

연구

05-27

의료체계 경쟁력 강화를 위한
규제개혁 방안 연구

권순만·이주선

의료체계 경쟁력 강화를 위한
규제개혁 방안 연구

1판1쇄 인쇄 / 2005년 12월 19일

1판1쇄 발행 / 2005년 12월 23일

발행처 / 한국경제연구원

발행인 / 노성태

편집인 / 노성태

등록번호 / 제318-1982-000003호

(150-756) 서울특별시 영등포구 여의도동 28-1 전경련회관
전화 3771-0001(대표), 3771-0057(직통) / 팩스 785-0270~1

<http://www.keri.org>

© 한국경제연구원, 2005

한국경제연구원에서 발간한 간행물은
전국 대형서점에서 구입하실 수 있습니다.

(구입문의) 3771-0057

ISBN 89-8031-361-6

5,000원

* 제작대행: (주)FKI미디어

발간사

우리나라의 의료체계는 1970년대말 의료보험을 처음 도입한 이후 12년이라는 매우 짧은 기간에 전 국민 의료보장 제공이라는 괄목할 만한 성과를 거두었다. 의료보험의 도입은 의료서비스 소비자의 구매력을 증가시켜 의료공급체계의 빠른 성장을 가져왔다. 1989년 전 국민에 대한 건강보험 확대라는 큰 변화가 이뤄진 이후, 우리나라 의료체계는 최근 의료보험조합의 통합과 일원화 뿐만 아니라 의약분업, 진료비지불제도 등에서 큰 변화를 겪어왔다. 단 시간 내에 전 국민 대상 의료보험을 시행한 우리나라의 경험은 최근 많은 개발도상국들에게 중요한 사례연구의 대상이 되고 있다.

그러나 국내에서는 최근 건강보험제도와 의료산업의 문제점에 대한 비판이 고조되고 있고 의료 분야의 취약한 경쟁력을 어떻게 개선할 것인지에 대해서도 많은 논란이 있다. 이즈음은 종종 좀 더 품질이 좋은 의료서비스 이용을 위해 외국의 의료기관에서 의료서비스를 구매하는 소비자가 크게 증가하는 등 의료서비스 시장에 큰 변화가 이뤄지고 있다는 언론의 보도도 있다. 그러나 이러한 현재까지 진행되어 온 논의들은 대개 구체적인 분석과 입증 자료보다는 일부 지엽적인 사례에 근거한 경우가 많고, 의료체계의 경쟁력이 무엇을 의미하는지, 그리고 우리나라 의료체계의 문제점이 무엇이고 이를 해결하기 위한 대안은 무엇인지에 대한 체

계적인 논의가 부족한 실정이었다.

우리나라 의료체계는 비효율적 의료서비스 제공으로 비용억제 기전이 취약하고, 의료공급자들이 소비자 만족을 지향하는 데 소홀하며, 기존 의료공급자 이해관계 중심의 정책 시행으로 진입장벽이 높고 경쟁이 부족한 상태였다. 건강보험도 또한 취약한 보장성으로 인한 가입자 보호 미흡, 비효율적 의료비 지출구조로 인한 재정 운영 불안정성 등의 문제점에 직면해 왔다. 특히 의료공급체계는 건강보험의 지출구조를 결정해 재정안정화에 가장 중요한 영향을 미치므로 효율적인 의료공급체계는 건강보험체계의 안정성을 결정하는 핵심요소라 할 수 있다. 더구나 현재 진행되고 있는 인구 고령화의 심화, 소비자의 권리 의식 향상과 의료 욕구 증가가 향후 더욱 증폭될 가능성이 있고 이와 같은 의료서비스 환경 변화는 의료서비스 산업의 효율성에 대한 사회적 기대를 크게 할 것이 틀림없다.

이런 상태에서 이 연구는 우리나라 의료체계의 경쟁력 강화를 위한 규제개혁 방안을 도출하고자 이뤄졌다. 이러한 연구목적 달성을 위해서 이 연구는 제Ⅱ장에서 의료서비스의 특성, 의료산업 경쟁력의 의미, 그리고 의료시장에서의 경쟁과 규제의 역할에 대해 논의했다. 제Ⅲ장에서는 의료공급체계의 효율화를 달성하기 위한 제반 이슈들 가운데 경쟁 활성화를 위한 영리병원제도와 정보제공 촉진책을 논의했다. 또한 이 장에서는 의료공급자의 행태와 의료비 지출을 결정하는 가장 중요한 요소인 진료비 지불제도와 의약품비용지불제도, 의료기관 네트워크, 그리고 요양기관 당연지정제도의 문제점과 개선방안을 논의하기도 했다. 제Ⅳ장에서는 의료공급체계에 심대한 영향을 미치는 건강보험제도의 효율화를 위한 건강보험 급여 확충, 급여구조 합리화, 민간보험의 역할 정립, 건강보험 재정안정화 방안들을 논의했다. 이렇게 의료공

급체계와 건강보험제도의 문제점과 개선방안을 논의하는 데 있어서 현재 법률에 나타나 있는 구체적인 규제들을 각각의 항목마다 적시해 규제개혁의 시행을 위해서 어떤 법률의 어떤 조항들을 재검토하는 것이 필요한지를 용이하게 파악할 수 있도록 하고 있다.

본인은 이 연구를 통해서 발굴된 우리나라 의료체계 경쟁력 강화를 위한 규제개혁 방안들이 실질적인 정책으로 적절하게 시행되어 조속히 의료서비스 산업의 경쟁력이 신장되고 국민들의 삶의 질 향상에 기여할 수 있게 되기를 기대한다.

마지막으로 본인은 이 연구의 수행을 위해서 수고한 서울대학교 보건대학원의 권순만 교수, 본원의 이주선 선임연구위원과 이 연구수행과 관련된 법률과 규제를 검토하는 데 기여한 서울대학교 보건대학원생 이선구 씨에게 감사를 표하고자 한다.

2005년 12월
한국경제연구원장
노성태

목 차

요 약	9
제 I 장 들어가는 말	13
제 II 장 의료산업의 효율성과 경쟁력	17
1. 의료서비스의 특성	19
2. 의료산업 경쟁력의 의미와 결정 요인	21
3. 의료산업에서의 경쟁과 규제	25
제 III 장 의료공급체계의 효율화	29
1. 영리법인 병원에 대한 진입제한 완화	31
(1) 문제점과 개선방안	31
(2) 관련 법규정 검토	35
(3) 법적 견지에서 고찰	37
2. 시장의 활성화를 위한 정보제공	41
(1) 문제점과 개선방안	41
(2) 관련 법규정 검토	44
3. 진료비지불제도 개혁	48
(1) 진료비지불제도와 경제적 유인	48
(2) 행위별수가제	50
(3) 진단명 기준 포괄수가제	53
(4) 관련 법규정 검토	57
6 의료체계 경쟁력 강화를 위한 규제개혁 방안 연구	

4. 의약품비용지불제도 개선	59
5. 의료기관간 네트워크 활성화	64
6. 영양기관당연지정제도 재검토	67
(1) 문제점과 개선방안	67
(2) 관련 법규정 검토	69
제IV장 건강보험제도의 개선	71
1. 건강보험 급여 확충	73
(1) 문제점과 개선방안	73
(2) 관련 법규정 검토	78
2. 건강보험 급여구조 합리화	79
3. 민간의료보험의 역할정립	82
(1) 문제점과 개선방안	82
(2) 관련 법규정 검토	86
4. 건강보험 재정안정화	88
제V장 맺는 말	91
참고문헌	95
영문초록	101

표 목차

<표 1> GDP 대비 의료비 비율 및 기대수명	23
<표 2> 국민의료비 재원 비중	73
<표 3> 환자본인부담 현황(2000, 2001)	75
<표 4> 건강보험의 재정구조	89

그림 목차

<그림 1> 건강 생산함수	22
----------------------	----

요 약

우리나라의 의료체계가 효율적이고 국민의 만족을 높일 수 있는 제도로 발전하기 위해서는 아직도 많은 정책적 변화를 필요로 한다. 경쟁력이 낙후된 분야로 의료서비스를 거론하는 것은 전문가들만이 아니다. 이 연구는 의료서비스 산업 경쟁력 제고를 위한 현시점에서의 개혁방안을 모색하고자 했다. 경쟁력 강화를 위한 규제개혁 방안을 도출하기 위해서 이 연구는 의료서비스 및 그 산업이 가진 특성, 경쟁력에 대한 정의와 현 시점에서의 경쟁력의 수준, 의료공급체계와 건강보험체계의 문제점과 개선방안을 논의했다.

연구에 따르면 의료서비스의 특성은 정보의 비대칭성과 이로 인한 소비자 무지, 의료혜택을 동등하게 보장받아야 한다는 공익성 차원의 인식, 그리고 공공부문의 개입과 이에 따른 다양한 문제점이다. 이를 제공하는 의료서비스 산업의 특성은 소비자 무지에 기인한 품질경쟁 인센티브의 존재, 시장실패와 공공성을 명분으로 한 강력한 진입규제와 이로 인한 시장에서의 의사들의 독점적 우위의 유지, 치료비용의 후불제 가격규제, 그리고 의료기관이 공공성을 명분으로 한 비영리법인이라는 점이다.

이런 우리나라 의료서비스와 그 산업적 특성의 전제하에서 의료체계의 경쟁력은 생산적 효율성을 제고하는 것이라고 정의할 수 있고, 현재 우리나라의 의료서비스 산업은 효율성이 있다는

것을 의미하는 생산가능성 프런티어에 근접해 그 효율성이 상대적으로 높은 것으로 판단되나, 아직도 선진국에 비해 그 의료서비스 제공 수준이 적정수준보다 낮으므로 어떻게 효과적으로 이를 확장해 나갈 수 있느냐가 향후의 과제라고 할 수 있다. 이 연구는 이러한 문제의식을 토대로 의료서비스 공급체계와 이를 보상하는 건강보험제도에서 의료서비스 산업의 경쟁력 향상을 위해서 반드시 개선되어야 한다고 생각되는 항목들에 대해서 시장경제적 관점에서 합리적인 대안을 마련하고자 했다.

이를 위해서 파악한 현행 의료공급체계의 중요한 문제점은 영리의료법인의 불허, 의료서비스에 대한 광고금지, 공공부문의 정보 생성과 제공 미흡, 의료기관 평가제도의 정보와 인센티브 관점에서의 결함, 행위별 수가제도와 이를 개선한 자원기준 행위별 수가제의 한계, 의약품 분류·의약품업에 따른 상품명 의약품 처방 증가·보험약가제도상 신약가격 결정방식의 불합리성과 실거래가 보상제도의 결함을 포함하는 의약품 규제의 불합리성, 의료기관간 네트워크의 부재로 인한 의료공급체계의 비효율성과 비용상승 그리고 요양기관당연지정제도 등이었다.

이러한 문제점을 해결하기 위해서 이 연구는 영리의료법인에 대한 진입제한 완화, 의료서비스 관련 광고규제 완화, 공공부문의 의료서비스에 대한 정보제공 강화, 소비자 평가가 어려운 객관적인 의료서비스 품질 정보제공을 목적으로 한 의료기관 평가기준 확립, 단기적으로 목표의료비제도 도입, 궁극적으로 포괄수가제와 이를 보완하는 경증 질환치료를 위한 저축계정의 도입을 제안했다. 또한 의약품 규제는 일반의약품과 전문의약품의 재분류 시행, 의사 처방시 일반명 의약품 처방 보편화, 일반명 의약품의 약가 인하책 강구, 신약도입시 약가결정 참고가격 기준 변경, 실거래가격 보상제도를 대신한 기준가격 보상제도 도입, 그리고 의약품

남용 등 부작용 축소를 위한 공공부문의 의약품 관련 정보제공 강화, 비용효과적인 의약품만 급여품목에 포함하는 약품목록 도입을 정책대안으로 제시하고 있다. 이외에도 외래, 입원, 재활, 요양에 이르는 통합적 의료체계의 활성화와 각급 병원간 전략적 제휴 원활화를 위한 의료기관 네트워크의 설계와 요양기관당연지정제도의 점진적인 완화를 권고하고 있다.

건강보험제도의 당면 문제점은 지나치게 과소한 보험급여와 급여구조의 경증질환 치중에 기인한 건강보험의 위험분산 기능 부실 그리고 이로 인한 고소득층과 저소득층의 의료비 부담 형평성 문제, 비급여 서비스의 비중 과다, 민간의료보험의 역할분담 미흡 그리고 건강보험의 재정부족과 이에 대한 대책의 미비였다.

이러한 건강보험제도의 문제점들을 해결하기 위해서 이 연구는 보험급여의 확대와 보험료 인상 동시 시행, 고비용-중증질환 중심의 급여구조 재편, 자영업자 등 불명료한 세원의 소득과약 강화, 비용효과적인 의료에 대한 급여는 전액지급하되 그렇지 못하거나 상대적으로 선택적인 성격의 의료서비스는 본인부담률을 높이는 소비자 의료이용 행태 변경 유인책 마련, 민간의료보험의 건강보험 보완 역할 설정과 Cream-skimming 해결을 위한 민간의료보험 시장 규제, 건강보험 재정안정화를 위한 가입자, 고용자 등 지불자 참여확대를 제안했다.

이 연구가 제안한 개혁을 위해서는 대대적인 변화가 요구된다. 그리고 변화는 많은 어려움을 수반하고 또 합리적 모형만으로는 설명하기 어려운 정치적 과정을 거쳐야 한다. 모든 제도에는 역사성 혹은 소위 경로의존성(Path Dependence)이 존재하기 때문에 제도를 변화시키거나 외국의 제도를 이식하는 데는 많은 제약이 존재한다. 특히 최근의 의료개혁 그리고 포괄수가제 도입 연기 과정에서 보듯이 보건의료 부문에 있어서는 이해당사자들의 영향력

이 정책의 변화와 정책결정 과정에서 매우 중요한 역할을 한다. 그러므로 앞에 제시한 정책대안들을 시행하는 데 있어서도 이러한 정치적 과정에 대한 고려가 반드시 수반되어야 할 것이다.

이 연구에서 제안된 영리법인 허용, 민간의료보험 역할 정립, 요양기관 강제지정제도 개선 등은 우리나라 의료체계의 근간을 변화시킬 파급효과가 대단히 큰 대안들이다. 포괄적인 개혁은 대단히 매력적으로 보이지만 많은 이해당사자들의 저항과 정부의 정책 수행의 한계 등으로 인해서 점진적 변화에 비해 대개는 오히려 사회적 순편익이 적을 수 있다. 그러므로 단계적인 정책시행 등을 통해서 개혁시행 과정의 혼란과 비용을 축소하는 것도 필수적이다.

제 I 장

들어가는 말

우리나라의 의료체계는 1970년대말에 의료보험을 최초로 도입한 이후 12년이라는 매우 짧은 기간에 전 국민에게 의료보장을 제공하는 괄목할 만한 성과를 거두었다. 의료보험의 도입은 의료서비스 소비자의 구매력을 증가시켜 의료공급체계의 빠른 성장을 가져왔다. 1989년 전 국민에 대한 건강보험 확대라는 큰 변화 이후, 우리나라의 의료체계는 최근 의료보험조합의 통합과 일원화뿐만 아니라 의약분업, 진료비지불제도 등 큰 변화를 겪어 왔다.

빠른 시간에 전국민의료보험을 도입한 우리나라의 경험은 최근 많은 개발도상국들에게 중요한 사례연구의 대상이 되고 있으나, 국내에서는 최근 건강보험제도와 의료산업의 문제점에 대한 논의 역시 활성화되고 있다. 의료 분야의 취약한 경쟁력에 대한 논의가 활성화되고, 품질 좋은 의료서비스를 이용하기 위해 외국에 나가는 소비자가 많다는 이야기가 보도되기도 한다. 하지만 구체적 통계보다는 몇 가지의 사례에 근거한 경우가 많고 궁극적으로 의료체계의 경쟁력이 무엇을 의미하는지, 그리고 우리나라 의료체계의 문제점이 무엇이고 이를 해결하기 위한 대안은 무엇인지에 대한 체계적인 논의는 부족한 실정이다.

우리나라 의료체계는 의료서비스 제공이 비효율적이어서 비용억제의 기전이 취약하고, 의료공급자들이 소비자 만족에 대한 지향성이 부족하며, 또 기존 의료공급자 중심의 정책에 기인한 진입장벽의 존재와 경쟁의 부족 등 문제점을 안고 있다. 건강보험 역시 취약한 보장성 때문에 질병으로 인한 경제적 어려움으로부터 가입자를 충분히 보호하기 어렵고, 의료비 지출구조도 비효율적이어서 재정 운영이 지속적으로 불안정성을 가지는 등 문제들에 직면해 있다. 특히 의료공급체계는 건강보험의 지출 구조를 결정해 재정안정화에 가장 중요한 영향을 미치고 있으므로 효율적인 의료공급체계는 건강보험체계의 안정성을 결정하는 요소이다. 나

아가 인구고령화, 소비자의 권리 의식 향상과 의료서비스 니즈 Needs 증가 같은 의료환경 변화는 의료산업의 효율성에 대한 사회적 기대를 더욱 크게 할 것이다.

이 연구는 우리나라 의료산업이 직면한 문제점들을 논의하고 이를 개선하기 위한 제반 정책적 과제를 논의하는 것을 목적으로 한다. 우선 구체적인 이슈들을 논의하기에 앞서 제Ⅱ장에서는 의료서비스의 특성, 의료산업 경쟁력의 의미, 그리고 의료시장에서의 경쟁과 규제의 역할에 대해 논의를 하고자 한다. 제Ⅲ장에서는 의료공급체계의 효율화를 달성하기 위한 제반 이슈들을 논의하는데, 구체적으로 경쟁의 활성화를 위한 영리병원제도와 정보제공의 활성화에 대해 논의한다. 이어서 의료공급자의 행태와 의료비 지출을 결정하는 가장 중요한 요소인 진료비지불제도와 약품비용 지불제도에 대해 논의한 후 마지막으로 의료기관 네트워크와 요양기관당연지정제도의 개선에 대해서 논의한다. 제Ⅳ장에서는 의료공급체계에 많은 영향을 미치는 건강보험제도 효율화를 위한 제반 이슈들을 논의하고자 한다. 구체적으로 건강보험 급여 확충과 급여구조 합리화, 민간보험의 역할 정립, 건강보험 재정안정화에 대해 논의할 것이다. 특히 이 연구에서 부문별 개선방안을 논의하는 데 있어서 법(률) 조항의 변화가 필요한 경우 이를 제시했다.

제II장

의료산업의 효율성과 경쟁력

1. 의료서비스의 특성

의료서비스 분야에서는 공급자에 비해 소비자가 의료에 대한 지식과 정보가 매우 부족한 소비자 무지 현상이 발생한다. 따라서 소비자가 서비스의 비용과 효용을 판단해 합리적인 의사결정을 하는 시장의 경쟁 기전이 제대로 작동하지 않는 경우가 대부분이다. 환자 본인이 질병에 대해 정확한 진단을 할 수 없으므로 의사는 환자에게 의료라는 서비스뿐만 아니라 진단이라는 정보를 제공하는 것이며, 소비에 필수적인 정보를 제공하는 사람과 최종 서비스를 제공하는 사람이 일치하므로 의료공급자의 영향력은 절대적이다. 의료서비스 소비에 있어서 의료공급자의 영향력이 막대하므로 의료서비스 시장의 효율성은 소비자의 경제적 유인보다는 의료공급자에게 어떠한 경제적 유인이 제공되느냐에 따라 좌우되는 경향이 강하다.

