

의료서비스 산업 개방효과 분석

| 강성원 |



의료서비스 산업 개방효과 분석

강성원

의료서비스 산업 개방효과 분석

1판1쇄 인쇄/ 2011년 1월 24일

1판1쇄 발행/ 2011년 1월 28일

발행처/ 한국경제연구원

발행인/ 김영용

편집인/ 김영용

등록번호/ 제318-1982-000003호

(150-705) 서울특별시 영등포구 여의도동 27-3 하나대투증권빌딩

전화 3771-0001(대표), 3771-0057(직통) / 팩스 785-0270~3

<http://www.keri.org>

© 한국경제연구원, 2011

한국경제연구원에서 발간한 간행물은
전국 대형서점에서 구입하실 수 있습니다.
(구입문의) 3771-0057

ISBN 978-89-8031-601-4

10,000원

* 제작대행: (주)FKI미디어

의료서비스는 소비자인 환자가 공급자인 의료기관으로부터 구입하는 전형적인 시장 거래의 대상임에도 불구하고 전통적으로 공공정책의 영역으로 간주되어 왔다. 따라서 시장 개방에 대한 논의는 부진하였다. 최근까지도 의료서비스에 관한 논의는 영리의료법인 허용 여부 및 건강보험 보장성 수준 등 국내 규제에 관한 논의에 집중되었다. 그러나 소득 수준의 향상과 인구 고령화로 인해서 기존의 의료적 서비스에 대한 수요와 더불어 소비자 개개인의 비의료적 요구까지 고려하는 상업적 서비스의 수요가 증가하고 있는데, 각종 규제로 인하여 이에 대한 공급은 부족하다. 이러한 수급의 불일치를 타개하기 위해서는 해외 의료기관 유치에 대한 적극적인 사고가 필요한 시점이다. 본 연구는 이러한 문제의식에서 출발한다.

본 연구는 다양한 문헌 연구를 통해서 향후 의료서비스 시장에서 상업적 서비스에 대한 공급 부족이 발생할 것이며, 이를 해소하기 위해서는 해외 의료기관 유치가 필요하다고 진단한다. 또한 해외 의료기관 유치에 필요한 규제완화 방안을 고안하며, 그 부작용을 억제할 수 있는 보완책을 설계한다. 그리고 OECD 국가의 패널자료를 활용한 실증분석을 통해서 새로운 정책조합이 시도될 경우 시장 개방을 통해 얻을 수 있는 산출 및 고용증

대효과를 추산한다. 본 연구는 의료서비스 시장에 대한 정부 개입을 시장 거래를 억제하는 기존의 방식대신 정보의 비대칭성을 해소하여 시장의 기능을 촉진하는 방법으로 전환할 것을 주장하고, 이러한 전환에 성공한다면 규제완화의 부작용은 억제하면서 시장 개방의 긍정적 효과를 누릴 수 있음을 제시한다.

본 연구를 수행한 강성원 연구위원은 연구에 도움을 준 서울대학교 보건대학원의 권순만 교수와 익명의 검토자에게 감사를 표하고 있다. 아울러 연구를 위해 자료수집과 정리작업을 도와준 김경화 연구조원에게 감사를 표하고 있다. 끝으로 본 보고서의 연구내용은 저자의 개인적 견해이며 본원의 공식 견해와는 무관함을 밝혀두는 바이다.

2011년 1월

한국경제연구원

원장 김영용

요 약	7
제1장 서 론	23
제2장 의료서비스 시장 개방의 기대효과	29
1. 한국 의료서비스 시장의 특징	34
2. 한국 의료서비스 수요 현황과 전망	38
3. 한국 의료서비스 공급 현황과 문제점	49
4. 시장 개방의 효과	59
5. 소 결	64
제3장 의료서비스 시장 개방과 규제완화	67
1. 시장 개방과 규제완화의 관계	72
2. 규제완화 방안	76
3. 규제완화 보완책	89
4. 소 결	134
제4장 시장 개방의 효과 예측	139
1. 국가의료비 추정: 활용 변수	143
2. 국가의료비 추정 결과	160
3. 의료서비스 시장 개방 및 규제완화의 효과 추정	168
4. 소 결	176
제5장 요약 및 결론	179
참고문헌	189
영문초록	200

표 및 그림 목차

〈표 1〉 의료서비스 지출의 구성 비교(2008년)	39
〈표 2〉 연령별 유병률 격차(2007년)	44
〈표 3〉 연령별 건강보험 진료 입내원 일수 및 진료비 지출 비교(2008년)	46
〈표 4〉 의료서비스 시장 규모의 확대	87
〈표 5〉 국가의료비 지출 추정에 사용된 변수	146
〈표 6〉 의사에 대한 보험급여 지급방식을 나타내는 더미변수	152
〈표 7〉 국가별 의사에 대한 보험급여 지급방식	152
〈표 8〉 국가별 보건예산 제약의 성격	154
〈표 9〉 국가별 주치의제도의 특성	155
〈표 10〉 국가별 의료서비스 가격규제 비교	157
〈표 11〉 연속변수의 표본통계량	158
〈표 12〉 이산변수의 표본 내 분포	158
〈표 13〉 의료서비스 시장 개방 및 가격규제에 따른 평균 의료비 지출 격차	159
〈표 14〉 국가의료비 추정 결과	162
〈표 15〉 의료서비스 시장 개방 및 규제완화의 산출 및 고용증대효과	173
〈표 16〉 산출 및 고용증대효과의 산업별 분포	175
〈그림 1〉 소득계층별 연간 의료비 지출 증가율(2004~2008년 평균)	37
〈그림 2〉 미래 의료서비스 수요 전망	48
〈그림 3〉 미래 의료서비스 공급 전망	58
〈그림 4〉 의료서비스 산업 규제완화 방안	88
〈그림 5〉 영리의료법인 진입규제완화 보완책	102
〈그림 6〉 건강보험 경증 민영화에 따른 의료비 지출 증가 억제 대책	119
〈그림 7〉 건강보험 경증 민영화에 따른 건강 취약계층 보험가입 장애 대책	130

I. 서론

- 향후 증대하는 의료서비스 시장의 상업적 서비스 수요를 소화하기 위해서는 시장을 개방하여 해외 의료기관을 유치할 필요
 - 향후 소득 증가 및 인구고령화로 의료서비스 수요가 기존의 의료적 서비스에 대한 수요보다는 상업적 서비스에 대한 수요를 중심으로 성장할 전망
 - 의료적 서비스: 질환에 대한 치유를 중심으로 하며 동일 질환 소비자에게는 비의료적 요구와는 관계없이 유사한 서비스를 제공
 - 상업적 서비스: 치유 이외에 치료시간 절약 등 비의료적 요구까지 포괄하며, 개별 소비자에게 맞춤형 서비스를 제공
 - 국내 의료기관은 영리법인 진입규제 및 건강보험 가격규제로 상업적 서비스 공급이 어려운데 해외 의료기관은 이러한 공백을 해소 가능

- 해외 의료기관 유치를 위해서는 영리의료법인 진입규제 및 건강보험 가격규제를 완화하여 이윤창출 기회를 만들어야 하지 만 그 부작용에 대한 우려로 시장 개방에 소극적

- 본 연구는 의료서비스 시장 개방의 효과를 실현하기 위해 필요한 의료서비스 규제완화 방안을 고안하고, 이러한 시장 개방 및 규제완화 방안의 산출 및 고용증대효과를 추정

- 영리법인 진입규제 및 건강보험 가격규제를 완화하여 해외 의료기관 진입장벽을 해소하고 수익 기회를 확대
- 의료서비스 시장의 불확실성을 야기하는 정보의 비대칭성을 해소함으로써 규제완화의 부작용을 억제하는 방안을 제시

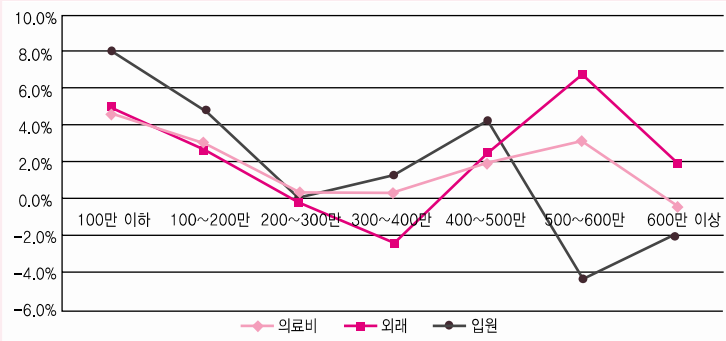
II. 의료서비스 시장 개방의 기대효과

1. 한국 의료서비스 시장 규모

- 한국 의료서비스 시장은 1인당 국민소득 수준에 걸맞지 않게 작으나 최근 건강보험 보장성 강화와 소득 증대로 인해 빠르게 성장 중
 - 2008년 현재 한국의 GDP 대비 국민의료비 지출은 6.5%로 OECD 34개 회원국 중 30번째이고, 1인당 개인의료비 지출은 1,596달러로 OECD 평균의 59.6%
 - 2004~2008년 국민의료비 지출이 연 11.0%로 증가하여 OECD 국가 중 슬로바키아, 에스토니아에 이어 세 번째로 빠르게 증가
 - 2004~2008년 의료비 지출 증대는 재원별로는 공공재원, 진료 과목별로는 입원진료 증가가 주도하여 건강보험 보장성 강화의 영향을 반영
- 소득구간에 따른 의료비 지출 증가율은 U자 형태를 보여 저소득층과 중상위 소득계층이 의료비 지출 증대를 주도
 - 월소득 100만~400만 원 구간에서는 의료비 지출 증가율이 점차 하락하다가 400만~600만 원 구간에서는 다시 상승

- 저소득층은 입원진료, 고소득층은 외래진료 지출이 빠르게 증가

<그림 1> 소득계층별 연간 의료비 지출 증가율(2004~2008년 평균)



자료: 통계청 KOSIS DB, 가계동향조사 <<http://www.kosis.kr>>

2. 한국 의료서비스 수요 현황과 전망

- 최근까지는 의약품 및 외래진료의 비중이 높아 치료 중심의 의료적 서비스에 대한 수요가 시장을 주도

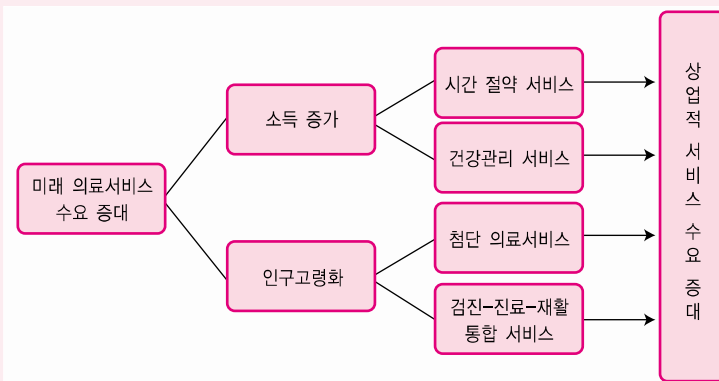
- 2008년 한국의 개인의료비 중 27.0%가 의약품 지출, 의료서비스 지출 중 52.3%가 외래진료로 OECD 국가 평균인 20.5%, 39.1%보다 매우 높음.
- 특히 1일 진료 및 재가 진료와 같은 입원 및 외래진료의 대안적 서비스에 대한 수요는 미미

- 향후에는 소득 증가 및 인구고령화로 인해 의료서비스 수요가 크게 증대될 전망

- 2008년 한국의 GDP 대비 국민의료비 지출은 1975년 OECD 국가 평균인 6.5%와 유사하나 1인당 GDP는 1975년 OECD 국가 평균의 1.4배에 달하여 소득에 비해 시장이 미발달

- 의료서비스는 소득 증가에 따라 소비가 증대하는 정상재이므로 향후 소득이 지속적으로 증가하면서 잠재된 시장 수요가 실현 될 가능성이 높음.
 - 또한 1인당 의료비 지출이 높은 고령자 비중이 증가하므로 의 료서비스 시장도 자연히 증가할 전망
- 소득의 증가 및 인구고령화에 따른 의료서비스 수요 증대는 기존 치료 중심의 의료적 서비스에 대한 수요보다는 소비자의 개인적인 요구를 고려하는 상업적 서비스에 대한 수요가 주도 할 전망
- 소득의 증가에 따라서 치료에 투입되는 시간을 단축하여 소득 의 손실을 억제하거나 질환을 예방하는 건강관리 및 검진 서 비스에 대한 수요가 증가
 - 인구고령화에 따라 만성질환자가 증가하면서 만성질환 치유에 필요한 첨단 의료기법에 대한 수요와 검진-진료-재활을 결합 하여 환자의 일상생활을 유지하는 개인별 맞춤형 서비스에 대 한 수요가 증가

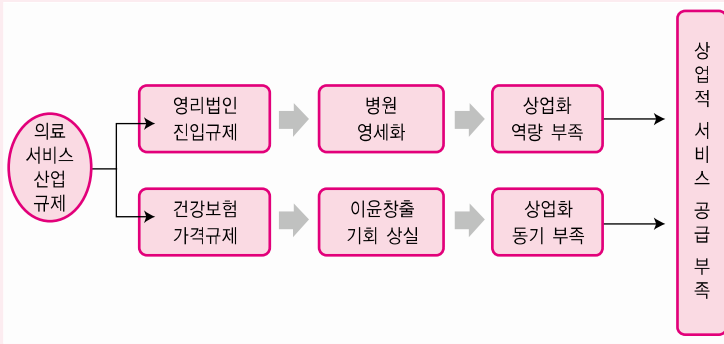
<그림 2> 미래 의료서비스 수요 전망



3. 한국 의료서비스 공급 현황과 문제점

- 한국 의료서비스 공급은 영리법인 진입규제 및 건강보험 당연 지정제로 인해 소규모 의료기관 의존도가 높고 상업적 서비스 공급이 부진
 - 2009년 현재 건강보험 적용을 받는 의료기관 중 95.2%는 의원, 4.3%는 병원이고, 종합병원은 0.6%에 불과
 - 영리의료법인 진입규제로 인해서 자본조달이 어려워 상업적 서비스 공급에 필요한 고가의 장비 사용 및 경영 전문인력 고용이 부진
 - 건강보험 당연지정제에 따른 가격규제로 인해서 상업적 서비스를 개발하여 수익을 증진할 유인이 약화
- 상업적 서비스 부족으로 인해서 환자들이 종합병원으로 쏠리고 고소득층의 해외 의료서비스 구입이 증대되는 등 수요 초과 징후 노출
 - 2008년 의료기관의 평균 관외 진료 수입 비중은 21.3~26.2%이지만 종합전문요양기관은 39.7~42.2%에 달할 정도로 소비자들이 종합병원을 선호
 - 보건서비스 해외 지불은 2006년 370만 달러에서 2008년 720만 달러로 급증하였으며 2009년에는 글로벌 금융위기의 여파에도 불구하고 540만 달러 기록
- 현재 환경에서는 의료기관 영세화와 상업적 서비스 개발 부진이 지속되어 상업적 서비스 수요가 증대되어도 시장에서 소화되기 어려울 전망

<그림 3> 미래 의료서비스 공급 전망



4. 시장 개방의 효과

- 의료서비스 시장이 개방되어 해외 의료기관이 유치되면 상업적 서비스 공급의 공백을 해소하고 국내 의료기관에 서비스의 질을 제고할 압력을 강화
 - 세계적으로 의료기관의 해외 진출은 선진국의 대규모 연쇄형(chain) 의료기관이 주도하며 한국에도 선진국 의료기관의 진출이 유력
 - 해외 의료기관은 상업적 서비스를 소화할 수 있는 능력과 경험을 구비하여 상업적 서비스 공백 해소 가능
 - 해외 의료기관의 국내 진입은 의료적 서비스 시장 공략이 우선 목표겠지만, 선진국 시장에서의 경험을 활용하여 상업적 서비스 요구에 선도적으로 대응 가능
 - 해외 의료기관은 명성(reputation)이 높아서 국내 종합병원과 경쟁이 가능하므로 종합병원이 서비스 질을 제고할 유인을 강화

Ⅲ. 의료서비스 시장 개방과 규제완화

1. 시장 개방과 규제완화의 관계

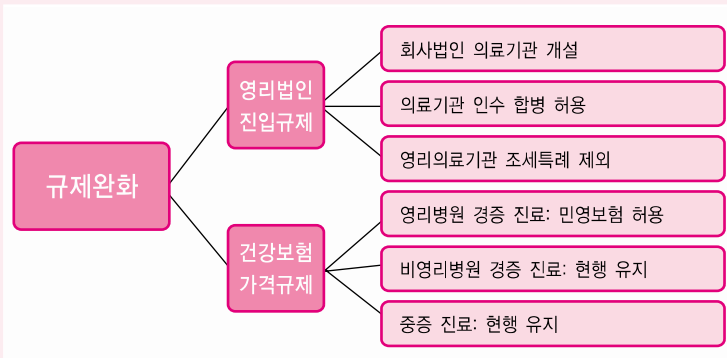
- 상업적 서비스 공급을 확충하여 시장 규모를 확대하기 위해서는 상업적 주재(GATS mode 3)에 해당하는 해외 의료기관의 국내 유치가 필요
 - 원격진료(mode 1)의 역할은 대면접촉이 결여되어 있는 한 제한적이고, 자연인의 이동(mode 4)은 선진국에서 소극적인 데다가 언어장벽으로 인해 활용 폭이 제한될 전망
- 영리법인 진입규제를 폐지하여 수익금 해외 송금을 허가하고 건강보험 당연지정제를 완화하여 수익기회를 제공해야 해외 의료기관 유치 가능
 - 비영리법인은 영리를 추구할 수 없어서 수익을 투자자에게 배분할 수 없으며, 따라서 이윤의 해외 송금도 금지
 - 건강보험 보험진료 비중이 의료서비스 시장의 60%에 달하며, 수가가 저평가되어 있어서 이윤창출 기회 억제

2. 규제완화 방안

- 해외 송금이 허용되는 영리법인의 의료기관 개설을 허용하고, 시장 진입비용을 절감할 수 있도록 의료법인 간 인수·합병을 허용
 - 출자자에게 수익을 배분할 수 있는 상법상 회사법인 및 특별법상 영리법인에 의료기관 개설 및 의료서비스 공급을 통한 영리 추구를 허용

- 기존의 의료기관을 인수하여 시장에 진입함으로써 진입비용을 축소할 수 있도록 의료기관 간 인수·합병을 허용
 - 조세 회피를 목적으로 하는 의료기관 개설을 억제하기 위해서 비영리법인에 대한 법인세 및 지방세 과세특례는 영리법인에는 미적용
- 외래진료만으로 치유가 가능한 경증에 대해서는 건강보험 당연지정제를 완화하여 의료비 지출 증가를 제어하고 보험 미가입자 발생 문제를 억제
- 영리의료법인의 경증 진료에 대해서는 건강보험을 대체하는 민영의료보험 선택권을 허용하되 건강보험의 경증 보험은 유지하고 비영리법인에 대해서는 건강보험 당연지정제도 유지
 - 경증은 정보의 비대칭성이 적어 건강 취약계층이 배제될 가능성이 낮고 가격도 낮아서 저소득층이 소외될 가능성도 낮음.

<그림 4> 의료서비스 산업 규제완화 방안



- 경증에 대한 건강보험 당연지정제를 완화하면 9조2천억~14조 원(본인부담 포함), 의료서비스 시장의 26.1~39.7% 규모의 시장이 생성

<표 1> 의료서비스 시장 규모의 확대

구 분	건강보험(2008년, 억 원)		비보험 진료
	본인부담+민영보험	보험급여	
외래진료(경증)	47,892	92,129	58,547
입원진료(중증)	34,315	88,985	31,165

3. 규제완화 보완책

- 의료서비스 시장 실패의 결과를 규제하는 현재의 규제를 완화 하되, 시장 실패의 원인이 되는 정보의 비대칭성 자체를 해소 하는 보완책을 고안
 - 소비자에게 의료기관에 대한 정보를 제공하여 의료기관과 소비자 간의 의료서비스의 질에 대한 정보의 비대칭성을 완화하고, 그에 따라 영리의료법인을 허용해도 수익추구를 위해 의료서비스의 질을 낮출 유인을 약화
 - 소비자에게 보험사가입자의 진료 성과에 대한 정보를 제공하여 보험사 간 경쟁을 촉진시켜서 보험사가 보험사와 의료기관 간의 진료의 필요성에 대한 정보의 비대칭성을 낮추어 불필요한 의료비 지출을 억제할 유인을 강화
 - 보험사에 무기명 개인 의료정보 표본을 제공하고 위험 반영 보험료 활용을 자유화하여 보험사와 보험가입자 간 건강상태에 대한 정보의 비대칭성을 낮추고 보험가입을 거부할 유인을 완화

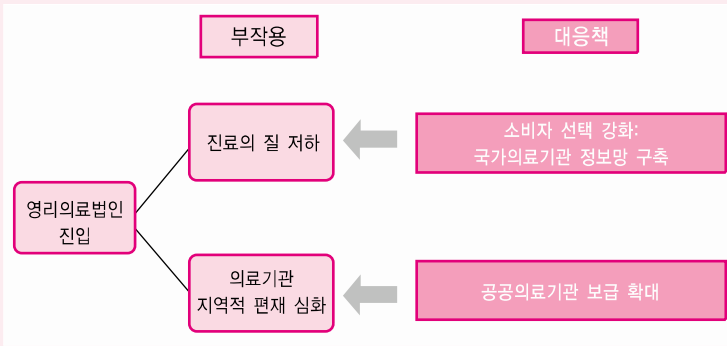
(1) 영리의료법인 진입에 따른 보완책

- 영리의료법인이 도입되면 의료의 질이 하락하고, 의료기관이 인구 밀집지역에 편재될 우려
 - 이윤 추구를 허락하면 소비자들의 수요가 비탄력적인 의료의 질을 제고하려는 노력은 축소하고, 수요가 많은 지역으로 입지하려는 유인 강화
 - 실증적으로는 비영리의료법인 및 영리의료법인 간에는 진료의 질의 차이는 일관되게 관찰되지 않으나, 의료기관의 지역적 편재 현상은 존재

- 의료의 질 하락을 억제하기 위해서 소비자들이 정보에 입각해서 의료기관을 선택할 수 있도록 ‘국가의료정보망’을 설치
 - 수요가 의료의 질에 대해서 비탄력적으로 반응하는 원인은 의료기관과 소비자 간에 의료의 질에 대한 정보의 비대칭성이 있기 때문
 - 정보의 비대칭성이 적은 경증에 대해서만 가격규제를 완화하여 소비자 선택을 통해 의료기관을 견제
 - ‘국가의료정보망’을 통해서 진료의 질에 대한 정보를 소비자에게 제공하여 정보에 입각한 선택(informed choice)을 할 수 있도록 지원

- 의료기관의 지역적 편재를 완화하기 위해서는 인구 희소지역을 중심으로 공공의료기관을 확충
 - 미국의 경우에도 공공병원이 전체 병원의 22.1%를 차지하는 반면, 한국은 병원급 이상 의료기관 중 공공의료기관은 4.7%에 불과

<그림 5> 영리의료법인 진입규제완화 보완책

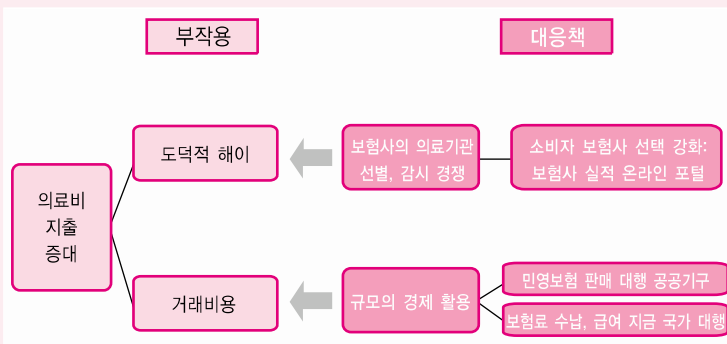


(2) 건강보험 민영화 보완책

- 건강보험이 민영화되면 불필요한 진료의 증대 및 거래비용의 증가로 의료비 지출이 급증하고, 건강 취약계층의 보험가입이 어려워지는 문제 발생
 - 보험사와 의료기관 간의 정보의 비대칭성 때문에 의료기관이 수익 증대를 위해 불필요한 진료를 시술하는 도덕적 해이가 발생할 가능성 존재
 - 광고 및 직접마케팅 강화로 인한 관측비용 및 보험료 징수, 보험급여 신청, 신청 심사, 급여 지급에 따르는 행정비용 증대
 - 보험사가 보험급여 지급 부담이 큰 건강 취약계층을 배제하려는 유인 강화
- 보험사의 의료 성과에 대한 정보를 소비자에게 제공하여 소비자의 보험사 선택을 강화하면 보험사들의 의료기관에 대한 감시 및 선별이 강화되어 도덕적 해이로 인한 불필요한 진료 억제 가능

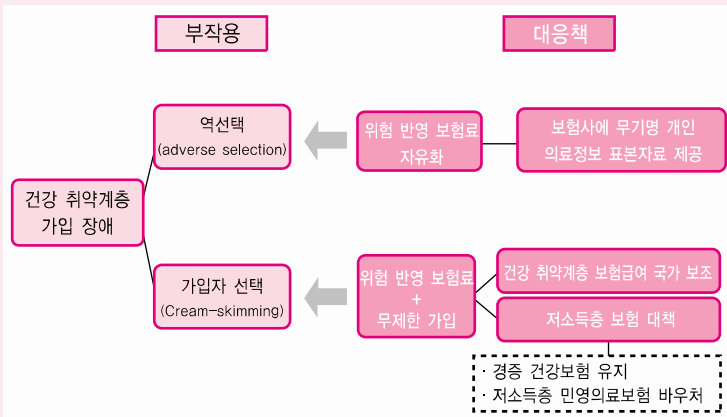
- 보험사의 의료 성과에 대한 정보를 소비자들이 소화하기 쉬운 형태로 전달하는 온라인 포털을 구축하여 보험사 간의 경쟁을 유도
 - 보험사 간의 경쟁이 유도되면 보험사들이 의료기관의 도덕적 해이를 억제하여 불필요한 보험급여 지급을 축소하려는 유인이 강화
 - 미국의 경우 1980년대 이후 보험사들이 수가제도를 다양화하고 의료기관에 대한 사전적·사후적 감시를 강화하며, 비용-효과적인 의료기관과 선별적으로 계약을 맺는 등 의료기관의 불필요한 진료를 억제하는 기법을 개발
- 민영의료보험 판매를 대행할 공공기구를 설치하고 건강보험이 민영의료보험의 보험료 징수 및 보험급여 지급을 대행하여 거래비용을 축소
- 판촉비용의 대부분을 차지하는 개별 접촉 판매비용을 절감하기 위해서 민영의료보험 판매는 공공기관에서 대행하고 개별 접촉 판매를 금지
 - 보험료 수납 및 보험급여 지급은 단순 행정업무이므로 건강보험에서 일괄 대행하여 중복투자로 인한 비용을 축소

<그림 6> 건강보험 경증 민영화에 따른 의료비 지출 증가 억제 대책



- 건강 취약계층을 보호하기 위해서 보험사가 위험을 반영한 적절한 보험료를 책정할 수 있도록 허용하여 보험사가 이들의 가입을 기피할 유인을 억제하고, 대신 무제한 가입(Open enrollment)을 허용하도록 규제
 - 건강 취약계층을 기피하는 원인은 보험사가 보험가입자의 건강상태를 알 수 없는 경우에 발생하는 역선택(Adverse selection) 현상과 건강상태는 파악하고 있으나 이를 보험료에 반영하지 못하는 경우 발생하는 ‘가입자 선택(Cream-Skimming)’ 현상
 - 역선택 현상을 배제하기 위해서 보험사에 무기명 처리된 건강보험 개인 의료정보 표본을 제공하여 위험을 반영한 보험료(risk adjusted premium)를 책정할 수 있도록 허용
 - 가입자 선택을 배제하기 위해서는 보험료 책정은 보험사의 자율에 맡기되 연 1개월간 무제한 가입을 허용하도록 규제
 - 건강이 매우 취약하여 보험의 시장 거래가 어려운 건강 취약계층에 대해서는 정부가 보험급여 일부를 보험사에 지원

<그림 7> 건강보험 경증 민영화에 따른 건강 취약계층 보험가입 장애 대책



- 위험을 반영한 보험료를 지불하기 어려운 저소득층을 위해서 건강보험 경증 보험을 유지하고 비영리의료법인에 건강보험 당연지정제를 적용

IV. 시장 개방의 효과 예측

- 규제완화의 정도를 반영하는 2개 시나리오에 대해서 시장 개방에 따른 산출 및 고용증대효과를 추정
 - 실질적 무역장벽인 영리의료법인 진입규제가 해소된 경우를 시나리오 1, 건강보험 가격규제도 완화된 경우를 시나리오 2로 상정
 - 시나리오 1: 영리의료법인 허용, 건강보험 가격규제유지, 시장 개방
 - 시나리오 2: 영리의료법인 허용, 건강보험 가격규제완화, 시장 개방
 - 1단계에서는 2005~2008년간 OECD 25개국의 패널자료를 활용하여 시장 개방 여부, 영리의료법인 비중, 의료서비스 가격 규제 정도가 의료비 지출에 미치는 영향을 추정
 - 2단계에서는 1단계의 추정식을 활용하여 시나리오 1 및 시나리오 2에서의 의료비 지출 증대를 예측
 - 3단계에서는 2단계에서 얻은 의료비 지출 증대 예측치를 2005년 산업연관표에 적용하여 각 시나리오별로 산출 및 고용증대 효과를 추정
- 1단계 추정 결과 가격규제가 강한 국가의 의료비 지출이 통계적으로 유의하게 낮았으며, 영리의료법인 비중이 높고 의료

서비스 시장이 개방된 국가에서 의료비 지출이 높았으나 통계적으로 유의하지 않았음.

- 가격규제의 정도를 “법정가격 준수(2)”, “예외적인 경우 법정가격 초과징수 가능(1)”, “무규제(0)”로 변수화(Paris et al., 2010)할 경우 가격규제가 1단계 높은 국가에서는 1인당 경상의료비 지출이 29.3% 낮은 것으로 추정
- 급성기 병상에서 영리의료법인의 병상이 차지하는 비중이 1%포인트 높으면 1인당 경상의료비 지출이 0.8% 높고, 시장이 개방된 국가의 1인당 경상의료비 지출이 10.8% 높은 것으로 추정

□ 2단계 및 3단계 분석결과 영리의료법인 진입규제가 해소되어 시장이 실질적으로 개방될 경우(시나리오 1)에는 총산출 및 총고용이 0.3%, 건강보험 가격규제까지 완화될 경우(시나리오 2)에는 1.2% 증가할 것으로 추정

- 의료서비스 시장 규모는 영리의료법인 진입규제가 해소되어 시장이 실질적으로 개방될 경우에는 경상의료비 지출의 6.6%, 건강보험 가격규제가 완화될 경우에는 26.2% 증가할 것으로 추정
- 가격규제를 “예외적인 경우 법정가격 초과징수 가능(1)” 수준으로 완화할 경우에도 의료서비스 시장 규모는 15.0%, 총산출 및 총고용은 0.7% 증대 추정

<표 2> 의료서비스 시장 개방 및 규제완화의 생산 및 고용증대효과

구 분	시나리오 내용	의료산업 산출 증가율	총산출 증가율	고용 증가율
시나리오 1	시장 개방 + 영리법인 규제완화	6.6%	0.3%	0.3%
시나리오 2	시나리오 1+가격규제완화	26.2%	1.2%	1.2%
시나리오 2_all	시나리오 1 +가격규제 부분 완화	15.0%	0.7%	0.7%

V. 요약 및 결론

- 본 연구는 규제완화가 의료서비스 시장 개방에 따르는 산출 및 고용증대효과를 4배 정도 증대시킬 수 있음을 보여서 규제완화의 중요성을 입증
 - 제2장에서는 향후 상업적 서비스에 대한 수요를 충족시키기 위해서는 해외 의료기관의 유치가 필요함을 제시
 - 제3장에서는 해외 의료기관 유치를 위해서 영리의료법인 진입 규제 및 건강보험 당연지정제 완화가 필요함을 주장하고 규제완화의 부작용을 억제할 보완책을 제시
 - 제4장에서는 규제완화 및 시장 개방이 총산출 및 총고용을 0.3~1.2% 증가시키는 효과가 있음을 추정

- 본 연구는 기존 의료서비스 시장 개방 정책의 한계를 지적하고, 의료서비스 시장의 정보 비대칭성에 대한 직접적인 해소를 촉구하는 정책적 시사점 제시
 - 기존에는 경제자유구역을 통한 제한적인 시장 개방을 시도하고 있으나 영리의료법인 진입규제 및 건강보험 가격규제완화를 수반하지 않고는 성과를 기대하기 어려움을 제시
 - 의료서비스 시장에서의 시장 실패의 결과를 규제하기보다는 그 원인인 정보의 비대칭성을 해소하는 접근방식을 제시

제1장 서론



한국 의료서비스 시장은 규제에 의해 규모가 억제되어 있으나, 국민소득의 증가 및 고령화로 인해 향후 성장 가능성이 크다. 그러나 향후 의료서비스 수요는 치유가 중심인 기존의 의료적 서비스보다는 소비자의 개별적이고 비의료적인 수요까지 포괄하는 상업적 서비스에 대한 수요를 중심으로 성장할 것으로 전망된다. 국민소득이 증가하면서 의료서비스 수요가 단순한 질병의 치료로부터 질병 및 치료로 인한 시간 손실의 최소화를 추구하는 형태로 전환되고, 고령자가 증가하면서 첨단 의료기법이 필요한 난치병 환자가 증가하기 때문이다.

그런데 국내 의료서비스 공급은 진입 및 가격규제로 인해 영세 개인병원 중심으로 제공되고 있어서 이러한 상업적 수요를 충족하기에는 부족하다. 국내 의료기관 중에는 종합병원이 상업적 수요에 대응할 수 있으나, 공급이 제한적이어서 수요를 충족하기에는 부족한 형편이다. 이러한 상황에서 상업적 수요를 가진 소비자들은 종합병원에 몰리거나, 해외 의료서비스에 의존하게 된다. 이는 종합병원에 대한 쏠림 현상을 가져오고, 보건서비스 수지 적자를 야기하고 있다. 이러한 상황에서 해외 의료기관을 유치하면 1) 소비자들의 상업적 수요를 흡수하여 시장 규모를 확대하는 생산 증진 효과와 2) 종합병원 및 개인병원에 상업적 수요에 대한 경쟁 압력을 강화하는 생산성 증대 효과를 기대할 수 있다.

해외 의료기관을 유치하기 위해서는 비관세 장벽으로 작용하고 있는 영리의료법인 진입규제를 해소하고, 건강보험 가격규제를 완화하여 이윤기회를 창출해야 한다. 이러한 규제완화는 보

험 시장 특유의 정보의 비대칭성 문제로 인해서 의료의 질 악화, 의료서비스 지역 간 편차 확대, 보험 미가입자 증대, 의료비 지출 급증 등이 야기될 수 있어서 정책 추진에 어려움이 있다.

이에 본 연구는 해외 의료기관 유치를 위해 규제를 완화하되 그 부작용을 최소화할 수 있는 방안을 제시하고, 이러한 방안이 추진되었을 경우 해외 의료기관 유치를 통한 산출 및 고용증대 효과를 추정¹⁾하고자 한다. 구체적으로 본 연구는 영리의료법인 진입규제를 완화하고 경증에 한해서는 건강보험을 대체할 수 있는 민영의료보험을 도입하고 수가를 자율화하여 건강보험 가격규제를 완화하되 정보의 비대칭성을 완화하여 시장의 효율성을 제고하는 보완책으로 규제완화의 부작용을 억제할 것을 제안한다. 영리의료법인 진입으로 인한 의료의 질 악화를 방지하기 위해서 소비자들에게 의료기관의 진료의 질에 대한 정보를 온라인으로 제공하는 ‘국가의료정보망’을 설치하여 소비자 선택을 강화하고, 의료기관의 편재를 보완하기 위해서 공공의료기관 공급을 확대한다. 소비자들에게 민영의료보험 가입자의 진료실적에 대한 정보를 제공하여 보험사들 간 비용-효과적인 의료기관을 감시 및 선별하는 경쟁을 강화하고, 이를 통해서 불필요한 의료비 지출을 억제한다. 그리고 보험 미가입자 증대를 방지하

1) 의료서비스 시장 규모가 증대하는 것은 의료서비스에 지출하는 비용이 증가함을 의미한다. 의료비의 증대가 국민후생을 증진하는지 여부에 대해서는 논란이 있을 수 있다. 본 연구에서는 수요를 충족하여 후생을 증진하는데 필요한 비용을 지출하는 것은 필요하며 바람직하지만, 필요 없는 비용의 지출은 억제해야 한다는 시각에서 접근한다. 따라서 본 연구는 현재 우리나라 의료서비스 시장은 소비자의 수요를 충족하기에 충분한 서비스를 공급하지 못하고 있는 상태라는 현실 인식을 대전제로 한다.

기 위해서 민영의료보험사에게는 보험자의 가입을 거부하지 못하도록 하고, 대신 무기명 개인 의료기록을 제공하여 위험 조정 보험료(risk-adjusted premium)를 설정할 수 있도록 하여 건강 취약 계층의 가입으로 인한 수익 악화에 대처할 수 있도록 한다. 마지막으로 건강보험의 경증 보험 기능도 유지하도록 하여 보험료 상승으로 인해 저소득층이 보험을 활용하지 못하는 상황을 방지한다.

본 연구는 이러한 규제완화로 해외 의료기관이 유입되면서 발생하는 시장 규모의 증대 효과를 1) 영리의료법인 진입규제가 완화되어 시장이 개방된 경우 2) 시장 개방과 가격규제완화가 병행된 경우의 두 가지 시나리오를 통해 분석한다. 시장 규모 증대 효과 추정은 3단계로 진행되는데 1) 규제완화 및 시장 개방이 의료서비스 지출에 미치는 영향을 2005~2008년 OECD 25 개국의 패널자료를 이용해 추정하고 2) 추정식을 활용하여 각 시나리오하에서 의료서비스 산업 규모 증대를 추산하고 3) 추정된 규모 증가를 의료서비스 산업의 추가 투입으로 간주하여 산업연관분석을 통해 고용 및 산출 증가 효과를 추정한다. 의료서비스 지출 추정은 Gerdtham et al.(1998)의 의료비 추정 모형에 의료시장 개방 여부를 나타내는 변수를 추가하여 확장한 모형을 사용하고, 산업연관분석에서는 한국은행 2005년 산업연관표를 사용한다.

본 연구는 기존 영리의료법인 진입 허용 논쟁을 의료서비스 시장 대외개방의 영역으로 확대한다는 데 그 의의가 있다. 본 연구의 결과는 영리의료법인 진입규제를 비롯한 의료서비스업

규제를 완화하면 해외 의료기관의 국내 진출을 유도할 수 있어서 긍정적인 효과를 얻을 수 있음을 보여준다. 이는 향후 의료 서비스 시장 개선방안 연구에 대외개방의 차원을 추가한다는 점에서 의의가 있다.

본 연구는 다음과 같이 구성된다. 제2장에서는 우리나라 의료 서비스 시장의 현황과 문제점을 살펴보고, 이 상황에서 해외 영리의료법인 유치를 통해 기대할 수 있는 효과를 점검한다. 제3장에서는 해외 영리의료법인을 유치하기 위해서는 무역개방뿐만 아니라 규제완화를 통한 이윤기회 창출이 필요함을 도출한다. 제4장에서는 무역개방 및 규제완화의 결과 얻을 수 있는 산출 및 고용 증가 효과를 추정한다. 제5장에서는 본 연구의 결과를 요약하고 정책적 시사점을 제시한다.

제2장 의료서비스 시장 개방의 기대효과



한국 의료서비스 시장의 현황 및 전망을 개관하고, 그러한 배경하에서 의료서비스 시장 개방이 가져올 수 있는 기대효과를 추론한다.

현재 한국 의료서비스 시장은 국민소득의 크기에 비해서 매우 작은 수준이고, 질적으로도 질병으로 인한 불편함을 해소하는 치료 중심의 서비스의 공급이 주류를 이루고 있다. 그러나 향후에는 소득 증대 및 인구고령화에 의해 단순한 의료적 서비스 이상을 요구하는 상업적 서비스에 대한 수요가 증가할 것으로 전망된다. 구체적으로 소득이 증대함에 따라 질병으로 인한 근로시간 축소를 단축할 수 있는 예방 진료 및 건강관리 서비스에 대한 수요가 증가할 것이고, 특히 같은 결과에 대해서는 대기 및 회복시간을 줄일 수 있는 서비스에 대한 수요가 증가할 것으로 보인다. 또한 인구고령화로 인해 만성질환과 관련된 의료서비스 수요가 증가할 것으로 보이는데, 구체적으로는 만성질환을 치료할 수 있는 첨단 의료기법 및 만성질환으로 인한 불편함을 줄일 수 있는 진단-진료-재활이 연계된 서비스에 대한 수요가 증가할 것으로 보인다. 기존의 치유 중심 서비스는 동일 질환의 환자에 대해서는 유사한 서비스를 제공하는 '의료적' 서비스에 대한 수요라고 한다면, 향후의 의료서비스 수요는 환자 개개인의 의료적·비의료적 수요를 모두 포괄하는 '상업적' 서비스에 대한 수요라고 할 수 있다.²⁾

2) 기존 문헌은 의료적 서비스를 '필수의료'로, 비의료적 서비스를 '선택의료'로 지칭하고 미래의 수요에서 선택의료의 비중이 높아질 것으로 전망하고 있다. 그러나 고령층의 만성진료에 대한 수요를 선택적이라고 하기는 어렵기 때문에 본 연구에서는 '의료적 서비스'와 '상업적 서비스'라는 용어를 대

그런데 국내의 의료서비스 공급은 진입 및 가격규제로 인해서 영세한 개인병원이 주로 담당하고 있어서 향후 상업적 서비스를 공급하기에는 한계가 있다. 이러한 개인병원들은 진료-경영-서비스 기능이 혼재되어 진료 이상의 서비스를 제공하기에는 분업을 통한 생산성 향상이 어렵고, 규모가 영세하여 첨단기법을 개발할 수 있는 투자가 부족하기 때문이다. 부분적으로는 병원급 이상 진료기관들이 질적 서비스를 제공할 수 있으나 수요에 비해 공급이 부족한 상황이다. 이러한 수급의 불균형은 이미 의료서비스의 해외 소비 점증의 원인이 되고 있으며, 향후 시장 성장의 기회를 사장시킬 수 있다.

