

의료서비스산업의 발전 방안

권 순 만

(서울대학교 보건대학원 보건정책관리학과)

1. 서론

- 전통적으로 의료 분야에서는 공급자와 소비자간 정보의 비대칭성 즉 소비자 무지에 의해 공급자의 영향력이 강함. 그러므로 소비자의 합리적 선택이 어렵기 때문에 의료공급자간 경쟁이 제대로 작동할 수 없고 따라서 비영리적 목적을 가진(가지리라 기대되는) 의료전문가가 의료에 있어서 주도적인 역할을 해 오고 있음. 결과적으로 의료공급체계에 대한 관점은 소비자의 후생이라는 관점보다는 기존 공급자의 이해에 의해 영향을 받아왔음.
- 사회 경제적 변화와 함께 의료서비스를 보는 시각 역시 사회복지적 관점이나 공급자 중심적 관점을 탈피하는 것이 필요하지만, 진입장벽의 완화에 대한 기존 의료공급자들의 두려움 그리고 의료전문가 중심의 의료에 대한 보수적인 관점이 이러한 패러다임의 변화를 가로막은 장애가 되고 있음.
- 아울러 모든 유형의 의료서비스 혹은 모든 유형의 의료서비스 기관이 의료서비스 산업의 혁신과 발전에 있어 동일한 역할을 하는 것은 아니므로 다양한 의료기관의 특성을 고려한 정책적 접근이 필요함. 그리고 의료서비스는 산업적 관점과 함께, 저렴한 비용으로 양질의 의료를 제공함으로써 국민의 건강을 효율적으로 생산하는 역할 역시 수행해야 함을 간과할 수는 없음.

2. 의료서비스의 특성과 의료 환경의 변화

(1) 의료서비스의 특성

1) 소비자 무지

- 의료서비스 분야에서는 공급자에 비해 소비자가 의료에 대한 지식과 정보가 매우 부족한 소비자 무지 현상이 발생함. 따라서 소비자가 서비스의 비용과 효용을 판단하여 합리적인 의사결정을 하는 시장의 경쟁 기전이 제대로 작동하지 않는 경우가 많음. 의료공급자의 영향력이 막대함에 따라 의료서비스 시장의 효율성은 소비자의 경제적 유인보다는 의료공급자에 대해 어떠한 경제적 유인이 제공되느냐에 의해 좌우되는 경향이 강함.

2) 공공성

- 의료분야는 전통적으로 기본적인 수준의 의료 욕구를 지불 능력에 관계없이 충족시켜주어야 한다는 사회적 공감대가 강함 (예, specific egalitarianism). 따라서 미국을 제외한 거의 모든 선진국에서는 조세나 사회보험과 같은 공적 의료보장제도를 통해 전국민의 의료에 대한 접근성을 보장하고 있음. 즉 의료에 대한 자원조달은 주로 공적 자원에 의존하는 경우가 대부분임.

3) 다양한 형태의 의료제공체계

- 의료자원조달에 있어서 공공성이 강한 것과는 대조적으로 의료제공체계는 각 나라의 정치철학이나 역사성 등에 의해 영향을 받아 다양한 형태를 가짐. 즉 공공의료기관, 민간비영리의료기관, 민간영리의료기관의 상대적 중요성은 나라마다 다름. 예를 들어 영국, 캐나다, 북구유럽 국가들은 병상의 절대 다수가 공공병상이고, 미국의 경우 민간비영리 병상이 다수를 차지하고 약간의 영리 병원이 존재함.

(2) 의료 환경의 변화

1) 인구고령화

- 우리나라는 출생률의 급격한 저하와 기대 수명의 증가로 인하여 매우 빠른 인구 고령화를 경험하고 있음 (표 1). 노인 인구는 의료에 대한 수요가 높아서 인구 노령화는 의료비의 상승을 가져올 가능성이 높음. 나아가 의료제공 역시 노인층의 만성퇴행성 질환을 고려해야 하고 나아가 노인들의 신체 기능 저하에 따른 사회적서비스(social care)의 수요 증대에 따른 장기요양제공 체계의 확립이 필요함.

<표 1> 인구 고령화 속도

	도달년도 (년)			도달 소요 년수	
	고령화사회 (7%)	고령사회 (14%)	초고령사회 (20%)	7%→14%	14%→20%
한국	2000	2019	2026	19	7
일본	1970	1994	2006	24	12
미국	1942	2014	2030	72	16
독일	1932	1972	2010	40	38
프랑스	1864	1979	2019	115	40
캐나다	1945	2010	2024	65	14
영국	1929	1976	2020	47	44

자료: 통계청, 『OECD 주요통계』 2001.

2) 소득증대와 의료에 대한 관심 증가

- 일반적으로 소득의 상승과 함께 의료에 대한 수요는 증가하고 수요의 유형 역시 고급화, 다양화됨. 나아가 삶의 질에 대한 관심의 증가로 인해, 생명과 직결되는 기존의 필수적인 측면의 의료뿐 아니라 삶의 질과 관련된 의료의 다양한 측면에 대한 인식이 높아지고 있음. (공공) 의료보장 역시 모든 유형의 의료에 대한 보장의 개념보다는 필수적 성격의 의료에 좀 더 초점을 맞출 필요가 있음 또 환자의 의료소비자로서의 인식이 제고되어 소비자 주권, 환자 참여, 소비자 만족의 중요성이 높아지고 있음.

