

# 의료서비스 산업의 쟁점과 정책방향

윤희숙(한국개발연구원)

권용진(서울의대 의료정책연구소)

## < 목 차 >

|   |    |
|---|----|
| 1. 서론 .....                               | 1  |
| 2. 의료 서비스에 관한 보편적 정서와 정책적 개입에 대한 기대 ..... | 2  |
| 3. 의료산업화와 의료공공성 .....                     | 4  |
| 4. 의료서비스 산업화 논의의 경과 .....                 | 6  |
| 5. 산업화 내용과 의료시스템과의 연관 .....               | 9  |
| 가. 차세대 성장동력으로서의 의료서비스 관련 정책 .....         | 9  |
| 나. 다양한 의료서비스 수요를 만족시킬 수 있는 시장 창출 .....    | 12 |
| 6. 주요 제도 개선안과 관련한 논의 .....                | 14 |
| 가. 주요 제도 개선 대상 .....                      | 14 |
| 1) 영리법인 허용 .....                          | 14 |
| 2) 요양기관계약제 .....                          | 17 |
| 3) 민간보험 활성화 .....                         | 18 |
| 나. 규제완화 관련 기존 논의의 평가 .....                | 19 |
| 1) 불평등 심화 주장과 관련한 평가 .....                | 19 |
| 2) 건강보험에 미칠 영향에 관한 논의 .....               | 20 |
| 다. 규제완화를 위한 보완점: 필수와 선택의 영역 분리 .....      | 21 |
| 라. 가격체계 조정과 국민 부담 .....                   | 27 |
| 7. 의료시스템과의 연관정도를 고려한 산업화 논의의 평가와 결론 ..... | 31 |

## 1. 서론

의료서비스 산업과 관련한 정책은 산업정책과 사회정책이 맞부딪치는 영역이다. 대부분의 국민이 의료서비스를 큰 부담 없이 이용할 수 있게 하는 것이 사회정책적 목표인 반면, 산업정책적 측면은 부가가치와 일자리 창출을 목표로 한다. 사회정책면에서 의료서비스에 대한 지출을 낮은 수준에 묶어놓을 필요성 때문에 이 두가지 목표는 본질적으로 상충되는 측면을 가지게 되며, 이는 참여 정부 초기부터 의료산업화의 논의가 활발하게 제기되었으나, 가시적인 성과를 찾기 어려운 이유이다. 더구나 대통령이 산업발전의지를 강력히 천명했음에도 불구하고<sup>1)</sup> 시민단체와 사회운동세력의 조직적 반대로 정책이 추진되지 못했다는 점은 이를 둘러싼 사회적 갈등의 첨예함을 나타낸다고 하겠다. 그러나 사회정책적인 측면과 산업정책적 측면 모두 국민들의 후생 증진을 위해 중요성이 인정되는 정책인 만큼, 의료산업화가 가져올 긍정적이고 부정적 영향 모두를 냉정하게 평가하고 비교해야 할 것이다.

그런데 산업화 논의가 교착상태에 머무르고 있는 다른 이유도 지적될 필요가 있다. 의료산업화를 주장하는 정부관계자나 학자들이 반대론자들의 우려에 별다른 입장을 표시하지 않아 왔다는 점이 그것이다. 어떤 이유에서든 의료산업화의 부정적 효과를 강조하는 입장이 하나의 축을 형성하고 있는 상황에서 산업화를 주장하는 논자들이 산업화의 장점만을 반복해서 주장해왔기 때문에 결국 현재까지 이와 관련한 대립은 평행선을 달려왔다고 할 수 있다. 또한 이러한 논의 형태로 인해, 산업화의 영향이 어느 정도로 부정적일지에 대한 검토 없이 부정적인 효과에 대한 주장이 기정사실처럼 굳어진 것이 사실이다.

분명한 것은, 의료시스템에 미치게 될 영향을 고려하지 않고 산업화의 혜택만을 주장하거나 반대로 우려만을 강조하는 것이 논의의 진전을 위해 큰 의미를 갖지 못할 것이라는 점이다. 정작 필요한 것은 산업화 방향에 따라 사회보장정책으로서의 의료시스템에 어떠한 영향이 미칠 것인지를 종합적인 견지에서 예측하는 것이다. 만약 산업화가 기존의 의료시스템이 구현하는 사회정책적 가치에 부정적인 영향을 미치고, 이것이 긍정적 효과보다 크다고 판단되는 경우, 산업화의 목표 자체가 폐기되거나 목표의 수위나 방향이 조정되어야 할 것이다. 이는 여타 부문에서 산업발전이란 목표가 당연한 정당성과 지지를 획득하는 것과 달

---

1) 노무현대통령은 “공익적 부분은 공익적으로 풀어나가더라도, 산업적 부분은 산업적으로 풀어나가는 이원적인 접근이 필요 …… 서비스 산업 육성을 과감히 추진할 것”(2004년 12월 경제민생점검회의)이라 밝힌 후, 2005년 2월 취임 2주년 국정연설에서는 “우수 인재가 의대로 몰린다고 한탄할 것이 아니라 의료산업을 국가 전략산업으로 삼고 돈이 들어오게 하고 일자리를 만들어내야 한다.” “고급수요를 충족시키는 서비스 산업의 경쟁력을 강화해 의료비의 해외 유출을 막을 것”이라며 의료산업 육성의 의지를 밝힌 바 있다.

리, 의료서비스 산업의 경우에는 목표 자체의 정당성이 당위적으로 전제되지 않는다는 것을 의미한다. 산업화를 추진해야하는지, 추진한다면 어떤 방식을 사용할 것인지는 산업화의 내용에 따른 편익과 비용을 따져본 연후에 결정할 수 있을 것이다. 특히 의료산업화 방안의 핵심이 공적의료부문을 유지하기 위해 부과된 규제를 완화하는 것이라는 점을 고려하면, 종합적인 고려의 필요성은 더욱 증가한다.

또한 산업화와 관련한 다양한 제도 개선안과 재정사업이 계획되어 있음에도 불구하고, 이러한 방안들이 무엇을 지향하고 있는지가 분명하지 않았던 것도 사실이다. 이 글은 이러한 인식을 바탕으로, 현재 제시되고 있는 산업화 방안을 국내 의료시스템에 미칠 영향과 문제점을 기준으로 구분한 후, 각각의 경우에 발생할 기대효과와 비용이 어떤 형태일지를 예측하는 것을 목표로 한다. 그런 연후에 현단계에서 큰 마찰 없이 추구할 수 있는 산업화와, 의료시스템 변화와 병행되어야 하는 산업화를 구분하려 시도하였으며, 이를 위해 국내의 대표적인 의료기관의 재정 자료를 상세히 참조하였다. 기존의 논의를 정리하고 분석한 결과, 의료서비스 산업화에 대한 대부분의 우려는 실체가 모호하여 산업화를 위해 지불해야 할 비용이 크다고 판단하기는 어렵다고 판단된다. 그러나 산업화 추진 전략은 보다 정조준되어야 하며, 경제적 약자를 보호하기 위한 보완책이 제도에 내장될 필요가 크다.

## 2. 의료 서비스에 관한 보편적 정서와 정책적 개입에 대한 기대

의료서비스는 정보의 비대칭성, 외부성 등의 특성이 부분적으로 나타나기 때문에 시장 기능에 완전히 맡겨지기 어려운 부분이라 인식된다. 그러나 의료에 관한 한, 재화로서의 특성에 관한 경제학적 논의가 직접적인 정책으로 연결되는 정도는 상당히 약하다. 오히려 사회정책적 측면에서는 의료부문의 형평에 관한 논의가 중요한 비중을 차지하고 있는데, 이는 매우 가치게재적인 영역으로서 정의와 형평에 관한 오랜 논쟁과 연관된다. 특히 의료외적 요소가 고려되는 방식에는 형평에 관한 전통적 논의구도인 자유주의자(Libertarians)와 평등주의자(Egalitarian)간의 입장 차이가 그대로 재현된다. 즉, 평등주의적 입장은 소득이나 자산 등의 의료외적 요소에 의해 의료이용이 영향을 받는 것에 거부감을 갖고 있으며, 필요에 의한 분배를 지지한다.

이에 반해 자유주의적 견해는 의료서비스 역시 사회의 보상 시스템(reward system)의 일부이기 때문에 개인의 능력(merit)이 반영되는 것이 자연스럽다는 입장이다. 즉 부담하려는 의사와 능력에 따라 서비스가 배분되어야 하기에 국가의 개입은 최소 수준이어야 하며 단지 빈곤층에게 일정수준을 보장하는 것에 한

정되어야 한다는 입장이다. 따라서 취약계층에게 제공되는 서비스의 질을 향상시키는 것과 개인이 원하는 의료서비스를 얼마나 자유롭게 구매할 수 있는가가 주요한 평가기준이 된다(Maynard & Williams, 1984). 그러나 대부분의 나라에서 실제로 의료시스템이 운용되는 방식은 이러한 양극단의 원칙들이 혼합된 중간적 형태이며, 어느 정도 의료의 평등이 보장되어야 한다는 보편적 정서에 기반하고 있다.

그런데 일반적인 재분배정책이 저소득층의 소득수준을 향상시키는 것을 강조하는 것과 달리, 의료부문만을 따로 구분하여 형평 여부를 중요시하는 것은 의료의 형평과 관련한 논의에서 나타나는 특징이다. 예를 들어 동일한 소득을 가진 A와 B가 의료서비스 사용에 대한 태도가 매우 다를 경우, 분배적 형평이라는 관점에서는 이들의 의료사용에서 나타나는 차이에 관심을 가질 이유가 크지 않다. 이는 이들의 구매력, 즉 경제적 능력에서 형평성이 구현되고 있다면, 그 경제적 능력을 어디에 사용할지는 개인의 취향이나 선호에 따라 선택할 문제라고 전제한 결과이다. 예를 들어 식비를 아껴서 책을 사보는 사람이 책값을 아껴 식비를 많이 지출하는 사람보다 불리한 위치에 있다고 판단하기는 어렵다는 것이다.

그러나 의료부문의 형평 논의에서는 의료서비스가 얼마나 균등하게 이용되고 있는지 자체가 형평에 관련한 판단이나 정책적 개입을 주장하는 근거가 되기도 한다. 예를 들어 저소득층이 부유층에 비해 의료이용이 적다면, 이들의 소득 차이에 앞서 이것 자체가 논자에 따라 중요한 사회문제로 취급된다. 이는 의료서비스와 함께 다른 여러 재화들도 함께 고려한 결과로 형평성을 판단하는 것이 아니라, 의료서비스 이용만을 구분하여 볼 필요가 있다는 전제에 기반하고 있다. 다시 말해서 다른 재화들에 대한 소비보다 의료서비스의 사용이라는 특정 재화의 소비는 월등히 더 평등지향적이어야 한다는 정서라 할 수 있다.

이는 일반적 경제원칙에 위배되는 것처럼 보이나, 의료서비스에 대한 특수한 분배적 판단과 그 바탕이 되는 정서적 측면이 의료정책에 있어 정치적인 설득력을 갖는 현상에 대해서는 설명하려는 시도들이 경제학 내부에서도 있어 왔다. 우선 Tobin(1970)은 공공선택이론적 관점에서 이 분야에 특수한 평등주의(specific egalitarianism)가 관철된다는 관찰을 제시했다. 이는 특정 재화는 지불능력, 즉 경제력의 분포보다 더 평등하게 분배되어야 한다는 정서가 일반적으로 존재한다는 것을 의미한다. 즉, 다른 많은 분야의 불평등에 대해서 용인할 수 있는 정도가 상당히 높다고 하더라도, 특정 분야에 있어서의 불평등에 관해서는 이를 용인하는 정도가 특히 낮을 수 있다는 것이다. 따라서 이 부문의 조건을 개선시키는 것에 사회전체 구성원의 동의나 강조점이 두어지게 된다.

예를 들어 교육과 의료의 경우 효율적인 인적자원의 분배와 미래의 경제적 능력을 향상시키기 위해 경제의 여타 측면과는 다른 특수한 분배가 필요하다는

것이 보편적으로 인정된다. 따라서 이로 인해 만약 부유한 사람이 가난한 사람의 의료조건의 가치를 높게 평가한다면, 가난한 이들에게 현금을 이전하는 것은 못마땅해 하더라도 직접적으로 의료에 투입되는 것을 위해 도울 용의는 있다는 것이다. 다시 말해서 재분배의 문제가 특정재화와 굳이 연동될 이유는 없지만, 정부의 선호를 관철시키기 쉽고, 정치적 지지를 얻어내는 것 또한 용이하기 때문에 여타 분야보다 더 불평등을 제한하는 방식(limiting the domain of inequality)으로 정책방향이 세워지게 된다.

다음으로는 ‘가부장적 온정주의’(paternalism)를 들 수 있다. 소비자는 스스로의 효용함수에 대해 정확히 판단하기 어렵거나, 불안전정보 상태에 있기 쉬우므로 소비자의 의지와 상관없이 정부가 일정한 소비를 정책적으로 강제하는 것이 옳바르다는 관점이다. 즉, 개인이 스스로에 대해 알고 있는 것보다 정부가 더 현명한 선택을 할 수 있으며, 이 경우 의료부문에서는 정부가 상당 정도로 개입하게 된다는 것이다.

마지막으로는 소비외부성을 들 수 있다. 여기서 소비외부성이란 아픈 타인을 접하는 것을 싫어하거나 가엽게 여기는 이타주의, 전염의 가능성 등이 개인의 효용함수에 포함되기 때문에 정책적으로 전반적인 의료수준을 보장하는 것이 전체의 효용을 증가시킬 수 있다는 것이다(Besley and Gouveia, 1994).

