

醫療市場開放에 따른 醫療서비스
競爭力 強化方案

魯 仁 喆
南 銀 祐
權 京 希
朴 泳 澤

韓國保健社會研究院

머 리 말

“市場開放擴大”와 “서비스 交易自由化”라는 새로운 세계 貿易秩序를 다루는 WTO가 출범한지 2년이 지났다. 그리고 최근 우리나라는 경제 협력개발기구(OECD)의 29번째 회원국이 됨에 따라 외국 기업들은 국내에서 우리 기업과 똑같은 조건으로 경제활동을 할 수 있게 되었다. 비록 외국기업의 국내 經濟活動에 일부 제한이 있긴 하지만 무한경쟁의 흐름을 역류시킬 만한 수준은 되지 못할 것이다. 특히 OECD 가입에 따른 자본이동의 自由化는 1차산업에서 3차산업까지 全分野가 개방되기 때문에 파급영향이 매우 클 것으로 예견된다.

WTO 출범과 함께 OECD 가입은 과거의 낡은 제도와 의식을 先進國 水準으로 전환해야 할 것을 전제로 한 것이어서 이제 國民所得 1만달러의 고비를 겨우 넘게 된 우리에게도 힘겨운 부담이 아닐 수 없으며, 이를 위해 철저한 준비가 요구되는 시점이다.

선진국의 醫療環境과 비교해 볼 때 우리나라의 현실은 아직 여러가지 제도적인 정착을 확고히 다지고 있지 못한 실정이다. 이를테면 불합리한 保險酬價體系, “1~2시간 대기 2~3분 진료”, 大型綜合病院의 患者集中, 중소병원의 경영악화, 의료사고로 인한 분쟁의 증가 등 수요자·공급자 공히 양질의 의료서비스를 공급하고 제공받을 수 있는 여건이 충분히 조성되지 못했다.

그러나 곧 다가올 21세기를 향한 醫療産業의 先進化 또는 世界化에 능동적으로 대처하기 위해서는 의학기술의 발전, 서비스 질의 향상, 病院經營革新 등을 통한 의료서비스의 競爭力 提高가 필요하다.

이같은 맥락에서 본 연구는 수행되었으며 의료서비스의 질적 향상

과 病院經營 合理化를 위한 개선방안을 제시하고자 했다. 本 研究의 결과가 미흡하나마 의료서비스의 先進化를 위한 인프라를 구축하는데 도움이 되기를 기대하며 학계, 의료계 및 정부 정책담당자 등 관련기관 관계자에게 참고자료로 활용되기를 바란다.

본 연구는 魯仁喆 先任研究委員의 책임하에 고신대학교 南銀祐 教授, 서울대학교 藥學大學 약학교육연수원의 權京希 博士, 그리고 본 연구원의 朴泳澤 主任研究員에 의해 완성되었다. 이들의 구체적인 擔當 研究分野를 소개하면 다음과 같다.

研究調整 및 序論(魯仁喆)

醫療市場 開放과 醫療環境의 問題點(魯仁喆, 朴泳澤)

國內外的 規制現況(魯仁喆)

日本の 醫療市場 開放展望과 示唆點(南銀祐, 朴泳澤)

醫療서비스의 競爭力 強化方案(魯仁喆)

醫藥品 流通市場 開放에 따른 對應方案(權京希)

이 보고서를 執筆함에 있어 연구진들은 그동안 많은 조언과 협조를 해 준 韓東觀 연세대학교 의료원장, 鄭基善 현대병원경영연구소장, 成益濟 대한병원협회 사무총장, 보건복지부 金文湜 의정국장, 日本醫療經濟研究機構의 西田在賢 研究主幹께 감사를 표한다. 그리고 본 보고서를 자세히 읽고 매우 유익한 助言을 해준 본 연구원의 李相暎 부연구위원과 李儀卿 부연구위원에게도 감사하고 있다.

끝으로 本 報告書에 수록된 모든 내용은 어디까지나 著者들의 의견이며 本 研究院의 공식 견해가 아님을 밝혀둔다.

1996年 12月

韓國保健社會研究院

院長 延 河 清

目次

要約	11
第1章 序論	37
第2章 醫療市場 開放과 醫療環境의 問題點	42
第1節 醫療서비스市場의 開放展望	42
第2節 市場開放의 波及效果	47
第3節 醫療環境의 問題點	49
第4節 外國人 醫師의 國內活動 및 國際交流 現況	65
第3章 國·内外의 醫療關聯 規制·支援 現況	70
第1節 國內의 規制·支援 現況	70
第2節 外國의 規制·支援 現況	79
第4章 日本 醫療市場의 開放展望과 示唆點	91
第1節 日本 醫療市場의 開放現況	91
第2節 醫療市場開放과 醫療界의 變化	100
第3節 韓·日本病院의 經營收支 比較	111
第4節 韓·日間의 醫療法 比較	117
第5節 日本 市場開放의 示唆點	127

第5章 醫療서비스 競爭力 強化方案	131
第1節 民間醫療部門의 自發的 努力強化	131
第2節 政府의 制度的인 支援擴大	143
第6章 醫藥品 流通市場 開放에 따른 對應方案	160
第1節 醫藥品 關聯分野의 開放日程	160
第2節 醫藥品 市場 現況	161
第3節 開放에 따른 國內 醫藥品 小賣業의 問題點	178
第4節 開放에 따른 醫藥品流通市場의 展望	187
第5節 醫藥品市場의 國際競爭力 提高方案	195
參考文獻	201
附 錄	207

表 目 次

〈表 2- 1〉	外國人投資 決定要因	44
〈表 2- 2〉	醫療保險酬價와 物價引上率 比較	50
〈表 2- 3〉	病床規模別 中小病院의 醫療收益純利益率 比較	51
〈表 2- 4〉	病床規模別 中小病院의 負債比率 比較	52
〈表 2- 5〉	病院 閉業 現況(1994.4~1995.3)	52
〈表 2- 6〉	規模別 全國病院의 赤字·黑子 病院 分布(1994)	53
〈表 2- 7〉	年度別 病院 增加推移	54
〈表 2- 8〉	大韓醫學協會의 控除事業 納付金 規模	56
〈表 2- 9〉	高價醫療裝備 保有量에 대한 國制比較	57
〈表 2-10〉	3次診療機關內 診療待期時間	60
〈表 2-11〉	醫療機關 從事者에 대한 患者들의 滿足度 水準	61
〈表 2-12〉	醫療機關 從事者 서비스의 患者 滿足度 水準	61
〈表 2-13〉	向後 65歲 以上 老人人口의 增加 推移	63
〈表 2-14〉	65歲 以上 老人診療費의 增加 推移	63
〈表 2-15〉	年齡別 診療實績 現況(1994~1995)	64
〈表 2-16〉	保健福祉部의 外國人 雇傭 推薦 現況(1996.9.5 現在)	66
〈表 2-17〉	年度別 國內에서 活動하는 外國人 醫師現況	66
〈表 2-18〉	國內 外國人 醫師人力의 出身地·國籍現況 (1990.1~1996.9)	67
〈表 2-19〉	外國人 醫療人力의 臨床診療科 現況	68
〈表 4- 1〉	病院 外注率의 推移	94
〈表 4- 2〉	韓·日病院의 病院數 및 病床數 比較	112

〈表 4- 3〉	韓·日間の 病床規模別 病院 分布	113
〈表 4- 4〉	韓國과 日本의 1病床當 人口數 比較	113
〈表 4- 5〉	日本의 病院經營收支 現況(1992年 6月末 現在)	114
〈表 4- 6〉	韓國과 日本病院의 所有權別 經營收支 現況	115
〈表 4- 7〉	韓國病院의 廢業 및 新規設立 現況	116
〈表 4- 8〉	日本 醫療機關의 倒産 件數	116
〈表 4- 9〉	韓國과 日本病院의 支出構造 分析	117
〈表 4-10〉	韓國과 日本의 醫療法上 醫療施設 基準	119
〈表 5- 1〉	中小企業의 常時勤勞者 數 基準	149
〈表 5- 2〉	中小企業의 資産總額基準 業種 比率	150
〈表 5- 3〉	一般法人 및 公共法人의 法人稅率 現況	152
〈表 6- 1〉	外資企業 '95年度 醫藥品等 生産動向	163
〈表 6- 2〉	最近 10年間 醫藥品 輸入現況	164
〈表 6- 3〉	外國人 合資 醫藥品都賣業 許可現況(1995.3.31)	165
〈表 6- 4〉	外國人 投資認可 現況	167
〈表 6- 5〉	藥局協業體 現況	172
〈表 6- 6〉	유럽 國家의 藥局開設에 관한 規制 現況	179
〈表 6- 7〉	都賣商의 處方用調劑藥 去來比率	183
〈表 6- 8〉	都賣商去來比率(1993)	183

圖 目 次

[그림 4-1]	日本 道都府縣의 醫療計劃 樹立節次	122
[그림 4-2]	日本 醫療法人의 定款變更 業務處理 節次	125

附表目次

〈附表 1〉	主要 會員制醫療클럽 現況(1993)	213
〈附表 2〉	會員制醫療클럽의 會員數 動向(1991, 1993)	214
〈附表 3〉	美國의 終身介護型 有料老人홈(CCRC)을 經營하고 있는 醫療서비스 提供組織(1992)	217
〈附表 4〉	家庭看護 事業主體別 病床數順 10位	219
〈附表 5〉	財務데이터를 提供해 온 營利 家庭看護(ABC順)	220
〈附表 6〉	病院 等 母體가 없는 獨立型의 家庭看護 運營主體(1992)	222
〈附表 7〉	在宅케어, 在宅醫療機器 및 用具會社의 概況(1992)	223
〈附表 8〉	業務委託會社 上位 10個社(醫療關聯 總 顧客 數順)	226
〈附表 9〉	家庭看護事業部門 委託契約 上位 5業種	227
〈附表 10〉	給食서비스業 上位 5社(醫療關聯 總顧客 數順)	228
〈附表 11〉	救急治療室管理業者 上位 5社 契約件數	229
〈附表 12〉	病院部門 委託契約 上位 業種	230
〈附表 13〉	清掃(House Keeping)業者 上位 5個社 (醫療關聯 總顧客數順)	231
〈附表 14〉	臨床/診斷機器 維持保守管理業社 上位 5社 (病院顧客總數順)	231
〈附表 15〉	藥局業務 管理業者 上位 5社 契約件數	232
〈附表 16〉	外來治療센터의 分野別 現況	233
〈附表 17〉	外來手術센터를 運營하고 있는 上位 25個病院의 總施設數	235

〈附表 18〉	社會復歸療法病院을 運營하는 醫療事業主體 (病床數順 10順位)	236
〈附表 19〉	火傷診斷제인의 財務데이터 現況	237
〈附表 20〉	病院의 運營病床數에 의한 醫療事業體 上位10順位	239
〈附表 21〉	營利醫療서비스 事業體 上位 10社(運營病床 基準)	240
〈附表 22〉	患者收入에 의한 醫療事業主體 上位10個社	240

要約

1. 研究의 背景

- “市場開放 擴大”와 “서비스교역 自由化”를 목표로 새로운 貿易秩序를 다루는 세계무역기구(World Trade Organization)가 출범한지 2년이 지났으며, 향후 의료부문에 대한 市場開放과 國際交流가 활발하게 이어질 전망이다.
- 醫療部門에서의 시장진입은 의료인의 이동, 資本投資에 의한 의료기관의 개설, 그리고 위탁경영, 원무과의 업무대행, 의약품조달 등의 구매, 청소·세탁·급식·침구·경비 등의 외주용역 사업체의 진입이 있음.
 - 이 중에서 專門醫療人力의 移動에 관해서는 아직 협상의제로 논의된 바 없으며, 문제는 外國人의 醫師와 藥師 免許를 어떻게 인정해 주느냐와 아울러 그들의 국내 입국을 어떻게 허용해 주느냐 하는 점임. 이에 대해서는 선진국과 개도국의 입장이 서로 다르기 때문에 다자간 합의를 도출하는 데는 상당한 시간이 소요될 것으로 전망됨.
 - 반면에 국내 醫療機關이나 藥局에 대한 외국인인 자본투자는 1995년 1월부터 허용되었음.
- 따라서 본 연구는 醫療市場의 開放에 따른 국내 의료서비스의 競爭力 強化方案을 제시하는데 그 목적이 있음.
 - WTO체제하에서의 의료시장 개방전망과 파급효과, 국내 의료환경의 문제점, 외국인 醫療人力의 活動現況, 의료관련 국내의 규제·

지원 현황을 살펴보고, 일본의 의료시장 개방현황과 시사점을 고려하여 의료서비스 경쟁력 강화방안을 제시함.

- 자본이동과 관련된 醫藥品小賣業(藥局)을 중심으로 시장개방에 따른 문제점, 효과적인 대처방안을 제시함.

2. 醫療市場開放의 波及效果와 醫療環境의 問題點

가. 醫療서비스市場의 開放現況

- 의료기관시설에 대한 외국인 투자개방이 허용된지 거의 2년이 지났지만 아직까지 우리 정부에 市場進入을 위한 서류절차를 신청한 국가 또는 외국인은 전혀 없음.
 - 미국의 病院經營 컨설팅회사들이 國內 市場調査를 실시한 후 진입의 시도가 예상됨.
 - 병원간의 국제교류로는 서울중앙병원이 미국 하버드 의과대학부속병원과 삼성의료원이 미국 존스홉킨스 의과대학부속병원과 각각 技術提携 契約을 체결한 바 있음.
- 향후 의료서비스 협상의 진행에 따라 국내 醫療法 및 藥事法에서 外國資本이나 의료인력의 자유로운 이동을 제약하는 규제조항의 완화 내지 폐지가 불가피하게 될 것임.

나. 外國人의 國內 醫療機關에 대한 投資展望

- 해외 直接投資를 하는 이유는 의료시장의 불완전성에 기인한 독점적 우위와 투자대상국의 시장규모, 성장속도, 발전단계에 따른 성장 잠재력 등을 통해 충분한 이윤을 얻을 수 있다고 보기 때문임.

〈表 1〉 外國人投資 決定要因

투자유인	투자저해
의료서비스시장의 성장잠재력 의료기관에 대한 불신 및 불만 비급여 진료의 수익성 행위별 수가제 실시	영리법인 설립의 불허 의료인의 이동 금지 저 의료보험수가 언어장벽과 문화적 차이

- 아직은 투자저해 요인이 강력하지만 의료시장의 成長潛在力이 매우 크고, 高所得層을 대상으로 하는 고급 의료서비스(특수질환진료, 지정진료, 특수검사 등), 고급병실, 고급음식, 건강관리를 위한 요양서비스(고급 헬스클럽 운영) 등에 치중하여 비교적 큰 收益을 올릴 수 있기 때문에 외국인의 자본진출이 이루어질 가능성이 있다고 판단됨.
 - 병원경영 전반에 모든 책임을 지는 부담이 있고, 아울러 투입될 막대한 투자규모로부터 얻게 될 자본수익이 현 여건 하에서 불확실하다고 보기 때문에 당분간 單獨投資는 이루어지지 않을 것으로 전망됨.
 - 따라서 초기 단계에서 예상해 볼 수 있는 자본이동은 單獨投資보다는 선진국의 자본, 의료정보, 병원경영기법 등을 끌어들여 競爭優位를 확보하고자 하는 국내 병원과의 합작투자 가능성이 가장 높다고 보여짐.

다. 市場開放의 波及效果

- 의료서비스는 각 국가의 醫師免許에 의해서만 제공될 수 있기 때문에 해외 진출·입의 제한을 받게 되며, 또한 의료의 社會公益性이 강조됨에 따라 의료서비스 산업에 국가마다 각종 규제 또는 제한을 두고 있어서 순전히 상업차원의 교역과는 거리가 있음. 따라서 의료시

장의 對外開放이 국내에 미치는 영향은 제한적일 수밖에 없을 것임.

- 먼저 긍정적인 측면으로는,
 - 첫째, 의료기관간의 경쟁을 유발하여 의료서비스의 질적 개선노력을 촉진시키는 효과와 經營合理化에 기여하는 바가 있음.
 - 둘째, 합작투자에 의한 病院設立은 선진 의료기술 및 경영 노하우의 이전 및 확산을 도모할 수 있음.
 - 셋째, 소비자의 입장에서는 다양한 良質의 의료서비스에 대한 선택의 기회가 확대됨.
 - 넷째, 선진국의 치료, 예방, 재활 등을 포괄하는 서비스가 들어올 경우 우리 의료서비스 산업에는 긍정적인 자극이 될 것임.
 - 장기적인 측면에서 볼 때 國內의 醫療人의 이동이나 자본의 海外進出이 활발해질 가능성이 있음. 특히 한의·약은 국제 경쟁력이 충분히 있기 때문에 중국, 미국 등으로의 진출이 용이해질 수 있음.
- 반면 부정적인 측면으로는,
 - 첫째, 외국의 거대한 자본이나 우수한 의료시설의 참여는 경쟁력이 취약한 中小病院의 經營惡化를 가져와 도산의 가능성이 있음.
 - 둘째, 외국의 유명 의료시설의 도입은 고급 의료서비스의 선호경향을 더욱 심화시킬 소지가 있으며, 의료의 商業化 내지 사치화를 조장시키는 효과를 가져오게 됨.
 - 셋째, 1차진료나 保險給與對象의 진료보다는 高所得層의 수요에 맞는 고급 의료서비스나 비급여서비스의 개발에 치중한다든지(진료패턴의 왜곡화), 또는 국내에서 치료가 가능한 환자를 자국 병원으로 이송하는 경우도 발생할 수 있음.
 - 넷째, 전국민의 의료보험 적용 아래 급증하는 의료수요는 양적인 측면에서나 질적인 측면에서 더욱 창출될 것임. 이것은 국민의료

비의 급격한 상승을 초래할 뿐 아니라 醫療保險財政을 악화시키는 요인으로도 작용할 것임.

- 다섯째, 외국인에 의한 醫療機關의 설립이 주로 대도시지역을 대상으로 이루어질 것이라는 점을 감안한다면 우리나라 醫療資源의 지역간 不均衡 문제는 더욱 심화될 것임.
- 여섯째, 국내에서 생산되는 첨단 고가의료장비, 의료기기, 의료용품, 의약품 등은 품질이나 가격면에서 競爭力이 뒤떨어져 海外輸入이 크게 증가할 것임.

라. 醫療環境의 問題點

- 낮은 의료보험수가와 불합리한 수가체계는 의료서비스의 질 저하, 의료이용 및 의료공급의 歪曲深化로 의료자원의 낭비를 초래하고 있음.
 - 醫療保險制度 導入 이후 1995년까지 보험수가의 연평균 상승률(8.0)은 연평균 물가상승률(8.3)과 비슷했으나 1977년에 의료보험수가가 관행수가의 60~70% 수준에서 책정되었던 차이를 크게 좁히지는 못했음.
 - 대외 시장개방과 관련하여 외국의료기관의 진입장애요인으로 작용하겠지만 국내 의료서비스의 질 저하, 病院經營의 어려움 등을 부가시키는 요인으로도 작용할 것임.
- 현재 전문의 인력난, 환자이용 감소 등으로 중소병원은 심각한 경영난을 겪고 있음.
 - 1994년에 300명상 미만 中小病院의 의료수익 순이익률은 1992년 4.1%에서 -0.5%로 떨어졌고, 중소병원(100~299명상)의 부채비율도 3차 의료기관에 비해 높은 실정임.

- 이러한 요인은 향후 중소병원이 국내 大型病院에 흡수·통합되거나 외국자본이 들어올 경우 흡수의 대상이 될 수 있는 소지가 있음.
- 우리나라의 연간 의료분쟁 건수는 매년 약 1,000여건이 발생하는 것으로 추정(1992)되며 분쟁해결이 미비한 실정임.
 - 의료분쟁조정외 미흡은 醫療市場開放 후 국내 의료인을 대상으로 하는 외국인 보험회사나 관련 변호사의 등장을 초래할 것임.
- 인구 백만명당 한국의 CT수는 17.1대(1996)로 일본 40.3대(1990)보다는 낮으나 英國 2.2대(1992), 서독 0.9대(1992), 프랑스 7.2대(1992)에 비하여 많은 실정임. 향후 MRI 등의 추가 保險適用을 고려해볼 때 고가의료장비의 도입은 계속해서 증가할 것으로 예상됨.
 - 의료시장 개방에 따른 고가의료장비의 도입증가는 소비자에게 정확한 진단의 기회를 제공한다는 측면에서는 긍정적으로 생각되나 醫療費 上昇, 자원활용의 비효율성 증대 등 부정적인 결과를 초래할 것임.
- 전반적으로 대부분의 환자들이 병원을 이용하는데 있어서 불만족을 나타내고 있는 실정임.
 - 가톨릭중앙의료원이 1996년말 실시한 자료에 의하면 대상 환자의 약 80%가 病院利用에 대하여 불편하다고 응답하였음.
 - 이러한 요인은 향후 우수한 외국의 병원이 국내에 진입할 경우 외국병원으로 환자를 유인하는 요인으로 작용할 것임.
- 국내 환자들의 3次 醫療機關의 선호경향이 두드러짐으로써 자원활용의 효율성이 떨어지고 있는 실정임. 이는 외국의 大型醫療機關 進入에 따른 선호경향으로 이어질 가능성이 있음.
- 공교의료보험의 자료에 따르면 1996년에 65세 이상 노인인구의 증

가는 과거 6년 동안 1.17배 증가한 반면 總診療費는 2.84배로 빠르게 증가하는 것으로 조사된 바 있음.

- 향후 전체인구에서 老人人口가 차지하는 비중이 1997년 5.8%에서 2000년 7.1%로 높아질 전망이다(통계청, 1996)을 고려할 때 노인의료비의 증가는 필연적이라 할 수 있음.

3. 國內·外の 醫療關聯 規制·支援 現況

가. 醫療(醫師)免許에 관한 事項

- 우리나라 醫療法(제5조)에 의하면 의사, 치과의사, 한의사가 되고자 하는 자는 각 전공대학을 졸업하고 학사학위를 받았거나 보건복지부장관이 인정하는 외국의 학교를 졸업하고 學士學位을 받은 자, 또는 보건복지부장관이 인정하는 외국의 면허를 받은 자로서 해당 국가시험에 합격한 후 保健福祉部長官의 면허를 받은 자여야 함.
- 단, 大統領令이 정하는 외국에서 의사 또는 치과의사의 면허를 받은 자가 대한민국의 국적을 가지고 永住權을 얻은 경우에는 대통령령으로 정하는 시험을 거쳐 그 면허를 부여할 수 있도록 되어 있음.
- 醫療行爲의 制限措置는 의료법 제25조에 규정되어 있는데, 의료인이 아니면 누구든지 의료행위를 할 수 없으며, 면허된 이외의 의료행위를 할 수 없음. 外國人의 경우도 우리나라 의료인 면허를 취득하면 국내에서의 의료행위에 제한이 없으며 내국인과 동일함.
- 外國의 醫療人免許를 소지한 자로서 일정한 기간 국내에 체류하는 자는 외국과의 교육 또는 기술협력에 의한 교환교수 업무, 교육연구사업을 위한 업무, 또는 保健福祉部長官의 승인을 조건으로 하는 의료법인, 비영리법인의 목적사업을 위한 업무, 국제의료

봉사단의 의료봉사 업무에 대해서 醫療行爲가 가능함(의료법 시행규칙 제20조).

- 타 국가와의 의사면허 상호인정에 관한 협정은 없음.
- 美國의 의사면허 발급은 전국 단위가 아니라 州政府 단위에서 이루어짐. 醫師免許를 받기 위해서는 미국의 公認된 의과대학을 졸업하고, 1년 이상 병원수련과정을 거친 후에 필기시험에 합격해야 함.
 - 미국 밖에서 취득한 資格에 대해 면허를 받기 위한 조건은 州마다 다르지만, 모든 주에서 필기시험을 요구하며, 외국 의과대학 졸업자에 대한 教育委員會(ECFMG)의 資格試驗에 합격해야 하고, 미국의 병원에서 인턴쉽 교육을 받아야 함.
 - 미국 市民이나 永住權者가 아니면서 외국의 의과대학을 졸업한 사람은 먼저 법적으로 인정되어야만 대학원 교육을 받을 수 있음.
 - 미국은 다른 나라 정부간의 特別한 協定은 없지만, 여러 주에서 LMCC를 가지는 캐나다 의과대학의 보증에 의한 면허는 인정하고 있음.
- 獨逸은 의사시험 합격증을 소지하거나 EC 국가에서 취득한 자격조건을 가지면 醫師免許를 받을 수 있음.
 - EC 외의 외국인의 경우 內國人和 동등한 자격조건과 성품이 좋고, 건강한 경우 일시적인 면허가 주어짐. 단, 사회적으로 혹은 공공보전에 이익이 되는 경우에만 영구적인 免許가 주어짐.
- 프랑스에서는 EC에 속한 국가에서 자격을 취득한 프랑스 내국인, EC 국가, 모로코, 프랑스와 永住權에 관한 계약이 되어 있는 국가의 국민 중 프랑스에서 자격조건을 갖춘 사람, EC 국가에서 자격을 취득한 EC 국민은 학위를 보건사회부에 등록하고, 醫師協會에 이름을 등록함.

- EC에 속하지 않는 국가의 국민이 프랑스에서 자격을 갖추었을 때에도 政府機關에 신청해야 함. 이 경우 시험은 면제됨. EC에 속하지 않는 국가에서 자격을 취득한 프랑스 국민 및 외국인은 의료전문직 대표로 구성된 委員會가 출제하는 시험을 봐야 하고, 그후에 정부기관에 신청해야 함. 이 때 승인할 숫자는 매년 정해짐.
 - 단, 프랑스 국민 또는 所屬民인 의사, 치과의사, 조산원에게 개업할 권리를 인정하는 국가에 대해서는 공중보건 및 인구담당장관의 결정에 의해 開業을 인정함. 이를 위한 協定은 국가에 의해 체결되고, 학위의 등가성이 교육부장관에 의해 인정되어야 함(공중보건법 제356조 제2항).
 - EC 국가와는 법, 규정, 행정조치 등을 통해 학위, 면허, 증명서 등을 상호 인정하며, 모로코와도 협정이 되어 있음.
- 영국의 의과대학 졸업생은 모두 一般醫師協會에 등록하고, 1년간의 假登錄期間 중 훈련받은 대학의 감독하에 승인된 병원에서 인턴으로 일해야 하며, 이 과정을 마쳐야만 完全登錄이 가능함.
- 외국에서 자격을 갖춘 內國人과 外國人は 완전등록을 위해 일반 의사협회가 인정하는 자격조건이나 혹은 영국이 법적으로 인정하는 국가에서 등록기관이 인정하는 資格條件을 갖추어야 함.
 - EC에 속한 국가의 국민, 영주권자, 英國市民과 結婚한 사람을 제외한 외국 의사는 면허 외에도 고용주의 요청에 의한 고용부의 就業許可를 필요로 하며, 一般醫로 개업하고자 하는 외국인은 自營業에 관한 규정에 따라야 함. 그리고 외국의 대학원생은 4년까지는 英國의 病院에서 연구할 수 있으나 그후에는 고국으로 돌아가야 함. 그러나 EC 국가와는 학위나 증명서, 資格條件의 상호인정 협정이 되어 있음.

나. 病院設立에 관한 事項

- 우리나라는 의료기관을 개설할 수 있는 要件은 개인자격으로는 의사, 치과의사, 한의사 또는 조산사이며, 단체나 법인자격은 국가 또는 지방자치단체, 의료업을 목적으로 설립된 의료법인, 민법 또는 特別法에 의해 설립된 非營利法人 그리고 정부투자기관 관리기본법의 규정에 의한 정부투자기관 등임.
 - 의원급 醫療機關을 개설하고자 하는 자는 도지사에게 ‘申告’하여야 하고, 종합병원, 병원, 치과병원 또는 한방병원을 개설하고자 하는 자는 도지사의 ‘許可’를 받아야 함.
 - 의료법 제5조 단서의 규정에 의해 면허를 받은 자가 국내에서 醫療機關을 개설하고자 할 때에는 보건복지부장관의 ‘許可’를 받아야 함.
 - 醫療法人을 설립하고자 하는 자는 대통령령이 정하는 바에 의하여 정관 및 기타 서류를 갖추어 保健福祉部長官의 허가를 받아야 함.
- 英國에서는 1990년의 NHSCCA에 의해 국가보건체계 및 特殊病院에 대한 관리운영의 책임은 주지사에게 있음.
 - NHS에 의한 병원을 제외한 각 지역의 병원과 전문의 서비스에 관한 계획은 지역보건당국에서 이루어지고 있음.
 - 120병상 이상 혹은 ‘지정된’ 지역에 民間病院을 건설하거나 확대할 때는 주지사의 허가를 받아야 함.
- 미국의 경우 보건의료시설에 대한 면허나 특별서비스에 대한 승인을 받으려면 州 保健部의 申請書式을 제출해야 함.
 - 주의 보건부는 시설, 경영, 규칙, 규정, 장비, 직원(전문 또는 비전문), 醫療의 標準과 서비스 등이 적절하지 않는 한 병원설립을 허가하지 않음.

- 기업이 의료서비스를 상업적으로 이용함으로써 의료행위를 남용할 가능성으로부터 소비자를 보호하기 위해서 企業의 醫療行爲를 금지함.
- 보건부는 病院建立의 必要性을 조사하기 위해 공공, 비영리, 개인 병원을 포함한 기존 병원을 감사하며, 감사와 조사에 근거하여 주에 적합한 건립계획을 세울 수 있음.
- 國家機關인 OSHPD는 기존 병원들의 현황 파악, 病院建設의 필요성에 대한 조사, 병원건설 프로그램을 개발하며, 조사와 기획활동을 수행하는데 필요한 연방기금을 신청할 수 있음.

다. 醫療機關에 대한 支援 및 規制

- 우리나라는 민간 의료기관의 시설·장비보강을 지원하고 경영부담을 덜어주기 위하여 의료법인을 非營利公益法人에 포함시켜서 의료법인이 연구비, 자선진료사업 등에 지출하는 비용은 損費로 인정하여 法人稅를 경감해 주고 있음.
- 1992년 7월 21일의 중소기업기본법 시행령 개정을 통해 병원과 의원을 中小企業 業種으로 신설하고, 대상 중소기업 범위를 종전의 20人 이하에서 100人 이하로 上向 調整하였음.
- 국내의 모든 의료기관은 醫療保險聯合會에 요양취급기관으로서 등록을 받도록 되어 있음.
- 의료법인의 병원설립은 非營利法人으로 규정되어 있기 때문에 시설투자로부터 발생된 과실에 대해 배당받을 수 없음.
- 대부분의 유럽국가와 캐나다에서는 政府에 의해 운영되는 병원은 물론이고 민간에 의해 운영되는 병원들은 신규병원 건설과 高額醫療裝備의 구입에 소요되는 자금을 국고보조금에 의존하고 있음.

- 영국에서도 비영리 민간병원에 대해서 保健部長官이 재무부의 승인 하에 보조금을 지급하거나 대부해 주며, 최근에는 노령자를 대상으로 장기요양을 제공하는 民間療養院에 대한 보조금이 증가했음.
- 미국 연방정부의 介入은 병원건설에 대한 보조로부터 병원의 건설, 운영, 사용을 규제하는 것으로 확대되었음. 특히 메디케어와 메디케이드로 인해 聯邦政府는 병원운영에 상당한 규제를 행사하게 되었음.
- 獨逸에서는 1972년에 주의회와 연방의회에서 통과된 病院財政法을 통해 병원에 재정적으로 지원해 주고 있음.
 - 병상수가 너무 많은 지역의 주정부는 작은 규모의 병원에 대해서도 의료시설계획에 의해 엄격하게 심사하고, 支援對象 病院數도 제한하고 있음.
 - 지원대상으로 승인된 병원에 대해서는 法定算式에 따라 정부가 고정자산을 포함한 병원시설의 자본금을 지원해 줌.

4. 日本의 醫療市場 開放展望과 示唆點

가. 醫療市場 開放現況

1) 外國醫療機關의 進出現況

- 일본의료기관의 개설 및 설립요건은 한국과 비슷한 형태를 띠고 있음. 외국에 의료시장은 개방이 되어 있으나 外國病院이 일본에 들어와 운영되고 있는 경우는 없음.
- 기타 의료와 관련된 몇개 분야에 외국업체가 진출을 시도하려는 노력이 있었음.

- 미국에서 전문적인 在宅醫療서비스를 제공하고 있는 옵션케어 (Option Care)社가 1987년 초 일본진출을 희망하였으나 당시 재택서비스가 보험에 적용되지 않고, 비의사가 단독으로 실시하는 것이 허용되지 않았기 때문에 이 회사의 진출은 무산되었음.
 - 펜실베니아주 킹스톤에 있는 미국 제2위 病院給食會社인 커스텀 매니지먼트社(Custom Management Corporation)가 일본에 진출하였음. 일본 집단급식의 大企業인 그린하우스와 기술 제휴할 것으로 양사가 1987년에 합의하였음.
 - 경영컨설팅회사인 허만스미스사(Herman Smith Associates)와 일본 M&A연구소(東京)가 1986년 국내·외 병원매수 분야에서 상호 제휴할 수 있는 체계를 구축하였음.
 - 미국 病院情報시스템의 최대기업인 웨어드메디컬시스템社가 1983년부터 3년 동안 일본진출을 시도하였으나 실패함.
- 향후 외국기업의 의료기관관련 서비스산업 進入豫想 部門은 임상병리검사, 침구 등의 세탁, 원무업무의 위탁, 의료기구와 간호용품의 렌탈, 성인병 식사의 택배 및 재택의료서비스 등이 있음.
- 관련 市場規模는 15,000억엔으로 추정됨. 종래 사회보장의 대상이었던 고령자케어의 민영화 추세에 따라 실버산업이 급속히 발전하고 있음.

나. 醫療市場開放과 醫療界의 變化

- 의료시장 개방과 관련된 의료계의 대응방안으로는 規制 緩和에 대한 검토가 이루어지고 있음.
- 대체적으로 의료서비스의 질 향상, 의료서비스 공급 기회의 형평성 제고, 의료보험재원의 안정성 등이 논의되고 있음.

다. 對外 市場開放에 따른 政策方向

- 행정규제의 완화: 1995년에 구성된 「행정개혁위원회」 규제완화소위원회의 ‘規制緩和에 관한 논의’에서 대상항목을 정하였음. 의료복지분야의 주요내용은 기업에 의한 병원경영, 병상의 규제, 약가의 개정, 醫藥品의 販賣規制, 약사의 배치 규제, 실버 마크제 도입 등임.
- 국보조금 제도: 병원산업의 육성을 위한 국고보조금의 종류로는 施設整備 보조금, 설비정비 보조금, 운영비 보조금 등이 있음. 이는 주로 국공립병원, 의료 취약지 병원의 보조, 그리고 의료관련 人力의 養成을 위한 지원금의 성격이 강함.
- 민간 방문간호사업의 허용: 1995년 4월에 발족된 방문간호사업활성화 분과위원회에서는 의료보험 급여대상이 되지 않는 민간 방문간호사업을 허용함.
- 기업의 병원경영: 향후 의료관계자와 더불어 이용자인 국민의 의견을 토대로 기업에 의한 병원경영의 타당성에 대한 검토를 진행해야 한다는 견해가 강함.
- 규제의 완화: 의료기관이 제공하는 서비스의 내용, 그 제도, 客觀的인 事項 등은 광고를 허용해야 한다는 주장이 대두되고 있음.
- 의료기관 경영안정화: 일본 정부가 의료기관 경영의 안정을 위해 수립한 경영안정화 방안으로는 運營資金의 融資와 稅制對策, 병원의 자구책강화, 그리고 국가 및 자치단체의 지원이 있음.

라. 韓·日 病院經營收支 比較

- 병원경영수지를 비교해 볼 때 한국과 일본병원의 경영상태는 수익

성이 그리 좋지 않은 것을 볼 수 있음.

- 이것은 외국인의 資本進出에 대한 재무적인 매력이 별로 없는 국가로 분류하게 하는 요인으로 작용할 것임.

마. 韓·日 醫療法 比較

- 한·일간 의료법 및 의료기관의 구별되는 특징은 일본은 노인보건법, 특정기능병원을 별도로 두고 있다는 것임.
 - 의료시설의 경우 綜合病院의 필수 개설과목은 한국이 내과, 외과, 산부인과, 소아과, 마취과, 진단방사선과, 임상병리 또는 해부병리과, 정신과, 치과의 9개로 하고 있으며 일본은 내과, 외과, 산부인과, 이비인후과, 안과로 하고 있음.
 - 병원, 치과병원, 한방병원의 입원환자 시설은 한국이 30명 이상, 일본이 20명 이상으로 하고 있음,
- 의료법상 정관 및 기부행위, 醫療法人의 解散 등에 대해서 우리나라는 민법에 준용하여 규정하고 있으나 일본은 의료법에 명시하고 있음.

5. 醫療서비스 競爭力 強化方案

가. 民間醫療部門의 自發的 努力強化

1) 病院서비스 評價制度 強化

- 병원서비스 평가는 특정 병원에서 제공되는 의료서비스의 질에 대한 올바른 정보를 소비자에게 제공함으로써 醫療機關으로 하여금 서비스의 질 향상을 위한 강력한 압력과 유인책이 될 것으로 판단됨.

- 기존의 病院 標準化審査와 통합하여 실시하되, 객관적인 심사기준에 의하여 의료기관 스스로 자신들을 평가하고 이를 소비자에게 공표하도록 해야 할 것임.
- 일본 의료계가 유명병원 53개를 조사하고 순위를 매겨 『제2회 미슈란 보고서』를 발표한 것은 우리에게 시사하는 바가 큼.
- 평가결과가 공표됨으로써 그 결과를 政府의 支援事業과 연계하고 서비스 경쟁을 유인할 수 있어야 함.
- 서비스 평가제는 1997년까지 객관적으로 평가할 수 있도록 평가기준과 조사방법 등을 마련하여 1998년부터 그간의 평가결과를 토대로 시범 실시하고, 2000년 하반기에 이를 보완하여 2001년부터 전면 실시함.

2) 醫療서비스 供給體系의 多樣化

- 기존의 의료기관이 제공하고 있는 단순한 진료 위주에서 보다 포괄적인 의료서비스를 제공하기 위해서는 여러가지 醫療施設들이 다양하게 구비되어야 할 것임.
- 中小病院은 상대적으로 경쟁우위에 있는 전문과목을 선택함으로써 병원기능을 전문화시켜야 함.
- 중소병원은 환자가 오기만을 기다리는 소극적인 經營方式에서 벗어나 환자들에게 가까이 있는 동네병원으로 자리매김을 받을 수 있어야 함.
- 지역사회의 주민들이 진정 원하는 의료서비스가 무엇인지를 이해하려는 끊임없는 노력과 함께 적극적으로 地域社會에 참여하는 것을 의미함.

- 개원의들에게 施設을 開放하고 개원의들은 일차진료만을 맡도록 하는 개방형 병원의 도입을 적극 검토함.
- 병원차별화의 한 형태로써 地域住民을 대상으로 건강관리, 질병예방, 치료 등 포괄적 의료서비스를 제공하는 병원으로의 전환을 검토함.
- 선진국의 유명병원과 무한 경쟁할 수 있는 병원을 육성·발전시키기 위해 소수의 영리법인형태의 病院設立도 검토함.

3) 専門經營人에 의한 責任經營制의 導入

- 의사는 진료에만 전념하고 병원운영은 전문경영인 혹은 병원행정가에게 맡김으로써 분업화를 이룩함.
 - 병원경영에도 人事管理, 財務管理, 마케팅, 기획 등의 다양한 최신 경영기법의 도입이 요구됨.
- 大型 綜合病院은 예산관리시스템을 병원중심에서 부서별중심으로 전환하고, 고정비용을 제외한 유동비용(인건비, 재료비, 일반경비, 관리비 등)을 부서별 중심으로 전환함과 동시에 철저한 평가시스템 도입이 이루어져야 함.

4) 中小病·醫院과 地域內 據點病院間의 協力關係 構築

- 대형 종합병원은 지역내의 거점병원으로서 중소병·의원과의 연계체계(협력관계)를 구축함.
- 환자의 이송·회송체계를 강화하여 협력 中小病·醫院에서 거점병원으로 환자를 이송하고, 거점병원에서는 그 환자를 진료한 후 다시 협력 中小病·醫院으로 회송토록 하는 체계를 확립함.

- 거점병원에서는 경미한 환자나 회복기의 환자를 가능한 한 협력 중소병원의원으로 보내 거점병원의 병상회전율을 높여 병실부족에 대처하고, 협력 중소병원의 병상활용률을 높여 경영합리화를 꾀함.
- 이같은 맥락에서 1996년에 삼성의료원이 실시한 지역내 중소병원 및 의원과의 患者後送體系 構築은 좋은 사례로 지적할 수 있음.

5) 費用節減을 위한 共同管理體系 構築

- 의약품이나 재료를 공동구매하고, 고가의료장비, 임상검사시설을 공동으로 이용하며, 급식, 세탁, 청소, 경비 등에 대한 공동 외주용역 사업을 통해 中小病院의 費用節減을 꾀해야 할 것임.
- 이같은 사업을 수행하기 위해서는 기존의 시·도 병원협회내에 전담기구를 설치하여 지역별, 규모별로 비슷한 욕구를 가지는 병원 들끼리 연합함.
- 共同購買事業의 경우 수시로 시장조사를 통해 시장정보를 회원병원에 제공하고, 공동구매에 따른 가격 및 품질이 보장되도록 함. 아울러 각 병원에서 사용결과를 분석하여 物品製造會社에 시정조치 등 다양한 의견을 제시함으로써 품질 좋은 물품이 저렴하게 구입될 수 있도록 함.

6) 病院의 醫療情報管理體系의 構築

- 선진외국의 우수한 병원들과 경쟁하기 위해서는 의료기관의 자체 정보체계를 갖추지 않으면 안됨. 그런 의미에서 필요한 것은 病院運營의 당면한 여러가지 問題點을 해결하도록 의사결정을 지원할 수 있는 「병원관리정보체계」를 구축하는 것임.

- 환자 진료실적, 재무상태, 생산성, 비용 등 각종 경영지표를 산출하여 유사규모 병원군 및 전체 병원군의 평균지표와 비교·평가함으로써 病院管理者가 경영개선 방안을 적절하게 수립할 수 있음.
- 앞으로는 인터넷을 통한 선진국의 의학, 의료기술, 병원경영 등에 관련된 다양한 최신 정보를 수집·분석하여 이를 病院經營에 적극적으로 활용하는 전략이 필요함.

나. 政府의 制度的인 支援擴大

1) 保險酬價 水準의 現實化

- 병의원이 경쟁력을 갖추기 위해서는 기존의 酬價構造가 갖는 구조적인 모순이 해소되어야 할 것임. 그런 의미에서 의료수가 인상률의 결정이 전적으로 물가관리 차원에서만 검토되는 것은 지양되어야 함.
 - 保險酬價는 1977년 의료보험도입 당시 관행수가의 60~70%로 낮게 책정되었고, 도입이후 1995년까지 의료보험수가는 4배, 소비자 물가는 4.2배 인상되었음.
- 보험수가 인상조정률 결정과정에 있어서 투명성과 객관성을 확보하여야 함.
 - 현행 보건복지부장관의 諮問機構인 「의료보험심의위원회」의 수가 심의 기능을 확대, 강화하여 수가 심의과정이 투명하고 민주적인 절차로 이루어지도록 함.
- 의료보험수가의 인상과 더불어 전제되어야 하는 것은 醫療保險酬價는 현실화하되, 전체 의료비는 크게 증가하지 않도록 하기 위한 장치가 마련되어야 함. 그런 의미에서 부분적으로 질환별 포괄수가제(DRG)를 도입하는 것은 하나의 대안이 될 수 있음.

2) 醫療傳達體系의 確立과 一次醫療의 強化

- 1차의료기관은 영국에서 처럼 국민건강에 대한 파수꾼의 역할을 담당하는 한편 2차의료기관은 특수기능을 갖는 전문병원이나 장기치료 환자를 위한 장기 療養施設의 기능을 갖도록 함.
 - 이런 맥락에서 주치의제도는 반드시 도입·정착되어야 할 것임.
- 3차 의료기관은 의학교육, 진료, 의학연구기능을 수행하며, 의학 및 의료기술을 개발하여 하위 醫療機關에 확산시키는 역할을 분담함.
- 일차진료를 담당하는 의사가 매력을 가질 수 있는 여러 가지 유인책이 강구되어야 함.
 - 외국과 같이 일차진료 수련을 받는 일반의 또는 전공의에 한하여 의원개설시 장기 低利融資와 稅制減免의 혜택을 줌.
- 일차진료에서 필수적으로 제공되어야 할 환자에 대한 예방교육과 상담 및 왕진 등과 같은 서비스를 보험수가에 반영시킴.
- 일차진료 의사가 미국의 개방형 병원체계나 지역 據點病院에 적극적으로 참여할 수 있는 기회가 주어질 수 있도록 제도개선이 이루어져야 함.

3) 中小病院의 中小企業 適用範圍 擴大

- 중소병원에 대한 세제 및 금융지원을 강화하기 위하여 현행법상 中小病院의 중소기업 적용범위를 상시근로자 100명(100명상) 이하에서 상시근로자 300명(300명상) 이하로 확대하는 것이 필요함.
- 이러한 이유는 경영상의 어려움을 겪고 있는 병원들의 대부분이 300명상 이하이며 이들은 대부분 醫療法人으로 운영되고 있음.

- 의료법인은 일반기업과는 달리 법인의 설립, 정관변경 및 기본재산 처분시 정부의 허가를 받아야 하는 등 사실상 정부의 관리를 받고 있음.
- 또한 문제발생시 保健福祉部長官이 의료법인의 설립을 취소할 수 있고, 법인의 해산시 잔여재산은 설립목적과 유사한 비영리법인에 기증처분하거나 국가 또는 지방자치단체에 귀속토록 되어 있음.

4) 政府의 稅制支援 擴大

- 의료법인의 醫療事業을 비영리사업 범주로 분류하고 법인세법상 수익사업에서 제외하여 법인세율의 인하나 면세조치를 검토함.
 - 의료법인 병원의 法人稅率은 현재 일반법인(일반기업)의 法人稅率 16(과세표준금액 1억원 이하)~28%(과세표준금액 1억원 초과)를 적용받고 있음.
 - 美國의 경우 비영리법인의 병원에 법인세율을 면제하고 있는 반면에 營利法人 병원에는 35%의 높은 세율을 부과하고 있음.
- 조세감면규제법에 의한 고유목적사업준비금을 시설투자와 같은 病院運營에 사용할 수 있도록 길을 열어줌.
 - 의료법인의 고유목적사업준비금의 손금산입을 50% 이상으로 하거나 100% 인정하여야 함.
 - 같은 公共法人이면서도 학교법인이나 사회복지 법인은 의료법인과는 달리 100% 손금산입이 인정되고 있음.
- 조세감면규제법상의 각종 稅額控除는 2개까지는 중복지원이 가능하도록 하여야 함.
 - 현행 조세감면규제법상의 각종 세액공제 혜택은 중복적용을 제한하고 있기 때문에 실질적인 醫療機關의 혜택은 미약한 실정임.

- 의료취약지구에 대한 의료자원 확대설치를 보다 지원하기 위하여 조세 및 법인세의 減免期間을 10년으로 연장하고 5년까지는 50%, 잔여 5년까지는 30%로 함.

5) 醫療서비스 關聯 法制度의 整備

- WTO체제와 OECD가입에 따라 선진화에 걸맞는 법령이나 제도, 각종 규제 등을 정비·보완하는 작업이 요구됨.
 - 지역적인 醫療資源의 不均衡을 시정하기 위하여 지역의료계획의 이행을 강화하여야 함.
 - 한국과 일본의 의료법을 비교·분석한 바에 의하면 한국은 地域醫療施設들을 육성·계획하는 제도적 장치가 미비함.
- 개방에 따른 외국인 投資病院의 의료사고에 대비할 뿐 아니라 국내에서도 날로 증가하는 의료사고분쟁을 보다 신속하고 공정하게 해결해 나갈 수 있도록 의료분쟁 조정법을 입법화하는 등 법적 또는 제도적 장치가 하루 빨리 마련되어야 할 것임.
- 종합병원의 診療科目 구성요건을 緩和하도록 하는 것이 필요함. 우리나라의 경우 종합병원이 갖추어야 할 진료과의 구성요건이 일본에 비하여 많은 실정임.
- 지원이나 의료계의 자체적인 노력 이외에 정부는 다음과 같은 사항에 대한 준비를 마련해야 할 것임.
 - 인적 및 물적 의료자원의 지역간 수급에 관한 綜合的이고 체계적인 長期計劃이 마련되어야 할 것임.
 - 외국의 병원이 진입함에 따라 생길 수 있는 진료패턴의 왜곡현상을 방지하기 위한 제도적인 장치가 필요함(비급여 항목의 축소).

- 인구의 高齡化 및 慢性疾患者의 증가, 소득수준의 향상에 따른 의료 욕구의 증대, 건강관리 등의 수요증대에 따른 대비를 하여야 함.
- 의료의 지나친 공익성을 강조하여 醫療産業을 폐쇄적으로 묶어놓는 것은 자칫 의료시장의 비효율적 운영을 초래하여 국내 의료산업의 國際競爭力을 떨어뜨리는 결과를 가져올 수 있음.

6. 醫藥品市場의 國際競爭力 提高方案

가. 開放展望

- 아직까지 외국자본에 의한 물류전문도매상 개설은 이루어지지 않았으나 管理藥師를 두어 도매상을 관리한다면 비약사에 의한 도매상 개설이 가능함.
- 외국투자개방을 기회로 외국물류전문회사와 손을 잡거나 단독으로 국내 의약품 유통시장에 참여하기 위한 시도를 하고 있음.
- 한독약품과 주력사의 도매업 共同進出이 국내 도매업계의 반발로 도중하차 된 뒤 주력의 국내 단독진출이 시도되고 있음.
 - 월그린, 월마트 등 미국의 대표적 체인약국이 일반유통업으로 국내에 상륙하려는 움직임이 일고 있음.

나. 國內 醫藥品 小賣業의 問題點

- 약국간 거리제한이나 주민수에 비례한 약국개설 규제 조항이 없어서 약국간 과당경쟁의 원인이 되고 있음.

- 의약품 이외에 都賣商에서 小賣商으로 제공하는 서비스가 다양하지 못함(의약정보, 자료분석, 실무교육 등).
 - 예로 미국의 경우는 도매상들이 약국상표까지 붙은 가격표시라벨과 같은 것들을 제공하기도 함.
- 의약품 유통질서의 문란은 醫藥品價格에 대한 공신력을 저하시키는 원인이 되고 있음.
- 약국조제업무의 자동화나 약국관리를 위한 효율적인 정보관리체계가 이루어지지 못하였고 무자격자에 의한 의약품 판매 및 조제행위가 근절되지 않고 있음.

다. 外國資本에 의한 藥局開設 許容이 國內 醫藥品流通市場에 미치는 影響

1) 藥事法 改正이 없는 경우

- 현행제도하에서 가능할 수 있는 外國資本에 의한 약국개설유형은,
 - 첫째, 프랜차이즈식 외국계 약국체인이 국내에서 회원약국을 모집하는 형태,
 - 둘째, 국내 약사면허를 지닌 교포가 외국자본을 가지고 약국을 개설하는 형태,
 - 셋째, 藥局敷地를 소유하고 약사에게 임대하는 방식이 등장할 것으로 예측됨.

2) 外國 체인점 國內進出에 따른 波及效果 展望

- 기업형 체인약국의 개설허용은 외국자본가에 의한 약국개설 및 국내 자본가에 의한 기업형 체인약국 개설을 가져올 가능성이 높음.

- 기업형 체인약국 設立이 許容될 경우, 자본금을 충분히 확보한 국내 의약품도매상이 프랜차이즈형식의 약국체인 보다는 직접 약국들을 매수하여 국내 의약품시장 특성에 맞는 기업형 약국체인을 운영할 가능성이 있음.
- 일반의약품의 약국외 販賣가 許容될 경우, 우리나라 의약품유통체계가 더욱 복잡해지고 의약품과소비 가능성이 있음.
 - 제약회사가 직접 환자에게 우편판매를 하거나,
 - 우편판매만을 전문으로 하는 약국이 등장할 수 있음.
- 약국주변환경의 변화로 약국간 경쟁이 심화되어 자신의 약국을 처분하고 다른 약국에 고용되어 일하거나 동료 약사들과 동업을 통해 競爭力을 향상시키는 方案이 모색될 것임.

라. 醫藥品 都賣, 小賣 關聯 對應方案

- 藥局開設 資格要件 強化: 藥局數의 制限
 - 약국개설자격은 현행대로 약사에게 국한시키되 약국개설전 특정 기간 동안 수련 또는 약국이나 관련분야 근무를 義務化시키는 등 資格要件을 강화하며, 이를 통해 약국관리에 필요한 실무경험이 있는 자에게 개설약사나 관리약사 자격을 부여함.
 - 필요하다면, EU 국가처럼 약국수 제한 규정을 두어 약국이 상대적으로 적은 지방으로 분산을 유도하는 方案을 검토함.
- 藥局施設의 現代化: 藥師끼리의 公營약국유도 및 KGPP의 開發
 - GPP규정을 기반으로 한 KGPP를 개발하여, 우리나라 상황에 맞는 藥局施設基準 및 運營基準을 만들어야 할 것임.
 - 약사들간의 동업을 통해 자본금과 약국규모를 키우도록 유도하고 필요에 따라서는 금융지원 방안이 모색되어야 할 것임.

- 藥局經營의 合理化
 - 다수약사 근무약국체제 하에서 약국에 근무하는 개설약사, 관리약사, 종사약사, 종업원의 責任과 義務를 명확하게 규정해야 할 필요성이 있음.
 - 동업에 의한 약국개설시에는 약국관리책임도 함께 나눌 수 있는 관리상의 문제들을 관련 법규의 보완을 통해 개선해야 할 것임.
- 藥局管理의 效率化로 의약품의 정제화, 의약품식별코드 부착, 바코드관리 등은 의약품 생산단계부터 권장되어야 할 사항이며 이를 정부가 적극 장려하여 약국관리 및 流通의 效率性을 기해야 할 것임.
- 의약품 관련 情報의 電算化와 데이터베이스 開發이 요구됨.

第1章 序論

“市場開放 擴大”와 “서비스교역 自由化”라는 새로운 貿易秩序를 다루는 세계무역기구(World Trade Organization, WTO)가 출범한지 2년이 지났다. 이 기구는 전세계 130여개국을 회원국으로 두고 있으며, 通商問題의 중심 축은 “양자협상에서 다자간협상”으로, 그리고 문제의 초점이 “개별 시안에서 게임의 규칙”을 정하는 것으로 옮겨지는 경향이 있다. 지난 2년간 WTO 협정 이행사항을 평가해 보면 회원국의 貿易關聯 法規를 WTO 협정과 일치시키는 면에서는 일부 문제점이 있다고 보여지지만 회원국들의 시장개방 약속이행은 계획대로 진행되었다고 본다. 향후의 새로운 통상의제는 투자 및 경쟁정책과 관련된 작업반의 설치문제와 각국의 環境問題, 뇌물공여 및 부패방지 문제, 노동기준 문제 등이다. 이외에 무역과 투자, 貿易과 競爭政策, 투명한 정부조달협정 등의 문제들이 앞으로 해결해야 할 과제이다.

최근 우리나라는 부자나라들의 클럽인 經濟協力開發機構(OECD)에 29번째 회원국으로 가입하였다. 그러나 OECD 가입이 곧 선진국을 의미하거나 보장해 주지는 않는다. 그것은 다만 우리의 정치, 경제, 사회, 文化, 스포츠, 環境, 의식구조 등 모든 분야에서의 개혁과 변화의 새로운 시작의 계기일 뿐이다. 특히 그동안 先進化의 발목을 걸고 있던 제도, 각종 규제, 차별적 조치와 의식의 개혁이 요구되고 있는 것이다.

따라서 WTO 출범과 함께 OECD 가입은 과거의 낡은 제도와 의식을 先進國 水準으로 전환해야 할 것을 전제로 한 것이어서 이제 국민소득 1만달러의 고비를 겨우 넘게 된 우리에게서 힘겨운 부담이 되고 있으며, 이를 위해 철저한 준비가 요구되는 시점이라 하겠다.

앞으로 우리나라는 WTO 체제와 OECD 가입에 따라 어떤 貿易秩序를 요구받을 것인가? 그 질서는 한마디로 모든 국가들이 하나의 지구촌에서 또는 하나의 시장 단위에서 서로 무한경쟁하는 형태가 된다. 즉, 상품 및 서비스의 교역에 관한 질서 뿐 아니라 더 나아가서 환경 기준, 노동기준, 投資, 競爭政策, 기술, 정보기술 및 소프트웨어 등에서도 무한경쟁이 이루어지는 질서가 될 것이다. 이러한 무한경쟁의 신질서는 선택의 여지가 없으며 의료서비스 분야도 예외일 수는 없다. 따라서 과거와 같은 國家間 制限的 競爭이나 정부의 保護裝置가 사라지게 되고, 그야말로 자유경쟁 조건이 의료서비스 분야에도 요구되므로 현재 많은 어려움을 겪고 있는 우리 의료계에게는 엄청난 도전이 아닐 수 없다. 이제 의료서비스 산업도 국경을 초월한 無限競爭이라는 세계 무역질서의 흐름 속에서 적극적으로 대처하기 위한 새로운 경영마인드 전략이 필요하게 되었다. 즉, 세계화 또는 지구촌화 시대에 필연적으로 따르는 무한경쟁의 물결을 적극적으로 수용하는 노력이 필요하며, 특히 우리 의료계가 시장개방을 계기로 의료서비스의 질적 수준, 의료기술 및 병원경영 면에서 對外 競爭力을 높일 수 있는 기회로 활용하려는 자세가 더욱 절실히 요구된다.

