KDI FOCUS

KDI FOCUS
2010년 2월 11일(통권 제2호)

자료문의 | KDI 대외협력팀
주소 130-740 서울특별시 동대문구 회기로 49
Tel 02-958-4030
Fax 02-960-0652

집필자 | 윤희숙 연구위원(02-958-4689)
고영선 선임연구위원(02-958-4096)

KDI FOCUS는 시의성 있는 경제 · 사회적 이슈를 간략하게 정리한 시론 성격의 자료

Korea's Leading Think Tank

www.kdi.re.kr

의료서비스부문 규제환경의 문제점과 개선방안

윤 희 숙 | KDI 연구위원 **고 영 선** | KDI 선임연구위원

"우리나라 의료서비스산업은 소비자 지향성이 미흡하고, 품질관리가 취약하며, 불투명하거나 왜곡된 관행이 만연되어 있어 아직도 낙후된 상태에 머물러 있다. 이러한 현상은, 필요한 규제는 거의 없는 반면 불필요한 규제는 지나치게 많기 때문에 발생한 것이다. 따라서 의료서비스산업의 선진화를 위해서는 규제를 전면적으로 개선하고 정부의 역할을 재정립해야 한다."

Ⅰ. 서 론

영리법인병원 허용은 서비스산업 선진화의 틀에서 제안되었음에도 불구하고, 2009년에 활발히 진행된 정책적 논의는 허용 시 나타날 경제적 효과에 집중되었다. 그러나 영리법인병원 문제는 복잡하게 얽혀져 있는 의료시스템의 여러 문제 중 하나에 불과하다. 따라서 영리법인병원 허용 시 나타날 경제적 효과만을 분리하여 논의하는 것은 별 의미가 없다. 더구나 양적 효과를 예측하는 것은 가능하지도 않다. 영리법인병원 문제와 긴밀히 연관된 여타 부분을 어떻게 개선할지, 그리고 개별 주체들이 제도 변화에 대해 어떻게 반응할지에 따라 극명하게 다른 결과가 초래될 것이기 때문이다.

보다 적절한 접근방법은, 낙후된 의료서비스부문을 선진화하기 위해 필요한 제도 전반의 개선점을 파악한 후, 영리법인 허용 여부 등의 개별 사안을 그 안에서 논의하는 것이다. 현재 우리나라 의료서비스산업은 이용자의 편의와 혜택이라는 측면에서 다른 서비스산업에 비해 현저히 낙후되어 있으며, 이러한

낙후성은 의료서비스시장의 고질적인 불투명성에 의해 심화되고 있다. 그리고 이는 신뢰를 기반으로 하는 의료서비스산업의 발전에 치명적인 장애요소로 작용하고 있다.

부적절한 규제체제와 정부의 리더십 부족이 의료서비스부문의 낙후를 초래

이러한 문제는 정부가 정작 필요한 규제는 부과하지 않는 반면 현실을 고려하지 않은 불필요한 규제를 부과함에 따라 더 심화되고 있으며, 불합리한 규제체제는 새로운 문제를 야기하기도 한다. 정부는 의료시스템 안의 복잡한 이해관계를 조정하여 왜곡된 정책을 바로잡아 나가야 함에도 리더십을 발휘하지 못하고 있다. 의료서비스산업의 낙후성은 이러한 정부의 정책실패에 근본적인 원인이 있다.

아래에서는 의료서비스산업의 현황과 문제점을 살펴보고, 의료서비스 이용자의 혜택을 극대화하기 위한 제도개선방향을 제시하고자 한다.

