에 관한 위임을 제한함으로써 대형 의료기업의 형성을 막고, 의료산업에의 진입을 의료인 개개인과 처리함으로써 의과대학 입학시부터 효과적으로 통제할 수 있다. 따라서 면허제도는 카르텔을 낮은 비용으로 유지할 수 있는 하나의 수단이 된다.

요약컨대, 위에서 언급한 바와 같이 카르텔의 편익이 비용보다 크기 때문에 카르텔은 쉽게 만들어지고 또 유지되며, 따라서 카르텔의 보호와 유지를 위한 면허제도 등에 대한 수요가 정치권에 강하게 요구된다.

2. 공급측면

정당과 그 대표자는 유권자들의 정치적 목적을 찾아내 충족시켜 줌으로써 그에 대한 대가로 표를 극대화(vote maximization)하여 선거에서 당선되어 직위를 차지하고, 정부 자신이나 정치가 개인의 효용을 극대화(utility maximization)하고자 하는 것이다. 따라서 정부는 이러한 목적 달성을 위한 여러 가지 자원을 필요로 하는데, 이 자원을 바로 면허제도와 같은 규제조치를 판매하여 충당한다.

따라서 의료 관련 '보호의 시장'에서도 공급측면은 정치인들의 행태에 그 초점이 맞추어진다. 앞의 서론에서 밝힌 바와 같이 면허제도는 강한 이해관계를 가진 의료인들이 정치인들을 움직여 획득한 규제이므로, 정치인들은 이들 규제에 어떠한 이해관계를 가지고 있는가를 좀더 구체적으로 분석할 필요가 있을 것이다.

(1) 표의 극대화

정치인들의 일차적인 목표는 선거에서 이기기 위해 표를 많이 획득하는 것이다. 의사들

은 다른 계층에 비해 소득이 높고 지역사회의 여론 주도층으로서 여러 사람들에게 자문을 하는 등의 역할을 수행하므로, 정부는 이들이 원하는 것을 제공해 줌으로써 정치행위에 필요한 자원을 얻어낼 수도 있고, 또 표를 획득하는 데 커다란 도움을 받을 수 있다.

(2) 의료비 지출의 감소

표의 극대화가 카르텔의 형성에 도움이 되는 것이라면, 카르텔이 일단 형성되고 나면 소비자들을 위한 공공 의료비 지출감소는 카르텔을 유지하는 데 도움이 된다. 즉, 의과대학 입학 정원을 제한하여 의료시장에 진입하는 의사수를 제한함으로써 일반인들이 수혜할 수 있는 공공 의료비의 총액을 감소시켜 정치인들은 조세 저항으로부터 벗어날 수 있다. 진입장벽으로 인해 의사들의 밀도가 낮아지기 때문에 환자들은 의사를 보기 위하여 오랜 시간을 기다리거나 의사가 있는 곳으로 이동하는 데 드는 이른바 시간비용을 많이 지불해야 한다. 의료서비스에 대한 수요가 비탄력적이어서 가격이 상승하면 총지출이 증가하나 시간비용의 증가로 환자에게 제공되는 의료서비스 양이 줄어들어 공공지출은 감소할 것으로 예상된다. 환자들에게는 가격상승이 문제가 되지만 정치인들의 관심은 가격보다는 공공 의료비 총액이기 때문에 면허제도로 인한 진입장벽으로 의사수를 제한하는 것은 바람직하게 받아들여진다. 따라서 면허제도의 존속이나 강화를 주장하는 정치인은 의료계로부터 배척받을 이유가 별로 없게 된다.

(3) 낮은 정치인의 비용

면허제도의 도입이나 유지가 의료서비스의 품질을 낮춘다고 하더라도 면허제도를 주장하는 정치인이 표를 잃을 가능성은 별로 없다. 의료서비스의 품질이 낮아져 사망률이 다소 높아지더라도 사람은 죽게 되어 있고 또 매일매일 죽어가고 있는 것으로 인식되기 때문에 기차나 비행기 사고로 대량으로 사람들이 죽는 것과는 사뭇 다른 영향을 나타낸다. 즉, 면허제도로 인한 의료수준의 하락으로 사람들이 죽는 것은 대중들의 눈에 쉽게 띄지 않기 때문에 정치인이 이로 인해 표를 잃을 가능성은 별로 없다.

