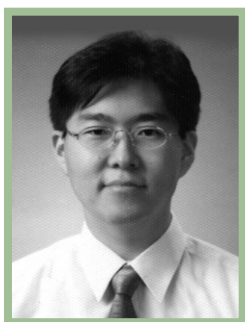


글로벌 의료경쟁시대의 민간의료보험 활성화 전망과 의료계의 대응책

The Private Insurance Activation in the Global Medical Competitional Age and the Counterplot of the Medical Profession



박 용 남 | Yong-Nam Park, MD

(주)메드뱅크 대표

President of Medbank

E-mail : pyn91@chol.com

J Korean Med Assoc 2008; 51(5): 396 - 401

Abstract

The year 2007 US-Korea FTA contracting may have removed a international border hurdle in terms of custom tax problem that may have been protected by each country. After that, there remains an infinite competition between the two countries for international trades especially for medical service. Private medical insurance can play an important role in suppressing oversea hospital use in top-level medical consumers and in introducing the high-level of domestic medical technology to low-income medical consumers. And thus, the private insurance system is expected to lead the patients of both extremes in terms of their salary income to domestic medical consumption. Private medical insurance system is also expected to help lessen medical expenses and lower the price of pre-existing medical technology. For activating normally the private medical insurance, one of practical methods is to ensure the neutralized and efficient network by the central role play of medical profession groups. Now is the high change that we can make a better medical welfare environment, if the advantage and the meaning of each insurance (including private insurance system) institution can be substantiated.

Keywords : U.S.-Korea FTA; Private medical insurance; Distrust cost;

PPO (Preferred Provider Organization); Claim standardization

핵심용어 : 한미 FTA; 민간의료보험; 불신비용; 의료네트워크(PPO); 청구 표준화

서론

일반 제조업 분야의 관세를 담당하던 “관세 및 무역에 관한 일반 협정(GATT)” 이후 1995년 비제조업분야를 포함하는 WTO 체계가 발족한 이후 세계는 다자주의적(multiparallel) 원칙으로 교육, 의료 등 서비스 분야, 농업 분야, 지적재산권 분야 등이 글로벌 무역화되었다. 더욱이 2007년도 한미 FTA 체결로 인하여 선진국인 미국과의 무역부분에서 공공성 등의 이유로 정부 차원에서 보호되던 분야의 관세장벽이 허물어지면서 국가간의 경계는 급속히 사라지고 서비스 분야의 무한경쟁만이 남는 현실이 되었다. 단순히 의료서비스 경쟁을 넘어서 인천, 부산 경제자유구역(Free Economic Zone, FEZ) 및 제주특별자치도에 외국계 영리병원이 들어서게 되는 글로벌 의료경쟁시대에 민간 의료보험 분야의 활성화 전망과 그에 따른 의료계의 대응책에 대하여 논의할 시점이다. 또한 민간의료보험 자체의 장단점에 상관없이 민간의료보험의 확대는 자연적인 시장현상으로 예견됨에 따라 이에 따른 의료계의 대응 및 준비관점에서 고찰하고자 한다.

민간의료보험에 의한 의료소비양측의 국내 의료계로의 프리즘 기대 효과

인천 송도, 부산 등 경제특구 및 제주특별자치도에 엠디앤더슨(MD Anderson) 암센터, 뉴욕장로교병원(NewYork Presbyterian, NYP), 하버드대병원, PIM (Philadelphia International Medicine) 등 여러 외국계 병원이 아시아허브로서 한국 진출을 적극적으로 검토하거나 진출을 확정하고 있다. 경제특구에 외국계 영리병원 진출에 대한 대응책으로서 국내 의료기관 입장에서 민간보험과의 연계를 통한 의료수요 확보는 향후 중요한 전략이 되리라 본다. 국내 의료계 입장에서 전체 의료수요의 체계적인 관리 및 확보가 중요하다고 볼 때 향후 민간의료보험과 연계 및 활용을 통하여 경쟁력있는 신의료기술의 소개 및 이용활성화 방안은 외국계 영리병원 대비 경쟁력을 확보하는 미래적 방안이 될 것이다. 미래적 전략을 잘 수립한다면 의료소비구조 상위

