

연구보고서 2009-01

의료서비스산업 선진화를 위한 제도개선과제

윤 희 숙 · 고 영 선



KDI

발 간 사

지금까지 의료서비스산업에 관한 논의는 영리법인 허용 여부와 이에 따른 경제적 효과에 집중되어 왔다. 한편에서는 여러 가지 긍정적 효과가 나타날 것으로 전망하고 있으나, 다른 한편에서는 그러한 효과가 미미할 것이며, 기존 의료시스템에 미치는 부작용이 매우 클 것이라고 주장하고 있다.

그러나 영리법인병원을 허용하는 문제는 전체 의료서비스부문의 선진화라는 관점에서 각론적 과제로 논의될 필요가 있다. 영리법인병원 문제는 의료서비스의 다양한 측면과 복잡하게 얽혀 있는데, 이를 고려하지 않고 영리법인병원 허용만을 분리시켜 논의하는 것은 단일 사안의 긍정적 효과나 부정적 효과를 지나치게 과장하는 결과로 이어질 것이다.

본 보고서는 실제적이어서 할 경제·사회 정책적 논의가 특정 사안의 정치적 함의에 매몰되어 왔던 기존 논의를 넘어서기 위한 시도이다. 본원의 윤희숙 박사와 고영선 박사는 의료서비스부문의 전반적인 문제점들을 파악하고 개선책을 모색하는 과정에서 영리법인병원 논의를 비롯한 기존의 쟁점들을 의료서비스산업의 정책적 과제 내에 적절히 배치시켰다. 연구의 기본 관점은 의료서비스가 가진 복지적 측면과 서비스산업적 측면을 균형 있게 파악해야 한다는 것이다. 또한 이미 한국 의료서비스부문은 상당 정도 시장이 형성되어 경쟁논리가 주된 작동원리로 기능하고 있으나, 경쟁의 속성이 소비자를 지향하는 건전한 형태가 아니라, 정보 독점과 진입장벽에 기반한 공급자 중심적 시장구조에 의존하고 있다는 점, 그리고 부적절한 규제환경이 이러한 시장구조의 불투명성을 심화시키고 있다는 점 역시 연구의 초점이다.

제조업과 달리 대면서비스를 중심으로 하는 서비스산업의 경우 신뢰에 기반한 투명한 거래관행이 무엇보다 중요하기 때문에, 우리나라 의료서비스시장의 고질적인 불투명성의 문제는 향후 산업발전에 치명적인 장애가 될 것으로 우려된다. 본 보고서는 의료서비스부문에서 건전

한 경쟁이 이루어지지 않는 원인이 규제의 공백과 현실을 고려하지 않은 불필요한 규제 등 정책실패에서 기인한다고 진단하고 있다. 의료서비스부문에서는 시장이 실패할 수밖에 없다는 통념에서 벗어나, 정부부문의 실패가 시장실패를 초래하고 있다는 점을 지적하고 개선방안을 제시했다는 점에서 본 보고서의 정책적 함의는 심대하다고 하겠다.

그리고 적극적으로 개입해야 하는 부분에서 정부의 역할을 강화하고, 시장의 투명성을 저해하는 불투명한 규제는 완화하는 것이 필요하다는 주장은 의료서비스부문의 특수성을 충분히 고려하면서도 전통적인 경제정책의 보편적 원칙과 무리 없이 부합하고 있어, 보편적 설득력을 담고 있다. 본 보고서는 의료서비스부문에서 소비자 권력이라는 화두를 던지고, 이를 위한 정책과제를 제안했다는 점에서 향후의 실제적인 정책논의를 촉발할 것으로 기대된다. 이와 관련한 복잡한 이슈들을 풍부하게 파악하고 개선안을 제시하기 위해 노력한 연구자들의 노고를 치하하는 바이다.

2009년 12월
한국개발연구원 원장
현 오 석

목 차

발간사	
요 약	1
제1장 서 론	17
제2장 의료서비스산업의 환경 변화	22
제1절 정부 역할의 변화	23
1. 의료부문에 대한 정부개입의 목적	23
2. 의료서비스시장에서 소비자의 위상	26
3. 시기별 정부 역할의 변화	28
4. 주요 영역별 정책방향의 변화	30
제2절 병원의 위상 변화	35
제3절 소비자 중심의 시장 재편	38
1. 소비자 지향 비즈니스 모델을 향한 혁신	38
2. 소비자 권력과 정보 접근성	47
제3장 우리나라 의료서비스 공급체계의 특징과 정책환경	55
제1절 의료서비스 공급체계의 현황	55
1. 우리나라 의료서비스 공급체계의 역사적 연원	55
2. 경쟁압력의 상승	59
3. 자본수요의 증대	67
제2절 의료서비스 시장 관련 규제	71

1. 규제의 일반현황	71
2. 소비자의 정보 접근성	74
3. 보건의료인력 질 관리	76
4. 의료시스템의 불투명성과 의약품정책	85
5. 가격규제	94
6. 보건의료업 개설권 제한	99
7. 병상통제정책	104
제3절 의료서비스시장의 문제점	119
1. 경영혁신과 비즈니스 유형 다양화의 여지 미미	119
2. 소비자 지향성의 낙후	121
3. 다양한 시장화 시도와 의료법의 마찰	131
제4장 규제개선의 방향과 예상 효과	136
제1절 소비자 능력 강화	136
1. 의료기관 정보인프라 구축	136
2. 민간보험 관련 정보 접근성 개선	143
3. 환자의 의료정보 접근권 강화	150
제2절 개설권 규제 완화	151
1. 영리법인의료기관 허용	151
2. 의료인의 의료업 독점 완화와 복수사업장 허용	190
3. 부대사업 제한 완화	193
4. 영리법인 약국 허용	195
제3절 규제개선의 효과	211
1. 소비자 권력 강화를 통한 시스템 업그레이드	211
2. 비즈니스 유형 다양화 시도의 허용: 소비자 지향의 경영혁신 증진	212

3. 시장규칙 정립과 투명성 제고	213
4. 융합을 통한 신산업 발전: 건강관리서비스와 U-health	215
5. 산업화 증진의 효과	220
제5장 규제개선외 보완장치	222
제1절 공적의료보장체계 정비	222
1. 국민의료비의 개념적 고찰	222
2. 개설권 제한 완화가 국민의료비 규모에 미치는 효과 예측 ..	226
3. 공적보험의 보장기능 강화	232
4. 필수진료과목 보완	245
제2절 비영리기관의 역할 부여와 퇴출통로 마련	248
제6장 요약 및 결론	253
참고문헌	259

표 목 차

<표 2- 1> OECD 국가의 GDP 대비 의료비 비중과 의료비 증가율	31
<표 2- 2> 인구 대비 병상 수의 추이	37
<표 2- 3> 미국 healthways사의 건강관리서비스	46
<표 2- 4> EHCI 2009의 평가항목 구성	49
<표 2- 5> EHCI 평가지표의 정의와 배점 (소비자 권리와 정보 접근성/e-health 부문)	53
<표 3- 1> 의료기관 수 추이	57
<표 3- 2> 병상 수 추이	58
<표 3- 3> 의료기관당 병상 수 추이	59
<표 3- 4> 의료기관 수 연평균 증가율	60
<표 3- 5> 의협 신고 등록의사 현황	65
<표 3- 6> 의협 신고 등록의사 현황(인구 천명당)	66
<표 3- 7> 병원급 의료기관 도산율	68
<표 3- 8> 100병상당 직원 수	69
<표 3- 9> 100병상당 의사 수	70
<표 3-10> 전문자격사에 대한 규제의 종류	73
<표 3-11> 의료서비스산업의 대상별 주요 규제	74
<표 3-12> 유럽 국가의 의사면허 재인증제도	83
<표 3-13> 주요 외국(미국·영국·독일·캐나다)의 OTC 약품	87
<표 3-14> 각국의 의약품 분류체계	90
<표 3-15> 「공정거래법」상 불공정거래행위의 유형	99
<표 3-16> 의료인 영업조직 규제	100
<표 3-17> 의료기관의 종류	101
<표 3-18> 의료법인과 관련한 「의료법」의 규정	103
<표 3-19> 유럽 병원의 주요 자본조달방법	107
<표 3-20> 국가별 병원자본 조달과 정부 역할	108

<표 3-21>	설립형태별 병원 수 및 병상 수	109
<표 3-22>	주요 국가의 공공 병원 수 현황	110
<표 3-23>	주요 국가의 공공병원 병상 수 현황	111
<표 3-24>	1996년 환자조사 병상규모별 의료기관의 병상 현황	124
<표 3-25>	2005년 환자조사 병상규모별 의료기관의 병상 현황	125
<표 3-26>	1996년 환자조사 병상규모별 의료기관 타 대권 거주 환자 현황	126
<표 3-27>	1996년 환자조사 병상규모별 의료기관 타 대권 거주 환자의 재원일수 현황	127
<표 3-28>	2005년 환자조사 병상규모별 의료기관 타 대권 거주 환자 현황	128
<표 3-29>	2005년 환자조사 병상규모별 의료기관 타 대권 거주 환자의 재원일수 현황	129
<표 3-30>	환자조사 데이터의 의료기관 종류별 모집단 및 조사기관 수 ·	131
<표 3-31>	다양한 자본조달방법	133
<표 4- 1>	National Portal에서 제공 가능한 의료정보의 종류	138
<표 4- 2>	공적보험과 민간보험 간의 관계와 가입 비중(OECD)	145
<표 4- 3>	재산규모별 민간의료보험 가입률	148
<표 4- 4>	직장가입자의 보수월액 규모별 민간의료보험 가입률	148
<표 4- 5>	민간의료보험 가입자와 비가입자의 경제력 차이	149
<표 4- 6>	설립 구분별 병원 수 현황	155
<표 4- 7>	설립 구분별 종별 병상 수 현황	156
<표 4- 8>	미국 민간비영리병원의 거버넌스	163
<표 4- 9>	설립유형별 진료비 지불방법 비중(환자 수 기준)	170
<표 4-10>	개인병원 · 의료법인병원 · 학교법인병원 · 사회복지법인	172
<표 4-11>	설립형태별 의료이익률 및 경상이익률(2007년)	173
<표 4-12>	등록지역병원(communitry hospital)의 설립 구분별 현황	179
<표 4-13>	미국 등록병원의 2007년 현황(연방병원 포함)	180
<표 4-14>	주요 선진국의 법인약국 입법례	197
<표 4-15>	각국의 약국법인의 구성 및 제한 조건	198
<표 4-16>	약국별 근무인력 분포(2006년 6월)	200

<표 4-17>	약국의 위치적 특성에 따른 재고부담	201
<표 4-18>	대표약사의 주평균 근무시간	202
<표 4-19>	전문자격사법인제도의 비교	206
<표 4-20>	100m 이내 인접 약국 및 의료기관 현황	207
<표 5- 1>	국민의료비의 지출구성과 재원조달	225
<표 5- 2>	진료유형별 호탄력성(Arc-Elasticities)	228
<표 5- 3>	GDP 대비 총의료비 비중, 총의료비 대비 공적 비중, 의료비 지출(1970~2007년)	236
<표 5- 4>	서울대학교 병원 본원 차액병실료 구조(소아, 치과 제외)	239
<표 5- 5>	서울대학교 병원의 의료수익구조	240
<표 5- 6>	서울대학교병원 본원 수익/비용	240
<표 5- 7>	건강보험 적용범위의 확대과정	242
<표 5- 8>	보장성 확대 대상 항목 및 재정소요 추계(안)	243
<표 5- 9>	전문과목별 취업별 전문의 현황(2007년)	247
<표 5-10>	약품 도매상 지분소유 유형에 나타난 의료기관 운영구조 (2006년 기준)	250

Box 목 차

<Box 2- 1> 사례: 캐나다 쇼올다이스(Shouldice) 병원	43
<Box 2- 2> 사례: 영국 큐로케어(Curocare)	44
<Box 3- 1> 병상총량 기준으로 지역 간 자원균점을 목표로한 병상수급 적정화계획	114
<Box 3- 2> 지역의 미충족 수요 규모와 구체적 내용	115
<Box 3- 3> 의료서비스시장의 경쟁과 과잉투자	118
<Box 3- 4> 환자조사 데이터	130
<Box 3- 5> 현행법의 자본조달 제한을 우회하는 불법 사례(신문기사) ...	134
<Box 4- 1> 뉴욕 주 심장수술결과 공개효과에 대한 논의	139
<Box 4- 2> 소비자지침과 환자의 권력	142
<Box 4- 3> 산재환자 부풀리기 사례(신문기사)	174
<Box 4- 4> 대표적 영리법인병원의 사례	182
<Box 4- 5> 비의료인의 의료기관 투자 금지에 대한 사무장 병원 불법사례(신문기사)	191
<Box 4- 6> 복수의료기관 개설 금지에 관한 판례	192
<Box 4- 7> 부대사업 관련 규정	194
<Box 5- 1> 2007년 합병 관련 의료법 개정안 내용	252

그림 목 차

[그림 2- 1] OECD 국가의 의료비 지출 구성 추이	32
[그림 2- 2] OECD 국가의 인구 대비 병상 수 추이	36
[그림 2- 3] Euro Health Consumer Index 2009의 결과	50
[그림 2- 4] EHCI 2009 총점 순위	52
[그림 3- 1] 의원급 의료기관의 수	61
[그림 3- 2] 병원급 의료기관의 수	61
[그림 3- 3] 설립형태별 병원급 의료기관(종합병원 포함)의 수	62
[그림 3- 4] 설립형태별 병원급 의료기관(종합병원 제외)의 수	63
[그림 3- 5] 설립형태별 종합병원의 수	63
[그림 3- 6] 병상 수	64
[그림 3- 7] OECD 국가의 병상 수(2005년)	64
[그림 3- 8] 행정구역, 지리적 인접지역과 3% 이상 통행량지역(생활권)의 예시	116
[그림 3- 9] RI의 지역 간 격차(2002년)	117
[그림 3-10] RI의 지역 간 격차(2002년)	117
[그림 4- 1] JCAHO의 소비자용 Quality Report의 정보공개방식	141
[그림 4- 2] 소비자 주도 의료시스템 Triangle	212
[그림 5- 1] 의료서비스시장의 균형과 소비자 잉여	227
[그림 5- 2] 개설권 규제 완화에 따른 균형 이동	227
[그림 5- 3] 수요의 가격탄력성과 개설권 완화효과	229
[그림 5- 4] 투자수익률과 신규 자본투자	230
[그림 5- 5] 개설권 완화와 사회후생	231
[그림 5- 6] 공적의료 지출 비중과 GDP 대비 의료비 지출 비중	234
[그림 5- 7] GDP 대비 총의료비 비중의 추이	237

요 약

1. 의료서비스부문에서의 정부 역할 변화

□ 의료서비스체계의 대표적 유형과 기본원리

① 공공부문 주도형(정부공급형, 공공계약형): 유럽 선진국

- 의료비 지출을 거의 공적으로 조달
- 재정건전성을 위해 의료비용 억제를 주된 목표로 설정
- 의료자원 규제와 의료서비스 이용제한(rationing)을 핵심적 정책 수단으로 사용
- 전달체계를 수립하여 1차 진료의는 문지기 역할(gatekeeping)을 수행하며, 이는 환자의 흐름과 비용을 조정하고 통제하는 대표적인 이용제한(rationing) 기전
- 복지국가 시기를 거치면서 정부 주도의 병원인프라 구축: 통제와 지원의 결합

② 민간부문 주도형: 미국

- 의료비 재원조달의 민간비중이 높음.
- 환자의 의료기관 선택과 치료방법에 제한을 두지 않음.
- 민간 주도로 인프라를 구축
- 정부 역할은 특정한 공공적 수요를 위한 설비투자와 취약계층 지원에 국한

〈표〉 의료비 중 공공지출 비중

(단위: %)

국 가	영 국	프랑스	독 일	스웨덴	스위스	미 국	한 국
비 중	81.7	79.0	76.9	81.7	59.3	45.4	54.9

자료: OECD, *OECD Health Data*, 2009.

□ 시장의 발달

- 서비스 이용을 제한하는 공공부문 주도형에서는 의료서비스시장 발전이 민간부문 주도형에 비해 더디게 진행되고 있으나, 민간부문 주도형 역시 외형적 발전에도 불구하고, 경쟁원리가 통용되고 소비자 권리가 존중되는 성숙한 시장발전도는 낮음.

① 공공부문 주도형

- 이용제한(rationing)으로 인해 환자 입장에서는 원하는 시기에 원하는 종류의 서비스를 이용하는 것이 제한되며, 공적인 권위가 지정하는 서비스를 이용
- 시장기능과 소비자의 권한이 발달하지 못하게 되며, 소비자는 수동적인 입장에 머무르게 됨.

② 민간부문 주도형

- 이용제한(rationing) 없이 환자가 의료기관과 의료인을 선택할 수 있으나, 고용주가 비용을 부담하는 민간보험이 의료보장의 핵심이어서 소비자의 비용의식이 미미
- 정보에 기반한 선택(informed decision)이 어려워 실제적인 선택능력이 취약하며, 시장규모 확대에도 불구하고 가격경쟁과 품질경쟁 등 여타 시장의 통상적 경쟁원리가 구현되기 어려움.

□ 비용 증가와 이용자 불만에 따른 정부 역할의 변화와 시장기능의 중요성 인식: 수렴현상

① 공공부문 주도형

- 1970년대 중 효과적이었던 비용통제가 1980년대 이후 무력해짐.
 - 공급을 억제하는 것이 일정 기간 동안에는 가능하나, 수요

가 증가하는 상황에서는 지속될 수 없음이 인식됨.

- 대부분의 비용 증가가 신의료기술에 기인하며, 미국을 중심으로 한 기술발전의 영향을 막는 것이 불가능
 - 대기시간과 서비스 질에 대한 소비자의 불만 증가
 - 서비스 공급(purchaser/provider split)과 재원조달에 있어 민간부문의 역할을 활용하면서 시장이 작동하도록 소비자 보호장치를 구축(National Portal/소비자 중심지수 평가)하고 시장원리를 중시하는 의료개혁을 추진
- ② 민간부문 주도형
- 민간보험사 위주로 이용되는 문지기 장치(gatekeeping)에 대한 소비자 불만 증가
 - 고용주가 비용을 부담하는 민간보험이 비용의식 약화와 비용 증가의 악순환으로 이어지는 유인구조의 문제점 인식
 - 취약계층의 의료보장과 소비자 주권을 위한 공적기능 강화 요구(오바마 의료개혁)

2. 우리나라 의료서비스시장의 현황

가. 경쟁압력의 심화

- 의료기관, 의사, 병상의 수가 지속적으로 증가하면서 의료서비스시장의 경쟁압력이 심화

〈표〉 의료기관 수 증가 추이

(단위: 개)

연 도	1987	1990	1993	1996	1999	2002	2003	2005	2007
수	17,311 (100)	21,701 (125)	26,661 (154)	31,173 (180)	36,829 (213)	44,029 (254)	45,772 (264)	49,566 (286)	52,914 (306)

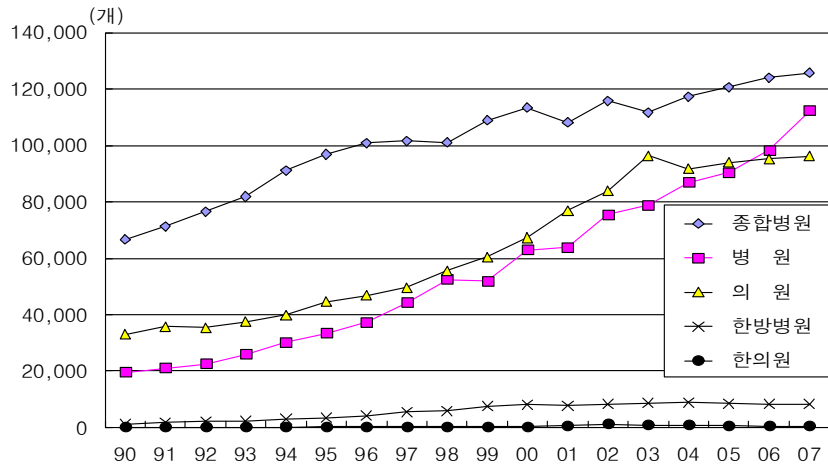
4 의료서비스산업 선진화를 위한 제도개선과제

〈표〉 의협 등록의사

(단위: 인구 천명당 명)

	1980	1985	1990	1995	2001	2005	2006	2007	2008	연평균 증가율
전 국	0.37	0.49	0.66	0.88	1.15	1.42	1.47	1.54	1.58	5.4%
서 울	0.83	0.94	1.20	1.53	1.82	2.28	2.42	2.50	2.56	4.1%

[그림] 병상 수 증가 추이



- 진료서비스 외의 요소들에 의해 병원경영의 성패가 크게 좌우되는 방향으로 변화
 - 소비자가 의료기관을 선정하는 기준이 신뢰성, 전문성, 가격, 친절함, 접근성 등으로 다양화
 - 대형병원은 신뢰성과 설비규모로 인해 점점 더 지배력이 강화
 - 중소병원의 경영난은 시장의 움직임을 잘못 인지하는 경우 경영 실패로 귀결된다는 인식을 고조시키고 있음.
 - 이들의 경영난은 어떤 이유에서든 환자들이 병원을 찾지 않아 나타나는 현상이며, 시장대응에 실패했음을 의미
 - 의원급에서도 전문화와 차별화의 움직임이 뚜렷

- 급여진료과목은 비급여진료를 확대하여 수익을 확보하려는 노력을 전개하는 한편, 비용절감을 위해 네트워크를 통한 규모의 경제 확보에 관심
- 비급여진료과목의 경우 ① 상당한 수익성을 시현하며 일반적인 경영기법들을 적용하여 마케팅 및 관리 측면에서 효율성을 제고하고, ② 네트워크를 통해 규모의 경제를 실현하며, ③ 대형화·전문화하려는 노력을 전개

- 시장화의 움직임은 기본적으로 전문화·자본고도화의 과정
 - 필요자본의 규모가 점점 더 커져, 면허를 가진 의사 개인이 감당할 수 있는 규모를 넘어서고 있음.
 - 자본수요 증가는 의료기술 변화와 맞물린 장기적 추세이나, 우리나라의 경우 경쟁심화 속에서 신규수요 창출노력이 의료서비스와 자본 간 결합을 가속화
 - 병원의 대형화·고급화와 함께, 임차비용의 상승, 장비의 고가화, 인테리어 비용 증가 등으로 개원자금 규모의 증가 추세가 뚜렷

나. 우리나라 의료서비스부문에서의 정부 역할

- 민간 주도 의료인프라 구축과정에서 정부 역할은 미미
 - 일제 시기 공공병원을 의료체계의 중추로 삼고 양의사의 위상 확립
 - 전쟁과 분단을 거치면서 의료공급을 전적으로 민간부문에 의지
 - 개업 후 개인 소유 병·의원의 설립과 확장을 통해 병원, 종합병원으로 확대되는 전형적인 경로에서 병원 간 기능 분담이나 차별화는 이루어지지 않았음.
 - 병상을 통제하고 전달체계를 정립하려는 시도가 있었으나 실효는 없었음.
- 전 국민 건강보험 확립으로 재원조달 측면의 통제력은 상당히 강함.
 - 가격통제(수가), 수량통제(적정성 평가와 진료비 삭감) 병행
 - 공급자들의 불만 수위가 높음.
- 이용자를 위한 규제 취약: 이해단체에 대한 정부 리더십 취약

6 의료서비스산업 선진화를 위한 제도개선과제

- 가격정보, 서비스 질 정보 유통 부재
 - 의료인력 질 관리 미흡
 - 의약품 중심의 한 의료시스템 불투명성 심각(보험약 리베이트/비보험약 판매의 약국 독점)
- 불필요한 규제로 의료시스템 불투명성 심화
- 의료비용 억제와 의료보장 강화를 주된 정책방향으로 표방했으나, 상당 부분의 규제는 정책목표가 분명치 않으며, 기존 공급자의 독점력을 보장해 주는 역할
 - 시장부문의 존재를 무시한 규제들은 버젓이 통용되고 있는 사업 관행을 불법화하고 있어, 법규와 실체가 괴리되는 시스템 불투명성을 초래
 - 법인병원은 비영리법인만 허용
 - 진료활동 독점과 의료업 수행 독점 혼동(병·의원 개설권 독점)
 - 복수사업장 규제

다. 의료서비스부문의 전통적 정책목표

- 의료정책의 핵심목표를 국민의료비 억제로 설정하고 통제 위주의 정책을 선호하고 있으나, 국민의료비는 의료부문에 투입되는 자원의 총량으로서, 국민의료비 상승 자체가 문제라기보다 어떠한 성격의 비용 증가인지가 중요
- 국민의료비 개념은 경제 전체에서 의료부문에 지출하는 액수이며, 거꾸로 말하자면 의료산업의 매출규모를 의미
 - 물론 ① 급여항목의 지출 증가는 공보험재정의 문제를 야기하고, ② 비급여항목 중에서도 선택의 여지 없이 개인이 강제적으로 지출하는 부분은 가계에 과도한 부담을 줌.
 - 그러나 이를 제외한 선택적 영역에서 지출이 증가하는 것은 지불 의사가 있는 소비자의 수요이며, 경제정책 측면에서 독점력이 과도하지 않은지, 소비자가 적절한 가격을 지불하고 있는지가 중요(다음 표의 C의 일부와 D, E 영역)
 - 국민의료비는 무조건 억제할 것이 아니라, 가계소득의 강제적 지

출로 과도하게 이어지는 부분과 선택적 서비스를 통해 다양한 수요를 만족시키는 부분으로 구분할 필요

- 선택적 서비스 영역의 산업 발전은 관련 비용부담을 증가시킬 수 있으나, 가격만큼의 혜택이 발생하는지가 중요
 - 단, 비급여서비스의 강제적 소비로 인해 가계에 미칠 부담에 대해서는 공적의료보장체계의 정비 측면에서 숙고

〈표〉 국민의료비의 지출구성과 재원조달

의료비 지출	A. 건강보험 급여비	B. 본인부담	C. 비급여 (의료적)	D. 비보험 (성형, 보약 등)	E. 기타
재원	공공재원 (건강보험료, 조세)	민간재원 (본인부담금, 민간보험료, 기타)			

□ 건강보험 보장성 강화 목표

- 참여정부 이후 건강보험 보장성 의미를 OECD 공공지출 비중과 혼용하여 이를 보장성의 수치적 목표로 설정
- 그러나 보장성의 문제는 경제적 충격으로부터의 보호기능이 약하다는 것이므로 고액의료비 부담을 줄이는 것이 중요하며, 모든 사람에게 대한 보장률을 올리는 것은 정책목표로서 부적합
- 보장성 강화를 위해서는 수치적 목표 달성보다 고액부담이 발생하는 내용을 개선할 필요
 - 차액병실료 등의 선택적 항목은 선택 가능하도록 제도를 보완하고, 필수적인 의료서비스를 포괄하도록 급여항목을 조정하는 등, 공적의료보장체계의 전반적인 정비가 필요
- 특히, 비급여영역으로 인한 고액부담을 완화하기 위해서는 급여영역 포함 원칙과 기준이 결정될 필요
 - 현재 암 환자의 본인부담률을 10%에서 5%로 인하하고, 고도비만 치료, 척추·관절 질환 MRI, 초음파, 한방 물리치료, 노인 의치, 치석제거(스케일링), 충치치료(광중합형 복합 레진) 등에

대해 보험적용을 추진

- 그러나 이러한 항목들이 어떤 기준에 의해 선택되었는지 불분명할 뿐 아니라, 이들 항목이 과연 가장 시급하고 중요한 항목인지에 대해서는 동의가 이루어지기 어려운 상황

3. 주요 정책이슈

가. 소비자 선택권

- 소비자의 정보 접근성이 취약함에 따라 소비자가 선택은 하되 정보에 기반한 선택(informed choice)이 이루어지지 않아 소비자의 영향력이 미미하고 공급자가 주도하는 시장구조가 유지
 - 의료서비스의 가격·품질 정보에 기반하여 의료기관을 고를 수 있는 메커니즘 부재
 - 의료체계의 대표적 왜곡현상인 대형병원 쏠림현상 역시 중소병원의 품질통제(quality control)가 미약하여, 국민들이 이를 신뢰하지 않는 것이 주된 원인
 - 의료기관 평가가 종합병원 및 300병상 이상의 병원을 대상으로 3년마다 실시되고 있으나, 소비자가 의료기관 선택에 사용하기 위해 상시적으로 정보를 얻을 수 있는 통로가 마련되어 있지 않음.
 - 비급여로 제공되는 의료서비스들이 어느 정도로 필요한지, 신의료기술의 경우 어느 정도로 효과가 입증된 기술인지에 대한 소비자의 정보취득 메커니즘이 취약

<참고>

- 네덜란드: 의료기관을 비교할 수 있게 하는 National Portal을 운영
- 미국: 병원 평가의 상세정보를 개별 기관에 전달하되, 소비자의 선택을 위해 주요 결과를 쉽게 요약하여 별도로 발표

나. 의료인력의 질 관리

- 정보 비대칭성 속에서 인력의 질을 일정한 수준 이상으로 유지하는 것은 소비자 보호와 시장기전의 작동을 위해 필수적

- 대부분의 의사인력이 우수하다고 하더라도, 정작 인근 의원이나 중소병원의 의사인력이 소수의 부적격자일 가능성을 배제하지 못할 때, 환자들은 신뢰 수준이 상대적으로 높은 대형병원으로 몰림.
- 선진국과 달리 일단 의사면허를 발급한 후에는 면허 재교부나 갱신을 전혀 요구하지 않기 때문에, 고령으로 신체기능이 감퇴했거나 진료능력이 적절히 유지·발전되지 않은 경우, 수십 년간 진료 활동을 하지 않았던 경우 등에 대해서도 통제할 장치가 부재
- 면허 유지를 위해 보수교육 이수를 요구하지 않는 시스템은 글로벌 기준에 크게 못 미치고 있어 전면적인 재정비가 필요
 - 우리나라의 보수교육 이수조건은 연간 8평점인 데 비해 미국 등 선진국의 평점기준은 연간 약 50점

다. 시스템 불투명성과 의약품정책

- 의료시스템의 불투명성은 의약품 리베이트를 중심으로 구조화되어, 소비자 후생이 배제되어 왔음.
 - 의약품정책 관련 위원회나 연구참여진에 의사, 약사 동수가 참여해야 하는 관행 등은 의약품정책이 이해집단 간 이권다툼의 장임을 표현
 - 처방약 중 복제약 가격을 정책적으로 높게 유지하고 가격경쟁을 억제하면서 리베이트로 막대한 경제적 지대가 발생하는 구조가 정착되었고, 이는 의사와 약사 간의 이해갈등의 중심
- 의약품 분류제도는 이해관계자들만의 의견 대립이 교착된 상태에서 합리적인 관리체계 없이 운영되어 국제기준에 크게 뒤떨어져 있음.
 - 선진국에서는 상시적으로 의약품을 재분류하는 과정이 제도화되어 있음.
 - 처방약으로 시판된 후, 안전성이 확인되면 약국약으로, 안전성이 더 확인되면 다시 일반판매약으로 분류되는 시스템임.
 - 이러한 정책의 목표는 소비자 편의를 위해 보다 넓은 범위의 의약품을 OTC로 이동시키는 것임.

- 우리나라의 경우 1999년 의약분업 시 전문의약품과 일반의약품 분류가 이루어진 후 재분류가 이뤄지지 않았으며, 의약품 분류는 의사와 약사 간 이권 다툼의 장으로 고착

라. 시스템 불투명성과 비영리법인병원

- 의료법인의 역할 부여와 퇴출경로 마련
 - 현재 사실상 영리를 추구하는 의료기관임에도 불구하고, 퇴출경로가 허용되지 않고 투명경영, 공익적 서비스 제공을 위한 관리수단이 미흡함에 따라 불건전한 이윤추구행위 횡행
 - 산재환자·자보환자와 결탁, 요양기간을 연장하여 급여 누수를 초래하는 편법적 운영
 - 회계조작 비용처리를 통한 개인수익 확보와 불법적인 진료 외 수익, 편법매각과 상속
 - 비영리법인에 대해서는 공익적 성격이 분명하도록 정관에 기관의 목적을 명시할 것을 요구하는 한편, 세제혜택과 세제혜택 적격조건을 동시에 강화하여 비영리기관에 대한 사회적 기대치를 제고할 필요
 - 모든 비영리의료기관의 정관에 공익적 목적(mission statement)과 목적사업을 구체적으로 명시하게 하고 이후 이를 준수하는지를 점검하고 필요시 강제할 필요
 - M&A 허용 등 의료법인의 퇴출 가능성을 열어, 경영난에 직면했을 때 부작용을 양산하며 시장에 잔존하는 대신, ‘높아진 비영리 의료기관의 기대치에 맞도록 운영할 것인지, 퇴출할 것인지’를 선택할 수 있도록 허용할 필요

마. 개설권 규제

- 시장화 움직임이 빠르게 진행 중이나 불합리한 법조항으로 인해 규칙과 실체가 괴리되고 불법행위가 발생
 - 다양한 자본조달방법
 - 공동개원: 초기 개원비용이 의사 개인의 범위를 넘어서는 경우,

2~3명의 의사가 공동으로 개원

- 프랜차이즈를 통한 브랜드 확대: 개원 시에 가입비를 받고, 통일된 인테리어 및 의료장비 등을 제공하는 형태로 개원을 지원. 개원 이후에는 브랜드만 공유하고, 별도로 운영되는 의원 연합체
- 별도의 납품업체 설립에 따른 이익 환원: 재단법인이 설립한 중 소병원에서 이익을 배당받거나 전용할 수 없기에, 이에 대한 보상기제로서 대표원장(또는 이사장) 지인(가족) 명의로 별도의 납품업체를 설립하고, 동 납품업체를 통해서만 의료기자재 등을 구입하고, 해당 제품에 대한 일정 마진을 납품업체에 남겨 주는 방식으로 병원의 이익을 별도의 법인에 유보하는 방식
- 관리의사를 통한 추가 개원: 일단 개원에 성공한 원장(대표원장)이 추가로 지점을 개원하되, 사실상 봉직의를 내정하고 동 봉직의 이름으로 개원을 하게 하며, 수익은 나눠 갖는 구조이며, 가장 보편적인 형태로 활용되고 있음. 현금을 통한 이윤배분과정에서 매출 누락과 탈세
- 비의료인(재료상, 부동산업자)에 의한 투자: 개원에 필요한 재원의 부족을 느낄 때, 재료상(의료기기 및 의약품 납품업자)으로부터 개인적으로 투자를 받고, 해당 병·의원의 이익을 나누는 방식으로, 매출 누락의 유인이 발생
- 의료장비 구입가 부풀리기: 개원의가 초기 운전자분을 비공식적으로 확보하기 위해 리스대상 의료장비 등에 대하여 실제 구매원가보다 높게 사는 대신, 리베이트를 현금으로 받아 사용하는 방식

□ 영리법인병원 금지

- 개인영리병원은 허용하면서 법인영리병원은 금지하는 것은 유사 규제의 사례를 찾기 어려운 독특한 규제
- 네덜란드의 영리병원 금지: 영리추구 금지원칙은 개인병원과 법인을 구분하지 않고 영리의료기관을 금지하나, 2012년 관련법 개정 예정

- 일본의 영리법인 금지: 일본의 비영리법인은 지분을 인정하고 있어, 원래 의미의 비영리법인이라 하기 어려움.
 - * 비영리기관은 정의상 수익분배가 금지되는(non-distribution) 기관인데, 일본의 경우 2009년 3월 현재 전체 의료법인 44,891개 중 96%인 43,234개가 지분을 인정하고 있음.
- 미국의 상업적 의료행위 금지의 원칙: 우리나라의 영리법인 금지와 가장 유사한 성격의 규제로서, FTC의 반독점개혁 주장과 AMA 간의 충돌 후 폐지
 - 우리나라의 비영리법인병원은 비영리적 성격이 미미함에도 불구하고 명목적으로 규제를 부과함에 따라 각종 탈·편법 발생
- 개인의원의 규모확대과정에서 개인소득세보다 법인세가 유리해지는 지점에서 의료법인으로 전환
 - 공익·자선을 목적으로 설립된 서구의 비영리법인과 달리, 존립이유나 미션, 소명의식이 결여된 상태이며, 운영방식에 있어 개인병원과 차별점 없음.
 - 이사회 거래 등 상속수단으로 이용되고, 비용 부풀리기 등으로 병원장 개인의 수익 추구도 암묵적으로 이루어지고 있어, 비영리법인의 정의(definition)인 분배금지원칙(non-distribution)조차 준수되지 않고 있음.

〈표〉 설립 구분별 병원 수 현황

(단위: 개, %)

	종합 병원	병원	요양 병원	전체 병원		요양병원 제외	
				계	비율	계	비율
전 체	314	1,195	707	2,216	100	1,509	100
공공-계	60	45	43	148	6.7	105	7.0
민간-계	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.

□ 의료인의 의료업 독점 보장과 복수사업장 금지

- ① 의료인의 의료업 독점 조항: 의사가 非의료인에게 고용될 경우 그의 직업적 윤리가 병원 소유자의 의도에 따라 억압받을 수 있다는 논리에 근거
 - 그러나 의사의 직업윤리가 미약하다면, 의사 개인이 수익을 추구하는 개인병원이 허용되어서도 안 될 것이며, 의사그룹의 전문가적 윤리가 튼튼하다면, 그가 투자자에게 고용될 경우에도 크게 우려할 만한 일이 발생하지 않을 것이라고 볼 수 있음.
 - 의료행위를 의사면허를 가진 자에게 독점시키는 것은 국민의 안전을 위해 필요하나, 의료업에 투자할 권리까지 면허소지자에게 독점시키는 것은 논거가 미약
 - 현실에서는 이미 사무장 병원이나 약국지분 참여 등 개인투자자들이 현행법과의 마찰을 피하기 위해 불법적으로 의료업에 투자하는 양상이 다수 관찰되고 있음.
- ② 의료기관 중복개설 금지 조항: 진료기능을 수행할 수 있는 인력의 관리하에 의료기관이 운영되어야 한다는 것
 - 의료인이 자격을 가진 다른 의료인을 고용하여 진료업무를 관리하게 하는 것이 불법으로 취급될 근거는 미약
 - 의료인 한 명이 다른 의료인을 고용하여 복수의 의료기관을 운영하면서 이면거래를 하는 행태는 보편적으로 관찰되고 있음. 이 경우 소득세 누락 등 세무 행정상의 문제까지 발생

□ 개설권 규제 완화의 기대효과

- ① 소비자의 선택권을 강화하는 정부정책이 뒷받침될 경우, 기업가적 정신을 발휘하는 자유로운 혁신활동의 허용은 시장이 소비자가 원하는 바를 좇게 하는 시스템 전환에 기여할 가능성
 - 소비자의 복잡해진 수요에 대처하려는 경영전략과 자본의 자유로운 결합 시도를 허용할 경우, 환자 필요에 맞춰진 서비스들이 다양하게 개발될 수 있을 것으로 기대
 - 소비자의 선택기능을 보장하여 건전한 경쟁이 이루어지는 환경을 조성할 경우, 기업가정신(entrepreneurship)의 영리추구가 갖

는 동력이 서비스 가격 하락과 서비스 질 개선으로 이어짐.

- 개설권 규제 완화만으로 의료시스템의 비약적 발전을 기대하기 어렵다는 점은 주지될 필요가 있으며, 기대한 효과를 낳기 위해서는 이용자가 시장에 영향을 미치도록 선택권을 강화하는 정책이 필수적으로 요구됨.

② 개설권 규제 완화는 의료진의 자본 욕구를 충족해 주면서도, 투명한 경영이 이루어지도록 감시하는 건전한 자본의 참여를 통해 산업 전반의 투명성과 건전성이 제고되는 효과

- 대부분의 중소형병원 및 의원들은 자본조달의 요구에 직면하여, 규제환경을 우회하면서 음성적인 방식으로 자본을 조달하고 있음.

- 주식 소유자(shareholder)에 대한 책무성(accountability)은 수익을 감출 유인을 해소시키며, 이것이 회계감사 강화와 결합될 경우 전체 의료시스템의 투명화를 선도하고 시스템을 업그레이드하는 효과 가능

③ 개설권 규제 완화는 단기적인 경제적 효과를 목표하기보다 장기적으로 의료서비스산업이 건전하게 발전하기 위한 초석의 일부로 이해될 필요

4. 향후 정책방향

- 우리나라 의료서비스시장의 문제점은 소비자 지향성의 미흡, 질 관리 취약, 불투명성, 규제와 실제의 괴리로 인한 원칙의 부재로 요약되며, 이를 개선하기 위해서는 필요함에도 미비된 규제는 강화하고 불필요한 규제는 완화하는 것이 필요
- 소비자가 선택능력을 갖지 못하여 영향력을 발휘하지 못하고 공급자 주도로 작동되고 있는 의료서비스시장을 소비자 중심으로 전환하기 위해서는 소비자의 선택능력을 강화하는 조치가 시급
 - 소비자 권력을 위해서는 의료기관에 가기 전에 가격정보와 진료비정보, 서비스 질 평가결과 등을 획득할 수 있도록 정부가 제도

를 확립하는 것이 첫걸음

- 정보 비대칭성은 의료부문 고유의 문제점이나 이를 가능한 범위
에서부터 극복하여 시장기능을 작동시키려는 노력은 각국에서 다
양하게 이루어지고 있어 유용한 참고점들을 제공하고 있음.
- 소비자가 선택권을 행사하기 위해서는 공급자들의 기본적인 질이 보
장되어야 하며, 이를 위해 의료인력의 면허갱신제도 도입과 보수교
육 강화가 시급
- 의료시스템의 불투명성은 주로 의약품 리베이트를 중심으로 구조화
되어, 보건의료인력이 의약품을 매개로 이권을 다투는 구조가 정착
됨. 이러한 구조를 철폐하기 위해서는 처방약의 가격을 정책적으로
높게 유지하며, 경쟁을 차단한 보험약 가격제도를 개선하고, 소비자
중심으로 의약품을 분류하는 시스템을 구축할 필요
- 규제환경과 시장현실 간 괴리 해소: 시장현실은 빠른 자본화 추세를
보이고 있으나, 「의료법」은 자본조달을 제약하여 각종 탈법적 행위
를 유도하고 불투명한 거래관행을 조장하고 있음. 개설자격 완화를
통한 자본조달 제약 완화 및 비즈니스 유형 다양화와 함께, 비영리법
인의 요건 강화와 퇴출경로 마련 필요

제1장 서론

의료서비스부문의 선진화 필요성이 대두되고 있다. 과도한 규제환경에 눌러 산업의 부가가치 창출능력이 제한된다는 주장이다. 그러나 전통적인 복지개념에서 의료서비스는 산업의 영역이 아니라 사회정책의 영역이었다. 이러한 인식의 차이는 의료서비스부문의 선진화가 도대체 무엇을 의미하는지에 대한 동의 자체를 어렵게 하고 있다.

본 보고서는 의료서비스가 다른 재화와 달리 국민의 ‘생존권’, ‘행복추구권’과 직결되는 특수한 성격을 갖는다는 것, 그래서 ‘재화’인 동시에 ‘권리’인 측면도 강하다는 입장에 기반하고 있다. 따라서 상업적 논리를 의료서비스부문에 적용함에 있어 한계가 존재할 수밖에 없다. 그리고 본질적으로 의료서비스는 사회정책의 대상으로서의 성격을 강하게 갖는다.

그러나 동시에 우리는 의료서비스의 ‘재화’로서의 성격이 강화되고 있는 추세라는 점에 주목한다. 이는 정치가나 전문가, 사회운동가들의 지향과 상관없이 의료서비스 이용자의 변화에서 초래되고 있는 경향이다. 사회안전망으로서의 의료서비스를 수동적으로 제공받던 이용자들은 점차 관련 지식을 획득하는 한편으로, 스스로가 원하는 수준과 종류의 서비스를 요구하고 있다. 이렇게 이용자가 획일적인 서비스에 만족하지 않고 스스로의 구매력과 선호에 따라 다양한 품질을 요구하기 시작할 때, 시장이 형성되는 것은 자연스러운 현상이다.

탄탄한 공적의료보장체계에서 서비스 이용제한(rationing)을 주된 메

커니즘으로 삼던 유럽 국가들에서 소비자의 불만족으로 민간의료서비스시장이 확대되고 있는 것은 이러한 경향을 잘 나타낸다. 공공부문이 제공하지 않는 영역에서 민간시장이 빠르게 발전하고 있으며, 소비자는 스스로의 선호를 능동적으로 추구하고 있다. 더 이상 복지제도로서의 의료서비스라는 관점으로서는 이러한 소비자들의 욕구를 만족시키기 어려워지는 것이다.

복지국가 시기를 지나지 않은 미국의 경우도 약간의 차이는 있으나 유사한 움직임이 감지되고 있다. 의료서비스시장은 크게 확대되어 있으나, 제도적 인프라를 통해 정보 비대칭성을 완화시키는 공적인 역할이 미흡한 상황에서 소비자의 권리에 대한 요구들이 강화되고 있다.

우리나라의 의료서비스 선진화 논의 역시 바탕을 근본적으로 뜯어보면, 그간 의료부문에서 소비자로서의 권리가 중시되지 않아온 것이 저변에 깔려 있다. 그간 사회정책적 입장에서 의료서비스는 전 국민에게 일정한 수준을 보장해야 하는 사회보장제도로서만 접근되었기 때문에 소비자의 선호나 선택에는 그다지 큰 의미가 부여되지 않았다.

그러나 민간 주도로 발전되어 온 의료서비스부문에서 시장은 이미 광범위하게 형성되어 있다. 사회안전망 강화에 대한 요구가 높으나, 질 높은 서비스를 받고 싶어 하는 욕구는 이미 사회안전망 정책 속에만 가두어지기 어려운 상황이다. 올해 초 있었던 설문조사(한국개발연구원 [2009])에서 민간자본의 유입 시 60%에 달하는 국민이 의료양극화에 대한 우려와 함께 서비스 질이 향상되고 소비자의 선택권이 확대될 것이라는 기대를 표명한 바 있다.

따라서 이런 측면에서 의료서비스산업 선진화의 의미에 천착할 필요가 있다. 통상적으로 산업 선진화 논의는 산업매출의 규모와 동일시되면서, ‘우리나라의 최고급인력이 의료부문에 몰리는데도 불구하고, 의료서비스의 규모나 인지도가 만족할 만한 수준이 아니라’는 것에 초점이 맞추어져 있었다. 그러나 산업 선진화의 궁극적인 목적은 이용자의 후생을 극대화하는 것이며, 이를 만족시키려는 공급자의 시도들이 얼마나 원활하게 발현되고 있는지가 중요하다. 즉, 의료서비스 선진화란 ‘국민들이 양질의 서비스를 적은 부담으로 이용하여 후생을 최대화하고, 국민들의 필요나 요구에 신속하게 반응(responsive)하도록 시스템을 개선하

는 것'을 의미한다. 따라서 의료서비스산업의 현황과 정책과제도 이러한 관점에서 검토되어야 할 것이다.

우선 소비자의 만족 극대화라는 목표에 비추어 우리의 의료시스템이 미진한 부분이 무엇인지 검토하는 것이 필요하다. 우리나라는 민간 주도로 의료시스템이 발전되어 오는 과정에서 서비스 이용을 제한하는 유럽식의 수량제한(rationing)은 뿌리내리지 못했고, 국민들은 서비스 종류와 의료기관, 서비스 양을 제도적으로 제한하지 않는 것에 이미 익숙해져 있는 상황이다. 그런 의미에서 통제를 주로 하는 유럽식 모델을 적용하는 것은 실현 가능성이 높지 않을 것이다.

반면, 미국식의 자유방임 역시 바람직하지 않은 모델이며, 우리는 사회안전망 기능의 측면에서 이미 미국을 상당히 앞서고 있다. 대표적으로 공적보험제도가 존재한다. 그리고 공적보험제도가 상당 부분의 의료비를 지불하고 있는 우리나라에서는 진료량이나 진료방법 등 공급자 통제가 강하게 부과되고 있다. 따라서 자유방임적 시장메커니즘을 그대로 이식하는 것도 부적절하다.

지금은 소비자의 다양한 선호를 만족시키면서 산업을 선진화하는 동시에 사회안전망으로서의 공적 기능도 강화하는 두 가지 과제를 동시에 추구해야 하는 시기이다. 이러한 과제를 정면으로 다잡아 시스템을 재편하려는 시도는 세계 어느 곳에서도 유례를 찾기 어렵다. 그렇기 때문에 우리와 다른 경로를 거쳐 발전한 외국의 제도를 그대로 이식하려는 시도는 무의미할 것이며, 이는 과거 복지국가의 제도를 모방한 시도들이 우리 토양에 뿌리내리지 못한 사례에서도 뚜렷이 나타난다.

지금은 우리 의료시스템의 경로의존성(path dependency)을 충분히 고려하면서 사회적 동의를 끌어내어, 복지 발전과 소비자 만족이라는 두 마리 토끼를 잡기 위한 시스템 재편에 착수해야 할 시점이다. 결국 우리가 무엇을 성취할 수 있는지, 어디로 향하고 있는지를 정립하기 위해서는 우리가 거쳐온 과정에 대한 이해를 기반으로 우리에게 걸맞은 해법을 스스로 모색해야 할 것이다.

그간 우리의 의료정책은 주로 통제를 지향해 왔다. 병상을 통제하거나, 전달체계를 수립하는 등 전체 체계를 통제하기 위한 시도들이 꾸준히 있어 왔다. 그러나 수요 측 요인을 통제할 수 없는 상황에서 이러한

조치들은 번번이 실효성을 갖지 못했다. 그리고 광범위하게 형성된 시장의 움직임을 간과한 결과, 시장의 규율을 세우려는 노력은 부족했다. 그 결과로 현재의 의료서비스산업은 한마디로 ‘시장은 있으나, 시장메커니즘은 제대로 작동하지 않는다’이다. 그 이유는 주로 ‘시장의 규율을 위해 매우 적극적으로 정부가 수행해야 하는 영역에서는 정부 역할이 부재한 반면, 공급자의 자율과 창의를 바람직한 방식으로 끌어낼 수 없게 만드는 규제들은 과잉’이기 때문인 것으로 보인다. 수요를 통제하지 못하는 상황에서 국민들은 적절한 판단기준을 제공받지 못해 대형의료기관으로만 몰리며, 의료기관들은 가격을 내리거나 서비스 질을 높이기보다 외형적인 확대에 집중하는 왜곡된 경쟁구조이다. 그리고 이로 인한 사회적 낭비는 그대로 소비자의 몫이다. 소비자가 시장에 영향을 미치는 통로는 차단되어 있고, 공급자가 소비자의 정보 부족을 이용하는 ‘공급자 주도’의 시장이라고 하겠다.

그런데 이러한 과정에 기여한 상당수의 규제들은 자유로운 공급자의 진입을 저해하는 부작용을 갖는 한편, 사회정책으로서의 정책목표 자체가 모호하다는 문제점을 갖는다. 예를 들어, 다양한 진입장벽은 의료서비스의 복지적 성격을 강화하는 기능을 수행하지도 않으면서 기존의 공급자를 보호할 뿐이다. 경쟁정책은 ‘경쟁의 과정을 보호하되 개별 공급자를 보호하는 것을 지향해서는 안 된다’는 원칙이 통용되지 않고 있다. 그런 와중에 창의적인 경영혁신을 꾀하는 공급자나 신규진입을 원하는 잠재적 경쟁자는 규제를 우회하는 편법을 구사하고 있고, 그 과정에서 매출 누락 등 탈법적인 요소가 결합되고 있다. 존재의미가 모호한 규제에 의해 실제의 사업관행과 법규정이 괴리되는 표리부동의 사회가 심화되고 있는 것이다.

실익이 모호한 규제는 개선되어야 할 것이다. 편법과 탈법을 양산하고 있는 의료기관 개설 관련 규제가 대표적이다. 반면, 필요한 규칙에 대해서는 정부가 단호하고 엄정하게 대처해야 할 것이다. 예를 들어, 공급기관의 가격과 서비스 질에 대한 정보를 유통시키는 문제는 소비자 보호와 경쟁메커니즘 작동을 위해 정부가 가장 적극적이고 단호하게 개입해야 하는 부분이다. 의료인력의 질 관리 역시 소비자 선택의 기본적인 기반을 마련하기 위해 정부의 감독기능이 강하게 요구되는 부분이

다. 일상생활과 가장 가까운 의료서비스인 의약품 판매에 관해서는 정부가 유통채널을 넓혀 가격경쟁을 증진시켜야 할 것이나, 이는 그간 이해그룹의 반대에 부딪혀 진전되지 못했다.

이러한 영역에서는 원칙의 정립과 시행이 시급하다. 이는 소비자가 서비스를 선택하는 능력을 키워 시장으로 하여금 소비자를 지향하게 만드는 근본적인 개혁의 시작이다. 그리고 소비자가 바라는 것이 무엇인지 파악하여 대응하려는 공급자들의 시도를 억제하지 않도록 규제를 완화하여, 건전한 경쟁이 이루어지도록 해야 할 것이다. 결국 소비자가 양질의 서비스를 적절한 가격에 이용할 수 있도록 경쟁의 과정을 보장하고, 이 과정에서 공급자들이 자유로이 스스로를 혁신할 수 있도록 시장의 틀을 세우는 노력이 필요하다. 그리고 경쟁의 과정이 보장되기 위해서는 소비자의 정보 접근과 선택능력, 즉 소비자 권력의 강화(consumer empowerment)가 필수적이다.

본 보고서는 이러한 관점에서 ‘소비자 권력을 강화하고, 의료서비스 시장이 소비자를 지향하면서 변화하도록 하기 위해 필요한 규제와 제거해야 하는 규제’를 파악하고, ‘상품’으로서의 의료서비스 논리와 ‘권리’로서의 의료서비스 논리가 적절히 공존하기 위한 정책적 보완을 모색했다.

제2장에서는 의료서비스산업의 전반적인 환경 변화를, 제3장에서는 의료서비스 공급 측면과 규제환경의 특징을 진단했다. 제4장에서는 제3장에서의 진단을 바탕으로 규제개선의 방향을 제시한 후, 제5장에서 규제개선의 효과를 증폭시킬 수 있는 보완제도를 제안했다.

제2장

의료서비스산업의 환경 변화

의료부문은 정부의 개입과 통제가 강한 부문으로 시장과 소비자의 역할은 제한되어 왔다. 그 원인은 크게 두 가지로 구분될 수 있다. 첫째, 의료서비스시장에서는 상대적으로 시장실패(market failure)가 많이 발생한다. 이는 주로 정보 비대칭성(information asymmetry)에 기인한다. 둘째, 많은 나라에서는 정부가 복지체계의 일부로 의료체계를 직접 구축해 왔다. 의료서비스는 가치재(merit goods)의 성격을 강하게 지니고 있기 때문이다. 그러나 1970년대 이후 정부 주도 및 공급자 중심의 의료체계는 변화를 겪고 있다. 한편으로 의료비용이 급격히 상승하고, 다른 한편으로 공공부문 중심의 서비스 공급체계에 대한 소비자들의 불만이 높아짐에 따라 각국은 점차 시장의 역할을 확대하고 소비자 중심으로 의료체계를 재편하고 있다. 과거 의료서비스 이용자들은 공공부문이 제공하는 서비스를 수동적으로 이용해 왔으나, 이제 의료서비스에 대한 다양한 선호를 주장하게 되면서 능동적 소비자로 변모하고 있다. 의료비의 민간부담 증가 역시 이러한 추세를 가속화하고 있다. 공적재원보다 본인부담과 민간의료보험 비중이 증가하면서 가격과 서비스 질에 예민하게 반응하는 소비자층이 형성되고 있다. 아래에서는 이러한 환경 변화를 살펴보기로 한다.

제1절 정부 역할의 변화

1. 의료부문에 대한 정부개입의 목적

의료부문에 대해 정부가 개입하는 목적은 ① 시장실패의 치유 및 ② 가치재로서 의료서비스에 대한 공평한 접근성의 보장 등으로 파악된다. 많은 사람들은 의료가 ‘공공성’을 갖고 있다고 믿는데, 공공성의 구체적 의미는 이러한 두 가지로 분해될 수 있다.

가. 시장실패의 치유

시장실패(market failure)는 시장에 맡겨둘 경우 여러 가지 이유로 사회적 후생이 극대화되지 못하는 상황을 의미한다. 정부는 시장실패를 치유하여 사회적 후생을 극대화할 잠재력을 갖고 있다. 시장실패의 이유로는 정보 비대칭성, 부정적 외부효과, 진단과 진료의 동시적 담당이 거론된다.

1) 정보 비대칭성

정보 비대칭성(information asymmetry)은 의료부문에서 가장 중요한 시장실패의 원인으로 꼽힌다. 이는 환자가 가진 정보가 의료인이 가진 정보보다 적은 상태를 의미한다. 예를 들어, 병이 제대로 낫지 않았을 때 대부분의 환자는 그것이 의사의 무능력 또는 과실 때문이었는지 아니면 자신의 특이한 체질 또는 병의 복잡성 때문이었는지 판단할 능력을 갖고 있지 못하다.

통상적으로 재화는 탐색재(search goods), 경험재(experience goods), 신뢰재(credence goods)로 구분된다. 탐색재란 소비자가 구매하기 전에 재화의 품질을 판단할 수 있는 재화를 말한다. 경험재란 구매하기 전에 품질을 판단할 수 없고 재화를 소비한 후에야 품질을 판단할 수 있는 재화를 말한다. 그리고 신뢰재란 소비한 후에도 품질을 판단할 수 없는 재화를 말한다. 앞 문단의 설명에 따르면 의료서비스는 신뢰재에 해당한다.

정보 비대칭성이 존재하는 경우 역선택(adverse selection)으로 인해 시장실패가 발생할 수 있다. 즉, 소비자는 의료서비스의 실제 품질을 판단할 수 없어 평균적인 품질의 의료서비스를 기대하고 그에 해당하는 비용만을 지불하기를 원하게 된다. 그러면 고품질·고비용의 서비스는 시장에서 퇴출되어 평균적인 서비스 품질이 낮아지며, 이는 다시 소비자들의 평균적 기대 수준을 낮추게 된다. 결국 시장에는 저품질의 서비스만 남게 되고, 극단적인 경우 시장이 존재하지 않게 된다.

정보 비대칭성으로 인한 서비스 품질의 저하를 막기 위해 정부는 교육·실습·시험 등의 과정을 거친 사람들에게만 면허를 부여하고 의료행위에 대한 배타적 업무영역을 보장한다. 그 외에 분원설치 제한, 시설기준 등의 규제 역시 의료서비스 품질을 확보하기 위한 규제이다.

한편, 낮은 품질이 아니라 지나치게 높은 품질이 문제가 될 수도 있다. 환자는 충분한 정보를 가지고 있지 못해 자신의 선호를 의료인에게 분명히 밝힐 수 없는 경우가 많다. 이 점을 이용하여 의료인이 환자에게 불필요한 진료를 제공하고 진료수입을 부풀릴 가능성이 있다.

2) 부정적 외부효과

부정적 외부효과는 서비스의 품질이 낮아 서비스를 받은 사람 이외의 사람들에게 피해를 입히는 것을 말한다. 전염병 치료가 그러한 예이다. 전염을 방지하기 위해 필요한 조치를 충분히 취하지 않을 경우 막대한 부정적 외부효과가 발생할 수 있다. 부정적 외부효과를 차단하기 위해 정부는 서비스 품질을 확보하기 위한 제반 규제를 시행한다.

3) 진단과 진료의 동시적 담당

환자는 의사로부터 진단(diagnosis)을 받은 후에 같은 의사로부터 진료(treatment)까지 받는 경우가 대부분이다. 이 경우 의사는 필요 이상의 진료가 필요한 것으로 진단함으로써 진료수요를 인위적으로 높일 수 있다. 의료서비스의 경우 의료보험의 존재로 인해 환자의 비용의식이 낮아 이 문제가 더욱 심각할 수 있다. 본인부담이 크지 않은 상황에서 환자는 공급자의 과잉진료를 거부할 유인이 작으며, 이를 잘 알고 있는 공급자는 과잉진료를 제공함으로써 수입을 높이려 할 유인이 크다(Cox

and Foster[1990].

이와 같은 시장실패가 존재하는 상황에서는 공급자 간의 경쟁을 통해 가격이 하락하고 품질이 개선되는 시장원리가 발현되기 어렵고 과잉진료가 나타날 가능성이 존재한다. 이런 인식에 따라 대부분의 선진국에서 정부가 의료서비스시장을 관리해 온 결과 현재 의료서비스시장의 영역은 다른 부문에 비해 협소한 것으로 평가된다.

나. 형평성의 보장

의료정책에 관해서는 다른 재화와는 구별되는 특수한 분배적 판단이 개입되어 왔다. 즉, “국민 모두가 필요할 때 쉽게 의료서비스에 접근할 수 있어야 한다”는 당위론에 따라 어느 나라에서나 의료부문의 형평성을 보장하기 위한 노력이 오래전부터 진행되어 왔다. 이는 시장실패의 논리와는 별개의 개입논리로서, 객관적·이론적 성격보다는 사회적 선호에 의해 결정되는 주관적·현실적 성격을 가진다.

한 예로, 의료부문에서는 의료서비스의 사용이 얼마나 평등한지 자체가 중요하게 취급된다. 이는 소득 수준을 향상시키는 것이 중요할 뿐, 소득을 어디에 지출하는지는 별반 큰 의미를 갖지 않는 재분배정책의 일반적 원칙과 차이를 갖는다. 즉, 일반적인 재분배정책에서는 동일한 경제력을 가진 두 사람이 특정 재화나 서비스를 각각 다른 정도로 구매하여 사용할 경우, 이는 개인의 취향이나 선호에 따른 결과로 간주하여 문제 삼지 않는다. 그러나 의료부문에서는 의료서비스가 얼마나 균등하게 이용되고 있는지 자체가 정책적 개입의 근거가 된다. 예를 들어, 저소득층이 부유층에 비해 의료를 적게 이용한다면, 이들의 소득격차를 떠나 의료이용의 차이 자체가 중요한 사회문제로 취급된다. 이처럼 다른 재화보다 의료서비스는 월등히 더 평등해야 한다는 정서가 지배적이다.

의료부문의 형평성의 구체적 형태에 관해서는 다양한 입장의 차이가 존재한다. 대표적으로 평등주의자(egalitarian)와 자유주의자(libertarian)의 견해를 들 수 있다. 평등주의자들은 소득이나 자산이 의료자원의 배분에 영향을 미치는 것에 대해 거부감을 갖고 있으며, 필요에 의해 분배가 이루어져야 한다고 주장한다. 이러한 견해는 실제에 있어서도 상당히

강력한 호소력을 가지고 있어 상당수의 국가에서 ‘지불능력에 따른 부담과 동등한 필요에 따른 동등한 진료’를 원칙으로 표방하고 있다(Van Doorslaer and Wagstaff[1992]; Wagstaff and Van Doorslaer[1993]). 이에 반해 자유주의자들은 개인 간 의료서비스 사용의 차이 역시 사회의 보상 기제(reward system)의 일부이므로 개인의 능력(merit)이 반영되는 것이 자연스럽다고 생각한다. 그리고 부담하려는 의사와 능력에 따라 서비스가 배분되어야 하므로 국가의 개입은 빈곤층에게 적정 수준을 보장하는 것에 한정되어야 한다고 주장한다(Maynard and Williams[1984]). 대부분의 국가는 이러한 양극단의 입장이 혼합된 중간적 입장을 택하고 있다. 또 정권교체와 함께 입장이 조정되기도 한다.

한편, Tobin(1970)은 ‘특수한 평등주의(specific egalitarianism)’의 개념을 제시한 바 있다. 그에 의하면, 다른 많은 분야의 불평등에 대해서 사회가 용인하는 정도가 상당히 높다고 하더라도, 특정 분야의 불평등에 대해서는 용인하는 정도가 특히 낮다. 예를 들어, 의료와 교육의 경우 미래의 경제적 능력을 개선하기 위해 경제의 여타 측면과는 다른 특수한 분배가 필요하다는 것에 대해 사회구성원들이 보편적으로 동의하는 경향이 있다. 따라서 이런 분야에서는 정부가 자신의 선호를 관철시키기 쉽고 정치적 지지를 얻어내는 것도 용이하기 때문에 여타 분야보다 더 불평등을 제한하는 방식으로 정책방향이 세워지게 된다는 것이다.

이상의 논의는 결국 대부분의 국가에서 의료서비스가 일종의 가치재(merit goods)로 간주되고 있음을 보여준다. 즉, 대부분의 국가에서 의료서비스의 소비는 개인의 선호뿐만 아니라 정부의 판단으로 결정되고 있으며, 공적인 권력이 시스템 운영에 개입해야 한다는 정서가 지배하고 있다.

2. 의료서비스시장에서 소비자의 위상

각국의 의료시스템은 관행적으로 베버리지(Beveridge)형과 비스마르크(Bismark)형으로 분류된다. 이와 달리 OECD는 정부공급형(public integrated), 공공계약형(public contract), 민간주도형(private insurance/provider)의 분류를 사용한다. 이러한 여러 유형은 다시 공공부문이 주도

하는 유형(베버리지형, 비스마르크형, 정부공급형, 공공계약형)과 민간 부문이 주도하는 유형(민간 주도형)으로 대별될 수 있다. 그러나 정도의 차이는 있으나, 의료서비스를 재화가 아닌 복지제도로 인식하는 경향이 존재했기 때문에, 공공부문 주도형과 민간부문 주도형 모두 소비자로서의 위상은 다른 산업에 비해 열악하다.

가. 공공부문 주도형

공공부문 주도형 국가에서는 서비스 이용제한(rationing)을 의료체계 운영의 근간으로 삼아 왔다. 대부분의 의료비 지출이 공적으로 조달되고 있어 정부는 재정건전성의 유지를 위해 의료비용을 억제할 수밖에 없었으며, 의료자원 규제와 의료서비스 이용제한을 핵심적 정책수단으로 사용해 왔다. 서비스를 필요로 하는 사람에게 최대한 효율적으로 제공한다는 목표하에 전달체계를 수립하였다. 이러한 전달체계에서 1차진료의는 문지기 역할(gatekeeping)을 수행하고 있다. 문지기는 대표적인 서비스 이용제한(rationing) 장치로서 질병 수준에 따라 환자의 흐름과 비용을 조정하고 통제하는 기전이다.

이용제한체제에서는 필연적으로 시장기능과 소비자의 권한이 발달하지 못하게 되며, 소비자는 수동적인 입장에 머무르게 된다. 환자는 원하는 시기에 원하는 종류의 서비스를 이용하는 것이 제한되며, 본인의 선택보다 공적인 권위가 지정하는 서비스를 이용하게 된다. 환자가 의료기관의 선택에 영향을 미칠 여지가 제한됨에 따라 의료기관의 품질을 균등하게 유지하는 것 역시 공적기관이 책임지게 된다. 결과적으로 환자의 선택이 시장의 적자생존으로 이어져 품질 상승으로 귀결되는 시장기제는 발달하기 어렵다.

나. 민간 주도형

민간 주도형의 대표적 국가인 미국은 전통적으로 환자의 의료기관 선택과 치료방법에 제한을 두지 않았다. 그러나 시장메커니즘이 제대로 작동하기 위한 보완장치가 미흡하여 소비자의 위상이 공공부문 주도형에서와 마찬가지로 열악한 모습을 보이고 있다. 대부분 고용주가 비용

을 부담하는 민간보험이 의료보장의 핵심적 위치를 차지하는 상황에서 소비자의 비용의식은 미미하다. 문지기 기능이 부재하여 환자가 직접 의료기관과 의료인을 선택해야 함에도 불구하고, ‘정보에 기반한 선택(informed decision)’을 할 수 있도록 하는 정보유통기반은 미비되어 있다. 결과적으로 가격 설정과 치료기술 선택에 있어 공급자 위주의 시장이 형성되어 있고, 소비자는 수동적인 입장에 머무르는 한편 의료비는 매우 높은 수준(GDP 대비 16%, 2007년)에 달해 있다.

1980년대 이후 의료보험시장에서 HMO 등 관리의료의 발전으로 민간보험회사 주도의 문지기 역할이 시행됨에 따라, 이전부터의 문제점에 더해 소비자 선택권 제한으로 인한 불만까지 심화되었다. HMO는 비용억제를 위해 환자의 의사 선택을 제한하고 문지기 역할을 통해 서비스 이용을 제한한다. HMO 이전의 자유로운 진료 선택에 익숙해져 있던 소비자들은 불만이 높아지고 있고, 소비자 권리가 존중되는 시스템을 강하게 요구하고 있다. 관리의료적 방식에서 비용억제를 위한 진료비 지불방식 등 다양한 시도들이 이루어지고 있으나, 소비자가 비용과 서비스 품질에 대한 정보를 바탕으로 선택(informed decision)함으로써 공급자 간의 경쟁이 유발되는 시장메커니즘은 아직 취약하다.

3. 시기별 정부 역할의 변화

의료부문에서 정부의 역할은 각 시기에 직면한 문제를 해결하기 위해 변화되어 왔기 때문에 정부의 역할이 고정되어 있다는 시각은 부적절하다. 지금까지 정부의 역할은 대략 3단계를 거치며 변화해 왔다 (Cutler[2002]).

가. 시스템 정립기

2차 대전 후 연대를 강조하는 사회분위기 속에서 의료서비스는 하나의 소비재가 아니라 국민의 권리로 간주되었다. 그리고 정부 주도의 시스템 설계에 있어 의료에 관한 보편적 접근성을 보장하는 것에 가장 높은 우선순위가 배정되었다. 이후 자본주의 최대의 호황이 지속됨에 따

라 비용제약에 대한 인식은 미약하였다. 정부는 보다 많은 국민을 자신의 책임하에 보호하기 위해 의료서비스 보장의 범위를 매우 넓게 책정하는 반면, 서비스 이용에 대한 제약은 거의 두지 않았다.¹⁾

나. 부정적 효과에 대한 대응기

비용을 거의 의식하지 않고 설계된 의료시스템으로 인해 OECD 국가의 경우 의료비용은 1960년 GDP의 3.8%에서 1980년 7.2%로 크게 증가했다. 반면, 형평 위주의 시스템 속에서 다양한 개인의 선호가 고려되지 못하였다. 더구나 1970년대 중반 이후 성장둔화와 재정적자의 문제가 심각해지면서, 재정적자의 주요한 원인으로 지목되는 의료비용을 적극적으로 관리할 필요성이 제기되었다. 비용을 억제하기 위해서는 주로 규제가 동원되었는데, 구체적으로는 직접적 수량제한과 신기술 도입을 제한하는 조치 등이 사용되었다. 직접적 수량제한으로는 예산한도를 긴축적으로 운영하는 총액계약제를 실시하거나, 의료기관의 투자와 규모 확장에 대한 통제를 강화하는 등의 통제수단이 사용되었고, 강력한 정부의 감독과 규제가 실시되었다. 이러한 방식의 비용억제는 큰 효과를 가져왔다고 평가된다. 이 시기에 규제수단을 동원하지 않았던 미국과 비교했을 때 다른 선진국들의 GDP 대비 의료비 비중은 미국의 90% 수준에서 65% 수준으로 감소한 반면, 성과 측면에서의 저하는 뚜렷하게 나타나지 않았다. 따라서 품질 저하를 동반하지 않고 비용절약과 빈곤층의 보호를 동시에 달성하였다고 인식된다.

다. 1980년대 이후의 시장메커니즘 도입 시기

1980년대 들어서는 규제 중심 비용억제수단의 효과가 급격하게 하락하였다. 1970년대에는 미국을 제외한 대부분의 나라에서 5% 미만이었던 GDP 대비 의료비 지출 비중이 1980년대 이후에는 빠르게 증가하여 2003년 현재 OECD 평균은 9%에 달한다. 이에 따라 공급을 억제한다는 것이 일정 기간 동안에는 가능하나, 수요가 증가하는 상황에서 지속될

1) 영국 1946년, 일본 1958~61년, 캐나다 1966~71년 등.

수는 없다는 것이 인식되었다.

<표 2-1>은 국가별로 시기의 차이는 있으나, 한 시기에 의료비 증가가 억제되었다가도 뒤이어 증가율이 다시 상승하는 패턴을 보여준다. 이로 인해 일시적인 공급 측면의 규제보다 구조적으로 문제를 해결하는 것이 필요하다는 인식이 확산되었으며, 정부의 직접적인 개입을 지양하며 시스템 내의 경쟁과 시장원리를 강조하는 제도개혁노력들이 현재 진행되고 있다.

4. 주요 영역별 정책방향의 변화

가. 자원조달 측면: 민간자원조달 비중의 증가와 시스템 개혁

의료비 증가를 주도하는 가장 큰 원인은 신기술의 확산과 도입으로 알려져 있다(Newhouse[1992]). 글로벌화된 환경 속에서 의료기술은 국경을 넘어 빠르게 확산되고 있어 공적의료보장체제만으로 이를 충당하기 어려운 환경이 조성되고 있다. [그림 2-1]은 의료비 지출 중 본인부담, 민간보험, 공적보험의 구성비 변화를 보여준다. 절대적인 수준에서는 민간부담(본인부담과 민간보험으로 구성)과 공적부담이 모두 증가하고 있지만, 비중에 있어서는 공적지출의 규모가 줄어들고 있다. 이는 본인부담분을 증가시킨 제도적 변화와 함께 민간보험 비중의 증가에 기인한다. 즉, 조세나 사회보험 등 공적 자원조달시스템이 신기술의 도입을 모두 보장하는 경우, 제도의 지속 가능성이 심각하게 위협받게 될 것이기 때문에 민간으로 비용을 전가하는 시도들이 이루어지고 있는 것이다.

현재 각국에서는 비용통제가 초래한 비효율성의 문제에 대응하기 위한 구조개혁이 진행 중이다. 구조개혁을 촉발시킨 또 다른 원인으로는 수요 측에서 나타난 병목현상을 들 수 있다. 공급통제하에서 만족되지 못한 수요로 인해 대기자가 증가하고, 공급제약을 회피하기 위한 진료 관행이 발생하고 있으며, 수량제한을 피하기 위한 보충적 민간보험이 확산되고 있다. 영국의 경우 NHS 규정은 모든 환자가 26주 내에 진찰되어야 한다고 명시할 정도로 대기시간의 문제를 가장 심각한 문제로 꼽고 있으며, 스웨덴도 선택적 수술 대기시간이(1996년 백내장 수술 평균

〈표 2-1〉 OECD 국가의 GDP 대비 의료비 비중과 의료비 증가율

국 가	GDP 대비 총의료비 비중(%)의 평균					총의료비(US\$PPP)의 연평균 증가율(%)				
	1960s	1970s	1980s	1990s	2000s	1960s	1970s	1980s	1990s	2000s
호 주	3.98	5.90	6.51	7.45	8.57	9.83	13.44	8.16	7.61	6.91
오스트리아	4.80	6.20	6.68	9.32	10.19	9.98	15.27	5.64	6.41	4.56
벨기에		5.17	6.98	8.00	9.69		16.57	7.88	5.69	6.63
캐나다	5.99	6.90	7.99	9.19	9.66	10.73	11.13	9.70	4.80	7.24
체 코				6.19	6.96				5.83	7.57
덴마크		8.33	8.70	8.31	9.18		10.80	5.80	4.83	6.06
핀란드	4.69	6.07	6.86	7.97	7.96	12.23	12.26	9.27	3.19	6.62
프랑스	4.25	5.90	7.50	9.57	10.73	12.45	14.66	9.68	6.18	5.79
독 일		7.59	8.64	9.83	10.54		13.87	6.23	7.40	4.33
그리스		5.40	6.23	7.91	9.00			6.26	7.12	9.85
헝가리				7.29	7.73				4.15	6.99
아이슬란드	3.71	5.35	7.32	8.34	9.64	12.56	17.53	10.57	6.73	4.32
아일랜드	4.13	6.64	7.39	6.54	7.14	10.66	16.98	4.31	9.13	11.72
이탈리아			7.30	7.70	8.58			7.18	3.74	4.28
일 본	4.00	5.32	6.61	6.73	8.00	19.24	15.41	7.43	5.84	4.75
한 국			3.99	4.30	5.80			14.24	8.61	11.13
룩셈부르크		3.99	5.24	5.51	7.09		15.79	9.28	7.86	11.30
멕시코				4.94	5.65				6.97	8.25
네덜란드		6.95	7.56	8.20	9.29		11.55	7.24	5.56	7.77
뉴질랜드		5.98	5.78	7.29	8.49		11.27	7.38	6.44	8.00
노르웨이	3.45	5.60	7.05	8.22	9.10	11.54	16.08	7.92	8.80	6.80
폴란드				5.68	6.11				7.96	8.50
포르투갈		3.93	5.77	7.28	9.49		19.39	8.86	8.89	6.69
슬로바키아				5.77	6.45				3.16	14.49
스페인	2.34	4.55	5.59	7.18	7.90	20.87	15.75	9.04	6.14	9.92
스웨덴		7.64	8.66	8.16	9.06		11.70	5.71	3.65	5.97
스위스	4.86	6.36	7.78	9.50	10.89	8.94	11.29	7.89	5.43	5.38
터 키		2.10	2.21	3.08	5.67		12.43	9.62	12.24	8.88
영 국	4.18	5.00	5.81	6.65	7.86	7.13	11.19	7.81	6.66	7.79
미 국	5.75	7.82	10.27	13.29	15.21	10.23	12.77	10.86	6.55	7.47
평 균	4.32	5.86	6.82	7.51	8.59	12.03	13.96	8.16	6.45	7.53

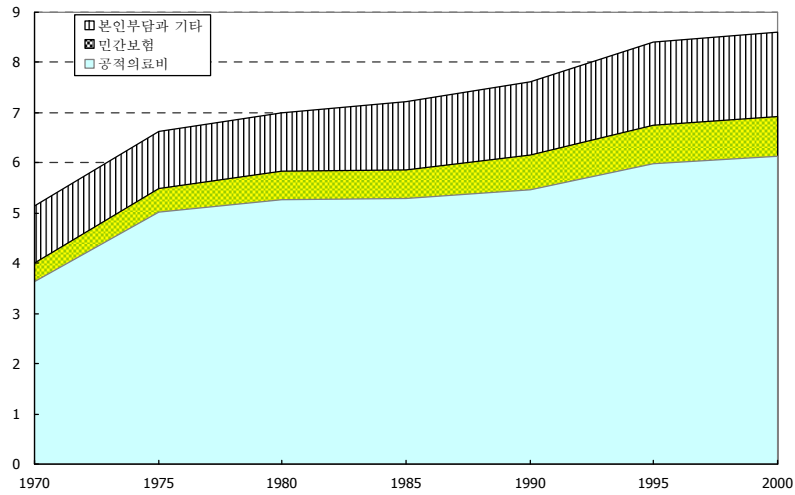
주: 1) GDP 대비 총의료비 비중(%)의 평균은 각 연도대별로 1개 이상이 가용한 경우에 대하여, 총의료비(US\$PPP)의 연평균 증가율(%)은 각 연도대별로 2개 이상의 수치가 가용한 경우에 대하여 산출.

2) 총의료비(US\$PPP)의 연평균 증가율(%)은 각 연도대별로 시작과 끝 연도의 9년간에 대해서 계산 단, ① 1960년대의 경우 프랑스는 1960~65의 5년간, ② 1970년대의 경우, 호주, 덴마크는 1971~79의 8년간, 프랑스는 1970~75의 5년간, 네덜란드는 1972~79의 7년간, 터키는 1975~79의 4년간, ③ 1980년대의 경우, 프랑스는 1980~85의 5년간, 이탈리아는 1988~89의 1년간, ④ 1990년대의 경우, 헝가리는 1991~99의 8년간, 슬로바키아는 1997~99의 2년간, ⑤ 2000년대의 경우, 호주, 일본, 룩셈부르크, 포르투갈은 2000~06의 6년간, 터키는 2000~05의 5년간, 캐나다, 이탈리아, 한국, 노르웨이는 2000~08의 8년간, 그 외 21개국은 2000~07의 7년간에 대해서 계산. 한편, 1970년대 그리스의 경우, 1970년도 수치만 가용하여 증가율을 산출하지 못함.

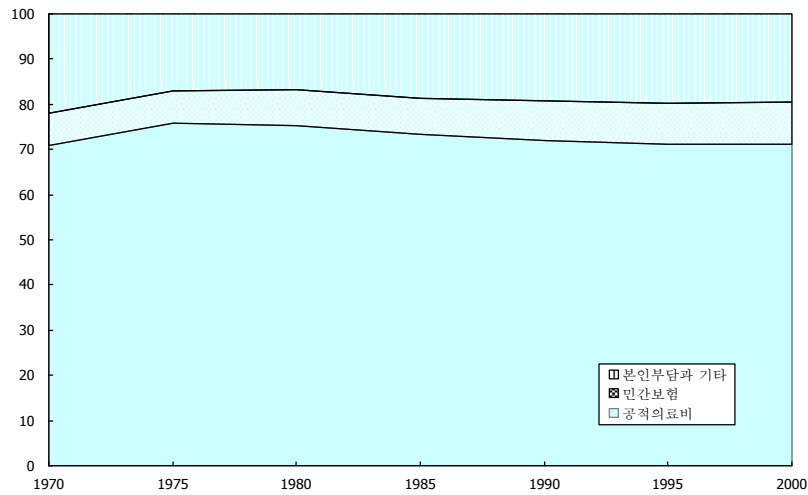
자료: OECD, OECD Health Data, 2009.

[그림 2-1] OECD 국가의 의료비 지출 구성 추이

(GDP 대비, %)



(총 의료비 지출 대비, %)



주: 분석대상 국가는 1970년부터 2000년까지 5년 간격의 수치들이 이용 가능한 국가들로서, 호주, 오스트리아, 벨기에, 캐나다, 덴마크, 핀란드, 프랑스, 독일, 그리스, 아일랜드, 이탈리아, 일본, 네덜란드, 뉴질랜드, 노르웨이, 포르투갈, 스페인, 스웨덴, 스위스, 영국, 미국 등 21개국.

자료: OECD, *OECD Health Data*, 2006. 윤희숙(2006b)에서 재인용.

대기기간 6.4개월, Lofgren[2002]) 소비자 만족도에 부정적 영향을 미치고 있다. 특히, 세계화의 진전으로 의료 관련 정보가 증가하면서 충분한 진료를 받을 수 없다는 것에 대한 불만이 증폭되고 있다. 더구나 미국을 중심으로 발달되는 의료기술의 확산은 국가 차원에서 억제하기 어렵다는 인식 역시 구조개혁의 필요성을 증가시켰다.

과거 정부는 전반적인 시설규모와 병원의 운영비용에 단일한 제약을 가하는 공급 측면에 대한 규제를 통해 도덕적 해이와 의료비용을 억제하였다. 그러나 이로 인해 비용효과적인 진료방식 간의 대체나 규모/범위의 경계를 활용하기 어렵고, 사용자의 선호에 맞도록 진료를 제공할 유인이 부족하며, 의료서비스의 전달과 조직에 있어 비용절감적인 혁신을 창출할 유인도 불충분하였다. 이에 더하여 의료부문의 복잡성 증가와 의료서비스 수요의 전반적 증가 및 차별화 등은 획일적인 규제의 유효성 자체에 회의를 갖게 하고 있다.

현재 많은 나라에서 다양하게 실험되고 있는 시스템 효율화는 규제 중심에서 벗어나 보험자, 의료제공자, 의료사용자의 관계 내에 시장원리를 접목시키는 데 초점을 맞추고 있다. 이를 통해 이용자들이 의료서비스를 덜 이용할 유인구조와, 의료제공자들이 진료활동에서 비용 측면을 고려할 유인구조를 내장하고 있다. 대표적으로 보험자 간의 경쟁을 조장하거나(독일), 보험자 간, 제공자 간의 경쟁을 조장하거나(네덜란드), 의료제공자 간의 경쟁을 조장함으로써(영국), 서비스 가격을 낮추고 소비자 만족을 높이는 것을 목표로한다. 또한 의료서비스 품질평가에 관한 데이터를 체계적으로 수집하고 평가함으로써 진료의 질에 관한 정보를 일반대중에게 공개하는 책무를 정부가 져야 한다는 점이 강조되고 있다. 이에 따라 소비자 선택권을 확대하는 제도적 장치가 마련되고 있다. (Schut and van Doorslaer[1999]).

나. 서비스 공급 측면: 정부의 직접적 서비스 공급 감소

서비스 공급에서의 정부 역할에 관한 논의는 정부의 기능과 능력에 관한 기존의 통념이 깨지는 각성(disenchantment)의 과정이다. 2차 대전 후 교육과 의료 등 주요 서비스의 정부공급이 확대된 것은 여러 역사적

배경에 기반하였다. 2차 대전이라는 극한상황 속에서 정부의 통제와 생산이 성공적이었다는 점, 대공황 시기에 시장의 기능이나 정부의 규제가 작동하지 못했다는 점, 소련이 이 시기에 성공적으로 산업화를 진행시켰다는 점, 기업에 대한 정치적 통제가 가져오는 부작용이나 혁신의 중요성에 대한 이해도가 낮았다는 점 등이 그러한 역사적 배경으로 꼽힌다(Shleifer[1998]).

그러나 이런 조건은 이후에 크게 변하였다. 우선 계약기법이나 규제 방식이 발전하여 정부가 민간을 효과적으로 통제할 수 있는 방법들이 개발되었다. 또 경쟁과 혁신의 중요성이 널리 인식되었고, 정치적인 요소나 관료적인 관리가 생산에 가져오는 해악도 인식되었다. 이에 따라, 정부가 직접적으로 생산을 담당하는 것은 뚜렷한 이유가 있는 경우로 제한되어야 한다는 공감대가 형성되었다. 정부가 직접 생산을 담당해야 하는지에 관한 판단기준으로는 민간이 공급하는 대안이 존재하는지, 민간이 공급할 경우 효율성의 제고효과가 있는지, 질적인 저하가 일어나는지 등이 제시되었다.

의료서비스의 경우에도 여타 분야와 마찬가지로 ‘재원조달과 공급의 분리(purchaser/provider split)’가 진행되고 있다. 정부는 공적인 재원을 이용하여 국민들에게 필요한 서비스를 구매하여 전달하는 것을 보장하되, 직접적인 생산은 민간에 맡긴다는 것이다. 즉, 국민 입장에서는 필요한 서비스를 이용할 수 있는 것이 중요할 뿐 정부와 민간 중 어느 쪽이 생산했는지는 중요하지 않으며, 정부 역시 스스로 직접 서비스를 공급하는지에 집착할 필요가 없다는 것이다. 1980년대 이후 경제 전 부문에서 ‘구매와 공급의 분리’가 표준적인 원칙으로 자리 잡으면서, 기존에 전적으로 공공부문이 서비스를 공급하던 영국과 스웨덴 등에서 구매와 공급을 분리하는 시도들이 적극적으로 추진되었다.