요약컨대, 카르텔이나 면허제도를 유지함으로써 의료인들과 정치인들이 얻는 이득이 비용보다 크므로 카르텔과 면허제도는 없어지지 않고 계속 존속한다고 할 수 있다. 물론 이로 인한 피해자는 그들의 이해관계를 조직화하여 표출하지 못하는 소비자들이다.

제8장

의료인 면허제도의 개편방안

의료인 면허제도의 개편방안

위에서 검토한 바와 같이 의료인에 대한 면허제도는 그 이득보다는 손실이 더 많다. 그 중에서 가장 명백한 비용은 진입장벽으로 인한 공급제한으로 소비자들의 선택의 자유를 제한함으로써 후생을 감소시킨다는 것이다. 그 대가로 의료서비스의 품질이 향상되는지도 매우 불분명하다. 또한 최근에는 의료산업의 환경변화와 함께 면허제도의 사회적 가치가 감소하고 있다. 따라서 면허제도를 개선할 수 있는 방법의 모색이 있어야 할 것이다. 의료서비스가 의료인에 의해 제공되는 전문 서비스인 것은 사실이지만 엄격한 면허제만이 효과적이며 적절한 해결책은 아니다. 즉, 면허제도가 주로 정보의 비대칭성에 의해 나타나는 시장의 실패를 교정하기 위하여 도입된 것이라고 하지만, 면허제 이외에도 시장의 실패를 완화하는 여러 가지 반응이 시장에서 나타날 수 있다.

1. 면허제도의 폐지 검토

앞에서 살펴본 바와 같이, 소비자는 의료서비스의 품질을 사전적으로 식별할 수 있을 만한 능력을 소유하고 있지 못하고, 의료서비스를 받고 난 후에도 그 품질을 알기 위해서는 많은 비용이 들어가므로 정확하게 알 수 없기 때문에 의료서비스를 공급하는 의료인에 대한 면허제도를 도입한다는 공익설은 대부분의 연구에서 기각되었다. 또한 의료인의 수입이 적정 수준으로 보장되어야 의료인들의 기만행위나 기회주의적인 행동을 막을 수 있고, 품질높은 의료서비스를 제공할 유인을 제공할 수 있다는 가설도 기각되었다. 반면에 면허제도는 의료인들이 자신들의 이익을 위하여 관계 기관을 포획하여 획득한 규제 acquired regulation라는 사익설이 지지되었다. 따라서 의료인에 대한 면허제도는 폐지하고, 그대신 정보의 비대칭성 문제를 크게 완화하는 방법을 모색해야 할 것이다. 따라서 의료법 제2장 제1절 제5조에서 규정하고 있는 의사의 자격과 면허요건을 철폐하고, 제6조와 제7조에서 각각 규정하고 있는 조산사와 간호사의 자격과 면허 조항도 폐지해야 한다. 자격과 면허요건을 폐지하는 대신 자격인증제, 등록제를 검토하고 그리고 정보전달 기구로서의 광고규제를 철폐하며, 의료시장을 완전 개방하는 것이 바람직할 것이다. 물론 국가시험이나 기타 의료인의 능력과 관련된 사항들은 폐지할 필요는 없고, 인증절차를 간소화하여 자신에 대한 정보로 사용하도록 하는 것은 별다른 문제가 없을 것이다.

국무총리 자문기구로 활동하고 있는 의료개혁위원회가 현재 의과대학 졸업 후 단 1회의 국가시험에 합격하면 면허를 허가하던 것을 1차 시험 합격 후 일정 기간의 수련을 거쳐 2차 시험에 합격한 자에게 개업할 수 있는 면허를 허가하는 안을 검토 중이다. 그러나 이는 면허제도의 강화를 의미하는 것이어서 의료산업에의 진입을 억제하여 소비자후생을 감소시킬 것이므로 폐지되어야 할 것이다.

