

의료시장변화에 따른 민영실손의료보험의 대응

2011. 8

이창우 · 이기형

머 리 말

현재 의료시장에서는 인구고령화, 의료기술의 발달 등으로 인해 의료비가 증가하고 하고 있으며, 의료서비스에 대한 인식변화로 인해 의료서비스 산업화가 한창 진행 중이다. 이러한 의료시장의 변화는 언뜻 민영의료보험에는 직접적으로 영향을 주지 않을 것 같아 보이지만 민영의료보험이 국민건강보험의 보완적 기능을 담당하고 있다는 점을 주지한다면 그 영향을 피해 갈 수 없을 것이다.

이에 위원에서는 현재 진행되고 있는 의료시장의 변화와 그 요인을 살펴보고 민영의료보험의 역할과 성장에 대한 시사점을 제시하고자 「의료시장변화에 따른 민영실손의료보험의 대응」을 발간하게 되었다. 본 보고서가 민영의료보험의 역할 증대와 성장, 그리고 경영전략 수립에 유용한 자료로 활용될 수 있기를 기대한다.

마지막으로 본 보고서에 수록된 내용은 연구자 개인의 의견이며, 위원회의 공식 견해가 아님을 밝혀 둔다.

2011년 8월
보 험 연 구 원
원장 김 대 식

■ 목차

요약 / 1

I. 서론 / 14

1. 연구배경 및 목적 / 14
2. 선행연구 / 15
3. 연구범위 및 구성 / 16

II. 의료시장의 구조와 환경변화 동인 / 19

1. 의료비 지출 추이 / 19
2. 의료시장의 구성 / 31
3. 의료시장 환경변화 동인 / 41

III. 의료서비스 산업화와 민영실손의료보험 / 51

1. 의료서비스 산업화의 파급체계 / 51
2. 의료시장 기능 활성화의 영향 / 53
3. 의료시장 글로벌화의 영향 / 73
4. 의료시장 신성장 동력화의 영향 / 79

IV. 건강보험정책변화와 민영실손의료보험 / 84

1. 정책변화의 파급체계 / 84
2. 보장성 변화의 영향 / 85
3. 의료비관리정책의 영향 / 95
4. 민영실손의료보험 역할 분담 논의 / 110

V. 시사점 및 결론 / 114

1. 시사점 / 114
2. 결론 / 126

| 참고문헌 | / 128

■ 표 차례

- 〈표 II-1〉 국민의료비 지출규모 추이 / 20
- 〈표 II-2〉 국민의료비 증장기 전망 / 22
- 〈표 II-3〉 고령화 증가 속도 / 23
- 〈표 II-4〉 일인당 실질의료비증가 기여요인(1940~1990년) / 26
- 〈표 II-5〉 의료기관 종별 의료장비 현황(2008년) / 27
- 〈표 II-6〉 의료기관 주요 시설현황 / 29
- 〈표 II-7〉 의료시장 범위와 의료수요 분류 / 32
- 〈표 II-8〉 공급자별 의료서비스 제공 규모 / 36
- 〈표 II-9〉 국민의료비의 공·사보험 부담체계 / 37
- 〈표 II-10〉 우리나라 건강보험 급여체계 / 38
- 〈표 II-11〉 재원별 분류: 보험자 측면 / 39
- 〈표 II-12〉 국민의료비 재원구성의 추이 / 40
- 〈표 II-13〉 의료시장 기능 활성화 중점 추진과제 / 43
- 〈표 II-14〉 의료서비스 글로벌화 중점 추진과제 / 45
- 〈표 II-15〉 의료기술 신성장 동력화 중점 추진과제 / 46
- 〈표 II-16〉 국민건강보험 재정수지 현황 / 48
- 〈표 III-1〉 영리의료법인 관련 정책의 주요 추진 경과 / 55
- 〈표 III-2〉 건강관리서비스의 가격 관리체계 / 62
- 〈표 III-3〉 노인대상 건강관리프로그램의 효과 / 63
- 〈표 III-4〉 건강관리서비스 제공 기관의 범위 / 64
- 〈표 III-5〉 미국 healthways사의 건강관리서비스 / 66
- 〈표 III-6〉 병원경영지원회사 예상 모델 / 69
- 〈표 III-7〉 해외 보험회사와 의료공급자의 계약체결 예 / 77
- 〈표 III-8〉 미국 IMG사의 해외노동자 의료보험상품 급여 / 78
- 〈표 IV-1〉 장기요양보건의출 추이 / 87
- 〈표 IV-2〉 간호/주거 케어시설 이용자의 재원 추이 / 88
- 〈표 IV-3〉 본인부담금상한제 및 보상금의 지급 추이 / 92

■ 표 차례

- 〈표 IV-4〉 민영실손의료보험의 본인부담금상한제와 면책사항 / 93
- 〈표 IV-5〉 총액예산제 인센티브 구조: 의료공급자 / 97
- 〈표 IV-6〉 총액예산제 인센티브 구조: 의료소비자 / 98
- 〈표 IV-7〉 총액예산제 인센티브 구조: 보험자(국민건강보험) / 98
- 〈표 IV-8〉 비급여 가격범위 설정 예시 / 103
- 〈표 IV-9〉 초음파, MRI, PET 비급여 세분류 항목의 개수 / 104
- 〈표 IV-10〉 상급종합병원의 일부 비급여 검사 및 병실료 가격 비교 / 105
- 〈표 V-1〉 의료서비스 산업화 영향 / 114
- 〈표 V-2〉 건강보험정책 변화의 영향 / 117

■ 그림 차례

- 〈그림 I-1〉 연구범위 및 연구개요 / 17
- 〈그림 II-1〉 일인당 의료비의 연평균 증가율(1997~2007년) / 21
- 〈그림 II-2〉 생애주기별 1인당 의료비 비중 / 24
- 〈그림 II-3〉 의료지출의 고령화 요인 OECD 비교 / 25
- 〈그림 II-4〉 OECD 국가별 백만 명당 MRI 보유수(2008년) / 28
- 〈그림 II-5〉 OECD 국가별 백만 명당 CT 보유수(2008년) / 28
- 〈그림 II-6〉 OECD 국가 천 명당 병상 수 비교(2008년) / 30
- 〈그림 II-7〉 OECD 국가의 GDP 대비 공·사부문 의료비 지출 현황 / 40
- 〈그림 III-1〉 의료산업화의 민영실손의료보험 영향 경로 / 52
- 〈그림 III-2〉 영리의료법인의 도입 시 예상되는 건강보험 운영체계 / 57
- 〈그림 III-3〉 단일보험자체제로 인한 수요독점의 문제 / 72
- 〈그림 III-4〉 외국인 환자유치 가능 시나리오 / 75
- 〈그림 IV-1〉 건강보험정책변화의 파급경로 / 85
- 〈그림 IV-2〉 본인부담금상한제 공사 협력체제도(예시) / 95
- 〈그림 IV-3〉 제3자청구제에 의한 의료서비스 공급체계 / 108
- 〈그림 V-1〉 민영실손의료보험의 현행 보험금 지급 방식 / 122
- 〈그림 V-2〉 현재 우리나라 민영실손의료보험의 역할과 문제점 / 125

Healthcare market overview and insurers's response strategies

The healthcare market is influenced by a number of demographic trends. The Korean Census Bureau predicts that aged population over 65 will account for 14% of total Korean population. In addition, technology is giving rise to new clinical therapies, which in turn are addressing more and more medical ailments and aiding in earlier diagnosis and prevention of diseases. Meanwhile, the Korean government expedite the medical industrialization for the economic growth. Accordingly, health insurers need the response strategies to the changing medical environments. To analyse the changing healthcare market, this study focus on two significant factors of change in health insurance market: medical industrialization and national health insurance policy change.

Medical industrialization is expected to affect the economic incentives of providers in that it provides an opportunity to expand the market of non-coverage part of the national health insurance. This argument is based on the fact that there are little restrictions to pricing for medical treatment in the 'non-coverage' market. However, medical industrialization might help insurers to develop new business markets in that it expand the qualification scope of medical providers.

The policy changes in the national health insurance benefits are expected to affect the coverage of private health insurance directly since private health insurance covers the non-coverage part of the national health insurance. The effect of policy changes to control the

medical cost or the financial deficit of the national health insurance corporation on private health insurances is ambiguous.

It is difficult to conclude the effect of changes in medical environment on the private health insurance market clearly. Accordingly, private health insurers had better correspond each issues respectively with in mind that they need the system for controlling the payment for providers. They also need to call on the government to enter the new market created by healthcare policy changes such as the health improvement program. It will be helpful for insurers to expand their business scope.

요 약

I. 서론

- 지속적인 의료비 증가와 대내외적인 의료환경의 변화는 의료시장의 주체들의 행위와 이에 대한 정책적 이슈를 계속 양산하고 있음.
 - 인구고령화, 의료기술의 발달 등 시장요인의 변화와 더불어 의료서비스 산업화, 국민건강보험의 변화 등 정책요인이 동시에 변화하고 있음.
- 본 보고서는 의료시장의 인위적인 정책변화에 대한 내용을 살펴보고 이에 대응하여 보험회사가 나아가야 할 방향을 제시하고자 함.

II. 의료시장의 구조와 환경변화 동인

1. 의료비 지출 추이

- 우리나라 의료비 지출은 2008년 현재 66.7조 원으로 GDP의 6.5%를 차지하고 있으며 의료기술의 발전, 인구고령화 등으로 인한 의료비 증가요인이 존재함.
 - 생애의료비의 50% 이상이 60대 이후에 사용된다는 점을 감안하면 빠른 고령화 속도는 의료비 증가의 원인이 될 가능성이 높음.
 - 의료기술의 발전은 의료비 증가의 가장 큰 원인으로 지목되고 있음.

2. 의료시장의 구성

- 의료시장의 구성원은 수요자, 공급자, 보험자로 나눌 수 있으며 의료시장의 범위는 통상 국민의료비계정에서 치료서비스, 재활서비스, 장기간호서비스, 보조의료서비스, 외래용 의료재화를 포괄하고 있음.
- 의료시장의 규모와 범위는 국민의료비 계정 중 의료수요 분류를 중심으로 이루어지고 있음.

3. 의료시장 환경변화 동인

- 의료시장의 변화를 가속화시키고 있는 요인으로 의료서비스 산업화와 건강보험정책 변화가 있음.
- 의료서비스 산업화는 의료의 시장기능 활성화, 의료서비스의 글로벌화, 의료기술의 신성장 동력화로 나누어 중점 과제를 추진하고 있음.
- 건강보험정책 변화는 의료비 관리 측면, 보장성 변화 측면에서 논의가 이루어지고 있으며 특히 보장성 변화와 관련해서 민영의료보험의 역할 축소에 대한 논의가 진행 중임.

Ⅲ. 의료서비스 산업화와 민영실손의료보험

1. 의료서비스 산업화의 파급체계

- 의료서비스산업화는 민영실손의료보험이 담보로 하는 국민건강보험의 비급여 부문에 영향을 주는 경로가 존재함.
- 의료공급자의 경제적 동기변화를 유발하여 비급여부문에서 의료서비스의 공급과 의료기술에 대한 투자환경이 변화될 가능성이 존재함.

- 의료공급자의 경제적 동기변화로 인한 비급여 의료비의 변화와 비급여시장의 수요창출은 민영실손의료보험에 직접적으로 영향을 줌.
 - 비급여시장의 확대는 결국 보험금의 확대 요인이 되는 만큼 적절한 보험료 인상의 요인이 될 것으로 판단됨.
- 민영실손의료보험과 관련된 사업영역확대의 경로가 존재함.
- 의료서비스 산업화로 인한 부수적 업무영역이 시장화 되고 있음.
 - 보험회사가 의료서비스 산업화로 창출되는 새로운 사업영역으로의 진입 가능여부가 중요한 문제로 부상하고 있음.
 - 정부에 의한 규제나 제도에 의해 보험회사의 사업영역확대의 기회가 발생할 것으로 판단됨.

2. 의료시장 기능 활성화의 영향

- 의료시장의 기능 활성화를 위해 영리의료법인, 건강관리서비스 법안, 병원 경영지원회사에 대한 논의가 진행 중임.

가. 영리의료법인

- 영리의료법인 도입 시 민간자본이 자유롭게 의료법인을 설립할 수 있음.
- 의료산업구조를 혁신할 동력을 제공하며 고용창출, 의료서비스 질 고양이라는 측면에서 찬성하는 의견이 있음.
 - 의료비의 상승 초래, 의료의 공급성 약화, 의료양극화 측면에서 반대하는 의견이 있음.
- 영리의료법인의 도입으로 비급여부문에서 의료서비스 경쟁과 신기술에 대한 투자가 심화 될 것으로 예상됨.

- 비급여의 성장으로 시장규모의 증가와 동시에 보험금 지급 심도의 증가 가능성이 존재함.
- 보험회사의 사업영역 확대 측면에서는 영리의료법인에 대한 출자 등을 통해서 사업영역을 확대할 기회를 제공할 것으로 예상됨.
 - 출자자에 대한 자격 범위 결정에 따라 사업영역이 될 수 있는지가 판가름 남.
- 비급여의 성장이 예상되는 만큼 보험회사의 의료비 관리기능 수행을 위한 제도마련이 급선무이며 사업영역확대 측면에서 보험회사의 출자 허용문제가 해결되어야 함.
 - 의료공급 측면에서 의료비관리가 불가능하다면 결국 의료수요 측면에서 의료비관리강화가 이루어질 수밖에 없음.
 - 의료서비스 산업에 대한 출자 허용, 의료서비스 공급자와의 네트워크 형성이 등이 선결되어야 함.

나. 건강관리서비스 법안

- 유헤스케어의 기반을 활성화하기 위하여 건강관리서비스법안이 상정되어 있음.
 - 질환군, 건강주의군, 건강군으로 나누어 각 군별로 전문적인 건강관리 서비스를 제공함.
 - 법안에서 건강관리서비스 제공기관은 별도의 시설, 장비 및 인력기준을 충족함을 원칙으로 하지만 구체적인 제공기관의 성격에 대한 언급이 없음.
- 의료서비스 수요 측면에서 보험회사에게 직접적으로 영향을 줄 것으로 예상됨.
 - 국민건강보험의 급여부문에 포함될 경우 보험료 부담과 상관없이 새로운 서비스가 발생하게 됨.

○ 비급여부문에 포함될 경우 기존 민영의료보험가입자의 보장성이 늘어나므로 수요확대로 인한 보험금 증가의 가능성이 있음.

■ 건강관리서비스의 국민건강보험 적용 여부와 제공기관의 범위가 사업영역 확대의 주요 요인으로 작용함.

○ 건강보험 적용 배제와 비영리·영리기관의 자유로운 개설이 보장될 경우 보험회사의 사업영역확대 기회로 작용할 수 있음.

■ 보험회사가 건강관리서비스 제공기관이 될 경우 기존 의료서비스와 구분되는 영역에서 비용관리 기능의 역할을 담당할 수 있으므로 보험회사가 진입할 수 있는 여건을 마련해야 함.

다. 경영투명성, 효율성을 위한 정책

■ 의료기관의 자본조달 및 자본사용의 투명성과 연계되어 있는 정책으로 병원 경영지원회사의 발전과 관련이 있음.

○ 의료기관의 경영투명성과 효율성 강화를 위해 제시되고 있는 방안을 종합적으로 해결하기 위해 병원경영지원회사가 논의되고 있음.

○ 병원경영지원회사는 경영활동의 아웃소싱 기능만 담당하는 원가절감형, 의료기관의 수평적 혹은 수직적 계열화를 추구하는 네트워크 추구형, 의료산업 및 관광 보험 등 여타산업과 의료기관 간 연계의 매개체 역할을 하는 산업연계형, 병원시설의 임대, 리스, 경영위탁 등을 통해 외부자본의 의료기관에 대한 투자를 활성화시키는 자본조달형 등으로 나눌 수 있음.

■ 민영의료보험의 비급여가격에 대한 통제수단 부재 시 자본조달의 용이성은 비급여부문에 대한 투자를 증가시킬 수 있는 유인이 되어 민영보험의 보험금 증가 원인이 될 수 있음.

- 자본조달형 병원경영지원회사로의 발전 시 민영의료보험과 병원경영지원회사의 계약관계로 발전할 가능성이 존재하며 이를 토대로 민영의료보험과 병원경영지원회사의 통합형태인 관리형 의료조직으로 발전할 가능성 있음.
- 비급여부문에서 민영의료보험의 선택적 계약을 기반으로 한 민영의료보험의 다(多)보험자 경쟁체제는 자원배분의 효율과 의료비관리 측면에서 효과가 있으므로 병원경영지원회사로 진입을 검토해 볼 필요 있음.

3. 의료시장 글로벌화의 영향

- 2009년 「의료법」 개정으로 외국인 환자유치업이 본격적으로 허용됨.
 - 예외조항을 두어 민간부문 중 보험회사만 진출을 허용하지 않음.
- 비급여부문에 대한 서비스 유인으로 보험금이 증가할 가능성이 존재함.
 - 일부 의료서비스 공급자가 외국인 중심으로 영업할 유인이 존재하여 신의료 기기나 장치를 이용한 의료서비스 제공 형태로 특화될 가능성이 존재함.
- 예외조항으로 보험회사의 사업영역확대의 기회가 상실됨.
 - 외국보험회사와 국내병원 간 진료비 직불 계약으로 국내보험회사에 대한 역차별이 발생함.
- 국내보험회사가 해외사업 기반 구축을 위해 노력하고 있는 점을 감안한다면 해외법인을 통한 외국인환자유치 상품 개발은 해외산업 진출 혹은 확장에 기여할 수 있음.
 - 해외법인의 진출국에서 국내병원과 연계된 의료보험상품을 판매하고 국내 병원과 계약을 체결하는 상품 개발이 가능함.

4. 의료시장 신성장동력화 영향

- 의료서비스의 시공간적 확대와 다양한 사업기회를 제공한다는 점에서 유헬스케어가 가장 주목받고 있음.
 - 이와 더불어 의료기술 개발 유도를 위한 의료수가 개선 등이 논의되고 있음.
- 건강보험 급여구조로 인하여 신기술이 비급여부문에 집중될 가능성이 높으므로 지급보험금의 증가 가능성이 존재함.
 - 의료수가의 개선은 급여부문에 대한 적절한 보상의 방향으로 이루어질 것이므로 비급여로의 비용 전가를 완화시킬 것으로 예상됨.
- 유헬스케어는 다양한 사업과 연관되어 있어 보험회사에게도 사업영역 확대의 기회를 제공할 것으로 예상됨.
 - 보험회사의 입장에서는 의료서비스 범위 확장과 확장된 의료서비스에 대한 진입기준의 마련이 실질적인 사업영역확대의 기회를 제공할 것임.
- 비급여부문의 팽창이 예상되므로 비급여부문의 의료비를 관리할 수 있는 시스템 마련이 시급함.
 - 급여대상이 되는 항목을 열거하는 포지티브 리스트 방식의 채택이 필요함.
 - 건강관리서비스로의 진입을 위한 정부설득과 국민설득이 필요함.

Ⅳ. 건강보험정책변화와 민영실손의료보험

1. 정책변화의 파급체계

- 국민건강보험 급여부문에 대한 의료비 관리정책은 의료공급자의 경제적 동기를 변화시켜 비급여부문의 가격에 파급효과를 가져옴.
 - 비급여부문의 의료비 관리 소홀로 인한 급여부문의 가격 통제는 비급여부문의 가격으로 전가됨.
 - 비급여부문은 의료공급자에 의해 가격이 설정되며 민영보험의 가격관리 기능은 부재 상태임.
- 국민건강보험 급여범위 변화와 의료행위에 대한 범위 변화는 민영의료보험의 담보범위에 직접적으로 영향을 줌.
 - 민영실손의료보험은 국민건강보험의 비급여부문을 담보로 하고 있기 때문에 국민건강보험의 급여범위 변화와 직접적으로 연관되어 있음.

2. 보장성 변화의 영향

가. 간병서비스의 급여화

- 간병서비스의 제도화로 간병서비스 가격을 낮추어 국민의 경제적 부담을 줄이고자 간병서비스를 국민건강보험의 급여로 도입하고자 하는 정책이 추진 중임.
 - 국민건강보험의 재정악화 우려로 우선 비급여 부문으로 도입을 추진함.
- 간병서비스는 노동집약적 특성을 갖는 비용질병이기 때문에 간병서비스의 비급여화는 의료비를 급격히 증가시켜 지급보험금의 증가를 유발할 가능성이 큼.

○ 간병서비스 제도화를 통해 낮아진 가격은 수요증가를 유발하고 도덕적 해이의 가능성을 증가시켜 보험금의 급격한 증가를 초래할 것임.

- 포지티브 리스트 시스템으로의 전환을 통해 지급보험금의 관리가 필요함.
 - 신기술의 발달과 관련된 임의비급여의 확대는 정책적 리스크로 계속 상존할 가능성이 높으므로 포지티브 리스트 시스템으로 전환을 고려할 필요 있음.
 - 공사협력의 경로를 마련하여 국민건강보험의 급여변화 시 보험료를 선반영할 수 있는 경로를 마련하는 것이 시급함.

나. 본인부담금 상한제 및 보상금제도의 관계

- 국민건강보험은 본인부담이 일정기간 동안 상한액을 초과하는 경우 초과분을 환급해주는 정책을 실시하고 있음.
- 민영의료보험은 국민건강보험으로부터 사전 혹은 사후 환급 받은 금액은 보상할 의무가 없지만 국민건강보험의 환급사실을 인지할 수 없어 가입자는 이중보상을 받을 가능성이 존재함.
 - 본인부담금 상한제를 통한 환급이 30일 혹은 6개월이 지난 뒤 이루어져 민영의료보험을 통한 이중보상을 받을 가능성이 있음.
- 국민건강보험공단에서 정기적으로 추출되는 데이터베이스를 보험회사와 공유할 수 있는 체계가 필요함.

3. 의료비관리정책의 영향

가. 총액예산제의 도입 추진

- 급속한 의료비 증가로 인한 국민건강보험의 재정악화로 의료비지불보상방식에 대한 변화를 고려중임.
 - 의료공급자에게 지불할 보상총액을 미리 정하는 총액예산제로의 전환을 고려하고 있으며 이는 정확한 의료비 예측과 의료의 질 관리를 전제로 함.
- 급여부문에서 의료공급자에 대한 적절한 보상이 이루어지지 않는 경우 비급여 진료의 증가 가능성은 여전히 남아 있음.
 - 비급여부문에 대한 가격통제기능의 부재로 인해 급여부문의 의료비통제는 결국 비급여부문의 가격상승으로 이어질 수 밖에 없는 구조임.
- 전체 의료비 관리차원에서 급여부문과 비급여부문에 대한 동시적 고려가 필요하며 보험회사가 비급여부문에서 가격통제의 기능을 수행할 수 있어야 함.
- 2010년 「의료법」 개정으로 의료기관은 비급여부문에 대한 비용을 고지하도록 의무화하였음.

나. 비급여가격고지제도

- 2010년 「의료법」 개정으로 의료기관은 비급여부문에 대한 비용을 고지하도록 의무화하였음.
- 비급여가격 관리측면에서 보험회사에게 긍정적이며 가격데이터를 집적할 수 있는 시스템 개발이 요구됨.

- 의료공급자의 비급여 가격설정 행태 파악으로 보험금 지급이나 보험료 책정에 이용함.

다. 민영실손의료보험의 보험금 청구 및 지급에 관한 법률안

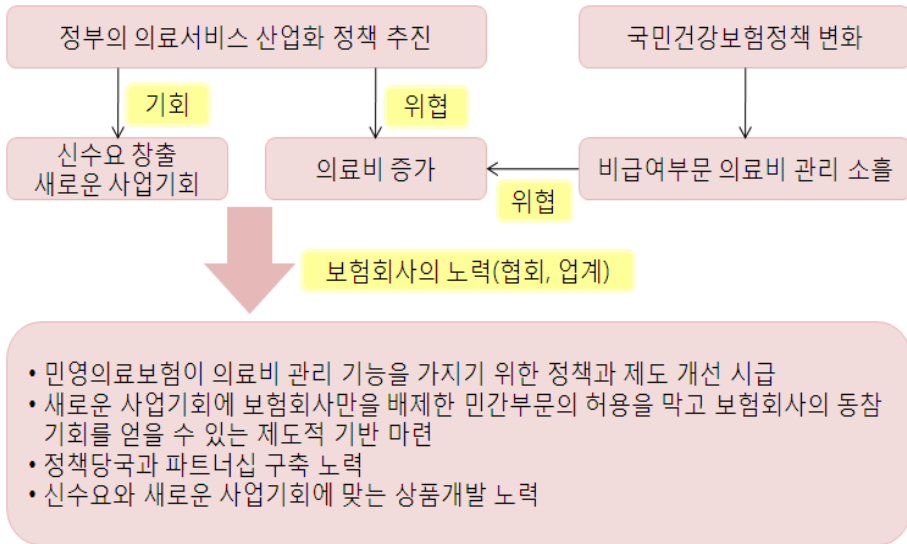
- 현행 민영의료보험의 보험금지불방식을 상환제에서 청구제로 전환하여 소비자의 불편해소를 목적으로 하고 있음.
- 비급여부문에서 의료비를 통제할 수 있는 경로가 발생하였지만 장기적으로 비급여부문 시장이 축소될 가능성도 존재함.
 - 비급여가격정보를 심사평가원에서 대행하여 축적할 경우 의료비 관리가 용이한 부문부터 국민건강보험의 급여로 전환될 가능성이 존재함.
- 비급여부문 의료비를 관리할 수 있는 공식적인 경로가 발생하므로 법률안이 통과되도록 노력하여야겠지만 보험회사가 실질적으로 비급여부문 데이터를 이용할 수 있는 방향으로 통과되어야 함.

라. 민영실손의료보험 역할 분담 논의

- 민영의료보험의 관리감독기능을 복지부로 이관하고 상품의 표준화와 급여의 정책화를 통해 민영의료보험의 역할을 축소하고자 하는 법안이 논의 중임.
- 공동인수제, 건강보험 거래소 등의 도입으로 민영의료보험에 대한 불신을 무마시키기 위한 노력이 필요함.

V. 시사점 및 결론

의료시장 환경변화와 보험회사의 대응방안



- 의료서비스 산업화 정책은 신수요 창출과 새로운 사업기회를 제공한다는 점에서 기회요인으로 작용하지만 의료비 증가의 요인이 될 수 있다는 점에서 위협요인으로도 작용하고 있음.
- 국민건강보험정책의 변화는 비급여 부문에 대한 의료비 관리 기능이 부재한 상황에서 민영의료보험의 정책리스크로 작용하여 위협요인으로 인식됨.
- 국민건강보험의 의무가입을 유지한 상황에서도 공급자와 민영의료보험의 계약과 수가체계 구성을 기반으로 한 민영의료보험 상품 허용이 필요함.
- 민영의료보험의 역할이 의료수요자의 재원을 확대시켜주면서 의료서비스 가격을 통제하는 기능이라면 그에 합당한 제도 마련이 시급함.

- 민영의료보험이 의료시장에서 중요한 경제주체임을 인식시키기 위한 노력이 필요함.
- 정부와의 파트너십 구축과 민영의료보험수가체계의 관리를 위한 민영의료보험의 대리기구 상설화가 필요함.

I. 서론

1. 연구배경 및 목적

지속적인 의료비 증가와 대내외적 의료환경의 변화는 의료시장의 주체인 의료공급자, 의료수요자, 건강보험자의 행위와 이에 대한 정책적 이슈를 계속 양산하고 있다. 의료공급자측면에서는 의료수요자에 대한 의료보장을 넘어 의료서비스산업화에 대한 필요성이 끊임없이 제기되고 있다. 또한 의료수요자의 고령화로 인하여 의료비 증가가 더욱 가속화 될 수 있다는 우려의 목소리가 높다. 이에 정책당국은 증가하는 의료비를 억제하기 위하여 건강보험의 수가정책 변화 등을 고려하고 있으며 고용인력 창출과 고부가가치창출 효과가 있는 의료산업화를 앞당기려는 시도가 있다.

이러한 의료시장의 변화조짐은 언뜻 민영실손의료보험에는 직접적으로 영향을 주지 않을 것 같아 보이지만, 민영실손의료보험의 경우 국민건강보험의 본인부담금 부분과 비급여 부분을 담보로 보장하고 있기 때문에 국민건강보험의 정책변화에 민감할 수 밖에 없다. 특히 민영실손의료보험의 이러한 보완적 기능(complemental function)에 따라 국민건강보험의 정책변화는 민영실손의료보험에 직접적인 영향을 미치고 있고, 최근 민영실손의료보험의 보급 확대에 따른 보험회사 간 경쟁심화로 손해율은 증가하고 있기 때문에 민영실손의료보험의 역할과 성장에 대한 재고가 필요한 시점이기도 하다.

본 연구는 현재 진행되고 있는 의료시장의 변화와 그 요인을 살펴보고 민영실손의료보험의 역할과 성장에 어떠한 방향으로 영향을 미칠 것인지를 예상하고자 한다. 의료시장은 의료공급자, 의료수요자, 보험자 각 주체들이 유기적으로 영향

을 주고받고 있다. 따라서 각 주체들에 영향을 줄 수 있는 대내외적인 환경변화와 이에 대응하는 정책변화 등이 결국에는 모든 주체들에게 영향을 줄 수밖에 없는 구조로 되어 있다. 민영실손의료보험 또한 의료시장에서 부분적으로 중요한 한 축을 담당하고 있는 만큼 의료시장의 변화가 민영실손의료보험에 미칠 영향과 그에 대한 역할설정과 성장방안은 민영실손의료보험의 향후 발전에 도움이 될 것으로 예상된다.

2. 선행연구

의료시장변화와 관련된 선행연구는 크게 의료서비스 산업화와 관련된 연구와 건강보험의 정책변화와 관련된 연구로 나눌 수 있다. 의료산업화와 관련된 연구는 주로 의료시장의 선진화를 위해서 수행할 수 있는 전략 혹은 정책, 제도 개선에 대하여 다루고 있다(정영호 외 2004; 대통령자문 의료산업선진화 위원, 2006; 허순임 2008; 윤희숙·고영선 2009). 그 외 의료산업화가 영향을 미칠 수 있는 일자리 창출 등 고용분야(오영호 2010a), 응급의료체계 등 의료서비스 분야(오영호 2010b) 등 분야별로 이루어진 연구가 대부분이다.

이들 연구는 의료산업화 자체에 초점을 맞추어 의료산업화를 앞당기기 위한 정책 방안들을 제시하고 있다. 이에 반해 본 연구는 의료산업화가 민영실손의료보험에 미치는 영향과 보험회사의 대응방안을 제시한다는 점에서 차이가 있다.

민영실손의료보험과 의료서비스산업의 선진화와 관련된 연구는 강성욱(2007)의 연구가 거의 유일하다. 강성욱의 연구는 의료서비스 산업을 선진화시키기 위한 제도 중 하나로 민영실손의료보험이 확대되어야 한다고 주장하고 있다. 하지만 강성욱의 연구는 의료서비스산업 선진화를 위한 방안으로 민영실손의료보험의 확대를 제시하고 있다는 점에서 의료서비스산업의 선진화가 민영실손의료보험에 미칠 영향을 파악하고자하는 본 연구와 차이가 있다. 본 연구는 의료

서비스 산업 발전 방안으로서의 민영실손의료보험의 역할 변화보다는 의료 서비스산업의 발전이 민영실손의료보험에 미치는 영향에 더욱 초점을 맞추었다.

건강보험정책변화와 관련한 연구는 대부분이 국민건강보험의 보장성 확대를 위한 방안제시와 민영실손의료보험의 역할에 대한 것이다. 특히 민영실손의료보험의 역할 제시와 관련하여, 국민건강보험의 보장성을 중시하는 저자(김창보 외 2009)는 민영실손의료보험의 역할을 비급여담보로 축소하고 보건정책당국이 감독자의 역할을 할 것을 제시하고 있는 반면, 비급여부문에서 의료서비스의 시장적 기능을 중시하는 저자(정홍주 2006; 대통령자문 정책기획위원회 2008)는 민영실손의료보험의 역할 확대를 제시하고 있다.

본 연구는 국민건강보험의 지속적인 보장성 확대 혹은 민영실손의료보험의 역할 확대 등에 관한 논의보다는 의료시장의 환경변화와 의료비통제정책 변화가 민영실손의료보험에 미칠 수 있는 영향을 살펴보고 이에 대한 대응을 모색하고자 한다는 점에서 기존의 건강보험 정책변화와 관련된 연구와 차별화를 시도하고자 한다.

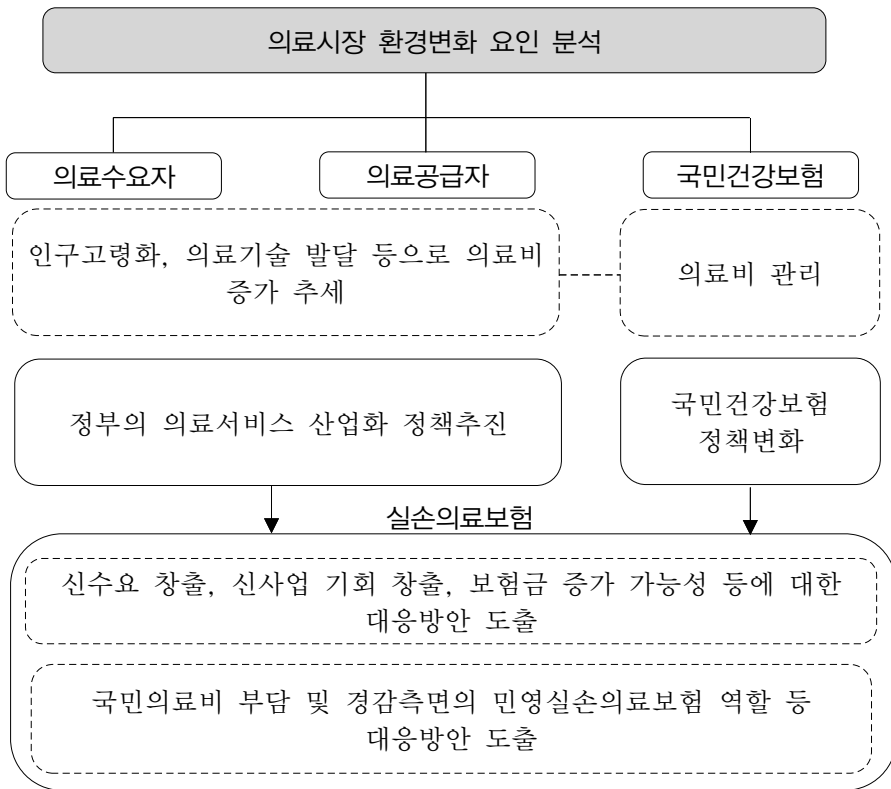
3. 연구범위 및 구성

의료시장 환경변화 요인을 분석을 위하여 의료시장을 구성하고 있는 의료 수요자, 의료공급자, 보험자를 중심으로 일어나고 있는 변화와 이에 대응하는 정부의 정책변화를 구분하였다. 〈그림 I-1〉에서 보는 바와 같이 의료수요자와 공급자 측면에서는 의료비를 증가시키는 변화가 계속되고 있으며 보험자 측면에서는 상승하는 의료비를 관리하기 위한 역할을 수행하고 있다. 의료수요 측면에서는 인구의 고령화가 진전되고 있으며 의료공급 측면에서는 의료기기 및 장치 등의 발달로 의료비가 증가하고 있는 추세이다. 또한 보험자 측면에서는 이렇게 치솟고 있는 의료비를 관리하기 위한 노력들을 하고 있다.

이러한 변화는 주로 의료비와 관련된 시장적인 변화요인으로 의료시장을 변화

시키기 위한 인위적인 정책변화와 구별될 수 있다. 현재 의료시장에서 가장 정부가 중점적으로 추진하고 있는 정책은 의료서비스 산업화 정책이며 이는 의료비 관리 측면보다는 의료시장의 규모를 확대하고 의료서비스를 지속적으로 성장시키기 위한 정책이다. 의료시장의 규모를 확대시키기 위한 정책과 더불어 늘어나는 의료비 지출을 관리하기 위한 정책은 국민건강보험을 통하여 병행되어 추진되고 있다.

〈그림 I-1〉 연구범위 및 연구개요



본 연구에서는 의료시장의 변화요인에 대하여 의료시장을 확대시키기 위한 정책과 이에 따른 부작용을 최소화시키기 위한 의료비 관리정책의 변화만으로 한정하여 연구하고자 한다. 즉, 인구고령화 혹은 의료기술발달 등과 같은 시장

적인 변화요인보다는 정부에서 추진하고 있는 의로서비스 산업화 정책과 국민 건강보험의 정책변화가 민영실손의료보험에 미치는 영향을 살펴보고 이에 대한 대응방안 등을 제시하고자 하였다.

