

의료서비스부문에 대한 경제논리적 접근의 문제점과 한계

- 의료서비스부문에 대한 경제논리적 접근의 인가와 고려점

이태수

한국보건복지인력개발원 원장

의료서비스부문에 대한 경제논리적 접근의 한계와 고려점1)

1. 정부에 의한 '의료서비스산업화'의 추진 과정과 성격

1) 참여정부와 의료부문

□ 참여정부의 의료부문 공약

- 노무현 대통령은 2002년 대통령 선거운동과정에서 의료부문에 대해 몇가지 공약을 제시. 예를 들어, 그의 20대 공약 가운데에
 - ▷ 홍역·DPT·BCG 등 필수 예방 접종의 무상실시를 확대하고, 임산부와 영유아의 무료건강진단 시행
 - ▷ 간암·폐암·유방암 등 5대 암과, 당뇨병·고혈압·중풍·심장병 등 만성질환의 국가관리를 강화하여, 평생 건강관리체계 확립
 - ▷ 진료비 총액에 대한 상한선제도 도입으로 암·난치병 등의 중증 질환이나 고액진료에 대한 국민부담 경감

등 3가지가 포함. 당시 노대통령후보는 보건의료의 공공성 확대를 중요시하고 있음.

- 참여정부는 출범 이후에도 이와 같이 보건의료에 있어 공공성을 확대한다는 기초를 계속 천명해왔음. 이러한 공공성의 확대는 보장성의 확대와 불가분의 관계에 있고 이를 충족하는 데에는 국가와 건강보험제도의 역할이 가장 결정적임. 특히 아직도 재정의 불안정성과 보험료수준의 저수준, 국민 신뢰의 미비 등 보장성 및 공공성 확대를 위한 근본적인 토대가 결여된 상태에서 정부와 공적 건강보험제도의 역할은 지대하기만 함.

2) 최근 정부의 의료서비스산업화 정책 추진 과정

□ 서비스부문 발전에 대한 대통령의 의지 천명

- 노무현대통령은 “공익적 부분은 공익적으로 풀어나가더라도, 산업적 부분은 산업적으로 풀어나가는 이원적인 접근이 필요 내년(05년) 중 결론 낼 것은 결론 낸다는 각

1) 본고는 그간 의료서비스부문의 육성을 둘러싸고 전개된 논의과정에서 생성된 자료들을 토대로 본 학회의 토론회의 목적에 맞도록 재구성한 것임.

오로 서비스산업 육성을 과감히 추진”(경제민생점검회의, '04.12.29)하여야 한다고 언명

○ '05. 1. 13 연두기자회견에서는

- ▷ 금융·회계·법률·디자인·컨설팅·연구개발 등 **지식서비스산업** 집중 육성
- ▷ **교육·의료** 등 고도 소비사회가 요구하는 서비스를 세계적 경쟁력을 갖춘 **전략산업**으로 육성
- ▷ **문화·관광·레저**가 어우러진 복합소비산업에 대한 종합적인 청사진 마련

등을 강조함으로써 의료부문의 전략산업으로서의 규정 명시화함.

○ 2005.02.25 노무현 대통령(취임 2주년 국정연설) “우수 인재가 의대로만 몰린다고 한탄만 할 것이 아니라 의료산업을 국가 전략산업으로 삼고 돈이 들어오게 하고 일자리도 만들어 내야한다” “고급 수요를 충족시키는 서비스 산업의 경쟁력을 강화해 의료비의 해외 유출을 막을 것”으로 언급

○ 2005.03.08. 서비스산업관계장관회의에서 '05년 상반기 중으로 대책수립 예정으로 보고됨. 특히,

- ▷ 의료산업을 첨단 고부가가치산업으로 육성하기 위해 **의료기관에 대한 자본참여를 활성화**

; 의료기관 개설·의료설비 투자를 위해 시중의 풍부한 여유 자금을 끌어올 수 있는 다양한 제도적 장치 강구

(예) **외부자본(의료산업투자펀드 등)을 유치하여 병원설립·설비투자**를 하고, 일정기간 임대·상환하는 방식의 활성화 검토, **영리의료법인의 설립을 단계적으로 허용**하는 방안 검토

- ▷ 건강보험 급여체계 개선, **민간의료보험 활성화**, 원격진료 활성화 등을 통해 의료수요자의 선택의 폭을 확대

(예) 첨단의료기술 특성에 맞는 건강보험 급여기준 개선방안 마련, **민간의료보험가입자에 대한 세제혜택 확대** 등

- ▷ 의료시장 개방에 적극적으로 대응하여 우수한 국내병원의 해외진출을 지원하는 한편, **우수 외국병원의 국내 유치를 위한 노력을 강화**

○ 2005.03.21. 송재성 보건복지부차관(의협신문 창간 38주년 기념식) “올해 복지부는 의료서비스 산업화 방안을 최대 역점사업으로 추진해 나갈 계획” “대통령 또는 국무총리 직속의 의료서비스산업화를 포함한 추진위원회를 구성할 방침”이라 언급

○ 2005.04.30-05.01 '2005~2009년간 국가 자원배분의 우선순위와 주요정책 과

제의 추진방향' 국무위원 합숙토론회 “영리법인 허용 적극 검토 결정”

- 2005.05.06. 김근태 보건복지부장관(대한병원협회 정기총회 축사) “의료서비스 산업화를 위해 2009년까지 4조원 예산 투자”
- 2005.05.13. 보건복지부는 보건의료서비스산업육성TF를 구성하여 의료기관 자본 참여 활성화, 민간보험의 역할 및 공보험과의 관계를 검토할 것으로 발표
- 2005.05.16. 한덕수 재정경제부장관(재정경제부 간부회의)은 보건복지부가 추진 중인 의료서비스 육성정책과 관련해 사보험 도입이 의료발전의 계기가 되도록 지원하라고 지시
- 2005. 6월 중 보건복지부 내 의료서비스육성협의회 구성하여 상반기 중 추진방안 및 계획 마련하고 '영리법인 전문협의회', '의료클러스터 조성 전문협의회', 'e-health 전문협의회' 등을 구성기로 함.

3) 의료계 및 재계의 동향

- 2003.03.06. 대한병원협회 제17차 상임이사회에서는 “영리법인 허용하되, 주식회사형도 의사 참여 전제”
- 2003.05.14. 전경련은 「의료서비스산업 현황 및 제도개선 과제」 명의의 보고서를 발표하고 다음을 요구함.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① 요양기관 강제지정제를 계약제로 전환② 민간의료보험 도입으로 건강보험 재정 건전성 확보③ 의료전문직 면허제도 개선으로 서비스 공급자간 경쟁 유도④ 영리법인 허용을 통한 의료서비스산업 투자 확대⑤ 의료서비스산업에 대한 정책지원 강화로 일자리 창출 유도⑥ 의료기술 개발 및 공공성 확충에 정부재정 집중 투자 |
|---|

- 2004.09. 전경련은 「의료서비스산업 선진화를 위한 제도개선」 의견서를 발표
- 2005.01.31. 유태전 대한병원협회장(기자회견) “영리법인 허용 및 민간보험 도입” 주장
- 2005.05.13. 데일리메디 “메디파트너, 영리법인 준비 가속화 : TFT 가동·감사법인 교체 등 발 빠른 행보”라고 기사화

52개 네트워크 병원과 해외 2개 병원을 회원으로 가진 예네트워크의 경영관리를 책임지고 있는 메디파트너가 영리법인을 위해 분주한 움직임을 보이고 있다.

메디파트너는 의료법 변경 후 영리법인을 즉시 시행할 수 있도록 하기 위해 삼성증권과 주간사 계약을 맺었으며 최근 기업공개를 위해 감사법인을 삼일회계법인으로 교체했다.

또한 작년부터는 TFT를 가동, 네트워크 병원들과 MOU를 체결 하는 등 '지주회사형 병원' 설립을 준비하고 있다.

또한 MOU체결과 함께 각 병원의 가치평가를 진행해 최종 계약에 따른 자본 확보 및 시드머니 준비를 하고 있다.

뿐만 아니라 주식회사형 병원에 맞도록 모든 전산 및 병원시스템을 구축하는 한편 해외사례를 분석하고 한국형 모델 개발에 박차를 가하는 중이다.

현재 영리법인화를 시행할 수 있는 전단계까지 도달했다고 평가받는 메디파트너는 영리법인 허용 이후 환자 만족도 증가 및 고객센터 증대를 위한 프로그램까지 마련하고 있다.

메디파트너 박인출 회장은 "영리법인은 제도나 시스템적인 구축도 중요하지만 의사들의 기업가 마인드 및 기업공개를 위한 투명경영이 중요하다"고 말했다.

그는 또한 "의료서비스의 글로벌화라는 것은 의료산업을 국제적인 시각에서 바라봐야 하는 것"이라며 의료법인 영리법인화에 대한 포괄적인 접근을 강조했다.

