

의료시장 개방 논의의 문제점

김창엽

서울대학교 보건대학원

의료시장 개방의 개념

의료시장 개방에 대한 논의가 성립하기 위해서는 우선 이 말이 의미하는 바가 무엇인지에 대한 합의가 있어야 한다. 같은 용어를 쓰더라도 뜻하는 바가 다르면 논쟁이 성립하기 어렵다. 특히 의료시장 개방이라는 말은 복합적인 의미를 가지고 있으므로 이에 대한 필요성이 더 강하다. 이러한 점에서 우선 지적할 것은 세계무역기구(World Trade Organization, WTO)의 협상을 비롯한 국제적인 차원에서 사용되는 '공식' 용어로서의 의료시장 개방과 언론이나 국민들이 관행적으로 사용하는 의료시장 개방이 서로 다르다는 점이다.

1. 세계무역기구 협상에서의 의료시장 개방

우선 WTO의 틀에서 논의되는 의료시장 개방에 대한 논의를 요약하는 것이 필요할 것이다. 주지하듯이 보건의료 서비스 분야도 1995년부터 출범된 WTO 체제 하

에서 「서비스교역에 관한 일반협정 (General Agreement on Trade in Services: GATS)」이 발효됨에 따라 구속적 다자간 규범을 갖추게 되었다. 서비스 부문은 우르파이 라운드(UR) 결과에 따른 기설정 의제(Built-In-Agenda)의 하나로 2000년부터 협상이 시작되었고, 2001년 11월 카타르의 도하에서 개최된 제4차 WTO 각료회의 결정에 따라 DDA 협상 의제 7개 중 하나로 포함되었다¹⁾. 서비스 협상의 지침에 따라 회원국은 각국에 양허요구서(request list)와 양허안(offer list)을 제출하고 이를 토대로 관련 당사국들 간의 양자협상을 거쳐 2004년 말까지 협상을 완료하기로 하였다.

WTO/DDA에서 사용하는 의료시장 개방의 개념은 비교적 명확하게 정리되어 있다. 즉, 협상의 대상이 되는 보건의료 서비스 교역의 형태는 표 1과 같이 요약할 수 있다.

그러나 이후 현재까지 협상은 고사하고 양허안의 제출도 매우 부진하다. 2003년 6월까지 양허안을 제출한 2개 회원국 중

보건의료 서비스 분야에 대하여 새롭게 양허한 회원국은 홍콩이 유일하고, UR 당시 이미 양허를 한 미국, 유럽연합, 폴란드, 노르웨이, 체코, 스위스 등 회원국들은 기존의 양허 수준을 거의 그대로 유지하였다 [1]. 우리나라를 비롯하여 일본, 캐나다, 아이슬란드, 이스라엘 등은 보건의료 서비스 분야에 대한 양허 여부를 1차 양허안에도 포함시키지 않았다. 더구나 이후 진행된 양자협상에서 미국, 유럽연합, 일본, 캐나다 등 주요국들은 보건의료 서비스 분야에 대하여 공공성을 이유로 양허하지 않거나 추가 양허를 하지 않는다는 방침을 밝혔다. 특히 캐나다의 경우, 보건의료, 공교육, 사회분야는 아예 협상의 대상으로 인식하지 않는다는 입장을 밝혔고 한다. 이는 미국, 일본, 오스트레일리아, 뉴질랜드, 노르웨이 등의 선진국도 마찬가지이다.

이상과 같은 의료시장 개방협상은 이미 상식이 되다시피 하였으므로 여기에서 새삼스럽게 그 내용을 자세하게 반복하지 않는다. 그러나 한가지 확실한 것은 적어