Ⅱ. 현황과 문제점

2.1 소비자의 정보접근성 강화를 위한 정책적 노력 부재와 공급자 위주의 시장구조

서비스의 품질과 비용에 대한 정보 부족은 소비자의 공급자 선택권을 제약

우리나라의 의료서비스산업은 '시장은 있으되, 시장메커니즘은 제대로 작동하지 않는' 구조를 가지고 있다. 그 주된 이유는 시장규율 확립을 위해 정부가 적극적인 역할을 하지 않고 있기 때문이다. 단적으로 말해, 국민들은 자신들에게 필요한 질과 가격의 의료서비스를 어디에서 이용할 수 있는지에 대한 정보를 가지고 있지 않아 선택권을 적절히 행사하지 못하고 있다. 소비자가 선택권을 행사하지 못하므로 공급자는 소비자의 선택을 받기 위해 노력할 필요가 없다. 현재 소비자는 의료기관을 방문하기 전에는 서비스 비용, 의료진, 진료 결과, 시술 등에 대한 정보를 얻기 어렵다. 이에 따라 소비자는 일반적으로 신인도가 높은 대형병원으로 몰리고 있으며, 공급자는 소비자의 복지를 증진시키는 방향으로 서비스 가격을 낮추고 품질을 높이기 위해 경쟁하기보다는 몸집 키우기에 치중하고 있다. 서비스 선진화의 가장 중요한 정책목표가 '이용자의 만족을 극대화하기 위한 시장구조의 확립'인 만큼, 소비자에게 권력을 부여할 수 있는 유일한 장치인 정보접근성 강화는 가장 강조되어야 하는 정부 역할이다. 그러나 이는 현재 우리 의료서비스산업에서 가장 미흡한 부분이기도 하다.

정보비대칭성은 의료부문의 내재적 특성인 만큼, 이를 최대한 극복하기 위한 제도적 노력은 매우 중요하다. 의료기관의 정보를 유통시켜 소비자의 선택을 돕기 위한 다양한 제도들이 각국에서 뿌리내린 것은 주목할 만하다. 예를 들어, 네덜란드는 의료기관 간 비교가 가능한 National Portal을 운영하고 있고, 미국은 병원평가를 실시한 후 상세정보는 개별기관에 전달하되 소비자의 선택을 위해 주요 결과를 쉽게 요약하여 별도로 발표하고 있다. 반면, 우리나라에서는 소비자가 의료기관에 관한 정보를 상시적으로 얻을 수 있는 통로가 마련되어 있지 않다. 종합병원과 300병상 이상의 병원을 대상으로 3년마다 의료기관 평가가 실시되고 있으나, 진료비 및 대표적 임상품질지표 등 소비자를 위한 정보는 상시적으로 제공되지 않고 있다. 현재 진행되고 있는 의료기관 국가인증제 논의에서도 인증제를 통해 피평가자의 부담을 감소시키는 것만이 중요시되고 있을 뿐, 소비자에게 되도록 많은 정보를 제공하는 것은 상대적으로 간과되고 있다.

2.2 허술한 의료인력 질 관리

의료서비스의 정보비대칭성하에서는 인력의 질을 일정한 수준 이상으로 유지하는 것이 소비자 보호를

〈표 1〉 유럽 국가의 의사면허 재인증제도(revalidation)

국가		오스트리아	벨기에	프랑스	독 일	헝가리	아일랜드	이탈리아	네덜란드	스위스	영 국
주기(년)		3	3	5	5	5	5	3	5	N/A	5
면허 재인증 유형	보수교육	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
	동료평가	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	N	Y
강제 여부		Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	미정

자료: Sherry Merkur et al., "Do Lifelong Learning and Revaluation Ensures That Physicians Are Fit to Practise?" WHO Ministerial Conference on Health Systems: Health System, Health and Wealth, 2008.

위해서 그리고 시장메커니즘의 작동을 위해서 필수적이다. 인력의 질을 일정한 수준 이상으로 유지하기 위해서는 보수교육을 의무화하고 정기적으로 면허를 갱신하도록 해야 한다. 유럽의 대부분의 국가에서는 3~5년을 주기로 의사면허를 재교부하고 있으며, 이와 연계하여 대략 연 50시간의 보수교육을 의무화하고 있다(표 1). 또 미국의 대부분의 주에서도 이와 유사한 교육을 의무화하고 있으며, 그렇지 않은 주에서는 봉직의의 자격기준, 보험사의 계약요건 등을 강화하여 이에 상응하는 조치를 취하고 있다.