이러한 논의는 결국 의료서비스의 이용이 일종의 가치재(merit goods)적인 성격(Musgrave, 1959)을 가지며 정부가 개입하여 일정수준의 소비를 경제적 약자에게도 보장해야 한다는 원칙으로 귀결되며, 이 원칙은 흔히 ‘의료공공성’이라 표현된다.<sup>2)</sup>

### 3. 의료산업화와 의료공공성

의료서비스 산업의 발전을 위한 논의는 그 자체의 독자적 영역에서만 이루어질 수 없다는 특징을 갖는다. 이는 의료시스템과 관련하여 가장 높은 우선순위가 부여되는 ‘의료공공성’의 목표와 ‘의료산업화’ 목표가 얽혀 있는 방식 때문이다.

경제학적 관점에서 이들이 얽혀 있는 중심은 국민의료비, 즉 의료서비스를 위해 경제구성원이 지불하는 자원의 규모인데, 이는 곧 공급자 입장에서의 매출

---

2) 의료공공성은 입장에 따라 다양한 의미로 통용되며 상당한 역사성을 갖는데, 참여정부는 의료서비스를 정부가 직접 공급하는 것과 유사한 의미로 사용해왔다(보건복지부 2004). 그러나 구매와 공급의 분리(purchaser-provider split)가 재정 일반의 원칙으로 통용되고 있기 때문에(Shleifer 1998), 공공성을 서비스 공급 주체와 연계시키는 것은 우리나라의 의료부문 일부 학자들에게서 특징적으로 나타나는 주장이라 할 수 있다, 여기서는 접근성의 보장, 즉, 공적재원조달시스템의 작동과 유지를 의료공공성이라 지칭하였다.

규모이다. 의료공공성의 목표란 '국민에게 일정 수준의 의료서비스에 대한 접근성을 보장'하는 것인데, 대부분의 국가는 공적인 자금으로 의료를 보장하고 있기 때문에 이를 지속하기 위해서는 국민의료비를 억제할 필요가 있다. 반면, 산업발전은 통상 부가가치를 최대한 증대시키려는 개별적 노력이 종합된 결과이다. 따라서 산업화의 정책은 통상 산업규모 확대를 목표로 하게 되는데, 공보험의 재정안정이 주된 정책목표일 경우, 의료서비스는 저렴한 비용으로 보다 많은 사람에게 서비스를 제공하는 것을 목표로 하게 된다. 공적의료보장시스템의 유지비용이 전체 경제의 부담이 되고 있는 유럽국가에서 의료산업화의 논의가 적극적으로 발전되지 않은 것 역시 같은 이유에서이다. 결국 의료공공성, 즉, 공적시스템의 유지와 의료산업화는 적어도 개념적으로는 동시에 추구하기 어려운 목표라 할 수 있다.

이 두가지 목표를 동시에 추구하기 위한 방안으로 제기되어 온 것은 영역의 분리이다. 즉, 국민의료비 전체를 억제하려 노력하지 말고 공적인 책임과 사적인 책임의 영역을 구분하자는 것이다. 이 중 공적인 책임 영역은 건강보험 급여 등 공적 시스템을 통해 자금이 투입되기 때문에 다양한 규제와 통제 하에 놓일 수밖에 없으나, 개인의 선택으로 구매되는 서비스 영역은 시장의 논리가 작동하여 산업화가 진전될 수 있도록 해야 한다는 것이다. 첨단고급의료와 선택적 의료, 의료외적 서비스(amenity service) 등이 그것이다. 이 경우 정책적인 억제 목표는 국민의료비가 아니라 건강보험 급여 규모가 될 것이다.

그런데 문제는 현재의 건강보험 급여부문이 필수적인 의료를 모두 포괄하지 못하고 있다는 것이 일반적인 인식이라는 점이다. 보장성 강화로 표현되는 정책목표가 우선순위를 차지하고 있는 것은 그런 이유이다. 더구나 건강보험 급여영역을 어떤 방식으로 확대해가야 하는지, 즉, 구체적으로 어디까지가 필수의 영역이고, 어디서부터가 선택의 영역으로 구분되어야 하는지에 대해 연구결과가 누적되거나 정책적인 논의나 합의가 이루어지지 못하고 있다.

이러한 상황은 산업화의 방향을 확정하는 데 어려움을 가중시키고 있다. 의료산업화를 위해 경쟁과 효율의 원칙으로 작동되어야 할 영역을 구분하는 것 자체가 어려우므로 공적시스템과 어떤 관계를 설정할 지 역시 결정할 수 없기 때문이다. 또한 산업화 방식에 따라 공적시스템과 마찰이 빚어지는 지점과 마찰의 정도가 달라지기 때문에, 이를 파악하기 위해서는 의료서비스 산업화의 다양한 방식들이 가져올 영향을 각기 살펴볼 필요가 있다.

#### 4. 의료서비스 산업화 논의의 경과

‘저렴한 비용으로 일정 수준의 의료서비스를 모든 국민이 이용할 수 있는 지’라는 전통적인 기준에서만 본다면, 우리나라의 의료시스템은 상당히 우수한 성과를 보이고 있다. 강력한 가격통제(의료수가)를 통해 OECD 국가 중 가장 낮은 GDP 대비 의료비 비중을 유지하고 있는 반면, 대부분의 국민에게 접근성이 보장되어 있고, 기술이나 서비스의 수준 역시 상당히 우수한 수준이라 평가되고 있다. 물론 강력한 가격통제수단을 사용한 만큼, 공급자 입장에서 불만이 쌓이고 다양한 수준의 수요가 만족되지 못하는 것은 예측가능한 일일 것이나, 지속될 수 있는지의 문제를 차치한다면 적어도 평균적 소비자 입장에서는 비용 대비 효과가 큰 시스템을 누려왔다고 할 수 있다.

<표 1>은 의료시스템의 성과와 비용에 대한 대략적인 변수들을 OECD 국가 대상으로 비교한 결과인데, 2005년 현재 우리나라의 GDP 대비 국민의료비 비중은 6.0%로 미국 15.3%, 영국 8.3%, 프랑스 11.7%, 독일 10.7%, 일본 8.0% 등에 비해 크게 낮은 수준이다. 반면 건강을 나타내는 지표에서는 OECD 평균 수준에, 의료설비나 투자, 이용에 관한 지표에서는 이미 OECD 평균보다 상당히 높은 수준에 이르렀다고 판단할 수 있다. 이 중 건강상태에 관해서는 의료시스템이 영향을 미치는 정도가 매우 제약적이기 때문에 건강상태로 미루어 우리나라 의료시스템의 성과가 좋다고 판단하기는 어려우며, 부분적인 연관만이 인정될 수 있을 것이다. 그러나 의료이용량이 상당한 수준임을 고려한다면, 시스템 유지에 투입되는 재원의 규모는 낮은 수준이라 할 수 있다.

<표 1> OECD 국가의 주요 의료 통계

|       | GDP대비<br>총의료비<br>(%) | 총의료비<br>대비공적<br>지출(%) | 공적보험<br>보장인구<br>(%) | 출생시<br>기대여명 | 유아사망<br>(/천명) | 병상수<br>(/천명) | 급성<br>병상수<br>(/천명) | MRI<br>보유수<br>(/백만명) | 의사<br>진찰횟수<br>(/명) | 평균<br>입원일수 |
|-------|----------------------|-----------------------|---------------------|-------------|---------------|--------------|--------------------|----------------------|--------------------|------------|
| 호주    | 9.5*                 | 67.5*                 | 100                 | 80.9        | 5             | 4*           | 3.6*               | 4.2                  | 6.1                | 17.3*      |
| 오스트리아 | 10.2                 | 75.7                  | 98                  | 79.5        | 4.2           | 7.7          | 6.1                | 16.3                 | 6.7*               | 6.8        |
| 벨기에   | 10.3                 | 72.3                  | 99                  | 78.7        | 3.7           | 7.4          | 4.4                | 6.6                  | 7.5                |            |
| 캐나다   | 9.8                  | 70.3                  | 100                 | 80.2*       | 5.3*          | 3.4*         | 2.9*               | 5.5                  | 6*                 |            |
| 체코    | 7.2                  | 88.6                  | 100                 | 76          | 3.4           | 8.5          | 5.7                | 3.1                  | 13.2               | 10.6       |
| 덴마크   | 9.1                  | 84.1                  | 100                 | 77.9        | 4.4           | 3.8*         | 3.1*               | 10.2*                | 7.5*               | 5.4        |
| 핀란드   | 7.5                  | 77.8                  | 100                 | 78.9        | 3             | 7            | 2.9                | 14.7                 | 4.3                | 9.9        |
| 프랑스   | 11.1                 | 79.8                  | 99.9                | 80.3        | 3.6           | 7.5          | 3.7                | 4.7                  | 6.6*               | 13.4       |
| 독일    | 10.7                 | 76.9                  | 89.6                | 79          | 3.9           | 8.5          | 6.4                | 7.1                  | 7*                 | 10.2       |
| 그리스   | 10.1                 | 42.8                  | 100*                | 79.3        | 3.8           | 4.7*         | 3.8*               | 13.2                 |                    |            |
| 헝가리   | 8.1*                 | 70.5*                 | 100                 | 72.8        | 6.2           | 7.9          | 5.5                | 2.6                  | 12.6               | 8.1        |
| 아이슬란드 | 9.5                  | 82.5                  | 100                 | 81.2        | 2.3           |              |                    | 20.3                 | 6.5                |            |
| 아일랜드  | 7.5                  | 78                    | 100*                | 79.5        | 4             | 5.6          | 2.8                |                      |                    | 7.6        |
| 이탈리아  | 8.9                  | 76.6                  | 100                 | 80.4        | 4.7           | 4            | 3.3                | 15                   | 7                  | 7.7*       |
| 일본    | 8*                   | 81.7*                 | 100*                | 82.1        | 2.8           | 14.1         | 8.2                | 40.1                 | 13.8*              | 35.7       |
| 한국    | 6                    | 53                    | 100                 | 78.5        | 5.3*          | 7.9          | 6.5                | 12.1                 | 11.8               | 13.5*      |
| 룩셈부르크 | 7.9                  | 90.7                  | 99.7*               | 79.3        | 2.6           | 6.1          | 5.2                | 11                   | 6.1                |            |
| 멕시코   | 6.4                  | 45.5                  | 50.4                | 75.5        | 18.8          | 1.7          | 1                  | 1.3                  | 2.5*               | 4          |
| 네덜란드  | 9.2*                 | 62.5*                 | 62.1                | 79.4        | 4.9           | 5.1*         | 3.1                | 5.6                  | 5.4                | 12.5*      |
| 뉴질랜드  | 9                    | 77.4                  | 100                 | 79.6        | 5.1           |              |                    | 3.7*                 | 3.2*               | 6.9*       |
| 노르웨이  | 9.1                  | 83.6                  | 100                 | 80.1        | 3.1           | 3.6          | 3                  |                      |                    | 8          |
| 폴란드   | 6.2                  | 69.3                  | 97.3                | 75.1        | 6.4           | 6.5          | 4.7                | 2                    | 6.3                | 7.7        |
| 포르투갈  | 10.2                 | 72.3                  | 100                 | 78.2        | 3.5           | 3.6          | 3                  | 3.9*                 | 3.9                | 8.7        |
| 슬로바키아 | 7.1                  | 74.4                  | 97.6                | 74          | 7.2           | 6.8          | 5                  | 4.3                  | 11.3               | 9          |
| 스페인   | 8.3                  | 71.4                  | 99.5*               | 80.7        | 4.1           | 3.4*         | 2.6*               | 8.1                  | 9.5*               | 8.5*       |
| 스웨덴   | 9.1                  | 84.6                  | 100                 | 80.6        | 2.4           |              | 2.2                |                      | 2.8                | 6.1        |
| 스위스   | 11.6                 | 59.7                  | 100                 | 81.3        | 4.2           | 3.6          | 3.6                | 14.4                 | 3.4*               | 11.7       |
| 터키    | 7.6                  | 71.4                  | 67.2*               | 71.4        | 23.6          | 2.7          | 2                  | 3*                   | 3.1*               | 5.4        |
| 영국    | 8.3                  | 87.1                  | 100                 | 79          | 5.1           | 3.9          | 3.1                | 5.4                  | 5.1                | 7          |
| 미국    | 15.3                 | 45.1                  | 27.3                | 77.8*       | 6.8*          | 3.2          | 2.7                | 26.6*                | 3.8*               | 6.5        |
| 평균    | 8.96                 | 72.44                 | 92.92               | 78.57       | 5.45          | 5.64         | 3.93               | 9.81                 | 6.78               | 9.85       |

주: 1) 기준연도는 2005년도이며, 해당연도가 결측인 경우에는 최근 연도의 값으로 대체하고 \*로 표시.

2) 평균은 2000년 이후 수치가 가용하지 않은 국가(빈칸)를 제외하고 계산함.