- 2005.05.15. 국민일보 "주식회사 병원 1호는 어디? '예병원 네트워크' '고운 세상 피부과' 등 물망" 등 기사화하여 민간영리법인 도입을 기정사실화.

정부가 이르면 내년 초부터 주식회사형 영리 병원 허용을 공식 선언하면서 코스닥 등록 또는 거래소 상장 1호를 노리는 병원들의 움직임도 빨라지고 있다.

현재 주식회사 병원 전환에 가장 근접한 곳은 예병원 네트워크. 치과를 중심으로 성형외과, 안과, 한의원 등 총 54개(해외 2개 포함)의 프랜차이즈 병원을 거느린 예네트워크는 지난해부터 '지주회사형 병원 기업' 설립을 목표로 삼성증권과 주간사 계약 체결, 외부 회계감사, 미국 및 싱가포르 병원 기업 벤치마킹 등 발빠른 준비를 해오고 있다. 병원측은 영리법인 허용 의료법이 개정되면 현재 회원 병원들의 경영관리를 맡고 있는 '메디 파트너'를 지주 회사로 전환,주식 상장 또는 코스닥 등록하는 방안을 추진중이다.

전국 14개곳에 피부과를 개원하고 있는 대표적 피부과 네트워크인 고운세상 피부과도 주식회사 전환이후 사업 영역 확대를 위한 개괄적인 계획수립을 끝마친 상태다. 병원측은 네트워크 경영 관리회사인 '메디링크'를 코스닥에 등록하는 방안을 검토하고 있다. 이를 통해 수백억원의 외부 투자 자금유치도 구상중이다.

척추전문병원인 우리들병원은 주식회사형 병원이 허용될 경우,병원뿐 아니라 제약사,바이오 기업 등을 함께 거느린 '헬스케어 분야 기업그룹'으로 거듭난다는 계획이다. 우리들병원은

지난해 3월 수도약품을 인수한 바 있다. 이 병원 이상호 원장은 "영리 법인으로 전환되면 외부 투자 자금을 유치해 현재 김포와 서울,부산 3곳인 병원을 전국 여러 곳으로 확대하고 해외도 진출할 생각"이라고 말했다.

이밖에 아름다운나라 피부과·성형외과, 이지함 피부과, CNP차앤박피부과, 함소아한의원, 호호호 일침한의원 등도 영리법인 전환 대열에 합류할 것으로 알려졌다. 이와함께 이미 의료계의 지각변동을 주도하고 있는 삼성서울병원과 서울아산병원 등 대형 비영리법인 병원의 영리법인 전환 여부도 주목된다.

의료계 한 관계자는 "병원이 주식회사가 될 경우 자금 조달 방법이 다양해져 의료 서비스가 향상되고 병원 경쟁력이 강화되는 반면 시설과 진료 기반이 열악한 병원은 도태될 것"이라며 "제도나 시스템 구축도 중요하지만 환자 만족도 및 고객 서비스 증대를 위한 프로그램 마련에 특히 신경써야 경쟁 시장에서 살아남을 것"이라고 지적했다.

- 2005.08.30부터 생명보험사의 실손보상 민간의료보험 상품 판매 실시 예정

2. 의료서비스산업화의 근거와 내용

1) 의료산업화의 추진 근거

□ 고성장 유망산업 및 국가성장동력산업으로서의 가능성

○ 소득증대와 인구고령화에 따라 의료서비스 수요가 확대됨.

- 국민의료비 증가 : 2001년 32조원, GDP 대비 5.9% → 2020년 171조원, GDP 대비 11.4%(서울대 보건대학원, 2003)

- 식료품비, 교육비, 교통·통신비, 교양오락비 등 대부분 항목의 세대별 지출은 향후 증가세가 둔화되거나 감소, 보건의료비의 지출이 크게 증가하면서 가계 지출의 상당 부분을 차지하게 될 것으로 전망(LG 주간경제, 2005)

○ 두뇌집단이 집중된 의료서비스 분야를 집중 육성하여 20~30년 후 우리나라를 먹여 살릴 전략산업으로 육성할 필요 대두

- 지난 시기 이공계로 집중된 두뇌집단으로 인해 오늘의 첨단산업(IT, 전자, 자동차 등) 육성이 가능했다는 상황 인식

□ 의료서비스의 질적 수준 향상

○ 민간자본 투자를 통한 국내 의료서비스의 국제 경쟁력을 확보하여 의료부

문의 확대에 부응

- 우리나라 의료서비스의 질적 수준 : 미국 대비 76% 수준(한국보건산업진흥원, 2004)

□ 민간부동자금의 투자처 확보

○ 400조원에 달하는 민간부동자금의 투자처를 확보할 필요 존재(재정경제부, 2004)

- 시중에 묶여 있는 민간부동자금을 경제순환구조로 인입하는 매개로 의료서비스 영역을 활용

□ 해외환자 유치와 국내 고소득층의 해외의료 수요 흡수

○ 인접국가, 특히 중국의 부유층 환자를 유치하여 외화가득율을 높임

- 현재는 성형, 피부미용, 척추수술 등 제한적 영역에서만 해외환자 유치 중

○ 고급의료, 첨단의료 개발을 통해 해외로 유출되는 국내 고소득층의 의료비 지출비를 국내에서 흡수토록 함.

- 매년 해외로 유출되는 의료비는 최대 1,000억원 규모(한국보건산업진흥원, 2004)2)

□ 제약, 의료기기, 생물공학 등 유관 의료산업 분야의 발전 촉진

○ 제약, 의료기기, 생물공학산업은 21세기형 고부가가치 산업, 국가성장동력 산업 중의 하나로 인식되면서 이들 산업의 기술개발과 소비를 촉진시키는 의료서비스 영역의 중요성 강조됨.

- 의약품 생산의 75.11%, 의료기기 생산의 56.92%가 의료서비스 영역에서 수요(한국은행 2000년 산업연관표)

□ 의료서비스 산업 활성화를 통한 고용창출

○ 의료서비스는 기술집약적, 자본집약적인 동시에 노동집약적이기 때문에 고용유발효과가 크므로 이를 통해 산업 활성화 도모.

- 우리나라의 경우에는 병상당 종사자 수가 평균 0.9명으로 미국의 4.82명, 영국의 5.70명, 캐나다의 3.70명에 비해 고용유발효과가 매우 낮은 편(OECD Health Data 2003)

- 미국의 경우, 2002년 현재 약 500만명이 병원에 고용되어 있으며, 9개의 일자리 중에서 1개가 병원에서 직간접적으로 비롯된 것으로 추정(American Hospital

2) 일각에서는 해외 유출 의료비가 연간 1조원에 달한다고 언급하고 있으나 이는 근거 없는 주장임. 미국 상무부의 통계에 따르면, 연간 미국병원들이 외국환자 진료를 통해 벌어들이는 진료수입 합계는 1조2천억원 규모임.

Association, 2004), 싱가포르도 의료서비스 발전을 통해 2012년까지 1만3천개의 고용창출을 이룬다는 목표 수립

2) 의료산업화의 핵심 내용

□ 영리법인 병원 설립 허용

- 민간자본투자와 경영기법 적용을 통해 시설·장비 확충, 고급의료·첨단의료 활성화, 경영효율성 및 투명성을 제고하고, 주식회사 병원을 포함한 다양한 형태의 민간자본 참여 활성화 방안을 실현함.

□ 민간의료보험 확대

- 취약한 건강보험의 보장성 보완, 건강보험의 저수가 구조로 인한 기술 혁신 동기의 결여 문제를 해결함.
- 보충형 민간의료보험의 확대 : 실손보상 민간협 상품 판매, 세제혜택 확대 검토

□ 요양기관 당연지정제 폐지, 계약제로 전환

- 의료기관과 소비자의 선택권 보장을 위해 요양기관 당연지정제 폐지
 - 비영리병원에 대해서는 당연지정제 유지하되, 영리법인과 의원은 계약제 적용(전경련)
- 의료기관의 자율적 가격 책정을 보장함.

