

한국 의료제도의 변화와 병원계의 대응방안

WTO DDA 협상이후 2008년도 의료시장개방을 앞둔 병원계의 큰 변화와 이슈는 무엇일까? 아무래도 현재 병원계내부의 효율화의 인프라를 다져야할 민간 의료보험제도에 대한 논의가 첫 번째가 아닐까 싶다. GDP자체 성장과 GDP대비 의료비 비중증가 등으로 결국 기하급수적으로 커져가는 의료비상승은 결국 특정개인의 부담으로 이어질 것이며 이러한 개인의 부담과 위험을 사회 구성원 전체에게 분산시키기 위한 제도가 바로 보험제도이다. 우리나라처럼 공보험 재정을 준조세에 해당하는 소득비례 보험료에 의존하는 국가에서는 재정수입의 한계가 있을 수밖에 없으며 이 나머지 보험재원은 민간자본에 의해 자율적으로 운영될 필요가 있을 것이다.

하지만 그 논의에 있어서 세부용어정의를 정확히 상호이해한 상태에서 진행될 필요가 있다고 본다. 그렇지 않은 논의는 서로 불필요한 시간과 노력을 소진하기 때문이다. 우선 의료보험제도에겐 가입자가 공보험과 민간보험 양제도의 한쪽을 택일할 수 있는 선택형 의료보험제도가 있으며 현재 우리나라처럼 국가주도의 공



■ 글 · 박용남
메드뱅크 대표

보험에 의무적으로 가입하며 보충적으로 민간의료보험의 가입을 허용하는 보충형 의료보험제도가 있다. 현재 우리나라에서는 2005년 8월말부터 보험법개정실효로 인해 생명보험사가 개인에게 보충형 개인실손 민간의료보험을 판매할 수 있도록 허용이 된 상태이다. 따라서 이미 보충형 민간의료보험제도가 도입된 상태이며 현재의 민간보험에 대한 찬반논란은 공보험의 선택을 의미하는 선택형 의료보험제도에 대한 논란의 의미라고 봐야 할 것이다. 이에 대한 논의도 물론 중요하지만 무엇보다 얼마전인 8월말부터 시행된 보충형 개인실손의료보험제도의 파급효과에 대한 논의도 현실적으로 중요한 과제이다.

2005년 8월말 이후 발효된 개정 보험법 조항(생명보험사의 실손형 보험 허용)에 따라, 기존 의료관련 정액형 보험상품 시장을 압도하는 생보사 주도의 신규 실손형 의료보험상품 등장 예상되어진다. 즉 기존의 암 보험과 같이 '암'으로 진단된 경우에 정액의 보험금을 지급받게 되는 정액형 보험상품위주에서 앞으로는 자동차 보험처럼 실제 발생한 의료적 진료비용을 보험사가 보상하는 실손형 의료보험상품이 주가 될 것이다. 현재에도 홈쇼핑 채널 등 매스컴에서도 준실손형 보험상품 판매하는 것을 쉽게 볼 수 있으며, 금년 6월부터 생명보험사들은 본격적인 실손형 상품출시를 할 예정이라고 한다. 공보험의 강화를 주장하는 측에서는 이러한 보충형 실손보험이 환자의 모랄해저드로 인한 빈번한 진료이용으로 공보험재정 악화우려를 걱정하지만, 실제로는 환자에게 금전적이익이 돌아갈 수 있는 정액형 현금보상 상품이 더욱 금전적 이익부분이 동기가 되어서 모랄해저드가 나타날 가능성이 높을 것이다.

대다수 현재 보험상품들은 보험사중심의 특정병원들과 네트워크 개념으로 접근 중이며 이는 의료법상 논란의 소지가 다분히 있는 상태이다. 현행 의료법 제25조 3항에서는 영리목적으로 특정병원으로 환자를 유도하는 행위를 불법호객행위로 보아 금지하고 있기 때문이다. 이러한 모순의 해결을 위해서는 가입제한이 없도록 하는 의료단체와 민간보험사간의 실질적인 협의가 필요하다고 보여진다.

