

연구보고서 2003-05

WTO 도하개발아젠다에 따른
保健醫療서비스部門의 協商 爭點 및
競爭力 強化 方案 研究

鄭 永 虎
權 純 晚
徐 榮 浚
李 湫 植
高 淑 子

韓國保健社會研究院

머 리 말

세계화·개방화는 광범위한 부분에 직·간접적으로 영향을 미치고 있으며, 기술진보, 국제관계, 국가정책 그리고 경제적인 요인들로 가속화될 것으로 예상된다. 이러한 세계화·개방화의 진전으로 새로운 형태의 교역기회 및 조직을 출현시키고 있으며, 이전에는 대외정책에서 예외적으로 간주되어 오던 영역에 이르기까지 국제규범 및 규제의 틀을 세워야 할 필요성이 제기되고 있다.

보건의료부문 역시 공공성·비상업적 특성을 지니고 있지만 세계화로 상당한 영향을 받게 될 분야 중 하나로 인식되고 있다. 개방화와 정보기술 등의 발전으로 소비자의 이동 및 정보통신수단을 통하여 보건의료서비스의 국경간 공급이 증가하고 있으며, 새로운 형태의 보건의료 조직이 생성되고, 국가간 교육과 훈련이 확대되는 등 국제교역 및 교류가 점차 활발해지고 있다. 최근에는 선진국뿐 아니라 개도국에서도 보건의료서비스의 교역기회 및 교역형태 그리고 외국인 직접투자에 상당한 성장이 이루어지고 있다.

이러한 동향과 병행하여, 보건의료분야는 여타의 부문과 함께 자유무역과 관련하여 중요한 계기를 맞이하게 되었다. 즉, 2001년 11월 도하개발아젠다(DDA) 출범에 성공함으로써 WTO 회원국은 2005년 1월 1일까지 3년의 기간동안 최종 협상안을 타결시키기 위한 본격적인 협상국면에 돌입하였다. 보건의료서비스분야 역시 서비스 이사회에서 채택된 협상지침 및 절차에 따라 각국은 양허요구안(request list)과 양허안(offer list)을 토대로 협상을 위한 논의가 구체적으로 진행되고 있다.

따라서, 보건의료서비스분야의 발전과 국민 후생 증대를 위하여 우리의 입장을 정립하여 대응방향을 마련할 필요성이 요구되고 있다. 개방화 정도의 방향을 마련함에 있어, 보건의료서비스 국제교역과 관련하여 각 국가별로 채택되고 있는 정책 및 전략은 무엇인지 그리고 이러한 경험으로부터 무엇을 배울 수 있

는지를 분석하는 적극적인 노력도 필요할 것이다. 또한, 보건의료서비스가 갖는 특성을 고려하여 보건의료서비스에서의 교역으로 인해 국내 우선영역(national priorities) 및 빈곤층의 이해를 해치지 않으려면 어떤 정책 및 조치가 필요한지와 관련하여 깊은 성찰이 요구된다. 정부가 보건의료서비스의 국제교역 기회를 이용하는 한편, 세계화로 인한 부작용을 완화시키려 한다면, 이러한 모든 이슈들이 신중하게 고려되어야 할 것이다. 이와 함께, 세계화·개방화 등 환경변화에 따른 보건의료서비스부문의 발전방향을 모색하여 경쟁력 강화를 위한 방안 마련이 필요하다. 이를 통하여 장기적인 관점에서 우리나라 보건의료부문의 건전한 발전을 위한 기회로 활용될 수 있기 때문이다. 본 연구는 이러한 필요성에 따라 바람직한 WTO/DDA 협상전략 마련 및 경쟁력 강화를 위한 기초자료를 마련하기 위한 목적으로 수행되었다.

본 연구는 본원의 정영호 부연구위원의 책임하에, 권순만 서울대교수, 서영준 연세대교수, 이견직 협성대교수, 본원의 고숙자 연구원이 참여하여 완성되었다.

본 보고서를 완성함에 있어 어려운 여건에서도 참여하여 귀중한 연구를 수행해 준 권순만 교수, 서영준 교수, 이견직 교수, 그리고 연구수행 초부터 많은 도움을 준 박하영 가톨릭대교수께 감사드린다. 또한, workshop 발표 및 보고서를 읽고 논평을 해 준 서정석 상지대교수, 대외경제정책연구원의 박순찬 박사, 함시창 상명대교수와 본 원의 신영석 연구조정실장, 이상영 정책동향팀장께도 감사한다. 이와 함께, 자료수집 및 정리에 도움을 준 방송통신대의 김은주양에게도 고마움을 전한다.

끝으로, 본 보고서의 모든 내용은 저자들의 의견이며 본 연구원의 공식견해가 아님을 밝혀둔다.

2003年 12月
韓國保健社會研究院
院長 朴 純 一

목 차

요약	1
I. 서론	41
1. 연구의 배경 및 목적	41
2. 연구의 내용 및 방법	43
II. 보건의료서비스부문의 국제교역에 관한 논의	46
1. 세계화와 보건: 개념적 구조	46
2. 보건의료서비스 국제무역의 장애요인 및 수출전략	51
3. 공공보건측면에서의 보건의료서비스 국제교역	73
4. 보건의료서비스의 지역교역	84
5. 주요국 보건의료서비스 교역	87
III. 보건의료부문의 개방화 및 WTO 협상 동향	98
1. DDA 이전의 개방화 동향	98
2. DDA 협상동향	107
3. 보건의료서비스시장 개방현황 및 관련제도	112
IV. 보건의료서비스협상 쟁점 사항 검토 및 시사점	127
1. 국경간 공급(mode 1): 원격의료 중심	128
2. 해외소비(mode 2)	134
3. 상업적 주재(mode 3): 영리법인 허용여부를 중심으로	135
4. 자연인의 이동(mode 4)	162

V. 보건의료부문의 경쟁력 강화 방안	172
1. 보건의료부문의 경쟁력 평가	173
2. 보건의료체계의 경쟁력 강화를 위한 정부의 역할	210
3. 병원산업의 국제경쟁력 강화방안	234
4. 산업구조의 고도화를 위한 e-Health 전략화	250
VI. 결론	276
참고문헌	283

표 목 차

〈표 II- 1〉 보건부문관련 재화 및 서비스교역으로 인한 세계적 영향력: 개도국의 경우	50
〈표 II- 2〉 공급형태별 통계기준	55
〈표 II- 3〉 서비스 국제수지 분류	56
〈표 II- 4〉 산업분류	57
〈표 II- 5〉 WTO회원국의 보건관련 및 사회서비스분야의 외국인 투자허용 현황: 1999년	58
〈표 II- 6〉 보건서비스의 해외직접투자(FDI) 통계: 1999년	58
〈표 II- 7〉 보건의료서비스산업의 해외제휴기업: 개도국의 경우, 2000년	60
〈표 II- 8〉 보건서비스부문의 다국적기업: 미국 및 독일, 1998년	61
〈표 II- 9〉 보건서비스부문의 국경간 M&A: 거래가치 상위 10개사, 2000년	63
〈표 II-10〉 mode 1의 국제교역 기대효과: 공공보건측면	76
〈표 II-11〉 mode 2의 국제교역 기대효과: 공공보건측면	78
〈표 II-12〉 mode 3의 국제교역 기대효과: 공공보건측면	80
〈표 II-13〉 mode 4의 국제교역 기대효과: 공공보건측면	82
〈표 II-14〉 보건의료서비스 교역에서의 상충관계: 개도국의 경우	83
〈표 III- 1〉 WTO의 서비스 분류 : (S/L92, 2001)	99
〈표 III- 2〉 보건의료서비스분야의 WTO 회원국 양허현황(2000. 7)	102
〈표 III- 3〉 의료, 병원 및 기타 보건서비스에 양허한 WTO 회원국 수(2000. 7)	103
〈표 III- 4〉 보건서비스분야에 양허한 WTO의 선진국 수(2000. 7)	105
〈표 III- 5〉 보건서비스분야에 양허한 WTO 개도국 수(2000. 7)	106

〈표 III- 6〉 양허요청서 제출 및 접수 현황: 2003. 6. 28 현재	108
〈표 III- 7〉 보건의료서비스 분야 관련 1차 시장개방양허안(Initial Offer) 제출현황: 2003. 6. 11 현재	109
〈표 III- 8〉 주요국 보건의료서비스 시장접근제한 및 관련제도	118
〈표 III- 9〉 우리나라 공급형태별 시장접근제한 및 관련규제	126
〈표 IV- 1〉 영리병원과 비영리병원의 법적, 경제적 차이	139
〈표 IV- 2〉 주요국 비영리 및 영리병원의 추이: 1980년대 말~1990년대 초	141
〈표 IV- 3〉 영리병원 및 비영리병원의 성과에 대한 실증분석 결과 요약 ..	161
〈표 V- 1〉 WHO 회원국의 보건시스템 성과 순위: 총191개국, 1997년	176
〈표 V- 2〉 주요국간 보건의료자원 현황	179
〈표 V- 3〉 우리나라 및 주요선진국의 보건의료자원간 상대비중: 2000년 ..	181
〈표 V- 4〉 우리나라 및 주요 개도국간 보건의료자원 현황 및 상대비중: 2000년	184
〈표 V- 5〉 국가별 국민의료비 추이	190
〈표 V- 6〉 65세 이상 추계인구	191
〈표 V- 7〉 연도별 주요 의료인력 면허등록 현황	194
〈표 V- 8〉 요양기관 종별 전문의 이직 현황	195
〈표 V- 9〉 공공 및 민간 의료기관 현황(2001년)	195
〈표 V-10〉 연도별·지역별 의료기관수	196
〈표 V-11〉 무료 및 실비 노인요양시설의 입소현황	197
〈표 V-12〉 병원평가: 2001년	198
〈표 V-13〉 의료수익 순이익률	201
〈표 V-14〉 의료원가 중 인건비 구성비	201
〈표 V-15〉 일반적 경영전략 실태	203
〈표 V-16〉 정보기술관련 경영개선 전략	204
〈표 V-17〉 의료기관에서 전통적 마케팅과 사이버 마케팅의 비교	240
〈표 V-18〉 21세기 인력관리에 영향을 미치는 환경요인순위	243

〈표 V-19〉 미국의 부분별 e-Health 시장규모	261
〈표 V-20〉 미국 벤처자본의 연평균 투자 증가율 비교	262
〈표 V-21〉 미국 상거래 e-Health 부문 시장규모	262
〈표 V-22〉 미국 보건의료부문 상거래 유형별 수익규모	263
〈표 V-23〉 대상별 e-Health 기능 및 지원 기술	265
〈표 V-24〉 e-Health 발전 단계별 특징 비교	266
〈표 V-25〉 e-Health 이용자의 건강수준별 특징	268

그림 목 차

[그림 II- 1]	세계화와 보건의 개념적 구조: 개괄	47
[그림 II- 2]	세계화와 보건의 개념적 구조: 구체화된 모델	48
[그림 II- 3]	보건의료서비스의 국경간 M&A: 2000년 판매국 및 구매국의 경우	62
[그림 II- 4]	영국의 외국간호사 비율: 1989~2002년	91
[그림 II- 5]	미국의 학위소지자의 미국간호사면허시험 응시생 수: 1995~2001년	94
[그림 IV- 1]	비영리병원의 가격전략	148
[그림 IV- 2]	소유형태와 경쟁	149
[그림 V- 1]	국제경쟁력 분석절차	173
[그림 V- 2]	보건시스템 성과측정 모형	174
[그림 V- 3]	우리나라 및 주요선진국과의 보건의료자원 국제비교: 2000년 ...	181
[그림 V- 4]	4개국 보건의료시장의 종합비교: 한국, 일본, 미국, 영국 ...	183
[그림 V- 5]	우리나라 및 주요 개도국과의 보건의료자원 국제비교: 2000년 ...	185
[그림 V- 6]	주요국 암의 5년간 상대생존율	187
[그림 V- 7]	성별·연령별 만성질환 유병자율: 2001년	192
[그림 V- 8]	의료인등 면허추이: 1975~2001	194
[그림 V- 9]	우리나라 의료기관의 SWOT 분석	209
[그림 V-10]	미국 e-Health 시장규모(2004년)	261
[그림 V-11]	기능별 e-Health 모형의 발전 단계	269
[그림 V-12]	e-Health 전환 단계	275
[그림 VI- 1]	SWOT분석을 통한 경쟁력 강화 전략	281

Abstract

A Study on WTO/DDA Negotiations in Health Services: Issues and Policy Directions for Enhancing Competitiveness

DDA (Doha Development Agenda) under the General Agreement on Trade (GATS) came into effect in 2001, and then it has made necessary the establishment of effective regulatory framework and capacity of health care sector. The main aim of this study is to recommend policy directions for WTO DDA negotiations and for enhancing the competitiveness of domestic health service.

For this purpose, this study provides a review of worldwide experiences with trade in health services, and discusses current status and prospects for WTO DDA service negotiations in the health care sector. Also, this study analyzes the economic impacts of some of important issues including the implications and effects the opening of health service market has on public health policy, with a special emphasis on three themes: equity, quality, and efficiency. In addition, the competitiveness of Korea's health system is assessed in comparison with developed countries.

Based on SWOT analysis of domestic health service sector, we draw a broad range of policy recommendations and strategies with which to enhance domestic competitiveness. This study is expected to provide useful information on sound policy-making in the health service sector and on how to increase gains from trade while minimizing potential adverse consequences.

요 약

I. 서론

1. 연구의 배경 및 목적

- 지난 20년에 걸쳐 세계화는 광범위한 부분에 직접 혹은 간접적으로 영향을 미치고 있음.
 - 보건부문 또한 공공재 및 비상업적 성격을 가지고 있지만 세계화로 상당한 영향을 받게 될 분야 중 하나로 인식되고 있음.
- 보건의료부문은 세계경제에 있어 가장 급속히 성장하고 있는 부문 중 하나임.
 - OECD국가의 경우 보건의료비 지출액이 연 평균 3조달러 정도로 추정되고 있으며 2005년까지 4조달러로 증가할 것으로 예상되고 있음.
 - 국가간 소비자의 이동 및 정보통신수단을 통한 보건의료서비스의 국경간 공급증가 등으로 인해 보건의료부문의 세계화에 영향을 주고 있음.
 - 보건의료서비스부문에서 기업들이 합작회사(joint ventures) 등의 형태로 구성하거나 동 부문에서 국경간 교역 및 정보, 교육, 훈련 등을 통해 세계화에 영향을 주고 있음.
- 이러한 동향과 병행하여, 보건의료분야는 여타의 부문과 함께 자유무역과 관련하여 중요한 계기를 맞이하게 되었음.
 - 2001년 11월 도하개발아젠다(DDA) 출범에 성공함으로써 WTO 회원국은 2005년 1월 1일까지 3년의 기간 동안 최종협상안을 타결시키기 위한 본격적인 협상국면에 돌입하였음.
 - 보건의료서비스분야 역시 서비스 이사회에서 채택된 “협상지침 및 절차”에 따라 각국은 2002년 6월 30일까지 양허요구안(request list)을 제출하였

으며 향후 양허안(offer list)도 제출하여야 함.

- 따라서, 보건의료부문의 세계화·개방화에 따른 영향력 및 효과 등에 대한 분석을 토대로 정책방향의 설정이 요구되며, 환경변화 등에 따른 국내 보건의료부문의 경쟁력 강화를 위한 논의가 필요한 시점임.
 - 우리 시장의 개방화 정도의 방향을 마련하는 한편, 보건의료서비스 수출을 증대시키기 위해 각 국가별로 채택되고 있는 정책 및 전략을 분석하여 시사점을 유도해내는 적극적인 노력이 요구됨.
 - 보건의료서비스가 갖는 특성을 고려하여, 보건의료서비스 교역으로부터 국내 우선영역(national priorities) 및 빈곤층의 이해를 해치지 않는 정책 및 조치와 관련된 성찰이 필요함.
 - 세계화·개방화 등 환경변화에 따른 보건의료서비스부문의 발전방향을 모색하여 경쟁력 강화 및 선진화를 위한 방안 마련이 요구되고 있음.
- 본 연구는 위와 같은 배경에 따라 다음의 목적으로 수행되었음.
 - 보건의료부문의 국제교역 및 WTO 협상 동향 파악
 - 개방에 따른 영향력 논의 및 주요 쟁점사항에 대한 심층적 분석을 통한 정책방향 설정을 위한 기초자료 마련
 - 개방화·세계화, 기술의 발전 등 환경변화에 따른 보건의료부문의 발전방향 및 내부역량 강화방안 모색

2. 연구의 내용 및 방법

- 본 서의 연구내용은 다음과 같이 구성됨.
 - II장에서는 세계화 속에서의 보건의료서비스부문의 국제교역을 다룸.
 - 세계화와 보건간의 관련성을 평가하기 위한 개념적 구조를 통해 어떤 경로 및 메커니즘으로 영향을 주고 있는지 고찰함.
 - 보건의료부문 국제교역을 위한 수출전략 사례를 제시함으로써 우리나라 해외진출을 위한 수출전략 구축에 기초자료로 활용하고자 하였음.

- 공공보건의 관점에서 보건의료서비스 교역이 지니는 시사점에 대해 고찰함.
- 보건의료부문에 있어서 국제교역이 활발하게 일어나고 있는 NAFTA, EU 등의 지역교역과 더불어 중국, 영국, 일본 등의 주요국에서 발생하고 있는 국제교역 현황을 살펴봄.
- III장에서는 보건의료서비스부문 개방화 및 WTO 협상동향을 분석함.
 - 선진국 및 개도국 또는 공급형태별로 분류하여 DDA 협상이전의 개방 특성에 대하여 살펴봄.
 - WTO 회원국의 보건의료서비스에 관한 양허 현황 및 향후 협상 동향을 예측해 봄으로써 협상방향을 검토함.
 - 보건의료서비스 개방화에 따른 규제, 진입장벽 및 보건의료서비스의 자유화 전망에 대해서 논의함.
- IV장에서는 보건의료서비스부문 협상의 쟁점사항을 검토하고 시사점을 모색함.
 - 개방화에 따라 보건의료시장에 미칠 수 있는 긍정적인 효과 및 부정적인 효과를 살펴본 후 개방화에 따른 대응방향을 모색함.
 - 특히, WTO/DDA 협상에서 주요쟁점이라 할 수 있는 영리법인 허용여부, 의료인력이동을 중심으로 하여 고찰함.
- V장에서는 장기적인 관점에서 개방화에 대비한 보건의료부문의 경쟁력 제고를 위한 방안을 마련하고자 함.
 - 우리나라 보건의료부문의 경쟁력을 파악하기 위해 주요국과의 비교를 통해 보건의료부문의 성과를 측정하고 주요변수의 국제비교를 행하였으며, 우리나라의 병원 재무구조를 제시함.
 - 국내 보건의료부문에 있어서의 환경분석 및 SWOT 분석을 통해 경쟁력을 분석함.
 - 이와 같은 결과를 토대로 하여 개방화에 대비한 보건의료부문의 국제 경쟁력 강화를 위한 정책과제를 제시함.
 - 첫째, 보건의료체계의 경쟁력강화를 위한 정부의 역할, 둘째, 병원

산업의 국제경쟁력 강화방안, 셋째, 산업구조의 고도화를 위한 e-Health 전략화로 나누어 고찰하였음.

- VI장은 결론부분으로 이상에서 논의된 연구결과를 요약하여 정리함.

연구내용을 위하여 본 연구에 사용된 연구방법은 다음과 같음.

- WTO, OECD, WHO 등 국제기구에서 제공하는 문서, 보고서, 각국의 공식 제안서, 그리고 기존연구 결과 등을 분석함.
- 각종 통계 자료들을 활용하여 분석하였으며, 필요시 해외출장을 통한 현황 파악 및 조사를 수반함.
- 관련규제의 실효성 검토와 대외 개방의 영향과 효과 등은 기존 연구결과와 관련 협회 및 전문가들과의 면담 등을 이용하여 전문가 활용 및 심층 면접을 통한 사례연구를 포함.
- WTO DDA 서비스협상 보건의료분야 실무작업반 회의를 통해 현안에 관한 각 관련자들의 입장을 파악하고 관련 전문가집단(pool)을 활용함.
- 국내의료시장의 환경분석 및 SWOT 분석을 이용하여 국내 의료기관이 보유하고 있는 강점, 약점, 기회, 그리고 위협요소를 분석함.

II. 보건의료서비스부문의 국제교역에 관한 논의

1. 세계화와 보건: 개념적 구조

보건의료분야의 세계화로 인한 영향력 및 중요성에 관한 연구는 최근 들어 활발히 진행되고 있음(Yach and Bettcher, 1998; Lee K., 1999; Baris and McLeod, 2000).

- 세계화가 경제적 측면뿐 아니라 인구구성원의 건강 및 보건정책에 어떤 경로 및 메커니즘으로 영향을 미치고 있는지 분석할 필요가 있음.

세계화와 보건간의 관련성을 평가하기 위한 개념적 구조는 다음과 같음.

- 세계화는 정보기술발전, 정치·경제적 영향력, 사고의 전환, 사회·환경적 관심증대와 같은 많은 추진력 내지는 제동력에 의해 영향을 받음.
- 사람들의 건강상태 및 분포는 국민수준에서의 보건에 대한 영향력, 개별 수준의 보건 위험도, 그리고 보건의료시스템에 의해 결정됨.

세계화에서 보건에 이르는 5가지 주요 연관성이 있음.

- 직접효과는 보건시스템 및 정책운영에 직접적인 영향력, 국제시장을 통한 영향력, 그리고 국민수준에서 보건의 영향력을, 간접효과는 보건부문에서 국가경제를 통해 작용하는 효과와 국민들의 리스크가 포함됨.
- 세계화의 편익을 확대시키기 위해서는 각 국가들이 경제적 기회를 최대화 하고 경제위험 및 사회비용을 최소화하는 통합과정이 국제경제와 조정되어야 함을 의미함.
- 세계화로 인한 역효과로 국민보건에 미치는 영향력은 최소화되어야 함.

2. 보건의료서비스 국제무역의 장애요인 및 수출전략

가. 세계 보건의료서비스 교역현황

1999년 보건의료서비스의 해외직접투자(FDI) 관련 교역현황은 다음과 같음.

- 미국의 경우 해외직접투자를 통한 유입은 5억 6백만달러, 해외직접투자를 통한 유출은 7천2백만달러인 것으로 추정됨.
- 몽고의 경우 FDI 유입은 6만달러이며, 필리핀 및 베네수엘라의 경우 사회서비스가 포함된 FDI 유입은 각각 4십만달러, 6백6십만달러인 것으로 나타남.

개도국에 있어서 2000년 보건의료서비스산업의 해외제휴기업(foreign affiliates) 현황을 살펴보면 다음과 같음.

- 아르헨티나에 있는 Fresenius Medical Care Argentina S. A.가 약 5962만달러의 높은 매출액을 가지는 것으로 나타났고, 종업원수는 726명으로 가장 높은 수치를 보이고 있었음.
- 한국에도 홍콩차이나의 Medi Media International Ltd 제휴회사인

Medimedia Korea Co Ltd가 가정간호서비스를 제공하고 있음.

- 아시아시장에서는 미국의 보건의료기업의 진출이 그다지 활발히 진행되고 있지는 않음(Lethbridge, 2002).
 - 현재 CIGNA와 같은 의료보험기업이 아시아에 있지만 확장과정 속에서 모순점이 발견되고 있으며 규모를 축소하려 하고 있음.

나. 보건의료서비스의 국제교역 장애요인 및 전망

- 국경간 공급(mode 1)에 있어서 원격보건의(telehealth) 서비스에 대한 국제수요는 1조 2천5백억달러로 추정되는데, 직접적인 의료서비스가 8억 4백만달러에 달함.
 - 원격의료에서 유발되는 장애요인 중 가장 중요한 측면은 의료보험 적용가능성 여부, 서비스 공급자의 자격인정여부임.
 - 이러한 장애요인에도 불구하고 향후 경제성장, 고령화사회, 교육수준의 향상, 새로운 질병발생 및 만성질환증가 등으로 의료서비스에 대한 요구가 실질적으로 증가하게 될 것임.
- 보건의료서비스 교역의 두 번째 공급형태는 해외소비(mode 2)의 교역이동은 선진국간, 개도국간, 그리고 선진국과 개도국간에 발생함.
 - 해외소비를 통한 교역에 있어서 장벽은 문화 혹은 언어 차이에 민감한 심리적 불안감, 공공보건시스템과 민간보험정책으로 인해 해외치료에 대해 보상받지 못할 경우가 이에 해당함.
 - 개도국에서의 보건의료비용의 급상승과 노인인구증가, 그리고 많은 국가에서 보험부문의 개방화로 인한 의료보험의 혜택이 증가되고 있는 추세를 볼 때, 해외소비가 증가하게 될 것임.
- 대부분의 국가에서 보건의료부문에 상당한 제한을 두고 있지만, 다양한 형태로 외국인 주체를 위해 시장을 개방하고 있음.
 - 양질의 의료서비스를 제공하고 가격상승을 감소시키며 공공부문에서의 의

료비상승 압력을 해소하기 위한 수단으로 경쟁을 도입하기 시작하고 있음.

- 상업적 주재에 대한 개방화 추세가 나타나고 있지만 여전히 수요기반 신규병원설립 제한 등의 교역장벽도 상당히 높음.
- 일부국가에서 보건의료서비스의 상업적 주재는 보건의료 기반구조를 향상시키고 투자를 위한 재원을 창출하는 수단으로 중요하게 다루어 질 것임.

□ 보건의료서비스교역에서 의료인력이동은 주로 개도국에서 선진국으로 그리고 개도국간에 발생함.

- mode 4하에서 인력유출 및 유입으로 보건의료서비스를 교역하는 것은 개별 국가들의 요구 및 수요·공급의 특성에 따라 다양함.

다. 보건의료서비스부문의 수출전략

□ 보건의료서비스의 수출로 외화를 획득하여 공공보건기관의 재정능력을 강화하기 위해서, 그리고 보건의료부문을 세계에서 경쟁력있는 분야로 만들기 위해서 수출하게 됨.

- 쿠바의 경우, 의료강국을 만들기 위해 보건부문의 다면적 수출전략이 1980년대 말 이래로 행해지고 있음.
- 영국은 1988년 보건의료서비스 수출을 위해 공공보건조직의 마케팅분야로서 NHS해외기업(National Health System Overseas Enterprise: NHSOE)을 설립하였음.

□ 보건의료서비스를 수출하기 위해 공공부문과 민간부문의 공동전략이 이루어지기도 함.

- 호주는 1994년 민간기업과의 협력프로그램으로, 국가보건산업발전포럼(National Health Industry Development Forum: HIDF)을 설립하였음.
- 중국의 경우, 공공 및 민간부문은 중의학을 기반으로, 해외소비자를 유입하고 보건의료인력을 수출하며 해외의 상업적 주재를 위한 전략을 공동으로 개발해 오고 있음.

- 보건의료관련 민간기업은 정부에 의한 장려메커니즘을 이용해, 해외시장에 진출하기 위한 수출전략을 개발하고 있음.
 - 싱가포르의 Parkway Group, Raffles Medical Group을 예로 들 수 있으며, 캐나다에 있는 어떤 민간 클리닉은 양질의 서비스와 상대적으로 낮은 가격으로 미국시장을 개척하려고 노력하고 있음.

3. 공공보건측면에서의 보건의료서비스 국제교역

- WHO는 수익성 및 자원 창출의 목적이 국민들의 건강증진과 조화되도록 하기 위해 세 가지 중간적 정책목표인 형평적 접근성(equitable access), 질(quality)적 측면, 효율성(efficiency)을 제시하고 있음.
 - 본서에서는 보건의료서비스 공급형태별로 형평성, 질, 효율성의 측면에서 교역이 공공보건에 미치는 영향력을 고찰함.

가. Mode 1: 국경간 공급

- 형평성(equity)
 - 원격의료관련 기술비용 문제로 인하여 보건의료서비스의 형평적 접근성을 향상시키게 될 것인지를 판단하기 어려울 수 있음.
 - o 첫째, 원격의료를 위한 기술관련 비용이 기부자(donors)에 의해서만 부담될 경우, 지역민들에게 양질의 치료를 제공함으로써 형평성을 향상시킬 수 있는 결과를 유도할 수 있음.
 - o 둘째, 공공부문에 의해 기술비용이 투자된다면, 이는 공공재원의 특성에 따라 상이한 결과가 나타나게 됨.
 - o 그러나, 원격의료가 의료서비스를 이용하기 힘든 비수혜지역에 있는 사람들에게 제공된다면 형평성이 상당히 향상될 것임.
- 질(quality)
 - 원격의료를 통해 보건의료서비스의 질이 향상됨.

- 원격의료는 원격이미지 전송을 통해 타지역의 의료기술 및 장비를 이용해 신속한 진단을 제공받을 수 있음.

효율성(efficiency)

- 효율성 측면에서 원격의료의 효과는 관련비용으로 평가될 수 있음.
 - 원격의료투자로 인한 재원감소로 기존 서비스영역이 감소될 수 있음.
 - 그러나 수련교육을 위한 커뮤니케이션의 개발로 교육을 위해 해외로 나가는 의료전문인력의 유출을 감소시킬 수 있음.

나. Mode 2: 해외소비

형평성(equity)

- 외국환자들에게 제공하는 보건의료서비스로 인해 내국인의 보건의료 재정 및 서비스 접근에 부정적으로 미치는 영향을 최소화하는 것이 중요함.
 - 의료인들에게 보조하기 위해 공공재원을 사용할 경우 내국인이 보건의료서비스를 이용할 기회가 감소될 수 있음.

질(quality)

- 외국환자들을 치료하기 위한 정책으로부터 유도된 서비스의 질적 향상은 내국민에게까지 편익이 확산될 것으로 기대할 수 있음.
 - 그러나 외국환자들을 치료하기 위해서 별도의 시설 및 보건의료 전문인을 둔다면, 질적 향상이 시스템을 통해 확산되지 않을 수 있음을 고려해야 함.

효율성(efficiency)

- 보건의료 공급자의 측면에서 살펴 볼 경우
 - 외국 환자들을 유인할 목적으로 고가의 첨단의료장비에 공공재원을 사용하면, 보건의료시스템의 접근성 및 의료의 질을 향상시키는데 투입되는 재원이 감소하게 될 것임.
 - 반면, 외국환자들로부터 발생한 의료수익이 교차보조금과 같은 형태로

이용된다면, 접근성 및 의료의 질을 향상시키는데 배분될 수 있음.

- 환자의 측면에서 효율성을 살펴볼 경우
 - o 내국민이 자국에서 특정 치료를 받을 수 없는 경우 해외치료에 대해 보조금을 지급할 때, 공공의 편익을 위해 보조금이 제공되는지 혹은 이것이 효율적으로 사용되는지 등의 정책적 문제가 발생함.

다. Mode 3: 상업적 주재

형평성(equity)

- 외국의 상업적 주재가 존재할 경우, 보건의료서비스의 전달측면은 향상될 것이나, 부유층이 보다 많은 혜택을 누릴 수 있음.
 - o 만약 지불능력이 있는 사람들이 민간부문의 의료서비스를 더욱 사용하는 한편, 기존자원이 공공부문에 재배분되는 비율이 증대된다면, 빈곤층의 보건의료 접근성은 향상될 수도 있음.
- 인력유출(brain drain)로 보건의료시장이 점차적으로 이중구조 즉, 상이한 인구그룹에게 상이한 의료서비스를 제공하게 되는 위험이 존재하게 됨.

질(quality)

- 우수한 경영기법 및 정보시스템의 도입으로 질적 수준이 향상될 수 있음.
- 외국 병원 및 보험사의 유입으로 공공서비스가 민간서비스로 대체되는 대체효과를 낳을 수 있음.

효율성(efficiency)

- 국내에 주재하고 있는 외국기업이 보건의료분야에 투자를 할 경우 보건의료분야의 전반적인 재정수준에 긍정적인 효과가 기대됨.
 - o 그러나 세제혜택과 같은 외국기업의 진출을 유인하기 위한 규정이 존재한다면, 외국의 민간기업은 실제로 공공 재원을 흡수할 수 있음.
- 외국기업의 유입으로 보건의료서비스의 전달 및 재원에 있어서 경쟁을 증가시켜 효율성을 향상시키는 측면도 존재함.

- 그러나 보건의료부문에서는 시장실패가 지배적이어서 공급자간의 경쟁 심화가 반드시 효율성을 향상시킨다고 볼 수는 없음.

라. Mode 4: 자연인의 이동

형평성(equity)

- 인적자원이 부족한 경우, 인력유출로 인해 서비스 접근은 감소하게 됨.

질(quality)

- 우수한 의료전문인력이 해외로 이동한다면 보건의료의 질이 감소될 것임.
 - 보건의료인력의 유출을 보완하기 위해 해외로부터 유입할 경우, 이들 의료의 질적 수준이 낮다면 의료의 질이 상당히 저하될 것임.
- 보건의료인력의 일시적 이동으로 해외에서 익힌 선진기술 및 지식은 국내 의료의 질을 향상시키는데 기여함.

효율성(efficiency)

- 보건의료인력의 교육을 위해 공공재원으로 보조하고 있는데, 인력유출은 인력유입국에게 보상받지 못하는 보조금을 제공하게 되는 것임.

마. 보건의료서비스의 교역(개도국의 경우)

- 보건의료서비스부문에 있어서 정부가 교역을 고려할 경우, 상업적 관심과 더불어 국민전체의 의료 질 향상 및 효율적인 서비스, 접근성 향상 등을 보장하는 사회적 우선순위와 조화되는 선택을 해야 할 것임.

4. 보건의료서비스의 지역교역

가. NAFTA

- NAFTA 지역내에 서비스공급자의 일시적 이동을 위한 규정을 지니고 있으나, 여기에 보건의료 전문인력의 이동은 배제됨.

- 그러나 NAFTA에는 쿼터제한하에서 교육 및 연구목적의 의사 및 관련단체 등의 일시입국을 장려하는 조항이 포함되어 있음.

NAFTA는 지역내 보건의료부문에 외국인 직접투자를 장려하는 규정을 포함하고 있음.

- 예를 들어, 병원 및 클리닉의 외국인 직접투자는 완전개방하고 있음.

NAFTA는 지역내 소비자의 국경간 이동을 증가시키는데 기여함.

- 예를 들어, 캐나다에 있는 민간클리닉은 저렴한 비용과 양질의 서비스로 미국시장에 진입하려고 있음.
- 캐나다와 미국의 보건의료 통합으로, 미국의 보험회사와 HMOs, 캐나다의 클리닉이 저렴한 비용으로 미국 소비자들에게 의료서비스를 함께 제공할 수 있음.

나. EU

모든 지역의 교역협약 중에 보건의료서비스교역과 관련된 핵심적인 규제영역에서 가장 큰 진보가 이루어졌다고 할 수 있음.

전문직의 지역간 이동을 촉진하기 위해, EU는 자격 및 기준을 수렴하고 조정하기 위한 규정을 가지고 있음.

- 그러나 지금까지 보건의료서비스를 위한 공통의 규제적 틀을 개발한다든지 혹은 교육 및 실행에 관한 공통의 기준을 설정하는데 그다지 진전이 이루어지고 있지 않음.
- 보건의료에서 전문인의 활동 규제는 회원국마다 매우 상이해서 보건의료서비스에서 전문직의 지역간 이동에 다소 제약이 따름.

EU는 또한 지역내에 보건서비스의 해외소비를 촉진시키기 위해 의료보험의 적용 및 지불에 관한 협정이 존재함.

다. 기타 지역간 협정

- 보건의료서비스교역을 촉진하기 위한 비공식적인 지역간 협정이 존재함.
 - 호주는 해외서비스의 형태로, 합작회사 및 컨소시엄 형태의 상업적 주체를 통해, 그리고 컨설팅, 경영 및 교육서비스의 수출을 통해 아시아-태평양 지역에 보건의료서비스를 수출하고 있음.
 - 최근에는 보건의료를 구매하고자 하는 사람을 위한 의료비자를 도입했으며 병원교육과 관련된 국제부를 설립하였음.
- 지역협력을 통한 교류로 고용창출, 기술개발, 외화소득 등과 같은 지역의 편익이 과급된다는 점에서 의미가 있다고 할 수 있음.
 - 반면, 공식적인 지역간 교역협정 내에서도 보건의료서비스를 위한 공통의 규제 틀을 확립하고 기준을 조정하기는 쉬운 일이 아님을 입증하고 있음.
 - 그러나 보험의 적용과 같은 이슈 및 이와 관련된 논의를 거친다면 지역내 편익의 과급이 더욱 크게 나타날 수 있을 것임.

5. 주요국 보건의료서비스 교역

가. 중국

- 중국에서는 보건의료서비스수출을 위해 공공 및 민간부문에 의한 공동전략이 존재함.
 - 중의학 및 특수치료를 중심으로 해외소비자의 유치를 목표로 함.
 - 외국환자들에 대한 시장분할을 위해 대체의학분야에서 틈새시장을 만들려고 노력하고 있음.
 - 중국은 의료팀을 구성하여 보건의료인력의 이동을 통한 수출을 장려함.
- mode 2, 3, 4에 대한 보건서비스 수출정책에도 불구하고, 중국의 수출규모는 상당히 협소한데, 이는 외부 및 내부장벽에 기인됨.
 - 중국의사가 유럽 및 북미지역에는 학위가 인정되지 않기 때문에 의료활

동을 위한 면허요구사항으로 제약을 받고 있음.

- 대체의학에 대한 이해수준이 전반적으로 낮아 전통중의학이 보험회사에 의해 전문자격증을 인정받고 치료가 허용되는 경우가 미흡함.
- 의료시설의 부족, 현대의료의 기반구조 및 기술에의 투자부족, 정보통신 부문의 낮은 기술수준, 교육시스템의 차이, 그리고 마케팅 및 정보확산의 문제점 등으로 인한 요인으로 제약을 받고 있음.

나. 영국

- 영국도 보건의료서비스를 수출하기 위한 정책을 채택하고 있는데, 1988년 영국의 공공보건기관을 위한 마케팅으로써 NHS 해외기업을 설립하였음.
 - 이는 국내기관의 재정능력을 향상시키고, 공공보건의 범위 및 기준을 증대시키며 해외프로젝트 및 교육·훈련프로그램 참가를 통해 영국의 보건 전문인들에게 개발기회를 제공하기 위함임.
- 영국은 해외소비형태의 보건의료서비스를 수출함.
 - 유럽 및 구식민지 국가 등 60개국과 상호조약을 맺고 있으며 이러한 상호조약으로 외국인들은 영국인들과 동일한 대우를 받음.
- 영국은 보건의료서비스, 특히 mode 4의 주요한 수입국임.
 - 영국의 등록간호사에 있어서 외국인 간호사 진입수는 1990년대 초중반에 신규간호사 10명당 외국인 간호사는 1명이었으나, 이 수치가 지속적으로 증가하여 2001~2002년에는 영국등록간호사보다 외국간호사의 비율이 더 많아지게 됨.

다. 미국

- 미국은 다양한 공급형태로 보건의료서비스를 수출하는데, 이 중 가장 큰 비중을 차지하고 있는 것은 해외소비형태임.
 - 1998년도 보건의료서비스의 해외소비형태의 수출은 약 12억달러로, 1993

년~1997년간 연평균 10%의 성장을 보이고 있음.

- 미국은 상업적 주재의 형태에 있어서도 주요한 수출국임.
 - 미국기업과의 제휴를 통한 외국의 보건의료부문 거래는 1992~97년간 3억 51백만달러에 달하며, 동기간동안 9%의 연평균 성장을 보이고 있음.
- 미국 정부 또한 원격의료를 이용한 수출을 장려하고 있음.
 - 국제적 커뮤니케이션을 위해 "Highway to Health"를 실시하는 반면, 민간 보건의료전달조직은 자신의 의료서비스를 수출하기 위해 국제적 원격의료 자문을 구하고 있음.
- 미국은 상업적 주재 및 보건의료인력의 이동을 통해, 그리고 해외소비를 통해 보건의료서비스를 수입하고 있음.
 - 미국과의 제휴를 통한 외국기업의 보건의료서비스 구매량은 1997년 47억 달러이며, 이중 유럽기업이 총구매량의 70%에 해당하는 33억달러를 구매하고 있음.

III. 보건의료부문의 개방화 및 WTO 협상 동향

1. DDA 이전의 개방화 동향

- UR에 있어서 보건의료서비스분야의 시장개방수준은 다른 분야보다 상대적으로 낮음.
 - 2000년 7월 현재 WTO 서비스분류의 보건의료관련 하위부문 중 의료 및 치과서비스는 54개국이 양허하였으며, 병원서비스는 44개국이, 간호사, 조산사서비스 등은 29개국이 양허하였음.
 - mode 3에 대해서 각 국가들은 물적·인적 자원부족을 해소하고 해외직접 투자를 통해 효율성을 향상시키려는 의도로 양허가 이루어지고 있음.
 - mode 4는 다른 mode보다 상당히 제한적으로 나타남.

- 회원국들은 보건의료서비스분야에 있어 다음과 같은 패턴을 따르고 있음.
 - 선진국은 mode 2 이외의 mode에서는 개도국보다 더 많은 제한을 설정해 두고 있음.
 - mode 4에서는 완전양허로 두고 있는 국가는 없음.
 - mode 1에서 양허하지 않는 국가의 비율이 높게 나타나고 있는데, 의료 및 치과서비스가 50%, 간호사 등의 서비스가 60% 이상, 병원서비스가 65%로, 이는 국경간 공급을 위해 기술적으로 불가능하다는 인식을 반영한 것임.

2. DDA 협상동향

- 2002년 6월에 회원국들은 1차 시장개방요청서(initial request)를 제출하였는데, 선진국은 개도국 서비스 시장의 폭넓은 개방을 요구하고 있으며, 개도국은 선진국으로의 인력진출확대 허용을 추진중인 것으로 알려지고 있음.
 - 대부분 개도국들이 1차 양허요청서를 아직 제출하지 않음에 따라 전체서비스협상이 지연될 것에 대한 우려도 나타나고 있음.
- 2002년 6월 30일 이후 교환된 보건의료서비스부문의 1차 양허요청서를 살펴보면 다음과 같음.
 - 우리나라는 중국, 호주, 폴란드, 파키스탄, 홍콩차이나, 태국으로부터 양허요청서를 접수하였고 호주, 중국, 일본, 뉴질랜드, EC(영국, 덴마크, 스웨덴), 캐나다, 미국, 노르웨이 등에 양허요청서를 제출하였음.
- 2003. 6월 현재까지 제출한 25개 회원국 중 보건의료서비스 분야 개방을 새로 양허한 회원국은 홍콩이 유일한 것으로 나타남.
 - UR 당시 이미 양허한 미국, EC, 폴란드, 노르웨이, 체코, 스위스 등의 회원국들은 기양허 수준을 거의 그대로 유지함.
 - 우리나라를 비롯하여 일본, 캐나다, 아이슬란드, 이스라엘 등의 국가는 보

건의료서비스분야에 대한 양허여부를 1차 시장개방양허안(initial offer)에 포함시키지 않았음.

- 홍콩의 경우, 보건의료서비스 관련 전 분야를 1차 양허안에 포함시켰지만, 해외소비(mode 2)를 제외하고는 개방을 하지 않았으므로 실질적인 개방을 하였다고 보기는 어려움.

□ 각국이 제출한 1차 양허안을 기초로 2003. 5월 스위스 제네바에서 미국, EC, 일본, 캐나다 등 QUAD 국가들과 양자협상을 가졌음.

- 주요 4대 국가인 QUAD 국가들의 보건의료서비스 분야에 대하여 공공성을 이유로 양허하지 않거나 추가양허 하지 않을 것임을 밝힌 것으로 알려지고 있음.

□ 2003년 7월 협상에서 미국, 호주, 뉴질랜드, 노르웨이, EC, 스위스 6개국의 양자협의 결과, 호주, 뉴질랜드, 노르웨이 등 선진국들은 보건의료서비스의 공공성 및 국내적인 민감성을 이유로 동분야를 양허하는데 매우 소극적인 태도를 보인 것으로 나타남.

- 그러나 서비스 이사회 및 mode 4 Friends 회의시 개도국의 관심사항인 인력이동과 관련하여 선진국이 매우 소극적임을 비난하였으며, 개도국의 인력이동에 대한 요구가 향후 더 거세질 전망이다.

□ 2003년 9월 10일부터 14일까지 멕시코 칸쿤에서 개최된 WTO 각료회의는 도하개발아젠다협상(DDA)의 진행을 중간점검하는 회의였으나, 농업, 싱가포르 이슈 등에 대한 회원국간 이견을 좁히지 못하고 결렬됨.

- 칸쿤각료회의의 결렬에 따라 보건의료서비스분야 시장개방의 구체적인 개방일정 및 개방폭을 예측하기가 더욱 힘들게 되었으며, 이로 인해 국내대책 마련에 불확실성이 증폭되는 부담감을 안게 됨.

3. 보건의료서비스시장 개방현황 및 관련제도

가. 주요국의 보건의료서비스시장 개방현황 및 관련제도

- 의료 및 치과서비스와 병원서비스에 있어서 주요국의 개방현황 및 관련제도를 살펴보면 다음과 같음.
 - 영국은 다른 유럽국과 마찬가지로 법과 규정에서 명시하고 있는 조건들을 충족시키는 경우 영국인이나 외국인간의 차별규정을 두지 않음.
 - 미국은 병원설립 및 운영과 관련된 규제내용은 주별로 규제권한이 이양되어 있으며, 설립허가를 받고 병원을 설립하기 위해서 수요조사프로그램으로부터 병원 수요인증서를 발급받아야 함.
 - 캐나다는 외국 자본의 시장진입에 제한이 많은 국가 중 하나로 서비스 공급자수는 종합병원, 개인종합병원에 100% 제한하고 있으며, 의사는 캐나다 영주권자 혹은 시민권자이어야 함.
 - 중국은 상업적 주재를 위해서 중국내 의료기관 설립시 독자형태의 설립은 불가능하고 분원설립에는 제한을 두고 있으며, 중국의 현지 실정에 따라 수량을 제한할 수 있음.
 - 일본의 경우 개설하려는 사단 또는 재단은 해당자치단체의 허가를 받아 의료법인을 설립해야하며 외국자격증을 인정하지 않아 일본에서 면허를 취득해야 함.
- 해외 보건의료서비스 공급자들의 진입 및 진료에서의 장벽
 - 보건의료인력의 국경간 이동은 체류기간 조건 및 자격요건관련 규제 뿐 아니라 국가간 조치에 의해서도 제한됨.
 - 이민 통관절차나 이주세(migration tax)로 보건전문인력의 이동을 제약함.
 - 보건의료서비스 공급자의 수요나 양을 결정하는데 사용되는 인력계획심사(manpower planning tests) 및 경제적 수요심사가 있음.
- 보건 및 관련 부문에서의 FDI 제약
 - 보건의료서비스의 외국인 직접투자에 대한 장벽은 외국인 지분참가제한,

차별적 조세, 제한적 경쟁정책, 경제적 수요심사 등이 있음.

- 보건의료서비스에서의 교역은 보험, 교육, 전자통신과 같은 관련영역에서의 제한적 투자규제로 제약받음.

국내 규제, 기반구조 및 역량관련 제약

- 보건서비스교역의 특정형태와 관련된 이슈, 특히 원격의료를 언급하기 위한 선진화된 규제 및 법적 구조의 미비가 이에 해당함.
- 외환통제, 소득의 자국송환 규제, 외국의 보건서비스 공급자의 지출규제, 비자 및 여행형태에도 제한받을 수 있음.
- 외국보건전문인력에게 근무조건형태에 관한 차별이 존재할 수 있음.
- 가격차별, 광고, 기업규모와 관련된 국내경쟁정책이 보건의료서비스교역을 제한함.

나. 우리나라 보건의료서비스시장 개방현황 및 관련제도

외국인투자의 제약요인으로 인해 외국인의 본격적인 시장진입이 이루어지고 있지는 않음.

- 영리법인 형태 및 의료인의 이동이 허용되지 않음.
- 저보험수가정책으로 투자수익의 보장이 어려움.
- 언어와 문화적 차이로 외국병원에 불리하게 작용할 수 있음.
- 그러나 고급의료에 대한 수요가 증가하고 있으며 낮은 보험수가 수준과 상관없이 비급여진료로 높은 수익을 올릴 수 있을 것이므로 투자에 따른 기대효과가 더 크다면 향후 외국인의 자본진출이 본격화 될 것으로 예상됨.

IV. 보건의료서비스협상 쟁점 사항 검토 및 시사점

1. 국경간 공급(mode 1): 원격의료를 중심으로

가. 이슈 및 고려사항

보건의료서비스에 미치는 영향력

- 원격의료서비스는 모든 종류의 전문 서비스, 의료장비의 접근성 및 사용을 확대시킴.
- 원격의료를 통해 환자, 진단 샘플, 임상테스트 결과 등을 이동시키는 시간이 감소되므로 의료전문인력의 일상적인 업무생산성을 증가시킴.

보건의료 인적자원에 미치는 영향력

- 원격교육이 가능해 전문지식 및 제반 사항들에 뒤쳐지지 않고 지속적으로 최신경향을 접할 수 있음.

보건의료재정에 미치는 영향력

- 이동 및 상실된 노동시간 감소로 직접비용절감이 65%에서 70%에 이룸.
- 해외에서 받게 되는 교육 및 훈련비용을 감소시킬 수 있으며, 해외로 나갈 수 있는 사람들보다는 많은 내국인들에게 해당 교육코스로부터의 편익을 기대할 수 있음.

기술적 고려사항

- 어떤 정보를 비용-효과적으로 교환하기 위해서는 원격의료로 교류하고 있는 개인과 기관간에 공통의 표준설정이 요구됨.
- 원격의료서비스의 주요요소는 이미지를 우수한 질로 저장하고 전송하는 기술이며, 또한 전자통신서비스의 관세 및 비용도 고려되어야 할 것임.

의료보험에 관한 고려사항

- 원격의료서비스에 대한 장애요소 중 하나는 이러한 서비스가 의료보험에 적용되지 않는다는 것임.

행정적인 고려사항

- 행정업무가 간소화되며 행정상 업무관련 재정비용을 감소시킬 수 있음.
- 개인정보유출과 관련된 이슈가 고려되어야 함.

윤리적·법적 고려사항

- 병원과 의료기관간 혹은 국가간에 원격의료를 관리하는 법 및 규정이 요구됨.

나. mode 1의 전망 및 검토

최근 새롭게 출현한 보건의료서비스 전달형태로 원격의료 및 보건서비스의 정보기술통합을 들 수 있음.

- IT로의 산업지출현황을 보면 약 수입의 2%이며 5년후에 6~7%로 증가할 것으로 기대되고 있음.
- 노인 및 재활 서비스를 위한 홈케어, 전문직 교육서비스, 온라인 보건정보 서비스와 관련된 정보통신기반 서비스를 중심으로 수출이 활발히 이루어질 것으로 예상됨.
- 다만, 의료인력의 자격인정, 오진에 관한 보험, 자문 및 기타서비스에 대한 보상, 지불협약, 국경간 면허, 환자의 신뢰도 및 프라이버시, 윤리적 법적 문제, 그리고 IT 기술채택 등과 관련하여 국제협력 및 국내·외 규제 메커니즘의 발전이 요구됨.

2. 해외소비(mode 2)

교역에 있어서 몇 가지 장벽이 존재함.

- 첫째, 문화 혹은 언어 차이에 민감한 심리적 불안감
- 둘째, 공공보건시스템과 민간보험정책으로 인해 해외치료에 대한 보험적 용여부문제가 존재함.
 - o 환자들은 국내에서 치료받을 수 없거나 일부만 보험에 적용된다면 해외

치료도 고려할 것인데, 이때 질/가격 비율이 국내보다 호의적인 곳을 선택하게 될 것임.

- 국내에서 보건의료서비스를 제공받기 위한 대기시간이 길 때, 혹은 환자들이 국내보다는 외국제도로 제공받는 의료서비스의 질이 상당히 높다고 평가할 때는 보험적용비율은 중요한 고려사항이 되지 않을 수 있음.

3. 상업적 주재(mode 3): 영리법인 허용여부를 중심으로

가. 이슈 및 고려사항

- 영리병원의 존재가치를 인정하는 이론은 일반적으로 시장의 경쟁원리와 이윤추구 동기가 전반적으로 우리에게 긍정적인 영향을 미칠 수 있다는 것임.
 - 효율성 측면에서 경쟁원리가 적용되는 의료시장은 이윤추구와 경쟁으로 의료수요에 민감하게 반응하고 최소의 비용으로 양질의 의료서비스와 의료공급체계의 효율을 향상시킬 것임.
 - 그러나 동시에 시장실패를 가져올 수 있는 요인이 존재하므로 이를 제거하기 위한 정부의 역할이 강조됨.

나. 영리법인 허용여부에 관한 검토

- 보건의료, 특히 병원간 경쟁에 있어서 후생에 관한 함의는 이론적이고 실증적으로 논쟁이 되고 있는 주제임.
 - 한 측면에서는 경쟁이 병원서비스 시장에서 비용을 감소시키고, 질을 향상시키며, 생산효율성을 증가시킨다고 보고 있음.
 - 다른 측면에서는 병원간 경쟁심화로 사회후생을 감소시킨다고 논의하고 있음.

병원소유형태의 변화

- 미국의 경우 1990년에서 1993년까지 6,015개의 병원중에 183개의 병원이

소유형태를 바꾸었는데, 이 중에 37개만이 민간비영리병원에서 영리병원으로 전환했고 52개는 공공병원에서 민간비영리병원으로, 32개는 민간비영리병원에서 정부운영병원으로 전환되었음.

□ 영리병원으로의 전환이유가 다양하게 제시되고 있음.

- 첫째, 병원폐업을 막기 위해 둘째, 자본조달을 용이하게 하기 위해 셋째, 효율성 향상을 위해 넷째, 시장점유율을 지속 혹은 확장시키기 위해 다섯째, 규제를 줄이기 위해 전환하는 것으로 나타남.

□ 이론적 고찰: 소유형태와 경쟁

- 영리병원과 비영리병원은 소유형태에 따라 행동의 동기유발이 상이할 지라도 가격측면에서는 거의 유사함을 알 수 있음.
 - 비영리병원의 경우에 경쟁이 증가할 경우, 서비스에 대한 수요감소로 손익분기점하에서 가격을 증가시키는 반면, 영리병원의 경우 경쟁증가로 인해 이윤극대화 가격이 하락함으로써 자신의 가격을 내려, 결국에는 비영리병원과 영리병원의 가격이 수렴하게 됨.

□ 영리병원과 비영리병원간의 소유형태에 따른 성과에 대해 실증분석한 결과에 의하면, 병원의 소유형태에 따른 성과차이는 적거나 거의 없는 것으로 나타나고 있음.

- 병원의 소유형태에 따른 성과를 병원비용, 수익성, 가격 및 비용전가(cost-shifting), 기술확산, 의료의 질, 그리고 병원의 자본금 및 투자에 관해 고찰함.
- 영리법인화와 관련된 경제적 평가는 실증적으로 검증되기 어려워 아직도 영리추구 의료기관을 정책적으로 지지할 것인지의 여부를 판단할만한 충분한 자료를 제공하지 못하고 있음.

□ 논의

- 소유형태의 전환에 관해 고려해야 할 사항은 비영리법인이 사회전체적으로 제공해 주고 있는 사회적 편익이 전환으로 인해 상실되는지 살펴보아

야 할 것임.

- 첫째, 영리법인으로 전환하고자 하는 의료기관에 대하여 의료기관 경영진과 계약을 통하여 특정 서비스 혹은 서비스 수준을 유지하도록 해야 할 것임.
 - 둘째, 사회에 제공하는 이익을 지속시키기 위해서는 영리법인으로 소유 형태를 전환한 경영진에게 사회적 책임감을 부여하도록 해야 할 것임.
 - 셋째, 영리법인으로 전환할 경우 손실될 수 있는 이익을 공공프로그램을 통해 보충해야 함.
 - 마지막으로 위에서 언급한 세 가지 접근방식 모두 불가능할 경우에는 기존의 이익을 유지하기 위해 영리법인을 허용하지 않는 것임.
→ 그러나 이는 비영리법인의 재정적 내부 상황 및 문제를 파악하지 못하는 단점을 지닐 수 있음.
- 영리법인으로의 전환에 대한 우려 중 하나는 보건의료서비스 공급자들이 상업성 위주로 의료를 공급함으로써 나타나게 될 문제를 지적하고 있음.
- 이에 앞서 공공성 강화, 근거기반의료(evidence-based medicine), 의료서비스에 관한 의료공급자 모니터링 등과 같은 의료제도 및 규정을 확립하고 이를 원활히 시행할 수 있는 메커니즘이 구축된다면, 병원 및 의료기관의 소유형태에 관한 논의는 부차적인 문제일 수 있음.

4. 자연인의 이동(mode 4)

가. 이슈 및 고려사항

세계수준에서의 mode 4로 인한 경제적 영향력

- mode 4하에서 경제적 수요심사(ENT)의 남용은 시장접근을 불확실하게 만들 것이며 그래서 서비스 교역확대에 부정적인 영향을 미칠 수 있음.
- 실제로 mode 4는 다른 mode와 상호연관되어 있어서 여타 mode의 자유화 없이 한 부분만을 자유화하는 것은 제한된 효과를 낳게 될 것임.

□ 국가수준에서의 mode 4로 인한 경제적 영향력

- 인력유출국의 경우
 - 인력유출국은 해외직접투자 및 펀드의 본국송환으로 이득을 누릴 수 있음.
 - 외국에서 익힌 선진기술 및 지식의 도입으로 의료의 질적 수준이 향상될 수 있음.
- 인력유입국의 경우
 - mode 4는 인력유입국의 인적자본이 부족할 경우 인력유입을 통해 경제 성장에 긍정적인 역할을 하게 될 것임.
 - 해외로부터 유입된 의료인력의 질적 수준이 낮다면 의료의 질을 하락시킬 수 있음.

□ 기업수준의 mode 4로 인한 경제적 영향력

- 첫째, mode 4는 경쟁력과 수익성을 유지 및 향상시키고자 하는 기업에게 유연성을 제공해줌.
- 둘째, mode 4는 신규시장 획득과 교역을 촉진시키는데 중요한 역할을 함.

□ 의료전문인 수준에서의 mode 4로 인한 경제적 영향력

- 첫째, 새로운 기술이 노동시장에서 자신의 가치를 향상시킴.
- 둘째, 해외에서의 직접적인 교류를 통해 구축된 네트워크를 이용하여 진출분야를 확대시킬 수 있음.

나. mode 4 협상과 관련한 검토

- 현재 진행되고 있는 DDA협상에서 개도국은 인력이동에 대해 호의적인 태도를 보이고 있는 반면, 선진국들은 다소 우려의 목소리를 높이고 있음.
 - 이는 개도국의 경우 의료인력의 주요수출국이 되며 선진국은 주요수입국이 될 가능성이 높기 때문.

- 우리나라는 의료인력이동에 있어서 선진국 중심으로의 진출을 선호하고 있는 것으로 나타남.
 - 아직까지 선진국의 입장이 인력이동에 대해 소극적인 자세를 취하고 있기 때문에 이들의 개방추이를 보아가면서 개방수위를 조정해야 할 것임.
 - 한편, 개도국으로부터 의료인력시장의 개방, 특히 MRA를 중심으로 한 시장개방요구가 예상되므로 여타선진국과의 개방수준에 대한 비교분석을 통해 요구사항을 어느 정도 수용할 것인지를 검토하여야 할 것임.

V. 보건의료부문의 경쟁력 강화 방안

1. 보건의료부문의 경쟁력 평가

가. 보건의료부문 성과 측정

- WHO report 2000에서는 장애보정 기대수명(Disability-adjusted life expectancy: DALE)을 성과지표로 하여 건강증진이라는 목표의 성취도로 성과를 나타냄.
 - 우리나라는 건강수준 면에서 107위, 전체성과에서 58위로 나타나, 전반적으로 보건시스템의 성과가 취약함을 알 수 있음.

나. 주요변수의 국제비교

- WHO(2000)는 국가간 보건의료자원관련 지표들에 대한 최고치의 상대비율을 제시함으로써 보건자원에 대한 국제비교를 시도하고 있는데, 이를 활용하여 우리나라와 일본, 미국, 영국의 주요 4개국을 종합적으로 비교한 결과는 다음과 같음.
 - 우리나라는 비교국 중에 급성병상수가 가장 높은 국가로 나타났으며, GDP대비 국민의료비, 활동 의사수 및 간호사수에 있어서도 상대적으로

낮은 수준에 머물러 있음.

- 고가의 첨단장비인 CT수에 있어서는 일본을 제외한 여타 선진국보다는 높은 수준으로 보유하고 있으며, MRI는 영국과 비슷한 수준을 보유하고 있는 것으로 나타남.
- 그리고 인구천명당 병상수에 있어서 일본보다는 낮은 수준이지만, 미국 및 영국보다는 높은 수준으로 보유하고 있음.

- 보건시스템의 성과를 측정하기 위한 지표 중 하나로 암의 5년 이상 상대생존율을 분석한 결과를 다른 주요국과 비교한 결과는 다음과 같음.
 - 미국 남성의 암 상대생존율이 58%로 가장 높으며, 우리나라 남성의 경우 암 상대생존율이 16%로 상당히 낮음.
 - 우리나라 여성의 경우 암의 상대생존율은 53.2%로, 미국(61%), 호주(59%), 아이슬란드(56%), 핀란드(54%)보다는 낮은 위치에 있지만, 영국을 비롯한 유럽(50%)에 비해서는 높은 수치를 보이고 있음.

다. 우리나라 보건의료부문의 환경분석

- 한 산업의 국제경쟁력 확보는 그 산업의 혁신 및 개선 능력으로 좌우되며, 이는 각 국가의 독특한 역사, 문화, 가치체계, 경제구조, 제도 등이 반영됨.
 - 수요에 영향을 미칠 수 있는 요인인 소득증가에 따른 의료비지출규모, 인구구성변화, 질병구조변화, e-health 출현 등을 중심으로 고려함.
 - GDP대비 국민의료비는 1990년의 4.8%, 1998년의 5.1%, 2000년 5.9%로 지속적인 증가추이를 보이고 있음.
 - 65세 이상 인구비율이 7%에서 14%에 도달하기까지의 소요년수는 일본의 경우 24년이 소요되었으나 우리나라는 이 보다 급속하게 고령화사회로 진입할 것이며 2020년에는 65세 이상 인구가 총인구의 15.1%에 이를 것으로 전망됨.
 - 소득수준의 향상과 더불어 전염성질환에서 만성·생활습관성 질환으로 변화하고 있음.

- 정보통신기술이 의료분야에 활용되어 의료소비패턴의 변화양상을 보이게 될 것으로 기대됨.
- 공급측면의 환경분석을 위해 의료부문 인적자원 및 의료기관, 병상 현황, 병원경영성과를 살펴봄.
 - 보건의료인력은 양적인 면에서 지속적으로 증가하고 있음.
 - 우리나라는 고령인구증가가 빠르게 진행되고 있으나 이와 관련된 인프자가 부족한 실정임.
- 2001년 호주, 캐나다, 뉴질랜드, 영국, 미국을 대상으로 병원의 전반적인 의료의 질적 측면에 대한 설문조사 결과로 국제간 비교분석을 제시함.
 - 의료의 질적 수준에 대해 설문조사한 결과, 50%이상이 매우 우수하다는 평가를 보임.
 - 영국의 경우 간호서비스에 대해 보통 또는 나쁨의 비율(18~64세 기준: 30%, 65세 이상기준: 21%)이 여타 국가보다 상대적으로 높았음.
 - 6개월 이상의 수술 대기시간을 가진 환자의 비율이 가장 높은 국가는 영국으로 18~64세의 경우 28%, 65세 이상의 경우 24%이며 이는 미국의 2%, 0%와 각각 비교해 본다면 상당히 높은 수준임.
- 우리나라 병원의 경영성과를 진료, 경영, 경영전략 측면에서 살펴보면 다음과 같음.
 - 진료측면의 문제점
 - 지역간 병원분포의 불균형 및 병원간 과잉경쟁으로 의료자원의 낭비로 인한 문제가 지적됨.
 - 경영측면의 문제점
 - 병원경영에 있어서 재무성과 측면을 살펴보면, 2002년도 전국 병원 975개 중 9.5%인 93개가 경영난으로 소유권을 이전시킨 것으로 나타남.
 - 인건비 지불제도에 있어 대부분의 병원들이 근로자의 업무성과와 관계없이 연공서열적인 임금제도를 유지하고 있음.

- 경영전략 실패
 - 우리나라의 병원들은 수익성 낮은 의료서비스의 폐쇄 또는 감축, 성과중심 보상체계, 원가분석체계 구축 등의 전략은 상대적으로 저조하였음.
 - 정보기술관련 경영개선 전략은 매우 저조한 상태인 것으로 나타남.

라. SWOT 분석

- SWOT 분석을 위한 요인들은 크게 내적 요인(강점, 약점)과 외적 요인(기회, 위협)으로 구분됨.
 - 강점(Strengths): 인력의 높은 질적 수준, 지역사회와 정서적 일치, 양·한방 협진 등 한국형 의료서비스 개발, 첨단 의료기술수준, 의료수요에 대한 민첩한 대응
 - 약점(Weaknesses): 경영의 전문성 취약, 비효율적 인력관리, 중소병원의 경영구조 취약, 지역사회 및 이해관계자와의 연계부족, 과잉중복투자, 의료의 질관리 미흡
 - 기회(Opportunities): 소비자의 의료수요증가, 의료산업진흥의지, 한국형 의료기술에 대한 외국인의 인지도 향상, 정보통신기술 발전, 개도국 인구증가 및 선진국 노인인구 증가, 의료관광 증가, 질병구조 변화
 - 위협(Threats): 외국 대형병원체인 유입, 전문의료인력의 해외유출 및 개도국 의료인력의 유입, 해외소비 증가로 인한 유효수요 감소, 선진국 단기요양시설의 유입, 과잉경쟁으로 인한 투자소요 증대

2. 보건의료체계의 경쟁력 강화를 위한 정부의 역할

가. 보건의료체계와 정부의 역할

- 시장실패(market failure)로 특징지워지는 민간부문의 불완전성(실패)에 의해 비효율이 야기되는 경우 정부가 개입하는데 이는 크게 시장에서의 경쟁의

실패, 공공재(public good), 외부효과(externality), 정보의 실패 (information failure)로 구별됨.

- 보건의료 분야의 효율성과 형평성을 제고하기 위해 정부의 정책이 정당화된다고 할 때 구체적으로 어떠한 정책적 수단을 통해 정책 목표를 달성할 것인가가 중요한 과제임.
 - 정부의 직접적인 개입보다는 시장을 불완전하게 하는 근본적인 요인을 개선함으로써 시장기능과 경쟁을 활성화하는 것이 행위자의 행태왜곡을 최소화하는데 있어 효과적임.

나. 보건의료체계의 경쟁력

- 바람직한 보건의료체계의 구조
 - 바람직한 의료체계는 의료재원의 조달과 의료제공에 있어 효율성과 형평성이 높아야 하며, 특히 자원조달에 있어서 형평성 확보의 측면이 우선 순위에서 상대적으로 더 높고, 의료의 제공에 있어서는 효율성의 제고가 매우 중요함.
- 보건의료산업 경쟁력의 결정 요인
 - 시장 개방이 한 국가의 정부 수준에서 통제하기 어려운 세계적 추세로 본다면 이를 산업경쟁력 향상의 계기로 활용할 필요할 있음.
 - 이를 위해서는 산업의 경쟁력을 보는 시각 나아가 산업의 경쟁력을 결정하는 요인에 대한 패러다임이 바뀌어야 하며, 더욱 중요하게는 정부 정책의 목표가 공급자의 보호가 아닌 국민의 후생 증진이 되어야 함.

다. 보건의료체계 경쟁력 강화를 위한 정부 정책

- 요양기관 강제지정 제도 재검토
 - 의료공급자로 하여금 강제적으로 의료보험 환자를 진료하게 하는 현행 요양기관 강제지정제도를 완화시켜, 공급자에게 선택의 기회를 부여한다면,

병원산업에 더욱 경쟁적인 요소를 도입하는데 도움을 줄 수 있을 것임.

- 단, 의료기관간 담합은 없어야 하며 이는 공정거래의 차원에서 정부가 규제하여야 함.

영리법인병원에 대한 진입 제한 완화

- 영리법인병원을 인정하지 않는 정부의 규제는 병원산업에 대한 심각한 진입장벽으로 작용하고 있음.
- 영리법인병원의 도입은 우리나라 병원산업의 패러다임을 바꾸는 계기가 될 수 있을 것임.

시장의 활성화를 위한 정보 제공

- 소비자에게 필요한 정보를 제공함으로써 소비자가 합리적인 소비 의사결정을 하도록 만드는 것이 보건의료분야에서의 시장기능을 활성화시킴으로서 효율성을 높이는 효과적인 방법임.

의료기관간 네트워크 활성화

- 의료기관간 전략적 제휴와 네트워크 활성화는 규모의 경제 효과와 같은 의료기관간 합병의 긍정적인 효과를 거두면서 그와 동시에 부정적인 효과를 최소화하는 역할을 할 것임.
- 의료기관간 네트워크는 전략적 제휴(strategic alliance)의 한 형태로 볼 수 있는데, 이러한 전략적 제휴가 활성화된다면 개별 병원간의 경쟁이 아닌 병원을 중심으로 한 병원의료체계(health care system)간의 경쟁으로 의료시장에서의 경쟁양상이 변화할 것임.

민간의료보험의 역할 정립

- 기본적으로 민간의료보험은 시장의 기능에 맡겨 그 수요와 기능이 결정되어야 함.
 - o 민간보험은 사회보험에서의 의료 이용에 영향을 미치게 되어 자원배분의 효율성에 영향을 미치므로, 민간보험 보험료에 대한 조세 혜택은 민간보험이 사회보험의 자원배분에 미치는 영향을 더욱 증폭시킬 것임.

형평성 확보

- 형평성의 담보라는 전제하에 시장기능이 활성화되고 경쟁이 촉진될 때 의료체계의 경쟁력, 나아가 건강과 관련한 국민들의 후생이 증진될 것임.
 - o 당장 공공의료기관을 확충하기보다는 그 재원을 의료보험 급여 확대에 사용하는 것이 공공성 담보에 더 비용-효과적일 수 있음.

3. 병원산업의 국제경쟁력 강화방안

가. 내부구조 및 관리혁신 전략

전문경영능력 배양

- 법인이사회를 공익적인 인사들로 구성하고 병원장을 전문경영능력이 있는 인사로 임명하여 경영의 책임을 물을 수 있도록 제도를 갖추는 방안을 고려해 볼 수 있을 것임.

진료기능의 전문화 및 특성화

- 전문화 전략은 주로 중소병원을 대상으로 경쟁력 있는 1~2개 진료과만을 집중적으로 육성하여 전문병원체제로 전환하는 것을 의미함.
- 특수화 전략이란 대형종합병원들이 평범한 진료과별 체제보다는 질병별 또는 표적시장별로 진료기능을 재설정하여 진료경쟁력을 강화하고자 하는 전략임.

차별화 전략

- 차별화 전략이란 병원이 제공하는 의료서비스의 질을 타 병원과 차별화하여 고급화전략으로 승부를 거는 것임.
- 국내병원들도 이에 대비하여 외국병원들이 쉽게 모방하기 어려운 양한방 협진 등 한국적인 특성을 살린 차별화 전략을 적극 실현해 나가야 할 것임.

비용우위 전략

- 비용우위 전략(cost leadership)이란 진료서비스의 생산원가를 낮추어 동일한 질의 진료서비스일 경우 상대적으로 낮은 가격으로 경쟁력을 확보하는 전략임.

다각화 전략

- 다각화전략을 통해 원스톱서비스(one stop service)를 강조하는 시대적 조류에 맞추어 고객편의 증진과 병원수의 향상이라는 두 가지 목표를 모두 달성할 수 있는 전략임.

통합 및 네트워킹 전략

나. 고객마케팅 전략

데이터베이스 마케팅

- 고객의 명단 및 특성을 파악하고 그들에게 각종 정보를 우편물이나 전화, e-mail, 휴대폰 등을 통해 발송함으로써 고객서비스를 개선하고 직접, 간접으로 조직의 매출 및 수익을 증대시키고자 하는 마케팅을 고려.

사이버 마케팅

- 사이버 마케팅기법의 활용으로 병원을 더욱 고객중심의 서비스 기관으로 변모시키는데 기여할 것임.

관계마케팅

- 단골 고객을 특성별로 분류하여 데이터베이스를 구축한 후 그들의 불만이나 요구에는 24시간 즉시 반응할 수 있는 체제를 갖추는 것이 요구됨.

맞춤형 마케팅

- 디지털 시대에는 병원을 찾는 고객 개개인을 하나의 목표시장으로 하여 접근하는 맞춤형마케팅의 개념을 정립하여야 할 것임.

고객서비스 향상

- 불만사항에 대한 개선뿐만 아니라 보다 적극적으로 고객 만족도를 제고하기 위한 노력이 요구됨.

다. 인적자원관리 전략

의료개방시대 병원인력관리를 위해 고려해야 할 사항은 다음과 같음.

- 경영의 투명성 보장과 고용의 유연성 확대, 능력주의 보상제도 확립, 채용 방식의 변화, 비정규직의 확대, 수평적 조직구조, 지식경영의 활성화, 여성 인력의 개발

라. 소 결

의료의 기계화와 수익성중심의 병원경영 등으로 의료시장개방이 반드시 국민의 건강수준과 삶의 질 향상에 긍정적으로 기여하는 것은 아님.

- 무엇보다도 인간중심의 병원문화 조성, 병원구성원 공동체의 근로의 질 향상, 고객의 건강복지 향상 등에 바탕을 두고 수립되어야 할 것임.

4. 산업구조 고도화를 위한 e-Health 전략화

가. 네트워크된 보건의료경제의 특징

네트워크된 보건의료경제는 인터넷을 중심으로 한 정보기술의 발달, 의료기술과 유전자기술의 진전, 시장의 역학구조 변화와 가치 사슬의 최적화에 의해 태동되고 확대되고 있으며 그 한가운데에 e-Health가 있음.

- e-Health는 변혁의 동인이면서 동시에 기반(enabler)의 역할까지 포함하고 있어 새로운 환경변화에 중추적 역할을 하고 있음.

나. e-Health의 개념과 중요성

e-Health 개념 및 중요성

- e-Health는 ‘조직간 보건의료 자료 또는 정보의 전자적 교환’을 의미하는 것으로 보건의료부와 인터넷과의 만남으로 발생한 보건의료의 새로운 패러다임임.
- e-Health는 비용 효과성과 진료의 질을 고루 균형적으로 발전시키기 위한 새로운 사업과 진료 모형을 포괄함.

다. e-Health의 영향

가치 사슬의 변화

- e-Health는 외주화, 정보 공유 및 병원경영과 실험실 테스트 등의 서비스 공유와 같은 활동을 통하여 가치 사슬을 개선할 것으로 기대됨.

소비자 중심주의

- e-Health는 소비자 중심주의의 실현, 즉 새로운 소비자의 출현에도 커다란 기여를 하고 있는데 인터넷은 의료소비자로 하여금 건강 및 의료정보와 의료제공기관의 비교자료에 대해 용이하게 접근하게 함.

새로운 진료환경

- e-Health에 의해 만성병 관리, 임상 의사결정지원, 원격의료, 의사소통 및 고객관계관리를 보다 획기적으로 변화시킬 것으로 기대됨.

라. e-Health관련 국내외 현황 및 시장규모

국내 현황

- e-Health의 발전을 위한 기반 조성이 확대되고 있는 추세임.
 - 산업자원부에서는 2003년에 e-Health 산업을 국가 핵심 산업으로 지원하기 할 계획을 발표함.
 - 보건복지부는 2003년 3월에 개정되어 10월에 공포 및 시행된 의료법에

서는 전자의무기록 작성 및 보관, 원격의료의 실시 및 의료광고의 범위 확대를 포함시켜 보다 생산적으로 e-Health 사업을 추진할 수 있게 함.

미국의 e-Health 시장규모

- 2004년 미국의 e-Health 시장규모는 B2B 시장을 제외하고 총 8,670억 달러에 이를 것으로 추정되고 있는데, 그 중 전체 시장규모의 80%가 care e-Health 부문으로 압도적으로 큰 시장을 형성할 것으로 전망되었음.

마. e-Health 모형

- e-Health 모형은 크게 대상에 따른 모형으로 사업(business) e-Health 모형, 임상(clinical) e-Health 모형 및 소비자(consumer) e-Health 모형이 있음 (Deluca and Enmark, 2000).

- 기능에 따라서 정보(content), 공동체(community), 상거래(commerce), 연결(connectivity) 및 진료(care) 모형으로 나눌 수 있음(FCG, 2000b; GIH, 2002).

바. e-Health 발전 단계

- e-Health는 다음과 같은 다섯 단계를 거쳐 발전할 것으로 전망됨.
- 발행(Publish) 단계, 상호작용(Interact) 단계, 거래(Transact) 단계, 통합(Integrate) 단계, 전환(Transform) 단계임.

사. e-Health 추진 전략

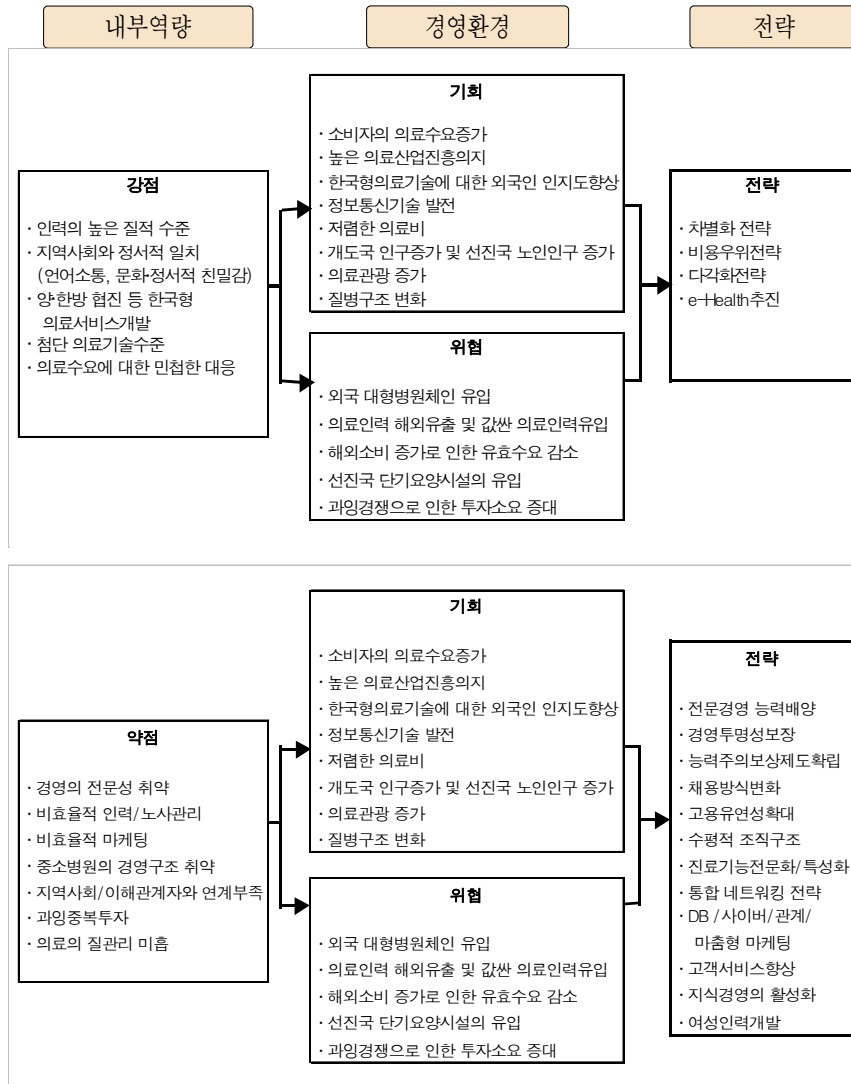
e-Health 추진 전략

- e-Health 전략 원칙
 - o 조직적 성과를 확대하기 위한 e-Health 전략 원칙
 - o 소비자 중심주의에 대응하기 위한 e-Health 전략 원칙
- 주체별 e-Health 전략
 - o 의료서비스 제공자를 위한 전략, 보건계획자를 위한 전략, 보건의료업체

를 위한 전략

- 이와 같은 일련의 전략의 성공적 실천은 e-Health를 고객서비스 수준의 향상과 비부가가치 작업의 감소 및 가시성의 증가를 목표로 하는 전술적 토대구축 단계를 넘어 시장차별화, 고객관계의 통제 및 현격한 비용감소를 기대하는 전략실현 단계에 도달하게 할 것임.
- 궁극적으로 확장된 진료전달 능력과 증가된 건강산출물, 그리고 새로운 상품을 소개하는 편익을 기대하는 새로운 가치창조단계로 발전하면서 기존의 보건의료부문을 e-Transformation시킬 것으로 전망됨.

□ 보건의료부문의 SWOT분석을 통한 병원산업 및 e-Health 경쟁력 강화전략을 아래와 같이 제시함.



VI. 결론

- 서비스국제교역은 세계화 과정의 일부로서 점차 증가하고 있으며 DDA 협상에 의해 보건의료부문 역시 여타의 부문과 함께 서비스교역 자유화라는 환경변화에 영향을 받고 있음.
 - 보건의료서비스부문에 있어서 정부가 교역을 고려할 경우, 상업적 관심과 더불어 국민전체의 의료 질 향상 및 효율적인 서비스, 접근성 향상 등을 보장하는 사회적 우선순위와 조화되는 선택을 해야할 것임.
- 보건의료부문의 특성에 대한 각국의 기본시각, 선진국과 개도국간의 입장차이, 개방에 따라 해결하여야 하는 제반 전제조건, WTO 협상의 보건의료부문 및 전체적인 진행 상황들을 종합하면 보건의료부문에 대한 협상은 제한적이며 불투명한 상황이라 할 수 있음.
- 원격의료의 경우 의료사고시 책임소재, 의료보험 적용 여부, 국경간 면허, 기술 및 표준화 문제 등을 고려하여야 함.
 - 정보통신기술과 결합한 보건의료분야의 시장잠재성과 우리나라가 어느 정도 IT에서 우위를 갖고 있는 점을 활용하여 국제적인 논의를 주도할 수 있는 노력이 바람직할 것임.
- 해외소비의 경우에는 해외 여행의 자유화, 개방화 등에 따라 해외소비를 규제하거나 제한하는 것이 현실적으로 곤란하다는 측면을 고려하면, 이 공급형태는 실제적으로 개방이 이루어진 상태라 할 수 있음.
 - 전향적인 입장에서 상호주의 원칙에 입각하여 접근하는 것이 바람직하다고 사료됨.
- 영리법인 허용여부의 경우에는 의료환경의 변화를 반영하여 소유형태를 공급자들의 자율에 맡기는 방안을 적극적으로 검토하는 것이 필요할 것임.
 - 이와 함께 의료기관의 내적 경쟁력 및 공공성을 확충하는 환경조성, 관련 제도정비를 위한 작업 등이 선행되어야 할 것임.