그런데 구매와 공급의 분리정책이 ‘민간의료기관이 공공의료기관보다 본질적으로 더 효율적이라는 판단’에 기초한다고 보기는 어렵다. 공공의료기관이나 민간의료기관 어느 한쪽이 본질적으로 더 효율적이라는 논쟁은 이데올로기적인 지향에 의해 심하게 오염되어 있다는 점이 인식되고 있다. 공급의 효율성은 정부 또는 민간 가운데 누가 기관을 소유하는지보다는 공급자의 유인구조를 결정하는 규제방식이나 재원조달

방식이 어떠한지에 의해 더 영향을 받는다는 것에 대체로 공감대가 형성되어 있다(Barr[1992]).

정부의 독점적인 영역이었던 의료서비스 재원조달과 서비스 공급에서 정부의 권한과 책임을 상당 부분 민간이나 개인 차원으로 이양하는 것은 사용자의 선택권을 증가시킨다는 측면에서도 중요하다. 사용자에게 선택권이 주어진다면, 공적 공급기관인지 민간 공급기관인지에 상관없이 공급자 간 경쟁이 활성화되어 공급자들의 소비자 지향성은 높아진다.

제2절 병원의 위상 변화

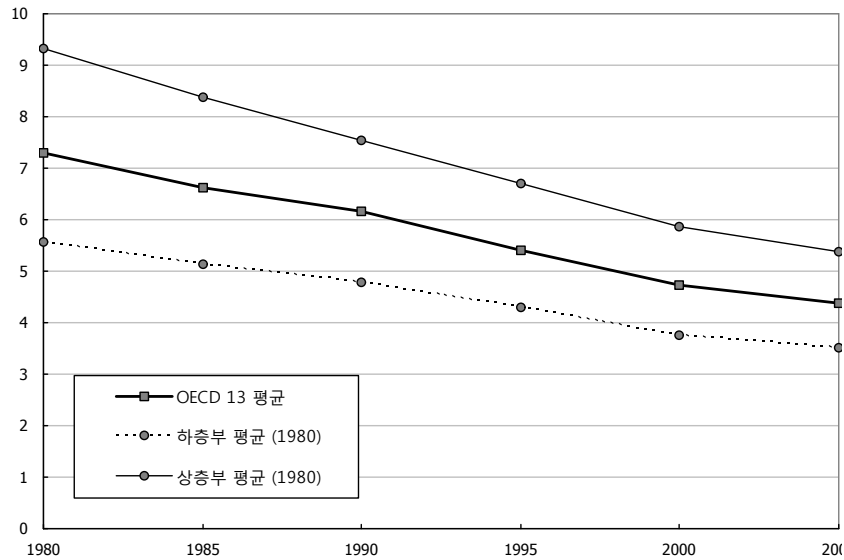
과거 의료시스템은 병원 중심으로 조직되어 운영되어 왔으며, 최근 까지도 의료서비스와 병원서비스는 유사한 의미로 받아들여졌다. 유럽 전역에 걸쳐 전후 자본주의 호황기에는 복지국가 확대와 맞물려 병원인프라 투자가 왕성했다. 병원의 황금기는 1950년대와 1960년대를 지나 1974년 석유파동 전까지 지속되었으며, 이 시기에는 의료기술적 요인으로 입원수요도 빠르게 증가하였다. 복지국가 확대와 병원 증가에 관해 Anderson(1972)은 “스웨덴의 모든 도시에 세워진 새 병원들은 복지국가의 위상과 능력을 나타내는 상징”이라고 언급한 바 있다. 병원은 의료기술과 의료인력이 집결되어 서비스가 제공되는 장소로서 의료시스템의 핵심으로 인식되어 왔다.

그러나 경제상황, 인구구조, 의료기술, 노동력구조 등이 변하면서 의료서비스 제공형태는 기존의 병원 중심에서 벗어나게 되었다. 1970년대와 1980년대의 불황으로 병원운영비용에 대한 정치적 관심이 높아지고 비용절약의 필요성이 인지되었다. 이 과정에서 진료방식의 변화나 입원 감소 등의 대안으로 품질 향상과 비용 감소를 가져올 수 있다는 인식이 확산되었다. 서유럽에서 1970년에서 1999년까지 출산 관련 입원일은 평균 입원 7일에서 3일로 감소하였다. 입원병상은 1980년에서 1990년까지 10만명당 897개에서 595개로 감소하였다(Thompson and McKee[2004]).

[그림 2-2]는 OECD 국가의 인구 대비 병상 수가 지속적으로 감소하고 있음을 보여준다. 이러한 현상은 인구 대비 병상 수가 상대적으로

[그림 2-2] OECD 국가의 인구 대비 병상 수 추이

(천명당 병상 수)



주: 1) 1980년대 이후의 병상 수 자료가 가용한 13개국 포함(캐나다, 그리스, 포르투갈, 스페인, 스위스, 터키, 미국, 호주, 체코, 덴마크, 프랑스, 아일랜드, 이탈리아).
 2) 호주의 1990년 수치는 1991년 수치이며, 그리스의 1990년 수치는 가용하지 않음.
 3) ‘하층부 평균(1980)’은 1980년 기준 하위 50%인 캐나다, 그리스, 포르투갈, 스페인, 스위스, 터키, 미국 등 7개국의 평균이며, ‘상층부 평균(1980)’은 1980년 기준 상위 50%인 호주, 체코, 덴마크, 프랑스, 아일랜드, 이탈리아 등 6개국의 평균임. 그리고 ‘OECD 13 평균’은 전체 13개국의 평균.

자료: OECD, *OECD Health Data*, 2009.

많았던 그룹과 적었던 그룹에서 공통적으로 나타나고 있다. 미국의 경우에도 1983년에서 1995년까지 지역병원(community hospital)의 입원율은 22% 감소했으며, 평균 채용일수는 7일에서 6일 미만으로 감소하였다. 또 수익률은 1981년 9.8%에서 1996년 -0.5%로 하락하였다. <표 2-2> 역시 1980년 이후 모든 국가에 걸쳐 인구당 병상 수가 일관되게 지속적으로 감소하고 있음을 보여주고 있다.

고령인구의 증가와 만성질환의 증가, 의료기술의 발전 역시 전통적 병원조직의 유용성을 감소시키는 구조적 원인이다. 이러한 원인으로 인해

〈표 2-2〉 인구 대비 병상 수의 추이

(단위: 천명당 병상 수)

		1980	1985	1990	1995	2000	2005
하위	캐나다	6.8	6.8	6.0	4.7	3.8	3.4
	그리스	6.2	5.5		4.9	4.7	4.7
	포르투갈	5.2	4.3	4.3	4.1	3.9	3.6
	스페인	5.4	4.9	4.6	4.3	3.7	3.4
	스위스	7.2	6.8	6.5	5.5	4.1	3.6
	터 키	2.2	2.1	2.4	2.5	2.6	2.7
	미 국	6.0	5.5	4.9	4.1	3.5	3.2
	소 계	5.6	5.1	4.8	4.3	3.8	3.5
상위	호 주	7.8	6.2	4.9	4.6	4.0	3.9
	체 코	10.0	10.1	9.9	8.5	7.8	7.6
	덴마크	8.1	7.0	5.6	4.9	4.3	3.7
	프랑스	11.0	10.5	9.7	8.9	8.1	7.5
	아일랜드	9.1	8.2	8.0	7.0	6.3	5.6
	이탈리아	9.7	8.3	7.2	6.3	4.7	4.0
	소 계	9.3	8.4	7.6	6.7	5.9	5.4
총 계	7.3	6.6	6.2	5.4	4.7	4.4	

주: 1) 1980년대 이후의 병상 수 자료가 가용한 13개국 포함(캐나다, 그리스, 포르투갈, 스페인, 스위스, 터키, 미국, 호주, 체코, 덴마크, 프랑스, 아일랜드, 이탈리아).

2) 호주의 1990년 수치는 1991년 수치이며, 그리스의 1990년 수치는 가용하지 않음.

자료: OECD, *OECD Health Data*, 2009.

의료수요는 암, 뇌출혈, 치매 등으로 옮겨가면서 증상의 복잡성이 증가하였다. 동시에 복수 증상이 나타나는 만성질환이 증가하면서 진료가 넓은 범위에서 상호 연관을 가지고 이루어질 필요가 증가했고, 병원 중심, 의료인 중심으로 칸막이된 과거의 서비스 제공형태는 유용성이 감소하였다. 의료기술이 발전하면서 과거 입원병원에서만 이루어지던 특수서비스(selected services)나 만성질환 관리 등이 지역사회 클리닉에서도 제공

될 수 있게 되었으며, 전통적인 병원의 역할은 축소되었다(Rechel et al. [2009]). 영상진단, 약품, 기기, 수술기술, 마취기술 등의 발전에 따라 수술이 간편하고 보편적으로 이루어질 수 있게 되었다. 특히, 최소침습수술(minimally invasive surgery, keyhole surgery)의 발전에 따라 수술 후 회복시간과 재원일수가 감소하여 병원에서만 할 수 있었던 수술이 지역사회에서도 가능해졌다. 진단기술도 보다 작은 규모의 지역센터나 가정에서 질환을 관리할 수 있도록 발전했고, 의약품 발전도 입원수요를 감소시켰다.

제3절 소비자 중심의 시장 재편

의료서비스시장은 기존의 공급자 중심 구조에서 탈피하여 고객수요 중심으로 전환되고 있으며, 비즈니스 유형을 다양화하기 위한 각종 혁신이 시도되고 있다. 1990년대 미국에서 확산되었던 네트워크 병원체제는 전체 의료시스템을 비약적으로 발전시키지는 못했다고 평가된다. 현재는 이보다 한 걸음 더 나아가, 공급자가 아닌 소비자의 선호와 편의에 초점을 맞춘 다양한 시도들이 이루어지고 있다. 유럽에서는 대부분의 공급자가 공적체계에 포함되어 있고 서비스 이용제한(rationing)이 주된 비용억제장치로 사용되어 비즈니스 혁신의 시도가 뚜렷하지 않았다. 그러나 근래 획일적 공적 의료서비스에 대한 소비자 불만이 증가하고, 다양한 선호를 가진 능동적인 소비자가 형성되면서, 민간부문 내부에서 새로운 비즈니스 유형이 활발히 출현하고 있다.

1. 소비자 지향 비즈니스 모델을 향한 혁신

가. 의료서비스의 경영혁신과 소비자 권력

서비스산업의 혁신은 주로 관리기법의 혁신(managerial innovation)에서 창출된다. 예를 들어, 1990년대 미국 소매서비스업의 혁신을 주도한 것은 특정 소비자층을 파고들어가 연관된 총체적인 상품과 서비스를 제

공하는 전략(예: 월마트)이다(Herzlinger[2004, 2007]). 소매서비스업의 약진에 컴퓨터 등 신기술의 발전이 기여한 것은 사실이나, 이들 기술의 발전은 경영혁신을 보조한 것에 불과하며, 핵심은 소비자 후생을 증가시킨 관리기법 혁신이라고 평가된다.

반면, 의료서비스부문에서는 ‘서비스업의 혁신이란 소비자가 원하는 것을 정확히 파악하여 상품과 서비스를 기획하고 고객을 관리하는 것’이라는 점이 간과되어 왔다. 그간 최소침습수술(minimally invasive surgical procedure) 등 큰 폭의 기술혁신이 있었음에도 경영혁신으로 이어지지 못했다. 이는 근본적으로 비즈니스 모델의 혁신이 나타나게 만드는 ‘소비자 권력’이 의료서비스부문에서 미약하기 때문이다(Herzlinger [2007]).

소비자가 무엇이 필요하거나 편리한지 파악하지 못하거나, 파악했다 하더라도 선택을 통해 시장에 영향을 미칠 통로가 부재하다면 공급자가 소비자를 중심에 놓고 혁신을 모색할 이유가 없다. 과거 의료서비스부문에서 혁신의 중요성은 과소평가되어 왔다. 혁신으로 인한 생산성 증가가 불가능하다면, 비용을 억제할 수 있는 방법은 수량을 제한(rationing)하는 것이 유일하다. 이는 유럽 국가에서 전통적으로 사용해 온 방법이나, 1990년대 이후 다양한 한계가 노정되면서 정책방향 수정이 불가피해졌다.

나. 네트워크 병원 시도

메디케어 도입 이후, 미국의 개별 의료기관들은 진료비 협상에서 유리한 위치를 점유하고 경영환경 변화에 대처하고자 1990년대에 수직적·수평적 통합을 전략적으로 시도하면서 통합 네트워크(integrated delivery networks: IDNs)를 구축하는 움직임이 활발히 나타났다. 수직적 통합은 1차의 연합(primary care physicians: PCPs), 병원 소속 의사 간 제휴(strategic alliances with physicians in physician-hospital organizations: PHOs), 경영지원회사(management services organizations: MSOs), Health Maintenance Organizations(HMOs) 등의 형태를 띤다. 그리고 수평적 통합은 복수병원시스템(multi-hospital systems), 병원 간 합병, 인근 병원 제휴

네트워크(strategic alliances with neighboring hospitals to form local networks) 등의 형태를 띤다(Burns and Pauly[2002]).

지난 20년간 다병원시스템(multihospital system)으로의 재조직화 역시 활발히 진행되었다. 1979년에는 31%만 시스템 속에서 활동했던 것에 비해 2001년에는 약 54%가 시스템의 부분으로 활동했고, 추가적인 12.7%는 느슨한 네트워크에 속해 있다.

이러한 병원 네트워크에 대한 평가는 그다지 긍정적이지 않다. 애초 공급자들은 네트워크를 통한 통합이 효율성 및 접근성 제고, 품질관리 동기 부여, 리스크 통합, 계약비용 감소, 진료연속성 제고 등의 효과를 낳을 것으로 기대하였다. 그러나 개별적 공급자를 공통의 구조와 조직에 통합하려고 시도한 데 그쳤을 뿐, 공통의 진료표준과 경영표준을 도입하고 새로운 구조를 조직과정에 연결시켜 의사와 경영자에게 인센티브를 제공하는 데에는 실패했다고 평가된다(Burns and Pauly[2002]). 즉, 구조의 통합은 일상적인 진료나 경영활동의 시너지를 발생시키는 것에 이르지 못했다.

무엇보다 공급자의 이해를 중심으로 통합이 이루어짐에 따라 IDN은 소비자의 이해와 수요를 반영하지 못했다는 점이 한계로 지적된다. 오히려 소비자는 (급성기 질환의 경우) 수많은 제공자들 중에서 스스로가 원하는 제공자를 선택할 수 없게 된다는 것에 불만을 가졌다. 즉, 소비자는 통합적 진료를 원하지만 각자의 선호를 존중하는 통합진료가 제공되기 않았기 때문에, 공급자 위주의 네트워크 병원은 소비자의 만족도 제고와 시스템 전환을 끌어내지 못한 것으로 평가된다.

다. 소비자 지향의 새로운 서비스 제공 추세: 맞춤형 통합진료

기술의 발전과 인구구조 및 질병패턴의 변화는 전통적 의료서비스 제공방식을 크게 변화시키고 있다. 기존의 경직적 서비스 공급과 공급자 중심의 칸막이식 서비스 공급은 유용성이 급감하고 있으며, 병원은 고립된 존재가 아니라 넓은 의료시스템의 한 요소라는 인식이 확산되고 있다. 1980년대 이후 유럽 각국에서는 병원규모를 줄이고 외래나 재환은 병원 바깥으로 이동시키는 추세가 진행되고 있다. 이는 주로 비용절

약을 위해 추구하고 있으나, 기본적으로 의료기술과 의약품의 발전으로 1차 진료에서 해결할 수 있는 영역이 증가하였고, 재활이나 돌봄서비스는 환자가 가장 편안하게 느끼는 환경에서 제공될 필요가 인식되었기 때문이다. 질병패턴 역시 단일 에피소드 중심에서, 고령인구나 만성질환자의 복수증상이 급증함에 따라 다분야 통합적 진료단위가 발달하고 있는 중이다. 그러한 예로는 뇌졸중통합진료팀(multidisciplinary stroke unit), 그리고 정형외과, 노인병, 재활 등을 통합시킨 패키지를 들 수 있다(Rechel et al.[2009]). 또한 다진료과목 간(multi-disciplinary) 팀워크와 조율(coordination)의 중요성이 증가하고, 1차 진료와 2차 진료의 인터페이스가 변화하면서, 의료인력의 조직을 보다 유연하게 전환시킬 필요성이 증가하고 있다(Rechel et al.[2009]).

이러한 움직임의 근저에는 소비자의 요구가 아니라 제공자 중심으로 조직된 현재의 의료시스템이 가진 진료의 분절화, 소비자 불편의 문제를 극복하고자 하는 ‘소비자 지향’의 화두가 작용하고 있다(Herzlinger [1997]). 소비자 지향적 추세는 의사, 병원, 요양병원, 의료기술 등 투입 요소 구분에 의해 구획되어 있는 의료서비스시장을 환자의 다면적인 욕구를 함께 만족시키는 통합된 방식으로 재조직하는 것으로 나타나고 있다. 미국의 경우 2,000만명 이상의 당뇨병환자가 존재하며, 이 중 절반 이상은 고혈압 증상을, 1/10은 천식, 심장질환, 행동장애를 동시에 가지고 있다. 이러한 증상에 대해서는 복잡한 의료적 요구를 파악하고 진료를 제공하는 적절한 플랜이 필요하다. 예를 들어 당뇨의 경우, 내분비학(endocrinologists), 심장전문의, 신장학(nephrologists), 피부과, 안과 등의 통합적 팀에 의한 진료가 제공되는 것이 이상적이거나, 현재 환자는 각각의 전문의들이 각자의 시간표에 맞춰 진료하는 진료실이나 병원을 찾아 다녀야 한다. 당뇨로 인한 가장 큰 피해는 심장병 발병이며, 투석센터의 최대이용자는 당뇨병환자이고, 당뇨의 심화는 시력상실이나 신경장애로 이어진다. 경미한 당뇨는 질환관리서비스가 필요하다. 이렇게 복잡하고 다양한 환자의 필요를 만족시키기 위해서는 환자에 초점을 맞춘 서비스가 중요해진다.

의료서비스부문에서 다양하게 진행되고 있는 경영혁신은 소비자에 맞추어 개별화되고(customized), 통합되고(integrated), 비용절약적으로 표

준화되어 대량생산되는(mass-produced) 서비스를 공통적으로 지향한다. 주된 강점(core competency)에 집중하되, 이를 필요로 하는 환자층에 맞춤형으로 서비스를 제공(personalized health enterprise)하는 방식이다. 복수증상의 만성질환자나 단일증상 환자 모두에게 사례관리/질환관리(case management/disease management)를 통한 조정(coordination)기능을 제공하며, 다양한 진료서비스로 의료적·기능적·심리적·사회적 문제들을 종합적으로 해결한다.

이러한 시도들은 기존의 병원 범위 내에 한정되지 않고, 다양한 범위의 다양한 비즈니스 유형 간 융합과 해체를 동반할 것으로 예상된다(Frank and Salkever[2000]). 이미 병원은 의료서비스 공급에 있어 예전만큼 지배적인 위치를 차지하지 않고 있으며, 점점 더 많은 의료서비스가 독립적인 외래수술센터나 영상진단센터 등 병원 외부에서 제공되고 있다. 기존의 병원들 역시 가정진료회사, 요양건강센터, 의료기기회사, 헬스클럽, 위성 클리닉, 긴급진료센터 등의 조인트벤처에 참여하고 있어 전통적 서비스 제공의 구분이 허물어지고 있다.

의료서비스 경쟁환경이 치열해지고 인구구조와 기술의 변화가 진행되는 가운데, 소비자가 원하는 바를 제공하려는 다양한 시도들이 성공 전략으로 추구되고 있다. 주목되는 사례 중 캐나다의 쇼올다이스(Shouldice) 병원은 대상 환자층을 정확히 조준하고 의료기술을 표준화시켜 비용을 절감한 결과, 평균적 소요비용의 1/3에 불과한 비용으로 해당 분야 최상급의 서비스를 제공하고 있다(Heskett[1983]). 또 텍사스 심장병원(Texas Heart Institute)은 관상동맥우회술(Coronary Artery Bypass Grafting: CABG)에 특화하여 수술기법의 개발을 주도하며 표준화하는 동시에 관련 R&D에서 선도적 위치를 차지하고 있다(Texas Heart Institute[2008]). CVS나 월마트 내에 위치한 in-store clinic들은 공급망을 간소화하여 병원 브랜드 없이 편리한 위치와 긴 진료시간으로 소비자의 편리를 증진하는 동시에 비용을 절감한 성공사례이다(Agwunobi and London[2009]). 2007년 AMA 연례총회는 보험사나 정부정책이 아닌, in-store clinic을 기존 의료기관에 대한 최대의 위협으로 규정한 바 있다.

이처럼 의료서비스부문에서는 병원 간 네트워크 형성, 특정 전문병원 및 융합형 통합진료병원, 진료방식 표준화를 통한 박리다매형 전략

〈Box 2-1〉 사례: 캐나다 쇼올다이스(Shouldice) 병원

- 1945년에 온타리오에 세워진 탈장(Hernia) 전문병원으로서 세계 최고의 평판을 보유하고 있으며, 진료 전문화·표준화를 성공적으로 구현한 사례로서 유수의 경영대학원 케이스 연구대상으로 활용됨.
- 병상 수는 89병상, 전문의는 12명에 불과하나, 환자 범위를 특정 영역에 정확히 조준하고, 치료방법을 표준화시키는 혁신을 통해 연간 7,500여 건의 수술을 수행하면서 성공률 100%를 보임.
 - ‘병명이 비슷한 환자’와 ‘같은 병명의 환자’는 엄격히 구분하여 헤르니아 환자 외의 골절, 동맥경화, 치질, 경맥류 환자들은 입원이 허가되지 않으며, 헤르니아 환자 중에서도 심장에 병이 있다든가, 과거 1년 내에 수술받은 적이 있는 환자, 병원이 제시한 체중을 넘는 경우에는 거절
- 외과 환자의 평균 재원일수가 5~8일인 데 비해 쇼올다이스는 3.5일이며, 탈장수술의 경우 보통 입원비용이 3,500달러 이상인 데 비해 쇼올다이스는 약 1/3의 비용 수준에 불과
- 쇼올다이스 병원의 성공 원인은 순수한 기술적 발전이라기보다는 ‘쇼올다이스 방식(The Shouldice Method)’이라고 일컬어지는 진료방식의 혁신이라고 할 수 있음.
 - 핵심전략은 병의 종류와 정도에 따라 환자를 세분하여 일반병원에 비해 효율을 최대화하는 것. 치료영역을 병원의 주타깃영역(external type of abdominal hernia)으로만 제한한 결과, 전체 수술의 약 82%를 차지하는 1차수술 소요시간은 약 45분에 불과하며, 국부마취만 이용함으로써 빠른 회복 보장: highly focused/limited delivery: economics of specialization
 - 진료방식의 표준화로 의사들의 격차 감소: standardization of work method(learning curve effects)
 - 환자가 스스로의 일을 처리하게 함으로써 노동비용 최소화: minimal direct labor
 - 의사 시간을 최대한 활용: high utilization of surgeons time
 - 입원실을 최대한 간소화하여 자본투자 최소화: low capital investment in rooms/equipment(no phone, TV, minimal medical equipment, high utilization of room space)

자료: Heskett(1983).

〈Box 2-2〉 사례: 영국 큐로케어(Curocare)

- 큐로케어는 학습장애를 비롯, 정신질환과 인격장애, 행동장애 등 기타 복잡한 수요를 가진 환자를 대상으로 하며, 개인의 특성에 따라 맞춤형의 서비스를 고급 환경에서 제공하는 것을 타깃으로 설정
- 정신질환분야에서 20년간 축적한 전문성을 유지한 채, 민간의료부분의 개인별 맞춤형 통합서비스시장을 개척
 - 이용자의 희망식단, 인종, 종교적 금기, 취미와 관심사, 취향 등 총체적인 요구를 만족시키며 치료
 - 다양한 분야를 통합하여 치료에 접목하는 한편, 환자의 생활방식에 초점을 맞춰 안락한 환경을 조성
- 입원병상과 함께 주간병원도 보유하고 있어, 다양한 환자들이 가족들과 어울려 다양한 활동을 하도록 설계
- 2008년 현재 병상점유율 100%를 기록하는 성공적인 모델로 평가
- 인력구성: 정신과 의사, 간호사, 심리학자, 언어치료사, 물리치료사, 직업상담사, 영양학자, 기타 전문지원인력

자료: Laing & Buisson(2008).

도입, 진료서비스와 여타 주변적 서비스의 결합 등 다양한 경영 시도들이 시장에서 시험받으며 명멸하거나 확대되고 있는 과정에 있다.

라. 소비자 지향의 산업 간 융합과 신산업의 출현

1) 건강관리서비스

건강관리서비스회사는 의료영역과 건강관리영역을 융합시킨 넓은 범위의 통합적(integrated) 서비스를 제공하는 비즈니스 모델이다. 건강한 삶에 대한 관심이 높아짐에 따라, 질병치료 중심의 전통적 의료서비스를 여타 서비스 및 기술과 융합시킨 다양한 서비스가 산업영역에서 발전하고 있는 것이다. 이는 소비자가 자신이 원하는 방식으로 건강을 모니터링하고 유지하려는 욕구를 산업적인 방식으로 충족시키는 서비스이며, 장기적인 수요 증가가 예측되어 산업의 전망은 밝다고 할 수 있다. 건강관리서비스의 수요는 얼마나 서비스 필요를 인지하는가와 경제적

능력을 갖추었는가에 따라 계층 간에 큰 격차를 보이기 때문에 민간부문이 산업 발전을 주도하는 것은 자연스러운 추세이다. 이미 전 세계적으로 상당한 산업적 발전을 보이고 있으며, 지속적인 발전이 예상된다. 세계적으로 성공한 비즈니스 모델에서는 개인의 건강상태에 따른 맞춤형 서비스를 다양한 형태로 제공하고 있으며, 치료와 직접 관련이 없는 산업들과 의료서비스를 융합하고 있다. 대표적 건강관리서비스회사인 healthway사는 총체적 건강관리를 통해 2008년 5,500만달러의 수익을 올렸다.

건강관리서비스 중 핵심적인 부분은 질병관리 등 의료서비스와 긴밀한 연관을 가지는 영역이며, 부가가치 창출 여지 역시 높기 때문에 의료서비스가 타 영역과 유연하게 결합할 수 있도록 허용하는 제도적 환경이 중요하다. 구체적으로 건강관리서비스는 ‘불특정다수를 대상으로 한 건강정보 제공과 교육’과 ‘개인을 대상으로 건강 정도에 따라 적절한 서비스를 제공하여 삶의 질을 높이는 종합적인 서비스’로 구분된다. 이 중 산업적인 확대 가능성이 높은 개인대상 서비스는 예방, 진단, 질병관리, 생활습관 개선을 위한 지원 등의 영역을 포함하는 종합적 서비스이며, 다양한 서비스나 기술과 융합하는 양상이 나타나고 있다. 대표적인 건강관리서비스회사인 미국 healthway사의 업무는 크게 질환관리와 건강증진으로 구성되며, 이 중 의료인의 전문성이 필요한 질환관리부문이 핵심적인 서비스이다.

2) IT를 이용한 U-health

U-헬스는 정보기술과 의료서비스 관련 서비스들을 융합시켜 부가가치를 창출할 수 있는 유망한 분야이다. 의료서비스는 병원에서 의사가 제공하는 것이라는 의료기관 중심의 인식이 이용자 중심의 인식으로 변화되면서, 생활 속에서 편한 시간에 편리한 방식으로 의료서비스를 이용할 수 있도록 정보통신기술과 의료서비스가 결합하는 것이 U-헬스이다(전승표 외[2005]).

U-헬스에는 ① 전통적 의료서비스를 원격으로 제공하는 ‘원격진료’와 ② 정보기술을 매개로 전통적 의료와 건강관리서비스를 융합하는 ‘융합형 서비스’가 포함된다. 첫째, 원격진료는 진료실에서 이루어지던

<표 2-3> 미국 healthways사의 건강관리서비스

시장 규모 (매출액)	<ul style="list-style-type: none"> • 미 50개 주 이상에서 영업, 독일과 브라질 진출(2008년) • Index Membership: S&P 600 Small Cap, S&P 1500 Super Comp • 총수입: 736,243,000달러, 순이익: 54,815,000달러(2008년 말 기준)
주요 고객	<ul style="list-style-type: none"> • 민간보험사 등의 health plans • 회사의 피고용인 • pharmacy benefits managers • 정부(메디케어 등 포함) • 병원(hospitals)
인력 규모	<ul style="list-style-type: none"> • 약 3,500명(상근자) - 보건학, 보건교육, 건강증진 전문가 - 전문경영인, 일반 행정직원 등 - 간호사, 운동 처방사, 영양사 등 - 의사
제공 서비스	<p>Care Support</p> <p>건강관리 스펙트럼 전반을 지원 만성 질병자들에게 좀 더 생산적인 삶이 가능하도록 건강관리 조절방법을 알려주고, 위험군 환자들은 지속적인 교육을 통해 문제를 최소화하며, 개인별 지원을 통해 관리</p> <ul style="list-style-type: none"> • Core Conditions <ul style="list-style-type: none"> - 천식(Asthma) - Comprehensive back pain - 관상동맥질환(Coronary artery disease) - 만성신장질환(Chronic Kidney Disease: CKD), 말기신질환(End Stage Renal Disease: ESRD) - 종양(Oncology) - 만성 폐쇄성 폐질환(Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) - 우울증(Depression) • Impact Conditions <ul style="list-style-type: none"> - Acid related stomach disorder - 심방세동(Atrial Fibrillation) - 욕창(Decubitus Ulcers) - 섬유조직염(Fibromyalgia) - C형 간염(Hepatitis C) - 염증성 장질환(Inflammatory bowel disease) - 과민성 장증후군(Irritable Bowel Syndrome: IBS) • High-risk Care Management <ul style="list-style-type: none"> - 입원을 해야 하는 고위험을 가진 사람을 위한 집중적인 일대일 지원 • Medicare Advantage - Senior Management Program <ul style="list-style-type: none"> - Medicare Supplement Carriers와 Medicare Fee-for-service condition management programs <p>Health Support</p> <p>삶의 각 단계에 건강한 라이프스타일을 고취하고자 하는 건강관리 프로그램</p> <ul style="list-style-type: none"> • SilverSneakers Fitness Program: 최고령층을 위한 프로그램 • Forever Fit: 노년층을 위한 프로그램 • Prime: 65세 이하 어른을 위한 신체활동 프로그램 • WholeHealth: 선택적이고 보완적인 약물치료 프로그램 • Healthy Alignment: 국가적으로 공인된 (척추)지압 프로그램(chiropractic core conditioning program) • QuitNet: 세계적으로 가장 큰 온라인 금연지원 커뮤니티 • myhealthIQ: 온라인 건강 위험 측정 테스트 • Healthways Wellness Portal: 통합 예방 강연 • Lifestyle Management: 건강증진을 위한 건강평가, 개인적인 프로그램, 동기 부여 • Maternal Health: 정신적 건강관리를 위한 통합적인 해결책 제시 • Medicare Advantage: 고령자(senior) care 프로그램

자료: <http://www.healthways.com>.

대면진료를 공간적으로 확장하여 원격으로 수행하는 것이다. 둘째, 융합형 서비스는 정보통신기술을 의료 및 건강관리서비스와 연결하여 언제 어디서나 관련 서비스가 제공될 수 있게 하여 삶의 질을 향상시키는 것을 목표로 한다. 향후 새로운 서비스가 지속적으로 개발되어 산업이 확장될 것으로 예측된다. 생활공간에 센서 및 컴퓨팅 기기를 내재화시켜, 건강진단이나 질병관리, 응급관리, 의사와의 만남 등 병원에서만 이루어지던 의료행위를 일상생활의 공간에서 이루어지게 하는 것이다. 일상적인 편리한 공간에서 혈압, 맥박, 혈당 등 생체 및 건강 정보를 측정하고 축적해 지속적으로 건강을 관리하는 의료서비스를 지향하기 때문에 건강관리서비스와 자연스레 결합하고 있다.

2. 소비자 권력과 정보 접근성

가. 소비자의 선택능력 강화와 지원 필요성

의료시스템 내에서 소비자의 위상을 높이기 위해서는 정보 접근성을 강화시키는 것이 첫걸음이다. 개별 소비자가 적절한 지식을 획득하여 필요한 서비스를 스스로 선택할 수 있을 때, 의사와 병원, 보험사로 이루어진 의료시스템 전체가 소비자에게 반응하기 때문이다(consumer-oriented, consumer-driven). 그리고 이 과정이 작동하려면, 가격이나 서비스 등 시장상황에 대한 정보가 취합되어 소비자에게 공개될 필요가 있다. 개인에 관한 의료정보는 당사자에게도 (적절한 수준에서) 제공되어, 환자와 서비스 공급자가 공유할 필요가 있다. 모든 환자가 의료지식에 익숙해지는 것은 불가능하나, 개인이 스스로 의료정보를 숙지하고 적절한 선택을 할 유인을 제공할 필요가 있다. 컴퓨터시장이나 자동차시장의 경우 대부분의 소비자가 전문지식을 보유하지 못하나, 극히 일부 정보에 밝고 이해력이 뛰어난 소비자들이 정보를 취득하여 해석한 후, 초보자들의 선택에 도움이 되도록 정보를 가공하여 유통시키는데, 이는 공급자들의 가격경쟁·품질경쟁을 자극한다(Herzlinger[2007]).

나. 유럽 의료 소비자중심도 지수

의료서비스를 재화라기보다 공공부문이 제공하는 복지서비스로 간주하는 전통이 강했던 유럽의 국가들도 의료시스템의 소비자 지향성을 강화하는 노력을 기울이고 있다. 제2절에서 다루었던 유럽 국가의 시스템 개혁은 이용자들의 지식 확대와 소비자 의식 강화를 반영하는 움직임이라고 할 수 있다.

유럽 의료 소비자중심도 지수(Euro Health Consumer Index: EHCI)는 통계 위주로 정립된 유럽의 의료시스템에서도 ‘소비자 지향’이라는 화두가 중요성을 더해가고 있다는 것을 보여주는 예이다. EHCI는 유럽지역 33개 의료시스템을 사용자 편의를 중심으로 비교한다. 이를 주관하는 Health Consumer Powerhouse는 민간조사기관으로서 European Commission의 협조하에 유럽지역 의료시스템의 소비자 지향성을 평가하고 있다.

평가지표구조는 환자의 정보 접근성을 핵심적인 지표로 설정하고 있어 소비자 만족에 있어 정보의 중요성을 강조한다. 최근 5년간 유럽 국가의 소비자 지향은 향상되고 있는 것으로 평가되었으며, 특히 의료 개혁과정에서 의료정보의 National Portal을 구축한 네덜란드는 소비자의 정보 접근성에서 약진한 결과, 2009년 전체 평가에서 독보적인 1위를 차지하였다.²⁾ 네덜란드는 2006년 개혁 이후 소비자의 적극적인 선택을 지원하는 정보시스템을 구축, 소비자의 권력을 크게 증진(consumer empowerment)시킨 것으로 평가되었다.

EHCI 2009의 산정방법을 살펴보면, 동 지수는 총 6개 분야(sub-discipline)의 38개 평가항목(indicator)과 가중치(weight)로 구성된다(표 2-4). 각 평가항목은 3점 척도로 평가되어 1~3점이 부여된다. [그림 2-3]에서 ●는 3점, ◐ 또는 n.ap.(not applicable)는 2점, ○ 또는 n.a.(not available)는 1점을 나타낸다.

환자권리 및 정보 접근성 부문에서는 환자가 자신의 의료정보에 접근할 수 있는, 의료정보에 관해 상호적 의사소통이 가능한(interactive) 장치가 마련되어 있는지, 의료제공자의 서비스 질에 대한 정보가 제공되고 있는지 등이 포함되어 있다. e-Health 부문에서는 의료정보가 의료인 간뿐

2) 총 863점으로 2위 덴마크의 819점과 큰 격차를 보였다.

〈표 2-4〉 EHCI 2009의 평가항목 구성

분 야 Sub-discipline	평가항목 수 No. of indicators	가중치 Relative Weight
1. 환자권리 및 정보 Patient rights and information	9	175
2. 시설 e-Health	6	75
3. 대기시간 Waiting time for treatment	5	200
4. 치료실적 Outcomes	7	250
5. 서비스 Range and reach of services ('Generosity')	7	150
6. 약제 Pharmaceuticals	4	150
계	38	1000

자료: Health Consumer Powerhouse, *Euro Health Consumer Index 2009*, 2009.

아니라 환자에게도 직접 전달되는지, 서비스 가격을 온라인으로 미리 파악할 수 있는지, 전자통신망으로 처방전이 발급되는지 등의 관점에서 의료정보 접근성과 통신기술의 접합 여부가 중요하게 취급되고 있다.

[그림 2-3] Euro Health Consumer Index 2009의 결과

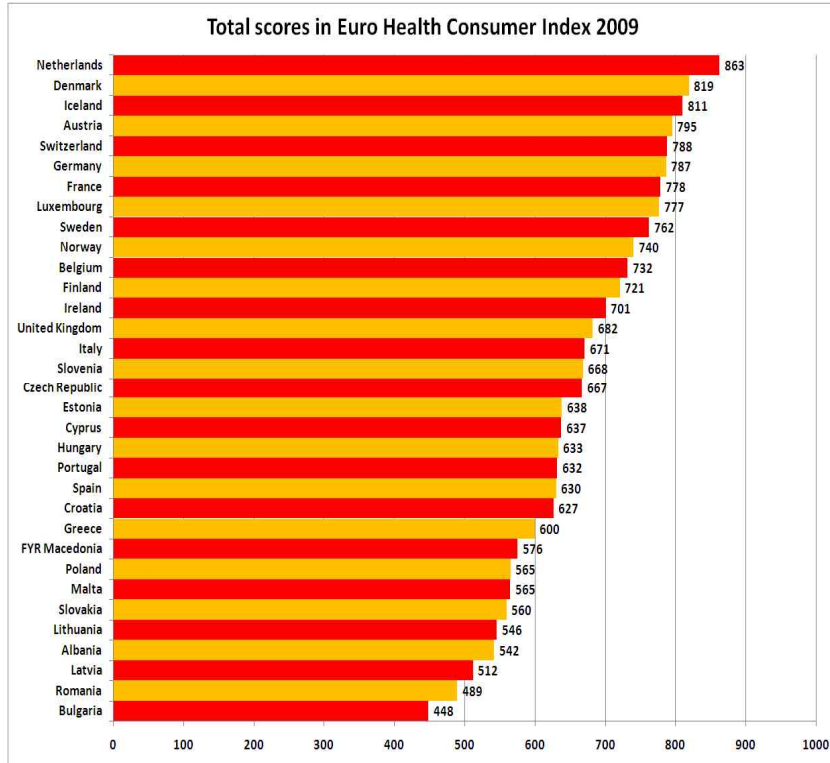
EuroHealth Consumer Index 2009																	
Sub-discipline	Indicator	Albania	Austria	Belgium	Bulgaria	Croatia	Cyprus	Czech Republic	Denmark	Estonia	Finland	France	Macedonia	Germany	Greece	Hungary	Iceland
1. Patient rights and information	1.1 Healthcare law based on Patients' Rights	●	●	●	○	●	●	○	●	●	●	●	●	○	●	●	●
	1.2 Patient organisations involved in decision making	○	●	●	○	●	●	●	●	●	●	●	○	●	○	○	○
	1.3 No-fault malpractice insurance	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	1.4 Right to second opinion	●	●	●	○	●	●	●	○	●	●	○	○	○	○	○	○
	1.5 Access to own medical record	●	●	●	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	1.6 Register of legit doctors	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	1.7 Web or 24/7 telephone HC info with interactivity	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	1.8 Cross-border care seeking financed from home	n.ap.	○	○	○	n.ap.	○	○	○	○	○	○	n.ap.	○	○	○	n.ap.
	1.9 Provider catalogue with quality ranking	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Subdiscipline weighted score		117	149	130	84	117	110	84	175	130	143	143	110	123	84	136
2. e-Health	2.1 EPR penetration	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	2.2 e-transfer of medical data between health professionals	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	2.3 Lab test results communicated direct to patients via e-health solutions?	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	2.4 Do patients have access to on-line booking of appointments?	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	2.5 on-line access to check how much doctors/clinics have charged insurers for e-prescriptions	n.ap.	○	○	○	n.ap.	○	○	n.ap.	n.ap.	n.ap.	○	n.ap.	○	○	○	n.ap.
	2.6 e-prescriptions	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Subdiscipline weighted score		29	50	38	42	54	38	38	63	46	50	33	50	38	25	46
3. Waiting time for treatment	3.1 Family doctor same day access	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	3.2 Direct access to specialist	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	3.3 Major non-acute operations <90 days	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	3.4 Cancer therapy <21 days	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	3.5 CT scan <7days	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Subdiscipline weighted score		187	173	187	120	120	160	133	120	120	93	173	160	187	147	147	173
4. Outcomes	4.1 Heart infarct case fatality	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	○
	4.2 Infant deaths	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	4.3 Ratio of cancer deaths to incidence 2006	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	4.4 Preventable Years of Life Lost	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	4.5 MRSA infections	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	○
	4.6 Rate of decline of suicide	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	4.7 % of diabetics with high HbA1c levels (> 7)	○	○	○	n.a.	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○	○	○	○
Subdiscipline weighted score		95	190	155	95	143	155	190	202	143	226	202	107	214	190	119	226
5. Range and reach of services provided	5.1 Equity of healthcare systems	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	5.2 Cataract operations per 100 000 age 65+	n.a.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	○
	5.3 Infant 4.disease vaccination	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	5.4 Kidney transplants per million pop.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	5.5 Is dental care included in the public healthcare offering?	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	5.6 Rate of mammography	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	5.7 Informal payments to doctors	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Subdiscipline weighted score		64	107	136	57	93	100	121	121	100	121	114	86	100	79	86	114
6. Pharmaceuticals	6.1 Rx subsidy	n.a.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	6.2 Layman-adapted pharmacopeia?	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	6.3 Novel cancer drugs deployment rate	○	○	○	n.a.	n.a.	○	○	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	n.a.
	6.4 Access to new drugs (time to subsidy)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	○
Subdiscipline weighted score		50	125	88	50	100	75	100	138	100	88	113	63	125	75	100	100
Total score		542	795	732	448	627	637	667	819	638	721	778	576	787	600	633	811
Rank		30	4	11	33	23	19	17	2	18	12	7	25	6	24	20	3

[그림 2-3]의 계속

EuroHealth Consumer Index 2009																		
Sub-discipline	Indicator	Ireland	Italy	Latvia	Lithuania	Luxembourg	Malta	Netherlands	Norway	Poland	Portugal	Romania	Slovakia	Slovenia	Spain	Sweden	Switzerland	United Kingdom
1. Patient rights and information	1.1 Healthcare law based on Patients' Rights	●	●	○	●	●	○	●	●	●	●	●	●	●	●	○	●	●
	1.2 Patient organisations Involved in decision making	●	●	●	●	●	○	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●
	1.3 No-fault malpractice insurance	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	1.4 Right to second opinion	●	●	○	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	1.5 Access to own medical record	●	●	●	●	●	○	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○
	1.6 Register of legit doctors	●	●	●	●	●	○	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	1.7 Web or 24/7 telephone HC info with interactivity	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	1.8 Cross-border care seeking financed from home	○	○	○	○	○	○	n.ap.	n.ap.	○	○	○	○	○	○	○	n.ap.	○
	1.9 Provider catalogue with quality ranking	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Subdiscipline weighted score		110	110	91	136	136	97	162	136	117	123	91	104	149	84	117	136
2. e-Health	2.1 EPR penetration	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	2.2 e-transfer of medical data between health professionals	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	2.3 Lab test results communicated direct to patients via e-health solutions?	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	2.4 Do patients have access to on-line booking of appointments?	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	2.5 on-line access to check how much doctors/clinics have charged insurers for	n.ap.	n.ap.	n.ap.	n.ap.	n.ap.	n.ap.	○	n.ap.	n.ap.	n.ap.	○	○	n.ap.	n.ap.	n.ap.	○	n.ap.
	2.6 e-prescriptions	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	n.a.
Subdiscipline weighted score		42	33	29	38	42	29	63	50	38	67	25	29	38	42	54	46	54
3. Waiting time for treatment	3.1 Family doctor same day access	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	3.2 Direct access to specialist	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	3.3 Major non-acute operations <90 days	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	3.4 Cancer therapy <21 days	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	3.5 CT scan <7days	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Subdiscipline weighted score		120	120	120	120	173	120	147	107	107	80	120	133	120	93	93	187
4. Outcomes	4.1 Heart infarct case fatality	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	4.2 Infant deaths	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	4.3 Ratio of cancer deaths to incidence 2006	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	4.4 Preventable Years of Life Lost	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	4.5 MRSA infections	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	4.6 Rate of decline of suicide	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	4.7 % of diabetics with high HbA1c levels (>7)	○	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	n.a.	n.a.	○	○	○	n.a.	○
	Subdiscipline weighted score		202	214	131	131	202	131	226	226	131	155	107	95	155	179	250	214
5. Range and reach of services provided	5.1 Equity of healthcare systems	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	5.2 Cataract operations per 100 000 age 65+	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	5.3 Infant 4-disease vaccination	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	5.4 Kidney transplants per million pop.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	5.5 Is dental care included in the public healthcare offering?	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	n.a.	○
	5.6 Rate of mammography	○	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○
	5.7 Informal payments to doctors	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Subdiscipline weighted score		114	93	79	71	136	100	129	121	86	107	71	86	107	107	136	93	121
6. Pharmaceuticals	6.1 Rx subsidy	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	6.2 Layman-adapted pharmacopeia?	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	6.3 Novel cancer drugs deployment rate	○	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	6.4 Access to new drugs (time to subsidy)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Subdiscipline weighted score		113	100	63	50	88	88	138	100	88	100	75	113	100	125	113	113	125
Total score		701	671	512	546	777	565	863	740	565	632	489	560	668	630	762	788	682
Rank		13	15	31	29	8	26	1	10	26	21	32	28	16	22	9	5	14

자료: Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index 2009, 2009.

[그림 2-4] EHCI 2009 총점 순위



자료: Health Consumer Powerhouse, *Euro Health Consumer Index 2009*, 2009.

〈표 2-5〉 EHCI 평가지표의 정의와 배점(소비자 권리와 정보 접근성/
e-health 부문)

1. Patient rights and information		
1.1 Healthcare law based on Patients' Rights	Is national HC legislation explicitly expressed in terms of Patients' rights?	③ Y ② Various kinds of patient charters or similar byelaws ① N
1.2 Patient organizations involved in decision making		③ Yes, statutory ② Yes, by common practice in advisory capacity ① No, not compulsory or generally done in practice
1.3 No-fault malpractice insurance	Can patients get compensation without the assistance of the judicial system in proving that medical staff made mistakes?	③ Y ② Fair ; (such as > 25% invalidity covered by the state) ① N
1.4 Right to second opinion		③ Y ② Yes, but difficult to access due to bad information, bureaucracy or doctor negativism ① N
1.5 Access to own medical record	Can patients read their own medical records?	③ Yes, they get a copy by simply asking their doctor(s) ② Yes, requires written application or only access with medical professional "walk-through" ① No, no such statutory right
1.6 Register of legit doctors	Can the public readily access the info: "Is doctor X a bona fide specialist?"	③ Yes, on the www or in widely spread publication ② Yes, but in publication expensive or cumbersome to acquire ① N
1.7 Web or 24/7 telephone HC info with interactivity	Information which can help a patient take decisions of the nature: "After consulting the service, I will take a paracetamol and wait and see" or "I will hurry to the A&E department of the nearest hospital"	③ Y ② Yes, but not generally available ① N
1.8 Cross-border care seeking financed from home	Can patients choose to be treated in another EU state	③ Yes, including elective in-patient procedures ② Yes, with pre-approval, but usually no problem, or limited to out-patient procedures ① Yes, with pre-approval, or very limited choice(for care not given in home country)
1.9 Provider catalogue with quality ranking	"Dr. Foster" in the U.K. a typical qualification for a Green score. The "750 best clinics" published by LePoint in France would warrant a Yellow.	③ Y ② "not really", but nice attempts under way ① N

<표 2-5>의 계속

2. e-Health		
2.1 EPR penetration	% of GP practices using electronic patient records for diagnostic data	③ ≥90% of GP practices ② <90 ≥50% of practices ① <50% of practices
2.2 e-transfer of medical data between health professionals	% of GP practices using e-networks for transfer of medical data to care providers/professionals	③ ≥25% of GP practices ② <25 ≥10% of practices ① <10% of practices
2.3 Lab test results communicated direct to patients via e-health solutions?	Can patients receive test results either by e-mail or by logging on to personal web page?	③ Yes, widely available ② Only from some pioneer hospitals/laboratories ① No, or very rare
2.4 Do patients have access to on-line booking of appointments?	Can patients book doctor appointments on-line?	③ Yes, widely available ② Only from some pioneer hospitals/laboratories ① No, or very rare
2.5 on-line access to check how much doctors/clinics have charged insurers for your care?	Can patients check on-line how much caregivers have claimed for their health insurance?	③ Y ② For some caregivers, from some insurance providers, or "Not applicable"(e.g. in tax-financed system)① N
2.6 e-prescriptions	% of GP practices using electronic networks for prescriptions to pharmacies	③ ≥50% of GP practices ② <50 ≥5% of practices ① <5% of practices

제3장

우리나라 의료서비스 공급체계의 특징과 정책환경

제1절 의료서비스 공급체계의 현황

1. 우리나라 의료서비스 공급체계의 역사적 연원

우리나라의 의료서비스 공급은 주로 민간부문에 의해 이루어지고 있으며, 의료기관 간 기능분업에 관한 계획이나 조율이 공적으로나 사적으로 부재하다는 점이 특징이다. 이는 대부분의 서구국가들이 과거 필수 의료서비스 보장을 위해 의료자원에 직접 투자하거나 의료자원 배분에 개입했고, 현재에도 신규투자를 승인하거나 조율하는 기능이 어느 정도 남아 있는 것과 현격히 대조된다.

현재의 민간 주도 공급체계는 일제 이후의 역사적인 과정에서 원인을 찾을 수 있다. 1942년 당시 국공립병원 수는 67개로 전체 병원 177개의 38%를 차지하고 있었으며, 병원규모, 병상 수, 의료장비 모두 사립병원보다 월등하여 공공부문의 우위가 확실하였다(이신호 외[2003]). 이는 일제의 의료정책에서 비롯되었는데, 일제는 한일합방과 동시에 각 도에 1개소의 도립병원을 설립하였다. 이후 일제 말까지 60여 개의 병원을 설립하여 의료체계의 중추로 삼는 동시에, 조선조 말까지 의료부문을 장악하던 한의사들을 정부조직에서 축출하고 의사로 대체하였다. 이는 의사가 의료부문의 지배적 역할을 담당하는 방향으로 의료체계의 권위구

조를 확립한 조치로 평가된다(조병희[1992]). 일제의 의료정책에서 의사의 지위는 상당히 높았고, 이는 건국 이후의 전개과정에서 대부분 안정적으로 유지되었으며, 소득이나 사회적 지위에 대한 의사그룹의 기대치가 높게 형성되는 데 기여했다고 인식된다.

그러나 분단과 전쟁을 거치며 경제부문의 황폐화와 빈약한 재정여건으로 인해 정부가 국공립병원을 유지할 수 있는 능력이 부재했고, 이는 기존 국공립병원의 낙후와 민간 중심의 의료시스템 확립으로 이어졌다. 시설의 낙후와 낮은 보수로 인해 시도립병원의 의사들은 개인 진료소를 차리기 시작하면서 개인의원이 의료서비스 공급의 주축을 담당하기 시작했고, 차관이나 정책융자를 통해 종교재단이나 사립대학 재단 등의 민간병원이 크게 확대되었다. 1949년에서 1971년까지의 기간 동안 병상수 기준으로 국공립병원의 규모는 1.6배 증가했으나, 사립재단 병원은 7.3배 증가했고, 시설이나 인력 면에서도 우위를 차지하면서(조병희[1992, 1999]), 민간 중심의 자유방임형 의료제도가 뿌리를 내렸다.

1977년 의료보험제도 도입 이후에는 의료수요 증가에 따른 보건의료 자원의 양적 팽창이 이루어졌는데, 특히 의료기관의 대형화 경향이 뚜렷하였다. 1977년 당시에는 병원 증가에도 불구하고 개별 병원의 규모는 크지 않아서, 전체 179개 병원 중 300병상 이상의 병원은 16개로 9%에 불과했고, 100병상 미만의 소규모 병원이 106개로 59.2%를 차지하였다. 1978년에서 1987년까지의 기간 동안 의료기관 증가율은 35.3%인 데 비해 병상 증가율은 97.3%를 보여 개별 의료기관의 병상 증가 경향이 강화되었다(이신호 외[2003]).

이 과정은 개업의사가 개인 소유 병·의원의 설립과 확장을 통해 병원, 종합병원으로 확대하는 전형적인 경로를 보여주며, 우리나라 의료기관의 특징인 기능적 미분화를 나타낸다. 개업의사의 자본축적의 결과로 규모만 확장됐을 뿐, 병원의 조직이나 기능이 개인의원과 근본적으로 다르지 않았으며, 모든 의료기관은 상호경쟁상태에 놓이게 되었다(조병희[2003]).

현재 의료기관 간 기능분담을 통한 의료체계의 효율적 서비스 공급 조율이 이루어지지 않는 것은, 근본적으로 분단과 전쟁, 개발연대를 거치는 동안 국가의 역할이 의료부문 구조설계에까지 이르지 않았다는 것

에 1차적으로 기인한다.

<표 3-1>~<표 3-3>은 의료기관 수의 증가와 병상 수의 증가, 의료기관별 병상 수의 증가를 보여준다. 의료기관이 신설되고 규모가 확장되는 전형적인 경로는 최근까지도 유사하게 진행되어 왔다. 1987년 이후 20년간 의료기관 수는 3.06배 증가했고, 병상 수는 3.93배 증가하였다. 병상 수 증가가 기관 수 증가를 앞질러 기관당 병상 수는 1.29배 증가했으며, 이 중 종합병원의 기관당 병상 수가 1.48배, 일반병원은 2.07배 증가하여 이들의 규모 확대가 큰 것으로 나타난다. 이런 현상은 앞서 언급한 일반적 경향, 즉 의원의 규모가 커져 병원으로, 병원의 규모가 커져 종합병원으로 전환하는 추세를 부분적으로 반영한 것으로 추측된다.

<표 3-1> 의료기관 수 추이

(단위: 개, %)

의료기관 유형	1987	1990	1993	1996	1999	2002	2003	2005	2007
전체	17,311 (100)	21,701 (125)	26,661 (154)	31,173 (180)	36,829 (213)	44,029 (254)	45,772 (264)	49,566 (286)	52,914 (306)
종합병원	205 (100)	228 (111)	242 (118)	271 (132)	277 (135)	284 (139)	283 (138)	290 (141)	302 (147)
요양병원							68 (100)	177 (260)	593 (872)
일반병원	305 (100)	328 (108)	360 (118)	421 (138)	517 (170)	691 (227)	730 (239)	794 (260)	945 (310)
한방병원	18 (100)	33 (183)	54 (300)	81 (450)	128 (711)	135 (750)	151 (839)	146 (811)	138 (767)
정신병원	11 (100)	26 (236)	35 (318)	45 (409)	76 (691)	75 (682)	88 (800)	102 (927)	107 (973)
특수병원	7 (100)	6 (86)	6 (86)	5 (71)	4 (57)	3 (43)	6 (86)	4 (57)	4 (57)
의원	9,089 (100)	10,935 (120)	12,966 (143)	15,002 (165)	18,507 (204)	23,299 (256)	23,299 (256)	24,491 (269)	26,078 (287)
한의원	3,217 (100)	4,261 (132)	5,250 (163)	6,172 (192)	6,834 (212)	8,097 (252)	8,734 (271)	9,765 (304)	10,895 (339)
기타	4,459 (100)	5,884 (132)	7,748 (174)	9,176 (206)	10,477 (235)	11,445 (257)	12,210 (274)	12,876 (289)	13,665 (306)

주: 1) () 안의 수치는 1987년을 기준으로 산출한 비율(%)임. 단, 2003년부터 추가된 요양병원의 경우는 2003년을 기준으로 비율을 산출.

2) 기타 의료기관은 치과병·의원, 부속의원, 조산원의 합산임.

자료: 보건복지가족부, 『보건복지가족통계연보』, 각년도.

〈표 3-2〉 병상 수 추이

(단위: 개, %)

의료기관 유형	1987	1990	1993	1996	1999	2002	2003	2005	2007
전체	114,511 (100)	134,176 (117)	164,588 (144)	209,303 (183)	259,001 (226)	316,089 (276)	340,988 (298)	379,751 (332)	450,119 (393)
종합병원	57,863 (100)	66,625 (115)	81,911 (142)	100,828 (174)	108,929 (188)	115,779 (200)	111,801 (193)	120,728 (209)	125,840 (217)
요양병원							8,355 (100)	25,501 (305)	66,727 (799)
일반병원	17,565 (100)	19,425 (111)	25,886 (147)	37,262 (212)	51,861 (295)	75,392 (429)	78,853 (449)	90,467 (515)	112,392 (640)
한방병원	612 (100)	1,276 (208)	2,359 (385)	4,207 (687)	7,499 (1,225)	8,321 (1,360)	8,742 (1,428)	8,538 (1,395)	8,245 (1,347)
정신병원	4,536 (100)	7,778 (171)	10,987 (242)	14,389 (317)	26,181 (577)	28,449 (627)	33,226 (732)	36,252 (799)	36,714 (809)
특수병원	4,697 (100)	4,673 (99)	4,917 (105)	4,043 (86)	3,771 (80)	2,338 (50)	2,402 (51)	2,373 (51)	2,373 (51)
의원	27,861 (100)	33,011 (118)	37,408 (134)	47,623 (171)	60,442 (217)	83,987 (301)	83,987 (301)	91,702 (329)	95,224 (342)
한의원	31 (100)	14 (45)	75 (242)	190 (613)	279 (900)	1,215 (3,919)	730 (2,355)	672 (2,168)	455 (1,468)
기타	1,346 (100)	1,374 (102)	1,045 (78)	761 (57)	496 (37)	608 (45)	541 (40)	1,248 (93)	1,081 (80)

주: 1) () 안의 수치는 1987년을 기준으로 산출한 비율(%)임. 단, 2003년부터 추가된
요양병원의 경우는 2003년을 기준으로 비율을 산출.

2) 기타 의료기관은 치과병·의원, 부속의원, 조산원의 합산임.

자료: 보건복지가족부, 『보건복지가족통계연보』, 각년도.

〈표 3-3〉 의료기관당 병상 수 추이

(단위: 개, %)

의료기관 유 형	1987	1990	1993	1996	1999	2002	2003	2005	2007
전 체	6.6 (100)	6.2 (93)	6.2 (93)	6.7 (102)	7.0 (106)	7.2 (109)	7.4 (113)	7.7 (116)	8.5 (129)
종합병원	282.3 (100)	292.2 (104)	338.5 (120)	372.1 (132)	393.2 (139)	407.7 (144)	395.1 (140)	416.3 (147)	416.7 (148)
요양병원							122.9 (100)	144.1 (117)	112.5 (92)
일반병원	57.6 (100)	59.2 (103)	71.9 (125)	88.5 (154)	100.3 (174)	109.1 (189)	108.0 (188)	113.9 (198)	118.9 (207)
한방병원	34.0 (100)	38.7 (114)	43.7 (128)	51.9 (153)	58.6 (172)	61.6 (181)	57.9 (170)	58.5 (172)	59.7 (176)
정신병원	412.4 (100)	299.2 (73)	313.9 (76)	319.8 (78)	344.5 (84)	379.3 (92)	377.6 (92)	355.4 (86)	343.1 (83)
특수병원	671.0 (100)	778.8 (116)	819.5 (122)	808.6 (121)	942.8 (140)	779.3 (116)	400.3 (60)	593.3 (88)	593.3 (88)
의 원	3.1 (100)	3.0 (98)	2.9 (94)	3.2 (104)	3.3 (107)	3.6 (118)	3.6 (118)	3.7 (122)	3.7 (119)
한 의 원	0.0 (100)	0.0 (34)	0.0 (148)	0.0 (319)	0.0 (424)	0.2 (1,557)	0.1 (867)	0.1 (714)	0.0 (433)
기 타	0.3 (100)	0.2 (77)	0.1 (45)	0.1 (27)	0.0 (16)	0.1 (18)	0.0 (15)	0.1 (32)	0.1 (26)

주: 연도별 의료기관 수와 병상 수를 이용하여 산출.
 자료: 보건복지가족부, 『보건복지가족통계연보』, 각년도.

2. 경쟁압력의 상승

소비자 수요가 전문화된 진료서비스를 선호하는 방향으로 변하고 시장 성숙에 따라 공급이 증가하면서 의료서비스부문의 경쟁이 심화되고 있다. 이러한 의료서비스시장의 변화를 읽기 위해서는 개별 기관의 조작 가능성이 상대적으로 적은 데이터를 사용할 필요가 있다.³⁾

〈표 3-4〉 의료기관 수 연평균 증가율

(단위: %)

	병·의원			치과병·의원		한방병·의원		약국
	종합병원	병원	의원	치과병원	치과의원	한방병원	한의원	
1975~80	17.3	13.4	0.8	0.0	4.7	17.1	-0.5	3.9
1980~90	10.8	3.2	5.6	7.2	10.1	11.6	6.3	4.7
1990~2000	2.3	5.9	5.9	25.0	7.1	15.2	5.5	-0.8
2000~07	0.8	7.2	4.4	15.2	3.5	0.2	5.9	2.0
1975~2007	6.8	6.4	4.7	13.0	6.8	10.9	4.9	2.2

자료: 보건복지가족부, 『보건복지가족통계연보』, 각년도. 고영선 외(2009)에서 재인용.

우선 의료기관의 수는 그동안 빠르게 증가해 왔다. 1975~2007년의 32년 동안 종합병원은 연평균 6.8%, 병원은 6.4%, 의원은 4.7% 증가했다. 가장 빠르게 증가한 의료기관은 치과병원(13.0%)이며, 약국은 연평균 2.2%에 그치고 있다(표 3-4).

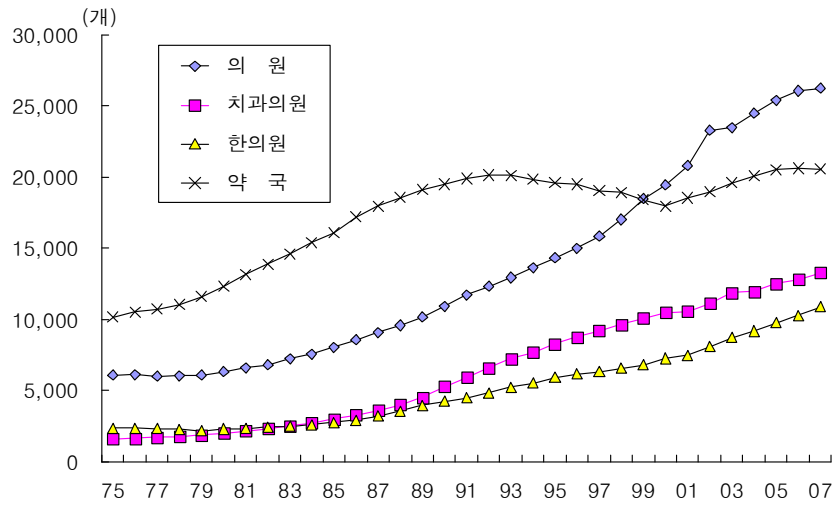
보다 상세히 관찰하기 위해서는 의료기관을 의원급(의원, 치과의원, 한의원, 약국)과 병원급(종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원)으로 나누어 살펴보는 것이 필요하다. 먼저 의원급 의료기관(그림 3-1)의 경우 당초 가장 많았던 것은 약국이었던 것 같다. 그러나 약국 수는 1990년대에 들어서며 감소하는 추세에 접어들었으며, 1990년대 말에는 의원 수가 약국 수를 추월하였다. 의원 수의 빠른 증가는 개원가의 경쟁이 치열해지고 있음을 나타낸다.

다음으로 병원급 의료기관(그림 3-2)을 살펴보면, 병원은 1990년대 이후 급격히 증가하는 추세인 반면, 종합병원은 1980년대 이후 서서히 증가 속도가 잦아들었다.

병원급 의료기관의 추이를 설립주체별로 관찰한 결과는 [그림 3-3]과 같다. 개인이 설립한 개인병원은 전체 병원급 의료기관의 약 50%를 차지해 왔으며, 최근 그 비중이 다소 상승하고 있다. 의료법인은 2000년대에

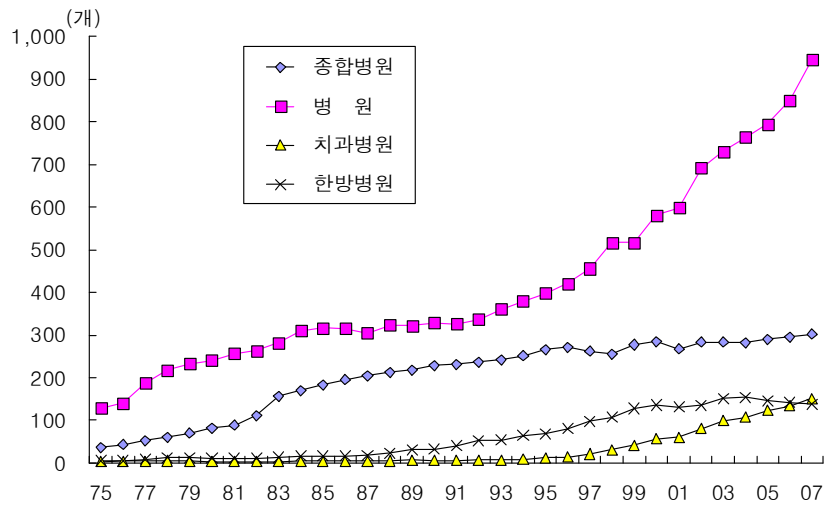
- 3) 병원 경영과 관련한 데이터는 신뢰도가 낮다는 문제가 있어 사용에 주의를 요한다. 예컨대, 수익률 데이터는 세원노출을 꺼리는 불투명한 회계작성으로 인해 별다른 의미를 찾기 어렵다.

[그림 3-1] 의원급 의료기관의 수



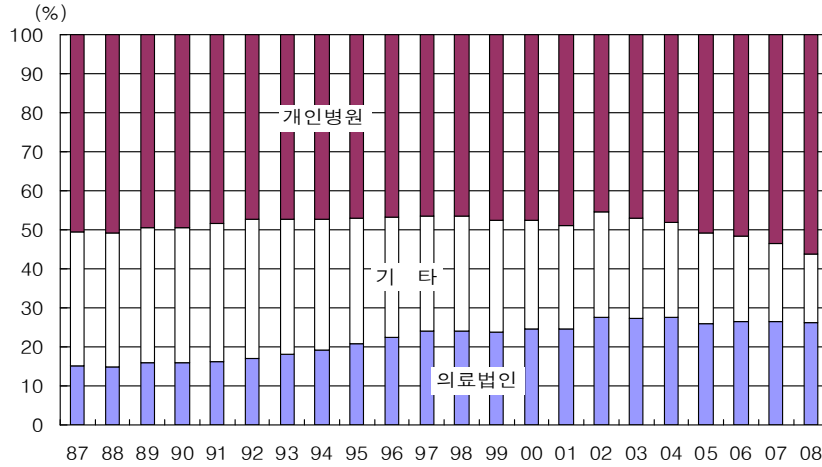
자료: 보건복지가족부, 『보건복지가족통계연보』, 각년도. 고영선 외(2009)에서 재인용

[그림 3-2] 병원급 의료기관의 수



자료: 보건복지가족부, 『보건복지가족통계연보』, 각년도. 고영선 외(2009)에서 재인용

[그림 3-3] 설립형태별 병원급 의료기관(종합병원 포함)의 수



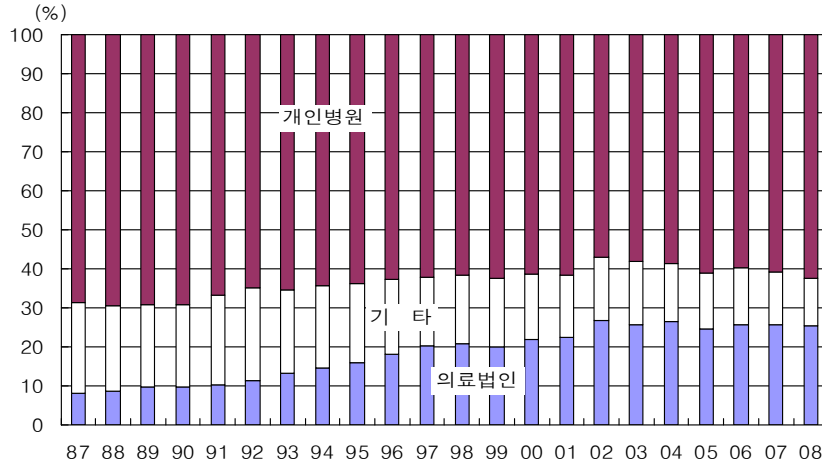
주: ‘기타’는 국가나 지방자치단체, 「민법」이나 특별법에 따라 설립된 비영리법인, 준정부기관, 지방의료원, 한국보훈복지의료공단 등이 설립한 병원.
 자료: 대한병원협회, 『병원명부』, 각년도. 고영선 외(2009)에서 재인용.

들어서 30% 미만의 수준에서 정체되고 있다. [그림 3-4]는 병원급 의료기관 가운데 종합병원을 제외한 경우를 보여주며, [그림 3-5]는 종합병원의 경우만을 보여준다. 여기에서 보듯이 개인병원은 종합병원을 제외한 병원급 의료기관의 약 60%를 차지하고 있고 종합병원의 약 20%를 차지하고 있다. 의료법인의 비중은 각각 약 25% 및 약 30%이다.

병상 수 역시 지속적으로 증가하고 있다. 종합병원의 병상 수가 가장 많으며, 최근 병원급 기관의 병상 수가 빠르게 증가하고 있다. 총 병상 수는 2007년 현재 343,224개였다. OECD 국가 가운데 우리나라는 인구 대비 병상 수가 많은 편에 속한다(그림 3-7).

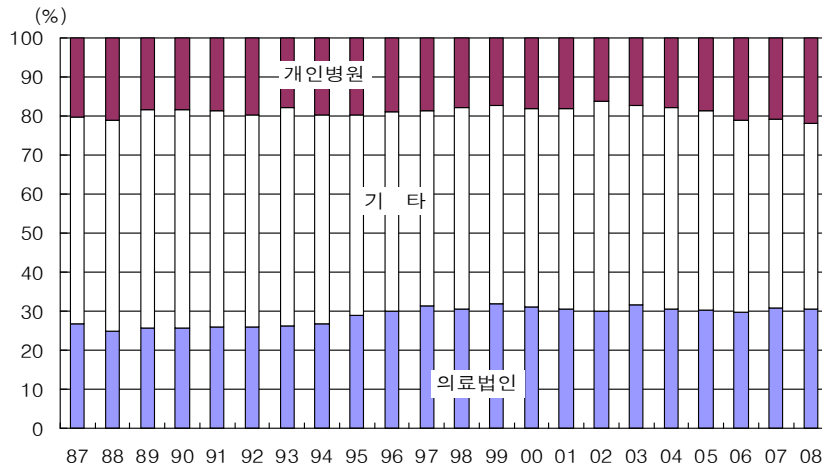
의사 수의 증가 역시 의료서비스부문 내 경쟁압력 증가를 시사한다. 인구당 의사 수는 서울을 비롯한 대도시 지역에서 월등히 높으며, 인구당 의사 수는 전 지역에 걸쳐 꾸준히 증가하고 있다. 대한의사협회의 『2008 전국회원실태조사보고서』(2009)에 등재된 대한의사협회 신고 의사를 해당 지역 인구 대비로 살펴본 결과, 의사 수가 전반적으로 증가하였음을 알 수 있다. 1980년 인구 천명당 의사 수는 전국 0.37명, 서울지역 0.83명에

[그림 3-4] 설립형태별 병원급 의료기관(종합병원 제외)의 수



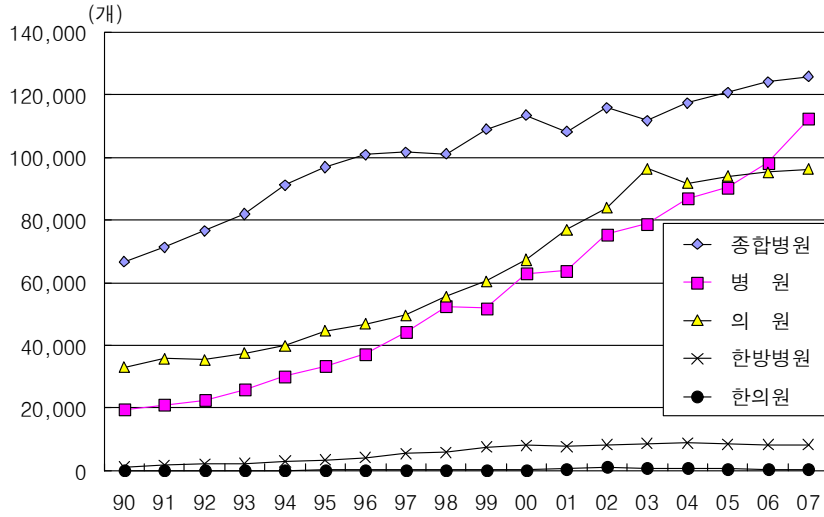
주: '기타'는 국가나 지방자치단체, 「민법」이나 특별법에 따라 설립된 비영리법인, 준정부기관, 지방의료원, 한국보훈복지의료공단 등이 설립한 병원.
 자료: 대한병원협회, 『병원명부』, 각년도. 고영선 외(2009)에서 재인용.

[그림 3-5] 설립형태별 종합병원의 수



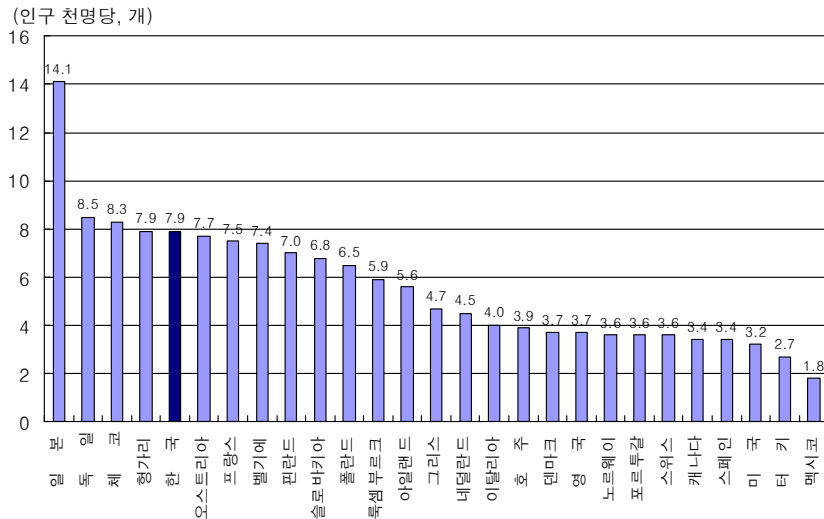
주: '기타'는 국가나 지방자치단체, 「민법」이나 특별법에 따라 설립된 비영리법인, 준정부기관, 지방의료원, 한국보훈복지의료공단 등이 설립한 병원.
 자료: 대한병원협회, 『병원명부』, 각년도. 고영선 외(2009)에서 재인용.

[그림 3-6] 병상 수



자료: 보건복지가족부, 『보건복지가족통계연보』, 각년도.

[그림 3-7] OECD 국가의 병상 수(2005년)



자료: OECD, OECD Health Data 2008, 2008.

〈표 3-5〉 의협 신고 등록의사 현황

	1980	1985	1990	1995	2001	2005	2006	2007	2008	연평균 증가율
전국 (軍 제외)	13,976	19,820	28,361	39,583	54,657	68,590	71,015	74,423	77,020	6.3%
서울	7,088	9,115	12,606	15,797	18,394	22,861	24,211	25,020	25,686	4.7%
부산	1,544	2,169	2,987	3,945	4,743	5,795	5,731	6,076	6,179	5.1%
대구	0	1,522	2,211	2,802	3,522	4,422	4,559	4,680	4,727	5.1%
인천	0	603	853	1,189	2,270	2,633	2,869	2,949	2,949	7.1%
광주	0	0	1,024	1,513	2,144	2,486	2,679	2,719	2,759	5.7%
대전	0	0	706	1,185	1,752	2,464	2,569	2,652	2,638	7.6%
울산	0	0	0	0	837	1,195	1,157	1,144	1,186	5.1%
경기	959	1,346	2,199	4,080	8,246	10,758	10,826	11,532	11,945	9.4%
강원	343	490	833	1,092	1,489	1,856	1,841	1,961	2,101	6.7%
충북	217	290	449	916	1,272	1,692	1,699	1,783	1,800	7.8%
충남	574	876	413	1,043	1,617	2,001	1,995	2,199	2,385	5.2%
전북	564	792	1,186	1,637	2,154	2,407	2,575	2,759	2,931	6.1%
전남	758	1,010	504	823	1,505	1,978	2,033	2,259	2,453	4.3%
경북	1,312	527	820	1,170	1,949	2,479	2,551	2,702	2,878	2.8%
경남	529	935	1,417	2,131	2,334	2,962	3,126	3,317	3,644	7.1%
제주	88	145	153	260	429	601	594	671	759	8.0%
경인권	8,047	11,064	15,658	21,066	28,910	36,252	37,906	39,501	40,580	5.9%
대도시	8,632	13,409	20,387	26,431	33,662	41,856	43,775	45,240	46,124	6.2%
소도시		4,931	6,383	11,446	18,027	23,588	24,129	25,621	26,810	7.6%
도시		18,340	26,770	37,877	51,689	65,444	67,904	70,861	72,934	6.2%
농촌		1,480	1,591	1,706	2,968	3,146	3,111	3,562	4,086	4.5%
군(軍)	1,469	1,169	833	740	542	507	925	1,053	1,498	0.1%
전체	15,445	20,989	29,194	40,323	55,199	69,097	71,940	75,476	78,518	6.0%

주: 대구, 인천, 광주, 대전, 울산의 경우, 광역시 이전 시점의 수치는 해당 도에 포함.
 자료: 대한의사협회, 『2008 전국회원실태조사보고서』, 2009.

〈표 3-6〉 의협 신고 등록의사 현황(인구 천명당)

(단위: 명/천명)

	1980	1985	1990	1995	2001	2005	2006	2007	2008	연평균 증가율
전국	0.37	0.49	0.66	0.88	1.15	1.42	1.47	1.54	1.58	5.4%
서울	0.83	0.94	1.20	1.53	1.82	2.28	2.42	2.50	2.56	4.1%
부산	0.47	0.60	0.79	1.02	1.28	1.62	1.61	1.72	1.77	4.9%
대구		0.71	0.96	1.13	1.39	1.76	1.84	1.89	1.92	4.4%
인천		0.39	0.45	0.51	0.89	1.02	1.11	1.13	1.12	4.7%
광주			0.91	1.19	1.53	1.72	1.86	1.88	1.91	4.2%
대전			0.68	0.92	1.24	1.68	1.74	1.78	1.76	5.4%
울산					0.80	1.12	1.08	1.06	1.09	4.6%
경기	0.19	0.29	0.37	0.53	0.87	1.01	1.00	1.04	1.06	6.3%
강원	0.19	0.28	0.53	0.74	0.98	1.25	1.24	1.33	1.44	7.5%
충북	0.15	0.21	0.33	0.65	0.85	1.14	1.14	1.20	1.21	7.8%
충남	0.19	0.29	0.21	0.58	0.86	1.04	1.03	1.14	1.23	6.9%
전북	0.24	0.36	0.58	0.85	1.12	1.33	1.43	1.56	1.68	7.2%
전남	0.20	0.27	0.20	0.39	0.75	1.07	1.11	1.25	1.38	7.2%
경북	0.26	0.18	0.30	0.43	0.71	0.93	0.96	1.03	1.10	5.3%
경남	0.16	0.27	0.40	0.55	0.77	0.95	1.00	1.06	1.16	7.3%
제주	0.19	0.29	0.30	0.51	0.81	1.11	1.09	1.23	1.39	7.4%
경인권	0.59	0.69	0.85	1.03	1.31	1.56	1.62	1.67	1.70	3.8%
대도시	0.73	0.79	0.99	1.23	1.48	1.85	1.93	2.00	2.04	3.7%
<주민등록인구 기준>										
대도시				1.21	1.47	1.83	1.91	2.07	2.01	4.0%
소도시				0.68	0.93	1.13	1.13	1.13	1.23	4.6%
도시				0.98	1.22	1.49	1.54	1.59	1.63	4.0%
농촌				0.23	0.53	0.63	0.65	0.75	0.86	10.5%

주: 지역별 인구는 통계청 추계인구를 사용했으나, 추계인구로는 시군구 구분 정보가 가용하지 않으며, 해당 내용은 주민등록인구를 기준으로 함. 단, 주민등록인구는 1992년부터만 가용함.

불과했으나, 2008년 현재 전국 1.58명, 서울지역 2.56명으로 증가했다. 대도시지역은 천명당 의사 수가 높으며, 농촌지역은 인구 감소로 인해 인구당 의사 수가 빠르게 증가하고 있다.

도산율과 병상당 직원 수를 통해서도 시장 퇴출과 진입이 함께 증가하고 있고 경영압박이 강화되고 있음을 짐작할 수 있다. 의료기관 도산율은 2000년 이후 의료기관 경영난이 제기되면서 집계되기 시작하였다. 2000년 이후 도산율은 평균 7~8%를 유지하고 있으나 의료기관 수 역시 꾸준히 증가하고 있어(표 3-1), 신규 진입과 퇴출이 활발히 진행되는 등 적자생존 원리가 강화되고 있음을 알 수 있다. 도산율은 200병상 미만 규모 및 지방병원의 경우가 높게 나타나고 있다(표 3-7). 단, 명의변경까지 휴폐업으로 산정되는 등 통계작성의 문제점을 안고 있어, 도산율 수치는 대략적인 간접지표로서의 역할만을 부여할 수 있을 것이다.⁴⁾

병상당 직원 수의 경우, 3차병원에서 꾸준히 증가하는 추세인 데 반해 중소병원에서는 별다른 추세가 발견되지 않고 있어 이들이 직면한 경영압박을 시사한다(표 3-8). 더구나 표본추출편의(sample selection bias)를 감안하면, 인력축소의 문제는 자료가 보여주는 것보다 심각한 것으로 판단된다. 1992년 『병원경영분석』은 조사대상인 병원급 이상 의료기관 669개 중 629개의 샘플을 수집하여 94%의 기관을 포괄한 데 반해, 2006년 『병원경영분석』은 약 1,600여 개 중 601개 의료기관의 자료를 수집하여 수집비율이 38%에 그쳤다. 상대적으로 경영여건이 양호한 기관이 주로 조사에 참여했을 것이라는 것을 감안할 때 인력축소 압력은 상당 정도 강화되고 있는 것으로 보인다.

3. 자본수요의 증대

진료서비스 외의 요소들에 의해 병원경영 성패가 크게 좌우되는 단계로 환경이 변화하고 있다. 소비자가 의료기관을 선정하는 기준이 신뢰성, 전문성, 가격, 친절함, 접근성 등으로 다양화되고 있다. 대형병원은

4) 이에 대해 병원협회는 명의변경 시 주변 병원への 확인작업을 추가하고 있다고 밝히고 있다.

〈표 3-7〉 병원급 의료기관 도산율

(단위: %)

		2004	2005	2006	2007	2008
전 체		8.1%	5.9%	5.9%	8.0%	6.8%
종별	종합병원	1.4%	0.0%	2.4%	1.0%	1.6%
	병 원	10.4%	7.7%	6.5%	9.1%	5.3%
	요양병원			8.8%	9.6%	11.8%
설립 형태별	개 인	12.5%	7.8%	7.7%	12.0%	9.9%
	의료법인	6.7%	6.1%	5.7%	3.4%	3.0%
	학교법인	1.4%	0.0%	0.0%	0.0%	3.9%
	기 타	1.0%	2.0%	3.2%	3.2%	2.4%
병상 규모별	100 미만	6.2%	8.7%	7.7%	11.9%	9.3%
	100~199	18.8%	5.3%	6.5%	6.4%	6.2%
	200~299	7.3%	5.2%	4.9%	4.3%	3.1%
	300 이상	0.5%	0.0%	1.8%	1.2%	2.8%
지역별	서 울	7.0%	6.3%	5.3%	5.1%	5.3%
	부 산	4.0%	7.3%	11.8%	8.3%	4.2%
	대 구	8.7%	5.2%	6.1%	14.6%	9.3%
	인 천	12.2%	4.9%	2.0%	9.6%	12.9%
	광 주	14.0%	12.8%	12.5%	9.5%	8.5%
	대 전	15.6%	0.0%	2.4%	3.3%	4.2%
	울 산	3.4%	0.0%	5.0%	7.9%	1.5%
	광역시 소계	8.0%	6.0%	6.9%	8.1%	6.3%
	경기도	9.3%	4.4%	3.1%	6.3%	7.8%
	강원도	7.0%	4.5%	4.3%	10.3%	4.6%
	충청남도	7.0%	7.7%	6.9%	10.8%	4.0%
	충청북도	6.7%	15.8%	13.2%	9.1%	2.9%
	경상남도	5.7%	5.5%	7.9%	9.6%	7.4%
	경상북도	1.6%	3.9%	4.5%	7.9%	9.8%
	전라남도	14.7%	3.8%	2.4%	5.5%	7.4%
전라북도	13.5%	7.9%	5.4%	8.5%	8.1%	
제주도	0.0%	11.1%	10.0%	6.3%	5.9%	
광역시 소계	8.2%	5.8%	5.2%	7.9%	7.2%	

자료: 병원협회.