3) 의료기술 발전

- 의료분야는 매우 빠른 기술 발전을 경험하고 있어서 새로운 치료법, 의료기기 와 장비, 신약 등은 과거에 비해 빠른 진단 그리고 종래 고치지 못했던 질환 의 치료를 가능하게 하고 있음. 하지만 효과의 증가에 비해 비용의 증가가 훨씬 큰 고가 의료기술의 도입과 사용에 대한 논란이 있고, 이는 특히 소비자 무지가 존재하는 상황에서 공급자의 경제적 유인에 의한 불필요한 의료기술 도입과 유인수요(induced demand)가 의료자원 배분의 왜곡을 가져올 수 있음. 반면 정보기술의 발전은 필름없는 병원, 임상정보와 경영정보의 통합을 통한 전략적 의사결정과 같은 의료기관 경영의 혁신, 그리고 Ubiquitous Health 와 같은 의료제공과 소비에 있어서 패러다임의 변화를 가속화하고 있음. 나아가 정보기술의 발전과 인터넷의 보급은 환자의 정보 획득의 증가와 이에 따른 의료소비자의 보다 적극적인 역할의 증대를 가져올 수 있음.

4) 의료비용의 지속적 상승

- 인구고령화, 소득증가, 의료 기술의 발전은 지속적인 의료비용의 상승을 야기 하고 있어서 의료비용의 절감을 위한 의료체계의 개혁이 세계적인 추세임. 예를 들어 의료기술의 효과와 사회적 비용에 대한 합리적 평가와 이에 기초한 합리적 이용이 더욱 중요해지고 있음. 또 의료비용을 절감하기 위해 의료공급자의 경제적 유인 구조를 변화시키고자 하는 진료비지불제도의 개혁이 세계적으로 활발하게 이루어지고 있음. 의료비용의 지속적 상승이 국가 경제에 큰 부담이 됨에 따라 비용절감과 국민의 건강 향상이라는 보건정책적 목표와 의료산업 및 관련 바이오, 제약산업의 발전이라는 산업정책적 목표 간에 전략적 조화가 더욱 중요해짐.

3. 의료서비스 산업의 현황과 문제점

(1) 병원 수

- 우리나라의 병원 수는 지속적으로 성장하고 있음. OECD의 다른 나라들과는 달리 우리나라의 병원들은 공공의료기관의 비율이 매우 낮음 (공공병상 비율: 한국 18%, 일본 36%, 미국 33%, 독일 49%, 프랑스 65%, 캐나다 99%, 영국 96%). 민간의료기관 중에서도 많은 병원들이 의원에서 시작해 그 규모를 확대시켜온 경우가 대부분임. 즉 의사에 의해 설립되고 경영되는 개인병원이 많고, (비영리)법인병원의 경우에도 실질적으로는 실질적인 의사 소유자가 존재하는 경우가 많음 (현재 영리법인 병원은 허용되지 않음).

(2) 고용과 경영

- 향후 고용에의 파급효과가 적은 경제성장의 경향이 지속될 때에는, 의료서비스 산업과 같은 노동집약적인 서비스 산업의 고용 창출효과가 매우 중요해질 것임 (표 2). 의료서비스 산업의 고용이 산업 전체의 고용에서 차지하는 비중이 현재 아주 크지는 않지만 이 비중은 향후 더욱 증가할 수 있고, 특히 인구 노령화에 따른 장기요양 서비스에 대한 수요의 증가는 노인요양산업 관련 인력의 고용을 더욱 증가시킬 것임 (표 3).

<표 2> 의료서비스 산업의 비중: 2003년 기준

단위: 개, 명

	사업체 수	종사자 수
전 산업	3,187,916	14,729,166
의료업	49,181 (1.54%)	442,517 (3.0%)

주 : 의료업에는 병원, 의원, 공중보건 의료업 및 기타 의료업이 포함됨.

자료: 통계청 『2003년 전국 사업체 기초통계조사』, 2004.

<표 3> 노인요양보장 전문인력 장기 수요

단위: 명

명 칭	2005 (시범사업1차)	2006 (시범사업2차)	2007	2009	2011
요양관리사	40	657	3,399	8,435	11,445
노인분야간호사	46	1,599	3,506	6,528	8,159
간병전문인력	267	9,264	45,452	91,185	116,877

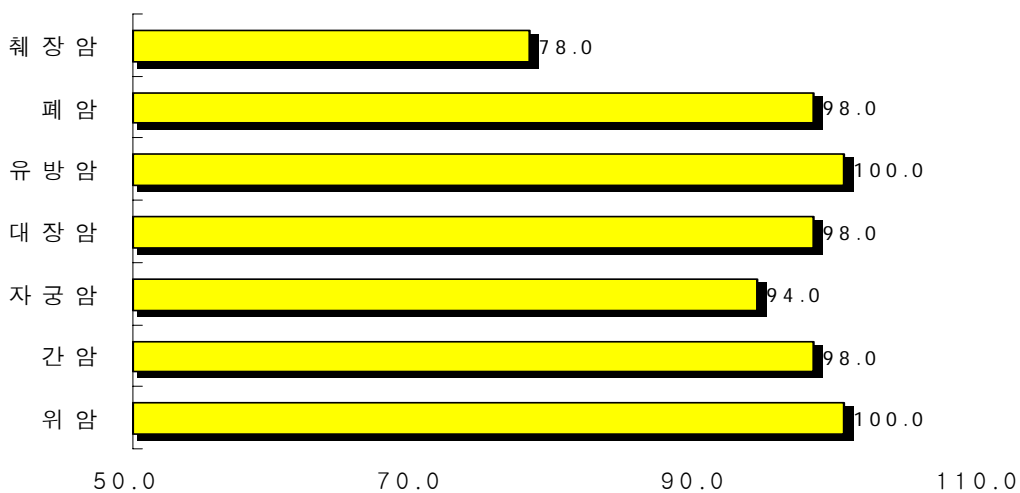
주: 장기요양보호노인의 간병·일상활동 지원인력 수급 및 관리운영체계 구축(2003.5, 한국보건산업진흥원, 유선주 외) 연구결과를 근거로 추정