면허제도가 폐지될 경우, 속칭 ‘돌팔이’ 의사 문제가 당장 제기될 것이다. 누구나 병의원을 차려 놓고 의료시술을 한다고 나선다면 사회적 혼란을 야기하지 않겠는가라는 우려일 것이다. 물론 이러한 문제는 면허제도가 폐지되고 난 직후에 발생할 가능성도 있다. 그러나 이러한 우려는 다음의 세 가지 이유로 별다른 문제를 발생시키지 않을 것이다. 첫째, 어떤 개인이든지 자기가 할 수 있는 일이라는 판단이 설 때에만 그 직업에 종사할 것을 결정할 것이다. 따라서 의료시술에 대해 아무런 식견이나 경험이 없는 사람이 구멍가게를 차리듯이 병의원을 개업할 것이라고는 믿어지지 않는다. 둘째, 아래에서 논의하는 바와 같이 의료인에 대한 정보사항을 충실하게 등록하도록 하면, 소비자들은 이러한 정보에 기초, 본인의 질병치료에 대한 비용과 편익을 따져서 합리적 선택을 할 것이므로 돌팔이 의사들이 판을 치는 상황은 전개되지 않을 것이다. 그럼에도 불구하고 설령 존재할 수 있는 돌팔이 의사에게 치료를 받아 잘못된 경우가 생긴다면 그것은 그 사람이 비용과 편익을 따져서 선택한 것이므로, 본인의 자발적 선택에 대한 책임을 스스로 져야 할 문제이다. 셋째, 지금의 면허제도가 정착되지 않았을 때에 의사면허가 없는 사람들이 어깨 너머로 배운 의학 지식으로 실제로 간단한 의료시술에 참여하였으며, 이후 이들은 의사 국가시험을 거쳐 한지限地 의사로 현재도 훌륭하게 활동하고 있다. 또 하나의 예는 현재 단속의 대상이 되고 있는 무면허 치과 보철의사들이 제공하는 틀니나 브리지의 가격은 면허를 가진 치과의사들이 제공하는 것들의 가격보다 훨씬 낮다. 물론 질적 차이는 있을 수 있지만 소비자들은 가격과 품질을 모두 고려하여 선택할 것이므로 사실상 특별한 문제를 야기시키지 않을 것이며, 또 실제로 그로 인한 사회적 문제가 심각하게 발생하고 있지도 않다. 앞에서도 언급하였지만 모든 질병에 대해서 최고의 의료서비스를 제공받아야 한다는 논리는 그 정당성을 확보하기가 어렵다. 따라서 실력 수준이 떨어진 의사라고 하더라도 그들이 의료시장에서 제공할 수 있는 의료서비스의 종류는 많고 소비자들의 건강에 공헌할 수 있는 여지도 많기 때문에 이들을 백안시할 필요는 없다.

(1) 자격인증제(certification)의 검토

자격인증제는 어느 누구나 의료산업에 종사할 수 있도록 하되, 소정의 요건을 충족하는 의료인에 대해서는 그 사실을 인증해 주는 제도이다. 의료산업의 경우에는 전문의제도가 바로 자격인증제이며, 공인회계사 역시 자격인증제의 한 예이다. 위에서 설명한 대로, 면허제가 정보의 비대칭성 때문에 도입된 것이라면 자격인증제는 이 문제를 크게 개선할 수 있다.

자격인증제하에서도 진입이 제한받는 일이 일어날 수는 있다. 그러나 면허제하에서 보다는 훨씬 더 그 강도가 약할 것이다. 만일 자격인증을 받은 사람들이 특별히 인증받은 바를 남용하여 새롭게 인증받을 수 있는 사람들의 진입을 제한하면 인증받은 사람들과 받지 않은 사람들이 제공하는 서비스의 가격 차이가 커질 것이고, 이렇게 되면 인증받지

