

의료서비스 산업의 문제점과 정책대안

| 이 주 선 |

한국경제연구원 선임연구위원

| 권 순 만 |

서울대학교 보건대학원 교수

의료서비스 산업의 문제점과 정책대안

1판1쇄 인쇄/ 2006년 1월 3일

1판1쇄 발행/ 2006년 1월 10일

발행처/ 한국경제연구원

발행인/ 노성태

편집인/ 노성태

등록번호/ 제18-1982-000003호

(150-756) 서울특별시 영등포구 여의도동 28-1 전경련회관

전화 3771-0001(대표), 3771-0057(직통)/ 팩스 785-0270~1

<http://www.keri.org>

© 한국경제연구원, 2006

한국경제연구원에서 발간한 간행물은
전국 대형서점에서 구입하실 수 있습니다.

(구입문의) 3771-0057

값 3,000원 / ISBN 89-803-1-386-1

Contents

요약

I. 서론 / 15

II. 의료서비스 부문의 특성과 현황 / 18

1. 의료서비스의 특성과 문제점 / 18
2. 의료서비스 산업의 특성과 문제점 / 19
3. 의료서비스 부문의 경쟁력 평가기준 / 22
4. 우리나라와 OECD 주요국의 의료서비스 산업 경쟁력 / 24

III. 의료공급체계상의 문제점과 개선방안 / 26

1. 의료공급체계상의 문제점 / 26
2. 의료공급체계 개선방안 / 38

IV. 건강보험제도의 문제점과 개선방안 / 55

1. 건강보험제도의 문제점 / 55
2. 건강보험제도의 개선방안 / 64

V. 결론 및 요약 / 72

참고문헌 / 79

규제개혁 통한 의료서비스 산업 경쟁력 제고 필요

I. 의료서비스 공급체계 비효율성 개선이 경쟁력 제고의 관건

□ 의료산업규제와 비효율적 수가제도 등으로 의료서비스 경쟁력 저하

○ 의료산업에 대한 진입규제, 광고금지, 요양기관당연지정제도는 소비자후생을 저하시켜

- 영리의료법인 불허는 경쟁을 제어하고 질 높은 의료서비스 공급을 막아 의료산업의 경쟁력을 저하시킴.

- 의료서비스에 대한 광고금지로 인해 의료정보의 생성 및 유통이 미흡하고 이는 소비자의 정보탐색비용을 증가시킴.

- 요양기관당연지정제도는 의료기관의 독창적이고 다양한 의료서비스 제공을 억제함.

○ 행위별 수가제도의 문제점과 이를 개선한 자원기준 행위별 수가제의 한계로 인해 현행 의료수가제도는 비효율적

- 행위별 수가제도는 의료서비스 과잉공급, 비급여 의료서비스의 과잉공급, 의료자원의 비효율적 배분을 야기함.

- 자원기준 상대가치체계(Resource-Based Relative Value Scale)에 기초한 행위별 수가제는 기준 의료기관의 규모와 비용 배분 방식에 따라 큰 변이를 보이며, 의료공급자가 제공하는 자료는 신뢰성에 문제가 있을 수 있음.
- 의약품 규제의 불합리성으로 인해 의약품 비용이 증가하여 소비자 부담이 가중되고 있음.
 - 의약품 분류에 있어서 전문의약품의 비중증가는 의료비 상승을 초래함.
 - 상품명(Brand-name) 의약품과 일반명(Generic) 의약품의 가격 차이가 크므로 상품명 의약품의 사용이 확대되고 이는 약제비 증가로 귀결됨.
 - 보험약가제도상 신약가격 결정방식이 우리나라보다 경제수준이 높은 선진국 가격에 기초함으로써 의약품 가격 상승을 초래함.
 - 보험약가의 실거래가보상제도는 의료기관으로 하여금 값싸게 의약품을 구매할 인센티브를 제거하고, 의약품 공급자간 가격담합을 용이하게 만드는 부작용을 내포하고 있음.
- 의료기관 평가의 불합리성에 기인한 의료정보 생산 부실과 의료기관간 네트워크 부재는 의료서비스 공급체계의 비효율성 초래
 - 현행 의료기관 평가가 소비자의 주관적 평가에 기초하여 의료서비스의 객관적 질을 반영하지 못함으로써 의료정보 생산이라는 측면에서 미흡함.

- 의료기관간 네트워크 부재로 각 기관간 역할분담이나 연계가 이루어지지 않아 중복·과잉투자가 만연함.

□ 건강보험의 구조적 문제로 인해 가입자 보호가 취약하고 재정도 불안정

- 저보험료-저급여 구조로 의료비에서 본인이 직접 부담하는 비율이 높아 건강보험제도가 국민 의료에 미치는 영향이 제한적

- 저보험료-저급여 구조로 보험료를 조금 납부하는 대신 높은 본인부담금으로 인해 막상 질병이 발생했을 때에는 경제적 지출이 과다하여 위험분산이라는 보험의 기능을 제대로 수행하지 못함.

- 특히 건강수준이 낮아 의료서비스를 보다 많이 필요로 하는 경제적 취약계층은 과도한 본인부담금으로 인한 경제적 부담이 더욱 큼.

- 비급여로 분류된 의료서비스가 많아 이들 서비스가 과다 공급되며 이로 인해 환자의 경제적 부담은 더욱 가중

- 경제성장 정체와 노령화로 인해 국내총생산 대비 의료비용이 빠르게 증가할 가능성이 있으며 이는 재정불안정으로 연결될 것임.

- 노인 인구의 증가로 인해 건강보험 진료비에서 노인 의료비가 차지하는 비중이 지속적으로 증가하고 있어 건강보험의 재정적 부담을 야기하고 있음.

- 현재 건강보험은 적자는 면하고 있지만 이는 정부의 보조금에 기인한 바가 큼.

○ 민간의료보험을 기존의 건강보험에서 지불하지 못하는 비급여 의료서비스에 대한 환자부담을 보조해 주는, 사회보험 보충적 역할 강화 방향으로 재정립할 필요

- 정액 급여 형식의 현행 민간의료보험은 중증질환의 경우 현실적으로 보상의 크기가 실제 발생비용에 비해 과소할 가능성이 있으며, 특히 이들 중증질환 상당수가 비급여 대상이어서 환자의 부담이 큼.

II. 의료서비스 산업에도 시장경제 원리 도입해야

□ 시장경제 원리 도입으로 의료서비스 산업 경쟁력 제고해야

- 영리의료법인 허가, 의료서비스 관련 광고규제 완화, 요양기관당연지정제도의 점진적인 완화를 통해 의료서비스의 질적 수준을 개선
 - 영리의료법인에 대한 진입제한을 없애 의료산업 경영구조를 개선하고 병원간 경쟁을 촉진하여 병원산업의 구조조정을 유도함.
 - 의료서비스 관련 광고규제를 완화하여 소비자에게 필요한 정보유통을 활성화하고 이를 통해 소비자의 합리적 의사결정을 유도함. 단, 과대광고나 허위광고에 대한 모니터링은 강화해야 함.
 - 공공부문의 의료서비스에 대한 정보제공을 강화하여 민간부문의 의료정보 생산 및 유통기능을 보완해야 함.
 - 소비자 평가가 어려운 객관적인 의료서비스 품질 정보제공을 목적으로 한 의료기관 평가기준 확립이 필요함.
 - 요양기관당연지정제도를 점진적으로 완화하면 의료공급자에게 선택의 기회를 부여함으로써 의료서비스 산업의 경쟁 강화에 도움이 됨.

○ 진료비지불제도의 개혁을 통해 의료공급자의 효율적 진료를 유도하고 이를 통해 소비자의 경제적 부담을 경감.

— 단기적으로 목표의료비제도를 도입하여 의료비 상승을 제어해야 함.

- 목표의료비제도란 목표의료비를 정하고 실제 의료비가 목표 의료비를 초과하면 다음 해의 수가 인상률에 이를 반영하여 수가의 인상을 감소시키는 제도임.

— 궁극적으로 포괄수가제를 도입하여 병원의 비용절감 및 경영혁신을 유도하여 의료산업의 경쟁력을 제고해야 함.

- 포괄수가제는 진단명 기준 선지불제의 형태로 환자의 치료에 소요된 실제 비용과 관계없이 병원이 정부로부터 받을 수 있는 진단명별 진료비가 고정되어 있음.
- 이 제도는 개별 병원에 진단명별로 보상해 주는 가격수준을 해당 진단명을 가진 환자의 전체 평균 진료비에 맞추어 병원 간 비용 인하 경쟁을 유도하는 장점이 있음.

○ 의사가 비용-효과적인 의약품을 선택하도록 하여 약제비 증가 억제를 유도할 수 있도록 의약품 규제를 전환

— 의학적 판단과 함께 약제비에 대한 영향을 고려하여 일반의약품과 전문의약품의 재분류가 이루어져야 하며 약사에 의한 동일효능 저가 의약품으로의 대체조제를 허용해야 함.

— 신약 도입 시 약가결정 참고가격 기준을 변경하고 실거래 가격 보상제도를 대신한 기준가격 보상제도 도입이 필요함.

- 기준가격 보상제도는 비슷한 치료효과를 가진 약물들을 묶어서 이들에 대해서는 동일한 가격만을 보험사가 지불하는 제도임.

- 의약품 남용 등 부작용 축소를 위한 공공부문의 의약품 관련 정보제공 강화와 비용효과적인 의약품만 급여품목에 포함하는 약품목록의 도입이 필요함.

○ 의료기관간 네트워크를 활성화하여 통합적 의료체계 구축 필요

- 외래, 입원, 재활, 요양에 이르는 통합적 의료체계의 활성화와 각급 병의원간 전략적 제휴 원활화를 위한 의료기관 네트워크를 설계해야 함.

□ 보험급여체계 개혁을 통해 건강보험의 역할을 확충해야

○ 보험료 인상을 통해 급여를 확대하고 위험분산의 효율성과 의료비 부담의 형평성 제고 필요

- 보험급여의 확대와 보험료 인상을 동시에 시행하고 자영업자의 소득과약에 보다 정책적 노력을 기울여 보험료 부과 의 형평성을 제고해야 함.

• 이렇게 할 경우 가입자 입장에서는 보험료를 많이 내는 대신, 급여의 확대로 아플 때 본인이 부담하는 비용은 오히려 감소하게 됨.

- 비용효과적인 의료에 대한 급여는 전액 지급하되 그렇지 못하거나 상대적으로 선택적인 성격의 의료서비스는 본인 부담률을 높이는 소비자 의료 이용 행태 변경 유인책의 마련이 필요함.

○ 고비용-중증질환 중심으로 급여구조를 개편하고 의료저축계정을 도입하여 경증질환에 대한 비용부담을 경감

- 보험원리에 충실하기 위해 고비용이 요구되는 질병치료에 대한 보장을 높이고 비용지출이 높지 않은 경미한 질환에 대한 보장성은 낮추는 것이 바람직함.

- 중증질환 위주의 급여구조로 바꿀 때 소액진료비에 대한 본인부담금이 증가하여 경제적 부담이 따르므로 이를 충당하기 위해 의료저축계정(Medical Saving Accounts)의 도입이 필요함.

- 의료저축계정은 강제저축으로서 본인의 의료비 지출을 위해 사용할 수 있고 개인의 계좌이므로 가입자의 저항이 낮음.

○ 민간의료보험의 건강보험 보완 역할 설정과 Cream-skimming 해결을 위하여 민간의료보험시장에 대한 적절한 규제 필요

- 시장실패의 가능성이 상대적으로 큰 영역(예컨대, 고액의 비용이 소요되는 중증질환)은 사회보험이 관장하고 민간의료보험은 사회보험에서 급여하지 않는 나머지 부문에 대해 급여를 제공하는 것이 바람직

- 민간의료보험시장에서 필연적으로 발생하는 Cream-skimming 현상(보험자가 건강한 소비자를 선택하는 현상) 등을 해결하기 위해 정부가 적절한 수준으로 시장에 개입하는 것이 필요함.

○ 건강보험 재정 안정화를 위해 가입자, 고용자 등 지불자 참여를 확대하여 건강보험 수입 범위 내에서 지출이 이루어질 수 있는 보험구조에 대한 합의 필요

- 현재처럼 의료비용의 증가에 맞추어 보험료가 조정되기보다는 지불능력과 보험료의 수준에 맞추어 의료비용이 적정화될 수 있는 패러다임이 확립되어야 하며 이는 이해당사자간 합의가 전제되어야 함.

□ 단계적 규제개혁으로 제도변화에 기인한 혼란과 비용에 대처

○ 모든 제도에는 역사성 혹은 소위 경로의존성(Path Dependence)이 존재하기 때문에 급격한 제도변화에는 많은 제약이 존재

— 특히 보건의료 부문에 있어서는 이해당사자들의 영향력이 정책의 변화와 정책결정 과정에서 매우 중요한 역할을 하므로 이에 대한 고려가 반드시 필요함.

○ 따라서 포괄적이며 급진적인 개혁은 대단히 매력적으로 보이지만 많은 이해당사자들의 저항과 정부 정책 수행의 한계 등으로 인해서 점진적 변화에 비해 오히려 사회적 순편익이 적을 수 있음.

— 그러므로 단계적인 정책시행 등을 통해서 개혁시행 과정의 혼란과 비용을 축소하는 것이 필수적임.

의료서비스 산업의 문제점과 정책대안

시장경제 ISSUE PAPER-22

한국의 시장경제, 무엇이 문제인가?

I. 서론

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

빠른 시간에 전 국민 의료보험을 도입한 우리나라의 경험은 최근 많은 개발도상국들에 중요한 사례 연구의 대상이 되고 있으나, 최근 국내에서는 건강보험제도와 의료서비스 부문의 문제점과 개선방안에 대한 논의가 활성화되고 있다. 또한 의료서비스 부문의 취약한 경쟁력에 대한 논의가 활성화되고, 의료 이용하기 위해 외국에 나가는 소비자가 많다는 이야기가 보도되고 있기도 하다. 하지만 이러한 논의와 보도는 구체적인 통계보다는 몇 가지 사례에 근거한 경우가 많다. 그러나 의료체계의 경쟁력이 무엇을 의미하고 우리나라 의료체계의 문제점이 무엇이며, 이를 해결하기 위한 대안은 무엇인지에 대한 체계적인 논의는 부족하다.