본 연구는 다음과 같이 구성되어 있다. Ⅱ장에서 의료시장 환경변화로 인해 가장 크게 문제가 되고 있는 의료비 증가문제를 살펴보고 그 원인과 그 규모를 제시하고, 의료시장을 구성하고 있는 의료공급자, 의료수요자, 보험자 측면에서 의료시장을 파악함으로써 의료시장에 대한 개념과 범위를 파악하고자 한다. 이어서 의료시장을 변화시키는 촉매 역할을 하고 있는 의로서비스 산업화 정책과 건강보험의 정책변화에 대해 개괄적으로 설명할 것이다.

Ⅲ장에서는 Ⅱ장에서 살펴본 의료시장의 환경변화 요인 중 의로서비스 산업화의 구체적인 정책들을 살펴보고 이러한 정책들이 민영실손의료보험에 미칠 수 있는 영향들을 언급하고자 한다. 민영실손의료보험에 미칠 영향분석을 바탕으로 민영실손의료보험의 대응방안을 제시하고자 한다.

Ⅳ장은 의료시장의 환경변화 요인 중 건강보험의 정책변화를 구체적으로 살펴보고자 하였다. 건강보험의 정책변화를 위해 현재 고려되고 있는 법안이나 정책별로 민영실손의료보험에 미치는 영향을 분석하였으며 이를 토대로 방안을 제시하고자 한다.

V장은 Ⅲ장과 Ⅳ장에서 분석한 의료시장의 환경변화와 민영실손의료보험에 대한 영향, 대응방안을 토대로 보험회사의 위협요인과 기회요인 측면에서 정리하고 중장기적으로 민영실손의료보험이 추구해야할 역할 등에 대하여 언급하고 결론을 내리고자 한다.

Ⅱ. 의료시장의 구조와 환경변화 동인

본 장에서는 의료비 지출 현황을 살펴보고 의료비를 기준으로 의료시장의 규모를 파악하고자 한다. 의료수요자, 의료공급자, 보험자로 구성되어 있는 의료시장의 현황 파악을 위해서 국민의료비 체계의 분류기준을 참고하였다. 또한 의료시장의 변화 요인과 그로 인해 민영실손의료보험에 미칠 수 있는 영향을 개괄적으로 기술하였다.

1. 의료비 지출 추이

우리나라의 전체 의료부문의 규모를 파악하기 위하여 국민의료비 규모를 이용하였다. 의료시장은 정의하기에 따라 그 범위가 변하지만 의료시장 규모는 우리나라 전체 의료부문의 규모를 넘어갈 수 없기 때문에 국민의료비를 참고하는 것이 의료시장 규모와 흐름 파악에 도움이 된다.

우리나라의 의료비 지출은 2008년 현재 66.7조 원으로 GDP의 6.5%를 차지하고 있다. 1980년 1.6조 원에 비하면 매년 14.3%씩 성장한 규모로 국내총생산 성장률을 상회하고 있다. 국민의료비 대비 국내총생산 비율도 1980년 4.0%에서 2008년 6.5%로 급격히 상승하였다(〈표 Ⅱ-1〉 참조). 이렇게 의료비 지출이 빠르게 성장하는 원인으로 건강보험의 급여확대, 소득수준의 향상 등을 꼽고 있다.

구체적으로 살펴보면, 1998년 외환위기 시에 국민의료비의 증가율이 1%대였으나 2000년 의약분업의 시행으로 건강보험의 급여수준이 높아지면서 15% 이

상의 의료비 증가율을 보였다. 이후 국민건강보험재정의 긴축정책 영향으로 2002년 10% 아래로 국민의료비 증가율이 떨어졌지만 2005년부터 10% 내외의 국민의료비 증가율을 보이고 있다.

〈표 II-1〉 국민의료비 지출규모 추이

연도	국민의료비(조 원)		GDP(조 원)		GDP대비 의료비 비중	1인당 의료비 (천 원)	1인당 GDP (천 원)
	금액	증가율	금액	증가율			
1980	1,6	33.5%	39.1	22.0%	4.0%	41	1,026
1985	3.3	12.9%	85.7	12.0%	3.8%	80	2,100
1990	8.1	19.7%	191.4	20.7%	4.2%	189	4,464
1995	16.3	13.4%	409.7	17.1%	4.0%	362	9,085
2000	28.9	17.4%	603.2	9.9%	4.8%	614	12,833
2001	34.6	19.7%	651.4	8.0%	5.3%	730	13,755
2002	37.1	7.3%	720.5	10.6%	5.1%	779	15,130
2003	41.3	11.3%	767.1	6.5%	5.4%	862	16,029
2004	44.6	8.0%	826.9	7.8%	5.4%	928	17,213
2005	49.6	11.2%	865.2	4.6%	5.7%	1,030	17,974
2006	55.3	11.6%	908.7	5.0%	6.1%	1,145	18,816
2007	61.8	11.8%	975.0	7.3%	6.3%	1,276	20,121
2008	66.7	7.9%	1026.5	5.3%	6.5%	1,372	21,117

연평균 증가율

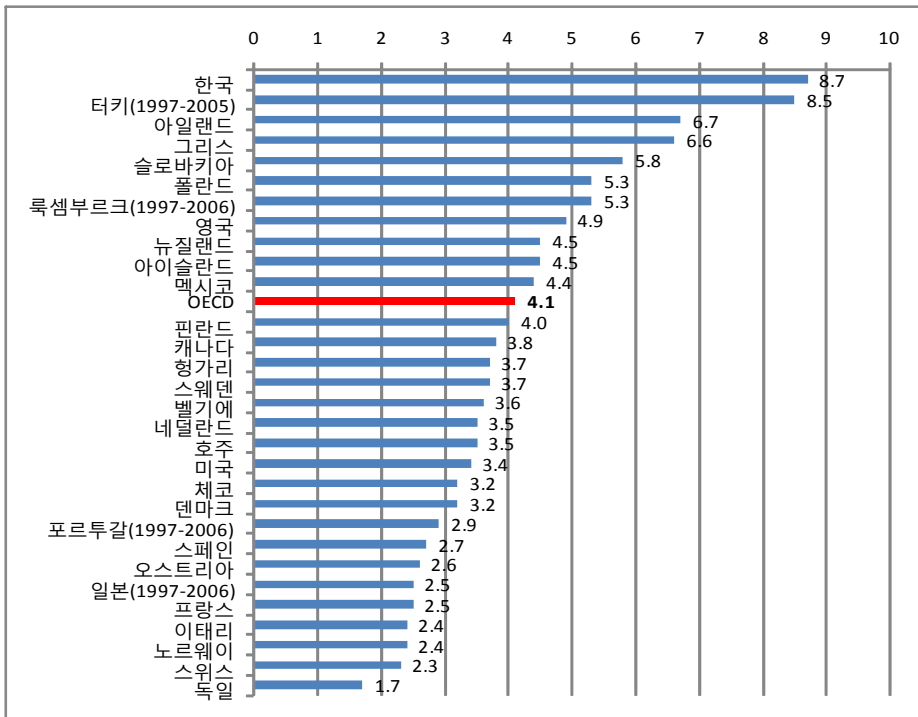
1980년대	19.1%	17.3%	1.5%	17.6%	15.9%
1990년대	13.8%	13.2%	0.5%	12.7%	12.2%
2000년대	11.7%	7.2%	4.2%	11.2%	6.7%

자료: 보건복지부(2010), 「2008년 국민의료비 및 국민보건계정」, p. 71.를 재구성함.

의료비의 연평균 증가율은 1980년대 거의 20%까지 올라갔지만 1990년대 13.8%로 소폭 하락하였으며 2000년대 들어서 11.7%로 둔화되고 있는 추세이다. 하지만 증가율을 다른 선진국과 비교하면 여전히 높은 편이다. 이는 OECD 국가의 1인당 의료비 증가율과 비교해보면 보다 명확해진다.

1인당 의료비의 증가율을 다른 OECD 국가와 비교해 보면, 한국의 의료비 지출 증가 속도는 1990년대 OECD 평균의 두 배가 넘었으며 이와 같은 추세가 2000년대에도 이어지고 있다. 1997~2007년 한국의 의료비 지출은 매년 평균 8.7% 증가해 OECD국가 평균 4.1%를 크게 앞지르면서 OECD 회원국 중 최고의 증가율을 보이고 있다.

〈그림 II-1〉 일인당 의료비의 연평균 증가율(1997~2007년)



자료: OECD(2009), 2009 Health Data.

이렇게 빠르게 증가하는 의료비 지출은 소득수준의 증가와 건강보험의 적용 인구 확대 등으로 인한 의료서비스 산업의 주요 성장요인이 되고 있지만 과도한 의료비 지출증가는 결국 국민건강보험의 재정악화와 의료소비자의 부담으로 작용하고 있다.

향후 인구의 급격한 고령화, 소득수준의 지속적 향상 등으로 의료시장의 규모는 더욱 확대될 것으로 예상된다. 정형선(2010)의 연구에 의하면, 의료비지출 규모가 2020년에는 200조 원대에 이를 것으로 전망하고 있다. 이는 국내총생산의 약 10%에 이르는 규모이지만 현재의 미국, 독일 등의 의료시장 규모보다는 작은 수치이다.

〈표 II-2〉 국민의료비 중장기 전망

연도	국민의료비(조 원)	GDP 대비 국민의료비
2008	66.7	6.5%
2009	73.2	6.8%
2010	80.4	7.1%
2011	88.3	7.4%
2012	96.9	7.7%
2013	106.4	8.0%
2014	116.8	8.4%
2015	128.3	8.8%
2016	140.8	9.1%
2017	154.6	9.5%
2018	169.8	10.0%
2019	186.4	10.4%
2020	204.6	10.8%

자료: 정형선(2010, 8), 「2011년도 요양급여비용계약 전략 워크숍 발표자료」.

이러한 의료비 상승 혹은 의료시장 규모 증가의 주요 원인으로 인구고령화, 의료기술의 발전, 의료자원 배분의 비효율이 지목되고 있다. 다음의 소절을 통해 의료비 상승 원인을 간략하게 설명하고자 한다.

가. 인구고령화에 따른 의료비 증가

우리나라는 세계적으로 유례없이 빠른 속도로 고령화가 진행되고 있어 경제 활동인구의 감소와 고령화 및 만성질환의 증가로 인한 의료비 급증을 초래할 것으로 예상되고 있다. 우선 고령화의 속도를 살펴보면 다른 선진국에 비하여 상당히 빠르게 진행되고 있음을 알 수 있다. 2018년이면 노인인구가 전체인구의 14%에 달하는 고령사회에 도달하며, 2026년에는 노인인구가 전체인구의 20%에 달하는 초고령사회가 될 것으로 예상되고 있다.

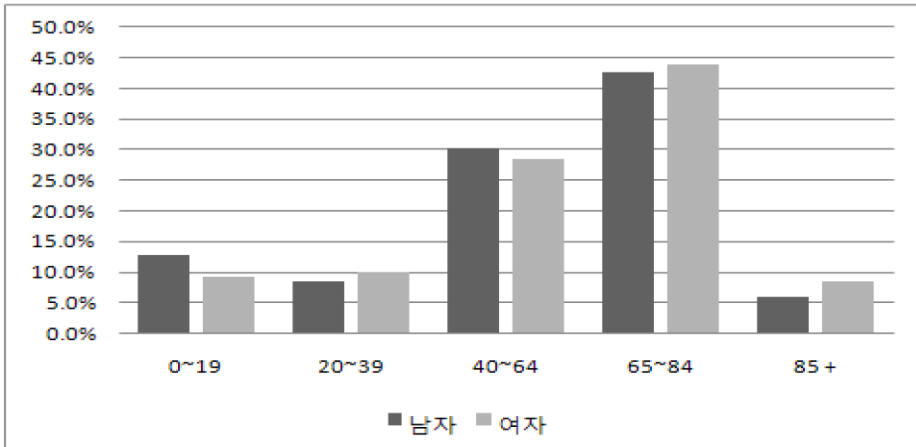
〈표 II-3〉 고령화 증가 속도

구분	노인인구비율 도달연도			도달 소요연수(년)	
	고령화사회 (7%)	고령사회 (14%)	초고령사회 (20%)	고령사회 (7%→14%)	초고령사회 (14%→20%)
한국	2000	2018	2026	18	8
일본	1970	1994	2006	24	12
프랑스	1864	1979	2018	115	39
독일	1932	1972	2009	40	37
이탈리아	1927	1988	2006	61	18
미국	1942	2015	2036	73	21

자료: 이삼식(2010), 「저출산, 고령화의 영향 및 정부대책」, 보험연구원 금융포럼발표자료, p. 9.

〈그림 Ⅱ-2〉 생애주기별 1인당 의료비 비중

(단위: %)



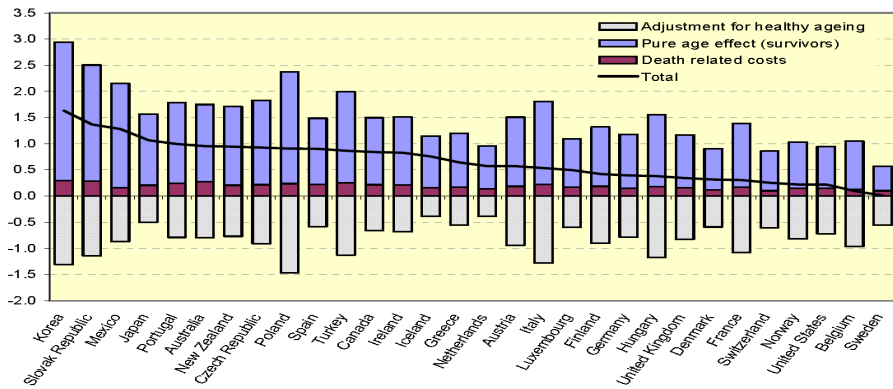
자료: 정영호 · 고숙자(2009), 「생애의료비 추정을 통한 국민의료비 분석(I)」, 보건사회연구원, p. 56.

이러한 고령화 추세는 노동력의 감소 등 경제적 파급효과뿐만 아니라 노동층의 부양부담을 급증시켜 사회적 파급효과를 야기할 것으로 예상되고 있다. 대표적인 사회파급효과는 국민연금의 고갈과 건강보험의 재정위험도 증가이다. 보건사회연구원이 2009년 추정한 의료비 지출의 연령대별 분포를 보면 그 심각성을 알 수 있다. 추정 결과에 따르면 개인의 전 생애에서 50세 이후에 지출되는 의료비가 전생애의료비의 약 50% 이상을 차지하고 있음을 알 수 있다. 이는 고령인구의 증가가 전체 의료비로 이어질 수 있음을 의미한다. 〈그림 Ⅱ-2〉에서 보는 바와 같이, 10대에는 10% 내외의 지출을 보이다가 20, 30대에는 10% 미만으로 지출이 다소 낮아지는 경향이 있으나 40대부터 지출이 급격하게 늘어나고 있다. 노년인구의 증가와 노년인구의 의료비 지출 규모는 의료비의 상승과 직결되어 있음을 알 수 있다.

고령화 요인에 의한 의료비 증가율을 분석한 OECD연구에 따르면, 국내의 고령화 진전으로 인한 의료비 증가율은 건강한 고령화를 고려하더라도 GDP 대비 공공의료비 비중이 약 1.5% 증가할 것으로 예상하고 있다. 이는 여타 OECD 국가에 비해 고령화에 의한 GDP 대비 공공의료비 지출 증가율이 높음을 의미한다.

건강한 고령화로 인한 조정분은 폴란드, 이탈리아 정도를 제외하면 여타 OECD 국가에 비해 상당히 높은 것으로 예상되지만 고령화의 정도가 가장 급속한 점에 기인하여 순수효과가 OECD 국가 중 GDP 대비 공공부분의 의료지출이 가장 높을 것으로 예상하고 있다.

〈그림 II-3〉 의료지출의 고령화 요인 OECD 비교



자료: Martins & Maisonneuve(2006), "The drives of public expenditure on health and long-term care: an integrated projection approach", *OECD Economic Studies*, p. 39.

따라서 인구고령화에 따른 의료비 상승은 국민건강보험의 재정과 민영실손 의료보험의 손해율에 영향을 줄 수 있는 의료시장의 수요 측면에서의 변화요인이라고 할 수 있다.

나. 의료기술 발전에 따른 의료비 증가

신의료기기나 장치 개발 등 의료기술의 변화는 인구고령화로 인한 의료비 상승 문제와 비교대상이 되지 않을 정도로 의료비 상승의 가장 큰 원인으로 지목되고 있다. CBO(2008)의 보고서는 1940년에서 1990년까지 의료비 상승의 원인에 대한 분석 등을 토대로 의료기술의 변화가 의료비 상승의 주요인이라는 결론을 내리고 있다.

〈표 II-4〉는 미국의 의료비 상승 요인을 분석한 연구를 정리한 표로 의료비

상승의 가장 큰 요인으로 의료기술의 발전을 꼽고 있다. 표에 의하면 의료기술의 발전이 의료비 상승의 50% 이상을 설명할 정도로 큰 영향을 미치고 있음을 알 수 있다.

〈표 II-4〉 일인당 실질의료비증가 기여요인(1940~1990년)

(단위: %)

요인	Smith, Hefler & Freeland(2000)	Cutler (1995)	Newhouse (1992)
인구 고령화	2	2	2
제3자 지불제도로의 전환	10	13	10
개인소득의 증가	11~18	5	<23
의료부분 가격	11~22	19	*
행정비용	3~10	13	*
방어적 처방과 유인수요	0	*	0
의료기술변화	38~62	49	>65

주: 표 안의 숫자는 열거한 요인의 일인당 실질의료비증가 기여율을 나타낸 것임.

자료: Congressional Budget Office(2008, 1), *Technological Change and the Growth of Healthcare Spending*, p. 8.를 재인용함.

하지만 우리나라의 경우 의료기술 발전이 의료비 상승에 미친 영향을 분석한 연구가 거의 없으며, 고가의 장비나 의료기관의 병상 수를 통해 자원의 효율적 배분 관점에서 의료비 상승 요인을 분석하고 있다. 따라서 다음 절에서 현재 우리나라의 의료자원 배분의 비효율성을 살펴보겠다.

다. 의료자원배분의 비효율성

〈표 II-5〉는 2008년 연도 말 기준으로 의료기관 종별 의료장비 보유 대수 현황을 보여주고 있다. 이 중에서 고가의료장비의 기준으로 많이 사용되는 장비가 CT와 MRI인데 2008년 말 현재 CT는 국내에 총 1,788대, MRI는 총 855대가 보급되어 있다. CT는 병원급 이상에서 1,208대, 의원급에서 572대를 보유하고 있으며, MRI는 병원급 이상에서 703대, 의원에서 152대를 보유하고 있다.

〈표 II-5〉 의료기관 종별 의료장비 현황(2008년)

구분	검사 장비	방사선 진단 치료 장비	이학 요법 장비	수술및 처치 장비	한방 장비	CT 스캐너	자기 공명 영상기	유방 촬영용 장치	초음파 영상 진단기	심장 초음파 영상 진단기	영상 저장 및 전송 시스템
계	196,382	84,117	255,241	66,032	39,628	1,788	855	2,299	17,360	2,103	938
종합전문 요양기관	18,924	2,432	5,095	10,220	96	156	109	96	925	221	56
종합병원	34,859	5,937	16,721	18,160	320	373	300	355	1,635	359	266
병원	32,408	8,227	45,005	8,901	819	679	294	563	2,058	336	389
의원	106,485	26,529	155,317	25,519	2,503	572	152	1,274	12,500	1,183	190
치과병원	157	1,213	157	272	—	5	—	2	4	—	14
치과의원	192	37,808	602	2,744	4	—	—	1	—	—	11
조산원	7	—	3	—	—	—	—	—	5	—	—
보건의료원	406	98	330	67	63	3	—	4	29	1	—
보건소	1,706	802	3,286	73	434	—	—	4	82	1	10
보건지소	362	891	1,814	23	145	—	—	—	5	—	2
보건진료소	301	—	194	—	2	—	—	—	—	—	—
한방병원	25	6	2,273	10	2,457	—	—	—	2	—	—
한의원	550	174	24,444	43	32,785	—	—	—	115	2	—

주: 2008년 말 기준임.

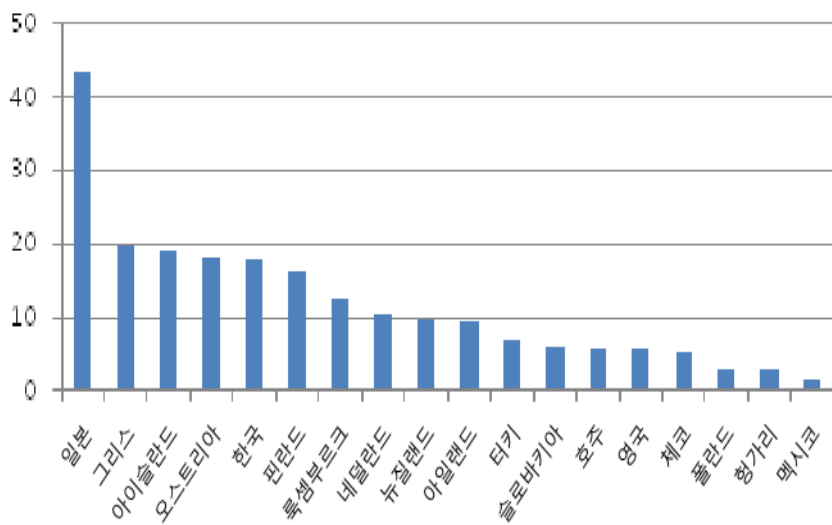
자료: 국민건강보험공단(2008), 건강보험통계연보.

표에서 알 수 있듯이 의원에서 보유한 CT의 수가 종합병원 이상의 요양기관에서 보유한 CT의 수보다 많으며, MRI의 경우에도 의원에서 보유한 대수가 종합전문요양기관에서 보유한 대수보다 많다. 이는 의원과 병원 간의 경쟁적 관계를 보여주는 것으로 고가장비가 비효율적으로 배분되고 있음을 시사하고 있다.

〈그림 II-4〉와 〈그림 II-5〉는 OECD 국가별 인구 백만 명당 MRI와 CT의 개수를 비교한 그래프이다. 우리나라의 경우 MRI와 CT 보유수가 여타 국가에 비해 상대적으로 높은 편임을 알 수 있다. 즉, 의료자원에 대한 접근은 용이하지만 이에 대한 반대급부로 높은 의료비 지출을 유발할 수 있는 요인을 지니고 있다.

〈그림 II-4〉 OECD 국가별 백만 명당 MRI 보유수(2008년)

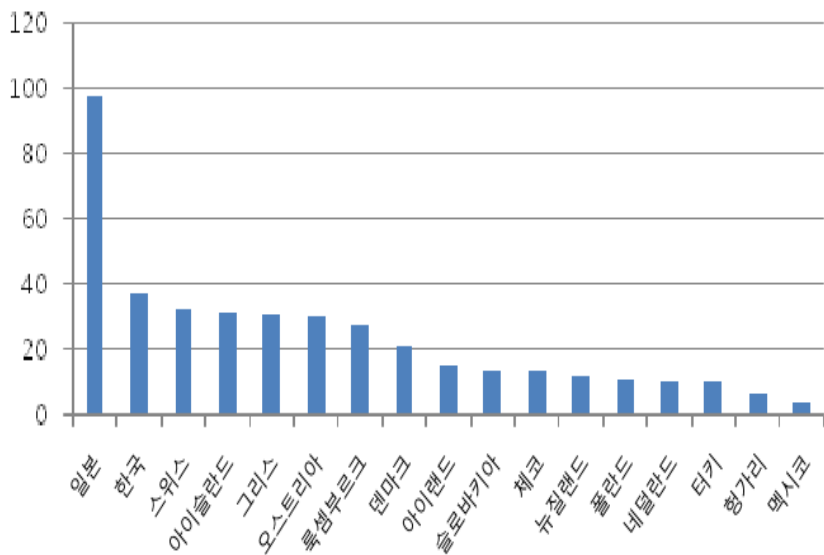
(단위: 개수)



자료: OECD Health Data(2010).

〈그림 II-5〉 OECD 국가별 백만 명당 CT 보유수(2008년)

(단위: 개수)



자료: OECD Health Data(2010).

〈표 II-6〉 의료기관 주요 시설현황

구분			합계	종합 전문	종합 병원	병원	의원	치과 병원	치과 의원	조산원	보건 의료원	보건소	보건 지소	보건 진료소	한방 병원	한의원
입 원 실	병실	합계	122,855	10,287	22,087	48,580	38,903	81	19	82	131	—	—	—	2,225	460
		상급	48,056	6,118	11,321	13,918	15,266	22	9	44	27	—	—	—	1,111	220
		일반	69,930	3,944	10,269	30,974	23,178	59	10	38	104	—	—	—	1,114	240
		정신과 폐쇄	4,869	225	497	3,688	459	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	병상	합계	472,297	36,168	85,376	240,919	99,108	233	25	89	469	—	—	—	8,344	1,566
		상급	86,710	11,894	22,755	27,627	21,351	41	10	49	52	—	—	—	2,313	618
		일반	353,713	23,359	59,332	188,241	75,138	192	15	40	417	—	—	—	6,031	948
		정신과 폐쇄	31,874	915	3,289	25,051	2,619	—	—	—	—	—	—	—	—	—
중 환 자 실	합계	병실	1,035	218	420	347	23	—	—	—	3	—	—	—	12	12
		병상	10,920	2,813	5,113	2,831	61	—	—	—	7	—	—	—	36	59
	성인 소아	병실	915	175	361	332	20	—	—	—	3	—	—	—	12	12
		병상	9,649	2,236	4,530	2,723	58	—	—	—	7	—	—	—	36	59
	신생아	병실	120	43	59	15	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
		병상	1,271	577	583	108	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
격리병실	병실	867	129	304	382	51	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
	병상	1,858	292	725	730	109	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
무균 치료실	병실	205	151	51	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	병상	337	251	83	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
강내 치료실	병실	21	13	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	병상	22	13	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
방사성 옥소입원 치료실	병실	77	47	30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	병상	84	49	35	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
응급실	병실	1,192	56	291	499	336	2	—	—	—	7	—	—	—	1	—
	병상	9,827	1,489	4,374	3,383	553	2	—	—	—	25	—	—	—	1	—
총계	병실	126,252	10,901	23,191	49,811	39,313	83	19	82	142	0	0	0	0	2,238	472
	병상	495,345	41,075	95,715	247,866	99,831	235	25	89	503	0	0	0	0	8,381	1,625

주: 1) 2008년도 말 기준임.

2) 정신과폐쇄는 2008년 7월 이후로 추가되었으며 집중치료실의 기타는 삭제됨.

3) '집중치료실' → '중환자실'로 명칭 변경함.

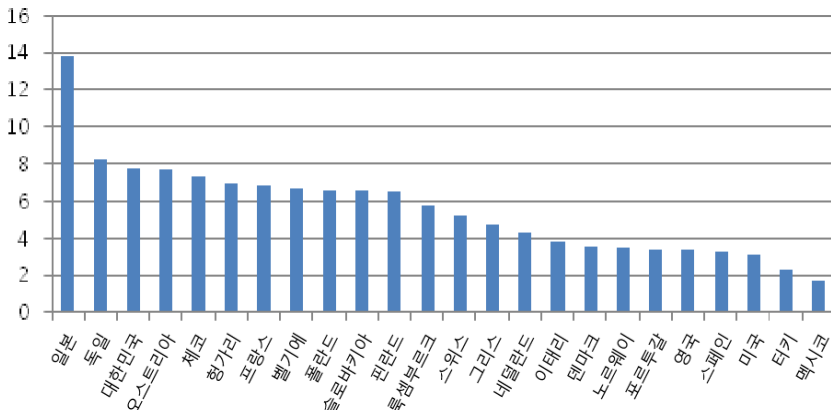
자료: 건강보험통계연보(2008).

요양기관의 병상 수는 의료기술의 발전과는 큰 관련이 없지만 자원배분의 비효율성을 살펴보는 주요 지표이다. 병상은 입원실뿐만 아니라 중환자실, 신생아실, 무균치료실, 격리병실 등의 병상이 모두 포함되는 개념으로 입원 서비스 제공을 위해 가장 기본으로 요구되는 자원이다. 인력, 장비, 지식, 기술 등 여타 의료자원을 수반하기 때문에 병상자원의 체계적 관리와 효율적 운영은 의료비관리 측면에서 의료시장에 큰 영향을 미칠 수 있다.

〈표 II-6〉은 의료기관의 주요 시설현황을 나타내고 있다. 2008년 말 현재 총 병상 수는 495,345 병상으로 이중 병원급이 약 77.7%를 차지하고 있으며, 의원급이 20.2%를 차지하고 있다. 의원급 의료기관의 병상 수는 종합병원의 병상수보다 많은데 이는 병원과 의원이 서로 보완관계가 아닌 경쟁관계에 있음을 보여주고 있다. 병상자원에 대한 중복투자는 병상의 과잉공급을 유발하고 있으며 이로 인한 과잉진료의 원인으로 지목되고 있다.

〈그림 II-6〉이 나타내고 있는 OECD 국가 천 명당 병상 수를 살펴보면 우리나라가 일본, 독일에 이어 세 번째로 천 명당 병상 수가 높은 국가로 나타나고 있다. 이는 앞 단락에서 지적하였던 상급병원과 의원급 의료기관 간의 의료자원에 대한 투자 경쟁의 결과로 해석할 수 있다.

〈그림 II-6〉 OECD 국가 천 명당 병상 수 비교(2008년)



자료: OECD Health Data(2010).

2. 의료시장의 구성

의료시장의 구성원은 수요자, 의료서비스 공급자, 보험자로 크게 나눌 수 있다. 본 절에서는 의료서비스 수요자 기준으로 의료시장의 범위를 정하고 현재 우리나라 의료서비스 공급자, 공·사 의료보험의 주요특성을 살펴보면 다음과 같다.

가. 의료서비스 수요자: 의료시장의 범위 설정

의료서비스 수요자는 의료서비스 공급자에게 의료서비스를 제공받고 이에 대한 대가를 지불하는 자를 말한다. 일반적으로 의료서비스 소비에 대한 대가는 상당히 높기 때문에 대부분의 소비자는 보험을 통해 그 위험을 분산시키려고 하거나 공공부문에서 사회보험의 형태로 그 위험을 관리하고 있다. 따라서 의료재원 측면에서는 소비자는 일반적으로 의료보험의 수요자가 되며 의료서비스 측면에서는 의료서비스 수요자가 된다.

또한 의료서비스 수요자를 기준으로 작성한 의료비 지출 구성을 통하여 의료시장의 범위를 구분하거나 설정하므로 본 절에서도 그 기준에 따라 본 연구에서 언급하는 의료시장의 범위를 설정하고자 한다.

의료시장의 개념과 범위를 알기 위해서는 국민의료비 체계의 분류기준을 참조하는 것이 편리하다. 국민의료비 계정¹⁾에는 의료수요자 기준의 기능별 분류, 의료공급자기준의 공급별 분류, 보험자 등 재원 기준의 재원별 분류가 이루어져 있으며 그 수치를 통해 규모를 파악할 수 있다. 그 중에서 기능별 분류를 살펴보는 것이 의료시장의 개념과 규모를 파악하는데 가장 도움이 된다.

1) 국민의료비 계정의 분류는 OECD/SHA(System of Health Account)에서 보건의료산업의 국제분류로 제시한 ICHA(International Classification for Health Accounts)분류를 따르고 있는데 이는 국제표준산업분류(ISIC: International Standard Industrial Classification)와 양립할 수 있도록 구성되어 있다.

〈표 II -7〉 의료시장 범위와 의료수요 분류

ICHA-HC	구분	2008년 규모 (백만 원)	비고
HC.1 치료서비스 (Services of Curative Care)	HC.1.1 입원치료서비스 HC.1.2 당일입퇴원치료서비스 HC.1.3 외래치료서비스 HC.1.4 재가치료서비스	39,848,892	의료 서비스 산업
HC.2 재활서비스 (Services of Rehabilitative Care)	HC.2.1 입원재활서비스 HC.2.2 당일입퇴원치료서비스 HC.2.3 외래재활서비스 HC.2.4 재가재활서비스		
HC.3 장기간호서비스 (Services of Long-term Nursing Care)	HC.3.1 입원장기간호케어서비스 HC.3.2 당일입퇴원장기간호케어 서비스 HC.3.3 재가 장기 간호케어서비스	1,916,922	
HC.4 보조의료서비스 (Ancillary Services to Health Care)	HC.4.1 임상병리검사(임상검사) HC.4.2 진단영상(화상진단) HC.4.3 환자수송/응급구조 HC.4.9 기타보조의료서비스	163,918	
HC.5 외래용의료재화 (Medical Goods Dispensed to Out-patient)	HC.5.1 약품/기타의료소모품 HC.5.2 치료용구/기타의료내구재	17,151,036	의료 서비스 연관 산업
총 개인보건의료비(TPHE)	HC1 + HC2 + HC3 + HC4 + HC5	59,080,767	의료 시장
HC.6 예방 및 공중보건 (Prevention and Public Health Services)	HC.6.1 모자보건/가족계획·상담 HC.6.2 학교보건 HC.6.3 전염병예방 HC.6.4 비전염병예방 HC.6.5 직장보건 HC.6.6 기타공중보건	1,572,624	-
HC.7 보건행정관리 (Health Administration and Health Insurance)	HC.7.1 일반정부보건관리 HC.7.2 민영실손의료보험관리	2,084,853	-
총 경상의료비(TCHE)	TPHE + HC.6 + HC.7	62,738,244	-
HC.R.1 고정자본형성	HC.R.1 보건의료공급기관 고정자본 형성	3,950,261	-
총 국민의료비(THE)	TCHE + HC.R.1	66,688,505	-

자료: OECD(2000), "A System of Health Accounts"; 보건복지부(2010), 「2008년 국민의료비 및 국민 보건계정」을 참조하여 작성함.

〈표 II-7〉은 국민의료비의 기능별 분류를 기준으로 의료서비스 산업의 범위를 정의한 표이다. 본 연구에서는 국민의료비의 기능별 분류에서 개인보건의료(HC.1-4)에 해당하는 부분으로 의료시장의 범위를 한정하였지만 일반적으로 외래용 의료재화(HC.5)를 포함하여 의료시장의 범위로 정의한다. 동 표에서 개인보건의료에 해당하는 부분을 의료서비스산업이라고 일컫는데 이는 의료종사자가 의료서비스를 제공하는 과정에서 형성되는 산업을 지칭하는 것이다. 의료서비스산업에는 치료서비스(HC.1), 재활서비스(HC.2), 장기간호서비스(HC.3), 보조의료서비스(HC.4)가 포함되어 있다. 치료서비스(HC.1)는 급성질환을 치료하거나 경감시키기 위한 의료서비스로 입원, 통원, 외래, 자가진료서비스로 구분된다. 재활서비스(HC.2)는 질환이나 부상으로 신체의 기능이 저하된 환자의 기능향상을 목적으로 제공하는 서비스로 입원, 통원, 외래, 자가재활서비스로 구분된다. 장기간호서비스(HC.3)는 만성질환으로 장기적인 도움이 필요한 환자에게 제공되는 서비스로 입원, 통원, 자가장기요양서비스로 구분된다. 보조의료서비스(HC.4)는 의사의 감독과 지시 하에 다른 의료인력이 행하는 서비스로 임상병리검사, 진단검사, 환자수송, 기타로 구분된다. 의료서비스 산업은 규모면에서 2008년 현재 약 42조 원으로 추산되며 여기에 의료서비스 연관산업까지 포함하여 의료시장의 규모를 추계하면 약 59조 원에 달하는 것으로 파악되고 있다.

의료서비스 연관산업은 기능별 분류에서 외래용 의료재화(HC.5)에 해당하는 것으로 제약산업, 의료기기산업, 생명산업을 포괄하고 있다. 외래용 의료재화에는 의료기관 외에서 개인과 가정에 제공되는 의약 및 의료용구가 포함되어 있다. 의약 및 의료용품은 전문의약품, 일반의약품, 그 외 의료용품으로 구분되며 의료용구는 안경관련 용구, 보철구, 보청기, 휠체어, 기타로 구분된다.

의료서비스산업 내 구조를 보면 공급자인, 병·의원, 소비자인 환자, 보험자인 건강보험이 삼각 축을 형성하고 있으며 연관산업으로 제약과 의료기기산업이 존재하고 있다.