- 인력이동의 경우에는 MRA의 진전을 위한 논의가 동시에 이루어져야 실질적인 협상이 기대되나 MRA의 현실적인 어려움, 선진국들의 매우 소극적인 태도 등으로 거의 진전을 이루기가 힘들 것으로 판단됨.
 - 기존에 체결되어 있는 MRA들의 공통요소를 추출하여 MRA관련 다자적 틀(multilateral framework)을 마련하고, 회원국들의 관심영역부분에 적용시켜 나갈 수 있도록 하는 노력이 요구됨.

- 본 서에서는 우리나라의 보건의료환경을 검토하여 바람직한 의료체계의 정립을 위한 방향설정을 논의하고자 하였으며, 장기적인 관점에서의 시장개방에 대비한 경쟁력 강화방안을 모색하였음.
 - 개방에 대비하고 적극적인 해외진출을 위한 모색뿐 아니라 우리나라 국민들의 보건수준의 향상 및 후생의 증대를 위해서도 우리 보건의료부문의 역량을 강화하는 것이 필요함.
 - 정부정책 방향으로 요양기관 강제지정 제도 재검토, 영리법인 병원에 대한 진입 제한 완화, 시장의 활성화를 위한 정보 제공, 의료기관간 네트워크 활성화, 민간의료보험의 역할 정립, 형평성 확보 등을 제시함.
 - 병원산업의 국제경쟁력 강화를 위해 병원 내부구조 및 관리혁신 전략, 고객마케팅 전략, 인적자원관리 전략을 제시함(앞의 그림 참조).
 - 세계적으로 주목을 받고 있는 e-Health를 중심으로 보건의료부문의 산업구조의 고도화를 추진하는 전략을 제시함(앞의 그림 참조).

I .서론

1. 연구의 배경 및 목적

지난 20년에 걸쳐 세계화는 광범위한 부분에 직접 혹은 간접적으로 영향을 미치고 있다. 이러한 세계화의 진전은 기술진보, 국가정책 혹은 경제적인 요인 등과 결합하여 새로운 형태의 교역기회 및 조직을 출현시키고 있다. 이로 인해 이전에 대외정책에서 예외적으로 간주되었던 영역에 이르기까지 국제규범 및 규제의 틀을 세워야 할 필요성이 제기되고 있으며, 보건부문 또한 공공재 및 비상업적 성격을 가지고 있지만 세계화로 상당한 영향을 받게 될 분야 중 하나로 인식되고 있다(Yasmin et al., 2002; Kaul and Faust, 2001).

보건의료부문은 세계경제에 있어 가장 급속히 성장하고 있는 부문 중 하나이다.1) OECD국가의 경우 보건의료비 지출액이 연 평균 3조달러 정도로 추정되고 있으며 2005년에는 4조달러로 증가할 것으로 예상되고 있다.2) 개방화와 정보기술 등의 발전으로 국가간 소비자의 이동 및 정보통신수단을 통한 보건의료서비스의 국경간 공급증가 등으로 인해 보건의료부문의 세계화에 영향을 주고 있다. 또한 보건의료서비스부문에서 기업들이 합작회사(joint ventures) 등의 형태로 구성하거나 동 부문에서 국경간 교역 및 정보, 교육, 훈련 등을 통해 세계화에 영향을 주고 있다. 최근에는 선진국 뿐 아니라 개도국에서도 보건의료서비스의 교역기회 및 교역형태 그리고 외국인 직접투자에 상당한 성장이 이루어지고 있다.3)

1) 보건의료부문은 국민경제에서 차지하는 비중이 점차 커질 뿐 아니라 고용창출과 기술혁신에 있어서도 가장 역동적인 분야 중 하나로 평가되고 있음(OECD, 2000).

2) UNCTAD Secretariat(1998), OECD국가가 세계 보건의료비의 90%정도의 비중을 차지하고 있음. 저개발국의 경우 일인당 의료지출비가 연간 5달러인 반면 미국은 연간 3,500달러를 차지해 상당한 편차가 존재함. GDP에서 차지하는 동분야의 비중은 국가마다 상당히 상이한데, 저개발국의 2~3%에서 선진국의 10%까지 나타나고 있음.

보건의료서비스의 세계화는 많은 요인으로 유도된다. 이러한 요인으로는 보건의료부문에 있어서 공공부문 지출의 감소, 민간부문의 참가 증가, 보험 및 정보통신과 같은 관련부문의 자유화, 여행비용감소 및 여행의 편의성으로 인한 소비자 및 보건의료공급자의 이동 증가, 그리고 보건의료서비스의 국경간 공급을 가능하게 해주는 기술진보 등을 들 수 있다. 또한 국가간 보건의료서비스의 비용, 이용가능성, 질적 수준차이와 더불어 투자규제자유화로 인한 보건의료부문의 투자기회 출현, 소득수준 향상 및 고령화 사회로 인한 보건의료서비스의 수요 증가로 보건의료서비스의 세계화를 촉진하고 있다. 보건의료서비스에서의 교역이 여타 서비스부문에 비해 활발히 이루어지고 있는 것은 아니지만, 세계적으로 보건의료산업이 급속하게 성장하고 지역간·국가간 교역의 규제장벽이 제거된다면, 보건의료서비스에서의 교역은 향후 보다 중요하게 다루어지게 될 것이다.

이러한 동향과 병행하여, 보건의료분야는 여타의 부문과 함께 자유무역과 관련하여 중요한 계기를 맞이하게 되었다. 즉, 2001년 11월 도하개발아젠다(DDA) 출범에 성공함으로써 WTO 회원국은 2005년 1월 1일까지 3년의 기간 동안 최종협상을 타결시키기 위한 본격적인 협상국면에 돌입하였다. 보건의료서비스 분야 역시 서비스 이사회에서 채택된 “협상지침 및 절차”에 따라 각국은 2002년 6월 30일까지 양허요구안(request list)을 제출하였으며 향후 양허안(offer list)도 제출하여야 한다. 이와 같은 서비스 협상의 전제가 되는 request/offer를 토대로 각국은 2005년 1월 1일까지 협상을 완료하여야 하며, 현재 보건의료서비스 분야의 협상을 위한 논의가 구체적으로 진행되고 있다.

따라서, 보건의료서비스분야의 발전과 국민 후생 증대를 위하여 우리의 입장을 정립하여 대응방향을 마련할 필요성이 요구되고 있다. 이와 같은 우리 시장의 개방화 정도의 방향을 마련하는 한편, 보건의료서비스 수출을 증대시키기

3) 보건의료서비스부문에서의 외국인 직접투자의 규모를 보면, 미국의 경우(1999년 기준) 외국인 직접투자를 통한 유입은 5억 6백만달러, 해외 직접투자를 통한 유출은 7천 2백만달러인 것으로 나타나고 있으며, 몽고와 같은 개도국에서도 해외 직접투자를 통한 유입이 6만달러에 이르는 것으로 나타남(WHO, 2002).

위해 각 국가별로 채택되고 있는 정책 및 전략은 무엇인지 그리고 이러한 경험으로부터 무엇을 배울 수 있는지를 분석하는 적극적인 노력도 필요하다 할 것이다. 이와 함께, 보건의료서비스가 갖는 특성을 고려하여, 보건의료서비스 교역으로부터 국내 우선영역(national priorities) 및 빈곤층의 이해를 해치지 않으려면 어떤 정책 및 조치가 필요한지 등과 관련하여 깊은 성찰이 요구된다. 정부가 보건의료서비스의 국제교역 기회를 이용하는 한편, 세계화로 인한 부작용을 완화시키려 한다면, 이러한 모든 이슈들이 신중하게 고려되어야 할 것이다. 또한, 세계화·개방화 등 환경변화에 따른 보건의료서비스부문의 발전방향을 모색하여 경쟁력 강화 및 선진화를 위한 방안 마련이 요구되고 있는 실정이다. 이를 통하여 장기적인 관점에서 우리나라 보건의료부문의 건전한 발전을 위한 기회로 활용될 수 있기 때문이다. 이에 본 연구는 보건의료서비스시장의 개방정도와 해외진출을 위한 기초자료 및 보건의료서비스부문의 선진화를 위한 정책방향 도출이라는 필요성에 따라 WTO 협상전략 마련을 위한 기초자료 제공 및 동 부문의 경쟁력 강화를 위한 연구를 수행하고자 한다.

2. 연구의 내용 및 방법

본 서에서는 앞 절에서 논의한 연구의 목적을 달성하기 위하여 다음과 같이 구성되어 있다. 우선 서론인 I장에 이어 II장에서는 세계화 속에서의 보건의료서비스부문의 국제교역에 대해 다루고 있다. 세계화는 경제적 측면뿐 아니라 인구구성원의 건강 및 보건정책에 영향을 미치고 있기 때문에 세계화와 보건간의 관련성을 평가하기 위한 개념적 구조를 통해 어떤 경로 및 메커니즘으로 영향을 주고 있는지 고찰해 보았다. 그리고 보건의료부문 국제교역을 위한 수출전략 사례를 제시함으로써 우리나라 해외진출을 위한 수출전략 구축에 기초자료로 활용하고자 하였으며, 세계화의 흐름 속에서 간과하기 쉬운 공공보건의 관점에서 보건의료서비스 교역이 지니는 시사점에 대해 고찰하였다. 본 장의 마지막 부분에서는 보건의료부문에 있어서 국제교역이 활발하게 일어나고 있는

NAFTA, EU 등의 지역교역과 더불어 중국, 영국, 일본 등의 주요국에서 발생하고 있는 국제교역 현황을 살펴보았다.

III장에서는 보건의료서비스부문 개방화 및 WTO 협상동향을 분석하였다. 보건의료서비스부문의 개방화 동향을 살펴보기 위해 DDA 협상이전에 개방상태를 고찰하였다. 선진국 및 개도국 또는 공급형태별로 분류하여 이들의 개방특성은 어떠한지에 대하여 살펴보았다. 또한 WTO 회원국의 보건의료서비스에 관한 양허 현황 및 향후 협상 동향을 예측해 봄으로써 협상방향을 검토하고 향후 DDA 협상전략을 새로 구축하기 위한 계기를 마련하고자 하였다. 이와 더불어 보건의료서비스 개방화에 따른 규제, 진입장벽 및 보건의료서비스의 자유화 전망에 대해서도 논의하였다.

IV장에서는 보건의료서비스부문 개방에 따른 영향 및 대응방향에 대해 살펴보고자 하였다. 보건의료서비스의 효율적인 협상전략 및 대응방향을 마련하기 위해서는 보건의료서비스부문의 개방에 따른 영향력을 고찰해 보는 것이 선행되어야 할 것인 바, 본 서에서는 개방화에 따라 보건의료시장에 미칠 수 있는 긍정적인 효과 및 부정적인 효과를 살펴본 후 정책방향 설정을 위한 기초자료를 제시하고자 하였다. 특히, WTO/DDA 협상에서 주요쟁점이라 할 수 있는 영리법인 허용여부, 의료인력이동을 중심으로 하여 대응방향을 고찰해 보았다.

V장에서는 장기적인 관점에서 개방화에 대비한 보건의료부문의 경쟁력 제고를 위한 방안을 마련하고자 하였다. 이를 위하여 우선, 우리나라 보건의료부문의 경쟁력을 파악하기 위해 주요국과의 비교를 통해 보건의료부문의 성과를 측정하고 주요변수의 국제비교를 행하였으며, 우리나라의 병원 재무구조를 제시하였다. 또한, 국내 보건의료부문에 있어서의 환경분석 및 SWOT 분석을 통해 경쟁력을 분석하고자 하였다. 이와 같은 결과를 토대로 하여 개방화에 대비한 보건의료부문의 국제경쟁력 강화를 위한 정책과제를 제시하였다. 이를 크게 세 부분으로 나눌 수 있는데, 첫째, 경쟁력강화를 위한 정부의 역할, 둘째, 병원산업의 국제경쟁력 강화방안, 셋째, 산업구조의 고도화를 위한 e-Health 전략화로 나누어 고찰하였다.

마지막으로 VI장은 요약 및 결론부분으로 이상에서 논의된 연구결과를 요약

하여 정리하였다.

위에서 제시한 연구내용을 위하여 본 연구는 우선 WTO, OECD, WHO 등 국제기구에서 제공하는 문서, 보고서, 각국의 공식제안서, 그리고 기존연구 결과 등을 분석하였다. 국내에는 보건의료부문의 시장개방과 관련된 문헌이 거의 존재하고 있지 않기 때문에 최근에 진행되고 있는 WTO 서비스 분야 개방의 사례 및 대응방안에 대한 국제기구의 기존 문헌을 중심으로 고찰·연구하고, 추가적으로 국내·외 문헌으로 보완하였다. 이와 함께 각종 통계 자료들을 활용하여 분석하였으며, 필요시 해외출장을 통한 현황 파악 및 조사를 수반하였다.

그리고 관련규제의 실효성 검토와 대외 개방의 영향과 효과 등은 기존 연구 결과와 관련 협회 및 전문가들과의 면담 등을 이용하여 전문가 활용 및 심층면접을 통한 사례연구를 피하고자 하였다. WTO DDA 서비스협상 보건의료분야 실무작업반 회의를 통해 현안에 관한 각 관련자들의 입장을 파악하고 관련 전문가집단(pool)을 활용하였다.

국내 및 주요국과의 보건의료부문의 비교를 위해 이용 가능한 자료 및 데이터를 사용하였으며 이를 통해 시사점을 도출하고자 하였다. 우리나라에 양허요청안을 제출한 국가 및 우리나라가 다른 나라에 양허요청안을 제출한 국가를 중심으로 하여 보건의료시장 현황 및 개방동향을 살펴보았다.

마지막으로 보건의료부문의 경쟁력 강화방안을 도출해 내기 위한 이전 단계로, 국내의료시장의 환경분석 및 SWOT 분석을 이용하여 국내 의료기관이 보유하고 있는 강점, 약점, 기회, 그리고 위협의 요소를 분석하였다.

본 연구는 보건의료부문의 기초자료의 한계, 일부 이슈들의 개념상 미정립 등에 따른 어려움으로 협상쟁점사항에 대해서는 정성적인 분석을 중심으로 하여 수행되었다. 향후에는 필요한 기초자료를 생산하고 확보하여 실증분석을 통한 후속연구가 이루어지기를 기대한다.

II . 보건의료서비스부문의 국제교역에 관한 논의

1. 세계화와 보건: 개념적 구조

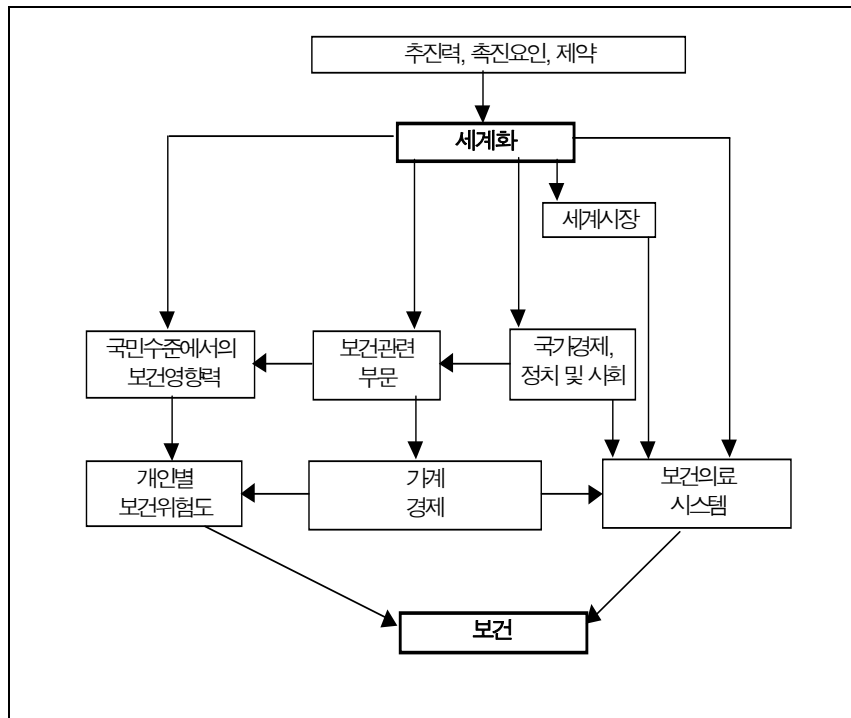
세계화가 경제적 측면뿐 아니라 인구구성원의 건강 및 보건정책에 어떤 경로 및 메커니즘으로 영향을 미치고 있는지 우선적으로 살펴볼 필요가 있을 것이다. 세계화는 보건정책 입안자들이 주요하게 고려하고 있는 관심사항이 되고 있으며, 보건의료분야의 세계화로 인한 영향력 및 중요성에 관한 연구가 최근 들어 활발히 진행되고 있다(Yach and Bettcher, 1998; Lee K., 1999; Baris and McLeod, 2000). 아래의 [그림 II-1]은 세계화와 보건간의 관련성을 평가하기 위한 개념적 구조를 제시하고 있다. 세계화 과정에서의 관계는 순환적, 즉 피드백 효과가 존재한다. 국경간 교역 증가는 세계적 규정 및 제도의 발전을 촉진하며 개방경제를 확산시키고 국경간 교역의 규모 및 범위를 확장시킨다. 그리고 세계화는 기술발전, 정치·경제적 영향력, 사고의 전환, 사회·환경적 관심의 증대와 같은 많은 추진력 내지는 제동력에 의해 영향을 받는다.

사람들의 건강상태는 국민수준에서 보건에 미치는 영향력, 개별수준의 보건 위험도, 보건의료시스템에 의해 결정된다. 세계화 및 보건의 결정요인간에는 다수의 직·간접적인 관련성이 존재한다. 본 모델은 세계화에서 보건에 이르는 다섯 가지 주요 연관성을 나타내고 있다. 이 중 세 가지는 직접적으로 영향을 미치는 효과이고 나머지 두 가지는 국내경제를 통해 작용하게 되는 효과라 할 수 있다. 직접효과는 보건시스템 및 정책운영에 직접적인 영향력(예를 들어, GATS의 영향력)과 국제시장을 통한 영향력(TRIPs상에서 WTO 의약품가격 협정의 효과), 그리고 국민수준에서 보건의 영향력(예를 들어, 전염병의 국경간 이전, 담배 마케팅)을 포함한다. 그리고 간접효과는 보건부문에서 국가경제를 통해 작용하는 효과(예를 들어, 교역자유화 및 자본이동이 공공 의료비를 위한 재원이

용에 미치는 효과)와 국민들의 리스크(특히 가계소득으로 인해 영양섭취 및 생활조건에 미치는 효과)가 포함된다.

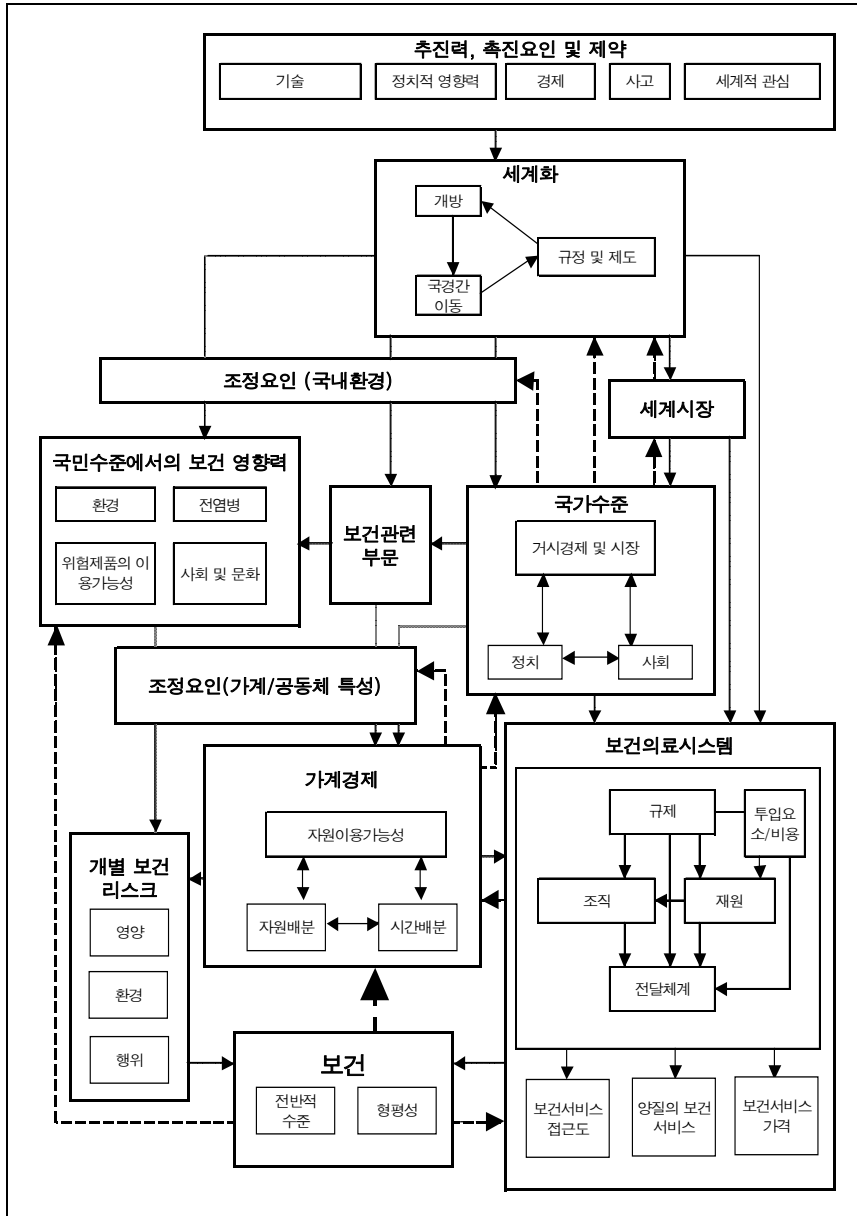
[그림 II-2]에서 제시되고 있는 화살표는 세계화와 보건의 연계성을 나타내고 있다. 세계화에서 보건에 이르는 연계성(점선화살표)뿐 아니라, 보건에서 세계화에 이르는 연계성(굵은 점선화살표)도 중요하게 고려되어야 한다. 보건이 세계화 과정에 직접적으로 미치는 영향력은 크지 않지만, 가계 및 국가경제에 미치는 영향력은 상당히 커서 경제와 보건간에 호순환 혹은 악순환적인 잠재성을 낳을 수 있다.

[그림 II-1] 세계화와 보건의 개념적 구조: 개괄



자료: Bulletin of the WHO, 2001, 79(9).

[그림 11-2] 세계화와 보건의 개념적 구조: 구체화된 모델



자료: Bulletin of the WHO, 2001, 79(9).

개념적 구조는 한 국가의 경제정책결정에서 그리고 국제적 협상에서 보건정책을 개발하고 증진시키기 위한 기초를 제공해 주는 역할을 한다. 정책입안자, 정책분석가, 그리고 보건정책의 잠재적 효과를 평가하려는 사람들에게 기초자료를 제공해 줌으로써, 정책결정에 보건을 위한 의미를 명확히 고려할 수 있도록 해 줄 것이다.

이상의 측면들이 효과적이기 위해서는 그 구조가 실증적 근거로 보완되어야 하는데, 경제·사회·보건 변수들간의 상관관계를 기존 근거를 토대로 고찰할 수 있다. 세계수준에서 개인 수준으로 확대하는 실증분석은 거의 존재하고 있지 않지만, 세계화와 보건을 연결하는 인과적 사슬로의 연관관계에 대해서는 상당한 근거들이 존재한다. 다양한 세계화 요소의 연관성, 본질, 강도 등과 영향력에서의 차이가 각 국가별·보건상태별로 상이할 것이나, 이 구조는 잠재적 효과를 살펴보는 유용한 도구가 될 수 있을 것이다.

일반적으로 세계화는 국제적 규정 및 제도정비를 통해 개도국의 요구를 반영하며, 또한 국제경제 발전의 주요 장애물을 제거할 것을 요구한다. 여기에는 최빈개도국의 채무문제, 상품시장의 만성적인 취약성 및 불안정성, 개도국시장 접근근로의 제한, 금융위기를 야기하는 일시적 국제자본이동 등을 포함한다. 지리적으로 세계화의 편익을 확대시키는 것은 각 국가들로 하여금 경제적 기회를 최대화하고 경제위험 및 사회비용을 최소화하는 방식으로 통합과정이 국제경제와 조정되어야 함을 의미한다. 경제개방을 위한 정책의 범위 및 시기는 자국의 특정상황에 적합해야 하고, 긍정적인 경제·사회적 효과를 누릴 수 있는 선결조건들을 갖추어야 한다. 그리고 사회원칙 및 목적은 국제교역 및 자본이동과 정책이 충분히 효과적으로 통합되도록 해야 한다. 또한 경제개방에 의한 거시경제적·구조적 정책이 잘 구축되고 시행되어야 할 것이다. 이를 위해 정부는 이러한 조건들을 실행하는데 필요한 정책을 보유해야하며, 역량향상을 위해 필요한 기술개발에 적극적이어야 한다.

보건의료부문에 있어서, 세계화로 인한 경제적 편익은 국가경제에서부터 보건의료시스템, 보건관련부문, 그리고 가계경제로 연결짓는 보건상의 편익으로 전환시킬 필요가 있다. 이는 바람직한 경제정책을 통해 경제성장이 지속가능하

도록 해야하며, 분배효과도 고려해야함을 의미한다.

한편, 세계화로 인해 국민보건에 미치는 역효과는 최소화되어야 한다(표 II-1 참조). 이를 위해서는 국제적 수준에서의 조치(예를 들어, Effective Framework Convention on Tobacco Control)가 필요하며, 정부는 공공보건을 보호하기 위해 필요한 조치를 국제적 협정내에서 실행할 수 있도록 하는 노력이 요구된다.

〈표 II-1〉 보건부문관련 재화 및 서비스교역으로 인한 세계적 영향력: 개도국의 경우

재화 및 서비스	건강	국가경제	교역방향	시장규모
의약품	긍정적 (단, 적절한 사용에 한함)	교역수지에 부정적	선진국에서 후진국	큼
보건의료기술	긍정적 (단, 적절한 사용에 한함)	의료자원의 비효율적 배분으로 교역수지에 부정적	선진국에서 후진국	제한됨
담배 및 관련제품	부정적	중장기적으로 부정적	양방향	매우 큼

자료: Baris and McLeod(2000)

국제적인 규정을 고안하고 실행할 경우 보건의료시스템 및 보건관련부문에 미치는 잠재적 효과를 충분히 고려해야 할 것이다. 이를 위해서는 보건관련부문에 중요한 영향을 미칠 수 있는 국제협정 및 조치들에 대한 평가가 요구되며 또한, 개별적인 연계성뿐 아니라 다양한 부문간의 상호작용도 중요하다. 보건측면을 고려해 볼 때, 세계화 과정속에 상충관계가 많이 내재해 있다. 예를 들어, 보건기술을 개발하기 위한 인센티브, 지불능력보다는 보건수요의 맥락에서 연구에 우선권을 부여하기 위한 요구와 최빈개도국 및 개도국이 의료기술을 수용할 수 있는 능력간에 대립구조가 존재한다. 이러한 상충관계를 체계적으로 해결하기 위해 효과적인 국제적 메커니즘을 개발하는 것이 필요하다 하겠다.

세계화로 보건분야에 긍정적인 효과를 가져오기 위해서는 국내 및 국제적 수준에서 경제적 이슈에 대한 현재 접근방식도 신중하게 모색하여야 할 것이다. 국가수준에서의 정책은 경제성장만을 고려한 정책을 구사하기보다는 국민들의

안녕(well-being)을 최대화하도록 설정될 필요가 있다. 또한 안전망(safety nets)과 보건 및 교육지출에 일정수준 이상이 확보되도록 보완되어야 할 것이다. 그리고 새로운 정책으로 인하여 보건의료부문 프로그램의 정부지출을 감소시킬 수 있으며, 이러한 정책이 상호간에 균형을 이루지 못한다면 건강상태에 좋지 않은 결과를 초래할 수 있다. 보건의료 재원이 제한되어 있으므로, 보건시스템을 강화시키기 위해 비용-효율적, 비용-효과적인 전략추구가 요구된다. 부문간 경쟁이 치열할 것으로 예상되므로 프로그램을 조율함에 있어 부문간 편익과 타부문과의 관계를 고려하여 효과적인 방법을 개발하는 것이 중요하게 고려되어야 할 것이다.

2. 보건의료서비스 국제무역의 장애요인 및 수출전략

세계적으로 보건시스템 및 보건정책을 둘러싼 환경이 많이 변화되고 있다. 이전에 정부는 국가재건, 경제성장 등을 추구해 왔으며, 성장을 고려한 재분배가 발전을 위한 테마였으나, 정부의 역할이 감소되고 재정립되고 있다. 즉, 정부개입(public intervention)보다는 시장메커니즘을 통해 국가경제가 작동하도록 유도하고 있으며, 보건의료분야 또한 이러한 변화를 경험하고 있다. 보건의료서비스가 갖는 정보의 비대칭성, 소비자 보호, 의료기관의 비영리적인 동기에 의한 운영과 같은 특성으로 정부의 개입이나 규제는 당연한 것으로 받아들여졌다. 예를 들어, 미국의 경우 의료인력에 대해 면허제도를 도입하고, 병원이 자본투자를 위해서 지역보건기획당국(HSA)으로부터 필요면장(Certificate of Need: CON)을 발급받아야 하며, 그리고 메디케어(Medicare)나 메디케이드(Medicaid)에서는 수가를 고시하여 통제하는 등의 정책을 실시하였다(이규식, 2002). 그러나 고령화 및 고급의료 또는 차별화된 의료에 대한 수요 증가 등으로 인한 의료비 증가를 억제하기 위해 효율적인 제도운영의 필요성이 제기되었고 사회보험에서 나타나는 비효율성 문제도 대두되었다. 이에 선진국을 중심으로 각 국가들은 효율성을 증대시키기 위한 개혁을 실시하기에 이르렀다.

1980년대 후반부터 현재까지 진행 중인 서유럽 선진국의 의료개혁을 살펴보면, 경쟁개념의 도입, 분권화(decentralization), 민영화(privation), 환자의 권리 강화를 위한 선택권 확대, 서비스 전달체계의 변혁, 공공보건의 역할 재정립, 정부역할의 재정립 등으로 요약될 수 있다(이규식, 2002). 영국은 “Working for Patients”라는 보고서를 통해 내부시장원리라는 경쟁원리를 NHS의 개혁방안으로 제시하였으며, 네덜란드 역시 비슷한 시기인 1987년에 Dekker위원회에서 의료개혁에 관한 보고서인 “Willingness to Change”를 발표하고 Dekker보고서에 따라 질병금고에 대한 선택권 부여라는 의료개혁을 추진하였다.⁴⁾ 또한 기존에는 중앙정부에 의해 보건의료관련 정책이 결정되는 경우가 많았으나 의료수요에 적합하게 자원을 배분하고 우선순위 선정시 지역사회 참여를 용이하게 함으로써 중앙정부에서 지역보건당국으로 권한이 위임되고 있다. 기존에 정부소유였던 의료기관을 민영화시키거나 민영보험을 도입해 효율성을 제고하려 하고 있으며, 일반의 및 전문의의 선택권을 보장하는 등의 환자권리를 강화하는 방향으로 나아가고 있다. 그리고 통합의료(integrated care)라는 개념을 도입하여 진단, 치료, 재활 및 건강증진과 관련된 서비스 생산을 위해 자원의 투입, 전달 및 조직화를 통합하여 운영 및 서비스 전달의 효율성을 기하고자 하고 있다.⁵⁾

이와 같이 보건 및 보건의료서비스의 재정, 생산, 공급부문에 민간참여가 증가하고 있고 어떤 국가에서는 공공기관이 민영화되어 새로운 민간기관이 이를 대체하고 있다. 반면, 이러한 환경 속에서 정부는 공공보건의 편익을 위해 보건부문에 지속적인 규제를 유지하고 있는 측면도 존재한다. 그래서 공공

4) 내부시장이란 무료로 제공하던 의료서비스 공급을 효율화시키기 위해 정부가 의료기관에 배정하던 예산을 의료구매자(GP Fund Holder)라는 조직을 만들어 이들에게 예산을 배정하여 소비자의 대리인으로서 의료공급자와 경쟁토록 하는 시스템을 말함. 여기서 GP Fund Holder는 개업한 GP 중 회계 및 경영능력을 지닌 사람을 선발하여 일정수 이상의 주민들의 등록을 받을 경우 지역보건청이 이들에게 등록 주민의 1년간 의료비를 배정해 주는 자를 말함.

질병금고는 많은 피보험자를 확보하기 위해 의료공급자와의 경쟁을 유리하게 이끌려 노력하며 이 와중에 의료비를 절감하고 의료서비스의 질도 개선하여 효율성을 달성하고자 하는 모형으로 대표적인 형태가 네덜란드의 Dekker 모델이며 독일도 이를 따르고 있음.

5) 독일에서 도입하고자 하는 통합의료는 1차 의료와 병원의료의 조화, 그리고 외래, 입원, 재활 의료부문간의 협력을 강화하여 효율을 기하고자 하는 모형임.

및 민간부문간의 균형을 유지하여 형평성과 접근성 및 효율성을 향상시키고자 하고 있다.

이러한 이슈들은 국가마다 상이한 방식으로 영향을 주게 될 것이며, 이들의 역량은 그 국가의 사회경제적 및 정치적 환경에 따라 상이할 것이다. 예를 들어, 최빈개도국이 직면한 주요 이슈는 자원부족, 즉, 재정적·물적·인적 자원의 부족을 들 수 있을 것이며, 이는 열악한 경제상황 및 타국가로의 인력유출현상과 연계된다. 또한 많은 국가들이 기술부족문제를 가지고 있기 때문에 일부 국가들의 국민들만이 우수한 기술혜택을 누리고 있다. 상이한 환경을 토대로 각 국가들은 자국민의 보건의료서비스 수요를 충족시키기 위한 역량을 강화하고자 한다. 그래서 보건의료부문에 있어 비교우위를 가진 영역을 기반으로 수출을 위한 서비스 개발에 노력을 기울이고 있다.

의료서비스의 경쟁력은 비용구조, 인적자본 및 기술수준, 서비스 차별화, 기술과 의료시설의 이용가능성과 같은 요소에 달려있다. 이러한 비교우위는 지리적 접근도, 문화 및 언어의 유사성, 자연의 혜택, 효과적으로 시장우위를 차지할 능력으로 보장되기도 한다.

한편, 교역으로 인한 편익은 부정적인 효과를 능가해야 한다. 예를 들어, 고소득층 혹은 외국인에게 서비스를 제공하기 위해 최첨단 기술 및 장비를 보유하고자 하는 노력은 의료시스템 기술을 향상시키는 역할을 할 수 있다. 그러나 일반인들을 위한 의료서비스의 접근성 및 형평성의 측면에서는 부정적인 결과를 가져올 수 있다. 경쟁적인 관점에서 본다면 기술 및 장비의 첨단화가 국가 전체뿐 아니라 국민 개개인의 건강증진을 위한 중요한 요소가 될 수 있지만, 공공보건의 관점에서 교역으로 인한 편익도 고려하여 보건의료의 현대적이고 효과적인 수준을 보장하는 기술에 투자하고 과다지출을 피할 수 있는 적절한 균형이 고려되어야 한다. 따라서 보건의료서비스의 교역을 증가시킬 경우, 진입에 대한 규제만이 아니라, 형평성 및 지속가능성과 같은 국가보건정책의 가치를 뒷받침하는 법규 및 규제가 좀더 중요하게 고려되어야 할 것이다.

이상의 논의를 좀더 구체화시키기 위해 우선 보건의료서비스의 국제교역 현황을 살펴보고 교역으로부터 야기되는 장벽에 대해서도 고찰한다. 그리고 이러

한 교역장벽에도 불구하고 몇몇 국가의 경험을 제시함으로써, 이들 국가가 비교우위를 가진 보건의료서비스 영역을 토대로 어떻게 수출전략을 구사하고 있는지 살펴볼 것이다.

가. 세계 보건의료서비스 교역현황

보건의료와 같은 서비스는 저장할 수 없는 무형의 속성을 가지고 있어서 양 또는 가치의 형태로 수량화하기 어려우며, 더구나 동 부문과 관련하여 독립된 분류체계가 미흡하여 데이터를 분해된 수준으로 이용하기에는 매우 제한적이라 할 수 있다. 이와 같은 이유 등으로 신뢰할 수 있고 포괄적이며 국제적으로 비교가능한 데이터가 부족하여 보건의료서비스 교역의 특성을 이해하고 추세를 분석하기에는 한계가 따른다.

이러한 한계에도 불구하고 본 서는 활용 가능한 자료를 중심으로 보건의료서비스의 교역 현황을 부분적이거나 파악하고자 하였다. GATS상의 서비스 공급형태별 주요 통계 영역을 살펴보면, mode 1, 2, 4의 경우는 일반적으로 국제수지로 이용가능하며, mode 3에 대해서는 Foreign Affiliates Trade in Services Statistics(FATS)에 부분적으로 제시되고 있다(표 II-2 참조).⁶⁾

6) GATS에서 제시한 서비스 공급형태에 따라 보건의료서비스 교역은 다음 네가지 공급형태로 분류되는데, 서비스의 국경간 이동(Cross-border Supply), 해외소비(Consumption Abroad), 상업적 주재(Commercial Presence), 자연인의 이동(movement of natural persons)이 이에 해당함. mode 1은 서비스의 국경간 이동으로 한 회원국에서 다른 회원국의 영토로 제공되는 공급형태를, mode 2는 해외소비(Consumption Abroad)로 한 회원국의 소비자가 다른 회원국의 영토에서 진료를 받는 경우를, mode 3은 상업적 주재(Commercial Presence)로 한 회원국의 서비스 공급자가 다른 회원국에서 상업적으로 자회사 등을 설립하여 서비스를 직접 생산 및 제공하는 경우를, 마지막으로 mode 4는 자연인의 이동(movement of natural persons)으로 한 회원국의 서비스 공급자가 다른 회원국가로 이동하여 서비스를 공급하는 경우를 의미하는 것으로 전문의료인의 이동, 의료기관 경영진의 이동 등을 들 수 있음(정영호 외, 2003).

〈표 II-2〉 공급형태별 통계기준

공급형태	주요 통계 영역
mode 1: 국경간 공급	BPM5
mode 2: 해외소비	BPM5
mode 3: 상업적주재	FATS
mode 4: 자연인의 이동	BPM5/ 기타

주: BPM5: Balance of Payments manual, 5 edition.

FATS: Foreign Affiliates trade in services statistics

기타: 이민 및 고용관련 통계

자료: UN(2002)

서비스교역에서 국제수지(Balance of Payments: BoP)는 운송, 관광 및 보험서비스를 포함하고 있으나, 보건의료서비스라는 별도의 분류체계 없이 “기타 서비스”로 분류되어 있다(표 II-3 참조). 보건의료서비스 교역은 국제수지의 몇 개 항목 중 일부로 포착되는데, 관광서비스 내에 외국환자들의 치료로 인한 소득 및 자국민의 해외치료를 위한 지출의 형태가 포함된다. 그러나 거의 모든 국가에서 의료수요를 목적으로 한 지출을 관광으로부터 분리해 낼 수 없어서 보건의료서비스의 mode 2 교역을 올바르게 획득하기 어렵다. 또한 보건의료서비스 교역은 “기타 서비스”하에서 mode 1인 보건의료의 국경간 공급이 존재함을 알 수 있으며, 부분적으로 송금 및 환전을 통해 보건의료인력의 이동과 관련된 보건의료서비스 교역이 이루어지고 있음을 알 수 있다. 그러나 이 조차도 보건의료서비스부문을 별도로 분류해 내지 못하고 있어 교역가치를 구체적으로 측정하기는 상당히 어렵다. 그리고 국제수지 데이터는 보건의료서비스의 상업적 주재(mode 3)도 제시하지 못하고 있는데, 이를 측정하기 위해서는 국내 및 외국 보건의료기업과의 판매 및 거래로 측정되어야 하지만, 소수 선진국의 제한된 데이터만 이용가능하기 때문이다.

〈표 11-3〉 서비스 국제수지 분류

1. Transportation	1. 운수
2. Travel	2. 여행
2.1 Business travel	2.1 사업여행
2.2 Personal travel	2.2 개인여행
2.2.1 Health-related expenditure	2.2.1 보건관련지출
2.2.2 Education-related expenditure	2.2.2 교육관련지출
2.2.3 Other	2.2.3 기타
3. Communication services	3. 통신서비스
4. Constructions services	4. 건축서비스
5. Insurance services	5. 보험서비스
6. Financial services	6. 금융서비스
7. Computer and information services	7. 컴퓨터 및 통신서비스
8. Royalties and license fees	8. 특허권 등의 사용료
9. Other business services	9. 기타 사업서비스
10. Personal, cultural, and recreational services	10. 개인문화 및 오락서비스
11. Government services	11. 정부서비스

자료: UN(2002)

보건서비스 교역량 및 가치 추계를 위한 기존 데이터는 이처럼 한계점이 많이 존재해 실질 범위를 상당히 과소평가할 수 있다(Chanda, 2001).⁷⁾ mode 1, 2, 3에 대한 정보는 국제수지(BoP)의 소수 항목에서 제시되고 있지만, 이들은 앞에서 언급한 바와 같이 포괄적이지 못하며, 또한 넓은 범위내에 일부로 구성되어 있고 별도의 분류체계를 가지고 있지 않다.⁸⁾

본 서에서는 보건의료서비스의 구체적인 교역량 및 투자관련 데이터를 수집하는데 따르는 한계점으로, 이와 관련된 자료를 제시하고 있는 기존문헌, 특히 WHO(2002)을 중심으로 세계보건의료서비스 교역량을 살펴보고자 한다. 여기에서는 총 경제활동 국제표준 산업분류(International Standard Industrial Classification of All Economic Activities)에 따라 해외직접투자 및 다국적기업에 관한 통계치를 제시하고 있다.⁹⁾ 산업분류에 의하면 보건서비스는 보건 및 사회

7) 보건의료서비스교역 데이터가 특히 구체적으로 제시되지 않았던 것은 보건의료서비스가 상업적인 부문으로 인식되지 못하였기 때문이다.

8) 따라서 보건의료부문에 국제교역 및 투자추세의 이해를 높이기 위해 보건의료서비스 교역에 관한 포괄적이고 국제적으로 비교가능한 데이터를 수집하는 것이 필요하다 할 것임.

(복지)사업에 포함되어 있고, 인적보건활동내에 병원활동, 의료 및 치과 시술활동, 그리고 기타 인적보건활동으로 구성되어 있다(표 II-4 참조).

〈표 II-4〉 산업분류

Division 85 Health and Social Work	보건 및 사회(복지)사업
851 Human health activities	인적보건활동
8511 Hospital activities	병원활동
8512 Medical and dental practice activities	의료 및 치과시술활동
8519 Other human health activities	기타 인적보건활동
852 Veterinary activities	수의사 활동
853 Social work activities	사회(복지)활동

자료: 총 경제활동 국제표준 산업분류, 개정 3판

1999년 WTO의 135개 회원국 중 일부국가는 보건 및 사회서비스 부문에 외국인 투자를 허용하고 있다(표 II-5 참조). 미국을 제외하고 대부분의 주요 선진국에서는 사회보험에 기반을 둔 공공재정 보건시스템으로, 일반적으로 공공 부문이 서비스를 제공하고, 영리 공급자의 역할을 강하게 통제하며, 서비스를 제공하는 다른 참가자들도 규제하고 있다. 예를 들어, 프랑스, 이태리, 룩셈부르크, 네덜란드, 스페인에서 병원확장은 자국의 보건서비스 계획(health-service plan)에 의해 제한하고 있으며, 스웨덴은 공공기금으로부터 보조받게 되는 민간 의료서비스 시술 수를 제한하고 있다. 공공서비스를 개방함에 있어 회원국들은 소극적인 자세를 취해 다른 부문의 서비스와는 달리 상대적으로 활발한 교역이 이루어지고 있지 않지만 점차 증가하는 추세에 있다.

<표 II-6>은 1999년 보건의료서비스의 해외직접투자(FDI) 통계치를 제시하고 있다. 예를 들어, 미국의 경우 해외직접투자를 통한 유입은 5억 6백만달러, 해외직접투자를 통한 유출은 7천2백만달러, 해외직접투자 유입저량(inward FDI stock)은 63억 1천8백만달러, 해외직접투자 유출저량(outward FDI stock)은 1억 8천4백만달러인 것으로 추정되고 있다. 몽고의 경우 FDI 유입은 6만달러, FDI

9) 기존문헌에서도 데이터의 미흡으로 다양한 국가간 비교가 제시되고 있지 못한 실정임.

유입저량은 2백30만달러이며, 필리핀 및 베네수엘라의 경우 사회서비스가 포함된 FDI 유입은 각각 40만달러, 6백60만달러인 것으로 나타났다.

〈표 II-5〉 WTO회원국의 보건관련 및 사회서비스분야의 외국인 투자허용 현황: 1999년

부문	외국인 투자를 제한하지 않는 회원국 수	제한된 외국인 투자를 허용하는 회원국 수	계
의료 및 치과 서비스	19	24	43
수의서비스	19	14	43
조산사, 간호사 등	10	16	26
기타 의료서비스	1	2	3
병원서비스	18	17	35
기타 인적 보건서비스	8	4	12
사회서비스	5	13	18
기타 보건 및 사회서비스	2	1	3

주: 총회원수: 135개국

자료: Pollock, A. & Price, D.(2000)

〈표 II-6〉 보건서비스의 해외직접투자(FDI) 통계: 1999년

(단위: 백만달러)

구 분	FDI 유입(inflow)	FDI 유출(outflow)	FDI 유입저량(stock) ¹⁾	FDI 유출저량(stock) ¹⁾
미국	506	-72	6,318	184
몽고	0.06	-	2.3	-
필리핀	0.4*	-	-	-
베네수엘라	6.6*	-	33.2	-
슬로바키아	-	-	0.4	0.2
에스토니아	-	-	0.8	-
라트비아	-	-	6.7	-

주: 1) 사회서비스가 포함된 수치임.

자료: WHO(2002).

개도국에 있어서 2000년 보건서비스산업의 해외제휴기업(foreign affiliates) 현

황을 살펴보면, 아르헨티나에 있는 Fresenius Medical Care Argentina S. A.가 약 5,962만달러의 높은 매출액을 가지는 것으로 나타났고, 종업원수는 726명으로 가장 높은 수치를 보이고 있었으며, 그 다음으로 아르헨티나의 Ecco S. A., 말레이시아의 The Southern Hospital SDN BHD, 호주의 Benchmark-Surrey Pty Ltd 등의 순으로 나타났다. 한국에도 홍콩차이나의 Medi Media International Ltd 제휴사인 Medimedia Korea Co Ltd가 가정간호서비스를 제공하고 있음이 제시되고 있다(표 II-7 참조).

특히, 아시아시장에서는 미국의 보건의료기업 진출이 그다지 활발히 진행되고 있지는 않다(Lethbridge, 2002). 현재 CIGNA와 같은 의료보험기업이 아시아에 있지만, 확장과정 속에서 모순점이 발견되고 있으며 규모를 축소하려 하고 있다. 반면에 아시아에 있는 보건의료기업은 아시아 및 다른 지역국가에 병원 소유 및 경영을 통해 확장하고 있다. 싱가포르의 Parkway Group Health Care은 인도, 인도네시아, 말레이시아에 있는 병원을 소유하고 있다.¹⁰⁾ 인도의 Apollo Hospital Group은 오만, 네팔, 사우디아라비아, 가나, 방글라데시에 있는 병원경영에 관계하고 있으며, 홍콩의 Asia Renal Care Ltd는 미국의 Satellite를 기술적 파트너로 두고 있으며 아시아 외부의 민간투자자에 의해 투자되고 있으나 소유는 아시아인이다. 영국의 BUPA는 최근에 싱가포르의 Vista Healthcare Pte. Asia Ltd를 인수하였다.

10) Parkway Group Health Care는 2001년 영국소재병원을 매각하였음.

〈표 11-7〉 보건의료서비스산업의 해외제휴기업: 개도국의 경우, 2000년

제휴회사명	설립국 (host country)	사업내역	설립 연도	종업 원수	매출액 (US \$1,000)	모기업	본국 (home country)
Fresenius Medical Care Argentina S.A.	아르헨티나	신장투석센터	1995	726	59,619	Fresenius Ag	독일
Ecco S.A.	아르헨티나	의사	1998	700	-	Rural/Metro Corporation(del)	미국
The Southern Hospital SDN BHD	말레이시아	일반 의료 및 수술병원	1992	250	-	United Engineers Limited	싱가포르
Benchmark-Surrey Pty Ltd	호주	일반 의료 및 수술병원	1988	70	1,693	Axa	프랑스
International Sos (Hk) Ltd	홍콩	외래시설	-	50	-	International Sos Pte Ltd	싱가포르
Instituto Costarricense De Investigaciones Clinicas I.C.I.C., Sa	코스타리카	임상실험실	-	50	-	Max India Limited	인도
Visi Center, S.A. DE C.V.	멕시코	검안사	1991	34	-	Essilor International	프랑스
Essilor Argentina S.A.	아르헨티나	의료실험실	1988	27	-	Essilor International	프랑스
Medimedia Korea Co Ltd	한국	가정간호 서비스	-	25	-	Medi Media International Ltd	홍콩차이나
Pharaonic American Life Insurance	이집트	기타 의료 및 관련 서비스	-	20	-	American International Group, Inc	미국
Digene Do Brasil Ltda.	브라질	의료실험실	1996	15	-	Digene Corporation	미국
Terapias Medicas Domiciliareas S.A.	아르헨티나	의료장비 대여	1994	11	623	Air Products and Chemical, Inc	미국
Becton Dickinson	칠레	의료실험실	-	-	-	Becton, Dickinson and Company Inc	미국
Colmena Salud Sa	콜롬비아	의사	-	-	-	Banmedica S.A.	칠레

자료: WHO(2002)

한편, 미국 및 독일에서 인적보건 및 사회서비스부문의 다국적 기업이 총서비스 및 총산업에 차지하고 있는 비중이 <표 II-8>에 제시되고 있다. 독일의 경우 인적보건 및 사회서비스부문에서 해외제휴기업에 의한 판매액은 35억 8천만달러로 해외제휴기업 총서비스의 0.77%에 해당하며, 종업원수에 있어서 총서비스대비 인적보건 및 사회서비스는 2.6%에 달하는 것으로 나타났다. 그리고 미국의 경우 인적보건 및 사회서비스부문에서의 해외제휴기업 판매액은 3억 8천4백만달러로 해외제휴기업 총서비스의 0.04%에 해당하며, 종업원수 비중의 경우 0.12%로, 미국보다는 독일에서 해외제휴기업으로 인한 보건서비스의 비중이 높은 것으로 나타났다.

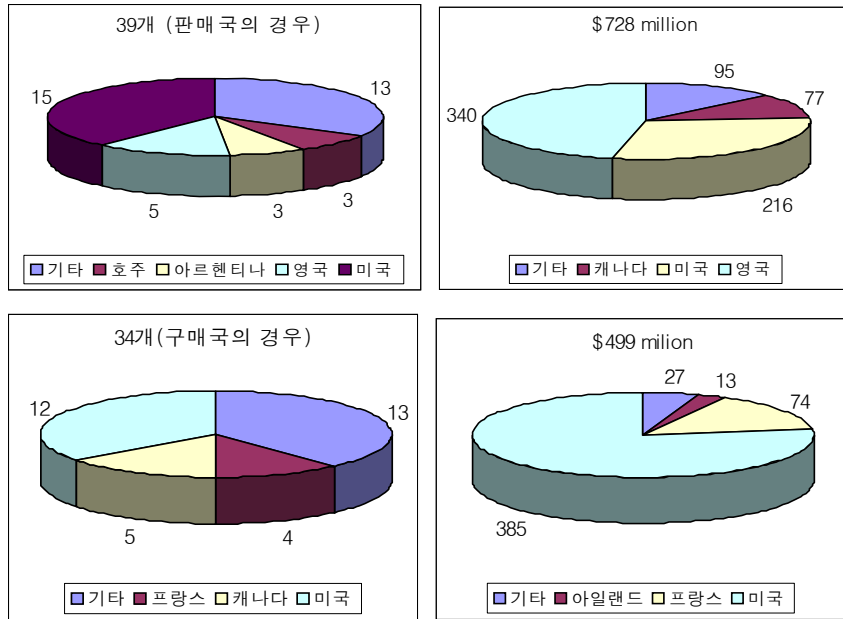
<표 II-8> 보건서비스부문의 다국적기업: 미국 및 독일, 1998년

	항목	인적보건 및 사회서비스	총서비스	총산업
독일	해외제휴기업수	148	19,132	29,041
	해외제휴기업판매액(백만달러)	3,580	467,670	982,102
	해외제휴기업종업원수(천명)	34	1,294	3,738
	해외제휴기업자산(백만달러)	5,284	488,864	902,841
	항목	인적보건 및 사회서비스	총서비스	총산업
미국	해외제휴기업수	17	12,755	21,355
	해외제휴기업판매액(백만달러)	384	946,306	2,027,782
	해외제휴기업고용수(천명)	3.3	2,729.5	6,899.9
	해외제휴기업자산(백만달러)	556	2,387,231	3,434,808
	해외제휴기업수출액(백만달러)	24	238,429	700,331

자료: WHO(2002).

2000년도에 세계적으로 보건서비스의 국경간 M&A로 인한 가치는 약 1조 1440억달러에 달하는 것으로 기록되고 있다. 이 중에 판매국의 경우를 보면 거래건수는 총 39건으로, 미국이 15건, 영국 5건, 아르헨티나 및 호주에서 각각 3건 등이 이루어졌다(그림 II-3 참조).¹¹⁾ 이들의 국경간 M&A로 인한 판매가치는 7억 2천8백만달러로, 영국이 3억 4천만달러, 미국 2억 1천6백만달러, 캐나다 7천7백만달러 등으로 나타났다. 또한 구매국의 경우 국경간 M&A는 총 34건으로, 미국이 12건, 캐나다가 5건, 프랑스가 4건 등으로 이루어졌으며 이들의 가치는 4억 9천9백만달러인 것으로 추계되었다.

[그림 II-3] 보건의료서비스의 국경간 M&A: 2000년 판매국 및 구매국의 경우



자료: WHO(2002)

11) 개도국의 경우 예를 들어, Dialysis Clinics, Instituto Quirurgico del Callao, Perinat SA는 각각 스웨덴의 Incentive AB, 스페인의 Aguas de Barcelonao, 미국의 Pediatrix Medical Group Inc에 의해 합병되었으며, 중국의 Silver Moon Technologies는 홍콩기업인 China Resources Management에 의해 인수됨.

<표 II-9>는 보건의료서비스부문의 국경간 M&A 중 2000년도의 거래가치 상위 10개사를 제시하고 있다. 거래가치가 가장 높은 기업은 미국기업이 인수한 영국소재의 Kuwait Invest Off-Hospitals로 거래가치가 1억 5천1백만달러에 이르며, 그 다음으로는 St Martins Healthcare Ltd가 1억 50천만달러, Total Renal Care Hldgs-Intl가 1억 4천5백만달러 등의 순위인 것으로 나타났다. 인수 기업 대부분은 미국, 프랑스, 캐나다 등의 선진국 기업이었으며 인수된 기업 또한 미국, 영국 등의 선진국 기업이 다수를 차지하고 있음을 알 수 있다.

<표 II-9> 보건서비스부문의 국경간 M&A: 거래가치 상위 10개사, 2000년

인수된 기업	산업	국적 (Host country)	인수기업	산업	인수국 (Home country)	거래가치 (백만 달러)
Kuwait Invest Off-Hospitals(3)	일반의료 및 수술	영국	Columbia/HCA Healthcare Corp	일반의료 및 수술병원	미국	151
St Martins Healthcare Ltd	일반의료 및 수술	영국	HCA Healthcare Co	일반의료 및 수술병원	미국	150
Total Renal Care Hldgs-Intl	신장투석센터	미국	Fresenius AG	원격의료 및 처방	독일	145
Imm Genics Inc	의료 실험실	캐나다	Abgenix Inc	바이오생산	미국	77
SHL Telemedicine Ltd	가정의료	이스라엘	Koninklijke Philips Electronic	가정시청각 장비	네덜란드	40
Undisclosed Long Term Care	간호	미국	CPL Long Term Care Real Estate	부동산 투자	캐나다	39
Clinovia Ltd	가정의료	영국	LVL Medical Group	가정의료	프랑스	39
Seramed Inc (Serologicals Corp)	의료 및 관련	미국	Aventis SA	의료 및 관련 서비스	프랑스	21
Clinica San Camilo	일반의료 및 수술	스페인	United Surgical Partners Intl	일반의료 및 수술병원	미국	16

자료: WHO(2002).

나. 보건의료서비스의 국제교역 장애요인 및 전망

보건의료서비스는 다양한 방식으로 교역될 수 있다. GATS에서 제시한 서비스 공급형태에 따라 보건의료서비스 교역은 다음 네 가지 공급형태로 분류되는데, 서비스의 국경간 이동(Cross-border Supply), 해외소비(Consumption Abroad), 상업적 주재(Commercial Presence), 자연인의 이동(movement of natural persons)이 이에 해당한다. 공급형태별 보건의료서비스의 국제교역 장애요인 및 전망을 살펴보면 다음과 같다.

1) 국경간 공급(mode 1)

첫 번째 공급형태(mode 1)는 보건의료서비스의 국경간 공급이다. 여기에는 임상샘플의 운송, 임상자문 및 전통적 우편교환뿐 아니라, 보건의료서비스의 전자적 이동 및 원격보건(telehealth) 서비스도 포함한다. 또한 진단, 임상테스트, 감시, 자문, 데이터·기록, 정보의 이송 및 접근, 그리고 교육 및 훈련과 같은 서비스를 제공하기 위하여 시청각 및 데이터 커뮤니케이션이 이용되기도 한다.

mode 1에 있어서, 텔레콤 시스템이 건강을 보장하고 증진시키기 위한 활동과 결합한 원격보건(telehealth)과 이러한 시스템이 치료와 결합한 원격의료(telemedicine)가 중요하다. 원격보건(telehealth) 서비스에 대한 국제수요는 1조 2천5백억달러로 추정되는데, 직접적인 의료서비스가 8억 4백만달러, 전문가후원 서비스(professional back up services)가 2천 2백만달러, 서비스관련 소비자 보건 정보가 2천 1백만달러, 전문가 교육서비스가 3백 9십만달러, 그리고 보건의료전달서비스의 관리가 2억 3천6백만달러에 달한다.¹²⁾ 각 국가들은 원격병리학(telepathology), 원격방사선의학(teleradiology), 원격정신의학(telepsychiatry)과 같은 원격보건서비스를 제공하고 있으며 국경간 원격의료(telemedicine)공급 역시 많이 나타나고 있다. 예를 들어, 원격진단, 감시, 자문서비스가 미국병원에 의해 걸프(Gulf)지역 국가 및 중미의 병원에 제공되고 있다. 인도 의사가 네팔 및 방

12) Canadian International Business Strategy(CIBS), "Life Sciences Branch, Health Industries, 1999~2000, (<http://strategies.ic.gc.ca/SSG/ht01195e.html>).

글라데시 소재 병원에 원격병리학 서비스를 제공하고 있으며, 중국 해변지역의 병원도 대만, 마카오, 중동아시아 국가에 있는 환자들에게 원격진단 서비스를 제공하고 있다. 그리고 비용을 감소시키기 위해 **medical transcription**을 인도와 같은 개도국에 외주하는 서비스범위도 상당하다. 전자통신기술 발전 및 전자이송비용의 감소로 보건의료서비스 교역에 있어 mode 1의 범위는 개도국간뿐 아니라 선진국과 개도국간, 선진국과 저개발국간에 이르기까지 증가할 것이다.

그러나 이러한 원격의료에서 유발되는 장애요인 중 가장 중요한 측면은 의료보험 적용가능성 여부이다. 원격의료서비스가 의료보험에 적용되지 않으며, 더구나 국가간에 의료보험을 적용하는 것과 관련된 문제는 간단하지 않다. 이외에도 국경간 서비스를 공급하기 위한 서비스 공급자의 자격인정여부가 주요 장애요인으로 작용할 수 있다.

이러한 장애요인에도 불구하고 향후 경제성장, 고령화사회, 교육수준의 향상, 새로운 질병발생 및 만성질환증가 등으로 의료서비스에 대한 요구가 실질적으로 증가하게 될 것이다. 의료서비스 수요증가에 따라 원격의료로부터의 편익을 누릴 수 있기 위해서는 원격의료관련 기술과 숙련된 의료전문인의 양성이 요구되며, 여기에 원격의료 네트워크의 개발도 중요한 역할을 할 것이다.

2) 해외소비(mode 2)

보건의료서비스 교역의 두 번째 공급형태는 해외소비(mode 2)이다. 이는 환자들이 진단 및 치료를 제공하는 국가로의 이동을 의미하는 것으로, 자연환경, 대체의료의 존재, 대기시간, 문화·언어·지리적 접근성뿐 아니라 국가간 의료비용, 질적 수준, 이용가능성 등의 차이로 발생한다. 보건의료서비스에서의 해외 소비는 의료교육 및 훈련을 받기 위한 보건의료전문가 및 학생들의 이동도 포함한다.¹³⁾

mode 2에서의 교역이동은 선진국간, 개도국간, 그리고 선진국과 개도국간에

13) 태국, 인도와 같은 일부 개도국에서는 다른 개도국의 학생들을 수용함으로써 의료교육서비스 영역에서 기술적 원조를 제공하고 있음.

발생한다. 예를 들어, 개도국의 환자들은 선진국이 제공하는 양질의 치료를 받기 위해 또는 우수한 보건의료기준을 가진 인접 개도국에서 치료를 받기 위해 이동하는 것은 흔히 일어나는 현상이다. 그리고 선진국의 환자들은 비용대비 질적 수준이 높은 의료서비스를 제공받기 위해 개도국으로 이동하거나 대체 의료를 위해, 혹은 개도국의 자연환경으로 인해 이동하게 된다. 예를 들어, 미국, 영국과 같은 선진국의 환자들은 인도와 같은 개도국의 양질의 전문병원에서 1/4 혹은 1/5의 비용으로 이식수술을 받을 수 있어서, 이와 같이 비용차이로 인한 교역으로부터 상당한 이익을 얻고 있다.¹⁴⁾

불과 몇년전까지 환자들은 전문치료를 중심으로 해외소비를 증가시킬 것이라고 예상되었다. 그러나 국민의료비 증가 및 공공보건예산 감축(의료보험 혜택의 축소)이라는 세계적 추세로 인하여, 자국보다는 가격/질 비율에 있어서 이점이 있는 타국에서 치료를 받고자 하는 환자 수가 증가하고 있다. 그리고 미국의 경우 비용증가를 억제하려는 HMOs는 경쟁적인 가격으로 보건의료서비스를 제공하는 개도국의 의료기관과 네트워킹을 하려 하고 있다.¹⁵⁾ 만약 선진국들이 지속적으로 보건의료부문의 공공지출을 감소시킴에 따라 소비자의 민간보험에 대한 수요가 증가하게 된다면, 이는 개도국의 해외진료시장이 확대될 가능성이 존재하게 되는 것이다.¹⁶⁾

그러나 해외소비를 통한 교역에 있어서 몇 가지 장벽이 존재한다. 첫째, 가장 중요한 장벽은 환자들이 가족들과 떨어지고 싶어하지 않거나 문화 혹은 언어 차이에 민감한 심리적 불안감일 것이다. 둘째, 공공보건시스템과 민간보험정책으로 인해 해외치료에 대해 보상받지 못할 경우 주요 교역장벽으로 작용할 수 있다.¹⁷⁾

14) Gupta, I. et al.(1998).

15) 역으로, 미국과 같은 병상수가 초과된 국가는 높은 비용을 지불하는 외국인자들을 유인하기 위한 마케팅 전략도 구사할 것임.

16) UNCTAD Secretariat(1998).

17) 일부 사보험에서는 해외에서의 치료에 보상을 하고 있으나 프리미엄이 상당히 높으며, 사업상의 여행이나 휴가동안의 응급치료의 경우 해외에서의 치료에 보상해주는 보험이 일부 존재함.

EU국에서는 EU시민들이 거주하거나 체류하는 그 국가의 규정에 따라 의료 보험을 적용시키는 것과 같이 공공의료보험의 적용 문제를 다루고 있는데, 이로 인한 편익은 자신의 국가에서 제공받는 편익보다 다소 높을 수 있다. 이들 회원국의 시민들은 보건의료서비스를 받은 이후, 청구서는 환자의 국가에 제출하도록 하고 있으며, EU 회원국에 포함된 몇몇 국가들은 상호협정을 통해 공공의료보험의 일부 혹은 전부를 적용하도록 하고 있다. 보건의료비용의 상승과 노인인구증가, 그리고 보험부문의 개방화로 인한 의료보험의 혜택이 증가되고 있는 추세를 볼 때, 향후 보건의료서비스에서의 해외소비가 증가하게 될 것임을 예상할 수 있다.

3) 상업적 주재(mode 3)

보건의료서비스에서의 세 번째 교역형태는 상업적 주재(mode 3)로, 이는 병원, 클리닉, 진단 및 치료센터, 그리고 요양원(nursing home)의 설립과 연관된다. 각 국가들은 보건의료기반구조 및 훈련시설을 근대화하고 향상시키기 위해 점차 외국인 직접투자를 허용하고 있다. 예를 들어, 인도, 인도네시아, 네팔, 몰디브, 스리랑카, 태국과 같은 개도국은 보건의료서비스부문에 외국과 협력하기 위하여 시장을 개방하였으며, 선진국 및 몇몇 개도국의 보건의료기업 또한 점차적으로 합작회사(joint ventures), 기업간 제휴(alliances) 등으로 운영하고 있다 (WHO, 2002). 보건의료서비스에서 상업적 주재는 지역간 보건의료 네트워크 및 체인을 통해 증가하는 추세에 있다. 예를 들어, Parkway Group을 토대로 한 싱가포르의 아시아 및 영국에 있는 병원을 인수하였고 말레이시아, 인도네시아, 스리랑카, 인도, 영국을 파트너로 하는 합작회사를 통해 Gleneagles International이라는 다국적 병원체인을 설립하였다. 그리고 동남아시아에 합작회사를 통해 치과수술체인(dental surgery chain)도 설립하였다. 싱가포르에 있는 Raffles Medical Group은 개도국으로부터 보건의료조직과 연합체를 개발함으로써 세계적인 전략적 네트워크를 형성했다. 이러한 회사의 목표는 양질의, 비용효과적인 의료서비스를 제공하는 통합된 보건의료기업의 네트워크를 개발하는 것이다.

또한 보건의료서비스에서 상업적 주제를 다각화하기 위한 노력도 증가하고 있다. 예를 들어, 병원 운영 및 경영에 있어서 외국투자규제의 자유화 및 관리 의료(managed care)의 확대로, 보건시설운영에 상업적 주제를 위한 기회가 존재한다. 어떤 국가들은 계약을 토대로 외국소유 혹은 합작회사(joint venture) 형태의 병원관리 및 운영을 시작하고 있다. 이외에 상업적 주제의 또 다른 영역으로, 국제적 명성이 높은 의과대학이 합작회사 형태로 학교를 설립하여 의료교육을 제공하기도 한다.

대부분의 국가에서 보건의료부문에 상당한 제한을 두고 있지만, 다양한 형태로 외국인 주제를 위해 시장을 개방하고 있다. 양질의 의료서비스를 제공하고 공공부문에서의 의료비상승 압력을 해소하기 위한 수단으로 경쟁을 도입하기 시작하고 있다. 그리고, 외국 보험기업에게 시장을 개방함으로써 긍정적인 효과를 도출하고 있다. 즉, 외국기업과 경쟁하는 국내기업은 프리미엄, 보상범위, 등록조건에 있어서 향상된 보험상품을 제시하고 있는 것으로 나타나고 있는데, 다수환자들이 민간보험에 가입하고 많은 치료가 이러한 보험에 포함된다면, 공공재정상의 압박을 감소시킬 수 있을 것이다. 그러나 외국의 상업적 주제는 수입국의 국가보건시스템을 뒷받침할 수 있는 새로운 규제가 요구된다.

다른 한편으로는 새로운 경영기법을 통해 최소한의 실질투자로 해외에 진출하고 있다. 또한 자유로운 투자정책을 가지고 있고, 합작회사(joint venture)를 허용하며, 소득수준이 높거나 민간보험 치료를 제공할 수 있을 정도로 충분히 많은 인구 즉, 시장성이 있는 국가들에 병원을 설립하려 하고 있는데, 예를 들어 의료서비스 공급자는 지역 파트너 혹은 지역 투자자와 합작회사(joint venture)를 통해 해외에 설립하고 있다. 시설인수는 많은 국가에서 제한을 두고 있기 때문에 상업적 설립을 위해 경영계약(management contract)이나 라이선싱(licensing)이 선호되고 있으며, 지역의료인력을 활용하기 위해 지역 파트너쉽(local partnership)이 추구되기도 한다.¹⁸⁾

18) 한편, 의학교육부문에 있어서 의과대학은 주로 지역대학과의 합작회사형태로 외국에 설립하고 있음. 이러한 형태의 상업적 주제는 공급자 및 소비자의 이동이 수반되기 마련인데, 이를 통해 학생 및 의료전문인이 이용할 수 있는 커리큘럼을 향상시키고 차별화시키고자 함.

상업적 주재에 대한 개방화 추세가 나타나고 있지만 여전히 교역장벽도 상당히 높다. EU 회원국은 신규병원설립에 제한을 두고 있으며 또한 거의 모든 EU 회원국은 상업적 주재에 있어서 해외보다는 자신의 지역을 선호하는 경향이 있다. 미국의 경우, 병원 혹은 보건의료시설의 설립은 수요에 기반한 양적 제한을 두고 있으며, 일본은 병원 소유에 있어서 최소한 일본에서 부여된 의사자격증을 가진 사람을 포함해야 한다는 제한을 두고 있다. 그리고 투자자소유 병원의 경우 영리로 운영되는 것을 금지하고 있다.

위와 같은 교역장벽 사례가 있지만, 많은 국가에서 보건의료에 대한 공공부문 지출 감소 및 공공재원부족을 경험하고 있어서, 이에 대해 보건의료서비스의 상업적 주재는 보건의료 기반구조를 향상시키고 투자를 위한 재원창출의 수단으로서 중요하게 고려될 수 있을 것이다.¹⁹⁾

4) 자연인의 이동(mode 4)

마지막으로 보건의료서비스는 자연인의 이동(mode 4)을 통해 교역될 수 있다. 보건의료서비스 공급자의 국경간 이동을 야기하는 요인으로 국가간 임금격차, 근무조건, 생활여건, 훈련 및 숙련향상, 유입국 및 유출국의 수급 불균형 등을 들 수 있다. 간호전문인력의 경우, 간호사가 보건의료진의 70%를 구성하고 있으며 직접적인 환자치료의 80%를 담당하고 있기 때문에 특히 중요하다. 대부분의 국가에서 간호사 인력 수급에 불균형이 존재하는데²⁰⁾ 예를 들어, 영국, 덴마크, 이스라엘, 이태리, 노르웨이, 중동국은 간호사 인력 부족국에 해당한다. 간호사의 국제이동은 간호사 이용량, 임금격차, 근무조건, 재훈련, 일자리 부족 등과 같은 요인으로 영향을 받고 있다.

보건의료서비스교역에서 의료인력이동은 주로 개도국에서 선진국으로 그리고 개도국간에서 발생한다. 의사들의 이동 중 56%가 개도국에서 선진국으로 이동하고 있는 반면, 11%만이 개도국간에 이동하고 있는 것으로 제시되고 있다.²¹⁾

19) mode 3에서의 교역이동은 주로 선진국에서 개도국으로 이루어지고 있으며 소수 개도국의 병원기업은 병원체인 설립을 위한 지역시장을 개척하는 노력을 하고 있음.

20) Oulton J, "International trade and the nursing profession", UNCTAD/WHO(1998).

보건의료인력이동의 예를 보면, 1984-94년동안 에디오피아에서 병리학 졸업생의 54.6%가 자국을 떠났으며, 가나의 경우 65명의 의대 졸업생 중 22명만이 자국에 남았다.²²⁾ 그리고 일정 기간동안의 계약으로 쿠바에서 가나로 의사들이 이동하는 것과 같이 저개발국에서 저개발국으로의 이동이 있다. mode 4로 가장 많이 의료인력을 유출하는 국가는 인도, 필리핀, 남아프리카이며, 이들 국가들은 중동, 미국, 영국 및 호주로 유입되는데 이 중에 중동은 다양한 분야에서 보건의료 전문인력을 필요로 하는 중심시장이다. 한편, 일부 국가에서는 의료진의 유출뿐 아니라 유입도 상당부분을 차지하고 있다. 예를 들어 자메이카는 미얀마, 나이지리아, 가나로부터 간호사를 유입하며 동시에 미국, 캐나다에 간호사를 유출한다. 그리고 영국도 의사 및 전문인을 미국, 캐나다에 유출하는 반면, 인도, 남아프리카, 아일랜드에서 간호사 및 의사를 유입하고 있다.

mode 4하에서 인력유출 및 유입으로 보건의료서비스를 교역하는 것은 개별 국가들의 요구 및 수요·공급의 특성에 따라 다양하다. 어떤 국가는 유출을 장려하는 반면, 다른 국가들은 허가 요구사항, 통관절차, 계약조항, 이민세 등의 형태로 유출을 억제한다. 한편 인력유입국의 측면에서, 미국과 같은 일부 선진국들은 자국의 의료인력 공급부족을 완화하기 위하여 의료전문인, 간호사와 같은 특정 직종의 유입을 장려하는 비자체계를 가지고 있는 반면, 나머지 직종의 의료인력은 비자 혹은 자격요건에서의 양적 제한으로 유입을 막고 있다. 이와 같이 전문인의 이동이 면허인정 조건뿐 아니라 해당 국가의 노동시장 및 이민 또는 출입국정책에 영향을 받을 정도로 보건의료서비스 교역에서의 mode 4의 범위는 규제정도에 의존한다.²³⁾

21) Chanda R.(2001)

22) Adams and Kinnon, "A public health perspective", UNCTAD/WHO(1998).

23) 보건서비스의 국경간 공급이 증가되어 유입국의 보건의료인력 부족현상이 감소될 경우 그리고 개도국의 보건의료인력이 최신기술 및 정보이용이 가능하게 될 경우 유입의 필요성이 감소할 수 있음.

다. 보건의료서비스부문의 수출전략²⁴⁾

보건의료서비스의 수출은 1) 재정부족을 완화시키며, 2) 외국인의 수요에 맞도록 자원을 이용함으로써 기반시설을 향상시키고, 3) 기술적 역량 향상 등을 위한 수단이 될 수 있다. 성공적 수출전략의 주요요소는 보건의료서비스의 국내생산과 외부시장간의 전방 및 후방 연쇄효과로 편익을 획득하는 것이다. 보건의료서비스에 대한 수출전략은 정부, 공공 및 민간부문, 민간부문 연합, 그리고 개별 회사 등 다양한 주체들에 의해 행해지고 있다.

1) 정부에 의한 수출전략

보건의료서비스의 수출로 외화를 획득하여 공공보건기관의 재정능력을 강화하기 위해서, 그리고 보건의료부문을 세계에서 경쟁력있는 분야로 만들기 위해서 수출하게 된다.

쿠바의 경우, 정부의 목표 중 하나가 의료강국을 만드는 것이었고, 이러한 관점에서부터 보건의료부문의 다면적 수출전략이 1980년대 말 이래로 행해지고 있다. 이 국가의 주요 수출전략 중 하나가 의료인 부족국가를 중심으로 의료인을 해외로 진출하는 것이다. 또한, 양질의 의료서비스와 경쟁적인 가격을 제공하는 전문화된 영역에 외국인환자들을 유인하는 것으로, 이를 위해 관광과 보건 의료접목을 하고 있다. 정부에 의해 설립된 교역회사인 SERVIMED는 여행사의 협력하에 보건/관광 패키지가 목표시장에 판매되도록 제공되고 있으며, 세계시장에서 경쟁적인 보건의료서비스를 만들기 위한 서비스차별화를 실시하고 있다. 이러한 쿠바의 성공전략으로 1995~96년 동안 25,000명 이상의 환자와 1,500명의 학생이 치료 및 교육을 위해 쿠바에 가고 있다. 그래서 외국인에게 보건의료서비스를 판매함으로써 벌어들인 소득이 2500만달러 이상에 달하는 것으로 알려지고 있다.

영국은 1988년 공공부문에 의해 제공되는 보건의료서비스 수출을 위해 공공

24) UNCTAD Secretariat, "Difficulties and opportunities for developing countries", 1998를 중심으로 작성함.

보건기업 및 기관의 마케팅분야로서 NHS해외기업(National Health System Overseas Enterprise: NHSOE)를 설립하였다. NHSOE는 공공보건의 보상 및 기준을 유지·증가시키기 위해 의료서비스를 수출함으로써 공공보건의료기관의 재정적 역량을 강화하고자 한다. NHSOE는 영국보건의료인력을 해외프로젝트에 참가하도록 함으로써 의료개발을 위한 기회를 제공하고 있는데, 공공보건의료기관이 해외에 서비스를 판매하고 재원을 획득할 수 있기 때문에, 이러한 전략으로부터의 효과는 상당히 긍정적으로 평가되고 있다. 한편, 교육 및 훈련 프로그램을 통해 NHS(National Health System)는 외국의 보건의료인력이 체류하도록 함으로써 의료인력 부족을 부분적으로 해결하고 있다.

요르단은 1990년 초이래로 아랍지역의 중심적인 의료센터가 되고 있다. 공공병원 및 의과대학을 현대화하기 위해 대규모 투자프로그램을 행하고 있으며, 동시에 보건의료부문에 내국 및 외국 민간투자를 위한 인센티브를 제공하여 그 결과 11개의 새로운 병원이 운영되기 시작했고, 유럽 및 북미의 우수한 보건의료센터와 원격교류 등을 통해 이러한 병원들의 수익을 증가시키고 있다.

2) 공공 및 민간부문에 의한 공동전략

호주는 1994년 민간기업과의 협력프로그램으로, 보건의료산업을 함께 이끌어 나가기 위해 국가보건산업발전포럼(National Health Industry Development Forum: HIDF)을 설립하였다. 이 포럼에는 보건부와 산업부가 공동으로 참가해 국경간 공급 및 해외소비와 같은 수출전략을 추진하고 있다.

한편, 중국의 공공 및 민간부문은 중국한의학을 기반으로 해외소비자를 유치하고 보건의료인력을 수출하며 해외의 상업적 주재를 위한 전략을 공동으로 개발해 오고 있다.²⁵⁾ 치료를 위해 중국으로 유입되는 대다수의 해외환자들은 외국에 거주하는 교포들이지만, 중국인 이외의 환자들도 증가하는 추세이다. 서비스공급자의 이동은 계약상으로 해외에서 일하는 보건팀의 형태를 취하고 있다. 해외에서의 경험 및 새로운 기법을 익혀 의료서비스 기준을 향상시키고, 전통

25) Houyuan X. "The case of China", 1998.

한의학의 장점을 해외에 알려 서구에서의 수요를 증가시키기 위해서 해외로 진출하고 있다. 중국은 1980년부터 의료 및 보건시장을 외국투자자에 개방하기 시작하였으며 외국기업과 합작회사(joint venture)형태의 투자를 허용하고 있다. 그 결과 1996년 해외 파트너를 가지는 60개의 합작회사(joint venture)가 병원부문에서 설립되었다.

3) 민간부문 연합에 의한 수출전략

민간부문 연합에 의해서도 시장에 투자하기 위한 수출기반 전략을 구사하고 있는데, 대표적인 예로 London Medicine이 있다. 이들의 주요 목표는 London 병원과 의과대학에서 임상, 교육 및 연구활동 등의 교류를 증가시키고 London Medicine의 제휴를 위한 사업기회를 개발하고 증진시키는 것에 두고 있다.

4) 민간기업에 의한 수출전략

정부의 수출장려정책을 활용하여, 보건의료관련 민간기업들이 수출전략을 개발, 해외로 진출하는 경우를 고려할 수 있다. 예를 들어, 싱가포르의 Parkway Group, Raffles Medical Group 경우를 들 수 있을 것이다. 캐나다에 있는 한 민간 클리닉은 양질의 서비스와 상대적으로 낮은 가격으로 미국시장을 개척하려고 노력하고 있다. 토론토에 있는 한 클리닉은 미국에서의 비용 일부로 환자에게 의료서비스를 제공하기 위하여 미국 보험회사, HMOs와 협력하고 있다.

3. 공공보건측면에서의 보건의료서비스 국제교역

현재 보건의료비용의 증가와 사회부문에서의 공공지출 감소 추세가 확대되는 상황 속에서, 보건의료서비스 및 기술을 수출하거나 해외소비자들에게 보건의료서비스를 자국에서 소비하도록 유인함으로써 많은 이득을 얻게 될 것임은 자명하다 할 것이다. 보건의료서비스의 교역은 추가적인 자원 창출을 통해 보건

의료시스템을 향상시키고, 외국의 수요를 만족시키기 위한 자원을 사용함으로써 인프라를 향상시키며, 의학지식 및 기술을 향상시킬 기회를 제공해 준다. 이에 보건당국은 국가보건서비스 및 국민들의 편익을 향상시키기 위하여 우선권 부여문제를 고려할 경우, 경제적으로 어떠한 변화가 수반될 것인지에 대해서도 평가해야 한다.