우리나라 의료체계는 의료서비스 제공이 비효율적이어서 비용 억제의 기전이 취약하고, 의료공급자들의 소비자 만족에 대

한 지향성이 부족하며, 또 기존 의료공급자 중심적 정책에 기인한 진입장벽의 존재와 경쟁부족 같은 문제점을 안고 있다. 건강보험 역시 취약한 보장성으로 인해 질병에 기인한 경제적 어려움으로부터 가입자를 충분히 보호하기 어렵고 의료비 지출구조가 비효율적이어서 재정운영이 지속적으로 불안정한 상태에 있다. 특히 의료공급체계는 건강보험의 지출구조를 결정하는 요인으로 재정 안정화에 가장 중요한 영향을 미치고 있다. 그러므로 효율적인 의료공급체계는 건강보험의 안정성을 결정하는 핵심적 요소라 할 수 있다. 더구나 고령화, 소비자의 권리의식 향상과 의료서비스 니즈(Needs)의 증가 등 의료환경 변화로 의료체계의 효율성에 대한 사회적 기대는 더욱 커지고 있다.

이 연구는 우리나라 의료체계가 직면한 문제점과 이를 개선하기 위한 제반 정책과제를 논의하는 것을 목적으로 이뤄질 것이다. 이를 위해서 제II 장에서는 정보의 비대칭성과 공공성으로 대표되는 의료서비스의 특성과 품질경쟁, 강력한 진입규제, 비용후불제 가격규제, 역사적 경로에 입각한 국가별 공급체계의 다양성 등으로 대표되는 의료서비스 부문의 특성을 개관한다. 그리고 의료서비스 부문에서 경쟁력이란 무엇을 의미하며 그 평가기준은 무엇인가를 간단히 논의하고 현재 우리나라 의료서비스 부문의 경쟁력이 어떠한 수준인가를 OECD 주요국과 비교하고자 한다. 이러한 논의를 토대로 제III 장에서는 의료서비스 부문의 경쟁력 제고를 위해서 의료공급체계상의 문제점을 규명하고 이를 해결하기 위한 개선방안을 제시하고자 한다. 이 논의는 구체적으로 영리의료법인의 불허, 의료관련 광고의 금지와 공공부문의 의료정보 생성과 제공 미흡, 정

보와 인센티브 관점에서의 의료기관 평가의 문제, 기존의 행위별 수가제도와 이를 보완한 자원기준 행위별 수가제도의 문제점, 의약품 규제의 문제점과, 의료기관간 네트워크 부재라는 문제점들을 도출하고 이에 대한 개선책들을 제시하게 될 것이다. 제IV 장에서는 의료공급체계의 인센티브 체계와 효율성에 지대한 영향을 미치는 건강보험제도의 문제점과 개선방안들을 논의하고자 한다. 구체적으로 이 장에서는 지나치게 과소한 보험급여와 과도한 비급여 의료서비스, 건강보험 급여구조의 보험으로서의 역할 상실, 민간의료보험의 역할분담 미비와 현행 유사 민간의료보험의 문제점 그리고 건강보험 재정부족 가능성 등의 문제점들을 규명하고 이에 대한 개선책을 제시하게 될 것이다. 마지막으로 이 연구는 이러한 논의들을 제V 장에 요약하고자 한다.

II. 의료서비스 부문의 특성과 현황

1. 의료서비스의 특성과 문제점

(1) 정보의 비대칭성

의료서비스는 공급자에 비해 소비자의 지식과 정보가 매우 부족한 정보의 비대칭성(Information Asymmetry) 문제가 존재한다. 따라서 소비자가 서비스의 비용과 만족도를 판단하여 합리적 의사결정을 하는 것이 어려우므로 시장실패의 가능성이 높다. 환자 본인이 질병에 대해 정확한 진단을 할 수 없으므로, 의사는 환자에게 최종 의료서비스뿐만 아니라 진단정보를 제공하며, 이 서비스는 의료의 소비에 필수적이므로 그 영향력이 절대적이다. 이와 같은 의료서비스의 소비에 있어서 의료공급자의 비대칭적인 지식과 정보 그리고 이에 입각한 서비스 제공은 의료시장이 공급자시장(Seller's Market)이 되게 하는 중요한 원인이다. 이러한 의료시장의 특성은 결국 의료서비스의 효율성이 소비자의 선택보다 의료공급자의 경제적 인센티브에 의해 좌우되게 하는 결정적 요인이다.

(2) 공공성

여타 재화나 서비스와 달리 의료서비스는 한 사회나 국가의 구성원이 지불 능력에 관계없이 누구나 기본적인 수준의 의료

서비스를 받을 수 있어야 한다는 공감대가 존재한다(예: Specific Egalitarianism). 따라서 미국을 제외한 거의 모든 선진국에서는 조세나 사회보험과 같은 공적의료보장제도를 통해 전 국민에게 의료에 대한 접근성을 보장하고 있다. 다시 말해서, 의료서비스 제공에 필요한 재원을 주로 공적자원에 의존하고 있는 것이다. 주목표가 경제적 약자인 여타 사회복지정책과는 달리, 의료관련 정책은 건강상태에 있어서의 약자(즉 환자)를 주목표로 하는 것이 역사적으로 보편적이었다. 이렇게 공공재원에 의존하는 경우 소득에 연계된 재원조달에서의 형평성 제고가 비교적 용이하고, 의료비용 지불자로서 공공부문은 항상 소수 혹은 독점적 지불자이므로 사실상 독점력을 행사하는 의료공급자와 의료비용에 관해서 협상력을 가질 수 있다는 장점도 있다.

2. 의료서비스 산업의 특성과 문제점

(1) 품질경쟁

공급자와 소비자간 정보의 비대칭성으로 인해서 소비자의 합리적 선택이 어려울 뿐만 아니라 의료보험의 존재로 인하여 소비자가 의료비용을 모두 부담하지 않기 때문에 의료서비스의 소비자인 환자는 가격보다는 의료의 품질에 더욱 관심이 많다. 따라서 의료기관들은 가격경쟁 대신 품질경쟁에 치중하게 되므로 의료기관간 경쟁의 심화는 결국 의료비용의 증가로 연결될 가능성이 있다. 더구나 병원의 소유주체 유형 중 비영

리의료기관들이 높은 비중을 차지하고 있을 경우 그 인센티브 구조상 영리병원에 비해 효율성 증진에 대한 노력을 덜 기울이기 때문에 이러한 품질경쟁은 경쟁을 느슨하게 하는 요인이 될 수도 있다.

(2) 강력한 진입규제

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

(3) 비용후불제(Cost-based Reimbursement) 가격규제

비용후불제 가격규제는 의료기관에서 환자를 치료하는 데 소요된 비용을 보험자가 사후적으로 보상해 주므로 병원의 비용 절감에 대한 경제적 유인이 없다. 미국의 경우 비용후불제 가격규제하에서 병원들이 주로 고가 의료장비와 첨단치료기법을 도입하는 방법으로 비용 절감보다는 의료의 질을 높이는 경쟁을 함으로써 과도한 시설과 장비 투자가 야기되어 병원간 경쟁이 오히려 사회적 비용을 증가시키는 비효율을 야기하였다고 보고되고 있다(Joskow, 1980; Luft et al., 1986; Noether, 1988; Robinson and Luft, 1985). 만일 이처럼 비용후불제 규제가 따라 병원간 경쟁이 서비스 경쟁에 치중하게 되면, 병원의 수가 증가

할수록 가격경쟁보다는 품질경쟁이 치열해질 가능성이 높고 이는 진료비 수준의 상승과 중복 및 과잉 시설투자를 초래하여 병상가동률 감소와 병상당 서비스 인력의 수 증가를 초래할 것이다.

우리나라의 경우 순수한 비영리의료기관이 소수이므로 경쟁의 양상이 일반적인 산업과 비슷할 수도 있다. 그러나 진료비 지불제도가 비용후불제 가격규제에 입각하고 있으므로 병원들이 비용을 절감하고 효율성을 높일 경제적 인센티브를 가지지 못하고 있다. 따라서 병원간 경쟁이 사회적 효율성을 높이기 위해서는 진료비지불제도의 개선이 시급하다.

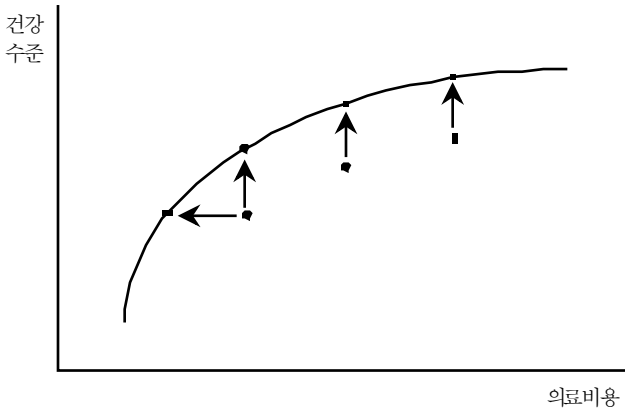
(4) 역사적 경로에 입각한 국가별 공급체계의 다양성

의료제공체계는 각 나라의 정치철학이나 의료서비스 제공의 역사 등에 따라 다양하게 나타나고 있다. 즉 공공의료기관, 민간비영리의료기관, 민간영리의료기관의 상대적 비중이 나라마다 다르게 나타나고 있다. 예컨대, 영국, 캐나다, 북구 유럽 국가들은 의료기관의 절대다수가 공공의료기관인 반면, 미국의 경우 민간비영리의료기관이 다수를 차지하고 약간의 영리병원들이 존재한다. 오늘날 공공의료기관이 절대다수를 이루는 나라의 경우, 이들의 효율성을 높이기 위해 내부시장(Internal Market) 창출 등에 힘쓰고 있고 민간비영리의료기관이 의료서비스 공급의 주축이 되고 있는 나라들에서도 효율성의 제고가 우선적 정책목표가 되고 있다.

3. 의료서비스 부문의 경쟁력 평가기준

의료서비스 산업의 경쟁력 평가기준은 두 가지가 있다. 그 첫째는 적정한 의료비용으로 양질의 의료를 제공하여 국가 전체의 의료비를 적정화하고 국민의 건강수준을 향상시키는 정도에 따라 경쟁력을 평가하는 것이다. 즉 의료비용과 건강수준과의 관계를 나타내는 산업이 비용-효과적이어서 <그림 1>의 효율성 프론티어상에 위치하는 것이 경쟁력을 갖추는 것이라 할 수 있다.

<그림 1> 건강 생산 함수



WHO나 OECD에서 국가 의료체계의 성과를 논의할 때 사용하는 틀도 이와 크게 다르지 않다. 다만 이 기구들의 성과측정 방법에는 성과변수들의 수준뿐만 아니라 그 분포도 고려하고 있다. 즉 국가의 의료체계의 성과는 국민 건강(Health Improvement)의 수준(Average Level)과 분포(Distribution: 다양한 인구 집단의 건강 수준

분포의 형평성 정도), 소비자 만족도나 반응성(Satisfaction/ Responsiveness), 의료 접근도의 수준과 분포, 그리고 재원조달 및 부담(Financial Contribution)과 의료비용 지출(Health Expenditure) 수준과 부담의 분포에 의해 그 성과가 결정된다고 보고 있다. 그러므로 모든 의료기관을 포괄하는 의미에서 한 나라 의료서비스 부문 또는 의료체계의 경쟁력은, 의료서비스 부문이 얼마나 효과적으로 위와 같이 정의된 국가 의료체계의 성과를 높이는 데 기여하는가에 의해서 결정된다고 할 수 있다.

둘째로는 경제성장 동력으로서의 의료서비스 산업 경쟁력을 평가하는 방법이다. 의료서비스 산업의 산업으로서의 경쟁력은 생명과학 산업이나 제약산업과 같이 국가 경제의 차세대 성장 동력이 될 수 있는 산업과 전략적인 연계를 통해 그들의 발전에 어떻게 공헌할 수 있는가에 의해 결정된다고 볼 수 있다. 그러나 서비스 산업적 특성으로 인해서 의료서비스 산업 자체가 경제성장의 동력 혹은 무역흑자의 원천이 되기는 매우 어렵다. 의료관광의 성공 사례로 최근 자주 인용되고 있는 싱가포르의 경우는 지정학적 위치, 경제적 허브로서의 성공 여부가 국가의 생존을 좌우하는 절박함과 역사성, 그리고 경제권을 가진 동남아시아 화교권의 의료서비스 수요 집중 등 싱가포르가 처한 특수한 환경의 산물로 의료서비스 산업 자체가 그러한 역할을 하게 된 것이지 모든 국가들이 보편적으로 의료서비스 산업을 경제성장 동력으로 보거나 무역수지의 개선책으로 보는 것은 합리적이지 못하다. 이처럼 예외적인 경우가 아니면 의료서비스 산업 자체가 경제성장의 동인이 되거나 무역수지 개선에 크게 기여하기는 어렵다.

앞의 논의를 요약해 보면 의료서비스 부문의 경쟁력이라 함

은 모든 의료기관을 포괄하는 차원에서 국가의 건강수준/의료 비용 관점에서 '의료체계'의 전반적인 성과를 의미하거나, 제약 산업이나 생명과학 산업 같은 관련 첨단산업의 경쟁력 향상에 기여하는 소수의 선도적 의료기관의 성과와 역할이 가지는 성과에 의해서 측정될 것으로 보인다. 성장 동력으로서의 의료 서비스 산업의 경쟁력 향상은 소수의 선도적 의료기관에 대해서 그 의료기관이 환자 수입에 전적으로 의존하지 않더라도 운영상 문제가 없도록, 정부가 연구개발에 대한 지원을 강화하는 것을 통해서 그 경쟁력을 높이는 것도 가능할 수 있다.¹⁾ 그러나 전반적인 의료서비스 산업의 경쟁력은 처음에 제시한 기준에 입각하여 판단되는 것이 합리적일 것이다.

4. 우리나라와 OECD 주요국의 의료서비스 산업 경쟁력

<표 1> GDP 대비 의료비 비율 및 평균수명

(단위: %, 세)

		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⁾
평균수명 (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

1) 물론 제약산업과 생명과학 산업에 대한 정부의 지원, 혁신에 대한 보상, 의약품 가격정책 등도 매우 중요하다.

<표 1>은 우리나라 의료서비스 산업의 GDP 대비 의료비 비율과 평균수명을 OECD 주요 국가의 그것들과 비교하고 있다. <표 1>에 따르면 우리나라의 국민의료비 수준은 다른 OECD 국가들에 비해 낮은 편이나 평균수명 또한 낮은 편이어서 효율성 프론티어상에서 크게 벗어나고 있지 않다고 할 수 있다. 그러나 현재 우리나라 의료서비스 산업의 경쟁력은 생산가능 프론티어상에서 원점과 가까운 위치에 있으므로 향후 이를 어떻게 발전시켜 나가야 할지가 큰 과제이다.