표 1. 보건의료 서비스 교역의 형태

공급자의 주재 여부	공급 형태	정 의	비 고
서비스 공급자가 수요자의 영토내에 주재하지 않음	Mode 1: 국경간 공급 (Cross-border Supply)	생산요소(인력, 자본)의 이동이 수반되지 않고 서비스만 국경간 이동·공급	-서비스 자체(생산물)의 국가간 이동 -원격진료, 자문
	Mode 2: 해외소비 (Consumption Abroad)	서비스 소비자가 다른 나라에서 서비스 이용	-소비자의 국가간 이동 -해외 진료
서비스 공급자가 수요자의 영토내에 주재함	Mode 3: 상업적 주재 (Commercial Presence)	서비스 수요국 내에 공급주체를 설립하여 서비스를 공급	-자본의 국가간 이동(투자) -해외 의료기관의 설립·운영
	Mode 4: 자연인의 이동 (Movement of Natural Persons)	서비스 수요국 내에 공급인력 주재	-노동력의 국가간 이동(자연인의 입국) -의료인, 경영자 등이 주재하면서 업무 수행

1) 카타르 도하에서 개최된 세계무역기구의 제4차 각료회의의 새로운 다자간 무역협상 출범을 선언하면서, 협상의 이름을 "도하개발아젠다(Doha Development Agenda, DDA)"로 명명함. 이에 따라 현재 진행중인 협상을 흔히 WTDDA라고 줄여서 부름.

도 공식적으로는 국제무역 차원의 의료시장에 대한 정책은 각 나라의 국내정책에 따라 충분히 통제할 수 있다는 것이 세계보건기구와 세계무역기구의 공통적인 견해이다 [2]. 또한 앞에서 살펴본 바와 같이 의료시장의 개방에 적극적인 나라는 그리 많지 않다. 더구나 선진국 중에서는 적극적인 나라를 거의 찾아보기 힘들다. 이는 국내의 보건의료 인력 등 여러 사정이 있으나, 근본적으로는 보건의료나 교육이 사회적으로 공공성이 매우 강하기 때문에 ‘시장’으로 간주되지 않는다는 이유 때문이다.

2. 우리나라에서 논의되는 의료시장 개방

이상에서 살펴본 WTO/DDA 협상에서의 의료시장 개방과 달리 국내에서 논의되는 개방의 의미는 여러 가지 부수적인 논의와 함께 진행되고 있어 언뜻 매우 복잡한 양상을 나타낸다. 그러나 실제로 의료시장 개방과 직결되는 문제는 비교적 단순하다.

일반적으로 가장 널리 쓰이는 의료시장 개방의 개념은 외국의 의료인이나 의료기관이 국내에 진출하는 것을 의미한다. 물론 외국 의료기관의 진출에도 몇 가지 다른 형태가 있을 수 있다. 대표적인 것은 자본이 진출하는 것과 인력이 진출하는 것으로 나눌 수 있는데, 앞의 표 1에서 구분한 교역형태로는 자본진출은 Mode 3, 인력진출은 Mode 4에 해당한다. 인력진출을 허용한다는 것은 외국의 의료인 면허소지자가 국내에서 해당 의료행위를 할 수 있다는 의미이고, 자본진출은 외국의 자본이 국내에 의료기관을 개설하고 운영할 수 있다는 것을 의미한다. 이 중에서 자본진출은 1995년 이후에 자유화되었으므로 현재로서도 제약이 없다. 물론 외국의 자본이 의료기관을 개설하는 경우에도 국내법(의료법)의 제약을 받기 때문에 비영리기관이나 해당 의료인만 의료기관을 개설할 수 있다는 조항은 그대로 적용된다.

외국 의료기관이 진출하는 것을 제외하고는 사실 의료시장 개방과 더불어 논의되는 것은 대부분 의료시장 개방과 직접

적인 관련이 없다. 영리의료기관의 허용이나 민간보험, 요양기관 당연지정제 등에 대한 논의가 활발하지만, 이는 실제로는 의료시장 개방과 직접 연관이 없는 문제이다. 예를 들어 영리기관의 허용여부는 외국의 자본이 국내로 진출하는 것을 촉진하는 요인은 되겠지만, 의료시장 개방과는 다른 차원의 논의라고 할 수 있다. 또한 최근 경제특구 내에 외국 의료기관의 허용(혹은 유치) 문제가 논의된 적이 있으나, 이도 마찬가지이다. 그것이 경제특구이기 때문에 국내의 다른 지역과 구별되는 조치가 가능하다는 점에서 차이가 있을 뿐 다른 차원의 논의라고 하기는 어렵다. 외국인 진료를 위한 의료시설에 대한 논의(예를 들어 경제특구 내에 동북아의 중심거점 병원을 육성한다는 식의 논의)도 있으나, 외국인을 진료하는 것은 현재 체계에서도 아무런 제약없이 가능한 사항이므로 개방 논의에 포함되기 어렵다.