〈표 3-8〉 100병상당 직원 수

(단위: 명)

	전체 평균	일반병원						특수병원		
		평균	종합병원				병원	정신	전염성 TB	한방
			3차	300병상 이상	160병상 이상	160병상 미만				
1992	111.8	107.4	156.0	108.3	101.0	108.0	103.0	36.0	42.0	87.5
1993	112.8	106.3	160.9	106.5	91.5	127.7	99.3	50.1	21.1	98.5
1995	103.0	102.0	159.9	109.2	96.2	109.5	94.2	35.1	41.6	78.6
98·99	75.3	80.6	118.7	90.1	82.4	98.3	74.6	22.8	33.5	61.8
2000	91.0	90.9	153.7	103.1	90.6	98.0	81.1	26.7	38.3	68.7
2001	86.9	90.1	160.8	101.6	86.4	93.9	78.3	24.1	74.5	73.5
2002	93.9	90.7	162.2	103.1	90.8	92.0	73.5	23.6	50.8	75.5
2003	87.4	90.7	154.4	111.5	87.2	95.6	72.6	26.9	48.6	58.8
2004	103.9	94.5	169.7	113.8	88.6	99.5	77.1	27.0	48.1	74.7
2005	83.8	90.5	177.5	123.3	87.6	80.8	72.6	27.4	26.4	63.1
2006	101.8	90.4	185.2	124.5	89.5	96.2	71.5	27.0	57.3	53.8
2007	119.0	114.5	193.2	128.8	101.4	116.4	81.7	25.0	20.8	85.9

자료: 한국보건산업진흥원, 『병원경영분석』, 각년도.

전국 단위의 접근성 개선(KTX 등)에도 도움을 받았으나, 신뢰성과 설비 규모로 인해 점점 더 지배력이 강화되는 모습을 보인다. 중소병원의 경영난은 시장의 움직임에 잘못 인지하는 경우 경영실패로 귀결된다는 인식을 고조시키고 있다. 이들의 경영난은 영세성으로 인해 채투자재원을 마련하지 못했든, 병원의 지속 가능성에 대한 회의에 따라 투자를 중단했든, 과도한 기대에 기초해 무리하게 투자한 후유증이든지 간에, 결국 환자들이 병원을 찾지 않아 나타나는 현상이며, 시장 대응에 실패했음을 의미한다.

의원급에서도 전문화와 차별화의 움직임이 뚜렷하다. 자영업을 기본 형태로 하는 의원의 경우, 급여진료과목(내과/소아과/외과/산부인과)과

〈표 3-9〉 100병상당 의사 수

(단위: 명)

	전체 평균	일반병원						특수병원		
		평균	종합병원			병원	정신	전염성 TB	한방	
			3차	300병상 이상	160병상 이상					160병상 미만
1992	20.3	14.0	39.7	18.3	13.6	11.7	10.6	3.2	6.7	16.8
1993	21.2	14.6	43.6	18.8	11.9	18.5	9.5	4.4	1.0	19.4
1995	16.8	13.4	41.0	19.9	12.0	11.9	9.1	3.2	2.5	14.5
98·99	10.6	9.7	31.8	14.3	9.7	11.2	7.3	1.8	2.2	11.2
2000	16.2	12.1	42.1	18.1	11.2	11.2	7.9	2.3	2.8	13.3
2001	14.3	12.5	42.9	16.6	10.9	11.2	7.9	1.9	5.8	15.2
2002	16.9	13.0	43.3	17.7	11.1	10.9	6.9	2.0	4.0	14.9
2003	16.6	13.3	40.9	19.3	11.0	12.0	7.3	2.2	3.9	11.7
2004	22.8	14.2	43.7	21.0	11.0	14.0	8.1	2.3	2.2	16.5
2005	13.0	12.9	45.4	23.4	11.0	10.3	7.1	2.2	2.9	13.4
2006	16.3	12.6	44.6	20.4	11.4	13.6	7.3	2.1	4.8	9.2
2007	21.5	18.1	49.1	22.6	11.7	15.0	8.2	2.0	4.0	22.1

주: 1) 2006년의 수치는 보고서 54쪽과 413쪽이 서로 상이함. 여기서는 413쪽의 수치를 이
용함.

2) 의사는 전문의, 일반의, 레지던트, 인턴을 모두 포함.

자료: 한국보건산업진흥원, 『병원경영분석』, 각년도.

비급여진료과목(피부과/성형외과/안과/치과) 간 대응패턴의 차이가 크다. 급여과목의 경우 건강보험심사평가원에 의해 매출이 제한되는 구조하에서 비급여진료를 확대하여 수익을 확보하려는 노력을 전개하고 있다. 또한 비용절감을 경영 화두로 하고 네트워크를 통해 규모의 경제 확보에 대한 관심을 기울이고 있다. 비급여과목의 경우 상당한 수익성을 실현하며 높은 성장세를 구가하는 가운데에서도 일반적인 경영기법들을 적용하여 마케팅 및 관리 측면에서 효율성을 제고하려는 노력, 네트워크를 통해 규모의 경제를 실현하려는 노력, 대형화·전문화하려는 노력

을 전개하고 있다.

이러한 시장화의 움직임은 기본적으로 전문화·자본고도화의 과정이다. 의료서비스를 제공함에 있어 필요한 자본의 규모가 점점 더 커지고 있으며, 그 규모는 면허를 가진 의사 개인이 감당할 규모를 넘어서고 있다. 자본장착률이 증가하는 것은 의료기술 변화와 맞물린 장기적 추세이나, 우리나라의 경우 경쟁심화의 압박 속에서 신규수요를 창출하는 노력이 의료서비스와 자본 간 결합을 가속화하며, 자본투자의 중요성을 증대시키고 있다.

병원의 대형화·고급화와 함께, 임차비용의 상승, 장비의 고가화, 인테리어 비용 증가 등으로 개원자금의 규모가 증가하는 추세 역시 뚜렷하다. 건강보험심사평가원은 2004~06년 기간의 의료장비 관련 급여비용을 조사한 결과, 모든 의료기관에서 매년 약 20%씩 증가하고 있으며, 특히 의원급에서 증가현상이 두드러졌다고 발표하였다. 이는 비용부담에도 불구하고 IT를 활용한 복합·첨단 의료장비의 지속적 개발, 진료행위에서 의료장비 사용의 비중과 중요성 증가, 병·의원들의 환자 확보를 위한 장비 구입 등의 원인에 기인한다(건강보험심사평가원[2007]).

그런데 첨단의료장비와 의료인의 숙련을 분리하기 어려울 정도로 자본투자의 중요성이 증가하는 현상은 의료부문에 관철되고 있는 세계적 추세이다(Contreras et al.[2009]). 근본적으로는 의료기술이 장비를 통해 구현되는 특성을 가지기 때문이다. 우리나라 의료서비스시장에서도 건강보험심사평가원의 분석에서 나타났듯이 자본과 의료기술의 결합은 점점 더 강화되고 있다. 이는 안과, 성형외과, 피부과 등에서 두드러진다.

제2절 의료서비스시장 관련 규제

1. 규제의 일반 현황

우리나라 의료서비스부문의 정책환경은 민간시장 위주로 발전한 의료체계의 특성을 충분히 반영하지 못하고 있다. 민간공급자 위주의 시장이 형성되어 있는 만큼, 공급자의 질을 관리하고 공급자 관련 정보를

유통시켜 소비자가 선택을 통해 시장에 영향을 미칠 수 있도록 하는 일이 무엇보다 중요하다. 그리고 사회정책의 근간인 공보험제도를 유지하면서 동시에 시장메커니즘이 제대로 작동하게 하기 위해서는 불필요한 규제를 제거하고 과잉규제를 완화하는 일이 필요하다.

이러한 측면에서 볼 때 우리나라의 경우, 정작 소비자를 위해 중차대한 규제는 존재하지 않으면서, 목표가 모호하거나 의료시스템의 기본적인 성격과 부합하지 않는 규제들이 너무 많다. 결과적으로 소비자는 누려야 할 권력을 갖지 못한 채 방치되어 있고, 공급자들은 합리성을 인정하기 어려운 규제환경 속에서 왜곡된 방식으로 경쟁하고 있다고 할 수 있다.

우리의 의료시스템은 민간 주도로 형성되어 왔음에도 불구하고, 국가책임으로 의료시스템을 확립하고 통제해 온 유럽 선진국의 제도를 모방하려 애쓰는 과정에서 이러한 문제는 악화되어 왔다. 사회정책적 목표를 추구하기 위해 시스템을 통제하되, 시장적 기능이 작동할 필요가 있는 곳에서는 시장규율을 세우는 노력이 필요함에도 불구하고, 시장기능에 주의를 기울이지 않아 양자를 병행하지 못했기 때문이다. 이는 근본적으로는 그간 선진국의 제도를 이식해 오는 과정에서 우리의 역사적 경로를 충분히 숙고하지 못하고 후발자의 입장에 서서 따라잡기(catch-up)에 급급했던 것에서 기인한다.

먼저 개괄적인 규제 지형을 살펴보면 다음과 같다. 우선, 「의료법」에서 「의료인」으로 정의된 의사·치과의사·한의사, 그리고 「약사법」의 대상이 되는 약사와 한약사 등은 전문자격증 소지자인데, 각국 정부는 일반적으로 이들에게 각종 규제를 부과한다. <표 3-10>은 이러한 규제를 열거하고 있다. 이는 크게 시장진입에 대한 규제와 영업행위에 대한 규제로 구분된다. 진료활동의 독점적 보장이나 업무영역 지정에 관한 사항은 시장진입과 관련된 규제이며, 사업유형이나 방식에 관한 규제는 영업행위 규제에 포함되어 있다.

이러한 규제들은 대부분 전문자격사 업무의 특성상 필요성이 인정되는 규제들이다. 그러나 상황 변화에 따라 규제 가운데에는 현실과 부합하지 않게 된 것들이 있을 수 있는데, 이런 규제는 지속적으로 개선해 나가야 한다.

<표 3-11>은 이 중 우리나라 의료서비스산업에 적용되는 주요 규제들을

〈표 3-10〉 전문자격사에 대한 규제의 종류

종 류		내 용
시장 진입 규제	배타적 업무영역	정부가 면허를 소지한 사람들에 대해서만 특정 활동을 수행하도록 허용
	개인적 조건	국적·연령·평판 등
	자격요건	특정의 교육·실습·시험 등
	기타 규제	사업자단체(예: 의사협회)에 대한 가입의무, 지역별 사업자 수의 제한(quota) 또는 추가진입의 경제적 수요심사(economic needs test) 등
영업 행위 규제	가격규제	고정가격, 최소가격, 최고가격, 추천가격 등
	광고 및 마케팅 규제	광고매체 제한, 광고내용 제한, 유인·알선 행위 금지 등
	입지규제	사무소 설치 가능지역 지정 등
	분사무소 설치 관련 규제	복수사업장 설치 금지, 분사무소 상주 전문자격사 수 규제
	전문직 간 동업 관련 규제	동종의 전문자격사 간의 동업만 허용, 유사직종 간 또는 상이직종 간의 동업 금지, 비자격사와의 동업 금지, 비자격사의 자격사 고용 금지
	조직형태 관련 규제	개인사무소 외에 설립 가능한 법인의 형태를 규정(예: 법무법인, 회계법인, 세무법인)
	기타 규제	교육·훈련 의무, 책임보험 가입의무 등

자료: OECD(2008).

따로 정리하였다. 직종 간 배타적 업무영역 규제나 가격규제의 경우 필요성 자체에 대해 강한 이견이 제기되지는 않는다. 부분적인 문제제기와 수정이 이루어질 것이 예상될 뿐이다. 현재 의료서비스 선진화와 관련하여 가장 관심을 모으고 있는 것은 공급자들이 스스로를 변화시켜 시장을 선도하려는 시도를 억제하는 규제들이다. 비(非)의료인의 의료인 고용을 통한 진료행위 금지, 분원설치 제한, 비(非)의료인과의 동업 금지 등 비즈니스 유형에 관한 규제가 그것이다.

〈표 3-11〉 의료서비스산업의 대상별 주요 규제

규제대상	규제내용
의사·약사 등	- 진료행위에 대한 배타적 업무영역 보장 - 사업자단체 가입의무
진료행위	- 급여항목 가격규제 - 광고 및 유인·알선 행위 제한
의료기관, 약국	- 非의료인과의 동업 금지 - 非의료인의 의료인 고용을 통한 진료행위 금지 - 분원설치 제한 - 요양기관당연지정제 - 시설기준 - 평가 및 정보공시
의료보험	- 모든 국민의 건강보험 강제가입 - 민간의료보험 제한

그러나 이들은 현재 존재하는 규제들이다. 규제개선이라는 것이 ‘필요한 규제는 강화하고, 불필요한 규제를 완화’하는 것이라는 점을 고려하면, 기존 규제에 논의를 한정시켜서는 안 될 것이며, 필요함에도 불구하고 미비된 규제까지 살펴보아야 할 것이다. 여기서는 시장의 건전한 작동을 위해 정부가 가장 적극적으로 개입해야 함에도 불구하고 그간 방치되었던 영역, 그리고 정책목표가 모호하거나 목표와 효과가 일치하지 않는 부적절한 규제에 관해 종합적으로 살펴볼 것이다. 각 항목들에 대해 현황과 문제점, 개선방안을 간단히 살펴볼 것이나, 서비스 선진화의 목표를 위해 가장 핵심적인 두 가지 규제(소비자권력 강화를 위한 정보 접근성 보장과 개설권 규제)의 정책방향에 관해서는 제4장에서 따로 상세히 살펴볼 것이다.

2. 소비자의 정보 접근성

우리나라는 공공부문이 의료서비스를 직접 공급하는 비중이 미미할

뿐만 아니라, 의료서비스를 전혀 할당(rationing)하지 않는 구조이기 때문에 소비자 스스로 의료기관을 선택한다. 소비자의 선택을 돕는 정보공개는 소비자에게 권력을 쥐어줄 수 있는 유일한 수단이다.

민간부문의 공급 비중이 크고 할당이 제도화되어 있지 않은 미국과 네덜란드 등에서는 소비자 선택권이 시장기전 작동에 미치는 중요성이 깊이 인식되어 있는 데 반해, 우리나라는 소비자의 정보 접근성이 매우 취약하여 ‘소비자가 선택하되 정보에 기반한 선택(informed choice)이 이루어지지 않는 공급자 주도의 시장’ 구조가 유지되고 있다. 네덜란드는 의료기관을 비교할 수 있게 하는 National Portal을 운영하고 있고, 미국은 병원평가의 상세정보를 개별 기관에 전달하되, 소비자의 선택을 위해 주요 결과를 쉽게 요약하여 별도로 발표하고 있다. 반면, 우리나라는 의료서비스에 대한 소비자의 판단근거가 미비하고 판단능력이 취약하여 의료시스템은 공급자 위주로 운영되고, 소비자의 선택권은 무시되고 있다. 의료서비스의 가격·품질 정보에 기반하여 의료기관을 고를 수 있는 메커니즘이 부재한 것이다. 의료기관이 가격인하와 품질개선 경쟁을 할 유인이 부재하며, 몸집 부풀리기 등 외양상의 경쟁에 집중되어 있다.

의료체계의 대표적 왜곡현상인 대형병원 쏠림현상 역시 중소병원의 품질통제(quality control)가 미약하여, 국민들이 이를 신뢰하지 않는 것에서 주된 원인을 찾을 수 있다. 의료기관 평가가 종합병원 및 300병상 이상의 병원을 대상으로 3년마다 실시되고 있으나, 소비자가 의료기관 선택에 사용하기 위해 상시적으로 정보를 얻을 통로가 마련되어 있지 않다.

또한 비급여로 제공되는 의료서비스들이 어느 정도로 필요한지, 신의료기술의 경우 어느 정도로 효과가 입증된 기술인지에 대한 소비자의 정보취득메커니즘이 취약하다. 의료서비스부문의 정보 비대칭성 문제를 완화시키는 제도적 장치가 취약하여, 서비스 제공에 있어 공급자의 의도가 그대로 관철되는 구조이다.

3. 보건의료인력 질 관리

의료서비스의 정보 비대칭성 속에서는 인력의 질을 일정한 수준 이상으로 유지하는 것이 소비자 보호를 위해서 그리고 시장기전의 작동을 위해서 필수적이다. 예를 들어, 대부분의 의사인력이 우수하다고 하더라도, 정작 인근 의원이나 중소병원의 의사인력이 소수의 부적격자일 가능성을 배제하지 못할 때, 환자들은 신뢰 수준이 상대적으로 높은 대형 병원으로 몰리게 된다. 현재 고난도의 첨단기술이 아닌 일반화된(routinized) 기술의 경우에도 몇몇 대형병원에 환자가 집중되는 왜곡된 현상은 우리나라 의료시스템의 질 관리가 총체적으로 실패하고 있다는 것을 의미한다.

우리나라는 일단 의사면허가 발급된 후에는 면허재발급이나 면허갱신과 같은 제도가 없으며, 면허관리시스템이 의사의 보수교육과도 연동되지 않고 있다. 의사의 질 관리시스템이 부재하여 일단 면허를 발급받은 이후에는 진료행위를 수행하기에 적격한지의 여부를 모니터하거나 진료능력을 유지하도록 강제하지 않고 있는 것이다.

이는 여타의 보건의료인력의 질 관리에서도 동일하게 나타나는 문제이기 때문에 보건의료 전반에 걸쳐 체계적인 정비가 필요하다. 현재 법적으로 연수교육이 의무화되어 있는 직종은 의료인(의사, 치과의사, 한의사, 간호사, 조산사) 및 의료기사(임상병리사, 방사선사, 물리치료사, 작업치료사, 치과기공사, 치과위생사, 의무기록사, 안경사), 간호조무사, 의료유사업자(접골자, 침사, 구사)의 총 17개 직종이나, 실효를 발휘하지 못하고 있는 실정이다. 아래에서는 대표적인 전문인력인 의사인력의 경우를 살펴보도록 한다.

가. 의사인력 관리제도 정비의 필요성

의사인력의 관리는 ① 의사인력 통계관리 등 의료자원 관리적 측면과 ② 의사 질 관리 측면에서 문제점이 지적되고 있다. 먼저 단순 관리적 측면에서는 가장 기본적인 통계조차 미비한 상황이다. 면허를 발급받은 자 중 실제로 진료활동을 하고 있는 인력이 정확히 집계되지 않아

의료자원의 실제 규모조차 파악되지 않고 있고, 사망한 의사의 면허 도용 등 제도의 허점을 악용하는 사례들이 발생하고 있다.

또한 진료능력 유지 여부, 진료활동 계속 여부와 상관없이 의사들은 일단 면허가 발급된 이후에는 언제라도 진료활동을 수행할 수 있어, 고령으로 신체기능이 감퇴했거나 진료능력이 적절히 유지·발전되지 않은 경우, 수십 년간 진료활동을 하지 않았던 경우 등에 대해서도 통제할 장치가 부재하다.

일단 의사면허를 발급한 후에는 면허 재교부나 갱신을 전혀 요구하지 않으며, 면허 유지를 위해 보수교육 이수를 요구하지 않는 우리나라의 시스템은 글로벌 기준에 크게 못 미치고 있어 전면적인 재정비가 필요하다.

나. 면허관리 정비

현재 의료자원 관리체계상 가장 중요한 통계인 진료활동 수행 의사 수는 정확히 파악되지 않고 있다. 2008년 말 현재 복지부에 등록된 면허 의사는 약 99,000명이나, 건강보험심사평가원이 파악하고 있는 활동의사는 약 75,700명으로 약 23,000명의 차이를 보이고 있다. 이 차이는 비급여 의료기관의 종사자, 사망자와 은퇴자를 포함하고 있으나, 이들 각각의 규모가 정확히 파악되지 않고 있어 전반적인 의료인력 규모에 대해서는 다양한 주장이 존재하고 있는 상태이다.⁵⁾

실제로 2009년 국정감사 시 면허가 살아 있는 100세 이상 의사가 267명에 달하여 사망자의 의사면허가 말소되지 않은 채 사용 가능한 면허로 존재한다고 지적된 바 있다. 면허를 이용하여 진료활동과 건강보험 급여청구가 가능하기 때문에, 면허관리가 부실한 것은 면허도용 등으로 귀결될 가능성이 크다.

의료자원을 정확히 파악하고, 사용 가능하지 않은 면허를 추려내기 위해서는 가장 기초적인 작업인 면허 관련 통계의 정비가 필요하다. 이를 위해서는 의료행위를 하려고 하는 자로 하여금 수년에 한 번씩 정기적으로 담당부처나 의료인단체에 신고하는 규정을 마련할 필요가 있다.

5) OECD에 보고되는 활동의사 수는 건강보험심사평가원 통계이다.

정기적 신고를 통해 비급여진료기관 종사자, 심평원에 등록된 급여청구 기관 종사자와 공중보건 의사, 보건소 및 보건지소 의사들을 정확히 집계할 수 있을 것이다. 이때 면허발급자 중 정확히 집계되고 있지 않은 사망자, 은퇴자, 공보의, 전공의, 보건소 및 보건지소 종사자 등의 통계를 보완하고, 기초의학자, 제약사 근무의사, 정부기관 근무의사 등 진료 활동을 하지 않는 의사면허 소유자까지 파악, 전체 의료자원 규모를 파악해야 할 것이다.

다. 보수교육시스템 정비

의사의 질 관리는 전문가집단의 자율규제로 시작했으나, 의료계 외부에 대한 투명성과 책무성(accountability) 요구가 증가함에 따라 보수교육과 면허 재교부의 연계 등의 방법으로 국가권력의 개입이 강화되고 있는 것이 세계적 추세이다.

1) 의사보수교육 현황

의사인력 질 관리의 핵심인 의사보수교육(Continuing Medical Education: CME, Continuing Professional Education: CPE, Continuing Professional Development: CPD)을 위해서는 교육 이수 여부를 징계/보상과 연동시키는 제도적인 조치, 교육내용을 개발하고 관리를 내실화하는 조치, 교육기관을 모니터링하고 인증하는 시스템 등이 필요하나, 우리나라는 현재 모든 면에서 부실이 지적되고 있어 의사 질 관리를 위한 보수교육의 전면적인 정비가 시급한 실정이다.

의사보수교육이란 모든 의학계열 기관교육이 끝난 후 의사로서의 직업적 자질을 유지하기 위하여 시행하는 교육이다. 1951년 「의료법」에 명시되었고, 1981년에 이르러 대한의사협회가 전 의료인을 대상으로 한 체계적인 운영체계를 갖추기 위한 기본안을 개발하여 법제화한 후, 1982년 법제화하여 현재와 같은 연수교육제도가 만들어졌다.

2002년 현재 연수교육 대상자의 교육 이수율은 93.7%, 2003년 현재 연수교육 시행기관으로 지정된 기관은 287개(16개 지역 의사회, 41개 의과대학, 학회 131개, 레지던트 수련병원 94개, 5개의 특별기관)로 의사연

수교육은 외형적인 팽창을 이루었다(유승윤 외[2003]).

정당한 사유 없이 연수교육을 이수하지 않았을 경우 1차 위반 시 경고처분 및 70만원의 과태료 처분을 받을 수 있으며, 1차 처분일로부터 2년 이내에 2차 위반했을 시 7일간 자격정지될 수 있다. 그러나 연수를 받지 않은 사유로 징계를 받은 사례는 없어, 의료인의 전문성 강화를 위한 교육이 의료인 본연의 의무가 아니라 선택적인 과외활동의 하나로 인식되고 있다고 평가된다(손명세[2003]).

무엇보다 보수교육 내용의 충실도 및 관리상의 문제와 같은 내부적 문제뿐 아니라 제도적 뒷받침 부재 등의 요인이 복잡하게 얽혀 있어 교육의 질적 수준은 국제기준에 크게 못미치는 상태이다.

현재 의사보수교육과 관련한 일체의 관리는 대한의사협회에서 이루어지며, 상설심의기구로 산하에 교육위원회를 두고 있고, 실무는 협회 사무국 내 학술국에서 담당하고 있다. 그러나 교육기관 및 교육프로그램의 인증 및 평가, 감사, 모니터링 등을 통해 교육의 질 관리를 담당해야 할 교육위원회는 이를 위한 자원과 역량이 부족한 상태이다.

또한 연수교육기관의 인증을 위해서는 현장 방문 및 사업계획서 등에 대한 검토가 필요하나, 현재 소정의 자료만 구비되면 교육기관으로 인증하고 있다. 미국의 예를 들면, 연수교육기관 인증을 위해 ACCME(의사연수교육인증협의회)와 의사회가 공동으로 모니터링 및 평가를 수행하고 있다. 연수교육제도 시행 초반기에는 AMA(미국의학협회)가 자체적으로 위원회를 구성·운영·관리했으나, 점차 기능이 확대되면서 6개 관련 단체(미국의학협회(AMA), 미국병원협회(AHA), 미국전문의를위원회, 병원의학교육협회, 미국의과대학협회, 미국전문의학회협회의 연방의료위원회)가 연합하여 ACCME를 구성, 연수교육 및 교육기관에 대한 인증, 각종 조사 및 평가 등을 시행하고 있다(유승윤 외[2003]).

유럽 역시 인증 후에도 정기적으로 재조사하여 교육기관의 질 관리를 수행하고 있다. 1999년 유럽전문의를연합(European Union of Medical Specialists: UEMS) 내에 EACCME(European Accreditation Council for Continuing Medical Education; 유럽의사연수교육인증위원회)가 설치된 이래 각국의 의사연수교육활동을 지원하고 있다.

또한 미국 및 캐나다의 인증기관은 UEMS와 연합하여 연수교육활동,

평점관리, 교육기관 질 관리 등의 업무에 관해 상호 협조하고 있다. 이는 국제적인 인력이동이 활발해지고 있는 상황을 반영하여 의사연수교육의 글로벌 기준을 정립하고 이를 달성하려는 노력의 일환이다.

기준에 있어, 우리나라 보수교육 이수조건은 연간 8평점으로 최신 임상정보를 획득하기에도 부족하다고 평가되며, 다른 나라의 수준에 크게 못 미치고 있다. 미국의학협회는 세 종류의 연수교육 이수 수수료증을 부여하는데, 각 50평점/년, 100평점/2년, 150평점/3년으로 구성되며, 유럽 대부분의 국가는 150평점/3년 또는 250평점/5년 등으로 운영하고 있다.

또한 2002년 시행한 참여자 설문조사에서도 교육과정의 관리부실 문제가 드러나고 있다. 현행 연수교육의 필요성에 대해 48.1%가 “필요성은 인정하지만 효과적으로 운영되지 않는다”고 응답했고, “필요성을 인식 못한다”는 응답도 11.4%, “연수교육에 본인이 아닌 대리인을 출석시켜 평점을 얻은 경험이 있다”는 응답은 13.2%, “연수교육에 참여하지 않고 참가비만 지불하고 평점을 취득한 경험이 있다”는 응답은 22.8%에 달했다.

2) 해외 사례

현재 유럽 대부분의 국가에서 면허 재교부와 연계하여 의사연수교육을 의무적으로 받을 것을 법적으로 규정하고 있다(표 3-12). 미국에서는 주에 따라 강제화되어 있으며, 강제화되어 있지 않은 주에서도 봉직의 자격기준, 보험사의 계약요건 등으로 인해 보수교육이 강화되는 추세이다.

오스트리아, 독일, 스페인은 연수교육을 전문의 자격 재인증과 질 관리의 수단으로 활용하고 있고, 벨기에, 프랑스, 네덜란드는 동료평가(peer review)를 포함하고 있다. 영국의 경우에는 2009년부터 보수교육과 평가에 기반한 의사면허 갱신(relicensure)과 전문의자격 재인증(recertification)을 포함한 자격재심사(revalidation)를 시행하고 있다. 각국의 경우에서 보수교육 등 질 관리 규제를 준수하지 않았을 경우의 가장 심각한 징계는 의사면허 취소, 약한 징계는 전문의자격 상실이다.

재인증(revalidation)은 면허갱신(relicensure)과 자격 재인증(recertification)을 포함하는데, 이에 대한 각국의 사례는 다음과 같다.

첫째, 오스트리아는 2001년부터 CME를 강제화했으며, 3년마다 150점을 취득하도록 하고 있다(이 중 120점은 전문과목과 관련이 있어야 하고, 최소 40점은 전문과목에 관한 교육이어야 한다). 전문가집단인 Austrian Medical Chamber가 재인증에 대한 1차적인 규제기관이지만, 연방 보건부에게 책무성을 진다.

둘째, 독일의 재인증 주기는 5년으로, CME를 5년 동안(45분에 1점씩 총 250점) 취득하는 것이 재인증 조건이다. 개업의는 CME에 전문과목 관련 내용을 포함해서 받아야 할 의무가 없으나 병원에 근무하는 전문의는 70%를 전문과목에 대해 받아야 한다. 이를 준수하지 않았을 경우, 사회보험 지역연합은 상환율을 1년 후 10% 삭감할 수 있고, 2년 후 25% 삭감할 수 있다. 2년 후까지 안 지켰을 경우에는 인증이 취소될 수 있다.

주 보건당국이 의사면허를 발급하나, 전문의 훈련, 인증, 연수교육은 전문가그룹인 Regional Chambers of Physicians가 규제하고, 연방과 주의 사회보험의사연합은 자신들과 계약한 의사들이 CME를 준수했는지를 모니터링하는 역할을 수행한다.

셋째, 영국은 CPD 참여가 NHS의 고용조건이다. 보건부는 강제적 재인증(revalidation)시스템을 도입하여 2009년부터 의사는 면허를 5년마다 갱신하게 되었다. 재인증은 의료행위를 할 수 있는 면허(medical practitioner로 활동할 수 있는)의 갱신과 전문의/GP로 진료할 수 있는 자격 재인증(recertification)으로 이분화되어 있다. 갱신하지 못했을 경우 의사는 감독하에서 진료(supervised practice)하도록 조치된다.

Royal College는 자격 재인증을 지원하는 역할을 맡으며, General Medical Council(GMC)은 면허갱신을 위한 평가의 질을 보장하면서 재인증의 최종적인 책임을 진다.

이러한 움직임의 배경은 Shipman Inquiry(2004) 및 이와 관련한 정부 백서(*Trust, Assurance and Safety – The Regulation of Health Professionals in the 21st Century*, 2007)이다. 1975~98년 동안 215명의 환자를 죽인 의사 Harold Shipman 사건은 의료계가 외부세계에 대해 책무성을 강하게 저야 한다는 인식을 강화하고 관련 논의를 진행시키는 계기가 되었다.

넷째, 네델란드의 의사는 2005년부터 CME를 받아야 하고, 5년마다 세 명의 동료의사들의 방문 동료평가를 받도록 제도화되었다. 재인증은

등록의의 요건이며, 병원이나 개업의 모두 전문가집단에 의해 규제되나, 정부와 전문가그룹의 연합체가 이 과정을 감독한다.

다섯째, 벨기에의 의사는 연간 CME 평점 20점을 받아야 하나, 추가적 조건(평가주기 3년, 200평점/년, 동료평가 2번)을 만족하여 National Institute for Insurance Against Disease and Invalidity(INAM/RIZIV)로부터 상위 수준의 인증(accreditation)을 받으면 보험상환율이 올라 연봉이 4% 정도 증가한다. 보건부가 진료면허를 발급하지만 이는 의사 명칭을 사용할 수 있는 권리에 불과하고, 진료비를 상환받을 수 있기 위해서는 INAMI/RIZIV로부터 인증을 받아야 한다. 추가적으로 높은 요율을 인정받기 위해서는 높은 수준의 인증이 필요하다.

여섯째, 프랑스에서는 5년마다 CME와 medical audit(evaluation of professional practice: EEP)를 통해 재인증이 이루어지고 있으나, 모니터링 부족과 CME 재원 부족, 진료활동에 대한 정보 부족, 시스템 관리에 대한 이해상충의 문제가 지적되고 있다. 1996년에 제도가 도입되었으나 참여율이 저조한 문제가 지속되고 있다.

일곱째, 미국은 가장 포괄적인 접근을 취하고 있는 예이다. 연방 차원에서 CME가 진료를 위한 강제조항은 아니나, 대부분의 주 차원에서 의무화되어 있으며(이무상[2003]), 전문의 단체의 인증은 지불자, 병원, 환자들로부터 점점 더 요구되고 있다(Merkur et al.[2008]). 2006년 현재 87% 이상의 의사면허 소지자가 인증(certificate)을 보유하고 있으며, 인증은 6~10년 주기로 갱신되어야 한다. 이러한 움직임은 ① 소비자운동의 강화, ② 관리의료(managed care)가 인증을 보유한 의사를 선호, ③ 24개의 전문의 협회(American Board of Medical Specialties)가 자격유지 평가를 위한 표준에 합의했기 때문으로 평가된다.

주 차원에서 CME가 면허갱신(relicensure)과 연관되어 의무화되고 있다. 예를 들어, 노스캐롤라이나 주에서는 3년 주기로 150시간의 CME를 포함한 교육이 면허갱신조건이며, 오하이오 주는 2년 주기로 100시간의 CME가 의무사항이다. 단, 이 중 일부는 강의활동, 논문게재 등의 'self-claim' 점수(Category 2)로 대체 가능하다.

〈표 3-12〉 유럽 국가의 의사면허 재인증제도

국가	주기 (년)	revalidation 유형		강제 여부	징계/보상	주 규제기관	관련 기관
		CME/ CPD	Peer Review				
오스트리아	3	Y	Y	Y	Legal requirement	Austrian Medical Chamber(PB)	Federal Ministry of Health and Women(G); Austrian Academy of Physicians(PB)
벨기에	3	Y	Y	N	Financial incentive	Minister of public health(G); national Institute for Health and Disability Insurance(IF)	N/A
프랑스	5	Y	Y	Y	Law suit by Regional Council of the Physicians' Order (not monitored)	national Council for CME(PB)	Regional Councils for CME(PB); Regional Council of the Physicians' Order(PB); French National Authority for Health(IA)
독 일	5	Y	Y	Y	reduced reimbursement; then after 2 yrs, accreditation is withdrawn	Regional Chamber of Physicians(PB)	State ministries of Health or Social Affairs(G); Regional Associations of SHIF Physicians; Federal Association of SHIF Physicians(PB)
헝가리	5	Y	Y	Y	Failure to comply requires a special examination before a commission	Medical Chamber	Committee for Quality Control of CME
아일랜드	5	Y	Y	Y	To be decided	Madical Council(G)	Royal Colleges(PB); Irish health Services Accreditation Board(IA)
이탈리아	3	Y	N	Y	N	CME Commission of the Ministry of Health(G)	Italian Medical Association(PB)
네덜란드	5	Y	Y	Y	Removed from medical registry	Central College of Specialists(PB)	Central Information Unit on Health Care Professions(G)
스위스	N/A	Y	N	Y	Loss of membership in the Swiss Medical Association	Scientific Societies and the Swiss Medical Association(PB)	N/A
영 국	5	Y	Y	Pending	Failure results in practice supervision	Department of Health(G)	General Medical Council(PB); Royal Colleges(PB)

주: CME: continuing medical education; G: government; IA: independent authority; PB: professional body; SHIF: social health insurance fund.
 자료: Merkur et al.(2008).

3) 개선방안

의사보수교육에 대해 대체로 동의되고 있는 바는 ① 감독과 환류 시스템이 중요하고, 정보시스템이 이를 뒷받침할 필요가 크다는 점, ② 재인증제도는 투명해야 하고, 징벌에 집중하기보다는 의사들의 능력을 발전시키고 소수의 부적격자를 분리해 내는 데 집중해야 실효를 거둘 수 있다는 점 등이다(Merkur et al.[2008]).

의사보수교육의 형태는 전문가집단의 자율적인 규제가 기회주의적인 편법의 유인이나 위반의 인센티브를 줄이고, 자발적인 참여를 유도하는 데 유리하다고 인식된다. 그러나 실제의 현황은 인정전문가집단이 주도하거나, 정부가 세운 법적 틀 내에서 규제하거나, 보험자가 주도하거나, 정부의 감독을 받거나, 전문가집단과 정부가 함께 참여하는 형태 등 다양한 유형이 존재한다. 즉, 점차 전문가집단의 자율규제는 공권력 또는 지불자와의 공동규제로 옮겨가는 추세이다. 이는 의사집단이 환자와 국민 등 외부세계에 대해 책무성을 져야 한다는 인식이 강화되고 있기 때문이다. 이는 의료서비스 질과 책무성에 대한 전 사회적인 통제기전의 변화를 의미하며, 전문가 자율성의 역할 재정립을 의미한다.⁶⁾

이러한 추세를 고려할 때, CME는 면허 재교부를 위한 전제조건으로 강제화하는 것이 궁극적으로 필요할 것이나, 이를 위해서는 교육시스템의 정비가 선결되어야 할 것이다. 우선 의사협회와 의학교육평가원 등 관련 기관은 교육내용을 개발하고, 평점체계를 정비하고, 교육과정에 관한 지침을 제공해야 한다. 무엇보다 교육기관 및 교육프로그램의 승인요건 및 평가기능을 강화해야 하며, 이를 위해서는 교육기관을 감독하고 인증하는 시스템을 구축해야 한다. 이러한 기능은 1차적으로 전문가집단이 담당해야 할 것이다. 그러나 CME 의무화, 시스템 구축비용 지원 등에 대해서는 정부가 한시적으로 개입할 필요가 있으며, 시스템 구축

6) 전문가 자율성은 집단적 지향(collective orientation)이나, 단지 전문가집단 내의 공감대에 그치는 것이 아니라, 보다 보편적이고 근본적인 도덕률에 기반할 때 정당화된다(Veatch[1983]). 더구나 많은 의료정책에 있어 정부와 전문가집단은 팀을 이뤄 공동의 과제를 수행하게 될수록, 전문가 윤리는 전문가적 개인주의(professional individualism)로부터 점차로 '사회 공동선의 지향'이라는 목표로 접근하고 있다(Marshall[1939]).

이후의 상시적 활동에 대해서는 감독기능을 행사해야 한다.

그간 의료계 내부에서도 면허갱신의 필요성, 보수교육 평점기준을 글로벌 수준으로 끌어올릴 필요성 등이 꾸준히 제기되었다(이무상[2003], 손명세[2003], 유승윤 외[2003], 박인숙[2005] 등). 그러나 이것이 실현되지 못한 것을 고려할 때, 의료계 내부의 힘만으로는 의료계 외부에 대한 책무성을 강화해 나가기 어려우며, 국가의 지원과 감독이 필요하다고 판단된다.

4. 의료시스템의 불투명성과 의약품정책

의약품은 일반국민이 의료서비스와 가장 먼저 접촉하는 창구이고, 의료기관을 방문하게 된 이후에도 생활의 가장 가까운 곳에서 지속적으로 이용하는 의료서비스이다. 따라서 안전한 의약품을 싸게 이용하는 것과 의약품의 흐름이 투명하고 합리적으로 이루어지는 것은 국민 후생에 커다란 중요성을 갖는다. 그러나 그간 의약품은 우리나라 의료시스템이 가진 고질적 불투명성의 중심으로 인식되어 왔다.

주된 이유는 의약품정책에서 정부 역할이 미약하고 이해관계자들의 영향력이 과다하여 시장이 건전하게 작동하고 있지 않기 때문이다. 향후 이 부분에서는 정부의 역할이 적절한 규제를 통해 강화되어야 한다.

가. 국민이 소외된 의약품정책

우리나라 의료시스템의 불투명성은 의약품 리베이트를 중심으로 구조화되어 있다. 리베이트는 전문의약품을 처방하는 의사와 일반의약품을 판매하는 약사들에게 제약사가 자사 약품 선택의 대가로 제공하는 금품을 의미한다. 특히, 처방약 중 복제약 가격을 정책적으로 높게 유지해 오면서 리베이트로 막대한 경제적 지대가 발생하는 구조가 정착되었고, 이는 의사와 약사 간의 이해갈등의 중심이 되어 왔다. 의약품 리베이트에 관해서는 최근 몇 년간 지속적인 지적이 있어 왔으나(공정거래위원회[2007]; 윤희숙[2008b]; 감사원[2008]), 현재까지 가시적인 성과가 확인되고 있지 않다.

이런 구조 속에서 우리나라의 의약품정책은 그간 이해집단 간의 반목만이 이슈가 되어 왔을 뿐, 소비자의 후생은 중요시되지 않아 왔다. 예를 들어, 소비자의 일반의약품 선택권이나 처방약에 관한 정보 제공과 동의 등 소비자를 중심에 두었을 때 채택되는 정책들은 유독 우리나라에서 정책논의의 대상이 되지 못해 왔다. 의약품정책 관련 위원회나 연구참여진에 의사, 약사 동수가 참여해야 하는 관행 등은 국민의 후생을 기준으로 결정되어야 하는 의약품정책이 이해집단 간 이권다툼의 장으로 인식되어 온 것을 보여준다.

그러나 의약품정책은 이해관계자들의 저항을 줄이기 위해 약품리베이트를 중심으로 이권을 적당히 분배하는 방식으로 결정할 사안이 아니다. 의약품 구매는 국민이 일상생활의 가장 가까운 거리에서 이용하는 의료서비스라고 할 수 있다. 즉, 의약품은 의사나 약사의 전유물이 아니라 국민의 재원으로 구입하는 제품이며, 국민이 의약품을 안전하고 편리하게 이용할 수 있도록 정부는 제품의 품질과 판매방식을 보증해야 할 책임을 진다. 현재 우리나라의 의약품정책 담당자들은 약품을 소비하는 국민의 선택권을 최대한 보장하는 방향의 정책이 필요하다는 것을 인식하지 못하고 있거나, 이를 정책에 반영하지 못하고 있다.

처방약과 관련한 리베이트 규모가 높은 수준에서 유지될 수 있는 근본적인 이유는 가격경쟁을 허용하지 않는 보험약가제도에 있다(윤희숙 [2008b]; 감사원[2008]). 이에 관해서는 현재 보건복지가족부가 작업반을 구성하여 대책을 마련하고 있는 것으로 알려져 있다. 따라서 본 보고서에서 논의하지는 않기로 한다.

이하에서는 보험약가제도보다 앞 단계의 영역인 의약품 분류제도에 대해 논의하기로 한다. 의약품 분류는 의사들의 이권으로 인식되는 처방약과 약사들의 이권으로 인식되는 일반의약품을 1차적으로 구분하는 장치이다. 그러나 의약품 분류제도는 이해관계자들만의 의견 대립이 교착된 상태에서 합리적인 관리체계 없이 운영되어 국제기준에 크게 뒤떨어져 있다. 의약품정책을 이해집단들로부터 국민에게 돌려주기 위해서는 무엇보다 의약품 분류제도의 합리화가 필요하다.

예를 들어, 그간 OTC 약품의 약국독점 완화는 지속적으로 이슈화되어 왔으나 개선 노력은 번번이 무산되었다. OTC(over-the-counter) 약품은

〈표 3-13〉 주요 외국(미국·영국·독일·캐나다)의 OTC 약품

허용 범위	공통적으로 허용되는 약효군(성분)
1개국 이상 허용	소화제, 해열진통제, 제산제, 변비·설사약, 진해거담제, 비타민제, 무기질제, 국소진통제, 소독제 등
2개국 이상 허용	해열진통제, 제산제, 변비약, 진해거담제, 국소진통제(외용: 메칠살리실산, 멘톨, 벤조카인, 코울타르), 소독제, 비타민제(간유, 비타민 C), 무기질제(칼슘, 철 보급제)
3개국 이상 허용	제산제, 변비약, 진해거담제, 국소진통제(외용: 메칠살리실산), 비타민제(간유, 비타민 C), 무기질제(칼슘 보급제)

자료: 정승준(2007).

처방전이 필요 없는 일반의약품 중에서도 안전성과 유효성이 입증되어 일반소매점 판매가 가능한 약품이다. 국민들이 자주 찾는 몇 가지 약품을 일반소매점에서 구입할 수 있게 될 경우 소비자 편리가 증가할 것이다. 또 대부분의 선진국에서 국민들이 자주 찾는 약품을 일반소매점에서 판매할 수 있게 하고 있다. 그러나 우리나라에서는 OTC 약품의 약국 외 판매허용이 이해집단의 반발과 정부부처 간 이견으로 인해 번번이 무산되어 왔다.

다른 나라의 경우 OTC 일반소매점 판매 허용의 기준은 의약품의 안전성과 국민 편리이다. 미국과 대부분의 유럽 국가에서 안전성·유효성·편리성을 기준으로 OTC 약품의 약국 외 판매를 허용하고 있으며, 의약품에 대하여 보수적인 경향을 가진 일본도 1998년 4월 일부 의약품을 허용한 후, 2004년 이후 그 범위를 확대하고 있다. 통상 비타민, 무기질, 제산제, 변비약, 해열진통제, 국소진통제 등이 주된 일반소매점 판매 대상이다(표 3-13). 반면, 우리나라는 엉뚱하게도 담당부처가 “일반소매점을 허용하지 않아도 국민이 불편함을 느끼지 않는다”는 주장으로 OTC 일반소매점 판매를 지속적으로 요구해 온 학자와 시민단체의 의견을 억눌러 왔다.

그런데 그간의 논의에서는 어떤 약품이 OTC로 분류되어야 하는지에 대한 체계적 접근은 미미했기 때문에 OTC 허용 문제가 의약품정책이

지속적으로 추구해야 하는 방향이라기보다 일회적인 조치로 인식되어 왔다. 즉, 드링크제, 비타민, 소화제 등 일반소매점에서 판매해도 별다른 문제를 초래하지 않을 것으로 예상되는 몇몇 제품에 대해 이를 허용해야 한다는 논의가 주축이 되어 왔을 뿐, 장기적인 시각에서 어떠한 기준으로 허용해 나가야 하는지에 대한 논의는 미미했던 것이 사실이다. 국민의 안전과 편리를 도모하기 위해 가능한 한 합리적인 방식을 찾기 위해서는 의약품 분류의 체계화를 모색할 필요가 있다.

나. 의약품 판매 분류의 전환체계 마련 필요성

의약품은 통상 ① 전문의약품, ② 일반의약품, ③ OTC 약품으로 분류된다. 전문의약품은 의약품의 안전성 측면이나 대상 적응증의 판별, 사용방법의 인식 등에 있어서 전문가의 관리가 요구되는 의약품이며, 전문가와 일반국민 간의 지식이나 정보의 비대칭성이 심한 의약품이다.

일반의약품은 외국의 ‘비처방약’에 해당하며, 오랜 사용경험에 의해 일반적으로 안전성이 확보된 의약품으로 주로 가벼운 증상에 사용되고 부작용 범위가 좁은 의약품이다. 그리고 제형 및 용법, 용량 면에서 판단이 용이하고 사용이 편리하여 일반국민이 전문가의 도움 없이 사용할 수 있는 의약품을 지칭한다.

비처방약은 통상 OTC 약품으로 통칭되는데, 광의의 의미에는 약국 내에서만 판매되는 비처방약과 약국 외에서 판매되는 비처방약이 모두 포함된다. 즉, 의사의 처방이 필요치 않고, 선정과 사용에 약사의 직접적인 관여가 크게 강조되지 않는 의약품으로 일반국민이 자기 판단하에 사용할 수 있는 약품을 의미한다. 그러나 국가에 따라서는 더 제한적인 의미로 사용되기도 하는데, 예를 들어 캐나다에서는 약국 내 자유진열 의약품을 의미한다. 협의의 OTC 약품은 비처방약(일반의약품) 중 특히 약국 외(일반소매점)에서도 판매될 수 있는 ‘자유판매 의약품’이다. 특히, 우리나라의 약국 외 판매 논의에서는 이러한 축소된 의미로 사용되고 있다(이의경·정우진[1997]).

그런데 전문의약품, 약국 판매 일반의약품, 일반소매 일반의약품은 한번 분류된 후 고정되는 것이 아니라, 상황의 변화에 따라 조정되어야

한다. 의약품 시판 후, 시간의 경과에 따라 약품의 효과, 부작용 등에 대한 정보가 누적되고, 국민의 인식도 확장되어 전문가의 도움이 점차 필요 없게 되는 것이 일반적인 발전과정이기 때문이다.

따라서 부작용 가능성이 크고, 용법이 복잡하고 어려운 경우 전문의약품으로 시판되나, 의사의 처방이 굳이 필요 없는 단계에 도달하면 약국 판매 일반의약품으로 인정하고, 유효성과 안전성이 충분히 인정되고 관련한 국민의 지식이 널리 확산되었을 경우에는 일반소매로 허용하는 상시적 통로가 필요하다.

우리나라의 경우 1999년 의약분업 시 전문의약품과 일반의약품 분류가 이루어진 바 있으나, 변화한 상황에 적합하지 않다는 의견들이 다수이다. 또한 일반소매점 판매 의약품에 대해서는 분류 논의 자체가 차단되어 있다. 따라서 현재의 상황에 적합하게 의약품을 재분류함과 동시에 개별 의약품을 분류체계 내에서 이동(switch)시키는 기준과 절차를 정립하는 일이 시급하다.

다. 해외 사례

해외의 의약품 분류 사례는 <표 3-14>와 같다. 미국과 일본의 2분류체계에서는 의약품을 처방약과 비처방약으로 구분하고, 영국과 독일의 3분류체계에서는 처방약, 약국약, 일반소매점 판매약으로 구분하고 있다. 4분류체계에서는 약국약을 약사의 의견이 필요한 약사약(Behind The Counter: BTC)과 약국 내 자유진열약으로 분류하고 있다(GAO[2009]).

이들 국가에서는 상시적으로 의약품을 재분류하는 과정이 제도화되어 있다. 이러한 정책의 목표는 보다 넓은 범위의 의약품을 OTC에 진입시키고, 국민의 건강을 보호하면서 전환과정의 단순성과 신속성을 높이는 것이다(MCA[2002]). 그리고 의약품 분류를 위한 정부 내 전담부서/전담기관/전문위원회 등을 설치하여 체계적으로 접근하고 있다. 미국의 FDA, 일본의 후생성, 영국의 MCA(Medicines Control Agency),⁷⁾ 독일 연방보건부의 전문위원회(Expert Committee), 프랑스 사회보장성 산하의 의약품부, 스위스 연방의약청의 의약품평가단, 캐나다의 국립의약품

7) 영국 MCA는 2003년 MHRA(Medicine & Healthcare Products Regulatory Body)로 대체.

〈표 3-14〉 각국의 의약품 분류체계

분류 체계	국명	처방약(prescription only)	비처방약
2 분류	한국	- 전문의약품	- 일반의약품
	미국	- 처방약(Rx): 연방법에 의해 처방전 없이 조제하는 것을 금한다는 표시가 있음.	- 비처방약(OTC): 약국 및 약국 외에서도 자유롭게 구입 가능
	일본	- 의료용(ethical) 의약품: 의사의 처방에 의해서만 조제·판매 가능	- 일반용 의약품 (OTC): 약국에서 제한적으로 판매 가능
3 분류	영국	- 처방약(Prescription Only Medicine: POM): 의사의 처방에 의해서만 조제·판매 가능	- 약국약(Pharmacy Medicine: P): 처방 없이 약국에서 판매 가능 - 자유판매약(General Sale List: GSL): 약국 외에서도 판매 가능
	독일	- 처방약(Rp, rezeptpflichtig): 처방전이 필요하며, 약국을 통해서만 판매	- 약국약(apothekenpflichtig: Ap): 처방을 요하지 않고 약국에서 판매 가능 - 자유판매약(freiverkauflich: F): 약국 외에서도 판매 가능
4 분류 이상	프랑스	- 특별처방약(Stupefians): 의사는 일련번호가 붙은 양식에 의해 처방하며, 약사는 판매 상황을 기록 - 처방약 List I: 의사의 처방을 필요로 하며, 처방자의 허가 없이 반복 사용할 수 없고, 약사는 판매 상황을 기록 - 처방약 List II: 환자의 요청이 있을 때 2달까지 처방전을 반복 사용	- 비처방약: 대중광고를 하는 약으로 사회건강보험대상에서 제외

〈표 3-14〉의 계속

분류 체계	국명	처방약(prescription only)	비처방약
4 분류 이상	캐나다	- 처방약(Prescription Drugs): 처방에 의해서 약국에서만 판매됨.	- 약사약(Behind-the-counter drugs: BTC): 처방 없이 약국에서 약사만이 판매할 수 있음. - 약국진열약(Over-the-counter drugs: OTC): 약국에서 자유롭게 진열하여 판매할 수 있는 약으로서, 대중광고 허용 - 자유판매약(Out-of-the pharmacy): 약국 외에서도 판매되는 약
	스위스	- 처방약 List I: 약품 명단을 법률로 정하며, 처방전 반복 사용 금지 - 처방약 List II: 약사의 반복 처방 가능	- 비처방약 List III(약국약), List IV(약중상약), List V(자유판매약) - List IV와 List V는 대중광고 허용

자료: 정승준(2007); 김현식 외(2000); GAO(2009).

분류자문단 등이 그것이다(김현식 외[2000]).

미국의 경우 FDA(Food and Drug Administration)는 1975년 OTC 리뷰를 시작하여 재분류 시스템을 정립한 결과, OTC 약품 수가 꾸준히 증가하여 현재 100,000개 이상의 제품이 약국, 편의점, 주유소, 슈퍼마켓에서 판매되고 있다. CDER(Center for Drug Evaluation and Research)이 OTC 신청 제품을 리뷰하며, ① 오남용 가능성이 낮고 안전성이 적절한 범위일 것, ② 평균적인 소비자가 스스로 증상을 판단하여 약을 선택할 능력이 있을 것, ③ 일반소비자가 이해하기 쉽도록 포장에 정보가 전달되어 있을 것, ④ 독성, 약품 간 상호작용, 안전성 등이 파악될 정도로 충분한 시간 동안 전문의약품이 시장에서 유통되었을 것, ⑤ 생산자는 해당 제품이 OTC로 분류될 정도로 안전하고 효과적이어서 편익이 위험을 능가하는지, 포장이 적절한지에 대한 정보를 충분히 제공할 것 등을 기준으로 활용하고 있다(Lowe and Ryan-Wenger[1999]).

영국은 국민건강보호와 보다 많은 OTC 진입으로 국민편의를 도모하는 것을 목표로, 2002년 POM(Prescription Only Medicine)에서 P(Pharmacy Medicine)에서 GSL(General Sale List)로 전환하는 과정을 단순화하여 총 소요기간을 5~7개월로 단축하였다.⁸⁾ 특히, 영국은 의약품 재분류를 제도화시킨 선도적인 사례로서 1999년 EC의 의약품 재분류제도 도입 시의 모델이 되었다. 현재 EU는 5년마다 의약품 분류내용을 검토하여 처방약을 비처방약으로 전환하도록 권고하고 있다.

처음 승인되는 신약은 일반적으로 처방약으로 분류된다. 수년간 사용 후 부작용이 적고, 의사의 관리 없이 안전한 사용이 가능하며 안전성에 대한 근거가 충분하다면 약국약으로 분류된다. 그리고 다시 수년간 안전하게 사용된 약국약은 자유판매약으로 분류된다.

반면, 약국약의 위험성이 새로 확인되면 처방약으로 재분류된다. 자유판매약도 약사 확인 없이는 안전성을 보장할 수 없다는 사실이 발견되면 약국약으로 재분류된다. 이는 기본적으로 유동적인 시스템이다(손현순 외[2005]). 이러한 상시적 재분류를 통해 1년에 두 차례 처방약과 일반판매약 시행령이 개정되고 있다.

일본은 1979년 「약사법」 개정에서 의약품 재분류가 법제화되었고(김현식 외[2000]), 최근 전문의약품에서 일반의약품으로 전환되는 경우가 흔하고 일반소매판매 OTC 품목 증가가 활발하다.

캐나다는 시판약을 처방약으로 분류했다가 1년 내지 2년 동안은 약사약으로 분류하여 약사의 직접적 관리와 감독을 받도록 한 후, 다시 약국진열약이나 자유판매약으로 분류하는 시스템을 갖추고 있다.

라. 제도개선안

우리나라에서는 의약품 분류에 관한 논의의 장에 의사·약사의 입장을 어떻게 조율할 것인가가 가장 중요한 문제로 취급되어 왔다. 다시 말해서 의약품분류는 이해당사자 간 협상의 대상으로 인식되어 왔다. 그러나 여타 정책분야의 투명성과 책무성(accountability)이 개선되는 추세 속에서 의약품정책도 이제는 과거의 관행을 탈피하여, 국민의 후생을

8) 이전에는 18개월.

중심으로 의약학적 근거에 기반한 접근을 시작해야 할 시점이다.

물론 그간에도 의약품 재분류 주장은 부분적으로 존재해 왔다. 약사집단이 주장해 온 ‘일반의약품 확대(처방전 없이 약국에서 판매할 수 있는 품목 확대)’가 그것이다. ‘일반의약품 확대론’은 “의약분업 이후 전문의약품의 비중이 증가한 것으로 미루어 의약분업과 함께 처방권을 가진 의사가 주로 전문의약품을 처방하는 경향이 강화된 것으로 보이기 때문에 일반의약품 확대로 자가용법을 증가시키면 의료기관을 찾는 횟수가 줄어들 것”이라는 주장이다.

전체 의약품시장에서 일반의약품 매출의 시장점유율은 분업 직후인 2001년 35%에서 2004년 24%로 감소했고, 매출액 규모로는 전문의약품이 1999년 3조 2천억원에서 2004년 5조 2천억원으로 2조원 증가한 반면, 일반의약품은 1조 8천억원에서 1조 6천억원으로 2천억원 감소(손현순 외[2005])했다. 따라서 일반의약품을 통한 자가용법(self-medication)으로 의료비 절감을 기대할 수 있다는 주장은 일견 타당성이 인정된다.

그러나 의약품 재분류는 전문의약품이 일반의약품으로, 그리고 OTC로 전환되는 총체적인 과정이다. 전환과정의 뒷 부분인 OTC 확대는 그간 학계나 시민단체들이 주장해 온 ‘일반의약품의 일반소매점 판매 품목 전환’에 해당된다. 그리고 약사집단은 앞 부분인 ‘일반의약품 확대’만을 주장하고 있으나 이는 부적절하다. 이들이 강조하는 ‘일반의약품 확대’의 건강보험재정 절감효과 역시 OTC 판매 허용을 통해 증폭될 것이다. 결국, 소비자 편리 증진과 건강보험재정 절감, 가격경쟁 제고라는 목표를 위해서는 양자를 포함한 종합적 상시 재분류시스템의 구축이 시급하다.

이를 위해서는 정부부서나 관련 기관에 일반의약품 담당부서를 별도로 구성하고 전문가위원회를 상설하여 의약품 분류를 체계적으로 관리하는 것이 필요하다. 재분류에 대한 지침을 마련하고 시판 후 지속적인 관리를 통해 재평가와 재분류를 계속적으로 진행하는 것을 제도화해야 하며, 이를 위해서는 폭넓은 전문성을 동원해야 할 것이다.

현재 우리나라는 의약품 분류 변경에 대한 간단한 법적 조항만이 존재한다. 관리주체나 절차에 대한 구체적 규정이 마련되어 있지 않아 제도적인 장치는 실질적으로 부재하다. 2000년 의약분업 시행을 위해 시

판의약품을 전문의약품과 일반의약품으로 재분류한 후, 분류 변경 사례가 보고된 적은 없는 것으로 알려져 있다(손현순 외[2005]).

제도 정비과정에서 소비자 보호와 가격경쟁 조장을 위해서는 선진국들의 경우를 참조하여, 약국 내 자유진열약과 일반소매점 판매약을 명시하고 진열방식에 대한 규정을 시행규칙에 포함시키는 것이 필요하다. 현재 「약사법」 시행규칙 제9조 제2항은 “전문의약품은 일반의약품과 구분하여 별도의 약장에 진열할 것”이라고 규정하고 있을 뿐인데, 향후에는 “약국 자유진열약품으로 분류된 제품을 처방대 바깥에 두어야 한다”는 규정을 명시해야 할 것이다.

OTC 판매 금지의 부당성을 보여주는 사례는 많다. 예를 들어, 일부 약국 체인점들은 개별 매장의 운영방식에 따라 상당한 범위의 약품을 자유진열하고 있고, 약사 이외의 직원이 근무하는 계산대를 통해 판매하고 있다. 이는 약사들도 이들 약품의 경우 약화사고의 가능성이 높지 않다고 판단하고 있음을 시사한다. 결국 일반소매점 판매약, 약국 내 자유진열약, 약국 내 약사약품(BTC), 처방약의 구분을 검토해야 할 것이며, 각 분류 내 품목을 명시적으로 담은 시행규칙이 주기적으로 갱신될 필요가 있다.

또 다른 예로서, 현재 실정법상 불법임에도 불구하고 고시촌, 역근방 등 야간에 수요가 많은 지역에서는 자주 사용되는 약을 일반소매점에서 날개판매하는 관행이 공공연하게 이루어지고 있음을 들 수 있다. 이는 우리 사회에서 OTC 약품을 편한 시간에 구입하지 못하는 불편이 매우 크다는 것을 보여준다. 또 이는 정책효과가 모연한 규제가 실제의 생활에서 무시되고 있는 실례이기도 하다. 일각에서는 약국 수가 소매점보다 많기 때문에 국민 불편이 크지 않다고 주장하고 있으나, 현재 약국 수는 약 21,000개(건강보험심사평가원[2009]), 일반소매업소 수는 약 11만개로(통계청[2007]), OTC 일반소매점 판매를 허용할 경우 월등히 넓은 유통채널에서 가격경쟁이 활발해질 것으로 기대된다.

5. 가격규제

현재 우리나라에서는 모든 국민이 원칙적으로 건강보험에 가입해야

한다(「국민건강보험법」 제5조). 또 모든 의료기관은 건강보험 환자를 의무적으로 진료해야 하는 ‘요양기관당연지정제도’가 실시되고 있다.(「국민건강보험법」 제40조)⁹⁾ 건강보험의 요양급여비용은 국민건강보험공단의 이사장과 대통령이 정하는 의약계를 대표하는 자가 계약으로 정하며, 그 계약은 국민건강보험공단과 각 요양기관 간에 체결된 것으로 간주된다(「국민건강보험법」 제42조).¹⁰⁾ 만일 계약이 체결되지 않으면 보건복지가족부 장관이 건강보험정책심의위원회의 의결을 거쳐 정하는 금액을 요양급여비용으로 한다. 또한 「의료법」 제27조 ③은 “누구든지 「국민건강보험법」이나 「의료급여법」에 따른 본인부담금을 면제하거나 할인하는 행위, 금품 등을 제공하거나 불특정 다수인에게 교통편의를 제공하는 행위 등 영리를 목적으로 환자를 의료기관이나 의료인에게 소개·알선·유인하는 행위 및 이를 사주하는 행위를 하여서는 아니 된다”라고 규정하고 있다. 따라서 건강보험이 적용되는 요양급여에 대해서는 상방 및 하방 모두의 가격규제가 적용된다고 말할 수 있다.

동 조항은 또한 소개·알선·유인행위 및 이를 사주하는 행위를 금지하고 있다. 여기에서 ‘소개·알선’이라 함은 환자와 특정 의료기관 또는 의료인 사이에서 치료위임계약의 성립을 중개하거나 편의를 도모하는 행위를 말한다. 또 ‘유인’이라 함은 기망 또는 유혹을 수단으로 환자

9) 요양기관당연지정제도의 연혁은 다음과 같다(이신호 외[2005], p.50). 1977년 사회보험 방식의 의료보험제도가 처음 도입되었을 때에는 보험자가 의료기관이나 약국과 개별적으로 계약하도록 하였으나 1979년에는 보험자나 보험자단체가 요양취급기관을 지정하도록 하였다. 2000년 7월에 의료보험이 건강보험으로 전환되면서 건강보험수가는 원칙적으로 보험자와 공급자단체가 계약하는 방향으로 개정되었지만 요양기관당연지정제도는 유지되고 있다. 동 제도는 2002년에 헌법재판소에 의해 합헌 판결을 받았다(헌법재판소 2002. 10. 31. 99헌바76, 2000헌마505(병합) 전원재판부).

10) 요양급여비용계약의 당사자 중 의약계를 대표하는 자는 의사회의 장, 치과의사회의 장, 한의사회의 장, 대한약사회의 장 등이다(「국민건강보험법 시행령」 제23조). 요양급여비용계약의 내용은 요양급여에 소요되는 시간·노력 등 업무량, 인력·시설·장비 등 자원의 양과 요양급여의 위험도를 고려하여 산정한 요양급여 각 항목의 상대적 점수에 적용되는 점수당 단가를 정하는 것이다. 약제·치료재료에 대한 비용은 보건복지가족부 장관이 심의위원회의 심의를 거쳐 정하여 고시하는 금액의 범위 안에서 요양기관이 당해 약제 및 치료재료를 구입한 금액으로 하며, 약제·치료재료 중 한약제에 대한 비용은 보건복지가족부 장관이 심의위원회의 심의를 거쳐 고시한 금액으로 한다(「국민건강보험법 시행령」 제24조). 그러나 요양기관이 약제·치료재료의 가격을 낮추어 구입할 유인이 매우 작기 때문에 약제·치료재료의 가격은 실질적으로 보건복지가족부 장관이 심의위원회의 심의를 거쳐 정하는 고시가격이다.

로 하여금 특정 의료기관 또는 의료인과 치료위임계약을 체결하도록 유도하는 행위를 말하며, ‘이를 사주하는 행위’라 함은 타인으로 하여금 영리를 목적으로 환자를 특정 의료기관 또는 의료인에게 소개·알선·유인할 것을 결의하도록 유혹하는 행위를 말한다(대법원 1996. 2. 9. 선고 95도1765). 이러한 소개·알선·유인행위 금지는 의료기관 간의 과당경쟁으로 진료왜곡이 일어나 불필요한 진료 증가를 유발하고 보험재정의 부담을 가중하는 상황을 미연에 방지하는 데 그 목적이 있는 것으로 보인다(이기효 외[2006], p.74).

소개·알선·유인행위는 원칙적으로 금지되나 일부 허용되기도 한다. 「의료법」 제27조 ③의 단서조항은 “환자의 경제적 사정 등을 이유로 개별적으로 관할 시장·군수·구청장의 사전승인을 받아 환자를 유치하는 행위” 및 “국내에 거주하지 않는 외국인 환자를 유치하는 행위”에 대해 예외를 허용한다. 이 가운데 시장·군수·구청장의 사전승인이 필요한 유치행위에 대해 보건복지가족부는 그 범위를 상당히 좁게 해석하고 있다. 예를 들어, 대한재향군인회가 추진하는 향군가족에 대한 건강검진 진료비 할인사업이 「의료법」에 위배된다고 유권해석을 내린 바 있다.¹¹⁾ 반면, 외국인 환자 유치는 2009년 1월 법 개정을 통해 허용되었다.

한편, 환자 본인이 진료비 전액을 부담하는 비급여 진료에 대해서는 할인이 허용된다.¹²⁾ 그러나 병·의원은 비급여 진료비용을 고지할 의무

11) 보건복지부는 건강검진 진료비 할인사업의 의료법 위반 여부에 대한 대한의사협회의 유권해석 의뢰와 관련하여 “환자를 소개·알선·유인하는 행위는 지방자치단체장의 사전승인을 받은 경우에만 가능하다는 「의료법」 규정과 특정 단체에 진료비를 면제하거나 할인해 주는 것과는 상관없다”며 “재향군인회 사업은 불법”이라고 유권해석을 내렸다. 복지부는 유권해석에서 △ 「국민건강보험법」에 의한 건강보험료 납부자 전체 중 납부금액이 하위 20% 범위 내에 속하는 세대의 65세 이상 노인 또는 장애 1~3등급으로 등록된 장애인, △ 국가가 예산을 확보하여 지원하거나 관할 지방자치단체 조례의 규정에 의해 본인부담금을 면제 또는 할인받는 자 등 승인대상자의 건강보험료 납부내역을 반드시 확인하고 면제·할인행위의 기간은 진료건별로 승인(영속적이 아님)한다는 지방자치단체장의 사전승인기준 항목은 재향군인회 등 특정 단체의 진료비 면제나 할인에 해당하지 않는다고 지적했다. 복지부는 이와 함께 진료비의 면제 또는 할인 행위는 반드시 관할 시장·군수·구청장의 사전승인을 얻어야 한다고 덧붙였다(『병원신문』, 2006. 2. 9).

12) 대법원은 병원 홈페이지에 ‘여드름 약물치료 50% 할인’ 광고를 냈다가 의료법 위반 혐의로 기소된 의사 강모(39) 씨에 대한 상고심에서 무죄를 선고한 원심을 확정하였다(『테일리메디』, 2008. 4. 9). 대법원은 “의료인이 자유롭게 금액을 정하고 환자

가 있다. 2009년 1월 개정된 「의료법」 제45조 ①은 “비급여 진료비용을 환자 또는 환자의 보호자가 쉽게 알 수 있도록 고지하여야 한다”라고 규정하고 있다. 또한 ②는 “의료기관이 환자로부터 징수하는 제증명 수수료의 비용을 게시하여야 한다”라고 규정하고 있다. 이는 의료소비자에게 건강보험이 적용되지 않는 비급여부문에 한해서 가격정보를 제공하는 것으로 가격경쟁의 기초를 마련한다는 점에서 매우 중요하다.

일각에서는 요양기관당연지정제도의 폐지를 주장한다(권순만·이주선[2005] 등). 수요독점자인 건강보험이 시장지배력을 이용하여 협상력을 남용하고 과도하게 공급자를 규제할 가능성이 존재하기 때문이다. 만일 요양기관당연지정제도가 폐지된다면 의료기관의 일부는 건강보험에서 탈퇴할 것이고 자유롭게 진료비용을 정할 수 있을 것이나, 그 외의 의료기관에 대해서는 여전히 건강보험의 가격규제가 적용된다. 당연지정제 도입 배경이 공급기관 부족에 대한 우려였다는 점, 지정기관으로부터의 탈퇴 시 건강보험 환자를 진료하지 못하는 경영리스크를 저야 한다는 점 등을 고려하면, 만일 당연지정제가 폐지된다고 하더라도 전체 공급구조에 미치는 영향은 미미할 것으로 판단된다. 그러나 현재 논의에서는 실제의 사회경제적 효과가 무엇일지보다 ‘건강보험 환자가 진료받기를 원해도 본인부담이 아니면 이용할 수 없는 의료기관’이 창출된다는 것에 대한 사회적 거부감이 강조되고 있다. 결국 이에 관한 한, 사회적 동의의 문제가 관건이라 하겠다.

건강보험의 가격규제는 사회보험으로서 건강보험을 유지하는 한 불가피한 선택이다. 따라서 그 타당성을 논하는 것은 실익이 없다. 다만, 현재는 건강보험재정을 고려하여 진료비용이 현실적으로 너무 낮은 수준에서 결정됨에 따라 의료자원 배분이 심각하게 왜곡되어 있다는 지적이 존재하고 이에 대한 갈등수준이 높은 상황이다. 따라서 의약계의 요구가 타당한지를 충분한 분석을 통해 검토한 후, 조정의 필요가 인정될 경우 요양급여의 가격을 협의·조정하는 것이 필요하다.

본인이 전액 부담하는 비급여 진료비까지 면제·할인 금지조항을 적용하는 것은 죄형법정주의 원칙에 어긋난다”고 판결하였다. 앞서 1, 2심 재판부도 “『의료법』이 적용되는 항목은 ‘본인부담금’으로 여드름 약물, 스케일링과 같은 비급여 진료는 해당되지 않는다”고 무죄를 선고한 바 있다.

진료비 가운데 본인부담금의 면제 및 할인을 금지하는 규정 또한 재검토할 필요가 있다. 본인부담금의 면제 및 할인을 금지하는 이유는 ① 서비스의 품질이 저하되는 것을 방지하고, ② 비용분담을 통해 소비자의 과도한 의료이용을 억제하며,¹³⁾ ③ 경쟁사업자를 배제하기 위한 공급자의 부당염매(predatory pricing)를 방지하는 것으로 요약될 수 있다. 그러나 일부 부분에 대해서는 본인부담금의 면제 또는 할인을 허용해도 부작용이 크지 않을 것인데, 그러한 예로는 서비스 품질 저하의 위험이 작은 부분(예: 평가결과가 양호한 병원) 또는 과도한 의료이용의 위험이 작은 부분(예: 신장투석)을 들 수 있다. 그리고 부당염매는 「공정거래법」을 통해 규제할 수 있다(표 3-15).¹⁴⁾ 이러한 완화조치는 소비자 후생의 증진에 도움을 줄 것이다. 반면, 위험이 높지 않은 부분에 대해서는 법집행을 강화할 필요가 있다. 실제로 면제 또는 할인은 종종 이루어지고 있는 것으로 알려져 있기 때문이다(『약업신문』, 2009. 8. 27; 『메디컬투데이』, 2009. 8. 17; 『메디게이트뉴스』, 2009. 5. 28; 『헬스코리아뉴스』, 2008. 9. 19).

보다 일반적으로 소개·알선·유인행위에 대한 규제 역시 완화될 필요가 있다. 일본·미국 등 외국의 의료 관련 법규는 우리나라 「의료법」과 같이 포괄적으로 소개·알선·유인을 금지하고 있지는 않는 것으로

13) 예를 들어, 의료기관들의 노인환자에 대한 본인부담금 면제나 할인이 여전히 벌어지고 있는데, 이 같은 행태가 의료비 증가의 한 원인으로 작용한다는 분석결과도 제시된다(『메디게이트뉴스』, 2009. 5. 28).

14) '독점규제및공정거래에관한법률' 제23조 (불공정거래행위의 금지) ① 사업자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위로서 공정한 거래를 저해할 우려가 있는 행위(이하 "불공정거래행위"라 한다)를 하거나, 계열회사 또는 다른 사업자로 하여금 이를 행하도록 하여서는 아니 된다.

1. 부당하게 거래를 거절하거나 거래의 상대방을 차별하여 취급하는 행위
2. 부당하게 경쟁자를 배제하는 행위
3. 부당하게 경쟁자의 고객을 자기와 거래하도록 유인하거나 강제하는 행위
4. 자기의 거래상의 지위를 부당하게 이용하여 상대방과 거래하는 행위
5. 거래의 상대방의 사업활동을 부당하게 구속하는 조건으로 거래하거나 다른 사업자의 사업활동을 방해하는 행위
6. 삭제
7. 부당하게 특수관계인 또는 다른 회사에 대하여 가지급금·대여금·인력·부동산·유가증권·상품·용역·무체재산권 등을 제공하거나 현저히 유리한 조건으로 거래하여 특수관계인 또는 다른 회사를 지원하는 행위
8. 제1호 내지 제7호 이외의 행위로서 공정한 거래를 저해할 우려가 있는 행위

〈표 3-15〉 「공정거래법」상 불공정거래행위의 유형

분 류	소 분 류
거래거절	공동의 거래거절 등
차별적 취급	가격차별, 거래조건차별, 계열회사를 위한 차별, 집단적 차별
경쟁사업자 배제	부당염매, 부당고가매입
부당한 고객유인	부당한 이익을 위한 고객유인, 위계에 의한 고객유인 등
거래강제	끼워팔기, 사원판매 등
거래상 지위 남용	구입강제, 이익제공강요, 판매목표강제, 불이익제공, 경영간섭
구속조건부거래	배타조건부거래, 거래지역 또는 거래상대방의 제한
사업활동 방해	기술의 부당이용, 인력의 부당유인·채용, 거래처 이전 방해 등
부당한 지원행위	부당한 자금지원, 부당한 자산·상품 등 지원, 부당한 인력지원

자료: 「독점규제및공정거래에관한법률 시행령」, [별표 1].

과약된다(이기효 외[2006], p.75). 미국의 경우 의료행위의 영리성이 법적으로 용인되므로 가격할인, 의료기관과 보험자의 제휴, 의료서비스의 공동구매, 환자의 소개 및 알선 등 모든 범주의 활동이 원칙적으로 허용되고 있다. 다만, 이러한 행위가 반독점 및 공정거래법규에 위반될 때 제재되고 있을 뿐이다. 우리나라에서도 “의료소비자의 후생 증진에 반하여 소개·유인·알선행위를 하지 말아야 한다”는 정도의 원칙을 「의료법」에 명시하고, 구체적인 행위가 이에 해당하는지는 사후적으로 판정하는 사후적 규제체제로 이행하는 것이 바람직하다(이기효 외[2006], p.83). 또 「공정거래법」이 이미 ‘부당한 고객유인’을 금지하고 있으므로 「의료법」에서는 소개·유인·알선행위 금지를 규정하지 않는 것도 하나의 대안이다.

6. 보건의료업 개설권 제한

가. 영업조직 규제

개설권 제한 완화는 잠재적 공급자의 진입을 허용하여 시장을 작동하게 하는 핵심적인 중요성을 갖는다. 의료인의 영업조직에 대해서는

〈표 3-16〉 의료인 영업조직 규제

규제 종류	규제내용
의료기관 개설의무	- 의료인은 의료기관을 개설하지 않고는 의료업을 할 수 없음. - 의료기관 내에서 의료업을 해야 함. • 예외: 응급환자 진료, 환자 또는 보호자의 요청에 따른 진료, 국가나 지방자치단체가 공익상 필요하다고 인정하여 요청하는 진료, 가정간호 등 부득이한 사유가 있는 경우
의료기관 개설자격	- 의사·치과의사·한의사 또는 조산사 - 국가나 지방자치단체 - 의료업을 목적으로 설립된 법인(의료법인) - 「민법」이나 특별법에 따라 설립된 비영리법인 - 준정부기관, 지방의료원, 한국보훈복지의료공단
의료인이 개설할 수 있는 의료기관	- 의 사: 종합병원, 병원, 요양병원, 의원 - 치과의사: 치과병원, 치과의원 - 한 의 사: 한방병원, 요양병원, 한의원
복수 의료기관 개설 금지	- 의료인은 하나의 의료기관만 개설할 수 있음. • 단, 둘 이상의 면허를 소지한 자는 의원급 의료기관을 개설하려는 경우에는 하나의 장소에 한하여 면허 중별에 따른 의료기관을 함께 개설할 수 있음.
개설 신고 또는 허가	- 의원급 의료기관: 시장·군수·구청장에게 신고 - 병원급 의료기관: 시·도지사의 허가를 취득

자료: 「의료법」.

다양한 규제가 적용된다(표 3-16).

첫째, 의료인은 의료기관을 개설하지 않고는 의료업을 할 수 없으며, 예외적인 경우(예: 응급환자 진료) 외에는 의료기관 내에서 의료업을 해야 한다(「의료법」 제33조 ①). 의료기관의 종류로는 의원급 의료기관(의원, 치과의원, 한의원), 병원급 의료기관(병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원), 그리고 조산원이 있다(표 3-17).¹⁵⁾

15) 보건복지가족부장은 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로, 병원급 의료기관 중에서 특정 진료과목이나 특정 질환 등에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 하는 병원을 전문병원으로 지정할 수 있다(「의료법」 제3조의4, 제3조의5).

〈표 3-17〉 의료기관의 종류

종 류	내 용
의원급 의료기관	- 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관 - 종류: 의원, 치과의원, 한의원
병원급 의료기관	- 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행 위를 하는 의료기관 - 종류: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원(노인전문병원, 정신병 원, 의료재활시설 포함), 종합병원 - 시설 <ul style="list-style-type: none"> • 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원: 30개 이상의 병상(병원·한 방병원만 해당) 또는 요양병상(요양병원만 해당) • 종합병원: 100개 이상의 병상 및 일정 수의 필수진료과목 <ul style="list-style-type: none"> * 100병상 이상 300병상 이하: 내과, 외과, 소아청소년과, 산부 인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통중의학과와 진단검 사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추 고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함. * 300병상 초과: 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학 과, 마취통중의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마 다 전속하는 전문의를 두어야 함. * 필수진료과목 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영 할 수 있는데, 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여 는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있음.
조산원	- 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보 건활동과 교육·상담을 하는 의료기관

자료: 「의료법」 제3조 및 제3조의2.

둘째, 의료기관은 의료인 등 특수한 자격을 가진 자만이 개설할 수 있다(「의료법」 제33조 ②). 즉, ① 의사·치과의사·한의사 또는 조산사, ② 국가나 지방자치단체, ③ 의료업을 목적으로 설립된 법인(의료법인), ④ 「민법」이나 특별법에 따라 설립된 비영리법인, ⑤ 준정부기관·지방의료원·한국보훈복지의료공단 가운데 하나에 해당하는 자가 아니면 의료기관을 개설할 수 없다. 따라서 자연인의 경우 의사·치과의사·한

의사를 제외한 비자격사는 의료기관을 설립하지 못한다. 또 법인의 경우 정부, 의료법인, 비영리법인, 준정부기관 등의 기관만이 의료기관을 설립할 수 있다. 이 가운데 의료법인은 시·도지사의 허가를 받아 설립되는 기관으로서 「의료법」에 규정된 것 외에는 「민법」 중 재단법인에 관한 규정을 준용하도록 되어 있다(표 3-18). 재단법인은 비영리법인이므로 동 규정은 영리법인의 의료기관 설립을 금지하고 있다.

셋째, 의료인이 개설할 수 있는 의료기관의 종류 역시 「의료법」에 규정되어 있다. 즉, 의사는 종합병원·병원·요양병원 또는 의원을 개설할 수 있으며, 치과 의사는 치과병원 또는 치과의원을, 한의사는 한방병원·요양병원 또는 한의원을 개설할 수 있다(「의료법」 제33조 ②).

넷째, 의료인은 하나의 의료기관만 개설할 수 있다. 다만, 2개 이상(예: 양방과 한방)의 의료인 면허를 소지한 자가 의원급 의료기관을 개설하려는 경우에는 하나의 장소에 한하여 면허종별에 따른 의료기관을 함께 개설할 수 있다(「의료법」 제33조 ⑧).

약국의 설립은 더 제한적이다. 「약사법」에 의하면 약사 또는 한약사가 아니면 약국을 개설할 수 없다(제20조 ①). 따라서 법인은 약국을 개설할 수 없으며 자연인만이 개설할 수 있다. 또한 약사 또는 한약사는 하나의 약국만을 개설할 수 있다(제21조 ①). 약국을 개설하려는 자는 시장·군수·구청장에게 개설등록을 하여야 한다(제20조 ②).

현재 서비스 선진화를 위한 핵심 과제로 주목받고 있는 개설권 규제 의 개선방안에 관해서는 제4장의 규제개선방안에서 자세히 다룰 것이다.

나. 보건의료인 간 동업 관련 규제

의료인 사이의 협진은 가능하다(「의료법」 제43조). 즉, ① 병원·치과병원·종합병원은 한의사를 두어 한의과 진료과목을 추가로 설치·운영할 수 있다. ② 한방병원·치과병원은 의사를 두어 의과 진료과목을 추가로 설치·운영할 수 있다. ③ 병원·한방병원·요양병원은 치과 의사를 두어 치과 진료과목을 추가로 설치·운영할 수 있다.

그러나 의료인과 약사 간의 동업은 불가능하다. 의약분업 때문이다. 「약사법」은 의약분업과 관련하여 약사 및 한약사가 아니면 의약품을

〈표 3-18〉 의료법인과 관련한 「의료법」의 규정

규 정	내 용
설립허가	<ul style="list-style-type: none"> - 정관과 그 밖의 서류를 갖추어 그 법인의 주된 사무소의 소재지를 관할하는 시·도지사의 허가를 받아야 함. - 그 법인이 개설하는 의료기관에 필요한 시설이나 시설을 갖추는 데에 필요한 자금을 보유해야 함. - 재산을 처분하거나 정관을 변경하려면 시·도지사의 허가를 받아야 함.
부대사업	<ul style="list-style-type: none"> - 의료법인은 그 법인이 개설하는 의료기관에서 의료업무 외에 다음의 부대사업을 할 수 있는데, 부대사업으로 얻은 수익에 관한 회계는 의료법인의 다른 회계와 구분하여 계산해야 함. <ul style="list-style-type: none"> • 의료인과 의료관계자 양성이나 보수교육 • 의료나 의학에 관한 조사 연구 • 노인의료복지시설의 설치·운영 • 장례식장의 설치·운영 • 부설주차장의 설치·운영 • 의료업 수행에 수반되는 의료정보시스템 개발·운영사업 • 그 밖에 휴게음식점영업, 일반음식점영업, 이용업, 미용업 등 환자 또는 의료법인이 개설한 의료기관 종사자 등의 편의를 위하여 보건복지가족부령으로 정하는 사업 - 부대사업을 하려는 의료법인은 타인에게 임대 또는 위탁하여 운영할 수 있음. - 부대사업을 하려는 의료법인은 미리 의료기관의 소재지를 관할하는 시·도지사에게 신고해야 함.
재단법인의 준용	<ul style="list-style-type: none"> - 의료법인에 대하여 「의료법」에 규정된 것 외에는 「민법」 중 재단법인에 관한 규정을 준용함.
설립허가 취소	<ul style="list-style-type: none"> - 보건복지가족부장관 또는 시·도지사는 의료법인이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 설립허가를 취소할 수 있음. <ul style="list-style-type: none"> • 정관으로 정하지 않은 사업을 한 때 • 설립된 날부터 2년 안에 의료기관을 개설하지 않은 때 • 의료법인이 개설한 의료기관이 개설허가를 취소당한 때 • 보건복지가족부장관 또는 시·도지사의 명령을 위반한 때 • 부대사업 외의 사업을 한 때

자료: 「의료법」 제48~51조.

조제할 수 없도록 하고 있다.¹⁶⁾ 또 약사 또는 한약사가 의약품을 조제할 때에는 약국 또는 의료기관의 조제실에서 하도록 하고 있다(제23조 ①, ②). 그리고 더 나아가 약국이 의료기관과 구조상 분리되어 있어야만 시·도지사가 약국의 개설등록을 받도록 하고 있다(제20조 ⑤). 즉, 의료기관의 시설 안 또는 구내에 약국을 개설하려는 경우, 의료기관의 시설 또는 부지를 분할·변경 또는 개수하여 약국을 개설하려는 경우, 의료기관과 약국 사이에 전용복도·계단·승강기 또는 구름다리 등의 통로를 설치하려는 경우 개설등록을 받지 못하도록 하고 있다. 이러한 규제에 의해 의사와 약사가 동업을 하는 것은 불가능하다.

비의료인과 의료인의 동업은 의료법에 명시적으로 규정되어 있지는 않으나, 법원 판례의 해석상 비의료인의 의료업 금지 규정(의료법 33조)에 간접적으로 해당하여 처벌하고 있다. 이에 관해서는 제4장에서 다시 언급할 것이다.

7. 병상통제정책

가. 의료공급체계 훼손 우려와 병상통제 논의의 문제점

우리나라는 민간 주도로 의료공급체계가 성립되어, 병상자원에 대해 국가의 통제가 미치지 못하며, 국민들은 스스로 의료공급자를 선택하는 문화에 익숙해져 있다. 이러한 역사적 과정을 무시한 채, 2차대전 이후

16) 의사 또는 치과의사가 직접 조제할 수 있는 경우는 불가피한 상황으로 한정되어 있다(제23조 ④). 불가피한 상황이란 구체적으로 ① 약국이 없는 지역에서 조제하는 경우, ② 재해로 인해 사실상 약국이 없게 되어 재해구호를 위해 조제하는 경우, ③ 응급환자 및 자신 또는 타인을 해칠 우려가 있는 정신질환자에 대하여 조제하는 경우, ④ 입원환자, 전염병환자, 사회복지시설에 입소한 자에 대해 조제하는 경우, ⑤ 주사제를 조제하는 경우, ⑥ 보건복지가족부령으로 정하는 의약품을 투여하는 경우, ⑦ 보건소 및 보건지소의 의사·치과의사가 그 업무로서 환자에 대해 조제하는 경우, ⑧ 상이등급 1~3급에 해당하는 자, 고도장애인, 1·2급 장애인, 파킨슨병환자 또는 한센병환자에 대해 조제하는 경우, ⑨ 장기이식을 받은 자 또는 후천성 면역결핍증 환자에 대해 해당 질병을 치료하기 위해 조제하는 경우, ⑩ 군인·전투경찰순경·교정시설 경비교도와 교정시설·소년보호시설·외국인보호시설에 수용 중인 자에 대해 조제하는 경우, ⑪ 결핵치료제를 투여하는 경우, ⑫ 사회복지활동을 위해 조제하는 경우, ⑬ 국가안전보장과 관련된 정보 및 보안을 위해 처방전을 공개할 수 없는 경우 등이다.