의료서비스 분야는 전통적으로 기본적인 수준의 의료니즈Needs를 지불능력에 관계없이 충족시켜 주어야 한다는 사회적 공감대가 크다(예: Specific Egalitarianism). 따라서 미국을 제외한 거의 모든 선진국에서는 조세나 사회보험과 같은 공적의료보장제도를 통해 전 국민에게 의료에 대한 접근성을 보장하고 있다. 즉 의료에 대한 재원조달은 주로 공적 자원에 의존하는 경우가 대부분이다. 따라서 일반적인 사회복지 정책에 따른 경제적 약자에 대한 Targeting이 아니라 건강상태에서의 약자인 환자에 대한 Targeting이 역사적으로 보편화되었다고 볼 수 있다. 공공재원의 경우 소득에 연계된 재원조달을 통해 형평성을 제고할 수 있고, 또 공공

부문이 지불자인 경우 소수 혹은 독점적 지불자인 경우가 많아서 의료공급자와의 관계에서 의료비용을 좀더 쉽게 통제할 수 있다는 장점이 있다.

의료서비스를 위한 재원조달이 공공성이 강한 것과는 대조적으로 의료공급체계는 각 나라의 정치철학이나 역사성 등에 의해 영향을 받아 다양한 형태를 가진다. 즉 공공의료기관, 민간비영리의료기관, 민간영리의료기관의 상대적 중요성이 나라마다 다르다. 예를 들어, 영국, 캐나다, 북유럽 국가들은 병상의 절대 다수가 공공병상인 반면, 미국의 경우 민간 비영리 병상이 다수를 차지하고 약간의 영리병원들이 존재한다. 공공의료기관이 절대 다수를 이루는 나라의 경우 공공병원의 효율성을 높이기 위해 내부시장 Internal Market 등의 창출을 통한 관리개혁에 힘쓰고 있다. 이는 의료공급체계 개혁에 있어서는 효율성 제고가 정책의 주요 방향임을 알 수 있다.

2. 의료산업 경쟁력의 의미와 결정 요인

우리나라 의료산업의 경쟁력 그리고 소비자 만족에 대한 우려의 목소리가 있다. 하지만 의료이용에 있어서 소비자 불만이 많다면, 의료의 질이 낮아서인지, 의사의 환자에 대한 적극적인 배려와 환자 선호에 대한 반응성(Responsiveness)이 낮아서인지, 혹은 낮은 보험료와 저급여 체계를 가진 건강보험제도에서 환자가 지불하는 본인부담 비용이 지나치게 높기 때문인지 분석이 필요하다.

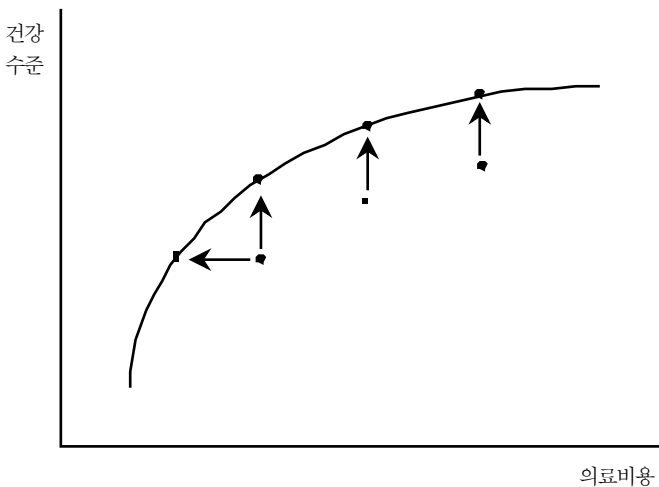
우리나라 임상 의료서비스의 품질은 객관적인 기준에서 볼 때 높다고 알려져 있지만, 소득이 증가하고 소비자 선호가 다양화하면서 기존의 의료서비스 품질에 대한 불만이 필연적으로 증가할 가능성이 높다. 하지만 의료문화는 여전히 권위주의적 측면이 강해서, 의사결정과정에서 소비자 중심의 사고가 다른 산업에 비해 매우 부족한 것이 사실이다. 그리고 의료산업의 취약성은 의료산업에 대한 진입장벽으로 인한 경쟁 제한, 의료전문인이 의료서비스뿐만 아니라 경영 분야에서도 주도적인 역할을 수행하는 현실, 취약한 경영 투명성에도 기인한다. 건강보험 역시 의료서비스 이용시 환자가 직접 부담하는 본인부담금이 40~50%에 달해 보험의 보장성이 매우 취약하므로 환자의 불만이 크다. 즉 의료소비자의 불만은 복합적인 원인들에 의해 야기되며 의료공급체계와 건강보험의 문제점들이 혼재되어 나타나고 있다.

그렇다면 궁극적으로 의료산업의 경쟁력이란 무엇일까? 서비스 산업의 특성상 의료산업 그 자체가 경제의 성장동력 혹은 무역흑자의 원천이 되기는 매우 어렵다. 의료관광의 성공 사례로 최근

자주 인용되고 있는 싱가포르의 경우는 지정학적 위치, 경제적 허브로서의 성공 여부가 국가 생존을 좌우하는 절박함과 역사성, 그리고 경제력을 가진 동남아시아 화교권의 의료수요가 집중되는 등 싱가포르의 특수한 상황과 함께 이해되어야 한다.

이처럼 의료관광이나 의료허브의 특수한 경우를 제외하면, 의료산업 자체가 경제성장의 동인이 되거나 무역수지 흑자에 크게 기여하기는 어렵다. 오히려 의료산업의 (순수한 산업으로서의) 경쟁력은 바이오산업이나 제약산업과 같이 국가 경제의 차세대 성장동력이 될 수 있는 산업과의 전략적인 연계를 통해 그 발전에 어떻게 공헌할 수 있는가 라는 관점에서 이해될 수 있다. 이 경우 의원, 중소병원 등을 포괄하는 모든 의료기관이 아니라 선도적인 소수의 의료기관만이 주된 논의의 대상이 될 것이다.

<그림 1> 건강 생산함수



반면 대다수 의료기관의 경우, 적정한 의료비용으로 양질의 의료를 제공함으로써 국가의 의료비를 적정화하고 국민의 건강수준

을 향상시키는 것이 국가 경제의 경쟁력 제고에 기여하는 길이다. 즉 의료비용과 건강수준의 관계를 나타내는 <그림 1>에서 효율성 프런티어상에 있는 점들은 비용-효과적인 의료산업을 의미한다. 우리나라의 국민의료비 수준은 OECD 다른 국가들에 비해 낮은 편이나 기대 수명 역시 낮은 편이어서 비교적 효율성 프런티어상에서 크게 벗어나지 않고 있다고 할 수 있으나, 현재는 프런티어상 원점에 가까운 위치를 차지하고 있으므로 향후 어떻게 발전되어 나갈지가 큰 과제이다<표 1>.

<표 1> GDP 대비 의료비 비율 및 기대수명

(단위: %, 세)

구 분	한국	일본	미국	독일	프랑스	캐나다	영국	
GDP 대비 의료비 지출 비중(2003년)	5.6	7.9 ¹⁾	15.0	11.1	10.1	9.9	7.7 ¹⁾	
기대 수명 (Life Expectancy at birth) (2002년)	남	72.8 ²⁾	78.3	74.4 ²⁾	75.6 ²⁾	75.8	77.1 ²⁾	75.7 ²⁾
	여	80.0 ²⁾	85.2	79.8 ²⁾	81.3 ²⁾	83.0	82.2 ²⁾	80.4 ²⁾
	전체	76.4 ²⁾	81.8	77.1 ²⁾	78.5 ²⁾	79.4	79.7 ²⁾	78.1 ²⁾

주: 1) 2002년 자료임.

2) 2001년 자료임.

자료: OECD, OECD Health Data 2005/2004

WHO나 OECD에서 국가 의료체계의 성과를 논의할 때 사용하는 틀도 이와 크게 다르지 않으나 성과변수들의 수준뿐 아니라 그 분포도 고려하고 있다. 즉 국가의 의료체계는 국민 건강Health Improvement 수준Average Level과 분포Distribution(건강 수준이 다양한 인구 집단에 형평적으로 분포되어 있는 정도), 소비자 만족도나 반응성Satisfaction/Responsiveness, 의료 접근도의 수준과 분포, 재원조달

및 부담(Financial Contribution), 그리고 의료비용 지출(Health Expenditure) 수준과 부담의 분포에 의해 그 성과가 결정된다는 것이다. 모든 의료기관을 포괄하는 의미에서 한 나라 의료산업 또는 의료체계의 경쟁력은, 의료산업이 얼마나 효과적으로 위와 같이 정의된 국가 의료체계의 성과를 높이는 데 기여하는지를 의미할 것이다.

예를 들어, 국민의료비가 국내총생산의 15%를 상회하는 미국의 경우는 의료비용이 기업들의 원가 상승에 크게 영향을 미치고 오히려 국제경쟁력을 저해하는 요인이 되고 있으므로 의료체계의 경쟁력은 낮다고 볼 수 있다. 반면, 제약산업, 첨단의료기술, 첨단 의료기술 등의 경우 미국은 세계에서 매우 높은 경쟁력을 가지고 있다. 영국의 경우는 비교적 낮은 국민의료비 수준을 유지하면서 그와 동시에 제약산업과 바이오산업에 있어서도 상당 수준의 경쟁력을 유지하고 있다.

따라서 의료산업 경쟁력은 모든 의료기관과 관련해 국가의 건강수준/의료비용의 관점에서 '의료체계'의 전반적인 성과를 보는 차원, 그리고 바이오산업이나 제약산업과 같은 관련 첨단 산업의 경쟁력 향상에 기여하는 소수의 선도적 의료기관의 성과와 역할이라는 관점에서 순수 '의료산업'적 차원에서 논의될 필요가 있다. 소수의 선도적 의료기관에 대해서는, 의료기관이 환자 수입에 전적으로 의존하지 않더라도 운영상 문제가 없도록, 정부가 연구개발에 대한 지원을 해줌으로써 '의료산업'의 경쟁력이 높아질 수 있다.¹⁾

1) 물론 제약산업과 바이오산업에 대한 정부의 지원, 혁신에 대한 보상, 의약품 가격 정책 등도 매우 중요하다.

3. 의료산업에서의 경쟁과 규제

전통적으로 보건의료 분야에서는 공급자의 영향력이 강했기 때문에 의료공급체계에 대한 관점 역시 소비자 후생의 관점보다는 기존 공급자의 이해에 의해 강하게 영향을 받아왔다. 예를 들어, 영리법인의 도입, 비의료인에 의한 의료기관 개설 등은 소비자 후생을 위해 금지된다고 하지만 실은 기존 의료공급자의 경제적 이해 그리고 의료체계에서 의료전문인의 독점적 우위를 유지하는데 크게 기여하고 있다.

또 공급자와 소비자간 정보의 비대칭성이 큰 의료서비스의 특성상 소비자의 합리적 선택이 어렵기 때문에 의료공급자간 경쟁이 제대로 작동하기 어렵다는 견해가 오랫동안 존재해 왔다. 특히 소비자가 의료보험의 존재로 인해 의료비용을 모두 부담하지 않는 상황에서는 환자가 가격보다 의료의 품질에 더욱 관심이 많고, 따라서 병원들이 가격경쟁 대신 품질경쟁을 하게 되어 시장에서 의료기관간 경쟁이 높아질수록 의료비용이 더욱 증가한다는 것이다. 또 외국의 경우 병원의 소유주체 유형 중 높은 비중을 차지하고 있는 비영리병원들이 영리병원에 비해 영리추구와 효율성 증진 노력을 덜 기울이는 것도 경쟁의 양상에 영향을 미치는 것으로 나타나고 있다.

나아가 의료기관에 대한 비용후불(Cost-based Reimbursement) 제도하에서는 의료기관에서 환자를 치료하는 데 소요된 비용을 보험자가 사후적으로 보상해 주므로 병원의 비용절감 유인이 더욱 없다. 미국의 경우 병원들이 주로 고가의료장비와 첨단치료기법을 도입하

는 방법으로, 비용절감보다는 의료서비스의 품질을 높이는 경쟁을 함으로써 과도한 시설과 장비 투자가 발생해 병원간 경쟁이 오히려 사회적 비용을 증가시키는 비효율성을 초래했다(Joskow, 1980; Luft et al.는 1986; Noether, 1988; Robinson and Luft, 1985).

이러한 환경에서는 병원간 경쟁은 규제하고 병원간 인수합병은 촉진함으로써 사회적 효율성을 증가시킬 수 있다. 만일 이처럼 병원간 경쟁이 다른 산업과는 달리 비효율적인 것이라면, 시장에서 병원 수가 증가할수록 가격경쟁보다는 품질경쟁에 의해 진료비 수준은 상승하고, 중복투자와 과잉시설투자로 인해 병상가동률은 감소할 수 있으며, 병상당 인력 수준도 증가할 것이다.

그러나 미국은 진단명(DRG: Diagnosis Related Group) 기준 포괄수가제도 도입으로 실제 발생한 비용과 관계없이 보험자가 지불하는 금액이 미리 결정되므로 의료기관이 비용을 절감해야 하는 강한 경제적 유인을 가지게 되었다. 이러한 환경에서는 병원간 경쟁이 증가할수록 비용절감을 통한 가격 경쟁력 향상이 병원 생존에 핵심적인 역할을 하게 된다. 따라서 의료기관간 경쟁의 증가는 병원들에게 의료비용을 감소시키도록 강한 압력을 가하고, 병원들은 비용과 가격을 인하하기 위해 치열하게 경쟁하게 되어 미국에서는 병원간 경쟁의 강화가 비용감소와 사회적 효율성 증대로 귀결되고 있다(Dranove, Shanley and Simon, 1992; Dranove, Shanley and White, 1993; Feldman, Chan, et al., 1990; Melnick and Zwanziger, et al., 1992; Zwanziger and Melnick, 1988).

우리나라 병원들은 외국의 경우와는 달리 순수한 비영리병원이 소수이므로 경쟁 양상이 일반적인 산업과 비슷할 수도 있다. 그러나 진료비지불제도가 병원들로 하여금 비용을 절감하고 효율성을 높일 경제적 유인을 주지 못하므로 병원간 경쟁이 사회적 효율성을 높이지 못할 가능성도 있다.

따라서 의료서비스 시장에서의 경쟁이 사회적 효율성을 증가시킬 수 있기 위해서는 진료비 지불제도의 개선을 통해 의료공급자가 바람직한 경제적 유인을 갖도록 하는 것이 중요하다. 이러한 정책적 변화를 동반할 때, 의료산업도 진입장벽을 낮추는 등을 통해서 병원간 경쟁을 촉진함으로써 그 효율성을 증대시킬 수 있을 것이다.

제III장

의료공급체계의 효율화

1. 영리법인병원에 대한 진입제한 완화

(1) 문제점과 개선방안

영리법인병원을 인정하지 않는 정부의 규제는 의료산업에 대한 심각한 진입장벽으로 작용하고 있다. 물론 현재의 개인(비법인)병원들을 영리병원으로 볼 수 있으나 이는 중소기업 형태로 경영의 낙후성이 심각해 경쟁력을 갖춘 본격적인 영리병원으로 보기 어렵다. 민간 영리법인병원에 대한 진입장벽의 근거는 의료서비스가 비영리이어야 한다는 다분히 규범적인 논리에 입각하고 있다. 그러나 이렇게 규제가 추구하는 목적인 비영리성을 정책이나 규제를 통해서 미리 규정하는 것은 효율성과 형평성의 관점에서 정당화하기 어렵다. 오히려 영리법인병원에 대한 이러한 진입장벽은 궁극적으로 이미 시장에 진출해 있는 기존의 개인병원과 비영리법인병원들의 경제적 이해를 보호해 주는 결과를 낳는다.

논의에 있어 핵심적인 문제는 과연 우리나라의 많은 비영리법인병원이 실제로 영리병원과 차별화되는 운영을 하고 있는가이다. 현실적으로 많은 비영리법인병원이 개인소유주에 의해 설립되고 운영되다가 법인병원화된 경우이므로 비영리병원의 운영행태가 영리병원과 별로 다르지 않다. 원래 개인영리자본으로부터 출발한 비영리법인병원에 대해서 순수 비영리적 운영을 기대하는 것은 무리일 것이다. 그러한 차원에서 우리나라의 비영리법인병원은, 종교단체나 지역사회 차원에서 순수 비영리자본에 의해 설립되고 지역사회를 중심으로 순수하게 비영리를 목적으로

운영되는 미국이나 유럽의 비영리병원과는 매우 다르다. 외국의 경우 비영리병원이 공공부문을 대신해 공익 혹은 사회적 편익을 제공한다는 사회적 약속에 의해 비영리병원에 대한 세금 감면 혜택을 부여하고 있다. 그러한 역사성에도 불구하고 외국에서는 과연 병원의 법적 소유형태의 차이가 병원의 실제 운영 행태의 차이를 가져오는지에 대해서 많은 논란이 지속되고 있다(Pauly, 1987). 즉 영리병원의 의료비가 높은 경우가 있지만, 법적 소유형태보다는 오히려 시장에서의 경쟁 양상이 병원의 행태에 더 직접적인 영향을 미칠 수도 있기 때문이다(Sloan, 1988). 예를 들어, 영리병원이라 하더라도 비경쟁적 시장구조에서는 비효율적인 운영 행태를 보일 것이고, 비영리병원이라 하더라도 경쟁적 시장구조에서는 효율적인 운영행태를 보일 가능성이 높다.

영리법인병원이 도입되면 의료의 영리화와 상업화가 촉진될 것이라는 견해가 영리법인병원 도입 반대의 주요 논리 중 하나이다. 하지만 과연 기존 비영리법인병원들의 운영방식이 비영리적이라고 말할 수 있는지 의문이다. 우리나라 민간 비영리병원과 개인병원들의 진료 행태가 다르다는 실증적 증거는 드물다. 예를 들어서 형평성과 관련된 부분, 즉 수익성이 적은 분야의 의료, 비급여의 제공 양상, 저소득층 혹은 의료급여 대상자의 진료에 있어서 기존의 비영리병원이 공익을 제고하는 운영 행태를 보인다는 실증적 증거는 드물다. 더구나 모든 일반 기업들이 그러하듯, 영리법인병원의 경우에도 조세 제도를 통해 병원의 수익을 어느 정도 사회에 환원할 수 있다. 즉 영리법인병원은 영리를 추구하는 대신 그 대가로 더 많은 세금을 납부할 것이고 이를 사회적 형평성 제고를 위해 정책적으로 사용할 수 있을 것이다. 궁극적으로 수익성이 적은 분야의 의료나 공익적인 분야의 의료서비스는 어차피 정부와 공공의료의 몫이므로 의료급여제도의 확충과 공공의

료기관의 역할 강화를 통해서 해결해야 할 것이다.

의사가 소유하는 비법인병원은 이미 자본의 규모가 작고 폐쇄적인 경영 형태의 영리병원이라고 할 수 있다. 따라서 의사가 주인인 형태로서 영리병원이나 다름없는 기존의 개인병원들은 허용하고, 일반 주주가 병원을 소유하는 형태의 영리병원은 허용하지 않는 것은 의료에 있어서 의사들의 독점력과 영향력을 인정하고 강화하는 결과를 낳을 것이다. 또한 비영리의료기관의 경우도 여러 가지 형태로 이윤을 추구하고 있으며 그 이윤의 상당부분을 다양한 형태로 법인 대표 등에게 환원하고 있으므로 실제로는 영리법인과 별반 다르지 않다고 판단된다. 나아가 기존 의료법인의 경우 공공적 사업성격을 이유로 영리활동 및 재산권에 제약을 가하면서도 세금부과 시에는 의료서비스 제공을 수익사업으로 분류해 법인세를 과세하도록 규정하고 있어서 법들간에 상충되는 모습도 또한 보이고 있다.

