

신(MB) 정부의 보건의료정책과 의미:  
민영건강보험의 활성화와 영리병원의 허용

김원식  
건국대학교 경제학과

<Abstract>

How-to of MB Government's Health Care Policy:  
Private Health Insurance and For-Profit Hospitals

Wonshik Kim

*Konkuk University, Department of Economics*

The National Health Insurance (NHI) has been the main body of health care system in Korea for the last 30 years since the NHI was founded. However, the inefficient management and strong regulations of the NHI have hindered the development of health care industry. The establishment of the MB government, whose interest lies on economic growth rather than equity, is expected to help the health care services gain a momentum. The essential measures that can step up public health care services overall are the following: the introduction of competition within NHI, the activation of private health care insurance, and the allowance of for-profit hospital. The private-public mix with market mechanism would level up the health care service for the public.

---

\* 접수: 2008년 8월 5일, 심사완료: 2008년 11월 22일

† 교신저자: 김원식, 충청북도 충주시 단월동 322번지 건국대학교 경제학과

(043-840-3464(Tel); 043-851-9326(Fax), wonshik@kku.ac.kr)

## I. 서 론

1980년도 국민건강보험(도입당시는 '국민의료보험')의 도입 이후 국민건강보험과 함께 우리나라 보건의료정책이 국민들의 건강욕구를 충족시키는데 큰 기여를 했다는 점은 누구도 부인할 수 없다. 그러나 고령화와 소득 상승에 따른 국민들의 증가된 건강욕구를 만족시키는데는 현재의 제도로는 한계가 있다.

이러한 한계 중에서 가장 큰 것은 급속한 의료비의 부담 증가 가능성이다. 현재는 국민의료비가 GDP의 6.4% 수준이나 국민들의 의료수요증가 및 의료공급체계의 비효율로 더욱 큰 의료비를 부담해야 한다.<sup>1)</sup> 문제는 우리 국민들이 이렇게 과중한 의료비나 보험료를 부담할 능력이 있는가이다. 즉, 의료비의 부담 능력 자체가 의문스러운 수준이 되어 가계부담을 압박하게 될 것이다. 그리고 이러한 부담은 타 부문의 성장을 압박하여 경제를 왜곡시키는 결과를 낳는다. 비용 부담의 증가에도 불구하고 국민들이 의료에 대한 불만이 많은 것은 어떤 형태로든 국민건강보험에 직간접적 책임이 있다. 그리고 비영리를 강요당하면서 왜곡된 의료행위로 의료자원의 낭비를 낳고 있는 의료시스템에도 문제가 있다.

국민건강보험이 그동안 국민의료 보장에 큰 공헌을 해왔으나 이제는 더 나아가 양질의 의료와 의료산업의 발전을 위하여 과거와의 상대적 비교나 인식에 안주해서는 안 된다. 우리나라의 의료경쟁력은 선진국의 20-30% 수준에 있다고 추정되고 있다.<sup>2)</sup> 이제는 보다 나은 의료보장을 위하여 건강보험시스템과 의료산업에 장애가 없는지를 점검해야 할 시점이다. MB정부는 국민건강보험과 의료산업의 성장을 위하여 다양한 정책을 제시하고 있다. 이러한 제도가 효과적으로 결실을 맺기 위하여 필요한 전제 조건은 첫째, 국민건강보험의 경쟁체제 도입, 둘째, 민영건강보험의 활성화, 셋째, 영리병원의 도입이 필요함을 논하고자 한다.

본 연구는 제2장에서 국민건강보험과 국민의료비의 현황에 관하여 논한다. 제3장에서는 신정부(MB정부)의 보건의료 정책을 평가한다. 제4장에서는 MB정부 보건의료정책의 추진 방향에 관하여 논한다. 제4장에서는 결론을 맺는다.

## II. 국민건강보험 및 국민의료비의 현황

참여정부는 경제사회정책을 성장과 분배 이념으로 양분하고 분배중심의 정책에 초점을 맞추면서 사회복지 및 보건 분야에 대한 지출 및 투자를 증가시켜 왔다 (<표 1> 참조). <표

1) 이에 관하여는 OECD(2007), 정영호(2000) 등 참조

2) 강성욱 외(2006)참조

1>에서 사회복지 보건 분야 지출규모는 조세 및 사회보험료를 통하여 조달되는 사회보장의 규모, 즉 일반정부지출과 사회보험급여지출의 합이다. 이에 따르면 보건의료에 대한 지출은 연평균 정부 부담보다 훨씬 높은 상승률을 보이고 있다.

<표 1> 사회복지 보건 분야 예산 지출추이

단위: 억원, %

연도	총액 <sup>2)</sup> (일반정부예산)	사회복지				보건		
		소계 <sup>3)</sup>	기초생활보장	취약계층지원	공적연금	소계	보건의료	건강보험
2000	352,333 (85,360)	329,785	24,710	6,210	104,756	22,548	5,011	17,537
2002	379,699 (120,993)	340,245	34,303	9,400	110,441	39,454	7,697	31,757
2003	416,987 (136,741)	371,631	35,402	10,508	123,722	45,356	8,514	36,842
2004	441,260 (149,036)	392,857	39,283	11,574	138,493	47,037	9,195	37,842
2005	519,209 (157,807)	462,656	46,261	5,668	161,401	49,081	8,705	40,376
2006	560,261 (145,027)	505,153	53,438	7,175	172,025	55,108	10,605	42,962
2007 <sup>1)</sup>	618,415 (169,396)	562,926	65,907	9,165	189,805	55,488	10,919	42,914
연평균 증가율	8.4 (10.3)	7.9	15.0	5.7	8.9	13.7	11.8	13.6

주: 1) 예측치임.

2) 총액 = 일반정부예산 + 기금

3) 추가로 보육가족 및 여성, 노동(고용보험), 보훈, 주택, 노인청소년 등이 포함됨.

출처: 보건복지부, 「2007년도 예산안 관련 통계자료」, 2006.11.

그럼에도 불구하고 과거정부는 분배의 목적을 충분히 달성하지 못하고 최근 들어서는 더 확대시켰다. 이와 같은 빈곤층에 대한 시혜적 복지지출과 국민건강보험을 비롯한 사회보험의 복지급여확대는 재정안정화 및 효율화 시스템을 정착시키지 못한 상태에서 앞으로 계속 큰 부담이 될 것이다. 특히 보건의료와 같이 서비스 공급이 제한적인 부문에서는 이러한 현상이 더 크게 나타날 것이다.

전국민이 거의 모두 가입하고 있는 4대 사회보험제도만을 별도로 볼 때 2006년도 현재 사회복지보건분야 정부 지출과 거의 같은 규모의 56조원을 사회보험 보험료로 국민들이 부담하고 있다(<표 2>참조). 이러한 사회보험료의 증가 추이는 2000년부터 2006년까지 전체 사회보장 분야 예산 연평균증가율인 8.4% 보다도 훨씬 높은 16.3%였다. 국내총생산에 대한 비율 역시 2.5%에서 3.8%로 급등하고 있다. 우리사회에 더 큰 부담이 되는 것은 국민들의 사회보험 급여의 지출수요로서 같은 기간 동안 19.8%씩 매년 증가해 왔다는 것이다.

<표 2>

4대 사회보험 지출추이

단위: 억원, %

구분	항목	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	연평균 증가율
국민연금	수입	152,981	167,088	191,794	219,752	238,369	268,468	305,297	14.8
	보험료	103,589	120,690	138,180	156,109	171,433	185,436	201,523	14.2
	운용수입	49,392	46,398	53,614	63,643	66,936	83,033	103,773	16.0
	급여	16,070	15,693	19,153	23,284	29,140	35,849	43,602	22.1
	수지차	136,910	151,396	172,642	196,468	209,229	232,619	261,695	13.8
건강보험	보험료	72,288	88,562	109,277	137,409	156,142	169,277	185,516	20.7
	급여	87,893	129,406	134,245	147,552	161,305	179,886	214,893	19.6
	수지차	-15,605	-40,844	-24,968	-10,143	-5,163	-10,609	-29,377	13.5
산재보험	보험료	19,555	23,645	27,156	30,298	29,590	32,477	38,273	14.4
	급여	14,563	17,446	20,203	24,818	28,599	30,258	31,638	16.8
	수지차	4,992	6,199	6,953	5,480	991	2,219	6,635	5.9
고용보험	보험료	20,575	25,485	27,433	26,196	29,041	32,072	34,467	10.9
	급여	11,915	15,493	16,003	18,508	23,741	29,323	31,932	21.8
	수지차	8,660	9,992	11,431	7,688	5,300	2,748	31,932	29.8
전체	보험료(A)	265,399	304,780	355,661	413,655	453,143	502,294	563,553	16.3
	급여	130,441	178,038	189,604	214,163	242,785	275,316	322,065	19.8
국내총생산(10억원)		521,959	551,558	596,381	721,346	778,445	810,561	847,876	8.4
(A)/국내총생산		2.5	3.2	3.2	3.0	3.1	3.4	3.8	-

건강보험재정을 보다 면밀히 검토하면 <표 3>과 같다. 자영자 중심의 지역보험은 건강보험의 통합이후 재정이 오히려 더 부실해지고 있으며, 직장보험의 경우에 있어서도 통합이전에는 흑자였던 재정이 적자로 나타나고 있다.