복지국가 성립과정에서 의료시스템을 국가의 관리하에 운영해 온 유럽 선진국을 모방하려는 여러 가지 시도들이 기왕에 있었으나, 별다른 실효를 거두지 못하였다. 병상규제를 위해 1982년 이후 병상수급계획이 반복적으로 수립되어 왔으나, 정부가 재원을 지원하거나 통제해 온 역사가 없는 상황에서 민간기업과 유사한 의료기관의 투자를 금지시킬 근거나 정책적 수단이 미비하다. 근본적으로는 이것이 그간 관련 정책이 실효성을 거두지 못한 이유이나, 사용된 방법이 합리성을 담보하지 못한 것도 설득력을 갖지 못한 주요 이유이다. 주기적으로 수립되어 온 병상수급계획은 지역의 구체적인 욕구를 사상한 채 획일적인 지역별 적정 병상 수를 계산하는 데 그쳐 병상관리방식에 대한 현실적인 정보를 제공하지 못해 왔다.

예를 들어, 1989년 의료전달체계를 실시하여 대·중·소 진료권의 범위를 설정하고, 환자의 흐름을 조정하려 시도한 것도 유사한 경로로 진행되었다. 상급의료기관에 곧장 찾아가는 것을 통제하려 시도한 이 정책은 현재 거의 유명무실해졌으며, 이에 대한 실사나 제재조치도 없는 상황이다(조경희[2005]). 이에 관해서는 기능적 차이를 두지 않은 상태에서 의료기관의 규모를 기준으로 1차, 2차, 3차 기관을 구분했다는 방법론적인 문제가 지적되고 있으나, 결국은 ‘적절한 정보를 가졌는지의 여부와 상관없이 국민들 스스로 의료공급자를 선택하는 데’ 익숙한 상황에서, 선택에 있어 통제를 받거나 본인이 원하는 병원에 가는 것으로 불이익을 받는다는 것이 받아들여지기 어려웠다는 것을 의미한다.

병상자원정책에 있어서는 우리나라의 의료시스템이 나름의 경로를 따라 발전하고 있다는 경로의존성(path dependency)을 숙지한 후, 현재 나타나고 있는 문제점을 가장 잘 해결할 수 있는 현실적인 해법을 모색할 필요가 있다. 경로의존성이란 정책고안과정이나 파급효과가 생성/전파되는 메커니즘은 모두 국가특수적인 역사적 경험과 사회경제적 구조, 보다 특수하게는 이전에 사용된 정책수단에 크게 영향을 받는다는 개념이다. 경로의존성의 개념은 왜 의료정책이 현재의 형태로 존재하고, 정책수단의 선택에 있어서도 최선의 대안이 선택되지 못하는지에 대해 설명을 제공한다. 이전에 사용됐던 정책들이 관성을 가지며, 현재의 제도들이 이해관계 구조에 영향을 미치기 때문에 정책 변화가 점진적으로

이루어질 수밖에 없고, 현재의 경로로부터 새로운 궤도로 움직이기 위해서는 강력한 힘이 요구된다는 것이다(Bevan and Robinson[2005]; Oliver and Mossialos[2005]).

나. 서구국가들의 병상자원정책

서구의 경우, 복지국가 확대과정에서 의료서비스의 수급불균형이나 과잉공급으로 인한 자원의 낭비를 공적인 책임으로 인식하고, 병상규제와 계획을 정책으로 추진해 왔다. 그러나 병상정책은 통제일변도가 아니라, 정부의 기획기능을 구현할 수 있도록 병상건립에 필요한 재원을 정부가 지원하는 것을 핵심으로 한다. 유럽 국가들에서는 민간병원에 대해 다양한 방식으로 국가가 자본조달을 지원하고 있으며, 미국 역시 힐버튼법¹⁷⁾과 이후의 수요인증프로그램(CON)¹⁸⁾을 통해 정부가 보건기획과 재원지원 역할을 담당하는 등 정부의 규제와 지원이 병행되는 양상이다.

그러나 의료기관의 자본조달을 공적인 관리하에 두었던 복지국가 확대기의 정책은 최근 민간의 역할을 강조하는 방향으로 변화를 겪고 있다. <표 3-19>는 유럽지역 공공병원과 비영리병원의 자본투자 재원조달에 있어 ppp(public-private-partnership) 등 주요한 변화들이 진행되는 추이를 나타낸다. 이는 환경 변화에 의료시스템이 적응하는 능력이 기존 자원규제정책에 의해 제약된다는 인식이 강화되고 있다는 것을 의미한다(Thompson and McKee[2004]). 시설의 품질 저하, 규제경직성으로 인한 첨단장비 장착과 신규투자의 어려움, 시설전환을 위한 어려움 등 오랫동안 정착되어 온 과정들의 부작용이 심화된다는 문제점이 인식되었다. 예를 들어, 영국의 상당수 의료기관은 19세기 건물을 사용하고 있으며, 이탈리아 병원은 건립한 지 평균 65년 이상 경과하였다. PPP는 민간부문이

17) 힐버튼법은 2차 세계대전 후 사회기반시설 강화를 위해 제정되어, 공공 및 비영리 민간병원의 신축과 현대화를 위해 연방정부의 보조금을 주정부에 지원하는 것을 내용으로 한다.

18) 수요인증프로그램(Certificate of Need: CON)은 1974년에 시작되어, 일정 금액 이상의 자본투자에 대해 정부의 승인을 받도록 하여 지역별 보건기획의 중요성과 그를 위한 연방정부의 체계적인 지원을 규정한다.

〈표 3-19〉 유럽 병원의 주요 자본조달방법

자본조달방식	국 가
중앙정부 지원	이탈리아, 스페인, 영국, 오스트리아, 핀란드, 아일랜드, 포르투갈, 그리스, 프랑스,
지방정부 지원	이탈리아, 스페인, 스웨덴, 오스트리아, 핀란드, 그리스, 독일, 덴마크, 벨기에(일부)
병원 누적수익	프랑스
진료비 추가(비용보전)	네덜란드, 벨기에(일부)
민간부문으로부터의 융자	프랑스, 이탈리아, 스웨덴, 핀란드, 네덜란드, 독일, 벨기에
PPP(public-private partnership) 사용/고려	영국, 이탈리아, 스페인, 아일랜드, 포르투갈, 그리스
기타	영국(토지 매각), 포르투갈/그리스(EU 통합기금)

자료: Thompson and McKee(2004).

건립한 후, 비의료적 부분을 운영하는 영국, 이탈리아 유형과, 민간부문이 의료적 부문까지 관리하는 스페인식 유형 등 다양하다. 이 나라들의 역사적 배경과 현재의 변화들을 초래한 규제 부작용 등을 무시한 채 자원규제를 모방하자는 주장은 현실성을 담보하기 어렵다.

개별 국가 내에서도 다양한 방식의 자본조달방식이 혼용되고 있다. 대부분의 국가에서 의료기관은 중앙정부나 지방정부, 질병금고로부터 공적자금을 지원받는다. 네덜란드의 경우는 공적자금 지원이 아니라, 질병금고로부터의 환자부담에 추가적으로 비용을 부가하는 방식(surcharges on patient charges to insurance funds)을 택하고 있다. 프랑스, 독일, 네덜란드, 스웨덴, 핀란드, 벨기에 등 대부분이 모두 민간부문으로부터 대부 가능하며, 독일의 경우 승인이 필요하다.

공적부문으로부터의 자금지원은 기본적으로 중앙정부와 지방정부 간의 책임의 분담을 나타내며, 대부분 지역의 의료수요 관련 결정은 지방정부로 이양되어 있다. <표 3-20>은 중앙정부와 지방정부의 역할

〈표 3-20〉 국가별 병원자본 조달과 정부 역할

	의료체계 구분	정부의 적극적 병상계획 존재 여부	민간부문의 재원조달 이용 여부	지역별 기획	중앙정부의 직접적 승인 필요 여부
오스트리아	비스마르크형	N	N	N	Y
벨기에	비스마르크형	N	종교기반 병원	Y (보조금과 연동해서만)	Y (중앙정부보조금 사용 시에만)
영국	베버리지형	Y	Y	N	Y (통상적으로)
핀란드	베버리지형	N	Y	Na	Y (중앙정부보조금 사용 시에만)
프랑스	혼합형	Y	Y	Y	N
독일	비스마르크형	Y	Y	Y	N
그리스	혼합형	Y	N	Y	Y
아일랜드	혼합형	N	N	N	Y
이탈리아	베버리지형	Y	Y	Y	N
포르투갈	혼합형	Y	N	N	Y
스페인	베버리지형	Y	Y	Na	N
스웨덴	베버리지형	N	Y	Na	N
네덜란드	비스마르크형	N	Y	Y	Y

주: Na는 정식의 과정은 아니지만 지방정부가 계획과 결정을 주도하는 경우를 의미.
자료: Thompson and McKee(2004).

분담형태를 보여주고 있는데, 프랑스, 스페인 등은 중앙정부의 장기적 틀 속에서 최근 자본조달기능을 지역 보건당국에 일임하는 것으로 전환했으며, 영국, 그리스, 핀란드 역시 지방정부가 주도하는 양상이다. 이는 지방정부가 지역의 요구에 대한 반응성을 높일 수 있다는 장점으로 인해 지역 의료당국이 지역의 주민의 서비스 이용을 보장하는 책임을 지

는 것으로 전환되고 있다는 것을 의미한다.

병상자원의 규제와 병상공급체계에 대한 정부의 통제는 정부가 의료서비스 공급을 책임져 온 역사적 과정과 분리하기 어렵다. 이러한 과정을 겪은 유럽 선진국의 경우에도 빠르게 변화하는 의료환경과 소비자의 불만에 대처하기 위해 자본조달의 경로를 다양화하고 통제를 약화하는 추세이다. 또한 각 지역이 필요로 하는 수요를 정확히 파악하고 이에 대처하기 위해 지방정부의 권한이 중앙정부에 비해 강화되는 추세이다. 이는 중앙이 주도하는 획일적인 계획이나 방안이 유효성을 상실했다는 것을 의미한다.

다. 우리나라의 병상공급정책에 대한 기존 논의

우리나라의 공공병원 수는 요양병원 제외 전체 병원의 7%, 병상 수는 13.5%(대한병원협회[2009])로 서구국가들에 비해 현저히 낮아(표 3-21, 표 3-22, 표 3-23), 정부의 통제력이 의료시스템에 영향을 미치기 어렵다는 이유로 병상공급규제 시도들이 진행되어 왔다. 1982년 병상수급계획 및 진료권·의료전달체계 확립을 위해 전국보건의료망 편성연구를 수행, 1985년 지역별 의료기관기설허가제한 등에 관한 규칙을 제정하여 병상신·증설 금지지역, 제한지역, 권장지역을 장관이 고시하도록 했으며, 1990년대 후반 이후 과잉병상에 대한 인식과 함께 병상수급 적정화를

〈표 3-21〉 설립형태별 병원 수 및 병상 수

(단위: 개, %)

		종합병원	병원	요양병원	합 계	비율
병원 수	전 체	314	1,195	707	2,216	100.0
	공 공	60	45	43	148	6.7
	민 간	254	1,150	664	2,068	93.3
병상 수	전 체	129,672	160,534	78,173	368,379	100.0
	공 공	25,851	13,303	5,773	44,927	12.2
	민 간	103,821	147,231	72,400	323,452	87.8

자료: 대한병원협회, 『전국병원명부』, 2009.

〈표 3-22〉 주요 국가의 공공병원 수 현황

(단위: 개, %)

국 가	설립유형	2002	2003	2004	2005	2006
오스트리아	공 공	133 (47.5)	133 (48.9)	131 (49.8)	131 (49.6)	130 (49.8)
	민 간	147	139	132	133	131
	전 체	280	272	263	264	261
벨기에	공 공	70 (32.0)	70 (32.1)	70 (32.7)	70 (32.4)	70 (32.6)
	민 간	149	148	144	146	145
	전 체	219	218	214	216	215
프랑스	공 공	1,038 (33.0)	997 (34.0)	996 (34.0)	983 (34.0)	974 (34.0)
	민 간	2,108	1,937	1,937	1,908	1,890
	전 체	3,146	2,934	2,933	2,891	2,864
독 일	공 공	2,379 (66.8)	2,321 (66.1)	2,295 (66.3)	2,238 (66.0)	2,186 (66.0)
	민 간	1,185	1,192	1,165	1,151	1,126
	전 체	3,564	3,513	3,460	3,389	3,312
이탈리아	공 공	755 (58.7)	746 (58.2)	752 (58.0)	746 (58.0)	735 (58.0)
	민 간	531	535	544	540	533
	전 체	1,286	1,281	1,296	1,286	1,268
네덜란드	공 공	193 (96.0)	190 (96.0)	188 (95.9)	186 (95.9)	184 (95.8)
	민 간	8	8	8	8	8
	전 체	201	198	196	194	192
포르투갈	공 공	120 (56.3)	112 (54.9)	112 (53.6)	110 (52.1)	110 (51.4)
	민 간	93	92	97	101	104
	전 체	213	204	209	211	214
스페인	공 공	452 (59.6)	459 (60.3)	463 (59.8)	468 (60.1)	474 (60.2)
	민 간	307	302	311	311	313
	전 체	759	761	774	779	787
스웨덴	공 공	73 (91.3)	73 (90.1)	73 (90.1)	73 (90.1)	73 (90.1)
	민 간	7	8	8	8	8
	전 체	80	81	81	81	81
영 국	공 공	1,187 (84.0)	1,160 (84.0)	1,126 (84.0)	1,108 (84.0)	1,101 (84.0)
	민 간	226	221	214	211	210
	전 체	1,413	1,381	1,340	1,319	1,311
미 국	공 공	1,136 (23.1)	1,121 (22.9)	1,117 (22.7)	1,110 (22.5)	1,119 (22.7)
	민 간	3,791	3,774	3,802	3,826	3,809
	전 체	4,927	4,895	4,919	4,936	4,927

주: () 안의 수치는 전체 대비 비중(%)임. 미국의 수치는 AHA(2008)에서 발췌하였고, 그 외 국가는 MSI(2007)의 수치를 이용하였음. 단, 미국의 전체는 Community 병원만의 합계이고, '공공'병원은 State and Local Government Community 병원이고, '민간'병원은 비영리민간병원과 영리병원의 합계임.

자료: MSI, MSI Data Report -Hospitals: Europe; AHA, AHA Hospital Statistics 2009.

〈표 3-23〉 주요 국가의 공공병원 병상 수 현황

(단위: 개/미국은 천개, %)

국 가	설립유형	2002	2003	2004	2005	2006
오스트리아	공 공	52,029 (76.5)	51,558 (76.1)	48,036 (76.0)	47,467 (74.8)	45,986 (74.4)
	민 간	15,968	16,150	15,170	16,001	15,846
	전 체	67,997	67,708	63,206	63,468	61,832
벨기에	공 공	20,153 (36.0)	20,047 (36.0)	20,026 (36.0)	19,861 (36.0)	19,645 (35.9)
	민 간	35,828	35,640	35,603	35,308	35,002
	전 체	55,981	55,687	55,629	55,169	54,647
프랑스	공 공	302,571 (65.0)	297,122 (65.0)	297,105 (65.0)	292,972 (65.0)	290,915 (65.0)
	민 간	162,923	159,989	159,979	157,754	156,647
	전 체	465,494	457,111	457,084	450,726	447,562
독 일	공 공	566,847 (77.4)	553,831 (76.7)	542,011 (76.6)	536,603 (76.8)	528,553 (76.3)
	민 간	165,072	167,859	165,795	164,284	163,879
	전 체	731,919	721,690	707,806	698,303	692,432
이탈리아	공 공	190,301 (77.4)	182,880 (77.1)	178,575 (77.0)	174,542 (76.9)	170,845 (76.7)
	민 간	55,579	54,335	53,340	52,436	52,031
	전 체	245,880	237,215	231,915	226,978	222,876
네덜란드	공 공	66,198 (89.6)	64,377 (89.3)	60,926 (89.0)	60,926 (89.0)	59,295 (89.0)
	민 간	7,721	7,723	7,522	7,530	7,329
	전 체	73,919	72,100	68,448	68,456	66,624
포르투갈	공 공	29,790 (79.0)	29,731 (78.0)	30,027 (77.9)	29,565 (77.4)	29,372 (77.2)
	민 간	7,919	8,386	8,518	8,624	8,685
	전 체	37,709	38,117	38,545	38,189	38,057
스페인	공 공	96,378 (65.9)	97,072 (65.0)	102,346 (65.0)	102,797 (65.1)	103,430 (64.9)
	민 간	49,864	52,270	55,109	55,129	55,993
	전 체	146,242	149,342	157,455	157,926	159,423
스웨덴	공 공	27,311 (97.6)	26,516 (97.0)	25,922 (97.0)	25,481 (96.8)	24,943 (96.7)
	민 간	658	816	802	831	844
	전 체	27,969	27,332	26,724	26,312	25,787
영 국	공 공	225,439 (95.0)	224,974 (95.0)	225,270 (95.0)	225,374 (95.0)	225,685 (95.0)
	민 간	11,865	11,841	11,856	11,862	11,878
	전 체	237,304	236,815	237,126	237,236	237,563
미 국	공 공	130 (15.8)	129 (15.9)	128 (15.8)	128 (16.0)	128 (15.9)
	민 간	690	685	681	675	674
	전 체	821	813	808	802	803

주: () 안의 수치는 전체 대비 비중(%)임. 미국의 수치는 AHA(2008)에서 발췌하였고, 그 외 국가는 MSI(2007)의 수치를 이용하였음. 단, 미국의 전체는 Community 병원만의 합계이고, '공공' 병원은 State and Local Government Community 병원이고, '민간' 병원은 Nongovernment Non-for-profit Community 병원과 Investor-owned (for-profit) Community 병원의 합계임. 미국의 Community 병원이란 비연방정부(nonfederal) 단기(short-term; LOS가 30일 미만)의 일반 및 전문(general and special) 병원으로, 정신 및 결핵 관련 병원 제외.

자료: MSI, MSI Data Report—Hospitals: Europe; AHA, AHA Hospital Statistics 2009.

위한 병상자원 수급계획이 법령에 포함되었다.¹⁹⁾

그러나 우리나라의 병상자원정책은 중앙 주도의 획일적 병상통제안과 지역의 구체적 수요 미파악으로 인해 그간 실효를 거두지 못했고, 지역병상계획 수립을 위한 현실적인 정보는 아직 축적되어 있지 않은 상황이다.

병상자원과 관련하여 가장 큰 문제로 지적되는 ‘대형병원으로의 환자 쏠림’은 기본적으로 환자들이 인근 병원의 서비스 질을 신뢰하지 못하고 브랜드 영향력을 쫓는 수요 측면의 현상이므로, 공급 측면의 규제보다는 수요 측면의 병목을 해소하는 것이 유효할 것이다. 지역의 병상을 억제한다고 하더라도, 환자들이 대형병원으로 쏠리는 이유를 해소하지 못한다면, 대기시간의 증가와 환자 불편으로 이어질 것이 예상된다.

수요 측 원인을 해결하기 위해서는 인근 병원들에서 일반화된(routinized) 시술 정도는 무리없이 수행할 수 있는지의 여부를 신뢰하기 위해 의료기관 질 관련 정보의 유통이 활발해질 필요가 있다. 이와 함께 대형병원의 서비스 질과 가격 중 실제적인 우위가 어느 정도이며, 브랜드로 인한 프리미엄이 어느 정도인지를 공적인 정보 유통을 통해 소비자들에게 전달할 필요가 있다.

중앙의 큰 청사진하에서 지방정부가 지역의 구체적인 미충족수요(unmet demand)를 파악하여 보완책과 재원을 마련하되, 중앙과 협의하는 것이 바람직한 방법이다. 지역마다 다양한 수요가 존재하며, 충족되는 정도도 수요에 따라 다른 상황에서 총량지표를 개발해 지역에 적용하는 것을 목표로 하는 방식은 지양할 필요가 있다. 과거의 경험은, 대형병원 쏠림으로 인한 사회적 낭비 등 현실에서 나타나고 있는 문제에 대해 규제 중심의 해법을 적용한다 해도, 국민들의 수용성이 낮다는 것을 이미 보여주었다. 따라서 이러한 문제의 근본적인 원인인 수요 측면

19) “보건복지부장관이 보건의료자원의 조달 및 관리방안을 포함한 보건의료발전계획을 5년마다 수립해야 한다(보건의료기본법 제15조).” “국가 및 지방자치단체는 보건의료자원의 장·단기 수요를 예측하여 공급이 적정화되도록 보건의료자원을 관리해야 한다(보건의료기본법 제24조 제2항).” “보건복지부장관은 병상의 합리적 공급 및 배치에 관한 기본시책을 수립해야 하고, 시·도 지사는 기본시책에 따라 지역의 실정을 감안하여 시·도 단위의 병상수급계획을 수립한 후 이를 보건복지부장관에게 제출해야 한다(국민건강보험재정건전화특별법 제13조).”

의 문제를 해소할 필요가 있다.

라. 개선방안

결론적으로, 우리나라 의료공급체계의 특징은 정부의 통제력이 미치지 못하는 민간 주도의 시스템으로 민간부문의 수익추구에 좌우될 수밖에 없는 구조이다. 해방과 전쟁을 거치며 국공립병원이 몰락한 후, 민간 중심의 자유방임형 의료제도가 정착한 후, 현재까지 의료기관의 배치 유도를 위한 병상 수 상한제, 지역별 의료기관 개설허가 등에 관한 규칙, 종합병원 병상 신·증설 사전승인제, 병상수급계획 제도화 등을 시도했으나, 모두 실효성이 미미했고 사문화된 상태이다. 실제적으로 민간 의료기관들에 의해 자생적인 의료공급체계가 갖추어져 있어, 정부가 개입하거나 통제할 수 있는 여지가 크지 않다. 반면, 현재 의료법인병원의 퇴출이 자유롭지 않아, 채용일수 늘리기 등의 부작용이 나타나는데다, 경영상황이 크게 악화되어서야 이사회 거래를 통한 불법적 거래가 일어나는 문제가 심화되고 있기 때문에, 퇴출이 가능하고 시장적 규율 (market discipline)을 세우는 제도적 보완이 시급하다.

〈Box 3-1〉 병상총량 기준으로 지역 간 자원균점을 목표한 병상수급 적정
화계획

병상수급계획의 가이드라인으로 사용된 방식은 기본적으로 병상이용
률 현황치와 환자이동규모를 산식에 포함하여 병상수요를 추정한 후 지
역별 부족 병상 수를 결정하고 병상 과잉지역과 부족지역을 규정하는 방
식이다(이신호 외[2003]; 한국보건산업진흥원[2005]). 이는 그간 재정용자
특별회계 및 농어촌특별회계자금 등 재정용자사업의 집행기준으로 실제
로 활용되어 온 방식을 연장한 것이다.

$$\text{산출식: } DBED_j = \frac{TBD_j}{365 \times BO} \times \frac{RI_j}{CI_j}$$

- $DBED_j$: j 지역의 병상수요량
- TBD_j : j 지역의 연평균 총입원의료이용일수
(1인당 연평균 입원의료이용일수×인구)
- BO : 병상이용률
- RI_j : 지역친화도
- CI_j : 지역환자구성비

여기서 지역친화도(RI)는 지역 거주 환자의 총의료이용량 중 해당 지역
소재 의료기관을 이용한 의료이용량의 백분율로서, 자기 지역에 대한 친
화도가 높다는 것은 타 지역으로의 의료서비스 유출량이 상대적으로 적
다는 것을 의미한다. 반면, 지역환자구성비(CI)는 지역소재 의료기관의 총
의료이용량 중 특정 지역 거주 환자의 의료이용량의 백분율로서 자기 지
역에 대한 지역환자구성비가 낮을수록 타 지역 환자의 유입이 많다는 것
을 의미한다. 이는 기본적으로 환자유출입 현황치를 소요병상 예측에 반
영함으로써 현재의 상태를 그대로 유지하는 것이 바람직하다고 전제한
후, 행정구역 단위로 의료자원을 얼마나 균점하고 있는지를 측정한 결과
이다. 이러한 방식에서는 각 지역이 어떤 종류의 의료수요가 만족되지 않
고, 어떤 유형의 병상이 필요한지, 외부로 유출되는 환자는 어떤 이유로
이동하는지, 원거리를 이동하는 환자의 수요 중 정책적으로 배려해야 하
는 것은 무엇인지 등에 대해 고려할 여지가 존재하지 않아 병상계획 수립
을 위한 실질적인 정보를 전달하지 못한다.

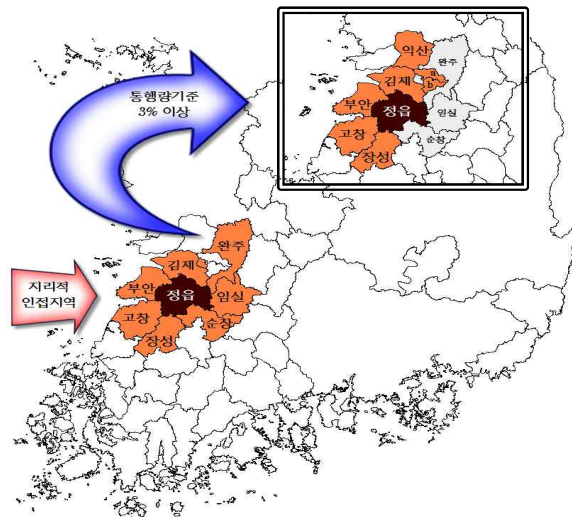
〈Box 3-2〉 지역의 미충족 수요 규모와 구체적 내용

- 윤희숙(2006a)은 전국 병원급 의료이용 데이터를 통해(환자조사) 지역 간 환자이동으로 인한 불편 정도를 추정한 결과, 획일적인 지역병상계획이나 지역별 자원균점보다 지역의 구체적 수요 파악과 대책 마련이 중요하다는 함의를 도출
- 환자가 의료서비스 이용을 위해 이동할 경우 감수해야 하는 불편이 결국 지역 간 형평성 제고의 대상이라면, 지역의 의료서비스 기획을 위해서는 각 지역의 환자들이 진료를 위해 어떤 이유로 어떤 불편을 감수하는지를 측정해야 할 필요
 - 바로 인접한 지역으로 움직이는지, 상당한 거리를 이동해야 하는지는 RI나 CI의 수치가 같다고 하더라도 전혀 다른 성격의 이동일 수 있으며,
 - 행정구역 기준으로 도계에 인접한 곳에 거주하는 환자가 도계를 넘어 인접 행정구역으로 이동하는 것은 도계 내의 먼 곳으로 이동한 것에 비해 불편하지 않을 수도 있으며, 환자가 속한 생활권 내에서의 움직임이라면, 행정구역을 두세 개 이동했다고 하더라도 실제적으로 크게 불편하지 않을 수 있다는 점이 고려될 필요
 - 또한 신속한 대처가 필요한 신체절단 사고임에도 불구하고 주변에서 이를 담당할 의료기관을 찾을 수 없어 상당한 거리를 이동해야 하는 환자와 중증의 만성병 치료를 위해 원거리를 이동하는 환자 등 이동의 내용 역시 중요
- 결국 정책적으로 배려해야 하는 문제는 행정구역별로 자원이 얼마나 균점되었는지가 아니라 지역의 미충족수요가 무엇인지임.
- 윤희숙(2006a)은 전국 243개 지역을 자기 지역 RI를 기준으로 한 줄로 세워 지니계수를 구하되, 243개 행정구역에 거주하는 개인이 행정구역 경계를 넘어 이동하는지의 기준과 실제의 생활권을 고려한 기준을 비교한 결과, 생활권 중심으로 이동 정도를 측정했을 때 지역 간 불평등도를 나타내는 지니계수는 크게 하락
 - 출퇴근이나 쇼핑 등 주민생활의 다양한 측면에서 긴밀하게 연결된 지역들 내에서 움직이는 경우와 실제 생활권을 넘어서서 진료를 위해 이동해야 하는 경우를 구별하기 위해, 거주지역에서 발생한 총통행량 중 일정 비율(3%) 이상을 차지하는 상대 지역 내에서 이동하는 것을 잔류로 분류

<Box 3-2>의 계속

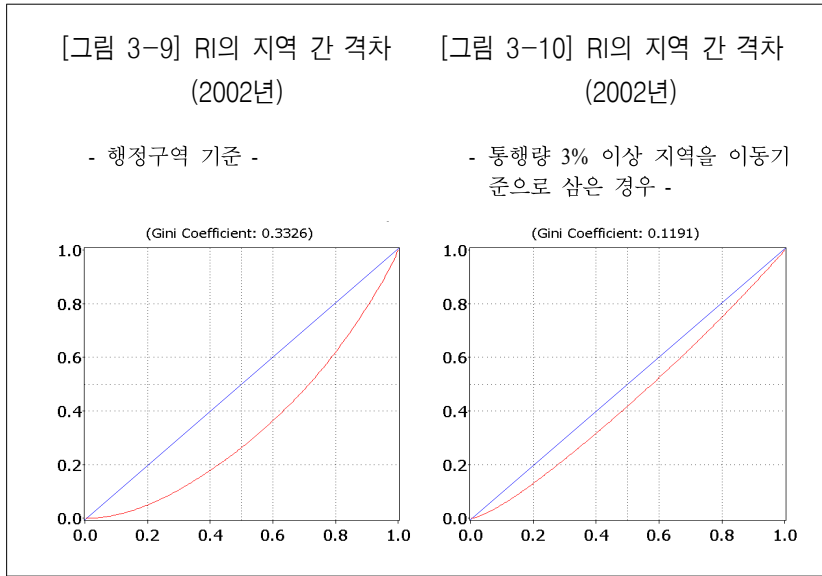
- 행정구역 기준의 측정에서 지니계수가 0.33이었던 것에 비해 생활권기준으로 측정했을 경우 0.12로 감소했음. 이는 많은 경우 생활권 내에서 움직이는 인구의 이동이 의료기관들의 입지에 이미 어떠한 형태로든 고려되어 반영되어 있다는 것을 의미하며, 지역 간 형평 차원에서의 정책적 필요보다는 이동의 구체적 내용을 지역 별로 상세히 파악하여 정책적으로 대응할 필요가 크다는 것을 의미(그림 3-9, 그림 3-10).
- 예를 들어, 정읍시의 경우 통행량을 기준으로 한 생활권에서는 [그림 3-8]과 같이 지리적 인접 지역 중 완주군, 임실군, 순창군 등 3개 지역이 제외되고, 익산시와 전주시(덕진구, 완산구)가 새롭게 포함됨. 정읍시 발생 통행량 중 약 65%가 해당 지역으로 향했으며, 전주시 완산구(17.9%), 전주시 덕진구(17.3%), 고창군(10.3%), 부안군(7.7%), 김제시(4.3%), 익산시(3.9%), 그리고 장성군(3.2)의 순서

[그림 3-8] 행정구역, 지리적 인접지역과 3% 이상 통행량지역(생활권)의 예시



주: Box 안의 a는 전주시 덕진구, b는 전주시 완산구를 나타냄.

<Box 3-2>의 계속



〈Box 3-3〉 의료서비스시장의 경쟁과 과잉투자

〈병원 간 경쟁과 과잉투자(Medical Arms Race)의 신화〉

병원 간의 경쟁은 낭비적인 요소를 가지기 때문에 의료서비스시장에 경쟁을 도입하는 것은 의료비용 증가로 귀결될 것이라는 인식이 널리 퍼져 있으나, 실제로 관찰되는 현상은 ‘의료기관 간 경쟁과 장비투자의 관계는 의료시스템의 성격에 따라 달라진다’는 것이다.

Robinson and Luft(1985)는 경쟁이 심한 시장일수록 중복적 투자를 행해 전체 시장의 수요를 초과하는 투자로 귀결된다고 주장했다. 이는 흔히 개업의가 환자를 병원에 의뢰하는 미국 의료시스템에서 개업의는 본인의 진료소에 장착하기 어려운 고가 장비가 있는 병원을 선호하기 때문이다. 즉, MAR은 가격경쟁이 이루어지지 않는 구조에서 개업의가 환자를 의뢰하게 하기 위해 병원들이 첨단장비 투자 경쟁을 하게 된다는 논리에 기반한다. 다른 논리는 의료보험으로 인해 비용의 일부만을 환자가 부담하는 구조에서 환자를 끌기 위해 가격인하 경쟁이 아닌 질을 높이는 경쟁을 하게 된다는 것이다. 그러나 Robinson and Luft(1985)는 경쟁의 정도와 가격수준을 관찰했을 뿐, 투자 정도를 직접 관찰하지 않았기 때문에 다른 요인으로 인한 가격차이일 가능성이 존재한다고 지적된다.

현재 MAR 가설을 뒷받침할 수 있도록 첨단장비 투자와 경쟁의 정도를 직접 관찰한 연구는 존재하지 않는다. Dranove, Shanley, and Simon(1992)는 경쟁의 정도가 변화한 경우의 첨단장비 투자를 관찰한 결과, MAR의 효과가 극히 미미하다는 결론을 제시했다. 즉, 합병 등을 통해 경쟁의 정도가 낮아질 경우, MAR을 감소시켜 자본투자가 감소될 것이라고 예측할 수는 없다는 것이다.

〈투자제한정책과 비용〉

병원건립을 통제하는 정책은 과잉투자에 대한 우려에 기반한다. 호주 빅토리아 주의 경우 보건부(Department of Human Services and Health)는 해당 지역 인구 천명당 4.1개의 병상을 초과할 경우 병원 허가를 거부할 수 있다. 그리고 병원건립 허가증(license)은 병원 소유주 간에 거래될 수 있다. 1998년 허가증의 병상당 가격은 20,000AUD에 달했다. 미국의 수요인증(Certificate Of Need: CON)은 잠재적 경쟁자의 진입을 제한하는 효과를 갖기도 한다. 이러한 정책은 병원의 투자 경쟁 속도를 감소시키는 효과를 보이는 반면, 비용 감소 경쟁을 막는 작용을 하기도 한다. 일부 연구들은 특정 서비스부문에서는 경쟁이 심한 영역에서 비용이 낮은 것으로 나타나고 있어, 오히려 CON을 폐지하는 것이 의료비용 감소에 기여할 것이라는 점을 시사하고 있다.

자료: OECD(2006).

제3절 의료서비스시장의 문제점

1. 경영혁신과 비즈니스 유형 다양화의 여지 미미

규제환경으로 인해, 최근 미국과 유럽의 선진국에서 활발히 진행되고 있는 비즈니스 유형 다양화의 실험들이 우리나라에서 시도되기는 어렵다. 예를 들어, 긴 진료시간과 편리한 위치 등으로 선호되고 있는 in-store clinic의 경우 규모가 큰 소매점을 소유한 법인이 의료기관을 개설하는 것이 허용되어야 하나, 영리법인 금지조항으로 인해 불가능하다. 특정 기술이나 혁신적 관리방식을 주 내용으로 하는 시도들은 기업 가정신(entrepreneurship)을 기반으로 투자자본을 유입해야 하나, 이는 의료기관에 대한 투자가 제도적으로 차단되어 있는 환경에서 구현되기 어렵다.

경영혁신 시도를 위해 빈번히 사용되는 의료기관 간 합병이나 관련 회사의 의료기관 설립도 비영리법인의 잔여재산청구 금지와 개설권 제한으로 인해 허용되지 않는다. 의료법인의 설립절차, 기본재산 허가처분 및 해산 절차는 규정되어 있으나, 합병절차는 규정되어 있지 않아 사실상 합병을 통한 새로운 의료법인의 생성 가능성은 차단되어 있다. 또한 현재 의료법은 명시적으로 비의료인과 의료인의 독점을 금지하는 규정을 두고 있지는 않으나, 법원의 판례 해석상 비의료인과 의료인의 동업은 비의료인의 의료업 금지 규정(의료법 33조)에 간접적으로 해당하여 관련 의료인을 비의료인과 의료법 위반죄의 공범으로 처벌하고 있다.

타 직역과 의료업이 아닌 타 사업(화장품 판매업 등)을 협업한 경우에는 별다른 처벌사항이 없지만, 의료업을 동업하는 경우에는 민사적으로 당해 동업이 무효가 되고, 형사처벌을 받고 행정적으로 관련 의료인이 면허정지처분 등을 받게 되어 있다. 단순 경영의 경우에는 의료법 제 33조 위반죄로, 의료업에서 나아가 비의료인이 의료행위까지 한 경우에는 의료법 제27조(무면허의료행위 금지) 공범 또는 가중처벌법인 「보건범죄단속에관한특별조치법」 위반으로 처벌되고 행정적으로 관여한 의사는 면허정지 내지는 면허취소까지 될 수 있다(김선욱[2009a]).

또한 기존의 의료기관은 부대사업 규제로 인해 전통적 병원서비스 외의 서비스 제공이 극히 제한되어 여타 비의료적 주변 서비스와 의료 서비스를 결합시킨 새로운 서비스 유형을 창출하기 어렵다. 「의료법」 제49조는 의료법인의 부대사업에 대해 positive list를 통해 다음과 같은 항목만을 허용한다.

- ① 의료인 및 의료관계자 양성 또는 보수교육
- ② 의료 또는 의학 관련 연구조사
- ③ 노인의료복지시설 설치·운영
- ④ 장례식장
- ⑤ 주차장
- ⑥ 의료정보시스템 개발 운영사업
- ⑦ 환자 또는 의료기관 종사자 등의 편의를 위해 보건복지부령이 정하는 사업(휴게음식점영업, 일반음식점영업, 제과점영업, 위탁급식영업, 편의점, 슈퍼마켓, 자동판매기영업, 산후조리업, 이용업, 미용업, 의료기기 임대·판매업, 은행업, 숙박업, 서점 등 <의료법 시행규칙 60조>)

이러한 부대사업 규제로 인해 의료기관은 의료서비스를 여타의 건강관리서비스, 헬스센터 등과 결합시켜 새로운 서비스를 창출할 수 없는 구조이다.

그런데 현재의 경직적인 환경에서도 1990년대 미국에서 활발했던 네트워크 형성 시도들이 현재 부분적으로 진행되고 있는 것이 관찰된다. 주로 편법적 수단을 이용하고 있기는 하나, 강한 규제환경하에서도 새로운 경영 시도들이 창출되고 있는 것이다.

이를 고려할 때, 영리법인 금지 등 개설권 규제가 풀릴 경우 창출될 비즈니스 유형을 예상함에 있어 다양한 유형의 사업 시도들이 진행되었던 미국의 선례를 참고할 수 있겠다(이해중[2003]). 우선 자본의 대형화를 추구하는 과정에서 자본을 집중화하고 병원들 간 합병을 통해 미국의 multi-hospital system이 나타날 가능성이 있다. 의원급에서는 자본 대형화의 구체적인 수단으로 집단개원의 형태가 치과와 같은 분야에서도 등장하여 보철, 교정, 치주질환 전문의들이 집단을 이루어 개원할 가능

성이 있다. 또 1차, 2차, 3차 의료기관이 함께 참여하여 통합의료공급자 단(integrated care)을 형성하고, 약국이나 사회복지서비스까지 참여시켜 환자들에게 one-stop 서비스가 가능토록 하여 환자의 편의를 증가시키는 방향으로 변화할 가능성이 있다. 병원은 급성기 병상과 만성질환을 다루는 요양형 병상을 동시에 갖는 형태로 다양화하고, 원가 절감을 위하여 외주를 본격화할 가능성이 있다. 현재 외주는 청소, 경비, 식사 정도에 그치고 있는데, 임상병리, 물리치료, 의무기록, 경리업무, 재고관리로까지 확산되고, 병원은 의사, 간호사, 그리고 핵심 관리직에만 한정하는 형태로 발전할 것으로 예상된다. 병원들이 공동사업을 전개하여 원가절감을 위한 노력의 일환으로 일본의 chain hospital 형태 등을 통해 공동구매, 장비공동이용, 경영지원 등이 이루어질 수 있을 것이다. 중소병원들의 합병이 활발해지는 것과 동시에 전문화, 특성화를 추구하는 병원들도 등장할 것으로 예상된다.

그러나 이러한 미국의 네트워크 형성 시도에서 소비자가 중요하게 고려되지 않았다는 한계점들은 인식되지 않고 있으며, 소비자 권력 강화를 통한 소비자 주도 시장 창조(consumer-driven health care market)의 화두는 우리나라 논의에서 아직 표면에 떠오르지 않은 상태이다.

2. 소비자 지향성의 낙후

우리나라의 의료서비스시장은 소비자가 의료기관을 선택함에 있어 필요한 정보를 얻을 수 있는 통로가 차단되어 있다는 점에서 소비자의 능력이 미약하여, 의료공급자들이 소비자를 지향할 동기가 미약하다. 예를 들어, 소비자는 의료기관을 방문하기 전, 해당 의료기관이 제공하는 비급여서비스의 가격을 알 수 없으며, 주요 시술에 소요되는 진료비 정보나 사망률 등 대표적인 진료결과정보를 얻을 수 있는 통로가 부재하여 의료기관들의 가격을 비교하는 것은 불가능하다. 약국에 대해서도 동일하다.

그리고 의료기관 평가결과가 소비자 정보로 연결되지 못하는 구조이다. 현재 종합병원 및 300병상 이상 병원을 대상으로 3년 주기로 의료기관 평가가 이루어지고 있으나, 평가결과가 상세히 공표되거나, 상시적으

로 공개되지 않고 있다. 이는 특정 의료기관으로 환자가 집중됨으로써 야기되는 의료기관 간의 과열경쟁 등 부작용을 우려했기 때문이라고 하나, 평가결과의 공개를 통해 소비자의 선택능력을 지원하고 경쟁을 강화시키는 기능에 배치되는 정책이라고 볼 수 있다. 건강보험심사평가원의 요양급여적정성 평가는 일부 질병과 수술을 대상으로 가격정보를 제공하고 있으나, 해당 부문의 평균값만을 제공할 뿐 기관별 정보는 제공되지 않고 있다(이상일[2009]).

환자들이 자신의 진료정보로부터 소외되고 있는 것도 문제이다. 환자 스스로 자신의 진료정보에 접근할 수 있는 권리는 스스로에게 필요한 의료서비스에 대해 판단하거나 자문을 구하여 선택으로 이어지게 한다는 의미에서 의료부문의 소비자 권력을 위해 필수적으로 요구됨에도 불구하고, 우리나라에서는 소비자 권력의 수준이 낮아 아직 그 필요성이 인지되지 않고 있다. 유럽 소비자지수 평가에 포함된 지표 중 ‘환자가 스스로의 의료정보에 쉽게 접근할 수 있는지,’ ‘온라인을 통해 검사 결과를 전송받는지’ 등은 유럽과 미국에서 발전하고 있는 영역이나, 우리나라에서는 아직 의료정보 접근성에 대한 논의조차 시작되지 않고 있다. 환자의 의료정보는 의료기관과 의료진에게만 독점되어 있는 상태로, 환자가 적극적으로 선택에 참여할 수 있는 구조가 마련되지 있지 못하다.

의료기관 선택은 지인의 추천에 의존하거나 질 관리에 별다른 문제가 없을 것으로 예상되는 대형병원에 몰리는 패턴을 보이고 있다. 2008년 건강보험진료수입 중 타 지역 환자로부터 벌어들인 관외 총진료수입 중 36.8%가 서울 소재 의료기관들의 관외 수입이며, 이 중에서도 59.6%는 서울 소재 종합전문요양기관 20개 기관에 집중되어 있다(국민건강보험공단[2009]). 충분히 일반화(routinized)된 시술의 경우 인근의 중소병원에서도 무리없이 이루어질 수 있다 하더라도, 이들 의료서비스 질을 신뢰하지 않는 환자들은 일관되게 대형병원으로 몰리고, 대형병원으로서는 이러한 구조 속에서 규모와 장비를 확장하는 것이 성공전략이 될 수밖에 없다.

이는 정보에 기반한 선택(informed decision)을 할 수 있는 소비자가 시장에 적절한 영향력을 행사하여 시장이 소비자를 지향하게끔 하는 선

순환의 구조가 끊어져 있다는 것을 의미한다. 일반적인 시술을 위해 3차병원을 이용하는데, 시간과 경제력을 사용하는 것은 전 사회적인 비효율임에도 불구하고, 현재의 질 관리시스템과 소비자 정보 부족 상황에서는 의료기관의 왜곡된 덩치 키우기 경쟁이 필연적이다. 환자들은 많은 비용을 지불하며 먼 거리를 이동하면서도, 개별 의료기관이 어떤 가격과 서비스 질을 보유하고 있는지 모르는 상태에서 서비스를 받으며, 선택의 권한을 누리고 있지 못한 상태이다. 이러한 구조에서는 의료기관이 ‘소비자에게 진정 필요한 것이 무엇이며, 무엇을 원하는가’에 대해 천착할 필요성이 없으며, 혁신적 경영활동의 필요성 역시 미미하다.

환자조사 데이터를 이용한 전국의 입원이용패턴 분석결과, 환자가 거주지역을 벗어나 타 지역의 대형전문병원으로 몰리는 현상이 뚜렷하게 나타났다. 1996년 조사기관 4,625개 중 1,000병상 이상인 기관은 11개로서, 치과와 한방병원을 제외한 병원급 이상 기관(724개) 중에서는 약 1.5%이며, 병상 수는 약 10.0%를 차지하고 있다. 2005년 조사기관 7,896개 중 1,000병상 이상인 기관은 10개로서, 치과와 한방병원을 제외한 병원급 이상 기관(1,284개) 중에서는 약 0.8%이며, 병상 수는 약 5.4%를 차지하여 1996년에 비해 비중이 크게 줄었다. 1,000병상 이상 의료기관의 타 대권 거주 환자 수는 1996년의 15.2%에서 2005년 24.3%로, 재원일수 비중은 1996년의 16.5%에서 2005년 33.1%로 급증하였다(표 3-26, 표 3-27, 표 3-28, 표 3-29). 이는 타 대권으로부터의 환자 재원일수 비중이 같은 기간 200병상 이상 500병상 미만 기관이 7.4%에서 9.6%, 500병상 이상 1,000병상 미만 의료기관이 10.8%에서 11.6%로 증가한 것을 월등히 초과한다.

<표 3-24> 1996년 환자조사 병상규모별 의료기관의 병상 현황

종별	병상 규모	전체 의료 기관	병원급 이상					
			계	치과·한방 제외 병원			치과 병원	한방 병원
				계	종합 병원	병원		
전체	전 체	170,818	157,777	153,919	99,642	54,277	89	3,769
	200 미만	57,951 (33.9)	44,910 (28.5)	41,382 (26.9)	10,954 (11.0)	30,428 (56.1)	89 (100.0)	3,439 (91.2)
	200 이상	54,663	54,663	54,333	41,953	12,380		330
	500 미만	(32.0)	(34.6)	(35.3)	(42.1)	(22.8)		(8.8)
	500 이상	42,799	42,799	42,799	34,963	7,836		
	1,000 미만	(25.1)	(27.1)	(27.8)	(35.1)	(14.4)		
	1,000 이상	15,405 (9.0)	15,405 (9.8)	15,405 (10.0)	11,772 (11.8)	3,633 (6.7)		
공공	전 체	38,474	37,847	37,574	26,927	10,647		273
	200 미만	5,523 (14.4)	4,896 (12.9)	4,623 (12.3)	2,768 (10.3)	1,855 (17.4)		273 (100.0)
	200 이상	16,846	16,846	16,846	10,914	5,932		
	500 미만	(43.8)	(44.5)	(44.8)	(40.5)	(55.7)		
	500 이상	13,547	13,547	13,547	10,687	2,860		
	1,000 미만	(35.2)	(35.8)	(36.1)	(39.7)	(26.9)		
	1,000 이상	2,558 (6.6)	2,558 (6.8)	2,558 (6.8)	2,558 (9.5)			
민간	전 체	132,344	119,930	116,345	72,715	43,630	89	3,496
	200 미만	52,428 (39.6)	40,014 (33.4)	36,759 (31.6)	8,186 (11.3)	28,573 (65.5)	89 (100.0)	3,166 (90.6)
	200 이상	37,817	37,817	37,487	31,039	6,448		330
	500 미만	(28.6)	(31.5)	(32.2)	(42.7)	(14.8)		(9.4)
	500 이상	29,252	29,252	29,252	24,276	4,976		
	1,000 미만	(22.1)	(24.4)	(25.1)	(33.4)	(11.4)		
	1,000 이상	12,847 (9.7)	12,847 (10.7)	12,847 (11.0)	9,214 (12.7)	3,633 (8.3)		

주: () 안의 수치는 종별 전체 병상 대비 비율임.

〈표 3-25〉 2005년 환자조사 병상규모별 의료기관의 병상 현황

종별	병상 규모	전체 의료 기관	병원급 이상					
			계	치과·한방 제외 병원			치과 병원	한방 병원
				계	종합 병원	병원		
전체	전 체	271,992	255,515	247,042	111,527	135,515	183	8,290
	200 미만	107,160 (39.4)	90,683 (35.5)	82,474 (33.4)	9,104 (8.2)	73,370 (54.1)	183 (100)	8,026 (96.8)
	200 이상	89,985	89,985	89,721	46,060	43,661		264
	500 미만	(33.1)	(35.2)	(36.3)	(41.3)	(32.2)		(3.2)
	500 이상	61,445	61,445	61,445	47,811	13,634		
	1,000 미만	(22.6)	(24.0)	(24.9)	(42.9)	(10.1)		
1,000 이상	13,402 (4.9)	13,402 (5.2)	13,402 (5.4)	8,552 (7.7)	4,850 (3.6)			
공공	전 체	46,492	46,099	45,758	26,008	19,750	111	230
	200 미만	6,604 (14.2)	6,211 (13.5)	5,870 (12.8)	1,999 (7.7)	3,871 (19.6)	111 (100)	230 (100)
	200 이상	21,312	21,312	21,312	12,273	9,039		
	500 미만	(45.8)	(46.2)	(46.6)	(47.2)	(45.8)		
	500 이상	15,083	15,083	15,083	10,253	4,830		
	1,000 미만	(32.4)	(32.7)	(33.0)	(39.4)	(24.5)		
1,000 이상	3,493 (7.5)	3,493 (7.6)	3,493 (7.6)	1,483 (5.7)	2,010 (10.2)			
민간	전 체	225,500	209,416	201,284	85,519	115,765	72	8,060
	200 미만	100,556 (44.6)	84,472 (40.3)	76,604 (38.1)	7,105 (8.3)	69,499 (60.0)	72 (100)	7,796 (96.7)
	200 이상	68,673	68,673	68,409	33,787	34,622		264
	500 미만	(30.5)	(32.8)	(34.0)	(39.5)	(29.9)		(3.3)
	500 이상	46,362	46,362	46,362	37,558	8,804		
	1,000 미만	(20.6)	(22.1)	(23.0)	(43.9)	(7.6)		
1,000 이상	9,909 (4.4)	9,909 (4.7)	9,909 (4.9)	7,069 (8.3)	2,840 (2.5)			

주: () 안의 수치는 종별 전체 병상 대비 비율임.

<표 3-26> 1996년 환자조사 병상규모별 의료기관 타 대권 거주 환자 현황

병상 구분	구 분	종 별	의료기관 소재지와 퇴원 환자 거주지의 동일 여부			
			전체 환자	타 대권 거주 환자 비중(%)	타 대권 거주 환자	동일 대권 거주 환자
200 이상 500 미만	전 체	전체	85,130	4.4	3,757	81,373
		공공	18,861	6.4	1,210	17,651
		민간	66,269	3.8	2,547	63,722
	종합병원	전체	78,794	4.0	3,113	75,681
		공공	16,390	4.9	807	15,583
		민간	62,404	3.7	2,306	60,098
	병 원	전체	6,336	10.2	644	5,692
		공공	2,471	16.3	403	2,068
		민간	3,865	6.2	241	3,624
500 이상 1,000 미만	전 체	전체	76,656	7.7	5,925	70,731
		공공	21,164	10.7	2,269	18,895
		민간	55,492	6.6	3,656	51,836
	종합병원	전체	74,942	7.7	5,769	69,173
		공공	20,815	10.7	2,222	18,593
		민간	54,127	6.6	3,547	50,580
	병 원	전체	1,714	9.1	156	1,558
		공공	349	13.5	47	302
		민간	1,365	8.0	109	1,256
1,000 이상	전 체	전체	24,128	15.2	3,668	20,460
		공공	3,531	26.8	947	2,584
		민간	20,597	13.2	2,721	17,876
	종합병원	전체	23,816	15.4	3,656	20,160
		공공	3,531	26.8	947	2,584
		민간	20,285	13.4	2,709	17,576
	병 원	전체	312	3.8	12	300
		공공				
		민간	312	3.8	12	300

주: 대권은 16개 시도를 9개로 구분한 것으로서, 경인대권(서울, 경기, 인천), 강원대권(강원), 충북대권(충북), 충남대권(대전, 충남), 전북대권(전북), 전남대권(광주, 전남), 경북대권(대구, 경북), 경남대권(부산, 울산, 경남), 제주대권(제주)으로 구성. 의료기관 소재지의 대권과 환자의 거주지 대권이 다른 경우를 타 대권 거주 환자로 정의함.

〈표 3-27〉 1996년 환자조사 병상규모별 의료기관 타 대권 거주 환자의 재원일수 현황

병상 구분	구 분	종 별	의료기관 소재지와 퇴원 환자 거주지의 동일 여부			
			전체 재원일수	타 대권 거주 환자의 재원일수 비중(%)	타 대권 거주 환자의 재원일수	동일 대권 거주 환자의 재원일수
200 이상 500 미만	전 체	전체	1,200,705	7.4	88,850	1,111,855
		공공	370,310	11.8	43,549	326,761
		민간	830,395	5.5	45,301	785,094
	종합병원	전체	964,263	5.6	54,428	909,835
		공공	253,930	7.5	18,938	234,992
		민간	710,333	5.0	35,490	674,843
	병 원	전체	236,442	14.6	34,422	202,020
		공공	116,380	21.1	24,611	91,769
		민간	120,062	8.2	9,811	110,251
500 이상 1,000 미만	전 체	전체	1,096,487	10.8	118,363	978,124
		공공	321,557	12.8	41,010	280,547
		민간	774,930	10.0	77,353	697,577
	종합병원	전체	951,182	9.6	91,514	859,668
		공공	275,474	12.4	34,057	241,417
		민간	675,708	8.5	57,457	618,251
	병 원	전체	145,305	18.5	26,849	118,456
		공공	46,083	15.1	6,953	39,130
		민간	99,222	20.1	19,896	79,326
1,000 이상	전 체	전체	382,622	16.5	63,268	319,354
		공공	51,852	32.0	16,592	35,260
		민간	330,770	14.1	46,676	284,094
	종합병원	전체	331,008	19.0	62,892	268,116
		공공	51,852	32.0	16,592	35,260
		민간	279,156	16.6	46,300	232,856
	병 원	전체	51,614	0.7	376	51,238
		공공				
		민간	51,614	0.7	376	51,238

주: 대권은 16개 시도를 9개로 구분한 것으로서, 경인대권(서울, 경기, 인천), 강원대권(강원), 충북대권(충북), 충남대권(대전, 충남), 전북대권(전북), 전남대권(광주, 전남), 경북대권(대구, 경북), 경남대권(부산, 울산, 경남), 제주대권(제주)으로 구성. 의료기관 소재지의 대권과 환자의 거주지 대권이 다른 경우를 타 대권 거주 환자 로 정의함.

<표 3-28> 2005년 환자조사 병상규모별 의료기관 타 대권 거주 환자 현황

병상 구분	구 분	종 별	의료기관 소재지와 퇴원 환자 거주지의 동일 여부			
			전체 환자	타 대권 거주 환자 비중(%)	타 대권 거주 환자	동일 대권 거주 환자
200 이상 500 미만	전 체	전체	110,117	6.7	7,323	102,794
		공공	24,210	11.2	2,712	21,498
		민간	85,907	5.4	4,611	81,296
	종합병원	전체	93,515	5.9	5,479	88,036
		공공	21,102	8.2	1,737	19,365
		민간	72,413	5.2	3,742	68,671
	병 원	전체	16,602	11.1	1,844	14,758
		공공	3,108	31.4	975	2,133
		민간	13,494	6.4	869	12,625
500 이상 1,000 미만	전 체	전체	118,241	8.6	10,212	108,029
		공공	22,589	10.0	2,261	20,328
		민간	95,652	8.3	7,951	87,701
	종합병원	전체	115,263	8.2	9,455	105,808
		공공	21,100	7.8	1,649	19,451
		민간	94,163	8.3	7,806	86,357
	병 원	전체	2,978	25.4	757	2,221
		공공	1,489	41.1	612	877
		민간	1,489	9.7	145	1,344
1,000 이상	전 체	전체	32,134	24.3	7,815	24,319
		공공	7,791	28.8	2,240	5,551
		민간	24,343	22.9	5,575	18,768
	종합병원	전체	31,072	23.7	7,351	23,721
		공공	7,000	26.7	1,870	5,130
		민간	24,072	22.8	5,481	18,591
	병 원	전체	1,062	43.7	464	598
		공공	791	46.8	370	421
		민간	271	34.7	94	177

주: 대권은 16개 시도를 9개로 구분한 것으로서, 경인대권(서울, 경기, 인천), 강원대권(강원), 충북대권(충북), 충남대권(대전, 충남), 전북대권(전북), 전남대권(광주, 전남), 경북대권(대구, 경북), 경남대권(부산, 울산, 경남), 제주대권(제주)으로 구성. 의료기관 소재지의 대권과 환자의 거주지 대권이 다른 경우를 타 대권 거주 환자로 정의함.

〈표 3-29〉 2005년 환자조사 병상규모별 의료기관 타 대권 거주 환자의 재
원일수 현황

병상 구분	구 분	종 별	의료기관 소재지와 퇴원 환자 거주지의 동일 여부			
			전체 재원일수	타 대권 거주 환자의 재원일수 비중(%)	타 대권 거주 환자의 재원일수	동일 대권 거주 환자의 재원일수
200 이상 500 미만	전 체	전체	1,943,524	9.6	186,383	1,757,141
		공공	498,854	14.7	73,122	425,732
		민간	1,444,670	7.8	113,261	1,331,409
	종합병원	전체	1,099,686	6.3	69,253	1,030,433
		공공	308,264	8.6	26,394	281,870
		민간	791,422	5.4	42,859	748,563
	병 원	전체	843,838	13.9	117,130	726,708
		공공	190,590	24.5	46,728	143,862
		민간	653,248	10.8	70,402	582,846
500 이상 1,000 미만	전 체	전체	1,586,824	11.6	184,806	1,402,018
		공공	404,840	13.9	56,467	348,373
		민간	1,181,984	10.9	128,339	1,053,645
	종합병원	전체	1,207,797	9.8	118,654	1,089,143
		공공	266,307	8.4	22,466	243,841
		민간	941,490	10.2	96,188	845,302
	병 원	전체	379,027	17.5	66,152	312,875
		공공	138,533	24.5	34,001	104,532
		민간	240,494	13.4	32,151	208,343
1,000 이상	전 체	전체	372,856	33.1	123,356	249,500
		공공	81,962	36.7	30,041	51,921
		민간	290,894	32.1	93,315	197,579
	종합병원	전체	248,311	25.6	63,551	184,760
		공공	43,918	29.5	12,968	30,950
		민간	204,393	24.7	50,583	153,810
	병 원	전체	124,545	48.0	59,805	64,740
		공공	38,044	44.9	17,073	20,971
		민간	86,501	49.4	42,732	43,769

주: 대권은 16개 시도를 9개로 구분한 것으로서, 경인대권(서울, 경기, 인천), 강원대권(강원), 충북대권(충북), 충남대권(대전, 충남), 전북대권(전북), 전남대권(광주, 전남), 경북대권(대구, 경북), 경남대권(부산, 울산, 경남), 제주대권(제주)으로 구성. 의료기관 소재지의 대권과 환자의 거주지 대권이 다른 경우를 타 대권 거주 환자 로 정의함.

〈Box 3-4〉 환자조사 데이터

- 보건복지가족부와 보건사회연구원이 주관하는 환자조사는 3년마다 전국 의료기관의 의료인력, 병상 수 등 의료기관 현황과 의료기관을 이용한 환자의 성, 연령, 거주지, 상병, 진료비 지불방법 등 의료이용 실태를 파악하는 조사임.
- 2005년도 환자조사의 경우, 2005. 11. 23~12. 8(15일간) 기간에 조사되었으며, 2005년 11월 23일 현재 개설 중인 의료기관 및 이들 기관을 이용한 환자를 조사대상으로 함.
- 외래 및 재원환자는 2005. 11. 23.~11. 24(2일 중 1일), 퇴원 환자는 2005. 9. 1~9. 30(1개월간)에 이용한 경우이며, 조사대상 8,586개 의료기관 중 7,896개 의료기관이 조사 완료되어, 약 92%의 완료율을 보임. 조사대상은 조사시점의 총의료기관인 52,156개 중에서 종별로 전수조사와 표본조사를 병행하여 8,586개 의료기관을 선정
- 전수조사 기관은 조사에서 차지하는 비중이 큰 의료기관이거나 조사의 관리 또는 특성상 꼭 조사되어야 할 기관으로 ① 종합병원, ② 병원(특수병원 포함), ③ 치과병원, ④ 한방병원, ⑤ 보건의료원, ⑥ 보건소, ⑦ 조산원이 포함되며, 이들 7개 종류 1,902개 의료기관은 전부 조사대상에 포함
- 표본조사 기관은 전수조사부문의 의료기관을 제외한 ① 의원, ② 치과의원, ③ 한의원, ④ 보건지소, ⑤ 보건진료소로, 전수조사부문에서 제외된 총 50,149개 의료기관 중에서 6,684개 의료기관을 의료기관 종류별로 표본추출
 - 단, 의원 중에서 ① 전문의 4인 이상 의원 268개와 ② 의원 수가 200개 미만인 6종류의 주 진료과목(신경과, 흉부외과, 해부병리과, 임상병리과, 결핵과, 핵의학과) 의원 191개는 전수조사하였으며, 치과의원과 한의원도 각각 치과의사와 한의사가 3인 이상인 경우는 전수조사. 또한 보건지소와 보건진료소가 매우 적은 지역의 경우 전수조사
- 여기에 표본설계시점과 실제 조사시점 간의 의료기관 수의 차이를 보정하기 위한 추가 조치 등을 통해 조사가 완료된 의료기관은 7,896개 기관이며, 이들 기관을 이용한 환자 417,558명이 조사에 포함됨(표 3-30 참조).

<Box 3-4>의 계속

<표 3-30> 환자조사 데이터의 의료기관 종류별 모집단 및 조사기관 수
(단위: 개소)

기관 종류	조사 구분	표본설계 2005. 7. 31		폐업 기관 수	신규추가 기관 수	조 정 모집단 2005. 11. 23	조사 기관 수
		모집단	표 본				
전 체		52,051	8,586	890	995	52,156	7,896
<전수조사>							
종합병원	전수	290	290	0	0	290	286
병 원	전수	1,043	1,043	5	18	1,056	998
치과병원	전수	112	112	2	0	120	100
한방병원	전수	153	153	2	1	152	142
보건의료원	전수	17	17	0	0	17	17
보 건 소	전수	232	232	0	0	232	229
조산원	전수	55	55	7	0	48	36
<표본조사>							
의 원	전수	459	459	2	2	459	405
의 원	표본	24,483	3,336	543	581	24,521	3,014
치과의원	전수	260	260	1	0	259	244
치과의원	표본	12,178	977	114	137	12,201	892
한 의 원	전수	138	138	0	0	138	125
한 의 원	표본	9,460	825	212	246	9,494	751
보건지소	표본	1,276	308	0	0	1,276	296
보건진료소	표본	1,895	381	2	0	1,893	361

3. 다양한 시장화 시도와 의료법의 마찰

시장에 빠르게 적응한 공급자를 중심으로 자본조달 필요에 대한 다양한 대응이 진행되고 있으나 의료법상 병원 소유의 자격 및 개수 제한, 병원자금 마련방식 제한과 마찰하고 있다. 장비 한 대에 1억원에서 20억원까지, 다양한 형태의 시설투자 확대가 요구되는 의료서비스시장에서, 지배력이 견고한 대형병원을 제외한 대부분의 중소형병원 및 의원

들은 자본조달의 어려움에 봉착하고 있고, 시장에서 생존하기 위해 실제로는 양성적/음성적인 방식으로 위험회피(risk hedging)를 시도하며 자본을 조달하고 있다. <표 3-31>은 시장에서 시도되고 있는 다양한 자본조달방식을 보여준다.

이 중 공동개원을 제외한 자본조달방식은 대부분 불법이거나, 실제의 작동과정에서 불법·편법적인 방식이 빈번히 사용된다. 예를 들어, 프랜차이즈 방식은 자본투자의 편법적인 통로로 사용되며, 관리의사를 통한 추가개원, 비의료인의 투자, 장비리베이트 등은 불법이다. 대형병원들이 별도의 납품업체를 설립하여 마진의 일부를 기부금으로 받는 것은 외양상 합법이나, 건강보험재정 등의 공적자금이 병원 운영비나 운영자에게로 흘러들어간다는 의미에서 바람직하지 않다. <Box 3-5>의 내용은 <표 3-31>이 실제로 표면에 드러난 일부 사례를 보여주고 있다.

경영지원회사(MSO) 역시 의료서비스부문에 있어 효율적 경영활동의 중요성과 자본조달욕구를 나타내는 현상이나, 규제환경을 우회하는 수단으로 사용되기도 한다. 의료서비스시장에서 경쟁이 심화되고 경영효율이 핵심 화두로 등장하면서 MSO가 비용절감 측면의 역할로 논의되고 있다. 그러나 현행 의료법체계하에서 민간자본이 병원에 직접 투자하는 것에 대한 정서적 부담감을 희석시키고, 의사의 병원 복수개설 금지나 의료법인의 출자제한을 우회하는 방편으로서 MSO가 흔히 활용되고 있다. 실제 MSO가 제공한 서비스비용 이상의 수입을 병원으로부터 제공받음으로써 병원 개설자의 소득세 감면을 위한 비용 부풀리기 탈세수단으로 사용되거나, MSO가 실제 병원을 개설하는 사례들도 나타난다.

소유와 관련된 역할을 금지하고 경영과 관련해서만 MSO를 인정한 현행법으로 인해 자본조달기능을 편법적으로 수행할 뿐 아니라 경영지원 역할까지 제한되는 결과가 초래되고 있다. 비용지급거래 대가가 보편화되지 않은 실정이기 때문에 MSO의 경영 관련 계약의 불법성이 의심될 때, 최종 판단은 청구비용의 규모를 근거로 법원에서 이루어진다. 미국에서는 의사가 진료에만 전념하게 하고 여타의 경영을 모두 맡는 계약의 경우 매출액 대비 50% 전후에서 비용을 청구하는 사례들도 존재하나, 우리나라는 경영지원에 대해 얼마를 받아야 법적으로 문제가 되지 않는지가 주요한 고려점이다(김선욱[2007]). 대법원 판결(2003 다 2390.2406)은

〈표 3-31〉 다양한 자본조달방법

방 법	내 용
공동개원	- 초기 개원비용이 의사 개인의 범위를 넘어서는 경우, 2~3명의 의사가 공동으로 개원, 의사 1명당 은행 통합 신용대출한도가 5억원(2008년 말 이후 3억원으로 축소)이므로, 차입에 의한 레버리지를 극대화하는 합법적인 방식
프랜차이즈를 통한 브랜드 확대	- 개원 시에 가입비를 받고, 통일된 인테리어 및 의료장비 등을 제공하는 형태로 개원을 지원, 개원 이후에는 브랜드만 공유하고, 별도로 운영되는 의원 연합체 - 2000년 이후 자본력을 갖춘 일부 의사들이 전국 규모의 프랜차이즈를 통해 여러 개의 병·의원을 소유하는 수단으로 활용. 2007년 말 현재 네트워크병원협회에 56개 프랜차이즈 소속 453개 병·의원이 가입했으며, 협회 미가입을 고려하면 전국에 200개의 프랜차이즈가 있으며, 2,000개 이상의 병·의원이 가입한 것으로 추산됨(최수희[2008]).
별도의 납품업체 설립에 따른 이익 환원	- 재단법인이 설립한 중소병원에서 이익을 배당받거나 전용할 수 없기에, 이에 대한 보상기제로서, 대표원장(또는 이사장) 지인(가족) 명의로 별도의 납품업체를 설립하고, 동 납품업체를 통해서만 의료기자재 등을 구입하고, 해당 제품에 대한 일정 마진을 납품업체에 남겨주는 방식으로 병원의 이익을 별도의 법인에 유보하는 방식
관리의사를 통한 추가 개원	- 일단 개원에 성공한 원장(대표원장)이 추가로 지점을 개원하되, 사실상 봉직의를 내정하고 동 봉직의 이름으로 개원을 하게 하며, 수익은 나누는 구조이며, 가장 보편적인 형태로 활용되고 있음. - 이때 법률적 실체가 없는 병·의원의 지분에 대한 협의가 이루어지게 되며, 현금을 통한 이윤배분과정에서 매출 누락의 유인이 발생
비의료인(재료상, 부동산업자)에 의한 투자	- 개원에 필요한 재원의 부족을 느낄 때, 재료상(의료기기 및 의약품 납품업자)으로부터 개인적으로 투자를 받고, 해당 병·의원의 이익을 나누는 방식으로, 이 또한 매출 누락의 유인이 발생
의료장비 구입가 부풀리기	- 개원의가 초기 운전자본을 비공식적으로 확보하기 위해 리스대상 의료장비 등에 대하여 실제 구매원가보다 높게 사는 대신, 리베이트를 현금으로 받아 사용하는 방식 - 개원비용이 점차 커지고 있고, 마케팅비용 또한 점차 커지고 있어, 초기 고정비를 확보하고자 하는 의도에서 관행적으로 이루어지고 있음.

<Box 3-5> 현행법의 자본조달 제한을 우회하는 불법 사례(신문기사)

- (2009. 3) 대학병원에서 신경외과 과장으로 근무하던 L교수는 100병상 정도 되는 척추관절 전문병원을 개원하기 위해 자금을 조달하려 노력하던 중, 대출을 받은 후에도 어려움을 겪자 투자형식으로 병원건물을 제공하겠다는 부동산회사의 제안을 수락. 회사가 제공한 건물에서 영업을 한 후 매출의 8%는 의무적으로, 순익이 나면 투자한 건물만큼의 지분을 인정하여 배당하는 조건임.
 - 이는 임대형식을 띠고 있지만 사업의 성과에 따라 임대료를 받는다는 점에서 일반적인 임대와 다르며, 매출과 수익이 임대료를 결정하는 만큼 영리법인인 부동산회사가 사업의 동업자로 참여하여 수익을 임대료 형식으로 배당받는 것임.
 - 이는 「의료법」 제33조 제2항에 의해 불법이나, 의료기기회사에서 장비를 투자한 후 리스 수수료를 매출이나 수익에 연동해 받아가거나 의사의 지인이 유동자금을 투자해 수익을 나눠 갖는 사례 등 이미 다양한 방식으로 보편화된 외부자본 조달형태의 하나에 불과.
- (2009. 10) 민주당 전혜숙 의원이 건강보험심사평가원 등으로부터 제출받은 자료에 따르면, Y대 병원과 K대 병원 등 8개 대형병원이 학교 이사장이나 일가족, 법인 명의로 설립한 약품 도매상으로부터 최대 100%까지 약품을 공급받고 있는 것으로 나타남.
 - K대학병원의 경우 K 전 이사장 등 일가족이 85%의 지분을 가진 도매상에서 병원 약품의 97.5%를 공급받았고, B대학병원은 B이사장이 출연한 도매상으로부터 91.8%를 공급받음. Y대를 비롯한 5개 대학병원은 학교법인이 설립한 도매상으로부터 90~100%의 약품을 공급받음.
 - 이들 도매상은 해당 병원에 평균 7% 이상 비싼 값에 약품을 공급한 후, 비싼 납품가로 독점공급을 한 결과로 막대한 순이익을 올림.
 - 순이익은 이사장 개인이나 학교법인으로 귀속. K대 이사장은 4,313%의 배당금을 지급받았고, H대 이사장은 3,921%의 배당금을 지급받았음. Y대가 소유한 도매상은 2008년 한 해 영업이익인 117억원을 초과하는 119억원을 기부금으로 학교에 납부
- (2009. 1) 서울행정법원은 후배 의사들의 명의로 경기도 일대에 5개의 의료기관을 개설해 운영하다 적발된 K원장이 낸 자격정지처분취소소송에 대해 ‘원고의 청구를 이유 없다’고 판시했으며, 명의 대여자인 J씨가 낸 행정처분취소소송에 대해서도 기각

외국의 의료기기 등 제조·판매회사가 우리나라에 일종의 MSO로서 현지법인을 세우고, 이 현지법인을 통해 인수한 병원의 수익을 회사와 의사가 8:2로 나눈 경우에 대해 “경영지원회사가 실질적으로 의료기관 개설 및 운영을 주도했다”고 보아 의료법 위반의 불법성을 인정하였다. 한편, 하급심 법원에서는 일반인과 의사가 1:9로 투자를 통해 병원 지분을 공유한 사건에 대해 “투자한 금액이 전체 소요경비의 10%에 불과하고…… 일반인이 의료기관의 시설 및 인력충원, 자금조달과 운영성과 귀속 등에 대해 주도적인 입장에서 이를 장악하는 경우라 보기 어렵다”고 무죄를 선고한 바 있다.

투자자 자본유인과 현행법 간의 마찰로 불법적인 양상을 불가피하게 띠는 것은 사무장 병원의 부작용에서 선명하게 나타난다. 현재 소위 ‘사무장 병원’ 등 불법적인 형태가 지속되고 있는데, 사무장 병원이 발각되어 조치를 당할 때 선의의 피해자인 환자 및 가족들은 병원을 옮겨야 하는 등 상당한 고통을 겪고 있다. 그러나 실제로 사무장 병원을 찾아내는 일은 쉽지 않은데, 사무장 병원의 진료행태가 겉으로 표면화되지 않기 때문이다. 일각에서는 전문경영인을 통한 사무장 병원의 효용성에 동조하기도 한다.

제 4 장

규제개선의 방향과 예상 효과

규제개선의 방향은 크게 두가지이다. 첫째는 소비자 능력을 강화시키는 규제를 강화하여 시장기능을 작동시키는 것, 둘째는 소비자의 선호에 반응하여 다양한 경영방식을 시도할 공급자들을 불필요하게 규제하지 않는 것이다. 여기서는 소비자의 정보 접근성 강화를 위해 필요한 조치와 개설된 규제 완화에 대해 살펴볼 것이다.

제1절 소비자 능력 강화

1. 의료기관 정보인프라 구축

민간공급 위주의 체계에서 정부가 의료서비스분야에 가장 적극적으로 개입해야 하는 영역은 소비자 정보 접근성 강화를 통한 소비자 선택 능력의 함양이며, 이는 투자개방형 법인병원의 도입으로 경쟁이 보다 활성화되는 효과를 구현하기 위해 반드시 보완될 필요가 있다. 영리활동 증가가 국민후생의 증가로 이어지게 하기 위해서는 합리적인 방식으로 경쟁이 이루어지도록 정보의 유통이 강화될 필요가 있다. 영리법인을 허용할 경우, 다양한 비즈니스 모델과 서비스가 출현하고, 개별 기관이 가격을 책정하는 재량이 증가할 것으로 예상된다. 이 경우 서비스의 필요성과 가격 적정성에 대한 정보유통이 취약하여 소비자가 판단근거

와 능력을 갖지 못한 공급자 위주 시장의 문제점이 심화될 가능성이 높다. 가격과 수량이 통제되지 않는 비급여영역의 경우 소비자가 정보에 기반한 선택(informed decision)을 할 수 있도록 가격과 서비스 질에 대한 정보가 활발히 유통되어야 하며, 이를 위해 정보인프라를 구축할 필요가 있다. 새로이 출현하는 기술이나 서비스의 경우 가격정보와 함께 비용 대비 효과성 등에 대한 정확한 정보를 가능한 한 손쉽게 얻을 수 있도록 인프라를 구축할 필요가 있다.

소비자의 정보가 서비스 질에 미치는 영향이 강조될 필요가 있다. 서비스 질에 대한 정보는 소비자로서 하여금 자신이 중요시하는 항목들을 어떻게 균형 있게 선택할 것인지를 결정할 수 있게 만들고, 이것이 시장에 영향을 미쳐 전체 시스템을 개선시킨다. 만약 소비자가 정보를 잘 얻지 못하면, 제공자는 저질의 서비스를 비효율적으로 제공한다. 모든 소비자가 정보를 많이 가져야 시장이 효율적 수준의 질을 제공하는 것은 아니며, 상당수의 소비자만 가격과 품질에 대한 정보를 획득하면 된다.²⁰⁾

이를 위해 가격과 진료비, 대표적 임상질 지표 정보를 공개하는 의료기관 정보포털을 구축할 필요가 있다. 비급여를 포함한 의료서비스의 분류체계를 구축한 후, 의료기관별 서비스 가격과 건당 진료비를 손쉽게 찾아볼 수 있도록 National Portal을 구축하는 것이 필요하다. 진료결과정보에 관해서는 국가마다 공개 여부나 정도에 차이가 있으나, 가격 정보에 관해서는 논란의 여지가 훨씬 적다고 할 수 있다. 미국 CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services)의 병원 평가인 Hospital Quality Initiatives도 2008년부터 가격정보를 Hospital Compare 사이트에 공개하고 있다.

또한 현재 시술되고 있는 모든 비급여 의료행위에 대해서 어느 정도의 안전성과 효과성이 동의되고 있는지에 대한 자료를 쉽게 찾아볼 수 있도록 공적인 책임으로 제공할 필요가 있다. 의학적 지식이 충분히 축적되지 않은 기술의 경우 신의료기술 평가 시 제출되었던 자료 수준의 정보라도 이해하기 쉽도록 가공하여 공개할 필요가 있다. 급여항목이

20) If you have enough that are well informed and sellers can't readily discriminate between well-informed and less-well-informed individuals, the well-informed individuals can help drive the market(Herzlinger[1997]).

〈표 4-1〉 National Portal에서 제공 가능한 의료정보의 종류

	내 용
가격정보	단위 서비스 가격(unit price for individual service item)
	상병별 진료비용(treatment charge for specific health conditions)
품질정보	제공자의 서비스 제공 능력: 면허(licensure), 자격(certificate), 인증(accreditation) 상태
	제공자 성과(provider performance): 과정 또는 결과 지표
	제공자의 진료 건수: 진료량 지표(volume indicator)
	소비자용 진료지침(consumer version of clinical practice guidelines)
기술정보	특정 보건의료기술의 효과 등

자료: 이상일(2009).

아니라는 이유로 정보유통에 정부가 적극적으로 개입하지 않을 경우, 시술의 안전성에 대한 왜곡된 정보나 초과이윤의 존속 등 시장기능이 제대로 작동하지 않을 가능성이 높다.

서비스 품질정보 공개에 대해서는 아직 논쟁의 여지가 있으나, 적절히 디자인되고, 품질지표가 충분히 좋으면 잘 활용될 것이라는 데 대해서는 동의가 이루어져 있다. 많은 경우 품질지표는 소비자가 이용하게 한다는 목표를 추구하지 않아 눈높이 설정에 실패한다. 소비자에게 정보를 제공하거나, 정책결정자에게 정보를 제공하거나, 시간에 걸친 성과를 모니터하거나, 미래를 벤치마크하기 위해 어디를 개선시켜야 하는지에 관한 정보를 얻거나 등 목적을 분명히 설정하고, 목적에 맞도록 지표와 공개방식을 결정할 필요가 있다(Peterson et al.[1998]).

1989년 뉴욕 주는 제공자별 심장수술결과(including coronary artery bypass grafts: CABG)를 공개한 결과, 1992년까지 위험조정사망률이 41% 하락하여 가장 낮은 수준을 보이고 있다. 수술의사와 병원 관련 정보와 함께 후속진료 중에 병원에서 사망했는지를 측정한 성과지표를 공개한다. 중증도 정보는 해당 환자가 40여 가지의 증상을 가지고 있는지의 병력을 고려했고, 12~18개월마다 주정부가 정기적으로 정보를 공개하고,

〈Box 4-1〉 뉴욕 주 심장수술결과 공개효과에 대한 논의

- 1989년부터 뉴욕 주는 고령 환자에 대한 의료제공자별 심장수술결과를 공개. 이에 대해 사망률을 낮추었다는 의견과 결과개선 없이 다른 주요 이송이 늘어나는 바람에(patient selection) 뉴욕 주 내에서의 접근성만 낮추었다는 평가 공존
 - Dranove et al.(2003)은 고위험 환자군의 수술 접근성이 저하되었다는 결과를 제시했고, Omoigui et al.(1996)은 고위험 환자들이 더 많이 뉴욕 주 바깥으로 이송되었다고 관찰. Schneider and Epstein(1996)은 증상이 심한 환자를 수술할 용의가 있는 심장수술의가 감소했다고 관찰
 - 반대로 Hannan et al.(1994)은 사망률이 유의미하게 줄었다고 보고. 1987년에서 1992년까지의 데이터를 분석하면, 타주에서 수술받은 비율은 감소하고, 주 내에서의 수술비율이 증가했으며, 사망률도 감소. 전국적으로 이 시기 사망률이 19% 감소한 것에 비해 뉴욕 주는 33% 감소(Cutler et al.[2004])
- Dziuban et al.(1994)은 정보 공개 이후 의사들이 환자의 건강과 자신들의 평판을 위해 질을 개선시키는 노력을 투입했다는 점을 보고. 사망률이 높았던 한 병원에서의 실례는 의료진이 원인을 분석하여 일정한 특성을 보이는 환자들에게서 원인이 주로 나타난다는 것을 파악하고 이들 환자를 관리하는 데 집중적인 노력을 투입하여 진료결과의 개선을 가져옴.
- Mukamel et al.(1998)은 좋은 평가를 받았던 병원이 더 빠른 시장점유율 증가를 보였음을 보고. 이는 소비자가 정보에 반응하고 있다는 것을 보여줌.
- McCormick et al.(2002)은 1997년, 1998년, 1999년 3개년 동안 National Committee for Quality Assurance(NCQA)의 ‘Health Plan Employer Data and Information Set(HEDIS)’을 관찰한 결과, 평가가 좋지 않은 기관이 공개의사를 철회하는 추세를 발견
 - 1997년 329개의 HMO가 정보를 공개했는데, 그중 49%인 161개가 1998년에 공개를 거절했으며, 292개 중(130개는 신규공개) 67개(23%)가 1999년에 거절. 최하 3분위의 HMO가 정보 공개에서 퇴출할 가능성이 높았는데, 이는 자발적인 정보 공개가 주요한 정보의 상실을 초래하여 비효율적이라는 함의를 가짐.

개별 기관이 주 평균보다 나은지 못한지를 함께 발표하고 있다. 펜실베이니아 주도 위험조정 평가결과를 취합하여 공개했을 때 유사한 결과를 보이고 있다(Hannan et al.[1995]; Epstein[2000]; Marshall et al.[2000]).

또한 진료결과정보는 의료기관 평가제도의 개선과 연동시켜 공개 범위를 확대시켜 나갈 필요가 있다. 현재 의료기관 평가와 관련한 논의에서 ‘의료기관의 자발적 서비스 개선’만을 강조하며, ‘소비자에 대한 정보 제공 역할’을 경시하는 것은 우리나라의 공급자 위주 의료공급체계에서 왜곡된 논의형태이다. 미국의 JCAHO(Joint Commission on Accreditation of Health Organization) 역시 신입결과에 대한 상세한 결과는 JCAHO와 연결된 extranet을 통해서만 개별 기관에 제공되지만, 일반인의 선택을 돕기 위해 Quality Report를 공표한다. Quality Report 공개의 취지는 ‘In addition to the accreditation status of the organization, the Quality Report uses checks, pluses and minuses in each of the following key areas to help compare a health care organization with similar accredited organizations’이다. 소비자는 Quality Report에서 세부 평가항목의 정보나 다른 기관의 평균 현황 등을 통해 기관 간 비교가 가능하며, 관련 PDF는 홈페이지에서 누구나 내려받을 수 있다(그림 4-1).

이는 의료기관이 인증을 받았는지의 여부도 중요하지만, 인증을 받은 기관들을 놓고 선택해야 하는 소비자를 보조하기 위해 추가적인 정보 제공이 필요하다는 것을 의미한다. 그러나 소비자의 선택을 위해 필요한 정보가 소비자의 눈높이 맞도록 풍부하게 제공되어야 한다는 점은 그간 우리나라의 의료기관 평가결과 활용 논의에서 주목받지 못해왔다.

의료기관 평가의 진료결과지표 역시 정확성의 문제가 크게 제기되지 않는 대표적 지표들에 대해 소비자 대상의 상시적인 공개 범위를 점차 확대시킬 필요가 있다. 현재 의료기관 평가는 ‘평가를 위한 평가’ 행태를 보이며 정보가 왜곡되고, 임상품질지표가 비현실적이라는 문제 등이 지적되고 있어 평가결과 전부를 공개하는 것은 무리가 따를 것으로 판단된다. 그러나 의료기관 평가결과 중 소비자의 선택에 도움이 되는 지표들을 가독성이 높게 가공하여 상시적으로 공개할 필요가 있다.

[그림 4-1] JCAHO의 소비자용 Quality Report의 정보공개방식

The screenshot displays the JCAHO Quality Report for Abington Memorial Hospital (Org ID: 6013) for the reporting period of January 2008 to December 2008. The report is viewed in a Microsoft Internet Explorer browser window.