□ 의료관광산업 활성화와 병원의 해외진출 지원

- 의료관광산업 활성화를 위해 해외홍보방안 마련과 제도개선 추진
 - 이미 국제경쟁력을 확보하고 있으며, 관광산업과의 결합이 가능한 성형, 피부미용, 보철, 외래수술 등이 주된 대상이 될 것으로 전망
- 동남아와 중국 등으로 이루어지고 있는 국내 병원의 해외진출 지원 체계 마련
 - 2003년 한 해 동안 이루어진 국내 병원의 해외투자 규모는 230만 달러(한화 25억원)로 이 가운데 76.1%인 175만 달러가 중국에 투자(전경련, 2003)

3. 의료서비스부문의 현황과 과제

1) 국내 의료서비스 현황

□ 의료기관 현황 : 급성병상의 과잉

○ 급성병상이 전반적 과잉 상태, 이에 따른 경영 악화와 의료제공행태 왜곡 (과잉진료, 부당청구 등) 심화

- 총 67,436개소, 38만여명 직접 고용

- '03년 현재 급성병상 24,493병상 과잉, 장기요양병상 81,555병상 부족(한국보건산업진흥원, 2003)

※ '05년 한 해 동안 수도권 지역에서만 4,500개의 급성병상 신설 예정

- 인구 천명당 급성병상 수는 5.7병상으로 4.2병상인 OECD 평균의 1.4배 (OECD Health Data 2004)

- 급성병상 과잉에 따른 병원경영 악화 : 경쟁 격화에 따른 개원비용 상승, 병원 도산율 및 부채율 증가(병원협회에 따르면 '03년 현재 병원 평균 부채율은 140~292%)

표 1. 국내 보건의료기관 현황('03년 12월 현재)

종류 \ 개수	기관 수	병상 수
종합병원	283	111,791
병원	803	115,793
요양병원	68	5,346
의원	23,547	96,214
치과병의원	11,659	208
한방병의원	8,863	11,874
조산원	70	82
보건기관	3,416	
약국	18,727	
합계	67,436	341,308

□ 의료서비스 이용 현황 : 의료서비스의 과잉 이용

○ 외국에 비해 의사방문 횟수와 재원일수가 1.5~2배 더 많은 편

- 과잉진료를 조장하는 '행위별 수가제'와 '주치의 제도 미비'가 주 원인

표 2. 국내 의료서비스 이용 현황(OECD Health Data 2004)

분 류	국 가	한국	OECD 평균
국민 1인당 의사방문 횟수		10.6	7.3
국민 1인당 급성병상 재원일수		11.0	6.5

- 의료서비스 분야의 고용 현황 : 낮은 고용유발 효과
- 병상당 고용자 수가 0.9명으로 외국에 비해 의료서비스 분야의 고용유발 효과가 낮은 편
- 고용유발 효과가 높은 요양병원, 노인요양서비스, 간병서비스 등이 미비한 것이 주 원인

표 3. 주요 국가의 병상당 고용자 수(OECD Health Data 2003)

영국	미국	노르웨이	캐나다	호주	독일	한국
5.70명	4.82명	4.26명	3.70명	2.60명	1.61명	0.9명

- 의료서비스의 질적 수준 : 질적 불균등성 심각
- 특정 분야와 특정 병원에 집중된 기술개발
 - 비급여항목과 대형·전문병원에 국한³⁾ : 일부 의료는 이미 세계 최상의 수준
 - '최상의 의료'와 '최악의 의료'가 혼재
 - 국내 의료서비스 전반에 대한 신뢰 하락 초래
- 의료기관의 자발적인 질 향상 동기 결여
 - 의료진의 부적절 의료행위 때문에 발생한 원내감염, 병원 실수로 인한 재검사 등이 모두 병원의 수익으로 연결
- 의료서비스의 질적 수준 : 미국 대비 76% 수준(한국보건산업진흥원, 2004)
- 제약, 의료기기 등 유관산업과의 관련성 : 장비의 과잉 투자와 높은 수입

3) 현행 제도 하에서도 고급의료서비스 제공은 사실상 무제한적으로 가능하며, 이를 통한 해외환자 유치도 가능함. '고급의료'를 둘러싼 논의의 본질은 '고가장비 확충과 시설 고급화를 위한 추가 재원 확보'임.

의존성

○ 고가의료장비의 과잉 공급

- 주요 국가에 비해 고가의료장비 과다 보유

※ 대당 100~200억원 하는 PET를 45대 보유, 유럽의 경우 국가당 2~4대 수준

- 의료자원의 효율적 활용과 국민의 적정 의료이용 저해

표 4. 주요 국가의 인구 백만명당 고가의료장비 보유 현황(OECD Health Data 2003)

구분	한국 ('02)	캐나다 ('01)	독일 ('97)	미국 ('00)	프랑스 ('00)	일본 ('99)
CT	30.9	9.5	17.1	13.1	9.6	84.4
MRI	7.9	3.5	6.2	8.1	2.6	23.2

○ 제약, 의료기기의 높은 수입의존성

- 다국적 제약회사의 시장 점유율 : 50%(직접 지배 30%, 간접 지배 20%)

- 의료기기 내수시장 중 수입 비중 : 65.6%

- 높은 수입의존성으로 인해 국내 의료서비스의 가격경쟁력 약화 및 수가·약가의 불필요한 인상에 따른 국민부담 증대

※ 수가에는 의사의 기술료, 재료비, 장비 및 시설비 포함, 약가는 G7 평균 약가를 기준으로 산정

※ 우리나라의 경우, 약제비가 의료비의 30% 차지, 선진국은 15% 수준

○ 의료서비스와 유관산업과의 선순환 관계 미흡

- 의료서비스 활성화가 제약, 의료기기의 수입 증대로 귀결

□ 의료서비스 관련 해외 유출·유입 현황

○ 해외원정진료로 연간 1,000억원 가량 유출

- 해외원정진료의 50~70% 가량이 외국국적 취득을 위한 원정출산

○ 국내병원의 해외 직접투자는 '03년 한 해 동안 230만 달러 규모, 이 중 76.1%가 중국으로 투자(전경련, 2003)

○ 해외환자 유치는 성형, 피부미용, 척추수술 등 일부 분야에 국한

□ 국민의료비 지출 현황 : 향후 국민의료비 급증 예상

- 인구 고령화로 인해 국민의료비 지출 급증 예상
 - '01년 32조3천억원에서 '20년 171조원으로 증가 예상

표 5. 연도별 국민의료비 증가 추이(한국보건사회연구원, 서울대 보건대학원)

년 도 \ 항 목	1990	1995	2001	2020
GDP 대비 비중	4.8%	4.7%	5.9%	11.4%
국민의료비	7조9천억원	16조5천억원	32조3천억원	171조

- '04년 건강보험 관련 지출 추정(보건복지부, 국민건강보험공단)
 - 보험자 부담 : 16조989억원 (56.4%)
 - 본인부담 : 12조4452억원(43.6%)
 - (법정본인부담 6조3,656억원, 비급여본인부담 6조799억원)
- ※ 2000년 이후 보험자 부담 지출은 연 평균 16% 증가

2) 국민의료에 있어서의 궁극적 과제

□ 궁극적 과제

- 아래 그림은 이러한 보장성 및 공공성의 강화를 위한 근본적인 접근방안을 정리해 본 것임. 이 그림의 핵심은 결국 국가에 의한 공공의료기반 확충 및 전달체계 개편과 건강보험제도 상의 수가·보험료 결정체계 정상화, 보험재정지출 요인의 엄격한 통제 및 공단의 서비스 기능 강화 등을 통하여 근본적으로 보험료율을 정상적인 수준까지 올리고 재정을 안정화시킴으로써 건강보험제도 상의 선순환(善循環)을 기하게 되는 것임.

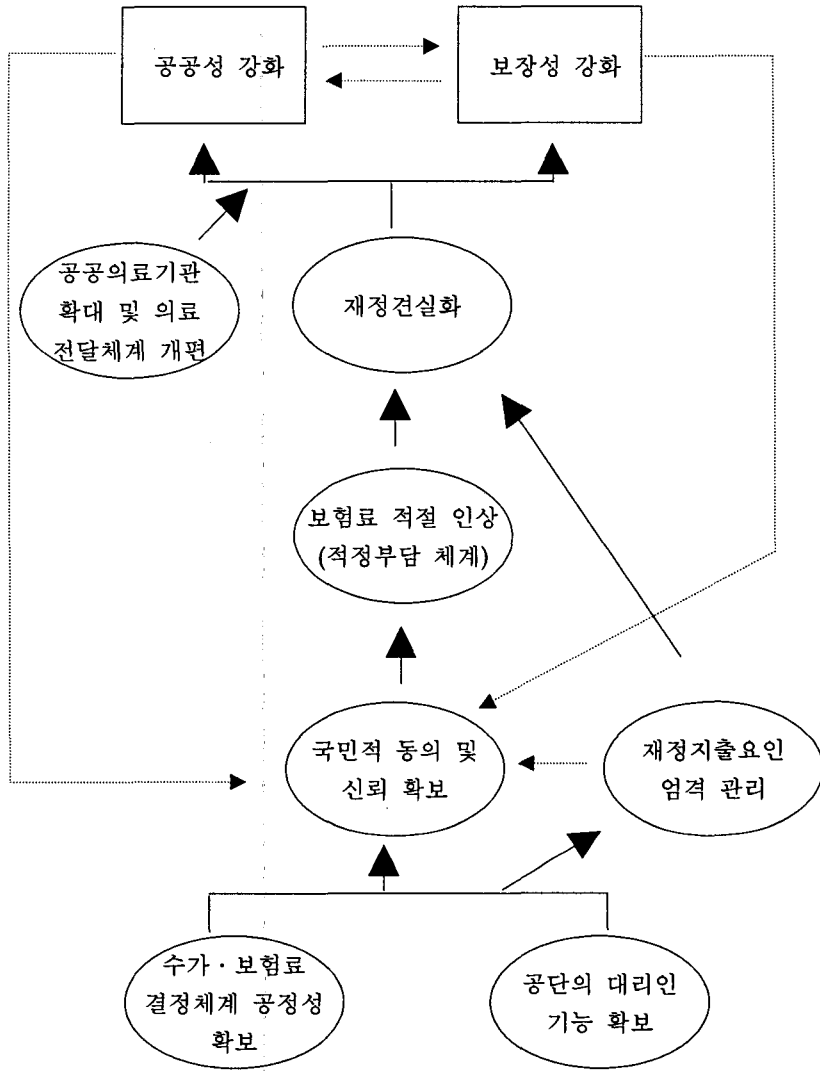


그림 1. 국민의료의 보장성 및 공공성 강화를 위한 선순환 체계
출처 : 이태수, "건강보험의 발전 방향", 보건·의료인 연찬회, 2004. 9. 3.