이러한 상황에서 해외 영리의료법인을 유치하면 상업적 서비스에 대한 수요를 충족하고, 그에 따라 시장을 확대하여 산출 및 고용을 증대하는 효과가 있을 것으로 전망된다. 해외 영리의료법인은 이미 해외시장에서 상업적 서비스를 공급한 경험을 활용하여 상업적 서비스 시장을 공략할 수 있고, 국내 의료기관들에게 경쟁 압력을 제고하여 질적 서비스 공급을 유도할 수 있다. 다만, 해외 영리의료법인을 유치하기 위해서는 영리의료법인에 대한 진입규제를 철폐하여 이윤의 해외 송금을 허용하고, 건강보험 가격규제를 완화하여 이윤창출의 기회를 확대할 필요가 있다.

본 장은 다음과 같이 구성된다. 1절에서는 한국 의료서비스 시장 규모를 국제비교를 통해서 진단한다. 2절에서는 한국 의료

신 사용하고자 한다(이재희, 2007; 재정경제부 복지경제과, 경희대학교 의료산업연구원, 2006).

서비스 수요의 특징을 파악하고 향후 의료서비스 수요의 변화 가능성을 점검한다. 3절에서는 한국 의료서비스 공급자인 의료기관의 현황을 점검하고, 향후 의료서비스 수요의 변화에 대응할 수 있는지 진단한다. 4절에서는 의료서비스 시장 개방이 향후 의료서비스 수요 변화에 대응할 수 있는 방법인지 점검해 본다. 5절에서는 본 장의 내용을 요약한다.

1. 한국 의료서비스 시장의 특징

한국의 의료서비스 시장은 경제규모에 걸맞지 않게 작으나, 최근 빠른 속도로 성장하고 있다. 최근 의료비 지출 증대는 재원 측면에서는 공공재원이, 진료과목 측면에서는 입원진료의 증대가 주도하고 있으며, 이는 건강보험의 보장성이 강화되는 추이를 반영하는 것으로 보인다. 소득계층별로는 저소득층의 의료 소비 지출이 가파르게 상승하고 있으며, 고소득층의 경우에는 외래진료 지출 증대가 두드러진다.

2008년 현재 한국의 GDP 대비 국민의료비 지출³⁾은 6.5%로 OECD 34개 회원국 중 30번째이며, 1인당 개인의료비 지출은 1,596달러로 OECD 국가 평균인 2,678달러의 59.6%에 불과하다. 그러나 국민의료비 지출은 2004~2008년간 연 11.0%로 증가하여 OECD 국가 중 슬로바키아(17.1%), 에스토니아(13.4%)에 이어 세 번째로 빠르게 증가하였고, 같은 기간 1인당 연간 국민의료비 지출도 연 10.6%로 역시 슬로바키아(17.1%), 에스토니아(13.6%)에 이어 OECD 국가 중 세 번째로 빠르게 증가하였다. 그 결과 GDP 대비 국민의료비 지출은 2004년 5.4%에서 2008년 6.5%로 1.1%포인트 상승하여 OECD 국가 중 뉴질랜드(1.4%포인트 상승)에 이어 두 번째로 큰 폭으로 상승하였다.

한국은 국민의료비 중 민간 재원의 비중이 높다는 특징이 있

3) 국제비교는 OECD Health Data 2010(June version) 기준

으나, 2000년 이후 의료비 지출 증대는 공공재원의 지원에 의한 입원진료비 지출이 주도하고 있다. 2008년 현재 국민의료비 지출 중 민간 재원이 차지하는 비중은 44.7%에 달하여 멕시코(54.6%)와 미국(54.5%)에 이어서 OECD 국가 중 세 번째로 높은 수준이다. 그런데 국민의료비 지출 중 공공재원 비중은 2000년에는 45.5%에 그쳤으나 2008년에는 55.3%에 달하여 같은 기간 OECD 국가 중에서는 두 번째로 크게 증가하였다. 같은 기간 진료과목별 의료비 지출을 비교해 보면 입원진료비의 비중이 점차 증대하고 있음을 알 수 있다. 입원진료비의 비중은 2005년 29.9%에서 2008년 33.2%로 증가한 반면 외래진료비는 39.2%에서 37.1%로, 의약품 지출은 28.6%에서 27.0%로 감소하였다.⁴⁾ 이는 건강보험 보장성 강화방안에 의해 중증 진료 및 병실 사용료에 대한 지원이 강화된 영향을 반영하는 것으로 파악된다.⁵⁾

소득계층별로는 저소득층의 의료비 지출 증대가 두드러지는 가운데 고소득층의 외래진료비 지출도 증대하고 있는 것으로 확인된다. 2004~2008년간 2인 이상 가구의 평균적인 의료비 지

4) 개인의료비 기준. 개인의료비는 국민의료비에서 공중을 대상으로 하는 보건 의료 지출인 '집단의료비'(예방, 공중보건사업, 보건행정비) 및 시설 및 자본에 대한 신규 투자인 '고정자본형성'을 제외한 값으로 개인에게 직접 주어지는 서비스 내지는 재화에 대한 지출을 의미한다(보건복지부·연세대학교 의료복지연구소, 2010, p.viii).

5) 건강보험 보장성 강화방안은 2005년에 입안된 계획으로 암, 중증 심장질환, 중증 뇌혈관질환 환자들의 본인부담을 2005년 47%에서 2008년 75%로 향상시킬 것을 목표로 하여 추진되었다. 주요 세부 대책으로 중증 질환에 대한 건강보험 급여지급 진료 범위의 확대, 본인부담의 경감, 그리고 병실 요금 및 식대 등 진료 외 입원비용에 대한 건강보험 적용 등이 추진되었다(보건복지부, 2005. 6. 27).

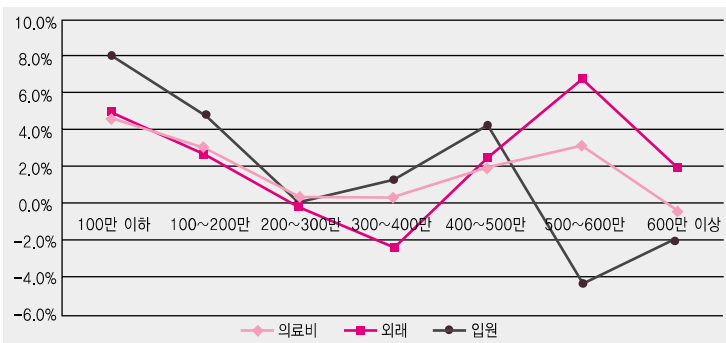
출은 연 3.7% 증가하였지만 월소득 100만 원 이하 가구의 의료비 지출은 연 4.7%로 증가하여 평균 증가율을 상회하였다. 그 결과 2인 이상 가구의 소득 대비 의료비 지출은 3.8%에서 4.2%로 0.4%포인트 증가하는 데 그쳤으나 월소득 100만 원 이하 가구의 소득 대비 의료비 지출은 14.3%에서 20.3%로 6.0%포인트 증가하였다.

특이한 점은 <그림 1>에서 확인되는 바와 같이 월소득 600만 원 이하 구간에서 소득구간에 따른 의료비 지출 증가율은 U자 형태를 보인다는 것이다. 월소득 100만~400만 원 구간에서는 연간 의료비 지출 증가율이 점차 하락하다가 월소득 400만~600만 원 구간에서는 다시 상승하는 추세를 보인다. 특히 저소득층의 경우 입원진료비가 의료비 지출 증가를 주도하는 반면, 월소득 500만 원 이상 고소득층의 경우에는 치과 진료를 포함한 외래진료비가 지출 증가를 주도하는 양상을 보이고 있다. 그리고 월소득 600만 원 이상 계층의 경우 의료비 지출이 전반적으로 감소하는 가운데 외래진료비 지출은 증가하고 있는 특이한 추이를 보인다. 저소득층의 의료비 지출이 증가는 건강보험 보장성 강화방안에 따른 입원진료비 부담 경감의 효과가 점차 나타나고 있음을 암시한다. 반면, 고소득층의 외래진료비 증대는 소득이 높아서 치료 기간 장기화에 따른 소득 손실이 크므로 예방적인 진료를 통해 입원 기회를 축소하려는 건강자본에 대한 투자적인 수요가 반영된 것으로 보인다.⁶⁾

6) 소득에 따른 수요의 변화에 대해서는 다음 절에서 상술한다.

정리하자면 한국의 의료서비스 시장은 현재 그 규모가 국민 경제의 규모에 비해 매우 작으나 2000년 이후 급격하게 성장하는 시장이라고 할 수 있다. 의료서비스 시장의 성장을 주도하는 요인은 두 가지로 볼 수 있다. 공공 부문의 재원 지원이 강화되면서 저소득층 가구의 의료서비스 소비가 확대되고 있으며, 동시에 소득 수준의 향상에 따라 고소득층 가구의 의료서비스 소비 역시 증대되고 있다. 저소득층의 경우에는 정부 지원이 집중되는 입원진료 지출이, 그리고 고소득층의 경우에는 외래진료 지출이 의료비 지출의 증대를 선도한다.

<그림 1> 소득계층별 연간 의료비 지출 증가율(2004~2008년 평균)



자료: 통계청 KOSIS DB, 가계동향조사

2. 한국 의료서비스 수요 현황과 전망

한국은 OECD 국가들과 비교해 보면 개인의료비 중 약제비 지출 비중이 높고, 의료서비스 지출 중에는 외래진료의 비중이 높으며, 1일 진료 혹은 재가 진료와 같은 대안적 서비스의 비중이 낮아 아직까지 치료 중심의 의료적 서비스 수요가 시장을 주도하고 있는 것으로 보인다. 그러나 향후에는 국민소득의 증가에 따라 치료에 따른 소득 손실을 축소할 수 있는 의료서비스에 대한 수요가 증가할 전망이다. 그리고 인구고령화에 따라 만성 질환에 대한 진료서비스가 증가하면서 치료보다는 기능 유지를 중심으로 하는 의료서비스에 대한 수요가 증가할 전망이다. 따라서 지금과 같은 치료 기능 중심의 의료적 서비스보다 환자 개인의 비의료적 욕구에도 적극적으로 반응하여 맞춤형 서비스를 제공하는 상업적 서비스에 대한 수요가 확대될 것으로 전망된다.

한국은 2008년 현재 개인의료비 지출의 27.0%를 의약품 구입에 사용하고 있고, 의료서비스 지출 중 52.3%를 외래진료에 지출하고 있어서 OECD 국가들보다는 의약품 사용(개인의료비의 20.5%) 및 외래진료(의료서비스 지출의 39.1%) 비중이 높다. 특히 한국은 1일 진료(day care⁷⁾) 및 재가진료(home care⁸⁾)와 같이 입원진료나

7) 1일 진료는 당일 퇴원을 전제로 하는 진단 및 치료 등 입원진료를 의미한다. 진료에는 통상적으로 3~8시간 정도 소요된다(OECD Health Data 2010).

8) 재가진료는 환자가 가정에서 진료를 받을 수 있는 서비스를 의미하며 재가

외래진료의 대안적인 성격의 진료에 대한 지출의 비중이 매우 낮고, 각종 검사 등 진료 보조 서비스(Ancillary service⁹⁾)에 대한 지출도 낮은 편이다. 상대적으로 높은 외래진료의 비중은 아직까지 외래진료가 미분화되어 대안적인 진료에 대한 수요까지 외래진료가 포괄하기 때문으로 보인다. 실제로 의료서비스 지출 중 입원진료 지출의 비중은 46.8%로서 OECD 국가 평균인 45.5%와 유사하다.

<표 1> 의료서비스 지출의 구성 비교(2008년)

구분	입원진료 (In Patient)	1일 진료 (Day care)	외래 (Out Patient)	재가진료 (Home Care)	보조진료 (Ancillary)
OECD 평균*	45.5%	2.6%	37.3%	4.4%	6.0%
한국	46.8%	0.1%	52.3%	0.5%	0.4%

주: * 2008년 자료가 존재하는 21개국 평균(2007년 자료를 이용해서 비교해도 결과는 유사함)

자료: OECD Health Data 2010.

한국의 경우 2008년 현재 입원진료 비용의 65.0%는 공공재원에서 지불되고 민영보험이 8.3%를 부담하며, 가계의 부담은 26.7%에 그친다. 반면 외래진료 비용 중 공공재원의 부담은 49.2%, 가계의 부담은 44.9%에 달한다. 따라서 입원진료 지출은 의료적 필요(needs)를 반영한다면, 외래진료 및 의약품 지출은 상대적으로 소비자의 수요(demand)를 반영한다.¹⁰⁾ 이러한 관점에서 볼 때

투석, 재가 산과(産科)진료 원격진료 등이 포함된다(OECD Health Data 2010).

9) 보조진료는 의사의 감독하에 의료 보조 인력에 의해 제공되는 서비스를 말하며 각종 검진, 촬영, 응급수송 등을 포괄한다(OECD Health Data 2010).

10) 2008년 현재 OECD 국가들의 입원진료 비용 중 공공재원 비중의 평균은

앞 절에서 살펴본 바와 같이 고소득층의 경우 외래진료에 대한 소비가 증대하는 현상은 외래진료 수요에 소득효과가 작용하고 있는 것으로 파악할 수 있다.

향후 국민소득의 증가와 고령화에 따라 한국의 의료서비스 시장의 규모는 성장 가능성이 크다. 현재 한국의 GDP 대비 국민의료비 지출은 1975년 OECD 국가의 GDP 대비 국민의료비 지출 평균인 6.5%와 유사한 수준에 머물러 있다. 그러나 PPP를 반영하여 2000년 미국달러 가치로 환산한 2007년 한국의 1인당 국민소득은 2만3,850달러로서 1975년 OECD 평균 1인당 국민소득인 1만6,944달러의 1.4배¹¹⁾에 해당하므로 소득 수준에 비해서 의료시장 규모는 작다고 할 수 있다. 일반적으로 국민소득과 의료비 지출 수준과는 양의 상관관계가 존재하는 것으로 인정되므로 현재의 소득 수준에서도 의료서비스 시장은 성장 잠재력이 큰 시장이다.¹²⁾ 앞에서 살펴본 바와 같이 중상위 소득계층의 의료서비스 지출은 외래진료를 중심으로 증가하고 있어서, 소득 증가에 따른 의료서비스 지출 증대 현상은 이미 현실화되고 있

87.6%에 달하는 반면, 외래진료 비용 중 공공재원 비중은 65.6%에 그친다. 이는 선진국들도 외래진료는 입원진료에 비해 사적 재화의 성격이 상대적으로 강하다는 견해를 공유하고 있음을 암시한다.

11) Penn World Table 6.3

(http://pwt.econ.upenn.edu/php_site/pwt_index.php)

12) Newhouse(1977)가 국가 간 자료를 이용하여 국가의료비 지출의 GDP에 대한 탄력성이 1 이상이므로 의료서비스는 사치재의 성격을 가진다는 결과를 제시한 이후 이에 관련된 다양한 연구결과가 제출되었다. 국제 패널 자료를 이용한 최근의 결과들은 국가의료비 지출의 GDP 탄력성이 통계적으로 유의한 양의 값을 가지지만 1에는 미치지 못한다는 의견으로 수렴하고 있다(Gerdtham & Jónsson, 2000).

다. 이에 더하여 1인당 의료비 지출이 높은 고령자의 비중이 증대하고 있어서 향후 의료서비스 시장이 확대될 가능성은 높다.

그러나 소득 수준의 향상 및 고령자의 증가는 기존의 치료 중심의 의료적 서비스에 대한 수요보다는 소비자의 개인적인 요구에 부합하는 상업적 서비스에 대한 수요를 창출할 것으로 보인다. 소득 수준이 향상될수록 치료로 인해 경과되는 시간의 기회비용이 증가하게 되고, 따라서 치료에 소요되는 시간을 축소할 수 있는 서비스에 대한 수요가 증가하게 된다. 그리고 고령자들은 만성질환자들이 많기 때문에 인구의 고령화에 따라 완치보다는 일상생활의 불편을 줄이는 재활 중심의 서비스에 대한 수요가 증가한다. 두 가지 경향 모두 질병 치유뿐만 아니라 질병 외적인 소비자들의 요구에 부응하는 상업적 서비스를 요구한다. 따라서 향후 의료서비스 시장의 수요는 현재의 의료적 서비스에 대한 수요보다는 상업적 서비스에 대한 수요가 주도를 할 것으로 보인다.

소득이 증대¹³⁾하면 질환으로 인해 건강이 악화될 경우 그에 따라 소득의 손실도 커진다. 따라서 질환으로 인한 소득의 손실을 줄이기 위한 의료서비스에 대한 지출¹⁴⁾이 증가하게 된다. 그런데 의료서비스를 소비하면 서비스 가격을 지불할 뿐 아니라 진료에 소요되는 시간만큼 소득의 손실이 발생한다. 결국 의료서비스 수요는 질환 치료를 통해 확보한 근로시간에서 발생하

13) 소득 증대에 따른 의료서비스 수요 증가에 대한 논의는 Grossman(2000)을 따른다.

14) Grossman(2000)은 이러한 고소득자의 건강에 대한 관심을 '건강자본에 대한 투자'로 표현한다.

는 소득의 증대가 질환 치료의 기회비용을 상회할 경우에 발생하게 된다. 특히 소득이 증가할수록 진료 시간의 기회비용이 증가하므로 짧은 시간에 많은 효과를 얻을 수 있는 진료에 대한 수요가 증가하는 경향이 있다. 이러한 성격의 진료에는 1) 질환을 예방하는 건강검진 및 건강관리 2) 치료 효과가 높은 조기 진료 3) 대기시간이 짧은 진료 4) 진료 이후에 회복 시간이 짧아 조기에 정상적인 복무로 복귀가 가능한 진료 등을 들 수 있다. 특히 의료서비스 소비의 대부분이 국가 혹은 민영보험을 통해서 지불되기 때문에 진료서비스의 가격보다는 진료서비스의 기회비용에 수요가 민감하게 반응하게 된다.¹⁵⁾

실제로 1989년 미국 NHIS(National Health Interview Survey) 자료를 이용한 분석에서 감기 진료는 근로일수 손실을 2.7일, 천식 진료는 6.9일 단축하는 것으로 파악되었으며, 고소득층일수록 근로일수 손실 단축이 상대적으로 적어도 진료를 받은 것으로 파악되었다(Strattmann, 1999).¹⁶⁾ 그리고 2007년 현재 1인당 국민소득이 가장 높은 미국의 경우 급성 질환으로 인한 평균 입원 일수가 5.5일로 OECD 평균인 6.5일보다 1일 정도 짧아, 진료소요 시간이 짧은 서비스의 비중이 높은 것으로 확인된다(Pearson, 2009).

15) 이와 관련하여 Acton(1975)은 통원은 가능하나 거리가 먼 의료기관에 대해서는 소비가 위축된다는 실증적인 증거를 제시하였다.

16) Strattmann(1999)는 저소득층의 경우에는 진료 결과 근로일수 손실 단축 효과가 더 큰 것을 발견하였으며, 이러한 현상은 저소득층은 단위시간당 소득의 손실이 적기 때문에 근로일수 손실을 크게 단축할 경우에만 의료서비스를 활용하는 반면 고소득층은 단위시간당 소득 손실이 크므로 근로일수 손실 단축이 상대적으로 적어도 의료서비스를 이용하는 것으로 해석하였다.

소득 증대와 더불어 향후 의료서비스 수요 증대를 야기할 중요한 요인은 평균 수명의 연장¹⁷⁾을 들 수 있다. 우선 평균 수명이 연장되면 기대여명이 증가하므로 근로기간을 연장할 유인이 발생하여 건강 유지를 위한 의료서비스 수요를 증대시키는 효과가 있다. 동시에 만성질환자가 많은 고령자 인구의 비중이 높아지면서 만성질환 치유 및 관리와 관계된 의료서비스 수요가 증가하게 된다. 구체적으로 만성질환을 치유할 수 있는 첨단 의료 기술에 대한 수요와 만성질환으로 인한 일상생활의 장애를 억제하는 개인별 맞춤형 건강관리 서비스에 대한 수요가 증대할 것으로 전망된다. 특히 정보 기술의 발전으로 원격 진료서비스의 공급이 기술적으로 가능해짐에 따라 재활서비스 시장의 성장 가능성은 매우 높은 것으로 파악된다.

평균 수명이 연장됨에 따라 개인들은 은퇴 이후에 저축한 재원이 부족하여 생활유지가 어려워지는 장수위험(longevity risk)을 접할 가능성이 높아진다. 따라서 은퇴를 미루고 근로기간을 연장할 유인이 발생하고, 이에 따라 건강에 대한 투자로서의 의료서비스 소비가 증대하게 된다. 특히 고령자들은 일단 질환이 발생하면 회복이 점차 어려워지므로 질환을 예방하는 건강검진 및 건강관리에 대한 수요가 증대될 수 있다. 최근 확대되고 있는 종합검진 및 비만관리 서비스에 대한 수요가 이러한 성향을 반영한다.¹⁸⁾ 이와 관련하여 OECD 국가 중에는 60세의 기대여명

17) 1960~2007년 간 OECD 국가의 평균 수명은 10.1세 증가하였고, 65세 이상 인구의 기대여명은 남자가 12.9세에서 16.9세로, 여자는 16.9세에서 20.2세로 꾸준히 상승하였다(Lafortune et al., 2007).

18) 이와 관련해서 기존의 다이어트 혹은 피트니스와 기존의 예방의료서비스

이 길면서 65세 이상 인구의 비중이 높은 국가일수록 경상의료비 지출이 증가하는 것으로 확인되었다(Zweifel et al., 2005).

또한 평균 수명의 연장되면 고령자들의 인구 비중이 높아지면서 만성질환에 관련된 진료서비스의 수요가 증대된다. <표 2>는 2007년 건강보험 건강검진 대상자 중 질환이 있는 것으로 최종 판정을 받은 피검자의 비중을 연령에 따라 비교한 결과이다. 55세 이상 연령층은 만성질환인 고혈압, 당뇨질환, 신장질환, 흉부질환(폐결핵 포함)의 유병률이 20~54세 연령층의 1.5배 이상인 것으로 나타났다.

<표 2> 연령별 유병률 격차(2007년)

구 분	20~54세(A)	55세 이상(B)	B/A
유질환자	5.16%	7.71%	1.49
고혈압	1.49%	2.67%	1.79
당뇨질환	0.75%	1.75%	2.34
신장질환	0.70%	1.47%	2.11
고지혈증	1.03%	1.45%	1.41
간장질환	1.52%	1.29%	0.85
빈혈증	0.35%	0.32%	0.91
흉부질환	0.03%	0.12%	3.77

자료: 국민건강보험공단(2008)

이와 같은 만성질환의 영향은 의료비 지출에도 영향을 미치는 것으로 보인다. 2008년에 약값을 제외한 20~54세 연령층의 1인당 건강보험 진료비 지출은 연 54만9천 원인 반면, 55세 이상

를 결합하는 새로운 형태의 서비스 시장이 창출될 가능성을 강조하는 연구들도 존재한다(이재희, 2007).

연령층의 1인당 건강보험 진료비는 201만4천 원으로 20~54세 연령층 1인당 진료비의 3.7배에 달했다. 이러한 진료비 격차는 입원진료비에서 더욱 두드러지는데 55세 이상 연령층의 연간 입원진료비는 73만4천 원으로 20~54세 연령층의 연간 입원진료비 15만8천 원의 4.6배에 달한다. 그런데 이러한 진료비 지출 차이는 고령층의 진료 횟수가 빈번함에 주로 기인한다. 2008년 55세 이상 연령층 건강보험 가입자는 입내원 일수가 평균 37일로 20~54세 연령층의 평균 입내원 일수 13일의 2.9배로 의료비 지출의 격차보다는 작지만 이는 고령층이 고가의 의약품을 주로 구입하기 때문이다. 55세 이상 연령층의 외래일수는 평균 31일로 20~54세 연령층 외래진료 일수 11일의 2.7배, 입원 일수는 평균 5.5일로 20~54세 연령층의 입원 일수 1.2일의 4.8배로 1인당 진료비 격차와 유사하다. 따라서 고령층의 의료서비스 지출이 많은 원인은 진료 횟수가 많기 때문이며 이는 고령층이 만성 질환으로 인해 병원을 자주 방문해야 하는 상황을 반영한다.

향후 평균 수명이 연장되면서 고령자들의 만성질환에 대한 진료서비스 수요는 지속적으로 증대될 것으로 전망된다(박정수 외, 2009). 2002~2005년의 고령자 의료비 지출 증대 추세가 유지된다면 2010~2020년간 노인성 질환으로 인한 진료비는 연 31.4%, 고혈압을 포함한 심혈관 질환은 연 4.4%로 증가할 것으로 전망되며, 2020년대 이후에는 심혈관질환 상병자가 총인구의 22.4%에 이를 것으로 추정¹⁹⁾되었다(정기택 외, 2007. 10).

19) 단, 고령자 비중이 증가한다고 해도 재활서비스의 발달 정도에 따라 신체 기능의 저하(Disability)는 억제할 수 있다. 1990년대 후반부터 2000년대

<표 3> 연령별 건강보험 진료 입내원 일수 및 진료비 지출 비교(2008년)

구 분		20~54세(A)	55세 이상(B)	B/A
총지출	1인당 입내원 일수	13	37	2.9
	1인당 진료비(천 원)	549	2014	3.7
외래	1인당 입내원 일수	11	31	2.7
	1인당 진료비(천 원)	257	682	2.7
입원	1인당 입내원 일수	1.2	5.5	4.8
	1인당 진료비(천 원)	158	734	4.6

자료: 국민건강보험공단(2010)

전술한 바와 같이 만성질환 진료에 대한 수요는 두 가지 측면에서 기존의 의료서비스와는 다른 수요를 창출하게 된다. 우선은 만성질환은 난치병이기 때문에 이를 치료하기 위해서는 새로운 의료기법이 필요하다. 즉, 만성질환이 증대하면 첨단 의료기법에 대한 수요가 확대된다. 또한 만성질환은 현재의 기술로는 완치가 어려우므로 질환의 발생을 예방하는 건강검진과 질환이 발생한 경우에도 일상생활을 유지하는 데 필요한 기능을 회복시키는 재활에 대한 수요가 증가하게 된다. 특히 재활 진료의 경우 환자 개개인의 병력(病歷)을 고려한 개인별 맞춤형 처방이 요구된다. 더 나아가서 재활의 성과를 제고하기 위해서는 질병 발생 이전의 검진, 질병 발생 시의 진료, 그리고 발생 이후의 재활을 통합하는 개인별 맞춤형 건강관리 서비스가 요

중반까지 OECD 국가 중 신체기능의 저하에 대한 자료가 존재하는 12개국 고령자의 신체기능 저하 정도를 분석한 결과 5개국(덴마크, 핀란드, 이탈리아, 네덜란드, 미국)은 신체기능이 저하된 고령자들의 비중이 감소하였고 2개국은 안정적으로 유지(오스트레일리아, 캐나다)된 것으로 파악되었다(Lafortune et al., 2007).

구된다. 따라서 질병 발생 이후에 개입을 시작하는 기존의 치료 위주의 의료적 서비스로는 이러한 수요를 소화하기 어렵다.

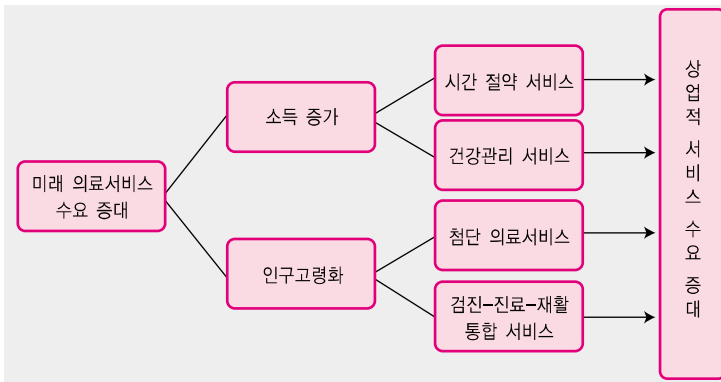
특히 최근에는 정보통신의 발달로 만성질환자에 대한 병력관리와 원격진료를 통괄하는 u-health 서비스²⁰⁾가 기술적으로 가능해져서 재활진료의 영역이 확대되고 있다. u-health 서비스는 환자의 건강 관련 정보 및 의약품 섭취 정보를 정보통신기기를 통해서 의료서비스 공급자에게 실시간으로 전달하고, 의료서비스 공급자는 이러한 정보를 바탕으로 필요한 예방 및 진료 행위를 제공하는 서비스를 의미한다. 이러한 u-health 서비스는 개인별 의료정보를 축적하여 맞춤형 처방을 제공할 수 있는 기술적인 기반을 제공한다. 그리고 기존에는 정기적인 통원 및 입원이 필요했던 만성질환의 치료 및 재활진료를 증상의 정도에 따라 가정진료로 전환할 수 있도록 한다. 이러한 가정진료는 이동에 따르는 시간 소요와 불편을 절감하여 특히 고령 만성질환자에게 적합한 진료 형태를 제공할 수 있을 것으로 보인다.

정리하자면 한국의 의료서비스 시장은 현재 국민소득의 수준에 비해서 작은 규모에 머무르고 있어서 향후 잠재적인 성장 가능성이 큰 시장이다. 특히 국민소득의 증가와 평균 수명의 연장이 의료서비스 수요 증대의 주요 요인이 될 전망이다. 그런데 소득이 증가함에 따라 진료에 소요되는 시간을 단축할 수 있는 서비스에 대한 수요가 증가하고, 평균 수명이 증가함에 따라 만성질환을 치료할 수 있는 첨단 의료기법 및 개인별 의료정보를

20) u-health 서비스에 대해서는 강성욱·이성호(2007)를 참조

고려한 재활서비스에 대한 수요가 증가할 전망이다. 이러한 서비스들은 발생한 질병에 대한 치유가 중심인 기존의 의료적 서비스의 영역을 벗어난 상업적 서비스이다. 따라서 의료서비스 공급 역시 이러한 소비자들의 상업적 서비스에 대한 수요를 소화할 수 있어야 시장의 확대가 성취될 수 있다. 그 가능성을 다음 절에서 진단한다. 미래의 의료서비스 수요의 변화에 대한 전망은 <그림 2>와 같다.

<그림 2> 미래 의료서비스 수요 전망



3. 한국 의료서비스 공급 현황과 문제점

한국의 의료서비스 공급은 민간이 주도하고 있고, 의원급 이하의 소규모 의료기관이 주로 담당하고 있다. 양질의 인력이 의료산업으로 공급되고 있어서 의료적 서비스의 수준은 높은 것으로 파악된다. 그러나 상업적 서비스는 소비자의 수요를 충족시키지 못하고 있으며, 경영지표도 여타 서비스 산업에 비해서 부진하다.

이러한 의료기관의 영세성과 경영성과 부진의 중요한 원인은 건강보험 당연지정제에 따르는 가격규제 및 영리법인에 대한 진입규제로 파악된다. 가격규제로 인해서 서비스의 질을 제고하기보다는 진료의 양을 확대하는 방향으로 경쟁이 진행되고 있고, 진입규제로 인해 서비스의 질을 제고할 수 있는 대형 의료기관의 진입이 억제되고 있기 때문이다. 서비스의 질을 제고하는 진료는 대규모 자본 동원이 가능한 종합병원 주도로 제공되고 있으나 그 공급은 제한적이다. 이러한 제도적인 제약이 존재하는 한 국내의 의료기관들이 향후 의료서비스 수요의 증대를 주도할 상업적 서비스에 대한 수요를 소화하기는 어려울 것으로 보인다. 따라서 공급자의 역량에 의해 의료서비스 시장의 성장은 제약될 것으로 보이며, 그에 따라 잠재적인 생산 및 고용의 손실이 클 것으로 보인다.

2009년 현재 건강보험 적용을 받는 의료기관²¹⁾ 5만5,773개

21) 보건기관, 조산원, 약국 제외

기관 중 95.2%는 의원, 4.3%는 병원이고, 종합병원은 0.6%인 317개 기관에 불과하다.²²⁾ 건강보험 환자의 입내원 일수를 기준으로 의원은 의료서비스의 75.3%, 외래진료의 81.6%를 공급하고 있어서 공급의 압도적인 부분을 담당하고 있다. 그 다음으로는 종합병원이 적은 수에도 불구하고 15.1%의 의료서비스 공급을 담당하며, 특히 입원진료의 57.2%를 공급한다. 반면 병원은 의료서비스의 9.6%를 공급하는 데 그치고 있다.

한국 의료서비스의 기술 수준은 매우 높은 것으로 파악되어 단기적으로는 고령화에 따른 만성질환에 대처할 수 있는 기술 수준을 제공할 수 있을 전망이다. 한국의 암질환 및 뇌혈관질환 분야 의료기술은 국제 기술과의 격차가 5년 이내이며, 노인질환 분야는 국제 기술과 비슷한 수준이다. 반면 심혈관질환 분야는 아직 국제 기술과 5년 이상의 격차가 존재한다(정기택 외, 2007).

그런데 높은 기술 수준에도 불구하고 경영성과는 부진하며, 소비자들의 상업적 서비스 질 제고에 대한 요구도 소화하지 못하고 있는 것으로 파악된다. 소비자들도 의료적 서비스의 질보다는 상업적 서비스의 질에 대한 불만이 높다. 2007년 현재 의료기관들의 영업이익률은 2.9%, 순이익률은 1.3%에 그쳐 전문서비스업 평균 영업이익률 7.7% 및 순이익률 6.3%보다 크게 낮으며, 제조업 영업이익률 5.9%, 순이익률 4.9%보다도 낮았다(한국개발연구원·한국보건산업진흥원, 2009). 경영성과 부진과 더불어 상

22) 병원은 30개 이상 병상 혹은 요양병상을, 종합병원은 최저 100개 이상의 병상을 갖춘 의료기관을 의미하고, 종합병원 중 일정 요건에 부합하고 중증 질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급 종합병원으로 보건복지부장관이 지정할 수 있다(의료법 제3조의4).

업적 서비스 수요에 대한 대응도 늦은 것으로 파악된다. 2006년 경희대학교 의료산업연구원이 시행한 설문조사에서 조사대상의 33.3%가 국내 의료기관의 ‘고객에 대한 인적, 행정, 부대시설 등의 서비스가 좋다’는 문항에 부정적으로 응답하였고, 외국 병원의 내국인 진료에 찬성한 조사대상 중 49.5%는 ‘경쟁 촉진을 통한 국내 의료서비스 수준 개선’을, 32.9%는 ‘세계적 수준의 고급 의료서비스 제공’을 그 근거로 제시하였다(기획재정부 복지경제과, 경희대학교 의료산업연구원, 2006).

이렇게 경영성과가 부진하고 상업적 서비스 수요에 대한 대응이 늦은 근본적인 원인은 영리법인 진입규제 및 건강보험 당연 지정제를 통한 가격규제라고 할 수 있다. 현재 의료기관의 개설 주체는 의사면허를 소지한 의료인과 의료법인을 비롯한 비영리법인, 그리고 국가, 지방자치단체, 준정부기관, 지방의료원 등 공공기관으로 한정²³⁾되어 있다. 또한 의료기관을 개설한 법인도 의료행위를 통해서서는 이윤을 추구할 수 없도록 금지²⁴⁾되어 있다. 따라서 지분 참여와 이익배당이 불가능하기 때문에 자본을 동원하는 데 한계가 있다. 이는 학교법인과 같은 예외적인 경우를 제외하고는 소규모의 의원급 병원이 공급을 주도하는 원인이 된다. 특히 한국의 경우에는 공공재원을 이용하여 규모를 키울 수 있는 공공의료기관의 비중이 매우 낮아서 의료기관의 규모 축소 성향을 강화하고 있다. 2008년 현재 병원급 이상 의료기관 1,992개소 중 공공의료기관은 94개소로 4.7%에 불과하다. 이는

23) 의료법 제33조

24) 의료법 시행령 제20조

미국의 공공병원이 전체 병원의 22.1%에 달하는 것²⁵⁾을 감안하면 매우 낮은 수준이다.

소규모 의원급 의료기관들은 규모와 범위의 경제의 활용이 어렵기 때문에²⁶⁾ 경영성과를 개선하거나 서비스의 질을 제고하는 데 한계가 있다. 일단 재원이 부족하므로 인력 및 장비를 확충하여 비용을 절감하는 데 한계가 있다. 비용 절감을 위해서 소규모 의원급 의료기관은 통상 의사들이 진료와 경영을 총괄하며, 서비스 공급과 관계된 전문인력은 거의 활용하지 않고 있다.²⁷⁾ 따라서 시간 단축이나 맞춤형 서비스 제공과 같은 소비자들의 상업적 서비스 수요에 대한 대응도 어렵고, 경영성과 제고를 위한 선진적인 경영기법의 수용도 한계가 있다.²⁸⁾ 그리고 첨단 의료기법을 활용하기 위한 장비의 도입에도 소극적이어서 고급 진료에 대한 소비자들의 수요를 충족하기도 어렵다.²⁹⁾

그리고 건강보험 당연지정제에 따르는 가격규제로 인해서 의료기관들이 서비스를 차별화하려는 유인마저도 위축되어 있다. 건강보험 당연지정제란 모든 의료기관은 건강보험 보험대상 진

25) American Hospital Association(2010)

26) 경제학적인 관점에서는 최소효율 규모(minimum efficiency scale)에 미달한다고 해석할 수 있다.

27) 사무장이라는 직함의 경영을 전담하는 인력을 두는 경우도 있으나 의원급 병원에서 선진 경영기법을 체계적으로 습득한 전문인력을 사무장으로 채용하는 경우는 찾아보기 어렵다.

28) 실제로 미국의 영리법인들은 대기시간 단축을 통해 소비자의 편의를 도모하는 데 있어서 비영리병원보다 우수하다(Hirth et al., 2000).

29) 실제로 뉴욕시 병원 219개의 1991년 진료 및 경영성과 자료를 이용한 분석에 의하면 병원의 규모가 증가할수록 효율적인 경영이 이루어지는 것이 관찰되었다(Vitaliano & Toren, 1996).

료를 제공해야 하는 의무를 의미한다. 구체적으로 모든 의료기관은 건강보험 대상 진료(요양급여)를 건강보험에서 책정한 진료 수가에 따라 모든 건강보험 가입자에게 제공해야 한다.³⁰⁾ 우선 건강보험 진료과목의 진료 수가는 건강보험정책심의위원회(건강심)에서 일률적으로 결정하므로 개별 의료기관들이 차별화된 서비스를 제공하더라도 가격을 통해 보상을 받지 못하고 있어서 서비스의 질을 제고할 유인이 약화된다. 더욱이 의약분업이 실시된 지난 2001년 이후 건강보험 수가 인상은 연평균 1.9%에 그쳐 소비자물가 상승률인 3.0%보다 낮게 나타났다.³¹⁾ 따라서 서비스의 양적 확대에 역량을 집중해야 이윤을 유지할 수 있는 상황이다.

그 결과 한국은 인구 규모에 비해 의료 인력의 공급이 적어 개별 공급자들이 소화하는 시장의 규모가 큰데도, 수익 기반은 열악하여 의료기관들의 경영성과가 부진하다.³²⁾ 한국은 2007년 현재 인구 1,000명당 의사가 1.79명으로 OECD 국가 중 가장 적으며, OECD 평균인 3.04명의 57.2%에 그치고 있다.³³⁾ 또한 간호사도 2005년 현재 인구 1,000명당 3.85명으로 OECD 국가 평균인 9.1명의 42.3%에 불과할 정도로 적은 인력이 공급을 담당

30) 국민건강보험법 제40조. 단, 전문요양기관과 상급 요양병원에서는 요양급여 비용을 다르게 산정할 수 있으며(국민건강보험법 제40조 제3항), 환자가 진료의사를 선택한 경우에는 일부에 한해서 추가 비용을 청구할 수 있다(의료법 제46조 제5항).

31) 국민건강보험공단, 「2009년 건강보험 주요통계」, 2010.

32) 2010년 광주지역의 경우 광주지역 의료기관 1,711개 중 경영 부진으로 폐업을 하는 사례가 연간 100건에 달하는 것으로 파악된다(제주투데이, 「빛지고 문닫고... 고소득 상징 의사도 파산사례」, 2010. 8. 5).

33) OECD Health Data 2010 June version

하고 있다. 이렇게 공급이 제한되어 있기 때문에 개별 의료기관이 소화하는 수요의 규모는 큰 상황이다. 그럼에도 불구하고 들어 의료 전문직의 개인 파산신청이 증가하는 등 수익 기반은 안정적이지 못하다. 이러한 상황에서 소규모 의료기관들은 치료 중심의 의료적 서비스 공급량을 확대하는 경쟁에 고착되어 있고, 상업적 서비스에 대한 대응은 미흡한 형편이다.

현재 이러한 규모의 한계를 벗어나 능동적으로 소비자들의 선호에 대응하고 있는 기관은 종합병원이라고 할 수 있다. 실제로 종합병원들은 각종 건강검진 서비스를 제공하고 일부 종합병원³⁴⁾은 만성질환자들 대상으로 u-health 시범사업을 시행하는 등 고급 의료서비스 상품들을 개발하여 공급하고 있다. 그러나 전술한 바와 같이 종합병원은 현재 전체 의료기관의 0.6%에 불과하여 공급이 크게 제약되어 있는 상황이다.