총 개인보건의료비는 집단적 의료서비스와는 성격이 다른 개인적으로 직접 배정될 수 있는 서비스와 물품을 포함하고 있다. 진료서비스, 재활서비스, 장기

요양서비스, 부수적 의료서비스, 의약품 및 의료용구에 지출된 비용이 총 개인 보건의료비에 포함되어 있다.

집단적 보건의료비는 예방 및 공중보건(HC.6)과 보건관리 및 건강보험(HC.7)에 대한 지출의 합이다. 보건관리 및 건강보험에 관한 총지출은 사보험자, 사회보장을 포함한 중앙 및 지방 정부의 보건당국이 기획, 관리, 규제, 징수, 청구 및 진료비 지불과 관련하여 지출하는 비용을 의미한다. 특히 민영실손의료보험 회사의 지출은 통상적으로 보험료 수입과 급여지출 총액의 차이가 계상된다.

나. 의료서비스 공급자²⁾

우리나라의 의료서비스 시장은 높은 진입장벽과 공급자에 의한 독점이 이루어지고 있는 시장의 특성을 가지고 있다. 이러한 시장적 특성은 의료서비스 공급자에게만 주어지는 면허라는 특권에 기인한다. 공급자의 이런 지위는 현재 「의료법」에서 규정하고 있는데, 현행 「의료법」에서는 의료기관의 개설은 의료인, 의료법인, 비영리법인, 정부기관 외에는 허용하고 있지 않다. 이러한 의료기관의 개설주체에 대한 제한으로 인해 주식회사, 합명회사, 합자회사 형태의 의료관련 법인 설립은 불가능하며 자연인으로서 비의료인이 의료기관을 개설할 수 없다.

「의료법」에서 규정하고 있는 의료공급자의 독점적 지위는 기본적으로 의료서비스 공급자의 의료서비스에 대한 지식의 상대적 우위로 인해 더욱 강화되고 있는 실정이다. 영리의료법인에 대한 진입제한 등 의료기관 개설 주체에 대한 제한과 소비자의 의료서비스에 대한 상대적 무지로 인하여 의료서비스 시장에서의 의료공급자의 지위는 다른 주체들보다 상대적 우위에 있다. 의료서비스에 대한 질과 효용에 대한 정보를 의료공급자가 상대적으로 소비자에 비해 더 많이 가지고 있으며 소비자인 환자를 대신하여 의료서비스의 공급량을 결정하기 때문에 의료공급자의 경제적 동기가 의료서비스 수요자의 효용과 반대로 작용할 가능성이 항상 존재하고 있다.

2) 정영호 외(2004)를 인용하여 정리하였다.

의료서비스에 대한 정보의 비대칭성은 보험자가 의료공급자를 규제하는 이론적 배경이 되며 의료서비스 시장에서 보험자가 할 수 있는 역할에 따라 의료서비스의 공급형태와 수요형태가 달라질 수 있다. 또한 소비자의 상대적 무지를 타파하기 위하여 보험자 혹은 정부가 의료정보에 대한 공개 노력과 건강 정보 제공 등으로 소비자의 권리의식을 고양하고 있는 실정이다. 시장에서의 상대적 약자인 소비자를 보호하기 위한 많은 제도들이 생겨나고 있으며 의료 과실(medical malpractice)에 대한 소송 또한 증가하는 추세이다.

국민의료비 계정 중 공급자별 분류를 참조하면 의료공급자별 구성과 그 규모를 쉽게 파악할 수 있다. <표 II-8>은 국민의료비를 공급자별로 분류한 것이다. 공급자별 분류는 조달된 자금을 사용하여 서비스를 생산하고 공급하는 실체에 대한 구분으로 의료공급자를 기준으로 한 분류하고 할 수 있다. 혹은 보건의료의 산업별 분류라고 할 수 있다. 이에 의하면 2008년 기준으로 병원(HP.1)에서 전체의료비의 약 50%에 달하는 30조 원 규모로 의료서비스를 제공하고 있으며, 통원의료보건의제공자(HP.3)가 약 18조 원 규모로 의료서비스를 제공하고 있다. 그 다음이 약국 등을 포함하는 의료재화소매상/기타공급자(HP.4)를 통해서 의료서비스가 많이 제공되고 있는데 그 규모는 약 14조 원에 이르고 있는 것으로 나타났다.

〈표 II-8〉 공급자별 의로서비스 제공 규모

ICHA-HP	구분	2008년 규모 (백만 원)
HP.1 병원 (Hospital)	HP.1.1 일반병원 HP.1.2 정신보건/약물중독병원 HP.1.3 전문병원	30,043,972
HP.2 간호/주거케어시설 (Nursing and Residential Care Facilities)	HP.2.1 간호케어시설 HP.2.2 정신지체/정신보건/ 약물중독주거시설 HP.2.3 노인지역케어시설 HP.2.9 기타주거케어시설	403,467
HP.3 통원보건의료제공자 (Providers of Ambulatory Health Care)	HP.3.1 의원 HP.3.2 치과의원 HP.3.3 기타의료인력의 사무소 HP.3.4 외래진료센터 HP.3.5 검사소 HP.3.6 재가보건의료제공자 HP.3.9 통원보건의료의 기타 제공자	18,292,643
HP.4 의료재화소매상/기타공급자 (Retail Sale and Other Providers of Medical Goods)	HP.4.1 약국 HP.4.2 안경/광학용품소매상/ 기타 공급자 HP.4.3 보청기소매상/기타 공급자 HP.4.4 기타 의료용구소매상/ 기타 공급자 HP.4.9 기타 의료재소매상/ 기타 공급자	14,199,911
HP.5 공중보건/관리 (Provision and Administration of Public Health Programmes)	—	966,978
HP.6 일반보건관리/보험 (General Health Administration and Insurance)	HP.6.1 보건행정정부기관 HP.6.2 사회보장기금 HP.6.3 기타사회보험 HP.6.4 기타민영보험 HP.6.9 기타보건관리	2,084,853
HP.7 기타 산업 (Other industries/ Rest of the Economy)	HP.7.1 직장보건의료제공자시설 HP.7.2 재가보건의료제공자시설 HP.7.3 기타보건의료2차생산자	546,573
HP.9 국외부문 (Rest of the World)	—	150,099

자료: OECD(2000), "A System of Health Accounts"; 보건복지부(2010), 「2008년 국민의료비 및 국민 보건계정」을 참조하여 작성함.

다. 보험자: 의료비의 분담체계

의료서비스 시장에서 보험의 가장 큰 역할은 의료서비스 수요자의 재정적 부담을 완화하여 의료비 지출에 대한 재원의 역할이다. 따라서 국민의료비를 어떠한 방식으로 부담하는가에 대한 문제는 건강보험에 대하여 공·사가 어떠한 역할을 하고 있는가를 살펴보는 것이 중요하다고 할 수 있다.

〈표 II-9〉 국민의료비의 공·사보험 부담체계

구분	국민건강보험법상 급여구분	
	급여항목	비급여항목
의료비 부담주체	국민건강보험공단	민영실손의료보험/가계부담
	본인부담금: 민영실손의료보험/가계부담	

우리나라의 국민의료비는 공적보험인 국민건강보험과 사적보험인 민영실손의료보험이 상호부담하고 있는 형태로 민영실손의료보험은 공적보험의 급여와 비급여의 변동에 따라 큰 변화를 받는 구조로 되어 있다. 민영실손의료보험은 국민건강보험의 본인부담금과 비급여부분을 보장하는 포괄주의적 담보형태를 띠고 있기 때문이다. 게다가 급여부분만을 정하고 보장하는 사회보험의 기본원리와 다소 다르게 국민건강보험은 비급여부분에 대한 범위까지 정하고 있기 때문에 국민건강보험의 급여와 비급여에 대한 범위 결정이 곧 민영실손의료보험의 보장부분의 범위를 결정하는 구조로 되어 있다.

〈표 II-10〉 우리나라 건강보험 급여체계

구분		기준
급여	법정급여 (본인 일부부담)	- 안정성·유효성이 있으며 보험급여원리에 부합하는 것 - 질병치료에 필요하고 보편적으로 시술되는 경우 - 유사 또는 대체가능하나 행위·약제·재료와 비교 시 보험재정에 변화가 적은 경우
	100/100급여 (본인 전액부담)	안정성·유효성이 있으며 보험급여원리에 부합하나 보험재정에 상당한 부담을 초래하거나 추정 산출원가가 대체가능한 경우보다 상대적으로 고가인 경우
비급여	법정비급여	- 일상생활에 지장이 없는 경우(단순피로, 주근깨, 여드름 등) - 신체의 필수기능 개선 목적이 아닌 경우(미용성형수술, 시력교정술 등) - 시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우(상급병실차액료, 식대, 선택진료비 등) - 예방진료로서 질병·부상의 직접진료를 목적으로 하지 않는 경우(예방접종, 치석제거, 금연치료 등)
	한시적비급여	안전성·유효성이 있고, 보험급여원리에 부합되며 재정상 비급여로 일단 운영하나 일정기간 경과 후 요양급여 대상으로 적용 가능한 경우(초음파 등)
	임의비급여	- 요양급여기준 및 수가산정방법에 의거 소정 진료수가에 포함되어 별도 징수할 수 없도록 규정된 경우 - 신의료기술 등의 승인기간 이전에 비급여 되는 경우 - 보건복지부 유권해석 등에 의거 심사삭감이 우려되어 비급여 처리되는 경우 등

자료: 감신(2005), 「보건의료환경의 변화 가능성과 건강보험의 발전방향」, p. 81.

국민건강보험의 급여부분에 대하여 「국민건강보험법」 제39조제1항에서 규정하고 있으며 이에 근거한 「국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙」에 의해 국민건강보험의 급여범위를 규정하고 있다. 국민건강보험에서 보장하는 급여부분을 제외한 부분을 통상 비급여부분이라고 한다. 보건복지부의 정의에 따르면, 「국민건강보험법」 제39조제3항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항 또는 「의료급여법」 제7조제3항에 따라 의료급여의 대상에서 제외되는 사항의 비용을 비급여 비용이라고 범위를 한정하고 있다. 비급여부분 범위 또한 국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙에 의해 규정되고 있는데, 일반적으로 급여부

분만을 정하여 보장하는 사회보험의 기본원리를 왜곡하고 있다는 비판의 대상이 되기도 한다.

국민건강보험과 민영실손의료보험의 의료비 분담을 살펴보기 위해서는 국민 의료비 계정 중 재원별 분류를 참조하면 된다. 재원별 분류는 돈이 어디서 흘러나왔는가를 기준으로 한 것으로 국가와 민간재원의 구분과 함께 그 나라에서 운영하고 있는 건강보험을 통한 재원을 파악할 수 있어 보험자가 의료시장에서 차지하는 비중을 파악할 수 있다.

〈표 II-11〉는 재원별 분류를 나타낸 것으로 의료비의 구성이 일반정부, 민간부문, 해외부문으로 이루어져 있으며 일반정부부문에서 공적건강보험의 규모를 민간부문에서 민영실손의료보험의 규모 등을 파악할 수 있다.

〈표 II-11〉 재원별 분류: 보험자 측면

ICHA-HF	구분	2008년 규모(백만 원)
HF.1 일반정부 (General Government)	HF.1.1 정부 HF.1.1.1 중앙정부 HF.1.1.2 시·도정부 HF.1.1.3 시·군·구정부 HF.1.2 사회보장금고	36,898,973
HF.2 민간부문 (Private Sector)	HF.2.1 민영사회보험 HF.2.2 민영보험회사 HF.2.3 가계본인부담지급 HF.2.4 민간비영리단체 HF.2.5 기업	29,789,532
HF.3 해외부문 (Rest of World)	—	—

자료: OECD(2000), A System of Health Accounts; 보건복지부(2010), 「2008년 국민의료비 및 국민보건 계정」을 참조하여 작성함.

〈표 II-12〉 국민의료비 재원구성의 추이

(단위: %)

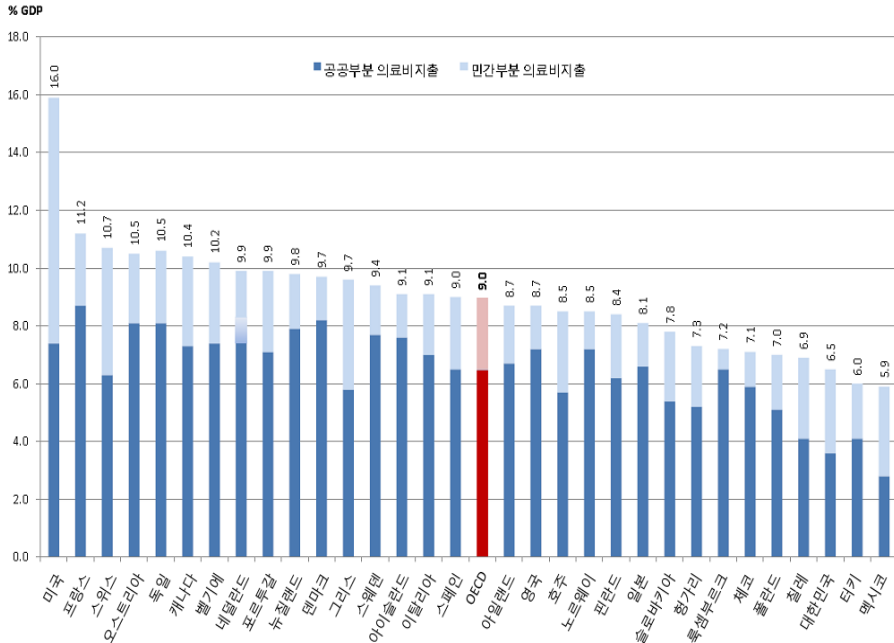
연도	공공재원		민간재원			국민의료비 (조 원)
	정부 재원	사회보장 금고	민영보험	가계직접 부담	기타	
1980	9.0	11.0	0.7	75.6	3.7	1.6
1985	7.3	22.3	1.3	64.1	5.0	3.3
1990	8.0	28.3	2.0	58.4	3.3	8.1
1995	7.5	28.7	2.9	54.6	6.3	16.3
2000	10.3	35.2	4.6	45.2	4.7	28.9
2005	11.8	40.3	3.9	38.8	5.2	49.6
2008	12.9	42.5	4.4	35.0	5.3	66.7

주: 1)민영보험은 자동차보험과 민영실손의료보험(1998년 이후)으로 구성되어 있음.

2)정책형 민영의료보험의 의료비 지출은 가계직접부담에 포함되어 계산됨.

자료: 보건복지부(2010), 「2008년 국민의료비 및 국민보건계정」, p. 75.를 참조하여 작성함.

〈그림 II-7〉 OECD 국가의 GDP 대비 공·사부문 의료비 지출 현황



자료: OECD(2010), OECD health data.

〈표 Ⅱ-12〉에서 보듯이 2008년 현재 국민의료비의 재원은 공적부분에서 약 56%를 차지하고 있으며 공적부분의 보장성 정도가 여타 OECD 국가보다 낮다고 하더라도 공적부분에서의 보장성 비중 추이는 80년대 이후 계속 증가하고 있음을 알 수 있다. 공적부분의 재원확충방안이 문제이긴 하지만 장기적으로 공적부분의 보장성을 선진국들의 공적부분 의료비 부담 비중인 70~80%로 늘리기 위한 정책 변화의 가능성이 늘 존재하고 있다. 참고로 〈그림 Ⅱ-7〉는 OECD 국가의 공공부분 재원의 비율을 나타낸 것으로 공공재원의 비중이 평균 약 70%를 상회하고 있는 것을 알 수 있다.

3. 의료시장 환경변화 동인

앞 장에서 의료시장의 규모를 변화시키는 의료비 상승요인과 시장규모를 파악하였다면 본 장에서는 의료시장의 변화를 가속화시키고 있는 요인인 의료서비스 산업화와 건강보험 정책의 변화에 대해서 살펴보고자 한다.

가. 의료서비스산업화 추진³⁾

의료서비스 산업화는 의료서비스를 제공하는 과정에서 형성되는 산업을 말하는 것으로 병원이 대표적인 예이다.⁴⁾ 따라서 의료서비스산업화는 의료공급자 측면에서 의료시장에 영향을 줄 수 있는 요인이다.

의료서비스 산업화의 일환으로 2009년 정부는 신성장 동력 3대 분야 17개 선정 시 보건의료영역에서 글로벌헬스케어, 바이오제약, 의료기기 등 3개를 선정하여 큰 비중을 두고 있다. 의료서비스산업화는 현 정부에서 계속적으로 추진되고 있지만 의료서비스산업화를 위한 노력은 김영삼 정부에서 부터 시작되었다.

3) 한국보건산업진흥원(2000)을 인용하여 정리하였다.

4) 예방의학편집위원회(2010), 「예방의학과 공중보건학」, p. 667.를 인용하였다.

하지만 근본적인 의료개혁 없이 기술적으로만 접근하여 현재까지 뚜렷한 성과가 없는 상태라고 할 수 있다.

김영삼 정부시절에는 의료과학기술의 발전을 도모하고 제약 및 의료기기산업의 발전을 지원하기 위하여 충북 오송에 보건의료 연구단지 조성을 추진하였으며, 김대중 정부시절에는 신산업정책의 일환으로 의료산업이 채택되었다. 노무현 정부시절에는 국무총리를 위원장으로 한 의료산업선진화위원회를 구성하여 해외 환자유치, 영리병원, 요양기관계약제 등이 논의되었다. 특히 노무현 정부에서 의료산업을 발전시키기 위한 노력들이 많이 시도되었으나 이념적인 반대를 극복하지 못하여 큰 성과를 거두지 못하였다.

현재 의료서비스 산업화는 3대 목표를 설정하고 목표를 달성하기 위한 중점과제를 중심으로 추진되고 있다. 의료산업화의 3대 목표는 의료서비스 산업화 촉진 및 의료시장기능 활성화, 의료서비스의 글로벌화, 의료기술의 신성장 동력화이다.

1) 의료의 시장기능 활성화

의료서비스 산업의 시장기능 활성화는 의료시장의 시장경쟁원리와 변화의 동인을 높이기 위해서 추진되는 목표로 의료서비스 산업의 진입장벽 완화, 의료기관 경영의 투명성, 의료서비스 질 향상을 꾀하고 있다.

〈표 II-13〉 의료시장 기능 활성화 중점 추진과제

추진전략	중점 추진과제
의료기관 경쟁력 제고	• 영리법인 의료기관 도입방안개발 • 건강보험 민영실손의료보험 간 역할 설정 • 건강보험 행위별 수가체계 개선 • 건강보험 미적용병상제도 도입 • 중소병원에 대한 재정·기술 지원 확대 • U-Health Care(원격의료) 기반확립을 위한 제도 개선
의료기관 경영의 투명성·효율성 강화	• 의료기관 회계 투명성 강화방안 개발 • 의료기관 부대·수익사업 확대 • 의료기관 인수·합병(M&A) 활성화 • 의료채권제도 실행방안 마련 • 전문병원 인정기준 및 관리체계 마련 • 비영리법인 의료기관 간의 과세 합리화 방안 개발 • 간호·간병서비스 개선을 통한 의료서비스 일자리 창출 • 간호인력 적정 수급방안 마련
의료서비스의 질 향상	• 의료서비스 질 평가 강화 • 요양급여 적정성 평가결과 등 소비자 정보공개 확대 • 질·고용을 반영한 수가체계 개선

자료: 한국보건산업진흥원(2008), 「의료서비스산업 육성을 위한 규제 개선 방안」, p. 8.

의료시장의 기능 활성화를 위한 정책을 보다 구체적으로 살펴보면, 의료기관 경쟁력 제고를 위하여 의료기관의 개설주체를 완화하는 정책과 의료기관 경영 활성화를 위한 정책으로 나눌 수 있다. 의료기관 개설 요건 완화를 위해서 제시되고 있는 정책은 의료기관시설 및 인력요건 완화와 의료기관 개설주체 완화 정책이다. 이를 위한 정책으로 영리의료법인의 도입, U-Health Care(원격의료)기반을 위한 제도 개선 등이 있다.

영리의료법인의 도입은 의료공급자 측면에서 의료자본 조달경로를 다양화할 수 있으며 경영효율성을 강화하며 의료자본을 축적하여 의료경쟁력 강화 및 의료산업의 성장을 촉진시킬 것으로 기대하고 있다. 수요자 측면에서는 소비자의 고급화·다양화 욕구를 충족시킬 것으로 기대하고 있다.

U-Health Care의 활성화는 기존 진료과목 및 지원시스템이 한 기관 내에서

자체적으로 운영되어야 할 필요성이 감소하여 비용을 절감하는 효과를 가져 올 것으로 예상하고 있다. U-Health Care는 또한 의료기술의 신성장 동력화를 위해서도 중점적으로 논의되고 있는 주제이다.

〈표 II-13〉에서 언급하고 있는 건강보험과 민영실손의료보험 간의 역할 설정은 의료기관 경쟁력 제고를 위한 방안으로 제시되고 있으나, 본 연구에서는 의료산업화가 민영실손의료보험에 미치는 영향에 초점을 두고 있어 의료기관 경쟁력 제고를 위한 방안으로서의 민영실손의료보험의 역할에 대한 논의는 제외하였다.

의료기관의 경영활성화를 위해서는 의료기관의 인수합병 가능, 병원경영지원회사의 활성화 등이 거론되고 있다. 의료기관의 인수합병은 공급자 측면에서는 규모의 경제를 통한 해당 의료기관의 경쟁력을 제고시킬 수 있다는 점과 의료기관 간 합리적 통합으로 의료자원 공급체계의 효율성을 제고시킬 수 있다는 점이 기대 효과로 작용하고 있다. 수요자 측면에서는 경쟁력 있는 의료기관의 이용과 이용만족 극대화가 가능하다는 장점을 가지고 있다.

병원경영지원회사의 활성화는 의료기관 회계정보 신뢰도 상승으로 자금조달이 용이해지고 회계정보의 유용성이 증대된다는 점, 의료기관의 신용능력 보강으로 인한 대외인지도가 상승한다는 장점이 있다. 병원경영지원회사는 〈표 II-13〉에서 언급한 의료기관 회계 투명성 강화, 의료기관 부대·수익사업 확대, 의료기관 인수·합병 활성화, 의료채권제도 실행 등을 주관할 수 있기 때문에 활용도에 따라 그 성격이 달라질 수 있다. 수요자 측면에서는 의료기관의 재무신뢰도 상승은 궁극적으로 의료서비스의 질 향상으로 이어질 수 있다는 장점이 있다.

간호·간병서비스 개선을 통한 의료서비스 일자리 창출과 간호인력 적정수급 방안은 의료공급측면에서의 인력관리와 관련이 깊어 상대적으로 민영실손의료보험과의 관계에서 상대적으로 그 중요성이 덜하기 때문에 본 연구에서는 이에 대한 논의는 제외하였다.

2) 의료서비스의 글로벌화

의료서비스의 글로벌화 일환으로 2009년 「의료법」 개정을 통해 외국인환자유치업이 허용되었다. 외국인환자 유치와 관련하여 「의료법」 개정의 주요 내용을 살펴보면, 「의료법」 제27조3항2호 예외규정을 신설하여 국내의료기관이 「국민건강보험법」 제93조에 따른 가입자나 피부양자가 아닌 외국인 환자를 유치하는 것을 허용하였다. 이를 위해 외국인환자 유치 의료기관 및 유치업자는 보건복지부장관에게 등록하도록 하였다.

〈표 II-14〉 의료서비스 글로벌화 중점 추진과제

추진 전략	중점 추진과제
해외환자의 적극적 유치	• 의료서비스산업의 국제화를 위한 제도적 기반 조성 • 해외환자 유치를 통한 의료관광 및 웰빙산업 활성화
의료기관 해외진출 활성화	• 의료기관 해외진출 지원체계 강화

자료: 한국보건산업진흥원(2008), 「의료서비스산업 육성을 위한 규제 개선 방안」, p. 8.

외국인환자 유치 의료기관으로 등록하기 위해서는 유치하고자 하는 과목의 전문의가 1인 이상 있어야 하며 상급종합병원의 경우는 허가병상수의 5% 내에서 유치가능하다. 외국인환자 유치업자 등록요건은 1억 원 이상 보증보험에 가입하여야 하며 자본금을 1억 원 이상 보유하는 것이다.

외국인환자 유치업의 허용은 사실상 외국인환자에 대하여 의료서비스의 알선 수재를 허용하는 것으로 이로 인한 고용창출효과와 생산유발효과가 상당히 클 것으로 기대하고 있다.

외국인환자 유치업과는 별도로 외국인 의료 인력의 면허를 인정하는 정책도 논의되고 있다. 이를 위해 외국 의료인 면허 소지자가 국내에 유치·개설된 해외 의료기관에서 의료행위를 할 수 있는 법적 근거를 마련하기위한 방안도 고려되고 있다.

3) 의료기술 신성장 동력화

의료기술의 신성장 동력화를 위하여 고려되고 있는 정책방안은 크게 U-Health Care 기반을 마련하는 것과 새로운 의료기술 개발·유도를 위한 의료수가 개선 방안이 있다. U-Health Care 기반 마련은 의료 환경이 전자기기의 다변화 등으로 지리적으로 구애 받지 않는 상황이 확대되고 있기에 그 필요성이 대두되고 있다. 현재 의료법상으로는 의료 환경을 제한하고 있기 때문에 의료서비스를 지리적 제약을 받지 않고 받을 수 있도록 하는 법적·제도적 검토가 요구되고 있다. 이로 인하여 의료서비스 제공공간이 실생활 영역으로 확대되어 병원 이외에도 건강관리회사, 통신 및 의료장비업체 등 다양한 사업자들이 의료서비스 공급에 참여함으로써 경제적 파급효과를 유발할 것으로 기대된다.

〈표 II-15〉 의료기술 신성장 동력화 중점 추진과제

추진 전략	중점 추진과제
의료관련 기술혁신 활성화	• 기술혁신 유도를 위한 수가개선 • 첨단의료복합단지 조성을 위한 추진방안 개발
유망 신임상기술 개발 활성화	• 유망 신임상의료기술 발굴 및 지원 확대 • 유망 신임상의료기술 개발 전문인력 확보 • CRO 기업 및 임상시험 전문병원 육성 • 건강관리서비스 개발 및 산업화 지원 • 유망 한방신의료기술 개발

자료: 한국보건산업진흥원(2008), 「의료서비스산업 육성을 위한 규제 개선 방안」, p. 8.

새로운 의료기술 개발·유도를 위한 의료수가 개선은 의료기술혁신으로 개발된 의료행위가 의학적 안정성, 유효성이 부족할 경우 의료행위로 인정받지 못하여 개발의 동기부여가 상실되는 문제점을 보완하고자 논의되고 있다. 개선방안으로 신의료기술 신청기한의 탄력성을 부여하여 안정성과 유효성 입증자료를 충분히 갖추 수 있도록 신청기한을 연장하는 방안이 검토되고 있으며 의학적 안정성이 확보된 의료행위는 일정 기간 비급여 적용으로 신의료기술로

개발의 동기부여를 검토하는 방안이 있다. 또한 의료기술의 고난위도 등 전문적인 시술에 대한 적정성 평가에 따른 행위료 차등 등을 검토하는 방안도 개선방안으로 논의되고 있다.

나. 건강보험정책의 변화

증가추세에 있는 의료비와 국민건강보험의 재정악화, 국민건강보험의 보장성 확대요구 등으로 인해 보건의료정책의 변화는 주로 국민건강보험과 관련된 정책의 변화일 것으로 예상된다. 특히 민영실손의료보험이 국민건강보험의 비급여 부분과 본인부담금부분을 담보로 운영되고 있기 때문에 국민건강보험의 급여 부분에 대한 정책적 변화는 민영실손의료보험에 직접적으로 영향을 줄 수 있는 요인이다.

1) 의료비 관리정책

의료비 관리정책은 최근 의료비 증가율이 크게 개선되지 않고 국민건강보험 재정수지가 적자를 면하고 있지 못하다는 점과 의료기술의 발전과 고령화 등으로 의료비가 계속 증가할 것이라는 전망 때문에 의료부문의 적절한 성장을 위해서는 그 중요성이 크다고 할 수 있다.

이런 중요성으로 인해 국민건강보험은 의료비관리차원에서 현재의 의료공급자에 대한 지불보상방식을 행위별수가제에서 총액예산제로 전환하려는 움직임을 보이고 있다. 이는 국민건강보험의 재정적자와 직접적인 관계가 있다. <표 II-16>은 현재 국민건강보험 재정수지 현황을 보여주고 있는데 2010년 9월 기준으로 약 4,850억 원의 적자를 내고 있다. 보험급여의 확대 등으로 당분간 적자가 계속될 것이라는 전망이 우세하다.

〈표 II-16〉 국민건강보험 재정수지 현황

(단위: 조 원)

구분	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010. 9
수입	9.5	11.6	13.9	16.8	18.6	20.3	22.4	25.3	28.9	31.2	25.4
보험료 등	8	9	10.9	13.4	15.1	16.6	18.6	21.6	24.8	26.4	21.3
정부지원	1.6	2.6	3	3.4	3.5	3.7	3.8	3.7	4.1	4.8	4.0
국고지원금	1.6	2.6	2.6	2.8	2.9	2.8	2.9	2.7	3.1	3.8	3.2
담배부담금	-	-	0.4	0.6	0.6	0.9	0.9	1	1	1	0.8
지출	10.5	14.1	14.7	15.7	17	19.2	22.5	25.6	27.5	31.2	25.9
보험급여비 등	9.8	13.3	14	15	16.2	18.3	21.6	24.6	26.5	30.1	24.9
관리운영비	0.8	0.7	0.7	0.7	0.8	0.9	0.9	1	1	1	0.9
당기수지	-1	-2.4	-0.8	1.1	1.6	1.2	-0.1	-0.3	1.4	-0.003	-0.48
누적수지	0.9	-1.8	-2.6	-1.5	0.1	1.3	1.2	0.9	2.3	2.3	1.7

자료: 건강보험공단(<http://www.nhic.or.kr>), 건강보험 재정현황통계.

현행 행위별수가제는 과잉 진료를 유발할 수 있다는 점에서 국민건강보험의 재정적자를 유발하는 한 가지 원인으로 지적되고 있으며 이를 대체하기 위하여 사전적으로 의료공급자에 대한 지불액을 정하는 총액예산제로의 전환이 논의되고 있다. 총액예산제로의 전환은 국민건강보험과 의료공급자 간의 보상지불체계가 바뀌는 것이므로 총액예산제가 직접적으로 민영실손의료보험에 영향을 줄 가능성은 적다. 하지만 민영실손의료보험과 의료공급자 간의 보상지불체계의 변화를 가져올 수 있는 건강보험정책이 될 것으로 예상된다. 이와 더불어 현재 논의 중인 「민영실손의료보험의 보험금 청구 및 지급에 관한 법률」(안)이 제도화된다면 법에 의해 민영실손의료보험과 의료공급자가 지불보상방식에 대한 협상과 계약을 하도록 되어 있기 때문에 국민건강보험의 총액예산제 도입은 향후 민영실손의료보험과 의료공급자 간의 지불보상방식에도 큰 영향을 미칠 것으로 예상된다.

2009년 「의료법」 개정으로 도입된 건강보험 비급여 가격고지제도 또한 의료비관리에 영향을 미칠 것으로 예상된다. 본래의 목적은 소비자 권리 제고와 비급

여부문에 대한 가격 정보 제공 등 소비자의 편익 증진을 위한 제도이지만 의료가격에 대한 비교가 가격인하 요인으로 작용할 수 있다면 의료비를 낮출 수 있는 계기가 될 것으로 판단된다. 또한 의료공급자의 비급여부분에 대한 정보 독점행위를 완화하는 것인 만큼 정보축적이 이루어진다면 비급여가격 관리에 도움이 될 것으로 예상된다.

2) 보장성 변화

국민건강보험의 보장성에 대한 향후 예측은 서로 상충되고 있는 요인으로 쉽게 판단하기는 어렵다. 국민건강보험의 재정악화의 원인으로 지목되는 의료비의 상승은 신의료기술의 발달과 함께 성장하고 있는 의료시장의 규모와 그 궤를 같이 하고 있다. 즉, 의료기술의 발달과 의료시장의 성장, 의료비의 증가는 국민건강보험의 보장성 확대의 장애물로 작용하고 있다. 특히 최근 몇 년간 의료비 증가율이 여타 국가들보다 높다는 점이 보장성 확대가 쉽지 않을 것이라는 주장의 근거이다. 그럼에도 불구하고 보장성 확대의 가능성은 높은 편인데 이는 국민건강보험의 보장수준이 다른 국가에 비해 상당히 낮아서 보장성 확대에 대한 요구가 끊이지 않을 때문이다.

국민건강보험의 급여범위와 관련되어 예상되는 정책적 변화로는 현재 법안이 발의된 「건강관리서비스법」(안)이 있다. 이는 국민건강보험의 급여범위에서 건강관리의 개념을 분리시켜 이를 관리하는 법안이다. 법안에서 정의하고 있는 건강관리서비스의 개념은 ‘건강의 유지·증진과 질병의 사전예방·악화방지 등을 목적으로 위대한 생활습관을 개선하고 올바른 건강관리를 유도하는 상담·교육·훈련·실천 프로그램 작성 및 이와 관련하여 제공되는 부가적 서비스’이다. 건강관리서비스법안의 도입은 국민건강보험의 급여범위의 재설정뿐만 아니라 의료산업화를 위해 추진 중인 U-health와 관련되어 있어 새로운 시장을 창출할 수 있다는 점에서 민영실손의료보험뿐만 아니라 의료기기산업과 서비스업 전반에 대하여 큰 영향을 줄 것으로 예상된다.

3) 민영실손의료보험 역할 분담 논의

민영실손의료보험과 국민건강보험과 관계설정을 위한 논의는 민영실손의료보험의 도입과 의료서비스 산업화를 본격적으로 논의하기 시작하면서 쟁점화되고 있다. 의료서비스 산업화를 찬성하는 측면에서는 민영실손의료보험의 역할의 확대를 주장하고 있지만 의료에 대한 공공재적 인식을 가지는 측면에서는 국민건강보험의 보장성확대를 주장하고 민영실손의료보험의 역할 축소를 주장하고 있다.

민영실손의료보험의 역할을 축소시키기 위한 정책입안과 시민단체의 운동은 꾸준히 전개되고 있는데 대표적인 것이 「보충적 민영실손의료보험법」(안)이다. 이 법안에서는 민영실손의료보험의 관리·감독을 보건복지부가 관장하여 민영실손의료보험의 관리·감독위원회를 두고 민영실손의료보험의 급여를 최소화하는 방안을 모색하고 있다.

Ⅲ. 의료서비스 산업화와 민영실손의료보험

본 장에서는 의료시장의 변화요인 중 의료공급자 측면에서 일어나고 있는 변화를 중심으로 민영보험산업에 미칠 수 있는 영향을 짚어보고자 한다. 앞서 언급하였듯이, 의료시장에서 의료공급자는 의료서비스에 대한 상대적 정보우위성으로 인해 독점적 역할을 하고 있긴 하나 그러한 지위의 유지를 위하여 법적으로 많은 규제를 받고 있는 것 또한 사실이다. 의료산업화는 의료서비스 공급자의 지위에 대한 조정과 의료서비스 공급자와 연계된 여러 가지 부수적인 업무영역을 시장화하고자 하기 위한 노력이라고 할 수 있다. 이로 인해 의료공급자에 대한 범위가 확대되고 그로 인하여 발생한 경제적 동기가 궁극적으로 의료서비스 시장의 성장의 원동력으로 작용하고 있다.