예컨대, 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, 첨단의료시술 등을 볼 경우 미국은 세계에서 매우 높은 경쟁력을 가지고 있다. 다시 말해서 미국은 국가 의료체계 전반의 경쟁력은 낮지만 성장 동력으로서의 의료서비스 산업 경쟁력은 높다고 말할 수 있다. 영국의 경우는 비교적 낮은 국민의료비 수준을 유지하는 동시에 제약산업과 생명과학 산업에 있어서도 상당한 수준의 경쟁력을 가지고 있으므로 의료체계와 의료서비스 산업에서 모두 경쟁력이 높은 것으로 평가되고 있다.

Ⅲ. 의료공급체계상의 문제점과 개선방안

1. 의료공급체계상의 문제점

(1) 영리의료법인의 불허

영리법인 병원(이하 “영리병원”)을 인정하지 않는 정부의 규제는 의료서비스 산업에 대한 심각한 진입장벽이다. 민간영리병원에 대한 진입장벽의 근거는 의료서비스가 공공성을 가져야 한다는 다분히 규범적인 논리에 입각하고 있다. 그러나 이러한 규제 또는 산업이 추구하는 목적(공공성)을 진입규제를 통해서 해결하는 것은 사실상 불가능하다. 오히려 영리병원에 대한 이러한 진입장벽은 궁극적으로 이미 시장에 진출해 있는 기존의 비법인 개인병원(이하 “개인병원”)과 비영리법인 병원(이하 “법인병원”)들의 경제적 이해를 보호해 주는 결과만 초래하고 있는 실정이다.

영리병원을 불허하는 것에 찬성하는 논리적 근거는 우선 공익성을 유지하기 위해서 병원은 비영리여야 한다는 것이다. 그러나 과연 우리나라의 법적으로 인가받은 많은 법인병원들이 실제로 영리병원과 차별하여 그 본연의 설립인가 목적에 따라 운영되고 있는가가 의심스럽다는 것이다. 현실적으로 많은 법인병원이 개인 소유주에 의해 설립되고 운영되다가 법

인병원이 되었으므로 법적으로 비영리법인으로 인가를 받았다 할지라도 그 운영 행태가 영리병원과 별로 다르지 않다. 원래 개인 영리자본으로부터 출발한 법인병원에 대해서 순수한 비영리적 운영을 기대하는 것 자체가 무리이다. 미국이나 유럽의 비영리법인 병원들은 종교단체나 지역사회 차원에서 순수 비영리자본에 의해 설립되고 지역사회를 중심으로 순수하게 비영리 목적으로 운영된다. 또한 이들 비영리법인 병원이 공공부문을 대신하여 공익 혹은 사회적 편익을 제공한다는 사회적 약속에 따라 비영리법인 병원들에 대한 세금감면 혜택을 부여하고 있다. 그러나 그러한 역사성에도 불구하고 그런 나라들에서조차 과연 병원의 법적 소유형태 차이가 병원의 실제 운영 행태에 있어서 차이를 만들어 내는가에 대한 많은 논란이 지속되고 있다(Pauly, 1987). 즉 영리병원의 의료비가 높은 경우도 있지만, 법적 소유형태보다는 오히려 시장에서의 경쟁 양상이 병원의 행태에 더 직접적인 영향을 미칠 수 있기 때문이다(Sloan, 1988). 예컨대, 영리병원이라 하더라도 비경쟁적 시장 구조하에서는 비효율적인 운영 행태를 보일 것이고, 비영리법인 병원이라 하더라도 경쟁적 시장구조에서는 효율적인 운영 행태를 보일 가능성이 높다.

영리법인을 불허하는 두 번째 논점은 영리병원이 허용되면 지금보다 더 의료서비스 공급의 영리화와 상업화가 촉진될 것이라는 것이다. 이 문제에 대해서는 현재 기존 법인병원들의 운영방식이 비영리적인가에 대해서 객관적인 증거가 있어야 하는데, 우리나라 법인병원과 영리목적으로 운영되는 개인병원들의 진료 행태가 다르다는 실증적 증거는 드물다. 예를 들어서 형평성과 관련된 부분, 즉 수익성이 적은 분야의 의료서

비스와 비급여 의료서비스의 제공 양상, 저소득층 혹은 의료급여 대상자의 진료 등에 있어서 기존의 법인병원이 공익을 제고하는 운영 행태를 보인다는 실증적 증거는 드물다. 오히려 법인병원의 경우에도 여러 가지 형태로 이윤을 추구하고 있으며 그 이윤의 상당 부분을 다양한 형태로 법인 대표 등에게 환원하고 있는 실정이다. 더구나 모든 일반 기업들과 마찬가지로 영리병원도 납세를 통해서 병원의 수익을 어느 정도 사회에 환원한다. 즉 영리병원도 영리를 추구하지만 의료서비스를 제공함은 물론 사회에도 납세를 통해서 형평성을 제고할 수 있는 재원의 마련에 기여하는 것이다. 궁극적으로 수익성이 적거나 공익적인 의료서비스는 정부와 공공의료의 몫이라면, 비영리성과 공공성의 확보는 병원의 소유형태에 대한 규제가 아니라 의료급여제도의 확충과 공공의료기관의 역할 강화를 통해서 해결하고 영리법인의 진입을 허용하는 것이 유효경쟁을 확보하여 의료서비스 부문의 효율성을 제고하는 길이 될 것이다.

더구나 의사가 소유하는 개인병원은 허용하면서 일반 주주들이 설립하는 영리병원을 허용하지 않는 것이 공정성과 사회적 후생 극대화 측면에서 타당한 것인가도 이 규제의 문제점이라 할 수 있다. 개인병원은 이미 영세자본으로 운영되는 규모가 작고 폐쇄적인 경영을 하는 영리병원의 유형 가운데 하나이다. 따라서 의사가 소유주인 영리병원의 일종인 기존의 개인병원들은 허용하는 반면, 일반 주주들이 자본을 모아 설립한 법인인 영리병원은 허용하지 않는 것은 의료서비스 산업과 그 시장에서 의료공급자인 의사들의 독점력과 영향력을 인정하는 것과 다르지 않다. 따라서 영리병원의 불허는 결국 시장 경쟁의 공정성 측면에서 타당하지 못하며 경쟁을 제어하여 특

정 이익집단의 이해관계를 보호하는 역할을 하기 때문에 사회 후생의 극대화에도 역행한다.

또한 영리법인의 불허는 정부의 의료서비스 산업에 대한 규제제도와 조세체계의 상호모순을 가져온다. 기존 법인병원의 경우 공공적·비영리적 사업이라는 성격을 이유로 정부는 이 규제를 통해서 영리활동 및 재산권에 제약을 가하는 반면, 세금부과 시에는 의료서비스의 제공을 수익사업으로 분류하여 법인세를 과세하고 있다. 이는 규제는 비영리법인으로 행하면서 조세는 영리법인에 상응하게 부과하는 것을 의미한다. 결국 비영리법인으로만 법인 의료기관을 설립하도록 하는 규정이 사실상 비영리성의 추구라는 근본목표와 관련된 것이 아니라 기득이권을 가진 의료공급자들의 이익보호에 더 연관되어 있음을 보여 주는 것이라 할 수 있다.

(2) 광고금지 규제와 공공부문의 정보 생성과 제공 미흡

보건·의료 부문에서는 소비자가 광고 내용을 제대로 평가하기 어렵다는 이유로 신문이나 방송을 통한 광고를 금지하고 있다. 광고의 정보제공 효과(Informative Advertising)보다는 소비자 기만 효과(Deceptive Advertising)에 더 논의의 초점이 맞추어져 있는 것이다. 그러나 광고의 금지는 소비자의 탐색비용을 증가시키고 의료공급자간 경쟁을 저해하여 의료서비스 부문의 효율성을 낮추는 효과를 가질 수 있다. 이러한 광고제한은 신문의 건강관련 기사 또는 칼럼 그리고 방송의 건강관련 프로그램 참여를 통해 충분히 광고의 효과를 누리고 있는 의사들을 보유하고 있는 대형병원들과 경쟁관계에 있는 소형병원들에는

경쟁에서 불리한 요인으로 작용하여 시장경쟁을 저해하는 작용을 하고 있기도 하다(윤지화 권순만, 1999).

일반적으로 정보는 공공재적 성격을 지니므로 민간부문에서 막대한 비용을 들여서 소비자와 공급자에게 유용한 정보를 제공할 경제적 인센티브가 없다. 따라서 의료서비스의 특성이랄 수 있는 정보의 비대칭성을 보정하여 시장기능이 작동하도록 하기 위해서는 필요한 정보를 공공기관이 생성하고 제공하는 노력이 있어야 하는데 이것 또한 부족한 것으로 나타나고 있다.

(3) 정보와 인센티브 관점에서의 의료기관 평가기준의 문제점

지난해부터 시행된 의료기관 평가는 비교적 소비자가 직접적으로 평가할 수 있는 차원의 의료서비스(즉 주로 탐색 특성의 차원)와 소비자의 주관적인 만족도를 공공부문이 개입해 직접 평가하는 것으로 평가의 의의가 크지 못하다. 이 평가는 의료의 서비스 측면과 관련이 깊은 소비자 만족도나 시설·인력 등과 같은 의료의 투입요소나 과정요소를 평가의 대상으로 하고 있다. 그런데 의료서비스에 대한 만족도는 의료서비스의 객관적인 측면과 아울러 소비자 스스로의 경험과 개인적 선호와 같은 주관적 측면에 의해서도 영향을 받기 때문에 이러한 방식에 의한 평가는 실질적으로 특정 의료기관이 비용 효율성이나 경쟁력이 높은지 여부를 가려내는 데 적합하지 못할 것이다.

오히려 이러한 방식의 평가는 의료공급자들의 행태에 왜곡을 불러올 가능성이 높다. 정보의 제공이 재화나 서비스의 중

요한 측면을 포함하지 않을 때, 재화나 서비스의 여러 측면들 사이에는 비효율적인 대체(Substitution)가 발생한다(Dranove and Satterthwaite, 1992). 정보의 제공이 현행 서비스평가와 같이 평가가 용이한 차원의 의료서비스에만 치중될 때 의료공급자는 평가가 힘들고 더 본질적인 측면, 즉 환자의 건강상태의 향상을 상대적으로 소홀히함으로써 소비자후생이 오히려 감소할 수도 있다.

(4) 행위별 수가제도의 문제점과 자원기준 행위별 수가제도의 한계

1) 행위별 수가제도의 문제점

첫째, 의사의 개별 의료행위와 투입 요소에 대해 가격을 보상해 주는 현행의 행위별 수가(Fee-for-service)제도는 청구·심사 절차의 복잡성 외에도 의료공급자의 행태를 비효율적인 방향으로 왜곡시킨다. 의료공급자는 치료에 필요한 수준보다 많은 양의 의료서비스를 제공함으로써 수입을 보전할 수 있다. 이로 인해 불필요한 검사가 증가하고, 외래의 경우 방문 횟수의 증가 등이 나타나고 있다. 즉 규제 가격이 의료서비스를 제공하는 데 따른 한계비용보다 큰 이상, 의료공급자는 의료서비스의 양을 증가시킴으로써 총소득을 증가시킬 수 있는 것이다. 소비자가 가지는 정보와 지식의 불완전성, 즉 의료서비스가 건강에 미치는 한계편익을 소비자가 제대로 파악하기 어렵기 때문에 의료공급자에 의한 이러한 유인수요(Induced Demand)가 가능한 것이다.

둘째, 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 있다. 미국, 일본과 함께 인구당 고가 의료장비(예: MRI)의 수가 세계적으로 많은 것은 고가 의료장비가 가시적으로 소비자들에게 의료품질로 인식된다는 점, 이러한 고가 의료장비를 이용한 의료서비스들이 최근까지 급여항목에 포함되지 않았다는 점과 연관이 있다.

셋째, 의료수가 책정 시 현실적으로 정확한 생산비용 자료에 근거할 수 없으므로 각 의료서비스 사이에 생산원가 대비 수가의 비율(마진, 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 후생의 손실이 발생한다. 이렇게 발생하는 의료서비스간 마진의 편차는 진료과목별 의사 수입에도 영향을 미치게 되어 의사들의 전문과목 선택도 왜곡시킨다. 이에 대한 좋은 예는 우리나라의 경우 피부과 수련에 대해서는 의사들간에 초과수요가 존재하는 반면, 외과 수련을 기피하는 현상을 예로 들 수 있다.

2) (자원기준) 상대가치체계에 기반한 행위별 수가제의 한계²⁾

우리나라에서는 행위별 수가제의 한 형태로서 미국에서 개발된 자원기준상대가치체계(RBRVS: Resource-Based Relative Value Scale)

2) 자세한 것은 권순만(1998a) 참조.

에 기초해 의사들의 진료행위에 대한 수가를 결정하는 것을 시도하고 있다.³⁾ 그러나 상대가치체계에 입각한 행위별 수가제는 다음과 같은 한계를 지니고 있다.

첫째, 상대가치의 개발이 병원의 수가를 포괄하며 진료비용을 측정하기 위하여 대규모 병원의 자료를 이용하였는데, 대규모 병원에서는 의원과는 달리 간접비의 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 진료 행태가 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 자원기준 상대가치는 큰 변이를 갖게 되고 그 결과 책정된 의료수가 역시 실제의 생산(한계)비용과 차이를 보일 것이다. 이를 개발한 미국의 경우 상대가치체계가 주로 개원의사(의원)를 위주로 개발되었으므로 직접비용으로서 의사업무량의 측정이 상대가치 개발 과정에서 가장 중요한 요소였다. 따라서 간접비용으로서

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

진료비용(Practice Cost, Overhead Cost)의 비중이 작았고 진료비용에 대한 비교적 정확한 전국적 조사 자료가 있었다.

둘째, 의료원가를 측정하는 데 있어서 의료공급자가 보고하는 자료의 신뢰성 역시 큰 문제이다. 설사 개별 의료서비스의 원가를 정확하게 파악할 수 있다 하더라도 그 수준이 적당한 것인지, 즉 공급자가 비용절감을 위해 노력한 결과로서의 최소 생산비용인지 알 수 없다. 나아가 규제가격이 원가에 비례하여 결정된다면 공급자가 비용(생산원가)을 절감할 유인은 더욱 감소할 수밖에 없다.⁴⁾ 그리고 연구에서 측정된 진료 행태가 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.

3) 포괄수가제의 표류

우리나라에서 포괄수가제는 수년간에 걸친 시범사업을 통해 의료비용을 절감하고 의료제공 과정의 효율성을 높일 수 있는 가능성을 보이고 있으나(Kwon, 2003b), 의료공급자들의 반대에 부딪쳐 전국적 확대 정책이 여전히 표류하고 있는 아쉬운 실정이다.

(5) 의약품 규제의 문제점

의료기술의 발전에 따라 질병의 치료에 있어서 의약품의 역

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

할이 더욱 증대되고 있고 따라서 약제비의 압박 역시 커지고 있다. 의약품의 사용과 약제비의 규모는 많은 제도적 요인들에 의해 영향을 받는다.