이렇게 의료기관들이 소비자 선호의 변화를 추종하지 못함에 따라 소비자들은 병·의원보다는 종합병원을 찾는 경향이 있으며, 일부 고소득층의 경우 해외의 의료서비스 이용이 증대하고 있다. 소비자들의 종합병원 선호로 인해서 종합병원이 병원보다도 외래환자의 비중이 더 높고, 수도권에 밀집된 종합병원에서 진료를 받기 위해 소비자들의 지역 간 이동이 활발한 현상이 나타난다.

2008년 현재 종합병원의 1일 평균 입내원 환자 1,272.3명 중 907.2명이 외래진료 환자로서 71.3%를 차지하였다. 같은 해 병

34) 고려대학교 안암병원, 분당서울대 병원, 가톨릭중앙의료원 강남성모병원, 가천의과대학교 길병원 등(강성욱·이성호, 2007).

원의 경우 1일 평균 입내원 환자 189.6명 중 외래환자가 68.7명으로 45.7%에 그친 것을 감안하면 종합병원의 외래환자 비중이 높은 것을 알 수 있다.³⁵⁾ 또한 2006~2008년간 전체 의료기관은 평균적으로 관외 진료 수입이 전체 수입의 21.3~26.2%에 그쳤는데 종합전문요양기관은 관외 진료 수입이 39.7~42.2%에 달하여 환자들이 원거리 이동의 부담에도 불구하고 종합병원을 선호하는 것으로 파악된다(한국개발연구원, 한국보건산업진흥연구원, 2009). 그리고 2006년 370만 달러, 2007년 330만 달러였던 보건서비스 해외 지불도 2008년에는 720만 달러로 급증하였으며, 글로벌 금융위기의 여파에도 불구하고 2009년에도 540만 달러를 기록하여 꾸준한 성장세를 보이고 있다.³⁶⁾

향후 이러한 수급 불일치 현상은 더욱 심화될 가능성이 크다. 앞에서 살펴본 바와 같이 향후 의료서비스 시장의 수요는 의료적 서비스 이상을 요구하는 상업적 서비스에 대한 수요가 주도할 전망이다. 그런데 현재의 의료기관들은 가격규제로 인해 치유 중심의 의료적 서비스를 양적으로 확대하는 경쟁에 고착되어 있다. 상업적 서비스 수요를 충족시키기 위해서는 대규모 자본투자가 필요하지만, 영리법인 진입에 대한 규제로 인해 이 역시 어려운 상황이다. 종합병원을 중심으로 상업적 서비스가 제공되고는 있으나 진입규제로 인해 절대적인 양이 부족하고, 또한 종합병원에 대한 경쟁 압력도 부족하여 서비스의 질 제고에

35) 보건복지가족부, 한국보건사회연구원, 『2008년도 환자조사보고서』, 2009. 9(한국개발연구원, 한국보건산업진흥연구원(2009)에서 재인용)

36) 한국은행 ECOS DB

한계가 있다.

우선 건강보험 당연지정제에 따르는 가격규제는 의료기관들이 소비자의 요구에 대응할 유인을 약화시키고 있다. 2008년 현재 건강보험 수가의 적용을 받는 의료서비스 지출이 의료서비스 시장의 60%³⁷⁾ 이상을 점하고 있을 정도로 건강보험의 가격규제는 광범위하며, 따라서 건강보험 진료 시장은 의료서비스 시장의 관행(norm)을 형성한다고 할 수 있다. 그런데 이렇게 중요한 시장에서 가격이 규제에 의해 결정되므로 의료기관들이 다양한 상업적 서비스를 개발할 유인은 약화되고 표준화된 의료적 서비스 공급을 양적으로 확대할 유인이 강화되고 있는 것이다.

이러한 상황에서는 대규모 자본을 투입하여 규모의 경제를 통해 비용을 절감할 수 있는 의료기관이 절대적으로 유리하다. 그런데 영리법인 진입규제에 의해 대형 의료기관의 진입은 억제되고 있는 특수한 상황이다. 이런 환경하에서는 종합병원들만이 규모 및 범위의 경제를 활용하여 새로운 서비스에 대한 요구를 충족시키고 있으며, 이러한 상황이 오래 지속되다 보니 종합병원은 소비자들에게 명성(reputation)을 얻어서 경쟁에 우위를 점하고 있다.

이러한 종합병원에 대한 선호는 기존의 제도적인 진입장벽을

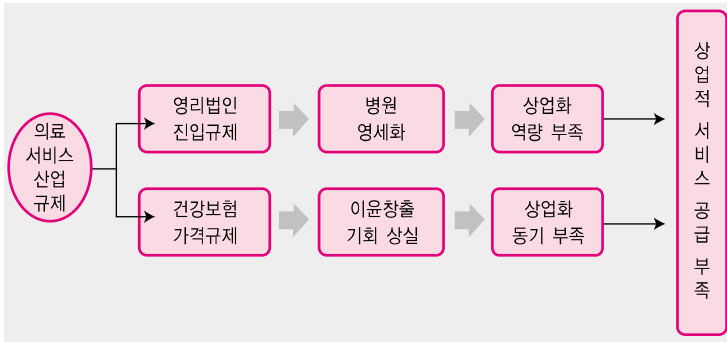
37) 2008년 기준 의약품 등 외래용 의료제화 구입을 배제하면 개인의료비 지출은 41조9천억 원이다. 이 중 사회보험 부담이 19조1천억 원, 가계의 건강보험 본인부담은 6조1천억 원으로 이들의 합(25조2천억 원)은 개인의료비 지출의 60%에 달한다(보건복지부, 연세대학교 의료복지연구소, 2010).

강화하는 암묵적인 진입장벽으로 작용하고 있다. 실제로 대기업들이 비영리법인을 설립³⁸⁾하여 의료서비스 시장에 진출한 선례는 있으나 진입이 활발하지 못하다. 이러한 상황이 지속되는 한 종합병원에 대한 경쟁의 압력이 미약할 것이다. 종합병원들이 이러한 독점적인 위치를 유지하는 한 종합병원의 대응도 미래의 상업적 서비스 수요를 충족하기에는 부족할 것이다.

정리하자면 한국의 의료서비스 공급은 소규모 의료기관이 의료적 서비스 공급을 주도하는 가운데, 종합병원이 상업적 서비스에 대한 수요를 일부 흡수하고 있는 구도이다. 영리법인 진입에 대한 규제와 의료서비스 가격규제로 인해서 상업적 서비스를 제공할 수 있는 대형 의료기관 설립이 억제되고, 기존의 의료기관들은 양적으로 의료적 서비스를 확대하는 형태의 경쟁에 고착되어 있다. 종합병원을 중심으로 상업적 서비스 수요에 대응하는 서비스가 개발되고는 있으나, 영리의료법인에 대한 진입장벽으로 인해 공급량이 충분하지 못할 것으로 전망된다. 따라서 현재의 의료기관들은 의료적 서비스뿐만 아니라 상업적 서비스를 요구하는 향후의 새로운 수요를 소화하기는 어려울 것으로 보인다. 이러한 한국 의료서비스 공급의 문제점을 그림으로 정리하면 <그림 3>과 같다.

38) 삼성의료원은 삼성생명공익재단, 현대아산병원은 아산사회복지재단이 설립하였다.

<그림 3> 미래 의료서비스 공급 전망



따라서 소득 수준이 향상되고 고령화가 진척되어 상업적 서비스에 대한 수요가 증대한다고 해도 공급의 한계로 인해 국내 시장이 성장하기보다는 수입 수요가 확대될 가능성이 있다. 그에 따라 의료서비스 산업의 성장 잠재력은 실현되지 못하고, 타 산업에 대한 생산 및 고용유발효과도 제한³⁹⁾될 것으로 보인다. 특히 의료서비스 산업은 고용유발효과가 크기 때문에, 성장의 잠재력이 실현되지 않을 경우에 고용의 손실이 클 것으로 전망된다. 2005년 한국은행 산업연관표에 의하면 의료서비스 산업의 생산유발계수는 1.77이며 78개 중분류 산업 중 50번째로서 낮은 편에 속한다. 그러나 21개 서비스업⁴⁰⁾ 중에서 8번째로서 서비스업 평균 생산유발계수인 1.72보다는 다소 높다. 반면 취업유발계수는 10억 원 투입당 16.9명으로 78개 산업 중 25번째로 높다.

39) 규제로 인한 생산 및 고용의 손실은 제4장에서 보다 엄밀히 추정치를 제시할 것이다.

40) 57 '도소매'~77 '기타 서비스' 21개 중 8번째로 생산유발계수가 크다.

4. 시장 개방의 효과

국내의 잠재적 수요를 국내 의료기관이 소화하기 어렵다면, 해외 의료기관을 유치하는 방법이 하나의 대안이 될 수 있다. 의료기관의 해외 진출은 선진국 간에 주로 진행되고 있으며, 한국 시장이 개방될 경우에는 이러한 선진국 의료기관들의 진입이 예상된다. 이들 선진국 의료기관들은 이미 상업적 서비스에 대한 수요를 소화하고 있어서, 향후 한국의 상업적 서비스에 대한 수요를 충족시킬 수 있는 경쟁력을 보유하고 있다. 또한 해외의 의료기관들을 유치하게 되면 종합병원에 대하여 경쟁 압력을 가중시켜서 서비스의 질을 제고할 유인을 강화할 수 있다. 따라서 이들의 유입은 의료서비스 시장의 잠재적인 성장 가능성을 실현하여 생산 및 고용을 창출하고, 경쟁압력을 강화하여 생산성을 제고할 수 있다. 그러나 해외 의료기관 유치를 위해서는 영리법인에 대한 진입규제 및 건강보험으로 인한 가격규제를 대폭 완화하는 조치가 선결되어야 한다.

선진국 의료기관들의 해외 진출 동향은 미국과 타국의 다국적 의료기관들의 해외 영업 실적에 대한 미국 BEA(Bureau of Economic Analysis)의 분석결과로부터 유추할 수 있다. 2002~2006년간 미국의 다국적 의료기관이 해외 직접투자를 통해 연 14억~16억 달러의 해외 수익을 얻고 있다. 해외 수익의 78.2~85.7%는 유럽 시장에 의존하는데, 특히 언어장벽이 낮은 영국으로의 진출이 활발하여 해외 직접투자의 53.9~70.8%가 영국에 집중되어

있다.⁴¹⁾ 또한 같은 기간 해외의 다국적 의료기관들이 미국 의료 서비스 시장에서 얻은 수익은 연 67억~111억 달러에 달하는데, 2005년⁴²⁾ 현재 이들 중 34.6%는 캐나다에 본사를 둔 기관들이, 그리고 59.5%는 유럽에 본사를 둔 의료기관의 수익이다. 이들 자료로부터 의료서비스 기관의 해외 진출은 선진국 간 거래가 압도적인 비중을 차지하고 있음을 유추할 수 있다. 해외로 진출한 미국 의료기관들은 주로 대규모 연쇄점(chain)에 소속된 분점들로서, 대표적인 예가 HCA, Tenet, Healthsouth와 같은 연쇄형 의료기관의 분점들이다(한국개발연구원·한국보건산업진흥원, 2009).

이들 해외 의료기관들은 이미 소득이 높고 고령화가 진전된 시장에서 영업을 한 경험이 있어서 상업적 서비스를 소화할 수 있는 기술적인 조건과 영업 능력을 구비하고 있다. 또한 의료기술의 진보가 가장 급속하게 이루어지는 미국의 의료기관이거나 미국 시장에서 주로 영업⁴³⁾을 하고 있는 기관들이어서 최신 의료기술 도입에 유리하다. 따라서 향후 한국의 상업적 서비스에

41) Table 9. Services Supplied to Foreign Persons by U.S. MNCs Through Their MOFAs, Industry of Affiliate by Country of Affiliate (<http://www.bea.gov/international/>)

42) 2002~2006년 자료 중 2003~2004년 자료는 해외 의료기관 수익 총액이 개별 기업의 자료를 보호하기 위해서 발표되지 않았고, 2002년 및 2006년 자료는 유럽지역 의료기관 수익 총액이 개별 기업의 자료 보호를 위해서 발표되지 않았다. 따라서 2002~2006년 중 유럽 및 캐나다의 비중을 비교할 수 있는 자료는 2005년이 유일하다.

43) 특히 미국 시장에서 활동하고 있는 유럽 지역 의료기관들의 경우 2000년 이후에는 독일과 영국의 의료기관 진출이 활발하다. 대부분의 경우 이들 개별 국가의 자료는 개별 기업 자료를 보호하기 위해 발표되지 않고 있어서 미국 시장에서의 활동이 소수의 의료기관에 집중된 것으로 보인다. 따라서 이들은 미국 시장에서의 활동에 특화된 의료기관이라고 보아도 무방할 것이다.

대한 수요를 소화할 수 있는 역량을 갖추고 있다. 그러므로 이들의 진입을 통해서 의료서비스 시장의 성장 잠재력이 실현되고, 생산 및 고용유발효과가 실현될 수 있다.

또한 해외 의료기관 유치가 성공할 경우 이들은 종합병원에 대한 경쟁의 압력을 강화하여 전반적인 서비스의 질 개선이 가능할 것으로 보인다. 이들은 우선 규모 및 기술 조건에서 종합병원과 경쟁이 가능하다. 동시에 이들은 해외 유명 병원체인의 한국 분점이어서 종합병원과 명성(reputation) 측면에서도 경쟁이 가능하다. 특히 이들 연쇄점형 영리의료법인들은 외래 및 단기 입원진료에서 진료시간을 단축하는 서비스를 제공하는 데 비교우위를 보이고 있어서 외래진료 부분에서 종합병원에 경쟁 압력을 제고할 수 있다. 이렇게 경쟁 압력이 제고되면 질적으로도 의료서비스의 수준을 제고하여 다변화되는 소비자의 욕구를 충족하는 데 도움이 될 것으로 보인다.

물론 해외 의료기관 역시 상업적 서비스보다는 의료적 서비스 공급을 우선시하는 의료기관으로서의 성격이 강하다. 따라서 해외 의료기관의 국내 진출의 우선적인 목표는 의료적 서비스 시장 진입이다. 다만 해외 의료기관은 이미 상업적 서비스에 대한 수요가 현실화되어 있는 선진국 시장에서 영업한 경험을 축적하고 있으며, 따라서 그에 대한 대응도 국내 의료기관보다 빠를 것으로 기대된다. 이들이 제공하는 상업적 서비스는 국내 시장에서 선도적인 경영 모형을 제공할 것이고, 국내 의료기관들이 이를 추종하면서 상업적 서비스 시장을 확대할 수 있을 것으로 기대할 수 있다.

그러나 해외 의료기관을 유치하기 위해서는 국내에서 외국 자본이 의료기관을 설치할 만한 유인을 제공하여야 한다. 현재 국적에 관계없이 국내 면허시험에 합격한 사람은 의료기관 개설 자격을 허용하고 있어서 법규적으로는 외국인이 병원을 개설할 수 있다. 그런데 병원의 영리행위가 금지되어 있기 때문에 해외 의료기관은 한국에서 발생할 이윤을 해외에 송금할 수 없다. 게다가 건강보험 수가에 대한 강력한 통제로 인해서 이윤을 획득할 가능성도 희박한 상황이다. 따라서 해외 의료기관은 이윤을 확보하기도 어렵고, 설령 이윤을 확보해도 해외 본사에 송금하기는 불가능한 상황이다. 따라서 현 상황에서는 진입 및 가격규제로 인해서 해외 의료기관 유치가 매우 어렵다.

이와 같은 한계를 극복하기 위해서 현재 경제자유구역에 해외 의료기관이 유치되면 영리활동이 가능하며, 건강보험 당연지정제의 적용에서 제외된다.⁴⁴⁾ 그 외에도 각종 세제혜택이 제공되어 이윤 확보의 기회를 제공하고 있다. 그러나 유치실적은 전무한 상황이다. 이렇게 해외 영리법인 유치가 어려운 이유는 영리법인들은 수요가 큰 인구밀집지역을 선호하는 성향이 있는데 (Norton & Staiger, 1994), 대부분의 경제자유구역이 수도권과 거리

44) 2005년 「경제자유구역의 지정 및 운영에 관한 법률」 개정에 의해 경제자유구역 내에서 외국인 의료기관은 내국인 진료를 허용받았고, 요양기관 당연지정제 적용대상에서 제외되었다. 현행법(「경제자유구역의 지정 및 운영에 관한 특별법」 제23조; 「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제192조)에 의하면 외국인 자본이 50% 이상인 영리의료법인으로서 보건복지부장관의 허가를 받고 경제자유구역위원회의 심의·의결을 거친 외국인 의료기관은 경제자유구역 내에서 자유롭게 의료행위를 할 수 있다. 단, 외국인 의료기관은 병원급 이상 의료기관만 설치 가능하다.

가 떨어져 수요 확보에 한계가 있기 때문인 것으로 짐작된다.

따라서 해외 영리법인을 유치하여 의료서비스 산업의 성장 잠재력을 실현하려면, 영리법인에 대한 진입규제와 건강보험 당연지정제에 따른 수가 규제를 현재보다는 완화하여야 할 것이다. 그 구체적인 방향은 다음 장에서 논의한다.

5. 소 결

한국 의료서비스 시장의 규모를 점검하고, 향후 시장 전망을 수요와 공급의 양 측면에서 조망해 보았다. 향후 한국 의료서비스 시장의 수요는 증대할 것으로 보이지만, 기존의 치유 중심의 의료적 서비스에 대한 수요보다는 소비자의 개별적인 요구를 맞춤형으로 소화하는 상업적 서비스에 대한 수요가 주종을 이룰 것으로 보인다. 그런데 현재 한국 의료서비스 공급은 소규모 개인병원이 주로 담당하고 있어서 이러한 상업적 서비스를 공급하기는 어려울 전망이다. 이러한 상황에서 의료시장이 개방되면 해외 의료기관이 상업적 의료서비스 공급의 공백을 메울 수 있을 것으로 전망된다.

한국 의료서비스 시장 규모는 소득 수준에 비해 매우 작으나, 최근 소득 증대 및 건강보험 보장성 강화의 영향으로 급격하게 증대하는 추세를 보이고 있다. 향후에도 선진국의 예를 따를 경우 소득의 증대와 인구구조의 고령화로 인해 시장 수요는 증대할 전망이다. 그러나 소득이 증대하면 단순한 치유뿐 아니라 치유에 소요되는 전반적인 시간을 단축하는 서비스에 대한 수요가 확대될 것으로 보인다. 그리고 인구구조가 고령화에 따라 만성질환 치료에 필요한 첨단 의료기법과 만성질환의 진전을 억제하는 개인별 맞춤형 건강관리 서비스에 대한 수요가 증대할 전망이다. 이러한 수요의 특징은 기존의 질환 치료 중심의 의료적 서비스에 비해서 같은 질환을 가진 소비자라고 해도 각 개인

의 특성을 고려한 상업적 서비스를 요구한다는 점이다.

그런데 영리법인의 의료서비스업 진출에 대한 규제와 건강보험 당연지정제에 따르는 가격규제로 인해서 이러한 상업적 서비스에 대한 공급이 창출되기 어렵다. 영리법인에 대한 규제로 인해 자본조달이 어려워져서 현재 의료기관의 95.2%가 30명상 이하의 의원급 의료기관이 차지하고 있다. 이렇게 소규모 기관이 의료서비스 공급을 주로 담당하고 있기 때문에 상업적 서비스를 창출할 수 있는 경영기법의 활용이나 기술에 대한 투자가 부족하다. 또한 건강보험 당연지정제에 의해서 진료 수가가 중앙집권적으로 결정되고 있기 때문에, 개별 의료기관에서 상업적 서비스 수요에 대응할 유인이 제한된다. 그 결과 소비자들은 상업적 서비스를 공급하는 종합병원으로 몰리는 현상이 나타나고 있으며, 향후에도 이러한 경향은 심화될 전망이다.

이러한 상황에서 의료서비스 시장이 개방되어 해외 의료기관 진입이 허용될 경우 이러한 공급상의 공백을 해소할 수 있을 것으로 전망된다. 해외 의료기관은 이미 소득이 높고 고령화가 진전된 시장에서 경쟁한 경험이 있어 향후 상업적 서비스 수요 증대를 소화할 수 있는 역량을 갖추고 있다. 또한 해외 의료기관은 해외에서의 명성(reputation)을 갖고 있어서 종합병원에 집중되는 환자들을 일부 흡수할 수 있을 것으로 기대된다. 해외 의료기관이 제공하는 상업적 서비스는 선도적인 경영 모형을 제공할 것이고, 이를 국내 의료기관이 추종함으로써 상업적 서비스 시장을 확대할 수 있을 것이다.

단, 시장 개방의 효과를 극대화하기 위해서는 영리법인 진입

규제 및 건강보험 당연지정제를 완화해야 한다. 현재의 상황에서 외국 법인이 국내에서 의료기관을 개설할 수는 있으나 영리 행위가 금지되어 있기 때문에 이윤의 송금이 불가능하다. 따라서 영리법인 진입규제는 비관세장벽으로 작용하고 있다. 그리고 건강보험 당연지정제로 인해서 영리 창출의 기회가 제약되어 있기 때문에 해외 영리의료법인이 진입할 유인이 제한되어 있는 상황이다. 이 두 가지 규제가 완화되지 않으면 시장 개방의 효과를 기대하기 어렵다.

제3장 의료서비스 시장 개방과 규제완화



앞장에서 살펴본 바와 같이 향후 의료서비스 시장의 성장 잠재력을 실현하기 위해서는 해외 의료기관의 유치가 필요하다. 의료서비스 시장을 개방하는 방법은 해외 의료기관 유치 외에도 여러 방법이 있을 수 있으나, 이 중 국내 시장의 성장 잠재력을 실현할 수 있는 방법은 해외 의료기관의 유치이다. 그런데, 현재 한국의 의료서비스 시장은 각종 규제로 인해서 해외 의료기관이 진출할 유인이 부족한 형편이다. 특히 해외 의료기관이 진출할 유인을 제공하기 위해서는 영리법인 진입규제완화 및 건강보험 가격규제완화가 필요하다. 그러나 이러한 규제들은 진료의 질을 유지하고, 의료서비스에 대한 접근 가능성을 보장할 것을 목적으로 도입되었으므로, 이들을 완화하기 위해서는 진료의 질 및 의료서비스 접근 가능성을 유지할 수 있는 보완책을 병행해야 한다.

의료서비스 시장을 해외에 개방하는 방법은 다양하나, 성장 잠재력의 실현을 위해서는 해외 의료기관 유치가 가장 효과적이다. WTO의 회원국 간 서비스 교역 협정인 GATS⁴⁵⁾에 의하면 의료서비스 시장 개방은 원격의료(mode 1: 국경 간 공급), 해외 의료기관 방문 진료(mode 2: 해외 소비), 해외 의료기관 유치(mode 3: 상업적 주제), 그리고 해외 의료인력 고용(mode 4: 자연인의 이동)의 네 가지 방식을 따른다. 이들 중 원격의료와 방문 진료는 의료서비스 기관 소재지가 국외이기 때문에 국내의 고용 및 투자

45) GATS(General Agreement on Trade in Services)는 1995년 WTO 우루과이 라운드 협상의 결과이다. 이 협정은 국제 서비스 교역 촉진을 목표로 하며, 국제 상품 교역 촉진을 위한 기본 협정인 GATT와 동등한 권위를 보유한다. WTO 회원국은 가입 의무가 있다.

유발 효과를 기대하기는 어렵다. 그리고 한국 의료서비스 시장에서는 의료적 서비스 공급보다는 상업적 서비스 공급이 부족하므로, 이를 해소하기 위해서는 상업적 서비스 공급이 가능한 해외 의료기관을 유치하는 조치가 필요하다. 따라서 자연인의 이동 방식보다는 상업적 주재 방식의 시장 개방이 성장 잠재력 실현에 필요하다.

그러나 제2장에서 언급한 바와 같이 한국 의료서비스 시장은 규제가 심하여 해외 의료기관을 유치하기 어렵다. 건강보험 가격규제로 인해 수익창출의 기회가 제약되어 있으며, 영리법인 진입규제로 인해서 수익을 실현한다고 해도 해외로 송금할 수 없는 상황이다. 해외 의료기관 유치를 위해서는 이러한 규제들은 당연히 완화해야 하나, 규제가 완화되면 의료의 질이 저하되고, 의료서비스 접근 가능성이 약화될 것이라는 우려로 인해서 규제완화가 부진하다.

구체적으로 영리법인이 진입하면 이윤 확보를 위해 질 저하 경쟁(race-to-the bottom)이 발생하고 의료기관의 수도권 집중이 강화될 것이라는 우려가 존재하고, 건강보험 당연지정제가 완화되면 저소득-고위험 인구는 민영의료보험 구입이 어려워서 의료서비스 이용이 제한될 것이라는 염려가 강하다. 따라서 규제의 완화를 위해서는 이러한 우려의 현실성에 대한 진단과 함께, 부작용이 발생할 경우 이를 최소화할 수 있는 보완책의 강구가 필요하다.

제3장에서는 해외 영리법인 유치를 위한 규제완화 방안과, 그 예상되는 부작용에 대한 보완책을 제시한다. 1절에서는 의료서

비스 시장 개방 현황을 살펴보고, 성장 잠재력 달성을 위해서는 해외 의료기관 유치가 필요함을 주장한다. 2절에서는 시장 개방을 위한 의료서비스 시장 규제완화 방안을 제시한다. 3절에서는 규제완화로 인한 부작용의 가능성을 진단하고, 이를 방지하면서도 시장 개방을 달성할 수 있는 대안을 모색한다. 4절에서는 제3장의 내용을 요약한다.

1. 시장 개방과 규제완화의 관계

1절에서는 의료서비스 개방 현황을 WTO 서비스 산업 개방 조약인 GATS의 분류 방식에 따라 점검해 보고, 개방의 장벽이 되고 있는 규제 현황을 파악한다. 그리고 향후 의료서비스 산업 성장을 위해 필요한 방식은 해외 의료기관 유치임을 도출하고, 이를 위해 필요한 규제완화 대상을 파악한다.

WTO 회원국들의 서비스 시장 개방은 다자간 서비스 산업 개방 조약인 GATS(General Agreement on Trade in Services)에 따른다. GATS는 조약이 적용되는 서비스 교역을 생산자와 소비자의 위치에 따라 네 가지 형태로 구분하는데, 통상적으로 국제 통상 협상에서는 GATS의 서비스 교역 방식을 준용하는 경향이 있다. GATS가 적용되는 서비스 교역 방식은 타국의 소비자에게 국경 밖에서 통신수단을 이용해 서비스를 제공하는 국경 간 공급(mode 1: Cross border Trade), 소비자가 생산자가 주재하는 국가로 이동하여 서비스를 소비하는 해외소비(mode 2: Consumption abroad), 생산자가 소비자의 국가에 자본을 투자한 자회사나 합자회사를 설립하여 서비스를 제공하는 상업적 주재(mode 3: Commercial presence), 생산자 개인이 소비자의 국가에 개인사업자나 피고용인으로 진출하는 자연인의 이동(mode 4: Movement of natural person)의 네 가지이다.⁴⁶⁾

46) WTO, "The General Agreement on Trade in Services: An introduction," 2006. <http://www.wto.org/english/tratop_e/serv_e/serv_e.htm>

의료서비스 산업의 경우 국경 간 소비는 해외의 진료서비스를 국내에서 통신망을 통해서 이용하는 원격 진료(tele-medicine, tele-health) 형태의 소비를 의미한다. 해외소비는 내국인이 해외 의료기관을 방문하여 진료를 받는 해외 진료에 해당한다. 상업적 주재는 해외 의료기관의 유치를 의미하며, 자연인의 거주는 의료기관이 해외의 의료 전문가를 고용하거나 해외 전문의가 국내에 의원을 개설하는 방식을 통해서 이루어질 수 있다. 현재 의료법상으로는 이상 네 가지 방식이 모두 가능하나, 기술 및 제도의 한계로 인해 실질적으로는 해외 소비만이 이루어지고 있다.

우선 의료서비스는 환자와 의사 간의 대면접촉이 서비스의 전달에 필수적이므로 원격 진료의 역할은 보조적이다. 특히 한국의 경우에는 언어장벽으로 인해서 원격 진료에 대한 수요는 원칙적으로 제약되며, 아직 원격 의료행위에 필요한 고급 의료기구의 보급이 활발하지 못한 상황이다.

상업적 주재는 의료기관 개설 자격과 관련이 있다. 전술한 바와 같이 의료법은 의료기관 개설 주체를 개인과 비영리법인, 그리고 공공기관으로 제한하고 있다. 그런데 개인 및 비영리법인 설립 주체의 국적에는 명시적인 제한이 없고, 다만 개인이 개설할 경우에는 면허를 취득해야만 한다. 따라서 외국인이 의료기관을 개설하는 데에는 법적인 제약은 없는 상황이다. 그러나 영리법인 진입에 대한 규제로 인해서 외국인이 의료기관을 설치할 유인이 지극히 제한된다. 영리법인 진입이 금지되어 있어서 의료기관은 의료서비스를 제공하는 행위에서 영리를 추구할 수

없다. 따라서 순이익이 발생할 경우에도 이를 배당 등을 통해서 의료 행위에 참여하지 않은 대상에게 분배할 수 없으며, 그에 따라 해외 송금도 금지된다. 그래서 해외 의료기관이 국내에서 이윤을 실현해도 이를 본국에 전달할 수단이 없으며, 그 결과 해외 의료기관의 국내 진출은 크게 위축된다.

자연인의 이동은 의료 면허 제도와 관련이 있다. 의료 면허 취득을 위한 자격 요건은 의료법 제5조에 명시되어 있는데 국적 제한은 없으며, 국내외에서 전문 과정을 이수하고 국내의 면허시험에 합격⁴⁷⁾한 경우에만 국내에서 의료행위를 할 수 있다. 따라서 외국 인력을 국내 병원이 고용하기 위해서는 국내의 면허 시험을 먼저 치르게 할 수밖에 없다. 외국과 의료면허를 교차 승인하면 이러한 장벽을 해소할 수 있으나 면허를 교차 승인하고 있는 국가는 현재로서는 전무한 상황이다.

이러한 암묵적인 비관세 장벽들 이외에도 해외 의료기관 유치에 장애가 되는 규제는 건강보험 당연지정제이다. 가령 암묵적 비관세장벽이 모두 해소된다고 가정해도, 건강보험 당연지정제에 따르는 가격규제로 인해서 해외 영리법인이 진입할 유인은 약화된다. 전술한 바와 같이 의료서비스 시장의 60%를 건강보험이 가격을 지정하는 서비스에 대한 수요가 점하고 있으며, 건강보험 수가는 물가상승률 이하로 억제되어 있다. 따라서 해외 의료기관이 진입을 한다고 해도 이윤 획득이 어렵다.

47) 외국면허를 가지고 있는 경우의 의료행위를 보건복지부령으로 정하는 범위[1. 외국과의 교육 또는 기술협력에 따른 교환교수의 업무 2. 교육 연구 사업을 위한 업무 3. 국제의료봉사단의 의료봉사 업무(의료법 시행규칙 제18조) 내에서 허용하고 있다(의료법 제27조).

제2장에서 상술한 바와 같이 향후 고급화되는 의료서비스 수요를 소화하여 성장 잠재력을 실현하기 위해서는 의료서비스 시장을 개방할 필요가 있다. 특히 국내 의료서비스 산업 육성을 위해서는 해외 자본의 유치, 즉 해외 의료기관을 유치하는 상업적 주재를 통한 개방이 필요하다. 자연인의 이동을 원활하게 하기 위해서 외국에서 취득한 면허를 인정한다고 해도 환자 및 기존 의료진과 의사소통의 한계로 인해서 외국 의사들의 국내 유입은 제한적일 것이다. 그리고 DDA 보건의료서비스 협상 과정에서 나타난 것처럼 선진국들이 해외인력 유입을 꺼려하여 의료 면허 교차 인정에 있어서 소극적인 태도를 보이고 있어서 협상의 성과도 기대하기 어렵다.⁴⁸⁾

해외 의료기관 유치를 위해서는 의료서비스 산업에 영리법인의 진출을 허용하고, 건강보험 당연지정제를 완화하여 이윤창출 기회를 확대해야 한다. 앞에서 살펴본 바와 같이 영리법인 규제는 해외 의료기관이 이윤창출 기회를 봉쇄하여 국내 진출을 원천적으로 억제하는 암묵적 장벽으로 작용하고 있다. 그리고 건강보험 당연지정제는 해외 의료기관의 이윤창출 기회를 제약하여 국내 진출 유인을 약화시키고 있다. 구체적인 규제완화 방식에 대해서는 다음 절에서 상술한다.

48) 김준동 외(2003)

2. 규제완화 방안

의료서비스 시장 개방의 목적은 상업적 서비스의 공급 확대 및 의료서비스 시장의 경쟁 강화를 통한 서비스의 질 향상이다. 상업적 서비스의 공급을 확대하기 위해서는 대규모 자본의 유입을 촉진하여 규모의 경제를 활용하고 및 기술 혁신을 유도해야 하고, 가격 경쟁을 도입하여 상업적 서비스 공급 동기를 강화하고, 상업적 서비스 공급을 선도할 역량이 있는 해외 영리법인의 유치를 촉진해야 한다. 그리고 경쟁 강화를 위해서는 진입장벽을 낮추어야 한다. 이러한 목적을 추구하기 위해서는 영리법인 진입규제를 해소하여 진입장벽을 낮추고, 건강보험 당연지정제를 완화하여 이윤창출 기회를 확대해야 한다.

구체적으로 영리법인 진입과 관련해서는 우선 의료기관 개설 자격을 상법상 회사법인에도 부여해야 한다. 동시에 기존 의료기관의 영리기관 전환 및 기존 의료기관에 대한 인수·합병을 폭넓게 허용하여 진입에 필요한 비용을 절감할 수 있도록 허용한다.

진입장벽 완화와 더불어 건강보험 당연지정제 적용 범위를 축소하여 진입에 대한 유인도 창출하여야 한다. 그런데 건강보험 당연지정제를 완화하면 진료 가격이 급증하여 소비자들의 의료 접근성이 악화될 위험이 존재한다. 따라서 이러한 위험이 상대적으로 적은 경증 진료에 대해서만 건강보험을 대체할 수 있는 민영의료보험 선택을 허용하고, 중증 진료에 대해서는 현

행 건강보험제도를 유지한다.

(1) 영리법인 진입규제완화

해외 의료기관 유치를 위해서는 수익의 해외 송금을 허용하여 진입장벽을 해소하고, 진입비용을 절감하는 적극적인 진입규제완화가 필요하다. 해외 송금 허용을 위해서는 수익을 출자자에게 배분할 수 있는 영리법인에 의료기관 개설을 허용한다. 그리고 진입비용을 절감할 수 있도록 기존 비영리의료법인의 영리의료법인 전환을 허용하고, 의료법인 간의 인수 및 합병을 허용하여 기존 의료기관의 인수를 통해 시장에 진출할 수 있도록 허용한다. 단, 기존 의료법인에 대한 세제상 혜택은 영리법인에는 폐지하여 조세 회피를 위한 시장 진입을 억제한다.

우선 해외 의료기관이 국내 영업을 통해서 실현한 이윤을 해외로 송금할 수 있도록 영리의료법인의 진입을 허용한다. 구체적으로 출자자에게 수익을 배분할 수 있는 상법상 회사법인 및 특별법상 영리법인에 의료기관의 개설을 허용하고,⁴⁹⁾ 영리의료법인이 수행하는 의료서비스를 제공하여 영리를 추구할 수 있도록 인정한다.⁵⁰⁾ 영리의료법인은 영리 추구 행위로부터 발생

49) 의료법 제33조의 개정이 필요하다; 기존 문헌에서는 타인 자본의 조달이 가능한 형태의 영리의료법인을 '투자개방형 영리의료법인'으로 지칭하고 있다. 본 연구에서 영리의료법인은 이러한 투자개방형 영리의료법인을 의미한다(한국개발연구원·한국보건산업진흥연구원, 2009).

50) 의료법 시행령 제20조는 의료업을 통한 영리 추구를 금하고 있다. 반면 법인세법에 따르면 의료기관의 의료서비스는 수익사업으로 간주되어 법인

하는 수익을 회사 형태에 따라 출자자에게 분배할 수 있으며, 따라서 해외의 본사에도 송금이 가능해진다. 동시에 영리의료법인은 대규모 자본을 동원할 수 있어서 규모의 경제를 통한 서비스의 질 제고를 도모할 수 있다.

동시에 진입에 필요한 비용을 절감할 수 있도록 기존 의료법인의 영리법인 전환 및 영리의료법인 간 인수 및 합병을 허용한다. 현행법상 의료기관의 진입은 신규 의료기관의 개설을 통해 주로 이루어진다. 의원급의 경우에는 개인사업자가 기존 의원의 설비를 인수하여 개업하는 형태의 진입이 활발하다. 그러나 병원급 이상 민간 의료기관의 경우에는 2008년 현재 의과대학에서 개설한 의료기관을 제외한 병원의 63.3%가 의료법인이 개설한 병원⁵¹⁾인데, 의료법인의 인수 및 합병을 통한 의료기관 개설에 대한 절차는 미비한 상황⁵²⁾이다. 인수 및 합병을 허용하면 해외 의료기관 진입 시 기존 의료기관의 설비 및 인력을 활용할 수 있어서 진입비용을 절감할 수 있고, 그에 따라 해외 의료기관의 진입 동기가 강화될 수 있다. 또한 기존 의료법인의 영리법인 전환을 허용함으로써 기존 의료법인 중 해외 의료기관과의 합병을 원하는 기관들의 거래비용을 절감할 수 있다. 그리고 의료법인이 영리적인 목적과 비영리적인 목적을 동시에 추구할 수 있도록 영리의료법인과 비영리의료법인의 병설도 허용하여

세가 부과되고 있다(김기열·변영선, 2010).

51) 대한병원협회·한국병원경영연구원(2010)

52) 기존 법인의 해산 절차만 민법의 재단법인 해산 절차에 준하는 것으로 명시되어 있다(의료법 제50조).

다양한 목적에서 의료행위를 추구할 수 있도록 허용한다.⁵³⁾

현재 의료법인은 다양한 세제혜택을 받고 있어서 영리의료법인에도 이러한 혜택을 허용할 경우에는 조세 회피를 목적으로 영리의료법인을 개설하는 경우가 발생할 수 있다. 구체적으로 의료법인은 의료 및 부대사업을 통해 실현한 수익의 50%를 부동산, 의료기기, 의료정보 시스템 투자⁵⁴⁾에 지출하는 고유목적사업준비금으로 분류하여 법인세 과세 대상에서 제외할 수 있다. 그리고 의료서비스 제공 목적으로 취득한 부동산에는 취득세 및 등록세의 일부⁵⁵⁾가 면제되고, 의료서비스 제공 목적으로 보유하는 부동산에 대해서는 재산세·도시계획세 및 공동시설세가 면제된다. 그리고 의료서비스의 소비에 대해서는 부가가치세가 면세⁵⁶⁾된다.

그러나 영리의료법인의 경우에는 외부 자본을 동원하여 투자 재원을 조달할 수 있으므로 고유목적사업준비금 재원에 대해서는 면세혜택을 부여할 근거가 부족하다. 또한 영리의료법인의 의료서비스 공급은 영리를 추구하는 행위이므로 여타 서비스

53) 현실적으로는 영리법인에 비영리의료법인 개설을 허용하는 형태가 된다. 비영리의료법인은 수익을 배분할 수 없기 때문에 영리법인이 비영리의료법인을 운영한다고 해도 그 수익을 영리의료법인으로 이전할 수 없다. 이 경우에는 기관별 회계는 분리하여 운영한다는 원칙을 적용하고 연결재무제표 사용을 의무화하여 비영리의료법인에서 발생하는 수익이 영리기관의 운영에 전용되지 않도록 방지한다.

54) 법인세법 제29조 제1항; 법인세법 시행령 제56조 제6항 제3호; 동법 시행규칙 제29조의2

55) 단, 특별시·광역시 및 도청 소재지인 시 지역에서 취득하는 부동산에 대하여는 등록세를 과세한다(지방세법 제287조 제2항).

56) 부가가치세법 제12조

산업의 서비스 공급과 차별성이 없어 지방세 면세의 근거도 없다. 따라서 영리의료법인에 대해서는 법인세 및 지방세 조세특례를 폐지하여 조세회피를 방지하여야 한다. 단, 부가가치세 면세는 의료서비스 구입에 따른 소비자의 부담을 경감하기 위한 조치이므로 영리의료법인이 제공하는 서비스에 대해서도 유지한다. 그리고 영리의료법인이 조세회피를 목적으로 비영리의료법인과 영리의료법인을 병설하는 현상을 억제하기 위해서 연결 재무제표의 사용을 의무화한다.⁵⁷⁾

(2) 건강보험 당연지정제 완화

영리의료법인 진입을 허용하더라도 건강보험 당연지정제가 유지되는 상황에서는 이윤을 창출할 기회가 제약되고, 다양한 서비스를 개발할 유인이 약화된다. 건강보험 의료 수가가 물가인상을 반영하지 못하는 경향이 있어서 이윤창출 기회가 적고, 중앙집권적으로 가격이 결정되기 때문에 고급 서비스를 개발할 유인이 억제되기 때문이다. 따라서 해외 의료기관 유치 위해서는 건강보험 당연지정제를 일부 완화할 필요가 있다. 단, 건강보험 당연지정제 완화는 영리법인의 경증 진료서비스에 국한하여 보험 미가입자의 발생과 불필요한 의료비 지출을 억제한다.⁵⁸⁾

57) 한국개발연구원·한국보건사회연구원(2009)

58) 본 연구는 민간·공공보험이 경증에 한해서만 동일한 소비자층 유치를 위해서 경쟁하는 제도를 제안한다. 이는 빈곤층이 아닌 청장년층에게는 모

건강보험 당연지정제는 모든 의료기관은 건강보험 수가에 따라 진료를 행할 의무를 부과하는 제도이다.⁵⁹⁾ 전술한 바와 같이 건강보험 적용 대상 진료항목(요양급여)과 서비스의 가격(요양급여 비용, 이하 수가)은 건강보험정책심의위원회에서 결정되고 매년 개정된다. 건강보험 수가는 비용조건뿐만 아니라 전 국민의 의료서비스 이용 가능성에 대한 고려를 반영하여 책정되기 때문에 비용 상승을 반영하지 못하는 경향이 있다. 1977년 의료보험 제도 설치 이후 보험 수가는 2009년까지 36번 조정되었다. 1999년 말~2000년 초 의약분업 실시에 대한 보상조치로 수가가 대폭 상향조정된 4번의 경우를 제외한 32번 중 17번(53.1%)은 같은 기간 물가상승률보다 수가인상률이 낮았다.