층의 외국계 병원 이용을 억제하고, 높은 수준의 국내 의료기술을 소개하고, 보험을 가입한 저소득층에도 이용을 가능케 하여 의료소비층 양극을 국내 의료소비로 수렴시키는 일종의 프리즘(prism) 역할을 민간의료보험이 담당할 수 있으리라 본다.

건강보험 재정적자 및 낮아지는 보장률에 따른 민간의료보험의 기대 역할

의료비 보장률을 보면, 우리나라 건강보험의 보장률은 60% 내외로 되어 있다. 보장률을 올리는 건강보험료를 인상반대 여론 등으로 쉽지 않은 과제로 받아들여지며 실제로 유럽 등 많은 선진국들은 급증하는 의료비 대비 점점 낮아지는 보장률 때문에 자율적 가입을 원칙으로 하는 민간의료보험 활성화 방안에 관심을 갖고 있다. 최근 4월 한국보건사회연구원 윤석명 박사의 ‘한국의 사회보장비 지출 전망 및 시사점-사회보험을 중심으로’란 연구보고서에 따르면 국고보조를 현재 수준에서 유지한다는 가정 아래 진료비 수지적자는 2030년 40조원, 2050년 130조원, 2070년 234조원으로 급증하는 것으로 추정됐다. 건강보험재정 악화 원인으로 급속한 저출산과 고령화를 꼽았다. 고령화에 따라 만성 질환 중심으로 상병구조마저 바꾸면서 건강보험재정에 큰 부담을 주며 이러한 변화에 맞는 대응체계가 필요한 상황이다. 일반적으로 소득수준이 높아지면 건강에 대한 관심과 관리비용도 올라가기에 전체 국민의료비를 ‘GDP×(의료비 비중)’으로 보면 상승분끼리의 곱으로서 전체값이 기하급수적으로 상승하리라 예상된다. 이렇게 기하급수적으로 늘어가는 의료비의 상승률에 비하여 준조세 부과적인 건강보험료 상승률이 따라가지 못하여 결국 늘어가는 비급여 의료비 부분에 대하여 정부는 리스크 분산 차원에서 자율적 가입을 원칙으로 하는 민간의료보험 활성화 쪽으로 정책을 갖는 입장인 것이다. 이렇듯 가까운 미래에 의료비 부담 주체의 민간 부분과 공공 부분의 비율의 현실적인 수렴점은 민간 부분에 더 가깝게 맞추어져 있음을 인지해야 할 것이다. 어떠한 사회주의적 국가에서도 국가가 개인의 완전한 건강과 건강에의 다양한 기대 욕구를 책

임질 수 없기 때문이다. 이는 국가의 의료비재원 조달방식이 조세운영방식과 다를 바 없어 급증하는 의료비의 조달을 맞추어 하기엔 그 간극이 점점 커지기 때문이다. 이러한 커져가는 간극은 곧 국민들의 커져가는 의료비 부담을 의미하기에 리스크 분산 차원에서 또다른 보험제도 활성화로서 정부는 국민 스스로 자율적 가입을 전제로 하는 민영 의료보험 활성화란 정책을 추진하고 있는 현실이다.