Accreditation Quality Report

- Summary of Accreditation Quality Information
- Accredited Programs
- Accreditation National Patient Safety Goals
- Sites and Services
- Accreditation History
- Download Accreditation PDF Report
- Download Accreditation PDF Report - Include Quarterly Data
- Accreditation Quality Report User Guide

Certification Quality Report

- View Certification Quality Report

Additional Links

- The Joint Commission
- International Center for Patient Safety
- Joint Commission International

Symbol Key

- This organization achieved the best possible results
- This organization's performance is above the target range/value.
- This organization's performance is similar to the target range/value.
- This organization's performance is below the target range/value.
- Not displayed

National Quality Improvement Goals: Heart Attack Care

Reporting Period: January 2008 - December 2008

Compared to other Joint Commission Accredited Organizations

Measure Area	Compared to other Joint Commission Accredited Organizations	
	Nationwide	Statewide
Heart Attack Care Read More		

Measure	Compared to other Joint Commission Accredited Organizations					
	Hospital Results	Nationwide		Statewide		
		Top 10% Scored at Least	Average Rate	Top 10% Scored at Least	Average Rate	
ACE inhibitor or ARB for LVSD* Read More <small>(See Quarterly Results)</small>	 84% of 44 eligible Patients	100%	94%	100%	94%	
Adult smoking cessation advice/counseling* Read More <small>(See Quarterly Results)</small>	 100% of 65 eligible Patients	100%	99%	100%	99%	
Aspirin at arrival* Read More <small>(See Quarterly Results)</small>	 99% of 341 eligible Patients	100%	98%	100%	98%	
Aspirin prescribed at discharge* Read More <small>(See Quarterly Results)</small>	 97% of 327 eligible Patients	100%	98%	100%	98%	
Beta blocker prescribed at discharge* Read More <small>(See Quarterly Results)</small>	 99% of 267 eligible Patients	100%	98%	100%	99%	
Primary PCI received within 90 minutes of hospital arrival* Read More <small>(See Quarterly Results)</small>	 79% of 71 eligible Patients	97%	82%	93%	81%	

의료기관을 찾는 소비자가 기본적 사항에 관해 사전적인 지식을 확보할 수 있도록 표준적인 지침을 보급할 필요가 있다. 의료기관 이용에 관한 일반적 가이드인 동시에 대표적 질병의 발병 시 의사의 문진에 필요한 사항들을 소비자가 미리 인식하고 관찰할 수 있도록 보조한다. 이미 널리 보급되어 있는 소아예방접종지침을 일반적 상황과 대표적 질병으로 확장하는 개념이다. 복지부가 관련 학회, 소비자단체, 보험자들의 의견을 수렴하여 제작·배포하는 것이 바람직하다.

〈Box 4-2〉 소비자지침과 환자의 권력

- 1946년 벤자민 스폭 박사의 『아기와 소아 돌보기(Baby and Child Care)』 출판은 대중을 상대로 한 의학 출판역사의 전환점이며, 환자권력의 본질을 알리게 된 계기로 평가됨.
 - 새벽 2시에 아기가 아파서 울면 어떻게 돌볼 것인지에 대해 알려주었고, 또한 아기를 집에서 돌보아도 충분할 때와 필히 의사에게 보여야 할 때, 걱정해야 할 때와 걱정할 필요가 없을 때에 대해서 상세히 알려주는 내용
- 출간 초기에는 미국의학협회와 미국심리학협회로부터 대중의 잘못된 관행을 조장하고, 신중하지 못한 내용이라고 심하게 비난받았으나 곧 성경에 이어 세계 2위의 판매량을 기록
- 이에 대해 하버드 의대 교수인 워너 슬랙은 컴퓨터 보급으로 인해 환자가 질병과 건강에 대한 정보를 얻기 위해 의사에게만 의존할 필요가 더 이상 없으며,
 - “자기 스스로 치료하려 드는 것은 병을 키우는 것이다”라던 옛 격언은 이제 “어떻게 스스로의 건강을 관리할 것인가”로,
 - “환자는 무엇을 해야 하는지 지시받기를 원한다”는 공급자들의 주장은 “의학적 가치는 환자들의 것이어야 한다”로 전환되고 있다고 진단
- 즉, 환자의 권력을 위해서는 “환자가 자기 자신의 주요한 의학적 결정에 참여하기를 원한다면, 참여할 기회를 주어야 하고, 또 그럴 수 있도록 도와주어야 한다는 것”(워너 슬랙[1997])

2. 민간보험 관련 정보 접근성 개선

민간보험상품은 소비자의 의료이용에 영향을 미치는 통로의 중개 역할을 하는 동시에 공급자의 제공행태에도 영향을 주는 중요한 존재이나, 아직 민간보험상품의 특성과 소비자 만족에 관한 공신력 있는 정보 인프라가 미흡하여 소비자의 ‘정보에 기반한 선택(informed decision)’이 용이하지 않다.

가. 민간보험의 역할

민간보험이 작동하고 있는 국가들에서는 스스로의 의료시스템이 당면한 문제를 해결하는 수단으로 민간보험을 활용하되, 각자의 독자적인 방식으로 사용하고 있기 때문에 민간보험의 역할은 개별 의료시스템 내에서 다양한 모습으로 나타나고 있다. 다양한 활용방식에서 나타나는 일반적인 흐름을 추출하자면, 공적보험을 보완하거나, 공적보험으로 만족시킬 수 없는 수요들을 만족시키는 수단으로 민간보험이 활용되고 있다는 점이다. 추가적인 재원조달수단으로 활용하여 공적보험의 재정부담을 덜기 위하여, 보다 많은 사람이 의료보장의 혜택을 받을 수 있도록 하기 위해, 추가적인 자원을 의료시스템 내로 유입시키는 역할을 위해, 소비자의 선택을 넓히고, 의료시스템의 반응성을 제고하는 등의 역할을 담당하되, 이 중 어느 목표가 우선순위를 갖는지는 국가 간에 상당한 차이를 보인다.

민간보험이 담당해야 할 역할은 전적으로 개별 국가의 상황에 의존하여 결정되고 있다. 즉, 의료시스템이 직면하고 있는 중요한 문제가 무엇인지와 긴밀하게 연관된다. 공적보험의 비효율성이 당면한 문제점인 상황에서는 민간보험의 활성화와 경합을 통한 효율성 제고가 목표이며, 공적보험의 재정부담이 문제인 경우에는 민간보험이 재정부담의 일부를 담당하는 것이 주된 기대효과이고 의료공급의 용량이 부족하여 대기 시간이 길거나 서비스 전달이 원활하지 않은 경우에는 민간보험의 활성화를 통해 공급의 증가와 빠른 서비스이용이 기대되기도 한다.

구체적인 기능은 시장규모, 의료시스템 내에서 담당하는 기능, 보험

자 유형과 행동방식, 재정환경과 규제환경 등에 따라 매우 다양한 형태로 나타난다. 민간보험의 수요는 주로 의료비 중 공보험이 보장하지 못하는 갭이 얼마나 큰지와 주로 관련되며, 실제의 확대과정에서는 사용자 보장분의 기여가 컸다. 비중상으로는 프랑스, 스위스, 미국, 네덜란드, 캐나다의 민간보험가입률이 60% 이상, 호주, 오스트리아, 아일랜드, 네덜란드, 벨기에는 30~60%, 독일, 스페인, 포르투갈, 이탈리아, 핀란드, 영국은 10~30%이다. 민간보험이 1차적 보험인지, 보완적/보충적 보험인지에 따라 가입률이 의미하는 바가 다르기 때문에 민간보험 가입률이 높을수록 민간보험의 역할이 커지는 것은 아니다. 민간보험의 유형은 공적보험을 대체할 수 있는지의 여부, 공적보험의 보장영역과 어느 정도 겹치는지 등으로 나뉘는데, <표 4-2>에서 나타나듯이 국가마다 다양한 차이가 있으며, 의료영역에 따라 한 국가 내에서도 다양한 유형의 민간보험이 공존하는 것이 보편적인 현상이다.

개별 국가의 상황에 따라, 중요시되는 문제점에 따라 다른 효과가 나타나며, 전반적인 평가 역시 상이하다. 보장인구(coverage)의 증대, 신속한 진료에의 접근성 증대, 의료시스템 용량과 서비스 공급 증대, 반응성의 증대, 소비자 선택 증대, 기술혁신의 가속화 등의 효과가 관찰되는 한편, 의료서비스 수요와 이용량 역시 증가시켰다는 평가이며, 의료품질에 미친 영향은 미미하다고 평가된다(Colombo and Tapay[2004]). 접근성의 증가는 인구그룹, 특히 소득그룹들에 대해 불균등한(disproportionate) 영향을 미쳤다고 평가되면서 형평성 목표와 긴장관계를 형성하였다. 비용 측면에서는 공적부문에서 민간부문으로 비용을 이전시킨다는 목적이 충분히 달성되지 않은 것으로 평가된다. 의료서비스 가격의 상승, 이용량 증가와 함께 총의료비와 공적비용의 증가로 이어지는 형태이기 때문이다.

이러한 현상에 대한 관점이나 우려는 개별 국가가 직면한 제약에 따라 다양할 것이다. 예를 들어, 총의료비가 증가하는 것은 재정압박이라는 제약에서는 부정적이나, 의료산업 발전이라는 목표가 중요한 상황에서는 긍정적인 현상이다. 접근성에 대한 차이 역시 불평등에 대한 관점 차이에 따라 규제로 이어질 수도 있으나, 상당 정도 용인되기도 한다. 대체로 민간보험에 긍정적인 입장은 추가적인 자원이 관련 산업으로

〈표 4-2〉 공적보험과 민간보험 간의 관계와 가입 비중(OECD)

	총의료비 중 공적지출 비중	공적보험 보장인구 비중	공적보장 자격요건	총의료비 중 민간보험 비중(%)	민간보험가입인구(%)	민간보험 유형
호 주	68.9	100	모든 영주권자	7.3	44.9 40.3	중복, 보완, 보충
오스트리아	69.4	99	노동시장 참여자와 은퇴자	7.2	0.1 31.8	대체, 보완, 보충
벨기에	72.1	99	임금근로자와 자영자 분리(급여 범위 차등)	n.a.	57.	주, 보완, 보충
캐나다	70.9	100	전체 인구	11.4	65.0	보충
체 코	91.4	100	모든 영주권자	0	비중 미미	보충
덴마크	82.5	100	전체 인구	1.6	28(1998)	보완, 보충
핀란드	75.1	100	전체 인구	2.6	10	중복, 보완, 보충
프랑스	75.8	99.9	모든 합법적 거주인	12.7	86.0	보완, 보충
독 일	75	90.9	피용자와 가족, 일정소득 이상은 탈퇴선택 가능. 원하는 경우 자영자 가입 가능	12.6	18.2 (9.1/9.1)	대체 / 보충, 보완
그리스	56.1	100	전체 인구	n.a.	10	중복, 보충
헝가리	75.5	100	모든 영주권자	0.2	비중 미미	보충
아이슬란드	83.7	100	모든 영주권자	0	비중 미미	보충
아일랜드	73.3	100	전체 거주인	7.6	43.8	중복, 보완 보충
이탈리아	73.4	100(1997)	전체 인구	0.9	15.6(1999)	중복, 보완, 보충
일 본	78.3	100	전체 인구	0.3	비중 미미	n.a.
한 국	44.4	100	전체 인구	n.a.	n.a.	보충
룩셈부르크	87.8	99	전체 인구	1.6	2.4	보완, 보충

〈표 4-2〉의 계속

	총의료비 중 공적지출 비중	공적보험 보장인구 비중	공적보장 자격요건	총의료비 중 민간보험 비중(%)	민간보험가입인구 (%)	민간보험 유형
멕시코	47.9	45-55	자영업, 실업인구 제외	2.5(2001)	2.8	중첩, 보충
네덜란드	63.4	75.6	일정소득 이상 제외	15.2	92 (28/64)	주, 보충
뉴질랜드	78	100	전체 인구	6.3	35	중복, 보완, 보충
노르웨이	85.2	100	전체 인구	0	비중 미미	n.a.
폴란드	70	n.a.	가입자격 인정이 법에 명시된 인구그룹들	n.a.	비중 미미	보충
포르투갈	68.5	100	전체 인구	1.5(1997)	14.8	중복, 보완, 보충
슬로바키아	89.4	100(1999)	전체 인구	0	비중 미미	보충
스페인	71.7	99.8(1997)	전문직영직과 사용자 제외, 공무원은 별도 보험	3.9	13	대체, 주, 중복, 보충
스웨덴	85	100	전체 인구	n.a.	비중 미미	보완, 보충
스위스	55.6	100	모든 영주권자	10.5	80	보충
터 키	71.9(1998)	66(1997)	민간피용자, 공공부문피용자, 자영자 각각의 보험	0.7(1994)	2	보완, 보충
영 국	80.9	100	모든 거주민	3.3(1996)	10.0	중복 보충
미 국	44.2	24.7	65세 이상 인구와 취약계층	35.1	71.9	주, 보충, 보완

주: 1) 중복보험(duplicate)은 공적보험의 급여를 중복하여 보장, 보완보험(complementary)은 공적보험의 본인부담을 보장, 보충보험(supplementary)은 공적보험에서 제공되지 않는 비급여를 보장, 대체보험(substitute)은 선택에 의해 공적보험을 대체할 수 있는 보험, 주보험(principal)은 선택권은 인정되지 않으면서 공적보험제외대상으로 지정된 인구를 위한 민간보험.

2) 상세한 데이터 출처와 범주 구분은 Colombo and Tapay(2004) 참조.

유입될 수 있다는 점, 원하는 사람에게 공적보험에서 제공되는 서비스 외의 추가적 서비스 선택의 여지를 부여한다는 점을 중요시하는 한편, 부정적인 입장은 민간보험이 의료서비스 이용을 증가시켜 공적보험에 부담을 지운다는 점, 가입자 선택의 문제(cream-skimming)나 경제력이 있는 사용자만의 선택권 증가 등 접근성에서의 형평성 문제를 야기한다는 점을 중요시한다.

민간보험은 서비스 상품이면서 동시에 사회정책적인 수단이기도 하다. 따라서 개별 국가 내의 의료시스템의 구조와 민간보험의 위치에 따라 상이한 문제점들이 발생하고 있고, 이를 해결하기 위해 다양한 수단이 사용되고 있다. 민간보험이 단순히 추가적인 자원을 더 필요로 하게 만드는 것인지, 과연 공적부문으로부터 자원을 유출시키는 것인지, 민간보험의 역할이 커지는 것이 공적보험에 대한 정치적인 지지를 약화시키는 것인지 등을 판단하기 위해서는 공적보험과 민간보험 간의 관계가 어떤 구조인지, 어떠한 정책수단의 사용으로 어떻게 변화하고 있는지를 살펴볼 필요가 있다(Tuoy et al.[2004]).

나. 우리나라의 민간보험 이용 현황

통상 민간보험의 문제로 경제력그룹에 따른 민간보험 접근성의 차이가 언급된다. 그러나 우리나라의 민간보험은 유럽과 달리 소득그룹에 따른 가입률이 별다른 차이를 보이지 않아 형평성 목표와의 긴장이 뚜렷하게 나타나고 있다고 보기 어렵다. 전 소득계층의 인구그룹이 고루 의료비 충격으로부터의 경제적 보호수단으로 민간보험을 이용하고 있고, 경제력 수준이 높은 계층이 주로 가입하여, 민간보험으로 인한 의료 이용 접근성 개선이 일부 상위계층에 집중될 것이라는 예측과는 상충되는 현상이다. 윤희숙(2008a)은 전 국민 1% 샘플 501,181명의 2004~08년 기간 건강보험 자격관리 데이터, 심사평가원 의료이용 데이터, 민간보험 전체 35개사의 가입 데이터를 분석한 결과, 재산규모나 보수월액 차이에 따른 민간보험 가입 여부가 크지 않으며, 민간보험 가입자그룹과 미가입자그룹의 평균 경제력 역시 차이가 미미하다는 것을 보인다. 이는 공적보험의 보장성이 낮다는 인식이 광범위하게 확산되어 있어, 전 소

득계층의 인구그룹이 의료비로 인한 경제적 충격에 대비할 필요성을 인식하고 있다는 것을 시사한다. 민간의료보험은 경제력 규모와 상관없이 보완적 의료보장수단으로 이미 전 소득계층의 인구그룹이 광범위하게 활용되고 있다고 해석된다.

〈표 4-3〉 재산규모별 민간의료보험 가입률

		전체 (%)	재산규모(만원)				
			0 ≤ ≤1,000	1,000 < ≤2,000	2,000 < ≤5,000	5,000 < ≤10,000	10,000 <
민간의료보험 전체		63.7	65.0	64.1	63.8	62.5	60.5
유형별	실손형	26.1	27.4	26.7	25.4	25.0	24.2
	정액형	62.0	63.3	62.4	62.1	60.4	58.4
	실손+정액형	24.3	25.7	25.0	23.7	23.0	22.1

주: 전체 406,751명의 각 재산규모별 표본 수는 재산규모가 낮은 구간부터 107,850명(26.5%), 88,446명(21.7%), 127,862명(31.4%), 49,721명(12.2%), 32,872명(8.1%)임.

〈표 4-4〉 직장가입자의 보수월액 규모별 민간의료보험 가입률

		직장 가입자 전체 (%)	보수월액 규모(단위: 만원)				
			0 < ≤100	100 < ≤200	200 < ≤300	300 < ≤500	500 <
민간의료보험 전체		66.0	60.8	67.7	69.0	66.0	63.2
유형별	실손형	26.7	23.8	28.2	27.8	26.2	26.2
	정액형	64.0	59.0	65.8	67.2	63.9	60.2
	실손+정액형	24.8	22.0	26.4	26.0	24.1	23.2

주: 전체 406,751명 중 직장가입자는 208,220명이며, 각 보수월액 규모별 표본 수는 보수월액 규모가 낮은 구간부터 37,381명(18%), 61,921명(29.7%), 43,864명(21.1%), 50,426명(24.2%), 14,628명(7%)임.

〈표 4-5〉 민간의료보험 가입자와 비가입자의 경제력 차이

(단위: 천원)

		재 산	
		평 균	보수월액(직장가입자) 평 균
비가입자		45,266	2,521
가입자	전 체	42,994	2,539
	유형별	실손형	2,542
		정액형	2,529
		실손+정액형	2,518

다. 민간보험 관련 소비자 선택능력의 강화

민간보험과 관련해서는 광고의 홍수라고 할 정도로 케이블 TV 등을 통해 정보가 쏟아지고 있으나, 정작 소비자가 선택을 하기 위해 필요한 정보들에 대한 접근성은 제한되고 있다. 상품 선택을 위해서는 상품별 가격정보와 함께 서비스 제한영역, 가입자 규모, 사용자 평가 등의 정보 등이 필요하다. 현재 가격비교 사이트 등에서 제한적인 가격정보와 상품정보가 전과되고 있으나, 소비자 만족을 높이고, 소비자 선택이 상품 시장에 영향을 미치는 것을 용이하게 하기 위해서는 의료서비스 이용 범위와 제한 등에 관한 신뢰성 있는 정보가 균형 있게 제공될 필요가 있다. 의료기관 관련 정보의 National Portal 구축 시 민간보험상품에 관한 정보도 함께 제공될 필요가 있다. 민간보험상품과 의료서비스 제공 형태는 장기적으로 결합 정도가 높아질 것이기 때문에 보험상품에 대한 정보 접근성을 높이는 것은 보험분야뿐 아니라, 전체 의료시스템의 반응성을 제공하기 위한 핵심적인 장치이다. 네덜란드 의료개혁과 함께 구축된 National Portal은 의료보험과 의료기관에 대한 정보를 모두 제공하여 소비자 만족도를 크게 제고하고 있다.

3. 환자의 의료정보 접근권 강화

환자 스스로 자신의 의료정보에 접근하여 선택권을 증대하는 것은 의료부문의 소비자 권력을 위해 필수적으로 요구된다. EHCI(유럽지역 의료시스템 소비자 지향성 평가)에서는 소비자가 검사결과를 직접 이메일로 받거나 홈페이지를 통해 직접 확인할 수 있는지를 주요한 평가지표로 포함한다. 이는 의료행위가 의료기관을 중심으로 이루어지는 환경에서 여러 의료기관에 흩어져 있는 개별 환자의 정보를 환자 중심으로 통합하려는 노력의 일환이다. 인터넷의 출현과 모든 사람이 소지 가능한 휴대전화, USB 메모리 등 개인 휴대형 저장장치의 발달로, 현재의 진료기록(Medical Record)의 개념은 개인건강기록(Personal Health Record)의 개념으로 확장되고 있다. 의료기관이나 정부기관이 아닌 개인에게 통제권을 돌려주는 PHR은 웹사이트 기반 통합, 스마트카드나 핸드폰 등 개인 휴대장비 기반 통합, 그리고 개인이 신뢰할 수 있는 곳에 정보의 통합관리를 신탁하는 신뢰기반 통합 등의 모형으로 제시되고 있다. 이는 정보주체가 정보관리의 주체가 된다는 점에서 정보의 자기통제권(Patient control)을 온전히 보장해 주고, 자료의 무중복성(non-redundancy)을 보장해 준다는 장점이 제시된다.

2008년 예비타당성조사 대상사업이었던 공공의료정보화사업은 공공 의료기관에 EMR(Electronic Medical Record)를 설치하고 의료기관 간 정보교류를 활성화한다는 목표를 세우는 등, 우리나라에서 의료정보화의 인식은 높아지고 있으나, 아직 환자의 의료정보 접근권에 대한 논의는 미발달되어 있다(윤희숙 외[2009a]). 국내에도 이와 관련된 서비스가 몇 가지 있으나 아직 활동은 미약하다. 선진국의 경우 하버드의대 병원과 같은 주요 의료기관에서 직접 개발하여 원하는 환자나 의료기관에 제공한다. 정보통신회사는 구글헬스, 마이크로소프트 볼트 등을 들 수 있는데, 이들은 빠르게 발전하는 서비스를 제공하고 있다. 즉, 오프라인 정보를 핸드폰, 스마트카드, USB 메모리 카드 등 개인휴대장비로 통합하고, 백업 등의 목적으로 온라인 서버와 연결되는 시스템을 개발 보급하는 방식이다.

개인의 정보 접근권이나 통제권을 신장하여 소비자 주권을 강화하기

위해서는 우선 어떤 정보를 환자에게 직접 공개해야 하는지에 대한 논의가 시작될 필요가 있다. 보안, 프라이버시, 의학적 이유, 비용, 기술적 한계, 지식축적의 미비 등 다양한 문제들을 해결할 필요가 있다. 예를 들어, 에이즈 검사 양성 판정결과를 거르지 않고 보내줄 경우 자살로 이어질 가능성이 존재하나, 에이즈 양성인 부분만 삭제한다 하더라도 쉽게 추측이 가능하다. 하버드 대학의 경우 1990년대 말부터 ‘Disclosure Things’ 개념으로 공개할 수 있는(공개해도 안전성이 상당히 확보되는) 정보의 positive list를 만들고 있으며, 현재 상당한 수준에 도달해 있다. 이 공개 리스트를 확대하여 소비자의 권한을 강화하는 것이 국제적 추세이나, 우리나라에서는 아직 논의가 시작되지 않은 상태이다. 선행국의 경험과 환자그룹, 전문가의 의견을 모아 가장 안전성이 높은 의료정보부터 환자의 접근성을 높여갈 필요가 있다.

제2절 개설권 규제 완화

1. 영리법인의료기관 허용

가. 영리법인 금지 규제의 연원과 범취지

영리법인병원의 진입을 제한하는 경우는 전 세계에서 매우 드물다. 영국, 프랑스, 독일, 스위스 등 서구 대부분의 국가에서 의료기관 개설 자격을 금지해 오지 않았으며, 네덜란드 정도가 영리병원을 금지하는 사례이다. 프랑스의 경우 전체 병상 수의 21%, 독일은 12%가 영리병원에 속해 있는 등 상당한 비중이 영리영역에서 이루어지고 있다(Labrie and Boyer[2008]; Worz and Busse[2006]). 네덜란드의 경우에도 영리추구 금지의 원칙에 의해 영리병원 자체를 금지하는 것이지 (영리)법인병원을 특별히 금지하는 것은 아니다.

따라서 우리나라에서 의료기관 개설주체 중 영리법인만을 배제하고 있는 것은 상당히 독특한 경우라고 할 수 있다. 그런데 관련 법규정은 1973년에 도입되었으나, 당시의 관행으로 보아 일본 의료법을 모방했을

뿐 독자적인 법취지를 추구한 결과는 아닌 것으로 인식된다.²¹⁾ 그러나 영리법인 금지 규제의 모태가 된 일본 의료법은 의료법인을 우리나라 의료법과 같이 민법상 ‘재단법인’으로 파악한 것이 아니라, 의료법인의 법적 성격을 사단법인으로도 가능하게 하여 지분을 가지고 있는 출자자가 해산 시 지분권을 행사할 수 있는 가능성을 열어 놓고 있다. 사단법인은 사원의 지분권을 인정하는 경우와 지분권을 인정하지 않는 경우를 모두 포괄하기 때문에 사원의 지분권을 인정하는 사단법인이 개설한 의료법인을 특히 의무법인 또는 출자의료법인이라고 칭하기도 한다.²²⁾

일본의 의료법인에 있어, 지분이 인정된다는 것은 평상시 배당을 받을 수 없다 하더라도, 이를 유보시켜 추후에 분배받을 수 있다는 것을 의미하기 때문에 비영리법인을 규정하는 가장 중요한 조건인 분배금지 원칙(non-distribution constraint)과 부합하지 않는다고 하겠다. 즉, 우리 의료법의 모태가 된 일본의 경우에도, 비영리법인을 원래 의미의 비영리법인으로 구분하기 어려워 영리법인병원이 금지되어 왔다고 간주하기 어렵다는 것이다. 후생성 통계에 따르면, 2009년 현재 전체 의료법인 약 4만 5천개 중 96%가 지분을 인정하는 사단법인이다.

우리나라의 입법과정을 살펴보면, 이와 관련한 인식의 변화를 감지할 수 있다. 1973년 이전에는 법인형태에 따라 의료기관 개설주체 자격을 제한하는 법규정이 존재하지 않았다.²³⁾ 근대적 의료제도가 도입된 조선말기 이후 및 일제 강점기 때에는 의료기관을 개설하는 주체에 대한 제한이 없었다. 1944년 8월 21일 제정된 조선의료령은 조선총독 등의 허가를 받은 경우 의료인이 아니더라도 병원 등을 개설하여 운영할 수 있도록 하였다. 대한민국 국회는 1951년 9월 25일 법률 221호로 국민 의료법을 제정하면서, “의료업자가 아닌 자가 의료기관을 개설하고자 할 때는 영리의 목적이 아닌 경우에 한하여 허가할 수 있도록 함”이라 규정하여 법인형태가 제한되지 않았다. ‘영리의 목적’은 일반적인 의미로 의

21) 1970년대 당시 보건사회부 의료법 담당 공무원들과의 인터뷰 결과.

22) 다만, 일본 의료법 제54조에서는 “의료법인은 잉여금의 배당을 해서는 안 된다.”라고 규정하고 있어 지분권이 있는 사단적 성격의 의료법인이라고 해도 지분 사원에 대한 잉여금 배당은 금지된다.

23) 자세한 내용은 김선욱(2009b) 참조.

료업을 행함에 있어서 지나친 영리추구행위를 금하는 선언적인 규정이 었다. 위 법에서 ‘의료업자가 아닌 자’에서 ‘자’는 사람(자연인)과 법인을 모두 포함하는 개념으로, 법인은 주식회사와 같이 이익의 분배가 이루어지는 영리법인과 재단법인과 같이 이익의 분배가 금지된 비영리법인이 모두 포함되는 것이다.

1973년 개정 의료법에서 일반인이나 영리법인(주식회사 등)도 의료기관을 개설하여 의료기관을 경영할 수 있었던 것을 명문규정으로 금지하였다. 국민의료법은 1962년 3월 20일 법률 제1035호로 전문 개정되어 의료법으로 법 명칭이 변경되었으나, 당시에 의료기관 개설에 있어 법인자격을 차별하지 않는다. 1973년 2월 9일 제9회 비상국무회의는 의료인만이 의료기관(의원급에 한정)을 개설할 수 있고 병원의 경우에는 원칙적으로 의료법인만이 개설할 수 있도록 「의료법」을 개정하였다. 따라서 1973년 이후에는 원칙적으로 의료인, 국가 및 특수법인인 의료법상 규정된 의료법인만이 의료기관 개설을 할 수 있게 되었고, 그 외 민법, 상법 또는 특별법상의 법인의 의료기관 개설운영의 가능성이 없어졌다. 그러나 이러한 법인 배제 규정은 2년이 되지 못하여 민법 또는 특별법상 설립된 비영리법인에게 다시 허용되었다.

법 제정 당시의 법취지는 모호하나, 최근의 판결은 영리법인 금지 법조항의 입법이유에 대해 국민건강상의 위험을 들고 있는 한편, 현재판결의 소수의견은 이에 반대입장을 취하고 있어, 이와 관련한 사회적 논쟁구도를 재현하였다. 의료기관 개설 제한이 직업 선택의 자유를 침해했는지 여부에 관한 헌법재판소 판결의 소수의견은 의료행위를 수행하는 의료인의 독점적 권한과 의료업을 수행할 권한을 분리하고 있어, 경쟁정책적 시각이 수용되어 있다. ‘의료인이 아닌 자가 의료인을 고용하는 방식으로 의료기관을 개설하는 행위를 막는 것이 의료의 질과 의료 질서를 확립하기 위한 적절한 수단인지 의문이다. 의료기관의 개설자가 누구이든 의료행위를 하는 사람이 의료인이기만 하면 국민보건에 문제 될 것이 없다. 의료기관을 개설할 수 있는 주체를 의료인으로 한정할 결과 보건의료서비스 공급자의 경쟁을 약화시키고, 원하는 품질의 보건의료서비스를 제공하는 의료기관을 선택하는 의료소비자의 자기결정권이 현저히 제한받는 불이익을 초래한다. 이 사건 법률조항들은 과잉 금지

의 원칙에 위배하여, 의료기관 개설을 통하여 생활의 기본적 수요를 충족하고 지속적인 소득활동을 하고자 하는 의료인 아닌 자 또는 영리법인의 직업 선택의 자유를 실질적·전면적으로 제한하고 의료소비자의 의료기관 선택권을 침해한다.’

나. 영리병원과 영리법인병원의 개념적 구분

영리법인병원 관련 개설권 규제를 완화하는 것에 관해 부정적인 의견은 ‘영리추구로 병원의 이익을 최대의 목표로 삼게 됨에 따라 수익성이 떨어지는 필수 의료서비스를 외면하거나 저소득계층 환자에 대한 진료기피(cream-skimming)를 행할 것’이라는 우려로 대표된다(감신[2004]).

이는 양극화에 대한 논의로 이어진다. 예를 들어, 비급여서비스와 특실·식대·부가서비스 등을 중심으로 특정 분야와 병원에서 서비스 향상이 이루어지면서 의료기관 간 불균형이 심화되는 의료양극화가 나타난다는 것이다. 민간자본이 소유·운영하는 대형 영리병원이 우월한 위치에서 중소병원들을 인수·합병함으로써, 특히 치과, 안과, 성형외과 등의 건강보험 비급여가 비교적 큰 의료시장을 독과점적으로 지배하게 될 것이기 때문에, 결국 의료산업화는 고소득층을 위한 고급의료만을 발전시키는 의료양극화를 야기하게 된다는 우려이다.

또한 진료비 상승에 따른 의료접근도의 저하, 영리적 의료행위의 증가로 인한 의료 질 저하와 낭비, 인수합병의 활성화에 따른 고용불안정의 문제와 의료취약지역의 발생, 민간보험의 영향력 강화에 따른 환자 선택의 폐해 등도 우려되고 있다(신영진[2009]).

그런데 주목되는 점은 이런 논의들이 대부분 영리추구병원의 경영방식에 대한 우려라는 점이다. 우리나라의 경우 이미 의료기관의 상당수가 영리병원으로 활동 중이며, 현재 도입을 검토하고 있는 것은 ‘법인격’의 도입이다. 따라서 현재의 맥락에서 영리병원 일반의 특성을 우려하는 것은 법인격 도입에 관한 정책방향을 논의함에 있어 적절성이 인정되기는 어렵다.

통계에서 보듯이 우리나라는 이미 많은 개인병원(영리기관)과 (실제적으로 영리병원과 동일한) 비영리병원이 존재하고 있다. 요양병원을

제외한 병원급 의료기관 중 개인병원은 병원 수에서 57.5%, 병상 수의 34.6%, 의료법인은 병원 수의 25.8%, 병상 수의 30.8%를 차지한다(표 4-6, 표 4-7). 따라서 ‘다수의 영리의료기관이 포진하고 있는 상황에서 법인격 영리기관이 진입하는 효과’를 ‘영리기관이 의료체계에 새로 도입되는 것’과 등치하는 것은 부적절하다.

〈표 4-6〉 설립 구분별 병원 수 현황

(단위: 개, %)

	종합 병원	병원	요양 병원	전체 병원		요양병원 제외	
				계	비율	계	비율
전 체	314	1,195	707	2,216	100	1,509	100
공공-계	60	45	43	148	6.7	105	7.0
국공립	5	32	41	78	3.5	37	2.5
국 립	3	10	0	13	0.6	13	0.9
시 립	2	9	14	25	1.1	11	0.7
도 립	0	4	22	26	1.2	4	0.3
공 립	0	9	5	14	0.6	9	0.6
그 외 공공	55	13	2	70	3.2	68	4.5
지방의료원	29	6	1	36	1.6	35	2.3
특수법인	26	7	1	34	1.5	33	2.2
민간-계	254	1,150	664	2,068	93.3	1,404	93.0
민간법인	186	351	290	827	37.3	537	35.6
학교법인	64	10	2	76	3.4	74	4.9
사단법인	0	3	10	13	0.6	3	0.2
재단법인	20	23	12	55	2.5	43	2.8
사회복지	2	23	24	49	2.2	25	1.7
회사법인	0	1	0	1	0.0	1	0.1
의료법인	100	289	217	606	27.3	389	25.8
기타법인	0	2	25	27	1.2	2	0.1
민간개인	68	799	374	1,241	56.0	867	57.5

자료: 대한병원협회, 『전국병원명부』, 2009.

〈표 4-7〉 설립 구분별 종별 병상 수 현황

(단위: 개, %)

	종합 병원	병원	요양 병원	전체 병원		요양병원 제외	
				계	비율	계	비율
전 체	129,672	160,534	78,173	368,379	100	290,206	100
공공-계	25,851	13,303	5,773	44,927	12.2	39,154	13.5
국공립	2,320	10,397	5,519	18,236	5.0	12,717	4.4
국 립	1,541	6,058	0	7,599	2.1	7,599	2.6
시 립	779	2,907	2,012	5,698	1.5	3,686	1.3
도 립	0	887	2,967	3,854	1.0	887	0.3
공 립	0	545	540	1,085	0.3	545	0.2
그 외 공공	23,531	2,906	254	26,691	7.2	26,437	9.1
지방의료원	7,320	807	80	8,207	2.2	8,127	2.8
특수법인	16,211	2,099	174	18,484	5.0	18,310	6.3
민간-계	103,821	147,231	72,400	323,452	87.8	251,052	86.5
민간법인	87,633	62,968	32,818	183,419	49.8	150,601	51.9
학교법인	40,775	765	167	41,707	11.3	41,540	14.3
사단법인	0	150	767	917	0.2	150	0.1
재단법인	10,566	2,772	1,346	14,684	4.0	13,338	4.6
사회복지	2,161	3,929	2,448	8,538	2.3	6,090	2.1
회사법인	0	30	0	30	0.0	30	0.0
의료법인	34,131	55,209	25,774	115,114	31.2	89,340	30.8
기타법인	0	113	2,316	2,429	0.7	113	0.0
민간개인	16,188	84,263	39,582	140,033	38.0	100,451	34.6

자료: 대한병원협회, 『전국병원명부』, 2009.

다. 비영리병원의 우월성 여부

비영리법인의료기관이 영리기관보다 공익적으로 활동한다면, 전체 사회적인 견지에서 법인영리병원을 제한하는 것이 긍정적인 의미를 가질 수 있다. 더구나 보건의료부문은 사회적 자본(social capital)으로서의 역할을 추구하는 공익성을 보유하고, 공적제도하에서 존재한다. 즉, 개별 의료기관이 내적, 외적으로 시장원리에 충실할 수 있도록 환경을 조성하는 한편, 공공적 성격 및 사회적 책임을 달성하기 위한 공정성, 투명성, 책임성에 관한 방안이 검토되고 논의되는 것이 필요하다.

그러나 종교나 자선 등 공익적 목표를 위해 설립된 서구의 비영리병원도 시장경쟁환경 속에서 영리기관과의 차별성이 점차 희석되고 있다고 관찰된다. 따라서 비영리기관이 본질적으로 공익에 부합할 것으로 간주하는 것은 부적절하며, 영리법인과 크게 다르지 않다는 것은 인정하면서, 사회적으로 바람직한 방식으로 활동하도록 세제나 보조금 등 혜택을 부여하는 것이 중요하다는 것이다. 이를 위해서는 활동에 따라 선별적으로 혜택이나 보상을 부여하는 것이 효과적이며, 비영리법인 전체를 우대하는 것은 효과적이지 않다고 지적되고 있다(Hansman et al.[2002]).

반면, 우리나라의 비영리병원은 1973년 영리법인을 금지시킨 의료법 개정 후, 강제로 만들어진 비영리병원이다. 자선이나 종교 등의 설립목적에 뿌리를 둔 서구의 비영리기관과는 출발부터 달랐다고 할 수 있다. 더구나 가장 중요한 비영리기관의 원칙인 분배금지원칙, 즉 사적이익을 추구하는 것을 금지하는 원칙은 우리나라의 의료법인에서 그다지 존중되지 않고 있다. 개인병원의 규모가 커지면서 비영리기관으로 전환한 의료법인은 여전히 병원장의 소유물로 인정되고 있으며, 이사회를 통해 실제적인 상속도 빈번히 이루어지고 있기 때문이다.

당연하게도, 이런 상태에서 비영리의료기관이 공익적 활동에 관심을 갖기를 기대하는 것은 어려울 것이다. 그런데도 비영리법인에 대한 세제혜택은 모든 비영리법인기관에 부여되고 있다. 공익기관으로 출발한 서구의 비영리기관에 대해서도 실제의 활동에 따라 정부가 혜택을 부여할지 여부를 선별해야 한다는 데 동의하고 있는데, 우리나라의 경우 공

익적 활동과 거리가 먼 모든 비영리법인에 대해 공적인 지원이 제공되고 있는 것이다.

비영리기관에 대해서는 의료기관뿐 아니라, 교육기관, 문화단체 등 우리나라의 비영리부문 전체가 유사한 문제를 갖고 있는 것으로 알려져 있어 향후 심도 깊은 검토와 재편이 필요할 것이다. 그러나 여기서는 의료서비스부문이 개설권 제한과 관련하여, 비영리법인이 본질적으로 영리법인보다 우월하다고 인정한 후, 영리법인을 금지하는 정책의 합리성 여부를 주로 검토할 것이다.

1) 비영리병원의 개념

「민법」 제32조에 의하면 비영리법인이란 학술, 종교, 자선, 기예, 사교, 기타 영리 아닌 사업을 목적으로 하는 사단법인 또는 재단법인을 말한다. 「민법」에서 규정하고 있는 비영리법인 이외에도 특별법에 근거하여 설립되는 특수 비영리법정도 있다. 그러나 이러한 비영리법인의 설립목적이나 기능은 「민법」 제32조에 의거하여 설립되는 비영리법인의 설립목적이나 기능과 유사하다.

「법인세법」은 비영리법인의 범주를 포괄적으로 규정하고 있는데, 우리나라의 「법인세법」 제1조 제1항 단서에는 “내국인으로서 민법 제32조 또는 사립학교법 제10조 규정에 의하여 설립된 법인과 기타 특별법에 의하여 설립된 법인으로써 민법 제32조 규정에 의한 법인과 유사한 설립 목적을 가진 법인을 비영리내국법인”이라고 규정하고 있다.

「법인세법」의 규정에 의하면, 「민법」 제32조상의 사단법인과 재단법인, 「사립학교법」 제10조에 의한 학교법인은 아무런 조건 없이 비영리법인으로 취급되나, 「의료법」 또는 「공익법인의 설립 및 운영에 관한 법률」 등과 같은 특별법에 의하여 설립되는 법인은 당해 법인의 설립목적에 따라 비영리법인일 수도 있고 영리법인일 수도 있다(박민[2001]).

일반적으로 「민법」 제32조에 의하여 설립된 사단법인이나 재단법인 등은 비영리법인으로 보고, 「상법」에 의하여 설립된 법인은 영리법인으로 본다. 이러한 구분은 법인의 설립목적이나 실질적인 활동과는 관계 없이 법의 형식을 중심으로 비영리법인과 영리법인을 구분하기 때문에 ‘법형식에 의한 구분’이라 일컫는다. 병원의 경우는 의료법에 근거하여

설립된 의료법인이기 때문에 이러한 법형식에 의한 구분은 구체적인 근거를 제시하지 못한다.

법형식이 아니라, 법인의 실질적인 활동이나 설립목적에 의하여 구분하는 것은 ‘실질적인 내용에 의한 구분’이다. 우선 출연과 출자 여부이다. 주식회사의 주식매입 등과 같이 출자에 의하여 법인의 자본금이 형성되는 경우에는 영리법인이라고 하는데, 이는 출연에 의하여 법인의 자본금을 형성하는 비영리법인과는 명확히 구분된다. 출연이란 기부 또는 증여와 같은 뜻으로 무상으로 재산을 이전하는 행위이다. 따라서 출연은 반대급부가 없으며, 그 출연에 대한 배당이나 잔여재산에 대한 청구권도 없다. 이에 반하여 출자는 현금 또는 현물의 소유권을 법인에 이전하는 대가로 주식이라는 유가증권을 받는 유상이전이다. 이러한 주식의 소유를 통해 배당을 청구할 수 있으며, 법인이 해산하면 잔여재산에 대한 청구권을 행사함으로써 출자를 회수할 수 있다.

잔여재산분배청구권도 중요하다. 특별법인이 해산하거나 합병되어 소멸되는 경우에 출연자 또는 출자자가 잔여재산청구권을 갖는 경우에는 영리성이 있다고 판단되며, 일반적으로 비영리법인의 경우에는 잔여재산을 국고에 귀속시키거나 비슷한 목적을 가진 다른 비영리법인에 귀속시키는 것이 특별법인의 설립 허가조건이므로 잔여재산청구권을 행사할 수 없다(non-distribution constraint).

원론적으로 사회적 관점에서 비영리기관이 의의를 가지는 근거로는 ① 정보 비대칭성의 해소 및 ② 공공재의 공급이 거론된다

첫째, 정보 비대칭성 해소(trust signal)의 관점에서 보면 의료서비스는 공급자의 전문성이 매우 높다는 특징이 있어 소비자들은 그 품질을 판단하기 어렵고, 이러한 정보 비대칭성을 이용하여 영리기관은 품질을 낮추거나 비용을 부풀려 이윤을 극대화할 여지가 있다. 반면, 비영리기관은 분배금지조항(non-distribution clause)으로 인해 이윤동기가 없으므로 보다 정직하게 소비자의 이해에 부합하는 서비스를 제공할 수 있다는 것이다. 즉, 비영리기관의 1차적 소유주는 국가 또는 지역사회라 해석되며, 소비자들이 국가 또는 지역사회라는 대리인(agent)을 통해 비영리기관을 간접적으로 소유함으로써 정보 비대칭성의 문제를 해결한다고 볼 수 있다.

그러나 비영리의료기관의 경우에도 정보 비대칭성을 이용하여 소비자의 이득을 희생하고 자신의 이득을 증대시킬 가능성이 존재한다. 노동강도를 낮추거나, 근무시간을 단축하거나, 장기휴가제도를 만들거나, 사무실환경을 개선하거나, 부가급여(fringe benefit)를 늘리는 등의 행태가 나타날 수 있다.

둘째, 공공재의 공급이라는 관점에서 보면 비영리법인은 국가의 정책적 목적을 대신하는 역할을 수행하는데, 그러한 역할로는 취약계층 진료, 할인 진료, 연구와 교육 기능을 들 수 있다. 그러나 비영리기관을 통해 공급되어야 할 공공재가 구체적으로 무엇인지에 대해서는 명확한 기준이 마련되어 있지 않다. 미국에서는 세제혜택을 받는 비영리기관들이 충분한 공익적 기능을 수행하지 않고 있다는 비판이 끊임없이 제기되어 왔으며, 이 과정에서 공공재를 명확히 규정하려는 시도가 있어 왔다. 많은 연구는 비영리기관이 생산하는 공공재의 가치는 이들이 받는 세제혜택보다 작다는 결과를 제시한다. 이런 논란에도 불구하고 아직까지 연방정부가 정의한 공공재('community service')는 조작적 구체성을 결여하고 있으며, 연방정부 및 각 주정부가 정의한 공공재의 내용이 서로 다른 상태이다. 최근 연방정부의 내국세청(IRS)은 보다 명확히 공공재를 정의하여 세제혜택과 직접적으로 연계시키고자 시도하고 있다 (GAO[2005]; IRS[2009]).

2) 미국의 비영리병원

미국은 비영리의료기관이 발전한 대표적 사례인 동시에 민간부문 주도 의료시스템을 갖추고 있어, 우리에게 직접적인 시사점을 제공한다. 미국의 경우 다른 나라와 달리 시장의 기능을 강조하는 시장중시의 사고가 의료제도에 반영되어 있다. 미국은 국민 전체를 대상으로 하는 사회보험제도는 존재하지 않으며, 국민의 대다수는 민간의료보험에 가입하고 있고, 보험료(insurance premium) 및 진료가격도 시장의 자율가격으로 형성되고 있다. 병원의 설비투자, 임원의 급여 등에 대해서도 제한을 두고 있지 않아 다른 선진국과 비교해서 병원에 대한 규제가 다소 적은 편이라고 할 수 있다.

이런 구조 속에서 미국의 병원은 지역의 사회적 소외계층을 위하여

자선의료(charitable care, uncompensated care)를 통해 적극적으로 대응하는 등 지역 지향적인 사고와 이에 따른 행태가 강하게 나타난다. 지역에 거주하는 주민도 기부, 봉사활동 등의 지원에 대단히 적극적이다. 즉, 병원의 지역공헌과 더불어 지역주민의 지원이라는 관계가 자연발생적으로 생성되어 오늘날에 이르고 있는 실정이다. 공적 지원 및 지역주민의 지원으로 민간비영리병원이 약 60% 가량을 차지하고 있어 의료서비스 공급의 주된 역할을 담당하고 있다고 할 수 있다.

미국의 민간비영리병원은 크게 공공소유 비영리병원(public-owned nonprofit hospitals), 민간비영리병원(private nonprofit hospitals)으로 구분된다. 공공소유 비영리병원은 시립병원 등의 공립병원 등을 말하는 것이 아니고, 말 그대로 민간비영리병원으로 주민 기부 등을 근거로 설립된 병원이다. 민간비영리병원은 여러 가지의 형태와 내용으로 종교단체와 관련된 병원들(religious nonprofit hospitals)을 일컫는다.

이 중 민간비영리병원은 많은 교회 및 자선단체가 만든 구빈시설을 출발점으로 삼고 있다. 이러한 역사로부터 미국의 민간비영리병원은 소유자가 존재하지 않고 발생한 이익에 대한 배분이 이루어지지 않기 때문에 현실적으로 비영리기관이다. 미국의 비영리병원에서는 급여의 상한에 대하여 정해진 가이드라인이 존재하지는 않지만, 과도한 급여의 지급은 제한되어 있다. 실무적으로 살펴보면, 병원은 급여의 결정과정에서 외부의 컨설턴트를 이용하여 법 외의 급여지급은 엄격히 제한하고 있다. 컨설턴트는 해당 지역이나 전국의 직업별(CEO, CFO, 의사, 간호사 등) 급여에 관한 자료를 수집하여 해당 지역 병원의 특성(예를 들어, 위치, 병상 수, 사장점유율, 수익률, 체인 혹은 단독병원 여부 등)으로부터 해당 병원의 전략 등을 검토하여 급여 수준이 평균치보다 높은 것이 바람직한지 아니면 낮은 것이 바람직한지에 대하여 조언을 한다. 의료기관은 컨설팅 회사에 자신의 직업별 급여데이터를 제공하는 대신, 해당 지역이나 전국 직업별 평균 급여를 참조하는 것이 가능하다. 이와 같이 의료수입과 비교하여 임원의 급여가 지나치게 높은 경우가 거의 발생하지 않게 되는 시스템을 지니고 있다.

미국의 병원에서는 감시기능을 하는 기구로서 이사회가 작동하고 있는데, 이사장은 친족이 아니어야 하며 세습도 되지 않는다. 이사회는 구

성원으로는 병원 이사장, CEO 등 병원내부관계자, 지역주민(사업가, 자산가 등의 지역명사 또는 지역사회단체 등)으로 구성되어 있다. 이러한 측면에서 볼 때, 우리나라와는 크게 다르다고 할 수 있다. 외부 이사회 멤버는 보수를 받지 않는 명예직으로 규정되어 있다.

정보공개에 대해서 해당 병원 및 이사회가 직접적으로 주민에 대해 수행해야 할 법적인 의무는 없다. 다만, 501(c) 3개 조직 비영리법인의 기본적인 요건으로, 1) 개인이익에 귀속되지 않은 공익사업의 수행, 2) 정치활동, 정치헌납, 로비활동 금지, 3) 자산분배 및 과잉의 급여지급 금지, 4) 해산 시 개인재산 배분 금지가 이에 해당함(비과세조직)은 비과세조직단체의 홈페이지에 간단한 재무내용을 공개해 두어 주민이 자유롭게 열람할 수 있도록 할 수 있다.

한편, 지역주민과의 협의회는 반드시 설치하도록 명시되어 있으며, 회계감사에 관해서도 주(州) 수준에서 의무사항으로 되어 있다.

모든 병원에 공히 적용되는 것은 아니지만, 면세병원채로 불특정다수로부터 자금조달을 받을 수 있으며, 자격부여 등 회계상에 있어서도 제3자의 감독을 강화하는 기능을 하고 있다.

JCAHO(Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations)의 인증을 받지 않으면 메디케어로부터 보험상환을 받을 수 없다. 또한 NCQA(National Committee for Quality Assurance)에 의한 민간보험회사 체크에 있어 병원이 데이터를 제출하지 않으면 보험회사와 계약을 맺을 수 없는 등 병원경영이 법적으로 하자가 없는지, 혹은 제공하는 의료서비스의 질이 보장되는 조직적 구성을 취하고 있는지 등 외부기관에 의하여 세밀하게 점검되고 있다.

또한 비과세로 되기 위해서는 IRS(Internal Revenue Service)가 정의하는 501(c) 조직으로 인정받아야 하며, 이러한 인정을 받고 유지하기 위해서도 이사장에 대한 과도한 급여지출 등은 원칙적으로 불가능하도록 구성되어 있다. 이와 같이 정보공개나 제3자에 의한 평가 등은 우리나라의 경우보다 상당히 발전된 형태이며, 이를 통하여 비영리병원의 경영에 대한 투명성을 확보하고 있다고 할 수 있다.

〈표 4-8〉 미국 민간비영리병원의 거버넌스

	민간비영리병원
주기별 배당 금지 해산 및 탈퇴 시 배당 금지	있음 있음
실질배당방지책 (병원의 중역에 대한 보수 규제)	없음 단, 컨설턴트에 의한 평가, 지역주민 대표에 의한 거버넌스는 존재
이사회 임원구성에서 친족규제	있음
정보공개	지역주민대표에 의한 거버넌스 존재 비과세조직협회의 인터넷에 의한 공개
감사	있음
영리사업에 대한 규정	없음
지역주민과의 협의체 구성	있음
운영비 공적 지원	없음
채무보증	없음
우대세제	있음

민간비영리병원의 일반적인 조직구성은 다음과 같다. 공공소유 비영리병원의 경우는 이사회 구성이 주민 선거로 결정되는 반면, 민간비영리병원의 이사회는 이사회에서 자체적으로 결정한다. 이사회(Board of Trustees) 구성원은 지역기업의 관리책임자(사장), 대학교수, 회계사 등 지역의 영향력 있는 명사들로 구성되며 무보수를 원칙으로 한다. 이사회 구성원 아래에 CEO, CEO 밑에 관리부문과 의료부문이 자리하게 된다.

CEO는 이사회에서 선출되는데, 이러한 조직체계에 관한 법적인 규제는 없으나 이와 같이 지역주민에 의한 경영감시체제를 구축하는 것이 일반적인 민간비영리병원의 조직구성이라고 할 수 있다. 이사회 구성에 있어서는 지역주민과 더불어 자신들이 병원의 주인이라는 의식을 가지

고 있는 기부자 및 지원자 등의 지원이 두드러지게 관찰된다. 이러한 이유 때문에 민간비영리병원은 지역주민의 의사를 존중하지 않을 수 없는 구조라고 할 수 있다. 미국의 민간비영리병원의 거버넌스가 가지는 가장 두드러진 특징은 지역주민에 의해 거버넌스가 잘 작동하고 있다는 점일 것이다.

한편, 민간비영리병원에 근무하는 의사의 상당수는 개업의이고, 이들은 해당 병원과 계약하고 병원에 종사하기 때문에 병원과 의사가 상호 감시하는 체제를 유지할 수 있으며, 의료종사자의 직업윤리가 확립될 수 있는 체제라고 할 수 있다.

미국의 비영리병원의 이사회에 지역사회 대표가 참여하는 형태, 그리고 비영리병원에 대한 비과세 혜택, 발생한 잔여소득에 대한 지역 환원 경영의 구조를 취하고 있는 점, 그리고 이사회가 경영 및 운영에 대한 감독을, 관리부문은 경영 및 운영을 실제로 수행하는 역할로서 상호 분리가 되어 경영감시 및 경영 건전화가 이루어지고 있다고 볼 수 있다(Salamon[1999a, 1999b], 조창익[2009]에서 재인용).

3) 비영리기관의 목적과 특성에 관한 기존의 연구

비영리의료기관에 관한 연구들은 초기에 비영리기관의 공익적 목표와 활동 등 영리기관과 구별되는 특성을 강조한 반면, 이후의 연구들은 시장경쟁환경 속에서 비영리기관이 영리기관과 큰 차이를 보이지 않는다는 점을 중시하는 추세이다.

대표적인 초기연구인 Arrow(1963)는 수요자와 공급자 간에 정보 비대칭이 존재하는 의료시장에서 의료서비스의 질을 보장하는 데에 비영리병원의 형태가 유용할 수 있다고 밝혔다. 즉, 분배금지제약(non-distribution constraint) 자체가 비영리병원으로 하여금 정직한 행위를 담보할 수 있다는 것이다. 그리고 이를 확대 해석하면, 비영리병원의 비율이 시장에서 커지면 커질수록 영리병원이 환자를 대상으로 보다 양질의 의료서비스를 제공할 유인이 커져, ‘선한 것이 악한 것을 구축한다’는 ‘역(逆) 그레샴의 법칙’이 통용된다는 것이다.

다른 대표적 초기 연구인 Hansmann(1980, 1981) 역시 분배금지제

약으로 인한 순기능을 강조했다. 비영리회사는 법률이 정하는 바에 따라서 발생한 초과이윤 혹은 잔여소득(residual income)에 대한 소유권을 주장할 수 없고, 발생한 이윤은 조직의 목적에 부합하는 활동을 위하여 재투자되거나 조직에 대한 통제력을 갖지 않고 있는 개인들에게 배분된다. 따라서 정보 비대칭성 구조하에서 보다 공적인 목적에 부합하는 방식으로 행동한다는 정보를 전달한다는 것이다(trust signal).

반면, Pauly and Redisch(1973)는 비록 의료시장이 불완전(incomplete)할지라도 비영리병원이 영리병원보다 우월하지는 않을 것이라는 관점을 제시하기 시작한 연구이다. 이들 연구의 핵심은 비영리기관 내부 인력의 인센티브로 인해 비영리의료기관의 경우에도 정보 비대칭성을 이용하여 소비자의 이득을 희생하고 자신의 이득을 증대시킬 가능성이 존재한다는 것이다. 예를 들어, 의사는 병원의 의료서비스 생산량을 상당 부분 통제하고 결정하며 병원의 다른 의료인력(예컨대, 간호사, 의료기사, 행정직원 등)보다 강한 권한을 가진다. 이에 기반하여 이들은 노동강도를 낮추거나, 근무시간을 단축하거나, 장기휴가제도를 만들거나, 사무실환경을 개선하거나, 부가급여(fringe benefit)를 늘리는 등 의사집단의 이해관계에 부합하는 형태와 보수를 보장하기 위해 애쓰는 행태를 보인다는 것이다.

동일한 시장환경에서 영리기관과 경쟁해야 하는 비영리의료기관이 영리기관과 실제적인 차별점을 갖기 어렵고 시장의 경쟁압력에 대하여 그다지 자유롭지 못하다는 점은 다양한 맥락에서 지속적으로 지적되고 있다(Horwitz[2005], Grabowski and Hirth[2003], Kessler and McClellan[2000], Keeler, Melnick, and Zwanziger[1999], Frank and Salkever[1994, 2000], Norton and Staiger[1994]). 특히, 영리병원에서 주로 나타난다고 알려져 있는 환자선별행태에 있어서 비영리기관이 차별점을 갖지 않는다는 점도 관찰된 바 있다(Shah et al.[2007]).

Duggan(2000)은 조직이론적 관점에서 병원유형별 행태를 관찰한 연구이다. 흥미로운 점은 병원 간 행태를 결정짓는 것은 병원이 직면한 예산제약의 성격이라는 것이다. 즉, 분배금지제약(non-distribution constraint)으로 규정되는 비영리병원이라 할지라도 영리병원과 마찬가지로 금전

적 유인(financial incentive)에 민감하며, 비영리병원의 관리자가 영리병원의 관리자보다 더 이타적인 성향을 보이는 것도 아니고, 발생하는 초과이익에 대하여 이를 저소득층을 위한 의료서비스를 확충하는 데에 사용하는 것으로 예상되지도 않는다. 그러나 정부소유병원은 상대적으로 연성계약(soft budget constraint)을 갖기 때문에 민간의 다른 두 가지 형태의 병원들(영리, 비영리)과는 차이가 있다는 것이다. 예를 들어, 지방정부 입장에서는 공공병원시설의 수익이 증대하면 우선적으로 보조금을 삭감할 가능성이 커진다. 이러한 관점에서 공공병원은 환자진료로부터 발생하는 병원의 수익성에 대하여 그다지 민감하지 않다는 것이다.

Hansmann, Kessler, and McClellan(2002), Chakravarty et al.(2006)은 시장상황에 대한 반응도가 설립유형에 따라 다르다는 점을 관찰했다. Hansmann, Kessler, and McClellan(2002)은 비영리병원이 시장상황 악화에도 불구하고 시장으로부터 퇴출하지 않거나 투자를 조정하지 않아 발생하는 비효율성을 지적했다. 지난 20여 년 동안, 급성기 질환에 대한 병원서비스의 수요가 병원시설 자체(병상 수)보다 훨씬 빠른 속도로 감소하는 추세를 보였는데, 비영리병원에서 다른 유형보다 병원시설 및 설비에 대한 감축 속도가 더디게 발생했다는 것이다. 영리병원이 이러한 수요 감소에 가장 민감한 반응을 보였고, 다음으로 공공병원, 종교 관련 비영리병원 순으로 나타났으며, 비종교 관련 비영리병원의 형태는 네 가지의 병원형태 가운데 유독 둔감한 반응을 보이는 것으로 나타났다. 따라서 병원산업부문에서 유희시설(excess capacity)이 심각한 사회적 인 문제로 인식된다면, 병원산업 내에서 높은 비중을 차지하고 있는 비영리병원이 대부분 그 원인이 될 수 있는 한편으로, 비영리병원의 퇴출을 통하여 병원산업에서의 효율성을 확보할 수 있다는 것이다. 결국 비영리병원과 영리병원은 본질적 차이를 보이지 않았고, 사회정책적인 측면에서 중요한 것은 정부가 이들에게 어떤 정책적 수단을 사용하여 바람직한 행태를 끌어낼 수 있는지의 여부라는 것이다.

비영리병원의 상업화(commercialization)는 빈번히 관찰되는 현상이다(Weisbrod[1998]; Sloan[1998]). 다수의 비영리병원들이 헬스센터, 진료센터 등 영리자회사를 가지고 있으며, 영리회사와의 조인트벤처를 형성하

고 있다(Frank and Salkever[2000]). DRG 코드를 부풀려 상환금액을 증가시키는 ‘upcoding’ 행태에 있어서 영리병원과 비영리병원은 유사한 행태를 보인다고 관찰된다(Silverman and Skinner[2001]).

4) 영리병원과 비영리병원 성과비교에 대한 기존 연구

영리병원과 비영리병원의 성과를 비교한 연구들은 ‘영리는 이미 허용한 상태에서 영리법인병원을 새로 도입할지가 이슈화되어 있는’ 우리나라에서는 정책적인 면에서 큰 시사점을 갖지 못한다. 그럼에도 불구하고, 영리병원과 비영리병원의 성과에 관해서는 그간 지나치게 이념지향적인 평가들이 이루어져 왔기 때문에 기존에 축적된 연구들을 검토해보는 것은 나름의 의미를 가질 것으로 판단된다.

영리병원의 효과에 관한 분석은 전체 시스템에 미치는 효과와 개별 기관의 성과에 관한 분석으로 이루어지는데, 의료시스템 전체에 대한 함의를 위해서는 이 중 시스템 내에서의 행태 및 효과를 관찰하는 것이 보다 중요한 의미를 가짐에도 불구하고, 시스템에 미치는 종합적 효과는 기존 의료시스템의 다양한 측면과 연관되어 있기 때문에 영리기관의 효과를 구분해 내기 매우 어렵다.

대부분의 연구들은 개별 기관의 성과비교에 치중해 왔는데, 영리병원과 비영리병원의 성과에 관한 논쟁은 수십 년에 걸쳐 진행되어 왔으나, 아직도 명쾌한 결론에 이르지 못하고 있다. 최근에는 소유형태에 따른 차이를 발견하려는 시도의 유용성 자체가 의심받고 있는 상황이다(Horwitz and Nichols[2007]). 이는 주로 개별 기관 비교를 통한 미시적 연구의 실증적 분석이 용이하지 않기 때문이다. 과거 어느 한쪽의 우월함을 제시한 연구들은 실제로 심각한 통계분석적 문제점을 노정하고 있다.

개별 기관의 성과비교에 대해서는 미국에서 많은 연구가 진행되었으며, 다양한 연구결과들이 존재하나 개별 기관의 비용과 서비스 품질에 관한 실증분석결과들에 대한 신뢰도는 높지 않다. 제대로 평가하기 위해서는 ① 서비스 품질지표 불명확, ② 소비자 만족도, ③ 진료과정에 대한 종합적 분석이 필요하며, 환자구성(patient mix) 및 병원위치 통계의 어려움, ④ 임상질 지표 선택의 어려움 등 다양한 요인에 대한 통제

가 필요하다(Cutler[2002]).

최근의 연구들은 비영리부문과 영리부문 사이에 존재하는 편차보다 각 부문의 내부에 존재하는 편차가 더 크며, 병원 위치 등 소유형태 외의 다른 요소의 영향이 월등히 크다는 결과들을 제시하고 있다. 1980년대 민영화 논쟁에서 공공병원과 민간병원의 성과를 비교하려 했던 시도에 대해서도 소유형태별 상대적 성과에 관한 논쟁이 이데올로기적 기반에 의해 심하게 오염되곤 한다는 점이 공유된 바 있다(Barr[1992]). 더구나 소유형태와 상관없이 각 그룹 내에서 기관별 성과의 효율성의 격차는 매우 크기 때문에 그룹 간의 우열을 판단하는 것이 큰 의미를 갖지 못한다는 것이다.

비영리병원과 영리병원의 비교는 경쟁정책과 관련한 법원의 판례에서도 자주 등장한다. 병원의 합병이 가격 상승 등 바람직하지 않은 영향을 가져왔는지를 검토하여 ‘반경쟁적인지’를 판단하는 법원 판결은 1990년대 후반까지 비영리병원과 영리병원을 차별적으로 대우했다. 즉, 영리병원의 합병은 시장지배력의 남용으로 가격 증가를 가져오지만 비영리병원의 합병은 가격인상효과가 나타나지 않는다는 것이다. 그러나 이러한 판결의 근거가 된 Lynk(1995)는 이후 많은 연구들에 의해 문제점이 지적되었고, 비영리병원 역시 합병으로 인한 시장지배력을 영리병원과 동일한 방식으로 활용한다는 것이 다수 관찰되었다(Keeler, Melnick, and Zwanziger[1999]; Dranove and Ludwick[1999])

또한 영리병원 간의 경쟁이 심해질 경우 가격이 상승하는 등 왜곡현상이 나타난다는 주장은 영리병원이 전체 의료시스템에 부정적인 영향을 미친다는 근거로 사용되어 왔다. 그러나 최근의 연구들은 시장 내 경쟁의 심화와 가격 간의 관계는 경쟁의 속성에 따라 달라짐을 보여주고 있다. 1980년대까지 환자를 의뢰하는 의사들을 확보하기 위해 경쟁이 이루어졌을 때는 경쟁 심화가 장비경쟁(medical arms race)과 가격상승을 초래했던 것에 비해(Robinson and Luft[1985]), 보험자와 환자를 대상으로 경쟁하게 된 이후에는 경쟁 심화가 가격하락으로 이어지고 있다는 관찰이 제시되고 있다.

Keeler, Melnick, and Zwanziger(1999)는 시장경쟁과 가격 간의 관계를 관찰했다. 과거에는 의료서비스부문의 가격과 시장경쟁 간 관계가 양(+)

의 관계, 즉, 경쟁이 강화되면 가격이 올라간다고 알려져 있었다. 이들은 보험자와 공급자의 선별적 계약관계를 처음으로 도입한 캘리포니아의 경우를 관찰한 결과, 경쟁이 심하고, HMO의 시장점유가 높은 곳에서 간의 비용이 느리게 증가하는 것으로 나타났다. 이는 병원이 보험자를 위해, 즉 환자를 확보하기 위해 가격경쟁을 하게 되어, 의사를 확보하기 위해 경쟁하던 과거와 달리 경쟁과 가격의 관계 간의 음(-)의 관계를 보이게 되었다는 것이다. 이 연구에서처럼, 의료서비스부문에 경쟁의 정도가 가격에 어떤 영향을 미치는지를 단정하는 것은 무의미하며, 경쟁의 속성을 살펴보는 것이 중요하다는 것은 이제 널리 동의되고 있다.

Dranove, Shanley, and White(1993) 역시 정보가 충분하고 가격에 예민한 보험자와 사용자가 창출되어 경쟁이 가격을 낮추게 되는 구조를 지적했다. 즉, 경쟁이 왜곡되지 않은 방식으로 발생하지 않을 때, 경쟁이 가격에 미치는 영향은 달라지게 된다는 것이다.

라. 우리나라의 비영리법인

우리나라에서는 비영리기관의 공익적 역할에 대한 논의가 전무한 실정이며, 병원 설립유형별로 어떠한 차이가 있는지에 대해 분석이 이루어지지 않았다. 병원유형별로 취약계층 진료비를 분석해 보면, 공공병원의 의료급여환자 진료 비중이 민간병원보다 높으나, 민간병원 세부 유형에서는 비영리기관이 영리기관보다 높지 않은 것으로 나타난다(표 4-9). 즉, 공공병원의 의료급여환자 비중은 15.7%, 민간병원은 10.6%이고, 개인병원은 12.3%, 의료법인은 13.4%, 학교법인이나 사회복지법인 등 그 외 법인은 8.1%이다. 따라서 개인병원과 비영리법인 간의 차이는 불명확하다.²⁴⁾

24) 분석의 대상은 환자조사 데이터(2005)를 이용하여 100명상 이상 병원 714개의 퇴원 환자 320,941명이었다. 환자조사 데이터의 기관정보는 법인유형이 세분되어 있지 않기 때문에 병원 위치를 이용하여 대한병원협회(KHA) 병원명부와 매치하였다. 그리고 공공병원은 국립대학과 그 외 국공립의 두 가지로, 민간병원은 개인과 의료법인, 그 외 법인의 세 가지로 재분류했으며, 그 외 국공립은 '국립대'를 제외한 공공병원(국립, 공립, 시/도/군립, 특수법인, 지방공사 등)이며, 민간 중 그 외 법인에는 학교법인, 사회복지법인, 재단법인을 포함시켰다.

<표 4-9> 설립유형별 진료비 지불방법 비중(환자 수 기준)

설립유형	진료비 지불방법 유형	인원수					열비중(column %)				
		전체	300명상 미만	500명상 미만	1,000명상 미만	1,000명상 이상	전체	300명상 미만	500명상 미만	1,000명상 미만	1,000명상 이상
전체	계	320,941	115,242	56,955	117,393	31,351	100	100	100	100	100
	건강보험	244,255	76,921	40,588	98,482	28,264	76.1	66.7	71.3	83.9	90.2
	의료급여	36,759	16,094	7,712	10,849	2,104	11.5	14.0	13.5	9.2	6.7
	자보	22,323	16,162	2,881	2,885	395	7.0	14.0	5.1	2.5	1.3
	산재	5,037	2,656	848	1,472	61	1.6	2.3	1.5	1.3	0.2
	기타및자비	12,567	3,409	4,926	3,705	527	3.9	3.0	8.6	3.2	1.7
공공	계	53,180	10,272	14,291	21,609	7,008	100	100	100	100	100
	건강보험	39,196	6,516	9,170	17,162	6,348	73.7	63.4	64.2	79.4	90.6
	의료급여	8,333	2,512	3,040	2,284	497	15.7	24.5	21.3	10.6	7.1
	자보	1,407	497	400	461	49	2.6	4.8	2.8	2.1	0.7
	산재	1,071	443	258	370	.	2.0	4.3	1.8	1.7	.
	기타및자비	3,173	304	1,423	1,332	114	6.0	3.0	10.0	6.2	1.6
민간	계	267,761	104,970	42,664	95,784	24,343	100	100	100	100	100
	건강보험	205,059	70,405	31,418	81,320	21,916	76.6	67.1	73.6	84.9	90.0
	의료급여	28,426	13,582	4,672	8,565	1,607	10.6	12.9	11.0	8.9	6.6
	자보	20,916	15,665	2,481	2,424	346	7.8	14.9	5.8	2.5	1.4
	산재	3,966	2,213	590	1,102	61	1.5	2.1	1.4	1.2	0.3
	기타및자비	9,394	3,105	3,503	2,373	413	3.5	3.0	8.2	2.5	1.7
국립대	계	23,782	1,441	1,773	13,568	7,000	100	100	100	100	100
	건강보험	20,070	1,149	1,293	11,284	6,344	84.4	79.7	72.9	83.2	90.6
	의료급여	2,598	253	447	1,405	493	10.9	17.6	25.2	10.4	7.0
	자보	424	22	20	333	49	1.8	1.5	1.1	2.5	0.7
	산재	135	6	9	120	.	0.6	0.4	0.5	0.9	.
	기타및자비	555	11	4	426	114	2.3	0.8	0.2	3.1	1.6
그외공립	계	29,398	8,831	12,518	8,041	8	100	100	100	100	100
	건강보험	19,126	5,367	7,877	5,878	4	65.1	60.8	62.9	73.1	50.0
	의료급여	5,735	2,259	2,593	879	4	19.5	25.6	20.7	10.9	50.0
	자보	983	475	380	128	.	3.3	5.4	3.0	1.6	.
	산재	936	437	249	250	.	3.2	4.9	2.0	3.1	.
	기타및자비	2,618	293	1,419	906	.	8.9	3.3	11.3	11.3	.
개인	계	60,435	55,622	4,642	171	.	100	100	100	100	100
	건강보험	39,654	36,504	3,057	93	.	65.6	65.6	65.9	54.4	.
	의료급여	7,460	6,472	910	78	.	12.3	11.6	19.6	45.6	.
	자보	9,806	9,317	489	.	.	16.2	16.8	10.5	.	.
	산재	1,581	1,492	89	.	.	2.6	2.7	1.9	.	.
	기타및자비	1,934	1,837	97	.	.	3.2	3.3	2.1	.	.
의료법인	계	75,231	34,992	20,225	14,481	5,533	100	100	100	100	100
	건강보험	55,294	23,053	16,050	11,608	4,583	73.5	65.9	79.4	80.2	82.8
	의료급여	10,060	5,130	2,190	2,123	617	13.4	14.7	10.8	14.7	11.2
	자보	7,122	5,188	1,248	466	220	9.5	14.8	6.2	3.2	4.0
	산재	1,099	571	314	155	59	1.5	1.6	1.6	1.1	1.1
	기타및자비	1,656	1,050	423	129	54	2.2	3.0	2.1	0.9	1.0
그외법인	계	128,738	13,224	17,720	78,984	18,810	100	100	100	100	100
	건강보험	107,566	10,174	12,274	67,785	17,333	83.6	76.9	69.3	85.8	92.1
	의료급여	10,462	1,737	1,532	6,203	990	8.1	13.1	8.6	7.9	5.3
	자보	3,723	990	744	1,863	126	2.9	7.5	4.2	2.4	0.7
	산재	1,256	139	187	928	2	1.0	1.1	1.1	1.2	0.0
	기타및자비	5,731	184	2,983	2,205	359	4.5	1.4	16.8	2.8	1.9

주: 그 외 국공립은 '국립대'를 제외한 공공병원(국립, 공립, 시/도/군립, 특수법인, 지방공사 등)이며, 민간 중 그 외 법인은 학교법인, 사회복지법인, 재단법인인.

우리나라는 원론적인 차원의 문제점 외에도 영리적 목적을 추구하는 기관이 법적으로 비영리기관을 표방해야 하는 특수한 규제환경으로 인해 실제적인 비영리활동을 기대하기 어렵다. 공익적 목적이나 종교적 자선으로 시작된 서구의 비영리기관과 달리 우리나라의 의료법인은 ‘기관의 존립근거가 공익적 활동이라’는 사명의식에서 출발하는 경우가 드물다. 개인의원에서 시작하여 종합병원으로 성장하는 것이 우리나라의 의료기관 성장의 보편적인 경로이며(조병희[1992]), 의료기관이 일정 규모에 도달했을 때, 소득세 액수와 법인세 액수를 비교하여 유리한 선택을 하는 것이 의료법인 전환의 주된 이유로 관찰된다. 분배금지 조항에도 불구하고, 실제로는 프리미엄을 얻은 이사회 거래 등을 통하여 상속이 이루어지고 있기 때문에 trust signal의 역할을 수행할 유인이 없다.

그런데 사회적으로도 공익적 역할을 수행하는지 여부와 관계없이 세제혜택이 주어지고 있어 이들이 개인병원과 다른 행태를 보이는 것을 기대하기 어렵다. 이는 비영리병원과 영리병원이 본질적인 차이를 가질 것을 기대하는 대신, 적절한 정책수단을 통해 비영리병원이 공익적 역할을 하도록 유인해야 한다는 최근의 논의 경향과 부합하지 않는다.

<표 4-10>은 개인병원과 비영리법인의 규정과 세제혜택을 비교하고 있다. 비영리병원의 경우 실제의 활동과 상관없이 소득금액 전액을 목적사업 준비금으로 인정하여 법인세 면제혜택을 받고 있다. 의료법인의 경우에는 50%의 혜택을 받고 있다. 취득세, 등록세, 지방세 등의 혜택도 부여된다.

이들에게 부여되는 혜택이 기본적으로 ‘정부를 대신하여 공익적인 기능을 수행하는 의료기관’이기 때문이라면, 실제의 활동을 판단근거로 삼아 혜택부여 여부를 결정해야 할 것이다. 물론 일상적인 진료활동 역시 공익성을 갖는 영역이나, 이 영역은 개별 의료기관이 수익을 창출하는 방식으로 수행하고 있으므로 별도의 공적 보상이 필요하다고 판단하기는 어렵다. 지역사회에 대한 서비스, 교육기능, 취약계층 진료 등 구체적인 목적을 명시하게 한 후, 이를 실제로 추진했는지를 모니터링하는 것이 필요하다. 현재 복지부가 공시하는 표준정관 역시 제2조(목적)와 제3조(사업)에서 개괄적인 기재만을 요구하고 있어, 구체적 공익활동의

<표 4-10> 개인병원 · 의료법인병원 · 학교법인병원 · 사회복지법인

	개인병원	의료법인병원	학교법인		사회복지법인병원
			교육용 병원	수익용 병원	
병원 성격	의료업 을 목적으로 의료인(개인)이 설립한 사업체	의료업 을 목적으로 의료법에 의해 설립한 법인이 운영하는 의료기관	의료인력 양성을 위한 교육목적 실습병원	학교법인의 재정을 확보하기 위한 수익 사업체	사회복지법인이 목적사업 또는 수익사업을 위해 운영하는 의료기관
관계법	의료법	의료법 민법	사립학교법 의료법 민법	사립학교법 의료법 민법	사회복지사업법 의료법 민법
법인 이사 · 감사 선임제한		이사회 구성 중 특수 관계자 수는 1/3 이내 감사는 이사와 특별한 관계가 아닌 자	이사는 민법상 친족관계나 처의 3촌 이내의 자가 그 정수의 2/5 이내 감사는 민법상의 친족관계나 처의 3촌 이내의 자가 아닌 자		이사회 구성 중 특수 관계자 수는 1/3 이내 감사는 이사와 특별한 관계가 아닌 자
세제혜택	없음	법인세: 소득금액의 50%까지 목적사업 준비금 인정 취득세, 등록세: 비과세(특별시, 광역시, 도청소재지 지역 과세) ※ 2000년 이후 과세 지방세: 감면	법인세: 소득금액 전액 목적사업 준비금 인정 취득세, 등록세: 비과세 지방세: 사용·용도에 따라 면세	법인세: 소득금액 전액 목적사업 준비금 인정 취득세, 등록세: 과세 지방세: 감면	법인세: 소득금액 전액 목적사업 준비금 인정 특정물품감면세: 사회복지법인이 운영하는 재활병의원에서 장애인 진단 및 치료를 위한 의료요구

자료: 전현희 외(2005).

〈표 4-11〉 설립형태별 의료이익률 및 경상이익률(2007년)

(단위: %, 백만원)

		의료 이익률(%)			경상이익률(%)	
		의료이익	의료수익	의료비용		
국공립		-5.5	-201,803	3,643,037	3,844,841	-2.0
민간	전체	3.1	411,041	13,237,986	12,826,945	0.8
	법인	2.5	303,016	12,210,861	11,907,845	0.2
	개인	10.5	108,026	1,027,125	919,099	8.0

주: '민간개인'의 경우 병원장의 인건비(1인 이상)가 비용에 포함되지 않음.

자료: 한국보건산업진흥원, 『의료기관회계기준 운영사업 보고서』, 2009. 3.

명시나 정관을 어겼을 시의 구속력이 부재한 상태이다.²⁵⁾

운영방식에 있어서도 우리나라의 비영리병원은 매우 특수한 모습을 보이고 있다. 대개 개인병원에서 시작하여 사실상의 통제권은 지역주민이 아닌 이사장 개인이 갖고 있는 경우가 대부분이며, 세습이 가능하다. 이로 인해 비영리병원은 상속·증여세를 회피하기 위한 수단으로 흔히 활용된다. 또 수입의 대부분이 건강보험 및 환자본인부담으로 조달되며 중앙정부나 지방정부의 직접적 지원이 거의 없고, 지역주민에 의한 경영감사가 전혀 이루어지지 않으며 지역의 개원의와도 무관하게 운영되고 있다. 더욱이 법인세 과세대상인 수익을 줄이기 위한 편법적 회계처리가 만연하여, 전체 의료체계의 경영불투명성 문제를 심화시키고 있다. 예컨대, 2007년 의료이익률은 개인병원이 10.5%, 민간법인이 2.5%, 경상이익률은 개인병원이 8.0%, 민간법인이 0.2%이다(표 4-11).

25) 제2조(목적) 이 법인은 비영리의료법인으로서 의료기관을 설치 운영하고 보건의료에 관한 연구개발 등을 통하여 국민보건향상에 이바지함을 목적으로 한다.

(비고) 당해 법인의 특성에 따라 목적을 개괄적으로 기재한다.

제3조(사업) 이 법인은 제2조의 목적을 달성하기 위하여 다음 각 호의 사업을 수행한다.

1. 의료기관의 설치운영
2. 지역영세민 구료 및 무의촌 순회진료
3. 기타 목적달성에 필요한 부대사업

(비고) 설립예정 법인의 설립취지와 목적에 따라 추가할 수 있다.

이런 관점에서 볼 때 우리나라의 영리법인 금지 규제는 사실상 개인 병원과 차이가 없는 비영리기관에 세제혜택만을 부여하면서 비영리기관의 역할에 관한 사회적 기대치마저 왜곡시키고 있는 상황이다. 우리나라의 비영리기관은 정보 비대칭성을 이용하여 소비자의 이득을 희생하고 자신의 이득을 증대시킬 유인이 매우 크다. 현재도 병원들이 수입을 늘리기 위해 다양한 형태의 과잉진료 또는 불법진료를 행하고 있는데, 구체적인 수치를 확보하기는 어려우나, 일화적인(anecdotal) 자료들은 비영리의료법인들이 개인병원보다 특별히 더 공익목적에 걸맞은 진료행태를 보이고 있지 않다는 점을 보여준다.

〈Box 4-3〉 산재환자 부풀리기 사례(신문기사)

- (2009. 9) 광주지방경찰청 광역수사대는 광주지역 산재보험 의료기관으로 지정된 4개 병원의 병원장 및 원무과장, 병원 실운영자 등 10명을 사기 및 의료법 위반혐의 등으로 적발. 이들 4개 병원장 및 원무과장 등은 요양치료 중인 산재환자 54명 중 83%인 45명이 입원하지 않고 2~3일에 1회 가량의 통원치료를 해왔음에도 1년 내내 입원 치료한 것처럼 허위 진료부를 작성하여 매월 말 산재보험료를 관리하는 근로복지공단에 진료비를 부당청구하여 지난 1년 동안만 1개 병원당 8,000만원에서 2억 9천만원 가량씩 총 6억 2천여만원의 보험료를 가로채 그중 일부를 환자에게 지급해 온 것으로 드러남.

마. 영리법인유형 제한에 관한 논의

자본조달을 원활히 하기 위해 영리법인을 도입하되, 의료의 전문성 확보 및 과도한 이윤논리 배제를 위해 전문가법인 도입을 검토하는 것이 필요하다는 주장이 제기되고 있다(이상영 외[2008]). 이는 「상법」상의 회사형태인 합명회사(무한책임사원으로만 구성), 합자회사(실질적으로 회사를 운영하는 무한책임사원과 투자금액 내에서만 책임을 지는 유한책임사원으로 구성), 유한회사(출자자 수를 제한), 주식회사(주주 수에 제한 없으며, 출자한 지분한도 내에서 책임지는 형태)를 모두 허용하되, 주주의 범위를 한정하여 전문가의 영향력을 유지시키는 방안이다. 이는

다시 법무법인 등 기존 전문가법인과 동일한 형태로 주주가 의사로 한정되는 ‘의사법인’과 의사의 지분이 과반수로 의사결정권을 의료인으로 독점시키는 ‘의무법인’의 두 가지 형태로 구분된다.

자본과의 결합이 갖는 중요성에 있어 의료부문은 법률이나 기타 전문직 분야와 차별되기 때문에 자본조달의 원활화라는 목적에 비추어 전문가법인은 제도의 목표와 부합한다고 보기 어렵다. 다른 분야와 달리 의료기술의 구현은 점차 더 자본장비율에 의존하는 추세이기 때문이다. 즉, 개별 의료기관의 경쟁력이 최신기술에 의존할 경우, 자본투자액을 안정적으로 조달할 수 있는지가 관건이다. 이는 사무실 공간과 전산인프라 등 기본적인 자본투자라도 업무를 지장 없이 수행할 수 있는 여타 전문직 분야와의 차이점이다. 따라서 애초 개설권 제한을 완화하는 정책의 주요 목표가 자본조달의 원활화를 통한 경쟁력 제고를 증진시킨다는 것이었다는 점을 고려한다면, 법인형태를 제한하는 것은 정책목표와 배치된다고 볼 수 있다.

과도한 이윤논리로 인해 의료인의 자율성이 훼손될 것이라는 우려 역시 법인형태 제한과 결합될 근거는 희박하다. 이미 의사들은 소득을 증가시킬 유인을 가지고 있었기 때문에 영리법인의 도입이 의사의 행태에 큰 변화를 가져오리라 예측하기는 어렵다. 즉, 현재의 구조하에서 환자의 이해를 대변하는 의료인이라면, 투자자가 소유한 기관 내에서도 마찬가지로 환자의 이해를 위해 최선을 다해 추구할 수 있을 것이다. 무엇보다 의료부문이 기반하는 도덕적 기준은 의사 개인의 도덕성이 아니라, 의사집단의 전문가윤리에 내장되어 있는 것으로서(collective orientation), 영리병원에 근무하는 의사의 의학적 도덕률이 기관의 이윤을 위해 내버려질 것이라고 판단하기는 어렵다(Relman and Reinhardt[1986]).

결국 영리법인 도입 논의에 있어 법인유형을 전문가법인으로 제한하는 것은 의사결정권을 전문가집단에 독점적으로 유지시키기 위해 자본조달통로 다양화의 목적을 상당 부분 포기하는 것이기 때문에 실익을 기대하기 어려울 것으로 판단된다. 시장의 추이를 관찰하면서 제도개선을 추진한다는 차원에서 단계적인 진입장벽을 설치한다면, 자본금규모를 제한하여 자본의 투명성 여부와 기업목표가 공유된 주체를 우선적으로 허용하는 방안을 검토할 수 있다. 외감의무기준인 자본금 70억 기준

을 대안으로 검토할 수 있다.

영리법인 도입의 본질은 의료행위를 수행할 권한은 의료인에게 독점 시키되, 의료업으로 수익을 얻을 권한은 일반국민에게도 허용해야 한다는 것이기 때문에 법인유형을 특정 그룹에 제한할 필요성을 찾기 어렵다. 미국의 경우 유사한 논쟁이 미국의사협회와 공정거래위원회 간의 대립구도에서 이루어졌다는 것이 전형적인 사례이다.

바. 영리병원 허용이 이슈화된 사례

대부분의 국가에서 영리병원(개인병원과 법인병원)은 허용 여부가 이슈화된 예를 찾기 어렵다. 우리나라의 개인병원이 의료시스템의 발전 과정에서 자연스럽게 확대되어 온 것처럼 서구의 영리병원 역시 시스템의 일부로서 기능해 왔던 것으로 판단된다.

예외적으로 영리병원에 관한 이슈가 제기되었던 나라는 미국과 네덜란드를 들 수 있다. 미국은 영리법인이 이슈가 된 유일한 사례이다. 즉, 영리법인이 도입될 경우 의료인이 비의료인에게 고용되어야 하는 점을 문제 삼아 의료인단체는 이를 금지했고, 의료업 독점을 보호하려는 의료인단체와 경쟁정책부처 간의 대립과정을 통해 개설권 규제가 철폐되었다.