우리나라도 「의료법」에 의해 보수교육이 의무화되어 있기는 하다. 그러나 보수교육의 요구수준이 낮고 구속력이 약하다. 예컨대, 보수교육을 이수하지 않았다는 이유로 의사가 징계를 받은 사례는 없다. 이에 따라 의사의 전문성 강화를 위한 교육이 의사 본연의 의무가 아니라 선택적인 과외활동의 하나로 인식되고 있다.

더욱이 우리나라에는 면허갱신제도가 존재하지 않기 때문에 의사는 일단 면허를 발급받은 후에는 진료능력 유지 여부, 진료활동 계속 여부와 상관없이 언제라도 진료활동을 수행할 수 있다. 예를 들어, 고령으로 신체기능이 감퇴했거나 진료능력이 적절히 유지 · 발전되지 않은 경우 또는 수십 년간 진료활동을 하지 않았던 경우에도 아무런 제약 없이 진료활동을 할 수 있다.

이러한 질 관리장치 부재의 문제는 의사뿐 아니라 한의사, 간호사, 의료기사 등 다른 보건의료인력에서도 동일하게 나타나고 있다.

형식적 보수교육과 면허갱신 제도의 부재로 보건의료인력의 질을 확보하기 곤란

2.3 국민이 소외된 의약품정책

의약품정책은 우리나라 의료시스템의 고질적 불투명성의 주요인이다. 정부는 의약품정책과 관련한 이해단체의 영향력을 적절히 견제하지 못하고 있으며, 이로 인해 의약품정책에서 국민의 후생은 도외시되어 왔다고 해도 과언이 아니다.

의약품 분류시스템은 의약품정책이 이해집단 간 이권할당장치로 이용되는 뚜렷한 예이다. 미국, 영국, 일본, 캐나다 등 대부분의 선진국은 상시적 의약품 재분류시스템을 가지고 있다. 이들 나라에서 처음 승인되는 신약은 처방약으로 분류되지만, 시간이 경과하면서 안전성과 유효성의 근거가 축적되면 의사의 처방 없이 약국에서 판매 가능한 약국약으로 분류된다. 그리고 다시 수년간 안전성이 확인된 약국약은 일반소매점에서 판매 가능한 자유판매약으로 분류된다. 이러한 상시적 재분류의 목적은 안전성과 유효성을 보장하면서 국민편의를 증진하기 위한 것이다. 반면, 우리나라에서는 2000년 의약분업 이후 약품 재분류가 이루어진 적이 없으며, 국민들이 자주 찾고 안전성이 입증된 약품 몇 가지의 일반소매점 판매마저 허용되지 않고 있다. 또 처방약과 약국약 간의 비율 조정과 연관된 의약품 분류 관련 위원회나 연구진에는 의사와 약사가 동수로 참여하는 관행이 통용되어 왔다. 이러한 관행은 국민

높은 보험약가와 낮은 소비자 편리성은 이해집단 중심의 의약품정책이 원인

의 후생을 기준으로 결정되어야 하는 의약품정책이 국민의 참여 없이 이해집단 간의 협상에 의해 결정되고 있다는 것을 의미한다. 처방약은 의사 리베이트 수입의 원천이고, 약국약은 약사 판매수익의 원천이다.

더구나 정부는 보험약가를 인위적으로 높은 수준으로 유지함으로써 국민부담을 증대시키고 의약품 리베이트 뒷거래의 여지를 만들고 있다. 의약품 리베이트는 의사와 약사 간 이해갈등의 근본원인으로서 이에 관한 문제점은 최근 몇 년간 계속 지적되어 왔다. 그러나 문제의 본질인 보험약가제도의 전면적 개선이 이루어지지 않음에 따라 현재까지 가시적인 성과는 나타나지 않고 있다.