많은 사람들이 제공하는 서비스에 대한 수요가 커질 것이다. 즉, 인증받은 사람들이 제공하는 서비스에 대한 수요는 탄력적일 것이므로, 그들이 인증제로 인해 취할 수 있는 이득은 상당히 제한될 것이다. 따라서 인증제는 상당한 정도로 독점화를 막을 수 있고, 면허제도가 내 걸고 있는 온정주의도 충족시켜 주는 방법이 된다. 만일 우리가 의사의 질적 수준을 분간하는 데 무지하다는 것이 문제가 된다면, 모든 정보를 의무적으로 공개하도록 하면 된다. 따라서 특정 집단의 소속원이 아닌 사람들이 면허제도를 찬성하는 주장은 모두 인증제에 의해 충족되므로 면허제가 인증제보다 낫다는 논리적 근거를 찾을 수 없다.

요약컨대, 자격인증제는 면허제에 따른 진입장벽을 상당 부분 제거하여 의료산업에서 경쟁을 심화시켜 소비자의 후생 증진을 도모할 수 있다. 누구나 다 의료산업에 종사할 수 있기 때문에 의료시장에는 경쟁의 압력이 상존하여 의료서비스의 품질 향상은 물론 가격 인하도 기대할 수 있다.

1) 인증자격의 정기적 재심사

자격인증제가 효력을 발휘하기 위하여는 이에 대한 정기적인 재심사가 필요하다. 전문의의 수련 및 자격인정 등에 관한 규정은 전문의의 수련과 자격에 대해서 규정하고 있다. 이 규정의 제17조에 의하면 ① 의사 또는 치과의사로서 이 영의 규정에 의한 수련과정을 이수한 자, ② 의사 또는 치과의사로서 보건복지부 장관이 인정하는 외국의 의료기관에서 소정의 인턴 및 레지던트 과정을 이수한 자, ③ 이 영의 제3조 제3항의 규정에 의하여 의사 또는 치과의사로서 보건복지부 장관이 수련을 마친 자로 인정한 자로서 보건복지부 장관이 실시하는 전문의 자격시험에 합격한 자에게 전문의 자격을 인정한다. 또 제18조는 제17조의 규정에 의한 전문의 자격시험에 합격한 자에 대해 전문과목의 종별에 따라 전문의 자격증을 교부하도록 되어 있다.

따라서 전문의제도는 면허제가 아니고 자격인증제이다. 문제는 이 전문의 자격시험에 일단 합격하면 그 유효기간이 무한하다는 데에 있다. 의학의 발전도 다른 학문과 마찬가지로 빠르게 일어나고 있다는 사실을 감안하면 10년 또는 20년 전에 인증받은 자격이 현재에도 유효하다는 것은 의사나 치과의사를 나태하게 만드는 한 요인이 된다. 물론 다른 분야, 예를 들어 공인회계사도 마찬가지일 것이다. 전반적으로 인증자격을 재심사하는 과정이 도입될 필요가 있다. 물론 심사요건은 형식적인 것이 아니라 실제의 기술과 더 밀접한 관련이 있는 것들이어야 할 것이다. 의료분야는 그 발전추세에 기초하여 5년 또는 10년만에 다시 시험을 보게 하는 제도를 도입하여 전문의제도가 추구하는 의료서비스 품질을 향상하고 최소한 후퇴하지 않도록 하는 입법이 필요하다. 현재 국무총리 자문기구로 활동하고 있는 의료개혁위원회도 5~10년 주기의 전문의 자격 재심사제도를 도입할 것을 검토하고 있는데, 이는 고무적인 일이라고 할 것이다.

(2) 등록제registration의 검토

등록제는 어떤 직종에 종사하기 위해서는 일정 부서에 그의 이름과 업종을 등록만 하면 되는 제도이다. 등록은 소비자들을 기만행위로부터 보호할 수 있는 역할을 한다. 정부는 당사자간의 계약 이행을 종용할 수 있고 기만행위는 범법행위로 다룰 수 있는 법 집행력을 가지고 있으므로 정보의 비대칭성으로 인한 기만행위 문제를 상당한 정도 해결할 수 있을 것이다. 더구나 위에서 검토한 자격인증제하에서와 같이 개별 의료인에 대한 모든 정보를 의무적으로 공개, 게시하도록 하면 정보의 비대칭성 문제를 크게 해결할 수 있다. 등록제하에서는 자격인증제하에서보다 의료산업의 경쟁이 더 심화될 것이고, 따라서 소비자후생 증가를 기대할 수 있다.