네덜란드는 의료에 있어서의 영리추구를 금지하는 원칙을 고수하고 있다. 따라서 개인병원인지 법인병원인지를 차별하지 않고, 영리병원 자체를 금지하고 있는 예이다. 근래에 들어 소비자의 다양한 선호를 만족시키기 위해 영리추구기관이 다양한 형태로 나타나고 있으나, 아직 법적으로 영리병원이 허용되지는 않은 상태이다.

1) 미 국

미국은 우리의 영리법인 금지 규제와 유사한 ‘상업적 의료행위 금지의 원칙’이 존재하다가 폐기된 유일한 사례로서 유용한 참고점을 제시한다. 의료인에게 의료업을 독점시킨 이 원칙에 대해 연방통상위원회(FTC)가 공정거래적 관점에서 규제개선 필요를 제기했고, 주로 반발한 세력은 미국의사협회였다. 결국 이들은 결국 의료기관 개설주체에 대한

규정을 수정했다. 현재 미국 의료서비스시장은 개설주체에 대한 제약이 없으며, 산업적 활동이 활발한 환경에서 다양한 비즈니스 모델이 발전되는 양상을 보여주고 있다.

단, 민간병상 위주의 의료시스템 속에서 독점금지법(Antitrust)을 적용하여 일반적 경쟁원칙을 추구하면서 시장규율 정립에 개입하고 있다. 현재 민간비영리병상이 65%, 영리병상이 14% 정도이나, 많은 비영리 의료기관도 영리기관이나 자회사를 소유하고 있고 영리기관도 비영리 의료기관을 소유하는 경우가 빈번하여, 시장 메커니즘이 의료시스템의 주된 작동원리이다. 병원산업에 관해서는 합병 등으로 인한 경쟁정책적 이슈가 주된 논의점이다.

가) 상업적 의료행위 금지의 원칙 관련 논의

상업적 의료행위 금지의 원칙(corporate practice of medicine doctrine)은 우리나라에서 의료기관의 주체를 자연인인 의사와 비영리기관으로 제한한 것과 유사한 효과를 갖는 규제이다(박민[2000]). 회사가 의사의 의료행위제공을 목적으로 하는 고용계약을 의사와 체결하고 그에 대한 대가로 의사에게 보수를 지급하는 것을 금지하는 것으로, 법인인 회사가 의료인을 고용하거나 의료인의 의료행위를 소유하는 것을 금지하는 것이다. 1912년 미국의사협회(AMA)가 이를 비직업적인(unprofessional) 행위로 규정한 이래 주법들은 AMA 윤리규정과 의사면허에 관한 주법의 해석을 통해 상업적 의료행위 금지의 원칙을 인정해 왔다. 미국의사협회의 상업적 의료행위 금지의 원칙은 의료업을 의사에게만 독점시키는 성격으로 인해 반독점금지법에 저촉된다고 지적되었다. 미국의사협회의 윤리규정에 대해 연방통상위원회(Federal Trade Commission: FTC)가 연방반독점금지법을 이유로 문제를 제기했고, 1980년 연방고등법원은 연방반독점금지법을 명백히 위반한 것이라고 판결하면서 미국의사협회로 하여금 윤리규정을 철폐할 것을 명령, 연방대법원도 이를 받아들였다.

American Medical Association v. Federal Trade Commission 사건에서 연방통상위원회는 미국의사협회에서 규정한 윤리규정은 의사가 자기 자신을 선전하거나 환자를 유도하는 길을 심각하게 제한하고 있을 뿐만

아니라 의사가 의사 아닌 다른 사람들과 계약을 체결할 수 없도록 규정하고 있기 때문에 이는 연방반독점금지법을 위반한 행위라고 주장하고 미국의사협회를 고발했다. 결국 미국의사협회는 윤리규정을 개정, 아직 상당수의 주에서 이전의 규정이 남아 있으나, 집행되지 않고 있다. 미국의사협회는 상업적 의료행위를 금지하고 있던 윤리규정을 개정하여 “의사는 의료서비스를 누구에게, 누구와 동업으로, 혹은 어떠한 환경에서 전달할 것인가를 결정할 자유를 갖는다.”로 수정하였다.

나) 의료서비스 공급주체

상업적 의료행위 금지원칙 수정과 함께 대부분의 주에서 영리병원이나 법인형태에 관한 제한은 존재하지 않는다. 공공부문과 민간부문의 공급 비중을 보면, 비영리병원이 지역병원의 59.5%, 영리병원이 17.8%를 차지하고 있다. 병상 수로는 비영리병원이 69.2%, 영리병원이 14.5%, 기관당 병상 수로 본 평균 규모는 비영리병원이 영리병원의 1.4배이며, 기관 수로 본 영리병원의 비중은 지난 10년 동안 상승 추세(표 4-12)이다.

연방병원을 흡산했을 경우, 지역비영리병원이 기관 수의 57%, 영리병원이 17.1%를 차지하고 있다. 병상 수로는 비영리병원이 65.4%, 영리병원이 13.7%(표 4-13)이다. 그리고 비영리의료기관도 영리기관이나 영리자회사를 소유하고, 영리기관도 비영리기관을 소유하는 등 양 부문은 상호 결합되어 있다.

눈에 띄는 현상은 영리병원의 확대와 체인병원의 비중 증가이다. 1970년대부터 1990년대 초까지 전체 5,000여 개 병원 중 약 7%에 해당하는 330여 개의 병원이 영리병원으로 전환했다. 현재 HCA, Tenet, Healthsouth 등의 대형체인이 영리병원 대부분을 포괄하며, 투자자본의 유입이 활발하다.

지난 25년 동안 병원 간 결합으로 인한 복수병원시스템(multi-hospital system)의 발전이 뚜렷하다. 1971년에는 병원의 31%만이 multi-hospital system의 일부였으나, 2001년에는 54%가 이에 포함되었고, 12.7%는 보다 느슨한 네트워크의 일부로 포함되었다.

또한 네트워크 병원의 확장기 이후, 보다 개별화·표준화된 비즈니스 모델들이 시도되고 있는 추세이다. 의료공급자가 경영환경을 타개

〈표 4-12〉 등록지역병원(communitary hospital)의 설립 구분별 현황

(단위: 개, %)

	기관 수				비중			
	1995	2000	2005	2007	1995	2000	2005	2007
계	5,194	4,915	4,936	4,897	100	100	100	100
비정부 Not-for-profit	3,092	3,003	2,958	2,913	59.5	61.1	59.9	59.5
For-profit	752	749	868	873	14.5	15.2	17.6	17.8
State&Local 정부	1,350	1,163	1,110	1,111	26	23.7	22.5	22.7

(단위: 천개, %)

	병상 수				비중			
	1995	2000	2005	2007	1995	2000	2005	2007
계	873	824	802	801	100	100	100	100
비정부 Not-for-profit	610	583	561	554	69.9	70.8	70	69.2
For-profit	106	110	114	116	12.1	13.3	14.2	14.5
State&Local 정부	157	131	128	131	18	15.9	16	16.4

(단위: 개, %)

	기관당 병상 수				비중			
	1995	2000	2005	2007	1995	2000	2005	2007
계	168	168	162	164	100	100	100	100
비정부 Not-for-profit	197	194	190	190	117.3	116	117	116
For-profit	141	147	131	133	83.9	87.5	80.9	81.1
State&Local 정부	116	113	115	118	69	67.3	71	72

주: 1) 기관당 병상 수는 발췌한 기관 수와 병상 수를 이용하여 계산.

2) Community 병원이란 비연방정부(nonfederal) 단기(short-term; LOS가 30일 미만)의 일반 및 전문(general and special) 병원임. 단, 정신(psychiatric) 및 결핵 관련(TB and other respiratory diseases) 병원과 감옥이나 학교의 부속진료소(prison and college infirmaries) 등은 제외됨. 한편, 너싱홈부서(nursing-home-type unit)가 있는 병원이라도 대다수의 환자가 LOS 30일 미만의 부서를 이용하는 경우는 포함되며, community에 속하는 전문병원이란 산부인과(obstetrics and gynecology), 이비인후과(eye, ear, nose, and throat), 재활과(rehabilitation), 정형외과(orthopedic) 등임.

3) Community 병원은 설립유형(control or ownership)에 따라 Not-for-profit, For-profit, State and Local의 세 가지로 구분됨.

자료: AHA, AHA Hospital Statistics, 2009.

<표 4-13> 미국 등록병원의 2007년 현황(연방병원 포함)

	전체	Federal (A)	소계 (A+B)	Psych-iatric	Nonfederal				그 외
					Community				
					소계 (B)	Not-for-profit	For-profit	State & Local	
기관 수(개)	5,708	213	5,110	444	4,897	2,913	873	1,111	154
(A+B) 대비 비율(%)			100		95.8	57.0	17.1	21.7	
병상 수(천개)	945	46	847	79	801	554	116	131	19
(A+B) 대비 비율(%)			100		94.6	65.4	13.7	15.5	
입원자 수(천명)	37,120	981	36,327	697	35,346	25,752	4,626	4,967	96
(A+B) 대비 비율(%)			100		97.3	70.9	12.7	13.7	
일평균 입원자 수(천명)	645	31	564	67	533	380	66	87	14
(A+B) 대비 비율(%)			100		94.5	67.3	11.7	15.5	
평균 재원일수(일)					5.5	5.4	5.2	6.4	

주: 1) 입원자 수(admissions)는 조사기간(통상 1년)에 입원하였던 환자 수입. 단, 신생아는 제외, 응급실에 왔다가 나중에 입원한 경우는 포함.
 2) 일평균 입원자 수(average daily census)는 1일 평균 입원환자 수로서 입원일수(inpatient day)를 리포팅 기간의 총일수로 나눈 것임.
 3) 평균 재원일수(average of stay: LOS)는 community 병원에 대해서만 정리.
 자료: AHA, *AHA Hospital Statistics 2009*.

하기 위한 수단으로서 수직적·수평적 결합을 시도했으나, 결합을 통한 새로운 구조를 경영적 혁신과 리더십, 소비자 후생으로 연결시키지 못했다고 평가된다. HMO 이후 의료서비스 이용제한(rationing)이 보편화되면서 선택제한에 대한 소비자 불만이 심화되었고, 이는 소비자 중심 경영혁신을 자극하는 계기가 되고 있다. 보다 개별화되어(customized) 환자의 만족을 높이고, 진료기술을 표준화시켜(standardized) 질 관리를 용이하게 하는 한편으로 비용을 감소시키는(economy of scale), 통합적 접근

(integrated)의 혁신시도들이 주목받고 있다(Herzlinger[1997, 2007]).

미국은 전 국민 건강보험체제를 갖추지 못하여 의료보장 사각지대의 규모가 크다는 점에서 우리나라와 근본적인 차이를 가진다. 특히, 공보험의 비중이 낮아 의료비 지출에 대한 영향력이 미미하고, 보험료를 기업주가 부담하는 기업 기반 민간보험의 비중이 높아 의료비용이 급증하여 의료보험 가입을 더 어렵게 만드는 악순환 구조이다. 이런 점으로 인해 막대한 의료지출에도 불구하고, 미국 의료시스템의 생산성이 높지 않다는 지적들이 있어 왔다(Baily and Garber[1997]; Garber and Skinner[2008]).

이런 의료시스템의 특징 속에서 미국 의료서비스시장은 첨단의료기술의 이른 도입 등 산업적 활동이 활발하고 다양한 비즈니스 모델이 발전하는 것이 특징인데, 주된 정책적 이슈는 독점금지(Antitrust)적 감시와 견제이다. 이는 ‘시장원리가 왜곡되지 않게 보장하는 경쟁정책적 노력’의 중요성을 시사한다.

한 가지 주목되는 것은 의료시스템 내에서의 영리병원의 역할이다. 영리병원이 전체 지역병원의 18%에 이르고 있으나, US News & World Report’s America’s Best Hospitals에 의하면, 가장 높은 수준의 치료를 구현하는 병원은 대학병원을 중심으로 한 비영리병원으로 나타나고 있다(McFarlane et al.[2008]).

Best Hospital 조사의 목적은 ‘일반적으로 수행되는(relatively commonplace)’ 진료부문이 아니라, 가장 난이도가 높고 복잡한 진료를 훌륭히 수행하는 병원에 대한 정보를 제공함으로써 최종중의 환자가 병원을 선택하는 데 도움을 주는 것이다. 이러한 원칙에 따라 이 조사는 5,400여 개의 지역병원을 대상으로 하되, 1단계로 ① 수련기능을 수행하거나, ② 대학병원과 연계되어 있거나, ③ 13개의 주요 첨단기술 중 적어도 6개를 제공하고 있어야 할 것, 2단계로 CMS(Centers for Medicare/Medicaid Services)의 DRG 코드상 일정 난이도 이상 환자를 치료한 비중이 기준치 이상일 것’을 근거로 대상 자격을 추린다.

2008년 최상위그룹으로 분류된 19개 병원은 모두 대학병원이거나, 교육연구기능을 주요 기능으로 재원을 지원받는 비영리병원으로 나타났다. 따라서 수익을 추구하는 영리병원의 경우 특정 시술에 집중하는 전문병원이거나, 소비자의 편의를 만족시키는 경영혁신을 무기로 틈새를

〈Box 4-4〉 대표적 영리법인병원의 사례

〈Hospital Corporation of America: HCA〉

- 세계 최대의 민간 의료공급자
- 2006년 말 현재 173개 병원과 107개 수술센터 운영
- 미국 20개 주와 런던, 스위스에서 주로 영업
- 2008년 매출 \$28,374bn, 이윤 \$673m, 피고용인 180,000명
- 1968년 Dr. Frist가 병영경영회사를 설립한 것을 시초로 1969년 IPO
- 1970~80년대 HCA는 수백 개의 병원을 인수하면서 급속한 성장을 거듭, 1987년에 463개 병원을 소유/운영할 정도로 성장
- 1989년 투자자의 개인소유화됐다가 1992년에 다시 주식시장에 상장
- 1994년대 Columbia Hospital Corporation과 합병하여 Columbia/HCA로 전환한 후, 1997년 메디케어, 메디케이드 부정청구로 3년간 조사받은 후, 2000년 합의금으로 \$1.7bn 지불
- 2006년 Kohlberg Kravis Roberts, BainCapital, Merrill Lynch, Frist 가문으로 이루어진 PEF가 HCA를 \$31.6bn에 인수(buyout)

〈United Surgical Partners International: USPI〉

- 외래수술센터, 단기입원병원 분야의 선두 기업(미국과 영국)
 - 수술설비를 개발, 인수하고 의사, 보험사들과 파트너를 형성
- 2009년 첫 분기 매출 \$157.1m, 시설직접운영을 통한 매출 \$52.3m, 전체 시스템을 통한 매출 \$387m
- 연 6,500명 이상의 외과외과가 USPI 설비를 이용
- 주된 비즈니스영역은 ① Development(인구연구, 시설계획과 건축, 리스와 자본조달협약, 면허와 인증, 개원 준비), ② 기존 외래수술부서를 독립된 조인트벤처시설로 전환(outpatient surgery department to free-standing joint venture surgical facility), ③ 수술설비 인수(가치평가, Due Diligence Process, Partnership/Transaction Document Preparation/Transaction Closing Funding/Operational Transition)

공략하거나, 과거 지역병원을 인수하여 영업하는 통상적인 수준의 병원 등이며, 최고도의 우수인력과 진료수준을 갖춘 의료기관과는 거리가 존재하는 것으로 판단된다.

이는 의학의 발전이 필수적으로 교육·연구·임상 기능이 결합되어야 가능하다는 특성을 가지고 있기 때문에, 최고 수준의 의료인력은 교육·연구에 대한 지원을 체계적으로 받는 대학병원에 집중되는 것이 자연스럽다는 것을 보여주는 현상이다. 경영자가 투자자에 대해 책임성(accountability)을 지는 구조상 교육과 연구 기능에 막대한 재원을 투자할 유인이 없기 때문에 의과대학을 보유한 현재의 비영리대학병원을 능가하기는 어려운 구조이다. 결국 비영리대학병원과 일반 지역병원, 영리병원 간에는 각각을 필요로 하는 수요에 부응하는 분업관계가 형성되어 있는 셈이다. 이는 우리나라에서도 우수한 의사인력이 연구와 교육 기능을 병행할 수 있는 대학병원을 선호하는 현상이 뚜렷한 것과도 일맥상통하는 관찰이다.

2) 네덜란드

네덜란드는 1980년대 중반 이후 사회연대의 원리와 시장경쟁 메커니즘을 조화시키는 개혁을 지속한 결과, 정부가 직접 개입하지 않는 전 국민 의료보험을 창출해 내어 세계의 관심과 이목이 집중되고 있다. 2006년 개혁을 통해 기존의 2층구조(일반국민 대상의 사회보험과 고소득층 대상의 민간보험)를 전 국민 강제가입의 민간보험체제로 통합했다.

의료서비스 공급은 영리병원을 금지한 상태에서 비영리병원을 중심으로 이루어지고 있으나, 다양한 영리 비즈니스 모델들이 창출되면서 규제환경의 변화를 끌어내는 추세이다. 정부가 직접 서비스를 공급하거나 공보험을 통하지 않으면서도, 상당 수준의 평등한 의료보장을 전 국민에게 제공하고 있는 유일한 사례이다. 정부는 시장적 움직임을 억제하지 않는 반면, 시장기전이 제대로 작동하기 위한 정보인프라, 위험조정, 취약계층 보조 등의 영역에서 매우 적극적으로 개입하는 것이 특징이다. 특히, 소비자가 보험사와 의료기관을 비교할 수 있도록 National Portal을 설치하는 등 정보유통을 통해 시장기능을 작동시키려는 적극적 노력을 보이는 사례이다. 민간보험으로 공보험을 대체하게 한 2006년

개혁의 시장친화적 성격에도 불구하고, 정부의 역할은 약화되지 않았다는 평가이다.

공공병원이 존재하지 않는 대신 비영리원칙을 고수하고 있는 사례이나, 최근 들어 소비자의 다양한 선호를 반영하는 다양한 영리적 모델들이 창출되면서 관련 제도 변화가 예정되어 있는 상황이다. 소비자의 다양한 선호를 만족시키기 위해 영리금지조항에 저촉되지 않는 다양한 방식으로 영리시장이 발전해 왔다. 이러한 환경 변화에 따라 영리의료기관을 허용하는 제도 변화가 2012년으로 예정되어 있다(Maarse[2007], Maars and Normand[2009]).

그리고 소비자의 선호가 다양화됨에 따라, 소비자가 편리하게 이용할 수 있는 새로운 형태의 영리의료기관들이 ‘영리병원 금지’ 규제를 우회하면서 다양하게 출현하고 있다. 공보험체제의 서비스 이용제한(rationing)에 만족하지 않는 소비자들이 증가하면서 다양한 형태의 의사소유, 투자자 소유 영리의료기관들(for-profit clinics, health centers)이 출현하고 있는 것이다. 기존의 의료기관들도 상호 간의 결합을 통한 네트워크 형성, 체인병원, 병원업무의 외주계약 등 경영혁신을 활발히 꾀하고 있다.

가) 의료개혁²⁶⁾

시장적 기전 강화와 규제완화를 이해하기 위해서는 2006년 개혁을 언급할 필요가 있다. 네덜란드는 2006년 개혁으로 경쟁적 민간시장을 통한 전 국민 보증을 달성했다.

기존 시스템은 3부분(① 장기비용을 보장하는 AWBZ, ② 의료보장부분은 일정 소득 이하의 강제보험인 사회보험과 고소득층을 위한 민간보험의 2층구조, ③ 성형, 치과 등을 위한 보충형 보험)으로 구성되었다. 기존 시스템은, 2층구조의 비효율과 형평의 문제, 위험조정시스템의 약점으로 인한 위험선별(risk selection)문제, 공급 측 규제가 강하여 대기시간과 소비자 지향 취약, 관료주의, 고용주 부담분이 커서 의료보험 수익이 경제사정에 지나치게 영향받게 되는 문제점 등이 존재했다.

26) European Observatory(2005), van de Ven and Schut(2008), Rosenau and Lako(2008), Maarse and Bartholome(2007) 등.

2006년 개혁은 2층구조의 의료보장을 민간보험으로 단일화한 것으로 정부는 시스템을 통제하고, 빈곤층과 고위험환자를 위한 추가자금을 공급하는 역할을 담당하나, 재원을 조달하지도, 서비스를 공급하지도 않게 되었다. 또한 ‘진료는 공짜이고, 정부가 비용을 모두 부담할 것이라는’ 환상을 깨기 위해 소비자가 보험사에 직접 납부하는 정액보험료의 비중을 크게 높였다.

보험료는 소득연동분(income dependent)과 정액분(nominal, community rated)으로 구성되는데, 소득연동분은 보험사 간 위험차이를 보정하는 사회연대의 유지기능을, 정액분은 보험사 고유의 가격을 표출하여 경쟁을 증진시키는 장치이다. 18세 미만을 제외한 전 국민은 소득액에 따른 보험료를 Health Insurance Fund에 내고, 조세당국이 이를 징수한다. 2008년 연간소득의 31,200유로까지 보험료가 7.2%이며, 2008년 성인 1인당 연간 평균 보험료는 1,100유로(1600달러) 수준이다. HIF는 이를 pooling하여 보험자 간 위험구조에 따라 배분하며, 소득연동분보험료가 면제되는 18세 미만 아동에 대해서는 HIF가 정부로부터 보험료를 지원 받는다. 예를 들어, 건강한 청년층 인구가 주로 가입한 보험사는 펀드에 재원을 보내야 하는 반면, 고령층이나 만성질환자가 많은 보험사는 펀드로부터 재원을 충당받았다. pooling을 위한 solidarity criteria는 연령, 성, 지역, 자영자 여부, 장애 여부, 만성질환의 처방약에 대한 반응, 각종 질환의 병력 등이다.

소비자는 각자의 보험자에게 직접 정액보험료를 납부하며, 각 보험사는 이를 통해 가격경쟁을 수행한다. 정액보험료는 2005년 평균 350유로에서 2006년 1,050유로로 상승하여, 전체 비용의 50%를 충당하게 됐는데, 이는 소비자를 보다 비용인지적으로 만들기 위한 2006년 개혁의 장치이다. 정액보험료는 정부 가이드라인(1,050유로)의 ± 25 유로 범위에서 정할 수 있고, 정액보험료의 부담으로부터 저소득층을 보호하기 위해 정부는 전체 가구의 2/3에게 많게는 가구당 1,464유로(2,200달러)에 달하는 보조금(care allowance)을 세금감면형태로 개인구좌로 지급한다. 보조금 액수는 어느 보험자를 선택했는지와 상관없기 때문에 소비자는 정액보험료 수준에 민감하다.

의료개혁은 효율성 제고를 위한 다양한 장치를 내장하고 있다. 정부

는 EC 경쟁법 대상 범위에 부합하도록 민간의료보험시스템을 구축하였으며, 이들은 소비자를 확보하기 위한 여러 가지 장치를 활용할 수 있게 되었다. 예를 들어, 표준급여항목들에 대해서는 가격경쟁, 단체계약할인, 공제를 선택한 개인(연간 100~500유로)에 대해서는 보험료 할인 가능(10% 상한), 의료 미이용 시 255유로 리베이트 등이다.

보험자들은 보충형 보험 급여항목, 서비스 수준, 제공자 네트워크 등으로도 경쟁하며, 특히 제공자와의 선별계약은 보험자로 하여금 제공자와의 협상권을 강화하게 하였다. 이는 보험자가 양질의 서비스를 효율적으로 제공하는 제공자를 가입자가 이용하도록 유도하여 서비스 공급 측면의 효율을 증진시킬 것을 목표로 하였다.

본격적인 평가를 위해서는 상당한 시간이 흐를 필요가 있으며, 현재로서는 다양한 평가가 혼재하고 있다. 우선 사각지대 해소의 어려움(미가입 1.5%, 보험료 체납인구 1.5%)을 들 수 있다. 20%의 가입자가 보험자를 전환했으며, 보험료 할인을 위해 개인계약에서 그룹계약으로도 대량 전환이 이루어졌다(노조, 동호회, 노인단체 등 활발한 단체구성을 통해 2007년 약 57%가 단체계약).

또한 예상보다 보험료는 크게 인상되지 않은 반면(2006~07년 2년간 1.5% 인상), 보험료 경쟁으로 인해 보험사에 상당한 손실이 발생한 것으로 평가되며, 이는 보험사의 합병과 집중을 촉진하는 효과를 발휘했다. 현재 약 90%의 인구가 4~5개의 대보험사에 가입해 있다. 그러나 보험산업의 집중은 이미 진행되어 오던 추세로서 개혁의 영향이 어느 정도인지는 불확실하다.

또한 위험조정장치의 보완에도 불구하고 위험선별의 문제가 잔존한다. 그리고 개혁의 의도가 구현되기 위해서는 보험자의 선별계약을 통한 공급 측면의 효율화가 실현되어야 하나, 이를 위해서는 전제조건이 미흡한 상황이다. 진료서비스의 10%에 대해서만 가격협상이 가능하고, 보험료 역시 보험자 간 차이가 제한되어 있기 때문에 제공자와의 선별계약 인센티브가 강하지 않다. 가격과 서비스량, 질에 대해 보험자와 제공자 간에 협상할 여지(2008년 20%)를 확대시킬 예정이나, 정치적 환경으로 인한 불확실성이 존재한다.

네덜란드의 의료정보인프라 구축에도 불구하고 아직 진료서비스의

질에 대한 정보가 충분치 않은 반면, 병원들이 정보의 우위에 있기 때문에 보험자의 협상력이 부족하다. 가입자가 네트워크 외부의 제공자를 이용하는 것이 허용되기 때문에, 보험자가 이들을 특정 제공자로 유도하는 것이 어렵다.

나) 공급부문의 규제

병원부문에서 민간의 비중과 역할은 상대적으로 크지만, 국가는 병원뿐만 아니라 보건의료부문 전체에 대하여 강력한 규제를 실시했다. 1971년부터 병원진료법(WZW)에 따라 입원진료시설에 대한 광범위한 계획체계가 시작된 결과, 병원은 건축이 시작되기 전에 정부로부터 허가를 받아야 하며, 국가는 병원의 진료능력규모를 엄격하게 규제했다. Hospital Planning System에 의해 병원의 설립이나 자본투자는 정부 승인이 필요했다. 1970년 Hospital Planning Act는 의료부문의 영리추구를 허용하지 않는다는 원칙으로 영리병원을 금지했다. 3차 진료를 담당하는 병원은 주로 종교 또는 신념에 기초한 자선단체 등 민간조직에서 유래했고, 현재 모든 병원이 민간병원이다(Saltman and de Roo[1989], European Observatory[2005]).

사회보험법 역시 보험자가 영리기관과 계약하는 것을 금지했으나, 1990년대 중반 이후 정책방향 변화가 관찰되고 있다. 우선 1990년대 중반 법원은 영리기관에 불이익을 주는 정부정책이 변화되어야 한다고 판결했고, 질병금고와의 계약에서 영리기관이 배제되거나 상환율 등에서 불이익을 받는 것에 대한 문제제기는 정치영역에서 지속적으로 이루어졌다. 결과적으로 정부는 이들의 존재를 승인하고, 이들 영리기관들은 ‘독립진료센터’를 표방하고 있다.

시장원리 강화를 위한 규제 완화의 흐름도 관찰된다. 2006년 Hospital Planning Act를 대체한 Act on Licensing of Care Provider Institutions (WTZi)는 병원들이 병상확대에 대해 재량과 책임을 지도록 의도했으나, 의료서비스에 대한 접근성이 위협받는다고 판단할 경우에 한해 정부가 통제를 가할 여지를 허용했다.

경쟁 강화를 위해서는 무엇보다 병원이 자본투자에 대한 리스크를 질 필요, 즉 파산의 위험을 져야 한다는 인식이 확대되었다. 2008년 자

본투자에 관한 협약은 자본투자분을 수가에 반영하는 방식을 도입함에 따라 병원의 진료활동에 투자결정이 영향을 받고, 병원, 은행, 개인투자자들이 투자에 따른 리스크를 지는 구조로 전환하는 것을 내용으로 한다. 또한 Act on Licensing of Care Provider Institutions(WTZi)는 자본유입 활성화를 위해 영리병원 금지조항을 2012년에 개정할 예정이다. 그러나 새 정부는 시장지향적 정책을 위한 전제들이 아직 만족스럽지 않다는 점, 과거 위험이 없던 환경에서 공적자금으로 창출된 병원의 경제적 가치가 상업적 부분으로 누출될 수 있다는 이유로 신중한 입장을 취하고 있기 때문에 영리병원 허용 여부는 불확실한 상황이다(Maarse and Normand[2009]).

공급부문에서 눈에 띄는 현상은 1990년대부터 의료서비스 질에 만족하지 않는 소비자가 증가하면서, 새로운 형태의 서비스를 제공하는 의사 소유(physician-owned)나 투자자 소유(investor-owned)의 영리의료기관(for-profit clinics, health centers: ZBC)이 활발히 진입했다는 점이다. 공급자시장의 자유화는 보험자시장에 비해 뒤처지고 있긴 하나, 1990년대 들어 영리활동이 확대되고 있다.

기존 병원은 행정이나 관리 등 부가적 업무는 외주계약을 통해 영리기업과 계약, 수직적·수평적인 서비스 통합과정, 다양한 형태의 제공자간의 네트워크 형성 등 새로운 시도들을 하고 있고, 기존 의료기관, 장기요양기관, 재가서비스기관, 기타 의료서비스 공급기관들이 참여하여 민영화된 자회사를 설립하는 등 새로운 관계망을 형성하고 있다.

민간기업이 자본을 조달한 체인병원이 출현하거나, 은행과 투자그룹에 의해 재원조달된 의사그룹이 의원이나 그룹진료를 통해 기존 병원과 동일한 서비스를 제공하는 움직임도 활발하다. 이는 효율적이고, 속도감이 높아 소비자 지향성에서 만족도가 높으며, 마취과, 방사선과, 안과, 정형외과, 안과, 치과, 피부과, 성형외과, 불임치료, 정신과 외래진료, 선택적 수술 등에서 뚜렷하다.

이들이 제공하는 서비스 중 사회보험 급여항목에 포함되지 않는 서비스는 환자가 직접 부담해야 하며, 사회보험급여 포함 서비스에 대해서는 공적재원으로 상환받는다. 영리의료기관들은 법적인 금지조항을 우회하기 위해 독립진료센터(independent treatment center)라는 형태를 활

용하고 있다. 1998년 이후 40%의 clinics이 이를 활용하고 있으며, Medinova, VisionClinics는 정형외과, 안과에 특화된 대표적인 체인 클리닉이다.

독립진료센터(independent treatment centers)는 2000년 31개에서 2006년에 160개로 증가하였으며, 안과, 피부과, 산과, 정형외과, 성형외과, 방사선과, 심장관련 등의 진료센터들이 보험사와 상환계약을 맺고 있다. 일부 공보험자들이 이들 민간자본의 영리기관들과 수가계약을 시작하면서 비영리/영리의 구분이 사실상 없어졌다.

영리부문이 확대되는 것에 대한 우려는 2층구조(Two-tier health care system)에 대한 것과 시장메커니즘 왜곡에 대한 것을 들 수 있다. 이러한 문제를 방지하기 위해 영리부문 확대의 선결조건으로 지적되는 사항들은, ① 소비자 정보획득시스템, ② 보험자 간 위험조정 메커니즘, ③ 서비스 분류와 가격책정시스템, ④ 진료결과와 질 측정도구 등 의료서비스 질 관리, ⑤ 영리기관에 대한 접근성 보장으로 Two-tier system 방지책, ⑥ 강력한 시장감독 등이다.

특히, 네덜란드의 소비자 정보 접근성 강화 노력은 주목할 만하다. 병원 관련 정보공개시스템을 발전시키는 것은 소비자의 informed choice를 가능하게 함으로써 질과 효율을 개선시키는 동시에 시장개혁을 정부 주도가 아니라 소비자 권력 증대를 통해 달성하게 하는 수단으로 인식되고 있다. 정보 접근성은 소비자 선택과 보다 효과적인 가격경쟁의 선결조건이다. 정보공개를 통해서만 정부 주도가 아니라 소비자 권력 증대로 시장개혁을 달성할 수 있다는 인식이라 할 수 있다. 정부는 소비자가 보험자와 제공자에 대한 정보를 얻을 수 있는 웹사이트를 개설(<http://www.kiesbeter.nl>)하여, 소비자는 모든 보험자를 가격, 서비스, 소비자 만족, 보충형 보험의 보험료와 혜택이라는 측면에서 비교할 수 있고, 성과지표에 따라 의료기관을 비교할 수 있도록 했다. 평가에 사용된 지표는 Health Care Inspectorate에 의해 2004년 이후 개발되었고, 적절한 소비자 정보 제공은 새로 설립된 Netherlands Health Care Authority(NZa)의 핵심 우선순위이다.

민간기관들도 정보공개시스템에 투자하여 의료기관 성과를 공개하는 노력을 기울이고 있고, 언론도 과정지표뿐 아니라 진료결과까지 포

함한 의료기관 랭킹을 발표하고 있다.

2. 의료인의 의료업 독점 완화와 복수사업장 허용

현재 의료기관을 개설할 수 있는 주체는 ① 의사, 치과의사, 한의사 또는 조산사 등 자연인으로서의 의료인, ② 국가나 지방자치단체, ③ 의료법인, ④ 민법이나 특별법에 따라 설립된 비영리법인, ⑤ 정부투자기관, 지방의료원, 보훈복지의료공단으로 제한되어 있으며, 의료인 한 명이 복수의 의료기관을 설립할 수 없다.

우선 의료인의 의료업 독점조항은 영리법인 논의에서와 마찬가지로 의사가 非의료인에게 고용될 경우 그의 직업적 윤리가 병원 소유자의 의도에 따라 억압받을 수 있다는 논리에 근거한다. 그러나 앞에서 살펴본 바와 같이, 의사의 직업윤리가 미약하다면 의사 개인이 수익을 추구하는 개인병원이 허용되어서도 안 될 것이며, 의사그룹의 전문가적 윤리가 튼튼하다면 그가 투자자에게 고용될 경우에도 크게 우려할 만한 일이 발생하지는 않을 것이다.

즉, 의료행위를 의사면허를 가진 자에 한해 독점시키는 것은 국민의 안전을 위해 필요성이 인정되나, 의료업에 투자할 권리까지 면허소지자에게 독점시키는 것은 논거가 강하지 않다. 더구나 현실에서는 이미 개인투자자들이 현행법과의 마찰을 피하기 위해 불법적으로 의료업에 투자하는 양상이 다수 관찰되고 있다. 소위 ‘사무장 병원’ 등이 그 예이며, 약국의 경우에도 지분참여 등으로 투자자의 참여가 관찰되고 있다. 이들은 실정법상 불법을 자행한 것이 틀림없으나, 이들을 범법자로 만드는 법조항의 합리성이 널리 공유되지 않은 상태라 하겠다. 더욱이 암묵적으로 이들을 허용하는 사회적 분위기가 형성되어 있다면, 관련 규제를 개선시켜 사회의 규칙과 실체를 일치시켜야 할 것이다.

다음은 의료기관 중복개설조항이다. 「의료법」상 의료인 1명은 한 개의 의료기관만을 개설할 수 있다. 그러나 의료기관을 개설할 수 있는 자격을 가진 법인 등에 대해서는 의료기관 개설 가능 개수에 대한 제한이 없어 편법이 충분히 가능한 구조이다. 더구나 의료인 한 명이 다른 의료인을 고용하여 복수의 의료기관을 운영하면서 이면거래를 하는 행태는

〈Box 4-5〉 비의료인의 의료기관 투자 금지에 대한 사무장 병원 불법사례
(신문기사)

- (2009. 8) 의사협회는 최근 ‘불법의료신고센터’에 제보·접수된 무면허 의료행위 등 불법의료사태에 대해 보건복지가족부에 고발조치했다고 상임위원회 보고를 통해 밝혔다. 복지부에 고발한 불법의료행위 가운데 8건은 사무장 병원의 환자유인행위였음.
- (2009. 4) 춘천지검은 9일 자신이 고용한 의사 명의로 병원을 차리고 사무장 등과 짜고 진단서를 위조하는 수법으로 보험사기행각을 벌인 혐의(「의료법」 위반 등)로 화천 모 병원 운영자 H씨(34)를 구속
- (2008. 3) 의사협회는 불법의료행위가 확인된 의료기관 2곳에 대해 보건복지가족부에 행정처분을 의뢰하기로 하였음. 그 가운데 수원시 소재 H의원은 의사면허증이 없는 비의료인이 병원의 실소유권을 갖고 있는 이른바 ‘사무장 병원’인 것으로 드러났음. 의협은 사무장 병원으로 의심되는 12곳에 대해서도 추가 실태조사를 벌일 예정임. 의협이 2007년 7월부터 ‘온라인 불법의료신고센터’를 운영한 결과 2008년 2월까지 198건의 내부신고가 접수되었는데, 그 가운데 사무장 병원이 141건(71.2%)으로 가장 많았음.
- (2008. 2) 대전 대덕구 D병원의 신장실장으로 근무해 온 오모 씨(49)는 자신이 투석환자를 많이 알고 있는 점을 활용, 직접 신장투석의료기관을 운영할 목적으로 의료기상사 대표 남모 씨(44) 등과 공모해 의사 2명을 고용한 후 고용한 의사의 명의로 의료기관을 개설, 비의료인의 의료기관 개설행위로 「의료법」 위반혐의를 적용받음.
- (2007. 12) 노인요양병원의 급증세를 타고 의사가 아닌 비의료인이 운영하는 소위 ‘사무장 병원’이 크게 늘어나는 등 요양병원에 대한 관리가 제대로 이루어지지 않고 있다는 지적이 제기됨. 12월 18일에는 강원도 춘천에 비상주 의사만을 고용하여 운영하던 H요양병원이 적발되어 요양병원 이사장과 면허를 빌려준 의사, 이를 도와준 보건소장이 줄줄이 구속·불구속 입건되는 사건이 발생하였음. 뿐만 아니라 경기도 B한의원은 의사를 고용하고 요양병원을 운영하는 사례도 확인되는 등 알려지지 않은 불·편법 운영이 상당한 것으로 짐작되고 있음.
- (2007. 11) 전주지검은 15일 의사면허를 빌려 노인병원을 세우고 치료비 등을 부풀려 청구한 혐의로 도내 모 요양병원 사무장 최모 씨(43)에 대해 구속영장을 청구하였음.

<Box 4-5>의 계속

- (2006. 6) 인천 중부경찰서는 28일 의료인이 아니면서 의료기관을 개설·운영해 온 혐의로 김모 씨(34) 및 김 씨에게 고용되어 환자진료를 담당해 온 혐의로 병원장 유모 씨(53)를 불구속 입건. 이에 앞서 인천지방경찰청은 지난 4월 의사면허증을 빌려 병원을 개원한 뒤 수익원의 부당이득을 챙긴 혐의로 병원사무장 권모 씨(45) 등 2명을 불구속 입건
- (2006. 3) 서울 종로경찰서는 의사면허 3개를 빌려 무면허 의료행위를 한 사무장 의원을 적발

<Box 4-6> 복수의료기관 개설 금지에 관한 판례

1994년 의사 A는 강남구 신사동에 내과, 정신과의원을 개설하여 운영하면서 B에게 월급 500만원을 지급하기로 하고 B의 의사면허로 다른 의원을 개설하였다. 다음 해 A는 두 개 의원 중 한 개를 폐업하고, 새로운 의원을 개설하면서 C에게 월급으로 600만원, 총매출액이 월 2,000만원을 초과할 경우 수익액의 40%를 지급하기로 하였다. 이에 대해 검사는 A와 B와 C가 서로 공모가담하여 의료법 중복개설 금지조항을 어겼다는 취지로 공소를 제기했다.

2003년 대법원은 “의료법에서 의사가 개설할 수 있는 의료기관의 수를 1 개소로 제한하고 있는 법취지는, 의사가 의료행위를 직접 수행할 수 있는 장소적 범위 내에서만 의료기관의 개설을 허용함으로써 의사 아닌 자에 의해 의료기관이 관리되는 것을 그 개설단계에서 미리 방지하기 위한 데에 있다고 할 것이다. 따라서 자신의 명의로 의료기관을 개설하고 있는 의사가 다른 의사의 명의로 또 다른 의료기관을 개설하여 그 소속의 직원들을 직접 채용하여 급료를 지급하고 그 영업에 따라 발생하는 이익을 취하는 등 새로 개설한 의료기관이 경영에 직접 관여한 점만으로는 다른 의사의 면허증을 대여받아 실질적으로 별도의 의료기관을 개설한 것이라고 볼 수 없으나, 다른 의사의 명의로 개설된 의료기관에서 자신이 직접 의료행위를 하거나 무자격자를 고용하여 자신의 주관하에 의료행위를 하게 한 경우는 비록 그 개설명의자인 다른 의사가 새로 개설한 의료기관에서 직접 일부 의료행위를 하였다고 하더라도 이미 자신의 명의로 의료기관을 개설한 위 의사로서는 중복하여 의료기관을 개설한 경우에 해당한다”고 판시(2003. 10. 23. 선고 대법원2003도256)하였다.

〈Box 4-6〉의 계속

2008년 대법원은 “새로운 의원 개설자인 다른 의사가 그 의원에서 직접 일부 의료행위를 했다거나 두 의원이 별도로 개설신고가 되었을 뿐, 외형적으로 서로 분리되지 않고 같은 장소에서 사실상 하나의 의원처럼 운영했다고 해도 불법”이라고 5년 전보다 더 엄격하게 판시(대법원2008도4652)하였다.

그러나 의료인이 1개의 의료기관만을 개설하여 의료업을 하라는 의미는 응급사태가 발생해도 긴급히 응급조치를 취할 수 있는 의료시설이 완비되어 환자가 안전한 환경에서 의료행위를 받을 수 있도록 사전에 준비를 해야 한다는 의미로 파악된다. 그러나 공간적으로 신속히 이동이 가능한 복수의 의료기관에서 예약환자 진료를 수행하는 경우 등은 이를 금지할 이유가 없을 것이다(김선욱[2009b]).

보편적으로 관찰되고 있다. 이 경우 소득세 누락 등 세무행정상의 문제까지 발생하고 있다.

그러나 복수의료기관 금지조항의 목적이 진료기능을 수행할 수 있는 인력의 관리하에 의료기관이 운영되어야 한다는 것임을 고려하면, 의료인이 자격을 가진 다른 의료인을 고용하여 진료업무를 관리케 하는 것이 불법으로 취급될 근거는 미약하다 하겠다. 이 또한 불합리한 법조항으로 인해 불법행위가 발생하는 경우이다. 규칙과 실재를 일치시키기 위해서는 복수기관 개설 금지조항의 완화가 필요하다.

3. 부대사업 제한 완화

의료서비스와 여타 서비스 간의 다양한 조합이나 결합이 일어나는 비즈니스 유형 창출을 위해서는 의료기관이 다양한 서비스를 제공할 수 있도록 허용할 필요가 있다. 예를 들어, 건강관리서비스의 경우 건강관리회사가 의료기관을 개설할 경우 현재 병목으로 작용하는 유사의료행위 논쟁으로부터 자유로울 수 있으나, 의료기관의 경우 현재 원칙불허·예외허용방식(positive list)으로 구성된 부대사업 범위에 제약되어 다양한 건강 관련 서비스를 제공하기 어렵다. 의료기관 부대사업 관련

〈Box 4-7〉 부대사업 관련 규정

「의료법」 제49조 (부대사업)

- ① 의료법인은 그 법인이 개설하는 의료기관에서 의료업무 외에 다음의 부대사업을 할 수 있다. 이 경우 부대사업으로 얻은 수익에 관한 회계는 의료법인의 다른 회계와 구분하여 계산하여야 한다. <개정 2008.2.29>
 - 1. 의료인과 의료관계자 양성이나 보수교육
 - 2. 의료나 의학에 관한 조사 연구
 - 3. 「노인복지법」 제31조제2호에 따른 노인의료복지시설의 설치·운영
 - 4. 「장사 등에 관한 법률」 제25조제1항에 따른 장례식장의 설치·운영
 - 5. 「주차장법」 제19조제1항에 따른 부설주차장의 설치·운영
 - 6. 의료업 수행에 수반되는 의료정보시스템 개발·운영사업 중 대통령령으로 정하는 사업
 - 7. 그 밖에 휴게음식점영업, 일반음식점영업, 이용업, 미용업 등 환자 또는 의료법인이 개설한 의료기관 종사자 등의 편의를 위하여 보건복지가족부령으로 정하는 사업
- ② 제1항 제4호·제5호 및 제7호의 부대사업을 하려는 의료법인은 타인에게 임대 또는 위탁하여 운영할 수 있다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 부대사업을 하려는 의료법인은 보건복지가족부령으로 정하는 바에 따라 미리 의료기관의 소재지를 관할하는 시·도지사에게 신고하여야 한다. 신고사항을 변경하려는 경우에도 또한 같다.

「사회복지사업법」 제17조 (정관)

- ① 법인의 정관에는 다음 각 호의 사항을 기재하여야 한다.
 - 8. 수익을 목적으로 하는 사업이 있는 경우 그에 관한 사항
- ② 법인이 정관을 변경하고자 할 때에는 보건복지가족부장관의 인가를 받아야 한다. 다만, 보건복지가족부령으로 정하는 경미한 사항의 경우에는 그러하지 아니하다.

제28조 (수익사업)

- ① 법인은 목적사업의 경비에 충당하기 위하여 필요한 때에는 법인의 설립목적 수행에 지장이 없는 범위 안에서 수익사업을 할 수 있다.
- ② 법인은 제1항의 규정에 의한 수익사업으로부터 생긴 수익을 법인 또는 그가 설치한 사회복지시설의 운영외의 목적에 사용할 수 없다.
- ③ 제1항의 규정에 의한 수익사업에 관한 회계는 법인의 다른 회계와 구분하여 계리하여야 한다.

규정은 사회적 동의를 얻기 어려운 몇 가지 서비스를 원칙허용·예외 불허방식(negative list)으로 명시하고, 시장상황에 따라 차후 목록을 조정해가는 것이 필요하다.

4. 영리법인 약국 허용

약국 개설권을 제약하는 규제 중 논의할 필요가 있는 것은 ① 법인 형태의 약국 개설 금지 및 ② 영리목적의 의료법인 개설 금지이다. 본소절에서는 먼저 첫 번째 문제를 논의하기로 한다.

가. 논의의 배경

「의료법」에 의해 의료기관은 의료인 자연인뿐 아니라 법인도 설립할 수 있다. 그러나 약국의 경우 약사 자연인만이 약국을 개설할 수 있도록 하고 있는데, 이에 대해 헌법재판소는 2002년에 헌법불일치 판결을 내린 바 있다. 헌법재판소는 “입법자가 약국의 개설 및 운영을 일반인에게 개방할 경우에 예상되는 장단점을 고려한 정책적 판단의 결과 약사가 아닌 일반인 및 일반법인에게 약국 개설을 허용하지 않는 것으로 결정하는 것은 그 입법형성의 재량권 내의 것으로서 헌법에 위반된다고 볼 수 없지만, 법인의 설립은 그 자체가 간접적인 직업 선택의 한 방법으로서 직업 수행의 자유의 본질적 부분의 하나이므로, 정당한 이유 없이 본래 약국 개설권이 있는 약사들만으로 구성된 법인에게도 약국 개설을 금지하는 것은 입법목적 달성을 위하여 필요하고 적정한 방법이 아니고, 입법형성권의 범위를 넘어 과도한 제한을 가하는 것으로서, 법인을 구성하여 약국을 개설·운영하려고 하는 약사들 및 이들로 구성된 법인의 직업 선택(직업 수행)의 자유의 본질적 내용을 침해하는 것이고, 동시에 약사들이 약국 경영을 위한 법인을 설립하고 운영하는 것에 관한 결사의 자유를 침해하는 것이다.”라고 판시하였다(헌법재판소 전원재판부 2002. 9. 19. 2000헌바84). 다시 말해, ① 약사들만으로 구성된 법인에 대해서는 약국 개설을 허용해야 하나, ② 더 나아가 약사 외의 일반인 및 일반법인에게 약국 개설을 허용하는 문제는 정부의 재량에 달

려 있다는 것이다.

이러한 결정에 따라 「약사법」 개정이 불가피하게 되었으나 아직까지도 개정이 이루어지지 않고 있다. 17대 국회에 이어 18대 국회에서도 「약사법」 개정안이 발의되어 현재 보건복지위원회 법안소위에서 검토되고 있는 중이다.²⁷⁾ 발의되어 있는 개정안의 주요 내용은 제20조 ①의 약국 개설권자에 법인을 추가하여 약사(또는 한약사)만으로 구성된 법인에게 ‘약국 개설권’을 허용하는 것이다. 동 법인의 명칭은 ‘약국법인’으로 하며 합병회사에 준하도록 한다. 약국법인의 업무 범위는 약국의 개설과 운영에 국한하며, 법인의 구성원 중 1인 이상은 약사(또는 한약사)면허를 취득한 후 약국을 개설하여 운영한 기간이 통산하여 10년 이상인 자로 한다. 또 약사·한약사 또는 약국법인은 1개소의 약국만을 개설할 수 있도록 하고 있다.

이러한 논의의 핵심은 영리법인을 허용할 것인가에 있다. 즉, 법인 형태의 도입은 현재판결로 인해 불가피한데, 이를 현재의 의료법인과 같은 비영리형태로 할 것인지 아니면 영리까지 허용할 것인지가 문제이다. 약사사회 안에서도 이에 대해서는 의견이 나누어져 있다. 어떠한 형태의 영리법인도 반대하는 측과 합병회사 형태의 영리법인은 허용되어야 한다는 입장이 대립하고 있다(『보건의약뉴스』, 2009. 9. 16). 보건복지가족부와 국회 전문위원실, 한나라당 의원들은 영리성을 인정하는 방향으로 가고 있으나, 민주당은 비영리성으로 가야 한다는 입장을 밝히고 있다.

나. 영리법인 허용의 당위성

영리법인의 허용이 당연함은 현재의 판결문에 잘 정리되어 있다. 사실 이보다 더 잘 정리된 문헌은 찾아보기 어렵다. 판결문을 근간으로 하여 당위성을 설명하면 다음과 같다.

27) 유일호 의원이 2008년 11월 18일 발의하여, 2009년 4월 27일 보건복지위원회 전체 회의에 상정되었고, 2009년 7월 9일 보건복지위원회 법안소위에 상정되었다.

1) 외국의 입법례

현재의 판결문은 외국의 입법례를 다음과 같이 소개한다. “약국의 개설자격에 대한 외국의 입법례를 보면, 일본과 미국에서는 약사 이외의 자연인과 법인에게도 약국의 개설을 허용하되, 일정한 시설기준을 갖추어 당국의 허가를 받도록 하고 있고, 다만 실제로 약국을 관리하며 약품을 취급하는 사람은 반드시 약사여야 한다는 제한을 두고 있다. 약국의 개설자가 누구이든 약국에서 약품을 취급하고 판매하는 사람이 약사이기만 하면 국민보건상 문제될 것이 없다고 생각하기 때문이다. 유럽의 국가들 가운데 영국, 벨기에 등 일부 국가는 약국 개설자격에 제한을 두고 있지 않으며, 프랑스 등 그 외의 대부분의 국가들은 약사가 아닌 사람에 대하여는 약국 개설을 금지하되, 약사들이 모여서 구성한 법인이나 조합에 대하여는 약국 개설을 허용하고 있어서, 주요 선진국들 중 우리 약사법과 같이 약국 개설을 자연인 약사에게만 허용하는 경우는 드물다.”

실제로 많은 나라에서 약국의 형태에 대한 규제는 없는 것으로 파악된다(표 4-14, 표 4-15). 이러한 사실은 현재와 같은 규제가 불필요한 규제이거나 다른 보다 덜 제약적인 규제로 대체될 수 있음을 시사한다.

〈표 4-14〉 주요 선진국의 법인약국 입법례

		국 가
법인약국 허용 여부	금 지	덴마크, 룩셈부르크
	허 용	독일(합명회사만), 프랑스(합명회사, 합자회사, 유한회사), 포르투갈(합명회사, 유한회사), 그리스, 스페인, 아일랜드, 이탈리아, 스위스, 영국, 스웨덴(단, 스웨덴은 국영기업만)
영리법인 약국 허용 여부	금 지	스웨덴(국영기업만)
	허 용	일본, 미국, 영국, 독일(합명회사만), 프랑스(합명회사, 합자회사, 유한회사), 포르투갈(합명회사, 유한회사), 그리스, 스페인, 아일랜드, 이탈리아, 스위스

자료: 이준형 외(2004), 이기효(2006)에서 재인용.

〈표 4-15〉 각국의 약국법인의 구성 및 제한 조건

국 가	조 건
아일랜드	약사와 비약사 모두 법인약국을 개설할 수 있으므로, 비약사만으로 이루어진 법인약사도 이론적으로 가능하다. 자본금, 인원수, 필수사업, 법인형태에는 제한이 없지만, 적어도 3년 이상의 경력이 요구된다. 외국에서 학위를 받은 약사는 3년 미만의 약국을 관장할 수가 없다. 개인약국을 운영하는 약사가 법인약국에 가입하는 것은 허용된다. 개인약국과 법인약국 사이에 차이점은 없다.
이탈리아	약사만이 법인약국의 구성원이 될 수 있다. 자본금의 제한은 없지만, 제조와 도매 등 사업상의 제한이 있다. 약사는 자기 약국을 개설하기 위하여 적어도 2년의 경력을 갖춰야 한다. 다만, 지역 차원의 공개적인 대회에서 우승하면 경력요건을 채우지 않더라도 약국 개설이 가능하다. 법인약국의 구성원은 약사여야만 하고, 개설할 수 있는 약국 수는 1개뿐이다. 개인약국을 운영하는 약사는 법인약국에 가입할 수 없다. 법인형태로서는 합명회사나 합자회사만이 허용될 뿐이다. 개인약국과 법인약국의 유일한 차이는 법인약국의 경우 도매와 조제가 금지되는 것이다.
스위스	약사와 비약사가 모두 법인약국을 개설할 수 있으므로, 비약사만으로 이루어진 법인약사도 이론적으로 가능하다. 자본금과 법인형태에 제한은 없지만, 도매 등 사업상의 제한이 있다. 약사는 적어도 공중약국 2년 이상의 경력이 있어야 약품도매업까지 할 수 있다. 개인약국을 운영하는 약사가 법인약국에 가입하는 것은 허용된다.
프랑스	개인기업을 운영하는 약사는 법인약국에 가입하는 것은 허용된다. 법인약국의 운영은 반드시 그 법인의 사원인 약사가 맡아야 한다. 운영형태는 합명회사, 합자회사, 유한회사로 국한된다.
그리스	수개의 독립된 약국들이 ‘동일한 시설’을 쓰면 법률상 이를 법인으로 본다.
영 국	약사와 비약사가 모두 법인약국을 개설할 수 있으므로, 비약사만으로 이루어진 법인약사도 이론적으로 가능하다. 그러나 각 약국은 반드시 직접 관리하는 약사를 두어야 한다. 자본금, 인원수, 필수사업, 법인형태, 최소경력에는 제한이 없다. 개인기업을 운영하는 약사가 법인약국에 가입하는 것은 허용되는데, 대부분 자신의 약국을 법인에 양도하는 식으로 이루어진다.

〈표 4-15〉의 계속

국 가	조 건
미 국 (버지니아 주)	<p>약사와 비약사, 법인이 모두 약국을 개설할 수 있고, 여기에는 아무런 수적 제한이 없다. 다만, 모든 약국은 개설등록 신청 시에 약국을 실제로 전적으로 책임지는 책임약사(Pharmacist-In-Charge: PIC)를 반드시 정하여야 한다. 얼마 전까지만 해도 버지니아 주에서는 한 약사가 오로지 한 개의 약국의 책임약사가 될 수 있었을 뿐이었지만, 2004년 올해부터는 2개 약국의 책임약사까지 될 수 있다. 하지만 책임약사가 “개설등록에서 정해 놓은 장소에서 약국의 운영에 전적으로 매달려야” 한다는 점에는 변경이 없다. 책임약사는 약국시설의 전부 또는 일부를 소유할 수 있지만, 반드시 소유자일 필요는 없다. 약사가 아닌 일반인도 약국시설이나 약국법인의 전부 또는 일부를 소유할 수는 있지만, 버지니아 주의 법령에 따라서 약국의 실제 운영과 약의 조제와 관련한 전문직업적인 판단을 함에 있어서는 책임약사의 권한을 침해할 수가 없다.</p> <p>법인의 구성원은 약사에 제한되지 않고, 또 비약사 구성원에 아무런 수적 제한도 없기 때문에 약사 아닌 자로만 이루어진 법인도 이론상으로 가능하고, 자본금, 인적구성, 법적형태 등에 특별한 법적 제한도 없다. 약품의 도매 또한 이를 금지하는 법령은 존재하지 않는다. 다만, 약품도매의 경우는 도매업자로서의 별도의 허가를 받아야 하고, 도매행위 또한 약국과 같은 장소에서는 이를 하지 못할 뿐이다. 미국의 경우 연방 차원의 독점금지법이 둘 이상의 영업을 금지하는 경우도 있긴 하지만, 그것은 약국만의 특유한 것은 아니다. 법인약국은 개국시간, 휴일근무, 의약품의 매매가격 등에서 개인약국과 다른 취급을 받지 않지만(법률에 따르면 약국 소유자가 이 모든 것을 정할 수가 있다), 이 가운데 개국시간과 근무약사만은 관청에 통지하여야 한다.</p> <p>개인약국을 하던 약사도 법인약국에 가입할 수 있고, 법인약국의 사원인 약사가 다른 법인약국에 가입하거나 개인약국을 개설하는 것도 가능하다(다만, 법인약국에 따라서는 내부지침으로 이를 금하고 있을 뿐이다). 법인약국을 운영하는 약사는 그 사원일 수도 있지만, 반드시 그리해야 하는 것은 아니다.</p>

자료: 보건복지가족위원회 수석전문위원(2009).

2) 약국의 영세성 극복과 경영개선

법인형태를 허용함으로써 약국의 대형화를 유도하면 약국 경영의 개선에 기여할 수 있다. 현재의 판결문에 의하면, “우리나라의 기존의 약국들은 일부 대형약국을 제외한 대부분이 약사 1인이 운영하는 소규모 약국들로서 자본의 부족으로 영세성을 면치 못하고 경영의 효율화를 이루지 못하며, 대도시를 중심으로 약국과밀화 현상을 나타내어 과도한 경쟁으로 어려움을 겪고 있다.” 이와 관련하여 대한약사회 의약품정책 연구소가 전국에 산재한 약국의 표본조사를 통해 약국별 근무인력을 파악한 결과는 <표 4-16>과 같다. 여기에서 보듯이 약사 1인이 보조인력 없이 약국을 운영하는 경우가 38.9%이고 약사 1인이 보조인력 1인을 고용하여 운영하는 경우가 34.2%로서 이들을 합하면 74.1%에 달한다.

헌법재판소의 판결문을 계속 인용하면 다음과 같다. “특히 의약분업이 시행된 이후에는 환자들이 요구하는 병원처방약품을 모두 갖추어야 하는데, 영세한 자본으로는 이를 제대로 갖추기 어렵고, 처방약품을 많이 구비해도 이 중 일부만 판매되고 나머지는 개봉상태에서 재고로 쌓이는 문제점이 있으며, 처방약품을 원하는 환자들을 병원 주변의 소위 ‘문전약국’ 등의 대형약국에 빼앗기는데다가, 처방전 없이 판매할 수 있는

<표 4-16> 약국별 근무인력 분포(2006년 6월)

(단위: 명, %)

		보조인력 수							
		0	1	2	3	4	5	6	계
약사 수	1	38.9	34.2	6.3	1.2	0.1	-	-	80.7
	2	3.2	7.7	3.8	1.7	0.2	0.1	-	16.7
	3	0.2	0.3	0.9	0.2	0.3	-	-	1.8
	4	0.1	-	0.1	0.2	-	-	-	0.4
	5	-	0.1	-	0.1	0.1	-	0.1	0.4
	6	-	0.1	-	-	-	-	0.1	0.2
	계	42.4	42.3	11.1	3.3	0.6	0.1	0.2	100.0

자료: 박혜경·권창익·노연숙·박주연(2006).

〈표 4-17〉 약국의 위치적 특성에 따른 재고부담

(단위: 만원, %)

약국 위치	처방조제 매출 (A)	재고		불용재고	
		처방재고 (C)	재고율 (C/A)	불용규모 (D)	매출 대비 (D/A)
대형병원 근처	9,934.6	14,600.0	147.0	1,728.6	17.4
병원 근처	4,130.0	6,458.3	156.4	428.8	10.4
2개 이상의 의원 근처	2,667.5	3,788.0	142.0	469.7	17.6
1개의 의원 근처	1,810.7	2,934.2	162.0	433.4	23.9
의료기관이 없는 지역	720.4	2,069.7	287.3	466.9	64.8

자료: 박혜경·권창익·노연숙·박주연(2006).

일반의약품의 범위가 축소되어 매출이 줄어드는 등 경영상의 어려움이 가중되고 있다.” 이와 관련하여 <표 4-17>은 약국의 재고부담을 보여준다. 이에 의하면 약국의 위치적 특성에 따라 평균 처방재고는 2,070만원(의료기관이 없는 지역)에서 1억4,600만원(대형병원 근처)에 분포하고 있다. 또 처방재고를 처방매출로 나눈 재고율은 최고 287%에 달하며, 불용재고를 처방매출로 나눈 불용재고율은 최고 64.8%에 달하는데, 이러한 최고치는 모두 의료기관이 없는 지역에서 발생하고 있다. 이는 전반적으로 재고부담이 크고, 특히 의료기관이 없는 지역에서 매출 대비 재고부담이 매우 높음을 보여준다.

판결문에 따르면, “이런 상태에서 소비자의 입장에서는 소형약국(소위 ‘동네약국’)들을 집 주위에서 흔히 발견할 수 있어 쉽게 약국을 이용할 수 있다는 이점이 있는 반면, 원하는 약품이 구비되어 있지 않아 불편을 겪을 수 있고, 보다 개선된 새로운 서비스를 받지 못한다는 단점이 있다. 그 밖에 1인의 약사가 장시간 계속 근무하기 어려우므로 부득이 자리를 비울 때 약사의 가족이나 고용원 등 무자격자가 의약품을 조제·판매하는 등의 위법행위가 일어날 소지가 비교적 크다는 문제점도 있다.” 실제로 약사들의 근무시간은 매우 긴 것으로 조사된다. <표 4-18>에 의하면, 대표약사의 경우 주당 40시간(5일간 매일 8시간) 미만 근무하는 경우는 1.1%에 불과하고, 대다수(84.6%)는 주당 60시간(6일간 매일

〈표 4-18〉 대표약사의 주평균 근무시간

(단위: 명, %)

평균 근무시간	빈 도	비 율	누적비율
40시간 미만	11	1.1	1.1
40~49시간	14	1.3	2.4
50~59시간	136	13.0	15.4
60~69시간	238	22.8	38.1
70~79시간	383	36.6	74.8
80~89시간	161	15.4	90.2
90~99시간	78	7.5	97.6
100시간 이상	25	2.4	100.0
계	1,046	100.0	

주: 평균 근무시간은 주당 72.5시간.

자료: 박혜경·권창익·노연숙·박주연(2006).

10시간) 이상 근무하는 것으로 나타난다. 이들의 평균 근무시간은 주당 72.5시간이다.

판결문은 이런 상황에서 법인화가 약사들에게도 이익이 될 수 있다고 언급한다. “약사들은 이와 같은 경영상의 어려움을 타개하기 위한 하나의 방법으로 동업에 의한 약국운영을 고려해 볼 수 있다. 동업을 통하여 자본과 경영의 기법을 모아 약국의 대형화·전문화·분업화를 이루는 등으로 경영개선이 될 수 있고, 고객에 대한 서비스 개선도 기대할 수 있으므로, 소자본의 영세약국을 운영하는 약사들로서는 이런 방향으로 활로를 찾으려고 하는 것도 자연스러운 현상일 것이다.”

“그런데 현행 약사법과 같이 약사들의 법인형태에 의한 약국 경영을 허용하지 않게 되면 조합적 동업을 할 수밖에 없고, 조합의 형태도 동업을 하게 되면 법인형태와 비교해 볼 때, 동업이 파기되거나 이탈자가 생기는 경우 투자금액의 환수가 어렵고, 약국 경영의 안정성이 결여되며, 대외적 책임관계가 실질에 부합하지 않게 되고, 세무상으로도 법인형태에 비하여 불이익을 입게 된다는 등의 단점이 있다. 반대로 약사들이 동업을 위하여 법인의 형태로 약국을 개설하여 운영하는 것을 허용하면 대외적으로 법주체성이 확립되어 법률관계가 명확해지고, 개인과 법인

의 경리가 준별되어 주먹구구식 경영에서 기업형의 합리적 경영으로 전환할 수 있으며, 법인 고유의 자산축적이 가능하여 약국설비 등에 다액을 투자할 수 있고, 경제기반의 안정화를 도모하게 됨에 따라 조직화, 대형화, 전문화의 달성을 기대할 수 있다. 또 구성원이 사업에서 손을 떼려고 할 때에 투하자본을 회수하는 등의 정산이 보다 원활하고 세무면이나 종업원의 고용 면에서도 유리하다. 약사들이 1일 2교대 내지 3교대로 근무하게 됨에 따라 심야와 휴일의 개국이 가능하고, 한 명의 약사가 장시간 근무함으로 인하여 발생하는 문제점들이 해소될 수도 있다. 또 이러한 변화의 과정에서 경쟁력을 갖추게 되어 불가피하게 다가올 약국시장의 외국개방에도 사전에 대비할 수 있게 된다. 이런 점들을 고려해 보면, 약사들이 동업을 하기 위한 법인화의 필요성을 인정할 수 있다.”

“한 걸음 더 나아가, 만일 미국이나 일본과 같이 약국에 관한 자본과 관리를 완전히 분리하여 약사가 아닌 사람, 즉 일반인이나 일반법인도 약국을 소유할 수 있게 한다면, 국내의 대기업 등 자본가가 이 개방된 의약품 소매시장에 참여하게 되어 대자본에 의한 전문적·조직적 경영이 가능해져서 약국 경영의 규모와 방식이 크게 개선되고, 소위 기업형 체인약국도 설립될 것이며, 병원 처방약품을 대부분 구비하여 이에 관한 환자들의 불편이 줄어들게 되고, 다양한 영업방식에 따른 양질의 서비스제공이 가능하리라 전망된다. 고용된 약사들이 1일 2교대 내지 3교대로 근무하게 됨에 따라 심야와 휴일의 개국이 가능하고, 한 명의 약사가 장시간 근무함으로 인하여 발생하는 문제점들이 해소될 수도 있다. 또 이러한 변화의 과정에서 경쟁력을 갖추게 되어 불가피하게 다가올 약국시장의 외국개방에도 사전에 대비할 수 있게 된다.”

위의 문단에서 주목할 것은 판결문에서 영리법인의 도입이 바람직하다고 지적하고 있다는 점이다. 물론 최종판결에서 영리법인의 금지가 입법형성권의 재량이므로 위헌은 아니라고 판시하였으나, 적어도 판결문 본문에서는 영리법인의 허용이 바람직하다는 의견을 제시하고 있다. 위법이 아니라 하여 사회적으로 바람직한 것이라 말할 수 없으므로, 위의 의견은 모순되는 것이 아니다.

3) 「약사법」상의 다른 직종과의 비교

「약사법」은 약사 외에 의약품 제조업자, 의약품 수입자, 의약품 도매상의 준수사항도 규정하고 있는데, 판결문은 이들과 약사들 간에 법률적 형평성이 결여되어 있다고 지적한다. “의약품 등의 제조업을 운영하려고 하는 자는 필요한 시설을 갖추어 식품의약품안전청장의 허가를 받아야 하고, 제조소마다 보건복지부령이 정하는 바에 의하여 필요한 수의 약사 또는 한약사를 두고 제조업무를 관리하게 하여야 하며, 위 약사 또는 한약사(제조관리자)는 의약품 등의 제조업무에 종사하는 종업원의 지도·감독, 품질관리 및 제조시설의 관리 등을 담당한다(「의료법」 제26조, 제29조, 제30조). 의약품의 수입자도 필요한 시설을 갖추고 품목마다 식품의약품안전청장의 허가를 받거나 신고를 하여야 하며, 수입소를 관리하는 약사 또는 한약사를 두어야 한다(「의료법」 제34조 참조). 의약품 도매상은 약사가 아니라도 필요한 시설을 갖추고 시·도지사의 허가를 받아 의약품을 판매할 수 있는데, 의약품 도매상 자신이 약사가 아닌 경우에는 그 업무를 관리할 약사를 두어야 한다(「약사법」 제35조, 제36조, 제37조 참조).”

“이와 같이 「약사법」은 약사와 마찬가지로 국민의 건강문제에 직결되는 의약품을 취급하는 의약품 제조업자, 의약품 수입자, 의약품 도매상 등의 직종에 대하여 약사자격을 요구하지 않으며 필요한 시설을 갖추고 허가를 받으면 그 영업을 할 수 있도록 하되, 다만 실제로 그 업무를 관리할 약사를 반드시 두도록 하였다. 따라서 위의 직종들은 법인을 설립하여 그 업무를 수행하는 것도 당연히 허용되고 있다.”

“이처럼 의약품 등을 취급하는 점에서는 약사의 경우와 본질적으로 다르지 않다고 볼 수 있는 의약품 제조업자 등에 대하여는 법인을 설립하여 영업을 할 수 있도록 하면서 약사에 대하여는 법인을 설립하여 약국을 개설하는 것을 허용하지 않고 있으므로, 약사들로 구성된 법인이나 그 구성원인 약사는 그 업무수행의 방법에 있어서 차별을 받고 있다고 하겠다.” 이러한 지적은 타당하다고 판단된다. 특히, 의약품 제조업자, 의약품 수입자, 의약품 도매상이 모두 영리성을 인정받고 있는 점을 감안하면, 현재의 판단은 약사에 대해서도 영리성을 인정하는 것이 형

평성에 부합한다는 데 있는 것으로 해석될 수 있다.

4) 다른 전문직종과의 비교

판결문은 변호사 등 다른 전문직종과 비교하며 「약사법」의 문제점을 지적한다. “「변호사법」은 직무를 전문적·조직적으로 행하기 위하여 5인 이상의 변호사를 구성원으로 하는 법무법인을 설립할 수 있도록 하고, 법무법인에 관하여 「변호사법」에서 정한 것을 제외하고는 「상법」 중 합명회사에 관한 규정을 준용하도록 하고 있다(「변호사법」 제40조, 제47조, 제58조). 이와 같은 취지의 법인설립에 관한 규정은 「공인회계사법」(제23조, 제26조, 제40조), 「변리사법」(제6조의3 ①, 제6조의4 ②, 제6조의10 ②), 「세무사법」(제13조의2 ①, ③, ④)에도 규정되어 있다(다만, 회계법인에 관하여는 다른 법인과 달리 합명회사가 아닌 유한회사에 관한 규정을 준용한다). 이 밖에 「건축사법」(제23조 ①, 동 시행령 제22조 제4호), 「법무사법」(제33조 내지 제47조), 「공인노무사법」(제7조의2 내지 제7조의7), 「관세사법」(제17조 내지 제20조) 등의 경우에도 법인을 설립하여 업무를 수행하는 것이 인정되고 있다.” 이와 관련하여 <표 4-19>는 최근의 상황을 정리한 것이다. 현재의 판결 당시와 달리 현재는 법무사를 제외한 다른 직종에서 유한회사 형태의 전문자격사 법인을 허용하고 있다.

판결문은 계속하여 다음과 같이 지적한다. “또한 국민의 건강과 관련한 공익성이 약국보다 더 크다고 할 수 있는 병원 등의 의료기관에 관해서도 「의료법」이 의료법인에 의한 의료기관 개설을 허용하고 있다. 의료법은 의료인이 아니면 의료기관을 개설할 수 없음을 원칙으로 하면서도 예외적으로 국가 또는 지방자치단체, 의료업을 목적으로 설립된 법인(의료법인), 「민법」 또는 특별법에 의하여 설립된 비영리법인 등은 의료기관을 개설할 수 있도록 하고 있다(「의료법」 제30조 ②). 이 의료법인은 법인의 설립, 정관변경 및 기본재산처분에 관하여, 그리고 법인의 해산 시 잔여재산의 처분에 관하여 당국의 허가를 받아야 하며, 문제점이 있을 때 당국이 법인의 설립을 취소할 수 있는 등 당국의 관리를 받고 있고, 「민법」상의 재단법인에 관한 규정을 준용하므로 그 성격상 비영리 재단법인에 해당하여(헌재 2001. 1. 18. 98헌바75등, 판례집 13-1, 1, 12),

〈표 4-19〉 전문자격사법인제도의 비교

	법적 성격	인적 요건	자본금	손해배상 준비금 적립 등
법무법인	합명회사	- 변호사 5인 이상		
법무법인 (유한)	유한회사	- 변호사 7인 이상 - 이사 3인 이상	5억원 이상	의무화
변리사	합명회사	- 변리사 5인 이상		
법무사합동법인	합명회사	- 법무사 5인 이상		
회계법인	유한회사	- 회계사 10인 이상 - 이사 3인 이상	5억원 이상	의무화
세무법인	유한회사	- 세무사 5인 이상 - 이사 3인 이상	2억원 이상	의무화
관세법인	유한회사	- 관세사 5인 이상 - 이사 3인 이상	2억원 이상	의무화
감정평가법인	회 사	- 감정사 10인 이상		

의료인들을 구성원으로 하는 사단법인의 형태는 아니지만, 의료인은 법인의 설립을 원하는 경우 비록 재단법인의 형태라 하더라도 의료법인을 설립하여 의료기관을 개설하고 운영할 수 있다는 점에서 약사와는 다른 취급을 받고 있는 것이다.”

“이상 검토한 바와 같이 약사 이외의 다른 전문직의 경우 사회의 발전과 변화에 대응하여 그 업무를 조직적·전문적으로 수행하기 위한 법인의 설립을 허용하고 있는데, 약사에 대하여는 법인의 설립에 의한 직업 수행, 즉 약국의 개설과 운영을 금지하고 있으므로 이 점에서 약사들로 구성된 법인 및 그 구성원인 약사 개인들은 차별을 받고 있다고 하겠다.” 이러한 지적 역시 타당한 것으로 사료된다. 특히, 의료인을 제외한 다른 전문직종에서 모두 영리법인을 허용하고 있으므로 현재의 판단은 약사에 대해서도 영리성을 인정하는 것이 형평성에 부합한다는 데 있는 것으로 해석될 수 있다.

다. 영리법인 허용에 대한 반대입장

1) 소비자 접근성의 약화

대형 영리법인 약국이 확산될 경우 상대적으로 자본력이 약하고 영세한 ‘동네약국’들은 폐업의 위기에 처할 가능성이 높다. 이로 인해 소비자는 약국서비스 이용에 불편을 겪을 수 있는데, 이는 영리법인 허용이 가져올 문제점의 하나로 자주 거론된다. 그러나 실제로 이 문제는 그리 심각하지 않을 것으로 보인다. 대한약사회 의약품정책연구소가 전국의 약국을 표본조사한 결과에 의하면, 100m 이내에 인접 약국이 존재하는 경우가 91.1%에 달하였다(표 4-20). 2개소 이상의 인접 약국이 존재하는 경우는 66.4%에 달하였다. 또 91.1%의 약국이 100m 이내에 의원이 있다고 응답하였다. 2개소 이상의 의원이 있는 경우는 65.5%에 달하였다.

이는 영리법인 약국의 시장진입 허용으로 말미암아 영세한 ‘동네약국’이 없어지더라도 모두 없어지지 않는거나 다른 형태의 약국이 들어설 것임을 시사한다. 다시 말해 소비자의 입장에서 접근성은 별로 달라지지 않을 것이다. 이기효 외(2006, p.47)가 지적하는 바와 같이 ‘동네약국’이 경쟁에서 못 이겨 문을 닫는다는 것은 주변에 다른 형태의 경쟁 약국이 존재한다는 뜻이며, 경쟁 약국이 경쟁에서 이긴다는 것은 소비자에게 주는 가치가 기존의 ‘동네약국’보다 더 크다는 것을 뜻한다.

〈표 4-20〉 100m 이내 인접 약국 및 의료기관 현황

(단위: 개소, %)

	약국	의원	병원	대형병원
없음	91 (9.9)	100 (9.9)	775 (84.1)	900 (97.4)
1개소	218 (23.7)	249 (24.6)	115 (12.5)	23 (2.5)
2개소	175 (19.0)	192 (19.0)	9 (1.0)	1 (0.1)
3개소	167 (18.2)	155 (15.3)	9 (1.0)	
4개소	97 (10.6)	92 (9.1)	2 (0.2)	
5개소	171 (18.6)	223 (22.1)	11 (1.2)	
계	919(100.0)	1,011(100.0)	921(100.0)	924(100.0)

자료: 박혜경·권창익·노연숙·박주연(2006).

2) 소모적 시장경쟁의 격화 및 과도한 영리추구 행동

영리법인을 허용하게 되면 영리법인 약국의 추가적인 시장진입이 과잉투자를 불러 소모적이고 낭비적인 시장경쟁을 부추길 것이라는 우려가 제기될 수 있다. 그러나 ‘과잉투자’와 ‘낭비적 시장경쟁’의 논리는 자칫 약사들의 기득권을 정당화하기 위해 사용될 위험이 있다. 공급자 간의 경쟁은 대부분의 경우 가격 하락 및 서비스 향상을 통해 소비자 후생을 증진시킨다. 공급자 간의 경쟁은 투자수익이 국민경제 전체의 (투자위험도를 감안한) 한계적 투자수익과 같아지는 수준까지 확대되며, 이것과 같아지는 순간에 공급자와 소비자를 포함한 국민경제 전체의 후생이 극대화된다. 이 수준을 넘어서면 국민경제 전체의 후생은 감소하게 되는데, 이런 상태는 ‘과잉투자’와 ‘낭비적 시장경쟁’이라 불릴 수 있다. 그러나 정책당국자가 이를 염려할 필요는 없다. 공급자들 스스로 한계적 투자수익률 이하의 수익률밖에 내지 못하는 투자는 자제할 것이기 때문이다.

물론 이러한 원론적 논의가 항상 현실에 적용되는 것은 아니다. 실제로는 정보 비대칭성 등 시장실패의 요인이 존재하여 경쟁의 긍정적 효과가 제대로 나타나지 않거나 오히려 부정적 효과가 나타날 수 있다. 예를 들어, 정보 비대칭성을 이용하여 약사들이 불필요한(즉, 소비자가 충분한 정보를 가졌다면 사지 않았을) 약을 소비자에게 권하여 사도록 유도하는 경우를 생각해 볼 수 있다. 그러나 이러한 가능성은 항상 존재하는 것이며,²⁸⁾ 현재 이것이 큰 문제로 인식되지는 않고 있다. 다시 말해 약사들의 이윤추구행위를 제어하는 장치가 작동하고 있는 것으로 보인다. 예를 들어, 의약분업에 따라 의사의 처방에 의해서만 약사들이 조제할 수 있다는 사실, 대부분의 소비자에게 있어 근처에 많은 약국이 있기

28) 예컨대, 대한약사회 의약품정책연구소의 설문조사결과(박혜경·권창익·노연숙·박주연[2006], p.78)에 의하면, 대표약사들의 실제 월평균 소득은 486.5만원인데, 대표약사의 적정소득이 얼마로 생각하는지를 묻는 질문에 500만원 이상이라는 응답이 93.1%에 달했고 1,000만원 이상이라는 응답도 22.9%나 되었다. 전체 약사들에 대한 설문조사에서는 소득이 불만족스럽다는 응답이 44.0%(불만족 33.8%, 매우 불만족 10.2%)였다. 만일 정보 비대칭성이 존재한다면 이렇게 현재의 소득이 불만족스러운 상태에서는 정보 비대칭성을 이용하여 약사가 자신의 소득을 높일 유인이 존재한다고 보아야 한다.

때문에 가격 및 서비스의 비교가 용이하다는 사실, 약국방문은 대개 반복적으로 이루어지기 때문에²⁹⁾ 약사들 스스로 단발성 이득보다는 장기적 평판유지에 더 높은 비중을 둘 수밖에 없다는 사실 등을 들 수 있다.

영리법인의 도입으로 과도한 영리추구행동이 나타날 것이라는 추측도 가능하나, 위와 동일한 이유로 그 가능성은 낮다고 보아야 한다. 일단 영리법인이 약사들만으로 이루어진 합명회사 및 기타 회사의 형태로 도입된다면 현재와 크게 달라지는 것은 없을 것이다. 법인의 구성원이 각각 약국을 운영했을 때와, 법인약국을 함께 운영할 때 행태상 큰 변화가 있을 것으로 기대하기는 어렵기 때문이다. 만일 영리법인에 약사 외 일반인, 즉 순수 투자자의 참여도 허용한다면, 순수 투자자가 영리추구행동을 조장할 것이라고 예상할 수도 있다. 그러나 위에서 설명하였듯이 현재도 영리추구의 유인이 존재하지만 큰 문제가 되지 않고 있다는 사실은 앞으로 순수 투자자가 법인약국에 참여하더라도 이들의 영리추구행위에 일정한 제약이 가해질 것임을 강하게 시사한다.

라. 소 결

앞의 논의는 영리법인 형태의 약국개설을 허용하는 것이 바람직하며 그 부작용도 크지 않다는 점을 보여준다.

첫째, 많은 나라에서는 영리법인을 허용하면서 약사가 아니면 의약품의 조제를 할 수 없도록 하고 있다. 이에 따라 이들 나라에서는 소비자 보호에 큰 문제가 발생하고 있지 않다. 현재도 우리나라의 「약사법」은 약사 및 한의사가 아니면 의약품을 조제할 수 없도록 하고 있고(제23조 ①), 약사가 아니면 의약품을 판매할 수 없도록 하고 있고(제44조 ①), 의약품 도매상은 약사를 두고 그 업무를 관리하게 하고 있다(제45조 ⑤). 만일 이러한 규정이 제대로만 집행된다면 영리법인을 허용하더라도 소비자 보호에는 별다른 문제가 발생하지 않을 것이다.

둘째, 현재 많은 약국은 영세한 규모로 인해 처방약 재고를 충분히

29) 대한약사회 의약품정책연구소의 설문조사결과(박혜경·권창익·노연숙·박주연[2006], p.78)에 의하면, 고정고객(단골)의 비중이 50% 이상인 약국은 전체 1,043개소 중 696개소(66.7%)에 달했다.

확보하지 못하여 소비자들의 요구에 부응하지 못하고 있을 가능성이 높다. 또 약사 1인이 혼자 또는 보조인력 1인과 함께 장시간 근무함에 따라 부득이 자리를 비울 때 약사의 가족이나 고용원 등 무자격자가 의약품을 조제·판매하는 등의 위법행위가 일어날 소지가 크다. 영리법인의 허용은 이런 문제점을 해결하는 데 기여할 것이다. 즉, 약사들이 동업을 통해 더 다양한 처방약 재고를 비축할 수 있도록 하여 소비자들의 요구에 보다 적절히 부응할 수 있도록 해준다. 또 약사들의 교대근무가 가능하도록 하여 무자격자의 위법적 행위가 나타날 소지를 줄여준다. 다시 말해 영리법인 허용은 영리법인 금지보다 더 효과적으로 소비자 편의를 증진하고 이들을 보호하는 수단이 된다. 특히, 행정당국은 규모가 큰 약국법인에 대해 보다 철저히 위법행위를 단속함으로써 소비자 보호를 강화할 수 있을 것이다. 이러한 긍정적 효과는 약사뿐 아니라 일반인도 약국법인에 지분투자를 하도록 허용할 경우에 더 커질 수 있다.

셋째, 영리법인 허용은 약사들 간의 동업을 용이하게 하고 자본유입이 가능하도록 하여 약국 경영에 도움을 줄 것이다. 물론 일부 영세한 동네약국은 폐업의 위협에 직면할 것이나, 약사들에 대한 수요가 줄지 않는 이상 약사 전체로는 일자리가 줄어들지 않는다. 즉, 퇴출되는 약사가 있다면 신규 진입하는 약사들이 있을 것이고, 자본유입이 확대되면 오히려 전체 일자리는 늘어날 수 있다. 특히, 약사면허는 취득하였으나 자본이 없어 개업하지 못하는 신규 약사들은 일반 투자자들의 도움을 받아 개업할 수 있을 것이다.

넷째, 「약사법」상의 다른 직종이나 다른 전문직종과 비교해 볼 때 영리법인의 불허는 형평성의 원칙에 위배된다. 특히, 「약사법」상의 의약품 제조업자, 의약품 수입자, 의약품 도매상은 영리법인을 설립할 수 있을 뿐 아니라 일반 투자자들의 지분까지 유치할 수 있다. 약사들에 대해서도 이를 허용하는 것이 형평성의 원칙에 부합한다.

다섯째, 일부에서 우려하는 부작용은 크지 않을 것으로 판단된다. 현재 일부 격오지를 제외하고는 거주지역 인근에 의료기관과 약국이 이미 충분히 분포하고 있어 법인약국이 진입하더라도 소비자 접근성의 측면에서는 별 문제가 나타나지 않을 것이다(이기효 외[2006], p.46). 사실 소비자 접근성을 가로막는 가장 큰 요인은 다른 데 있는데, 그것은 OTC

약품의 약국 외 판매를 금지하는 규제이다. 지리적 접근성보다는 시간적 접근성이 더 중요하다는 이야기이다. 또 다른 잠재적 부작용으로 거론되는 소모적 시장경쟁의 격화 및 과도한 영리추구행위 역시 국민경제 전체로 보아 큰 문제로 대두되지는 않을 것이다.

이상의 논의를 요약하면, 법인약국제도를 도입할 때에는 영리형태를 허용하는 것이 바람직하다고 판단된다. 또 합명·합자·유한·주식 등 구체적인 형태를 지정하기보다는, 「상법」상의 모든 형태를 허용하는 것이 바람직하다. 하나의 형태가 다른 형태보다 더 좋다는 뚜렷한 근거를 찾기 어렵기 때문이다. 그리고 복수 약국 개설 금지는 해제하는 것이 바람직하다. 이 금지조항을 유지하는 것은 현재의 판정의도에 반하는 것이라 판단된다. 헌법소원의 청구인들은 주주회사를 결성하여 서울과 제주의 두 곳에 지점약국을 경영하던 중 당국의 제재를 받아 헌법소원을 제기한 것인데, 이들에 대해 법인 설립을 허용하면서 지점을 설치하지 못하도록 할 경우 이는 사실상 법 개정의 의미를 부정하는 것이 된다. 이는 또 다른 헌법소원의 대상이 될 것이다. 다른 전문자격사 법인에 대해서는 복수 영업장의 설치가 허용되고 있다는 점도 감안할 필요가 있다.