- 그러나 이러한 발전방안의 전망과는 달리 참여정부는 출범 2년차부터 경제 부진의 탈피책으로서 동북아 허브 경제에 박차를 가하면서 경제특구에 영리법인을 허용하는 정책을 전격 추진함으로써 의료의 공공성 확보라는 대명제의 실현에 우려를 자아내고 있음.

4. '의료서비스산업화론'의 한계와 우려점

1) 영리법인 허용의 문제점과 영향력

가) 관련 현황

□ 법적 근거

○ 개인병원을 제외한 비영리법인은 이윤 배당과 해산시 잔여재산 배분이 법적으로 금지

<의료법>

제3장 의료기관 제1절 의료기관의 개설

제30조 (개설) ②다음 각호의 1에 해당하는 자가 아니면 의료기관을 개설할 수 없다. 다만, 제1호의 의료인은 1개소의 의료기관만을 개설할 수 있으며, 의사는 종합병원·병원·요양병원 또는 의원을, 치과의사는 치과병원 또는 치과의원을, 한의사는 한방병원·요양병원 또는 한의원을, 조산사는 조산원만을 개설할 수 있다.

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

제2절 의료법인

제44조 (민법의 준용) 의료법인에 관하여는 이 법에 규정한 것을 제외하고는 민법중 재단법인에 관한 규정을 준용한다.

<의료법 시행령>

제18조 (의료법인등의 사명) 의료법인 및 법 제30조제2항제4호의 규정에 의하여 의료기관을 개설한 비영리법인은 의료업(법 제42조의 규정에 의하여 의료법인이 행하는 부대사업을 포함한다)을 행함에 있어서 공중위생에 기여하여야 하며, 영리를 추구하여서는 아니된다.

<민법>

제32조 (비영리법인의 설립과 허가) 학술, 종교, 자선, 기예, 사교 기타 영리 아

년 사업을 목적으로 하는 사단 또는 재단은 주무관청의 허가를 얻어 이를 법인으로 할 수 있다.

제80조 (잔여재산의 귀속) ①해산한 법인의 재산은 정관으로 지정한 자에게 귀속한다.

②정관으로 귀속권리자를 지정하지 아니하거나 이를 지정하는 방법을 정하지 아니한 때에는 이사 또는 청산인은 주무관청의 허가를 얻어 그 법인의 목적에 유사한 목적을 위하여 그 재산을 처분할 수 있다. 그러나 사단법인에 있어서는 총회의 결의가 있어야 한다.

③전2항의 규정에 의하여 처분되지 아니한 재산은 국고에 귀속한다.

<의료법인 설립 및 운영지침(보건복지부) - 의료법인 정관>

제28조(잔여재산의 처분) 이 법인이 해산한 때의 잔여재산은 해산 당시의 이사회 또는 청산인회에서 재적인원 4분의 3 이상의 찬성으로 의결하고 시·도지사의 허가를 받아 이 법인의 설립목적과 유사한 목적을 가진 비영리법인에 기증 처분하거나 국가 또는 지방자치단체에 귀속 처분한다.

○ 영리법인 허용에 대한 헌법재판소의 판결(헌재 2005. 3. 31. 2001헌바87 결정)

헌법재판소는 의료인, 의료법인 등 일정한 자만 의료기관을 개설할 수 있도록 규정하고 있는 의료법 제30조 제2항 등의 규정에 위반한 자 부분(이하 '이 사건 법률조항들'이라 한다)이 위헌이 아니라고 결정

결정 근거 : '국가는 국민의 건강을 보호하고 국민에게 적절한 의료급여를 보장해야 하는 사회국가적 의무를 지고 있다. 즉 보건의료는 단순한 상거래의 대상이 아니라 사람의 생명과 건강을 다루는 중대한 것으로, 의료기관을 개설하는 주체에 대한 규율이 가지는 사회적 기능이나 사회적 연관성은 매우 크다. 의료인이 아닌 일반 개인과 영리법인의 의료기관 개설을 허용할 경우, 의료기관의 명칭 아래 의료인 아닌 자에 의한 무면허의료행위가 성행할 우려가 있으며, 의료기관의 경영주체와 의료행위를 하는 의료인이 분리됨에 따라서 보건의료의 질이 저하되거나 지나친 영리위주의 과잉 의료행위 등 진료왜곡, 의료자원 수급 계획의 왜곡, 소규모 개인 소유 의료기관의 폐업, 투자자의 자본 회수 등에 따른 의료기관 운영의 왜곡 등이 발생할 우려가 있다. 우리나라의 취약한 공공의료의 실태, 국민건강보험 재정 등 국민보건 전반에 미치는 영향, 보건의료서비스의 특성, 국민의 건강을 보호하고 적절한 의료급여를 보장할 사회국가적 의무 등에 비추어 보면, 의료의 질을 관리하고 건전한 의료질서를 확립하여 국민의 건강을 보호 증진하고, 영리 목적으로 의료기관을 개설하는 경우에 발생할지도

모르는 국민 건강상의 위험을 미리 방지하기 위하여 이 사건 법률조항들에 의하여 의료인이 아닌 자나 영리법인이 의료기관을 설립하는 자유를 제한하고 있는 입법자의 판단이 입법재량을 명백히 일탈하였다고 할 수 없다'

□ 의료기관의 설립주체별 현황

- 기관수를 기준으로 할 때, 공공병원은 10.6%, 비영리법인 병원은 41.8%, 개인병원은 47.6%를 차지

표 6. 설립주체별 병원 현황 및 병상 규모

설립주체 구분	해당 병원	병원 수 (비율)	설립주체 구분별 병상 규모 비율				
			80병상 미만	80-199 병상	200-299 병상	300병상 이상	
공공병원	국립의료원, 국립암센터, 보훈병원, 국립대병원, 지방공사의료원 등	115 (10.6%)	4.0%	22.8%	21.8%	51.5%	
비영 리법 인	학교법인	가톨릭대병원, 고려대부속병원, 세브란스병원 등	72 (6.6%)	9.6%	8.2%	11.0%	71.2%
	재단/사회 복지법인	삼성서울병원, 서울아산병원, 전주예수병원 등	83 (7.6%)	27.2%	17.3%	24.7%	30.9%
	의료법인	삼성제일병원, 강북삼성병원, 이대목동병원, 강동성심병원, 길병원 등	299 (27.5%)	23.9%	31.1%	21.8%	23.2%
개인병원	우리들병원, 미즈메디병원, 세종병원, 강동성모병원, 강남e병원 등	518 (47.6%)	52.5%	34.3%	11.0%	2.2%	

자료 : 대한병원협회, 2004년 전국병원명부/건강보험심사평가원, 2003년 요양기관현황
자료

□ 비영리법인 병원에 대한 지원

- 개인병원과 비교할 때, 비영리법인 병원은 부가세와 지방세 등 세제 감면 혜택

- 100병상 규모의 개인병원과 의료법인의 세금 차이 : 연간 수천만원 이상으로 추정

표 7. 설립주체별 의료기관의 세금 종류별 납세의무

구분	국세				지방세							
	소득세	법인세	상속세	부가세(양도세)	재산세	종토세	면허세	취득세	등록세	도시계획세	공동시설세	사업소세
의원	○	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
개인병원	○	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
사단법인	×	○	×	×	○	○	○	○	○	○	○	○
재단법인	×	○	×	×	○	○	○	○	○	○	○	○
의료법인	×	○	×	×	×	×	×	×	△	×	×	○
사회복지법인	×	○	×	×	×	×	×	×	△	×	×	○
학교법인	×	○	×	×	×	×	×	×	△	×	×	×
공공의료법인	×	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×

※ ○ 과세 × 비과세 △ 일부과세

□ 외국 영리법인 병원 현황

○ 미국의 현황

- 연방통상위원회의 연방독점금지법 위반 결정으로 주식회사 병원 설립 허용
- '80년대 중반 이후 영리법인 병원 증가하여 전체 병상의 11% 차지(공공병상 24%, 비영리병원 병상 65%)