2. 정보전달 시스템의 구축

(1) 의료인 개개인에 대한 정보시스템의 구축

먼저 면허제를 시행해야 하는 근본적인 이유가 정보의 비대칭성에 있다면, 정보의 비대칭성을 크게 완화할 수 있는 방법을 강구함으로써 면허제도의 폐단을 제거할 수 있을 것이다. 최근 정보의 생산과 유통기술이 현저히 발전하여 개별 의료인에 대한 정보 즉, 학적 배경은 물론, 수련 배경, 그리고 과거의 성과 등에 대한 정보를 값싼 비용으로 획득할 수 있게 되었으며, 또한 그러한 의료인들이 근무하고 있는 개별 의료기관에 대한 정보도 예전보다 훨씬 더 용이하게 접근할 수 있게 되었다. 따라서 정보의 비대칭성 문제가 크게 완화될 수 있는 여건이 마련되었다. 또한 소비자가 단기적으로는 무지하다는 점을 인정하더라도 소비자 전체적으로 보면 의료서비스는 반복 구매되는 상품이기에 때문에, 소비자 자신을 보호하는 가장 강력한 힘은 소비자 자신의 고유한 방어능력이라는 사실이 간과되어서는 안된다. 즉, 소비자들은 의료서비스 품질에 대한 비대칭적 정보나 진찰 및 처치 서비스의 일괄 제공에 따른 남용의 가능성을 인지하여 자신을 스스로 방어할 수 있는 능력이 있다는 사실을 간과해서는 안된다는 것이다. 소비자들이 많은 정보를 얻게 되면 소비자들은 시장에서의 평판reputation에 의거하여 의료인을 선택할 것이고, 의료인들은 평판의 구축과 유지를 위하여 실력향상에 노력하여 이를 신호하려 할 것이며 기만행위도 하지 못할 것이다.

정보시스템의 구축은 각 의료기관에 근무하는 의료인 및 개업의를 총망라하여 자신에 대한 학적 배경 및 수련 배경 그리고 현재까지의 시술 성과 등을 의무적으로 등록하게 하고, 이를 종합적으로 관리 운영하는 부서를 설치하는 방법을 고려할 수 있을 것이다. 그리고 이들 부서가 생산한 정보를 소비자들에게 판매할 수 있는 장치가 마련된다면 민간 정보기업이 이 업무를 효율적으로 수행할 수 있을 것이다. 미국에서 활동하고 있는 건강

관리기구Health Maintenance Organization: HMO같은 기업이 의료인에 대한 정보를 생산 판매한다면 효과적인 정보시스템을 운영하여 소비자들이 정보를 얻고 판단하는 데 들어가는 거래비용을 감소할 수 있고, 또 의료시장을 경쟁적으로 만드는 데 기여할 수 있을 것이다.¹⁵⁾

(2) 의료인 및 의료기관에 대한 광고 규제 철폐

앞에서 본 바와 같이 의료서비스 시장에서 광고가 활성화되면, 의료서비스에 대한 정보는 분명히 더 많아지고, 표준화된 의료서비스의 가격이 낮아지고 공급량도 늘어날 것이 확실하다. 그러나 표준화가 어려운 의료서비스는 가격은 높아지고 양은 줄어드나, 그 대신 품질 수준은 높아질 것으로 예측할 수 있다. 분명한 것은 광고가 허용되지 않을 경우보다 품질 수준이 더 낮아진다고 말할 수 없다.

결론적으로 면허제도는 정보가 없는 소비자를 보호하기 위해서 필요하다는 논거에 기초하고 있으나, 면허제도는 의료인이나 의료기관의 성과에 대한 정보생산을 가로막고, 이는 다시 질적 개선을 가져오는 개선 유인을 저해하는 결과를 가져온다.