영리법인병원의 도입은 우리나라 병원산업의 패러다임을 바꾸는 계기가 될 것이다. 지금까지 우리나라 병원은 소규모 개인병원에서 시작해 조금씩 규모를 확장시켜 온 병원들이 많으며 이러한 병원은 내부경영에서 설립자이자 원장인 의사가 주도적인 역할을 하고 있는 경우가 대부분이다. 따라서 산업으로서 병원의 경영활동은 상당히 낙후된 것이 현실이다. 따라서 영리법인병원들이 시장에 진입해서 병원의 경영구조를 대폭 개선하고 경영 패러다임을 바꿀 경우 병원산업의 경쟁력은 높아질 것이다. 이러한 과정에서 환경에 적응하지 못하고 경쟁력이 부족한 병원들이 도산함으로써 병원산업의 구조조정과 경쟁력 강화가 이뤄질 것이다. 그러므로 영리법인병원의 진입을 법적으로 금지하는 것은 기존 병원들을 경쟁으로부터 보호해 주는 것이고 따라서 의료산업의 장기적 경쟁력을 저해하는 것이다.

영리법인병원의 또 다른 장점은 자본 조달의 용이성이다. 기존의 병원은 이익 혹은 누적된 이익잉여금만이 유일한 (자기)자본 조달의 원천이어서 의료기관은 부채에 의한 자본 조달 경향이 강하다. 외국의 경우 순수 비영리병원도 지역사회의 기부금 등을 통해서도 자본을 조달할 수 있으나 우리나라의 병원들은 설립과 운영에 있어 순수 비영리의 성격이 약하므로 병원에 대한 사회로부터의 기부는 매우 희소하다. 따라서 우리나라 병원은 자본 조달 능력이 매우 제한적이므로 본격적인 경쟁력을 갖추기 어려운 실정이다.

반면 주주로부터 (자기)자본^{Equity}을 확보할 수 있는 영리법인병원은 큰 규모의 자본을 비교적 용이하게 조달할 수 있으므로 의료산업으로의 자본 유입을 지금보다 훨씬 더 증가시킬 수 있다. 특히 첨단의료, 의료기술 혁신, 바이오산업의 발전에 있어서 영리 의료기관은 기존의 비영리병원 혹은 개인병원들에 비해 그 효율성이 훨씬 높을 수 있다. 필요한 자본을 제공하는 주주의 존재는 현대 자본주의 기업의 큰 특징인 소유와 경영의 분리를 촉발해 경영 발전을 더욱 가속화할 것이다. 주주는 경영성과에 큰 관심을 가지므로 경영자의 주주에 대한 경영 책임성이 증가해 이것이 제반 경영활동의 향상을 가져올 것이고 경영의 투명성 또한 향상되리라 예상된다.

(2) 관련 법규정 검토

1) 설립 관련 규정

<p>의료법 제30조 ②다음 각호의 1에 해당하는 자가 아니면 의료기관을 개설할 수 없다. 다만, 제1호의 의료인은 1개소의 의료기관만을 개설할 수 있으며, 의사는 종합병원·병원·요양병원 또는 의원, 치과의사는 치과병원 또는 치과의원을, 한의사는 한방병원·요양병원 또는 한의원을, 조산사는 조산원만을 개설할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 의사, 치과의사, 한의사 또는 조산사 2. 국가 또는 지방자치단체 3. 의료업을 목적으로 설립된 법인(이하 '의료법인'이라 한다) 4. 민법 또는 특별법에 의하여 설립된 비영리법인 5. 정부투자기관관리기본법의 규정에 의한 정부투자기관·지방공기업법에 의한 지방공사 또는 한국보훈복지의료공단법에 의한 한국보훈복지의료공단 	<p>본 규정에 따르면 현행법상 의료기관은 오직 비영리법인과 의료업을 목적으로 하여 설립된 의료법인에 의하여만 설립이 가능하므로 영리법인에 의한 의료기관 개설이 불가능하다.</p>
<p>의료법 제44조 (민법의 준용) 의료법인에 관하여는 이 법에 규정한 것을 제외하고는 민법 중 재단법인에 관한 규정을 준용한다.</p>	<p>의료법인에 민법상의 재단법인 규정을 준용토록 하고 있다. 이것은 곧 의료법인은 비영리법인의 형태로만 존속이 가능하다는 것을 의미한다.</p>

2) 타 법령과의 관계에서 충돌이 있는 규정들

<p>외국인투자촉진법 제3조 (외국인투자의 보호 등) ①외국투자자가 취득한 주식 등으로부터 생기는 과실, 주식 등의 매각대금, 제2조 제1항 제4호 나目的 규정에 의한 차관계약에 의하여 지급되는 元利金 및 수수료와 기술도입계약에 의하여 지급되는 대가는 송금 당시 외국인투자·기술도입계약의 허가내용 또는 신고내용에 따라 그 대외송금이 보장된다.</p> <p>②외국투자자와 외국인투자기업은 법률에 특별한 규정이 있는 경우를 제외하고는 그 영업에 관하여 대한민국국민 또는 대한민국법인과 동일한 대우를 받는다.</p> <p>③대한민국국민 또는 대한민국법인에게 적용되는 조세에 관한 법률 중 감면에 관한 규정은 법률에 특별한 규정이 있는 경우를 제외하고는 외국투자자, 외국인투자기업, 제2조 제1항 제4호 나目的 규정에 의한 차관의 대주 및 제25조의 규정에 의하여 기술을 제공한 자에 대하여 동일하게 적용된다.</p> <p>동법 제4조 (외국인투자의 자유화 등) ①외국인은 법률에 특별한 규정이 있는 경우를 제외하고는 제한을 받지 아니하고 국내에서 외국인투자업무를 수행할 수 있다.</p> <p>②외국인은 다음 각호의 1에 해당하는 경우를 제외하고는 이 법에 의한 외국인투자를 제한받지 아니한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 국가의 안전과 공공질서의 유지에 지장을 초래하는 경우 2. 국민의 보건위생 또는 환경보전에 해를 끼치거나 미풍양속에 현저히 반하는 경우 3. 대한민국의 법령에 위반되는 경우 	<p>본 규정에 따르면 우리나라에 투자한 외국인은 그 수익의 대외송금이 보장된다. 하지만 외국인투자촉진법상 모순적인 규정이 존재하고 있어 일관적인 입장으로 개정이 요구되는 바이다. 즉 외국인투자촉진법 제4조의 경우 대한민국법령에 위반되는 경우, 외국인의 투자가 제한되는 것으로 규정하고 있다. 기존의 의료법은 엄연한 대한민국의 법령이므로 이렇게 규정할 경우 의료법에 어긋나는 외국인의 투자는 제한되며 따라서 외국인 투자 및 이익 회수에 관한 외국인투자촉진법에 관한 규정들은 사실상 의미를 상실한다. 따라서 이에 관한 예외규정이 필요하다.</p>
---	--

<p>③제2항 각호의 1에 해당하여 외국인투자가 제한되는 업종과 제한의 내용은 대통령령으로 정한다.</p> <p>④산업자원부장관은 이 법 외의 다른 법령이나 고시 등에서 관계행정기관의 장이 외국인 또는 외국인투자기업을 대한민국 국민 또는 대한민국법인에 비하여 불리하게 대우하거나 외국인 또는 외국인투자기업에게 추가적인 의무를 부담하게 하는 등 외국인투자를 제한하고 있는 경우에는 그 내용을 대통령령이 정하는 바에 따라 매년 이를 통합하여 공고하여야 한다. 관계행정기관의 장이 이를 개정하거나 추가하고자 하는 경우에는 미리 산업자원부장관과 협의하여야 한다.</p>	
--	--

(3) 법적 견지에서서의 고찰

1) 비영리 재단법인으로서의 의료법인

현재 병원을 나누는 기준에는 여러 가지가 있지만 본 논의에 의미를 가지는 구분방법은 설립주체에 따른 구분일 것이다. 설립주체에 따라 병원을 구분해 보면, ①국립병원, 시립병원 등을 포함하는 국공립병원, ②법인병원, 그리고 ③흔히 일반인들이 주위에서 접하는 형태의 개인병원으로 나눌 수 있다. 이 중에서 국공립병원은 국가에서 설립해 운영하는 병원이고 개인병원은 현재 이미 영리병원의 형태로 운영되고 있는 실정이므로, 의료법인의 영리화를 논할 때 의미를 가지는 병원의 형태는 법인병원일 것이

다. 법인병원은 여러 종류의 비영리 조직이 설립한 의료기관인데, 의료법 제30조의 범위 내에서 설립된 재단법인병원들과 특별법에 의해 설립된 병원들로 나뉜다.

가. 비영리 재단법인에 대한 개론

우리나라 사법私法은 민법을 기본법으로 하고 상법을 특별법으로 한다. 따라서 상법에 있는 민법과 다른 내용의 법 규정들은 민법에 우선해 적용되는 것이다. 법인 관련 규정의 경우 민법에는 비영리법인에 관한 제반의 규정을 두고 있고, 상법에서 영리법인의 규정을 두어 특별법으로 이를 규정하고 있다(민법 제39조). 민법상의 비영리법인에는 사단법인과 재단법인 두 가지가 있고, 상법상의 영리법인은 사단법인만이 있는데 의료법 제44조는 의료법인을 민법상 비영리 재단법인으로 규정하고 있다.

비영리법인의 기본적인 특징은 한마디로 말해서 ‘이익의 배분’이 허용되지 않는다는 것이다. 비영리법인은 경우에 따라서는 자신의 목적에 맞는 부대영리행위를 할 수는 있으나 그로 인한 이익은 자신의 원래 목적에 따라 쓰여야 하고 구성원들에게 배분될 수는 없는 것이다.

의료법인은 재단법인의 형태를 띠고 있는데, 사단법인의 경우 법인의 구성원들에게 지분을 인정하지만 재단법인의 경우 재산의 출연으로 인해 성립할 뿐이어서 아예 배분할 구성원이 존재하지 않는 법인의 형태이다. 의료법이 준용하고 있는 민법에 따르면 비영리법인은 해산 시에도 종전에 재산을 출연한 자들에게 재산이 귀속되지 않게 되고 정관에서 정한 자에게, 차순위로 법인의 목적에 유사한 목적을 위해 그리고 마지막으로 ‘국가’에 귀속되게 된다.

나. 의료법 제30조에 대한 다른 해석의 여지가 있는지 여부

의료법 제30조의 해석상 과연 다른 형태의 법인설립이 인정될 수 있을 것인가? 이에 관해 판례가 명시적인 입장을 밝힌 바 있어서 주목된다. 의료법인의 경우, 의료법 제30조는 그 설립자를 의사, 치과 의사, 한의사 또는 조산사, 국가 또는 지방자치단체, 의료법인, 비영리법인 등에 한정시키고 있다.

법원은 의사가 의사자격이 없는 일반인을 고용해 그 명의로 의료기관을 개설한 것에 대하여 의료법 위반이라는 판시를 한 바 있다. 이로 미루어 보아 의료법인의 설립자 요건은 매우 엄격하게 요구되는 것으로 보인다. 따라서 의료법인의 경우, 특별한 예외에 해당하지 않는 한 오로지 법에 명시된 대로 비영리재단법인의 형태로만 설립이 가능하다고 보인다.

다. 비영리법인으로서 의료법인의 가능한 행위

민법상의 원칙에 따르면 원칙적으로 비영리법인이라도 전혀 모든 영리행위가 금지되는 것은 아니며, 자신의 목적 범위 내에서 필요한 영리행위를 할 수 있다. 가령, 장학재단에서 장학금 지원을 위한 영리사업을 벌이는 것이 그 예가 될 것이다. 하지만 의료법인의 경우 의료법시행령 제18조에 따라 행위의 공공성과 비영리성이 강력하게 요구되고 있다.

다만 의료법 제42조에 따라 의료인 및 의료관계자의 양성 또는 보수교육의 시행과 의료 또는 의학에 관한 조사 연구는 의료업무 외의 부대사업으로 행할 수 있다고 규정되고 있을 뿐이다. 즉 현행 법령에 따르면 의료법상 비영리의료법인은 제한적인 범위 내에서도 영리목적의 부대행위를 해서는 안 되고, 그러한 부대사업에서 얻는 수익은 반드시 법인에 재투자되어야 하며 투자자 혹은

구성원에게 그 이익이 배분되지 않는다는 것이 핵심이다(전현희, 『영리의료법인제도 도입과 관련된 쟁점-』, 제50회 보건산업진흥포럼).

2) 기존의 비영리성에 대한 법령과 판례의 입장

서울고등법원은 “의사의 의료행위는 국민보건의 보호, 증진에 대한 기여를 주목적으로 하므로, 사회 통념상 의료행위가 주목적인 의료기관의 개설, 운영행위를 상법상의 영업이나 부정경쟁방지법상의 상거래에 해당한다거나 그 의료기관을 개설한 의사를 상인으로 볼 수 없는 결과”라는 문구를 사용함으로써 의료행위를 상법상의 영업, 즉 영리행위로 볼 수 없다는 입장을 취한 바 있다.

또한 의료기관 개설자격을 법정화한 의미에 관한 판례에서도 의료법 제30조 제2항의 입법취지는 의료기관 시설자격을 의료전문성을 가진 의료인이나 공적인 성격을 가진 자로 엄격히 제한함으로써 건전한 의료질서를 확립하고, 영리목적으로 의료기관을 개설하는 경우에 발생할지도 모르는 국민건강상의 위험을 미리 방지하고자 하는 데에 있다고 판시한 바 있다.

2. 시장의 활성화를 위한 정보제공

(1) 문제점과 개선방안

소비자 무지에 의한 정보/지식의 실패는 보건의료 부문에 있어 시장(경쟁)의 실패를 야기하는 가장 중요한 요소이다. 따라서 소비자에게 필요한 정보를 제공함으로써 소비자가 합리적인 의사결정을 하도록 하는 것이 보건의료 분야에서의 시장 기능을 활성화 시킴으로써 효율성을 높이는 효과적인 방법이다. 하지만 보건의료 부문에서는 소비자가 광고 내용을 제대로 평가하기 어렵다는 이유로, 광고의 정보제공 효과(Informative Advertising)보다는 소비자기만 효과(Deceptive Advertising)에 더 논의의 초점이 맞추어지면서 광고에 대한 규제가 지속되어 왔다.

하지만 광고의 금지는 소비자의 탐색비용을 증가시키고 의료공급자간 경쟁을 저해해 의료시장의 효율성을 낮추는 효과를 가지고 있다. 그리고 어차피 대형의료기관은 의사들이 신문지상의 건강 관련 기사나 칼럼 그리고 방송의 건강 관련 프로그램 참여를 통해 충분히 광고 효과를 누리고 있으므로, 광고규제는 오히려 소규모 의료기관을 시장경쟁에서 불리하게 하는 요인이 되고 있다(윤지희, 권순만, 1999). 따라서 의료부문에 광고를 허용하되, 과대광고나 허위광고에 대한 모니터링을 실시한다면 광고의 순기능 제고로 정보제공을 활성화하게 될 것이다.

광고 이외에도 의료부문에서의 정보제공은 다양한 형태를 가질 수 있다. 일반적으로 정보는 공공재적 성격을 지니므로 민간부문

에서 막대한 비용을 들여서 소비자와 공급자에게 유용한 정보를 제공할 경제적 인센티브가 없고, 따라서 공공부문이 의료기술과 치료법에 관한 정보를 창출해 공급하는 역할을 수행할 필요가 있다. 예를 들어, 보험자는 건강과 의료에 대한 정보를 제공함으로써 소비자가 의료를 합리적으로 이용하고 자신의 건강문제에 효과적으로 대응할 수 있게 도와줌으로써 건강증진에 기여할 수 있다. 또 하루가 다르게 개발되는 신의료기술이나 의약품의 비용-효과성에 대한 정보도 의료공급자에게 제공해 의사들의 의사결정에 영향을 미침으로써 의료비의 적정화에 기여할 수 있다. 나아가 보험자나 정부는 의료공급자에 대한 정보를 제공해 줌으로써 소비자로 하여금 합리적으로 의료공급자를 선택하는 데 도움을 주어야 하며 이는 의료서비스 시장에서 경쟁을 활성화하는 데 기여할 것이다.

2004년부터 시행된 의료기관 평가는 의료의 서비스 측면과 관련이 깊은 소비자 만족도 혹은 시설·인력 등과 같은 의료의 투입요소나 과정요소를 평가 대상으로 하고 있다. 하지만 의료기관 평가는 의료의 본질적 측면, 즉 치료의 결과(Outcome)로 생긴 환자의 건강상태 증진에 초점을 맞추어야 할 것이다. 비교적 소비자가 직접적으로 평가할 수 있는 차원의 의료서비스(즉 주로 탐색 특성의 차원)와 소비자의 주관적인 만족도를 공공부문이 개입해 직접 평가하는 것은 의의가 크지 않다. 의료서비스에 대한 만족도는 의료의 객관적인 측면과 아울러 소비자 스스로의 경험과 개인적 선호 같은 주관적 측면에 의해서도 영향을 받기 때문이다.

하지만 만일 환자가 개인의 선호를 표현하기 힘들거나 탐색능력에 한계를 가지고 있어서, 일반적으로 평가가 용이한 차원의 의료서비스조차 제대로 평가할 수 없는 경우에는 정부의 개입이 필요하다. 예를 들어, 정신관련질환 병원이나 고령의 노인들을 대

상으로 하는 병원의 경우 환자의 제한된 탐색 및 평가능력으로 인해 정부개입에 의한 정보제공이 필요할 것이다. 따라서 정신질환병원이나 노인들을 위한 요양시설의 경우에는 공공부문의 주도에 의한 서비스 평가가 그 의미가 크다.

정보의 제공이 재화나 서비스의 중요한 측면을 포함하지 않을 때, 재화나 서비스의 여러 측면들 사이에 비효율적인 대체(Substitution)가 발생한다(Dranove and Satterthwaite, 1992). 정보의 제공이 현행 서비스 평가와 같이 평가가 용이한 차원의 의료서비스에만 치중될 때 의료공급자는 평가가 힘들어지면 더 본질적인 환자의 건강상태 향상을 상대적으로 소홀히 함으로써 소비자 후생이 오히려 감소할 수도 있다. 의료공급자에 의해 의료서비스의 평가가 용이한 측면과 평가가 어려운 측면 사이에 대체가 생기더라도 소비자는 본질적인 차원의 의료서비스 품질이 저하되는 것을 평가하기 어렵다.

결과적으로 의료공급자 사이에 의료의 비본질적인 그리고 가시적인 측면에 편향된 낭비적인 서비스 경쟁이 야기될 수 있다. 따라서 정부는 소비자가 평가하기 힘든 객관적인 차원의 의료서비스 품질에 관한 정보를 수집해 소비자에게 제공(공표)함으로써 소비자 무지를 줄이고 소비자가 합리적으로 공급자를 선택할 수 있게 해, 공급자간에 가시적인 서비스 경쟁보다는 환자의 치료효과를 극대화하기 위한 경쟁을 하도록 유도해야 한다. 예컨대, 병원간 환자의 중증도(Severity of Illness)를 보정한 사망률을 조사해 공표했던 미국의 Medicare는 이러한 방식의 대표적인 예이다.²⁾

2) 중증도 보정이 매우 핵심적인 관건이다. 만일 환자의 중증도를 제대로 보정하지 못한다면 오히려 중증의 환자가 많은 3차 병원에서의 환자 치료효과가 더 낮게 나타날 수도 있다.