의료기관의 보험진료비 총액은 1995년 5조 9천억 원에서 2001년 13조원, 2005년 17조 9천억 원으로 약 2.97배 증가하였다 (<그림 1> 참조). 특히 2000년 의약분업이후 외래 투약이 빠져 나갔음에도 불구하고 보험진료비도 계속 증가하고 있다. 약제비 총액은 1995년에 1천 6백억 원에서 2005년 7조원으로 44배가 증가하였다. 약제비가 급격하게 증가된 것은 2000년 7월에 실시된 의약분업의 영향으로 병의원의 외래처방 대부분이 약국으로 전환되었기 때문이다.

의약분업 이후 의약품비의 급증은 의약품의 5.3가격적정화방안을 통한 약제비 억제정책을

〈표 3〉

연도별 건강보험재정 추이

단위: 십억원

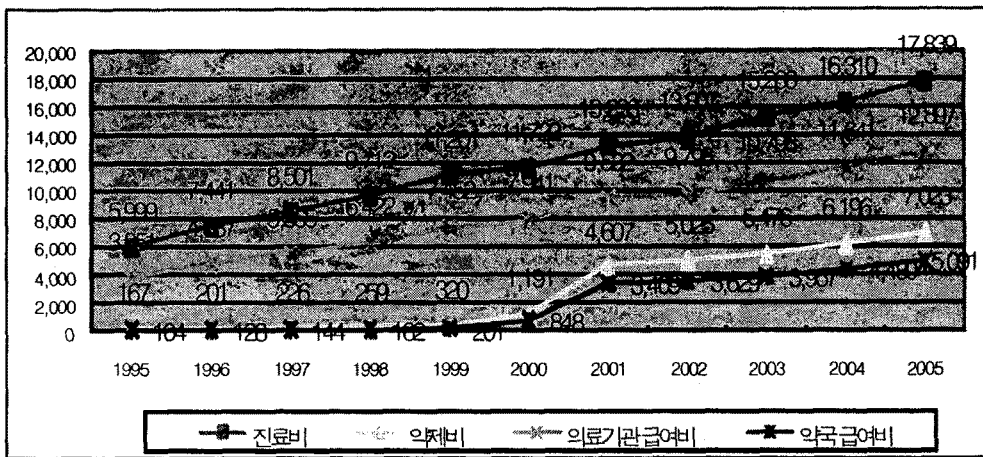
구분		1990	1997	2000	2003	2006	2007
전체	지출	2,164	7,678	10,110	14,893	21,588	24,560
	수입	2,432	7,296	9,101	14,893	18,810	21,728
지역	지출	1,007	3,613	4,952	6,922	8,464	9,234
	수입	994	3,625	4,653	4,672	4,914	5,380
	정부보조금	363	995	1,552	2,829	2,869	n.a.
직장	지출	842	3,108	5,158	7,971	13,896	16,348
	수입	1,080	2,880	4,448	9,163	13,123	15,325
	정부보조금	-	-	-	358	599	n.a.

주: 1) 수입은 보험료 수입임. 국고는 국고부담금과 담배부담금의 합임.

2) 2000년도이후의 직장은 공무원교직원과 합한 것임.

출처: 국민건강보험공단, 『건강보험통계』

났다. <표 4>에서 국민의료비에서 차지하는 의약품 지출의 비중은 우리나라가 가장 높게 나타나고 있다. 선진국의 경우는 이탈리아가 비교 대상 중 가장 높아서 2004년 21.4%, 미국은 2004년 12.3%였다. 우리나라 의약품비 지출은 급속히 증가하고는 있으나, 우리나라의 국민의료비 지출에서 의약품 지출이 차지하는 비중을 보면 1990년에 34.7%였으며 이후 지속적으로 감소하면서 2004년 현재 27.4%로 안정적인 지출 추세를 보이고 있다.



〈그림 1〉 국민건강보험 진료비, 약제비 및 현물급여비 추이 (단위:10억원)

주: 진료실적 관련 자료는 지금 기준임. 약국 약제비에는 조제료 포함(입원 약제비는 미포함)

자료: 『건강보험 통계연보』, 국민건강보험공단, 2005; 이규식, 사공진, 김원식, 김양균, “의약품 산업의 발전과 규제정책의 평가”, 2007, 예서 전제.

〈표 4〉 국민의료비에 대한 의약품 지출 비중의 국제비교

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
스위스	10.2%	10.0%	10.7%	10.6%	10.3%	10.5%	10.4%
프랑스	16.9%	17.6%	20.3%	20.9%	18.7%	18.8%	18.9%
독일	14.3%	12.7%	13.6%	14.2%	14.5%	14.6%	
이탈리아	21.4%	21.1%	22.4%	22.6%	22.5%	22.1%	21.4%
일본	21.4%	22.3%	18.7%	18.8%	18.4%	18.9%	
미국	9.1%	8.9%	11.7%	12.0%	12.3%	12.4%	12.3%
한국	34.7%	31.4%	27.8%	27.6%	27.9%	27.6%	27.4%

자료: OECD Health data, June 2006

우리나라의 약제비 비중이 상대적으로 높은 것으로 나타나는 이유는 선진국들에 비하여 국민의료비 지출이 적기 때문이다. 게다가 우리나라는 저보험료, 저수가 정책을 통하여 국민의료비의 증가를 강력하게 통제하고 있다. 특히 의약품의 가격은 대체적으로 국제적인 가격을 따르는 추세가 있기 때문에 의료비 지출의 증가를 통제한다고 해도 약제비 지출규모의 통제는 용이하지 않다. 즉, 국민의료비 지출이 적은 우리나라로서는 약제비의 비중이 높게 나타날 수밖에 없는 구조를 갖고 있다. 의료비지출의 한 축인 의약품 급여의 상승은 새로운 약품이나 오리지널 약품 등 보다 신뢰성이 있는 약품의 수요를 낳는 제도, 더 많은 약을 소비하도록 유도하는 국민건강보험 약제비급여 제도 등에 기인할 수 있다.<sup>3)</sup>

진료비의 증가요인은 사회경제적 (비제도적)요인과 제도적 요인으로 나눌 수 있다. 우선 사회경제적 요인은 앞서 노인의료비의 증가 외에 첫째, 소득수준의 상승, 둘째, 새로운 의료수요의 증대, 셋째, 물가 상승을 들 수 있다.<sup>4)</sup>

첫째, 소득수준의 상승은 질병에 대한 국민의 관심을 높여서 진료횟수의 증가, 혹은 보다 높은 수준의 진료를 요구하게 한다. 이에 따라 전체 진료비가 상승하게 된다. 특히, 의료수요는 소득에 대하여 탄력적이어서 앞으로의 소득증가에 따라 진료비의 증가율은 더 높아질 것으로 본다.<sup>5)</sup>

둘째, 새로운 의료수요의 증대이다. 암 등 난치병에 대한 진료기술이 발달함에 따라 새로운 의료기술에 대한 수요가 증대한다. 그리고 보편화되지 않은 신기술 진료에 대한 정보 부족은 상당히 높은 수준에서 가격이 결정될 수 밖에 없다. 또한, 병원에 대한 접근도 제고,

3) 김원식, 이규식(2008) 참조

4) 자세한 논의는 김원식(2002, 2007) 등 참조

5) 우리나라 국민의료비 분석에 관한 거의 모든 연구는 국민의료비가 소득에 대하여 탄력적임을 보임. 국민의료비의 소득탄력도에 관한 문헌 정리 및 논의에 관하여는 홍정기(1995) 참조

의료관심도 증대 등도 새로운 의료수요의 요소이다.