자료: 공적노인요양보장제도 실행위원회 최종보고서 『공적노인요양보장제도 실시모형 개발연구』 2005.2

(3) 의료의 질

- 대한의학회의 최근 발표에 따르면 우리나라의 임상의학 수준은 주요 진료과의 경우 많은 경우 선진국의 80%를 상회하는 것으로 나타났음. 선진국 대비 90%이상인 진료과목은 흉부외과, 순환기내과, 일반외과, 마취과, 방사선종양학과, 이비인후과, 호흡기내과이고 반면 선진국 대비 75% 이하인 경우는 응급의학과, 혈액종양내과, 신경내과, 핵의학과 등으로 나타남. 주요 암 치료 수준은 선진국의 90% 이상을 상회하는 것으로 나타남 (그림).

<그림 1> 우리나라의 주요 암 치료 수준(선진국 대비 %)



자료: 대한의학회, 2005.5

- 하지만 환자가 경험하는 최종적인 치료의 결과는 의사의 진료 수준 이외에도 제반 진료환경과 정책 및 관리체계에 의해 결정되는데 이러한 요소들을 포괄하는 의료의 질 관리 체계는 아직 미흡함. 즉 시설이나 인력과 같은 투입요소에 근거한 관리가 여전히 의료 질 관리의 주된 패러다임이고 치료의 결과로 환자의 건강이 얼마나 향상되었는가에 대한 결과 중심의 질 관리는 매우 미흡함.

(4) 후진적 경영체계

- 의료공급자 중심의 문화가 아직도 의료서비스 산업의 주된 철학이고, 의료전문가 중심의 권위주의적 임상 의사 결정에 있어서 소비자의 역할이 아직 미미함. 소비자 만족의 중요성에 대한 발상의 전환을 통해, 다양한 치료법의 선택에 있어서 일방적이 아닌 쌍방적 의사소통, 소비자 참여와 주도가 필요함. 이러한 의료서비스 산업 경영의 후진성은 경영전문인이 아닌 의료전문인에 의한 소유와 경영이 유지되고 있는 우리나라 병원산업의 특성과도 밀접히 관련됨.

(5) 진입 장벽

- 의료 인력에 대한 면허제도 외에도 영리법인병원이 금지됨에 따라 의료서비스 산업은 매우 강력한 진입장벽을 가지고 있는데 이는 의료서비스가 가지는 공공성과 형평성의 의미를 지나치게 강조하는 것임. 현실적으로 많은 (비영리) 법인 병원이 개인소유주에 의해 설립되고 운영되다가 법인 병원화 된 경우가므로 이들 역시 순수 비영리병원이라 보기 어렵고 외국의 경우와는 매우 다른 특성을 가짐. 현재의 개인(비법인)병원들을 영리병원으로 볼 수 있으나 이는 중소기업 형태로 경영의 낙후성이 심각하여 경쟁력을 갖춘 본격적인 영리병원으로 보기 어려움. 영리병원의 금지는 의료서비스산업에 대규모의 자본이 유입되는데 장애가 되고 있고 공급자 중심의 의료체계, 불투명하고 후진적인 의료서비스 경영에도 기여하고 있음. 개인(비법인)병원은 이미 (자본의 규모가 작고 패쇄적인 경영 형태의) 영리병원이라고 할 수 있는데, 의사가 주인인 형태로서 영리병원이나 다름없는 기존의 개인병원들은 허용하고, 일반 주주가 병원을 소유하는 형태의 영리병원은 허용하지 않는 것은 의료에 있어서 의사들의 독점력과 영향력을 인정하고 강화하는 결과를 낳을 것임.

(6) 비효율적인 의료 체계

- 우리나라의 의료체계는 지극히 분절된(fragmented) 상태의 비효율적인 체계이며 의료기관간 역할 분담이나 연계가 이루어지지 않고 대신 중복과 과잉 투자가 보편화되어 있음. 대표적인 예로서, 의원과 병원 간, 외래와 입원 간, 일반 병원과 3차 병원 간, 급성기 병원과 장기요양병원간 기능 분담이 이루어지지 않고 오히려 그들 간에 대형화와 외형 위주의 출혈 경쟁 양상을 보임. 의원에서 입원 기능을 가지고 있고 병원에서 외래 진료의 비중이 상당히 큰 상황에서, 의원, 병원, 3차 병원간 효율적인 역할분담보다는 환자유치 경쟁이 치열함. 또 장기요양병상의 부족으로 장기환자들이 저렴한 요양병원이나 요양시설 대신 값비싼 급성기 병원의 병상을 점유하는 비효율적 행태가 만연함 (이른바, 사회적 입원, social admission).
- 의료기술의 발달은 사회적 비용을 제대로 고려하지 않은 고가 의료장비의 도입, 효과가 불확실한 환자에 대한 사용의 증가 등의 문제를 야기하고 있음. 우리나라는 고가의료장비의 도입에 있어서 세계적인 선두를 달리고 있지만 우리의 경제 수준이나 건강수준이 이를 정당화하는 것은 아님 (표 4).