민간의료보험 ‘도입’이 아닌 ‘활성화’의 이유

우리나라에서 일반적으로 민간의료보험이란 용어가 아직 현실적이지 않고 낯설게 느끼는 수가 많으며 논자 중 혹자는 ‘민간의료보험 도입’이란 표현을 하는 경우도 본다. 하지만 민간의료보험은 이미 현실적으로 많이 보급 및 도입이 되어 있으며 최근 흡소평 등에서 판매하는 준실손형 민간보험이 바로 대표적인 예이다. 이미 많은 민간보험가입자가 존재하고 보험사 제출용 진단서 발급을 요청하는 환자가 급증하고 보험사에 제출하는 보험청구 건수만 연간 1,000만 건에 달하고 있음에도 불구하고 상당수 국민은 체감적인 서비스인 병의원에서의 의료비 지불보장 서비스가 없기에 우리나라에 민간의료보험이 도입되어 있지 않다고 잘못 인식하고 있다. 우리나라는 전통적으로 상부상조의 정신을 좋은 미덕으로 여기는 문화를 가진 배경으로 인하여 민간보험산업이 발전하기 좋은 환경이다. 이렇듯 우리나라는 이미 민간보험 가입 규모나 시장 규모 면에서 전 세계 10위권 내의 상위권이며 보험선진국이다. 그래서 더욱 민간의료보험에 대한 논의에 대하여 ‘도입’이 아닌 ‘활성화’란 용어가 현실적인 까닭이다. 단지, 과거 사망보험 위주의 단순히 사망에 따른 보험금 차이로 보험사간 경쟁이 되던 상황에서 현재는 사망뿐 아닌 다양한 질병보장 등 생존 보험상품 쪽으로 보장내역 강화, 차별화를 추구하는 트렌드이다. 이러한 경향이 종신보험 외에 질병보상 실손형 보험이 최근 많이 등장한 이유이다. 또한 생존보험 영역에의 진출이 보험사 입장에서 단돈 사망보험상품 외에 반대사건인 생존보험상품을 적정수준 조합함으로써 보험사 입장에서의 전체 보험상품의 리스크를 줄이는 효과를 가져오고 있다. 민간보험을

분류적 측면에서 건강보험기준에 따른 급여보장 방식에 따라 부가형, 보충형, 대체형 등으로 나눌 수 있으며, 우리나라 환경에서는 1977년 실시된 건강보험과 관계없이 여러 형태의 민간보험상품이 오래전부터 독립적 발전을 이루어 왔다. 또한 과거 논란이 된 민간보험에서 법정본인부담금 보장시의 건강보험 재정영향 부분은 최근 KDI 연구 및 경제대 정기택 교수의 연구 결과, 유의한 관련성이 없으며 오히려 민영의료보험 가입자들의 건강보험금 수령액이 비가입자 군보다 오히려 더 적은 것으로 나타난 것으로 알려져 논의에서 사실상 일단락된 상태이다. 민간의료보험 가입자의 의료비용이 비가입자보다 더 적게 나타난 것은 민간의료보험 가입으로 의료접근성이 증대되어 질병 발생이 미연에 방지되기 때문이라고 보여진다. 이로써 민간의료보험이 국민복지수준 향상에의 기여 가능성과 건강보험금 지출에도 크게 악영향을 주지 않을 것이란 추론이 가능해진다. 또한 기존 정책형 보험상품보다 향후 활성화될 실제 의료비 이외에 금전적 보상차액이 없는 실손형보험의 경우 모럴해저드 동기가 더 약하기에, 큰 논란 없이 기존과 같이 상품설계에 있어서 독립적 진화발전을 하리라 예측되어 진다. 단, 보험사의 지급회피 등 보험자 모럴해저드를 막기 위하여 보험소비자 입장에서 약관의 이해 등을 할 수 있도록 표준약관 마련 등 금감원 등 관련 당국에서 소비자중심의 행정지도가 필요하리라 보며 향후 지불보장모델 적용시 급여계약, 청구 및 지급방식과 관련하여 의료계 입장에서 보험업계와 충분한 사전협의환경 조성이 필요하리라 본다. 또한 활성화란 측면에서는 신의료기술을 포함한 보험보장범위의 확대, 보험청구 및 지급과정상의 투명성과 절차상의 간편성 확보가 실질적으로 중요한 과제라고 보여진다. 즉, 보장영역의 명확화 및 이에 따른 급여 기준마련 등이 중요한 과정이라고 본다.