의료시장 개방 논의의 의미

앞에서 살펴본 개방의 개념에 비추어 보면, 최근 정부나 의료인, 일반 국민들이 거론하고 있는 의료시장 개방이 실제 무엇을 의미하는지 판단하기 어렵다. 일반 국민들이 의료시장 개방에 긍정적인 경우는 의료서비스에 대한 불만을 표출하는 것이라고 이해하더라도 정부(특히 경제부처)나 의료인들이 의료시장 개방에 대해 긍정적인 듯한 태도를 보이는 것은 개방의 어떤 측면을 반영한 것인지 이해하기 어렵다. 특히 경제부처는 서비스 시장의 개방이 국가경쟁력의 향상에 도움이 된다는 주장을 펼칠 정도로 개방에 적극적이지만 [3], 정확하게 그것이 시장개방의 어떤 측면과 연관된 것인지 알 수 없다.

우선 WTO/DDA 협상을 통한 의료시장 개방의 진전 가능성은 당분간은 매우 낮은 것으로 보인다. 무엇보다 우리가 개방을 요구하는 주요 선진국들은 이 문제에 대해 대단히 소극적이어서 협상의 뚜렷한 진전을 보이기 어렵고, 우리나라에게 개방을 요구하는 나라들은 대부분 인력진출에 관심을 가진 개발도상국이므로 국내

상황이 이를 허용할 가능성이 크지 않다. 특히 인력진출은 의료인력에 대한 면허의 인정문제와 연관된 것으로, WTO 협상에서는 상호인정협정(Mutual Recognition Agreement: MRA) 체결과 밀접하게 관련되어 있다. 그러나 실제 협상에서는 후진국은 이를 요구하고 있는 반면 우리나라의 보건의료인력이 선호하고 있는 선진국들은 소극적인 입장을 보이고 있어서 합의점을 찾기 어렵다 [4].

그렇다면 실제 외국의 압력은 현실적 문제가 아닌데도, 국내에서 활발하게 벌어지고 있는 의료시장 개방 논의를 어떻게 해석해야 하는가. 그것은 한 마디로 대외적인 차원에서 의료시장 개방 여부가 아니라 국내 의료정책에 대한 논의가 나타나는 한 양상이라고 해도 무방할 것 같다. 앞에서 언급한 바와 같이 WTO/DDA의 틀 안에서 자국의 의료시장을 개방하는 것은 대세가 아닐 뿐 아니라, 구체적으로 한국의 의료시장을 개방하라는 요구가 현존하는 것도 아니다. 따라서 지금의 논의는 우리가 스스로 의료시장 개방 논의를 주도하고 있는 형편이다. 더 정확하게는 국내 보건의료체계의 개편 논의를 의료시장 개방이라는 (실체가 불분명한) 대외 요인을 빌려서 진행하고 있다고 해도 지나친 말이 아니다. 그런 의미에서 현재의 의료시장 개방논의는 거의 전적으로 국내용 논의이다. 따라서 많은 이들이 주장하는 의료시장 개방에서의 ‘개방’을 말 그대로 국제간의 무역에 관한 논의라고 생각하는 것은 (의도적이건 그렇지 않건) 하나의 거대한 오해이다. 정확하게는 ‘개방’은 현존하는 한국보건의료의 구조를 어떤 일정한 방향으로 바꾸자는 주장의 또 다른 표현이다.