○ 일본의 현황

- 현행법상 영리기업의 병원 경영은 금지
- ※ 주식회사 병원 설립 허용을 둘러싼 논란 진행 중 : 후생성·의사협회·병원협회는 반대, 경제부처·재계는 찬성
- '지분 있는 의료법인' 허용 : 이윤 배당은 금지, 해산시 출자자의 지분은 인정

○ 싱가포르의 현황

- 전체 병원의 20%에 해당하는 민간병원의 영리활동 허용(전체 병원의 80%가 공공병원)

나) 영리법인 허용의 유형

□ 영리법인 허용 범위에 따른 유형

○ 전면 허용 : 의료법에 의료기관 개설 주체로 '영리법인'을 추가

- 우선 대상 : 기존 개인병원과 신규 개설병원

- 기존 비영리법인 병원의 전환 가능성 : 민법에 의거, 병원 재산을 국고로 귀속한 후 재매입을 통해 영리법인으로 전환 가능('03년 병원협회는 비영리법인 병원의 영리법인 전환을 허용하는 특례 규정 요구)

※ 대다수 병원이 자본잠식 상태이므로 서류상의 국고 귀속 절차만으로 영리법인으로의 전환 가능

- 영리법인 병원으로의 전환 가능 규모 : 전체 병원의 82.7%가 전환 가능 대상병원

○ 특정 지역에 국한 : 국제자유도시, 기업도시, 경제자유구역 등 특정 지역에 국한된 '영리법인' 설립 허용

- 전국이 1일 생활권이므로 지리적 격리의 의미 없음(제주도 제외)

- 특정 지역 이외의 병원으로부터 특혜 논란 제기

○ 특정 병원에 국한 : 특정 시술의 빈도가 일정 비율(예 : 전체 진료의 70% 이상) 이상인 전문병원

- 척추전문병원, 대장외과 전문병원, 라식전문병원, 치과 임플란트 전문병원 등

- '특정 시술' 선정에 둘러싼 형평성 논란

- 대규모 시설과 장비가 필요한 고난이도 시술(예 : 장기이식수술)은 포함 불가능(고난이도 시술은 다양한 진료과가 구비된 종합병원 이상의 의료기관에서 제공 가능)

○ 특정 진료분야에 국한 : 성형외과, 피부과 등 특정 진료과에 국한해 허용

- 단과 전문병원 외에는 기술적으로 적용하기 힘들.

□ 병원 규모에 따른 유형

○ 병상 규모에 따른 선별적 허용

- 예 : 의원과 의료법상 병원(30병상 이상 - 100병상 미만)에 한해 허용

□ 자본 동원방식에 따른 유형

○ 자본의 직접 투자 제한

- '가칭) 의료산업투자펀드'를 구성, 이를 통해 병원 투자
- 기금을 통해 일정 비율의 수익을 투자자에 배당

○ 자본의 직접 투자 허용

- 유한책임의 주식회사 병원, 무한책임의 합명회사(예 : 법무법인, 회계법인), 유한책임 /무한책임의 합자회사 등

다) 영리법인 논의에서의 고려점

□ 우리나라의 의료기관의 구성

- 현재 의료공급의 90%가 민간에 의해 제공되고, 10%정도만이 공공에 의해 제공되는 여건에서 영리의료법인까지 허용하는 것은 사실상 정부로 하여금 공공의료를 통한 국가보건의정책을 포기하라는 것이나 마찬가지임.

- 이러한 상황에서 영리의료법인을 허용할 경우 소수의 거대자본이 영세한 민간의료기관을 흡수·합병하는 상황으로 진전될 수 있음. 이는 정부가 의료의 공공성을 내세워 형평성과 효율성의 관점에서 각종 정책을 펴는데 장애로 작용하여 거시적 효율성을 떨어뜨릴 것임
- 실제, 현재의 영리법인허용 논의가 WTO/DDA에서 제기되기는 하였으나, 시장개방압력에 따른 외국병원진출과 영리의료법인 허용압력은 사실상 미비한 수준에 그치고 있음. 그러나 이러한 외부적 요인에 편승하여 민간의료기관이 영리목적하에 보건의료에 대한 규제를 철폐하고자 하는 의도가 더 문제임

※ WTO/DDA 협상에 따라 우리나라에 양허요구서나 양허안을 제출한 국가는 많지 않고, 특히 미국, 유럽연합, 일본, 캐나다 등 주요국들은 보건의료서비스 분야에 대하여 공공성을 이유로 양허하지 않거나 추가 양허를 하지 않는다는 방침을 정한 바 있음(김창엽 2004).

- 다시 말해, 공공에 의한 의료제공이 10% 수준인 우리나라 상황에서 영리의료법인까지 허용하는 것은 보건의료가 내재적으로 갖는 특수성(예, 정보의 비대칭성과 이에 따른 공급자에 의해 수요 창출)에 대해 정부가 방관하는 것으로 극심한 비효율성을 초래할 것임.
- 아래 <표 8>에서 볼 수 있는 바와 같이 우리나라가 영리의료기관을 허용하면 단 기간에 영리목적의 자본이 의료기관을 새로 설립하거나, 인수합

병을 통해 시장을 지배하는 형태로 발전하게 되면 민간영리병원 비율인 10.8%인 미국을 훨씬 상회할 것임.

표 8. 주요국의 병원소유 형태

	캐나다	영국	프랑스	독일	네덜란드	스웨덴	미국
소유 형태별 (%)	공공: 100	공공: 91.3 민간영리: 8.7	공공: 75 민간비영리: 5 민간영리: 19	공공: 62.3 민간비영리: 33.9 민간영리: 3.8	공공: 15 민간비영리: 85	공공: 100	공공: 18.2 민간비영리: 71 민간영리: 10.8
관리 주체	주정부	지방 보건국	보건부	주정부	중앙 및 지방정부	주병원 이사회	병원 경영진

출처: OTA (1995), Hospital Financing in Seven Countries

표 9. 우리나라 의료기관의 개설주체별 분포, 2002

영리성	개설주체	계	종합병원	병원
비영리	공공	11.3	21.0	7.4
	학교법인	7.4	22.8	1.4
	재단·사회복지법인	8.2	9.8	7.6
	의료법인	27.7	30.1	26.7
영리*	개인	45.4	16.3	56.9
계(%)		100.0	100.0	100.0
의료기관 수		975	276	699

출처: 조병희 외 (2004), 의료시장개방이 우리나라 건강보험체계에 미치는 영향.

* 법률상 비영리이나 개인이 영리의료법인이 아닌 의료기관을 설립, 실질적으로 영리를 추구하는 의료기관을 말함

□ 건강보험의 보장성 수준

○ 현재 우리나라 건강보험은 세계적으로 보장성이 낮은 수준임. 이 문제를 해결하기 위해서는 보험료 인상을 통해 건강보험 재정을 대폭 확충하고 보건의료제공체계 전반의 효율성을 향상시켜야 함. 이 상황에서 영리의료법인의 출현을 허용하는 것은 국민의료비의 급속한 팽창을 초래하여 건강보험의 보장성을 끌어올리는데 큰 장애로 작용할 것임.

- 현재 세계에서 가장 많은 영리의료법인을 운영하고 있는 미국의 경험에서

볼 때, 비영리의료기관보다 영리기관의 의료비가 더 높다는 사실이 이를 반증하고 있음.

- 실제로 미국 Princeton 대학의 Reinhardt 교수가 수행한 의료기관 소유형태에 따른 경제성분석에 의하면, 영리의료법인이 비효율적인 것은 여러 관점에서 찾을 수 있지만 세계에서의 차이 때문에 영리의료기관이 비영리기관에 비해 훨씬 비효율적일 수밖에 없다고 함
- 의료기관 개설을 위해 4백만 달러 투입, 의료기관 당 연간 제공할 수 있는 서비스는 3,100개(단위)로, 1단위당 수입은 700달러, 소득세율 35% (단 자산세는 제외함)로 전제하고 실험한 결과, 비영리기관의 서비스 제공에 대한 손익분기점이 영리기관에 비해 낮게 나타났음.

표 10. 영리기관과 비영리기관의 손익분기점 비교

재정에 대한 비용이율	손익분기점 가격		
	영리의료기관	비영리의료기관	비영리기관 대비 영리기관의 가격 비율
8%	\$695	\$666	104.4%
10%	\$720	\$683	105.4%
12%	\$745	\$701	106.3%
14%	\$772	\$719	107.4%

출처: Reinhardt (1999), 'The Economics of For-Profit and Not-For-Profit Hospitals', Health Affairs, Vol. 19, No. 6.