(2) 관련 법규정 검토

1) 광고에 관한 규정

<p>의료법 제46조 (과대광고 등의 금지)</p> <p>①의료법인·의료기관 또는 의료인은 의료업무 또는 의료인의 경력에 관하여 허위 또는 과대한 광고를 하지 못한다.</p> <p>②의료법인·의료기관 또는 의료인이 아닌 자는 의료에 관한 광고를 하지 못한다.</p> <p>③누구든지 특정의료기관이나 특정의료인의 기능·진료방법·조산방법이나 약효 등에 관하여 대중광고·암시적 기재·사진·유인물·방송·도안 등에 의하여 광고를 하지 못한다.</p> <p>④의료업무에 관한 광고의 범위 기타 의료광고에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p> <p>의료법 시행규칙 제33조 (의료 광고의 범위 등) ①법 제46조 제4항의 규정에 의하여 의료법인·의료기관 및 의료인이 행할 수 있는 의료광고의 범위는 다음 각호와 같다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 진료담당 의료인의 성명·성별 및 그 면허의 종류 2. 전문과목 및 진료과목 3. 의료기관의 명칭 및 그 소재지와 전화번호 및 인터넷 홈페이지 주소 4. 진료일·진료시간 5. 응급의료 전문인력·시설·장비 등 응급의료시설 운영에 관한 사항 	<p>의료에 관한 광고의 주체를 오직 의료법인, 의료기관, 의료인에게 한정하고 있다. 또한 특정 의료기관에 대한 광고를 금지하고 있고 매우 제한적인 사항에 대한 광고만을 허용함으로써 사실상 의료기관에 대한 광고를 금지하고 있다.</p>
--	---

<p>6. 예약진료의 진료시간·접수시간·진료인력·진료과목 등에 관한 사항</p> <p>7. 야간 및 휴일진료의 진료일자·진료시간·진료인력 등에 관한 사항</p> <p>8. 주차장에 관한 사항</p> <p>9. 의료인 및 보건의료인의 환자수에 대한 배치비율 및 각 인원수</p> <p>10. 의료인의 해당 분야에서의 1년 이상 임상경력</p> <p>11. 법 제32조의3의 규정에 의한 시설 등의 공동이용에 관한 사항</p> <p>12. 법 제47조의2의 규정에 의한 최근 3년 이내의 의료기관 평가결과</p> <p>②제1항의 광고는 텔레비전과 라디오를 제외한 모든 매체(인터넷 홈페이지를 포함한다)에 의하여 할 수 있다. 다만, 일간신문에 의한 광고는 월2회를 초과할 수 없다.</p> <p>③의료기관이 새로 개설되거나 휴업·폐업 또는 이전한 때에는 제2항 단서의 규정에 불구하고 일간신문에 그 사실을 3회에 한하여 광고할 수 있다.</p>	
<p>의료법 제47조 (학술목적 이외의 의료광고의 금지) 의료법인·의료기관 또는 의료인이라 하더라도 학술목적 이외의 목적으로 예방의학적·임상의학적연구결과, 기능, 약효, 진료 또는 조산방법 등에 관한 광고를 하지 못한다.</p>	

2) 의료기관의 평가 관련 규정

<p>의료법 제47조의2 (의료기관평가) ①보건복지부장관은 의료의 질 향상을 촉진하기 위하여 대통령령이 정하는 바에 따라 의료기관에 대한 평가(이하 '의료기관평가'라 한다)를 실시하여야 한다.</p> <p>②보건복지부장관은 의료기관평가에 관한 업무를 대통령령이 정하는 바에 따라 관계전문기관 또는 단체에게 위탁할 수 있다. 이 경우 필요한 예산을 지원할 수 있다.</p> <p>③보건복지부장관은 의료기관평가의 결과를 공표할 수 있다.</p> <p>④보건복지부장관은 의료기관평가 결과가 우수한 의료기관에 대하여 행정적·재정적 지원을 할 수 있다.</p> <p>⑤의료기관평가대상 의료기관의 장은 특별한 사유가 있는 경우를 제외하고는 의료기관평가에 응하여야 한다.</p> <p>⑥의료기관평가의 시기·범위 및 절차와 제3항의 규정에 의한 공표 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>	<p>의료기관의 평가에 대하여 규정하며 그 세부적인 사항들에 대하여는 하부 법령에 위임하고 있다.</p>
<p>시행령 제20조 (의료기관평가의 대상 및 평가구분) ①보건복지부장관은 법 제47조의2 제1항의 규정에 따라 종합병원 및 300병상 이상의 병원에 대하여 의료기관평가를 실시하여야 한다.</p> <p>②제1항의 규정에 의한 의료기관평가는 정기평가와 수시평가로 구분하여 실시한다.</p> <p>③보건복지부장관은 제1항의 규정에 의한 의료기관평가의 대상이 아닌 의료기관이 의료기관평가를 신청한 경우에도 당해 의료기관에 대하여 의료기관평가를 실시할 수 있다.</p>	<p>의료기관평가의 범위를 평가대상기관의 시설·장비 및 인력 등의 현황, 의료서비스 제공과정 및 환자 만족도 등으로 한정하고 환자 치료결과Outcome 평가에 대한 언급은 없다.</p>

<p>시행규칙 제46조 (의료기관평가의 시기·범위 및 절차) ①법령 제20조 제2항의 규정에 의한 정기평가는 3년마다 실시하고, 수시평가는 정기평가를 받은 의료기관이 그 평가결과에 따른 평가수준을 지속적으로 유지하고 있는지를 확인할 필요성이 있는 경우에 실시한다.</p> <p>②법 제47조의2 제6항의 규정에 의한 의료기관평가의 범위는 평가대상기관의 시설·장비 및 인력 등의 현황, 의료서비스 제공과정 및 환자만족도 등으로 한다.</p> <p>③법 제47조의2 제6항의 규정에 의한 의료기관평가 절차는 다음 각호의 순서에 의한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 평가대상 의료기관의 선정 2. 평가실시 전문가(이하 '평가반'이라 한다)의 구성 및 교육 3. 서면·현지조사 및 평가 4. 평가결과분석·통보 및 공표 등 	
---	--

3. 진료비지불제도 개혁

(1) 진료비지불제도와 경제적 유인

의료공급자가 의료 제공에 어떠한 경제적 유인을 가지느냐가 의료비용에 막중한 영향을 미치는데, 공급자에게 주어지는 경제적 유인구조의 가장 중요한 요소는 진료비지불제도이다. 따라서 진료비지불제도의 개편에 대한 전향적 고려 없이는 의료산업의 효율성 증대와 의료비 지출 적정화라는 목표를 달성하기 어려울 것이다.

또 진료비지불제도 개편은 약제비의 관리에도 크게 기여할 수 있다. 의약분업제도가 실시되었지만 의료공급자가 비용-효과적인 처방 행태를 보이게 하는 경제적 유인이나 제도적 장치는 드물다. 포괄수가제나 총액계약제와 같은 진료비지불제도 도입을 통해 총진료비가 의료행위에 대한 보상과 함께 의약품에 대한 비용까지 포괄하게 될 때 약제비의 효율적 관리가 더욱 용이해질 것이다.

진료비지불제도 개혁을 통해 공급자에게 비용분담(Supply-side Cost Sharing)을 시키는 것은 소비자 측 비용분담에 비해 더 효과적이다. 우선 의료공급자는 소비자에 비해 의료서비스에 대한 지식과 정보를 더 많이 가지고 있으므로 더욱 효과적으로 의료비용을 최소화할 수 있다. 예를 들어 소비자는 환자본인부담금이 증가하면 불필요한 의료서비스뿐 아니라 필요한 의료서비스의 이용마저 감소시키는 반면 의료공급자는 선불제 형태의 진료비지불제도가 도입되면 우선적으로 불필요한 의료서비스 제공을 감소시키는 경향이 높

다(Rice, 1998).

나아가 의료공급자는 환자에 비해 경제적 위험을 더 효과적으로 분산시킬 수 있다. 환자는 본인부담금을 지불할 경우 그 액수만큼의 의료비를 전부 부담해야 하므로 본인부담금 지출에 따른 경제적 위험을 분산할 수 없다. 반면 의료공급자는 다양한 유형의 환자를 치료하므로, 사전적으로 (환자의 평균적인 중증도에 근거해서) 결정된 의료비용에 비해 실제 치료 시 더 많은 비용이 소요되는 환자(예: 평균 중증도보다 더 중증의 환자)가 있는 반면, 보험자로부터 받을 의료비용보다 실제 치료 비용이 더 낮은 환자(예: 평균 중증도보다 더 경증의 환자)도 있으므로 선불적 진료비 지불제도가 주는 경제적 위험을 분산할 수 있다.

의료공급자는 다양한 중증도의 환자를 치료하므로 비용요소의 예측가능성이 높아서 비용분담에 따른 위험을 상대적으로 쉽게 감소시킬 수 있지만 소비자는 질병발생 시 본인부담비용에 따른 위험(소득의 변이)을 분산시킬 수 없는 것이다. 따라서 진료비지불제도와 같은 공급자 측 비용분담제도가 환자본인부담과 같은 수요자 측 비용분담에 비해 사회적인 위험을 더 효율적으로 분산할 수 있다.

이러한 진료비지불제도 개편은 보험급여 확대와 함께 진행되어야 한다. 그렇지 않으면 의료공급자에게 의료비용을 절감할 강한 유인을 제공하는 포괄수가제나 총액계약제 같은 진료비지불제도 하에서는 이러한 진료비지불제도가 적용되지 않는 비급여 부분의 서비스 제공이 증가할 가능성이 높아진다. 이럴 경우 보험진료비는 통제되어 보험재정이 안정되더라도 국민들의 총의료비 부담이 커질 것이다.

(2) 행위별수가제

1) 행위별수가제의 문제

의사의 개별 의료행위와 투입요소에 대해 가격을 보상해 주는 현행의 행위별수가제도(Fee-for-service)는 청구·심사 절차의 복잡성 외에도 의료공급자의 행태를 비효율적인 방향으로 왜곡시킨다. 의료공급자는 치료에 필요한 수준보다 많은 양의 의료서비스를 제공함으로써 수입을 보전하는 방안으로 불필요한 검사의 확대, 외래의 경우 방문 횟수의 확대 등을 도모할 수 있다. 즉 규제가격이 의료서비스를 제공하는 데 따른 한계비용보다 큰 이상, 의료공급자는 의료서비스의 양을 증가시킴으로써 총소득을 증가시킬 수 있다. 소비자가 가지는 정보와 지식의 불완전성으로 인해서 의료서비스가 건강에 미치는 한계편익을 소비자가 제대로 파악하기 어렵기 때문에 의료공급자의 이러한 유인수요(Induced Demand)가 가능하다.

또 의료수가 규제가 모든 의료서비스에 고르게 적용되지 않을 때 의료서비스간에 대체가 생길 수 있다. 급여 항목의 의료서비스만이 수가규제의 대상이 되므로 의료공급자가 수가규제의 영향을 회피하기 위해서 급여의 대상이 아닌 비급여 의료서비스를 더 많이 제공하는 경향이 강하다. 미국, 일본과 함께 우리나라의 인구당 고가의료장비(예: MRI) 수가 세계적인 수준인 것도, 고가의료장비가 가시적 의료서비스의 품질로서 소비자들에게 인식된다는 점과 함께, 이러한 고가의료장비를 이용한 의료서비스들이 최근까지 급여항목에 포함되지 않았다는 점도 관련이 있다. 그리고 의료수가 책정이 현실적으로 정확한 생산비용 자료에 근거할 수 없으므로, 각 의료서비스 사이에 생산원가 대비 수가의 비율(마

진, Margin)이 다르게 되고 따라서 의료공급자는 치료의 효과가 높은 의료서비스보다는 높은 마진을 보장하는 의료서비스를 제공할 경제적 유인을 가지게 된다. 결과적으로 치료의 효과를 극대화하기 위해 최적의 의료서비스들이 결합되지 않을 때 의료자원이 효율적으로 배분되지 않음으로써 사회적 후생손실이 발생한다. 의료서비스간 마진의 편차는 진료과목별 의사 수입에도 영향을 미치게 되어 의사들의 전문과목 선택도 왜곡시킨다. 우리나라의 경우 피부과 수련에는 초과수요가 존재하는 반면 외과 수련을 기피하는 현상을 그 예라 할 수 있다.

2) 자원기준상대가치체계에 기반한 행위별수가제의 한계³⁾

우리나라에서는 행위별수가제의 한 형태로서 미국에서 개발된 자원기준상대가치체계(RBRVS: Resource-Based Relative Value Scale)에 기초해 의사들의 진료행위에 대한 수가를 결정하는 것을 시도하고 있다.⁴⁾ 미국에서는 상대가치체계가 주로 개원의사(의원)를 위주로 개발되었으므로 직접비용으로서의 의사업무량 측정이 상대가치 개발 과정에서 가장 중요한 요소였다. 따라서 간접비용으로서의 진료비용(Practice Cost, Overhead Cost)의 비중이 작았고, 진료비용

3) 자세한 것은 권순만(1998a) 참조

4) 미국 정부는 Medicare 외래비용의 지속적인 상승을 억제하고 서비스간 수가와 비용의 차이에 있어서 불균형을 감소시키기 위해 기존의 CPR(Customary-Prevailing-Reasonable) 체계 대신 수가표(Fee Schedule)를 도입하기로 결정하고 수가책정의 기본모형으로 자원을 기준으로 한 상대가치체계를 선택했다(Hadley, 1991). 상대가치의 개발은 Hsiao와 그의 동료들(1988, 1992)에 의해 주도되었는데 상대가치를 결정하는 과정에서 각 전문영역간의 제로섬게임(Zero-Sum Game)이 이루어져 외과의사들의 수가가 대폭 감소된 반면 일차진료 부문의 수가는 인상되었다.

에 대한 비교적 정확한 전국적 조사 자료가 있었다. 반면 우리나라에서는 상대가치 개발이 병원의 수가를 포괄하고 진료비용을 측정하기 위해 대규모 병원의 자료를 이용했는데, 대규모 병원에서는 의원과는 달리 간접비 비중이 매우 크므로 간접비를 어떻게 배분하느냐에 따라 개별 의료서비스의 원가가 크게 달라진다. 나아가 일반적인 원가회계 분야에서 볼 수 있는 원가배분 혹은 간접비 배분에 있어서의 전략적 행동 역시 가능할 것이므로 측정되는 원가가 왜곡되기 쉽다. 또 의원과 병원간 그리고 병원 크기에 따라 병원간 진료행태가 다를 것이므로, 각 서비스에 배분된 진료비용의 상대적 크기는 의원과 병원간 그리고 병원간에도 병원의 크기에 따라 다를 것이다. 따라서 어느 규모의 의료기관을 기준으로 의료자원의 소모량을 측정하고 어떤 방법으로 간접비용을 배분하느냐에 따라 자원을 기준한 상대가치는 큰 변이를 가질 것이고 그 결과 책정된 의료수가 역시 실제 생산(한계)비용과 차이를 보일 것이다.

의료원가를 측정하는 데 있어서 의료공급자가 보고하는 자료의 신뢰성 역시 큰 문제이다. 설사 개별 의료서비스의 원가를 정확하게 파악할 수 있다 하더라도 그 수준이 정당한 것인지, 즉 공급자가 비용절감을 위해 노력한 결과로서의 최소 생산비용인지 알 수 없다. 나아가 규제가격이 원가에 비례해 결정된다면 공급자가 비용(생산원가)을 절감할 유인은 더욱 감소할 수밖에 없다.⁵⁾ 그리고 측정된 진료행태가 기존 의료시장의 불완전성에 의해 이미 왜곡되어 있다면, 의료서비스 생산에 투입된 자원을 기준으로 객관적인 가치를 결정하려는 상대가치체계의 연구는 오히려 현재의 왜곡된 진료 행태를 고착화할 수 있다. 따라서 실제 원가를 측정하려는 시

5) 가격이 단순히 생산비용에 비례해 책정된다면 생산비용이 증가할 경우 규제 가격도 증가하고 공급자가 비용을 절감한다 해도 정부가 이에 비례해 규제가격을 하락시키므로 공급자는 생산비용을 절감할 경제적 유인을 상실한다.

도보다는 오히려 표준적인 그리고 효율적인 형태의 의료기관 모형을 설정하고 여기에서의 생산비용을 기준으로 수가를 결정함으로써 의료공급자로 하여금 이러한 표준적인 진료행태를 실현하기 위해 노력하도록 하는 것이 훨씬 효과적일 것이다.

상대가치체계는 궁극적으로 행위별수가제이므로 행위별수가제가 가지는 많은 한계를 여전히 내포하고 있다(다만 상대가치체계는 예외적으로 의료서비스 항목간 불균형은 교정할 수 있다는 장점이 있다). 따라서 미국에서는 의료비 상승의 억제를 위해 의료양성과(통제)기준Volume Performance Standard 혹은 지속가능성장률Sustainable Growth Rate과 같은 목표의료비 정책을 도입했다. 즉 목표의료비를 정하고 실제의료비가 목표의료비를 초과하면 다음해의 수가 인상률에 이를 반영해 수가의 인상을 감소시키는 것으로써 의료비를 적정 수준으로 억제하려는 의도를 가지고 있다.

그러나 우리나라는 이러한 목표의료비 정책이 없어서, 의료비 상승을 효과적으로 제어할 수 없는 실정이다. 따라서 상대가치체계에 기반한 행위별수가제를 사용하는 동안에는 최소한 목표의료비제도가 중요하고, 특히 요양급여비용의 계약 시 이 제도의 도입이 필요하다(권순만, 2000).

(3) 진단명 기준 포괄수가제

1) 의의

현행 행위별수가제가 가지고 있는 많은 비효율성을 극복하기 위해서는 진단명(DRG: Diagnosis Related Group) 기준 선지불제

Prospective Payment System 혹은 포괄수가제의 도입이 필요하다. 진단명 기준 선지불제(포괄수가제)는 원래 미국의 사회보험인 Medicare에서 입원환자의 진료비 지불보상을 위해 1983~1984년에 도입한 제도이다. 이 제도는 입원환자의 치료에 소요된 실제 비용과 관계없이 병원이 정부로부터 받을 수 있는 진단명별 진료비가 고정되어 있어서 병원에 비용절감을 유도할 수 있는 인센티브규제 Incentive Regulation의 대표적인 형태이다. 개별 병원에게 진단명별로 보상해 주는 진료비 수준을, 해당 진단명을 가진 환자를 치료하는 데 미국 병원들 전체에서 평균적으로 소요되는 비용에 맞추므로써 서로 다른 병원간에 비용절감 경쟁을 암묵적으로 유도하는 효과를 가진다.⁶⁾ 우리나라에서 포괄수가제는 수년간에 걸친 시범사업을 통해 의료비용을 절감하고 의료공급 과정의 효율성을 높일 수 있는 가능성을 보이고 있으나(Kwon, 2003b), 의료공급자들의 반대에 부딪쳐 전국적 확대 정책이 여전히 표류하고 있는 아쉬운 실정이다.

2) 포괄수가제의 영향

우리나라의 경우 (포괄수가제를) 자발적으로 참여하는 의료기관에 대해서만 적용하는 시범사업 형태로 운영하고 있어서 자료가 제한적이므로, 여기에서는 미국에서 포괄수가제가 의료체계와 의료서비스 산업 전반에 미친 영향을 고찰하고자 한다.⁷⁾ 미국에서 포괄수가제는 예상대로 병원의 재원기간을 단축시켰는데 도입 직후 2~3년간 가장 큰 효과를 나타냈고, 그 이후에는 재원기간이 비교적 안정된 추세를 보이다가 1990년대 들어서 다시 큰 폭으로

6) 이른바 Yardstick Competition이라고 불린다(Shleifer, 1985).

7) 자세한 논의는 권순만(1998b) 참조.

감소했다. 비용수준이 낮은 병원에 비해 비용수준이 높아서 포괄수가제 도입으로 인한 재정 압박이 큰 병원일수록 재원기간의 단축효과는 크게 나타났다(Hadley, Zuckerman and Feder, 1989). 또 포괄수가제는 치료의 강도(Intensity)에도 영향을 미쳐서 검사, 투약, 기타 서비스 제공량이 약간 감소하는 경향을 보였다. 일반적으로 더 많은 의료서비스가 더 높은 품질을 의미한다면 포괄수가제의 도입에 따른 재원일수와 치료강도의 감소는 의료서비스 품질에 부정적인 영향을 미친다고 예상할 수 있다. 그러나 행위별수가제에서 제공되었던 의료서비스가 불필요하게 과다했었다면, 포괄수가제에 의해 의료서비스 양이 감소하더라도 의료서비스 품질(환자 치료의 결과)이 나빠지지 않을 것이다. 기존의 연구를 종합하면 미국에서 포괄수가제 도입이 의료의 접근도, 사망률, 재입원, 응급실 입원 등의 척도를 통해서 분석한 의료서비스 품질에 부정적인 영향을 미쳤다는 증거는 나타나지 않았다(Coulam and Gaumer, 1991; Kahn, et al., 1991).