<표 4> 인구 백만명 당 고가 의료장비 보유 대수: 2003년 기준

단위: 대/백만명

	한국	일본	미국	독일	프랑스	캐나다	영국
컴퓨터 단층촬영기 (CT)	31.9	93	12.8 ²⁾	14.2 ¹⁾	9 ²⁾	10.3	5.8 ²⁾
자기공명 영상기 (MRI)	9	35	8.2 ²⁾	6 ¹⁾	2.4 ²⁾	4.5	5.2 ²⁾
체외 충격파 쇄석기 (ESWL)	6 ¹⁾	6.4 ¹⁾	3.1 ²⁾	3.3 ²⁾	0.8 ²⁾	0.4 ²⁾	N.A.

1) 2002년 자료임.

2) 2001년 자료임.

자료: OECD, OECD Health Data 2005

(7) 건강보험의 보장성 미흡

- 전 국민을 커버하는 사회보험체계임에도 불구하고 우리나라 의료보험의 보장성은 취약한 편임. 우리나라는 2001년 현재 국민의료비에서 본인이 직접 부

담하는 비율이 55%로서 네덜란드(37%), 독일(25%), 스웨덴(15%), 영국(19%), 이탈리아(27%), 일본(22%), 캐나다(29%), 프랑스(24%)에 비해 그 비중이 매우 높은 편임. 현재의 건강보험은 보험료를 조금 납부하는 대신, 높은 본인부담금으로 인해 막상 질병이 발생했을 때에는 경제적 지출이 과다하게 되어, 위험분산이라는 보험의 기능을 제대로 수행하지 못하고 있음. 특히 건강 수준이 낮아서 많은 의료 이용을 필요로 하는 계층이나 경제적 취약 계층은 과도한 본인부담금으로 인한 경제적 부담이 더욱 큼.

- 흔히 의료보험의 수가 규제가 의료서비스 산업의 발전을 저해한다는 의견도 있으나, 환자가 병원을 방문 시 본인 부담이 50%에 이른다는 사실에서 볼 수 있듯이, 실제로는 수가규제를 받지 않은 민간의료시장이 상당함. 외국의 경우에도 의료시장에 있어서 의료공급자의 가격을 규제하지 않는 경우는 거의 없음. 민간의료보험은 현재 진입규제가 있는 것이 아니고 단지 사업의 불확실성 때문에 민간의료보험자들이 진입하지 않고 있음.

4. 의료서비스 산업의 경쟁력 강화 방안

(1) 의료서비스 산업의 경쟁력

- 서비스 산업의 특성상 의료산업 그 자체가 경제 성장의 동력 혹은 무역 흑자의 원천이 되기는 어려움. 의료관광의 성공 사례로 최근 자주 인용되고 있는 싱가포르의 경우는 지정학적 위치, 경제적 허브로서 성공 여부가 국가의 생존을 좌우해 온 절박함과 역사성, 그리고 막강한 경제권을 가진 동남아시아 화교권의 의료 수요가 집중되는 등 싱가포르의 특수한 상황과 함께 이해되어야 함.
- 이처럼 의료관광이나 의료허브의 특수한 경우가 아닌 경우, 의료산업의 경쟁력은 바이오 산업이나 제약산업과 같이 부가가치 효과가 높은 산업의 발전에 어떻게 공헌할 수 있는가의 관점에서 이해될 필요가 있음. 이 경우 의원과 중소병원 등을 포괄하는 모든 의료기관이 아니라, 의료서비스 연구 개발 능력을 통해 제약산업이나 바이오 산업 혁신에 전략적 연계를 가질 수 있는 선도적인 소수의 의료기관이나 대학병원만이 주된 논의의 대상이 될 것임.
- 대다수 의료기관의 경우, 적절한 의료비용으로 양질의 의료를 제공함으로써 국가의 의료비를 적정화하고 국민의 건강수준을 향상시키는 것이 국가 경제의 경쟁력에 기여하는 길임. 예를 들어 외국인 환자를 유치해서 벌어들이는 이익보다 우리나라 의료체계의 비용-효과성을 높이는 것이 오히려 큰 경제적 이익이 될 수도 있음. 우리나라의 국민의료비 수준은 OECD 다른 국가들에 비해 낮은 편이나 기대 수명 역시 낮은 편임 (표 5).

<표 5> GDP 대비 의료비 비율 및 기대수명

단위: %, 세

		한국	일본	미국	독일	프랑스	캐나다	영국
GDP 대비 의료비 지출 비중(2003년)		5.6	7.9 ¹⁾	15.0	11.1	10.1	9.9	7.7 ¹⁾
기대 수명 (Life Expectancy at birth) (2002년)	남	72.8 ²⁾	78.3	74.4 ²⁾	75.6 ²⁾	75.8	77.1 ²⁾	75.7 ²⁾
	여	80.0 ²⁾	85.2	79.8 ²⁾	81.3 ²⁾	83.0	82.2 ²⁾	80.4 ²⁾
	전체	76.4 ²⁾	81.8	77.1 ²⁾	78.5 ²⁾	79.4	79.7 ²⁾	78.1 ²⁾

1) 2002년 자료임.