1) 의약품 분류의 문제점

일반의약품과 비교할 때 의사의 처방전을 필요로 하는 전문의약품에 대해서는 보험자와 소비자가 의사처방료와 약사조제료를 추가적으로 지불하여야 하므로 의약품 분류에 있어서 전문의약품의 비중 증가는 의료비 상승을 초래한다.

2) 의약분업에 따른 문제점

상품명(Brand-name) 의약품과 일반명(Generic) 의약품의 가격 차이가 크므로 상품명 의약품의 사용 확대는 약제비의 증가에 기여한다. 따라서 의사의 상품명 처방을 원칙으로 하여 약사의 동일효과 의약품으로의 대체를 제한하고 있는 우리나라의 의약분업제도하에서는 의사가 상품명 의약품 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 의약을 처방·조제하였으나, 이제 의약분업이 시행됨에 따라 의사들이 의약품 자체로부터 이익을 취할 수 없게 되자 고가 의약품 처방이 증가하고 있다. 실제로 외래 약품비 중 고가 의약품의 비중이 의약분업 시행 전인 2000년 5월에는 43%였으나 2000년 11월에는 62%, 그리고 2000년 12월에는 59%로 나타났다(건강보험심사평가원, 2001).

3) 보험약가제도상 신약가격 결정방식의 문제점

의약품을 건강보험에서 어느 정도의 가격으로 보상하느냐 하는 보험약가제도 역시 약제비와 의약품의 효과적인 사용에 직접적인 영향을 미친다. 우선 신약의 가격 결정 시 사용되는 선진국들⁵⁾의 가격 비교는 현실적으로 우리나라의 부담능력을 고려하지 못한 채 우리나라보다 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 있게 되어 전반적으로 의약품 가격의 상승이 우려된다. 여타 산업과 달리 의약품 시장은 제약회사들이 시장세분화 전략을 구사하여 일반명 의약품이 시장에 진입하더라도 상품명 의약품의 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 많은 것이 일반명 의약품의 수요가 크지 않은 원인이자 약제비 증가의 원인이기도 하다.

4) 실거래가보상제도의 문제점

제약회사(혹은 의약품 유통 기업)와 의료기관 사이에 의약품이 실제로 거래된 가격만을 건강보험에서 의료공급자에게 지불한

5) A7 국가인 미국, 영국, 독일, 프랑스, 이태리, 스위스, 일본.

다는 의약품 실거래가보상제도는 실제 거래되는 가격을 파악하는 것이 매우 어려움을 고려하면 그 실효성이 그리 높지 않고, 또 이 제도하에서도 의료기관과 의약품 공급자 사이의 이면거래와 같은 불공정관행이 계속되는 것을 감시하기 어렵다. 더구나 실거래가보상제도는 의료기관으로 하여금 값싸게 의약품을 구매할 경제적 인센티브를 제거함으로써 의약품 공급자가 의약품 가격을 인하하지 않고 또 의약품 공급자간 가격담합을 훨씬 용이하게 만드는 역할을 한다. 의약품 가격에는 여전히 상당한 수준의 거품이 존재하고 이것은 입원환자의 경우 의료공급자의 이익 혹은 제약회사나 의약품 유통업체의 초과이윤으로 귀결될 것이다.⁶⁾ 따라서 의약품 실거래가보상제도는 거의 실효성이 없다고 판단된다.

(6) 의료기관간 네트워크의 부재

우리나라의 의료체계는 지극히 분절된(Fragmented) 상태로 비효율적이며 의료기관간 역할 분담이나 연계가 이루어지지 않고 대신 중복 과잉투자가 보편화되어 있다. 즉 입원과 외래, 의원과 병원, 일차 진료 의사와 전문의, 급성기 의료기관과 장기요양기관간 기능의 분화와 상호 연계가 거의 이루어지지 않고 있다.

(7) 요양기관당연지정 제도의 문제점

건강보험이 전 국민을 커버하는 수요독점자(Monopsony)인 상황에서 모든 의료기관이 건강보험 요양기관이 되어 건강보험

6) 의약분업의 실시로 인하여 이제 외래의 경우에는 의료기관이 의약품으로부터 이익을 취할 수 없게 되었다.

환자를 의무적으로 진료해야 한다면 수요독점자인 의료보험자가 시장지배력을 이용해 협상력을 남용하고 과도하게 공급자를 규제할 가능성이 존재한다. 의료공급자 입장에서는 대체적인 가입자 풀(보험자)이 존재하지 않으므로 의료보험 정책이 공급자에게 주는 압박을 더 크게 그리고 부당하게 느낄 수 있다. 물론 건강보험의 급여수준이 미흡하기 때문에 소비자가 의료 이용 시 비급여 항목에 대해 직접 부담하는 금액이 상당하고 이는 곧 의료공급자 관점에서는 수가규제의 대상이 아닌 비보험시장이 존재함을 의미한다. 따라서 건강보험이 아닌 대체적인 민간의료시장이 존재하는 것은 사실이지만 정부의 점진적인 급여확대 정책에 의해 비규제 영역의 규모가 줄어들고 있다. 이럴 경우 의료기관이 자발적인 의사에 입각하여 독창적이고도 다양한 의료서비스를 제공하는 것을 억제하는 부작용이 우려된다.

2. 의료공급체계 개선방안

(1) 영리의료법인에 대한 진입제한 완화

경쟁을 제한하는 영리의료법인에 대한 진입제한을 완화하는 것이 의료공급체계의 개선에 기여할 것이다. 영리병원의 허용은 우선 우리나라 의료서비스 산업 경영구조의 획기적인 개선과 병원간 경쟁을 촉진하는 패러다임 전환의 계기가 될 것이다. 지금까지 우리나라 병원은 소규모 개인병원에서 시작하여 조금씩 규모를 확장시킨 병원들이 많다. 그러므로 병원경영에

있어서 설립자이자 원장인 의사가 주도적인 역할을 하는 경우가 대부분이고 이에 따라 경영활동은 상당히 낙후되어 있다. 이런 상황에서 영리병원들의 시장진입은 병원 경영구조를 대폭 개선하고 경영 패러다임의 변화를 초래하여 병원간 경쟁을 촉진함은 물론 이에 따라 의료서비스 부문의 경쟁력이 높아질 것이다. 필요한 자본을 제공하는 주주의 존재는 소유와 경영의 분리를 촉발하여 경영의 효율성 제고에 기여할 것이며, 주주는 경영성과에 큰 관심을 가지므로 경영 책임성이 증가하여 이것이 제반 경영성과와 경영 투명성을 향상시킬 것으로 예상된다. 이 과정에서 경쟁력이 부족한 병원들이 도산할 것이며 이에 따라 병원산업의 구조조정이 촉발될 것이다.

둘째, 영리병원 허용은 의료서비스 부문에서 자본 조달을 용이하게 할 것이다. 기존의 병원은 이익 혹은 누적된 이익잉여금만이 유일한 자본 조달의 원천이어서 부채로 자본을 조달하는 것이 보편적이다. 외국의 경우 순수 비영리의료기관은 지역사회의 기부금 등으로도 자본을 조달할 수 있으나 우리나라의 의료기관들은 설립과 운영에 있어서 순수 비영리법인의 성격이 약하므로 이에 대한 사회로부터의 기부는 매우 희소하다. 따라서 우리나라 의료기관은 자본 조달 능력이 매우 취약하므로 본격적인 경쟁력을 갖추기 어려운 실정이다. 이에 반해서 주주로부터 자본(Euigty)을 확보할 수 있는 영리병원은 큰 규모의 자본을 비교적 용이하게 조달할 수 있으므로 의료서비스 산업으로의 자본 유입을 지금보다 훨씬 더 증가시킬 수 있다. 특히 첨단 의료서비스, 의료기술 혁신, 생명과학 산업의 발전에 있어서 영리병원은 기존의 법인병원 혹은 개인병원들에 비해 그 효율성이 훨씬 높을 수 있다.

(2) 의료서비스 관련 광고규제의 완화와 공공부문의 정보제공 강화

정보/지식의 비대칭성은 보건의료 부문에서 시장(경쟁)의 실패를 야기하는 가장 중요한 요소이다. 따라서 소비자에게 필요한 정보를 제공함으로써 소비자가 합리적인 의사결정을 하도록 하는 것이 시장 기능을 활성화시킴으로써 효율성을 높이는 효과적인 방법이다. 따라서 의료서비스 부문의 광고를 허용하되, 과대광고나 허위광고에 대한 모니터링을 실시한다면 광고의 순기능이 오히려 더 클 것이다.

광고 이외에도 의료서비스 부문에서의 정보제공은 다양한 형태로 이루어질 수 있다. 공공부문이 의료 기술과 치료법에 관한 정보를 창출하여 공급하는 역할을 수행하는 것이다. 예를 들어 보험자는 건강과 의료서비스에 대한 정보를 제공함으로써 소비자가 의료서비스를 합리적으로 이용하고 자신의 건강문제에 효과적으로 대응할 수 있게 도와줌으로써 건강증진에 기여할 수 있다. 또 하루가 다르게 개발되는 신 의료기술이나 의약품의 비용-효과성에 대한 정보를 의료공급자에게 제공하여 그 의사결정에 영향을 주어 의료비 적정화에 기여할 수 있다. 나아가 보험자나 정부는 의료공급자에 대한 정보도 제공하여 소비자로서 하여금 합리적으로 의료공급자를 선택하는데 도움을 줄 수 있다. 이는 결국 의료시장에서 경쟁의 순기능을 제고하는 데 기여할 것이다.

(3) 정보와 인센티브 관점에서의 의료기관 평가기준 개선방안

정보와 인센티브 관점에서의 현행 의료기관 평가기준의 문제점을 개선하기 위해서는 우선 의료기관 평가가 의료서비스의 본질적 측면, 즉 치료의 결과(Outcome)로 생긴 환자의 건강상태의 증진 정도에 초점을 맞추어 이루어져야 할 것이다. 단, 환자가 개인의 선호를 표현하기 힘들거나 탐색능력의 한계를 가지고 있어서, 일반적으로 평가가 용이한 의료서비스조차 제대로 평가할 수 없는 경우 정부의 개입이 필요할 것으로 보인다. 예를 들어, 정신질환 관련 병원이나 고령의 노인들을 대상으로 하는 병원의 경우, 환자의 제한된 탐색 및 평가능력으로 인하여 정부가 개입하여 필요한 정보를 생성·제공하는 것이 필요할 것이다.

또 정부는 소비자가 평가하기 힘든 객관적인 차원의 의료서비스 품질에 관한 정보를 수집하여 소비자에게 제공(공표)함으로써 소비자의 무지를 줄이고 소비자가 합리적으로 의료공급자를 선택할 수 있게 하여, 공급자간에 가시적인 서비스경쟁보다는 환자의 치료효과를 극대화하기 위한 경쟁을 하도록 유도하여야 한다. 이러한 정보제공을 한 구체적인 예는 병원간 환자의 중증도(Severity of Illness)를 보정한 사망률을 조사하여 공표했던 미국의 Medicare의 사례에서 볼 수 있다.⁷⁾

7) 중증도 보정은 핵심적인 관건이다. 만일 환자의 중증도를 제대로 보정하지 못한다면 오히려 중증의 환자가 많은 3차 병원에서의 환자 치료 효과가 더 낮게 나타날 수도 있다.

(4) 진료비지불제도의 개혁

의료공급자가 의료서비스 제공에 있어서 어떠한 경제적 유인을 가지느냐가 의료비용에 막중한 영향을 미치는데, 공급자에게 주어지는 경제적 유인 구조의 가장 중요한 요소는 진료비 지불제도이다. 따라서 진료비지불제도의 개편에 대한 전향적 고려 없이는 의료서비스 산업의 효율성 증대와 의료비 지출의 적정화라는 목표를 달성하기 어려울 것이다. 또 진료비지불제도의 개편은 약제비의 관리에도 크게 기여할 수 있다. 의약품 업체도가 실시되었지만 의료공급자가 비용-효과적인 처방 행태를 보이도록 하는 경제적 인센티브나 제도적 장치는 드물다.

포괄수가제나 총액계약제와 같은 새로운 진료비지불제도의 도입을 통해 총진료비가 의료행위에 대한 보상과 함께 의약품에 대한 비용까지 포괄하게 될 때 약제비의 효율적 관리가 더욱 용이해질 것이다. 진료비지불제도의 개혁을 통해 공급자에게 비용분담(Supply-side Cost Sharing)을 시키는 것은 소비자 측 비용분담에 비해 더 효과적이다. 우선 의료공급자는 소비자에 비해 의료에 대한 지식과 정보를 더 많이 가지고 있으므로 더욱 효과적으로 의료비용을 최소화할 수 있다. 예를 들어 소비자는 본인부담금이 증가하면 불필요한 의료뿐 아니라 필요한 의료의 이용마저 감소시키는 반면 의료공급자는 선불제 형태의 진료비지불제도가 도입되면 우선적으로 불필요한 의료의 제공을 감소시키는 경향이 높다(Rice, 1998). 나아가 의료공급자는 환자에 비해 경제적 위험을 더 효과적으로 분산시킬 수 있다. 환자는 본인부담금을 지불할 경우 그 액수만큼의 의료비를 전부 부담하여야 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 치료비용이 더 낮은 환자(예: 평균 중증도보다 더 경증의 환자)도 있으므로 선불제 진료비 지불제도가 초래하는 경제적 위험을 분산할 수 있다. 또한 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 없다. 따라서 포괄수가제나 총액계약제와 같은 공급자 측 비용분담제도가 환자 본인부담금과 같은 수요자 측 비용분담에 비해 사회적인 위험을 더 효율적으로 분산할 수 있는 것이다.

그런데 이러한 진료비지불제도의 개편은 보험급여의 확대와 함께 진행되어야 한다. 의료공급자에게 의료비용을 절감할 강한 유인을 제공하는 포괄수가제나 총액계약제와 같은 진료비 지불제도가에서는 이러한 진료비지불제도가 적용되지 않는 비급여 부분의 서비스 제공이 증가할 가능성이 높아진다. 이럴 경우 보험진료비는 통제되어 보험재정이 안정되더라도 국민들의 총의료비 부담은 커질 것이다. 또 수가 결정을 위해 실제 원가를 측정하려는 시도보다는 오히려 표준적인 그리고 효율적인 형태의 의료기관 모형을 설정하고 여기에서의 생산비용을 기준으로 수가를 결정함으로써 의료공급자로 하여금 이러한 표준적인 진료 행태에 부합하기 위해서 노력하도록 하는 것이 훨씬 효과적이다.