셋째, 그 동안 억제되어 왔던 의료수가가 최근 급격히 상승하였다. 정부의 의료수요억제를 위한 수가결정은 적어도 물가상승분을 반영할 수 밖에 없다. 특히, 의약분업을 계기로 수역이 감소할 것으로 예상한 의료계가 의약분업의 수용대가로서 사실상 수가의 현실화를 요구하여 상당부분 받아들여졌다. 그리고 선진국의 경우에 있어서도 의료가격 상승의 억제는 단기적으로 효과가 있었을 뿐 장기적으로는 의료비를 감소시키지 못했다.

진료비 상승의 제도적 요인은 첫째, 국민건강보험에서 효과적 질병통제시스템이 없고, 둘째, 독점적 수요자로서 의료산업 왜곡에 따른 비용 상승, 셋째, 국민건강보험의 급여 확대, 넷째, 의약분업에 따른 의약품 급여비 증가 등을 들 수 있다.<sup>6)</sup>

첫째, 효과적 의료수요 통제시스템이 없다. 정부는 직역별, 조합별 국민의료보험을 통합하여 하나의 관리운영기구를 운영하면서 단일 보험료, 단일 급여제도를 운영하고 있다. 일반적으로 의료비에 대한 지출 수치는 지역 소득 수준, 지역산업 특성에 따라 다르게 나타나며, 특히 질병 형태도 다르다. 그럼에도 불구하고 국민건강보험은 전국적으로 통일된 제도를 운영하여 보험 재정의 가장 큰 위기 요인인 도덕적 해이와 역선택을 유발시키고 있다. 그리고 직역별 직장별 통합운영은 가입자 단위별로 의료수요를 통제할 필요성을 느끼지 못하게 한다.

둘째, 거대한 국민건강보험이 의로서비스의 독점적 수요자로서 의료산업에 큰 영향을 미치고 있다. 국민건강보험의 공공성을 기본으로 한 비용절감적 수가정책 방향에 따라 의료산업이 왜곡되고 있다. 특히 의료산업의 부문별 인력 수요공급 불일치가 발생하여 효율적 의료인력 공급이 이루어지지 않고 있다.<sup>7)</sup> 의료산업에 대하여도 공공성만을 강조한 채 영리법인을 허용하지 않음에 따라 의료부문에 대한 충분한 투자가 이루어지지 않고 있다. 이는 의료산업의 경쟁력 제고를 통하여 의료허브를 계획하고 있는 우리나라 의료정책방향에 장애가 될 수 있다.

셋째, 국민건강보험 보건의업의 문제가 있다. 의료보험을 건강보험으로 전환시키면서 국민건강보험은 건강에 관련된 프로그램을 보험급여 속에 포함시켜 왔다. 이는 건강보험을 진료중심에서 예방중심으로 전환시킨다는 점에서 긍정적이다. 그러나 한편으로 예방적 급여지출

6) 이외에 행위별수가제 (fee for service) 등의 진료비지불제도에 따른 과잉진료도 진료비상승의 요인으로 볼 수 있음. 그러나 이는 가입자들도 일정 부분 본인 부담을 하기 때문에 고액진료의 경우 진료비 상승의 주요 요인으로 보기 힘들. 포괄수가제 (DRG)를 통한 진료비억제를 대안으로 제시되고 있으나 이는 단기적으로 진료비를 인하할 수 있을 뿐 지속적인 인하 요소로 작용하지 않음.

7) 예를 들면, 건강보험 의료수가의 왜곡 등으로 종합병원 전공의 모집에서 흉부외과, 외과, 산부인과 등 비인기 진료과목에 대한 지원자 등이 부족하여 이들 과목에 대한 전문의 양성이 어려움(<http://www.medigatenews.com>, 2008.12.17).

만 더 증가해 왔다. 예방은 병의 근원을 사전에 인지하거나 발병가능성을 차단하기 위한 조치이므로 더 높은 수준의 진료이다. 그런데 이러한 예방조치들이 형식적으로 이루어지고 있고, 오히려 의료기관의 수익성을 제고하는 수단으로 전략하고 있다. 또한, 부가적인 검강검진 등을 받도록 요구함으로써 가입자의 부담을 증대시키고 있다. 그리고 보건사업은 가입자들에 대한 생활습관 개선에 대한 정책도 병행되어야 한다.

넷째, 의약분업은 표면적 목표였던 약물남용 방지 보다는 약제비 억제를 위한 주요 수단이었다. 그러나 의약분업 이후에도 약제비 증가가 계속되고 있다. 약물남용은 의약협업 하에서도 처방전에 의한 약구매를 강제하여 억제할 수도 있다. 약제비 증가에 대한 원인은 우선 의료급여의 확대, 의약분업이후 나타난 고가약품 처방의 증가, 약의 수요가 많은 노인인구의 증가, 만성 질환의 증가 등을 들 수 있다. 즉, 약제비의 급여비중이 2006년 기준 29%에 이르러서 건강보험의 주요 적자요인으로 지적되고 있다.<sup>8)</sup>

이러한 추세는 앞으로 상당기간 지속될 가능성이 높다. 제약산업의 발달에 따라 중증질환도 의약 처방으로 치유가 가능하게 될 것이다. 소득이 증가함에 따라 더 나은 질의 의약품을 선호할 것이고, 아울러 예방차원의 제약 수요도 증가하게 될 것이다.

이에 따라 보건복지부는 약제비 억제를 위하여 다양한 정책 수단을 도입하였다. 예를 들면, 보험적용 약제의 선별등재, 약가의 강제적 인하, 신약 등재시 건강보험공단에 약가협상권 부여, 가격수량연동제 등이다.

국민건강보험은 사실상 제약산업을 포함한 모든 의료시장의 독점 구매자이다. 급여를 확대하면서 보험료를 인상해야 함에도 이윤개념을 무시하고 원가나 유통을 사실상 통제하는 방식의 보험재정 안정은 결국 의료서비스의 질을 떨어뜨리고, 제약분야에서는 공급부족을 낳게 한다. 이는 국민건강보험에 대한 국민의 총체적 불만으로 이어질 것이다.

우리나라 의료시스템의 특징은 민간인이 운영하는 병원이 비영리로 운영하도록 강요받고 있으며, 독점적 국민건강보험이 이러한 민간병원으로 하여금 모든 의료서비스를 사실상 정부 고시가격으로 제공하도록 강요하고 있다는 것이다. 민간이 병원을 보유하고 있으면 영리로 운영하도록 하는 것은 민주주의나 자본주의 사회의 기본이다. 같은 논리로 국민건강보험이 민간이 보유한 병원에 진료서비스를 강제한다면 적어도 가격은 자율화시켜야 한다. 즉, 우리나라 의료시스템의 문제는 시스템 자체가 서로 매치(match)되지 않고 있다는 데 있다. 이에 따라 건강보험에 관련된 사회적 갈등이 항상 상존해 있고 시스템의 부조화에 따라 도덕적 해이나 통제할 수 없는 의료비 상승이 발생하고 있는 것이다.

8) 자세한 내용은 김원식, 이규식, 사공진, 김양균, (2007.5) 참조



### III. 신 정부의 보건의료정책 방향

보건의료정책은 건강에 대한 관심이 증가하고 있는 우리 사회의 가장 핵심적인 정책이다. 특히 생명에 대한 존엄이 국민들의 정당한 권리로 인식됨에 따라 모든 국민에 대한 건강권 혹은 진료권에 대한 강화가 지금까지의 정책적 흐름이었다. 이는 보건의료에 대한 사회적 수요를 폭발적으로 증가시켰고 정부는 이를 충족시키기 위하여 많은 정책적 수단을 동원해 왔다. 그러나 이러한 정부 주도의 서비스 공급은 정부의 막대한 부담을 수반하게 되어 한계가 있을 수 밖에 없게 되었다.

게다가 국민들은 재정부담은 생각하지 않은 채 다다익선(多多益善)의 보건의료서비스를 정부에 대하여 직접적으로 요구해 왔다. 이러한 국민들의 요구에 부분적으로 부응하는 과정에서 보건의료서비스 분야는 공급부족이 발생되거나 질이 저하되고, 혹은 가격이 인상되는 등의 부작용이 발생하였다.