이런 점에서 보면 국내 의료시장 개방을 요구하는 현실적 움직임이 없음에도 불구하고, 국내의 의료시장 개방 논의가 일정한 방향으로 가고 있는 것은 예상을 벗어난 일이 아니다. 즉, 논의가 한결같이 경제특구내 치외법권적 성격의 의료기관 허용, 영리법인의 허용, 민간보험의 활성화 등으로 집중되고 있다. 이는 현재 우리나라 안에서의 의료시장 개방 논의가 그나마

WTO/DDA의 서비스 협상이라는 큰 틀 안에서 진행되는 것이 아니라, 현존하는 우리나라 보건의료체계를 어떻게 변경시키는데에 집중되어 있기 때문이다.

결국 의료시장개방은 무엇이라고 표현하든, 역설적이게도 국외보다는 국내 보건의료에 영향을 미치는 요인으로 변질되고 있다. 물론 그렇다고 해서 국제무역과 관련된 요인이 전혀 없다고 할 수는 없다. 특히 국가간의 무역에 따른 이해와 협상은 한 분야에 한정되지 않고 모든 분야에 걸쳐 있기 때문에 보건의료가 언제라도 전체 패키지의 한 요소로 포함될 가능성이 있다. 그러나 적어도 현재로서는, 그리고 당분간은 의료시장 개방은 나라 안에서 더 많이, 그리고 더 격렬하게 논의될 것으로 보인다.

의료시장 개방 논의와 보건의료체계 변화

WTO/DDA의 차원에서 의료시장 개방에 대한 필자의 의견은 명확하다. 보건의료는 사회적, 공공적 성격이 강하고 국제간 교역의 대상이 되기 어려우므로 시장 개방의 논의 대상이 되기 어렵다는 것이다. 이는 미국, 유럽연합, 일본, 캐나다 등 주요 협상국의 입장과 전적으로 같다.

그 다음으로 언급할 것은 현재 우리나라에서 의료시장 개방 논의와 사실상 같이 진행되는 보건의료체계 변화에 대한 입장이다. 사실 이 부분은 이 원고의 주제범위를 벗어날 가능성이 크지만, 어차피 자주 같이 논의되는 사안이므로 짧게나마 언급하는 것이 필요할 것으로 보인다.

이미 개방에 대한 논의가 경제특구내 치외법권적 성격의 의료기관 허용여부, 영리기관, 민간보험 등으로 집중되고 있다고 지적하였지만, 이들 문제에 대한 의견은 사실 그리 복잡하지 않다. 우선 영리병원을 허용하자는 주장은 실의과 목표가 무엇인지 이해하기 어렵다. 영리기관이라는 한마디로 한 기관을 벗어나서 다른 분야나 사업에 투자를 할 수 있다는 것과 투자자에게 이익의 배분이 가능하다는 것이 가장 중요한 특성으로 한다. 그렇다면

현재의 비영리를 영리로 변경함으로써 얻을 수 있는 추가적인 편익이 무엇인지 알기 어렵다. 일부에서는 영리기관을 허용하고 권리와 책임을 명확하게 하는 것이 더 낫다는 주장도 있으나, 이는 기관운영의 전반적인 하부구조와 관련된 문제로 현재 상태에서 영리기관으로 변화하는 것이 책임과 권한을 명확하게 하는 데 더 유리하다고 할 수 없다.

경제특구 내의 의료기관도 실의이 모호하다는 점에서, 이론적인 검토의 대상이 되기보다는 다른 목적을 달성하기 위한 편의적 발상이라는 시각을 가지게 되는 것을 어쩔 수 없다. 경제특구 내 의료기관이 무엇을 의미하는지 종잡을 수 없는 것은 사실이지만 큰 방향은 자명하다. 일부 지역에 지금의 제도에서 벗어난 대형병원을 짓고 '영리추구'를 할 수 있게 하자는 것이다. 명분은 외국으로 나가는 환자들이 국내에서 치료받을 수 있게 하거나, 최고급병원을 유치해서 주변 국가들의 환자들이 이곳으로 오게 하자는 것, 혹은 특구에 외국자본의 유치를 촉진한다는 것 등이다. 그러나 이런 명분이 실제로 달성될 수 있다고 말을 만한 근거는 찾기 어렵다. 외국으로 나가던 환자가 안 나간다는 것은 지나치게 단순한 발상이라고 하더라도, 외국의 병원으로 유출되던 환자를 국내에 유치한다 하더라도 영리를 쫓는 외국 병원이 이익을 유출하는 것을 막을 수는 없다. 다른 명분인 외국 환자를 끌어들이는 경쟁력 있는 병원도 근거가 취약하기는 마찬가지다. 선진국과 비교한 경쟁력도 의문이지만, 이전 지금 있는 법과 제도로도 이러한 방식의 진료는 아무 문제가 없다.