자료: OECD HEALTH DATA 2007

그런데도 참여정부 들어 의료서비스 산업 발전을 위한 구상들이 활발히 제기되기 시작한 것은 두가지 맥락에서이다. 첫째는 의료서비스 산업을 차세대 성장동력으로 주목하는 것이다. 즉 과거와 같이 비용을 억제하면서 일정한 수준의 의료를 보장하는 것에 그치지 않고, 의료산업을 적극적으로 확대시켜 일자리와 부가가치를 창출하겠다는 것이다. 이것에는 줄기세포 연구 등 생명공학과 결합시킨 의료기술이 미래의 경제성장 동인이 될 것이라는 전망과 함께, 성형 등 일부 영역에서 우리나라가 세계적인 경쟁력을 가지고 있다는 판단도 작용했다. 두

번째는 WTO 도하라운드와 함께 거세질 개방 압력 앞에서 국내 의료서비스 영역이 경쟁력을 갖지 못할 것이므로 체질을 개선시켜야 한다는 필요성이 제기된 것이다. 서비스 개방의 문제는 이후 실제로 구체화되지 않았으나, 고소득층의 해외진료 등으로 서비스 수지 적자가 악화되고 있다는 진단<sup>3)</sup>과 함께 서비스 부문 경쟁력의 문제 제기는 계속되었다. 개방 압력이나 해외유출 등의 문제가 갖는 중요성은 시기적 조건이나 시각에 따라 다르게 평가되기 때문에 이러한 현상이 서비스 질 개선이라는 목표를 추구해야 한다는 근거가 되기는 어렵다. 만약 해외진료 이용층이 최고소득층 일부에 한정되는 문제라면, 이들의 수요를 굳이 국내에서 만족시키기 위해 정책적 노력을 기울일 필요가 크다고 주장하기는 어려울 것이다. 그러나 이러한 이슈의 저변에는 국내 의료시스템에 만족하지 못하는 고급화된 수요가 증가하고 있으며, 이는 비단 고소득층으로 분류되는 계층에 국한되지 않고 있다는 현상 인식이 일관되게 깔려 있다고 할 수 있다. 실제로 소득 수준의 증가와 함께 의료서비스에 대한 수요가 다양화, 고급화되는 것은 자연스러운 추세이며, 그간 의사와의 대면 시간이나 세심한 진료가 충분히 확보되지 않는 의료환경에 대한 불만은 자주 표출되어 왔다. 따라서 이를 일부 고소득층의 해외진료 증가의 문제로 국한하기는 어려운 것이 사실이며, 이런 맥락에서의 산업화란 경쟁의 압력으로부터 보호받아왔던 서비스 산업을 효율화시키는 한편, 단일한 서비스 질로 모든 국민을 만족시킬 수 있다는 인식에서 벗어나 다양화된 수요를 만족시키는 질적인 스펙트럼을 창출한다는 것을 의미한다.

그런데 통상 이 두가지는 함께 버무려져 ‘의료서비스 산업의 발전’이라는 목표로 제시되곤 하는데, 실상은 상당히 다른 차원의 문제 제기라 할 수 있다. 우선 차세대 성장동력으로서의 의료서비스 산업 발전은 원천 기술력의 수준을 높이고 산업구조를 고도화시켜, 세계시장 선점을 통한 경제적 파급효과를 노리는 것이다. 반면, 고급의료서비스 수요의 대부분은 구매력이 있으면서도 국내 의료환경에서 만족되지 못하는 수요로서 획일적 수준을 강요하는 규제환경의 문제, 즉 산업조직상의 문제라 할 수 있다. 따라서 다양한 수준의 수요를 만족시키지 못하는 거래환경의 문제를 푸는 것이 핵심적인 과제이며, 이는 결국 우리나라 국민들이 이용하는 서비스 질의 개선 내지는 다양화라 할 수 있다.<sup>4)</sup>

그런데 산업화를 주장하는 논자와 맥락에 따라 혼합되기도 하고, 개별적으로 강조되기도 하나, 이 목표들은 국내 의료시스템과 얽혀 있는 정도가 다르기

3) 해외 진료 규모에 대해서는 논자에 따라 큰 폭의 차이를 갖는 추측들이 존재한다. 그 중 한국은행에서 환진·송금액을 조사한 결과와 19개 카드사의 해외의료기관 카드사용액 조사 결과를 합계한 518억원이 간접적 추정치로 사용되고 있으나(의료산업선진화위원회 2006), 현재까지 이에 관한 공식통계는 부재한 상황이라 정확한 규모 파악은 불가능하다.

4) 산업정책은 일반적으로 특정 산업을 선별적으로 육성하여 산업구조를 변화시키는 것이 목적인 산업구조정책으로 정의되지만, 개별산업의 경쟁력과 시장의 효율성이 그 산업의 시장구조와 산업 내 기업 간의 경쟁에 의해 크게 영향을 받기 때문에 산업정책에는 적절한 경쟁을 유지하려는 산업조직정책이 포함되기도 한다(김종일 2007).

때문에 다른 효과를 갖게 된다. 목표로 하는 산업화의 내용에 따라 산업화를 위해 치러야 할 비용의 형태나 규모가 달라진다는 점이다. 따라서 이들 목표는 의료시스템과의 연관 정도에 따라 구분하여 위치시킨 후, 각각의 효과를 파악하여 추진 여부나 추진방식을 결정할 필요가 있다.

## 5. 산업화 내용과 의료시스템과의 연관

### 가. 차세대 성장동력으로서의 의료서비스 관련 정책

의료서비스 산업은 의료기기산업, 제약산업과 함께 의료산업을 구성하는데, 이들을 총칭하는 의료산업은 생명공학기술과 접목시켜 고부가가치를 실현시킬 수 있는 산업으로 지목된다. 물론 어떤 산업이 부가가치를 많이 창출할 수 있는지를 선형적으로 예측하기는 어렵기 때문에 의료산업이 실제 차세대 성장동력이 될지를 단언하기는 어렵다. 그러나 미래의 성장동력이 될 산업을 판단하는 과정은 개별 산업관계자들이 스스로의 판단을 설득시키는 정치적 능력에 어느 정도 좌우될 수밖에 없으며, 의료산업의 경우 참여 정부 기간 동안 이러한 측면에서 상당한 성과를 거둔 것으로 관찰된다.

현재 대통령직속의 의료산업선진화위원회가 가동 중인데, 첨단의료복합단지 조성이 핵심적인 정책으로 강조되고 있으며(의료산업선진화위원회, 2006), 해외 진출 의료기관에 대한 지원과 건강검진, 성형 분야 등에서의 해외환자 유치 지원 등이 제시되고 있다(의료서비스 육성 협의회 2005). 민간의 전문가들 역시 의료클러스터, 의료허브 조성 등에 대한 정부의 전략적 투자의 중요성을 강조하고 있다는 점에서 유사한 정책방향을 지향하고 있다(최윤희 2006, 정기택 2006). 물론 산업구조의 고도화를 통한 세계시장 선점 역시 국내의료시스템의 효율이 뒷받침될 때 더 용이할 것이라는 의미에서 완전히 분리되는 목표는 아닐 것이나, 의료클러스터나 성형기술에 특화한 의료관광의 육성, 의료기관의 해외진출 같은 목표는 전체 의료시스템과 상당정도 분리되어 추진될 수 있는 목표이다.

여기서 주목되는 점은 정책담당자와 민간전문가들에서 공통적으로 '과급효과가 클 것으로 보이는 산업을 선별하여 육성한다'는 과거 산업정책의 성격이 뚜렷이 나타난다는 점이다. 여타 분야에서는 선별·육성을 강조하는 산업정책이 과거와 같은 지지를 받지 못하는 추세인 것을 고려하면, 의료산업과 관련한 이러한 육성 의지는 상당히 분야 특수적인 현상이라 할 수 있다.<sup>5)</sup>

5) 과거에는 산업정책이 승자선택(winner-picking) 방식의 특정산업 선별육성정책을 의미했지만, 현재 대부분의 선진국에서 산업정책은 외부효과가 명확한 연구개발지원, 창업지원, 구조조정지원의 성격이 강해지고 있다. 그러나 이것도 정부가 진정한 외부효과를 발생시키는 기업이나 산업을 파악할 수 있고, 외부효과가 개입의 비용을 초과한다는 조건을 만족해야 한다. 나아가 이러한 정책적 개입이 반드시 물적인 지원일 필

사실 신고전파 경제학의 전통에서 정부가 민간보다 정보의 우위에 있을 가능성이거나 특정 산업을 골라 지원하는 정부 역할의 유효성이 부정되는 만큼, 규제완화를 통한 경제환경개선, 지적 소유권의 보장과 일반적 지식에 대한 R&D 지원을 넘어서는 산업육성정책이 지지되기는 어렵다. 그러나 산업육성정책을 반대하는 워싱턴 컨센서스의 실제적인 성과에 대해서도 논란이 존재하며, 세계시장에서의 선점을 목표로 하는 시도의 효과성을 미리 예측하기도 어렵기 때문에 첨단의료산업 육성정책을 단정적으로 폄하하기는 어렵다. 사실 최근 다시 회자되고 있는 신산업정책적 입장에서 산업발전에 대한 정부의 역할을 보다 적극적으로 부여하고 있는 것은 산업정책에 대한 경제학자들의 다양한 시각을 보여준다고 할 수 있다.

그런데 정보(information)와 조율(coordination) 등 정부의 역할을 적극적으로 인정하는 신산업정책론의 대표적 논자인 Rodrik(2004)의 경우에도 정부가 무엇을 하느냐의 문제보다 어떻게 하느냐의 문제를 강조한다는 점은 중요한 시사점을 제공한다. 즉 산업정책은 과거와 같이 유망산업을 골라 성과가 나타날 때까지 지원을 계속하는 것이 아니라, 정부가 민간과의 지속적인 상호작용을 통해 시장에 대한 정보와 지식을 쌓아가면서 시행착오를 하되, 실패를 신속히 발견하고 실패 시 손실을 최소화하면서 중단할 수 있는 방식이어야 한다는 것이다. 그리고 여기서 정보와 지식의 네트워크 형성이 강조되는 것은 애초 시장의 실패(market failure)가 발생하는 이유가 정보창출의 외부성(information externality)이기 때문이다. 따라서 이는 정부가 시장에 개입하는 것을 정당화할 수 있는 근거이며, 동시에 산업정책이 가장 중점을 두어야 할 부분이다. 예를 들어 의료산업이 유망하다고 판단하고 지원할 때 정부 역할의 핵심은 한국경제의 비용구조가 의료산업에 적합한지를 발견해가는 과정을 지원하는 것이며, 비교우위가 없다는 것이 발견된 경우 신속히 방향을 전환하여 자원의 손실을 최소화하는 것이다.

이러한 관점에서는 현재의 첨단의료복합단지 조성 방안이 정부와 민간 간의 정보 소통과 문제 해결을 위한 협력 증진을 강조하기보다 대규모 건설을 통한 단지 조성에 역점이 두어지는 점을 낙관적으로 평가하기는 어렵다. 더구나 벤치마킹 모델로 제시되는 텍사스 메디컬센터와 보스턴 클러스터의 경우 M.D. 앤더슨 암센터, 텍사스 대학, MIT와 하버드 대학, 하버드 대학 부설병원인 매사추세츠 종합병원 등 기존 대학과 병원을 중심으로 연구기관들이 모여 들어 자생적으로 형성되었다는 점에서 판이하게 다른 모델이다.<sup>6)</sup> 다시 말해서 의료클러스

---

요는 없으며, 정보소통과 조정기구의 형성을 위한 제도개선이 더욱 효과적인 방법일 수 있다(김종일 2007).

6) 첨단의료복합단지의 가장 직접적인 모델인 고베의 경우, 2000년 지진부흥적정사업으로 의료산업도시 설립을 선정하여 추진 중이다. 텍사스와 보스턴이 세계적인 의료허브로서 확고한 성과를 보이고 있는 것과 달리, 고베의 도시재생 프로젝트가 의료클러스터로서 어느 정도의 성과를 올렸는지를 평가하기는 아직 이르

터의 핵심이 대학과 연구소, 병원, 산업을 연결시키는 협력연구, 특히 기초과학과 임상을 연결하는 중개연구(translational research)임을 고려하면, 기존의 대학이나 병원의 연구역량을 연결시키고 미흡한 곳을 보완하도록 환경을 조성해주는 것, R&D 지원의 효율성과 효과성을 높이는 것 등이 효과적인 접근일 것이다. 반면, 현재의 첨단의료복합단지는 지방도시 중 하나를 골라 인위적으로 새로운 단지를 건립하여 조성하는 내용이기 때문에 기존 연구역량의 극대화나 네트워크 형성이라는 목표를 효율적으로 추구하는 방식이라 평가하기는 어렵다. 더구나 정부 주도의 클러스터들 중 실패한 사례들도 많다는 점(Pack 2006)을 고려하면, 앞에서 언급한 의료클러스터의 핵심을 구현하기 위한 보완이 필요할 것이다.

그런데 주목되는 것은 첨단기술 발전과 관련한 논의가 별도의 단지 조성으로 초점이 맞춰지는 것에는 국내 의료시스템과 얽힐 수 있는 문제들을 우회하려는 교육정책이 작용하고 있는 것으로 판단된다는 점이다. 즉, 국내 대학병원과 대형병원 등 연구 기능을 수행해야 하는 주체들을 초점으로 하는 경우, 연구에 중점이 두어지지 않는 현재의 메커니즘을 개선하는 문제나 투자자본조달의 어려움 등과 부딪칠 수밖에 없으며, 이는 의료시스템의 전반적인 문제와 깊숙이 연관되어 있다. 예를 들어 현재 대학병원들은 교육과 연구, 진료를 위한 충분한 인력을 확보하지 못하고 있으며, 진료를 통해 수익을 보전하는 것에 집중하고 있다. 고난도 진료에 충분히 보상이 이루어지지 않는 가격체계 역시 심도 있는 연구에 대한 인센티브를 저해하는 이유로 지적된다. 이를 해결하기 위해서는 R&D 지원, 교육정책, 병원제도개선, 수가체계 개선 등이 종합적으로 논의될 필요가 있다. 결국 첨단기술의 발전을 통한 고부가가치의 육성이라는 목표 자체가 국제적인 경쟁을 지향하기 때문에 국내 의료시스템과 얽혀 있는 정도가 상대적으로 낮은 것은 사실이지만, 현재 추진되는 방식은 기존 의료시스템과의 마찰을 우회하는 방식이기도 하다.

차세대성장동력으로서의 의료산업화 전략이 국내 의료시스템과 얽혀있는 부분을 정리해보면 두가지를 들 수 있다. 첫째, 진료영역에 의료관련 고급인력이 과도하게 노출되어 연구역량이 소진되는 문제이다. 이를 근본적으로 해결하기 위해서는 이들을 진료에 과도하게 투입할 수밖에 없는 구조의 문제를 개선해야 하겠으나, 의료시스템 전반의 문제와 분리되는 한도 내에서 개선하는 것을 목표로 한다면, 연구 활동에 대한 지원책을 사용할 수 있을 것이다. 이 때, 지식네트워크 형성에 필요하거나 미흡한 부분에 R&D 지원을 효율적으로 투입하고, 중개연구가 원활히 이루어지도록 메커니즘을 디자인함으로써, 첨단기술 발전 전략의 효율성을 추구할 수 있을 것이다.