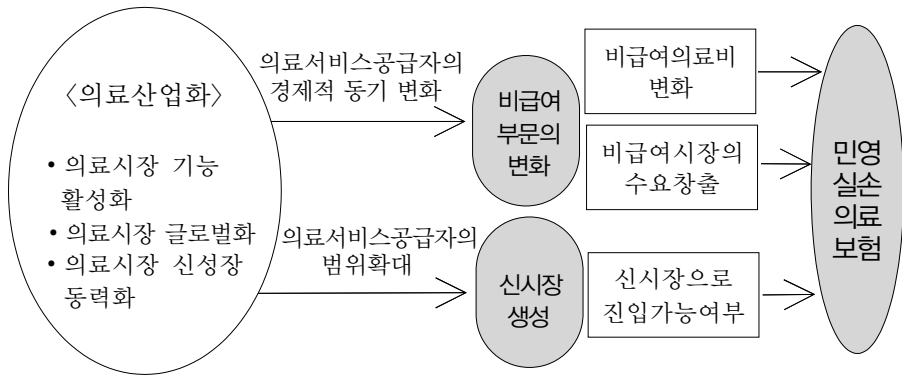
1. 의료서비스 산업화의 파급체계

가. 파급 경로

의료서비스 산업화 정책이 보험회사에 영향을 줄 수 있는 경로는 크게 두 가지로 나눌 수 있다. 첫째, 의료서비스 산업화가 민영실손의료보험이 담보로 하고 있는 국민건강보험의 비급여부문에 영향을 주는 경로이다. 의료서비스 공급자의 범위 확대 등 의료서비스 공급과 관련된 환경변화가 직접적으로 비급여부문에 영향을 주지 않겠지만 의료공급자의 경제적 동기변화 등으로 인해 비급여부문에서 의료서비스의 공급과 의료기술에 대한 투자환경이 변화한다면 영향을 줄

수 있다. 둘째, 민영실손의료보험과 관련한 사업영역을 확대할 수 있는 경로이다. 이는 의료서비스 산업화로 인해 여러 가지 부수적인 업무영역이 시장화되고 있기 때문에 민영실손의료보험이 그 영역으로 사업을 확대할 수 있는 기회가 오느냐가 보험회사 입장에서는 중요한 문제이다.

〈그림 Ⅲ-1〉 의료산업화의 민영실손의료보험 영향 경로



종합하면, 의료서비스 산업화가 민영실손의료보험에 미치는 영향을 파악하기 위해서는 의료서비스 산업화로 인해 국민건강보험의 비급여 부문이 어떻게 변화할 지를 파악하는 것이 중요하며, 이와는 별도로 의료산업화로 인해 창출되는 새로운 시장으로 민영실손의료보험이 사업영역을 확대할 수 있는 가능성을 파악하면 된다.

나. 파급의 영향

의료서비스 산업화의 파급경로를 참고한다면 의료서비스 산업화가 미칠 영향은 비급여부문의 변화방향과 새로운 시장으로의 진입가능여부에 의해 결정될 가능성이 많다.

만약 의료서비스 산업화로 인하여 비급여부문의 의료비가 확대된다면 민영

실손의료보험의 보험료를 인상하지 않는 한 손해율이 악화될 가능성이 높다. 하지만 시장의 확대에 의하여 수요가 늘어난다면 민영실손의료보험의 규모가 늘어날 수 있는 계기가 될 것이다. 따라서 의료서비스 산업화가 비급여 부문을 얼마나 성장시킬 수 있는가는 민영실손의료보험의 수요확대 측면에서 긍정적인 효과를 줄 수 있으며 의료서비스 산업화로 인한 비급여 부문 의료비의 증가는 적절한 보험료 수준만을 유지한다면 민영실손의료보험에 부정적인 영향을 주지 않을 가능성이 높다. 하지만 비급여부문의 확대가능성과 비급여 부문 의료비의 증가정도는 적절한 보험료의 인상 없이는 여전히 서로 상충적으로 작용할 가능성이 많으며 민영실손의료보험에 대한 실질적인 영향은 서로 상충되는 이 두 가지 요소의 상대적 크기가 중요할 수 있다.

의료서비스 산업화로 인해 창출되는 새로운 영역에 민영실손의료보험이 실제로 진입할 수 있느냐에 대한 문제는 의료서비스 산업화의 영향과 직접적으로 직결된다. 하지만 의료서비스 산업화는 시장적 요인 즉 의료서비스 공급이나 수요의 변화에 의해 진행되는 측면도 있지만 의료서비스 시장이 정부에 의한 규제가 상당히 영향을 미친다는 점을 감안한다면 의료서비스 산업화 또한 정부의 규제나 제도에 의해 이루어지고 있는 측면이 강하다. 따라서 의료서비스 산업화가 민영실손의료보험의 새로운 영역으로 진입기회를 만들어 주느냐는 정부의 규제와 제도에 의해 이루어질 가능성이 매우 크다.

2. 의료시장 기능 활성화의 영향

의료시장의 기능 활성화를 위해서 정부는 의료기관 경쟁력 제고를 위한 정책, 의료기관 경영의 투명성·효율성 강화를 위한 정책, 의료서비스의 질 향상을 위한 정책 세 가지로 크게 나누어 중점과제를 추진하고 있다. 본 절에서는 의료기관 경쟁력 제고의 일환으로 추진되고 있으며 현재 가장 논쟁이 되고 있는 영리의료법인의 도입, 원격의료(U-Health Care) 기반확립을 위한 건강관리서비스법안을

중심으로 민영보험에 대한 영향을 살펴보고자 한다. 그리고 의료기관의 경영 투명성·효율성과 관련된 과제와 의료서비스의 질 향상을 위한 정책은 한 절로 묶어 민영실손의료보험에 대한 일반적인 영향을 언급하고자 한다.

가. 영리의료법인의 도입

1) 주요내용

영리의료법인의 도입은 1995년 시장개방 논의와 더불어 경쟁력 강화 차원에서 논의가 시작되었다. 도입의 공식적인 목적은 서비스산업 경쟁력 강화를 위해 의료기관 설립이 의사와 비영리법인에게만 주어지는 현행 자격규정을 바꿔 대형 민간자본이 자유롭게 영리의료법인을 설립할 수 있도록 하는 것이다(기획재정부 2009).⁵⁾

〈표 Ⅲ-1〉은 영리의료법인과 관련된 정책의 주요 추진과정을 요약한 표이다. 영리의료법인은 의료서비스 산업의 경쟁력 강화와 성장 동력의 발굴 측면에서 참여정부 때부터 현재까지 계속 논의되어 왔지만 아직 이에 대한 결정이 나고 있지 않은 상태이다. 이는 영리의료법인의 도입에 우려를 표하는 보건복지부와 적극적 추진을 내세우고 있는 기획재정부 사이에 합의가 쉽게 이루어지고 있지 않기 때문이다. 2010년 12월 현재 「2011년 경제정책운용방향과 과제」에 대한 기자회견에서 보건복지부와 기획재정부는 제주도 특별자치도와 자유경제구역에 순차적으로 도입하는 것에 대하여 여전히 의견을 달리하고 있다.⁶⁾

5) 이만우(2009)를 재인용하였다.

6) 매일경제(2010. 12. 15), 「영리의료법인 놓고 재정 - 복지부 또 격돌」(<http://news.mk.co.kr/newsRead.php?year=2010&no=693366>)을 참조한다.

〈표 Ⅲ-1〉 영리의료법인 관련 정책의 주요 추진 경과

구분	일자	주요 내용
참여 정부	2004년 1월	대통령 신년 연두 기자회견에서 의료산업 등 지식산업 집중 육성 발표
	2005년 1월	대통령 연두 기자회견에서 의료 등 서비스산업 육성 재천명
	2005년 10월	‘의료산업선진화위원회’ 총리실 산하에 설치(1차 회의 개최)
	2006년 12월	관계부처장관회의에서 〈서비스산업경쟁력 강화 종합대책〉 발표: 보건의료부문과제 13개 과제(의료기관네트워크화를 통한 경영효율화 지원 과제 등) 포함
현정부	2008년 3월	기획재정부 업무보고: 영리의료법인 도입검토, 민간의료보험 활성화(공사보험 정보공유추진), 해외환자유치활성화 등
	2008년 4월	정부 17개 부처합동회의, 「성장동력확충과 서비스 수지 개선을 위한 서비스산업선진화 방안」 발표
	2008년 5월	기획재정부 「2단계 서비스 산업화 방안」 발표
	2008년 6월	외국인 환자유치를 위한 유인 알선행위와 의료법인 간 합병 허용, 부대사업 범위를 보건복지부장관령으로하는 내용의 「의료법」 개정안 발표
	2009년 1월	〈미래 한국을 이끌 3대분야 17개 신성장동력 선정〉에 고부가 서비스 산업 부분 중 ‘글로벌 헬스케어’ 포함
	2009년 5월	「외국인 환자 유인알선 허용하는 의료법」 국회 통과, 2009. 5. 1 시행
	2009년 5월	대통령 주재 ‘서비스산업 선진화를 위한 민관 합동회의’
		영리법인 병원의 허용은 연구용역과 사회적 논의과정 거친 후 11월경에 결정하기로 함 · 보건산업진흥원과 한국개발연구원에 연구용역 발주
	2009년 10월	복지부, 일정 조건 하에서 제주특별자치도에 투자개방형 의료법인 수용 발표
	2009년 11월	보건산업진흥원과 한국개발연구원 용역연구결과 정부에 제출
	2009년 12월	용역연구보고서 공개, 정부 부처 간 영리병원 도입 여부 놓고 이견
	2010년 12월	대통령 “시간 갖고 충분히 논의”, 사실상 유보 ‘2011년 경제정책운용방향과 과제’, 복지부와 기재부 제주특별자치도와 자유경제구역에 영리의료법인 순차적 도입에 대한 이견

자료: 임금자(2010)를 참조하여 업데이트하였음.

현행 법률상 영리의료법인의 존립은 불가한데 그 이유는 「의료법」에서 의료기관의 설립자격에 대하여 엄격한 제한을 두고 있기 때문이다. 「의료법」이 정하는 법인형태로의 의료기관은 국가, 지방자치단체를 포함하여 의료법인과 비영리법인만이 설립이 가능하며 개인의 경우 의사, 치과의사, 한의사, 조산사와 같은 의료인만이 병원을 설립할 수 있다. 따라서 현행 법률상 모든 의료법인은 비영리법인이며 의료기관은 의료업 외에는 원칙적으로 영리활동을 할 수 없도록 규정되

어 있다.⁷⁾

영리의료법인의 도입은 사실 그 내용보다는 도입에 대한 찬반논쟁에 더욱 초점이 맞춰져 있다. 영리의료법인의 도입은 정부, 재계, 병원-의료계, 보험계 등 시민사회단체를 제외한 대다수가 찬성하고 있다. 찬성이유는 영리의료법인이 의료산업의 구조를 혁신할 동력을 제공하여 고용을 창출하고 의료서비스의 질을 고양시킨다는 점이다(이만우 2009). 시민사회단체는 영리병원이 의료비의 상승을 초래하고, 지나친 이윤추구로 인해 의료의 공공성을 약화시킬 뿐만 아니라 의료이용을 양극화하여 국민의 건강수준을 불평등하게 만들 것이라고 주장하면서 영리병원의 도입을 반대하고 있다(이만우 2009).

2) 보험회사 영향⁸⁾

가) 의료서비스 공급자의 경제적 동기 변화로 인한 영향

영리의료법인의 도입은 의료기관 개설 주체가 영리를 추구할 수 있도록 허용하는 것이므로 경제적 이윤이 존재하는 분야에서 의료서비스 경쟁이 심화될 것으로 예상된다. 특히 국민건강보험에서 요양기관당연지정제의 유지와 급여·비급여의 구분으로 인해 영리의료법인의 도입은 국민건강보험의 비급여부분에서 의료서비스의 경쟁과 신기술에 대한 투자 심화의 결과를 초래할 수 있다. 또한 현재도 급여부분과 비급여부분 간의 의료서비스의 차이와 기술투자의 차이가 존재하는데 이에 대한 격차를 높일 가능성이 크다.

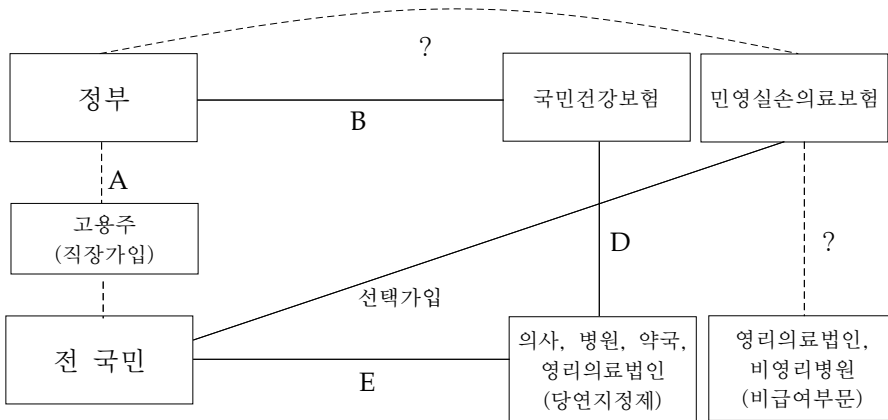
비급여의 성장은 결국 비급여부분의 의료비 상승과 직결되는 바, 비급여를 담보로 하고 있는 민영실손의료보험의 시장은 영리의료법인의 도입으로 크게 성장할 가능성이 존재하지만 보험금 지급의 심도 또한 크게 증가할 가능성이 높다.

7) 본 문단은 이창우(2009)의 내용을 발췌하였다.

8) 영리의료법인의 도입과정에서 병원경영지원회사를 통한 자본조달 등 여러 가지 과정들이 존재하여 제도의 변화가 예상되지만 본 소절에서는 요양기관당연지정제 등 현재도 하에서 영리병원의 도입 시 예상되는 민영실손의료보험의 영향을 살펴보았음을 밝힌다.

문제는 보험회사의 경우 보험자로서 의료비를 관리할 수 있는 실질적 기능이 존재하고 있지 않기 때문에 민영실손의료보험의 시장규모와 손해율은 동시에 높아질 가능성이 높다. <그림 Ⅲ-2>의 D로 표시한 통로를 통하여 국민건강보험은 급여부문에 대하여 국민건강보험심사평가원을 통해 모든 보험청구건에 대하여 심사하여 지불하는 기능이 존재하지만, 민영실손의료보험은 그러한 기능이 존재하고 있지 않아 의료공급자 측면에서 의료비 관리가 쉽지 않다. 따라서 의료비를 관리 혹은 심사할 수 있는 기능이 존재하는가에 따라 영리의료법인의 도입으로 인한 효과는 크게 달라질 수 있다.

<그림 Ⅲ-2> 영리의료법인의 도입 시 예상되는 건강보험 운영체계



지출흐름

A: 소득기준 보험료

B: 적자보존

D: 행위별 수가제, 일부 DRGs

E: 본인부담금

자료: 이창우(2009. 9. 10), 「영리의료법인의 도입과 민영건강보험시장」, 『KiRi Weekly』, p. 9.

영리의료법인의 도입은 결국 의료공급자의 경제적 동기를 변화시켜 비급여 부문에서 의료서비스의 변화를 촉발하는 경로로 민영실손의료보험에 영향을 줄 것으로 예상된다. Dranove 외(1992)는 영리의료법인의 도입으로 의료기관 간

경쟁은 의료기술의 과도한 도입 등 불필요한 경쟁을 야기시킬 수 있음을 이론적으로 제시하였다. 이는 의료기관 간 경쟁이 사회 후생적으로 불필요할 수 있음을 지적한 것으로 비급여부분에 대한 과도한 경쟁이 촉발될 수 있음을 알 수 있다.

나) 새로운 사업영역의 확장

새로운 사업영역의 확장이라는 점에서는 민영실손의료보험이 영리의료법인에 대한 출자 등을 통해서 사업영역을 확대해 나갈 수 계기가 될 수도 있다. 이는 의료기관의 효율성과 투명성을 제고하기 위하여 추진되고 있는 의료기관에 대한 출자와 병원경영지원회사와 직접적인 연관이 있다. 즉, 출자자에 대한 자격범위의 결정이 영리의료법인이 새로운 사업영역이 될 수 있는지를 판가름할 것으로 예상된다.

3) 보험회사 대응

영리의료법인의 도입과 관련한 보험회사의 대응은 제도적 개선에 따라 달라질 수밖에 없다. 영리의료법인의 도입으로 비급여부분의 의료비 상승 문제를 해결하기 위해서는 <그림 Ⅲ-2>에서 설명한 민영보험회사의 의료비 관리 기능 수행을 위한 제도가 마련되는 것이 급선무이다. 국민건강보험의 경우 의료공급자에 대한 수가 결정으로 의료서비스 공급자 측면에서 의료비 통제기능을 수행하고 있지만 민영보험회사는 의료공급자 측면의 의료비 통제기능이 거의 없다고 볼 수 있다. 따라서 이러한 기능을 수행할 수 있는 제도적 뒷받침이 선행되어야 할 것이다. 만약 이러한 기능이 미비하다면 결국 보험회사는 의료서비스 수요자 측면에서 의료비 통제기능을 강화할 수밖에 없다. 하지만 보험가입자 선별 문제는 민영보험에 대한 부정적 인식을 준다는 점에서 문제가 될 수 있다.

사업영역확장 측면에서는 의료서비스 공급자에 대한 출자의 문제와 연관되어 있으므로 보험회사가 의료서비스 산업에 대한 출자 허용 문제, 혹은 의료

서비스 공급자와 네트워크를 형성할 수 있는 제도 허용 문제 등이 먼저 해결되어야 할 것이다.

나. 건강관리서비스 법안⁹⁾

1) 주요 내용¹⁰⁾

U-Health의 기반확립제도를 활성화하기 위하여 정부가 추진하고 있는 법안이 건강관리서비스 법안이다. U-Health는 의료서비스의 시간적·공간적 제약을 없애는 것으로 기존의 의료서비스에 더하여 개인의 건강을 관리·유지시키는 서비스까지 의료서비스의 범위를 확대시키고 있으며 의료서비스 공급자의 범위를 확대 시키고 있다.

현재 추진 중인 건강관리서비스의 제도화는 국민소득과 생활수준의 향상으로 건강유지와 증진, 질병예방에 대한 관심이 증가하여 관련 서비스에 대한 수요에 대비하기 위한 제도이다. 국민의 건강에 대한 욕구는 나날이 증가하고 있으며 노인인구의 증가로 인한 만성질환과 중증질환은 국민의 치료부담과 의료비 증가의 요인이 되고 있는 실정이다. 이에 따라 만성질환과 중증질환에 대한 초기 진단 및 사전 예방적 건강관리의 중요성이 커지고 있는데 건강관리서비스 법안에 이런 흐름에 대한 대응이라고 할 수 있다.

건강관리서비스 법안이 의료서비스 산업화의 일환으로 간주되고 있는 이유는 의료서비스의 공급범위가 예전의 치료중심 서비스에서 예방 및 건강증진 서비스로 확대되고 있기 때문이다. 이 법안에 따르면 서비스 대상은 건강측정 결과에 따라 질환군/건강주의군/건강군으로 분류되며 질환군은 의료기관의 건강관리의뢰서에 따라 건강관리서비스 이용을 하며 건강주의군과 건강군은 자율적

9) 2010년 5월 17일자로 변용전 외 11인이 제안한 법률로 보건복지위원회의 심사에 상정되어 있다.

10) 한국보건산업진흥원(2010), 「성공적 건강관리서비스 도입방안 심포지움」 자료를 참고하였다.

으로 건강관리서비스를 이용하도록 하고 있다.

건강관리서비스의 내용은 동기부여상담, 전문적 지원, 모니터링으로 크게 세 가지로 분류할 수 있다. 첫째, 동기부여상담은 현재의 위대한 생활습관을 개선하도록 지원하는 상담으로 구체적 개선목표 제시, 실천 프로그램, 일정표 등을 제공하는 방안이 검토되고 있다. 둘째, 전문적 지원은 구체적 실천 프로그램 작성 및 영양지도와 운동지도를 실시하는 내용이다. 셋째, 모니터링은 전화, 메일, 문자 메시지를 통한 실천 독려 및 U-Health 기구를 활용한 건강상태를 점검하는 것이다.

건강관리서비스의 제공인력은 건강관리서비스 교육을 이수 받은 의사, 한의사, 간호사, 영양사 등으로 한정하고 있으며 운동 등 기타 전문 인력은 별도로 검토하고 있다. 기타인력은 주로 U-Health와 관련된 시스템 점검 인력이다.

건강관리서비스의 제공기관은 허가제에 의해 설립가능하며 그 대상은 의료기관과 민간기관으로 시설과 인력 기준을 충족한 기관이다. 하지만 건강관리서비스 법안 제9조에서는 건강관리서비스 제공기관은 별도의 시설, 장비 및 인력 기준을 충족함을 원칙으로 하지만 구체적인 제공기관의 성격에 대해서는 언급되어 있지 않다. 현재 논의 중인 대안으로는 현행 의료기관에서 건강관리서비스를 제공하는 대안, 의료기관 별도의 비영리 기관에서 제공하는 대안, 의료기관 및 별도의 기관(영리, 비영리)에서 제공하는 대안으로 나눌 수 있다.

2) 보험회사 영향

가) 의료서비스 수요 변화로 인한 영향

건강관리서비스법안은 의료서비스 공급자의 경제적 동기가 변하여 비급여 부문에 영향을 주기보다는 의료서비스 수요 측면에 직접적으로 영향을 줄 것으로 예상된다. 만약 의료서비스 수요를 증가시키는 방향으로 작용한다면 민영실손 의료보험이 담보로 하는 국민건강보험의 비급여 부문에 영향을 줄 수 있다는 점에서 민영실손의료보험에 대한 수요와 손해율에 동시에 영향을 줄 수 있을

것이다.

새로운 수요는 건강관리서비스가 급여부문이나 비급여 부문에 포함되는 자체 만으로도 크게 증가할 수 있다. 국민건강보험의 급여부문에 포함될 경우 국민 건강보험의 보험료 부담과 상관없이 새로운 서비스가 발생하는 것이기 때문에 건강관리서비스에 대한 수요가 늘어날 가능성이 높다. 비급여 부문에 포함되더라도 기존 민영실손의료보험가입자는 건강관리서비스에 대하여 보험료 조정 없이 민영실손의료보험의 급여가 확대되는 경우임으로 수요가 늘어날 가능성이 있다.

손해율과 관련해서는 기존 민영실손의료보험가입자에 대한 보험료 조정만 정확히 반영된다면 손해율을 낮출 수 있는 기회가 될 수도 있다. 이는 후술하는 사업영역의 확장에서도 언급하겠지만 미국의 건강관리서비스가 의료비를 줄이고 있다는 실증분석결과에 기인한다(〈표 Ⅲ-3〉 참조).

건강관리서비스를 국민건강보험의 급여에 적용하는 것은 건강보험의 재정상황과 보장성 강화계획 등을 고려할 때 현실적으로 어려울 것으로 예상되기 때문에 건강보험의 비급여 부문에 포함되어 운영되거나 새로운 재원마련을 통하여 새로운 분야로 서비스가 공급될 가능성이 많다. 이는 후술하는 새로운 사업영역의 확장과 직접적으로 관련이 있다.

나) 새로운 사업영역의 확장

건강관리서비스의 가격 관리체계는 현재의 국민건강보험의 적용을 받게 되는 경우와 국민건강보험의 적용을 배제하는 경우를 나누어서 생각할 수 있다. 건강관리서비스 가격에 대한 국민의 선택권을 보장하여 시장 활성화를 촉진하는 방향으로 정책이 이루어진다면 국민건강보험의 적용을 배제하는 쪽으로 갈 가능성이 높다. 〈표 Ⅲ-2〉는 건강관리서비스의 가능한 가격관리체계를 요약한 표이다. 표에서 보듯이 건강보험의 적용 배제 방향으로 갈 경우 건강관리서비스 가격의 사전고지 의무화 및 가격비교 정보 제공과 가격 서비스 내용 등에 대한

충분한 설명·동의 의무화 등 소비자 권한 보호를 위한 규정도 함께 도입 될 것으로 예상된다.

〈표 Ⅲ-2〉 건강관리서비스의 가격 관리체계

대안	건강보험 적용 배제	건강보험 적용	건강보험 적용 배제 & 상한선 설정
장점	• 소비자의 선택권 보장 • 시장 경쟁 여건 조성	건강관리서비스의 저변 확대 가능성	가격에 대한 정부 가이드라인 제공 가능
단점	국민의 선택영역 축소 가능	건강보험 재정의 한계로 건강관리서비스 제한	시장조성의 한계 가능

자료: 한국보건산업진흥원(2010), 「성공적 건강관리서비스 도입방안 심포지엄」, p. 30.

만약 건강관리서비스가 국민건강보험에 전혀 적용받지 않는 새로운 영역으로 출발을 한다면 건강관리서비스와 관련되어 있는 국민건강보험의 급여부분과 비급여부분에서 의료비가 축소될 가능성이 있다. 최근 미국의 건강관리서비스 회사인 Healthways사의 보고서(2010)에 의하면 미국의 메디케어 가입자에 대한 건강관리서비스 시범사업의 결과 의학적인 건강상태의 증진뿐만 아니라 삶의 질과 의료비 절감에 효과가 있음을 보여주고 있다. 따라서 건강관리서비스의 실시는 민영실손의료보험의 손해를 축소에 긍정적인 영향을 미칠 것으로 예상된다. 〈표 Ⅲ-3〉은 Healthways사의 실증분석 결과를 정리한 표로 미국의 메디케어 가입자에 대한 건강관리서비스 제공 및 서부유럽의 65세 이상 만성질환군에 대한 건강관리서비스 제공이 비용측면에서뿐만 아니라 건강증진의 효과에서도 상당히 중요한 역할을 하고 있음을 제시하고 있다.

〈표 Ⅲ-3〉 노인대상 건강관리프로그램의 효과

대상	건강관리프로그램	주요 결과
미국 65세 이상 만성질환군	Healthways' Medicare Health Support	• CMS Findings - 치료효과 증대 - 총 비용 감소 - 참가자 94%가 만족 • 기타 결과 - 참가정도에 따라 연간 비용 감소 - 전 기간 참가자 전원에 대하여 비용 감소
서부유럽 65세 이상 만성질환군	Healthways' Chronic Care Management for German Health Insurer	- 입원율이 6% 감소, 통제집단의 경우 18% 증가 - 전화 통화 수의 증가에 따라 진료군이 감소
미국 65세 이상 급성질환 제외군	Healthways SilverSneakers Fitness Program	- 당뇨병환자의 경우 비용 감소 - 입원율 29% 감소
미국 65세 이상 사망근접군	Healthways' End of Life Counseling	- 평균 사망 6개월 비용이 \$1,913 감소

자료: Healthways(2010), "Better Care, Better Health and Lower Cost"를 재인용함.

이렇듯 의료비관리뿐만 아니라 건강증진의 측면에서도 효과가 있는 건강관리 서비스를 민간업체에서 운영할 수 있는 기회가 제공된다면 민영실손의료보험 회사의 새로운 사업영역이 창출될 수 있는 기회가 생긴다. 건강관리서비스가 의료행위와 다른 영역으로 구분되지만 운영을 민간부분이 할 수 있다는 점은 민영실손의료보험회사가 보험상품과 건강관리서비스를 통합하여 관리할 수 있는 이점을 제공한다. 이것은 마치 민영실손의료보험회사가 의료서비스 공급자와 통합하여 의료서비스를 제공할 수 형태와 유사하다. 따라서 건강관리서비스에 대한 비용 통제가 용이해질 가능성이 있다.

문제는 앞에서 지적하였듯이 건강관리서비스 업체를 민영실손의료보험회사가 운영할 수 있도록 제도화가 될 수 있는가이다. 의사 등 의료서비스 공급자 외 민간에게 건강관리서비스업체를 운영할 수 있는 기회를 제공한다고 하더라도

민영실손의료보험회사를 배제하려고 하는 움직임이 충분히 있을 수 있기 때문이다.¹¹⁾

〈표 Ⅲ-4〉 건강관리서비스 제공 기관의 범위

제공 주체	1안: 의료기관 제공	2안: 전문자격 비영리 기관	3안: 비영리/영리기관 개설 자유
예상 효과	• 기존의료기관의 참여로 의원급 의료기관의 역할 강화 및 서비스 제공 활성화 • 사전의료 및 사후의료 용이 • 소비자 정보 관리 용이 • 건강서비스 적정 품질 유지 용이	• 의료서비스와 구분 • 영양사, 간호사, 운동지도사 등이 별도개설로 고용 창출 용이 • 건강관리서비스 전문인력 자율성 보장 • 건강관리서비스 적정품질 유지 용이	• 다양한 공급자 참여 • 초기투자 활성화 • 시장 활성화 및 신규 일자리 창출 확대 가능
예상 문제점	• 의료 및 건강관리서비스 경계 불분명으로 공급자의 비용청구 혼선 및 수요자의 이용 혼선초래 • 건강관리서비스 제공 관련 전문 인력들이 병원에 고용되어 서비스를 제공 하므로 자율성 위축 우려 • 낮은 신규 고용 창출 효과	• 의사의 진단과 처방에 근거하지 않는 행위로 인한 부작용 우려 • 상대적으로 유리한 대형 병원 중심의 공급시장 조성 우려 • 의원급 의료기관 참여 동기 저해	• 건강관리서비스 적정 품질관리유지 문제 발생가능 • 건강관리서비스 제공 관련 전문 인력들이 회사에 고용되어 서비스를 제공하므로 영리성 우려
기타	• 「의료법」 또는 관련법 내에 시설, 인력, 장비기준 지정 필요	• 서비스 제공기관의 시설, 인력, 장비 기준 지정 검토	• 서비스 제공기관의 시설, 인력, 장비 기준 지정 검토

자료: 한국보건산업진흥원(2010), 「성공적 건강관리서비스 도입방안 심포지엄」, p. 25.

〈표 Ⅲ-4〉는 현재 논의 중인 건강관리서비스 제공기관에 대한 대안에서 고려하고 있는 형태로 진행될 때 예상되는 효과와 문제점을 정리한 표이다. 보험회사의 입장에서 3안의 방향으로 건강관리서비스 제공기관이 정립될 때 시장진출의 기회를 가질 수 있을 것으로 예상된다. 3안으로 정책방향이 결정될 경우 가장 우려하는 문제점은 건강관리서비스의 품질저하와 영리성이다. 하지만 시장을

11) 외국인환자유치업의 경우 외국인환자에 대하여 알선, 유인 등을 민간업체가 할 수 있도록 허용하고 있지만 민영보험회사는 배제하고 있다.

통한 경쟁체계에서는 낮은 품질의 건강관리서비스 제공기관은 도태되기 마련이며 영리성 추구 자체가 건강관리서비스의 품질을 크게 악화시킬 유인은 존재하지 않는다. 하지만 영리성 추구로 인하여 이익이 되는 건강관리서비스만을 제공할 가능성은 존재하며 이를 보완하는 정책이 필요할 것이다.

3) 보험회사 대응

의료서비스 시장과 관련된 시장적 변화와 정책적 변화는 의료서비스 공급자의 개념을 확대시키고 있다. 외국인 환자유치업 허용으로 외국인 환자에 대한 유인·알선이 허용되어 전문적인 의료지식이 없더라도 중개를 통해 의료서비스 공급자와 비슷한 역할을 할 수 있는 경로가 확보되었다. 이런 의미에서 건강관리서비스법안은 전통적인 치료개념의 의료서비스를 넘어 전자통신기기와 접목하여 의료서비스 제공의 시·공간적 제약을 없애고 있으며 운동프로그램, 식이요법 관리 등 건강에 관심을 가지고 있는 비교적 건강한 의료서비스 소비자까지 건강관리를 함으로써 의료서비스의 개념을 더욱 확대시키고 있다. 이러한 일련의 변화 속에서 기존의 의료서비스 공급자뿐만 아니라 새로운 형태의 공급자 시장이 형성되어 가고 있어 민간부문의 의료시장으로의 진입이 가시화되고 있다.

건강관리서비스는 민간부문이 진입가능하다는 점에서 보험회사에게도 기회가 될 수 있다. 따라서 건강관리서비스 업체를 민영실손의료보험회사가 운영할 수 있도록 제도화될 수 있는가가 가장 중요한 문제이다. 이에 대하여는 앞의 '새로운 사업영역확장부문'에서 충분히 언급하였으므로 본 절에서는 건강관리서비스업으로의 진입을 고려할 경우 벤치마크를 할 수 있는 사례를 소개하고자 한다.

〈표 Ⅲ-5〉는 미국의 대표적인 건강관리서비스업체인 Healthways사의 고객과 제공서비스를 제시한 것이다. 이들이 제공하는 서비스는 소비자의 건강상태에 따라 제공하는 서비스를 세분화하여 제공하고 있다. 이들이 대상으로 하는 소비자군은 크게 전문적인 의료서비스를 필요로 하는 질병군과 상대적으로 건강하면서 건강관리를 받고자하는 건강군으로 나눌 수 있다.

〈표 III-5〉 미국 healthways사의 건강관리서비스

시장규모 (매출액)	• 미 50개주 이상에서 영업, 독일과 브라질 진출(2008년) • Publicly trade: HWAY(NASDAQ) • FY2009 Revenue: US\$717백만
주요고객	• 약 80%의 U.S. health plans • 1,000명 이상의 고용주 • 병원(hospitals) • 30개의 블루크로스앤블루실드 플랜 • 정부(메디케이드 포함) • pharmacy benefits managers
인력규모	• 약 3,500명(상근자) - 보건학, 보건교육, 건강증진 전문가 - 간호사, 운동처방사, 영양사 등 - 전문경영인, 일반 행정직원 등 - 의사
제공서비스	Care support: 건강관리 스펙트럼 전반을 지원 만성 질병자들에게 좀 더 생산적인 삶이 가능하도록 건강관리 조절방법을 알려주고, 위험군 환자들은 지속적인 교육을 통해 문제를 최소화하며, 개인별 지원을 통해 관리 • Core conditions - 천식(asthma) - Comprehensive back pain - 관상동맥질환(Coronary artery disease) - 만성신장질환(CKD: Chronic kidney disease), 말기신질환(ESRD: End stage Renal Disease) - 종양(Oncology) - 만성 폐쇄성 질환(COPD: Chronic Obstructive Pulmonary Disease) - 우울증(Depression) • Impact conditions - Acid related stomach disorder - 심방세동(Atrial fibrillation) - 욕창(Decubitus Ulcers) - 섬유조직염(Fibromyalgia) - C형 감염(Hepatitis C) - 염증성 장질환(Inflammatory bowel disease) - 과민성 장증후군(IRS: Irritable bowel syndrome) - Low back pain - 골관절염(Osteoarthritis) - 골다공증(Osteoporosis) - 요실금(Urinary incontinence) • High-risk Care Management - 입원을 해야 하는 고위험을 가진 사람을 위한 집중적인 일대일 지원 • Medicare Advantage - Senior Management Program - Medicare Supplement Carriers와 Medicare FFS condition management programs Health Support: 삶의 각 단계에 건강한 라이프스타일을 고취하고자 하는 건강관리 프로그램 • SilverSneakers Fitness Program: 최고령층을 위한 프로그램 • Forever Fit: 노년층을 위한 프로그램 • Prime: 65세 이하 어른을 위한 신체활동 프로그램 • WholeHealth: 선택적이고 보완적인 약물치료 프로그램 • Healthy Alignment: 국가적으로 공인된 (척추)지압 프로그램(chiropractic core conditioning program) • QuitNet: 세계적으로 가장 큰 온라인 금연지원 커뮤니티 • myhealthIQ: 온라인 건강 위험 측정 테스트 • Healthways Wellness Portal: 통합 예방 강연 • Lifestyle Management: 건강증진을 위한 건강평가, 개인적인 프로그램, 동기부여 • Maternal Health: 정신적 건강관리를 위한 통합적인 해결책 제시 • Medicare Advantage: 고령자 프로그램

자료: <http://www.healthways.com>; 윤희숙 · 고영선(2009)을 참고하여 제작성함.

질병군에 대한 서비스는 직접적인 의료서비스의 제공보다는 의료서비스를 받기까지의 행정절차와 건강관리에 대한 교육, 의료서비스를 받고난 후의 건강관리서비스, 가장 적합한 의료서비스 제공자를 찾아 주는 서비스 등으로 구성되어 있다. 비교적 건강한 수요자를 대상으로는 연령별로 건강관리를 할 수 있는 프로그램을 제공하고 있으며 건강한 라이프스타일을 고취하는데 초점을 맞추고 있다.

수요적 측면에서는 인구고령화로 인하여 노령인구에 대한 장기적 케어에 대한 수요가 늘어나고 있는 시점에서 노동집약적인 형태의 간병 혹은 간호에 대한 의료서비스 수요도 증가하고 있어 건강관리서비스는 소비자의 수요욕구에 맞춰어진 서비스 제공이라고도 할 수 있다.