또한 보험진료의 가격이 중앙집권적으로 결정되므로 개별 의료기관으로서 서비스 개발하여도 높은 가격으로 보상받기 어렵다. 특히 해외 의료기관의 경우 국내 의료기관에 제공하는 서비스와 질적인 차이가 있는 서비스 제공에 비교우위가 있으므로 가격을 책정할 수 없다면 이윤창출 기회가 크게 제약된다. 따라서 의료서비스 시장에 해외 의료기관 유입을 촉진하기 위해서는 건강보험 당연지정제를 일부 완화하여 이윤기회를 창출

든 질환에 대해서 공공보험이 제공되지 않는 미국의 제도와는 전혀 다르다. 우선 건강보험이 중증을 담당하므로 민간의 비용 부담은 적고, 따라서 기업에게 민간의 비용 부담이 전가될 가능성도 약하다. 또한 민영보험은 결국 건강보험과 경쟁관계에 있기 때문에 보험료를 지나치게 높게 징수하거나 보험 진료 범위를 크게 축소할 수도 없다.

59) 건강보험법 제40조1은 의료법에 의해 개설된 의료기관을 건강보험 요양급여(진료)를 제공하는 기관으로 명기하였으며 제40조3은 요양급여 거부를 금지하고 있다. 단, 전문요양기관과 상급 종합병원은 다른 수가를 적용할 수 있다(제40조2, 제40조3).

하여야 한다.

그러나 전면적으로 건강보험 당연지정제를 완화하게 되면 가격규제가 작동하지 않아서 의료비 지출이 급증하고, 보험료가 급격하게 상승하여 저소득층이 의료서비스를 사용하지 못하게 되는 경우가 발생할 우려가 있다. 이러한 위험을 억제하기 위해서 진료 가격이 낮은 경증 질환에 대해서만 건강보험을 대체하는 민영의료보험의 선택권을 부여하고, 중증 진료에 대해서는 현행 건강보험제도를 유지한다. 그리고 건강보험의 경증 진료에 대한 보험 기능은 유지하고, 영리를 목적으로 하지 않는 의료기관에 대해서는 건강보험 당연지정제를 유지하여 저소득층의 의료서비스 이용에 미치는 영향을 축소한다. 여기서 경증 질환은 외래진료만으로 치유가 가능한 질환으로 한정한다.^{60) 61)} 단, 중증 질환으로 인한 통원치료 혹은 후속진료(follow-up)의 경우에는 중증 진료로 간주한다.

일반적으로 지적되는 민영의료보험 시장의 문제점으로는 저

60) 외래진료라고 해도 모두 경증이라고 할 수는 없으므로, 본 연구에서 경증은 외래진료 중에서도 중증에 관련된 진료를 제외한 진료를 의미한다. 경증과 중증의 한계를 나누는 작업은 의료 전반에 대한 전문적인 지식을 필요로 한다. 통계적으로는 각 질환에 대한 세분화된 지출 통계를 이용하여 클러스터 분석기법을 활용하면 분류가 가능하나 이 작업은 본 연구의 범위를 넘는다(단, 행정적으로는 건강보험정책심의위원회에서 처리할 수 있어서 현재의 제도하에서도 수행이 가능한 기능이다).

61) 경증 진료에 민영의료보험을 도입하는 접근은 경증 진료에서 국가의 역할을 축소하고 중증 진료에서 국가의 역할을 확대하자는 논의를 구체화한 예이다. 실제로 보험이 필요한 진료는 진료비 부담이 높은 중증 진료인데, 2009년 현재 건강보험 급여 지출의 65.6%는 외래진료가 차지하고 있어서 경증 진료를 보조하는 기능의 비중이 높은 편이다(국민건강보험공단, 2010).

소득-건강 취약계층의 보험가입 장애 문제와 불필요한 의료서비스의 소비 증대 문제가 있다. 보험가입 장애 문제는 보험가입자와 보험회사 간의 건강상태에 대한 정보의 비대칭성에 의해 발생하고, 불필요한 의료서비스 소비 증대는 의료기관과 보험사 간에 적합한 의료서비스에 대한 정보의 비대칭성에 의해 발생한다.

첫째, 보험가입자는 보험사보다 개인의 건강상태에 대한 정보를 더 많이 가지고 있다. 대개의 경우 보험사는 개별적인 보험가입자들의 건강상태 정보에 대한 접근이 제한되어 있어서 연령 및 성별과 같은 일반적인 정보를 바탕으로 질병이 발생할 확률을 예측하게 된다. 반면 보험가입자는 개인의 건강상태에 대한 정보를 건강검진 등 다양한 경로를 통해서 확보할 수 있다. 따라서 보험에 가입하는 사람은 가입하지 않는 사람보다 질병에 걸릴 확률이 높은 경우가 많다. 보험사는 이러한 상황을 고려하여 보험료를 높게 책정하거나, 특정한 조건에 있는 개인들에게는 보험 제공을 거부하는 경향이 있다.

둘째, 의료서비스 공급자는 소비자들보다 일반적으로 치료에 필요한 정보를 더 많이 가지고 있다. 따라서 소비자에게 불필요한 고가의 진료서비스를 제공하여 수익을 확대할 유인이 존재한다. 보험에 가입하지 않은 소비자는 소득이 한정되어 있기 때문에 고가의 서비스를 기피하게 된다. 그러나 소비자가 보험에 가입되어 있을 경우에는 보험사가 지불을 대행한다. 따라서 소비자는 필요 여부를 고려하지 않고 공급자가 제공하는 서비스를 모두 소비할 유인이 발생한다. 이 경우 지불을 대행하는 보

협사가 의로서비스 공급자의 불필요한 서비스 제공을 선별하여 보험급여를 차등지급할 수 있으면 지출을 억제할 수 있지만, 일반적으로는 이러한 감시가 어려운 것이 사실이다. 국가 혹은 단일한 사회보험이 독점적인 보험 공급자일 경우에는 가격 및 지출 총액 통제를 통해서 지출을 억제할 수 있으나 복수의 보험사가 경쟁하는 경우에는 통제의 가능성이 약화된다.

따라서 보험 미가입 문제를 해소하고 의료비 지출을 억제하기 위해서 선진국들은 대부분 국가가 제공하는 보편적인 공공 의료보험 제도를 채택하고 있다. 보편적 보험을 채택하지 않고 있는 미국의 경우에는 보험 미가입자 문제가 항상 제기되고 있으며, 2010년 의료보험 개혁도 미가입 문제 해소를 목적으로 추진되었다. 2007년 현재 미국인 중 15.3%에 해당하는 470만 명이 의료보험이 없는 것으로 파악되고 있다. 소득 기준으로는 연 소득 2만 달러 이하의 가구 중 37.2%가 보험이 없으며, 고용 기준으로는 비정규직(29.2%) 및 미고용자(28.7%)가 보험이 없는 비중이 높은 것으로 나타나 저소득층일수록 보험가입이 어려운 것으로 확인된다(Folland et al., 2010, pp.219-220).

본 연구에서 이러한 불필요한 의료비 지출 증대 및 보험 미가입 문제를 예방하기 위해서 정보의 비대칭성이 상대적으로 적은 경증(외래) 질환에 대해서만 건강보험 당연지정제를 완화할 것을 제안한다. 중증 질환에 대해서는 건강보험이 모든 의료기관의 진료에 대한 보험을 독점적으로 제공하는 현행 제도를 유지하되, 경증에 대해서는 영리의료법인에 한하여 의료기관별 건강보험을 대체하는 민영의료보험을 제공하는 보험사와 계약

을 체결할 수 있도록 허용한다. 또한 비영리의료법인과 공공의료기관에 대해서는 경증 진료도 건강보험 당연지정제를 유지하여 저소득층 보험 미가입 문제를 해소한다.

경증 진료는 중증 진료에 비해서 보험자와 피보험자 간의 정보의 비대칭성이 약하다. 경증 질환은 중증 질환에 비해서 환자의 개별적인 건강상태로 인해 발생하기보다는 우연한 요소에 의해 발생하는 경우가 많다. 2009년 현재 건강보험 가입자당 외래진료 입내원 일수는 16.07일인 반면 입원 일수는 1.91일에 불과하다(국민건강보험공단, 2010). 즉 외래진료는 1개월에 1일 이상 의료기관을 방문하게 되는 일상적인 소비이다. 반면 입원의 경우에는 매우 드물게 발생하며 제1장에서 살펴본 바와 같이 고령층에게 집중되어 있어서 개별적인 건강상태에 영향을 많이 받음을 시사한다.

동시에 경증 진료는 중증 진료보다 보험사가 의료기관의 불필요한 진료를 쉽게 식별할 수 있다. 보험사가 진료의 필요성에 대해서 분별을 하여 사후적으로 보험료 지급을 취소할 수 있다면 소비자와 생산자 간의 정보의 비대칭성 문제가 보험사의 수익에 미치는 영향은 줄일 수 있다.⁶²⁾ 그런데 경증의 경우에는 증상이 보편적이어서 치료법을 표준화하기 상대적으로 용이하며, 따라서 불필요한 진료를 더욱 쉽게 식별할 수 있다. 일반적으로 보험사와 의료기관은 계약을 주기적으로 경신하기 때문에,

62) 실제로 미국의 관리의료기구(HMO)에서는 서비스 사용에 대한 사전적 혹은 사후적인 점검(utilization review)을 통해서 불필요한 지출을 축소하는 방법을 채택하고 있다.

보험사는 불필요한 진료를 많이 사용하는 보험기관에 대해서는 보험을 제공하지 않음으로써 비용 전가에 대한 책임을 추궁할 수 있다. 따라서 민영보험회사들도 적절한 감시 방식을 활용하여 의료기관의 불필요한 진료를 억제할 수 있다.

그리고 현재 경증 시장은 진료 건당 부담이 상대적으로 적고 민간 재원에의 의존도가 높기 때문에 실제로 건강보험 당연지정제를 완화한다고 해도 소비자들에게 미치는 충격이 제한적이다. 2009년 현재 건강보험 외래진료는 입내원 1일당 진료비가 평균 2만892원으로 입원진료 1일당 진료비 13만3,741원의 15.6%이다(국민건강보험공단, 2010). 또한 2008년 국민 의료비 계정에 의하면 외래진료 비용 중 공공의 부담은 49.2%로 입원진료의 65.0%보다 현격하게 낮다. 특히 가계의 직접 부담이 44.9%나 될 정도로 높아서(입원은 26.7%) 가격을 급격하게 인상하면 수요가 위축될 가능성이 있기 때문에 의료기관의 가격 인상은 억제된다(보건복지부·연세대학교 의료복지연구소, 2010). 그리고 비영리 의료법인 및 공공의료기관에 대한 건강보험 당연지정제가 유지되므로, 건강보험 수가와 가격 경쟁을 해야 하기 때문에 불필요한 가격 인상은 억제될 수 있다.

경증에 대한 건강보험 당연지정제를 완화함으로써 창출할 수 있는 시장의 규모는 2008년 기준으로 9조2천억~14조 원에 해당한다. 경증 진료에 대한 건강보험 급여 지출은 9조2천억 원으로 의료서비스 시장의 26.1%에 해당하며, 경증 진료에 대한 본인 부담을 합친 시장의 규모는 2008년 현재 14조 원에 달해 의료서비스 시장의 39.7%에 달한다.

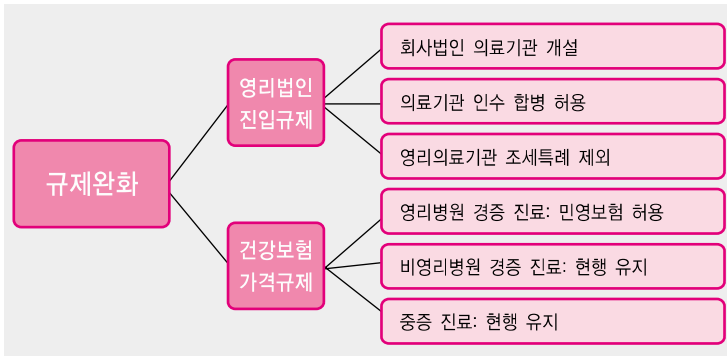
<표 4> 의료서비스 시장 규모의 확대

구 분	건강보험(2008년, 억 원)		비보험 진료
	본인부담 (민영보험 포함)	보험급여	
외래진료(경증)	47,892	92,129	58,547
입원진료(중증)	34,315	88,985	31,165

자료: 보건복지부·연세대학교 의료복지연구소(2010)

이와 같이 잠재적 시장의 규모가 크에도 불구하고 영리의료 법인에 대한 진입규제와 건강보험 당연지정제는 지속되어 왔다. 현재에도 영리의료법인 진입이 허용되면 의료서비스의 질이 저하되고, 의료서비스의 지역적인 편차가 심화될 것이라는 우려가 존재한다. 그리고 건강보험 당연지정제가 해소된다면 의료비 지출이 급증하고, 저소득층이 의료 보험에 가입하지 못하게 되어 의료서비스를 사용하지 못하게 된다는 반론이 존재한다. 따라서 의료서비스 산업 규제완화는 이러한 우려를 불식시킬 수 있는 보완책을 병행하면서 시행되어야 한다. 제3장 3절에서는 영리의료법인 진입 및 건강보험 당연지정제 완화 시 예상될 수 있는 부작용들을 점검해 보고 이를 완화할 수 있는 보완책을 모색해 본다. 제3장 2절에서 제시한 규제완화 방안을 그림으로 정리하면 <그림 4>와 같다.

<그림 4> 의료서비스 산업 규제완화 방안



3. 규제완화 보완책

3절에서는 앞 절에서 제시한 영리의료법인 진입 허용 및 경쟁 진료 건강보험 당연지정제 완화에 의해 발생할 수 있는 부작용⁶³⁾을 점검하고 이를 시장 기능을 활용하여 완화할 수 있는 보완책을 모색한다. 의료서비스 산업 규제는 정보의 비대칭성에 의한 시장 실패의 위험을 억제하기 위해 존재한다. 의료기관과 소비자 간에는 의료의 질에 대한 정보의 불완전성이 존재하여 의료기관이 서비스의 질을 낮추어도 수요의 변동이 적고, 보험사와 의료기관 간에는 진료의 필요성에 대한 정보의 불완전성이 존재하여 보험사가 필요 없는 진료의 급여도 지급하는 경향이 있으며, 보험사와 보험가입자 간에 건강상태에 대한 정보의 비대칭성이 존재하여 보험사가 비용 부담이 큰 건강 취약계층의 보험가입을 거부하려는 유인이 존재한다.

현재의 규제체계는 영리법인의 의료기관 개설을 금지하여 의료기관이 서비스의 질을 낮출 유인을 줄이고, 건강보험 가격규제를 통해서 불필요한 진료로 인한 의료비 지출의 증가를 억제하며, 건강보험 당연가입을 의무화하여 건강 취약계층을 배제하는 행위를 원천적으로 봉쇄한다. 그러나 이러한 규제들은 시장의 효율적 기능을 제약하는 정보의 비대칭성을 해소하지는 못

63) 영리의료법인 진입규제완화에 따른 부작용은 한국개발연구원·한국보건사회연구원(2009)에서, 건강보험 당연지정제 완화에 따른 부작용은 Zweifel et al.(2009)에서 발췌

하고, 그로 인해 발생하는 결과인 의료의 질 악화, 의료비 부담 증대, 보험가입 거부 등 부작용을 억제하는 데 그친다. 본 연구에서는 이와는 달리 정보의 비대칭성을 정부가 해소함으로써 시장의 효율적인 기능을 제고하는 보완책을 제시한다.

우선 영리의료법인 도입에 대해서는 영리의료법인은 영리를 추구하는 과정에서 지나치게 인력 및 재원을 삭감하여 진료의 질을 떨어뜨리고, 수요가 풍부한 지역에만 입주하게 되어 저소득층의 진료 기회를 제약할 수 있다는 우려가 존재한다. 그리고 건강보험을 민영의료보험으로 대체하면 의료비 지출이 급증하고, 건강 취약계층은 보험가입이 어려워져서 진료를 받지 못하게 된다는 염려가 존재한다. 좀 더 자세하게 소개하면 민영의료보험은 의료기관에 대한 통제력이 약하여 병원의 의료비 지출을 억제하기 어려우며, 개인별 마케팅 비용과 같은 비의료적인 비용 지출이 많아 불필요한 의료비 부담이 증가할 수 있다. 그리고 민영의료보험은 이윤을 추구하기 위해서 건강상태가 나쁜 소비자를 배제할 유인이 있다.

영리의료법인의 의료의 질에 대한 비판은 실증적인 증거가 충분치 않으며,⁶⁴⁾ 의료의 질 문제가 발생한다고 해도 소비자 선택을 강화하여 해소할 수 있다. 따라서 의료의 질을 유지하기 위해서는 의료기관별로 진료의 질에 대한 상세한 정보를 얻을 수

64) 대체로 동일 시장 내에서는 영리의료법인과 비영리의료법인의 진료 성과 격차는 크지 않은 것으로 보는 것이 학계의 중론이다(Sloan, F. A.2000; Folland et al., 2010). 영리의료법인의 의료의 질에 대한 비판을 지지하는 증거는 전창배 외(2006)에서, 유사성을 강조하는 증거는 Sloan & Vraciu(1983)에서 찾을 수 있다.

있는 국가의료정보망(National Portal)을 설치하여 소비자의 선택을 강화한다. 반면 영리의료법인은 실제로 비영리의료법인보다 수요가 풍부한 지역에 입지하는 경향이 있는데(Norton & Staiger, 1994), 이 문제는 공공의료기관을 인구희소지역 및 저소득 지역에 확충하여 해소한다. 민영의료보험 도입으로 인한 의료비 증대는 소비자들의 보험사 선택을 강화하고, 단순한 비의료적 행정업무는 단일한 공공기구에서 대행하여 대처할 수 있다. 민영의료보험이 도입되면 협상력이 약화되어 의료기관의 지출을 억제하는 기능이 약화되는 것은 사실이다. 그러나 소비자들의 보험사 선택이 강화되면 보험사들은 소비자들에게 양질의 서비스를 저렴하게 지급하려는 경쟁에 돌입하게 된다. 그 결과 보험사는 의료기관과의 계약 방식을 조정하여 의료기관의 비용 절감 유인을 강화하는 행태를 보인다. 따라서 소비자들에게 민영의료보험이 제공하는 의료서비스의 질을 평가할 수 있는 자료를 온라인으로 제공하여 소비자 선택을 강화하고, 보험 판매, 보험료 수납 및 보험급여 지급을 공공기관이 일괄 처리하여 거래비용은 절감하면 의료비 지출 증대 부담을 완화할 수 있다.

민영의료보험 도입에 따른 건강 취약계층 보험가입 장애 문제는 보험가입자와 보험사 간의 정보의 비대칭성을 해소하여 해결할 수 있다. 보험회사에게 무기명의 개인 의료정보를 제공하여 치료비가 증가할 위험이 높은 가입자에게는 높은 보험료를 책정할 수 있도록 허용한다. 이렇게 하면 보험사들은 건강 취약계층에 대해서도 적절한 보험료를 책정할 수 있으므로 지나치게 높은 가격을 설정하거나 진료과목을 축소하여 이들을

배제하려는 유인이 약화된다. 단, 이 경우 지불능력이 아닌 건강상태에 따라 보험료 격차가 발생하므로 저소득층의 의료서비스 이용이 어려워질 수 있다.

그런데 민영의료보험 도입을 경증으로 국한하고, 경증에 대한 건강보험을 유지하면 저소득층의 의료서비스 이용 문제는 상당히 완화된다. 경증 진료는 서비스 단가가 상대적으로 낮아 가계의 부담이 적고, 소득에 비해 보험료 부담이 지나치게 높은 건강 취약계층은 건강보험을 선택할 수 있기 때문이다. 따라서 극단적으로 의료비 지출이 많은 보험자의 보험급여를 정부가 일부 보조하고, 저소득층에게는 민영의료보험 보험료로 사용할 수 있는 바우처를 제공하는 정도로 정부의 개입을 제한적으로 허용하면 부작용을 최소화할 수 있다.

이하에서는 영리의료법인 진입 허가의 보완책과 민영의료보험 허용에 대한 보완책을 자세히 살펴본다.

(1) 영리의료법인 진입에 따른 보완책

영리의료법인 도입에 대한 반대 의견은 다음과 같이 정리할 수 있다. 영리의료법인은 영리를 추구하기 때문에 비용 절감을 위해서 의료의 질을 희생하고, 수요가 적은 인구희소지역에서 철수할 유인이 강하다. 그 결과 영리의료법인이 도입되면 의료의 질이 하락하여 소비자의 후생이 축소되고, 의료기관이 인구 밀집지역에 집중되어 지역사회의 후생이 훼손될 우려가 있다. 그러나 최근의 실증분석에 의하면 영리의료법인과 비영리의료

법인은 비용 및 수익, 그리고 진료의 질에서 큰 차이가 나지 않는 것으로 확인된다. 그리고 소비자들이 정보에 입각한 선택(informed choice)을 할 수 있도록 의료기관에 대한 정보를 제공하면, 의료기관이 영리를 추구하면서도 의료의 질을 유지할 유인을 제공할 수 있다. 단, 영리의료법인은 비영리의료법인보다 소비자가 많은 지역에 편재되는 것은 사실이기 때문에, 공공의료기관을 활용하여 지역 간 편재를 보완하는 노력은 필요하다.

영리의료법인 진입규제 허용에 대해 우려를 표하는 의견은 의료기관의 대리인(Agent)으로서의 역할에 주목한다. 이들에 의하면 의료기관은 소비자를 대신하여 필요한 진료서비스의 양과 질을 선택하는 대리인이거나, 지역사회를 대신하여 지역주민들에게 공공재를 제공하는 대리인이다. 그런데 의료기관이 진료를 통해 이윤을 추구하게 되면 이러한 대리인의 역할이 위축되고, 그 결과 진료의 질이 저하되고 지역사회에 대한 의료서비스가 축소된다고 주장한다.

영리의료법인이 진료의 질을 낮출 것이라는 우려는 의료기관이 소비자의 의료서비스 선택을 대신하는 대리인(Agent)의 역할을 하고 있음을 강조한다. 소비자들은 의료정보가 부족하기 때문에 의료서비스를 선택하기보다는 의료기관을 선택하고 기관이 추천하는 서비스를 구매하게 된다. 따라서 소비자들은 의료기관의 치유 실적과 개별 의료진의 명성(reputation)을 기준으로 의료기관을 선택한다. 그런데 의료기관이 제공하는 서비스와 치유 실적 간의 관계에도 환자의 건강상태, 환자의 진료 지침 준수(예: 투약 지시 준수) 여부 등 다양한 불확실성의 요소가 존재

한다. 따라서 의료기관이 일부 서비스를 축소하더라도 수요가 이에 따라 민감하게 반응하지 않을 여지가 존재한다.⁶⁵⁾ 그러므로 의료기관이 이윤을 추구할 경우에는 명시적으로 보상을 받을 수 있는 서비스에 집중하고, 보상받지 않는 서비스를 등한시 하여 결과적으로는 진료의 질을 떨어뜨릴 수 있다. 이러한 단점을 배제하기 위해서 의료기관은 이윤동기가 없어야 한다고 주장한다.⁶⁶⁾

영리의료법인이 도입되면 의료기관의 지역적 편재가 심화된다는 입장은 의료서비스의 공공재적인 성격에 주목한다. 이들은 의료서비스는 환자에 대한 진료 외에도 지역사회 삶의 질을 제고하는 긍정적인 외부성이 있다고 주장한다.⁶⁷⁾ 그런데 영리의료법인은 이러한 긍정적인 외부성의 수혜 대상이 아니므로 서비스의 제공 시 이를 편익으로 받아들이지 않는다. 따라서 영리의료법인 진입이 허용되면 의료서비스의 공급이 사회적으로

65) 실제로 미국 소비자들은 관리의료(HMO) 의료보험 선택에 있어서 진료의 질(17%)보다는 보상수준(benefit, 72%)과 본인부담 수준(out-of-pocket cost, 62%)에 더 관심이 많은 것으로 드러났다(Tumlinson et al., 1997).

66) Weisbrod(1988)는 소비자들이 관찰할 수 있는 서비스에 대해서만 보상을 제공할 경우 영리의료법인은 관찰할 수 없지만 결과에는 영향을 미치는 진료서비스를 등한히 할 유인이 있음을 지적한다. Arrow(1963)는 이와는 약간 다른 시각에서 접근하는데 소비자들이 대리인이 영리의료법인일 경우에는 대리인을 신뢰하지 않기 때문에 거래비용이 급증한다고 주장하고, 이러한 거래비용 때문에 실제로 대부분의 병원은 비영리법인이라고 주장한다.

67) 실제로 선진국의 병원들은 기부금을 이용하여 지역사회 빈민들에게 의료 서비스를 제공하던 자선기관에 그 역사적인 연원을 두는 경우가 자주 있다. 그러나 미국의 경우 1996년 현재 기부금은 병원 수입의 3%에 그칠 정도로 그 역할이 축소되었다(Temin, 1988, Folland et al.(2010)에서 재인용).

최적인 수준보다 낮아지게 된다. 특히 인구희소지역의 경우 이윤창출 가능성이 낮기 때문에 의료서비스 공급이 급격하게 축소될 가능성이 있다. 이를 해소하는 한 방법은 기부금을 모집하고 이를 이용하여 비영리기관인 의료법인을 설립하여 의료서비스를 공급하는 것이다(Easley & O'Hara, 1983). 이 경우 비영리법인인 의료법인은 기부자의 대리인 역할을 하게 된다.

상기한 두 가지 주장은 영리법인은 의료행위에서 발생한 수익에 대한 소유권이 명확하기 때문에 수익을 극대화할 유인이 존재하며, 수익을 극대화하는 과정에서 비영리적인 목적은 희생되는 경향이 있다고 전제한다. 따라서 수익에 대한 소유권이 없는 비영리법인이어야 수익 이외에 소비자 혹은 지역사회의 후생에도 모할 수 있다고 주장한다. 그러나 의료법인의 경우에는 설립 비영리기관을 표방한다고 하더라도 실제로는 의료 전문직의 이익에 봉사하며, 따라서 의료 전문직들이 실질적으로 수익에 대한 소유권을 갖고 있다는 견해도 존재하고(Pauly & Redisch, 1973), 이러한 견해에 따르면 비영리의료법인과 영리의료법인 간에는 실질적인 진료 수준의 차이를 찾아보기 힘들다.⁶⁸⁾

영리법인과 비영리법인 간 의료서비스의 질의 차이에 대해서는 수많은 실증분석이 제시되었다.⁶⁹⁾ 전반적으로 동일한 지역

68) 의료기관은 비영리적인 목적과 영리적인 목적을 공유한다는 중간적인 견해에 대해서는 Lakdawalla & Philipson(2006)을 참조

69) 영리의료법인과 비영리의료법인에 대한 대부분의 실증분석은 미국의 의료기관을 대상으로 한다. 이는 선진국 중 미국이 유일하게 영리의료법인의 비중이 10%를 넘는 국가라는 특수한 상황에 기인한다(김기열·변영선, 2010, p.1146). 2008년 현재 미국 병원 5,010개 중 19.6%인 982개가 영리법인이다(AHA, 2010).

내에서는 영리병원과 비영리법인 간에는 차이점보다는 공통점이 더 부각되는 경향이 있다. 미국의 경우를 보면 비영리의료법인은 영리의료법인보다 더 높은 이윤을 획득하고 있어서 이윤이 의료기관 운영의 목적임을 암시하고 있다.⁷⁰⁾ 영리병원이 비영리병원에 비해서 인력을 적게 투입하는 경향⁷¹⁾은 있으나, 이로 인해 의료의 질이 하락한다고 단정하기에는 일관된 실증적인 결과가 제시되지 않고 있다. 영리병원은 비영리병원에 비해 사망률이 높지도 않고, 진료서비스의 질이 떨어지지도 않으며(Keeler et al., 1992; Shortell & Hughes, 1998⁷²⁾), 회복 수준도 비슷한 것으로 파악되고 있다.⁷³⁾ 단, 영리법인은 비영리법인보다 비영리적 진료의 수요가 적고 보험가입 인구가 많은 지역에 입지하는 경향이 있으며(Norton & Staiger, 1994), 비영리기관에 비해서 지역의 의료 수요 변화에 따라 진입 및 퇴출이 민감하게 반응하는 경향이 있다(Chakravartya et al., 2006; Hansmann et al., 2002). 따라서 영리의료법인이 도입되면 기존 의료기관의 지역적 편재를 심화할 가능성은 배제하기 어렵다.

70) 경제학적인 이윤이 아닌 회계적인 이윤을 의미한다. 미국의 1988~1990년간 병원 경영실적 자료에 의하면 비영리법인들은 꾸준히 양의 이윤을 획득하였으며 영리법인보다 이윤이 더 높았다(U.S. Medicare Payment Advisory Commission, 1998; Sloan, 2000에서 재인용).

71) 미국의 경우 2008년 현재 영리병원은 병원당 의사를 2.1명, 간호사는 163.7명 고용한 반면 비영리병원은 의사를 26.7명, 간호사를 327.8명 고용하였다(AHA, 2010).

72) 반면 영리병원의 사망률이 높다는 증거도 발견되고 있다(Hartz et al., 1989).

73) Sloan et al.(1998), Sloan & Taylor(1999)는 심장발작, 둔부골절, 심혈관장애, 울혈성 심부전(congestive heart failure)으로 입원한 노인들의 생존율, 기능, 인지, 요양원 배치를 기준으로 영리병원과 비영리병원의 차이를 점검하였으나 차이점을 발견하지 못하였다.

기존의 연구결과를 정리하면 영리의료법인이 진료의 질을 낮추는 경향에 대해서는 이론적인 근거는 존재하나, 실증분석결과는 이를 일관되게 지지하지는 않는다. 영리의료법인이 서비스의 질을 낮출 수 있는 근본적인 원인은 소비자 선택이 제약되기 때문이다. 의료정보의 비대칭성으로 인해서 소비자들은 진료의 양을 평가할 수 있으나 의료진이 진료에 투입하는 ‘노력’에 대해서는 평가하기 어렵다.⁷⁴⁾ 일반적으로 노력을 평가하기 어려울 경우에는 결과를 기준으로 평가하면 의료진의 노력을 유도할 수 있다. 그러나 의료서비스의 경우에는 진료 행위와 최종적인 진료의 목적인 환자의 건강상태의 관계도 불확실하다.⁷⁵⁾ 더군다나 중증 질환의 경우에는 발병 빈도가 낮아서 소비자와 의료기관 간의 거래가 일시적인 경우가 많아서 소비자들이 다른 진료기관을 선택하는 데 비용부담이 크기 때문에 의료기관을 교체하는 방식으로 의료기관의 노력을 유도하기도 어렵다.⁷⁶⁾ 이러

74) 진료의 양(예, 각종 검진 등)은 실제로는 필요가 없는데 수익을 증진하기 위해 시술되는 경우가 있어서 소비자 입장에서는 좋은 평가의 척도가 아니다. 그리고 의료진의 노력에는 진료의 성실성뿐 아니라 최신 의료정보의 습득 및 적용 등 전문적인 지식이 없으면 판별하기 어려운 부분까지 포괄된다. 이는 행위를 관찰할 수 없기 때문에 발생하는 전형적인 주인-대리인 문제의 유형에 해당한다.

75) 예를 들어 만성질환 같은 경우에는 ‘최선을 다했지만 결과가 좋지 않은’ 경우가 종종 발생한다. 이러한 문제로 인해서 의료서비스 시장에서는 치료 결과를 기준으로 계약을 하는 경우를 찾아보기 어렵다. 환자가 건강상태가 좋지 않은 것으로 가장하여 지불을 하지 않을 유인이 강하기 때문이다. 결과에 따른 계약을 강제할 경우 의료기관은 원래 건강상태가 좋은 환자만을 진료 대상으로 선택하거나 책임을 회피하기 위해 필요 이상으로 많은 진료를 행할 유인이 발생한다(Newhouse, 1996; Kessler & McClellan, 1996).

76) 이는 특히 중증의 경우에는 의료기관과 환자 간의 관계가 1회적인 게임(one-shot game)의 성격이 강한 것으로 해석할 수 있다. 따라서 의료기관

한 이유로 인해서 의료진의 노력에 대한 소비자 수요의 변화는 비판력적인 경향이 있다.⁷⁷⁾

따라서 영리의료법인을 도입하면서 진료의 질을 유지하기 위해서는 소비자들에게 충분한 정보를 공급하여 소비자 선택을 강화해야 한다. 정보의 비대칭성에도 불구하고, 의료서비스 시장에서 소비자들은 정보가 제공되면 그에 따라 수요를 조정하고, 주어진 정보를 토대로 의료기관을 바꾸기도 한다는 실증적인 증거들도 제출되고 있다(Leonard, 2008; Howard 2005; Beaulieu, 2002). 따라서 소비자들이 의료기관의 서비스의 질과 가격을 일상적으로 확인할 수 있다면, 진료기관이 영리를 목적으로 서비스의 질을 낮추려는 유인은 약화된다.

우선은 민영의료보험 도입을 경증 진료로 국한하는 것으로 소비자 선택의 가능성은 크게 강화된다. 외래 중심의 경증 진료는 치료법에 대한 정보를 구하기가 상대적으로 용이하며, 표준적인 정보로도 진료 수준을 평가하는 데 어려움이 적다. 또한 중증 진료와는 달리 소비자들이 여러 의료기관을 비교해서 선택할 수 있어서 적은 비용으로 정보를 축적할 수도 있다.⁷⁸⁾ 그리고 경증

과 환자 상호 간에 협조적인 결과가 균형이 되기 어렵다. 경증의 경우에는 중증에 비해서 반복게임(repeated game)의 성격이 강하고 적절한 전략하에서 협조적 결과가 균형으로 도출될 수 있다. 실제로 미국의 경우 전문가들에 의해서 진료 의뢰를 많이 받는 정신분석의 경우 가격이 명성을 반영하여 높이 책정되는 현상이 발견되었다(Haas-Wilson, 1990).

77) 이는 결국 의료기관에 대한 환자의 평가가 비용이 드는 학습(learning)에 해당함을 의미한다. Hoerger & Howard(1995)는 미국 여성의 4분의 1 정도만이 산부인과 진료의를 바꿀 것을 고려하고 있음을 확인하였다.

78) 반면 중증의 경우에는 발병하는 기회가 적고, 일단 발병한 환자는 이동이 어려워서 의료기관을 비교하여 선택할 여지가 적다.

은 발병 빈도가 비교적 잦기 때문에 소비자와 의료기관 간에 반복적인 거래가 가능하므로, 소비자는 진료 수준이 만족스럽지 않은 의료기관을 교체하는 방식으로 의료기관에 대한 시장규율을 행사할 수 있다(Scott, 2000). 이러한 요인들로 인해서 경증 진료에 대한 수요는 소비자들의 선택이 질과 가격에 대해서 모두 중증에 비해서는 탄력적이다. 따라서 가격 경쟁을 경증 진료에 국한해서 허용하고, 중증 진료에서는 현행 제도를 유지한다면 소비자 선택을 통해 영리법인의 진료 수준을 유지시킬 수 있다.

실제로 미국의 경우 영리의료법인은 입원 중심의 중증 진료보다는 외래 중심의 경증 진료 시장에 적극적으로 진출하고 있다. 우리나라의 의원급 의료기관에 해당하는 Physician's office는 영리를 추구하는 개인사업자이거나 영리법인에 속한 경우가 일반적이다(Sloan, 2000). 그리고 외래와 입원을 함께 제공하는 병원의 경우에도 2008년 현재 영리법인은 평균 123개의 병상을 보유하고 1일 평균 입원 환자 수가 71.2명에 그쳐서 평균 190개의 병상을 보유하고 1일 평균 입원 환자 수가 130.0명에 달하는 비영리법인보다는 경증 중심의 서비스를 제공하고 있다(AHA, 2010).

소비자 선택을 한층 강화하기 위해서는 하여 온라인으로 의료기관의 진료 실적 및 가격에 대한 정보를 확인할 수 있는 '국가의료정보망'을 구축⁷⁹⁾할 필요가 있다. 실제로 소비자들은 각종 블로그와 인터넷 카페를 통해서 의료기관에 대한 정보를 교환하고, 이를 통해서 의료기관을 선택하는 행태를 보인다. 여기

79) 국가의료정보망 구축에 대한 주장은 윤희숙·고영선(2010)을 참조하였다.

에 보다 공식적이고 객관적인 정보를 공급한다면 소비자 선택을 통해 진료의 질을 관리할 수 있다.

현재 건강보험심사평가원에서는 병원급 이상 의료기관 대상으로 의료진 및 장비의 수준, 의료서비스의 가격, 그리고 일부 의료서비스에 대한 건강보험심사평가원의 평가결과를 온라인⁸⁰⁾으로 제공하고 있어서 기본적인 인프라는 갖추어져 있다. 그러나 비보험 진료 및 의원급 이하 기관에 대한 정보가 결여되어 있고, 평가에 대한 정보도 일부 질환에 그치고 있어서 개선의 여지는 많다.⁸¹⁾ 특히 영리의료법인 진입이 허용되고 외래 영역에서 민영의료보험이 도입될 경우 건강보험에서 직접 평가할 수 없는 진료의 비중이 증가하므로 국가가 주도하여 정보를 수집하여 전달할 필요가 있다.⁸²⁾

영리의료법인이 진료의 질을 낮추는 경향에 대한 실증적인 증거는 충분하지 않으나, 영리의료법인이 수요가 풍부한 지역에 입지한다는 증거는 존재한다. 이는 실제로 우리나라에서도 관찰되는 현상이다. 우리나라의 의료기관들은 명목상으로는 비영리 기관이지만 입지 선택에 있어서는 영리 추구에 유리한 인구밀

80) 건강보험심사평가원 홈페이지(<http://www.hira.or.kr/>)

81) 이는 건강보험심사평가원이 건강보험 대상 진료에 대한 평가만을 수행하는 기관이고, 의료기관에 대한 정부의 평가도 병원급 이상만을 대상으로 진행되기 때문에 현재의 제도하에서는 어쩔 수 없는 제약이기도 하다. 그러나 건강보험 이외의 진료비가 의료비 지출의 40%를 차지하고 있는 상황이므로 정보 제공의 외연을 확대할 필요가 있다.

82) 의료기관은 정보의 수집에 있어서 규모의 경제를 활용하기 어려우며, 정보의 비대칭성을 시정할 유인이 약하다. 서비스의 질에 대한 표준화가 가능한 금융시장의 경우에도 민간 신용평가회사들이 서비스의 질을 평가하는 역할을 해왔는데, 이들의 평가도 금융위기를 배제하기 어려운 수준이다.

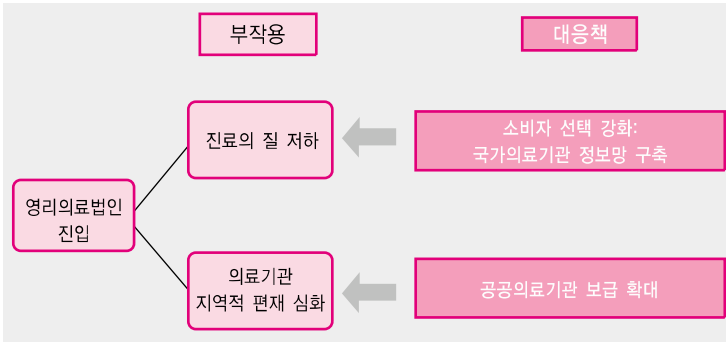
집지역을 선호하는 것으로 나타난다. 2009년 현재 서울특별시에는 인구 10만 명당 151.9개, 광역시에는 132.5개의 의원급 이상 의료기관이 존재하나 도(道) 지역에는 인구 10만 명당 병원이 98.7개에 불과하다. 반면 국가가 제공하는 보건기관은 서울특별시에는 인구 10만 명당 0.3개, 광역시에는 1.0개 소재하는 반면 도 이하 지역에는 12.6개가 소재하여 대조적인 지역 분포를 보이고 있다. 의료 인력의 경우에도 서울특별시에는 인구 1,000명당 의사가 2.7명, 간호사가 2.9명 근무하는 데 비해 여타 지역에서는 인구 1,000명당 의사는 1.9명, 간호사는 2.1명에 불과하다(국민건강보험공단, 2010). 특히 영리의료법인의 경우 진료 시간 소요가 적은 외래 서비스에 비교우위가 있기 때문에 수요가 밀집된 지역에 입지할 유인이 강하다. 따라서 이러한 지역적 편재 현상을 심화할 우려가 존재한다.

이를 보완하기 위해서는 공공의료기관을 확충할 필요가 있다. 미국의 경우에도 2008년 현재 공공병원이 1,105개소에 달해 전체 병원의 22.1%를 차지하고 있고, 특히 민간병원보다는 비영리적 진료를 제공하는 역할을 수행하고 있음이 확인된다. 한국의 경우에도 비영리를 표방하는 의료기관들의 입지 행태가 영리의료법인과 유사하므로, 영리의료법인 진입을 제한한다고 의료기관의 지역적 편재 문제가 해소되지는 않을 것으로 보인다. 따라서 공공의료기관을 지금보다 확충할 필요가 있다.