다.

7) 첨단의료복합단지는 2020년까지 3조여원이 투입되는 대형 국가프로젝트로서 현재 대전, 오송, 포항, 원주, 제주, 인천 등이 각각 유치위원회를 결성하여 유치전을 벌이고 있다(일간보사신문, 2007년 3월 6일자)

두 번째, 첨단기술의 발전과 세계시장에서의 선점이라는 목표를 달성하기 위해 필요한 제도개선 측면에서 발생하는 의료시스템과의 접점이다. 첨단기술이 발전하기 위해서는 첨단진료와 관련한 투자가 원활해야 하고, 수요가 존재해야 한다. 따라서 자본시장의 진입제한과 진료 관련 가격제한이 완화될 필요가 있는데, 이는 의료시스템 전반의 제도 개선이 동반되어야 하는 문제들이다. 우선적으로는 경제 특구 등에서 규제완화를 시행하거나 산업지향적 의료기관을 소수 지정하여 시범적 규제완화를 시행한 후, 결과를 관찰하면서 단계적인 접근을 취할 수 있을 것이나 궁극적으로는 전반적인 제도 개선이 요구될 것이다.

결국 의료서비스의 성장동력화 전략에 따른 효과를 예측해보자면 다음과 같다. 우선 가장 소극적 전략으로서 성형이나 건강검진 등의 영역을 통해 의료 관광을 증진하는 것에 초점을 맞춘다면, 입국절차나 진료과정의 편의 등과 관련한 제도 정비만으로도 상당한 성과를 거둘 것이며 국내 시스템과의 마찰정도는 최소한에 그칠 수 있을 것이다.<sup>8)</sup> 다음으로 주변국의 의료시스템에서 만족되지 않는 고급수요를 흡수하는 것을 목표로 하는 경우 역시 국내 의료시스템 전반의 문제를 상당정도 우회하면서 연구 활동에 대한 전략적 투자와 지원을 통해 일정한 성과를 기대할 수 있을 것으로 보인다. 그러나 인근 아시아 국가의 고급의료 수요를 흡수하는 데 그치지 않고 핵심진료 영역에서 세계시장을 선점하는 수준의 첨단의료 발전을 목표로 한다면, 의료시스템의 주요한 제도 개선 문제를 우회하기는 어려울 것이며, 산업화 전략의 목표 설정에 있어서도 이점이 적절히 고려되어야 할 것이다.

#### 나. 다양한 의료서비스 수요를 만족시킬 수 있는 시장 창출

의료산업화 주장의 기본적인 문제인식은 경제수준이 높아지면서 의료서비스에 대한 국민의 수요는 고급화·다양화되는데도 국내 의료서비스는 저비용구조의 서비스 수준에 머물러 서비스에 대한 불만족이 증가하고 있다는 것이다. 일례로 경제자유구역에 있는 미국병원을 이용할 의향을 물었을 때, 일반시민의 63.6%가 비싸더라도 이용할 것이라는 의견을 보였으며, 51.9%는 국내병원도 미국병원처럼 진료비를 자유롭게 인상하면서 서비스 수준도 높일 수 있도록 허용해야 한다고 응답했다(조병희 외, 2004).

이와 관련하여 현재 공적의료시스템이 가진 제약은 첫째, 모든 국민이 어떤

8) 의료서비스 산업화의 성공사례로 자주 인용되는 싱가포르의 래플즈병원(Raffles Hospital)이나 태국의 범룽랏(Bumrungrad International Hospital) 등은 상대적으로 저렴한 서비스 가격과 휴가적 요소를 결합시킨 의료 관광적 성격이 강하다. 우리나라 역시 성장동력 육성 측면에서 의료관광산업 발전을 통한 부가가치 창출 방안이 모색되고 있으며, 외국인을 위한 비자문제의 완화 등 제도적 개선안이 논의되고 있다.

의료기관과 의사를 이용하더라도 같은 서비스를 제공받는 것을 원칙으로 하기 때문에 공적시스템이 정한 방식과 다른 진료를 제공할 경우 불법으로 간주된다. 둘째, 의사 개인과 비영리법인만이 의료기관을 개설할 수 있어 다른 산업과 지분 연계 등을 통한 사업개발이나 투자활성화가 불가능하다. 따라서 양질의 의료 서비스, 쾌적하고 여유로운 진료환경, 맞춤형 의료서비스에 대한 수요가 증가하는 추세임에도 불구하고, 이러한 수요는 국내의 시스템의 제도적 제약 속에서 만족되지 않고 있으며, 앞으로도 만족되기 어려운 조건이다.

따라서 의료산업화의 초점을 다양화된 수요 만족에 맞추는 경우 강조점은 의료서비스 관련 규제완화가 핵심적인 정책방향이 된다. 또한 성장동력 창출 전략의 경우에도 전략추진의 수위가 높아질 경우 제도 개혁의 문제와 긴밀히 연관될 수밖에 없다. 다시 말해서 산업화 전략이 성장동력으로서의 부가가치 창출에 맞춰질 경우에도 어느 수준부터는 내수기반과 투자수요 등에 결부될 수밖에 없기 때문에 제도 개선의 문제는 결국 어떤 전략방향이 설정되는지와 상관없이 산업화 추진의 핵심이라 할 수 있다. 현재 영리법인 허용과 요양기관 계약제 도입, 민간보험 활성화가 주된 제도개선안으로 제시되고 있다(서비스산업관계장관회의 2005)<sup>9)</sup>.

그런데 이들 핵심 제도개선안은 이미 2005년 초에 제안되었음에도 불구하고, 현재까지 성과라고 할 만한 진척이 이루어지지 못한 상황이다. 이것에는 일부 학자와 시민단체의 명시적인 반대와 함께, 담당부처의 유보적인 입장도 기여하였다. 이 점은 의료산업화 추진을 위한 기구인 의료산업선진화위원회와 보건복지부 담당부서까지도 의료서비스 산업화의 단서조건을 첨부하고 있는 것에서 나타난다. 예를 들어 보건복지부 보건의료서비스산업 육성 TF의 경우, 공공병상 확충 및 건강보험 보장성 강화가 의료서비스 산업 육성의 기본 전제임을 밝히고 있다. 이렇게 의료서비스 산업화에 대한 전제 조건을 설정하는 것은 산업화 논의에 대해 주무부처 내에 형성되어 있는 우려를 보여준다 할 수 있다. 그리고 이보다 명시적인 반대는 일부 학자들에게서도 표명되는데, 주된 우려는 의료이용의 형평성 문제와 의료비용 상승의 문제이다.

---

9) 민간보험 활성화도 주요 제도개선안에 포함되어 있으나, 이는 주로 민간시장의 발전에 의존하는 문제이기 때문에 별다른 제도개선내용이 제시되어 있지 않은 상황이다.

## 6. 주요 제도 개선안과 관련한 논의

### 가. 주요 제도 개선 대상

#### 1) 영리법인 허용

현재 의료법에 따르면, 개인병원이 아닌 법인 병원은 의료법인에 의해서만 설립가능하다. 의료법인은 민법 상의 재단법인 규정을 준용하기 때문에 의료법인에 출연된 자금은 출연되는 순간부터 출연자와는 엄격히 구분되어 이익의 배분이 허용되지 않는다.<sup>10)</sup> 2004년 현재 국내 병원 중 47.6%인 518개가 개인병원, 10.6%(115개)가 공공병원, 41.7%(454개)는 비영리법인(학교법인, 재단/사회복지법인, 의료법인)이다.

영리법인과 관련한 논의는 산업화 추진을 위한 제도 개선안 중 현재까지 가장 많은 논쟁을 불러일으켰는데, 영리법인을 허용하자는 주장은 주로 민간자본의 투자유입을 촉진할 수 있다는 점과 진입장벽 제거를 통한 효율화를 강조하고 있다. 또한 잔여재산의 처분이 자유롭지 않은 점을 해결함으로써, 퇴출장벽도 제거되어야 한다는 점도 중요시되고 있다.

이윤 배분, 진입과 퇴출, 퇴출시 자본금 회수 등이 용이하다면, 민간투자자금이 유입되어 상업화가가능성이 높은 연구에 대한 투자도 활성화될 것이고, 첨단 의료기술이나 고급의료서비스가 공급될 기회가 많아질 것이라는 점이 주된 기대 효과이다. 이를 통해 고급의료에 대한 수요가 해외로 유출되는 것을 막을 수 있으며, 회계 상의 투명성 제고 등 경영패러다임의 선진화 효과도 기대할 수 있다는 것이다(정기택 2006, 이주선 2006).

반대론자들의 경우, 첫째, 이윤추구로 인한 진료행태 왜곡과 불평등의 문제를 강조하고 있다. 병원의 목적이 이윤의 극대화를 통해 투자자의 부를 증가시키는 데 있고 이윤의 일부를 배분할 수 있으며 병원 해산 시 재산처분이 자유롭기 때문에, 공익에 위배되는 행태가 나타날 수 있다는 것이다. 또한 이를 통해 영리법인 병원이 지불능력이 높은 소비자들과 고수익 의료서비스에 집중함으로써 우수한 의료인력과 고급 자원은 영리법인 병원에 편중되고 일반 비영리법인 병원을 이용하는 의료소비자들은 낮은 질의 의료서비스 소비를 하게 될 수밖에 없다는 판단이다(이태수 2005).

두 번째는 전반적 비용급증에 대한 우려이다. 현재 우리나라의 건강보험의 보장성이 낮은 수준이기 때문에 향후 건강보험 재정을 대폭 확충하면서 보장성을 강화해나가야 하는데, 영리법인의 출현은 국민의료비의 급속한 향상을 초래

10) 재단법인은 그 목적에 바쳐진 재산이 법인을 이루는 경우로서 사단법인과 달리 사람이 구성원이 아니기 때문에 이익의 귀속점 자체가 존재하지 않는다. 따라서 재단법인은 모두 비영리법인을 의미한다.

할 것이기 때문에 건강보험의 보장성 강화에 장애로 작용할 것이라는 예측이다. 주로 비급여항목을 개발하는 데 주력하거나 진료량을 늘리고, 기존 서비스와 차별화하여 높은 진료비를 부과하는 방식을 통해 국민의료비를 급증시킬 것이라는 주장이다(감신 2004, 이태수 2005). 예를 들어 비급여 진료가 개발되거나 특실, 식대, 부가서비스 등 편의시설 중심의 질 향상이 이루어지거나, 첨단 고가의료의 활용이 증대할 때, 의료이용 비용이 증가하게 될 것이고, 이로 인해 공보험의 건전성이 악화된다는 것이다.

이러한 우려의 대부분은 영리법인을 도입할 경우 영리를 추구하는 과정에서 기존 건강보험제도의 근간을 훼손시키는 각종 폐해가 나타난다는 것이다. 다음 절에서 제도개선 논의를 정리하기에 앞서 영리법인 반대 주장을 간단히 평가한다면, 영리의 추구가 무조건 공익에 위배될 것이라는 우려의 실체가 모호하다는 점이 지적될 필요가 있다. 대부분의 경제 주체가 영리를 추구하고 있으며, 이들의 영리추구가 곧장 공익에 위배되는 행태로 이어지는 것은 아니기 때문이다. 보다 중요한 것은 영리를 추구하는 구체적인 행태이며, 바람직하지 못한 행태가 나타날 경우 의료분야적 특성에 맞는 방식으로 정부가 개입하고 감독해야 하며, 정부의 이러한 활동은 영리법인 진입 허용 여부와 상관없이 정부가 마땅히 책임져야 할 부분이다. 특히 영리법인간의 경쟁이 보장되는 구조라면 질적인 차이가 크지 않은 서비스의 가격이 인상될 것을 크게 우려할 필요는 없을 것이다. 오히려 경쟁이 보장되는 환경을 조성하여 독점력의 폐해를 방지하는 것은 정부가 적절한 규제를 통해 달성해야 하는 과제이다. 더구나 현재의 비영리법인들도 실제로는 영리법인과 같은 유인구조를 가지고 있기 때문에 영리법인의 진입 허용으로 큰 변화가 초래될 것이라 예측하기는 어려울 것이다.

<영리법인과 관련한 법적 규정>

의료법 제33조(개설)

② 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 자가 아니면 의료기관을 개설할 수 없다. 다만 제1호의 의료인은 하나의 의료기관만을 개설할 수 있으며, 의사는 종합병원·병원·요양병원 또는 의원, 치과의사는 치과병원을, 한의사는 한방병원·요양병원 또는 한의원을, 조산사는 조산원만을 개설할 수 있다.

1. 의사, 치과의사, 한의사 또는 조산사
2. 국가나 지방자치단체
3. 의료업을 목적으로 설립된 법인(의료법인)
4. 「민법」이나 특별법에 따라 설립된 비영리법인
5. 「정부투자기관 관리기본법」에 따른 정부투자기관, 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」에 따른 지방의료원, 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 한국보훈복지의료공단

의료법 시행령 제20조(의료법인의 사명)

의료법 제33조 제2항 제4호에 따라 의료기관을 개설한 비영리법인은 의료업을 할 때 공중위생에 이바지하여야 하며, 영리를 추구해서는 아니 된다.

의료법 제50조(민법의 준용)

의료법인에 관하여는 이 법에 규정한 것을 제외하고는 민법 중 재단법인에 관한 규정을 준용한다

민법 제80조 (잔여재산의 귀속)

- ① 해산한 법인의 재산은 정관으로 지정한 자에게 귀속한다.
- ② 정관으로 귀속권리자를 지정하지 아니하거나 이를 지정하는 방법을 정하지 아니한 때에는 이사 또는 청산인은 주무관청의 허가를 얻어 그 법인의 목적에 유사한 목적을 위하여 그 재산을 처분할 수 있다. 그러나 사단법인에 있어서는 총회의 결의가 있어야 한다.
- ③ 전2항의 규정에 의하여 처분되지 아니한 재산은 국고에 귀속한다.