醫療部門에서의 시장진입은 의료인의 이동, 資本投資에 의한 의료기관의 개설, 그리고 구매, 급식, 침구, 세탁, 청소 등의 외주용역 사업체의 진입이 있다. 이 중에서 전문의료인력의 이동에 관해서는 아직 협상제로 논의된 바 없으며, 문제는 外國人의 醫師免許를 어떻게 인정해 주느냐, 아울러 입국을 어떻게 허용해 주느냐 하는 점이다. 이에 대해서는 先進國과 開途國의 입장이 서로 다르기 때문에 다자간 합의를 도출하는 데는 상당한 시간이 소요될 것으로 전망된다. 반면에 국내 의료기관에 대한 외국인의 자본투자는 이미 허용되어 있다. 향후 의료서비스 협상의 진행에 따라 국내 醫療法 및 醫療制度 중에서 外

國資本이나 의료인력의 자유로운 이동을 제약하는 규제조항의 완화 내지 폐지가 불가피하게 될 것이다. 따라서 醫療市場의 開放은 단순히 의료서비스의 量的 側面 뿐 아니라 質的인 측면에서도 많은 변화를 가져올 것이다.

한편 醫藥品의 경우 도·소매업은 이미 자유화되어 약사법상 약사 아닌 자에 의한 도매상 개설이나 법인에 의한 도매상 설립이 허용되어 있다. 이에 따라 외국 도매전문기업과 손을 잡은 국내 자본가에 의한 의약품유통업 참여 움직임이 가시화되고 있어서 기존의 군소 의약품 도매업자들의 도산이 예상되고 있다. 外國資本에 의한 의약품 도매상의 국내 진출 시도는 바로 완제 의약품이나 의료용품, 의약부외품들의 국내 輸入與件이 과거와 달리 여러 측면에서 용이해졌기 때문이다. 향후 국내자본가가 수입제품들을 효과적으로 국내 小賣市場에 공급하기 위해 외국계 일반 유통업체들과 제휴할 可能性이 크다고 보여진다. 의약품 소매업이 우리나라에서는 약국을 지칭하므로 소매업의 개방은 藥局開設을 외국인에게도 허용한다는 것을 의미한다. 현행 약사법에 의하면 약국개설은 국내 약사국가시험에 합격하여 藥師免許를 취득한 자에게만 허가되고 있으며, 대인허가업종으로 타인에게 양도되지 않으며, 1약사 1약국의 경영만이 가능하기 때문에(약사법 제16조 제1항 및 제19조 제1항 참조) 외국 특히 미국의 체인약국과 같은 유통업의 국내 진출은 藥事法上 불가능하도록 되어 있다. 그러나 약사법이 개정되어 약국개설 자격요건이 완화된다면 외국인의 직접투자가 시도될 가능성을 배제하기 어려운 실정이다.

우리나라 의료서비스시장의 현실은 아직 여러가지 제도적인 정착을 확고히 다지고 있지 못한 상태로 남아 있다. 이를테면 불합리한 保險 酬價體系에 대한 공급자의 불만, “1~2시간 대기 2~3분 진료”와 불친절에 대한 소비자의 불만, 대형 종합병원의 환자집중 현상, 중소병원

의 경영악화, 진료왜곡에 의한 의료자원의 낭비, 의료사고로 인한 분쟁의 증가 등 공급자·수요자 공히 안심하고, 良質의 醫療서비스를 공급하고 제공받을 수 있는 여건이 충분히 조성되어 있지 못한 실정이다.

의료서비스는 국민건강권의 확보차원에서 社會公益性이 강조될 뿐만 아니라 소비자의 의료에 대한 지식부족으로 인해 需要와 供給에 의해 자율적으로 조정되는 시장경쟁 원리가 그대로 적용되지 않는다. 이런 맥락에서 시장실패에 따른 정부의 개입이 불가피하며, 특히 醫療人力의 양성, 의료기관의 개설, 의료서비스의 질 등에 대한 엄격한 규제가 부여되고 있는 것이다. 더구나 전국민 의료보장이 실시됨에 따라 의료보험수가 통제, 진료비심사 강화, 醫療傳達體系의 시행 등으로 인해 의료기관의 자율적인 운영범위는 점점 줄어들고 있는 추세이다. 최근에 OECD 국가 國民醫療費의 상승률이 GDP 증가율을 훨씬 앞지르고 있어서 醫療資源의 효율적 배분과 각종 규제 수단들을 통한 의료비 억제방안이 국가적 관심사로 부각되고 있다.

의료기관이 이같은 외부환경의 변화에 대응하면서 살아남고, 시장개방에 대처하기 위해서는 의료산업의 競爭力을 제고할 수 있는 방안이 마련되어야 한다. 따라서 의료보험수가, 진료비 심사 및 지불제도와 같은 制度的 側面의 不合理的 點을 개선하는 방안이 강구되어야 하고, 금융 및 세제지원 등 정부정책 차원의 지원방안이 시급히 요청되고 있다. 또한 WTO 체제와 OECD 가입에 따라 선진국의 제도나 지원방안에 대한 검토를 통해서 국내 의료환경을 개선해가려는 노력이 필요하다. 이밖에도 서비스의 질 향상과 경영합리화를 위한 醫療産業의 내부적 노력이 더욱 절실하게 요구되고 있다.

따라서 본 연구는 국내 의료시장의 개방에 따른 의료서비스의 경쟁력 強化方案을 모색하는데 그 목적이 있다. 연구의 범위는 외국자본의 유입이 예상되는 분야로서 의사 및 약사의 면허와 관련된 의료서비스

부문과 약국으로 국한하였다. 그 이유는 醫療機關이나 藥局(醫藥品小賣業)의 개설은 전문인력과 관련해서 고려되어야 하기 때문이다. 물론 의료부문에는 의료기기, 의료용구 등도 포함되지만 이 분야의 시장개방은 제조업이나 유통업 차원에서 접근해야 하므로 본 연구에서 제외되었다.

본 보고서의 구성은 다음과 같다. 서론에 이어 제2장에서는 의료서비스시장의 개방전망, 시장개방의 파급효과, 需要者 및 供給者 측면에서 醫療環境의 문제점과 그것이 향후 의료시장개방과 관련하여 어떻게 작용할 것인지, 그리고 국내에 체류하고 있는 외국인 의사인력의 활동현황 등을 살펴본다. 제3장은 國內·外의 規制·支援現況에 대해 기술하고, 제4장에서 일본의 의료시장 개방현황과 한·일간의 병원경영수지 및 의료법의 차이를 비교하였다. 제5장에서는 의료시장 개방에 따른 醫療部門의 競爭力 強化方案을 제시하였으며, 제6장에서는 의약품유통시장 개방과 관련하여 국내 약국운영의 문제점, 外國資本에 의한 약국개설 허용이 국내 의약품유통시장에 미치는 영향 등을 살펴본 후 의약품유통시장의 競爭力 提高方案을 제시하였다.

第2章 醫療市場 開放과 醫療環境의 問題點

第1節 醫療서비스市場의 開放展望

UR 의제중의 하나인 投資擴大에 관한 협상을 통해서 外資導入法(법률 제4519호) 및 외국인 투자인가 지침에 투자제한 업종으로 규정되어 있던 조항이 폐지됨에 따라 1995년 1월부터 의료기관시설과 의약품소매업(약국)의 개설에 대한 外國人投資가 허용된 것이다.

1. 醫療서비스市場 開放의 形態

의료서비스분야에 대한 시장접근은 의료인의 이동, 病院經營에 관련된 전문인의 이동, 醫療施設에 대한 외국인의 투자 자유화 등으로 분류될 수 있다. 먼저 의료전문인력에 관해서는 아직 구체적으로 논의된 바 없으며, 이것은 外國人의 醫師免許를 어떻게 인정해 주느냐 하는 문제와 아울러 입국문제가 수반된다. 참고로 미국 등의 선진국은 의료인력의 이동을 꺼리는 입장인 반면에 개도국은 개방을 요구하고 있는 실정이다. 따라서 醫療人力 移動에 대한 다자간 합의 도출에는 상당한 시간이 소요될 전망이다. 둘째, 병원경영과 관련해서는 의료기관의 委託經營, 경영자문, 원무과 업무의 대행 또는 전산프로그램 개발, 의약품의 조달 등의 구매, 급식·세탁·청소·경비 등의 외주용역 그리고 의료장비의 리스도입 등도 계약조건에 따라 포함될 수 있다. 이러한 위탁경영의 진입형태는 미국에 있는 專門會社가 國內病院들과 직접 계약을 맺을 수도 있고, 또는 국내에 별도의 자회사를 설립하여 계약에 의해 病院經營을 위탁받을 수도 있다. 어떤 경우는 국내 병원의 자유

의사에 의해 계약이 이루어지며, 계약된 병원은 계약의 내용 및 조건에 따라 비용을 부담하게 된다. 이같은 위탁경영에 관련된 人力移動은 국내 의료법상의 제한 규정이 없어서 자국병원이 미국의 병원경영 컨설팅회사의 위탁경영을 원한다면 고용계약에 의해 어느 때라도 가능한 것이다. 그러나 醫療機關施設에 대한 자본이동은 外國人 投資의 開放擴大에 따라 이루어지게 되었다. 외국인 투자개방이 허용된지 거의 2년이 지났지만 아직까지 우리 정부에 시장진입을 위한 서류절차를 신청한 국가 또는 外國人은 전혀 없는 것으로 보인다. 다만 미국의 용역회사가 일부 병원에 장비대여 등의 용역을 제공하고 있고, 미국의 病院經營 컨설팅회사들이 國內 市場調査를 실시한 후 진입을 시도하지 않을까 생각해 본다. 그밖에 일부 병원들이 경쟁우위를 확보하기 위해서 외국의 유명 醫療機關과 다양한 형태의 합작 가능성을 타진했던 것으로 알려져 있다. 그 일환으로 서울중앙병원이 미국 하버드 의과대학부속병원과 삼성의료원이 미국 존스 홉킨스 의과대학부속병원과 각각 기술제휴 계약을 체결한 바 있다.

2. 外國人의 國內 醫療機關에 대한 投資展望

해외 直接投資는 일반적으로 국제자본이동과 병원의 해외진출이라는 두가지 측면이 있다¹⁾. 해외 직접투자가 발생하는 요인에 대해서는 하이머(S. Hymer)의 기업의 獨占의 優位理論과 더닝(J.H. Dunning)의 무역·해외입지 절충이론 등이 있는데, 이들 이론을 응용하여 해외병원 투자를 결정하는 요인을 설명해 보기로 한다. 해외에서 병원을 설립해서 운영할 때 外國病院은 현지병원과 비교해서 불리한 입장에 처하게 되는 것이 보통임에도 불구하고 直接投資를 하는 이유는 시장의 불완

1) 이에 대한 상대적 개념으로 단지 이자수익과 배당만을 노려 주식을 구매하는 해외간접투자(International Portfolio Investment) 방법도 있다.

전성에 기인한 독점적 우위와 투자대상국의 해외 立地與件 즉 시장의 규모, 성장속도, 발전단계에 따른 성장잠재력 등을 통해 충분한 이윤을 얻을 수 있다고 보기 때문이다. 이외에도 현지병원의 경쟁력 등의 마케팅요소, 세제(稅制), 의료사고의 분쟁정도, 그리고 投資對象國의 의료수가를 포함한 의료정책 등을 들 수 있다.

그러면 과연 國內 醫療施設에 대한 외국인의 투자가 이루어질 것인가? 그리고 외국인 투자를 유인하는 또는 저해하는 요인들이 무엇인가를 살펴보기로 한다(表 2-1 참조).

〈表 2-1〉 外國人投資 決定要因

투자유인	투자저해
의료서비스시장의 높은 성장잠재력 의료기관에 대한 불신 및 불만 증가 비급여 진료의 높은 수익성 행위별 수가제 실시	영리법인 설립의 불허 의료인의 이동 금지 저 의료보험수가 언어장벽과 문화적 차이

외국인의 投資誘引 요소로는 첫째, 우리나라의 경우 소득수준의 증가와 인구구조의 변화에 따라 의료시장의 成長潛在力이 아주 크다는 사실이다. 특히 다양한 고급 의료서비스에 대한 잠재수요가 많다. 예를 들면 治療 또는 健康診斷 목적으로 해외로 나가는 부유층이 이미 존재하고 있으며, 첨단의료기술을 요하는 치료나 예방, 재활, 성형, 건강관리, 노인의료 등 특수한 의료서비스에 대한 욕구가 매우 크다. 둘째, 우리나라 의료기관에 대한 국민들의 높은 不信과 不滿을 지적할 수 있다. 이를테면 대형 종합병원만을 선호하고, 무조건 외국병원의 의료기술과 서비스를 선호하는 계층이나 높은 본인부담을 치르더라도 양질의 의료서비스를 받고자 하는 소비자 등도 상시 존재하고 있다. 셋째, 保險給與 대상에서 제외됨으로써 비교적 收益性이 높은 診療項目이 존재한다. 예를 들면 특수질환 진료, 고가 첨단의료장비의 검사,

지정진료, 호텔서비스 성격의 고급병실료와 고급식대 등이 있다. 넷째, 현재 채택하고 있는 진료비 지불보상방식이 의료공급자에게 가장 유리한 行爲別酬價制임을 들 수 있다. 이를테면 진료행위 및 진료내용의 투입량에 따라 진료보수가 결정되는 행위별수가제 하에서는 진료량을 증가시키거나(과잉진료) 또는 수익증대 효과가 더 큰 서비스의 제공이 가능하기 때문이다. 마지막으로 미국내 병원의 收益率이 점점 감소하고 있는 추세와 함께 의료사고에 대한 국내 소송률이 미국에 비해 낮은 것도 하나의 투자유인으로 작용할 수 있을 것이다.

반면에 외국인투자의 制約要因으로는 첫째, 외국인 투자를 제한하거나 저해하는 법적 장벽이나 규제이다. 국내 의료법 제 30조에 의하면 국내 의사면허를 소지하지 않은 자가 의료기관을 설립할 수 있는 경우는 醫療法人이나 비영리법인 형태로만 가능하다. 이것은 非營利法人 형태의 투자로부터 발생된 수익이 본국으로 송금될 수 없다는 것을 의미한다. 따라서 外國人投資에 대하여 대외 송금이 보장되지 않는다면 영리목적의 투자는 그만큼 제약을 받게 될 것이다. 둘째, 현재 醫療人의 이동이 허용되고 있지 않아서 자국의 의료인력을 활용할 수 없다는 제한이다. 투자국은 病院設立에 필요한 모든 의료인력을 투자대상국에 의존하려고 하지 않는다. 셋째, 全國民 醫療保險制度 하에서의 저 보험수가정책을 들 수 있다. 의료보험수가 인상률이 정부에 의해 강력하게 통제를 받고 있기 때문에 투자수익의 보장이 어렵게 된다는 점이다. 넷째, 서울특별시를 포함한 대도시 지역의 높은 地價로 병원 건축비 부담이 커서 막대한 資本規模를 필요로 한다는 점이다. 다섯째, 원활한 언어소통이 요구되는 경우 언어와 문화적 차이가 외국인을 고용하는 외국병원에 불리하게 작용할 수도 있을 것이다.

그러나 위와 같은 제약요인에도 불구하고 投資誘引 요소의 효과가 더 크므로 투자규모는 크지 않더라도 외국인의 자본진출이 이루어질 가능성이 크다고 판단된다. 이같은 판단을 뒷받침해 주는 논거는 의료

시장의 成長潛在力이 매우 크고, 낮은 보험수가 수준에 상관없이 비급여 진료에 의한 높은 投資收益을 올릴 수 있다. 또한 高所得層을 대상으로 하는 고급 의료서비스(특수질환진료, 지정진료, 특수검사 등), 고급병실, 고급음식, 건강관리를 위한 요양서비스(고급 헬스클럽 운영) 등에 치중하여 비교적 큰 수익을 올릴 수 있기 때문이다. 그밖에도 病院經營컨설팅으로부터 얻을 수 있는 수익이나 고가 첨단의료장비, 의료기기, 의료용품, 의약품 등을 자국으로부터 수입함에 따른 이득 등이 부수적으로 더해진다.

외국인의 直接投資 形態는 상업자본의 이동과 병원의 海外進出로 구분해 볼 수 있다. 전자는 시설과 장비를 갖춘 병원을 구입하여 국내 의료인에게 사용료 혹은 임대료를 받고 대여하는 형태이거나 국내 의료인을 고용하여 진료 및 病院經營까지 맡는 형태이다. 물론 투자국의 의료인 고용문제는 의료인의 이동에 관한 협정이 마련되어 있지 않아서 당분간 專門人力의 이동은 어렵다고 판단된다. 후자의 경우는 외국 유명병원의 분원형태로 설립되거나 또는 어메리칸메디컬인터내셔널사(American Medical International Inc.)와 같은 큰 회사의 체인병원으로 진입하는 형태이다. 당분간 위와 같은 單獨投資는 이루어지지 않을 것으로 전망된다. 왜냐하면 단독 투자를 하게 되면 병원경영 전반에 모든 책임을 지는 부담이 있고, 아울러 투입될 막대한 투자규모로부터 얻게 될 자본수익이 현 여건하에서 불확실하다고 보기 때문이다. 따라서 초기 단계에서 예상해 볼 수 있는 자본이동은 單獨投資보다는 합작투자에 의해 이루어질 것이다. 선진국의 자본, 의료정보, 병원경영기법 등을 끌어들여 競爭優位를 확보하고자 하는 국내 병원과의 합작투자 가능성이 가장 높다고 보여진다. 이 경우 병원경영은 대체로 외국 專門經營人에 의해 이루어지고, 진료는 국내 우수한 의료인 또는 재미교포의사로 구성될 가능성도 배제할 수 없다.

外國人投資의 진료대상으로 우선 手術當日로 퇴원할 수 있는 通원 外科 클리닉, 동통클리닉, 성형클리닉 등의 특수클리닉과 각종 건강검진센터 및 건강증진시설, 장기요양시설 등이 설립될 가능성이 높다고 볼 수 있다. 그 다음은 암센터, 심혈관센터, 장기이식센터, 시험관아기 시술센터, 노인전문병원, 여성전문병원, 아동전문병원, 안과병원, 치과 병원 등이 될 것이다. 한편 市場進入은 처음에는 소수 몇개 병원으로 시작하다가 수익성이 좋아지면 점차 확대하는 형태를 취할 것이기 때문에 투자대상지역은 주로 서울특별시를 위시한 대도시이며, 외국인 投資病院의 주 이용자는 원하는 시간에 언제든지 입원이 가능하며, 친 절한 서비스와 양질의 醫療施設을 갖춘 병원을 선호하는 부유층이 될 것이다.

第 2 節 市場開放의 波及效果

의료서비스는 각 국가의 醫師免許에 의해서만 제공될 수 있기 때문에 해외 진출·입의 제한을 받게 되며, 또한 生命과 健康을 다루는 분야이므로 社會公益性이 강조됨에 따라 의료서비스 산업에 국가마다 각종 규제 또는 제한을 두고 있어서 순전히 상업차원의 교역과는 거리가 있게 마련이다. 따라서 醫療市場의 對外開放이 국내에 미치는 영향은 제한적일 수밖에 없을 것이다. 그러나 그 영향력의 정도는 의료 산업의 개방폭과 속도에 따라, 또는 단기적이냐 장기적이냐에 따라 크게 달라진다. 의료시장의 개방이 국내 醫療環境에 어떤 영향을 미치는가에 대한 실증적 분석은 자료확보의 제한으로 시도되지 못하였다. 그 대신 의료시장개방의 파급효과에 대해 개괄적으로만 언급만하기로 한다.

먼저 긍정적인 측면으로는 첫째, 제한적이거나 獨占力을 행사하고 있는 의료기관간의 경쟁을 유발하여 의료서비스의 질적 개선노력을

촉진시키는 효과와 經營合理化에 기여하는 바가 크다. 둘째, 합작투자
에 의한 病院設立은 국내 의료산업에도 어느 정도 선진 의료기술 및
경영 노하우의 이전을 도모할 수 있다. 셋째, 소비자의 입장에서 보면
비용이 다소 증가한다 하더라도 다양한 良質의 의료서비스에 대한 선
택의 기회가 확대된다. 넷째, 선진국의 치료, 예방, 재활 등을 포괄하
는 서비스가 들어올 경우 우리 의료서비스 산업에는 긍정적인 자극이
된다. 다섯째, 外國人投資에 의해 병상수의 부족을 어느 정도 해결할
수 있을 것이다. 마지막으로 장기적인 측면에서 볼 때 국내의 醫療人
의 이동이나 자본의 海外進出이 활발해질 가능성도 생각해 볼 수 있
다. 특히 한의·약은 우리나라가 의료인력 양성 및 의료기관의 체계가
잘 정비되어 있어 국제 경쟁력이 충분히 있기 때문에 중국, 미국 등으
로의 진출이 용이할 수도 있다.

반면 부정적인 측면으로는 첫째, 외국의 거대한 자본이나 우수한 시
설의 참여는 특히 기능과 役割分擔이 명확하지 않아 경쟁력이 취약한
중소병원의 경영악화를 가져와 도산의 가능성을 높일 것이다. 이를테
면 외국인 合作病院에서 우수한 의료인력 확보차원에서 전문의의 스
카웃으로 인해 중소병원은 심각한 인력난을 겪을 수도 있다. 둘째, 해
외직접투자는 투자수익률이 자국보다 높을 경우에 한하여 이루어지기
때문에 영리형태의 병원에 투자할 수밖에 없고 이것은 의료의 商業化
내지 사치화를 더욱 조장시키는 효과를 가져오게 된다. 셋째, 1차진료
나 保險給與對象의 진료보다는 高所得層의 수요에 맞는 고급 의료서
비스나 비급여서비스의 개발에 치중한다든지(진료패턴의 왜곡화), 또
는 국내에서 치료가 가능한 환자를 자국 병원으로 이송하는 경우도
발생할 수 있다. 넷째, 인력과 시설이 우수한 대형 綜合病院을 선호하
는 우리나라의 의료이용 패턴으로 미루어볼 때 우수한 외국의 자본과
기술이 참여하는 醫療施設의 導入은 그렇지 않아도 고급 의료서비스
를 선호하는 경향을 더욱 심화시킬 소지가 크다고 보인다. 다섯째, 전

국민의료보험 아래 급증하는 의료수요는 양적인 측면에서나 질적인 측면에서 더욱 창출될 것이다. 이것은 국민의료비의 급격한 상승을 초래할 뿐 아니라 醫療保險財政을 악화시키는 요인으로도 작용한다. 여섯째, 외국인에 의한 醫療機關의 설립이 주로 잠재적 의료수요가 많은 대도시지역을 대상으로 이루어질 것이라는 점을 감안한다면 우리나라 醫療資源의 지역간 不均衡 문제는 더욱 심화될 것으로 예견된다. 일곱째, 첨단 고가의료장비, 의료기기, 의료용품, 의약품 등은 품질이나 가격 면에서 競爭力이 뒤떨어져 이들의 海外輸入이 크게 증가할 것이다. 끝으로 장기적인 의료자원 需給計劃이 정립되지 않은 우리의 실정을 감안할 때, 외국인투자에 의한 병상의 급격한 증가는 병원에 관련된 인적 및 물적 의료자원의 수급계획에 큰 혼란을 가져올 것으로 예상된다.

第3節 醫療環境의 問題點

우리나라의 醫療環境은 수요자와 공급자 측면에서 전반적으로 여러 가지 문제점을 보이고 있다. 본 절에서는 우리나라 의료시장이 안고 있는 공급자와 수요자 측면에서 제기된 問題點들을 지적하고 이 요인들이 의료시장 개방과 관련하여 어떤 영향을 미칠지를 기술하고자 한다.

1. 供給者 側面

가. 醫療保險酬價體系에 대한 不滿

현행 醫療保險 酬價體系는 약 1,700여종이 되는 행위별 진료수가와 12,546종의 보험약가 및 100여종(4만여 품목)의 재료대로 구성되어 있다. 현행 診療費支拂方式은 진료행위의 종류와 횟수, 사용된 의약품 및 재료의 투입량에 의해 결정되는 行爲別酬價制를 채택하고 있다. 醫

療保險制度 실시 이후 지금까지 여러 차례 수가인상이 이루어져 왔으나 1995년까지 의료보험수가는 4배 소비자 물가는 4.2배 증가하여 의료보험수가 인상폭이 낮았다(表 2-2 참조). 재정경제원이 수가인상률 결정 시 병의원의 의료원가 상승요인, 경영수지 측면 보다는 주로 물가관리 측면에 비중을 두어 醫療保險酬價 引上率을 결정해 왔기 때문이다.

〈表 2-2〉 醫療保險酬價와 物價引上率 比較

(단위: %)

구 분	의료보험 수가		소비자 물가	
	인상률	누적지수	상승률	누적지수
1977. 7. 1	제정	100.0	-	100.0
1880. 5. 10	19.4	160.2	28.7	174.3
1983. 10. 1	4.0	208.1	3.4	234.3
1988. 2. 15	12.2	247.6	7.1	279.0
1989. 7. 1	9.0	270.0	5.7	294.0
1991. 7. 1	8.0	312.0	9.3	348.9
1993. 3. 1	5.0	347.2	4.8	388.4
1994. 8. 1	5.8	367.3	6.2	400.4
1995. 4. 1	5.8	381.5	4.7	419.2
1995. 12. 10	11.8	400.0	4.7	419.2
평 균	8.0	-	8.3	-

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각 연도.

통계청, 『한국통계연감』, 각 연도.

이렇게 낮게 책정된 의료보험수가와 불합리한 酬價體系는 의료이용 및 의료의 공급을 왜곡시키므로써 의료자원의 낭비를 초래하고 있다. 이를테면 의료공급자는 저수가로 인한 손실을 보전하기 위하여 과잉 진료, 과잉투약, 중복검사를 실시하고 보험수가가 낮은 진료과의 진료를 기피하며 수익성이 높은 비급여 진료를 유도하는 것이다. 또한 보험수가의 진료항목 및 진료과목간 不均衡은 診療行爲 및 投藥의 왜곡 뿐만 아니라 전공의의 균형있는 공급에 차질을 초래한다.

최근 大韓醫師協會傘下 「개원의협의회」의 의원 휴폐업 원인분석 을

위한 설문조사(복수 응답)에 의하면 그들은 주요 폐업의 원인을 내원 환자감소(60%)와 불합리한 의료보험수가(53.9%)로 보고 있다. 최근의 大韓病院協會나 대한의사협회의 주요 요구사항이 醫療保險酬價 인상 문제인 점은 의료인의 의료수가에 대한 불만족이 심각하게 제시되고 있음을 단적으로 보여주는 예라 하겠다. 국내 의료시장개방과 관련하여 낮은 保險酬價는 외국의 의료자본 진입을 억제하는 요인으로는 작용할 것이다. 그렇다고 국내 의료기관의 대외 競爭力을 強化시키는 요인으로도 작용하지는 않을 것으로 본다.

나. 中小病院의 經營惡化

의료전달체계 및 전국민 醫療保險의 實施와 같은 병원경영 환경의 변화는 중소병원의 경영을 더욱 어렵게 하는 결과를 초래하였다. 원칙적으로 의료전달체계의 근본적인 취지는 의료자원의 效率的인 配分 및 3次 醫療機關에서의 환자집중을 방지하고자 하는 정책적인 목적이 있었다. 그러나 이러한 정책적인 목표와는 달리 3차 의료기관의 환자 집중 현상으로 인하여 中小病院의 경영상태는 더욱 어려워진게 현실이다. 1994년의 경우 300병상 미만의 中小病院의 純利益率은 1992년에 비하여 전반적으로 줄어든 것을 볼 수 있다(表 2-3 참조).

〈表 2-3〉 病床規模別 中小病院의 醫療收益純利益率 比較 (단위: %)

구 분	1992	1994
160~299병상	-0.6	-9.1
100~159병상	4.5	3.1
100병상 미만	8.4	4.5
평 균	4.1	-0.5

資料: 한국보건의료관리연구원, 『'94병원경영분석』, 1995. p.66.

또한 부채비율도 1992년 63.3%에서 1994년도에는 65.0%로 증가하였다. 1994년도의 부채비율을 3차 종합병원과 비교해 보면 100병상 미만의 병원을 제외한 300병상 미만 중소병원의 부채비율이 높았던 것을 볼 수 있다(表 2-4 참조).

〈表 2-4〉 病床規模別 中小病院의 負債比率 比較

(단위: %)

구 분	1992	1994
3차 종합병원	59.1	62.1
160~299병상	73.9	74.7
100~159병상	71.1	64.2
100~ 30병상	48.9	51.9
평 균	63.3	65.0

資料: 한국보건의료관리연구원, 『'94병원경영분석』, 1995. p.62.

病院經營收支의 악화 및 재무구조 부실화는 병원도산의 지속이라는 문제를 야기하는 直接的 原因이 될 수 있다. 倒産病院의 약 90%가 100병상 미만의 병원이라는 점에 비추어 볼 때 중소병원의 경영난은 악화일로를 걷고 있다고 볼 수 있다(이동모, 1996). 1994년 4월부터 1995년 3월까지 1년간의 전국병원의 폐업이나 소유변경 현황을 살펴보면 綜合病院이 0.8%이고, 병원은 8.7%로 종합병원에 비하여 상대적으로 병원의 폐업이나 소유변경이 많았음을 볼 수 있다(表 2-5 참조).

〈表 2-5〉 病院 閉業 現況(1994.4~1995.3)

(단위: 개소, %)

구 분	전국 병원수	폐업 병원		
		소계	소유변경	폐업
종합병원	249	2(0.8)	2	0
병원	401	35(8.7)	13	22
합 계	650	37(5.6)	15	22

註: ()은 전국 병원수 대비 폐업병원의 비율임.

資料: 대한병원협회, 병원신문, 1996. 7. 29.

韓國保健醫療管理研究院의 1994년도 병원경영분석자료에 의하면 적자병원 수가 전체 병원의 30%를 차지하고 있으며, 101병상에서 200병상까지의 적자병원 수의 비율이 가장 많았다(表 2-6 참조).

〈表 2-6〉 規模別 全國病院의 赤字·黒子 病院 分布(1994)

(단위: 개, %)

병상규모	합 계	흑 자		적 자	
		수	%	수	%
100병상 이하	250	188	75.0	62	25.0
101~200병상	90	52	58.0	38	42.0
201~300병상	67	45	67.0	22	33.0
301~500병상	64	44	69.0	20	31.0
501~700병상	34	21	62.0	13	38.0
701병상 이상	25	15	60.0	10	40.0
합 계	753	365	69.0	165	31.0

資料: 한국보건의료관리연구원, 『1994년 경영분석 자료』, 1995.

의료서비스시장 개방과 관련하여 심각한 經營亂을 겪고 있는 중소병원은 도산의 가능성이 더욱 높아질 것이다. 이에 따라 중소병원은 국내 大型病院에 흡수·통합되거나 외국의 자본·기술과 합작 또는 외국의료기관의 매수대상이 될 수도 있을 것이다. 국내 중소병원의 경영난과 더불어 중소병원의 의료서비스에 대한 소비자의 불신은 醫療資源 활용의 비효율성을 지속화시키는 요인으로 작용하게 될 것이다. 국민에게 필요한 醫療需要의 충족은 대학부속병원이나 3次 綜合病院으로만은 해결할 수가 없다. 질병에도 경중이 있듯이 중소병원과 3차 종합병원의 역할분담이 필요하며 중요하기 때문이다.

다. 大型病院의 增加

국민들의 醫療需要 增加와 더불어 1990년대에 들어와 대형병원 및 병상수가 급격히 증가하기 시작하였다. 1987년부터 1996년까지 300병

상 이상의 病院數는 144개로 연평균 58%의 큰 폭의 증가율을 보였고, 300병상 미만의 중소병원은 32%의 증가율을 보이고 있다. 연도별 병원의 병상규모별 醫療機關數를 살펴보면 <表 2-7>에서 보듯이 1987년 300병상 이상의 전체 병원 구성비는 17.1%에서 1996년 19.8%로 증가한 반면 300병상 미만의 구성비는 82.9%에서 80.2%로 감소하였음을 보여준다.

<表 2-7> 年度別 病院 增加推移

(단위: 개, %)

병 상 수	1977	1987	1993	1996
100병상 미만	106 (59.2)	339 (63.8)	351 (56.5)	367 (50.6)
100~299병상	57 (31.9)	101 (19.1)	147 (23.7)	215 (29.6)
300병상 이상	16 (8.9)	91 (17.1)	123 (19.8)	144 (19.8)
합 계	179 (100.0)	531 (100.0)	621 (100.0)	726 (100.0)

資料: 이동모, 『중·소병원 활성화 방안의 구상』, 『보건복지포럼』, 통권 제1호, 한국보건사회연구원, 1996.

최근의 대형병원 증가추세는 大企業의 참여와 더불어 이루어지고 있으며 附屬醫科大學의 설립도 병행하여 추진되고 있다. 現代(서울중앙병원-울산대학교), 삼성(삼성의료원-성균관대학교), 대우(아주대병원-아주대학교), 한진(인하대병원-인하대학교)과 같은 대기업 외에 최근에 신설된 병원은 이화여자대학교 부속 이대목동병원(544병상), 경희분당차병원(600병상) 등이 있다. 향후 開院을 예정으로 建築을 추진하는 병원은 醫療保險管理工團 일산병원(600병상), 연세대세세브란스병원(1,000병상), 서울대학교 분당병원(500병상), 동두천 지역에 건립하고 있는 대진대학교병원(양·한방으로 1,500병상), 중동 신도시지역에 짓고 있는 순천향대학교 병원(800병상) 등이 있으며, 앞으로도 환자들의 대형병원 선호와 병원들의 比較優位 競爭으로 인하여 병원규모의 대형화는 계속될 전망이다.

이러한 대형병원의 증가는 지역적으로 균형있게 건립된다면 市場開放과 관련하여 國際 競爭力을 강화시키는 요인으로 작용할 것이다. 첫째, 다른 기업에서와 마찬가지로 병원운영에 規模의 經濟가 작용하여 소규모로 운영하는 것보다는 운영의 효율성을 기할 수 있다. 둘째, 據點病院으로서 지역내의 중소병·의원과 연계체계를 구축함으로써 국내 중소병·의원이 경쟁력을 갖추게 될 가능성이 있다. 셋째, 持續的인 投資를 필요로 하는 병원 및 교육기관은 대기업과 결부됨으로써 건설한 투자를 보장받을 수 있다. 그러나 대형병원과 중소병·의원간의 협력관계가 이루어지지 않는다면 3차 의료기관에 환자들이 집중됨으로써 중소병원과의 경영격차를 더욱 벌어지게 할 것이다. 이밖에도 大型病院의 都市集中化 현상을 적절하게 관리하지 못한다면 의료자원의 지역간 불균형은 더욱 심화될 소지가 있다.

라. 醫療紛爭調停의 未治

우리나라의 年間 醫療紛爭은 1992년을 기준으로 약 1,100건이 발생하고 있는 것으로 추정되고 있다. 의료분쟁의 경우 환자측은 적절한 해결장치의 미흡 등으로 인하여 醫療機關 점거와 같은 항의 시위로 대처하고 있다. 명백한 의료과오의 경우에도 과오인정을 하지 않는 경향이 있어 醫療人에 대한 不信이 상존하고 있는 실정이다. 대부분의 경우 환자측의 물리적인 방법에 의하여 승의에 이르고 있으며 환자와 의사간의 상호신뢰에 근거한 바람직한 解決이 이루어지지 않아 의료분쟁과 관련하여 의사와 환자간 불신의 악순환이 되풀이되고 있는 실정이다.

의료분쟁 관련 제도로는 1981년 12월 설치된 「의료심사조정위원회」와 대한의사협회의 공제사업(1981년 11월 실시)이 있다(表 2-8 참조). 진자의 경우는 의료법 제54조의 2내지 54조의 8규정에 의거 保健福祉

部 및 시·도에 「의료심사조정위원회」를 설치 운영하고 있는 것이다. 모든 의료분쟁은 지방의료심사조정위원회에서 조정함을 원칙으로 하고 있으며, 다만 2개 시·도 이상에 걸치는 분쟁 및 지방에서 조정할 수 없는 사항은 중앙에서 조정한다. 그간 총 12건이 접수되었으나 조정을 통한 해결은 전무한 실정이다.

〈表 2-8〉 大韓醫學協會의 控除事業 納付金 規模

	금액(천원/연)	진료과
1종	60	방사선, 병리 등
2종	115	내과 등
3종	366	외과 등
특A	653	산부인과 등
특B	1,123	산부인과 등

資料: 의료보장개혁위원회, 『의료보장개혁과제와 정책방향』, 1994. 6.

공제사업은 醫療法 및 大韓醫師協會 정관에 근거를 두고 임의가입 형태로 운영하고 있다. 가입대상은 종합병원을 제외한 병의원에 근무 중인 의사이며 납부금은 醫療事故가 발생할 가능성이 높은 진료과목에 따라 차등을 두고 있다. 기금내역을 살펴보면 연평균 약 11억원의 납부금중 약 9억원을 지출하고 있으며, 1994년 6월을 기준으로 약 7억 5천만원이 적립되어 있다. 보상은 審査委員會의 決定에 따라 분쟁 건당 최고 천만원까지 보상하고 있으나 의료사고로 초래되는 兩者의 被害를 고려해 볼 때 턱없이 부족한 실정이다. 1982년부터 1992년까지의 총 심사접수건수는 3,184건이며, 그 중 처리심사 보상건수는 2,155건 (68%)이고, 공제사업 가입자수는 5,796명이다. 의료심사조정위원회의 역할 및 의협공제회의 위험분산기능도 미흡한 실정이다. 전자의 경우에는 조정전치주의가 도입되지 않고 있으며 분쟁조정안을 쌍방이 동의하지 않으면 效力이 없다. 의료인이 조정위원 총수의 1/2로 구성되어 조정위원회의 중립성이 미흡한 실정이며, 시·도지사의 委員會 運營

努力이 미흡하고 위원회의 존재나 역할이 알려져 있지 않은 실정이다.

후자의 경우에는 임의가입 형태를 띠고 있어 공제회 役割의 限界를 드러내고 있으며 낮은 납부금과 낮은 보상으로 실효성이 미흡한 실정이다. 향후 이러한 醫療紛爭에 대한 논란은 의료시장 개방후 의료인을 대상으로 하는 외국인 보험회사나 외국의 의료관련 辯護士의 등장도 예견할 수 있다.

마. 高價醫療裝備의 導入 增加

우리나라는 선진국보다 高價醫療裝備를 상대적으로 많이 보유하고 있는 것으로 조사되고 있다. 진단용 X-선장치, 전산화 단층촬영장치(CT), 자기공명영상촬영장치(MRI) 등은 전국적으로 널리 보급되어 있는 실정이다. 高價醫療裝備의 대명사로 잘 알려져 있는 CT와 MRI의 경우 1996년 9월을 기준으로 전국적으로 CT는 767대, MRI는 214대가, 체외충격파쇄석기(ESWL)는 124대가 설치되어 있는 것으로 보고되고 있다(表 2-9 참조).

〈表 2-9〉 高價醫療裝備 保有量에 대한 國制比較

국	가	1인당 GDP(\$)	인구 100만명당 설치대수 ¹⁾		
			CT	MRI	ESWL
한	국	10,076(1995)	17.1	4.8	2.8
일	본	37,048(1994)	40.3	5.9	2.3
영	국	17,736(1994)	2.2	0.3	0.2
서	독	22,294(1995)	0.9	0.5	7.1
프	랑	22,788(1994)	7.2	1.2	0.6
덴	마	28,110(1994)	4.4	0.6	0.4

註: 1) 설치대수는 한국(1996), 일본(1990), 영국(1992), 서독(1992), 프랑스(1990), 덴마크(1992)임.

資料: 의료보험연합회, 내부자료.
의료보험관리공단, 『의보동향』, 1996. 4.

이러한 高價醫療裝備의 導入增加는 국내 經濟水準 向上과 의료에 대한 기대상승으로 수요가 늘어났을 뿐 아니라 대형 및 중소병원들이 환자를 유치하기 위해 競爭的으로 들여놓기 때문으로 풀이되고 있다. 보건복지부의 내부자료(1996)에 따르면 1995년에 수입된 장비중 수입액이 가장 많은 것은 MRI로 487억원(47대), 그 다음으로 방사선진료 장치는 432억원(1,650대), 레이저 진료기는 379억원(1,305대)으로 3개 품목의 수입액만 총 1,298억원에 이른 것으로 보고되고 있다.

향후 이러한 高價醫療裝備의 수입은 지속될 것으로 전망된다. 그 이유는 CT수입에 대한 사전승인제가 1996년말로 폐지되었고, MRI는 醫療保險이 적용되는 1997년말에 설치승인제도가 폐지될 가능성이 있기 때문이다. 또한 1997년 1월부터 정부의 관세감면제도 개선에 따라 전국 59개 재활병·의원과 174개 福祉施設이 수입하는 장애인 진료 및 치료용 CT, MRI, 물리치료기 등은 고가 의료장비에 대한 관세가 폐지되었기 때문이다. 지금까지 재활병·의원 및 복지시설이 수입하는 의료기기에는 10%의 관세가 부과되어 왔었다. 高價醫療裝備를 보유하지 못한 의료기관 및 재활시설은 그만큼 환자유치에 어려움을 받을 것이고 그 결과 고가의료장비의 수입은 크게 늘어날 것이다.

醫療市場 開放을 맞은 시점에 있어서 이러한 高價醫療裝備의 도입 증가가 국내 의료시설의 국제 경쟁력을 강화시키거나 약화시킨다고는 확정지어 말할 수 없다. 다만 질병에 대한 정확한 진단이 이루어 질 수 있겠으나 공급자의 유인수요(physician induced demand)에 의한 불필요한 검사의 남발 또는 중복검사 등으로 인해 醫療費 上昇이 불가피해 진다는 점을 지적할 수 있다.

둘째, 무분별한 도입은 의료사고의 원인²⁾이 될 수 있다. CT나 MRI

2) 감사원에 따르면 1985년부터 1996년 3월까지 172개 병·의원이 상시근무 조건을 위반, 189개 병·의원이 복지부 승인을 받지 않은 채 MRI, CT를 설치·운영하고 있는 것으로 보고된 바 있음.

의 도입은 방사선과 전문의의 상시근무 등을 필요로 하나 의료인력난으로 인하여 醫療機關들은 이러한 조건을 갖추지 못했음에도 불구하고 CT나 MRI를 설치·운영할 우려가 있기 때문이다.

셋째, 高價醫療裝備의 도입이 의료기관의 폐업에 직접적인 영향을 준다는 보고는 없지만 간접적인 영향을 미침으로써 도산하는 중소규모 병원이 늘어날 것이라는 점이다. 醫療機器를 도입하는 데는 막대한 비용이 들어가며 醫療機關은 그 수입을 보전하기 위하여 그 만큼의 이윤을 창출하지 않으면 안된다. 따라서 高價醫療裝備의 도입은 그 도입 이전에 여러 가지 경제적 타당성을 충분히 고려해야 할 것이다.

2. 需要者 側面

가. 醫療서비스에 대한 不滿足

病院을 이용하는 환자들이 병원에 바라는 것은 良質의 醫療서비스를 원하는 시기에 경제적 부담을 느끼지 않고 편안하게 받는 것이다. 그러나 현재 우리나라 醫療機關에 대한 환자들의 평가는 그리 높지 않다. 오랜 대기시간, 의료기관 종사자의 불친절, 환자들이 쉽게 이용할 수 없는 병원의 여러가지 厚生施設들은 病院利用者의 불만족을 가중시키고 있다. 3次 診療機關을 이용한 환자들을 대상으로 외래 및 入院待期時間을 조사한 한 자료에 의하면 外來診療는 진료수속에 평균 33분, 수속후 진찰대기에 66분, 진찰후 검사대기에 검사당 평균 27분, 투약대기 58분 등 많은 시간이 소요되는 것으로 나타났다. 또한 입원에 있어서는 진료담당 의료진으로부터 入院決定을 받은 후 병실에 입원하기까지 평균 13.4일이 걸린 것으로 조사되었다(表 2-10 참조).

〈表 2-10〉 3次診療機關內 診療待期時間

구	분	소요시간
외래대기시간(분)	총대기시간	183.8
	수속	32.6
	진료대기	66.3
	검사대기	26.5
	투약대기	58.4
입원대기시간(%)	당일	37.8
	1~7일	29.1
	8~15일	14.1
	16~30일	11.0
	31~60일	3.1
	61일 이상	4.3

註: 외래의 진료시간은 평균 6.4분으로 조사되었으며, 입원의 경우 대상환자 수는 447명이었으며 평균입원대기기간은 13.4일이었음.

資料: 명재일 외, 『의료진달체계 운영평가와 진료권별 병상수급』, 한국보건사회연구원, 1992, p.53, p.73.

종합병원급 이상 의료기관의 환자 552명을 대상으로 한 조사(表 2-11 참조)와 병원급 이상 醫療機關의 이용환자 995명을 대상으로 醫療機關 종사자에 대한 서비스 만족도를 조사한 研究結果(表 2-12 참조)에 의하면 환자들의 병원 從事者의 서비스에 대한 만족도가 그리 높지 않은 것을 볼 수 있다.

최근에 가톨릭중앙의료원이 1996년 말 산하 8개병원의 입원 및 외래환자 1,800명을 대상으로 면접, 設問調査를 실시한 결과에 의하면 入院 및 外來患者의 80%가량이 진료대기, 투약 대기시간이 지나치게 길어 불편하다는 반응을 보인 바 있다. 의료시장개방과 관련하여 위와 같은 소비자의 의료서비스에 대한 불만족 요인은 外國 醫療機關의 進入을 유도하는 요소로 작용할 수 있을 것이다. 이러한 의료기관을 이용할 때의 불편함이나 불만이 지속될 경우 향후 外國醫療機關의 進입과는 별도로 海外旅行의 편리 및 자유화로 인하여 외국에 치료목적으로 나가서 치료를 받는 환자들이 늘어날 것이다.

〈表 2-11〉 醫療機關 從事者에 대한 患者들의 滿足度 水準

구	분	서비스 친절도 평점 ¹⁾
입 원	의 사	3.5
	간 호 사	3.7
	병원직원	3.4
외 래	의 사	3.8
	간 호 사	3.5
	병원직원	3.3
전 체	의 사	3.8
	간 호 사	3.5
	병원직원	3.3

註: 1) 리커트 5점 척도로 강한 긍정 5점, 긍정 4점, 평가유보 3점, 부정 2점, 강한 부정 1점으로 산정함.

資料: 한국소비자보호원, 『종합병원 의료서비스 실태』, 1991. 5.

〈表 2-12〉 醫療機關 從事者 서비스의 患者 滿足度 水準

(단위: %)

설 문 내 용	만족	보 통	불만
의사의 진찰시간	15.1	31.6	53.3
의사의 진료결과 설명	28.5	31.5	40.0
투약에 대한 의사의 설명	18.1	26.9	55.0
간호사의 친절도	37.9	39.8	22.3
병원직원의 친절도	24.2	43.1	32.7

註: 리커트 점 척도로 긍정, 보통, 부정으로 표기하도록 함.

資料: 보건의료정책연구소, 『병원진료서비스에 대한 국민의식구조 조사연구』, 1993.

나. 3次 醫療機關 選好

醫療傳達體系는 국민들의 의료이용 편의와 의료자원의 효율적 활용, 지역간 의료기관간의 균형발전 유도, 국민의료비 및 보험재정 안정도 모라는 목표아래 1989년 7월 1일 시작된 제도이다. 具體的인 推進方向은 의료이용에 불편이 없도록 의료전달체계를 점진적으로 추진하며,

대학병원 등의 환자집중에 따른 불편방안을 해소한다는 것이었다. 이외에도 합리적인 診療圈의 設定으로 국민의료이용의 편의를 도모하기 위함이었다. 이처럼 醫療傳達體系의 도입은 의료서비스의 생산과 소비에 있어서의 효율성 제고를 근본 목적으로 한 것이었다. 이러한 목적을 가지고 시작된 醫療傳達體系에 대해 그 평가가 엇갈리고 있다³⁾.

그러나 1996년 시점에 있어서 의료전달체계는 초기의 목적과 달리 소비자의 3차 의료기관 선호성향이 분명히 나타나고 있다는 사실이다. 초기에는 醫療傳達體系가 3차 의료기관의 환자집중을 해소하리라는 기대가 있었으나 현재 소비자의 3차 醫療機關의 선호경향은 일반적으로 찾아 볼 수 있는 사실이다. 이러한 소비자의 3차 醫療機關에 대한 선호경향은 국내에 들어오는 외국의 대형 의료기관에 대한 선호로 이어질 가능성이 크다. 물론 단기적으로 외국의 醫療機關이 진입할 개연성은 여러 제약요건으로 보아 불가능하겠지만 말이다. 만약 의료기관의 진입이 早期化 된다면 개설 진료과목은 외과나 특수클리닉, 성형외과와 같이 환자와의 대화 필요성이 적은 과가 될 것이다.

다. 老人人口 및 老人診療費의 增加

향후 우리나라의 65세 이상 노인인구의 비율은 급격히 증가할 것으로 예상된다. 65세 이상 老人人口가 향후 2000년에는 전체인구의 7.1%, 2010년 9.9%로 늘어날 전망이다(통계청, 1996). 1997년을 기준으로 향후 2000년에 전체인구는 1.1배 증가하는데 비하여 老人人口는 1.9배 증가할 것으로 예측되었다(表 2-13 참조).

3) 의료전달체계에 대한 긍정적인 평가보고서로는 의료보험연합회(1990), 유승흠 등(1991), 최인미(1991), 의료보험관리공단(1992) 등이 있고, 부정적인 평가보고서로는 장임원(1990), 강동화 등(1991), 명제일 등(1991, 1992), 박재용(1993) 등이 있다

〈表 2-13〉 向後 65歲 以上 老人人口의 增加 推移

(단위: 천명)

구 분	1997	2000	2005	2010
전체인구(a)	45,991	47,275	49,123	50,618
(증가지수)	(100)	(103)	(109)	(110)
노인인구(b)	2,657	3,371	4,253	5,032
(증가지수)	(100)	(127)	(160)	(189)
b/a	5.8	7.1	8.7	9.9

資料: 통계청, 『장래인구추계』, 1996. 12.

과거 6년 동안 우리나라의 65세 이상 노인의 診療費는 매년 크게 증가해 왔다. 1995년도 醫療保險管理工團의 한 조사자료에 의하면 적용인구는 1990년을 기준으로 1.2배 증가했는데 비하여 진료비 증가지수는 2.8배로 노인진료비 증가 속도가 크게 앞지르고 있는 것으로 조사되었다(表 2-14 참조).

〈表 2-14〉 65歲 以上 老人診療費의 增加 推移

(단위: 명, 백만원)

구 분	1990	1991	1992	1993	1994	1995
적용인구	353,728	362,799	372,561	386,379	401,312	414,064
(증가지수)	(100)	(103)	(105)	(109)	(113)	(117)
총진료비 ¹⁾	45,209	52,842	64,277	79,466	97,450	128,417
(증가지수)	(100)	(117)	(142)	(176)	(216)	(284)

註: 1) 약국은 제외함.

資料: 의료보험관리공단 기획조사실, 내부자료. 1996.

동자료의 1994년과 1995년도 연령별 診療實績을 살펴보면 0~14세, 15~64세의 경우 전체 진료실적에서 차지하는 비율이 다소 감소한 반면 65세 이상에서는 診療件數 基準은 10.4%에서 10.9%로, 保險給與費 기준은 16.7%에서 17.9%로 모두 증가하였다. 전년대비 증가율도 診療件數 기준과 급여비 기준도 각각 24.6%, 31.9%로서 65세 이상 노인의 의료비가 크게 증가함을 알 수 있다(表 2-15 참조).

〈表 2-15〉 年 齡 別 診 療 實 績 現 況(1994~1995)

(단위: 건, 백만원, %)

구 분	1994		1995		증감률	
	진료건수	급여비	진료건수	급여비	진료건수	급여비
0~14세	7,275,771 (28.7)	64,119 (16.3)	8,241,799 (27.4)	76,668 (15.8)	13.3	19.6
15~64세	15,473,819 (61.0)	264,657 (67.1)	18,548,624 (61.7)	320,603 (66.3)	19.9	21.1
65세 이상	2,635,338 (10.4)	65,716 (16.7)	3,283,278 (10.9)	86,643 (17.9)	24.6	31.9
합 계	25,384,928 (100.0)	394,492 (100.0)	30,073,701 (100.0)	483,914 (100.0)	19.3	24.2

資料: 의료보험관리공단 기획조사실, 내부자료. 1996. 12.

이러한 老人人口 및 診療實績의 증가로 인하여 실버산업의 시장규모는 올해 104,650억원 규모로 향후 연평균 9.5%씩 성장하여 2000년에는 158,000억원, 2010년에는 37조원 규모로 늘어날 것으로 추정되고 있다(문현상 외, 1995). 최근 국내 실버산업의 현황을 보면 여러 醫療機關 및 大企業들이 老人保健醫療分野에 대한 참여가 늘고 있다. 서울 대학병원이 경기도 분당에 개원한 노인전문병원, 보라매병원이 영등포구에 개원한 老人專門病院이 있으며, 향후 중구 신당동에 '서울 실버타워'내 의료시설, 대전시 대덕구에 노인치매 요양원 및 노인병원 등이 들어설 예정이다. 保健福祉部도 노인치매전문병원의 설립 등을 적극적으로 추진하고 있으며, 서울특별시는 노인인구의 증가에 따른 老人性 疾患者的 전문적 치료와 진료를 위해 1997년초 용역에 착수 1999년까지 각각 200병상 규모로 서부요양병원, 북부요양병원, 남부요양병원 등 노인전문요양병원 3곳을 건립할 예정이다. 이외에 일부 의료기관도 老人病院 설립의 타당성을 검토하고 있는 것으로 알려지고 있다.

기존 국내 醫療機關 및 관련 단체들의 인구의 高齡化에 대비하는 이러한 노력들은 향후 외국의 노인의료시설이 국내 노인의료시장을

공략하기 위하여 진입하는데 있어 신중을 기하도록 하는 요인으로 작용할 것이다. 반면 老人性 疾患 및 診療를 대상으로 하는 국내 의료기관들의 이러한 노력은 관련 분야에 대한 국제 경쟁력을 강화시키는 요인으로 작용할 것이다.

第 4 節 外國人 醫師의 國內活動 및 國際交流 現況

1. 國內活動 現況

현재 외국인 의료인력에 대한 국내입국을 추진하거나 국내 관련기관(학교나 의료기관)과의 입국논의를 하는 정부부처는 保健福祉部, 문화체육부, 教育部가 담당하고 있다. 담당하는 정부부처가 이렇게 나누어져 있으므로 해서 국내입국 외국인 醫療人力의 관리나 정확한 파악이 이루어지지 못하고 있는 실정이다. 외국 의료인력의 추천을 필요로 하는 민간기관은 대부분 醫療機關이나 研究機關들이다. 문화체육부의 추천으로 외국면허 소지자가 국내에 들어와 활동한 경우는 1995년에 2명이 있으며, 그 중 한명은 1995년 1년간, 다른 한명은 2년(1995~1996)간 국내에서 의료선교로 활동한 바 있다.

教育部를 거쳐 입국하는 경우는 교수나 시간강사 등 대학의 교원으로써 의과대학을 운영하고 있는 대학총장의 外國人 醫師에 대한 추천 의뢰가 있는 경우 추천서를 발급해 주고 있다. 이러한 몇 가지 경우를 제외하고 국내에 입국한 외국인 의료인력은 民間醫療機關의 요구에 의하여 보건복지부의 추천을 통하여 국내에 입국하여 활동하고 있는 경우이다. 보건복지부의 추천을 통하여 국내에 입국한 외국인 의료인력은 1995년에는 39명이 이루어졌으며 1996년의 경우에는 9월 현재까지 19명이 추천되었다(表 2-16 참조).

〈表 2-16〉 保健福祉部の 外國人 雇傭 推薦 現況(1996.9.5 現在)

연도	미국	캐나다	독일	호주	중국	영국	노르웨이	합계
1986	4	-	-	-	-	-	-	4
1987	6	-	1	-	-	-	-	7
1988	4	-	1	-	-	-	-	5
1989	5	2	-	1	-	-	-	8
1990	5	-	-	-	-	-	-	5
1991	10	-	-	-	-	-	-	10
1992	5	-	-	-	-	-	-	5
1993	11	-	-	-	-	-	-	11
1994	29	-	-	-	-	1	-	30
1995	33	2	-	2	1	-	1	39
1996	18	1	-	-	-	-	-	19
합계	130	5	2	3	1	1	1	143

資料: 보건복지부 의료정책과, 내부자료, 1996. 9.

〈表 2-17〉은 연도별 국내체류 의사수를 나타낸 것이다. 1996년 9월의 경우 국내에 체류하고 있는 外國人 醫師數는 63명이 있으며 이 중 51명은 1997년까지, 19명은 1998년까지 체류할 예정이다(表 2-17 참조).

〈表 2-17〉 年度別 國內에서 活動하는 外國人 醫師現況

(단위: 명)

구분	'90	'91	'92	'93	'94	'95	'96	'97	'98
수 ¹⁾	15	24	17	26	44	75	63	51	19

註: 1) 1997년 이후의 의사수는 계약기간에 따라 산출된 것임.

資料: 보건복지부 의료정책과, 내부자료, 1996. 9.