정리하자면 영리의료법인 도입에 따라 발생할 수 있는 문제점은 의료의 질 하락 및 의료기관의 지역적 편재현상이다. 의료의 질 저하를 방지하기 위해서는 의료기관의 진료의 질에 대한

정보를 소비자들이 이용할 수 있도록 ‘국가의료정보망’을 개설하여 소비자 선택을 강화하여야 한다. 그리고 의료서비스의 지역적 편재 현상은 공공의료기관을 확충하여 대응한다. 이를 그림으로 정리하면 <그림 5>와 같다.

<그림 5> 영리의료법인 진입규제완화 보완책



(2) 건강보험 민영화 보완책

건강보험을 민영화⁸³⁾하면 의료비 지출이 증대하고 건강 취약

83) 국가 혹은 사회보험과 민영의료보험 간의 관계는 중복형(호주, 아일랜드, 독일), 대체형(네덜란드, 스위스), 보완형(한국 등)으로 구분된다. 중복형은 국가 혹은 사회보험이 존재하지만 가입자가 선택에 의해서 민영의료보험으로 이를 대체할 수 있는 경우이다. 대체형은 국가 및 사회보험이 없이 민영보험이 의료보험을 주로 공급하는 경우이며 네덜란드, 스위스, 미국이 이러한 방식을 운영한다. 마지막으로 보완형은 국가 혹은 사회보험의 본인부담금이나 국가 혹은 사회보험이 제공하지 않는 진료에 대한 의료보험을 민영보험이 제공하는 경우를 의미하며 대부분의 OECD 국가에 존재한다. 대표적인 보완형 의료보험이 미국의 Medigap 보험이다. 본 연구에서는 경증에 한해서 중복형 민영의료보험을 도입할 것을 제안한다(OECD, 2004).

계층이 보험시장에서 배제될 가능성이 있다. 하지만 의료비 지출 증대는 소비자의 보험사에 대한 선택권을 강화하여 보험사 간 경쟁을 촉진하고, 보험사와 보험가입자 간의 거래를 건강보험에서 대행하여 억제할 수 있다. 그리고 건강 취약계층 배제 문제는 보험사가 건강 취약계층에 대해서는 위험을 반영한 보험료를 책정하도록 허용하되 가입은 거절하지 못하도록 규제함으로써 완화할 수 있다. 단, 이 경우 저소득층이 보험료를 부담하지 못하여 보험가입이 어려워질 가능성이 있다. 이를 방지하기 위해서 건강보험의 경증 진료 보험 기능을 유지하고, 비영리 법인에 대해서는 건강보험 당연지정제를 유지한다.

건강보험이 민영화되면 두 가지 요인으로 인해서 의료비 지출이 증대될 수 있다. 우선은 소비자 및 의료기관과 보험회사 사이의 정보의 비대칭성으로 인해서 의료기관이 불필요한 진료를 남발하는 도덕적 해이를 범할 수 있다. 그리고 보험회사 간의 경쟁으로 인해서 소비자들에게 개별적인 마케팅을 하는 등 비의료적인 지출이 증가하여 이를 보험료에 전가하는 행태가 나타날 수 있다.

의료기관의 도덕적 해이 문제는 보험사가 개별 의료기관 및 보험가입자의 행위를 관찰하고 평가하기 어렵기 때문에 발생한다. 따라서 보험가입자는 건강 유지를 소홀히 하고, 의료기관은 불필요한 진료를 보험가입자에게 권유하여 그로 인한 의료비 지출 부담을 보험사에 전가할 유인이 발생한다. 이에 따라서 의료비 지출이 급증할 수 있다.

그런데 도덕적 해이의 문제는 보험사의 입장에서는 필요 이

상의 비용을 보험급여로 지불하는 문제이기 때문에, 보험사 스스로 이를 해소하고자 하는 유인이 있다. 따라서 보험사들 간의 경쟁이 촉진되면 보험사들이 스스로 자구책을 강구하게 되며, 이들을 통해서 상당부분 해결이 가능하다. 이러한 보험사 간 경쟁은 소비자들이 낮은 보험료로 양질의 의료서비스에 대한 보험을 제공하는 보험사를 선택하는 과정에서 촉진된다. 따라서 소비자들이 보험사들의 보험료 및 진료 실적을 손쉽게 비교할 수 있는 정보를 제공하면, 보험사 간 경쟁을 통해 불필요한 비용 증대를 억제할 수 있다.

반면 거래비용의 증대 문제는 경쟁을 통해서 해결하기 어렵다. 경쟁이 강화되면 보험사들이 고객 확보를 위한 광고 및 개별 마케팅 지출을 확대하고, 낭비적인 지출을 억제하기 위해서 보험급여 신청에 대한 심사를 강화하게 된다. 미국의 경우 이러한 거래비용이 보험료 수입의 15%에 달하는 것으로 추정되고 있다(Cutler and Zeckhauser, 2000). 반면 한국의 건강보험은 2009년 현재 관리비용이 총지출의 3%에 불과하다.⁸⁴⁾ 따라서 의료비 증대를 억제하기 위해서는 건강보험 인프라를 활용하여 단순한 거래를 대행할 필요가 있다.

건강 취약계층이 보험시장에서 소외되는 문제는 보험회사와 보험가입자 간의 정보의 비대칭성으로 인해 발생한다. 보험회사들은 보험가입자의 건강상태를 파악하기 어렵기 때문에, 건강 취약계층을 배제할 수 있도록 보험상품을 설계할 유인이 존재

84) 국민건강보험공단, 「2009년 건강보험 재정현황」(<http://www.nhic.or.kr/>)

한다. 구체적으로 건강 취약계층으로 판단되는 소비자들에게는 보험상품을 판매하지 않거나, 건강 취약계층이 필요한 진료를 보험상품에 포함시키지 않거나, 건강 취약계층에게 유리한 보험은 보험료를 높게 책정하여 건강 취약계층이 보험가입을 포기하도록 유도할 유인이 존재한다.

그런데 경쟁이 격화될수록 보험사가 건강 취약계층을 회피할 유인이 강화되기 때문에 이를 축소할 수 있는 제도적인 대응이 필요하다. 따라서 민영의료보험은 경증에 대해서만 적용하고, 경증에 대해서는 무기명 처리된 개인별 의료정보 표본을 보험사에게 제공하여 보험사가 개인별 보험료를 차등화할 수 있도록 허용한다. 경증은 진료비용 격차가 상대적으로 적어서 보험사가 건강 취약계층을 배제할 유인이 약하고, 적절한 보험료를 부가하도록 허용하면 이들을 배제할 유인을 더욱 약화시킬 수 있다. 하지만 이렇게 보험료의 차등화를 허용할 경우에는 보험료가 건강을 기준으로 부과되므로 저소득 건강 취약계층의 부담이 커질 수 있다. 이를 방지하기 위해서 경증 진료에 대한 건강보험은 유지하고, 비영리법인에 대해서는 건강보험 당연지정제를 유지한다.

이하에서는 건강보험 민영화의 보완책을 도덕적 해이에 대한 보완책, 거래비용 증가에 대한 보완책, 그리고 건강 취약계층 보험 거부에 대한 보완책으로 세분하여 소개한다.

- ① 도덕적 해이: 보험사 간 경쟁 도입 및 소비자의 보험사 선택 강화
- 도덕적 해이로 인한 보험료 상승을 억제하는 방법은 민간보

협사의 비용 절감 경쟁을 유도하는 방법과 독점적인 공공보험이 협상력을 활용하여 가격을 통제하는 방법이 있다. 그런데 민간보험사의 경쟁을 강화하면 보험사가 의료기관의 도덕적 해이를 해소할 수 있는 방안을 강구하게 되어 도덕적 해이가 방지될 수 있지만, 공공보험의 가격 통제는 이러한 효율성 제고 효과가 결여된다. 따라서 의료서비스 시장을 확대하면서 비용을 효율적으로 억제하기 위해서는 민간보험사의 경쟁을 촉진하여 보험사가 의료기관의 도덕적 해이를 억제하도록 하는 대책이 바람직하다. 그런데 민간보험사의 경쟁을 촉진하기 위해서는 소비자의 보험사 선택이 강화되어야 하며, 이를 위해서 소비자들이 보험사의 의료 성과를 손쉽게 비교할 수 있는 온라인 포털을 제공할 필요가 있다.

도덕적 해이로 인한 보험료 상승의 문제는 발병 이전의 사전적(ex ante) 도덕적 해이와 발병 이후의 사후적(ex poste) 도덕적 해이 문제로 나누어 볼 수 있다. 사전적 도덕적 해이는 소비자가 보험가입 이후에 질병 예방에 필요한 활동을 축소하는 경우를 의미한다. 그리고 사후적 도덕적 해이는 질병이 발생한 이후 소비자 혹은 의료기관이 불필요한 진료를 청구하여 보험료 부담을 증대시키는 경우를 의미한다. 사전적 도덕적 해이는 보험기관이 보험가입자의 행위를 관찰하기 어렵기 때문에, 사후적 도덕적 해이는 보험사가 의료기관의 행위를 관찰하고 그 적절함을 입증하기 어렵기 때문에 발생한다.

이러한 관찰(monitoring) 및 입증(verification)의 문제는 건강보험과 같은 공공의료보험과 민영의료보험사가 모두 직면하는 문제

이다. 그런데 민영의료보험은 경쟁의 압력으로 인해 비용을 절감할 유인이 강하므로, 관찰 및 입증 기능을 강화하여 도덕적 해이를 억제하는 성향이 있다. 반면 공공의료보험은 의료보험의 독점적 공급자이기 때문에 의료기관과 가격 협상에서 압도적인 협상력을 보유하고 있으며, 이러한 협상력을 바탕으로 강력한 가격통제를 통해 의료비 지출을 억제한다.

민영의료보험 간 비용 억제 경쟁은 도덕적 해이 문제를 직접 해소하는 수단을 개발하는 계기가 되지만 공공의료보험의 가격 통제는 도덕적 해이 문제를 해소하지는 못한다. 오히려 2장에서 상술한 바와 같이 가격기구를 통한 유인 부여가 약화되기 때문에 의료기관의 서비스상품 개발이 억제하는 또 다른 부작용을 낳는다. 따라서 의료서비스 시장을 확대하면서 도덕적 해이는 억제하기 위해서는 민영의료보험 간 비용 억제 경쟁을 촉진할 필요가 있다. 실제로 민영의료보험이 발달한 미국 보험시장의 진화 과정을 보면, 민간보험사들이 도덕적 해이 문제를 완화시키는 장치를 자발적으로 개발하여 이를 확대시켰으며, 이들 장치들의 효과가 인정받아 공공보험에도 채용하는 흐름이 확인된다.

미국 보험회사들은 1970년대 이전에는 소비자들의 본인부담을 강화하는 제도를 도입하여 소비자들의 도덕적 해이를 억제하였으며, 1980년대 이후에는 의료기관에 대한 보험급여 지급방식을 개혁하고 의료기관에 대한 직접적인 통제를 강화하여 의료기관의 도덕적 해이를 억제하고 있다.

사전적인 도덕적 해이는 소비자 본인의 건강을 악화시켜서 장기적인 의료서비스 수요를 증대시킨다. 따라서 의료서비스 소비

에 대한 소비자의 본인 부담을 증대하면 해소할 수 있다.⁸⁵⁾ 이에 따라 미국의 민영의료보험은 초기부담(deductible),⁸⁶⁾ 공동보험(coinsurance), 공동부담(co-payment)⁸⁷⁾ 등 다양한 형태로 소비자들이 비용의 일부를 직접 지불하도록 하고 있다. 한국의 건강보험도 월 일정액 이하⁸⁸⁾까지는 진료과목에 따라 소비자들이 진료비의 일정 부분을 부담하도록 하고 있다. 2009년 현재 소비자들의 본인부담은 건강보험 총 진료비의 26.5%, 외래진료비의 29.7%, 입원진료비의 19.6%를 차지하고 있다(국민건강보험공단, 2010).

사후적인 도덕적 해이의 근본적인 원인은 서비스 비용을 지불하는 보험사가 의료기관이 소비자에게 어떤 서비스를 제공하는지 감시하기(monitoring) 어렵고, 불필요한 것이라는 의문이 발생할 경우에도 이러한 의심을 입증(verify)하기 어렵기 때문에 발생한다. 이러한 상태하에서는 소비자와 의료기관이 의료서비스를 더 많이 사용할 유인이 발생한다. 특히 의료기관이 수익 증대를 위해서 소비자들에게 필요하지 않은 서비스를 제공하고, 소비자는 이러한 서비스에 대한 비용이 적기 때문에 이들 서비

85) 이러한 이유로 인해 사전적 도덕적 해이에 대한 실증적인 증거는 찾기 어려운 편이다(Zweifel & Manning, 2000). 그러나 비교적 최근의 연구결과에 의하면 미국 노령 의료보험 가입자들은 가입 이전보다 운동할 확률이 13.1% 포인트(남성)~13.7%포인트(여성) 증가하는 것으로 추정되었다(Dave & Kaestner, 2006).

86) 전체 의료비 중 일정 액수 이하는 소비자가 전액 부담하게 하고, 이를 상회하는 지출에 대해서만 보험사가 부담하도록 설계된 보험에서 소비자가 전액 부담하는 상한선을 지칭한다.

87) 의료비 중 소비자가 부담하는 비율을 coinsurance, 소비자가 부담하는 액수를 copayment라고 지칭한다.

88) 보험료 지불액이 하위 50%인 경우 200만 원, 중위 30%는 300만 원, 상위 20%는 400만 원으로 책정되어 있다.

스를 이용하는 유도 소비(Supplier induced Demand) 현상이 나타나기 쉽다. 실제로 미국의 경우 진료의 6분의 1에서 3분의 1이 의료적으로는 효과가 없는 진료로 파악된 바 있다(Chassin et al., 1987). 이러한 사후적 도덕적 해이를 축소하기 위한 방법으로는 소비자들의 부담을 증대시키는 방법, 의료기관이 비용을 절감할 유인을 강화하는 방법, 그리고 의료기관에 대한 보험사의 직접 통제를 통해 정보의 비대칭성을 완화하는 방법이 있다. 미국 보험회사들은 전통적으로 소비자 부담을 강화하는 방법을 사용하였으나, 1980년대 이후에는 유도 소비에 대응하기 위해서 의료기관의 비용 절감 유인을 강화하고 진료 감시를 도입하는 추세이다.

전통적으로 미국 민영의료보험은 개별 진료 건수마다 보험 수가를 사후적으로 지급하는 행위별 수가제도(Fee for service system)를 유지하면서 소비자의 초기부담 및 공통부담을 통해서 비용을 관리하여 왔다. 그러나 1980년대 이후에는 소비자 부담 증대를 통한 비용 절감이 한계에 직면하여 의료기관의 비용 절감을 유도하는 방식이 점차 확대되었다. 의료기관의 비용 절감을 유도하는 방식으로 사전적 지불제도, 선택적 계약, 그리고 의료서비스에 대한 직접 감시 및 통제 세 가지 방식이 활용되고 있다.

첫째, 환자 개인, 혹은 특정 질환에 대해서 사전적으로 정해진 총액을 지불하는 수가제도인 사전적 지불제도(Prospective payment system)가 도입⁸⁹⁾되었다. 사전적 지불제도하에서는 의료기관이

89) 개별 환자에 대해서 사전적으로 정해진 총액을 지급하는 방식을 인두제(capitation), 특정 질환에 관계된 진료에 대해서 정해진 총액을 지급하는

사전에 정해진 총액을 초과하는 진료 비용은 직접 지불하여야 하기 때문에 의료기관이 스스로 비용을 절감할 유인이 증가한다.

둘째, 보험사가 의료기관을 선택하여 계약을 맺을 수 없었던 주정부 규제들이 1980년대 이후 점차 완화되면서 선택적 계약이 확대되었다(Folland et al., 2010, p.236). 그 결과 보험사는 불필요하게 큰 비용을 지출하는 의료기관은 계약에서 배제할 수 있게 되었다. 이는 의료기관의 입장에서는 비용 절감에 실패할 경우 보험사와 계약을 맺기 어렵게 되고, 그에 따라 시장이 축소됨을 의미한다. 따라서 의료기관의 비용 절감 유인이 강화되었다.

셋째, 의료기관이 공급한 서비스에 대해서 보험사가 그 필요성을 점검하는 사전적 허가(pre-authorization) 혹은 사후점검(utilization review)의 활용이 강화되었다. 특히 이러한 경향은 보험회사가 의료기관을 수직적으로 결합하여 의료서비스의 가격 및 공급량을 통제하는 관리의료기관(Health Maintenance Organization: HMO)에서 보다 뚜렷이 나타난다.

사전적 지불제도 및 공급량 통제의 확대는 1980년 이후 미국 의료보험 시장의 가장 뚜렷한 변화이다. 1980년에는 의료보험 가입자 중 92%가 사후점검이 없는 행위별 수가제도를 운영하는 보험사에 등록되어 있었으나, 1996년에는 97%의 가입자가 사전적 지불제도를 활용하거나 공급량을 통제하고 있는 보험사를 이용하고 있는 것으로 파악된다. 그 중 관리의료기관을 이용하

방식을 포괄수가제(DRG: Diagnosis Related Group)라고 한다. 한국의 건강보험은 2002년부터 8개 질환에 대한 포괄수가제를 원하는 의료기관에게 제공하고 있다.

는 보험자는 49%에 달한다(Cutler & Zeckhauser, 2000).⁹⁰⁾

실증분석에 의하면 소비자 부담 강화와 생산자 통제 강화 모두 사후적 의료 소비량을 억제하는 효과가 있는 것으로 파악되고 있다.⁹¹⁾ 보험 수가에 변화가 없어도 소비자 본인부담이 1% 증가하면 의료서비스 수요는 0.2% 감소하는 것으로 추정되었다(Newhouse et al., 1993⁹²⁾). 또한 사전적 지불제도를 채택한 보험가입자는 전통적인 행위별 수가제도하에서 보다 의료 소비가 20~25% 정도 감소하는 것으로 나타났다(Cutler & Zeckhauser, 2000; Hellinger, 1996). 그리고 의료서비스 공급에 대한 보험회사의 통제가 존재하는 경우에 추가적으로 의료서비스 수요를 7~10% 절감할 수 있는 것으로 파악⁹³⁾되었다(Glied, 2000). 미국의 경우 관리

90) POS(Point of Service)를 포함한 수준이다. 전통적인 관리의료기관은 보험사가 계약을 맺거나 직접 고용한 의료기관에서 받은 진료에 대해서는 높은 수준으로, 그 이외의 의료기관에서 받은 진료에 대해서는 낮은 수준으로 보상한다. 보험사 계약기관 이외의 진료에 대한 보험을 Point Of Service(POS)라고 한다. 1996년 현재 HMO 가입자는 33%, POS 가입자는 16%에 해당한다(Cutler & Zeckhauser, 2000).

91) 통념과는 달리 관리의료제도가 비용 절감을 강요하여 의료의 질이 저하된다는 주장은 실증적으로 증명되지 않는다. 관리의료제도 가입자와 일반적인 행위별 수가방식 보험가입자의 진료 실적에 대한 실증결과는 일관된 결과를 보여주지 못하고 있다. 단, 관리의료제도는 만성질환자 치료 실적이 부진한 것으로 파악된다(Miller & Luft, 1997, 2001).

92) 의료서비스 수요의 가격탄력성에 대한 실증분석은 무수히 많으나 수요가 많은 가구가 본인부담이 적은 보험을 선택하는 역의 인과관계(reverse causality)로 인해서 추정이 쉽지 않다. 1970년 미국 정부는 이러한 약점을 극복하기 위해서 임의로 추출한 소비자 표본에 서로 다른 의료보험을 할당하여 본인부담과 의료 소비의 관계를 연구하였고, 그 결과 의료서비스 수요의 가격탄력성은 -0.2로 추정되었다(Newhouse et al., 1993). 이 결과는 의료경제학의 표준적인 결과로 인정되고 있다(Cutler & Zeckhauser, 2000).

93) 관리의료기관이 의료비 지출을 억제하는 또 하나의 방식은 선택적 계약제

의료제도에 의해서 이러한 비용 억제장치가 광범위하게 도입되었던 1990년대 중반부터 후반까지는 1인당 연간 의료비 지출 증가율이 다소 둔화되었다(Ginsburg & Nichols, 2003).

이러한 비용 억제장치의 대부분은 민간보험사 간의 경쟁을 통해서 개발되었고, 그 결과 공공의료보험으로 파급되었다. 최초의 관리의료기관은 1930년대에 출현하였고, 1973년 관리의료기관법(1973 HMO Act)에 의해서 주정부의 규제가 해소되면서 본격적으로 확대되기 시작했다. 관리의료기관은 의료기관의 비용을 통제하여 수익을 확대할 수 있었으며, 이를 이용하여 보험료를 낮출 수 있어서 시장점유율을 확대하였다. 관리의료기관에서 채택된 비용관리기법들은 전통적인 보험사들에게도 전파되었으며, 급기야 1980년대에 이르러 미국의 공공보험인 고령자의료보험(Medicare) 및 저소득층 의료보호제도(Medicade)에서도 사전적 지불제도를 활용하기 시작하였다.⁹⁴⁾ 결국 보험사 간의 경쟁이

도이다. 관리의료기관은 보험가입자들에게 의료서비스를 제공할 의료기관을 통상 매년 새로 선택하여 계약을 체결한다. 따라서 비용을 낭비하는 의료기관은 계약에서 배제할 수 있다. 특정 의료기관이 비용을 지나치게 낭비할 경우에는 보험사와 계약을 맺기 어려워져서 수요가 크게 감소할 수 있다.

- 94) 1984년부터 Medicare는 486개의 진료군(Diagnosis-Related-Group)에 대해 사전적으로 정해진 보험급여를 지급하는 사전적 지불제도를 전면적으로 도입한다(U.S. Congress, Office of Technology Assessment, 1985). 그리고 1997년부터 Medicare는 가입자들에게 전통적인 행위별 수가제도 방식인 Medicare와 관리의료기구가 자율적으로 운영하는 Medicare+Choice제도에 선택권을 부여하고 있다. Medicare+Choice제도는 2003년 Medicare Advantage로 이름이 변경되었으며 2010년 현재 Medicare 지출의 23%를 점하고 있다(The Henry J. Kaiser Foundation, 2010). Medicaide는 주정부에서 운영하는 제도로서 주정부의 재량에 의해서 계약조건을 설정할 수 있다. 1982년 애리조나주가 최초로 모든 Medicare 서비스를 관리의료기관을 통해

비용 절감을 위한 장치를 고안하도록 강제하였으며, 그 결과 비용 절감 성과가 확인되어 국가정책으로 수용된 것이다.⁹⁵⁾

미국의 예로부터 알 수 있듯이 도덕적 해이로 인한 의료비용 증대에 대처하기 위해서는 민영의료보험을 도입하여 보험사 간의 경쟁을 강화하는 것이 도움이 될 수 있다. 현재 건강보험은 제도적으로 독점권을 부여받고 있고, 주기적으로 보험료를 인상할 수 있는 상태이기 때문에 의료기관의 도덕적 해이를 억제하여 비용을 절감할 유인이 취약하다. 물론 건강보험은 독점적 공급자로서의 이점을 활용하여 비용을 통제하고 있으나, 이는 결과적으로 시장의 성장을 저해하는 결과를 가져온다. 따라서 보다 효율적인 비용 절감을 위해서는 기존의 가격 억제를 통한 의료비 증대 억제를 지양하고, 민영의료보험 간의 경쟁을 통해서 의료기관의 도덕적 해이를 억제할 필요가 있다. 단, 이러한 보험기관의 경쟁이 유지되기 위해서는 소비자들이 민영보험사를 적절히 선택할 수 있어야 한다. 구체적으로 소비자들이 특정 보험사와 계약을 맺은 의료기관의 의료의 질을 보험료에 대비하여 평가할 수 있어야 우수한 의료기관을 확보하기 위한 보험사 간의 경쟁을 촉진할 수 있다.⁹⁶⁾

이러한 소비자 선택을 강화하기 위해서 본 연구는 민영의료

공급하기 시작하였다(Glied, 2000).

95) 1996년에는 노령의료보험 가입자의 8분의 1, 저소득층 대상 의료보호 가입자의 40%가 관리의료기관을 통해 보험에 가입하고 있다(Glied, 2000).

96) 보험가입자들은 보험사가 제공하는 진료의 질에 대한 긍정적인 정보에 대해서는 반응이 약하지만 부정적인 정보에 대해서는 상대적으로 민감하게 반응하는 것으로 파악된다(Scanlon et al., 2002).

보험 도입을 경증에 국한하였다. 경증은 상대적으로 의료의 질을 평가하기 용이하기 때문에 소비자들이 가격이 높거나 진료 수준이 낮으면 수요를 탄력적으로 축소하는 경향이 있다. 미국 RAND연구소의 대규모 실험 결과 외래의 가격탄력성은 -0.31로 입원진료의 가격탄력성 -0.14의 2배에 달하는 것으로 파악되었다(Newhouse and the Insurance Experiment group, 1993).

그리고 보험사의 의료 성과에 대한 정보를 집적하여 소비자들이 비교하기 쉬운 형태⁹⁷⁾로 가공하여 제공하는 온라인 포털을 구축하면 소비자 선택을 더욱 강화할 수 있다. 이러한 포털은 보험사를 선택하는 데 필요한 정보를 낮은 비용으로 소비자에게 전달하여, 수요를 보다 탄력적으로 조정할 수 있도록 하는 것을 목적으로 한다. 미국의 경우에는 민간단체인 National Committee for Quality Assurance(NCQA)에서 50개 평가기준을 활용하여 HMO의 진료 성과를 평가하고 이를 공개하고 있다.⁹⁸⁾ 한국의 경우에도 현재 실손형 의료보험의 보험료 및 보험대상 진료에 대한 정보는 손해보험협회에서 온라인으로 제공하고 있다.⁹⁹⁾ 현재 건강보험심사평가원에서 제공하고 있는 의료기관 정보를 진료 성과를 중심으로

97) 일례를 들어 보험사에게 가입자가 지불해야 하는 모든 비용을 전표(spread sheet) 형태로 제출하게 하고 정부는 이를 취합하여 상호 비교할 수 있는 형태로 게시할 수 있다. 이러한 정보 제공을 통한 소비자 선택기회 증진 효과에 대해서는 Thaler & Sunstein(2009)에 자세히 제시되어 있다.

98) National Committee for Quality Assurance(2010). "The State of Health Care Quality 2010," <www.ncqa.org>. 민영보험이 의료보험 공급을 주도하고 있는 네덜란드도 보험회사의 보험료/진료과목/진료실적에 대한 정보를 공공기관인 RIVM KiesBeter.nl을 통해서 제공하고 있다(www.kiesbeter.nl; Paris et al., 2008).

99) www.knia.or.kr

로 확대하고, 이들 의료기관의 정보와 보험 상품간의 정보를 연계하면 보험사 단위 의료 성과 정보는 어렵지 않게 축적할 수 있다.

정리하자면 도덕적 해이로 인한 의료비 증대 문제는 보험사들이 소비자들의 의료서비스 남용을 억제하고, 효율적인 의료기관과 계약을 맺게 하는 경쟁을 촉진함으로써 해소될 수 있다. 이러한 보험사 간 경쟁 촉진을 위해서는 소비자들이 보험료에 비해 진료 성과가 높은 보험사들을 선택할 수 있어야 한다. 따라서 본 연구에서는 소비자 선택이 상대적으로 용이한 경증 진료에 민영의료보험을 국한하고, 이러한 소비자 선택을 강화하기 위해서는 보험사들의 의료 성과를 집적하여 온라인으로 소비자에게 전달할 것을 제안한다.

② 거래비용: 판매 및 보험행정을 정부가 대행

보험사는 보험가입자에게 보험상품을 판매하고, 보험료를 징수하며, 보험료 지급 청구를 심사하고 그 결과에 따라 보험급여를 지급한다. 건강보험은 당연가입이기 때문에 판매비용이 들지 않고, 보험료 징수 및 급여 지급이 집중화되어 있어서 규모의 경제를 통해 비용을 절감할 수 있다. 반면 민영의료보험이 도입되면 판매에 경쟁이 도입되어 판촉비용이 증가하고, 보험료 징수 및 급여 지급을 각 보험사에서 담당하게 되어 규모의 경제의 이점이 사라진다. 따라서 판매를 공공기관이 대행하고 보험료 징수 및 급여 지급은 기존의 건강보험 인프라를 활용하면 추가적인 거래비용을 축소할 수 있다.

판촉비용은 주로 대중 광고 및 개별 접촉비용으로 구성된다.

이 중 개별 접촉은 접촉에 필요한 인력을 고용하고 상시적인 접촉을 유지하는 등 고정비용의 지출이 크다.¹⁰⁰⁾ 실제로 미국의 경우 개인 대상 의료보험의 행정비용은 보험료의 30%에 달하지만, 기업 대상 의료보험은 판매 및 구입 관련 행정을 기업에서 대행하게 되어 보험사의 행정비용은 보험료의 5% 정도이다. 그리고 이러한 행정비용의 격차는 주로 판촉비용에서 발생한다(Pauly et al., 1999). 더군다나 보험사들은 개별 접촉을 이용하여 특정 보험 상품을 선택한 소비자에게만 판매할 수 있기 때문에 ‘가입자 선택’을 위한 도구로 활용될 소지가 있다. 따라서 개별 접촉비용 지출은 억제할 필요가 있다. 그러나 대중매체를 통한 광고는 고정비용이 적고¹⁰¹⁾ 소비자들에게 상품 정보를 전달하는 기능이 있으므로 보험사가 자율에 맡기는 것이 바람직하다.

개별 접촉으로 인한 거래비용 증대를 억제하기 위해서 민영 보험 판매를 대행하는 공공기구를 설치할 수 있다. 각 보험사는 건강보험을 대체할 민영의료보험의 진료과목과 수가표를 이 공공기구에 제출한다. 공공기관은 이들 정보를 취합한 소책자를 작성하여 모든 건강보험 가입자들에게 제공¹⁰²⁾하고, 인터넷을

100) 공공연금과 민간연금 간에도 유사한 비용 격차가 발생한다. 영국의 경우 개인연금의 수수료는 적립금의 1.4~2.2%로 소규모 작업장 근로자에 대한 공공연금인 Stakeholder Pension Scheme에 적용된 최고 수수료인 1%보다 높다. 하지만 수수료가 높은 연금상품이 수익률이 일관되게 높지는 않은 것으로 파악된다(Blake, 2002).

101) 광고 내용을 개발하는 비용이 있으나 이는 외주가 가능하므로 고정비용이 소요되지 않는다.

102) 호주와 스위스의 경우 정부가 민영보험의 진료과목 및 보험료에 대한 소책자를 제작하여 가입자들에게 배포하고 있다(OECD, 2004, p.189).

통해 그 정보를 게시한다. 앞에서 제시한 보험사 단위 가입자들에게 대한 진료 실적 정보를 보험상품 정보와 연계하여 소비자들의 선택의 편이를 돕는다. 개별 보험사는 광고를 통해서 고객을 유치하는 경쟁을 지속하게 한다. 실제로 최근 미국의 의료보험 개혁법안은 주(州) 별로 개인 및 100인 이하 소규모 사업자들에게 대한 건강보험 판매를 대행하는 건강보험 거래소(American Health Benefit Exchange)와 소기업 건강보험 거래소(Small Business Health Option Program)를 설치하고 이를 비영리기구나 공공기관에서 관리하게 하고 있다.¹⁰³⁾

판매 이후에는 보험사는 가입자와 보험료를 수납하고, 보험급여 청구를 심사하고 보험료를 지급하는 상호작용을 지속하게 된다. 이 중 청구심사는 보험사 고유의 의사결정에 의해 결정된다. 그러나 보험료 수납 및 급여 지급은 기계적인 작업이므로 이를 일괄 처리하면 규모의 경제를 활용하여 비용을 절감할 수 있다. 특히 현재 건강보험공단을 통해서 보험료 수납 및 급여 지급이 이루어지고 있으므로 이를 건강보험에서 대행하면 추가적인 비용을 절약할 수 있다.

정리하자면 거래비용 중 절감이 필요한 비용은 개별 접촉 판매에 소요되는 비용과 보험료 수납 및 보험급여 수급에 관계된 비용이다. 이들 비용은 판매를 대행하는 공공기구를 설치하고,

103) 이들 기구는 Massachusetts주(州)에서 설치한 개인 대상 보험 판매 네트워크인 ComCare 및 CommChoice를 원형으로 한다. 이들 네트워크는 Connector라는 독립적 공공기관이 운영하고 있다(The Henry J. Kaiser Family Foundation(2010, 6, 18)). "Focus on Health Reform", 메사추세츠주의 민영의료보험 운영에 대해서는 Kingsdale(2008)을 참조)

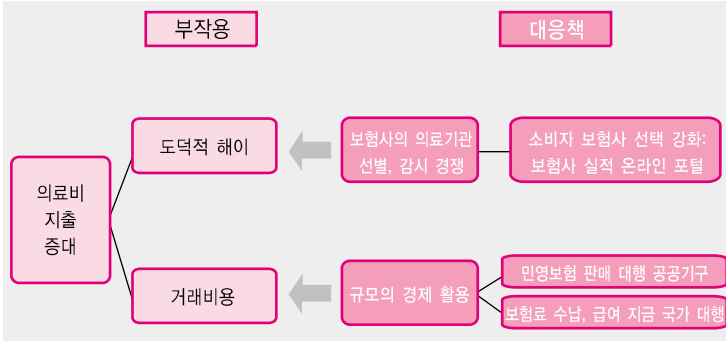
건강보험에서 보험료 수납 및 보험급여 지급을 대행함으로써 절약할 수 있다.

판매대행기구를 설치하는 또 다른 목적은 소비자들의 민영의료 보험 선택을 강화하는 데 있다. 판매대행기구는 자연스럽게 민영 보험에 대한 정보를 집적해서 소비자들에게 전달하는 기능을 수행할 수 있다. 다음 절에서 상론하겠지만, 민영보험 간에 건강상태가 좋은 가입자를 유치하는 가입자 선택(Cream-Skimming) 형태의 경쟁으로 치우치지 않도록 하기 위해서는 보험사에게 위험을 반영한 보험료를 책정할 수 있도록 허용해야 한다. 그러나 이 경우 소비자들이 보험사가 제공하는 보험상품의 질을 파악하기 어렵다면 보험사들은 가격 인상 경쟁에 참여할 유인이 발생한다. 판매대행기구에서 제공하는 보험사별 가입자의 진료 실적 및 보험상품에 대한 정보는 소비자들의 정보 수집 비용을 감축하여 소비자 선택을 강화하는 역할을 수행한다.¹⁰⁴⁾

거래비용 증대 문제는 도덕적 해이 문제와 함께 건강보험이 민영화되면 의료비 지출을 불필요하게 증폭시키는 원인을 제공한다. 제3장 3절에서 제시한 의료비 지출 증대에 대한 대응책을 정리한 그림이 다음 〈그림 6〉이다.

104) 소비자 선택을 더욱 강화하기 위해서는 소비자들이 보험사에게 직접 추가적인 정보를 요청할 수 있도록 하고 보험사는 예외적인 경우를 제외하면 이를 의무적으로 제공하도록 할 수 있다(Colombo, 2001).

<그림 6> 건강보험 경증 민영화에 따른 의료비 지출 증가 억제 대책



③ 건강 취약계층 보험가입 장애: 위험 반영 보험료 활용

건강 취약계층 보험가입 문제는 보험사가 가입자의 위험을 반영한 보험료를 책정하기 어려운 경우에 발생한다. 이는 다시 두 가지 상황으로 나누어 볼 수 있다. 첫째는 보험사가 가입자의 의료비용을 파악하기 어려운 상황이다. 이 경우에는 고전적인 역선택(adverse selection) 현상이 나타나서 의료비용이 낮은 가입자는 진료 범위가 좁은 보험에 가입하게 되고, 의료비용이 높은 가입자는 높은 보험료를 물고 진료 범위가 넓은 보험에 가입하거나 가입 자체가 어려워진다. 둘째는 보험사가 가입자의 의료비용을 사전에 예측할 수 있으나 보험료가 규제되어 위험을 보험료에 반영할 수 없는 경우이다. 이 경우에는 가격 이외의 방법을 통해서 의료비용이 높은 가입자들의 보험가입을 억제하는 ‘가입자 선택(Cream-skimming)’ 현상이 나타난다.

역선택의 문제는 보험사가 가입자들에 대한 정보를 축적하여 의료비용에 대한 예측의 정확도를 제고하면 해소가 가능한 문

제이나, 가입자 선택 문제는 보험료에 대한 규제가 존재하는 한 해소될 수 없다.¹⁰⁵⁾ 따라서 역선택 및 가입자 선택의 문제를 해소하기 위해서는 보험사에게 개인 의료정보를 제공하여 보험사들이 위험을 반영한 보험료를 책정하도록 허용하고, 보험료에 대한 규제는 억제해야 한다. 다만 이렇게 될 경우에는 소득이 낮고 건강상태가 나빠서 보험료가 높은 집단은 민영보험을 구입하지 못하게 될 수 있으므로 이에 대한 보완책이 필요하다.

가입자의 의료비용을 파악하기 어려운 경우에는 보험사는 보험료를 차등화할 수 없어서 건강한 가입자가 건강하지 않은 가입자를 암묵적으로 보조하게 된다. 이 경우 건강한 가입자는 보다 진료 범위가 좁고 보험료도 낮은 보험에 가입하여 암묵적 보조로 인한 부담을 덜 유인이 존재하고, 보험회사는 그러한 보험을 제공하여 수익의 불확실성을 낮출 유인이 존재한다. 따라서 보험 진료의 폭이 넓은 보험에는 건강이 나쁜 가입자만이 남고, 건강한 가입자는 보험 진료의 폭이 좁은 보험에 가입하는 형태로 시장 균형이 이루어진다. 이 경우 보험 진료의 폭이 넓은 보험은 가입자들의 의료비 지출이 크고, 이들의 보험급여 재원을 마련하기 위해서는 높은 보험료를 책정해야 한다. 이렇게 형성된 보험료 격차는 건강상태를 반영한 보험료 격차보다 일반적

105) 보험사가 위험에 따라 보험료를 조정하기 어려운 이유로 거래비용을 강조하는 입장(Newhouse, 1996)과 가격규제를 강조하는 입장(Pauly, 1984)이 있다. 그런데 거래비용을 강조하는 입장에서는 거래비용의 내용을 구체적으로 적시하기보다는 모형 분석의 편의를 위해 도입하는 경향이 있다. 현실적으로는 가격규제가 보험료 조정에 대한 가장 명시적인 제약으로 드러나므로 본 연구에서는 가격규제를 중시하는 입장을 따른다.

으로 크다.¹⁰⁶⁾ 그 결과 건강한 가입자는 보험 범위가 지나치게 좁고, 건강하지 않은 가입자는 지나치게 높은 보험료를 지불하는 상태에 고착된다.

실제로 이러한 역선택 현상은 광범위하게 나타난다. 보험 진료 폭이 넓은 보험일수록 건강이 취약한 가입자가 많고, 진료 소비량에 대한 통제가 약한 행위별 수가제도를 채택한 보험가입자 중 건강이 취약한 가입자가 많으며, 건강한 가입자일수록 보험을 들지 않을 가능성이 높은 것으로 확인된다(Cutler & Zeckhouser, 2000).¹⁰⁷⁾

역선택 현상은 보험사로서는 우량 고객에 대한 시장이 축소되는 것을 의미하기 때문에 보험사 스스로 이를 극복할 유인이 있다. 그리고 보험사는 장기적인 영업을 통해서 가입자의 의료비 지출 자료를 축적함으로써 개별 가입자의 위험에 대한 정보를 축적할 수 있게 되므로, 정보의 비대칭을 극복할 수단도 존

106) 이는 정보의 비대칭성하에서 전형적으로 나타나는 분리 균형(Separating Equilibrium)이다. 정보의 비대칭성이 존재하지 않을 경우에는 적절한 보험료를 지불하면 건강한 가입자는 보험 진료를 더 구할 수 있음에도 불구하고 보험사가 적절한 보험료를 산정할 수 없기 때문에 보험 진료 범위가 비효율적으로 좁아지고, 보험료 격차는 비용 격차보다 커진다(Cutler & Zeckhouser, 2000).

107) 역선택을 설명하는 고전적인 예로 1995년 하버드대학에서 임직원을 대상으로 제공한 의료보험 정책 변화의 결과가 있다. 하버드대학은 임직원들에게 보험 진료 범위가 넓은 PPO보험과 HMO보험을 제공해 왔는데, 1995년에 비용 절감을 위해서 과거 보험료의 90%를 지원하던 정책을 소액지원으로 전환하였다. 1996~1997년 2년간 PPO보험 가입자 중 연령이 낮고 건강상태가 좋은 가입자들이 대거 탈퇴하면서 수지 균형을 맞추기 위해서 보험료가 급등하였고, 결국 1998년에는 PPO보험이 폐지되었다(Cutler & Reber, 1998).

재한다. 따라서 장기적으로는 보험사가 개별 가입자에게 위험을 감안한 보험료를 책정할 수 있게 되면 해소될 수 있다.

그러나 보험료를 위험에 따라 차등화할 경우 보험료의 격차가 저소득층이 부담하기 어려운 수준으로 확대될 가능성이 높다. 따라서 많은 경우에 보험료 격차에 대한 규제가 가해진다. 그런데 이렇게 규제가 부과되면 보험사로서는 건강상태가 나쁜 집단을 배제하기 위해서 가격 이외의 방법을 동원할 유인이 발생한다. 예를 들면 건강상태가 좋은 집단에게 상품광고를 집중하거나,¹⁰⁸⁾ 노인성 질환과 같이 건강상태가 좋지 않은 가입자들이 잘 걸리는 진료는 보험 대상에서 제외하거나, 건강상태가 좋지 않은 가입자들의 보험가입을 거부 혹은 지연시키거나, 보험에 가입된 경우에도 보험 청구심사를 지연시키거나 하는 등 다양한 방법을 사용할 수 있다.¹⁰⁹⁾ 이러한 현상을 통칭 ‘가입자 선택(Cream-skimming)’이라고 한다.