민간의료보험에 대한 개념 정의와 미국식 민간의료보험의 이해

우리나라에서 민간의료보험에 대한 많은 오해 중 하나가 민간의료보험은 대기업 중심의 사기업이 운영하는 보험제도

라고 오해하는 경우가 많다. 민간보험이라는 용어는 사실상 운영자 측면보다 가입자 측면에서 바라보아, 개인(private) 스스로의 희망에 의한 자율적 가입이 원칙인 보험을 지칭하여 민간보험(private insurance)이라고 한다. 결과적으로 의료기술이라는 개념 자체가 개인 입장에서 미래의 예측불가능한 재난적 사고이기 때문에 재난에 대비한 보험제도 활성화라는 측면은 정부 입장에서는 매우 중요한 국민 개인들의 미래리스크 분산 및 대비책이라는 정책기조이다. 미국의 경우 민간의료보험이라 함은 최대보험사인 카이저 퍼마넨트(Kaiser permanente)처럼 기업들의 직원복지기금 조합 형태의 공적 조직에 가까운 경우가 많다. 우리나라의 경우 보험조합 통합 이전의 직장의료보험조합이 바로 미국의 민간의료보험의 성격과 더 유사하다고 보면 되겠다. 그런 면에서는 현재 미국의 민간의료보험제도의 비판은 과거 우리나라 직장의료보험조합에 대한 비판과 같은 맥락으로 미국식 제도의 기본 흐름은 좋은 직장에서 좋은 복지프로그램이 운영되도록 하는 방식일 뿐이다. 이처럼 미국의 상당수 민간의료보험은 기업들의 복지기금을 공동운용하는 측면이 강한 공적 조합이다. 또한 자연스럽게 보험의 질 관리를 담당하는 NCQA (National Committee for Quality Assurance) 조직을 운영하는 보험단체가입자측인 기업들의 보험회사에의 입김이 가장 세다고 하겠다. 우리나라 여론에서는 단순히 현재 우리나라의 민간의료보험 활성화 논의와 관련하여 미국식 민간의료보험의 폐해를 논하지만 미국식 의료보험의 대다수는 직장들의 단체가입 형태임을 감안하면, 이는 마치 우리나라 통합건강보험제도의 전신의 큰 축인 직장의료보험조합을 문제삼는 격이라 하겠다. 미국의 발전과정과 직업의 중요성을 생각해 본다면, 실직으로 인하여 무보험 상태에 이르는 과정과 그 의미가 이해될 수 있을 것이다.

건강보험과 민간의료보험의 양 장점을 극대화하는 발전모델 마련 시급

보험제도와 관련하여 흔히 질문이 나오는 것이 건강보험제도와 민간의료보험의 장점에 대한 비교 부분이다. 건강보

험은 준조세적 성격이기에 납입보험료가 소득에 비례하며 보험료 징수가 강제이고, 리스크평형 등의 명분으로 기존 질환, 나이에 관계없이 가입이 가능하기에 납입보험료부담이 적은 저소득층, 상대적 질병이 많은 노령층에 상대적으로 유리한 부분이 많고 사회복지자를 추구하는 나라에서 기본적으로 추구할 방향이라 하겠다. 반면 민간의료보험은 자산운용기능이 동반되며 대부분 원금보장성의 상품은, 즉 말기는 원금에 대한 수익이자를 지급하는 대신 의료비 지급 등 보장성 형태의 상품으로 돌려주는 극대화된 이자 성격이 있기 때문에 평균적 개인별 순수납입보험료 대비 자본 효용성이 강하다. 또한 납입 원금이 상당수 보장되어 병원 이용 등이 적은 경우 상당금액의 납입보험료의 환급이 가능하다. 실제로 이러한 양 제도의 장점들을 결합하여 보험료 징수 부분은 관련 비용이 적게되는 강제징수모델로 국가가 담당 운영하며 실제 보장상품설계는 자산운용 기능이 있어서 기대보장이익이 더 클 수 있는 민간보험사가 담당운영하는, 이른바 민간 공동역할 분담 모델인 네덜란드식 의료보험모델도 이론적으로 좋은 평가를 받아 현재 활발히 논의되고 있는 상황이다. 이는 사실 새로운 모델이라기 보다는 현재 우리나라의 국민연금 자산운용방식과 같이 납입연금보험료 징수는 국가가 책임을, 자산운용은 전년도 실적 순위, 자산 규모 등에 맞추어 민간자산운용사에 투명하게 차등 할당 위임하는 민관 공동역할 분담 방식과 같다고 하겠다. 우리나라의 현실에 맞추어 본다면 발전적 방안의 하나로서 고민해 볼 만한 모델이라고 하겠다.