## 2) 요양기관계약제

요양기관 당연지정제는 모든 의료기관으로 하여금 건강보험 환자를 진료하게 하는 제도로서 의료보험 도입 초기에 제한된 공급 능력으로 모든 국민에게 의료서비스를 제공하기 위해 시행되었다. 건강보험에서 지불하는 보험자 부담분을 포기하는 대신 건강보험에서 설정한 가격체계에서 벗어나는 것도 불법이며, 반대로 개별 의료기관을 건강보험의 대상 의료기관에서 배제하는 것도 불법이다.

요양기관 당연지정제의 근간은 단일수가체계인데, 이는 본질적으로 의료서비스의 질적인 수준을 제고하거나 기술혁신을 증진시키는 기능을 담당하기는 어렵다. 현재의 의료수가체계인 자원기준 상대가치수가제도(RBRVS: Resourced-Based Relative Value Scale)는 각 진료행위의 상대가치점수를 산정한 후 진료행위별 빈도수를 고려하여 상환액으로의 환산지수를 결정한다. 각 진료행위의 상대가치점수는 주로 의사의 업무량 등 투입노동비용에 근거해서 결정되며, 심층적인 연구를 통해 고난도의 기술을 수행하게 되거나 서비스 질이 향상되었을 경우 보상받는 기전은 뚜렷하지 않다. 전체적인 수가 수준을 결정하는 환산지수는 물가인상 등의 거시적 요소를 고려하여 매년 건강보험정책심의위원회에서 협상된다. 따라서 건강보험공단의 단일수가체계는 비용을 상승시키는 서비스 질 개선이나 기술혁신 유인이 내장되기 어려운 구조라 할 수 있다.

의료서비스 산업화의 논의에서 요양기관 계약제 도입은 단일수가체계의 이러한 문제점이 부분적으로 해결될 수 있는 수단으로 제시되고 있다. 즉, 고급화된 서비스로 차별화하려는 의료기관이 건강보험체도의 단일 가격에서 벗어나 고급화된 수요를 만족시킬 수 있다는 것이다(이주선 2006). 그리고 이에 대한 반대입장은 영리법인 도입의 경우와 마찬가지로, 의료이용의 불평등적 요소가 강화되는 것에 대한 거부감과 비용증가에 대한 우려이다.

그런데 요양기관 계약제를 주장해온 의료계가 고급의료기관의 건강보험에서의 자발적 퇴출을 상정하고 있는 것과 달리, 공보험 측에서는 요양기관계약제를 통해 저급 의료기관을 대상의료기관에서 강제로 퇴출시킬 수 있게 되는 것을 기대하면서 계약제에 대해 전향적인 고려를 하는 움직임도 나타나고 있다. 그러나 고급진료 지향의 의료기관이 건강보험 수가체계로부터 자발적으로 퇴출하는 것과 달리, 하층부 의료기관의 징벌적 퇴출은 단일보험자 체제 내에서 곧 폐업을 의미하기 때문에 이 문제를 바라보는 공보험자와 민간의료계 간의 입장은 상당한 차이를 보이고 있다. 더구나 의료기관의 강제적 퇴출 조치가 현실성을 갖기 위해서는 단일보험자 체제가 다보험자로 전환될 필요가 있기 때문에 시스템의 근간과 관련된 또 다른 이슈와 연계되는 문제점이 발생한다. 결국 현재 요양기관 계약제 자체에 대한 반대는 상당히 무더진 것으로 보이나, 구체적 방안에 대해서는 실제적인 공감대 수준이 매우 낮은 상태이다.

### <요양기관 당연지정제와 관련한 법규정>

국민건강보험법 제40조 (요양기관) ① 요양급여(간호 및 이송을 제외한다)는 다음 각호의 요양기관에서 행한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익 또는 국가시책상 요양기관으로 적합하지 아니하다고 인정되는 의료기관등으로서 대통령령이 정하는 의료기관등은 요양기관에서 제외할 수 있다. <개정 2003.9.29, 2006.10.4>

1. 「의료법」에 의하여 개설된 의료기관
2. 「약사법」에 의하여 등록된 약국
3. 「약사법」 제72조의12의 규정에 의하여 설립된 한국희귀의약품센터
4. 「지역보건법」에 의한 보건소·보건의료원 및 보건지소
5. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 의하여 설치된 보건진료소

② 보건복지부장관은 요양급여를 효율적으로 하기 위하여 필요한 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 의하여 시설·장비·인력 및 진료과목등 보건복지부령이 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 종합전문요양기관 또는 전문요양기관으로 인정할 수 있다.

③ 제2항의 규정에 의하여 종합전문요양기관 또는 전문요양기관으로 인정된 요양기관에 대하여는 제39조제2항의 규정에 의한 요양급여절차 및 제42조의 규정에 의한 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리 할 수 있다.

④ 제1항 및 제2항의 규정에 의한 요양기관은 정당한 이유없이 요양급여를 거부하지 못한다. <개정 2004.1.29>

### 3) 민간보험 활성화

1970년대 후반 특정질병보험으로 시작된 민간의료보험은 1980년대 암보험 도입 이후 본격적으로 판매되어, 현재 전국민의 63.7%가 민간보험에 가입한 것으로 추정된다(윤희숙 2007). 우리나라의 민간보험은 보험금 지급 사유가 발생하기 전에 보험약관에 일정액을 명시하는 정액형보험과, 액수를 사전에 명시하지 않고 실제 발생한 의료비에 근거하여 급여해주는 실손형으로 분류되는데, 이 중 의료비 지출이라는 위험을 보장하는 의료보험 본래의 의미에 가까운 것은 실손형이라 할 수 있다. 현재 민간보험 가입자 중 97.3%가 정액가입자, 40.9%가 실손가입자, 정액상품과 실손상품을 모두 가입한 사람이 38.1%로 정액형 가입이 압도적으로 많으나, 향후의 민간보험 시장은 실손형 상품의 확대가 주된 흐름일 것으로 추측된다.

원래 민간보험에 대한 수요는 소득수준이 요구하는 의료보장정도와 공적보험이 제공하는 보장정도 간에 존재하는 갭의 크기에 따라 결정된다. OECD 국가의 경우 공적재정 부담을 가중시키지 않으면서 추가적인 자원을 유입하여 의료시스템 용량과 서비스 공급을 증대할 수 있다는 점, 공적보험에서 제공되는 서비스 외의 추가적 보장을 원하는 사람에게 선택의 여지를 부여할 수 있다는 점, 반응성과 소비자선택을 증대시키고 기술혁신을 가속화시킬 수 있다는 점 등이 긍정적인 효과로 인정된다. 반면, 의료서비스 수요와 이용량을 증가시켜 공적재정부담을 오히려 가중시킬 수 있다는 것, 가입자선택의 문제(cream-skimming)나 경제력이 있는 사용자만의 선택권 증가 등 접근성에서의 형평성 문제를 야기한다는 것 등이 문제점으로 지적되고 있다(OECD 2004).

결국 민간보험에 대한 입장은 개별국가에 직면한 제약에 따라 달라지는데, 예를 들어, 의료산업발전이라는 목표가 중요할 경우 민간보험으로 인한 의료비 규모 증가가 바람직할 것이나, 공적재정 안정이라는 측면에서는 부정적인 현상이다. 따라서 이 두가지의 목표를 동시에 추구하고 있는 우리나라의 경우, 민간보험에 대한 정책적 대응은 적극적 지원이나 억제 형태를 띠기 어렵다. 실제로 민간보험 활성화라는 방향만 제시되어 있을 뿐 구체적 활성화방안이 논의되고 있는 것은 아니며, 명시적인 억제를 하지 않아야 한다는 것 정도에 공감대가 형성되어 있는 상태이다.

그런데 최근의 특기할만한 사항은 민간보험이 의료이용을 증가시켜 최근 건강보험 급여비 급증에 기여했다는 판단 하에, 법정본인부담금을 실손형(보충형) 민간의료보험의 보장범위에서 제외하기로 한 결정이다(2006년 10월 24일 의료산업선진화위원회). 이는 민간보험에 대해 별다른 간섭을 하지 않았던 기존 방향에서 전환한 것인데, 사실 다른 건강보험 지출 증가요인들이 주로 지적되기 때문에 실제로 건강보험 지출 급증에 민간보험이 크게 기여했는지는 분명치 않다고 인식된다. 오히려 향후 실손형 보험이 확산됨에 따라 의료공급자 유인 수요(supplier-induced demand)의 증가와 이용자의 도덕적해이가 증가할 가능성이 주의를 요구하는 부분이다. 따라서 민간보험과 관련해서는 장래 상황에 대한 예측을 고려할 경우 공적보험과 연관된 규제 여부나 규제방식의 적절성에 관해 논의가 열려 있는 상황이다. 또한 실손보험 확산에 따른 의료공급자 행태 변화와 관련하여 민간보험사와 의료공급자간 관계를 설정하는 방식 역시 조속히 논의되어야 할 과제이다.

#### 나. 규제완화 관련 기존 논의의 평가

##### 1) 불평등 심화 주장과 관련한 평가

규제완화에 대한 반대의견은 정서적인 측면과 보험재정에 관한 측면으로 분류할 수 있는데, 이 중 정서적인 측면은 불평등이 심화될 것이라는 우려에 기반한다. 고급 진료를 지향하는 의료기관이 공보험을 빠져나가고 고급진료에 특화하는 것이 그 외 진료기관의 질적 저하를 가져오는 것이 아니라면 파레토 개선(Pareto improvement) 상황이라는 것이 산업화의 논리인데, 이에 대한 반대의견은 비록 규제완화가 파레토 개선이라 하더라도 평등의 원칙에 위배되기 때문에 배척한다는 것이다.

의료불평등에 관한 논의는 앞에서 살펴봤듯이 형평에 관한 오랜 논쟁과 연관되는 동시에 의료서비스에 대한 보편적 정서에 의해서도 크게 영향받는다. 그러나 개별 국가에서 실제로 의료시스템이 운용되는 방식은 평등의 원칙과 자유주의적 원칙이 혼합된 중간적 형태이며, 평등지향적인 시스템에서도 확실적 수준의 서비스에서 벗어나는 시장의 여지를 일부 열어두고 있다. 의료에 관한 정부의 개입 정도가 가장 큰 그룹에 속한 영국에서도 공적시스템으로 만족시키지 못하는 수요를 위한 민간보험과 민간공급기관이 작은 비중으로나마 존재하는 것이 일례이다.

다시 말해서, 어느 정도의 형평을 추구해야 하는지는 그 사회가 기반한 가치구조에 의해 결정되는 것이나, 실제로 공적시스템이 제공하는 단일 서비스 질로 모든 국민을 포괄하는 것은 어렵다. 고급수요를 강력하게 억누르거나, 고급수요까지를 공적재정으로 부담하는 수밖에는 없기 때문이다. 두가지의 경우가 모두 지속가능하지 않다는 점을 고려하면, 이 문제에 대해 어느 정도 실용적인 접근이 불가피하다는 점이 명확하다. 따라서 불평등이 심화될 것이라는 우려가 산업화 논의에서 가질 수 있는 비중은 상당히 제한되며, 오히려 파레토 개선이라는 전제가 적절한지 즉, 공적시스템에 실제적인 위해를 가하는지에 논의의 초점이 맞춰지게 된다.

## 2) 건강보험에 미칠 영향에 관한 논의

영리법인이나 건강보험 비적용 의료기관이 서비스를 차별화하는 과정에서 가격을 높게 책정한다 하더라도, 새로이 창출될 고급시장에서 경쟁이 활발하다면, 고급화된 진료서비스에 적절한 가격이 형성될 것이며, 무제한적인 가격상승이 지속되기는 어려울 것이다. 그러나 일부 부문에서의 질적 상승과 결합된 가격 상승이 결국 전반적인 의료서비스 수준에 대한 눈높이와 가격의 상승으로 귀결될 가능성을 배제하기 어려운 것도 사실이다.

그런데 고급진료시장의 도입이 공적보험의 지출증가로 전가될 것인지의 여부를 예측하거나 우려하는 것에 집중할 필요는 크지 않다고 할 수 있다. 공적보험의 지출을 적정하게 유지하는 책임을 진 보험자의 역할이 간과되고 있기 때문이다. 현재 대체로 동의되는 원칙은 필수적인 진료는 사회가 책임지는 영역으로

서 비용 통제의 대상이 되며, 선택적인 영역은 개인의 책임 영역이라는 점인데, 여기서는 공보험자의 역할이 매우 중요하다. 공적보험은 필수적인 의료부문을 보장하기 위해 보장범위를 증가시키는 노력을 기울이는 동시에 이로 인한 비용을 억제하여 제도의 지속성을 유지해야 하며, 현재 지출 통제를 위해 포괄수가제 확대, 진료비 목표관리제, 외래의 주치의제, 총액계약제 등의 지불보상제도 개선책이 고안되고 있다(건강보장 미래전략위원회 2007). 이와 함께 신기술의 발전으로 개발되는 기술의 경우도 비용대비 효과가 증명된 후에 일정한 기준과 절차에 따라 급여로 인정하는 과제 또한 중요하다.

다시 말해서 의료기술이 빠르게 발전하고 고령화가 급속도로 진행되는 환경 속에서 급여지출을 통제하여 공적보험의 재정을 유지하는 공적보험자(건강보험공단과 심사평가원)의 책임은 크게 강조되고 있으며, 이는 요양기관계약제나 영리법인이 존재하지 않더라도 어차피 책임져야 할 부분이라 할 수 있다. 예를 들어 시장논리의 관철을 방치함에 따라 비급여항목 개발에 주력하는 의료기관이 나타난다고 하더라도, 이 중 어느 부분을 공적보험에서 인정하고 보장할지는 공적보험의 유지와 관련한 주요 결정권자들의 업무 영역이다. 따라서 의료부문의 규제완화가 공적지출을 증가시킨다는 것을 규제완화의 불가피한 효과로 전제하는 것은 적절치 못하며, 이는 공적보험자의 노력과 능력이 더 중요해질 것이라는 표현으로 대체될 필요가 있다. 공적시스템 유지를 담당하는 정부부서나 공보험자 입장에서는 책임과 업무부담을 가중시킬 규제완화에 찬성하기 어려울 것이나, 이를 규제완화가 가져올 필연적 결과로 혼동해서는 안될 것이다. 결국 공적 의료비 지출의 통제는 합리적인 급여 결정과정의 확립, 심사평가과정의 공정성 증대 등 보험자의 능력 증진으로 접근해야 할 문제라 할 수 있다.