2.4 현실과 괴리된 진입장벽 규제

의료기관 개설권 규제는 시장왜곡을 낳고 불투명성을 증가시키고 있을 뿐

현재 전문화된 진료서비스에 대한 소비자 수요의 증가와 시장성숙에 따른 공급의 증가로 의료서비스 부문의 경쟁이 심화되고 있다. 대형병원은 신뢰성에서의 우위를 바탕으로 지배력을 넓혀가고 있으며, 중소병원 및 의원들은 전문화 및 차별화를 통해 경쟁에 대응하고 있다. 이러한 흐름은 기본적으로 빠르게 진행되는 자본화의 움직임이라고 할 수 있다.

그런데 자연인 의료인과 비영리법인만이 의료기관을 개설할 수 있도록 하여 시장진입을 제한하고, 의료인이 복수 의료기관을 개설하는 것을 금지하는 것은 잠재적 공급자와 자본의 진입을 억제하는 한편, 시장을 왜곡하는 역효과를 낳고 있다. 예를 들어, 투자와 수익배당의 기회가 막혀 있는 상황에서 의료기관 관계자가 별도의 납품업체를 설립하여 거래를 한 후 일정 마진을 납품업체로 넘기는 것, 병원장이 추가로 지점을 개원하되 명목상으로 다른 의사를 내세워 수익을 배분하는 것, 부동산업자나 재료상 등 비의료인이 의료기관에 자금을 투입하는 것 등은 이미 도덕적 빈축을 사지도 않을 정도로 보편화된 시장관행이다. 그럼에도 불구하고 실정법상으로는 불법이기 때문에 현금거래나 장부조작 등을 통해 이윤을 확보하고 있으며, 이 과정에서 탈세가 발생하고 있다.

특히, 영리법인 금지 규제는 세계 어느 곳에서도 찾아보기 어려운 독특한 규제일 뿐더러 규제의 필요성을 합리화하기가 매우 어렵다. 그나마 유사한 규제 사례로 일본과 네덜란드를 들 수 있는데, 일본의 경우 2009년 현재 전체 의료법인 4만 5천개 중 96%에 대해 지분을 인정하고 있기 때문에 사실상 영리법인을 허용하고 있는 것으로 볼 수 있다. 영리병원을 금지하는 네덜란드의 경우 개인병원이나 법인병원을 구별하지 않고, 의료부문에서의 영리병원을 불허하여 수익활동 전반을 금하고 있다. 우리나라의 경우 전체 2,200여 개의 병원 중 56.0%가 개인영리병원이기 때문에(표 2) 이미 영리추구행위가 광범위하게 이루어지고 있다고 할 수 있다. 그러면서도 개인이 아닌 법인에 대해서는 영리추구행위를 금지하고 있는데, 이러한 비대칭적 규제의 정책목표가 무엇인지에 관해서는 명시된 바 없다. 또한 영리법인

〈표 2〉 설립형태별 병원 수

(단위:개, %)

	종합병원	병원	요양병원	전체 병원		요양병원 제외	
				계	비율(%)	계	비율(%)
전 체	314	1,195	707	2,216	100	1,509	100
민 간	254	1,150	664	2,068	93.3	1,404	93.0
민간법인	186	351	290	827	37.3	537	35.6
의료법인	100	289	217	606	27.3	389	25.8
민간개인	68	799	374	1,241	56.0	867	57.5

자료: 대한병원협회, 『전국병원명부』, 2009.

금지 규제가 비영리법인의 의미마저 왜곡시키고 있다는 점도 주목해야 한다. 영리법인 금지를 위해 신설한 법인 형태인 의료법인병원은 현재 전체 병원의 27.3%를 차지하고 있다. 이들은 개인병원의 확장형에 지나지 않으며 여전히 병원장의 소유물로 인정되고 있고, 이사회를 통해 실제적인 상속도 빈번히 이루어지고 있다. 따라서 비영리기관의 원칙인 분배금지의 원칙, 즉 사적이익 추구를 금지하는 원칙 자체가 준수되지 않고 있는 것이다.