금융감독원이 국회 재경위에 제출한 국정감사 자료 등을 분석해보면 내년도 2006년 민간의료보험 시장규모는 약 10조원 이상으로 예측되고 있다. 또한

2006년 국민건강보험 재정규모는 약20조원 추정되지만, 3~5년 내에 민간의료보험 규모가 더 큰 비중차지할 것이라고 전문가들은 예측하고 있다. 막강한 마케팅력을 보유한 생명보험사의 시장진출로 인해 의료서비스 시장은 빠른 속도로 성장하며, 특히 민간의료보험 부분의 급성장이 예상되어진다. 2010년 총 의료시장 규모는 74조원 이상으로 예상되며, 이 중 민간의료보험이 매년 1.5배 이상 성장하여 38조8천억원 규모를 차지할 것으로 예상 되어진다.

1979년에 성인병특약과 1981년에 암 사망 보장을 시작으로 시작된 민간의료보험이 실질적으로 전국민에게 민간의료보험의 효과가 극대화할 수 있도록 지난 2005년 8월 31일자로 보험법 개정실효로써 생명보험사의 개인실손의료보험 실시가 허용된 것이다. WTO체제이후 한국의 보험시장은 이미 완전 개방되어 있기에 해외의료관련 자본은 한국의료시장에 대한 진입 방법의 하나로 민간의료보험이 고려되고 있는 상태이다. 또한 고급의료서비스에 대한 국민들의 필요성이 확산되는 상황이며, 정부 내부에서도 의료보험 재정수지의 악화에 따른 현실적 해결방안 대두되고 있다. 의료계와 국민들은 민간의료보험을 통해 많은 기회와 혜택을 얻을 수 있는 부분들이 분명히 있다. 전반적인 의료서비스 시장 확대와(건강보험 비급여 항목에 대한 처방 등) 민간의료보험 가입자의 입장에서의 고급진료 수혜의 기회, 병원의 입장에서 의료 서비스의 질적향상 및 수익 증대 가능성 등이 있기 때문이다.

공보험의 효율성을 주장하는 측에서는 납입보험금 대비 지급금 비율이 108%임에 반하여 민간보험은 높은 사업비 등을 제외한 62%에 불과하다는 논리를 보이고 있다. 하지만 이는 민간보험의 신탁운영기간이라는 시간적 관점과 보험료 운영수익률부분을 고려치않은 보험가입 초기년도에 대한 단면적인 비교내용으로써, 대개 민간보험의 수입보험료는 일종의 대형펀드개념으로 운영되어 보통 10년, 15년 기간 등의 장기신탁형태이기에 전체수익률은 시간적 측면을 고려하면 총보험납입금 대비 수배이상의 환급수익을 거둘 수 있다. 예를들면 현재 시판하는 대다수 준실손형 민간보험상품의 경우 실제 10년, 15년 등 약정기간동안 가입자가 병원이용이 전혀없을 경우 100% 환급하는 형태로 되어있다. 이는 적립보험료 등의 10년, 15년 등 약정기간에 걸친 운영수익을 더한 결과로 주는 것이다. 공보험은 이러한 펀드의 운영상 신탁기간의 개념과 수익환급개념이 없는 소멸형 보험형태이기에

수익률을 단순 비교하기 어려운 부분이 있다.