‘가입자 선택’은 근본적으로 보험회사가 자신이 보유한 개별 보험자의 비용에 대한 정보를 가격에 반영하지 못하기 때문에 나타나는 현상이다. 이러한 현상이 발생하는 가장 중요한 요인은 보험료에 대한 규제이다. 보험료 규제는 보험료 격차가 심하여 저소득층이 의료보험을 구입할 수 없게 되는 상황을 배제하는 의도에서 도입된다. 예를 들어 2009년 현재 한국 건강보험 가입자의 연간 진료비를 성별 및 연령별로 비교해 보면 1인당

108) Neuman et al.(1998)

109) 이 외 다양한 형태의 상품조작에 대해서는 Vand de Ven & Ellis(2000)를 참조

지출이 가장 높은 70~74세 여성 가입자(88.8만 원)와 20~24세 남성 가입자 간에는(13.2만 원) 6.7배의 차이가 있으며, 입원진료비의 경우에는 15.1배의 격차가 있다. 이러한 격차가 보험료에 반영될 경우 소득이 낮고 건강상태가 나쁜 계층은 보험을 구입하지 못하게 되는 경우가 발생할 수 있다.¹¹⁰⁾ 이를 방지하기 위해서 민영의료보험의 비중이 높은 선진국에서는 민영의료보험이 동일한 보험 상품에 대해서 적용할 수 있는 보험료의 격차를 규제하고 있다.¹¹¹⁾

문제는 보험사가 가입자 선택을 통해서 이러한 규제의 보호 대상인 건강상태가 나쁜 저소득층을 결국 보험시장에서 배제할 수 있다는 점이다. 뿐만 아니라 소득은 높는데 건강상태가 좋지 않은 집단은 높은 보험료를 지불할 용의가 있는데도 시장에서 배제되어 소비자 효용이 저해되는 문제가 발생한다. 그리고 보험사들은 진료 성과가 좋은 의료기관을 선정하는 경쟁보다는 건강 취약계층을 배제하는 경쟁에 치우치게 되어 중국에는 의료서비스 산업의 생산성을 저해하는 역효과가 있다.

보험료 규제를 유지하면서 가입자 선발을 제한하기 위한 여

110) 그러나 보험회사의 위험 집적 기능이 존재하므로 보험료가 건강상태에 따라서 비례적으로 증가하는 것은 아니다. 미국 개인 의료보험 시장을 분석한 연구결과에 의하면 의료비 지출 부담이 높은 가입자는 보험료가 높기는 하지만 보험료 격차가 의료비 부담 격차의 15%만을 반영하는 것으로 추정되었다(Pauly et al., 1999).

111) 이러한 보험료 규제는 대개 동일한 지역에서는 같은 보험료를 적용하거나 보험료의 차등적용을 제한하는 의무적 지역 보험료(communitry-rating) 적용규제 형태로 나타난다. 미국의 경우에는 주정부 별로 50인 이하 기업이 가입하는 보험의 보험료를 차별할 수 있는 근거(연령, 성별 등) 및 보험료 격차의 상한을 설정하고 있다(U.S. General Accounting Office, 2003).

러 가지 제도적 장치들이 고안되어 있으나 나름대로의 부작용이 존재한다. 가장 대표적인 규제는 일정기간 동안은 신청자 전원에게 대해서 보험가입을 허용하도록 강제하는 무제한 가입(Open enrollment) 규제로서 보험사가 연중 일정기간 동안은 건강상태가 나쁜 가입자의 가입 청구를 거부하지 못하도록 강제한다. 또 다른 보편적 규제는 보험사가 진료과목¹¹²⁾ 혹은 의료기관 선택을 조정하지 못하도록 하여 가입자 선택의 폭을 제한하는 규제이다. 이러한 규제는 주로 의무 진료과목을 포함하도록 하거나 보험사가 의료기관을 선택하지 못하도록 하는 형태를 띤다. 마지막으로 건강이 좋지 않은 일부 가입자들의 진료에 대해서는 국가가 보험사에 보조금을 지급하여 가입자 선택의 유인을 완화시키는 방식이 있다. 그러나 보험료 규제를 유지하는 한 가입자 선택을 억제하는 장치들은 효과가 제한적이거나 보험사가 의료기관의 불필요한 진료를 감시·통제할 수단 및 유인을 약화시켜서 불필요한 의료비 지출을 증대시키는 부작용이 있다.

우선 무제한 가입 규제 및 보험상품 규제는 그 효과가 제한적이다. 보험사는 이 경우 건강상태가 나쁜 가입자들의 보험 청구 절차 진행을 늦추거나, 이들에게 필요한 진료 성과가 좋은 의료기관과는 계약을 맺지 않는 암묵적인 방법을 활용하여 건강상태가 나쁜 가입자가 스스로 가입을 포기하도록 유도할 수 있기 때문이다. 더군다나 보험상품에 대한 규제는 보험사가 다양한 수

112) 아일랜드와 호주는 국가보험을 대체하는 민영보험의 경우 국가가 제시하는 최저 진료과목을 포함하도록 규제하고 있다. 독일은 고소득층 대상 중복형 민영보험 중 고령자 대상 보험은 국가가 제시하는 표준적인 보험 진료를 의무적으로 제공하도록 하고 있다(OECD, 2004).

요에 부응할 수 있는 상품을 개발할 수 있는 가능성을 제약하여 의료서비스 시장의 효율성을 저하한다. 그리고 선택적 계약을 규제하면 보험사가 의료기관의 불필요한 진료를 감시·통제할 수단이 제약되며, 보험사에 위험이 높은 가입자에 대해서 보조금을 지급할 경우에는 보험사가 의료기관의 불필요한 진료를 감시·통제할 유인이 약화된다. 그 결과 의료기관의 도덕적 해이에 의한 의료비 지불 부담이 증대할 수 있다(Newhouse, 1996).

결국 ‘가입자 선택’의 문제는 보험료에 대한 규제가 그 주요 원인이므로 이를 해소하기 위해서는 보험료 규제를 해소해야 한다.¹¹³⁾ 그리고 민영의료보험 도입 초기에는 건강보험의 개인 진료비 정보를 임의추출한 무기명 표본으로 제공하여 보험사가 과학적인 방법을 통해서 위험을 반영한 보험료를 책정할 수 있도록 허용할 필요가 있다. 이렇게 되면 역선택의 문제와 가입자 선택의 문제를 완화하는 데 도움이 될 수 있다. 단, 가입자 선택의 남용을 막기 위해서 무제한 가입¹¹⁴⁾은 연 1개월 정도 허용할 필요가 있다. 이는 보험사가 활용할 수 있는 ‘가입자 선별’¹¹⁵⁾ 방식

113) 역선택 문제는 보험시장에서는 항상 발생할 수 있으나 가입자 선택 문제는 보험료 규제하에서만 발생한다. 따라서 보험료 규제완화가 문제해결의 기본적인 방향이다(Zweifel et al., 2009, Pauly, 1984, Ma, 1994).

114) 무제한 가입 허용과 관련하여 보험회사가 환자의 진료기록을 활용해 보험을 거부하는 사전적 건강위험에 대한 보험 거부(exclusion on pre-existing condition) 역시 금지하는 것이 바람직하다. 네덜란드와 스페인은 민영의료보험은 사전적 건강위험에 대한 보험 거부를 금지하고 있으며, 미국의 경우에는 진단된 사전적 건강위험에 대해서만 보험 거부를 허용하고 있다(OECD, 2004).

115) 이 방식은 보험사가 위험 수준만 파악하면 보험설계를 변경할 필요가 없어서 보험상품을 조정하는 경우보다 비용이 적다.

중 보험 제공 거부가가 가장 비용이 적게 들기 때문에 이를 허용할 경우 보험사가 가격차별과 가입자 선발을 같이 사용할 유인을 제거하기 어렵기 때문이다. 실제로 OECD 국가 중 소비자에게 의료보험 선택을 허용하고 있는 국가는 미국을 비롯해서 독일, 네덜란드, 스위스, 체코, 슬로바키아 6개국인데 이들 국가 모두 무제한 가입을 허용하도록 규제¹¹⁶⁾하고 있다(Paris et al., 2010).

이렇게 되면 지나치게 보험료를 높게 책정하는 보험사는 소비자의 선택에 의해 자연스럽게 퇴출될 수 있는 조건이 갖추어진다. 경증에 대해서만 민영의료보험이 제공되고 있으며, 보험사의 보험료 및 진료 실적이 온라인으로 공개되기 때문에 소비자들의 선택은 비교적 용이하다. 그리고 보험사는 매년 1개월은 소비자들에게 무제한 가입을 허용해야 하므로 주기적으로 소비자 선택에 직면하게 된다. 이는 보험사가 보험료를 적절한 수준으로 유지하는 압력으로 작용한다.

다만 건강에 극히 취약한 계층은 위험을 반영할 경우 보험료가 너무 높아서 시장 수요가 형성되지 않을 수 있다. 실제로 2008년 현재 건강보험 지출의 72.5%는 급여 지출 상위 21.1%가 지출하고 있을 정도로 의료비 지출은 개인 편차가 크다.¹¹⁷⁾ 따라서 보

116) 독일은 전 국민에게 사회보험 형태의 의료보험을 제공하나, 고소득층의 경우 이를 민영의료보험으로 대체할 수 있다. 네덜란드와 스위스는 전 국민에게 다수의 민영의료보험 중 하나를 선택하여 가입할 의무를 부여한다. 체코와 슬로바키아는 피고용자는 직장보험을 통해서, 피고용자 가족 및 자영업자는 국가의 보조를 받아서 다수의 민영의료보험 중 하나를 선택하는 의무를 부여하고 있다. 이들 국가에는 모두 복수의 민영보험이 존재하며, 소비자들은 자유로이 선택할 수 있다(OECD, 2010).

117) 이러한 현상은 다른 국가에서도 볼 수 있다. Van Barmveld et al.(1996)는 네덜란드의 민영의료보험에 대한 사례연구에서 1인당 급여 지불이 가장

험사는 극단적으로 보험급여 지출이 큰 일부 가입자들은 보험을 제공하기보다는 계약 대상에서 배제할 유인이 있다. 이러한 가입자 선택의 문제를 막기 위해서는 정부가 보험사의 비용을 일부 보조해 주는 것을 고려해 줄 수 있다. 사전적으로는 매년 보험사에게 일정 비중의 고위험 보험가입자를 선정하도록 하여 그 비용에 대해서는 정부가 일부 보조금을 지급할 수 있으며,¹¹⁸⁾ 사후적으로는 진료비 부담이 이례적으로 높은 보험가입자에 대해서는 정부가 일부 보조를 할 수 있다.¹¹⁹⁾

마지막으로 가입자 선택 문제를 해소하기 위해서 보험료 책정을 자율화하면 소득이 낮은 건강 취약계층은 의료보험을 이용하기 어려워질 수 있다. 현행 건강보험은 보험료를 소득에 따라 책정하지만, 민영의료보험은 보험료를 소득에 대한 고려 없이 위험에 따라 책정하기 때문이다. 그런데 본 연구에는 민영의료보험은 진료비 격차가 상대적으로 적은 경증 진료에 국한하고 있고, 경증 진료에 대한 건강보험은 현행대로 유지하고 있어서 저소득층의 부담이 상대적으로 적다. 필요할 경우에는 예산이 허용하는 범위 내에서 저소득층에게 민영의료보험 바우처를

높은 4%의 가입자에 대한 급여가 전체 비용의 25%를 차지함을 보였다.

- 118) 스위스는 급여 지불 부담이 많은 가입자 연령 및 성별 구조를 가지고 있는 보험사에 대해서는 각 보험사에서 각출하는 공동체원(institution commune)을 활용하여 보조금을 지급한다(Colombo, 2001). 네덜란드는 의료비 지출이 많은 집단을 대상으로는 표준적인 진료를 제공하는 표준화된 보험을 규제된 보험료에 제공하도록 보험사를 규제하고 있으며, 추가적인 비용은 국가에서 보조하고 있다. 그 비용은 여타 가입자들의 보험료를 다소 높게 책정하여 마련하고 있다(OECD, 2004).
- 119) 독일의 경우 2007년 기준으로 연간 보험급여가 2만1,051유로 이상인 개인의 보험급여는 정부가 60%를 보조한다(Zweifel et al., 2009, p.286).

제공하여 선택의 폭을 확대하는 것을 고려할 수 있다.

경증 진료의 경우에는 의료비 지출의 개인별 격차가 적기 때문에 보험료가 자율화되어도 상대적으로 저소득층의 피해가 적다. 전술한 바와 같이 외래진료의 성별·연령별 1인당 건강보험 진료비 지출의 격차는 6.7배에 불과하다. 이는 의약품 지출의 격차가 12.2배, 입원진료비 지출의 격차가 15.1배에 달하는 것에 비해서는 작은 수준이다. 따라서 민영의료보험의 보험료도 상대적으로 폭넓은 소득계층에서 소화할 수 있다.

그리고 경증 진료에 대해서도 기존의 건강보험은 유지된다. 다만 건강보험 가입자가 희망할 경우에는 경증 진료에 한정하여 민영의료보험으로 대체할 수 있는 선택권을 부여한다. 이렇게 되면 소득은 낮는데 위험 수준은 높아서 보험료를 지불하기 어려운 건강 취약계층은 건강보험을 통해서 진료를 받을 수 있게 된다. 이 경우 의료보호 대상자를 제외한 전 국민은 건강보험 혹은 민영의료보험 가입을 의무화하여 의료보험 사각지대 발생을 억제한다.

저소득층에 대한 추가적인 보완책으로 예산이 허락하는 범위 내에서 저소득층에게 민영의료보험 보험료로 활용할 수 있는 바우처를 제공하는 것을 검토할 수 있다. 건강보험을 유지하기만 하면 전 소득계층에게 의료보험이 보급될 수는 있다. 그러나 전 계층이 모든 의료기관에서 소비를 할 수 있으려면 저소득층에게도 민영의료보험을 구입할 수 있도록 해야 한다. 전 소득계층에게 의료 소비 접근권을 보장¹²⁰⁾하는 것이 정책 목표로 설

120) 일반적으로는 소득에 따라 소비되는 재화 및 서비스가 다르다. 그러나

정될 경우 바우처를 통해서 이를 소화할 수 있다. 예를 들어 네덜란드는 전 가구의 3분의 2에 의료비로 지출할 수 있는 보조금을 개인 구좌 형태로 지급하고 있으며(한국개발연구원·한국보건산업진흥원, 2009, p.134), 스위스도 전체 가구 중 저소득 40% 가구에 의료보험 구입비용을 보조하고 있다(Paris et al., 2010).

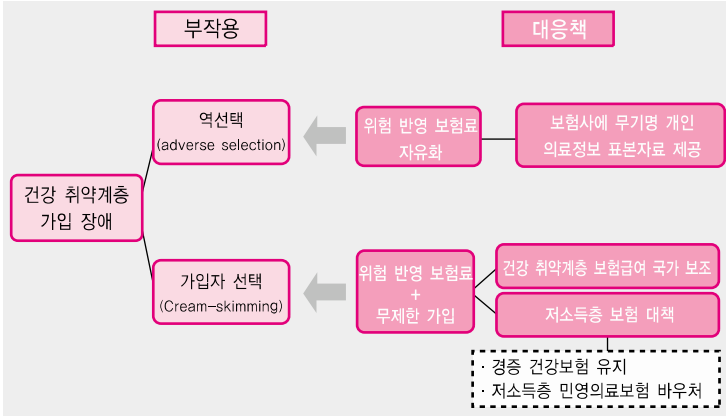
정리하자면 위험 선택의 문제는 보험회사가 보험가입자의 의료비에 대한 정보를 파악하기 어려워서 발생하는 역선택의 문제와, 보험가입자의 의료비를 보험료에 반영하기 어려워서 발생하는 가입자 선택의 문제가 있다. 역선택 문제는 임의추출한 무기명 건강보험 개인정보를 보험사에 제공하여 합리적인 보험료 산정이 가능하도록 하면 해소할 수 있다. 그리고 가입자 선택 문제는 보험사가 위험을 반영한 보험료를 자율적으로 책정할 수 있도록 허용하여 가입자 선택의 유인을 제거함으로써 해결할 수 있다. 다만 보험료가 지나치게 높아 시장에서 배제될 수 있는 건강 취약계층에 대해서는 정부가 보험급여를 보조할 수 있다.

보험료를 자율화할 경우 저소득층의 의료서비스 이용이 어려워질 수 있다. 그러나 민영보험 도입을 경증에 국한하고 경증의 건강보험을 유지하면 저소득층의 부담은 최소화할 수 있으며, 필요한 경우에는 저소득층에 민영의료보험 구입을 위한 바우처를 제공하는 것도 고려할 수 있다. 건강보험 경증 민영화에 따른 건강 취약계층 보험가입 문제에 대한 대책을 정리하면

의료서비스는 전 소득계층이 소비할 수 있어야 한다는 견해가 강하게 형성되어 있다.

<그림 7>과 같다.

<그림 7> 건강보험 경증 민영화에 따른 건강 취약계층 보험가입 장애 대책



(3) 요약 및 정리

본 절에서는 영리의료법인의 도입과 경증 진료 건강보험 민영화로 발생할 수 있는 부작용을 점검하고, 그에 대해서는 정보의 비대칭성을 제거하여 시장기능의 효율성을 제고하는 방안을 제시하였다. 영리의료법인이 도입되면 의료의 질이 하락하고 의료기관의 지역적 편재가 심화될 가능성이 제기되었다. 그리고 건강보험이 민영화되면 의료비가 급증하고 위험 선택현상으로 인해서 일부 건강 취약계층이 의료보험에 가입하지 못할 위험이 존재하는 것으로 파악되었다. 이에 대한 대책은 다음과 같이 정리할 수 있다.

영리의료법인 도입의 부작용 대책으로 의료기관 진료 실적

정보를 온라인으로 제공하는 ‘국가의료정보망’의 구축과 공공의료기관 증설을 제시하였다. 소비자들에게 의료기관의 진료의 질에 대한 정보를 제공하여 의료의 질이 낮은 의료기관은 소비자들이 퇴출할 수 있도록 하였으며, 공공의료기관을 증설하여 의료기관의 지역적 편재에 대응할 수 있도록 하였다.

민영의료보험 도입으로 인한 의료비 지출 증대의 원인은 의료기관 및 소비자의 도덕적 해이로 인한 불필요한 진료의 증가와 거래비용의 증가로 파악되었다. 거래비용 절감을 위해서는 민영의료보험 판매를 대신하는 공공기구를 설치하도록 하였고, 건강보험 인프라를 활용하여 보험료 수납 및 급여 지급을 대행하도록 하였다. 그리고 도덕적 해이를 억제하기 위해서는 보험사 간 비용 절감 경쟁 촉진이 필요하다고 진단하였고, 이를 위해서 소비자들이 보험사의 보험료 및 진료 실적을 파악할 수 있는 정보를 보험 판매 기구를 통해 전달하도록 하였다. 소비자들이 적은 비용으로 좋은 진료 실적을 보장하는 보험사를 선택할 수 있도록 허용하면, 보험사들은 비용 낭비가 적고 진료 성과가 좋은 의료기관과 계약을 맺고 의료기관의 불필요한 진료행위를 감시·통제하는 방향으로 경쟁할 것이며 그에 따라 효율적인 의료비용 절감이 이루어질 수 있다고 파악하였다.

민영의료보험 도입으로 인한 건강 취약계층 보험가입 장애 문제는 보험회사가 보험가입자의 의료비에 대한 정보를 파악하여 이를 반영한 보험료를 책정하도록 하여 해소하였다. 즉, 건강 취약계층에게는 높은 보험료를 부과할 수 있도록 허용하여 건강 취약계층을 배제할 유인을 억제하는 방식을 제안하였다.

이를 위해서 보험사가 합리적으로 보험료를 산정할 수 있도록 임의추출한 무기명 건강보험 정보를 제공하도록 하였다. 그리고 보험료가 지나치게 높아 시장이 형성되기 어려운 건강 취약계층에 대해서는 정부가 보험급여를 보조하여 보험사의 위험을 분담하도록 하였다.

보험료 책정을 자율화할 경우 저소득 건강 취약계층이 보험 시장에서 소외될 우려가 있으나, 민영의료보험 도입이 경증에 국한되고 건강보험이 유지되므로 저소득층의 부담은 최소화될 것으로 파악되었다. 이 문제에 적극적으로 대응하기 위해서는 저소득층에 민영의료보험 구입을 위한 바우처를 제공하는 것도 고려할 수 있다.

본 절에서 제시한 보완책들은 정보의 비대칭성을 해소하여 시장 기능의 효율성을 제고한다는 특징을 공유한다. 우선 영리 의료법인 진입으로 인한 의료의 질 저하 가능성을 억제하기 위해 소비자와 의료법인 간의 정보의 비대칭성을 해소하는 ‘국가 의료정보망’을 개설하도록 하였다. 그리고 의료기관의 불필요한 진료로 인한 진료비 지출을 억제하기 위하여 보험사 간의 경쟁을 촉진하여 보험사가 의료보험 산업의 혁신 성과들을 활용하여 의료기관과 보험사 간의 정보의 비대칭성을 해소할 유인을 강화하도록 하였으며, 이를 위해 소비자들에게 보험사 선택 관련 정보를 제공하는 온라인 포털을 개설하도록 하였다. 그리고 건강 취약계층의 보험가입 장애를 억제하기 위해 보험사와 보험가입자 간 건강상태에 대한 정보의 비대칭성을 해소하여 위험에 상응하는 보험료를 책정할 수 있도록 무기명 개인 의료정

보 표본을 보험사에게 제공하도록 하였다. 이들 조치는 모두 정보가 부족한 시장에 정보를 공급하여 민간의 선택을 정보에 입각한 선택(informed choice)이 되도록 한다는 특징이 있다.

4. 소 결

제3장에서는 의료서비스의 질 개선을 위한 시장 개방 및 규제 완화의 형태를 점검하고, 규제완화로 인해 발생할 수 있는 문제점을 파악하여 그 대책을 제시하였다. 국내의 상업적 의료서비스 수요에 대응하기 위해서는 직접 서비스 제공이 가능한 해외 의료기관이 국내에 직접 진출하는 상업적 주재 형태의 해외 직접투자가 필요한 것으로 파악되었다. 따라서 해외 의료기관의 국내 유치를 위해서는 상법상 회사법인의 의료기관 개설을 허용하여 해외 의료기관의 국외 송금을 허용하고, 건강보험 가격규제를 완화하여 이윤창출 기회를 확대할 것을 제안하였다. 단, 규제완화의 부작용을 억제하기 위해서 영리의료법인의 경증 진료에 대해서만 건강보험을 대체하는 민영의료보험 선택을 허용하고, 건강보험의 경증 진료에 대한 보험 기능은 유지하도록 하였다. 그리고 비영리의료법인에 대해서는 건강보험 당연지정제를 유지하게 하였다. 또한 이러한 규제완화로 인해 발생할 수 있는 부작용에 대해서는 부작용의 원인인 정보의 비대칭성을 해소하는 보완책을 제시하였다. 구체적인 보완책은 다음과 같다.

영리의료법인 진입을 허용할 경우 이윤 추구를 위해서 불필요한 진료를 남발하거나, 의료의 질을 저하시키거나, 수요가 밀집된 인구집중지역에서만 서비스를 제공할 우려가 제기되었다. 이를 억제하기 위해 소비자들이 정보에 입각해 의료기관을 선택할 수 있는 ‘국가의료정보망’을 개설하도록 하였고, 공공의료

기관을 증설하여 의료기관의 지역적 편재를 해소하도록 하였다.

건강보험을 민영화할 경우 발생할 수 있는 문제는 세 가지로 파악되었다. 첫째, 보험사가 의료기관의 지출을 통제하는 기능이 약화되어 의료비 지출이 급증할 위험이 존재한다. 둘째, 기존 건강보험이 일괄적으로 처리하던 비의료적 행정기능을 민간 보험사가 중복처리하게 되면서 거래비용이 증가할 수 있다. 셋째, 건강 취약계층이 보험에 가입하기 어려워질 수 있다. 보험사가 의료기관의 효율성을 제고하는 경쟁보다는 건강 취약계층을 배제하는 경쟁에 돌입하게 되면 건강 취약계층에 대한 보험료를 지나치게 높게 책정하거나, 보험료 규제로 인해 높은 보험료 책정이 불가능할 경우 건강 취약계층의 보험가입을 거부하는 경향이 있다.

이에 대한 대안은 다음과 같이 제시하였다. 의료비 지출 급증 문제는 기존 건강보험의 독점적 협상력에 기초한 비효율적 비용 통제를 보험사 간의 경쟁에 기초한 합리적인 비용 절감으로 대체하여 부작용을 완화하도록 하였다. 이를 위해 소비자들에게 보험사 간의 보험료와 진료 실적을 비교할 수 있는 온라인 포털을 제공하여 정보에 입각한 선택(informed choice)을 유도하도록 하였다. 이러한 소비자 선택의 강화를 통해서 보험사들 간에 다양한 수가제도와 선택적 계약을 활용하여 의료기관의 비용을 낮추는 경쟁을 촉진하도록 하였다.

거래비용의 급증을 억제하기 위해서 정부가 건강보험을 대체하는 경증 민영보험의 판매 및 보험료 수납과 보험급여 지급을 대행하도록 하였다. 이를 위해서 정부는 경증 민영보험 판매 기

구를 설립하고, 보험료 수납 및 보험급여 지급을 대행하도록 하였다. 이를 통해서 민영보험 도입으로 인한 비의료적 비용인 개인별 판촉비용과 행정비용을 절감하도록 하였다.

건강 취약계층의 보험 미가입 문제는 보험사가 적절한 위험을 반영한 보험료를 책정할 수 있도록 허용하되, 보험가입을 거부할 수 없도록 규제하여 대처하도록 하였다. 이를 위해서 정부는 보험사에게 합리적인 보험료 산정이 가능하도록 건강보험 개인 진료비 정보를 임의추출한 무기명 표본으로 제공하되, 연 1개월은 의무적으로 무제한 가입(Open enrollment)을 허용하도록 강제하였다. 그리고 건강이 극히 취약하여 합리적 보험료를 책정하면 수요가 형성되기 어려운 일부 계층에 대해서는 정부가 보험급여를 일부를 보조하여 위험을 분담하도록 하였다. 이렇게 보험료에 위험을 반영할 수 있도록 허용하면 보험사가 건강 취약계층을 회피할 유인이 약화될 것으로 기대되었다.

반면 보험료에 위험을 반영하면 보험료가 높아져서 저소득층의 부담이 가중될 위험이 있었다. 이를 방지하기 위해서 건강보험의 경증 진료에 대한 보험기능은 유지하도록 하고, 비영리법인에 대해서는 건강보험 당연지정제를 유지하도록 하였다. 그리고 예산이 허락하는 범위 내에서 저소득층에게도 민영의료보험을 이용하는 바우처를 제공할 것을 검토할 것을 제안하였다.

본 연구에서 제안하는 경증 민영보험 및 건강보험 공영체제는 영리법인 진입 및 건강보험 가격규제완화의 문제를 다음과 같이 완화하는 장점이 있다. 첫째, 경증은 소비자들의 정보에 입각한 의료기관 선택이 용이하다. 따라서 영리의료법인 도입에

따른 불필요한 진료 증대 및 의료의 질 저하를 소비자 선택에 의해 억제할 수 있다. 둘째, 경증은 보험사가 의료기관의 불필요한 진료를 식별하기 용이하므로 보험사 간의 경쟁을 통한 의료기관의 비용 지출 억제 효과가 크다. 셋째, 경증은 보험가입자 간 진료비 부담 격차가 적고, 보험사가 개별 가입자의 진료비 부담을 파악하여 적절한 보험료를 산정하기 용이하므로 건강 취약계층이 배제될 가능성이 낮다. 넷째, 경증은 진료비 부담이 상대적으로 작으므로 보험료 부담으로 인해 저소득층이 보험에 가입하지 못하게 될 위험이 적다. 따라서 민영의료보험 도입을 건강보험 경증 진료에 국한하고 위에 제시한 적절한 보완책을 결합한다면 규제완화로 인한 부작용을 통제할 수 있을 것으로 기대된다.

의료서비스 산업 개방효과 분석

제4장 시장 개방의 효과 예측



본 장에서는 제3장에서 제시한 의료서비스 시장 개방방안이 실현될 경우 생산 및 고용증대효과를 추정한다. 제3장에서는 살펴본 바와 같이 해외 의료기관의 영업을 허용한다고 해도 규제 완화가 병행되어야만 해외 의료기관의 국내 진출이 활성화되어 생산 및 고용증대효과가 실현된다. 이러한 효과를 추정하기 위해서 두 가지 시나리오하에서 시장 개방의 고용 및 생산유발효과를 추정한다. 두 가지 시나리오는 다음과 같이 설정하여 규제 완화가 시장 개방효과에 미치는 영향을 비교한다.

- 시나리오 1: 영리의료법인 허용, 건강보험 가격규제유지, 시장 개방
- 시나리오 2: 영리의료법인 허용, 건강보험 가격규제완화, 시장 개방

시나리오 1은 실질적 무역장벽인 영리의료법인 영업제한이 허용된 경우를 의미한다. 단, 해외 영리의료법인은 건강보험 당 연지정제의 적용을 받게 되어 이윤창출이 용이한 건강보험 적용 이외 부분에 우선 진출한다. 시나리오 2의 경우에는 해외 영리의료법인은 경증 부문 전 분야에 진출한다.

각 시나리오별 분석은 다음과 같은 단계로 진행한다. 1단계에서는 2005~2008년간 OECD 25개 국가의 자료를 이용하여 시장 개방, 영리의료법인 허용 정도, 의료서비스 가격규제 정도가 의료비 지출에 미치는 영향을 추정한다. 2단계에서는 1단계의 추정식을 활용하여 한국의 경우에 시나리오 1 및 시나리오 2의 의료비 지출을 예측한다. 각 시나리오의 예측치와 현재 관측치

의 격차를 시장 개방 및 규제완화에 의한 의료비 지출 증대의 예측치로 활용한다. 3단계에서는 2단계에서 얻은 의료비 지출 증대 예측치를 2005년 한국은행 산업연관표에 적용하여 각 시나리오별로 생산 및 고용의 증대 효과를 추정한다.

본 장의 구성은 다음과 같다. 1절에서는 국가의료비 지출 추정에 사용된 변수와 자료 출처를 소개한다. 2절에서는 OECD 국가 패널자료를 활용하여 국가의료비를 추정한다. 3절에서는 2절의 결과를 토대로 각 시나리오하에서 의료서비스 시장 증대 규모를 추산하고, 이에 수반되는 생산 및 고용증진효과를 계산한다. 4절에서는 분석결과를 정리한다.

1. 국가의료비 추정: 활용 변수

국가의료비 추정¹²¹⁾에는 보편적으로 *OECD Health data*를 활용하는 국제 패널자료 분석기법을 적용한다(Gerdtham & Jónsson, 2000). 본 연구의 국가의료비 추정에는 Gerdtham et al.(1998)가 사용한 추정식을 2005~2008년 자료에 맞게 변형한 추정식을 적용한다.

분석에 사용한 자료는 *OECD Health Data 2010*과 Paris et al.(2010)에서 주로 수집하였으며, 고용 관련 변수들의 자료는 OECD의 인터넷 통계 포털인 OECD.StatExtract를 자료를 사용하였다. 그리고 시장 개방 여부에 대한 자료는 WTO에서 제공하는 각 국가의 WTO 서비스 부문 개방 협정 결과를 사용하였다.

Gerdtham et al.(1998)는 1인당 경상의료비 지출의 로그값을 추정하며, 추정에 사용한 독립변수를 ‘사회경제 요인’, ‘제도 요인’, 그리고 ‘기술 요인’을 나타내는 변수로 구분한다. ‘사회경제 요인’은 의료서비스의 소비에 영향을 미치는 비제도적인 요인을 총칭한다. ‘제도 요인’은 의료서비스 산업의 특성을 나타내는 변수들로 구성된다. 그리고 ‘기술 요인’은 의료서비스 공급에 있어서 고가인 의료기술에 대한 의존도를 나타내는 변수들로 구성

121) 국가의료비 추정 연구는 Newhouse(1977)의 연구를 효시로 하며, 최근의 연구들은 보편적으로 국제 패널자료 분석을 사용한다. 국가의료비 추정 연구에 대한 상세한 내용은 Gerdtham & Jónsson(2000)에서 찾을 수 있다.

된다. 이러한 분류의 틀을 원용하여 본 연구의 분석에 활용된 변수들을 정리하면 <표 5>와 같다.

Gerdtham et al.(1998)에서 사용한 ‘기술 요인’ 변수인 인구 100만 명당 신장투석자 수는 관측치가 적어서 분석에 포함시키지 않았다. Gerdtham et al.(1998)는 신장투석자 수는 진료 시 고가의 의료장비를 이용하는 성향을 나타내는 변수로 사용되었는데, 본 연구에서는 이를 대신하여 급성기 환자의 평균 입원 일수를 포함하였다. 급성기 환자의 평균 입원 일수는 외래에 비해 고가인 입원진료를 사용하는 성향을 반영한다고 간주하였다.

그리고 Gerdtham et al.(1998)에서는 공공보험과 공공의료서비스 공급 간의 관계를 나타내는 변수들이 포함되었으나 본 연구에서는 제외되었다. Gerdtham et al.(1998)는 공공보험이 직접 의료서비스를 공급하는 경우, 공공보험이 공공의료기관에 보험급여만을 지급하는 경우, 그리고 공공보험이 민간의료기관에 보험급여를 지급하는 경우를 구분하여 각각의 유형이 국민의료비 지출에 미치는 영향을 분석하였다. 그러나 최근 들어 공공보험이 급여를 지급하는 방식이 다양화되어 이러한 유형 간의 경계가 모호해지고 있다. 따라서 이 변수들인 본 연구에는 포함하지 않았다(Paris et al., 2010).

1인당 경상의료비 지출과 1인당 소득은 PPP를 반영한 미국달러화로 표시하였으며 2000년 불변가격으로 표시되었다. *OECD Health Data*가 불변가격 1인당 소득을 제공하지 않고 있기 때문에 PPP를 반영한 미국달러화로 표시한 1인당 소득을 각국의 GDP 디플레이터를 적용하여 2000년 가격으로 변환한 값을 사

용하였다.

OECD 33개 회원국 중 2010년에 가입하여 제도변수에 대한 자료가 없는 칠레 및 이스라엘, 그리고 *OECD Health Data 2010*에서 일부 변수의 2005~2008년 관측치가 없는 그리스, 아일랜드, 슬로베니아, 터키, 영국 5개국은 분석에서 제외되었다. 또한 영리의료법인 규제 정도를 나타내는 변수인 *acute_mix*의 값이 파악되지 않는 헝가리 역시 분석에서 제외되었다. 따라서 총 25개 국가가 분석에 사용되었다.

25개 국가의 표본에서도 일부 관측치가 없는 경우가 있어서 추정치를 대신 사용하였다. 1인당 경상의료비 지출은 국가별 관측치의 연평균 성장률을 적용하여 추정된 추정치를 사용하였고, 시간에 따른 변화가 적은 공공보험 가입 인구 비중(*insured_pub*)은 각 국가별 관측치의 평균값을 추정치로 사용하였다. 나머지 변수들을 각 국가별 관측치를 연도에 회귀¹²²⁾한 회귀식을 활용한 추정치를 관측치대신 사용하였다.

122) $\hat{y}_t = \hat{\alpha} + T\hat{\beta}$ (T=연도)의 추정식을 사용

<표 5> 국가의료비 지출 추정에 사용된 변수

변수 종류	변수명	내용	단위		
종속변수	ln_med	1인당 경상의료비 지출의 로그값			
독립 변수	사회경제변수	ln_y	1인당 소득의 로그값		
		pop_14	14세 이하 인구 비중	%	
		pop_80	80세 이상 인구 비중	%	
		emp_f	여성 고용률	%	
		unemp	실업률	%	
		alcohol	1인당 음주량(Litter)	Litter	
	의료 관련 변수	진료구성	inpatient_r	입원비용/개인의료비 지출	%
			acute_days	급성기 환자 평균 입원 일수	일
		의료인력	healthemp_r	인구 1000명당 보건·사회 인력	명
		의료인력× 수가제도	healthfs_s	Healthemp*d_nffs	명
		공공보험	hec_pub	공공 부담 개인의료비/개인의료비	%
			insured_pub	공공보험 가입 인구 비중	%
			billcover_pub_i	공공보험 보장 수준	0~3
		보험급여 지급방식	d_ffs	행위별 수가제 더미	0,1
			d_nffs	행위별 수가제도 이외의 방식	0,1
		보험시장	d_choice	소비자의 의료보험 선택 가능 여부	0,1
		규제	ceil_ind	지역/국가 수준 의료비 지출 총액 규제	0~2
gate_ind	의료전달체계 규제		0~2		
acute_mix	급성기 병상 중 영리의료법인 병상		%		
p_reg	의료서비스 가격규제		0~2		
open	시장 개방		0,1		

각 변수의 특징과 역할을 간략하게 서술하면 다음과 같다. 자료의 출처는 각 항목의 괄호 안에 표기하였다. <표 11>은 연속 변수의 표본통계량을, <표 12>는 이산변수의 분포를 나타낸다.

① 종속변수

1. \ln_med : 1인당 경상의료비 지출(Current Expenditure on Health)의 로그값(OECD Health Data 2010)

의료비 지출의 척도로 사용되었다. 국민의료비 지출 중 의료 산업에 대한 투자를 제외한 모든 지출을 의미한다. 국가 간 비교를 위해서 PPP를 반영한 미국달러화 가치로 표현되었으며, 2000년 불변가격으로 표시하여 물가수준의 영향을 배제하였다. 국가의료비 지출을 분석한 선행연구의 관행에 따라 로그값을 취하였다(Gerdtham et al., 1998). 관측치가 발표되지 않은 경우에는 각 국가별 1인당 경상의료비 지출의 연간 성장률의 평균값을 적용하여 추정된 값으로 대신하였다.

② 독립변수: 사회경제적 요인

2. \ln_y : 1인당 GDP의 로그값(OECD Health Data 2010)

구매력을 반영하는 변수이다. 역시 국가 간 비교를 위해서 PPP를 반영한 미국달러화 가치로 표현되었다. 그리고 1인당 의료비 지출이 2000년 가격인 점을 반영하여 각국의 GDP 디플레이터를 적용하여 2000년 가치로 환원하였다.

3. $unemp$: 실업률(OECD, StatExtract¹²³)

실업률은 구매력을 반영하는 변수이다. 1인당 GDP가 개인의 구매력을 대표한다면 실업률은 집단적인 구매력을 나타낸다.

123) <http://stats.oecd.org/Index.aspx>

4. pop_14/pop_80: 14세 이하 인구의 비중/80세 이상 인구의 비중(OECD Health Data 2010)

의료비 지출이 높은 유소년층(14세 이하) 및 고령층(80세 이상)이 총인구에서 차지하는 비중이다. 연령에 따른 의료 수요의 변화가 국가의료비 지출에 미치는 영향을 반영한다.

5. alcohol: 1인당 음주량(OECD Health Data 2010)

리터(Litter) 단위로 표시한 총 음주량을 15세 이상 인구로 나눈 값이다. 1인당 담배 소비량과 더불어 국가의 건강 수준에 따른 의료서비스 수요의 변화를 반영하기 위해 주로 활용되는 변수이다. 본 연구에서는 담배 소비량의 관측치가 부족하여 음주량만이 분석 대상으로 포함되었다.

6. emp_f: 여성 고용률 = 총고용 여성/여성 인구(OECD, StatExtract)

이 변수는 의료서비스를 시장에서 소비하는 대신 가게 내의 비시장적인 의료서비스를 사용할 수 있는 가능성을 나타낸다. 여성이 가게 내 의료서비스 공급의 주축인 것으로 간주하고, 전업 주부가 적을수록 가게 내 의료서비스 공급이 축소된다고 가정한다. 따라서 이 변수가 클 경우에는 의료서비스 수요는 강화될 것으로 예측한다.

③ 독립변수: 제도적 요인

7. inpatient_r: 입원진료비/개인의료비(OECD Health Data 2010)

이 변수는 경상의료비 지출에서 공공보건의 관련 지출을 제외

한 개인의료비 지출 중 입원진료비가 차지하는 비중을 나타낸다. 이는 의료진이 상대적으로 고가인 입원진료를 선호하는 정도를 반영하는 변수이다.

8. acute_days: 급성기 환자의 평균 입원 일수
(OECD Health Data 2010)

이 변수는 OECD Health Data 2010의 “Average length of stay: acute care” 항목의 값을 사용하였다. 이 변수는 전술한 바와 같이 고가의 의로서비스를 선호하는 진료 성향을 나타낸다. 입원진료비 비중(Inpatient_r)의 경우 입원진료를 요하는 질환의 환자 수가 많이 발생하면 진료 성향과는 관계없이 증가할 수 있으며, 입원진료 가격이 상승하면 증가할 수 있다는 단점이 있다. 따라서 질환을 급성기 질환으로 제한하고 이들의 진료 일수를 활용하여 양적인 고가 서비스 선호 경향을 반영하였다.

9. healthemp_r/healthffs_s: 인구 1,000명당 보건, 사회부문 고용(OECD Health Data 2010)/healthemp_r과 행위별 수가제도 더미(d_ffs)의 곱

이 변수는 의료 인력의 공급 수준을 나타내며, Gerdtham et al.(1998)에서 사용한 인구 1,000명당 의사 수를 대신하여 사용하였다. 의사 수가 더 직접적인 관계가 있으나 관측치가 없는 경우가 많아서 이 변수로 대신하였다. 또한 의료 인력 규모의 영향은 수가제도에 따라 변화하는 경향이 있으므로 이를 반영하기 위해서 healthemp_r과 행위별 수가제도를 나타내는 더미변수인 d_ffs의 곱인 healthffs_s 역시 분석에 포함하였다.