1990년 이후 1996년 9월까지 국내입국 외국인 의사의 국적을 살펴 보면, 국적이 美國인 사람이 117명(91.4%), 캐나다인 사람이 5명(3.9%)이었으며(表 2-18 참조), 출신지가 한국인 의사는 전체 128명중

에 116명(90.6%)이었다. 출신지가 한국인인 의사는 대부분 국내의사면허를 소지하고 있었다. 국내에 입국한 외국인(한국출신자 제외) 의료인력은 외국의 의사면허 소지자로서 보건복지부의 추천을 통하여 국내에 의료기관 및 연구기관에서 활동하고 있는 경우이다. 이들은 1991년에 2명, 1993년에 3명, 1996년에 1명이 있으며, 1996년의 경우에는 삼성의료원에서 영상협진과 관련된 醫療活動에 참여하고 있다.

〈表 2-18〉 國內 外國人 醫師人力의 出身地·國籍現況(1990.1~1996.9)
(단위: 명, %)

국 가	국적(비율)	출신지가 한국인인 경우
캐 나 다	5 (3.9)	3
호 주	3 (2.3)	1
미 국	117 (91.4)	109
영 국	1 (0.8)	1
노르웨이	1 (0.8)	1
중 국	1 (0.8)	1
합 계 ¹⁾	128 (100.0)	116

註: 1) 128명에는 의료계에 종사하는 비의료인(바이러스 연구, 언어치료, 기타 의료관련 업무) 3인이 포함됨.
資料: 보건복지부 의료정책과, 내부자료, 1996. 9.

외국인 의사인력의 임상진료 專門科目 구성을 살펴보면 내과가 25명(22.3%)으로 가장 많았고 마취과 14명(12.5%) 일반외과 11명(.8%) 순이었다(表 2-19 참조).

〈表 2-19〉 外國人 醫療人力의 臨床診療科 現況

(단위: 명, %)

임상진료과	수	비율
가정의학	4	3.6
내과	25	22.3
마취과	14	12.5
비뇨기과	2	1.8
산부인과	10	8.9
산업의학	2	1.8
성형외과	2	1.8
소아과	3	2.7
신경과	1	0.9
신경외과	2	1.8
안과	1	0.9
응급의학과	1	0.9
일반외과	11	9.8
임상병리과	4	3.6
재활의학과	1	0.9
정신과	5	4.7
정형외과	7	6.2
진단방사선과	3	2.7
치료방사선과	3	2.7
진단병리과	1	0.9
치과	7	6.2
해부병리과	3	2.7
합 계	112	100.0

註: 총128명중 간호사(1), 레지던트(4), 미과약(6), 바이러스 연구(1), 번역(1), 언어치료사(1), 영상의학(1), 영상협진(1)의 합계 16명을 제외한 112명을 분석한 것임.

資料: 보건복지부 의료정책과, 내부자료, 1996. 9.

2. 國際交流 現況

醫療市場 開放과 관련하여 국내에서 필요로 하는 외국인 醫療人力은 복지부를 통하여 추천이 이루어지고 있으나 일반 의료기관과 국외 의료기관과의 기술협력 및 국제교류는 주로 민간에서 직·간접적으로 이루어지고 있다. 醫療市場開放에 즈음하여 민간 醫療部門에서 외국

의료기관과 교류나 협정을 맺은 것은 1996년 4월 2일 서울중앙병원과 하버드 의과대학병원간의 제휴협정이 처음이다. 제휴협정의 주요 내용은 보건의료관계기술 협조, 교육 및 연구활동의 지원, 의학교육 교과과정의 개발, 환자의뢰시스템 운영에 관한 것이 있다. 특히 하버드의대는 서울중앙병원의 환자에 관한 질문에 포괄적으로 응하며, 서울중앙병원에서 받을 수 있는 치료 이외에 외국에서 치료를 원하는 환자는 하버드의대나 미국 보스톤지역에 있는 協力病院으로 환자를 이송할 수 있도록 하고 있다.

코암메디케어는 강남백병원의 자회사로 國內外 綜合病院에 진료예약을 대신 해주는 의료서비스 대행업체이다. 이들은 여러가지 서비스를 제공하고 있으나 그 중에는 미국 캘리포니아주 샌디에고 소재 스크립스헬스메디컬그룹과 제휴, 이곳 소속 8개 병원에 진료예약 및 入院手術을 代行해 주는 서비스도 제공하고 있다. 국내에서 치료하기 힘든 질병을 가진 환자들이 해외에서 편안하게 진료를 받도록 절차를 밟아 주는 것이다. 비록 외국과의 技術交流는 아니지만 환자를 쉽게 외국으로 후송하는 서비스를 제공한다는 측면에서 향후 유사한 서비스를 제공하는 기관이 등장할 것이며, 이로 인하여 診療目的 患者의 국외 진출이 증가할 것으로 예측할 수 있다. 이외에 민간부문의 국제 교류활동으로는 삼성의료원과 미국의 존스홉킨스 병원간의 텔레메디신 운영이 있다.

第3章 國·内外의 醫療關聯 規制·支援 現況

第1節 國內의 規制·支援 現況

일반적으로 醫療市場으로의 進入을 制限하는 方法에는 두가지 형태가 있는데, 첫째는 의사의 免許에 관한 規定을 통한 것이고, 둘째는 開業이나 病院設立에 관한 것이다.

1. 醫療免許에 관한 事項

우리나라 醫療法(제5조)에 의하면 의사, 치과의사, 한의사가 되고자 하는 자는 각 전공대학을 졸업하고 학사학위를 받았거나 보건복지부장관이 인정하는 외국의 학교를 졸업하고 學士學位을 받은 자, 또는 보건복지부장관이 인정하는 외국의 면허를 받은 자로서 해당 국가시험에 합격한 후 保健福祉部長官의 면허를 받은 자여야 한다. 단, 大統領令이 정하는 외국에서 의사 또는 치과의사의 면허를 받은 자가 대한민국의 국적을 가지고 영주권을 얻은 자에 대해서는 대통령령으로 정하는 시험을 거쳐 그 면허를 부여할 수 있도록 되어 있다.

의료행위의 制限措置는 의료법 제25조에 규정되어 있는데, 의료인이 아니면 누구든지 의료행위를 할 수 없으며, 면허된 이외의 醫療行爲를 할 수 없다. 외국인의 경우도 우리나라 의료인면허를 취득하면 국내에서의 의료행위에 제한이 없으며 내국인과 동일하다. 그러나 외국 醫療人免許를 소지한 자로서 일정한 기간 국내에 체류하는 자는 외국과의 교육 또는 기술협력에 의한 교환교수 업무, 교육연구사업을 위한 업무, 또는 保健福祉部 長官의 승인을 조건으로 하는 의료법인, 비영리

법인의 목적사업을 위한 업무, 국제의료봉사단의 의료봉사 업무에 대해서는 醫療行爲가 가능하다(의료법 시행규칙 제20조).

2. 病院設立에 관한 事項

의료기관을 개설할 수 있는 要件은 개인자격으로는 의사, 치과의사, 한의사 또는 조산사이며, 단체나 법인자격은 국가 또는 지방자치단체, 의료업을 목적으로 설립된 의료법인, 민법 또는 特別法에 의해 설립된 非營利法人, 그리고 정부투자기관 관리기본법의 규정에 의한 정부투자기관 등이다(의료법 제30조 제2항).

의원급 醫療機關을 개설하고자 하는 자는 보건복지부령이 정하는 바에 의하여 도지사에게 ‘申告’하여야 하고, 綜合病院, 병원, 치과병원 또는 한방병원을 개설하고자 하는 자는 보건복지부령이 정하는 바에 의하여 도지사의 ‘許可’를 받아야 한다. 이 경우 보건복지부령으로 정하는 지역별 소요병상수를 초과하거나(제30조) 혹은 보건복지부령이 정하는 醫療機關 種別 施設, 장비기준, 규격, 의료인의 정원, 기타 의료기관 운영에 필요한 기준에 적합하지 않는 경우에는 개설허가를 하지 않게 되어 있다(제32조). 그리고 醫療機關이 환자로부터 징수하는 의료수가 기준을 보건복지부장관이 정하도록 되어 있다(제37조).

또한 의료법 제5조 단서의 규정에 의해 면허를 받은 자가 국내에서 醫療機關을 개설하고자 할 때에는 보건복지부장관의 ‘許可’를 받아야 한다. 醫療法人을 설립하고자 하는 자는 대통령령이 정하는 바에 의하여 정관 및 기타 서류를 갖추어 保健福祉部長官의 허가를 받아야 한다. 의료법인은 그가 개설하는 醫療機關에 필요한 시설 또는 이에 소요되는 자금을 보유해야 되고, 재산을 처분하거나 정관을 변경하고자 할 때는 保健福祉部長官의 허가를 받아야 한다(제41조). 그리고 매 회계연도 종료후 2월 이내에 보건복지부령이 정하는 바에 의하여 그 運營實績

을 보건복지부장관에게 보고하고 그 副本을 비치해야 한다(제43조).

3. 醫療機關에 대한 支援 및 規制

우리나라 정부의 의료서비스에 대한 기본적인 정책방향은 거의 전적으로 民間醫療機關에 맡기고, 정부는 가급적 개입하지 않는 것이었다(신영수, 1991a:6). 따라서 1960년대와 70년대의 병원 신·증설은 주로 民間部門이 주도하였고, 정부는 예산부족으로 인해 민간병원에 대해 물질적, 재정적 지원을 거의 제공하지 않았다. 단지 1970년대 후반부터 전국민의료보험의 실시에 대비하기 위해 醫療機關의 양적 확대와 분포 개선에 초점을 맞추는데 주력해 왔을 뿐이다. 그 구체적인 내용 및 정책의 변화과정을 살펴보면 다음과 같다.

정부는 全國民醫療保險 실시를 앞두고 의료수요의 급격한 증가가 예상됨에 따라 정부가 의료기관의 증설을 유도해야 할 필요성을 느끼고, 1978년부터 1984년까지 의료취약지역에 민간병원의 설립을 유도하기 위하여 시설비 등의 용자를 알선하고, 경제협력개발기구(OECD) 등의 장기저리차관을 통해 의료장비를 구입하게 하는 67개의 정부지원 민간병원을 설립을 추진하고,⁴⁾ 이러한 설립자조차 구하기 힘든 지역에는 공공병원, 保健醫療院을 설립하였다(보건복지부, 내부자료). 그리고 정부가 정신병원을 직접 세우거나 綜合病院에 정신과 설치를 의무화하는 방법을 채택하고, 모자보건센터 및 병원화 보건소를 설립했다(신영수, 1991a: 6).

이처럼 醫療機關에 대한 支援策은 매우 미미했던 반면 일정 지역의

4) 이 중에서 현재 60개소가 실제로 운영되고 있어서 의료취약지의 의료접근도를 높이는데 기여했다. 그러나 이들 취약지 민간병원의 상당수가 경영에 어려움을 겪고 있는 것으로 보고되고 있다. 자세한 내용은 김한중, 『“의료시설의 수급과 정부의 역할”』, 『국민의료와 정부의 역할』, 한국보건행정학회, 1991, pp.88~89 참조.

의료시설의 과다, 중복투자를 억제하여 의료비 상승을 막고 지역간 균형배치에 기여코자 하는 規制 行政的인 政策은 계속되어 왔다. 즉 민간의료자원이 도시에 편중 투자되고 있어서 공공의료부문의 투자가 충분히 이루어지지 못하는 상황에서 醫療機關의 都市集中이 심화되고 있다고 판단한 정부는 1985년 1월 18일에 지역별 의료기관개설 許可 制限 등에 관한 규칙(보건복지부령 제763호)을 제정, 인구수 대비 환자발생률을 추정, 소요병상수를 계산하여 전국을 진료권역별로 병원급 이상 醫療機關 개설의 금지지역, 제한지역, 권장지역으로 구분하고자 했다. 실제로 1985년 8월 19일에 病床 新·增設 許可制限地域을 고시하여 39개 시·도지역을 대상으로 병원, 종합병원의 병상 신·증설 제한지역을 고시하는 정책을 실시함으로써 수도권 및 대도시의 병상증설을 제한하고, 도시에 편중되어 있는 醫療資源을 농어촌지역으로 유도 배치하고자 했다.

그러나 經濟成長과 의료보험 적용확대의 영향으로 대도시지역의 의료수요가 급증하고, 농어촌지역 주민들도 입원시에는 대도시의 의료기관을 선호함에 따라 大都市 病床不足 현상이 심화되자 복지부는 1989년 6월 12일에 39개 제한지역을 폐지하고, 전국 8개 대진료권별로 매년도 소요병상수 범위내에서 시·도지사가 신·증설을 허가하되, 2개 이상의 시·도가 1개 대진료권에 속하는 곳만 보건복지부의 승인을 얻도록 했다. 그리고 1990년에 장기적인 병상확충계획을 마련하고 民間病院의 신·증축 등 支援을 強化하여 1991년부터 3년 동안 약 2만 병상을 확충하겠다는 청사진을 밝힌 바 있다. 이러한 증설대책의 일환으로 1990년 6월 22일에는 醫療機關의 합리적 배치유도를 위한 지역고시를 개정하여 대진료권별·연도별 所要病床數 上限制를 폐지하고 종합병원, 정부지원 민간병원 외에는 보건복지부장관의 사전 승인없이 시·도지사가 허가하도록 완화하였다. 또한 의과대학 부속병원 신·증설 처리기

준을 개정하여 의과대학이 소재한 시·도내에서만 대학부속병원의 개설이 가능하던 것을 대진료권내에서도 개설 또는 증설할 수 있도록 완화하여 病床의 不足問題를 해소할 수 있도록 조치하였다.

또한 1991년부터 1993년까지 2만여 병상을 추가 확보하기 위해서 민간부문의 투자촉진이 시급하다고 판단한 정부는 이를 적극 지원하기 위하여 매년 1,000억원의 재원을 마련하였다. 이 재원으로 병원 신·증축시 50%를 자부담하는 경우 장기저리로 자금을 融資支援토록 하는 한편, 현대 醫療裝備를 보장하기 위해 6천만불⁵⁾의 IBRD 공공차관을 도입하여 지원하였다(보건복지부, 1992: 138).

한편 정부는 민간 의료기관의 시설·장비보장을 지원하고 경영부담을 덜어주기 위하여 1990년 12월 31일 법인세법 시행령을 개정하여 의료법인을 非營利公益法人에 포함시켜서 의료법인이 연구비, 자선진료사업 등에 지출하는 비용은 소득금액의 60%까지 損費로 인정하여 法人稅를 대폭 경감시키는 효과를 가지도록 하였다. 그리고 의료법인에 지원되는 기부금을 공익성 기부금의 범위에 포함시킴으로써 내국법인이 醫療法人에 시설비, 연구비, 교육비 등으로 지출하는 기부금을 공익성 기부금(재무부령이 정하는 지정기부금)으로 포함시켜 損費로 인정하여 타법인에 대한 투자를 증대시키는 효과를 가져오도록 했다(보건복지부 병원행정과, 1992).

그리고 租稅減免規制法의 개정(1991.12.27)을 통한 稅制改善 사항은 다음과 같다. 첫째, 의료법인 및 의료기관을 설립·운영하는 비영리법인이 의료시설에 투자할 경우에는 투자금액의 10%(외국산 시설장비의 8%)를 법인세 산출세액에서 공제하거나 혹은 투자금액의 50%(외

5) 이 중 2천만불은 특수질환 진단 및 치료장비 확충을 위해, 2천만불은 응급 의료장비 지원을 위해, 나머지 2천만불은 법인체인 병원의 현대장비 확보를 위해 지원했음.

국산 시설장비의 30%)를 所得金額計算에서 損金처리하는 방법 중 유리한 방법을 擇一케 함으로써 의료장비의 현대화와 良質의 診療를 제공하게 하는 효과를 가져오도록 했다. 둘째, 醫療法人 또는 기타 비영리법인이 운영하는 의료기관에서 병원건물을 신축 또는 구입할 때에는 해당년도 소득금액의 20% 범위내에서 損金 처리하여 시설확충 투자효과를 가져오도록 했다. 셋째, 국·공립 의료기관, 地方公社醫療院 및 의료법인 등에서 국내 생산이 곤란한 의료기기를 도입할 때에는 관세 11%의 65%를 경감함으로써 실제적으로 3.85%를 부담하게 하여 의료수준의 향상효과를 가져오도록 했다. 또한 1992년 7월 21일의 중소기업기본법 시행령 개정을 통해 병원과 의원을 中小企業 業種으로 신설하고, 대상 중소기업 범위를 종전의 20人 이하에서 100人 이하로 上向 조정하였다.

이 밖에도 국내의 모든 의료기관은 醫療保險聯合會에 요양취급기관으로서 등록을 받도록 되어 있다. 따라서 외국인으로서 국내에 들어와 개설하려는 의료기관도 醫療保險法 제32조의 적용을 받아야 한다. 의료보험법 제32조와 동법 제33조는 요양취급기관의 지정을 거부할 수 있는 조건과 요양취급기관의 지정을 취소할 수 있는 조건을 설명하고 있다. 특히 문제가 될 수 있는 조항은 醫療保險法 제32조 요양기관의 지정이라고 볼 수 있다. 여기에서는 의료보험법 제32조(요양기관의 지정)에 대해서만 논하기로 한다.

외국의 비영리 법인이 국내에 醫療施設을 설치할 경우 이들 또한 療養取扱機關으로 등록을 하여야 한다. 문제가 되는 것은 이들이 등록을 거부하는 경우이다. 법적으로 정당한 이유없이 이를 拒否할 수 없다는 조항을 명시하고 있으나(5항) 강제성을 띠고 있기 때문에 문제가 될 수 있다. 市場開放에 따라 본 조항의 적용 예외를 요구할 가능성이 있다. 적법한 절차를 통하여 들어온 외국의 醫療施設이 요양기관으로

지정받지 않고 일반 수가를 받고자 할 때, 이에 대응할수 있는 合理的인 대응책이 마련되어야 한다.

제32조(요양기관의 지정) ① 제29조 제2항 제1호(요양급여)의 요양기관은 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 보험자 또는 보험자단체가 이를 지정한다<개정 95. 8. 4>.

② 보험자는 제1항의 규정에 의한 요양기관지정 권한을 보험자단체에 위임할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 필요하다고 인정할 때에는 보험자 또는 보험자단체에 대하여 요양기관을 지정하게 할 수 있다. <개정 95. 8. 4>

⑤ 제1항 또는 제4항의 규정에 의하여 지정을 받은 의료기관 및 약국은 정당한 이유없이 이를 거부하지 못한다.

(시장개방과 관련된 사항만 기술함)

4. 外國人에 대한 制限

현재 外國의 의료인력이 國內에 들어와 醫療行爲를 할 수 있는 경우는 크게 두 가지로 나눌 수 있다. 첫째, 外國 국적의 의료인이 國內 醫師國家試驗에 합격하여 보건복지부 장관의 면허를 취득한 경우이다. 外國인이라고 하더라도 이런 경우 國內 의료법상 의료행위를 할 수 있는 법적인 근거를 갖는다고 볼 수 있다. 둘째, 國內 醫療機關 및 研究機關의 요청을 통한 보건복지부의 추천을 거쳐 의료법하에서 의료행위를 하는 경우이다. 위의 두 가지 경우를 통하여 國內 의료기관 및 연구기관에서 外國人의 醫療行爲가 이루어지고 있다(外國인 의료인력 國內 活動 현황 참조).

우리나라는 타국가와 의사면허 상호인정에 관한 협정이 없기 때문에 우리나라의 醫師免許를 가지고 있는 外國인의 의료행위는 허용될 수 없다. 그러나 외자도입법상의 投資禁止 條項이 폐지됨에 따라 外國人의 國內 醫療機關에 대한 투자는 허용된다. 國內의 의사면허없이 外國인이 병원을 설립할 수 있는 길이 열린다해도 현행 의료법인에 의

한 병원설립은 非營利法人으로 규정되어 있기 때문에 시설투자로부터 발생된 果實을 본국으로 送金할 수 없게 된다. 따라서 外國人에 의한 병원시설의 투자참여가 가능해진다 하더라도 우리나라 의료시장에는 별로 영향을 미치지 못할 것이다.

제2조(의료인) ① ‘의료인’이라 함은 보건복지부 장관의 면허를 받은 의사, 치과의사, 한의사, 조산사 및 간호사를 말한다.

제25조(무면허의료행위등 금지) ① 의료인이 아니면 누구든지 의료행위를 할 수 없으며 의료인도 면허된 이외의 의료행위를 할 수 없다. 다만, 다음에 해당하는 자는 보건복지부령이 정하는 범위안에서 의료행위를 할 수 있도록 하고 있다.

- 외국의 의료인 면허를 소지한 자로서 일정한 기간 국내에 체류하는 자
- 의과대학, 치과대학, 한의과대학, 종합병원 또는 외국의료원조기관의 의료봉사 또는 연구 및 시범사업을 위한 의료행위를 하는 자

(외국인 관련 사항만 기술함)

外國人投資 開放과 관련해서 검토되어야 할 첫번째 이슈는 營利形態의 의료기관에도 투자가 허용되느냐의 문제이다. 국내 의료법(제30조)에 의하면 국내 의사면허를 소지하지 않은 자가 의료기관을 설립할 수 있는 경우는 의료법인 등 非營利法人으로만 가능하다. 즉 국내 의료법을 개정하지 않는 한 영리병원의 설립은 허용되지 않는다고 볼 수 있다. 그러나 外資導入法에는 외국인투자자에 대하여 내국민과 동일한 대우를 하도록 되어 있고(제5조), 또한 外國投資者에 대하여 대외송금을 보장한다(제4조)고 되어 있다. 이와 같이 서로 상반된 법 적용에 대해 논란이 예상된다. 물론 의사가 아닌 경우 病院設立은 의료법인 또는 非營利法人만이 할 수 있게 되어 있는 조항은 내국민에게도 동일하게 적용하고 있어서 내국민대우원칙에 저촉되지 않는다. 그러나 非營利形態의 투자는 상업차원의 영리를 추구하는 교역자유화와는 상당한 거리가 있음을 쉽게 발견할 수 있다. 더욱 중요한 것은 의료기관에 대한 외국인의 투자개방이 의료서비스 市場開放에 국한된

협상을 통한 것이 아니라 투자자유화(UR협상 15의제 중의 하나임)라는 일반적인 차원에서 개방되었다는 사실이다. 따라서 이 문제는 상대국이 우리나라에 營利追求의 병원투자를 개방하면서 우리나라에도 개방할 것을 요구해 온다면 다자간협상을 통해서 조정될 수 있는 사안이라고 보여진다. 국내 醫療界에서는 의료법 개정을 반대하고 있으나 현행 醫療法을 얼마나 오랫동안 고수할 수 있느냐 하는 문제는 상대국(예를 들면 미국)으로부터 개정압력을 얼마나 집중적으로 강하게 요구받느냐에 달려 있다고도 볼 수 있다⁶⁾. 만일 현행 醫療法을 계속 유지할 수만 있다면 외국인의 투자유입은 비영리형태로 매우 제한적이다. 그러나 최근 쌀시장개방 協商過程에서 경험했듯이 미국의 강한 압력에 의해 의료법을 개정할 가능성에 대비해야 할 것이다.

두번째 이슈로 미국의 병원은 의사를 全日制로 고용하는 우리나라와는 달리, 시설 및 장비를 갖추고 外部 醫師와의 契約을 통해 필요할 때 대여하는 개방형병원시스템이다. 만일 미국이 이러한 病院形態의 투자개방을 요구할 경우 醫療界에서는 어떻게 대처해야 할 것인지에 대한 검토가 필요하다. 이같은 제도는 우수한 의사인력을 우수한 施設 및 裝備를 갖춘 병원과 분리함으로써 시설과 장비의 공동활용이라는 측면에서 의료자원의 효율적 활용, 特定病院의 환자집중 완화 등의 장점을 가지는 반면에, 전문의 중심의 의료체계 가능성, 자본가의 병원 시설 참여가 더욱 용이해짐에 따라 영리추구로 의료비의 증가요인이 될 可能性도 높으나 한편 의료비의 절감요인도 상존하기 때문에 국민 의료비의 증감효과에 대해서는 검증되어야 할 과제이다. 따라서 위의 제도에 대한 장단점 및 費用效果 분석을 통해서 이같은 市場開放 壓力에 어떻게 대처할 것인가에 대한 대책이 마련되어야 할 것이다.

6) 참고로 우리나라에도 차제에 영리병원을 허용하여 의료기술의 발전과 병원 경영합리화를 도모해야 한다는 논의가 없는 것은 아니다.

第2節 外國의 規制·支援 現況

이제부터는 外國의 醫師免許 및 病원의 설립, 지원 및 규제현황에 대해 살펴보고자 한다. 外國의 현황을 분석하는 것의 意味는, 첫째 對 外開放에 대한 방어적 전략을 세우는데 있어서 外國의 지원이나 규제를 참고로 해야 할 필요성이 있으며, 둘째 우리가 어떻게 外國시장에 接近할 수 있을까 하는 보다 積極的인 차원에서 外國의 지원이나 규제사항에 대해 알고 있어야 한다는 점이다.

그러나 자료의 제약 때문에 우선 대상국가를 미국, 영국, 독일, 프랑스로 局限하였고, 이들 국가간의 혹은 우리나라와의 深層的인 比較는 불가능했음을 밝힌다. 醫師免許에 관한 사항에 대해서는 세계보건기구(WHO)의 세계의학교육분류체계(World Directory of Medical Schools, 1988))와 각국의 醫療法이 부분적으로 인용되었고, 병원설립 및 지원·규제에 관해서는 의료법과 관련문헌을 사용하였다.

1. 醫師免許에 관한 事項

醫師免許에 대해 국가간 상호인정이 이루어지는 대표적인 국가는 유럽공동체(EC) 국가들간이며, 미국의 몇 주와 캐나다간에도 상호인정이 이루어진다. 그러나 우리나라나 일본의 경우에는 다른 국가와의 協定을 가지고 있지 않다. 구체적인 規制內容은 다음과 같다.

가. 美國

미국의 의사면허 발급은 전국 단위가 아니라 州政府 혹은 地方政府 단위에서 이루어진다. 醫師免許를 받기 위해서는 미국의 公認된 의과 대학을 졸업하고, 1년 이상 병원수련과정을 거친 후에 필기시험에 합격해야 한다. 미국 밖에서 취득한 資格에 대해 면허를 받기 위한 조건

은 州마다 다르지만, 모든 州에서 필기시험을 요구하며, 외국 의과대학 졸업자에 대한 教育委員會(Educational Commission for Foreign Medical Graduate)의 資格試驗에 합격해야 하고, 미국의 병원에서 인턴쉽 교육을 받아야 한다. 미국 市民이나 永住權者가 아니면서 외국의 의과대학을 졸업한 사람은 먼저 법적으로 인정되어야만 대학원 교육을 받을 수 있다.

1976년부터 외국 의사의 취업봉쇄를 위해 레지던트과정을 마친 外國醫大生에 대해 본국에 돌아가 2년간 기다리다가 영주권이 나오면 돌아와 의료행위를 할 수 있도록 法으로 정해 놓았다. 미국 정부와 다른 나라 정부간의 特別한 協定은 없지만, 여러 州에서 LMCC(Licentiate of the Medical Council of Canada)를 가지는 캐나다 의과대학의 보증에 의한 면허는 인정하고 있다.

나. 獨逸

의사시험 합격증(Zeugnis über die ärztliche Prüfung)을 소지하거나 EC 국가에서 취득한 자격조건을 가지면 醫師免許를 받을 수 있다. EC 외의 외국인의 경우 內國人과 동등한 자격조건과 성품이 좋고, 건강한 경우 일시적인 면허가 주어진다. 그리고 사회적으로 혹은 공공보건에 이익이 되는 경우에만 영구적인 免許가 주어진다.

다. 프랑스

EC에 속한 국가에서 자격을 취득한 프랑스 내국인, EC국가, 모로코, 프랑스와 永住權에 관한 계약이 되어 있는 국가의 국민 중 프랑스에서 자격조건을 갖춘 사람, EC 국가에서 자격을 취득한 EC 국민은 학위를 보건사회부(Direction Departmentale des Affaires Sanitaire et

Sociale)에 등록하고, 醫師協會(Conseil Departmental de l'Ordre des Medecins)에 이름을 등록한다. EC에 속하지 않는 국가의 국민이 프랑스에서 자격을 갖추었을 때에도 政府機關에 신청해야 한다. 이 경우 시험은 면제된다. EC에 속하지 않는 국가에서 자격을 취득한 프랑스 국민 및 외국인은 의료전문직 대표로 구성된 委員會가 출제하는 시험을 치러야 하고, 그후에 정부기관에 신청해야 한다.

이 때 승인할 숫자는 매년 정해진다. 단, 프랑스 국민 또는 所屬民인 의사, 치과의사, 조산원에게 개업할 권리를 인정하는 국가에 대해서는 공중보건 및 인구담당장관의 결정에 의해 開業을 인정한다. 이를 위한 協定은 국가에 의해 체결되고, 학위의 등가성이 교육부장관에 의해 인정되어야 한다(공중보건법 제356조 제2항). EC 국가와는 법, 규정, 행정조치 등을 통해 학위, 면허, 증명서 등을 상호 인정하며, 모로코와도 협정이 되어 있다.

라. 英國

의과대학 졸업생들은 모두 일반의사협회에 등록하고, 1년간의 假登錄期間 중 훈련받은 대학의 감독하에 승인된 병원에서 인턴으로 일해야 하며, 이 과정을 마쳐야만 完全登錄이 가능하다. 외국에서 자격을 갖춘 내국인과 외국인은 완전등록을 위해 일반의사협회가 인정하는 자격조건이나 혹은 영국이 법적으로 인정하는 국가에서 등록기관이 인정하는 資格條件을 갖추어야 한다. 完全登錄이 허용되지 않는 경우에는 5년 이하의 기간 동안 승인된 병원에서만 일할 수 있는 制限登錄이 가능하다.

제한등록 要件은 申請者가 ① 등록기관이 인정하는 기관으로부터 취업제안을 받고, ② 인정받을 만한 자격조건을 가졌으며, ③ 인품이 좋고, ④ 필요한 영어지식이 있으며, ⑤ 1년의 인턴 경력이나 동등한

경력을 가지는 경우이다. 이렇게 制限登録된 사람도 인품이 좋다는 것이 증명되면 一般醫師協會에 완전등록을 신청할 수 있고, 신청자의 지식, 기술, 경력이 적당하다고 인정되면 완전등록될 수 있다.

EC에 속한 국가의 국민, 영주권자, 英國市民과 結婚한 사람을 제외한 외국 의사는 면허 외에도 고용주의 요청에 의한 고용부의 就業許可를 필요로 하며, 一般醫로 개업하고자 하는 외국인은 自營業에 관한 규정에 따라야 한다. 그리고 외국의 대학원생은 4년까지는 英國의 病院에서 연구할 수 있으나 그후에는 고국으로 돌아가야 한다. 그러나 EC 국가와는 학위나 증명서, 資格條件의 상호인정 협정이 되어 있다.

2. 病院設立에 관한 事項

가. 英國

1990년의 NHSCCA(National Health Service and Community Care Act)에 의해 국가보건체계 및 特殊病院에 대한 관리운영의 책임은 주지사에게 있다. 그러나 NHS에 의한 병원을 제외한 각 지역의 병원과 전문의 서비스에 관한 계획은 지역보건당국에 있는데, 여기서는 優先順位를 결정하고, 지역간의 의료자원을 할당하며, 병원건설 계획을 수립하고 교육과 훈련을 제공한다. 120병상 이상 혹은 ‘지정된’ 지역에 民間病院⁷⁾을 건설하거나 확대할 때는 주지사의 허가를 받아야 한다.

7) 여기서 민간병원은 이윤을 추구하거나, 전적으로 혹은 대부분 지방세에 의존하거나, 보건부장관이 투자하지 않는 시설로서 입원환자에 대해 내과적, 외과적 치료를 제공하는 시설을 의미한다.

나. 美國⁸⁾

보건의료시설에 대한 면허나 특별서비스에 대한 승인을 받으려면 州 保健部の 申請書式을 제출해야 한다. 신청서식에 포함된 내용은 ① 신청자의 이름(개인이면 18세 이상인지의 여부), ② 醫療機關의 형태, ③ 위치, ④ 대표자 성명, ⑤ 申請者가 명망있고 책임있는 인품을 가졌다는 증거(혹은 신청자가 회사나 협회, 조직, 조합, 기업일 경우에는 대표자에 관한 증거임), ⑥ 신청자가 법률을 따르고 보건부가 공포한 규정을 준수할 능력에 대한 보건부장관이 만족할 만한 증거, ⑦ 보건부가 적절하게 관리하고 실행하는데 필요한 기타 정보이다. 주의 보건부는 시설, 경영, 규칙, 규정, 장비, 직원(전문 또는 비전문), 醫療의 標準과 서비스 등이 적절하지 않는 한 병원설립을 허가하지 않는다. 그리고 기업이 의료서비스를 상업적으로 이용함으로써 의료행위를 남용할 가능성으로부터 소비자를 보호하기 위해서 企業의 醫療行爲를 금지한다. 그러나 非營利協會는 회원에게 의료서비스를 제공하기 위해 면허있는 의사를 고용할 수 있다. 보건부는 病院建立의 필요성을 조사하기 위해 공공, 비영리, 개인병원을 포함한 기존 병원을 감사하며, 감사와 조사에 근거하여 주에 적합한 건립계획을 세울 수 있다. 그리고 國家機關인 OSHPD(Office of Statewide Health Planning and Development)는 기존 병원들의 현황 파악, 病院建設의 필요성에 대한 조사, 병원건설 프로그램을 개발하며, 조사와 기획활동을 수행하는데 필요한 연방기금을 신청할 수 있다.

8) 캘리포니아주의 의료법을 참고자료로 함. 여기서 '병원'은 만성질환자와 손상자를 위한 병원, 공중보건센터, 지역사회 정신보건센터, 정신지체자를 위한 시설, 일반, 결핵, 정신, 기타 형태의 병원과 관련시설로서 실험실, 외래, 간호병동, 훈련시설, 기타 병원과 관련하여 운영되는 진단치료센터, 요양원, 재활시설 등을 모두 포함한다.

3. 病院에 대한 支援 및 規制

유럽의 대부분 국가와 캐나다에서는 政府에 의해서 운영되는 병원은 물론이고 민간에 의해 운영되는 병원에 대해서도 신규병원 건설과 高額醫療裝備 구입에 소요되는 자금을 국고보조금에 의존하고 있다. 영국에서도 비영리 민간병원에 대해서 保健部長官이 재무부의 승인하에 보조금을 지급하거나 대부해 주며, 최근에는 노령자를 대상으로 장기요양을 제공하는 民間療養院에 대한 보조금이 증가했다. 그러나 여기서는 자료의 제약으로 인해 미국의 지원 및 규제현황과 독일의 支援現況에 대해서만 살펴보기로 한다.

가. 美國⁹⁾

병원산업에 대한 美國聯邦政府의 개입은 1935년에 공공보건프로그램(보건부, 모자보건 프로그램, 장애아동, 노인, 맹인, 장애인, 아동이 있는 저소득가족을 위한 公共扶助)을 위한 州와 地方政府에 대한 연방정부의 보조금을 시초로 시작되었다. 특히 공황과 제2차 세계대전 동안 병원이 거의 건설되지 못했기 때문에 병원이 매우 부족하다는 것을 인식한 후인 1946년에 힐버튼법이 제정되었는데, 이 프로그램은 지역사회 수준의 재원을 보충하기 위해 聯邦補助金을 제공함으로써 병원이나 다른 保健醫療施設을 건축하기 위해 주와 지역사회를 돕기 위한 것이었다.

처음에는 새로운 병원건축을 위한 자금을 제공하는 것을 강조했지만, 시간이 지남에 따라 현대화, 외래병원 및 요양원의 건설을 위한 프로그램에도 보조하게 되었다. 힐버튼 프로그램은 단기 綜合病院의

9) Stephen J. Williams and Paul R. Torrens(ed), *Introduction to Health Services*, third edition, John Wiley & Sons, 1988, pp.160~211.

병상의 40%를 건설하는데 도움을 주었으며, 1946년의 인구 천명당 3.5명상이었던 것을 현재의 4.5명상으로 늘이는데 기여했다. 또 하나 긍정적인 영향을 미친 것은 보건의료시설이 농촌과 도시, 그리고 소득 수준이 높은 주와 所得水準이 낮은 주에 골고루 분배되게 하는 역할이었다.

참고로 캘리포니아州 法에 나타난 연방정부의 병원건설 補助金에 관한 조항을 살펴보면 다음과 같다. 州는 연방정부에 병원건설 보조금을 신청한 사람들에게 委員會에서의 청문기회를 부여하고, 州의 병원건설 계획에 적합하면 신청을 받아들여서 의무감(Surgeon General)에게 제출한다. OSHPD는 신청자를 위해 연방기금을 받아서 신청자에게 전달한다. 州에서도 OSHPD의 허가에 의해 病院建設을 위한 補助金을 지급할 수 있다.

州의 보건부장관은 병원이 위치한 지역의 行政法에 따라 청문관(Hearing Officer)이 그 안의 필요성과 자산의 수용필요성을 결정하도록 청문회를 열 수 있다. 그리고 병원이 설립될 지역에 있는 VAHPA (Voluntary Area Health Planning Agency)에게 서면으로 청문회를 통고한다. 통고를 받은 VAHPA는 통고를 받은 날로부터 90일 이내에 청문관에게 추천장을 보낸다. 이 추천을 받지 못하면 청문회를 열 수 없다. 청문관은 청문회에서 그 안이 地域社會의 醫療서비스 전달에 주는 영향을 고려하고 있다는 것을 보여야 한다. 신청자와 VAHPA를 포함한 모든 이해 당사자는 구두와 서면 증거를 제출할 권리와 반대자를 대질하고 상호 검토할 권리를 가진다. 공청회의 기록은 州 보건부에 공식적으로 남게 된다. 연방정부의 介入은 병원건설에 대한 보조로부터 保護給與의 재원을 보조하고, 병원의 건설, 운영, 사용을 규제하는 것으로 확대되었다. 특히 메디케어와 메디케이드로 인해 聯邦政府는 병원운영에 상당한 규제를 행사하게 되었다.

최근에 病院産業 분야의 市場競爭이 증가했음에도 불구하고 병원은 여전히 고도로 규제되는 산업으로 남아 있다. 병원에 대한 외부적 규제는 1960년대 중반 이후 급격히 늘어났고, 공공기관과 민간기관에서 모두 이루어진다. 연방에 의한 통제의 많은 부분이 메디케어와 메디케이드에 대한 참여 혹은 診療費支拂과 연관되며, 규제 내용을 간단히 살펴보면 다음과 같다.

1) 質을 統制하기 위한 規制的 制度

의료서비스의 질을 통제하기 위한 규제적 제도로는 州의 허가, 연방 정부의 메디케어와 메디케이드에 참여할 수 있는 증명, 민간수준의 공인이 있다. 州의 保健部는 장비, 인력, 플랜트, 안전에 관한 최저기준을 만들어서 병원설립을 허가한다. 그리고 병원이 메디케어와 메디케이드에 참여하려면 의료보험 및 醫療保護 對象者가 최저수준의 질적 자격요건을 가진 기관으로부터만 의료서비스를 받도록 하기 위한 州機關의 허가를 받아야 한다. 따라서 연방정부의 DHHS(Department of Health and Human Services)는 주의 보건부와의 신임을 통해서 감시를 수행한다.

民間次元의 공인(Accreditation)은 전문적인 후원을 받는 JCAHCO (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization)¹⁰⁾에

10) JCAHCO는 1951년에 비영리단체로 조직되었음. 이 위원회는 22명의 위원에 의하여 운영되는데 22명은 1명의 정부대표와 미국내과학회(American College of Physicians), 미국외과학회(American College of Surgeons), 미국치과협회(American Dental Association), 미국병원협회(American Hospital Association), 미국의학협회(American Medical Association)의 대표들로 구성됨. JCAHO의 목표는 의료서비스를 제공하는 기관들의 수준을 높임으로써 의료서비스의 질을 높이는데 두고 있음. 이 위원회에 의한 표준심사는 병원표준화사업, 정신병원과 약물중독 치료기관 표준화사업, 장기요양기관 표준화사업, 외래진료소 표준화사업, 말기환자치료기관(hospice care) 표준화사업 등이 있음.

의해 이루어진다. JCAHCO는 자발적으로 質의 기준을 만들고 병원을 조사하며 공인해준다. 기준은 질의 구조와 과정, 결과에 관련되며, 醫療人力의 조직을 강조한다. 이것은 最低基準을 유지하기 위한 것이 아니라 最高水準의 의료서비스를 제공하는 기관을 격려하기 위한 조치이며, 인가된 병원들은 연방 DHHS의 증명을 받기 위한 要求條件을 충족시키는 것으로 간주된다. JCAHCO의 기준의 적절성이나 엄격함, 그리고 調査過程에 대해 문제제기가 있는 것은 사실이지만 이것이 제도적 기준을 높이는데 중요한 역할을 담당한 것을 부인하기는 어렵다.

2) 施設과 서비스에 대한 統制

시설과 서비스에 대한 통제는 1946년의 힐버튼법과 함께 시작되어 주는 병원서비스 지역을 정하고 기존 시설을 검사하며 醫療需要가 가장 큰 지역을 찾아내도록 요청받았다. 민간의 지역계획은 미국병원협회와 미국 公衆保健서비스組織(US Public Health Service)에 의해 1959년에 시작되었다.

1965년에는 심장병, 암, 뇌일혈의 치료를 위한 地域計劃을 위해 설립된 지역의료프로그램이 설립되었다. 연방에서 후원하는 보건계획은 1966년에 綜合保健計劃法(Comprehensive Health Planning Act: CHPA)에 의해 시작되었다. 州의 계획기관과 민간의 비영리 계획기관이 保健施設과 서비스를 발전시키고, 過剩 建設과 重複을 피하는데 연방정부를 돕는 역할을 했다.

1972년의 社會保障法 改正(Section, 1122)은 지정된 州機關에 의해 인정받지 못하는 15만불 이상의 투자계획에 대해서는 메디케어와 메디케이드 상환을 거부하는 통제를 추가했다. 病院設立計劃은 地域 綜合保健계획(Comprehensive Health Planning: CHP)에 의해 검토되지만 승인권한은 州에 있다.

1974년의 국가보건계획 및 자원개발법(National Health Planning and Resources Development Act)은 주와 지역계획기관의 네트워크를 만들어서 聯邦財政을 주의 통제와 긴밀히 연결시키고, 시설을 짓거나 현대화시키거나, 혹은 새로운 서비스를 추가하는 계획에 대한 주의 승인을 요구하는 필요증명(Certificate of Need: CON) 프로그램을 만들 것을 요구했다. 그러나 CON이 비용에 비해 새로운 기구의 도입이나 병원간 장비분배에 성공적이지 못했다는 증거가 국회에 제시되면서 1986년부터 시작된 보건계획을 위한 재원은 중단되었다.

3) 費用統制

病院費用을 통제하거나 병원수가를 통제하는 프로그램은 연방과 주, 그리고 병원치료비 지출의 급격한 상승에 관심을 가지는 民間保險者에 의해 도입되었다. 비용과 수가통제에 공공이 개입한 것은 1960년대 후반 병원비용에서의 급격한 醫療費 인플레이션 직후부터였다. 메디케어는 비용기준 상환제를 도입하고 이것은 청십자에도 영향을 미쳤다. 1972년의 사회보장법 개정은 메디케어에서 상한선을 두는 것을 인정했다. 최근의 聯邦政府의 비용억제 노력은 메디케어 프로그램을 겨냥하여 이루어졌다. 1982년에 TEFRA(Tax Equity and Fiscal Responsibility Act)를 통해 DRG를 도입했고, 병원들은 職員數와 費用을 줄이려고 노력하고 있다.

4) 서비스 利用에 대한 統制

病院産業에 대한 가장 최근의 통제형태로서 메디케어는 참여하는 병원과 시설에 의료이용심사(Utilization Review) 프로그램을 요구했다. 의사위원회는 病院治療의 필요성이 있었는지를 결정하기 위해 퇴원한 메디케어환자의 의무기록을 검토해야 했다. 이러한 요구는 부적

절한 입원과 불필요하게 긴 입원기간을 통제하기 위한 것이고, 결국 메디케어와 메디케이드 비용을 떨어뜨리기 위한 것이다.

1972년의 社會保障法 개정에 의해 PSROs(Professional Standards Review Organizations)가 설립되고 모니터과정이 강화되었다. PSROs는 DHHS와 계약을 맺은 모든 기관들에서 메디케어와 메디케이드 환자들이 받는 치료의 질과 적절성을 검토하기 위한 非營利組織으로 설립되었다. PSROs는 이용을 통제할 수 있는 치료의 기준을 수립했다. 이것은 1982년의 TEFRA에 의해 의료이용 및 양질의 의료관리를 말도록 하는 PROs(Peer Review Organizations)로 변화되었다. 이것은 1983년부터 시작되었는데 직원과 권위면에서 PSROs와 유사한 모델이다. 한가지 다른 점은 PROs는 民間組織이고 따라서 메디케어와 메디케이드 뿐 아니라 지역사회의료조직(Business Community)과도 계약을 맺을 수 있다는 점이다.

나. 獨逸

獨逸에서는 1972년에 주의회와 연방의회에서 통과된 病院財政法을 통해 병원에 대해 재정적으로 지원한다. 각 주정부는 병원의 특수의료 장비, 병상수의 규모, 병원진료에 대한 각 주정부의 세부수요계획서를 작성하였으며 이러한 작성기준에 따라 모든 非營利病院, 시립병원, 민간병원을 심사하고, 몇 개의 병원을 대상으로 의료시설계획에 따라 示範運營하였다. 병상수가 너무 많은 지역의 주정부는 작은 규모의 병원에 대해서도 의료시설계획에 의해 엄격하게 심사하고, 支援 病院數도 제한했다. 일단 지원대상으로 승인된 병원에 대해서는 法定 算式에 따라 정부가 자본금을 보장해준다(醫療保險聯合會, 1992: 309~310).

獨逸統一로 인한 경과규정(1991.1.1부터 적용)에 의하면 주는 병원경영자의 신청을 받아 支援手段을 인정한다(병원재정법 제22조). 따라서

① 병원의 운영에 필요한 固定資産을 포함해서 1차 장비를 포함한 病院施設, ② 지원이 없다면 病院運營의 개시 또는 계속이 위태로운 경우의 増設費, 내부경영 개수비용 및 부동산의 취득, 개발, 임대비용, ③ 병원 개업전에 병원계획에서 지원가능한 투자에 대해 행해진 차관 부담, ④ 병원경영자의 소유인 固定資産에 대한 감가상각, ⑤ 병원폐쇄의 완화, ⑥ 병원 또는 일부를 다른 업무로 전환, 특히 看護設備나 看護病棟으로의 전환 등은 州가 지원하는 대상이다.

또한 病院經營者의 신청에 따라 州가 연간 총액으로 지원(병원재정법 제23조)하는 항목은, ① 병원 固定資産의 수리·보수, ② 평균 3년 이상의 사용기간을 가지는 고정자산의 조달, 이용 및 공동 이용, ③ 附加價値稅를 제외한 개별품의 구입비 또는 제조비가 10만 마르크를 초과하지 않는 경미한 건축 등이다.

病院經營者는 연간 총액의 지원금을 자유로이 관리할 수 있지만 병원경영자가 이 총액으로 의료기기를 구입, 사용하는 경우에는 州행정기관의 동의를 얻어야 한다. 이외에도 치료나 요양, 재활을 위해 상설 또는 일부 상설의 요양원이나 재활원이 필요한 경우에도 病院財政法 제22조와 제23조가 적용된다. 醫療技術에 관한 대형기구의 구입, 이용 또는 공동이용은 지역의 수요, 특히 인접지역의 병원 및 개업의사의 진료의 필요를 고려하여 관할 州 행정기관에 의해 결정된다. 이때 의료보험조합 醫師聯合會와 의료보험조합 주연합회와의 협력이 이루어져야 한다(病院財政法 제10조).

第 4 章 日本 醫療市場의 開放展望과 示唆點

第 1 節 日本 醫療市場의 開放現況

의료서비스 분야를 개방한다는 것은 國際化시대에는 불가피한 것으로서 각국의 커다란 국가 문제로 대두되고 있다(川原, 1994). 예를 들어 醫療法의 개정 압력 등도 있게 된다. 구태의연한 의료자체의 사고패턴에 변화를 촉진하기 위해 충격요법으로서 예를 들어 미국의 주식회사 소유 병원시스템의 도입·검토가 필요하다는 주장이 제기되고 있다.

1. 外國 醫療機關 進入에 대한 受容性

일본의 의료기관 개설자 및 설립 조건은 의료법에 명시되어 있듯이, 여러 가지의 규정 사항 때문에 병원 분야는 외국 사업자의 진출은 용이하지 않다. 지금까지 외국으로부터 日本市場에 대한 진입 제과정을 살펴보면 다음과 같다. 일본시장은 1983년에 외국에 개방되었고, 그 후 1984년에 미국의 「네셔널메디컬엔터프라이즈社(National Medical Enterprise)」에서 일본의 「올림픽그룹社」에 의뢰하여 日本醫療市場에 대한 타당성 조사를 한 결과 재정적인 면과 운영적인 측면에서 시장성이 없다는 결론을 내렸다.

1985년에는 미국의 맥켄지社(McKinsey & Company Inc.)가 의료분야의 경영컨설팅 타당성 조사를 하였으나 역시 수익 타당성이 적다는 결론을 내리고 진입하지 않았다. 1986년에는 美國의 「쉐어드메디컬서비스社」(Shared Medical Service)가 타당성 조사를 위해 일본 미쓰비시 주식회사 이또츄社(伊藤忠)와 공동으로 병원산업에의 참여 가능성

을 타진한 바 있으나 사업의 전망이 불투명하다는 결론을 내렸다. 1991년에 가메다(龜田) 中央病院은 병원경영의 합리화를 위해 코퍼스 앤드리브런트社(Coopers & Liblant Corp.)에 의해 자문을 받았으며, 전자의무기록체제 등의 획기적 정보관리체계를 구축하였다. 그러나 아직 경영상태는 기대 이하라는 日本醫療界의 평을 받고 있는 등 미국의 경영컨설팅이 더 이상 확산은 안될 것으로 예측되고 있다. 그러나 병원경영 방식의 과학화(정보화)를 실현하고 있고, 병원은 물론 노인 의료시설, 건강증진센터, 외주산업 등을 운영하는 등 醫療産業의 多角化 사업을 추진하고 있어 이 병원의 경영 방식에 다른 많은 병원이 관심을 갖고 지켜 보고 있다.

연구자와 하세가와(국립의료·병원관리연구소) 의료정책부장의 대답에서 하세가와 부장은 의료시장 개방에 대해 “醫療機關을 미국이 설립하는 것은 일본인의 문화적인 면에서 별로 수용력이 없고, 일본은 미국과 같이 기업에서 병원을 운영하는 것을 허용하지 않고 있다. 또한 地域醫療計劃에 의한 병상수 규제가 있어 현재의 병상수 과잉을 고려해 볼 때 외국 병원의 신설은 어려운 상황이다. 그러나 외국인이고 의료진이 일본인인 경우는 혹시 가능할지 모르며, 경영컨설팅분야도 일부 가능할 수도 있다”고 하는 견해를 보였다.

아울러 동연구소의 가와부치(K. Kawabuchi) 주임연구원은 “일본의 병원이 醫療市場에 대응하기 위해서는 병원경영의 개선은 물론 규제의 완화, 미국에서 시행중인 설명된 동의(Informed Consent: 의사가 환자에게 질병의 상태, 치료의 과정, 수술후의 예후 등을 설명하여 이에 대한 환자의 동의를 구하는 것)의 강화와 같은 의료의 질과 간호의 질 향상을 통해 국제경쟁력을 강화해야 한다”고 하고 있다.

동경대학의 니시가끼 마사루(西垣 克) 국제병원관리학 조교수는 “병원은 비영리이기 때문에 영리를 추구하는 외국병원은 설립이 어려운

상황이다. 최근 일본의 병원은 직원의 減員을 위해 병원의 원무과 수납, 經理部門을 은행에 위탁하는 경우도 있다. 의료시장이 외국에 대해 개방은 되어 있으나 외국병원이 일본에 들어와 있는 경우는 없다. 이는 의료법에서의 제한 그리고 일본인의 外國病院에 대한 신뢰감 결여 등 때문이다. 아울러 일본은 기업이 병원을 운영하는 것은 허용이 안되고 있으나 병원이 기업을 운영하는 것은 가능하다”고 언급하므로서 의료시장 개방과 관련된 제반 현황을 설명하였다.

2. 外國 醫療關聯서비스 進入에 대한 受容性

의료관련 서비스의 종류¹¹⁾로는 종래의 업무가 확대되어 의료부문에 파급된 것, 의료기관과의 기존의 관계에서 새로운 서비스가 개시된 것, 재택의료 등 醫療供給體制의 변화에 따른 새로운 서비스 부문의 출현에 대응한 것과 미국의 의료관련서비스 선진국의 노하우를 도입하여 스스로 시장을 개척한 것이 있다(가와부치, 1996). 구체적으로 의료관련 서비스는 임상병리검사 및 침구 등의 임대서비스, 원내업무위탁·지원서비스(외주서비스), 의료기구·간호용품 렌탈, 성인병식사택배 등 在宅醫療 지원서비스가 있으며 일본의 의료관련서비스 시장규모는 약 1조 5천억 엔을 능가하는 것으로 조사되고 있다. 일본의 경우 이 중 중요한 것은 업무위탁의 수준을 후행성령(令)으로 정해 놓고 있다. 이에는 ① 임상병리검사, ② 멸균·소독, ③ 급식, ④ 반송, ⑤ 의료기기의 보수 점검, ⑥ 가스공급시설의 보수 점검, ⑦ 침구의 세탁, ⑧ 청소 등의 8개 항목이 있으며 委託業體의 인원, 구조, 설비 등이 제시되어 있다(川原, 1994).

의료관련서비스에는 침구·세탁 등과 같이 서비스의 개시년도가 오래

11) 최근 외국의 보건의료 관련 서비스 현황에 관한 자세한 내용은 부록을 참조하기 바람.

된 市場도 있으나, 의료사무대행이나 방문간호와 같이 지금부터 擴大가 기대되는 것, 의료폐기물 처리와 같이 높은 위탁률을 나타내고 있는 것 등 여러 가지의 유형이 있다(表 4-1 참조). 이러한 의료관련서비스의 대부분은 큰병원에서 시작하였으나 이제는 中小病院으로 까지 시장이 확대되어 가는 중에 있다. 한 예로 일본에도 진출해 있는 미국 서비스 마스터社(Service Master)는 더스킨이라는 이름으로 각종 서비스 업무를 수주해 事業을 벌이고 있다. 이 서비스 마스터는 일본은 물론 싱가포르 등 동남아와 한국에도 각 기업과 병원(1개소)에 진출해 있다.

〈表 4-1〉 病院 外注率의 推移

(단위: %)

분	야	1983	1993
급식(환자용)		7.5	19.8
침구(환자용)		92.9	96.4
멸균(치료용구)		-	6.4
세탁		63.3	67.3
청소		50.8	66.7
청구/사무		9.3	15.8

資料: 醫療經濟研究機構, 내부자료, 1996.

일본의 실버시장은 참여매력이 큰 분야이다. 미국에서는 보건의료사업 부문을 갖고 있는 국제적인 대기업이 많고, 일본에 대해서도 상당한 관심을 가지고 있다. 일본에서의 실버산업 분야는 종래 社會保障의 대상이었던 고령자케어가 부분적으로 민영화됨에 따라 생겨났다.

그러나 실버산업이 국민을 위한 民間事業의 효율성, 高서비스라는 과제에 부응하여 생겨진 것이지만, 동시에 복지적인 이념(예를들면 저이익률)이라는, 영리사업과는 상반되는 기업행동도 강하게 요구하고 있다. 그 양면의 요구를 해소하지 않으면, 실버産業의 民營化는 소비자에게 지지받지 못하고 산업으로의 발전이 불가능할 수도 있는 것으로 논의되고 있다. 민영화의 주요과제로서 대규모적인 재정분담을 담

당해 년 정도로 민영화가 성공할 것인가라는 점과, 고령자의 복지욕구에 대해 營利의 民間企業이 적절하게 대응해 갈 수 있는가 하는 점이 논의되고 있다.

고령자케어는 원래 기계화가 어려운 노동집약적인 분야이기 때문에 여러 서비스 분야중 가장 강한 인플레이션 가능성을 가지고 있다. 이러한 市場이 방대화되고, 인플레이션적인 의료시장이나 복지시장을 포함하여 향후 GNP의 15%나 20%에 달하게 되면, 일본경제 전체의 활력에 마이너스의 영향을 줄 것으로 예견하기도 한다. 고령자케어·서비스의 비용은 그 나라의 人件費와 地價에 크게 의존하는 산업인데 일본은 人件費와 地價가 높다. 그러므로 미국회사의 일본 실버분야 참여는 쉬운 일이 아니다. 일본은 실버산업을 해외에 개방하여도 대규모의 유입은 생각하기 어려운 것으로 예상하고 있다. 일본은 해외의 우수한 노하우를 도입할 수 있는 장점이 있다고 보는 견해가 많고, 실버분야를 적극적으로 개방하여도 큰 혼란은 없을 것으로 판단하고 있다.