이런 상황에서 외국인환자유치업에 대한 보험회사 진입금지와 건강관리서비스업에 대한 기존 의료서비스 공급자들의 기득권 유지 등은 보험회사의 사업영역 확장에 큰 장애물이 되고 있다. 특히 비급여부문에서 민영실손의료보험의 급여부문에 대한 범위 결정 수단과 가격통제 수단이 없어 비급여부문 의료비 관리가 제대로 이루어지지 않고 있다는 점을 다시 한 번 상기해야 할 필요가 있다. 왜냐하면 보험회사가 새로운 형태로 개념이 확장되고 있는 개인의 건강관리서비스 공급자로의 진입은 기존 의료서비스와는 구분되는 영역에서 보험회사의 비용관리 기능의 역할을 할 수 있다는 점에서 의의가 있기 때문이다. 따라서 건강관리서비스업에서 보험회사를 배제시키는 것은 비용관리 기능의 역할자를 시장에서 배제시키는 조치라고 할 수 있다

다. 의료기관 경영투명성 · 효율성을 위한 정책 등 기타

1) 주요내용

의료기관의 경영의 투명성 · 효율성 강화를 위한 정책은 주로 의료기관의 자본조달과 자본사용의 투명성과 관련이 있다. 의료기관의 자본조달 문제는 의료채권

제도 실행, 의료기관 인수·합병의 활성화, 의료기관의 부대·수익 사업의 확대 등으로 해결하려 하고 있다. 자본조달 문제는 기본적으로 의료기관 개설 주체에 대한 확대와 관련이 있으며 따라서 영리의료법인의 도입과도 관계가 깊다. 영리의료법인의 도입으로 자본조달의 경로가 확대되기 때문이다.

위에서 언급한 의료기관의 경영 투명성·효율성 강화를 위해 제시되고 있는 방안을 종합적으로 해결하기 위해서 논의되고 있는 것이 병원경영지원회사(MSO: Management Service Organization)이다. 특히 병원경영지원회사 활성화는 영리의료법인의 도입과 영리의료법인의 자본조달과 관련이 깊다.

비영리의료법인의 경우 수익사업이 제한되어 있으므로 영리의료법인의 도입을 위해서는 병원경영지원회사를 통하여 이루어질 가능성이 높는데 영리의료법인의 설립과정에서 병원경영지원회사는 자본조달을 전담하는 역할을 할 수 있다. 현재는 대부분의 병원경영지원회사가 원가절감형(경영지원형)으로 의약품, 의료기기 구매대행, 의료시설 등 자원공유, 인력관리, 마케팅, 법률·회계 등 경영활동의 아웃소싱과 진료연계를 통해 네트워크 병원들의 경쟁력을 추구하고 있는 실정이다(이만우 2009).

〈표 Ⅲ-6〉은 병원경영지원회사의 다양한 모형들을 정리한 것이다. 병원경영지원회사 활성화 초기 단계에는 원가절감형과 네트워크 추구형 회사가 주를 이룰 것으로 예상되지만 향후 영리의료법인의 도입 등 의료산업화가 가속화된다면 장기적으로 자본조달형과 산업연계형으로 발전할 가능성이 높다.

〈표 Ⅲ-6〉 병원경영지원회사 예상 모델

-
- 원가절감형(경영지원형)
 - 의약품, 의료기기 등의 구매 대행, 의료시설 등 자원공유, 인력관리, 마케팅, 법률·회계 등 경영활동의 아웃소싱을 통한 경영효율화 추구를 통한 비용절감
-
- 네트워크 추구형
 - 복수 의료기관의 지불출자를 통해 병원경영지원회사 설립 후 브랜드, 의료기술, 진료연계 등 의료기관 네트워크 활성화
 - 수평적 계열화를 통한 공동구매, 의료기기의 공동이용 등 규모의 경제 달성, 또는 수직적 계열화를 통한 환자의 편의 증진 및 자원의 효율적 이용
-
- 산업 연계형
 - 의약품·의료기기 등 의료산업 및 관광·보험 등 여타 산업과 의료기관간 연계의 매개체로 활용
 - 병원경영지원회사(MSO: Management Service Organization)를 통해 제약, 의료기기, 임상연구 기업에 직접 투자함으로써 의료산업 내 계열화를 촉진
 - 비급여 중심 민영실손의료보험이 활성화될 경우 가격 협상 및 진료비 청구 등 MSO 필요성 증대
 - MSO를 통해 관광, 금융서비스 등과 연계상품 개발 및 연계서비스업 투자
 - 의료법인의 수익사업 확대 시 MSO를 통한 사업다각화
-
- 자본조달 지원형
 - MSO가 외부자본 유치 후 병원시설 임대, 리스, 경영위탁 등을 통해 외부 자본의 의료기관에 대한 투자를 활성화
-

자료: [www.pharmxpert.net/web/board/b.../MSO\(병원관리지원회사\)현황.doc](http://www.pharmxpert.net/web/board/b.../MSO(병원관리지원회사)현황.doc)

2) 보험회사 영향

가) 의료서비스 공급자의 경제적 동기 변화로 인한 영향

의료기관의 경영의 투명성·효율성 강화를 위한 정책은 자본조달과 영리의료법인의 도입과 깊은 관련이 있어 기본적으로 앞 절에서 설명한 영리의료법인의 도입 효과와 비슷한 효과를 가져 올 것으로 기대된다.

현재와 같이 국민건강보험의 급여, 비급여의 구분과 민영실손의료보험의 비급여가격에 대한 통제수단 부재 시 자본조달의 용이성은 비급여부분에 대한 투자를 더욱 증가시킬 유인이 다분하다. 따라서 비급여부분에 대한 팽창이 민영실손의료보험입장에서는 시장의 성장과 보험금의 증가를 가져올 수 있는 상황

이며 비급여부분에 대한 가격통제기능의 부재는 이 가능성을 더욱 뒷받침해주고 있다.

만약 산업연계형 병원경영지원회사가 발전하는 방향으로 의료산업이 변화가 일어난다면 병원경영지원회사가 향후 민영실손의료보험과 가격협상 및 진료비 청구 등의 업무를 담당하게 되므로 민영실손의료보험과 경영지원회사의 가격협상 능력이 중요해질 가능성이 높다. 즉, 병원경영지원회사가 의료기관을 대표하여 가격협상을 하는 구도가 되므로 민영실손의료보험의 수가¹²⁾에 영향을 줄 것으로 예상된다.

나) 새로운 사업영역의 확장

만약 산업연계형 병원경영지원회사가 발전하는 방향으로 의료산업이 변화하고 보험회사의 진출도 허용되는 형태로 시장이 변한다면 병원경영지원회사로의 사업영역 확장이 의미 있는 일이 될 수 있다. 앞 절에서 언급하였듯이 병원경영지원회사가 의료기관을 대표하는 협상기구로 발전한다면 보험회사가 병원경영지원회사와 통합되는 형태로 진출할 충분한 유인이 있을 것으로 예상된다. 의료서비스 공급자와 보험회사가 통합된 형태로 의료서비스를 제공하는 모형은 미국에서는 관리형 의료조직¹³⁾으로 발전되어 왔으며 의료서비스 공급자와 보험회사 간의 선택적 계약을 기반으로 한 네트워크 형태의 의료서비스 조직으로 발전되어 왔다.

12) 현재 민영실손의료보험의 수가는 존재하지 않으며 향후 병원경영지원회사의 발전 방향이 의료기관과 민영실손의료보험의 계약이 존재하는 방향으로 가는 경우 민영실손의료보험의 수가에 대한 협상이 존재할 가능성이 있다.

13) HMO, PPO의 형태로 보험자와 의료공급자가 선택적 계약 혹은 통합된 형태로 의료서비스를 제공하는 조직이다.

3) 보험회사 대응

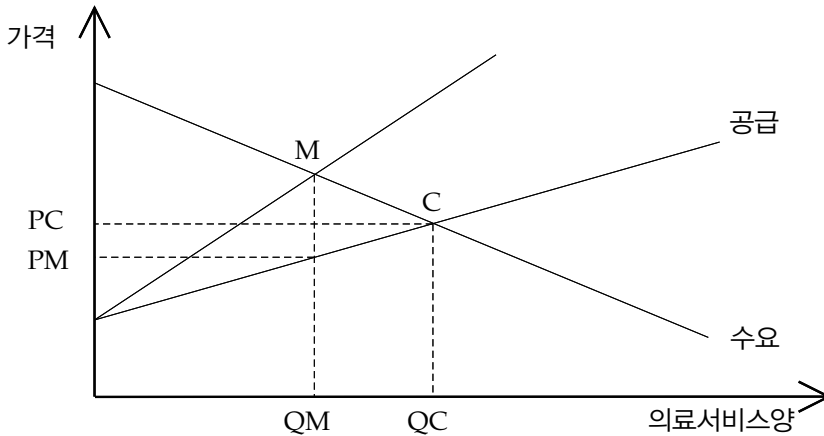
관리형 의료서비스의 제공은 민영실손의료보험이 의료공급자와 계약체결을 통해 네트워크를 형성할 수 있을 때 가능하다. 이는 의료공급자와 민영실손의료보험이 통합을 하는 형태로 의료공급 측면의 의료비 관리에 효과가 있다. 공적 건강보험이 중심인 대부분의 선진 국가에서 의료서비스 공급자와 민영실손의료보험의 계약관계를 인정하는 것도 의료비 관리 측면에서의 이점이 존재하기 때문이다.

현재 국민건강보험은 단일보험자이기 때문에 의료서비스 공급자와 보험자와 관계가 요양기관당연지정제로 형성되어 있다. 즉, 국민건강보험 가입자는 국민건강보험과 법적으로 계약을 맺고 있는 모든 요양기관에서 의료서비스를 받을 수 있는 구조이다. 따라서 공적건강보험자가 의료공급자에 대하여 수요독점을 하고 있는 형태이며 경쟁으로 인한 자원의 효율적 배분을 기대하기 어려운 상황이다. <그림 III-3>은 보험자가 의료공급자에 대하여 수요독점 형태를 가지고 있을 경우 공급되는 의료서비스의 양과 가격을 보여주고 있다. 일반적으로 수요독점인 경우 서비스가격(PM)은 경쟁 시 균형가격(PC)보다 낮지만 서비스양(QM)은 경쟁 시 균형 의료서비스양(QC)보다 낮을 가능성이 높다.¹⁴⁾

특히 국민건강보험의 행위별 수가제는 낮은 가격으로 측정된 의료서비스 공급 가격으로 인해 의료공급자들이 더 많은 의료서비스를 제공하여 낮은 의료서비스 양이 어느 정도 보완될 수 있지만 실제로 필요한 의료행위인지 판단하기가 어렵다. 또한 적정 의료서비스양까지 제공하기 위해서 의료공급자가 소비자에게 가격을 여러 번 부과하는 부작용이 발생하여 의료비 지출을 높이는 요인이 되고 있다.

14) 최근 미국의 오바마 정부에서 시행한 건강보험개혁은 수요독점의 측면에서 시장경쟁을 저해하고 있다고 비판받고 있으며 의료서비스 양이 줄어들거나 할당될 가능성을 우려하고 있다.

〈그림 Ⅲ-3〉 단일보험자체제로 인한 수요독점의 문제



공적건강보험이 다보험자체제로 전환되지 않을 경우 이러한 문제는 계속 상존하게 된다. 따라서 비급여부문에서 의료공급자와 민영실손의료보험의 선택적 계약을 기반으로 한 민영실손의료보험의 다보험자 경쟁체제는 자원배분의 효율과 의료비 관리 측면 양쪽에서 효과가 있을 수 있다.

현행 의료법상 관리형 의료서비스의 제공은 불가능하지만 산업연계형 병원경영지원회사의 도입은 이러한 관리형 의료서비스 제공을 위한 기반을 마련해 줄 수 있을 것이다. 만약 산업연계형 병원경영지원회사를 보험회사가 운영할 수 있도록 허용이 된다면 관리형 의료서비스로의 사업 확대는 민영실손의료보험의 보험금관리뿐만 아니라 전체 의료비관리에도 큰 도움이 될 것으로 예상된다. 따라서 민영실손의료보험이 산업연계형 병원경영지원회사를 영위할 수 있도록 법적 토대가 마련되어야 할 것이다.

3. 의료시장 글로벌화의 영향

가. 주요 내용

WTO/DDA협상과 FTA협상 등으로 국가 간 의료서비스의 개방 폭이 더욱 확대될 전망이다. 이러한 환경변화에 대응하여 현재 우리나라가 중점을 두고 있는 부분은 외국인환자유치업이다. 외국인환자유치업은 의료기관의 경쟁심화로 새로운 수요창출이 필요하다는 인식에서 논의되었으며 해외환자진료를 통한 국부창출을 목적으로 허용되었다.

2009년 「의료법」 개정으로 외국인환자유치업은 허용되었는데, 그동안 의료법에서 허용하지 않았던 환자에 대한 유인·알선을 외국인환자에게는 허용함으로써 실질적으로 의료공급자의 범위를 넓히는 계기가 되었다. 즉, 기존 의료공급자뿐만 아니라 민간부문에서 자본금 1억 원 이상만 보유하면 누구나 외국인환자유치업을 영위할 수 있는 시장이 열렸다.

나. 보험회사 영향

1) 의료서비스 공급자의 경제적 동기 변화로 인한 영향

외국인환자유치업의 허용은 국내 의료서비스 공급에는 크게 영향을 주지 않을 것으로 예상된다. 일부 의료서비스 공급자가 외국인환자 중심으로 영업을 할 유인이 존재하지만 요양기관 당연지정제의 적용을 받는 국내 환자는 외국인환자 중심의 의료서비스 공급자를 이용하더라도 국민건강보험의 혜택을 받을 수 있기 때문이다. 따라서 외국인환자유치업의 허용은 의료서비스 공급자의 경제적 동기 변화로 인한 비급여부문의 가격 변화나 수요창출의 효과는 미진할 것으로 예상된다.

하지만 외국인환자유치업이 비급여부문 특히 의료기술의 발달로 인한 신의료

기기나 장치를 이용한 부문의 의료서비스 제공형태로 특화되어 발달된다면 국내 환자 진료 시 비급여부문에 대한 서비스를 유인함으로써 민영실손의료보험의 지급보험금을 증가시킬 가능성은 존재한다.

2) 새로운 사업영역의 확대

「의료법」의 개정으로 민간부문에서도 외국인환자유치업이 허용되었지만 민영실손의료보험회사는 이 기회를 이용하고 있지 못하고 있다. 이유는 「의료법」 제27조4항의 보험회사의 외국인환자유치업 금지조항 때문이다. 이로 인하여 보험회사는 의료공급자로의 편입 기회를 상실하였다. 따라서 현재로서는 외국인 자국 보험회사의 대행업무나 클레임서비스 등이 가능하지만 시장성은 없는 것으로 판단된다.

최근 외국 보험회사와 국내병원들이 진료비 직불 계약을 체결하고 있는 시점에서 역차별의 문제가 발생할 가능성도 높다. 국내보험회사가 외국인환자 유치를 위하여 보험상품과 결합한 유인·알선 행위가 금지되어 있어 외국 보험사 혹은 국내에 진출한 외국보험회사의 본사를 통한 외국인환자 유치와 상품개발이 가능할 것이기 때문이다.

외국인환자유치로 인하여 생길 수 있는 또 다른 시장은 의료사고 배상책임보험 시장이다. 외국의 경우 우리나라보다 의료사고 배상액의 규모가 상당히 크다는 점은 의료공급자 입장에서는 상당히 큰 리스크이기에 이에 대한 대비책 마련을 요구하고 있는 실정이다.

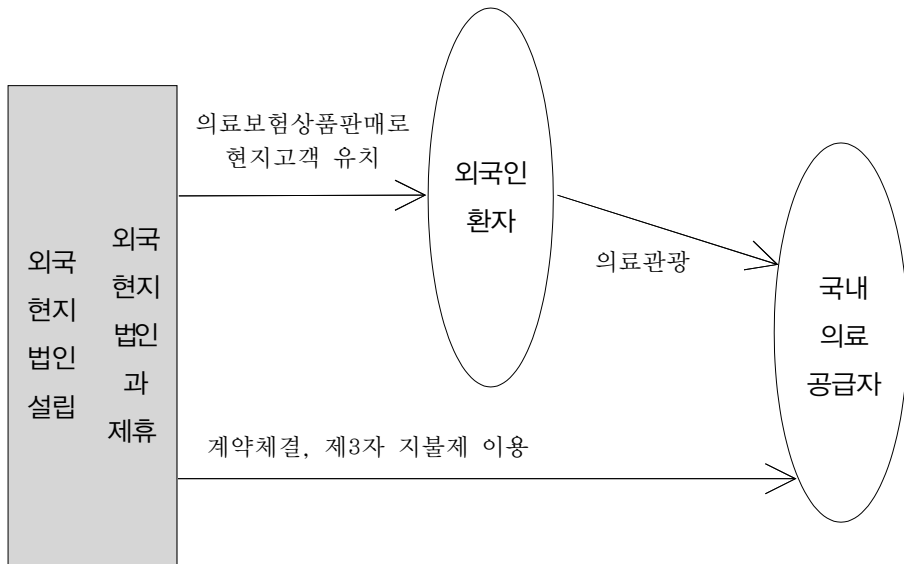
다. 보험회사 대응

의료공급자가 해외환자유치를 위하여 신의료기기나 장치에 더욱 더 많이 투자를 한다면 결국 국내환자에게도 신의료기술이나 장치를 적용할 가능성이 높아져서 지급보험금이 증가할 수 있다. 이는 결국 신의료기술의 발달로 인한 의료비

증가문제로 귀착되며 이에 대한 대응방안은 4절의 신성장동력화의 영향에 대한 대응방안을 참고하기 바라며 본 소절에서는 사업영역으로서의 확대방안을 검토하고자 한다.

해외환자 유치업은 보험회사가 진출할 수 없는 산업이지만 외국 현지 보험회사와 국내병원 간의 계약체결을 통해 외국 현지인들이 국내병원을 이용하여 치료를 하는 최근의 사례를 참고 한다면 외국 법인 설립을 통하여 상품개발과 외국인 환자를 유치할 수 있을 것으로 예상된다.

〈그림 Ⅲ-4〉 외국인 환자유치 가능 시나리오



〈그림 Ⅲ-4〉는 국내 보험회사가 외국인 환자유치를 할 수 있는 전략을 간단히 도식화한 것이다. 기본전략은 목표로 하는 외국인 환자의 자국에 진출하여 외국인 환자를 유치하기 위한 보험상품을 개발하고 외국인 환자를 유인하여 국내에서 진료 받게 함으로써 해외환자 유치업에 직접 뛰어 드는 것이다. 또한 현재 외국보험회사가 국내병원과 진료비 직접 지불계약을 체결한 사례를 참고로 할 때 해외진출 법인을 이용하여 국내병원과 진료비 직접 지불계약까지 체결

할 수 있을 것으로 판단된다. 이는 외국인환자에 대한 제3자 지불제도의 도입이라고 할 수 있다.

외국인환자유치를 위한 해외진출이 보험회사의 입장에서 타산적인지에 대한 논란은 있을 수 있지만 최근의 국내 보험회사가 해외사업 기반 구축을 위해 노력하고 있는 점을 감안한다면¹⁵⁾ 해외사업의 한 종목으로 외국인환자유치를 위한 상품을 개발이 해외사업 진출 혹은 확장에 기여할 수 있을 것으로 예상된다.

보험회사가 현지에서 판매할 상품의 성격은 현재 미국에서 판매하고 있는 해외노동자 고용기업들이 이용하고 있는 의료보험상품을 참고할 만하다. 미국 고용주보장 건강보험은 해외노동자를 고용한 기업을 위한 건강보험상품을 판매하고 있다. 대상은 해외노동자를 고용한 기업이며 이 보험에 가입한 노동자는 미국을 제외한 자신의 국가 혹은 타국에서 진료를 받을 경우 실손보상을 받을 수 있다.

15) 한국경제신문(2011. 1. 3), 「대한생명, ‘스마트 영업’ 강화…中에 합작법인 설립」
(<http://www.hankyung.com/news/app/newsview.php?aid=2011010220831>);
머니투데이(2011. 1. 3), 「구자준 회장 ‘만족 넘어 고객감동으로’- LIG손해보험, 해외사업 기반 구축·확대-」
(<http://www.mt.co.kr/view/mtview.php?type=1&no=2010123117404036791&outlink=1>);
연합뉴스(2011. 1. 3), 「박근혜 ‘삼성생명 해외진출 확대하겠다.’」
(<http://news.naver.com/main/read.nhn?mode=LSD&mid=sec&sid1=101&oid=001&aid=0004849060>)
를 참조한다.

〈표 Ⅲ-7〉 해외 보험회사와 의료공급자의 계약체결 예

외국인 ‘의료관광’ 진료비 지급 ... 병원 5곳-국제보험사 오늘 계약

세브란스병원 등 국내 의료기관 5곳이 29일 국제 의료보험 회사인 MSH 차이나와 진료비 지급 계약을 체결한다.

국제 보험회사와 국내 병원이 이런 계약을 체결하는 것은 처음이다. 이번 계약으로 해외 의료관광 환자들이 국내 병원으로 들어올 수 있는 길이 넓어졌다.

이번 계약에 참여한 병원은 세브란스 · 인하대병원 · 가천길병원 · 샘병원 · 서울성모병원 등 5곳이다. MSH 차이나는 중국 상하이타이카이(上海泰凱)와 프랑스 모빌리티 생 오노레 그룹이 설립한 합작회사다. 세계 194개국 2,300여 개 다국적기업 직원 20만 5,000명이 가입해 있다. 한국에도 1,000명 정도의 고객이 있다. 상하이타이카이는 2001년 설립된 중국 민영실손의료보험 1호 기업이다. 이 회사는 JCI인증(세계적인 의료기관 질 평가의 일종)을 받은 국내 다른 병원들을 상대로 파트너를 늘려나갈 예정이다.

그동안 MSH 차이나 가입자들이 한국 병원에서 진료를 받으면 한국 병원에 비용을 낸 뒤 MSH 차이나에서 돌려받는 불편을 겪어 왔다. 이번 계약으로 병원이 진료비를 MSH 차이나에 청구하고 환자는 진료비를 따로 내지 않게 됐다. 이 보험 가입자들은 의사 진료 행위료 · 입원료 · 처방약제비 · 치과진료비 · 분만비 · 중증질환치료 등 포괄적 의료 서비스 비용을 커버한다. 미용 · 성형 · 불임치료 비용은 제외된다.

보건복지부 임인택 보건산업진흥과장은 “최근 러시아 · 몽골 등 다국적기업에 근무하는 가입자들이 치료를 위해 한국에 입국하는 사례가 늘면서 한국 의료 수요가 증가하고 있다”며 “이들 고객의 한국의료 이용 편의를 위해 이번 계약이 성사됐다”고 말했다.

자료: 신성식(2010. 11. 29), 「외국인 ‘의료관광’ 진료비 지급 ... 병원 5곳-국제보험사 오늘 계약」, 중앙일보 (http://article.joinsmsn.com/news/article/article.asp?total_id=4720877&cloc=olink|article|default).

〈표 Ⅲ-8〉 미국 IMG사의 해외노동자 의료보험상품 급여

급여 종류	담보 내용
급여 지역	전 세계
보험료 갱신	매년
인당 최대 전 생애 급여	최고 US\$5,000,000
공제(deductible)	US\$0-US\$25,000 미국 내 독립 PPO 이용 시 공제액 50% 감소
정률 퍼센티지 • 미국과 캐나다 외 발생 의료비 • 미국 내 PPO 발생 의료비 • 미국, 캐나다 내 PPO외 발생 의료비	- 공제액 차감 후 급여대상 전액 보장 - 공제액 차감 후 급여대상 전액 보장 - 공제액 차감 후 급여대상 US\$5000까지 80% 보장: 그 이상은 전액 보장
PPO	The First Health Network에서 제공
일반의 서비스 • 성인 Wellness benefit • 소아 Wellness benefit • 질병 혹은 사고 급여	- 역년당 최고 US\$250 보장 - 역년당 최고 US\$150 보장 - 공제와 정률보장에 따름
병원서비스 • 입원, 외래 • 응급실 - 상해 - 질병	- 공제와 정률보장에 따름 - 공제와 정률보장에 따름 - 입원이 필요하지 않을 경우 공제액이 US\$250 추가
출산급여(10개월 전부터 보험가 입상태여야 함) • 출산 전-출산-출산 후 케어 • 신생아 케어	- 공제와 정률보장에 따름 - 생후 31일 동안의 일반적 케어
기타 서비스 • 척추교정 • 영구적 의료장비 • 응급 의료후송 • 가정 방문 의료&부가 케어 시설 • 장기이식 • 지역앰블런스 • 물리요법 • 처방약 • 시체 송환 등	

자료: International Medical Group(2010), *GEO GROUP: The Global Employer's Option*, p. 5. 발췌하여 정리함.

〈표 Ⅲ-8〉은 미국의 IMG(International Medical Group)사에서 판매하고 있는 상품으로 상품급여에 관련된 내용을 요약하고 있다. 대략적으로 살펴보면 급여 대상지역은 전 세계이며 인당 전 생애에 걸쳐 500만 달러(미화)까지 보장한다.

일반적으로 정액자기부담은 일 년에 0~25,000달러(미화)이다. 보험회사는 공제액을 제외하고 해외에서 발생한 모든 급여 대상 의료비에 대하여 100% 부담한다.

4. 의료시장 신성장 동력화의 영향

가. 주요 내용

의료기술 신성장 동력화를 위해 가장 주목 받고 있는 시장이 U-Health Care를 기반으로 하는 시장이다. U-Health Care란 정보통신기술은 의료산업에 접목하여 '언제나, 어디서나 건강관리 및 의료서비스를 이용할 수 있는 기술'을 말한다. 따라서 현재 진료중심의 의료서비스에서 건강을 유지·향상시키는 서비스까지 포괄하는 개념이다.

U-Health Care의 가장 큰 영향은 의료서비스가 시·공간으로 확대되어 다양한 공급자가 참여할 수 있다는 점이다. 즉 의료서비스에 대한 전문적 지식인뿐만 아니라 건강관리회사, 유무선통신업체, 유헬스케어 기기 및 장비업체들이 참여할 수 기회를 제공할 것으로 예상될 뿐만 아니라 의료비절감과 소비자의 높은 의료이용을 줄일 수 있을 것으로 예상된다.

삼성경제연구소(2007)의 보고서에 따르면 유헬스케어 사업은 서비스의 성격과 이용자에 따라 3가지 유형으로 분류하고 있다. 병원의 효율성과 편리성을 도모하기 위한 U-Hospital군은 의료기관 내의 무선화, 모바일화와 의료기관 간 네트워크에 초점이 맞춰져 있다. 만성질환자를 위한 홈&모바일 헬스케어군은 원격 환자 모니터링 시스템에 중점을 두고 있으며, 일반인의 건강증진을 위한 웰니스군은 질병의 치료보다는 건강유지와 향상을 위해 제공되는 서비스이다. 이는 앞 절에서 설명한 건강관리서비스에 관한 법안에서 질병의 정도에 따라 건강관리 서비스군을 분류하는 방식과 약간의 차이는 있지만 건강군과 비건강군이 이용

하는 서비스에 대한 차이를 두고 있다는 점에서는 유사하다.

U-Health Care는 응용환경에 따라 병원 헬스케어, 홈 헬스케어, 개인 헬스케어 등으로 나뉜다. 병원 중심의 U-Health Care는 의료업무에 사용되는 의료기기에 모바일 의료기기를 도입하여 진료서비스의 향상을 꾀하고 질병에 대한 예측 및 진단시스템, 약물반응시스템 등 진료자의 업무를 대체할 만한 수준의 응용서비스를 말한다. 홈-헬스케어 서비스는 가정에 설치한 다양한 유무선 의료센서 및 장비를 이용해 수집된 생체 의료정보를 토대로 병원 정보시스템과의 연계를 통해 실시간 의료서비스를 제공할 수 있다. 개인 헬스케어는 환자의 위치, 건강상태 등을 실시간 모니터링하여 진료서비스를 수행하는 서비스이다(노미진 외 2010).

U-Health Care 외에 의료기술 신성장 동력화를 위해 추진하고 있는 과제로 의료기술 개발·유도를 위한 의료수가 개선이 있다. 이는 현재 우리나라 건강보험 운영체계의 구조적 모순으로 말미암아 필요한 정책으로 의료기술의 개발이 대부분 건강보험의 비급여부문에서 크게 이루어지고 성장하고 있기 때문에 논의되고 있다. 즉, 현행 수가가 의료서비스 공급자의 의료행위에 대하여 적절한 보상이 이루어지고 있지 않기 때문에 의료서비스 공급자가 경제적 보상을 비급여부문에서 만회하려고 하고 있다. 이러한 결과로 국민건강보험의 급여부문보다는 비급여부문에 대한 기술개발과 의료혁신이 상대적으로 높은 현상이 나타나고 있다.

의료수가 개선의 또 다른 목적은 의료기술혁신으로 개발된 의료행위가 국민 건강보험에서 규정하는 의료행위로의 편입이 쉽지 않기 때문에 이를 개선하고자 하는 것이다. 즉, 의료수가 개선은 의료서비스 공급자의 의료기술혁신을 유인하기 위하여 새로 개발된 의료행위가 국민건강보험에서 규정하는 의료행위로 쉽게 편입될 수 있도록 제도를 개선하기 위한 정책이다.

나. 보험회사 영향

1) 의료서비스 공급자의 경제적 동기 변화로 인한 영향

신기술의 발달과 U-Health Care의 발달은 비급여부문에서 의료서비스 공급자의 경제적 동기를 변화시킬 수 있다. 예를 들어 현재의 국민건강보험 급여구조에서는 신기술의 발달이 비급여부문에서 많이 이루어지고 있는데 이는 비급여부문에서 더 많은 이익을 얻을 수 있기 때문이다. 비급여부문의 가격에서 보험의 가격통제기능이 거의 없기 때문에 의료서비스 공급자에 의해서 가격이 결정되고 있는 상황을 고려한다면 신기술의 발전은 비급여부문의 의료비를 증가시킬 수 있는 강력한 요인으로 존재한다.

Ⅱ장의 의료비 추이에서도 설명하였듯이, 신의료기술의 개발 등 의료기술의 변화는 의료비 상승의 가장 큰 원인으로 지목되고 있다. 이는 국민건강보험의 지속가능성과도 연관이 있다. 과연 국민건강보험이 보장성을 넓히면서 현재의 높은 의료비증가율을 얼마나 오랫동안 감당할 수 있을 것인가에 대한 문제가 계속 제기되고 있다.

이런 관점에서 본다면 의료시장의 신성장 동력화는 의료기술의 발달에 초점이 맞춰져 있으며 이로 인한 의료비 증가의 문제는 국민건강보험의 보장성 강화와 국민건강보험의 지속 가능성의 최대 걸림돌이다. 만약 이런 이유로 인하여 비급여부문을 중심으로 한 민영실손의료보험의 확대가 이루어진다면 의료기술의 발전으로 인한 의료비 증가의 문제는 결국 민영실손의료보험에서 감당해야 될 가능성이 높다. 국민건강보험이 계속해서 발전하고 있는 의료기술을 급여에 포함시키는 정책이 신속하고 지속적으로 이루어지지 않는 한 의료기술의 발달로 인한 새로운 의료서비스는 국민건강보험의 임의비급여에 포함될 가능성이 많다. 이에 따라 임의비급여의 규모는 계속 증가할 수밖에 없으며 비급여부문을 담보로 하고 있는 민영실손의료보험에게 부담이 가중될 수밖에 없다. 따라서 의료기술의 발전은 민영실손의료보험의 보험금을 크게 증가시킬 수 있는 요인

이 될 수 있으며 의료비를 통제할 적절한 수단이 없는 민영실손의료보험의 입장에서는 문제가 될 수 있다.

한편, 신의료기술의 개발을 유인하기 위한 수가개선의 노력은 민영실손의료보험에 긍정적인 영향을 줄 수 있을 것이다. 영리병원의 도입 영향에서도 언급하였듯이, 국민건강보험의 급여부분에 대하여 의료서비스 공급자에게 충분한 보상이 이루어지지 않는 한 대부분의 의료서비스 산업 정책이 비급여부문을 비대화시킬 가능성이 있기 때문에 급여부분에 대한 의료수가개선은 의료공급자의 비급여부분에만 집중되어 있는 의료기술 개발의 경제적 동기를 완화시켜 비급여부분의 의료비 상승을 어느 정도 완화시킬 가능성이 있다.

2) 새로운 사업영역의 확대

U-Health Care와 관련된 기술의 발전은 의료서비스의 시간적, 공간적 제약을 없애는 방향으로 영향을 주고 있으며 이로 인하여 국민건강보험이 의료서비스를 정의하는 범위에 따라 보험회사의 사업영역이 확대될 수 있을 것이다. 기존의 의료서비스 공급의 정의 하에서 새롭게 확대되고 있는 의료서비스의 시장에 민간자본이 투자될 수 있다면 보험회사의 새로운 사업영역을 확보할 수 있다. U-Health Care의 발전이 가져올 의료서비스 범위의 확장과 확장된 의료서비스의 진입기준에 따라 보험회사의 사업영역이 변화될 수 있기 때문에 정책의 결정 방향에 따라 보험회사가 영향을 받을 것으로 예상된다.

다. 보험회사 대응

신기술의 발달로 인한 비급여부분에 대한 보험회사의 대응은 비급여부분에서 보험회사가 의료비를 관리할 수 있는 시스템이 마련되는 방법이 유일한 것으로 보인다. 의료서비스 공급자에 대한 민영실손의료보험의 의료비 통제기능 마련 외에 생각할 수 있는 대안은 민영실손의료보험의 급여선정 방식을 바꾸는 방법

이 있을 수 있다. 특히 민영실손의료보험이 임의비급여를 보장하고 있는 현 시점에서 정부의 임의비급여에 대한 결정에 따라 민영실손의료보험의 담보범위가 변화된다는 점은 민영실손의료보험의 입장에서는 상당히 큰 정책적 리스크가 되고 있다. 의료신기술의 발달은 임의비급여의 증가를 가져오고 있으며 결국 ‘네거티브 리스트’ 방식으로 급여를 보장하고 있는 민영실손의료보험은 그 변화를 그대로 수용해야 되는 입장이다. 따라서 급여대상이 되는 항목을 열거하는 ‘포지티브 리스트’ 방식이 정책적 리스크를 피할 수 있는 방안이 될 수 있다.

U-Health Care기술의 발달과 관련되어 창출되고 있는 건강관리서비스 시장으로의 진입은 앞서 언급하였듯이 의료서비스에 대한 정의와 관련시장으로의 진입허가가 중요한 사안인 만큼 지속적인 정부설득과 국민설득이 이루어져야 할 것으로 예상되며 진출 시 고려할 수 있는 사업모형은 앞 절의 건강관리서비스법안과 관련하여 기술한 대응방안을 참고하기 바란다.

IV. 건강보험정책변화와 민영실손의료보험

Ⅲ장에서는 의료서비스 공급자 부문에서 일어나고 있는 의료정책의 변화에 따른 민영보험산업의 영향을 살펴보았다. 본 장에서는 건강보험운영과 직접적으로 관련이 있는 의료보건정책의 변화에 따른 민영보험산업의 영향을 살펴보고자 한다. 본 장에서 의료보건정책은 건강보험과 관련된 정책에 한정하고 있음을 주지하기 바란다.

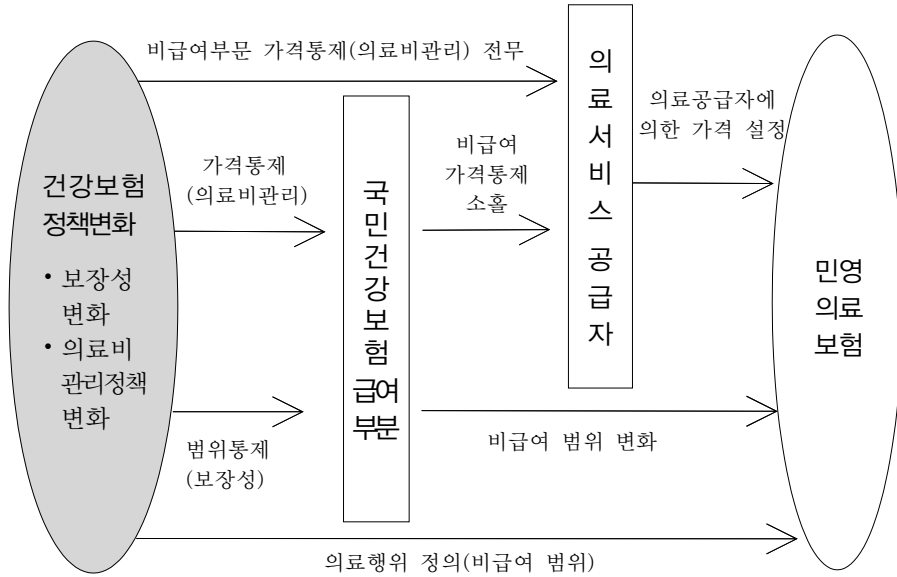
1. 정책변화의 파급체계

〈그림 IV-1〉은 건강보험운영과 관련된 의료보건정책의 변화가 민영실손의료보험에 영향을 주는 경로를 도식화한 것이다. 대부분의 정책이 국민건강보험의 급여범위, 의료행위의 범위, 급여부분의 의료비 관리와 관련되어 있다. 이로 인해 비급여부문에서의 의료비 관리가 상대적으로 소홀하며 이로 인하여 비급여부문의 의료비와 관련하여 영향을 주는 경로에서 의료서비스 공급자의 역할이 아주 중요한 구조로 되어 있다.