10. 공공보험 보장성: 제3장에서 상술한 바와 같이 공공보험이 확대되면 소비자와 공급자의 도덕적 해이로 인해 공급자가 유도한 소비(Supplier induced demand)가 증대되는 경향이 있다. 이를 반영하는 변수로 다음의 세 변수가 사용되었다.

- *hec_pub*: 공공보험 부담 개인의료비/개인의료비
(*OECD Health Data 2010*)

경상의료비 중 공공보건 지출을 제외한 개인의료비 지출 중 국가 및 사회보험이 지불한 지출의 비중을 나타낸다. 공공보험의 보장성은 공공보험 가입자 인구와 개별 가입자에 대한 공공보험의 보장 수준에 의해서 결정되며, 이 변수는 이 두 가자 요소의 종합적인 영향을 반영한다. 이하의 두 변수를 대체하는 변수로 사용된다.

- *insured_pub*: 공공보험 가입 인구 비중
(*OECD Health Data 2010*)

공공보험에 가입한 인구가 총인구에서 차지하는 비중으로서, 공공보험 가입 요건이 얼마나 포괄적인지를 나타내는 지표이다.

- *billcover_pub_i*: 공공보험 보장 수준(Paris et al., 2010. Table 8)

공공보험 개별 가입자의 외래진료 비용 중 공공보험이 지불 의무를 지고 있는 비용의 비중을 나타낸다. Paris et al.(2010)에서는 2008~2009년의 각국의 공공보험 보장 수준을 50% 이하, 51~75%, 76~99%, 100% 4개 구간으로 나누어 조사하였다. 50% 이하에 해당하는 국가는 존재하지 않았다. 본 연구에서는

51~75%에는 1, 76~99%에는 2, 100%에는 3을 할당하는 변수로 변환하여 2005~2007년에도 같은 값을 적용하였다. 이는 2005~2007년간 구체적인 공공보험 보장 수준은 변화할지라도 각 국가의 보장 성향 격차는 변화하지 않았다는 가정을 반영한다. Paris et al.(2010)는 미국 자료가 없으므로, 미국에 대해서는 병원 진료가 아닌 진료에 대한 Medicare B Program에서 초기지불(Deductible)을 제외하고는 일반적으로 80%를 지불하는 경향을 반영하여 80%를 적용하였다(U.S. Center for Medicare & Medicaid Services, 2010, p.29).

11. d_ffs, d_nffs, 행위별 수가제도(Fee For Service) 이외의 보험급여 지급방식(Paris et al., 2010, Table 15.)

보험사(공공보험 포함)는 보험급여 지불방식을 통해 공급자의 도덕적 해이를 억제할 수 있다. 행위별 수가제도(Fee For Service) 방식에서는 진료를 확대하려는 유인이 강화되는 반면, 인두제(Capitation) 및 봉급제(Salary)의 경우에는 진료를 확대하려는 유인이 억제된다. 이를 반영하기 위해서 일반의(Primary physician)에 대한 보험사의 지불방식 중 행위별 수가제도만을 사용하는 경우를 나타내는 더미변수인 d_ffs와 행위별 수가제도 이외의 방식을 사용하는 경우를 나타내는 더미변수인 d_nffs를 포함하였다. 두 더미변수의 값은 Paris et al.(2010)에서 조사한 보편적인 의사에 대한 수가 지불방식(Table 15. Predominant modes of physician payment) 중 일반의에 대한 수가 지불방식(Primary physicians payment)의 값을 반영한다. 행위별 수가제도를 인두제 및 봉급제와 병행

하는 경우에는 행위별 수가제도 이외의 수가제도를 사용하는 것으로 간주해서 d_nffs에 1의 값을 부여하였다. 미국의 경우 역시 행위별 수가제도가 다른 수가제도와 병행되는 것으로 간주하였다. Paris et al.(2010)는 2008~2009년의 현황에 관한 자료이나 의사에 대한 보험사의 지불 관행의 변화는 점진적이므로 2005~2007년에도 적용된다고 가정하였다. 더미변수의 값은 <표 6>과 같이 설정되었다. 각 더미변수가 1의 값을 갖는 국가는 <표 7>과 같다.

<표 6> 의사에 대한 보험급여 지급방식을 나타내는 더미변수

d_ffs	행위별 수가제도가 보편적인 경우에 1, 그 외 0
d_nffs	행위별 수가제도 이외의 수가제도가 병행되는 경우 1, 그 외 0

<표 7> 국가별 의사에 대한 보험급여 지급방식¹²⁴⁾

지급방식		국가
행위별 수가제 (d_ffs=1)		호주, 벨기에, 캐나다, 프랑스, 독일, 일본, 한국, 룩셈부르크, 스위스
행위별 수가제 이외의 방식 (d_nffs=1)	인두제	헝가리, 이탈리아, 폴란드, 슬로바키아
	봉급제	아이슬란드, 멕시코, 포르투갈, 스웨덴
	행위별 수가제 + 인두제	오스트리아, 체코, 덴마크
	행위별 수가제 + 봉급제	뉴질랜드
	봉급제 + 인두제	스페인
	봉급제 + 인두제 + 행위별 수가제	핀란드, 미국

124) 각각의 보험급여 지급방식을 반영하는 더미변수들도 시도해 보았으나 독립변수 간 선형 종속 문제가 발생하여 다수의 변수들을 제외해야 분석이 가능하였다. 분석결과는 d_nffs를 사용한 경우와 정성적으로 유사하였다.

12. d-choice: 소비자의 의료보험 선택 가능 여부

(Paris et al., 2010, Table.2)

보험사는 급여 지불방식 이외에도 사전적, 사후적인 모니터링 혹은 선별적 계약을 통해서 의료기관의 비용 지출을 억제할 수 있다. 보험사들이 이러한 비용 억제 경쟁에 참여하는 이유는 보험료를 낮추어 보다 많은 소비자들을 가입하게 하는 경쟁 압력이 존재하기 때문이다. 이러한 비용 절감 효과가 존재하기 위해서는 소비자의 의료보험 선택이 보장되어야 한다. 이를 반영하기 위해서 Paris et al.(2010)의 “고용된 성인에게 제공되는 가장 일반적인 의료보험 선택 가능 여부”를 반영한 더미변수인 d-Choice 변수를 포함한다. d-Choice가 1의 값을 갖는 국가는 체코, 슬로바키아, 네덜란드, 스위스, 미국 5개국이다. 미국, 네덜란드, 스위스 3개국은 전통적으로 민간의 선택을 허용하는 정책을 고수하였으며(OECD, 2004),¹²⁵⁾ 체코는 1992년 이래(Holcik & Koupilova, 2000), 슬로바키아는 1995년 이래 가입자의 보험 선택을 허용하여 왔다(Colombo & Tapay, 2004). 따라서 2005~2008년간 소비자 선택권이 보장되었다고 할 수 있다.

13. ceil-ind: 총액 제한(Paris et al., 2010, Table.31)

정부 혹은 지역 정부는 의료서비스 시장의 운영방식에 관계없이 지출 총액 규제를 통해서 의료비 지출을 통제할 수 있다. 이

125) 네덜란드와 스위스는 보편적 보험을 비영리민영보험 기관이 제공하고 소비자는 민영보험 기관에 대한 선택권을 갖되, 보험료 및 보험 진료과목은 강하게 규제하는 ‘민영사회보험’ 성격의 보험제도를 운영한다(OECD, 2004).

를 반영하기 위해서 Paris et al.(2010)에서 조사한 “예산 제약의 성격(Nature and Stringency of the budget constraint)”에 대한 현황을 반영하는 Ceil-ind를 포함시켰다. Ceil-ind는 연간 공공 지출 제약을 “강한 예산 제약(Strict health budget)”, “초과 가능 예산 제약(Target with possible overshooting)”, “무제약(No)” 세 가지로 분류하였다. Ceil-ind는 “무제약”에는 0, “초과 가능 예산 제약”에는 1, “강한 예산 제약”에는 2의 값을 할당한다. 2008~2009년의 예산 제약의 성격이 2005~2007년에도 적용된다고 가정하였다.¹²⁶⁾ 국가별 보건예산 제약의 성격은 다음 <표 8>과 같다.

<표 8> 국가별 보건예산 제약의 성격

예산 제약의 성격	국 가
제약 없음	오스트리아, 일본, 한국, 스위스, 미국
초과 가능 예산 제약	호주, 벨기에, 캐나다, 체코, 덴마크, 핀란드, 프랑스, 독일, 아이슬란드, 룩셈부르크, 멕시코, 네덜란드, 슬로바키아, 스페인
강한 예산 제약	헝가리, 이탈리아, 뉴질랜드, 노르웨이, 폴란드, 포르투갈, 스웨덴

14. gate-ind: 의료전달체계 규제(Paris et al., 2010, Table.19)

의료비 지출을 억제하는 가장 효과적인 방법¹²⁷⁾의 하나로 일
반의의 진료의뢰서를 받아야만 전문의 진료를 받을 수 있게 허

126) Ceil-ind는 예산제약의 강도의 차이를 나타내는 변수이다. 2005~2007년에 국가별로 제도적인 변화가 있을 수는 있으나 국가 간 격차는 크게 변화하지 않았을 것으로 간주할 수 있다. 이러한 가정하에서 2008~2009년 변수를 2005~2007년 자료에 적용한다. 같은 논리로 Gate-ind, P_reg, acute_mix도 2008~2009년 값을 2005~2007년 자료에 적용한다.

127) 주치의제도를 활용하는 국가들의 1인당 의료비 지출은 18%포인트 낮은 것으로 파악된다.

용하는 주치의제도(Gatekeeping)가 있다. 이 제도의 영향을 반영하기 위해서 Paris et al.(2010)에서 조사한 “2차 진료기관 활용을 위한 진료 의뢰의 성격”에 대한 응답을 반영하는 gate-ind를 포함시켰다. Paris et al.(2010)는 진료의뢰의 성격을 “의무적(Compulsory)”, “활용할 금전적인 유인을 제공(Financially encouraged)”, “의무도 없고 유인도 없음(No Obligation and no incentive)” 세 가지로 분류하였다. Gate-ind는 “의무적”일 경우에 2, “활용할 금전적인 유인을 제공할 경우에 1, “의무도 없고 유인도 없음”의 경우에 0의 값을 갖는다. 2008~2009년의 주치의제도의 성격이 2005~2007년에도 적용된다고 간주하였다. 국가별 주치의제도의 특징은 다음 <표 9>와 같다.

<표 9> 국가별 주치의제도의 특성

예산 제약의 성격	국 가
의무, 유인 없음	오스트리아, 체코, 아이슬란드, 일본, 한국, 룩셈부르크, 스웨덴, 미국
금전적 유인	호주, 벨기에, 프랑스, 독일, 스위스
의무적	캐나다, 덴마크, 핀란드, 헝가리, 이탈리아, 멕시코, 네덜란드, 뉴질랜드

15. acute_mix: 영리의료법인 급성기 병상/급성기 병상
(Paris et al., 2010, Table.19)

시나리오 2에서는 영리의료법인 진입규제 해소와 대외 개방이 병행되었을 경우 의료서비스 시장 확대 여부를 추정한다. 이를 위해서는 영리의료법인 진입규제의 정도를 나타내는 변수가 필요하다. 이 변수로 급성기 병상 중 영리의료법인의 급성기 병상이 차지하는 비중을 사용한다. Paris et al.(2010)에서는

2008~2009년 “영리의료법인 급성기 병상이 전체 급성기 병상에서 차지하는 비중(Table 19)”의 현황을 보고하고 있다. 이 값을 acute_mix에 적용하였다. 영리의료법인의 비중은 해마다 변화하는 연속변수이지만 적절한 대안이 없어 2005~2007년에도 2008~2009년의 acute_mix의 값을 할당하였다. 미국의 경우에는 American Hospital Association에서 발간한 AHA Hospital Statistics 2010년 판에 수록된 2008년 자료를 이용하였다.

16. p_reg: 의료서비스 가격규제(Paris et al., 2010, Table.25)

시나리오 2에서는 영리의료법인 진입규제 해소 및 건강보험 가격규제 해소가 대외 개방이 병행되었을 경우 의료서비스 시장 확대 여부를 추정한다. 이를 위해서는 의료서비스 가격규제의 강도를 나타내는 변수가 필요하다. 이 변수로 Paris et al.(2010)에서 보고한 “기본적(Primary care) 의사 서비스(physician service)에 대한 규제”를 반영¹²⁸⁾하여 p_reg 변수를 구성하였다. Paris et al.(2010)는 가격규제 강도를 “법정가격(prices/fees paid by third party payers + “statutory copayment”) 준수”, “예외적인 경우(only in some circumstances)에만 법정가격 초과 가능”, “항상 법정가격 초과 가능” 세 가지로 구분하고 있다. P_reg은 “법정가격 준수”에 2, “예외적인 경우에만 법정가격 초과 가능”에 1, “항상 법정가격 초과 가능”에 0을 부여하여 구성하였다. 2008~2009년의 값을 2005~2007년 표본에도 적용하였다. 국가별 의료서비스 가격규

128) 본 연구에서는 가격규제를 경중에 대해 완화하는 보완책을 고려하므로 경중 진료 가격규제의 정도를 반영하는 변수를 사용하였다.

제 현황은 <표 10>과 같다.

<표 10> 국가별 의료서비스 가격규제 비교

구간	국 가
항상 초과 가능	호주, 뉴질랜드, 미국
특정 기회에만 초과 가능	오스트리아, 벨기에, 덴마크, 핀란드, 프랑스, 헝가리, 멕시코
의무적	캐나다, 체코, 독일, 아이슬란드, 이탈리아, 일본, 한국, 룩셈부르크, 네덜란드, 노르웨이, 폴란드, 포르투갈, 슬로바키아, 스페인, 스위스

17. Open: 의료서비스 시장 개방 여부(WTO Service Database¹²⁹⁾)

제3장에서 상술한 바와 같이 의료서비스 시장의 개방은 mode 3(상업적 주재) 허용 여부가 관건이다. WTO의 GATS 협약(The General Agreement on Trade in Services)에 참여하여 병원 서비스 부분¹³⁰⁾에서 mode 3 형태의 해외 자본 유입을 허용한 국가들은 WTO Service Database에서 파악할 수 있다. GATS 협약은 1995년 우루과이라운드부터 발효가 되었으며, 이를 개정하기 위한 협상인 2001년 도하라운드는 현재 진행 중이다. 따라서 현재로서는 우루과이라운드에서 동의한 개방 일정이 적용되며, 이를 2005~2008년 표본에 적용해도 무리가 없다. 본 연구의 분석 대상인 25개 국가 중 병원 서비스의 상업적 주재 개방에 동의한 국가는 오스트리아, 벨기에, 덴마크, 프랑스, 독일, 이탈리아, 일본, 룩셈부르크, 멕시코, 네덜란드, 폴란드, 포르투갈, 스페인, 미국 14개 국가이다.

129) www.wto.org/english/tratop_e/serv_e/serv_e.htm

130) 2008. A. Hospital Service

<표 11> 연속변수의 표본통계량

변수	평균	표준편차	최솟값	최댓값	표본수
ln_med	7.7	0.5	6.4	8.7	100
ln_y	10.2	0.4	9.1	10.8	100
pop_14	17.6	3.4	13.5	31.3	100
pop_80	3.8	1.1	1.1	5.9	100
emp_f	63.2	9.6	43.1	84.4	100
unemp	6.0	2.9	2.3	17.7	100
alcohol	9.7	2.3	5.1	15.8	100
inpatient_r	37.7	8.0	18.4	55.8	100
acute_days	6.9	2.9	3.1	19.8	100
healthemp_r	50.3	23.6	11.2	105.3	100
insured_pub	94.3	16.0	26.2	100.0	100
hec_pub	72.8	12.7	34.1	91.1	100
Acute_mix	10.0	10.9	0	40.4	100

<표 12> 이산변수의 표본 내 분포

변수	0	1	2	3	4	계
billcover_pub_i		12	48	40		100
d_FFS	64	36				100
d_Choice	76	24				100
ceil_ind	20	56	24			100
gate_ind	32	20	48			100
p_reg	12	24	64			100
open	44	56				100

주: * 형가리는 급성기 병상 중 영리의료법인 급성기 병상 비중에 대한 정보가 없음.

본 연구는 의료시장이 개방되어 있고, 영리의료법인의 비중이

높고, 가격규제가 약할수록 의료서비스 시장의 규모가 크다고 주장한다. 분석에 사용된 표본의 표본통계량을 분석한 결과 본 연구의 주장대로 가격규제가 강한 국가에서 1인당 의료비 지출이 낮았으며, 그 격차는 통계적으로 유의하였다. 그리고 의료서비스 시장이 개방된 국가가 개방되지 않은 국가에 비해서 1인당 의료비 지출이 약간 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 반면 예상과는 달리 영리의료법인의 급성기 병상 비중은 1인당 의료비 지출과 상관관계수가 -0.49로서 음의 상관관계가 있었다. 그러나 제4장 2절에서 확인되는 바와 같이 이러한 음의 상관관계는 다변수 회귀분석에서는 사라진다. 표본통계량 분석의 결과는 <표 13>에 정리하였다.¹³¹⁾

<표 13> 의료서비스 시장 개방 및 가격규제에 따른 평균 의료비 지출 격차

시장 개방 (open)	1인당 의료비 지출 평균	가격규제 (p_reg)	1인당 의료비 지출 평균
비개방	7.732	무규제 (0)	8.068
개방	7.734	예외 허용 (1)	7.699
		항상 준수 (2)	7.683
(P_value)	0.990	(P_value)	0.042

주: * P_value는 집단 간 격차가 있는지 여부를 검정하는 ANOVA 검정의 P_value

131) 각 연도의 효과를 제거하기 위해서 각 연도더미와 상수항만을 포함하여 회귀시킨 추정치의 간차를 이용하여 분석해 보았지만 결과는 유사하였다.

2. 국가의료비 추정 결과

국가의료비 지출 결정은 전통적인 수요 및 공급의 연립방정식 모형의 적용이 어려운 몇 가지 특징이 있다. 우선 의료기관이 서비스의 공급자임과 동시에 소비자를 대행하여 수요를 결정하는 복합적인 기능을 수행한다. 그리고 소비자의 의료서비스 수요도 비경제적인 요인인 질병 및 사고 등에 의해 결정된다. 또한 정부의 개입이 폭넓게 이루어져서 가격이 소비에 미치는 영향¹³²⁾이 적다. 따라서 국가의료비 지출 분석 문헌에서는 관습적으로 축약형(reduced form) 추정이 사용되며 본 연구도 그 관행을 따른다.

회귀분석에 사용한 모형은 Gerdtham et al.(1998)의 Table 3을 기초로 구성하였으며, 추정 결과는 <표 14>와 같다.¹³³⁾ 모형 1은 모든 변수를 반영한 결과이다. 모형 2는 모형 3~모형 5의 기본이 되는 모형으로, 비제도적 요인, 공공보험, 진료 성향과 관련된 변수, 그리고 본 연구의 관심 대상인 영리의료법인 비중(acute_mix), 가격규제(p_reg), 시장 개방(open)을 나타내는 변수들

132) 공공보험이 폭넓게 보급되면 소비자가 가격을 직접 부담하지 않게 된다. 이 경우에는 본인부담이 낮아서 수요가 일반적으로 공급을 초과하기 때문에 대기자 명단과 같은 비시장적인 방법으로 소비가 결정된다(Gerdtham et al., 1998).

133) Gerdtham et al.(1998)는 비제도적 변수들만을 사용한 모형을 또 다른 기본 모형으로 사용하였다. 이들 모형도 추정되었으나 정성적인 차이는 미미하여 보고는 생략하였다. 또한 공공보험의 영향을 hec_pub 변수로 대체한 모형도 추정되었으나 정성적인 차이가 미미하여 보고는 생략하였다.

을 포함한다. 모형 3은 모형 2에 보험시장의 특성을 나타내는 d-choice를 추가하였고, 모형 4는 모형 2에 총액 제한 규제 강도를 나타내는 ceil-ind를 추가하였다. 모형 5는 모형 3에 의료서비스 공급의 규모를 나타내는 healthemp_r, healthffs_s 및 의료전달체계의 특성을 나타내는 gate_ind를 포함하였고, 모형 6은 모형 3에 수가제도의 특성을 나타내는 d_nffs를 추가하였다.

Gerdtham et al.(1998)는 모든 연속변수의 로그값을 취하여 분석하였으나, 본 연구에 사용된 변수 중 acute_mix가 0의 값을 포함하여 로그값을 취할 수 없었다. 따라서 모든 변수는 관측치가 그대로 분석에 활용되었다. 따라서 <표 13>의 계수값은 독립변수가 1 단위 변할 경우 1인당 의료비 지출의 증가율을 나타낸다. 단, 소득변수 로그값을 사용하여 탄력성을 추정하였다.¹³⁴⁾

모형의 적합도(Goodness of Fit)의 척도로는 설명계수(R^2)를 활용하였다. 그리고 모형 1과 비교하여 각 모형에서 제외된 변수들의 계수가 모두 0이라는 귀무가설에 대한 F 검정을 실시하였다. 이 F 검정은 모형 1에 포함되었으나 모형 2~5에는 제외된 변수들이 집단적으로 설명력이 없는가 여부를 검정하기 위해서 실시하였다. 그 결과는 <표 13>의 F .vs 1행에 기록되어 있다.

각각의 모형에는 연도 및 국가를 나타내는 더미변수가 포함되었다. 그리고 연도 및 국가 변수의 집단적인 설명력을 점검하기 위해서 각각의 모형에 대해서 1) 연도더미의 계수가 모두 0

134) acute_mix에 100을 더하여 로그값을 취할 수 있게 변형하고 모든 연속 변수를 로그값으로 전환한 모형을 활용하여 회귀분석을 한 결과도 본문의 결과와 정성적으로는 일치하였다.

<표 14> 국가의료비 추정 결과

(N=100, 괄호 안은 P-value)

	model 1	model 2	model 3	model 4	model 5	model 6
acute_mix	0.008 (0.811)	0.005 (0.882)	0.005 (0.882)	0.005 (0.882)	0.008 (0.811)	0.005 (0.882)
p_reg	-0.418+ (0.058)	-0.606*** (0.000)	-0.479 (0.239)	-0.539 (0.176)	-0.293*** (0.000)	-0.292 (0.302)
open	0.443*** (0.002)	0.355 (0.780)	0.376** (0.012)	0.316 (0.262)	0.108 (0.826)	-0.389** (0.012)
ln_y	0.539*** (0.000)	0.550*** (0.000)	0.550*** (0.000)	0.550*** (0.000)	0.539*** (0.000)	0.550*** (0.000)
pop_14	-0.056*** (0.006)	-0.049** (0.010)	-0.049** (0.010)	-0.049** (0.010)	-0.056*** (0.006)	-0.049** (0.010)
pop_80	0.049 (0.209)	0.035 (0.335)	0.035 (0.335)	0.035 (0.335)	0.049 (0.209)	0.035 (0.335)
emp_f	-0.003 (0.692)	-0.003 (0.595)	-0.003 (0.595)	-0.003 (0.595)	-0.003 (0.692)	-0.003 (0.595)
unemp	-0.008+ (0.056)	-0.009** (0.018)	-0.009** (0.018)	-0.009** (0.018)	-0.008+ (0.056)	-0.009** (0.018)
alcohol	0.010 (0.418)	0.011 (0.366)	0.011 (0.366)	0.011 (0.366)	0.010 (0.418)	0.011 (0.366)
inpatient_r	0.000 (0.829)	0.000 (0.827)	0.000 (0.827)	0.000 (0.827)	0.000 (0.829)	0.000 (0.827)
acute_days	0.031 (0.102)	0.035+ (0.059)	0.035+ (0.059)	0.035+ (0.059)	0.031 (0.102)	0.035+ (0.059)
insured_pub	0.000 (0.910)	0.000 (0.764)	0.000 (0.764)	0.000 (0.764)	0.000 (0.910)	0.000 (0.764)
billcover_pub_i	0.132 (0.513)	0.121 (0.741)	-0.112 (0.627)	0.068 (0.722)	0.129 (0.756)	-0.693 (0.272)
d_choice	-0.150 (0.887)		0.361 (0.126)			
cell_ind	0.217* (0.031)			-0.120 (0.401)		
gate_ind	-0.300 (0.240)				-0.177** (0.013)	
healthemp_r	0.000 (0.968)				0.000 (0.968)	
healthffs_s	-0.005 (0.322)				-0.005 (0.322)	
d_nifs	0.117 (0.876)					1.128*** (0.000)
R ²	0.998	0.998	0.998	0.998	0.998	0.998
F .vs 1		0.000***	0.013**	0.000***	0.086+	0.000***
F .vs con only	0.009***	0.009***	0.009***	0.009***	0.009***	0.009***
F .vs year only	0.000***	0.000***	0.000***	0.000***	0.000***	0.000***
F. vs no dummy	0.000***	0.000***	0.000***	0.000***	0.000***	0.000***

주: *, **, ***는 각각 유의수준 1%, 3%, 5%에서 통계적으로 유의함.

+는 유의수준 10%에서 통계적으로 유의

이라는 귀무가설에 대한 F 검정, 2) 국가 더미의 계수가 모두 0이라는 귀무가설에 대한 F 검정, 3) 국가 및 연도 더미가 모두 0이라는 귀무가설에 대한 F 검정을 실시하였다. 그 결과는 각각 F. vs con only, F. vs year only, F. vs no dummy에 기록되어 있다.

모든 모형 추정에서 국가 및 연도 더미는 생략할 수 없는 것으로 파악되었다. 연도 혹은 국가 더미의 계수가 0이라는 가설은 모두 유의수준 1% 범위에서 기각되었다. 그리고 모형 5를 제외하고는 모형 1과 비교하여 생략된 변수들의 계수값이 0이라는 가설이 기각되었다. 따라서 모형 2~모형 4, 모형 6의 경우에는 계수값이 편향(bias)되어 있을 가능성이 존재한다.¹³⁵⁾ 단, 모형 5의 경우에는 유의수준 5%에서 모형 1에서 생략된 변수들의 계수가 0이라는 가설을 기각할 수 없었다. 따라서 계수값이 편향되었을 가능성이 상대적으로 적다.

본 연구의 주된 관심사인 시장 개방(open), 영리법인 허용(acute_mix), 가격규제(p_reg)의 영향은 모형 6을 제외하고는 일관된 경향을 보인다. 영리의료기관이 차지하는 급성기 병상의 비중(acute_mix)이 높고, 가격규제(p_reg)가 약하며, 시장이 개방되어 있는 경우 1인당 의료비 지출이 증가하는 경향이 존재한다. 특히 영리의료법인의 영향과 가격규제의 영향은 전 모형에 걸쳐서 추정치의 부호가 일치한다. 그리고 가격규제가 의료비 지출

135) 물론 생략된 변수들과 포함된 변수들이 상호 독립적일 경우에는 편향이 발생하지 않는다. 하지만 의료제도 관련 변수들은 상호 상관관계가 높은 편이다.

을 억제하는 효과는 6가지 모형 중 2가지 모형에서 유의수준 5%에서 통계적으로 유의한 것으로 파악되었다. 시장 개방(open)의 경우에도 2가지 모형에서 통계적으로 유의한 양의 효과가 있는 것으로 추정되었다.

모형 6에서는 시장 개방(open)이 오히려 의료비 지출을 낮추는 효과가 있는 것으로 추정되었으나 전술한 바와 같이 모형 6의 추정치는 편향되었을 가능성이 있다. 특히 시장이 개방된 국가는 주치의제도를 통한 의료 소비규제가 강한 경향이 있다.¹³⁶⁾ 그런데 모형 5에서 확인되듯이 의료 소비규제는 의료비 지출 억제의 효과가 크다. 따라서 모형 6의 시장 개방 더미는 의료 소비규제의 효과를 반영하고 있을 가능성이 있다.

사회경제적 환경 변수들 중 1인당 소득의 로그값(\ln_y), 실업률(unemp), 그리고 14세 이하 인구 비중(pop_14)이 일관되게 통계적으로 유의한 효과가 있는 것으로 추정되었다. 소득탄력성은 모형에 따라 0.54~200.55로 추정되었고 유의수준 5%에서 통계적으로 유의한 것으로 파악되었다. 14세 이하 인구의 비중은 의료비 지출을 억제하는 효과가 있었으며, 역시 유의수준 5%에서 통계적으로 유의하였다. 반면 실업률은 일관되게 음의 값을 갖는 것으로 추정되었으나 그 절댓값은 작았으며, 모형에 따라서는 유의수준을 10%로 높여야 통계적으로 유의하였다. 1인당 소득이 높고 실업률이 낮은 국가에서 의료비 지출이 높다는 것은

136) 분석 대상이 된 25개 국가 중에서 시장이 개방되지 않은 11개 국가 중 36.4%가 주치의제도 규제가 없으나 개방된 14개 국가 중 주치의제도 규제가 없는 국가는 28.6%에 그친다.

의료비 지출이 정상재임을 시사한다. 14세 이하 인구의 비중은 유소년층보다는 이와 관계가 깊은 청년층의 영향을 나타내는 것으로 보인다. 사회경제적 환경변수 중 여성고용률(emp_f), 80세 이상 인구(pop_80), 1인당 알코올 섭취량(alcohol)의 효과는 통계적으로 유의하지 않았으며, 이러한 경향은 선행연구에서도 발견된다(Gerdtham & Jónsson, 2000).

진료 성향을 나타내는 변수인 입원진료비 비중(inpatient_r)과 급성기 환자 평균 입원 일수(acute_days), 그리고 공공보험 지원 수준을 나타내는 공공보험 가입자 비중(insured_pub)과 공공보험 보장성(billcover_pub_i)은 유의수준 5% 내에서 통계적으로 유의한 효과가 없는 것으로 파악되었다. 다만 급성기 환자 평균 입원 일수의 경우 3개 모형에서 유의수준 10%에서는 통계적으로 유의한 효과가 있는 것으로 파악된다. 선행연구에서도 진료 성향 및 공공보험 보장성을 나타내는 변수들의 효과는 일관된 값을 갖지 않는 경향이 발견되며, 본 연구의 결과도 이러한 경향과 합치한다(Gerdtham & Jónsson, 2000).

소비자들의 보험 선택권(d_choice) 및 총액 지출규제(ceil_ind)가 의료비 억제에 미치는 영향은 통계적으로 유의하지 않으며, 모형에 따라 결과의 변화가 심하다. 특히 총액 지출규제는 모형 1에서는 오히려 1인당 지출을 증대시키는 영향이 발견된다. 선행 연구의 경우에도 지출규제의 의료비 지출 억제 효과는 발견되지 않았다(Gerdtham & Jónsson, 2000).

의료 공급의 특성을 나타내는 세 변수 중 의료 인력의 고용 비중(healthemp_R, healthffs_s)은 수가제도에 관계없이 통계적으로

유의한 값을 갖지 않는 것으로 파악되었다. 이는 의료 인력의 비중이 높고 행위별 수가제도를 채택하고 있는 국가의 의료비 지출이 통계적으로 유의하게 높은 것으로 파악되는 기존의 연구결과와는 차이가 있다. 이는 본 연구에서는 관측치가 부족하여 의료진의 수를 사용하지 못하고 보건 및 사회 서비스 고용을 사용하였기 때문에 그 효과가 약화되어 나타난 것으로 보인다. 단, 모형 6에서는 주치의제도를 활용한 의료전달체계 규제가 의료비 지출을 억제하는 효과가 통계적으로 유의한 것으로 파악되었으며, 모형 1에서도 주치의제도가 통계적으로 유의하지 않지만 같은 성격의 효과를 갖는 것으로 추정되었다. 이는 기존 연구결과에서 일관되게 확인되는 주치의제도의 의료비 지출 억제 효과가 본 연구에서도 나타난 것으로 보인다.

마지막으로 행위별 수가제도 이외의 수가제도를 활용($d_nffs=1$)하는 국가들의 경우 의료비 지출이 오히려 큰 것으로 파악되었다. 모형 1에서는 그 효과가 통계적으로 유의하지 않았으나, 모형 6에서는 유의하게 나타났다. 이는 전술한 바와 같이 모형 6에 지나치게 많은 변수가 생략되어 있어서 추정치의 편향이 심하게 나타난 결과로 파악된다.

모형 2~모형 6 중에서는 모형 5가 모형 1과 비교하여 계수가 0인 변수들을 제거하여 추정의 효율성을 높인 모형으로 인정된다. 모형 5는 모형 1과 비교해 보아 변수의 수가 작아 간결한(parsimonious) 추정식을 제공하고 있으며, 모형 1과 추정치의 방향은 유사하여 정성적으로는 유사한 결과를 제시하고 있다. 따라서 향후 의료서비스 시장 개방의 효과를 분석하는 시나리오

분석에서는 모형 5를 이용한다.¹³⁷⁾

모형 5의 결과에 따르면 가격규제가 1단계 더 강력한 국가는 1인당 경상의료비가 29.3% 낮다. 그리고 시장이 개방된 국가의 1인당 경상의료비 지출은 개방되지 않은 국가보다 10.8% 높으며, 급성기 병상 중 영리의료법인의 급성기 병상 비중이 1%포인트 높은 국가에서는 1인당 경상의료비 지출은 0.8% 높은 것으로 추정되었으나 통계적으로는 유의하지 않다.

137) 모형 5는 시장 개방 및 가격규제 변수의 영향이 모형 1보다 작은 값으로 추정되었다. 따라서 모형 5를 활용하여 추정한 경우 시장 개방 및 규제 완화의 효과는 상대적으로 보수적인 추정치이다.

3. 의료서비스 시장 개방 및 규제완화의 효과 추정

의료서비스 시장 개방 및 규제완화의 효과는 다음과 같은 3 단계의 과정을 거쳐서 추정하였다.

1. (1단계) 시나리오 1과 시나리오 2의 1인당 의료비 지출의 로그값의 예측치를 모형 5를 이용하여 구한다.

$$\begin{aligned}\widehat{m}_1 &= X_- \widehat{\beta}_- + 1 \times \widehat{\beta}_{open} \\ \widehat{m}_2 &= X_- \widehat{\beta}_- + 1 \times \widehat{\beta}_{open} + 0 \times \widehat{\beta}_{p_reg}\end{aligned}$$

여기서 \widehat{m}_i 는 각 시나리오하에서 1인당 정상의료비 지출의 로그값의 예측치이다. X_- 은 독립변수 중 시장 개방 더미(open)를 제외한 모든 변수의 2008년 한국의 현재 값이고, X_- 은 독립변수 중 시장 개방 더미(open)와 가격규제 정도(p_reg)를 나타내는 변수를 제외한 모든 독립변수의 2008년 한국의 현재의 값이다.

실제로 시장 개방의 효과를 분석하기 위해서는 시장 개방에 따라 해외 영리법인의 국내 직접투자를 추정해야 한다. 그러나 서비스 부문 국내 직접투자 통계량이 미비하여 이 방법을 직접 사용하기는 어렵다. 따라서 Warren(2001)의 통신서비스 시장 개방효과 분석의 예를 활용하여 시장 개방에 따른 의료서비스 시장의 확대를 그 대리 변수로 사용한다.

영리법인 진입규제에도 불구하고 2008년 현재 한국의 급성기 병상 중 영리기관 병상의 비중은 25%에 달하며, 분석에 사용된

25개 국가 중 3번째로 높은 수준이다. 이러한 현실을 반영하여 영리법인 규제를 해소하면 해외 영리법인 진입이 촉진되어 의료서비스 시장의 규모는 증대되나 영리 병상의 비중은 현 상태로 유지된다고 가정한다.

추정 결과는 다음과 같다. PPP를 반영한 2005년 미국달러화로 표시한 2008년 현재 한국의 1인당 경상의료비 지출의 로그 값은 7.27로 분석 대상 25개 국가 중 22번째이다. 시나리오 1에서는 이 값이 21번째에 해당하는 7.36으로 증가하여 되고 시나리오 2에서는 이 값이 7.95로 증가하여 분석 대상 중 13번째로 높은 스웨덴(7.97)과 유사한 수준에 도달한다. 달러 가치로 환산하면 2008년 현재 1인당 경상의료비 지출은 1,436달러인데 시나리오 1에서는 1,578달러로 증가하고 시나리오 2에서는 2,839달러로 상승한다. 추정 결과로부터 시장 개방의 효과는 가격규제 완화가 병행될 경우 급격하게 증가하는 것을 확인할 수 있다.

2. (2단계) 시나리오 1과 시나리오 2의 1인당 의료비 지출과 2008년 현재 한국의 의료비 지출을 비교하여 각 시나리오의 1인당 의료비 지출 증가율을 구한다. 이를 2008년 경상의료비 지출 총액(H_0)인 62조7천억 원에 적용시켜 각 시나리오하에서의 경상의료비 지출 증가 예측치를 구한다. 그런데 본 연구에서는 시장 개방에 따른 의료서비스 지출 증대를 추정하는데 경상의료비 지출은 의약품 등 재화에 대한 지출을 포괄하므로 경상의료비 증가분 중 일부만이 의료서비스 시장 규모의 확대와 연결된다. 구체적으로 2008

년 현재 의료서비스 지출은 경상의료비 지출의 66.83%이다. 또한 본 연구에서는 가격규제를 경증 보험 진료에 대해서만 완화하므로 전반적인 가격규제 해소보다는 그 효과가 제약된다. 구체적으로 2008년 현재 건강보험의 적용을 받는 경증 보험 진료 시장은 전체 경상의료비 중의 22.39%에 불과하다. 이를 반영하기 위해서 시나리오 1의 의료서비스 지출 증가는 경상의료비 지출 증가의 66.83%로, 그리고 시나리오 1 대비 시나리오 2의 의료서비스 지출 증가는 시나리오 1 대비 시나리오 2의 경상의료비 지출 증대의 22.39%라고 간주한다.¹³⁸⁾

$$g_1 = \frac{\exp(\widehat{m}_1) - \exp(m_0)}{\exp(m_0)}, \quad \Delta H_{1a} = g_1 H_0$$

$$\Delta H_1 = 0.6683 \Delta H_{1a}$$

$$g_2 = \frac{\exp(\widehat{m}_2) - \exp(m_0)}{\exp(m_0)}, \quad \Delta H_{2a} = g_2 H_0$$

$$\Delta H_2 = \Delta H_1 + 0.2239(\Delta H_{2a} - \Delta H_{1a})$$

추정결과 시나리오 1에서는 의료서비스 지출이 2008년 경상의료비 지출의 6.6%에 해당하는 4조2천억 원이 증가하는 것으로 추정되었다. 그리고 시나리오 2에서는 2008년 경상의료비 지출

138) 종속변수가 로그값이고 잔차항이 정규분포를 따를 경우 로그값의 추정치를 지수함수를 이용하여 변환하면 잔차항의 분산이 클 경우 편향이 발생할 수 있다(Cowpertwait & Metcalfe, 2009). 그러나 모형 5의 추정 결과 평균 제곱오차(Mean Squared Error)가 0.026으로 평균 의료비 지출인 7.73의 0.3%에 불과하므로 이러한 편향은 무시한다.

의 26.2%에 해당하는 16조4천억 원이 증가하는 것으로 추정되었다. 이는 경증에 국한할 경우에도 가격규제를 완화하면 영리법인 진입규제완화에 따른 시장 개방의 효과가 4배가량 증대됨을 시사한다.

3. (3단계) 2단계에서 추정한 의료서비스 지출 증가분은 의료서비스 산업의 산출 증대로 해석할 수 있다. 3단계에서는 2단계에서 추정한 의료서비스 산업 산출 증대에 따르는 고용 및 산출 증대 효과를 추정하였다. 고용 및 산출 증대 효과 추계에는 한국은행 2005년 산업연관표¹³⁹⁾상으로 78개 통합중분류 산업 중 의료 및 보건산업의 생산유발계수와 취업유발계수를 사용하였다. 2005년 산업연관표상으로 의료·보건 산업의 생산유발계수는 산출 1원당 1.77원, 취업유발계수는 지출 10억 원당 16.87명이다. 2단계에서 계산한 의료 산업 산출 증대분은 2008년 가격이므로 GDP 디플레이터를 사용하여 2005년 가격으로 전환한 후 생산 및 취업유발효과를 추정하였다. 추정방식은 다음과 같다 (ΔH_i 는 10억 원 단위로 표기하였다).

$$\Delta Q_i = 1.77\Delta H_i, \Delta E_i = 16.87\Delta H_i \quad (i = 1, 2)$$

추정 결과 시나리오 1에서는 산출이 7조 원, 고용은 6만7천 명 증가하는 것으로 추산되었으며, 이는 2005년 총산출¹⁴⁰⁾ 2,451조5

139) 가장 최근 실측표인 2005년 산업연관표를 사용한다.

140) 부가가치와 중간투입의 합

천억 원의 0.3%, 총고용 2,285만6천 명의 0.3%에 해당한다. 시나리오 2에서는 산출이 27조7천억 원, 고용은 26만5천 명 증가하는 것으로 추정되었으며 이는 각각 총산출의 1.2%, 총고용의 1.2%에 해당한다.

이상 3단계를 거쳐 추정한 의료서비스 시장 개방 및 규제완화의 효과는 다음 <표 15>와 같이 정리할 수 있다. 이 표에서 확인되듯이 시장 개방의 효과를 극대화하기 위해서는 건강보험 가격규제완화가 동반되어야 한다. 가격규제완화가 동반될 경우 의료서비스 시장 개방에 따르는 의료산업의 산출, 총산출, 총고용 증대 효과가 4배 정도 증가함을 확인할 수 있다.