민간의료보험의 장기적 의료기술 가격에의 영향

민간의료보험이 의료비용과 관련하여 의료 이용을 저해시키는가는 또다른 논제라고 보여진다. 실제로 민간의료보험기능이 거의 없는 아프리카 가나의 한 칼럼리스트는 HIV 감염/ AIDS 등 난치성 질병으로 이 나라의 가난한 사람들이 의료체계를 이용하고자 할 때의 어려움을 “현금으로 지불하거나 아니면 죽음을 감당하라”라고 표현하였다. 오히려 저렴한 보험을 가입할 수 있는 환경이 있었다면 이런 표

현까지는 나오지 않았으리라 보여진다. 고가의 의료비와 민간의료보험과 연계성의 논란보다는, 장기적으로 기존 기술에 대한 비용이 기술의 발달 촉진으로 오히려 기존 기술에 대한 가격은 하락되는 효과가 생길 것으로 기대된다. 만일 아프리카 가나에서 자율적 민간의료보험이 활성화되어 모인 자산이 HIV 감염 예방교육에 투자되고 자국내 제약사에 재투자 및 지원하여 HIV 감염 치료제의 제네릭(generic) 생산이 원활해진다면 오히려 HIV 감염 치료 비용을 낮추도록 순기능을 담당하는 시나리오도 상상해 볼 수 있을 것이다. 이렇듯 궁극적으로 의료기술 발전을 촉진시켜서 가격을 낮추는 방안에 대하여 고민을 해보아야 한다. 이것은 마치 반도체산업의 CPU chip 가격에 대해 18개월마다 처리 데이터량이 2배씩 향상되어 결국 기존기술 제품 가격이 저렴해진다고 인텔(Intel)사 공동창립자 무어(Moore)가 말한 ‘무어의 법칙(Moore’s law)’과 같이 의료기술 분야에서도 의료기술을 발전시킬 수 있는 환경을 조성하여 기존 의료기술의 가격이 저렴해지는 자율적 환경을 만들어야 할 것이다. 민간의료보험 활성화가 단기적으로 가입한 개인에게는 의료비부담 경감효과와 장기적으로는 기존 의료기술의 가격을 낮추는 기대 효과를 줄 것으로 예상된다. 당연지정제 폐지 및 완화에 대한 논의 또한 이러한 의료기술의 발전이 궁극적으로 가격적 요소를 포함한 여러 혜택을 가져올 것이라는 관점에서 바라보고 또한 의료인 자신의 직업 선택의 존중보다는 의료윤리적 관점에서 접근해야 한다고 본다.