재택케어, 즉 가사대행 등의 비효율적인 서비스를 일·미에서 대규모로 민영화하는 것은 어렵다. 만약 民營化할 수 있는 경우 가족노동으로 하든지 또는 자원봉사로 지원받을 것이다. 원래 인력 중심인 재택의료는 선진제국에서는 국제경쟁을 생각하는 분야가 아닌 것으로 받아들여 진다. 단지 동남아시아에서 저가인 노동력을 일본으로 수입하는 것은 법적인 規制를 완화하면 앞으로 활발해질 것이다. 그 경우 필리핀의 여성은 자질이 우수하고 대일본인에 대한 감정이 나쁘지 않아 이 분야에 적합하다는 의견이 일본에서는 대두되고 있다.

재택의료 분야는 폭발적인 성장산업으로 분류되고 있다(川原, 1994, p.32). 일본에서는 입원해서 치료해야 되는 질병이라도 미국에서는 다양한 포터블 醫療機器가 개발되어 자택에서 치료가 행해지고 있는 경우가 많다. 일본은 전국민 의료보험제도 하에서 자택에 있는 것 보다

도 입원하는 편이 본인부담이 싸다는 것과 또한 일본인의 고령자의 심리적 특성 때문에 재택의료는 현재 큰 매력이 없다. 미국에서는 하루 입원으로 환자의 자기부담이 5~10만엔이 드는 데에 비해 집에서 진료 받으면 1만엔(한화 75,000원 정도, 1966. 11) 전후에 해결된다는 소비자의 기본적인 경제행동에 따라 在宅醫療가 선택되고 있다. 이러한 재택의료 비즈니스에 의한 부가가치의 원천은 의료기술에서 생겨나고 있기 때문에 사업채산성이 있다. 현재는 업존社(Up John-의약품회사)가 유력기업으로 부상하고 있다. 일본의 의약품기업도 미국의 재택医료를 조사연구하기 위해 사원을 파견하고 있으나, 재택의료 분야는 의료제도의 근본적 개혁에 의해 在宅醫療의 길이 열리지 않으면 어려운 것으로 보고 있다. 단지 일본 국민의료비의 대폭적인 성장률의 감소 추진과, 일미무역역의 불균형 해소라는 큰 정치·경제과제를 달성하기 위해 미국측이 비교우위의 기술을 가지고 있는 在宅醫療分野에 대한 일본의 문호개방을 요구해 올 것이 예측된다.

유료노인홈은 다수의 고령자의 생활전반을 홈이 유지한다는 사업이다. 생활관습이 다른 일본인과 미국인과의 사이에서 그 방법이 다른 것은 당연하다. 예를 들면 일본과 미국에서는 老人心理나 가족관계가 다르다. 그 결과 노인홈 운영의 노하우는 근본부터 다르다.

미국과 일본의 醫療機關이 상호 협력 운영되고 있는 사례를 보면 다음과 같다. 板橋中央綜合病院은 미국의 Sutter Health社와 1989년 2월 일본에서 재택케어사업을 추진키 위해 업무제휴를 체결하였다. 板橋中央綜合病院은 근대적인 경영을 도입하고 주로 關東地域에서 그룹경영을 전개하고 있는 병원이다. 한편 Sutter Health社는 과거 수년간 병원, 재택케어사업, 널싱홈사업에 의료·복지의 수직통합을 완성시키고, 캘리포니아주의 주청소재지인 새크라멘트시를 중심으로 獨占的인 市場支配力을 구축하고 있는 업체이다. 이의 성과에 대한 보고는 없지

만, 특이한 제휴라고 할 수 있다. 장기적으로 이러한 교류가 널리 보급될 것으로 보인다.

3. 日本 醫療市場 開放現況

가. 在宅케어會社인 옵션케어社가 日本과 合作 提議

미국에서 点適治療나 經腸榮養 등 재택의료서비스를 실시하고 있는 옵션케어社(Option Care)가 일본 진출을 희망한 적이 있었다. 1987년 3월에 4일간 오오사카에서 개최된 메이드인유에스에이페어1987(Made·In·USA·Fair 1987)에 참여하여, 향후의 진출 의지를 명확히 하였다. 進出方法은 일본기업과의 모험기업을 설립하며, 이바라끼시(茨木市) 소재 일본건강센터와의 재택개호에 관한 사업을 논의하고, 장래 합병 사업으로 발전시킬 구상을 발표하였다. 옵션케어사는 在宅治療서비스를 제공하고 있는 회사로 약사와 간호사를 직원으로 고용하고 있다. 주 사업은 비경구적 영양보급, 점적에 의한 항생물질요법, 암환자에 대한 통증관리와 채혈 등이다. 이 회사는 프랜차이즈제로 전미국에 100여개소의 사무실을 가지고 있는 회사이다. 그러나 당시 在宅서비스가 醫療保險에 적용되지 않고, 비의사가 단독으로 실시하는 것이 허용되지 않았기 때문에 이 회사의 진출은 무산되었다(日經. 1987).

나. 美國 第2位の 病院給食會社 日本上陸

미국에 있어서 제2위의 병원급식 전문회사인 커스텀매니지먼트코퍼레이션社(Custom Management Corporation; CMC, 펜실베니아주 킹스톤)가 일본에 진출하였다. 일본의 集團給食의 大企業인 그린하우스(Green House)와 기술제휴 할 것으로 양사가 1987년에 합의하였다.

CMC는 독자적인 病院給食서비스시스템(Food Service System)의 노하우로 10년간 급성장하여 전미국에서 제1위인 에이알에이서비스社에 뒤이을 만큼 성장한 회사이다. 에이알에이서비스社는 이미 三井物産과 공동 출자하여 集團給食會社 엠서비스社(M Service)를 설립하여, 일본의 병원급식 분야에 참여하고 있다. 1986년 3월에 후생성은 병원급식의 규제를 완화하고 민간기업에 대한 委託管理를 인정하며, 더욱이 1987년 3월에 노인홈 등의 복지시설에도 동일한 조치를 강구하였다. 이에 따라 의료·복지분야에서의 민간급식 시장이 확대되었다. 그후 일본의 그린하우스는 이와 같이 병원이나 노인홈의 급식 수탁에 힘을 기울이고 있고, CMC社의 病院給食시스템이나 노하우를 도입하여 동일업종 타사와의 경쟁력을 강화하고 있다.

다. 美國 허먼스미스社가 日本M&A研究所와 提携

경영컨설팅트회사인 허먼스미스社(Herman Smith Associates)는 일본M&A연구소(東京)와 병원매수 분야를 상호 제휴하는데 의견을 같이하였다. 일본M&A연구소의 고객으로 미국에서 병원이나 保健醫療施設의 買收를 희망하는 자에 대해서는 허먼스미스사가 미국에서 창구가 되어 물건의 평가나 운영면에서의 조원자가 되는 방법이다. 1987년 10월에는 미국내 대상의 시찰을 위한 訪問調査도 실시한 적이 있었다. 허먼스미스사는 40년의 역사를 갖고 있으며 契約管理하고 있는 병원도 200개가 넘는 미국 최대기업인 병원컨설팅트회사이다. 병원에 대한 컨설팅만이 아니라 여러 지역의 醫療計劃에 대한 사업지원도 행하고 있다. 1985년부터 일본을 중심으로한 태평양지역에 대한 사업전개에 나서기 시작하여 1986년말에는 일본에 와서 유력한 병원그룹이나 관련기업과 積極的으로 회담을 갖기도 하였다.

한편 일본M&A연구소는 의료경영컨설팅트회사인 MMF와 연계를

갖고 일본에서의 병원매수를 직접 다루고 있다. 미국에서는 병원만이 아니고, 휴양지 시설과 의료시설을 복합한 것과 같은 새로운 施設에 대한 投資企劃도 고려하고 있다.

일본 자금을 의한 미국자산의 매수는 부동산을 중심으로 행해지고 있지만 병원은 이제까지 실적이 없다. 그러나 병원은 불황이라기 보다 비교적 안전한 투자처이기 때문에 앞으로 주목할 企業이나 團體가 나올 가능성이 있다(日經, 1987).

라. 웨어드메디컬시스템社 日本進出 斷念

미국의 病院情報시스템을 전문으로 하는 최대기업인 웨어드메디컬시스템社(Shared Medical System)가 일본 진출을 단념하였다. 최초의 납품처인 동경의 성루가국제병원에서 1983년부터 수행해온 프로그램의 일본어화에 실패하고, 또 일본병원의 원무회계가 예상 이상으로 복잡한 것 등이 주요 원인이었다. 또한 급속한 엔고로 投資額이 늘어난 것도 투자를 포기한 原因 중의 하나였다.

이러한 단념으로 웨어드메디컬시스템사는 4년간 2,400만 달러(약 40억엔)의 손실을 냈다고 한다. 미국의 웨어드메디컬시스템사는 미쓰비시(三菱)은행 계열의 다이아몬드 컴퓨터서비스社와 75대 25의 出資比率로 日本MMS社(자본금 약 4억 9000만엔)를 1982년 6월에 설립하고 1983년말에는 제1호로서 성루가국제병원에, 1984년에는 제경(帝京)대학병원과의 시스템 납입 계약을 체결하였다. 그러나 성루가병원에서는 1984년말에 완료예정이었던 프로그램의 일본어화가 늦어져 당시의 정식계약을 撤回하고 설치했던 컴퓨터와 단말기를 撤去하기도 하여 美日 合作事業이 순조롭지 못함을 보여주었다(日經, 1986. 9. 22).

第2節 醫療市場開放과 醫療界의 變化

지금까지 의료시장 개방과 관련하여 일본에서 주로 논의된 사항은 정부조달의 醫療機器(후생대신의 허가를 얻은 수입업자는 이전부터 가능)와 의약품에 대한 관세 철폐만이 주요 관심사로 협의되었다. 후생성 담당자에 의하면 병원서비스 분야는 지금까지 별로 거론이 되지 않았으며, 일본 정부는 금후 당분간은 醫療法, 의료관련법 등의 개정 의사는 전혀 없다고 한다. 설사 市場開放을 해서 외국 사업자가 들어 온다고 하더라도 일본의 현재 의료실정을 감안하면 전혀 득이 없을 것으로 낙관하고 있었다.

1. 日本 政府의 對應

가. 營利와 非營利에 대한 檢討意見

일본정부는 병·의원의 규제완화에 대하여 검토하고 있으며 구체적으로는 다음과 같은 것들이 있다. 여기에서 논의된 사항들은 향후 규제완화 정책에 반영될 예정이다.

- 영리를 목적으로 하는 병원과 진료소에 대해서는 개설을 허가하지 않고, 주식회사 형태와 같은 영리기업에 의한 경영은 불가능한 것으로 되어 있다.
- 영리를 목적으로 병원 등을 개설하려고 하는 자에 대해서는 허가하지 않을 수 있다(의료법 제7조 제4항).
- 의료법 제7조에서 인정하는 자는, 원칙적으로 영리를 목적으로 하지 않는 법인 또는 의사(치과의업에서는 치과의사, 이하 동일)인 개인이다. 단지, 당해법인의 직원의 복지후생을 목적으로 하는 경우에는 이에 해당하지 않는다(의료기관의 개설자의 확인 및 비영리성의 확

인에 대해서: 1993. 2. 3. 후생성통지).

- 의료법인에 대해서는 상여금의 배당을 금지하고 있다(의료법 제54조).
- 의료법인의 이사장은 원칙으로 의사가 아니면 안된다(의료법 제46조 3).

나. 醫療서비스의 規制緩和에 대한 檢討意見

1996년도 8월에 厚生省에 의하여 검토된 의료서비스에 대한 규제 완화에 대한 의견은 다음과 같다.

1) 醫療서비스의 向上과 生命·健康의 安定性

가) 規制 維持의 意見

의료서비스는 의사의 서비스와 환자의 공평한 취급이 요구되는등 매우 공익성이 높은 사업이다. 공익성이 높은 福祉나 教育에 있어서는 특별법인제도가 설정되어 公益性이 담보되어 있지만 의료에 있어서도 특별법인제도인 의료법인제도를 설정하는 것에 공익성을 담보해야 한다는 의견이 있다.

나) 規制緩和의 意見

기업이 가지는 이용자 본위의 서비스를 추구하는 경영자세, 활발한 競爭意識, 관련서비스와 연계하는 다양한 事業展開意慾, 경영 노하우나 인적자원의 축적 등을 의료분야에도 도입하여 의료서비스의 향상을 기해야 한다는 의견이 있다.

2) 企業의 營利性

가) 規制 維持의 意見

- ① 기업이 경영할 경우 주주 등 출자자의 배당을 유지하려고 하는 이윤추구행동에 따라 무리한 합리화로 醫療의 質 저하나 약이나 검사의 過剩投與 등 부적절한 치료가 행해지고, 비용에 의한 환자의 부담이 생기게 된다. 또한 이익이 있는 의료는 행하고 이익이 없는 의료는 행하지 않는다는 行動樣式을 발생케 할 가능성이 있다.
- ② 의료법인은 잉여금배당이 금지되어 있는 비영리법인이다.
- ③ 의료서비스의 경우에는 환자가 서비스의 내용을 완전히 파악할 수 없는 면이 있고, 또한 지역적 배치에서 병원을 자유롭게 선택할 여지가 부족한 경우가 있기 때문에 市場의 競爭原理가 반드시 효율적으로 작용한다고는 말할 수 없다.
- ④ 의료의 公益性 확보의 관점에서는 개별 사업주체가 걱정된 의료를 행하고 있는지 항상 감시하는 것 보다도 걱정된 의료가 확보될 수 있는 조직을 만든 후에 그 가운데서 자유로운 활동을 행할 수 있도록 하는 편이 적당하다.
- ⑤ 환자의 생명·건강의 유지를 맡은 의사가 기업에 고용될 경우 환자에 대한 치료행위의 결정에 있어서 醫學的인 판단보다는 이윤을 우선으로 한 판단이 중시되는 등의 사태가 생기게 되어 적절한 醫療가 행해지지 않는다.
- ⑥ 개설자가 개인이든 법인이든 영리목적의 경우는 개설을 인정하지 않는다.
- ⑦ 병원은 계속성이 필요하지만 일단 병원경영에 참가한 기업이 이윤이 오르지 않아 철수하고 병원이 휴·폐업, 폐쇄될 우려가 있

다. 또한 사업에서 철수할 때까지 무리한 診療를 행하는 등 의료 질의 확보에 지장이 생길 우려가 있다.

나) 規制緩和의 意見

- ① 비영리법인의 병원에서도 이윤의 인센티브는 당연히 있고 기업만이 이윤추구의 행동양식으로 경영한다는 논리는 맞지 않는다. 醫療法人에서 영리추구가 이루어지지 않는다는 견해도 무리가 많다. 의료법인제도 하에서도 醫療過剩이 발생하는 것을 어떻게 설명할 것인가?
- ② 의료는 법인세법 상에서는 수익사업으로 되어 있고 일반산업과도 다름이 없다.
- ③ 醫療法人이라도 공익성이 보장되고 부적절한 醫療를 행하지 않고, 영리도 추구하지 않는다는 논의는 정당성이 없다. 또한 잉여금의 배당을 금지하는 개념과 영리성 부정의 논의는 별개의 차원이다.
- ④ 중요한 것은 적절한 의료서비스의 확보이지만 기업에 의한 병원 경영이 사업으로 성공하는지 어떤지는 어떻게 양질의 서비스를 제공하는지에 달려있고, 좋은 의미에서의 企業의 競爭原理가 작용하지 않는다.
- ⑤ 적절한 의료의 확보는 기업의 배제라는 수단에 의한 것이 아니고, 醫師나 機關의 점검체제의 강화 등에 따라 보장해야 한다.
- ⑥ 환자에 대한 의료행위를 행하는 것은 의학을 수학하고 국가시험에 합격하고, 후생대신에 의한 면허를 받은자이고, 의사로서의 적성은 이에 따라 담보되고 있지는 않다.
- ⑦ 기업에서 경영하면 經營者가 의사에게 이윤을 우선으로 하여 치료행위를 지시할 가능성이 있다는 것은 너무 단편적인 논리이다.

- ⑧ 기업은 인정하지 않고 한편으로 개인경영의 병원이 인정되지 않는 것은 왜일까. 이것은 營利를 目的으로 하지 않는다고 단언할 수 있는가. 또한 의사인 개인이 병원을 개설하려고 하는 경우 영리목적의 여부를 어떻게 판단하고 있는가.
- ⑨ 의료법인제도 하에서도 수술시 의사에게 고액의 사례금 등 지불 등의 부조리가 있다. 주식회사의 경우는 증권취급법에 따라 경영내용이나 財務內容 등을 기재한 유가증권보고서의 제출의 의무화 및 사회에 공표한다는 형태로 공개가 행해지고 있다.
- ⑩ 현재에도 약이나 검사의 문제가 지적되고 있다. 또한 진료보수가 개정될 때마다 병원의 醫療制度는 고수익부문으로 전환하고 저수익부문은 빠지고 있는 현실을 어떻게 생각하는가.
- ⑪ 기업이 사람들에게 해를 입히고 있다면 당연히 그 존재는 社會的으로도 허락할 수 없고 기업경영의 병원이 저수준의 의료를 제공하거나 부적절한 치료를 행하는 것은 스스로 목을 조르는 것이 된다. 환자의 병원선택은 신중하고 질이 나쁜 병원은 자연도태된다.
- ⑫ 현재의 의료법인의 병원에서도 불채산이나 적자에 의한 병원사업에서 철수하고 있는 경우가 있다.

3) 醫療를 받는 機會의 公評性에 대한 檢討意見

가) 規制 維持의 意見

- ① 기업이 경영하는 의료기관은 높은 이익을 올리기 때문에 자유진료 등을 추구할 우려가 있고, 經濟力의 차이에 따라 의료의 질이나 수진기회에 차이가 생기는 것은 국민의 입장에서 불안하다.
- ② 우리나라 의료기관의 약 90%는 민간의 소유이지만 이러한 의료기

관도 救急醫療 등의 불채산이 되는 의료를 담당하고 있다. 기업의 경우 이러한 불채산이 되는 의료를 행하는 것은 기대할 수 없다.

나) 規制緩和의 意見

- ① 우리가 국가에서 기본적인 의료에 대해 醫療保險制度에 따른 진료, 치료 등을 받는 것을 보장하고 있고, 동일한 의료보험제도하에서는 동일한 서비스이면 병원마다 환자의 經濟的 負擔이 다른 것은 없다.
- ② 현재도 보험적용외의 자유 진료가 행해지고 있다. 의료서비스의 선택폭이 다양한 것은 오히려 좋은 것이다.
- ③ 공립병원과 民間病院을 비교해도 모든 공립병원이 구급의료나 야간진료 등의 불채산 의료에 대응하고 있는 것은 아니고 민간병원이 그에 더 잘 대응하고 있다는 지적도 있다. 민간기업이 경영하면 전부 이익만을 추구한다고 생각하는 것은 일면만 보는 것이다. 또한 현재 일본에는 80개가 넘는 企業病院이 존재하고 있지만 불채산의 의료에 대해서도 경영노력을 신중히 하고 지역 사회의 인푸라로서 중요한 역할을 담당하고 있다.

4) 醫療保險財源의 適正利用에 대한 檢討意見

가) 規制維持의 意見

- ① 공급이 수요를 낚는다는 의료의 성질상 기업의 참여에 따른 의료공급이 증가하면, 현재 이상으로 의료비가 팽창하고 국민부담이 점점 증대하는 것은 당연하다.
- ② 의료가 공공보험에 의해 유지되고 있지만 이러한 공공보험은 가입자로부터 보험료를 강제 징수할 수 있고 國庫負擔도 있는 등

그 재원은 매우 공공성이 높은 것으로 되어 있다. 경제의 활력을 유지하기 위해 醫療保險의 보험료부담을 포함한 국민부담이 과대해지지 않도록 억제해 갈 필요가 있다. 하지만 이러한 공공 재원을 이용하여 운영되는 의료보험제도에서 이윤을 올리고 개인에게 배당하는 것을 목적으로 기업이 경영하는 病院에 대해서 지불되는 것은 적당하지 않다.

- ③ 의료는 국민으로부터의 보험료를 주요 재원으로 하는 의료보험에 따라 부담되고 있고, 잉여금이 생긴 경우에도 의료기관에 유보되고 있다. 그리고 의료 질의 유지 및 향상을 위해 이용되고 있다. 株式會社의 경우는 이익의 배당까지도 공공의료보험에서 보충하고자 국민적 합의를 얻고자 할 것이다.
- ④ 차입금의 이자는 사전에 정하고 있지만 배당금은 수입이 증가하면 주주도 증배를 기대한다는 차이가 있다. 또한 병원에 대해서는 보조금 조성이나 政策融資 등을 조치하는 등 필요한 자금조달 방법을 확보하고 있다.

나) 規制緩和의 意見

- ① 기업경영 病院이라면 입원이 필요없는 환자까지 입원시킨다는 것은 비약적인 논리이다. 의료비의 팽창에 대해서는 기업 참여의 여부가 본질이 아니고 醫療保險制度 전체를 개정하는 가운데 검토되어야 하는 것이다.
- ② 비효율적 病院經營에 의한 의료보험 재원의 쓸데 없는 사용이야말로 문제이다. 비용의식과 경영노하우에 우수한 기업을 병원경영의 분야에 활용함에 따라 재원의 효율적인 활용이나 국민부담 증대의 억제를 도모할 수가 있다.
- ③ 예를들면 공공사업과 같이 기업을 통해 공적인 재원이 사용되는

예는 얼마든지 있다. 財源의 調達手段과 서비스제공 주체의 의논을 혼동해서는 안된다. 의료분야에서도 의료보험을 재원으로 의약품의 제조회사나 제약약국 등 현재도 기업이 참여하고 있다. 중요한 것은 공적인 재원이 국민의 이익에 꼭맞는 형태로 사용되는지 어떤지이고 재원의 공공성이 높은 것을 이유로 기업의 참여를 막아서는 안된다.

- ④ 병원은 은행차입에 의해 資金을 조달하고 있지만 차입금의 이자는 외부에 유출하고 있다. 주식회사가 출자를 모아 자금을 조달하고 배당금으로 외부에 유출하는 것과 성질상 다르지 않다. 또한 개인 경영의 경우 의사개인에게 상당히 고액의 급료가 지불되고 있지만 이것은 醫療機關에 내부 유보되었던 것으로 생각할 수는 없다.
- ⑤ 적자이면 배당은 통상 지급되지 않지만 차입금의 이자는 감액되지 않는다. 또한 경영체의 자금조달 수단은 다양한 것이 요구되고 銀行借入에 의존하고 있는 현상보다도 주식공개 등에 의한 資金調達의 선택 폭도 가능해야 한다. 대부분의 병원이 건설 변경시기에 있지만 이 자금조달은 어떻게 될 것인가이다.

5) 對外 醫療市場 開放에 따른 政策方向에 대한 檢討意見

가) 行政規制의 緩和

일본은 다음과 같은 몇 가지 형태의 행정규제 완화를 도모하고 있다. 日本 政府는 1995년에 「행정개혁위원회」의 규제완화소위원회에서 규제완화에 관한 논의 공개의 대상항목을 정하였는데, 농수산분야를 비롯한 각분야의 행정규제를 완화하여 國際競爭力을 도모하고 있다. 이 중 의료복지 분야의 주요 항목은 기업에 의한 병원경영, 병상의 규

제, 약가의 개정, 醫藥品의 판매규제, 약제사의 배치규제, 실버 마크제도 등 153개 항목의 규제완화 조치가 취해졌다.

나) 國庫補助金 制度

일본에서 실시되었거나 실시되고 있는 병원산업육성을 위한 국고보조금의 종류로는 시설정비 보조금, 設備整備 補助金, 운영비 보조금이 있다. 그러나 이는 주로 국공립 병원의 보조, 의료취약지 병원의 보조 그리고 醫療關係者 양성을 위한 지원금의 성격이 강하다.

- ① 시설정비 보조금은 시설(건물)을 세우고 증축할 시에 필요한 비용을 보조하는 것이다.
- ② 설비정비 보조금은 醫療機器 등의 설비를 대상으로 지원한다.
- ③ 운영비 보조금은 이러한 사업을 운영하는데 필요한 시설설비의 정비에 소요되는 비용을 제외한 人件費 및 당해 연도에 사용되는 기타 경비를 지원하는 것이다.

다) 民間 訪問看護事業의 許容

1995년 4월에 발족된 분과위원회에서는 醫療保險에 포함되지 않는 민간기관의 訪問看護事業 設立을 허용하였다. 이는 노인환자의 수요를 충족시키기 위한 제도로서 긍정적인 정책으로 받아들여지고 있다 (Financial Times, 1996). 이와 같은 기업의 사업 多角化 방침에 따라 의료관련 비즈니스에의 참여가 증대하고 있다. 기업의 의료분야에 참여 동기는 첫째, 시장의 유망성, 둘째, 醫療分野의 새로운 수요 도출, 셋째, 낮은 비용에 의한 서비스 필요성 대두 때문이다(西三郎, 1989).

라) 企業의 病院經營

일본의 醫療法(1948년 법률 제205호)은 의료기관이 환자의 이익을 제일로 하여 의료를 수행하는 것을 확보하는 관점에서 영리를 목적으로 한 醫療機關의 개설을 인정하지 않고 또한 의료법인 잉여금의 배당을 금지하고 있는 것과 동시에 그 이사장은 醫師가 아니면 안된다고 규정하였다. 이 때문에 영리법인인 기업이 병원 등의 의료기관을 경영하는 것은 원칙적으로 불가능하다. 그럼에도 불구하고 企業에는 이용자 본위의 서비스를 추구하는 경영자세, 활발한 경쟁의식, 관련서비스와 연계된 다양한 사업전개 의욕, 경영 노하우나 人的資源의 축적 등에서 우수한 점이 있다.

일본 의료제도 개혁위원회의 규제완화소위원회는 의료서비스 질의 향상 및 효율화·다양화를 꾀하기 위한 하나의 대책으로서 기업의 病院經營에 참여에 대해 관계자 등과 토론을 행한 바 있다. 영리법인인 기업이 醫療機關을 경영하면 스스로의 이익을 위해서 환자가 원하지 않는 의료를 제공하기도 하고, 비용이 드는 환자를 회피할 우려가 있는 것과 더불어 利益追求나 주식의 배당 의무 때문에 혼란스러운 진료나 치료가 일어날 가능성이 있다. 그 결과 심각한 재정상황에 있는 醫療保險財政에 영향을 미칠 우려가 있어 기업에 의한 병원경영을 인정하는 것은 적당하지 않다는 의견이 있었다.

그와 반대되는 의견으로는 기업이 이익추구만을 목적으로 하고 있다는 인식은 타당하지 않고, 또한 醫療機關의 經營主體가 누구든지 환자에게 직접 의료행위를 행하는 것은 의사이고 기업경영의 병원에 고용된 의사이기 때문에 특별히 환자가 바라지 않는 의료를 제공하거나 부정한 의료를 행한다고는 생각할 수 없다. 그럼으로 기업에 의한 病院經營을 인정하지 않을 합리적인 이유는 없다는 것이다.

이용자의 관점에서 효율적으로 다양한 의료서비스의 제공체제의 존

재 이유를 생각해 보면, 앞으로 의료관계자와 더불어 이용자인 국민의 의견을 토대로 하여 기업에 의한 병원경영의 시비에 대한 검토를 진행해야 한다는 견해가 강하다(總務廳, 1996).

마) 廣告規制의 緩和

1992년의 의료법개정에 있어서 醫療機關이 광고할 수 있는 사항이 일부 확대된 것은 고무적이지만 현재 인정되고 있는 범위의 사항에서는 이용자가 醫療機關을 선택하는데 있어서 판단 기준으로서는 매우 불충분한 것으로 평가되고 있다. 진료나 치료행위라는 의사의 본래 업무에 대해서는 객관적이어야 하는 광고에는 익숙하지 않지만 醫療機關이 제공하는 그 이외의 서비스의 내용, 그 제도, 객관성·정확성을 확보할 수 있는 사항 등은 광고해야 한다는 주장이 대두되고 있다(總務廳, 1996).

바) 醫療機關 經營安定化

일본의 정부가 의료기관 경영의 안정을 위해 수립한 경영안정화 방안의 제1대책은 용자와 稅制對策, 제2의 대책은 병원자신의 노력 유도, 그리고 국가 및 자치단체의 지원이 있다(醫療病院管理研究所, 1996). 이를 자세히 살펴보면 일본 정부는 병원을 국민의 생활관련 자본시설로 인식하고 있어 자국 병원의 경영안정을 위해서 후생성에서 종합적인 대책을 수립하여 融資의 확대 및 세제제도 개선을 도모하고 있다. 이와 더불어 각 병원 자체의 경영능력 향상을 높이도록 권장하는 정책의 추진과 아울러 해당 地方自治團體가 支援事業을 개발토록 하고 있다.

이의 구체적인 방안으로서 병원직원연수 프로그램의 확대, 경영상담(컨설팅)의 지속, 經營診斷의 活用, 경영정보의 공유, 그리고 병원관리

에 필요한 각종 사업의 공동사업화 등이 있다. 한국도 향후 이와 같은 사업의 전략적인 개발을 통해 한국병원의 診療의 質 향상에 더욱 적극성을 부여해야 할 것이다.

第3節 韓·日本病院의 經營收支 比較

본 절은 일본병원의 경영상태를 파악하여 외국병원이 수익사업체로서의 매력이 있는지 없는지에 대한 判斷資料로 활용하고자 한다. 이의 분석이 필요한 이유는 병원 산업의 재무성과, 즉 흑자의 정도가 많으면 외국병원으로부터의 誘引效果는 클 것이고, 적자의 상태가 심하면 외국병원으로부터의 투자 가치는 떨어지게 되기 때문이다.

1. 一般的 現況 比較

가. 醫療機關施設 比較

日本の 의료서비스 제공은 전통적으로 民間部門에 의해 이루어져 왔다. 1987년을 기준으로 보면 전체 병원의 80.6%, 전체 병상수의 66.0%, 전체 의원의 93.5%가 민간부문에 속하고 있다. 이에 따라 의료 서비스는 주로 개업의와 民間病院에 의해 이루어지고 있으며, 이들 사이에 환자 유치를 위한 경쟁이 치열하다.

1993년 일본의 총 병원수는 9,844개였으며, 이를 設立主體別로 보면, 국립이 394개, 공립이 1,378개, 사회보험단체 소속이 137개, 의료법인이 4,550개, 개인이 2,530개, 기타가 855개이다. 1993년 병상수는 1,946,225개이며, 전체 병상수중 民間部門이 차지하는 비율은 67.3%를 보이고 있다. 반면 韓國은 650개의 병원 중 민간부문의 병상수가 전체 병상수의 82.1%로서 일본보다 더 높다(表 4-2 참조).

〈表 4-2〉 韓·日病院의 病院數 및 病床數 比較

(단위: 개소, 병상, %)

국 가	총 병원수	병 상		보건소 수
		병상수	민간부문의 비율	
한국(1994) ¹⁾	650	182,159	82.1	269
일본(1993) ²⁾	9,884	1,946,225	67.3	850

資料: 1) 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 1995.

2) 厚生統計協會, 『95 日本 健康福祉統計』, 1995.

공중보건서비스는 保健所와 보건센터가 제공하는데, 1991년 현재 보건소는 도도부현에 634개, 시립 163개, 특별구립 53개로 모두 합하여 850개소가 전국에 설립되어 있으며, 보건센터는 전국의 시정촌 단위에 1,106개소가 설립되어 있다. 保健所는 질병의 예방, 健康増進, 환경위생 등 公衆衛生活動의 중심적 기관으로 한국의 보건소와 유사한 기능을 수행하고 있으나 의사에 의한 치료(Medical Care)는 행해지고 있지 않다. 시정촌의 보건센터는 지역주민의 健康相談, 건강교육, 건강검진 등의 대인 보건서비스를 시행하는 기관으로서 그 설립 주체는 시정촌의 장이고 국가가 예산을 보조하여 주민의 自發的인 참여로 운영되도록 하는 것이 특징이다.

나. 病院數 規模 및 分布

한·일 양국의 病床規模別 병원수 분포를 보면 우리나라는 300병상 미만의 병원수 비율은 낮으나 일본에 비하여 500병상 이상의 대형병원수 비율이 높음을 볼 수 있다. 日本은 100병상 이상에서 300병상 이하의 小規模의 병원이 상대적으로 높은 비중을 차지하고 있다. 500병상 이상 대형병원의 構成比率의 경우 한국이 약 10%정도로 일본의 5%보다 상대적으로 더 높다(表 4-3 참조).

<表 4-3> 韓·日間の 病床規模別 病院 分布

구 분	한 국(1994) ¹⁾		일 본(1993) ²⁾	
	병원수	%	병원수	%
99병상 이하	341	52.5	4,259	43.3
100~299병상	160	24.6	3,988	40.5
300~499병상	89	13.7	1,083	11.0
500병상 이상	60	9.5	504	5.1
합 계	650	100.0	9,844	100.0

資料: 1) 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 1995.

2)厚生統計協會, 『'95 日本 健康福祉統計』, 1995.

병상당 人口數에 있어서 일본은 병상수가 많은 국가로서 1991년부터 병상증설을 억제하는 정책을 취하고 있다. 반면 한국은 아직 病床數가 부족한 실정으로써 1990년대 들어 病床數를 급격히 늘리고 있다. 1993년에 병상당 인구수는 한국이 268명으로 일본 74명과 큰 차이가 있다(表 4-4 참조).

<表 4-4> 韓國과 日本의 1病床當 人口數 比較

(단위: 명)

연 도	한 국 ¹⁾	일 본 ²⁾
1980	586	-
1985	408	81
1990	320	74
1991	300	74
1992	287	73
1993	268	74

資料: 1) 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 1995.

2)厚生統計協會, 『'95 日本 健康福祉統計』, 1995.

2. 病院의 經營收支 分析(事例分析)

가. 赤字와 黑字病院의 分布

한국의 경우는 1994년 현재 赤字病院 數가 전체 病院의 30%를 차지하고 있으며, 101병상에서 200병상까지의 중소病원이 적자病院의 비율이 가장 많았다. 日本의 경우 공공과 민간病원을 합한 400~500병상 사이의 病院중 67.1%가 적자를 보이고 있다. 대체적으로 적자를 보이는 病院이 55.4%수준으로 韓國의 적자病院 비율 31.0%보다 큰 수치를 보이고 있다(表 4-5 참조). 한국뿐 아니라 일본의 病院 모두 經營上의 어려움을 전반적으로 보여주고 있다.

〈表 4-5〉 日本의 病院經營收支 現況(1992年 6月末 現在)

(단위: 개, %)

구 분	흑 자	적 자	계
20~99병상	17(44.7)	21(55.3)	38(100.0)
100~199병상	23(39.0)	36(61.0)	59(100.0)
200~299병상	20(42.6)	27(57.4)	47(100.0)
300~399병상	10(35.7)	18(64.3)	28(100.0)
400~499병상	6(42.9)	8(67.1)	14(100.0)
500병상 이상	10(66.7)	5(33.3)	15(100.0)
계	99(44.6)	123(55.4)	222(100.0)

資料: 全國公私病院聯盟, 『1992年 病院經營 實態 調査報告』, 1993.

나. 所有權別 經營常態

우리나라의 경우는 公共病院과 民間病院을 구분해 볼 때 공공病원에 비해 민간 病院의 흑자 病院수 비율이 상대적으로 많음을 알 수 있다. 이는 민간病원이 공공病원에 비해 보다 效率的인 病院經營을 추구할 수 있고, 공공病원의 경우에는 민간病원이 수용하지 못하는 사회

적인 의료취약계층(민간의료기관에서 회피하는 환자)에 대한 의료서비스를 제공하지 않을 수 없는 상황 때문으로 풀이할 수 있다.

일본의 경우는 우리나라와 달리 민간, 공공병원의 적자병원비율이 공히 높았으며, 특히 공공병원의 적자병원비율이 높았다(表 4-6 참조). 이러한 이유 때문에 일본정부는 최근, 공공부문의 민영화 방안을 具體的으로 검토하고 있다. 한국은 이미 시도립병원을 1982년과 1983년에 지방공사화하여 병원의 診療成果 및 財務成果가 향상된 경험을 갖고 있다(南銀祐, 1991).

〈表 4-6〉 韓國과 日本病院의 所有權別 經營收支 現況

(단위: 개, %)

소유권		계	흑 자	적 자
한 국 ¹⁾	민 간	444(100.0)	320(72.0)	124(28.0)
	공 공	86(100.0)	45(52.0)	41(48.0)
일 본 ²⁾	민간병원	222(100.0)	99(44.6)	123(55.4)
	자치제	669(100.0)	92(13.8)	577(86.2)

資料: 1) 한국보건의료관리연구원, 『'94 경영분석자료』, 1995.

2) 全國公私病院聯盟, 『1992年 病院經營實態調查報告』, 1993.

다. 病院倒産 現況

한국 병원의 폐업률은 1988년의 10.2%에서 1991년과 1994년에는 각각 6.6%와 6.9%를 기록하고 있고, 新規病院 設立比率은 15% 이상을 보이고 있어 병원산업에 대한 참여는 계속 늘어가고 있는 실정이다(表 4-7 참조).

日本의 경우는 1987년에 병원도산이 39건에서 점차 줄어들어 1990년에는 22건으로 나타났으나 이후 다시 증가하여 1992년도에 40건으로 조사되었다(表 4-8 참조). 일본의 병원도산의 主要 原因은 낮은 의료수가 문제와 입원환자수의 감소 때문으로 풀이하고 있다(가와부치, 1996).

<表 4-7> 韓國病院의 廢業 및 新規設立 現況

(단위: 개, %)

구 분	1988	1991	1994
등록병원수	531.0	595.0	650.0
기간중 폐업병원수	51.0	35.0	41.0
폐업률	10.2	6.6	6.9
기간중 신규 건립병원수	84.0	99.0	96.0
신규설립률	15.8	18.6	14.8

- 註: 1) 경영주가 바뀌어 새로 설립된 병원은 신설로 간주됨.
 2) 병원명부의 설립일 기준으로 작성하여 약간의 착오는 있을 수 있음.
 3) 폐업률은 기간중 폐업 병원수를 전기의 등록병원수로 나눈 것임.
 4) 신규 설립률은 기간중 건립병원수를 당기의 등록병원수로 나눔.

資料: 이규식, 『한국의료산업의 성장에 관한 고찰』, 『보건경제연구』, 제1권, 한국보건경제학회, 1995.

<表 4-8> 日本 醫療機關의 倒産 件數

(단위: 개)

구 분	1987	1988	1989	1990	1991	1992
병원·종합병원	6	8	8	11	5	16
의원	33	22	17	11	21	24
계	39	30	25	22	26	40

資料: 厚生省 健康政策局指導課, 내부자료, 1994.

<表 4-9>는 1995년도의 韓國과 日本病院의 지출구조를 분석한 결과이다. 한국의 경우는 병원급 이상 564개 병원과 3차 종합병원 33개를 분석한 것이다. 人件費가 전체 지출에서 차지하는 비율은 한국의 병원급 이상 의료기관이 39.6%, 3차 종합병원이 36.0%수준을 보였고, 일본병원이 49.6%로 전반적으로 한국병원의 인건비가 차지하는 비율이 낮았다.

藥劑費가 차지하는 비율은 일본과 비슷한 수준(한국의 병원급 21.4%, 3차 종합병원 25.0%, 일본 20.5%)이었으며 材料費가 차지하는 비율은 한국이 높았고(한국의 병원급 12.5%, 3차 종합병원 13.8%, 일본 5.9%) 의주비가 차지하는 비율은 낮았다. 특히 일본의 경우 外注費

가 차지하는 비율이 한국에 비하여 높은 것은 인건비의 절감과 診療支援 업무의 전문화를 이루기 위해 임상병리검사, 침구의 리스, 청소, 급식, 컴퓨터 서비스 등의 病院業務를 전문업체에 위탁하기 때문이다. 이러한, 의료관련 서비스의 위탁관리를 통해 병원경영의 合理化, 效率化를 도모하고 있다.

〈表 4-9〉 韓國과 日本病院의 支出構造 分析

(단위: %)

항 목	일 본	한 국		
		전체평균(병원이상)	3차 종합병원	
인건비	의사, 치과의사	21.5	11.1	10.8
	간호사	12.4	10.4	9.4
	약 사	1.8	0.7	0.6
	기 타	13.9	17.4	15.2
	소 계	49.6	39.6	36.0
재료비	약제비	20.5	21.4	25.0
	재료비	5.9	12.5	13.8
	외주비	3.4	1.4	1.9
	기 타	16.6	25.1	23.3
합 계	100.0	100.0	100.0	

資料: 한국보건의료관리연구원, 『'94 병원경영분석』, 1995.

厚生省 健康政策局指導課, 내부자료, 1995.

第 4 節 韓·日間의 醫療法 比較

醫療市場開放에 따른 의료서비스의 대외 競爭力을 강화시키기 위하여 규제완화 및 국내 의료법의 미비점을 보완할 수 있도록 한국과 일본의 의료법을 比較分析하고자 한다. 일본의 의료관계 법은 의사법, 의료법, 제약사법, 藥事法 그리고 각각의 시행령 및 施行規則을 갖고 있다. 특히 우리와 구별되는 것 중의 하나는 노인보건법을 제정(1982) 함으로써 별도의 老人保健施設을 두고 있다는 사실이다.

1. 醫療施設에 대한 規程

우리나라의 醫療施設은 종합병원, 병원(치과 및 한방포함), 요양병원, 의원(치과 및 한의원 포함), 조산원이 있다. 종합병원은 의사 및 치과의사가 의료를 행하는 곳으로서 入院患者 100인 이상을 수용할 수 있는 시설을 갖추고 診療科目이 적어도 내과, 일반외과, 소아과, 産婦人科, 진단방사선과, 마취과, 임상병리과 또는 해부병리과, 精神科(300병상 이상인 경우) 및 치과가 설치되어 있고 각과마다 필요한 전문의를 갖춘 의료기관으로 하고 있다(表 4-10 참조).

병원은 입원환자 30인 이상을 수용할 수 있는 시설을 갖춘 의료기관으로 하고 있으며, 다만 齒科病院의 경우에는 그 입원시설의 制限을 받지 아니하도록 하고 있다.

요양병원이라 함은 의사 또는 한의사가 그 의료를 행하는 곳으로서 요양환자 30인 이상을 수용할 수 있는 시설을 갖춘 醫療機關을 말한다. 요양병원의 입원대상은 노인성질환자, 만성질환자 및 외과적 수술 후 또는 상해후의 회복기간에 있는 자로서 주로 요양을 필요로 하는 자로 한다. 다만, 精神疾患(노인성치매환자를 제외) 및 전염성질환자는 제외하고 있다.

의원, 齒科醫院 또는 한의원이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사가 각각 그 진료를 행하는 곳으로 진료에 지장이 없는 施設을 갖춘 醫療機關을 말한다(의료법 제3조 제6항). 조산원이라 함은 조산사가 조산과 임부, 해산부, 산욕부 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 행하는 곳으로써 조산에 지장이 없는 시설을 갖춘 醫療機關(의료법 제3조 제7항)으로 하고 있다.

일본의 醫療施設은 종합병원, 병원, 요양형병동군, 진료소, 조산소, 노인보건시설, 특정기능병원으로 구분된다.

〈表 4-10〉 韓國과 日本의 醫療法上 醫療施設 基準

의료기관	한 국	일 본
종합병원	<ul style="list-style-type: none"> - 의사, 치과의사 - 입원환자 100인 이상 수용 시설 - 진료과목이 내과, 일반외과, 소아과, 산부인과, 진단방사선과, 마취과, 임상병리과 또는 해부병리과, 치과 정신과(300명상 이상) 	<ul style="list-style-type: none"> - 의사, 치과의사 - 입원환자 100명 이상의 수용시설 - 진료과목이 내과, 외과, 산부인과, 안과 및 이비인후과
병원 치과병원 한방병원	<ul style="list-style-type: none"> - 의사, 치과의사, 한의사 - 입원환자 30인 이상 수용시설 (치과 예외) 	<ul style="list-style-type: none"> - 의사, 치과의사 - 입원환자 20명 이상의 수용 시설을 갖추고 있는 곳
요양병원 (요양형 병동군)	<ul style="list-style-type: none"> - 의사, 한의사 - 요양환자 30인 이상 - 대상자는 노인성질환자, 만성질환자, 외과적 수술후 또는 상해후 회복 기간이 필요한 자(정신, 노인성치매, 전염성질환자 제외) 	<ul style="list-style-type: none"> - 의사, 치과의사 - 병동을 중심으로 주로 장기에 걸쳐 요양을 필요로 하는 환자를 수용하기 위한 장소
의원 치과의원 한의원 (진료소)	<ul style="list-style-type: none"> - 의사, 치과의사, 한의사 - 진료에 지장이 없는 시설을 갖춘 의료기관 	<ul style="list-style-type: none"> - 의사, 치과의사, 왕진 의사(의사, 치과의사) - 환자수용시설을 갖고 있지 않거나 19명 이하의 수용시설을 갖춘 곳 - 왕진만을 담당하는 왕진 의사는 그 주소로서 진료소라 칭함.
조산원 (조산소)	<ul style="list-style-type: none"> - 조산사 - 조산과 임부, 해산부, 산욕부 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 행하는 곳 - 조산에 지장이 없는 시설을 갖춘 곳 	<ul style="list-style-type: none"> - 조산부 - 특정다수인을 위해 그 업무를 행하는 장소(임산부, 산모, 부인과 병을 앓고 있는 사람 10명 이상의 수용시설을 금지) - 또는 출장만으로 그 업무에 종사 하는 조산부(그 주소로서 조산소라 칭함)
노인보건 시설		<ul style="list-style-type: none"> - 노인보건법(1982)의 규정에 따른 노인보건시설
특정기능 병원		<ul style="list-style-type: none"> - 전문치료 요건을 갖추고 후생대신의 승인을 얻은 시설

註: ()는 한국과 다른 일본의 의료시설 명칭임.

종합병원은 환자 100명 이상의 入院施設을 갖추고 그 診療科目 中에 내과, 외과, 산부인과, 안과 및 이비인후과를 포함하며, 아울러 의료법 제22조¹²⁾ 각 호에 규정된 시설을 갖춘 시설로 규정하고 있다(의료법 제4조).

병원은 醫師 또는 齒科醫師가 대중 혹은 특정다수인을 위한 의료업 또는 치과의료업을 시행하는 장소로 환자 20명 이상의 收容施設을 갖추고 있는 곳으로 하고 있다. 「요양형 병동군」이란 병원의 병동(의료법 제7조 제2항¹³⁾에 규정된 기타 병동에 한함)중의 일군으로 주로 장기에 걸쳐 요양을 필요로하는 환자를 수용하기 위한 장소로 하고 있다. 診療所는 의사 또는 치과의사가 대중 혹은 特定多數人을 위한 의료업 또는 치과의료업을 행하는 장소이며 환자의 수용시설을 갖추고 있지 않거나 환자 19명 이하의 收容施設을 갖춘 곳으로 하고 있다. 기타 老人保健施設과 특정기능병원이 있는데, 이는 노인보건법(1982년 법률 제18호)의 규정에 따른 노인보건시설을 말하며, 特定機能病院은 다음에 열거한 요건을 갖춘후 후생대신의 승인을 얻은 시설을 말한다(의료법 제4-2조).

- ① 수준 높은 의료를 제공할 능력을 가질 것
- ② 고도의 의료기술 개발 및 평가를 행할 능력을 가질 것
- ③ 고도의 의료에 관한 연수를 행하게 할 능력을 가질 것
- ④ 그 진료과목중에 후생령이 지정한 것에 의해 후생령으로 지정한 진료과목을 가질 것

12) 종합병원은 화학, 세균 및 병리 검사시설, 병리해부실, 연구실, 강의실, 도서실, 기타 령으로 지정한 시설을 설치하여야 함.

13) 병원을 개설한 자, 의사 및 치과의사가 아닌 자로 진료소를 개설한 자, 조산부가 아닌자로 조산소를 개설한 자가 「요양형병동군」을 개설하고자 할 때 또는 병동수, 요양형 병동에 관계되는 병동수, 병동의 중별(정신병동, 전염병동, 결핵병동 및 기타 병동의 구별) 기타 후생성령이 지정하는 경우를 제외하고 전술한 항목(도지사의 허가를 받아야 함)과 동일함.

- ⑤ 후생령으로 지정한 수 이상의 환자 수용시설을 갖출 것
- ⑥ 그것이 갖춘 인원이 제22조 제2항의 규정에 근거를 둔 후생령으로 지정된 요건에 적합한 것일 것
- ⑦ 제21조 제1항 제2호에서 제13호까지, 제15호에서 제17호까지 그리고 제22조 제2항의 제2호, 제5호 및 제6호에 규정된 시설을 갖출 것
- ⑧ 그 시설의 구조설비가 제21조 제1항 및 제22조 제2항의 규정의 기초를 둔 후생령으로 지정한 요건에 적합할 것

대중 또는 特定多數人을 위해 왕진만을 담당하고 진료에 종사하는 의사 또는 치과의사 혹은 출장만으로 그 업무에 從事하는 조산부에 대해서는 제8조, 제9조 및 제69조 또는 제71조의 규정의 적용에 따라 각각의 주소로서 診療所 혹은 조산소로 간주한다(의료법 제5조).

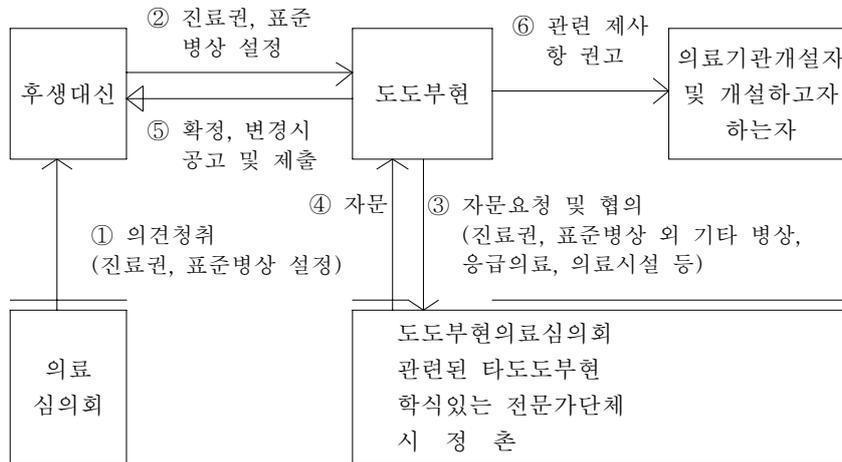
2. 地域醫療計劃

우리나라의 경우 綜合病院, 병원, 치과병원, 한방병원 또는 療養病院을 開設하고자 하는 자는 보건복지부령이 정하는 바에 의하여 도지사의 허가를 받도록 하고 있다. 도지사가 醫療機關 개설허가를 하지 않는 조건중에는 보건사회부령으로 정하는 지역별소요병상수를 초과하는 경우를 두고 있다(우리나라: 의료법 제30조 제4항의 1호, 일본: 의료법 제7-2조 제1항). 그러나 우리나라의 경우 아직까지 地域別 所要病床數를 초과하는 경우에 대한 구체적인 규정이 없는 실정이다. 다만 지역보건법에서 지역보건의료계획에 대하여 포괄적으로 기술하고 있을 뿐이다. 일본의 경우에는 지역별 병상의 원활한 供給과 過剩을 방지하기 위하여 철저히 地域醫療計劃을 수립하고 있고 이에 근거하여 병상을 공급하고 있다. 지역의료계획에 포함되고 있는 항목은 다음과 같은 것이 있다.

- 진료권 설정에 관한 사항(의료법 제30-3조의 제2항 (1)~(2); 후생대신이 의료심의회 의견 듣고 설정함)
- 필요병상수에 관한 사항(의료법 제30-3조의 제2항 (3))
- 전항에서 규정한 이외의 사항(의료법 제30-3조의 제3항)
 - 병원의 정비 목표에 관한 사항
 - 벽지의료, 휴일진료, 야간진료 등 응급의료
 - 병원 등 시설의 상호기능 및 사무의 연계에 관한 사항

도도부현은 적어도 5년마다 醫療計劃에 대하여 재검토를 행하며, 필요가 있다고 인정 될 때 이를 변경하는 것으로 한다. 일반적인 의료계획의 수립에 따른 절차는 [그림 4-1]과 같다. 후생대신은 醫療審議會의 의견을 들어 진료권, 병상수에 대한 표준을 설정한다. 도도부현은 후생대신의 진료권 및 표준병상수(후생성령)를 기준으로 매 5년마다 해당 도도부현의 地域醫療計劃을 수립한다.

[그림 4-1] 日本 都道府縣의 醫療計劃 樹立節次



후생성령의 기준 및 해당도의 필요병상수 및 관련사항을 해당 도도부현의료심의회 및 시정촌, 학식이 있는 전문가 단체, 관련이 있는 타도도부현 등의 의견수렴을 거쳐 지역의료계획을 수립한다. 樹立된 醫療計劃은 의료기관 개설자 및 개설을 원하는 자에게 병원설립의 유무 및 유의사항 등을 권고하며 최종 計劃案을 확정, 공고하고 후생대신에게 제출한다.

일본은 이러한 醫療計劃이 원만하게 달성될 수 있도록 하기 위하여 법조문으로 시설자원의 공유를 명시하고 있다¹⁴⁾. 도도부현지사는 地域 醫療計劃 達成 및 推進을 위하여 특별한 필요가 있을 경우에는 병원을 개설하고자 하는 자, 개설자 등에 대하여 각지방 醫療審議會의 의견을 듣고, 개설, 증설, 병동의 증설 변경에 관하여 권고할 수가 있도록 하고 있다(의료법 제30-7조).

3. 醫療法人의 諸規定

醫療機關의 設立은 비영리를 전제로 하고 있다. 의료시장이 개방된 시점에서 외국의 자본이 국내에 醫療機關을 설립하거나 특정 의료법인의 매입을 통하여 자산을 취득하고 일정기간 운영후 재매각 할 가능성이 있다. 이러한 과정을 거치는데 있어서 「정관 및 기부행위」, 「임원의 구성」, 「재산의 처분과정」 등은 매우 중요한 役割을 한다고 할 수 있다. 여기서는 다음의 세 가지 項目을 한·일간의 의료법을 중심으로 살펴보고자 한다.

14) 병원의 개설자 등은 건물, 설비, 기기 등을 그 병원에 근무하지 않는 의사, 치과 의사, 약제사의 진료, 연수 등을 위하여 이용하도록 노력한다(의료법 제30-6조)

가. 任員의 選定節次

우리나라 의료법인의 임원선정은 일본이 醫療法에 명시를 둔 것과는 달리 民法中 財團法人에 관한 규정을 준용하도록 하고 있다. 따라서 특별한 규정이 없으므로 醫療人이 아닌 자가 이사장이 되는 것을 허용하고 있다고 볼 수 있다(일본의 경우 비의료인의 이사장 취임은 도도부현지사의 인가 없이는 불가능함). 의료법인은 財團法人의 규정에 준하여 이사 및 理事長을 선임하고 이를 관련 서류와 함께 保健福祉部長官 또는 도지사에게 제출하여야 한다.

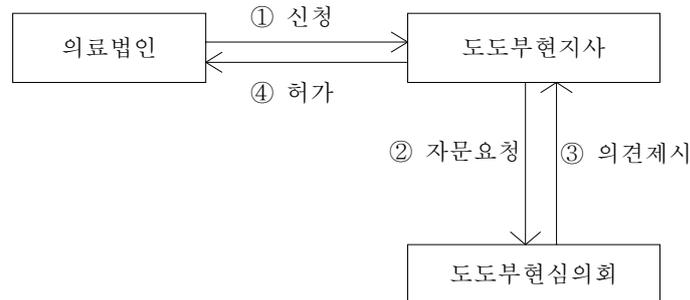
일본의 경우 醫療法人은 관리인으로서 이사는 3명 이상, 감사는 1명 이상을 두도록 하고 있다. 단, 도도부현지사의 인가를 받았을 경우에는 1명 또는 2명의 理事를 둘 수 있도록 하고 있다(의료법 제46-2조). 이사장은 醫療法人의 정관 또는 기부행위가 정하는 것에 의해 의사 또는 치과의사인 이사중에서 選出하도록 규정하고 있으며, 도도부현지사의 認可를 받았을 경우에는 의사 또는 齒科醫師가 아닌 이사가 이사장이 될 수도 있다. 이사의 감사직 겸직을 엄격히 제한하고 있으며, 도도부현지사의 인가를 받아 한명의 이사를 둔 醫療法人에 있어서는 당해이사를 理事長으로 간주하도록 하고 있다.

나. 定款 및 寄附行爲의 變更

우리나라의 경우 醫療法人이 그 재산을 處分하거나 定款을 變更하고자 할 때에는 도지사의 허가를 받도록 되어 있다(의료법 제41조3항). 따라서 財産을 處分하거나 정관변경에 대한 허가를 받고자 할 때에는 그 허가신청서에 보건복지부령이 정하는 書類를 첨부하여 소재지를 관할하는 도지사에게 제출하면 된다(의료법시행령 제19조). 다만, 醫療法人의 목적사업 범위가 두개 이상의 도에 걸치는 경우와 국가로

부터 공공차관을 지원받아 설립된 醫療法人의 경우에는 保健福祉部長官이 허가여부를 결정한다.

[그림 4-2] 日本 醫療法人의 定款變更 業務處理 節次



일반적으로 일본에 있어서의 정관 또는 寄附行爲의 변경은 도도부현지사의 認可를 받도록 되어 있다(그림 4-2 참조). 그러나 후생성령으로 정한 사항에 관계되는 정관 또는 寄附行爲를 변경하였을 때에는 도도부현지사에게 신고하도록 되어 있다. 도도부현지사는 醫療法人이 認可申請을 해 올 경우 醫療法 제45조15)에 규정한 사항 및 정관 또는 기부행위의 변경수속이 법령, 정관, 기부행위에 위반되는지의 여부를 심사하여 결정한다. 도도부현지사는 이러한 신청에 대해 인가 유무를 처분함에 있어서 반드시 도도부현의료심의회의 意見を 들어야 한다.