1) 목표의료비의 설정

자원기준 상대가치체계는 궁극적으로는 행위별 수가제의 변형이므로 행위별 수가제가 가지는 많은 한계를 여전히 내포하고 있다. 그러나 이는 행위별 수가제와는 달리 의료서비스 항목간 불균형을 교정할 수 있다는 장점이 있다. 따라서 이러한 장점을 살리기 위해서는 미국에서 의료비 상승의 억제를 위해 시행하고 있는 의료양성과(통제)기준(Volume Performance Standard) 혹은 지속가능성장률(Sustainable Growth Rate)과 같은 목표의료비제도를 도입하는 것이 필요하다. 즉 목표의료비제도란 목표의료비를 정하고 실제 의료비가 목표의료비를 초과하면 다음 해의 수가 인상률에 이를 반영하여 수가의 인상을 감소시키는 것을 말하며, 이 제도의 목표는 의료비를 적정 수준에서 억제하는 것이다. 현재 우리나라는 이러한 목표의료비제도의 부재로 말미암아 의료비 상승을 효과적으로 제어할 수 있는 기전이 없다. 따라서 상대가치체계에 기반한 행위별 수가제를 사용하는 동안이라도 최소한 목표의료비제도가 필요하고 특히 요양급여비용의 계약 시 이 제도의 도입은 필수적이다(권순만, 2000).

2) 진단명 기준 포괄수가제

현행 행위별 수가제가 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. 이는 입원환자의 치료에 소요된 실제 비용과 관계없이 병원이 정부로부터 받을 수 있는 진단명별

진료비가 고정되어 있어서 병원이 비용절감을 하도록 유도할 수 있는 인센티브 규제(Incentive Regulation)의 대표적인 형태이다. 이 제도는 개별 병원에게 진단명별로 보상해 주는 가격 수준을, 해당 진단명을 가진 환자를 치료하는 데 미국 전체 병원에서 평균적으로 소요되는 비용에 맞추므로써 서로 다른 병원 간에 암묵적으로 비용 인하 경쟁을 유도하는 효과를 가진다.⁸⁾ 또한 이러한 환경에서는 병원간 경쟁이 증가할수록 비용의 절감을 통한 가격 경쟁력의 향상이 병원의 생존에 있어 핵심적인 역할을 하게 된다. 따라서 의료기관간 경쟁의 증가는 병원들에 의료비용을 감소시키도록 강한 압력을 주게 되면서 병원들이 비용과 가격을 인하하기 위해 치열한 경쟁을 하게 되어 미국에서는 병원간 경쟁의 강화가 비용 감소와 사회적 효율의 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).

미국에서 포괄수가제가 의료체계와 병원산업 전반에 미친 영향에 대한 고찰들은 의료서비스 부문의 효율성 제고에 이 제도가 대단히 효과적임을 보여 주고 있다.⁹⁾ 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 감소하였다. 비용수준이 낮은 병원에 비해 비용수준이 높아서 선 지불제의 도입으로 인한 재정 압박이 큰 병원일수록 재원기간의 단축효과는 크게 나타났다(Hadley, Zuckerman and Feder, 1989).

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

9) 자세한 논의는 권순만(1998b) 참조.

또 선지불제는 치료의 강도(Intensity)에도 영향을 미쳐서 여러 검사나 투약, 기타 서비스 제공량이 약간 감소하는 경향을 보였다. 일반적으로 더 많은 의료서비스가 더 높은 의료의 질을 의미한다면 포괄수가제의 도입에 따른 재원일수와 치료강도의 감소는 의료의 질에 부정적인 영향을 미친다고 예상할 수 있다. 그러나 행위별 수가제에서 제공되었던 의료서비스가 불필요하게 과다했다면 선지불제에 의해 의료서비스 양이 감소하더라도 의료의 품질(환자 치료의 결과)이 나빠진 것이라고 단언할 수는 없다. 오히려 의료기관들의 비용 효율성이나 성과가 좋아졌다고 판단하는 것이 타당할 것이다. 기존의 연구를 종합하면 미국에서 선지불제 도입이 의료의 접근도, 사망률, 재입원, 응급실입원 등의 척도를 통해서 분석한 의료의 질에 부정적인 영향을 미쳤다는 증거는 나타나지 않았다(Coulam and Gaumer, 1991; Kahn, et al., 1991).

그러나 입원 의료서비스에 대한 포괄수가제의 도입은 병원으로 하여금 정부로부터 진료비의 통제를 받지 않는 다른 영역으로 관심을 돌리게 하였고 이에 따라 입원치료가 줄어든 대신 병원 외래에서의 치료와 가정치료 서비스(Home Health Agency Services)가 증가하였다. 더구나 의료기술의 발전은 입원치료가 외래서비스에 의해 대체되는 것을 촉진하고 있다. 지금까지 병원에 입원하여 치료받던 환자들이 외래와 가정치료 서비스로 의료서비스 수요를 대체함으로써 입원환자들의 평균적인 중증도는 증가하였고 따라서 이러한 중증도의 증가를 고려한다면 실제 재원일수의 단축효과는 명목상의 것보다 더 커졌다고 볼 수 있다. 진단명 기준 선지불제도로 인해서 병원은 입원 환자의 진단명을 결정할 때 더 높은 중증도의 진단명으로 환

자의 질환을 분류함으로써 병원의 수입을 증가시키려는 인센티브를 가지며(이른바 DRG Creep), 이로 인해 포괄수가제 도입 후 경증의 환자들이 예전에 비해 외래나 가정치료 서비스로 많이 보내졌음을 고려한다 해도 입원 환자의 평균 중증도는 증가한 것으로 보고되고 있다(Carter, Newhouse and Relles, 1990).

그러나 이러한 진단명 기준 포괄수가제는 병원경영에 많은 변화를 일으켜, 비교적 안정적인 산업으로 인식되어 왔던 병원 산업이 많은 도산과 합병을 경험한 것으로 나타나고 있다. 따라서 이러한 인센티브 규제제도하에서 병원은 다른 일반 기업과 같은 경영관리기법과 조직문화를 수용하지 않을 수 없었으며 전략적 경영과 경영혁신의 중요성이 강조되는 환경에 처하게 되었다. Shortell and Zajac(1990)에 의하면 진료비지불체도의 변화라는 외부 환경의 변화에 맞추어 효과적으로 전략적 적응과 변화를 이룬 병원은 그러나 그 경영성고가 높은 것으로 나타났다. 또 포괄수가제의 도입은 병원들로 하여금 의료서비스 품질관리의 중요성을 더욱 절실하게 느끼게 함으로써, 일반 기업에서 사용되던 전사적 품질관리(Total Quality Management)와 같은 혁신방법들이 본격적으로 병원산업에 도입되는 계기가 되었다. 나아가 앞서 언급한 것처럼 이 제도는 병원의 경쟁양상에도 많은 변화를 가져와, 병원이 비용과 가격을 인하하기 위해 치열하게 경쟁하도록 하고 있으며 이러한 병원간 경쟁으로 말미암아 사회적 효율성이 증가된 것으로 나타나고 있다(Dranove, Shanley and White, 1993; Zwanziger and Melnick, 1988).

진단명 기준 선지불제 도입 이후 Medicare 프로그램에 대한 정부지출의 증가율은 대폭 감소하였다. 예컨대, 1975년부터 1980년 사이의 Medicare 수혜자 일인당 지출이 연평균 6.7% 증

가했고, 1980년부터 1985년 사이에는 그 증가율이 7.0%이었으나, 1985~1992년 기간중에는 지출의 연평균 증가율이 3.0%에 그쳤다(Hadley, 1994). 이는 입원율 감소와 재원일수 감소 같은 입원부문의 비용절감이 외래와 가정치료 서비스의 증가보다 더 큰 데 기인하며 이러한 비용절감 효과에 의해 Medicare 수혜자의 보험료 증가율도 선지불제도 도입 이후 둔화되었다. 현재까지 Medicare에서의 선지불제도 도입이 의료기관으로 하여금 Medicare가 아닌 환자들에게 책정하는 가격을 상승시킴으로써 비용전가(Cost Shifting)를 통해 이익을 보전하려 한다는 실증적 증거는 별로 없으므로 진단명 기준 포괄수가제가 적어도 국민의료비 상승의 원인이 되었다고는 할 수 없다.

(5) 의약품 규제 개선방안

1) 의약품 재분류와 일반명 의약품 처방 인센티브의 제고

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 처방 행위에 영향을 미칠 수 있는 정책이 시행되어야 한다. 의사의 상품명인 아닌 일반명 처방을 권장하고 또 약사에 의한 동일효능 저가 의약품으로의 대체 조제를 허용하여야 한다. 미국의 경우 약사에게 의사 처방의 대체를 허용하거나 의사에게 일반명 의약품 처방을 원칙으로 하는 제도를 도입하여 일반명 의약품의 시장 점유율을 크게 확대하였음을 유념해야 한다(Danzon, 1997). 영국과 독일의 예처럼 환자

의 총의약품비용에 상한을 두어, 상한을 초과할 경우 처방 의 사에게 경제적 페널티를 주는 등(Busse and Horworth, 1996; Delnoij and Brenner, 2000) 의사의 처방 행위에 대한 경제적 유인의 도입 도 고려해 볼 만한 방안이라 할 수 있다.

2) 약가결정 기준의 개선: 기준가격보상제도의 도입 등

약가의 결정에 있어서는, 외국의 약가를 참조할 때 약가 비 교가 가능한 국가의 수에 따라 약가결정을 탄력적으로 하거나 혹은 약가 비교 국가의 범위를 넓힘으로써 지나치게 높게 가 격이 책정되는 것을 방지할 필요가 있다. 또 지속적으로 일반 명 의약품 가격의 거품을 제거하여 이에 대한 수요를 높여야 한다.

그와 동시에 건강보험에서 소비자에게 의약품 가격을 보상 해 주는 방법과 수준을 개선하기 위해 기준가격보상제도(Re- ference Pricing)의 도입을 검토할 필요가 있다. 기준가격보상제도 는 비슷한 치료효과를 가진 약물들을 묶어서 이들에 대해서는 동일한 가격만을 보험자가 지불하는 제도이다(GAO, 1994). 기준 가격보다 높은 가격의 의약품에 대해서는 환자가 그 가격의 초과분을 본인부담금으로 지불한다. 즉 의약품에 대한 급여를 항목 기준이 아닌 가격(비용) 기준으로 정하여 소비자의 합리 적 선택을 유도하는 것이다. 이를 위해서는 소비자가 합리적 인 선택을 할 수 있도록 의료공급자가 소비자에게 보험에서 급여해 주는 비용 수준, 서로 다른 급여(보상) 수준을 가지는 의약품들의 질적 차이 등에 관한 충분한 정보를 제공하도록 의무화하여야 한다.

그러나 이 제도는 의료공급자가 기준가격의 적용을 받지 않

는 의약품의 사용을 증가시킬 가능성이 있고 또 비슷한 치료 효과별로 의약품을 분류하는 것이 매우 어렵다는 단점도 있으므로(Giuliani, Selke and Garattini, 1998; Lopez-Casasnovas and Puig-Junoy, 2000) 도입 전에 타당성을 구체적으로 검토하여야 한다. 특히 의료전달체계의 예에서 보듯이 우리나라 환자들이 과연 경제적 유인구조에 얼마나 반응할 것인가(더구나 의약품의 비용-효과성에 대해 무지한 상황에서) 그리고 이미 높은 수준에 있는 환자의 경제적 부담이 늘어날 경우 환자들의 저항을 고려해야 할 것이다.

3) 정보제공 강화와 약품목록 도입

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 부담하여야 한다. 특히 새로운 의료 장비와 의약품이 도입되면서 소비자 무지를 이용한 의료기술과 의약품의 과다 사용은 의료비용의 급격한 상승을 야기하고 있다. 의료서비스와 의료기술의 비용-효과성에 관한 한 의료공급자가 소비자에 비해 상대적으로 많은 지식과 정보를 가지고 있기는 하나 공급자 역시 지식의 부족이나 불확실성에 직면하고 있는 것도 사실이다(Phelps, 1992). 따라서 공공부문에서 의료기술과 의약품의 경제성 평가를 통해 이들의 비용-효과성에 대한 정보를 소비자와 공급자에게 알려주는 것은 의료기술과 의약품의 효과적인 사용에 기여할 것이다. 의약품의 경우, 현재 우리나라에서는 거의 모든 의약품이 보험급여의 대상이므로, 이를 개선하기 위해서는 경제성 평가를 통하여 비용-효과

적인 의약품만을 급여에 포함시키는 약품목록(Positive List)을 도입하는 것이 필요하다.

(6) 의료기관간 네트워크 활성화

의료기관간 전략적 제휴와 네트워크 활성화는 규모의 경제 효과와 같은 의료기관간 합병의 긍정적인 효과를 거두면서 동시에 부정적인 효과를 최소화하는 역할을 할 수 있다. 병원의 비용합수 연구에 의하면 미국의 경우 병원에서는 규모의 경제 효과가 크지 않은 것으로 알려져 있으나(Grannemann, Brown and Pauly, 1986; Vita, 1990) 이는 병원 수준에서 병원의 비용에 영향을 미치는 많은 요인들(예: 환자중증도 등)을 제대로 통제할 수 없는 한계에 기인한 것일 수도 있다. 그러나 병원 합병의 분석단위를 병원의 특정서비스(예: 심장수술, 암치료 등)로 한정하였을 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 형태로서 경쟁환경에서 비교적 철학과 목표가 유사한 조직들이 상호 가치를 창출하는 제휴관계를 맺어서 독립성을 유지하되 미리 합의된 분야에서 통제권을 공유하며 상호간에 지속적으로 공헌하는 것을 의미한다.¹⁰⁾ 병원의 경우 많은 부문에서 전

10) 경영환경의 불확실성을 감소시키기 위해서는 주요 자원에 있어서 환경에 의존도(Resource Dependency)를 줄이는 것이 필요하다. 그러나 필요한 모든 자원을 개별 조직이 자체적으로 조달할 수는 없으므로 전략적 제휴를 통하여 다른 조직들과 교환 및 협력관계를 통해 핵심적인 자원에의 접근도를 안정적으로 유지할 수 있게 된다(Kaluzny, Morrisey and McKinney, 1990).

략적 제휴의 장점을 활용할 수 있다. 우선 1차, 2차, 3차 의료기관간에 환자후송체계를 확립하여 의료기관간 기능을 분담함으로써 1차 의료기관은 3차 의료기관과의 정형화된 연계관계를 통해(예: 위상과 명성 제고) 내원 환자 수를 늘릴 수 있으며 3차 의료기관은 이를 통하여 안정적인 환자수요의 기반을 유지할 수 있다. 이러한 의료기관간 의료전달체계의 구축을 통해 우리나라 의료체계의 큰 문제점 중 하나인 의료장비의 과잉투자를 막고 고가 의료장비를 공동으로 이용할 수도 있을 것이다. 또 전략적 제휴를 통하여 소모품과 의약품 등을 공동구매하여 가격할인 혜택을 누릴 수 있다. 이러한 전략적 제휴가 활성화된다면 개별 병원간의 경쟁이 아닌 병원을 중심으로 한 병원의료체계(Health Care System)간 경쟁으로 의료시장에서의 경쟁양상이 변화할 것이다.