- 영리기관은 높은 손익분기점으로 인한 적자를 면하기 위해 의료비를 높게 책정하는 등의 방법으로 대응할 것임
- 이 경우 예상되는 영리의료기관의 행태로는 다음과 같은 것을 들 수 있으며 모든 것이 사회적 낭비로써 불필요한 국민부담으로 귀결된다는 점임
 - i) 건보수가 인상압력, 진료량(volume) 늘리기
 - ii) 비급여항목 개발하는데 주력하게되어 국민의료비 폭증
 - iii) 기존의 서비스와 비슷한 서비스를 일부 차별화하는(기존의 재료를 개량한 것을 사용하는 방법 등)방법으로 높은 진료비를 부과 → 의사와 환자간 정보의 비대칭성 때문에 가능
 - iv) 당연지정제에서 탈퇴시도, 민간의료보험과 연계체계구축으로 서민층

까지 수요확대를 꾀함

□ 영리의료기관의 효율성 수준

- 영리의료기관의 높은 행정비용 또한 사회적 비효율을 증대시켜 국민의료비를 증가시키고 건강보험의 재정불안을 촉발할 것임. 이는 전체적으로 의료보장제도의 보장성을 떨어뜨리는 것으로 귀결됨
- 미국 영리병원들의 행정비는 총의료비의 34%(Hart,2004).

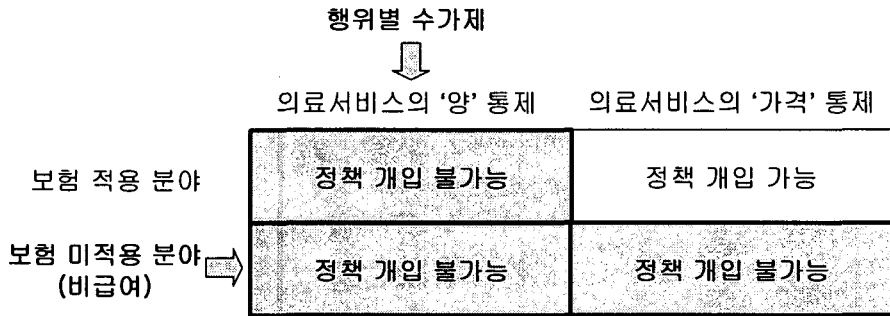
※ 대부분 국가에서의 공공병원행정비용은 10%이내이고, NHS 병원의 행정비용은 6% 수준임

- 실제로, 남미 여러 국가들이 1980년대 공보험체계가 취약한 상황에서 시장원리를 접목한다는 이유로 경쟁적으로 의료시장을 개방한 결과 현재는 미국 의료자본의 식민지화로 전략하였음
- 최근 한국을 방문한 Harvard 보건대학원의 William Hisao 교수도 한국에서 민간보험을 확대하고 외국자본을 허용하는 것은 매우 위험하다고 경고한바 있음.

라) 영리법인 허용의 영향

□ 국민의료비 지출에 미칠 영향

- 국민의료비 적정화를 위한 정책 실행의 어려움
- 행위별 수가제와 비급여 항목의 개선이 동반되지 않을 경우, 국민의료비 증가의 주요인으로 작용할 것
- ※ 미국의 경우, 영리법인 병원이 본격화되던 시기에 보수지불제도를 포괄수가제/인두제로 개편, 연방정부 차원의 질 향상 활동 강화



○ 장비의 과잉투자과 과잉진료

- 수익 창출을 위해 고가장비 과잉투자 및 과잉진료의 가능성 증대

○ 의료서비스의 가격 인상

- 미국의 경우, 영리법인이 비영리법인에 비해 의료서비스 가격이 17~24% 더 비싼 것으로 보고
- 국내 사례 : 지방공사의료원을 민간위탁한 이후 진료비 2~3배 이상 증가

표 11. 민간위탁 이후의 입원환자 1인 1일당 진료비 변화(단위 : 원, 음영은 민간위탁 기간)

의료원	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
비민간위탁 의료원	53,882 (100)	57,261 (106)	67,708 (126)	68,852 (128)	74,758 (139)	83,730 (155)	80,839 (150)	81,634 (152)
군산의료원	49,194 (100)	52,882 (107)	57,386 (117)	62,225 (126)	58,663 (119)	62,578 (127)	91,298 (186)	91,499 (186)
마산의료원	27,095 (100)	28,357 (105)	42,042 (155)	40,950 (151)	116,123 (429)	117,703 (434)	107,825 (398)	102,739 (379)
이천의료원	37,119 (100)	36,893 (99)	45,993 (124)	46,335 (125)	52,367 (141)	107,276 (289)	109,328 (295)	103,869 (280)

□ 의료서비스의 질적 수준에 미칠 영향

○ 고급의료, 편의시설 중심의 질적 향상

- 비급여 서비스와 특실·식대·부가서비스 등 편의시설 중심의 질 향상
- 첨단 고가의료 활용 증대

○ 영리법인 병원의 의료서비스에 대한 부정적 보고

- 2004년 US News & World Report에서 발표한 'Best Hospital 2004' : 영리병원은 단 한 곳도 베스트 병원에 포함되지 못함.
- 미국의 「소비자 리포트」는 비영리병원의 경우, 의료수익의 90%를 환자들에게 사용 하였지만, 영리병원은 79%만 의료에 투자했고 나머지는 광고와 투자자들에 대한 배당금에 할당하였다고 지적
- 미국내 최대 영리기업인 Columbia/HCA의 산하병원 196개 중 의학연구, 교육기능을 수행하는 병원은 없는 것으로 조사됨('94).
- 미국의 의료기관별 행정비용 비중('97) : 영리병원(34.0%) > 비영리병원(24.5%) > 공공병원(22.9%)

○ 의료서비스의 질적 불균등성 심화 가능성

- 특정 분야와 병원을 중심으로 질적 향상이 이루어지면서, 의료기관간의 질적 불균등성 심화 가능

표 12. 2004년도 미국 베스트병원 랭킹

순위	병원명	운영 형태	병상
1	Johns Hopkins Hospital, Baltimore	비영리병원	900
2	Mayo Clinic, Rochester, Minn.	비영리병원	797
3	Massachusetts General Hospital, Boston	비영리병원	893
4	Cleveland Clinic	비영리병원	1,045
5	UCLA Medical Center, Los Angeles	주립병원	592
6	Duke University Medical Center, Durham, N.C.	비영리병원	746
	University of California, San Francisco Medical Center	비영리병원	546
8	Barnes-Jewish Hospital, St. Louis	비영리병원	904
9	New York-Presbyterian Hospital	비영리병원	2,146
	University of Washington Medical Center, Seattle	주립병원	386
11	University of Michigan Medical Center, Ann Arbor	비영리병원	755
12	Brigham and Women's Hospital, Boston	비영리병원	725
13	Hospital of the University of Pennsylvania, Philadelphia	비영리병원	633
14	Stanford Hospital and Clinics, Stanford, Calif.	비영리병원	433

□ 건강보험제도에 미칠 영향

○ 의료서비스 과잉이용·과잉진료에 따른 건강보험 재정 지출 증가 가능성

○ '요양기관 당연지정제' 폐지 요구 증대

- 영리법인의 수익 극대화를 위해서는 의료서비스 전체의 가격을 병원이 자율 결정할 수 있어야 함 ==> 요양기관 당연지정제 폐지 요구 증대

□ 경제 활성화에 미칠 영향

○ 고용창출

- 신규 영리병원 설립 : 신규 고용창출 가능
- 기존 비영리병원의 영리병원 전환 : 신규 고용창출 규모가 크지 않음(수익 극대화를 위해 인건비 비중을 줄일 경우, 고용 불안정성 증가 가능)
※ 국내 병원의 의료원가 대비 인건비 비중 : 39.6%

○ 기업의 복지비용과 가계부담

- 영리법인을 통한 의료서비스 가격 인상과 민간의료보험 확대가 동시에 이루어질 경우, 기업 복지비용 증대로 인한 기업경쟁력 약화와 가계 부담 증대로 인한 가계 구매력 저하 가능

2) 민간의료보험 활성화의 문제점과 영향력

가) 관련 현황

□ 민간의료보험 유형

○ 생명보험의 민간의료보험 : 정액보상

- 보험사고 발생시, 사전 약정된 정액 지급 (예 : 암 진단시 1,000만원)
- 전체 민간의료보험의 85% 차지
- '05년 8월 30일부터 실손보상 보험상품 판매 허용

○ 손해보험의 민간의료보험 : 실손보상

- 보험계약금액 한도 내에서 본인부담금 전액 혹은 일정 비율을 실비로 보상

□ 민간의료보험 규모

- '05년 현재 민간의료보험의 보험료 수입은 10조6683억원으로 추정(정기택, 2005)
 - '04년 현재 건강보험 전체 수입의 47% 수준
- 건강보험 입원 분야의 본인부담 전체 합계를 2배 이상 초과('04년 건강보험 입원 분야의 본인부담 합계는 약 4조원 규모)
 - ※ 대부분의 민간의료보험은 입원 분야의 본인부담 보장