보건의료서비스 교역에 있어서 당면하는 문제는 수익성 및 자원 창출의 목적이 국민들의 건강증진과 조화될 수 있는가에 달려 있을 것이다. WHO는 이러한 목적을 달성하기 위해 세 가지 중간적 정책목표를 제시하고 있다. 첫째, 형평적 접근성(equitable access)으로, 이는 보건의료서비스의 동일한 요구에 대한 동일한 이용을 말하며 수직적 형평성과 결합된다. 수직적 형평성(vertical equity)은 사용자의 경제적 능력에 따른 분배를 의미한다. 둘째, 질(quality)적 측면을 정책목표로 고려할 수 있는데, 이는 보건의료시스템의 기준(표준)이 된다. 마지막은 효율성(efficiency)으로, 이는 자원배분과 관련된다. 본 서에서는 보건의료서비스 공급형태별로 형평성(equity), 질(quality), 효율성(efficiency)에서 교역이 공공보건에 어떠한 영향을 미치는 지를 고찰한다.²⁶⁾

가. Mode 1: 국경간 공급

〈형평성(equity)〉

개도국에서는 원격의료관련 기술비용 문제로 인하여 원격의료 사용 증가가 보건의료서비스의 형평적 접근성을 향상시키게 될 것인지를 판단하기 어려울 수 있다. 첫째, 원격의료를 위한 기술관련 비용이 기부자(donors)에 의해서만 부담될 경우, 지역병원은 원격의료서비스를 이용하여 지역민들에게 양질의 치료를 제공함으로써 형평성을 향상시킬 수 있는 결과를 유도할 수 있다. 둘째, 공공부문에 의해 기술비용이 투자된다면, 이는 공공재원의 특성에 따라 상이한 결과가 나타나게 된다. 예를 들어, 간접세를 가지고 투자한다면, 수직적 형평성의 관점에서는 공평하다고 여겨지지 않을 수 있다. 셋째, 사용자 지불 혹은 의

26) Adams and Kinnon, "A public health perspective", UNCTAD/WHO(1998)을 주로 참고함.

료보험이 원격의료를 위한 재원조달에 이용된다면, 지불체계 혹은 의료보험체계가 국민들의 상대적인 소득을 고려한 것인지에 따라 형평성에 관한 판단이 상이하게 나타날 것이며 또한, 재원조달이 혼합형태로 존재할 경우 형평성에 관한 판단이 더욱 어려워 질 것이다.

더구나 의료전문직의 이동도 고려해야 할 것이다. 원격의료의 업무가 자신의 기술, 임금 및 경력을 향상시키는 기회로 작용하기 때문에 다른 서비스로부터 숙련된 보건관련 종사자가 원격의료부문으로 이동할 경우, 보건시스템의 인적 자원 이용에 따른 혜택은 원격의료를 이용하는 환자들에게만 주어져서, 전반적인 형평성을 감소시키게 되는 결과를 초래할 수 있다. 반면, 원격의료의 의료서비스를 이용하기 힘든 비수혜지역에 있는 사람들에게 제공된다면 형평성이 상당히 향상될 것이다.

〈질(quality)〉

원격의료는 전반적으로 보건의료서비스의 질을 향상시킨다. 예를 들어, 1차 진료의사는 세계의 전문가로부터 자문을 구할 수 있으며, 간호사들도 원거리에 있는 의사들의 가이드를 접함으로써 의료의 질을 향상시킬 수 있다. 뿐만 아니라 원격이미지를 사용함으로써 어떤 지역에서 보유하지 못한 기술 및 장비를 대신해 신속한 진단을 제공받을 수 있다. 단, 여기에는 기술사용과 관련된 치료 및 훈련의 표준을 유지하는 적절한 메커니즘이 요구된다.

〈효율성(efficiency)〉

보건의료서비스의 효율성 측면에서 원격의료의 효과는 관련비용으로 평가될 필요가 있다. 여기에는 통신 인프라, 장비 및 운영뿐 아니라, 커뮤니케이션을 운영하는 전문인의 훈련도 포함된다. 효율성을 평가하는데는 재원이 근본적인 요소로 작용하며 공공 및 민간부문 또한 관련되어 있다. 만약 원격의료 시행을 위하여 상당한 자본투자가 요구된다면, 시장에서 민간부문만의 재원조달은 극히 드물 것이다. 그리고 원격의료를 위해 공공재원을 이용하는 것은 비용효과성의 의문을 증폭시키는 결과를 초래할 수 있다. 왜냐하면, 첨단기술을 사용하

지 않는 일반적 형태의 치료를 위한 투자가 사망률 혹은 유병률 측면에서 좀더 효과적일 수도 있기 때문이다. 또한 원격의료와 같은 기술, 그리고 규제를 위한 개발 및 운영비용에 희소자원을 할당한다면, 기존에 제공되던 서비스 중 어떤 서비스를 기회비용으로 삼아야 하는지도 고려되어야 한다.

그러나 한편으로는 수련교육을 위한 커뮤니케이션의 개발은 해외로 나가는 의료전문인을 감소시키게 되는 기대효과도 가진다. 그래서 원격의료로 제공되는 수련을 통하여 정부가 유학생들에게 보조하는 것보다 적은 비용으로 교육이 가능할 수 있을 것이며, 이로부터 발생한 편익은 보다 많은 사람들에게 돌아갈 수 있을 것이다. 그러므로 장기적인 관점에서 자원을 절감할 수 있다.

〈표 II-10〉 mode 1의 국제교역 기대효과: 공공보건측면

구분	긍정적 측면	부정적 측면	비고
형평성	○의료비수혜지역에 의료서비스 공급 가능	○공공재원의 종류에 따라 수직적 형평성 상이	○간접세에 의한 재원 조달의 경우 형평성 감소
의료의 질	○저명한 의료진으로부터 자문 가능 ○정보통신장비를 이용한 의료 기술 및 장비의 공유	—	○기술 및 장비의 표준화문제
효율성	○다수에게 의료교육이 제공되어 비용대비 효과 증가	○원격의료투자로 인한 재원감소로 기존의 서비스영역 감소	○공공재원의 비용효과성 고려

나. Mode 2: 해외소비

〈형평성(equity)〉

외국환자들에게 제공하는 보건의료서비스로 인해 내국인의 보건의료 재정 및 서비스 접근에 부정적인 영향을 최소화하는 것이 중요하다. 의료인들에게 보조하기 위해 공공재원을 사용할 경우 내국인이 보건의료서비스를 이용할 기회가 감소될 수 있다. 그리고 공공부문의 보건의료인(의사, 간호사 등)이 외국환자들을 치료할 경우, 의료시장에서의 서비스 공급에 영향을 줄 수 있다. 특히 보건의료시스템의 역량이 제한되어 있을 경우, 의료서비스를 이용하기 위해 내국

환자들과 외국환자들이 경쟁하게 되는 결과를 초래할 수 있을 것이다.

〈질(quality)〉

만약 외국환자들을 유치하고자 한다면, 양질의 의료서비스를 제공해야 할 것이며, 이는 인적 및 물적 자원의 향상과 관련되어 있다. 외국환자들을 치료하기 위한 정책으로부터 유도된 서비스 향상은 내국민에게까지 편익이 확산될 것으로 기대할 수 있다. 그러나 외국환자들을 치료하기 위해서 별도의 시설 및 보건의료 전문인을 둔다면, 질적 향상이 시스템을 통해 확산되지 않을 수 있음을 고려해야 할 것이다.

반면, 이러한 의료공급자가 일반인을 대상으로 한다면(예를 들어, 지역민에게 서비스를 공급하기 위해 정부와 서비스 공급자와의 계약을 통해), 좀더 일반화된 질적 향상이 기대될 수 있을 것이다.

〈효율성(efficiency)〉

해외소비의 효율성을 살펴보기 위해 보건의료 공급자 및 환자의 측면으로 나누어 고려해 볼 수 있다. 우선 보건의료 공급자의 측면에서 살펴 볼 경우, 외국환자들을 유치할 목적으로 보건의료서비스를 향상시키기 위해 고가의 첨단기술 등의 투자에 공공재원을 사용한다면 상당한 비용이 소요되는 반면, 이로 말미암아 보건의료시스템의 접근성 및 의료의 질을 향상시키는데 투입되는 재원이 감소하게 될 것이다. 그러나 외국환자들에게 제공한 결과로 발생한 의료수익이 교차보조금과 같은 형태로 이용된다면, 접근성 및 의료의 질을 향상시키는데 배분될 수도 있을 것이다.

환자의 측면에서 효율성을 살펴볼 경우, 다수의 국가에서 내국민이 자국에서 특정 치료를 받을 수 없을 때 해외에서 치료를 받게 된다면 보조금을 지급하고 있으나, 이는 공공보건측면에서 본다면 복잡한 정책적 문제가 발생할 수 있다. 왜냐하면 이러한 서비스가 공공의 편익으로 제공되어야 하는 것인지, 그리고 만약 그렇다고 한다면 그 편익이 어떤 서비스범위에 적용해야 하는 지에 관한 의문이 발생할 수 있기 때문이다. 그리고 만약 편익이 발생한다고 하더라도 향

상 효율적으로(혹은 형평성 있게) 사용되지 않을 수 있다. 예를 들어, 어떤 환자는 국내에서 제공되는 서비스를 해외에서 받을 수 있기 때문이다. 반면, 환자가 해외에서 치료받는데 공공재원을 사용함으로써 비용효과적인 부문이 존재한다면 이와 관련된 메커니즘이 잘 운영되도록 하는 것도 중요할 것이다.

〈표 II-11〉 mode 2의 국제교역 기대효과: 공공보건측면

구분	긍정적 측면	부정적 측면	비고
형평성	—	○외국인 환자 유입에 따른 내국민의 서비스 이용기회 감소	
의료의 질	○서비스 향상에 따른 내국민의 편익확산	—	○서비스공급 대상의 일반화로 전반적인 의료의 질 향상 효과 확대
효율성			
공급자	○의료수익발생	○환자유인을 위한 과도한 시설 투자	
환자	—	○해외소비 남용	○비용효과적인 해외소비를 위한 메커니즘이 요구됨

다. Mode 3: 상업적 주재

〈형평성(equity)〉

보건의료부문에서 병원 혹은 의료보험 등의 형태로 외국 보건의료기관의 상업적 주재가 존재할 경우, 보건의료서비스의 전달측면은 향상될 것이나, 부유층에게 보다 많은 혜택이 돌아가게 될 수 있다. 그러나 지불능력이 있는 사람들이 민간부문의 의료서비스를 더욱 사용하는 한편, 기존자원이 공공부문에 재배분되는 비율이 증대된다면, 빈곤층의 보건의료 접근성은 향상될 수도 있을 것이다.

한편, 외국의 상업적 기업이 주재할 경우, 국내의 인력유출(brain drain)을 야기시켜 보건의료시장을 왜곡시킬 수 있다. 보건전문인력이 부족한 전문분야의 경우 공공부문의 의료전문인력이 민간부문으로 이동함으로써 국민 다수에게 제공하는 공공부문의 숙련된 보건전문인력들이 감소하게 되는 결과를 초래할 것

이다. 그래서 보건의료시스템이 점차적으로 이중구조 즉, 상이한 인구그룹에게 상이한 의료서비스를 제공하게 되는 위험이 존재하게 된다. 그래서 보건시설 경영에 있어서 외국기업의 주재 증가는 보건의료서비스 접근의 형평성을 위해서는 다소 부정적인 측면이 있음을 고려하여야 할 것이다.

〈질(quality)〉

병원 및 의료기관운영에 있어서 상업적 주재의 증가는 우수한 경영기법 및 정보시스템의 도입으로 질적 수준이 향상될 수 있다. 그러나 실제적이고 포괄적인 보건의료의 질을 향상시키고자 하는 접근 대신에, 첨단의료기술을 중심으로 하여 질적 수준을 향상시키고자 하는 접근을 시도할 수 있다. 그래서 정부는 사회적으로 우선순위시 되어야 할 의료서비스 요구를 충족시키기보다는 첨단기술을 토대로 한 서비스를 위해 자원을 배분하도록 요구하는 압력을 받을 수 있다.

한편, 외국 병원 및 보험사의 유입으로 공공서비스가 민간서비스로 대체되는 대체효과를 낳을 수 있다. 이들은 자신의 질적 수준에 관계없이 공공 서비스로부터 자원을 유인하려 할 것이므로 보건의료부문에서 외국과의 경쟁이 반드시 질적인 측면에서의 향상을 가져다 주는 것은 아닐 수 있다.

의료교육측면에 있어서 상업적 주재는 교육방법, 커리큘럼 등을 공유하고 있다면 상업적 주재는 국내교육기관에 긍정적인 외부성을 가질 수 있다. 그러나 공공부문에 소속되어 있는 우수한 교육자가 민간부문으로 이동하게 된다면, 교육의 질적 수준이 문제시 될 것이다.

〈효율성(efficiency)〉

국내에 주재하고 있는 외국기업이 보건의료분야에 투자를 할 경우 보건의료분야의 전반적인 재정수준은 증가하게 될 것이다. 재정자원의 유입으로 인해 정부의 보건의료관련 지출의 재정적 압박을 감소시켜 공공 재원에 좀더 효율적인 방법으로 재배분하도록 하는 측면도 존재한다. 그러나 일반적으로 민간부문의 서비스 또한 어느 정도는 정부로부터 직·간접적으로 보조를 받기 때문에 이

러한 조건들이 달성되는데 한계가 따른다. 더구나 외국기업을 유치할 경우, 세계혜택과 같은 외국기업의 진출을 유도하기 위한 규정이 있을 것이다. 그러므로 외국의 민간기업은 공공 재원과 별도로 있기보다는 실제로 공공 재원을 흡수할 수 있다.

외국기업의 유입으로 보건의료서비스의 전달 및 재원에 있어서 경쟁을 증가시키게 된다. 그러나 다른 부문과는 달리 보건의료부문에서는 시장실패가 지배적이어서 공급자간의 경쟁심화가 반드시 효율성을 향상시킨다고 볼 수는 없다. 공급자 유인수요로 인하여 서비스 양이 증가하며, 환자를 유인하기 위해 병원으로 하여금 첨단 기술 장비에 투자하도록 해서 비용이 급격히 증가하게 된다. 그리고 민간보험사의 경쟁이 cream skimming²⁷⁾을 초래할 수 있다.

그래서 정부가 외국인의 상업적 주재와 경쟁강화를 통해 보건부문의 효율성을 향상시키고자 한다면, 강하고 효과적인 규제와 민간부문에 적절한 인센티브를 제공해야 한다. 왜냐하면, 외국기업은 규제된 환경하에서 정부규제의 틀보다 상당히 치밀하게 대응하고 이윤창출이라는 목적이 우선시되기 때문에 전반적인 형평성 및 효율성을 저해할 수 있기 때문이다.

〈표 II-12〉 mode 3의 국제교역 기대효과: 공공보건측면

구분	긍정적 측면	부정적 측면	비고
형평성	○보건의료서비스의 전달 향상	○외국병원으로의 의료인력이동으로 공공부문 인력난 가중 ○보건시스템의 이중구조	
의료의 질	○우수한 경영기법 및 정보시스템 도입으로 질적 수준 향상	○의료의 질 향상을 위한 첨단기술투자로 자원배분 왜곡가능성	○외국병원의 유입으로 인한 경쟁증가가 반드시 질적 측면을 향상시키는 것은 아님
효율성	○공공재정부족 완화에 따른 효율적 재분배 가능	○공공투자 유인을 위한 외국기업에게의 세계혜택 ○공급자 유인수요 ○첨단기술장비의 과다투자	○공급자간 경쟁증가가 반드시 효율성을 향상시키는 것은 아님

27) 이윤창출을 최대목표로 하는 영리추구 기업이 고수익 의료서비스 분야에만 노력을 집중시키는 현상을 말함.

라. Mode 4: 자연인의 이동²⁸⁾

〈형평성(equity)〉

만약 인적자원이 부족한 경우라면 인력유출로 인해 서비스 접근은 감소하게 된다. 특히, 공공보건 전문직과 같은 영역의 전문인 수가 제한되어 있는 경우라면, 소수인의 인력유출이라 할지라도 전체 서비스에 미치는 파급은 상당히 클 것이다. 반면에 인적자원이 과잉공급되고 있는 경우라면, 형평성보다는 효율성을 중심으로 고려되어야 할 것이다.

〈질(quality)〉

만약 매우 우수한 의료전문인력이 해외로 이동한다면 보건의료의 질이 감소될 것임은 자명한 일이다. 보건의료인력의 유출을 보완하기 위해 해외로부터 유입할 경우, 이들 의료의 질적 수준이 해외로 이민한 인력보다 낮다면 의료의 질이 상당히 저하될 것이다. 그러므로 보건의료인력을 채용할 경우 높은 질적 수준을 보장하는 인력을 채용하도록 하는 규제가 존재하게 된다. 한편, 보건의료인력의 일시적 이동은 긍정적인 효과를 가져다 줄 수 있는데, 왜냐하면, 해외에서 익힌 기술 및 지식을 토대로 국내의 의료의 질을 향상시키는데 기여할 수 있기 때문이다.

〈효율성(efficiency)〉

대부분의 국가에서 보건의료인력의 교육을 위해 공공재원으로 보조하고 있으며, 이에 상당한 투자가 이루어지고 있다. 결과적으로 보건의료인력의 유출은 인력유입국에게 보상받지 못하는 보조금을 제공하게 되는 것이라 볼 수 있다. 또한, 인력유출의 결과로서 보건의료인력의 부족을 대체하기 위한 조치는 추가비용을 수반한다. 이러한 추가비용은 해외에서 발생한 소득의 송금을 통해 일

28) GATS는 서비스를 공급하는 사람의 주체에 대해 제한사항을 두고 있음. 즉, 서비스공급은 영구적인 기간이 아니라 일정기간동안 해외에서 공급하고자하는 사람들에게 한함(WTO, General Agreement on Trade in Services, Annex on Movement of Natural Persons Supplying under the Agreement, paragraph 2).

정부분은 상쇄될 수 있지만, 공공부문에 직접 보상되는 것은 아닐 것이다. 보건 의료인력의 유입국이 누리고 있는 편익에 대한 보상협정으로 인력유출국이 겪고 있는 교육 및 훈련 투자로부터의 손실분을 최소화할 수도 있을 것이다. 그러나 정부가 자국의 보건의료인력의 고용에 대해 계약을 행함으로써 인력유입국으로부터 보상을 받을 수도 있겠지만, 이는 쿠바와 같이 정부가 노동인력을 소유한 경우가 아니라면 불가능하다. 어떤 국가에서는 이민세 혹은 수업료의 환불 등과 같은 이민을 감소시키려는 인센티브나 혹은 해외에서 다시 입국하는 의료인들에게 비과세 혹은 감면 등과 같은 인센티브를 사용하기도 한다.

적절한 규제 및 국내보건시스템에서의 근로·소득조건의 향상과 수반되지 않고 이와 관련된 장벽이 낮아지게 된다면, 공공보건측면에서의 형평성, 의료의 질, 그리고 효율성 모두 악화될 것이다.

<표 II-13> mode 4의 국제교역 기대효과: 공공보건측면

구분	긍정적 측면	부정적 측면	비고
형평성	—	○접근성 감소	
의료의 질	○해외에서 습득한 기술 및 지식을 토대로 한 의료질 향상	○의료전문인력 유출에 따른 질적 저하 ○질적 수준이 낮은 의료인력의 유입	○해외의료인력 채용시 질적 수준을 보장하는 규제가 요구됨
효율성	○해외소득의 국내유입	○인력유출로 인해 교육투자에 대한 공공재원손실	

마. 보건의료서비스의 교역(개도국의 경우)

보건의료서비스 부문에 있어서 정부가 교역을 고려할 경우, 상업적 관심과 더불어 국민전체의 의료의 질 향상 및 효율적인 서비스, 접근성 향상 등을 보장하는 사회적 우선순위와 조화되는 선택을 해야 할 것이다. 보건의료서비스에서 교역을 향상시키는 정책은 공공보건을 증진시키기 위한 목적으로 선택되어야 한다. 그래서 정책입안자들은 상이한 선택사항을 국내의 우선사항(priorities)과 비교할 필요가 있는데, 이를 위해 아래에 제시된 <표 II-14>를 검토해 보

아야 할 것이다. <표 II-14>에서는 주요이슈를 체계적으로 설정해 두었으며, 종축에는 공급형태를, 횡축에는 보건정책의 목적을 제시하고 있다. 여기서 제시되는 바와 같이 보건정책 목적에 따라 각각 상충관계(trade-off)가 존재하고 있음을 알 수 있을 것이다.

<표 II-14> 보건의료서비스 교역에서의 상충관계: 개도국의 경우

공급형태	보건정책목적		
	형평성	질	효율성
국경간 공급	벽지지역에 의료서비스 제공	질적 수준 향상	실질적 투자
해외소비			
외국 환자들의 유입	내국민들이 이용가능한 의료시장 협소	질적 수준 향상	-
학생들의 유출	-	숙련향상	투자 손실
상업적 주체	부유층 및 빈곤층의 이중구조 시스템	-	자원 제약 감소
자연인의 이동	서비스 접근성 감소	질적 수준 감소	공공투자 손실 vs. 외화유입(사적 편익)

여기서 언급된 세 가지 공공보건 목적 이외에도 다른 요소들이 고려되어야 한다. 그러나 교역으로 인한 보건의료서비스의 성과에 미치는 영향력에 대한 근거가 아직은 미흡한 실정이다. 교역으로 인해 보건의료서비스에 미치는 효과는 보건의료부문개혁의 맥락에서 조사되어야 할 필요가 있을 것이며, 보건서비스에서의 교역은 교육, 관광, 운송, 기반시설 등과 같은 경제부문과 고용, 이민 정책과 같은 거시경제적 수준과의 영향도 고려되어야 할 것이다.

보건의료부문에서 완벽히 기능하고 있는 시장이 자원 배분의 효율성은 달성할 수 있을지라도 사회적 목표와는 양립하지 않을 수 있다. 그러므로 공공보건의 목적에 부정적인 영향력을 최소화하기 위해 차선(second best)의 해결책을 강구해야 할 것이며, 다른 한편으로는 보건의료서비스에서의 교역으로부터 획득된 경제·사회적 편익을 최대화하여야 할 것이다. 이를 위해 교역으로부터의 수익 일부를 국내 보건발전을 위해 배분하며, 외국 및 국내보건의료서비스간의

상호작용으로 국민전체의 편익을 보장하는 메커니즘을 개발하고, 우수한 보건 전문인력의 유출을 저지하기 위한 인센티브를 도입하며, 국가간 또는 지역의 교역그룹내 협력강화 등도 고려해 보아야 할 것이다. 궁극적으로는 정부가 보건의료부문의 교역과 관련된 민간부문에 대해 강하고 효과적인 규제의 틀을 제공하는 것이 중요하다.

4. 보건의료서비스의 지역교역

가. NAFTA²⁹⁾

NAFTA의 회원국인 미국, 캐나다, 멕시코의 세 회원국간 보건의료부문은 각각 상이한 제도를 가지고 있어 회원국의 요구, 관심, 태도가 상이하여 보건의료 서비스교역에 관한 공동의 규제조치를 마련하는데 제약이 따르고 있다.

NAFTA 지역내에 서비스공급자의 일시적 이동을 위한 규정을 지니고 있으나, 여기에 보건의료 전문인력의 이동은 배제된다. 보건의료인력은 이동하고자 하는 국가의 규제로 제약을 받고 있는데, 면허 및 자격증 인정에 관련된 사항들이 이에 포함된다. 이러한 요구조건 및 절차가 세 회원국간에 차이를 보이고 있으며 지금까지도 이를 조정하려는 노력들이 미흡한 실정이다.

그러나 세 회원국들이 보건서비스에 관해 보건서비스공급자의 국경간 이동을 장려하고, 국가간 훈련을 촉진하고 자격증 상호인정을 위한 토대구축과 관련된 조항들도 NAFTA에 포함되었다. 예를 들어, 보건의료공급자의 이동에 관해 NAFTA annex에서는 면허 및 자격증에 관한 기준을 논의할 전문직 단체를 요구하고 있으며, 보건의료서비스 전달에 있어 지역적인 조화를 유도하고 있다. 그리고 면허인정이 자동성립되는 것은 아니지만, 1996년 국적 및 영구거주자라는 요구사항들이 NAFTA하에서 삭제되었다. 또한 보건서비스공급자들은 이들

29) UNCTAD(1997), "International trade in health services: difficulties and opportunities for developing countries", background note by unctad secretariat.

이 공급하고자 하는 지역을 자유롭게 선택하도록 허용한다. NAFTA에는 쿼터 제한하에서 교육 및 연구목적의 의사 및 관련단체 등의 일시입국을 장려하는 조항이 포함되어 있다. 이러한 조항들이 기존의 이민 및 노동시장규제를 개정하는 것은 아니지만, 의사에게 비자를 주는 출입국 관리소의 임의적인 영역을 제거함으로써 진입절차를 단순화시키는 효과가 기대된다. 간호사의 경우 1994년 NAFTA하에서 북미간호사를 위한 3개국 간의 협력적 벤처가 이루어졌는데, 이것은 간호사간의 비차별적인 대우, 그리고 명료하고 입증가능한 면허관련 요구사항을 위하여 간호사의 상호면허인정을 위한 수용가능한 기준마련 및 조정 등에 목표를 두고 있다.

NAFTA는 또한 그 지역내 보건부문에 외국인 직접투자를 장려하는 규정을 포함하고 있다. 예를 들어, 병원 및 클리닉에 있어서 외국인 직접투자는 완전개방하고 있다. 외국인 직접투자를 증대시키기 위한 구체적인 방안이 NAFTA하에 존재하는 것은 아니지만, 미국기업이 멕시코의 보건부문, 특히 병원, 클리닉, HMOs에 투자하려는 관심은 증대하고 있다. 미국기업은 1990년대 동안 멕시코 도시에 보건의료시설을 설립해 왔다. 예를 들면, 달라스에 모기업이 있는 International Hospital Corporation는 Hermosillo와 Chihuahua에 두개의 민간병원을 설립함으로써 멕시코에 민간보건의료시스템인 CIMA를 발전시키고 있다.³⁰⁾

마지막으로, NAFTA는 지역내 소비자의 국경간 이동을 증가시키는데 기여해 왔다. 캐나다에 있는 민간클리닉은 저렴한 비용과 양질의 서비스로 미국시장에 진입하려고 있다. 캐나다와 미국의 보건의료 통합으로, 미국의 보험회사와 HMOs, 캐나다의 클리닉이 저렴한 비용으로 미국 소비자들에게 의료서비스를 함께 제공할 수 있다.

30) 이 병원은 멕시코, 코스타리카 등지에도 설립하기 위한 계획을 추진 중이며 미국기업 또한 일인당 국민소득 및 의료수요가 높으며 인구가 고령화되고 있는 캐나다 보건의료부문투자에 상당한 관심을 가지고 있음. 그러나 미국은 캐나다 정부의 보건의료부문에 대한 보조금을 교역장벽으로 보고 있는 반면, 캐나다는 미국 의료보험기업의 진입으로 인해 자국의 공공의료보험시스템에 보조금이 축소되는 것에 우려를 나타내고 있음.

나. EU³¹⁾

모든 지역의 교역협약 중에 EU는 보건서비스교역과 관련된 핵심적인 규제영역에서 가장 큰 진보가 이루어졌다고 할 수 있을 것이다. 회원국간에 전문직 기준 및 자격증을 조정하기 위한 이니셔티브를 지니고 있으며 1975년 초에 EC국은 전문직 자격증과 관련된 조항을 수정하기로 합의하였다. 이러한 조항의 목적은 EU회원국간에 보건의료전문직의 교육 및 자격증상호인정을 보장하기 위함이며 의과대학졸업생 및 간호사를 위한 유럽모델 개발도 포함하고 있다.

전문직의 지역간 이동을 촉진하기 위해, EU는 자격 및 기준을 수렴하고 조정하기 위한 규정을 가지고 있다. 대학 학위를 대등하게 인정하기 위한 시스템을 가지고 있는데, 이는 교육과정에 주요 차이점이 존재하는 부분은 제외하고 교육수준의 상호신뢰 및 동등성을 위한 원칙에 기초하고 있다. 교육과정에 차이가 존재하는 부분에 대해서 인력유입국(host country)은 기준과 차이가 나는 기간을 보충하도록 혹은 적합 심사를 받도록 함으로서 이러한 차이를 보완하도록 요구할 수 있다. 그리고 EU는 서비스 공급시 여타 회원국과의 차별적 대우를 금하고 있다. 그러나 지금까지 보건서비스를 위한 공통의 규제적 틀을 개발한다든지, 혹은 교육 및 실행에 관한 공통의 기준을 설정하는데 그다지 많은 진전이 이루어지고 있는 것은 아니다. 보건의료에서 전문인의 활동 규제는 회원국마다 매우 상이해서 보건의료서비스에서 전문직의 지역간 이동에 제약이 되는 측면도 존재한다.

EU회원국의 환자들은 환자내국의 범규에 따라 보건의료서비스의 해외소비에 대한 보험적용범위가 결정되기 때문에 보험적용범위가 다소 제한적이긴 하지만, 지역내에 보건의료서비스의 해외소비를 촉진하기 위한 의료보험의 적용 및 지불에 관한 협정이 존재한다. 그리고 EU와 비회원국간에 부분 혹은 전체적인 공공의료보험 적용을 허용하는 양자간 협상도 존재한다.

31) UNCTAD(1997), "International trade in health services: difficulties and opportunities for developing countries", background note by unctad secretariat.

다. 기타 지역간 협정

이상의 NAFTA, EU의 지역교역과 더불어, 보건의료서비스교역을 촉진하기 위한 비공식적인 지역간 협정이 존재하기도 한다. 예를 들어, 호주는 해외서비스의 형태로, 합작회사 및 컨소시엄 형태의 상업적 주체를 통해, 그리고 컨설팅, 경영 및 교육서비스의 수출을 통해 아시아-태평양지역에 보건의료서비스를 수출하고 있다. 최근에는 보건의료를 구매하고자 하는 사람을 위한 의료비자를 도입했으며 병원교육과 관련된 국제부를 설립하였다. 그리고 호주는 그 지역으로부터 보건의료공급자를 수입한다. 이러한 유입을 촉진시키기 위해, 아홉 가지 임시거주비자를 보유하고 있어 의료인 및 교육자 등의 전문인력에게 적용할 수 있게 하고 있다.

이들 지역의 예는 국경간 인력이동, 국경간 소비자 이동, 교육 및 연구, 원격 의료, 경영, 컨설팅, 그리고 투자 등의 교류를 통해 비록 제한점은 존재하지만, 보건의료서비스의 지역적 협력을 위한 범위가 상당함을 제시해 준다. 이와 같은 지역협력을 통한 교류로 고용창출, 기술개발, 외화소득 등과 같은 지역의 편익이 파급된다는 점에서 의미가 있다고 할 수 있다. 반면, 공식적인 지역간 교역협정 내에서도 보건의료서비스를 위한 공통의 규제 틀을 확립하고 기준을 조정하기는 쉬운 일이 아님을 입증하고 있다. 그러나 이러한 협정은 보험의 적용과 같은 이슈 및 이와 관련된 광범위한 논의를 거친다면 지역내 편익의 파급이 더욱 크게 나타날 수 있을 것이다.

5. 주요국 보건의료서비스 교역

가. 중국³²⁾

중국에서는 보건의료서비스수출을 위해 공공 및 민간부문에 의한 공동전략이

32) Houyuan Xing(1998) in "International trade in health services: development perspective" by UNCTAD

존재한다. 이 전략의 핵심은 해외소비, 상업적 주재, 그리고 보건의료서비스 공급자의 이동에 있다. 그리고 중의학 및 특수치료를 중심으로 해외소비자에게 자국의 의료서비스를 제공하려 하고 있다. 중국에 오는 외국인자들은 해외 근무자 및 유학생, 관광객 및 해외거주 중국인들이며 중국에 거주하고 있는 관광객 및 외국인들 대부분은 베이징, 상하이, 광둥과 같은 대도시에서 의료서비스를 받고 있다. 이외에도 어떤 외국인 및 해외거주 중국인들은 중국전통의료서비스를 위해 중국에 들어온다. 그래서 중국은 외국인환자들에 대한 시장분할을 위해 대체의학시장에서의 틈새를 만들려고 노력하는 한편, 중국 정부는 중국전통의학을 해외에 보급하기 위해 외국정부 및 외국의료기관과 협정을 맺고 있다.

중국의 수출전략은 해외파트너와의 합작회사 등으로 외국의 상업적 주재에 역점을 두고 있다. 상대적으로 소규모이지만, 1995년 말까지 20개 이상 국가에 약 100개의 합작회사가 존재했다. 이러한 합작회사로 중국은 노동서비스 및 기술을 제공하는 반면, 외국기업 도입국에서는 토지 및 시설을 제공하는 형태를 취하고 있다. 전통적인 중의학 시설도 해외에 진출하고 있는데, 이들은 침술 및 뜸질과 같은 전통적인 중의학을 시술하는 의사 몇 명으로 구성된 소규모 클리닉이다.

중국은 또한 의료팀으로 보건의료 공급자의 이동을 통한 수출을 장려한다. 이러한 수출은 국영노동수출기업에 좌우되며 정부간 노동수출협약에 바탕을 둔다. 약 15,000명의 서양의학 중의, 약사 및 간호사가 지난 30년 동안 해외로 보내졌는데, 아시아, 남태평양, 유럽 및 북미 등 20개 이상 국가로 송출되었다.

한편, 중국의 보건의료서비스교역에서 국경간 공급을 촉진하는 노력은 보이지 않고 있다. 국경간 공급을 위한 범위는 정보통신부문의 기반구조 취약성으로 제한되고 있다. 정보이전, 외국연구기관과의 학술적 교류, 도서지역 및 홍콩, 마카오, 타이완, 동남아시아국과의 원격진단서비스 등이 사용된 원격의료는 존재하고 있긴 하지만, 교역에 많은 가치를 두고 있지 못하다.

반면, 중국은 서비스 수입, 특히 상업적 주재에 관한 자유화전략을 취하고 있다. 보건의료부문은 1980년 이래로 외국인투자에 개방하여 외국인 소유 및 합작회사가 중국의 보건의료부문에 허용되고 있고 1996년 말 현재, 병원부문에

60개의 합작회사가 존재했다.

mode 2, 3, 4에 대한 보건의료서비스 수출정책에도 불구하고, 중국의 수출규모는 상당히 협소한데, 이는 외부 및 내부장벽에 기인한다. 보건의료전문인의 이동을 통한 수출에 있어서 중국 의사가 유럽 및 북미지역에는 학위가 인정되지 않기 때문에 의료활동을 위한 면허요구사항으로 제약을 받고 있다. 중국 의사들은 해당 국가의 자격시험을 통과해야 하는데, 이때 시험조건 및 언어로 인한 문제점에 직면한다. 해외소비를 통한 수출은 보험적용범위, 특히 대체의학에 대한 이해수준이 전반적으로 낮다는 것을 고려해 본다면, 전통중의학이 보험회사에 의해 전문자격증을 인정받고 치료가 허용되는 경우가 미흡하여 이것이 제약요인으로 작용하고 있다. 중의학의 성격상 치료절차가 길고 비용이 높을 수 있어 보험적용대상의 고려에서 제외될 수 있다는 난점을 지니고 있다. 문화적·언어적 차이 또한 지속적인 상호작용이 요구되는 치료를 하기에 어려움으로 작용할 수 있다. 더구나 의료시설의 부족, 현대의료의 기반구조 및 기술에의 투자부족, 정보통신부문의 저수준, 교육시스템의 차이, 그리고 마케팅 및 정보확산의 문제점 등으로 인한 요인으로 중국의 보건서비스교역이 제약을 받고 있다.

나. 영국³³⁾

영국도 보건의료서비스를 수출하기 위한 정책을 채택하고 있는데, 1988년 영국의 공공보건의료기관을 위한 마케팅으로써 NHS 해외기업을 설립하였다. 이는 국내기관의 재정능력을 향상시키고, 공공보건의 범위 및 기준을 증가시키며 해외프로젝트 및 교육·훈련프로그램 참가를 통해 영국의 보건전문인들에게 개발기회를 제공하기 위함이다.

영국은 해외소비형태로도 보건서비스를 수출한다.³⁴⁾ 유럽 및 구식민지 국가 등 60개국과 상호조약을 맺고 있으며 이러한 상호조약으로 외국인들은 영국인들과 동일한 대우를 받는다. 실제 NHS는 영국을 방문하는 외국인들에게도 관

33) R. Chanda(2001)

34) 런던병원에 있는 병상의 1/5은 외국인들로 채워지고 있음.

대하게 서비스를 제공하고 있다. 그러나 이러한 해외소비에 대한 자유로운 접근방식이 병원관광(hospital tourism)을 부추김으로써 외국관광객에 의해 NHS의 오용을 초래한다는 평가도 있다. 예를 들어 EU 소비자들이 영국에 정신과 치료를 받기 위해 방문하고 있는데, Westminster에 있는 병상의 약 20%가 EU국의 환자들이 영국의 정신과 치료를 받기 위해 채워지고 있다. 이러한 병원관광(hospital tourism)은 NHS자원을 소모시킬 뿐 아니라 NHS하의 영국인들의 대기 시간을 증가시켜, 이로 말미암아 지역민들의 보건서비스에 대한 이용성 및 효율성, 형평성을 저해하는 결과를 초래하고 있다. 이에 따라 최근에 NHS는 1차 진료의사들에게 외국인들에 대한 의료서비스가 무료가 아닌 일정 금액을 받도록 요구하고 있다.

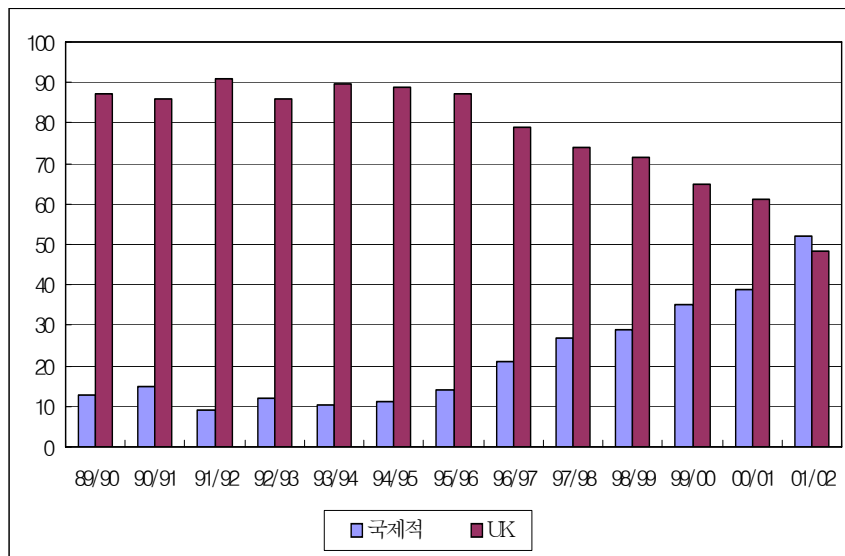
영국은 해외소비형태로 보건의료서비스를 수입하기도 한다. 영국인들은 인도와 같은 개도국 및 전문치료가 가능한 미국, 캐나다 등지에서 낮은 비용의 치료 혹은 대안치료를 추구하고 있다. 그리고 해외소비는 공공보건시스템에서의 장기간의 대기순번을 피하기 위해 발생하기도 한다. 어떤 영국정치는 영국인들의 해외소비를 촉진시키기 위해 NHS와 양질의 보건의료서비스를 제공하는 국가의 의료기관과 제휴할 것을 제안하고 있다.

반면, 영국은 보건의료서비스 중 mode 4의 주요한 수입국이기도 하다. 많은 여타의 산업국가들과 같이, 영국은 수요에 비해 상대적으로 특정부문의 의료전문인력이 초과되고 있는 실정인 반면, 1차 진료의사, 간호사, 의료기술자는 부족현상이 나타나고 있다. 그래서 영국은 경제적 이유 혹은 단기 계약 등으로 남아프리카, 인도, 파키스탄, 가나 등지에서 이주해 오는 의사, 간호사 및 기술자를 위한 주요한 이민시장이 되고 있다. 보건의료서비스의 국내인력부족을 충족시키기 위해 HNS에 의해 공급자의 유입이 장려되기도 하였으며, 최근에는 인도 및 EU국들로부터 적극적으로 채용할 것을 권장하고 있고 영구거주를 위한 가능성 및 노동허가과정의 신속한 처리 등을 통하여 인센티브를 제공하고 있다.

아래의 [그림 II-4]에서 제시되고 있는 바와 같이, 영국의 등록간호사에 있어서 외국인 간호사 진입수는 1990년대 초중반에 신규간호사 10명당 외국인 간호

사는 1명이었으나, 이 수치가 지속적으로 증가하여 2000~2001년에는 최초등록 간호사 10명당 4명의 비율로 증가하였으며, 2001~2002년에는 영국등록간호사보다 외국간호사의 비율이 더 많아지게 되었다.³⁵⁾

[그림 11-4] 영국의 외국간호사 비율: 1989~2002년



주: UKCC/NMC에 등록된 간호사 수 대비 영국 및 영국이외지역 간호사의 입회(admission) 비율
 UKCC(United Kingdom central Council)/NMC(Nursing & Midwifery Council): 영국간호사등록담당기관
 자료: Buchan et al.(2003) "International nurse mobility: Trends and policy implications"

다. 미국³⁶⁾

미국이 보건의료부문에 지출하는 비용은 연간 GDP의 약 14%인 1조달러로

35) 영국의 보건부는 1999년에 외국인 채용에 관한 가이드라인을 제시하였는데, NHS 직원은 남아프리카, 남인도 등지에서 채용을 감소시키도록 하는 내용이 포함되어 있음. 그러나 그 밖에도 개도국으로부터의 채용은 지속적으로 증가하고 있는 추세이며, 남아프리카, 남인도 등지에서의 채용이 일시적으로 감소하긴 하였으나 2001~2002년에 다시 증가하고 있음.

36) R. Chanda(2001).

추계되고 있어 미국경제에서 보건의료부문이 차지하는 비중이 상당히 크다. 미국은 다양한 공급형태로 보건의료서비스를 수출하는데, 이 중 가장 큰 비중을 차지하고 있는 것은 해외소비형태이다. 미국에 오는 외국인환자들은 선진국 혹은 개도국으로부터 전문화된 양질의 치료를 받고자 함이다. 1998년도 보건의료서비스의 mode 2(해외소비) 수출은 약 12억달러로, 1993년~1997년간 연평균 10%의 성장을 보이고 있다.

미국은 상업적 주재의 형태에 있어서도 중요한 수출국이다. 미국기업과의 제휴를 통한 외국의 보건의료부문 거래는 1992~97년간 3억 5천1백만달러에 달하며, 이는 동기간동안 9%의 연평균 성장을 보이고 있다. 이러한 소득은 주로 관광객에 의한 판매로 발생하게 되는데, 미국기업과 제휴한 유럽에서 3억 3천1백만달러를 기록하기도 하였다. 라틴아메리카에서의 제휴사는 2천만달러의 소득을 벌어들였으며 이는 총판매액의 6%를 차지한다. 보건의료 및 보조서비스에 있어서 미국기업은 각 국가들이 보건의료시스템을 개혁하고 민간관리의료(managed private care)쪽으로 이동한다면 외국시장으로 진입하려고 모색하고 있다. 유럽, 아시아, 라틴아메리카, 아프리카에서 보건서비스의 민영화로, 보건의료 컨설팅, 경영 및 관리와 같은 영역에 미국 보건의료 기업의 수출기회가 증대하고 있으며, 외국시장에 민간 보건의료 프로젝트의 설립 및 운영에 자문관으로 활동하고 있는 미국보건전문가 수가 점차 증가하고 있다. 예를 들어, 멕시코의 Centro Internacional de Medicina와 미국 달라스의 Baylor University Medical Centre간에 보건의료 조직 및 운영을 향상시키기 위해 의사 및 관리자를 훈련하는 프로그램이 존재한다. 미국의 보건의료서비스와 보험공급자들은 외국시장에 자신의 주재를 설립하고 증가시키기 위해 외국의 공급자 및 보험기업과 협력관계를 형성하고 있다. 그리고 이들은 소비자들이 해외에서 양질의 보건의료를 받을 수 있도록 하기 위해 지역병원(local hospital)과 연합하고 있다. Blue Cross는 130개의 외국병원과 세계적 네트워크를 구축하고 있어서 미국소비자들은 40개국 이상에서 의료서비스를 제공받을 수 있다. 보건의료부문의 기업화 및 규모의 경제를 위한 보건 및 관련서비스의 통합 추세로, 미국보건의료기업은 점차 해외시장에서 중요한 역할을 할 것으로 예상된다.

또한 미국정부는 원격의료를 이용한 수출을 장려하고 있다. 국제적 커뮤니케이션을 위해 "Highway to Health"를 실시하는 한편, 민간보건의료전달조직은 자신의 의료서비스를 수출하기 위해 국제적 원격의료 자문을 구하고 있다. 예를 들어, Stanford 대학병원은 의료교육을 위해 싱가포르와 연계하고 있으며, 존스 홉킨스 암센터는 임상자문, 의료교육, 보건의료 공급자를 위한 연구기회를 제공하기 위하여 싱가포르에 있는 Gleneagles hospital과 연계를 추진하고 있는 것으로 알려지고 있다. 그리고 Mayo clinic도 요르단 및 그리스에 있는 병원과 연계하고 있다.

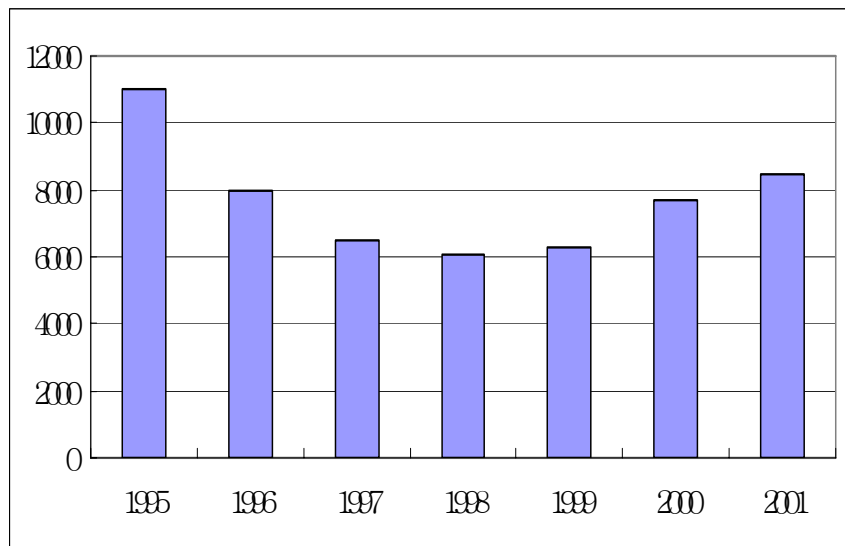
미국은 상업적 주재 및 보건의료서비스 공급자의 이동을 통해 그리고 해외 소비를 통해 보건의료서비스를 수입하고 있다. 미국에는 보건 및 보건관련부문에 있어 보건의료시설 설립 및 허가받기 위한 많은 외국기업이 존재한다. 미국과의 제휴를 통한 외국기업의 구매는 1997년 47억 달러이며, 이중 유럽기업이 총 구매의 70%에 해당하는 33억달러를 구매하고 있다. 보건의료부문의 사유화 및 리스트럭처링으로 외국보건의료기업이 미국과 같은 대규모 시장에 대한 관심이 더욱 높아질 것이다.

개도국 및 선진국에게 미국은 보건의료서비스 공급자를 위한 중요한 시장이 된다. 미국시장은 인도, 필리핀, 자메이카 등지의 개도국으로부터 1차진료의사, 간호사, 의료기술자를, 그리고 영국, 캐나다와 같은 선진국으로부터 전문의를 유입한다. 1970년도에 57,000명의 외국의대 졸업생이 미국에서 일했으며, 1993년까지 이러한 수치가 150,000명까지 증가하였는데, 미국에서 활동하는 외국 의대 졸업생의 45%가 인도, 파키스탄, 필리핀에서 유입된 사람들이다. 이러한 유입은 미국 및 인력유출국의 수요-공급의 불균형으로 인해 이루어지고 있다. 그러나 미국의사협회(American Medical Association)와 같은 전문직 협회들은 특정 부분에 나타날 수 있는 과잉공급의 우려로 이러한 추세들을 저지하고 있으며, 다른 한편으로는 면허 혹은 이민규제가 주요 진입장벽이 되고 있다.

그러나 미국정부는 특별 비자체제로 보건의료서비스 공급자의 유입을 적극적으로 장려하고 있는데, 이는 보건서비스부문의 특정분야에 나타나고 있는 부족 현상을 보충하기 위함이다.³⁷⁾ 미국 보건부의 보건인력연구센터(Center of Health

Workforce Analysis, 2002)에 의하면 2000년에 111,000명 정도의 등록간호사 부족현상이 나타났으며, 2020년에는 800,000명에 이르는 인력부족 현상이 나타날 것으로 예측하고 있다(Buchan et al., 2003). 이러한 인력불균형을 해소하기 위하여 외국인 간호사의 채용을 증가시키고 있는데, 타국에서 유입된 현황을 살펴 보기 위한 지표로 미국 등록간호사(Registered Nurses: RN)면허시험에 응시한 연간 간호사 수를 살펴보면, 1990년 중·후반에 약간 감소하다가 지금은 증가추세를 보이고 있다(그림 II-5 참조).³⁸⁾

[그림 II-5] 미국의 학위소지자의 미국간호사면허시험 응시생 수: 1995~2001년



자료: National Council of State Boards of Nursing(www.ncsbn.org)

37) Gish(1999)에 의하면 2000년에는 35,000명의 일반의가 부족하며 115,000명의 전문의 과잉공급이 초래될 것임을 언급하고 있음.

38) 1990년대 후반 미국 RN면허에 응시한 26,506명의 간호사 중 11개국으로부터의 지원자가 총 지원자의 86%를 차지하고 있으며, 이 중 필리핀이 32.6%, 캐나다가 22.0%, 아프리카가 7.4%이며 우리나라도 7.1%를 차지하고 있는 것으로 나타남(Buchan et al., 2003).

간호사의 인력부족을 보충하기 위한 한 방법으로 등록 간호사를 고용하기 위해 1989년 미국의회는 5년 동안 교육을 받은 외국간호사에게 임시 H-1A비자를 허용하는 Immigration Nursing Relief Act를 통과시킴으로써 이들 간호사는 미국 노동부가 요구하는 자격증 없이도 임시적으로 활동할 수 있었다. 이 법안의 목적은 미국내 간호사 수가 부족한 특정 분야 및 지역에 외국 간호사의 수요가 지속적으로 증가할 것이라는 전망하에서 외국간호사에 대한 고용주의 의존도를 완화시키고, 또한 미국인 간호사의 근무조건 및 급여를 보장하고자 함이다. 미국 노동부에게는 외국간호사의 고용으로 국내 간호사의 근무조건 및 급여수준에 역효과를 주지 않도록 보장하기 위해 이에 응하지 않을 경우 패널티를 부과할 수 있는 권한이 부여되었다.

1990년도에 H-1A 프로그램은 H-1C 프로그램으로 대체되었는데, 이는 임시간호사를 위한 비자프로그램으로 연간 500개의 비자가 발급되었다. H-1C체계는 H-1A체계보다 처리시간이 더 많이 소요되며 조건이 보다 엄격했다. 외국간호사는 등록간호사(registered nurse)가 되기 위해 National Council Licensure Examination에 통과해야 하는데, H-1A체계에서는 요구되지 않았던 것이다. H-1C체계하에서 외국에서 교육을 받은 간호사를 고용하는 병원은 설정된 기준에 따라 외국간호사의 사용의지를 나타내도록 노동부와 매년 비자를 갱신해야 하고 이를 입증할 서류가 요구되었다. H-1C 간호사를 채용하고 있는 고용주는 평균임금을 지불해야 하며, 외국간호사에 대한 의존도를 감소시키기 위한 채용 프로그램을 세워야 한다. 이러한 비자의 오용을 막기 위해 법에 요구되는 임금을 지불하지 않을 경우 임금의 소급지급을 포함해 벌금이 부과될 수 있다. 비자프로그램을 강화시키는 것은 미국노동시장에 임시비자로 들어와 영구적으로 체류함으로써 나타나는 문제 및 병원이나 계약대행사가 외국간호사의 노동력을 착취할 수 있는 잠재성에 관한 우려로 인해 지역 전문직 단체에 의한 대응이었다.

H-1A 및 H-1C프로그램뿐 아니라 미국은 외국의 보건의료서비스공급자를 채용하기 위한 다른 두 가지 비이민비자(non-immigrant visa)체계를 가지고 있었다. H-1B 체계하에서는 학사학위를 가진 사람이 고용될 수 있다. H-2B 비이민

(non-immigrant) 프로그램하에서는 임시간호사로 고용될 수 있다. 1994년에 각 주의 공공보건당국에게는 의료인력부족지역에 근무하도록 연간 20명의 의사를 고용할 수 있도록 하는 권한이 부여되었다. 그리고 미국은 캐나다와의 무역자유협정하에서 1989년 노동이동에 관한 규정을 도입하였으며, 1993년에 NAFTA(North American Free Trade Agreement)하에서 캐나다와 멕시코로부터 고숙련의 전문인력의 진입이 장려되었다. NAFTA하에서 TN비자³⁹⁾는 쿼터 제한하에서 그리고 노동시장 테스트 및 증명서 확인절차 없이 고숙련의 캐나다인이 유입되었다.

이러한 비자체계의 결과로, 특히 H-1A비자로 미국에 고용된 외국인 간호사가 상당히 증가되었다. 1996년에는 110,000명의 간호사가 고용 및 거주하게 되었다. 이들 간호사 중 43%가 필리핀에서, 19%가 캐나다에서 15%가 영국에서 그리고 9%가 인도에서 유입되었다. 이민정책의 변화로 1990년에서 1996년 동안에 캐나다에서 미국으로 간호사 및 의사의 이민을 증가시켰다.

한편, 미국은 해외소비의 형태로 보건의료서비스를 수입하기도 한다. 미국환자들이 저비용으로 혈관 및 기관이식수술을 받고자 하는 것과, 미국 관광객들이 해외에서 보건의료서비스를 소비하고자 하는 것이 해당 국가에게는 중요한 시장으로 작용할 수 있다. 예를 들어, 미국환자들은 인도에서 혈관이식수술을 받을 수 있는데 이는 미국에서의 수술비용인 3,000달러보다 1,000달러 만큼 저렴하다. 다른 수술에 있어서도 인도와 같은 개도국의 치료비용은 미국보다 1/10 혹은 1/20정도로 비용이 저렴하다. 그리고 미국과 멕시코간에 보건의료서비스의 해외소비도 상당한 부분을 차지한다. 멕시코로 가는 미국환자들은 멕시코태생이거나 멕시코와 언어 및 문화적 친밀성을 가진 스페인어를 할 수 있는 사람, 그리고 멕시코의 저렴한 치료비용과 자연환경으로부터의 혜택을 누리하고자하는 노인들이 이에 해당한다. 미국으로 가는 멕시코환자들은 주로 전문치료를 수요한다. 양국간 소비자의 국경간 이동은 주로 지리적 근접성에 바탕을 두고 있으며, 미국 및 멕시코의 국경도시에 집중되어 있다. 1994년 의료서비스 소비를 위

39) NAFTA 지역민들 중 전문직을 대상으로 부여되는 비자체계임(http://travel.state.gov/tn_visas.html).

해 미국에서 멕시코로 혹은 멕시코에서 미국으로 매달 평균적으로 3십만명이 이동하였다. 이중에 5만명이 멕시코의 국경도시에서 샌디에고로 이동하였고 25만명이 미국의 국경도시에서 Tijuana로 이동하였다. 미국인들은 멕시코의 국경도시에서 미국보다 저렴한 치과 및 안경검사서비스를 이용한다. 그러나 이러한 교역이 발생하는데 따르는 주요 제약은 의료보험의 적용여부에 있다.

Ⅲ. 보건의료부문의 개방화 및 WTO 협상 동향

보건의료서비스의 세계화로 현재 보건의료서비스 교역을 제한하는 면허요건과 같은 조치와 다양한 규제에 관해 관심이 모아지고 있다. 이와 관련하여 국경간 기준을 조정하며 차별적인 시장접근 장벽을 막는 다자간 원칙을 도입할 필요성에 관한 관심을 증대시키고 있는 반면, 또한 자국의 이익과 공공보건을 보호하려 노력하고 있다. 결과적으로 보건의료서비스는 다자간 교역시스템하에 점진적으로 노출되고 있는 상황이라 할 수 있다.

GATS는 보건서비스를 포함하며, 다자간 협상을 통하여 동 부문에의 시장접근 자유화를 목표로 하고 있다. 우루과이라운드에서 제한된 자유화가 이루어졌지만, 최근의 민영화 및 상업화 추세를 고려해 본다면 WTO 회원국에 의해 보건서비스교역 개방압력을 받을 수 있다. 본 장에서는 GATS하에서 지금까지 보건의료서비스부문에 취해온 개방화 동향과 향후 개방화와 관련된 전망을 중심으로 살펴보고자 한다.

1. DDA 이전의 개방화 동향

GATS하에서 보건의료서비스는 의사의 일반 및 전문서비스와 관련 서비스, 간호서비스, 심리치료 및 준의료인 서비스, 병원서비스, 응급서비스, 거주보건시설 서비스, 의료 및 치과실험실에서 제공되는 서비스를 포함한다. 의사 및 간호사에 의한 전문서비스는 병원서비스와 별도로 다루어진다. 이를 구체적으로 GATS상에서의 보건의료서비스 정의 및 분류를 살펴보면, GATS에 의해 작성된 대부분의 보건의료서비스관련 양허안은 WTO사무국이 Provisional Central Product Classification list(CPC list)에 근거하여 준비한 분류체계에 따라 작성되

었는데, 여기에서 보건의료서비스는 93류에 해당한다(표 III-1 참조). WTO 서비스분야 분류에 의하면, 보건의료서비스는 사업서비스(Business services)중 전문서비스(Professional services)에 속하고, 병원서비스(Hospital services)는 보건관련 및 사회서비스(health-related and social services)로 분류된다.⁴⁰⁾ 그러나 GATS는 모든 보건서비스를 포함하는 것은 아니며, GATS article I:3에 의해 상업적 기반이 아니고 경쟁적이지 않은 서비스 공급을 의미하는 정부권한 행사로 제공되는 서비스는 제외한다. 여기에는 정부에 의해 직접 무상으로 제공되는 의료 및 병원서비스가 포함된다. 그러나 상업적으로 기반을 둔 공공부문 및 민간부문에 의해 직접 제공되는 보건의료서비스는 GATS하의 협상 및 협정의 대상이 된다.

〈표 III-1〉 WTO의 서비스 분류: (S/L92, 2001)

설 명	CPC번호
1. 사업서비스 BUSINESS SERVICES	
A. 전문직 서비스 Professional Services	
h. 의료 및 치과 서비스 Medical and dental services	9312
j. 조산사, 간호사, 물리치료사 및 준의료인에 의하여 제공되는 서비스 Services provided by midwives, nurses, physiotherapists and para-medical personnel	93191
k. 기타 Other	
8. 보건관련 및 사회서비스HEALTH RELATED AND SOCIAL SERVICES (보건의료전문직 서비스 분야 제외 other than those listed under 1.A.h-j)	
A. 병원서비스 Hospital Services	9311
B. 기타 인적보건서비스 Other Human Health Services(93191 제외)	9319
C. 사회서비스 Social Services	933
D. 기타 Other	

주: S/L92는 W/120문서를 양허안 작성을 위하여 재배포한 것으로 사업서비스의 전문직 서비스 중 의료전문직서비스와 보건·사회서비스로 구성됨.

40) 보건의료서비스는 UR협상당시 사용한 분류인 W/120에서 크게 1)사업서비스의 전문직서비스 중 의료전문직서비스와 2)보건사회서비스로 구성되며, 동 분류는 UN에서 작성한 잠정적 중앙상품분류(Provisional Central Product Classification: CPC)와 연계되어 있음.

GATS하의 몇가지 조항들은 보건의료서비스 교역을 관리하는 주요 규제조치를 언급한다. 여기에는 보건의료전문인의 자격 및 면허인정, 기관공급자의 설립 허가조건, 강제보험체계하에서의 보상규정 등이 속한다. GATS의 article VIII:2에서는 독점적 위치가 독점의 범위 외부에 있는 영역에서 남용되지 않을 것을 요구하며, article VI에서는 모든 국내규제는 타당하고 객관적이며 편중되지 않는 방식으로 운영되어야 하고 서비스 질을 보장하기 위해 요구되는 것 이상으로 부담을 지워서는 안될 것, 그리고 article VII에서는 면허인정이 교역제한 및 차별화를 위한 수단이 되지 않도록 할 것 등을 요구하고 있다.

양허형태는 크게 완전양허(full commitments), 양허하지 않음(no commitments), 부분양허(partial commitments)로 나눌 수 있다. 완전양허(full commitments)는 해외 서비스 및 서비스 제공자들에게 시장 접근 및 내국민대우에 있어 차별적인 제한을 부여하지 않는 것으로, 이는 구체적 양허안의 모든 mode에 “none”이라는 단어가 포함된 완전한 교역자유화 수준을 달성하는 것을 말한다. 특정 mode 및 서비스 부문에서 이와 같은 완전양허의 형태가 달성되고 있긴 하지만, 대체로 공급형태 및 서비스부문 형태에 따라 상이하게 나타난다. 양허하지 않음(no commitments)은 mode가 양허안에 제시되지 않거나 어떤 정보도 제공되지 않는 경우를 말하며, “unbound”로 언급함으로써 어떤 정보도 제공하지 않는다. “unbound”의 경우 각 국가들은 국내 시장에 해외서비스 공급을 규제하는 조치를 자유롭게 도입할 수 있다. 부분 양허(partial commitments)는 정보가 제공되고 그 mode에 “bound”함을 의미한다.⁴¹⁾

보건의료서비스에 있어서 국가별 양허 패턴은 더욱 상이하게 나타난다. 캐나다는 의료 및 치과서비스, 조산사·간호사·심리치료사 서비스, 병원서비스, 그리고 이외의 인적보건의료서비스와 관련된 4개의 모든 부문에서 양허를 하지 않고 있으며, 일본·미국은 한가지 부문에서만 양허를 하고 있다(표 III-2 참조). 저개발국의 경우는 이와 대조적으로 최소한 3개 부문에서 양허하고 있으며, WTO에 최근 가입한 에스토니아, 요르단, 조지아 등도 상대적으로 광범위한 양허를 하고 있다.

41) 양허안에 “bound”할 경우, 제시된 조치들의 제한수준이 향후 낮게 될 것이며, 제공된 정보는 교역체계의 투명성을 향상시키는 역할을 할 수도 있을 것임.

WTO 회원국의 1/3인 개도국 및 최빈개도국의 양허(commitments)는 UR협상 동안 160개의 서비스 중에 20개 혹은 그 이하로 제한하였다. 또 다른 1/3은 21개에서 60개 사이에서 양허하였으며, 나머지 1/3은 130개 부문까지 포함하였다. 그러나 130개 부문을 포함한 그룹의 구성은 획일적이지는 않다. OECD 회원국 뿐 아니라 개도국 및 이행기의 경제를 가진 몇몇 국가, 그리고 잠비아, 레소토와 같은 저개발국도 포함되어 있다.

WTO 서비스분류의 보건의료관련 하위부문 중 의료 및 치과서비스가 가장 많이 양허되었으며(54개국), 그 다음으로 병원서비스(44개국), 간호사, 조산사서비스 등(29개국)의 순으로 양허하였다(표 III-3 참조). 이러한 패턴은 전반적으로 노동집약적인 부문보다는 자본 및 기술 집약적인 부문을 자유화하는 것이 정치적으로나 경제적으로 보다 유리하기 때문에 나타난 것으로 해석할 수 있을 것이다.

〈표 III-2〉 보건의료서비스분야의 WTO 회원국 양허현황(2000. 7)

국가	의료 및 치과 서비스	간호사, 조산사 등	병원 서비스	기타 인적 보건 서비스	국가	의료 및 치과 서비스	간호사, 조산사 등	병원 서비스	기타 인적 보건 서비스
앤티가바부다	×				키르기스공화국	×	×	×	×
호주	×			×	라비타	×	×	×	
오스트리아	×	×	×	×	레소토 ^a	×	×		×
바베이도스	×			×	말라위 ^a	×	×	×	
벨리즈	×			×	말레이시아	×		×	×
볼리비아				×	멕시코	×	×	×	
보츠와나	×	×			노르웨이	×	×		
부르네이디루살람					파키스탄	×		×	
불가리아	×				파나마			×	
부룬디	×		×	×	폴란드	×	×	×	
콩고 ^a	×				카타르	×			
코스타리카	×		×		르완다 ^a	×			
체코	×				세인트루시아			×	
도미니카	×		×	×	세인트빈센트 그레나딘			×	×
에쿠아도르			×		세네갈	×			
EU(12)	×	×	×		시에라리온 ^a	×	×	×	
에스토니아	×		×	×	슬로바키아	×			×
핀란드		×			슬로베니아	×		×	
잠비아 ^a	×	×	×	×	남아프리카	×	×		
그루지야	×		×	×	스와질란드	×		×	
가이아나	×				스웨덴	×	×		
헝가리	×		×	×	스위스	×			
인도			×		트리니다드 토바고				
자메이카	×	×	×		터키			×	
일본			×		미국			×	
요르단	×	×	×	×	잠비아 ^a	×	×	×	×
쿠웨이트			×	×	총계^b	54	29	44	17

주: 양허안 미제출국: 아르헨티나, 아루바, 바레인, 브라질, 캐나다, 칠레, 콜롬비아, 쿠바, 키프로스, 이집트, 가봉, 기니, 하이티, 아이티, 온두라스, 홍콩(차이나), 아이슬란드, 인도네시아, 이스라엘, 케냐, 리히텐슈타인, 마카오(차이나), 몰타, 모리셔스, 모로코, 뉴질랜드, 니카라과, 나이지리아, 파라과이, 페루, 필리핀, 한국, 루마니아, 솔로몬아일랜드, 스리랑카, 태국, 튀니지, 아랍에미리트 연합국, 베네수엘라.

a: 최빈개도국 b: EU 회원국은 개별적으로 계산됨.

자료: Adlung and Carzaniga(2001)

〈표 III-3〉 의료, 병원 및 기타 보건서비스에 양허한 WTO 회원국 수(2000. 7)

		의료 및 치과서비스	간호사· 조산사 등	병원서비스	기타 인적 보건서비스
총계		54	29	44	17
시장접근					
Mode 1	완전양허	16(-2) ^a	8(-1)	15	8
	부분양허	11	4	0	2
	양허하지 않음	27	17	29	7
Mode 2	완전양허	28(-3)	10(-1)	38	10
	부분양허	24	19	4	6
	양허하지 않음	2	0	2	1
Mode 3	완전양허	15(-7)	6(-2)	16(-7)	10(-4)
	부분양허	33	22	26	7
	양허하지 않음	6	1	2	0
Mode 4	완전양허	0	0	0	0
	부분양허	49	28	41	12
	양허하지 않음	5	1	3	0
내국민대우					
Mode 1	완전양허	19	8(-1)	18(-2)	10(-2)
	부분양허	9	4	0	1
	양허하지 않음	26	17	26	6
Mode 2	완전양허	28(-2)	10(-1)	38(-3)	11(-3)
	부분양허	22	19	4	5
	양허하지 않음	4	0	2	1
Mode 3	완전양허	18(-1)	9(-1)	31(-25)	9(-6)
	부분양허	31	19	10	7
	양허하지 않음	5	1	3	1
Mode 4	완전양허	1	0	2(-1)	0
	부분양허	49	28	39	17
	양허하지 않음	4	1	3	0

주: EU 회원국은 개별적으로 계산됨.

a: 괄호안의 수치는 수평적 제한이 고려될 경우 완전양허 수에서 감소되는 수치임.

자료: Adlung and Carzaniga(2001)

보건의료서비스부문이 이와 같이 다른 분야보다 상대적으로 양허수준이 낮은 이유는 서비스를 무료로 제공하거나 실제 비용보다 낮게 제공하는 정부독점에 있을 것이다. 그러나, 국가가 보건의료서비스를 중심으로 제공하는 많은 국가에서도 민간공급자가 존재하기 때문에 정부가 모든 분야를 독점하고 있다고 볼 수는 없다. 한편, 상업적 공급자가 생존할 수 있는 것은 공공 및 민간부문이 직

접 경쟁하는 것이 아니며, 동일한 서비스를 제공하는 것도 아님을 제시하는 것이라 볼 수 있다. 예를 들어, 대기시간, 장비의 질적 측면, 제공되는 치료 형태 등에서 상이할 것이다. 이러한 관점에서 WTO 회원국 중 5개국(라트비아, 말레이시아, 멕시코, 폴란드, 슬로베니아)은 양허를 민간보건의료부문에 제한하고 있다. 그러나 많은 국가에서의 지배적인 정책패턴을 보면, mode 3의 교역 중 보건의료서비스는 다른 영역보다 상당히 낮은 수준에 해당한다.

UR에 있어서 각 국가들이 보건의료서비스분야의 자유화 요구에 적극적인 태도를 보이는 것은 아니었다. 각 국가들은 수출에 대해 관심을 두기보다는 시장 접근에 관한 협정을 요구하거나 서비스를 서로 교환하기를 꺼려할 수도 있다. 미국, EU 및 OECD국가들이 통신 및 금융서비스부문 등에서는 시장개방에 강한 관심을 표출하고 있지만, 보건의료서비스분야에서는 소극적인 태도를 보이고 있다. 일반적으로 mode 3에 대해서 각 국가들은 물질·인적 자원부족을 해소하고 해외직접투자를 통해 효율성을 향상시키려는 의도로 양허가 이루어지고 있으며, mode 4는 다른 mode보다 상당히 제한적으로 나타나고 있다. 반면, mode 2에 있어서는 교역이 비교적 자유로운데, mode 2 교역은 소비자 이동이 mode 4하에서 보건 및 교육을 위한 개인이동을 일부 대체하는 것으로 간주될 수 있고, 또한 mode 3하의 직접투자의 일부로 볼 수 있으므로 중요한 부분이라 할 수 있다. 멕시코, 모로코, 튀니지와 같은 개도국은 장기 치료(long-term care)를 위한 해외환자들을 유인하는 교역을 활발하게 개발해 오고 있는 것으로 알려지고 있다.

회원국들은 보건의료서비스분야에 있어 다음과 같은 패턴을 따르고 있다. 시장접근에의 완전양허에 가장 높은 비율을 차지하고 있는 것은 mode 2로 병원부문에서는 85%에 이른다(표 III-4 참조). 선진국의 양허는 병원서비스 중 mode 2에서 제한은 없지만, 그러나 선진국은 mode 2 이외의 mode에서는 개도국보다 더 많은 제한을 설정해 두고 있다. mode 4의 경우, 완전양허로 두고 있는 국가는 존재하지 않는다. 그리고 mode 1의 경우, 양허하지 않는 국가의 비율이 높게 나타나고 있는데, 의료 및 치과서비스가 50%, 간호사 등의 서비스가 60%이상, 병원서비스가 65%로 이는 국경간 공급을 위해 기술적으로 불가능하

다는 인식을 반영한 것일 수 있다.

〈표 III-4〉 보건서비스분야에 양허한 WTO의 선진국 수(2000. 7)

		의료 및 치과서비스	간호사· 조산사 등	병원서비스	기타 인적 보건서비스
총계 (21개 양허안)		18	17	15	2
시장접근	완전양허	4(-1) ^a	2(-1)	0	0
	부분양허	1	1	0	0
	양허하지 않음	13	14	15	2
Mode 1	완전양허	5(-1)	2(-1)	14	0
	부분양허	13	15	1	2
	양허하지 않음	0	0	0	0
Mode 2	완전양허	2(-2)	2(-2)	0	0
	부분양허	14	15	15	2
	양허하지 않음	2	0	0	0
Mode 3	완전양허	0	0	0	0
	부분양허	16	17	14	2
	양허하지 않음	2	0	1	0
Mode 4	완전양허	4	2	0	0
	부분양허	1	1	0	0
	양허하지 않음	13	14	15	2
내국민대우	완전양허	5	2	14	0
	부분양허	13	15	1	2
	양허하지 않음	0	0	0	0
Mode 1	완전양허	1	2	13(-13)	0
	부분양허	16	15	2	2
	양허하지 않음	1	0	0	0
Mode 2	완전양허	0	0	0	0
	부분양허	17	17	14	2
	양허하지 않음	1	0	1	0
Mode 3	완전양허	0	0	0	0
	부분양허	17	17	14	2
	양허하지 않음	1	0	1	0
Mode 4	완전양허	4	2	0	0
	부분양허	1	1	0	0
	양허하지 않음	13	14	15	2
Mode 1	완전양허	5	2	14	0
	부분양허	13	15	1	2
	양허하지 않음	0	0	0	0
Mode 2	완전양허	1	2	13(-13)	0
	부분양허	16	15	2	2
	양허하지 않음	1	0	0	0
Mode 3	완전양허	0	0	0	0
	부분양허	17	17	14	2
	양허하지 않음	1	0	1	0
Mode 4	완전양허	4	2	0	0
	부분양허	1	1	0	0
	양허하지 않음	13	14	15	2

주: EU 회원국은 개별적으로 계산됨.

a: 괄호 안 수치는 수평적 제한이 고려될 경우 완전 양허수에서 감소되는 수치임.

자료: Adlung and Carzaniga(2001)

〈표 III-5〉 보건서비스분야에 양허한 WTO 개도국 수(2000. 7)

		의료 및 치과서비스	간호사· 조산사 등	병원서비스	기타 인적 보건서비스
총계(44개 양허안)		36	12	29	15
시장접근					
Mode 1	완전양허	12(-1) ^a	6	15	8
	부분양허	10	3	0	2
	양허하지 않음	14	3	14	5
Mode 2	완전양허	23(-2)	8	24	10
	부분양허	11	4	3	4
	양허하지 않음	2	0	2	1
Mode 3	완전양허	13(-5)	4	16(-7)	10(-4)
	부분양허	19	7	11	5
	양허하지 않음	4	1	2	0
Mode 4	완전양허	0	0	0	0
	부분양허	33	11	25	15
	양허하지 않음	3	1	4	0
내국민 대우					
Mode 1	완전양허	15	6(-1)	18(-2)	10(-2)
	부분양허	8	3	0	1
	양허하지 않음	13	3	11	4
Mode 2	완전양허	23(-2)	8(-1)	24(-3)	11(-3)
	부분양허	9	4	3	3
	양허하지 않음	4	0	2	1
Mode 3	완전양허	17(-1)	7(-1)	18(-12)	9(-6)
	부분양허	15	4	8	5
	양허하지 않음	4	1	3	1
Mode 4	완전양허	1	0	2(-1)	0
	부분양허	32	11	25	15
	양허하지 않음	3	1	2	0

주: 중앙 및 동유럽 포함.

a: 괄호 안 수치는 수평적 제한이 고려될 경우 완전 양허수에서 감소되는 수치임.

자료: Adlung and Carzaniga(2001)

양허에 있어서 부문별·모드별 중요도가 상이한데, 이는 경제적 가치에서 차이가 발생하기 때문이다. 예를 들어, 조산서비스의 경우 mode 4의 경제적 가치는 높지만, mode 1의 경제적 가치는 이보다 높지 않을 수 있다. 왜냐하면, 차별적 보조, 국적 요구사항, 부동산 소유제한 등의 규제가 부문별로 다양하기 때문이다.

2. DDA 협상동향

2001년 11월 카타르 도하에서 개최된 제4차 WTO각료회의는 다자협상의 혜택을 개도국과 최빈국이 공유할 수 있도록 노력하는데 합의했으며, 세계무역규범의 형성 및 자유화를 위한 유일한 포럼으로서의 WTO의 중요성을 확인하고 DDA협상을 출범시켜, 2004년말까지 일괄타결(single undertaking)을 목표로 현재 협상진행 중에 있다. 2002년 6월에 회원국들은 1차 시장개방요청서(initial request)를 제출하였는데, 선진국은 개도국 서비스 시장의 폭넓은 개방을 요구하고 있으며, 개도국은 선진국으로의 인력진출확대 허용을 추진중인 것으로 알려져 있다. 서비스 협상은 전체적으로 보아 다른 협상 그룹에 비해 현재까지 비교적 원만히 진행되고 있는 것으로 평가되고 있으며 다만, 대부분 개도국들이 1차 양허요청서를 아직 제출하지 않음에 따라 전체서비스협상이 지연될 것에 대한 우려도 나타내고 있다.

2002년 6월 28일 현재, 보건의료서비스부문의 1차 양허요청서를 살펴보면, 우리나라는 중국, 호주, 폴란드, 파키스탄, 홍콩차이나, 태국으로부터 양허요청서를 접수하였으며, 호주, 중국, 일본, 뉴질랜드, EC(영국, 덴마크, 스웨덴), 캐나다, 미국, 노르웨이 등에 양허요청서를 제출하였다. 동구권 개도국은 의사 및 치과의사, 조산사, 간호사, 심리치료사, 준의료인 등의 의료전문직서비스와 병원서비스(CPC 9312)에 대해 양허요청하였고, 중국은 한방을 포함한 의사, 치과의사서비스의 양허를 요청하였는데, 국경간 공급(mode 1)과 해외소비(mode 2) 형태의 서비스 공급은 완전 양허를, 상업적 주재(mode 3) 형태의 공급에서 한국 의사와 합작병원 및 클리닉 설립 허용을, 자연인 이동(mode 4)의 경우 중국 자격증을 지닌 의사 및 치과의사에 대해 2년간 개업 허용을 요구하는 양허안을 우리나라에 요청하였고 특히, 한방에 대해서는 교육분야에서의 양허도 병행 요청한 것으로 나타났다.⁴²⁾ 그리고 일부 국가는 수의사서비스에 있어서 전면 양허를 요청한 것으로 알려지고 있다.

42) 대외경제정책연구원 내부자료(2002)를 참조함.

〈표 III-6〉 양허요청서 제출 및 접수 현황: 2003. 6. 28 현재

관련국	분야	우리측 요청안	우리나라에 대한 회원국 요청안
중국	1. 사업서비스 A. 전문직서비스 h. 의료서비스 및 치과 서비스	비영리 목적 환자모집요구(M2) ※ 치과서비스는 요구 안 함	- 양허 요구(M1 & M2) - 합작병원 및 의원 개설과 동 의료기관 소유권 인정(M3) - 중국의료면허인정(M4)
	8. 건강관련 및 사회서비스 A. 병원서비스	- 의사간 원격상담의 개방 요구(M1) - 인공수정, 척추관절, 성형외과 서비스 분야 양허 요구(M3) - MRA 포함 면허 인정 요구(M4)	없음
미국, 캐나다, 일본, 영국	1. 사업서비스 A. 전문직서비스 h. 의료서비스 및 치과 서비스	- MRA 포함 면허 인정 요구 (M4)	없음
미국, 캐나다, 호주, 일본, 뉴질랜드	j. 조산사, 간호사, 준 의료인 서비스	- MRA 포함 면허 인정 요구 (M4) 간호서비스 : 영국 추가 조산서비스 : 덴마크, 스웨덴, 노르웨이 추가	- 보건관련 및 사회서비스(호주추가) 민간병원서비스, 병원의 민간거주 보건시설서비스, 노인거주 시설 민간복지시설 전 Mode 양허 요구
폴란드	1. 사업서비스 A. 전문직서비스 h. 의료서비스 및 치과 서비스 j. 조산사, 간호사, 준의 료인 서비스 8. 건강관련 및 사회서비스 A. 병원서비스	없음	관련 분야 모두 양허 요구
우루과이	4. 유통서비스 B. 도매거래서비스 - 의약품, 의료 용품 및 화장품 도매업	없음	- 양허 요구(M1 & M2) - 대형할인점, 백화점 등에 대한 경 제적 수요심사적용 삭제요구(M3)
홍콩 차이나	1. 사업서비스 A. 전문직서비스 j. 조산사, 간호사, 준 의료인 서비스	없음	동 분야 양허요구(NT 및 MA)
파키스탄	1. 사업서비스 A. 전문직서비스 h. 의료서비스 및 치과 서비스 j. 조산사, 간호사, 준 의료인 서비스	없음	- 양허 요구(M1 & M2)
태국	보건의료서비스	없음	양허요구

2003. 6월 현재까지 제출한 25개 회원국 중 보건의료서비스 분야 개방을 새로 양허한 회원국은 홍콩이 유일한 것으로 나타났다(표 III-7 참조).⁴³⁾ UR 당시 이미 양허한 미국, EC, 폴란드, 노르웨이, 체코, 스위스 등의 회원국들은 기양허 수준을 거의 그대로 유지하였다. EC의 경우 추가가입 회원국에 대한 양허를 추가 기재하고 EC 회원국의 ENT 제한에 대해 문구수정을 한 정도로 기존 양허수준에 변화는 거의 없었다.⁴⁴⁾ 그리고 우리나라를 비롯하여 일본, 캐나다, 아이슬란드, 이스라엘 등의 국가는 보건의료서비스분야에 대한 양허여부를 1차 시장개방양허안(initial offer)에 포함시키지 않았다.

한편, 홍콩의 경우, 의료 및 치과서비스, 간호 및 조산서비스, 병원서비스, 기타 인적보건의서비스 등의 보건의료서비스 관련 전 분야를 1차 양허안에 포함시켰지만, 그 내용면에서는 해외소비(mode 2)를 제외하고는 개방을 하지 않았으므로 실질적인 개방을 하였다고 보기는 어렵다.

〈표 III-7〉 보건의료서비스 분야 관련 1차 시장개방양허안(Initial Offer) 제출현황: 2003. 6. 11 현재

구분	회원국	비고
UR 당시 양허한 국가	미국, EC, 폴란드, 노르웨이, 체코, 스위스 등	기양허 수준 유지
새로 양허한 국가	홍콩차이나	mode 2 양허

자료: 보건복지부(2003. 6. 11)

각국이 제출한 1차 양허안을 기초로 2003. 5월 스위스 제네바에서 미국, EC, 일본, 캐나다 등 QUAD 국가들과 양자협상을 가졌다.⁴⁵⁾ 여기서의 협상결과를 살펴보면, 주요 4대 국가인 QUAD 국가들은 보건의료서비스분야에 대하여 공

43) 보건복지부, 2003. 6.

44) EC의 경우 추가가입 회원국은 이미 WTO 회원국이었으며 이들 회원국이 EC 양허안에 통합되어짐.