마지막으로 민간보험 역시 신중한 접근이 필요하다. 민간보험 역시 정확한 내용은 이를 언급하는 사람마다 다르다. 크게 나누면 민간보험은 ① 건강보험의 본인부담과 비급여에 대한 보장으로서의 (보충적) 민간보험, ② 건강보험에서 탈퇴하여 가입할 수 있는, 건강보험을 대신하는 완전 별도의 민간보험, ③ 건강보험에는 모두 (강제로) 가입해 있는 상태에서, 별도로 가입하는 경우 별도의 계약과 수가체제로 의료이용을 할 수 있게 하는 민간보

험, ④ 사회보험은 존재하지 않는 상태에서 가입한 사람에게만 적용되는 민간보험(예: 미국) 등으로 나눌 수 있다. ①은 현재도 허용되어 있다는 점에서, ②는 강제보험으로서의 사회보험을 부인하는 것으로서 전세계적으로 거의 예가 없다는 점에서, ④는 현실적으로 고려하기 어렵다는 점에서 논의의 대상이 되기 어렵다. 따라서 현재 우리나라에서 민간보험 논의의 초점은 단연 ③의 형태이다.

보충적 민간보험(유형 ①)은 공보험인 건강보험의 비급여 항목과 본인부담에 한해서 민간보험의 활동을 허용하는 것이다. 즉, 현재의 건강보험 영역은 그대로 두고, 본인이 부담하는 영역에 대해서만 민간보험이 기능하는 것으로, 원칙적으로는 현재도 금지되어 있지 않다. 현재 각종 민간보험회사가 판매하고 있는 상품(건강보험, 암보험, 상해보험 등)이 여기에 속하는 것이고, 지금까지 정부나 관련 학계에서 민간보험을 언급하는 경우도 주로 이 유형을 염두에 둔 것으로 보인다. 그러나 이미 언급하였듯이, 이 유형은 원칙적으로 도입여부를 결정할 필요가 없다. 몇 가지 기술적·정책적 지원이 요구되고 있지만, 틀 자체가 금지되어 있지 않다. 말하자면 도입여부에 대한 논의가 필요한 것이 아니라, 필요하다면 '활성화' 방안이 필요한 유형이라 할 수 있다. 다만, 활성화하는 경우도 세제나 정보상의 특혜를 주는 것은 당연히 문제가 있다. 보험에 들어유가 있는 사람에게 세제혜택을 주어 형평의 원칙에 크게 어긋나기 때문에 전세계적으로도 그런 혜택을 주는 나라는 거의 없다. 경쟁적 민간보험(유형 ②)은 공보험인 건강보험과 경쟁적인 민간보험이 동시에 존재하는 유형이다. 가입자는 공보험과 민간보험 중에 선택하여 가입할 수 있다. 따라서 엄격하게 표현하면 이 경우 건강보험은 공보험이라기보다 "정부가 운영하는 보험" 정도의 의미에 그치게 된다. 이러한 형태는 남미의 칠레나 필리핀 정도를 제외하면 전세계적으로 거의 예가 없다. 강제보험이라는 사회보험의 일반적인 원칙에서 상당히 벗어나는 것이기 때문이다. 따라서 이러한 유형의 도입 가능성은 때

우 낮고, 현재 이런 형태를 주장하는 사람도 거의 없다. 칠레나 필리핀의 경우, 부유한 소수는 민간보험으로 빠져나가고, 경제적 부담능력이 없는 대다수의 국민들만이 공보험에 남아 있게 되었다. 이에 따라 공보험의 재정은 악화되고 의료서비스의 수준 역시 하락하는 결과를 초래하였다. 결국 건강보장을 위한 보험은 가난한 사람들을 대상으로 한 공보험과 일부 부유한 사람들을 대상으로 한 민간보험으로 양극화된 것이다.