표 13. 민간의료보험 규모 추정

	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년
보험료 수입	4조5804억원	5조6593억원	6조9912억원	8조6369억원	10조6683억원

- '04년 현재 GDP 대비 민간의료보험 지출 비중 : 1.1%
 - 프랑스 : 0.4%, 영국 : 0.2%, 독일 : 1.0% (OECD Report, 2004)
- 민간의료보험의 월 평균 보험료 및 가입 현황
 - 민간의료보험 가입자의 월 평균 보험료 : 9만3천3백원(국민건강보험공단, 2005)
 - ※ '04년 현재 국민건강보험의 월 평균 보험료는 3만3천425원
 - 2003년 생명보험협회의 조사에 따르면, 전체 가구의 88.5%가 민간의료보험 가입(특약 포함)

□ 현행 민간의료보험의 문제점

- 민간의료보험의 취약한 보장성
 - '03년 생명보험의 민간의료보험 상품의 평균 지급률은 62.1%, 즉 100을 거두고 62 가량을 가입자에게 돌려주는 것
 - 이에 반해 국민건강보험은 100을 거두고 108 가량을 가입자에게 돌려줌 (::국고지원금과 담배부담금 지원).
 - 최근 흡소평을 통한 저가 민간의료보험 상품 판매가 늘어나면서 보장성 문제 더욱 취약

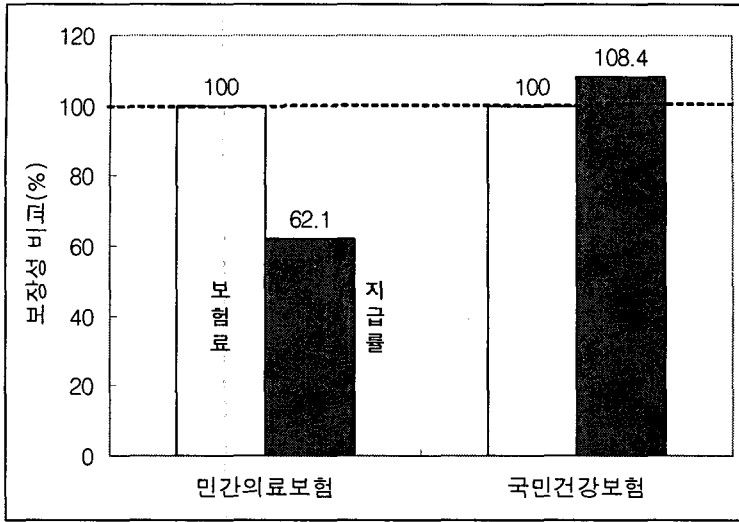


그림 2. '03년 민간의료보험과 국민건강보험의 보장성 비교
 자료 : 보험개발원, 건강보험통계연보

○ 합리적 구매결정을 위한 상품정보 제공 미흡

- 비교적 단순 명확한 보험사고를 다루는 생명보험과는 달리, 질병보험의 대상은 매우 복잡 ==> 상품정보 제공의 중요성이 크지만, 구매자를 위한 상품정보 제공은 매우 취약
- 보험업법상, 생명보험협회와 손해보험협회에서 상품 비교정보를 제공하도록 되어 있으나, 정보의 내용이 부실할 뿐 아니라 그조차도 일부 상품만 공시
- 상품 간의 보장성 편차와 가격 편차가 매우 크지만, 구매자가 이를 확인할 수 있는 수단 부재
- 특히, 보험상품의 가격정보를 제공하지 않음으로써 보험상품 간의 건전한 가격경쟁 저해

표 14. 암보험 상품의 보장성 및 가격비교(단위 : 만원, 34세 남성 기준)

항목	세항목	국내 S생명 (설계사용)	국내 S생명 (TM용)	외국 L생명 (TM용)
월 보험료(20년 만기, 10년납, 월납)		19,400원	19,210원	19,500원
진단 급여	고액치료비 관련 암 진단	5,000*	3,400**	3,000**
	고액치료비 관련 암 이외의 암	3,000*		
	경계성 종양	900*	1,020**	600**
	기타 피부암, 상피내암	300*	340**	300**
입원 급여	암 치료 목적으로 입원 1일당	5	8.5	-
	경계성 종양, 기타 피부암, 상피내암	2	3.4	-
통원 급여	암 치료 목적으로 통원시 1회당	2	3.4	-
방사선치료	암 진단확정 후 방사선 최초 치료시	100	-	-
	2회 이후 방사선 치료시	10	-	-

* 계약체결 후 1년 이내 발생시 50% 지급

** 계약체결 후 2년 이내 발생시 50% 지급

표 15. 생명보험 3사의 건강보험상품 비교공시 현황(2005년 4월 말 현재)

보험사	현재 판매 상품	비교공시	비고
삼성생명 (건강보험상품)	삼성닥터콜암		
	원터치의료보장 1종		
	원터치의료보장 2종		
	삼성실버케어		
	삼성리빙케어		
	비추미암	0	
	원클릭자녀사랑		
	어린이닥터케어 1종, 2종	△(1종)	
	어린이닥터케어 3종		
		뷰티플의료보장보험	(현재 미판매 상품)
	브라보의료보장보험	(현재 미판매 상품)	
대한생명 (보장보험과 어린이보험 중 건강보험상품)	대한사랑모아CI보험		
	웰빙실버간병보험		
	참좋은의료보장보험		
	참좋은건강보험		
	참좋은암보험		
	대한사랑나무건강보험	0	
	주니어CI보험		
	하이굿모닝건강보험	(현재 미판매 상품)	
교보생명 (암/건강보험과 어린이보험 중 건강보험상품)	교보다사랑유니버설CI보험		
	참사랑효보험	0	
	교보웰빙건강보험		
	교보에듀케어보험		
	교보어린이CI보험	0	
합계	총 22종	5종	비교공시율 : 22.7%

○ 필요 이상의 과다 민간의료보험 구매

- 구매자가 보험을 통해 보장받을 수 있는 리스크의 최대 크기는 '04년 현재 4조원 규모인데, 보험 상품 구매에 지출한 비용은 8조6천억원
- 실손보상 보험상품 판매가 본격화될 경우, 초과보험(Over-insurance) 상태에 빠질 가능성
- 가계의 기회비용을 상쇄시킴으로써 타 재화의 소비를 위축시키는 결과 야기

○ 민간의료보험과 공보험의 영역 설정 미비

- 본인부담 전체를 보상하는 민간의료보험 상품 판매 허용
- OECD에서는 본인부담 전체를 보상하는 민간의료보험은 공보험의 불필요한 지출 증가를 야기하므로 이 같은 유형의 민간의료보험을 피하도록 권고 (OECD, 2004)

나) 민간의료보험 확대의 유형

□ 보충형 민간의료보험 확대

○ 현행 민간의료보험의 확대를 위한 제도적 지원

- 가입자의 개인소득공제 한도 확대(현행 70만원) → 고소득층에 대한 세제 혜택 논란
- 단체보험 가입 활성화를 위해 기업의 손비 인정 허용
- 건강보험의 질병통계 활용 → 개인의 프라이버시 침해

○ 보충형 민간의료보험의 유형

- 건강보험의 비급여 영역만을 대상
- ; 비급여 본인부담 전체 보장 허용(프랑스), 법정 본인부담 보장은 불허(캐나다)
- 건강보험 급여 영역 보장 허용 : 공보험에서 보장하는 의료서비스도 민간의료보험을 통해 이용 가능(영국)

□ 대체형 민간의료보험 도입

○ '요양기관 당연지정제'와 '전국민 강제가입'이 폐지되어야 가능

○ 일정 소득계층 이상인 국민에 한해 건강보험 탈퇴 허용(독일)

다) 민간의료보험 확대의 영향

□ 건강보험의 재정 지출 증가

- 도덕적 해이를 방지하기 위한 최소한의 경제적 장벽마저 낮춰지면서 공보험 재정 지출 증가
- 2000년 공보험의 본인부담을 보장하는 보충형 민간의료보험을 도입한 프랑스의 경우, 공보험의 재정 지출 급증 : 민간의료보험에 가입한 사람이 그렇지 않은 사람에 비해 의료비 지출이 20% 이상 높은 것으로 분석

□ 건강보험의 보장성 확대 지연

- 보충형 민간의료보험이 건강보험의 취약한 보장성을 보완하는 것이 아니라 보장성 확대를 가로막는 장벽으로 작용할 가능성
- 1988년 미국 연방정부는 노인의료보험(Medicare)의 보장성을 확대하고자 했으나, 보충형 민간의료보험(Medigap)에 가입해 있던 중산층 이상의 반발로 무산
- 특히, 실손보상 민간의료보험 상품 판매가 본격화되면, 민간의료보험 구매자를 중심으로 공보험의 보장성 확대를 반대하는 경제적 동기가 집단적으로 형성