45) 전게서

공성을 이유로 양허하지 않거나 추가양허 하지 않을 것임을 밝힌 것으로 알려지고 있다. 캐나다의 경우, 이미 지난 2001년 3월 WTO 사무국을 통해 회람시킨 제안서(S/CSS/W46)에서 이미 밝힌 바와 같이 보건의료, 공교육, 사회분야는 금번 협상의 대상으로 인식하지 않는다는 입장을 밝힌 바와 같이 1차 양허안에 포함시키지 않았다. EC도 1차 양허안을 제출하면서 발표한 요약 및 설명문에서 서비스 협상은 분야별 호혜주의에 의하여 진행되는 것이 아니며, 따라서 회원국은 타 회원국에 동일한 수준으로 양허할 의무가 없음을 밝히면서, 공공서비스를 보호하기 위하여 교육, 보건 및 시청각 서비스와 같이 공공성 및 문화적 다양성을 이유로 추가적인 양허나 타 회원국에 비하여 동분야에 대한 양허요구도 하지 않을 것임을 밝힌 바 있다. 미국, 일본도 보건의료서비스분야에 대한 논의에 소극적이며 특히, 의료인력 이동(mode 4)과 관련된 시장개방에 대해서는 부정적인 입장을 가지고 있는 것으로 알려지고 있다.

2003년 7월 협상에서 미국, 호주, 뉴질랜드, 노르웨이, EC, 스위스 6개국의 양자협의 결과, 5월 협상과 마찬가지로 호주, 뉴질랜드, 노르웨이 등 선진국들은 보건의료서비스의 공공성 및 국내적인 민감성을 이유로 동분야를 양허하는데 매우 소극적인 태도를 보인 것으로 나타났다. 그러나 서비스 이사회 및 mode 4 Friends 회의시 인도에서는 WTO DDA 서비스 협상에서 개도국의 관심사항인 인력이동과 관련하여 선진국이 매우 소극적임을 비난하였으며, 특히 인도는 외국인 근로자의 사회보장세(보험료) 면제, 전문직 및 기능인력 자격의 상호인정 등에 대하여 선진국에 강력히 촉구하고 있는 바, 이러한 개도국의 인력 이동에 대한 요구가 향후 더 거세질 전망이다.

그리고 2003년 9월 10일부터 14일까지 멕시코 칸쿤에서 개최된 WTO 각료회의는 도하개발아젠다협상(DDA)의 최종협상시한(2005년 1월 1일)까지 중간시점에 개최되어 그 동안의 협상진행을 중간점검하는 회의였으나, 농업, 싱가포르이슈 등에 대한 회원국간 이견을 좁히지 못하고 결렬되었다. 칸쿤각료회의에서 다른 쟁점이슈는 싱가포르이슈, 농업, 비농산물(공산품 및 임산물) 등의 3개 분야로 서비스협상이 주요의제는 아니었으나, 선진국과 개도국간에 조화를 이루지 못했기 때문에 향후 DDA협상진행이 더욱 어려워질 것이라는 견해도 대

두되고 있다.⁴⁶⁾ 앞으로의 DDA 협상에서 협상방식의 프레임워크뿐만 아니라 각국의 이해득실을 조정하는 세부협상도 이루어져야 하므로 DDA협상은 2004년 말의 타결시한을 맞추기가 어려울 것으로 예상되고 있다.

칸쿤각료회의의 결렬에 따라 보건의료서비스분야 시장개방의 구체적인 개방 일정 및 개방폭을 예측하기가 더욱 힘들게 되었으며, 이로 인해 국내대책 마련에 불확실성이 증폭되는 부담감을 안게 되었다. 칸쿤각료회의의 의장은 회의를 종결하면서 2003년 12월 15일 이전에 개최되는 일반이사회에서 향후 작업계획을 논의할 것을 밝혔는데, 여기에서 향후 보건의료서비스분야에 대한 구체적인 사항이 논의될지에 따라 협상진행의 속도가 달라지게 될 것이라 예상된다.

현재 각국들은 제한된 의료시장의 개방을 확대하기 위한 협상을 하고 있으나 미국을 제외한 다른 나라에서는 소극적인 자세를 취하고 있는 것으로 나타나고 있으며, 다만 중국의 경우 우리나라 한방의료시장에 대한 개방요구에 매우 적극적인 상황으로 알려지고 있다. 한편, 우리나라는 미국, 일본, 캐나다, 호주 등 선진국으로의 MRA를 통한 인력이동을 원하고 있고 반면, 개도국 또는 최빈국으로부터의 전문인력 이동에는 부정적인 견해를 가지는 것으로 언급되기도 한다.⁴⁷⁾

이와 같이 보건의료서비스 협상안을 분석해 보면, 시장접근 및 차별적 대우의 측면에서 거의 진전이 이루어지고 있지 않다는 것을 알 수 있다. 보건의료서비스교역의 두 가지 주요 mode인 해외소비와 자연인의 이동 중 자연인의 이동은 거의 이루어지고 있지 않다. 자유로운 시장접근이 해외소비를 제공할지라도 자연인의 이동은 의료보험적용문제 및 외환 제약 등과 같은 이유로 제약을 받고 있으며 그래서 금융 및 보험서비스 부문에서의 자유화 진전에도 제약을 받고 있다. 보건의료서비스 교역에서 중요한 영역으로 부상하고 있는 상업적 주재 또한 자유화에 제한을 받고 있다. 보건의료서비스에서 행해지는 양허가 양허안에 제시된 많은 임의성 및 불투명성과 양허범위의 협소 등으로 많은 제

46) 대외경제정책연구원, “WTO 칸쿤각료회의의 평가 및 DDA협상 전망”, DDA 세미나자료, 2003. 9.

47) 보건복지부, 2003. 6.

약을 받고 있는 실정이다. 현재까지의 동향으로 볼 때, 어느 정도까지 의료시장이 개방될지 속단하기 어렵지만, 외국의 거대 의료자본과 인력의 유입, 영리병원의 등장, 민간의료보험의 도입, 의료광고의 대폭 확대 등과 같은 이슈가 국내 문제와 결부되어 논의가 될 것으로 예상된다. 따라서 보건의료서비스부문에 있어서의 시장개방은 대체로 소극적인 태도를 취하고 있지만, 주요한 협상방향을 면밀히 검토하고 향후 DDA 협상전략을 새롭게 수립해 향후 본격화될 DDA협상에 대비해야 할 것이다.

3. 보건의료서비스시장 개방현황 및 관련제도

가. 주요국의 보건의료서비스시장 개방현황 및 관련제도

1) 의료 및 치과서비스/ 병원서비스

의료 및 치과서비스와 병원서비스에 있어서 주요국의 개방현황 및 관련제도를 살펴보면 다음과 같다(표 III-8 참조). 영국은 다른 유럽국과 마찬가지로 내국인과 외국인을 차별하는 시장접근제한 제도는 운영하고 있지 않으며 법과 규정에서 명시하고 있는 조건들을 충족시키는 경우 영국인이나 외국인간의 아무런 차별규정을 두지 않고 있다. 또한 병원 및 의료기관운영에 있어서도 내국인과 외국인을 차별하는 정책은 운영하고 있지 않다. 외국자격증은 EU 회원국의 경우 대부분 인정되며 비EU회원국의 경우 개별적인 자격을 심사하여 인정여부를 결정하고 있으며 의사의 경우 외국자격증 인정여부에 대해서는 상당히 엄격한 기준을 적용하고 있고, 약사·간호사의 경우 비교적 완화된 기준을 적용하고 있다.

미국은 미연방차원에서 병원설립 및 운영과 관련하여 어떠한 규제제도는 없으며 이와 관련된 규제내용은 주별로 규제권한이 이양되어 있다. 예를 들면 버지니아주의 경우 병원을 설립하려면 기본적으로 주 보건당국으로부터 허가를 받아야 하나, 동 규정은 내국민과 동일하게 적용되는 것이며 외국인의 의료시

장 접근에 제한을 두는 규정은 없다. 또한 설립허가를 받고 병원을 설립하기 위해서 버지니아 보건 및 소비자보호센터의 수요조사프로그램으로부터 병원 수요인증을 발급받아야 하지만 이 또한 내외국인에게 공통적으로 적용되는 것이다. 그리고 미국은 외국의 보건의료관련 자격증을 인정하고 있지 않으며 외국에서 면허증 내지는 자격증이 있어도 거주하는 주에서 보건의료 면허를 다시 취득해야 한다. 캐나다의 외국인에 대한 보건의료관련 제도 및 규정을 보면, 캐나다의 보건시스템은 관련 연방정부법인 *Canada Health Act* 법령 아래 주정부 관할로 관리되고 있어서 복지 선진국인 스웨덴과 비슷한 점이 많으며, 외국 자본의 시장진입에 제한이 많은 국가 중 하나이다. 서비스 공급자수는 종합병원, 개인종합병원에 100% 제한하고 있으며, 개인병원/의원, 치과병원/의원, 기타의 료시설은 제한하고 있지 않으나 다만, 의료서비스를 제공하는 의사가 캐나다 영주권자 혹은 시민권자이어야 한다.

중국은 의료 및 치과서비스에 대해 국경간 공급이나 해외소비에 있어서는 제한을 두고 있지 않다. 그러나 상업적 주재를 위해서 중국내 의료기관 설립시 서비스 공급자 수의 직접적인 제한은 없으나 분원설립에는 제한을 두고 있으며, 중국의 현지 실정에 따라 수량을 제한할 수 있다. 그리고 서비스거래액 또는 자산총액 제한사항은 없으나 의료기관 설립시 독자형태의 설립은 불가능하고 합자, 합작의 형태로 설립이 가능하다. 그리고 중국측과 합자 혹은 합작 형태로 진출할 경우 외국인의 다수 지분소유는 가능하나 전체지분의 70%를 소유할 수 없다. 또한 영리목적으로 중국내 의료기관의 설립이 가능하며 수익발생시 해외송출도 가능하다. 한편, 중국내 외국면허자격증 소지자가 의료행위를 할 경우, 중국내 의료기관에 채용되어야만 하고, 위생관리기구를 통하여 소정의 시험을 거쳐 등록후, '외국의사단기행허가증'을 취득할 경우 1년에 한하여 의료행위가 가능하다.

일본의 경우 의료시설의 개설요건을 보면, 병원, 진료소, 간병노인보호시설 및 조산소 등의 의료시설을 일본에서 개설하려고 하는 사단 또는 재단은 해당 자치단체의 허가를 받아 의료법인을 설립해야하며 상근의사가 1인인 진료소도 의료법인설립이 가능하다. 병원 및 개호노인보호시설을 개설하는 의료법인에

대해서는 법인의 안정성, 계속성을 확보하기 위해 자산총액의 20%에 상당하는 금액 이상의 자기자본을 보유해야하는데, 이는 설립시만이 아니고 의료법인설립 후에도 항상 유지되어야한다. 단, 20%의 기준은 진료소를 개설하는 의료법인에 대해서는 적용되지 않는다. 서비스 공급기관의 형태는 의료법인으로 제한하고 있는데 의료법인은 사단형태의 사단의료법인과 재단형태의 재단의료법인 2종류가 있다.⁴⁸⁾ 외국자격증을 가지고 일본 현지에서 의료행위를 할 경우 외국 자격증을 인정하지 않으며 일본에서 면허를 취득해야 한다.

호주의 경우 병원이나 의원 및 의료시설에 대한 제한조치가 전혀 없으나 다만 모든 외국인 투자의 경우 100만불 이상을 투자할 때 호주 투자위원회(The Foreign Investment Review Board)의 심사를 통해 자국의 이해에 반하지 않는 한 허용해주고 있다. 그러나 대부분 특별한 사항이 아니라면 허용해주고 있어 외국인에 대한 규제는 없는 것으로 알려지고 있다. 외국자격증 상호인정조약을 체결한 국가인 영국, 아일랜드, 뉴질랜드를 제외하고 호주내에서 의료서비스를 제공하기 위해서는 우선 호주내 의사자격증을 취득해야하며 이를 위해 이민신청을 먼저 진행하여 영주권을 취득한 후 영어시험과 성격 및 건강검진을 실시하여 합격하여야만 의사자격증시험에 응시가 가능하다. 해외의사자격증이 있는 사람의 경우 의사면허를 취득하기 위해 호주의료협회(The Australian Council)의 시험인 직업영어, 문답식 시험, 임상시험을 통과해야 한다.

태국은 외국인 기업법에 의한 외국인 사업금지 업종이 존재하는데, 보건의료 서비스는 외국인 투자 개방준비가 안된 업종에 해당되어 투자가 금지되고 있다. 태국 현지에서 의료행위를 할 경우 1년이내의 단기간은 별도의 자격시험이 없으나 영구적일 경우 Medical Council에서 시행하는 자격시험을 통과해야 한다.

48) 사단의료법인은 병원 또는 진료소를 개설하는 것을 목적으로 한 사람의 집합체로 통상 복수의 사람으로부터 현금, 부동산, 설비 등의 출자를 받아 설립된 것을 말함. 재단형태는 개인 및 재단이 설립에 필요한 재산을 설립하는 의료법인에 무상으로 기부 및 양도하는 형태임.

2) 조산원, 간호사 등 서비스/ 보건관련 및 사회서비스

영국의 경우 유료양로시설 및 기타 사회복지시설의 운영은 NCSC(National Care Standards Commission)에 등록하면 되고, 등록 및 운영과 관련하여 내국민과 외국인을 차별하지 않고 모두 동일하게 대우하고 있다. 또한 영리목적의 보건, 의료, 사회, 사회복지 서비스가 가능하며 서비스제공 후 발생한 이익의 해외송금도 제한이 없다. EU회원국의 간호사 자격증은 모두 인정되며 비EU 회원국의 간호사 자격증은 NMC(Nursing Medical Council)의 심의에 따라 개별적으로 인정되고 있다. 통상적으로 외국자격증에 대해서는 최소한 1년 이상의 영국 내 실무연수를 마친 후 인정하고 있다.

미국은 유료양로시설 및 기타사회복지시설의 운영을 허용하지 않으며, 병원 및 관련시설의 설립도 수요에 기초한 수량제한을 두고 있다. 예를 들어 뉴욕주에서는 병원, 관련시설 운영회사를 개인회사가 소유할 수 없으며 만약 다른 회사에서 주식을 소유할 경우 뉴욕의 주주회사는 뉴욕주에서 허가된 병원운영회사로 등록이 되어야 한다. 또한 모든 병원 및 관련시설은 Public Health Council의 허가를 받아야 설립가능하며 병원관련 시설 설립, 합병, 소유변경, 기타 서비스 변경을 위해서는 수요에 기초한 수량제한(Certificate of Need: CON)을 뉴욕주 보건국에 제출하여 허가를 받아야 한다.

캐나다에서 유료양로시설 및 기타 사회복지시설을 운영할 경우 개인유료양로시설은 개인이 운영할 수 있으며 종류는 영리법인과 비영리법인으로 구분할 수 있다. 외국인의 시장접근에 제한을 두고있지 않으나 기관설립시 최소 1명의 캐나다인을 이사로 선임해야 한다. 그리고 사회복지서비스의 시장개방에 대해서는 특별한 제한없이 자유로이 개인이나 단체, 기업 차원에서 투자를 허용하고 있으나 각 지역보건당국(Regional health authorities)에서 요구하는 자격증 소유자를 고용해야한다.

일본에서는 유료양로시설 및 기타 사회복지시설을 제 1종 및 제 2종 사회복지사업으로 분류하여 운영하고 있다.⁴⁹⁾ 그리고 병원서비스이외의 거주보건시설

49) 제 1종 사회복지사업은 국가 또는 지방자치단체 및 사회복지법인이 경영하는 것을 원칙으로

서비스, 가정간호서비스센터, 요양원, 영유아보육시설, 산후조리원 등은 해당시설의 개설인가를 받을 경우 국적요건과 관계없이 개설이 가능하다. 외국인이 자본참여를 할 경우 영리를 목적으로 한 병원, 진료소, 조산소개설은 허가하지 않으며 비영리기관의 설립에 있어서 외국자본참가에 대한 제한사항은 두고 있지 않다.

호주 현지에서 보건·의료·사회복지서비스 시설의 운영을 위해서 설립형태는 제한되어있지 않아 영리법인의 형태도 가능하고 이익금의 해외송출도 가능하며 세법상 내국민과의 차별조항도 존재하지 않는다. 한편, 태국은 외국인이 보건관련 시설을 운영하는 것을 금지하고 있으며, 외국인의 유료양로시설 운영은 비영리법인에 한하고 있다.

3) 한의서비스

영국은 한방병원이나 의원, 침술, 한의사 등에 대해서는 규정되어 있는 사항이 명문화되어있지 않다. 그러나 한방병원이나 의원의 경우 마취행위를 기반으로 하거나 진정제를 사용하는 치료에 한해서는 병원 및 의원 등록 기준에 의거하여 등록을 하여야 한다.

미국은 한방의료서비스의 경우 한방진료, 한방처방, 조제를 의료행위로 간주하지 않고 건강식품으로 분류하므로 누구나 조제가 가능하나 의료보험의 적용을 받지 못한다. 단, 침술행위는 의료행위로 간주되어 의료보험의 적용대상이 되지만 주에서 면허소지자에 한해서 개업을 허용하며 매년 15시간내외의 교육을 받아 면허를 갱신해야 한다. 한방병원에 대한 규정은 주별로 상이한데, British Columbia의 경우 주정부차원에서 면허제도를 운영하고 있으며 면허취득 후 시(City Hall)의 규정에 따라 한의원의 설비규정을 준수한다면 한방병원이나 한의원 개설이 가능하다. 한의사는 1차 치료사로 구분되어 있으며 의사의 추천 없이 침, 안마, 지압, 한약조제 등 대체요법 의료행위가 가능하다.

하며 제 2종 사회복지사업은 국가 또는 지방자치단체이외의 자가 동 사업을 개시하려고 할 때에 사업경영지의 지방자치단체 장에게 신고를 하도록 하고 있음. 이들 시설의 운영 및 경영을 위해 외국인에 대한 별도의 규정은 마련되어 있지 않음.

중국은 한방병원 및 한방의원을 설립할 경우 위생관련기관의 승인을 거쳐 설립이 가능하지만, 단 개인 한방의료기관의 경우 중국인만 설립이 가능하다. 한방 의료기관 설립규정은 기본적으로 양방의료기관과 동일하나 설립절차상 우선시단위의 위생부문 심사 외에 국가중의학관리국의 심사, 비준을 거친 후 최종 국가위생부의 심사비준을 받아야 한다.

일본에서 한방병원이나 한방의원을 설립할 경우 의료법상의 범규정은 없으나 침술사에 대해서는 ‘안마마사지 지압사, 침술사, 침구사 등에 관한 법률’에서 규정하고 있다. 또한 한의사에 대한 법적 규정은 없으며 한의사의 의료행위를 유사의료행위로 보고 있다.

호주에서는 한방병원 또는 한의원을 개설할 경우 제한은 두고 있지 않으나 다만 호주내에서 3~4년간 시술경험이 있거나 3,000시간의 시술시간을 채운 증명서를 제출해야만 영업을 할 수 있다. 그리고 환자진료후 보험료를 청구하기 위해서는 호주 전통의약협회 또는 중국의학협회(The Chinese Herbal Medicine Association)에 회원으로 등록되어야만 가능하다.

태국에서는 Sanatorium Act에 한방병원/의원 설립과 관련된 규정이 존재하는데, 한방병원 및 의원은 독립된 시설로의 설립은 금지되어 있다. 다만 종합병원 내에 한 과로 진료할 수 있도록 되어 있다.

〈표 III-8〉 주요국 보건의료서비스 시장접근제한 및 관련제도

국가	mode 3관련	mode 4관련
의료 및 치과 서비스/ 병원서비스		
영국	<ul style="list-style-type: none"> - 외국인에 대한 시장접근 제한 없음 · 서비스 공급자수, 자산총액제한, 고용인력제한, 공급형태제한, 외국자본참여제한 등에 제한 없음 · 의사가 개원시 NHS의 의료인력계획에 따라야 함. - 영리법인 설립 허용 - 수익의 해외송출 가능 	<ul style="list-style-type: none"> - EU국의 경우 외국 자격증 대부분 인정. - 의사의 경우 외국 자격증 인정기준이 이전보다 엄격하게 적용됨 - 간호사, 약사의 경우 이전보다 기준이 완화됨.
미국	<ul style="list-style-type: none"> - 병원 설립 및 운영과 관련된 규제 내용은 주별로 규제 권한 이양 - 버지니아 주의 경우 주 보건당국으로부터 허가(License)로 병원설립가능(내외국인들에게 동일하게 적용) · 이를 위해 수요조사프로그램으로부터 병원 수요인증서를 발급받아야 함.(내외국인에게 공통적으로 적용) 	<ul style="list-style-type: none"> - 의사의 외국면허 불인정 - 외국과의 상호면허인정조약 체결국 없음.
캐나다	<ul style="list-style-type: none"> - 종합병원에 영리목적 투자 금지 - 개인종합병원: <ul style="list-style-type: none"> · 1년에 한번씩 허가를 연장. · 환자제한은 병원의 규모, 의사 대 환자 비율 등에 따라 주정부에서 결정. - 개인병원/의원, 치과병원/의원, 기타의료시설의 외국인 투자 허용 	<ul style="list-style-type: none"> - 의사는 캐나다 영주권자 혹은 시민권자이어야 함. ※ 캐나다내 다른 주의 면허인정하지 않음.
중국	<ul style="list-style-type: none"> - 분원설립 불가능 - 서비스 거래액 또는 자산 총액 제한 없음. 단, 합자·합작의 형태로 설립가능, 최소 RMB 2,000만 이상의 금액투자 - 경영기한 20년이며 만기시 연장가능 - 외국의사의 비율은 현지인력보다 소수여야함 - 영리목적 설립가능 & 수익해외송출가능 	<ul style="list-style-type: none"> - 현지의료기관에 채용시 의료활동 가능 - 위생관리기구 등록 후 허가증 취득(유효기간 1년)
일본	<ul style="list-style-type: none"> - 자산총액의 20%를 자기자본으로 보유 - 병상규제에 의한 공급량제한 - 영리목적의 병원, 진료소, 조산소개설 불가 - 비영리의료법인의 설립에 대한 외국자본참가에 제한없음. 	<ul style="list-style-type: none"> - 외국면허자격증 불인정 - 외국과의 MRA 체결국가 없음

자료: 정영호 외(2003)를 보완하여 작성

〈표 III-8〉 계속

국가	mode 3관련	mode 4관련
의료 및 치과 서비스/ 병원서비스		
태국	<ul style="list-style-type: none"> - 외국인 기업법에 의한 외국인 사업 금지 업종: 외국인 투자 개방 준비가 안된 업종 	<ul style="list-style-type: none"> - 외국과의 자격증 상호인정조약의 체결 여부 및 조약체결국가: 없음 - 외국인의 현지국 보건의료서비스 자격증 취득규정 <ul style="list-style-type: none"> · 1년 이내 단기 근무의 경우: 별도의 시험 없음 · 영구적일 경우 Medical Council에서 시행하는 자격시험 통과
조산원, 간호사, 물리치료사 및 준의료인 서비스/ 보건관련 및 사회서비스		
영국	<ul style="list-style-type: none"> - 유료양로시설 및 기타 사회복지 시설의 운영은 NCSC에 등록하면 됨. - 설립형태의 제한 없음. - 영리목적 운영에 대한 제한 없음. 이익의 해외송금 가능. 	<ul style="list-style-type: none"> - 간호사의 경우 EU국은 간호사 자격증 소지자의 관련 증빙 서류 제출시 NMC등록가능. 비EU국은 개별 심사결과에 의함. - 외국자격증에 대해 최소한 1년 이상의 영국내 실무연수 후 인정.
미국	<ul style="list-style-type: none"> - 주별로 규제권한이 이양되어있음 - 병원 및 관련 시설 설립은 ENT적용 	<ul style="list-style-type: none"> - 간호사의 외국면허불인정
캐나다	<ul style="list-style-type: none"> - 개인 유료양로시설은 개인 운영가능 · 단 Regional health authorities에서 요구하는 자격증 소유자를 고용해야함. - 영리법인과 비영리 법인의 외국인 시장 접근 제한없음. 	<ul style="list-style-type: none"> - 외국면허자격증 인정하지 않음 - 외국과의 자격증 상호인정조약 체결국가 없음
호주	<ul style="list-style-type: none"> - 보건관련 및 사회서비스 시설의 설립형태 제한없음. - 영리목적의 운영 가능 - 수익의 해외송출 가능 	<ul style="list-style-type: none"> - 해외의사자격증이 있는 사람의 경우 의사 면허를 위해 호주 의료협회의 시험에 통과해야함. (직업영어, 문답식 시험, 임상 시험). · 우선 이민신청을 해서 영주권을 취득해야 함. - 면허상호협약을 맺은 국가(영국, 아일랜드, 뉴질랜드)는 외국자격증 인정.
중국	<ul style="list-style-type: none"> - 유료양로시설 및 기타 사회복지시설의 설립은 병원설립 절차와 동일 	<ul style="list-style-type: none"> - 외국 간호학과 졸업자는 중국내 간호사자격 시험에 통과후 면허취득가능

자료: 정영호 외(2003)를 보완하여 작성함.

〈표 III-8〉 계속

국가	mode 3관련	mode 4관련
조산원, 간호사, 물리치료사 및 준의료인 서비스/ 보건관련 및 사회서비스		
일본	<ul style="list-style-type: none"> - 사회복지시설의 운영 및 경영에 대한 외국인의 규정은 없음 - 해당 자치단체의 허가를 받아 의료법인설립 - 비영리법인에 한정. - 이익금의 배당은 금지 	<ul style="list-style-type: none"> - 간호사 면허취득요건: 간호사 국가면허시험 합격 후 면허취득 가능
태국	<ul style="list-style-type: none"> - 외국인의 보건관련 시설 운영금지 - 외국인의 유료양로시설 운영은 비영리 법인에 한함. 	<ul style="list-style-type: none"> - 1년 이내 단기근무의 경우 별도시험 없음 - 영구적일 경우 Nursing Council의 자격시험 통과요구
한의서비스		
영국	<ul style="list-style-type: none"> - 한방병원/의원에 대한 규정없음. - 단, 마취행위 및 진정제사용의 경우 등록하여야 함 	<ul style="list-style-type: none"> - 의원, 침술, 한의사 등에 대한 규정 없음
미국	<ul style="list-style-type: none"> - 한방진료, 한방처방, 조제를 의료행위로 간주하지 않고 건강식품으로 분류하므로 누구나 조제할 수 있으나 의료보험의 적용을 받지 못함. - 단, 침구사제도가 있으며, 침술행위는 의료행위로 간주하여 의료보험 적용대상이 됨 - 대부분의 주에서 면허소지자에 한하여 개업이 허용됨. - 매년 15시간내외이 교육을 받고 면허를 갱신하여야함 	<ul style="list-style-type: none"> - 침구사 시험은 1차(필기), 2차(실기)로 나누어 실시 - 미국의 한의사교육제도는 특별히 통제되지 않고 (사설)학교 자체적으로 실시
캐나다	<ul style="list-style-type: none"> - 한방병원에 대한 주별 제도가 서로 다름. <ul style="list-style-type: none"> o British Columbia 주 · 주정부차원의 면허제도 운영 → 면허취득후 City Hall의 규정에 따라 한의원의 설비규정 준수 · 면허 취득자는 한방병원이나 한의원 개설 가능 - 물리치료의 경우 의사의 추천이 필요하며, 양약, 주사는 사용금지 - 한의사는 1차 치료사로 구분되어, 의사의 추천없이 침, 안마, 지압, 한약조제 등 대체요법 의료행위 가능 	<ul style="list-style-type: none"> - 주별 제도 상이 <ul style="list-style-type: none"> · British Columbia주, Alberta 주, Quebec주는 주단위의 자체 한의사 면허제도를 운영하고 있으며, 오타와주도 곧 시행예정임 o British Columbia 주 · 면허종류: 침구사, 한약사, 한의사, 한의 전문의 o Ontario 주 · 한의사 자격증이 없는 사람도 한의원을 운영/화자를 처방 할 수 있음.

자료: 정영호 외(2003)를 보완하여 작성함.

〈표 III-8〉 계속

국가	mode 3관련	mode 4관련
한의서비스		
호주	<ul style="list-style-type: none"> - 제한없음. · 하지만, 호주내에서 34년간 시술경험이 있거나 3000시간의 시술시간을 채운 증명서를 제출해야만 영업을 할 수 있음 - 보험료 청구를 위해서는 호주 전통의약협회 또는 중국의학협회 회원으로 등록되어야만 가능.- 	<ul style="list-style-type: none"> - 의료행위의 법적 규정 없음. · 단, 호주의료협회 정규이사자격증이 없다면 Dr. 직책을 사용할 수 없음
일본	<ul style="list-style-type: none"> - 침술사에 대해서는 ‘안마마사지 지압사, 침술사, 침구사등에 관한 법률’에서 규정 - 한의사에 대한 법적규정은 없음 - 한의사라는 개념은 없으며 유사의료행위에 해당. 실질적으로 의료위가 행해지고 있음 (예: 동양의학총연구소 한방진료부) 	—
중국	<ul style="list-style-type: none"> - 양방과 한방병원의 설립과정상 절차상의 차이는 없으나 관할, 감독기관이 다름 - 외국인이 한방 의료기관 설립규정은 기본적으로 양방의료기관 설립과 동일 	<ul style="list-style-type: none"> - 한의사 관련, 각 지방별로 조례를 제정하여 관리 · 조례의 기본틀은 <중화인민공화국집업의사법>에 근거하여 의사자격 인정, 개업등기, 민간 한의사의 자격인정 시험 등을 포괄
태국	<ul style="list-style-type: none"> - Sanatrium Act에 규정이 있음. · 동법에 이하면 한방병원 내지 의원은 독립된 병원내지 의원으로서의 설립은 금지되어 있으나 종합 병원내 한 과로서 진료를 할 수 있도록 되어 있음 	—

자료: 정영호 외(2003)를 보완하여 작성함.

4) 보건의료서비스부문의 진입관련 규제

이상과 같이 공공정책 및 정치경제적 이유 등으로 서비스교역에 많은 제약이 존재한다. 보건의료서비스의 진입장벽을 크게 1) 외국의 보건의료 공급자에 의한 치료 및 진입 제한 2) 보건부문 및 관련부문에서의 해외직접투자 제한 3) 국내의 기반구조, 규제, 역량제한으로 나누어 볼 수 있다. 각각의 경우에 대해 이러한 장벽이 정당한 것인지, 이유가 무엇인지, 극복가능한지, 보건의료서비스

교역을 장려하면서 교역으로 인한 부정적인 결과에 대한 안전망 및 보상이 고려될 대안적인 조치가 존재하는지 고려해 볼 필요가 있을 것이다.

〈해외 보건서비스 공급자들의 진입 및 진료에서의 장벽〉

보건의료인력의 국경간 이동은 외국의 보건의료서비스 제공자에 의한 체류기간 조건 및 진입을 규제하는데 이용되는 국내규제뿐 아니라 국가간 조치에 의해서도 제한된다. 이러한 제약은 mode 4의 교역범위를 제한하고 또한 보건의료인력의 이동이 외국의 상업적 주체의 운영 및 직원구성에 요구되기 때문에 mode 3도 간접적으로 제한하게 된다.

국가간 조치는 주로 진입의 양적 제한 및 자격조건에 의한 이민규제로 제시된다. 고용권한은 관련 부서에 의한 허가를 토대로 이민국에 의해 부여되며 고용기간은 이민국의 재량에 의해 1년 혹은 그 이상으로 제한된다. 또한 이민 통과절차이나 이주세(migration tax)로 보건전문인의 이동을 제약할 수도 있다.

국내규제조치로 외국의 보건의료서비스 공급자의 수요나 양을 결정하는데 사용되는 인력계획심사(manpower planning tests) 및 경제적 수요심사가 있다. 이러한 심사는 필요성을 결정하는데 사용되는 기준에 있어서 매우 차별적이기 때문에 보건의료서비스교역에 불투명하고 차별적인 장벽으로 존재한다.

외국의 보건의료서비스 제공자의 자격요건에 관한 국내규제는 보건의료서비스교역의 주요 제약이 된다. 상호면허인정이 되지 않는다면, 보건의료전문인은 매우 엄격하고 차별적인 기준에 따라야 한다. 예를 들어, 미국에서는 외국의 자격증을 보유한 의사 및 간호사로 하여금 자국의 면허를 받도록 요구하고 있다. 외국 의대 졸업생은 US 병원에 거주한 기간에 따라 자격시험을 통과할 것을 요구하고 있다. 그리고 시험 그 자체에서도 외국의 보건의료인력에게 언어 등의 문제를 야기시킨다. 이러한 맥락에서 주요 제약이 되는 것은 어떤 국가에서 하나의 면허기관(single licensing body)이 존재하지 않는다는 것이다. 외국 보건의료전문직은 각기 상이한 기준을 가지고 있는 개별 지방 및 주당국이 요구하는 면허인정을 충족시켜야 한다. 예를 들어, 캐나다에서는 면허인정요건이 주별로 상이하다. 그리고 어떤 국가에서는 전문직 조직에 회원이 되거나 등록할 것

을 요구하는데, 전문직 조직의 경우 국적 혹은 영구거주자조건을 만족시켜야 한다.

전문직 협회가 외국의 보건전문인과 경쟁을 제한함으로써 그리고 진입을 막음으로써 자신의 소득을 유지하려는 의도로 보호주의 입장을 취할 수 있다. 이들은 외국보건의료서비스 제공자가 가격, 할인, 서비스를 광고하지 못하게 함으로써 가격경쟁을 줄일 수 있다. 예를 들어, American Medical Association은 과거에 외국보건의료서비스 제공자가 광고 혹은 가격경쟁을 하지 못하도록 저지하였고 의료보험이 국내 및 해외시장에 있는 경쟁자에 대해 차별화하는 것에 통제를 가하였다.

〈보건 및 관련 부문에서의 직접투자(Foreign Direct Investment: FDI) 제약〉

보건의료부문의 외국인 투자규제는 mode 3의 교역범위에 영향을 준다. 최근까지 대부분의 개도국은 보건의료부문을 공공재적 특성을 보유한 것으로 간주하여 외국인 민간 참여를 허용하지 않았으며 정부 영역내에 있는 것으로 인식되어 왔다. 1990년대에 개도국은 보건서비스에 관한 외국인 투자법을 자유화시켜왔다. 보건의료서비스의 외국인 직접투자에 대한 장벽은 외국인 지분참가제한, 차별적 조세, 제한적 경쟁정책, 경제적 수요심사 등을 포함한다. Mode 3는 상업적 주제를 위한 보건의료전문인 및 경영인의 이동제한으로 더욱 제약을 받는다.

또한 보건의료서비스에서의 교역은 보험, 교육, 전자통신과 같은 관련영역에서의 제한적 투자규제로 제약받는다. 외국의 민간보험업자들의 투자규제는 국가간 보험적용에 제약을 받는다. 이는 외국환자들에 진료 및 서비스를 하기 위한 자격인정 결여와 결합하여 국가간 환자의 이동을 제한해서 보건의료서비스의 해외소비를 위한 규모까지도 제한한다. 그리고 보건의료부문의 교육 및 훈련기간에 대한 제한은 보건훈련인, 교육자 및 학생의 국경간 이동규모도 제한함으로써 보건의료서비스 교역을 제약한다. 또 다른 관련 영역은 해외주재기반시설 향상, 신기술 접근, 서비스 비용에 영향을 주는 전자통신분야인데, 원격의료 및 부대서비스를 통한 보건서비스교역 범위를 제한할 수 있다.

〈국내 규제, 기반구조 및 역량관련 제약〉

보건의료서비스 교역은 국내규제, 기반시설 등으로 제한된다. 이들 중 주요한 요소는 보건의료서비스교역의 특정형태와 관련된 이슈, 특히 원격의료를 언급하기 위한 선진화된 규제 및 법적 구조의 미비이다. 정보통신을 이용한 국경간 이동은 오진의 책임, 신뢰도, 정보유출, 면허인정, 보험적용, 국경간 지불 협정 등과 같은 것을 다루는 규제 구조의 미비로 제한되고 있다.

기반시설, 재정, 인적자원제약이 모든 공급형태의 보건의료서비스 교역범위를 제한한다. 전자통신관련 기반시설의 미비는 국경간 공급의 주요 제약요인이 되며 보건의료기반구조 및 낮은 기준에서 발생하는 결함으로 인해 보건의료서비스 수출을 위한 잠재력을 감소시킨다. 숙련된 의사, 간호사 및 기술자 부족, 재정, 병상부족, 공공의료시설 부족이 해외소비를 위한 잠재성을 제한한다. 불충분한 인적·재정자원은 상업적 주재 및 보건서비스 공급자의 국경간 이동을 제한하고, 재정부족이 기반시설, 기술, 훈련을 향상시키기 위한 투자를 제한한다.

뿐만 아니라, 외환통제, 소득의 자국송환 규제, 외국의 보건의료서비스 공급자의 지출규제, 비자 및 여행형태에도 제한받을 수 있다. 그리고 근무조건형태에 있어 외국보건전문인에게 차별이 존재할 수 있다. 가격차별, 광고, 기업규모와 관련된 국내경쟁정책이 보건서비스교역을 제한할 수 있다.

위에서 논의한 장벽 중 여러 조치들은 서비스를 보호하고 전문직 기준을 유지하며, 공공보건시스템에서의 형평성을 보장하기 위해 운용되는 것임을 인식하는 것도 중요하다. 그러나 어떤 장벽들은 경쟁을 제한하고 외국보건의료서비스공급자의 진입을 제한하여 지역서비스공급자의 소득을 유지시키기 위한 목적도 존재한다. 보호주의자 정책과 공공정책간의 차이는 규제가 어떻게 행사되고, 기준에 투명성이 있는지, 그리고 자유재량적이고 차별적인 방식으로 사용되고 있는지에 따라 결정된다. 따라서, 그러한 규제의 정당성이 각 국가들의 보건부문의 특수성 및 요구에 따라 국가마다 상이할 수 있을 것이다.

나. 우리나라의 보건의료서비스시장 개방현황 및 관련제도

우리나라는 UR 의제 중 하나인 무역 및 투자확대에 관한 협상을 통하여 외자도입법(법률 제4519호) 및 외국인 투자인가지침에 투자제한 업종으로 규정되어 있던 조항이 폐지됨에 따라 1995년 1월부터 사실상 보건의료기관시설에 대한 외국인 투자가 허용된 셈이다.

그러나 미국의 용역회사가 일부 병원에 장비대여 등의 용역을 제공하고 있고, 서울중앙병원이 미국 하버드 의과대학부속병원과, 그리고 삼성의료원이 미국 존스홉킨스 의과대학부속병원과 기술제휴 계약을 체결한 바는 있지만, 외국인투자의 제약요인으로 인해 외국인의 시장진입이 구체화되고 있지는 않은 것으로 알려지고 있다.

이러한 외국인투자가 적극적이지 않은 요인으로 작용하고 있는 규제 및 관련 제도를 아래의 <표 III-9>에서도 살펴볼 수 있을 것이다. 첫째, 외국인 투자를 제한하거나 저해하는 법적 장벽이나 규제로 해석할 수 있다. 국내 의료법 제30조에 의하면 국내 의사면허를 소지하지 않은 자가 의료기관을 설립할 수 있는 경우는 의료법인이나 비영리법인 형태로만 가능하다. 이것은 비영리법인 형태의 투자로부터 발생된 수익이 본국으로 송금될 수 없다는 것을 의미하므로, 대외송금이 보장되지 않는다면 영리목적의 투자는 제약을 받게 될 것으로 사료된다. 둘째, 현재 의료인의 이동이 허용되고 있지 않아서 자국의 의료인력을 활용할 수 없다는 제한이다. 투자국은 병원설립에 필요한 모든 의료인력을 투자대상국에 의존하려고 하지 않고 자국의 의료인력을 활용하려 할 것이나 우리나라에서 의료행위를 하기 위해서는 우리나라의 면허소지자에 한하고 있다. 셋째, 전국민건강보험제도 하에서의 저보험수가정책을 들 수 있다. 건강보험수가 인상이 정부에 의해 강력하게 통제 받고 있기 때문에 투자수익의 보장이 어렵게 된다는 점이다. 넷째, 서울특별시를 포함한 대도시 지역의 높은 지가로 병원 건축비 부담이 커서 막대한 자본규모를 필요로 하므로 이것이 외국인에 대해서는 진입장벽으로 작용할 수 있다. 다섯째, 원활한 언어소통이 요구되는 경우 언어와 문화적 차이가 외국인을 고용하는 외국병원에 불리하게 작용할 수 있다.

그러나 이와 같은 제약요인에도 불구하고 고급의료에 대한 수요가 증가하고 있으며 또한 노령화사회로의 진입을 목전에 두고 있어 의료시장의 성장잠재력이 매우 크다고 할 수 있을 것이며, 낮은 보험수가 수준과 상관없이 비급여 진료료 높은 수익을 올릴 수 있을 것이다. 따라서 투자에 따른 기대효과가 더 크다면 향후 외국인의 자본진출이 거세질 것으로 예상되어진다.

〈표 III-9〉 우리나라 공급형태별 시장접근제한 및 관련규제

구 분	mode 3 관련	mode 4 관련
일반의료 서비스/ 한의서비스/ 전문(특수) 서비스/ 치과의료 서비스	<ul style="list-style-type: none"> - 개인의원개업시 의료시설에 대한 수량제한(MRI) 존재 - 1인 의료인의 2개소 이상 의료기관개설 제한 - 의료기관개설은 의사에 한함. 	<ul style="list-style-type: none"> - 외국 의사면허소지자의 국내활동 제한 (보건복지부장관의 승인 필요) - 의료인 국가시험 응시자격 제한
병원 서비스	<ul style="list-style-type: none"> - 국내 의사면허 소지자, 국가, 지방자치단체, 의료법인, 비영리법인에 의한 병원의 개설만 가능. 또한 시, 도지사의 허가필요. - 1인 의료인의 2개소 이상 의료기관개설 제한 	<ul style="list-style-type: none"> - 의료행위시 국내면허자격 요구
조산, 간호 침술 서비스	<ul style="list-style-type: none"> - 조산원 시설 개업은 조산사 및 비영리법인에 한하여 개설가능 - 한의원 개업은 한의사, 침술사, 비영리법인에 한함. - 의료시설 개업의 경우 국내면허소지자에 한함 	<ul style="list-style-type: none"> - 의료행위시 국내면허자격 요구 (외국인 의료면허소지자의 의료행위시 보건복지부장관의 승인요구)

자료: 정영호 외(2003).

IV. 보건의료서비스협상 쟁점 사항 검토 및 시사점

WTO/DDA 보건의료서비스 협상에서 공급형태별로 여러 가지 주요한 이슈들을 고려할 수 있는데, 예를 들면, mode 3과 관련한 영리법인 허용여부, mode 4와 관련된 인력이동, 면허인정, 그리고 보험적용문제들이 이에 해당된다고 할 수 있다. GATS는 면허인정, 질적 기준 등에 대한 정보를 제공하도록 하고 있으며, 또한 회원국들은 면허인정에 대해 다자간으로 동의된 기준을 확립하고, 의료서비스와 병원서비스에서의 국제기준을 확립할 것을 요구하고 있다. 그리고 국제적 보험적용혜택을 위한 우선영역을 고려하고 치료의 질적 수준 및 기준을 위한 인정 조치와 보상을 위한 인정조치를 구별하도록 하고 있다. 그러나 일부 국가에서는 상업적 기반이 아닌 그리고 경쟁적으로 공급되지 않는 서비스 (article I:3)라는 개념의 해석과 보건의료서비스 종류 및 이 분류에 적합한 전달 형태에 대해서도 해석이 상이해서 보건의료서비스분야를 DDA 협상논의에서 제외시키려는 태도를 보이는 것으로 알려지고 있다.

전반적으로 DDA 보건의료서비스분야의 협상은 여타 서비스분야에 비해 논의가 미흡한 수준이며 양허수준이 구체화되고 있지 않다. 더욱이 보건의료부문의 특성에 대한 각국의 기본시각, 선진국과 개도국간의 입장차이, 개방에 따라 해결하여야 하는 제반 전제조건, WTO 회원국들의 보건의료부문에 대한 1차 양허요구안 및 양허안 동향, WTO 협상의 전체적인 진행 상황들을 종합하면 보건의료부문에 대한 협상은 언급한 바와 같이 제한적이며 불투명한 상황이라 할 수 있을 것이다. 그러나 협상은 지속적으로 이루어지고 있으며, 중국을 중심으로 한 여타국가에서의 개방요구가 있을 것으로 예상할 수 있는 바, 의료시장 개방과 관련한 대응방안마련이 불가피하다 할 것이다. 이에 본 장에서는 이러한 정책 방향 설정을 위해서 시장개방에 따른 영향력을 공급형태별로 고찰하고 시사점을 고찰하였다. 본 서는 우리의 구체적인 개방수준에 대한 입장을 제시

하지 않았다. 현재와 같은 상황에서 우리의 구체적인 개방수준을 제시하는 것은 바람직하지 않다고 판단하였기 때문이다.

1. 국경간 공급(mode 1): 원격의료를 중심으로

원격의료(TeleMedicine)는 청각, 시각, 데이터 커뮤니케이션을 사용한 의료시술로, 의료의 전달체계, 자문, 진단, 치료, 교육, 그리고 의료상의 데이터 교환을 포함한다. 여기에서 교육은 환자의 교육 및 보건의료전문인 혹은 직원의 지속적인 재교육을 포함하는 개념이다. 원격보건(TeleHealth)은 원격의료(TeleMedicine)보다는 넓은 개념으로, 보건의료의 임상적 치료 이외의 기능을 뒷받침하기 위해 컴퓨터 등 정보통신기술의 사용 등을 포괄하며, 경영, 감독, 논문, 지식에의 접근 등을 포함하는 개념이다.

한편, 보건의료부문에서는 다음과 같은 상반된 요구가 존재한다. 양질의 보건의료서비스 이용 및 공평한 접근을 제공하는 반면, 보건의료서비스의 비용증가를 통제 혹은 감소시켜야 할 문제에 부딪치게 된다. 이와 같은 문제를 감소시키기 위해 취할 수 있는 한가지 방법은 기존자원(의료전문인, 보건의료시설, 의료장비 등)의 사용을 최적화시키는 것이다. 이에 보건의료부문개혁은 정보 및 통신기술을 바탕으로 이루어진다고 할 수 있으며, 정보통신이 이러한 최적화 문제에 도움을 줄 수 있는 수단으로 볼 수 있다.

그렇다면 원격의료가 비용-효과적인 방법으로 보건의료서비스의 질 및 재원을 향상시키는데 어떻게 기여할 수 있는지에 관해 보건의료부문의 인적자원, 재정, 기술, 의료보험, 행정 및 윤리·법적 측면에서 고찰해 보고자 한다.

가. 이슈 및 고려사항

미국은 가장 광범위하고 다양한 원격의료를 실시하고 있으며 캐나다는 최근에 공공 및 민간부문, 보건 및 정보기술부문이 통합적인 국가차원의 보건정보

체계(a national health info-structure)를 구축하기 위한 구체적인 단계를 시행하고 있다. 영국은 많은 국가에서 적용 혹은 채택되고 있는 국가보건서비스(NHS)와의 관계로 인해 원격의료에 대한 경험이 다른 많은 국가에 도움이 되고 있다. 예를 들어, 스코틀랜드의 Mid-Lothian 지역에 있는 한 임산부의 정기검사의 경우, 가장 가까운 보건센터에서 음파홀로그래피(sonographic images)를 행하고, 비디오를 통해 장거리에 있는 의료전문인으로부터 검토된다. 이는 이동에 따른 불편함 및 비용을 감소시키며 빠른 진단결과를 얻을 수 있도록 해준다. 노르웨이는 원격의료를 통한 서비스가 국가정책으로 의료보험의 혜택이 부여되고 있는 국가이다. 프랑스는 국가정책으로 원격의료를 사용하고 있는데 국가정책의 일환으로 원격의료에 관한 경험들이 양방향 네트워크를 통해서 협력증진을 위해 일상적으로 기록되고 업데이트되며 접근가능하도록 되어 있다. 그리고 국가 차원의 위원회에 의해 조정되며 또한 유럽의 주요 원격의료센터간 교류로 협력하기도 한다. 또한 원격의료를 통한 교류는 인도, 태평양 도서지역, 북아프리카, 남미국까지 확대되고 있다.

호주의 원격의료는 지리적 규모 및 인구확산과 결합하고 있다. 처음에는 “radio doctor”로 시작하여 현재 현대적 통신시설로 대체되고 있다. 예를 들어, 호주 서부지역에 있는 벽지지역의 모든 병원은 인공위성 기지를 가지고 있다. 일본도 환자들의 진단 및 진료를 위해 벽지 및 도서지역에 원격의료를 사용하고 있다. 인공위성을 통해 아시아-태평양 지역의 몇몇 개도국과 원격의료 협력을 맺고 있는데, 일본의 몇몇 대학병원과 캄보디아, 피지, 파푸아, 뉴기니, 태국에 있는 보건의료사이트와 연결되어 있다.

이상과 같이 원격의료는 국내 혹은 국제간 협력으로 보건의료서비스의 질 및 접근도를 향상시키는 방법 중 하나가 될 수 있다.

한편, 원격의료에서 국내 혹은 국경간 공급은 공공의료부문 및 민간부문에서 주요한 영역이 되고 있고 대체로 선진국간 혹은 선진국과 개도국간의 교역으로 간주되고 있지만 최근에는 몇몇 개도국간 교역도 이루어지고 있다. 이러한 교역의 핵심은 가격/질의 비율에서 좀더 유리한 점을 찾고자 하는 것이다. 원격의료사용의 증가는 보건의료서비스에서의 국경간 공급의 증가와 관련되어 있는

데, 이는 원격의료이 보건의료환경의 질적 수준 등을 향상시키기 때문이다. 예를 들어, 몇몇 양질의 병원을 소유한 싱가포르의 보건조직은 인도, 인도네시아, 말레이시아, 영국에 있는 병원과 합작회사(joint venture)로 있으며, 양질의 그리고 비용경쟁적인 보건의료서비스를 제공하는 통합된 네트워크 개발을 위한 수단으로 보건의료기관간에 원격의료교류를 행하고 있다. 또 다른 예로, 요르단은 외국의 환자를 유치하기 위한 정책상의 전략을 사용하고 있는데, 이를 위해 미국의 Mayo Clinics와 같은 우수한 의료센터와 원격의료를 행하고 있다.

원격의료에 있어서 국경간 교역은 의료의 질 및 경쟁적인 가격 이외에 다른 요소로 인해 발생하기도 한다. 환자 및 환자의 가족들에게 정서적으로 가장 큰 영향을 주는 언어 및 문화적 요소, 그리고 중국 한의학과 같은 독특한 치료형태에 의한 경쟁우위가 작용하기도 한다.

1) 보건의료서비스에 미치는 영향력

원격의료서비스는 모든 종류의 전문 서비스, 의료장비의 접근성 및 사용을 확대시키는 역할을 한다. 그러므로 원격의료는 양질의 보건의료서비스를 모든 국민에게 공평하게 접근하도록 기여한다. 원격의료를 통해 환자, 진단 샘플, 임상적 테스트 결과 등을 이동시키는 시간이 감소되므로 의료전문인의 일상적인 업무의 생산성을 증가시킨다. 한편, 일부 선진국에서는 원격의료서비스를 제공함으로써 벽지의 센터(rural/remote centers)에서 전문센터(specialist centers)로 수익이 이동하는 것에 관심을 두고 있는데, 이는 원격의료 서비스에 대한 적절하고 통제가능한 지불시스템이 요구됨을 지적하는 것이다.

2) 보건의료 인적자원에 미치는 영향력

원격의료를 통한 교류로 지속적인 의료교육 및 훈련이 가능해진다. 벽지 지역의 원격의료교류를 위한 시설 설비 및 운영으로 그 곳에 있는 의료인들의 재임기간을 연장시키며 또한 해외이민을 감소시키는 것으로 나타났는데, 이는 원격교육이 가능해 전문지식 및 제반 사항들에 뒤쳐지지 않고 지속적으로 최신경

향을 따라 갈 수 있기 때문이라 할 수 있을 것이다.

3) 보건의료재정에 미치는 영향력

보건의료부문에서의 기술첨단화는 대부분 비용을 증가시킨다고 고려되고 있으며 원격의료에서도 이와 동일하게 여겨지고 있다. 그러나 이는 보건의료서비스에 미치는 영향 및 범위에서의 차이 때문에 원격의료 시설을 magnetic resonance imaging facility 등의 설치로 혼동하고 있는 것이다. 보건의료서비스를 뒷받침하는 잘 갖추어진 원격의료서비스는 비용이 상당히 높을 수 있는데, 이것은 주로 디지털화된 의료주변기기 비용뿐 아니라, 모든 서비스에 공통적으로 요구되는 의료장비 때문이다.

원격의료서비스의 효과 중 하나는 불필요한 추천(referrals)의 감소를 들 수 있다. 어떤 프로젝트는 이동비용 및 상실된 노동시간 감소로 직접비용절감이 65%에서 70%에 이른다고 기록하고 있다.⁵⁰⁾ 또 다른 예로는 원격의료를 원격교육과 연관지어서 고려해 볼 수 있는데, 해외에서 받게 되는 교육 및 훈련비용을 감소시킬 수 있으며, 해외로 나가는 사람들보다는 많은 내국인들에게 해당 교육코스로부터 편익을 기대할 수 있다.

4) 기술적 고려사항

어떤 정보를 비용-효과적으로 교환하기 위해서는 원격의료로 교류하고 있는 개인과 기관간에 공통의 표준을 설정해야 한다. 디지털화된 의료주변기기의 개발 및 컴퓨터와 전자통신 환경과 결합된 부분품을 중심으로 원격의료를 활성화시키고 있는데, 이때 이러한 주변기기에 필수적인 표준화 작업을 수반하지 않는 급속한 성장은 비표준화된 장비 및 부분품을 시장에서 일시적인 제품으로 만들 수 있다. 이와 같이 의료주변기기의 표준화가 결여될 경우, 기술 및 비용 측면에서의 비효율성이 발생할 수 있다. 그리고 원격의료서비스의 주요요소는 이미지를 우수한 질로 저장하고 전송하는 기술이며, 또한 전자통신서비스의 관

50) Mandil S. 1998.

세 및 비용도 고려되어야 할 것이다.

5) 의료보험에 관한 고려사항

원격의료서비스를 통한 교역에 있어서 장애요소 중 하나는 이러한 서비스가 의료보험에 적용되지 않는다는 것이다. 그러나 노르웨이와 같은 몇몇 국가에서 점차적으로 원격의료를 보건의료서비스의 통합부문으로 채택하여 행위별 수가에 적용하고 있고 또한, 미국에서도 일부 주에서 이미 시행하고 있다. 그러나 국가간에 의료보험을 적용하는 것이 용이한 일은 아니다. 그럼에도 불구하고 EU회원국은 EU시민들에게 그 국가의 규칙에 따라 의료보험을 적용하도록 하는 협정이 존재하기도 한다.

6) 행정적인 고려사항

보건의료서비스에서 시간 낭비적이고 비용이 드는 부분은 환자 개인에 관한 데이터 및 정보와 관련되어 있다. 그러나 컴퓨터가 지원된다면 수동작업보다는 행정업무가 간소화 될 수 있다. 반면, 개인정보유출과 관련된 이슈가 고려되어야 한다. 서비스가 원격의료를 통해 제공될 때, 환자의 관련기록 업데이트가 용이하고, 환자 방문시기 및 임상테스트 등과 관련된 행정업무도 편리하며 효율적이게 된다. 그래서 원격의료를 위한 인프라는 부분적으로 행정상 업무의 시간소요나 재정비용을 감소시킬 수 있다.

7) 윤리적·법적 고려사항

원격의료를 통한 국경간 교역에서 내재된 이슈들은 다음과 같은 사항들을 고려해 볼 수 있을 것이다. 첫째, 국경간 의료시술을 위한 면허인정의 문제가 존재한다. 둘째, 일대 다수간 혹은 다수 대 다수간의 사이트가 있는 원격의료서비스는 교류를 감시하고 통제할 문지기(gatekeeper)가 요구되며, 서비스 각각의 요구에 대해 주어진 시간내에 적절하게 응답해 주어야 한다. 이 때문에 병원과 의료기관간 혹은 국가간에 원격의료를 관리하는 법 및 규정이 요구된다. 셋째,

정보통신기술의 발전은 데이터 및 네트워크의 안전성을 가지도록 하는 한편, 국민들에게 이용가능한 조치들을 알리고 보증하는데 많은 투자가 요구된다.

나. mode 1의 전망 및 검토

최근에 새로운 보건의료서비스 전달형태가 출현하고 있는데, 이 중에 주요한 추세로 원격의료 및 보건의료서비스의 정보기술통합을 들 수 있다.⁵¹⁾ IT로의 산업지출현황을 보면 약 수입의 2%이며 5년후에 6~7%로 증가할 것으로 기대되고 있다.⁵²⁾ 이처럼 보건의료서비스에 정보통신기술의 사용은 보건의료서비스 교역을 위한 본질 및 잠재성을 변화시킬 것이다.

IT와 보건의료서비스의 통합으로 인한 전망은 매우 긍정적이라 할 수 있다. 원격보건(telehealth) 수출이 확대되기 위한 몇가지 영역이 존재하는데, 노인 및 재활 서비스를 위한 홈케어, 전문직 교육서비스, 온라인 보건정보 서비스와 관련된 정보통신기반 서비스가 이에 해당한다. 보건의료로 인한 미국의 홈케어 시장은 160억달러로 추정되며 미국의 보건의료시장에서 가장 급속히 성장하는 부분이다. 2030년까지 이 시장은 nursing home에 5백만명의 미국인들이 현재 7백억달러에서 연간 2조달러의 비용이 소요될 것이라 추정되고 있다. 2000년 온라인 보건정보서비스를 위한 세계시장은 210억달러인 것으로 추정되었으며, 의료교육을 포함한 전문직 교육을 위한 세계시장은 39억달러인 것으로 나타났다.⁵³⁾

그러나, IT가 보건의료서비스와 결합될 기회를 가진다면 많은 이슈들이 언급되어야 할 것이다. 앞서 논의한 바와 같이, 전문인의 자격인정, 오진에 관한 보험, 자문 및 기타서비스에 대한 보상, 지불협약, 국경간 면허, 환자의 신뢰도 및 프라이버시, 윤리적 법적 문제, 표준화 등 IT 기술채택, 그리고 빈곤층을 위한 기본적인 예방치료 보건서비스를 제공하는데 IT의 사용 등이 이에 포함되는데

51) 이외에도 교육서비스, 데이터베이스 및 전자논문서비스, 임상·진단 및 전문서비스, 보험서비스, 컨설팅서비스 등이 있음.

52) USITC(1999), Chapter 13.

53) UNCTAD Secretariat(1998).

이는 국제협력 및 국내·외 규제메커니즘의 발전이 요구된다.

따라서, 위와 같은 경제적·기술적·윤리적 문제 등에 대한 법·제도의 국내·외 준비가 전제되어야 개방의 정도에 대한 실질적인 논의가 가능하다고 사료되며, 이러한 맥락에서 볼 때 mode 1에 대한 WTO 협상은 상당히 제한적이 될 것이라 예상된다. 그러나, 원격의료에 관한 규제메커니즘이 원활하게 작동할 수 있는 시스템이 마련된다면 IT와 결합한 보건의료분야의 시장잠재성은 상당하다고 볼 수 있을 것인 바, 국제적인 논의를 주도할 수 있는 적극적인 노력이 필요할 것이며 이와 함께 내부역량 강화를 위한 방안도 추진되어야 할 것이다.⁵⁴⁾

2. 해외소비(mode 2)

mode 2를 통해 국내에서 이용할 수 없는 선진화된 의료기법 및 전문화된 치료를 해외에서 받을 수 있다. 그리고 자국과 질적인 측면에서는 유사하지만 비용이 낮거나 혹은 자국에서 이용할 수 없는 특수 서비스도 제공받을 수 있다.

그러나 이러한 경제적 효과에도 불구하고 교역에 있어서 앞서 살펴본 바와 같이 몇 가지 장벽이 존재한다. 첫째, 가장 중요한 장벽은 환자들이 가족들과 떨어지고 싶어하지 않거나 문화 혹은 언어 차이에 민감한 심리적 불안감이다. 둘째, 공공보건시스템과 민간보험정책으로 인해 해외치료에 대해 보상받지 못할 경우 주요 교역장벽으로 작용할 수 있다.⁵⁵⁾ 그럼에도 불구하고, 환자들은 국내에서 치료받을 수 없거나 일부만 보험에 적용된다면 해외치료도 고려할 것인데, 이때 질/가격 비율이 국내보다 호의적인 곳을 선택하게 된다. 국내에서 의료서비스를 제공받기 위한 대기기간이 길 때, 혹은 환자들이 국내보다는 외국제도로 제공받는 보건의료서비스의 질이 상당히 높다고 평가할 때는 보험적

54) 경쟁력 강화를 위한 보건의료부문에 정보기술을 접목시키는 e-Health 추진 방안은 다음 장에서 구체적으로 논의하고자 함.

55) 일부 사보험에서는 해외에서의 치료에 보상을 하고 있으나 프리미엄이 상당히 높으며, 사업상의 여행이나 휴가동안의 응급치료의 경우 해외에서의 치료에 보상해주는 보험이 일부 존재함.

용비율은 중요한 고려사항이 되지 않을 수 있다. 이와 같은 상황을 역으로 고려해 볼 경우, 선진국들은 지속적으로 보건의료부문의 공공지출을 감소시킴에 따라 소비자들이 민간보험에 대한 수요를 증가시키게 된다면, 이는 해외소비를 위해 외국인들이 국내의료시장으로 유입될 가능성이 존재하게 되는 측면일 수 있다.

3. 상업적 주재(mode 3): 영리법인 허용여부를 중심으로

가. 이슈 및 고려사항

mode 3, 즉, 상업적 주재와 관련한 협상 쟁점의 가장 대표적인 것은 외국의 의료기관과 보건의료서비스 관련 영리법인 등이 우리나라에 진출해서 경영할 수 있도록 허용할 것인지의 여부라 할 수 있을 것이다. 우루과이라운드의 한·미협상 과정에서 미국은 우리나라에 병영경영 서비스의 개방을 요구한 바 있고 국내문제와 결부되어 향후 보건의료서비스 협상에서도 영리법인 허용여부는 중요하게 논의될 것으로 전망된다.⁵⁶⁾

영리병원의 존재가치를 인정하는 이론은 일반적으로 시장의 경쟁원리와 이윤추구 동기가 전반적으로 우리에게 긍정적인 영향을 미칠 수 있다는 것이다. 효율성 측면에서 경쟁원리가 적용되는 의료시장은 이윤추구와 경쟁으로 의료수요에 민감하게 반응하고 최소의 비용으로 양질의 의료서비스와 의료공급체계의 효율을 향상시킬 것이다. 그러나 동시에 시장실패를 가져올 수 있는 요인이 존재하므로 이를 제거하기 위한 정부의 역할이 강조된다. 왜냐하면 영리병원의 활동으로 인한 경쟁으로 비영리기관이나 공공부문의 의료 공급자들로 하여금

56) mode 3의 개방은 또한 다음과 같이 다른 mode에도 전반적으로 광범위하게 영향을 미칠 수 있어 파장이 매우 큰 이슈라 할 것임. 첫째, 경영상의 서비스가 모국으로부터 정보기술을 활용하여 제공되는 mode 1, 둘째, 최신의 의료시설 및 기술의 도입으로 중국, 일본, 대만 등 외국에서 소비자들이 우리나라에 들어와 서비스를 받는 mode 2, 셋째, 의료인이나 스태프들이 우리나라에 들어와 경영 및 진료 등을 행하는 mode 4 등을 고려할 수 있음.

효율성 증진을 위한 전략을 도입하게 할 수 있기 때문이다. 이러한 의료시장의 상업화에 따른 대표적인 문제점 중 하나로 영리병원의 cream skimming 가설을 들 수 있다. cream skimming이란 이윤창출을 최대목표로 하는 영리추구 병원이 지불능력이 있는 소비자들의 필요와 고수익 의료서비스 분야에 그들의 노력을 집중시키는 현상을 말한다. 일반적으로 영리병원은 의료의 접근도를 향상시켜 주고 있으나 지불능력이 없는 환자들을 기피하는 경향이 나타나는 것으로 알려져 있다(Gray, 1986). 이러한 영리병원의 cream skimming은 사회적으로 필요하지만 빈도 수가 적은 서비스를 기피하거나, 이윤을 남기기 어려운 환자를 기피하기도 하고 연구와 교육 프로그램에 대한 투자를 소홀히 하는 등의 형태로 나타나므로 정부의 적절한 규제와 방향제시가 요구된다. 따라서 영리추구 민간병원을 통해 양질의 의료서비스를 좀더 효율적으로 생산해 내도록 하는 반면, 사회적 요구에 따른 분배문제, 즉, 형평성의 제고와 지불능력에 관련 없이 모든 국민에게 의료의 접근도를 높이는 문제 등의 규제와 유인책을 마련해야 한다. 그러나 민간의료부문이 팽창하면서 강력한 이익집단으로 성장함에 따라 국가의료정책의 원활한 시행에 어려움도 따를 수 있음을 예상할 수 있을 것이다. 이와 같이 영리추구 민간병원의 성장은 비영리기관에 의해 주도되는 시장보다 효율성의 측면은 높으나 공공의 이익과 민간 영리기관의 갈등이라는 문제점을 야기함을 고려해 볼 수 있을 것이다.

이론적으로 영리의료기관이 비영리의료기관에 비해 동일한 의료서비스를 보다 낮은 비용으로 제공할 것으로 예상할 수 있으나, 기존의 연구결과에서는 영리병원과 비영리 병원간의 비용-효율성의 차이는 적거나 거의 없는 것으로 나타나고 있다.⁵⁷⁾ 이와 같이 영리법인화와 관련된 경제적 평가는 실증적으로 검

57) 영리병원 및 비영리병원의 성과에 관한 비교는 다음 소절에서 자세히 언급될 것임. 예를 들어, Sloan(1998) 등의 연구결과에 따르면 영리병원과 비영리병원을 몇 가지 질병에 관하여 비용 및 의료의 질을 분석한 결과, 이들의 차이는 거의 유사하였고 뚜렷한 차이를 나타내지 않았음을 지적하였음. 그리고 Farsi(2001)는 1990년에서 1998년간 캘리포니아병원이 비영리법인에서 영리법인으로 된 이후의 의료서비스의 질적 측면을 분석한 결과, 사망률은 감소하였으나 응급환자를 기피하는 경향이 나타나서 영리법인으로의 전환에 따른 의료질의 향상여부를 단정하기는 곤란함을 제안하였음.

증되기 어려워 아직도 영리추구 의료기관을 정책적으로 지지할 것인지의 여부를 판단할만한 충분한 자료를 제공하지 못하고 있다. 그러나 영리법인화로 자본투자가 부족한 의료부문의 자본량 충족, 즉, 정부의 조세 등을 통한 자본조달의 필요성을 감소시켜주거나 부실병원 인수로 인수병원의 효율성을 향상시키고 경쟁, 혁신 및 변화를 의료계에 도입할 수 있는 장점이 있으므로 영리병원의 성장에 따른 장점 및 단점을 비교하여 현재와 미래의 의료체계에 대해 부여할 가치와 의료환경의 변화에 적합한 방향설정이 요구된다.

나. 영리법인 허용여부에 관한 검토

보건의료, 특히 병원간 경쟁에 있어서 후생에 관한 함의는 이론적이고 실증적으로 논쟁이 되고 있는 주제이다.⁵⁸⁾ 한 측면에서는 경쟁이 병원서비스 시장에서 비용을 감소시키고, 질을 향상시키며, 생산효율성을 증가시킨다고 보고 있다(Melnick et al., 1992; Dranove et al., 1992; Vistnes, 1995; Town and Vistnes, 1997). 그러나 다른 측면에서는 병원간 경쟁심화는 사회후생을 감소시킨다고 논의하고 있다. 의료보험으로 인해 환자들은 병원간 비용이나 가격격차에 민감하게 반응하지 않으며, 이와 같은 의료수요의 가격비탄력성으로 인해 병원은 의학적으로 불필요한 서비스를 제공할 정도로 경쟁을 부추긴다(Feldstein, 1971; Held and Pauly, 1983; Robinson and Luft, 1985). 병원시장에서의 불완전한 정보를 중점적으로 다루고 있는 논문에서는 공급자 수가 증가할 경우 불완전 정보로 인하여 비용을 증가시킨다는 것을 제시하고 있다(Satterthwaite, 1979; Frech, 1996). 그리고 병원산업은 독점적 경쟁시장의 특성을 가지기 때문에, 경쟁은 초과시설을 야기해 비용을 높이는 결과를 초래할 수도 있다(Joskow, 1980; Fisher et al., 1999).

이러한 상반된 견해는 정책적인 관점에서도 상반된 결과를 낳는다. 만약 병원간 경쟁이 사회후생을 향상시킨다면, 병원간 경쟁을 촉진시켜서 보건의료생산의 효율성을 증가시킬 수 있다. 그러나 만약 병원간 경쟁이 사회적으로 손실

58) Dranove DM. 1992.

을 초래한다면, 조정(coordination) 및 합병을 유도하여 경쟁을 감소시키기 위한 정책을 취해야 할 것이다.

1) 소유형태에 따른 법적·경제적 차이

민간의료기관의 소유형태는 크게 영리(for-profit) 의료기관과 비영리(nonprofit) 의료기관으로 나뉜다. 영리병원은 의료 서비스를 제공함으로써 이윤극대화를 통하여 투자자들의 부를 증가시킬 목적으로 운영되며, 이윤의 일정부분을 투자자에게 배분할 수 있다. 그리고 일반기업과 같이 재산세, 소득세, 판매세를 지불하며 세금혜택이 주어지지 않는다. 반면에 비영리병원은 경제적인 이윤추구에 목적을 두는 것이 아니라 특정하게 주어진 다양한 업무를 수행하기 위해 의료서비스를 제공한다. 그리고 교육 및 연구수행을 목적으로 운영되지만 기관의 유지 발전을 위하여 경제적인 생존 능력을 유지해야 하며 이윤을 분배할 수 없다. 이러한 비영리병원은 영리병원과는 달리 여러 가지 세제 혜택을 받는다.

한편, 여러 측면에서 공공병원조직은 민간비영리조직과 유사하다. 이들은 세금을 내지 않고, 비과세채권(tax-exempt bonds)도 유사하게 이용할 수 있다. 그리고 정부 관련당국은 결과를 감독하고 이사회를 임명한다. 단, 공공병원은 급여와 고용관행에 있어 민간비영리병원보다는 자율적이지 못하며 또한 민간비영리병원과는 달리 공공병원은 일반적으로 환자치료를 거부하지 못하는 측면을 가지고 있다.⁵⁹⁾

59) 다만, 우리나라의 경우에는 요양기관 강제지정제도를 운용하고 있어 민간비영리 병원도 건 강보험환자의 진료를 거부하지 못함.

〈표 IV-1〉 영리병원과 비영리병원의 법적, 경제적 차이

구 분	영리병원	비영리병원
투자 및 운영 목적	이윤극대화 및 투자자 부 극대화	이윤추구의 목적인 아닌 특정하게 주어진 다양한 임무수행. 교육, 연구의 수행 목적으로 운영.
투자분배 가능여부	이윤의 일정부분 투자자 분배가능	이윤분배 불가
조세혜택	일반기업과 동일하게 재산세, 소득세, 판매세 지불, 세금혜택 무.	다양한 조세혜택 있음
병원해산시 재산처분	자유로움	계약있음

미국의 경우, 영리조직과 민간비영리조직간의 주된 차이는 회계상의 수익분배에 있다. 민간비영리조직에서는 수익을 개인자산으로 분배하지 못하고 원칙적으로 지역공동체(communitiy)가 자산소유주가 된다. 그러나 실제로 지역공동체(communitiy)로 정의되는 조직을 요구하고 있는 것은 아니다.⁶⁰⁾ 민간비영리 조직은 법인세, 소득세, 비과세채권 등으로 정부가 부여한 혜택을 누리고 있다. 또 다른 중요한 법적 차이는 이사회(boards of directors)의 선출에 관한 것이다. 민간비영리조직은 주주가 없기 때문에 이사회를 선출할 다른 메커니즘이 있어야 한다. Hansmann(1996)에 의하면, 비영리기업의 경영인은 개인주주가 중요한 통제권을 행사하지 않는다는 점에서 공공으로 거래되는 투자자소유 기업(publicly traded investor-owned firms)과 다르지 않을 수 있음을 언급했다. 다만, 실질적 차이는 영리조직의 목적이 보다 명확하다는 것이다. 한편, 민간비영리조직에는 일반적으로 이사회가 사적 영향력(private inurement)을 발휘하지 못하도록 하고 있다. 즉, 경영인이 영리부문에서 존재하는 인센티브 보상계획을 도입하는 것을

60) 다만 지역공동체(communitiy) 소유라는 정의가 영리병원으로 전환할 경우 공공정책 상의 논의로써 진행되고 있음. 회사법에 민간비영리조직이 고용주, 경영인, 또는 의사 등에게 경제적 렌트를 주는 것을 금지하고 있지는 않아서, 이러한 조직이 벌어들일 수 있는 수익의 법적 제약이 존재하지 않는 경우도 있는데 예를 들어, 미국의 일부 주에서는 이런 조직의 활동범위를 제한하고 있지 않음(Hansmann, 1980).

제한 또는 배제하고 있다.

2) 영리병원에 대한 세계적 추이

선진국에서 영리병원이 다수를 차지하고 있는 것은 아니다. 미국에서는 1994년에 비연방단기일반병원(nonfederal short-term general hospital) 중 12%가 영리병원이었고(American Hospital Association, 1995), 60%가 비영리병원, 나머지 28%는 정부당국에 의해 운영되었다. 1960년대 후반 이전에는 영리병원이 차지하는 비율은 지속적으로 안정적인 추세를 보였으나, 1960년대 후반에 영리병원체인(for-profit chain)이 나타난 이후로 수적으로나 영향력에 있어서 성장해왔다. 그러나 영리병원의 소유형태가 지속적으로 증가한 것은 아니다(Gray & Schlesinger, 1997).

1980년대와 1990년대 여타국가에서의 영리병원 비율은 미국보다 낮았으며 공공 및 민간비영리부분이 상당히 혼재해 있었다. 이에 관하여 Hoffmeyer & McCarthy(1994)는 1980년대 후반과 1990년대 초반에 병원부문을 포함한 선진국의 보건의료시스템을 상세히 설명하고 있다(표 IV-2 참조). 예를 들어, 캐나다 병원의 98%가 공공시설이었고 단지 2%만이 민간병원이었으며, 프랑스에서는 65%가 공공병원, 16%는 민간비영리병원, 그리고 19%가 영리병원으로, 공공시설이 더 높은 비중을 차지했다. 독일에서는 이들 세 가지 소유형태를 각각 1/3 정도로 보유하고 있었다. 그러나 병상수에서 공공시설은 51%, 민간비영리시설은 35%, 영리시설은 14%이었다. 네덜란드의 민간영리병원은 법으로 금지되어 있어 대부분의 병원(약 60%)은 민간비영리병원이다. 스위스에서는 46%가 공공부분에 의해 소유되고 있고, 나머지 32%는 민간비영리이었으며 이들은 공공기금의 일부로 유지된다. 그리고 나머지 22%를 차지하는 영리병원은 사보험 및 사회보험과 민간보험요소가 결합된 혼합형태로 의료서비스를 제공한다. 영국의 경우 1970년대에는 소규모 영리병원이 나타났고, 1990-1991년까지 민간소유형태의 병상수는 실제로 감소하였다.

〈표 IV-2〉 주요국 비영리 및 영리병원의 추이: 1980년대 말~1990년대 초
(단위: %)

	공공시설	민간비영리병원	영리병원
캐나다	98	-	-
프랑스	65	16	19
독일*	51	35	14
네덜란드	-	60	-
스위스	46	32	22

주: *는 병상수 기준

자료: Hoffmeyer and McCarthy, 1994.

3) 병원소유형태의 전환 및 효과

병원소유형태의 변화는 미국에서 자주 목격되는 현상이다. 예를 들어, 1990년에서 1993년까지 6,015개의 병원중에 183개의 병원이 소유형태를 바꾸었다(Needleman et al., 1997). 183개의 병원 중에 37개만이 민간비영리병원에서 영리병원으로 전환했다. 52개의 병원은 공공병원에서 민간비영리병원으로 전환했으며, 32개의 병원은 민간비영리병원에서 정부운영병원으로 전환되었다. 그리고 1994년에서 1995년 사이에는 63개의 병원을 영리화함으로써 영리병원으로의 전환이 이루어지고 있는 추세이다.⁶¹⁾ 이러한 전환이유로는 다음과 같이 다양하게 제시되고 있는데 첫째, 병원폐업을 막기 위해 둘째, 자본조달을 용이하게 하기 위해 셋째, 효율성 향상을 위해 넷째, 시장점유율을 지속 혹은 확장시키기 위해 다섯째, 규제를 줄이기 위해 전환하는 것으로 나타나고 있다(Duke University, 1998). 소득수준의 향상에 따른 소비·지출수준 증가, 공공부문 의료서비스에 대한 불만증가, 의료 소비자들의 선택자유에 대한 관심 증가, 의사 수의 증가로 인한 의사들의 민간의료에 대한 관심증가 등으로 특수 의료서비스 분야, 특히 정신질환 및 간호양로서비스를 중심으로 영리법인이 큰 비중을 차지하고 있는 것으로 나타났다.⁶²⁾ 그러나 지금까지 병원이 여러 소유형태로 전환하는 이유가

61) Needleman(1999).

이론적으로 잘 설명되고 있는 것은 아니다(Lakdawalla & Philipson, 1998).

Sloan 등(2000)은 다양한 측면에서 병원의 전환 효과를 분석하였다. 세 가지 소유형태인 공공병원, 영리병원, 민간비영리병원의 샘플을 기초로 행해진 결과, 영리병원으로 전환한 민간비영리병원은 수익률 증가를 보였으나, 반대로 영리병원에서 민간비영리병원으로 전환한 병원도 동일한 결과를 보였다.

전환에서 중요한 이슈는 어떤 거래가격(transactions price)이 있는가하는 것이다. Sloan 등(2000)은 병원구매자의 수익률을 평가하였는데, 영리기업의 경우 구매에 따른 사적 수익률이 경쟁수준에서 가장 높은 것으로 나타났다. 그러나 사적 가치가 아닌, 사회적 가치의 측면에서 본다면 상이한 결과가 나타날 수 있을 것이다. Goddeeris & Weisbrod(1998)은 공공 및 민간비영리병원에서 영리병원으로의 전환할 경우 사회적 가치에 근접해 가도록 하기 위해 미래납세의 현재가치(the present value of future tax liabilities), 사회적 가치를 위한 의무적인 공동체 서비스 채택(adjust for the social value of obligatory community services)을 부가해야 한다고 언급하고 있다. 그러나 이들이 언급한 것처럼, 무수익 사회 서비스의 한계적 사회가치(the marginal social value of unprofitable social services)를 측정하는 것은 매우 힘든 작업일 것이다.

4) 비영리병원이 지배적인 원인

〈거래비용 및 소유권〉

Hansmann(1998)이 설명한 것처럼, 기업의 소유형태는 두가지 본질적인 권리 즉, (1)기업의 통제권, (2)기업의 순소득을 적정화할 권리와 관련되어 있다. 민간비영리기업의 특징으로 기업통제권은 소유할 수 있으나 기업 소득에 대한 권리는 가지고 있지 않다는 것을 지적하고 있다. 즉, 법적으로는 오너(owner)를 공동체(community)로 정의하고 있지만, 실제로 민간비영리기업은 오너가 존재하지 않는다.

효율적인 소유형태는 (1)계약비용(기업과 소비자 혹은 공급자간의 거래비용)

62) 전계서

과 (2) 소유형태에 따른 비용(경영인을 감시하고 리스크를 감내하는 비용)을 최소화하는 것이다. Hansmann은 어떤 조직형태를 선택할 경우 발생할 수 있는 계약상에서의 잠재적인 비효율성을 제시하고 있다. 예를 들어, 자연독점의 경우 발생하는 시장지배력과 결합할 때, 전력공급을 위한 소비자 협동조합과 같이 소비자가 오히려 되는 것이 바람직할 수 있다. 왜냐하면, 기업이 거래상대자에 관한 정보를 더 많이 소유할 때, 계약은 높은 비용을 초래할 수 있기 때문이다. 그래서 이러한 비대칭적인 정보로 인한 비효율성을 완화하기 위하여 소비자가 오히려 되는 것이 바람직할 수 있다는 것이다.

Hansmann은 왜 소유형태를 나누는지, 그리고 소유형태가 산업마다 상이한지를 설명하고 있다. 예를 들어, 미국병원산업에서 민간비영리병원이 지배적인 위치를 차지하고 있다는 논의에서 소유형태의 거래비용인 계약관계와 불확실한 성과, 보조금(subsidies), 관성(inertia) 등을 다루고 있다.

〈계약관계와 불확실한 성과〉

Kenneth Arrow(1963)은 의료시장에서 비영리조직이 지배적인 위치를 차지하고 있는 것을 불확실성과 불완전성으로 설명했다. 비영리조직은 순수한 영리추구자가 아니기 때문에 시장지배력으로 환자들을 이용하지는 않을 것이다. 그래서 이러한 측면에서 Arrow는 소비자와의 계약비용이 낮기 때문에 민간비영리병원이 지배적임을 제안하였다.

Weisbrod(1988)은 이러한 개념을 비영리조직에 보다 일반적으로 확장시켰다. 의료서비스 판매자가 환자 및 고객보다 더 많은 정보를 갖게 되는 몇가지 서비스 단계가 존재한다. 반면에 소비자들은 의료서비스의 성과를 평가하기는 어렵다. 즉, 소비자들은 이러한 서비스에 대해서 만약 서비스를 제공받지 않는다면 혹은 다른 판매자로부터 서비스를 구매한다면 어떠한지에 관해 그리고, 환자의 상태가 호전된 것이 치료를 받아서인지에 관해 확실히 알 수 없으며 또한 노인들의 요양기관이 다른 곳보다 더 나은지에 관해 확실히 알지 못한다. 의료서비스의 경우 요양원(nursing home), 1차 의료기관의 의료서비스는 주로 영리병원으로 조직된다. 요양원은 일반적으로 복잡한 기술과 연관되어 있지 않는 반면,

많은 환자들의 육체적 및 정신적 조건으로 환자를 이용하려는 잠재성이 존재하고, 또한 의사들의 치료가 환자들에게 어떤 효과를 가져다 줄 것인지에 관해 사전적으로 불확실하다. 이와 같은 불확실한 성과는 정보의 비대칭성으로 발생한다. 소비자가 성과를 감시할 수 없기 때문에, 이윤을 극대화할 경우의 질적 수준은 소비자가 만약 충분한 정보를 가지고 있는 경우 수요하게되는 수준보다 낮을 수 있다.