별렬적 민간보험이라고 할 수 있는 유형 ③은 공보험에는 강제적으로 가입하되, 민간보험에 가입하는 경우 별도의 수가체계와 의료제공체계를 통하여 서비스를 제공받을 수 있도록 하는 유형이다. 즉, 공보험의 적용여부와 관계없이, 민간보험과 별도의 계약을 맺은 공급자에 의하여 별도의 수가로 의료서비스가 제공된다. 따라서 같은 서비스인 경우에도 소비자의 선택에 따라 민간기관이 별도로 계약한 수가를 받을 수 있다는 점에서 일부 경쟁력 있는 의료기관이 선호할 가능성이 크다. 의료계가 별도의 설명없이 민간보험 도입을 주장할 때 주로 이 유형을 염두에 두고 있는 것으로 보인다. 우리나라에서 이 유형의 민간보험은 현재로서는 허용되고 있지 않다. 외국에서도 이를 금지하는 나라들이 존재하는데, 우리나라든 외국이든 이러한 민간보험 형태가 건강보험체계 전반과 관련이 있기 때문이다. 실제 이 유형은 건강보험의 요양취급기관 지정과 직접적인 관련성이 있다. 즉, 현재와 같이 모든 의료기관이 별도의 계약없이 요양취급기관이 되는(즉 당연지정) 상황에서는 이 유형의 도입이 쉽지 않을 것이나, 계약제로 전환하는 경우 별도의 조치없이도 이러한 유형의 민간보험은 도입될 수 있게 된다. 의료기관이 선택에 의하여 건강보험의 영역에서 제외될 수 있고, 그러한 기관들이 민간보험과 어떤 계약과 관계를 맺는지는 자율에 맡겨질 것이기 때문이다.

민간보험의 일반적인 문제점에 대해서는 이미 많은 논의가 이루어진 바 있다 [5].

따라서 이 글에서는 잘 알려진 문제점을 반복하여 지적하는 것은 최소한으로 줄이고자 한다. 예를 들어 다음과 같은 민간보험의 문제점은 쉽게 이해할 수 있는 것들이다.

① 공보험에 비하여 비용을 부담한 만큼의 급여를 받을 수 없다. 민간보험의 당연한 귀결이다. 관리비용이 공보험에 비하여 높을 수밖에 없는 구조에다 보험회사의 수익까지 고려하면 급여율이 떨어지는 것은 자연스러운 현상이다. 특히 우리나라 보험산업의 고비용구조를 고려하면 민간보험의 비효율성은 의심의 여지가 없다.

② 민간보험은 위험선택(risk selection)과 선택적 탈퇴가 불가피하다. 민간보험으로서는 비용지출의 가능성이 높은 가입자를 회피하고 그렇지 않은 가입자(즉, 건강한 사람)를 선택하고자 하는 유혹과 압력에서 자유로울 수 없다.

이러한 잘 알려진 문제점과 더불어 지적하고자 하는 것은 공보험과의 관련성과 의료공급자에 대한 영향이다. 민간보험이 보편화되면 공보험의 위축은 불가피하다. 적어도 현재로서는 우리나라에서 민간보험의 역할은 공보험을 '보완'하는 것이 아니라 '희생'시킬 것이 명확하다. 이것은 이미 언급한 민간보험의 여러 유형에서 모두 나타날 현상이다. 흔히 보충적 민간보험은 이런 문제가 덜할 것이라고 하나, 보충적 보험에서도 이러한 현상을 피하기 어려울 것이다.