보험료를 상승시키는 상호불신비용을 절감하는 방안 마련 필요성

민간의료보험사는 심사와 지급과정에서 의료 고유의 특성상 보장 영역의 경계 부분에 대하여 의료계와 갈등 구조를 가질 가능성은 크며, 이에 대비한 보험업계와 의료계의 자율적인 사전협의 환경 조성이 절실하다 하겠다. 현재 우리나라의 자동차보험 경우, 자동차손해배상보상법의 강제적인 진료비 지불보장제도에 의하여 보험업계와 의료계 간의 불신이 높은 상황이다. 이는 상호충분한 정보를 교류하는 등 그 지불보장절 절차에 대하여 구체적으로 정의 및 의

무화되어 있지 않기에 사후청구시 지급보류 등 여러 상호불신적인 결과를 초래한 것이 사실이다. 정치 경제학자인 존 스홉킨스대학 프랜시스 후쿠야마(Francis Fukuyama) 교수의 저서 ‘신뢰(trust)’에서 사회적 자본의 핵심은 사회구성원 간의 신뢰라고 하듯이 신뢰 자체는 또다른 불신비용을 줄이는 역할을 한다. 현재 우리나라의 민간의료보험 구조는 보험업계와 의료계, 보험가입자인 환자 삼각관계에서 복잡한 청구과정, 심사 및 지급과정에서의 고가의 사실조사비용, 법률비용 등 불신비용(distrust cost)으로 인하여 전체 의료비 및 보험료의 상승이 초래되어 결국 불편함과 가격부담을 궁극적으로 소비자가 갖게 되는 현실이다. 이는 결국 국민의 의료계 및 보험업계 양 집단에의 불신으로 이어지게 된다. 의료계는 사전에 최대한 공조 및 협조체계를 이루어 이러한 불신비용을 줄여야 할 책무가 있다. 의료계와 외부 간의 의료정보의 비대칭성이란 속성 때문에 의료계는 숙명적으로 의료계가 생산해내는 의료정보의 진정성과 무결성을 요구받는 입장에 있으며 개별적으로 접근할 사안이라기 보다는 의료계가 충분히 이러한 부분에 대하여 지속적인 협의체나 위원회 등 협의환경을 조성하여 협의할 필요가 있다. 실제로 한해 국내 민간보험사가 의료비 관련 보험금을 지급하는 규모가 10조원에 달한다고 볼 때 보험사 입장에서는 진위 여부 확인이 어려운 의사 명의의 서명 및 인장날인된 각 서류 몇 장을 심사하여 총 10조원이라는 돈을 지급해야 하는 어려움이 존재하는 것이 현실이다. 이렇게 허술한 관리체계 환경에서 실제로 드러나지않은 보험사기가 더 많으리라고 보험사는 추정하고 있는 상황이다. 이러한 점들을 고려하여 향후 민간의료보험의 활성화의 근간인 환자나 병의원 입장에서의 청구정보의 진정성 제공 및 표준화 방안 그리고 지불보장의 방법론에 대하여 좀더 구체적인 사전절차 마련과 표준시스템 도입 논의가 매우 필요한 상황이다.