건강보험과 관련된 정책의 변화는 건강보험의 급여범위와 급여부분의 의료비 관리에 관련된 변화가 주를 이루고 있다. 건강보험의 급여범위 변화와 의료행위에 대한 범위 변화는 민영실손의료보험의 담보범위에 직접적인 영향을 주기 때문에 민영실손의료보험의 운영에 결정적인 영향을 줄 수 있다. 하지만 건강보험의 급여부분의 의료비관리 정책은 의료공급자의 경제적 동기의 변화에 의해 비급여부분의 가격에 파급효과를 가져오고 있다. 의료비 관리와 관련된 대부분의 정책

이 비급여부문에 대해서 직접적으로 통제되지 아니하고 의료공급자에 의해 가격이 설정되기 때문에 그러한 현상이 일어나고 있다.

〈그림 IV-1〉 건강보험정책변화의 파급경로



2. 보장성 변화의 영향

국민건강보험의 보장성 변화는 민영실손의료보험의 담보에 직접적인 영향을 줄 수밖에 없음을 우리나라의 의료비 부담체계에서 살펴보았다. 민영실손의료보험은 국민건강보험의 비급여와 본인부담금을 담보로 하고 있는 만큼 국민건강보험의 비급여 범위 결정은 민영실손의료보험의 운영에 결정적인 영향을 미치고 있다. 즉, 국민건강보험의 보장성에 관련된 정책변화는 동전의 양면처럼 민영실손의료보험의 담보변화라는 점을 인지해야 할 것이다. 본 절에서는 최근의 간병 서비스에 대한 비급여화 추진 사례를 중심으로 국민건강보험의 보장성 변화가

민영실손의료보험에 미칠 수 있는 영향을 살펴보고자 한다.

최근의 간병서비스에 대한 비급여화 추진은 민영실손의료보험의 적절한 보험료의 인상 없이 비급여 범위가 늘어나는 결과를 초래할 것으로 예상되고 있는데 이는 민영실손의료보험이 국민건강보험의 급여범위 결정에 의해 직접적으로 영향을 받을 수밖에 없는 운영한계의 대표적 예이다. 또 다른 예로는 민영실손의료보험이 본인부담금을 보상하고 있지만 본인부담금상한제와 보상금은 면책으로 하고 있으나 이의 제도 변경으로 인한 보험제도 운영상의 문제점이 노출되어 있다. 이하에서는 이 두 가지 이슈에 대해 분석하였다.

가. 간병서비스의 급여화

1) 주요 내용

보건복지부는 이미 도입된 노인장기요양보험과는 별도로 국민건강보험에서 간병서비스의 급여화를 추진하였으나 향후 예상되는 재정악화를 우려하여 간병서비스를 비급여부문에 포함시키려고 하고 있다. 간병인의 새로운 고용창출을 유도한다는 명목으로 간병서비스 제도화 시범운영을 2010년 5월부터 시행하고 있다. 시범사업은 전국 10개 병원을 선정해 “보호자 없는 병원”이라는 캐치프레이즈로 추진하고 있는데, 저소득층에게는 간병비의 50%를 정부가 지원하고 있다.

간병은 일반적인 의료행위와 달리 장기간 비용이 계속적으로 발생하기 때문에 건강보험의 급여부문에 포함되지 않고 있으며 간병보험을 따로 운영하고 있다. 일반적으로 간병을 요하는 경우는 장기간일 가능성이 높기 때문에 리스크의 분산이 어려워 의료보험과 달리 간병보험을 운영하고 있다. 2008년 7월에 도입된 노인장기요양보험도 일종의 간병보험으로 노인을 대상으로 한다는 점에서만 일반적인 간병보험과 차이가 있다.

네덜란드의 경우 국민들이 기본적으로 받아야하는 건강보험의 급여를 법으로 정하고 있으며 간병은 예외건강보험(AWBZ)에서 따로 취급하고 있다. 즉, 건강

보험과 분리하여 전 국민을 대상으로 간병에 대한 급여를 제공하고 있다. 민영실손의료보험이 주축인 미국의 경우에도 건강보험에 간병에 대한 급여는 포함되어 있지 않다.

2) 보험회사 영향

간병이 국민건강보험의 급여 혹은 비급여에 포함되는 경우 급격한 의료비 증가가 예상된다. 간병서비스는 노동집약적 특성으로 인해 ‘비용 질병’이라고 불리고 있으며 낮은 노동생산성과는 반대로 높은 임금을 지불해야 하기 때문에 상대가격의 증가가능성이 상당히 높다. 이와 같은 특성과 수요의 가격탄력성이 낮다는 특성이 결합하여 GDP 대비 지출이 시간에 따라 증가할 가능성이 아주 높다.¹⁶⁾

〈표 IV-1〉 장기요양보건의출 추이

(단위: 백만 원)

연도	합계	병원	간호주거케어 시설	재가보건의료 제공자로서의 가계	재가보건의료 제공자
1999	29,549	6,239	22,496	818	—
2000	40,826	14,612	25,218	912	83
2001	54,189	23,279	28,693	1,024	1,193
2002	74,763	37,240	33,189	1,156	3,213
2003	115,561	69,430	39,089	1,316	5,735
2004	173,110	115,282	46,887	1,508	9,433
2005	314,492	237,010	60,567	3,078	13,837
2006	584,269	478,823	79,770	5,436	20,240
2007	1,024,549	891,658	98,305	7,752	26,534
2008	1,916,922	1,325,059	403,476	154,615	33,772

자료: 보건복지부 · 연세대학교 의료복지연구소(2010), 「2008년 국민의료비 및 국민보건계정」.

최근의 장기요양지출의 추이를 살펴보면 간병서비스의 급여화 혹은 비급여화 추진이 가지고 올 의료비의 증가 정도를 어느 정도 가늠할 수 있다. 〈표 IV-1〉는

16) Martins & Maisonneuve(2006).

노인장기요양보험의 도입으로 장기요양보건의지출 추이를 나타내고 있는데 노인 장기요양보험이 도입된 2008년, 그 지출 정도가 전년에 비해 거의 2배로 증가하고 있음을 알 수 있다. 특히 간병을 전문적으로 제공하는 간호/주거케어시설과 재가보건의료제공자를 통한 의료비 지출이 급격히 증가하고 있다.

노인장기요양보험의 도입으로 증가한 장기요양보건의지출을 공공부문에서 재원을 확보한다고 하더라도 가계부담의 증가는 피할 수 없을 것으로 예상된다. 장기요양보건의지출 중 간호/주거케어시설 이용자의 재원추이를 살펴보면 노인장기요양보험이 도입된 2008년 가계 부담이 전년도에 비해 2배 정도 증가한 것으로 나타나고 있다.

간병서비스의 제도화는 기존 이용하던 간병서비스보다 가격을 낮추어 제공할 수 있기 때문에 기존 이용가계의 부담을 줄일 수 있다는 논리로 추진되고 있으나 가격하락으로 인한 간병에 대한 가계수요가 크게 증가할 수 있다는 점을 간과하고 있다. 즉, 가격효과로 인한 수요증가는 결국 가격 증가로 이어질 가능성이 크다. 이로 인하여 가계부담을 급격히 증가시킬 수 있는 원인이 될 수 있다.

〈표 IV-2〉 간호/주거 케어시설 이용자의 재원 추이

(단위: 백만 원)

구분	합계	가계부담	비급여본인부담	법정보인부담
1999	22,492	16,946	—	—
2000	25,218	17,741	—	—
2001	28,693	18,577	—	—
2002	33,189	19,457	—	—
2003	39,081	20,383	—	—
2004	46,887	21,358	—	—
2005	60,567	21,423	—	—
2006	79,770	27,860	—	—
2007	98,305	33,976	—	—
2008	403,476	65,376	27,126	38,250

자료: 보건복지부·연세대학교 의료복지연구소(2010), 「2008년 국민의료비 및 국민보건계정」.

간병서비스의 비급여화로 인해 민영실손의료보험에서 가장 우려되는 부분은 지급보험금의 증가이다. 민영실손의료보험이 담보로 하는 비급여부분에 간병서비스가 특별한 조치 없이 그대로 포함될 경우 기존 가입자들은 제도화로 인해 상대적으로 가격이 낮아진 간병서비스를 더욱 많이 이용할 가능성이 많다. 여기에 도덕적 해이의 효과까지 더해진다면 민영실손의료보험의 손해율을 급격히 증가시킬 것으로 예상된다. 기존 가입자의 경우 특별한 보험료의 추가인상 없이 민영실손의료보험의 급여범위가 늘어나는 구조로 해석이 가능하기 때문에 도덕적 해이가 생각보다 클 수 있다.

종합하면, 현재와 같이 민영실손의료보험이 국민건강보험의 비급여부문을 담보로 운영될 경우 비급여부분에 대한 결정이 정책당국에 의해 결정되는 법규 리스크가 항상 존재할 것이며 향후 민영실손의료보험의 경영 불안정성이 확대될 가능성은 항상 잠재하고 있다.

3) 보험회사 대응

현재의 민영실손의료보험의 급여 선정방식은 국민건강보험의 비급여 전체를 담보로 하는 ‘네거티브 리스트 방식(Negative list system)’으로 실행되고 있다. 즉, 민영실손의료보험에서 비급여 대상 항목을 열거하고 나머지는 모두 급여 대상이 되는 방식을 채택하고 있다. 따라서 국민건강보험에 의한 비급여범위 결정은 곧 민영실손의료보험의 급여범위를 국민건강보험이 결정한다는 말과 일맥상통한다. 즉, 민영실손의료보험은 자신의 급여부분에 대한 범위결정에서 많은 제약을 받고 있다. 민영실손의료보험과 의료서비스 공급자 간에 어떠한 계약도 불가능하고 의료서비스에 대한 심사가 존재하지 않기 때문에 보험가입자가 받은 의료서비스가 민영실손의료보험의 급여대상인지에 대한 논란이 항상 존재할 수 있으며 이로 인해 소비자와 민영실손의료보험회사 간의 분쟁이 끊이지 않고 있다.

특히 신기술의 발달과 관련된 임의비급여부분의 확대로 인하여 임의비급여

부문을 보장해 주고 있는 민영실손의료보험은 정책적 리스크를 항상 안고 있다. 따라서 앞장에서 설명한 신성장 동력화에 대한 민영실손의료보험의 대응과 유사한 방식으로 민영실손의료보험의 급여 선정 방식을 변화시킬 필요가 있다.

다음으로 생각해 볼 수 있는 것이 비급여정책 결정에 민영보험회사도 포함하여 급증하는 의료비를 관리하는 체계를 마련하여 공·사협력의 경로를 마련하는 것이다. 즉, 자동차 보험에서 보상한도를 조정할 경우 보험료에 선반영을 하는 절차를 응용하여 국민건강보험의 비급여정책 변화 시 사전에 민영실손의료보험이 변화한 비급여부문의 범위를 보험료에 반영할 수 있는 경로를 마련하는 것이 중요하다.

나. 본인부담금 상한제 및 보상금제도의 관계

1) 주요내용

2004년부터 국민들의 부담을 덜어 주기 위해서 국민건강보험의 본인부담금에 대하여 상한제와 보상제를 두어 희귀질환 환자나 중증환자의 의료비를 부담해주고자 하는 정책이 도입되어 운영되고 있다. 따라서 국민건강보험의 본인부담금과 비급여를 보상하고 있는 민영실손의료보험이 상한제와 보상제의 혜택을 받는 피보험자에게 기존 방식대로 보상을 한다면 피보험자는 이중보상을 받게 된다. 이러한 이유로 민영실손의료보험의 약관에서는 본인부담금 상한제와 보상제로 국민건강보험공단으로부터 보상을 받는 부분에 대하여 면책사항(exclusion)으로 규정하고 있다.

본인부담금상한제¹⁷⁾는 2004년 노무현 정부 때 도입된 것으로 6개월 동안 본인

17) 「국민건강보험법」 시행령 제22조(비용의 본인부담)

① 법 제41조에 따른 요양급여비용 중 본인이 부담할 비용의 부담률 및 부담액은 [별표 2]와 같다. 이 경우 법 제39조제1항제2호의 약제(한약제는 제외함)에 대하여 본인이 부담할 비용은 제24조제3항제1호에도 불구하고 보건복지부장관이 심의위원회의 심의를 거쳐 결정·고시하는 금액의 범위에서 요양기관이 해당 약제를 구입한 금액을 요양급여비용으로 보아 산정한다.

부담상한액이 300만 원 이상인 경우를 보상하여 오다가 2007년 7월 1일부터는 6개월 동안 부담액을 200만 원으로 낮추어 운영하고 있으며 국민건강보험법 시행령 제22조제2항에 규정되어 있다. 2009년부터는 본인부담금 상한제를 소득수준에 관계없이 차등하지 못하는 문제점을 시정하기 위하여 6개월에서 1년으로 확대하고, 부담금상한금액을 부담하는 건강보험료의 하위 50% 계층에는 200만 원, 중위 30% 계층에는 300만 원, 상위 20% 계층에는 400만 원으로 변경하였다.

본인부담금보상제는 2004년 5월 28일에 시행된 것으로 건강보험 수급권자의 매 30일 동안 급여대상 본인부담금이 120만 원을 초과한 경우 그 초과금액의 50%에 해당하는 금액을 보상하는 제도이다. 동 제도는 본인부담금상한제와 병행하여 실시하여 오다가 암, 만성신부전, 백혈병 등과 같은 고액, 중증질환자의 진료비 부담을 줄여주기 위하여 본인부담금상한제가 2009년에 확대, 시행됨에 따라 2007년 7월 1일부로 폐지되었다. 따라서 현재는 2007년 6월 30일 진료분까지만 보상금이 지급되고 있다.

국민건강보험공단에서 본인부담금상한제와 보상금을 지급한 통계자료에 의하면 최근에 올수록 증가하는 추이를 보이고 있다. 2009년도 말 현재 국민건강보험공단이 지출한 의료비에서 73만 건, 2,705억 원이 지급된 것으로 나타나고 있으며 매년 증가하고 있다. 이 중에서 대부분이 본인부담금상한제에 해당하는 것으로 나타났다.

-
- ② 제1항에 따라 본인이 연간 부담한 비용의 총액(별표 2 제4호에 따른 금액은 제외함)이 [별표 3]에서 정하는 금액을 넘는 경우에는 그 초과금액을 공단이 부담한다.
 - ③ 제1항의 규정에 의한 본인부담액은 요양기관의 청구에 의하여 가입자 또는 피부양자가 요양기관에 지불한다. 이 경우 법 제39조제2항 및 제3항의 규정에 의하여 보건복지부령이 정하는 요양급여사항 또는 비급여사항외의 입원보증금 등 다른 명목으로 비용을 청구하여서는 안 된다.
 - ④ 공단은 가입자 또는 피부양자가 제1항 후단의 규정에 따라 공단이 부담하여야 하는 금액을 요양기관에 지불한 경우에는 그 초과한 금액을 가입자 또는 피부양자에게 지급하여야 한다.

〈표 IV-3〉 본인부담금상한제 및 보상금의 지급 추이

(단위: 만 건, 억 원, %)

구분		2006년		2007년		2008년		2009년	
		건수	금액	건수	금액	건수	금액	건수	금액
공단지출①		85,052	214,392	97,790	245,755	112,855	263,798	121,174	299,697
본인부담	상한제	12.8	583	17.8	945	70.5	2,691	73.2	2,699
	보상금	12.2	199	12.8	204	1.8	28	0.5	6
	계②	25.0	782.4	30.6	1,148.5	72.2	2,719.0	73.6	2,705.1
비중(②/①)		0.03	0.36	0.03	0.47	0.06	1.03	0.06	0.90

자료: 국민건강보험공단(2010), 「2009년 건강보험 주요통계」, pp.52-54.를 인용하여 작성함.

2) 보험회사 영향

민영실손의료보험의 표준약관 제4조(보상하지 아니하는 손해)에서는 상해 및 질병으로 인한 입원 및 통원담보 시 “국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험관련법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)과 의료급여법상의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후환급이 가능한 금액(의료급여법상의 본인부담금 상한제 및 보상금)”은 보상하지 아니하는 것으로 규정되어 있다. 본인부담금 상한금을 면책처리하기 위해서는 계약자가 상한제의 적용을 받았는지의 여부의 확인이 필수적인 요소이다. 본인부담금 상한금액을 초과하여 보상받은 형식이 사전제 즉, 한 의료기관에 장기간 동안 의료서비스를 받아 본인부담금 상한제를 의료기관에서 사전적으로 정산하여 지급한 경우에는 피보험자가 실제 부담한 본인부담금만 보험회사에 청구하기 때문에 문제는 적다.

〈표 IV-4〉 민영실손의료보험의 본인부담금상한제와 면책사항

구분	상해/질병 입원	상해/질병 통원
담보 비용	입원의료비: 본인부담금과 비급여의 90%(200만 원 초과 시 보상을 5,000만 원 한도로 보상)	• 본인부담금과 비급여액에서 공제 금액을 차감한 금액(회당 30만 원, 보험금액한도 내 보상) • 공제금액 (외래: 보건소 1만 원, 병원 등 1.5만 원, 상급병원 2만 원, 처방: 0.8만 원)
	상급병실료: 차액의 50%, 1일 10만 원	
건강보험 비적용 시	실제부담금액의 40%	공제금액 차감 금액의 40%
보상한도	최초 입원일로부터 365일	연간 180일 한도
재입원 대기조항	90일	—
확장담보 기간(ERP)	보험기간 종료 후 180일	보험기간 종료 후 180일 한도 (외래 90회, 처방 90건)
부담보 사항	고의사고 등 절대적 사유, 직무직업상 상해, 본인부담상한제 및 보상금 등, 기타 담보별 특수사항	

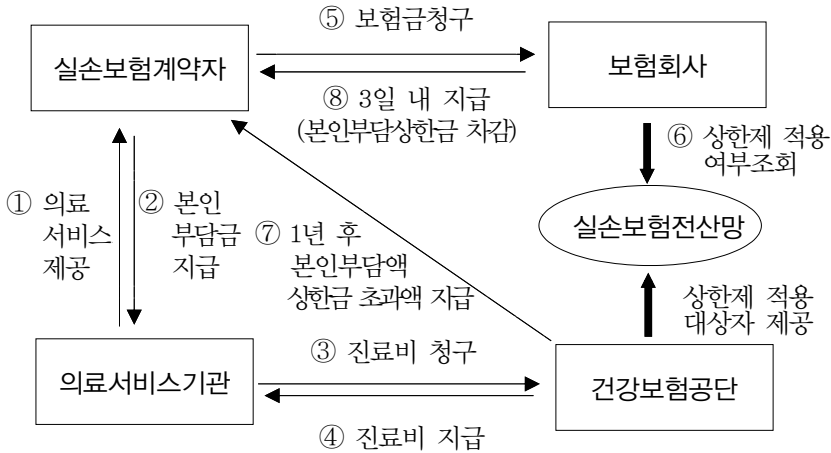
그러나 사후적으로 본인부담금상한제를 적용 받는 경우가 사실 확인이 곤란한 경우다. 이 경우 본인부담금보상제가 1년 동안 한도로 적용되기 때문에 개별 건 단위로 보험금 청구를 하게 되면 3일 이내에 보험금을 지급해야 하는 관계로 본인부담금상한제의 적용여부를 확인하지 못할 가능성이 크다. 아울러 보험금 지급한 후에 이를 확인하는 것이 국민건강보험공단으로부터 통보를 받거나 피보험자가 고지를 하지 아니하게 되는 경우에는 이를 추징할 수 있을 것으로 판단된다. 이에 따라 연간 국민건강보험공단에서 지급하는 건수 중 73만 건(2,700억 원)이 본인부담금상한제 및 보상금으로 지원되고 있기 때문에 이중에서 실손의료보험계약을 가입한 계약자의 상당 부분의 건은 면책으로 처리하기가 사실상 곤란할 것으로 판단된다. 이로 인해 실손의료보험의 보험금 지급액은 날로 증가할 개연성이 있을 뿐만 아니라 이를 차후에 구상절차 등을 통해 본인부담금상한금액과 보상금을 회수하는 과정상에서 보험회사의 불신이 증가하고 보험산업의

이미지가 크게 훼손될 여지가 있다. 이는 비단 민영보험회사의 문제라고만 볼 수 없다. 본인부담금상한제 및 보상제를 악용한 의료이용이 많아지는 경우 국민건강보험의 재정도 악화될 개연성도 있기 때문이다.

3) 보험회사 대응

보험약관상 면책사항으로 되어 있는 본인부담금상한제 적용금액에 대해 사전적인 정산을 하는 경우에는 비교적 문제가 적으나 사후적으로 정산하는 경우에는 면책으로 처리하는 것이 어렵다. 따라서 향후 우리나라의 의료비는 인구고령화나 정부의 보장성 확대 등으로 크게 증가하고 있기 때문에 공사보험이 상호 긴밀한 협력을 통해 양질의 의료서비스를 제공하는 기틀을 마련하는 것이 필요하다. 현재 민영실손의료보험은 국민건강보험의 보완적인 기능을 충분히 다하고 있으나, 본인부담금상한제와 보상금과 같은 제도를 이용한 사보험의 도덕적 해이 문제를 바로 잡아 의료비 재원의 실질적인 배분이 이루어지도록 근본적인 제도 마련이 필요하다. 본인부담금상한제와 보상제도의 문제점을 해결하기 위해서는 국민건강보험공단이 정기적으로 추출되는 DB를 보험회사가 공유할 수 있는 체제를 마련하는 방법을 강구할 필요가 있다. 아울러 본인부담금상한제 특약을 신설할 필요가 있다. 동 특약에서는 국민건강보험공단과의 업무협약을 체결하여 구축된 본인부담금 상한제 적용 DB와 실손보험지급보험금 DB를 연결하여 1년 동안 상환제 초과금액이 있는 경우 이를 국민건강보험공단과 정산하거나 차기 보험료 납부 시 정산할 수 있도록 규정하는 것이 필요하다. 그러나 이 경우 자칫 보험계약자들의 불만으로 이어질 가능성이 크기 때문에 사전적으로 국민건강보험공단과 정산하는 체제로 운용하는 것이 훨씬 효율적인 방법이라고 생각된다.

〈그림 IV-2〉 본인부담금상한제 공사 협력체계도(예시)



3. 의료비관리정책의 영향

가. 총액예산제의 도입 추진

1) 주요 내용

총액예산제의 도입에 대한 논의는 급속히 증가하는 의료비와 이에 따른 건강보험의 재정악화 때문에 거론되고 있다. 의사나 약사에게 지불할 보험료 총액을 미리 결정함으로써 의료비관리를 수월하게 하기 위함이다. 유한한 사회자원을 사용하는데 있어 비효율적이거나 과다한 자원의 낭비를 막고 보건의료부분에 투여할 사회적 자원의 양을 조정하여 국가 전체의 자원배분을 효율적으로 하고자 하는 목적은 명목상의 목적일 뿐 예산통제를 통해 의료비를 줄이고자 하는 목적이 더 크다. 의료비의 효율적 배분은 정확한 의료비 예측이 전제되어야 하기 때문이다.

총액예산제의 원래 의미는 의료부분에 지출될 수 있는 총예산을 결정하는 것으로 예산상한(Expenditure Cap)과 예산목표(Expenditure Target)로 나눌 수 있다 (권순만 1999를 재인용함). 하지만 국민건강보험 혹은 질병금고 등 국가에서 운영하는 공적건강보험을 운영하는 국가에서는 의료비를 관리하기 위하여 의료서비스 공급자에게 지불할 보험료 총액을 매년 미리 정해 놓음으로서 총액예산제를 사용하고 있다. 즉, 총액예산제를 의료부분 예산 총액을 위해 사용하는 것이 아니라 공적건강보험의 보험료 총액을 미리 결정하는데 사용함으로써 의료공급자에 대한 지불보상체계의 하나로 이용하고 있다.

총액예산제는 의료비관리 측면에서 장점을 가지고 있지만 의료의 질을 보장할 수 없다는 단점을 가지고 있다. 예산으로 정해진 총액 때문에 비용 절감의 압박이 상당히 높아질 수 있으며 이럴 경우 의료서비스 공급자는 비용이 적게 들어가는 환자를 선택하거나 필요한 서비스를 제공하지 않을 동기가 발생한다. 따라서 의료의 질 관리를 위한 보완적인 정책이 필요한 경우가 많다.

2) 보험회사 영향

가) 의료서비스 공급자, 수요자, 국민건강보험의 인센티브 변화

〈표 IV-5〉, 〈표 IV-6〉, 〈표 IV-7〉는 총액예산제 도입 시 의료공급자와 의료소비자, 보험자인 국민건강보험의 인센티브 구조를 정리한 표이다. 의료공급자의 경우는 주어지는 예산 총액에 맞춰야할 유인이 커지므로 자원의 낭비를 줄이기 위한 노력이 이루어질 가능성이 많지만 예산제 비적용 부문으로 비용전가(Cost Sharing)를 할 유인도 가지게 된다.

〈표 IV-5〉 총액예산제 인센티브 구조: 의료공급자

부문	예상 파급효과
자원배분 효율성	행위수가제 하에서 불필요하게 낭비되던 진료원가를 절약하고, 공급자 간 환자유치를 위한 과잉경쟁으로 인한 자원의 낭비를 줄임
	예산제 적용 진료부문에서 비적용 진료부문으로 비용전가의 가능성 (특히 비보험진료부문으로 비용전가)
공급자 이윤	행위수가에 비해 예산제 하에서 원가절감의 유인이 강하게 작용하여, 불필요한 진료(투입) 감소
	예산제약으로 인한 이윤감소의 불안감 대두, 특히 환자 수가 많은 진료과목이나 의료기관의 경우 행위수가제하에서와 비교하여 이윤이 감소될 가능성이 있음
내부갈등 과 규제문제	예산배분이 공급자단체 자율에 맡겨질 때에 단체 간 갈등 혹은 의료기관 간 갈등이 발생할 가능성 대두
	예산제 하에서 공급규제의 가능성 대두, 즉 총예산의 제약 하에서 의료계의 적절한 이윤을 확보하기 위해서 의료기관 설립, 의사 수, 병상 수, 장비 등에 대한 규제가 필요함

자료: 최병호 · 신윤정(2008)의 〈표 6〉에서 발췌함.

의료서비스 수요자의 경우는 의료공급자의 비용절감 노력으로 적정량의 의료서비스를 받지 못할 가능성이 크다. 즉, 의료서비스 질 측면과 의료서비스의 접근성에서 수요자의 불편함이 발생할 수 있다. 따라서 보완적인 대책으로 공보험의 적용을 받지 않는 의료기관을 허용하거나 민영실손의료보험이 일정한 역할을 담당해야 할 필요성이 발생하게 된다(최병호 · 신윤정 2008).

국민건강보험의 경우는 전체 총액을 미리 정한다는 의미에서 의료비를 관리하는데 이점이 있지만 총액 예산을 정하는 기준과 의료비를 예측하는 모형이 중요한 만큼 그 기준을 마련하기 위한 노력이 동반되어야 하는 부담을 안고 있다. 또한 의료비 총액 기준뿐만 아니라 예산의 배분에 개입하게 된다면 배분기준마련을 위해서 의료공급자와 협상을 해야 하는 부담을 지니게 된다.

〈표 IV-6〉 총액예산제 인센티브 구조: 의료소비자

부문	예상파급 효과
의료의 질	행위수가제 하에서의 불필요한 과잉진료의 부작용이 감소되나, 공급자의 과소진료로 질 저하의 가능성 대두
	입원환자의 대기(waiting)가 길어져 수술(치료)의 적절한 시기를 놓칠 가능성 대두
의료 접근성	행위수가제 하에서의 진료비통제기전은 본인부담제에 주로 의존하나 예산제 하에서는 본인부담에 크게 의존할 필요가 없는 장점이 있음
	행위수가제 하에서는 이윤동기에 의하여 많은 환자(대신 짧은 진료시간)를 진료하게 되나, 예산제 하에서는 이러한 유인이 약화되어 환자의 대기가 길어져 접근성이 떨어질 가능성 대두
규제 문제	현재 환자의 자유로운 의료이용이 허용되나, 예산제 하에서는 진료의뢰절차를 준수하거나 수술여부 검토 등 의료이용에 일정한 제한이 필요할 수 있음

자료: 최병호 · 신윤정(2008)의 〈표 7〉에서 발췌함.

〈표 IV-7〉 총액예산제 인센티브 구조: 보험자(국민건강보험)

부문	예상파급 효과
의료의 질	보험진료비의 통제가능성 증대로 거시적인 자원배분의 효율성 달성, 즉 전체 자원 중 보건의료부문에 대한 적정수준의 배분
	보험진료비의 예측가능성 확보로 재정운영의 효율성 제고
의료 접근성	행위수가제 하에서 복잡한 청구·심사 등 관리비용이 예산제 하에서는 절감 가능
	예산규모의 합의 도출과정에서 공급자, 소비자, 정부(보험자) 간 갈등이 발생
규제 문제	예산배분이 의료단체에 맡겨지지 않고, 정부(보험자)가 배분과정에 개입하게 될 때 정부(보험자)의 조정자로서의 역할부담이 증가

자료: 최병호 · 신윤정(2008)의 〈표 8〉에서 발췌함.

나) 민영실손의료보험 영향

총액예산제의 도입 또한 영리의료법인의 도입과 마찬가지로 민영실손의료보험에 간접적인 영향을 줄 가능성이 크다. 총액예산제가 도입된다는 의미는 의료공급자와 보험자 간의 계약관계에서 의료행위에 대한 지불보상방법을 행위별수가제에서 총액예산제로 전환한다는 것을 의미한다. 이는 요양기관당연지정제에 의해 국민건강보험이 모든 의료공급자와 법적으로 계약을 맺는 구조에서 의료공급자의 의료행위에 대한 보상의 방법을 바꾸는 일종의 지불형태의 전환이다. 따라서 민영실손의료보험에 직접적으로 영향을 줄 경로는 존재하지 않는다. 단지 총액예산제로 전환할 경우 의료공급자의 행위 변화, 특히 비급여부분에 대한 의료서비스 공급의 행위변화가 민영실손의료보험 시장에 영향을 줄 수 있다.

우선 급여부문에서는 의료서비스 공급에서 질과 양의 저하를 가져올 유인 크기 때문에 이를 대체할 수 보험에 대한 소비자의 욕구가 커질 수 있다. 미흡한 의료서비스 수준은 더 높은 의료서비스 수준에 대한 수요로 이어줄 것이며 소비자가 원하는 의료서비스 수준을 보장하는 보험에 대한 욕구가 커질 수 있다. 따라서 총액예산제의 도입으로 의료서비스 제공 수준이 현재보다 떨어진다면 보다 나은 의료서비스를 제공하는 보험에 대한 인식과 함께 공보험을 대체할 수 있는 민영실손의료보험에 대한 수요가 발생할 수 있다.

비급여부문에서는 영리의료법인의 도입과 비슷한 형태로 민영실손의료보험 시장에 영향을 주는 것이다. 즉, 총액예산제가 국민건강보험의 급여부분에만 적용되는 만큼 총액예산제가 의료공급자에게 충분한 보상이 되지 않는다면 손해를 만회하기 위하여 의료공급자는 비급여부분에서 이익을 추구할 동기가 생길 수 있다. 따라서 비급여부문의 가격 상승이 존재할 수 있으며 이는 결국 민영실손의료보험의 부담으로 이어질 가능성이 높다.

현재 논의되고 있는 「민영실손의료보험의 보험금 청구 및 지급에 관한 법률」(안)이 법으로 정해진다면 총액예산제의 도입은 비급여부분에 대한 의료가격의 적정성 심사에 크게 영향을 줄 수 있을 것이다. 동 법안은 소비자의 편익을 증대

시키는데 중점을 두고 있지만 다른 한편으로 민영실손의료보험이 의료의 적정성을 심사할 수 있는 경로를 마련해 주는 것이라는 점을 주목한다면 총액예산제에 산출하는 적정의료비에 대한 예측치가 비급여부분에서도 기준이 될 수 있을 것이다.

3) 보험회사 대응

총액예산제의 도입 시 예상되는 비급여부분에 대한 영향이 비용전가일 가능성이 높으므로 결국은 비급여부분에 대한 가격통제 기능과 급여부분에 대한 선택권 등으로 대응방향이 정해질 수 밖에 없다. 이에 대해서는 신성장 동력화에 대응과 간병비 급여화에 대한 대응 등에서 다루었으므로 여기에서는 생략하겠다.

이와는 별도로 현재 논의되고 있는 「민영실손의료보험의 보험금 청구 및 지급에 관한 법률」(안)이 법으로 정해진다면 총액예산제의 도입은 비급여부분에 대한 의료가격의 적정성 심사에 크게 영향을 줄 수 있을 것이다. 동 법안은 소비자의 편익을 증대시키는데 중점을 두고 있지만 다른 한편으로 민영실손의료보험이 의료의 적정성을 심사할 수 있는 경로를 마련해 주는 것이라는 점을 주목한다면 총액예산제에 산출하는 적정의료비에 대한 예측치가 비급여부분에서도 기준이 될 수 있을 것이다. 따라서 동 법안에서 보험회사가 보험금 청구와 관련된 데이터를 이용할 수 있는 기반이 확립되도록 해야 할 것이다.

나. 「의료법」 제45조와 비급여가격고지제도 시행¹⁸⁾

1) 주요 내용

비급여 진료비용의 고지는 환자의 알권리를 확장하는 측면에서 추진되었으며 실질적으로 민영실손의료보험과 관련 없이 시행되었다. 2010년 1월 개정된

18) 주요 내용과 현황은 건강세상네트워크(2004)에서 인용하여 정리하였음.

「의료법」에서는 모든 의료기관 개설자는 의료급여 대상에서 제외되는 사항의 비용(비급여 진료비용)과 의료기관이 환자로부터 징수하는 제증명 수수료의 비용을 환자 또는 환자의 보호자가 쉽게 알 수 있도록 고지하도록 의무화했다(「의료법」 제45조).¹⁹⁾

또한 비급여 진료비를 안내하는 책자, 인쇄물, 벽보, 비용 검색 전용 컴퓨터 등을 접수 창구 등에 비치하도록 하고, 병원급 의료기관에 대해서는 인터넷에 공개하도록 의무화했다(「의료법」 시행규칙 제42조를 재인용함).²⁰⁾

보건복지부는 「의료법」 제45조와 동법 시행규칙 42조의2의 규정에 따라 고지, 게시의 구체적인 범위, 방법 등을 제시하는 「비급여 진료비용 고지 방법 지침」을 마련하여 시행하고 있다. 이 지침에 따르면 「국민건강보험법」 제39조제3항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항 또는 「의료급여법」 제7조제3항에 따라 의료급여의 대상에서 제외되는 사항의 비용으로 범위를 한정하고 있다.

비급여 진료비용은 다음과 같이 표시하여야 한다. 첫째, 단일가격으로 고지하는 것을 원칙으로 하되, 행위의 난이도가 발생할 수 있는 경우 가격의 범위를 설정하여 표기할 수 있다. 둘째, 최대한 분류를 세분화하여 가격범위의 폭을 줄

19) 「의료법」 제45조(비급여 진료비용 등의 고지)

- ① 의료기관 개설자는 「국민건강보험법」 제39조제3항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항 또는 「의료급여법」 제7조제3항에 따라 의료급여의 대상에서 제외되는 사항의 비용(이하 '비급여 진료비용'이라 함)을 환자 또는 환자의 보호자가 쉽게 알 수 있도록 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 고지하여야 한다.
- ② 의료기관 개설자는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 의료기관이 환자로부터 징수하는 제증명수수료의 비용을 게시하여야 한다.
- ③ 의료기관 개설자는 제1항 및 제2항에서 고지·게시한 금액을 초과하여 징수할 수 없다.