제3절 규제개선의 효과

1. 소비자 권력 강화를 통한 시스템 업그레이드

소비자의 선택권을 강화하는 조치와 기업가적 정신을 구비한 의료기관의 자유로운 혁신활동, 소비자 정보 접근성을 강화하는 정부정책이 결합할 경우, 시장이 소비자가 원하는 바를 좇게 하는 시스템 전환이 가능할 것으로 기대된다. 의료제공자, 보험자, 정부로 이루어진 관계가 소비자를 중심으로 소비자의 편의, 효율, 투명성의 제고 등 다면적인 업그레이드 전략을 각각의 영역에서 진행할 필요가 있다(Salas-Chaves[2004]). 소비자의 선호에 따라 의료공급자가 스스로를 변화시키며 다양한 서비스를 제공할 수 있게 하기 위해서는 의료공급자 형태에 대한 규제를 완화하는

[그림 4-2] 소비자 주도 의료시스템 Triangle



것이 중요하다.

그러나 이러한 업그레이드 과정을 위해서는 소비자의 선택능력 강화와 경영혁신의 증진 두 가지가 반드시 병행되어야 한다. 소비자의 능력을 강화하기 위해서는 우선 정보유통에 관한 제도적 인프라가 구축되어야 할 것이며, 다양한 비즈니스 시도들이 자유로이 이루어질 수 있기 위해서는 현재의 개설권 규제를 완화하는 동시에 시장적 규율은 강화하는 정부의 노력이 필요하다.

2. 비즈니스 유형 다양화 시도의 허용: 소비자 지향의 경영혁신 증진

소비자의 복잡해진 수요에 대처하려는 경영전략의 자유로운 시도를 허용할 경우, 환자 필요에 맞춰진 서비스들이 다양하게 개발될 수 있을 것으로 기대된다. 현재 주요 만성질환(고혈압, 신경계 질환, 정신 및 행동장애 질환, 당뇨, 간질환 등)의 건강보험 진료비는 2006년 6조 5천억원, 2007년 8조 1천억원, 2008년 9조 2천억원 등으로 건강보험 전체 급

여비의 35.9%에 해당한다(국민건강보험공단[2009. 6. 25]). 이들 만성질환자들은 통상 복수증상을 보유하며, 종합적인 접근방법이 요구되는 환자들이다. 이러한 수요를 만족시키기 위한 새로운 형태의 비즈니스 유형이 창출되는 것을 자유로이 허용할 필요가 있다. 의료와 돌봄, 건강관리의 경계도 모호해지고 있어, 이들 경계를 허무는 복합적 융합서비스의 출현이 가능해질 것으로 예측된다.

소비자의 선택기능을 보장하여 건전한 경쟁이 이루어지는 환경을 조성할 경우, 기업가정신(entrepreneurship)의 영리추구가 갖는 동력을 소비자 지향으로 전환하는 것이 가능하다. 경영관리 측면에서 소비자에게 필요한 것을 구현하기 위한 새로운 시도들이 시행착오를 거치며 이루어질 것이며, 공급자가 소비자의 선택을 의식하게 될 때, 경쟁의 강화는 서비스 가격의 하락으로 이어져 소비자 후생 증대에 기여할 수 있다. 결국 의료서비스시장에서의 경쟁의 강도와 가격 변화방향은 경쟁의 속성에 달려 있으며, 이는 정보가 충분하고 가격에 예민한 환자 중심의 시장을 활성화하는 것이 합리적 경쟁구조 창출의 핵심이라는 것을 의미한다. 미국의 경우 병원들이 환자를 의뢰하는 의사를 대상으로 경쟁하던 1980년대까지는 경쟁이 심한 지역일수록 가격이 높다는 연구결과가 제시된다(Robinson and Luft[1985]). 그러나 1980년대 이후 의료기관들이 보험자와 환자를 확보하기 위해 경쟁하게 됨에 따라 경쟁이 강한 지역일수록 서비스 가격이 낮아지는 결과가 관찰된다(Keeler, Melnick, and Zwanziger[1999]; Dranove, Shanley, and White[1993]).

3. 시장규칙 정립과 투명성 제고

의료서비스시장은 이미 자본화의 요구가 제기되어 있고 다양한 수단이 이용되고 있으나, 이를 건전한 경쟁으로 이끌기 위해서는 규제환경과 경영환경의 조율이 필요하다. 현재 대형병원을 제외한 대부분의 중소형병원 및 의원들은 자본조달의 요구에 직면하여, 규제환경을 우회하면서 실제로는 음성적인 방식으로 자본을 조달하고 있는 사례들이 다수 있다. 의료진의 자본욕구를 충족해 주면서도, 내부적으로 투명한 경영이 이루어지도록 감시하는 건전한 자본의 참여를 통해 의료산업 전체적인

투명성과 건전성이 제고될 수 있을 것으로 판단된다. 영리행위를 원천적으로 봉쇄함에 따라 각종 불법과 탈세 행위가 종종 발생하고 있기 때문에 규제 완화는 이러한 영리행위를 일정한 조건 아래에서 양성화하는 효과를 가질 것으로 기대된다.

우리나라에서도 의료서비스 공급자들의 경영환경은 앞으로 더욱 악화될 전망이다. 영리적인 진료행태가 더욱 확산될 것으로 보인다. 국민소득 상승, 고령인구 증대 등은 의료수요를 증가시키는 요인이지만, 의사인력 확대 및 건강보험재정의 건전성 악화는 의료업계의 수익률을 낮추는 요인으로 작용할 것이다. 이미 많은 비영리병원들은 영리활동을 수행하고 있으며, 이런 추세는 앞으로 더 강화될 것으로 전망된다.

이런 상황에서 일반인의 자본투자를 금지하기보다는 허용하고, 그 대신 엄격한 소비자 보호조치를 취함으로써 부작용을 최소화하고, 시장에 일반적으로 적용되는 규율을 의료서비스부문에 통용시키는 것이 바람직하다.

기업적 마인드를 가진 영리법인의 진입을 통해 경영마인드 확산과 경쟁의 품질 제고로 의료서비스산업의 효율성 제고효과를 기대할 수 있다. 영리법인의 경우 기존의 상법 및 세무, 회계 관련 법규의 적용을 받게 되므로 회계투명성이 개선될 것으로 예측된다.

이는 개설권 규제 중에서도 영리법인의 유인구조에 대한 기대이다. 경영의 투명성 증대효과가 나타나 시장의 흐름을 선도하고 시스템 업그레이드에 기여할 가능성이 높다. 「상법」에 근거한 법 적용과 세무행정의 효과도 기대할 수 있을 것이나, 보다 중요한 것은 주식 소유자(shareholder)에 대한 책무성(accountability)이 가장 중요한 요소가 될 것이며, 이를 위해 수익을 감출 유인을 해소시키는 효과가 예측된다는 것이다. 이런 투명성의 증가가 시장의 흐름을 선도하고 전체 시스템을 업그레이드하는 데 기여할 것을 기대할 수 있다. 즉, 현재의 경영환경에서는 비용을 부풀려 수익을 축소하는 것이 의료기관 소유자의 주된 유인구조이나, 전문경영인으로서의 주주들에게 스스로의 성과를 보여야 하기 때문에 발생한 수익을 축소할 유인이 없다.

제약이나 의료기기와 관련하여 발생하고 있는 리베이트 등의 불법적 거래의 억제효과도 일정 부분 가질 것으로 예측되며, 전체 시스템에 파

급효과를 가질 수 있을 것이다. 현재 대형병원들은 구매대행회사가 실제로 싸게 구입한 약품을 비싸게 구입하는 것으로 회계처리하고, 대신 구매대행회사로부터 합법적인 기부를 받는 방식으로 연 수백억원에 해당하는 리베이트를 확보하고 있는 것으로 알려져 있다. 이러한 거래는 전문경영인체제에서는 지속될 수 없는 방식이기 때문에 정비가 불가피할 것으로 예측된다.

소비자의 선택능력을 강화하는 조치가 병행되어 시장이 소비자 지향적으로 전환할 경우, 영리추구적 기업경영과 경쟁이 소비자의 후생을 높이는 방식으로 이루어지는 것이 가능하다. 미국의 경우 의료기관들이 보험자와 환자를 확보하기 위해 경쟁하기 시작하면서 시장경쟁의 심화는 가격을 낮추는 방식으로 변화하였다(Keeler et al.[1999]). 경영혁신의 결과로 나타나는 새로운 비즈니스 유형들은 소비자가 원하는 방식의 진료를 제공하고 상대적으로 낮은 가격을 책정하는 것을 경쟁력의 핵심으로 하고 있다.

4. 융합을 통한 신산업 발전: 건강관리서비스와 U-health

가. 건강관리서비스와 진입제한

해외에서 나타나고 있는 건강관리회사들은 의료영역과 헬스케어영역을 통합하는 초기적 추세를 대표하는 비즈니스 모델들이다. 우리나라에서도 건강관리회사나, U-health, 메디스파 등 융합적 헬스케어산업의 맹아적 형태가 출현하고 있다. 그러나 우리나라의 영리법인 금지 규정은 전통적 의료서비스영역뿐 아니라, 여타 서비스와 기술이 의료서비스와 통합되는 새로운 비즈니스 모델들을 억제하는 효과를 가진다. ‘의료행위’에 대한 포괄적 법규정으로 인해 의료서비스부문과 여타 서비스의 융합은 유사의료행위로 저촉될 수밖에 없는 상황이다. 영역 간 분쟁의 문제에 부딪히지 않으면서 융합적 서비스를 창출할 수 있기 위해서는 융합적 업무를 목표로 하는 기업이 위료행위를 수행할 수 있는 의료인을 고용하는 것이 필요하다. 그러나 투자개방형 법인병원의 금지가 이

를 막고 있기 때문에 통합적 의료서비스(integrated care)의 발전이 막혀 있는 상태이다.

헬스케어서비스는 세계적으로 이미 상당한 산업적 발달을 보이고 있으며, 지속적인 발전이 예상된다. 건강에 관한 관심과 소득이 증가함에 따라 우리나라의 헬스케어산업 역시 크게 발전할 것으로 예상되나, 의료행위에 대한 규정과 의료기관 개설권 제한으로 인해 시장의 발전이 억제되고 있다. 융합형 서비스의 수익은 의료행위와 접하는 부분에서 주로 발생하기 때문에, 의료기관 개설권이 의료인에게 독점되어 있는 상황에서는 이들 신산업의 발전 여지가 크게 제약된다. 건강관리서비스로 부가가치를 창출하고 있는 해외 사례의 경우, 질병관리와 병력관리 등 의사인력이 요구되는 서비스가 핵심이다. 우리나라의 헬스케어 표방 기업들은 아직 뚜렷한 비즈니스 모델을 갖고 있지 못한 경우가 많으며, 시장환경, 제도적 환경에 따라 진화하고 있는 양상이다. 헬스케어산업 발전을 증진하기 위해서는 정부가 사업내용을 확정하거나 이끄는 것이 아니라, 연관 산업이나 직종 간에 창의적인 융합과 협업이 일어나도록 개설권 제약을 완화시키는 것이 급선무이다.

우리나라의 건강관리서비스는 아직 본격적인 비즈니스 모델을 확립하지 못한 단계이며, 발전방향 모색에 있어 의료기관 개설권 제약으로 인한 유사의료행위 논란이 최대 장애물이다. 현재까지 건강관리회사의 업무내용은 주로 대기업 사원복지 차원의 검진 예약, 보험사 VIP 고객의 검진 후 상담서비스 등이다. 기본적으로 ‘검진과 관련된 사무대행’으로부터 ‘환자 동의하에 진료정보를 병원으로부터 받아 건강 컨설팅을 하는 것’으로 진화했으나, 대부분 건강검진결과를 설명하고 상담하는 것에 그치고 있기 때문에 부가가치 창출여지가 적으며, 대부분 회비수익에 의존한다. 비즈니스 범위를 확대하기 위한 첫 단계는 개인의 생체정보를 수집한 후 그 정보를 바탕으로 건강증진을 위한 맞춤 가이드를 제시하는 것인데, 의학적 판단이 연루되기 때문에 의료법의 무면허의료행위조항과 긴장관계를 형성하며 유사의료행위 논란으로 귀결되어 왔다.

법적으로 의료행위의 범위 자체가 불분명하며, 매우 포괄적으로 정의되어 있다. 의료행위는 ‘의료인이 하는 의료·조산·간호 등 의료기술의 시행’(의료법 12조)라고 포괄적으로 규정되어 있을 뿐, 실제로는

판례에 의존하여 ‘질병의 예방 및 치료, 그리고 의사가 행하지 아니하면 위생상 위해가 발생할 소지가 있는 행위’로 판단하기 때문에 해석상의 이견과 마찰이 발생할 소지가 상존한다. 대법원은 “…… 의료행위의 내용에 관하여는 이에 관한 정의를 내리고 있는 법조문이 없으므로 결국은 구체적 사안에 따라 정할 수밖에 없는바, 의학의 발달과 사회의 발전 등에 수반하여 변화될 수 있는 것이어서 …… 의료법의 목적, 즉 의학상의 전문지식이 있는 의사가 아닌 일반사람에게 어떤 시술행위를 함으로써 사람의 생명, 신체상의 위험이나 일반공중위생상의 위험이 발생할 수 있는 여부 등을 감안한 사회통념에 비추어 의료행위내용을 판단해야 할 것”이라고 1974년에 판결한 바 있다.

의사가 아닌 사람이 수행해도 되거나 의료기관 외부에서 수행해도 되는 행위를 열거하는 것은 어려우며, 설사 한두 가지의 쟁점 항목을 비의료인이 수행할 수 있도록 허용한다 하더라도 환경 변화에 따른 지속적인 문제 발생이 예상된다. 「의료법」 제33조에 의한 특별한 경우를 제외하고는 의료행위는 의료기관에서만 수행되어야 한다. 즉, 의료행위란 의료기관 내에서 의료인이 의료목적으로 수행하는 행위를 포괄적으로 지칭하는 것에 다름 아니다. 유사의료행위 논란을 피하기 위한 자구책으로서 생활습관 교정을 통한 건강증진을 강조하는 추세가 두드러지며, 정보기술을 활용한 U-헬스와 결합하는 움직임이 진행되고 있다. 건강관리서비스는 급여/비급여 서비스 목록에 포함되어 있지 않기 때문에 기존 의료기관이 서비스를 제공할 경우 비용을 청구할 수 없다.

개설권 제약을 완화하는 대신, 건강관리서비스 범위를 규정하여 몇 가지 서비스를 열거하여 허용하는 방안이 논의되고 있으나, 이는 몇 가지의 심각한 문제점을 가진다. 이러한 방식은 유사의료행위 논란을 회피하려는 목적으로 몇 가지 서비스들을 건강관리서비스 범위에 포함시켜, 별도의 법을 규정하는 방식이다(「건강증진법」 등 별도법에 「의료법」 27조와 33조의 적용을 배제하는 조항 명시).

그러나 건강관리서비스가 발전, 확대되어 상당한 부가가치를 창출하고 있는 해외 사례의 경우, 질병관리와 병력관리 등 의사인력의 세심한 관리가 요구되는 서비스가 핵심이기 때문에, 이를 대부분 배제하고 건강관리서비스의 범위를 규정하는 것은 산업의 다양한 발전경로를 상당

부분 배제하게 된다. 현재 건강관리회사는 서비스 내용을 한 단계 업그레이드하여 맞춤형 건강관리서비스를 제공하기 위해 ‘채혈 후 건강수준 분석’을 우선적으로 수행하고 싶어 하나, 현행법에 의거할 때 이는 엄연히 의료기관만이, 의료기관에서도 임상병리사만이 할 수 있어 유사의료행위 논쟁을 초래할 것이며, 지난한 갈등조정을 거쳐, 별도법에 몇가지 서비스의 의료법 배제적용을 인정한다 하더라도, 향후 건강관리서비스 개발 가능성이 지정 서비스로 제한되는 한편, 산업의 진화과정이 요구하는 새로운 서비스들은 지속적인 유사의료행위 논쟁을 초래할 것이 예상된다. 게다가 의료행위의 범위 자체가 불분명하기 때문에 구체적으로 무엇을 의료행위로부터 분리하여 건강관리서비스로 열거할 것인지도 어려운 작업이다.

건강관리서비스업의 발전을 제한하고 있는 제도적 제약을 완화하는 방식은 ① 개설권 독점 완화, ② 관련 서비스에 대한 의료기관의 비용청구 허용이 필요하다. 「의료법」 제33조의 개설조항을 완화하여, 의료인의 독점적 개설권과 비영리법인규정을 폐지할 경우 건강관리회사가 병·의원을 개설하여 서비스 범위의 제약을 받지 않을 수 있으며, 유사의료행위 논란을 피할 수 있다. 유사의료행위 문제를 피하기 위해 건강관리회사가 의사를 고용하는 경우들이 있으나, 의료기관 내에서만 의료행위를 할 수 있다는 규정으로 인해 이것 역시 의료행위와의 마찰 가능성은 동일하다.

기존 의료기관도 (건강관리회사와 경쟁하며) 관련 서비스를 제공할 수 있게 하기 위해서는, 별도의 시설과 인력을 갖춘 의료기관이 기존 의료행위의 급여/비급여 목록과 별도로 건강관리를 위한 환자 상담과 교육에 대한 비용을 환자에게 청구할 수 있도록 허용하는 것이 필요하다. 현재 건강관리서비스 논의가 진전되지 못하는 원인 중의 하나는 기존 의료기관들이 ‘건강관리서비스에 수가만 책정해 줄 경우 기존 의료기관이 충분히 제공할 수 있는데도 불구하고 굳이 건강관리회사라는 통로를 거칠 필요가 없다’는 논리를 내세우고 있기 때문이다. 수가를 책정하는지의 여부는 건강관리서비스를 급여항목에 포함할지에 대한 문제로서 건강보험 보장영역 우선순위에서 인정받아야 하는 문제이며, 현재 고려되고 있는 항목들에 비해 시급함이 인정될 가능성은 작다. 따라서 현재

로서는 부대사업 제한을 완화하여 건강관리와 관련한 다양한 서비스를 제공할 수 있도록 허용하는 것이 기존 의료기관과 건강관리서비스회사 모두에게 산업에 진입할 기회를 부여할 수 있는 방법이다.

나. U-헬스산업의 발전과 진입제한

U-헬스는 정보강국으로서의 인프라와 기술 수준을 활용하여, 의료서비스와 관련 서비스들을 융합시켜 부가가치를 창출할 수 있는 유망한 분야이다. 이는 기본적으로 의료기관 중심의 서비스 제공행태가 이용자 중심으로 변화하는 흐름을 나타내며, 이를 위해 편한 시간에 편리한 방식으로 의료서비스를 이용할 수 있도록 정보통신기술과 의료서비스를 결합시키는 비즈니스 모델이다.

이는 ① 기존의 의료서비스를 ‘원격으로’ 제공하는 ‘원격진료’와 ② 의료서비스 개념을 확장시켜 정보기술을 매개로 ‘건강관리서비스와 융합하는 형태’로 구분할 수 있다. 우선 원격진료는 진료실에서 이루어지던 대면진료를 공간적으로 확장하여 원격으로 수행하는 방식이다. 시범사업 형태는 의료취약지역에서의 이동형 u-진료센터 서비스 등으로, 낙도, 오지를 순회하는 진료차량에 데이터 전송이 가능한 원격 의료 및 측정 장비를 설치하여 환자의 데이터를 원격지의 상급병원에 전송하며, 영상지원시스템을 통해 질환을 관리한다.

둘째, 융합형 서비스는 정보통신 기술과 네트워크를 의료, 건강관리 서비스와 연결하여 언제 어디서나 관련 서비스를 제공할 수 있도록 서비스영역을 확장하는 방식이다. 생활공간에 센서 및 컴퓨팅 기기를 내재화시켜, 건강진단이나 질병관리, 응급관리, 의사와의 만남 등 병원에서 받던 서비스를 일상생활 속에서 받을 수 있도록 하는 비즈니스 모델이다. 그런데 이는 일상 속에서 혈압, 맥박, 혈당 등 생체 및 건강 정보를 측정하고 축적해 지속적으로 건강관리를 받을 수 있는 의료서비스를 지향하기 때문에 자연스럽게 건강관리서비스와 결합하고 있는 양태이다.

기존의 건강관리서비스회사들이 활로를 모색하기 위해 주 사업내용으로 집중하거나, 정보기술에 특화된 중소기업 회사들이 시장 선점을 위해 진출, 또는 대기업 위주의 SI업체들이 사업다변화의 일환으로 U-

헬스 인프라 구축과 운영에 진출하는 움직임을 보이고 있다. 지자체의 주도로 생활공간의 다양한 지점에 생체정보 측정이 이루어지도록 인프라를 깔거나, 신규 입주 아파트 등에서 주민복지시설로 설계에 포함된다. 높은 정보기술 수준과 인프라를 고려할 때, 적용기술 발전의 가속화, 다양한 성격의 서비스 개발, 적극적인 마케팅 결합으로 빠른 성장이 예측된다.

U-헬스의 핵심적인 수익창출모형이 건강관리서비스와의 결합인 만큼, U-헬스의 장기적인 발전을 위해서도 자본조달경로 확대와 개설권 제한 완화가 필요하다. 원격진료 활성화를 위해서는 원격진료의 가능성을 억제하는 제도적 제약을 완화하는 동시에, 자본집약적 투자가 필요한 특성상 자본조달경로를 확대할 필요가 있다. 의료인 간 원격자문만을 허용하는 의료법 조항을 개정하여 원격진료가 가능하도록 하고, 원격진료의 편익이 구현되기 위해서는 약품배달 금지조항과 약국 개설 독점조항도 함께 개선될 필요가 있다. 의사가 환자에게만 처방전을 발부할 수 있게 하는 조항은 환자가 지정하는 약국으로 의사가 직접 처방전을 보낼 수 있도록 보완되어야 한다. 융합형 신서비스영역은 생체데이터를 수집하여 의료기관과 연결시키는 과정에서 의학적 판단이 개입될 여지가 크기 때문에 무면허의료행위조항과의 긴장관계라는 측면에서 건강관리서비스의 경우와 동일하게 의료기관 개설권 규제 완화가 필요하다.

5. 산업화 증진의 효과

투자개방형 의료기관 금지 규제는 수익창출형 첨단의료기술 개발을 목표로 하는 의료기관의 역량을 자본조달 제약으로 억제하는 부작용을 가질 가능성이 높다. 정보와 지식의 네트워크 형성이 강조되는 추세 속에서 대학과 연구소, 병원, 산업을 연결하는 협력연구, 특히 기초과학과 임상을 연결하는 중개연구(translational research)의 중요성이 크게 강조되고 있다. 임상연구가 이루어지는 의료기관은 의료기술 개발의 중심적 역할을 수행하는 핵심 연결고리이다.

세계시장의 선점을 목표로 하는 첨단의료기술의 연구는 전형적인 고

위험-고수익(high risk-high return) 연구개발영역으로 자본조달의 필요성이 크다. 첨단기술의 발전과 세계시장의 선점이라는 목표를 달성하기 위해서는 첨단진료와 관련한 투자가 원활해야 하고, 수요가 존재할 필요가 있다. 기존의 대학이나 병원의 연구역량을 연결시키고 개발시키기 위해서는 큰 규모의 R&D 자금이 필요하다.

예를 들어, 보건복지가족부가 추진하고 있는 첨단의료복합단지 조성사업의 경우, 우수한 기초연구 성과에도 불구하고 상용화로 이어지지 못하는 이유로 투자자원 조달의 어려움을 지적하고 있다. 최근 들어 기초연구를 통해 신약후보물질, 첨단의료기기에 적용 가능한 기술 개발 등 우수한 연구성과들이 도출되고 있으나, 대학 및 공공연구소의 경우 한정된 재원으로 인해 대규모 투자비가 소요되는 상용화 연구를 담당하기 어렵고, 임상 중심으로 병원이 운영되어 온 우리나라에서는 동종 분야에 종사하는 산·학·연 연구자들을 연계시키는 중개기능(translational research)이 미비하다는 것이 의료부문 산업화의 병목으로 지적된다.

투자개방형 의료기관 허용은 수익성이 예상되는 첨단기술의 개발을 목표로 하는 의료기관의 자본시장 진입제한을 해소시켜, 시장의 risk hedging 기능과 기술선별능력에 이들을 연결시켜 주는 기능을 담당할 수 있을 것이라 기대된다. 국내 의료산업은 기술 및 시장여건의 변화로 향후 수요급증이 예상된다. 고령화, 소득 증가, 글로벌화로 인해 노인·고급의료 수요 급증(전동휠체어, 세포치료 등)이 예상되며, IT, BT, NT와의 융합으로 다양한 응용제품 창출이 기대되고 있다. 의료산업은 아직 시장 형성 초기단계의 유망산업으로서, 자본투자의 효과를 가질 수 있을 것으로 기대된다(김기완 외[2007]).

제5장

규제개선외 보완장치

제1절 공적의료보장체계 정비

1. 국민의료비의 개념적 고찰

국민의료비(Total Health Expenditure: THE)는 의료부문에 투입되는 자원의 총량으로서 부정적인 함의만 가졌다고 보기 어렵다. GDP 대비 비중으로 표시된 국민의료비 수치는 경제 내 다른 부문과 비교한 의료 부문의 상대적 비중이라 할 수 있으며, GDP 대비 국민의료비 비중이 증가한다는 것은 다른 부문에 비해 의료부문의 확대가 빠르다는 것을 의미한다. 특정 부문의 지출이 여타 부문의 증가율을 앞지르며 확대될 때 경제 내 부문 간 비중의 변화를 그다지 우려하지 않는 것은 소득 중 보다 많은 부분을 특정 부문에 소비하는 것이 바람직하지 않은지에 대한 뚜렷한 이유가 없기 때문이다. 그럼에도 불구하고 국민의료비 중 상당 부분이 공적부문에 의해 조달되고 있기 때문에 국민의료비는 공공부문 재정건전성 차원에서 우려의 대상이 되어 왔다. 재정압박이라는 현실적인 이유에서, 그리고 의료부문의 확대가 경제 내 다른 부문의 성장률을 초과하지 않아야 한다는 대충의 동의 속에서 각국 정부는 공적부문에 영향을 미치는 의료비영역을 관리하기 위해 노력해 왔다.

따라서 국민의료비에 관한 논의는 건강보험재정의 건전성과 연계되어 진행되는 것이 적절하다. 건강보험재정의 건전성을 위해서는 건강보

험 지출이 적정한 속도 이내로 유지되어야 하고, 이를 위해서는 의료비 지출 자체에 대한 관리가 필요하다. 논의되는 방식은 주로 행위별 수가제가 본질적으로 내포한 과잉공급의 가능성에 주목하면서, 서구 선진국이 도입한 진료비지불제도의 도입 가능성에 집중되어 있다. 총액계약제, 총액예산제, 총액목표제, 인두제, DRG 등의 포괄수가제 확대, 상대가치 행위수가제 개선, 일당제 도입 등이 언급되고 있으며, 비급여부문에 대한 관리까지 언급되고 있다.

이러한 거시적 통제장치는 본질적으로 체계적인 강한 통제를 의료제공자에게 가하는 것으로서 제도에 대한 저항이 클 수밖에 없기 때문에, 이러한 저항을 최대한 줄이기 위해서는 제도 도입을 통해 건강보험재정의 문제를 상당 부분 해결할 수 있다는 근거가 제시될 필요가 있다. 최근의 급여 증가 원인에 대해서는 세계에서 가장 빠르게 진행되고 있는 고령화로 인한 증가, 보장성강화정책으로 인한 증가분, 고령화나 보장성 강화 등과 관련 없는 이용량 증가, 약제비 증가 등의 설명이 가능하다. 의료비 억제에 위한 강력한 통제기전에 관한 논의들이 이루어져 왔으나, 현재의 급여비 증가가 강력한 통제기전을 필요로 하는 성격이나 수준인지를 판단하기에는 근거가 불충분한 상황이다.

국민의료비 관리와 관련된 기존 논의에서 무엇을 관리할 것인지에 대한 범위 구획이 분명치 않다는 점 역시 문제이다. 전체 국민의료비 수준을 억제하는 것이 목표라면, 건강보험 급여영역과 비급여영역까지를 포함한 의료비가 대상이다. 그러나 자유로운 경쟁과 혁신, 고급서비스의 개발 등이 억제되면서 산업 발전의 목표를 달성하기는 어렵다. 체계적인 거시적 통제수단이 한 번도 사용된 적이 없는 미국의 의료산업 규모가 큰 것은 다른 많은 문제에도 불구하고, 규제의 정도가 약해 기업적 시도들이 이루어질 조건이 갖춰졌기 때문이다. 아직 국민의료비 수준이 높지 않은 우리나라의 상황에서 의료비 수준이 문제가 되는 이유가 결국 공공지출의 증가 때문이라는 점을 고려하면, 논쟁의 여지가 덜하며, 관리할 수 있는 수단이 존재하고, 재정적 필요성이 보편적으로 인정되는 건강보험 급여부문으로 비용관리목표를 정하되, 향후 급여확대 방향을 충분히 고려하여 관리대상 범위의 수준을 설정하는 것이 필요하다. 건강보험재정 관리에 직접적으로 연관되지 않은 비급여부문의 경우 정

부의 통제권한이 미치지 않고 있을 뿐만 아니라, 정확한 규모조차 파악되지 않고 있는 상황이다.

의료비 규모에 가장 큰 영향을 주는 신의료기술을 무조건 억제할 수 없는 상황에서 국민의료비 억제를 정책목표로 설정할 경우, 무리하게 진료기술의 발전과 환자의 욕구를 억제하거나, 그렇지 않을 경우 정책 목표달성에 항시적으로 실패할 수밖에 없게 될 것이다. 의료비 증가의 가장 큰 부분이 신기술에 의한 비용 증가라는 연구결과(Newhouse [1992])에 대해서는 폭넓은 동의가 이루어지고 있다. 의료서비스의 사용량이 증가한다거나, 서비스 가격과 의료인력의 보수가 증가하는 것은 오히려 중요성이 덜하다고 할 수 있을 정도이다. 따라서 비용억제를 위해서는 신기술을 진료에 도입하는 것, 그리고 이를 공공지출로 부담하는 것을 통제할 중요성이 증가하고 있다.

그러나 안전성이 입증된 이상 신기술이 진료에 도입되는 것을 막을 정책적 수단은 현실적으로 부재하며, 의료기술의 혁신을 진료에 담아내고자 하는 공급자와 비용을 부담할 의사가 있는 이들이 신기술의 수혜를 받고자 하는 것을 금지할 명분도 취약하다. 모든 사람에게 접근 가능하지 않다는 이유로 이들의 사용을 금지하는 것은 고급기술로 시작하여 경쟁을 통한 가격하락으로 일반 사람들의 이용기회 확산으로 이어지는 경로를 차단하는 결과를 초래할 가능성이 있다. 2001년 50인치 플라즈마 텔레비전의 국제시장 가격은 2만 5천달러였으나, 1년 후 1만 5천달러로 하락했고, 현재 국내가격은 1,000달러 남짓에 불과하다. 한때 부유층의 전유물이었던 제품들은 시간의 경과와 함께 중산층의 기호품이 되고, 나아가 전 사회의 필수품으로 인정받게 되는 것이 기술전파와 경쟁의 구조이다.

따라서 공적재정의 건전성을 위해 중요한 것은 신기술 도입결정과 급여보장영역의 확정에 있어 의사결정과정을 투명하게 하고, ‘효능 및 비용효과성(cost-effectiveness)과 관련한 근거 중심(evidence-based)의 급여 인정결정’을 구현하는 것이다. 이는 최근 OECD 국가의 중요한 화두이며, 이를 위해 상당한 시간과 자원을 투입하여 제도적 기반이 마련되고 있는 것은 신기술의 발전과 공보험재정의 지속 가능성을 조화시키기 위한 필수적인 노력이다.

〈표 5-1〉 국민의료비의 지출구성과 자원조달

의료비 지출	A. 건강보험 급여비	B. 본인부담	C. 비급여 (의료적)	D. 비보험 (성형, 보약 등)	E. 기타
재원	공공재원 (건강보험료, 조세)	민간재원 (본인부담금, 민간보험료, 기타)			

- 주: 1) 비급여는 의료적 비급여로서 임의 비급여 및 법정 비급여를 포함.
 2) A~D는 의료기관 및 약국에서 지출된 의료비이며, E는 기타 의료비임.
 3) 공공재원은 건강보험 이외에 지출되는 부분을 포함하고, 민간재원 역시 비의료적 성격의 서비스들을 포함하기 때문에 공공재원 비중은 건강보험 보장성과 정확하게 대응하지 않음.

자료: 윤희숙 외(2009b).

결국 국민의료비 수준의 상승은 그 자체가 문제라기보다 어떠한 성격의 비용증가인지가 중요하다. 국민의료비 개념은 경제 전체에서 의료 부문에 지출하는 액수이며, 거꾸로 말하자면, 의료산업의 매출규모를 의미한다. 그러나 함께 고려해야 하는 점은 ① 급여항목의 지출증가는 공보험재정의 문제를 야기하고, ② 비급여항목 중에서도 선택의 여지 없이 개인이 강제적으로 지출하는 부분은 가계에 과도한 부담을 준다는 것이다. 이를 제외한 선택적 영역에서 지출이 증가하는 것은 지불의사가 있는 소비자의 수요라고 간주할 수 있으며, 지출 증가를 사회정책적 측면에서 우려할 필요가 크지 않다. 오히려 경제정책 측면에서 독점력이 과도하지 않은지, 소비자가 적정한 가격을 지불하고 있는지에 관심을 가져야 할 부분이다. 선택적 영역은 <표 5-1>에 나타난 국민의료비 구성 중 C의 일부와 D, E 영역에 해당한다. 국민의료비의 증가는 가계 소득의 강제적 지출로 과도하게 이어지는 부분과 선택적 서비스를 통해 다양한 수요를 만족시키는 부분으로 구분하여 검토할 필요가 있다.

선택적 서비스영역의 산업 발전은 관련 비용부담을 증가시킬 가능성이 있으나, 이에 관해서는 국민이 지불한 만큼의 혜택을 받는지 여부가 중요하다. 단, 정보의 불완전성하에서 시장기전이 잘 작동하여 가격경쟁과 질 향상 경쟁이 이루어질 수 있도록 보완책을 만들고 규칙을 정립하는 것은 시장의 심판으로 정부가 수행해야 하는 역할이다. 반대입장의 우려와 같이 이 부분에서 건전한 시장경쟁이 이루어질 수 있을 것인지

는 현 단계에서 충분히 우려하고 대비해야 하는 문제이다. 당연지정제 수가하에서 급여항목의 가격상승에는 영향이 미미할 것으로 예상된다. 그러나 C영역의 비대화가 급여영역 지출과 맞물려 건강보험재정에 영향을 미치거나, 비급여서비스의 강제적 소비로 인해 가계에 미칠 부담에 대해서는 공적의료보장체계의 정비 측면에서 숙고할 필요가 있다.

2. 개설권 제한 완화가 국민의료비 규모에 미치는 효과 예측

가. 이론적 논의

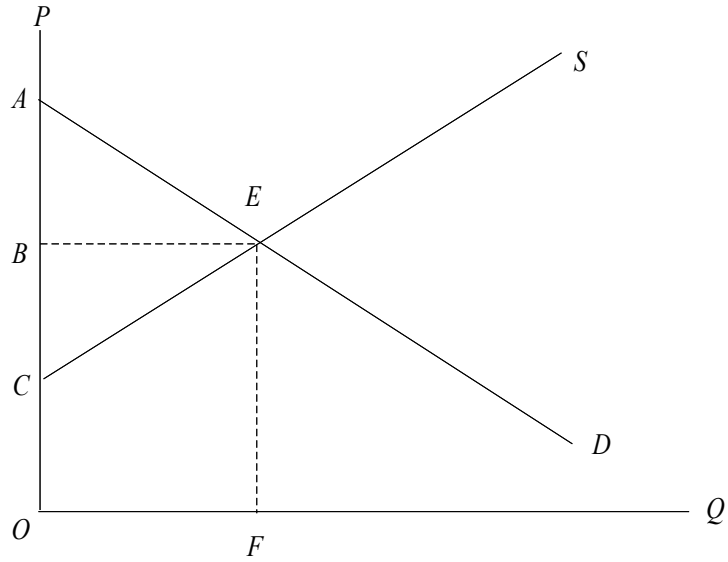
국민의료비는 기본적으로 의료서비스산업의 매출액(R)에 해당하는 바, 이는 의료서비스의 가격(P)과 물량(Q)의 곱으로 표현된다($R=PQ$). 물론 국민의료비 안에는 일반의약품 매출 등 다른 비용도 포함되나, 논의의 단순화를 위해 일단 의료서비스산업의 매출액과 국민의료비가 동일하다고 가정한다.

의료서비스시장에서도 다른 시장과 마찬가지로 수요(D)와 공급(S)에 의해 균형가격(P)과 균형물량(Q)이 결정된다. 아래 그림에서 균형가격은 B , 균형물량은 F , 매출액(=국민의료비)은 $BEFO$ 로 표시되는 사각형에 해당한다. 또한 소비자잉여는 AEB 로 표시되는 삼각형에 해당하고, 공급자잉여는 BEC 로 표시되는 삼각형에 해당하며, 사회 전체의 잉여는 AEC 가 된다(그림 5-1).

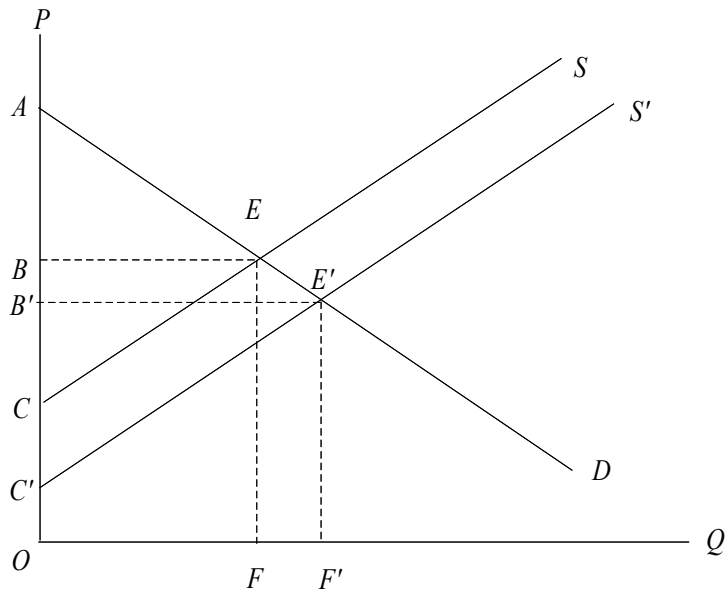
개설권 규제 완화는 의료서비스부문에 대한 자본투자를 늘려 공급곡선을 오른쪽으로 이동($S \rightarrow S'$)시키는데, 이로 인한 매출액(=국민의료비)의 증감은 수요의 가격탄력성에 의존한다. [그림 5-2]에서 보듯이 매출액은 $BEFO$ 에서 $B'E'F'O$ 로 변하는데, 이러한 변화가 증가를 의미하는지 감소를 의미하는지는 분명치 않다.

일반적으로 수요의 가격탄력성이 낮으면 매출액이 감소하고, 수요의 가격탄력성이 높으면 매출액이 증가한다. 가격탄력성이 낮다(높다)는 것은 가격이 하락할 때 수요가 작게(크게) 증가함을 의미하며, 이 경우 가격 하락폭보다 수요 증가폭이 작아서(커서) 매출액은 감소(증가)한다.

[그림 5-1] 의료서비스시장의 균형과 소비자 잉여



[그림 5-2] 개설권 규제 완화에 따른 균형 이동



매출액의 가격탄력성을 ϵ_R , 수요의 가격탄력성을 ϵ_D 라 표현할 때, 이들 사이에는 ‘ $\epsilon_R = \epsilon_D + 1$ ’의 관계가 있다.

$$\frac{dR}{dP} = \frac{d(PQ)}{dP} = Q + P \frac{dQ}{dP}, \quad \epsilon_R = \frac{dR}{dP} / \frac{R}{P} = \frac{dR}{dP} / Q = 1 + \frac{dQ}{dP} / \frac{Q}{P} = \epsilon_D + 1.$$

따라서 $\epsilon_R > 0 \Leftrightarrow \epsilon_D > -1$. 즉, 가격탄력성이 낮다면($\epsilon_D > -1$), 가격이 하락할 때 매출액은 감소한다($\epsilon_R > 0$).

일반적으로 필수의료는 가격탄력성이 낮고, 사치재적 선택의료(성형, 피부, 비보험치과 등)는 가격탄력성이 높을 것으로 예상할 수 있다. 미국 RAND 연구소의 실험결과에 의하면, 필수적 의료수요의 가격탄력성은 대체로 -0.1 ~ -0.3에 불과한 것으로 알려져 있다. 이 경우 영리법인 도입은 필수적 의료와 관련한 국민의료비를 감소시키는 결과를 초래할 것이다.

사치재적 선택의료(성형, 피부, 비보험치과 등)의 경우 가격탄력성이 이보다 높을 것으로 추측되나 관련 연구결과는 존재하지 않는다. 만일 가격탄력성이 충분히 높다면 영리법인 도입은 사치재적 선택의료와 관련한 국민의료비를 증가시키는 결과를 초래할 것이다.

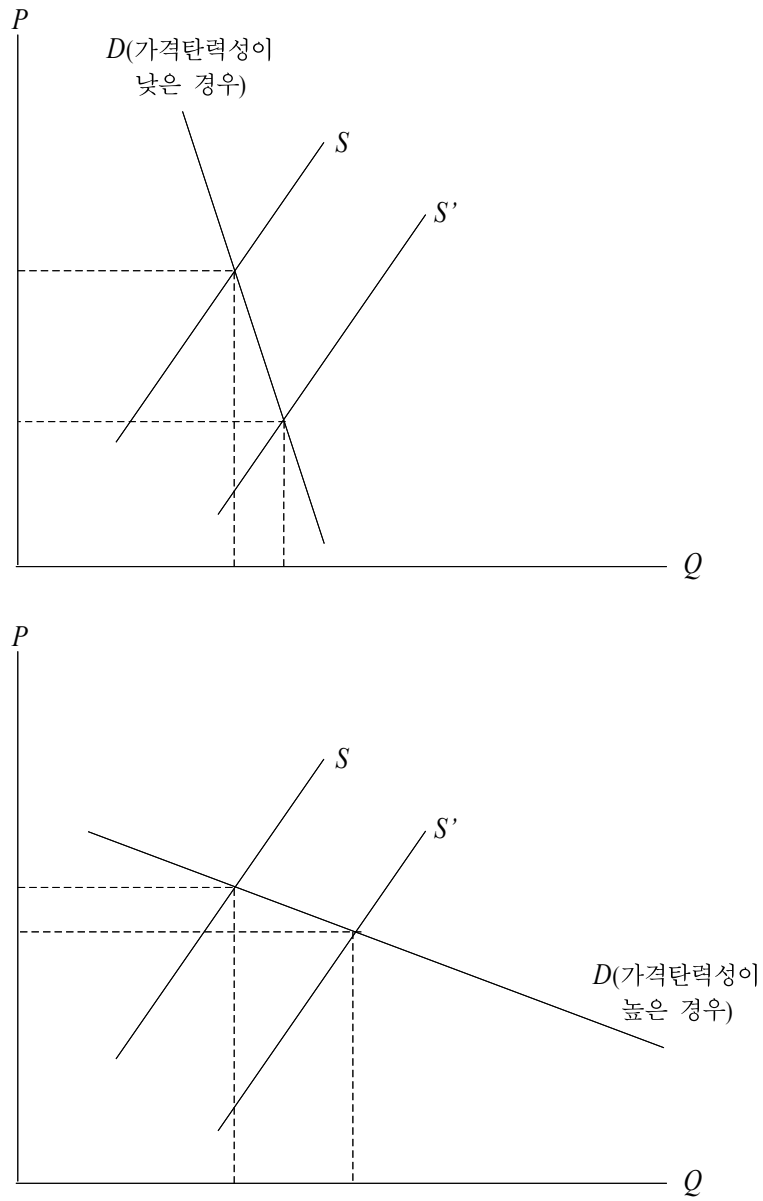
결국 개설권 제한 완화가 국민의료비에 미칠 영향을 사전적으로 수치화하기는 어렵다. 국민의료비가 얼마나 변화할 것인지를 알기 위해서는 여러 가지 모수(parameter)에 대한 전제가 필요한데, 믿을 만한 전제를 찾기는 어렵다. 필요한 모수는 다음과 같다.

<표 5-2> 진료유형별 호탄력성(Arc-Elasticities)

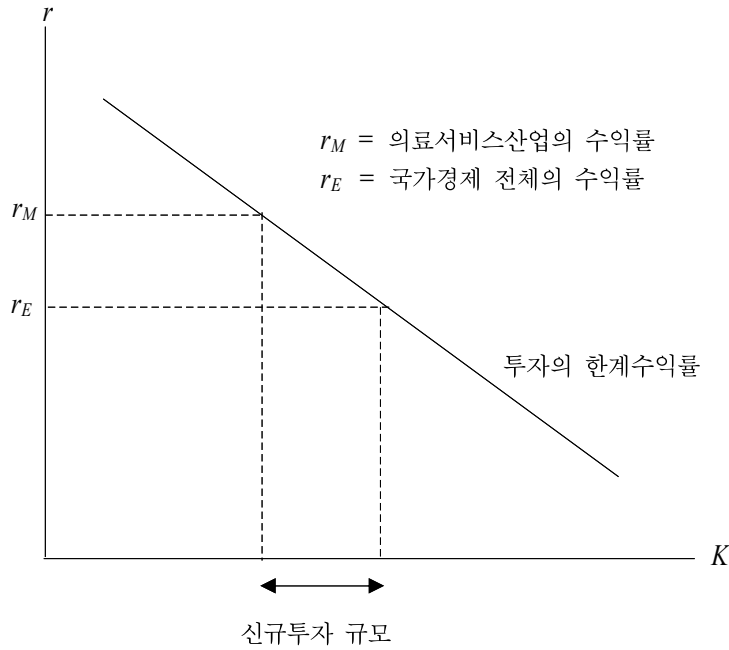
본인부담률(%)	외래			외래전체	병원	의료부문 전체	치과
	급성	만성	그 외				
0~25	0.16 (0.02)	0.20 (0.04)	0.14 (0.02)	0.17 (0.02)	0.17 (0.04)	0.17 (0.02)	0.12 (0.03)
25~95	0.32 (0.05)	0.23 (0.07)	0.43 (0.05)	0.31 (0.04)	0.14 (0.10)	0.22 (0.06)	0.39 (0.06)

주: () 안은 표준오차.
 자료: Keeler et al.(1988).

[그림 5-3] 수요의 가격탄력성과 개설권 완화효과



[그림 5-4] 투자수익률과 신규 자본투자



첫째는 신규 자본투입의 규모이다. 즉, 개설권 규제 완화로 얼마나 많은 신규투자가 이루어질 것인지 알아야 한다. 현재 의료서비스산업의 자본수익률이 국가경제 전체의 자본수익률보다 높지만 영리법인 금지로 인해 그 차이가 좁혀지지 않는 것으로 추론할 수 있다. 신규투자규모는 현재 의료서비스산업의 자본수익률과 국가경제 전체의 자본수익률, 그리고 투자의 한계수익률을 알고 있다면 추정이 가능하다(그림 5-4). 그러나 이들 모수에 대한 추정치는 존재하지 않는다.

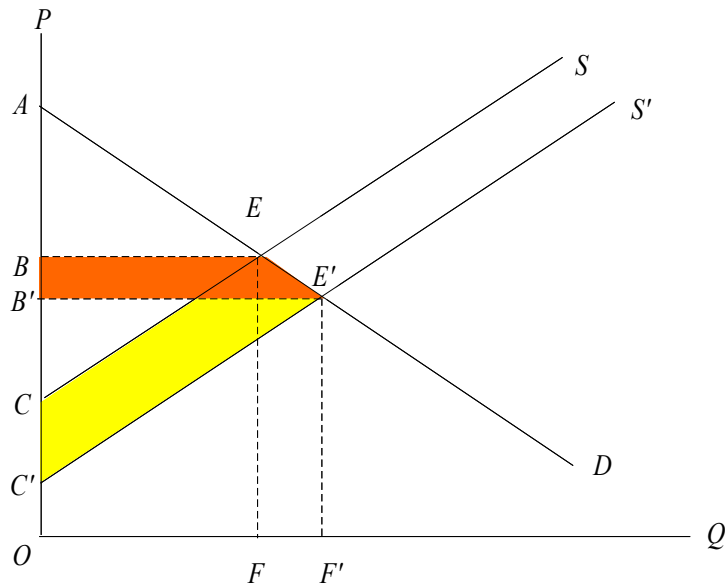
둘째는 신규 자본투입에 따른 공급곡선의 이동($S \rightarrow S'$)이다. 일정 규모의 신규투자가 이루어졌을 때 그로 인해 공급곡선이 어느 정도 이동하여 가격이 어느 정도 하락할 것인지 알아야 한다. 의료서비스산업의 생산함수를 파악할 수 있다면 이러한 추론이 가능하나 현재로서는 생산함수를 추정할 수 있는 병원별 자료(자본, 인력, 산출물)가 존재하지 않는다.

셋째는 가격하락에 따른 수요의 증가이다. 가격이 일정 폭 하락했을 때 수요가 얼마나 늘어날 것인지 알아야 한다. 수요의 가격탄력성을 파악할 수 있다면 이러한 추론이 가능하나 현재로서는 위에 제시된 RAND 연구소의 추정결과만 존재할 뿐이다.

나. 사회 후생에 미치는 영향

이처럼 개설권 완화에 따른 공급확대가 국민의료비에 미치는 영향은 불명확한 데 반해, 소비자잉여 및 공급자잉여 그리고 이들의 합인 사회 전체의 잉여에는 명확히 긍정적인 영향을 미친다. 소비자들이 보다 저렴한 서비스를 보다 많이 사용할 수 있게 됨에 따라 소비자잉여가 증가한다. 자본투입이 증가하여 평균 생산비가 하락하는데, 그중 일부만이 가격하락으로 나타나고 나머지는 공급자의 이윤증대로 나타난다. [그림 5-5]에서 소비자잉여는 AEB 에서 $AB'E'$ 로 $BEE'B$ 만큼 증가하며, 사회 전체의 잉여는 AEC 에서 $AE'C'$ 로 $EE'C'C$ 만큼 증가한다.

[그림 5-5] 개설권 완화와 사회 후생



중요한 것은 국민의료비의 증가 또는 감소가 아니라 사회 전체의 잉여라는 점을 고려하면, 영리법인 도입은 사회적으로 분명히 긍정적인 효과를 낳게 된다. 설령 국민의료비가 증가하더라도 이를 상쇄할 만큼 소비자 후생이 증가하여 전체적으로는 사회 후생이 증가하는 것이다.

다. 시장이 제대로 작동하지 않을 가능성

위에서는 다른 시장과 같이 의료서비스시장이 작동하는 상황을 전제로 하였으나, 실제로는 시장실패가 발생할 가능성이 존재한다. 경쟁이 심화되면서 개별 병원의 수입이 감소함에 따라 공급자들이 유도진료(supplier-induced demand)를 확대할 수 있다. 특히, 소비자들이 원하지 않는 고품질 진료를 고가에 제공하는 행태가 확산되거나, 비급여항목의 진료가격을 인상시키는 행태가 나타날 수 있다.

이러한 시장실패는 정보의 비대칭성(asymmetric information)에 기인하는 것으로서, 시장이 정상적으로 작동하도록 하기 위해서는 소비자들에게 충분한 정보가 제공될 수 있는 장치를 만들어 놓아야 한다. 만일 소비자들이 사전에 개별 병원이 제공하는 의료서비스의 품질과 가격에 대해 충분한 정보를 갖고 있다면 병원 간에 비교하여 가장 좋은 품질을 가장 낮은 가격에 제공하는 병원을 선택할 것이며, 이를 통해 병원 간의 경쟁은 소비자 후생을 증대시킬 것이다. 그러나 정보유통인프라가 구축되지 않을 경우 비용증가에 상응하는 소비자잉여의 증가 없이 국민의료비가 증가할 가능성이 있다.

3. 공적보험의 보장기능 강화

가. 보장성 개념의 수정

건강보험의 기능은 갑작스런 의료비 충격으로부터 국민을 경제적으로 보호하는 것이다. 따라서 건강보험이 전체 지출의 어느만큼을 지불하는지는 가장 핵심적인 성과지표라고 보기 어렵다. 별로 필수적이지 않거나, 일상적인 소액지출을 보장하는 것은 ‘경제적 타격으로 인한 계층 하락을 예방하는’ 사회보험 본래적 기능과 등치되기 어렵기 때문이다.

특히, 건강보험 보장성(건강보험 급여율)의 의미를 OECD 공공지출 비중과 혼동하여 보장성 강화의 수치적 목표로 사용하는 관행은 수정될 필요가 있다. 건강보험의 급여가 어느 정도의 위험을 떠안아 주는지를 나타내는 ‘건강보험 급여율’은 건강보험이 궁극적으로 보장해야 하는 진료비¹⁾에 진료 시 수반하여 발생하는 비급여진료비를 포함하여 분모로 삼고, 이 중 ‘건강보험이 부담하는 급여비’를 분자로 하여 건강보험 보장성을 추정하고 있다.

$$\text{건강보험 급여율} = \frac{\text{건강보험이 부담하는 부분}}{\text{건강보험 의료비}} = \frac{\text{보험자 부담분}}{\text{보험자 부담분} + \text{본인 부담분}}$$

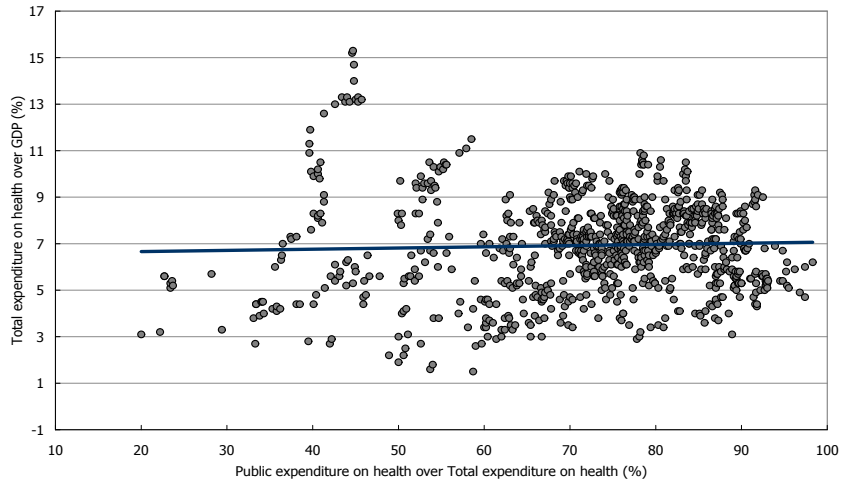
그런데 국가별로 의료제도적 차이가 크기 때문에 이는 국제비교를 하기에 적당하지 않은 개념이며, OECD의 ‘의료비 중 공공지출 비중’이란 기본적으로 설비투자 등 자본비용을 포함한 총국민의료비에서 공적 재원이 부담하는 비율로서, 우리가 비교하는 건강보험 급여율과는 전혀 다른 개념이다. 참여정부 시기 OECD 평균 보장률 70%라는 수치적 목표를 빠른 시간 내에 달성하는 것을 최우선 목표로 보장성 강화정책의 방향을 수립했으나, 건강보험 보장성의 의미는 다시 숙고될 필요가 있다.

현재 보장성의 문제는 경제적 충격으로부터의 보호기능이 약하다는 것이므로 적절한 정책수단은 고액중증질환의 부담을 줄여주는 것이다. 모든 국민의 부담을 덜어주면서 보장률을 올리는 것은 정책목표와 부합한다고 보기 어렵다. 피부과나 성형 등 비보험분야의 규모는 ‘강제적 의료지출’이 아닌 ‘소비적’ 의미의 지출이 증가할수록 빠르게 확대될 것이며, 안전성과 유효성이 검증되었으나, 비용효과성이 입증되지 않아 공보험이 급여하지 않는 신의료기술분야 역시 의료기술의 발달과 함께 고비용을 초래할 것이 예상되는 만큼, 전체 의료비 중 공공지출의 비중을 정책목표로 삼는 것은 정책효과를 과소평가할 가능성이 높다.

정책효과를 적절히 측정하고 향후의 정책적 노력의 방향을 정립하는데 활용하기 위해서는 ‘필수적 의료 이용을 이용하는 경제적 부담을 공적으로 어느 정도 보장하는지’에 초점을 맞출 필요가 있다.

또한 ‘민간의료 지출 비중이 증가할 경우 전체 의료비 증가를 억제하기 어렵다’는 논의의 근거 역시 미약하다. [그림 5-6]은 공적의료 지출

[그림 5-6] 공적의료 지출 비중과 GDP 대비 의료비 지출 비중



주: 분석대상 국가는 OECD 30개국(오스트레일리아, 오스트리아, 벨기에, 캐나다, 체코 공화국, 덴마크, 핀란드, 프랑스, 독일, 그리스, 헝가리, 아이슬란드, 아일랜드, 이탈리아, 일본, 한국, 룩셈부르크, 멕시코, 네덜란드, 뉴질랜드, 노르웨이, 폴란드, 포르투갈, 슬로바키아 공화국, 스페인, 스웨덴, 스위스, 터키, 영국, 미국)으로, 1960~2004년도 수치 중 가용한 자료를 모두 풀링(pooling)한 총 910개 시점의 값들을 이용.

자료: OECD, *OECD Health Data*, June 2006.

비중과 GDP 대비 의료비 지출 비중 간의 관계를 단순 plotting을 통해 살펴본 결과이다. 1960~2004년간의 수치들을 단순하게 pooling한 결과 분명한 상관관계가 눈에 띄지는 않다.

이는 <표 5-3>에 의해서도 확인할 수 있는데, 공적의료비 비중이 높은 그룹에 속하는 아이슬란드, 룩셈부르크, 뉴질랜드, 스웨덴, 영국 등의 경우 1970년 이후 의료비 증가율이 오히려 상대적으로 높은 그룹에 속하는 것으로 나타나고 있다. 과거의 증가율만을 관찰하면, 공적인 재원 조달 비중이 높을수록 의료비 증가가 느리다고 간주하기는 어려우며, 경험연구를 통한 뒷받침도 미약하다. 계량적 기법을 사용한 연구들 역시 엇갈리는 결과들을 보고하고 있다. Leu(1986)는 사용자가 직접 부담하는 비용의 비중이 작을수록 전체 지출은 증가하게 된다는 제3자 지불자 제도의 문제점을 강조하면서 공적의료비 지출 비중과 의료비 지출

비중 간의 관계를 탐색한 결과 양자 간에 양의 관계가 있다는 결과를 도출하였다. 이에 반해 Gerdtham et al.(1992)은 공적인 재원조달 비중이 클수록 진료비가 낮게 나타난다는 결과를 보고한 바 있다. 의료비에 영향을 미치는 요인들이 무엇인지 정확히 추출하기는 매우 어려우며, 영향을 미치는 수많은 요소들을 모두 추려내는 것의 어려움으로 인해 계량분석에 있어 변수누락(omitted variable)의 문제는 피하기는 어렵다는 것이 널리 동의되고 있다. 또한 변수들 간의 관계를 파악하는 것이나 제도적 차이를 측정하는 것 자체가 어렵기에 계량모델을 구성하는 작업 자체가 그다지 신뢰성을 갖기는 어렵다.

오히려 의료비 증가에 지배적인 영향을 미쳐 왔다고 추측되는 것은 가격과 수량에 대한 여러 가지 제도적인 통제수단들이다. 이들 수단들이 공적인 재원조달구조하에서 주로 도입되어 왔던 연유로 인해 공적인 재원조달 자체가 의료비 억제에 효과적이었다고 주장되는 경우가 흔하나, 사실상 재원조달구조와 직접적 비용통제책의 사용은 분리되어 이해되어야 하는 문제이다. 지난 시기 동안 국가그룹별 의료비 지출 추이를 살펴보면 [그림 5-7]과 같다. 1970년 당시 의료비 지출이 컸던 그룹과 낮았던 그룹의 추세는 이후에도 상당한 지속성(persistence)을 보이고 있어, 국가특수적인 지출구조와 행동패턴 등 경로의존성(path dependency)에 기인하는 바가 크다고 판단된다.

나. 선택적 서비스의 선택 가능성 보장 필요

건강보험 당연지정제하에서 급여서비스항목의 가격은 단일가격으로 통제되기 때문에 투자개방형 법인 허용의 영향이 미치지 않을 것이나, 병실이나 식대 등의 선택적 서비스와 비급여진료서비스가 확대될 가능성을 배제하기는 어렵다. 이들 서비스는 원론적으로 선택적 영역이기 때문에 지불능력에 따라 부담하는 것이 적절할 것이나, 공적의료보장체계의 미비로 인해 선택적 서비스를 강제적으로 지출할 수밖에 없는 구조이고, 현재 비급여진료항목의 비중이 비대하여 개인이 감당하기 어려운 수준이라고 지적되고 있다. 물론 현재의 개인영리기관이나, 영리기관적 성격의 비영리의료기관에서도 비급여서비스 공급을 통한 수익창출에

〈표 5-3〉 GDP 대비 총의료비 비중, 총의료비 대비 공적 비중, 의료비 지출(1970~2007년)

국 가	GDP 대비 총의료비 비중(%)		총의료비 대비 공적 비중(%)		의료비 지출 (백만US\$PPP)	
	2007년	연평균 증가율	2007년	연평균 증가율	2007년	연평균 증가율
오스트레일리아	8.7 ^a	1.60	67.7 ^a	0.25	64,929 ^a	9.07
오스트리아	10.1	1.81	76.4	0.52	31,287	8.63
캐나다	10.1	1.04	70	0.00	128,447	8.44
덴마크	9.8	0.60	84.5	0.03	19,169	6.80
핀란드	8.2	1.09	74.6	0.03	15,022	8.07
프랑스	11	1.94	79	0.12	228,898	8.82
독 일	10.4	1.50	76.9	0.15	295,123	8.14
그리스	9.6	1.57	60.3	0.94	30,524	8.66
아이슬란드	9.3	1.86	82.5	0.60	1,034	9.50
아일랜드	7.6	1.08	80.7	-0.03	14,855	10.71
일 본	8.1 ^a	1.58	81.3 ^a	0.42	329,731 ^a	8.82
룩셈부르크	7.3 ^a	2.41	90.9 ^a	0.06	2,598 ^a	11.14
네덜란드	9.8	1.01	62.5 ^b	0.13	62,853	8.02
뉴질랜드	9.2	1.55	78 ^a	-0.08	10,613	8.04
노르웨이	8.9	1.92	84.1	-0.23	22,427	10.50
포르투갈	9.9 ^a	3.90	71.5 ^a	0.54	22,763 ^a	11.77
스페인	8.5	2.43	71.8	0.25	119,838	10.27
스웨덴	9.1	0.79	81.7	-0.14	30,401	6.97
영 국	8.4	1.70	81.7	-0.17	182,458	8.50
미 국	16	2.22	45.4	0.61	2,198,764	9.64
평 균	9.5	1.68	75.1	0.20	190,588	9.02

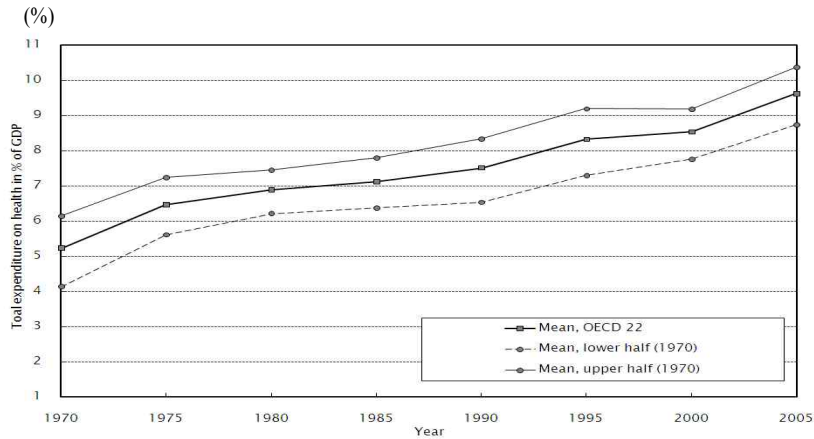
주: 1) 분석대상 국가는 1970년도와 2007년도의 자료가 가용한 20개국이며, 연평균 증가율은 시작시점을 1970년도로, 종료시점을 2007년도로 하여 산출.

2) 단, GDP 대비 총의료비 비중 및 의료비 지출의 연평균 증가율의 계산에 있어, 호주, 덴마크의 시작시점은 1971년, 네덜란드는 1972년도이고, 종료시점의 경우 위 첨자 a로 표시된 호주, 일본, 룩셈부르크, 포르투갈은 2006년도 수치임.

3) 또한 총의료비 대비 공적 비중의 연평균 증가율의 계산에 있어, 호주, 덴마크의 시작시점은 1971년, 네덜란드는 1972년도이고, 종료시점의 경우 위 첨자 a로 표시된 호주, 일본, 룩셈부르크, 뉴질랜드, 포르투갈은 2006년도 수치이고, b로 표시된 네덜란드는 2002년도 수치임.

자료: OECD, *OECD Health Data*, 2009.

[그림 5-7] GDP 대비 총의료비 비중의 추이



- 주: 1) 분석대상 국가는 1970년대 수치가 이용 가능한 22개국(포르투갈, 룩셈부르크, 스페인, 벨기에, 노르웨이, 일본, 영국, 아이슬란드, 아일랜드, 뉴질랜드, 오스트리아, 프랑스, 호주, 스위스, 핀란드, 그리스, 독일, 네덜란드, 스웨덴, 캐나다, 미국, 덴마크)임. 단, 그리스는 1975년과 1985년도 수치가 가용하지 않아 해당 연도의 평균에서는 제외함.
- 2) 한편, 호주, 덴마크의 1970년도 수치는 1971년도, 네덜란드는 1972년도 수치를 이용함.
- 3) ‘Mean, lower half(1970)’는 1970년도 기준 전체 평균 미만인 포르투갈, 룩셈부르크, 스페인, 벨기에, 노르웨이, 일본, 영국, 아이슬란드, 아일랜드, 호주 등 10개국의 평균이며, ‘Mean, upper half(1970)’는 1970년도 기준 전체 평균 이상인 프랑스, 스위스, 핀란드, 그리스, 독일, 네덜란드, 스웨덴, 캐나다, 미국, 덴마크, 뉴질랜드, 오스트리아 등 12개국의 평균임. 그리고, “Mean, OECD 22”은 22개국의 전체 평균임.

자료: OECD Health data 2009.

상당 정도 집중하고 있기 때문에 큰 변화가 예상되지는 않으나, 전문적 경영기법을 구사하는 경영진에 의해 의료기관이 운영될 경우 수익창출 비급여가 보다 영리한 방식으로 창출될 가능성이 존재한다. 시장기전이 작동하는 상황에서 의료기관이 불필요한 비급여를 높은 가격에 제공한다면, 소비자의 선택을 받기 어려울 것이기 때문에, 시장규율(market discipline)이 자연스러운 통제기능을 수행할 것이다. 그러나 시장기능을 작동시키기 위한 소비자 정보 공개 강화 등의 조치가 제대로 정착하고 효과를 발휘하는 데 시간이 걸릴 경우, 일정 기간 동안 시장규율이 제 기능을 다하지 못할 가능성이 존재한다. 따라서 차액병실료 등의 선택

적 항목은 그야말로 선택할 수 있도록 제도를 보완하고, 필수적인 의료 서비스를 포괄하도록 급여항목을 조정하는 등, 공적의료보장체계를 전반적으로 정비할 필요가 있다.

강제적 지출이 되고 있는 선택적 지출의 대표적인 예로서, 환자가 기본병실(6인실)에 입원하기를 원한다고 해도 병실이 충분치 않기 때문에 울며겨자먹기로 상급병실에 입원할 수밖에 없는 경우가 자주 발생한다. 서울대학교 병원의 경우, 기준병실의 하루 병실료는 하루 13,600원(68,000원 × 본인부담률 20%)에 불과하나, 병실을 찾을 수 없어 1인실 최하등급을 이용할 경우, 하루 199,600원(기준병실 본인부담 13,600원 + 차액 181,000원)을 지불해야 한다. 이 경우 아무리 급여영역에서 6개월간 본인부담 상한이 200만원으로 설정되어 있다 해도, 6개월의 장기입원 시 비급여영역인 차액병실료만으로 3,600만원을 지출해야 하는 셈이다(표 5-4). 이는 기준병실을 원하는 환자의 비율이 80~90%인데도 불구하고, 의료기관들은 저수가의 문제임을 강변하며 기준병실의 의무비율 50%를 준수하는 데 그치고 있기 때문이다.

수가 수준을 엄밀히 검토한 후, 적절하다고 판단할 경우에는 기준병실 비중을 수요에 맞도록 증가시키고 선택진료제를 개선하는 등 편법적 경영을 개선시켜야 할 것이고, 수가 수준이 부적절하게 낮다면 가격체계의 조정이 필요하다. 서울대학교 병원의 경우 차액병실료와 선택진료비가 입원수익의 17%로 상당한 비중을 차지하고 있는데도 불구하고(표 5-5), 결산자료에 의하면 의료수익이 비용을 따라잡지 못하는 추세가 계속되고 있다(표 5-6). 이러한 현상을 근거로 공급자 측에서는 수가 수준이 비용보전이 되지 않는 수준이라고 주장하고 있으나, 문제는 정책당국 스스로가 이것이 개별 기관의 경영상의 문제인지, 수가 수준의 문제인지를 점검하고 수익보전 편법에 강력히 대응하지 않아 왔다는 점이다. ‘강제적 선택’ 문제가 온존되어 온 이유는 ‘기준병실료만으로 비용보전이 되지 않을 정도로 가격체계가 왜곡되어 있고, 이로 인해 교차보조수단으로서 상급병실 확보가 불가피하다’는 주장에 정부가 대응하지 않음으로써 암묵적으로 수공해 왔기 때문이다. 결과적으로 현재 경제력과 상관없이 개인들에게 막대한 경제적 충격에 노출되는 문제는 제도적으로 방치되고 있는 셈이다.

〈표 5-4〉 서울대학교 병원 본원 차액병실료 구조(소아, 치과 제외)

		병실 수	병상 수	2007년 수가
VIP실		1	1	906,000
특 실	A등급	1	1	792,000
	B등급	2	2	567,000
	가등급	10	10	453,000
	나등급	15	15	374,000
	다등급	1	1	295,000
1인실	가등급			305,000
	나등급	2	2	295,000
	다등급	83	83	249,000
2등급		196	401	116,000
3등급		18	66	68,000
폐쇄병실	1등급	2	2	249,000
	2등급	6	12	116,000
	3등급	3	9	68,000
특수병실	1등급	4	4	238,000
	2등급	3	12	151,000
	3등급			78,000
가족분만실(기본 8시간)				116,000
가족분만실(기본초과 시간당)				14,600
파킨슨센터		1	4	216,000

〈표 5-5〉 서울대학교 병원의 의료수익구조

(단위: 백만원, %)

	급여		법정비급여		전액본인부담		상급병실료		선택진료료	
	금액	비율	금액	비율	금액	비율	금액	비율	금액	비율
입원	16,733	62	3,803	14	1,709	6	2,273	8	2,417	9
외래	10,275	76	1,400	7	1,197	9	-	-	6,349	5
합계	27,008	67	5,202	13	2,906	7	2,273	6	3,052	8

주: 2007년 11월 진료분.

〈표 5-6〉 서울대학교 병원 본원 수익/비용

(단위: 백만원)

		2003년	2004년	2005년	2006년
수 익	의료수익	369,245	387,825	431,928	494,172
	입원수익	224,459	222,776	255,072	280,925
	외래수익	136,064	144,268	147,522	177,485
	기타의료수익	8,722	20,581	29,055	35,410
	본지접수익		200	279	352
	의료외수익	24,081	35,140	40,211	40,279
	특별이익	2,266	886	1,538	940
	계	395,592	423,851	473,677	535,391
비 용	의료비용	379,226	423,926	452,407	513,814
	의료외비용	17,282	19,873	21,748	20,443
	특별손실	138	2	3	7
	계	396,646	443,801	474,158	534,264
비용-수익		1,054	19,950	481	-1,127
의료비용-의료수익		9,981	36,101	20,479	19,642

자료: 서울대학교, 『서울대학교 병원 결산서』, 각년도.

다. 급여항목 정비

소비자의 정보획득 메커니즘이 원활히 작동할 경우 영리법인 도입으로 불필요한 비급여항목이 강제적 지출이란 외양을 띠고 증가할 가능성은 시장경쟁 메커니즘으로 억제될 것으로 예측된다. 비급여 비중이 높고 진료비가 비싼 기관을 환자가 찾아가지 않을 것이며, 이러한 정보가 신속하게 유통될 경우 소비자를 의식한 의료기관은 전략을 수정하는 것이 불가피하다. 그러나 시장이 작동하도록 의도한 보완장치들이 충분히 내장되지 않거나, 효과를 발휘하는 데 시차(time-lag)가 존재할 경우를 대비하여 제도적 보완책도 모색할 필요가 있다.

비급여서비스의 증가로 인한 가계부담 급증 우려에 대비하기 위해서는 급여항목 정비를 통한 필수적 의료서비스 보장이 필요하다. 본인부담 상한제와 소득구간별 상한액 차등 시행으로 건강보험의 의료비 충격 흡수기능은 상당한 수준에 이르렀다고 평가되나, 건강보험이 포괄하지 못하는 비급여영역으로 인해 중증질환 경제적 부담의 문제가 상존한다. 적절한 수준의 보장에 대한 사회적 합의가 필요하며, 이에 따른 급여항목 정비가 필요하다. 참여정부 시기 보장성을 높이기 위한 정책적 노력이 계속되어 왔으며, 이 중 식대나 아동에 대한 부담 완화는 시행 이후 부분적으로 철회되기도 했으나, 대략적으로는 중증질환 중심의 보장 강화가 이루어져 왔다고 평가된다.

보건복지가족부는 암환자의 본인부담률을 10%에서 5%로 인하하고, 고도비만 치료, 척추·관절 질환 MRI, 초음파, 한방 물리치료, 노인 의치, 치석제거(스케일링), 충치치료(광중합형 복합 레진) 등에 대해 보험 적용을 추진할 계획이라고 밝혔다(보건복지가족부[2008]).³⁰⁾

그러나 국민의 의료비 부담을 줄인다는 포괄적 목표만을 제시한 채, 무엇부터 어떻게 줄인다는 것에 관해 합의가 이루어지지 않은 상황이다. 기존 연구들 역시 이 점에 있어 동일한 문제점을 보이고 있다. 즉, 보장성 확대의 우선적 목표와 기준, 순서에 대해 숙고하는 과정 없이,

30) 건강보험정책심의위원회의 결정에 의하면, 치아홈메우기, 한방물리요법은 2009년부터 보험급여에 포함되며, MRI는 2010년에 우선적으로 급여실시, 노인의치, 치석제거는 2010년 이후부터 단계적으로 확대될 예정이다(2009년 건강보험료 및 보장성 확대 관련 제15차 건강보험정책심의위원회 의결사항).

〈표 5-7〉 건강보험 적용범위의 확대과정

	내 용
2004. 1.	암환자, 62개 희귀질환자 외래진료비 산정특례
2004. 3.	감마나이트 수술
2004. 7.	진료비 본인부담 상한제 실시
2005. 1.	MRI 보험 적용, 분만 시 본인부담 면제, 정신질환외래 본인부담 경감(30~50% → 20%)
2005. 3.	만성신부전환자 조혈제 건강보험 적용기준 완화
2005. 4.	장애인보장구(전동휠체어 등) 건강보험 적용 확대
2005. 6.	골다공증 치료제 건강보험 적용기간 연장(90일 → 180일)
2005. 9.	암 등 고액중증질환 보장성 강화(법정본인부담 인하 20% → 10%)
2006. 1.	만 6세 미만 입원아동 본인부담금 면제, 장기이식수술 건강보험 적용 전환(간, 심장, 폐, 췌장), 특정 암 건강검진 본인부담률 경감(위암, 유방암, 대장암, 간암 50% → 20%)
2006. 6.	PET, 식대 건강보험 적용
2007. 6.	희귀난치성환자 외래경감 확대(15개항목), 화상진료 및 전문재활치료 활성화, 장애인입산부 진료 활성화, 자연분만 및 모유수유 활성화
2007. 7.	진료비 본인부담 상한제 확대(6개월 3백만원 → 6개월 2백만원)
2007. 8.	만 6세 미만 외래본인부담 경감(성인의 70% 수준으로)
2007. 11.	영유아 건강검진 본인부담 경감
2008. 6.	희귀난치성환자 외래경감 확대(19개 항목)
2008. 12.	백혈병 골수이식 급여기준 확대, 출산 전 진료비 지원

자료: 보건복지가족부, 『2007 보건복지가족백서』, 2008.

구체적 항목을 병렬시키고 서베이를 통해 대상을 확정하는 시도들이 대부분이다. 기존의 연구 대부분인 2000년 이후의 연구는 델파이기법이나, AHP 등 조사기법을 사용하여 급여확대목록을 제시하였다.

현재는 급여확대의 원칙과 기준 자체가 불분명하여 향후 체계적인 급여확대가 이루어질 기반이 마련되어 있지 않다는 문제점이 있다. 현재 암환자의 본인부담률을 10%에서 5%로 인하하고, 고도비만 치료, 척추·

〈표 5-8〉 보장성 확대 대상 항목 및 재정소요 추계(안)

보장성 확대항목	소요재정	보험료(% , 원)		비 고	
		보험료율 인상률	추가 보험료		
기본 항목	암환자 본인부담 경감 (10% → 5%)	1,300억원	0.57	580	고액질환
	고도비만 치료	1,000억원	0.43	450	신규(예방)
선택 항목	MRI(척추질환 등)	2,600억원	1.13	1,160	확 대
	초음파	6,600억원	2.87	2,940	신 규
	한방 물리요법	300억원	0.13	130	신 규
	노인 의치	1조원	4.35	4,460	신 규
	치석제거(스케일링)	7,000억원	3.04	3,120	신규(예방)
	광중합형 복합 레진	5,300억원	2.30	2,360	신 규
	불소도포	180억원	0.08	10	신규(예방)
	치아홈메우기	1,300억원	0.57	580	신규(예방)

주: 세대당 월간 추가 보험료(보험료율 1% 인상 시 1,030원).

자료: 보건복지가족부, '건강보험 보장성을 대폭 확대하여 진료비 부담을 크게 줄인다.', 2008. 10. 22.

관절 질환 MRI, 초음파, 한방 물리치료, 노인 의치, 치석제거(스케일링), 충치치료(광중합형 복합 레진) 등에 대해 보험적용을 추진하고 있다(보건복지가족부[2008]). 그러나 이러한 항목들이 어떤 기준에 의해 선택되었는지 불분명할 뿐 아니라, 이들 항목이 과연 가장 시급하고 중요한 항목인지에 대해서는 동의가 이루어지기 어려운 상황이다.

의료기관 개설권 완화에 대한 불안감을 불식시키기 위해서는 공보험의 보장성에 대한 장기적인 청사진 제시가 필요하며, 이를 위해서는 우선 급여결정의 원칙과 기준에 대한 논의가 이루어질 필요가 있다. 영국의 경우 비아그라를 급여목록에 포함시킨 결정이 전반적 의사결정구조의 문제 제기를 촉발시켰고, 미국 오레곤 1차 리스트 역시 직관적 중요성에 반하는 우선순위로 인해 대대적인 재검토를 거쳤다. 우리나라에서

도 전반적 논의구조에 관한 검토가 필요한 시점이라고 판단되며, 급여 확대원칙이 무엇인지를 명시할 필요가 있다.

예를 들어, 영국 NICE는 임상적 효과성과 비용효과성을 기준으로 제시한다. 스웨덴(Swedish Health Care and Medical Priorities Commission)은 생명을 위협하거나 장애에 이를 수 있는 증상에 대한 진료인지, 예방과 검진, 비급성기와 만성질환 진료, 기타의 순서를 제시한다. 노르웨이(Core Services Committee)는 효용, 돈의 가치, 공적자금 이용의 형평성, 정치적 과정이 지역사회 가치를 적절히 반영하는지 등을 기준으로 제시한다. 네덜란드(Dunning Committee)는 필수성, 효과성, 효율성, 개인책임성 등을 기준으로 명시한다(Maynard and Bloor[1998]).

이렇게 다양한 기준은 사회의 가치구조에 따라 급여기준이 달라진다는 점을 나타내며, 우리나라 역시 공적인 주체가 투명한 논의를 통해 이들 원칙을 명시할 필요가 있으며, 구체적인 서비스항목의 결정은 원칙과 기준이 명시된 후, 이에 부합하는 방식으로 각계 전문성을 동원하여 이루어질 필요가 있다. 현재로서는 급여목록 정비와 확대를 체계적으로 수행할 수 있도록 사전적 기반작업, 즉 원칙과 기준을 마련하되, 이를 어떤 방식으로 논의할 것인지를 틀을 확정하는 것이 필요하다.

현재의 급여확대 관련 논의가 사회적 동의를 획득하여 재원을 용이하게 마련하기 위해서는 ① 수치적 목표를 폐기하는 대신 무엇을 보장할 것인가에 논의를 집중하고, ② 급여확대의 원칙과 기준에 관한 논의와 합의가 선행되지 않은 상태에서 평면적으로 제시된 항목들 중 선택하는 것을 지양하고, ③ 전문적 지식을 충분히 전달하고 토의할 기회(information and deliberation)를 충분히 제공하고, ④ 대중융합주의로 흐르지 않도록 공적주체의 책임과 전문가의 역할을 명시하고, ⑤ 원칙과 기준에 대한 합의를 거친 후, 이에 따른 급여확대방안 연구를 전문가 자산을 동원하여 치밀하게 수행하는 것이 필요하다.

다시 말해서, 현재 진료영역과 비진료영역의 비급여 비중을 줄일 필요성에 대해서만 동의되고 있을 뿐, ‘비진료영역에서 의료기관으로 하여금 원칙을 준수시키는 것이 가능한 상황인지’ 판단할 근거가 마련되어 있지 않으며, ‘비급여진료항목을 어떤 원칙과 기준에 의해’ 축소시켜 갈 것인지 역시 합의되어 있지 않다. 따라서 이러한 상황에서는 비급여

를 축소시키기 위해 어느 정도의 추가재원이 소요될 것인지를 예측하는 작업 자체가 무의미하다. 기준병실 비율을 수요만큼 확대하는 것이 추가적인 재원을 필요로 할지는 사전적으로 판단하기 어렵다.

진료영역에서의 비급여 축소는 축소폭보다 얼마나 필수적이고 시급한 항목을 급여하는지가 더 중요하다. 확대원칙이나 기준이 정립되어 있지 않은 상태에서 현재처럼 스케일링이나 의치 등으로 보장영역을 비체계적으로 확대하며 보장성 수치를 올리는 것보다 장기적 청사진과 원칙을 논의하는 것이 중요하다.

4. 필수진료과목 보완

현재 흉부외과, 외과 등 일부 진료과목을 기피하는 현상이 관찰되고 있어, 필수적(vital) 진료과목 공동화와 영리법인 도입 시 기피 심화에 대한 우려로 이어지고 있다. 전공의 지원 기피현상이 나타나고 있는 흉부외과, 외과의 처우개선을 위해 2009년 7월 1일부터 이들 진료과목의 수가를 각각 100%, 30% 인상하였다. 그러나 2009년 10월 보건복지가족부 국정감사 현장에서 이들 수가인상분이 흉부외과, 외과 전공의 처우개선에 사용되지 않고 병원 수익구조 개선에 전용하고 있다는 지적이 이루어지는 등 진료과목 기피현상은 지속적으로 쟁점화될 전망이다.

그러나 영리법인 도입이 이들 필수진료과목 기피에 영향을 미칠지 여부 이전에 이들 진료과목 공동화 현상이 어느 정도로 심각한지에 대한 근거는 취약하다. <표 5-9>에 의하면, 의사협회에 신고된 외과전문의의 52.2%, 보건복지가족부에 등록된 전체 외과전문의의 60.3%, 의협신고 흉부외과전문의의 67.2%, 전체 흉부외과전문의의 72.6%만이 병원급 이상에서 근무하고 있다. 수술시설이 보유한 기관에서라야 제 기능을 수행할 수 있는 이들 진료과목의 특성상 병원급에서 근무지를 찾지 못하고 의원급에서 근무하고 있는 상당수의 인원은 전문성을 활용하지 못하고 있다고 판단된다. 따라서 현재의 기피진료과목의 문제는 특정 진료과목 의사 수의 부족이 아니라 병원들이 이들을 고용하고 있지 않다는 점, 더 나아가 이들 진료과목에 대한 일반적인 수요가 적다는 점에서 이유를 찾아야 할 것이다.

이들 진료과목의 ‘필수적 성격’상 비록 수요가 적고 병원의 수익에 기여하는 바가 적더라도 일정 규모의 인원을 확보해야 할 필요가 사회적으로 인정된다면, 시장에 이미 공급되어 있으나 의원에서 근무하고 있는 전문의들을 고용하는 조건으로 인건비를 지원하는 것이 바람직하다. 금번 지원책과 같이 수가를 인상하여 병원에 이미 고용된 전문의나 전공의들의 인건비로 귀속시키는 것을 의도하는 경우, 현재의 단기적 상황에 대한 대책으로 효과를 발휘하기는 어려울 것이다. 더구나 수가 인상분으로 지급된 이상 병원경영상의 결정으로 배분되는 것을 막을 명분도 미미하다. 결국, 현재 기피진료과목 논란, 수가인상분의 귀속점 논란은 일부 진료과목에 대한 전 사회적인 전문의 부족이라기보다 사회적 조정(coordination)기능이 제대로 작동하지 않는 문제라고 할 수 있어, 이들의 일자리를 만들어내기 위한 적절한 유인체계를 설계하는 작업이 시급하다.

필수의료체계가 시장상황에 영향을 받게 되는 경로가 모호하다는 점을 차치하고서도, 시장상황에 영향받지 않도록 필수의료를 공고히 하기 위해서는 장기적인 의사수급에 대한 예측작업을 선행하여 필수의료수급에 대한 진단과 대책의 청사진을 마련하는 것이 중요하다. 인구구조의 변화, 질병구조의 변화가 빠르게 진행되고 있는 상황에서 필수적 의료공급체계를 적절히 관리하기 위해서는 단기적인 현상에 매몰되기보다 이들 진료과목의 장기적 수요를 예측하고 공급상황과 대조하여 장기적인 계획을 수립할 필요가 있다. 이들 진료과목에 대한 수급예측작업이 이루어지지 않은 상태에서는 필수진료과목의 장기적 문제점이 존재한다고 판단하는 것 자체가 어려운 상황이며, 정책당국이 의료기관 인센티브를 고려한 단기적 대책을 시행하는 것이 필요하다고 판단된다.