전면적인 건강보험 가격규제를 도입하기 어려운 경우 가격에 대한 지침을 제시하고 필요에 따라서 자율적 가격 설정을 허용하는 점진적인 가격규제완화 방식을 채택할 수 있다. <표 14>의 회귀분석에 사용한 p_reg 변수는 이러한 규제 방식에 1의 값을 부여하고 있다. 따라서 이 경우에는 1인당 의료비 지출의 로그값은 다음과 같이 예측할 수 있다. 이 경우 의료산업 산출 증가율, 총산출 증가율, 고용 증가율을 유사한 방식으로 추정한 결과는 <표 15>의 마지막 행과 같다.

$$\widehat{m}_{2_dt} = X_{--}\widehat{\beta}_{--} + 1 \times \widehat{\beta}_{open} + 1 \times \widehat{\beta}_{p_reg}$$

<표 15>의 마지막 행으로부터 가격규제를 부분적으로 완화할 경우에도 시장 개방의 효과가 2배 이상 증대하는 것을 확인할 수 있다. 이는 결국 해외 영리의료법인 도입의 효과를 극대화하

기 위해서는 가격규제를 완화하여 이윤동기를 창출해야 한다는 점을 시사한다.

<표 15> 의료서비스 시장 개방 및 규제완화의 산출 및 고용증대효과

구 분	시나리오 내용	경상의료비 지출 증가율	총산출 증가율	고용 증가율
시나리오 1	시장 개방+영리법인 규제완화	6.6%	0.3%	0.3%
시나리오 2	시나리오 1+가격규제완화	26.2%	1.2%	1.2%
시나리오 2_all	시나리오 1+가격규제 부분 완화	15.0%	0.7%	0.7%

〈표 16〉은 의료서비스 시장 개방 및 규제완화에 따른 생산 및 고용 증대의 산업별 분포를 보여준다. 각 산업별 생산 및 고용 증대분은 의료 및 보건산업의 산업별 생산유발계수와 산업별 취업유발계수에 의료비 지출 증가 추정치를 곱하여 추정하였다. 〈표 16〉은 이렇게 구한 각 산업별 생산 및 고용유발 증대분을 총산출 및 총고용 증대분으로 나눈 값이다.

〈표 16〉에서 보는 바와 같이 고용 및 생산유발효과는 의료 및 보건서비스에 집중되었다. 의료 및 보건산업은 생산유발효과의 57.5%, 고용유발효과의 65.1%를 차지하였다. 그리고 여타 서비스업이 고용유발효과의 22.4%를 차지하여 의료서비스 시장 규모 확대에 의한 고용유발효과는 87.5%가 서비스업에서 발생하였다.¹⁴¹⁾

141) 서비스업 고용이 비정규직 비중이 높고 급여가 낮기 때문에 고용의 질이 낮으므로 개방의 이익이 과대평가되었다고 지적할 수 있다. 그러나 이는 현재 노동시장에서 비정규직 비중이 높은 형태로 균형이 유지되고 있기 때문이며, 이는 본 연구가 제약조건으로 받아들여야 하는 부분이다. 서비스업 고용의 질을 제고하는 과제는 본 연구의 범위를 벗어난다. 단, 고용

반면 생산유발효과의 20.7%는 제조업에서 발생하여 의료 및 보건산업을 제외한 모든 산업 중 가장 생산 및 고용유발효과의 비중이 가장 높았다. 이는 제약산업에 대한 생산유발의 영향으로 볼 수 있다. 고용에 있어서도 제조업 고용 증대분이 총고용 증대의 7.3%를 차지하여 서비스업을 제외한 전 산업에서 가장 높은 비중을 보여주고 있다.¹⁴²⁾

제4장 3절에서는 의료서비스 시장 개방 및 규제완화의 생산 및 고용파급효과를 추정하였다. 건강보험 가격규제는 유지한 채 영리법인 진입만을 허용하여 해외 영리의료법인에 시장을 개방할 경우 의료서비스 시장 규모는 6.6%, 총산출 및 총고용은 0.3% 증대하는 것으로 추정되었다. 그런데 건강보험 가격규제를 경증에 대해서 완화할 경우 의료서비스 시장 규모는 26.2%, 총산출 및 총고용은 1.2% 증가하여 시장 개방의 효과를 약 4배 증폭시킬 수 있는 것으로 추정되었다. 건강보험 가격규제를 부분적으로만 완화할 경우에도 의료서비스 시장 규모는 15.0%, 총산출 및 총고용은 0.7% 증가하는 것으로 추정되었다. 산출 및 고용증대효과는 의료 및 보건산업에 집중되었다.

이 없는 상태보다는 급여가 낮은 고용이라도 창출되는 상태가 가계의 제2소득원의 고용을 확대시켜 가계후생의 개선할 수 있다(이철희, 2006).

142) 각 산업의 구성은 산업연관표 중분류 통합부문 상품 및 서비스 분류를 기준으로 다음과 같다. 농림수산업: 1~5, 광산업: 6-8, 제조업: 9-52, 전력·가스·수도: 53-54, 건설: 55-56, 의료 및 보건 서비스: 71, 여타 서비스: 57~70, 72~77, 기타: 78

<표 16> 수출 및 고용증대효과의 산업별 분포

구 분	생산증대효과	고용증대효과
농림수산업	0.9%	4.6%
광산업	0.0%	0.0%
제조업	20.7%	7.3%
전력·가스·수도	1.8%	0.3%
건설	2.0%	0.4%
의료 및 보건 서비스	57.5%	65.1%
여타 서비스	16.7%	22.4%
기타	2.2%	-

4. 소 결

제4장에서는 의료서비스 시장 개방 및 의료서비스 산업 규제 완화에 따른 산출 및 고용증대효과를 분석하였다. 분석은 2단계에 걸쳐 진행되었다. 우선 1단계로 시장 개방, 영리의료법인 진입규제, 그리고 가격규제가 의료서비스 시장의 규모에 미치는 영향을 OECD 국가의 2005~2008년 패널자료를 이용하여 추정하였다. 그리고 2단계로 1단계의 추정 결과를 바탕으로 영리의료법인 규제가 해소되어 실질적 시장 개방이 이루어진 경우(시나리오 1)와 시장 개방과 가격규제완화가 병행된 경우(시나리오 2)로 나누어서 의료서비스 시장 규모의 변화, 총산출의 변화, 총고용의 변화를 추정하였다. 추정 결과 영리의료법인 규제완화와 시장 개방이 병행될 경우 의료서비스 시장 규모는 6.6%, 총산출 및 총고용은 0.3% 증가하는 것으로 추정되었다. 그리고 외래진료에 대해서 건강보험 가격규제가 추가로 완화될 경우 시장 규모는 26.2%, 총산출 및 총고용은 1.2% 증가하는 것으로 추정되었다.

1단계에서는 OECD 25개 국가의 2005~2008년 자료를 활용하여 1인당 경상의료비 지출에 시장 개방, 영리의료법인 진입규제, 가격규제가 미치는 영향을 추정하였다. 추정 결과 시장이 개방된 국가의 1인당 경상의료비 지출은 개방되지 않은 국가보다 10.8% 높았으며, 급성기 병상 중 영리의료법인의 급성기 병상 비중이 1%포인트 높은 국가에서는 0.8% 높았고, 가격규제의 강

도가 한 단계 낮은 국가에서는 29.3% 높은 것으로 파악되었다.

이 결과를 한국의 2008년 의료시장에 적용하여 생산 및 고용 유발효과를 구하였다. 영리의료법인이 허용되어 시장이 실질적으로 개방되었을 경우에는 의료시장 규모가 6.6%(4조2천억 원) 증가하였다. 이를 2005년 산업연관표상의 생산유발계수 및 취업유발계수에 적용한 결과 총산출 및 총고용은 각각 0.3%(7조 원, 6만 7천 명) 증가하는 것으로 추산되었다. 그리고 외래진료에 대한 건강보험 가격규제가 완화되면 의료시장 규모는 26.2%(16조5천억 원), 총산출 및 총고용은 1.2%(27조7천억 원, 26만5천 명) 증가하는 것으로 추산되었다. 산출 증대의 57.5%, 고용 증대의 65.1%는 의료 및 보건산업에 집중되었으며, 고용 증대의 87.5%는 서비스업에서 발생하였다. 반면 제약산업에 대한 생산유발효과로 인해 제조업 산출 증대가 총산출 증대의 20.7%를 차지하였고, 제조업 고용 증대도 총고용 증대의 7.3%에 달하였다.

4장의 결과는 시장 개방의 효과를 극대화하기 위해서는 건강보험 가격규제를 완화하는 것이 필요함을 암시한다. 영리법인 진입규제완화에 따른 시장 개방의 효과는 건강보험 가격규제가 병행되었을 경우에 4배 이상으로 증대하였다. 제2~3장에서 살펴본 바와 같이 가격 설정을 외래진료에 대해서만 이라도 자유화하면 생산자들의 이윤 동기를 강화하여 상업적 서비스의 공급을 확대하는 질적인 효과가 있다. 제4장의 결과는 제2~3장에서 확인한 질적인 효과 외에도 양적으로 가격규제가 완화되면 억제된 의료서비스 소비가 정상화되면서 총산출 및 총고용이 증대되는 효과가 있음을 시사한다.

제5장 요약 및 결론



본 연구는 의료서비스 시장 개방의 필요성을 점검하고, 시장 개방에 따른 고용 및 산출증대효과를 파악하였다. 소득의 증대 및 인구고령화에 따라 향후에는 의료서비스 수요가 상업적 서비스를 중심으로 재편될 것으로 전망되었고, 이러한 수요는 의료적 서비스 공급이 중심인 현재의 의료서비스 공급 방식으로는 소화하기 어려울 것으로 예상되었다. 따라서 상업적 서비스 공급 확대를 위해서는 시장을 개방하여 해외 의료기관을 영입할 필요가 있는 것으로 파악되었다. 그런데 해외 의료기관 영입을 극대화하기 위해서는 이윤의 해외 송금이 가능하도록 영리 의료법인 진입규제를 철폐하고, 건강보험 가격규제를 완화하여 이윤창출의 기회를 제공해야 하는 것으로 드러났다. 이러한 시장 개방의 효과를 OECD 25개국의 2005~2008년 패널자료를 통해 분석한 결과 의료서비스 시장 규모는 6.6~26.2%, 총산출 및 총고용은 0.3~1.2% 증대되는 것으로 추정되었다.

제2장에서는 의료서비스 시장의 현황을 점검하고 시장 개방의 필요성을 진단하였다. 현재 한국 의료서비스 시장은 국민소득 수준에 비해 매우 작은 수준이었으며, 향후 소득의 증가 및 인구구조의 고령화가 수요 증대를 견인할 것으로 예측되었다. 그런데 소득 증가 및 인구구조 고령화에 따른 의료서비스 수요는 기존의 진료가 중심인 의료적 서비스에 대한 수요에서 소비자의 개인적이고 비의료적인 요구까지 소화하는 상업적 서비스에 수요로 전환될 것으로 전망되어서, 현재의 소규모 개인병원 중심의 공급구조로는 소화하기 어려운 것으로 파악되었다. 이러한 상업적 서비스에 대한 수요를 충족하기 위해서는 해외 의료

기관을 유치하여 상업적 서비스 공급에 대한 이들의 경험을 활용하는 한편, 국내 의료기관에게 경쟁 압력을 제고할 필요가 있는 것으로 확인되었다.

제3장에서는 시장 개방을 위해 필요한 규제완화의 내용을 확인하고, 규제완화의 부작용을 해소하기 위한 보완책을 제시하였다. 해외 의료기관 유치를 위해서는 상법상 회사법인에 의료기관 개설을 허가하여 획득한 이윤을 해외로 배분할 수 있도록 허용해야 하고, 건강보험 당연지정제를 완화하여 이윤창출의 기회를 확대해야 하는 것으로 파악되었다. 따라서 영리의료법인의 진입은 허용하고, 외래진료를 중심으로 하는 경증에 한해서 소비자들에게 건강보험을 대체하는 민영의료보험을 선택할 수 있도록 하여 건강보험을 통한 가격규제를 완화하는 방향을 제시하였다. 그리고 저소득층의 부담을 완화하기 위해서 경증에 대한 건강보험은 유지하고, 비영리법인에 대해서는 건강보험 당연지정제를 유지하도록 하였다.

영리의료법인 도입에 따른 부작용으로는 이윤동기로 인한 진료의 질 저하, 그리고 의료기관의 지역적 편재 심화가 나타날 가능성이 제기되었다. 이에 대한 대응책으로는 불필요한 진료를 남발하고 진료의 질이 낮은 의료기관은 소비자들이 기피할 수 있도록 의료기관에 대한 정보를 제공할 것, 그리고 공공의료기관 공급을 확충하여 의료기관의 지역적 편재에 대응할 것을 제안하였다. 소비자 선택을 강화하기 위해서 의료기관의 진료 가격 및 진료 실적을 온라인으로 제공하는 ‘국가의료정보망’을 개설하여 선택에 필요한 정보를 제공할 것을 제안하였다.

경증에 대한 건강보험 당연지정제 완화에 따른 부작용으로는 도덕적 해이로 인해 불필요한 진료의 증대, 비의료적인 행정비용의 증가, 건강 취약계층의 보험가입 장애 발생 가능성이 제기되었다. 이에 대한 보완책으로 소비자들의 민간보험에 대한 선택을 강화하여 민영보험회사들이 의료기관의 불필요한 진료를 억제하는 경쟁을 촉진할 것을 제안하였다. 그리고 국가가 민영 의료보험의 판매, 보험료 수납 및 보험급여 지급을 대행하여 비의료적 비용을 절감할 것을 제안하였다. 건강 취약계층에 대해서는 보험사에 임의추출한 무기명 건강보험 개인 의료정보의 표본을 제공하여 위험을 반영한 보험료를 책정할 수 있도록 허용하되, 무제한 가입을 연 1개월 허용하도록 강제하여 대응하도록 하였다. 그리고 보험료 상승으로 인한 저소득층의 부담을 해소하기 위해 건강보험의 경증 진료에 대한 보험급여 지급 기능을 유지하고, 비영리법인에 대해서는 건강보험 당연지정제를 유지할 것을 제안하였다.

제4장에서는 제2~3장에서 제시한 시장 개방 및 규제완화로 인한 산출 및 고용증진효과를 추정하였다. OECD 25개국의 2005~2008년 패널자료를 이용하여 시장 개방, 영리의료법인의 급성기 병상 비중, 가격규제의 정도가 의료시장 규모에 미치는 영향을 추정하였고, 그 결과를 활용하여 시장 개방 및 규제완화에 의한 생산 및 고용증대효과를 추정하였다. 그 결과 영리의료법인 규제가 해소되어 실질적인 시장 개방이 이루어질 경우 총 산출 및 총고용이 0.3% 증가하는 것으로 파악되었다. 그리고 경증 진료에 대한 가격규제가 완화될 경우 총산출 및 총고용이

1.2% 증가하는 것으로 파악되어 가격규제완화가 시장 개방의 효과를 4배 증대시킬 수 있음을 확인하였다.

본 연구는 의료서비스 시장 개방과 의료서비스 산업 규제완화 간의 관계를 규명하였다는 점에서 기존 연구결과와 차별성을 가진다. 본 연구와 같이 이 두 가지 주제가 상호 긴밀하게 연관되어 있다는 문헌은 간헐적으로 제시되었으나(김준동 외, 2003), 실제로 규제완화가 시장 개방의 성과를 얼마나 확대할 수 있는지를 규명하려는 시도는 희소하였다. 의료서비스 산업 규제완화에 대한 연구 역시 찬반 의견이 활발하게 개진되었으나, 규제완화를 통해 시장이 개방되고 경쟁이 강화되는 효과에 대한 고려는 부족하였다. 본 연구는 실증분석을 통하여 규제완화가 시장 개방의 효과를 촉진한다는 증거를 제시하였다. 이러한 결과는 시장 개방 및 규제완화 연구의 연계가 약한 기존 연구의 공백을 해소하는 데 일조하였다고 할 수 있다.

본 연구의 결과는 의료서비스 시장 개방 및 의료서비스 산업 규제완화와 관련해서 다음과 같은 정책적 시사점을 갖는다. 첫째, 시장 개방과 관련해서 본 연구는 기존의 경제자유구역 중심의 제한적 시장 개방으로서는 효과를 기대하기 어려움을 시사한다. 제3장에서 상술하였듯이 영리의료법인 진입규제를 해소하지 않고는 해외 의료기관의 진입이 원천적으로 봉쇄된다. 그리고 제4장에서 제시한 바와 같이 가격규제가 완화되지 않으면 시장 개방의 효과가 4분의 1로 격감한다. 이는 의료서비스 시장 개방의 효과는 의료서비스 산업의 성장을 가로막는 규제완화가 병행되어야만 실현이 가능함을 시사한다.

둘째, 본 연구결과는 의료서비스 시장의 비효율성을 개선하는 방식을 전환할 필요가 있음을 보여준다. Arrow(1963)의 고전적인 주장 이래 의료서비스 시장은 대표적으로 정보의 비대칭성에 의한 시장의 실패가 심각한 시장이고, 따라서 엄격하게 규제되어야 한다는 시각이 지배적이었다. 그러나 제3장에서 적시했듯이 기존의 규제는 정보의 비대칭성 자체를 완화하기보다는, 그로 인한 바람직하지 못한 결과인 의료의 질 저하·불필요한 의료비 지출 증가·건강 취약계층 보험가입 장애를 억제하는 것을 목적으로 하였다. 따라서 시장의 비효율성은 유지되면서 규모만 축소되는 결과를 가져왔다. 그러나 본 연구에서 제시하였듯이 정보의 비대칭성을 완화하는 형태의 개입을 통해서 시장의 실패를 완화하는 방법이 존재한다. 이미 보험사와 의료기관 간의 진료의 필요성에 대한 정보의 비대칭성을 해소하기 위한 방안들이 의료보험산업 내부의 혁신에 의해서 고안되어 왔고, 공공부문에서도 이들 방안을 적극적으로 채용하고 있는 것이 현실이다. 따라서 이러한 정보의 비대칭성을 완화하는 방안들을 도입하고 기존의 규제를 적절히 완화하면 양적으로는 의료서비스 산업을 성장시키고 산출 및 고용을 증대시키는 효과가 있으며, 질적으로도 향후 증대하는 맞춤형 의료서비스 수요를 소화할 수 있는 상품 혁신을 촉진시킬 수 있다는 장점이 있다. 따라서 규제를 완화하면서 정보의 공급은 확대하여 시장 규모를 확대하는 개방적인 접근이 필요하다.

본 연구가 제시하는 제도 조합에 대해서 다음과 같은 두 가지 문제점을 지적할 수 있다 첫째, 미국의 경우를 보면 민영의

료보험 보험료 지불 부담은 기업으로 전가되어 기업의 부담을 가중시킨다. 둘째, 본 연구에서 제시하는 방안은 결국 기존의 규제를 새로운 규제로 대체할 뿐이므로 사회적 후생은 증가하지 않을 것이다. 이러한 문제점을 억제하기 위해서 본 연구는 의료비 지출 부담의 증가를 최대한 억제하였으며, 정부의 시장 개입을 시장 기능을 대신하는 현재의 방식에서 시장의 기능을 촉진하는 방향으로 재편하고자 시도하였다. 이를 상술하면 다음과 같다.

첫째, 본 연구는 비용의 급작스러운 증대를 막기 위한 여러 가지 장치를 활용할 것을 함께 제안하고 있다. 우선 민영건강보험이 진입하는 영역을 경증으로 제한하여 절대적인 부담을 축소하였다. 그리고 건강보험의 경증 보장 기능을 유지하도록 하였다. 이렇게 되면 민영보험이 건강보험과 경쟁 상태에 있기 때문에 고객 유치를 위해서는 보험료를 높게 책정하기 어렵고, 따라서 기업에게 주는 부담 역시 제한된다. 그리고 보험사 간 경쟁을 강화하고 국가가 행정비용을 여전히 부담하게 하여 진료 이외의 비용이 주는 부담은 최소화하였다. 또한 건강이 취약한 계층에 대해서는 국가가 보험급여를 보조하도록 하여 민간의 부담을 경감하였다. 마지막으로 피고용인의 의료비를 분담하는 기업은 주로 보험사와 협상을 통해 보험료 수준을 낮출 수 있는 대기업이다. 따라서 기업이 스스로 합리적인 수준에서 진료비 부담을 통제할 수 있는 여력이 있다. 이러한 요소들을 종합하여 보면 기업의 부담도 합리적인 수준으로 억제될 수 있을 것으로 기대한다.

둘째, 본 연구에서 정부의 개입은 시장에서 정보의 소통을 활성화하여 시장 거래를 촉진하는 것을 목적으로 한다. 과거의 규제가 정부가 가격과 거래량을 제한하는 성격이었다면, 본 연구에서 제시하는 정부 개입은 가격과 거래량의 결정은 시장에 맡기되 거래를 위축시키는 정보의 비대칭성을 해소하는 역할을 한다. 증권시장의 예를 보면 정보의 비대칭성 해소를 위한 제도적 장치들의 순기능을 이해할 수 있다. 예를 들자면 본 연구에서 제시하는 공공의료기관 정보망의 역할은 펀드의 정보를 제공하는 민간 인터넷 사이트와 유사한 역할을 하며, 민영보험 판매 대행 공공기구는 증권거래소와 유사한 역할을 수행한다. 펀드 정보의 제공이나 증권거래소의 역할이 시장 거래를 위축시킨다는 비판은 찾아보기 어렵다. 더군다나 본문에서 서술하였듯이 이러한 보완책들은 기존에 유사한 기능을 수행하는 제도적인 장치들을 적절히 변형하여 시행할 수 있다. 따라서 본 연구에서 제시하는 보완책이 시장의 운용을 제약하거나 복잡한 관료제를 신설하여 규제완화의 이익을 잠식할 가능성은 제한적이다.

이제 추후의 과제를 제시하면서 결론을 맺는다. 본 연구는 의료서비스 시장 개방 및 규제완화를 연결시키는 연구의 출발점으로 의의는 있으나, 정책적인 실용성을 갖기 위해서는 보다 정교한 연구가 필요하다. 본 연구에서는 기존 문헌의 관행에 맞추어 의료서비스 시장 개방 및 규제완화의 효과를 축약형(reduced form) 추정에 의해서 규명하였다. 그러나 축약형 추정은 구체적으로 어떠한 경로를 통해서 규제완화가 시장 개방의 효과를 촉진시

키는지 규명하지 못한다는 한계가 있다. 이러한 관계를 규명하기 위해서는 의료 소비자, 의료기관, 의료보험사의 상호작용을 반영하는 미시적 모형에 기초한 연산일반균형(Computable General Equilibrium) 분석, 혹은 구조형(Structural form) 추정이 필요하다.

또한 본 연구의 결론은 정보가 적절히 보급된다면 소비자 및 보험사가 정보의 비대칭성을 극복하고 의료기관의 효율성 경쟁을 유도할 수 있다는 전제에 의존한다. 이 가정은 또한 소비자에게 정보를 보급하는 제도적 장치들인 ‘국가의료정보망’과 ‘보험 판매대행기구’를 통해 소비자가 합리적인 선택을 할 수 있다는 가정과 보험사들이 선불제 수가제도, 사전·사후 점검, 선택적 계약 등을 통해서 의료기관의 공급자 유도 수요(SID)를 억제할 수 있다는 가정에 기초한다. 이러한 상황이 국내의 현실에서도 적용될 수 있는지 여부에 대한 실증적인 연구가 필요하다. 이러한 연구들은 추후의 과제로 삼는다.

참고문헌

- 강성욱·이성호, 「유헬스(u-Health)의 경제적 효과와 성장전략」, 이슈
페이퍼. 삼성경제연구소, 2007.
- 국민건강보험공단, 「2007년도 건강검진 결과분석」, 2008.
- 국민건강보험공단, 「2009년 건강보험 주요통계」, 2010.
- 국민건강보험공단, 「2009년 건강보험 재정현황」 <<http://www.nhic.or.kr/>>
- 김기열·변영선, 『비영리법인 회계와 세무 실무』, 삼일인포마인, 2010.
- 김준동·정영호·최병호·안덕선, 『DDA 협상 보건의료분야의 주요 쟁
점 및 정책과제』, 정책연구 03-18, 대외경제연구원, 2003.
- 대한병원협회·한국병원경영연구원, 『2007·2008 병원경영통계』, 한국
병원경영연구원, 2010.
- 박정수·이건우·박문수·이경희·유현선, 『신성장동력 서비스산업의 경
쟁우위 확보전략』, 연구보고서 제557호, 산업연구원, 2009.
- 보건복지부, 「건강보험 보장성 강화방안」, 2005.
- 보건복지부, 연세대학교 의료·복지연구소, 「2008년 국민의료비 및 국
민보건계정」, 2010.
- 윤희숙·고영선, 「의료서비스부문 규제환경의 문제점과 개선방안」,
KDI Focus, 2010.
- 이재희, 「보건의료서비스 산업」, 김주훈 (편), 「서비스부문의 선진화
를 위한 정책과제」 제9장, 2007, pp.377-435.
- 이철희, 「1996~2000년 가구소득불평등 확대요인 분해: 임금, 고용, 근
로시간, 가구구조 변화의 효과」, 신인석·한진희 편, 「경제위기 이
후 한국경제 구조변화의 분석과 정책방향」, 연구보고서 2006-07,

- 한국개발연구원, 2006, pp.345-391.
- 재정경제부 복지경제과, 경희대학교 의료산업연구원, 『의료산업화론의 이론적 배경 연구』, 2006.
- 전창배·윤태호·고민창·문성웅, 『의료기관 영리성에 관한 연구』, 연구보고서 2006-07, 국민건강보험공단, 2006.
- 정기택·하봉찬·서울대 의대 의료정책연구실, 「의료서비스 산업의 2020 비전과 전략」, 정책자료 2007-66, 산업연구원, 2007.
- 제주투데이, 「빛지고 문닫고 ... 고소득상징 의사도 파산사례」, 2010. 8. 5.
- 통계청 KOSIS DB
- 한국은행, 『2005년 산업연관표』, 2008.
- 한국은행 ECOS DB
- 한국개발연구원·한국보건산업진흥연구원, 『투자개방형 의료법인 도입 필요성 연구』, 2009.
- Acton, J. P., “Nonmonetary Factors in the Demand for Medical Services: Some Empirical Evidence,” *The Journal of Political Economy* 83(3), 1975, pp.595-614.
- American Hospital Association, “AHA Hospital Statistics: 2010 Edition,” 2010.
- Arrow, K. J., “Uncertainty and the welfare economics of medical care,” *American Economic Review* 53(5), 1963, pp.941-973.
- Beaulieu, Nancy D., “Quality Information and Consumer Health Plan Choices,” *Journal of Health Economics* 21, 2002, pp.43-63.
- Blake, David, “The United Kingdom: Examining the Switch from

- Low Public Pensions to High-Cost Private Pensions,” in Feldstein, Martin and Horst Siebert (eds.), *Social Security Pension Reform in Europe*, National Bureau of Economic Research, 2002.
- Chakravartya, Sujoy., Martin Gaynor, Steven Kleppera and William B. Vogta, “Does the profit motive make Jack nimble? Ownership form and the evolution of the US hospital industry,” *Health Economics* 15, 2006, pp.345-361.
- Chassin, Mark et al., “Does Inappropriate Use Explain Geographic Variations in the Use of Health Care Services? A Study of Three Procedures,” *Journal of American Medical Association* 258(18), 1987, pp.2533-2537.
- Colombo, F and N. Tapay, “The Slovak Health Insurance system and the Potential Role for Private Health Insurance: Policy Challenges,” OECD Health Working Papers No.11, OECD Publishing, 2004.
- Colombo, F., “Towards More Choices in Social Protection?: Individual Choice of Insurer in Basic Mandatory Health Insurance in Switzerland,” OECD Labor Market and Social Policy Occasional Papers No.53, OECD Publishing, 2001.
- Cowpervait, Paul S. P., Metcalfe, Andrew V., *Introductory Time Series with R*, Springer, 2009.
- Cutler, David M. & Richard J. Zeckhauser, “The Anatomy of Health Insurance,” in A.J. Culyer & J.P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*, Vol.1A, 2000, pp.563-643.
- Cutler, David M. & S. J. Reber, “Paying for health Insurance: the

- tradeoff between competition and adverse selection,” *Quarterly Journal of Economics* 113(2), 1988, pp.433-466.
- Dave, D. & Kaestner, R., “Health Insurance and Ex Ante Moral Hazard: Evidence from Medicare,” Working paper No.12764, National Bureau of Economic Research, 2006.
- Easley, David & Maureen O’Hara, “The Economic Role of the Nonprofit Firm,” *The Bell Journal of Economics* 14(2), 1983, pp.531-538.
- Folland, Sherman, Allen C. Goodman, and Miron Stano, *The Economics of Health and Health Care*, Prentice Hill, 2010.
- Gerdtham, Ulf-G., B. Jónsson, M. MacFarlan and H. Oxley, “The determinants of health expenditure in the OECD countries,” in P. Zweifel (ed.), *Health, The Medical Profession and Regulation*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, 1998.
- Gerdtham, Ulf-G. & Bengt Jónsson, “International Comparisons of Health Expenditure: Theory, Data and Econometric Analysis,” in A.J. Culyer & J.P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics* Vol.1A, 2000, pp.12-53.
- Ginsburg, Paul B. & Len M. Nichols, “The Health Care Cost-Coverage Conundrum: The Care We Want vs The Care We Can Afford,” Center for Studying Health System Changes, 2003.
- Glied, Sherry, “Managed Care,” in A.J. Culyer & J.P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics* Vol.1A, 2000, pp.707-753.
- Grossman, “The Human Capital Model,” in A.J. Culyer & J.P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics* Vol.1A, 2000,

- pp.347-408.
- Gruber, J., "The effects of competitive pressure on charity - hospital response to price shopping in California," *Journal of Health Economics* 13(2), 1994, pp.183-212.
- Haas-Wilson, Deborah, "Consumer Information and Providers' reputations: An Empirical Test in the Market for Psychotherapy," *Journal of Health Economics* 9, 1990, pp.321-333.
- Hansmann, Henry., Daniel Kessler, and Mark McClellan, "Ownership form and Trapped capital in the Hospital Industry," Working paper No.8989, National Bureau of Economic Research, 2002.
- Hartz, A.J., H. Krakauser, and E.M. Kuhn, "Hospital characteristics and mortality rates," *New England Journal of Medicine* 321, 1989, pp.1720-1725.
- Hellinger, Fred J., "The Impact of Financial Incentives on Physician Behavior in Managed Care Plans: A Review of the Evidence," *Medical Care Research and Review*. 53(3), 1996, pp.294-314.
- Hirth, Richard A., Michael E. Chernew and Sean M. Orzol, "Ownership, competition, and the adoption of new technologies and cost-saving," *Inquiry* 37(3), 2000, pp.282-294.
- Hoerger, Thomas J. & Leslie Z. Howard, "Search Behavior and Choice of Physician in the Market for Prenatal Care," *Medical Care* 33(4), 1995, pp.332-349.
- Holcik, Jan & Iлона Koupilova, "Primary health care in the Czech Republic: brief history and current issues," *International Journal of Integrated Care* 1(1), 2000, pp.1-10.

- Howard, David H., "Quality and Consumer Choice in Healthcare: Evidence from Kidney Transplantation," *Topics in Economic Analysis and Policy* 5(1), Article 24, 2005.
- Keeler, E. B., L.V. Rubinstein, K.L. Kahn, D. Draper, E.R. Harrison, M.J. McCinty, W.H. Rogers and R. H. Brook, "Hospital characteristics and quality of care," *Journal of American Medical Association*. 268(13), 1992, pp.1709-1714
- Kessler, Daniel & Mark McClellan, "Do Doctors Practice Defensive Medicine?," *Quarterly Journal of Economics*. 111(2), 1996, pp.353-390
- Kingsdale, Jon., "Report to the Massachusetts Legislature Implementation of the Health Care Reform Law, Chapter 58 2006-2008," 2008.
- Lafortune Geatan, Gaelle Balestat and the Disability Study Expert Group Members, "Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implication," Health Working Papers No.26, OECD, 2007.
- Lakdawalla, Darius & Thomas Philipson, "The Nonprofit Sector and Industry Performance," *Journal of Public Economics* 90(8-9), 2006, pp.1681-1698 .
- Leonard, Kenneth L., "Is patient satisfaction sensitive to changes in the quality of care? An exploitation of the Hawthorne effect," *Journal of Health Economics* 27, 2008, pp.444-459.
- Ma, C.A., "Health Care Payment Systems: Cost and Quality Incentives". *Journal of Economics and Management Strategy* 3(1), 1994, pp.93-112.
- Miller, Robert H. & Harold S. Luft, "Does Managed Care Lead to

- Better Or Worse Quality of Care?," *Health Affairs*, 16(5), 1997, pp.7-25.
- Miller, Robert H. & Harold S. Luft, "HMO Plan Performance Update: An Analysis of The Literature, 1997-2001," *Health Affairs* 21(4), 2001, pp.63-86.
- National Committee for Quality Assurance, "The State of Health Care Quality 2010," 2010. (<http://www.ncqa.org>)
- Neuman, Patricia. Ed Maibach, Katharine. Dusenbury, Michelle Kitchman, and Pam Zupp, "Marketing HMOs to Medicare Beneficiaries: Do Medicare HMOs target healthy seniors?," *Health Affairs* 17(4), 1998, pp.132-139.
- Newhouse, J. P., "Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection," *Journal of Economic Literature* 34, 1996, pp.1236-1263.
- Newhouse, J. P., "Medical Care Expenditure: a cross-national survey," *Journal of Human Resources* 12, 1977, pp.115-125.
- Newhouse, J. P. & the Insurance Experiment Group, *Free for all? Lessons form the RAND Health Insurance Experiment*, Harvard University Press, 1993.
- Norton, Edward C. & Douglas O. Staiger, "How Hospital Ownership Affects Access to Care for the Uninsured," *The RAND Journal of Economics* 25(1), 1994, pp.171-185.
- OECD, "Private Health Insurance in OECD Countries," 2004.
- OECD, *OECD Health Data 2010*, 2010.
- OECD.StatExtract (<http://stats.oecd.org/Index.aspx>)

- Paris, V., M. Devaux & L. Wei, "Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries," OECD Health Working Papers No.50, OECD Publishing, 2010. <doi:10.1787/5kmxfq9qbnr-en>
- Pauly, M., "Is Cream-Skimming a Problem for the Competitive Medical Market?," *Journal of Health Economics* 3, 1984, pp.87-95.
- Pauly, M., Allison Percy and Bradley Herring, "Individual Versus Job-Based Health Insurance: Weighing The Pros and Cons," *Health Affairs* 18(6), 1999, pp.28-44
- Pauly, M. V. & M. Redisch, "The not-for-profit hospital as a physicians' cooperative," *American Economic Review* 63(1) pp.87-99.
- Pearson, Mark, "Disparities in health expenditure across OECD countries: Why does the United States spend so much more than other countries," OECD, 2009.
- Scanlon, Dennis P., Michael Chernew, Catherine McLaughlin and Gary Solon, "The impact of Health Plan Report Cards on Managed Care Enrollment," *Journal of Health Economics* 21(1), 2002, pp.19-41.
- Scott, Anthony, "General Practice" in A.J. Culyer & J.P. Newhouse, eds. *Handbook of Health Economics* Vol.1B, 2000, pp.1176-1200.
- Shortell, S. & E.F.X. Hughes, "The effects of regulation, competition, and ownership on mortality rates among hospital inpatients," *New England Journal of Medicine* 318(17), 1998, pp.1100-1107.
- Sloan, Frank, A., "Not-For-Profit Ownership and Hospital Behavior"

- in A.J. Culyer and J.P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics* Vol.1B, 2000, pp.1141-1174.
- Sloan, F.A., & D.H. Taylor, "Does ownership affect the cost of Medicare?," in: A.J. Rettenmaier and T.R. Saving (eds.), *Medicare Reform: Issues and Answers*, University of Chicago Press, Chicago, 1999.
- Sloan, F.A., G. Picone, D.H. Taylor, and S. Y. Chou, "Does where you are admitted make a difference? An analysis of Medicare data," Working Paper No.6896, National Bureau of Economic Research, 1998.
- Sloan, F.A., J. Valvoan and R. Mullner "Identifying the issues: A statistical Profile," in: F.A. Sloan, J. F. Blumstein and J. H. Perrin (eds.), *Uncompensated Hospital Care: Rights and Responsibilities*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore, MD, 1986, pp.16-53.
- Sloan, Frank. A. & Robert A. Vraciu, "Investor-Owned and Not-For-Profit Hospitals: Addressing Some Issues," *Health Affairs* 2(1), 1983, pp.25-73.
- Strattmann, T., "What do medical services buy," Effects of doctor visits on work day loss," *Eastern Economic Journal* 25, 1999, pp.1-16.
- Temin, Peter, "An Economic History of American Hospitals," in H.E. French III (ed.), *Health Care in America*, San Francisco, Pacific Research Institute for Public Policy, 1998, pp.75-102.
- Thaler, Richard H. & Cass R. Sunstein, *Nudge: Improving Decision*

- About Health, Wealth, and Happiness*, Penguin Books, 2009.
- The Henry J. Kaiser Family Foundation, “Medicare Advantage Fact sheet: September 2010,” 2010. <<http://www.kff.org/medicare/2052.cfm>>
- Tumlinson A, Bottigheimer H, Mahoney P, Stone EM, and Hendricks A., “Choosing a Health Plan: What Information Will Consumers Use?,” *Health Affairs* 16(3), 1997, pp.229-238.
- U.S. Center for Medicare & Medicaid Services, “Medicare & You 2011,” 2010.
- U.S. Congress Office of Technology Assessment, “Medicare’s Prospective Payment System: Strategies for Evaluating Cost, Quality, and Medical Technology,” OTA-H-262, Washington, DC: U.S. Government Printing Office, October 1985.
- U.S. Medicare Payment Advisory Commission, “Health Care Spending and the Medicare Program: A Data Book,” The Commission, 1998.
- U.S. General Accounting Office, “Private Health Insurance: Federal and State Requirements Affecting Coverage Offered by Small Business,” GAO-03-1133, 2003.
- Van Barneveld, E., Van Vliet, R, and Vand de Ven, W., “Mandatory Pooling as a supplement to Risk-Adjusted Capitation Payments in a Competitive Health Insurance Market,” *Social Science and Medicine* 47, 1996, pp.223-232.
- Van de ven, Wynand P.M,M and Randall P. Ellis, “Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets,” in A.J. Culeyr & J.P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics* Vol.1A., 2000,

- pp.755-845.
- Vitaliano & Toren, "Hospital Cost and Efficiency in a Regime of Stringent Regulation," *Eastern Economic Journal* 22(2), 1996, pp.161-172.
- Warren, Tony, "The impact on output of impediments to trade and investment in telecommunications services," in Findlay C. & T. Warren (eds.), *Impediments to Trade in Services: Measurement and Policy Implications*, New York: Routledge, 2001, pp.85-100.
- Weisbrod, B. A., *The Nonprofit Economy*, Harvard University Press, Cambridge, M.A., 1988.
- WTO, "The General Agreement on Trade in Services: An introduction," 2006. (http://www.wto.org/english/tratop_e/serv_e/serv_e.htm)
- Young, G. J., K. Desai and C. Lucas, "Does the sale of nonprofit hospitals threaten health care for the poor?," *Health Affairs* 16(1), 1997, pp.137-141.
- Zweifel, P, Friedrich Breyer, and Mathias Kifmann, *Health Economics*. Springer, 2009.
- Zweifel, P, Lukas Steinmann, and Patrick Eugster, "The Sisyphus Syndrome in Health Revisited," *International Journal of Health Care Finance and Economics* 5(2): 2005, pp.127-145.
- Zweifel, P. & Willard G. Manning, "Moral Hazard and Consumer Incentive in Health Care," in A.J. Culyer & J.P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*. Vol.1A., 2000, pp.409-459.

Abstract

Analyzing the effect of opening Korean Medical service market

Sung Won Kang

This paper analyzes the effect of opening Korean Medical service market on production and employment. Currently, for-profit corporation is not allowed to open a hospital. And the price of 60% of Korean Medical expenditure is regulated under National Health Insurance scheme. The ban on for-profit organization practically disallow foreign hospitals to practice, and the price regulation strongly discourages foreign hospitals to participate in Korean market. This paper propose a deregulation scheme to open the Korean medical service market to foreign hospitals, together with market-friendly solutions to minimize unfavorable consequences. For deregulation, this paper propose to allow for-profit corporations to practice medicine, and allow all citizen to choose between private medical insurance and National Health Insurance, only for the cost of the non-catastrophic treatment in for-profit hospital. To minimize unfavorable consequences, this paper proposed (1) to provide information on medical records of hospitals to consumers to enhance quality competition, (2) provide information on medical records of insuree of insurance companies to consumers to enhance cost-saving competition, and (3) promote insurance companies to

use risk-adjusted premium to avoid cream-skimming. Using a panel of 25 OECD countries covering 2005~08, this paper estimates the effect of this proposal on production and employment. The result suggests that opening the market by allowing for-profit hospital alone would increase output and employment by 0.3%. Allowing both private medical insurance and for-profit medical practice would increase production and employment by 1.2%.

JEL Classification: I00, I12, I18, F14

Keywords: Health Care Market, Health Insurance, Health Production, Service, Deregulation, Service Trade

향후 증대할 상업적 의료서비스 수요를 충족시키기 위해서는 해외 의료기관 유치에 필요하다. 이를 위해서는 영리법인의 의료기관 개설을 허용하고, 경증 진료만이라도 건강보험 당연지정제를 완화하여 이윤 기회를 제공해야 한다. 이러한 규제완화의 부작용은 정부가 정보의 비대칭성 극복에 필요한 정보를 전달해 주는 제도적인 장치를 통해서 소비자들에게 정보에 입각해서 의료기관 및 보험사를 선택하도록 촉진하면 최소화할 수 있다. OECD 25개국의 2005~2008년 패널자료를 이용하여 분석한 결과, 영리의료법인 진입이 허용되어 시장이 개방되면 총산출 및 총고용이 0.3% 증가하고, 시장이 개방된 상태에서 경증에 대해서는 건강보험을 대체하는 민영보험 선택을 허용할 경우에는 총산출 및 총고용이 1.2% 증가하는 것으로 추정되었다.