하지만 입원에 대한 포괄수가제 도입은 병원으로 하여금 정부로부터 진료비 통제를 받지 않는 다른 영역으로 관심을 돌리게 했고, 이에 따라 입원치료가 줄어든 대신 병원 외래에서의 치료와 가정치료서비스(Home Health Agency Services)가 증가했고, 의료기술 발전은 이렇게 입원치료가 외래서비스에 의해 대체되는 것을 더욱 촉진하고 있다. 입원 치료가 외래와 가정치료서비스로 대체됨으로써 입원환자들의 평균적인 중증도는 증가했으므로 이러한 중증도의 증가를 고려한다면 실제 재원일수 단축효과는 더 크다고 볼 수 있다.

진단명에 기준한 포괄수가제로 인해서 병원은 입원환자의 진단명을 결정할 때 더 높은 중증도의 진단명으로 분류함으로써 수입을 증가시키려는 인센티브를 가지며(이른바 DRG Creep) 이로 인

해 포괄수가제 도입 후 (경증의 환자들이 예전에 비해 외래나 가정치료서비스로 많이 보내졌음을 고려한다 해도) 입원 환자들의 평균 중증도는 증가했다(Carter, Newhouse and Relles, 1990).

포괄수가제는 병원경영에 많은 변화를 불러일으켜, 비교적 안정적인 산업으로 인식되어 왔던 의료산업이 도산과 합병을 경험하게 했다. 따라서 병원은 다른 일반 기업과 같은 경영관리기법과 조직문화를 수용하지 않을 수 없었으며 전략적 경영과 경영혁신의 중요성이 더욱 강조되었다.

Shortell and Zajac(1990)에 의하면 진료비지불제도의 변화라는 외부 환경의 변화에 맞추어 효과적으로 전략적 적응과 변화를 이룬 병원일수록 그 경영 성과가 높았다. 또 포괄수가제의 도입은 병원들로 하여금 의료서비스 품질관리의 중요성을 더욱 절실하게 느끼게 함으로써, 일반 기업에서 사용되던 전사적품질관리Total Quality Management와 같은 혁신들이 본격적으로 의료산업에 도입되는 계기가 되었다. 나아가 앞서 언급한 것처럼 포괄수가제는 병원의 경쟁양상에도 많은 변화를 가져와, 병원이 비용과 가격을 인하하기 위해 치열하게 경쟁하게 되어 이제 병원간 경쟁이 사회적 효율성을 증가시키게 되었다(Dranove, Shanley and White, 1993; Zwanziger and Melnick, 1988).

포괄수가제 도입 이후 Medicare 프로그램에 대한 정부지출 증가율은 대폭 감소했다. 예를 들어, 1975~1980년 사이 Medicare 수혜자 일인당 지출이 연 평균 6.7% 증가했고, 1980~1985년 사이에는 증가율이 7.0%이었으나, 1985~1992년 기간중에는 연평균 증가율이 3.0%에 그쳤다(Hadley, 1994). 이는 입원을 감소와 채용일수 감소 같은 입원부문의 비용절감이 외래와 가정치료서비스 증가보다 더 큰 데 기인하며 이러한 비용절감 효과에 의해 Medicare 수혜자의 보험료 증가율도 포괄수가제 도입 이후 둔화되었다.

현재까지 Medicare에서의 포괄수가제 도입이 병원으로 하여금 Medicare가 아닌 환자들에게 책정하는 가격을 증가시킴으로써 비용전가Cost Shifting를 통해 이익을 보전하려 한다는 실증적 증거는 별로 없으므로 포괄수가제가 적어도 국민의료비를 상승시키는 데 주도적 역할을 했다고 볼 수 없다.

(4) 관련 법규정 검토

<p>국민건강보험법 제42조 (요양급여비용의 산정 등) ①요양급여비용은 공단의 이사장과 대통령령이 정하는 의약계를 대표하는 자와의 계약으로 정한다. 이 경우 계약기간은 1년으로 한다. ②제1항의 규정에 의하여 계약이 체결된 경우 그 계약은 공단과 각 요양기관간에 체결된 것으로 본다.</p>	<p>요양급여 비용계약제(수가 계약제)를 규정하고 있다.</p>
<p>시행규칙 제24조 (계약의 내용 등) ①법 제42조 제1항의 규정에 의한 계약은 제2항의 규정에 의한 각 요양급여의 상대가치점수의 점수당 단가를 정하는 것으로 체결한다. ②요양급여의 상대가치점수는 요양급여에 소요되는 시간·노력 등 업무량, 인력·시설·장비 등 자원의 양과 요양급여의 위험도를 고려하여 산정한 요양급여의 가치를 각 항목간에 상대적 점수로 나타낸 것으로 하되, 보건복지부장관이 심의조정위원회의 심의를 거쳐 보건복지부령이 정하는 바에 의하여 이를 고시한다.</p>	

<p>③제1항의 규정에 불구하고 법 제39조 제1항 제2호의 약제·치료재료(제2항의 규정에 의한 상대가치점수가 적용되는 약제·치료재료를 제외한다)에 대한 비용은 보건복지부장관이 심의조정위원회의 심의를 거쳐 정하여 고시하는 금액의 범위 안에서 요양기관이 당해 약제 및 치료재료를 구입한 금액으로 하되, 약제 및 치료재료 구입금액의 결정기준·결정절차 기타 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다. 다만, 약제·치료재료 중 한약제에 대한 비용은 보건복지부장관이 심의조정위원회의 심의를 거쳐 고시한 금액으로 한다.</p> <p>④제1항의 규정에 의하여 계약을 체결할 때 상대가치점수가 고시되지 아니한 새로운 요양급여항목의 비용에 대한 계약은 제2항의 규정에 의하여 동 항목의 상대가치점수가 고시되는 날에 계약이 체결된 것으로 보되, 요양기관이 동 항목에 대한 요양급여를 최초로 실시한 날부터 이를 적용한다.</p>	<p>수가계약의 원칙적 방식으로 (자원기준)상대가치수가제를 규정하고 있으며 목표의료비제도에 대한 언급이 없다.</p>
<p>국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 제8조</p> <p>③보건복지부장관은 제2항의 규정에 불구하고 국민건강보험법시행령(이하 '양'이라고 한다) 별표 2 제2호의 규정에 의하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 해당질병군별로 제9조 제2항의 규정에 의한 비급여대상을 제외한 모든 행위, 약제 및 치료재료를 묶어 하나의 포괄적인 행위로 정하여 고시할 수 있다.</p>	<p>예외적으로만 포괄수가제를 적용할 수 있음을 규정하고 있다.</p>

4. 의약품비용지불제도 개선

의료기술 발전에 따라 질병 치료에 있어서 의약품의 역할이 더욱 증대되고 있고 이에 따라 약제비 압박 또한 커지고 있다. 의약품 사용과 약제비 규모는 많은 제도적 요인들에 의해 영향을 받는다. 일반의약품과 비교할 때 의사의 처방전을 필요로 하는 전문의약품에 대해서는 보험자와 소비자가 의사처방료와 약사조제료를 추가적으로 지불해야 하므로 의약품 분류에 있어서 전문의약품의 비중 증가는 의료비 상승을 초래한다. 또 상품명Brand-name 의약품과 일반명Generic 의약품의 가격 차이가 크므로 상품명의약품의 사용 확대는 약제비 증가의 한 원인이다.

따라서 의사의 상품명 처방을 원칙으로 하여 약사의 동일효과 의약품으로의 대체를 제한하고 있는 우리나라 의약분업제도에서는 의사가 상품명 의약품의 처방을 늘림에 따라 일반명 의약품의 역할이 크게 위축되고 의약품 비용이 증가할 가능성이 높다. 또한 상품명 처방 원칙에 따라 제약회사의 의사에 대한 로비 역시 줄어들지 않을 것이다. 과거에는 의사가 의약품의 가격과 품질보다는 이윤이 높은 의약품을 처방 조제했으나 이제 의약분업이 시행됨에 따라 의사들이 의약품 자체로부터 이익을 취할 수 없게 되자 고가 의약품의 처방이 증가하고 있다. 실제로 외래 의약품 비중과 고가 의약품 비중이 의약분업 시행 전인 2000년 5월에는 43%였으나, 2000년 11월에는 62%, 그리고 2000년 12월에는 59%로 나타났다(건강보험심사평가원, 2001).

의약품을 건강보험에서 어느 정도의 가격으로 보상하느냐를 결

정하는 보험약가제도 역시 약제비와 의약품의 효과적인 사용에 직접적인 영향을 미친다. 우선 신약의 가격결정 시 사용되는 선진국들⁸⁾의 가격 비교는 현실적으로 우리나라의 부담능력을 고려하지 못한 채 우리보다 경제수준이 높은 선진국들의 약가를 채택하는 결과를 낳고 있다. 이론적으로는 선진 7개국 가격의 비교이지만, 우리나라가 신약을 비교적 빨리 도입하는 경향이 있으므로, 실제로는 매우 소수의 국가들, 심지어 해당 약을 개발한 나라의 가격에만 의존해 가격을 책정하는 경우가 있어 전반적으로 의약품 가격의 상승이 우려된다.

여타 산업과 달리 의약품 시장은 제약회사들이 시장세분화 전략을 구사해 일반명 의약품이 시장에 진입하더라도 상품명 의약품 가격을 인하하지 않는 경향이 있다(Frank and Salkever, 1982; Grabowski and Vernon, 1992). 따라서 상품명 의약품과 일반명 의약품의 가격 차이가 지속되거나 커지므로 일반명 의약품을 활성화하는 것이 비용절감을 위해 중요하다. 반면 외국과는 달리 우리나라에서는 상품명 의약품과 일반명 의약품의 가격 차이가 크지 않고 일반명 의약품의 가격에 아직도 거품이 많아 상대적으로 적은 일반명 의약품의 수요와 약제비 증가의 원인이 되고 있다.

제약회사 또는 의약품 유통기업과 의료기관 사이에 의약품이 실제로 거래된 가격만을 건강보험에서 의료공급자에게 지불한다는 의약품 실거래가보상제도는 실제 거래되는 가격을 파악하는 것이 매우 어려움을 고려하면 그 실효성이 그리 높지는 못하고 또 의료기관과 의약품공급자 사이의 이면거래와 같은 불공정관행이 계속되는 것을 막기 어렵다. 나아가 실거래가보상제도는 의료기관으로 하여금 값싸게 의약품을 구매할 경제적 유인을 제거함으로써 의약품 공급자가 의약품 가격을 인하하지 않고 또 의약품

8) A7 국가인 미국, 영국, 독일, 프랑스, 이탈리아, 스위스, 일본.

공급자간 가격 담합이 훨씬 용이해지게 만들 수 있다. 의약품 가격에는 여전히 상당한 수준의 거품이 존재하고 이것은 입원의 경우에는 의료공급자의 이익으로 그리고 다른 경우에는 제약회사나 의약품유통업체의 초과 이윤으로 귀결될 것이다.⁹⁾ 따라서 의약품 실거래가보상제도는 거의 실효성이 없다고 판단된다.

약제비를 억제하기 위해서는, 의학적 판단과 함께 소비자의 경제적 부담과 약제비에 대한 영향까지 같이 고려하여 전문의약품과 일반의약품의 분류가 이루어져야 한다. 그리고 의약품업 이후 의사가 비용-효과적인 의약품을 선택할 경제적 유인이 없으므로, 의사의 처방행위에 영향을 미칠 수 있는 정책이 시행되어야 한다. 의사의 상품명인 아닌 일반명 처방을 권장하고 또 약사에 의한 동일효능 저가 의약품으로의 대체 조제를 허용해야 한다.

미국의 경우 약사에게 의사 처방의 대체를 허용하거나 의사에게 일반명 의약품 처방을 원칙으로 하는 제도를 도입해 일반명 의약품의 시장 점유를 크게 확대했음을 유념해야 한다(Danzon, 1997). 영국과 독일의 예처럼 환자의 총의약품비용에 상한을 두어, 상한을 초과할 경우 처방 의사에게 경제적 페널티를 주는 등 (Busse and Horworth, 1996; Delnoij and Brenner, 2000) 의사의 처방 행위에 대한 경제적 유인 도입도 고려할 필요가 있다.

약가 결정에 있어서는, 외국의 약가를 참조할 때 약가 비교가 가능한 국가의 수에 따라 약가 결정을 탄력적으로 하거나 혹은 약가 비교 국가의 범위를 넓힘으로써 지나치게 높게 가격이 책정되는 것을 방지할 필요가 있다. 또 지속적으로 일반명 의약품 가격의 거품을 제거해 일반명 의약품에 대한 수요를 높여야 한다. 그와 동시에 건강보험에서 소비자에게 의약품 가격을 보상해 주

9) 의약품업 실시로 인해 이제 외래의 경우에는 의료기관이 의약품으로부터 이익을 취할 수 없게 되었다.

는 방법과 수준을 개선하기 위해 기준가격보상제도(Reference Pricing)의 도입을 검토할 필요가 있다. 기준가격보상제도는 비슷한 치료효과를 가진 약물들을 묶어서 이들에 대해서는 동일한 가격만을 보험자가 지불하는 제도이다(GAO, 1994). 기준가격보다 높은 가격의 의약품에 대해서는 환자가 그 가격 초과분을 본인부담금으로 지불한다. 즉 의약품에 대한 급여를 항목 기준이 아닌 가격(비용) 기준으로 정해 소비자의 합리적 선택을 유도하는 것이다.

이를 위해서는 소비자가 합리적인 선택을 할 수 있도록 의료공급자는 소비자에게 보험에서 급여해 주는 비용 수준, 서로 다른 급여(보상) 수준을 가지는 의약품들의 질적 차이 등에 관한 충분한 정보를 제공하도록 의무화해야 한다. 하지만 이 제도는 공급자가 기준가격의 적용을 받지 않는 의약품의 사용을 증가시킬 가능성이 있고 또 비슷한 치료효과별로 의약품을 분류하는 것이 매우 어렵다는 단점도 있으므로(Giuliani, Selke and Garattini, 1998; Lopez-Casasnovas and Puig-Junoy, 2000) 도입 전에 타당성을 구체적으로 검토해야 한다. 특히 의료전달체계의 예에서 보듯이 우리나라의 환자들이 의약품의 비용-효과성에 대해 무지한 상황에서 과연 경제적 유인구조에 얼마나 반응할 것인지와 이미 높은 수준에 있는 환자의 경제적 부담이 늘어날 경우 환자들의 저항을 고려해야 할 것이다.

생산성을 향상시키거나 비용을 절감하는 데 기여하는 다른 분야의 기술과는 달리 의료기술과 의약품은 진단의 정확성을 높이고 생명을 연장하는 데 효과적이지만 대신 그러한 기술의 사용에 따른 높은 비용을 부담하게 한다. 특히 새로운 의료장비와 의약품이 도입되면서 소비자 무지를 이용한 의료기술과 의약품의 과다 사용은 의료비용의 급격한 상승을 야기하고 있다. 의료와 의료기술의 비용-효과성에 관한 한 의료공급자가 소비자에 비해 상대적으로

많은 지식과 정보를 가지고 있기는 하나 공급자 역시 지식의 부족이나 불확실성에 직면해 있는 것은 마찬가지이다(Phelps, 1992). 따라서 공공부문에서 의료기술과 의약품의 경제성 평가를 통해 이들의 비용-효과성에 대한 정보를 소비자와 공급자에게 알려 주는 것은 의료기술과 의약품의 효과적인 사용에 기여할 것이다. 의약품의 경우, 현재 우리나라에서는 거의 모든 의약품이 보험 급여의 대상이므로, 이를 개선하기 위해서는 경제성 평가를 통해 비용-효과적인 의약품만을 급여에 포함시키는 약품 목록Positive List을 도입할 필요가 있다.

5. 의료기관간 네트워크 활성화

우리나라의 의료체계는 지극히 분절된(Fragmented) 상태로 비효율적이며 의료기관간 역할 분담이나 연계가 이루어지지 않은 대신 중복과 과잉 투자가 보편화되어 있다. 즉 입원과 외래, 의원과 병원, 일차진료 의사와 전문의, 급성기 의료기관과 장기 요양기관간 기능의 분화와 상호 연계가 거의 이루어지지 않고 있다. 의료기관간 전략적 제휴와 네트워크 활성화는 규모의 경제 효과와 같은 의료기관간 합병과 유사한 긍정적인 효과를 거두면서 합병의 부정적인 효과를 최소화하는 역할을 할 수 있다.

병원의 비용함수 연구에 의하면 미국의 경우 병원에서는 규모의 경제 효과가 크지 않은 것으로 알려져 있으나(Grannemann, Brown and Pauly, 1986; Vita 1990) 이는 병원 수준에서 환자중증도 등 병원의 비용에 영향을 미치는 많은 요인들을 제대로 통제할 수 없는 한계에 기인한 것일 수도 있다. 그러나 병원 합병의 분석단위를 심장수술, 암치료 등 병원의 특정서비스로 한정했을 때 규모의 경제 효과가 상당히 큰 것(Lynk, 1995)을 보면, 의료기관간 네트워크를 통해 효율성을 제고할 수 있을 것이다.

의료기관간 네트워크는 전략적 제휴(Strategic Alliance)의 한 형태로써 경쟁 환경하에서 비교적 철학과 목표가 유사한 조직들이 상호 가치를 창출하는 제휴관계를 맺어서 독립성을 유지하되 미리 합의된 분야에서 통제권을 공유하며 지속적으로 상호간에 공헌하는 것으로 볼 수 있다.¹⁰⁾ 그러므로 병원의 경우 많은 부문에서 전략

10) 경영환경의 불확실성을 감소시키기 위해서는 주요 자원에 있어서 환경에의

적 제휴의 장점을 활용할 수 있다. 우선, 1차, 2차, 3차 의료기관 간에 환자후송체계를 확립해 의료기관간 기능을 분담함으로써 1차 의료기관은 3차 의료기관과의 정형화된 연계관계를 통해 위상과 명성을 제고해 내원 환자 수를 늘릴 수 있으며, 3차 병원은 이를 통하여 안정적인 환자수요의 기반을 유지할 수 있다. 이러한 의료기관간 의료전달체계 구축을 통해 우리나라 의료체계의 큰 문제점 중 하나인 의료장비의 과잉 투자를 막고 고가의료장비를 공동으로 이용할 수도 있다. 또 전략적 제휴를 맺어 소모품과 의약품 등을 공동 구매해 가격할인의 혜택을 누릴 수도 있다.

이러한 전략적 제휴가 활성화된다면 개별 병원간의 경쟁이 아닌 병원을 중심으로 한 병원의료체계Health Care System간의 경쟁으로 의료시장에서의 경쟁양상이 변화할 것이다. 미국의 경우 관리의료Managed Care라는 민간의료보험이 자체의 의료체계를 구성하면서 의료기관간 네트워크가 증가된 측면도 있고, 한편으로는 민간의료보험이 강력한 시장지배력을 이용해 공급자들을 압박함에 따라 의료공급자들이 보험자에 대해 교섭력을 강화시키는 수단으로서 병원간 네트워크가 활성화된 측면도 있었다.