따라서 우리나라의 의료법 시행규칙 제33조에서 규정하고 있는 의료광고의 횟수와 게재 매체의 규제를 철폐하고, 의료법 제46조의 “누구든지 특정 의료기관이나 특정 의료인의 기능, 진료방법, 조산방법이나 경력 또는 약효에 관하여 대중광고, 암시적 기재, 사진, 유인물, 방송, 도안 등에 의한 광고를 하지 못한다”의 규정을 철폐하도록 한다. 마지막으로 의료법 제47조의 “학술목적 이외의 목적으로 예방의학적, 임상의학적 연구결과, 기능, 약효, 진료 또는 조산방법 등에 관한 광고를 하지 못한다”는 규정 역시 철폐하는 것이 바람직하다.

3. 의료시장의 개방

앞에서도 언급한 바와 같이 현재까지 의료산업은 다른 산업 분야와는 달리 국제경쟁이 상당한 정도로 차단되어 왔던 분야이다. 국제경쟁의 결여는 의료서비스의 소비량과 가격 측면에서 소비자에게 불리한 결과를 낳는다. 즉, 소비량은 줄고 의료서비스가 가격비탄력적이라면 의사의 수입을 증가시키는 결과를 초래한다. 미국은 의료서비스에 대한 수요 증가로 1965년에 외국인 의사에 대한 이민법을 완화하였으나 1976년에 다시 이민 요건

15) Feldman, Chan, Kralewski, Dowd와 Shapiro(1990)의 연구는 여러 가지 네트워크를 가진 HMO는 가격이 낮은 병원에 입원환자를 집중 입원시킴으로써 의료산업을 경쟁적으로 만드는 데 기여함을 밝히고 있다. 즉, 여러 병원과 연결되어 있는 HMO의 입원환자에 대한 병원 수요의 가격탄력성은 0이 아니다.

을 강화하여 사실상 외국인 의사의 미국내 취업을 어렵게 하였다. 1965년에 외국인 의사에 대한 이민법이 완화(국적별 쿼타에서 반구별 쿼타로 전환)된 이후 1970년 초반까지 미국내 신규 진입 의사의 1/3 이상이 외국인 의사였다.

스보니(Svorny, 1991)는 이 기간 동안(구체적으로는 1966~1971) 외국인 의사의 증가로 인한 소비자후생 증가를 계산한 결과, 소비자는 29억 달러(1967년 기준가격)의 이득을 보았음을 밝히고 있다. 또한 외국인 의사 이민이 1965년 수준으로 제한적이고 의료서비스의 가격이 수요와 공급이 일치하는 수준에서 결정되었다면 이민 기준이 완화되었을 경우보다 의사의 수입은 1971년도에 11% 정도가 더 높았을 것으로 추정하고 있다. 이는 의료시장이 개방되어 국제경쟁이 심화되면 소비자의 이득이 증가할 수 있음을 시사하고 있다.