정부가 이러한 행동에 대해 미리 알 수 없고 또한 원하는 것을 계약상으로 명기하는데는 제약이 따른다. 계약 제약성은 Grossman and Hart(1986), Hart and Moore(1990), Hart(1995)에 의해 발전된 불완전 계약이론(incomplete contracts theory)으로 설명된다. 여기에서 자산 소유권은 계약을 완벽히 구체화시킬 수 없는 상황때문에 소유자 통제(owner control) 및 협상력(bargaining power)이 부여된다는 생각에 초점을 두고 있다. 결과적으로 오너가 수익을 거두어들이는 힘을 가지기 때문에, 비용을 감소시키거나 수익을 증가시키려는 방식으로 투자할 인센티브를 증가시킨다.

Hart 등(1997)에 의한 최근 논문은 정부가 서비스를 직접 제공해야할지 아니면 외주형식으로 제공해야 하는지의 조건을 분석했다. 다시 말해서, 공공부문에 의한 공급(public provision)을 할지, 아니면 영리기업에 의한 서비스공급을 위해 공공부문과의 계약(public contracting for provision of the service by a for-profit firm)을 도입할 것인지에 대한 선택사항이다.

Hart 등의 모델에서 공급자는 서비스 질을 향상시키는데 투자하거나 비용을 줄이는데 투자할 수 있다. 계약이 불완전하다면, 민간(영리) 공급자는 비영리 공급자보다 질향상과 비용절감을 위한 인센티브를 가지게 된다. 그러나 질적 측면에 대한 계약은 불가능하므로 의료서비스 제공시 질적 수준을 고려하지 않게 되는 반면, 비용절감을 위한 인센티브는 매우 강하게 작용한다. 따라서 비용삭감에 따른 질저하가 크면 클수록 공공에 의해 서비스를 제공해야한다는 논의가 증가하게 된다. 병원의 혁신으로부터의 기대되는 잠재적 수익은 매우 크지만, 반면에 비용삭감으로 인한 질적 수준 하락이라는 부정적인 측면도 존재한다. 그래서 대부분의 국가에서 공공부문이 중요한 의료제공자인 이유가 여기에

있을 것이다.

〈공공재〉

Weisbrod(1997)은 공공재 생산에 있어서 민간비영리조직이 특정그룹의 수요를 충족시킨다는 것을 강조했다. 공공재는 두 가지 특성을 가진다. (1) 개인 A의 소비가 개인 B의 소비에 영향을 주지 않는다는 의미에서 소비의 비경합성(nonrivalness)과 (2) 재화나 서비스에 대해 지불하지 않는 개인을 배제할 수 없다는 의미에서 비배제성(nonexcludability)이 존재한다. 병원의 경우 입원일이나 임상테스트와 같은 많은 서비스가 이러한 특성을 지니는 것은 아니다. 그러나 공공재는 한 사회에 있는 모든 사람들이 치료를 받을 수 있다는 사실을 통해 상당한 만족감을 느끼게 해 준다. 그리고 질병확산을 최소화시키는 것은 부정적 외부성을 줄이는 것이기 때문에, 전염병 치료와 같은 공공보건서비스는 공공재의 속성을 만족시킨다.

이와 같이 공공재의 측면에서 볼 경우, 민간비영리병원 혹은 공공병원이 영리병원보다 공공보건서비스를 더 많이 제공함으로써 사회적으로 우세한 위치를 차지하게 된다.

〈보조금〉

순수이윤추구기관은 한계수익(MR)이 한계비용(MC)과 같게 되는 곳에서 산출량을 결정하게 되는 반면, 사회전체적으로 볼 경우 이윤추구기관의 최적점에서의 한계수익은 한계비용보다 낮아 이윤추구이외의 기관만이 사회적으로 유익한 서비스를 제공할 수 있다는 것이 일반적인 견해이다. 그러나 이러한 견해에 다소 한계점이 존재하는데, 그 근거로 첫째, 암묵적인 교차보조(implicit cross-subsidies)가 사회적으로 최적 산출량을 획득하기 위한 효율적인 방법이 아닐 수 있다. 왜냐하면 이사회와 경영자는 주인에 해당하는 공동체에 대한 불완전한 대리인이므로, 주인과 대리인의 인센티브가 일치하지 않기 때문이다. 둘째, 암묵적 교차보조를 제공하지 않는 것에 대해 패널티를 부여하는 것이 용이하지 않다. 왜냐하면 자신의 이익을 위해 행동하지 않는 위원회를 대체할 병원

위원회시장(market for hospital board)과 같은 기전이 존재하지 않기 때문이다. 그리고 제재조치는 조직이 제공해야 하는 서비스를 구체화할 명시적인 기준을 가지고 있지 않기 때문에 법적인 효력을 가지지 못한다.

〈관성(Inertia)〉

민간비영리조직은 오너가 잘 정의되어 있지 않기 때문에, 민간비영리조직에서 다른 형태로 전환할 경우 이러한 전환을 반대하는 이해관계를 가진 기업 경영인의 동의를 필요로 한다. 따라서 시장을 선택하는 힘은 서서히 작동하게 되지만, 어떤 소유형태의 합리적인 근거가 소진된 이후에도 오랫동안 시장에서 지배적인 위치를 유지하게 된다(Hanmann, 1998).

〈카르텔이론〉

비영리기업이 지배적인 또 다른 이유는 시장실패 때문이다. 카르텔 이론에 의하면 민간비영리병원은 의사의 집단적인 재정상의 이익 때문에 지배적임을 언급하고 있다. 민간비영리병원이 영리병원보다 효율적이지 못하다는 연구결과가 있지만 이는 비효율성에 관한 개념적인 논의에서 잔여청구(residual claimant)가 잘 정의되지 않아서 비롯된다. 미국에서 환자를 치료하는 대부분의 의사가 이들 조직에 고용되어 있지는 않지만, 환자들의 입원 결정권을 통해 잠재적으로 병원에 대해 중요한 영향력을 행사하고 있기 때문에(Pauly, 1980), 병원은 의사카르텔을 위해 운영된다. 이와 같이, 잔여청구자로서의 의사카르텔 멤버는 자신의 사적수익이 감소되지 않도록 하기 위해 민간비영리병원이 효율적으로 운영되도록 한다.

5) 이론적 고찰: 소유형태와 경쟁

비영리병원의 행동모델에 관해 널리 인식되고 있는 이론이 존재하는 것은 아니며, 대부분의 비영리 소유형태가 실증적으로 볼 때 유사한 설명변수를 포함하고 있기 때문에 이윤극대화모형과 그다지 상이한 것은 아니다. 그러나 이것

이 비영리병원이 영리병원과 동일하게 행동할 것이라는 의미는 아니다. 투자자에게 수익의 일부를 배분할 수 있는 영리병원은 생산을 효율적으로 조직 및 생산하고 수익을 최대화할 인센티브를 가지게 된다. 이와는 달리 비영리병원은 다수의 환자들에게 양질의 의료서비스를 제공하는 것과 같은 좀더 광범위한 목적을 위해 자신의 수익을 소비하게 된다.

경쟁이 증가할 경우 소유형태에 따른 행동변화를 살펴보기 위해 Marsteller et al.(1998)이 제시한 모델을 통하여 이론적으로 어떠한 결과가 나타나게 되는지를 살펴보고자 한다. Marsteller et al.은 모든 병원이 직면하는 제약 및 선택을 분석하고 있는데, 이러한 선택에는 어떤 서비스에 대한 가격, 무료로 서비스를 제공받는 환자 수, 의료의 질, 환자만족을 위한 의사의 노력을 포함한다. 그리고 모든 병원은 특정수준의 경쟁에 직면해 있다고 가정한다.

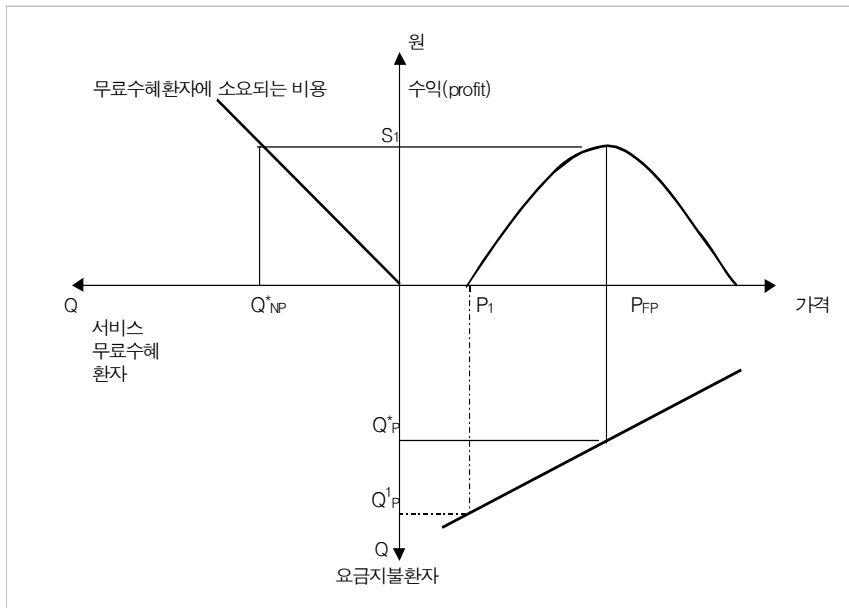
아래에 제시되고 있는 [그림 IV-1]은 비영리병원의 가격전략에 대한 두 가지 목표를 제시하고 있다. 이들 목표는 첫째, 무료로 서비스를 제공받는 환자 수를 최대화하는 것, 둘째, 의료서비스를 제공받는 전체환자 수를 최대화하는 것으로 구분하여 고려해 볼 수 있다. [그림 IV-1]의 제1사분면(우측상단)은 가격함수로 제시된 수익을 나타내며 이때, 영리병원은 수익을 최대화하는 점인 P_{FP} 에서 가격을 설정하게 될 것이다. 그리고 비영리병원은 동일한 수요 및 비용조건하에서 영리병원보다 낮은 혹은 동일한 수준에서 가격을 설정하게 될 것이다. 다시 말해서 비영리병원의 목표가 무료로 서비스를 제공받는 환자 수의 최대화에 두고 있다면 영리병원과 동일한 수준에서 가격을 설정하게 될 것이며, 반면에 의료서비스를 제공받는 전체 환자 수 최대화를 목표로 한다면 영리병원보다 낮은 수준에서 가격을 설정하게 될 것이다.

우선 비영리 병원이 첫 번째 목표인 무료로 서비스를 제공받는 환자 수를 최대화하기 위해 서비스를 제공하고 있는 경우를 살펴보도록 하자. 이 경우에 비영리병원은 영리병원과 동일한 가격(P_{FP})을 설정하게 될 것이다. 비영리병원의 수요곡선이 주어진다면, 의료서비스를 제공받는 환자 수는 Q^*_p 가 될 것이며, 의료서비스에 대한 비용을 지불하는 환자로부터 발생한 수익이 S_1 이 된다. 이렇게 발생한 수익은 무료로 서비스를 제공받는 환자를 위해 사용되며, 제2사분

면(좌측상단)의 Q^*_{NP} 만큼 환자들에게 서비스를 제공할 수 있게 된다.

한편, 비영리병원이 두 번째 목표인 의료서비스를 제공받는 전체환자 수를 최대화하기 위하여 서비스를 제공한다면, 비영리병원은 손익분기점이라는 제약 하에서 가능한 한 낮은 수준에서 가격을 설정하게 될 것이다. 이러한 경우에 비영리병원의 가격이 영리병원의 가격보다 낮게 설정되며 P_1 에서 Q^1_P 의 환자들에게 의료서비스를 제공하게 된다. 단, 이 경우의 영리병원은 수익이 발생하지 않으며 무료서비스를 제공하지 않는다.

[그림 IV-1] 비영리병원의 가격전략

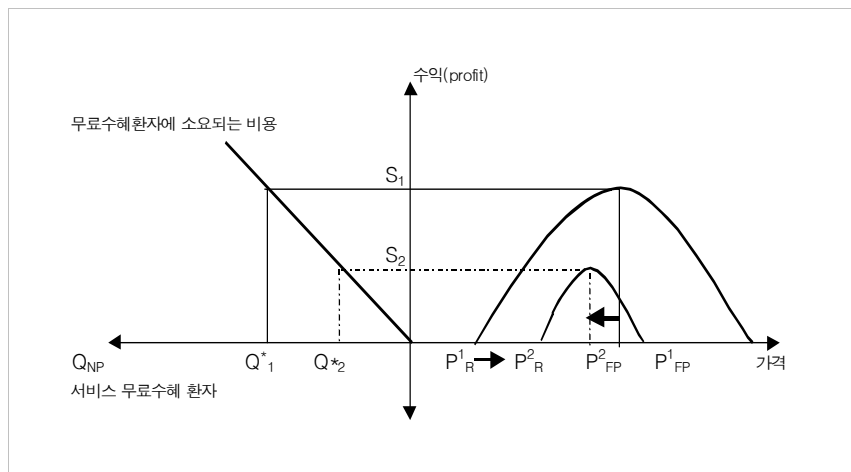


자료: Marsteller et al.(1998)

이와 같은 기본적인 구조하에서 비영리병원에 경쟁이 증가할 경우의 변화를 살펴보도록 하자. 의료기관의 진입 등에 따라 경쟁이 증가하게 되면 수요수준이 낮아져 동일한 가격수준에 따른 수익은 전보다 감소하게 된다. 이 경우 [그림 IV-1]에서와 같이 이윤극대화 가격은 P^1_{FP} 에서 P^2_{FP} 로 내려가며, 비영리병원

은 무료로 서비스를 제공받는 환자 수를 Q^*_1 에서 Q^*_2 로 감소시키게 된다. 한편, 두번째의 목표를 가진 비영리병원의 경우에 경쟁이 증가할 경우, 서비스에 대한 수요감소로 손익분기점에서의 P^1_R 에서 P^2_R 로 가격이 증가한다. 이윤극대화 가격이 P^2_{FP} 로 하락함으로써 영리병원이 자신의 가격을 내려, 결국에는 비영리병원과 영리병원의 가격이 수렴하게 된다.

[그림 IV-2] 소유형태와 경쟁



자료: Marsteller et al.(1998)

이상과 같이, 영리병원과 비영리병원은 소유형태에 따라 행동의 동기유발이 상이할 지라도 가격측면에서는 거의 유사함을 알 수 있다. 즉, 영리병원이 무료로 제공받는 환자수를 최대화하기 위해 행동하든지, 혹은 경쟁증가로 비영리병원의 가격을 높여야 할 경우에 영리병원과 비영리병원간의 가격은 거의 유사하게 된다. 물론 경쟁증가로 인해 병원의 가격이 한계비용 또는 평균비용으로 마크업(markup)하는데 영향을 줄 수 있으며, 평균적인 의료의 질 이상을 제공하는 독점적인 병원이 경쟁에 직면한 병원보다 더 높은 마크업(markup)을 유지할 수도 있을 것이다. 그러나 다음에 제시되는 실증적 분석을 통해서도 알 수 있듯이 실증분석결과와는 혼재되어 있다. 최근 문헌들은 비영리병원 혹은 영리병원의

가격이 더 낮은지에 관해 명료한 답을 제공해 주지 못하고 있다. 가격이 수렴될 수도 있고, 아니면 비영리병원이 낮은 가격으로 환자들에게 의료서비스를 제공해 줄 수 있다. 이 두 가지 결과 모두가 사실일 수 있으며, 상이한 경쟁조건을 반영한 결과일 수도 있다.

6) 영리병원도입효과의 실증분석: 미국을 중심으로

본 서에서는 영리병원과 비영리병원간 성과 차이와 관련한 실증 분석결과를 미국의 사례들을 중심으로 고찰하고자 한다. 국가마다 지불방식(payment system)이 상이하고(Glaser, 1987), 미국에서처럼 병원에서 의사들이 독립적인 경영인으로서 활동하는 경우가 드물고 국가간 법적 구조가 다르기 때문에 이와 관련된 주제에 대해 미국의 경우를 토대로 국가간에 일반성을 이끌어 낸다는 것은 매우 힘든 작업일 것이다. 그러나 이러한 제한점에도 불구하고 다음에서 충분히 논의되고 있는 바와 같이, 이들 결과들이 제시하는 시사점을 우리나라를 비롯한 다른 국가에도 일반적으로 고려해 볼 수 있을 것이라 사료된다.

많은 실증분석 문헌들은 민간 비영리병원을 중심으로 여타의 소유형태와 비교하여 병원의 행태(hospital behavior)를 분석하고 있다. 본 연구에서는 병원비용, 수익성, 가격 및 비용전가(cost-shifting), 기술확산, 의료의 질, 그리고 병원의 자본금 및 투자에 관한 연구방법과 결과를 설명하고자 한다.

〈비용〉

비용은 정부정책에 의한 경쟁우위, 공동체 편익(community benefits), 교육 및 연구, 효율성, 질 그리고 소유형태의 혼재정도(casemix severity)의 이유로 소유형태에 따라 다양하게 나타날 수 있다. 그러나 주로 병원소유형태에 관한 비용 분석은 영리병원이 보다 효율적인지를 결정하기 위해 분석된다.

전반적인 실증분석 결과, 영리병원과 비영리병원간에 효율성측면에서 일관된 차이가 나타나는 것은 아니다. 즉, 최근까지도 병원시장(hospital markets)은 어떤 병원형태가 효율적인가에 대한 충분한 기준을 제시하지 못한 것으로 평가할 수

있을 것이다. 진료당 회계비용을 사용해서 측정한 결과, 영리병원의 비용이 동일하거나 약간 높게 나타났으나, 반면에 비용당 진료(case)나 산출단위당 수입 기반 측정(revenue-based measures)을 사용한 결과, 영리병원의 비용이 더욱 높은 것으로 나타났다(Institute of Medicine, 1986).

이에 관련된 연구들은 비교분석(paired comparisons), 회귀분석(regression analysis), 생산영역함수(frontier production function)의 세 가지 방법론으로 분류할 수 있다. 비교분석(paired comparisons) 결과, 영리병원의 비용이 좀더 높은 것으로 도출되었으며(Lewin et al.(1981), Pattison and Katz(1983)), 동시에 영리병원과 비영리병원이 동일하거나 혹은 영리병원의 비용이 좀더 낮다는 결과도 제시되었다(Herzlinger and Krasker(1987), Sloan and Vraciu(1983)). Lewin 등과 다른 저자들에 의해 기록된 가장 큰 차이는 영리법인이 보조서비스(ancillary services)를 많이 사용한다는 것이다.

Becker and Sloan(1985)은 환자의 보정된 입원일당 비용(cost per adjusted patient day)(외래환자 방문을 입원일로 전환하여 보정함)으로 분석한 결과, 체인 형태가 아닌 독자적인 영리병원의 비용이 다른 소유형태보다 더욱 높은 것으로 나타났다. 그러나 보정된 입원수당 비용(cost per adjusted admissions)(외래방문수를 입원등록수로 전환하여 보정함)으로 분석한 결과, 비용에서 거의 차이가 없었다. 4년 혹은 그 이상동안 체인형식으로 있던 영리병원은 독자적인 비영리병원보다 보정된 입원수당 비용(cost per adjusted admission)에서 6%가 더 높게 나왔다. 한편, Granneman 등(1986)의 분석결과, 정부에 의해 운영되는 병원의 비용은 8%정도 낮았으며, 영리병원의 비용은 민간비영리병원보다 15%정도 높게 나타났다.

Breyer 등은 614개의 독일병원을 대상으로 진료(case)당 비용을 소유형태, 교육상황, 다양한 혼합지표, 산출수준 및 역량에 대해 회귀분석을 하였다.⁶³⁾ 그 결과 공공병원 비용이 영리병원보다 높았으며, 민간비영리병원의 계수는 음의 부호로 나타났고 표준오차보다 컸지만, 민간비영리병원과 민간영리병원간의 차

63) Sloan F. A.(2000) 제인용.

이는 통계적으로 유의하지 않았다.

영리병원은 비용형태 중에서 노동투입요소를 적게 사용하는 대신, 비노동투입요소(nonlabour input)를 많이 사용하는 경향이 있다(Sloan and Steinwald, 1980b). 다른 요소를 동일하게 고정시킨다면, 병원의 소유형태에 따른 임금율의 차이는 없었다(Sloan and Steinwald, 1980a). 한편, 개인병원과 전체병원에 적용되는 선형프로그래밍 기법(linear programming techniques)은 생산영역함수(frontier production function)를 측정하는데 사용될 수 있기 때문에, 병원이 경계선을 벗어나는 정도에 의해 비효율성을 평가할 수 있다. Wilson & Jadlow(1982)는 이러한 방법을 병원의 nuclear medicine department에 적용시켜 본 결과, 정부운영병원(government hospital)은 평균적으로 효율적이지 못한 반면, 영리병원이 민간비영리병원보다 더욱 효율적이라는 결론을 도출하였다.

Vitaliano & Toren(1996)은 뉴욕에 있는 219개의 community hospital을 확률적 프론티어 회귀분석(stochastic frontier regression analysis)을 사용해서 병원소유형태가 병원효율성에 그다지 영향을 미치지 않는다는 결론을 얻었다. Zucherman 등(1994)은 동일 기법을 사용하되 보다 많은 샘플을 가지고 분석한 결과, 영리병원이 민간비영리병원보다 더욱 비효율적임을 밝혔다. 마지막으로 Koop 등(1997)은 미국병원의 패널데이터를 이용한 결과, 정부운영병원이 가장 효율적이었고 그 다음으로 비영리 병원, 영리병원 순으로 나타났다.

〈수익성〉

용어대로라면 민간비영리병원은 수익이 없어야 하지만, 그러나 이를 경제적 수익(economic profit)으로 적용하고 측정을 위해서 회계상의 수익(accounting profits)을 활용하여 분석이 이루어질 수 있다. 미국의 민간비영리병원은 지속적으로 회계상 수익을 내고 있는데, 1988~1990년 동안의 3년간 수익을 보면, 미국의 민간비영리병원들이 영리병원보다 수익이 높은 것으로 나타났다(US Medical Payment Advisory Commission, 1998).

한편, 병원수익은 영리병원에 좀더 가변적인 경향이 있다. Hoerger(1991)의 수익가변성(profit variability)에 관한 연구에서 두 개의 가설이 테스트되었는데, 첫

제, 민간비영리병원에 관한 다양한 모델에 있어서 병원수익을 0으로 두는 제약 하에서 효용이 최대화된다는 것을 구체화시키고 있다. 만약에 이러한 가설이 사실이라면 민간비영리병원의 수익은 비교적 가변적이지 않을 것이다. 둘째, 비영리병원의 수익은 정부의 보조금지급수준과 같은 외생적인 요인변화에 비교적 민감하게 반응하지 않는다는 것이다. 이에 관하여 Hoerger는 두 가설을 지지하는 실증적인 근거를 제시하였다.

〈비용전가(Cost-shifting)〉

정부보조금이 감소된다면 병원이 민간부문의 수요자에게 증가된 가격을 제시한다는 것은 경제학자 이외의 보건의료전문가에게도 정설로 받아들여지는 것이다. 이러한 병원행위를 비용전가(cost-shifting)로 언급한다(Ginsburg and Sloan, 1984; Dranove, 1988; Morrissey, 1994). Dranove(1988)에 따라, 민간비영리 병원의 효용함수를 다음과 같이 고려해 볼 수 있을 것이다.

$$U = U[\pi_i(P_i, C) + \pi_j(P_j, C), X_i(P_i)X_j(P_j)]$$

시장 i 는 병원이 가격 P_i 로 설정할 경우의 민간시장(private market)이다. 시장 j 는 공공시장(public market)이다. 공공시장에서 생산량 x_j 는 P_j 와 같이 외생변수이고 C 는 비용이다. 1계조건은 가격변화시 이윤의 한계효용(marginal utility of profit)이 민간시장에서 산출량 손실(loss of output)에 의한 한계효용과 같은 곳에서 최적 P 가 설정되도록 한다. 민간시장에서의 산출량에 대한 한계효용이 0이라면 P_j 는 이윤극대화수준에서 설정된다. 1계조건을 전미분하고 (1) $\pi_i > 0$, (2) 이윤의 한계효용이 추가적인 사적 산출량(private output)으로 감소하지 않는다는 제약조건을 부가한다면, $dP_i/dP_j < 0$ 으로 나타나며, 이것이 비용전가(cost-shifting)이다. Dranove는 실증분석을 통해 정부에 의한 급여수준으로부터 환자 입원당 병원수익이 1달러 감소할 경우, 환자 입원당 51센트의 가격을 증가시킨다는 결론을 도출하고 있는데, 이는 수익감소분 중에 절반가량이 회복됨을 의미한다.

Morrisey(1994)의 병원 비용전가(hospital cost shifting)에 관한 책은 최근까지의 문헌에 제시된 이론적 논의와 실증적 근거를 포괄적으로 재검토하였다. 메디케어 사전적 보상제도(Medicare Prospective Payment System)가 행해진 1983년 이전의 데이터를 기반으로 하고 있는 실증분석은 비용전가가 발생하는 것으로 나타나고 있지만, 그러나 그가 제시한 또 다른 분석에서는 이전 결과와는 상이한 결과로 나타났다. 예를 들어, Blue Cross에 관한 연구에서 Medicare PPS가 시행된 이후, Blue Cross는 비용을 절감했음이 발견되었다. 왜냐하면 효율성을 증가시키려는 Medicare 인센티브가 다른 지불재원으로 환자에게 지원되었기 때문이다. 반면에, 보다 최근연구에서는 지불수준감소로 인해 메디케어(Medicaid) 환자를 위한 치료를 감소시키거나 치료를 하지 않았음을 보여주고 있다. 그러나 병원부문에 경쟁을 도입한 대표적인 예인 California hospitals의 연구는 병원이 관리의료(managed care)의 성장으로 가격을 인하시켰음을 보여주었으며, 이러한 가격인하는 병원의 경쟁이 심화될 때 더욱 커진다는 것을 나타내었다. 이러한 예는 비용전가가 발생하지 않는다는 가설을 잘 뒷받침해 준다.

Lynk(1995)는 민간비영리병원에서 가격을 이윤극대화수준으로 설정하지 않는 실증적인 근거를 제시하고 있다. Lynk는 합병조직의 소유구조에 따라 병원의 수평적 합병에서 상이한 가격이 나타남을 강조했다. 합병을 할 때, 비효율성으로 인해 가격이 떨어질 수 있고, 혹은 합병주체가 가격을 올릴 수 있을 정도(높은 시장지배력을 가지고 있을 경우)로 그리고 올리고자 하는 정도(추가된 시장지배력을 이용하고자 할 경우)로 상승시킬 수 있다. Lynk는 비보건재(nonhealth good)를 보조해서 보건의료(health care)로부터 수익을 올리고자 하는 정부기관보다는, 민간비영리병원의 성과가 더욱 높을 것임을 언급한다. 또한 Lynk는 실증적으로 캘리포니아의 데이터를 사용해서 민간비영리병원에 의한 합병이 평균적으로 가격을 낮춘다는 것을 제시하였다.

Keeler 등(1999)의 연구에 의하면, 1994년에 캘리포니아 데이터를 이용하여 병원밀도가 높은 시장에 있는 민간비영리병원은 높은 가격을 부과했고, 가격에서의 집중효과(the effect of concentration on price)는 점차 증가하였다.

또한, 관리의료(managed care)의 성장으로 병원이 가격을 설정하는 능력이 감

소되었다. Brooks 등(1997)은 병원이 민간보험에서 제시하는 것을 수용하는 최소가격과 실제 가격간 차이의 변화를 연구했는데, 병원의 교섭력(bargaining power)이 클수록 큰 차이가 발생하였다. 다소 역설적이지만, 저자는 영리병원이 공공병원보다 교섭력을 많이 가지지 못했다는 것도 기록하였다. 이와 같이 영리병원의 마크업(markup)이 보다 낮다는 것은 제품의 수요탄력성이 더 높다는 측면을 반영한 것일 수 있다.

〈기술혁신〉

병원의 기술혁신에 관해 몇 가지 실증적인 연구들이 있으나, 방법면에서 정교하지 못한 측면이 있다. 이들의 연구는 과정에서의 혁신(process innovation)과 제품에서의 혁신(product innovation) 등 다양한 혁신을 살펴보았는데(Romeo et al. 1983; Russell, 1979; Sloan et al. 1986a, Sloan et al., 1997), 민간비영리병원과 영리병원간에 기술혁신정도의 차이는 통계적으로 유의하지 않았다. Schlesinger et al.(1997)은 정신병원간에 기술을 채택하는 방식을 연구한 결과, 경쟁증가로 인해 민간비영리정신병원보다 영리정신병원이 보다 혁신적인 서비스를 채택한다는 결론을 도출하였다.

〈의료의 질적 측면〉

소유형태가 의료의 질에 주는 영향력이라는 측면에서 중요한 의미를 지닌다고 할 수 있다. 의료 질(quality)을 측정하기 위해서 몇 가지 방식이 존재하는데, 진료구조와 투입요소, 진료가 전달되는 과정, 성과로 나누어 측정할 수 있다. 심장치료나 집중진료(intensive care)를 가지는 병원비율 혹은 국립병원비율과 같은 또 다른 구조적 평가기준으로 소유형태에 따른 질적 수준을 분석한 결과, 차이는 거의 없는 것으로 나타났다(Herzlinger and Krasker, 1987).

Keeler 등(1992)은 지금까지 병원소유에 의한 의료 질(quality)의 비교연구 중에서 가장 대규모의 실증적 연구를 수행하였다. 이들은 다섯 단계로 된 다섯 가지 질병에 대해, 14,000개의 진료기록을 검토한 것을 토대로 2단계의 질적 수준을 측정하였다. 첫째, “명백한 과정”(explicit process)에서는 차트가 구체적인

진단과 처방이 능숙하게 이루어진 정도를 평가했다. 둘째, “암묵적 과정”(implicit process)에서는 전반적인 치료과정을 측정했다.⁶⁴⁾ 또한 성과(실질 사망률과 환자의 특성이 고려된 기대 비율과의 차이)에 대한 질적 수준도 평가하였다.

그래서 초과사망률과 명백한 과정(explicit process)의 두 지표로 민간영리병원과 영리병원간의 질적 수준을 분석한 결과, 차이는 발견되지 않았다. 그러나 암묵적 과정(implicit process)에서는 영리병원과 공공병원간에 질적 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 존재하는 것으로 나타났다. 저자는 비영리병원과 영리병원은 전반적으로 유사한 질적 수준을 제공한다고 언급하면서 처음 두 개의 지표(초과사망률, 명백한 과정)에 의한 결과가 좀더 설득력이 있음을 제시하였다.

Shortell & Hughes(1988)은 1983~1984년간 981개 병원에 관한 연구에서 소유형태에 따른 사망률을 분석한 결과, 질적 수준에서는 차이가 존재하지 않음을 제시하였다. 그러나 Hartz 등(1989)은 소수의 공변수(covariates)를 사용해서 민간비영리병원보다 영리병원에서 사망률이 더 높다는 것을 제시하였다.

Keeler et al.(1992)의 연구결과에 의하면, 수련병원(teaching hospital)에 입원한 환자의 상태가 더욱 호전되었지만, 비수련(non-teaching) 민간비영리병원과 영리병원간의 성과에 있어서는 통계적으로 유의한 차이가 나타나지 않았다. 그리고 비수련(non-teaching) 공공병원에 입원한 노인환자들은 성과가 보다 나쁘게 나타났다.

Mark(1996)는 정신병원에서 메디케어(Medicare) 및 메디케이드(Medicaid) 프로그램에 기록된 질적 측면의 위반정도와 불만정도를 평가하였다. 평균을 비교해보았을 때, 영리병원에서의 질적 수준이 다소 좋지 못한 결과로 나타났다. 또한 영리병원과 민간비영리병원에 대해 개별적인 함수로 질(quality)적 측면을 측정하였다. 소유형태에 따라 각기 다른 목적함수를 가질 것으로 해석하여 영리모델과 비영리모델을 설정하였는데, 영리모델에 있어서 시장집중도는 위반 수와

64) 예를 들어, 의사(physician reviewer)에게 질문한 implicit process 중 하나는 “당신이 지금 이 진단에 관해 알고있는 것을 토대로 당신의 어머니를 이 병원에 보낼 것인가?”라는 질문사항도 포함하고 있음.

부정적으로 연관되어 있었고, 경쟁이 증가할 때 위반정도도 증가하였다. 그러나 비영리 모델에 있어서 시장집중도와 위반의 관계는 긍정적으로 연관되어 있었고, 또한 경쟁적인 시장에서 질적 수준도 향상되었다. 이러한 결과로부터 Mark는 비영리병원이 양질의 수준을 제공하면서 경쟁하지만, 영리병원은 질적 수준을 떨어뜨리면서 경쟁한다고 추론하였다.

Schlesinger 등(1997)의 정신병원을 대상으로 분석한 결과에 따르면, 경쟁이 제한될 때 민간비영리병원이 영리병원보다 더 나은 접근도를 제공한 것으로 나타났다.

〈병원자본금 및 투자〉

소유형태는 자본조달의 재원측면에 있어서 중요하다. 공공 및 민간비영리병원은 자산판매로 기금을 획득할 수 없으며, 모든 자산은 기부금이나 내부관련 소득에서 나온다. 모든 병원은 채무를 가지고 있지만, 공공 및 민간비영리병원은 비과세 채권판매나 개인 기부금 및 정부로부터의 보조금을 받게 된다.

자본의 소유형태와 병원의 자본구조를 분석한 연구로는 다음과 같다. Wedig 등(1988)의 분석에서, 비영리병원은 이윤을 극대화하기보다는 양질의 서비스를 제공하는 것과 같은 비금전적인 목적을 제공하기 위하여 이득을 최대화한다. 일반적으로 채권에는 세제상의 이점이 있기 때문에 채권을 발행하게 된다. 그러나 민간비영리병원은 세금을 내지 않기 때문에 비금전적인 목적을 위해 현금흐름을 증가시키는 것과 같은 이유로 채권을 발행하게 된다. Wedig의 이론적 분석에서 병원의 채권에 대한 비용기반수익(cost-based revenue) 효과는 비영리병원보다 영리병원에 긍정적이었고 더 높은 효과를 나타냈다.

병원투자에 관해서는 소수의 실증적 연구결과들만이 제시되고 있다(Wedig et al., 1989; Calem & Rizzo, 1995). Hoerger(1995)은 1980년대 California, Florida, Tennessee에서의 병원투자결정을 조사하였는데, 소유형태에 있어서 가장 괄목할 만한 결과는 영리병원보다는 비영리병원에 의한 투자로 현금흐름(병원의 회계상 수익과 감가상각의 합)이 매우 큰 긍정적인 효과를 나타내었다.

7) 종합 및 논의

병원성과에 관해 많은 자료를 통해 다양한 측면에서 상반된 결과를 발견할 수 있을 것이다(표 IV-3 참조). 영리법인 허용 여부에 관한 논의가 진행될 경우, 영리법인 허용의 타당성 및 영리법인 허용으로 국내에 미치게 되는 영향에 논의의 초점이 모이게 될 것이다. 즉, 영리법인이 허용될 경우 비영리법인에서 영리법인으로의 전환으로 인해 사회 전체적으로 후생을 감소시킬 것인지에 관심이 모일 것이다.

비영리법인은 영리를 목적으로 하지 않아서, 의료취약계층을 위한 의료서비스 제공과 같은 의료의 공공성, 형평성 등의 이유로 비영리 소유형태가 지속되어야 한다고 평가되기도 한다. 그러나 앞서 살펴본 바와 같이 소유형태에 따라 병원에 어떠한 영향을 가져다 주는지는 명확하지 않다. 다만 역사적으로 볼 때, 소유형태가 반복적으로 변화하면서 의료서비스가 제공되고 있다. 예를 들어 미국의 영리병원은 자신의 기업목표에 부합되지 않는 병원을 판매할 경우, 또 다른 영리병원에 판매하거나 공공병원 내지는 민간비영리병원에 판매하기도 한다. AHA 데이터에 의하면, 1980년에서 1995년 사이에 비영리형태에서 영리형태로 전환된 비영리 병원이 다시 비영리형태로 전환하는 사례가 10%에 이르고 있다.⁶⁵⁾

소유형태의 전환에 관해 고려해야 할 사항은 비영리법인이 사회전체적으로 제공해 주고 있는 이익이 전환으로 인해 상실되는지 주의깊게 살펴보아야 할 것이다. 이에 대해 다음과 같은 네 가지 접근방식을 고려해 볼 수 있다.

첫째, 영리법인으로 전환하고자 하는 의료기관에 대하여 의료기관 경영진과 계약을 통하여 특정 서비스 혹은 서비스 수준을 유지하도록 해야 할 것이다. 이러한 경우 계약을 구체화하고 감시·감독하며 강제할 수 있는 메커니즘도 동시에 구축하는 것이 요구된다.

둘째, 사회에 제공하는 이익을 지속시키기 위해서는 영리법인으로 소유형태를 전환한 경영진에게 사회적 책임감을 부여하도록 해야 할 것이다. 단, 이러한

65) Needleman(1999)

접근방식을 행할 경우 경영진이 적절한 지식과 역량을 가져야 하며 이러한 요구를 충족시킬 수 있는 충분한 재정능력을 가진 경우 가능할 것으로 여겨진다.

셋째, 영리법인으로 전환할 경우 손실될 수 있는 이익을 공공프로그램을 통해 보충하는 것이다. 이를 위해서는 재정여력과 정부의 적극적인 노력이 요구된다.

마지막으로 위에서 언급한 세 가지 접근방식 모두 불가능할 경우에는 기존의 이익을 유지하기 위해 영리법인을 허용하지 않는 것이다. 그러나 이는 비영리법인의 재정적 내부 상황 및 문제를 파악하지 못하는 단점을 지닐 수 있다. 따라서 이러한 단점을 보완하기 위해 재무상태가 건전한 비영리법인과 합병을 유도하거나 재정보조를 통해 비영리법인을 지속시키는 전략을 개발할 수도 있을 것이다.

영리법인으로의 전환에 대한 우려 중 하나는 보건의료서비스 공급자들이 상업성 위주의 의료공급을 함으로써 나타나게 될 문제를 지적하고 있다. 예를 들어, 환자에 대한 cream skimming과 같은 선택적인 환자치료로 변질될 수 있다는 것이다. 그러나 이에 앞서 공공성 강화, 근거기반의료(evidence-based medicine), 의료서비스에 관한 의료공급자 모니터링 등과 같은 명확한 의료제도 및 규정을 확립하고 이를 원활히 시행할 수 있는 메커니즘이 구축된다면, 병원 및 의료기관의 소유형태에 관한 논의는 부차적인 문제일 수 있다. 소유형태 전환에 따른 부작용을 완화시키기 위해서 의료의 질, 환자 만족도 등에 관한 평가,⁶⁶⁾ 공공프로그램의 강화로 보완될 수 있을 것이다. 또한 의료의 질적 수준을 향상시키고 환자를 선택하지 않는 공정한 서비스를 제공하기 위해서는 의료 관련 규제 및 제도정비를 통해 모니터링 함으로써 향상될 수 있을 것이다.

이와 같이 영리법인 허용여부에 관한 논의에 있어 의료기관의 내적 경쟁력 및 공공성을 확충하는 환경조성, 관련제도정비를 위한 작업 등이 선행되어야 할 것이다. 이를 토대로 소유형태 전환에 대해서는 공급자의 자율에 맡겨서 가장 적합한 소유형태를 선택하여 조직의 효율성을 극대화시킬 수 있는 기반조성

66) 이와 관련된 데이터를 수집하는 것에는 다소 한계가 존재하기 때문에, 영리화와 관련된 이슈와 더불어 지속적으로 논의가 될 것이라 예상된다.

이 중요하다고 판단되어진다. 의료의 공공성이 강조되긴 하지만, 의료공급자들은 고객과의 관계속에서 소비자 만족을 제고시키는 것에 관심을 보다 두는 고객 지향적 경영 또는 고객 만족 경영이 중요하게 부각되고 있는 등 의료환경이 변화하고 있다. 따라서, 이러한 현실을 반영하여 의료공급자들에게 소유형태를 자율에 맡기는 방안을 적극적으로 검토하는 것이 요구된다. 갑작스런 변화에서 오는 충격과 부작용이 우려된다고 하면, 기반조성을 위해서 우선 경제특구에서 시작하여 검증을 거쳐 점차 확대하는 방안도 검토할 필요가 있을 것이다.⁶⁷⁾

67) 영리법인 허용여부와 관련한 논의는 다음 장의 보건의료체계의 강화를 위한 정부정책부분에서 보다 자세하게 논의함.

〈표 IV-3〉 영리병원 및 비영리병원의 성과에 대한 실증분석 결과 요약

성과	실증분석결과	자료	비고
비용	영리병원 비용 > 비영리병원 비용	· Institute of Medicine, 1986 · Lewin et al. 1981 · Pattison and Katz, 1983 · Becker and Sloan, 1985 · Granneman et al., 1986	
	영리병원 비용 < 비영리병원 비용	· Herzlinger and Krasker, 1987 · Sloan and Vraciu, 1983	영리병원이 보조서비스(ancillary services)를 많이 사용함
	영리병원 비용 ≒ 비영리병원 비용	· Breyer et al. 1988	
	영리병원 임금율 ≒ 비영리병원 임금율	· Sloan and Steinwald, 1980	영리병원이 비노동투입요소를 많이 사용
	영리병원 효율성 ≒ 비영리병원 효율성	· Vitaliano and Toren, 1996	
	영리병원 효율성 > 비영리병원 효율성	· Wilson and Jadlow, 1982	
수익성	영리병원 수익성 < (민간)비영리병원 수익성	· US Medical Payment Advisory Commission, 1998	
	영리병원의 수익성이 가변적	· Hoerger, 1991	
비용전가	수요자에게 비용전가하는 병원행위분석	· Ginsburg and Sloan, 1984 · Dranove, 1988 · Morrissey, 1994	1983년이전 데이터 사용할 경우
	병원밀도가 높은 시장의 민간비영리병원이 높은 가격을 부과	· Keeler et al. 1999	
	영리병원의 가격설정 능력 감소	· Brooks et al. 1997	
기술확산	영리병원의 ≒ 비영리병원의 기술확산	· Romeo et al., 1983 · Russell, 1979 · Sloan et al., 1986 · Sloan et al. 1997	
	영리정신병원이 혁신적 서비스 채택	· Schlesinger et al., 1997	
의료의 질	영리병원의 질 ≒ 비영리병원의 질	· Herzlinger and Krasker, 1987 · Keeler et al., 1992 · Shortell and Hughes, 1988	
	영리병원 사망률 > 비영리병원 사망률	· Hartz et al., 1989	
	영리병원의 질 < 비영리병원의 질	· Mark, 1996	
자본금 / 투자	영리병원 > 비영리병원 채권수익성	· Wedig et al., 1988	
	영리병원 < 비영리병원 투자현금흐름	· Hoerger, 1995	

4. 자연인의 이동(mode 4)

GATS하에서 mode 4는 서비스 공급과 관련된 자연인의 일시적 이동(temporary movement)을 고려한다. mode 4는 UR협상이 종료될 무렵 제한된 수준에서 논의되었기 때문에 GATS하에서 명료하게 설명되지 못하는 부분이 많이 존재하지만, 현재 개도국을 중심으로 한 몇몇 회원국은 서비스 협상에서 상당한 관심을 가지고 있는 공급형태이다.

그러나 mode 4에 관한 협상을 할 경우 문제점으로 지적되고 있는 것 중 하나가 mode 4의 정의 및 범위이다. GATS I.2조항에서 mode 4를 “타회원국의 영토에 자연인 주재를 통한 서비스 공급자의 서비스 공급”(the supply of a service... by a service supplier of one member, through presence of natural persons of a member in the territory of any other member)으로 정의하고 있다. 이러한 정의가 GATS의 부록(annex)에 보충되고 있지만 정확하게 제시되고 있지 못한 실정이다. 그리고 mode 4의 정의는 명백히 영구적인 인력이동을 제외한다. 즉, 서비스 제공자의 체류가 일시적이어야 한다는 것이다. GATS는 “일시적”(temporary)이라는 용어의 표준적인 정의를 제공하고 있지 않고 회원국들이 자유롭게 해석하도록 하고 있다.⁶⁸⁾

교역 통계자료를 보면, mode 4는 지금까지 서비스공급에 그다지 중요한 비중을 차지하지 않았으며 WTO회원국간에 가장 적은 협정(commitments)이 이루어진 분야일 것이다. 특히 보건의료서비스부문에서의 협상수준은 극히 미비하다.

이와 같이 다른 공급형태보다 mode 4의 협상이 좀더 제한적인 것은 양적 쿼터(quantitative quotas), 자격인정(recognition of qualifications) 등과 관련되어 있다(OECD, 2001). OECD는 이미 mode 4하에서 교역을 위한 경제적 수요심사(Economic Needs Test: ENT)가 교역을 제한하는 특성을 가지고 있음을 강조한 바 있는데,⁶⁹⁾ 이는 주로 회원국의 수평적 약속(Horizontal Commitment)에서 발

68) OECD (2001), Service Providers on the Move: A Closer Look at Labour Mobility and the GATS, TD/TC/WP(2001)26/REV1.

69) OECD(2001), Trade in Services: Negotiating Issues and Approaches, OECD, Paris.

견되었음을 제시하고 있다(OECD, 2001). mode 4의 중요성을 과소평가하지 않고 협상자간 자유화와 관련된 이해관계를 잘 인식하도록 하기 위해서는 mode 4협상에 따른 경제적 효과가 무엇인지를 먼저 고려해 보아야 할 것이다.

가. 이슈 및 고려사항

서비스 제공자의 일시적 이동에 따른 경제적 영향력은 상이한 수준에서 측정 가능하다. 본 서에서는 인력이동과 관련된 경제적 효과와 서비스 공급과 관련된 경제적 효과를 보다 명확하고 상세하게 고찰해보기 위해 경제적 효과를 여러 단계로 제시하였다.⁷⁰⁾ 국제 및 국내에 미치는 영향, 기업 및 서비스 공급자 개인의 차원에 미치는 영향 등으로 고려해 보고자 한다.⁷¹⁾

서비스공급형태간 자유화로 인한 영향력은 국가마다 다양하게 나타날 것인데 (Hoekman et al., 1999), 이는 국가간 상이한 경제구조로 설명할 수 있다. 서비스는 국가마다 생산량과 교역에 많은 부분을 차지할 수 있고 적은 부분을 차지할 수도 있다. 무엇보다도 mode 4를 위한 대부분의 협정은 수평적이기 때문에,

70) OECD(2002), "Service providers on the move: the economic impact of mode 4"를 참조함.

71) mode 4의 경제적 영향력을 분석하기 위한 통계자료가 불완전하므로 대략 인력이동수, mode 4관련 무역가치 측정 등의 통계자료만이 이용가능함(OECD, 2002). 그러나 인력이동에 관한 이러한 통계자료는 매우 부정확하며 또한, 종업원수당(compensation of employees), 노동자송금(workers' remittances)과 같은 서비스교역에서의 통계자료를 활용하는 것도 고려해 볼 수 있을 것이나, 다음의 두가지 이유로 인하여 mode 4의 경제적 영향력을 측정하는데 한계가 존재함. 첫째, mode 4를 측정하기 위해서 WTO에서 사용한 종업원수당(compensation of employees)은 조건부적임. 특히 이들 수치는 서비스 제공자이외의 노동자를 포함하고 있고 (따라서, 교역가치가 과대평가될 수 있음), 1년 이하로 체류한 사람만을 포함하며 상업적 방문자(business visitors)는 제외됨. 둘째, 노동자송금(workers' remittances)에서의 수치는 mode 4의 교역을 과대평가할 수 있고(해외체류가 일시적이든지 근무하는 곳이 어떤 부문인지에 관계없이 모든 해외국적자를 포함하므로) 혹은 과소평가할 수 있음(인력유입국에서 지출 및 저축을 한 이후에 남은 소득을 언급할 뿐만 아니라 많은 해외송금은 공식적인 채널을 통해 이루어지지 않으므로)(OECD, 2001). 따라서 노동자송금에 의한 데이터는 GATS 서비스 공급 형태와 관련성이 부족할 수 있음. 마지막으로, mode4의 화폐가치도 경제적 영향력 분석에 만족할만한 측정치로 제공하지 못함. 특히 자연인의 이동은 다른 mode하의 교역을 촉진시키는데 본질적인 역할을 하는데, 예를 들어, 자연인의 이동(mode 4)은 mode 3의 공급을 위한 upstream(계약협상, 시장조사)과 downstream(훈련, 경영인 교환)에 필수적이므로 이러한 요소를 반영하지 못함.

mode 4의 상대적 중요도는 국가별로 적용되는 협정이나 체제(regime)에 따라 효과가 상이하게 나타난다. 그러므로 서비스 공급형태와 자유화 수준에 관한 경제적 영향력은 각 나라마다 다르게 나타나게 될 것이다.

인력이동에 관한 경제적 영향력은 인력의 자질(workers' qualification)에 따라 서로 다양하게 나타난다. 만약 전문인력을 신속히 대체할 수 없거나 수련비용이 높다면, 인력이동은 생산량과 실업수준에서 부(-)의 효과를 가져올 수 있다. 예를 들어, 전문의와 같은 높은 수련비용을 수반할 경우 인력이동에 따른 비용은 더욱 부담이 될 수 있을 것이다. 이외에도 mode 4의 경제적 효과는 인력이동의 환경적, 법적 구조에 따라 다양할 수 있다. 이와 같이 mode 4의 경제적 효과는 제시된 영향력 수준과는 관계없이 많은 요인에 의해 영향을 받을 수 있다.

1) 세계수준에서의 Mode 4로 인한 경제적 영향력

최근 OECD 연구에 따르면, 취업관련 이주가 점차적으로 상당한 비율을 차지하고 있으며(OECD/SOPEMI, 2001), 보건의료인력 중에는 노인들의 간호관련 인력을 중심으로 증가하고 있다(Buchan et al., 2003).

mode 4하에서 경제적 수요심사(ENT)의 남용은 시장접근을 불확실하게 만들 것이며 이는 서비스 교역확대에 부정적인 영향을 미칠 수 있다(OECD, 2001a). 실제로 mode 4는 다른 mode와 상호연관되어 있어서 여타 mode의 자유화 없이 한 부분만을 자유화하는 것은 제한된 효과를 낳게 될 것이다. 해외직접투자(FDI)는 주로 mode 4와 여타 mode의 상호의존관계의 중요도를 나타내는 좋은 예로 볼 수 있다. 어떤 서비스기업이 상업적 주체를 통한 투자를 하려고 결정할 때, FDI는 mode 3하에 있다고 할 수 있다. 그러나 이러한 경우에도 투자를 하는 동안 혹은 전후에 자연인의 일시적 이동이 요구된다. 비록 이러한 이동이 mode 3에서 고려되어야 한다고 논의되고 있지만 mode 4하에 있다고 할 수 있을 것이다. FDI와 mode 4하에서 인력이동간 원인 및 결과에 이중적 관계가 존재한다. 첫째, 전문인력의 이동 증가는 새로운 FDI를 야기하는 경향이 있다. 예

를 들면, 합병이나 인수는 두 기업간의 교섭(자연인 포함) 이후에 결정될 수 있으며 혹은 중역의 방문이나 해외근무가 그 나라 혹은 기업과 유대관계를 형성하고 결국에는 투자로 이어질 수 있게 된다. 무엇보다도 투자를 하는 기회와 위험분석, 전망, 중역의 이동, 계약조건을 협상하기 위한 관련인력의 일시적 이동을 필요로 한다. 둘째, FDI의 확대는 노하우의 교환, 통제기능 등 일시적 인력이동을 위한 수요 및 기회를 낳는다. 이와 같이 이러한 모든 이동이 mode 4와 관련지을 수 있다. 비록 FDI가 서비스 부문에 직접 관여하지 않더라도 사실상 대부분의 경우 일시적 이동은 mode 4하에 서비스공급자의 이동으로 여겨질 수 있다.

서비스의 자유화, 특히 mode 4는 여타 국가보다 개도국에게 부(wealth)의 창출이라는 의미에서 보다 큰 혜택을 보인다. 개도국은 노동집약국으로서 비교우위를 가지고 있다고 여겨왔다. 그래서 일시적 인력이동을 통한 서비스의 수출능력이 선진국 시장에서 새로운 기회로 부여될 것이라 여겨왔다. 특히 개도국은 비교우위를 가지는 mode 4로 인해 여섯 가지 서비스분야인 전문직 서비스(컴퓨터 및 정보처리), 보건서비스, 관광, 건축, 시청각 및 수송서비스에서 수출을 확대하기 위한 “기회틈새”(opportunity niches)를 구축해 왔다(Mashyekhi, 2000).

요약하자면, mode 4와 FDI간에 연결고리가 존재하며, FDI는 한 국가의 부(wealth)에 긍정적인 영향력을 미쳐, 일자리를 창출하는 등의 역할을 해 경제적 발전을 촉진하는 측면도 존재할 것이다.

2) 국가수준에서의 mode 4로 인한 경제적 영향력

mode 4는 WTO의 한 회원국에서 다른 회원국으로 서비스를 공급하는 것과 관련된 자연인의 일시적 이동을 고려한다. 이러한 이동은 인력유출국(home country)이나 유입국(host country) 모두에 영향을 주기 때문에 mode 4에 관한 경제적 분석은 이들 두 국가의 관점을 모두 고려해야 한다.

인력유입국에서 고려하게 되는 경제적 효과는 인력유출국에서 받는 영향의

반대되는 측면이라 할 수 있을 것이다. 예를 들어, 인력이동은 동시에 인력유출국의 노동시장에 불안을 줄일 수 있고 인력유입국의 노동시장에 불안을 증가시킬 수 있다. 그러나 앞서 mode 4에 대한 세계적인 경제적 영향력을 살펴본 것과 같이, 제로섬 게임(zero-sum game)만이 지배하는 것은 아니다.

〈인력유출국의 경우〉

mode 4가 자연인의 이동과 연관되기 때문에, 경제적 효과도 서비스를 제공하는 활동(수출)뿐만 아니라 이동 그 자체에도 관련된다. 이러한 이동은 아래에 논의되는 바와 같이 세 단계로 고려될 수 있다. 첫째, 노동시장으로부터 인력유출에 따른 경제적 효과를 분석해야 한다. 둘째, 인력유출국은 해외직접투자 및 자금(fund)의 본국순환으로 이득을 누릴 수 있는 측면을 고려해야 한다. 마지막으로 mode 4는 서비스 제공자의 일시적 이동을 다루므로 인력유입국으로 다시 귀환할 경우의 경제적 효과가 고려되어야 한다.

mode 4하의 인력유출은 노동시장과 급료수준 두 가지 모두에 영향을 미칠 수 있다. mode 4하에서의 인력의 일시적 이동은 노동시장의 불안감을 줄일 수 있다. 해외로의 일시적 노동은 실업의 돌파구일 수 있고, 실업률을 감소시킬 수 있다. 어떤 국가에서 특정직업의 사람들이 지역시장의 수요와 흡수능력을 초과할 수 있다. 이런 경우 실업의 한 방책으로써 해외 이주를 장려하는 정책을 유도할 수 있다. 반면, 이러한 노동시장에서의 불안감을 감소시키고 인력유출을 막기 위해 임금수준을 유지 및 증가시키도록 할 수 있다. 또한 어떤 국가에 전문인력이 부족하다면 인력유출을 저지하는 제약조건을 부가할 수 있다.

그러나 실제로 이들 효과는 mode 4하에서 체류기간 및 인력의 자질에 따라 상이하게 나타날 것이다.⁷²⁾ 그리고 보건의료인력이동이 보건의료서비스 접근도 감소, 서비스 질 저하, 공공투자 감소로 이어져 mode 4로부터의 이득을 상쇄시키며 인적자본과 같은 희소한 자원을 상실하게 되는 결과를 초래할 수 있다.

72) 왜냐하면 첫째, mode 4하에 이동하는 노동자 수는 실업에 영향을 받는 소수일 것이고 둘째, 일시적 이동은 선택적인 과정이어서 일반적으로 젊은 사람이나 고숙련 노동자만이 해외로 이동하여 반드시 실업문제로 인한 이동이라고는 볼 수 없기 때문이다.

또한 공공투자(Public investment)에는 교육과 수련비용이 포함되는데, 인력이동에 따라 교육투자에 대한 결과물이 인력유입국에 이전될 수 있다(WTO, 1998a).⁷³⁾ 특히, 의료서비스분야에서의 전문인력의 유출로 인한 부정적인 영향력은 상당히 크게 나타날 것이다. 대부분의 전문인력은 높은 생산성을 가지므로, 생산성이 높을수록 여타 노동자의 생산성에 더 많은 영향을 미치며(WTO, 1998a), 그래서 이러한 전문인력의 유출은 저숙련노동자의 이동보다 인적자본 손실이 더욱 커져 경제발전에 제동을 걸 수 있다.

한편, 송금이 경제에 미치는 영향은 해당국가의 발전수준에 따라 다양하게 나타난다. 이것은 국제수지통계를 보면 알 수 있는데, 송금이 어떤 국가에서는 그다지 중요하지 않을 수 있는 반면, 다른 어떤 국가에게는 송금이 소득의 주요원천이 될 수 있다. 뿐만 아니라, 펀드의 사용처, 즉, 소비, 투자 혹은 저축에 따라 송금의 경제적 영향력이 달라진다. 더구나 펀드가 소비된다면 소비된 재화가 소비재인지 자본재인지에 따라, 그리고 지역재인지 수입재인지에 따라 경제적 영향력이 상이하게 나타난다.⁷⁴⁾

인력이동이 일시적인 mode 4의 경우에 인력유출이 국내 산출량, 노동시장 및 임금수준에 미치는 영향력뿐만 아니라 이들의 귀국에 따른 영향력도 고려해야 한다. 인력유출에 따른 부정적인 효과가 귀국으로 인한 긍정적인 효과로 상쇄될 수 있고, 그 역도 성립할 것이다.

해외진출자는 언어, 경험, 노하우 등을 익힌 후 본국으로 돌아가 이를 직무에 활용함으로써 경제성장과 발전에 기여할 수 있게 된다. 그러나 의료전문의가 해외에서 체류하는 동안 키워온 목표를 충족시킬 인프라나 근무기회를 제공하지 못하는 국가의 경우 이러한 긍정적인 효과를 누리는데 제한적일 것이다.

영구적인 인력이동에 의한 손실과 인적자본이나 공공투자로부터의 손실비용

73) 그래서 인력해당국가에 교육 및 훈련을 위한 보조금이나 장학금을 제공함으로써 이러한 손실을 보상하도록 하는 측면도 제안되고 있음.

74) 인도네시아에 관한 ILO연구는 해외에서의 소득을 부채를 갚기 위해, 소비를 위해, 저축을 위해, 투자를 위한 순으로 사용되었음을 제시하였음. 인도에서는 실리콘밸리에서 영구적 혹은 일시적으로 일하는 엔지니어들의 본국송환금은 경제성장의 중심축이 되는 Bangalore와 Hyderabad 도시의 투자를 위해 이용되고 있음.

을 막기위해 각 국가들은 본국으로 다시 돌아오도록 하는 인센티브를 제공할 수 있다. 그러나 영구 이민자들이 해외에 정착하게 되는 실질 원인(문화적 적응, 인적 네트워크의 창출, 본국에서의 직업기회부족 등)을 파악하여 이에 대한 인센티브 정책을 실행하는 것이 효과적일 것이다.⁷⁵⁾

〈인력유입국의 경우〉

mode 4하에서 전문인력의 일시적 이동이 인력유출국의 노동시장 균형에 큰 영향을 미칠 것 같지는 않지만, 인력유입국의 인력유입은 노동시장에 상당한 영향을 미치게 될 것이다. 국내 유입된 서비스 제공자들은 내국인과 직접적인 경쟁에 놓여 있게 된다. 경쟁으로 인해 소비자는 낮은 비용으로 다양하고 양질의 서비스를 이용할 수 있다(WTO, 1998a). 특수한 자질이나 기술을 요구하는 서비스공급이 국내에 부족할 경우, mode 4를 통한 유입으로 해결될 수 있다. 다른 한편으로, 국내서비스 공급자는 비교우위를 가지고 있는 부문을 특화해서 국제무역에서 자신의 경쟁력을 향상시키게 되는 기회로 삼을 수 있을 것이다. 다시 말해, mode 4는 인력유입국의 인적자본이 부족할 경우 인력유입을 통해 경제성장에 긍정적인 역할을 하게 될 것이다. 한편, mode 3, 4의 경우 상업적 활동이 서비스를 소비하는 국가에 항상 발생하기 때문에, 경쟁에 대한 조정비용(adjustment cost)은 크지 않을 것이다. 외국전문인력은 인력유입국에서 주택이나 음식 등에 자신의 소득일부를 소비하며 은행, 교통, 통신 등의 서비스를 이용한다. 그러므로 국경간 공급(mode 1)이나 해외소비(mode 2)의 경우가 아니라면 외국전문인력들의 소득은 인력유입국의 국부를 창출하는 측면도 존재하게 된다.

그러나 인력유입국에 의료전문인력의 자질 및 자격에 대한 명확한 규제가 존재하지 않는다면, 무분별한 인력유입으로 인해 의료서비스의 질이 전반적으로

75) 이러한 경향에 대한 예외는 거의 드물지만, 대만의 경우 연구 및 교육에 대한 투자와 인센티브 덕분에 Hsinchu Science Park를 개발하는데 성공한 예가 있음. 여기 기업의 절반이상은 실리콘 밸리에서 근무한 엔지니어에 의해 창립되었음. 이와 같은 대만의 예는 인센티브 정책이 성공한 측면이외에도 해외에 일시적으로 체류한 노동자의 복귀가 경제에 긍정적인 영향을 미쳤음을 나타내는 예라고 할 수 있을 것임.

하락할 수도 있다. 그래서 인력유입을 허용할 경우 의료의 질적 수준을 보장하는 인력채용관련 규정이 요구된다 하겠다.

3) 기업수준의 mode 4로 인한 경제적 영향력

기업수준에서 볼 때, mode 4의 경제적 영향력은 두 가지로 볼 수 있다. 첫째, mode 4는 경쟁력과 수익성을 유지 및 향상시키고자 하는 기업에게 유연성을 제공해준다. 둘째, mode 4는 신규시장 획득과 교역을 촉진시키는데 중요한 역할을 한다.

경제활동에서 서비스의 중요성이 증가하는 것은 수요와 공급과정에서 기인한다고 볼 수 있다. 특히 보건의료와 같은 서비스 수요는 극히 소득 탄력적이다. 더구나 서비스부문에서 획득된 생산성 향상은 이 부문에서 제조업이나 농업에서의 생산성 향상보다 미비하다. 왜냐하면 이 부문에서는 자본을 노동으로 대체하기 어렵기 때문이다. 이러한 두 가지 특성, 즉, 높은 소득 탄력성과 낮은 생산요소 대체성으로 서비스산업이 수요의 변화에 적응하기 위해서는 생산요소 중 노동의 유연성을 통해 가능하다. 다만, 지속적인 신규채용으로 인한 노동 전환은 학습에 따른 비용을 증가시킬 수 있다는 측면도 고려해야 할 것이다 (Werner, 1996)

한편, 자연인의 이동은 신규시장을 개척할 수 있게 한다. 직접적인 개별 접촉은 기업이 해외에서 서비스를 향상시키도록 하고 명성을 구축하도록 함으로써 교역을 확대시키는데 유용하며 특히, 기업간 정보의 갭을 메우는데 중요한 역할을 한다. 또한 기업과 고객 혹은 공급자간의 상업적 관계를 확립하기 위한 네트워크를 구축하는데 이용될 수 있다(WTO, 1998). 새롭게 구축된 네트워크로 기업은 국경간 공급(mode 1)을 증가시키고, 새로운 고객을 끌어들이며(mode2), 해외에서 설립된 제휴사에 의한 판매(mode3)를 개발할 수 있다.

기업이 해외에 주재하고 있다면 인력이동은 필수적이다. 실제로 기업내의 국제적 업무는 이러한 중요성을 증가시키고 있다(OECD, 2001; PriceWaterhouse-Coopers, 2001). 이러한 인력이동은 기업문화를 증진시키고, 각 해외지사에게 필

요한 노하우를 파급시키며, 경영이나 생산방법을 표준화시키고 해외로 이동한 사람들의 기술을 향상시키도록 한다.

4) 의료전문인 수준에서의 mode 4로 인한 경제적 영향력

이상에서 논의한 측면 이외에도, 의료전문인 개인의 수준에서 국제이동으로 인해 영향을 받을 수 있다. 우선, 해외로 진출한 인력이 본국으로 돌아왔을 때 고용기회가 확대되는 측면을 고려할 수 있다(Werner, 1996). 새로 습득한 선진 기술 및 지식으로 노동시장에서 자신의 가치가 향상되며, 그리고 해외에서 직접적인 교류를 통해 구축된 네트워크를 이용하여 진출분야를 확대시킬 수 있다. 다만, 해외 체류기간동안 습득한 기술을 이용할 수 있도록 자국내 인프라가 구축되어야 있어야 한다. 만약 그 기술이 너무 전문적이라면, 귀국 후 직업적 자산으로 활용하지 못할 수도 있다(Werner, 1996).

나. mode 4 협상과 관련한 검토

현재 진행되고 있는 DDA협상에서 개도국은 인력이동에 대해 호의적인 태도를 보이고 있는 반면, 선진국들은 다소 우려의 목소리를 높이고 있다. 이는 개도국의 경우 의료인력의 주요수출국이 되며 선진국은 주요수입국이 될 가능성이 높기 때문이다. 그래서 mode 4와 관련된 협상은 순조롭지만은 않을 전망이어서 장기적인 안목을 가지고 접근해야 할 것으로 사료된다.

우리나라는 의료인력이동에 있어서 선진국 중심으로의 진출을 선호하고 있는 것으로 나타났다.⁷⁶⁾ 아직까지 선진국의 입장이 인력이동에 대해 소극적인 자세를 취하고 있기 때문에 이들의 개방추이를 보아가면서 개방수위를 조정해야 할 것이다. 한편, 개도국으로부터 의료인력시장의 개방, 특히 상호인정협정(MRA: Mutual Recognition Agreement)를 중심으로 한 시장개방요구가 예상되므로⁷⁷⁾ 여

76) 미국, EU, 일본, 캐나다 등의 선진국으로 진출하는 방안에 대해 관련 단체들이 적극적인 의사가 있어왔음(연세대 보건과학연구소·보건복지부, 2003).

77) 중국은 이미 의료면허인정요구안을 우리나라에 제출한 바 있음.

타선진국과의 개방수준에 대한 비교분석을 통해 요구사항을 어느 정도 수용할 것인지를 검토하여야 할 것이다. 우리나라가 제출한 보건의료부문의 양허요구안에 따르면 미국, 캐나다, 일본, 영국 등에 MRA를 포함한 면허인정을 요구한 것으로 알려졌다. 그러나, 이러한 MRA를 조건으로 한 양허는 WTO의 최혜국대우(MFN) 원칙 문제 때문에 실현성에 어려움이 있을 것이다.

면허 또는 자격증을 소지한 전문인들에 의하여 서비스가 공급되는 보건의료부문의 인력이동에는 앞에서 언급한 바와 같이 서비스의 질과 관련한 면허인정여부가 쟁점사항이라 할 것이다. 즉, 보건의료분야에 있어서의 인력이동의 문제는 의료의 질을 담보할 수 있는 동등한 교육수준 및 자격증 상호인정(MRA)의 진전을 위한 논의가 동시에 이루어져야 실질적인 협상을 기대할 수 있다. 그러나, MRA는 각국간 경제적, 사회적, 제도적 차이 등 다양하고 복잡한 문제가 수반된다. 특히, WTO 같은 다자차원에서 MRA를 다루기에는 각국의 복잡하고 다양한 규제 등의 문제가 수반되고, 각국의 MRA에 대한 수요도 상이하므로 현실적으로 어려움이 따른다. MRA문제를 상설의제화하여 계속 논의하자는 의견에 대해서도 미국, 캐나다, EC, 스위스 등의 국가들이 반대입장을 보이고 있어 mode 4의 실질적인 협상은 지극히 제한적일 것으로 예상된다. 따라서, 이러한 점을 고려하여 장기적인 관점에서 기존에 체결되어 있는 MRA들의 공통요소를 추출하여 MRA관련 다자적틀(multilateral framework)을 마련하고, 회원국들의 관심영역부분에 적용시켜 나갈 수 있도록 하는 우리의 노력이 필요할 것이다. 한편, 세계적 기준에 준하는 우리나라 의료인력의 관리수준 개선 노력도 필요한 바, 구체적인 인적자원관리 전략은 V장에서 논의한다.

V. 보건의료부문의 경쟁력 강화 방안

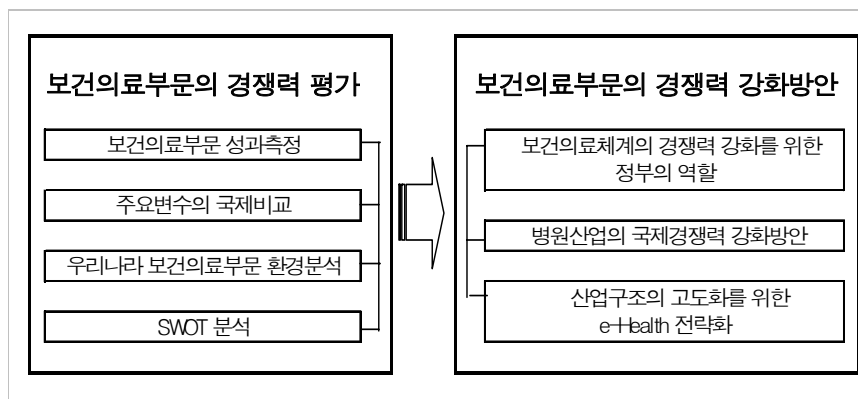
DDA 협상이 진행중에 있고 또한 협상전망이 불투명하여 아직 개방화의 수준이 드러나고 있지 않지만, 장기적인 관점에서 우리나라 보건의료부문의 경쟁력을 확보하는 노력은 DDA 협상진행과 관계없이 주요 정책과제로써 지속되어야 할 것이다. 이는 개방에 대비하고 적극적인 해외진출을 위한 모색뿐 아니라 우리나라 국민들의 보건수준의 향상 및 후생의 증대를 위해서도 우리 보건의료부문의 역량을 강화하는 것이 필요하기 때문이다. 이러한 필요성에 따라 본 장은 보건의료부문의 경쟁력 강화방안을 위한 분석을 시도하였다. 보건의료부문의 국제경쟁력 강화방안을 마련하기 위해 본 장은 크게 두 부분으로 구성되어 있다. 그 하나는 우리나라 보건의료부문의 경쟁력정도를 평가하기 위한 분석이며, 나머지부분은 경쟁력 강화와 관련한 분석이다(그림 V-1 참조).

경쟁력 평가와 관련한 논의로 우선, 우리나라 보건의료부문의 성과 정도를 다른 국가와 비교하여 제시하였다. 이러한 전체적인 성과비교에 이어 주요변수를 대상으로 좀더 구체적인 부분에서 국제비교를 시도하였다. 이를 통하여 단일지표를 통한 성과측정의 제한점을 다소 극복하고 우리나라의 의료자원이 다른 나라와 비교하여 어느 위치에 있는지를 파악하는데 도움이 될 것으로 기대된다. 그리고, 우리나라의 내부적인 보건의료부문의 환경을 파악하고자 수요 및 공급측면에서의 환경분석을 제시하였다. 이를 토대로 우리나라 보건의료부문의 약점을 강점으로, 그리고 위협적인 요소를 기회로 삼을 수 있도록 SWOT분석을 하고자 하였다.

이러한 보건의료부문의 경쟁력에 대한 논의를 토대로 국제경쟁력 강화방안을 제시하였다. 이를 위하여 보건의료체계의 건설화를 위하여 정부부문의 역할에 대하여 논의한다. 이어, 병원산업의 발전을 위하여 내부전략의 강화를 이한 방안을 제시하였다. 마지막으로 보건의료산업구조의 고도화를 위하여 새롭게 부

상하고 있으며 세계적으로 주목받고 있는 e-Health로의 전략화에 대하여 논의하였다.

[그림 V-1] 국제경쟁력 분석절차



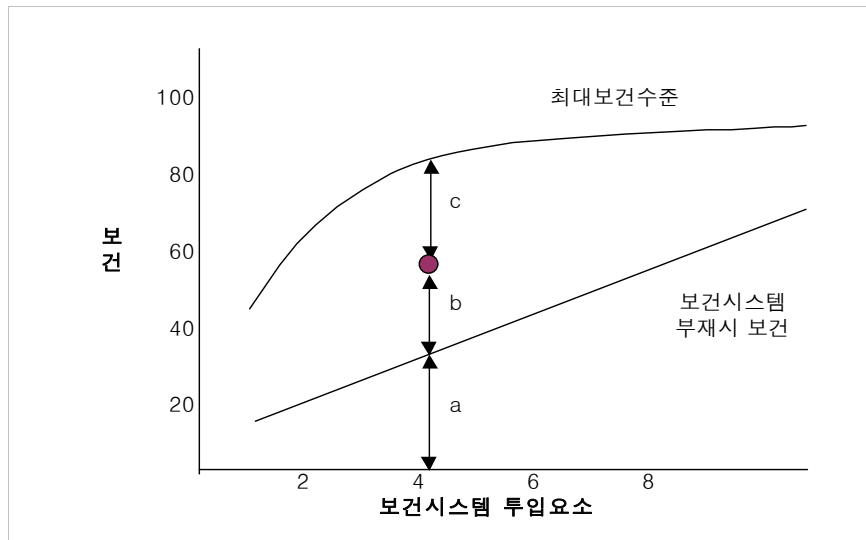
1. 보건의료부문의 경쟁력 평가

가. 보건의료부문 성과 측정

WHO(2000)에 의하면 보건시스템성과를 보건수준에서의 성과와 보건시스템 전반에 관한 성과로 구분하여 평가하고 있다. 보건수준에 관한 성과와 관련된 지표는 장애보정 기대수명(Disability-adjusted life expectancy: DALE)으로 측정함으로써 보건시스템이 얼마나 효율적으로 지출이 보건의료에 기여할 수 있도록 하는가를 기록한다. 전반적인 보건시스템의 성과를 측정하기 위한 방법론은 Evans et al.(2000)이 서술한 방식과 거의 유사한 방법이 활용되고 있다. 보건시스템의 전체성과는 전반적인 보건시스템 성취도를 보건시스템 지출과 관련된 과정으로 측정되며, 목표 성취도의 최대치는 프론티어 생산모델을 사용하여 측정할 수 있다. 이를 구체적으로 살펴보면, 전체성과는 보건시스템이 부재할 경우와 각

국가가 주어진 자원을 이용하여 달성하도록 기대되는 최대치에 대하여 자국의 보건시스템 목표를 얼마나 잘 달성할 수 있는지를 측정한다. 아래의 [그림 V-2]에서 제시되는 바와 같이, 수직축은 보건시스템의 목표(보건으로 표시됨)로 측정되며 수평축은 목표를 생산하기 위해 투입되는 요소로 제시되고 있다. 위쪽에 위치하고 있는 선은 주어진 투입요소 하에서 획득될 수 있는 목표(보건)의 최대수준을 나타낸다.

[그림 V-2] 보건시스템 성과측정 모형



보건시스템이 부재할 경우 전체 목표 성취도가 0이 되지 않도록 보정되어야 한다. 이 그래프에서 투입요소가 존재하지 않을 경우 산출량은 0일 것이지만, 보건의료부문에서 모든 인구구성원이 사망하게 되는 경우는 존재하지 않을 것이므로 보건수준이 0에 있지 않을 것이다. 하단에 위치해 있는 선은 보건시스템이 부재할 경우의 보건수준으로 제시된다. 한 국가에서 $(a+b)$ 단위의 보건수준을 성취하였음이 관찰되었다고 가정해 보자. 이때 보건시스템의 성과는 $b/(b+c)$ 로 정의하고 있는데, 이는 보건시스템의 잠재력에 대한 성취도를 언급하는 것이다.

WHO report 2000에서는 앞서 언급한 바와 같이 DALE를 성과지표로 하여 건강증진이라는 목표의 성취도로 성과를 나타내었다. 보건수준에서의 성과는 성취된 보건수준과 가장 효율적인 보건시스템에 의해 성취될 수 있는 보건수준간 비율로 정의된다. 구체적으로 살펴보면, 이 비율의 분자는 1) 한 국가에서 관찰되는 DALE와 2) 교육과 같은 보건시스템 외부의 결정요인을 고려하면서 동시에 보건시스템이 존재하지 않을 경우의 DALE와의 차이를 말하며, 분모는 1) 한 국가의 1인당 의료비 지출로 획득될 수 있는 DALE의 최대치와 2) 보건시스템이 운영되지 않을 경우의 DALE와의 차이를 나타낸다.⁷⁸⁾ 최대프론티어보다 아래에 위치한 점은 기술적으로 비효율적인 것으로, 이러한 비효율성 정도는 프론티어에서 벗어나 있는 수직거리로 측정된다. WHO report 2000에서는 투입요소로 1인당 국민의료비의 로그를, 그리고 보건을 측정하기 위해 DALE의 로그를 사용하여 모델화하여 프론티어 생산 모델을 사용하여 측정하였다.⁷⁹⁾

총 191개의 WHO 회원국을 대상으로 보건시스템 성과를 평가한 결과, 건강수준면에서 오만이 가장 높은 성과를 달성하는 것으로 평가되었으며, 그 다음으로 몰타, 프랑스, 일본, 영국, 캐나다 등의 순이었다(표 V-1 참조). 전체 성과면에서는 프랑스가 가장 높은 순위로 평가되었으며 그 다음으로 이태리, 일본, 영국, 스웨덴 등의 순이었다. 우리나라는 건강수준 면에서 107위, 전체성과에서 58위로 나타나, 전반적으로 보건시스템의 성과가 취약함을 알 수 있을 것이다.

78) DALE의 최대치를 추정하기 위해 프론티어생산분석(frontier production analysis)이 사용되었으며, 기대여명 및 인적자본간의 관계로 DALY 최소치를 추정하는데 사용됨. 자세한 내용은 Evans et al.(2000)를 참조하기 바람.

79) 이와 관련한 자세한 내용은 Tandon A. et al.(2000)을 참조하기 바람.

〈표 V-1〉 WHO 회원국의 보건시스템 성과 순위: 총 191개국, 1997년

순위	건강수준에서의 성과	순위	종합 성과
1	오만	1	프랑스
2	몰타	2	이태리
4	프랑스	10	일본
9	일본	18	영국
24	영국	23	스웨덴
35	캐나다	25	독일
39	호주	30	캐나다
72	미국	37	미국
80	뉴질랜드	41	뉴질랜드
89	폴란드	50	폴란드
107	한국	58	한국

자료: WHO "The World Health Report 2000", pp.200~203.

나. 주요변수의 국제비교

1) 보건의료자원의 국제비교

보건의료자원을 이용한 OECD국가 중심의 국제비교에 관한 연구가 많이 이루어지고 있다(Gerdtham et al., 2000). 이는 일반적으로 GDP 중에서 의료비가 차지하고 있는 비율 혹은 일인당 의료비의 형태로 측정된다. 예를 들어, OECD Health Data 2003에서 제시하고 있는 최근 데이터를 보면 GDP대비 국민의료비는 2000년 멕시코 5.6%에서 미국 13%에 이르고 있으며, 이를 고소득국에 한하여 볼 경우에도 영국 7.2%에서 미국 13%로 그 범위가 상당히 크다고 할 수 있다. 국민의료비를 일인당 지출로 측정할 경우 차이는 더욱 확대된다. 2000년 구매력 평가로 보정된 일인당 국민의료비는 영국의 일인당 국민의료비(US\$ 1,813)보다 미국의 일인당 국민의료비(US\$ 4,540)가 약 2.5배 더 높다.

이러한 형태의 비교는 보건의료부문의 자원배분이 많고 적음을 제시해 주는데 사용된다. 예를 들어, 미국 보건의료체계를 보면 의료비 지출규모는 가장 높지만 성과를 나타내는 지표에서는 여타 유럽국에 비해 낮은 것으로 나타나고 있다. 또한 영국의 NHS는 상대적으로 낮은 수준의 의료비를 지출하는 것으로

논의되고 있다. 그러나 이와 같이 국가간 단순비교는 한 국가가 다른 국가에 비해 상대적으로 보건의료부문에 얼마나 더 많이 지출하고 있는지를 제시할 뿐이다.

한편, 보건의료자원과 인구구성원의 보건간 상관관계가 잘 이해되고 있지 못하다. 인구구성원의 보건수준을 측정하기 위해서 기존에 사용된 기대여명, 유아사망률 등은 다양한 요인들에 의해 영향을 받는다. 더구나 각 국가들의 소득, 질병부담 및 환자, 의사들의 선호 등에 따라 상이할 수 있다. 이들의 보건과의 상관관계가 잘 인식되고 있을 지라도 국가간 비교에서 보건의료에 소요되는 지출을 어떤 정의에 따라 분류되어야 하는지에 대한 공통된 기준이 정립되지 않아 제약을 받고 있다. 또한 문화적 차이 예를 들어, 노인들을 위한 치료와 관련된 가족구성원의 연관성 등에서의 차이로 인하여 실질적인 편향(bias)이 존재할 수 있다.

이러한 한계점을 고려하여 본서에서는 보건의료부문의 국제비교를 위한 대안적인 접근을 제시하기 위해 Anell and Willis(2000)가 제시한 방법을 활용하고자 한다. 이들은 Reinhardt가 실질자원(인적 자원 등)과 화폐흐름을 구분하는 중요성을 강조한 바 있는 논리를 적용하여 보건의료부문에 사용된 실질자원(스톡의 형태)과 이를 이용하기 위해 소요된 화폐지출(플로우의 형태)로 나누어 고려한다. 이들 두 분류는 상호연관되어 있는데, 개별요소가격과 실질 자원량의 곱은 보건의료에 소요되는 총 의료비로 제시된다. 가격요소가 국제적으로 상이할 것이므로 각 국가의 구매력에 따라 실질자원의 보유정도가 상이할 것이다. 또한 요소가격이 국내 및 국제시장에서 상이할 것인데, 국내시장에서의 요소가격은 해당국가의 경제상황을 반영하지만 국제시장에서의 요소가격은 그렇지 못할 것이다. 예를 들어, 의사 및 간호사의 임금은 주로 국내시장에서 결정되는 것으로, 국내 소득수준이 주요한 결정요인이 된다. 그리고 첨단의료장비와 같은 항목의 가격은 국제시장에서 결정될 것이다. 보건인적자원이 상대적으로 저렴한 국가에서는 의료장비 및 시설 등이 인적자원에 비해 상대적으로 고가일 것이므로 보건의료자원 중 인적자원을 중심으로 활용하게 될 것이다. 그래서 상대적으로 부족한 의료장비 및 시설에 대한 투자는 공공재정을 통해 이루어 질 것이

다. 그리하여 보건인적자원 및 여타의 보건자원은 그 국가의 상대가격에 의해 대체수준이 결정될 수 있다.