우리나라의 경우 현재는 의료기관 차원에서 자발적으로 네트워크 조직이 활성화되고 있지는 않다. 다만 몇 군데 대형 병원에서 지방 혹은 주변의 중소병원들과 환자 후생 및 회송의 관계를 맺고 있는 상황이다. 향후 의료기관 네트워크를 통해 외래, 입원, 재활, 요양에 이르는 통합적 의료체계Integrated Delivery System들이 활성화되고 환자가 적재적소에서 치료를 받음으로써 건강의 극대화

의존도(Resource Dependency)를 줄이는 것이 필요하다. 그러나 필요한 모든 자원을 개별 조직이 자체적으로 조달할 수는 없으므로 전략적 제휴를 맺어 다른 조직들과 교환 및 협력관계를 통해 핵심적인 자원에의 접근도를 안정적으로 유지할 수 있게 된다(Kaluzny, Morrissey and McKinney, 1990).

와 비용절감을 추구할 수 있을 것이다. 법상으로는 병원간의 진료기록부 송부, 병원간 자원의 공동이용 등을 잘 규정하고 있으므로 현재의 상황은 오히려 현실이 법을 따라가지 못한다고 볼 수 있을 것 같다. 하지만 의료기관간 협력과 네트워크가 활성화 되기 위해서는 의료수가의 책정, 수입의 배분, 의료과실이 발생했을 때의 책임 문제 등에 대한 제도적 개선이 필요할 것이다.

6. 요양기관당연지정제도 재검토

(1) 문제점과 개선방안

건강보험이 전 국민을 커버하는 수요독점자(Monopsony)인 상황에서, 모든 의료기관이 건강보험 요양기관이 되어 건강보험 환자를 의무적으로 진료해야 한다면, 수요독점자인 건강보험이 시장지배력을 이용해 협상력을 남용하고 과도하게 공급자를 규제할 가능성이 존재한다. 의료공급자 입장에서는 대체적인 가입자 풀(보험자)이 존재하지 않으므로 의료보험 정책이 공급자에게 주는 압박이 더 크게 그리고 부당하게 느껴질 수 있다. 물론 건강보험의 급여수준이 미흡하기 때문에 소비자가 의료서비스 이용 시 비급여 항목에 대해 직접 부담하는 금액이 상당하고, 이는 곧 의료공급자의 관점에서는 수가규제 대상이 아닌 비보험시장이 존재함을 의미한다. 따라서 건강보험이 아닌 대체적인 민간의료시장이 존재하는 것은 사실이지만 정부의 점진적인 급여확대 정책에 의해 비규제 영역의 규모가 줄어들고 있다.

의료공급자로 하여금 당연적으로 의료보험 환자를 진료하게 하는 현행 요양기관당연지정제도를 완화시키면 공급자에게 선택의 기회를 부여함으로써 병원산업에 더욱 경쟁적인 요소를 도입하는데 도움을 줄 수도 있을 것이다. 이렇게 되면 환자가 건강보험 요양기관이 아닌 의료기관을 선택하는 경우 건강보험 수가의 적용을 받지 않으므로 환자 본인이 의료비용을 전액 부담해야 할 것이다. 건강보험이 처음 도입되던 시점과는 달리 지금은 의료기관

의 수가 부족하지 않으므로 요양기관당연지정제도가 없어도 소비자의 의료기관 접근도에 큰 문제가 야기되지는 않으리라 예상된다. 하지만 건강보험 요양기관으로의 진입과 탈퇴 의사결정에 있어서 의료기관간 담합은 없어야 하며 이는 공정거래의 차원에서 정부가 규제해야 한다. 건강보험 요양기관당연지정제도의 완화는 선택과 경쟁의 활성화를 위한 것인데 의료기관간 담합은 경쟁의 근간을 흔드는 불법 행위이기 때문이다.

현실적으로 의료기관의 입장에서 현재의 건강보험 제도하에서도 비급여 부분을 통해 정부 규제를 피할 수 있으므로 굳이 건강보험 요양기관을 탈퇴할 유인이 크지는 않을 것이다. 하지만 향후 건강보험의 급여가 확대된다면 요양기관으로서 지정을 받을 것인가 하는 의사결정이 병원에 있어 더욱 중요한 사안이 될 것이다. 현재의 상황에서도 시장에서 높은 평판을 가지고 있는 전문병원 등 일부 병원들은 요양기관 지정을 신청하지 않을 가능성이 있다. 하지만 이러한 일부 병원이 요양기관 계약을 맺지 않는다고 해서 의료서비스 이용, 나아가 국민들의 건강수준에 있어 형평성의 문제가 야기되지는 않을 것이다. 보험자의 입장에서 요양기관이 되고자 하는 기관과 탈퇴하고자 하는 기관의 추이를 분석함으로써 보험급여와 수가 등을 결정하는 데 필요한 중요한 정보를 얻을 수 있다.

요양기관당연지정제도의 개선은 보험자가 의료기관의 품질 관리를 효과적으로 하는 데 도움을 줄 수 있다. 현행 요양기관당연지정제도는 모든 의료기관에게 건강보험 환자를 진료할 수 있도록 허용함으로써 보험자가 의료기관을 선택할 수 있는 여지를 봉쇄하고 있다. 요양기관당연지정제도를 완화한다면, 보험자가 정한 일정 수준 이상의 의료를 제공하지 못한다고 생각되는 의료기관에 대해서는 요양기관 계약을 맺지 않음으로써(즉 선택적 계약,

Selective Contracting), 의료기관으로 하여금 의료서비스 품질을 향상시킬 유인을 제공할 수 있다. 보험자는 의료기관과 선택적인 계약을 할 때 의료서비스 품질뿐만 아니라 의료비용도 함께 고려함으로써 의료비용 적정화에 긍정적인 영향을 줄 수 있다. 따라서 요양기관당연지정제도의 완화는 좀더 적극적인 보험자의 역할을 필요로 하므로 보험자의 역량강화가 필요하다. 요양기관당연지정제도 개선이 가지는 효과에 대해서는 어느 정도 불확실성이 존재하는 것이 사실이므로 제도개선을 점진적으로 시행할 필요가 있을 것이다.

(2) 관련 법규정 검토

<p>국민건강보험법 제40조 (요양기관) ①요양급여(간호 및 이송을 제외한다)는 다음 각호의 요양기관에서 행한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익 또는 국가정책상 요양기관으로 적합하지 아니하다고 인정되는 의료기관 등으로서 대통령령이 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 의료법에 의하여 개설된 의료기관 2. 약사법에 의하여 등록된 약국 3. 약사법 제72조의12의 규정에 의하여 설립된 한국회귀의약품센터 4. 지역보건법에 의한 보건소·보건의료원 및 보건지소 5. 농어촌등보건의료취약지역특례조치법에 의하여 설치된 보건진료소 <p>②보건복지부장관은 요양급여를 효율적으로 하기 위하여 필요한 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 의하여 시설·장비·인력 및 진료과목 등 보건복지부령이 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 종합전문요양기관 또는 전문요양기관으로 인정할 수 있다.</p>	<p>의료기관은 당연히 국민건강보험의 요양기관으로 지정된다.</p>
---	---------------------------------------

<p>③제2항의 규정에 의하여 종합전문요양기관 또는 전문요양기관으로 인정된 요양기관에 대하여는 제39조 제2항의 규정에 의한 요양급여절차 및 제42조의 규정에 의한 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리 할 수 있다.</p> <p>④제1항 및 제2항의 규정에 의한 요양기관은 정당한 이유없이 요양급여를 거부하지 못한다.</p>	
<p>시행규칙 제21조 (요양기관에서 제외되는 의료기관 등)</p> <p>①법 제40조 제1항 후단에서 ‘대통령령이 정하는 의료기관 등’이라 함은 다음 각호의 의료기관 또는 약국을 말한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 의료법 제31조의 규정에 의하여 설립된 부속의료기관 2. 사회복지사업법 제34조의 규정에 의한 사회복지시설에 수용된 자의 진료를 주된 목적으로 개설한 의료기관 3. 가입자 또는 피부양자를 제22조 제1항의 규정에 의한 본인부담액을 받지 아니하거나 경감하여 받는 등의 방법으로 유인하거나 이와 관련하여 과잉진료행위를 하거나 부당하게 많은 진료비를 요구하는 행위로 업무정지처분 등을 받은 다음 각목의 1에 해당하는 의료기관 <p>가. 법 제85조의 규정에 의한 업무정지 또는 과징금 처분을 5년 동안에 2회 이상 받은 의료기관</p> <p>나. 의료법 제53조의 규정에 의한 면허정지처분을 5년 동안에 2회 이상 받은 의료인이 개설·운영하는 의료기관</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. 법 제85조의 규정에 의한 업무정지처분의 절차가 진행중이거나 업무정지처분을 받은 요양기관의 개설자가 개설한 의료기관 또는 약국 <p>②제1항 제1호 및 제2호에 규정된 의료기관이 요양기관에서 제외되고자 하는 경우에는 보건복지부장관이 정하는 바에 의하여 요양기관 제외신청을 하여야 한다.</p> <p>③의료기관 등이 요양기관에서 제외되는 기간은 제1항 제3호의 경우에는 1년 이하로 하고, 제1항 제4호의 경우에는 업무정지처분기간이 끝나는 날까지로 한다.</p>	

제IV장

건강보험제도의 개선

1. 건강보험 급여 확충

(1) 문제점과 개선방안

우리나라 건강보험은 급여수준이 제한적이어서 환자가 의료를 이용할 때 부담하는 비용이 매우 높은 편이다<표 2>. 우리나라는 2001년 현재 국민 의료비에서 본인이 직접 부담하는 비율이 약 45%로서 네덜란드(37%), 독일(25%), 스웨덴(15%), 영국(19%), 이탈리아(27%), 일본(22%), 캐나다(29%), 프랑스(24%)에 비해 그 비중이 매우 높다(OECD, 2003).

<표 2> 국민의료비 재원 비중

(단위: %)

연 도	1989	1991	1993	1995	1997	1999	2000	2001
정부	8.4	7.9	8.1	9.7	10.5	11.6	11.1	10.9
사회보험	24.7	26.2	27.0	28.4	32.9	34.2	36.5	43.5
공공 합계	33.0	34.1	35.1	38.1	43.4	45.9	47.6	54.4
가계	58.3	57.7	55.7	52.2	47.4	44.6	43.0	37.3
민간보험	2.9	2.8	2.9	2.6	2.5	2.7	2.9	2.2
기타	5.7	5.4	6.3	7.1	6.6	6.8	6.5	6.1
민간 합계	67.0	65.9	64.9	61.9	56.6	54.1	52.4	45.6

자료: OECD, OECD Health Data 2004

역설적으로, 우리나라 보건의료에 있어 공공재원의 역할은 의료부문에서 민간부문의 역할이 가장 강하다고 인식되고 또 전

국민을 대상으로 하는 의료부문 공적재원체계를 가지고 있지 않은 미국과 비슷한 수준에 머물고 있는 실정이다. 이러한 저보험료-저급여 구조는 대상 인구의 확대에 초점을 두어 왔던 초기 의료보험 정책의 역사적 산물로 볼 수 있다(Kwon, 2002). 즉 단기간에 의료보험 대상인구를 확대하기 위해서는 저보험료체계가 필요했고, 급여 역시 제한적인 체계가 유지되어 왔다. 따라서 건강보험이 질병으로 인한 경제적 재난으로부터 국민을 보호하는 제도로 역할을 하기보다는, 저렴한 가격으로 의료를 이용하는 제도로 이해되는 실정이지만 이제 급여확충은 건강보험제도의 역할 정립을 위해 반드시 해결해야 할 과제이다.

환자의 높은 경제적 부담은 건강보험이 추구하는 위험분산의 효율성과 비용부담의 형평성에 있어서 많은 문제를 야기한다. 건강보험은 질병 발생으로 인한 과도한 비용지출에 의해 야기되는 경제적 위험을 효과적으로 분산할 수 있어야 한다. 하지만 현재의 우리나라 건강보험은 보험료를 조금 납부하는 대신, 높은 본인부담금으로 인해 막상 질병이 발생했을 때에는 경제적 지출이 과다해 위험분산이라는 보험의 기능을 제대로 수행하지 못하고 있다. 나아가 보험료는 소득에 비례하지만 의료를 이용할 때 지불하는 본인부담은 소득과 무관하기 때문에, 의료이용 시 지불하는 높은 본인부담금은 의료비 부담의 형평성에 있어서도 많은 문제를 야기한다. 특히 건강수준이 낮아서 많은 의료서비스 이용을 필요로 하는 계층이나 경제적 취약 계층은 과도한 본인부담금으로 인한 경제적 부담이 더욱 클 것이다.

전 국민을 대상으로 하는 의료보험임에도 불구하고 개인이 부담하는 의료비 비중이 큰 것은 급여에 포함된 의료서비스에 대한 본인부담금이 높다는 것과 함께, 급여에 포함되지 않은 서비스가 많아서 환자의 경제적 부담이 높은 데 기인한다<표 3>. 비급여가

상당한 규모로 존재하는 한, 건강보험제도가 의료서비스 공급이나 국민건강에 미치는 영향 역시 제한적일 수밖에 없다.

의료서비스 이용의 형평성에 대한 최근 연구(권순만, 양봉민 외, 2003)에 의하면, 높은 환자 본인부담은 의료서비스 이용에 있어서 소득계층간 형평성을 저해하고 있다. 소득이 높은 계층은 낮은 계층에 비해 의료서비스 이용량에 있어서는 비교적 큰 차이를 보이지 않으나 의료비용의 총지출이 훨씬 높아서, 이용하는 의료서비스 품질 또는 가격에 있어서 큰 차이가 있다는 것을 알 수 있었다.

<표 3> 환자본인부담 현황(2000, 2001)

(단위: %)

요양 기관별	구분	2000년				2001년			
		보험자 부담	본인부담률			보험자 부담	본인부담률		
			계	법정 부담	비급여		계	법정 부담	비급여
계	입원	61.0	39.0	16.8	22.2	65.6	34.4	18.7	15.7
	외래	30.4	69.6	23.5	46.2	35.3	64.7	30.9	33.8
종합전문 요양기관	입원	60.9	39.1	18.2	21.0	66.7	33.3	20.1	13.2
	외래	53.7	46.3	28.3	17.9	31.7	61.5	48.4	13.1
종합병원	입원	64.2	35.8	17.1	18.7	67.6	32.4	19.3	13.1
	외래	23.3	76.7	27.2	49.5	27.6	72.4	44.7	27.7
병원	입원	60.2	39.8	16.8	23.0	63.8	36.2	17.8	18.4
	외래	34.3	65.7	30.1	35.6	38.3	61.7	33.1	28.6
의원	입원	56.6	43.4	13.5	29.9	63.4	36.6	15.3	21.3
	외래	33.9	66.1	25.1	41.0	38.8	61.2	31.1	30.1

자료: 이진경(2002).

소득이 높은 계층일수록 비급여 서비스를 많이 이용한다는 유추가 가능한데, 비급여 서비스가 의학적으로 필요한 것이라면 이러한 현상은 건강수준의 형평성 저해를 초래할 수도 있다. 최근 본인부담금의 상한선 제도가 도입된 것은 큰 발전임에 틀림없으나 이것이 급여에 대한 법정 본인부담금에만 적용되어 비급여에 대한

환자의 지출은 고려하고 있지 않으므로 그 효과가 제한적일 수밖에 없다.

많은 선진국의 경우 건강보험 급여는 포괄적으로 결정되며 다만 의학적 그리고 비용-효과적인 기준에 의해 일부 의료서비스를 급여에서 제외하는 방식을 채택하고 있다(Negative System). 그러나 우리나라에서는 건강보험 급여 범위와 본인부담률의 결정이 의학적 판단이나 의료서비스의 비용-효과성에 근거한 우선순위와 사회적 합의에 의해서라기보다는 보험자의 재정적 상태에 의해 좌우되어 왔다. 건강보험 급여의 결정이 급여에 포함되는 의료서비스를 결정(Positive System)하는 방식에 의존하다 보니, 요양급여 기준이 빠르게 변화하는 의료기술의 진보를 제대로 반영하지 못하고 있어, 실제로 보편적으로 제공되는 의료행위나 사용되고 있는 진료재료들이 급여로 인정받지 못하고 불법적인 비급여로 방치되는 경우들도 존재한다.¹¹⁾

따라서 건강보험이 제 역할을 수행할 수 있기 위해서는 보험료의 인상을 통해 급여를 확대함으로써 위험분산의 효율성과 의료비 부담의 형평성을 제고하는 것이 필요하다. 가입자 입장에서는 보험료를 많이 내는 대신 급여 확대가 이뤄져서 아플 때 지불하는 비용은 감소하고 따라서 의료분야에 대해 총지불하는 금액의 기대액(Expected Expenditure)은 크게 증가하지 않을 것이므로 과도한 의료비의 위험으로부터 보호받을 수 있을 것이다.

11) 이러한 규제는 보험자 입장에서 볼 때, 보험에서 급여되지 않는 서비스를 의료공급자가 소비자에게 권유할 수 있는 경로를 아예 차단함으로써 불필요하게 사치스러운 의료서비스의 공급을 억제하고 의료비를 절감하고자 하는 것이다. 그러나 한편으로는 임의 비급여 남용의 여지가 있다고 해서 고가의료 서비스를 받고자 하는 환자의 권리를 원천적으로 봉쇄하는 불합리한 부작용을 초래할 수 있다.

보험료 인상 과정에서는 보험료 부과의 형평성에 대한 관심이 더욱 커질 것이고 따라서 소득 파악이 더욱 중요해질 것이다. 현실적으로 자영자 소득파악은 건강보험제도만을 통해서 실현하기 어려울 것이므로 이를 위한 정부의 정책적 의지와 노력이 크게 요청된다.

보험료 부담의 형평성에 관한 최근의 연구 결과(양봉민, 권순만 외, 2003)에 의하면 우리나라 의료보험료 부담은 소득에 매우 역진적인데 그 수준은 사회보험이 주₁보건의료 재원조달 기전으로 사용되고 있는 다른 나라들(독일, 네덜란드, 프랑스)에 비해서 더 심각한 것으로 나타나, 향후 보험료 부담의 형평성을 확보하는 것이 매우 시급한 정책과제임을 알 수 있다.

향후 보험급여는 소비자가 얻는 편익과 지불하는 비용을 체계적으로 비교분석한 결과를 토대로 우선순위를 정해서 결정해야 할 것이다. 즉 보험자의 재정능력, 의학적 필요, 소비자의 지불의사(Willingness to Pay)에 기초해 급여범위가 결정되어야 한다. 현행 비급여서비스의 상당 부분을 급여로 포함시켜야 하고, 이때 급여서비스에 대한 환자 본인부담률은 현재와 같이 일률적이지 않고 서비스의 특성에 따라 탄력적으로 결정되어야 한다.

즉 필수적이고 비용-효과적인 의료는 100% 급여하고, 여타 비용-효과성이 낮거나 상대적으로 선택적인 성격의 의료서비스에 대해서는 본인부담률을 높여 가격탄력성의 정도에 따라 환자의 의료이용 행태를 다르게 유도할 수 있을 것이다. 진료비 본인부담 상한제 역시 탄력적으로 적용하기 위해서는, 소득 수준에 따라 상한액을 조정함으로써 경제적 취약계층에 대한 실질적인 의료보장 기능을 강화할 필요가 있다.