참 고 문 헌

- 신광식, 김일중, 「법조개혁의 경제적 의미와 과제」, 한국개발연구원 보고서, 1995, 7.
- 신광식, 김일중, 「교육개혁의 과제와 방향: 경제적 접근」, 한국개발연구원 보고서, 1995, 3.
- Benham, Lee, “Licensure and Competition in Medical Markets,” Frech, H. E. eds. *Regulating Doctor’s Fees: Competition, Benefits and Controls under Medicare*, AEI Studies, no. 518, Washington, D.C., AEI Press, pp.75 ~ 90, 1991.
- Feldman, R., H. Chan, J. Kralewski, B. Dowd and J. Shapiro, “Effects of HMOs on the Creation of Competitive Markets for Hospital Services,” *Journal of Health Economics*, vol. 9, pp.207 ~ 221, 1990.
- Friedman, M., *Capitalism and Freedom*, The University of Chicago Press, 1962.
- Friedman, M., *Free to Choose*, Avon Books, 1979.
- Fuchs, V., “The Supply of Surgeons and the Demand for Operations,” *The Journal of Human Resources*, vol. 13, p.35, Supplement 1978.
- Gaynor, M., “Issues in the Industrial Organization of the Market for Physician Service,” *NBER working paper*, No. 4695, 1992.
- Gerdtham, U., J. SØgaard, F. Andersson and B. Jönsson, “An Econometric Analysis of Health Care Expenditure : A Cross-section Study of the OECD Countries,” *Journal of Health Economics*, vol. 11, 1992, pp.63 ~ 84.
- Haas-Wilson, D., “Strategic Regulatory Entry Deterrence : An Empirical Test in the Ophthalmic Market,” *Journal of Health Economics*, vol. 8, pp.339 ~ 52, 1989.
- Hitiris, T. and Posnett, J., “The Determinants and Effects of Health Expenditure in Developed Countries,” *Journal of Health Economics*, vol. 12, no. 2, pp.173 ~ 181, August 1992.
- Kleiner M. M. and R. T. Kudrle, “Does Regulation Improve Outputs and Increase Prices? : The Case of Dentistry,” *NBER working paper*, No. 5869, 1997.
- Luft, H., J. Bunker and A. Enthoven, “Should Operations Be Regionalized?” *New England Journal of Medicine*, vol. 301, no. 25, December 1997, p.1364
- Noether, Monica, “The Growing Supply of Physicians : Has the Market Become More Competitive?,” *Journal of Labor Economics*, vol. 4, no. 4, pp.503 ~ 537, 1986.
- Newhouse, J., “Medical Care Expenditure : A Cross-National Survey,” *Journal*

- of Human Resources*, vol. 12, pp.115 ~ 125, 1977.
- Paul, Chris, "Physician Licensure Legislation and the Quality of Medical Care," *Atlantic Economic Journal*, vol. 12, no. 4, pp.18 ~ 30, December 1984.
- Rizzo, John A. and Richard J. Zeckhauser, "Advertising and Entry : The Case of Physician Services," *Journal of Political Economy*, pp.476 ~ 500, June 1990.
- Rizzo, John A. and Richard J. Zeckhauser, "Advertising and the Price, Quantity, and Quality of Primary Care Physician Services," *Journal of Human Resources*, pp.381 ~ 421, Summer 1992.
- Sorkin, Alan L., *Health Economics : An Introduction*, Lexington Books, 유승흠 옮김: 의료경제학, 기린총서 42, 1984.
- Sloan, F. and R. Feldman, "Monopolistic Elements in the Market for Physicians' Services," in Warren Greenberg(Ed.), *Competition in the Health Care Sector : Past, Present, and future, Proceedings of a conference sponsored by the Federal Trade Commission*, pp.57 ~ 131, March 1978.
- Stigler, G. J., "The Theory of Economic Regulation," *Bell Journal of Economics and Management Science*, Spring 1971.
- Stigler, G. J., *The Citizens and the State: Essays on Economic Regulation*, The University of Chicago Press.
- Svorny, Shirley V., "Physician Licensure : A New Approach to Examining the Role of Professional Interests," *Economic Inquiry*, vol. 25, no. 3, pp.497 ~ 509, July 1987.
- Svorny, Shirley V., "Consumer Gains from Physician Immigration to the United States : 1966 ~ 1971," *Applied Economics*, vol. 23, pp.331 ~ 337, 1991.
- White, William D., "The Introduction of Professional Regulation and Labor Market Conditions : Occupational Licensure of Registered Nurses," *Policy Sciences*, vol. 20, no. 1, pp.27 ~ 51, April 1987.
- Zweifel, Peter, "Licensure and Competition in Medical Markets : Commentary: Protecting the Medical Profession," Frech, H. E. eds. *Regulating Doctor's Fees: Competition, Benefits and Controls under Medicare*, AEI Studies, no. 518, Washington, D.C., AEI Press, pp.91 ~ 96, 1991.

Critiques and Suggestions on the Medical Licensure

Young-Yong Kim

This study investigates the effect of medical licensure on consumer's welfare with which to explore a way of remodeling the medical industry.