20) 「의료법」 제42조(업무의 위탁)

- ① 법 제86조제2항에 따라 보건복지부장관은 법 제25조에 따른 신고 업무를 각 중앙회장에게 위탁한다.
- ② 법 제86조제2항에 따라 보건복지부장관은 다음 각 호의 업무를 「한국보건산업진흥법」에 따른 한국보건산업진흥원에 위탁한다.
 1. 법 제27조의2제1항 및 제2항에 따른 등록 업무(등록 요건 검토는 포함하되, 등록 여부 결정 및 등록증 발행·재발행은 제외한다)
 2. 법 제27조의2제3항에 따른 사업실적 보고 업무
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 업무를 위탁받은 각 중앙회장 및 한국보건산업진흥원은 위탁받은 업무의 처리 내용을 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관에게 보고하여야 한다.

여야 한다. 셋째, 환자가 사전에 가격범위가 설정된 이유를 알 수 있도록 비교란에 표기해야 한다. 또한 환자들이 쉽게 알 수 있도록 항목을 분류하여 표기해야 하며, 가능한 국민들이 알기 쉽도록 포괄수가 형태의 표기를 해야 한다.

고지방법은 비급여 대상의 항목과 그 가격을 적은 책자 등을 접수창구 등 환자 또는 환자의 보호자가 쉽게 볼 수 있는 장소에 비치하는 것이다. 비급여 항목의 표시방법은 해당 의료기관에서 사용되는 의료행위(진찰, 처방, 투약, 수술 등), 약제 및 치료재료를 열거해도 무방하나, 가능한 국민들이 알기 쉽도록 포괄수가 형태의 표기를 권장하고 있다. 항목 분류도 대분류, 중분류, 소분류로 나누도록 하고 있으며 각 행위, 약제, 재료에 해당하는 단위를 표시하도록 권장하고 있다.

비급여 가격의 표시 방법은 포괄수가 형태로 가격을 표시할 경우, 건강보험 급여비용까지 포함하여 표기가 가능하지만 건강보험 급여비용이 포함된 가격임을 알 수 있도록 해야 한다. 비급여 비용은 원칙적으로 단일 가격으로 고지해야 하나 치료재료, 약제 행위를 묶어서 고지할 때는 치료재료 및 약제의 종류, 환자 상태에 따른 행위의 난이도 차이가 발생할 수 있으므로 범위를 설정하여 표기해야 한다. 가격의 범위를 설정하여 표기 시 최대한 분류를 세분화하여 가격 범위의 폭을 줄여야 하며, 환자가 사전에 가격범위가 설정된 이유를 알 수 있도록 비교란 등을 표기할 필요가 있다.

의료기관은 고지된 가격 이하로 비용을 받는 것은 가능하지만, 이를 초과하여 징수하지는 못하며, 위반 시 시정명령 처분을 받는다(「의료법」 제45조제3항 및 제63조).

〈표 IV-8〉 비급여 가격범위 설정 예시

분류	기본항목	세부 항목	단위	가격	비고
수술 및 처치	라식	-	1회	○○○~○○○원	치료재료 등에 따라 달라지므로, 구체적인 비용은 담당 의사와 상의 필요
		-	1회	○○○~○○○원	
		-	1회	○○○~○○○원	
		-	1회	○○○~○○○원	
	라섹 (LASEK)	-	1회	○○○~○○○원	치료재료 등에 따라 달라지므로, 구체적인 비용은 담당 의사와 상의 필요
		-	1회	○○○~○○○원	
		-	1회	○○○~○○○원	
		-	1회	○○○~○○○원	

자료: 보건복지부(2010), 「비급여 진료비용 고지 방법 지침」, p. 4.

「의료법」 시행규칙 제42조의2제1항에서 비급여 가격 고지 매체 및 방법에 대하여 언급하고 있는데 비급여 대상의 항목과 가격을 적은 책자 등을 접수창구 등에 비치하도록 하고 있다. 여기서 ‘책자 등’이라 함은 비급여 진료비용이 모두 기재되어 환자들이 쉽게 열람할 수 있도록 의료기관 구내에 비치된 매체를 통틀어 일컫는 것으로 제본된 책자, 제본되지 않은 인쇄물, 메뉴판, 벽보, 비용검색 전용 컴퓨터 등이 포함된다.

「의료법」 시행규칙 제42조2제3항에서는 인터넷 홈페이지를 운영하는 병원급 의료기관은 인터넷 홈페이지에 비급여 진료비용을 게시하도록 하고 있다. 의원급 의료기관의 경우 인터넷 홈페이지 게시가 의무 사항은 아니다.

2) 비급여가격고지 현황

2010년 5월부터 모든 의료기관에 대해 건강보험 비급여 진료비가 공개되었다. 공개된 진료비에 대하여 건강세상네트워크가 5월 중순부터 전국의 44개 상급종합병원을 대상으로 비교분석한 보고서에 따르면 보건복지부의 공개지침을 충실히 따르는 병원이 하나도 없는 상황이다.

〈표 IV-9〉 초음파, MRI, PET 비급여 세분류 항목의 개수

(단위: 개)

병원 구분	초음파	MRI	PET
서울대병원	17	12	10
연세대세브란스병원	169	176	18
서울삼성병원	72	18	7
서울아산병원	61	47	2
카톨릭서울성모병원	218	33	8

자료: 건강세상네트워크(2010), 「전국 44개 상급종합병원 비급여 진료비 모니터링 결과보고서」, p. 7.

건강세상네트워크의 보고서에 따르면 비급여 진료비 내용에 대한 접근성에 문제가 있는 것으로 지적되고 있으며 정보공개 형태 또한 병원마다 다소 차이가 있어 쉽게 비교가 불가능한 것으로 나타났다. 병원 홈페이지 메인화면에서 안내하고 있는 병원은 불과 44개 중 6개인 것으로 조사되었다. 정보공개 형태 또한 병원마다 달라서 비교가 쉽지 않은 것으로 조사되었다. 특히 세 분류의 기준이 명확하지 않고 보건복지부의 지침 또한 정확한 기준을 제시하고 있지 않기 때문에 전문적 의료지식이 없이는 동일 진료에 대한 가격을 비교하기가 쉽지 않다.

〈표 IV-9〉에서 보듯이 초음파, MRI, PET의 세 분류 개수를 보더라도 각 병원마다 달라서 정보를 이용하는 소비자의 입장에서는 비교기준이 불명확하여 정확한 가격비교가 어렵다.

비교 가능한 비급여 항목에 대한 가격비교 결과를 살펴보면 가격차이가 병원에 따라서 많이 차이가 나는 것을 알 수 있다. 1인실 병실료의 경우 최고 497,000원에서 최저 55,000원으로 최고 9배 차이가 나고 있으며 복부초음파의 경우 269,000원에서 35,000원까지 분포하며 최고 7.7배의 차이가 나고 있다. 또한 전신PET의 경우 1,560,000원에서 700,000원으로 2.2배 차이가 나고 있음을 알 수 있다.

〈표 IV-10〉 상급종합병원의 일부 비급여 검사 및 병실료 가격 비교

(단위: 원)

구분	복부초음파		전신 PET		1인실 병실료	
	병원명	가격	병원명	가격	병원명	가격
최상위 7개 병원	서울대병원	269,000	충남대병원	1,560,000	이대목동병원	497,000
	순천향병원	250,000	서울성모병원	1,510,000	서울삼성병원	475,000
	서울성모병원	218,000	가천길병원	1,500,000	여의도성모병원	367,000
	고대인암병원	215,000	여의도성모병원	1,430,000	연세대세브란스	360,000
	고대구로병원	210,000	강북삼성병원	1,400,000	서울성모병원	350,000
	삼성서울병원	210,000	영남대병원	1,391,650	서울아산병원	340,000
	강남세브란스	188,000	동산병원	1,350,000	서울대병원	330,000
	상위 7개 평균	237,143	상위 7개 평균	1,448,807	상위 7개 평균	388,429
최하위 7개 병원	고신대병원	35,000	전북대병원	700,000	조선대병원	55,000
	상계백병원	50,000	인하대병원	726,000	원광대병원	90,000
	일산백병원	50,000	고대구로병원	955,000	대구카톨릭	90,000
	가천길병원	63,000	고대인암병원	965,000	영남대병원	90,000
	충남대병원 대전을지병원 대구카톨릭	80,000	한양대병원	969,110	부산백병원	105,000
			서울백병원 대구카톨릭 경상대학교	1,000,000	전북대병원	110,000
					단국대병원 고신대병원 동아대병원	120,000
	하위 7개 평균	62,571	하위 7개 평균	902,159	하위 7개 평균	94,286
비검색 병원	여의도성모, 이대목동, 인하대병원, 평촌성심, 충북대, 부산대		경희대병원, 순천향병원, 서울백병원, 평촌성심, 충북대, 대전을지대병원		고대인암병원, 서울백병원, 평촌성심, 충북대	

주: 모든 병원에 대하여 '최고' 가격을 기준으로 비교함. '1인실'은 '특실'을 제외함.

자료: 건강세상네트워크(2010), 「전국 44개 상급종합병원 비급여 진료비 모니터링 결과보고서」, p. 8.

3) 보험회사 영향

비급여 가격고지제도는 소비자권리 제고와 정보 제공을 목적으로 소비자의 편익을 높이기 위한 제도이지만 비급여 부문을 담보로 하고 있는 민영실손의료보험에게도 그 정보를 제공한다는 점에서 민영실손의료보험에 긍정적으로 영향을 줄 것으로 기대된다. 비급여가격은 고지제도 이전에는 의료서비스 공급자가 거의 정보를 독점하고 있었기 때문에 정보 공유의 차원에서 뿐만 아니라 비급여

부문 의료비 관리에도 활용될 수 있을 것으로 예상된다. 하지만 제도 자체가 소비자 정보제공이라는 목적으로 시행되었기 때문에 보험회사가 그 정보를 체계적으로 집적하기에는 어려움이 있는 것은 사실이다. 병원급에 대한 정보는 인터넷 홈페이지를 통하여 집적할 수 있겠지만 인터넷 고지의무가 없는 의원급 병원들은 정보를 수집하기 어려운 문제가 존재한다. 따라서 비급여가격에 대한 정보가 체계적으로 집적되어 활용가능하다는 전제하에서 비급여가격의 관리 측면에서 보험회사에게 긍정적으로 작용할 수 있다.

또한 비급여 가격고지제도가 만약 소비자의 의료서비스 이용행태를 바꾼다면 비급여부문의 의료비를 줄이는 방향으로 작용할 수도 있다. 가격정보의 제공으로 합리적 소비자라면 가격이 낮은 의료서비스를 이용할 가능성이 많기 때문이다. 하지만 통상적으로 의료서비스의 가격탄력성이 비탄력적이라는 결과²¹⁾에 비추어 볼 때 비급여부분에 대한 의료비 감소효과는 미미할 것이라 판단된다.

한 가지 우려되는 사실은 기존 보험가입자의 행태변화로 인해 오히려 손해율이 증가할 수 있는 유인이 존재한다는 것이다. 이미 민영실손의료보험에 가입하고 있는 소비자라면 비급여에 대한 보상을 받기 때문에 가격 비교 시 오히려 높은 가격을 제시하고 있는 의료기관을 방문할 가능성이 있다. 일종의 도덕적 해이라고 할 수 있는데 이미 가입한 민영실손의료보험을 가입한 입장에서는 비급여가격의 차이가 의료소비자에게는 별로 의미가 없을 수 있다. 만약 기존 가입자들이 의료기관에서 제시하는 가격을 의료의 질을 대변하는 것으로 인식한다면 민영실손의료보험의 지급보험금이 늘어날 수 있는 소지가 있다.

21) Ringel 외(2002), "The Elasticity of Demand for Health Care", National Research Institute, RAND Health.

4) 보험회사 대응

비급여부문에 대한 가격 정보를 축적하여 활용하기 위한 방안이 구체화 되기 위해서는 의료공급자가 고시하고 있는 비급여부문에 대한 가격데이터를 집적할 수 있는 시스템을 갖추는 것이 가장 이상적이다. 하지만 정보수집을 위한 비용이 상당히 클 수 있으므로 현재 구축 중인 ‘한국의료패널’의 데이터를 이용한다면 상병별로 비급여부문에 대한 가격 정보를 얻을 수 있을 것으로 예상된다. 한국의료패널은 각 개인의 질병정보와 의료이용, 민영실손의료보험에 대한 정보를 포함하고 있으므로 비급여부문에 대한 가격을 상병별, 연령별, 보험가입 종류별, 의료기관 이용별 등으로 분류하여 파악할 수 있을 것이다.

만약 의료패널에서 추정한 비급여부문의 가격추계와 의료공급자가 고시하고 있는 비급여부문의 가격을 상병별, 연령별 등으로 분류하여 비교한다면 의료공급자의 비급여가격 설정 등에 대한 행태를 파악하는데 도움이 될 것이며 실제로 보험금 지급이나 보험료 책정에도 도움이 될 것으로 예상된다.

기존 민영실손의료보험가입자의 도덕적 해이로 발생할 수 있는 지급보험금의 증가에 대한 대책은 결국 민영실손의료보험회사가 의료공급자의 의료행위에 대한 심사를 할 수 있는 권한을 가지는 것이다. 그렇지 않고는 보험회사가 보험가입자에게 각 의료기관에 대한 정보를 계속해서 제공하고 교육시켜 높은 가격이 높은 의료서비스를 보장하지 않는다는 점을 주지시키는 방안이 거의 유일하다.

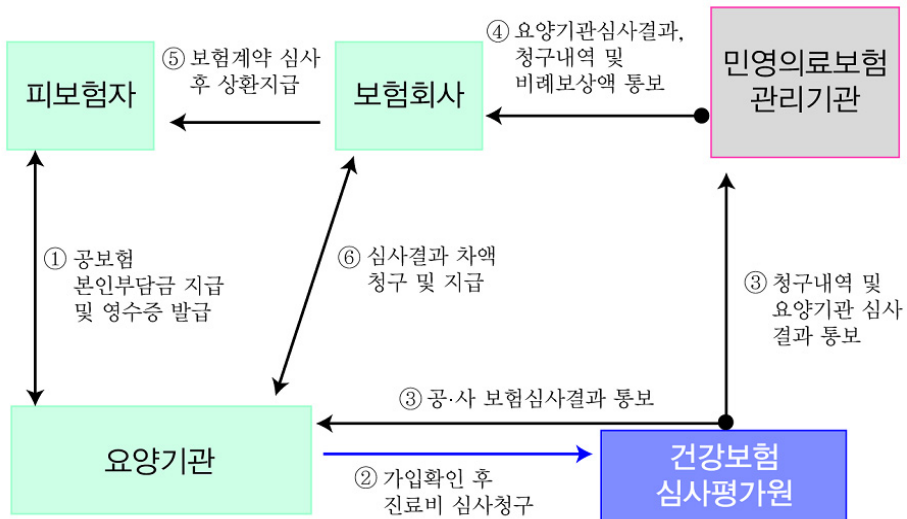
다. 민영실손의료보험의 보험금 청구 및 지급에 관한 법률안

1) 주요 내용

민영실손의료보험의 보험금 청구 및 지급에 관한 법률안은 현행 민영실손의료보험의 보험금지불방식으로 발생한 소비자의 불편함을 해소하려는 목적으로 발의된 법안이다. 현재 민영실손의료보험에 가입한 소비자는 보험금을 받기 위

해 의료서비스 공급자에게 의료비를 지급하고 이에 대한 영수증 등 청구서류를 보험회사에 제출하여 보험금을 청구하고 있다. 이로 인해 보험금 지급사유가 소액으로 빈번히 발생할 경우 보험금을 포기하거나 보험금을 수령하는데 불편한 점이 많다.

〈그림 IV-3〉 제3자청구제에 의한 의료서비스 공급체계
(건강보험심사평가원에 심사위탁의 경우)



자료: 조용운·김경환(2010), 「민영실손의료보험의 보험금 청구 및 지급에 관한 법률(안) 입법발의 내용 및 주요 쟁점」, 『KiRi Weekly』, 제 101호, p. 7.

이러한 소비자의 불편함을 타개하기 위하여 동 법률안은 〈그림 IV-3〉에서와 같은 보험금 지불체계로의 전환을 모색하고 있다. 소비자의 편익을 위해 의료서비스 공급자가 보험회사에게 보험금을 청구하도록 법으로 강제하고 있다. 소비자가 국민건강보험의 본인부담금과 비급여부분의 진료비를 의료서비스 공급자에게 지불하는 방식은 똑같지만 보험금의 청구를 의료서비스 공급자가 하도록 하여 소비자의 불편을 최소화하는 방식이다.

2) 보험회사 영향

민영실손의료보험의 「보험금 청구 및 지급에 관한 법률」(안)은 소비자의 편익을 증진시킨다는 점에서 추진되고 있지만 비급여부문에 대한 의료비가 통제될 수 있다는 점에서 보험회사에 긍정적인 방향으로 작용할 것으로 예상된다. 동 법률안에서 추진하고 있는 진료비 심사기능은 비급여부문의 진료비 가격 자료를 추적하기에 용이하기 때문에 비급여부문에 대한 의로서비스 공급자의 가격을 통제하기 위한 수단이 될 수 있을 것으로 예상된다. 민영실손의료보험이 가지고 있지 못했던 진료비에 대한 심사를 국가기관에 위탁함으로써 의료비관리를 할 수 있는 경로가 생긴다고 할 수 있다.

하지만 비급여부문에 대한 가격정보의 추적과 의료비관리 기능을 국가기관이 대행한다는 점은 장기적으로 비급여부문 시장을 축소할 수 있는 여지를 남겨두고 있다. 보장성 강화라는 국민적 요구를 받고 있는 국민건강보험이 비급여부문에 대한 가격정보를 완전히 장악할 경우 관리가 용이한 부문부터 급여화를 추진할 가능성이 있기 때문이다. 따라서 장기적 관점에서는 민영실손의료보험의 역할이 축소될 가능성도 존재한다.

3) 보험회사 대응

민영실손의료보험이 비급여부문에서 의료비를 관리할 수 있는 공식적인 경로가 생기는 만큼 동 법안이 실행될 수 있도록 노력해야 할 것이다. 아울러 보험회사가 실질적으로 비급여부문에 대한 가격정보 이용과 의료비관리를 할 수 있는 기반이 조성되는 방향으로 법안이 통과될 수 있도록 노력해야 할 것이다.

4. 민영실손의료보험 역할 분담 논의

민영실손의료보험의 역할 분담 논의는 의료산업화의 일환으로 의료기관의 경쟁력 제고를 위하여 민영실손의료보험의 역할을 확대하자는 의견이 있으나 이에 대하여는 Ⅱ장의 의료산업화 부분에서 언급하였듯이 본 연구는 의료산업화로 인한 민영실손의료보험의 영향을 분석하는 것을 목적으로 하기에 의료산업화의 일환으로 주장하는 민영실손의료보험의 역할확대부분에 대해서는 논외로 하였다.

하지만 의료산업화의 방안으로 제시되는 민영실손의료보험의 역할확대와는 별도로 시민단체를 중심으로 한 진보성향의 진영에서는 민영실손의료보험의 역할을 축소하자는 주장을 계속하고 있다. 대표적인 것으로 2010년 7월에 발족한 「건강보험 하나로」 시민협의회가 있으며 민주노동당 광정숙 국회의원도 중심이 되어 추진 중인 「보충적 민영의료법」(안)이 있다. 본 절에서는 「보충적 민영의료법」(안)을 중심으로 민영실손의료보험의 축소 논의와 그에 대한 대응방안을 제시하고자 한다.

가. 주요내용

「보충적 민영의료법」(안)은 민영실손의료보험의 팽창을 막고 국민건강보험의 보충적 역할을 하는 민영실손의료보험업을 규정하여 보험사업자와 보험가입자의 권익을 보호하고 사회 공익적 역할을 수행하는 것을 목적으로 하고 있다.²²⁾ 이 법안의 가장 핵심적인 내용은 민영실손의료보험의 관리·감독을 보건복지부가 관장하도록 하는 것이며 민영실손의료보험의 관리기구와 감독위원회를 별도로 설치하는 것이다. 즉, 현재의 금융위원회와 금융감독원의 관리·감독 역할을 보건복지부에 이관하자는 내용이다.

민영실손의료보험의 상품 측면에서는 상품을 표준화하고 급여를 정액화하는

22) 민주노동당 법안 제1조.

것을 추진하고 있으며 보험급여에 대한 차별금지 등을 명시하도록 규정하자는 내용을 담고 있다. 즉, 소비자가 알기 쉽게 민영실손의료보험상품을 구별할 수 있도록 단순화하자는 취지의 제안이라고 할 수 있다.

나. 보험회사 영향

「보충적 민영실손의료보험법」(안)의 시행은 민영실손의료보험의 관리를 국가가 하는 일종의 민영사회보험형태로의 전환을 예고하고 있다. 이는 국민건강보험의 비급여부분에 대하여도 민영실손의료보험을 이용하여 마치 급여부분의 국민건강보험의 운영처럼 관리와 감독을 하는 방향으로 민영실손의료보험에 영향을 줄 것으로 예상된다.

이럴 경우 모든 민영실손의료보험의 의료공급자에 대한 지불보상정도, 개인의 비급여부분 의료진료 실적 등이 모두 국가에서 직접 관리하는 형태가 될 것으로 예상되며 민영실손의료보험의 상품도 국가에서 직접 관리를 할 것이다. 시장을 기반으로 한 민영실손의료보험의 역할이 많이 축소될 가능성이 있을 것으로 예상된다.

「보충적 민영실손의료보험법」(안)에서 관할하고 있는 상품이 모든 국민의 보장성을 증시하는 형태이기 때문에 아이러니하게도 국민건강보험처럼 보장성이 상당히 낮아질 가능성이 높을 것으로 예상된다. 이럴 경우 또 다른 형태의 보충적 민영실손의료보험을 보충하는 민영실손의료보험 상품이 개발될 가능성이 많다. 즉, 보충적 민영실손의료보험 상품에 만족하지 않는 고소득층이나 건강군에서 필요로 하는 상품에 대한 수요가 생길 가능성이 높으며 「보충적 민영실손의료보험법」에 영향을 받지 않는 상품에 대한 개발이 필요할 수도 있을 것이다.

다. 보험회사 대응

「보충적 민영의료법」은 기본적으로 민영실손의료보험에 대한 불신과 민영실손의료보험이 사회적 요구를 제대로 충족시켜주지 못하기 때문에 지속적으로 논의되는 문제라고 할 수 있다. 따라서 민영실손의료보험에 대한 불신을 불식시키고 사회적 요구를 충족시키기 위한 방안을 마련하기 위한 노력도 병행해야 할 것이다. 한 가지 예로 본 장에서 언급하고자 하는 것은 공동인수 상품의 개발이다. 이는 인수거절 등으로 민영실손의료보험에 대한 좋지 않은 인식을 없애고 급증하는 국민의료비를 공적보험과 사적보험이 협력을 통한 부담을 함으로써 국민들의 삶의 질을 향상시키는데 기여하는 역할을 할 수 있는 방안을 모색할 필요가 있다.

미국의 경우 오바마 대통령이 건강보험 개혁을 추진하고 있는 가운데 국민들이 건강보험을 가입하고 싶어도 가입할 수 없는 가용성문제(availability problem)와 가입하는 경우 너무나 높은 보험료를 부담해야 하는 문제(affordability problem)를 해결하기 위한 방안으로 건강보험교환소(health insurance exchange)가 제안되어 현재 매사추세츠주, 유타주, 뉴욕주에서 운영되고 있다. 교환소에서는 개인과 소규모 단체를 대상으로 주정부의 보조를 받아 표준화된 보험상품을 운영하고 있다.²³⁾

우리나라에서도 대부분의 경제주체에게 노출된 자동차보험의 경우 고위험자에 대한 보험회사들의 인수거절로 인한 문제를 해결하기 위하여 ‘자동차보험불량물건 공동인수제도’를 운영하고 있다. 동 제도는 자동차책임보험을 제외한 임의보험에 대해 사업용 및 비사업용 자동차를 대상으로 운영한다. 이를 인수해야 하는 보험회사는 보험업법상 자동차보험영업인가를 받은 회사이며 의무적으로 참여하도록 되어 있다.

따라서 실손의료보험의 경우도 자동차보험과 달리 보장기간을 80세 또는 100세까지 보장하는 상품을 판매하고 있어 더욱 고위험자의 보험가입이 사실상 어려운

23) http://en.wikipedia.org/wiki/Health_insurance_exchange

상태에 있다. 이것이 보험회사의 신뢰도 문제로 나타나고 있기 때문에 자동차 보험불량물건 공동인수제도와 같은 제도를 도입하여 사회적 책임을 이행하는 방안을 모색할 필요가 있다.

V. 시사점 및 결론

1. 시사점

가. 의료서비스 산업화

본 장에서는 의료서비스 산업화와 건강보험의 정책변화의 영향을 다시 한 번 정리하고 환경변화에 대한 민영실손의료보험의 역할에 대하여 살펴보고자 한다.

〈표 V-1〉는 의료서비스 산업화의 영향에 대하여 정리한 것이다. 의료서비스 산업화는 신수요창출, 보험금 증가, 사업확대 측면에서 두루 영향을 주겠지만 표에서는 그 중에서 가장 영향을 많이 줄 것으로 예상되는 부분을 표시하여 정리하였다.

〈표 V-1〉 의료서비스 산업화 영향

의료서비스 산업화	신수요 창출	보험금 증가	사업 확대
1. 의료시장 기능 활성화	-	-	-
• 영리의료법인의 도입	-	◎	◎
• 건강관리서비스 법안	◎	○	◎
• 의료기관 경영투명성·효율성을 위한 정책 등 기타	-	-	◎
2. 의료시장의 글로벌화	-	-	-
• 외국인환자유치	◎	-	◎
3. 의료시장 신성장 동력화	-	-	-
• 신의료기술 개발을 위한 유인 수가 개선 노력	-	◎	-
• 의료관련 기술 혁신 활성화	-	◎	-

주: ◎: 강, ○: 약을 의미함.

1) 신수요 창출

의료서비스 산업화 중에서 신수요를 창출할 수 있는 동인으로 건강관리서비스 법안과 외국인환자유치업을 선정하였다. 건강관리서비스법안은 U-Health Care 등 관련 기술의 발달로 의료서비스의 범위가 확대되는 결과를 초래할 가능성이 높고 이로 인해 새로운 의료서비스 시장이 발생한다는 점에서 새로운 의료서비스 수요 창출에 기여할 것으로 기대된다. 외국인환자유치업은 이미 활성화되고 있는 단계로 외국인에 한정하여 의료의 유인·알선을 허용하여 새로운 시장을 창출하였다는 점에서 외국인 환자의 국내 의료서비스에 대한 수요를 창출시키고 있다.

2) 보험금 증가

영리병원의 도입으로 자본조달의 경로가 다양화 된다는 측면에서 의료공급자의 투자가 비급여부분에 집중될 수 있다는 점에서 영리병원의 도입은 비급여부분의 급속한 팽창과 이로 인한 고가의료의 확대여지가 많아 민영실손의료보험의 보험금을 확대시킬 수 있는 요인으로 앞 장에서 지목하였다.

신성장 동력화로 인한 신기술의 발달 또한 임의비급여의 팽창 가능성과 의료서비스 공급자가 비급여부문에서 신기술 발전을 위해 노력할 유인이 강하기 때문에 보험금을 확대시킬 수 있는 요인으로 지목하였다.

3) 사업확대

의료시장의 기능 활성화와 의료시장의 글로벌화는 민영실손의료보험의 사업 확대 측면에서 기여를 할 것으로 보인다. 영리의료법인의 도입과 의료기관 경영투명성 및 효율성을 위한 병원경영지원회사 등의 도입은 의료기관의 자본조달 경로에 참여기회를 줄 수 있다라는 점에서 사업확대에 기여할 것으로 예상되며 건강관리서비스는 민간의 참여가 가능하다는 전제하에 새로운 사업기회를 제공

한다는 점에서 사업확대에 기여할 것으로 기대된다. 특히 U-Health Care 기반확립을 위한 건강관리서비스의 제도화는 민영실손의료보험에 대한 새로운 수요를 창출할 것으로 기대되는데, 이는 U-Health Care 서비스의 발달로 의료서비스와 건강관리서비스의 경계가 모호하여 의료서비스의 영역이 확대될 가능성이 크기 때문이다. 반면, 의료시장의 신성장 동력화는 의료시장의 규모를 확대시킨다는 측면에서 의료비 지출의 증가 요인이 될 것으로 예상되며 이로 인해 민영실손의료보험의 보험금 증가와 동시에 적절한 보험료의 인상이 없다면 손해율을 악화시킬 수 있는 요인이 될 것으로 예상된다.

의료서비스 산업화 정책이 신수요 창출과 사업확대의 기회를 준다는 점에서 보험회사의 기회요인으로 작용하고 있지만 늘어나는 보험금을 적절하게 관리하지 못한다면 위협요인이 될 수도 있다. 따라서 앞 장에서 제시한 대응방안을 참고하여 의료서비스 산업화가 보험회사에게 기회요인으로 작용할 수 있도록 대응해야 할 것이다.

나. 건강보험정책 변화

의료서비스 산업화로 인한 의료서비스 시장의 성장과 의료비 규모의 증가가 재원마련을 위한 보험의 전체규모를 확대시키겠지만 그 재원을 공적부분에서 부담하느냐 사적부분에서 부담하느냐의 문제는 또 다른 문제이다. 이러한 문제는 결국 보건의료정책의 변화방향과 관련이 있으며 민영실손의료보험의 신수요 창출 문제는 국민건강보험의 보장성 변화 정도에 크게 의존할 수밖에 없다는 점을 인지해야 한다. 이런 의미에서 건강보험의 정책변화는 민영실손의료보험의 성장과 역할에 큰 영향을 줄 수밖에 없다.

〈표 V-2〉는 건강보험정책 변화로 인한 영향을 정리한 것이다. 건강보험정책의 변화는 민영실손의료보험의 보험금 감소, 확대 및 경영리스크 측면에서 그 영향을 정리하였다.

1) 보험금 규모의 감소

비급여부문에 대한 의료비 관리 정책은 민영실손의료보험의 보험금을 억제시키는 방향으로 작용할 가능성이 높는데 이는 민영실손의료보험이 비급여부문에 대한 심사 혹은 의료기관과의 가격 협상이 가능한 환경이 조성 되었을 때 가능한 일이다. 비급여가격고지제도는 비급여부문에서 의료기관이 청구하고 있는 가격정보를 파악하여 실제로 가격이 어떻게 형성되고 있는지 조사할 수 있다는 점에서 보험금 관리를 위한 중요한 정보를 제공할 것으로 예상된다. 또한 ‘제3자 청구제’는 민영실손의료보험의 청구건에 대한 실질적인 심사를 할 수 있는 경로가 마련된다고 하는 점에서 보험금 규모를 감소시키는데 큰 공헌을 할 것으로 예상된다.

〈표 V-2〉 건강보험정책 변화의 영향

건강보험정책 변화	보험금 감소	보험금 증가	경영 리스크
1. 보장성의 변화	—	—	—
• 간병서비스의 비급여화	—	◎	◎
2. 의료비관리 정책의 변화	—	—	—
• 총액예산제의 도입	—	◎	—
• 비급여가격고지제도	◎	○	—
• 민영실손의료보험의 보험금청구 및 지급에 관한 법률안	◎	—	—
3. 민영실손의료보험 역할 축소 논의	—	—	◎

주: ◎: 강, ○: 약을 의미함.

2) 보험금 증가

건강보험의 정책변화는 민영실손의료보험의 보험금 규모에 직접적으로 영향을 줄 것으로 예상된다. 민영실손의료보험이 국민건강보험의 비급여부문을 담보

로 하고 있기 때문에 건강보험정책의 급여부분에 대한 변화, 즉 보장성의 변화는 민영실손의료보험의 담보범위에 직접적으로 영향을 줄 것으로 예상된다.

반면 의료비관리정책은 국민건강보험의 급여부분에 대한 정책인가 아니면 비급여부분에 대한 정책인가에 따라 민영실손의료보험에 다소 상이하게 영향을 줄 것으로 예상된다. 비급여부분에 대한 적절한 관리 없이 국민건강보험의 의료비 통제를 위한 정책들의 시행은 결국 비급여부분에 대한 비용전가로 나타날 가능성이 높기 때문이다. 예를 들어, 총액예산제와 같이 국민건강보험의 급여부분 의료비 관리를 위한 직접적인 정책은 의로서비스 공급자의 경제적 동기를 변화시켜 비급여부분에 대한 의료비를 증가시키는 방향으로 작용할 수 있다. 즉, 비급여부분에 대한 적절한 의료비 관리 정책이 동반되지 않을 경우 국민건강보험의 급여부분에 대한 의료비 통제는 비급여부분으로 의료비가 전이되어 비급여부분 보험금이 확대될 가능성을 높인다. 따라서 적절한 보험료조정이 이루어지지 않는다면 손해를 악화할 수 있다.

신의료기술의 발달에 대하여 국민건강보험의 급여부분이 적절하게 대응하지 못할 경우 민영실손의료보험을 통하여 국민의료비의 재원을 마련하도록 하는 정책 역시 민영실손의료보험의 보험금 증가 원인이 될 수 있을 것으로 예상된다.

3) 경영리스크

민영실손의료보험은 일반 보험과 달리 국민건강보험의 운영과 관련되어 있어 정책의 변화에 상당히 민감하다. 따라서 국민건강보험의 정책변화는 민영실손의료보험의 가장 큰 리스크 중 하나이며 민영실손의료보험은 건강보험의 정책변화에 따른 리스크에 직접적으로 노출되어 있다. 국민건강보험의 보장성 정책변화는 민영실손의료보험이 담보로 하는 비급여부분의 직접적인 변화로 작용하고 있다. 비급여부분에 대한 의료비 관리 정책의 변화는 민영실손의료보험의 보험금 지출에 직접적으로 영향을 줄 수 있다. 또한 최근의 인구고령화와 의로서비스에 대한 공공재적 인식으로 인해 보장성 확대, 보험료 인하 등 민영실손

의료보험을 사회보험형태로 인식하고 있어 보험료 조정이 용이하지 않을 가능성이 높다. 따라서 이에 대응하는 리스크관리 방법이나 정책적 수단이 필요할 것으로 예상된다.

건강보험의 정책변화는 비급여부문에 대한 보험금 관리기능을 제공하느냐에 따라 보험금 감소라는 기회요인을 제공하지만 이보다는 보험금 증가 가능성을 높인다는 점에서 위협요인을 제공하는 측면이 강하다. 또한 건강보험 정책변화 자체가 보험회사의 경영리스크로 작용하고 있기 때문에 보험회사의 위협요인으로 작용할 수밖에 없다. 따라서 건강보험의 정책변화는 민영실손의료보험의 대응보다는 정책적으로 민영실손의료보험의 역할을 인정하거나 강화하는 방향으로 움직일 수 있도록 민영실손의료보험에 대한 인식을 개선하는 것이 중요할 것으로 예상된다.

민영실손의료보험에 대한 인식은 의료서비스에 대하여 일반적으로 공공재로 인식하고 있기 때문에 발생하는 측면이 강하다. 개인의 의료소비는 개인의 효용뿐만 아니라 사회 전체의 후생을 증대시킬 수 있다는 의미에서 공공재로 인식되고 있으며 이러한 이유 때문에 국민건강보험뿐만 아니라 민영실손의료보험까지 사회적 역할을 요구하고 있다. 국민건강보험은 보장성을 넓히는 방향으로 이에 대응하고 있지만 재정문제로 인하여 그 역할을 다하고 있지 못하기 때문에 대부분의 소비자들은 민영실손의료보험이 그 역할을 해주기를 기대하고 있다.

하지만 민영실손의료보험은 공공부분에서 보장해 주지 않아도 되는 부분을 보장해 주는 보험이라는 의미에서 보충적 성격을 가지고 있다. 즉, 보충적 민영실손의료보험의 급여는 일반적으로 의료의 보장성보다는 선택적 의료서비스와 관련이 있는 부분을 보장해 주는 성격이 강하다. 따라서 민영실손의료보험에 대한 좋지 않은 사회적 인식은 국민건강보험에서 수행되어야 할 기본적인 역할을 민영실손의료보험에 전가시킴으로 인해 발생하는 문제이다.

이러한 환경 속에서 민영실손의료보험은 국민건강보험의 보충적 역할을 하며 개인의 의료비 재원마련의 한 축을 담당하고 있다. 하지만 위에서 설명한 이유로 인하여 의료비 재원마련이라는 긍정적 기능보다는 의료서비스의 공공성을

충족시켜주지 못한다는 사실이 부각되어 민영실손의료보험에 대하여 부정적 인식이 팽배하고 있다.