더구나 사실상 영리를 추구하는 의료기관임에도 불구하고, 비영리기관 관련법상 퇴출이 허용되지 않는데다 관리수단이 미흡함에 따라 의료법인의 편법적 이윤추구행위가 다수 발생하고 있다. 산재환자·자보환자와 결탁하여 요양기간을 연장함으로써 급여 누수를 초래하는 행위, 회계조작 비용처리를 통해 개인수익을 확보하고 불법적인 진료 외 수익을 추구하는 행위, 편법매각의 위험 프리미엄까지 회수하기 위한 진료행위 등이 그것이다. 이러한 행위는, 우리나라 의료법인이 비영리활동이라는 소명에 기반을 두지 않고 영리법인 금지 규제에서 파생된 법인격일 뿐이라는 점을 고려하면 오히려 자연스러운 현상이라고 볼 수도 있다. 그러나 이렇게 시장의 불투명성을 심화시키고 있다는 점에서 정책목표가 모호한 영리법인 금지 규제는 재고되어야 한다. 투자자(shareholder)에 대해 책무성(accountability)을 지는 영리법인은 수익을 감출 유인이 상대적으로 작으며, 「상법」상의 회계감독 강화와 결합할 경우 업계의 경영 투명화를 선도하고 시스템을 향상시키는 데 일조할 수 있을 것이다.

이와 함께 비즈니스 유형의 다양화나 신산업영역의 개발 등 소비자의 수요에 능동적으로 대처하려는 기업가 정신을 고양하여 보다 소비자 지향적인 산업구조를 만드는 것 역시 개설권 규제 완화를 통해 기대할 수 있는 효과이다. 개설권 제약 자체가 소비자의 복잡해진 수요에 대처하려는 경영전략과 자본의 자유로운 결합을 억제하는 것이기 때문이다.

앞에서 언급한 것처럼 이용자의 선택권을 강화하여 건전한 경쟁이 이루어지는 환경을 조성할 경우, 기업가 정신(entrepreneurship)은 이용자가 원하는 바를 구현하기 위해 서비스 가격 하락이나 질 개선, 서비스 개발, 비즈니스 유형 전환, 새로운 산업영역으로의 진출 등 다양한 노력을 기울일 것이다.

영리추구행위가 이미 광범위하게 이루어지고 있는 상황에서 영리의료법인을 금지하는 것은 무의미

Ⅲ. 개선방안

우리나라 의료서비스부문의 문제점은 소비자 지향성의 미흡, 질 관리의 취약, 불투명성, 규제와 실제의 괴리로 인한 원칙의 부재로 요약되며, 필요한 규제는 없는 반면 불필요한 규제는 지나치게 많은 규제환경이 이러한 문제를 더 심화시키고 있다. 이러한 문제점의 원인과 개선방안을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 의료기관의 서비스 품질과 관련한 정보가 소비자에게 제공되지 않아 시장이 공급자 위주로 작동되고 있는데, 이는 그간 필요한 규제가 미비했던 점, 즉 정부의 역할 부재에 기인한다. 따라서 강력한 규제를 신설하고 정부가 단호하고 엄정하게 개입해야 한다. 무엇보다 의료서비스 정보 공개를 강화하고, 네덜란드의 경우처럼 National Portal을 구축하는 것이 필요하다. 병원의 진료비, 대표적 임상품질지표 등이 National Portal에 공개되어야 할 것이다. 공개 대상 진료정보는 별다른 문제를 야기하지 않는 항목부터 시작하되 평가제도의 개선과 연동하여 그 범위를 점차 확대해 나가야 한다. 또한 의료기관을 찾는 소비자가 기본적 사항에 관해 사전적 지

의료기관의 서비스 질과 비용정보 공개, 보건의료인력의 질 관리, 상시적 의약품 재분류시스템 구축과 관련한 정부 역할을 강화해야

의료기관 개설권 규제의 완화는 의료시장의 투명성을 제고하고 의료산업의 발전을 촉진할 전망

식을 가질 수 있도록 표준적 지침을 개발하여 보급하는 것도 필요하다.