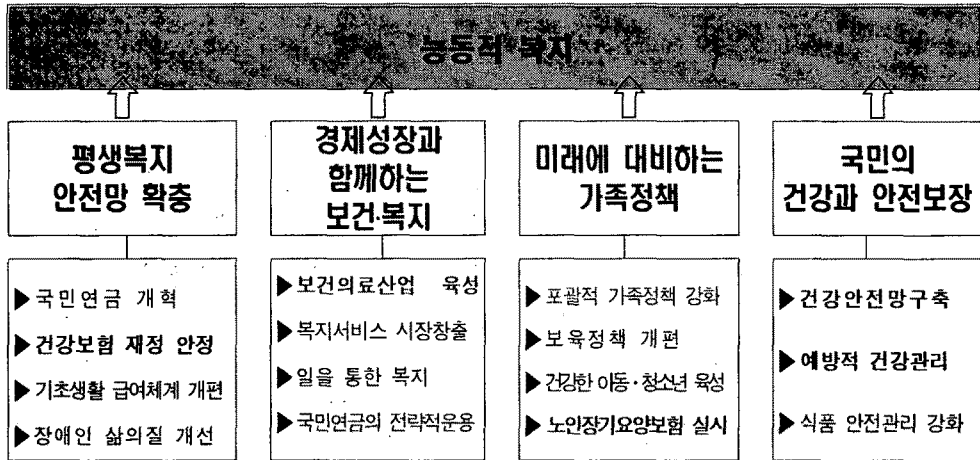
이러한 문제들을 인식하고 MB정부는 보건의료서비스에 대한 원활한 공급과 질적 개선을 도모하는 정책을 추구하고 있다고 본다. 즉, 보건복지분야의 추진전략에서 첫째, 공급자 중심의 정책을 수요자와 현장의 요구를 중심으로 전환하고, 둘째, 정부주도의 방식에서 정부와 민간이 협력하는 방식으로, 셋째, 물량중심의 양적확대에서 서비스의 실질적 성과를 중심으로 추진하고자 하고 있다. 이러한 추진 전략은 지금까지의 정부중심, 양적확대 중심, 이념에 기초한 수요자 편중의 보건복지정책이 낳아온 문제를 보다 합리적으로 조정하고자 하는 것이라고 할 수 있다.

MB정부의 보건의료정책은 <그림 2>와 같이 그들이 주장하는 능동적 복지정책 내에서 운용되고 있다.<sup>9)</sup> 즉, 평생복지안정망의 확충, 경제성장과 함께하는 보건복지, 미래에 대비하는 가족정책 및 국민의 건강과 안전보장의 틀 속에서 운영되고 있다. 그리고 이를 위한 보건의료정책의 주요 수단은 건강보험 재정의 안정, 보건의료산업의 육성, 노인장기요양보험 실시, 건강안전망 구축, 예방적 건강관리 등으로 요약된다.

이상의 정책목표에 대한 하위 정책수단과 이들의 한계는 다음과 같이 요약될 수 있다.

첫째, 건강보험재정의 안정은 “재정수입·지출구조 개선과 관리운영체계 개편 등 다각적 제도개선을 통해 건강보험 재정의 지속가능성 확보” 하고자 하는 것이다.

9) 보건복지가족부(2008.3.25)



<그림 2> MB정부의 능동적 복지프로그램

이에 따른 정책수단으로 첫째, 급여지출의 효율화 둘째, 약제비 증가의 지속적 억제 셋째, 건강보험공단의 경쟁시스템 전환 등을 모색하고 있다.

앞으로 늘어나는 국민의료비의 부담은 건강보험의 재정을 끊임없이 불안하게 하면서 국민들의 보험료 부담을 늘리게 할 수 밖에 없다. 이에 따라 어떤 형태로든 건강보험의 재정안정화를 기함은 국민들의 부담을 줄이면서 의료자원의 효율적 활용을 기해야 함을 의미한다. 의료자원의 효율적 활용과 별도로 우선 현행 의료비의 조달시스템을 재구축하는 것이 필요하다. 예를 들면, 국민건강보험의 급여비부담과 본인부담과의 관계, 국민건강보험과 민영건강보험과의 관계 설정 등이다. 아울러 의료수요를 어떻게 합리적으로 통제 조정 것인가에 대한 정책적 고민이 있어야 한다. 궁극적으로 재정에 부담이 되지 않으면서 효율성을 제고하기 위한 최고의 시스템은 바로 시장중심적 유인 제도의 운영이다.

둘째, 보건의료산업의 육성은 첨단 보건의료 기술개발 기반구축 및 의료와 관광문화가 결합된 서비스 개발을 통해 보건의료산업 강국으로의 도약기반을 마련하기 위한 것이다. 이를 위하여 첫째, 세계적 수준의 신약첨단의료기기 개발을 위한 첨단의료복합단지 조성 둘째, 의료(검진·치료)와 관광·문화를 결합한 해외환자 유치(메디컬투어) 활성화<sup>10)</sup> 셋째, 복지분야 의료수요에 대응하기 위한 고령친화 및 한의약 산업 육성, 넷째, 충북 오송생명과학단지를 바이오클러스터로 육성, 다섯째, 임상현장 수요를 반영한 환자질병 중심의 R&D 체계로 전환 등을 들고 있다.

10) 이는 우리나라 의료시장의 세계화(globalization) 전략으로 이어져야 함.

이러한 문제는 직접적으로 의료 공급자의 문제와 직결된다. 의료 관련 시설과 장비의 공급과 함께 의료자원의 효율적 활용으로 보건의료산업의 안정적 서비스 공급이 전제되어야 보건의료에 대한 복지가 가능해 진다. 그러나 의료산업이 갖고 있는 다양한 특성으로 인하여 보건의료산업의 육성은 상당히 제약받는 것이 사실이다. 예를 들면 비영리병원 시스템의 운영 및 의약품 가격에 대한 지나친 통제 등을 들 수 있다. 이러한 문제는 보건의료산업에 영리의 개념을 이입하지 않으면 달성될 수 없다.

셋째, 노인장기요양보험제도의 도입과 정착이다. 이를 위하여 정부는 첫째, 요양시설 부족이 예상되는 수도권 요양시설 확충 둘째, 요양서비스 제공 인력인 요양보호사의 양성 등을 추진할 예정이다. 우리사회의 고령화에 따라 노인들에 대한 의료비나 보호의 사회적 부담 증가가 이 제도의 직접적인 도입 요인이다. 노인들의 의료비가 급증하고 있는 현실에서 이들에 대한 의료비를 통제하기 위하여 이들의 관리를 집단화시키고 이들을 부양하는데 따른 가족들의 생계유지 위협을 보호하기 위한 것이다.

그러나 요양수요는 이 제도의 도입으로 폭발적으로 증가할 가능성이 크다. 그리고 지역간에 요양시설 수요공급에 대한 불일치가 클 것이다. 이에 대비하기 위하여 민간부문의 참여를 이끌어 내는 추가적 노력이 있어야 한다. 공공부문의 관료적 특성은 요양수요를 충족시키는데 항상 과부족을 낳을 수 밖에 없고 이 과정에서 정부예산은 낭비될 가능성이 크다. 민간부문이 주도적으로 요양시설의 공급이나 제도를 운영하도록 하고, 정부는 이들 시설을 평가하고 감독하면서 이들을 이용할 수 있는 바우처(vaucher)를 발행하도록 해야 한다.

넷째, 건강안정망의 구축은 중증질환에 대한 진료 보장과 의료안정망 확충으로 의료사각지대를 해소하고, 응급의료·혈액·식품안전에 대한 정부책임 강화하는 것을 포함한다. 이를 위하여 정부는 첫째, 환자의 부담 경감을 위해 중증질환 건강보험 확대적용, 둘째, 응급의료, 소아질환, 혈액관리 등 민간의 투자가 부족한 필수의료서비스에 대해 공공의 책임 강화 등을 추진할 예정이다.

건강안정망의 구축으로 국민들은 전체적으로 이환율을 낮춤으로써 질병에 따른 비용부담에 대한 두려움에서 탈출할 수 있다. 사실 이는 국민들이 의료시스템에서 가장 절실하게 요구하고 있는 것이다.

다섯째, 예방적 건강관리체계로의 전환은 저출산·고령화 진전과 고혈압·당뇨 등 만성질환 증가에 대응, 사전 예방적 건강정책 강화 및 건강한 인적자본 확보하기 위한 것이다. 이를 위하여 정부는 첫째, 과거 치료중심의 의료공급체계에서 예방서비스, 건강증진을 위한 포괄적 서비스 중심으로 전환, 둘째, 전염병 퇴치를 위해 예방접종률을 선진국 수준으로 제고,

셋째, 만성질환 사전예방을 위해 고혈압·당뇨병환자에 대한 등록관리 시범사업을 보완·확대 등을 추진하고 있다.