다. 醫療法人의 解散

우리나라의 경우 醫療法人의 해산이나 파산에 따른 업무의 종결은 일반적으로 민법에 준용하여 이루어지고 있다. 醫療法人이 해산한 때

15) 의료법인의 자산, 후생성령으로 지정하고 있는 요건에 해당하고 있는지의 여부, 그 정관 또는 기부행위의 내용이 법령의 규정에 위반하고 있는지의 여부 등.

에는 파산의 경우를 제외하고 그 청산인은 민법 제85조16)의 규정
 의한 解散登記를 한 후 제체없이 관련 사항 및 서류를 첨부하여 보건
 복지부장관 또는 道知事에게 신고하도록 하고있다. 醫療法人이 정관이
 정하는 바에 의하여 보건복지부장관 또는 도지사의 허가를 받게 되어
 있는 경우에는 法人解散許可申請書에 관련 서류를 첨부하여 보건복지
 부장관 또는 도지사에게 제출하도록 되어 있다.

의료법인의 대표자 또는 청산인이 민법 제80조 제2항17)의 규정
 에 의하여 殘餘財産의 처분에 대한 허가를 받고자 할 때에는 처분사유,
 재산의 종류, 처분방법, 계획서 등이 기재된 殘餘財産處分 許可申請書
 를 보건복지부장관 또는 도지사에게 제출하도록 하고 있다. 청산인이
 의료법인의 청산을 종결한 때에는 민법 제94조의 규정에 의하여 그
 취지를 등기하고 청산종결신고서에 등기부등본을 첨부하여 보건복지
 부장관 또는 도지사에게 제출하면 종결된다.

日本에 있어서의 醫療法人의 해산 역시 도도부현지사의 인가를 받
 아야 하며 도도부현지사는 도도부현의료심의회 의견을 듣고 이를
 결정한다. 해산한 의료법인의 잔여재산은 合併 및 破産의 경우를 제외
 하고 정관 또는 기부 행위가 정한 것에 따라서 그것을 귀속해야만 하
 는 자에게 귀속시키고 처분되지 않은 재산은 국고로 환수하도록 하고
 있다. 醫療法人도 총사원의 동의가 있을 때는 다른 사단 또는 의료법
 인과 합병할 수가 있다. 醫療法人이 合併하기 위해서는 이사의 2/3 이
 상의 동의가 있어야 하며 기여행위에 따른 별도의 규정이 있을 경우

16) 청산이 종결한 때에는 청산인은 3주간내에 이를 등기하고 주무관청에 신
 고하여야 함.

17) 정관으로 귀속권리자를 지정하지 아니하거나 이를 지정하는 방법을 정하
 지 아니한 때에는 이사 또는 청산인은 주무관청의 허가를 얻어 그 법
 인의 목적에 유사한 목적을 위하여 그 재산을 처분할 수 있음. 그러나 사단
 법인에 있어서는 총회의 결의가 있어야 함.

에는 예외이다. 합병 역시 도도부현지사의 인가를 받아야 한다. 醫療法人이 債權者에 대하여 이의가 있으면 일정 기간내에 말하고자 하는 내용을 공고(또는 채권자에게 최고)하도록 하고 있으며, 債權者가 기간내(2개월)에 합병에 대하여 이의를 제기하지 않았을 때에는 합병을 승인한 것으로 간주하고, 채권자가 이의를 말했을 때는 의료법인은 변제하거나 그에 상당하는 담보를 제공, 또는 채권자에게 변제 받도록 하는 것을 목적으로하여 신탁회사 또는 信託業務를 운영하는 은행에 상당의 재산을 신탁하도록 하고 있다. 합병에 따라 醫療法人을 設立하는 경우에 있어서는 정관의 작성 또는 기부행위 기타 醫療法人의 설립에 관한 사무는 각 의료법인에 있어서 선임한 자가 공동으로 시행하도록 하고 있다. 合併 후 존속하는 醫療法人 또는 合併에 의해 설립한 의료법인은 합병에 따라 삭감된 의료법인의 권리업무(當該 醫療法人이 행하는 사업에 관하여 행정청의 인가 및 기타 처분에 근거를 두고 權利業務를 포함)를 승계하도록 하고 있다.

第5節 日本 市場開放의 示唆點

한국의 의료시장 개방화는 의료서비스 및 醫療技術의 경쟁우위를 지니고 있는 선진 의료업체의 국내 유입을 불러 올 수 있다. 벌써 코리아매니지드케어社(Korea Managed Care Inc., 1995)가 한국 진출여부의 타당성조사를 한적이 있고, 하버드메디컬인터내셔널社(Harvard Medical International Inc.) 등의 몇 개 업체가 최근 한국 진입에 관한 妥當性 調査를 마친 것으로 알려지고 있다. 아직 의사의 면허증 문제와 낮은 재무적인 타당성 때문에 國內 進入을 관망하고 있으나 앞으로는 이러한 점을 극복하면서 진입을 시도할 것으로 예상된다.

선진국의 병원과 관련 산업의 국내 유입은 국내 병원의 病院經營技

법의 향상과 의료의 질 향상 촉진 등의 긍정적인 효과도 예상되나 투자이익을 보전하기 위하여 비급여부문이나 특정대상자 만을 대상으로 할 경우에는 (負)의 효과도 있을 것으로 예상된다. 이의 최소화를 위해서 검토한 일본 醫療界의 經驗 및 對應方案을 통해 다음과 같은 몇 가지 시사점을 얻었다.

첫째, 의료관련 실버산업, 健康檢診事業, 외주, 컨설팅 등의 비보건분야의 도입 가능성은 충분한 것으로 판단된다. 이를 위해 의사인력수급, 간호사 인력수급의 탄력성과 이들 인력의 質的 水準 向上을 위한 대책 수립이 요구된다.

둘째, 병원경영능력의 향상과 競爭力 向上을 위해 기업식 병원경영기법의 구사가 필요한 것은 인정해야 한다. 이에 따라 병원의 經營과 診療는 분리해서 운영하는 적극적인 경영체제로의 전환이 요구된다.

셋째, 인구 고령화에 대비한 醫療體系整備 및 서비스의 開發과 아울러 서비스 만족도의 向上方案을 마련하여야 한다. 국공립 병원과 의료법인 등의 공익성 의료기관에 대해서는 국고보조금의 합리적인 지원과 시설장비의 現代化가 요구된다. 특히 김(1996)의 보고서에서도 지적하였듯이 한국병원은 서비스 향상을 위해 病院施設의 개선은 물론 입원수속 절차의 개선, 관련시설의 정비가 시급한 것으로 나타났다. 또한 施設投資가 미비한 의료기관에 대해서는 재정적인 지원책은 물론 연수교육, 경영상담, 공동사업, 病院經營의 네트워크화 등을 실시하도록 하는 유인책의 제시가 요구된다.

넷째, 醫療法에 의한 醫療機關 개설자 규제는 한국과 거의 같은 내용이나 현행 일본 의료법 제9조에 규정되어 있는 영리목적의 병의원 개설 금지 조항은 1996년 8월에 검토된 行政規制 완화 위원회에서 제시되었듯이 개설 요건이 대폭 완화될 전망이다. 외국인 의사의 취업제한 사항도 한국의 규정과 대동소이하므로 한국의료계에 外國病院의

유입 가능성은 실현성이 적은 것으로 예상되고 있다. 단, 특수클리닉 서비스 분야, 노인전문병원 시설 등에 대해서는 외국기관의 진입이 가능한 것으로 예측된다. 1996년부터 고가 의료장비인 CT가 보험급여화됨에 따라 병원의 비보험수익이 급격히 감소(김경환 외, 1996)하여 노(1994)의 예상과 같이 고가 의료장비로 인한 수익 창출유인은 상대적으로 낮아졌다.

다섯째, 일본은 病院業務의 외주화가 가속되고 있어 병원관련산업의 대행기관이 유입되고 있다. 이에 비추어 볼 때 선진국 病院施設管理會社(예: 서비스마스터 등)의 진입이 한국병원에도 본격화될 것으로 추측된다. 즉, 한국의 病院經營管理의 전문성 결여로 인해 외국의 병원 경영주식회사로부터의 시범적인 대행운영, 병원경영컨설팅 등이 시도될 가능성은 충분할 것으로 판단되어 이 분야에 대한 國內産業의 육성, 의료경영컨설팅 자격제도 등의 도입도 필요한 시기이다. 일본의 가메다(龜田)병원은 전자의무기록시스템은 물론 병원관리 방식이 診療와 經營이 분리되어 운영되는 21세기형 병원으로 인정받고 있는데, 이러한 病院의 經營管理시스템과 관련된 경영컨설팅이 컴퓨터회사(예: 아이비엠, 도시바 등)와 공동으로 한국에 진출할 가능성도 배제할 수 없다. 이러한 면에서 한국의 병원은 리엔지니어링과 같은 經營革新技法 등을 도입하여 병원의 경영관리능력의 제고가 필요하다(남은우b, 1995).

여섯째, 醫療機關은 환자에게 진료에 관한 설명을 더욱 충실히 하여 국민들로부터 신뢰받는 한국적 의료로 새로 태어나야 할 것이다. 의료법의 제한, 의사의 자격과 언어상의 문제, 醫療保險酬價의 부적절성 등 때문에 선진 병원의 유입이 크게 우려할 만한 상황은 아니나 가능성이 전혀 없는 것은 아니므로 진료의 질향상을 통해 國際的인 水準의 病院으로 발전해야 할 것이다.

끝으로 한국과 일본의 병원경영성과를 비교해 볼 때 한국과 일본병원의 경영상태는 수익성이 그리 좋지 않은 것을 볼 수 있다. 외국의료기관 입장에서 볼 때 이것은 국내 진출에 대한 재무적인 매력이 별로 없는 국가로 분류하게 하는 요인으로 작용할 것이다. 즉 양국의 의료보험제도의 경직성, 민간의료보험이 없는 점, 의료보험수가의 불합리성 등으로부터 오는 병원경영의 어려움은 외국 의료기관의 진입을 망설이게 하는 요인으로 작용할 것이다.

第5章 醫療서비스 競爭力 強化方案

第1節 民間醫療部門의 自發的 努力強化

의료서비스의 先進化 또는 世界化에 대처하기 위해서는 무엇보다도 의료서비스의 질 개선과 병원경영기술의 향상이 있어야 한다. 이러한 目標가 달성되기 위해서는 우선적으로 民間部門의 부단한 노력이 있어야 하며 또한 합리적으로 경쟁할 수 있는 제도적 여건(정부의 역할)이 마련되어야 한다. 의료시장의 對外競爭力은 이러한 두 가지가 상호 조화를 이룰 때 달성될 수 있을 것이다. 본 절에서는 의료서비스의 경쟁력 향상을 위하여 民間部門에서 요구되는 몇 가지 사항에 대하여 제안을 하고자 한다.

1. 病院서비스 評價制度 強化

병원서비스 평가는 특정 병원에서 제공되는 의료서비스의 질에 대한 올바른 정보를 소비자에게 제공함으로써 醫療機關으로 하여금 의료서비스의 質 향상을 위한 강력한 압력과 유인책이 될 것으로 판단된다. 病院서비스 評價가 의료의 질 향상에 실질적인 도움을 줄 수 있는 방향으로 시행되어야만 해당 병원들의 호응을 얻을 수 있을 것이다. 예컨대, 공신력있는 기관에서 病院을 評價하여 공표하고 병원간 양질의 의료서비스가 제공되도록 경쟁을 유도함으로써 의료기관에 대한 불신을 해소하고 신뢰와 선호도를 높일 수 있다.

1995년에 「病院서비스 評價制」를 처음으로 도입하여 189개 항목에 이르는 평가기준 및 조사방법을 개발하고 39개 3차진료기관에 대해

試驗的인 評價를 실시하였다. 1996년에는 환자가 집중하는 58개 대형 종합병원(4백 병상 이상) 대상 중에서 1차 40개 병원에 대해 같은 해 12월 17일에서 20일까지 시범평가를 실시하였으며, 나머지 18개 대형 종합병원에 대한 2차 평가는 1997년 3월중에 실시할 計劃이라고 한다. 의료기관이 競爭力을 갖추기 위해서 서비스에 대한 평가는 매우 중요하다고 볼 수 있다. 그러나 현 시점에 이러한 평가는 다음과 같은 정책방향으로 이루어져야 한다.

첫째, 기존의 병원 표준화심사와 서비스평가제도는 통합되어 실시되어야 한다. 病院標準化審査는 1980년부터 대한병원협회가 주관이 되어 민간의료기관 자체내에서 실시해 오고 있는 사업인 반면 서비스평가는 政府主導로 1995년부터 실시하고 있는 別個의 사업이다. 양자 모두 의료기관이 보다 효율적으로 운영되고 양질의 의료서비스를 제공하도록 한다는 측면에서 실시 취지가 같다고 할 수 있다. 서비스 평가에 대한 이러한 평가들이 이원화되어 진행된다면 평가를 당하는 醫療機關 입장에서는 여러가지 부담을 갖게 될 뿐만 아니라 평가자체의 강도가 흐려질 수 있다. 평가가 民間醫療機關을 구속하는 規制의 수단으로 작용할 소지가 있을 수 있고 평가결과에 따라 의료기관이 불이익을 당할 수 있기 때문이다.

둘째, 병원의 서비스 평가는 醫療界 자신들의 심사기준에 의하여 민간기관 스스로 자신들을 평가하고 이를 소비자에게 공표하도록 하여야 한다. 그렇지 않고 정부의 개입이 있을 경우 그 실행과정에 있어서 여러가지 잡음이 발생할 것이다. 그러한 의미에서 1996년에 이루어졌던 병원의 서비스평가제가 시행 자체로 끝난 점은 매우 아쉬운 일이다. 이점에 비추어 일본의 病院서비스 評價制度는 우리에게 시사하는 바가 크다. 일본의 의대학교수들은 유명병원 53개를 조사하고 순위를 매겨 「제2회 미슈란 보고서」를 발표하였다. 물론 1996년 뿐만 아니라

1995년에도 이러한 조사가 이루어졌으며 그 결과가 공표되었다. 民間醫療機關의 자체적인 실사와 노력이 이행되었기 때문에 의료기관 자체도 評價結果에 대하여 겸허히 받아들이고 수용할 수 있었다고 본다. 이런 점에 비추어 볼 때 현실적으로 병원서비스를 평가하고, 순위를 공표할 엄두도 못내고 있는 우리의 민간병원이나 정부의 현실이 안타깝기만 하다. 미국 등 선진국에서는 이미 표준화심사가 일반화되어 있다. 地域醫師會가 동료의사들의 비리를 감시하고 병원의 수술성공률을 평가하기도 한다.

셋째, 評價結果가 공표됨으로써 그 결과를 정부사업과 연계하고 유인하는 보상책을 제시할 수 있어야 한다. 의료기관의 서비스 평가가 어느 정도는 공표됨으로써 소비자에게 올바른 정보를 제공하고 의료기관이 공정한 경쟁을 유도하게 할 뿐만 아니라 醫療界는 자체적인 경영개선 노력을 할 것이다. 이런 점에 비추어 볼 때 정부의 유인 보상체계는 매우 필요하다. 評價結果에 대한 직접적인 이익과 불이익을 주기보다는 긍정적인 측면에서 부분적인 보상을 제공함으로써 자체적인 의료환경개선 및 서비스 개선을 유도하는 것이 필요하다.

넷째, 病院 中心으로 평가를 실시해 나가야 하며 자발적인 참여를 통하여 이루어져야 한다. 의료기관의 평가에 대한 참여는 民間醫療團體의 자발적인 의사와 서비스 개선 평가의지를 통하여 이루어져야 하며 이러한 평가결과를 통한 자체적인 반성만이 의료서비스의 질 향상에 성과가 있을 것이다.

끝으로 병원서비스 평가는 1997년까지는 객관적인 평가가 될 수 있도록 평가기준과 調查方法을 확정하고 1998년에 示範實施하며, 1999년에는 그간의 평가결과를 토대로 보완하여 2000년부터 본격적으로 확대·실시되어야 한다.

2. 醫療서비스 提供體系의 多樣化

全國民醫療保險 실시 이후 소비자들의 대형 종합병원 선호에 따라 중소병원들은 진료수입이 크게 줄어들어 경영에 어려움을 겪고 있으며, 대형 종합병원에 비해서 의료인력, 醫療施設 및 裝備, 전문경영인의 부재 등 자본규모가 영세한 실정이다. 이러한 어려운 여건에서 中小病院이 경쟁력을 갖고 양질의 의료서비스를 제공하기 위해서는 의료서비스의 제공체계를 다양화하는 것이다. 즉, 의료서비스를 제공할 수 있는 시설을 제각기 특화시키는 것이다.

첫째, 병원급의 醫療機關은 자신의 진료분야에 맞는 專門科目을 선택함으로써 병원기능을 전문화시켜야 한다. 이것은 대형병원에 비하여 진료면에서 경쟁적 우위를 확보할 수 있다. 구체적인 유형으로는 노인성 질환을 專門治療하거나 만성질환중 일부를 선택하여 서비스를 제공할 수도 있다. 예를 들면 노인병원, 장기요양시설, 종말환자진료(호스피스), 임종간호, 가정방문간호 및 상담 등을 실시하는 專門病院으로 전환할 수도 있을 것이다. 이외에도 전문클리닉, 아동만을 대상으로 하는 아동전문병원이 있을 수 있다. 이러한 특화는 적어도 2~3개의 전문과목별 집단화를 통하여 구성하도록 하며 따라서 규모의 경제를 이루도록 한다.

둘째, 환자들에게 가까이 있는 동네병원을 만드는 것이다. 지역내의 住民들이 진정 원하는 醫療서비스가 무엇인지를 이해하려는 끊임없는 노력과 연구는 미래 병원의 생존전략이 된다. 이를테면 환자서비스 관리를 위해 퇴원한 환자들에게 1개월 이내에 편지 및 電話訪問을 통하여 재원 및 내원시의 불편한 점과 개선 및 건의하고 싶은 내용을 일일이 점검하여 가능한 한 이를 수용하여 실천하는 것이다.

또한 환자진료 측면에서는 환자가 오기만을 기다리는 소극적인 태도를 탈피하여 적극적으로 地域社會에 참여하는 병의원이 되어야 한

다. 이를테면, 地域社會 노인을 위한 무료진료라든가 예방차원의 무료 진료를 제공하여 地域사회에 좋은 이미지를 심어 놓는 것이 필요하다. 결국 地域사회 주민은 중한 질병이 아니면 다른 종합병원을 찾지 않을 것이다.

셋째, 의원이나 中小病院은 개방형 병원체계를 구축하여 상호 조화를 이룰 수 있도록 하여야 한다. 향후 보건복지부는 200~300 병상의 중규모 병원을 대상으로 입원, 수술, 診療支援 體制를 갖추도록 하고, 해당지역의 개원의들에게 시설을 개방하는 한편 개원의원들은 1차 외래진료만 맡도록 하는 개방형 병원제도 도입을 적극 검토하고 있다고 한다. 專門病院과 개방병원이 제대로 정착될 경우 의료시설의 중복투자가 억제될 수 있으며, 또한 종합병원으로 집중되는 환자를 어느 정도 분산시킬 수 있을 것이다.

넷째, 병원 차별화의 한 형태로서 地域住民을 대상으로 건강관리, 질병예방, 치료등 포괄적 의료서비스를 제공하는 병원으로의 전환도 검토해 볼 수 있을 것이다.

다섯째, 선진국의 유명병원과 경쟁할 수 있는 병원을 육성하기 위해 소수의 營利法人 형태의 病院設立을 검토해 볼 수 있다. 단 영리병원의 수익이 첨단의학기술 개발에 투자하도록 유도하여 우리나라 의학기술의 발전과 확산에 기여하도록 해야 할 것이다.

3. 專門經營人에 의한 責任經營制의 導入

의료보험수가의 통제 등 외부환경이 악화될수록 그리고 開放化時代에 걸맞는 경영전략은 철저한 내부관리를 통한 경영합리화를 추구하는 데 있다고 보여진다. 산출량 極大化나 費用節減運動을 전개하는 것은 바로 병원의 경쟁력을 제고시키는 것이다. 그러기 위해서는 다음과 같은 경영기법이 병원관리에 이용되어야 한다.

첫째, 의료진은 진료에만 전념하고, 醫療機關經營은 전문경영인(병원관리 전공자) 혹은 병원행정가에게 맡김으로써 분업화를 이루어야 한다. 병원경영에도 인사관리, 재무관리, 마케팅, 기획 등의 다양한 최신 경영기법이 도입되어야 한다.

둘째, 대형 綜合病院은 철저한 부서단위의 책임경영제를 도입하여 상호 병원운영의 효율성을 평가할 수 있어야 한다. 이를 위해서는 예산관리 시스템을 병원 중심에서 부서별 중심으로 전환하고, 固定費用을 제외한 유동비용(인건비, 재료비, 일반경비, 관리비 등)을 부서별 중심으로 전환함과 동시에 철저한 평가시스템 도입이 이루어져야 한다. 이같은 病院組織은 미국의 존스 홉킨스 병원에서 시도되고 있으며 부서장은 예산 편성, 인사 및 임상적·재정적 성과에 대하여 責任과 權限을 갖는다(유승흠, 1990).

셋째, 병원도 하나의 조직으로서 독립적으로 병원내 經營分析 및 자문실을 두면서 專門經營人의 지위와 역할을 보장하는 것이 필요하다. 의료인력과 행정인력의 역할을 철저히 분리함으로써 병원의 진료외적인 업무영역에서는 기업의 경영마인드 원리를 도입하는 것이다. 專門診療業務와 行政業務를 철저히 분리하여 환자진료 생산성과 사무관리의 효율성을 높여야 한다. 병원경영이 어려운 시점에서 民間病院은 이러한 제도를 적극적으로 도입하여 경영효율화를 꾀하는 것이 필요하다. 우리나라에도 「현대병원경영연구소」와 같은 병원을 대상으로 경영컨설팅을 해주는 기관이 있으나 일본이나 미국의 경우에는 이러한 사항이 매우 一般化 되어 있다.

넷째, 收益性을 追求하되 서비스의 개선이 이루어지는 방향으로 추진한다. 수익성 향상의 근원은 수입증대와 비용절감인데 수입증대의 근원은 가격인상 혹은 환자수 증가에 있다. 이 중에서 예약제를 잘 활용한다든지, 진료절차 개선을 통한 患者 待期時間을 短縮한다든지 하

는 방법을 통해 환자의 만족도를 향상시키고, 결국 환자수가 증가하는 식의 수입증대가 이루어진다면 그것은 바람직한 방법일 것이다. 그러나 責任經營制를 도입하는데 있어서 가격인상의 방법을 바탕으로 하는 수입증대보다는 환자수 증가나 비용절감을 통한 수익성 향상이 더욱 바람직한 것으로 평가될 수 있다.

다섯째, 專門經營人에 의한 책임경영제의 활성화를 위해서는 지속적으로 병원경영전문가를 양성하여야 한다. 병원은 여러 專門部署가 상호 조화를 이루면서 의료서비스를 생산하는 하나의 공장과도 같은 곳이다. 따라서 부서별 의료이익의 발생이 다양할 수 밖에 없다. 의료서비스의 생산과정별 收益發生 정도에 대하여 많은 경험과 전문적인 지식을 갖출 수 있는 전문경영인을 지속적으로 양성하여야 한다.

위와 같은 기본적인 조건이 전제된다면 전문경영인에 의한 經營方式의 導入은 병원경영의 합리화에 긍정적인 영향을 미칠 것으로 전망된다. 그러나 우리나라와 같은 병원형태에서는 病院運營 및 經營合理化에 관해 의사와 경영전문인간의 의견마찰이 쉽게 예상될 수 있다. 그것은 진료서비스를 더 중시하는 의사의 입장과 비용을 더 중시하는 專門經營人의 立場에는 항상 견해차이를 발견할 수 있기 때문이다. 그러므로 의사와 시설이 분리되어 있지 않거나 소유주와 경영이 분리되지 않는 경우에는 專門經營人의 역할이 크게 제한을 받게 되며, 이것은 專門經營人에 의한 병원경영을 촉진하는데 저해요인으로 작용한다.

4. 中小病·醫院과 地域內 據點病院間의 協力關係 構築

大學附屬病院이나 종합병원의 대형화 또는 체인화 현상으로 인해 점차 중소병원의 경쟁력이 악화되고 있는 실정이다. 의료서비스 시장이 대외적으로 경쟁력을 갖추려면 의료기관은 철저하게 地域社會를 위한 기관이 되어야 하고 醫療機關間의 관계는 경쟁보다는 보완적인

협력관계를 통하여 서비스의 질의 향상을 이루어야 한다. 지나치게 경쟁을 할 경우 의료자원의 낭비는 물론 국민의 의료비지출은 더욱 증대될 것이다.

이와 같은 의미에서 대형 종합병원은 지역내의 거점병원으로서 中小病·醫院과의 연계체계(협력관계)를 구축하여야 한다. 그 내용은 큰 병원의 시설이나 첨단장비를 이용하게 함으로써 中小病·醫院의 시설이나 장비의 과잉투자를 줄일 수 있고, 환자의 이송·회송체계를 강화함으로써 필요한 경우에는 협력 병원에서 據點病院으로 환자를 이송하고, 거점병원에서는 그 환자를 진료한 후 다시 협력 병의원으로 회송토록 하는 체계를 확립하는 것이다.

아울러 據點病院에서는 경미한 환자나 회복기의 患者를 가능한 한 협력 병의원으로 보내 거점병원의 병상회전율을 높여 병상부족에 대처하고, 협력병원의 병상활용률을 높여 경영합리화를 꾀하며, 환자의 費用負擔도 줄일 수 있도록 한다.

이런 의미에서 삼성의료원이 환자회송체계 정착으로 1년간 1,300명의 환자를 회송하여 地域 病·醫院과 역할을 분담한 사실은 매우 긍정적이라고 볼 수 있다. 지역사회 병·의원과의 연계를 통해 의뢰받은 患者를 집중 치료하여 의뢰한 병·의원으로 회송하고, 지역내 병·의원과의 기능분담을 꾀하였다.

초진환자의 경우 중증환자를 선별하여 진료우선순위 정하고 경증환자는 지역내 병·의원으로 추천회송하고, 재진환자중 治療方針이 확정된 환자는 居住地 病·醫院으로 회송하였다. 이와 같이 지역내 병·의원에서 의뢰한 환자를 중증도에 따라 우선진료 및 검사하고 그 치료 결과를 다시 지역 병·의원으로 회송하는 서비스를 제공하는 체계가 필요하다.

5. 費用節減을 위한 共同管理體系 構築

醫療機關을 운영하는 데 있어서 비용을 줄이는 것은 수익성을 높일 수 있는 첩경이 될 것이므로 醫藥品이나 재료구입에 규모의 경제성을 최대한 살리고, 지역내 장비나 시설의 중복투자를 최대한 억제하여 서비스의 원가절감을 유도하는 것이 절대적으로 필요하다.

비용절감의 방법은 개별 병원의 내부적인 노력에 의해 이루어질 수도 있을 것이지만, 비슷한 규모의 中小病院끼리 연합하여 공동구매하거나 서비스의 공동이용, 호텔서비스의 외주용역을 공동으로 주는 방법이 더욱 바람직할 것으로 보인다. 그같은 방법을 통해 규모의 경제성을 살릴 수 있는 것은 물론이고, 더 나아가 經營情報體系를 확립하여 病院經營에 필요한 정보를 제공함으로써 경영합리화 효과를 크게 거두는 이점을 가질 수 있다. 이때 공동관리체계를 운영하기 위한 별개의 협회를 구성하기보다는 기존의 시·도 病院協會內에 전담기구를 설치하여 지역별, 규모별로 비슷한 욕구를 가지는 병원들끼리 연합하도록 하는 방법이 기존 조직의 활용이나 비용절약의 측면에서 더 바람직하리라고 본다.

협회의 事業內容은 의약품이나 재료를 공동구매하고, 高價醫療裝備나 임상검사시설을 공동으로 이용하게 하며, 급식, 세탁, 청소, 경비 등의 호텔서비스에 대한 공동 외주용역사업 등을 통해 中小病院의 비용절감을 꾀하는 것이다. 이같은 사업을 수행하는 데 필요한 비용은 회원병원에게 부과하면 된다.

協會와 會員病院間의 관계는 사업별로 다를 수 있는데, 공동 구매사업과 외주용역사업은 회원병원으로부터 주문을 받아 협회가 공급업자와 계약하는 단일창구 역할을 한다. 그리고 共同利用事業에 대해서는 협회가 회원병원들간의 공동이용을 주선하는 형태가 될 것이다. 각 사업별 내용을 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

가. 共同購買事業

공동구매 대상품목은 의약품, 의료소모품, 給食材料 등이다. 이같은 품목은 공개경쟁 입찰에 의한 대량구매로 인하여 훨씬 싼 가격으로 구입할 수 있으며, 또한 계약기간을 3~4년으로 잡는다면 공급업자들이 안정된 市場條件下에서 계획생산을 할 수 있게 하므로 품질의 향상과 가격저하를 가져오게 된다는 잇점이 있다. 이 사업은 美國에서 1981년에 시작되었는데 1986년까지 매년 47%씩 성장을 기록한 것이다(정기선, 1988b).

病院購買를 대행시킴으로써 얻는 또 하나의 잇점은 구매과 직원수를 줄이고 다른 업무(구매품목의 시장조사, 재고관리)에 시간을 할애하게 할 수 있다는 것이다. 또한 都賣商을 배부처로 활용하면 약품을 회원병원에게 신속하게 공급할 수 있기 때문에 약품의 재고비율을 낮추고 자금회전을 빨리 할 수 있는 잇점도 갖게 된다. 在庫比率의 최저 수준 유지는 병원의 수익성을 높이는 데 긍정적인 요인으로 작용하고 있음이 여러 연구에서 입증되고 있다. 共同購買事業에의 참여를 유발하기 위해서는 수시로 市場調査를 통해 시장정보를 회원병원에 제공하고, 공동구매에 따른 가격 및 상품의 품질이 보장되어야 한다. 아울러 각 병원에서 使用結果를 分析하여 제조회사에 시정조치등 다양한 의견을 제시함으로써 품질 좋은 상품이 저렴하게 구입될 수 있어야 한다.

나. 共同利用事業

醫療裝備를 얼마나 갖출 것인가를 결정하는 것은 病院經營에 있어서 큰 의미를 갖는다. 그것은 의료기능의 범위와 내용에 영향을 미칠 뿐 아니라 다른 醫療機關과의 경쟁적 위치에도 영향을 주며, 투자비용과 운영비에도 차이가 나기 때문이다. 최근에는 일정 규모 이상의 병

원에서는 모두 고가의의료장비를 설치하기 때문에 장비의 이용률이 크게 둔화되어 특히 中小病院의 收益性을 크게 떨어뜨리는 요인으로 작용하고 있다. 이것은 고가장비의 도입 이전에 치밀한 費用便益分析을 하지 않은 데서 나타나는 현상이라고 볼 수 있다. 따라서 가격이 너무 비싸서 구입하기 어렵고 설치시 투자된 자본회수를 보장하기 힘든 尖端醫療裝備나 기타 설비를 공동 활용하고, 또는 인력센터를 운영하여 병원취업에 관한 정보를 준다.

첫째, 高價醫療裝備의 경우 한 병원에 설치하여 다른 병원들이 이용하도록 하는 방법이나 여러 병원이 합의하는 장소에 설치하고 공동 이용하는 方法이다. 또는 트레일러에 설치하고 예약된 시간에 따라 각 병원을 순회하는 방법을 통해 高價醫療裝備를 공동 이용함으로써 첨단의료장비의 사용효율을 증대시키고 병원의 장비구입 비용을 절감할 수 있다. 이 밖에도 비싸지만 건수가 많지 않은 수술세트 등의 共同利用도 관리비 절감에 도움이 된다.

둘째, 여러 병원이 임상검사센터를 설립하고 特殊檢査나 검사량이 많지 않은 檢査를 共同으로 하는 방법이나 전문검사업체에게 의뢰하는 방법, 시설이 잘 갖추어진 병원에서 다른 病院의 檢査를 대행해주는 방법 등으로 영세병원의 임상검사의 불편을 해소해 줌으로써 고객서비스의 영역 확대와 시간절약을 꾀할 수 있으며 환자확보도 가능하다.

셋째, 會員病院의 관리자 세미나, 사무직관리 직원의 敎育 및 訓練 등을 공동으로 실시함으로써 자질을 向上시키고, 또한 새로운 정보를 획득하여 제공함으로써 경영효율화를 달성할 수 있을 것이다.

다. 外注部用役事業

우리나라의 직종별 人力分布를 일본과 비교할 때 비의료직 인원이 상대적으로 과다(100명당 19명 정도)하다는 점을 지적할 수 있다. 일

본의 비의료직 인원의 감소는 사무전산화와 外注用役의 活性化로 사무·기능직 인원을 대폭 감축할 수 있었던 데 기인한 것으로 보여진다. 외부의 좋은 施設과 裝備를 갖춘 전문업체에 세탁, 청소, 경비 등을 위탁함으로써 호텔서비스의 원가절감은 물론 보다 서비스로 질을 높이고, 세탁에 필요했던 병원공간을 다른 용도로 활용할 수 있다. 우리나라의 中小病院에서도 세탁, 청소, 食堂, 警備, 임상병리업무 등을 외주용역하는 병원들이 점점 증가하고 있는 추세이다. 현재 외주서비스에 대한 만족도는 보통 이상인 경우가 80% 이상을 차지하고, 原價費用도 업무에 따라 20%까지 절감되는 것으로 나타난다(정진상, 1988).

병원의 경영합리화 차원에서 비의료직 인원을 줄이고 空間活用을 높이기 위해 外注事業을 활성화할 필요가 있다고 보여진다. 다만 병원의 기존 직원처리, 외주업체의 서비스의 질 저하 등의 문제점을 줄여야 하는데, 특히 전문 職業意識의 결여나 규모의 영세성에서 오는 질의 저하를 방지하기 위해서 용역업체의 육성, 活性化가 이루어져야 할 것이다.

6. 病院의 醫療情報管理體系의 構築

병원을 운영함에 있어서 당면한 여러가지 문제점을 해결하기 위한 의사결정을 지원할 수 있는 病院管理情報體系(Hospital Management Information System, HMIS)의 구축은 병원경영이 어려운 현재의 시점에서 매우 절실하게 요구되는 사항이다. HMIS는 환자 진료실적, 재무상태, 生産性 등 각종 病院經營指標를 산출하여 이 지표를 유사규모 병원군 및 전체 병원군의 평균지표와 비교·평가함으로써 病院管理者가 경영개선 방안을 적정하게 설정할 수 있도록 돕는다. 뿐만아니라 진료의 생산성과 수익성에 관한 객관적 지표를 통해 의료진의 협력을 유도함으로써 人的·物的 資源活用の 효율성을 증대시킬 수 있게 한다.

이러한 병원에서의 醫療情報管理體系의 구축은 궁극적으로 병원경영 합리화를 도모하고, 의료기관이 당면하고 있는 정책적 과제의 해결에 적절한 정보자료를 제공함으로써 병원의 競爭力 提高에 기여하게 될 것이다.

7. 民間醫療機關의 自發的 參與

醫療市場 개방과 관련하여 의료기관이 대외적인 競爭力을 갖추기 위해서는 무엇보다도 醫療機關內에서 의료서비스의 향상을 위한 노력과 참여가 요구된다. 좀더 세심한 배려와 노력으로 환자 위주로 생각하고 설명을 함으로서 양질의 의료서비스를 提供하여야 한다. 우리나라의 경우 환자들은 의료인이나 간호사, 행정직 직원들에 대한 만족도가 그리 높지 않다. 病院標準化事業과 의료기관서비스 評價事業을 통하여 보다 양질의 의료서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다. 經營革新, 친절운동의 전개 등으로 서비스 개선에 적극 나서야 한다.

이러한 좋은 사례로는 경북안동병원이 있다. 안동병원은 심한 노사분규와 무리한 施設增設 등으로 인하여 병원의 經營狀態가 매우 악화되어 있었다. 그러나 일본 MK택시의 서비스를 벤치마킹해 전직원이 친절운동에 적극 동참함으로써 經營收支 安定化를 이룰 수 있었다.

第2節 政府의 制度的인 支援擴大

앞 절에서 우리는 의료서비스의 競爭力 향상을 위하여 민간부문에서 요구되는 몇가지 사항에 대하여 알아보았다. 민간부문에서 아무리 서비스 競爭力 向上을 위하여 노력한다 하더라도 制度的으로 뒷받침이 되지 않으면 그 목표는 달성될 수 없다. 본 절에서는 의료시장 개방

과 관련하여 의료서비스의 경쟁력을 提高하기 위해서 향후 정부는 어떠한 역할을 해야 하는지 몇 가지 사항에 대하여 제언을 하고자 한다.

1. 保險酬價 水準의 現實化

醫療保險酬價에 관련해서는 두 가지 문제점이 지적되고 있다. 첫째 의료보험수가 수준이 낮아 醫療市場의 供給조정 기능이 원활하게 작용되지 못하고 있다. 초과수요를 派生시켜 수요자는 ‘3시간 대기 3분 진료’와, 불친절을 받아야만 하는 반면 공급자는 일정한 수입을 유지하기 위해서 불필요한 수술을 포함한 過剩診療, 過剩投藥, 중복검사 등을 함으로써 소비자로부터 불신을 받게 된다. 둘째, 진료항목·진료과목간 수가수준의 구조적 불균형으로 인해 醫療供給의 왜곡현상이 심각하다는 것이다. 예를 들면 수가가 낮은 진료를 기피하는 대신에 보험수가 적용을 받지 않는 비급여항목의 진료에 치중한다든지 또는 非供給 與 診療항목 개발에 의해 비싼 醫療資源이 낭비되고 있다.

이러한 문제점들은 의료자원의 낭비를 가져다 줄 뿐 아니라 의료서비스의 질적 향상이나 醫學水準의 발전을 기대할 수 없게 만든다. 향후 이같은 현상이 지속된다면 선진국과의 경쟁에서 낙오될 뿐 아니라 우리 모두에게 도움이 되지 않는다고 본다. 따라서 現行 醫療保險酬價의 수준과 구조를 합리적으로 재조정하는 작업이 가장 시급히 선결해야 할 과제라 여겨진다. 그러기 위해서는 의료수가 引上率의 결정이 전적으로 物價관리 차원에서만 검토되는 사고는 止양되어야 한다. 왜냐하면 저수가로 통제한다고 해서 消費者物價 상승률 목표선이 유지된다는 보장이 없다. 그 이유는 비현실적으로 낮은 醫療酬價 하에서는 수요자의 도덕적 해이와 供給자의 유인수요에 의해 의료이용량이 크게 증가하게 되고, 또한 診療歪曲에 따라 醫療資源의 지출이 훨씬 많이 증가되기 때문이다.

이같은 맥락에서 過剩診療 등 불필요한 진료량을 크게 줄일 수 있는 장치만 마련된다면 의료수가의 인상을 현실화한다고 해서 소비자 물가 상승 목표선을 크게 앞지르지는 않을 것이다. 그렇다면 보험수가의 구조적 조정에 의해 의료보험수가는 현실화하되, 전체 의료비는 크게 증가하지 않도록 하기 위한 장치 마련이 또한 선결되어야 할 과제이다. 이것은 현행 비용조장적인 行爲別酬價制에서 費用節約을 유도할 수 있는 「선불지불보상제」로 전환해야 함을 의미한다. 그렇게 되면 과잉 진료, 과잉투약, 과잉검사 등의 관행이 크게 개선될 것으로 전망된다.

우리가 검토해 볼 수 있는 선불지불보상제로써 질환별 포괄수가제(DRG)의 導入이 하나의 대안이 될 수 있다. 예컨대, 질환별 포괄수가제는 맹장염으로 진단되어 맹장수술을 받은 환자인 경우 그가 7일을 입원했던 10일을 입원했다간에 입원기간에 상관없이 똑같은 治療費를 적용한다. 따라서 환자가 오래 입원할수록 손해가 발생하기 때문에 병원측은 될 수 있으면 診斷과 治療過程을 조속히 해결하기 위해 노력하게 된다. 이같은 선불지불보상방식은 의료기관이 스스로 불필요한 의료서비스의 제공을 절제하고 효율적인 診療方式을 채택함으로써 수익을 누릴 수 있도록 유인하게 된다.

미국의 메디케어 및 메디케이드 프로그램의 入院部門에 適用되고 있는 DRG의 평가는 의료비 증가율을 둔화시키는데 기여한 것으로 나타났다. DRG의 적용을 받지 않는 外來利用이 크게 증가하여 메디케어 外來部門에도 DRG 적용을 검토·추진중에 있다. 부작용으로는 의료공급자가 환자 진료비가 높은 진단명으로 기재할 可能性이 많다는 지적이 있고, 또한 동일 DRG에 속한 환자라도 치료비용의 차이가 있으므로 醫療供給者가 중증의 환자를 회피할 유인이 존재한다는 점이다. 하지만 미국의 경우에는 이러한 문제는 그다지 발견되지 않았다는 연구보고가 있다. 실제로 입원시 환자의 중증도에 治療費用을 미리 예

측하기가 쉽지 않기 때문이다. 患者들에게 필요한 수준 이하로 의료서비스를 제공할 가능성이 있다는 지적에 대해서 미국의 경우 DRG 도입 이후 환자의 치료결과가 나빠졌다는 연구는 거의 없다. DRG도입 이후 미국의 병원경영에 많은 혁신이 이루어진 사실을 감안한다면, 우리나라에도 DRG를 도입하면 醫療供給者의 형태에 많은 변화를 가져오는 전기가 될 것이다.

2. 醫療傳達體系의 確立과 一次醫療의 強化

감기만 걸려도 환자 자신의 판단에 따라 큰 병원을 찾는 것은 大學病院이나 3차의료기관에 환자가 집중하게 함으로써 의료자원이 낭비될 뿐 아니라 間接費用도 크게 발생시키고 있다. 이와같이 대형 종합병원의 무분별한 의료이용 관행이 계속된다면 外國人이 투자한 종합병원에도 환자가 편중될 가능성이 높다. 따라서 이러한 현상을 미연에 방지해야 하고, 아울러 醫療資源의 效率的 活用이라는 측면에서도 실효성있는 의료전달체계의 확립이 강력하게 요구된다. 따라서 의료기관을 1차, 2차 및 3차로 명확하게 구분하여 환자와 의료기관들이 이를 지킬 수 있도록 하는 엄격한 制度的 裝置를 마련해야 할 것이다. 여기서 3次 醫療機關은 의학교육, 진료, 의학연구 기능을 수행하며, 의학 및 의료기술을 개발하여 하위 의료기관에 확산시키는 역할분담이 이루어져야 한다. 2차의료기관은 특수기능을 갖는 專門病院이나 장기치료 환자를 위한 장기 療養施設의 기능을 갖도록 한다.

1차의료기관은 영국에서처럼 국민건강에 대한 과수꾼의 역할을 담당한다. 그러기 위해서는 주치의제도를 본격적으로 도입하여야 한다. 主治醫制度의 도입 필요성은 이웃 일본과 비교해 보아도 알 수 있다. 일본의 醫療法을 보면 「往診醫師」라는 것이 있다. 전문적 진료시설을 갖추지 않고 그 거주지 주소로서 의료기관을 대신하도록 하여 地域社

會 患者들에게 방문진료서비스를 제공한다. 미국이나 일본에서 시행되고 있는 이러한 主治醫制度를 볼 때 향후 우리나라도 빠른 시일내에 정착시켜야 한다.

정부에서는 主治醫制度를 본격적으로 도입하고자 시범실시를 시도하고 있는 것으로 알고 있다. 그러나 실질적으로 의사들은 이에 대하여 반대하는 입장을 표명하고 있다. 본질적인 문제는 의료인력 전체가 의료시장의 酬價構造에 대하여 전반적으로 불만을 갖고 있기 때문에 발생한 것으로 해석할 수 있다. 이러한 측면을 고려하여 의료인의 동의를 얻고 유인할 수 있는 정책을 펼쳐야 할 것이다. 일차의료가 제도적으로 잘 정착될 수 있도록 하려면 우선적으로 다음과 같은 정책방향이 설정되어야 한다.

첫째, 一次診療를 담당하는 의사로서의 매력을 가질 수 있는 여러 가지 유인책이 강구되어야 한다. 예를 들면 단과 專門醫와 비교할 때 상하의 관계가 아니라 단지 기능과 역할의 분담이라는 자부심을 갖도록 經濟的·制度的 인센티브제를 도입한다. 둘째, 외국과 같이 일차진료 수련을 받는 專攻醫에 한하여 개원시 장기 저리용자와 稅制減免 혜택을 준다. 셋째, 一次診療에서 필수적으로 제공되어야 할 환자에 대한 豫防敎育과 상담 및 왕진 등과 같은 서비스를 보험수가에 반영시키고, 또한 외래 진료도 최소 30분 가량의 진찰을 받으며 친절하고 자세한 의사의 설명을 들을 수 있도록 한다. 그러기 위해서는 한명의 醫師가 진료할 수 있는 환자의 수를 제한해야 하는데, 이때 醫療酬價의 인상도 뒤따라야 할 것이다. 넷째, 一次診療 의사가 미국의 개방형 병원체계나 지역 거점병원에 적극적으로 참여할 수 있는 기회가 주어져야 한다. 이를 위해서는 개방형 병원의 도입을 적극적으로 검토해 볼 수 있다. 어텐딩시스템 하에서는 개방형 병원에 등록된 의사가 자신의 환자를 의원에서 진료한 후 병원에서의 入院診療와 수술적 처치

가 필요하다고 판단되면 개방형 병원으로 이송하여 더 자세한 검사나 처치를 통해 환자를 치료하게 된다. 환자가 이미 推定診斷을 받고 입원하여 이어지는 후속 진단과 치료가 신속하게 진행할 수 있기 때문에 병상회전율도 빨라서 병실을 구하지 못해 입원을 못하는 경우는 드물 것이다.

3. 中小病院의 中小企業 適用範圍 擴大

대기업의 병원참여가 본격화되고 거대화되고 있을 뿐만 아니라 소비자의 3차 綜合病院을 선호하는 경향이 뚜렷해 지고 있는 시점에 있어서 중소병원의 어려움은 점차 증가하고 있다. 중소병원에 대한 지원을 강화하기 위하여 보다 확대된 中小病院의 범위를 중소기업의 범주에 포함시켜야 한다.

정부는 1997년부터는 종업원수가 100명 미만인 병의원 등을 중소기업기본법에 의한 中小企業으로 분류함으로써 지원을 꺾하고 있다. 병의원 등이 중소기업으로 분류되면 예컨대 의료기기를 사들일 경우 투자액의 10%에 해당하는 금액을 세액에서 공제받게 되는 등 投資內容에 따라 3%에서 15%의 세액공제 혜택이 주어진다고 한다. 그러나 이러한 중소기업의 범위는 기존의 中小企業 범위에 대한 기준과 비교해 볼 때 다음과 같은 점에서 매우 협소한 실정이다.

첫째, 중소기업의 범위에 해당하는 업종별 常時勤勞者를 기준으로 할 때 중소병원의 中小企業 포함범위는 근로자 300명 이상으로 하여야 한다. 중소기업기본법시행령 제2조는 중소기업의 범위¹⁸⁾를 한국표

18) 시행령 제3조는 소기업을 광업, 제조업 또는 운송업을 주된 사업으로 하는 경우에는 상시근로자 50인 이하, 건설업인 경우는 30인 이하, 전기, 가스 및 수도사업, 도·소매업, 기타 서비스업을 주된 사업으로 하는 경우에는 상시근로자수가 10인 이하를 소기업으로 분류하고 있음.

중산업분류의 해당 업종 중 常時勤勞者가 20명~1,000명 이내로 하고 있으며, 업종별 상시근로자 분포를 보면 <表 5-1>과 같다. 정부는 中小病院의 범위를 상시근로자 100명 이내로 하였으며 이러한 기준에 해당되는 업종은 전체 중소기업의 21.3%에 불과하다.

<表 5-1> 中小企業의 常時勤勞者 數 基準

(단위: 명, 개소, %)

상시근로자 수	해당업종	비율	누적비율
20	2	1.3	1.3
50	15	9.4	10.6
100	17	10.6	21.3
200	5	3.1	24.4
300	8	5.0	29.4
400	21	13.1	42.5
500	69	43.1	85.6
600	14	8.8	94.4
700	7	4.4	98.7
1,000	2	1.3	100.0

註: 통계청 고시 제91-1호(1991.9.9) 한국표준산업분류를 기준으로 하였으며 기업의 업종분류는 표준산업분류중 세세분류, 세분류, 소분류, 중분류의 순서로 적용함.

資料: 중소기업기본법 시행령

둘째, 자산총액을 기준으로 할 경우 최소한 200억원 이상인 의료기관까지 中小企業에 포함시켜야 한다. 기존의 中小企業 범위를 자산총액 기준으로 살펴보면 그 범위는 200~800억원 이내로 하고 있다(表 5-2 참조). 정부의 계획대로 100인 이하의 병원을 中小病院으로 할 경우 중소병원에 속하는 의료기관의 규모는 107.4병상이 된다. 보건복지부에서 醫療法人의 설립과 운영에 관한 지침(1994.7.2)에 의하면 병원 건립에 충분하다고 인정되는 대지와 병상당 건축비는 3천만원 이상으로 하되 지역여건과 病床規模에 따라 증감할 수 있도록 하고 있다.

〈表 5-2〉 中小企業의 資産總額基準 業種 比率

(단위: 억원, 개소, %)

자산총액	해당업종	비율	누적비율
200	4	13.3	13.3
300	1	3.3	16.7
400	2	6.7	23.3
500	7	23.3	46.7
600	3	10.0	56.7
700	9	30.0	86.7
800	4	13.3	100.0

註: 통계청 고시 제91-1호(1991. 9. 9) 한국표준산업분류를 기준으로 하였으며 기업의 업종분류는 표준산업분류중 세세분류, 세분류, 소분류, 중분류의 순서로 적용함.

資料: 중소기업기본법 시행령

이러한 규정을 적용할 경우 100病床 規模의 의료법인은 기본재산으로 30억원을 출연하여야 한다. 여기에 부지, 의료장비, 운영비 등을 고려하면 평균 100억원이 소요될 것이다. 일반적으로 병원의 建築費를 병상당 1억원으로 환산할 때 100병상은 평균 100억원의 자산규모를 필요로 하는 것과 일치한다. 이러한 100병상, 100억원 규모의 병원과 현 중소기업기본법 시행령상 자산총액 기준으로 중소기업에 해당되는 타부문 자산규모를 비교 평가할 때 중소병원의 중소기업 포함범위를 200억원(200병상) 이상 규모로 확대하여도 무리가 없을 것으로 본다(자산규모 300억원 이하를 중소기업으로 분류하고 있는 업종은 전체의 16.7%임).

셋째, 경영상의 어려움을 겪고 있는 병원들의 대부분이 300병상 이하이며 이들은 醫療法人으로 운영되고 있는 기관들이다. 의료법인의 경우는 민간기업과는 달리 법적으로 공익성을 띠고 있다. 그 이유는 의료법인은 일반기업과는 달리 법인의 설립, 정관변경 및 기본재산 처분시 정부의 허가를 받아야 하는 등 사실상 정부의 관리를 받고 있기 때문이다. 또한 문제발생시 보건복지부장관이 의료법인의 설립을 취소

할 수 있고, 법인의 해산시 잔여재산은 설립목적과 유사한 비영리법인에 기증 처분하거나 국가 또는 지방자치단체에 귀속토록 되어있다. 따라서 이러한 의료법인의 특수성을 고려할 때 보다 폭넓은 범위에서 중소병원을 中小企業에 포함시키는 것이 필요하다. 이들은 현재 낮은 의료수가로 인하여 경영상의 어려움을 겪고 있다.

넷째, 一般的으로 병원은 전문성을 요하는 직업이며 그 운영에 있어서 비영리를 목적으로 하기 때문에 일반 製造業이나 광공업과는 매우 다른 특징을 가지고 있다.

이러한 측면에 비추어 볼 때 중소기업에 포함할 수 있는 중소병원의 범위를 常時勤勞者 300명, 300명상 이하, 또는 자산규모 200억원 이상, 300억원 미만 병원으로 하는 것이 필요하다.

4. 政府의 稅制支援 擴大

정부의 민간의료기관에 대한 지원은 정부 보조금 지원, 政策金融 지원 그리고 稅制支援이 있다. 전자의 두 가지 경우는 일정한 재원을 마련하여야 하기 때문에 실제적으로 민간의료기관이 지원받기는 쉽지 않다. 보다 실질적인 醫療機關에 대한 지원이 이루어지려면 무엇보다도 세제지원을 통하여 이루어져야 한다. 우리나라의 경우 의료법인에 대한 세제상 혜택은 매우 제한적이며 소득세 및 법인세는 일반 기업과 거의 차이가 없다. 그러한 의미에서 정부의 醫療機關에 대한 지원은 다음과 같은 具體的인 실행계획이 뒤따라야 할 것이다.

첫째, 醫療法人 병원의 법인세율은 현재 일반법인(일반기업)의 법인세율 16%(과세표준 1억 이하시)~28%(과세표준 1억 초과시)를 적용받고 있다.(表 5-3 참조). 미국의 경우 비영리법인의 병원에 법인세율을 면제하고 있는 반면에 영리법인 병원에는 35%의 높은 세율을 부과하고 있다. 이같은 취지 하에서 의료법인의 의료사업은 비영리사업

법주로 분류하고 법인세법상 수익사업에서 제외하여 법인세를 면제토록 한다.

〈表 5-3〉 一般法人 및 公共法人의 法人稅率 現況

법인구분	과세표준	세율(%)	비 고
일반법인 ¹⁾	1억 이하	16	1천6백만원+1억초과금액의 28%
	1억 초과	28	
공공법인	당기순이익과세 공공병원	10	-
	1억 이하	16	
	1억 초과	25	
의료법인	-	20~27	-

註: 조세감면규제법상의 공공법인 이외의 법인을 말함.

資料: 정기선, 『병원세무회계』, 정우서적, 1996. 10.

둘째, 의료법인의 고유목적사업준비금의 손금산입을 50% 이상으로 하거나 100% 인정하여야 한다. 정부의 醫療法人에 대한 지원은 여러 가지가 있다. 예를 들면 상속세법에 의한 출연자에 대한 상속세 면제(예외규정 있음-內國法人 발행주식총수의 5% 초과출연주식, 상속인이 상속받은 재산출원시 출원요건미비시 등), 公益法人으로서 의료법인의 증여세 면제 또는 감면, 과세표준의 신고특례 적용(의료법인 등 비영리법인이 예금, 적금, 회사채, 국공채 등으로부터 발생하는 모든 수입 이자에 대하여 1989년부터 법인세 과세대상이 되었으나 2가지 특례조항을 두어 납세 醫療機關은 원천분리과세방법¹⁹⁾이나 신고납부방법²⁰⁾ 중 유리한 쪽을 택일하여 납부하는 방법을 취하게 한 것) 등이 있다.

19) 이자를 수취한 후 법인세 과세표준신고 절차를 밟지 않고 가만히 있으면 당초 이자를 지급받을 때, 원천징수한 세액이 최종과세액으로 되어 그 금액만 세금으로 납부하는 방법임.

20) 법인세 과세표준신고를 하여 법인의 과세표준을 계산하고, 이에 비영리법인의 세율을 적용한 후 이자를 지급받을 때, 원천 징수한 세액을 세액공제하여 차감세액을 납부하거나 환급받는 방법임.

이러한 지원책 중에는 고유목적사업준비금의 損金算入(비영리법인이 固有目的事業準備金을 설정하여 지정기부금으로 지출할 수 있도록 한 것)이 있으나 의료법인의 경우는 고유목적사업준비금의 한도를 소득금액의 50%이내로 한정하고 있다. 그러나 같은 비영리의료기관이면서도 수익사업으로부터 비수익사업으로 진출할 수 있는 금액을 학교법인, 社會福祉法人, 국립대학교병원 및 서울대학교병원설치법에 의한 서울대학교병원 등은 소득금액의 100% 모두를 準備金으로 설정할 수 있도록 하고 있다. 의료법인은 의료업을 목적사업으로 하고 있는 공익기관이다. 따라서 의료법인의 활동을 보다 활성화함으로써 국민이 의료기관을 이용하는데 불편함이 없도록 하는 것은 매우 바람직한 일일 것이다. 그러나 기존의 醫療法人은 정부의 실질적인 지원을 받고 있지 못하다.

셋째, 租稅減免規制法上的 각종 세액공제는 2개까지는 중복지원이 가능하도록 한여야 한다. 현행 법인세 算出稅額에서 일정액의 세액을 직접 공제함으로써 법인세의 부담을 경감시켜 주는 제도로서 법인세법 및 조세감면규제법상 병원에 해당되는 稅額控除는 2가지 형태가 있다. 하나는 法人稅法(소득세법)상의 세액공제로서 재해손실에 대한 세액공제²¹⁾(조세법 25조 및 소법 58조)로서 개인 및 의료법인 모두 해당되는 것이 있다. 둘째는 租稅減免規制法上的 세액공제로서 의료취약지역 병원신설에 대한 세액감면²²⁾(조감법 제51조), 특정설비투자에 대

21) 천재, 지변, 기타 재해로 인하여 사업용자산가액의 100분의 30 이상을 상실한 법인이나 개인사업자로 세액공제액은 「세액공제대상법인세×(재해로 인하여 상실된 자산가액/상실전사업용 총자산가액)」으로 하고 있음.