마찬가지로, 규제완화로 인해 불법이나 편법을 사용하거나, 의료기관 본연의 성격을 벗어나는 이윤 추구 행위의 폐해가 나타난다는 우려 역시 정부의 감독 역할을 간과하고 있다고 할 수 있다. 민간부문이 의료서비스의 대부분을 공급하고 있는 현재에도 의료 본연의 성격에 부합하는 운영이 이루어지는지에 관해서는 정부의 감독 기능이 요구되며, 이것 역시 규제 완화 여부와 분리되어 사고해야 하는 정부 고유의 책무이기 때문이다. 결국 규제완화의 부정적 효과로 제시되고 있는 것은 대부분 정책담당자의 노력으로 방지되어야 하는 부분이기 때문에 산업화의 비용으로 간주하기는 어렵다 하겠다.

#### 다. 규제완화를 위한 보완점: 필수와 선택의 영역 분리

산업화에 대한 일부학자와 시민단체들의 반대는 불평등 심화와 공적시스템의 붕괴로 요약될 수 있으나, 이들 주장은 앞에서 살펴봤듯이 실체가 모호하여

구체적인 근거를 찾기 어렵다. 그런데 오히려 규제완화 논의가 더 진전되지 못하게 만드는 실제적인 문제는 바로 산업화를 주장하는 논자들이 전제하는 ‘필수와 선택의 영역 분리 원칙’이 아직 구체화되지 못했고, 제도적으로도 구현되지 못했다는 점이다. ‘공적시스템인 건강보험은 필수적 의료를 보장하고, 선택적 의료는 개인의 능력과 시장논리에 맡긴다’는 논리에 대체적인 동의가 이루어져 있음에도 불구하고 구체적인 진료 영역에서 이를 구분하는 것은 용이하지 않을 뿐만 아니라 공보험 재정문제가 제약으로 존재하기 때문이다.

의료비용을 구성하는 범주들의 개념도는 [그림 1]에 제시되어 있다. 원칙적으로 현재의 시스템에서는 급여영역이 필수적 영역, 비급여 영역이 선택적 영역이어야 할 것이다. 급여란 건강보험재정지원이 있는 영역을 말하고 비급여란 건강보험재정지원 없이 국민이 전액 부담하는 영역을 말한다. 그러나 실제의 진료과정에서는 본인에게 선택의 여지가 주어지지 않는 비급여 진료가 다수 발생하며, 이는 건강보험 본인부담상한이 6개월간 200만원으로 상당히 낮은 수준임에도 불구하고 건강보험의 보장성이 낮다고 비판되는 주원인이다.<sup>11)</sup>

예를 들어 심장초음파의 경우 어린 아이들이 입술이 파랗게 변하는 청색증이 생기면 반드시 선천성 심장질환을 의심해야 한다. 이때 구체적으로 심장에 있는 방들 사이에 구멍이 있는지를 확인해야 하는데 이를 위해서는 심장초음파가 필수적인 진단기술이다. 뇌초음파의 경우도 마찬가지다. 자연분만이나 제왕절개 수술을 할 때 질식 상태가 오래 지속되었거나 태변을 많이 먹어 산소 공급이 원활하지 않을 경우 뇌손상을 의심하게 되는데 컴퓨터 전산촬영이 불가능한 아이들은 뇌초음파가 필수적인 진단방법이 된다. 그러나 두 경우 모두 초음파기기가 비급여여서 건강보험 보장을 받지 못해 20만원 내외의 비용은 매번 고스란히 사적으로 부담해야 한다.

환자에게 선택의 여지가 부여되지 않음에도 불구하고 급여로 보장받지 못하는 다른 중요한 예로 임의비급여를 들 수 있다. 현행 건강보험제도는 비급여의 영역을 구체적으로 명시하고 그 외 모두를 급여영역에 포함시키는 네거티브 방식을 택하고 있으나, 급여대상 또한 따로 결정·고시하고 있기 때문에, 비급여로 명시되어 있지는 않지만 급여항목에 누락되는 진료행위가 존재하게 되는데, 이는 불법 행위로 간주된다. 그런데 의료기관 입장에서는 불법행위라 하더라도 의학적 필요에 의해 임의비급여 진료행위를 시행해왔으며, 대부분의 임의비급여가 수익추구를 위한 편법이 아닌 의학적 판단이라는 것이 일반적인 공감대이다.

11) 건강보험 공단은 발생한 의료서비스 중 사전에 급여영역으로 구분된 부분에 대해 본인부담분을 제외한 보험자 부담분을 부담하며, 현재 본인부담분은 20~30%로 다른 국가들과 유사한 수준이다. 그러나 공적보험의 영향이 미치지 않는 부분인 비급여영역의 비중이 크기 때문에 전체 의료비 중 공보험이 부담하는 비중은 50~60%로 추산된다. 환자가 병원에서 부담하는 비용은 ‘급여항목의 본인부담금’, ‘법정비급여’, ‘급여기준을 초과하는 경우 인정된 전액 본인부담금(합법)’과 ‘임의비급여 비용(불법)’으로 이루어져 있다.

그러나 지난번 성모병원 사태에서 나타났듯이 의학적 필요에 의한 진료행위라 하더라도 엄연한 불법행위를 자행한 셈이기 때문에, 의료기관은 업무정지 등의 처분을 받게 되며, 결국 심사평가 당국의 현장조사나 자의적 판단에 의해 처벌될 수밖에 없는 구조이다. 이는 보건당국에 대한 의료기관의 불신을 키운 원인이 되어 왔으나, 환자 입장에서라도 임의비급여는 본인이 선택한 고급의료나 첨단 의료기 아님에도 100% 비용을 부담해야 하는 항목인 셈이다.<sup>12)</sup> 2007년 말 보건복지부는 2008년부터 임의비급여를 합법화시키겠다는 정책방향을 밝힌 바 있으며, 이로 인해 해결의 실마리가 잡힐 것으로 기대되나, 아직 정책의 실효를 예측하기는 이른 시점이다.

[그림 1] 의료비용 구조 개념도

| 급 여                        | 비 급 여       |                    |
|----------------------------|-------------|--------------------|
| 보험자 부담                     | 합법적 비급여     | 임의 비급여             |
|                            | 법정 비급여 진료행위 | 항목의 비급여<br>급여기준 초과 |
| 법정본인부담<br>(상한: 6개월간 200만원) | 선택 진료비      | 별도 산정불가            |
|                            | 차액 병실료      | 허가사항 초과<br>심사삭감    |

또한 진료의영역에서의 선택가능성도 현실적으로는 보장되지 못하고 있다. 필수진료라 판단하기 어려운 상급병실료나 선택진료비의 경우 건강보험에서 보장하지 않은 것은 원칙적으로 적절하나, 문제는 실제의 과정에서 이들이 강제적

12) 임의비급여는 다음과 같은 다섯가지 유형으로 나누어진다. ① ‘항목의 임의비급여’: 급여/비급여 목록에 등재되어 있지 않은 행위 및 치료재료 ② ‘급여기준을 초과한 임의비급여’: 급여기준을 벗어나는 경우 (예를 들어 심장에 피를 공급해 주는 관상동맥이 막혔을 때 시행하는 경피적혈관성형술이라는 수술 후 잔여협착이 35%여야 혈관확장기구인 스텐트를 사용한다는 것이 급여기준이나, 환자의 상태에 따라 잔여협착이 33%라도 스텐트 시술을 해야 하는 경우가 존재하는데 이 경우 환자의 동의를 얻어도 비용을 징수하는 것이 불법임) ③ ‘별도산정불가에 따른 임의비급여’: 일부 치료재료 및 약제의 경우 행위수가에 포함되어 있어 별도의 비용 징수가 불법(골수검사바늘의 경우 골수검사료에 비용이 산정되어 있으므로 별도로 환자에게 비용청구 불가이나, 골수검사바늘을 소독해서 다시 사용했던 예전과 달리 현재는 일회용 바늘을 사용하고 있어 환자에게 비용을 징수하지 않을 수 없음) ④ ‘허가사항 초과에 따른 임의 비급여’: 약제는 식품의약품안전청 허가사항 범위 내 사용이 원칙인데, 의학적 판단에 의해 규정된 범위의 질병에 사용한 경우. ⑤ ‘심사삭감에 따른 임의비급여’: 요양기관에서 삭감을 우려하여 급여항목임에도 불구하고 환자에게 비급여로 비용 징수하는 경우. 이는 심사와 관련한 기준들인 복지부의 세부사항 고시에 의한 급여기준, 심사평가원의 심사지침, 심사평가원의 사례지침이 일관성 있게 적용되지 않아 공급자들의 예측이 불가능하기 때문에 발생하고 있다(보건복지부 보도자료, 2007, 12, 11). 이 중에서 급여기준을 초과하는 경우 본인부담을 인정하는 경우도 있는데 이것이 ‘급여기준 초과시 인정되는 전액 본인부담’이다.

지출이 되고 있다는 점이다. 예를 들어 환자가 기본병실(6인실)에 입원하기를 원한다고 해도 병실이 충분치 않기 때문에 울며겨자먹기로 상급병실에 입원할 수밖에 없는 경우가 자주 발생한다.

서울대학교 병원의 병실료 구조(표 1) 속에서 이를 살펴보면, 기준병실의 경우 병실료를 하루 13,600원(68,000원 × 본인부담률 20%)만을 지불하는 것과 달리, 병실을 찾을 수 없어 1인실 최하등급을 이용할 경우, 하루 199,600원(기준병실 본인부담 13,600원 + 차액 181,000원)을 지불해야 한다. 이 경우 아무리 급여영역에서 6개월간 본인부담 상한이 200만원으로 설정되어 있다 해도, 6개월의 장기입원시 비급여영역인 차액병실료만으로 3,600만원을 지출해야 하는 셈이다.

이러한 예들은 공보험의 보장범위가 필수의료의 범위와 일치하지 않는 부분이 상당히 크다는 것을 의미한다. 그런데 산업화를 위한 규제완화란 곧 선택영역에서 시장논리가 관철되는 것을 용인하며, 서비스의 질과 가격의 편차가 커질 수 있다는 것을 의미한다. 이 때, 고급화된 진료를 강제로 소비할 수밖에 없는 개인이 경제적 보호를 받지 못하게 된다면, 산업화 노력이 사회정책적 목표와 정면으로 충돌하는 것으로 귀결된다.

이 중 진료영역에서 필수와 선택 영역을 분리하는 것은 기술적으로나 학문적으로 까다로운 영역이기 때문에 상당한 전문성을 요하는 부분이며, 시간과 자원을 투입하여 진전시켜야 할 것이다. 그런데 진료외영역에 있어서의 문제는 보다 직접적으로 정책적인 문제에 기인하는 바가 크다. 예로 든 차액병실료의 경우, 이를 부담할 의사가 없는 환자 비율만큼의 기준병실이 확보되어야 하는 것이 해결책일 것이다.<sup>13)</sup> 그런데 기준병실료만으로 비용보전이 되지 않을 정도로 가격체계가 왜곡되어 있다면, 기준병실을 충분히 확보하지 않고 있는 의료기관의 잘못이라 치부하기는 어려울 것이며 수가체계라는 제도적인 원인을 따져봐야 할 것이다. 수가수준의 적절성을 평가하기 위해서는 본격적인 연구가 필요할 것이지만 간접적인 판단근거로서 수익구조와 결산현황을 이용할 수 있을 것이다.

<표 2>는 의료기관의 수익기여분을 통해 파악한 비용구조이며 <표 3>은 결산자료이다. 한 의료기관 만의 자료를 사용했다는 점에서 대표성의 문제가 제기될 수 있을 것이나, 자료제공기관이 국내 정상급의 진료수준과 교과서적 진료행태의 평판을 보유하고 있다는 점에서는 비용구조에 대한 대략적인 판단을 내리기 충분할 것이라 판단된다.

서울대학교 병원의 경우 차액병실료와 선택진료비가 입원수익의 17%로 상당한 비중을 차지하고 있는데도 불구하고(표 2), 결산자료에 의하면 의료수익이 비용을 따라잡지 못하는 추세가 계속되고 있다(표 3). 이는 건강보험에서 상환받는 금액 외의 추가적 수입원이 상당규모 기여하고 있음에도 불구하고 비용보전

13) 서울대학교 병원 보험심사팀장과의 인터뷰과정에서 기준병실을 원하는 환자가 비율이 80~90%라는 의견을 청취한 바 있다. 반면 의료기관들은 기준병실의 의무비율 50%를 준수하는 데 그치고 있다.

이 되지 않고 있다는 것을 보여주며, 건강보험 상환영역만을 고려한다면 비용보전에 못미치는 정도가 더 심각할 것이라는 판단이 가능하다. 이러한 가격체계 하에서 의료기관으로서는 환자들이 실제로 선택할 수 있도록 공보험 상환 영역을 넓히는 것은 어려울 것이며, 이러한 어려움은 정책담당자들도 상당히 공감하고 있는 것으로 보인다. 예를 들어 의료기관이 준수해야 할 기준병실 비중이 실제 수요에 크게 못 미치는 수준에 설정되어 있어, 필요한 만큼의 기준병실을 제도적으로 강제하지 못하고 있다. 따라서 현재 경제력과 상관없이 개인들에게 경제적 충격이 부과되는 현상은 제도적으로 방치되고 있는 셈인데, 이를 제거하여 공보험의 보호기능을 제고하기 위해서는 실제로 선택의 여지가 존재하도록 조건을 구비하는 것이 필요하며, 이것이 지속가능한 경영환경이 될 만큼의 가격체계 조정이 필요할 것이다.