단기적으로는, 이미 직장을 구하지 못해 전문의 경력을 포기하고 의원급에서 근무하고 있는 전문의 인력을 고용할 인센티브를 마련함으로써 기존 병원의 인력 부족은 상당 부분 해소될 수 있을 것이다. 장기적으로는 인구구조 변화, 질병구조 변화 등을 고려한 필수진료과목 인력 수급전망이 우려스러운 수준인지에 대한 근거자료가 존재하지 않는 상황이므로 이에 대한 판단근거를 차분히 마련하는 것이 필요하다.

〈표 5-9〉 전문과목별 취업별 전문의 현황(2007년)

(단위: 명, %)

전문과	전체 전문의 수 (A)	신고 전문의 수 (B)	개 원		의료기관 취업				의과 대학*	전공 의*	보건 소 및 지소	기타*	신고 기준 의원 취업 비중 (%)	신고 기준 의원 취업 비중 (%)	전체 기준 의원 취업 비중 (%)
			의원	병원	의원	병원	종합 병원	대학 병원							
총 계	64,034	54,328	23,899	909	1,522	4,475	5,918	8,499	734	113	1,499	6,760	46.8	53.2	60.3
내 과	10,538	9,385	3,845	75	222	712	1,186	2,040	102	16	229	958	43.3	56.7	61.4
외 과	5,609	4,659	2,137	131	91	384	532	657	47	8	111	561	47.8	52.2	60.3
소아과	4,937	4,403	2,420	61	135	227	350	449	42	12	118	589	58.0	42.0	48.2
산부인과	5,869	4,949	2,290	166	246	464	429	445	24	9	140	736	51.2	48.8	56.8
신경정신과*		269	132	8	3	39	13	43	6	0	0	25	50.2	49.8	
신경과	1,120	936	171	16	6	146	170	266	17	2	52	90	18.9	81.1	84.2
정신과	2,223	1,854	656	44	46	471	139	232	14	7	27	218	37.9	62.1	68.4
정형외과	4,584	4,031	1,782	177	58	528	446	465	28	3	50	494	45.6	54.4	59.9
신경외과	2,030	1,744	409	90	10	260	326	373	24	3	57	192	24.0	76.0	79.4
흉부외과	993	830	261	4	11	38	131	227	23	1	33	101	32.8	67.2	72.6
성형외과	1,480	1,248	721	7	30	21	66	166	12	2	56	167	60.2	39.8	49.3
안 과	2,474	2,154	1,313	5	109	50	119	270	18	4	50	216	66.0	34.0	42.5
이비인후과	3,025	2,671	1,837	10	46	21	134	288	20	8	73	234	70.5	29.5	37.8
피부과	1,652	1,416	929	0	77	8	48	157	13	0	21	163	71.0	29.0	39.1
비뇨기과	2,030	1,796	1,042	12	26	29	175	249	13	5	79	166	59.5	40.5	47.4
방사선과*		233	61	2	3	17	38	59	8	0	0	45	27.5	72.5	
진단방사선과	2,390	2,037	416	12	50	266	449	547	28	10	24	235	22.9	77.1	80.5
방사선종양학	317	169	19	0	0	1	31	88	5	0	10	15	11.2	88.8	94.0
마취통증의학	3,166	2,727	850	37	98	350	436	501	23	5	92	335	34.8	65.2	70.1
재활의학과	1,039	897	299	13	21	135	88	170	11	3	60	97	35.7	64.3	69.2
결핵과	196	101	56	1	3	9	6	2	1	0	2	21	58.4	41.6	69.9
진단검사의학	708	589	68	5	5	34	145	196	19	1	14	102	12.4	87.6	89.7
병리과	721	569	52	0	8	14	133	195	97	0	7	63	10.5	89.5	91.7
예방의학과	645	430	70	4	4	24	33	54	116	1	13	111	17.2	82.8	88.5
가정의학과	5,083	3,674	2,012	28	212	196	165	183	11	11	121	735	60.5	39.5	56.2
핵의학과	186	33	3	0	0	1	3	17	1	1	2	5	9.1	90.9	98.4
산업의학과	481	117	22	1	0	6	23	22	6	1	6	30	18.8	81.2	95.4
응급의학과	538	407	26	0	2	24	104	138	5	0	52	56	6.9	93.1	94.8

주: 1) 전체 전문의 수는 보건복지가족부(2008)를, 그 외의 수치는 대한의사협회(2009)에서 발췌.

2) 보건복지가족부(2008)는 '소아과'를 '소아청소년과'로, '진단방사선과'를 '영상의학과'로 명칭 변경.

3) 대한의사협회(2009)의 취업 현황은 군진 제외, '의과대학'은 부속병원에 소속되어 있지 않은 전문의, '전공 의'는 전문의 자격증을 취득하고 타 전문과목 취득을 위하여 수련 중인 자, '기타'는 행정직, 연구진, 비의료직 및 은퇴의사임. 한편, '신경정신과'는 신경과와 정신과로 구분(1983년)되기 이전까지의 신고회원으로, '방사선과'도 진단방사선과와 방사선종양학과로 구분(1983년)되기 이전까지의 신고회원임.

4) 신고기준의원취업비중은 의사협회에 신고한 전문의의 의원급 취업비중으로 $(C+D)/B \times 100$ 으로 계산, 신고기준의원취업제외비중은 신고한 전문의 중 의원급에 취업한 경우를 제외한 비중으로서 $(B - (C+D))/B \times 100$ 으로 산출, 전체기준의원취업제외비중은 전체 전문의 중 의원급에 취업한 경우를 제외한 비중으로 $(A - (C+D))/A \times 100$ 임.

자료: 보건복지가족부, 『보건복지가족통계연보』, 2008; 대한의사협회(2009).

제2절 비영리기관의 역할 부여와 퇴출통로 마련

기존 의료법인의 영업난을 타개할 수단으로 투자개방형 법인형태를 이용할 여지가 커짐에 따라 이미 만연한 비공익적 영업행태가 심화될 가능성이 존재한다. 사실상 영리를 추구하는 의료기관임에도 불구하고, 퇴출경로가 허용되지 않고 투명경영, 공익적 서비스 제공을 위한 관리수단이 미흡함에 따라 의료법인의 불건전한 이윤추구행위가 다수 관찰되고 있다. 전문가 윤리에 반하는 경영방식 속에서 과잉진료를 통해 진료수익을 확보하고 있는 것이다. 산재환자, 자보환자와 결탁, 요양기간을 연장하여 급여 누수를 초래한다. 회계조작 비용처리를 통한 개인수익 확보와 불법적인 진료 외 수익을 추구한다. 편법매각은 관련 위험 프리미엄까지 회수하기 위한 진료행태로 이어진다. 투자개방형 법인병원 도입 시, 기존 비영리법인과 함께 이를 활용하여 편법적 영업과 탈세, 자산 사유화, 상속 등의 수단으로 이용하는 등 기존의 비영리법인병원의 편법적 영리추구행태가 보다 심화될 가능성이 있다.

투자개방형 법인형태 도입과 함께 의료법인의 역할 부여와 퇴출통로가 필요하다. 비영리법인에 대해서는 공익적 성격이 분명하도록 정관에 기관의 목적을 명시할 것을 요구하는 한편, 세제혜택과 세제혜택 적격조건을 동시에 강화하여 비영리기관에 대한 사회적 기대치를 제고할 필요가 있다. 기존에 부여하던 세제혜택(법인세 50%)은 분배 금지 규정에 순응하는 보상이라 인정하는 대신, 불법적 거래 단속을 강화하고, 국가가 부여하는 취약계층 진료, 저소득층 할인진료, 지역사회서비스 등 공적인 활동에 대해서는 추가적인 세제혜택이나 보조금을 지원해야 한다. 미국에서도 세제혜택을 받는 비영리의료기관이 혜택만큼의 무상진료(uncompensated care), 저수익의 지역사회서비스 등을 제공하지 않는다는 지적과 세제혜택 중단 논의가 지속되는 것은 비영리기관에 대한 우리 사회의 기대치가 지나치게 낮다는 것을 방증한다.

모든 비영리의료기관의 정관에 공익적 목적(mission statement)과 목적사업을 구체적으로 명시하게 하고 이후 이를 준수하는지를 점검하고 필요시 강제할 필요가 있다. 국가의 장기적인 공공의료정책방향 속에서

비영리기관과 파트너십 관계를 형성하기 위한 가이드라인을 제공할 필요가 있다. 국가가 의료기관으로 하여금 담당하게 할 역할과 평가기준을 정립하고, 소비자의 선택권을 존중하는 바우처 방식을 활용하여 비영리기관 간의 차이가 나타나도록 제도를 운영해야 한다. M&A 허용으로 퇴출의 가능성을 열어, 부작용을 양산하며 시장에 잔존하는 대신, ‘높아진 비영리의료기관의 기대치에 맞도록 운영할 것인지, 퇴출할 것인지’를 선택할 수 있도록 허용하는 것이다.

비영리법인과 영리법인의 동시 경영 시 나타날 위험이 높은 내부자 거래, 조세차익거래(Tax arbitrage) 등을 방지하기 위한 장치들이 필요하다. 비영리법인 병원의 감세효과에 따라 발생한 잉여자금이 근거한 경쟁력의 공유나 사실상의 지주회사를 구성하면서 실제적으로는 다수의 영리법인병원으로 운영할 우려가 있다. 현재도 실질적으로 동일한 지배구조를 공유하는 의료법인과 병원(개인병원)을 동시에 운영하거나, 의료법인과 주식회사를 동시에 운영하는 경우들이 존재하나(김선욱[2009a]), 이런 현상이 영리법인과 비영리법인의 동시 운영으로 보편화될 경우 현재의 문제점이 심화될 가능성이 존재한다. 예를 들어, 서울 소재 A병원은 실질적으로 동일한 지배구조하에 의료법인이 개설한 A-1 병원과 개인법인인 A-2 병원이 공존하고 있다. 의료법인 B나 의료법인 C의 경우 의료업과 전후방 연계효과가 있는 주식회사를 설립하거나 합병한 경우로서 실질적으로 지배구조가 동일하다. C와 연관된 주식회사의 주주구성을 살펴보면, 의료재단의 이사장이 주식의 17.35%, 이사장의 장남이 10.21%를 소유하여 대주주로서의 지위를 가지고 있고, 나머지 30.44%의 주식은 최대주주의 각 자녀, 의료재단, 관계회사, 관계회사의 임원이 분산소유(총합계 58%)하여 경영권을 확보하고 있다.

근본적으로 비영리법인은 사전적으로 명시된 사업을 수행하고 그 대가로 세제혜택 등을 부여하는 방식으로 영리법인과 차별성을 강제하고, 탈법적 운영과 탈세 등은 법적 테두리에서 세제나 감사 등 위반 여부를 포착하여 개선시켜야 하는 문제이나, 진입단계에서도 부작용을 완화시킬 제도적 안전장치가 필요하다. 그러한 안전장치로는 외감기관 지정 기준(자본금 70억)을 영리법인 최저자본금으로 설정, 지분으로 연결된 비영리기관/영리기관(일정 규모 이상의 개인병원과 영리법인) 간

〈표 5-10〉 약품 도매상 지분소유 유형에 나타난 의료기관 운영구조
(2006년 기준)

도매상 명	지분소유자	지분율
(주) ◇◇	의료법인 이사장	72.2%
★★약품 (주)	의료법인 이사장이 지분소유한 다른 의약품 도매상 및 가족	100.0%
(주) ○○양행	학교법인 이사 및 가족(학교법인 전 이사장)	85.0%
(주) ★★상사	학교법인	100.0%
(주) ■■양행	학교법인 이사장 및 가족	58.5%
(주) △△약품	학교법인 이사장이 출연한 장학재단	100.0%
(주) ◎◎약업	의료법인 이사의 친·인척	59.5%
(주) ▲▲▲▲	제3자(학교법인에서 사실상 직영)	100.0%
○○약품 (주)	제3자(학교법인에서 사실상 직영)	100.0%

자료: 감사원 발표 감사 대상 기관 자료 재구성.

연결재무제표 의무화 등을 들 수 있다. 일정자본금 규모 이상 비영리법인의 외감의무화, 회계기준 강화, 회계감사 강화 등도 고려할 수 있다.

지역사회와 공익에의 공헌도를 사전에 정해진 사업 범위에서 측정하여 공익성 테스트(public benefit test)를 실시해야 한다. 미국의 경우 면세 단체로 인정받기 위해서는 국세청이 실시하는 공익성 테스트를 통과해야 한다. 공익성 테스트는 조직테스트(organizational test)와 운영테스트(operational test)로 구성되며, 두 가지 테스트를 충족하지 못하면 면세단체로서의 지위를 잃게 된다. 조직테스트가 단순히 해당 단체의 관리규정(governing instrument)에 명시된 설립목적이나 해산 시의 잔여재산 분배가 공익성을 가졌는지 검토하는 절차인 데 반해, 운영테스트는 해당 단체가 실제로 IRC §501(c)(3)에서 규정한 면세활동에 주로 종사하고 있는지를 살펴보는 절차이다. 캐나다의 경우 자선단체로 등록되어 면세 혜택을 받기 위해서는 활동 및 목적이 대중에게 유형의 이익을 제공하는지, 이익의 수혜자가 대중 전체거나 상당수의 그룹인지를 평가하는 공익성 테스트를 통과해야 한다.

우리나라 의료체계의 특징을 감안하여, 지역사회에 공헌할 수 있는 사업 범위를 공개적인 방식으로 개발하고, 의료기관과의 동의를 거쳐 명시할 필요가 있다. 커뮤니티 건강교육, 의료급여, 차상위계층/차차상위계층의 비급여진료비 할인, 거동장애인, 노인 등 지역사회 취약계층의 방문진료, 건강증진프로그램 등을 검토할 수 있다.

이사회 구성과 운영에 있어 투명성을 제고하여 병원장의 이해가 아니라, 지역사회에의 기여가 비영리기관의 존립근거라는 것을 점차로 확산시킬 필요가 있다. 미국의 경우 이사회 구성에 있어 지역의 공익을 대표하는 인사를 포함시키고, 이사는 조직 또는 관련 조직의 임원이거나 직원일 경우 보수를 받지 않아야 하며, 독립계약자일 경우 일정한 금액 이상을 받지 않도록 하고, 병원은 이사, 임원, 핵심직원 서로 간의 모든 가족 또는 상업적 관계를 명시하고 설명할 의무를 가진다.

임직원 혜택에 대한 특혜 공개를 의무화해야 한다. 특정 구성원들에 대해 출장비용, 동반자여행, 개인적 사용을 위한 주택 제공, 재량지출항목, 개인서비스 제공(운전기사 등), 보조적 연금 지급, 보너스 등을 제공했는지의 여부와 내역을 공개해야 한다. 이사회는 이러한 사항의 공개에 대해 책임을 인지할 필요가 있다.

시장에서의 퇴출이 막혀 악순환을 겪고 있는 의료법인의 퇴출을 촉진하기 위해 합병절차 마련이 필요하다. 현재 의료법인의 설립절차, 기본재산 허가처분 및 해산절차는 규정되어 있으나 합병절차는 규정되어 있지 않아 경쟁력이 약한 의료법인의 퇴출구조가 마련되지 못하여 의료서비스의 질 저하 및 경영 악순환이 되풀이되는 실정이다. 의료법인의 해산 사유를 정관상 해산사유 발생, 목적달성 불능, 파산, 합병으로 규정하여 합병의 근거를 마련할 경우, 합병절차·요건·효과에 대하여 규정하여 경영합리화 차원에서 의료기관 간 인수·합병을 활성화하여 의료기관의 경영합리화를 도모하고 의료서비스의 질적 수준을 높일 수 있을 것으로 기대된다. 보건복지가족부는 2007년 5월경 의료법인 간 합병을 내용으로 하는 「의료법」 전면 개정안을 국회에 제출하였으나, 개정안은 국회회기 만료로 자동 폐기되었고, 다시 2008년 6월 「의료법」 입법예고를 하였지만 2008년 10월 정부 발의 의료법 개정내용에서 의료법인의 합병 규정이 삭제된 바 있다.

〈Box 5-1〉 2007년 합병 관련 의료법 개정안 내용

제79조 (의료법인의 해산) 의료법인의 해산사유는 다음 각 호와 같다.

1. 정관상 해산사유가 발생한 경우
2. 목적의 달성이 불가능한 경우
3. 파산한 경우
4. 다른 의료법인과 합병하는 경우

제80조 (합병 인가 등) ① 의료법인이 다른 의료법인과 합병하려는 경우에는 이사정수의 3분의 2 이상의 동의가 있어야 한다.

② 제1항에 따른 합병은 관할 시·도지사의 인가를 받아야 한다.

③ 제2항에 따른 인가를 받으려는 경우에는 그 인가신청서에 합병 후 존속하는 의료법인 또는 합병에 따라 설립되는 의료법인의 정관과 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 서류를 첨부하여 시·도지사에게 제출하여야 한다.

제81조 (합병 효과 등) ① 합병 후 존속하는 의료법인 또는 합병에 따라 설립된 의료법인은 합병에 따라 소멸된 의료법인의 권리·의무(해당 의료법인이 그가 경영하는 사업에 관하여 관할 시·도지사의 인가나 그 밖의 처분으로 인하여 가지는 권리·의무를 포함한다)를 승계한다.

② 의료법인의 합병은 합병 후 존속하는 의료법인 또는 합병에 따라 설립되는 의료법인의 주된 사무소의 소재지에서 등기함으로써 그 효력이 생긴다.

③ 합병에 대한 이의 제기 등 그 밖의 합병절차에 관한 사항은 대통령령으로 정한다.

제6장

요약 및 결론

대부분의 국가에서 정부는 의료서비스시장에 깊이 개입해 왔다. 그 이유는 공급자(의사)와 소비자(환자) 사이에는 정보의 비대칭성이 존재하며, 의료소비 형평성 보장이 사회적으로 특별히 중요한 의미를 갖는다는 점에서 찾을 수 있다. 이에 따라 의료서비스시장에서 소비자의 위상은 대개 낮은 수준에 머물러 왔다. 이는 유럽의 공공 주도형 의료체계와 미국의 민간 주도형 의료체계에서 공통으로 목격되는 현상이다. 공공 주도형에서는 재정건전성을 유지하기 위해 1차 진료의 문지기 역할(gate keeping)을 강조하고 서비스 이용을 제한(rationing)할 수밖에 없었는데, 이로 인해 소비자는 수동적 위치에 놓이게 되었다. 또 민간 주도형에서는 소비자들이 비용과 품질에 대한 정보를 갖고 서비스를 선택(informed decision)하는 데 한계를 보이고 있다.

1980년대 이후에는 신의료기술의 도입으로 비용이 계속 상승하고 통제 위주의 의료서비스체계에 대한 소비자들의 불만이 증가하면서 각국 정부는 이에 대처하기 위한 방안으로 시장기제를 도입하는 추세에 있다. 이들 국가는 비용상승의 부담을 민간부문과 나누는 한편 보험자 간의 경쟁을 조장하여 비용억제를 도모하고 있다. 또 정부의 직접적 서비스공급을 축소하고 자원조달과 서비스 공급을 분리하는 구매자/공급자 분리모형(purchaser/provider split)을 확대함으로써 공급자 간의 경쟁을 조장하고 소비자 선택권을 확대하고 있다.

정부 역할의 변화와 함께 의료서비스시장은 소비자 중심으로 재편되

고 있다. 민간부문에서 다양한 비즈니스 모델이 도입되고 있는데, 이는 소비자의 요구가 아닌 공급자 중심으로 조직된 기존의 의료시스템이 가진 진료 분절화 및 소비자 불편의 문제를 극복함으로써 소비자들에게 보다 높은 만족을 주는 것을 전략으로 한다. 이는 소비자의 선택을 받기 위한 공급자들의 다양한 경영혁신 시도의 일환이다. 또한 소비자 선택을 돕기 위해 정부는 다양한 정보를 생산하여 보급하고 있다.

공공부문의 역할이 컸던 선진국과 달리 우리나라의 의료공급체계의 특징은 민간 주도의 모습에서 찾을 수 있다. 이는 경제발전과정에서 빈약한 재정여건으로 인해 국공립병원이 아닌 민간의료기관 중심의 공급체계가 확립되었던 데 기인한다. 그리고 근래에는 이들 민간공급자간 경쟁이 심화되면서 적자생존의 시장논리가 강화되고 있다.

그러나 우리나라 의료서비스시장은 소비자 지향성의 미흡, 질 관리 취약, 불투명성, 규제와 실제의 괴리로 인한 원칙의 부재로 요약 될 만큼 건전한 시장논리가 취약하다는 문제점이 심각하다. 첫째, 소비자 지향성 미흡과 관련해서는, 민간 주도의 공급체계에도 불구하고 영리법인 금지 등의 각종 규제로 인해 최근 미국과 유럽에서 활발히 진행되고 있는 다양한 비즈니스 모델을 실험하는 일이 불가능하다는 점이 지적된다. 게다가 의료기관의 서비스 품질과 관련한 정보가 소비자에게 제공되지 않아 소비자들은 품질관리에 별다른 문제가 없을 것으로 예상되는 대형기관에 몰리고 있다. 이로 인해 의료기관은 소비자 만족도 제고를 위한 혁신적 경영활동보다는 규모확대에 매진하는 경향이 있으며, 공급자의 의도는 시장에서 그대로 관철된다.

둘째, 질 관리 역시 소비자 지향성과 분리하기 어려운 문제이다. 소비자가 선택권을 행사하기 위해서는 공급자들의 기본적인 질이 보장되어야 하며, 소비자는 이들 중 보다 스스로의 선호에 맞는 공급자를 고를 수 있어야 한다. 그러나 현재 보건의료인력의 질 관리 수준은 글로벌 기준에 턱없이 못 미치는 수준이어서, 어느 의료기관을 가더라도 웬만한 서비스 질을 기대할 수 있는 환경이 마련되어 있지 않다.

셋째, 의료시스템의 불투명성은 주로 의약품 리베이트를 중심으로 구조화되어 있다. 국민이 가장 신뢰해야 할 보건의료인력이 의약품을 매개로 이권을 다투는 구조가 오랜 기간 동안 정착되어 왔다. 특히, 불

투명성을 확대시켜 온 것에는 처방약의 가격을 정책적으로 높게 유지하고, 소비자 중심으로 의약품을 분류하지 않는 등 정책적 실패가 기여한 바가 크다.

규제환경과 시장현실 간 괴리에 의한 표리부동 관행 역시 의료시스템이 해결해야 할 과제이다. 시장현실은 빠르게 진행되고 있는 자본화의 움직임이다. 현재 우리나라에서는 전문화된 진료서비스에 대한 소비자 수요의 증가와 시장성숙에 따른 공급의 증가로 의료서비스부문의 경쟁이 심화되고 있다. 대형병원은 신뢰성 측면에서의 우위를 바탕으로 지배력을 넓혀가고 있으며, 중소병원 및 의원들은 전문화 및 차별화를 통해 경쟁에 대응하고 있다. 이러한 시장화의 움직임은 자본투자의 중요성을 증대시킨다. 그러나 「의료법」은 자유로운 자본조달을 제약하여 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.

특히 「의료법」은 영리기관인 개인병원은 허용하면서, 이들이 법인으로 전환할 때에는 반드시 비영리 형태만을 취하도록 규제하고 있다. 그러나 서구의 비영리병원이 공익 또는 자선을 목적으로 설립되어 지역주민의 통제를 받는 데 비해 우리나라의 비영리병원은 당초 영리목적의 개인병원에서 출발하여 사실상 영리목적의 개인병원과 큰 차이가 없기 때문에 이는 정책목표가 모호한 규제이다.

이렇게 시장기능이 건전하게 작동하지 않는 것은 그간 정부의 적극적인 개입이 필요한 부문에서는 정부가 제기능을 다하지 못한 반면, 시장의 자율적 기능을 증진해야 하는 부문에서는 정책목표가 불분명한 규제를 과도하게 부과한 것에 기인하는 측면이 크다.

이러한 상황에서 개설권 규제의 완화는 실재의 시장상황과 부합하도록 규제환경을 개선하는 조치로서, 소비자 선택능력을 강화하는 정책적 노력과 결합될 경우 긍정적 효과를 낼 수 있을 것으로 기대된다. 첫째, 소비자 지향적인 다양한 비즈니스 유형의 시도가 가능해질 것이다. 예를 들어, 현재 주요 만성질환(고혈압, 신경계 질환, 정신 및 행동장애 질환, 당뇨, 간질환 등)은 흔히 의료와 돌봄, 그 외 서비스의 동시적 제

공을 요구하는데, 개설자격 완화를 통한 비즈니스 유형 다양화는 이를 용이하게 할 것이다. 또 의료와 헬스케어를 통합한 건강관리서비스, 그리고 정보통신기술과 의료 및 건강관리서비스를 연결시키는 U-헬스산업의 발달에 있어서도 규제 완화는 중요한 역할을 할 것으로 보인다.

둘째, 시장규칙의 정립과 투명성의 제고에도 기여하는 효과를 가질 수 있다. 즉, 규제를 회피하기 위한 음성적 자본조달을 양성화함으로써 의료서비스 부문의 투명성과 건전성 제고에 도움을 줄 것이다. 물론 이러한 긍정적 효과가 나타나기 위해서는 정부가 소비자 보호조치와 회계 감독을 강화함으로써 부작용을 최소화할 필요가 있다.

그러나 규제완화가 기대효과를 낳도록 하기 위해서는 시장기능의 원활한 작동이 전제되어야 한다. 시장기능이 제대로 작동하도록 소비자 정보인프라를 강화하는 등 제도적 보완에 집중하는 것이 필요하다. 즉, 개설권 완화조치가 그 자체만으로 의료시스템에 지대한 영향을 미칠 것이라는 논리는 부분적 중요성을 갖는 단일사안을 지나치게 과장하는 오류로 이어질 수 있다.

현재 시장기능이 제대로 작동하지 않는 것은 기존의 우리 의료시스템의 고질적 문제들과 깊이 맞물려 있다. 그리고 이는 대부분 그간 필요한 규제가 미비했던 영역, 즉 정부의 역할이 부재했던 영역들이다. 따라서 앞에서 언급한 개설권 규제 완화와 정반대로, 아래의 영역들에서는 강력한 규제를 신설하고 정부가 단호하고 엄정하게 개입하는 것이 필요하다.

첫째, 가장 중요한 것은 의료서비스 정보공개를 강화하고 National Portal을 구축하는 일이다. 우리나라와 같이 정부가 의료서비스를 할당(rationing)하지 않는 구조에서는 소비자가 정보에 기반한 선택(informed choice)을 할 수 있도록 도와주는 일이 매우 중요하다. 이를 위해 병원의 진료비, 대표적 임상품질지표 등의 정보를 공개하는 의료기관 정보포털을 구축해야 한다. 공개대상 진료정보는 별다른 문제를 야기하지 않는 항목에서 시작하되 평가제도의 개선과 연동하여 그 범위를 점차 확대해야 한다. 또한 의료기관을 찾는 소비자가 기본적 사항에 관해 사전적 지식을 가질 수 있도록 표준적 지침을 개발하여 보급할 필요도 있다.

정보 접근성 강화는 민간보험 관련 정보 접근성과 진료정보 접근성

을 개선하는 과제도 포함한다. 현재 민간보험상품이 광범위하게 구매되고 있음에도 불구하고 상품의 특성과 소비자 만족에 대해서는 공신력 있는 정보가 제공되지 않고 있는데, 의료기관 관련 정보를 제공하는 National Portal을 구축할 때 민간보험상품 관련 정보도 함께 제공할 필요가 있다.

환자의 진료정보 접근성 역시 소비자 선택권 측면에서 강화해야 한다. 환자가 자신에 관한 진료정보에 접근할 수 있는 권한을 확대함으로써 소비자 주권을 강화할 필요가 있다. 물론 모든 정보에 대한 접근권한을 보장할 수는 없으므로, 선행국의 경험 등을 바탕으로 안전성이 높은 의료정보부터 접근권한을 확대해야 한다. 그간 의료부문의 정보비대칭성은 시장기능 작동을 어렵게 하기 때문에 통제위주의 정책이 요구된다는 논리가 통용되어 왔으나 다양한 해외의 개혁조치들은 정보의 문제를 적극적으로 해결하려는 의지를 담고 있어 유용한 참고점이다.

둘째, 보건의료인력의 질 관리의 수준을 강화한 후, 면허쟁신이나 전문의자격 재인증과 연계시켜야 할 것이다. 기본적인 서비스 질을 보장하여, 정보비대칭성을 완화하고 소비자의 선택을 용이하게 하는 것은 정부의 중요한 책무이다.

셋째, 의약품정책은 소비자의 안전과 편리를 지향하는 방향으로 선회해야 할 것이다. 이해집단의 목소리가 과도하게 반영되는 정책결정과정은 개선하여 소비자 중심으로 합리화하는 것이 의료시스템의 투명한 작동을 보장하는 첫걸음이다.

넷째, 공적의료보장체계를 정비하는 일은 공적부문을 건설하게 하여 시장부문확대의 범위를 적절히 구획하기 위한 중요한 제도 보완이다. 건강보험 보장성은 흔히 건강보험 급여율(=건강보험 부담분/국민의료비)로 표현되는데, 일부에서는 OECD 평균 수준인 70%로 급여율을 제고해야 한다고 주장한다. 그러나 이는 적절한 정책목표가 될 수 없다. 보장성 강화의 가장 중요한 목표는 갑작스런 고액의료비 충격으로부터 국민을 경제적으로 보호하는 일이다. 이에 반해 급여율 제고는 모든 질병을 대상으로 모두의 부담을 줄이려는 것으로서 보장성 강화의 본래 목표와 오히려 상치될 수 있다. 현재 공적의료보장체계를 강화하기 위한 주요 과제는 다른 곳에 있으며, 이러한 논의들이 선결되지 않은 상태

에서 급여율 목표수치와 추가소요재원을 논의하는 것은 무의미하다. 그 보다는 사실상 강제적으로 이루어지는 명목상의 선택적 지출(예: 차액 병실료)이 실제로 선택적 지출이 될 수 있도록 제도를 개선해야 하며, 필수적 의료서비스를 보장하기 위해 급여확대의 원칙과 기준을 정비해야 한다.

다섯째, 비영리기관의 역할을 새롭게 정의하고 퇴출경로를 마련해주는 일이다. 비영리의료법인의 불건전한 이윤추구행위는 이미 보편화되어 있어, 법조항과 실제 시장관행 간 괴리는 원칙적이고 투명한 시장원리 작동을 저해하고 있다. 이를 개선하기 위해서는 비영리기관의 편법행위를 엄단하는 동시에 공익적 성격을 강화하는 것이 필요하다. 그리고 이러한 환경에 적응하지 못하는 비영리기관에 대해서는 M&A 등을 통한 퇴출이 가능하도록 조치해야 한다.

결론적으로, 본고의 주장은, “소비자 권한을 증대시켜 공급자 주도의 의료서비스 부문을 소비자 지향으로 전환시키는 것이 의료서비스 선진화의 당면한 과제이며, 이를 위해서는 규제공백을 메우고 불필요한 규제를 완화시키는 것이 필요하다”는 것으로 요약된다. 그런데 이러한 방향설정에 있어 우리나라의 의료공급체계가 매우 독특하다는 사실을 인식할 필요가 있다. 유럽의 경우 오랫동안 사회정책적 목표를 추구해 온 과정에서 의료시스템이 경직화되어 시장기능을 활용하는 데 어려움을 겪고 있으며, 미국은 미흡한 공적기능과 공급자들의 강한 기득권으로 인해 제도개혁의 지지기반을 쉽게 확보하지 못하고 있다. 우리나라는 두 유형의 강점과 약점을 모두 보유한 매우 특수한 사례로서 해외제도의 학습과 단순모방은 적절한 전략이 아니다. 우리나라 의료시스템의 선진화를 위해서는 우리 고유의 역사적 과정과 현황에 대한 충분한 인식을 바탕으로 제도개선책을 모색해야 한다.

참 고 문 헌

- 권순만 · 이주선, 『의료체계 경쟁력 강화를 위한 규제개혁방안 연구』, 한국경제연구원, 2005.
- 감사원, 『감사결과 처분요구서: 국민건강보험 약제비 관리실태』, 2008.
- 감신, 「영리법인 의료기관 설립 허용의 문제점」, 『예방의학회지』, 제37권 제2호, 2004.
- 국민건강보험공단, 「2006~2008년 지역간 의료이용량 분석」, 2009.
- 국민건강보험공단, 「‘만성질환’ 건강보험 진료환자수 1,100만명 넘어」, 보도자료, 2009. 6. 25.
- 건강보험심사평가원, 「의료장비 관련 급여비용 연평균 20%씩 증가」, 보도자료, 2007. 5.
- 건강보험심사평가원, 「2008 진료비 통계지표」, 2009.
- 고영선 외, 『전문자격사제도의 선진화방안: 의료부문』, 용역보고서, 한국개발연구원, 2009.
- 공정거래위원회, 「제약산업조사건 보도자료」, 2007. 11.
- 김기완 외, 『첨단의료복합단지 조성사업 예비타당성조사 보고서』, 한국개발연구원, 2007.
- 김선욱, 『MSO의 과제와 전망』, 삼성의료경영연구소, 2007.
- 김선욱, 「영리의료법인 허용과 관련한 법적인 검토사항」, 『서비스산업 선진화 정책방향 보고서』, 서비스산업 선진화 작업반, 2009a.
- 김선욱, 「법인의 의료업 영위에 관한 연구」, 한양대학교 석사학위논문, 2009b.
- 김헌식 외, 『의약품 분류보고서』, 의학연구정보센터, 2000.
- 대한병원협회, 『전국병원명부』, 2009.
- 대한의사협회, 『2008 전국회원실태조사보고서』, 2009.
- 박민, 「영리의료법인의 설립가능성」, 『한국의료법학회지』, 제9권 제2호, 2001.
- 박인숙, 「의사의 질 관리와 의사면허제도에 대한 고찰」, 의학교육합동학술대회 발표 논문, 2005.
- 박혜경 · 권창익 · 노연숙 · 박주연, 『약국 경영활성화방안 연구』, 대한약사회 의약품정책연구소, 2006.
- 보건복지부 · 한국보건사회연구원, 『2005년도 환자조사보고서』, 정책보고서 2006-81, 2006.

- 보건복지가족부, 『보건복지통계연보』, 1987~2007.
- 보건복지가족부, 『2007 보건복지가족백서』, 2008
- 보건복지가족부, 「건강보험 보장성을 대폭 확대하여 진료비 부담을 크게 줄인다」, 보도자료, 2008. 10. 22.
- 보건복지가족위원회 수석전문위원, 「유일호의원 대표발의 약사법 일부개정법률안 검토보고」, 2009. 4.
- 서울대학교, 『서울대학교 병원 결산서』, 2004, 2005, 2006.
- 손명세, 「별, 아직 끝나지 않은 기쁨: 의사의 프로페셔널리즘과 정책」, 의학교육 합동학술대회 발표 논문, 2003.
- 손현순 외, 「우리나라의 현행 의약품분류체계에 대한 고찰 및 개선방안」, 『한국임상약학회지』, 제15권 제2호, 2005.
- 신영진, 「의료민영화정책과 이에 대한 사회적 대응이 한국보건의료체계에 가지는 역사적 함의」, 『건강정책학회심포지엄 자료집』, 2009.
- 위너슬랙, 『사이버 닥터(컴퓨터 문화와 미래 의료)』, 김주한·김현희 역, 학지사, 1997.
- 유승윤 외, 『의사연수교육 실태조사 및 개선방안 연구』, 의료정책연구소, 2003.
- 윤희숙, 『의료자원의 지역적 분포현황에 따른 공공의료 확충방안』, 정책연구시리즈 2006-09, 한국개발연구원, 2006a.
- 윤희숙, 「의료부문 공공성 개념의 고찰과 공공성 강화 관련 정책방향의 평가」, 설광언 외, 『경제사회 여건변화에 대응한 사회정책방향』, 연구보고서 2006-03, 한국개발연구원, 2006b.
- 윤희숙, 「민간의료보험 가입과 의료이용의 현황」, 정책포럼 제204호, 한국개발연구원, 2008a.
- 윤희숙, 『건강보험 약가제도의 문제점과 개선방안』, 정책연구시리즈 2008-01, 한국개발연구원, 2008b.
- 윤희숙 외, 『공공의료정보화 사업 예비타당성조사 보고서』, 한국개발연구원, 2009a.
- 윤희숙·권순만·권용진, 「건강보험보장성 확대 원칙의 정립」, 『2009~2013년 국가재정운용계획-보건·복지분야』, 한국개발연구원, 2009b.
- 이기효 외, 『의료시장 활성화를 위한 규제정비 방안』, 기획예산처 용역보고서, 인제대학교 병원전략경영연구소, 2006. 12.
- 이무상, 「의사 평생교육의 국제적인 동향과 한국여의사의 질 향상방안」, 『연세의 학교육』, 제5권 제2호, 2003.
- 이상영 외, 『보건의료 선진화를 위한 제도개선방안』, 한국보건사회연구원, 2008.
- 이상일, 「정보 제공 활성화를 통한 의료서비스 개선」, 『서비스산업 선진화 정책방향 보고서』, 서비스산업 선진화 작업반, 2009.

- 이신호 외, 『병상자원관리정책개발연구』, 한국보건산업진흥원, 2003.
- 이의경·정우진, 『의약품 분류기준 개선방안 연구』, 한국보건사회연구원, 1997.
- 이준형 외, 『약국운영제도 개선방안 연구』, 보건복지부, 2004.
- 이해중, 『의료시장 개방논의에 따른 병원산업 발전방안』, 연세대학교 보건과학연구소, 2003.
- 전승표 외, 『U-헬스 환경에서 보건·의료 서비스 공급자의 이슈』, 한국과학기술정보연구원, 2005.
- 전현희 외, 『영리법인 허용이 의료계에 미치는 영향』, 의료정책연구소, 2005.
- 정승준, 「일반의약품의 약국 외 판매에 대한 제언」, 『일반의약품의 약국의 판매 토론회 자료집』, 경제정의실천시민연합, 2007.
- 조경희, 「의료전달체계의 방향」, 『가정의학회지』, 제26권 제4호, 별책, 2005.
- 조병희, 「국가의 의료통제와 의료의 전문화: 한국의료체계의 갈등구조의 역사적 배경」, 『한국사회학』, 제24집 여름호, 한국사회학회, 1992. 8.
- 조병희, 『의료개혁과 의료권력』, 나남, 2003.
- 조병희, 『의료문제의 사회학』, 태일사, 1999. 11.
- 조창익, 「비영리법인의 개념과 일반적 거버넌스」, 미발표자료, 2009.
- 최수희, 「네트워크병원에 관한 법적 고찰」, 충북대학교 법무대학원 석사학위 논문, 2008.
- 통계청, 『전국사업체조사』, 9차개정, 2007.
- 한국개발연구원, 『서비스산업 선진화 정책방향 보고서』, 2009.
- 한국보건산업진흥원, 『병원경영분석』, 각년도.
- 한국보건산업진흥원, 『의료기관회계기준 운영사업 보고서』, 2009.
- Agwunobi, John and Paul A. London, “Removing Costs From The Health Care Supply Chain: Lessons From Mass Retail,” *Health Affairs*, Vol. 28, No. 5, 2009.
- American Hospital Association, *AHA Hospital Statistics 2009*, 2008.
- Anderson, O., *Health Care: Can There Be Equity? The United States, Sweden, and England*, New York, Wiley, 1972.
- Arrow, Kenneth, “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care,” *American Economic Review*, Vol. 53, No. 5, 1963.
- Baily, Martin and Alan M. Garber, “Health Care Productivity,” in Martin Neil Baily, Peter C. Reiss, and Clifford Winston (eds.), *Economic Activity*, Brookings Papers: Microeconomics, 1997.
- Barr, Nicholas, “Economic Theory and the Welfare State: A Survey and Interpretation,” *Journal of Economic Literature*, Vol. 30, 1992.

- Bevan, Gwyn and Ray Robinson, "The Interplay between Economic and Political Logics: Path Dependency in Health Care in England," *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 30, No. 1~2, February-April 2005.
- Burns, Lawton R. and Mark V. Pauly, "Integrated Delivery Networks: A Detour On The Road To Integrated Health Care?" *Health Affairs*, Vol. 21, No. 4, 2002.
- Casalino, Lawrence P., "Physicians and Corporations: A Corporate Transformatin of American Medicine?" *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 29, Nos. 4~5, 2004.
- Chakravarty, Sujoy et al., "Does the Profit Motive Make Jack Nimble? Ownership Form and the Evolution of the US Hospital Industry," *Health Economics*, 2006.
- Colombo, Francesca and Nicole Tapay, *Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health System*, OECD, 2004.
- Contreras et al., "Does Experiance Make Better Doctors?" Manuscript, 2009.
- Cox, Carolyn and S. Foster, *The Costs and Benefits of Occupational Regulation*, FTC Bureau of Economics Staff Report 28, Washington, D.C.: Federal Trade Comission, October, 1990.
- Cutler, David M., "Equality, "Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform," *Journal of Economic Literature*, Vol, 40, No. 3, 2002.
- Cutler, David M., Robert S. Huckman, and Mary Beth Landrum, "The Role of Information in Medical Markets: An Analysis of Publicly Reported Outcomes in Cardiac Surgery," NBER Working Paper 10489, 2004.
- Cutler, David and Jill Horwitz, "Converting Hospitals from Not-for-Profit to For-Profit Status Why and What Effects?" NBER, 2000.
- Dranove, David and Richard Ludwick, "Competition and Pricing by Nonprofit Hospitals: A Reassessment of Lynk's Analysis," *Journal of Health Economics* Vol. 18, 1999, pp.87~98.
- Dranove, David, D. Kessler, M. McClellan, and M. Satterthwaite, "Is More Information Better? The Effects of 'Report Cards' on Health Care Providers," *Journal of Political Economy*, Vol. 111, Vo. 3, 2003, pp.555~588.
- Dranove, David, Mark Shanley, and Carol Simon, "Is Hospital Competition Wasted," *Rand Journal of Economics*, Vol. 23, No. 2, 1992.
- Dranove, David, Mark Shanley, and William D. White, "Price and Concentration in Hospital Markets: The Switch From Patient-Driven to Payer-Driven Competition," *The Journal of Law and Economics*, Vol. 36, April, 1993.

- Duggan, Mark, "Hospital Ownership and Public Medical Spending," *Quarterly Journal of Economics*, 2000.
- Dziuban, Stanley W. Jr., Joseph B. Mellduff, Stuart J. Miller, and Richard H. Dal Col, "How a New York Cardiac Surgery Program Uses Outcomes Data," *The Annals of Thoracic Surgery*, Vol. 58, 1994, pp.1871~1876.
- Epstein, A. M., "Public Release of Performance Data: A Progress Report from the Front," *JAMA*, Vol. 283, 2000.
- European Observatory, *Health Care Systems in Transition: Netherlands*, 2005.
- Frank, Richard G. and David S. Salkever, "Nonprofit Organizations in the Health Sector," in *The Journal of Economic Perspectives*, Vol. 8, No. 4, 1994.
- Frank, Richard G. and David S. Salkever, "Market Forces, Diversification of Activity, and the Mission of Not-For-Profit Hospitals," in David Cutler (ed.), *The Changing Hospital Industry; Comparing Not-For-Profit and For-Profit Institutions*, National Bureau of Economic Research, 2000.
- GAO, *Nonprofit, For-Profit, and Government Hospitals: Uncompensated Care and Other Community Benefits*, 2005.
- GAO, *Nonprescription Drugs: Considerations Regarding a Behind-the-Counter Drug Class*, GAO-09-245, 2009.
- Garber, Alan M. and Jonathan Skinner, "Is American Health Care Uniquely Inefficient?" *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 22, No. 4, Fall 2008.
- Gerdtham, U.-G., J. Sögaard, F. Andersson and B. Jönsson, "Econometrics Analysis of Health Expenditures: A Cross-sectional Study of the OECD Countries," *Journal of Health Econometrics*, Vol. 11, pp.63~64.
- Grabowski, David and Richard Hirth, "Competitive Spillovers across Non-profit and For-profit Nursing Homes" *Journal of Health Economics*, 2003.
- Hannan, Edward L., H. Kilburn, M. Racz, and M. A. Moskowitz, "Improving the Outcomes of Coronary Artery Bypass Surgery in New York State," *JAMA*, Vol. 271, No. 10, March 9, 1994.
- Hannan, Edward L., Albert L. Siu, Dinesh Kumar, Harold Kilburn, Jr., and Mark R. Chassin, "The Decline in Coronary Artery Bypass Graft Surgery Mortality in New York State," *JAMA*, Vol. 273, No. 3, January 18, 1995.
- Hansmann, Henry, "The Role of Nonprofit Enterprise," *The Yale Law Journal*, 1980.
- Hansmann, Henry, "The Rationale for Exempting Nonprofit Organizations from Corporate Income Taxation," *The Yale Law Journal*, Vol. 91, No. 54, 1981.
- Hansmann, Henry, Daniel Kessler, and Mark McClellan, "Ownership Form and Trapped Capital in the Hospital Industry," NBER, 2002.

- Health Consumer Powerhouse, *Euro Health Consumer Index 2009*, Health Consumer Powerhouse, 2009.
- Herzlinger, Regina E., *Market-Driven Health Care*, BASIC BOOKS, 1997.
- Herzlinger, Regina E. *Consumer-Driven Health Care*, Jossey-Bass, 2004.
- Herzlinger, Regina E., *Who Killed Health Care?* McGraw-Hill, 2007.
- Heskett, James L., *Shouldice Hospital Limited*, Havard Business School, 9-683-68, 1983.
- Horwitz, Jill, "Does Corporate Ownership Matter? Service Provision in the Hospital Industry," NBER, 2005.
- Horwitz, Jill and Austin Nichols, "What Do Nonprofits Maximize? Nonprofit Hospital Service Provision and Market Ownership Mix," NBER, 2007.
- IRS, *IRS Exempt Organizations (TE/GE) Hospital Compliance Project Final Report*, 2009.
- Keeler, E. B., J. L. Buchanan, J. E. Rolph, et al., "The Demand for Episodes of Treatment in the Health Insurance Experiment," Santa MBucha, CA: The RAND Corporation, Report R3454-HHS, March 1988.
- Keeler, Emmett B., Glenn Melnick, and Jack Zwanziger, "The Changing Effects of Competition on Non-Profit and For-Profit Hospital Pricing Behavior," *Journal of Health Economics*, Vol. 18, 1999, pp.69~86.
- Kessler, Daniel, and Mark McClellan, "Designing Hospital Antitrust Policy to Promote Social Welfare," NBER Working Paper 6897, 1999.
- Kessler, Daniel, and Mark McClellan, "Is Hospital Competition Socially Wasteful," *Quarterly Journal of Economics*, 2000.
- Labrie, Yanick and Marcel Boyer, *The Private Sector within a Public Health Care System: The French Example*, Montreal Economic Institute, 2008.
- Labrie, Yanick, *The Private Sector Within A Public Health Care System: The French Example*, Montreal Economic Institute, 2008.
- Laing Buisson, *Laing's Healthcare Market Review 2008-2009*, London: Laing & Buisson, 2008.
- Le Grand, J., "The Distribution of Public Expenditure: The Case of Health Care," *Economica*, Vol. 45, 1978, pp.125~142.
- Leu, R. E., "The Public-private Mix and International Health Care Costs," in: A. J. Culyer and B. Jönsson (eds.), *Public and Private Health Services*, Basil Blackwell, Oxford, 1986.
- Lofgren, Ragnar, "The Swedish Health Care System: Recent Reforms, Problems, and Opportunities," *Public Policy Sources*, No. 59, 2002.

- Lowe, Nancy K. and Nancy M. Ryan-Wenger, "Over-the-Counter Medications and Self-Care," *Nurse Practitioner*, Vol. 24, No. 12, 1999.
- Lynk, William J., "Nonprofit Hospital Mergers and the Exercise of Market Power," *Journal of Law and Economics*, Vol. 38, October 1995.
- Maarse, Hans, "Health Reform—One Year after Implementation," *Health Policy Monitor*, 2007.
- Maarse, Hans and Bartholome, "A Public-Private Analysis of the New Dutch Health Insurance," *European Journal of Health Economics*, Vol. 8, 2007.
- Maarse, Hans and Charles Normand, "Market Competition in European Hospital Care," in Bernd Rechel, Stephen Wright, Negel Edwards, Barrie Dowdeswell, and Martin Mckee (eds.), *Investing in Hospitals of the Future*, European Observatory, 2009.
- Marshall, M. N., P. G. Shekelle, S. Leatherman, and R. H. Brook, "Public Release of Performance Data: What Do We Expect to Gain? A Review of the Evidence," *JAMA*, Vol. 283, 2000.
- Marshall, Thomas H., "The Recent History of Professionalism in Relation to Social Structure and Social Policy," *The Canadian Journal of Economics and Political Science*, Vol. 5, No. 3, Aug. 1939.
- Maynard, A. and A. Williams, "Privatisation and the National Health Service," in J. Le Grand and R. Robinson (eds.), *Privatisation and the welfare state*, Allen & Unwin, 1984.
- Maynard, A. and K. Bloor *Our Certain Fate: Rationing in Health Care*, London: OHE, 1998.
- MCA, *Mail: The MCA Updating Service*, No. 130, March/April, 2002.
- McClellan, Mark and Douglas Staiger, "Comparing Hospital Quality at For-Profit and Not-for-Profit Hospitals," in David M. Cutler (ed.), *The Changing Hospital Industry*, The University of Chicago Press, 2000.
- McConachy, Tracy Herb and Howard A. Palley, "Sweden's Health Care System: The Delivery of Health Care Services Within a National/Local System," *New Global Development: JI&CSW*, XIX, 2003. 2, pp.49~62.
- McCormick, Danny, David U. Himmelstein, Steffie Woolhandler, Sidney M. Wolfe, and David H. Bor, "Relationship between Low Quality-of-Care Scores and HMO's Subsequent Public Disclosure of Quality-of-Care Scores," *JAMA*, Vol. 288, No. 12, September 25, 2002.
- McFarlane, Emily et al., *America's Best Hospitals 2008 Methodology*, RTI International, 2008.

- McKee, Martin, "The Evolution of Hospital Systems," in Judith Healy (ed.), *Hospitals in a Changing Europe*, Open University Press, 2002.
- McKee, Martin, Judith Healy, Nigel Edwards, and Anthony Harrison, "Pressures for Change," in Martin McKee and Judith Healy (eds.), *Hospitals in a Changing Europe*, Open University Press, 2002.
- Merkur, Sherry 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.
- MHRA, "Changing the Legal Classification in the United Kingdom of a Medicine for Human Use," MHRA Guidance Note, 2002.
- MHRA, "Legal status and reclassification," in Licensing of Medicine, 2009. <http://www.mhra.gov.uk/>
- MSI, *MSI DATA REPORT—Hospitals: Europe*, Viscount House, River Lane Chester, U.K., 2007.
- Mukamel, Dana B. and Alvin I. Mushlin, "Quality of Care Information Makes a Difference," *Medical Care*, Vol, 36, No, 7, 1988, pp.945~954.
- Newhouse, Joseph, "Toward a Theory of Nonprofit Institutions: An Economic Model of a Hospital," *American Economic Review*, Vol. 60, No. 1, 1970.
- Newhouse, J. P., "Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?" *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 6, 1992.
- Norton, Edward and Douglas Staiger, "How Hospital Ownership Affects Access to Care for the Uninsured," *Rand Journal of Economics*, 1994.
- OECD, *Competition in the Provision of Hospital Services*, 2006.
- OECD, "Competitive Restrictions in Legal Professions," DAF/COMP(2007)39, 2008.
- OECD, *OECD Health Data*, 2009.
- Oliver, Adam and Elias Mossialos, "European Health Systems Reforms: Looking Backward to See Forward?" *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 30, No. 1~2, February-April 2005.
- Omoigui, N.A., D. P. Miller, K. J. Brown, K. Annan, D. Cosgrove, B. Lytle, F. Loop and E. J. Topol, "Outmigration for Coronary Bypass Surgery in an Era of Public Dissemination of Clinical Outcomes," *Circulation*, Vol. 93, No. 1, 1996.
- Pauly, Mark and Michael Redisch, "The Not-for-Profit Hospital As a Physicians' Cooperative," *American Economic Review*, Vol. 63, No. 1, 1973.
- Peterson, Eric D., Elizabeth R. Delong, James G. Jollis, Lawrence H. Muhlbaier, and Daniel B. Mark, "The Effects of New York's Bypass Surgery Provider

- Profiling on Access to Care and Patient Outcomes in the Elderly,” *JACC*, Vol. 32, No. 4, October 1998, pp.993~999.
- Rechel, Bernd, Stephen Wright, Negel Edwards, Barrie Dowdeswell, and Martin Mckee, “Introduction: Hospitals Within a Changing Context,” in Bernd Rechel, Stephen Wright, Negel Edwards, Barrie Dowdeswell, and Martin Mckee (eds.), *Investing in Hospitals of the Future*, European Observatory, 2009.
- Relman, Arnold S. and Uwe E. Reinhardt, “Debating For-Profit Health Care and the Ethics of Physicians,” *Health Affairs*, Summer 1986.
- Robinson, James, “Capital Finance and Ownership Conversions in Health Care,” *Health Affairs*, Vol. 19, No. 1, 2000.
- Robinson, James and Harold Luft, “The Impact of Hospital Market Structure on Patient Volume, Average Length of Stay, and the Cost of Care,” *The Journal of Health Economics*, Vol. 4, 1985.
- Rosenau, Pauline V. and Christiaan J. Lako, “An Experiment with Regulated Competition and Individual Mandates for Universal Health Care: The New Dutch Health Insurance System,” *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 33, No. 6, 2008.
- Royal College of Physicians, *Revalidation*. <http://www.rcplondon.ac.uk/revalidation/>
- Sage, William M., David A. Hyman, and Warren Greenberg, “Why Competition Law Matters to Health Care Quality,” *Health Affairs*, Vol. 22, No. 2, 2003.
- Sahlberg, Pär Axel, “Can For-Profit Benefit Swedish Healthcare?” Commission on Profit or Not-for-Profit in the Swedish Health System, November 2002.
- Salamon, Lester M., *America's Nonprofit Sector: A Primer*, 1999a.
- Salamon, Lester M., *Global Civil Society: Dimensions of the Nonprofit Sector*, 1999b.
- Salas-Chaves, Alvaro, “Consumer-Driven Health Care: An International View,” in Regina E. Herzlinger (ed.), *Consumer-Driven Health Care: Implications for Providers, Payers, and Policymakers*, San Francisco: Jossey-Bass, 2004.
- Saltman, Richard and Adrian A. de Roo, “Hospital Policy in The Netherlands: The Parameters of Structural Stalemate,” *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 14, No. 4, 1989.
- Schneider, E. C. and A. M. Epstein, “Influence of Cardiac Surgery Performance Reports on Referral Practices and Access to Care,” *New England Journal of Medicine*, Vol. 335, No. 4, 1996.
- Schut, Frederik T. and Eddy K. A. van Doorslaer, “Towards a Reinforced Agency

- Role of Health Insurers in Belgium and the Netherlands,” *Health Policy*, 48, 1999.
- Shah, Bimal et al., “The Impact of For-Profit Hospital Status on the Care and Outcomes of Patients with Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction: Results from the CRUSADE Initiative,” *Journal of American College of Cardiology*, 2007.
- Shipman Inquiry. <http://www.the-shipman-inquiry.org.uk/home.asp>
- Shleifer, A., “State versus Private Ownership,” *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 12, No. 4, 1998.
- Silverman, Elaine and Jonathan Skinner, “Are For-Profit Hospitals Really Different? Medicare Upcoding and Market Structure,” NBER Working Paper 8133, 2001.
- Sloan, Frank A., “Commercialism in Nonprofit Hospitals,” in Burton A. Weisbrod (ed.), *To Profit or Not to Profit: The Commercial Transformation of the Nonprofit Sector*, Cambridge University Press, 1998.
- Sloan, Frank, Gabriel Picone, and Shin-Yi Chou, “Are For-profit Hospital Conversions Harmful to Patients and to Medicare?” *Rand Journal of Economics*, 2002.
- Sridhar, Devi, “Inequality in the United States Healthcare System,” Human Development Report Office OCCASIONAL PAPER, UNDP, 2005/36, 2005.
- Texas Heart Institute, “A Brief History of the Texas Heart Institute,” *Texas Heart Institute Journal*, Vol. 35, No. 3, 2008.
- Thewissen, Paul, “Health Care Reform in the Netherlands-role of the Employer,” Koninkrijk der Nederlanden, March 2008.
- Thompson, Ceri R. and Martin McKee, “Financing and Planning of Public and Private Not-For-Profit Hospitals in the European Union,” *Health Policy*, Vol. 67, 2004.
- Tobin, James, “On Limiting the Domain of Inequality,” *Journal of Law and Economics*, Vol. 13, No. 2, October, 1970.
- Tuoy, C. H., C. M. Flood, and M. Stabile, “How Does Private Finance Affect Public Health Care Systems? Marshaling the Evidence from OECD Nations,” *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 29, No. 3, June, 2004.
- Van de Ven, Wynand P. M. M. and Frederik T. Schut, “Universal Mandatory Health Insurance In the Netherlands: A Model for the United States?” *Health Affairs*, Vol. 27, No. 3, 2008.
- Van Doorslaer, E. and A. Wagstaff, “Equity in the Delivery of Health Care: Some

- International Comparisons,” *Journal of Health Economics*, Vol. 11, 1992.
- Veatch, Robert M., “Ethical Dilemmas of For-Profit Enterprise in Health Care,” in Bradford H. Gray (ed.), *The New Health Care for Profit: Doctors and Hospitals in a Competitive Environment*, National Academy Press, 1983.
- Vita, Michael G. and Seth Sacher, “The Competitive Effects of Not-For-Profit Hospital Mergers: A Case Study,” *The Journal of Industrial Economics*, Vol. XLIX, March 2001.
- Wagstaff, A. and E. Van Doorslaer, “Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Concepts and Definitions,” in E. Van Doorslaer, A. Wagstaff, and F. Rutten(eds.), *Equity in the Finance and Delivery of Health Care*, Oxford University Press, 1993.
- Weisbrod, Burton A., “Modeling the Nonprofit Organization As a Multiproduct Firm: A Framework for Choice,” in Burton A. Weisbrod (ed.), *To Profit or Not to Profit: The Commercial Transformation of the Nonprofit Sector*, Cambridge University Press, 1998.
- World Health Organization Europe, “Highlights on Health in Sweden 2004,” Highlights on Health, 2004.
- Wörz, Markus and Reinhard Busse, “Privatization of Hospitals in Germany - Opportunities and Threats of Entrepreneurial Behaviour,” Technische Universität Berlin, 2006.

研究報告書 案内

第71-01卷	企業整理에 대한 意見	金滿堤
第71-02卷	金利引下の 可能性	金滿堤
第71-03卷	農業開發戰略과 米穀需給政策의 評價	金滿堤
第72-01卷	總資源豫算을 위한 成長戰略(1972~73年)	KDI
第72-02卷	새 政策의 選擇을 위한 決斷	金滿堤
第72-03卷	1973年度 豫算規模의 計測	朴宗淇 金完淳
第72-04卷	開館紀念 심포지움 發表論文集	KDI
第72-05卷	韓國經濟 安定化를 위한 提言	下村治
第72-06卷	成長과 安定政策에 관한 研究	KDI
第72-07卷	長短期計劃을 위한 諸模型(잠정)	金榮奉 外
第73-01卷	主要原資材에 대한 國際市場 分析和 價格展望	KDI
第73-02卷	社會保障年金制度 改善을 위한 方案	朴宗淇 金大滌
第73-03卷	韓國經濟의 産業聯關分析	宋丙洛
第73-04卷	主要穀物の 國際需給事情과 價格動向	KDI
第73-05卷	우리나라 教育投資의 經濟的 價值分析	南祐鉉 鄭暢泳
第73-06卷	우리나라 交通計劃과 政策	宋丙洛
第74-01卷	政府 主要農産物 備蓄事業效果分析	文八龍 柳炳瑞
第74-02卷	輸出 100億弗 目標와 歐州市場展望	洪元卓 外
第74-03卷	重化學工業推進을 위한 國家持株會社의 活用方案	司空壹 外
第74-04卷	公企業 任員의 社會的 背景	俞焄
第75-01卷	豫算制度 改善에 관한 研究	金迪教

第75-02卷	서울市內 生産 및 所得推計(1973)	金大泳
第75-03卷	우리나라 商品輸出의 長期展望(1973~81)	宋熙季 外
第75-04卷	우리나라 教育의 需要形態 및 經濟成長 寄與分析	金榮奉
第75-05卷	우리나라 人口의 推計(1960~2040)	金大泳
第75-06卷	鐵鋼景氣의 測定分析和 豫測模型	金胤亨
第75-07卷	鐵鋼産業의 景氣와 長期需要展望	宋熙季
第75-08卷	서울市內 生産 및 市民分配所得(1974)	金大泳 洪性德
第75-09卷	韓國製造業의 賃金隔差構造	金光錫 外
第75-10卷	韓國 首都圈의 空間經濟分析	宋丙洛
第75-11卷	韓國 에너지産業의 需要分析和 豫測	金胤亨 金炳穆
第75-12卷	우리나라 貿易構造의 推定(1977~86)	洪元卓
第75-13卷	內國稅의 稅目別 稅收豫測方法	朴宗淇
第75-14卷	纖維工業의 成長過程과 生産構造	金榮奉
■		
第76-01卷	우리나라 人口移動의 特徵(1965~70)	金大泳 李孝求
第76-02卷	長期雇傭 및 技術人力計劃	金秀坤
第76-03卷	서울市內 生産 및 市民分配所得(1975)	金大泳 洪性德
■		
第77-01卷	農家所得의 決定要因 分析	姜奉淳 文八龍
第77-02卷	IBRD借款 中規模 水利事業 評價分析	文八龍 柳炳瑞
■		
第78-01卷	1968~73년 韓國鑛工業 産業資本스톡推計	朱鶴中
第78-02卷	合板工業의 成長	宋熙季 孫炳岩
■		
第79-01卷	우리나라 製造業의 生産性分析(1966~75)	金迪教 孫讚鉉
第79-02卷	輸送部門의 投資事業審查指針	鄭丙壽

第79-03卷	韓國海外移民研究	洪思媛 金思憲
第79-04卷	石油化學工業의 長期展望	金浩卓
第79-05卷	韓國의 育兒費와 出産力	具成烈
第79-06卷	韓國機械工業의 構造와 展望	金迪教 編
第79-07卷	韓國의 칼라TV工業	金榮奉
第79-08卷	韓國經濟의 短期豫測模型	李天杓
第79-09卷	韓國의 輸入構造 및 輸入政策	徐錫泰
<hr/>		
第80-01卷	水資源·工業團地造成部門의 投資事業審査 分析	林栽煥
第80-02卷	인플레이와 企業成長能力	張榮光
第80-03卷	農業機械化의 政策課題	文八龍
第80-04卷	産業別 投入係數의 變化와 推定	金圭洙
第80-05卷	韓國의 自動車工業	李徹熙
第80-06卷	農業機械化의 投資效果分析	林栽煥
<hr/>		
第81-01卷	社會保障制度改善을 위한 研究報告書	朴宗淇 外
第81-02卷	韓國金屬工業의 展望과 政策課題	南宗鉉 編
第81-03卷	自動車工業의 發展方向과 政策	金榮奉
第81-04卷	福祉社會의 人力政策과 職業安定	金秀坤 外
第81-05卷	固體廢棄物 管理現況과 改善方案	鄭文植
第81-06卷	5次計劃을 위한 都市化問題의 研究	宋丙洛
第81-07卷	韓國製造業의 産業集中分析	李奎億 徐鎮教
第81-08卷	農業信用事業의 經濟性分析	林栽煥
第81-09卷	韓國 資本主義經濟體制 發展을 위한 研究	黃秉泰
第81-10卷	韓國의 産業誘因政策과 産業別 保護構造分析	南宗鉉

第81-11卷	對外去來自由化와 韓國經濟	金重雄
第81-12卷	景氣綜合指數作成에 관한 研究報告書	徐相穆 編
第81-13卷	貧困의 實態와 零細民對策	徐相穆 外
■		
第82-01卷	糧政轉換을 위한 食糧安保備蓄制度	柳炳瑞
第82-02卷	名目 및 實效保護率 構造의 長期的 變化	金光錫 洪性德
第82-03卷	韓國製造業의 產業別 生産構造	金栽元
第82-04卷	勞使關係 事例研究	金秀坤 外
第82-05卷	國家豫算과 政策目標(1982年度)	朴宗淇 編 李奎德
第82-06卷	1960~77년 韓國産業資本스톡推計	朱鶴中 外
第82-07卷	農外所得増大를 위한 綜合對策	柳炳瑞 外
第82-08卷	主要農業政策 改善方案	柳炳瑞 外
第82-09卷	産業政策의 基本課題와 支援施策의 改編方案	楊秀吉
■		
第83-01卷	醫療保險의 政策課題와 發展方向	延河清 外
第83-02卷	世界經濟環境變化와 當面課題	金重雄
第83-03卷	勞使關係 政策課題와 方向	金秀坤 編
第83-04卷	80年代 勞使關係發展을 위한 懇談會 報告書	KDI
第83-05卷	勞使協議制 研究	朴世逸 外
第83-06卷	都給組織의 現況 및 都給去來의 增進方案	金栽元
第83-07卷	國家豫算과 政策目標(1983年度)	崔洸 編
第83-08卷	短期金融市場의 當面課題와 發展方向	李德勳
第83-09卷	經濟安定化政策과 企業經營의 改善	洪炳裕
第83-10卷	都市行政의 發展的 機能과 改善方向	黃仁政
■		
第84-01卷	韓國稅制의 主要政策課題와 改善方向	崔洸 編
第84-02卷	退職金制度의 問題點과 改善方向	閔載成 外

第84-03卷	國家豫算과 政策目標(1984年度)	金重雄 編 崔洸
第84-04卷	金融國際化的 當面課題와 政策方向	金重雄 外
第84-05卷	인플레이期待와 經濟安定	李啓植
第84-06卷	市場과 市場構造	李奎德 外
<hr/>		
第85-01卷	産業高度化에 따른 農業構造의 改編方向	宋大熙 編 柳炳瑞
第85-02卷	企業結合과 經濟力集中	李奎億 外
第85-03卷	乘法 季節ARIMA模型的 構造識別方法	呂運邦 編 孫英淑
第85-04卷	海外先物市場의 活用方案	李 洸 外
第85-05卷	減價償却制度和 資本所得課稅	郭泰元
第85-06卷	第2金融圈의 發展과 業務領域調整	李德勳
第84-07卷	國家豫算과 政策目標(1985年度)	李啓植 編 郭泰元
第85-08卷	特許制度의 經濟的 效果分析	鄭鎮勝
<hr/>		
第86-01卷	租稅政策과 稅制發展	郭泰元 編 李啓植
第86-02卷	金融産業發展에 관한 研究, 1985~2000	朴英哲 外
第86-03卷	私學運營의 課題와 改善方案	朴煥求 外
第86-04卷	國家豫算과 政策目標(1986年度)	郭泰元 編 李啓植
第86-05卷	國民年金制度의 基本構想과 經濟社會 波及效果	閔載成 外
第86-06卷	Social Development in Action	黃仁政
第86-07卷	Financial Development Policies and Issues	金重雄 編
第86-08卷	Industrial Development Policies and Issues	李奎億 編
第86-09卷	證券市場의 發達과 機關投資家の 役割	李德勳 編 張忠植
<hr/>		
第87-01卷	商品去來所의 設立에 관한 研究	李 洸 外
第87-02卷	公企業經營評價의 理論的 背景과 技法	宋大熙 外
第87-03卷	우리나라 金融政策運營現況과 改善方案	鄭健溶

第87-04卷	Macroeconomic Policy and Industrial Development Issues	司空壹 編
第87-05卷	Human Resources and Social Development Issues	司空壹 編
第87-06卷	國家豫算과 政策目標(1987年度)	延河清 編 李啓植
第87-07卷	에너지部門의 政策課題와 改善方案	李 炘
第87-08卷	住宅金融의 現況과 發展方向	姜文秀 金重雄
第87-09卷	地方工業의 特性和 育成政策	金鍾基 外
<hr/>		
第88-01卷	公企業의 民營化에 관한 研究	姜信逸
第88-02卷	社會保障制度의 政策課題와 發展方向	延河清 外
第88-03卷	金融先物과 옵션市場의 活用方案	李 炘 外
第88-04卷	社會福祉傳達體系의 改善과 專門人力活用方案	徐相穆 外
第88-05卷	國家豫算과 政策目標(1988年度)	郭泰元 編 李啓植
第88-06卷	日本經濟社會의 進化和 韓日貿易	李奎億 外
第88-07卷	輸入自由化的 經濟的 效果和 產業調整政策	金光錫
<hr/>		
第89-01卷	리스產業의 發展方案	李 炘 外
第89-02卷	研究開發과 市場構造 및 生産性	金迪教 趙炳澤
第89-03卷	產業技術開發支援政策의 現況과 改善方案	鄭俊石
第89-04卷	國家報勳報償制度의 改編方案	閔載成 金龍夏
第89-05卷	經濟規制와 競爭政策	李奎億 編
第89-06卷	國家豫算과 政策目標(1989年度)	沈相達 編 李啓植
第89-07卷	金融環境變化和 綜合金融會社의 位相	南相祐 外
第89-08卷	經濟의 國際化와 中小企業의 產業調整	朴竣卿
<hr/>		
第90-01卷	稅收推計 模型開發에 관한 研究	盧基星 外
第90-02卷	韓國의 適正賃金	張鉉俊 金在源

第90-03卷	地方公企業의 課題와 發展方向	宋大熙
第90-04卷	企業集團과 經濟力集中	李奎億 李在亨
第90-05卷	醫療保險制度的 改善을 위한 政策方案	權純源 外
第90-06卷	證券產業發展을 위한 研究	李永琪 外
第90-07卷	地域發展과 地方財政	李啓植 外
第90-08卷	韓國의 退職金制度和 企業年金制度 導入方案	閔載成 外
第90-09卷	中産層實態分析과 政策課題	延河清 外
第90-10卷	中小企業의 産業調整과 中小企業支援施策의 改善方向	姜文秀 外
第90-11卷	經濟規制와 競爭政策(II)	李奎億 編
第90-12卷	國家豫算과 政策目標(1990年度)	宋大熙 編 權純源
第90-13卷	經濟開放과 巨視經濟運用	朴元巖 外
第90-14卷	國民年金財政의 安定化를 위한 政策課題 및 方向	南相祐 外
—		
第91-01卷	開放化와 下都給體制的 改編	金周勳 趙觀行
第91-02卷	法經濟研究(I)	李奎億 外
第91-03卷	金利自由化的 課題와 政策方向	南相祐 外
第91-04卷	國家豫算과 政策目標(1991年度)	李啓植 編 盧基星
第91-05卷	國民年金基金的 福祉部門 活用方案	閔載成 外
第91-06卷	産業化過程과 經濟制度的 對應	李奎億 編
—		
第92-01卷	우루과이라운드의 規律分野協商과 産業·貿易政策的 改善方向	南宗鉉 張義泰
第92-02卷	地方自治制 實施에 따른 中央·地方財政機能의 再定立	宋大熙 編 盧基星
第92-03卷	廣告의 産業組織과 規制	李奎億 劉承旻

第92-04卷	舊東獨의 私有化方案 및 失業對策	高日東	外
第92-05卷	構造變化와 雇傭問題	朴竣卿 金政鎬	
第92-06卷	製造業의 總要素生産性動向과 그 決定要因	金光錫	外
第92-07卷	國家豫算과 政策目標(1992年度)	宋大熙 柳一鎬	編
第92-08卷	韓國經濟의 産業貿易模型	李元暎	
■			
第93-01卷	國內銀行의 經營效率性 比較分析	孫承泰	
第93-02卷	産業保護와 誘因體系의 歪曲	俞正鎬	外
第93-03卷	國家豫算과 政策目標(1993年度)	宋大熙 文亨杓	編
第93-04卷	韓國의 老齡化 推移와 老人福祉對策	閔載成	外
第93-05卷	低所得層의 生活安定과 自立對策	權純源	外
■			
第94-01卷	地域金融의 活性化와 새마을금고의 發展	李德勳	外
第94-02卷	産災保險 財政運營方式 開發에 관한 研究	閔載成	外
第94-03卷	美日構造調整協議의 展開와 競爭政策	崔鍾元	
第94-04卷	國際化時代의 韓國經濟運營	左承喜	
第94-05卷	國家豫算과 政策目標(1994年度)	盧基星 柳一鎬	編
第94-06卷	外國人直接投資와 投資政策	李弘求	
第94-07卷	우리나라 自動車産業의 當面課題와 産業組織政策	劉承旻	外
第94-08卷	競爭政策의 國際比較: 美國·日本·獨逸	申光湜	
■			
第95-01卷	金融自律化에 따른 生命保險産業의 對應方案	羅東敏	
第95-02卷	韓·臺·日의 輸入依存構造比較	俞正鎬	
第95-03卷	法經濟研究(II)	李奎億	外
第95-04卷	國際化時代의 金融制度	崔範樹 李炯周	
第95-05卷	北韓의 外國人投資制度와 對北投資 推進方案	全洪澤	外
第95-06卷	調達市場의 效率化·開放化 方案	南逸聰	外

第95-07卷	國民年金制度的 財政健全化를 위한 構造改善 方案	文亨杓
第95-08卷	韓國教育財政의 現況과 改革方向	尹建永
第96-01卷	OECD加入과 資本自由化	朴元巖
第96-02卷	金融의 效率性提高와 金融規制 緩和	姜文秀 外
第96-03卷	金融自由化와 金融監督	姜文秀
第96-04卷	製造業 總要素生産物의 長期的 變化	洪性德 金正鎬
第96-05卷	北韓의 經濟特區	朴貞東
第96-06卷	金融의 汎世界化와 證券産業의 構造改編	李德勳 崔範樹
第96-07卷	南北韓 經濟統合時的 經濟·社會 安定化 對策	朴 進
第96-08卷	中小企業의 構造調整과 知識集約化	金周勳
第96-09卷	韓國 物價變動構造의 分析과 政策對應	朴佑奎 外
第96-10卷	雇傭對策과 人的資源開發	李周浩
第96-11卷	地域利己主義의 經濟的 理解와 效率의 葛藤調整方案	金在亨
第96-12卷	經濟世界化時代의 巨視經濟運營	左承喜 編
第96-13卷	與信專門金融企業의 特性和 發展方案	李德勳 外
第96-14卷	中小·벤처企業의 發展과 場外市場의 活性化	崔範樹 李基煥
第96-15卷	中央·地方政府間 關係 및 財源調整	李啓植 外
第96-16卷	경제체제 전환기의 노동정책	조동호
第96-17卷	地方化時代의 政策課題와 制度改善方向	盧基星 編
第97-01卷	社會間接資本施設에 대한 民資誘致制度의 改善方向	盧基星 鄭源浩
第97-02卷	産業構造의 長期變化와 中小企業의 發展方向	朴竣卿
第97-03卷	海外直接投資의 要因 및 效果分析	金承填
第97-04卷	WTO時代의 新通商議題	申光湜 編

第98-01卷	研究開發의 世界化·地域化와 技術革新政策	朴 竣 卿
第98-02卷	轉換期的 對北政策과 南北經協	朴 進 外
第98-03卷	우리나라 金融產業의 發展構圖	李 德 勳 外
第98-04卷	수도권 정책의 평가와 基本방향	노 기 성 외
第98-05卷	社會保險과 民營保險의 效率的 連繫方案	李 德 勳 外
第98-06卷	通信料金 規制制度의 發展方案	南 逸 聰 外
第98-07卷	企業退出的 經濟分析和 改善方案	具 本 天

第99-01卷	21世紀를 指向한 生命保險產業의 發展方向	羅 東 敏 外
第99-02卷	事業者團體와 競爭政策	李 在 亨
第99-03卷	북한의 노동제도와 노동력 실태	조 동 호
第99-04卷	韓國 市場經濟와 民主主義의 歷史的 特質	李 榮 薰
第99-05卷	危機克服 以後 韓國經濟의 成長動力	金 承 填 外
第99-06卷	지주회사의 본질과 정책과제	이 재 형
第99-07卷	민영화와 집단에너지사업	임 원 혁 외

第2000-01卷	金融環境變化에 따른 保證保險의 中長期 發展戰略	羅 東 敏 外
第2000-02卷	北韓의 經濟開發戰略에 대한 一考察	朴 貞 東
第2000-03卷	財閥改革의 政策課題와 方向	申 光 湜
第2000-04卷	電力產業 構造改編 以後 規制體系에 관한 研究	南 逸 聰 外
第2000-05卷	한·중·일 경제협력의 추진방안과 주요 부문별 과제	고 일 동 외

제2001-01권	남북경협 추진전략 및 부문별 주요과제	조 동 호 외
제2001-02권	금융산업 발전방안	나 동 민 외
제2001-03권	도산제도의 경제적 분석	남 일 충
제2001-04권	전환기 초·중등 교육의 활로	우 천 식 외

제2002-01권	우리나라의 재정통계	고영선
제2002-02권	출자금융기관의 민영화 전략	나동민 외
제2002-03권	인터넷 बैं킹의 확산에 따른 금융산업 구조변화에 대한 연구	김현욱 박창균
제2002-04권	남북한 화폐·금융통합에 관한 연구	전홍택 이영섭
제2002-05권	집합증권투자 규제 연구	신인석
제2002-06권	한국경제의 성장요인분석: 1963~2000	김동석 외
제2002-07권	2002년도 국가예산과 정책목표	문형표 강문수
제2002-08권	외환위기 이후 한국의 소득분배구조변화와 재분배정책효과 분석	유경준 김대일
제2002-09권	북한경제 발전전략의 모색	조동호 외
제2002-10권	한국의 시장집중분석	이재형
제2003-01권	공정거래관련 법령의 개선방안	성소미 신광식
제2003-02권	중소기업 금융지원과 신용보험제도	강동수 윤수백
제2003-03권	2003년도 국가예산과 정책목표	문형표
제2003-04권	북한 경제정책의 변화 전망과 남북경협 의 역할	조동호
제2003-05권	소득분배 국제비교와 빈곤 연구	유경준 김대일
제2003-06권	인구구조 고령화의 경제적 영향과 대응과제(I)	최경수 문형표
제2003-07권	한국의 산업경쟁력 종합연구	지식경제팀
제2004-01권	취약계층 보호정책의 방향과 과제	유경준 상달
제2004-02권	공공부문의 성과관리	고영선 외
제2004-03권	동아시아의 글로벌 생산네트워크와 한국의 혁신정책 방향	김주훈
제2004-04권	국내 기업구조조정 성과에 대한 실증분석	강동수 외

제2004-05권	한국경제 구조변화와 고용창출	유 경 준 외
제2004-06권	금융통합화시대의 금융규제 · 감독 선진화에 관한 연구	김 준 경 외
제2004-07권	재정지출의 생산성 제고를 위한 연구	고 영 선 외
제2004-08권	중소기업의 부실현황 및 구조조정방안	강 동 수
제2004-09권	주택시장 분석과 정책과제 연구	차 문 중 외
제2004-10권	국가통계시스템 발전방안	이 재 형
제2004-11권	인구구조 고령화의 경제적 영향과 대응과제(II)	최 경 수 외
제2004-12권	한국의 산업경쟁력 종합연구(II)	서 중 해 외
제2004-13권	지역산업 육성과 지역혁신체계 구축에 관한 연구	윤 윤 규 외
제2004-14권	수익창출을 위한 대북투자방안	조 동 호
제2004-15권	문화시설의 가치추정 연구	박 현 외
제2004-16권	자본시장 발전을 위한 정책과제	박 창 균 외
제2004-17권	사교육비에 관한 종합연구: 경제학적 접근	우 천 식 외
■		
제2005-01권	노동시장에서의 차별과 차이	유 경 준 수 경
제2005-02권	정부산하기관 관리정책에 관한 연구	설 광 언 박 재 신
제2005-03권	사회기반시설 민간투자사업 위험측정 및 분석연구	심 상 달 외
제2005-04권	중국의 경제성장과 교역증대가 우리 경제에 갖는 의미	최 용 석 외
제2005-05권	혁신주도형 경제로의 전환에 있어서 중소기업의 역할	김 주 훈 외
제2005-06권	중장기 정책우선순위와 재정운영 방향	문 형 표 고 영 선
제2005-07권	기업경영권에 대한 연구	연 태 훈 외
제2005-08권	기업환경 개선을 위한 규제개혁 연구	차 문 중 외
제2005-09권	운영수입보장제도 개선 및 기 발생 운영수입보장 부담 최소화 방안 연구	김 재 형 신 정 환

제2006-01권	서비스산업의 생산성 향상을 위한 정책과제	김주훈 외
제2006-02권	중국기업의 소유구조와 경영성과	강동수 이준엽
제2006-03권	경제사회 여건변화에 대응한 사회정책방향	설광언 외
제2006-04권	민간투자사업 성과의 실증분석 및 제도개선 방안 연구	김재형 외
제2006-05권	생산의 국제화와 산업구조 및 생산성의 변화	안상훈
제2006-06권	사회기반시설 민간투자사업의 위험관리방안 연구	심상달 외
제2006-07권	경제위기 이후 한국경제 구조변화의 분석과 정책방향	신인석 한진희
제2006-08권	과학기술시스템과 경제성장 메커니즘 사이의 인터페이스	서중해
제2006-09권	시장 및 감독 규율 시스템의 재조명: 경쟁법과 회사법의 영역을 중심으로	이수일 임영재
제2007-01권	개방화 시대의 한국 경제 - 구조적 변화와 정책과제 -	차문중
제2007-02권	출산지원정책의 타당성 및 지원효과 분석	조병구 외
제2007-03권	우리 경제의 선진화를 위한 정부역할의 재정립	고영선 외
제2007-04권	서비스부문의 선진화를 위한 정책과제	김주훈 차문중
제2007-05권	경제위기 이후 한국의 경제성장: 평가 및 시사점	한진희
제2007-06권	공공투자사업관리 개선방안: 사업단계별 관리 및 입찰·계약제도를 중심으로	심상달 박현
제2007-07권	우리 산업의 경쟁구조와 산업집중 분석: 광공업 및 서비스산업을 중심으로	이재형
제2008-01권	한국경제의 성장과 정부의 역할: 과거, 현재, 미래	고영선

제2008-02권	주택 시장 및 정책에 관한 연구	송준혁 외
제2008-03권	지역개발정책의 방향과 전략	고영선 편
제2008-04권	나눔과 기부 문화 활성화를 위한 사회적 기업의 역할 제고방안	심상달 외
제2008-05권	북한의 무역구조 분석과 남북경협에 대한 시사점	고일동 외
<hr/>		
제2009-01권	의료서비스산업 선진화를 위한 제도개선과제	윤희숙 고영선
제2009-02권	전문자격사제도 개선방안 연구	고영선 외
제2009-03권	비정규직 문제 종합 연구	유경준 편

KDI 新刊案内

대중국 교역구조의 변화 추이와 거시경제적 시사점

반양장 / 크라운판 / 86쪽 / 정가 2,000원 / 이 시 옥 저

인터넷포털 산업의 경쟁구조 분석

반양장 / 크라운판 / 52쪽 / 정가 2,000원 / 진 양 수 저

공공투자사업의 입·낙찰 자료 연구

반양장 / 크라운판 / 129쪽 / 정가 2,000원 / 김 정 옥 외

나눔과 기부 문화 활성화를 위한 사회적 기업의 역할 제고방안

반양장 / 크라운판 / 123쪽 / 정가 3,200원 / 심 상 달 외

북한의 무역구조 분석과 남북경협에 대한 시사점

반양장 / 크라운판 / 468쪽 / 정가 8,800원 / 고 일 동 외

기업집단의 순환출자: 시장규율과 감독규율의 역할

반양장 / 크라운판 / 84쪽 / 정가 2,000원 / 임 영 재 · 전 성 인 저

우리나라 간접투자 현황 분석 및 과제: 투자자보호를 중심으로

반양장 / 크라운판 / 64쪽 / 정가 2,000원 / 조 성 빈 저

한국의 세대 간 경제적 이동성 분석

반양장 / 크라운판 / 68쪽 / 정가 2,000원 / 김 희 삼 저

외국인력의 현황과 정책과제

반양장 / 크라운판 / 126쪽 / 정가 2,000원 / 유 경 준 · 이 규 용 저

예방과 예방적 의료서비스 이용의 요인분석

반양장 / 크라운판 / 49쪽 / 정가 2,000원 / 정 완 교 저

방송산업의 시장 획정과 제도 분석

반양장 / 크라운판 / 88쪽 / 정가 2,000원 / 이 수 일 저

자산가격변동이 민간소비에 미치는 효과 분석

반양장 / 크라운판 / 67쪽 / 정가 2,000원 / 김 영 일 저

KDI 도서회원제 안내

■ 회원에 대한 특전

- 본원에서 발행하는 모든 간행물을 우송하여 드립니다.
(단, 내부자료 및 배포제한자료 제외)
- 본원이 주최하는 각종 행사(세미나, 정책토론회, 공청회 등)에 참가하실 수 있습니다.

■ 회 비

- 개인회원: 10만원 / 기관회원: 30만원

■ 가입방법

- 지로용지로 가까운 금융기관에 납입
(지로번호: 6961017)
- 또는 우리은행 KDI 계좌로 납입
(계좌번호: 254-012362-13-145)

■ 문 의 처

서울특별시 동대문구 회기로 49 우편번호: 130-740
KDI 발간자료 담당자(Tel. 958-4312)

KDI 도서 판매처

- 교보문고(광화문점 정부간행물코너) Tel. 397-3628
- 영풍문고(종로점 정치경제코너) Tel. 399-5632

연구보고서 2009-01
의료서비스산업 선진화를 위한 제도개선과제

2009년 12월 28일 인쇄

값 5,000원

2009년 12월 31일 발행

저 자 **윤 회 숙 · 고 영 선**

발행인 **현 오 석**

발행처 **한국개발연구원**

서울특별시 동대문구 회기로 49

대표전화: 958-4114 팩시밀리: 958-4310

등 록 1975년 5월 23일 제6-0004호

인 쇄 **경희정보인쇄(주)**

© 한국개발연구원 2009

ISBN 978-89-8063-399-9

* 잘못된 책은 바꿔드립니다.