둘째, 보건의료인력의 질 관리 역시 소비자 지향성과 분리하기 어려운 문제이다. 소비자의 선택권을 강화하기 위해서는 공급자들의 기본적인 질이 보장되어야 한다. 그러나 현재 우리나라 보건의료인력의 질 관리는 국제기준에 턱없이 못 미치는 수준이다. 따라서 어느 의료기관을 가더라도 웬만한 서비스 질을 기대할 수 있는 환경이 마련되어 있지 않다. 이를 개선하기 위해서는 보건의료인력 질 관리의 수준을 강화한 후, 면허갱신이나 전문의자격 재인증과 연계시켜야 할 것이다. 기본적인 서비스 질을 보장하여, 소비자의 선택을 용이하게 하는 것은 정부의 중요한 책무이다.

셋째, 국민이 가장 신뢰해야 할 보건의료인력이 의약품을 매개로 이권을 다투는 구조가 오랫동안 이어져 왔다. 특히, 불투명성이 확대되어 온 것은 정부가 처방약의 가격을 정책적으로 높게 유지하고, 소비자 중심으로 의약품을 분류하지 않는 등 정책적 실패에 기인하는 바가 크다. 향후 의약품정책은 소비자의 안전과 편리를 지향하는 방향으로 선회해야 할 것이다. 이해집단의 목소리가 과도하게 반영되는 정책결정과정을 개선하여 소비자 중심으로 합리화하는 첫걸음은 의약품의 상시적 재분류시스템을 구축하는 것이다.

이처럼 일정 영역에서 정부 역할을 강화하는 동시에 규제환경과 시장현실을 괴리시켜 불·편법을 초래하는 과잉규제를 개선할 필요가 있다. 시장에서는 자본화의 움직임이 빠르게 진행되고 있다. 그러나 「의료법」은 이러한 흐름과는 반대로 자유로운 자본조달을 제약하고 있다. 이로 인해 이를 회피하기 위한 각종 탈법적 행위를 유도하고 불투명한 거래관행을 조장하고 있다. 그러한 예로는 별도의 납품업체 설립을 통한 이익 환원, 관리의사를 통한 추가 개원, 비의료인(재료상 등)에 의한 투자, 의료장비 구입가 부풀리기, 사무장 병원 등을 들 수 있다.

이러한 상황에서 개설권 규제를 완화함으로써 몇 가지의 효과를 기대할 수 있다.

첫째, 시장규칙의 정립과 투명성의 제고이다. 즉, 규제를 회피하기 위한 음성적 자본조달을 양성화함으로써 의료산업 전체의 투명성과 건전성을 제고할 수 있을 것이다. 물론 이러한 긍정적 효과가 나타나기 위해서는 정부가 소비자보호조치와 회계감독을 강화하는 등 제도를 보완하는 것이 필요하다.

둘째, 개설자격의 완화와 자본조달의 다양화는 소비자 지향적인 다양한 비즈니스 유형의 시도를 용이하게 할 것이다. 또한 규제 완화는 의료와 헬스케어를 통합한 건강관리서비스, 그리고 정보통신기술과 의료 및 건강관리서비스를 연결시키는 U-헬스 등 신산업의 발달에 있어서도 중요한 역할을 할 수 있다. 개설권을 완화하기 위해서는 「의료법」 제33조 제2항의 영리법인 금지 등 개설자격 요건과 의료기관 중복개설 제약 요건을 개정해야 한다. 또한 부대사업과 관련하여 현재의 원칙불허·예외허용(positive list) 방식을 원칙허용·예외불허(negative list) 방식으로 전환함으로써 보다 자유로운 수익추구가 가능하도록 할 필요가 있다.

그리고 현실과 부합하는 규제환경을 만들기 위해서는 비영리기관의 역할을 새롭게 정의하고 퇴출경로를 마련하는 것도 필요하다. 비영리의료법인의 불건전한 이윤추구행위는 이미 보편화되어 있는데, 비영리기관 본래의 취지를 살리기 위해서는 이러한 편법행위를 엄단하는 동시에 공익적 성격을 강화해야 한다. 이러한 환경에 적응하지 못하는 비영리기관에 대해서는 M&A 등을 통한 퇴출이 가능하도록 조치해야 할 것이다. ■