(2) 관련 법규정 검토

<p>국민건강보험법 제41조 (비용의 일부부담) 제39조 제1항의 규정에 의한 요양급여를 받는 자는 대통령령이 정하는 바에 의하여 그 비용의 일부(이하 '본인일부부담금'이라 한다)를 본인이 부담한다.</p> <p>시행규칙 제22조 (비용의 본인부담) ①법 제41조의 규정에 의한 요양급여비용 중 본인이 부담할 비용의 부담률 및 부담액은 별표 2와 같다. 이 경우 본인이 부담한 비용의 총액(별표 2 제3호의 규정에 의한 금액을 제외한다)이 6월간 300만원을 초과하는 경우에는 그 초과한 금액을 공단이 부담한다.</p> <p>②제1항의 규정에 의한 본인부담액은 요양기관의 청구에 의하여 가입자 또는 피부양자가 요양기관에 지불한다. 이 경우 법 제39조 제2항 및 제3항의 규정에 의하여 보건복지부령이 정하는 요양급여사항 또는 비급여사항 외의 입원보증금 등 다른 명목으로 비용을 청구하여서는 아니된다.</p> <p>③공단은 가입자 또는 피부양자가 제1항 후단의 규정에 따라 공단이 부담하여야 하는 금액을 요양기관에 지불한 경우에는 그 초과한 금액을 가입자 또는 피부양자에게 지급하여야 한다.</p>	<p>자기부담금을 규정하며 다만 그 상한선을 두고 있다.</p>
---	-------------------------------------

2. 건강보험 급여구조 합리화

원래 보험은 재난적 성격(Catastrophic)의 비용 지출에 대한 보장을 목표로 한다. 하지만 우리나라의 건강보험 급여는 중증의 질환 또는 고액 진료비에 대한 급여가 경증의 질환에 대한 급여에 비해 높지 않은 왜곡된 구조를 가지고 있다. 따라서 보험의 원리에 충실하려면 고비용이 요구되는 질병의 치료에 대한 보장을 높이고 대신 비용지출이 높지 않은 경미한 질환에 대한 보장성은 낮추는 것이 바람직하다. 고비용이 소요되는 중증 질환은 발생 빈도가 높지 않은 반면 비용 지출이 낮은 질환은 발생 빈도가 높으므로 고비용-중증 질환 중심으로 급여 구조를 개편하는 것은 보험료의 대폭적인 인상 없이도 시행할 수 있을 것이다. 다만 저비용-경미한 질병이더라도 의료서비스 이용이 많아 의료비 총액의 경제적 부담이 큰 계층을 위해서는 앞서 언급한 의료비총액본인 부담금 상한제를 이용해, 급여구조의 개편이 형평성을 악화시킬 수 있는 가능성에 대비할 필요가 있다.

하지만 급여구조를 개편해 중증 질환에 대한 급여를 확대하고 경증 질환에 대한 본인부담을 증가시키는 것은, 중증 질환을 경험하는 소수의 가입자에게는 큰 편익을 주지만, 경증 질환을 경험하는 다수의 가입자에게는 비록 그 크기는 작더라도 경제적 부담으로 귀결된다. 그러므로 급여의 확대를 통한 보장성 강화 역시 그 장점에도 불구하고 일반 국민들로부터 정치적인 수용성이 그리 높지 않다. 즉 급여가 확대됨에 따라 의료서비스 이용 시 본인부담금이 감소되는 것은 의료서비스 이용 시에만 혜택을 경험

할 수 있으므로 그 편익이 확정적으로 느껴지지 않는 반면, 보험료 인상은 평상시에 가시적으로 지출이 증가해 그 경제적 부담이 직접적으로 느껴지기 때문에 저항이 큰 것이다. 따라서 사회적 차원의 위험을 분산한다는 점에서 바람직함에도 불구하고 보험료 인상을 통한 급여확대나 급여구조 개편은 정치적 저항을 가져오기 쉽다.

건강보험 재원을 확보하는 데 있어서의 여러 가지 현실적 어려움을 극복하기 위한 대안으로, 제한된 범위 내에서 의료저축계정 Medical Saving Accounts의 도입을 고려해 볼 수 있다. 의료저축계정은 강제 저축으로서 본인의 의료비 지출을 위해 사용할 수 있고 개인의 계좌이므로 가입자의 저항이 낮다. 하지만 이는 개인 차원의 저축과 위험분산(일종의 Inter-temporal Risk Pooling)이어서 분산 가능한 위험의 크기에 한계가 있으므로 비교적 경미한 위험의 분산에 효과적이다. 중증의 질환이나 재난적 성격의 질병에 대한 의료비 지출은 그 크기가 커서 저축계정이 쉽게 소진될 수 있기 때문이다.

싱가포르의 경우 충분한 공공의료체계가 경제적 약자에 대한 사회적 안전망 역할을 충실히 수행하고 있고 또 개인저축인 Medisave와 함께 재난성보험인 Medishield(Medisave로부터 보험료 납부), 그리고 정부가 초기 기금을 마련해 그 이자로 가난한 사람의 의료비용을 보조하는 Medifund와 같은 복합적인 장치를 통해 개인 차원의 위험분산이 갖는 한계를 보완하기에 의료저축계정의 시행이 가능함을 주지할 필요가 있다(Phua and Prescott, 1998).¹²⁾

12) Medisave는 일반적인 입원비용 및 고가 외래의료비를 위한 계정이고, Medishield는 추가적인 비용 소요를 위한 보험적 성격의 계정이며, Medifund는 정부가 재원을 조달해 저소득계층을 위해 진료비를 지불해 주는 계정이다.

따라서 의료저축계정을 주된 재원조달의 수단으로 사용하기는 어렵다. 실제로 싱가포르에서 Medisave, Medishield, Medifund를 통한 의료비 지출은 전체 국민 의료비의 10%에 불과하고(Lim, 2004), 나머지는 고용자가 제공하는 복리후생(Employer Benefit)이 35%, 정부보조금이 25%, 본인부담이 25%, 민간보험이 5%를 차지한다.

우리나라에서 급여구조의 개편을 위해 의료저축계정을 도입한다는 것은, 현재의 급여체계를 중증 질환 위주의 급여구조로 바꿀 때, 소액 진료비에 대한 본인부담금 증가로 발생하는 경제적 부담을 의료저축계정으로 충당하는 것을 의미한다. 중증 질환에 대한 의료보장은 그 경제적 부담이 크므로 기존의 건강보험을 통해 제공되어야 한다. 다만 경미한 질환의 치료에 소요되는 의료비용은 도덕적 해이(Moral Hazard)에 더욱 민감하므로, 자신의 의료저축계정을 통해서 개개인이 지출에 책임을 질 경우 의료비 절약을 위한 노력이 더욱 증가할 것이다.

공공의료체계가 극히 미약해 사회적 안전망이 부재한 우리나라 실정에서 의료저축계정의 역할이 소액진료비에 대한 의료비 지출보다 더욱 확대되는 것은 위험하다. 다만 소액진료비 지출만을 위한 제한적인 의료저축계정은 우리나라의 의료보험 급여구조 개편을 위한 현실적인 전략으로 고려할 가치가 있다. 나아가 이러한 저축계정은 우리나라 의료재원의 다원화에 기여할 수 있을 것이다.

3. 민간의료보험의 역할정립

(1) 문제점과 개선방안

현재 민간의료보험의 진입에 대한 정책적 장벽은 존재하지 않는다.¹³⁾ 사회보험과 대체적인 성격의 민간보험, 즉 가입자가 사회보험과 민간보험 중 선택해서 가입할 수 있는 민간보험의 도입은 기존 사회보험 체계의 틀을 크게 흔들 수 있으므로 현실적으로 정책대안이 되기 어렵다. 사회보험 초기부터 고용자만을 대상으로 해 온 독일에서 소수의 고소득자와 자영자에게 대체적 민간보험을 허용하는 경우를 제외하면, 대체적 민간보험을 통해 사회보험과 민간보험이 직접적으로 경쟁을 하는 경우는 드물다.

미국의 경우에도 Medicare 가입자에게 사회보험 대신 민간보험 선택권이 주어지는 것은 아니다.¹⁴⁾ 따라서 우리의 현실에서는 기존의 건강보험에 있어서 환자가 지불하는 비용(비급여에 대한 환자 부담)을 지불해 주는, 사회보험에 대한 보충적인 역할을 민간보험이 담당하는 것이 바람직할 것이다.

현재에도 상당수 사람들이 민간보험에 가입하고 있지만 이는 보험자가 의료공급자와 직접적인 상호계약을 맺는 순수한 형태의

13) 현실적으로 위험률 산정과 급여 설계의 어려움, 역선택(Adverse Selection)의 문제, 사업 전망의 불투명성 등이 민간 보험회사들에게 진입장벽으로 작용할 뿐이다.

14) 경우에 따라서 Medicare에서 민간보험에게 대상 인구(환자)의 관리업무를 위주하는 경우는 있음(단, 환자가 선택 가능).

의료보험이라기보다는 여타의 보험과 연계되거나 끼워팔기되어 주로 일방적인 보험자와 가입자의 관계인 일반보험적 성격을 가진 경우가 대부분이다. 일반적으로 가입자에게 진단명 혹은 입원 일수에 따라 직접적으로 현금급여 형식의 정액 급여가 지급되는 현재의 민간보험은 현물급여 형태의 보험에 비해 도덕적 해이로 인한 사회후생의 손실이 오히려 적다. 그러나 정액급여 형식의 현행 민간보험은, 중증 질환의 경우 현실적으로 보상의 크기가 실제 발생비용에 비해 과소할 가능성을 한계로 가진다. 기존의 민간보험과는 달리 2005년 8월 출시된 생명보험회사들의 ‘실손형’ 민간보험의 경우에는 개인에 대해 법정 본인부담과 비급여 부분 등으로 인한 실질적 손해를 모두 보상하게 되어 보험시장에 큰 변화를 가져올 것으로 보인다.

민간의료보험이 의료공급자들에게 사회보험에 비해 더 높은 수가나 경제적 보상을 제공해 의료공급자들이 민간보험 환자들을 선호하게 된다면 사회(건강)보험 가입자에 대한 차별이 생겨날 가능성도 있다. 만일 민간의료보험이 사회보험하에서의 환자본인부담금을 민간보험 급여의 일환으로 보상해 준다면 민간보험 가입자의 사회보험 의료이용이 증가해 사회보험 재정에 부정적인 영향을 미칠 것이다. 즉 사회보험과 민간보험의 재정은 상호 독립적이지 않고 오히려 민간보험 가입자가 사회보험의 재정 소요를 높임으로써, 사회보험에만 가입한 사람들이 사회보험과 민간보험에 모두 가입한 사람들을 교차보조(Cross-subsidize)하는, 형평성에 역행하는 결과를 낳을 수 있다(Kwon, 2002).

그리고 단일 보험자(사회보험)보다는 민간보험을 포함한 복수의 보험자 상황에서는 의료공급자의 상대적인 교섭력이 증가할 수 있어서 국민 총의료비용이 증가하고 재정안정화가 더 어려운 것이 외국의 경험이다(Evans, 1997). 또 효율성의 관점에서 볼 때

공적 건강보험 진료비가 민간의료보험으로 전이된다면 Cost Shifting, 설사 건강보험 재정은 안정화되더라도 국가의 전체 의료비용은 오히려 증가할 수 있다.

하지만 사회보험이 모든 유형의 위험에 대해 의료보장을 제공할 수 없으므로 현실적으로는 건강보험과 민간의료보험간의 역할 분담이 필요하다. 앞서 언급한 효율성과 형평성의 관점에서 볼 때, 그리고 환자 본인부담금이 의료비의 40~50%에 이르는 현재의 상황을 고려하면, 정책 우선순위는 사회보험에 두어야 하지만, 사회보험의 급여를 대폭 확대하는 것도 현실적으로 재정적 한계와 저항에 부딪힐 것이다. 또 소득의 증가에 따라 의료서비스에 대한 수요는 더욱 많아지고 또 다양화할 것이다. 따라서 사회보험이 가지는 보편적 서비스 Universalism의 장점에도 불구하고, 모든 가입자에게 동일한 수준의 급여를 제공하는 접근법은 국민들의 만족도를 높이는 데 한계를 경험할 가능성이 높다. 사회보험과 민간보험의 역할 분담에 있어서는 고액의 의료비가 소요되는 중증 질환 등 시장실패 가능성이 상대적으로 큰 영역을 사회보험이 커버하고, 민간보험에서는 사회보험에서 급여하지 않는 나머지 부문에 대해 급여를 제공하는 것이 바람직할 것이다.

민간보험 시장에도 정부의 역할은 중요하다. 정부는 민간의료보험 시장에서 필연적으로 발생하는 현상, 예를 들어 보험자가 건강한 가입자를 선택하는 Preferred Risk Selection 혹은 Cream Skimming 등 문제점들을 해결하기 위해 보험시장에 적절히 개입할 필요가 있다(Enthoven, 1988). 하지만 민간보험 보험료에 대한 조세혜택과 같은 정부의 정책적 개입은 비효율적이고 형평하지 못하다. 우선 가입자에 대해서만 제공되는 세금혜택은 일반적으로 민간보험 가입자가 비가입자에 비해 상대적으로 부유층임을 고려할 때 형평성의 문제가 발생한다. 민간보험이 사회보험과 대

체적인 성격이 아니라 보완적인 성격일지라도 앞서 언급한 바와 같이 필연적으로 사회보험의 재정과 밀접하게 관련되어 있다. 따라서 민간보험은 사회보험에서의 의료서비스 이용에 영향을 미치게 되어 자원배분의 효율성에 영향을 미치므로, 민간보험 보험료에 대한 조세혜택은 민간보험이 사회보험의 자원배분에 미치는 영향을 더욱 증폭시킬 것이다. 또 민간보험에 따른 도적적 해이를 축소하기 위해서도 민간보험료에 대한 세금혜택은 바람직하지 않다.¹⁵⁾

구체적인 보험의 형태는 시장에 의해 결정되겠지만, 민간보험이 자원배분의 효율성에 역기능을 하지 않도록 하기 위해서는, 미국을 중심으로 크게 발전하고 있고 유럽의 경우에도 수용성이 높아지고 있는 HMO(Health Maintenance Organization)로 대표되는 관리의료Managed Care 형태의 민간보험을 도입하는 것이 효과적일 것이다. 즉 보험자가 의료공급자의 의료공급 과정에 개입하여 이를 관리하는 체계이다. 예를 들어, 관리의료가 활성화되기 이전 전통적인 의료보험에서 보험자는 의료서비스 이용자에게 환자 본인부담금 부과를 통해 지나친 의료서비스 이용을 줄이려 할 뿐, 의료공급자에 대해서는 아무런 통제를 하지 않았다. 하지만 실제로는 정보와 지식의 비대칭성에 의해 의료공급자가 소비자에 비해 의료비용에 미치는 영향이 더 크므로, 관리의료에서는 의료공급자에게 다양한 형태의 재정적 유인을 부여함으로써 의료공급자가 효율적으로 의료서비스를 제공하도록 한다(Kwon, 1997; Melnick, et al., 1992). 이를 위해 관리의료는 가능한 한 비용-효과적인 의료서비스 제공 행태를 보이는 의료공급자들을 선택해 계약을 체결

15) 미국 Medicare 가입자들의 본인부담금을 커버해 주는 Medigap 보험의 경우 Medicare 재정에 미치는 영향을 고려해 오히려 조세를 부과해야 한다고 주장하는 미국 보건경제학계의 주장을 유념할 필요가 있다.

Selective Contracting하고 공급자의 의료서비스 제공 행태를 관리한다. 가입자들은 보험자가 계약을 체결하지 않은 의료공급자로부터 진료를 받은 경우에는 급여 혜택을 받지 못하거나 혹은 높은 본인부담금을 지불해야 한다. 그러므로 시장점유율이 높은 보험자일수록 시장지배력을 이용하여 좀더 보험자에게 유리한 계약을 의료공급자들과 체결할 수 있다. 향후 우리나라에서 민간의료보험의 역할이 커진다면 전통적인 형태의 의료보험보다는 보험자가 의료공급자들과 선택적으로 계약을 맺고 공급자의 의료제공 과정을 관리하는 관리의료 형태가 더 바람직할 것이다.

(2) 관련 법규정 검토

국민건강보험과 관련한 헌법재판소 판결(2001.8.30. 2000헌마 668판결)

1) 사건 경위

국민건강보험의 의무적 가입을 규정하고 임의해지를 금지하면서 보험료를 납부하게 하는 국민건강보험법 제52조, 제62조의 규정이 위헌인지에 관하여 제기된 위헌소원이었다.

2) 판시내용

국민건강보험법이 의무적 가입을 규정하고 임의해지를 금지하면서 보험료를 납부하게 하는 것은, 경제적인 약자에게도 기본적인

의료서비스를 제공하기 위한 국가의 사회보장, 사회복지 증진의 무(헌법 제34조 제2항¹⁶⁾)라는 정당한 공공복리를 효과적으로 달성하기 위한 것이며, 조세가 아닌 보험료를 재원으로 해 사회보험을 추구하기 위한 것이다. 다만, 보험료가 과도할 경우 그런 제도의 정당성이 문제되지만, 동법 제62조(보험료) 자체가 과도한 보험료를 정하고 있다거나 그에 대한 근거가 된다고 할 수 없다. 또한 동법은 생활이 어려운 자 등은 보험료 부담 없이 의료혜택을 받을 수 있게 하고, 일정한 계층을 위한 보험료 경감장치를 두고 있다.

한편 의무가입과 임의해지 금지 및 보험료 납부에 관한 규정이 추구하는 공익에 비해 제한되는 사익이 과도하다고 할 수도 없다. 그렇다면 동법 제5조 제1항 본문 및 제62조가 청구인의 재산권이 나 인간다운 생활을 할 권리 혹은 행복추구권을 침해한다고 할 수 없다.

16) 헌법 제34조 ② 국가는 사회보장·사회복지의 증진에 노력할 의무를 진다.

4. 건강보험 재정안정화

얼마 전까지 우리나라는 국내총생산 대비 의료비용이 5%를 약간 상회하는 수준에 머물렀다. 그러나 이는 의료비용이 빠르게 증가하지 않았기 때문이라기보다는 국민총생산의 증가율이 높았기 때문이다. 1990년부터 2001년 사이 일인당 실질의료비의 연간 증가율은 7.4%로서, 3~4%대인 다른 OECD 국가들에 비해 의료비증가율이 훨씬 높았다(OECD, 2003). 향후 과거와는 달리 국민총생산의 증가가 비교적 정체될 것이므로 국민총생산 대비 의료비용의 비율은 빠르게 증가할 가능성이 매우 높다. 건강보험 재정 위기 경험을 통해서도 알 수 있지만, 최근 국민 의료비가 국민총생산의 6%로 가파르게 증가한 사실을 통해서도 의료비 지출 합리화는 시급한 정책과제임을 알 수 있다. 현재 건강보험은 적자를 면했다고는 하지만 이는 정부의 보조금에 기인한 바 크므로 재정안정화 문제는 여전히 중요하다<표 4>.

건강보험 재정안정화는 우리가 경험하고 있는 급격한 노령화에 따라 그 중요성이 더욱 커지고 있다. 급격한 출산율 저하와 평균수명 증가는 노인인구의 비중을 빠르게 증가시키고 이러한 노령화는 사회보험체계에 큰 재정부담을 야기한다. 특히 노인들은 건강상태가 젊은층에 비해 취약하므로 의료에 대한 수요가 매우 높아 노령화에 따라, 전체 의료비 중 노령인구에게 지출되는 의료비 비중은 증가하게 된다. 우리나라의 경우에도 노인 인구 증가와 함께 건강보험 진료(급여)비에서 노인 의료비가 차지하는 비중이 계속 증가하고 있다.