〈표 2〉 서울대학교 병원 본원 차액병실료 구조(소아, 치과 제외)

| 구 분 |                 | 병실수 | 병상수 | 2007년 수가 |         |
|-----|-----------------|-----|-----|----------|---------|
| 본원  | VIP실            | 1   | 1   | 906,000  |         |
|     | 특 실             | A등급 | 1   | 1        | 792,000 |
|     |                 | B등급 | 2   | 2        | 567,000 |
|     |                 | 가등급 | 10  | 10       | 453,000 |
|     |                 | 나등급 | 15  | 15       | 374,000 |
|     |                 | 다등급 | 1   | 1        | 295,000 |
|     | 1인실             | 가등급 |     |          | 305,000 |
|     |                 | 나등급 | 2   | 2        | 295,000 |
|     |                 | 다등급 | 83  | 83       | 249,000 |
|     | 2등급             |     | 196 | 401      | 116,000 |
|     | 3등급             |     | 18  | 66       | 68,000  |
|     | 폐쇄병실            | 1등급 | 2   | 2        | 249,000 |
|     |                 | 2등급 | 6   | 12       | 116,000 |
|     |                 | 3등급 | 3   | 9        | 68,000  |
|     | 특수병실            | 1등급 | 4   | 4        | 238,000 |
|     |                 | 2등급 | 3   | 12       | 151,000 |
|     |                 | 3등급 |     |          | 78,000  |
|     | 가족분만실(기본8시간)    |     |     |          | 116,000 |
|     | 가족분만실(기본초과 시간당) |     |     |          | 14,600  |
|     | 파킨슨센터           |     | 1   | 4        | 216,000 |

〈표 3〉 서울대학교 병원의 의료수익구조

(단위: 백만원, %)

|    | 급여     |    | 법정비급여 |    | 전액본인부담 <sup>14)</sup> |    | 상급병실료 |    | 선택진료료 |    |
|----|--------|----|-------|----|-----------------------|----|-------|----|-------|----|
|    | 금액     | 비율 | 금액    | 비율 | 금액                    | 비율 | 금액    | 비율 | 금액    | 비율 |
| 입원 | 16,733 | 62 | 3,803 | 14 | 1,709                 | 6  | 2,273 | 8  | 2,417 | 9  |
| 외래 | 10,275 | 76 | 1,400 | 7  | 1,197                 | 9  | -     | -  | 6,349 | 5  |
| 합계 | 27,008 | 67 | 5,202 | 13 | 2,906                 | 7  | 2,273 | 6  | 3,052 | 8  |

주: 2007년 11월 진료분

〈표 4〉 서울대학교병원 본원 수익/비용

(단위: 백만원)

|                  |        | 2003년   | 2004년   | 2005년   | 2006년   |
|------------------|--------|---------|---------|---------|---------|
| <b>수익</b>        | 의료수익   | 369,245 | 387,825 | 431,928 | 494,172 |
|                  | 입원수익   | 224,459 | 222,776 | 255,072 | 280,925 |
|                  | 외래수익   | 136,064 | 144,268 | 147,522 | 177,485 |
|                  | 기타의료수익 | 8,722   | 20,581  | 29,055  | 35,410  |
|                  | 본지점수익  |         | 200     | 279     | 352     |
|                  | 의료외수익  | 24,081  | 35,140  | 40,211  | 40,279  |
|                  | 특별이익   | 2,266   | 886     | 1,538   | 940     |
|                  | 계      | 395,592 | 423,851 | 473,677 | 535,391 |
| <b>비용</b>        | 의료비용   | 379,226 | 423,926 | 452,407 | 513,814 |
|                  | 의료외비용  | 17,282  | 19,873  | 21,748  | 20,443  |
|                  | 특별손실   | 138     | 2       | 3       | 7       |
|                  | 계      | 396,646 | 443,801 | 474,158 | 534,264 |
| <b>비용-수익</b>     | 1,054  | 19,950  | 481     | -1,127  |         |
| <b>의료비용-의료수익</b> | 9,981  | 36,101  | 20,479  | 19,642  |         |

#### 라. 가격체계 조정과 국민 부담

실제로 이용자가 선택할 수 없음에도 불구하고 선택을 전제로 한 가격이 적용되는 등 필수와 선택의 영역이 분리되어 있지 않은 것은 기본적으로 공적시스템의 문제이다. 그러나 이로 인해 시장의 영역에 맡겨도 될 영역이 분리되지 못하고 있기 때문에 산업의 발전, 즉 시장의 발전 역시 가로막혀 있는 셈이다. 그런데 필수와 선택의 영역이 분리되지 못한 이유를 살펴보면, 문제가 간단치 않다는 것을 발견하게 된다. 우선 원칙적으로 선택의 영역인 차액병실료나 선택진료비의 경우 그간 소비자의 선택이 이루어지도록 정부가 보장하지 못해 왔던 것은 강력한 법집행을 강제할 수 없다는 암묵적인 인식이 정부와 의료계간에 형성되어 있었기 때문이다. 즉, 공적보험이 의료서비스에 대해 지불하는 가격체계가 실제 투입되는 자원의 규모를 보상할 정도에 이르지 못하기 때문에, 의료기관이 수익을 보전하기 위한 다양한 편법이 교차보조라는 명목으로 묵인되어 왔

14) 전액본인부담의 의미에 관해서는 각주 13번 참조

다는 점이다. 어느 정도로 가격이 왜곡되어 있는지를 판단하기 위해서는 엄밀한 연구가 필요하겠으나, 중요한 점은 정책담당자와 의료계 상호간에 이러한 인식이 공유되어 왔다는 점이고, 그것이 의료관행을 왜곡시킨 원인이라는 점이다. 일례로 1997년 보건복지부에서 발주하여 연세대학교에서 수행한 연구용역은 직접적인 이해관계자가 개입되지 않고 정부가 발주한 연구라는 의미에서 수가체계에 관한 현재까지의 연구 중 자주 인용되고 있는데, 원가보전을 위해서는 54.3%의 비용이 추가적으로 필요할 것이라는 결론을 제시한 바 있다.<sup>15)16)</sup>

또한 진료영역에서 필수와 선택 영역을 분리하는 문제 역시 비용의 문제와 직결된다. 앞에서 살펴본 임의비급여의 상당부분은 급여영역에 속한 진료행위와 동일한 진료행위를 기준치나 적용질병에 따라 분류한 것이기 때문에 진료행위 자체의 성격이 급여영역의 행위가 다른 것은 아니며, 필수적인 진료를 수행하는 과정에서 수반될 수밖에 없는 경우들이다. 따라서 필수와 선택의 영역을 분리하여 공적시스템 책임 영역과 시장의 영역을 구분하는 작업을 위해서는 이들 중 상당부분을 급여영역으로 전환시키는 작업이 필요하며, 진료 행위로 인한 비용 보전을 보장하기 위해서는 이제까지 인위적으로 유지되어온 저비용구조를 개편하는 것이 불가피하다. 그렇다면 건강보험 재정의 건전성을 위해서는 보험료를 인상하거나, 본인부담을 증가시키는 것이 불가피할 것이다.<sup>17)</sup> 결국 선택적 서비스에 대한 선택권을 보장하거나, 필수적 진료를 충분히 포괄하여 공보험으로 급여하게 될 경우 문제가 되는 것은 국민들이 지게 될 추가적인 보험료 부담이나 본인부담이다. 보험료 인상에 대한 국민들의 거부감이 강한 상황에서<sup>18)</sup> 공적비용의 증가를 초래할 제도 개선은 정책담당자에게 막대한 부담일 수밖에 없으며, 이것은 이제껏 필수영역을 규명하려는 시도가 진지하게 이루어지지 않았던 이유

15) 김한중 외(1997)

16) 1977년 7월 직장의료보험 출범 당시 정부는 서울 시내 12개 종합병원의 자체수가를 조사하여 평균 75% 수준으로 보험수가를 설정했다고 공식발표했다. 그러나 1977년 6월 임시국회에서 당시 신현확 보건사회부 장관은 의료보험 실시로 환자가 증가할 것을 예측하여 관행수가에서 25%를 하향조정하는 것에 의료계도 합의했으며, 보험수가가 관행수가에서 45%를 하향조정된 결과라는 의료계 주장이 근거없는 주장이라고 반박한 바 있으며, 이는 관행수가 대비 보험수가 비율에 관해 상당한 논란이 존재했던 것을 보여준다(양명생, 1993). 그리고 1977년 이후 1990년대 후반까지 수가인상률의 누적지수는 물가인상률의 누적지수와 거의 유사한 수준으로 나타나고 있어(양명생, 1999), 공식발표대로 1977년 관행수가의 75%선에서 보험수가가 정해졌다고 하더라도, 현재의 건강보험 수가가 비현실적으로 낮은 수준이라는 의료계의 주장이 전혀 근거없다고 치부하기는 어려울 것으로 판단된다.

17) 물론 필수적인 진료 영역에 대한 판단 중 의학적으로 명확하지 않은 경우도 존재하며, 명확한 경우에도 보험제정에 미치는 영향이 지대하다면, 이를 고려하여 급여영역에 포함되는 시기가 조정된다. 결국 급여 범위 결정과 관련해서는 다양한 요소들이 고려될 수밖에 없으며, 많은 이해관계자들의 영향이 개입되기 쉽다. 따라서 급여포함 결정 과정에서는 사전에 투명하게 확립된 규칙을 일관되게 적용하는 것이 중요하다.

18) 일반시민을 대상으로 한 최근 여론조사에 따르면 보험료수준에 대해서는 69.5%의 응답자가 매우 비싸거나 다소 비싸다고 대답했다. 이중 매우 비싸다고 대답한 비율은 월평균소득 99만원 이하 응답자의 36.7%, 중졸이하 응답자의 40.0%, 월평균소득 400만원 이상 응답자의 24.6%, 대졸이상 응답자의 22.1%로 나타나 계층간 인식의 차이를 보였다(조병희 외, 2004).

이다. 이것은 현재까지 산업화의 논의가 진전되지 못한 근원적인 원인이라 할 수 있다.

그런데 여기서 분리해야 할 점은 공적보험 재정 부담의 증가와 의료비의 문제이다. 필수와 선택의 영역을 분리하여 보장을 확대하는 것은 건강보험 재정의 부담을 초래하여 보험료나 본인부담의 인상으로 귀결될 것이나, 의료비의 증가로 귀결되지는 않는다. 현재에도 국민들은 편법적인 서비스 제공방식으로 초래되는 비용을 이미 부담하고 있기 때문이다. 의료비용은 의료시스템에 대한 불만이 가장 많이 제기되는 부분이다. <표 5>는 2006년 통계청 사회통계조사 중 의료서비스에 대한 불만이 무엇인지를 묻은 결과이다. 의료서비스에 대한 불만 중 의료비용에 대한 불만이 가장 높은 것으로 나타났는데, 이는 정도의 차이가 있을 뿐 교육수준이나 소득수준과 상관없이 유사했다.

여기서 주의할 점은 공적보험의 본인부담 상한이 6개월에 200만원이라는 상당히 낮은 수준에 설정되어 있기 때문에, 의료비 수준에 대한 불만은 주로 비급여 영역의 서비스로 인한 부담에서 초래되었을 가능성이 높다는 점이다. 특히 고급선택서비스에 대한 비용을 어쩔 수 없이 부담해야 하는 상황이 빈번하며, 더군다나 누구에게라도 발생할 수 있기 때문에 경제적으로 넉넉하지 않은 이용자의 경우에도 비용수준을 예측하거나 통제할 수 없다는 점이 문제의 핵심이라 할 수 있다. 이 문제를 해결하기 위해서는 경제적 능력이 적은데도 선택적 고급 의료를 사용할 수밖에 없었던 경우를 제도 내에 끌어 들여 경제적 능력에 따라 차등적인 서비스를 선택할 수 있도록 하는 것이 선택의 여지를 확보하는 것이 필요하다. 이는 의료기관으로서도 소비자 선택을 보장하는 것이 지속가능하도록 수가를 조정할 필요가 있다는 것을 의미한다. 결과적으로 국민의료비 부담 총액이 변화되지는 않을 것이나, 건강보험을 통한 상환비율이 높아질 것이다.

이를 위해서는 건강보험료의 인상이나 본인부담의 증가가 불가피할 것인데, 이 중 본인부담 인상의 가능성을 열어놓는 것은 참여정부의 보장성 강화 정책과의 차별점이 두드러지는 부분이다. 참여정부 동안 의료정책의 근간은 총진료비 중 보험자부담분으로 정의되는 보장성 수치를 올리는 것이었고, 이를 위해 보장성 수치를 높이는 효과가 큰 영역을 급여에 포함하고 본인부담을 낮추는 것에 집중하였다. '필수'라 인정하기 어려운 식대나 차액병실료를 급여로 포함시킨다는 결정 등이 그 예이다. 그러나 재정적 고려 속에서 필수적인 영역을 보장하기 위해서는 외래의 본인부담을 강화하거나 기존 보장항목의 일부를 비급여로 전환하는 등 보장성 수치를 오히려 낮추는 조치의 가능성도 검토될 필요가 있다. 이 경우 추가적인 보장분의 비용은 전국민에 의해 분담될 것이나, 기존의 편법적 비용보전수단을 양성화하는 효과, 소비자로서는 경제적 능력에 따라 서비스를 이용하는 것이 가능해진다는 효과를 기대할 수 있다.<sup>19)</sup>

논의를 정리하자면, 산업화를 위한 핵심적인 제도 개선에 대해 제기되는 우

려 중 상당 부분은 뚜렷한 근거를 갖지 못한 경우가 많으나, 산업화의 영역을 설정하는 것만큼은 규제완화에 앞서 선결되어야 할 부분이라 할 수 있다. 이를 위해서는 필수와 선택의 영역을 합리적으로 구분한 후, 선택하는 이용자에게만 선택서비스를 이용하게 할 수 있을 정도로 수가를 조정하고, 이에 필요한 만큼 보험료나 본인 부담을 인상하는 것이 필요하다.