누구나 인정하듯이 현행 건강보험의 급여는 매우 취약한 상황이고, 이는 상당부분 낮은 보험료 부담(혹은 국고지원)에서 연유하는 것이다. 따라서 급여를 확충하기 위해서는 자연증가분 이상의 보험료 인상과 국고지원 증액이 필요하다. 그러나 끊임없이 보험료 인상과 국고지원 증액을 둘러싼 갈등이 일어나고 있는 상황은 이러한 정책선택이 쉽지 않음을 보여주고 있다.

유형에 관계없이, 민간보험 가입자가 공보험 확충을 위한 보험료와 세금의 추가 부담에 어떤 태도를 보일까 하는 것에 대

해서는 구구한 설명이 필요하지 않다. 민간보험을 통하여 스스로의 문제를 해결했다고 믿는 가입자들이 공보험의 확충을 통한 사회적인 문제해결에 기여이 찬성할 것이라고 보기는 어렵다. 이 경우 공보험의 확충을 위한 보험료 인상과 국고지원 증액은 더욱 어렵게 되는 것이다²⁾.

또, 의료제공자의 행동도 공보험을 위축시키는 방향이 될 것이다. 민간보험을 통한 수익이 공보험에 비하여 유리하다면, 의료제공자의 투자와 자원이용이 민간보험 영역에 집중될 것이 명확하다. 이렇게 되면 공보험은 경제적 부담 능력이 없는 사람들이 낮은 질의 서비스를 제공받는 영역으로, 민간보험은 경제적 부담 능력이 있는 사람들이 높은 질의 서비스를 제공받는 영역으로 굳어지게 될 것이다. 또 사실상 공보험이 민간보험을 지원하게 되는 경우가 생기지 않는다고 장담할 수 없다. 의료기관의 투자와 운영이 재원의 종류와 지출을 엄격하게 구분하기 어렵다는 것을 고려하면 공보험의 재원이 민간보험 가입자로 흘러들어 가는 것이 전혀 가능성이 없다고 하기 어렵다.

민간보험체계에서 의료제공자의 임상적 자율성이 크게 위축된다는 것은 이미 잘 알려져 있다³⁾. 미국의 managed care가 대표적인 예이다. 우리나라에서도 민간보험이 '성숙'되는 경우 어떤 형태로든 임상적 자율성의 위축이 일어날 가능성이 크다.

또 하나 중요한 문제는 민간보험이 의료제공자의 수익을 증대시켜 줄 것인가 하는 것이다. 분명 민간보험은 추가적인 재원이다. 따라서 그 재원의 일부는 어떤 형태로든 의료제공자에게 유입될 것이다. 민간보험의 재원이 배분되는 것으로 첫 번째 생각할 수 있는 것은, 현재 건강보험이 포괄하고 있지 못한 서비스로서 개인이 직접 부담하기에는 한계가 있어 수요가 적은 항목들을 유효수요화하는 경우이다. 예를 들어 치과분야의 의치나 교정이 대표적인 경우가 될 것이다. 그러나 이 경우도 이런 서비스를 직접 부담할 능력이

2) 이 문제는 사회보장의 근본적인 의미와 관련이 있다. 우리 사회가 건강문계에 대해 어떤 접근을 택할 것인가에 따라 "개인적 해결"과 "사회적 연대에 의한 해결" 사이에서 정책선택이 이루어질 것이다.
3) 임상적 자율성에 대한 가치판단은 별개의 문제이다.

없는 사람들이 민간보험에 가입하여 유효 수요를 만들어낼 수 있을지는 미지수이다. 즉, 민간보험의 특성상 가입자는 어떤 형태로든 이미 필요한 서비스를 이용하고 있을 가능성이 크기 때문에 추가적인 수요가 없을 수도 있다.

어떤 제공자에게 추가적인 재원이 유입될 것인가도 중요한 문제이다. 우리나라에서는 의료기관과 의료제공자의 질적 균질성이 충분히 확보되어 있다고 하기 어렵다. 특히 소비자가 주관적으로 인식하는 격차는 더욱 심하다. 현재 나타나고 있는 의료제공체계의 난맥상만 보더라도 어느 나라보다 의료제공자간의 격차가 두드러지는 것이 부인할 수 없는 현실이다.