22) 의료취약지역의 범위로 경기도(가평군), 강원도(홍천군, 횡성군, 양주군), 충청북도(단양군, 진천군), 충청남도(금산군, 서천군), 전라북도(진안군, 고창군, 부안군), 전라남도(동광양, 화순군, 진도군, 함평군, 영암군, 담양군, 장흥군), 경상북도(성주군, 봉화군, 고령군, 청도군, 예산군, 영양군), 경상남도(남해군, 사천군, 고성군)지역으로 이 지역에서 병원 또는 종합병원을

한 투자세액공제²³⁾(조감법 제26조), 醫療機器投資稅額控除²⁴⁾(조감법 98조), 무주택종업원에게 임대하기 위한 국민주택, 종업원용 기숙사, 직장보육시설 설치운영에 따른 근로자 福祉增進을 위한 설비투자²⁵⁾에 대한 세액공제(조감법 제88조)가 있다. 그러나 전자의 경우는 정상시의 실질적인 지원이 아니라고 볼 수 있으며, 전자 후자 모두 減免稅額과 세액공제의 중복적용을 배제(조감법 제87의 6)하고 있어 그 지원이 미진한 실정이다. 즉, 減免稅額(의료취약지역 병원신설에 대한 법인세 감면)과 세액공제(의료취약지역 병원신설에 대한 투자세액공제, 특정 설비투자에 대한 투자세액공제, 의료기기투자에 대한 투자세액공제, 근로자복지증진을 위한 설비투자에 대한 稅額控除)중 택일하여 적용받도록 하고 있는 것이다. 아직까지 의료자원의 지역적 불균형이 개선되지 않고 대기업의 醫療機關 참여가 본격화되고 있는 시점에서 보다 적극적인 의료자원의 지역적 분배를 이루려면 전술한 기존의 정부지원책들이 보다 활성화함으로써 많은 醫療機關이 혜택을 볼 수 있도록 중복지원을 허용하여야 한다.

개설하여 의료업을 영위하는 법인. 병원건물 및 당해의료업에 직접 사용하는 의료기기 투자금액의 5%(국산기자재를 사용하여 투자한 경우는 10%)를 투자세액공제액으로 하고 있음. 그러나 당해년도의 이익처분에 있어서 그 공제받은 세액에 상당하는 금액을 기업합리화적립금으로 적립하여야 함.

- 23) 에너지절약시설, 공해방지시설에 대한 특정설비이며, 투자금액의 3%(국산인 경우 10%)로 하고 있음. 그러나 대상자산에 대한 투자세액공제와 특별상각(취득가의 30% 단 국산기자재를 사용한 경우는 50%)중 하나만을 선택적으로 적용하여야 함.
- 24) 개인은 적용되고 있지 않으며 의료법인, 민법이나 특별법에 의하여 설립된 비영리법인으로 하고 있음. 의료시설투자금액의 5%(국산인 경우 10%)를 투자세액공제하고 있음. 의료기기투자에 대한 지원은 투자금액의 30%(국산 50%)를 특별상각하는 것을 인정하는 것이 있으나 세액공제, 특별상각중 하나만을 선택하여 적용하여야 함. 역시 기업합리화적립금을 적립하여야 함.
- 25) 설비투자금액의 10%에 해당하는 금액을 취득일이 속하는 과세년도의법인세 또는 사업소득세에서 공제. 개인이나 의료법인 모두 해당 됨.

넷째, 醫療脆弱地區에 대한 의료자원 확대설치를 지원하기 위하여 조세 및 법인세의 감면기간을 10년으로 연장하고 5년까지는 50%, 잔여 5년까지는 30%로 한다. 현행 租稅減免規制法에서는 정책적으로 20여가지의 租稅減免制度를 두고 있으며, 이중 병원업의 경우 해당되는 항목은 의료취약지역 병원신설에 대한 법인세 또는 소득세 감면(조감법 제51조)뿐이다. 1987년 1월 이후 의료취약지구에서 醫療業을 하는 의료기관으로 하고 있으며, 병원개설일이 속하는 년도와 그 다음 5년까지 당해 의료취약지구내의 병원 또는 종합병원에서 발생하는 소득에 대하여 50%의 法人稅 또는 所得稅를 감면하고 있을 뿐이다. 의료환경의 변화로 인하여 민간의료기관이 자생력을 갖추기 어렵고 醫療資源의 지역적 불균형이 심화되어 있는 시점에서 보다 적극적인 조세정책이 필요하다.

다섯째, 醫療法人이 부담하는 특별부가세²⁶⁾의 세율이 높으며 이를 100%면제하거나 미등기 양도토지의 경우는 30%, 기타는 20%로 낮추어야 한다. 현재 의료법인이 부담하는 特別附加稅의 산출세액을 위한 세율은 미등기 양도토지의 경우 40%, 기타는 20%를 적용하고 있다. 이에 반하여 私立學校法人, 사회복지법인, 종교법인의 토지 등의 양도에 따른 특별부가세 세율은 특별한 사유가 없는 한 100% 免除하고 있어 대조를 보이고 있다.

산출세액 = 과세표준 × 세율(40%, 20%)
 결정세액 = 산출세액 - 감면세액(특별부가세 감면대상자에 대한 세액*)
 * 특별부가세감면이 있을 경우 「감면세액」은 특별부가세 산출세액 × 50% 또는 1억원 중 적은 금액으로 하도록 하고 있음.

26) 개인이 부동산 등의 양도차액에 대하여 납부하는 세금은 「양도소득세」이며, 법인이 소유하고 있던 토지, 건물, 부동산에 대한 권리를 유상으로 양도할 경우 그 양도차액에 대하여 부과하는 세금이 「특별부가세」임.

醫療法人의 경우는 비과세된다는 조항이 없어서 課稅되고 있으며 단지 출연시 평가한 금액을 취득가액으로 본다는 점에서만 일부 혜택을 주고 있다. 재단 法人病院의 경우 비과세되는 것으로 해석되고 있으나 그 고유목적에 직접 사용하는 토지 등의 해석을 둘러싸고 논란이 계속되고 있다. 의료법인의 特別附加稅를 면제하거나 낮추어야 하는 이유는 전술한 바와 같이 의료법인의 특수성 때문이다. 그럼에도 불구하고 관련 자산의 활용에 대한 높은 세율을 적용하는 것은 의료의 공익적 特殊性에 비추어 적절하지 못하며, 사립학교법인, 사회복지법인, 宗教法人의 토지 등의 양도에 따른 비과세 현황과도 일치하지 않는 것이다.

정부는 법령의 整備를 통해 중앙정부 또는 지방자치단체가 지역사회의 비영리법인 병원을 지원·육성하여 국민건강권 수호의 중추적 기능을 수행하도록 해야 할 것이다. 구체적 지원방법으로는 위에서 제시한 이외에 非營利病院에 대한 면세조치와 시설·장비구입에 대한 장기저리 금융지원을 강화하고 비영리병원이 價格競爭에서 유리하도록 도와주어야 할 것이다. 그 대신에 비영리병원에 대해 철저한 회계감사를 통해서 병원수익 전액이 서비스 향상에 신·재투자되었는지를 감시해야 한다.

5. 醫療서비스 관련 法制度의 整備

선진 외국의 경우 內國人에 대해서도 다양한 합리적 規制政策을 가지고 있기 때문에 국내 시장개방에도 쉽게 대처할 수 있을 것으로 전망된다. 반면 우리나라는 의료수가 및 진료비 심사제도를 통한 비용통제 외에는 綜合的이고 體系的인 규제정책이 매우 빈약한 실정이다. 이것은 결국 외국의 시장개방에 따르는 否定的인 효과를 최소화하는데 어려움으로 작용될 것이다.

國家間 醫療制度나 지원, 규제 등에 관한 보다 면밀한 검토를 한 후 서비스시장 개방을 효율적으로 조절할 수 있는 법령의 制定, 改定 등의 立法措置를 미리 취해야 할 것이다. 즉 WTO 體制와 OECD 가입에 따라 선진화에 걸맞는 법령이나 제도, 각종 규제 등을 정비·보완하는 작업이 요구된다. 특히 의료서비스의 質 관리를 위한 규제강화, 진료심사 및 診療評價機能을 強化해야 할 것이다. 이러한 의미에서 우리나라는 향후 다음과 같은 분야의 법 制·개정 이 이루어져야 한다.

첫째, 地域的인 의료자원의 불균형을 시정하기 위하여 地域醫療計劃의 이행을 강화하여야 한다. 우리나라의 醫療法 제30조는 의료기관을 개설하고자 하는 자는 도지사의 허가를 받도록 하고 있으며, 동법 제30조 4항은 도지사가 지역별 소요병상수를 초과한다고 판단하는 경우에는 醫療機關 개설허가를 주지 않도록 하고 있다. 그러나 현재 지역별 소요병상수 초과에 대한 기준 및 설정방법 등이 명확히 정해져 있지 못한 실정이다. 최근 지역보건법에 지역보건의료계획에 대하여 명시하고 있으나 그 내용은 다분히 포괄적이다.

한국과 일본의 의료법을 비교분석한 바에 의하면 한국은 地域醫療施設들을 육성하고 계획하는 제도적인 장치들이 미비한 것을 볼 수 있다. 地域醫療施設을 육성하고 의료계획을 실시하려면 지방자치단체에 의료계획위원회를 설치하여야 한다. 醫療計劃委員會와 도지사의 협의를 통하여 지역병상계획을 수립하고 의료와 관련된 지원사업, 의료기관 육성절차 등을 일반화하도록 하여야 한다. 일본의 의료법에는 지역별 의료계획의 절차, 방식 등을 구체적으로 규정하고 있다.

둘째, 의료분쟁조정법의 合理的 制·改定이 이루어져야 한다. 개방에 따른 외국인 투자병원의 의료사고에 대비할 뿐 아니라 국내에서도 날로 증가하는 醫療事故 紛爭을 보다 신속하고 公正하게 解決해 나갈 수 있도록 의료분쟁 조정법을 입법화하는 등 法的 또는 制度的 장치

가 하루 빨리 마련되어야 할 것이다.

셋째, 2차 병원의 진료과목 구성요건을 완화하도록 한다. 일반적으로 진료과의 구성은 병원의 운영에 많은 투자를 요하는 경우가 많다. 우리나라의 경우 종합병원이 갖추어야 할 진료과의 구성요건이 일본에 비하여 많은 실정이다. 綜合病院의 경우 진료과목이 내과, 일반외과, 소아과, 산부인과, 진단방사선과, 마취과, 임상병리과 또는 해부병리과, 정신과(300병상 이상)를 갖추도록 하고 있으나 일본의 경우 綜合病院은 내과, 외과, 산부인과, 안과 및 이비인후과로 하고 있다. 중규모병원의 경우 綜合病院이라는 구색을 맞추기 위해서 뿐만 아니라 2차 의료기관과 3차 기관과의 수가차이로 인하여 3次 醫療機關으로 등록하기 위하여 임상과를 고집하는 경우가 있어 의료기관의 효율적인 경영에 부정적인 영향을 미치고 있다.

우리나라의 醫療市場은 대내·외적으로 여러가지 전환기를 맞이하고 있다. 이러한 전환기를 맞이하여 醫療部門에 있어서의 대외경쟁력을 갖추기 위하여 요구되는 여러가지 사항들에 대하여 위에서 살펴보았다. 이러한 지원이나 醫療界의 자체적인 노력 이외에 정부는 다음과 같은 사항에 대한 준비를 마련해야 할 것이다.

첫째, 인적 및 물적 의료자원의 수급에 관한 綜合的이고 體系的인 長期計劃이 마련되어야 할 것이다. 이같은 계획을 통해서 인력, 시설, 고가의료장비 등의 의료자원 중에서 부족한 부분을 내국인에 의해 확충할 것인지 혹은 외국인의 진입을 어느 정도 허용할 것인지에 대한 구체적인 계획을 세워야 한다. 또한 외국의 醫療機關이 유입되는 경우라도 지역간 자원의 불균형 문제를 심화시키지 않는 범위내에서 허용하기 위해서는 지역간 醫療資源 분포에 대한 철저한 계획이 마련되어야 한다.

둘째, 외국의 병원이 진입함에 따라 생길 수 있는 진료패턴의 왜곡

현상을 방지하기 위한 制度的인 裝置가 필요하다. 수익성이 높은 비급여부문의 진료행위에 치중하는 것을 막기 위해서는 보험 비급여대상인 서비스가 保險酬價의 적용을 받도록 점진적으로 보험급여 범위에 포함시켜야 할 것이다. 또한 국내에서도 치료가능한 환자를 외국으로 이송하는 행위에 대해서도 합리적인 제한을 두어야 한다.

셋째, 인구의 高齡化 및 慢性疾患의 증가현상, 소득수준의 증가 등으로 인해 질병치료 뿐 아니라 건강관리 및 증진 등의 수요가 증대하는 것에 대비하여야 한다. 국내에서는 아직 이 분야에 대한 투자가 이루어지지 않고 있다. 앞으로 선진국에서 이 분야에 진출할 경우를 대비해서 이 분야에 대한 需要把握 및 施設投資가 이루어져야 할 것이다.

넷째, 의료서비스의 市場開放은 선진국과의 제도 및 기술적인 조화와 더불어 이루어져야 한다. 의료의 지나친 공익성을 강조하여 의료시장을 폐쇄적으로 묶어 놓는 것은 자칫 비효율적인 醫療産業 運營을 초래하여 국내 의료서비스 산업의 國際競爭力을 떨어뜨리는 결과를 가져올 수 있다.

이처럼 국내 의료서비스 산업이 보다 競爭力을 갖추기 위해서는 부분적으로나마 적극적인 외국자본 및 인력을 유인하여 관련 기술을 선진국과 조화시킬 수 있는 長期計劃을 수립하여야 한다. 이러한 장기계획을 통하여 구축된 의료서비스 산업은 의료서비스의 질적 水準向上은 물론 병원경영합리화, 의료기술 및 의학발전에 기여하게 될 것이다.

第6章 醫藥品 流通市場 開放에 따른 對應方案

第1節 醫藥品 關聯分野의 開放日程

UR협상의 점진적인 개방일정에 따라, 1989년에 의약품도매업, 1990년에는 醫藥品製造業, 1995년에는 의약품소매업인 藥局에 대한 외국인의 자본투자가 가능하게 되었다. 이러한 의약품 시장의 개방화 결과는 의약품의 생산, 유통, 판매의 전과정에 영향을 미칠 것이며, 향후 관련 醫療産業에 연쇄적 파급효과를 나타내게 될 것이다. 1995년을 기준으로 의약품관련 산업에 외국인의 자본투자가 전면 허용된 상황에서 WTO와 관련하여 의약품관련분야의 開放計劃은 다음과 같이 크게 세 가지로 요약될 수 있다.

1. 醫藥品 等の 關稅率 引下

각국의 關稅率을 1986년 9월 대비 향후 5년간 1/3 이상 인하하고, 일부 공산품의 관세를 철폐하며, 각국별 관심품목에 대해서는 쌍무적 협상을 통하여 관세를 인하하도록 규정하고 있다.

2. 藥局等 外國人의 投資 開放

모든 會員國들에게 최혜국대우를 원칙으로 국경간 자유로운 거래와 외국인의 직접투자, 인력이동 등 광범위한 分野를 自由化 대상으로 규정하였다. 그러나 모든 회원국을 한꺼번에 개방하는 것이 아니라 점진적으로 開放하되 향후 5년 후부터 추가 開放 協商을 재개할 수 있도록

록 하였다. 이러한 계획에 의해 1995년부터 약국등 의료서비스 부문에 외국인의 투자가 허용된 셈이다.

3. 知的 財産權의 保護

知的財産權 침해물품의 수출입금지 절차를 명문화하는 등 특허, 의장, 상표, 저작권 및 컴퓨터프로그램, 반도체칩 설계 등 광범위한 분야의 지적 재산권 보호를 명기함으로써 영업비밀을 知的 財産權에 준하여 보호토록 했다. 이러한 조치의 일환으로 의약품도 허가 신청시 정부 提出資料를 보호해야 할 의무가 부여되었다.

第2節 醫藥品 市場 現況

의약품시장 개방에 따른 국내 유통시장의 변화는 크게 외국개발 의약품의 국내 생산과 외국산 의약품의 수입 규모, 의약품 流通過程, 의약품 소비과정, 외적 환경이 開放化時代를 맞이하여 어떻게 변화되느냐에 따라 달라질 것이다.

1. 外國開發 醫藥品의 國內生産과 外國産 醫藥品 收入規模

1983년부터 시작된 단계적인 輸入自律化를 시작으로 다국적 제약기업들을 배경으로 한 선진국의 통상압력이 가해진 결과 1987년 물질특허 제도가 도입되었으며, 이러한 단계적 조치를 통해, 국내 의약품시장이 개방되었다. 開放化 물결을 타고 多國籍 製藥企業들의 국내 시장 진출이 확장일로에 있고, 우수한 제품력을 앞세운 외자 유통업체의 진출은 앞으로 국내 의약품 도소매는 물론, 제약업계에도 큰 영향을 미칠 것으로 사료된다.

市場開放과 관련되어 고려해 봐야 할 사항은 국내에서 유통되고 있는 국내 생산 의약품들 이외에 外國으로부터 수입되는 완제 의약품²⁷⁾의 수가 증가추세에 있다는 점²⁸⁾이다. 1990년대에 들어와 高速成長을 지속해오던 외자기업들이 1995년에는 전년대비 생산증가율 1.36%의 부진한 생산실적을 나타내고 있는데, 이는 완제의약품 수입을 선호하는 경향 속에서 인건비, 노동쟁의 등 고비용의 국내 生産比重을 축소하는 경영전략 때문인 것으로 사료된다(表 6-1 참조).

다국적 기업들이 국내 생산²⁹⁾보다도 자사제품을 완제의약품의 형식으로 輸入하고 있는 경우 뿐만 아니라 완제의약품수입을 하려는 국내 제약회사나, 수입도매상의 수가 계속해서 증가하고 있으며, 無關稅나 關稅率 引下措置가 취해지면, 이들 외국산 의약품의 국내 수입이 더욱 더 많아 질 것으로 예상된다(表 6-2 참조).

무분별한 외국산 醫藥品의 국내 수입을 막기 위해, GMP제품에 한해 수입이 가능하도록 제한함으로써, 수입의약품허가관리를 강화한 바 있지만, 수입업소별 의약품 輸入現況에 대한 파악조치 제대로 이루어지지 못하고 있다. 국산 및 수입의약품들의 의약품시장 점유율과 醫藥品小賣市場에 미치는 영향은 外資醫藥品 도매상의 규모와 수에 따라 달라질 것이다. 약국의 입장에서 살펴본다면, 다양한 제품들을 어떻게, 누구에 의해, 어떠한 조건으로 공급받느냐가 藥局開設藥師의 관심사로 부각될 전망이다. 外資都賣業者들은, 외국산 제품의 시장점유율을 높이기 위해 수입초기에는 저가 공세를 펼 가능성도 있다.

27) '94년 7월 약사법시행규칙 및 대외무역 법에 의한 통합공고를 개정하였음. 따라서, 수입의약품의 재수입 절차가 대폭 간소화됨.

28) '83년부터 시행된 의약품분야의 단계적인 수입개방은 완제의약품 분야에서 사실상 100%에 가깝게 열려 있음.

29) 국내생산이 아닌, 완제품 수입은 국내 고용효과를 잠식하고, 국내기업과의 경쟁에서도 외산을 선호하는 국민성향 때문에 우위를 점할 수 있다는 이 점이 있다. 또한 경쟁에서 뒤질 경우 한국시장에서의 철수가 용이해진다.

〈表 6-1〉 外資企業 '95年度 醫藥品等 生産動向

(단위: 천원, %)

순위	회사명	1994	1995	증감률
1	한국안센	93,644,661	104,717,409	11.82
2	한독약품	126,823,649	96,142,437	-24.19
3	한국화이자	53,656,850	59,134,141	10.21
4	대웅틸리	37,538,771	45,515,246	21.25
5	바이엘코리아	39,968,501	42,234,650	5.67
6	한국그락소웰컴	34,338,230	36,232,565	5.52
7	한국베링거	30,389,283	33,131,015	9.02
8	한국로슈	23,932,654	29,245,982	22.20
9	한국업존	26,698,334	28,383,720	6.31
10	한국크로락스	18,271,926	28,024,516	53.37
11	한국오가논	34,382,366	25,818,787	-24.91
12	한국오츠카	18,389,149	21,409,096	16.42
13	한국롱프랑로라	19,558,107	19,800,285	1.24
14	한국쉐링	18,168,337	19,529,125	7.49
15	한국셀시바가이키	15,177,139	16,955,396	11.72
16	한국산도스	16,357,554	15,624,048	-4.48
17	유한사이나미드	13,930,861	15,222,298	9.27
18	한국사노피	11,333,817	13,656,567	20.49
19	녹우제약	9,326,561	11,044,755	18.42
20	한국유씨비	8,084,150	8,455,648	4.60
21	한국존슨	7,993,716	8,375,026	4.77
22	한국에스에스	10,833,254	8,240,612	-23.93
23	유유후마길라	6,344,583	7,546,778	18.95
24	쉐링프라우코리아	6,218,756	7,517,365	20.88
25	한국후지사와	5,042,404	5,313,368	5.37
26	한국신택스	12,333,457	2,368,262	-80.80
27	태동화학	1,009,862	1,029,966	1.99
28	한국아핀	478,560	744,072	55.48
29	한국에보트	1,780,471	187,484	-89.47
30	한백신약	131,794	115,192	-12.60

資料: 약업신문사, 『약사연감』, 1996.

〈表 6-2〉 最近 10年間 醫藥品 輸入現況

(단위: 천달러, %)

년도	완제품	제약 원료	위생 용품	의약 부외품	진단용 의약품	합계	전년 대비
1986	21,001	150,099	295	327	7,369	179,091	8.1
1987	25,312	168,043	84	264	10,459	204,162	13.9
1988	43,452	215,270	96	889	12,368	272,075	33.2
1989	52,918	234,298	206	3,435	16,713	307,570	13.0
1990	75,083	328,144	30	6,109	22,855	432,302	40.5
1991	88,700	380,053	-	12,066	31,089	511,908	18.4
1992	111,551	396,217	-	5,207	59,693	572,668	11.7
1993	142,450	436,798	-	11,011	22,689	612,948	7.0
1994	160,787	530,155	-	17,710	50,606	759,258	23.8
1995	207,596	619,280	8219	31,446	61,636	928,177	22.2

資料: 제약협회, 『제약산업통계집』, 1996.

2. 醫藥品 流通市場 現況

가. 醫藥品 都賣

1) 現況

의약품 도매업이 1989년 외자에 개방된 이래 지금까지 都賣業許可를 받은 외국인 합자업소 현황은 <表 6-3>과 같다. 이들은 물류전문회사라기 보다는 자사제품을 국내에서 생산하지 않고 판매하기 위해 도매허가를 받았거나, 藥局直去來를 위한 제약도매에 불과한 실정이다. 따라서, 외국계 물류전문회사의 국내 진출은 이제 시작되었다고 볼 수 있다. 아직까지 外國資本에 의한 물류전문도매상 개설은 이루어지지 않았으나, 약사가 아니더라도 관리약사를 두어 都賣商을 관리한다면 비약사에 의한 도매상 개설이 가능하다³⁰⁾. 다만 국내 자본가들이

30) 약사법 제37조

의약품도매업계의 눈치를 보고 있던 차에 외자투자 개방을 기회로 외국 물류전문회사와 손을 잡거나 단독으로 국내 醫藥品 流通市場에 참여하기 위한 시도를 하고 있다.

〈表 6-3〉 外國人 合資 醫藥品都賣業 許可現況(1995.3.31)

종별	회사명	모회사	외국인 투자비율(%)
일반종합 도매	한국롯데셀(주)	프랑스롯데셀	60
	한국세르노(주)	네델란드 세르노	100
	한국아스트라	스웨덴 아스트라	100
	한국야마노우찌(주)	일본 야마노우찌	100
계약도매	국제약품공업(주)	이태리 레페티트	0.1
	한국쉐링(주)	독일 쉐링	100
	한독약품공업(주)	독일 핵스트	33.4
	대웅틸리제약(주)	미국 릴리	50
	바이엘코리아(주)	독일 바이엘	100
	유유후마킬라(주)	일본 후마킬라	59
	유한사이나미드(주)	미국 사이나미드	87
	한국그락소(주)	영국 그락소	50
	(주) 한국로슈	스위스 로슈	70
	한국사노피(주)	프랑스 사노피	100
	한국산도스(주)	스위스 바젤	95
	한국애보트(주)	미국 애보트	100
	(주) 한국얀센	미국 존스	70
	한국업존(주)	미국 업존	70
	한국오즈카제약(주)	일본 오즈카	70
	한국제일제약(주)	일본 다이찌	70
	해동에스에스 제약(주)	일본 에스에스	49
	(주) 한국셀시바가이기	미국 셀 스위스 시바가이기	45
수입도매	한국머크(주)	스위스 머크	100

資料: 약업신문사, 『약사연감』, 1996.

한독약품과 주력사의 도매업 공동진출이 국내 都賣業界의 반발로 도중하차된 뒤 주력의 국내 단독 진출이 시도되고 있으며, 국내 재벌회사와 外國界 도매상과의 합자형식의 都賣商 設立³¹⁾도 곧 이루어질 전망이다. 우리 나라는 의약품 뿐만 아니라, 공산품의 물류비용이 높

아, 국가 경쟁력 저하원인으로 지적되어 국가적인 차원에서 물류비용 절감을 위한 대책을 추진 중³²⁾에 있다. 또한 醫藥品都賣業者들은 외자 및 국내 대기업의 의약품도매 진출에 대응하고 업권을 보호하기 위해 의약품유통센터 설립을 추진하고 있으나, 목적대로 잘 운영이 될지는 의문이다. 1998년부터 우수약품공급기준(KGSP)에 의한 醫藥品供給을 정부가 추진 중에 있어, 전문물류센터의 설립은 실행여부가 관심의 대상이 되고 있다. 앞서 지적한 바와 같이 生産業, 都賣業에 대한 외국자본 투자여건은 이미 충분히 성숙되어 있다. 다만, 의약품제조업의 개방단계를 관찰해보면, 外國企業과의 합자회사설립 이후, 자본 투자 비율을 높이거나, 아예 100% 외자기관으로 변신하여 독자적인 행보를 진행하고 있는 다국적기업의 수³³⁾가 늘고 있어서, 현재 시도되고 있는 國內資本家와 외국계 의약품유통 전문업체와의 제휴는 신중을 기해 시도되어야 할 것으로 사료된다(表 6-4 참조)

국내 流通業市場은 고임대료, 교통난 등으로 인하여 미국처럼 효율적인 유통망 체계를 지니기 어렵다는 단점이 있는 반면에, 外國企業들의 국내 流通市場 진입을 억제하는 요소로 작용될 수 있다. 1997년 1월 6일부터 근린생활시설에서도 의약품도매업을 개설할 수 있게됨에 따라 임대료 등을 절감하여 競爭力을 갖출 수 있을 것으로 보인다. 교통난 등으로 배송에 어려움을 겪었던 업소들이 신속한 배송으로 거래선에 良質의 서비스를 提供하게 될 것으로 기대된다.

31) 예:동방유량과 일본의 규모약품의 합자회사(SU) 설립

32) 1995년 12월 1일 유통단지개발촉진법이 제정됨. 동법 제2조 제2항 및 약사법 제36조 제1항 제2호의 규정은 의약품도매상의 창고 및 영업소시설을 유통시설에 포함시킨다고 규정하고 있음.

33) 한국바이엘, 한국씨락, 한국사노피, 한국유씨피, 한국오가논은 종전 50%내외의 투자비율을 100% 외국인 투자기업으로 변모하였음. 1990년부터 1996년까지 새로운 9개의 외국인 투자기업을 탄생시킴.

〈表 6-4〉 外國人 投資認可 現況

업소명	외국인 투자비(%)			최초인가연도
	투자국	당초	변경	
한독약품공업	독일	26	33	1964
국제약품공업	이태리	51	2	1965
한국쉐링	독일	50	100	1967
한국화이자	파나마	50	50	1969
한국업존	미국	50	70	1969
한국존슨	미국	100	100	1971
바이엘코리아	독일	50	100	1971
대동화학공업	일본	49	49	1973
한국베링거인겔하임	독일	50	64	1975
한국롱프랑로라제약	스위스	50	50	1979
한국오가논	네델란드	50	100	1982
한국오즈카제약	일본	33	70	1982
쉐링프라우코리아	버뮤다	70	90	1982
유한사인미드	미국	60	78	1991
한국아편사	스페인	40	40	1982
대웅틸리제약	네델란드	33	50	1982
한국셀시바가이기	홍콩	90	92	1982
한국얀센	미국	70	70	1983
한국로슈	네델란드	58	77	1983
한국알피체러	미국	60	50	1983
한국산도스	스위스	50	96	1984
한국사노피	프랑스	50	100	1990
한국그락소	영국	50	50	1986
한국유씨비	벨기에	1	100	1989
한국신텍스	네델란드	100	100	1990
한국에보트	미국	50	-	1988
녹우제약	일본	70	-	1989
대웅화학	일본	100	-	1989
한국후지사외약품	일본	100	-	1989
해동에스에스제약	일본	49	-	1989
대하신약	미국	64	-	1991
한국엠에스디	미국	50	-	1994

資料: 약업신문사, 『약사연감』, 1996.

의약품 도매업종이 중소기업으로 분류³⁴⁾됨에 따라, 금융권으로부터 저리의 자금지원을 받을 수 있게 되어, 外國業體와의 경쟁을 하는 데 도움이 될 것이다.

WTO체제의 出帆과 함께 국내 유통시장은 거대 外國資本家와 물류에 노하우를 가지고 있는 외국 선진업소들의 진출이 유력시되고 있다. 이들 중에는 월그린, 월마트 등 미국의 대표적 체인약국이 일반유통업으로 국내에 상륙하려는 움직임³⁵⁾이 있어서 언젠가는 의약품시장에도 손을 뻗칠 것이라는 예측이 가능하다. 이들은 미국의 醫藥品流通市場을 석권하고 있는 업체라는 점에서 의약품 도·소매업계의 긴장이 고조되고 있다. 특히 국내 의약품 流通市場이 다른 유통시장이나 소매업소에 비해 낙후되어 있다는 점이 국내외 대자본가들에게 매력적인 투자대상이 되고 있다.

2) 새로운 形態의 醫藥品都賣商 出現

1990년대에 들어와 생기기 시작한 한국형 약국체인³⁶⁾들은 자신들의 회원약국에 醫藥品이나 건강보조식품 등을 공급할 目的으로 도매상 허가를 얻었거나, 얻으려는 시도를 하고 있다. 이들은 불특정 다수의 약국을 대상으로 醫藥品을 공급하기보다는 회원약국의 便益을 위해 노력하는 집단으로 불공정거래라는 논란이 야기될 가능성이 있다.

아직까지 藥局協業體에 의해 제공되는 醫藥品들은 공동구매 형식에 가깝고, 자체브랜드(Private Brand)를 개발³⁷⁾하여 공급하거나 의료기기 등 약국경영다각화에 중점을 두고 있어서 기존의 의약품도매상들과의

34) 1996년 7월 1일부터 중소기업기본법시행령이 발효됨.

35) 중앙일보 1996. 11. 15일자 참조.

36) 최근 약국협업체라 칭하기도 하는데 이는 외국의 체인약국과 차별화된 개념으로 사용되고 있음.

37) 주로 건강보조식품임.

마찰은 크지 않다. 그러나 정식 都賣許可를 얻지 않고 회원약국에 공급하는 행위에 대한 논란이 제기될 수 있으며, 국내 약국협업체가 醫藥品都賣業 허가를 얻을 수 있을 만큼 재정상태가 安定된 곳은 적다.

나. 醫藥品 小賣

1) 現況

우리 나라 의약품의 최종 판매단계로 약국이 있다. 그러나 의약분업이 이루어지고 있지 않아 약국이 병설된 綜合病院이나 병원 이외에 의원들도 원내에 조제실을 가지고 있어서 약사가 없는 개인병의원도 직접 醫藥품을 구입하여 최종 소비자인 환자에게 판매하고 있다. 규모가 큰 병의원은 제약회사와 직거래를 통해 의약품을 구입하기도 한다.

현재 약국은 그 개설의 용이성으로 인하여 많은 수가 대도시를 중심으로 개설 운영되고 있다. 약국의 과밀화 현상 때문에 藥局間의 경쟁이 深化되고 있으며, 1989년 전국민의료보험의 확대실시로 인하여 환자들은 약국보다는 병의원을 이용하려는 경향이 늘고 있다. 이러한 이유에서 약국을 찾는 患者의 數가 줄어들어 따라 약국경영이 점점 어려워지고 있고, 약국의 폐업 및 이전현상이 과거에 비해 두드러지고 있다.

이러한 상황 속에서 對外的으로는 1995년 1월 1일 외국자본에 의한 약국개설 허용에 따른 외국체인과의 경쟁에 대비하고 對內的으로는 經營多角化製品의 안정적 공급을 통한 약국의 적정이윤 확보를 목적으로 한국형 약국체인의 설립을 유도하게 되었다. 그러나, 실질적으로는 약사법상 약사가 아니면 약국을 개설할 수 없고, 한사람의 약사가 2개 이상의 약국을 소유할 수 없는 국내 상황에서는 外國의 企業型 약국체인이 국내에 진출하여 국내 약국들과 경쟁할 수 있는 상황이 아니다. 이러한 맥락에서 앞서 언급된 의약품제조, 도매업과는 개방에

따른 입장이 다르다. 그러나 현 시점에서 醫藥品小賣業에 대한 외국자본의 투자 가능성이 조심스럽게 점쳐지는 것은 국내 약사법개정의 가능성 때문일 것이다.

외국계 기업형 약국체인이 국내에 들어올 수 있는 여건조성이 외압에 의한 것 보다는 內國人들에 의해 이루어질 가능성을 완전히 排除할 수 없다는 점도 국내 약국개설약사들의 위기의식이 고조되는 한 원인이 될 수 있다. 약사법개정 가능성은 크게 두 가지 측면에서 豫測되는데, 그 첫 번째는 國內에서 약국체인을 구성하고자 하는 자들에 의한 약사법 개정요구³⁸⁾와, 두 번째는 국내 유통업체(편의점, 수퍼 등)의 OTC 판매 허용 요구에 의한 약사법개정 가능성이다.

國內進出을 시도하고 있는 대표적 外國流通業體들이 자국에서 약국체인을 운영하고 있는 기업이라는 점으로 비추어 볼 때 언젠가는 우리나라의 의약품시장 공략을 할 것이다. 이를 위한 전 단계로 일반의약품³⁹⁾의 약국외 판매를 먼저 요구함으로써 약국개설 制約要件이 풀릴 때까지는 一般醫藥品 판매만이라도 허용되기를 원할 것이기 때문에 국내 수퍼나, 편의점의 요구가 관철되기를 희망하면서 간접적인 압력을 가하고 있을 것으로 사료된다. 그러나 우리나라 약국은 보통 아침 7시부터 밤 11시까지 운영되고 있어서, 實質的으로는 보통 사람이 생활하는 시간대에는 시간에 구애받지 않고 의약품구입이 가능한 상황이며, 이미 의약품소매시장은 藥局들로 과포화 상태여서 의약품의 약국외 판매가 현실적으로 얼마나 절실히 필요한가에 대한 研究가 先行되어야 할 것이다.

38) 약국광고, 동일상호사용, 약국종업원양성 등.

39) 약사법상 우리나라의 의약품들은 크게 전문의약품과 일반의약품의 두 가지로 분류되고 있음.

2) 藥局 協業體의 登場

현재 활동중인 藥局協業體로는 온누리건강가족, (주)메디팜, (주)베데스타, 파마토피아, (주)라이프사이언스패밀리, 청약협동약원, 공동체약국등이 있다. 기업형 약국체인은 앞서 언급한 바와 같이 국내 설립이 불가능한 반면에 個別所有藥局들의 연합체 형식의 소위 프랜차이즈식 약국체인은 국내에서도 가능한 형태로 분석된다. 그러나, 엄밀히 말한다면, 국내 약국협업체는 기존의 醫藥品都賣商이 제공하지 못하는 藥局經營多角化 製品을 공급받기를 원하는 약국들끼리의 모임에 가깝고, 체인본부에서 제공하는 서비스도 외국의 체인본부와 달리 包括的이지 못하고 지엽적인 업무에 머무르고 있는 경우가 대부분이다. 또한 소유권과 무관하게 약국운영방법이 체인약국별로 통일된 외국의 약국체인과는 달리 각 會員藥局이 독자적으로 운영하는 形態를 취하고 있다.

국내 약국협업체는 주로 약국의 외형적인 모습 통일을 위하여 간판을 동일한 디자인으로 바꾸는 사업부터 시작하여 원하는 회원에 한하여 약국구조를 現代的 感覺에 맞도록 개조해 주는 작업과 시중에 범람하는 건강보조식품중에서 회원약국의 적정이윤을 보장하면서 가격경쟁에서 벗어나는 제품(주로 건강보조식품임)을 供給해주는 業務를 중점적으로 진행하고 있다.

<表 6-5>에서도 알 수 있듯이 우리나라 약국협업체들은 한방교육, 양명학, 生態醫學, 메가비타민요법과 같이 약사연수교육과정 참여를 통해 공감대를 형성하였거나, 기독교인인 약사들이 구심점이 되어 현 약국가가 지닌 문제점을 나름대로 해결해나가면서 活路를 개척해 보자는 협업적 성격으로 시작된 것이다. 이 외에 청년약사회, 건강사회를 위한 藥師會가 주관하는 청약협동약원(1994년설립), 공동체약국(1994년 설립) 등이 있다.

〈表 6-5〉 藥局協業體 現況

구 분	온누리 건강가족	(주)메디팜	파마토피아	(주)베테스타	Life Science Family(주)
설립연도	'92년 1월	'93년 10월	'94년 4월	'94년2월	'95년 6월
회원수 (약국수)	'96.8.20 650	650	580	204	357
	'96예상 800	1000	650	250	500
가입조건	개국약사 입회비	개국약사 입회비	개국약사 입회비	개국약사	개국약사
가입비	350만원	100만원	100만원	없음	100만원
보증금	250만원	300만원	100만원	500만원	200만원
회원선택조건	본부심사	본부심사	회 원 약 국 간 거리제한	회원약국간 거리 제한 약 인구10만명 당 1약국	없음
체인 이념	Total Health Care-전체건강 요법전문	상담전문 (양병학)	생태의학	Drug Store	메 가 비 타 민 요법전문
기본 운영방침	1약국2사업체 (CVS공간)	품질경영 (PQM)	상담료를 받 는 약국	Combination	병원같은 약국
체인의 형태	Voluntary (일부회원의 본부자본참여)	Franchise	회원제	Regular 성격 의 Franchise	회원제
도매허가여부	허가추진중	허가추진중	허가추진중	허가받음	허가받음
기타허가사항	건강보조식품회 사로(주)온누리 내츄럴웨이	도소매법인 (주)조아제	건강보조식품 K G M P 공 장 설립	도매법인	도소매법인
회원교육	있음	있음	있음	있음	있음
약국시설제안	있음	있음	있음	있음	있음
물류, 구매대행	도매상	직접/ 배송만대행	직접	물류센터운영	
제품개발	건강식품	제약/ 건강식품	건강식품	제약/ 건강식품 주문생산	
기타계획		화장품공장			

資料: 회원에게 배포하는 각종자료와 인터뷰를 근거로 하여 작성하였음.

국내 약국협업체들은 다수의 약국들이 모여 하나의 목소리를 내면서 그들이 追求하는 이념확대를 도모하면서 不況을 타개해보자는 것이지 약국운영 전체를 책임지는 외국의 약국체인과는 성격이 다르다. 그러나 어떻게 시작이 되었든 藥局들이 각자 알아서 각자 행동하던 것에서 서로의 힘을 모아 함께 잘 해보자라는 형태변화로 보아야 할 것이며, 언젠가는 단순 協業性格에서 본격적인 약국체인으로 변화가 될 것이라는 예측이 가능하다.

1992년 온누리건강가족을 시작으로 藥局協業體들이 생기기 시작하였으나 사회약학연구회, 녹색건강체인, 삼희건강체인등은 부도를 낸 상태이며, 약사윤리에 어긋나는 행위를 조장함으로써 물의를 빚은 협업체도 있었다. 국내 藥局協業體들은 역사가 짧은 탓에 회원관리가 엄격하지 않으며, 회원수를 늘리기 위해 이중가입을 허용하고 있는 곳도 있다. 非公式集計에 의하면 국내 약 1만9천여개 약국 중 체인에 가입한 약국수가 4,000개소를 넘어서서 이미 20%이상에 달하고 있다고 한다. 그러나 이 통계는 복수 가입약국과 이미 탈퇴한 藥局들을 포함한 수치로 외부에 協業體의 정확한 숫자를 알려주지 않고 있어서 정확한 통계를 얻기가 어려운 상태이다.

3. 醫藥品 消費行態의 變化

가. 病醫院 診療에 대한 選好 增加

우리국민의 醫療利用行態가 1989년에 전국민의료보험이 실시된 이후 현저하게 변화가 되고 있음은 여러 연구결과로 입증된 바 있다. 비록 처방전 없는 약국에서의 조제도 醫療保險의 혜택을 받을 수 있지만 병의원의 접근 용이성(비용이 저렴)으로 인하여 의사의 진료를 받고자 하는 국민의 욕구 증가와 종합병원 등 3차진료기관 선호경향은

당분간 지속될 전망이다. 앞서 지적한 바와 같이 병의원에서의 의약품 소비가 약국에서의 醫藥品消費를 초과하기 시작했다는 사실이 이러한 변화를 입증하고 있다.

이런 현상은 경질환에 한하여 약국을 찾는 환자를 제외하면 시간이 나 생활의 여유가 있는 환자는 병의원을 선호하여 專門醫藥品의 약국 소비가 점점 줄어들고 있으며 약국방문이 줄어들어 따라 완제의약품의 구매도 줄기 때문으로 풀이된다.

나. 大型藥局 選好 增加

최근 流通業界에서는 유통마진을 줄여서 소비자의 구미를 맞추는 것이 최선의 길로 인식되고 있다. 開放化 물결을 타고 外國界 대형할인매장이 국내 곳곳에 부지를 마련하여 성업중에 있고, 대형 백화점 역시 각종 할인매장을 운영하고 있다. 이러한 가격파괴 경향으로 일반 소규모 영세상인들이 販賣不振을 면치 못하고 있는 실정이다. 약국의 판매가 허용된 의약부외품, 위생용품의 경우 대형 할인매장과의 소매 가격차가 크기 때문에 약국에서는 구색을 맞추는 정도로 밖에 취급되지 못하고 있다. 이러한 대형 할인매장의 등장으로 소비자들은 가격에 매우 예민하고 市場情報를 충분히 얻은 뒤에 구매하는 능동적인 소비形態를 보이고 있다. 약국의 규모가 크면 의약품 값도 쌀 것이라는 막연한 생각을 가진 소비자가 증가하여 住宅家에 초대형약국이 등장하고 이곳으로 환자들이 집중되고 있다.

다. 醫藥品 購買 時間, 場所 變化에 대한 慾求 增加

醫藥品을 24시간 아무때나 시간에 구매받지 않고 購入할 수 있기를 원하는 국민들이 늘고 있으며, 外國旅行의 기회가 많아짐에 따라 미국

이나 일본처럼 일반의약품을 쉽게 아무곳에서나 살수 있으면 좋겠다는 국민적 바람이 생겨나고 있다. 물론 醫藥品の 약국의 판매가 실질적으로 국민생활에 도움이 되는가, 얼마나 많은 국민이 원하는가에 대한 研究가 先行되어져야 하겠지만, 의약품의 약국의 판매는 의약품소비를 증가시키는 효과가 있어서 生産者나 都賣者 입장에서는 환영을 하게 될지도 모른다.

라. 外國界 체인점 利用 增加

의약품을 제외하고 우리나라 국민들은 外國系列會社와 동업 또는 외국 商標를 들고 들어와 성업중인 각종 체인점 및 창고형 할인매장에 점점 익숙해져가고 있다. 국내 최초의 창고형 할인매장인 프라이스클럽이 영업을 시작한 후로 우리나라 流通業의 大變化를 초래했다.

또한, 레이아웃이 현대적 감각에 맞는 외국계 체인점들이 국내 체인점들에 비해 많은 顧客을 유치하고 있어 외국계 체인점 개설을 위한 치열한 경쟁이 이루어지고 있다.

국내에서 구하기 어려웠던 외국산 醫藥品, 의약부외품, 의료용품, 건강식품 등의 국내 수입 증가는 암시장을 통한 거래가 陽性化되면서 내국인들이 外國産과 國産을 비교해 볼 수 있는 기회와 선택의 폭이 많아졌음을 의미한다. 영세한 생산자에 의해 공급되던 의약부외품들이나 醫療用具, 위생용품들은 수입산이 국내산보다 비록 가격이 비싸다 하더라도 환자들의 구미에 맞는 제품의 질과 品目들로 인하여 환자만족도를 높여줄 가능성이 다분히 있고 만일 저가 전략을 편다면 보다 쉽게 國內市場을 잠식하게 될 것이다. 이러한 국민들의 소비행태변화는 약국이용행태와 의약품소비행태 변화를 초래하게 될 것이다.

4. 外的 環境變化

가. 醫療傳達體系의 影響

우리나라는 藥局診療와 병·의원진료가 공존하고 약사와 의사의 의약품 취급(조제, 판매)이 허용되고 있다. 醫藥分業이 실시될 때까지 잠정적인 조치라고 하지만, 의료전달체계에 있어서 약사들이 행하고 있는 役割에는 타국에 비해 자율성이 많이 부여되어 있는 셈이다. 때문에 우리나라 약국은 경질환 치료의 代表的인 장소로 꼽아지며, 調劑藥을 선호하는 국민성향에 맞추어 약국이 서민들 질병치료에 많은 기여를 해왔다.

우리나라 약국들은 분업이 실시되지 않고 있는 상황이어서, 藥師의 환자치료실력에 따라 藥局施設에 대한 투자가 적거나 취급품목이 다양하지 못하다하더라도 여전히 성업 중에 있을 수 있다. 그러나 이러한 현상들도 1989년 全國民醫療保險制度의 확대실시로 인하여 병의원 선호가 심화됨에 따라 약국에서의 전문의약품소비량이 현격히 줄어들고 있다. 또한 총 醫藥品消費가 약국에서 보다는 병의원에서가 더 많은 현상을 초래하였다. 병의원급에서의 의약품소비가 藥局보다 더 많아지고 있는 것은 우리나라 병의원이 의약품 調劑販賣에 많은 비중을 두고 있음을 시사하고 있고, 의약분업이 실시되지 않는 한 이러한 현상이 더욱더 심화될 것으로 사료된다.

약국을 찾는 患者數의 감소는 약국이 환자를 유치하기 위한 대책(Harry, 1986)을 강구하게끔 유도하고 있는데, 의약품 販賣價格을 낮추는 방안, 의약품 이외의 품목(건강식품, 한약, 의료기구 등)을 취급하여 가격경쟁에서 벗어나는 방법 등이 대안으로 모색되고 있다.

나. 業務自動化에 따른 藥師人力的 對替手段 登場

미국의 경우처럼 의사의 처방전에 따른 조제만이 허용될 경우 약국의 조제 수입은 조제건수에 비례하게 될 것이며 얼마나 많은 양의 처방전을 유치, 조제하느냐의 경쟁이 될 것이다. 약사의 단순 처방조제 기능은 업무자동화에 따라 로봇 등에 의해 대치되면서 약사 人件費를 줄임과 동시에 많은 양의 調劑業務를 처리(Drug Topics, 1996)하려는 약국이 등장될 것이다. 이미 미국의 체인약국들은 약사의 인건비를 줄이기 위한 업무자동화에 많은 투자를 한 결과 실용화단계에 이르고 있다.

다. 醫藥品에 관한 保健醫療 政策方向

우리나라 보건의료정책은 의약품은 일반 工產品과 다르다라는 점에서 추진되어 오고 있다. 이는 의약품은 인간의 생명과 건강에 직접적인 영향을 미치는 特殊性을 가진 제품이기 때문에 醫藥品의 製造, 유통, 소비 등 전단계를 약사(藥事)법에 의해 규제, 관리하고 있으며, 약사(藥師)라는 특수면허를 가진 사람들에 의해 藥局에서만 판매가 가능하도록 규정하고 있다. 그럼에도 불구하고, 최근 工產品小賣市場의 가격과파 바람과, 의약품을 둘러싼 표준소매가제도의 시시비비로 의약품도 값싸게 살수 있으면 좋은 것이 아닌가 하는 국민적 바람과, 經濟企劃院에서 꾸준히 藥價自律化를 추진하고 있어서, 기존의 의약품에 관한 보건의료정책의 기본방향이 전환될 가능성이 있다.

보건복지부의 의약품에 관한 기본입장이 흔들리고 있음을 단적으로 보여주는 예는 바로 藥師研修教育 의무이수시간을 과거 15시간에서 8시간으로 줄인 점이다. 행정규제완화조치의 일환으로 시도된 이와 같은 緩和規定은 나날이 홍수같이 쏟아져 나오는 새로운 약들속에서 환자교육 및 상담에 참여하게 되는 약사들이 주기적으로 새로운 지식으

로 무장되어야만 하기 때문에 國家別로 藥師再教育이 강화되고 있는 추세와 역행한 조치로서 정부가 의약품의 특수성을 등한시한 일례이다. 이와 같은 추세는 藥局開設權, 의약품판매권 등 의약품과 관련하여 복지부의 입장변화 가능성이 다분히 있음을 시사한다.

第3節 開放에 따른 國內 醫藥品 小賣業의 問題點

醫藥品을 생산자에서 소비자까지 안전성과 유효성을 유지하면서 효율적인 방법으로 전달하기 위해서는 醫藥品都賣業과 의약품소매업의 역할이 매우 중요하다. 이러한 의약품의 안전공급과 품질관리를 위하여 정부에서는 1995년 1월 우수의약품공급기준(KGSP)을 고시하고, 1998년 1월부터 KGSP에 의한 醫藥品 유통을 의무화할 예정이다. 본 보고서에서는 정부가 추진중에 있는 KGSP에 의해 의약품유통구조가 정돈된다는 전제하에서 의약품소매업의 대표적인 약국의 投資開放에 따른 問題點을 지적해보고자 한다.

1. 藥師에 의한 藥局開設의 容易性

약국간 거리제한이나 주민수에 비례한 藥局開設 規制條項이 없어서 藥局間 과당경쟁의 원인이 되고 있다. <表 6-6>에 예시한 것처럼 대부분의 유럽국가들은 약국개설을 규제하여 약국의 균등분포를 위해 노력하고 있다.

국내에서는 약대를 졸업하여 藥師免許를 취득하면 언제든지 약국을 개설할 수 있고, 장기간 약업계를 떠나 있던 약사들 조차도 언제든지 원하기만 하면 藥局을 개설할 수 있다. 또한 대도시에서 약국을 개설하길 선호하기 때문에 소규모 藥局들이 난립하여 대도시지역 중심으로 약국과밀화 현상이 나타나고 있다.

〈表 6-6〉 유럽 國家의 藥局開設에 관한 規制 現況

국 가	약국수규제	총약국수 통제	주민수당 약국규제	지리학적 약국규제
오스트리아	×	×	○	○
벨지움	○	×	○	○
덴마크	○	○	×	×
독일	×	×	×	×
프랑스	○	×	○	×
그리스	○	×	○	○
영국	×	×	×	×
아일랜드	×	×	×	×
이탈리아	○	×	○	×
룩셈부르크	○	○	×	×
네델란드	×	×	×	×
포르투갈	○	×	○	○
스페인	○	×	○	○
스위스	×	×	×	×

註: ○ 규제, × 미규제

資料: Diener and Sitzius-Zehender, 내부자료, 1991.

이미 과포화상태에 이르렀다고 평가되는 약국소매시장에 외국계 약국체인이 약국을 開設하기 위해서는 기존의 藥局을 인수하거나 인근 약국의 倒産을 조장하여 시장을 장악하는 방법이 고려될 것이다. 따라서 자본금 규모가 적은 소규모 약국들의 倒産이 우려되고, 이에 따른 약국수의 감소는 지역주민의 약국접근용이성을 저하시키게 될 것이다.

2. 藥局運營에 있어서 資本과 管理 未分離

우리나라 약사법은 약국의 소유를 약사에만 제한(법 제16조)하고 복수약국의 所有를 금지(법 제19조)하면서 의약품의 調劑(법 제21조) 판매(법 제35조)도 약사에게만 허용하고 있다. 약국개설자가 아니면 사업자등록을 할 수 없도록 稅法에서 규제하고 있어서 우리나라는 약국의 자본과 관리의 분리를 인정하지 않는 국가이다. 이러한 규정은 藥師의

약국관리업무의 중요성을 強調하기 위한 것으로 한 약사가 다수의 약국을 소유함에 따라 발생하게 되는 관리소홀과 무자격자에 의한 의약품 판매 및 조제행위를 배제하여 약제서비스의 질 저하를 방지하고 국민을 약해로부터 보호하기 위함이다. 그러나 藥局所有者와 약국관리자가 동일인이어야 한다는 규제조항은 소자본에 의한 영세약국을 양산하여 약국 현대화의 障礙要因이 되고 있다는 비판의 소리도 적지 않다.

약국의 所有와 管理가 분리되어 있는 미국의 경우 藥局管理者로 약사를 고용하여 관리한다는 전제하에 약사가 아닌 사람도 약국을 소유할 수 있고, 동일 所有權에 의한 다수 약국 운영이 가능하다. 자영약국(Independent Community Pharmacy)을 소유하고 있는 약사들은 약국을 조제위주로 운영을 하고 있어서 환자 복약상담에 많은 시간을 투자하고 있다. 반면에 기업형 체인약국 소유자들은 근무약사들이 복약상담 보다는 처방약 조제를 우선으로 처리하기를 원하고 있다. 체인약국 약사들은 환자와 차분히 상담에 임하기보다는 처방조제로 바쁜 일과를 보낼 수밖에 없어서, 相談을 위한 환자와의 접촉기회가 별로 없다는 점에서 불만족스러워 하고 있다. 체인약국 所有主 입장에서 보면 약사는 처방전에 따른 조제업무를 위해 고용된 사람에 불과하다. 처방전 수는 나날이 증가하고 있지만 이에 따른 이윤폭은 줄어들고 있기 때문에 체인약국들은 藥師人件費를 줄이기 위해 조제업무의 자동화연구에 많은 관심을 보이고 있다. 체인약국의 藥局經營戰略은 창의적이고 專門性을 살린 약의 전문가로 인정받기를 원하는 약사들의 바램과 상충되는 경우가 종종 발생한다. 약학교육연한 연장과 같은 약업계관련 법률개정논의에 있어서 체인약국협회(National Association of Chain Drug Stores)는 여타 藥師, 藥局團體와 서로 상반된 입장을 오랫동안 취해 왔었다.

만일 약국소유와 관리의 分離가 許容된다면 외국자본에 의해서만이

아니라 국내 大資本家에 의한 기업형 약국체인 開設이 가능하다. 국내 외 대자본이 의약품소매업에 투자된다면 약국시설의 현대화와 대형화를 빠른 시일안에 이룰 수 있을 것이다. 또한 약사들은 기업형 체인약국의 管理藥師나 근무약사로 고용되어 2내지 3교대⁴⁰⁾ 방식으로 약국에서 근무하게 될 것이고, 1약사가 장시간 근무하게 됨에 따라 발생하는 藥師 不在時 무자격자에 의한 조제, 판매행위 논란이 사라질 것으로 기대된다. 그러나, 기업형 약국체인들은 이미 과포화된 藥局市場 장악을 위해 기존의 약국들과 競爭을 하게 될 것이며, 자본력이 약한 개인소유 藥局들은 폐업의 위기에 처할 가능성이 높다. 약국간의 경쟁 심화와 대형화 추세는 약국수의 감소를 초래하여 환자들이 지금처럼 편리하게 약국을 이용할 수 없게 될 것이다. 또한 약국도 하나의 기업체 형식으로 변모하여, 營利追求를 위한 각종 방법이 총 동원되어, 의약품과소비를 조장하게 될 가능성이 있다.

大韓藥師會로 결속되어 있던 약사집단은 약사들이라는 동질집단에 비약사의 자본이 유입됨에 따라 利害關係가 다른 이질적인 집단으로 나뉘게 될 것이며, 윤리강령(Code of Ethics)에 의한 자발적인 통제(Self-control)기능이 저하될 가능성이 크다.

美國과 달리 유럽공동체국가에서는 약사만이 藥局을 所有할 수 있고 1약사 1약국소유만을 허용하는 약국개설제한 규정이 있다. 덴마크와 룩셈부르그를 제외한 유럽공동체 국가에서는 藥師가 법인형태로 藥局을 經營하는 것을 허용하고 있으나 법인에 의한 다수 약국운영은 금지되어 있다⁴¹⁾. 덴마크와 룩셈부르그에서는 약사가 個人的으로만 약

40) 개설약사는 자신의 약국이기 때문에, 장시간의 노동을 감수하나, 근무약사는 일정시간 이상 노동을 제공하지 않는다. 따라서, 약국을 근무약사로 운영을 하게될 경우, 다수의 약사가 근무하지 않으면, 약국개문시간을 채우기가 어렵다.

41) 예외: 영국, 아일랜드, 벨기에.