2) 2001년 자료임.

* 자료: OECD, OECD Health Data 2005/2004

- WHO나 OECD에서 한나라 의료체계의 성과를 논의할 때 사용하는 틀은 <표 6>과 같음. 한 국가의 의료체계는 국민 건강의 수준과 분포 (즉 건강 수준이 다양한 인구 집단에 대해 얼마나 형평성있게 분포되어 있는지), 소비자 만족도나 의료 접근도의 수준과 분포 그리고 의료비용 지출에 있어서 수준과 부담의 분포에 의해 그 성과가 결정된다는 것임. 모든 의료기관을 포괄하는 의미에서 한 나라 의료산업의 경쟁력은, 위와 같이 정의된 국가 의료체계의 성과를 높이는데 의료산업이 얼마나 효과적으로기여하는가를 의미하는 것임.

<표 6> 의료체계의 성과 (WHO, OECD)

	수준 (Average Level)	분포 (Distribution)
건강의 향상 (Health Improvement)		
반응성/의료접근도 (Responsiveness/Access)		
재원조달과 부담/의료비용 (Financial Contribution/ Health expenditure)		

- 따라서 의료산업의 경쟁력은 모든 의료기관과 관련하여 국가의 건강수준/의료비용의 관점에서 의료체계의 전반적인 성과를 보는 차원, 그리고 바이오 산업이나 제약산업과 같은 관련 첨단 산업의 경쟁력에 기여하는 소수의 선도적 의료기관의 성과와 역할이라는 차원에서 차별화되어 논의될 필요가 있음.
- 보건의료체계의 전반적인 성과에서 보면, 미국은 GDP의 15%를 상회하는 의료비 수준 그리고 여전히 전국민을 커버하는 공적의료보장체계의 부재에 의해 의료체계의 성과가 낮다고 할 수 있음. 반면 영국, 프랑스, 호주는 비교적 낮은 의료비로 전국민을 커버하는 의료보장체계를 가지고 있음. 의료산업 경쟁력의 관점에서는 미국은 제약산업과 의료기술에 있어서 세계적인 혁신을 선도하고 있으나, 프랑스와 호주는 의료비용 억제에 정책의 우선 순위를 두어 의료산업의 경쟁력이 높지 않음. 반면 영국은 조세로 운영되는 포괄적인 국가의료보장체계와 공공의료체계를 가지고 있으나 동시에 제약 산업과 바이오산업에 대한 전략적 지원을 통해 의료산업의 경쟁력 또한 높은 편임. 이러한 영국의 예는 우리에게 많은 시사점을 주고 있음.

<표 7> 의료체계와 의료산업의 경쟁력

		보건의료체계의 성과	
		고	저
의료산업경쟁력	고	영국	미국
	저	프랑스, 호주	

(2) 의료서비스 산업의 경쟁력 강화 전략

1) 질 향상과 소비자 만족 제고

- 의료서비스의 질 향상을 위해서는 소비자 만족도를 의료산업의 가장 중요한 가치로 받아들이고 의료기관 차원에서 전사적 질 관리 (TQM: Total Quality Management)나 지속적인 질 관리(CQI: Continuous Quality Improvement)와 같은 효과적인 질 관리 노력을 경주하여야 함. 또 의과대학의 교육 체계와 의료 인력의 수련과정에서 의학지식의 효과적 확산과 관리 뿐 아니라 소비자 중심적 사고의 중요성이 제고되어야 함.
- 나아가 의료기관들이 질 관리 노력을 기울일 수 있도록 의료기관 평가 제도를 효과적으로 운영하여야 함. 이를 통해 의료기관에게 의료의 질 향상을 위한 방향을 제시함과 동시에, 소비자에 정보를 제공하여 의료기관을 합리적으로 선택할 수 있도록 하여 의료서비스 시장에서의 경쟁 역시 촉발시킬 수 있음. 단 평가 도구의 신뢰도를 높이고, 투입(시설, 인력)과 과정 뿐아니라 중심보다는 결과 (outcome, 즉 환자 건강상태의 증진) 중심의 평가가 활성화되어야 하며, 이를 위해 환자 중증도를 정확하게 보정할 수 있어야 함 (만일 환자 중증도를 제대로 보정하지 못하고 치료의 결과만을 측정한다면, 의료기관은 중증도가 높은 환자를 기피할 수 있음).

2) 시장의 활성화를 위한 정보 제공

- 매우 빠르게 변화하는 의료기술의 효과에 대해 의료공급자가 정확한 정보를 가지는 것이 효과적인 이용에 중요한 영향을 미침. 따라서 제반 의료서비스, 의료기술, 의약품 등의 효과성, 안전성, 경제성에 대한 연구를 활성화하고 이러한 정보를 기준으로 합리적인 의료제공에 대한 가이드라인을 만들어 공급자

와 소비자에게 제공하고 또 의료공급자가 그러한 가이드라인을 따르도록 경제적 유인을 제공할 필요가 있음.