이상의 논의들은 서비스 공급체계의 완비와 전달체계 및 인프라의 구축이 병행되어야 한다. 이러한 점에서 MB정부는 이를 함께 추진하고 있다. 첫째, 복지서비스 공급자 중심의 단편적이고 부절적인 서비스를 수요자 중심의 맞춤형 서비스로 전환시킨다는 것이다. 둘째, 민간 공공간 정보 공유가 가능하도록 복지급여통합정보시스템을 구축한다는 것이다. 셋째, 업무효율화를 통하여 능동적인 서비스를 제공하겠다는 것이다.

그리고 규제개혁 및 법령정비에 있어서는 국민의 건강과 안전에 관련된 규제는 합리적으로 강화하되, 보건의료 서비스의 경쟁력 강화를 위해 규제를 과감히 개혁하고자 하고 있다. 이에 따라 첫째, 보건의료서비스의 경쟁력 강화를 위한 제도를 개선하고자 하고 있다. 예를 들면 외국인 환자유치를 위한 알선 허용, 의료기관에 대한 자본투자 활성화, 의료기관 명칭 표시 제한의 완화, 종합병원의 병상기준 상향조정 및 특수기능 병원제도의 도입 등이다. 둘째, 국민편의를 위한 제도의 개선으로 양한방 복수 의료면허자의 복수 의료의료기관 개설 허용 및 양한방 협진체계의 구축, 장애인 노인등 거동불편 환자의 보호자 처방전 수령 등을 허용하는 것이다. 셋째, 보건복지서비스 시장형성을 위한 제도의 개선으로서 민간병원에서 건강서비스를 제공하고 비용을 받도록 하는 것 등이다.

이러한 논의는 결국 보건의료산업에 있어서 경쟁원리의 도입, 공공부문과 민간부문간의 조화, 그리고 의료산업에 있어서 민간 부문의 적극적 참여를 위하여 영리 개념의 허용이 필요함을 보이고 있다.<sup>11)</sup>

### 3. 결어: 의료서비스 공급에 있어서 민간부문의 참여

이상의 정책방향은 궁극적으로 국민들의 질적인 의료수요에 부응하면서 이에 따른 보건의료 재원을 효율적으로 조달하기 위한 것이다. 이를 위하여 보건의료정책은 정부 이외의 경제주체, 즉, 민간의 참여를 적극적으로 이끌지 않으면 안 된다. 즉, 민간의 참여를 유도하지 않고는 더 이상 우리나라 보건의료산업에 대한 국민 만족도는 개선될 수 없고, 전 국민에 대한 보건의료 보장은 불가능하다.

11) 영리개념의 허용은 현실적인 문제라기 보다 이념적인 문제로 봄. 예를 들면 진료기관에 있어서 개인병원은 사실상 영리로 운영되고 있으며 이들이 법인화되는 과정에서 영리적 사업을 하지 못하도록 하고 있는 것임. 그러나 실질적으로 병원들도 개인의원의 사업 연장 선상에서 영리활동을 하고 있음. 단지, 이들이 지나치게 영리적 목적의 사업을 하지 못하도록 개념적으로 규정하고 있는 것임. 요양기관에 있어서도 영리 활동을 하고 있으며 단지 지나친 수익 중심의 사업을 하지 못하도록 자율규제나 행정지도를 하고 있는 것을 봄. 따라서 영리개념의 허용은 이들이 적극적으로 복지부문에 참여할 수 있도록 하는 계기를 만들기 위한 것임.

보건의료 서비스의 공급을 더욱 증대시키기 위하여는 민간이든 공공이든 보건의료 관련 산업에 대하여 수익을 보장하고 경쟁을 촉진시켜야 한다. 이를 통하여 국민들이 이러한 서비스를 자신의 선호에 따라 제공받을 수 있도록 해야 한다. 이들이 제공하는 서비스를 국민들이 활용할 수 있도록 하는 것은 공공성을 저해하는 것이 아니다. 서비스의 공급주체만 공공 부분에서 민간부분으로 전환되는 것이며 국민들이 누리는 기존의 서비스는 더 질적으로나 양적으로 풍부해 진다.

공공과 민간이 제공하는 의료서비스는 크게 다를 수 없다. 단 재원 조달방향에서 공공은 정부의 지원으로 이루어지는 것이나 이는 사실상 국민들이 세금이라는 가격을 지불하게 한다. 민간이 제공하는 서비스는 본인이 부담하나 가격 결정이 경쟁원리에 의하여 이루어져서 최소의 비용으로 국민들이 서비스를 사용할 수 있다. 오히려 공공이 생산하는 서비스가 그 특성상 관료적 행태나 비영리적인 행태 등으로 더 비효율을 낳을 수 있다. 즉, 공공부분의 사회적 의료비용 (social healthcare cost)이 민간부분의 사회적 의료비용보다 더 크다.

공공과 민간이 제공하는 서비스가 크게 다를 수 없기 때문에 정부는 민간이 생산하는 서비스를 구매하여 정부가 원하는 대상에 제공할 수 있다. 민간이 제공하는 서비스의 질을 정확히 평가하여 선택적으로 구매하면 된다. 경우에 따라서는 바우처 등을 통하여 수요자가 선택하도록 한다. 따라서 민간도 보건의료 서비스의 생산에 적극적으로 참여하도록 하고, 정부가 필요로 하는 서비스는 공공과 민간으로부터 선별적으로 구매하여 제공하면 된다.

#### IV. 경쟁적 보건의료 정책의 촉진 방향: 지속가능성

이상에서 논의된 신정부의 보건정책이 사회적 효율성을 추구하는 것이라고 볼 때, 이들 제도가 지속적(sustainable)으로 추진되기 위하여는 제도간 상호 조화(matching)가 이루어져야 한다. 이를 위하여는 다음의 조건이 전제되어야 한다. 첫째, 국민건강보험에서 경쟁시스템의 도입이 필요하다. 둘째, 건강보험시스템에 공공과 민간의 협력이 필요하다. 셋째, 영리병원을 허용해야 한다. 본 절에서는 이에 대한 논의를 보다 구체화시키고자 한다.

첫째, 국민건강보험의 경쟁시스템을 활성화하기 위하여는 우선, 자치단체별로 국민건강보험의 재정을 분리 운영하고, 보험료도 자치단체별로 차별화해야 한다. 자치단체별로 의료의 특성이 다르고 의료시설의 접근도나 의료의 이용도가 다르다(<표 5> 참조). 그럼에도 불구하고 모든 자치단체에 같은 제도를 적용하는 것은 바람직하지 않다. 따라서 5천만 국민들에게 단 하나의 보험상품만을 강요하는 것은 평등한 의료보장이 아니다. 지역마다 의료시설접

근도가 다르기 때문에 모든 국민들은 같은 질병에도 질적으로 같은 수준의 의료 혜택을 받을 수 없다. 지방의 의료시설은 감소하고 있고 대도시로 대형병원이 쏠리고 있다. 이에 따라 지방의 가입자들은 사실상 서울의 대형병원을 손쉽게 이용할 수 없다. 게다가 서울에 오고 가는 시간과 교통비가 더 들고, 입원하면 가족들은 숙박비도 부담해야 한다.

〈표 5〉 시도별 관내관외 진료인원 비교(2007)

단위: 천명, %

구 분	의료보장	진료실인원					
	인 구	계	이용율	관내	이용율	관외	이용율
전 국	49,672	44,715	90.0	40,869	82.3	12,492	25.1
서 울	10,475	8,992	85.8	8,370	79.9	2,063	19.7
부 산	3,553	3,155	88.8	2,993	84.2	548	15.4
대 구	2,476	2,208	89.2	2,099	84.8	415	16.8
인 천	2,726	2,400	88.0	2,169	79.5	787	28.9
광 주	1,403	1,256	89.5	1,179	84.4	300	21.4
대 전	1,500	1,356	90.4	1,255	83.7	329	21.9
울 산	1,170	1,059	90.5	956	81.7	264	22.5
경 기	11,530	10,404	90.2	9,271	80.4	3,643	31.6
강 원	1,467	1,342	91.5	1,223	83.4	340	23.2
충 북	1,478	1,371	92.8	1,254	84.9	381	25.8
충 남	1,951	1,833	93.9	1,604	82.2	724	37.1
전 북	1,777	1,679	94.5	1,571	88.4	340	19.1
전 남	1,841	1,759	95.6	1,549	84.2	664	36.1
경 북	2,591	2,422	93.5	2,162	83.4	848	32.7
경 남	3,184	2,965	93.1	2,725	85.6	767	24.1
제 주	551	514	93.3	488	88.6	78	14.2

출처: 국민건강보험공단, 『2007 지역별 의료이용 통계』, 2008.