미국의 경우 관리의료(Managed Care)라는 민간의료보험이 자체의 의료체계를 구성하면서 의료기관간 네트워크가 증가된 측면도 있고, 한편으로는 민간의료보험이 강력한 시장지배력을 이용하여 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 대형병원에서 지방 혹은 주변의 중소병원들과 환자후생 및 회송의 관계를 맺고 있는 상황이다. 향후 의료기관 네트워크를 통해 외래, 입원, 재활, 요양에 이르는 통합적 의료체계(Integrated Delivery System)들이 활성화되고 환자가 적재적소에서 치료를 받을 수 있도록 건강의 극대화와 비용절감을 추구할 수 있을 것이다. 법상으로는 병원간의 진료기록부 송부, 병원간 자원의 공동이용

등을 잘 규정하고 있으나 오히려 현실은 이러한 법의 규정을 따라가지 못하는 실정이다. 그럼에도 불구하고 의료기관간 협력과 네트워크가 활성화되기 위해서는 의료수가의 책정, 수입의 배분, 의료과실이 발생했을 때의 책임 문제 등에 대한 제도적 개선이 선결되어야 하는 것도 사실이다.

(7) 요양기관당연지정 제도의 완화

의료공급자로 하여금 의무적으로 의료보험 환자를 진료하게 하는 현행 요양기관당연지정제도를 완화시키면 의료공급자에게 선택의 기회를 부여함으로써 의료서비스 산업에 경쟁적인 요소를 강화하는 데 도움을 줄 수도 있다. 환자가 건강보험 요양기관이 아닌 의료기관을 선택하는 경우 건강보험 수가의 적용을 받지 않으므로 환자 본인이 의료비를 전액 부담하게 될 것이다. 더구나 건강보험이 처음 도입되던 시점과는 달리 지금은 의료기관의 수가 부족하지 않으므로 요양기관당연지정제도가 없어지더라도 소비자의 의료 접근도에 큰 문제가 야기되지는 않으리라 예상된다. 그러나 건강보험 요양기관으로의 진입과 탈퇴 의사결정에 있어서 의료기관간 담합은 공정거래 차원에서 정부의 규제가 필수적이다. 건강보험 요양기관당연지정제도의 완화는 선택과 경쟁의 활성화를 위한 것인데 의료기관간 담합은 경쟁의 근간을 흔드는 불법 행위이기 때문이다.

현실적으로 의료기관 입장에서서는 현재의 건강보험제도에서도 비급여 부분을 통해 정부 규제를 피할 수 있으므로 굳이 건강보험 요양기관을 탈퇴할 유인이 크지는 않을 것이다. 그러나 향후 건강보험의 급여가 확대된다면 요양기관으로서 지정을

받을 것인가에 대한 의사결정이 의료기관에 더욱 중요한 사안이 될 것이다. 현재의 상황에서도 시장에서 높은 평판을 가지고 있는 일부 병원(예: 전문병원)은 요양기관 지정을 신청하지 않을 가능성도 있다. 그러나 이러한 일부 병원이 요양기관 계약을 맺지 않는다고 해서 의료이용 나아가 국민들의 건강 수준에 있어 형평성의 문제가 야기되지는 않을 것이다. 보험자의 입장에서는 요양기관이 되고자 하는 기관과 탈퇴하고자 하는 기관의 추이를 분석함으로써 보험급여와 수가 등을 결정하는 데 필요한 중요한 정보를 얻을 수도 있다.

또한 요양기관당연지정제도의 개선은 보험자가 의료기관의 품질관리를 효과적으로 하는 데 도움을 줄 수 있다. 현행 요양기관당연지정제도는 모든 의료기관이 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 의료의 품질을 향상시킬 인센티브를 제공할 수 있다. 보험자는 의료기관과 선택적인 계약을 할 때 의료의 품질뿐만 아니라 의료비용도 함께 고려함으로써 의료비용의 적정화에도 긍정적인 영향을 줄 수 있다. 따라서 요양기관당연지정제도의 완화는 더 적극적인 보험자의 역할을 필요로 하므로 보험자의 역량강화가 선결되어야 한다. 하지만 요양기관당연지정제도의 개선이 가지는 효과에 대해서는 어느 정도 불확실성이 존재하는 것이 사실이므로, 정책의 우선순위를 고려하여 제도개선을 점진적으로 시행할 필요가 있다.

IV. 건강보험제도의 문제점과 개선방안

1. 건강보험제도의 문제점

(1) 지나치게 과소한 보험급여와 과다한 비급여 의료서비스

우리나라 건강보험은 급여수준이 제한적이어서 환자가 의료를 이용할 때 부담하는 비용이 매우 높은 편이다. 이러한 건강보험의 급여를 결정하는 국민의료비의 재원별 비중은 <표 2>와 같다.

<표 2> 국민의료비 재원 비중

(단위: %)

	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

우리나라는 2001년 현재 국민의료비에서 본인이 직접 부담하는 비율이 약 45%로서 네덜란드(37%), 독일(25%), 스웨덴(15%), 영국(19%), 이태리(27%), 일본(22%), 캐나다(29%), 프랑스(24%)에 비

해 그 비중이 매우 높다(OECD, 2003). 역설적으로, 우리나라 보건의료에 있어 공공재원의 역할은, 의료서비스 부문에서 민간 부문의 역할이 가장 강하다고 인식되고 또 전 국민을 대상으로 하는 의료서비스 부문 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). 다시 말해서 단기간에 의료보험 대상인구를 확대하기 위해서는 저보험료 체계가 필요하였고 따라서 급여 역시 제한적인 체계가 유지되어 왔다. 따라서 건강보험이 질병으로 인한 경제적 재난으로부터 국민을 보호하는 제도의 역할을 하기보다는, 저렴한 가격으로 의료를 이용하는 제도로 이해되는 실정이었다. 그러나 급여확충은 건강보험제도의 역할 정상화를 위해서 해결해야 할 과제이다.

1) 본인부담비율의 과다에 의한 위험분산 기능의 부실

환자의 높은 경제적 부담은 건강보험이 추구하는 위험분산의 효율성과 비용부담의 형평성에 있어서 많은 문제를 야기한다. 건강보험은 질병 발생으로 인한 과도한 비용 지출에 의해 야기되는 경제적 위험을 효과적으로 분산할 수 있어야 한다. 그러나 현재의 우리나라 건강보험은 보험료를 조금 납부하는 대신, 높은 본인부담금으로 인해 막상 질병이 발생했을 때에는 경제적 지출이 과다하여, 위험분산이라는 보험의 기능을 제대로 수행하지 못하고 있다.

2) 비용부담의 형평성 부재

보험료는 소득에 비례하지만 의료서비스를 이용할 때 지불하는 본인부담은 소득과 무관하기 때문에, 의료서비스 이용 시 지불하는 높은 본인부담금은 의료비 부담의 형평성에 있어서도 많은 문제를 야기한다. 특히 건강 수준이 낮아서 많은 의료서비스 이용을 필요로 하는 계층이나 경제적 취약계층은 과도한 본인부담금으로 인한 경제적 부담이 더욱 클 것이다.

3) 과도한 비급여 서비스의 존재

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

<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)

비급여가 상당한 규모로 존재하는 한, 건강보험제도가 의료 공급이나 국민의 건강에 미치는 영향 역시 제한적일 수밖에 없다. 의료이용의 형평성에 대한 최근의 연구(권순만, 양봉민 외, 2003)에 의하면 이러한 높은 환자 본인부담은 의료이용에 있어서 소득계층간 형평성에 문제를 야기하고 있다. 소득이 높은 계층은 낮은 계층에 비하여 의료이용량에 있어서는 비교적 큰 차이를 보이지 않으나 의료비용의 총지출은 훨씬 높아서, 이용하는 의료의 품질(혹은 가격)에 있어서 큰 차이가 있다는 것을 알 수 있었다. 이러한 사실은 소득이 높은 계층일수록 비급여 서비스를 많이 이용한다는 유추를 가능하게 하는데, 비급여 서비스가 의학적으로 필요한 것이라면 이러한 현상은 건강 수준이 형평하지 않음을 보여 주는 단적인 지표라 할 수도 있다. 이런 상황에서 최근 본인부담의 상한선 제도가 도입된 것은 큰 발전임에 틀림없으나 이것은 급여항목에 대한 법정본인부담금에만 적용되어 비급여에 대한 환자의 지출은 고려되지 않으므로 그 효과가 제한적일 수밖에 없다.

또 우리나라에서는 건강보험 급여 범위와 본인부담률의 결정이 의학적 판단이나 의료의 비용-효과성에 근거한 우선순위와 사회적 합의에 의해서보다는 보험자의 재정적 상태에 의해 좌우되어 왔다. 건강보험 급여의 결정이 급여에 포함되는 의료서비스를 결정(Positive System)하는 방식에 의존하다보니, 요양급여기준이 빠르게 변화하는 의료기술의 진보를 제대로 반영하지 못하고 있어 실제로 보편적으로 제공되는 의료행위나 사용되고 있는 진료재료들이 급여로 인정받지 못하고 불법적인 비급여로 방치되는 경우들도 존재한다.¹¹⁾

11) 이러한 규제는 보험자 입장에서 볼 때, 보험에서 급여되지 않는 서비

(2) 건강보험 급여구조의 문제점

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.

(3) 민간의료보험의 역할분담 미비와 문제점

1) 민간의료보험의 역할분담 미비

현재 민간의료보험의 진입에 대한 정책적 장벽은 존재하지 않는다.¹²⁾ 사회보험과 대체적인 성격의 민간보험, 즉 가입자가 사회보험과 민간보험 중 선택하여 가입할 수 있는 민간보험의 도입은 기존 사회보험 체계의 틀을 크게 흔들 수 있으므로 현실적으로 정책대안이 되기 어렵다. 사회보험 초기부터 고용자만을 커버해 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

스를 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 고가의 의료서비스를 받고자 하는 환자의 권리를 원칙적으로 봉쇄하는 것은 소비자의 후생을 축소시키는 결과를 초래하므로 바람직하지 못하다.

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

민간보험의 선택이 주어지는 것은 아니다.¹³⁾ 따라서 우리의 현실에서는 기존의 건강보험에 있어서 환자가 지불하는 비용(비급여에 대한 환자 부담)을 지불해 주는, 즉 사회보험에 대해 보충적인 역할을 하는 민간보험의 역할을 정립할 필요가 있다.

현재도 상당수의 사람들이 민간보험에 가입하고 있지만 이는 보험자가 의료공급자와 직접적인 상호 계약을 맺는 순수한 형태의 의료보험이라기보다는 여타의 보험과 연계(혹 끼워 팔기)되어 주로 보험자와 가입자의 관계로 규정지어지는 경우가 대부분이다. 일반적으로 가입자에게 진단명 혹은 입원 일수에 따라 직접적으로 현금급여 형식의 정액 급여가 지급되는 현재의 민간보험은 현물급여 형태의 보험에 비해 도덕적 해이(Moral Hazard)로 인한 사회후생의 손실이 오히려 적다. 그러나 정액급여 형식의 현행 민간보험은, 중증질환의 경우 현실적으로 보상의 크기가 실제 발생 비용에 비해 과소할 가능성을 한계로 가진다. 기존의 민간보험과는 달리 2005년 8월부터 출시되는 생명보험회사들의 '실손형' 민간보험의 경우에는 개인에 대하여 법정본인부담과 비급여 부분 등으로 인한 실질적 손해를 모두 보상하게 되어 보험시장에 큰 변화를 가져올 수 있을 것이다.

2) 민간의료보험의 문제점

첫째, 민간의료보험이 의료공급자들에게 사회보험에 비해 더 높은 수가나 경제적 보상을 제공하여 의료공급자들이 민간보험환자들을 선호하게 된다면 사회(건강)보험가입자에 대한

13) 경우에 따라서 Medicare에서 민간보험에 대상 인구(환자)의 관리 업무를 외주하는 경우는 있음(단 환자가 선택 가능).

차별이 생겨날 가능성도 있다.

둘째, 만일 민간의료보험이 사회보험하에서의 환자본인부담금을 민간보험 급여의 일환으로 보상해 준다면 민간보험 가입자의 사회보험 의료이용이 증가하여 사회보험 재정에 부정적인 영향을 미칠 것이다. 즉 사회보험과 민간보험 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).

셋째, 단일 보험자(사회보험)보다는 민간보험을 포함한 복수의 보험자 상황에서는 의료공급자의 상대적인 교섭력이 증가할 수 있어서 국민 총의료비용이 증가하고 재정 안정화가 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 수도 있다.

(4) 건강보험 재정부족

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 연간증가율은 7.4%로서, 3~4%대인 다른 OECD 국가들에 비해 의료비 증가율이 훨씬 높았다(OECD, 2003). 과거와는 달리 향후 국민총생산의 증가가 비교적 정체될 것이므로 국민총생

<표 4> 건강보험의 재정구조

(단위: 천만원)

구	분	1989	1990	1995	1997	1999	2000	2001	2002	2003
수입 Revenue	계	1,811,979	2,432,063	5,614,332	7,554,231	8,892,345	9,427,717	11,938,330	14,105,319	17,466,651
	보험료	1,453,886	1,863,528	3,600,700	4,878,728	6,305,553	7,228,817	8,866,153	10,807,688	13,740,951
	국고지원금	220,746	363,902	755,319	965,383	1,166,621	1,552,746	2,624,980	3,013,934	3,422,829
	- 보험재정국고지원금		246,263	561,908	760,157	985,556	1,380,967	2,468,660	2,444,840	2,642,880
	- 관리재정국고지원금		117,639	193,411	235,196	180,065	171,779	158,420	129,883	136,361
	- 담배부담금								439,211	644,588
	기타	132,367	184,638	1,258,363	1,680,160	1,421,211	1,046,155	447,182	363,686	301,972
지출 Expenditure	계	1,835,109	2,164,039	5,076,432	7,795,112	9,510,122	10,714,194	14,165,819	14,795,463	15,972,379
	보험급여비	1,313,305	1,802,637	3,627,883	5,634,090	7,965,562	9,285,605	13,195,616	13,623,685	14,883,489
	보험급여비(실급여비)		(1,946,665)	(4,067,617)	(5,910,604)	(7,947,963)	(9,285,605)	(13,195,616)	(13,623,685)	(14,883,489)
	- 요양급여비		1,764,907	3,537,005	5,465,966	7,466,348	9,080,678	13,007,437	13,621,004	14,653,525
	- 요양급여비(실급여비)		(1,908,925)	(3,976,918)	(5,733,478)	(7,743,749)	(9,080,678)	(13,007,437)	(13,621,004)	(14,653,525)
	- 장제비		10,535	34,762	34,762	46,908	45,828	46,575	50,078	52,139
	본인부담액보상금		328	4,968	24,409	53,346	61,177	40,733	32,176	25,948
	- 건강진단비		26,967	50,961	106,908	100,241	97,175	97,368	118,346	162,779
	관리운영비		192,332	384,684	663,770	596,757	685,621	628,807	598,231	634,117
	기타	271,774	169,010	1,064,064	1,487,282	1,347,803	762,969	281,366	376,568	444,773

자료: 국민건강보험공단, *건강보험통계연보, 각 연도.