여기서 고려해야 할 사항은 다음 두 가지로 볼 수 있다. 첫째, 스톡과 플로우 도구가 동태적으로 연관되어 있다는 것이다. 실질자원증가는 보건의료시스템의 성과에 대한 기여를 위해 의료비증가를 필요로 한다고 볼 수 있는데, 예를 들어 교육 및 연구에 대한 투자는 인적자원을 향상시킬 것이다. 둘째, 인적자원의 역량은 기술력에 의존한다고도 볼 수 있는데, 새로운 의료장비는 의사 및 간호사의 생산성을 향상시킬 수 있지만 부적절한 시설은 인적자원의 잠재적인 역량을 감소시키게 될 것이다. 즉, 구매력이 실질자원간에 효율적으로 배분되지 않는다면 보건의료시스템은 최적수준의 성과를 달성하지 못하게 될 것이다.

이와 같은 스톡과 플로우를 동시에 고려하기 위해 본 연구에서 선택된 변수로는 2000년도의 간호사수, 의사수, 병상수, 병상가용률, 국민의료비, 공공지출 비중, MRI 및 CT수로 한하였다. 보건의료부문에서의 화폐단위의 지출수준을 측정하기 위해 GDP대비 국민의료비와 국민의료비중 공공지출 비중을 고려하였으며 보건의료부문의 자원규모를 측정하기 위해 국제시장에서 판매된 인구백만 명당 MRI 및 CT수가 선택되었다. 그리고 국내의 의료시장규모를 반영하는 변수인 병상수, 병상가용률, 의사 및 간호사 수가 선택되었다. 이와 관련된 변수가 없는 데이터에 대해서는 근접연도를 사용하여 분석하였다. 그리고 본 서에서는 영국, 미국, 호주, 캐나다, 일본의 주요 선진국과 폴란드, 중국, 태국, 파키스탄의 개발도상국의 보건의료자원을 우리나라와 상호비교하였다. 이들 국가는 우리나라에 양허요구안을 제출하였거나 우리나라가 양허요구안을 제출한 국가로 의료자원에 대한 상호비교는 향후 양허안 작성시 유용한 기초자료가 될 것으로 예상되어 선택되었다.

〈표 V-2〉 주요국간 보건의료자원 현황

	호주	캐나다	일본	한국	영국	미국
활동 간호사수(인구천명당)						
1996	10.8	10.4	7.4	-	8.2	8
2000	10.7	9.9	-	3	8.8	-
활동의사수(인구천명당)						
1996	2.5	2.1	1.8	1.2	1.8	2.6
2000	2.4	2.1	1.9	1.3	2	-
급성병상가용율(가용병상대비)						
1996	68.7	82.2	-	70.1	80	61.5
2000	70.3	84.4	-	67.2	83	63.9
국민의료비(GDP대비)						
1996	8.4	9	6.9	4.9	7	13.2
2000	8.9	9.2	7.6	5.9	7.3	13.1
국민의료비중 공공지출(GDP대비)						
1996	66	70.8	78.7	38.8	82.9	45.6
2000	68.9	70.9	78.3	44.4	80.9	44.2
MRI수(인구 백만명당)						
1996	-	-	18.8	4.7	-	7.3
2000	4.7	2.5	-	5.4	-	8.1
CT수(인구 백만명당)						
1996	4.1	3.7	-	4	4.1	3.2
2000	3.8	3.2	-	5.2	3.9	2.9

자료: OECD health data 2003(2003).

〈표 V-2〉에서 제시되는 바와 같이 호주 및 캐나다의 경우 활동 간호사수가 2000년 인구 천명당 10.7명, 9.9명으로 비교적 높은 국가로 나타났으며, 활동의사수에 있어서는 1996년 미국이 인구천명당 2.6으로 높은 수치를 보이고 있다. GDP대비 국민의료비에 있어서는 미국이 13.1%(2000년 기준)로 가장 높은 수치를 보이고 있으며, 공공지출 비중이 높은 국가는 영국으로 80.9%를 차지하는 것으로 나타났다. 인구백만명당 MRI수에 있어서는 타 국가보다 일본이 현저하게 높은 수치를 보이고 있다.

이와 같이 국가간 보건의료료를 비교하는 것은 다소 복잡하기 때문에 하나의 수치로 제시될 경우 비교가 상당히 쉬워질 수 있다. 이와 관련하여 WHO(2000)는 국가간 보건의료자원관련 지표들에 대한 최고치의 상대비율을 제시함으로써

보건자원에 대한 국제비교를 시도하고 있다. 여기서 각 지표의 최고치는 모든 데이터의 최대경계선을 의미하며 나머지 지표에 대해서는 이러한 경계의 내부에 위치하도록 구성되어 있다. 본 서에서는 이와 같은 방법을 활용하여 주요국 및 개도국과 우리나라의 보건의료시장현황을 상호비교하고자 한다. 주요국의 데이터는 OECD Health Data 2003을 이용하였으며, 개도국의 경우 WHO 자료를 이용하였다. 비교국들의 관련지표 중에 가장 높은 값을 가지는 국가를 1.0으로 설정하고 나머지 국가들에 대해서는 최고치 1.0의 상대적인 비율로 표현하였다. 즉, 이 수치는 각 국가들의 보건관련 현황을 비교국에 대한 상대적 수준으로 제시한다고 할 수 있을 것이다. 예를 들어 GDP대비 국민의료비에 있어 미국이 가장 높은 수치인 13.1%를 기록하고 있기 때문에 이것이 자원경계선(resource frontier)이 되며 나머지 국가들은 상대적인 비율로 제시된다. 예를 들어, 영국은 GDP대비 국민의료비가 7.3%이기 때문에 $7.3 \div 13.1$, 즉, 대략 0.56이 된다. 단, 여기에서 주의해야 할 사항은 자원경계선(resource frontier)이 여타 국가에 대해 최선의 성과를 제시하는 것은 아니라는 것이다.

<표 V-3>와 [그림 V-3]은 주요 선진국인 캐나다, 일본, 영국, 미국, 호주와 우리나라의 의료비 및 보건자원 등 8개의 항목에 관한 상대적인 투입요소수준을 제시하고 있다.⁸⁰⁾ 미국은 GDP대비 국민의료비에 있어서 최대경계선 상에 존재함으로 지출수준이 비교국들 중 최대임을 알 수 있으며, 인구천명당 의사 수 및 간호사 수에서도 최대치를 보이고 있다. 이에 반해 일본은 GDP대비 국민의료비 수준은 미국에 비해 상대적으로 낮지만 인구백만명당 MRI(Magnetic Resonance Imaging) 및 CT(Computerized Tomography)수에 있어서 최대치를 보유하고 있는 것으로 나타났다. 공공지출에 있어 가장 높은 수준을 보이고 있는 국가는 영국이며, 호주 및 일본도 최대치에 가까이 위치하고 있어 상당히 높은 비중의 공공지출이 이루어지고 있는 것으로 나타났다. 그리고 인구천명당 간호사 수에서 최대치를 보유하고 있는 국가는 호주로, 향후 간호사의 해외진출이

80) 이들 국가들은 우리나라에 양허요구안을 제출한 국가이므로 이들 국가의 시장현황을 우리나라와 상호비교함으로써 향후 양허안을 작성시 유용한 기초자료가 될 것이므로 의미있는 작업이라 할 수 있을 것임.

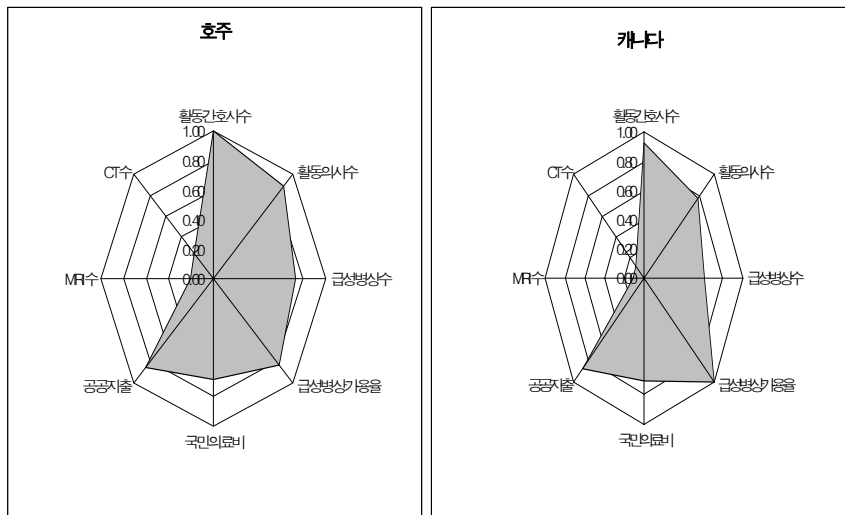
활발하게 될 것임을 예상할 수 있다. 급성병상수가 가장 높은 국가는 우리나라로 나타났으며, 캐나다의 경우 급성병상 가용률에 있어서 비교국들 중 최대 수준에 있었다.

〈표 V-3〉 우리나라 및 주요선진국의 보건의료자원간 상대비중: 2000년

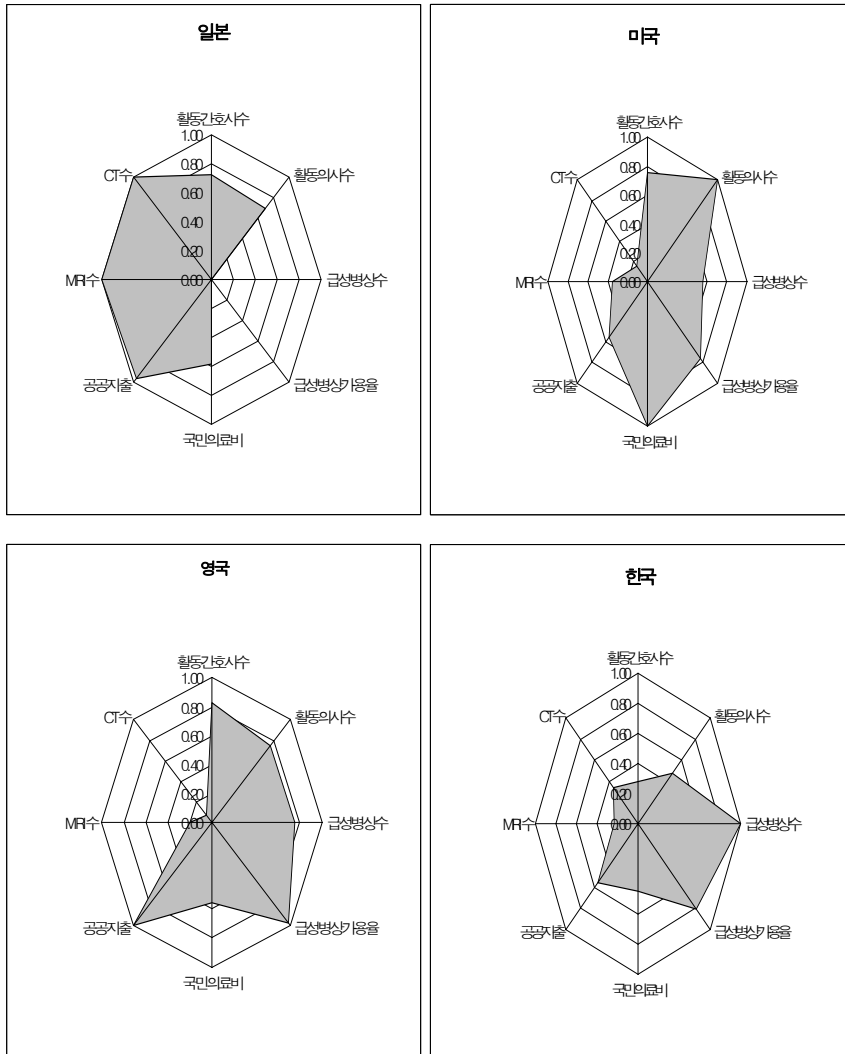
	활동간호사수	활동의사수	급성병상수	급성병상가용률	국민의료비(GDP대비)	국민의료비중 공공지출	MRI수	CT수
호주	1.00	0.89	0.73	0.83	0.68	0.85	0.20	0.25***
캐나다	0.93	0.78	0.62	1.00	0.70	0.88	0.11	0.11
일본	0.73**	0.70	-	-	0.58	0.97	1.00*	1.00*
한국	0.28	0.48	1.00	0.80	0.45	0.55	0.23	0.34
영국	0.82	0.74	0.75	0.98	0.56	1.00	0.20*	0.07*
미국	0.76*	1.00*	0.56	0.76	1.00	0.55	0.35	0.16

주: *, **, ***은 각각 1999, 1998, 1995 데이터를 이용함.
 자료: OECD Health Data 2003(2003).

[그림 V-3] 우리나라 및 주요선진국과의 보건의료자원 국제비교: 2000년



[그림 V-3] 계속



주: 1) 2000년 해당자료가 없는 경우에 대해서는 부분적으로 1999, 1998, 1995년도의 데이터를 이용함.

2) 일본의 경우 급성병상수 및 급성병상가용률이 제시되지 않음.

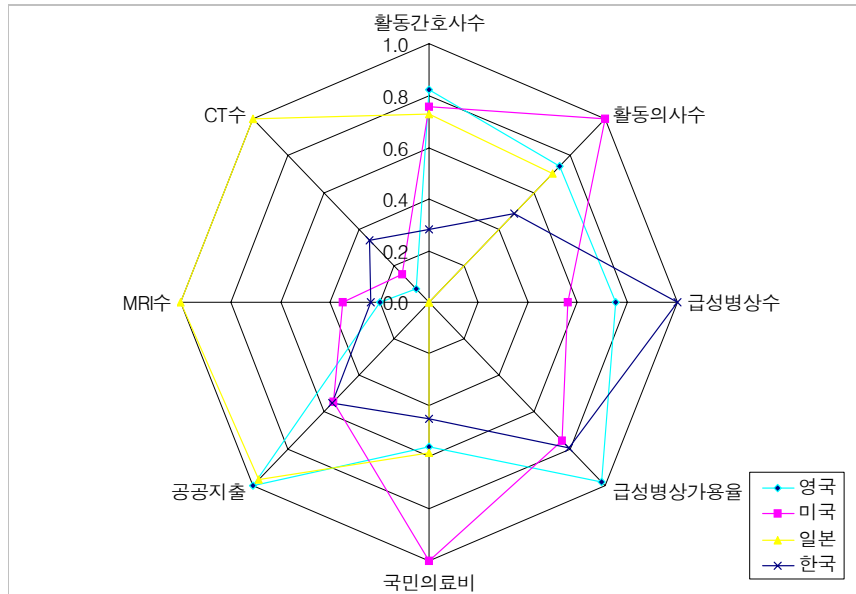
자료: OECD health data 2003(2003).

[그림 V-4]는 우리나라와 일본, 미국, 영국의 주요 4개국을 종합적으로 비교하에 제시하고 있다. 우리나라는 비교국 중에 급성병상수가 가장 높은 국가로 나타났으며, GDP대비 국민의료비, 활동 의사수 및 간호사 수에 있어서도 상대적으로 낮은 수준에 머물러 있음을 알 수 있다.

한편, 고가의 첨단장비인 CT수에 있어서는 일본을 제외한 여타 선진국보다는 높은 수준으로 보유하고 있으며, MRI는 영국과 비슷한 수준을 보유하고 있는 것으로 나타났다. 그리고 인구천명당 병상수에 있어서 일본보다는 낮은 수준이지만, 미국 및 영국보다는 높은 수준으로 보유하고 있음을 알 수 있다.

이와 같은 국제비교는 보건의료 관련요소로써 국가간 차이점을 제시하는데, 이는 각 국가의 경쟁 및 지불시스템에 따라 상이하게 나타난다. 예를 들어, 영국과 같은 국가에서는 MRI 및 CT수가 여타 선진국에 비해 상당히 낮은 편인데 이는 'medical arms race'가 영국예산에 의해 제한적이었음을 내포하고 있다.

[그림 V-4] 4개국 보건의료시장의 종합비교: 한국, 일본, 미국, 영국



자료: OECD Health Data 2003, 2003.

한편, 주요 개도국인 폴란드, 태국, 중국 파키스탄과 우리나라와의 보건의료 자원 현황에 대해 살펴보면 다음과 같다. 본 서에서는 개도국과의 국제비교를 위해서 WHO에서 제공하고 있는 데이터를 이용하였다. 인구십만명당 의사수 및 간호사수, GDP대비 국민의료비, 1인당 국민의료비, 공공지출, 그리고 본인부담의 지표를 선택하여 제시한 표는 다음과 같다(표 V-4 참조).

〈표 V-4〉 우리나라 및 주요 개도국간 보건의료자원 현황 및 상대비중: 2000년

구 분	의사수 (인구 십만명당)	간호사 (인구 십만명당)	GDP대비 국민의료비 (%)	1인당 국민의료비 (US\$)	공공지출 (%)	본인부담 (%)
폴란드	236 (1.00)	527 (1.00)	6.0 (1.00)	246 (0.42)	69.7 (1.00)	25.9 (0.34)
한국	136 (0.58)	291 (0.55)	6.0 (1.00)	584 (1.00)	44.1 (0.63)	41.0 (0.53)
태국	24 (0.10)	87 (0.17)	3.7 (0.62)	71 (0.12)	57.4 (0.82)	36.2 (0.47)
파키스탄	57 (0.24)	34 (0.06)	4.1 (0.68)	18 (0.03)	22.9 (0.33)	77.1 (1.00)
중국	116 (0.49)	98 (0.19)	5.3 (0.88)	45 (0.08)	36.6 (0.53)	60.4 (0.78)

주: 괄호안의 수치는 각 국가별 의료자원의 상대비중을 나타냄.

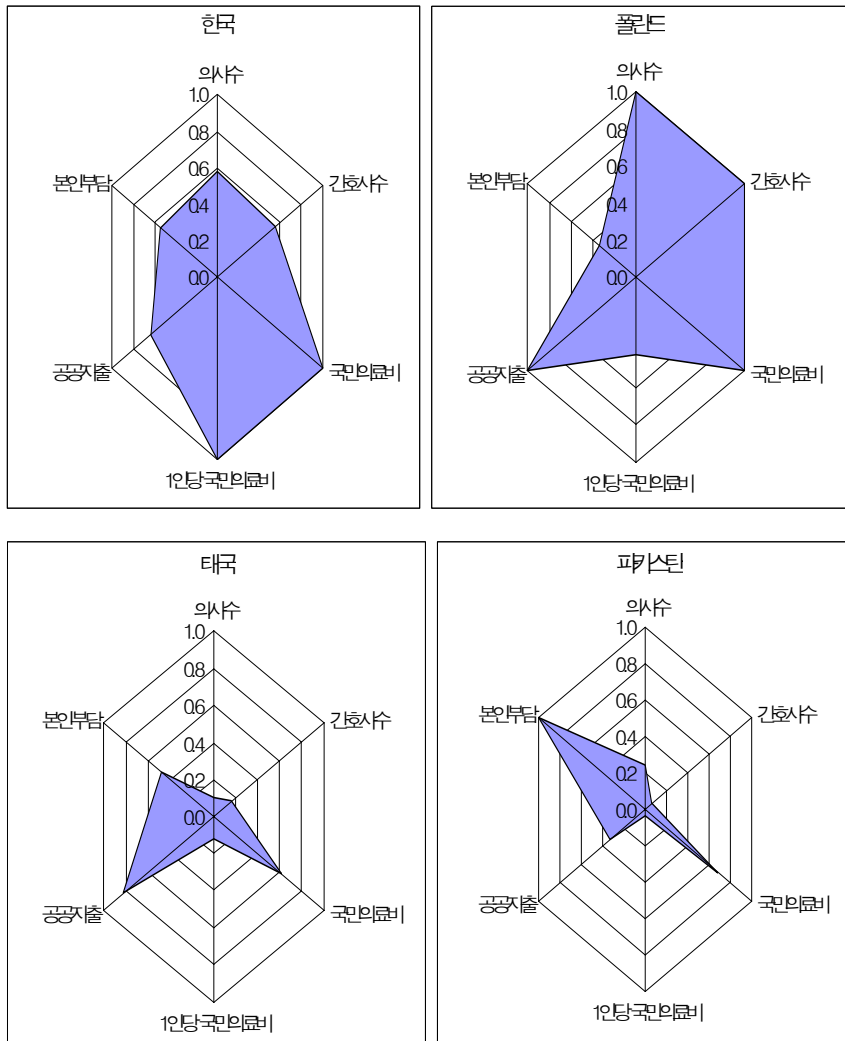
자료: 세계보건기구, www.who.int, 2003.

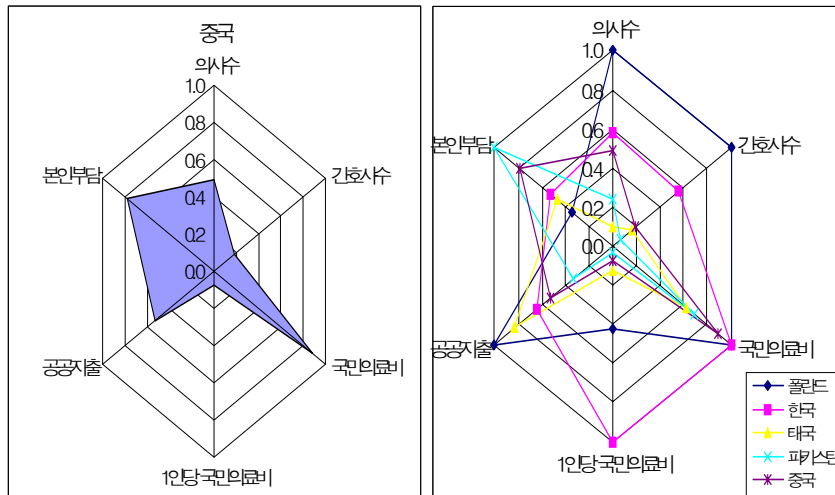
이를 앞서 언급한 자원경계선(resource frontier)에 적용한 결과가 [그림 V-5]에 제시되고 있다. 인구십만명당 의사수 및 간호사수, 공공지출에 있어서는 폴란드가 비교국중에 최고 수준인 것으로 나타났다. GDP대비 국민의료비에 있어서는 폴란드와 우리나라가 동일하게 제시되었지만, 1인당 국민의료비로 볼 경우에는 우리나라가 여타 개도국 중에 가장 높은 수치를 보이고 있어 자원경계선 상에 있음을 알 수 있다. 본인부담이 비교국 중에 가장 높은 국가는 파키스탄, 중국 등의 순으로 나타났다.

이상과 같이 선진국 및 개도국과 우리나라에서 사용되고 있는 자원에서의 차이를 비교해 보았다. 우리나라는 선진국에 비해 급성병상수를 많이 보유하고 있는 것으로 나타났으며, MRI 및 CT와 같은 첨단의료장비에 있어서 일본을 제외한 선진국과 유사하게 보유하고 있는 것으로 나타났다. 그리고 우리나라는 의사 및 간호사수에 있어서 폴란드보다는 낮지만 여타 항목에 있어서 개도국보

다 우월한 위치에 있음을 알 수 있었다.

[그림 V-5] 우리나라 및 주요 개도국과의 보건의료자원 국제비교: 2000년





2) 주요국 암의 상대생존율

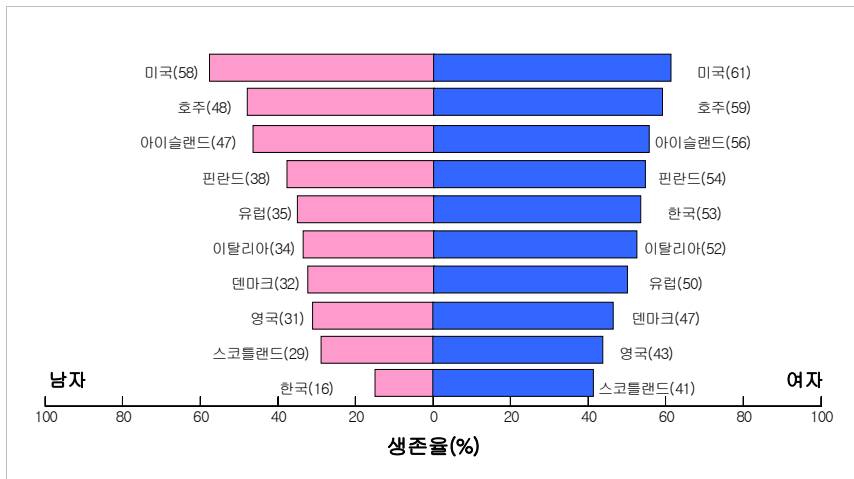
많은 국가들은 보건시스템의 성과를 측정하기 위한 지표를 개발하려는 노력에 관심을 모으고 있다. 호주의 경우 의료의 질 관련 지표에 관한 연방기금작업단(Commonwealth Fund Working Group on Quality of Care Indicators)의 한 국가로, 의료관련 과정(process) 및 결과(outcomes)에 대한 지표를 선정·개발하고자 하고 있다.⁸¹⁾ 예를 들어, 과정(process)에 관한 지표로 자궁암 및 유방암에 대한 스크리닝률(screening rates), 노인을 위한 감기 백신율과 같은 지표를 포함하고 있으며, 결과(outcomes)에 대한 지표로 암 또는 급성심장질환진단 이후의 생존율과 같은 지표를 포함하고 있다. 이외에도 안전성 지표, 대기시간 등의 지표도 있다. 각 국가의 의료시스템 성과를 비교하기 위해 국제간 데이터 표준이 설정되어 있지 않지만 각 국가간의 남성 및 여성의 암생존율을 비교해 봄으로써 의료시스템의 성과를 비교하는데 참고자료가 될 수 있을 것이라 사료된다.

우리나라는 최근에 보건복지부와 국립암센터에서 지난 95년 중앙암등록본부에 등록된 암환자(5만 9,603명) 가운데 통계청 사망자료와 행정자치부 주민등록

81) 호주, 캐나다, 뉴질랜드, 영국, 미국의 5개국이 참여하여 지표개발을 위한 데이터를 수집하고있음.

전산망을 통해 생사가 확인된 5만 5,042명의 5년 이상 생존율⁸²⁾을 분석한 결과를 발표하였다. 남성의 경우 상대생존율⁸³⁾은 15.6%, 여성의 경우는 53.2%인 것으로 나타났는데, 이를 다른 주요국과 비교한 그림이 아래에 제시되고 있다. 남성의 경우 미국의 암 상대생존율이 58%로 가장 높으며, 호주(48%), 아이슬란드(47%), 핀란드(38%) 등의 순으로 나타났으며 우리나라의 경우 암 상대생존율이 상당히 낮은 것을 알 수 있다. 그리고 여성의 경우에 있어서는 미국(61%), 호주(59%), 아이슬란드(56%), 핀란드(54%)보다는 낮은 위치에 있지만, 영국을 비롯한 유럽(50%)에 비해서는 높은 수치를 보이고 있다.

[그림 V-6] 주요국 암의 5년간 상대생존율



주: 호주(1987~1991), 덴마크(1985~1989), 영국(잉글랜드, 웨일즈: 1986~1990), 유럽(1985~1989), 핀란드(1985~1989), 이탈리아(1985~1989), 미국(1984~1990), 한국(1995~2001)의 상대생존율을 나타냄.

유럽은 가중치가 부여된 평균임.

자료: 국립암센터(2003), AIHW(www.aihw.gov.au)

82) 5년 이상 생존율은 암으로 확진받은 환자 중 5년 이상 생존해있는 환자의 비율(재발, 완치, 치료중인 환자 모두 포함)을 말함.

83) 상대생존율: 관찰한 암환자가 동일한 연령층의 인구집단이 같은 관찰기간동안 살아있을 정도를 관찰생존율(질병발생자가 관찰기간 동안 생존할 확률)에 나누어 구한 값으로 암에 기인한 생존율을 말함.

다. 우리나라 보건의료부문의 환경분석

한 산업의 국제경쟁력 확보는 그 산업의 혁신 및 개선 능력으로 좌우되며, 이는 각 국가의 독특한 역사, 문화, 가치체계, 경제구조, 제도 등이 반영된다. 특히, 병원산업의 국제경쟁력을 분석하기 위해서는 우선적으로 병원산업을 둘러싼 환경의 추세를 이해하는 것이 경제적 요인, 경쟁력, 기술수준, 규제 및 정치적 환경, 그리고 인적자원과 같은 한 조직의 전략에 영향을 줄 수 있는 요소를 구체화시키는데 유용한 도구가 될 수 있다. 환경분석을 위해 기업이 활동하는 환경을 공급측면과 수요측면으로 분류하여 제시하였다.

공급측면의 환경분석을 위해 의료부문 인적자원 및 의료기관, 병상 현황, 그리고 병원경영성과를 살펴보았다. 수요에 영향을 미칠 수 있는 요인으로 소득 증가에 따른 의료비지출규모, 인구구성변화, 질병구조변화 등을 중심으로 살펴본 후, 향후 수요가 현저히 증가될 것으로 예상되는 분야를 고려해 보았다.

1) 수요측면에서의 환경분석

시장의 성장성과 함께 국내 소비자들이 장차 세계적으로 일반화될 수 있는 수준 높은 소비패턴을 보일 때 기업은 외국경쟁사보다 품질혁신을 위한 노력을 기울여 경쟁력이 제고될 수 있다. 예를 들어, 일본은 노령화 인구의 증가로 이의 수요에 부응하기 위하여 양로원을 포함한 실버산업에 투자를 많이 해 왔으며, 그 과정 속에서 쌓인 노하우로 실버산업에 국제적 경쟁력을 갖추게 되었다. 국내에서도 고급의료에 대한 요구 및 향후 도래할 고령화사회로 국내 의료기관 뿐 아니라 외국기관의 진입형태 및 진입분야에 영향을 미치게 될 것으로 예상할 수 있을 것이다.

〈의료비 지출규모〉

우리나라 국민의료비지출의 증가추이를 살펴보면, 1989년 전국민의료보험이 실시되면서 1990년 GDP대비 국민의료비의 비율이 4.8%의 비중을 보였으며, 1995년 4.7%로 약간 감소하는 현상을 보이다가, 1998년 5.1%로 상승추세를 보

이고 있다. 특히 1998년에는 IMF 경제위기를 맞아 GDP 증가율이 마이너스를 기록하였음에도 불구하고 국민의료비는 오히려 증가하는 양상을 보였다는 점은 건강에 대한 국민들의 관심과 '투자'가 앞으로 감소하지는 않을 것이라는 전망을 가지게 한다. 더욱이 1990년대로 들어오면서 전반적인 국민의료비 증가율은 GDP 증가율을 상회하고 있으며, 이에 따라 GDP 대비 국민의료비 역시 지속적으로 증가하고 있는 실정이다(표 V-5 참조).

그러나, 이를 OECD 회원국의 GDP대비 국민의료비와 비교하여 보면 매우 낮은 수준인데 2000년 기준으로 사회보험방식을 채택하고 있는 국가 중에서 우리나라는 GDP대비 국민의료비의 비율이 5.9%로, 독일의, 10.6%, 일본의 7.6% 등과 비교해 본다면 상당히 낮은 수준으로 나타났다. 특히, 우리나라보다 일인당 GDP가 낮은 터키의 경우 GDP 대비 국민의료비의 비율이 각각 4.8%로 나타나, 우리나라의 GDP대비 국민의료비 비율이 상대적으로 낮은 수준임을 알 수 있다.⁸⁴⁾

이와 같이 우리나라의 국민의료비 지출규모가 전반적으로 지속적인 증가 추이를 볼 수 있었다. 이러한 결과는 향후에도 고령화 사회 진입 등 여러 요인을 감안할 때 보건의료서비스에 대한 욕구증대로 인해 지출규모가 증대할 것이라고 예측할 수 있다. 특히 국민소득의 증대는 소비자로 하여금 보다 질 높은 보건의료서비스를 요구하고 있다. 일반적으로 시장개방화에 따라 의료서비스 및 의료기술의 경쟁우위를 지닌 선진의료업체의 국내시장 참여는 보건의료분야 전체에 질 높은 서비스를 제공함으로써 의료소비자를 유인하게 될 것이다. 따라서 의료시장 개방에 앞서 기존 의료업계는 소비자에게 선택의 기회가 확대되는 시점에 대비하여 서비스 질의 향상이라는 과제가 중요한 역할을 할 것이라 사료된다.

84) 터키의 일인당 GDP는 1998년도 구매력 평가를 기준으로 6,272달러인 반면, 우리나라의 일인당 GDP는 12,254달러임(OECD Health Data, 2003).

〈표 V-5〉 국가별 국민의료비 추이

(단위: %, PPP\$)

구분	국가	GDP대비 국민의료비					1인당국민의료비				
		1990	1995	1998	2000	2001	1990	1995	1998	2000	2001
사회 보험 방식	한국	4.8	4.7	5.1	5.9	-	354	535	628	893	-
	오스트리아	7.1	8.6	8.0	8.0	-	1,204	1,831	1,968	2,233	-
	벨기에	7.4	8.7	8.5	8.7	-	1,245	1,900	2,008	2,293	-
	체코	5.0	7.3	7.1	7.1	7.3	575	902	943	987	1,106
	덴마크	8.5	8.2	8.4	8.3	8.6	1,453	1,880	2,238	2,398	2,503
	프랑스	8.6	9.5	9.3	9.3	9.5	1,509	1,984	2,096	2,387	2,561
	독일	8.5	10.6	10.6	10.6	10.7	1,600	2,263	2,520	2,780	2,808
	이탈리아	8.0	7.4	7.7	8.2	8.4	1,321	1,486	1,778	2,060	2,212
	일본	5.9	6.8	7.1	7.6	-	1,082	1,581	1,730	1,984	-
	룩셈부르크	6.1	6.4	5.8	5.6	-	1,501	2,138	2,361	2,719	-
	네덜란드	8.0	8.4	8.6	8.6	8.9	1,333	1,787	2,176	2,348	2,626
	뉴질랜드	6.9	7.2	8.0	8.0	8.2	937	1,238	1,431	1,611	1,733
	노르웨이	7.7	7.9	8.5	7.7	8.3	1,363	1,865	2,439	2,787	3,012
	스페인	6.7	7.6	7.5	7.5	7.5	813	1,163	1,353	1,497	1,600
	스위스	8.5	10	10.6	10.7	10.9	1,836	2,555	2,952	3,160	3,248
영국	6.0	7.0	6.9	7.3	7.6	977	1,330	1,563	1,813	1,992	
사적 보험	미국	11.9	13.3	13	13.1	13.9	2,738	3,654	4,095	4,540	4,887
혼합 방식	호주	7.8	8.2	8.6	8.9	-	1,300	1,778	2,079	2,350	-
	캐나다	9.0	9.2	9.1	9.2	9.7	1,674	2,115	2,288	2,580	2,792
	핀란드	7.8	7.5	6.9	6.7	7.0	1,295	1,414	1,528	1,699	1,841
	아일랜드	6.1	6.8	6.2	6.4	6.5	719	1,223	1,438	1,793	1,935

자료: OECD Health Data 2003(2003).

〈인구구성변화〉

우리나라는 향후 급격한 고령화사회로의 진전이 예상되고 있다. 65세 이상 인구비율이 7%에서 14%로 도달하기까지의 소요년수는 일본의 경우에는 1970년에서 1994년으로 24년이 소요되었으나(선우 덕, 2000), 아래의 표에서 제시되는 바와 같이 우리나라의 경우 이보다 더 급속하게 고령화사회로 진입하게 될 것이며 2020년에는 65세 이상인구는 총인구의 15.1%에 이르게 됨을 알 수 있다.

이와 같이 우리나라의 고령화 속도가 급속하게 진행됨으로써 노인성 질환 및 만성질환서비스에 관한 의료수요가 증대될 것이며, 노인을 대상으로 한 실버타운, 가정간호서비스 등과 같은 의료산업이 향후 상당한 시장 잠재력을 보유하

게 될 것임을 예상할 수 있다. 따라서 노인인구를 대상으로 한 전문병원 및 의료서비스를 겨냥한 외국기관의 투자 및 진출유인이 클 것으로 기대된다. 그리고 국민들의 소득수준이 향상됨과 동시에 건강에 관한 관심 증대로 건강검진센터와 같은 예방의료서비스에 대한 수요가 점차 증가하게 될 것이다.

〈표 V-6〉 65세 이상 추계인구

(단위: 명, %)

구분	총인구	65세 이상 인구		
		인구수	총인구대비구성비	증가율
2002	47,639,618	3,772,454	7.9	-
2003	47,925,318	3,969,036	8.3	5.2
2004	48,199,227	4,171,016	8.7	5.1
2005	48,460,590	4,365,963	9.0	4.7
2010	49,594,482	5,302,095	10.7	3.0
2015	50,352,318	6,345,400	12.6	3.3
2020	50,650,260	7,667,408	15.1	4.8

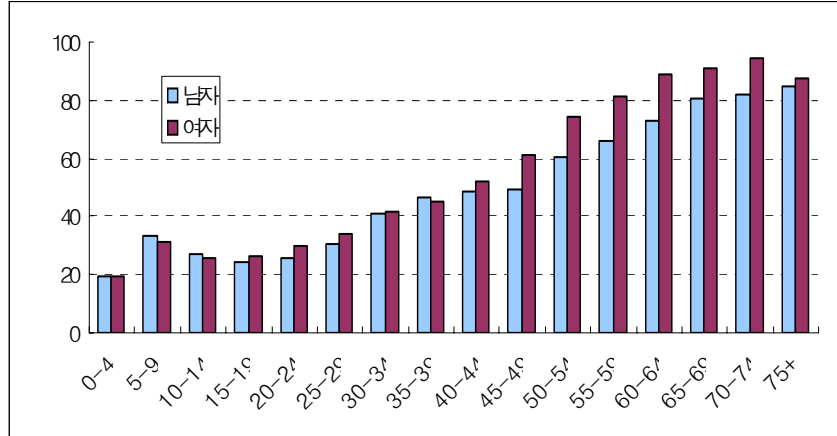
자료: 통계청(2003).

〈질병구조의 변화: 전염성질환에서 만성·생활습관성 질환으로〉

우리나라는 소득수준 향상과 생활방식 변화, 기대수명 증가 등으로 인해 질병구조 또한 만성·생활습관성 질환 중심으로 변화하고 있다. 2001년 한 해 동안 만성질환⁸⁵⁾ 유병자율은 연령과 함께 증가하고 있으며 40세 이후부터는 50%를 초과하여 60세 이후에는 연간 유병자율이 전체의 4/5를 넘어서고 있는 것으로 나타났다(그림 V-7 참조). 이와 같이 인구의 상당부분이 만성질환을 경험하고 있으며 향후 만성질환 관련치료에 대한 수요가 지속적으로 증가할 것으로 예상되는 바, 동분야에 대한 외국의료기관의 투자유인 또한 증가할 것으로 기대된다.

85) 만성질환을 발병후 3개월 이상 경과된 질병이나 발생시기에 관계없이 질병의 자연사적 특성에 근거하여 분류된 만성질환을 대상으로 조사한 결과임(보건복지부, 2002).

[그림 V-7] 성별·연령별 만성질환 유병자율: 2001년



자료: 2001 국민건강·영양조사, 2002

〈e-health의 출현〉

의료분야에 있어서 정보통신기술의 활용은 앞서 언급한 바와 같이 관리업무 뿐 아니라 의료행위 그 자체를 지원 또는 직접 가능하게 함으로써 전문성 있는 양질의 의료서비스를 제공하며 직접대면에 의한 전통적인 방식에서 벗어나 원격 건강상담, 원격검진 등과 같은 의료서비스를 제공할 수 있게 되었다.

현재 소수의 우리나라 의료기관들의 해외환자에 대한 원격의료 실시 유형은 주로 원격상담 또는 방사선필름의 원격판독에 의한 1차적인 진료를 실시하고, 그 결과에 따라 직접 진료 또는 수술로 연계하는 경우, 화상진료시스템을 활용하여 의사간의 상담 또는 지시에 의한 환자를 진료하는 경우, 원격세미나 등이 이루어지고 있다.⁸⁶⁾ 따라서 시장개방 환경 하에서 원격의료는 소비자의 의료수요를 만족시키는 새로운 형태로, 이와 관련된 경쟁력을 가진 의료기관들간의 경쟁이 치열해 질 것으로 예상된다.

86) 의협신보, 2002. 7. 1.

2) 공급측면에서의 환경분석

현재의 첨단지식산업이 중심이 된 사회에서 중요한 생산요소는 숙련된 기술을 지닌 인적자원이나 전문화된 과학기술이라 할 수 있을 것이다. 따라서 기술 및 훈련이 집적된 전문인력이 의료산업의 경쟁우위 확보를 위한 결정적 요인이 될 수 있으며, 이외에 첨단 의료기기, 조직 및 마케팅 등의 경영기법, 사명감과 봉사정신 등도 중요한 요인으로 고려해 볼 수 있을 것이다. 그러나 본 연구에서는 전략적 요소에 대한 자료수집의 한계로 인해 의료인력 및 기관현황, 병원 경영성과 등에 관한 측면만을 살펴보았다.

〈보건의료인력 현황〉

현재 우리나라에서 법으로 정하고 있는 보건의료관계인력은 의료법 제2조에서 의료인으로 규정된 의사, 치과의사, 한의사, 조산사 및 간호사를 비롯하여 약사법 제3조 및 제3조의 2에서 규정하고 있는 약사 및 한약사, 의료기사 등에 관한 법률 제2조에서 규정하고 있는 의료기사(임상병리사, 방사선사, 물리치료사, 작업치료사, 치과기공사, 치과위생사)와 의무기록사 및 안경사가 있으며, 그 밖에 의료법 제58조의 간호조무사가 이에 포함된다.

보건의료면허 및 자격자의 공급상태를 보면, 양적인 면에서 지속적으로 증가해오고 있음을 알 수 있다(표 V-7 참조). 의사의 경우 1980년에 22,564명에서 1990년에 42,554로, 그리고 2001년에는 75,295명에 이르고 있는데 이는 1980년에 비해 3배 이상 증가한 것이다. 한편, 한의사의 경우에는 3,015(1980년)→5,792(1990)→12,794(2001)로 분석기간 동안에 4배정도 증가하였고, 치과의사는 3,620(1980)→9,619(1990)→18,887(2001)로 5배 이상 증가한 것으로 나타났다.

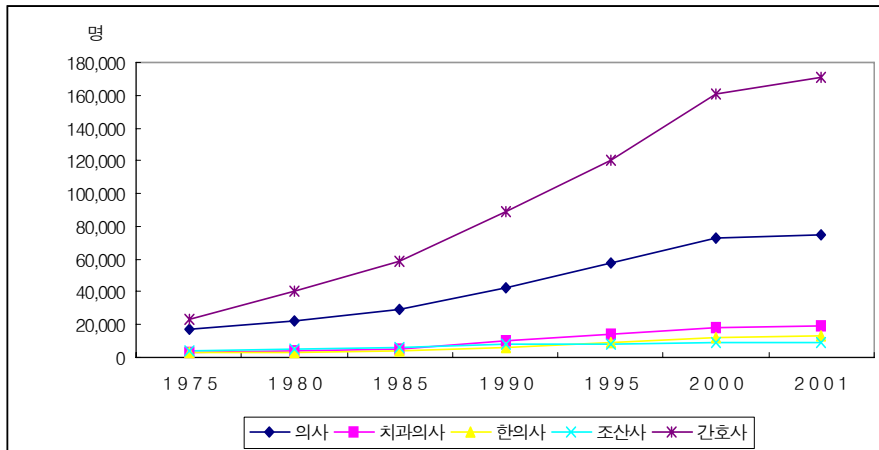
<표 V-7> 연도별 주요 의료인력 면허등록 현황

(단위: 명)

구 분	의사	치과의사	한의사	조산사	간호사
1975	16,800	2,595	2,788	3,773	23,632
1980	22,564	3,620	3,015	4,833	40,373
1985	29,596	5,436	3,789	6,247	59,104
1990	42,554	9,619	5,792	7,643	89,032
1995	57,188	13,681	8,714	8,352	120,415
2000	72,503	18,039	12,108	8,728	160,295
2001	75,295	18,887	12,794	8,801	170,845

자료: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 2002.

[그림 V-8] 의료인등 면허추이: 1975~2001



자료: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 2002.

한편, 우리나라는 전문의료인력의 이직률이 의약분업이전 20.2%이던 것이 의약분업이후 이직률이 22.3%로 상승한 것으로 나타났다. 특히, 병원급 의료기관의 경우 의약분업전 이직률이 27.9%에서 의약분업이후 34%로 타기관에 비해 상대적으로 증가율이 크게 나타나 병원급 의료기관의 인력난이 심화되고 있음을 보여주고 있다(표 V-8 참조).

〈표 V-8〉 요양기관 종별 전문의 이직 현황

(단위: 명, %)

구분	의약분업전('99.7~'00.6)			의약분업 후('00.7~'01.6)		
	재직	퇴직	이직률(%)	재직	퇴직	이직률(%)
종합전문	2,284	407	17.8	2,328	455	19.5
종합병원	1,841	412	22.4	1,957	477	24.4
병원	197	55	27.9	194	66	34.0
계	4,322	874	20.2	4,479	998	22.3

자료: 대한병원행정관리자협회(2002) 재인용.

〈병원 및 병상자원 현황〉

우리나라 병원 현황을 살펴보면, 2001년 병원급 이상 의료기관수는 975개소이며 병상수는 210,271개이다(표 V-9참조). 병원 중에서 공공부문이 8.2%, 민간부문이 91.8%를 차지하고 있으며, 병상수도 민간부문이 88.7%를 점유하고 있어 전체적으로 공공부문의 비중이 취약함을 알 수 있다.

〈표 V-9〉 공공 및 민간 의료기관 현황(2001년)

(단위: 개소, %)

구분	공공	민간	계
의료기관수	80 (8.2)	895 (91.8)	975 (100.0)
병상수	23,795 (11.3)	186,476 (88.7)	210,271 (100.0)

주: 병원급 이상 의료기관 대상

자료: 한국보건산업진흥원, 『보건산업백서』, 2002.

우리나라의 의료기관은 2001년 현재 전체의료기관 수가 40,287개로 1985년에 비해 약 2.7배로 증가하였다(표 V-10 참조). 이를 자세히 분류해 보면, 종합병원, 병원, 의원 1985년 대비 2001년의 증감률은 각각 1.5배, 1.9배, 2.6배 증가한 것으로 나타났다. 그리고 특수병원과 치과병원 및 한방병원의 경우 성장률이 6배, 15배 및 7.7배로 나타나 이 부문에서의 성장률이 현저히 증가했음을 알 수 있다. 반면에 부속의원과 조산원의 경우 성장이 점차 감소하는 추세를 보이고 있다. 한편, 의료기관을 지역구성비로 살펴보면, 도시지역에 92%가 집중되

어 의료기관의 지역별 불균형이 두드러지고 있음을 알 수 있다.

〈표 V-10〉 연도별·지역별 의료기관수

(단위: 개, %)

구 분		연도(85년대비증감률)				지역(구성비)	
		1985	1990	1995	2001	시부	군부
병·의원	종합병원	183 (100.0)	228 (124.6)	266 (145.4)	268 (146.4)	252 (94.0)	16 (6.0)
	병 원	317 (100.0)	328 (103.5)	398 (125.6)	600 (189.3)	494 (82.3)	106 (17.7)
	의 원	8,069 (100.0)	10,935 (135.5)	14,343 (177.8)	20,819 (258.0)	19,111 (91.8)	1,708 (8.2)
특수병원 ¹⁾		13 (100.0)	32 (246.2)	42 (323.1)	75 (576.9)	62 (82.7)	13 (17.3)
치과 병·의원	치과병원	4 (100.0)	6 (150.0)	12 (300.0)	60 (1500.0)	60 (100.0)	0 (0.0)
	치과의원	2,994 (100.0)	5,286 (176.6)	8,292 (277.0)	10,556 (352.6)	9,831 (93.1)	725 (6.9)
한방 병·의원	한방병원	17 (100.0)	33 (194.1)	69 (405.9)	131 (770.6)	127 (96.9)	4 (3.1)
	한 의 원	2,774 (100.0)	4,261 (153.6)	5,928 (213.7)	7,499 (270.3)	6,829 (91.1)	670 (8.9)
부속의원 ²⁾		279 (100.0)	256 (91.8)	246 (88.2)	169 (60.6)	165 (97.6)	4 (2.4)
조 산 원		504 (100.0)	336 (66.7)	177 (35.1)	110 (21.8)	100 (90.0)	10 (9.1)
총 계		15,154 (100.0)	21,701 (143.2)	29,773 (196.5)	40,287 (265.8)	37,031 (91.9)	3,256 (8.1)

주: 1) 결핵병원, 정신병원, 나병원

2) 회사 또는 종업원을 위한 산업체의 부속의원임(의료법 제31조)

자료: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 각 연도.

결론적으로 지난 15년간 의료시설이 지속적으로 증가하는 추세를 보이고 있지만, 대부분의 시설이 급성단기치료 중심이고 도시지역에 주로 분포해 있는 것으로 나타나 이에 대한 문제점이 정책과제로 부각되고 있다.

한편, 우리나라의 고령인구가 빠르게 증가되고 있으나, 이에 대비한 보건 및 복지관련 인프라는 부족한 실정이다. 2000년 현재 노인인구는 3,371,806명으로 전체인구의 7.3%에 해당하지만, 노인요양시설은 총 90개소이며, 정원수는 6,387

명에 불과하다(표 V-11참조). WHO의 인구 십만명당 권장수준이 300병상임에 반해 2001년 시·도립 치매요양병원 및 노인전문병원 등 장기요양병상은 1,468 병상 정도이며 민간운영 요양병원을 합하여도 약 2,012병상규모로, 이는 인구 10만명당 약 4.4병상 규모의 매우 미미한 수준이다.

〈표 V-11〉 무료 및 실비 노인요양시설의 입소현황

(단위: 개소, 명, %)

구분	무료노인요양시설	실비노인요양시설	계
시설수	77	13	90
정원수	5,448	939	6,387
현원수	4,692	711	5,403
정원대비현원비율	86.1	75.7	84.6

자료: 보건복지포럼, 한국보건사회연구원, 2001. 7.

〈병원경영성과〉

우리나라 병원경영성과를 살펴보기에 앞서 우리나라에 양허요청안을 제시하거나 우리나라가 양허요청안을 제출한 나라를 중심으로 병원평가를 살펴보고자 한다. 그래서 이들 국가들과 우리나라의 병원성과를 비교하기 위한 기초자료로 활용하고자 한다.

아래에 <표 V-12>는 2001년 호주, 캐나다, 뉴질랜드, 영국, 미국을 대상으로 보건의료에 대한 병원의 전반적인 의료의 질적 측면에 대한 설문조사 결과를 통해 국제간 비교분석을 제시하고 있다. 조사 대상국 대부분은 의료의 질적 수준이 매우 우수하다는 항목에 50%이상의 평가를 보이고 있으며, 다만 영국의 18~64세의 경우 47%만이 매우 우수하다고 응답하였다.

그리고 지난 2년간 입원하였거나 가족이 입원한 적이 있는 응답자를 대상으로 치료받은 병원에 대한 의료의 질적 측면에 대해 조사한 결과, 호주와 뉴질랜드에서 매우 우수하다는 평가가 다수를 차지한 반면, 영국과 미국에서는 상대적으로 보통 및 나쁨의 비율이 여타 국가보다 높은 비율을 차지했다. 이들 5개국의 응답자 중 대략 절반정도는 자신 혹은 자신의 가족이 병원에 있는 동안 간호서비스에 대해 매우 우수하다고 평가하였으나, 이 중에서 영국(18~64세 기

준), 캐나다, 미국은 매우 우수하다는 평가에 있어서 절반수준에 이르지 못하였다. 반면 영국의 경우 간호서비스에 대해 보통 또는 나쁨의 비율(18~64세 기준: 30%, 65세 이상기준: 21%)이 여타 국가보다 상대적으로 높은 것으로 나타났다.

6달 이상의 수술 대기시간을 가진 환자의 비율이 가장 높은 국가는 영국으로 18~64세의 경우 28%, 65세 이상의 경우 24%이며 이는 미국의 2%, 0%와 각각 비교해 본다면 상당히 높은 수준이다.

〈표 V-12〉 병원평가: 2001년

(단위: %)

	호주		캐나다		뉴질랜드		영국		미국	
	18~64세	65세 이상	18~64세	65세 이상	18~64세	65세 이상	18~64세	65세 이상	18~64세	65세 이상
전체적인 의료의 질적 수준										
매우 우수함	60	80	53	66	65	81	47	74	55	70
우수함	29	15	34	26	24	15	32	18	29	23
보통/나쁨	10	3	12	8	9	2	17	7	15	7
최근 2년간 입원	22	26	14	19	17	25	16	19	18	23
병원치료										
매우 우수함	52	78	48	72	53	76	44	65	47	67
우수함	27	13	31	16	23	11	28	20	28	19
보통/나쁨	20	9	21	11	23	9	25	13	24	12
간호서비스										
매우 우수함	51	80	45	68	53	76	42	61	46	68
우수함	22	11	30	23	23	11	25	18	31	22
보통/나쁨	27	8	25	7	23	9	30	21	22	10
최근 2년간 수술	28	24	25	19	30	28	25	17	26	28
수술한 환자 중 수술대기시간										
한달이하	51	53	39	34	43	36	36	40	60	75
6달이상	16	22	18	16	19	20	28	24	2	0

자료: The Commonwealth Fund 2001 international Health Policy Survey, OECD(2003) 재인용.

한편, 우리나라 병원의 경영성과를 살펴보기 위해서 크게 진료측면, 경영측면, 그리고 경영전략 실태로 나누어 고찰해 보고자 한다. 국내병원의 진료측면에서의 실태과악을 위해 양적·질적인 문제점으로 나누어 살펴보았으며, 경영측

면에서는 재무성과, 인적자원관리, 마케팅 측면에서 살펴보았다. 그리고 경영전략 실태를 보기 위해서 일반적 경영개선전략과 정보기술관련 경영개선전략으로 나누어 분석하였다.

가) 진료측면의 문제점

① 양적인 문제점

2002년 말 현재 국내 병원은 총 975개이고 병상수는 210,271개이다(전국병원 명부, 2002). 이는 선진국과 비교할 때 인구 대비 양적으로는 크게 뒤지지 않는 것으로 평가되고 있으나, 전체 병원의 62%가 서울과 경기도 및 6대 광역시에 밀집해 있어 지역간 병원분포의 불균형으로 인한 문제가 오히려 심각한 것으로 지적되고 있다.

또한 의료전달체계가 제대로 정립되지 않아 의원과, 병원, 종합병원간 무한 경쟁체제를 보임으로 인해 불필요한 자원의 낭비를 가져오고 있으며 특히 고가의 의료장비의 지나친 보유경쟁은 과잉진료의 소지를 원천적으로 제공하고 있다.⁸⁷⁾

② 질적인 문제점

국내의 일부 부유층 소비자들이 외국병원에 가서 진료를 받는 이유는 선진외국 병원들의 진료수준이 국내 병원보다 우수할 것이라는 막연한 믿음 때문이다. 이러한 질적 차이가 실제 임상적인 측면에서 객관적으로 입증된 바는 없지만 아직도 많은 국내 의사들이 외국병원에서 연수를 받고 있는 현실은 이러한 믿음을 사실로 받아들이게 하는데 일조를 하고 있다. 실제 외국병원의 진료를 경험한 환자들이 공개하는 경험담을 들어 보면 질병치료의 결과 못지 않게 치료과정에서의 질적 서비스의 차이가 많이 언급되고 있다 예를 들어 의사와 환자간의 신뢰를 바탕으로 한 진지한 의사소통, 한국의 몇 배에 달하는 문진시간, 의사와 간호사의 친절한 설명과 배려, 환자의 의견을 존중하는 치료방법의 선

87) 한 예로 현재 우리나라의 MRI 보유대수는 세계 2위인 것으로 조사된 바 있음.

택, 병원이용에 있어 사소한 불편에 대한 즉각적인 배려 등이 그것이다. 이러한 차이에 대해 국내 병원들은 낮은 의료보험수가로 인한 불가피한 현실로 돌리고 있으나 소비자 입장에서는 그러한 면에 대한 이해보다는 국내 병원들이 의사와 환자간의 신뢰를 바탕으로 한 인간적인 진료보다는 고가의 기계에 의존하는 수익지향적 진료에 더 신경 쓰는 영리집단이라는 부정적 인식을 가질 뿐이다. 따라서 이러한 질적인 차이에 대한 소비자들의 인식이 개선되지 않는 한 국내 병원들의 국제경쟁력은 취약성을 면할 수 없을 것이다.

나) 경영측면의 문제점

① 재무성과 측면

대한병원협회 통계에 의하면 2002년도 전국 병원 975개 중 9.5%인 93개가 경영난을 견디다 못해 문을 닫거나 소유권을 넘긴 것으로 나타났다. 이는 우리나라 전체 산업의 평균부도율 0.23%의 40배를 넘는 것으로 현재 우리나라의 많은 병원들이 어려운 경영환경에 처해 있음을 보여 주고 있다. 도산 현황을 병원 종별로 보면 종합병원급은 276곳 중 6곳으로 2.2%인 반면 병원급은 699곳 중 87곳이 도산하여 12.4%를 기록했다. 특히 이 가운데 100병상미만 병원의 경우 416곳 중 68곳(16.3%)이 도산하여 소규모 병원들의 심각한 경영난을 반영하고 있다(병원신문, 2003년 7월 3일자, p.10). 아래 <표 V-13>에서도 나타나 있듯이 특수병원을 제외한 대부분의 병원에서 의료수익 순이익률이 적자상태를 보이고 있으며 의약분업 이후 외래환자의 감소까지 이어져 이러한 현상이 더욱 심화되고 있는 실정이다. 그러나 전체적으로 병원의 수는 계속 증가하고 있어 외국병원의 진출까지 가시화된다면 의료시장에서의 경쟁은 더욱 치열해지고 도산하는 병원도 증가될 전망이다.

〈표 V-13〉 의료수의 순이익률

년도	전체 평균	일반종합						특수병원			
		평균	종합병원				병원	정신 병원	전염성 병원	한방 병원	치과 병원
			3차	300+	160+	160-					
1997	0.5	-0.3	-3.6	-1.0	-0.8	-2.0	1.5	1.7	-	1.2	22.0
1998	-0.7	0.8	0.2	-0.6	-0.2	1.8	2.3	6.7	12.2	-4.1	-
1999	-0.3	0.5	0.4	-0.4	-4.9	-4.0	3.1	5.6	14.3	-0.4	-
2000	-2.4	-2.7	-4.9	-4.1	1.2	-1.2	3.2	5.6	6.2	2.2	3.0

자료: 한국보건산업진흥원(2001).

② 인적자원관리 측면

우리나라 병원의 의료원가 중 인건비 비중을 보면 전체평균으로 39.6%를 차지하고 있다. 병원별로는 160명상 이하의 일반종합병원군이 43.7%로 가장 높고 160~300 명상군이 37.5%로 가장 낮은 비율을 보이고 있다. 그러나 단순한 인건비의 비중보다는 인건비 지불제도에 있어 대부분의 병원들이 근로자의 업무 성과와 관계없이 연공서열적인 임금제도를 유지하고 있다는 것이 문제로 지적될 수 있다. 미국 병원들의 경우 철저하게 업무성과에 비례한 임금제도를 유지하고 있어 근로자의 생산성과 임금액이 비례하는 반면 우리나라는 그렇지 못해 장기근속자가 늘어날수록 인건비 비중이 늘어나 병원의 경영에 압박요인으로 작용하게 되고 장기적으로 병원의 경영효율성을 떨어뜨리는 한 요인으로 작용하게 된다.

〈표 V-14〉 의료원가 중 인건비 구성비

년도	전체 평균	일반종합						특수병원			
		평균	·종합병원				병원	정신 병원	전염성 병원	한방 병원	치과 병원
			3차	300+	160+	160-					
1997	38.6	37.9	36.2	40.8	39.8	44.0	36.0	38.5	-	42.0	49.3
1998	35.9	35.6	35.0	37.9	38.8	45.9	32.3	36.9	33.0	37.4	45.7
1999	35.6	35.3	33.2	36.8	39.6	48.9	32.8	35.3	29.6	35.7	50.5
2000	39.6	39.8	40.1	41.9	37.5	43.7	34.7	37.3	32.6	38.5	38.7

자료: 한국보건산업진흥원(2001).

③ 마케팅 측면

우리나라 병원들의 경영전략에 있어 취약한 분야의 하나가 병원마케팅이라고 할 수 있다. 최근 ‘환자중심의 병원’이라는 구호 아래 많은 병원들이 고객서비스 개선에 노력하고 있으나 이는 아직 병원에 내원한 환자들만을 대상으로 제공하는 서비스를 개선하는 수준에 머무르고 있다. 즉, 마케팅의 기본전략이라고 할 수 있는 마케팅 환경분석, 소비자 행동분석, 경영구조 분석 등을 통한 시장 기회 분석과 표적시장 선정, 그리고 그에 따른 의료서비스 품질(product), 가격(price), 유통(place), 및 촉진(promotion) 전략 등 마케팅 믹스 전략의 개발등 과학적 접근이 제대로 이루어지지 않고 있는 실정이다. 따라서 전문경영체제를 갖춘 외국영리병원들이 진입하였을 때 마케팅 경쟁에 있어 매우 불리한 위치에 처할 가능성이 높다. 또한 병원 내부의 고객서비스도 주로 시설 개선과 친절도 향상에 초점이 맞추어져 있어 환자 눈높이에 맞춘 의사와 간호사의 행태 전환, 대기시간 단축, 환자중심의 동선 재배치 등 다양한 고객요구에 적절히 대응하지 못하고 있는 실정이다.

다) 경영전략 실태

① 일반적 경영개선 전략

전국민의료보험제도의 도입 이후 우리나라의 병원들도 경영합리화를 위해 나름대로의 노력을 기울여 오고 있다. 2000년 말 현재 전국 98개 병원을 대상으로 경영개선 전략 실태를 조사한 한 연구결과를 보면, 환자서비스 향상을 위한 노력을 가장 많은 90.8%의 병원들이 전개하고 있었으며 다음으로 다각적인 비용절감(88.8%), 조직개편을 통한 효율화(83.3%), 직원 교육훈련 강화(79.6%), 구매제도의 합리화(75.2%), 의료서비스의 전문화(75%), 진료의 질 향상(73.4%), 지역사회 이해집단과의 유대강화(69%), 홍보 및 마케팅 활동 강화(65.3%), 의료서비스 다각화(61.2%), 병원정보체계의 구축(56.2%)의 순으로 경영전략을 시행하고 있었다. 반면에 팀제, 수익성 낮은 의료서비스의 폐쇄 또는 감축, 성과중심 보상체계, 원가분석체계 구축 등의 전략은 50% 이하의 상대적으로 저조한 실

시율을 보이고 있었다 (표 V-15 참조).

〈표 V-15〉 일반적 경영전략 실태

(단위: %)

경영전략	시행정도			
	아주 미미	약간 미미	약간 시행	적극 시행
1. 조직개편을 통한 효율화	11.5	5.2	55.2	28.1
2. 팀제 도입 등 조직구조의 수평화	30.6	26.5	28.6	14.3
3. 의료서비스 다각화	11.2	27.6	46.9	14.3
4. 수익성 또는 기여도 낮은 의료서비스의 폐쇄, 감축	10.2	39.8	37.8	12.2
5. 구매제도의 합리화	9.3	15.5	53.6	21.6
6. 직원 교육훈련 강화	8.2	12.2	50.0	29.6
7. 연봉제 도입	38.1	27.8	23.7	10.3
8. 다각적인 비용절감 노력	1.0	10.2	44.9	43.9
9. 의료서비스 전문화	7.3	17.7	52.1	22.9
10. 성과에 따른 보상체계수립	27.1	18.8	40.6	13.5
11. 원가분석체계의 구축	21.6	34.0	27.8	16.5
12. 병원정보체계의 구축	12.5	31.3	35.4	20.8
13. 환자편의시설 개선	5.2	14.4	58.8	21.6
14. 진료의 질 향상 노력	8.2	18.4	56.1	17.3
15. 환자서비스 향상 노력	0.0	9.2	52.0	38.8
16. 지역사회 이해관계집단과의 유대강화	6.2	24.7	44.3	24.7
17. 홍보 및 마케팅 활동 강화	5.1	29.6	48.0	17.3

자료: 서영준(2001).

② 정보기술관련 경영개선 전략

디지털 시대의 흐름에 부응하여 병원들이 정보기술을 활용한 경영개선 전략은 어느 정도 실행하고 있는지를 조사한 결과를 보면, 최근의 인터넷 활성화에 힘입어 병원소개 홈페이지 구축이 67.3%로 가장 높은 실시율을 보이고 있었고 다음으로 전자처방전달시스템(58.8%), 전자문서교환방식(EDI) 보험청구(54.7%) 등이 50% 이상의 실시율을 보이고 있었다. 그러나 전반적으로 정보기술관련 경영개선 전략은 매우 저조한 상태인 것으로 나타났으며 특히 원격진료, 고객 E-mail 주소의 관리 및 이용, 전자상거래, 전자물류시스템, 전사적 자원관리시스

템 등 일반 기업체에서 많이 도입하고 있는 정보기술을 활용한 경영개선 기법들은 10% 이하의 실시율로 아직까지 병원계에서는 미미한 상태인 것으로 나타났다 (표 V-16 참조).

〈표 V-16〉 정보기술관련 경영개선 전략

(단위: %)

경영개선 전략	시행정도(%)			
	아주 미미	약간 미미	약간 시행	적극 시행
1. 병원소개 홈페이지 구축	22.4	10.2	31.6	35.7
2. 원격진료	90.7	5.2	3.1	1.0
3. 인터넷 진료예약상담	73.5	5.1	13.3	8.2
4. 인터넷 직원교육	62.2	18.4	12.2	7.1
5. 원내 인트라넷(전자통신망)구축	36.7	16.3	30.6	16.3
6. 외부 협력기관과의 전자통신망 구축	58.2	23.5	15.3	3.1
7. 전자처방전달시스템(OCS)구축	29.9	11.3	16.5	42.3
8. 영상저장전송시스템(PACS)구축	69.1	13.4	11.3	6.2
9. 전자상거래를 이용한 물품 구매	76.5	15.3	6.1	2.0
10. 전자문서교환(EDI)방식의 보험청구	37.1	8.2	12.4	42.3
11. 전사적 자원관리(EPR)시스템 구축	73.2	15.5	8.2	3.1
12. 지식관리시스템 구축	60.2	27.6	10.2	2.0
13. 전자물류시스템 구축	71.4	19.4	6.1	3.1
14. 사무자동화시스템 구축	26.5	36.7	25.5	11.2
15. 의사결정지원시스템 구축	48.5	35.1	14.4	2.1
16. 데이터베이스를 이용한 고객관리 및 마케팅	49.0	32.7	14.3	4.1
17. 고객 E-mail 주소의 체계적 관리 및 이용	73.2	17.5	5.2	4.1

자료: 서영준(2001).

라. SWOT 분석

SWOT 분석을 위한 요인들은 크게 내적 요인과 외적 요인으로 구분할 수 있다. 내적 요인에는 경쟁자들에 대해 우위를 가지는 능력인 조직 및 산업 내부에 존재하는 강점(Strengths)과 그 조직 및 산업이 가지고 있는 특수상황, 문제점 및 장애를 나타내는 약점(Weaknesses)이 존재한다. 예를 들어, 의료기관 조

직내부의 의료진 및 직원이 양질의 의료서비스를 제공하려는 동기부여가 잘 되어 있다면, 혹은 조직간 협력 네트워크가 잘 구축되어 있다면 이는 그 조직의 강점으로 중요한 역할을 하게 될 것이다. 그러나 의료서비스 소비자의 욕구를 제대로 인식하지 못하며, 병원경영이 효율적으로 이루어지지 않는 등의 약점이 내재할 수도 있다. 한편, 외적 요인으로는 기회(Opportunities)와 위협(Threats)으로 나누어지는데, 기회는 어떤 조직이 향후 성장 및 발전을 위해 제공되는 요인으로 볼 수 있으며, 반면 위협은 그 조직의 성장을 저해하는 것으로 주의 깊게 감시·감독되어야 할 요인을 말한다. 예를 들어, 의료시장 개방으로 수출시장이 확대되며, 민간의료부문의 역할 증대로 인한 해외소비자들의 국내유입가능성이 증가되는 등의 의료산업에서의 외적인 기회가 발생할 수 있을 것이며 반면, 병원체인 및 대형의료기관의 유입으로 인한 중소병원의 도산이 가속화되는 등의 위협도 고려해 볼 수 있을 것이다.

이러한 SWOT 분석을 토대로 강점을 가지고 기회요인을 포착하며 동시에 위협요인을 제거하는 전략을 유도하는 한편, 약점을 보완하여 기회요인을 포착하며 동시에 위협요인을 제거하기 위한 전략구축의 기초자료로 활용하고자 한다.

1) 강점(Strength)

국내 의료시장의 강점으로는 무엇보다 높은 수준의 의료기술을 보유한 전문인력의 확보에 있다 하겠다. 또한 국내 전문인력으로 인해 국내 환자들과의 언어소통 및 정서적, 문화적 교감 및 친절함 등도 생명을 매개로 하는 의료시장에서 강력한 강점으로 작용할 것이다. 이와 함께 성형, 피부 및 안과 등에서 나타나고 있는 국내실정에 맞는 새로운 의료서비스의 창출력 또한 강점이라 하겠다. 이외에도 양·한방 협진 등 한국형 의료서비스 개발, 첨단 의료기술수준, 의료수요에 대한 민첩한 대응 등도 의료기관이 보유하고 있는 강점으로 들 수 있다.⁸⁸⁾

88) 기술력을 보유하고 있는 인공수정, 척추·관절, 성형외과를 중심으로 해외진출을 모색하고 있는 것으로 나타나고 있음(WTO DDA 의료공동대책위원회, “WTO DDA 범의료계 공청회” 자료집, 2002).

2) 약점(Weakness)

국내 의료기관들은 경영의 전문성 취약, 비효율적 인력/노사관리, 비효율적 마케팅, 중소병원의 경영구조 취약, 지역사회 및 이해관계자와의 연계부족, 과잉중복투자, 의료의 질관리 미흡 등의 측면이 강화될 필요가 있는 것으로 제시되고 있다.

무엇보다 낙후된 경영의 전문성 및 투명성 등으로 기인하는 문제가 적지않다 하겠다. 노사관행 및 노사관계, 채용과 해고 등에 있어 비효율적인 인력과 노사관리가 타산업보다 비효율적이고 경직되어있으며 마케팅의 전개 역시 제한적이고 소극적이라 하겠다.

그리고 우리나라 의료기관은 의원-소규모병원-중규모병원-대형병원으로 각 단계별 보건의료시설 간에 기능분화가 제대로 이루어지고 있지 않아 의원과 병원이 모두 외래 및 입원환자를 진료함으로써 동일한 시장내에서 경쟁이 이루어지고 있다⁸⁹⁾. 또한 환자들은 대형병원을 선호하는 경향을 보이고 있어서 중소병원의 경영상태를 더욱 악화시키고 있다.

이와 더불어 병원간 내지는 병원과 의원간 네트워크가 잘 구축되어 있지 않아 병원시설을 이용하는데 한계가 존재한다. 그래서 과도한 의료시설 및 의료기기 자원이 중복 투자되어 자원이 낭비되고 있는 실정이며, 이로써 의료기관이 비용유발적인 행태를 가지게 된다.⁹⁰⁾

한편, 현재 의료에 대한 국민의 권리 의식이 증가하고 의료기관간의 경쟁이 심화되고 있으며 정부에서 의료기관서비스 평가제를 도입하는 등 의료관련 여건이 변화되고 있다. 그러나 최근 의료의 질적 수준의 보증이 강조되고 있음에도 불구하고 보다 체계적이며 객관적으로 질 향상을 위한 활동에 충분한 동기 부여가 미흡한 실정이다. 또한 국내현실에 맞게 표준진료지침을 개발·보급하고

89) 김용익(2003).

90) 환자의 지속적으로 증가하는 의료요구수준에 맞춰 병원들은 리모델링 및 첨단고가장비 등에 투자하고 있음. 앞서 우리나라 의료기관들의 MRI 및 CT수는 선진국과 유사한 수준 혹은 그 이상의 보유량을 지니고 있음을 살펴본 바 있음. 이로 인해 고가의료장비의 과잉공급으로 인한 비효율성, 중고장비 도입에 따른 불량장비의 범람 및 오진 위험성 등이 제기되고 있는 실정임.

타당성을 검토하기 위해 승인 받은 절차 및 모니터링, 평가의 과정들이 원활히 이루어지지 못하고 있다.

3) 기회(Opportunities)

만약 의료시장의 세계화가 진전된다면 다음과 같은 기회를 포착하여 경쟁력 향상을 위한 전략을 구축할 수 있게 된다. 즉, 소비자의 의료수요증가, 의료산업진흥의지, 한국형 의료기술에 대한 외국인의 인지도 향상, 정보통신기술 발전, 개도국 인구증가 및 선진국 노인인구 증가, 의료관광 증가, 질병구조 변화 등의 새로운 환경변화에 대한 민첩한 대응을 통해 국내 의료기관의 내적 경쟁력을 강화하는 한편, 해외로의 진출을 모색할 수 있을 것이다.

우리나라의 경제수준은 지속적으로 성장하여 현재 국민들의 관심이 삶의 질 향상이라는 곳에 모이고 있다. 또한 앞서 살펴본 바와 같이 우리나라는 GDP 대비 국민의료비가 1990년에 4.8%에서 2000년에 5.9%를 차지하는 수준으로, 국민의료비 지출규모가 전반적으로 지속적인 증가 추이에 있다. 이러한 결과는 향후 노인인구 증가, 소득증대에 따른 질 높은 의료서비스 요구 등으로 인해 지출규모가 더욱 증대될 것이라는 점을 유추할 수 있다.

특히, 노령인구 증가, 수명연장, 소득수준 향상과 영양불균형 및 비만으로 인해 만성·생활습관성 질환을 중심으로 한 질병이 증가함으로써 노인의 요구(needs)에 적합한 서비스를 제공하거나 만성·생활습관성 질환을 중심으로 한 질병치료에 대한 서비스를 제공하는 의료기관의 수요가 증가될 것이다.

한편, 2003년에 산업자원부에서는 의료산업의 e-Business라 할 수 있는 e-Health 산업을 본격적으로 투자하겠다는 의지를 밝히는 등 고부가가치산업으로써 의료산업에 대한 강한 기대감을 표시하고 있다.⁹¹⁾ 또한 국가경쟁력 평가에

91) 정보 및 통신기술의 발전으로 의료서비스 생산 및 전달체계가 효율화되고 있는데 특히, e-health의 등장으로 환자의 진료체계에 있어서의 비효율성을 탈피하며 의료사고를 감소하고 비용을 관리할 수 있다는 측면에서 의료서비스관련 이해관계자들에게 긍정적인 영향을 미칠 것이며, 원격의료를 가능하게 함으로써 양질의 서비스 활용범위를 확대시킬 것이라 기대되고 있음.

서 가장 높은 순위를 나타내고 있는 인터넷 보급을 중심으로 한 정보통신기술의 발전도도 의료시장의 경쟁력을 보다 강화하는데 핵심적 요인이 된다 하겠다. 이와 함께 서구를 중심으로 확산되고 있는 동양의료 또는 대체의료에 대한 관심증가와 일본, 중국 및 동남아시아 등을 중심으로 하는 의료관광의 증대 등도 의료산업의 발전에 강한 기회요인으로 작용하고 있다.

4) 위협(Threats)

의료시장의 위협요인은 장기적으로 볼 때 내부 의료서비스의 질을 제고하여 경쟁력을 강화시킬 수 있는 요인으로 작용할 수 있겠지만 단기적으로 국내 의료시장에 위협적인 영향을 미칠 것으로 판단되는 요인들 또한 위협요인으로 분류하였다.

의료시장개방이 진행될 경우, 해외소비 증가로 인한 유효수요 감소, 외국 대형병원체인 유입, 전문의료인력의 해외유출 및 개도국 의료인력의 유입, 선진국 단기요양시설의 유입, 과잉경쟁으로 인한 투자소요 증대 등의 위협적인 요소가 고려되어야 한다.

국내 환자들이 외국 병원에서 치료받기 위해 지불하는 비용이 매년 1조원을 상회하고 있는 것으로 알려지고 있어⁹²⁾ 해외소비규모를 정확히 파악할 수는 없지만 무시할 수 없는 규모로,⁹³⁾ 고소득층의 해외의료서비스 수요가 위협적 요인으로 작용할 수 있다.

그리고 병원의 영리성이 인정이 되고 의사의 국내의료활동에 대한 제한 수위가 낮아진다면 외국의 대형병원체인이 유입될 가능성이 높으며, 특히 우리나라의 병원환경상 취약한 부분인 특수전문병원, 장기요양병원을 등을 중심으로 외국의 대형 병원체인이 유입될 가능성을 배제할 수 없다. 그리고 인력이동이 자

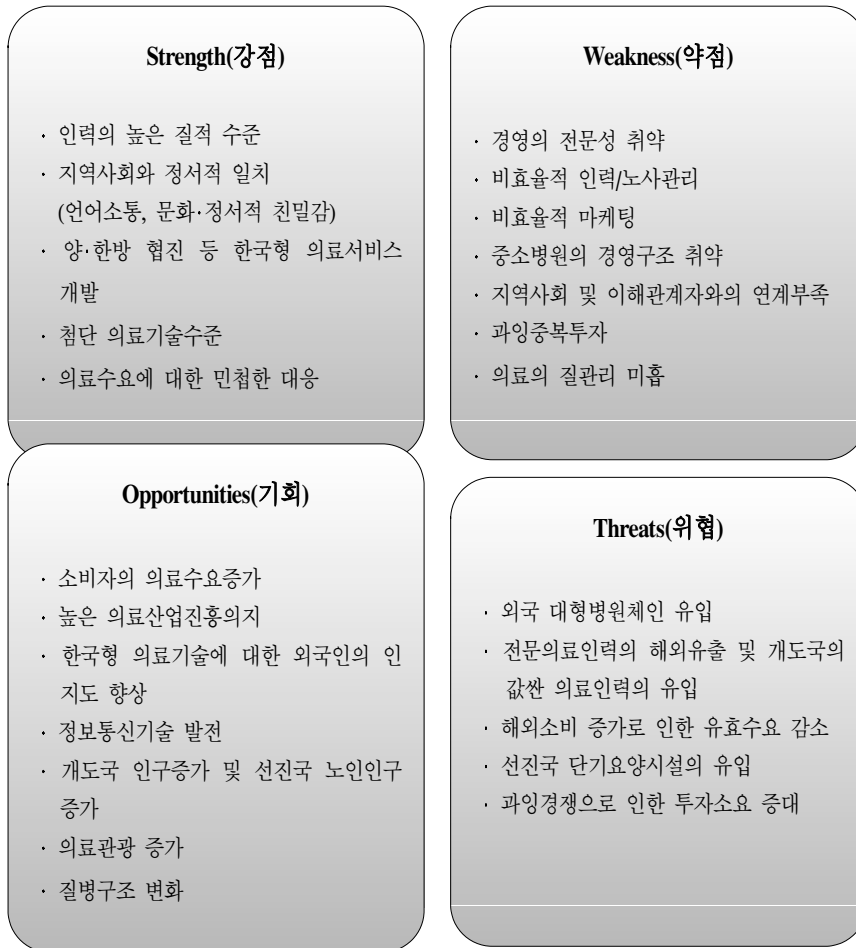
92) 매경 2002. 01.27.

93) 서울대 보건대학원 국민보건연구소에서 6개 대학병원의 내원환자 981명을 대상으로 해외소비에 대한 평균의료비를 조사한 결과에 의하면, 외래환자의 의료비는 평균 7,000달러~90,000달러이며, 입원환자의 평균의료비는 약 32,500달러인 것으로 나타남(대한병원협회 내부자료, 2002).

유화될 경우 국내 우수한 의료전문인력들이 해외로 진출해 나가는 한편, 개도국에서 값싼 의료인력이 유입될 수 있어, 이 또한 위협적 요인으로 작용할 것으로 판단된다.

이상과 같이 의료시장의 개방을 맞이한 의료시장의 강점, 약점 그리고 기회, 위협요인은 다음과 같이 정리될 수 있다(그림 V-9 참조)

[그림 V-9] 우리나라 의료기관의 SWOT 분석



2. 보건의료체계의 경쟁력 강화를 위한 정부의 역할

가. 보건의료체계와 정부의 역할

정부는 일반적으로 효율성(efficiency)과 형평성(equity)을 제고하기 위하여 규제나 지원과 같은 공공정책을 실행한다.⁹⁴⁾ 보건의료 분야 역시 비슷한 맥락에서 정부정책의 목적을 고찰할 수 있을 것이다.

1) 효율성

시장의 실패(market failure)로 특징되는 민간부문의 불완전성(실패)에 의해 비효율이 야기되는 경우 정부가 개입하는데 이는 크게 1) 시장에서의 경쟁의 실패 2) 공공재(public good) 3) 외부효과(externality) 4) 정보의 실패 (information failure)로 구별된다. 효율성이란 한계사회편익과 한계사회비용이 일치하는 수준에서 생산과 소비가 이루어짐으로서 사회적 자원이 가장 효율적으로 배분됨을 의미하며 (사회적 자원배분의 효율성: Allocative efficiency, Pareto efficiency) 한계사회편익이 한계사회비용보다 큰[작은] 경우 과소[과다] 생산과 소비에 의한 비효율 즉, 사회적 후생의 손실(welfare loss 혹은 deadweight loss)이 발생한다.