- 소비자 무지에 의한 정보/지식의 실패는 보건의료 부문에 있어 시장(경쟁)의 실패를 야기하는 가장 중요한 요소임. 따라서 소비자에게 필요한 정보를 제공함으로써 소비자가 의료공급자를 선택하는데 있어 합리적인 의사결정을 하도록 만드는 것이 의료서비스 산업에서의 시장 기능을 활성화시킴으로써 효율성을 높이는 효과적인 방법임. 이를 위해 의료부문에서의 광고에 대한 규제도 완화해야 함. 광고에 의해 소비자 무지가 악용될 가능성도 있으나 과대광고와 허위광고를 지속적으로 모니터한다면 광고가 가지는 정보 제공의 순기능을 높일 수 있음.

3) 효율적 경영 체계 확립과 정보 기술의 활용

- 지금까지 우리나라 병원은 소규모 개인병원에서 시작해 조금씩 규모를 확장시켜 온 병원들이 많으며 이러한 병원들은 내부 경영에 있어 설립자이자 원장인 의사가 주도적인 역할을 하고 있는 경우가 대부분이어서, 본격적인 기업으로서 병원의 경영 활동은 상당히 낙후됨. 의료서비스 산업의 경영효율성을 제고하기 위해서는 경영의 투명성 확보, 경영 전문인의 역할 증대, 회계 기준의 적용 등이 필요함.
- 의료산업의 경영체계를 효율화하기 위해서는 정보기술의 발전을 효과적으로 활용하여 의료의 질 관리 체계의 향상, 경영 혁신과 소비자 만족을 가져올 것임. 예를 들어 단순히 환자의 진료기록을 저장하고 검색하는 수준을 넘어 의학인공지능체계와 데이터 마이닝 기법을 이용한 지능형 임상정보체계를 활용함으로써 IT를 기반으로 한 의료의 질 관리가 가능하게 될 것임 (예, E-Critical Pathway). 또 잘못된 약물 용법 처방이나 약물 간 상호작용에 의한 부작용을 예방하여 의료과실을 감소시키고, 의사들의 의료제공 행태를 비교 분석하여 진료 행위를 표준화 할 수 있음. 환자 진료 이외의 지원체계에 있어서, 실시간의 환자 이동 및 수익관리 상황의 파악, 의료기기들의 이용률과 병상 가동률 등 운영관리 목적의 데이터들을 실시간으로 수집 파악, 조치할 수 있는 시스템을 구축할 수 있을 것임.
- 궁극적으로는 기존의 의료공급자 중심 의료기록으로부터 탈피하여 환자중심의

의료기록시스템이 필요함. 여러 의료기관에 분산되어 있는 환자의 진료 및 건강에 대한 정보를 환자를 중심으로 통합하여 관리하는데 있어서 보험자가 중요한 역할을 수행할 수 있음. 즉 환자 일생에 걸친 임상 기록을 통합된 시스템으로 구축하는 전자건강기록(Electric Health Record)을 구축하여 관리하는 것인데 이를 위해서는 자료의 입력과 저장에 있어서 표준화가 필요함.

4) 산업 구조 합리화

- 분절되어 비효율적인 의료체계를 개선하기 위해서는 의료서비스 산업 구조의 합리화가 필요함. 우선 의료기관의 시설/인력 기준에 대한 규제 완화를 통해 다양한 형태와 기능의 병원이 설립될 수 있도록 하여야 함. 예를 들어 특정 진료부문에 특성화하여 경쟁우위를 가질 수 있는 전문 병원제, 그리고 개원의가 병원의 시설과 장비를 사용할 수 있는 개방 병원제와 같은 형태의 의료기관을 도입할 수 있겠음. 개방형 병원 체계를 통해 의원과 병원이 상호 보완적인 관계를 맺고 시설과 장비를 공유할 수 있다면 낭비적 경쟁이 줄어들 수 있음. 또 인구고령화 추세에 비해 그 공급이 매우 부족한 실정인 장기요양병원과 노인요양 시설의 확충이 시급하므로 민간부문의 투자 확대를 위한 정책적 수단을 강구하여야 함.
- 나아가 의료기관 네트워크화를 통해 외래, 입원, 재활, 요양에 이르는 통합적 의료체계(Integrated Delivery System)들이 활성화되고 환자가 적재적소에서 치료를 받음으로써 건강의 극대화와 비용의 절감을 추구할 수 있을 것임. 예를 들어 1차, 2차, 3차 의료기관간 자발적인 환자 후송과 회송체계를 확립하고 의료장비의 과잉 투자를 막기 위해 고가의의료장비를 공동으로 이용할 수도 있을 것임. 이러한 통합적 의료체계에 있어서 앞서 언급한 정보 기술은 신경망의 역할을 할 것임. 의료기관간 전략적 제휴와 네트워크의 활성화는 규모의 경제 효과와 같은 의료기관간 합병의 긍정적인 효과를 거두면서 그와 동시에 부정적인 효과를 최소화하는 역할을 할 것이며, 이러한 과정을 통해 개별 병원 차원이 아닌 병원(의료)시스템 간의 경쟁이 촉발될 수 있음.