산 대비 의료비용의 비율은 빠르게 증가할 가능성이 매우 높다. 건강보험 재정 위기의 경험을 통해서도 알 수 있지만, 최근 국민의료비가 국민총생산의 6%로 가파르게 증가한 사실을 통해서도 의료비 지출의 합리화는 시급한 정책과제임을 알 수 있다. 현재 건강보험은 적자를 면했다고는 하지만 이는 정부의 보조금에 기인한 바 크므로 재정 안정화 문제는 여전히 중요하다. 건강보험의 재정구조는 <표 4>와 같다.

또한 건강보험 재정 안정화는 인구의 급격한 노령화에 따라 그 중요성이 더욱 커지고 있다. 급격한 출산율 저하와 평균수명 증가는 노인 인구의 비중을 빠르게 증가시키고 이러한 노령화는 사회보험체계에 큰 재정부담을 야기한다. 특히 노인들은 건강상태가 젊은 층에 비해 취약하므로 의료서비스에 대한 수요가 매우 높아서, 노령화에 따라 전체 의료비 중 노령인구에게 지출되는 의료비의 비중은 증가하게 된다. 우리나라의 경우에도 노인 인구의 증가와 함께 건강보험 진료비(급여)에서 노인 의료비가 차지하는 비중이 계속 증가하고 있다. 예를 들어 1992년에 65세 이상 노인 인구의 비중은 5.2%였으나 2002년에는 7.2%로 증가한 반면 건강보험 급여에서 노인 의료비가 차지하는 비중은 같은 기간 동안 9.9%에서 18.8%로 더 빠르게 증가하였다.¹⁴⁾

14) 물론 동 기간에 건강보험의 급여 적용 일수가 크게 늘어난 것도, 주로 만성질환이 많은 노인들에 대한 보험재정지출이 전반적으로 증가한 것에 기여했을 것이다.

2. 건강보험제도의 개선방안

(1) 보험급여의 확대

건강보험이 제 역할을 수행하려면 보험료 인상을 통해 급여를 확대함으로써 위험분산의 효율성과 의료비 부담의 형평성을 제고하는 것이 필요하다. 가입자 입장에서는 보험료를 많이 내는 대신, 급여의 확대로 인하여 아플 때 지불하는 비용은 오히려 감소하게 되고 따라서 의료분야에 대해 지불하는 기대지출(Expected Expenditure)은 크게 증가하지 않을 것이다. 다시 말해서 이렇게 하면 과도한 의료비의 위험으로부터 보호받을 수 있는 것이다. 또한 많은 선진국의 경우 건강보험 급여는 포괄적으로 결정되며 다만 의학적 그리고 비용-효과적인 기준에 의해 일부 의료서비스를 급여에서 제외하는 방식을 채택하고 있다(Negative System). 우리나라도 이런 방식으로 급여서비스의 기준을 변경하는 것이 도움이 될 것이다.

보험료 인상의 과정에서는 보험료 부과에 대한 형평성에 대한 관심이 더욱 커질 것이고 따라서 소득 파악이 더욱 중요해질 것이다. 현실적으로 자영업자 소득 파악은 건강보험제도만을 통해서 하기 어려우므로 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 주 보건의료재원 조달 기전으로 사용되고 있는 독일, 네덜란드, 프랑스에 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 비교 분석한 결과를 토대로 우선순위를 정하여 결정하여야 할 것이다. 즉 보험자의 재정능력, 의학적 필요, 소비자의 지불의사(Willingness to Pay)에 기초하여 급여범위가 결정되어야 한다. 현행 비급여 서비스의 상당부분을 급여로 포함시켜야 하고 이때 급여서비스에 대한 환자 본인부담률은 현재와 같이 일률적이지 않고 서비스의 특성에 따라 탄력적으로 결정되어야 한다. 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 본인부담상한제 역시 탄력적으로 적용하기 위해서는, 소득 수준에 따라 상한액을 조정함으로써 경제적 취약계층에 대한 실질적인 의료보장 기능을 강화할 필요가 있다.

(2) 고비용-중증질환 중심 급여구조 개편과 의료저축계정 도입

보험의 원리에 충실하려면 고비용이 요구되는 질병 치료에 대한 보장을 높이는 대신 비용지출이 높지 않은 경미한 질환에 대한 보장성은 낮추는 것이 바람직하다. 고비용이 소요되는 중증질환은 발생 빈도가 높지 않은 반면 비용 지출이 낮은 질환은 발생 빈도가 높으므로 고비용-중증질환 중심으로 급여구조를 개편하는 것은 보험료의 대폭적인 인상 없이도 시행할 수 있을 것이다. 다만 저비용-경증질환이더라도 의료이용이 많아 의료비 총액의 경제적 부담이 큰 계층을 위해서는 앞서 언급한 의료비(총액) 본인부담금 상한제를 이용하여, 급여구조의

개편이 형평성을 악화시킬 수 있는 가능성에 대비할 필요가 있다.

그러나 급여구조를 개편하여 중증질환에 대한 급여를 확대하고 경증질환에 대한 본인부담을 증가시키는 것은, 중증질환을 경험하는 소수의 가입자에게는 큰 편익을 주지만 경증질환을 경험하는 다수의 가입자에게는 그 크기는 작더라도 경제적 부담으로 귀결된다. 따라서 급여의 확대를 통한 보장성의 강화 역시 그 장점에도 불구하고 일반 국민들로부터 정치적인 수용성이 그리 높지 않다. 즉 급여가 확대됨에 따라 의료서비스 이용 시 본인부담금이 감소되는 것은 그 이용 시에만 혜택을 경험할 수 있으므로 그 편익이 확정적으로 느껴지지 않는 반면, 보험료 인상은 평상시에 가시적으로 지출이 증가하여 경제적 부담이 직접적으로 느껴지기 때문에 저항이 큰 것이다. 따라서 사회적 차원에서 위험을 분산하는 의미에서는 바람직함에도 불구하고 보험료 인상을 통한 급여 확대나 급여구조의 개편은 정치적 저항을 가져오기 쉽다.

건강보험의 재원을 확보하는 데 있어 여러 현실적 어려움을 극복하기 위한 대안으로서, 제한된 범위 내에서 의료저축계정(Medical Saving Accounts)의 도입을 고려해 볼 수 있다. 의료저축계정은 강제저축으로서 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 공공의

료체계가 경제적 약자에 대한 사회적 안전망 역할을 충실히 수행하고 있고 또 개인저축인 Medisave와 함께 재난성보험인 Medishield(Medisave로부터 보험료 납부), 그리고 정부가 초기 기금을 마련하여 그 이자를 통해 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).¹⁵⁾ 따라서 의료저축계정을 주된 재원조달의 수단으로 사용하기는 어렵다. 실제로 싱가포르에서 Medisave, Medishield, Medifund를 통한 의료비지출은 전체 국민의료비의 10%에 불과하고(Lim, 2004), 나머지는 고용자가 제공하는 복리후생(Employer Benefit)이 35%, 정부 보조금이 25%, 본인부담 25%, 민간보험이 5%를 차지한다.

우리나라에서 급여구조의 개편을 위해 의료저축계정을 도입한다는 것은 현재의 급여체계를 중증질환 위주의 급여구조로 바꿀 때 소액진료비에 대한 본인부담금 증가에 따른 경제적 부담을 의료저축계정으로 충당하는 것으로 제도를 정착시키는 것이 바람직할 것이다. 중증질환에 대한 의료보장은 그 경제적 부담이 크므로 기존의 사회보험을 통해 제공되는 것이 바람직하다. 그러나 경미한 질환의 치료에 소요되는 의료비용은 도덕적 해이에 더욱 민감하므로, 자신의 의료저축계정을 통해서 개개인이 지출에 책임을 질 경우 의료비 절약을 위한 노력이 더욱 증가할 것이다. 공공의료체계가 극히 미약하여 사회

15) Medisave는 일반적인 입원비용 및 고가 외래 의료비를 위한 계정이고, Medishield는 추가적인 비용 소요를 위한 보험적 성격의 계정이며, Medifund는 정부가 재원을 조달하여 저소득 계층을 위해 진료비를 지불해 주는 계정이다.

적 안전망이 미흡한 우리나라 실정에서 의료저축계정의 역할이 소액진료비에 대한 의료비 지출 이상으로 확대되는 것은 위험하다. 다만 소액진료비 지출만을 위한 제한적 의료저축계정은 우리나라의 의료보험 급여구조 개편을 위한 현실적인 전략으로 고려할 가치가 있다. 나아가 이러한 저축계정은 우리나라 의료재원의 다원화에 기여할 수 있을 것이다.

(3) 민간의료보험의 적절한 역할분담

사회보험이 모든 유형의 위험에 대해 의료보장을 제공할 수 없으므로 현실적으로 건강보험과 민간의료보험간 역할분담이 필요하다. 앞서 언급한 효율성과 형평성의 관점에서 볼 때, 그리고 환자 본인부담금이 의료비의 40~50%에 이르는 현재의 상황을 고려할 때, 정책의 우선순위는 사회보험에 두어져야 하지만, 사회보험의 급여를 대폭 확대하는 것은 현실적으로 재정적 한계와 저항에 부딪힐 가능성이 대단히 크다. 또 소득의 증가에 따라 의료에 대한 수요는 더욱 높아지고 또 다양화할 것이므로 사회보험이 가지는 Universalism의 장점에도 불구하고 모든 가입자에게 동일한 수준의 급여를 제공하는 접근법은 국민들의 만족도를 높이는 데 한계를 가질 것이다. 그러므로 시장 실패의 가능성이 상대적으로 큰 영역(예컨대, 고액의 의료비가 소요되는 중증질환)은 사회보험이 커버하고, 민간의료보험은 사회보험에서 급여하지 않는 나머지 부문에 대해 급여를 제공하는 것이 바람직할 것이다.

정부는 민간의료보험시장에서 필연적으로 발생하는 현상 - 보험자가 건강한 가입자를 선택하는(Preferred Risk Selection 혹은

Cream Skimming) 등의 문제를 해결하기 위해 보험시장에 적절히 개입할 필요가 있다(Enthoven, 1988). 그러나 민간의료보험을 위한 보험료에 대한 조세혜택은 비효율적이고 형평성도 결여돼 있으므로 고려해서는 안 된다. 민간의료보험 가입자에 대해서만 제공되는 세금혜택은 일반적으로 민간의료보험 가입자가 비가입자에 비해 상대적으로 부유하다는 점을 고려할 때 형평성을 결여하고 있기 때문이다. 민간의료보험이 사회보험과 대체적 성격이 아니라 보완적인 성격일지라도 앞서 언급한 바와 같이 필연적으로 사회보험 재정과 밀접하게 관련되어 있다. 따라서 민간의료보험은 사회보험에서의 의료서비스 이용에 영향을 미치게 되어 자원배분의 효율성에 영향을 미치므로, 민간의료보험 보험료에 대한 조세혜택은 이의 사회보험 자원배분에 미치는 영향을 더욱 증폭시킬 것이다. 또한 민간의료보험에 따른 도덕적 해이를 감소시키기 위해서도 민간보험료에 대한 세금혜택은 바람직하지 않다.¹⁶⁾

구체적인 형태는 시장에 의해 결정되겠지만, 민간의료보험이 자원배분의 효율성에 역기능을 하지 않기 위해서는 미국을 중심으로 크게 발전하고 있고, 유럽의 경우에도 수용성이 높아지고 있는 HMO(Health Maintenance Organization)로 대표되는 관리의료(Managed Care) 형태가 효과적일 것이다.¹⁷⁾ 이는 보험자가

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

17) 미국에서 HMO와 같은 네트워킹이 가능하였던 이유는 역사적으로 의사서비스와 병원서비스조직이 별개로 발전했던 데 있다. 이러한 구조 하에서는 의사서비스조직과의 협력이 없다면 병원서비스의 제공은 불가능하기 때문에 이러한 제도의 발전이 자연스러웠던 것이다. 그러나

의료공급자의 의료제공 과정에 개입하여 이를 관리하는 체계이다. 예를 들어 관리의료가 활성화되기 이전 전통적인 의료보험에서 보험자는 의료서비스 이용자에게 환자본인부담금의 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 효과적으로 의료서비스를 제공하도록 한다(Kwon, 1997; Melnick, et al., 1992). 이를 위해 관리의료는 가능한 한 비용-효과적인 의료서비스 제공 행태를 보이는 의료공급자들을 선택하여 계약을 체결(Selective Contracting)하고 공급자의 의료서비스 제공 행태를 관리한다. 가입자들은 보험자가 계약을 체결하지 않은 의료공급자로부터 진료를 받은 경우에는 급여혜택을 받지 못하거나 혹은 높은 본인부담금을 지불하여야 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 의료서비스 제공 과정을 관리하는 관리의료 형태가 더 바람직할 것이다.

우리나라의 경우는 의사서비스와 병원서비스가 하나의 조직 - 의사가 병원을 소유하거나 병원이 의사를 고용한 형태 - 에 의해서 제공되고 있어 특수사례를 제외하고는 의원과 병원이 상호보완적이기보다는 상호대체 또는 경쟁적인 관계에 있으므로 이런 관리의료체계의 도입에는 그 여건이 보다 어려운 것이 사실이다. 따라서 이러한 네트워킹의 도입을 위해서는 이를 위한 대안의 마련이 선행되어야 할 것이다.

(4) 건강보험 재정 안정화

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. 재정운영 역시 의료비용과 건강보험 지출에 따라 보험료가 결정되기보다는, 바람직한 급여 수준과 국민들의 지불 능력을 고려하여 보험료가 결정되면, 그러한 건강보험 수입 범위 내에서 공급자에 대한 보상과 의료비용 지출이 이루어지도록 정책의 패러다임이 바뀌어야 한다. 다시 말해서 현재처럼 의료비용의 증가에 맞추어 보험료가 조정되기보다는 지불능력과 보험료의 수준에 맞추어 의료비용이 적정화되어야 한다는 것이다.