〈경쟁의 실패〉

경쟁의 실패는 시장에서 소수 공급자에게 시장점유율이 집중되어 가격이 상승하고 이에 따라 생산과 소비가 감소됨에 따른 사회후생의 손실을 의미한다. 전기, 가스, 수도 등과 같은 공익산업(utility)에서 흔히 볼 수 있는 규모의 경제에 의한 자연독점(natural monopoly)의 경우에는 생산효율성을 위해 정부가 해당 기업에게 시장에서의 독점적 공급을 용인하는 대신에 독점기업의 가격과 생산량을 규제하는 방법을 사용하고 있다. 의료인력의 면허라는 진입장벽에 의해

94) (보건의료 분야가 아닌) 일반적인 정부개입(공공정책, 규제, 지원 등)의 이론적 배경은 재정(경제)학과 정책학에서 주로 다루어져 왔다. 보다 자세한 논의는 Friedman (1984), Rosen (1995), Stiglitz (1988) 와 Weimer and Vining (1992)를 참조 바람.

이들 인력에 많이 의존하는 보건의료 역시 경쟁의 제한이 필연적이다. 물론 보건의료산업이 자연독점이라고 볼 수는 없으나 면허제도라는 진입장벽에 의한 경쟁의 실패라는 관점에서 볼 때 정부 개입이 어느 정도 근거를 가진다고 볼 수 있다. 즉, 정부는 의료분야에 법률적 진입장벽을 도입하고 이에 따른 시장지배력의 남용을 억제하기 위해 의료공급자의 행태를 규제하는 것이다. 결과적으로 보건의료산업이 자연독점은 아니지만 이 분야의 정부규제는 자연독점산업의 규제와 비슷한 외형적인 형태를 띠게 되었다. 하지만 독점기업의 적정수익률을 결정함으로써 가격을 규제하는 (이른바, *rate of return regulation*) 자연독점산업과는 달리 의료시장에는 훨씬 더 많은 수의 공급자가 존재하는 현실을 고려하면 이 분야의 가격규제와 같은 정부규제가 일반적인 자연독점산업의 규제보다 훨씬 더 복잡하리라는 것을 쉽게 예상할 수 있다.

〈공공재〉

공공재는 배제불가능성(*nonexclusion*: 수혜자를 재화의 혜택으로부터 배제할 수 없음)과 소비에서의 비경합성(*nonrivalry in consumption*: 수혜자가 추가됨에 따른 한계비용이 영)이 존재하는 재화이다. 이 경우 소비의 한계비용이 영이므로 가격 부과가 비효율적이고 또한 가격을 지불하지 않은 소비자를 배제할 수 없어서 수혜자들의 무임승차경향에 의해 민간부문에서는 공공재가 과소공급되거나 아예 공급되지 않으므로 공공부문이 공공재의 제공을 위해 강제적으로 재원조달을 하게 된다. 공중보건사업, 의료분야의 연구개발은 공공재이기 때문에 정부의 역할이 필수적이라 할 것이다. 하지만 일반적인 의료서비스는 수혜자를 배제할 수 있고 소비에서의 경합성이 존재하는 사유재이므로 정부의 역할은 다른 각도에서 이해되어야 한다.

〈외부효과〉

경제주체의 의사결정의 편익이나 비용이 제삼자에게까지 미칠 때 그리고 그 의사결정자가 본인의 행위에 의해 타인이 누리는 편익이나 부담하는 비용을 고려하지 않을 때 외부효과가 발생한다. 사회적 한계비용[사회적 한계편익]이 개

인적 한계비용[개인적 한계편익]보다 커서 과다생산이나 소비[과소 생산이나 소비]가 발생하여 사회적 후생의 손실이 있을 때 부의 외부효과(negative externality)[정의 외부효과(positive externality)]라고 한다. 일반적인 의료서비스는 외부효과와 관련이 없지만 예방 접종은 정의 외부효과의 대표적인 예로서 정부의 정책적 개입이 없으면 과소 소비(제공)의 비효율이 발생하므로 이러한 경우에 정부는 보조금을 제공하여 이용량을 증가시킬 수 있다. 또 의료서비스와 간접적으로 관련된 외부효과로는 소비에 있어서의 외부효과를 들 수 있다. 개인의 효용이 본인의 소비수준뿐 아니라 타인의 소비수준에 의해서도 영향을 받는다면, 그 개인은 경제적으로 빈곤한 이웃의 소비(예를 들어, 의료이용)가 증가될 때 본인의 효용도 증가하므로 빈곤한 이웃의 의료이용이 정의 외부효과를 가지는 것이다. 사람들이 이러한 형태의 효용함수를 가진다면 저소득계층의 의료이용을 보조하기 위해 도움을 줄 용의가 있을 것이다.

〈정보의 실패〉

소비자가 소비에 따른 한계편익이나 한계비용을 제대로 평가할 수 없을 때 과다소비 혹은 과소소비의 문제가 발생한다. 소비자가 소비에 있어서의 한계편익을 과대평가(예를 들어, 효능의 과대평가)하거나 한계비용을 과소평가(예, 부작용의 과소평가)하는 경우 과다소비에 의한 사회후생의 손실이 발생하며, 반대로 한계편익을 과소평가하거나 한계비용을 과대평가하는 경우에는 과소소비에 의한 후생의 손실이 야기된다. 소비자 무지는 나아가 소비자가 비용-효과적인 공급자를 선택할 수 있는 능력을 제한함으로써 시장에서의 경쟁이 제한될 수밖에 없는 결과를 야기한다. 이러한 정보의 실패를 보완하기 위하여 정부는 흔히 제품의 표준화, 성분 표시의 의무화, 과대광고와 허위광고의 규제 등을 시행하고 나아가 필요한 정보를 직접 제공할 수 있다. 의료서비스의 경우에는 소비자무지가 더욱 심각하다. 의료인력의 면허라는 진입장벽도 소비자무지와 정보의 부족으로부터 소비자를 보호하기 위해 최저수준의 자격요건을 갖춘 인력에게 면허를 부여함으로써 간접적으로 의료서비스의 질을 관리하려는 시도이다. 의료이용에 있어서는 공급자의 의사결정 즉, 공급자가 해당 의료서비스의

비용과 편익을 어떻게 평가하느냐가 중요하므로, 의료기술과 지식이 급변하는 환경에서 새로이 개발되는 다양한 치료법의 효능과 위험요소에 대해 공급자가 가지는 지식획득의 한계와 불확실성의 증가는 각 지역별로 의료제공 행태에 많은 편차를 야기한다 (Phelps, 1992; Wennberg, 1984).

〈의료보험에 의한 시장 실패〉

소비자무지(정보의 실패)가 소비자의 합리적인 소비의사결정 능력을 제한하는 반면, 의료보험은 도덕적 위해 현상으로 인해 합리적으로 의사결정을 할 소비자의 경제적 유인을 대폭 감소시킨다. 예를 들어 보험에 가입하면 소비자의 탐색에 따른 한계편익이 감소하므로 비용-효과적인 의료공급자를 탐색하고 이용할 경제적 유인이 줄어들고 또 의료서비스 이용시 가격인하 효과에 의해 의료이용이 증가하여 결과적으로 과다소비와 같은 후생의 손실을 야기한다. 공급자 역시 환자가 보험에 가입할 경우 환자의 가격탄력성이 낮아짐을 알고 있으므로 비용 절감의 유인이 줄어들는다. 보험이 가지는 이러한 필연적인 부작용은 빠르게 진행되는 의료 신기술도입과 함께 의료부문에서의 지속적인 비용상승 요인으로 작용하고 있다. 따라서 의료보험으로 인한 비용 상승을 억제하기 위해 정부는 다양한 방법으로 의료시장에 개입한다.

2) 형평성

보건의료에 있어서는 시장의 실패에 의한 효율성의 제고 못지 않게 형평성의 제고가 중요한 정책 목표가 되어 왔다. 제반 경제사회 변수에 의해 정의된 계층간 보건의료 및 건강 관련 지표들의 차이와 분포라는 관점에서 형평성을 정의할 수 있는데, 구체적으로 보건의료 및 건강 관련 지표로는 재원조달, 의료이용 그리고 건강 수준을 들 수 있다. 이러한 세 가지 지표 중 후자로 갈수록 형평성을 달성하기 위한 정책적 개입은 어려워진다. 예를 들어 재원조달의 형평성을 달성하여 의료이용에 대한 경제적 장벽을 낮춘다 하더라도, 의료이용의 형평성을 달성하기 위해서는 비경제적, 제반 사회적 장벽을 낮추어야 한다. 나

아가 개인마다 의료에 대한 태도나 선호가 다르기 때문에 설사 경제 사회적 장벽이 없어졌다 하더라도 의료 이용에 있어서 형평성을 달성하기는 어렵다. 설사 의료 이용이 같다고 하더라도 개인별로 의료를 통해 건강을 생산하는 효율성(즉, 건강 생산 함수)이 다르기 때문에 건강에 있어 형평성을 달성하기는 상대적으로 더욱 어렵다. 나아가 의료는 건강에 영향을 미치는 많은 요인들 중 하나이고, 이러한 제반 요인 중 정부 정책을 통하여 영향을 미칠 수 없는 변수들이 존재한다. 따라서 재원조달과 의료이용에 있어서 형평성을 이루더라도 건강 수준의 형평성을 달성하리라는 보장은 없다. 나아가 절대적인 소득과 소득의 분포 즉, 소득분배의 형평성이 건강에 영향을 미치는 중요한 요소로 알려져 있다(Kawachi and Kennedy, 1999; Wilkinson, 1997). 소득수준이나 소득의 분포가 건강에 영향을 미치는 핵심적인 요소라면 보건의료정책보다는 광범위한 사회정책이 건강의 향상에 오히려 더 직접적인 도움이 될 수도 있을 것이고 따라서 보건의료정책이 형평성에 미치는 영향은 제한적일 수밖에 없다 (Deaton, 2002).

3) 정부실패(government failure)

위에서 논의한 정부의 역할은 정부가 공공의 이익을 위하여 정책을 시행한다는 다분히 규범적인 의미를 지니고 있다. 하지만 실질적으로 정부정책이 공공 이익의 희생하에 특정 이해관계집단의 이익을 증진시키는 방향으로 수립되고 집행되는 경우도 많다. 특정 이해관계집단은 잘 조직화되어 있고 자신의 이익이 정부정책을 통하여 관철될 때 큰 이익을 보지만 (concentrated benefits) 다수의 국민은 그 정책으로 인한 손실을 나누어 부담하므로 (diffused costs) 이해관련집단의 영향력이 정부정책에 더 강하게 반영되는 경우가 많은 것이다 (Becker, 1983; Graddy, 1991; Peltzman, 1976; Stigler, 1971). 이처럼 정부정책의 출발 자체가 공공의 이익과 동떨어지는 경우도 있지만, 공익을 위한 정책이라 할지라도 이것을 집행하는 과정에서 규제자가 피규제자에게 포획되어 (regulatory capture) 피규제자의 이익을 증진하는 방향으로 정책이 변질될 수도 있다. 이러한 정부정책과 규제에 대한 정치경제학적 시각은 전문직종별 이해관계집단의 영향력이

큰 보건의료 부문에도 매우 타당성이 높다. 정부부문이 정치적 영향력으로부터 자유로울 수 없다는 점 이외에도 관료화, 경쟁의 부재, 추구하는 목표의 상충성 등으로 인한 공공조직의 비효율성도 정부정책의 효율성을 저해하는 요인이며 (Kwon and Tang, 1998) 이러한 정부정책의 한계로 인한 비효율을 정부실패라고 한다.⁹⁵⁾ 이렇듯 정부도 시장의 실패를 교정하는데 한계가 있기 때문에 시장의 실패가 정부의 개입을 자동적으로 정당화하지는 않으며 정부의 실패로 인한 후생의 손실이 시장의 실패로 인한 후생의 손실보다 작을 때 정부정책이 근거를 갖는 것이다. 나아가 의료재원조달과 의료제공기능을 분리하여 정부가 재원조달에 있어서 중요한 역할을 하더라도 서비스의 공급기능은 업무 생산성이 높은 민간의 역할을 증대시키는 것도 정부실패로 인한 문제점을 줄이는데 기여할 수 있다.

4) 가치와 역사성

보건의료분야에서 정부의 역할은 나라마다 차이가 많고 상당부분 그 나라 국민의 가치 판단과 밀접한 관계가 있다. 예를 들어 자원배분의 효율성과 형평성은 많은 경우 상충관계가 존재하므로 형평성의 지나친 강조는 자칫 효율성의 감소를 야기하기 쉽다. 따라서 보건의료정책에 있어 효율성과 형평성간 어떻게 균형을 맞출 것인지가 관건이 될 것이고 이는 그 나라의 이념, 가치관과 제도/정책들이 가지는 역사성에 의해 크게 영향을 받을 것이다. 전통적으로 의료나 복지에서 국가의 책임이 강조되어 온 유럽에서는 인간의 기본적인 권리로서 의료서비스의 제공이 사회적 연대(social solidarity)의 제고를 위한 주요 도구로 인식되어 오고 있다. 또 소비자 무지가 크므로 의료분야에서는 개인의 기호보다는 의료의 필요도나 전문가의 의견을 강조하고 의료공급에 있어서도 보건계획과 규제가 강조되고 있다. 즉, 거시적인 차원에서 보건의료분야에 소요될 총 자원(예산)의 양을 정하고 그것을 구체적으로 배분하는 것은 의료전문가(공급자)

⁹⁵⁾ 보다 일반적인 의미로 시장 기전이 아닌 부문에서의 비효율을 비시장실패(nonmarket failure)라고 함.

의 주도적인 역할에 달려있다. 그러나 시장경제에 크게 의존하는 미국과 같은 나라에서는 의료서비스를 사회적 연대나 소득재분배를 위한 효과적인 도구로 인정하지 않는다. 의료서비스에서도 (완전하지는 않지만) 소비자의 합리적 선택이 가능하여 시장에서의 경쟁이 사회적 효율을 증가시킬 수 있으며, 다양한 개인의 선호에 의해 여러 형태의 의료서비스와 보험 상품이 제공되어야 한다고 믿기 때문이다. 따라서 의료전문가의 역할보다는 지불자(보험자)와 소비자가 의사결정의 주도권을 가지는 체계이다. 특히 민간보험자들은 저렴한 가격으로 적정 수준(질)의 의료서비스를 제공하는 공급자들과 선택적으로 계약을 체결함으로써 의료공급자로 하여금 의료비용을 절감하지 않으면 생존이 어렵게 만들고 있다(Feldman et al., 1990; Kwon, 1996).

5) 정책 수단

보건의료 분야의 효율성과 형평성을 제고하기 위해 정부의 정책이 정당화된다고 할 때 구체적으로 어떠한 정책적 수단을 통해 정책 목표를 달성할 것인가가 중요한 과제이다. 이러한 정책 수단은 정책의 효과에 직접적인 영향을 미치기 때문이다. 예를 들어 의료의 공공성을 강조하기 위한 영리법인병원의 금지가 과연 의료의 사회적 편익을 높이는데 실제 효과가 있는지 아니면 병원시장에의 진입 장벽으로 작용하고 있을 뿐인지 분석해야 한다. 의료의 공공성 증대도 민간 부문에서의 운영 형태를 미리 규정하는 위와 같은 접근보다는 기존의 공공병원의 역할 강화를 통해 달성할 수 있을지 혹은 의료제공의 차원을 떠나 자원조달에서의 공공 비중을 늘리는 것이 더 효과적인지 고려해 보아야 한다. 또 정부 정책은 소비자와 공급자의 행태의 왜곡을 최소화하여야 한다. 예를 들어 의료보험에 의한 시장 실패로 의료비용이 상승하는 것을 억제하기 위해 수가 규제를 할 때 어떤 형태로 규제할 것인가가 중요한 함의를 가진다. 단순히 행위별수가제를 유지하면서 가격을 규제한다면 공급자는 의료양의 증대라는 행태의 왜곡을 통해 정부정책의 효과를 미미하게 만들 수 있다. 따라서 단순히 수가의 수준이 아니라 어떠한 형태의 진료비지불제도인가에 따라서 정책 효과

는 달라진다. 정부의 직접적인 개입보다는 시장을 불완전하게 하는 근본적인 요인을 개선함으로써 시장기능과 경쟁을 활성화하는 것이 행위자의 행태 왜곡을 최소화하는데 있어 효과적이다. 예를 들어 소비자 무지와 같은 정보의 실패에 의한 문제가 있을 때에는, 소비자에게 정보를 제공함으로써 시장 기능을 활성화하여 효율성을 제고할 수 있을 것이다.

나. 보건의료체계의 경쟁력⁹⁶⁾

1) 바람직한 보건의료체계의 구조

우리나라 의료체계에 대해서는 매우 상반된 견해들이 존재한다. 한편에서는 정부의 역할이 지나치게 비대해서 의료체계를 왜곡한다고 하고 한편에서는 정부의 기능이 너무 취약해서 많은 문제를 야기한다고 한다. 이는 우리나라에서 보건의료 부문에 있어서 정부의 역할에 대한 개념 규정에 아직도 많은 혼선이 있음을 의미한다. 예를 들어 의료공급자들은 수가규제에 대해 강한 불만을 제기하지만 현실적으로 사회보험의 형태를 가지고 있으면서 의료공급자에게 지불하는 가격을 규제하지 않는 경우는 존재하지 않는다. 가장 시장 중심적인 미국에서조차 Medicare 와 Medicaid 에서는 수가를 강하게 규제하고 있다. 이론적인 측면에서 면허제도와 같은 크나 큰 진입장벽을 둔 상태에서 기존 공급자의 행태를 규제하지 않는 산업은 존재하지 않는다. 즉, 면허라는 강력한 진입장벽에 의해 기존 공급자들이 비경쟁적 행위를 할 수 있는 (경쟁적 행위를 할 필요가 없는) 환경이 조성된 상황에서 아무런 규제가 없다면 기존 공급자들은 독점적 행태를 통해 초과이윤을 누릴 것이다. 따라서 극단적으로 만일 수가규제가 없어져야 한다면 면허제도와 같은 진입장벽도 없어져야 한다. 즉, 수가규제는 소비자 보호를 위해 면허제도를 도입한 의료시장의 특성이 잉태한 결과이다.

바람직한 의료체계의 의료재원의 조달과 의료제공에 있어 효율성과 형평성이 높아야 한다. 하지만 재원조달에 있어서는 형평의 확보가 우선 순위가 상대적

96) 정부의 역할과 관련한 논의를 명확하게 하기 위하여 앞에서의 경쟁력 평가와 별도로 작성하여 구성하였음.

으로 더 높고 의료의 제공에 있어서는 효율성의 제고가 매우 중요하다고 볼 수 있다 (Chernichovsky, 1995, Saltman and Figueras, 1997). 즉, 재원조달에 있어서는 형평성을 확보하기 위해 개인의 위험 수준이 아닌 지불능력에 따른 비용부담의 원칙이 유지되어야 하지만 의료제공에 있어서는 소비자 선택과 효율성 확보를 위한 제도의 개선이 필요하다. 재원조달에 있어서는 사회적 연대를 유지하되 의료 제공체계에 있어서 효율과 경쟁을 추구하는 것은 외국 여러 나라들의 의료제도와 의료개혁의 특징으로 나타난다. 조세 혹은 사회보험을 통해 전체 의료비용의 70-80%를 공공적 성격의 재원으로 조달하는 대다수 선진국(예외, 미국과 스위스)의 예를 보면 의료재원조달에 있어 형평성을 중요한 가치로 여기고 있음을 알 수 있다. 하지만 의료공급에 있어서는 공공의료체계에 전적으로 의존하기보다는 (영리 및 비영리) 민간의료기관의 비중이 더 높아서 의료 제공에 있어서는 민간과 경쟁의 역할이 더 크다고 할 수 있다.

따라서 우리나라에서도 재원조달에 있어서는 형평성의 제고를 위하여 현행 사회보험제도의 근간을 그대로 유지하고 급여의 확대를 위해 노력할 필요가 있다. 대부분의 선진국과는 달리 우리는 전체 의료비 중 공공 재원의 비중이 50%에 불과하기 때문이다. 반면 의료의 제공에 있어서는 의료산업이라는 관점에서 효율성을 제고시키기 위해 획기적인 변화가 필요한 실정이다. 의료(병원) 산업은 의사 개인자본에 의해 설립되고 경영되는 경우가 다수여서 아직 산업으로서 경쟁력의 개념이 채 도입되지 않은 상태라고 할 수 있다. 현실적으로도 병원 중 민간의 비중이 90%를 넘는 우리나라의 현실에서 병원산업을 통해 그리고 의료제공과정에서 직접적으로 형평성을 제고하는 것은 많은 어려움이 따르므로 병원산업에 대해서는 효율의 제고에 정책의 우선 순위를 둘 필요가 있다.

2) 보건의료산업 경쟁력의 결정 요인

시장 개방이 한 국가의 정부 수준에서 통제하기 어려운 세계적 추세로 본다면 이를 산업경쟁력 향상의 계기로 활용할 필요가 있다. 이를 위해서는 산업의 경쟁력을 보는 시각 나아가 산업의 경쟁력을 결정하는 요인에 대한 패러다임이

바뀌어야 한다. 그리고 더욱 중요하게는 정부 정책의 목표가 공급자의 보호가 아닌 국민의 후생 증진이 되어야 한다. 만일 일시적으로 공급자를 보호해야 한다면 그것은 공급자를 위해서가 아니라 장기적으로 그리고 궁극적으로 국민의 후생을 증진하기 위한 수단적 목표일뿐이다. 보건의료 정책에 있어서도 보건의료산업 경쟁력의 강화는 궁극적으로는 그러한 경쟁력 강화를 통해 소비자의 후생을 극대화하는 것임을 인지하여야 한다.

그러나 전통적으로 보건의료 분야에서는 공급자의 영향력이 강했기 때문에 병원산업에 대한 관점 역시 소비자의 후생이라는 관점보다는 기존 공급자의 이해에 의해 영향을 받아온 측면이 있다. 우리나라에서 의료공급자는 자신의 이해에 저해되는 요인들로서 정부의 정책과 규제가 작용할 경우에는 규제의 철폐와 시장요소의 도입을 주장해 왔다. 하지만 본질적인 면에서 광범위한 경쟁과 시장 요소를 도입하는 것에 대해서는 반대해오고 있는데 이는 이러한 변화가 기존 의료공급자들의 이해에 반하기 때문이다. 예를 들어 정부의 개입이 줄어들어야 한다고 하면서도 영리법인의 도입, 시장 개방과 같은 본질적인 측면에서의 시장의 역할 증대에는 반대하고 오히려 정부가 개입하여 산업을 보호해야 한다는 주장을 하고 있다.

첨단산업, 타 산업에의 연관효과가 큰 산업, 경제적으로 전략적 가치가 큰 산업 등은 국가 경쟁력에 직접적인 영향을 미치므로 정부의 정책이 중요하다. 특히 해당 산업의 경쟁력이 외국에 비해 상대적으로 취약한 산업의 초기 단계에서는 정부의 전략적 지원과 산업정책이 해당 산업의 장기적 경쟁력에 큰 영향을 미친다. 보건의료 분야에서도 생명공학 분야 산업은 국가 차원의 전략적 지원과 육성이 필요한 분야로 볼 수 있다. 하지만 궁극적으로 대부분의 산업에 있어서 산업의 경쟁력에 큰 영향을 미치는 요인은 산업 자체의 경쟁의 정도이다. 병원산업은 국가경쟁력에 직접적인 영향을 미치는 전략적 산업은 아니며 이미 성숙기에 접어든 산업이라고 할 수 있다. 따라서 의료산업도 정부가 보호하기보다는 경쟁을 도입함으로써 경쟁력을 높일 필요가 있다. 이러한 경쟁의 도입으로 인해 경쟁력이 약한 의료기관은 시장에서 퇴출할 것이고 경쟁력이 강한 소수의 의료기관은 그 경쟁력을 기반으로 해외 시장까지 진

출할 수 있을 것이다.

오랫동안 보건의료분야에서는 경쟁에 대한 부정적인 견해가 지배적이었다. 의료에 대한 전통적인 관점에서는 시장에서의 경쟁이 상업화를 의미하였고 따라서 이는 의료전문직이 윤리에 입각하여 의료행위를 제공해야 한다는 규범적인 견해와 상반되는 것으로 여겨져 왔다. 그리고 의료인력과 시설의 부족은 시장에서의 초과 수요를 가져와 의료시장에서의 경쟁이 활발하지 않았다. 나아가 종래 의료기관에 대한 비용후불제(cost-based reimbursement)에서는 보험자가 의료기관에서 환자를 치료하는데 소요된 비용을 사후적으로 보상해주므로 병원이 비용절감의 인센티브가 없었다. 따라서 병원들이 주로 고가의료장비와 첨단치료기법을 도입하는 방법으로 비용 절감보다는 의료의 질을 높이는 경쟁을 함으로써 병원경쟁이 오히려 사회적 비용을 증가시키는 비효율을 야기하였다 (Luft et al., 1986; Noether, 1988; Robinson and Luft, 1985). 그러나 미국의 경우 진단명(DRG: Diagnosis Related Group)기준 포괄수가제가 도입되면서 실제 발생한 비용에 관계없이 보험자가 지불하는 금액이 미리 결정되게 되므로 병원은 비용을 절감해야 하는 강한 경제적 유인을 가지게 되었다. 또 관리의료와 같은 민간보험자가 의료기관에게 의료비용 감소의 강한 압력을 주게 되면서 이제 병원들이 비용과 가격을 인하하기 위해 치열하게 경쟁하게 되어(Dranove, Shanley and White, 1993; Zwanziger and Melnick, 1988), 병원산업에서의 경쟁 강화가 경쟁력 강화는 물론 사회적 효율의 증대로 귀결됨을 알 수 있다. 따라서 병원산업도 산업의 경쟁력 강화를 위해서는 진입장벽을 낮추는 등 병원간 경쟁을 더욱 촉진하는 것이 매우 중요함을 인식하여야 한다. 나아가 병원 시장에서의 경쟁이 사회적 효율을 증가시킬 수 있기 위해서는 진료비지불제도의 개선을 통해 의료공급자가 바람직한 경제적 유인을 갖도록 하는 것이 중요하다.

다. 보건의료체계 경쟁력 강화를 위한 정부 정책

보건의료체계의 경쟁력 강화는 시장 기능의 활성화를 통한 경쟁의 강화를 통해 이루어 질 수 있을 것이다. 이를 위해 요양기관 강제 지정 제도를 재검토하

여야 하고, 민간 영리법인병원의 시장 진입을 긍정적으로 고려하며, 나아가 보건의료부문에서 시장 실패의 근본적인 요인이라 할 수 있는 정보의 실패와 소비자 무지를 해소하기 위해 필요한 정보를 정부가 제공하여 소비자가 합리적인 소비의사결정을 하게 도움을 줌으로서 시장 기능을 활성화해야 한다. 또 의료기관간 기능 연계, 네트워크를 통해 통합적 의료제공체계를 구축하는 것 역시 병원산업의 경쟁력 강화에 도움을 줄 것이고 장기적으로는 민간의료보험의 역할과 그 형태에 대한 비전을 정립할 필요가 있다. 마지막으로 이러한 의료제공체계의 효율화는 형평성의 제고 즉, 의료자원조달체계에서의 형평성을 담보할 때 전체 보건의료정책의 목표 달성에 기여할 수 있을 것이다.

1) 요양기관 강제지정 제도 재검토

사회보험이 전 국민을 커버하는 수요독점자(monopsony)인 상황에서 모든 의료기관이 의료보험환자를 진료해야 한다는 것은 선택과 경쟁이라는 시장의 원리에 부합되지 않는다. 즉, 수요독점자인 의료보험자가 시장지배력을 이용해 협상력을 남용하고 과도하게 공급자를 규제할 가능성이 존재한다. 의료공급자 입장에서는 대체적인 가입자풀(보험자)이 존재하지 않으므로 의료보험의 정책이 공급자에게 주는 제한적인 효과가 더 크게 그리고 부당하게 느껴질 수 있다. 물론 의료보험의 급여수준이 미흡하기 때문에 소비자가 의료이용시 직접 부담하는 금액이 상당하고 이는 곧 의료공급자의 관점에서는 수가규제의 대상이 아닌 비보험 시장이 존재함을 의미한다. 하지만 이 역시 현실적으로는 비규제시장이지만 규정상으로는 여전히 규제의 대상이 되므로 의료공급자의 입장에서는 규제를 받는다고 느낄 것이다.

의료공급자로 하여금 강제적으로 의료보험 환자를 진료하게 하는 현행 요양기관 강제지정제도를 완화시키면 공급자에게 선택의 기회를 부여함으로써 병원 산업에 더욱 경쟁적인 요소를 도입하는데 도움을 줄 수 있을 것이다. 환자가 의료보험 요양기관이 아닌 의료기관을 선택하는 경우 의료보험 수가의 적용을 받지 않으므로 본인이 의료비용을 전액 부담하여야 할 것이다. 의료보험이 처

음 도입되던 시점과는 달리 지금은 의료기관의 수가 부족하지 않으므로 요양기관 강제지정제도가 없어도 소비자의 의료접근도에 큰 문제가 야기되지는 않으리라 예상된다. 하지만 의료보험 요양기관으로의 진입과 탈퇴 의사결정에 있어서 의료기관간 담합은 없어야 하며 이는 공정거래의 차원에서 정부가 규제하여야 한다. 의료보험 요양기관 강제지정제도의 완화는 선택과 경쟁의 활성화를 위한 것인데 의료기관간 담합은 경쟁의 근간을 흔드는 불법 행위이기 때문이다.

현실적으로 의료기관의 입장에서는 현재의 의료보험제도에서도 비급여 부분을 통해 정부 규제를 피할 수 있으므로 굳이 의료보험 요양기관을 탈퇴할 유인이 크지는 않을 것이다. 하지만 향후 의료보험의 급여가 확대된다면 요양기관으로서 지정을 받을 것인가하는 의사결정이 병원에 있어 더욱 중요한 사안이 될 것이다. 현재의 상황에서도 시장에서 높은 평판을 가지고 있는 일부 병원(예, 전문병원)은 요양기관 지정을 신청하지 않을 가능성도 있다. 하지만 이러한 일부 병원이 요양기관 계약을 맺지 않는다고 해서 의료이용 나아가 건강 수준에 있어 형평성의 문제를 야기하지는 않을 것이다. 모든 의료기관이 의료보험 환자를 의무적으로 진료한다고 해서 의료이용의 형평성이 향상되는 것도 아니며 궁극적으로 보건의료에 있어서의 형평성은 재원조달에서 공공재원이 차지하는 비중을 늘림으로서 제고하고자 노력해야 할 것이다. 보험자의 입장에서는 요양기관이 되고자 하는 기관과 탈퇴하고자 하는 기관의 추이를 분석함으로써 보험급여와 수가 등을 결정하는데 필요한 중요한 정보를 얻을 수도 있다.

요양기관 강제 지정제도의 철폐는 보험자가 의료기관의 질관리를 효과적으로 하는데 도움을 줄 수 있다. 현행 요양기관 강제 지정제도는 모든 의료기관에게 의료보험 환자를 진료할 수 있도록 함으로서 보험자가 의료기관을 선택할 수 있는 여지를 원천적으로 봉쇄하고 있다. 요양기관 강제지정제도를 완화한다면, 보험자가 정한 일정 수준 이상의 의료를 제공하지 못한다고 생각되는 의료기관에 대해서는 요양기관 계약을 맺지 않음으로서 의료기관으로 하여금 제공되는 의료의 질을 향상시킬 유인을 제공할 수 있다. 보험자는 의료기관과 선택적인 계약을 할 때 의료의 질뿐만 아니라 의료비용도 함께 고려함으로써 의료비용의

적정화에도 긍정적인 영향을 줄 수 있다. 따라서 요양기관 강제지정 제도의 완화는 더 적극적인 보험자의 역할을 필요로 하므로 보험자의 역량강화가 이루어질 필요가 있다.

2) 영리법인 병원에 대한 진입 제한 완화

영리법인 병원을 인정하지 않는 정부의 규제는 병원산업에 대한 심각한 진입장벽으로 작용하고 있다. 물론 현재의 개인(비법인)병원들을 영리병원으로 볼 수 있으나 이는 중소기업 형태로 경영의 낙후성이 심각하여 경쟁력을 갖춘 본격적인 영리병원으로 보기 어렵다. 민간영리법인병원에 대한 진입장벽의 근거는 의료가 비영리이어야 한다는 다분히 규범적인 논리에 입각하고 있다. 그러나 이러한 규제 나아가 산업이 추구하는 목적(비영리성)을 정책이나 규제를 통해서 미리 규정하는 것은 효율과 형평의 관점에서 정당화하기 어렵다. 오히려 영리법인병원에 대한 이러한 진입장벽은 궁극적으로 이미 시장에 진출해 있는 기존 (개인, 비영리법인) 병원들의 경제적 이해를 보호해주는 결과를 낳는다.

논의의 핵심적인 문제는 과연 우리나라의 많은 (비영리)법인 병원이 실제적으로 영리병원과 차별화되는 운영을 하고 있는가이다. 현실적으로 많은 법인 병원이 개인소유주에 의해 설립되고 운영되다가 법인 병원화된 경우이므로 비영리병원의 운영 행태가 영리병원과 별로 다르지 않다. 원래 개인영리자본으로부터 출발한 비영리법인병원에 대해서 순수 비영리적 운영을 기대하는 것은 무리일 것이다. 그러한 차원에서 우리나라의 비영리 법인병원은, 종교단체나 지역사회 차원에서 순수한 비영리자본에 의해 설립되고 지역사회를 중심으로 순수하게 비영리를 목적으로 운영되는 외국의 비영리병원과는 매우 다르다. 외국의 경우 비영리병원이 공공부문을 대신하여 공익 혹은 사회적 편익을 제공한다는 사회적 약속에 의해 비영리병원에 대한 세금 감면 혜택을 부여하고 있다. 그러한 역사성에도 불구하고 최근 외국에서는 과연 병원의 법적 소유형태의 차이가 병원의 실제 운영 행태의 차이를 야기하는가에 대해서 많은 논란이 지속되고 있다(Pauly, 1987). 법적 소유형태보다는 오히려 시장에서의 경쟁 양상이 병원의

행태에 더 직접적인 영향을 미칠 수도 있기 때문이다(Sloan, 1988). 예를 들어 영리병원이라 하더라도 비경쟁적 시장구조에서는 비효율적인 운영행태를 보일 것이고 비영리 병원이라 하더라도 경쟁적 시장구조에서는 효율적인 운영행태를 보일 가능성이 높다.

영리법인병원의 도입은 우리나라 병원산업의 패러다임을 바꾸는 계기가 될 것이다. 지금까지 우리나라 병원은 소규모 개인병원에서 시작해 조금씩 규모를 확장시켜 온 병원들이 많으며 이러한 병원은 내부 경영에 있어 설립자이자 원장인 의사가 주도적인 역할을 하고 있는 경우가 대부분이다. 따라서 본격적인 산업으로서 병원의 경영 활동은 상당히 낙후된 것이 현실이다. 따라서 영리법인병원들이 시장에 진입해서 병원의 경영구조를 대폭 개선하고 경영의 패러다임을 바꿈으로서 병원산업의 경쟁력은 증대될 것이다. 이러한 과정에서 환경에 적응하지 못하고 경쟁력이 부족한 병원들이 도산함으로써 병원산업의 구조조정과 경쟁력 강화가 촉발될 것이다. 영리법인병원의 진입을 법적으로 금지하는 것은 기존의 병원들을 경쟁으로부터 보호해주는 것이고 따라서 병원산업의 장기적 경쟁력을 저해하는 것이다.

영리법인병원의 또 다른 장점은 자본 조달의 용이성이다. 기존의 병원에 있어서는 이익 혹은 누적된 이익잉여금 만이 유일한 (자기)자본 조달의 원천이었다. 외국의 경우 순수 비영리 병원은 지역사회에 기부금 등을 통해서도 자본을 조달할 수 있으나 우리나라의 병원들은 설립과 운영에 있어 순수 비영리의 성격이 약하므로 병원에 대한 사회로부터의 기부는 매우 희소한 현실이다. 따라서 우리나라 병원은 자본 조달 능력이 매우 제한적이므로 본격적인 경쟁력을 갖추기 또한 어려운 실정이다. 반면 주주로부터 (자기)자본을 확보할 수 있는 영리법인병원은 큰 규모의 자본을 비교적 용이하게 조달할 수 있으므로 자본 조달에 있어 경쟁력이 높다. 자본을 제공하는 주주의 존재는 현대 자본주의 기업의 큰 특징인 소유와 경영의 분리를 촉발하여 경영의 발전이 더욱 가속화될 것이다. 주주는 경영성과에 큰 관심을 가지므로 주주에 대한 경영 책임성이 증가하여 이것이 제반 경영활동의 향상을 가져올 것이고 경영의 투명성 또한 향상될 것이다.

영리법인병원이 도입되면 의료와 병원의 영리화, 상업화가 촉진될 것이라는 견해가 영리법인병원 도입 반대의 주요 논리이다. 하지만 과연 기존 비영리법인병원들의 운영방식이 비영리적이라고 말할 수 있는지 의문이다. 예를 들어서 우리나라 민간비영리병원과 개인병원들의 진료 행태가 다르다는 실증적 증거가 있는지는 회의적이다. 예를 들어서 형평성과 관련된 부분, 즉, 수익성이 적은 분야의 의료, 비급여의 제공, 저소득층 혹은 의료급여 대상자의 진료에 있어서 기존의 비영리병원이 공익을 제고하는 운영 행태를 보인다는 실증적 증거는 드물다. 나아가 모든 일반 기업들이 그러하듯, 영리법인병원의 경우에도 조세 제도를 통해 병원의 수익을 어느 정도 사회에 환원할 수 있다. 즉, 영리법인병원은 영리를 추구하는 대신 그 대가로 더 많은 세금을 납부할 것이고 이를 형평성의 제고를 위해 정책적으로 사용할 수 있을 것이다.

3) 시장의 활성화를 위한 정보 제공

소비자 무지에 의한 정보/지식의 실패는 보건의료 부문에 있어 시장(경쟁)의 실패를 야기하는 가장 중요한 요소이다. 현실적으로 몇 가지의 예를 제외하면 일반적인 의료서비스는 공공재와 외부효과와 직접적인 관련을 가지는 경우가 많지 않기 때문이다. 따라서 소비자에게 필요한 정보를 제공함으로써 소비자가 합리적인 소비 의사결정을 하도록 만드는 것이 보건의료 분야에서의 시장 기능을 활성화시킴으로서 효율성을 높이는 효과적인 방법이다. 일반적으로 정보는 공공재적 성격을 지니므로 민간부문에서 막대한 비용을 들여서 소비자와 공급자에게 유용한 정보를 제공할 경제적 인센티브가 없고 따라서 정부가 직접 의료 기술과 치료법에 관해 필요한 정보를 창출하여 공급하는 역할을 수행할 필요가 있다.

우리나라의 현행 의료서비스평가는 의료의 본질적 측면 즉, 치료의 결과로 생긴 환자의 건강상태의 증진보다는 의료의 서비스측면과 관련이 깊은 소비자 만족도나 혹은 시설, 인력 등의 요건의 충족도에 초점이 더 맞추어져 있다. 의료의 질에 있어서 본질적인 측면인 환자상태(outcome)보다는 투입요소나 과정

요소에 중점을 두고 의료서비스 평가가 이루어지고 있는 것이다. 하지만 비교적 소비자가 직접적으로 평가할 수 있는 차원의 의료서비스(즉, 주로 탐색특성의 차원)와 소비자의 주관적인 만족도를 정부가 개입해 직접 평가할 필요가 있는 지 검토해 보아야 한다. 서비스에 대한 만족도는 소비자 스스로의 경험과 개인적 선호에 근거하여 판단할 수 있고 탐색특성 역시 소비자가 평가하는데 큰 어려움을 겪지 않는다. 이러한 탐색특성에 관한 소비자 평가의 결과는 공급자의 명성에 반영되어 시장에서의 구전(word-of-mouth)을 통해 궁극적으로 소비자 자신이 어떤 공급자를 선택하느냐에 영향을 미친다. 이익을 극대화하려는 공급자는 효율적인 마케팅전략의 일환으로 소비자만족을 높이는 서비스를 제공하려 할 것이므로 정부의 개입을 정당화시킬만한 시장의 실패는 발생하지 않을 것이다. 만일 공급자가 소비자의 만족을 극대화하려는 노력이 부족하다면, 그것은 정보의 부족 때문이라기보다는 경쟁의 실패에 의한 것이다. 시장에서 초과수요가 존재할 때 공급자 입장에서는 소비자의 만족을 증진시킬 인센티브가 상대적으로 적으며, 이러한 상황에서 정부는 서비스 평가가 아니라 의료분야의 진입장벽을 낮추고 병원간의 담합을 금지하는 등의 경쟁촉진 정책을 이용하는 것이 더 바람직하다.

나아가 소비자 만족은 의료서비스의 객관적인 측면과 아울러 주관적인 측면에 의해서도 영향을 받는다. 즉, 동일한 의료서비스에 대해서도 서로 다른 소비자간에 상반된 평가를 할 수 있기 때문에 이러한 소비자의 주관적 요소를 정부의 재원을 투자하여 평가하는 것은 의미가 적다. 하지만 만일 환자가 개인의 선호를 표현하기 힘들거나 탐색능력의 한계를 가지고 있어서 일반적으로 평가가 용이한 차원의 의료서비스조차 제대로 평가할 수 없는 경우에는 정보의 실패가 발생하여 정부의 개입이 필요하다. 예를 들어 정신관련질환병원이나 고령의 노인들을 대상으로 하는 병원의 경우 환자의 제한된 탐색 및 평가능력으로 인하여 정부의 개입에 의한 정보의 제공이 필요할 것이다. 따라서 정신질환병원이나 노인들을 위한 요양시설의 경우에는 공공부문의 주도에 의한 서비스 평가가 그 의미를 갖는다.

정보의 제공이 재화나 서비스의 중요한 측면을 포함하지 않을 때, 재화나 서

비스의 여러 측면들 사이에 비효율적인 대체(substitution)가 발생한다 (Dranove and Satterthwaite, 1992). 정보의 제공이 현행 서비스평가와 같이 평가가 용이한 차원의 의료서비스에만 치중될 때 의료공급자는 평가가 힘들고 더 본질적인 측면 즉, 환자의 건강상태의 향상을 상대적으로 소홀히 함으로써 소비자 후생이 오히려 감소할 수도 있다. 의료공급자에 의해 의료서비스의 평가가 용이한 측면과 평가가 어려운 측면 사이에 대체가 생기더라도 소비자는 본질적인 차원의 의료의 질이 저하되는 것을 평가할 수 없는 것이다. 결과적으로 의료공급자 사이에 의료의 비본질적인 그리고 가시적인 측면에 편향된 낭비적인 서비스경쟁이 야기될 수 있다. 따라서 정부는 소비자가 평가하기 힘든 객관적인 차원의 의료의 질에 관한 정보를 수집하여 소비자에게 제공(공표)함으로써 소비자무지를 줄이고 소비자가 합리적으로 공급자를 선택할 수 있게 하여 공급자간에 가시적인 서비스경쟁보다는 환자의 치료효과를 극대화하기 위한 경쟁을 하도록 유도하여야 한다. 병원간 환자의 중증도를 보정한 사망률을 조사하여 공표하는 것이 그 대표적인 예이다.

정보는 유용한 지표의 개발을 통하여 소비자들이 쉽게 이해할 수 있는 형태로 제공되어야 한다. 불가피하게 단순한 지표가 필요한 경우 여러 지표들의 상대적 중요성을 감안한 복합적인 지표를 개발하여야 하는데 지표가 단순할수록 비용이 감소하고 소비자가 쉽게 이해할 수 있다는 장점이 있지만 의료의 질에 관한 다양한 측면을 모두 포괄하기 어렵기 때문에 지표의 정확도가 감소할 것이다. 이러한 치료결과에 대한 정보의 제공에 있어서 병원마다 상이한 환자의 중증도를 어떻게 사망률 분석에 고려하여, 병원간 분석된 사망률의 차이가 각 병원이 제공하는 의료 질의 차이만을 반영하게 할 것인가의 문제를 충분히 고려하여야 하고 이를 위해 환자 중증도 보정이 가장 중요한 과제가 될 것이다. 그리고 정보의 제공에 있어서 과연 정보의 창출과 수집이 소비자의 후생의 증진을 위한 방향으로 객관적으로 이루어지느냐의 문제가 제기될 수 있다. 정보의 실패를 교정하기 위한 정부의 정책 역시 그 정책의 집행에 있어서 이익집단의 영향으로부터 자유로울 수는 없을 것이다(Overman and Cahill, 1994). 정부에 의한 정보의 창출과정과 창출되는 정보의 유형이 결정되는 과정에서 소비자보

다는 공급자의 이해가 또는 특정 공급자 집단의 이해가 더 많이 반영될 수 있는 가능성을 결코 배제할 수 없다.

4) 의료기관간 네트워크 활성화

의료기관간 전략적 제휴와 네트워크 활성화는 규모의 경제 효과와 같은 의료기관간 합병의 긍정적인 효과를 거두면서 그와 동시에 부정적인 효과를 최소화하는 역할을 할 것이다. 병원의 비용함수 연구에 의하면 미국의 경우 병원에서는 규모의 경제 효과가 크지 않은 것으로 알려져 있으나(Grannemann, Brown and Pauly, 1986; Vita 1990) 이는 병원 수준에서 병원의 비용에 영향을 미치는 많은 요인들(예, 환자중증도 등)을 제대로 통제할 수 없는 한계에 기인할 것일 수도 있다. 그러나 병원 합병의 분석단위를 병원의 특정서비스(예, 심장수술, 암치료 등)로 한정하였을 때 규모의 경제 효과가 상당히 큰 것(Lynk, 1995)을 보면 의료기관 간 네트워크를 통해 효율성을 제고할 수 있을 것이다.

의료기관간 네트워크는 전략적 제휴(strategic alliance)의 한 형태로 볼 수 있다. 전략적 제휴란 공통 목표를 달성하기 위해 여러 조직들이 자원을 공유, 교환, 통합하고 경영활동을 협조하는 것이다(Duncan, Ginter and Swayne, 1995). 일반적으로 전략적 제휴는 자신에게 부족한 핵심역량을 파트너를 통해 보완하거나 혹은 자신의 역량과 파트너의 역량을 결합하여 경쟁우위를 높이하고자 하는 목적으로 이루어지는데 막대한 투자가 소요되고 기술혁신의 속도가 빠른 첨단 산업분야에서 활발하게 이루어지고 있다. 불확실성이 커지고 경쟁이 심화되며 급격하게 변화하는 환경에서는 환경변화가 조직에 미치는 충격을 완화하는 것이 경영의 중요 기능이다. 이러한 불확실성을 감소시키기 위해서는 주요 자원에 있어서 환경에의 의존도(resource dependency)를 줄이는 것이 필요하다. 그러나 필요한 모든 자원을 개별 조직이 자체적으로 조달할 수는 없으므로 전략적 제휴를 통하여 다른 조직들과 교환 및 협력관계를 통해 핵심적인 자원에의 접근도를 안정적으로 유지할 수 있게 된다(Kaluzny, Morrissey and McKinney, 1990). 이를 병원산업에 응용하면 경쟁 환경 하에서 비교적 조직의 철학과 목

표가 유사한 병원들이 상호 가치를 창출하는 동맹관계를 맺어서 독립성을 유지하되 미리 합의된 분야에서 통제권을 공유하며 상호간에 지속적으로 공헌하는 것으로 볼 수 있다.

병원의 경우 많은 부문에서 전략적 제휴의 장점을 활용할 수 있다. 우선 1차, 2차, 3차 의료기관간에 환자후송체계를 확립하여 병의원간 기능분화를 통하여 1차기관은 3차기관과의 정형화된 연계관계를 통해 (예, 위상과 명성 제고) 내원 환자 수를 늘릴 수 있으며 3차 병원은 이를 통하여 안정적인 환자수요의 기반을 유지할 수 있다. 즉, 의료보험제도에 의해 강제된 것이 아닌 의료기관간 자발적이고 어느 정도 배타적인 의료전달체계가 구축되는 것이다. 또 우리나라 의료체계의 큰 문제점중 하나인 의료장비의 과잉 투자를 막기 위해 고가의료장비를 공동으로 이용할 수 있겠다. 한 거점 병원에 고가의료장비를 설치하여 공동으로 이용하거나 혹은 이동 가능한 고가의료장비가 요일별로 병원을 방문할 수 있을 것이다. 또 전략적 제휴를 통하여 소모품과 의약품 그리고 의료과실보험과 종업원상해보험 등을 공동 구매하여 가격할인의 혜택을 누릴 수 있다.

전략적 제휴는 참가 조직들이 시장에서의 거래(계약, 협상)보다는 더 강한 관계를 맺지만 소유관계(직접적 통제)보다는 약한 관련을 가지는 느슨한 결합(loose coupling) 혹은 준기업(quasi firm)을 의미하는 중간적 형태의 조직간 관계이다(Williamson, 1985). 이는 조직경제학의 관점에서 시장에서의 거래와 기업이 라는 형태로의 조직화(시장거래의 내부화)라는 두 극단적인 형태의 제도의 거래비용을 비교할 때 중간적 특성을 가진 조직 형태가 추가된 것이다. 따라서 효과적으로 운영된다면 조직간에 상호 소유관계를 갖지 않으면서 수직적 통합이나 수평적 결합의 장점을 살리고 또 수직적 통합과 수평적 결합에 따른 조직, 인력, 재정상의 복잡한 문제를 회피할 수 있다. 전략적 제휴관계에 있는 병원간 의료진과 관리직원의 채용과 훈련 그리고 재교육을 같이 시행할 수 있다. 나아가 경영정보체계, 비용 절감 방안, 생산성관리, 마케팅, 장비의 유지와 보수, 재정 기획 등에 관한 경영자문을 실시하고 포럼 등을 통한 정보 교환과 문제해결방안의 공동 모색도 가능하다(Kaluzny and Zuckerman, 1992; Zuckerman and D'Aunno, 1990).

이러한 전략적 제휴가 활성화된다면 개별 병원간의 경쟁이 아닌 병원을 중심으로 한 병원의료체계(health care system)간의 경쟁으로 의료시장에서의 경쟁양상이 변화할 것이다. 미국의 경우 관리의료라는 민간의료보험이 자체의 의료체계를 구성하면서 의료기관간 네트워크가 증가된 측면도 있고, 한편으로는 민간의료보험이 강력한 시장지배력을 이용하여 공급자들을 압박함에 따라 의료공급자들이 보험자에 대해 교섭력을 강화시키는 수단으로서 병원간 네트워크가 활성화된 측면도 있었다. 우리의 경우 현재는 의료기관 차원에서 자발적으로 네트워크 조직이 활성화되고 있지는 않다. 향후 민간의료보험의 역할이 증대되면 특히 관리의료적 성격의 민간보험이 시장에 진입하면 우선 자신의 의료기관 네트워크를 구성하려 할 것이므로 의료기관 네트워크가 증가될 수 있다. 나아가 민간영리법인병원의 진입이 허용되면 대규모 자본이 유입될 가능성이 높고 그들이 한 두 개의 병원보다는 몇 개의 병원들을 설립하여 네트워크할 가능성이 높다.

5) 민간의료보험의 역할 정립

현재 민간의료보험의 진입에 대한 정책적 장벽은 존재하지 않는다. 현실적으로 기존 사회보험의 틀을 유지하기 위해서는, 사회보험과 대체적인 성격의 민간보험(즉, 가입자가 사회보험과 민간보험을 선택하여 가입할 수 있는) 도입은 금지될 것이다. 현실적으로 독일의 (고소득자와 자영업자) 경우를 제외하면 사회보험과 민간보험이 직접적으로 경쟁을 하는 경우는 드물다. 미국의 경우에도 Medicare 가입자에게 사회보험 대신 민간보험의 선택이 주어지는 것은 아니다. 따라서 기존의 의료보험에 대해 보충적인 역할을 하는 민간보험의 역할을 정립할 필요가 있다.

현재에도 상당수의 사람들이 민간보험에 가입하고 있다. 하지만 이는 보험자가 의료공급자와 상호 관계를 맺는 순수한 형태의 의료보험이라기보다는 여타의 보험과 연계되어 보험자와 가입자의 관계로만 규정되는 형태이다. 가입자에게 직접적으로 현금급여가 지급되는 형태의 민간보험은 가입자로 하여금 의료

이용을 최적화할 경제적 유인을 주므로 현물급여 형태의 보험에 비해 도덕적 위해로 인한 사회후생의 손실이 오히려 적다. 따라서 현금급여 형태의 민간보험이 활성화되는 것이 오히려 현물급여 형태의 민간보험활성화보다 자원배분의 효율성 측면에서 더 긍정적인 측면도 존재한다.

기본적으로 민간의료보험은 시장의 기능에 맡겨 그 수요와 기능이 결정되어야 한다. 예를 들어 민간보험 보험료에 대한 조세 혜택과 같은 정부의 정책적 개입은 비효율적이고 비형평적이다. 우선 가입자에 대해서만 제공되는 세금 혜택은 일반적으로 민간보험가입자가 비가입자에 비해 상대적으로 부유층임을 고려할 때 매우 비형평적이다. 민간보험은 사회보험과 대체적인 성격이 아닌 보완적인 성격이라 하더라도 필연적으로 사회보험과 밀접하게 관련되어 있다. 민간보험이 사회보험에서의 본인부담금을 급여로 제공한다면 민간보험에 가입한 사람은 사회보험에서 의료이용을 증가시키게 된다.⁹⁷⁾ 따라서 민간보험은 사회보험에서의 의료 이용에 영향을 미치게 되어 자원배분의 효율성에 영향을 미치므로, 민간보험 보험료에 대한 조세 혜택은 민간보험이 사회보험의 자원배분에 미치는 영향을 더욱 증폭시킬 것이다. 나아가 민간의료보험에 대한 조세 혜택은 일반적으로 조세가 자원배분에 영향을 미침으로서 생기는 사중손실(deadweight loss) 역시 야기할 것이다.

구체적인 보험의 형태는 시장에 의해 결정되겠지만, 민간보험이 자원배분의 효율성에 역기능을 하지 않기 위해서는 미국을 중심으로 크게 발전하고 있으며 유럽의 경우에도 수용성이 높아지고 있는 HMO(Health Maintenance Organization)로 대표되는 관리의료(managed care) 형태의 민간보험이 효과적일 것이다. 즉, 보험자가 의료공급자의 의료제공 과정에 개입하여 이를 관리하는 체계이다. 예를 들어 미국에서 관리의료의 활성화되기 이전에 전통적인 의료보험에서 보험자는 의료이용자에게 환자본인부담금을 통해 지나친 의료이용을 줄이려 할 뿐, 의료공급자에 대해 아무런 통제를 하지 않았다. 하지만 실제로는 의료공급자가 소비자에 비해 의료에 대해 훨씬 많은 정보와 지식을 가지고 있어서 의료이용

97) 본인부담금이 민간보험에 의해 커버되어 사회보험에서 의료이용시 경제적 부담이 경감되는 것이 주요 요인이라 할 수 있을 것임.

에 미치는 영향이 매우 크므로, 관리의료에서는 의료공급자에게 다양한 형태의 재정적 유인을 부여함으로써 의료공급자로 하여금 소비자가 효과적인 의료이용을 하도록 한다(Kwon, 1997; Melnick, et al., 1992). 이를 위해 관리의료는 가능한 한 비용-효과적인 의료 제공 행태를 보이는 의료공급자들을 선택하여 계약을 체결(selective contracting)함으로써 공급자의 의료제공 행태를 관리하려 한다. 즉, 관리의료의 핵심은 보험자가 자체적인 의료공급자 네트워크를 조직화함으로써 관리를 용이하게 하는 것이다. 가입자들은 보험자가 계약을 체결하지 않은 의료공급자로부터 진료를 받은 경우에는 급여 혜택을 받지 못하거나 혹은 높은 본인부담금을 지불하여야 한다. 그러므로 시장점유율이 높은 보험자일수록 시장지배력을 이용하여 좀 더 보험자에게 유리한 계약을 의료공급자들과 체결할 수 있을 것이다. 향후 우리나라에서 민간의료보험의 역할이 커진다면 전통적인 형태의 의료보험보다는 보험자가 의료공급자들과 선택적으로 계약을 맺음으로서 비용 절감을 용이하게 할 수 있는 관리의료 형태가 더 바람직 할 것이다.

의료에 있어서는 기존에 사회보험이 도입되어 있지만, 노령화의 가속화에 따라 그 필요성이 증가되고 있는 장기요양에 대해서는 공적 재원조달체계와 민간보험의 역할 분담이 의료와는 다르게 정의되어야 할 필요가 있다. 그 이유는 의료비용과 장기요양비용이 약간은 다른 사회적 위험으로 간주될 수 있기 때문이다. 우선 의료는 생명과 직접 관련되는 부분도 있지만 장기요양은 삶의 질이나 안락함과 같은 비용급적 성격이 더 강하다. 또 의료비용에 비해 장기요양비용은 노령화와 함께 지출되는 만큼 그 예측가능성이 더 높다. 따라서 개인이 준비할 수 있는 여력이 상대적으로 더 많고 개인의 책임으로 대처할 가능성이 상대적으로 더 높다. 또 젊은층의 생산가능 인력에게 의료문제가 생겼을 때에는 그 비용을 부담하기 위해 자산(예를 들어, 주택)을 소진하거나 여타 소비를 희생하는데 따른 기회비용이 매우 크다. 따라서 재난성 의료비용에 대한 사회적 위험분산의 중요성이 매우 크다. 반면 노령인구에게는 장기요양비용을 커버하기 위해 본인의 자산을 처분하는 것을(재산상속자를 제외하고는) 사회적으로 용인할 수 있다. 나아가 젊은 층의 의료문제는 그들의 건강을 회복시킴으로써

사회적 생산활동에 재투입할 수 있지만, 노령인구의 장기요양은 신체기능의 회복을 통한 사회적 생산을 증진시킬 수 있는 기회가 매우 낮으므로 공적 재원의 투자효과가 상대적으로 낮다고 볼 수 있다. 많은 사람들이 질병에 의한 의료비용 지출에 대해서는 대비할 필요를 느끼지만 장기요양에 대해서는 그 필요를 실감하지 못하기 때문에 장기요양에 대한 민간보험에 대한 수요가 낮지만, 향후 장기요양에 있어서는 의료에 비해서 상대적으로 민간보험의 역할이 커질 수 있으리라 생각된다.

6) 형평성 확보

시장 개방 및 의료체계의 효율성을 제고하다 보면 형평성이 희생될 수도 있음을 유의하여야 한다. 따라서 기본적인 형평성을 담보하기 위한 정책적 노력이 필요하다. 이러한 형평성의 담보라는 전제하에, 시장 기능이 활성화되고 경쟁이 촉진될 때 비로써, 의료체계의 경쟁력 나아가 건강과 관련한 국민들의 후생이 증진될 것이다.

형평성의 담보를 위해서는 공공의료기관의 역할이 중요하다. 따라서 공공의료체계의 확충이 정부의 최근 관심사 중 하나이다. 하지만 어떤 정책 수단이 형평성과 공공성을 담보하기 위해 가장 효과적인 것인가를 면밀하게 고찰하여야 한다. 현행 우리나라 공공의료기관의 행태 역시 일반 민간 병원들과 크게 다르지 않거나 혹은 원래 사회가 공공의료기관에 대해 기대하는 수준만큼 공익성을 제고하는데 기여하고 있지 못하는 것이 우리의 실정이다. 이는 공공의료기관 내부의 경영효율의 문제와 함께 지배구조 및 수익성에 대한 압박 등이 복합적으로 작용한 결과이다. 따라서 우선은 공공의료기관의 수를 늘리기보다는 기존의 공공의료기관들이 공익을 향상시키는 본연의 기능과 역할을 제대로 수행할 수 있는 정책적 수단과 배려가 필요하다. 추후 공공의료기관들의 운영과 성과를 평가해 가면서 점진적으로 공공의료체계 확충 여부에 대한 의사결정을 하여야 할 것이다. 따라서 당장 공공의료기관을 확충하기보다는 그 재원을 의료보험 급여 확대에 사용하는 것이 공공성 담보에 더 비용-효과적일 수 있다.

현재의 매우 제한적인 의료보험의 급여는 효율적인 위험분산이라는 보험 본연의 기능을 수행하지 못함은 물론 소득에 역진적인 본인부담금의 과다로 인하여 형평성에 있어서 심각한 문제를 야기하고 있다. 따라서 의료체계의 형평성을 담보하기 위해서는 의료보험의 급여 확대가 매우 시급한 과제이다.

3. 병원산업의 국제경쟁력 강화방안

환경분석에서 논의한 바와 같이 우리나라 병원산업이 갖는 문제점은 다음과 같이 요약될 수 있을 것이다. 우선 진료측면에서의 문제점으로는, 지역간 병원 분포의 불균형, 의료전달체계의 미정립에 따른 불필요한 자원의 낭비, 그리고 소비자들의 부정적인 인식을 들 수 있다. 둘째, 경영측면의 문제점으로는 중소 병원을 중심으로 한 경영난의 심화, 업무성과와는 관계없는 연공서열적인 임금 제도, 그리고 취약한 마케팅 능력과 과학적 전문경영체제 미흡 등이다. 경영전략 실패를 보면, 우리나라의 병원들은 경영합리화를 위해 나름대로의 노력을 기울여 오고 있으나 몇몇의 경영전략은 실시율이 저조한 것으로 나타났으며, 정보기술관련 경영개선 전략은 매우 저조한 상태인 것으로 나타났다.

IMF 관리체제 이후 우리나라 모든 산업분야에서 경쟁력 강화를 위해 공통적으로 요구되는 주문이 이제 국내에서만 통하는 수준을 벗어나 세계 기준(global standard)에 맞추어 제품과 서비스, 그리고 지식의 질을 향상시켜나가야 한다는 것이다. 의료서비스 시장 개방이란 우리나라 병원들이 외국병원들과 진료수준 및 고객서비스의 질적 경쟁을 하게 되는 것을 의미하므로 선진국 병원들이 보유하고 있는 진료 및 경영, 그리고 고객서비스의 수준에 맞추어 우리나라 병원들의 경쟁력을 향상시켜 나가야 할 것이다. 또한 이러한 경쟁력 강화는 디지털 정보기술의 적극적인 활용을 전제로 해야 한다. 그런데 병원서비스의 경쟁력 향상이란 결국 내부구조 및 관리혁신전략, 고객마케팅전략, 그리고 현장에서 직접 서비스를 제공할 인력의 효율적 관리전략의 세 가지 큰 접근방식에 의해 결정되어진다고 할 수 있다. 아래에서 각각의 세부적인 내용을 살펴보기로 한다.

가. 내부구조 및 관리혁신 전략

1) 전문경영능력 배양

우리나라 병원들의 구조혁신 전략을 논의할 때 항상 제기되는 내용 중의 하나가 전문경영인 제도를 도입해야 한다는 것이다. 이는 현재 우리나라의 병원장들이 대부분 의사인데 그들이 체계적인 경영교육이나 전문적인 경영훈련을 받은 적이 없어 경영의 전문성이 떨어진다는 지적에서 나온 주장들이다. 그러나 대표적으로 전문경영인 제도가 정착된 미국의 경우처럼 경영과 진료 기능이 분리된 의료시스템에서는 바람직한 일이나 이것이 우리나라에도 그대로 적용 가능한지는 면밀히 검토해 보아야 한다. 우선 우리나라의 경우 전체 병원 중 민간자본이 소유하고 있는 병원이 92%이고 그들 병원의 대부분이 대학병원을 제외하면 의사가 소유주이자 병원장으로 절대적 경영권을 행사하고 있다. 이러한 환경에서 전문경영인 제도를 도입한다는 것은 결국 의사인 소유주의 참모 내지는 대리인 역할에 머물 수밖에 없는 한계를 가지게 된다. 자기의 전 재산이라고 할 수 있는 병원의 운영에 대하여 전문경영인에게 전권을 맡기고 뒷전에 물러나 있을 병원장은 거의 없을 것이기 때문이다. 이는 그나마 전문경영인 제도를 도입하고 있다는 대기업에서도 실제로는 회장이라는 직함의 대주주가 전권을 행사하는 모습에서 짐작할 수 있다. 따라서 현실적으로 공허한 전문경영인 제도를 주장하기보다는 전문경영인 제도가 실질적으로 정착될 수 있도록 제도적 뒷받침이 따라주어야 한다. 예를 들어 비록 민간이 소유하고 있는 병원이라 할지라도 법인이사회를 공익적인 인사들로 구성하고 병원장을 전문경영능력이 있는 인사로 임명하여 경영의 책임을 물을 수 있도록 제도를 갖추는 것이다. 그리고 이러한 제도가 활성화 될 수 있도록 세제 및 운영비 지원과 같은 인센티브를 제공하는 방안을 검토할 필요가 있을 것이다.

대학병원의 경우 전통적으로 의과대학 교수들이 병원 경영책임을 맡아 왔으나 실제로 경영성과에 대한 책임은 지지 않고 임기를 마치면 다시 의과대학 교수로 돌아가는 비효율적 체제로 유지되어 왔다. 그러나 앞으로는 의과대학 교수든 전문경영인이든 경영책임을 물을 수 있도록 하고 공익적 병원이사회를 통

해 병원장을 임명하는 대학병원들은 일반 민간병원과 마찬가지로 세계 및 정부 차원의 지원에 있어 특혜를 부여하는 방안 역시 고려해 볼 수 있을 것이다.

2) 진료기능의 전문화 및 특성화

최근 의료기관들이 많이 사용하는 구조혁신 전략 가운데 하나로 진료부문의 전문화 및 특성화전략을 들 수 있다. 이는 제한된 자원으로 평범한 수준의 종합적인 진료를 제공하는 것보다 일부 경쟁력 있는 과목을 중심으로 최고 수준의 진료수준을 유지하는 것이 궁극적으로 병원전체에 파급효과를 일으켜 진료 경쟁력을 강화하고 이미지를 향상시키는데 효과가 있다는 인식을 바탕으로 하고 있다. 전문화 전략은 주로 중소병원을 대상으로 과거처럼 백화점식 진료과목 개설보다는 경쟁력 있는 1~2개 진료과목만을 집중적으로 육성하여 전문병원체제로 전환하는 것을 의미한다. 정부차원에서도 중소병원들의 전문병원 및 노인요양병원으로의 전환을 적극 지원하고 있으므로 특히 대도시에 소재하고 있는 중소병원들이 생존을 위해 적극 고려해 볼만한 전략이다.

특수화 전략이란 대형종합병원들이 평범한 진료과별 체제보다는 질병별 또는 표적시장별로 진료기능을 재설정하여 진료경쟁력을 강화하고자 하는 전략이다. 질병별 특수화의 예로는 당뇨클리닉, 치매클리닉, 중풍클리닉, 통증클리닉, 순환기센터 등을 들 수 있을 것이며, 표적시장별 특수화로는 소아질환 센터, 여성질환 센터, 노인질환 센터, 건강증진센터 등을 들 수 있을 것이다. 이러한 특수화 전략은 병원의 진료과들간의 협진 기능을 강화하여 시너지 효과를 누리는 동시에 고객들에게는 보다 강력한 마켓 포지셔닝(market positioning)으로 병원의 이미지 향상효과를 가져오게 된다.

3) 차별화 전략

차별화 전략이란 병원이 제공하는 의료서비스의 질을 타 병원과 차별화하여 고급화전략으로 승부를 거는 것이다. 의료시장 개방 후 국내에 진입할 외국의 의료기관들의 경우 대부분 국내병원과 차별화된 고급 진료서비스 전략으로 공략

할 가능성이 높다. 예를 들어 첨단 기술과 장비를 이용한 비급여 중심의 진료 서비스, 과학적인 대안의학 진료서비스, 고객중심의 원무관리 시스템, 편안하고 안락한 내부 인테리어 및 편의시설 등으로 상류층 고객들을 집중 공략할 것으로 예상된다. 따라서 국내병원들도 이에 대비하여 외국병원들이 쉽게 모방하기 어려운 양·한방협진 등 한국적인 특성을 살린 차별화 전략을 적극 실현해 나가야 할 것이다.

4) 비용우위 전략

비용우위 전략(cost leadership)이란 진료서비스의 생산원가를 낮추어 동일한 질의 진료서비스일 경우 상대적으로 낮은 가격으로 경쟁력을 확보하는 전략이다. 진료서비스의 생산원가를 낮추기 위해서는 비전문적 단순업무기능의 대폭적인 아웃소싱(outsourcing), 전자입찰구매를 통한 재료원가의 절감, 전사적 물자 관리(enterprise resource planning)를 통한 내부 자원 활용의 효율성 제고, 전사적 품질관리(Total Quality Management) 및 6-시그마 활동 등을 통한 의료서비스의 질 향상 및 불량률 감소, 물자절약 및 에너지관리의 효율성 제고 등의 노력이 지속적으로 전개되어야 할 것이다.

5) 다각화 전략

우리나라의 건강보험 수가는 병원들이 진료수익에만 의존하여 병원을 유지하기에는 충분한 수준에 미치지 못하고 있는 것이 사실이다. 따라서 많은 병원들이 장례식장, 의료용구점, 보호자 식당, 서점, 편의점, 선물가게 등을 운영하여 병원수익에 보태고 있다. 다각화 전략(diversification)에는 건강증진센터, 외래 위성클리닉(satellite clinic), 방문진료, 회복/요양시설 등 진료서비스와 직접 관계있는 다각화(related diversification)와 장례식장, 식당 등 직접 관계가 없는 다각화(unrelated diversification)로 나눌 수 있는데 기본적으로 병원과 일상생활을 연결하는 복합의료생활공간(medical mall)의 개념을 도입하는 것으로 볼 수 있다(Duncan, et al.,1995). 이는 원스톱서비스(one stop service)를 강조하는 시대적 조

류에 맞추어 고객편의 증진과 병원수익 향상이라는 두 가지 목표를 모두 달성할 수 있는 전략으로서 적극 고려할 가치가 있다.

6) 통합 및 네트워킹 전략

의료개방 시대의 병원은 과거의 외형확대 중심의 단순한 “규모에 의한 경제(economies of scale)” 효과보다는 병원과 의원, 약국, 요양원, 회복 및 재활센터 등을 연계하는 수직적 통합(vertical integration)과 병원들끼리의 연계망을 구축하는 수평적 통합(horizontal integration) 등 네트워킹 전략을 적극 모색해야 할 필요가 있다. 또한 병원을 둘러싸고 직간접적으로 관계를 맺는 기관 또는 개인들, 즉, 지역개원의, 약국 및 제약회사, 민간의료보험회사, 의료기기회사, 지역사회기관, 정부, 소비자단체, 경쟁병원, 개별 고객 등과 사안별로 네트워크를 형성하고 필요한 정보의 수집과 공유, 의사결정 및 집행과정에서의 공동참여 등을 통해 외국병원과의 경쟁에 대비해 나가야 할 것이다.

나. 고객마케팅 전략

최근 많은 병원들은 ‘고객(환자)중심의 병원’이라는 슬로건 아래 친절서비스 운동 전개, 편의시설 개선, 대기시간 단축, 홍보활동 강화 등 다양한 활동을 전개하고 있다. 그러나 이제는 단순히 병원을 방문한 환자들에 대한 서비스 개선 차원을 넘어 진료권 분석과 고객 데이터베이스를 바탕으로 고객 개개인의 요구와 특성에 부응하는 적극적인 마케팅이 요구되는 시대이다. 이를 위해 지금까지 소홀하게 관리되어 온 고객정보들을 체계적으로 수집하고 이를 마케팅에 활용하여 기존 고객의 만족도를 높이고 신규고객을 유치할 수 있는 시스템의 구축이 시급히 요청된다.

1) 데이터베이스 마케팅

데이터베이스 마케팅이란 고객의 명단 및 특성을 파악하고 그들에게 각종 정

보를 우편물이나 전화, e-mail, 휴대폰 등을 통해 발송함으로써 고객서비스를 개선하고 직접, 간접으로 조직의 매출 및 수익을 증대시키고자 하는 마케팅 노력을 의미한다. 병원의 경우 환자 개인의 자료파일을 만들고, 이를 이용하여 마케팅 활동을 전개하는 것이다. 즉, 병원을 내원한 환자들을 대상으로 각종 정보, 즉, 이름, 주소, 진료내용, 과거의 의료기관 이용 기록, 만족도 및 불만사항 등을 종합하여 데이터베이스를 구축한 후, 이를 바탕으로 지역별, 질환별, 인구사회특성별로 목표 환자(target patient)를 선정하고 전화나 우편물 발송, E-mail, 휴대폰 등을 통하여 마케팅 노력을 전개하는 것이다. 병원에서 데이터베이스를 활용하여 수행할 수 있는 방안들을 예로 들면 다음의 그림과 같다.

그림 1 F 병원의 데이터베이스의 예

환자진료자료	개인신상자료	설문조사자료	DB의 활용
1. 성명	1. 일련번호	1. 성명	1. 진료환자의 추후관리
2. 진찰권번호	2. 성명	2. 주민등록번호	2. 예약확인, 예약연기 등 예약환자관리
3. 질병명	3. 성별	3. 내원이유	3. 정기검진 시기 안내
4. 주 증상	4. 주민등록번호	4. 불만사항	4. 각종 건강강좌에 대한안내
5. 검사결과	5. 진찰권 번호	5. 건의사항	5. 검사결과와 홍보
6. 투약내역	6. 주소	6. 추후관리가 필요한 질병 정보제공
.....	7. 가족수		7. 병원행사 안내 등 홍보 활동
	8. 보험종류		
	9. 내원횟수.....		

자료: 조우현 외, 의료서비스 마케팅, 퇴설당, 1999, pp.490-495에서 수정인용

2) 사이버 마케팅

전통적인 마케팅기법과 대비하여 디지털기술을 이용한 사이버 마케팅은 정보의 광범위성, 언제든지 접촉이 가능한 접근성, 고객과 공급자간에 1:1의 쌍방향 의사소통, 고객이 의사결정에 참여하는 고객중심주의 등을 그 특징으로 들 수 있다(필립 코틀러, 1999). <표 V-17>은 전통적인 마케팅과 사이버 마케팅을 의

료기관을 중심으로 비교한 결과를 요약 제시한 것이다. 병원의 전통적인 홍보 수단으로 이용되어 온 병원보 또는 언론매체의 이용에 더하여 웹사이트(web site)를 이용한 정보제공과 전자우편, PC통신, 인터넷을 이용한 고객과의 쌍방향 의사소통 등 사이버 마케팅기법의 활용은 병원을 더욱 고객중심의 서비스 기관으로 변모시키는데 기여할 것이다.

〈표 V-17〉 의료기관에서 전통적 마케팅과 사이버 마케팅의 비교

마케팅 활동	전통적 마케팅	사이버 마케팅
광고	병원보, 홍보비디오 또는 텔레비전, 라디오, 신문 및 잡지 같은 표준매체 수단을 사용한다. 대개의 경우 매우 제한적인 정보만이 제시된다.	광범위한 정보를 구성하고 그것을 병원의 웹페이지에 게재하며 다른 사이트에 배너광고를 게재한다.
고객 서비스	병원에서 일주일에 6일, 하루에 8시간 동안 서비스를 제공하거나, 고객이 전화를 걸면 전화를 통해 서비스한다. 검진이나 교육을 위해 현장을 방문하기도 한다.	일주일 내내, 24시간 서비스를 제공하며 전화, 팩스 또는 전자우편으로 해결책을 보내준다. 온라인 대화를 진행하고, 컴퓨터 진단을 통해 멀리 떨어진 곳에서 문제를 해결해준다.
서비스 제공	잠재고객과 고객에게 전화를 걸거나 방문하고, 진료의 필요성을 알려준다.	잠재고객과 1:1로 원격 화상회의를 하고 진료서비스 내용을 컴퓨터 화면을 통해 설명한다.
마케팅 조사	내원한 환자에 대한 설문조사, 인터뷰, 포커스 그룹, 그리고 우편 및 전화 조사를 실시한다.	고객과 대화 및 인터뷰, 전자우편 설문을 실시하여 그 결과를 상품개발에 반영한다.

자료: 필립 코틀러, 미래형 마케팅, 세종연구원, 1999, p.361에서 수정

3) 관계마케팅

관계마케팅(relationship marketing)이란 지속적인 관계의 유지를 목표로 하는 형태의 마케팅으로, 새로운 고객의 확보보다는 지속적인 관계유지를 바탕으로 한 기존고객의 유지 및 심화가 성공의 요체라고 보는 마케팅 전략이다. 미국을

비롯한 선진국에서 조사된 다음과 같은 연구결과들은 현재의 고객을 유지하는 일이 비즈니스에서 어떤 가치를 가지는지를 잘 보여주고 있다(Vavra, 1995).

첫째, 평균적인 회사의 비즈니스 중 65%는 만족을 얻은 현재고객을 통해 이루어진다.

둘째, 신규고객을 획득하는 데는 현재고객에게 서비스하는 비용의 5배가 든다.

셋째, 일주일에 50달러를 소비하는 고객을 매일 1사람씩 1년 간 잃는다면 그 다음 해에 100만달러 어치의 판매손실을 입게된다.

넷째, 만족을 얻지 못한 고객의 91%는 절대로 그 회사의 물건을 다시 사지 않을 것이며, 최소한 9명에게 자신이 겪은 불쾌감을 이야기한다.

다섯째, 불만족한 소비자들의 10% 미만만이 자신이 느낀 불만을 호소하기 위해 해당 회사에 연락을 취한다.

불만족한 소비자들의 90% 이상이 자신이 느낀 불만을 호소하기 위해 회사에 연락하는 수고를 하지 않을 것이며, 또한 최소한 9명의 다른 소비자에게 불만을 토로한다는 연구결과는 불만을 느낀 고객들이 이야기할 수 있는 가공할 파괴력을 보여주고 있다. 따라서 병원의 경우도 단골 고객을 특성별로 분류하여 데이터베이스를 구축한 후 그들의 불만이나 요구에는 24시간 즉시 반응할 수 있는 체제를 갖추는 것이 필요하다. 또한 단골고객에게는 의료서비스 이용 빈도에 따른 포인트 적립제, 행정 및 간호 담당자 지명제 등을 통해 병원이용의 친밀감과 편의성을 제고해 주는 전략이 필요하다.

4) 맞춤형 마케팅

디지털 시대에는 병원을 찾는 고객 개개인을 하나의 목표시장으로 하여 접근하는 맞춤형 마케팅의 개념을 정립하여야 한다. 데이터베이스화된 고객정보를 바탕으로 하고 있는 맞춤형 마케팅은 고객과의 일대일 커뮤니케이션을 지향하며 고객정보를 바탕으로 고객 개개인의 니드(need)에 맞는 서비스를 제공함으로써 고객에게 일반마케팅에서 찾아볼 수 없는 혜택을 제공해 준다. 이는 고객의 요구를 적극적으로 수용하는 프로슈머(prosumer: producer + consumer)의 개

념을 도입하는 것으로 고객의 불만을 단순히 해결하는 소극적 대응에서 탈피하여 고객의 요구사항을 서비스개발 단계부터 반영하여 단골고객으로 만드는 양방향적인 대처방식이다.

오늘날 병원을 찾는 고객은 최상의 진료서비스와 부가서비스, 높은 편리성, 맞춤서비스, 후속서비스(follow-up services) 등을 원하되, 이 모든 것을 적정한 가격으로 제공받고자 한다. 그러나 병원의 입장에서 개별 고객의 니드에 일일이 맞추는 일은 엄청난 노력을 필요로 한다. 따라서 병원은 여러 가지 고객 요구 중에서 어떤 고객층을 대상으로 무엇을 먼저 만족시키는 것이 경영면에서 가장 좋은 지를 결정해야 한다.

5) 고객서비스 향상

정기적인 환자만족도 조사, 고객상담센터 운영, 불편신고함 설치, 홈페이지 고객의견게시판 등을 통하여 고객들의 불만을 수시로 파악하고 해결하도록 노력한다. 또한 정기적으로 환자를 포함한 최고경영자, 의사, 간호사, 행정직, 의료기술직, 환자대표 등으로 고객고충처리위원회(포커스 그룹)를 구성하여 문제점 도출과 해결방안에 대해 토의한다. 나아가 불만사항에 대한 개선뿐만 아니라 보다 적극적으로 고객 만족도를 제고하기 위한 노력이 필요한데 예를 들면 어린이 환자를 위한 병원학교 개설, 환자안내도우미 배치, 환자들의 동선 단축을 위한 층별 원무직원 배치 등을 고려해 볼 수 있다.

다. 인적자원관리 전략

병원은 의료개방시대의 환경변화 속에서 살아남기 위해 인적자원관리(HRM: Human Resources Management)체제를 어떻게 바꿀 것인가? 병원은 다양한 전문직과 단순기능직이 혼합된 대표적인 노동집약적 조직이자 첨단 의료기술과 장비가 투입되는 자본집약적 조직이라는 이중적 성격을 띤 조직이다. 또한 우리나라의 병원들은 전통적으로 안정적인 고용과 연공서열적인 임금체계를 유지해 왔다. 그러나 의료시장이 개방되어 외국의 병원들과 경쟁하게 될 경우 이는 의

료기술과 장비의 경쟁뿐만 아니라 인력의 질적 경쟁까지도 포함하게 되므로, 우리나라 병원의 인력관리 수준을 세계 기준(global standard)에 맞추어 개선해 나가야 함을 의미한다. 아래에서는 21세기 인력관리 환경변화와 의료시장 개방에 따른 병원의 인적 경쟁력 강화방안에 대해 살펴보기로 한다.

1) 21세기 인력관리 환경

최근 한 연구에서 인력관리 분야의 교수 33명, 연구원 8명, 컨설턴트 14명, 기업체 인사담당 임원 52명을 대상으로 21세기에 한국기업의 인력관리에 가장 큰 영향을 미칠 것으로 예상되는 환경요인 5개를 우선순위를 두어 선택하도록 한 결과 모든 집단에서 1위로는 정보 및 커뮤니케이션의 발달을 꼽고 있었다. 정보와 커뮤니케이션의 발달과 함께 진행되고 있는 디지털혁명이 향후 인력관리에 가장 큰 영향을 미칠 것으로 예상하고 있었다(표 V-18 참조, 유규창 외, 2000, pp.58~61). 또한 21세기에는 정부의 노동정책이나 정부의 규제 혹은 노동조합의 활동과 같은 제도적인 압력이 인력관리에 미치는 영향은 상대적으로 축소되는 반면, 정보통신기술의 발달, 세계화(globalization)에 따른 국제 경쟁 심화, 기업간 M&A 및 전략적 제휴 등과 같이 주로 경쟁적 압력으로 간주될 수 있는 환경요인들이 21세기에 지속적으로 큰 영향을 미칠 것으로 전망하였다.