그러나 이를 위한 부담 증가가 산업화로 인한 비용이며, 산업화로 인한 편익과 비교해야 할 대상이라고 하기는 어렵다. 선택이 보장되지 않는 의료 소비로 인한 경제적 타격으로 빈곤으로 추락하는 것은 공적시스템의 핵심보호기능이 작동하지 못하고 있다는 문제로서 산업화 여부와 상관없이 교정되어야 하기 때문이다. 따라서 이는 산업화 추진으로 인한 비용이 아니라 공적시스템의 정상화를 위해 시급히 개선되어야 하는 문제인 동시에 산업화를 위해서도 필요한 제도 개선이라 할 수 있다.

---

19) 이런 측면에서 참여정부의 대통령 공약인 보장성 수치 달성을 강조한 보장성 로드맵은 필수영역의 우선적 보장이라는 원칙 하에 재검토될 필요가 있다.

〈표 5〉 의료서비스 불만이유

|            | 불친절  | 의료비<br>비쌌 | 치료<br>결과<br>미흡 | 진료<br>불성실 | 진료·<br>입원대기<br>시간 길 | 의료<br>시설<br>낙후<br>미비 | 과잉<br>진료 | 전문<br>인력<br>부족 | 기 타 |
|------------|------|-----------|----------------|-----------|---------------------|----------------------|----------|----------------|-----|
| 전 국        | 11.1 | 27.2      | 22.9           | 9.2       | 17.5                | 2.7                  | 6.6      | 2.4            | 0.3 |
| 교육정도       |      |           |                |           |                     |                      |          |                |     |
| 초졸이하       | 10.8 | 32.0      | 22.0           | 5.2       | 17.5                | 2.6                  | 7.1      | 2.3            | 0.4 |
| 중 졸        | 10.0 | 33.9      | 20.6           | 7.4       | 17.2                | 3.1                  | 5.5      | 2.2            | 0.1 |
| 고 졸        | 11.0 | 25.7      | 23.0           | 8.8       | 18.1                | 2.8                  | 7.4      | 2.9            | 0.4 |
| 대졸이상       | 12.1 | 22.7      | 24.6           | 13.3      | 16.9                | 2.6                  | 5.7      | 1.8            | 0.1 |
| 가구의 월평균 소득 |      |           |                |           |                     |                      |          |                |     |
| 100만원 미만   | 11.2 | 29.8      | 23.0           | 6.8       | 16.5                | 2.8                  | 6.8      | 2.5            | 0.5 |
| 100~200만원  | 10.4 | 29.2      | 21.0           | 9.2       | 17.2                | 3.1                  | 7.3      | 2.4            | 0.2 |
| 200~300만원  | 11.1 | 28.1      | 22.9           | 9.6       | 17.2                | 1.8                  | 6.3      | 2.7            | 0.3 |
| 300~400만원  | 12.4 | 24.6      | 24.3           | 9.6       | 18.0                | 3.2                  | 5.4      | 2.5            | 0.2 |
| 400~600만원  | 11.6 | 20.5      | 25.0           | 12.9      | 18.3                | 3.9                  | 6.0      | 1.5            | 0.3 |
| 600만원 이상   | 9.6  | 19.8      | 26.4           | 7.8       | 23.2                | 2.3                  | 8.4      | 2.5            | 0.0 |

## 7. 의료시스템과의 연관정도를 고려한 산업화 논의의 평가와 결론

의료산업화와 관련한 사실(fact)만을 열거해보면 이렇다. 우선 소득 수준의 상승과 함께 고급진료에 대한 수요가 출현하고 있다. 그리고 의료산업이 차세대 성장동력이 될 것이라는 주장이 여하간에 정책결정그룹 내에서 상당한 정치적 지지를 획득했다. 그런데 고급진료에 대한 수요를 만족시키고, 부가가치와 일자리를 창출하기 위한 각종 정책제안들은 낮은 가격으로 모든 국민에게 일정한 수준의 의료서비스를 제공해오던 의료시스템과 마찰을 일으킬 소지가 있다. 한편 인위적으로 낮은 가격수준에 억제되어 있다는 인식이 확산되어 있고, 이로 인한 많은 문제점들이 의료시스템에 나타나고 있으나, 시민단체와 일부 학자들은 산업화정책이 기존 시스템을 송두리째 망가뜨릴 것이라고 우려하면서 저항하고 있다.

이런 사실들을 고려한다면, 실제로 산업화의 영향이 기존 시스템에 미치는 영향을 예측하는 것이 산업화 논의를 진전시키는 방법일 것이며, 이를 위해 현재 혼재되어 논의되고 있는 산업화의 방향과 수위를 구분한 후 각각의 시나리오가 초래할 영향을 가늠해볼 필요가 있다. 본고에서는 국내 의료시스템과의 연관

정도에 따라 산업화 방향을 살펴보았다.

첫째, 국내 의료시스템과의 연관을 최소로 하면서 첨단기술을 발전시키고, 현재 우리가 기술적 우위를 보유한 일부 영역을 활용하여 부가가치를 창출하는 방안이다. 우선 첨단기술 발전을 위해 계획되고 있는 단지 건설 등 대규모 재정 사업은 비용효과와 우수한 대안의 존재를 세밀히 따진 후 추진여부가 결정되어야 할 일이다. 그리고 제도적으로 의료관광을 위한 몇몇 제도적 지원책이 논의되고 있으나, 보다 중요하게는 경제특구에서의 국내의료기관 활동에 대한 정책적 입장이 논의될 필요가 있다. 현재 경제특구에 설립되는 국내의료기관은 외국 병원들에 주어지는 혜택들을 받지 못하고 있는데, 이들의 기술 발전과 부가가치 창출을 위해서는 특구 내에서 외국과 자유롭게 경쟁할 수 있도록 조건을 마련해 줄 필요가 있다. 또한 산업이 부가가치를 지속적으로 창출해내기 위해서는 내수의 발달이 필수적이라는 점을 고려하면, 국내의료시스템과의 접점을 최소로 하면서 산업발전을 추진하는 전략의 한계가 뚜렷하며, 결국 내수기반을 위한 제도 개선이 불가피할 것이다.

둘째, 다양화된 의료수요를 만족시키기 위한 시장의 창출이다. 고급의료에 대한 수요가 증가하고 있는 상황에서 사용할 수 있는 대응책은 단일한 수준의 의료서비스 질을 국민모두에게 제공하면서 고급수요를 억제하거나, 고급수요를 만족시키면서 이로 인한 문제를 해결하는 것이다. 앞에서 살펴본 바와 같이 고급수요를 만족시키기 위한 정책적 수단은 영리법인 허용, 요양기관계약제 등의 규제완화이다. 현재까지는 이러한 정책이 공적보험에 치명적인 타격을 줄 것을 전제했기 때문에 논의의 진전이 없었으나, 사실상 이러한 우려의 실체는 상당히 모호하다. 우선 비용상승이 공적보험에 부담을 줄 것이라는 우려는 감독 기능을 수행할 정부나 보험지출 통제 기능을 수행할 공보험자 본연의 업무를 고려할 때, 필연적 결과에 대한 우려라기보다는 가능성에 대한 우려라 할 수 있다. 이 가능성을 줄이는 것은 정부와 보험자의 몫이라 하겠다. 따라서 규제가 완화된 환경 속에서 정부와 보험자가 제 역할을 수행하는지의 여부가 중요하며, 이를 위해서는 정부의 의료기관 감독, 공보험자의 급여항목 관리 등의 원칙과 절차가 투명하게 정립되어 적용될 필요가 있다. 더구나 신기술 발전과 고령화 등으로 의료비용은 급속히 증가하는 추세이기 때문에, 규제완화여부와 상관없이 정부와 공보험자의 이러한 기능은 시급히 정상화되어야 하는 부분이다.

그러나 이러한 규제완화가 현재 시스템 속에서 충분히 보호받지 못하는 개인에게 부담을 가중시키지 않도록 하는 정책적 노력은 강조될 필요가 있다. 가장 대표적으로 진료영역과 진료외영역에서 필수의료과 선택의료를 구분하여 필수영역의 보장을 확실히 하는 노력이 계속되어야 한다. 또한 본인의 의지나 능력과 상관없이 선택적 서비스를 부담해야 하는 문제를 근원적으로 해결하지 않고 오히려 이들 항목을 급여 영역에 포함하려는 정책은 원칙 자체를 무시하는

정책으로서 전면적으로 재고될 필요가 있다.

필수의료를 구분하여 충분히 보장하기 위해서는 공적 비용부담의 증가가 불가피하다는 문제점이 있으나, 이것이 전반적인 의료비의 상승을 뜻하는 것이 아니며 오히려 경제력 능력이나 선호와 상관없이 부담해야 하는 비용을 줄일 수 있다는 의미에서 경제적 보호의 기능은 개선될 것으로 예측된다.

이러한 점을 고려할 때, 의료산업화를 진전시키는 방향은 지식과 정보의 병목을 해소하는 방식으로 성장동력으로서의 산업화를 효율적으로 추진하면서, 국내의 다양한 의료수요를 만족시키기 위한 규제완화에 초점을 맞추되, 필수진료영역을 구분하는 것이 필요하다. 필수영역을 구분하고 현재 상태에서 즉시 구분해내기 어려운 부분은 향후 어떠한 원칙으로 접근하겠다는 것을 분명히 하는 것은, 향후 확대될 시장 영역에 대한 불확실성을 제거할 수 있다는 의미에서 산업화의 전제가 될 것이다. 그런 이후에는 공적보험의 실제적인 보호기능을 강화하는 노력과 산업화를 위한 규제완화가 병행되어 진행될 수 있을 것이다.

그간 의료서비스 산업 발전을 위해 첨단기술발전이나 복합단지, 클러스터 등 새로운 영역이 정부에 의해 적극 개발되어야 한다는 주장이 많이 개진되어 왔다. 그러나 민간이 이러한 영역에 자발적인 창의와 효율을 발휘하며 진입하지 못했던 것이 제도적인 규제에 기인했던 만큼, 의료서비스 사업화를 위해서는 규제완화가 선결될 필요가 있다. 그리고 기존의 규제들이 공적보험의 유지를 위해 불가피하다는 주장들이 논의의 진전을 막아왔던 만큼, 규제완화가 공적시스템과 갖는 접점에서 나타날 수 있는 문제점을 방지하는 것이 오랜 교착 지점을 벗어나 실제적인 정책을 추진하기 위해 가장 중요하다 할 것이다.

## 참고문헌

- 감신, 영리법인 의료기관 설립 허용의 문제점, 예방의학회지 제37권 제2호, 2004.
- 건강보장미래전략위원회, 건강보장 미래 전략을 위한 공청회 자료, 2007.
- 김한중 외, 의료보험 수가구조개편을 위한 상대가치 개발, 연세대학교 보건정책 및 관리연구소, 한국보건의료관리연구원, 1997.
- 김종일, 중소기업정책의 역할 재정립, 『우리 경제의 선진화를 위한 정부역할의 재정립』, 한국개발연구원, 2007.
- 보건복지부, 「공공병원 확충방안 개발에 관한 연구」, 2004.
- 서울대학교 병원, 결산서, 2004, 2005, 2006
- 양명생, 한국 의료보험 진료수가 제정 및 인상조정과정에 관한 연구, 경산대학교 박사학위 논문, 1993.
- 양명생, 연도별 의료보험수가인상 현황, [hospitallaw.or.kr](http://hospitallaw.or.kr)
- 윤희숙, 민간보험 가입이 의료이용에 미치는 효과, 한국개발연구원, 2007.
- 의료산업선진화위원회, 제8차 의료제도개선 소위원회 토의안건, 2006년 6월 15일.
- 이규식, 국민건강보험 진단-패러다임 전환을 위하여, 국가경영전략연구원 사회보험의 위기 종합 진단 심포지엄, 2006.
- 이주선 외, 의료서비스 산업의 문제점과 정책대안, 한국경제연구원 Issue Paper, 제22호, 2006.
- 이태수, 의료서비스 부문에 대한 경제논리적 접근의 문제점과 한계, 보건의료 경영·경제·정책학회 공동학술대회, 2005.
- 정기택, 의료산업 육성에 관한 연구, 『서비스 산업 발전의 과제』, 한국개발연구원, 2006.
- 조승렬 외, 첨단 의료기술 연구 개발의 장애요인 분석 및 개선 방안 연구, 국무조정실 의료산업발전기획단, 2006.
- 조병희 외, 시장개방 등 환경변화가 의료보장에 미치는 영향, 서울대학교 보건대학원/건강보험공단, 2004.
- 통계청, 2006 사회통계조사, 통계청 홈페이지
- 최윤희, 의료산업 선진화의 필요성과 당면과제, KIET 산업경제, 2006년 10월.
- Besley, Timothy and Miguel Gouveia, "Alternative Systems of Health care Provision," *Economic Policy*, October, 1994.
- Colombo, Francesca, and Nicole Tapay, *Private Health Insurance in OECD Countries : The Benefits and Costs for Individuals and Health System*, OECD, 2004.
- Pack, H., *The Case for Industrial Policy: A Critical Survey*, World Bank Policy Research Working Paper, No. 3839, 2006.
- Maynard, A. and A. Williams, "Privatisation and the National Health Service," in J. Le Grand and R. Robinson(eds.), *Privatisation and the welfare state*, Allen & Unwin, 1984.
- Musgrave, R. A., *The Theory of Public Finance*, McGraw Hill, New York, 1959.

OECD, OECD Health Data, 2007.

Rodrik, D. Industrial Policy for the Twenty-First Century, mimeo, 2004.

Shleifer, A., "State versus Private Ownership," *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 12, No. 4, 1998.

Tobin, James, "On Limiting the Domain of Inequality," *Journal of Law and Economics*, Vol. 13, No. 2, October, 1970.