이러한 큰 변화는 건강보험에 대한 거버넌스(Governance)의 변화를 통해 가능하다. 즉 가입자들을 설득해 합의를 도출하고, 비용억제를 위한 새로운 패러다임에 반대하는 의료공급자들의 협조를 얻기 위해서는 건강보험에 대한 주요 정책을 논의하고 결정하는 구조를 바꿀 필요가 있다. 의료공급자에 비해 상대적으로 열세인 협상력을 높이기 위해서는 가입자(지불자)의 협상력을 증대시키기 위한 전략이 필요하다. 이를 위해 지금까지 정부와 의료공급자 중심의 건강보험체계를 가입자와 고용자 같은 지불자의 참여를 확대시키는 체계로 그 거버넌스 구조를 바꾸는 것이 필요하다.

V. 결론 및 요약

우리나라 의료체계가 효율적이고 국민의 만족을 높일 수 있는 제도로 발전하기 위해서는 아직도 많은 당면과제를 안고 있고 또 많은 정책적 변화를 필요로 한다. 경쟁력이 낙후된 분야로 의료서비스 부문을 거론하는 것은 전문가들만이 아니다. 이런 상태에서 의료서비스 부문 경쟁력 제고를 위해서 현시점에서의 대응방안을 살펴보는 것은 대단히 의미있는 일이다. 이 연구는 이러한 목표를 가지고 의료서비스 산업이 현재 당면하고 있는 문제점을 규명하고 이에 대한 대안을 마련하고자 하였다.

이와 같은 목적을 달성하기 위해서 이 연구는 먼저 의료서비스가 가진 특성과 그로 인해서 파급되는 문제점 그리고 의료서비스 산업이 가진 특성과 문제점을 개관하였다. 정보의 비대칭성과 이로 인한 소비자 무지의 존재, 모든 사람은 다 적절한 수준의 건강을 유지할 수 있도록 의료혜택을 동등하게 보장받아야 한다는 공익성 차원의 인식 그리고 이를 토대로 한 공공부문의 개입과 이에 따른 다양한 문제점 발생은 의료서비스 고유의 특성이라 할 수 있다. 이러한 의료서비스를 제공하는 의료서비스 부문은 정보의 비대칭성과 소비자 무지에 기인하여 가격경쟁보다 품질경쟁이 격화될 수 있는 인센티브를 가지고 있으며, 강력한 진입규제가 시장실패와 공공성을 명분으로 존재하고, 이는 의료공급자인 의사들이 시장에서 독점적 우

위를 유지하는 중요한 요인으로 작용하고 있다. 또한 건강보험을 통해서 지불되는 치료비용은 비용후불제 가격규제의 형식을 취하고 있어서 중복·과잉투자를 비롯한 다양한 형태의 기회주의적 일탈행위와 도덕적 해이의 문제를 발생시킬 가능성이 크고, 공공성을 보장하기 위해서 비영리여야 한다는 명분에 입각하여 필요한 시장기구의 작동이 다양하게 규제되고 있는 형편이다.

이런 의료서비스 및 의료서비스 산업의 특성과 이로부터 파생되는 문제점을 전제로 우리가 강화하고자 하는 의료서비스 경쟁력은 대개 생산가능성 프론티어상에 위치하도록 효율성을 제고하는 것을 의미할 것이다. 현재 우리나라의 의료서비스 산업은 생산가능성 프론티어에 근접하여 그 효율성이 상대적으로 높은 것으로 보이나 그 위치가 원점에 가까우므로 이를 (어떻게 효과적으로) 외연적인 확장을 해 나갈 것이냐가 관건인 것으로 파악되고 있다. 그러므로 지속적으로 의료서비스 수준을 높여 나가는 데 가장 비용효율적인 방법을 찾기 위해서 현재 필요한 일이 무엇인가를 살펴보는 것은 현 시점에서 가장 중요한 연구의 과제임이 틀림없다

우리는 이러한 문제의식을 토대로 의료서비스 공급체계와 이를 보상하는 건강보험제도에서 우리가 설정한 의료서비스 산업의 경쟁력 향상을 위해서 반드시 개선되어야 한다고 생각하는 항목들에 대해서 합리적인 대안을 시장경제적인 관점에서 찾고자 하였다. 이를 위해서 우리는 먼저 현행 의료공급체계의 중요한 문제점으로 영리의료법인의 불허, 의료서비스에 대한 광고금지 규제와 공공부문의 정보생성과 제공 미흡, 현재 시행되고 있는 의료기관 평가가 가진 정보와 인센티브 관점에

서의 문제점, 현재 진료비 지불제도의 근간인 행위별 수가제도의 문제점과 이를 개선했다고 하는 자원기준 행위별 수가제의 한계, 의약품 분류·의약분업에 따른 상품명 의약품 처방증가·보험약가제도상 신약가격 결정방식의 불합리성과 실거래가 보상제도의 결함을 포함하는 의약품 규제의 문제점, 의료기관간 네트워크의 부재로 인한 의료공급체계의 비효율성과 비용 상승 그리고 요양기관당연지정제도의 문제 등 의료서비스 공급체계를 비효율적이게 만드는 진입·가격·물량·품질규제 등 소위 경제적 규제들의 문제점들을 규명하였다. 이를 토대로 우리는 의료서비스 공급체계의 효율성 제고를 위해서 영리의료법인에 대한 진입제한을 완화하여 영리를 추구하는 영리병원을 허용하고, 허위과장광고에 대한 모니터링을 전제로 한 의료서비스 관련 광고규제 완화와 의료서비스에 대한 공공부문의 정보제공을 강화할 것을 제안하였다. 또한 정보제공과 의료공급자의 인센티브 관점에서 의료기관 평가기준이 소비자가 평가하기 힘든 객관적인 차원의 의료서비스 품질에 대한 정보를 제공할 수 있는 방식으로 전환되어야 함을 지적하기도 하였다. 이와 아울러 진료비지불제도의 개선방안으로 현행 제도를 일부 개선하는 방법으로는 목표의료비제도를 도입하는 것을 제안하였으며 궁극적인 개선방안으로는 효율성 제고 인센티브를 강화하는 진단명 기준 포괄수가제의 확대를 제안하였다. 의약품 규제의 경우에는 일반의약품과 전문의약품의 재분류를 시행하고 의사의 처방 시 상품명 의약품 처방보다 일반명 의약품 처방을 보편화시켜서 약가의 부담을 축소할 것을 권하고 일반명 의약품의 약가를 인하하기 위한 다양한 대응책 마련도 주문하였다. 또한 신약 도입 시 약가를 결정하는 데 있어서 참

고가격의 기준에 대한 변경과 실거래가격 보상제도를 대신해서 기준가격 보상제도를 도입하는 것을 고려하도록 제안하였다. 또한 의약품 과다사용 등 부작용을 축소하기 위해서 공공부문의 의약품 관련 정보제공을 강화하고 경제성 평가 결과 비용효과적인 의약품만을 급여품목으로 포함시키는 약품목록을 도입하도록 제안하고 있다. 의료기관간 네트워크의 활성화는 외래·입원·재활·요양에 이르는 통합적 의료체계 활성화를 지향하며, 이를 위해서 각급 병원의 전략적 제휴가 원활하게 이뤄지도록 하는 것이 필요하다. 그러므로 이의 구체적인 대안으로 미국의 HMO와 같은 관리의료체계 도입을 위한 다양한 방안의 모색을 제안하고 있다. 또한 지금까지 우리나라 의료공급체계의 중요한 한 축이 되어 온 요양기관당연지정제도의 점진적인 완화를 제안하여 자발적인 선택에 따라 의료공급자도 의로서비스를 제공하는 방향으로 그 구조를 전환해 나가도록 제안하고 있다.

건강보험제도는 지나치게 과소한 보험급여로 45%에 육박하는 소비자의 높은 본인부담률로 인해서 건강보험 본연의 기능인 위험분산이 적절히 이뤄지지 못하고 있고 이로 인해서 고소득층과 저소득층의 의료비 부담에 형평성 문제도 발생하고 있다. 또한 비급여 서비스 비중이 과다하여 건강보험이 제 기능을 하는 것을 제한하고 있는 실정이다. 보험급여가 낮을 뿐만 아니라 급여구조도 경증질환에 치중해 있어 실질적으로 보험 본연의 기능을 하지 못하고 있는 것으로 나타나고 있기도 하다. 민간의료보험은 변형된 형태로 도입되어 있으나 그 역할분담이 제대로 되어 있지 않다. 민간보험을 공공보험의 대체수단으로 선택하게 하는 것은 실질적으로 효율성을 제고하

기보다는 오히려 국가 전체의 의료비용을 증가시킬 가능성이 높다는 것을 여타 국가들의 운영실태가 보여 주고 있다. 이에 더해서 건강보험의 주요 문제는 재정부족이 이미 가시화되어 있는 상태이고 이를 어떻게 해결할 것인가가 초미의 문제임을 밝히고 있다. 이러한 건강보험이 가진 주요 문제들에 대해서 이 연구는 보험급여의 확대와 보험료 인상을 동시에 진행할 것을 권고하고 있고 보험료 인상에 대한 저항을 극복하기 위해서 자영업자, 전문직 종사자를 비롯한 불명료한 세원에 대한 소득과약 기법을 더 많이 개발하고 이들의 소득과약을 강화할 것을 권고하고 있다. 또한 비용효과적인 의료서비스에 대한 급여는 전액지급하는 것으로 하되 그렇지 못하거나 상대적으로 선택적인 성격의 의료서비스에 대해서는 본인부담률을 높이는 등의 방법으로 소비자의 의료이용 행태를 변경시킬 유인책을 마련하도록 제안하고 있다. 이에 더해서 고비용-중증질환 중심으로 급여구조를 재편하는 동시에 상대적으로 혜택이 사실상 줄어들면서 보험료는 부담하는 다수 국민들의 불편과 불만을 해소하기 위해서 본인부담금에 대한 제한적인 의료저축 계정 도입을 제안하고 있기도 하다. 민간의료보험에 대해서는 공적 보험인 건강보험을 보완하도록 명확한 역할을 설정하고 이의 확대에 제약은 가하지 말 것을 제안하고 다만 민간의료보험시장에서 발생하는 Cream-skimming의 문제를 해결하기 위해서 정부가 적절히 규제를 가하도록 주의를 환기하고 있다. 건강보험의 재정 안정화에 대해서는 건강보험에 대한 거버넌스의 변화를 통해서 현재보다 가입자와 고용자 같은 지불자의 참여확대를 도모하는 변화가 추구되어야 함을 지적하였다.

그러나 여기에 제안된 개혁을 위해서는 대대적인 변화가 요

구된다. 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 변화시키는 것 또는 외국의 제도를 이식하는 것은 많은 제약들을 수반하는 것이 보편적이다(Kwon and Reich, 2005). 최근의 의료개혁 그리고 포괄수가제 도입 연기 등의 과정에서 보듯이 보건의료 부문에 있어서는 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 연구에서 제안된 영리법인 허용, 민간보험 역할정립, 요양기관강제지정제도 개선 등의 제안은 우리나라 의료체계의 근간을 변화시킬 수 있는 정책들이다. 포괄적인 개혁은 일면 매력적이지만 많은 이해당사자들의 저항 그리고 정부의 정책수행 한계 등으로 인해서 점진적 변화에 비해 오히려 사회적 순편익이 적을 수 있다. 예를 들어 영리병원은 건강보험 요양기관에서 탈퇴하여 건강보험의 수가를 적용받지 않고, 이러한 영리병원을 찾는 환자 역시 민간의료보험에 가입하여 이를 이용해 영리병원의 의료비를 지불한다면, 기존의 건강보험과 다른 별도의 의료체계가 생길 수 있다. 이는 우리나라 의료체계에 너무도 큰 변화를 가져올 수 있고, 많은 이해당사자들간의 갈등과 대립을 야기할 것이다. 따라서 일단 영리법인병원을 우선 허용하고 향후 의료시장의 변화를 분석하여 요양기관당 연지정제도의 폐지 여부를 결정하는 점진적인 개선이 더 효과적일 것이다. 또 영리병원 제도 역시 기존 비영리병원들의 전환보다는 신설병원에 대해서만 영리를 허용하거나, 연구 기능

을 동시에 수행해야 하는 대학병원의 경우에는(또 현실적으로 비영리기관인 해당 대학교와의 관계를 고려하여) 영리화를 불허하는 등의 점진적 정책이 더 효과적일 것이다.

이 연구에서는 우리나라 의료체계의 전반적인 문제점들을 개관하고 그 개선방향을 제시하였다. 매우 포괄적인 주제를 다루었기 때문에 많은 한계가 있을 수밖에 없다. 물론 본 연구의 방향은 진입·가격·물량·품질 등 사실상 경제적 규제라고 여겨지는 정부의 규제가 명목상 의료서비스의 공익성을 명분으로 필수불가결한 것처럼 간주되고 있는 것을 지적하고 이를 대신할 새로운 제도의 도입을 이들 부문에서 제안하였으나 실질적으로는 그 방향이 제시되었을 뿐 그 구체적인 시행을 위한 구체적 정책대안들을 제시하는 데 있어서 다소 미흡하다. 이러한 구체적인 대안들을 모색하기 위해서는 여기 제시된 방향들에 대한 구체적인 시행방안을 수립하는 추가적인 연구가 필요하다. 특히 이에는 의료체계의 성과지표라 할 수 있는 소비자 만족도 관련 내용들에 대해서도 연구가 필요할 것으로 보인다.

참고문헌 |

- 국민건강보험공단, 『건강보험백서』, 2004.
- _____, 『건강보험통계연보』, 2004.
- 국민건강보험발전위원회, 『국민건강보험 발전을 위한 정책 제안』, 2004.
- 권순만, 「의료서비스 가격 결정을 위한 자원기준 상대가치체계의 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.
- _____, 「건강보험 요양급여비용계약제 시행방안에 관한 고찰」, 『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.
- 양봉민·권순만·이태진·오주환·이수형, 「보건의료 재원조달의 형평성」, 『보건경제연구』, 9권 2호, 2003, pp.1-12.
- 윤지희·권순만, 「일간신문의 병원과 관련된 기사 분석」, 『병원경영학회지』, 4권 2호, 1999, pp.60-84.
- 이진경, 「건강보험 본인부담 실태와 추이분석」, 『건강보험포럼』, 1권 3호 2002, pp.51-72.
- 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, Soonman, "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, 2002, 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, 2002.
- _____, "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, pp.217-233.
- Mossialos, E. and J. Le Grand, *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Ashgate, 1999.
- 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.