5) 연관 산업과 파트너쉽

- 의료는 일반 제조물과는 달리 특수한 몇 가지 분야를 제외하면 환자의 국제적 이동이 많지는 않으나, 연구 중심의 대학병원이나 선도적 의료기관은 국내 바

이오 산업이나 제약산업과의 파트너십을 통해 관련 산업에 막대한 부가가치를 창출할 수 있음. 따라서 이러한 연구 중심 대학병원과 선도적 의료기관에 대해서는 병원의 수입을 위해 환자 진료에 의존할 필요가 없도록 정부의 재정 지원이 필요함.

- 즉 보건산업 진흥과 의료 기술 개발을 위해서는 정부의 의료서비스 산업정책에 있어서 선택과 집중이 절대적으로 중요함. 선도적 의료기관과 일반 의료기관에 대해 차별화된 정책 수단을 시행하고, 제약/바이오산업과 선도적 의료기관 간 협력 증대를 위한 제반 제도적 재정적 지원이 필요함.

6) 진입 장벽 완화

- 진입장벽을 완화하여 영리법인병원들이 시장에 진입하면 병원의 경영구조를 대폭 개선하고 의료서비스 산업의 패러다임을 바꿈으로써 병원산업의 경쟁력은 증대될 수 있음. 이러한 과정에서 환경에 적응하지 못하고 경쟁력이 부족한 병원들이 도산하면 의료서비스 산업의 구조조정과 장기적인 경쟁력 강화가 촉발될 것임.
- 현재의 비영리 병원에 있어서는 이익 혹은 누적된 이익잉여금 만이 유일한 (자기)자본 조달의 원천이어서 의료기관은 부채에 의한 자본 조달의 경향이 강하고 따라서 자본 조달 능력이 매우 제한적이므로 본격적인 경쟁력을 갖추기 어려운 실정임. 반면 주주로부터 (자기)자본을 확보할 수 있는 영리법인병원은 큰 규모의 자본을 비교적 용이하게 조달할 수 있으므로 의료 산업으로의 자본 유입을 지금보다 훨씬 더 증가시킬 수 있음. 특히 첨단의료, 의료기술 혁신, 바이오산업과의 전략적 파트너십에 있어서 영리 의료기관은 비영리병원 혹은 개인병원들에 비해 그 효율이 훨씬 높을 것임.
- 필요한 자본을 제공하는 주주의 존재는 현대 자본주의 기업의 큰 특징인 소유와 경영의 분리를 촉발하여 경영의 발전이 더욱 가속화될 것임. 주주는 경영 성과에 큰 관심을 가지므로 주주에 대한 경영 책임성이 증가하여 의료서비스 산업 경영활동의 효율성 그리고 경영의 투명성이 향상될 것임.

7) 의료보장의 내실화

- 의료서비스 산업에 경쟁과 시장 기전의 역할을 증대할수록 사회적 약자에 대한 안전망 구축과 건강보험제도의 내실화가 필요할 것임. 건강보험의 보장성을 강화하기 위해서는 보험료의 인상을 통해 급여를 확대하여 위험분산의 효율성과 의료비 부담의 형평성을 제고해야 함. 가입자 입장에서는 보험료를 많이 내는 대신, 급여의 확대로 인하여, 아플 때 지불하는 비용은 오히려 감소하게 되고 따라서 의료분야에 대해 총 지불하는 금액의 기대액(expected expenditure)은 크게 증가하지 않을 것이고 과다한 의료비의 위험으로부터 보호받을 수 있는 것임.
- 원래 보험은 재난적 성격(catastrophic)의 비용 지출에 대한 보장을 목표로 하지만 우리나라의 건강보험 급여는 중증의 질환 또는 고액진료비에 대한 급여가 경증의 질환에 대한 급여에 비해 높지 않은 왜곡된 구조를 가지고 있음. 따라서 고비용이 요구되는 질병의 치료에 대한 보장을 높이고 대신 비용지출이 높지 않은 경미한 질환에 대한 보장은 낮추는 것이 바람직함. 다만 저비용-경미한 질병이더라도 의료이용이 많아 의료비 지출의 경제적 부담이 큰 계층을 위해서는 의료비(총액)본인부담금 상한제를 이용하여 상한선 이상의 지출에 대해서는 사후적으로 보상해주는 정책을 통해, 급여구조의 개편이 형평성을 악화시킬 수 있는 가능성에 대비할 필요가 있음.

8) 민간의료보험의 역할 정립

- 사회보험과 대체적인 성격의 민간보험, 즉 가입자가 사회보험과 민간보험 중 선택하여 가입할 수 있는 민간보험의 도입은 기존 사회보험 체계의 틀을 크게 흔들 수 있으므로 우리의 현실에서는 정책 대안이 되기 어려움. 사회보험 초기부터 피고용자만을 커버해 온 독일에서 (소수의) 고소득자와 자영자에게 대체적 민간보험을 허용하는 경우를 제외하면, 대체적 민간보험을 통해 사회보험과 민간보험이 직접적으로 경쟁을 하는 경우는 거의 없음.
- 보충적 민간의료보험이 사회보험 하에서의 환자본인부담금을 (민간보험 급여의 일환으로) 보상해준다면 민간보험 가입자의 사회보험 의료이용이 증가하여 사회보험 재정에 부정적인 영향을 미칠 것임. 즉 사회보험과 민간보험의 재정은 상호 독립적이지 않고 오히려 민간보험 가입자가 사회보험의 재정 소요를

촉진시킴으로써, 사회보험에만 가입한 사람들이 사회보험과 민간보험에 모두 가입한 사람들을 교차보조(cross-subsidize)하는 결과를 낳음. 그리고 단일 보험자(사회보험)보다는 민간보험을 포함한 복수의 보험자의 상황에서는 의료공급자의 상대적인 교섭력이 증가하여 국민 총 의료비용이 증가하고 재정 안정화가 더 어려운 것이 외국의 경험임.