시장현상으로서 민간의료보험 활성화 예측에 따른 의료계의 대응책

최근까지 의료계는 피동적으로 민간의료보험에 대하여 지켜보는 입장이었으나 거스를 수 없는 민간의료보험 활성

화란 흐름속에서 의료계 중심의 대응책 마련이 시급하다고 하겠다. 방관자적으로 갈수록 결국 보험업계와 의료계 간의 갈등구조는 피할 수 없으며 이에 따른 불신비용 또한 클 것으로 예상되어 진다. 또한 향후 요양기관 수가 등의 합리적인 협상이 의료단체의 중요한 과제로 받아들여지며 보험자측에 그러한 근거와 타당성을 제시하며 이해시키기 위해서는 해당 질병의 유병률, 환자분포, 각 의료기술의 리스크, 기타 경영지표 등에 대한 통계 확보가 중요한 과제이다. 최근 진보적 성향의 마이클무어 감독의 Sikco라는 영화를 통하여 의료에의 자본 지배를 경계하는 메시지를 주고자하나 보험자본은 자본에 의한 의료지배가 주 목적이라기보다는 보험금융상품의 가치극대화를 위하여 의료라는 상품을 이용하는 일종의 레버리지 효과(leverage effect)를 기대하는 것이 주 목적이기 때문에 이러한 보험자본의 주된 속성을 이해하고 효과적으로 대응한다면 동등한 수준에서의 협의를 이끌어 낼 수 있다고 본다. 의료정보의 특수성과 그 비대칭성에 의한 의료계에서의 숙명적인 사회적 불신감을 의료정보의 진정성 제공과 그 체계적인 관리를 통하여 오히려 신뢰를 가지고 효율적으로 협의할 수 있는 계기로 만들 수 있을 것이다. 이러한 문제점들에 대한 실질적인 대안 중 하나가 의료단체 중심의 중립적이며 효율적인 온-오프라인(on-off line) 네트워크 구축을 하는 방안이라고 본다. 실제로 미국의 경우 보험사 중심의 건강관리기구인 HMO (Health Maintenance Organization) 대신 보험 소비자 입장에서 더욱 유리한 병의원 네트워크 중심인 PPO (Preferred Provider Organization)가 더 큰 보험네트워크로 자리잡은 지 오래이다. 하버드대병원 또한 보스턴 내 8개의 교육병원을 통합경영관리하고 세계유수병원과 의료정보교류 등을 담당하는 일종의 통합지주 경영관리회사인 PHS (Partners healthcare System)를 만들었다. 이러한 병의원계 중심의 네트워크를 중심으로 온·오프라인 네트워크를 현실화하는 것이 사회적 비용을 줄이고 의료계 입장을 대변하는 데 큰 기여를 하리라 본다. 의료계가 중심이 되어 현실적으로 민간보험 급여기준 마련 뿐 아니라 다양한 보험사에 청구과정

의 번거로움을 없애고 관련 수가협의를 위한 통계자료 마련 등을 위하여 요양기관 입장에서 동일한 진료내용에 대하여 청구양식을 최대한 건강보험과 민간보험 구분없이 보험사에 청구할 수 있도록 통합청구양식 표준화를 의료 및 보험 전문가들이 도출해내는 것 또한 중요한 과제이라고 본다. 또한 보험사들이 고객인 보험가입자에게 평소 건강관리프로그램을 통하여 의료비 관련 보험금지급을 낮추는 데에 투자를 하리라 예상되기에 우리나라가 특히 발전한 IT 기반 기술을 바탕으로 건강관리방법론을 의료계에서 주도적으로 제시할 필요가 있다. U-health 관련 건강관리솔루션 개발과 활용에 의료계가 깊이 이해하고 동참 및 활용함으로써 보험사와의 협력관계 유지 및 대국민 보건발전에 기여, 그리고 WTO 체계에서 국내 의료계로의 해외환자 유치 또한 도모할 수 있으리라 본다.

결 론

이상으로 글로벌시대에서 민간보험을 활용한 기대 효과에 대하여 고찰해보았다. 이는 의료계가 적극적으로 전략수립을 하고 실행하였을 때의 시나리오로서 대응전략과 실천이 부재할 경우 기대효과보다 더 우려될 수 있는 부분도 존재한다고 본다. 현재 시기적으로 건강보험과 민간보험의 장단점에 대한 논쟁을 넘어서 각 보험제도의 고유의 특성과 그 취지 및 장점을 살려서 가장 효율화된 유기적인 서비스로 진행될 수 있다면 국민과 의료인 입장에서 더욱 좋은 의료복지환경을 만들 수 있는 좋은 계기라고 생각한다. 이에 따른 이해당사자의 한 축인 의료계의 많은 이해와 적극적인 논의가 필요한 때라고 본다.

참고문헌

1. Milton I. Roemer 'National Health Systems of the World' Oxford University Press, Inc.
2. Mill JE, Anarfi JK. HIV risk environment for Ghanaian women: challenges to prevention. Soc Sci Med 2002; 54: 325 - 337.