지역간 의료이용율은 매우 다르게 나타나고 있음에도 불구하고 지역간 의료서비스의 접근도나 건강보험료의 부담이 다르다. 이는 지역에 따라 불형평성을 낳고 결과적으로 의료자원의 비효율적 활용을 야기한다.

이를 해결하기 위하여 지역간 건강보험에 경쟁원리를 도입하여 지역별로 재정을 분리하고 특성에 맞게 차등하게 운영하게 하면 자치단체는 지역 병의원을 지원 육성할 유인이 생긴다. 높은 수준의 병의원이 지역에 존재하게 되면 지역주민의 생활여건이 개선되어 주민의 증가에도 기여할 수 있다. 건강보험을 통하여 자치단체가 지역 주민의 건강을 특성별로 관리하는 것이 중앙정부가 획일적으로 관리하는 것보다 더 효과적이고 비용이 덜 든다. 이것은 Tiebout모델에서 “n개의 특성이 있는 주민들은 n개의 자치단체를 형성하여 효율적 균형에 이른다”는 가설에 부합한다.<sup>12)</sup> 민영건강보험의 활성화에 따른 저소득층 배제는 이들에 대하여 지역건강보험이 보험료를 인하하든가 본인부담율을 낮추면 된다. 혹은 의료보호 혜택을

늘임으로써 해결될 수 있다.

둘째, 민영건강보험이 국민건강보험의 본인부담과 비보험 급여를 충당할 수 있도록 활성화되어야 한다. 이 경우 민영건강보험회사도 보험급여의 심사에 참여하고, 가입자의 건강관리에 참여하여 질병을 억제하는데 기여할 수 있다.

민영건강보험의 형태로서 오스트레일리아에서 운영하고 있는 생애건강보험제도 (Lifetime Health Cover)는 매우 효과적인 제도라고 본다. 즉, 생애건강보험을 매우 낮은 가격으로 가능하면 젊은 가입자를 중심으로 판매하도록 하고, 가입자에 대하여 정부는 보조금을 지급한다. 그리고 이 제도를 승인하는 과정에서 정부는 이들이 보험정보를 공유하도록 하는 유인을 만든다. 이러한 제도의 도입은 다음과 같은 잇점이 있다. 첫째, 그 동안 보험회사간의 경쟁 심리로 인하여 수집되지 않았던 민간의료보험에 관한 개인별 자료를 통합할 수 있는 계기를 만들 수 있다. 이는 건강보험에 관련하여 민간의료보험산업의 역할을 제고하여 국민의료비의 효율성을 높일 것이다. 둘째, 생애보험의 가입은 민영보험에서 우려되는 히트앤런(hit-and-run)을 최소화할 수 있어서 보험제정의 수지에 긍정적이다. 셋째, 평생 보험에 가입함으로써 노후에 발생할 보험손실을 젊었을 때 발생한 보험이익으로 대체시킬 수 있다. 즉, 횡단면적(cross-sectional) 측면에서 세대간 건강보험제정의 재분배, 장기적으로는 본인 보험비용의 생애 재분배를 피하여 의료비를 생애에 걸쳐서 재분배할 수 있다.<sup>12)</sup>

셋째, 영리병원을 허용해야 한다. 영리병원과 비영리병원의 근본적인 차이는 병원운영의 차익을 투자자가 병원에 재투자하지 않아도 된다는 것이다. 우리나라 병원의 90%이상은 민간부분이 운영하고 있다. 그럼에도 불구하고 법인병원은 투자를 전혀 환수할 수 없다. 이는 선진국의 어느 나라에도 찾아볼 수 없는 현상이다.

민간부분이 자율적으로 충분하게 의료시설을 운영하고 있음에도 의료부문에 공공부분의 역할을 제고한다는 구실로 정부가 더 많은 공공병원을 만드는 것은 자원낭비이다. 따라서 민간부분의 의료산업에 대한 역할 및 공공성 기여를 인정하고 이들이 더 나은 의료서비스를 국민들에게 자발적으로 제공할 수 있는 유인을 만들어 주어야 한다. 이를 위하여서는 영리병원을 허용하여 병원이 투자기금을 유치하고 의료기술 개발도 용이하도록 해야 한다. 영리병원을 통한 의료서비스의 개선을 통하여 고소득층만 혜택을 받는 것이 아니라 저소득층들도 같은 시설을 정부의 지원 하에 공유할 수 있다. 따라서 영리병원의 허용은 저소득층의 양질의 의료서비스 배제 가능성과는 관계가 없다. 오히려 더 양질의 의료서비스를 제공받을 수 있는 기회가 된다.

12) Tiebout (1956), 김원식(2005) 참조

13) 김원식(2002a) 참조

또한, 영리병원이 허용된다고 해서 모든 병원이 영리적 성격의 대(對)국민 착취를 할 가능성은 거의 없다. 영리병원체제의 운영을 할 경우 사회적 인식이 나빠져서 비영리병원과의 경쟁이 어렵게 되기 때문이다. 이는 미국에서 보여지는 사례이기도 하다. 따라서 특정 전문화되고 미래의 의료기술 개발을 통하여 성장하고자 하는 병원 중심으로 영리병원체제가 운영될 가능성이 크다.

국민들이 그들의 의료시스템에 대하여 만족하는 나라는 거의 없다. Donelan et al. (1999)에 따르면 선진국 5개국에 대한 설문에서 의료시스템이 잘 돌아가고 있다고 답한 경우는 미국이 17%, 캐나다가 20%, 영국은 25%, 오스트레일리아와 뉴질랜드는 19%였다. Cutler ((2002)는 의료시스템은 매우 상충되는 목적을 설정하는 경우가 많아서 이러한 결과를 낳을 수 밖에 없다고 본다. 이들 선진국가들은 거의 모두 의료시장의 민영화나 자율화를 통하여 의료시스템을 개혁하고자 하고 있다.

이는 <그림 3>에서 간접적으로 엿볼 수 있다. 미국, 한국, 노르웨이, 영국 등 아웃라이어(outlier)를 제외하고 전체 의료비에서 공공의료비의 비중과 전체 병원에서 공공병원의 비중간의 관계를 보면 역의 관계에 있음을 보인다. 즉, 선진국의 상황을 횡단면으로 볼 때, 공공의료비의 비중이 높아지면 공공병원의 비중을 줄인다는 것, 즉 민간병원의 비중을 늘인다는 것을 보인다. 이는 의료산업에서 민간부분의 참여를 높인다는 의미로 해석될 수도 있다.

비록 미국이나 한국은 그림에서 아웃라이어에 있으나 내부적인 의료개혁 진통을 통하여 현재의 위치에서 오른쪽 방향으로 이동할 것으로 본다.<sup>14)</sup> 영국의 경우도 NHS(National Health Service)에서 내부시장(internal market)의 도입으로 민간병원 및 민간의료보험 등을 활성화하는 등으로 현재의 위치에서 왼쪽(혹은 좌하향)으로 이동 중이라고 본다.<sup>15)</sup>