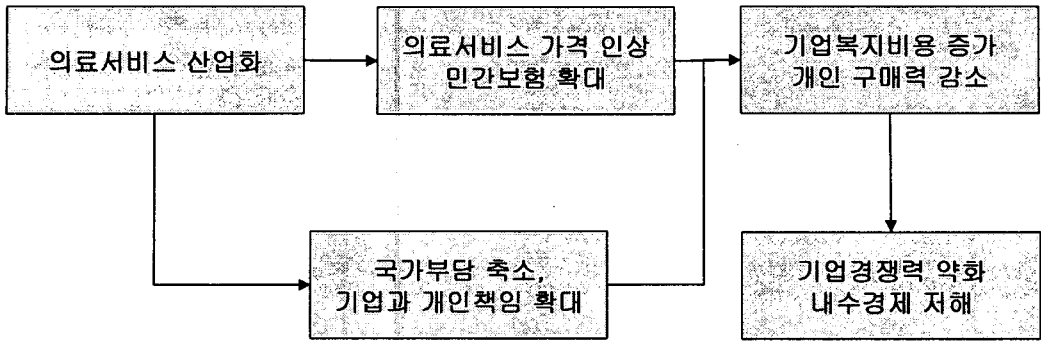
□ 고소득층의 건강보험 탈퇴 요구 증대

- 민간의료보험을 구매한 고소득층 중심으로 건강보험 탈퇴 요구 증대
- 실제 전국민 당연가입 폐지까지 이르지 않더라도, 국민건강보험의 정상적 발전을 저해하는 요인으로 작용할 가능성이 큼.

□ 기업 복지비용과 가계부담 증대

- 민간의료보험 과다 구매에 따른 가계 부담 증대
 - 보험사의 공격적 마케팅으로 2중, 3중 가입 확대
- 단체보험 확대에 따른 기업 복지비용 증대
 - 대기업 : 기존 복지비용을 단체보험으로 전환할 경우, 추가 지출 미미
 - 중소기업 : 단체보험 확대될 경우, 추가 지출 증가

3) 의료서비스산업화론의 결과



5. 결론 : 의료서비스부문의 '진정한' 발전 방안

□ 국민의료비 지출의 적정화 방안 강구

○ 미래의 불필요한 의료비 지출 적정화 방안 마련의 필요성

- 급성병상과 장비의 과잉 해소
- 장기요양병상의 확충 : 전체 급성병상의 20% 이상을 장기요양환자가 차지
- 비용절감형 보수지불제도의 도입 : 행위별 수가제를 포괄수가제/총액계약제/인두제 등으로 개편

○ 장비와 시설 투자의 양면성에 대한 검토

- 고급의료와 첨단의료 개발과 확산 촉진
- 불필요한 과잉진료로 인한 국민의료비 지출 증가, 의원급 의료기관의 질 관리 문제 발생

□ 의료서비스의 질적 수준 향상

○ 국내 의료서비스의 질적 불균등성 해소

- 의료서비스 전반의 질적 수준 향상, 국내 의료서비스에 대한 국민의 신뢰 확보

○ 의료기관의 자발적인 질 향상 촉진

- 의료서비스 질 평가와 이에 따른 인센티브 시스템의 도입 : '수가차등화'
- 과잉진료, 부당청구 억제 방안 : 보수지불제도의 개편

- 비영리병원의 장점을 극대화할 수 있는 제도적 지원방안 강구
 - 미국의 경우, 비영리병원의 질적 수준이 더 높은 것으로 보고

- 고급의료에 대한 수요 충족
 - 기본의료에 미칠 수 있는 부작용을 보완하는 가운데, 고급의료 수요 충족 방안 강구 (과잉투자의 문제점 동시에 고려)

- 의료서비스 분야의 고용창출 효과 제고
 - 의료서비스 분야의 '정상적' 확대를 통한 고용창출
 - 의료서비스의 왜곡을 조장하지 않는 의료서비스 분야 확대 방안 강구
 - 고용의 '질'에 대한 검토 필요
 - 불안정 고용의 형태로 고용창출이 될 경우, 내수경기 진작 효과 미미

- 유관산업과의 발전을 위한 선순환 구조 형성
 - 현재는 의료서비스와 유관산업 간의 병행 발전 구조 미형성
 - 의료서비스 분야 확대가 유관산업의 수입의존성을 높이면서, 국내 유관산업의 성장 잠재력을 잠식하는 결과 발생 가능

- 국내 유관산업 발전을 촉진시키기 위한 의료서비스 분야의 제도적 여건 마련
 - 공공병원의 국내 제약, 의료기기 우선 구매
 - 국내 주요병원의 임상시험센터 지정·육성 등

- 건강보험 발전과 의료서비스 분야간의 선순환 구조 형성
 - '국민의료보장 강화'와 '의료서비스 활성화' 병행 발전 전략 수립이 필요
 - 건강보험의 보장성 확대에도 불구하고 의료이용과 건강수준의 양극화 심화
 - ※ 사회계층에 따라 사망위험이 1.59~2.75배 차이(강영호, 2004)

- 건강보험 보장성 확대를 통한 의료서비스 발전방안 검토
 - 건강보험은 국민의 광범위한 기본 의료이용을 보장함으로써 의료서비스 분야 확대를 뒷받침

- 국제경쟁력을 확보한 일부 비급여 분야도 건강보험 적용 서비스의 부가된 형태로 존재
- 건강보험의 보장성 하락은 국민의 의료서비스 수요를 감소시키면서, 의료서비스 분야 확대에 부정적 영향

□ 민간의료보험의 정상적 발전 방안 강구

○ 현행 민간의료보험이 국민의료보장에 순기능을 담당토록 하기 위한 방안 강구

- 적절한 사회적 규제가 전무한 채, 과잉경쟁·과다판매되고 있는 현행 민간의료보험은 국민과 보험사 양 측에 긍정적이지 않은 결과 야기

○ 민간의료보험의 범위 설정과 구매자의 알 권리 확대를 통한 민간보험 정상화

- 본인부담 전액을 보장하는 상품 판매 제한 : 건강보험과 민간보험 양 측의 재정부담 가중
- 국민의 합리적 구매결정을 지원하기 위한 알 권리 확대방안 : 상품비교정보 제공 개선, 필수제공 정보 목록, 가격정보 제공 ==> 민간의료보험의 건전한 시장경쟁 촉진

○ 민간의료보험과 의료서비스 발전과의 선순환 관계 형성

- 현행 민간의료보험은 의료서비스 질적 향상을 촉진할 수 있는 연관관계 미형성(가입자의 의료비 보전에 치중)

참고문헌

1. 감신(2004), 영리법인 의료기관 설립 허용의 문제점, *예방의학회지*, 제37권 제2호.
2. 김창엽(2004), 의료시장 개방 논의의 문제점, *예방의학회지* 제37권 제1호.
3. 국민건강보험공단, 서울대학교보건대학원(2004), 시장개방 등 환경변화가 의료보장에 미치는 영향.
4. 이상이 (2005), "우리나라 보건의료 환경의 변화와 의료전달체계의 개혁 방향," 국민건강보험공단, *개방적 의사소통 과정*.

5. 이진석(2005) 국내 의료서비스 현황과 관련 쟁점, 미발표.
6. 이진석(2005), “의료산업화 추진현황과 우리의 과제”, 「한국의료의 위기 : 우리는 무엇을 할 것인가」, 건강권실현을위한보건의료단체연합 주최, 2005 제2차 보건의료포럼.
7. 최용준(2004), “노정부 의료정책은 부자 위한 병원 만들기?” 프레시안 2004. 11. 13.
8. Claxton, G et al (1997), Public Policy Issues in Nonprofit Conversions: an Overview, *Health Affairs*, Vol. 16, No. 2.
9. Conover, C. et al. (2005), "The Impact of Blue Cross Conversions On Health Spending And The Uninsured", *Health Affairs*, Vol. 24, No. 2, pp. 472-482.
10. Hart, J. T. (2004). Health Care or Health Trade? A Historic moment of choice, *International Journal of Health Services*, vol 34, No. 2, pp 245-254.
11. Lawrence, D. (1997), "Why We Want To Remain A Nonprofit Health Care Organization", *Health Affairs*, Vol, 16, No. 2, pp. 118-120.
12. OTA (1995), *Hospital Financing in Seven Countries*.
13. Reinhardt, U. (2000), The Economics of for-profit and not-for-profit hospitals, *Health Affairs*, Vol. 19, No. 6.
14. Schlesinger, M. et al. (2004), "Public Expectations of Nonprofit And For-Profit Ownership In American Medicine: Clarifications And Implications", *Health Affairs*, Vol. 23, No. 6, pp. 181-191.
15. Silverman EM. et al. (1999), The Association between For-profit Hospital Ownership and Increased Medicare Spending, *NEJM*, 341(6): 427-426.
16. Woodhandler S.(1997), Costs of care and administration at For-profit and other hospitals in the United States, *NEJM*, 336(11), 769-774.
17. New York Times, 2005. 4. 11