그러나 이러한 민간의료보험의 자본효율성과 활성화가 반드시 의료계와 국민들에게 유리한 것만은 아닐 것이다. 민간보험의 활성화는 국민과 환자로 하여금 민간의료보험을 당연히 받아들이는 상황이 될 것이며 결국 강력한 자본과 마케팅으로 무장한 대형 보험사 중심으로 민간의료보험 시장이 형성되어 상대적으로 정보력과 협상력이 떨어지는 병원들과 환자들이 보험사에 종속될 수 있다. 이미 획일적인 건강보험 체제하에서 오랫동안 시장의 왜곡에 시달려온 병원들에게는 버거운 부분이 아닐 수 없다. 외국의 예를 보면 민간의료보험의 발달에 따라 많은 병원들이 보험사의 강력한 자본과 협상력에 예속되는 경우가 많았기 때문이다. 많은 해외사례 예에서도 볼 수 있듯이, 민간의료보험의 실시는 곧 보험사에 의한 병원 지배로 이어졌으며, 이는 궁극적으로 자본의 논리만을 따른 의료서비스의 제공으로 귀결되어 결국 환자와 병원 모두에게 좋지 않은 결과를 초래하는 경우가 많았기 때문이다. 또한 일부 대형 생보사들의 시장 선점 및 보험관련 업무(청구/심사 등)서비스 체제 장악시 보험가입자 및 병원의 심각한 불편 및 혼란이 초래될 것이 예상되어진다.

현재부터 일어나고 있는 대형보험사 주도의 독점적인 보험사업 방지 대응 체계 확립에 의료관련협회는 향후 힘을 쏟아야 할 것이다. 단순한 청구삭감의 문제가 아닌 의료계가 중심에 서는 정상적인 의료시스템의 구현을 통해서 궁극적으로 모든 의료시스템 참여자와 국민에게 극대화된 혜택이 돌아가기 때문이다. 의료계에서는 혹자들이 주장하는 자본주의 사회에서 대형자본을 가지고 있는 보험사 위주의 의료시스템 지배구조를 당연시하고 협의점없이 받아들이자는 논리들을 가장 경계해야 할 것이다. 무엇보다 의료라는 가치개념은 자본의 논리로서만 설명되거나 지배될 수 없는, 인간사회에서 가장 기본적인 가치개념이기 때문이다. 의료계는 보험시스템의 효율성은 인정하되 오히려 비합리적 원칙에 의해 의료체계가 흔들리는 것을 막을 전문분야인으로서의 책무가 있다는 점을 간과해서는 안될 것이다.

이에 병원계는 단합하여 보험사에 공동대응을 함으로써 민간의료보험 제도하

에서의 협상경쟁력 확보를 확보하는 것이 시급하다 하겠다. 이러한 의료계의 단합된 구도하에서만 실질적인 의료계의 혜택이 존재할 수 있다고 생각되며 향후 협의된 보험사와의 유기적인 업무분장을 통해 발전적인 모델 확장이 가능할 수 있을 것이다. 개별 병의원이 독립적으로 다수의 대형 보험사를 상대로 업무조정이 현실적으로 불가하기에 의료단체 주도의 민간의료보험 전략수립 및 운영에 적극 협력함으로써, 모든 국민의 편의성을 증대함과 동시에 개별 병의원측의 공동 이익을 도모하는 것이 바람직할 것이다.

지난 11월 3일 대한병원협회 주관 민간의료보험세미나에서 제기된 협회와 의료공급자 중심의 민간의료보험 협의체인 가칭 KPPO(Korea Preferred Provider Organization)에 대해서도 참석 병원 100개중의 70% 가량이 협의체 참여의향을 밝혔다. 또한 지난 12월 2주간에 걸쳐 KPPO가맹모집한 결과 280여개 병원이 가입신청을 한 상태로써 현재 협의체 공식출범을 목적에 두고 있다. 이는 최근들어 보여지고 있는 보험사들의 병의원 길들이기와 정부의 민간의료보험 정책 등으로 볼 때 이는 병원계 민의가 반영된 결과라고 보여진다. 민간의료보험에 따른 병의원의 득과 실을 따져보고, 국민건강보험과의 공존방향, 그리고 어떻게 개별 병의원이 민간의료보험 시장에서 협상력을 높이고 효과적으로 권익을 보호할 수 있을 지를 생각해야 할 것이다.

아무쪼록 민간의료보험시대에 의료계 공동대응협이라는 의약분업 이후의 의료계가 새로운 원동력을 가질 이슈가 제공되어서 의료계가 함께 머리를 맞대고 지혜를 모을 계기를 찾게 되길 기대해본다. **KHA**