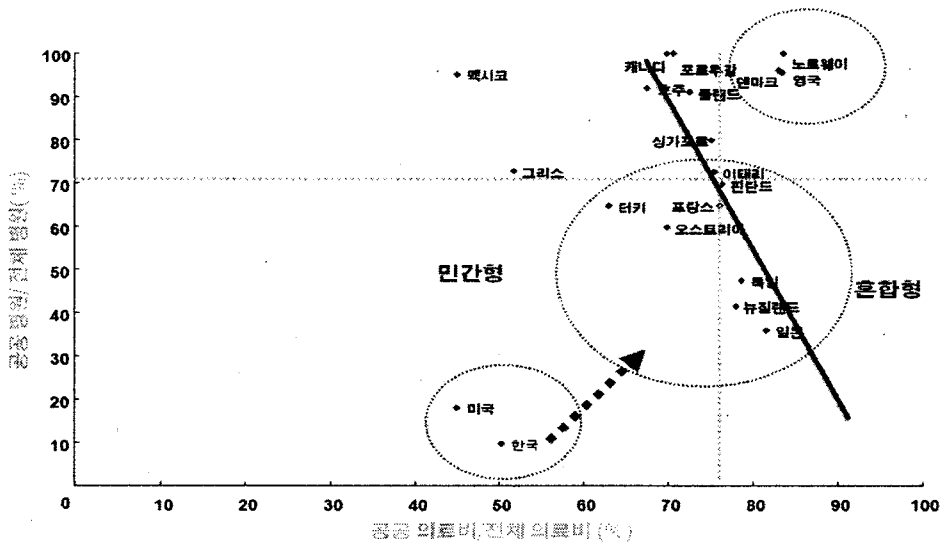
이상에 언급된 문제는 결국 어떤 복합적 의료보장 시스템을 유지할 것인가로 집약될 수 있다. 이러한 측면들을 보다 분석적으로 바라보기 위하여 건강보험 구조와 병원 지배구조의 문제를 함께 검토하는 것이 필요하다. <표 6>은 건강보험을 민영보험과 공공보험으로 구분하고, 병원은 민간병원과 공공병원으로 구분하면서 민간병원은 다시 영리와 비영리로 구분한다. 그리고 이러한 구분에 따른 특성 및 사례를 간단히 요약하면 다음과 같다.

미국의 경우는 건강보험에서 민영보험이 주를 이루면서 병원의 형태는 민간영리, 민간비영리, 공공병원의 지배구조를 유지하고 있다. 이러한 점에서 법적으로 (1), (2) 그리고 (3)

14) 오바마 미국 대통령 당선자는 취임 후 공공의료보험을 통한 의료개혁을 구상하고 있음. 이 경우 전체 의료비에서 공공의료비의 비중이 높아질 것임. 우리나라도 국민건강보험의 보장성 강화는 이 비율은 높일 것임.

15) 한동운 (2003) 참조.





〈그림 3〉 공공의료비와 공공병원간의 관계

출처: 강성욱, “한국형민간의료보험의 이해”, 대한병원협회 세미나, 2008.5.9.

의 시스템을 선택적으로 택하고 있다. 따라서 의료공급 구조는 상황에 따라 능동적으로 이루어지고 있다고 본다. 미국은 영리병원을 허용하고 있음에도 불구하고 미국의 의료비 증가가 이에 따른 결과로 보지 않는다. 즉, 영리병원을 허용한다고 국민의료비가 증가한다고 볼 수 없다. 의료비 증가는 소득 증가에 따른 혹은, 국민들의 건강욕구 증가에 따른 양질의 의료서비스에 대한 수요 증가에 따른 것이다.

〈표 6〉 영리병원과 민간보험 간의 관계

			건강보험	
			민영보험	공공보험
병원	민간병원	영리병원	(1) 고급 의료서비스 수요층, 및 고소득층 활용 가능	(2) 민간의료서비스의 이용 곤란 가능/ 바우처제도로 제한적 활용가능
		비영리병원	(3) 일반 의료서비스 수요층 활용 가능성/ 공적보험의 보충보험으로 활용 가능	(4) 의료당사자간 갈등 극대화/ 현재 한국의 상태
	공공병원	(5) 일반 의료서비스 수요층 및 저소득층 활용 가능	(6) 유럽의 선진국 시스템/ 저소득층 활용 가능	

우리나라의 현황은 주로 비영리병원에 공공보험을 운영하는 나라이다. 이는 (4)군에 속한다. 그러나 실제적 운용은 병의원 강제지정제도로 하여 공공병원의 개념과 공공보험의 개념을 적용하고 있다. 즉 (6)군의 입지에 존재한다. (6)군은 서유럽의 주요 국가에서 보이는 유형이다. 우리나라 건강보험의 문제점들은 바로 이러한 차이에서 나온다. 즉, 건강보험이 요양기관 강제지정제도 등을 운영하면서 민간병원에 대하여 공공 기능을 지나치게 강조하고 있다. 이에 따라 보건의료 부문에 불필요한 사회적 갈등만을 낳고 있다.

사회적 갈등이 없으면서 이에 따른 사회적 비용을 최소화하는 가장 효율적인 지배구조는 (1)군의 경우에서와 같이 민간영리병원과 민간보험이 연계되는 것이다. 이 시스템에서는 자신이 받는 서비스에 대하여 시장에서 형성된 가격으로 보험자를 통하여 지불된다. 따라서 건강관리를 효율적으로 하거나 혹은 고소득자 등이 활용할 가능성이 높다. 지역중심의 의료 전달체계가 확립되면 민간영리병원이 허용된다고 하더라도 민간비영리병원으로 남아있을 가능성이 높다. 왜냐하면 중산층의 일반 환자를 유인하는데 비영리병원이라는 인식이 유리할 것이기 때문일 것이다. 즉, 민간영리병원은 단지 허용이 가능할 뿐, 병원의 선택적 사항일 뿐이다.

반대로 저소득층과 같이 자신의 건강유지에 상대적으로 비용부담을 많이 느끼는 계층들은 (6)군의 선택을 선호할 것이다. 이는 평등주의에 젖은 유럽국가들의 모형이기도 하다. 저소득층을 위하여는 공공병원과 공공보험을 통한 의료체계 확립을 하는 것이 바람직하다. 이는 공공보험의 저수가정책과 공공보험의 저보험료를 적용할 수 있기 때문이다. 저소득자의 건강문제는 정부가 직접 책임짐으로써 고소득층이 혜택을 받는 경우를 원천적으로 봉쇄하여 정부재정의 낭비를 막는다. 경제의 발전에 따라 더 많은 공공병원에 대한 투자가 이루어진다고 할 때 반드시 공공병원의 서비스가 나쁜 것은 아니다.

의료보험과 의료시장의 시스템은 서로 효율적으로 조합(matching)되지 않으면 안 된다. 의료시장의 경쟁성이 제고와 보험시장의 규제가 동시에 완화되어야 한다. 이를 위한 정책방향을 설정해야 한다. 즉, 공공성에 대한 규제완화와 경쟁성에 대한 규제강화가 동시에 이루어져야 한다.

<표 7>을 통하여 공공성이 민간부문에 강조될 경우의 문제가 아울러 검토될 필요가 있다. 표에서 공공성 여부는 공공성과 영리성으로 소유는 공공과 민간소유로 구분한다. 표의 (1)과 같이 공공소유인 병원에 대하여 공공성을 부여하는 것은 문제가 없다. 정부의 일관적 통제 속에 있어서, 일사분란한 행정이 가능하다. 한편, (2)와 같이 민간 소유 병원을 영리성에 입각하여 운영해도 또한 문제가 되지 않는다. 개인 간의 계약에 의한 서비스의 제공이기 때

문에 가능하다. 그리고 다른 분면 역시 우리가 선택 가능한 것들이다.

그러나, (2)에서와 같이 공공소유 병원이 영리성을 띠거나, (3)에서와 같이 민간소유 병원이 공공성을 띠면 이 상태는 지속가능하지 않고 결국 (1)의 의료 사회화나 (4)의 의료 시장화로 이행하게 된다. 이는 전체 사회적 분위기나 정부의 정책목표에 의하여 결정될 것이다. 정부가 모든 국민들의 의료비 지출을 조달할 의사가 있다면 의료의 사회화로 이행할 것이나 그렇지 않다면 결국 의료의 시장화 혹은 상호간 조화를 모색할 것이다. 문제는 이러한 이행과정에서 사회는 심각한 사회적 갈등을 겪게 된다. 기득권을 고수하려는 이해집단의 저항 때문이다.

<표 7> 의료기관 소유구조로 본 영리성

		공공성여부	
		공공성	영리성
소유구분	공공소유	(1) 의료의 사회화	(2) 공공병원
	민간소유	(3) 비영리 의료법인	(4) 의료의 시장화

우리나라 뿐 아니라 일반적으로 의료시스템의 효율성을 유지하는데 필요한 정책 대안은 쉽게 도출될 수 없다. 그 이유는 다음과 같다. 첫째, 의료시스템이 단순한 수요자와 공급자 간의 거래에 의하여 결정되는 것이 아니라 보험이라는 제3자가 진료비를 지급하는 시스템이기 때문이다. 둘째, 의료공급을 위한 이해당사자들이 의사, 전공의, 병원, 간호사, 의료기사 등 다양한 역할을 분담하고 있고, 사실상 모두 집단화되어 있어서 이해조정이 매우 어렵다. 따라서 어떤 형태로든 합의와 유인에 기초한 해결 시스템이 도출되지 않으면 현재의 의료시스템의 문제를 효율적으로 해결할 수 없다.