<표 4> 건강보험의 재정구조

(단위: 천만원)

구 분		1989년	1990년	1995년	1997년	1999년
수입 Revenue	계	1,811,979	2,432,063	5,614,382	7,554,231	8,892,385
	보험료	1,458,896	1,883,528	3,600,700	4,878,728	6,305,553
지출 Expenditure	국고지원금	220,716	363,902	755,319	995,353	1,165,621
	- 보험재정국고지원금		246,263	561,908	760,157	985,566
	- 관리재정국고지원금		117,639	193,411	235,196	180,055
	- 담배부담금					
	기타	132,367	184,633	1,258,363	1,680,150	1,421,211
	계	1,585,109	2,164,039	5,076,432	7,795,112	9,610,122
	보험급여비	1,313,335	1,802,637	3,627,683	5,634,090	7,665,562
	보험급여비(실급여비)		(1,946,655)	(4,067,617)	(5,910,604)	(7,947,963)
	- 요양급여비		1,764,907	3,537,005	5,456,965	7,466,348
	- 요양급여비(실급여비)		(1,908,925)	(3,976,918)	(5,733,478)	(7,748,749)
- 장제비		10,535	34,752	45,808	45,628	
			(34,762)			
- 본인부담액 보상금		328	4,966	24,409	53,346	
			(4,976)			
- 건강진단비		26,867	50,961	106,908	100,241	
			(50,961)			
관리운영비		192,392	384,684	663,770	596,757	
기타	271,774	169,010	1,064,064	1,497,252	1,347,803	

구 분		2000년	2001년	2002년	2003년
수입 Revenue	계	9,827,717	11,928,330	14,305,319	17,466,651
	보험료	7,228,817	8,856,158	10,927,688	13,740,851
지출 Expenditure	국고지원금	1,552,746	2,624,980	3,013,934	3,423,829
	- 보험재정국고지원금	1,380,967	2,466,560	2,444,840	2,642,880
	- 관리재정국고지원금	171,779	158,420	129,883	136,361
	- 담배부담금			439,211	644,588
	기타	1,046,155	447,192	363,696	301,972
	계	10,744,194	14,105,819	14,798,463	15,972,379
보험급여비	보험급여비	9,285,605	13,195,616	13,823,665	14,893,489
	보험급여비(실급여비)	(9,285,605)	(13,195,616)	(13,823,665)	(14,893,489)
	- 요양급여비	9,080,678	13,007,437	13,621,004	14,653,525
	- 요양급여비(실급여비)	(9,080,678)	(13,007,437)	(13,621,004)	(14,653,525)
	- 장제비	46,575	50,078	52,139	51,337
	- 본인부담액보상금	61,177	40,733	32,176	25,848
	- 건강진단비	97,175	97,368	118,346	162,779
관리운영비	695,621	628,807	598,231	634,117	
기타	762,969	281,396	376,568	444,773	

자료: 국민건강보험공단, 『건강보험통계연보』, 각 연도.

예를 들어 1992년에 65세 이상 노인인구의 비중은 5.2%였으나 2002년에는 7.2%로 증가한 반면 건강보험 급여비에 있어서 노인 의료비가 차지하는 비중은 같은 기간동안 9.9%에서 18.8%로 더 빠르게 증가했다.¹⁷⁾

지금까지 보험료는 주로 재정상황에 맞추어 조정되어 왔다. 하지만 향후 건강보험에서 제공해야 할 기본적인 급여의 수준과 범위에 대한 논의를 활성화하고 이러한 급여수준을 가능하게 하는 보험료 수준이 결정되어야 한다. 재정 운영 역시 의료비용과 건강보험 지출에 따라 보험료가 결정되기보다는, 바람직한 급여 수준과 국민들의 지불능력을 고려해 보험료가 결정되면, 그러한 건강보험 수입 범위 내에서 공급자에 대한 보상과 의료비용 지출이 이루어지도록 정책 패러다임이 바뀌어야 한다. 즉 현재처럼 의료비용의 증가에 맞추어 보험료가 조정되기보다는 지불능력과 보험료 수준에 맞추어 의료비용이 적정화되어야 한다.

이러한 큰 변화는 건강보험에 대한 거버넌스Governance의 변화를 통해 가능하다. 즉 가입자들을 설득해 합의를 도출하고, 비용억제를 위한 새로운 패러다임에 반대하는 의료공급자들의 협조를 도출하기 위해서는 건강보험에 대한 주요 정책을 논의하고 결정하는 구조를 바꿀 필요가 있다. 의료공급자에 비해 상대적인 협상력을 높이기 위해서 가입자(지불자)의 협상력을 증대시키기 위한 전략이 필요하다. 이를 위해 지금까지 정부와 의료공급자 중심의 건강보험 체계를 가입자와 고용자 같은 지불자 참여를 확대시키는 체계로 그 거버넌스 구조를 바꾸어야 한다.

17) 물론 같은 기간에 건강보험의 급여 적용일수가 크게 늘어난 것도, 주로 만성 질환이 많은 노인들에 대한 보험재정 지출이 전반적으로 증가한 것에 기여했을 것이다.

제V장

맺는 말

우리나라의 의료체계가 효율적이고 국민의 만족을 높일 수 있는 제도로 발전하기 위해서는 아직도 많은 당면과제를 안고 있고 많은 정책적 변화를 필요로 한다. 하지만 변화는 많은 어려움을 수반하고 또 합리적 모형만으로는 설명하기 어려운 정치적 과정을 거쳐야 한다. 모든 제도에는 역사성 또는 경로의존성(Path Dependence)이 존재하기 때문에 제도를 변화시키거나 외국의 제도를 이식하는 데는 많은 제약들이 존재한다(Kwon and Reich, 2005). 최근의 의료개혁 그리고 포괄수가제 도입 연기 등의 과정에서 보듯이 보건 의료 부문에서는 특히 이해당사자들의 영향력이 제반 정책의 변화 그리고 정책결정 과정에서 매우 중요한 역할을 한다. 향후 제도와 정책의 변화에 있어 이러한 정치적 과정에 대한 고려가 수반되어야 할 것이다.

이 논문에서 논의된 영리법인 허용, 민간보험 역할 정립, 요양기관 강제지정제도 개선 등의 제안은 우리나라 의료체계에 큰 변화를 야기할 수 있는 정책들이다. 포괄적인 개혁은 일면 매력적이지만 많은 이해당사자들의 저항 그리고 정부의 정책수행 한계 등에 의해 점진적 변화에 비해 오히려 사회적 순편익이 더 적을 수 있다.

만일 위의 세 가지 정책 변화가 동시에 이루어진다면, 예컨대 영리병원은 건강보험 요양기관에서 탈퇴해 건강보험의 수가를 적용받지 않고, 이러한 영리병원을 찾는 환자 역시 민간의료보험에 가입하고 이를 이용해 영리병원에 의료비를 지불한다면, 기존의 건강보험과 다른 별도의 의료체계가 생길 수 있다.

이는 우리나라 의료체계에 큰 변화를 가져올 수 있고, 많은 이해 당사자들간 갈등과 대립을 야기할 것이다. 따라서 일단 영리법인병원을 우선 허용하고 향후 의료시장의 변화를 분석해 요양기관당연지정제도의 폐지 여부를 결정하는 점진적인 개선이 더

효과적일 것이다. 또 영리병원제도 역시 기존 비영리병원들의 전환보다는 신설병원에 대해서만 영리를 허용하거나, 연구기능을 동시에 수행해야 하는 대학병원의 경우에는 또 현실적으로 비영리기관인 해당 대학교와의 관계를 고려해 영리화를 불허하는 등 점진적 정책이 더 효과적일 것이다.

이 논문에서는 우리나라 의료체계의 전반적인 문제점들을 개관하고 그 개선방향을 제시했다. 매우 포괄적인 주제를 한 편의 논문에 담는 작업은 한계가 있을 수밖에 없다. 향후 여기에 제시된 방향을 기초로 좀더 구체적인 정책 대안에 대한 논의들이 이루어져야 할 것이다.

참고문헌

- 국민건강보험공단, 『건강보험백서』, 2004.
- _____, 『건강보험통계연보』, 각 연도.
- 국민건강보험발전위원회, 『국민건강보험 발전을 위한 정책 제안』, 2004.
- 권순만, 「의료서비스 가격 결정을 위한 자원기준상대가치체계의 비판적 고찰」-, 『보건경제연구』, 4권 1호, 1998a, pp.56-68.
- _____, 「미국의 병원 정책」-, 『병원경영학회지』, 3권 1호, 1998b, pp.239-260.
- _____, 「의료산업과 가격규제: 효과와 개혁방안」-, 『한국정책학회보』, 8권 2호, 1999b, pp.255-271.
- _____, 「건강보험요양급여비용계약제시행 방안에 관한고찰」-, 『보건경제연구』, 6권 1호, 2000, pp.33-55.
- _____, 「건강보험 재정위기의 원인과 정책 과제」-, 『한국정책학회보』, 10권 3호, 2001.
- 권순만·양봉민·이태진·오주환·이수형, 「보건의료 이용의 형평성」-, 『보건경제연구』, 9권 2호, 2003, pp.13-24.
- _____, 「보건의료 재원조달의 형평성」-, 『보건경제연구』, 9권 2호, 2003, pp.1-12.
- 윤지희·권순만, 「일간신문의 병원과 관련된 기사분석」-, 『병원경영학회지』, 4권 2호, 1999, pp.60-84.
- 이진경, 「건강보험 본인부담 실태와 추이분석」-, 『건강보험포럼』, 1권 3호 2002, pp.51-72.
- 전현희, 「영리의료법인제도 도입과 관련된 쟁점」-, 제50회 보건산업진흥포럼.

최병호, 「국민건강보험제도의 평가와 발전 방향」, 『한국정책분석평가학회 하계학술대회 (사회보험제도 평가) 연제집』, 2003, pp.255-288.
한국보건산업진흥원, 「장기요양병상 및 전문병상 적정 공급방안 연구」, 2001.

Busse, R. and C. Horworth, “Fixed Budgets in the Pharmaceutical Sector in Germany: Effects on Costs and Quality,” in F. Schwartz, H. Glennerster and R. Saltman (eds.), *Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America*, Wiley, 1996, pp.109-127.

Carter, G., J. Newhouse And D. Relles, “How Much Change in the Case Mix Index is DRG Creep?,” *Journal of Health Economics* 9:4, 1990, pp.411-428.

Coulam, R. and G. Gaumer, “Medicare’s Prospective Payment System: A Critical Appraisal,” *Health Care Financing Review*, Annual Supplement, 1991, pp.45-77.

Danzon, P., *Pharmaceutical Price Regulation: National Policies versus Global Interests*, American Enterprise Institute, 1997.

Delnoij, D. and G. Brenner, “Importing Budget Systems from other Countries: What Can We Learn from the German Drug Budget and the British GP Fundholding,” *Health Policy*, 2000, pp.157-169.

Dranove, D. and M. Satterthwaite, “Monopolistic Competition when Price and Quality are Imperfectly Observable,” *Rand Journal of Economics* 23:3, 1992, pp.508-534.

Dranove, D., M. Shanley and W. White, “Price and Concentration in Hospital Markets: The Switch from Patient-Driven to Payer-Driven Competition,” *Journal of Law and Economics* 36, 1993, pp.179-204.

- Enthoven, A., "Managed Competition of Alternative Delivery Systems," *Journal of Health Politics, Policy and Law* 13:2, 1988, pp.305-321.
- Evans, R., "Going for the Gold: The Redistributive Agenda behind Market-based Health Care Reform," *Journal of Health Politics, Policy and Law* 22:2, 1997, pp.427-465.
- Feldman, R., H. Chan, J. Kralewski, et al., "Effects of HMOs on the Creation of Competitive Markets for Hospital Services," *Journal of Health Economics* 9, 1990, pp.207-222.
- Fisher, C., "Hospital and Medicare Financial Performance under PPS, 1985-1990," *Health Care Financing Review* 14:1, 1992, pp.171-183.
- Frank, R. and D. Salkever, "Pricing, Patent Loss and the Market for Pharmaceuticals," *Southern Economic Journal* 59:2, 1992, pp.165-179.
- GAO (General Accounting Office), *Prescription Drugs: Spending Controls in Four European Countries*, 1994.
- Grabowski, H. and J. Vernon, "Brand Loyalty, Entry, and Price Competition in Pharmaceuticals after the 1984 Drug Act," *Journal of Law and Economics* 35, 1992, pp.331-350.
- Giuliani, G., G. Sleke and L. Garattini, "The German Experience in Reference Pricing," *Health Policy* 44, 1998, pp.73-85.
- Grannemann, T., R. Brown and M. Pauly, "Estimating Hospital Costs: A Multiple Output Analysis," *Journal of Health Economics* 5, 1986, pp.107-127.
- Hadley, J., "Theoretical and Empirical Foundations of the Resource-Based Relative Value Scale," in H. Frech III ed., *Regulating Doctors' Fees: Competition, Benefits, and Controls under Medicare*, AEI Press, 1991, pp.97-125.

- _____, “Health Price Regulation: Evidence and Implications for Health Care Reform,” in T. Abbott, III, ed., *Health Care Policy and Regulation*, Kluwer, 1994.
- Hadley, J., S. Zuckerman and J. Feder, “Profits and Fiscal Pressure in the Prospective Payment System: Their Implications on Hospitals,” *Inquiry* 26, 1989, pp.354-365.
- Hsiao, W., et al., “An Overview of the Development and Refinement of the Resource-Based Relative Value Scale: The Foundation for Reform of U. S. Physician Payment,” *Medical Care* 30:11, Supplement NS1-NS12, 1992.
- Joskow, P., “Alternative Regulatory Mechanisms for Controlling Hospital Costs,” in M. Olsen, ed., *A New Approach to the Economics of Health Care*, AEI, 1981.
- Kahn, K., D. Draper, E. Keeler, et al., *The Effect of the DRG-Based Prospective Payment System on Quality of Care for Hospitalized Medicare Patients*, Final Report, Rand Corporation, 1991.
- Kwon, S., “Structure of Financial Incentive Systems for Providers in Managed Care Plans,” *Medical Care Research and Review* 53:2, 1996, pp.149-161.
- _____, “Payment Systems for Providers in Health Insurance Markets,” *Journal of Risk and Insurance* 64:1, 1997, pp.155-173.
- _____, “Globalization and Health Policy on Korea,” *Global Social Policy* 2:3, 2002a, pp.279-294.
- _____, *Achieving Health Insurance for All: Lessons from the Republic of Korea*, ESS(Extension of Social Security) Paper 1, ILO (International Labor Office), Geneva, 2002b.
- _____, “Health Care Financing Reform and the New Single Payer System in Korea: Social Solidarity or Efficiency?,” *International Social Security Review* 56:1, 2003a, pp.75-94.

- _____, “Payment System Reform for Health Care Providers in Korea,” *Health Policy and Planning* 18:1, 2003b, pp.84-92
- _____, “Pharmaceutical Reform and Physician Strikes in Korea: Separation of Drug Prescribing and Dispensing,” *Social Science and Medicine* 57:3, 2003c, pp.529-538.
- Kwon, Soonman and Michael Reich, “The Changing Process and Politics of Health Policy in Korea,” *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol.30, No.6, 2005, forthcoming.
- Lim, M., “Shifting the burden of health care finance: a case study of public-private partnership in Singapore,” *Health Policy* 69, 2004, pp.83-92.
- Lopez-Casasnovas, G. and J. Puig-Junoy, “Review of the Literature on Reference Pricing,” *Health Policy* 54, 2000, pp.87-123.
- Luft, H., J. Robinson, D. Garnick, et al., “The Role of Specialized Clinical Services in Competition among Hospitals,” *Inquiry* 23, 1986, pp.83-94.
- Lynk, “The Creation of Economic Efficiencies in Hospital Mergers,” *Journal of Health Economics*, 14, 1995a, pp.507-530.
- _____, “Nonprofit Hospital Mergers and the Exercise of Market Power,” *Journal of Law and Economics*, 38:2, 1995b, pp.437-461.
- Melnick, G., J. Zwanziger, A. Baumezai and R. Pattison, “The Effects of Market Structure and Bargaining Position on Hospital Prices,” *Journal of Health Economics* 11, 1991, pp.217-233.
- Mossialos, E. and J. Le Grand, *Health Care and Cost Containment in the European Union*, 1999, Ashgate.
- Noether, M., “Competition among Hospitals,” *Journal of Health Economics* 7, 1988, pp.259-284.
- OECD, Statistics, 2003.

- Overman, E. and A. Cahill, "Information, Market Government, and Health Policy: A Study of Health Data Organizations in the States," *Journal of Policy Analysis and Management* 13:3, 1994, pp.435-453.
- Phelps, C., "Diffusion of Information in Medical Care," *Journal of Economic Perspectives* 6, 1992, pp.23-42.
- Phua, K.-H. and N. Prescott, "Achieving Universal Coverage of Health Care Through Appropriate Use of Insurance and other Financing Methods," *Proceedings of the International Seminar on Health Care Financing Reform*, Tokyo, Japan, 1998.
- Rice, T., *The Economics of Health Reconsidered*, Health Administration Press, 1998.
- Robinson, J. and H. Luft, "The Impact of Hospital Market Structure on Patient Volume, Average Length of Stay, and the Cost of Care," *Journal of Health Economics*, 4, 1985, pp.333-356.
- Shortell, S. and E. Zajac, "Health Care Organizations and the Development of the Strategic Management Perspective," in S. Mick, ed., *Innovations in Health Care Delivery: Insights for Organization Theory*, Jossey-Bass, 1990.
- Zwanziger, J. and G. Melnick, "The Effects of Hospital Competition and the Medicare PPS Program on Hospital Cost Behavior in California," *Journal of Health Economics* 7, 1988, pp.301-320.

Abstract

Regulatory Reform for Health Care

Soonman Kwon and Zusun Rhee

In developed countries, health care is financed mainly by public sources such as tax or social health insurance. Besides equity in health care payment and utilization has been an important value. However, a mix of public and private sectors delivers health care and the public/private share and efficiency in health care delivery varies across countries. Due to information asymmetry and predominant role of health care providers, competition in health care markets usually does not work. However, empowerment of consumers by information provision, incentive-compatible payment for health care providers and the elimination of unnecessary entry barrier can revitalize market mechanism and improve efficiency in health care. This paper examines the current status of health care delivery and financing in Korea and proposes policy measures and legal rules for regulatory reform to improve efficiency without harming equity of the health care system.

Entry barrier against for-profit entities to health care industry protects the interests of the medical profession who currently own

hospitals. Most not-for-profit hospitals in actuality behave as for-profit entities with little role in community benefits or care for the poor. The elimination of the entry barrier to health care will result in more capital funded into the health care sector, improved efficiency and transparency in hospital management, and potentially increased strategic alliance with biotechnology industry. The provision of information on outcome-based quality of hospitals and the lifting of the restrictions on advertising will help consumers make rational choice of hospitals.

Financial incentive to health care providers is crucial to health care cost and the performance of health care industry. Fee-for-service payment to providers is one of root causes of inefficiency in health care delivery, such as ever-increasing quantity and intensity of care and the distortion in the mix of medical care in patient treatment. DRG(Diagnosis Related Group)-based prospective payment system is more incentive-compatible than cost-based reimbursement (e.g., fee-for-service), and will provide strong incentives for physicians to minimize health care cost. Reimbursement policy for pharmaceuticals such as reference pricing and the positive listing based on cost effectiveness is important for the containment of pharmaceutical expenditure and the increased role of generics relative to expensive brand-name drugs.

Health care delivery is very inefficient and fragmented in Korea because there is no division between physician clinics and hospitals, primary care physicians and specialists, and acute care hospitals and long-term care institutions. Networking or vertically integrated system of care among physician clinics, hospitals and long-term care institutions will increase efficiency in health care industry and improve treatment outcomes by better coordinating care. Mandatory

participation of health care providers in social health insurance system can lead to a potential abuse of bargaining power of the insurer as a monopsonist. Since Korea now has a sufficient supply of health care providers, allowing providers to opt out of (social) health insurance system will not have a serious negative effect on the access to medical care for consumers.

Since (social) health insurance has a universal coverage of population, health care delivery is closely related to health insurance system as the single payer. In spite of health insurance, private payment (e.g., out-of-pocket) accounts for nearly 40% of health care expenditure, resulting in limited security for catastrophic medical expense and inequity in payment for health care. Expansion of the benefit coverage and the restructuring of the benefits, such as increasing out-of-pocket payment (OOP) for minor cases and decreasing OOP for major/catastrophic cases, are called for. Private health insurance needs to be complementary by providing coverage for medical care that is not covered by social health insurance. Private insurance needs to take the form of managed care and inject competition by selectively contracting with providers with high performance.

Regulatory reform faces many challenges because of path dependency of institutions and ideological conflicts as well as vested interests of various stakeholders. Strategic implementation or sequencing rather than comprehensive reform will be a better policy.