국을 소유할 수 있도록 규정하고 있다. 앞서 살펴본 바와 같이 藥局所有와 관리의 분리를 국가가 허용한다면 외국의 대자본을 유치하여 국내에 약국을 개설하여 운영하는 데 아무런 하자가 없다. 굳이 약사면허의 相互認定을 주장하지 않아도 얼마든지 국내 시장진출을 시도할 수 있기 때문에 약국의 소유와 관리의 분리는 藥局開放이라는 문제와 함께 신중히 검토해야 할 필요가 있다.

3. 包括서비스를 提供하는 都賣商의 不在

우리나라 의약품 유통체계는 도매상을 통한 거래비중 보다 製藥會社와의 직거래를 통한 醫藥品 供給이 다른 나라에 비해 많은 편이다. 최근 약국경기의 부진으로 병원을 대상으로 전문의약품 도매에 주력하려는 도매상 수가 증가하고 있다. 醫藥品都賣商의 약국거래비중이 1992년에는 42%였던 것이 1995년에는 35%로 점점 줄어들고 있는 우리나라와는 대조적으로 외국의 경우 醫藥品都賣商의 주 거래처는 바로 약국이며 藥局의 도매상 의존비율⁴²⁾이 매우 높다(表 6-7, 表 6-8 참조)

제약회사와의 직거래를 통한 매입단가를 낮추려는 미국의 체인약국 경영방침에 때문에 소외되는 의약품도매상들은 자영약국들에게 醫藥品供給 뿐만아니라 약국관리에 필요한 情報提供, 자료분석, 심지어 약국상표가 붙은 가격표시라벨도 부착하여 공급하는 포괄서비스를 제공하고 자영약국의 경쟁력을 키워주는 노력을 함으로서 상부상조하는 공생관계를 형성해 나가고 있다.

42) 의약분업이 실시되어 약국에서 필요로 하는 의약품의 수가 많아질 경우, 지금보다는 도매상 의존도가 높아질 것으로 예측된다.

〈表 6-7〉 都賣商의 處方用調劑藥 去來比率

(단위: %)

국 가	도매상의 약국거래비중	약국의 도매상 의존도
독 일	83	98
프 랑 스	88	95
이탈리아	86	88
영 국	82	75
스 페 인	86	97
벨 지 움	80	87
네델란드	70	88
평 균	84	92

註: 도매상의 약국 거래비중 = 약국 판매량 / 병원 및 약국 판매량
 약국의 도매상 의존도 = 도매상으로부터의 의약품구입량 / 도매상 및 제
 약회사로부터의 의약품구입량

資料: Coopers and Lybrand, 내부자료, 1995.

〈表 6-8〉 都賣商去來比率(1993)

(단위: %)

국가	약국	병원	의원	드럭스토어
오스트리아	81	5	14	0
벨지움	98	2	0	0
덴마크	90	10	0	0
핀란드	81	19	0	0
프랑스	99	1	0	0
독 일	100	0	0	0
그리스	100	0	0	0
아일랜드	83	11	6	0
이탈리아	99	1	0	0
네델란드	70	13	10	7
스페인	99	1	0	0
스웨덴	85	15	0	0
스위스	60	15	18	7
영 국	76	15	5	4

資料: European Association of Pharmaceutical Wholesalers, 내부자료, 1994.

현재 國內에 생기기 시작한 약국협업체는 약국이 새로운 형태의 조
 인자를 필요로 하는 상황에서 적정마진 확보가 가능한 健康食品 등의

제품을 회원약국에 供給해주고, 약학대학에서 제공하지 못한 실무교육(임상, 약국경영)의 기회를 제공한다는 점에서 藥師들의 관심을 끌고 있다. 외국계 의약품도매상이 國內市場을 공략할 때 그들 나름대로 축적된 선진 관리 기술을 국내에 선보이면서, 개국약사들이 필요로 하는 정보를 제공한다면 藥局과 외자도매상들과의 새로운 유대관계 체계가 성립(Pseudo-chain)되면서 의약품도매상이 약국체인본부로서 회원약국을 적극적으로 모집하는 현상이 벌어질 가능성이 있다.

4. 醫藥品 價格 秩序 紊亂

대형약국의 난매현상이 약국가에 골치거리로 등장하고 있는 이유는 소비자 選擇權이 없는 의약품의 특성상 잘 알려져 있는 유명의약품의 결손판매(minus leader)를 통한 환자유치와 無名醫藥品이나 건강보조식품 등을 폭리를 취하면서 대량판매를 하기 때문이다. 이러한 행위는 의약품에 대한 情報가 不足한 환자의 불평등 위치를 역이용하는 비윤리적 행위로 지적되고 있다⁴³⁾. 그러나 이러한 사실을 모르는 소비자인 환자들은 大型藥局으로 몰리게 되었고, 일반 약국과는 醫藥品價格의 불신을 받는 상황에 처해지게 되었다. 과거 일정지역내에 대형약국이 밀집되어 있던 것과 달리 최근에는 대형약국이 일반 주택가까지도 진출하여 투매정책을 펴는 바람에 일반 약국가에 미치는 파장이 크다고 한다.

의약품 流通秩序의 문란은 의약품가격에 대한 공신력을 저하시키는 원인이 되고 있다. 표준소매가제도는 약국간의 價格競爭을 최소로 줄이고 서비스경쟁을 유도하려던 당초의 목적과는 달리 오히려 대형약

43) 의약품의 무자료거래, 의약품 역류현상 등의 유통구조상의 문제는 난매 약국에서 환자에게 의약품등을 판매하기 이전 단계상의 문제임.

국이 존립 가능한 환경이 되고 있어서 새로운 약물관리제도가 필요하다는 주장이 신중히 提起되고 있다. 의약품가격의 자유경쟁체제가 필요하다는 주장도 있으나 의약품의 價格競爭은 의약품의 과소비를 조장시키고 오남용으로 인한 피해우려가 있어서 국민의 생명과 연관된 商品을 취급하는 약국에서 바람직하지 못한 행위⁴⁴⁾가 유발될 수 있다는 주장도 만만치 않다. 무질서한 의약품 가격체계는 외국의 企業型 약국체인이 국내에 들어와 시장잠식을 위해 과격적인 醫藥品 低價 販賣攻勢를 펼칠 가능성이 크고, 資本金이 충분하지 못한 국내 약국들은 경쟁에서 비교우위를 점하기가 어렵게 될 것이다.

5. 情報 및 現代化된 藥局 管理體制의 不在

약국간 競爭이 深化된 현재, 보다 효율적인 약국관리를 하지 않고서는 약국을 경영하기가 쉽지 않다. 1990년대에 들어 환자들에게 좋은 인상을 주기 위한 약국의 구조개선에 다수 약국들이 관심을 가지고 있다. 그러나 깨끗한 매장으로 단장을 한 藥局들이 등장하고 있지만, 약국의 運營費用을 줄일 수 있는 효율적인 방법을 제시해 주는 곳이 거의 없다. 약국들이 소프트웨어보다는 하드웨어적인 개선에 치중할 수밖에 없는 이유는 국내 약국들을 대상으로 藥局經營에 관련된 연구가 진행된 바가 거의 없고, 참고로 활용할 수 있는 자료들이 수집 정리되어 있지 못하기 때문이다.

또한 업무의 電算化, 自動化를 기하기 위해서는 의약품의 바코드관리나 박스단위 판매 등이 이루어져야 하나 우리나라 藥局은 소량 날개 판매를 하고 있어서 재고파악이 쉽지 않은 업태로 분류될 정도로, 매우 복잡한 形態를 띠고 있다. 국내 약국경영 형태의 복잡성은 外國

44) 서비스경쟁보다는 가격경쟁을 통한 박리다매로 치우칠 가능성이 크다.

계 체인약국이 국내에 진출한다 하더라도 국내 적용에 상당한 어려움을 經驗하게 될 것이라는 예측을 해 볼 수 있다. 그러나 국가주도하에 유통비용절감을 위한 노력이 추진 중에 있고, 바코드관리 體系의 필요성에 대한 주장이 대두되고 있어서, 가까운 시일안에 실용화가 될 것으로 보인다. 미국의 경우 늘어나는 처방전을 수용하고 인건비를 줄이기 위해 약국조제업무의 自動化에 대한 투자를 한 결과 로봇에 의한 조제업무대행이 거의 현실화되어 있는 단계에 이르렀는데, 그동안 우리나라에서는 약국의 現代化를 위한 투자에 국가나 약사들이 인색했다는 점을 간과해서는 안될 것이다.

6. 國內 開發 新醫藥品의 不在

醫藥品製造業의 개방이 허용된 직후부터, 오랫동안 같이 일해 오던 국내 기업과 계약을 끝내고 100% 외국인 投資企業으로 변모하기 시작한 外國界 회사들은 이미 국내 시장에 자회사 제품들의 인지도가 높은 점들을 이용하여 국내 동반자들을 밀어내고 그동안의 경험을 토대로 새로운 戰略을 세워 국내 의약품시장 占有擴大를 위한 노력을 기울이고 있다. 생약제제를 제외하고는 국내 개발 醫藥品이 거의 없다는 점은 대외경쟁력제고라는 차원에서 외국계 회사에 의해 좌우되는 從屬的 位置로 전락하게 만든다. 약국들은 外國界 都賣商들에 의해 외국상품들을 취급하게 될 가능성이 커진다.

7. 無資格者에 의한 醫藥品 販賣, 調劑行爲

비록 藥局開設權이 약사가 아닌 사람이나 기업에게 허용이 되어 있는 국가라 하더라도 약국은 약사에 의해 관리되고 있다. 이것은 약국에서 취급하고 있는 의약품의 특수성에 기인한 것으로 藥師라는 면허

를 주고 特別管理하고 있는 셈이다. 때문에 약사들은 파트타임 약사를 제외하고 정식직원으로 藥局에서 일하면서 약사로서의 약국관리 의무를 행하고 있다. 우리나라 약국관리 형태를 살펴보면, 1약국 1약사의 形態가 대부분으로, 장시간의 약국업무는 1약사의 責任管理가 어렵다. 따라서 가족의 도움을 받는 경우가 발생한다. 인건비를 줄이기 위해 가족이 동원되는 것은 있을 수 있는 일이지만 이들에 의한 무자격 조제행위나 의약품 販賣行爲가 약사들에 의해 묵인되어 왔다는 점을 지적하지 않을 수 없다. 더욱 더 큰 문제점은 개설약사가 醫藥品販賣를 위해 무자격자를 고용하여 이들에 의한 무분별한 의약품소비를 조장하고 있어서 약국간 紛爭의 原因이 되기도 한다.

물론 약사들간의 자율지도강화와 반성을 통해 무자격자의 醫藥品 調劑行爲가 많이 줄어 들었으나, 의약품판매를 전담하는 소위 다이맨(무자격 의약품 판매원)들은 여전히 약국에서 활동하고 있으며, 이들에 의해 건강보조식품이나 無名醫藥品이 과대 광고되어 폭리를 취하는 경우도 발생하고 있다.

미국의 경우 藥局補助人力에 대한 교육이 전문대학수준에서 이루어지고 있고, 이러한 교육을 받은 자만이 藥師業務를 보조할 수 있으며, 이들이 약국에서 할수 있는 업무도 명확히 약사와 구별되어 있는 것에 비해, 우리나라에서는 전문 교육도 받지 않고 약사들과 구별없이 조제나 醫藥品販賣를 행하고 있어서 대책마련이 시급하다.

第 4 節 開放에 따른 醫藥品流通市場의 展望

전세계적으로 나날이 증가하고 있는 保健醫療費 절감 노력은, 醫藥品으로 인한 이윤폭을 점점 줄이고 있는 추세이다. 때문에, 자국에서의 경영조건이 각종 규제와 競爭의 深化로 인하여 나빠짐에 따라 시

장잠재력이 큰 국가에 대한 활로개척에 외국자본가의 관심이 쏠릴 가능성이 있다. 외형적으로는 醫藥品生産量이 세계 10위권인 우리나라는 앞서 지적한 바와 같이 국내 개발 의약품이 거의 없고, 의약품도소매상의 전근대화로 인한 問題點들을 지니고 있어서 外國企業이 우리나라 시장잠식을 통한 경영 수지 개선노력을 취할 가능성이 크다.

비록 현행 약사법으로는 企業型 약국체인의 設立이 불가능하지만 언젠가는 外國界 약국체인이 국내에 점포를 설치할 수도 있다는 가정을 완전히 배제하기 어렵다. 1995년 UR협상에 의한 藥局市場의 외국인 투자개방을 계기로 국내 의약품시장의 변화가능성을 다음과 같이 3가지 각도에서 살펴보기로 하겠다.

현행 藥事法상 외국자본에 의한 약국개설은 가능한가?

약사법 개정을 요구한다면 어떤 形態로 무엇을 요구할 것인가?

개방에 따른 국내 醫藥品市場의 변화모습은 어떻게 예측되는가?

1. 藥事法 改正이 없는 경우

미국계 체인인 월마트가 최근 캐나다 醫藥品市場을 잠식해 들어가고 있다고 한다. 현재 U.R 협정에 의한 외국자본의 약국개설허용은 국가마다 醫藥品 관련 規程이 다르기 때문에 기업형 약국체인의 개설이 용이한 국가들끼리 경쟁을 할 가능성이 크다.

가. 現行制度下에서 可能한 外國資本에 의한 藥局開設類型

현행 제도하에서 가능한 外國資本에 의한 약국개설 유형은 첫째, 프랜차이즈식 외국계 약국체인이 국내에서 회원약국을 모집하는 형태이다. 국내 藥局과 契約을 체결하는 방법으로 이미 類似形態의 약국협업체가 국내에 등장하였으므로 국내 약사법의 저촉을 받지 않는 범위내

에서 시도된다면 얼마든지 가능하다. 둘째, 국내 藥師免許를 지닌 교포가 外國資本을 가지고 약국을 개설하는 형태가 있다. 셋째, 약국부지를 소유하고 약사에게 임대하는 형태를 취하는 방법이 있다. 예를 들면, 대형매장내에 약국을 임대해 주는 형식으로 동조체제를 구축하는 것이다.

나. 外國資本에 의한 藥局開設 可能性 檢討

1) 프랜차이즈식 外國界 藥局체인이 국내에 들어올 것인가?

MSI社(Medicine Shoppe International)는 미국에 본부를 둔 대표적인 프랜차이즈식 藥局체인으로 아시아 시장으로의 영역확대에 많은 관심이 있는 것으로 알려지고 있다. 1996년까지 말레이시아, 타이완에 체인약국이 진출해 있고, 교포를 내세워 韓國進出을 計劃하고 있다고 한다. 미국식의 체인 운영방침은 국내여건상 제약조건이 많아 제반여건이 무르익을 때 까지 國內 設立을 유보하고 있는 것 같다. 가맹점 판매액의 일부분을 로열티로 징수하는 방식은 약국의 재고파악이 어렵고, 물류비용이 높아서 醫藥品都賣業이 우선 선진화되지 않으면 약국경영 참여로 인한 이윤추구는 쉽지 않다. 또한 현행 藥事法이나 稅法上으로는 약국판매수익의 일정부분을 체인본부가 징수할 수 없다.

대부분의 프랜차이즈식 藥局체인 중앙본부는 도매업소를 모체로 삼은 경우여서 선진화된 관리기법과 그들이 제공하는 희귀의약품을 국내 약국에 공급한다면 이제 시작단계인 약국협업체보다도 외자도매업소가 일반 藥局들에게 훨씬 매력적일 것이다. 따라서 이들을 필요로 하는 약국 회원 확보는 쉽게 이루어질 것이고, 이에 따른 國內 醫藥品시장잠식은 시간문제이다. 한국현실에 맞는 운영방침과 한국약국과의 계약조건이 맞다면 外國界 프랜차이즈 藥局이나 외국계 의약품 도매상의 국내 진출은 언제든지 가능하다.

2) 국내 약사면허를 가진 교포의 약국개설이 현실화될 것인가?

과거 미국으로 약사이민을 간 교포들중 역이민을 假定해 볼 수 있다. 우리나라의 藥局開設은 약사가 과거에 약국에 근무한 적이 있든 없든 한동안 약사면허를 사용했든 안했든 상관없이 가능하다. 따라서, 미국에서 약국운영을 하고 있는 교포가 國內에 들어와 새로운 형태의 약국을 개설할 가능성도 충분히 있다. 국내사정에 어두운 교포는 국내 약사와 제휴하여 同業 또는 관리 및 근무약사를 고용하여 藥局開設을 할 수 있다. 최근들어 국내 약사들과 교포약사들과의 잦은 왕래로 얼마든지 미국형 약국의 국내 설립시도가 이루어질 수 있다.

또한 외국체인의 모델약국을 국내에 개설하고 시험테스트 해 볼 가능성도 排除하기 어렵다. 그러나, 약국에서 발생하는 事業所得의 귀속 여부가 명확하게 해결되지 않는 한 外國資本에 의한 약국개설은 현행 약사법상 외국 자본가에게 큰 매력이 없을 것이다.

3) 外國資本에 의한 大型 유통센터에서 약국자리를 임대하는 방법

이 방법은 약국에서 발생하는 소득이 藥局開設者에게 귀속됨으로 외국자본가는 임대료명목으로 일정금액을 징수 할 수 있을 것이다. 이러한 형태는 賃貸所得보다는 장기적 포석작전으로 藥局所有에 대한 규제가 완화될 경우 언제든지 약국개설이 용이하다는 이점이 있다.

2. 藥事法 改正이 이루어질 경우

우선 外國資本에 의한 기업형 약국체인은 국내 진출을 용이하게 하기 위해 다음과 같은 전략으로 점진적인 약사법개정을 유도할 可能性이 있다. 이들에 의해 모색될 國內進出 가상 시나리오를 구성해 보면 다음과 같다.

가. 藥局開放 假想 시나리오 1

1) 1단계: 자본 및 인력시장 개방

이미 1995년 1월 1일을 기해 외국자본에 의한 藥局開設이 허용되었다. 약사면허의 상호인정은 教育與件上 국가별로 차이가 많고, 허용가능성은 극히 희박한 것으로 알려져 있다.

2) 2단계: 일반의약품의 藥局外 판매허용

현행 藥事法上 약국소유는 약사에게만 국한되어 있어서, 약국에서 판매되고 있는 의약품들 중 전문의약품을 제외한 一般醫藥品(OTC)들의 약국외 판매를 강력히 요구할 가능성이 높다. 한국인들이 자주 여행하는 美國, 日本의 藥局形態가 잡화점적 성격을 띠고 있는 관계로 이들 국가를 방문한 경험이 있는 사람일수록 의약품의 특수성을 간과하고 있는 경우가 많다. 국민의 생활패턴이 24시간으로 擴大됨을 기회로 편의점 및 슈퍼와 공동보조를 취하여 정부에게 약국외 의약품판매를 許容하도록 외압을 가할 가능성이 있다. 醫藥分業이 시행안되고 있는 현상하에서 조제의약품 시장의 주도권이 약국에서 일반병의원급으로 이동해가고 있고, 醫療保險制度의 확대실시로 인해 환자의 약국이용행태가 변화되고 있어 약국경기는 계속해서 퇴조하고 있다. 醫藥分業이 실시된다 하더라도 약국에 비치하고 있어야 할 의약품의 종류가 많아짐에 따라 소규모 약국들의 분업참여율은 높지 않을 것이며, 一般醫藥品 판매에 치중하게 될 小賣藥局들이 받게될 충격은 매우 클 것이다. 또한 의약품판매에 있어서 약사의 배제는 우편약국⁴⁵⁾이 등장할 수 있고, 다단계의약품판매가 가능해진다. 의약품 소매업종의 다양화는 政府의 統制가 사실상 불가능해짐을 의미한다.

45) 현행 약사법으로는 불가능.

3) 3단계: 약국소유권의 개방

일단 醫藥品 流通市場에 참여하게 된 외국계 企業들은 法人에 의한 약국개설을 要求함으로써 처방약시장에 동참하고자 할 것이다.

4) 4단계: 단일 법인에 의한 체인약국 설립

자본과 관리의 분리는 單一法人에 의한 다수의 藥局設立을 용이하게 함으로써, 프랜차이즈식 약국이 아닌 企業型 체인약국의 국내설립이 가능해진다. 풍부한 資本과 專門化, 현대화된 장비와 경영방식을 가진 외국계 체인은 多國籍企業들과 함께 국내 醫藥品市場을 쉽게 장악하게 될 것이다.

5) 5단계: 국내 의약품 시장의 외국계 체인약국의 잠식 가속화(의약품 가격파괴, 가격인하 경쟁)

외국의 경우, 체인약국의 醫藥品流通市場 장악의 비결은 치밀한 價格競爭에 있다. 기업형 약국체인이 문어발식 확장방법은 필요에 따라 저가정책을 세워 소비자를 유치하기 때문에 一般藥局은 OTC판매 경쟁에서 승리하기 어렵고, 체인약국의 의도적인 일반약국 도산 유도 정책은 一般藥局을 폐업하게 만드는 결정적인 原因이 되기 때문에 국내 시장장악을 위해 유사한 방법이 동원될 것으로 보인다.

나. 藥局開放 假想 시나리오 2

1) 제1단계: 외국계 체인약국이 프랜차이즈 형식으로 국내 회원모집

현행 藥事法上으로도 외국계 프랜차이즈약국이 국내 會員藥局을 모집하는데 문제가 없다. 다만 체인약국을 運營하는 方法에서 국내법에

저축을 받을 수 있는 것은 과감히 포기하고 국내법에 하자가 없는 범위 내에서 회원약국과 契約을 締結한다. 약국 經營技法에 대한 교육과, 본부의 經營方針등에 대한 회원교육 및 복약상담등에 관련된 교육기회를 제공하고, 시설설비통일을 목적으로 약국인테리어를 개조한다.

2) 제2단계: 국내 협업체와의 차별화 유도

醫藥品都賣商의 성격을 띤 중앙본부는 자국에서의 의약품 도매경험을 이용하여, 외국산 수입 완제의약품과 醫療用具, 기기 등을 수입하여 회원약국에 보급한다. 외국산 의약품과 기타 상품을 국내에 소개시키면서 다른 都賣商들에 비해, 상대적으로 저렴한 價格을 維持하여 국내 시장 잠식을 기도한다.

3) 제3단계: 약국의 소유와 관리분리를 요구

약국의 所有와 管理의 분리를 허용하는 藥事法의 개정을 통하여 기존의 회원약국을 인수하고 약사를 고용하여 약국관리를 시키면서 본격적인 약국체인 운영을 시도한다.

4) 제4단계: 국내 의약품 시장의 잠식 가속화

생약제제를 제외하고 국내 자체 開發生産되는 의약품이 거의 없는 우리나라로서는 외국계 製藥會社나 도매상으로부터 의약품을 공급받을 가능성이 높고, 이들에 의해 국내 醫藥品 市場占有努力이 더욱더 가속화될 것이다.

3. 外國界 藥局체인이 國內 醫藥品流通市場에 미치는 影響

가. 國內 都賣業界의 藥局체인화

기업형 체인약국은 대부분 생산자나 輸入者와의 직거래를 통하여 의약품이나 기타 物品을 供給받는다. 기존의 도매상과는 자신들의 제품이 일시적으로 재고가 부족하다거나 구색을 맞추는 목적으로 소량 필요한 제품의 공급을 위한 거래를 할 뿐이다. 따라서, 이러한 企業型 체인약국과 대항하기 위해 기존의 醫藥品都賣商들은 기존의 약국들과 프랜차이즈형 약국체인을 구성하여 회원약국에 의약품을 공급하기 위한 방법을 모색하게 될 것이다.

기업형 약국체인 설립이 허용될 경우 資本金을 충분히 확보한 국내 醫藥品都賣商은 프랜차이즈형식의 약국체인보다는 직접 약국들을 매수하여 국내 의약품시장 특성에 맞는 기업형 약국체인을 運營하려고 할 것이다.

나. 大企業의 醫藥品市場 參與

기업형 체인약국의 開設許容은 외국자본가에 의한 藥局開設 뿐만 아니라 국내 자본가에 의한 기업형 체인약국개설을 가능하게 한다. 이들은 의약품사업에 대한 지식이 부족하기 때문에 외국의 유명 약국체인과 合資形式으로 약국체인을 개설할 가능성이 크다. 미래의 성장가능성이 큰 의약품시장에 대한 대기업의 關心은 매우 커서 토탈 헬스케어 개념으로 약국체인을 운영할 가능성도 있다.

다. 郵便藥局과 醫藥品多段階 販賣 登場 可能性

약국의 所有와 管理의 분리를 골자로하는 약사법개정도 가능하지만

이보다는 일반의약품의 약국외 판매를 먼저 요구할 可能性이 더 크다. 一般醫藥品の 약국외 판매가 의미하는 바는 약사에게만 허용된 의약품 판매행위가 약사아닌 자에 의한 의약품판매를 허용함을 의미하기 때문에 소위 다단계판매망을 통한 醫藥品販賣가 합법적 행위가 된다.

또한 제약회사가 직접 환자에게 우편판매를 한다던가 우편판매만을 專門으로 하는 약국이 등장하여 우리나라 醫藥品流通體系가 더욱더 복잡해질 것이 자명하다.

라. 既存 藥局의 倒産 및 藥師들의 就業形態 變化

이미 포화상태인 醫藥品 小賣市場에 기업형 약국체인이 등장하게 된다면 기존의 약국들과의 경쟁이 야기될 것이고, 자금의 규모면에서나 안정성면에서 영세한 약국들은 이들과의 경쟁에서 살아남기가 쉽지 않다. 따라서, 자신의 藥局을 處分하고 다른 약국에 雇傭되어 일하거나 동료 약사들과 동업하여 약국규모를 키워 경쟁력을 향상시키는 방안이 모색될 것이다. 어떠한 경우든 企業型 약국체인의 등장은 소규모 영세한 약국들의 도산을 유도할 것이며, 개설약사들이 피고용 약사로서 근무하게 되는 약사들의 就業形態 變化를 초래할 것이다.

第5節 醫藥品市場의 國際競爭力 提高方案

1. 保健福祉部의 藥政關聯 政策의 基本方向(前提條件)

다국적 製藥企業들과 외국의 의약품 물류전문회사의 국내 진출은 이미 기정 사실이다. 다만, 약사법에 의해 외국의 企業型 藥局체인의 국내 상륙이 불가능한 상태일 뿐이다.

앞서 살펴본 바와 같이 국내 의약품소매시장까지 外國資本家에 의한 진출이 시도될 경우 생산, 도매, 소매의 전과정이 외국 투자자에 의존하게되어 세계각국의 醫藥品들이 범람하는 장소가 될 수도 있다는 점에서 경각심을 고취시켜야 할 것으로 사료된다. 약국의 構造, 運營技法 등 외국의 체인약국들에 비해 現代化되지 못하였다는 점은 개선해야 할 것이지만 당장 외국기업이 국내에 들어올 수 있는 상황을 정부가 적극적으로 나서서 만들어줄 필요는 없을 것이다.

현행 藥事法上 약국개설자격 제약 요건은 국내 醫藥品小賣市場을 어느 정도 경쟁력을 키울 수 있는 시간적 여유를 부여받았다는 점에서 다행으로 여겨야 할 것이다. 비록 생산, 流通過程이 외국투자자에 의해 잠식당한다 하더라도 소비자인 국민에게 최종적으로 전달되는 단계에서 국가의 규제가 가능하다면 국가적인 차원에서 국내 약국의 國際化 方案에 충분히 지원해 줄 가치가 있다고 사료된다. 자국의 産業保護라는 측면보다는 자국민 건강보호라는 차원에서 의약품개방정책이 이루어진다면 對外的으로 명분이 충분하다고 보기 때문에 본 보고서는 약정관련 기본방향을 국민에게 가장 바람직한 약제서비스를 제공하기 위한 한국적인 약제서비스개선 방향을 위해 추진한다는 대전제하에서 國家競爭力 提高方案에 대한 제언을 해보고자 한다.

우선 대한민국 정부가 국내 약사와 약국을 보건의료분야의 정책결정 과정에서 어떠한 가치와 비중을 두고 있는가에 따라 개방에 따른 정부의 기본 지원방향이 정해질 것으로 보고, 保健福祉部 약정관련 기본방향을 EU국가들의 통폐합과정에서 기본적으로 취하고 있는 입장을 반영하여 다음과 같이 설정해 보았다.

大前提: 국민에게 가장 바람직한 약제서비스를 提供하기 위해 노력한다. 따라서, 약의 專門家로서 약사를 양성하여, 보다 효과적이며, 합리적이고, 경제적인 방법으로 환자질병치료에 기여하도록 한다. 부정의

약품들로부터 국민을 보호하고, 질병예방과 함께 國民健康增進을 위해 힘을 쏟는다. 이를 위한 具體的인 方案을 다음과 같이 제시해 보았다.

- ① 醫藥品의 特殊性을 인정하며, 현행과 같이 醫藥品의 관리, 판매, 상담, 조제를 위해 藥사라는 특수 직종을 두어 特別管理한다.
- ② 藥의 專門家로서 藥사를 養成하여 管理하고, 보건의료비 증가 억제 수단으로 藥사인력을 활용하기 위해 타 의료인과 공동보조를 할 수 있도록 藥사를 醫療人으로 포함시키고, 藥국을 의료기관으로 승격시킨다⁴⁶⁾.
- ③ 醫藥品의 무분별한 사용과 消費를 억제한다.
- ④ 醫療機關들(藥국포함)간의 네트워크를 구성하여 처방전교환이나, 정보교환, 온라인을 통한 醫療保險請求를 가능하게 함으로써 효율성을 증가시키고 이를 위해 국가적인 지원을 해준다.

위와 같은 政策方向은 특수 사업을 보호하기 위한 목적이기 이전에 자국민의 건강증진과 보호라는 측면에서 그 當爲性이 인정되며, 외국과의 협상에서 우리나라 정부가 취해야 할 기본 입장으로 사료된다.

만일 醫藥品의 特殊性을 인정하지 않는 방향으로 정부의 政策方向이 결정된다면 최근 몇 년동안 한약분쟁과 더불어 심심치 않게 거론되어 온 일반의약품의 藥국외 販賣許容與否가 醫藥品소매시장에 미치게 될 영향은 매우 클 것으로 보인다. 물론 장기연구과제로 일단락지워지긴 했어도 醫藥品 市場開放과 더불어 우리나라 醫藥品 流通市場의 대 변화를 야기시킬만한 큰 사건이 될 것이다. 정부가 위에 명시한 정책방향을 기본입장으로 삼아 醫藥品의 特殊性을 인정하고, 의료서비스 경쟁력 강화방안으로 기존의 藥국과 藥사를 잘 활용하기 위한 방법을 모색한다면, 醫藥品市場 개방을 기회로 보다 국민에게 양질의 약제서비스를 제공할 수 있는 도약의 계기가 될 것으로 사료된다.

46) 일본의 경우, 1993년부터 藥사, 간호사가 의료인으로 포함되었다.

2. 醫藥品 都賣, 小賣 關聯 對應方案

현재 정부가 추진하고 있는 流通一元化 方案은 製藥會社가 영업관매를 위해 쏟는 시간, 노력, 경비를 연구개발(R&D)에 투자하게끔 유도함으로써 의약품 생산 유통의 효율화를 기하기 위한 것이다. 그러나, 기업형 약국체인은 運營費用을 줄이기 위해 생산자와의 직거래를 통해 대량사입에 따른 원가 節減을 기반으로 운영되고 있으며 자신들의 체인약국에 제품공급을 하기 위해 독자적인 물류센터를 운영하고 있다. 때문에 약국체인의 번성은 醫藥品都賣業所의 위축을 초래하여 생산-도매-소매에 이르는 전통적인 유통단계에서 중간인이 사라져가면서 오히려 유통구조가 복잡해지는 양상을 띄고 있다.⁴⁷⁾

따라서 기업형 약국체인의 運營方針은 우리나라 정부가 추진하고 있는 醫藥品 流通一元化 움직임에 저촉된다. KGSP의 기본 취지가 살려지기 위해서는 외국서 영업중인 기업형 약국체인의 국내 상륙을 저지하지 않으면 期待效果를 얻기 어렵다. 그러나, 프랜차이즈식 약국체인본부는 도매상 기능이 더 강하기 때문에 다국적 제약회사들, 外資都賣業者들과의 연계를 통해 우수한 제품들과 선진화된 운영기법들을 가지고 국내 약국들을 공략하게 될 가능성이 크다.

가. 藥局開設 資格要件 強化: 藥局數의 制限

藥局的 開設字格은 현행대로, 약사에게 국한시키되 약국개설전 특정기간의 수련 또는 약국 또는 관련분야 근무를 義務化시키는 등 자격요건 강화를 통해 藥局管理에 필요한 실무경험이 있는 자에게 개설약사나 관리약사 자격을 부여한다. 필요하다면 EU국가처럼 약국수 제한규정을 두어 藥局이 相對的으로 적은 지방으로 分散을 誘導하여 적절

47) Fincham & Wertheimer, Pharmacy and US Health Care System, 1991

한 약제서비스 제공기관으로 양성화한다.

나. 藥局施設의 現代化: 藥師끼리의 共榮藥局誘導, 韓國型 優秀 藥局管理基準의 開發

이미 우리나라 醫藥品生産業體는 KGMP, KGCP, KGLP, 의약품유통업체는 KGSP에 의해 규제받을 예정이다. 1960년대의 藥局施設基準規定이 1990년대까지 지속되어 오고 있음으로 인해 약국들이 시대변화를 따르지 못하고 있어서 우수약국관리기준(Good Pharmacy Practice Guideline)⁴⁸⁾을 기반으로 한 KGPP를 개발하여, 한국상황에 맞는 藥局施設基準 및 運營基準을 만들어야 할 것이다. 약국시설을 현대화하기 위해서는 藥局開設이나 운영을 위한 사업자금이 지금보다 많이 필요하게 될 것이므로 약사들간의 동업을 통해 자본금과 藥局規模를 키우도록 유도하고 필요에 따라서는 金融支援方案이 모색되어야 할 것이다.

다. 藥局 經營의 合理化

12시간이 넘는 藥局運營時間 동안 1약사에 의한 책임관리는 사실상 불가능하다. 또한 의료보험실시로 인하여 藥局管理業務가 증가하여 환자상담, 의약품사업, 판매, 장부기록 등 약사가 담당해야 할 업무가 과중하여 1약국 多數藥師 근무체제가 필연적이다. 때문에, 다수약사 근무약국체제는 약국에 근무하는 개설약사, 管理藥師, 종사약사, 종업원의 책임과 의무를 명확하게 규정해야 할 필요성이 대두되고, 1약국 다수약사 勤務體制의 정립은 최근 문제되고 있는 無資格者에 의한 의약

48) Good Pharmacy Practice guideline: 1993년 동경FIP에서 채택된 안으로서, 약국의 기능과 역할정립을 통해 바람직한 약제서비스를 제공함을 목적으로, 약국시설, 운영기준, 약사 및 약국종업원들에 대한 규정을 기본 골자로 하고 있다.

품조제, 판매행위가 자연스럽게 사라질 것으로 기대된다. 동업에 의한 藥局開設時에는 약국관리책임도 함께 나눌 수 있는 관리상의 문제들도 관련법규보완을 통해 개선해 줘야 할 것이다.

라. 藥局管理의 效率化

1980년대에 심심치 않게 거론되어 오던 로봇에 의한 藥師調劑業務의 대처가 1990년대에 들어와 現實化되기 시작하였으며, 멀지 않아서 상용화될 전망이다. 이러한 업무 자동화는 Unit Dose System의 발달로 의사나 약사의 責任所在를 명확히하기 위한 의약품 판별코드 도입 및 정제화와 바코드에 의한 製品管理에 기반을 둔 것이다. 우리나라의 경우에는 위에서 언급한 모든 사항들이 아직 실시되지 않고 있어서 藥局施設의 현대화를 막고 효율극대화를 저지하는 요소로 작용하고 있다. 이러한 뒷배경에는 박스단위 판매보다는 날개판매가 이루어지고 있고, 의사나, 약사가 자신들의 調劑行爲를 남에게 알리고 싶지 않아 산제를 선호하는 경향이 있기 때문이다.

따라서 의약품의 정제화, 의약품식별코드 부착, 바코드관리 등은 醫藥品生産 단계부터 권장되어야 할 사항으로 이를 위해 정부가 적극 장려하여 藥局管理 및 유통의 效率性을 기해야 할 것이다.

마. 醫藥品關聯 情報의 電算化

일반 국민이 아닌 醫療專門家들이 참고로 할 수 있는 국내 유통 의약품의 모든 정보가 담긴 데이터베이스의 개발이 시급하다. 수입의약품에 대한 정보들도 진산화하여 관리하고, 醫師의 處方이 약물간 상호작용이나 其他 問題가 없는지 검사해주는 프로그램개발도 우리나라 실정에 맞게 국가적인 지원속에서 이루어짐으로서 電算化를 위한 업무추진과정에 외국기업 의존도를 낮출 수 있는 방법이 될 것이다.

參考文獻

- 강동화·김선민·김현 등, 「의료전달체계 시행 전·후의 응급실 이용에 대한 비교연구」, 『대한의학협회지』, 제24권 제7호, 1991.
- 권경희, 「GPP선언과 한국 약국경영의 방향」, 『대한약사회지』, 제5권 제1호, 1994, pp 69~73.
- 권성탁, 『해외연수보고서』, 연세대학교 의료원, 1996.
- 김기홍·신현수, 『UR/서비스협상과 도·소매업 시장개방』, 산업연구원, 1991.
- 김선웅, 「국제화와 세계화」, 『대한약사회지』, 제5권 제1호, 1994, pp.16~18.
- 김재수·남은우, 『병원관리학(개정판)』, 신광출판사, 1996, p.356.
- 김태준, 『우르과이라운드 금융서비스협상과 증권산업경쟁력 제공방안』, 대외경제정책연구원, 1991.
- 남은우, 『일본의 의료연구』, 계축문화사, 1995, pp.160~168.
- 노인철, 「우르과이라운드 서비스협상과 보건의료분야」, 『보건사회논집』, 한국보건사회연구원, 1990.
- _____, 「전국민 의료보험제도의 성과와 과제」, 『의료보험제도의 성과와 발전방향에 관한 세미나보고서』, 한국보건사회연구원, 1992.
- _____, 『의료서비스시장 대외개방에 따른 정책과제』, 한국보건사회연구원, 1994.
- 노인철 외, 『의료서비스 대외개방에 따른 대응 방안연구』, 한국보건사회연구원. 1992.
- 명재일·송건용·이윤현, 『의료전달체계 운영평가와 진료권별 병상수급』, 한국보건사회연구원, 1992.
- 명재일·정영철, 『의료전달체계 운영성과 분석』, 한국보건사회연구원, 1991.
- 박재용, 「전국민 의료보험과 의료전달체계」, 『1989년도 예방의학 전공의 연수교육 자료집』, 대한예방의학회, 1989. pp.6~7.

- 박정일, 「국제화 겨냥한 약국서비스 문화의 창달」, 『대한약사회지』, 제5권 제1호, 1994, pp 30~33.
- 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1988~1995.
- 약업신문사, 『약사연감』, 1996
- 유승흠, 「병원합동관리제(Multihospital System)」, 『대한병원협회지』, 대한병원협회, 1986.
- 유승흠·정상혁·남정모, 『의료수요자와 의료공급자의 비용의식 고취를 통한 의료비 절감방안』, 의료보험관리공단, 1991.
- 의료보장개혁위원회, 『의료보장개혁과제와 정책방향』, 1994.
- 의료보험관리공단, 「의료전달체계 실시에 따른 의료이용행태의 변화분석」, 『의료보험 조사통계분석 자료집』, 1992.
- _____, 『최근 의보동향』, 1996.
- 의료보험연합회 기획조사실, 「진료전달체계 실시 전·후의 의료기관 이용현황 분석」, 『의보련』, 1990.
- 이규식, 「의료분야에서의 규제와 경제」, 『보건경제연구』, 제2권, 한국보건경제학회, 1996, p.51.
- 이규식 외, 『병원경영개선을 위한 정부지원체제의 국제비교』, 연세대학교 보건과학연구소, 1996.
- 이동모, 「중·소병원 활성화 방안의 구상」, 『보건복지포럼』, 통권 제1호, 한국보건사회연구원, 1996.
- 이재현, 「약사정책과 제도개선」, 『대한약사회지』, 제5권 제1호, 1994, pp.23~29.
- 장임원, 「의료소비자의 의료전달체계에 대한 반응」, 『중양의대지』, 제15권 제2호, 1990.
- 정기선, 『개인병원의 법인화연구』, 현대병원경영연구소, 1994.
- _____, 『중소병원 육성지원방안에 관한 연구보고서』, 보건의료정책연구소, 1991.
- _____, 『현대 병원세무회계』, 정우서적, 1996.
- 정기택, 「병원업계 경쟁양상에 관한 보험제도와 정보의 역할」, 『보건경제연구』, 한국보건경제학회, 1995, p.123.

- 정상혁, 『의료전달체계 정책효과 분석』, 『연세대학교 대학원 보건학과 박사학위논문』, 1994.
- 제약협회, 『제약산업통계집』, 1996
- 최명철, 『우리나라 의약품 유통구조의 현황과 개선방안에 관한 연구』, 서울대학교 석사학위논문, 1990.
- 최상도, 『우리나라 의약품유통구조에 관한 연구』, 서울대학교 석사학위논문, 1991.
- 최수영, 『UR협상 타결과 WTO탄생의 영향 및 전망』, 『대한약사회지』, 제5권 제1호, 1994, pp.19~22.
- 최인미, 『의료전달체계 개선에 대한 효과분석』, 『최신의학』, 제34권 제2호, 1991.
- 한국보건의료관리연구원, 『'94 병원경영분석』, 1995.
- メヂカルフレンド社(1989), 『關係法規』, 1994, pp.18~19.
- カワブチ, 『醫療ビジネス最前線』, 日本經濟新聞社, 1996, pp.64~91.
- _____, 『醫療·看護變革と Informed Consent』, 醫學書院, 1996, p.35.
- 吉田和男, 『行革と規制緩和の經濟學』, 講談社現代新書, 1995, pp.165~175.
- 瀧上宗次郎, 『有料老人Homeの經營戰略』, 『日經 Health Care』, 日經 Medical社, 1988.
- 西三郎, 『我が國の醫療關聯ビジネスの問題點とその制度的背景』, 『醫療關聯ビジネスの國際化·自由化に關する調査』, 經濟企劃廳, 1989, pp.23~26.
- 西村周三, 『アメリカの醫療と醫療關聯ビジネスの動向』, 『醫療關聯ビジネスの國際化·自由化に關する調査』, 經濟企劃廳, 1989, pp.90~93.
- 醫療經濟研究機構, 『醫療白書』, 日本醫療企劃, 1996.
- 日經BP社, 『医療·健康·シルバー市場の動向分析』, 日經ヘルスビジネス, 1996.
- 日本醫療病院管理研究所, 『病院管理講義要綱』, 1996.
- 地主重美, 『成熟社會における老人醫療·福祉政策』, 『成熟化社會の國民醫療經濟分析』, 統計研究會, 1987.

- 川原邦彦, 『21世紀の医療と病院経営』, 醫藥ジャーナル社, 1994, p.32.
- 川原邦彦, 『アメリカの病院革命』, 日本經濟新聞, 1986, p.80.
- 總務廳, 『規制緩和推進の現況』, 總務廳, 1996.
- 行政改革委員會・規制緩和小委員會, 『規制緩和に関する論點公開(抄), 第4次醫療福祉分野』, 1996, pp.134~139.
- 厚生統計協會, 『'95 日本 健康福祉統計』, 1995.
- European Association of Pharmaceutical Wholesalers 내부자료, 1995.
- Financial Times, “International Healthcare News,” *A Monthly Review of Health Care Development Pharmaceutical & Healthcare Publishing*, Vol.1, Feb. 1996, p.1.
- Harry A. S., *Principles and Methods of Pharmacy Management*, 3rd, 1986.
- Jack E. F., Albert I. W., “Pharmacy and the U.S.,” *Health Care System*, 1990.
- Kawabuchi K, “Deregulation and Business Opportunities,” *Japan Hospital*, No.15, July 1996, p.53.
- Kawabuchi K, “Health Care Expenditure and Hospital Management,” *Japan Hospital*, No.15, July, 1996, p.8.
- Mickey C. S., David A. K., *Pharmacy, Drugs and Medical Care*, 5th, 1992.
- National Federation of Health Insurance Societies, *Health Insurance and Health Insurance Societies in Japan*, Kemporan, 1996.
- Netherland Pharmaceutical Association, *Pharmacies and Medicine in Europe*, 1995.
- Robert J. B., Jude P. W., *Chain Drug Store Management and Operations*, 1984.
- The Outing of Outsourcing, *The Economist*, 1995, pp.61~62.
- Zinn, J. S., Kashlak R. S. and Balotsky E. R., “Selecting International Markets: Lessons from For-Profit Hospital,” *Hospital and Health Services Administration*, 39(1), 1994, pp.17~30.

附 錄

外國의 保健醫療 關聯 서비스現況

의료서비스와 直·間接적으로 關聯되어 서비스를 제공하고 있는 사업주체들은 많이 있다. 본 부록은 제4장에서 제시된 여러 가지의 의료 관련 서비스에 대해 외국에서의 사업주체 현황과 그들 일부 업체의 經營成果를 살펴보고자 한 것이다.

의료서비스와 直·간접적으로 關聯되어 있는 외국사업체의 活動現況을 분석하는 이유는 장차 의료시장이 개방되었을 경우 이러한 부분의 사업주체들이 우리나라에 들어와 營業활동을 할 수 있기 때문이다. 당분간 진료서비스는 직접적인 자본이나 인력의 이동이 불가능하겠지만 위와 같은 사업체들은 醫療와 關聯된 附帶事業들을 수행하므로써 언제라도 국내에 들어와 營業활동을 할 수 있기 때문에 현실적으로 醫療市場開放과 직접적인 關聯성을 갖고 있다고 볼 수 있다. 또한 이러한 업체들이 즉시 국내에 들어와 활동을 하지 않는다 하더라도 향후 國際交流가 활발해질 경우 우리나라도 內部的으로는 외국의 업종과 유사한 사업체들이 생겨날 것이다. 이러한 경우 외국의 사례가 관련 사업을 시작하는 주체들에게 도움이 될 수 있을 것이다. 끝으로 의료와 關聯하여 活動하는 외국 업체들의 사업분야, 사업체, 그리고 그들의 營業활동 및 經營成果를 살펴봄으로써 향후 국내에 진출할 수 있는 가능성을 미리 예측해 보는 것도 의미가 있을 것이다.

이러한 조직들로는 휘트니스클럽, 회원제 의료클럽, 종신개호형유료 노인홈, 가정간호사업, 재택의료서비스, 業務代行서비스, 외래센터, 병원체인 등이 있다. 물론 나름대로 업무의 고유한 특성을 가지고 있으며 분류성격에 따라 이와는 달리 분류되어질 수도 있다. 그러나 여기

서는 편의상 위와 같이 나누어 설명하기로 한다.

본 장의 內容들을 기술하는데 있어 여러가지 국내의 外國資料 수집의 한계로 인하여 휘트니스클럽, 회원제 의료클럽 등에 대해서는 일본의 현황을 중심으로 설명하였고, 나머지 사업주체에 대해서는 미국의 現況(1990~1994)을 중심으로 기술하였다. 특히 미국의 경우는 지역이 방대하고 전반적인 조사를 시행한 자료가 적어 부득이 미국전역을 조사한 과거의 자료를 활용할 수 밖에 없었다.

1. 휘트니스클럽

가. 一般的 現況

일본의 경우 의료와 관련하여 서비스를 제공하는 조직으로는 휘트니스클럽이 있다. 불황의 영향으로 인하여 新規開設의 진행도가 상당히 둔해지고 있지만 계속해서 증가하는 추세였다(1993년 기준). 운동요법의 醫療費控除制度 도입과 더불어 의료기관과 연계한 운동요법서비스, 식사와 훈련을 조합시키거나 초저칼로리영양식 『VLCD』를 채용한 서비스 등이 제공되어 왔다. 소니기업 부설 휘트니스연구소의 조사에 따르면 1993년의 新規開設數는 100개 시설로 1989년의 223개시설에 비하면 절반가량 감소하였지만 시설수 전체적으로는 증가하는 것으로 조사된 바 있다.

나. 大企業의 휘트니스 클럽 參與

新規開設클럽의 전반적인 경향은 설비는 수영장을 포함하여 체육관 등 통상적인 것을 전제로 하고 있으며 요금을 비교적 낮게 책정한 “대중클럽”이 많이 들어서고 있다.

1993년부터 등장하기 시작한 것이 「구제형」이라고 불리는 개설형태인데 여러가지 이유로 경영이 어려운 클럽의 운영을 다른 大企業이 대신 맡아 완전히 별개의 클럽으로 개설하는 것이다. 이 「구제형」의 선구는 디크르네상스(東京都墨田區)로 1992년 11월에 개업한 「르네상스京都桂」이다. 「아크아레이스」는 입회금 30만엔, 보증금 70만엔, 연회비 15만엔, 이용료 1000엔이라는 요금체계의 “고급클럽”이었지만 경영이 악화되자, 디크르네상스는 이것을 맡아 保證金 없이 입회금 5만엔, 월회비 1만엔, 이용료 300엔의 “대중클럽”으로 변경하였다. 이에 따라 당시 300명미만의 회원수는 곧 1,000명으로 늘어났고 운영은 궤도에 오르기 시작하였다. 1993년 7월에는 피플(東京都港區)사도 大阪府堺市에 거의 동일한 방식으로 「엑저스나까모즈」를 열었다.

다. 運動療法 프로그램 開發普及

일반적으로 휘트니스클럽은 大企業을 중심으로 各社에서 프로그램을 개발하여 서비스를 제공하고 있다. 1990년경부터 시작한 이러한 사업은 타사와의 差別化를 위하여 더 한층 활발하게 영업활동을 전개하고 있었다. 전술한 바와 같이 운동요법프로그램 개발 및 보급이 활성화되었던 이유는 후생성이 1993년부터 지정된 運動施設에서 의사가 발행한 처방에 기초하여 주 1회 8주간 이상 운동요법을 받은 경우 그 시설이용료(1회 5000엔이 상한)를 의료비공제의 대상으로 했기 때문이다. 이에 따라 各社에서 高血壓, 비만등 성인병의 위험이 높은 중고연령자나 성인병환자를 대상으로 한 운동요법 프로그램을 개발하여 보급하였다. 이 운동요법을 맨먼저 비지니스로 전환시킨 기관은 南大阪병원계열의 南大阪산업(大阪市住之江區)이 경영하는 「南大阪뱅크스」이다. 운동요법 의료비공제가 정식으로 인정되기 이전의 1992년 4월부터 「고혈압·당뇨병 교실」, 「정형환자 교실」을 개원하였다.

「피플」社 東京都港區의 「카디오青山」은 1992년 11월에 지정운동요법시설의 인정을 받아 港口醫師會와 제휴하여 운동요법서비스를 제공하기 시작하였다. 이 시설에서는 주 1회 3개월간, 1시간의 운동실천지도와 강의를 학교형식으로 수행하였고, 의학적검사와 운동요법의 경과관찰 등에 관해서는 의사회에서 健康스포츠醫를 파견하는 형식으로 행하였다. 대상은 고혈압증, 당뇨병 등으로 의사가 운동요법의 필요를 인정한 환자로 요금은 의사가 운동요법에 입회하는 비용으로 당초 3개월간 1회 일반 5,000엔, 클럽회원 3,500엔, 法人會員 4,000엔으로 하였다.

업계최대의 센트럴스포츠사(東京都中央區)에서도 1993년 4월부터 각종 健康増進프로그램(Health Conditioning Program; HCP)을 제공하기 시작하였다. 「요통개선 수영과정」을 전국 75개클럽에서 채택하고, 「요통개선운동 프로그램」을 15개 시설, 「어깨가 빠근함을 개선하기 위한 운동 프로그램」을 10개 시설, 비만해소의 「체형만들기 프로그램」을 25개시설에서 실시하였다.

라. 鍼灸, 다이어트 등 多様な 서비스提供

운동요법에 그치지 않고 모든 관련 서비스를 綜合하여 提供하고 있는 기업은 「피플」社이다. 동사는 1993년에 침, 뜸이나 본격적인 다이어트·서비스에까지 營業範圍를 확장시켰다. 침, 뜸에 대해서는 同社가 경영하는 휘트니스클럽 「엑저스」에 마사지사, 침, 뜸에 관한 전임스텝을 배치한 「治療院」을 설치하여 운영하였다. 휘트니스클럽에도 요통, 어깨결림 등으로 고민하는 회원들이 적지 않아 이러한 요구에 대응하려는 것이 목적이었다. 이 서비스가 호평을 얻어 당초 首都圏의 6개시설에만 설치했던 「治療院」을 1994년 12월에는 전국적으로 확대하여 設置運營하였다. 요금은 1회당 회원이 4,000엔, 일반이 6,000엔이었다(1993년 기준).

다이어트분야의 신서비스는 미국에서 이미 상품화된 「바이오메트릭스」를 日本人을 위해 체계화하여 칼로리섭취량을 억제한 식사의 메뉴 지도와 근력훈련을 조합시킨 프로그램이 있었다. 피플사에서는 이 프로그램을 94개소의 직영 휘트니스클럽에 導入하였다. 프로그램은 6주간의 집중형으로 클럽에서 3회 맨투맨으로 1회당 20분에서 25분간의 운동지도를 행하는 것과 더불어 조식, 석식의 메뉴를 食事材料와 조리법을 종합한 가이드북을 제공하였다. 또한 희망에 따라 메뉴를 냉동하여 택배하는 서비스도 행하였다. 이 서비스요금은 일반 15만엔, 회원 12만엔으로 설정되었으며 식사의 택배를 희망하는 경우에는 1일 2식으로 6만엔의 別途料金を 追加하였다.

마. 저칼로리식이요법(Very Low Calorie Diet: VLCD) 프로그램

다이어트부분을 더욱더 健康部門에 도입한 것에는 프로히트채판(東京都台東區)이 초저칼로리식품을 도입한 「다이어트휘트니스」가 있었다. 동사가 사용하는 프로그램은 醫療機關이 비만치료에 실제로 사용되어온 VLCD라고 불리는 치료법이였다. VLCD의 중심을 이루는 것은 초저칼로리이면서 단백질, 비타민, 칼슘 등 필요한 營養素가 충분히 包含되어 있는 「호뮤라·다이어트」(팩에 든 것)이다. 다이어트휘트니스 프로그램에서는 주 2회 클럽에 다니면서 운동의 實踐指導를 행하고, 원칙 1일 3식중 1식, 초저칼로리영양식으로 해결하도록 지도하는 것으로 1개월에 3~5kg의 감량을 목표로 하였다. 일상생활상의 多様な 身體活動에서 칼로리를 감소시키는 「행동수정요법」의 노하우도 도입하였다.

同社에서는 이 프로그램을 휘트니스클럽을 위해 판매하였고, 丸紅系の 레안(東京都品川區)이 운영하는 「레안선교」에서는 1993년 4월부터

이 프로그램을 도입하였다. 6주간으로 하며 클럽會員이 입회금 없이 6만엔, 일반이 입회금 5,000엔, 수강료가 95,000엔(양쪽다 초저칼로리식을 포함)이었다. 초저칼로리영양식 자체의 價格은 14식(2주간분)에 13,800엔이었으며, 『레안선교』에서 시작한 이 프로그램은 인기를 얻어 전국에 보급되었고 導入施設은 8개월이 못미쳐 80개 시설에 달하였다.

2. 會員制 醫療클럽

가. 一般的 現況

일본에는 부분적이거나 전문적인 건강에 대한 相談 및 의료서비스를 提供하는 회원제 의료클럽이 있다. 제후의료기관에 의한 피로회복 서비스 제공, 스포츠의학 전문의에 의한 운동처방, 영양사나 건강운동 지도사 등 전문스텝에 의한 生活·營養指導가 특징이다. 대표적인 클럽으로는 Jaget클럽이 있다.

日經헬스비즈니스사에서는 일본내의 주요 의료클럽(17개 시설)을 대상으로 요금의 변경상황, 會員數의 동향 등을 조사한 바 있다(附表 1 參照). 1993년을 전후로 이러한 의료클럽들은 불황으로 인하여 여러가지 경영상의 어려움을 겪고 있다고 한다. 그렇지만 京都메디케어클럽 500(京都市 中京區: MedicareClub 500), 朝日웰니스클럽(長野市南堀) 등과 같이 營業實績이 양호한 클럽도 있었다.

회원수의 동향에 대해서 日經헬스비즈니스지가 1993년말에 실시한 조사를 살펴보면 2년간 회원수가 변하지 않은 클럽은 15개 시설중 6개 시설이 있었다. 비교적 오래된 클럽에는 會員數가 변하지 않는 곳이 많았으며, 다른 9개의 클럽은 모두 회원이 늘어나고 있는 것으로 조사되었다(附表 2 參照). 회원이 가장 많이 늘어난 곳은 平成메디컬

클럽(東京都 豊島區)으로 140명에서 약 600명으로 328%가 증가하였다. 다음으로는 經應BRB메디컬살롱(東京都新宿區)이 200% 증가한 약 300명으로 나타났으며, 홀리스틱헬스폼(東京都新宿區)은 140% 증가한 348명으로 3위를 차지하였다.