이러한 문제를 해결할 수 있는 합의와 유인에 기초한 의료산업의 효율화를 유지하기 위한 유일한 방안은 의료 사회화나 혹은 의료의 시장화 뿐이다. 그러나 의료사회화는 이미 선진국의 경험에서 국민의료비의 과잉 부담을 겪게 했고 이에 따라 의료의 시장화가 진행되고 있다. 따라서 선진국의 이러한 실패를 배제하고 의료시장화 (혹은 병원의 영리화)의 허용을 통한 공공과 시장간의 균형을 찾아야 한다.<sup>16)</sup> 의료에 있어서 시장주의의 허용은 결국 의료산업화가 가능하게 하여 경제성장에도 기여하게 할 것이다.

그리고 의료산업화는 국내의료의 세계화 및 국제경쟁력을 제고하게 한다. 최근 의료시장의 세계화 추세는 진료비 부담을 줄이기 위한 국가간 환자(medical refugee)의 이동을 활

16) 법적 측면에서 이해중(2004)는 영리병원의 허용을 주장하고 있음

성화시키고, 개발도상국에 대하여는 선진국의 환자를 유치하기 위하여 의료산업을 발전시키게 하고 있다. 이에 따라 이들 국가의 의료수준이 개선되면서 본국 출신 선진국 기업인들의 유입, 자국 국민들의 의료혜택 증대를 낳는 등의 부수적 효과를 유발하고 있다.<sup>17)</sup>

## V. 결론: 공공과 민간과의 조화

우리나라는 선진국들과 같이 지금까지 의료시스템을 형성평의 기준 하에 발전시켜 왔다. 이에 따라 모든 국민들이 의료시스템의 혜택을 받을 수 있도록 국민건강보험제도를 전국민에게 확대해 왔고, 모든 국민들이 똑 같은 단일 제도의 적용을 받도록 했다. 그리고 분리되어 있던 재정도 통합해 왔다. 이러한 의료시스템의 사회적 연대는 가격에 의한 자원의 배분을 전혀 고려하지 않았다. 즉, 점차 사적재의 성격을 띠면서 발전하고 있는 의료시장에서 시장경제의 효율성을 무시해 왔다.

다양한 양질의 의료에 대한 수요가 급증함에 따라 국민건강보험의 비급여 서비스는 늘어날 수 밖에 없다. 그러나 비급여 부문에 대한 가격통제기능이 국민건강보험에는 없기 때문에 전체 의료비는 상당히 급속히 상승하게 된다.

우리나라에서 이러한 진료비의 증가에 따른 정책대응은 비용에 대한 다양한 규제를 입법화하는 것이었다. 예를 들면 기존의 의료수가나 약가를 더욱 낮추고 이미 보편화된 새로운 의료기술의 사용도 보험적용에서 배제하는 것이었다. 그러나 이러한 규제는 규제받지 않는 분야에서 원가 보상을 위한 비용의 상승을 낳아서 전체적인 의료비 억제에는 크게 효과가 없다. 즉, 규제는 더 이상 효과적인 비용억제수단이라고 할 수 없다. 게다가 국민들의 국민건강보험에 대한 만족도도 더 이상 개선될 수 없다.

이러한 경험은 많은 선진국에서도 나타나는 현상이다. 따라서 이들 국가들은 이제 규제보다는 시장중심적인 해결방안으로 제도를 개선해가고 있다. 의료시스템에 경쟁을 촉진시키고 개인들에게는 가능한 한 진료이용을 줄이면서 보험료가 저렴한 보험을 선택하도록 유인하고 있다. 그리고 서비스 공급자에게도 이윤을 보장하되 가능한 한 낮은 비용의 진료를 선택하도록 하고 있다.

민영건강보험의 활성화나 영리병원의 허용 등 시장원리에 입각한 유인제도(incentive)는 지속적 경쟁이 가능하게 하여 공공의료 수가를 억제하지 않고도 국민의료비를 줄일 가능성을 높인다. 그러나 유인제도는 가격중심의 제도가 되어 저소득층에게는 소득분배 측면에서

17) Economist(2008) 참조

형평성 있는 서비스 공급이 불가능하다는 문제가 있다. 따라서 이 문제는 정부가 이들에 대한 의료보장을 통하여 해결될 수 있다면 시장원리에 입각한 의료시스템은 기존의 규제중심의 의료시스템을 대체할 수 있다고 본다. 민영건강보험의 활성화나 병원부문에서 영리를 허용하는 것은 국민건강보험의 민영화나 전체 병원의 영리화를 의미하는 것이 아니다. 건강보험분야와 병원분야에서 공공부문과 민간부문간의 조화가 필요하다는 것이다.

민영건강보험은 국민건강보험을 건강하게 유지하게 하는 지렛대의 역할을 하여 의료비 조달시스템을 더욱 효과적으로 한다. 그리고 영리병원의 허용은 최첨단 의료기술이나 시설에 대한 투자가 지속적이고 창의적으로 가능하게 할 뿐 아니라 병원간 경쟁이 가능하게 하여 전체적인 병원시스템의 생산성을 높이게 한다. 이러한 생산성 제고 기법들은 곧 바로 비영리 병원이나 공공병원에도 적용되게 된다. 이 두 제도는 더 효율적인 의료공급체계와 더 효율적인 의료비 조달체계에서 모든 국민들이 더 높은 수준의 의료서비스를 받도록 하게 할 수 있다는데 그 의의가 있다. 또한, 이러한 시장원리의 적용은 우리 의료산업이나 건강보험산업이 세계화(globalization)되는 촉매로도 작용할 것이다.

## 참 고 문 헌

- 강성욱. 한국형민간의료보험의 이해, 대한병원협회 세미나, 2008.5.9.
- \_\_\_\_\_ 심재선, 권영대, 다이아몬드 모델을 이용한 의료산업 경쟁력 고찰, 보건경제와 정책연구, 제12권 1호, 2006.
- 국민건강보험공단. 건강보험통계, 각 연도
- 국민건강보험공단. 2007 지역별 의료이용 통계, 2008.
- 보건복지부. 2007년도 예산안 관련 통계자료, 2006.11.
- 보건복지가족부. 『일자리, 기회, 배려』를 위한 능동적 복지 2008년 실천계획, 2008.3.25.
- 경제기획원. 경제활동 통계연보, 각 연도
- 김원식. 건강보험제정의 건실화 방안: 시장유인과 형평성을 중심으로, 21세기 한국보건의료 정책 개혁방안, 한국의학원 총서5, 2002a.
- \_\_\_\_\_ 국민건강보험과 민간의료보험의 균형적 발전 방향, 보험개발연구, 제13권 3호, 2002.12b.
- \_\_\_\_\_ (역). 재정학과 시장경제, 시그마프레스, 2005.
- \_\_\_\_\_ 지속가능한 평생복지사회의 구축, 한반도선진화재단, 2008.
- 김원식, 이규식. 국민건강보험의 가격전략: 산업과 보험의 공존, 사회보장연구, 제24권 4호, 2008.11., pp.65-88.

- 김원식, 사공진, 김양균. 의약품 산업의 발전과 규제정책의 평가, 한국계약협회, 2007.
- 이해중. 영리법인의 의료기관 설립허용에 대한 의견, 예방의학회지, 제37권 2호, 2004.
- 정영호. OECD보건재정 및 국민의료비지출동향, 한국보건경제학회 학술발표대회, 2000년 추계, 2000.12.15.
- 한동운. 영국 NHS 내부시장 도입 실패인가? 성공인가?, 학술대회연제집, 한국보건행정학회, 2003.
- Cutler, David M, Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform; *Journal of Economic Literature*, Vol. XL, Sep. 2002, pp.881-906.
- Donelan, Karan, Robert J. Blendon, Cathy Shone, Caren Davis and Katherin Binns. The Cost of Health System Change: Public Discontent in Five nations, *Health Affairs*, Vol.118-3, 1999, pp.206-16.
- Economist*. Globalisation and Health Care, August 16th, 2008, pp.70-2.
- OECD. *OECD Health Data 2007*, 2007.
- Tiebout, Charles. A Pure theory of Local Expenditure, *Journal of Political Economy*, Vol.64-5, pp. 416-24, Oct. 1956.