의료산업화와 건강보험의 정책변화는 민영실손의료보험에 대한 부정적 인식을 심화시킬 가능성이 높다. 그 이유는 의료환경변화가 결국은 의료비를 증가시키는 방향을 작용할 가능성이 크고, 앞 절에서 설명한대로 의료비 지출을 위한 재원 마련이 더욱 중요해지고 있지만 민영실손의료보험에 대한 국민적 인식은 민영실손의료보험이 고위험군과 저소득층 등 취약계층까지 포용하기를 요구하고 있기 때문이다. 결국 늘어나는 의료비에 대한 재원마련을 국민건강보험이 제대로 하지 못한다면 국민건강보험뿐만 아니라 민영실손의료보험에 대한 신뢰도 또한 떨어질 가능성이 존재하는 만큼 민영실손의료보험의 사회적 기능제고를 위한 역할 또한 고려해야 할 시점이다.

다. 중장기적 관점의 민영실손의료보험의 역할

앞 소절에서 살펴보았듯이 의료산업화와 국민건강보험정책의 변화 등 의료시장의 변화동인은 민영실손의료보험의 신수요, 지급보험금, 사업영역 등에서 그 영향을 주고 있음을 알 수 있다. 사업확대와 신수요는 민영실손의료보험회사가 각 사안별로 상품개발이나 시장진입 등을 통하여 능동적으로 대응할 수 있는 기회가 있는 반면, 지급보험금에 대한 관리 혹은 손해율에 대한 관리는 제도적 한계로 인하여 민영실손의료보험이 능동적으로 대응하기가 상당히 어렵다. 의료시장의 환경변화로 발생할 수 있는 손해율에 대한 관리는 결국 비급여가격에 대한 관리 측면으로 귀결되며, 민영실손의료보험의 비급여 가격관리를 위한 제도 마련만이 가장 확실한 대응책이라는 것을 다시 한 번 확인시켜주고 있다. 본 절에서는 우리나라의 비급여부문에서 가격관리의 현실과 이에 대한 제도개선을 다시 한 번 주장하며 본 연구를 마무리하고자 한다.

현재 우리나라의 건강보험체계에서 비급여부문에 대한 의료비관리에 대한 정책이 소홀하여 실질적으로 비급여부문의 의료가격이 의료서비스 공급자에

의하여 일방적으로 결정되는 측면이 존재한다. 비급여부문의 의료서비스 가격은 민영실손의료보험의 보험금 지급규모와 직접적인 관련이 있으며 의료비관리 차원에서도 중요한 의미가 있는 만큼 비급여부문에 대한 의료비관리 시스템의 개선이 향후 민영실손의료보험의 역할 개선을 위해서도 중요하다.

민영실손의료보험의 형태는 ① 건강보험의 본인부담과 비급여에 대한 보장으로서의 민영실손의료보험, ② 건강보험에 탈퇴하여 가입할 수 있는 건강보험을 대신하는 완전 별도의 민영실손의료보험, ③ 건강보험에는 강제로 가입해 있는 상태에서 별도로 가입하는 경우 별도의 계약과 수가체제로 의료이용을 할 수 있게 하는 민영실손의료보험, ④ 사회보험인 건강보험은 존재하지 않은 상태에서 가입한 사람에게만 적용되는 민영실손의료보험 등으로 구분할 수 있다. 유형 ④는 현실적으로 고려하기 어렵고 유형 ①은 이미 도입되어 있는 형태이다(김창엽 2004).

1) 비급여 의료비 관리와 보험금 지급방식

유형 ①의 형태에서는 의료공급자에 의해 비급여부문의 가격이 형성될 가능성이 높은 요인을 의미한다. 이는 의료소비자 혹은 보험회사보다 의료공급자가 가지고 있는 정보의 우위에 의해 발생하는 정보의 비대칭성에 기인한다. 만약 비급여 부문 시장이 완전경쟁시장이라면 의료공급자에 의해 가격이 상승할 요인이 없지만 의료수요자와 의료공급자 간의 정보의 비대칭성과 같은 시장 특성이 존재한다면 독과점 형태의 시장으로 존재할 가능성이 농후하다.

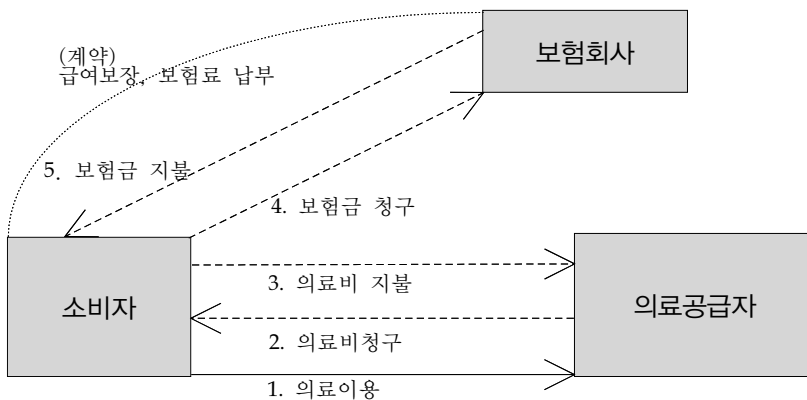
일반적인 건강보험과 의료수요자가 존재하는 시장에서 의료공급자는 이중대리자(dual agent)의 역할을 하지만 우리나라 민영실손의료보험시장에서는 의료공급자는 이중대리자의 역할을 할 필요가 없다. 즉, 일반적인 상황에서는 의료공급자는 의료수요자에 대한 진료를 위해 최선을 다하기도 하지만 보험자의 보상체계에 따라 행위를 할 가능성이 많기 때문에 의료수요자와 보험자의 대리인으로 행위하는 측면이 있다. 하지만 우리나라 민영실손의료보험시장에서는 의료공급자가 보험자의 대리인 역할을 할 유인이 존재하지 않기 때문에 비급여부분

에서 의료수요자에 대한 진료비용을 크게 고려하지 않을 수 있으며 심지어는 유인 수요(induced demand)를 이끌어 낼 가능성도 배제할 수 없다.

국민건강보험의 비급여 범위는 「국민건강보험법」 제39조와 이에 근거한 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 의해 국민건강보험의 급여와 비급여 범위를 규정하고 있지만 비급여 부문의 의료비관리 측면에 대한 규제나 규정은 제대로 이루지고 있지 않다. 따라서 비급여부문의 가격은 의료공급자에 의해 전적으로 결정되고 있는 구조이며 이 부문에서 사업을 영위하고 있는 민영 실손의료보험의 의료비 관리 기능이 전무한 상태이다. 이러한 문제점은 민영실손의료보험의 비급여 지급방식을 살펴보면 쉽게 이해할 수 있다.

현행 비급여 지급방식으로 인해서 보험회사에게 발생하는 문제는 오래전부터 제기되고 있다. 가장 큰 문제점은 보험회사가 의료공급자의 진료행위와 진료가격에 대하여 타당한 지를 심사할 수 없다는 점이다. 이는 원칙적으로 보험회사와 의료공급자간의 선택적 계약이 이루어질 수 없기 때문에 발생하는 문제이다. 보험회사와 의료공급자 간의 진료수가계약 등 기본적인 계약관계가 존재하지 않기 때문에 보험회사는 의료공급자의 진료행위와 진료수가에 대하여 심사할 권한이 존재하지 않는다.

〈그림 V-1〉 민영실손의료보험의 현행 보험금 지급 방식



이는 민영실손의료보험과 의료공급자 간에 지불보상제도가 원천적으로 존재하지 않음을 뜻한다. 지불보상제도는 동기부여를 통하여 의료공급자의 의료제공 행태 및 의료자원의 배분을 결정하기 때문에 보건의료제도의 근간이 됨에도 불구하고 민영실손의료보험에서는 이러한 제도가 존재하지 않고 있다.

지불보상제도의 부재는 민영실손의료보험이 국민건강보험에 보충적 역할을 하는 기본적인 한계 때문이기도 하지만 보다 근본적인 문제는 민영실손의료보험과 의료공급자 간의 선택적 계약이 허용되지 않고 있기 때문이다.

민영실손의료보험에 가입한 소비자는 진료에 대한 비용을 의료공급자에게 먼저 지불하고 이를 다시 보험회사에 청구하여 보험금으로 받는 형식이기 때문에 보험회사가 의료공급자의 의료행위에 대하여 원칙적으로 개입할 수 없는 상황이다. 따라서 국민건강보험의 비급여부분에서 발생한 의료행위와 의료가격은 의료공급자 시장에 의해서 전적으로 결정되며 보험회사는 이 가격에 대하여 통제할 권한이 전혀 존재하지 않는다. 요약하면, 현행 민영실손의료보험의 운영방식은 의료공급자와 직접적인 계약관계가 성립되어 있지 아니한 상황에서 의료공급자의 의료행위에 대하여 사후적으로 소비자에게 보험금을 지급하는 형태이기 때문에 의료공급자가 부여하는 의료행위에 대한 가격을 통제하거나 조정 혹은 협상할 여력이 존재하지 않는다.

2) 비급여 가격의 결정과 현행 민영실손의료보험의 역할

통상적인 건강보험의 경우 의료공급자에 대한 지불보상제도가 존재로 인하여 보험자는 지불보상제도로 의로서비스의 가격과 이용량을 통제하고 있다. 하지만 우리나라 민영실손의료보험은 의료공급자에 대한 지불보상제도가 존재하지 않기 때문에 민영실손의료보험이 담보로 하고 있는 비급여부분은 시장가격을 그대로 받아들이고 있다.

문제는 비급여 가격이 의료공급자의 비용을 제대로 정확히 반영하고 있는가의 문제이다. 이는 국민건강보험의 의료공급자에 대한 지불보상방식인 행위별

수가제에서 결정한 보상이 제대로 의료공급자의 비용을 반영하고 있는가의 문제와 직결된다. 민영실손의료보험은 현재 비급여 가격을 통제할 수단이 없기 때문에 국민건강보험의 급여부분에 대한 보상이 제대로 이루어지고 있지 않다면 급여부분에서 생긴 손실을 만회하고자 비급여부분으로 비용을 전가할 수 있기 때문이다.

따라서 현재 비급여가격의 결정은 세 가지 요인이 크게 작용하고 있다.

첫째, 국민건강보험의 지불보상방식이 적절하여 급여부분의 비용이 비급여부분으로 전가될 소지가 없는가와 관련된 건강보험운영의 구조적 요인이 있다.

둘째, 비급여부분에 대한 민영실손의료보험의 실질적 심사가 없는 가운데 과연 의료공급자가 정보의 비대칭성으로 인해 의료비 가격을 비용 이상으로 많이 청구할 요인은 없는가와 관련된 공급 요인이 존재하고 있다.

셋째, 민영실손의료보험 가입자의 도덕적 해이와 관련된 수요 요인이 존재한다.

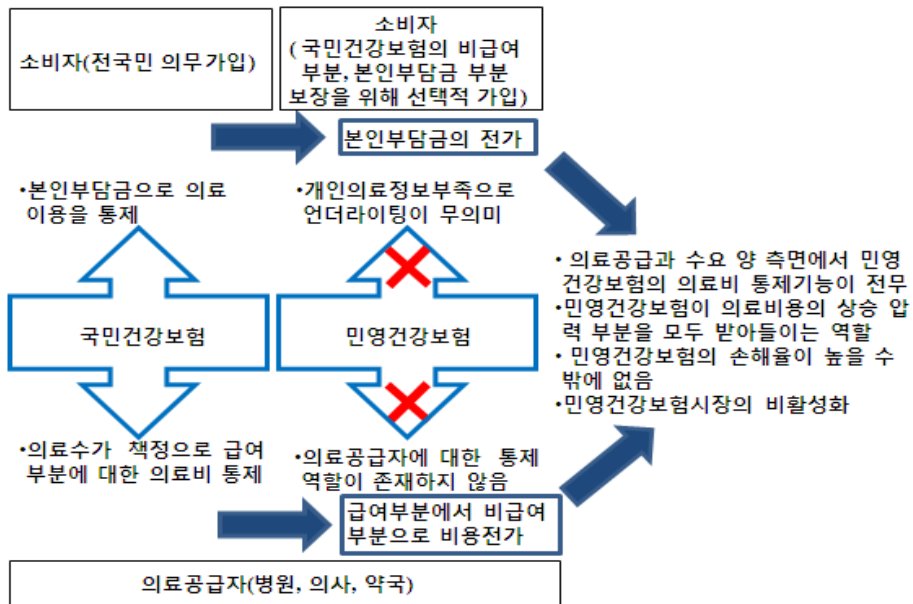
민영실손의료보험이 국민건강보험의 비급여부분과 본인부담금부분을 담보로 운영되는 구조적인 문제로 인하여 만약 국민건강보험의 급여부분에서 의료공급자가 충분한 보상을 받지 않는다면 급여비용이 비급여부분으로 전가될 가능성은 항상 존재한다.

〈그림 V-2〉는 이를 잘 설명하고 있는데 의료공급자의 행태가 국민건강보험에 의해서만 통제되고 민영실손의료보험에 의해서 통제되는 부분이 없기 때문에 국민건강보험의 부적절한 보상은 비급여가격에 결정적인 영향을 줄 수 있는 요인으로 작용할 수 있다. 특히 우리나라의 경우 국민건강보험의 지불보상제도인 행위별 수가제는 의료비 통제의 역할을 하고 있기 때문에 의료공급자의 비용을 그대로 반영하기 어렵다. 따라서 가격상승압력이 민영실손의료보험이 담보로 하는 비급여부분으로 전이될 가능성이 높다.

강길원(2005)은 급여서비스에 대해 상대적으로 낮은 수가를 유지하고 있다는 사실을 인지하고 이를 보상하기 위한 급여서비스의 과다 제공과 비급여서비스의 과도한 팽창을 초래하고 있다고 지적하였다.

국민건강보험은 과다한 비급여부문을 용인하고 있고, 입원과 외래 또는 의사 서비스비용과 병원관리비용이 분화되어 있지 않고 수가를 정하기 때문에 비급여 서비스의 가격 결정 또한 특별한 구분 없이 책정되고 있는 것이 현실이다.

〈그림 V-2〉 현재 우리나라 민영실손의료보험의 역할과 문제점



주: 좌측 부분의 화살표는 의료비의 전가방향을 나타내고 있으며 우측 부분의 화살표는 의료비 증가로 인한 현재 문제점을 기술하기 위해 쓰인 것임.
 자료: 이창우 · 이상우(2010), 「주요국의 민영실손의료보험의 운영체제와 시사점」, p. 12.

국민건강보험의 수가조정과 관련하여 비급여수입이 고려된다는 점도 의료 공급자가 비급여가격을 높일 수 있는 유인으로 작용하고 있다. 국민건강보험은 수가조정 시 비급여부문 수입을 포함하여 수입 대비 비용을 분석할 경우, 현재의 국민건강보험의 수가로도 적자를 보지 않는 것으로 평가하고 있다. 이는 급여 부분만을 놓고 원가를 분석할 경우, 현재의 수가가 원가에 미치지 못하여 의료 공급자가 급여부분에서 보상되지 않는 비용을 비급여부분에서 보충하는 구조로 된 원인 중의 하나이다(강길원 2005).

3) 민영실손의료보험의 의료비 관리 기능 제고

보험회사의 비급여가격에 대한 적절성 판단과 비급여부문의 의료비 관리를 위해서도 유형 ③으로 민영실손의료보험이 바뀌어야 그 의미가 있다. 앞 절에서 살펴보았듯이 보험회사의 의료서비스 가격에 대한 적절성 판단은 의료공급자와 지불보상이 계약되었을 때 그 의미가 있다. 즉, 공보험의 적용여부와 관계없이 민영보험과 별도의 계약을 맺은 의료공급자에 의하여 별도의 수가로 의료서비스를 제공되는 형태가 되어야 의료서비스 가격의 적절성을 판단할 근거가 생긴다.

결국 민영실손의료보험의 역할이 의료서비스 수요자의 재원을 확대시켜주면서 의료서비스 가격을 통제하는 역할이라면 국민건강보험의 보장성 정도와 상관없이 민영실손의료보험의 역할을 할 수 있도록 의료서비스 공급 측면에서 의료비 관리를 할 수 있는 경로를 마련해야 할 것이다. 국민건강보험의 보장성이 90%에 이른다고 하더라도 비급여부문에 대한 의료비관리 기능은 존재할 필요가 있는 것이다.

민영실손의료보험이 의료비 관리의 역할을 하기 위해서는 민영실손의료보험과 의료서비스 공급자 간의 선택적 계약이 필요하며 민영실손의료보험이 의료서비스 공급자로 진출할 수 있는 경로가 마련되어야 할 것이다. 이러한 의료서비스 공급자 측면에서의 의료비 통제 기능은 미국, 네덜란드, 독일 등 민영실손의료보험 중심의 국가에서뿐만 아니라 공적 의료보험 중심의 국가에서도 의료비 관리를 위해 적절하게 사용하고 있다(이창우·이상우 2010).

2. 결론

본 연구는 인구고령화, 의료기술의 발달 등으로 인한 의료비 증가와 의료서비스에 대한 인식 변화로 인한 의료서비스 산업화의 추진 등 의료부문에서 일어나고 있는 정책적 환경변화 요인을 조사하고 정책적 변화가 민영실손의료보험에 미칠

수 있는 영향을 살펴보았다. 그리고 그 영향을 토대로 민영실손의료보험이 대응하여 나아가야 할 방향을 생각해보았다.

의료서비스 산업화는 의료서비스 공급자의 경제적 동기를 변화시켜 국민건강보험 비급여부문의 의료비 지출을 확대시키는 측면도 존재하지만 궁극적으로 의료서비스 공급자의 범위를 확대시킨다는 점에서 보험회사가 새로운 사업영역을 개척하는데 도움을 줄 것으로 예상된다.

국민건강보험 정책의 변화는 민영실손의료보험의 담보범위에 직접적으로 영향을 주는 보장성 변화정책과 의료비관리 정책이 민영실손의료보험의 보험금을 확대시키거나 축소시키는 방향으로 작용할 것으로 예상된다.

이렇듯 의료시장의 환경변화는 한 방향으로 민영실손의료보험에 영향을 주지 않기 때문에 각각의 환경변화요인에 대한 대응이 필요한 것이 사실이다. 하지만 전체적으로 본다면 결국 의료비 관리와 신사업에 대한 진출이 민영실손의료보험의 대응이라고 할 수 있다. 이러한 대응을 하기 위해서는 민영실손의료보험이 갖추어야 할 기능이 수반되어야 한다. 의료비 관리 측면에서 영향을 주는 요인에 대응하기 위해서 민영실손의료보험이 의료비 관리 기능을 가지기 위한 정책과 제도 개선이 시급하며 신사업에 대한 진출을 위해서는 보험회사만을 배제한 민간부문의 허용을 막고 보험회사도 새로운 사업을 할 수 있는 제도적 기반이 갖춰져야 할 것이다.

참고문헌

- 감신(2005), 「보건의료환경의 변화 가능성과 건강보험의 발전방향」, 국민건강
보험공단 학술세미나 자료.
- 강성욱·고정민(2007), 「의료서비스산업 고도화와 과제」, 이슈페이퍼 삼성경제
연구소.
- 강성욱·이성호(2007), 「유헬스의 경제적 효과와 성장전략」, 이슈페이퍼 삼성
경제연구소.
- 건강세상네트워크(2010), 「전국 44개 상급종합병원 비급여 진료비 모니터링 결과
보고서」.
- 권순만(1999), 「의료비 총액예산제도에 관한 시론」, 『보건경제연구』, 제5권.
- 김창보·서상희·오건호(2009), 「건강보험 비급여 의료비 규제를 위한 법제도
방안」, 사회공공연구소.
- 김창엽(2004), 「의료시장 개방 논의의 문제점」, 『예방의학회지』 37(1).
- 노미진·박순창·윤정일(2010), 「소비자 특성이 u-헬스케어 서비스 이용의도에
미치는 영향」, 『병원경영학회지』, 제15권 제4호.
- 대통령자문 의료산업선진화위원회(2006), 「의료산업 선진화 전략」.
- 대통령자문 정책기획위원회(2008), 「건강보험 개혁-건강보험 재정안정화 및 보
장성 강화-」, 정책보고서 2-24 참여정부.
- 변웅전 외 10인(2010), 「건강관리서비스법안(변웅전의원 대표발의)」, 의안번호 8485.
- 보건복지부(2010), 「비급여 진료비용 고지 방법 지침」.
- 예방의학편집위원회(2010), 「예방의학과 공중보건학」.
- 오영호(2010), 「보건의료환경 변화와 일자리 창출방안」, 보건복지포럼.
- 윤희숙·고영선(2009), 「의료서비스산업 선진화를 위한 제도개선과제」.
- 이만우(2009), 「영리병원 도입 논의 및 정책과제」, 현안보고서, 국회입법조사처.
- 이삼식(2010), 「저출산, 고령화의 영향 및 정부대책」, 금융포럼발표자료, 보험
연구원.

- 이상영(2010), 「2010년 보건의료정책의 변화와 전망」, 보건복지포럼.
- 이창우(2009), 「영리의료법인의 도입과 민영건강보험시장」, 『KIRI Weekly』, 보험연구원.
- _____ (2010), 「보충적 민영실손의료보험법안은 재고되어야」, 『주간포커스』, 보험연구원
- 이창우 · 이상우(2010), 「주요국의 민영실손의료보험의 운영체제와 시사점」, 조사보고서, 보험연구원.
- 임금자(2010), 「영리법인 도입의 장단점 및 정책 대안」, 『대한의사협회지』, 53권 2호.
- 정영호 · 고숙자(2009), 「생애의료비 추정을 통한 국민의료비 분석(I)」, 보건사회연구원.
- 정영호 · 박하영 · 권순만 · 이견직 · 고숙자(2004), 「보건의료시장의 특성과 제도 개선방향에 관한 연구」, 연구보고서, 보건사회연구원.
- 정형선(2010a), 「2008년 국민의료비 및 국민보건계정」, 보건복지부, 연세대학교 의료복지연구소.
- 정형선(2010b), 「2011년도 요양급여비용계약 전략 워크숍 발표자료」.
- 조용운 · 김경환(2010), 「민영실손의료보험의 보험금 청구 및 지급에 관한 법률 (안) 입법발의 내용 및 주요 쟁점」, 『KiRi Weekly』, 보험연구원.
- 최병호 · 신윤정(2008), 「국민건강보험 총액 예산제 도입을 위한 소고」, 『보건사회연구』, 제24권 제1호.
- 한국보건산업진흥원(2008), 「의료서비스산업 육성을 위한 규제 개선 방안」.
- _____ (2009), 「의료서비스산업 동향, 이슈조사 및 분석」.
- _____ (2010), 「성공적 건강관리서비스 도입방안 심포지움」.
- 허순임(2008), 「건강보험 보장성 확보를 위한 정책 과제」, 보건복지포럼.

Congressional Budget Office(2008. 1), “Technological Change and the Growth of Healthcare Spending”.

Dranove D.(1992), “Is Hospital Competition Wasteful?”, *Rand Journal of Economics*, 23(2).

Healthways(2010), “Better Care, Better Health and Lower Cost”.

Martins & Maisonneuve(2006), “The drives of public expenditure on health and long-term care: an integrated projection approach”, OECD Economic Studies.

Ringel, J.S., S.D. Hosek, B.A. Vollaard and S. Mahnovski(2002), “The elasticity of demand for healthcare; A review of the literature and its application to the military health system”, National Defense Research Institute, RAND Health.

보험연구원(KIRI) 발간물 안내

■ 연구보고서

- 2008-1 보험회사의 리스크 중심 경영전략에 관한 연구 / 최영목, 장동식, 김동겸 2008.1
- 2008-2 한국 보험시장과 공정거래법 / 정호열 2008.3
- 2008-3 확정급여형 퇴직연금의 자산운용 / 류건식, 이경희, 김동겸 2008.3
- 2009-1 보험설계사의 특성분석과 고능률화 방안/ 안철경, 권오경 2009.1
- 2009-2 자동차사고의 사회적 비용 최소화 방안 / 기승도 2009.1
- 2009-3 우리나라 가계부채 문제의 진단과 평가 / 유경원, 이해은 2009.3
- 2009-4 사적연금의 노후소득보장 기능제고 방안 / 류건식, 이창우, 김동겸 2009.3
- 2009-5 일반화선형모형(GLM)을 이용한 자동차보험 요율상대도 산출방법 연구 / 기승도, 김대환 2009.8
- 2009-6 주행거리에 연동한 자동차보험제도 연구 / 기승도, 김대환, 김혜란 2010.1
- 2010-1 우리나라 가계 금융자산 축적 부진의 원인과 시사점 / 유경원, 이해은 2010.1
- 2010-2 생명보험 상품별 해지율 추정 및 예측 모형 / 황진태, 이경희 2010.5
- 2010-3 보험회사 자산관리서비스 사업모형 검토 / 진익, 김동겸 2010.7

■ 정책보고서

- 2008-2 환경오염리스크관리를 위한 보험제도 활용방안 / 이기형 2008.3
- 2008-3 금융상품의 정의 및 분류에 관한 연구 / 유지호, 최원 2008.3
- 2008-4 2009년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면, 이태열, 신중협, 황진태, 유진아, 김세환, 이정환, 박정희, 김세중, 최이섭 2008.11
- 2009-1 현 금융위기 진단과 위기극복을 위한 정책제언 / 진익, 이민환, 유경원, 최영목, 최형선, 최원, 이경아, 이해은 2009.2
- 2009-2 퇴직연금의 급여 지급 방식 다양화 방안 / 이경희 2009.3
- 2009-3 보험분쟁의 재판외적 해결 활성화 방안 / 오영수, 김경환, 이종욱 2009.3

- 2009-4 2010년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면, 황진태, 변혜원, 이경희, 이정환, 박정희, 김세중, 최이섭 / 2009.12
- 2009-5 금융상품판매전문회사의 도입이 보험회사에 미치는 영향 / 안철경, 변혜원, 권오경 2010.1
- 2010-1 보험사기 영향요인과 방지방안 / 송윤아 2010.3
- 2010-2 2011년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면, 김대환, 이경희, 이정환, 최원, 김세중, 최이섭 2010.12
- 2011-1 금융소비자 보호 체계 개선방안 / 오영수, 안철경, 변혜원, 최영목, 최형선, 김경환, 이상우, 박정희, 김미화 2010.4
- 2011-2 일반공제사업 규제의 합리화 방안 / 오영수, 김경환, 박정희 2011. 7
- 2011-3 퇴직연금 적립금의 연금전환 유도방안 / 이경희 2011. 6

■ 경영보고서

- 2009-1 기업휴지보험 활성화 방안 연구 / 이기형, 한상용 2009.3
- 2009-2 자산관리서비스 활성화 방안 / 진익 2009.3
- 2009-3 탄소시장 및 녹색보험 활성화 방안 / 진익, 유시용, 이경아 2009.3
- 2009-4 생명보험회사의 지속가능성장에 관한 연구 / 최영목, 최원 2009.6
- 2010-1 독립판매채널의 성장과 생명보험회사의 대응 / 안철경, 권오경 2010.2
- 2010-2 보험회사의 윤리경영 운영실태 및 개선방안 / 오영수, 김경환 2010.2
- 2010-3 보험회사의 퇴직연금사업 운영전략 / 류건식, 이창우, 이상우 2010.3
- 2010-4(1) 보험환경변화에 따른 보험산업 성장방안 / 산업연구실, 정책연구실, 동향분석실 2010.4
- 2010-4(2) 금융서비스를 활용한 보험산업 성장방안 / 금융제도실, 재무연구실 2010.4
- 2010-5 변액보험 보증리스크 관리연구 / 권용재, 장동식, 서성민 2010.4
- 2010-6 RBC 내부모형 도입방안 / 김해식, 장동식, 최영목, 김소연, 서성민 2010.10
- 2010-7 금융보증보험 가격결정모형 / 최영수 2010.7
- 2011-1 보험회사의 비대면채널 활용방안 / 안철경, 변혜원, 서성민 2011.1
- 2011-2 보증보험의 특성과 리스크 평가 / 최영목, 김소연, 김동겸 2011.2
- 2011-3 충성도를 고려한 자동차보험 마케팅 전략 연구 / 기승도, 황진태 2011.3

- 2011-4 보험회사의 상호서비스 기여방안 / 황진태, 기승도, 권오경 2011. 5
 2011-5 사기성클레임에 대한 최적조사방안 / 송윤아, 정인영 2011. 6
 2011-6 민영의료보험의 보험리스크 관리방안 / 조용운, 황진태, 김미화 2011. 8

■ 조사보고서

- 2008-1 보험회사 글로벌화를 위한 해외보험시장 조사 / 양성문, 김진억, 지재원, 박정희, 김세중 2008.2
 2008-2 노인장기요양보험 제도 도입에 대응한 장기간병보험 운영 방안 / 오영수 2008.3
 2008-3 2008년 보험소비자 설문조사 / 안철경, 기승도, 이상우 2008.4
 2008-4 주요국의 보험상품 판매권유 규제 / 이상우 2008.3
 2009-1 2009년 보험소비자 설문조사 / 안철경, 이상우, 권오경 2009.3
 2009-2 Solvency II의 리스크평가모형 및 측정방법 연구 / 장동식 2009.3
 2009-3 이슬람 보험시장 진출방안 / 이진면, 이정환, 최이섭, 정중영, 최태영 2009.3
 2009-4 미국 생명보험 정산거래의 현황과 시사점 / 김해식 2009.3
 2009-5 헤지펀드 운용전략 활용방안 / 진익, 김상수, 김종훈, 변귀영, 유시용 2009.3
 2009-6 복합금융 그룹의 리스크와 감독 / 이민환, 전선애, 최원 2009.4
 2009-7 보험산업 글로벌화를 위한 정책적 지원방안 / 서대교, 오영수, 김영진 2009.4
 2009-8 구조화금융 관점에서 본 금융위기 분석 및 시사점 / 임준환, 이민환, 윤건용, 최원 2009.7
 2009-9 보험리스크 측정 및 평가 방법에 관한 연구 / 조용운, 김세환, 김세중 2009.7
 2009-10 생명보험계약의 효력상실 · 해약분석 / 류건식, 장동식 2009.8
 2010-1 과거 금융위기 사례분석을 통한 최근 글로벌 금융위기 전망 / 신종협, 최형선, 최원 2010.3
 2010-2 금융산업의 영업행위규제 개선방안 / 서대교, 김미화 2010.3
 2010-3 주요국의 민영건강보험의 운영체계와 시사점 / 이창우, 이상우 2010.4
 2010-4 2010년 보험소비자 설문조사 / 변혜원, 박정희 2010.4
 2010-5 산재보험의 운영체계에 대한 연구 / 송윤아 2010.5

- 2010-6 보험산업 내 공정거래규제 조화방안 / 이승준, 이종욱 2010.5
- 2010-7 보험종류별 진류수가 차등적용 개선방안 / 조용운, 서대교, 김미화 2010.4
- 2010-8 보험회사의 금리위험 대응전략 / 진익, 김해식, 유진아, 김동겸 2011.1
- 2010-9 퇴직연금 규제체계 및 정책방향 / 류건식, 이창우, 이상우 2010.7
- 2011-1 생명보험설계사 활동실태 및 만족도 분석 / 안철경, 황진태, 서성민 2011. 6
- 2011-2 2011년 보험소비자 설문조사 / 김대환, 최원 2011. 5
- 2011-3 보험회사 녹색금융 참여방안 / 진익, 김해식, 김혜란 2011. 7

■ 영문발간물

- 10호 Korean Insurance Industry 2008 / Korea Insurance Research Institute, 2008.9
- 11호 Korean Insurance Industry 2009 / Korea Insurance Research Institute, 2009.9
- 12호 Korean Insurance Industry 2010 / Korea Insurance Research Institute, 2010.9

■ CEO Report

- 2008-1 자동차보험 물적담보 손해율 관리 방안 / 기승도 2008.6
- 2008-2 보험산업 소액지급결제시스템 참여 관련 주요 이슈 / 이태열 2008.6
- 2008-3 FY2008 수입보험료 전망 / 동향분석실 2008.8
- 2008-4 퇴직급여보장법 개정안의 영향과 보험회사 대응과제 / 류건식, 서성민 2008.12
- 2009-1 FY2009 보험산업 수정전망과 대응과제 / 동향분석실 2009.2
- 2009-2 퇴직연금 예금보험요율 적용의 타당성 검토 / 류건식, 김동겸 2009.3
- 2009-3 퇴직연금 사업자 관련규제의 적정성 검토 / 류건식, 이상우 2009.6
- 2009-4 퇴직연금 가입 및 인식실태 조사 / 류건식, 이상우 2009.10
- 2010-1 복수사용자 퇴직연금제도의 도입 및 보험회사의 대응과제 / 김대환, 이상우, 김혜란 2010.4
- 2010-2 FY2010 수입보험료 전망 / 동향분석실 2010.6
- 2010-3 보험소비자 보호의 경영전략적 접근 / 오영수 2010.7

- 2010-4 장기손해보험 보험사기 방지를 위한 보험금 지급심사제도 개선 / 김대환, 이기형 2010.9
- 2010-5 퇴직금 중간정산의 문제점과 개선과제 / 류건식, 이상우 2010.9
- 2010-6 우리나라 신용카드시장의 특징 및 개선논의 / 최형선 2010.11
- 2011-1 G20 정상회의의 금융규제 논의 내용 및 보험산업에 대한 시사점 / 김동겸 2011.2
- 2011-2 영국의 공동계정 운영체계 / 최형선, 김동겸 2011.3
- 2011-3 FY2011 수입보험료 전망 / 동향분석실 2011. 7

■ Insurance Business Report

- 26호 퇴직연금 중심의 근로자 노후소득보장 과제 / 류건식, 김동겸 2008.2
- 27호 보험부채의 리스크마진 측정 및 적용 사례 / 이경희 2008.6
- 28호 일본 금융상품판매법의 주요내용과 보험산업에 대한 영향 / 이기형 2008.6
- 29호 보험회사의 노인장기요양 사업 진출 방안 / 오영수 2008.6
- 30호 교차모집제도의 활용의향 분석 / 안철경, 권오경 2008.7
- 31호 퇴직연금 국제회계기준의 도입영향과 대응과제 / 류건식, 김동겸 2008.7
- 32호 보험회사의 헤지펀드 활용방안 / 진익 2008.7
- 33호 연금보험의 확대와 보험회사의 대응과제 / 이경희, 서성민 2008.9

※ 2008년 이전 발간물은 보험연구원 홈페이지(<http://www.kiri.or.kr>)에서 확인하시기 바랍니다.

정기간행물

■ 간행물

- 보험동향 / 계간
- 보험금융연구 / 연 4회

『도서회원 가입안내』

회원 및 제공자료

	법인회원	특별회원	개인회원
연회비	₩ 300,000원	₩ 150,000원	₩ 150,000원
제공자료	- 연구보고서 - 정책/경영보고서 - 조사보고서 - 기타보고서 - 정기간행물 · 보험금융연구 · 보험동향	- 연구보고서 - 정책/경영보고서 - 조사보고서 - 기타보고서 - 정기간행물 · 보험금융연구 · 보험동향	- 연구보고서 - 정책/경영보고서 - 조사보고서 - 기타보고서 - 정기간행물 · 보험금융연구 · 보험동향
	- 본원 주최 각종 세미나 및 공청회 자료(PDF) - 영문보고서	-	-

※ 특별회원 가입대상 : 도서관 및 독서진흥법에 의하여 설립된 공공도서관 및 대학도서관

가입문의

보험연구원 도서회원 담당

전화 : (02)3775-9115, 9080 팩스 : (02)3775-9102

회비납입방법

- 무통장입금 : 국민은행 (400401-01-125198)

예금주 : 보험연구원

- 지로번호 : 6360647

가입절차

보험연구원 홈페이지(<http://www.kiri.or.kr>)에 접속 후 도서회원이가입신청서를 작성 · 등록 후 회비입금을 하시면 확인 후 1년간 회원자격이 주어집니다.

자료구입처

서울 : 보험연구원 보험자료실, 교보문고, 영풍문고, 반디앤루니스

부산 : 영광도서

저 자 약 력

이 창 우

Boston University 경제학 박사
보험연구원 연구위원
(E-mail : cleee@kiri.or.kr)

이 기 형

국민대학교 경영학 박사
보험연구원 선임연구위원
(E-mail : kihlee@kiri.or.kr)

조사보고서 2011-4

의료시장변화에 따른 민영실손의료보험의 대응

발행일 2011년 8월

발행인 김 대 식

발행처 보 험 연 구 원

서울특별시 영등포구 여의도동 35-4

대표전화 : (02) 3775-9000

조 판 및
인 쇄 KM 고려문화사

ISBN 978-89-5710-136-0

정가 10,000원