〈附表 1〉 主要 會員制醫療클럽 現況(1993)

클럽명	운영회사	입회금	보증금	연회비	의료기관	개설
中山Medical Club	(재)中山암연구소	50만엔	미과약	월1만7000엔	中山암연구소	1961.2
大阪健康俱樂部	건강개발	80만엔	미과약	5만엔	關山진료소	74. 7
웰니스센터-新宿	웰니스	100만엔	250만엔	월2만5000엔	新宿三井건물 2호 관진료소	85. 9
Aik · Health care · System	(재)산업의학 연구재단	50만엔	200만엔	12만엔	Aik Clinic	87. 6
Holistic Health Form	이무스	90만엔	190만엔	12만엔	Holistic건강관리 센터	89.11
Medical Fitness Club Maruyama	일본 Medical 휘트니스	40만엔	50만엔	3년계약으로 60만엔	人會円山Clinic	89.11
Mediterum奧澤	Balnicks 건강관리	50만엔	100만엔	18만엔	大脇병원	90. 6
PHS동우회	동우회 Medical Agency	70만엔	380만엔	13만8000엔	동우회춘일Clinic	90. 6
平成Medical Club	平成 Medical Club	50만엔	250만엔	25만엔	目子NT건물Clinic	90.11
京都 Medical Club 500 France Medical Club	京都 Medical Club 500	80만엔	300만엔	18만엔	坂崎진료소	90.12
朝日웰니스클럽	龜田開發	150만엔	350만엔	24만엔	鐵芭會 France Clinic	91. 1
慶應BRB Medical Salon	朝日 Health Planning	5만엔	20만엔	2만5000엔	朝日病院	91. 2
Bera Club	慶應BRB	120만엔	250만엔	25만엔	市橋Clinic	91. 4
MEDICAL21	共營商事	25만엔	200만엔	월 2만엔	미과약	91. 8
Urak · Baraseo 靑山	苗木會	150만엔	미과약	15만엔	苗木會외과위장과	92. 1
Mhoroba Club E	Health bak	300만엔	700만엔	70만엔	동경여자의과대학 부속靑山병원	92. 6
Runes中央材間	Medicare	개인1년	500만엔	개인1년	田園調布厚生병원	93. 3

資料: 日經 Health Business社, 『의료·건강·실버시장의 동향 분석』, 1994, p.286.

〈附表 2〉 會員制醫療클럽의 會員數 動向(1991, 1993)

(단위: 명, %)

클럽명	1991년 말	1993년 말	증가율
中山Medical Club	790	790	0.0
大阪健康俱樂部	300	300	0.0
웰니스센터-新宿	1,200	1,200	0.0
Aik·Healthcare·System	400	400	0.0
Holistic Health Form	160	384	140.0
Medical Fitness Club Maruyama	1,100	1,100	0.0
Mediterum奥澤	170	200	17.6
PHS동우회	400	400	0.0
平成Medical Club	140	600	328.0
京都MedicalClub 500	290	460	58.6
France Medical Club	600	700	16.7
朝日웰니스클럽	600	780	30.0
慶應BRB Medical Salon	100	300	200.0
Bera Club	150	202	34.7
MEDICAL21	320	393	22.8

資料: 日經 Health Business社, 『의료.건강.실버 시장의 동향 분석』, 1994, p.287.

나. 會費 및 提供하는 서비스 動向

클럽의 유지를 강화하기 위하여 회비의 증액이나 새로운 서비스메뉴를 적극적으로 도입하였다. 1991년말과 1993년말의 調査結果를 비교하면 이 사이 회비를 그대로 유지한 클럽은 15개 클럽중 10개였다. 京都메디컬클럽500은 입회금을 50만엔에서 80만엔으로, 보증금을 250만엔에서 300만엔으로 인상하였다. 慶應BRB메디컬클럽은 2차모집에 맞추어 입회금을 100만엔에서 120만엔으로 인상하였으며, 의료법인 苗木會의 메디컬21(MEDICAL21: 群馬縣)은 인상시에 入會金을 70만엔에서 150만엔으로 대폭 인상한 바 있다.

新規메뉴에 대해서는 여러가지 서비스를 導入하였다. 예를들어 中山메디컬클럽의 경우 1993년 4월부터 뇌독(피로회복을 위한 서비스의 일종: 이하 뇌독)을 가미하였다. 동경여자의과대학의 関連시설인 浜町

센트럴빌딩클리닉과 제휴하여 희망자에게 1회 15,000엔으로 하였다. 기타 慶應BRB메디컬살롱이 24시간 체제의 醫療相談서비스를 1993년 6월부터, 메디터럼奧澤(東京都 世田谷區)이 뇌독 및 마사지 서비스를 1993년 10월부터 각각 실시하였으며 프랑스메디컬클럽(千葉市)은 워터 에어로빅교실, 스트레칭교실, 요통·어깨결림치료 등을 새롭게 회원제 서비스에 가미하였다.

다. 高級클럽의 登場

일부 醫療클럽이 어려움을 겪고 있는 가운데 1992년 이후에 특징있는 클럽이 생겨나기 시작하였다. 그 하나가 『Urak·Paraseo青山』이며, 세존 일본전신전화(NTT) 그룹의 출자에 의해 1992년 6월 개관하였다. 최고경영자만을 대상으로 하는 高級클럽이었으며 이러한 클럽이 불황하에 등장함으로써 관계자들의 주목을 끌었다. 이 클럽은 동경여자의대에 의해 專門醫療相談 서비스를 제공하는 『Medical Zone』, 치료법이나 휘트니스시설 등을 이용하는 『TV Zone』, 사교장과 숙박시설 등으로 구성된 『Club Life Zone』이 있었다. 1994년 말의 요금은 個人會員이 입회금 300만엔, 예탁금 700만엔, 연회비 70만엔이었다. 법인회원은 5명기명으로 入會金 1,500만엔, 예탁금 3,500만엔, 연회비 350만엔이었다.

라. 向後 展望

후생성이 1993년 9월에 공표한 건강·복지관련서비스 需要實態調査(5만2천 세대를 대상으로 1992년 10월에 실시)에 의하면, 회원제 의료클럽 이용자수는 275,000명, 이용희망자수는 476,000명으로 추계하였다. 또한 연간 지불총액은 87억 9백33만엔으로 이용자 1인당으로는

32,000엔으로 추정하였다. 잠재시장 規模는 751,000명이고 금액으로 환산하면 240억엔이었다. 조사 시점의 시장충족률은 36.6%이었다.

3. 有料老人 홈(Continuing-Care Retirement Community: CCRC)

종신개호형유로노인홈(이하; CCRC)이 고령자를 위한 주거로서 가장 인기를 끌고 있는 이유는 여기에 의료서비스가 중요한 요소의 하나로 되어 있기 때문이었다. CCRC는 의료서비스의 제공이 보증되어 있다는 점에서 다른 형태의 高齡者住宅과는 차이가 있다.

1992년 미국에 있어서는 자금조달의 문제가 새로운 종신개호형 유로노인홈을 건설하는데 큰 장애가 되었지만 이런 형식의 住居에 대한 구매도는 의외로 떨어지지 않았다고 한다. 당시 CCRC의 비영리 설치주체는 免稅措置인 融資를 이용할 수 있었기 때문에 營利企業 보다 자금조달상 유리한 입장에 있었다.

모던헬스케어지가 수행한 1993년도 복수사업소 및 시설을 갖는 醫療서비스提供機關에 대한 조사에 따르면 CCRC의 인기는 높아지고 있었지만 의료케어서비스를 제공하고 있는 조직이 소유 및 운영하는 CCRC의 수는 1991년에는 532개에서 1992년에는 약간 감소하여 529개가 되었다. 85개단체가 조사에 응하였다(附表 3은 85개 업체중 호수가 많은 10개 業體現況만을 제시한 것임). 호수가 가장 많은 기관은 라이프케어서비스사로 4개의 CCRC시설에 10,776호의 시설을 보유하고 있었고, CCRC施設數가 가장 많은 기관은 ELGSS사로 57개의 시설에 6,280호를 보유하고 있었다(附表 3 參照).

전체적으로 비종교계 非營利의 제공자가 운영하는 CCRC시설의 수가 1992년에 10% 증가하여 101개가 되었으며 의료관련 서비스 제공 조직중 營利團體가 소유 및 관리하는 CCRC시설의 수는 191개로 1991

년보다 6% 감소하였다. 로마가톨릭계의 조직이 운영하는 CCRC의 수는 78개로 5% 감소하였으며, 그 외 종교계의 CCRC수는 9% 증가하여 159개가 되었다.

高齢者を 위한 재택 전문가에 의하면 1992년은 不動産開發이 활발하지 않았음에도 불구하고 이 산업부문은 호조였다고 한다. 미국고령자주택협회와 언앤드영사(Ernst & Young)에 의한 1994년도 조사에 의하면 전미국에 약 1,000개의 CCRC가 운영되고 있었다고 한다.

〈附表 3〉 美國의 終身介護型 有料老人홈(CCRC)을 經營하고 있는 醫療서비스 提供組織(1992)

(단위: 호, 병상)

기 관	설치주체 ¹⁾	호수	CCRC 시설수	어시스트 리빙베드수	간호 베드수
Beverly Enterprises	FP	2,357	44	245	-
Covenant Benevolent Institutions	OR	2,051	9	380	625
Evangelical Lutheran Good Samaritan Society ²⁾	OR	6,280	57	493	3,631
Forum Group	FP	4,233	27	634	2,081
Genesis Health Ventures	FP	3,848	15	365	790
Health Care Group	FP	1,442	11	583	510
Life Care Services Corp.	SN	10,776	4	425	2,451
Lutheran General Health System	OR	2,928	13	331	861
Ohio Presbyterian Retirement Services	OR	1,662	9	337	627
Walker Methodist	SN	1,773	14	182	550

註: 1) 설치주체는 영리 (FP); 기타종교(OR); 비종교계비영리(SN)임.

2) 1992년 10월에 행해졌던 미네소타주 센터폴에 있는 Good Neighbor사의 매수를 목적으로 설립된 회사 Evangelical Lutheran Good Samaritan Society of Minnesota를 포함.

資料: 日經 Health Business, 『의료·건강·실버시장의 동향 분석』, 1994. 12, p.315., Modern Health Care, 1993. 5. 24.

4. 家庭看護(Nursing Home)事業

가. 一般的 現況

모던헬스케어지가 실시한 1993년도의 복수사업소 및 시설을 갖는 의료서비스 提供機關에 대한 조사에 따르면 가정간호부문은 3~4%의 성장이 있었던 것으로 예측되었다. 211개의 사업주체가 1991년의 3,971개보다 4.7% 많은 4,158개의 가정간호시설을 운영하고 있었다. 病床數는 1991년의 471,099병상보다 3.8% 늘어난 489,002병상이었다.

조사에 응답한 211개의 가정간호 사업주체 중 80개의 사업주체가 영리단체, 57개가 비종교계 非營利團體, 46개가 로마가톨릭계의 의료 관련 사업주체에 의해 운영되고 있는 것으로 조사되었다. 영리제공자가 운영하는 病床의 總數는 3.1% 상승하여 411,042병상이었다. 병상수에서 본 최대의 성장은 전년대비 14.3%가 증가하여 27,519병상을 운영하는 종교계(로마가톨릭 제외)사업주체였으며 다음으로는 11.5%가 증가하여 20,846병상을 운영하는 비영리 事業主體가 기록하였다.

나. 서비스 對象者

미국에서 가정간호사업을 운영하고 있는 사업주체들은 일반적으로 서비스 수혜자의 대상자로 慢性病患者, 아급성기의료(Subacute-Care; 수술 등의 급성기치료를 받은 후의 요양서비스)를 필요로 하는 환자, 그리고 보다 專門의료케어를 필요로 하는 환자들을 대상으로 한다.

다. 營利 및 非營利 運營主體 現況

1992년의 조사에 따르면 1위에서 10위까지의 가정간호사업 체인 중에서 9개가 營利團體였다(附表 4 參照).

〈附表 4〉 家庭看護 事業主體別 病床數順 10位

(단위: 순위, 병상)

기 관	설치주체 ¹⁾	병상수 순위	시설수 순위	병상수 합 계
Beverly Enterprises	FP	1	1	90,136
Hillhaven Corp.	FP	2	2	43,703
Manor Healthcare Corp.	FP	3	5	22,829
Living Centers of America	FP	4	3	19,963
Life Care Centers of America	FP	5	7	17,922
United Health	FP	6	6	16,400
Health Care & Retirement Corp.	FP	7	8	15,066
Evangelical Lutheran Good Samaritan Society	NP	8	4	14,973
VHA Long Term Care	FP	9	9	13,313
Diversified HealthServices Gran Care ²⁾	FP	10	11	11,429

註: 1) 설치형태는 영리(FP); 비영리(NP)임.

2) Evergreen Health Care사는 1992. 10. National heritage사를 매수함.

資料: 日經 Health Business, 『의료·건강·실버 시장의 동향 분석』, 1994. 12, p.321.
Modern Health Care, 1993. 8. 3.

비버리엔터프라이즈사(아칸소주 포트스미스)는 1991년에는 847개 시설에 90,228병상을 1992년에는 90,136병상을 운영하여 이전보다 감소하였지만 시설 및 병상면에서는 최대였다. 同社의 입소자로부터의 수입은 259,600만달러였고 純營業收益은 2억달러로 1위였다(附表 5 參照). 제2위를 차지한 힐헤븐사는 전년의 361개 가정간호시설에 44,681 병상에서 약간 減少하여, 1992년에는 351개 시설에 43,703병상을 운영하였다. 제3위의 가정간호사업 체인인 마너헬스케어사(메릴랜드주 실버스프링)는 166개의 가정간호시설 내에서 22,829개의 병상을 운영하고 있었다.

제8위를 차지한 사우스다코타주 스톨즈에 본부가 있는 ELGSS사(Evangelical Lutheran Good Samaritan Society)는 10위권 중에서 유일한 非營利체인이었다. ELGSS사는 185개 시설에, 14,973병상 운영하고 있었다.

〈附表 5〉 財務데이터를 提供해 온 營利 家庭看護(ABC順)

(단위: 백만달러)

기 관	입소자로부터 의 수입	순영업 수입	자 산
A/D/S Management	140.0	9.0	14.0
Alden Management Services	-	-	-
American Health Care Centers	43.0	-	-
American Health Centers	69.9	5.4	57.5
Arbor Health Care Co.	85.4	8.3	90.5
Athena Health Care Associates	43.6	7.4	44.4
Autumn Corp.	37.6	-	-
Beverly Enterprises	2,596.7	201.5	1,854.5
Blue Star Health Care Services	10.0	-	-
Britthaven	150.0	-	-
Cardinal Group Corp.	69.1	-	62.9
Care Services	23.7	0.6	5.6
Carement	88.0	-	-
Central Park Lodges	139.5	-	195.8
Community Care	30.0	-	-
Complete Care	10.6	0.2	2.8
Crestwood Hospitals	86.1	6.4	18.1
Diversicare Management Services Co.	8.1	-	-
Evegreen Health Care	60.5	3.0	16.2
Genesis Health Ventures	187.0	12.4	188.7
Geniatric & Medical Corp.	164.6	11.0	160.2
Glenmark Associates	23.8	5.3	33.7
Global Health Management	17.6	3.2	15.0
GranCare	299.9	9.9	-
Greenery Rehabilitation Group	109.1	9.8	123.5
Harborside Healthcare	61.2	-	91.2
Health Care & Retirement Corp.	497.1	26.5	552.8
Health Care Associates	75.7	-	78.1
Health Care Consultants	19.9	-	-
Heritage Enterprises	28.2	-	-
Hillhaven Corp.	1,044.2	-115.9	1,174.6
Horizon Healthcare Corp.	159.0	5.0	103.6
Hunter Care Centers	10.1	0.2	25.5
Integrated Health Services	195.3	9.1	310.9
Laurel Health Care Co.	15.0	-	-
Living Centers of America	347.3	21.5	226.3
Manor Healthcare Corp.	756.0	96.0	742.0
McGuire Group	51.7	-	-
Meridian Healthcare	201.0	-	183.0

〈附表 5〉 계속

기 관	입소자로부터 의 수입	순영업 수입	자산
Meritcare	91.6	17.3	37.9
National Health Care Affilates	60.8	12.8	70.4
National Health Corp.	194.8	32.7	304.1
National Heritage	46.9	-0.7	29.5
New Health Management System	15.4	0.4	18.1
Older American Care Corp.	14.5	-	-
Redwood Care Centers	10.0	0.7	4.2
United Health	473.5	-	374.6
Vari-Care	63.2	4.9	49.8
White Eagle	12.0	0.6	15.0
White Oak Manor	48.2	1.3	45.2

註: -은 미과약.

資料: 日經 Health Business, 『의료·건강·실버시장의 동향 분석』, 1994. 12, p.323.

제10위권을 차지한 새로운 기업은 그랜드케어사(캘리포니아주 칼버 시티)이다. 그랜드케어사는 1991년의 55개의 가정간호시설에 베드수 7,394병상에서 1992년에는 43%가 增加한 79개의 가정간호시설에 11,429병상을 운영하였다.

施設規模와 利益이 신장되었는데 서비스의 내용을 종래형태의 케어에서 아급성기의료로 이행한 ため로 조사되었다. 병상수에 있어서는 14위를 차지한 뉴멕시코주 알바카키의 허라이즌헬스케어사는 운영하는 施設數가 전년대비 17% 늘어난 62개였다. 1992년에 동사의 전문 및 아급성기의료서비스 營業收入은 전체의 27%를 차지하였다. 病院 등 모체가 없는 독립형의 家庭看護 運營主體는 공립을 제외하곤 1992년에 각각 增加한 것으로 조사되었으며 병상수는 3.0% 增加한 4,890,000병상이었고, 施設數는 4.7%증가한 4,158개가 있었다(附表 6 參照).

〈附表 6〉 病院 等 母體가 없는 獨立型의 家庭看護 運營主體(1992)
(단위: 병상, 개소, %)

기 관	병상수		시설수	
	병상	전년대비증감	수	전년대비증감
카톨릭(46)	26,102	3.3	189	2.7
영 리(80)	411,042	3.1	3,487	3.7
그외 종교(21)	27,519	14.3	282	12.4
공 립(7)	3,493	-17.4	13	-13.3
비종교계비영리(57)	20,846	11.5	187	16.9
합 계	489,002	3.0	4,158	4.7

註: ()안은 보고해온 수입.

資料: 日經 Health Business, 『의료·건강·실버시장의 동향 분석』, 1994. 12, p.324.

라. 알츠하이머에 特化

의료서비스와 관련하여 아급성기 의료외에 알츠하이머병 등 전문적인 醫療서비스에 投資하는 기관도 있었다. 워싱턴주 타코마에 본사가 있는 힐헤븐사(Hillhaven)에서는 전국에 있는 67개의 專門醫療聯合會에서 3천7백만달러의 수입을 획득하였다. 이들의 수입이 증가한 것은 동시에 알츠하이머·케어의 수요가 증가했기 때문이다. 힐헤븐사에 입소하는 입소자의 50%이상이 자기부담으로 케어의 비용을 지불하고 있었다.

5. 在宅醫療케어

미국의 1993년도 가정주사요법(Home Infusion Serapin; 재택에서의 수액 및 항암제 등의 정주요법)시장의 신장이 재택케어와 재택의료기구 서비스 제공자의 성장을 촉진시켰다. 모던헬스케어지의 1993년도 複數施設提供者 조사에 응답한 65개의 재택케어기업은 全體적으로 운영하는 사업소수가 15.7% 증가한 것으로 보고되었다(表 7 參照).

〈附表 7〉 在宅케어, 在宅醫療機器 및 用具會社의 概況(1992)
 (단위: 개소, %, 백만달러, 천회)

기 관	사업소수	증가율	방문회수	총수입	증가율	순소득	증가율	진출주
ABC Home Health Services	239	56.2	3,800.0	13.1	90.3	-2.7	-	-
Alexander's Home Health Agency	10	42.9	175.0	7.7	83.3	-	-	17
American Home Patient	52	116.7	-	43.6	118.0	4.7	88.0	1
Amicare Home Healthcare	26	4.0	-	-	-	-	-	10
Breathco/Medicerv	23	15.0	-	11.5	79.7	-	-	3
Care Group	10	25.0	150.0	29.0	29.5	-0.5	-	7
Care Medical Equipment	10	-	-	-	-	-	-	6
Caremark International	91	1.1	-	1,461.2	22.4	47.3	-58.7	2
Care Team Health Care Services	11	-	260.8	18.6	5.7	0.3	-40.0	43
Caretenders Health Corp.	15	15.4	372.0	31.8	14.0	0.6	-	6
Chartwell Home Therapies	10	66.7	-	-	-	-	-	5
Claflin Home Health Centers	5	25.0	-	-	-	-	-	2
Clasen Health Services	3	-	-	-	-	-	-	1
Comfort Care of Michigan	6	-	2.7	18.0	5.9	-	-	1
Conva Care Services	110	-	-	-	-	-	-	4
Critical Care America	54	14.9	-	272.3	16.7	25.9	0.4	26
Curaflex Health Services	32	33.3	-	-	-	-	-	20
Family Hospice	4	100.0	-	6.0	33.3	-	-	2
Happy Harry Health Care	3	-	-	-	-	-	-	4
Health Products Depot	4	-	-	1,700.0	56.3	-	-	2
Health Care Ventures	17	30.8	59.0	39.2	18.6	1.1	175.0	4
Home Care Affiliates	44	18.9	1,201.5	-	42.3	-	-	1
Home Care Medical	2	-	-	-	-	-	-	25
Home Intensive Care	34	21.4	-	-	51.3	-11.8	-	4
Homecare Management	4	300.0	-	12.6	89.7	1.0	66.7	40
Homedco	235	99.2	-	3.6	36.6	17.6	69.2	12
Hook-SupeRx	104	44.4	-	117.4	-	-	-	25
Hooper Holmes	71	20.3	603.2	33.1	20.9	-	-	2
Hospital Home Care Corp.	5	-50.0	64.0	15.2	-	-	-	2
Housecall Health Care	30	36.4	400.0	89.9	31.3	-	-	5
Infusion Therapies	8	100.0	60.0	5.1	31.4	1.0	42.9	23
Infusion Tech.	6	20.0	-	-	8.1	1.2	20.0	45
Interim Health Care	226	2.7	-	160.0	-	-	-	2
Keene Medical Products	9	-	16.2	341.0	-	-	-	30
Kelly Assisted Living	100	-	-	40.7	21.4	-	-	8
Key Stone Home Health Management Co.	44	238.5	560.0	-	-	-	-	-

〈附表 7〉 계속

기	관	사업소수	증가율	방문회수	총수입	증가율	순소득	증가율	진출주
	Kimberly Quality Care	364	-0.8	9,095.9	41.9	-	-	-	40
	Krison Medical Equipment Corp.	3	-	-	25.2	-	-	-	2
	Lifeline Homecare	3	-	-	118.3	-4.5	0.5	100.0	3
	Lifeplus	6	-	-	37.1	2.9	0.2	439.3	3
	Lincare	115	4.5	-	44.7	32.5	15.1	-4.8	27
	Kimberly Quality Care	364	-0.8	9,095.9	41.9	-	-	-	40
	Krison Medical Equipment Corp.	3	-	-	25.2	-	-	-	2
	Lifeline Homecare	3	-	-	118.3	-4.5	0.5	100.0	3
	Lifeplus	6	-	-	37.1	2.9	0.2	439.3	3
	Lincare	115	4.5	-	44.7	32.5	15.1	-4.8	27
	Lutheran Hospitals and Homes Society	45	15.4	460.1	168.5	18.6	2.0	-11.8	11
	Med-Mart	18	12.5	-	13.2	4.8	1.5	-	1
	Memoral Home Care	100	31.6	1,565.1	242.1	188.1	-	-50.0	3
	Merriam Graves Medical Products	10	-	21.0	159.9	8.5	0.5	-	4
	Miller Medical Service	11	-	-	62.0	-	-	-	3
	NMC Homecare	74	8.8	-	-	16.1	-	43.8	29
	Olsten Health Care	220	-10.9	15,971.0	-	5.6	21.0	-	38
	Option Care	196	9.5	-	-	73.2	3.5	-	41
	Owen Home Infusion/Owen Healthcare	6	-	13.7	22.2	-	-	-	5
	Patient Care	12	9.1	377.3	-	23.2	-	-	4
	Pediatric Nursing Specialists of America	8	33.3	178.6	2.5	-	-	-	6
	Pediatric Services of America	32	3.2	-	17.2	12.5	0.5	-	10
	Quantum Health Resources	18	20.0	-	43.7	46.4	9.3	69.1	15
	RoTech Medical Corp.	48	26.3	-	-	41.1	3.7	68.2	10
	Southern Health System	16	23.1	-	84.7	8.2	-	-	6
	Staff Builders	105	-9.5	-	14.8	2.3	0.7	-	31
	Stein Medical	5	66.7	-	303.3	25.7	-	-	1
	T Medical	197	57.6	-	-	43.3	59.6	50.5	34
	Tokos Medical Corp.	120	33.3	-	85.0	27.8	6.5	170.2	40
	Total Pharmaceutical Care	30	36.4	-	-	97.5	6.9	475.0	12
	Visiting Nurse Preferred Care	251	-8.4	-	21.0	-	-	-	46
	Vitas Healthcare Corp.	9	-	-	20.9	-	-	-	3
	Wassenott's	5	-16.7	-	20.0	-	-	-	4
	Whito & White Pharmacy	10	-	-	-	7.8	-	-	1

註: -은 미파악.

資料: 日經 Health Business, 『의료·건강·실버시장의 동향 분석』, 1994. 12, p.328.,
Modern Healthcare, 1993. 5. 24.

1991년과 1992년의 두 해의 총수입에 관한 질문에 응답한 44개사의 1992년 매출은 25.7% 증가하였고 그 총액은 62억달러였다. 그러나 양

방의 純所得에 관한 資料를 보고해 준 28個社에서는 1992년의 이익은 2.4% 감소하였다. 케어마크사(Caremark)의 수치를 제외하고, 두해의 순소득에 관한 전체자료를 보고해 준 기업분을 합계하면 이익은 58.5% 증가한 16,940만달러였다.

1993년의 조사에 응답한 기업 중 家庭에서 투여하는 항암제 등 정 주요법을 취급하는 회사가 가장 강력한 성장을 기록하였다. 이 서비스의 제공자가 1992년에 운영한 事業所의 數는 1,203개로, 1991년의 980개에 비해 22.6% 증가하였다. 예를 들어, 김벌리퀵리티케어사는 새롭게 40개의 사무소를 추가하였으며, 1992년에 동사가 운영한 가정주사 요법(Home Infusion Serapin)의 事業所 數는 전년도에 비해 40%가 증가하여 합계 140개가 되었다.

조사에 응답한 機關의 제공서비스 種類를 보면 가장 광범위하게 보급되고 있는 것은 이제까지와 변함없이 메디케어에 의해 인정을 받고 있는 방문간호사업소(Home Health Nursing Agency)이었다. 1992년에 이런 종류의 제공자에 의해 운영된 事業所의 總數는 1991년의 1,326개에서 15.3% 늘어난 1,524개였다. 공공보험에 따르지 않는 방문간호를 실시하고 있는 재택케어사업소의 수는 1991년의 1,247개에서 약간 증가하여 1,266개가 되었다.

조지아주 블랜스위크에 본사가 있는 ABC홈헬스사는 메디케어의 인정을 받고 있는 訪問看護事業所를 소유한 회사 중에서 최대의 사업소 수 증가를 기록한 기업중의 하나였다. 1992년에는 86개의 신규사업소 수를 포함하여 1991년과 비교해 56.2% 증가한 239개로 되었다. ABC사는 매수가 아니고 자사의 성장에 의해 規模를 擴大하였다. 알라바마와 플로리다의 두주의 경우에는 새롭게 인정증(Certificates of Need)을 받은 후에 12개의 사업소를 개설하였다. 1991년은 서비스영역이 12개주 였던것에 대해서 1992년말까지에는 17개주에 사업소를 갖게 되

었다. 事業所의 數가 늘어남에 따라 방문횟수도 1991년의 230만회에서 380만회로 증가하였다. 또한 ABC사는 보험외의 방문간호분야에도 進出하여 새롭게 5개의 전문사업소를 가미하여 총수가 6개가 되었다. 개인경영회사인 ABC사의 1992년의 총수입은 1991년의 11,220만달러에서 거의 배로 늘어난 21,310만달러였다(附表 8 參照).

〈附表 8〉 業務委託會社 上位 10個社(醫療關聯 總 顧客 數順)

(단위: 개소, %)

기 관	1991 ¹⁾	1992	증가율
Service Master Management Services	1,326	1,366	3.0
Marriott Management Services	1,287	1,342	4.3
ARA Services	1,061	1,110	4.6
Rehability Corp.	683	758	1.0
Healthcare Services Group	519	621	19.7
Morrison's Hospitality Group	581	601	3.4
Coastal Healthcare Group	404	453	10.2
National Emergency Services	342	361	5.6
Owen Healthcare	246	264	7.3
Psicor	246	255	3.7

註: 국내와 해외의 사업이 포함되어 있음.

資料: 日經 Health Business, 『의료·건강·실버시장의 동향 분석』, 1994. 12, p.333.

메모리얼메디케어센터(조지아주 사반나)가 운영하는 재택의료회사인 메모리얼홈케어사에서는 事業所 數가 31.6% 증가하여 100개소가 되었으며 방문 횟수도 156만회로 늘려 순수입이 3,120만달러에서 8,990만 달러로 증가하였다. 또한 재택케어서비스의 범위를 확장하고 불임치료나 소아과 환자들을 위한 專門分野도 취급하였다. 소아과 재택케어는 1992년에 처음 실시하였으며 급성장한 분야의 하나가 되었다(Modern Health Care, 1993).

6. 業務代行서비스

가. 一般的 現況

모덴헬스케어지가 수행한 1993년의 業務代行서비스 조사는 전미국의 123개사에서 응답을 얻었는데 이들 기업은 1992년에 총 10,856건의 계약을 병원과 맺었다고 한다. 전년의 1991년에 비해서 12.7% 증가한 것이다. 業務委託會社의 상위 10개사를 의료관련 고객수준으로 살펴본 것은 <附表 8>과 같다. 제1위로는 고객 1,366개업소를 확보한 서비스 마스터사 였으며, 전년대비 고객수가 제일 많이 增加한 機關은 19.7%가 증가한 헬스케어서비스그룹社였다.

가정간호사업의 경우 委託契約部門 상위 5업종을 살펴보면 社會復歸療法, 청소, 세탁, 급식, 약국업무 순이었으며 1992년의 가정간호사업부문 위탁계약 상위 5업종 중 契約件數가 제일 많은 업종은 사회복지요법 부문이며 이용 가정간호사업소 수는 784개였다(表 9 參照).

<附表 9> 家庭看護事業部門 委託契約 上位 5業種

(단위: 개소, %)

계 약 업 종	이용 가정간호사업소 수			청부업자수	
	1992	1991	증감	1992	1991
사회복지요법/이학요법	784	708	10.7	7	6
House Keeping	681	591	15.2	9	9
란드리	584	496	17.7	6	5
급식서비스	433	384	12.8	7	7
약국업무	54	16	237.5	3	3

資料: 日經 Health Business, 『의료·건강·실버시장의 동향 분석』, 1994. 12, p.334.

나. 給食서비스

1989년 이후 처음으로 食事서비스가 병원에 의한 委託率이 가장 높

은 분야가 되었다. 1993년의 조사에서 응답한 11개의 주요 급식전문회사는 총 1,936개소의 顧客病院과 契約를 체결하여 전년도에 비하여 고객수가 6.0% 증가하였다. 모리슨사는 509개의 병원을 포함하여 총 601개의 고객을 확보함으로써 제일 많았고 그 다음으로는 마리토사가 595개 순이었다(附表 10 參照).

〈附表 10〉 給食서비스業 上位 5社(醫療關聯 總顧客 數順)

(단위: 개소)

기	관	의료관련고객총수		이용병원수	
		1991 ¹⁾	1992	1991 ¹⁾	1992
Morrison's Hospitality Group		581	601	493	509
Marriott Management Services		555	595	N/A	N/A
ARA Healthcare Nutrition Services		548	589	459	489
Seiler's/FDI		148	168	106	116
Service Master Management Services		160	162	N/A	N/A

註: 1) 국내와 해외의 사업이 포함되어 있음.

資料: 日經 Health Business, 『의료·건강·실버시장의 동향 분석』, 1994. 12, p.334.

다. 救急治療室 管理서비스

병원의 救急治療室을 관리하는 비즈니스는 1992년에도 계속하여 높은 성장을 기록하였다. 그러나 계약체결의 추세는 이전에 비해 낮았다. 15개사에서 1992년에 구급치료실 契約件數가 5% 늘어나 합계 1,547건이 되었다. 1990년은 11%, 1991년은 6%의 성장이 있었다. 1992년의 구급치료실을 관리하는 최대의 기관은 ARA스펙트럼에머전시케어사로 1993년도 조사에 따르면 ARA스펙트럼사의 契約件數는 501건으로 병원을 대상으로 한 救急서비스 회사 중에는 최대기업이었다(附表 11 참조).

業務代行會社의 대표격인 ARA그룹(펜실베이니아주 필라델피아)의 소기업에는 ARA스펙트럼에머전시케어, ARA인바이어먼트서비스, ARA

헬스케어뉴트리션서비스, ARA칠드런스웰드러닝센터 등이 있다. 1992년 6월에는 구급서비스인 코디네이티드헬스서비스(Coordinated Health Services: 펜실베이니아주 호삼)사를 12,400만달러에 매수하였다. 救急治療室과 관련하여 서비스제공기관으로의 비용상환은 메디케어나 메디케이드 등 정부프로그램이 한정된 定額을 지불하고 민간보험회사가 공적으로 지불되지 않는 남은 청구금액을 지급하는 형식으로 이루어지고 있었다.

〈附表 11〉 救急治療室管理業者 上位 5社 契約件數

(단위: 건, %)

기 관	1991	1992	증가율
ARA Spectrum Emergency Care	501	501	0.0
Coastal Healthcare Group	335	343	2.4
National Emergency Services	314	333	6.1
EMSA Limited Partnership	107	118	10.3
Sterling Group	45	55	22.2

資料: 日經 Health Business, 『의료·건강·실버시장의 동향 분석』, 1994. 12, p.335.

라. 契約部門

병원부문의 委託契約 상위업종은 식사서비스, 病院外注治療, 청소용역, 임상 및 진단기기 관리, 洗濯 등의 업무가 있다. 원내청소 등의 하우스킵핑 계약은 1992년에 11% 감소하여 1,452건이었다(附表 12 參照). 미국에서는 清掃代行業이 점차 變化되고 있는데 개개의 부문에서 별개로 수행하고 있던 계약이 종합적인 형태로 행해지고 있다. 즉 병원에서 위탁하고자 하는 여러 부문을 한 회사와 委託契約 하는 것이다.

마. 維持補修 및 清掃代行業

미국의 1992년도 청소업무 및 진단기기유지보수 代行業體의 상위 5

순위를 살펴보면 前者의 경우 서비스마스터사, 헬스케어서비스그룹사 순이었으며(表 13 參照), 後者の 경우 서비스마스터사, AMSCO엔지니어링사였다(表 14 參照). 살펴본 바와 같이 서비스마스터사의 營業活動이 활발한 것을 볼 수 있다. 서비스마스터사의 1992년도 병원청소관리 契約件數가 전년도 보다 22% 내린 893건이었다. 그러나 1991년의 숫자는 국내와 해외의 사업이 합계된 수치였다. 이 서비스마스터는 한국에도 진출하여, 대기업, 호텔, 병원(현재 강북삼성병원의 하우스키퍼 업무 수행 중) 등에 진출하고 있다.

〈附表 12〉 病院部門 委託契約 上位 業種

(단위: 개소, %)

업종	이용병원수			청부업자수	
	1991	1992	증감률	1991	1992
식사서비스	1,833	1,936	5.6	10	11
병원외주치료	1,476	1,547	4.8	15	15
House Keeping	1,639	1,452	-11.4	15	15
임상/진단기기/maintenance	726	812	11.8	15	15
란드리	593	662	11.6	8	11
약국업무	545	566	3.8	8	8
설비운용/maintenance	570	538	-5.6	10	12
심장관련질환서비스	404	421	4.2	4	5
사회복귀요법/이학요법	302	352	16.5	18	20
정신질환	214	223	4.2	11	12
호흡기요법	168	155	-7.7	16	17
재택케어	152	147	-3.3	9	9
재무관리	75	82	9.3	4	4
당뇨병치료	69	72	4.3	2	2
스킬드넨싱/아급성기의료	32	66	106.3	6	6
마취	37	56	51.4	4	4
약물활용	43	40	-7.0	6	6
커피숍	38	42	10.5	1	1
임상구사	34	40	17.6	3	3
선물점	25	30	20.0	1	1

資料: 日經 Health Business, 『의료·건강·실버시장의 동향 분석』, 1994. 12, p.337.

〈附表 13〉 清掃(House Keeping)業者 上位 5個社(醫療關聯 總顧客數順)
(단위: 개소)

기 관	이용의료관련 고객총수		이용병원수	
	1991 ¹⁾	1992	1991 ¹⁾	1992
Service Master Management Services	1,145	893	N/A	N/A
Healthcare Services Group	519	621	2	16
Marriott Management Services	311	314	N/A	N/A
Hospital HouseKeeping Systems	55	63	42	47
Seiler's/FDI	49	57	39	45

註: 1) 국내와 해외의 사업이 포함되어 있음.

資料: 日經Health Business, 『의료·건강·실버시장의 동향 분석』, 1994. 12, p.336.

〈附表 14〉 臨床/診斷機器 維持保守管理業社 上位 5社(病院顧客總數順)
(단위: 건)

기 관	1991 ¹⁾	1992
Service Master Management Services	456	452
AMSCO Engineering Service	55	75
Maintenance Management Corp., SU Group	54	63
Novare Services	28	41
Primedica Hospital Services	43	37

註: 1) 국내와 해외의 사업이 포함되어 있음.

資料: 日經 Health Business, 『의료·건강·실버시장의 동향 분석』, 1994. 12, p.337.

바. 藥局業務管理 代行

휴스턴에 본사가 있는 이 분야의 最大業體는 오웬헬스케어사이다 (表 15 參照). 1992년의 계약건수는 전년도 대비 6% 늘어난 237건이었다. 이에 대해 總收入은 17% 증가한 27,000만달러였다. 오웬사에 따르면 총수입이 극단적으로 증가한 것은 오웬사의 고객병원 평균병상 규모가 전년도의 121상에서 134상으로 증가하였기 때문이라고 한다.

오웬사의 프로그램은 의사에게 선택한 약의 가격 및 별도의 처방에 의한 價格情報를 제공한다. 또한 病院內 藥局과 자재관리계약도 체결

하고 있으며 이 부문은 전년도 대비 17% 늘어난 27건을 기록하였다. 병원을 위한 새로운 온라인 서비스도 제공하고 있는데 3만 종류의 병원용품에 대한 價格情報를 제공한다. 기초자료는 매일 갱신되고 오웬사에서는 고객으로 하지 않는 병원에도 판매하고 있다고 한다.

〈附表 15〉 藥局業務 管理業者 上位 5社 契約件數

(단위: 건, %)

기	관	1991	1992	증가율
Owen Healthcare		223	237	6.3
HPI Health Care Service		138	165	19.6
DTEC		115	130	13.0
Allied Pharmacy Management		39	77	97.4
Premier Pharmacy Mnagement		43	41	-0.1

資料: 日經 Health Business, 『의료·건강·실버시장의 동향 분석』, 1994. 12, p.336.
Modern Healthcare, 1993. 8. 30.

7. 外來센터

가. 一般的 現況

모던헬스케어지가 행한 복수사업소·시설을 갖는 의료서비스 提供機關(Multi-unit Providers)조사에 따르면, 병원운영형 또는 독립운영형의 外來治療센터의 數는 1991년의 4,038개에서 18% 증가하여 1992년에는 4,753개에 달하였다고 한다. 이러한 시설에서 제공되는 서비스에는 火傷診斷, 투석치료, 작업요법, 사회복지요법, 外傷治療등이 있다.

나. 外來治療센터

독립운영형의 外來治療센터의 수는 23% 늘어난 1,786개(1992년)이며, 병원소유의 시설수는 21% 증가한 3,319개였다(附表 16 參照).

〈附表 16〉 外來治療센터의 分野別 現況

(단위: 개소, %)

서비스 종별	독립체인소유 시설수			병원소유의 시설수			총 시설수		
	1991	1992	신장율	1991	1992	신장율	1991	1992	신장율
成人 데이케어	-	-	-	40	42	5.0	40	42	5.0
암치료센터	28	49	75.0	76	98	28.9	104	147	41.3
약물의존치료	1	1	-	243	276	13.6	244	277	13.5
협심증클리닉	-	-	-	44	51	15.9	44	51	15.9
화상진단	437	523	19.7	405	482	19.0	842	1,005	19.4
외래투석센터	491	598	21.8	64	87	35.9	555	685	23.4
휘트니스/웰니스	-	-	-	145	184	26.9	145	184	26.9
화상진단(차량형식) ²⁾	144	189	31.3	73	126	72.6	217	315	45.2
작업요법	77	99	28.6	277	318	14.8	354	417	17.8
동통관리	34	56	64.7	46	67	45.7	80	123	53.8
정신병외래	3	3	-	343	440	28.3	346	443	28.0
정신병데이케어(입원)	8	13	62.5	62	109	75.8	70	122	74.3
사회복귀요법	114	150	31.6	445	556	24.9	559	706	26.3
수술센터	2	7	250.0	124	220	77.4	126	227	80.2
외래구급센터	69	77	11.6	818	922	12.7	887	999	12.6
부인건강 ³⁾	60	13	-78.3	201	274	36.3	261	287	10.0
외상치료	64	88	37.5	96	107	11.5	160	195	21.9
그 외	41	68	65.9	152	173	13.8	193	241	24.9
서비스제공 건물수 ¹⁾	1,455	1,786	22.7	2,749	3,319	20.7	4,204	5,105	21.4

註: 1) 복수의 서비스를 제공하고 있는 시설이 많기 때문에, 총행의 합계는 총수와 일치하지 않음.

2) 화상진단기기를 장비하고 있는 차량의 수입.

3) 독립체인 부인건강서비스가 떨어지고 있는 것은, Caremark사가 92년에 시설을 재분류하였기 때문임.

資料: 日經 Health Business, 『의료·건강·실버시장의 동향 분석』, 1994. 12, p.339., Modern Healthcare 1993. 5. 24.

외래치료센터의 시설들은 전반적으로 所有形態에 관계없이 평균 20%정도 증가하였다. 獨立체인인 경우는 투석부문, 병원소유의 시설인 경우는 구급부문, 總施設數에서는 화상진단시설이 제일 많았다. 전년 대비 증가율 면에서는 수술센터의 增加率이 80.2%로 제일 많았다. 부지내에서 외래서비스를 확충하려고 하는 병원이 점점 많아지고 있었는데 부지내에 외래치료센터를 설치하려고 생각하는 病院이 많은

것은 敷地内の 설치를 요구하는 의사의 요망과 투자액의 억제가 가능하기 때문이었다.

다. 外來手術室

外來手術센터의 시설수에서 보면 재향군인관리국(Department of Veterans Affairs)이 352개로 1992년에 1위였다. 그 다음으로는 카이저퍼머넌트사(캘리포니아주 오클랜드)와 국립자선단체(Daughters of Charity National Health System; 미즈리주 센트로이스)가 각각 236개와 149개로 2위와 3위를 차지하였다. 1992년에 施設數를 25% 늘린 카이저사는 모든 센터를 병원 부지내에서 지원하고 있었다(附表 17 參照).

라. 社會復歸療法센터

병원이 소유하는 社會復歸療法센터의 수는 1991년에 비해 26% 늘어난 559개가 있었으며 독립운영형의 센터수는 31.6% 늘어난 150개가 있었다. 독립운영형센터의 분야에서는 박스터인터네셔널사에서 分離·獨立한 케어마크인터네셔널사(이탈리아주 디아필드)가 1992년에 시설수 38%가 늘어난 55개로 最大企業이 되었다.

한편, 국립재활센터(National Rehabilitation Centers; NRC, 테네시주 프렌트우드)는 施設數를 37% 늘려 41개로 하였다. 이 회사는 주로 주로 남동부나 남서부에서 병원이나 HMO 등의 醫療管理組織과 계약을 적극적으로 추진해 나가고 있었다. NRC사는 1992년말 시점에서는 78개병원과 社會復歸療法서비스 계약을 맺었다. 특히 가정간호사업소나 의료관계단체와의 계약은 950건을 넘었다. 그 결과, NRC사의 1992년의 순이익은 230만달러로 전년의 120만달러에서 88% 증가로 높은 성장을 나타내었다. 또한 賣上은 49% 증가한 3,650만달러였다. NRC

사의 成長은 1993년에도 계속되었다. 1월에는 동일하게 外來社會復歸療法서비스를 취급하는 헬스포커스사(텍사스주 와튼)를 매수하였다. 사회복지요법병원을 운영하는 병원도 여러 곳 있었는데 가장 많은 병상을 운영하는 醫療서비스事業體는 국립메디칼엔터프라이즈였다(附表 18 參照)

〈附表 17〉 外來手術센터를 運營하고 있는 上位 25個病院의 總施設數
(단위: 개소, %)

기 관	1991	1992	증가율
U.S. Department of Veterans Affairs ¹⁾	172	352	104.7
Kaiser Permanente ²⁾	189	236	24.9
Daughters of Charity National Health System	147	149	1.4
Healthsouth Corp.	117	146	24.8
Charter Medical Corp.	140	130	-7.1
Continental Medical Systems ¹⁾	75	120	60.0
Mercy Health Services	55	93	69.1
Mercy Health System	71	79	11.3
Holy Cross Health System	54	57	5.6
Lutheran General Health System	62	57	-8.1
Health Midwest	51	55	7.8
Los Angeles County Department of Health Services	45	45	-
Henry Ford Health System	42	44	4.8
Advantist Health System/West	34	43	26.5
Sisters of Providence Health System	42	43	2.4
Michigan Health Care Corp.	45	41	-8.9
U.S. Health Corp.	34	41	20.6
Detroit Medical Center	40	40	-
Mediplex Group	15	38	153.3
IHC Hospitals(Intermountain Health Care)	35	37	5.7
Sisters of Charity Health Care Systems(Cincinnati)	36	36	-
Catholic Healthcare West	32	34	6.3
Group Health Cooperative of Puget Sound ²⁾	32	33	3.1
Guthrie Healthcare System	33	32	-3.0
Evangelical Health System	33	30	-9.1

註: 1) 보고형식의 변경에 의한 성장

2) Managed Care조직

資料: 日經 Health Business, 『의료·건강·실버시장의 동향 분석』, 1994. 12, p.342.

〈附表 18〉 社會復歸療法病院을 運營하는 醫療事業主體(病床數順 10 順位)

(단위: 병상, 개소)

기 관	병상수		병원수	
	1991	1992	1991	1992
National Medical Enterprises ¹⁾	2,474	2,704	29	32
Continental Medical Systems	1,362	1,864	20	28
Mediplex Group	280	859	3	8
Healthsouth Corp.	639	699	10	11
Advantage Health Corp. ²⁾	455	585	8	12
ReLifel	290	516	7	10
Los Angeles Country Department of Health Services	428	428	1	1
NovaCare ³⁾	436	423	8	7
Convenient Health System	305	305	1	1
Daughters of Charity National Health System	269	269	1	1

註: 1) 인가병상수 기준임.

2) 별도의 소유자와의 계약으로 관리하고 있는 병원전문연합회를 포함.

3) 1991년 8월 펜실베니아주 캠프필의 Rehab System社를 매수함.

資料: 日經 Health Business, 『의료·건강·실버시장의 동향분석』, 1994. 12, p.349.

마. 外來투석센터

외래투석센터의 수는 病院運營과 獨立運營의 양쪽을 합쳐서 1992년에는 전년비 25% 증가한 685개에 달하였다. 독립운영형 센터의 수는 22% 증가한 598개, 병원소유의 시설수는 36% 증가한 87개였다. 미국의 외래투석센터 시장은 營利企業이 중심이 되어 운영되고 있었다고 한다. 비브라사(Vivra; 캘리포니아주 샌프란시스코)는 1992년 외래투석클리닉을 14개시설로 늘려(전년 대비 14% 증가) 128개로 하였다. 동사는 1992년도에 純利益이 전년도에 1,500만달러에서 26.6% 증가하여 1,900만달러가 되었다. 또한 賣上은 29.6% 늘어난 18,240만달러에 달하였다.

바. 火傷診斷施設

1992년의 미국의 火傷診斷센터 數는 전체적으로 19% 늘어난 1천 5개가 있었다. 내역은 독립운영형의 센터가 20% 증가하여 523개, 병원이 운영하는 센터가 19% 증가하여 482개였다. 이미지아메리카사(테네시주 내슈빌)는 1992년도에 센터의 數를 前年 對比 20% 늘린 231개로 제일 많았으며, 그 다음은 MICA사(Medical Imaging Centers of America; 캘리포니아주 센티에고)로 1992년의 소유센터수를 전년대비 19% 增加한 213개였다. 맥스멈헬스사(텍사스주 달라스)의 차량형식 이동식화상진단센터 수는 72% 늘어난 74개 였다(附表 19 參照).

〈附表 19〉 火傷診斷체인의 財務데이터 現況

(단위: 개소, 수, 백만달러, %)

기 관	시 설 수		진단기기 장착 차량의 수		매상고		영업이익		
	1992	전년 대비 신장율	1992	전년 대비 신장율	1992	전년 대비 신장율	1992	전년 대비 신장율	서비스를 제공하고 있는 주의 수
Alliance Imaging	6	100.0	70	27.3	63.0	21.2	13.8	-	26
American Health Services	32	-	7	-	-	-	-	-	15
Image America	231	19.7	-	-	70.0	33.1	14.4	111.8	10
Maxium Health Corp	3	50.0	74	72.1	-	-	-	-	22
Medical Imaging Centers of America	213	19.0	36	-	84.6	-4.0	-18.0	-	24
NMR of America	10	-16.7	-	-	15.2	-9.5	1.7	21.4	6
TME	6	14.3	2	-33.3	24.0	9.1	-0.8	-	10

資料: 日經 Health Business, 『의료·건강·실버시장의 동향 분석』, 1994. 12, p.343.

사. 外傷治療센터

外來外傷治療센터의 數는 1992년에 22% 늘어나 195개가 되었다. 내역을 보면, 독립운영형의 센터가 38% 증가한 88개로 커다란 신장률을 나타낸 것에 비해, 병원소유센터의 수는 11% 증가한 107개에 그쳤다.

이 분야 最大의 獨立계 運營企業인 큐러티브테크놀로지사(Curative Technologies; 뉴욕주)였는데 동사의 센터수는 1992년 시점에서 전년 비 24% 늘어난 42개였다. 큐러티브사에서는 1993년 중에 18개의 외상 치료센터를 가미하여 이 서비스를 더욱 擴張하였다.

아. 作業療法센터

1992년도의 병원운영형 또는 독립운영형의 외래작업요법센터의 총 수는 前年 對比 18% 增加한 417개였다. 이 중 독립운영형의 센터수는 29% 늘어난 99개였고, 병원운영형은 15% 늘어난 318개였다(附表 16 參照). 1992년에 협심증외래클리닉의 수는 16% 증가하여 51개, 외래 휘트니스·웰니스센터의 數는 27% 증가한 184개였다. 한편 응급외래센터의 수는 13% 증가한 999개로서 그 중 病院이 運營하는 센터는 13% 증가한 922개였으며 독립운영센터는 12% 늘어난 77개였다.

8. 病院체인

1992년에 의료서비스 事業主體의 營業實績은 5년 연속으로 증가를 기록하였다. 모던헬스케어지가 행한 제 17회 복수제공자(복수사업소·시설을 갖는 의료서비스 제공기관)조사에 재무데이터를 제공해 준 167개의 의료서비스의 事業主體를 대상으로 분석한 것이다. 1991년의 營業收入은 평균 1,690만달러였던 것에 비해, 1992년에는 평균 28% 증가한 2,160만달러였다. 利益은 1988년에는 68%, 1989년에는 10%, 1990년에는 95%, 1991년에는 44.8%가 증가하였다. 1991년 이익률 신장의 원동력이 營利체인이었던 것에 비해 1992년에는 非營利의 사업주체가 營業이익을 39% 증가시켰으며 營利체인의 이익증대는 약

2.2%에 그쳤다. 그러나 非營利事業主體의 평균이익이 4,400만달러였던 것에 비해서 영리체인의 평균 영업이익은 7,900만달러였다.

의료서비스 事業主體 上位 10社를 살펴보면 그 순위는 미국보훈병원, 퀘럼헬스그룹 순이었다(附表 20 參照). 營利醫療서비스 사업체 상위 10사는 퀘럼헬스그룹, 갈렌헬스케어사로 각각 21,755병상, 17,295병상으로 각각 187개, 77개의 병원을 운영하고 있었다(附表 21 參照). 1992년에는 영리체인에서도 非營利事業主體와 거의 동일한 이유로 수익이 증가하였다. 카이저퍼머넌트사(Kaiser Permanente)는 3년연속으로 기록적인 수익신장의 해가 되어 비영리센터의 선도역할을 하였다. 31개병원의 醫療管理組織이 있는 카이저(Kaiser; 캘리포니아주 오클랜드)는 1992년의 순이익이 48,600백만달러에서 63.6% 증가하여 79,650만달러가 되었으며 總收入은 12% 상승하여 1,103,000만달러였다(附表 22 參照).

〈附表 20〉 病院의 運營病床數에 의한 醫療事業體 上位10順位
(단위: 병상, 개소)

기 관	병상수		병원수	
	병상	순위	개소	순위
U.S.Department of Veterans Affairs	64,763	1	171	2
Quorum Health Group ¹⁾	21,755	2	189	1
Galen Health Care ¹⁾	17,295	3	77	4
Hospital Corp. of America	15,300	4	73	5
Daughters of Charity National Health System	12,790	5	44	7
Health Trust Hospital Co.	9,919	6	81	3
New York City Health and Hospital Co.	8,123	7	11	25
Kaiser Permanente ²⁾	7,772	8	31	13
American Medical Holdings ¹⁾	7,661	9	34	12
National Medical Enterprises ¹⁾	6,559	10	35	11

註: 1) 인가병상수 기준임.

2) 급성기의료, 정신병, 사회복귀요법병원을 운영하고 있는 Managed-care의 조직.

資料: 日經 Health Business, 『의료·건강·실버시장의 동향 분석』, 1994. 12, p.348

〈附表 21〉 營利醫療서비스 事業體 上位 10社(運營病床 基準)

(단위: 병상, 개소)

기 관	병상수		병원수	
	1991	1992	1991	1992
Quorum Health Group ¹⁾	19,467	21,755	174	189
Galen Health Care ²⁾	17,830	17,295	81	77
Hospital Corp. of America	15,500	15,300	74	73
Health Trust Hospital Co.	10,303	9,919	84	81
American Medical Holdings ¹⁾	8,547	7,661	38	34
National Medical Enterprises ¹⁾	6,591	6,559	35	35
Columbia Hospital Corp. ¹⁾	2,815	4,332	12	20
Epic Healthcare Group Brim ¹⁾	4,296	4,332	37	37
Ornda Health Corp. ³⁾	4,447	4,303	61	60
Universal Health Services	1,908	2,592	11	16
	2,210	2,114	17	16

註: 1) 인가병상수 기준임.

2) Humana사가 1993년 3월1일에 병원부문을 Galen Health Care사로서 분리.

3) 前 Republic Health Corp.

資料: 日經 Health Business, 『의료·건강·실버시장의 동향 분석』, 1994. 12, p.345.

〈附表 22〉 患者收入에 의한 醫療事業主體 上位 10個社

(단위: 백만달러)

기 관	1991	1992
Kaiser Permanente ¹⁾	9,822.8	11,032.6
Hospital Corp. of America	4,985.0	5,125.0
Galen Health Care ²⁾	4,000.0	4,043.0
National Medical Enterprises ¹⁾	3,806.4	3,932.0
Daughter of Charity National Health System	3,265.5	3,805.7
New York City Health and Hospitals Corp. ¹⁾	2,538.5	2,719.8
Health Trust-The Hospital Co.	2,025.7	2,265.3
American Medical Holdings	2,546.0	2,238.0
Mercy Health Services	1,389.2	1,517.4
Catholic Healthcare West	1,209.0	1,405.0

註: 1) 급성기의료, 정신병, 사회복지요법 병원을 운영하는 Managed Care 조직의 보험계획 수입.

2) Humana사가 1993년 3월 1일에 병원부문을 Galen Health Care사로서 분리

資料: 日經 Health Business, 『의료·건강·실버시장의 동향 분석』, 1994. 12, p.346.

非營利的 醫療서비스 사업주체에서는 시스테오브채리티(Sisters of Charity)사가 2위를 차지하였다. 1992년의 營業收入은 전년의 4,390만 달러에서 172% 증가하여 11,900만달러였다. 순 환자수입은 11.5% 증가하여 115,000만달러였다. 1992년의 사업주체당 許可病床數는 1,823개에서 1.2% 증가하여 1,844개가 되었다. 운영 중의 베드수는 사업주체당 1,626개였다(1.1%증가). 사업주체당 平均 純 患者收入은 총수입과 이익의 양쪽의 자료를 보고해온 167개 의료서비스의 사업주체의 숫자에 기초하여 계산하면, 1991년의 44,620만달러에서 8.2% 상승하여 48,280만달러가 되었다. 資產은 平均的으로 1991년의 56,270만달러에서 8%증가하여 60,750만달러가 되었다.

1981년부터 1985년 사이의 平均 營業利益率은 4.0~8.0% 수준이었으며 1986년에는 2.4%, 1987년에는 2.5%, 1988년에는 1.7%, 1989년에는 1.2%로 떨어졌다. 그러나 1990년에서 1991년까지는 平均 營業利益率이 4.3%였으며 1992년에는 5.4%로 증가하였다.