- 사회보험이 가지는 보편주의(universalism)는 많은 장점이 있지만, 모든 가입자에게 동일한 수준의 급여를 제공하는 접근법은 제도에 대한 국민들의 만족도를 높이는데 한계를 경험할 가능성이 높으므로, 현실적으로는 사회보험과 민간의료보험 간의 역할 분담에 대한 논의가 필요함. 다만 사회보험과 민간보험의 역할 분담에 있어서는 시장 실패의 가능성이 상대적으로 큰 영역(예, 고액의 의료비가 소요되는 중증 질환)을 사회보험이 커버하고, 민간보험에서는 사회보험에서 급여하지 않는 나머지 부문에 대해 급여를 제공하는 것이 바람직할 것임.
- 민간의료보험 시장에 있어서도 정부의 역할은 중요하며, 정부는 민간의료보험 시장에서 필연적으로 발생하는 현상, 예를 들어 보험자가 건강한 가입자를 선택(preferred risk selection 혹은 cream skimming)등의 문제를 해결하기 위해 보험시장에 적절히 개입할 필요가 있음. 하지만 민간보험 보험료에 대한 조세 혜택은 비효율적이고 **형평적이지 못함**. 민간보험은 사회보험에서의 의료 이용에 영향을 미치게 되어 자원배분의 효율성에 영향을 미치므로, 민간보험 보험료에 대한 조세 혜택은 민간보험이 사회보험의 자원배분에 미치는 영향을 더욱 증폭시킬 것임.

9) 진료비지불제도의 개편

- 현행의 행위별수가제는 의료공급자에게 효율성 제고의 경제적 유인을 주지 못함. 행위별수가제는 청구 심사 절차의 복잡성으로 인한 비효율성이라는 단점 외에도 의료기관으로 하여금 수가 규제 압박을 피하기 위해 오히려 사회적 효율을 감소시키는 행태를 보이도록 유도할 수 있음. 즉 가격이 규제될 때 소득을 증가시키기 위해 불필요한 의료를 제공하거나 (예, 불필요한 검사의 증가, 외래 방문 횟수의 증가) 수가규제의 영향을 회피하기 위해서 급여의 대상이 아닌 비급여 의료서비스를 더 많이 제공하는 행태가 일반적임.

- 행위별수가제가 가지고 있는 많은 비효율성을 극복하기 위해서는 진단명(DRG: Diagnosis Related Group)기준-선지불제(Prospective Payment System) 혹은 포괄수가제의 도입이 필요함. 이는 입원환자의 치료에 소요된 실제 비용과 관계없이 진단명별로 병원이 보험자로부터 받을 수 있는 진료비가 미리 결정되어 있어서 병원에게 강력한 비용절감의 유인을 주는 것임. 우리나라에서 포괄수가제는 수년간에 걸친 시범사업을 통해 의료비용을 절감하고 의료제공과정의 효율성을 높일 수 있는 가능성을 보이고 있으나, 의료공급자들의 반대에 부딪쳐 전국적 확대 정책이 여전히 표류하고 있음.

- 진료비지불제도는 의료서비스 산업에서 경쟁의 효과에도 영향을 미침. 행위별수가제에서는 의료기관에서 환자를 치료하는데 소요된 비용을 보험자가 사후적으로 보상해주므로 병원이 비용절감에 대한 경제적 유인이 없음. 따라서 병원들이 주로 고가의료장비와 첨단치료기법을 도입하는 방법으로 비용 절감보다는 외형 위주의 경쟁을 함으로서 병원 간 경쟁이 오히려 사회적 비용을 증가시키는 비효율을 야기함. 그러나 포괄수가제에서는, 병원 간 경쟁이 증가할수록 병원들이 비용 절감의 강한 압력을 받게 되어 사회적 효율의 증대로 귀결될 것임.

5. 맺는 말

- 의료서비스 제공 체계를 산업적 관점에서 보는 것은 보건의료 분야의 전통적인 시각에 있어 큰 변화를 의미하는 것임. 전통적인 시각은 소비자보다는 의료전문가(공급자) 중심의 관점을 반영하는 것임.
- 하지만 모든 유형의 의료서비스를 산업적 관점에서 보는 시각 역시 한계가 있음. 즉 의료서비스 산업은 의료기술과 바이오 산업 등의 혁신과 밀접한 관계를 가지는 선도적/연구 중심의 의료기관과, 그리고 그러한 부가가치의 창출과 큰 관련을 가지지 않는 의원과 (중소)병원과 같은 대다수의 의료기관으로 구성됨. 따라서 두가지 다른 유형의 의료서비스기관에 대해 차별화된 정책 수단을 사용하는 것이 효과적임.
- 나아가 이러한 패러다임의 변화는 우리나라 의료서비스 산업에 관한 정책과 제도의 근본적인 변화를 통해 이루어지는 것이 효과적이며, 몇 개 나라와 같은 의료허브, 의료관광의 관점으로 보는 것은 그 장기적인 효과가 불확실하다고 생각됨.