민간보험의 가장 중요한 가입동기는 분명히 의료제공자를 '선택'하기 위한 것이다. 그렇다면 민간보험 가입자의 의료이용은 의료제공자의 질적 수준이 이질적인 가운데 일부 "경쟁력 있는" 의료제공자에게 집중될 것이 틀림없다. 일차의료기관을 좀 더 편하기 이용하기 위하여 과연 민간보험에 가입할 가입자가 있을지 생각해 보면 이 문제는 명확하다. 결국 민간보험을 통한 추가적인 재원은 극소수의 의료제공자에게 집중될 것이고, 대부분의 의료제공자는 여기에서 배제될 것이다.

적어도 현재로서는 민간보험은 극히 일부분의 의료제공자와 국민을 돕기 위한 제도로 귀결될 가능성이 크다. 그렇다면, 이미 경쟁력이 있고 선택의 능력을 갖추

고 있어서 굳이 정부나 사회의 지원이 많이 필요하지 않는 일부분을 위한 제도가 될 수밖에 없다. 그렇다면 민간보험의 확대가 그렇지 않아도 취약한 공보험의 발전에 매우 부정적인 영향을 미치고 있다는 약점이 더욱 두드러진다. 정책적인 측면에서 그리고 사회적 논의의 측면에서 우선순위는 공보험의 건실화와 확충이 훨씬 앞선다. 재정과 급여, 국민의 사회보장 의식이 선진적인 수준에 이를 때 본격적으로 민간보험의 활성화를 논의하는 것도 늦지 않을 것이다.

결론

의료시장 개방 논의의 상당 부분은 본래 의미의 개방이라기보다는 우리나라 보건 의료체계에 대한 변화의 추기와 맞물려 있다. 이러한 '혼동'은 (의식적이든 무의식적이든) 의료시장 개방에 적절하게 대응하고 이에 필요한 논의를 제대로 해 나가는 데 도움이 되지 않는다. 따라서 의료 시장 개방의 실질적인 내용과 보건의료체계 변화에 대한 논의를 분리하는 것이 필요하다.

WTO/DDA 협상의 틀 안에서 의료시장 개방은 장기적으로 진행될 논의가 될 가능성이 크다. 많은 국가들이 협상에 소극적이고, 그것이 각 나라의 보건의료 서비스에 대한 성격 규정과 연관되어 있기 때문이다. 보건의료 영역의 중요성이 다른

분야 협상과 같이 되어야 할 정도로 커질 때까지는 충분한 논의와 체계적인 대응이 가능할 것으로 예측된다.

보건의료체계의 변화는 의료시장 개방과는 독립적으로 논의해야 마땅하다. 물론 이 논의는 매우 큰 범위에 걸쳐 있다. 또 변화의 방향에는 실제 정책기술상의 문제 이외에도 보건의료에 대한 가치판단이 개입될 수밖에 없다. 앞에서 언급한 필자의 판단도 예외가 아니다. 그러나 어느 경우든, 우리 고유의 상황과 더불어 보건의료의 특성과 국제적 기준을 고려하는 것이 보편성을 잃지 않는 변화방향이 될 것이라는 데는 의심의 여지가 없다.

참고문헌

1. 보건복지부 국제협력담당관실. WTO DDA 서비스 협상 보건의료서비스 분야 동향. 경제자유구역법 폐기 및 의료시장 개방 저지를 위한 공동대책위원회, 의료 시장개방 공청회 자료집; 2003
2. WHO, WTO. WTO Agreements and Public Health. Geneva: World Trade Organization/World Health Organization; 2002
3. 연합뉴스 2003년 12월 28일
4. 김준동. WTO DDA 보건의료 분야 논의 동향 및 대응방향. 대외경제정책연구원, WTO DDA 협상' 보건의료 분야 논의 동향 및 대응방안 간담회 자료집; 2003
5. 조홍준, 이진석. 민간의료보험 도입 주장의 문제점과 의료보장체계의 발전방향. Healthcare Review 2002; 1: 229-252