Supporters of the public interest theory of medical licensure emphasize the informational asymmetry in the market for medical services. According to the theory, licensing arrangement is rationalized on the grounds that medical service is too complex for consumers to make a wise choice, that patients depend upon the providers for information and are vulnerable to opportunistic behavior of providers. Therefore, it is claimed that the licensing arrangement should be introduced to protect the consumers. On the other hand, the capture theory argues that licensing legislation is the result of organized physicians employing the political system for limiting entry and the concomitant increasing of returns to incumbent medical practitioners. Most of empirical literature on the effect of licensing legislation on consumer welfare tends to support the capture theory.

Another issue on the medical licensure is whether its introduction improves the quality of medical service. The U.S. experience provides an evidence that it has not reduced the infant mortality rate, which in turn implies that the quality improvement has not been made by the introduction of licensure. The similar empirical results are also found in Korea. The empirical analysis of firming up the qualification for medical license exam after 1962 shows that it has not reduced the infant mortality rate, which confirms that the capture theory is supported in Korea.

Pro-licensure literature claims that the licensing arrangement provides physicians with high ethical standards, which is assumed to be sufficient for adequate quality control. It is argued, however, that high ethical standards do not provide useful guideline in deciding what and how to do because goods and time are not free even to physicians with high ethical standards. They have been trained to provide medical services. A second method of quality control often proposed is careful selection and intensive training of

practitioners. But it is argued that a simple scholastic achievement test is likely to lose a lot of information that a potential student may have for being a good physician. It is also argued that the elaborate and extensive admissions process to medical school provides little training in techniques that would permit practitioners to evaluate systematically their own and others' performance. It simply plays a role as an entry barrier to the market for medical services. In addition, license revocation is often assumed to be a principal mechanism for monitoring licensed practitioners. But the board has little incentive to carry out its tasks since it consists mainly of licensed physicians.

Next, I review recent changes in health care markets to identify their effect on the contribution of physician licensure to social welfare. First, if one places faith in residual claimant interests to enhance service quality, recent trend of establishing pro-profit hospitals increase the protection offered to patients and reduce the marginal contribution of licensure to social welfare. Second, Another change in the market for medical services is an increased employment of newly licensed physicians by hospitals. As a growing percentage of physicians become salaried employees, the opportunity to use efficiency-wage-type arrangements increases. Thus, the social value of independent incentive-producing arrangements, such as professional licensure, declines. Third, recent development of technology in collecting and processing information regarding licensed physicians makes it easier for consumers to evaluate the past performance of the physicians. An inability to hide past transgressions provides performance incentives similar to those generated by licensure. As a result, the social value of licensing arrangements to augment market and criminal penalties declines. Finally, it is claimed that the quasi rents, which are a key component of licensing arrangements, provide incentives for physician performance. However, a number of factors appear to be at work in reducing physician earnings, therefore, their quasi rents. A decrease in physician earnings points to a reduction in the incentives generated by existing licensing arrangements.

Then a question naturally arises why the licensure system is so widespread even in the most market-oriented economies if licensing arrangement does not contribute to its prime stated objective. The answer to this question is related to the theory of market for protection. First, granting protection to the

medical profession seems to be rather attractive from a politician's vantage point, which implies that the protection contributes to the vote maximization of the politicians. In addition, the weakness of international competition in the domain of medical care is another reason.

In sum, the licensing arrangement is captured to protect physician's interests at the expense of consumers' welfare. Therefore, I first suggest that the physician licensure should be eliminated. Instead, informational asymmetry problem can be resolved by introducing a system of certification and/or registration. Second, current regulation on physician advertising should be eliminated because its benefits exceed costs. It raises the quality and lowers the price for the standardized medical goods and services while it increases both the quality and price for non-standardized goods and services. In short, physician advertising improves the quality of medical services. Finally, the market for medical services must be wide open to international competition to increase consumers' welfare.

의료면허제 비판과 대안

1997년 11월 30일 1판 1쇄 발행

2020년 4월 23일 1판 2쇄 발행

저자_김영용

발행자_최승노

발행처_자유기업원

주소_서울특별시 영등포구 국회대로62길 9

전화_02-3774-5000

팩스_0502-797-5058

비매품