〈표 V-18〉 21세기 인력관리에 영향을 미치는 환경요인순위

환 경 요 인	전체	교수	대기업 연구원	컨설턴트	기업임원
정보, 커뮤니케이션의 발달	1	1	1	1	1
노동시장의 유연화 및 노동이동 증가	2	2		4	4
국제시장에서의 경쟁심화	3	3	3		2
고용형태의 다양화	4	4		2	3
우리 기업의 세계화	5		4	4	
외국자본 및 외국기업의 국내진출				2	
기업의 조직구조, 업무프로세스 변화		4	2		
M7A, 빅딜, 전략적 제휴의 증가			5		4

자료: 유규창, 박우성, 인적자원관리 전문가 설문조사, 한국노동연구원 편, 명경사, 2000, p.60.

나아가 위와 같은 환경요인 하에서 기업의 인력관리 목표로 중요시되어야 할 항목을 조사한 결과를 보면 유능한 인재 확보, 핵심역량 강화 및 경쟁력 향상, 생산성, 품질, 고객만족도 향상, 핵심인력의 조기육성 및 개발, 근로의욕 고취 및 동기부여, 경영환경변화에 대한 기업의 탄력적 대응 등으로 나타났다. 이는 의료시장 개방을 맞이하는 병원계에도 그대로 적용되어 인적 경쟁력 강화는 무엇보다도 유능한 인력의 확보와 핵심인력의 조기육성 및 개발 등에 달려 있으며, 기존의 연공서열과 형평성 우선의 인력관리정책에 근본적인 변화가 필요함을 시사하고 있다.

2) 의료개방시대 병원인력관리

병원은 일반기업과 달리 의사, 간호사, 약사, 기술직, 행정직, 기능직 등 매우 다양한 인력들이 모여 팀웍으로 의료서비스를 제공하는 곳이다. 또한 각 직종마다 자격증을 기초로 한 전문성이 필요한 경우가 많아 일반기업처럼 일률적인 인력관리기법을 적용하기가 쉽지 않은 것도 사실이다. 그럼에도 불구하고 IMF 사태 이후 병원계에도 일반기업과 같이 효율성을 중시하는 인력관리기법들이 점진적으로 도입, 적용되고 있으며 의료환경이 악화되고 시장개방 등으로 병원 간 경쟁이 심화될수록 이러한 추세는 더욱 가속화될 것으로 전망된다. 아래에서는 의료시장개방이 21세기 우리 병원계의 인력관리분야에 미칠 영향에 대해 살펴보기로 한다.

〈경영의 투명성 보장과 고용의 유연성 확대〉

최근 노사간 쟁점 중의 하나로 떠오르고 있는 것이 근로자의 경영참여이다. 이는 노사간에 신뢰 구축과 경영의 투명성이 확보되어야 가능한 사안인데 아직까지 우리나라 병원들의 현실은 그렇지 못한 실정이다. 노동조합은 경영실적의 투명성에 대해 의문을 제기하면서 사용자측의 전략적 인력관리를 근로자에 대한 노동탄압으로 몰아붙이고 있는 반면, 사용자측은 노동조합이 무조건적인 고용안정과 임금인상만을 요구하면서 합리적인 인력관리 전략의 실행을 방해한다

고 생각하고 있다. 그러나 세계적인 노동시장의 흐름은 고용의 유연성 확보와 근로자의 경영참여가 동시에 확대되고 있는 추세이다. 병원경영의 투명성은 회계자료의 표준화와 엄격한 외부감사를 통해 확보되어야 할 사안이며 이는 노사 간 불신해소의 가장 중요한 전제가 된다. 반면 노동조합이 요구하는 무조건적인 고용안정과 비정규직의 철폐 또한 세계적인 인력관리 추세에는 부합하지 않는 것으로 보인다. 우리나라와 같이 건강보험 수가가 통제되고 있는 의료시장에서 병원의 진료수익 증대는 한계가 있을 수밖에 없으므로 병원들은 내부적인 비용절감 노력을 기울이지 않을 수 없으며 그 중에서도 원가의 가장 큰 부분을 차지하는 인건비의 비중을 줄이지 않을 수 없는 실정이다. 따라서 종신고용보장과 정규직의 확대는 궁극적으로 병원의 인건비 비중을 높여 장기적으로는 경쟁력 저하의 원인으로 작용할 것이므로 노동조합에서도 이 문제에 대해서는 유연한 자세로 세계적 기준에 맞추어 나갈 필요가 있다.

의료개방 시대의 인력관리는 모든 부문에 있어 경영자와 근로자간 상호 원활한 의사소통을 전제로 하여 이루어져야 한다. 경영자가 일방적으로 근로자를 채용, 배치, 교육, 평가하고 관련 자료는 비밀로 하여 근로자의 상벌에 활용하는 폐쇄적인 기존의 인력관리 관행을 벗어나서 인력관리의 전 과정에 근로자가 참여하고 경영자와 협의하는 형태로 인력관리가 수행되어야 할 것이다. 즉, 채용 시의 임금을 포함한 근로계약 조건, 업무수행과 경력개발의 병행, 교육훈련에 대한 지원, 업적평가항목의 개발에 근로자의 참여 등을 통해 근로자의 능력 및 경력 개발과 조직의 목표달성에 동시에 도움이 되는 방향으로 인력관리가 이루어져야 한다.

〈능력주의 보상제도 확립〉

전통적인 연공서열 위주의 임금보상체계로는 더 이상 국제경쟁력은커녕 국내에서의 생존마저도 보장받을 수 없다는 인식이 경영자들 사이에 공감대를 형성해 가고 있으며 이를 반영하듯 최근 국내 병원에서도 능력위주의 성과급제 또는 연봉제의 도입이 활발히 거론되고 있다. 이미 민간병원에 근무하는 의사들의 경우 진료실적에 따른 연봉제가 보편화되어 있고 공공병원에서조차도 어느

정도의 성과급을 반영하고 있는 추세이다. 따라서 국제경쟁 시대에 적합한 인재를 확보하고 이들을 지속적으로 유지관리하기 위해서는 이들의 능력과 기여도에 적합한 보상체계를 확립하는 것이 중요하다.

최근 우리나라 병원경영자들을 대상으로 연봉제 도입계획에 대한 설문조사를 실시한 결과 응답한 128명의 경영자 중 49.2%가 연봉제 도입계획이 있다고 응답하였고 44.5%는 타 병원 추세 관망 후 도입하겠다고 하였으며 단지 6.3%만이 아무런 계획이 없다고 응답하였다. 향후 연봉제 도입 예정시기에 대해서도 94명의 응답자 중 26.6%는 1년 이내 실시, 51.1%는 2~3년 이내 실시, 19.1%는 3~5년 이내 실시계획이라고 밝혀 향후 5년 이내 연봉제를 채택하는 병원이 늘어날 가능성이 매우 높은 것으로 전망된다(이혜영 등, 2000). 이미 연봉계약에 따른 차등보상을 실시하고 있는 기업들이 생산성이 향상되고 근로자들의 자기개발 노력이 크게 증가하고 있음을 보고하고 있으며 의사에 대한 성과급을 실시한 병원들의 경우에도 진료실적의 향상이 이루어졌다는 결과를 보고하고 있는 점에 미루어 향후 많은 병원들이 능력과 실적에 따른 급여체계를 도입할 것으로 전망되며 이는 의료개방 시대의 불가피한 선택이 아닐 수 없다. 따라서 유능한 인재를 확보하기 위해서는 그들의 능력과 기호에 적합한 임금 및 복리후생체계를 갖추어 성과에 대한 보상이 적절하게 이루어지도록 해야 할 것이다. 또한 최근 벤처기업 등에서 유행하고 있는 스톡옵션(stock option) 등의 방법도 의료개방 시대를 맞아 주식회사 형태의 영리병원설립이 허용된다면 근로자들에 대한 동기부여방식으로 적극 고려해 볼만한 보상방법이 될 것이다.

〈채용방식의 변화〉

지금까지 우리나라 병원들의 직원채용 방식은 각 대학 및 전문대학의 졸업시점에 맞추어 의사와 간호사 등 전문직을 대량으로 충원하는 정기채용과 결원을 보충하는 수시채용으로 나누어 운영되어 왔다. 채용방식도 일간지 또는 전문지 광고, 관련 학교 공고 후 서류전형, 필기시험(필요시), 면접, 신체검사 등의 순서로 진행하여 합격자를 선발하는 방식을 주로 이용하였으며 채용 후에는 일정기간 수습근무를 거친 후 정규직으로 발령을 내는 방식으로 운영하여 왔다. 그

러나 의료개방 시대에서는 전문분야별 필요한 인재의 자격요건과 역량을 구체적으로 명시한 다음 이러한 요건에 부합하는 창조적 소수정예집단을 수시로 채용하는 방식으로 바꿀 필요가 있다. 한마디로 평균적 인재를 대량 공채하는 전략에서 특화되고 준비된 인재를 상시, 개별 채용하는 전략으로 바꾸어야 할 것이며 채용조건 및 대우도 개인별 활용가치와 시장가치에 따라 다르게 적용되어야 할 것이다. 또한 의료인력시장의 개방이 허용될 경우 중국, 동남아 등 개발도상국가의 인력이 대거 유입될 가능성이 높으므로 국내 근로자들의 입장에서 이에 대비하여 직무능력의 질적 차별화에 노력해야 할 것이다.

〈비정규직의 확대〉

비정규직이란 풀타임 상시고용계약에 대한 상대적 개념으로 임시계약직, 단시간 근로, 재택근로, 파견근로 등의 다양한 고용형태를 모두 포괄하는 용어이다. 선진국에서는 이미 80년대 이후부터 비정규직 근로자가 급속히 증가해 왔으며 우리나라도 최근의 경제위기 이후 종업원의 비정규직화가 적극적으로 추진되면서 그 비중이 점차 늘어나게 되었다(한국노동연구원, 2000). 병원은 일반 기업에 비해 인건비의 비중이 매우 높은 조직으로서 대학병원의 경우 전체예산의 40%이상을 점하고 있다. 더구나 연공서열식 인사체제로 인해 인건비의 부담은 개인의 능력이나 병원의 경영실적과 관계없이 계속 증가하게 되어 있어 병원의 경영합리화를 저해하는 중요한 원인으로 작용하고 있는 실정이다. 이제 평생직장의 시대가 가고 평생직업의 시대가 도래한 만큼 병원에서도 정규직으로 채용해야 할 직무와 비정규직으로 채용해야 할 직무를 구분하여 정규직 과다로 인한 인건비의 부담을 덜고 고용의 유연성을 확보할 수 있도록 해야 할 것이다.

따라서 병원의 인사관리 기능도 지금까지의 정규직 위주에서 벗어나 이제부터는 늘어나는 비정규직을 어떻게 전략적으로 활용할 것이며 또 어떻게 이들을 처우하고 관리해야 할 것인가 하는 문제를 의료개방 시대의 중요한 과제로 다루어야 할 것이다.

〈수평적 조직구조〉

의료개방 시대는 환경변화에 따른 빠른 의사결정시스템을 필요로 한다. 정보 기술의 발달로 인해 병원의 각종 정보와 지식이 짧은 시간에 전 직원에게 확산, 공유될 수 있고 일선 현장부서와 최고경영자간의 직접 의사소통이 가능하게 되므로 기존의 부, 과, 계 중심의 계층을 중심으로 한 의사결정 및 집행 조직은 오히려 시간과 자원의 낭비를 가져올 가능성이 있다. 인트라넷을 이용한 원내제안제도, 화상회의, 전자결재, 홈페이지 토론방 등은 불필요한 중간관리계층의 축소를 가져올 것이며 필연적으로 수평적인 조직구조로의 변화를 촉진하게 된다.

한편으로 최근 강조되고 있는 고객중심의 병원을 만들기 위해서는 진료의 질 향상, 환자서비스 개선, 업무프로세스 개선 등 프로젝트 중심의 팀제 조직이 더욱 효과적일 때가 있다. 프로젝트 중심의 팀제 조직은 진료, 간호, 행정, 기술 등 각 기능별, 부서별 장벽을 해소하고 고객중심의 병원이라는 목표를 향해 각 기능단위의 지식과 아이디어를 통합하여 시너지효과를 가져올 수 있기 때문이다. 또한 의료개방 시대에는 부가가치 있는 지식의 창조가 중요시되는데 근로자들의 창의성은 자유개방적인 수평적 조직에서 더욱 발휘될 가능성이 높다. 따라서 정보기술의 발전에 힘입어 부서간, 직종간 장벽을 극복하고 업무의 조정과 통합을 통하여 고객중심의 의료서비스를 제공하며 병원업무의 효율성을 제고할 수 있는 수평적 조직으로의 전환이 빠르게 이루어져야 할 것이다.

〈지식경영의 활성화〉

지식경영이란 조직차원의 지적자산뿐만 아니라 구성원 개개인의 지식이나 노하우(know-how)를 체계적으로 발굴하여 조직 내부의 보편적인 지식으로 공유하고, 이의 활용을 통해 조직 전체의 경쟁력을 향상시키는 활동이라고 정의할 수 있는데 이제 우리나라도 이러한 지식경영의 실행을 통해 총체적 지적역량의 극대화를 도모해야만 세계시장에서 생존할 수 있음을 전문가들은 강조하고 있다(피터 드러커 외, 1999).

병원에서의 지식경영 도입은 병원내에 산재하는 모든 유용한 지식을 체계적

으로 수집, 저장, 공유, 확산, 보상하는 문화와 시스템을 구축하고 그를 통하여 지식을 효율적으로 활용함으로써 병원의 지식경쟁력을 높여 경영효율성과 수익성향상을 도모할 수 있다는데 그 의의를 찾아야 할 것이다(서영준 외, 1999). 이러한 지식경영의 활성화에 컴퓨터를 중심으로 한 디지털정보기술의 역할이 매우 중요하다. 인터넷, 인트라넷(intranet), 엑스트라넷(extranet) 등을 이용한 정보의 신속한 수집과 전달, 공유는 지식경영의 활성화에 필수적인 요소가 될 것이다. 그러나 하드웨어적인 측면에서 최신 정보체계를 갖추었다고 하더라도 실제 이용자인 병원근로자들의 정보기술 능력이 부족하면 시장 개방 후의 경쟁에서 우위를 차지하기 어려울 것이다. 최근 일부 대학병원 직원들을 대상으로 컴퓨터 운영프로그램, 문서작업, 스프레드 시트, PC통신, 인터넷 등 5가지 항목에 대해 사용능력의 숙련도를 조사해 본 결과 5점 만점에 중간관리자 집단은 2.38점, 평직원 집단은 2.46점을 기록하여 전체적으로 컴퓨터 사용능력이 보통수준 이하로 나타났다(서영준 외, 1999). 이는 병원이 지식경영시대에 적응하는데 있어 전산시스템 등 하드웨어 측면뿐만 아니라 이를 이용하는 구성원들의 정보기술능력을 시급히 개발해야 하며 신입사원의 채용에 있어서도 정보기술 능력을 비중있게 반영해야 함을 시사하고 있다.

〈여성인력의 개발〉

최근 급격한 정보기술의 발전, 소프트 산업의 성장, 여성의 고학력화, 인력구조의 변화 등의 추이를 볼 때, 미래에는 방대한 규모의 여성 유희인력의 경제활동 진출이 더욱 활발하게 이루어 질 것으로 전망된다(김성국, 2000).

병원은 전통적으로 여성인력이 다수를 차지하는 조직적 특성을 지니고 있으나 병원내에서 여성의 역할은 대부분 남성경영자 또는 의사의 보조역할에 머물러 온 것이 현실이다. 그러나 앞으로 재택근무 등 근로형태가 변화하고 시간제 근로자와 같은 비정규직이 크게 증가할 경우 현재 유희노동인력으로 남아있는 여성인력의 활용이 크게 늘어날 것으로 전망된다. 또한 여성의 고학력화와 전문화추세에 힘입어 병원에서 여성 고위관리자도 크게 늘어날 것으로 전망되는데 이들 여성관리자들이 여성 특유의 감성적, 협동적 리더십을 발휘한다면 의

료개방시대에 더욱 중요시 될 고객중심의 병원문화를 구축하는데 크게 기여할 것이다.

라. 소 결

이상에서 살펴 본 의료시장 개방 및 첨단 정보기술의 확산에 따른 병원경쟁력 강화전략들이 구체적으로 실현된다면 기존의 병원경영관행은 혁신적으로 변화하게 될 것이다. 그러나 한편으로 경쟁에서 살아 남기위한 병원의 경쟁력 강화가 가져 올 부작용에 대한 우려의 목소리에도 관심을 기울일 필요가 있다. 즉, 의료의 기계화와 수익성중심의 병원경영 등은 의료시장개방이 반드시 국민의 건강수준과 삶의 질 향상에 긍정적으로 기여하지만은 않을 것이라는 점이다. 경쟁과 효율의 시장논리에만 치중된 병원경쟁력 강화의 논리는 국민들간에 의료서비스 이용의 불평등을 더욱 심화시키고 국가적 차원에서의 의료자원의 효율적 이용을 저해할 수도 있음을 유의해야 한다. 결국 의료시장 개방에 대비한 병원의 경쟁력 강화전략은 무엇보다도 인간중심의 병원문화 조성, 병원구성원 공동체의 근로의 질 향상, 고객의 건강복지 향상 등에 바탕을 두고 수립되어야만 진정으로 그 가치를 인정받을 수 있을 것이다.

4. 산업구조의 고도화를 위한 e-Health 전략화

정보통신기술을 활용한 보건의료부문관련 규제메커니즘이 국제적으로 원활하게 작동할 수 있는 시스템이 마련된다면 IT와 결합한 보건의료분야의 시장잠재성은 상당할 것이라는 것은 앞에서 언급한 바 있다. 이와 같은 추세를 반영하여 본 연구에서는 보건의료부문의 경쟁력 강화방안으로 세계적으로 주목을 받고 있는 보건의료부문에서의 e-Health⁹⁸⁾ 추진을 제시하고자 한다. 디지털 지식정보시대를 맞이하여 유럽연합은 e-Europe, 이른바 전자 유럽의 창설을 목표로

98) 보건의료부문의 e-Business라 할 수 있음.

핵심 추진 과제로 전자정부(e-Government), e-Business, e-Learning과 함께 e-Health를 선정하여 범 유럽의 관심을 증폭시켰다(Richardson, 2002). 우리나라의 경우에서도 2003년에 산업자원부를 중심으로 e-Health 산업을 국가 핵심전략산업으로 지정하여 산업발전을 위한 집중투자를 선언하고 있다.

보건의료부문이 생존과 삶의 질에 미치는 영향력을 차지하더라도 산업으로써 세계에서 가장 큰 서비스산업임을 미루어 볼 때 디지털 경제하에 보건의료산업의 행보에 대한 범세계적 관심은 당연하다 하겠다.

이른바 ‘네트워크된 보건의료경제(networked health economy)’로 대변되는 보건의료부문과 인터넷 및 유전자 기술과의 만남은 보건의료부문을 혁신적으로 변화시킬 것으로 전망되고 있다. 인터넷을 통해 막강한 힘을 보유한 소비자가 등장하고 유전자 기술발전에 의해 진료중심에서 예방중심으로 이동하면서 ‘개별화된 맞춤 의료’의 환경으로 급변하고 있어 이에 대한 대비는 중대하다 하겠다.

본 절에서는 네트워크된 보건의료경제를 간단히 설명하고 이의 핵심인 e-Health에 대해 소개하고자 한다. 또한 필연적으로 맞이하게 될 전자화된 보건의료산업으로의 전환을 살펴봄으로써 현 보건의료산업의 경쟁력 확보 방안으로 e-Health로의 전략화에 대해 논의하고자 한다.

가. 네트워크된 보건의료경제의 특징

네트워크된 보건의료경제는 인터넷을 중심으로 한 정보기술의 발달, 의료기술과 유전자기술의 진전, 시장의 역학구조 변화와 가치 사슬의 최적화⁹⁹⁾에 의해 태동되고 확대되고 있으며 그 한가운데에 e-Health가 있다. e-Health는 변혁의 동인이면서 동시에 기반(enabler)의 역할까지 포함하고 있어 새로운 환경변화에 중추적 역할을 하고 있다(IBM, 2002).

이러한 e-Health는 국가간에 차이는 적지 않지만 전통적으로 다음과 같은 특

99) 이는 환자 등의 소비자와 정부, 보험자, 고용주를 포함하는 구매자 및 의사, 병의원 등의 공급자간의 가치사슬에 따른 힘의 균형 이동을 말한다.

징을 나타내는 보건의료산업의 개혁에 활용 여하에 따라 막대한 기여를 할 것으로 기대되고 있다.

첫째, 대부분의 국가에 있어 보건의료산업은 수요가 아닌 공급과 생산능력에 의해 주도되었다. 따라서 이러한 시스템에 있어 소비자는 상대적으로 힘이 약할 수밖에 없었으나 인터넷에 의한 소비자 중심주의의 확산, 소비자 욕구를 충족시키려는 보험업자의 능력 향상, 노령인구의 증가 및 의료기술의 진전 등은 시장 역학 구도를 변모시키고 있다.

둘째는 대부분의 국가에서 생산자와 보험자를 규제하기 위한 수단으로 주로 의료서비스 생산량의 조절과 비용 통제를 사용하고 있다. 그러나 이러한 장기간의 인위적인 개입은 항상 시장 수요를 충족시킴에 있어 유연하게 대처하지 못하는 단점을 계속 부각시키고 있다. 단적인 예로 영국의 경우 2005년경 추가로 만명의 의사가 필요할 것으로 전망되고 있다.

셋째는 가치 체인을 구성하고 있는 의사, 병원, 제약회사 등이 정보의 공유를 위하여 정보 시스템을 활용하는 정도가 타 산업에 비해 현격히 낮은 모습을 보여주고 있다. 심지어 하나의 병원 조직안에서도 정보 활용은 비효율적으로 처리되고 있다 하겠다. 정보화 집중 산업인 보건의료산업에서의 정보기술 투자비중은 예산의 2~3% 수준으로 이는 타 산업 평균 10%에 비해 매우 낮은 수준으로 그 결과 환자에게는 질 낮은 서비스가 제공되며 상대적으로 높은 거래비용이 발생되고 있다.

넷째는 대부분의 국가에서 보건의료산업은 집중 규제의 대상이며 또한 거대 투자자본과 지식 집약적 성격 등으로 인해 신규 진입이 활발하지 않은 산업부문이다. 따라서 기존 조직들은 상대적으로 덜 심각한 경쟁의 혜택을 누리고 있으며 그 결과 소비자의 보다 나은 선택을 방지하는 결과를 초래하고 있다. 소비자 선택과 성과 향상을 위한 인센티브가 제한적인 관계로 보건의료산업은 제한된 효율성과 변화 양태를 나타내는 대표적인 산업이다.

나. e-Health의 개념과 중요성

1) e-Health 개념

e-Health에 대한 개념을 가장 쉽게 정리한다면 ‘조직간 보건의료 자료 또는 정보의 전자적 교환’을 의미하는 것으로 보건의료부문과 인터넷과의 만남으로 발생한 보건의료의 새로운 패러다임이라 하겠다(Deluca and Enmark, 2000). 인터넷은 TCP/IP(Transmission Control Protocol/Internet Protocol)를 표준으로 활용하는 네트워크로 조직간의 갖가지 전자적 교환을 효율적이고 효과적으로 처리함에 있어 역사적 신기원을 이룩하였다고 할 수 있다.

e-Health의 성격을 좀 더 살펴보면, ‘환자의 건강 상태를 증가시키기 위해 노력하는 보건의료 조직, 의료진, 환자 및 소비자에 의해 활용되어지는 임상과 비즈니스 프로세스에 대한 접근도, 효율성, 효과성 및 질을 증가시키기 위한 보건의료산업에서의 인터넷과 기타 관련된 기술의 응용’, ‘보건의료와 관련된 의사소통의 교환과 상호작용 및 의사결정 지원을 위하여 전자기술을 활용하는 것’ 등 인터넷으로 인한 보건의료 전반의 행태변화를 광범위하게 규정하고 있음을 볼 수 있다.

한편, e-Health와 유사한 표현으로 전자상거래(e-Commerce), 원격건강(telehealth) 및 원격의료(telemedicine) 등이 있는데 이들은 다음과 같은 차이를 갖고 있다. 보건의료에 있어 전자상거래(e-Commerce)란 재무적 거래를 수반하는 e-Health 교환을 의미하며, 원격건강(telehealth)은 전자적 네트워크를 통하여 화상, 이미지 및 자료의 전송을 수반한 e-Health의 응용을, 원격의료(telemedicine)는 원격지로부터 의료행위를 지원하기 위하여 원격건강 자료 또는 이미지를 활용하는 것을 말한다.

2) e-Health의 중요성

오늘날 e-Health가 갖는 의미는 크게 소비자 중심주의의 강화와 진료의 새로운 차원을 제시하고 있음에 있다. 즉, e-Health는 비효율성을 탈피하며 의료사고

를 감소하고 비용을 관리하며 환자와의 관계를 새롭게 정립함에 있어 결정적인 영향을 미칠 수 있다는 가능성을 내포하고 있음에 커다란 의의를 갖고 있다.

따라서, e-Health는 비용 효과성과 진료의 질을 고루 균형적으로 발전시키기 위한 새로운 사업과 진료 모형을 포괄한다. 새로운 사업 모형이란 진료 조정과 비용 관리를 향상시키기 위한 수평적이고 수직적인 통합을 상호 결합하는 것이며 새로운 진료 모형이란 보건의료 중심에서 환자 중심으로 다양한 의료/임상 전문가들을 결합함을 말한다.

이러한 e-Health의 행위 주체자로는 개인 소비자, 의료서비스 제공자, 공급자, 보험 지불자, 규제자 및 지역사회가 모두 포함되며 수요 확대를 위해 광범위한 기술적, 조직적, 관리적, 윤리적 문제들에 대한 극복이 내재된 차세대 보건의료 패러다임이라 할 수 있다.

e-Health가 지향하는 바는 궁극적으로 환자의 건강 상태를 증가시키는 것으로 이를 위해 다음과 같은 다양한 차원에서의 변혁을 유발시킨다.

첫째, 보건의료 파트너간 핵심 정보의 전달,

둘째, 보건 정보 전달 서비스의 제공,

셋째, 공급자와 환자간 상호작용의 간편화,

넷째, 보건의료산업과 관련된 비즈니스 프로세스 통합의 간편화,

다섯째, 보건의료 정보에 대한 근거리 및 원거리 접속,

여섯째, 고용자와 피고용자, 지불자와 공급자에 대한 지원

이러한 제 차원은 다음에 소개할 몇 가지 e-Health 모형으로 분류하여 자세히 언급하고자 한다.

3) e-Health 범위

e-Health의 범위는 전자적인 보건의료 활동을 포함하는 것으로 광범위하게 활용되고 있는데 다음과 같은 경계가 있음에 주의하여야 한다.

첫째, e-Health는 임상 의사를 대리하는 것이 아니다. e-Health는 제한된 자원과 전문적인 지식의 전달을 확대하는 장점과 함께 공급자의서비스 범주를 환자

와의 면대면 접촉을 넘어서는 확대된 수단을 제공한다.

둘째, e-Health는 환자 교육과 공급자의 의사결정을 보다 용이하게 할 수 있는 인터넷, 키오스크 또는 다른 전자적 수단을 통하여 유용한 의료정보의 전달을 제공한다.

셋째, e-Health는 파일 공유, email, EMR 시스템을 통하여 공급자와 간병인간의 협력을 보다 용이하게 한다.

넷째, e-Health는 존재하는 하부 응용프로그램을 대체하지 않는다. 대신 근거리와 원거리에서 제공되는 서비스의 품질과 전달을 촉진하는 프로세스를 보다 용이하게 한다.

다섯째, e-Health는 보건의료산업에서 전자상거래에 대한 다른 명칭이 아니라 관련 주체간에 비즈니스 프로세스를 보다 용이하게 한다는 측면에서 전자상거래는 e-Health의 한 예가 될 수 있다.

여섯째, e-Health는 하드웨어나 소프트웨어가 아니라, 환자의 건강 수준을 향상시키기 위하여 필요한 정보의 전달을 위하여 이러한 수단을 활용하는 것이다.

4) e-Health 기반 기술

e-Health를 지원하는 하부구조인 기반 기술로는 인터넷¹⁰⁰, 엑스트라넷(Extranet)¹⁰¹, 인트라넷(Intranet)¹⁰², 핵심자료시스템(Core Data System)¹⁰³, e-Mail, 통신(Telecommunications), 그리고 하드웨어(Hardware) 등이 포함된다. 이상의 제 하부구조들은 상호 유기적으로 연결되어 끊임없이 상호작용하여 정보와 거래를 교환함으로써 e-Health 환경을 제공하고 있다.

100) 사전 정의된 보안 및 인증을 갖는 또는 갖지 않은 정보와 사이트에 대한 보편적 접근 http 프로토콜을 사용한 전자 플랫폼을 말함.

101) 비즈니스 파트너, 벤더 및 공급자간 의사소통과 안전한 정보의 교환을 가능하게 하는 조직간에 연결된 공유 네트워크를 말함.

102) 조직내 의사소통과 지식공유를 용이하게 하는 사적 네트워크를 말함.

103) 컴퓨터화된 환자 기록(CPR), PACS, 예약시스템 등 재무, 임상 및 행정 시스템을 포함함.

다. e-Health의 영향

e-Health가 보건의료산업에 미치는 영향은 실로 광범위하다 할 수 있는데 특히, 가치 사슬의 변화, 소비자 중심주의 및 새로운 진료 환경에 있어 더욱 더 급진적인 변화를 발생시킬 것으로 전망되고 있다.

1) 가치 사슬의 변화

e-Health는 외주화, 정보 공유 및 병원경영과 실험실 테스트 등의 서비스 공유와 같은 활동을 통하여 가치 사슬을 개선할 것으로 기대된다. 특히, 공급사슬 상의 변화가 더욱 급진적이고 광범위하게 전개될 것으로 전망되는데 미국의 경우 거래 당사자간의 인터넷 연결이 원활하게 이루어질 경우 공급사슬비용이 평균 6~13% 정도 감소될 것으로 보고되고 있다. 또한 영국의 경우 UK NHS Trust 시스템이 구매활동을 전자시스템을 통해 처리할 경우 연간 8억 파운드의 비용 절감이 가능할 것으로 기대되고 있다.

2) 소비자 중심주의

e-Health는 소비자 중심주의의 실현, 즉, 새로운 소비자의 출현에도 커다란 기여를 하고 있는데 인터넷은 의료소비자로 하여금 건강 및 의료정보와 의료제공기관의 비교자료에 대해 용이하게 접근하게 한다. 따라서, 보건의료 조직은 새로운 소비자와 그들의 욕구 및 기대에 대해 깊은 이해를 요구하고 있다. 새로운 소비자는 컴퓨터 사용기술을 익히고 제한된 자유시간 속에 주어진 일에 몰두하며 관습을 좇지 않음을 두려워하지 않으며 선택에 익숙하며 정보에 굶주린 특성을 갖는 소비자를 말한다.

3) 새로운 진료환경

e-Health에 의해 전개되는 새로운 진료의 모습은 크게 만성병 관리, 임상 의사 결정지원, 원격의료, 의사소통 및 고객관계관리를 보다 획기적으로 변화시킴을

통해 구현될 것으로 기대되고 있다.

〈만성병 관리〉

만성병은 오늘날 미국 의료비의 70%, 사망원인의 80%를 차지하고 있어 사망률의 감소와 의료진료 비용의 억제를 위해서는 무엇보다 만성병 관리가 중차대하다 하겠다. 많은 관련 보고서에 따르면 소비자의 입장에서 만성병의 관리하기 위해 필요한 정보가 절대적으로 부족하다고 나타나고 있다. 특히, 의료기관을 방문한 환자의 경우에서도 투약지도나 자신의 질병 증상에 대해 관련 문헌 자료를 제공받고 있는 경우도 전체의 30%정도 수준에 머무르고 있는 것으로 조사되었다.

이러한 환경을 점진적으로 개선하게 하는 것이 인터넷 교육이다. 이를 통해 환자 스스로가 자신의 건강이나 의사로부터의 전문적 조언을 얻고 있다. 당뇨나 고혈압과 같은 만성적 건강 문제에 대한 개별적 온라인 레코드를 유지하기 위해 담당 의사와 협력하여 대처하고 있는데 이를 보다 용이하게 대처하게 하는 것이 e-Health이다. e-Health는 환자는 물론 의사들도 상호작용의 확대와 모니터링을 통해 보다 확대된 역할을 수행하도록 하고 있다.

〈임상의사결정 지원〉

과거에 비해 오늘날 의료사고에 대한 관심은 더욱 고조되고 있다 하겠다. 이와 관련하여 e-Health는 의료사고의 감소를 위해 다양하게 전개되고 있다. 특히, 참고문헌 자료가 종이로부터 전자형식으로의 변화됨으로써 의료진으로 정보가 필요한 시점과 장소에서 활용할 수 있게 되었다. 즉, 도서관에 있는 필요 정보를 진료 시점에서 바로 참고할 수 있도록 하는 환경의 변화와 함께 검사결과를 웹에서 즉시 확인하고 빠르고 친절하게 환자에게 대응책을 전달하게 되어 사고의 위험을 최소화하는데 적극적으로 기여할 수 있게 되었다.

〈원격의료〉

원격의료(remote medicine)에 있어서도 e-Health는 원격 진단, 모니터링과 진료

와 같은 서비스의 활용을 보다 쉽게 하여 확대할 것으로 전망되나 사전에 사용 비용이 과다하고 의료 재정적 상환문제가 보다 분명해야 하며 통신 대역폭의 문제, 규제 범위 및 진료결과의 인정 등의 장애요인이 해결되어야 할 것으로 나타났다.

〈의사소통〉

집이나 회사에서 빠른 의사소통의 편리함에 익숙한 소비자들은 보건의료 시스템에 있어서도 이러한 편리함을 구가하기를 기대하고 있다. 특히 이메일은 이와 같은 필요성을 충족시킴에 가장 적합한 대안이 되고 있다. 따라서 의료진, 의료기관 및 소비자들은 이메일의 효율적이고 안전한 활용을 보장하기 위해 함께 협력할 필요가 크다 하겠다.

〈고객관계관리〉

의료기관 또한 사업 성공을 위하여 고객과 장기적이고 상호 호혜적인 관계를 형성하는 것이 무엇보다 중요하다 하겠다. 특히, 인터넷을 통해 건강정보로 무장한 새로운 소비자/환자를 상대해야 하는 의료기관의 입장에서는 환자와의 관계를 어떻게 형성해야 하는 것인가라는 본원적 물음에 답을 제시해야 할 시점에 있다 하겠다.

라. e-Health관련 국내외 현황 및 시장규모

1) 국내 현황

현재까지 국내 e-Health의 시장 규모 등에 관한 개략적인 자료는 용어의 생경함만큼 아직 마련되지 못하고 있다. 그러나 e-Health의 발전을 위한 기반 조성이 확대되고 있는 추세이다.

먼저, 산업자원부에서는 2003년에 e-Health 산업을 국가 핵심 산업으로 지원하기 할 계획을 발표함으로써 산업 발전의 급물살을 탈 것으로 기대되고 있다. 산업자원부는 이와 함께 e-Health 발전협의회를 구성하고 e-Health 인프라구축을

위한 종합 마스터플랜 수립을 추진하고 있어 이 과정에서 보건복지부와 정보통신부와의 참여가 필요하다 하겠다.

이와 함께 보건복지부는 그 동안 전자상거래 및 e-비즈니스 확산과 함께 수없이 언급되어진 관련 의료법을 개정함으로써 산업발전의 법적 제약을 해소시키고 있다. 2003년 3월에 개정되어 10월에 공포 및 시행된 의료법에서는 전자의무기록 작성 및 보관, 원격의료의 실시 및 의료광고의 범위 확대를 포함시켜 보다 생산적으로 e-Health 사업을 추진할 수 있게 하였다.

그 주요 내용은 다음과 같다. 첫째, 전자의무기록의 작성 및 보관에 관해서 개정된 의료법은 제18조 2항을 신설하여 의료인 또는 의료기관의 개설자가 진료기록부 등을 전자문서, 즉, 전자의무기록을 작성하여 안전하게 관리 및 보존하기 위하여 갖추어야 할 장비를 정함으로써 이를 허용하고 있다. 둘째, 개정된 의료법은 제23조 3항을 신설하여 의료인이 컴퓨터 또는 화상통신 등의 정보통신기술을 이용하여 원격지의 의료인에 대하여 의료지식 또는 기술을 지원할 수 있는 원격의료를 하고자 하는 경우에 갖추어야 할 시설 및 장비를 지정함으로써 이를 허용하고 있다. 셋째로 개정된 의료법은 제33조에서 의료광고의 범위에 인터넷 홈페이지의 주소, 의료인의 환자수에 대한 배치비율, 의료인의 경력 및 의료기관평가의 결과 등을 포함시켜 국민이 의료기관을 선택할 수 있는 기회를 확대하고 있다.

전자의무기록은 병원을 중심으로 한 보건의료정보화의 출발단계의 주요 사업이며 원격의료는 소비자 편의와 고령사회 대책을 위한 핵심 과제이고, 의료광고 범위의 확대와 인터넷을 통한 의료광고의 인정은 소비자의 알권리 확대와 소비자 중심주의의 확산에 크게 기여할 것으로 전망되고 있다. 뿐만 아니라 이와 관련된 사업을 추진 중이던 정보기술업체들에게 있어서는 보다 안정적으로 사업기반을 확대할 수 있는 법적 기반을 확보함으로써 자본 투자와 기술개발이 급증할 것으로 전망되고 있다.

한편, e-Health와 관련된 정보화 사업이 민간과 공공부문에 걸쳐 본격적으로 추진되고 있다.

특히, 민간부문에서는 병원협회를 중심으로 산업자원부의 B2B 전자상거래

시범사업 지원을 의료용구부문으로 받게 되어 민간 주도적 보건의료 전자상거래의 기원을 마련하고 있다. 본 사업은 산업자원부가 e-비즈니스를 통한 산업 경쟁력 향상을 목표로 1999년 0.8%에 불과한 산업의 전자상거래 비중을 2003년 2%대로 끌어올리기 위해 업종별로 시범사업을 지원하고 있다. 현재 4차에 걸쳐 30개 업종이 지원을 받고 있다(산업자원부, 2003).

의료용구부문 전자상거래 시범사업은 총 18억원(정부지원 비중 66%)의 예산을 들여 현재 정보화전략계획을 수립하였고 물품분류표준화 사업, 전자카탈로그 시스템구축 사업, 표준 전자문서 및 업무 프로세스 구축 사업에 관한 전략계획을 수립하였다.

정부가 추진하고 있는 최근의 e-Health관련 정보화 사업은 2001년에 시작하여 2003년에 마무리한 4대 사회보험 정보연계사업이 있고, 2003년에 진료정보 공동 활용사업과 응급환자 진료정보망 구축사업 등이 추진 중에 있다.

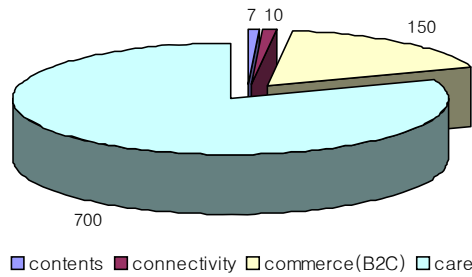
민간 병원부문에 있어서도 자매병원간 e-Health 사업이 추진 중에 있으며 그 대표적인 병원이 서울중앙병원과 산하 5개 지방병원, 서울대학교 병원과 서울보라매병원, 삼성서울병원과 강북삼성병원 등의 자매병원, 연세의료원 산하 의료기관의 고객정보통합 등이 있다.

2) 미국의 e-Health 시장규모

외국의 경우, 자료 수집의 용이함에 의해 미국의 현황을 간략히 소개하고자 한다. 미국은 e-Health 부문의 발전을 위해 세계에서 가장 많은 투자규모를 보이고 있는데 이에 대한 시장규모의 예측은 조사기관마다 상당한 차이를 보이고 있다. 2004년 e-Health 시장규모는 B2B 시장을 제외하고 총 8,670억 달러에 이를 것으로 추정되고 있다. 그 비중을 살펴보면 전체 시장규모의 80%가 care e-Health 부문으로 압도적으로 큰 시장을 형성할 것으로 전망되었다. 그 뒤를 이어 B2C e-Health, connectivity content e-Health 시장 순으로 조사되었다(그림 V-10, 표 V-19 참조).

[그림 V-10] 미국 e-Health 시장규모(2004년)

(단위: 10억 달러)



<표 V-19> 미국의 부분별 e-Health 시장규모

(단위: 억 달러)

분석기관/연도	e-Health 부문	예측값
E*Offering/2003	정보/광고	4
	B2C	280
	B2B	1.68
Jupiter/2004	OTC	6
	의료 공급품	8
	기능식품	17
	개인진료	23
	약국	46
	총	100
Forrester/2004	소매	220
	B2B	3480

향후 시장성과 성장성을 가름함에 주요 지표인 벤처자본 연평균 투자 증가율을 1998년과 2000년 각 1사분기의 투자 규모를 중심으로 살펴보면 <표 V-20>과 같다. 미국 산업전체의 동기간 벤처자본 연평균 투자 증가율이 138.3%임에 반해 e-Health 부문의 경우 무려 855.7%의 기록적인 성장세를 나타내고 있어 이 부문에 대한 시장의 기대감을 알 수 있다 하겠다.

〈표 V-20〉 미국 벤처자본의 연평균 투자 증가율 비교

(단위: 백만달러)

	1998년 1사분기	2000년 1사분기	연평균 증가율
산업전체	3,032	17,220	138.3%
보건의료부문 전체	653	1,203	35.7%
e-Health 부문	3	274	855.7%

자료: PricewaterhouseCoopers, Moneytree survey, 2001.

현재의 e-Health 부문의 성장세를 이끌고 있는 상거래 e-Health 부문을 살펴보면 시장규모가 향후 급성장할 것으로 전망되고 있다(표 V-21 참조). Forrester Research에 의하면 1999년의 상거래 e-Health 부문의 시장규모는 B2C 시장이 4억 4천만 달러이며 B2B 시장이 60억 달러로 총 64억 달러에서 오는 2004년에는 B2C의 경우 연평균 118.7%씩 상승한 220억 달러이며 B2B의 경우는 연평균 125.3% 상승한 348억 달러로 총 370억 달러에 이를 전망이다.

〈표 V-21〉 미국 상거래 e-Health 부문 시장규모

(단위: 백만 달러, %)

구분	1999	2000	2001	2002	2003	2004	연평균 증가율	온라인거래 비중('04)
B2C	440	1,000	2,200	4,900	11,000	22,000	118.7	8
B2B	6,000	15,000	35,000	81,000	178,000	348,000	125.3	17
총	6,400	16,000	37,000	87,000	190,000	370,000	125.1	16

주: 반올림에 의해 합산이 일치하지 않을 수 있음.

자료: Forrester Research, Inc., Sizing Healthcare eCommerce(1999).

상거래 e-Health 부문의 시장규모의 비중도 2004년에 이르면 보건의료 기업과 개인간 거래 중 8%가, 보건의료 기업간 거래 중 17%가 온라인을 통해 발생되어 전체적으로 16%가 온라인으로 거래될 것으로 전망하였다. 따라서 의약품이

나 의료기기 및 의료장비에 대한 전자적인 유통망의 조기 확대와 함께 기존 유통망의 전면 재조정이 불가피할 것으로 예측된다.

상거래 수단은 크게 인터넷을 통한 (전자)상거래, 전통적인 EDI 및 비전자적 상거래로 구분할 수 있는데 이 중 e-Health 부문에서의 상거래는 이미 1999년 총수입 대비 38.7%를 차지하고 있으며 오는 2002년에는 그 비중이 52.8%에 이를 전망이다. 그러나 인터넷에 기반을 둔 상거래에서 벌어들이는 수익규모는 1999년에 1억 4천 8백만 달러로 전체 수익의 2.9%만을 나타내고 있으나 2002년이면 연평균 148.4%씩 급속하게 상승하여 수익 규모 면에서는 22억 6천 8백만 달러에 이르러 전체 수익 중 31.8% 정도를 차지할 것으로 나타났다(표 V-22 참조).

〈표 V-22〉 미국 보건의료부문 상거래 유형별 수익규모

(단위: 백만 달러, %)

구분	1999		2002		연평균 증가율
	규모	비중	규모	비중	
인터넷상거래	148	2.9	2,268	31.8	148.4
전통적 EDI	1,809	35.8	1,498	21.0	-6.1
비전자상거래	3,092	61.3	3,374	47.2	3.0
총	5,049	100.0	7,140	100.0	12.2

자료: Forrester Research, Inc., *Sizing Healthcare eCommerce*, 1999.

이에 반해 비 전자적 방식에 의한 상거래로 벌어들이는 수익이 차지하는 비중은 1999년 61.3%에서 47.2%로 감소할 것으로 분석되었으며 특히 전통적 EDI에 의한 수익은 비교기간 중 연평균 6.1%씩 감소하여 2002년에는 전체 수익에서 21.0% 정도만을 차지할 것으로 나타났다. 따라서 e-Health 부문에서의 상거래는 폐쇄적 EDI에서 인터넷 상거래로 급속히 옮겨갈 것과 함께 인터넷을 통한 상거래가 대중적 상거래로 자리 잡을 날도 멀지 않음을 엿볼 수 있다 하겠다.

마. e-Health 모형

e-Health 모형은 크게 대상에 따른 모형으로 사업(business) e-Health 모형, 임상(clinical) e-Health 모형 및 소비자(consumer) e-Health 모형이 있고(Deluca and Enmark, 2000), 기능에 따라사 정보(content), 공동체(community), 상거래(commerce), 연결(connectivity) 및 진료(care) 모형으로 나눌 수 있다(FCG, 2000b; GIH, 2002).

1) 대상에 따른 e-Health 모형

〈사업 e-Health 모형〉

사업 e-Health 모형은 주로 보건의료조직의 일상에서 발생하는 행정적인 업무 처리와 함께 상거래와 유통과 같은 재무적인 거래에 대한 어플리케이션을 포함하는 모형으로 크게 재무적, 원/재료적 및 보고 어플리케이션으로 구성된다.

〈임상 e-Health 모형〉

임상 e-Health 모형은 전자 건강관련 자료를 모으고, 전송하고 분석하기 위한 진보된 거래를 포함하는 모형으로 다른 모형에 비해 자료의 안전, 프라이버시 및 자료 표준과 관련된 문제로 인해 상대적으로 가장 늦게 채택되고 있다. 임상 e-Health 모형은 임상을 담당하는 의료진으로 하여금 업무 시간을 보다 효율적으로 활용하게 할 뿐만 아니라 가치 있는 임상과 관련된 의사결정을 지원하고 있어 e-Health의 핵심 모형이라 할 수 있다.

〈소비자 e-Health 모형〉

소비자 e-Health 모형은 사업과 임상 e-Health 어플리케이션과 연계되어 건강과 관련된 활동에 소비자/환자가 직접적으로 참여할 수 있는 기술적 지원을 포함하고 있다. 주요 기능으로는 건강과 관련된 정보를 얻을 수 있고 질병 등과 관련된 교육자료의 획득, 보건의료와 관련된 물품 및 의약품의 구매, 의사와의 메시지 교환 등의 지원이 필요하다.

〈표 V-23〉은 각 모형별로 주요 기능과 이를 위한 지원 기술을 나타내고 있다.

〈표 V-23〉 대상별 e-Health 기능 및 지원 기술

	사업	임상	소비자
기능	<ul style="list-style-type: none"> · 전자 청구서 제출 및 송금 통지 · 전자적 자금이체 · 재료 및 공급사슬관리 · 전자적 의뢰 및 인증 처리 · 정기보고 	<ul style="list-style-type: none"> · 질병관리 · 전자의무기록 · 약제서비스 · 원격의료 · 온라인 상담 	<ul style="list-style-type: none"> · 건강 콘텐츠 · 환자교육자료 · 소매 구매 · 공급자와 환자간 메시지 교환 · 개인건강기록 · 보험금부 관리 · 의사 목록 및 이송
지원 기술	<ul style="list-style-type: none"> · EDI · 인터넷/인트라넷/엑스트라넷 	<ul style="list-style-type: none"> · 임상자료 저장소 · 인터넷/인트라넷/엑스트라넷 · 음성응답서비스(IVR)/팩스 · 무선/펜활용 기술 	<ul style="list-style-type: none"> · 인터넷/인트라넷/엑스트라넷 · 스마트 카드 · 자료저장소 · 전자메일 · 보안메시지 · 음성응답서비스(IVR)/팩스

〈표 V-24〉는 대상 모형별 성장에 따른 특징을 나타내고 있다. 초기의 e-Health 모형이 주로 정보의 정적인 표현과 현재 존재하는 프로세스의 자동화와 관련이 깊다면 보다 발전된 형태에서는 자동화 수준을 넘어서 진보된 기술 지원에 따른 프로세스의 변화를 추구하며 성숙기에 이를 경우 e-Health 프로세스와 기술이 통합되는 형태를 나타낼 것으로 전망하였다.

〈표 V-24〉 e-Health 발전 단계별 특징 비교

	초기	중기	성숙기
e-Health에 대한 일반적 접근법	<ul style="list-style-type: none"> · 정보의 정적 표현 · 존재하는 프로세스의 직접 자동화 	<ul style="list-style-type: none"> · 더욱 진보된 기술지원에 의한 프로세스 변화 	<ul style="list-style-type: none"> · 핵심시스템 능력과 기술 인프라를 가진 기술과 e-health 프로세스와의 통합
사업 어플리케이션	<ul style="list-style-type: none"> · 재고와 공급사슬관리 · 온라인화된 종업원 보험금부, 인명부, 핸드북과 채용기능 · 전자적 청구서 제출 · 전자메일 접근 	<ul style="list-style-type: none"> · 전자적 의뢰 및 인증 · 전자적 청구상태 확인 	<ul style="list-style-type: none"> · 거래 당사자는 회사 엑스트라넷을 통해 받을 어음 상태 확인
임상 어플리케이션	<ul style="list-style-type: none"> · 웹사이트상에서 의사 찾기 및 전문가의 소절에 대한 정보 제공 	<ul style="list-style-type: none"> · 임상 의사에 대해 메시지 전달, 처방 및 여타 임상기능을 제공하는 보건조직의 인터넷/엑스트라넷에 대한 외부적 접근 · 전자적 처방 및 결과 	<ul style="list-style-type: none"> · 임상 의시간 보안된 메시지 전달 · 임상 교육 및 원격지 학습
소비자 어플리케이션	<ul style="list-style-type: none"> · 의료공급자의 약도, 시간 등의 정보에 대한 정적인 웹 표현 	<ul style="list-style-type: none"> · 소비자 및 전문가와의 제한된 상호작용 · 특정 주제별 뉴스레터에 가입 	<ul style="list-style-type: none"> · 일정 등에 대한 환자/소비자의 접근 · 환자/소비자의 개인 건강기록자료의 건강조직 EMR로의 통합

자료: Deluca, J.M., R. Enmark, "E-Health: The Changing Model of Healthcare", *Frontiers*, 17(1), 2000.

2) 기능에 따른 e-Health 모형

〈content e-Health 모형〉

컨텐츠는 웹을 통해 접근 가능한 건강과 관련된 정보를 말한다. 이에는 보건 의료와 관련된 인간의 행동 변화, 의사결정 및 원격지 교육/훈련에 영향을 미치는 정보의 전자적 제공과 함께 이러한 정보 접근을 도와주는 표현 및 검색 기능 등도 포함된다.

〈community e-Health 모형〉

동료간 및 전문가 등과의 메시지 전달, 정보 교환, 정서적 후원 및 커뮤니티의 구축을 포함한다.

〈commerce e-Health 모형〉

온라인 약국, 전자시장 등 전자 상거래와 쇼핑을 포함한다.

〈connectivity e-Health 모형〉

임상 및 보건 정보 시스템, 보건의료서비스와 시스템의 통합 및 행정적 거래 등 보건의료 시장에 속하는 여러 참여자를 연결하는 인터넷에 기초한 재화와 서비스를 말한다.

〈care e-Health 모형〉

자기 진료, 진료 조정과 정보 이식성, 전자건강기록, 공유된 임상 의사결정, 전문가 시스템, 질병관리 및 원격의료/원격건강 등을 포함한다.

이와 같은 e-Health 모형은 이를 이용하는 사람의 건강수준에 따라 각기 다르게 활용되고 있다(표 V-25 참조). 즉, 건강한 사람의 경우 건강정보는 주로 급성질환, 임신, 예방, 노화방지 및 의료제공자 정보의 일시적 탐색 수준에 있으나 신규 환자의 경우 적정 의료진료에 대한 전문 정보를 철저하게 탐색하게 될 것이다. 또한 만성병자와 이들 간병인의 경우는 새로운 진료, 약, 다이어트, 영양, 대체의학 등 모든 질병과 치료에 대한 정보를 정밀하게 탐색하는 경향을 뚜렷이 나타낼 것이다. 이는 여타의 e-Health 모형에 있어서도 분명한 차이를 보일 것으로 판단된다.

한편, e-Health의 발전을 저해하는 장애요인 또한 이용자의 건강수준에 따라 차이가 있는데 건강한 사람의 경우 정보 홍수 등이 e-Health 활용을 저해할 수 있으며 신규 환자의 경우는 정보의 불분명한 질과 잘못된 정보에 의해, 만성병자의 경우는 프라이버시 등에 대한 신뢰가 없을 경우 e-Health 산업은 느린 성

장을 할 것이다. 이와 함께 공히 프라이버시와 이용자에 따른 정보격차, 의료의 근본적 속성인 대민관계 등에 대한 철저한 대비가 필요하다 하겠다.

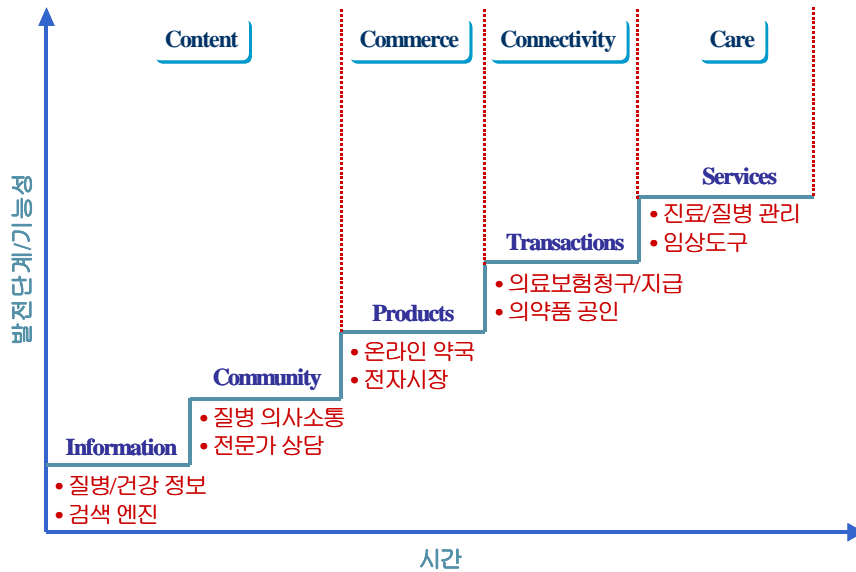
〈표 V-25〉 e-Health 이용자의 건강수준별 특징

	건강한 사람	새롭게 감진받은 자	만성질환자 및 간병인
Content	• 단기 급성병, 임신, 예방, 노화방지 및 의료제공자 정보의 일시적 탐색	• 적정 의료진료에 대한 전문 정보의 매우 철저한 탐색	• 새로운 진료/약/다이어트/영양/대체의학 관련 정보의 규칙적 탐색 (키워드 이용)
Community	• 일반적 채팅 (특수 건강정보에 대한 소량의 의사소통)	• 전문가, 동일 질병의 환자, 대체 의학, 자원 조직 등에 대한 24시간 접근	• 만성병자와 간병인간 온라인 채팅 활성화 (비법/최근의 학정보, 전문가 조언/질병관리 경험 등 공유)
Commerce	• 건강 관련 제품의 온라인 구매(상비약, 건강보조제, 화장품, 비타민, 기저귀, 건강기능식품, 성 등)	• 상업적 애플리케이션의 부족	• 온라인을 통해 의약품과 의료기 등 구입에 강한 욕구 (메일주문 처방약/OTC/가격 확인)
Care	• 건강한 자의 욕구를 충족시켜줄 콘텐츠 부족에 의해 제한적	• 의사 등으로부터의 환자교육	• 애플리케이션의 부족 (질병관리프로그램, 생명통계/테스트 결과 의 온라인 전달 포함)
장벽	• 정보 홍수 • 건강에 대한 관심 부족	• 정보의 불분명한 질 • 잘못된 정보	• 프라이버시와 의무기록의 신뢰성
• 프라이버시 • 정보격차 • 의료의 high touch 욕구			

자료: Deluca, J.M., R. Enmark, "E-Health: The Changing Model of Healthcare", Frontiers, 17(1), 2000.

이상의 세 모형은 상대적으로 e-Health의 발전단계와 연계하여 설명할 수 있는데 이는 다음과 같다(그림 V-11 참조).

[그림 V-11] 기능별 e-Health 모형의 발전 단계



바. e-Health 발전 단계

e-Health는 다음과 같은 다섯 단계를 거쳐 발전할 것으로 전망된다(FCG, 2000b, 2000c). 첫 단계는 발행(Publish) 단계로 이는 웹을 통해 고객과 고용자에게 회사 개요, 상품, 계획, 정책, 마케팅 정보 및 뉴스 등 정적인 정보를 발간하는 단계를 말한다. 두 번째 단계는 상호작용(Interact)단계로 이는 관련된 정보를 제공함에 의해 커뮤니티를 형성하고 이를 사이트와 조직간에 상호작용이 가능하도록 하는 단계를 말한다. 세 번째 단계는 거래(Transact) 단계로 확고한 셀프 서비스 능력과 온라인 거래를 전개하는 단계를 말한다. 네 번째는 통합(Integrate) 단계로 이는 전 비즈니스 기능을 자동화하기 위한 노력 하에 수많은 거래의 자동화를 통합하는 단계를 말한다. 마지막으로 전환(Transform) 단계로 이는 고객과 비즈니스 파트너간 양끝을 연결하는 웹에 기초한 상호작용을 통하여 모든 프로세스를 끊임없이 통합하여 전체 기업을 변형하는 단계를 말한다.

사. e-Health 추진 전략

보건의료산업에 있어 e-Health 추진 전략의 원칙은 크게 첫째, 운영의 효과성과 전략적 포지셔닝을 통한 조직적 성과를 확대하는 것(Porter, 2001)과 둘째, 보건의료조직을 소비자에게 가장 효과적으로 반응하도록 함에 놓여질 수 있다(Deloitte Research, 2001).

운영의 효과성이란 동일한 일을 경쟁자와 동일한 방식으로 행하나 경쟁자보다 뛰어나게 처리하는 것을 말하는 것으로 우수한 기술, 양질의 투입물, 잘 훈련된 직원, 효과적인 관리구조 등을 통해 가능해 진다. 따라서 경쟁자보다 높은 수준의 운영의 효과성을 달성하고 유지할 수 있을 때에 한해 경쟁우위를 얻을 수 있으나 경쟁자에 의해 상대적으로 쉽게 복제될 수 있어 경쟁력 동질화 현상이 산업전반에 발생하게 된다.

이에 반해 전략적 포지셔닝은 동일한 일을 경쟁자와 다른 방식으로 일을 처리함으로써 고객에게 독특한 형태의 가치를 제공하는 것을 말한다. 따라서 이는 경쟁자에 의해 쉽게 복제되기 어렵기 때문에 전략적 포지셔닝이 보다 중요해지고 있다. 전략적 포지셔닝을 구축한다고 하는 것은 일종의 원칙과 관련된 문제로 성장보다는 수익성에 대한 집중력을 요구하면서 독특한 가치창출목표를 정의하는 능력과 하지 말아야 할 일들이 무엇인가를 선택함으로써 나타나는 반대급부를 기꺼이 감당하겠다는 의지를 표방하는 것을 말한다.

1) e-Health 전략 원칙

〈조직적 성과를 확대하기 위한 e-Health 전략 원칙〉

지식과 정보관리에 있어 인터넷 기술의 활용은 다양한 부분에서 보건의료 성과의 향상을 기대하게 한다. 예를 들어, 새로운 임상 정보시스템은 의료 질의 향상, 효율성의 증가 및 이윤 확대를 제공함을 통해 환자 진료 환경에서의 새로운 가치 기회를 제공할 수 있다. 특히, 시장의 경쟁이 치열해 지고 있는 상황에서는 이러한 임상 정보시스템을 활용한 보건의료 조직의 경우 우월성과 경쟁우위를 확보함에 보다 직접적인 영향을 미칠 것이다.

e-Health 시스템은 다음과 같은 역할과 기능을 수행함으로써 조직성과를 향상시킬 수 있다.

첫째, e-Health는 인터넷 기술을 활용하여 비용감소와 질 향상의 기회를 보다 확대할 것이다. 그러나 이는 조직의 창의적 능력에 따라 효과성에 큰 차이가 있을 것으로 전망되고 있다. 보건의료 조건의 활동 가치의 모든 측면이 인터넷과의 통합 대상이 될 수 있다. 따라서 e-Health 시스템의 조기 도입은 경쟁적 비용우위를 점할 수 있으나 이러한 기술에 대한 일반적 접근이 가능해지면 경쟁자에 의해 상쇄될 위험도 크다.

둘째, e-Health는 지식과 정보관리를 통하여 성과 향상을 도모할 수 있다. 지적 자산의 성공적인 획득과 활용은 생산성 향상과 함께 종업원들로 하여금 보다 강한 영향력을 보유하게 한다. 내부 지식관리 능력의 향상은 특히 보건의료 조직에 있어 가장 저투자된 e-Biz 영역 중에 하나이다.

셋째, e-Health는 노동력의 훈련이나 전문성 개발을 통하여 혁신과 경쟁적 우위를 점하게 할 수 있다. 특히, e-Learning 기술의 저비용과 자기 서비스 속성은 보건의료 환경에 적합한 관계로 병원의 경우 전문 스텝의 고용 및 유지, 의료진 상호간의 의사소통 및 보건의료 기업의 자사 제품에 대한 의료진 교육 등에 커다란 영향을 미칠 수 있다.

넷째, e-Health는 비즈니스 프로세스의 간소화와 표준 채택의 기회를 확대하여 인터넷 중심의 기술 확산에 기여한다. 이러한 인터넷 중심 기술로의 이전은 공급자와 구매자간 계약 등과 같은 비즈니스 관습을 간소화하여 관련 노력을 감소시킬 수 있다. 특히, 공통 표준과 포맷의 개발과 활용은 비즈니스 관련 당사자간 연결성을 보다 용이하게 한다.

다섯째, e-Health는 경쟁자가 협력, 이른바 'co-opetition'을 유도하여 관련 당사자의 분절적이고 개별적 노력에 비해 보다 효과적인 성과를 가능하게 한다. 이러한 산업내 협력은 행정적, 임상적 및 재무적 정보의 전달에 있어 개별적 시스템 개발보다 더욱 선호되어지고 있다. 따라서 관련 정보의 공통 표준의 채택은 진료 시스템의 효율성과 질을 향상시킬 수 있다.

〈소비자 중심주의에 대응하기 위한 e-Health 전략 원칙〉

첫째, e-Health는 의사와 환자/소비자 연결에 있어 초석을 제공하고 있다. 무엇보다도 의사는 의료관련 정보, 조언 및 진료의 가장 신뢰할 만한 원천임을 감안할 때 e-Health의 높은 가치를 반영하고 있다 하겠다. 따라서 e-Health 소비자들은 의사와 소비자간의 관계에 있어 콘텐츠, 편리성, 개별화 및 연결성을 기대하고 있으며 이를 추진하는 전략 또한 이 관계를 보다 강화하는 형태로 설정되어야 한다.

둘째, e-Health 소비자에 있어 보다 편리한 환경과 시간/비용 절감의 서비스 마련의 중요성은 다른 여타의 부가가치 서비스에 보다 특히 중요하다.

셋째, e-Health 소비자에 대한 서비스는 조직 전체를 통틀어 온라인과 오프라인의 통합을 요구한다. 즉, e-Health 소비자의 욕구를 충분히 충족시키기 위해서는 온라인, 콜 센터, 개인 등 모든 채널을 통한 정보와 의사소통이 통합되어야 한다.

넷째, 자신의 개별적 임상 정보의 보안에 대한 e-Health 소비자의 신뢰를 얻는 것은 무엇보다 중요한 일이다. 따라서 보건의료 조직의 입장에서 이러한 신뢰를 얻을 수 있는 능력은 곧 e-Health 경쟁 우위 획득과 밀접한 관련이 있다.

2) 주체별 e-Health 전략

올바른 e-Health 전략 수립을 진단할 수 있는 다음과 같은 몇 가지 주요한 질문이 있다. 이를 통해 e-Health 추진 방향을 명확히 하고 미진한 부분을 보충하여 e-Health 추진에 따른 기대 가치를 극대화하여야 한다.

〈의료서비스 제공자를 위한 전략〉

첫째, e-Health 도입은 환자와의 관계를 확대하고 있는지, 새로운 수익 기회를 제공하고 있는지 및 전반적 조직의 가치를 제고하고 있는지를 살펴야 한다.

둘째, 다른 주위 병원과 비교하여 차별적인 e-Health 서비스를 제공하고 있는지 살펴보아야 한다.

셋째, e-Health 도입은 존재하는 자산과 경쟁 우위를 활용하고 있는지, 브랜드 인지와 의사환자 관계가 고려되고 있는지에 대해 살펴보아야 한다.

넷째, e-Health 투자가 비용 구조를 개선하고 비즈니스 프로세스의 혁신을 보다 용이하게 하고 있는지, 특히 공급사슬관리를 보다 효율적으로 수행하게 하는지를 살펴보아야 한다.

다섯째, 지불과 청구 프로세스 및 수익 흐름의 확장에 정보시스템을 최적으로 활용하고 있는지를 살펴보아야 한다.

여섯째, 인력자원관리가 e-Health에 의한 종업원 훈련과 개발의 허용 및 스태프의 모집과 유지 능력의 향상에 의해 투자대비 수익을 보다 확대할 수 있는지 보다 큰 수익을 확보할 수 있는지를 살펴보아야 한다.

일곱째, 환자 진료의 질을 관리하고 향상시키기 위하여 인터넷 기술을 자신의 지적 자산의 지렛대로 활용할 수 있는지를 살펴보아야 한다.

여덟째, 자신의 임상 정보시스템이 소비자에게 진료의 높은 질을 제공하도록 기능하고 있는지를 살펴보아야 한다.

〈보건계획자를 위한 전략〉

첫째, e-Health가 자신의 전반적인 전략을 더욱 차별적으로 만들어 주는지, 즉, e-Health가 경쟁자들이 쉽게 모방하거나 채택하기 어렵게 하는 경쟁적 우위를 제공하는지 여부를 살펴보아야 한다.

둘째, 인터넷에 대한 투자가 자신의 전반적 전략을 강화하는지 여부를 살펴 보아야 한다.

셋째, 투자(특히 의료비용관리 측면에서)가 조직의 성과를 확대하고, 환자와 의사간의 관계를 유지하고 의료비용을 통제하는데 도움을 주고 있는지를 살펴 보아야 한다.

넷째, e-Health에 대한 투자가 비용-효과적인 방법, 즉, 보다 친숙한 방법으로 멤버들의 욕구와 선호를 충족시키는 방법으로 고객중심주의를 강화하도록 향상 된 포지셔닝에 위치하도록 하는지를 살펴보아야 한다.

다섯째, e-Health는 여타의 위협 또는 잠재적인 보건계획 대체재 등에 대해

대처하게 하는지를 살펴보아야 한다.

여섯째, 인터넷에 대한 투자가 보건의료조직의 유사하고 직접적이 아닌 경쟁에 대한 가치를 재판매 할 것인지와 이것이 부가적 수익의 원천으로 고려될 수 있는지를 살펴보아야 한다.

일곱째, 조직의 e-Health 투자가 사업 모델 혁신을 구성하는지, 즉, 자신의 사업 모형에 대해 '누가', '무엇을', '어떻게'에 대해 다시 생각하게 하는지를 살펴 보아야 한다.

여덟째, 자신의 고객이 자신의 인터넷 능력과 서비스에 대해 무엇을 말하고 있는지, 부가가치 서비스와 편리함을 제공함에 의해 고객의 경쟁자로부터 차별화되고 있는지를 살펴보아야 한다.

〈보건의료업체를 위한 전략〉

첫째, e-Health에 대한 투자가 연구활동의 효율성과 범위를 향상시키고 시정화 시간을 단축시키는지 또한 내부 지적 자산을 확보하고 통합시키며 지렛대 역할을 수행하는지를 살펴보아야 한다.

둘째, 내부 정보시스템은 과학적인 마케팅 자료를 축적하고 최고로 활용하도록 하는지, 이 정보가 신상품 개발을 보다 효율적으로 수행하게 하는지 및 시장의 욕구와 기대를 보다 잘 파악하도록 도움을 주는지를 살펴보아야 한다.

셋째, 정보시스템이 연구개발, 생산, 판매 및 마케팅에 있어 자신의 전략적 제휴 파트너와 보다 용이하게 의사소통이 가능하게 하는지를 살펴보아야 한다.

넷째, 정보시스템이 시장 성공확률을 높이는 제품 디자인에 있어 불필요한 가이드라인을 제공할 수도 있는 규제 기관과 소비자 조직과 원활하게 의사소통하도록 하는지를 살펴보아야 한다.

다섯째, 유전자공학과 이와 관련된 개발에 대해 유용할 수 있는 과학적 정보의 흐름을 조절할 준비가 되어 있는지를 살펴보아야 한다.

여섯째, 인터넷 투자가 자신의 공급사슬 관리와 생산의 효율성을 향상시킴에 의해 조직 성과와 이윤을 확대하는지를 살펴보아야 한다.

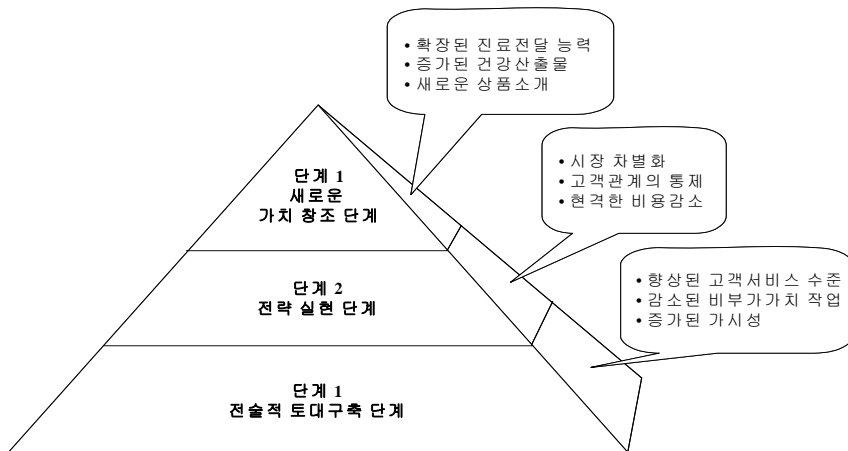
일곱째, 인터넷 투자가 의사와 모든 유형의 고객들과 직접적으로 새로운 관

계를 열고 확대하도록 하는지를 살펴보아야 한다.

여덟째, 인터넷 응용물이 현재 마케팅 노력에 대해 효율성을 향상하고 있는지 또한 이것이 인터넷에 정통한 고객에 대해 자사 제품에 대한 정보를 확산시키는 것에 도움을 주고 있는지를 살펴보아야 한다.

이러한 일련의 전략의 성공적 실천은 e-Health를 고객서비스 수준의 향상과 비부가가치 작업의 감소 및 가시성의 증가를 목표로 하는 전술적 토대구축 단계를 넘어 시장차별화, 고객관계의 통제 및 현격한 비용감소를 기대하는 전략 실현 단계에 도달하게 할 것이다. 궁극적으로 확장된 진료전달 능력과 증가된 건강산출물, 그리고 새로운 상품을 소개하는 편익을 기대하는 새로운 가치창조 단계로 발전하면서 기존의 보건의료부문을 e-Transformation시킬 것으로 전망된다(그림 V-12 참조).

[그림 V-12] e-Health 전환 단계



VI. 결론

서비스 국제교역은 세계화 과정의 일부로서 점차 증가하고 있다. 이는 또한 WTO/DDA 협상에 의해 가속화되어 향후에도 계속 이어질 것으로 예상되고 있으며, 보건의료부문도 서비스교역 자유화라는 환경변화에 영향을 받고 있다.

보건의료부문의 국제교역은 NAFTA, EU 등의 지역교역을 중심으로 하여 발생하고 있으며, 이들 회원국간에는 교역장벽이 점차 낮아지고 있다. 또한 몇몇 국가들은 보건의료서비스의 적극적인 국제교역을 통하여 자국의 경제발전을 도모하기 위한 전략을 구사하고 있다. 이와 같은 국가들은 보건의료서비스를 수출하기 위해 정부, 공공 및 민간부문과의 연계, 민간부문연합, 혹은 민간기업을 중심으로 하는 여러 가지 형태의 효율적인 수출전략을 마련하여 해외진출을 시도하고 있다.

우리나라는 보건의료서비스 분야가 외국인 투자제한업종으로 규정되어 있던 조항이 1995년이래 폐지됨에 따라 외국자본 진출이 가능하게 되었다. 또한 WTO 다자간 시장협상 내에서 시장진입에 제약을 주는 규제조항들의 철폐를 주장하고 있어, 기존에 외국자본이 우리나라에 진출하는데 진입장벽이 되었던 규제조항들이 향후에도 실질적으로 유지될 수 있을 것인지에 대해서는 많은 제한점을 지니고 있다. 더구나 원격의료와 같은 새로운 형태의 국제교역이 보건의료부문에서 발생하고 있으며 이들의 성장잠재력 및 영향력을 고려할 때 새로운 규정 및 규제의 틀을 세워야 할 필요성이 제기되고 있다. 이러한 환경변화속에서 정부가 보건의료서비스부문의 교역을 고려할 경우, 상업적 관심과 더불어 국민전체의 의료의 질 향상 및 효율적인 서비스, 접근성 향상 등을 보장하는 사회적 우선순위와 조화되는 선택이 요구되고 있다. 즉, 세계화 및 개방화가 보건의료부문의 효율성(efficiency), 형평성(equity), 질적 수준(quality)에 미치는 영향이 심도있게 분석되어야 하고, 이 모두를 균형있게 제고할 수 있도록 하는

정책방향의 설정이 중요하게 부각되고 있다.

지난 UR 협상시 보건의료서비스분야의 시장개방을 위한 요구가 여타서비스 부문에 비하여 높지 않은 것으로 나타났다. 이와 같이 보건의료부문의 국제적인 개방화 정도는 다른 부문과 비교하여 상대적으로 낮은 수준인 것을 알 수 있다. 다만, mode 2에 있어서는 상대적으로 교역이 비교적 자유로이 허용되는 반면, mode 3에 대해서 각 국가들은 물적·인적 자원부족을 해소하고 해외직접 투자를 통해 효율성을 향상시키려는 의도로 양허가 이루어지고 있으며, mode 4에 대해서는 다른 mode보다 상당히 제한적인 것으로 나타났다. 그리고 DDA 협상에서 각국이 제출한 1차 양허안을 기초로 2003년 5월 스위스 제네바에서 미국, EC, 일본, 캐나다 등 QUAD 국가들과 양자협상을 가졌는데, 보건의료서비스 분야에 대하여 공공성을 이유로 양허하지 않거나 추가양허 하지 않을 것임을 밝힌 것으로 알려지고 있다. 또한 미국, 일본도 보건의료서비스분야에 대한 논의에 소극적이며 특히, 의료인력 이동(mode 4)과 관련된 시장개방에 대해서는 부정적인 입장을 가지고 있는 것으로 알려지고 있다. 더욱이 2003년 9월 10일부터 14일까지 멕시코 칸쿤에서 개최된 WTO 각료회의에서 회원국간 이견을 좁히지 못하고 결렬됨으로써, 보건의료서비스분야 시장개방의 구체적인 개방일정 및 개방폭을 예측하기가 더욱 힘들게 되었으며, 이로 인해 국내대책 마련에 불확실성이 증폭되는 부담감을 안게 되었다.

이와 같이 보건의료부문의 특성에 대한 각국의 기본시각, 선진국과 개도국간의 입장차이, 개방에 따라 해결하여야 하는 제반 전제조건, WTO 회원국들의 보건의료서비스분야에 대한 1차 양허요구안 및 양허안 동향, WTO 협상의 전체적인 진행 상황들을 종합하면 보건의료서비스분야에 대한 협상은 앞에서 언급한 바와 같이 제한적이며 불투명한 상황이라 할 수 있을 것이다. 그러나 선진국은 mode 3을 중심으로, 개도국은 mode 4를 중심으로 하여 DDA 협상을 통해 개방과 관련하여 쟁점사항으로 파악되어지는 원격의료의 허용, 영리법인 허용, 외국인 의료면허자격인정 등과 관련된 문제에 관해 지속적인 논의가 이루어질 것이라 예상된다.

따라서, 우리나라도 보건의료서비스부문의 시장개방과 관련하여 WTO/DDA

협상에서 유리한 결과를 이끌어 내고 사회적 가치의 조화로운 실현을 도모하기 위한 방안이 필요할 것이다. 이러한 정책 방향 설정을 위해서 본 연구는 시장 개방에 따른 영향력을 공급형태별로 고찰하고 바람직한 우리의 기본입장을 간략하게 논의하였다. 본 서는 우리의 구체적인 개방수준에 대한 입장을 제시하지 않았다. 현재와 같이 협상에서의 불확실성이 존재하는 상황에서 우리의 구체적인 개방수준을 제시하는 것은 바람직하지 않다고 판단하였기 때문이다.

원격의료의 경우, 선진외국의 저명한 외국 의료진으로부터 자문이 가능하고 업무의 생산성이 증가하는 등의 장점은 있으나 의료사고시 책임소재, 의료보험 적용 여부, 국경간 면허, 기술 및 표준화 문제 등이 해결되어야 할 것이다. 이러한 측면들을 고려하면 국경간 공급과 관련한 논의 역시 상당히 제한적일 것으로 예상된다. 그러나, 정보통신기술과 결합한 보건의료분야의 시장잠재성과 우리나라가 어느 정도 IT에서 우위를 갖고 있는 점을 활용하여 국제적인 논의를 주도할 수 있는 노력이 바람직할 것이다.

해외소비의 경우에는 국내에서 이용할 수 없는 선진화된 의료기법 및 전문치료를 제공받을 수 있는 경제적 효과에도 불구하고 의료보험 적용관련 문제가 장벽으로 작용하였다. 해외 여행의 자유화, 개방화 등에 따라 해외소비를 규제하거나 제한하는 것이 현실적으로 곤란하다는 측면을 고려하면, 이 공급형태는 실제적으로 개방이 이루어진 상태라 할 수 있으며 전향적인 입장에서 상호주의 원칙에 입각하여 접근하는 것이 바람직하다고 사료된다.

영리법인을 허용할 경우 의료기관에 경쟁 및 혁신을 도입함으로써 효율성을 도모할 수 있는 긍정적인 측면들과 함께, cream skimming과 같은 부정적인 측면들을 논의하였다. 병원성과에 관한 연구결과를 종합하여 보면, 전반적으로 비영리병원의 성과와 영리병원의 성과가 유사함을 알 수 있을 것이다. 중요한 것은 법적 소유형태보다는 오히려 시장에서의 경쟁 양상이라 할 수 있을 것이다. 의료의 공공성이 강조되긴 하지만, 의료환경의 변화를 반영하여 소유형태를 공급자들의 자율에 맡기는 방안을 적극적으로 검토하는 것이 필요할 것이다. 영리법인병원의 도입은 우리나라 병원산업의 패러다임을 바꾸는 계기가 될 것이다. 영리법인병원들이 시장에 진입해서 병원의 경영구조를 대폭 개선하고 경영

의 패러다임을 바꿈으로서 동 산업의 구조조정과 이에 따른 긍정적 효과를 기대할 수 있을 것이다. 이러한 영리법인 허용여부에 관한 면밀한 검토와 함께 의료기관의 내적 경쟁력 및 공공성을 확충하는 환경 조성, 관련제도정비를 위한 작업 등이 선행되어야 할 것이다.

인력의 유출 및 유입과 관련해서 경제적 영향력을 살펴본 결과, 전문의료인력의 귀국으로 선진의료기법 도입에 따른 대외 경쟁력이 향상되고 일시적 의료인력유입으로 저렴하고 양질의 의료서비스를 제공받을 수 있는 긍정적인 측면이 있는 반면, 의료인력의 유출에 따른 보건의료서비스 접근도 감소 및 서비스 질 저하와 같은 부정적인 측면이 존재함을 살펴보았다. 또한 인력이동의 경우 외국면허 및 자격인정여부, 경제적 수요심사, 해외진출과 관련된 타국에 대한 불완전 정보 등이 교역장벽으로 작용하고 있음을 살펴보았다. 인력이동과 관련한 협상에는 선진국들이 매우 소극적인 자세를 취하고 있어 거의 진전을 이루기가 힘들 것으로 판단된다. 또한, 보건의료부문의 경우에는 의료의 질을 담보할 수 있는 동등한 교육수준 및 자격증 상호인정(MRA)의 진전을 위한 논의가 동시에 이루어져야 인력이동에 관한 실질적인 협상을 기대할 수 있다. 그러나, MRA가 현실적으로 이루어지기 어렵고 MRA문제를 상설의제화하지는 의견에 대해서도 선진국들이 반대입장을 보이고 있어 mode 4의 실질적인 협상은 지극히 제한적일 것으로 예상된다. 이러한 점을 고려하여 장기적인 관점에서 접근하는 것이 바람직 할 것이며, 기존에 체결되어 있는 MRA들의 공통요소를 추출하여 MRA관련 다자적 틀(multilateral framework)을 마련하고, 회원국들의 관심영역부분에 적용시켜 나갈 수 있도록 하는 노력이 요구된다.

한편, 본 서에서는 보건의료시장 개방에 따른 경제적 영향력 및 우리나라의 의료환경을 검토하여 바람직한 의료체계의 정립을 위한 방향설정을 논의하고자 하였으며, 장기적인 관점에서의 시장개방에 대비한 경쟁력 강화방안을 모색하고자 하였다. 이는 개방에 대비하고 적극적인 해외진출을 위한 모색뿐 아니라 우리나라 국민들의 보건수준의 향상 및 후생의 증대를 위해서도 우리 보건의료부문의 역량을 강화하는 것이 필요하기 때문이다.

이를 위하여 우선 우리나라 보건의료부문의 경쟁력 정도를 추론할 수 있는

논의를 시도하였다. WHO에서 제시한 보건의료시스템의 성과를 보면, 우리나라 보건의료부문은 건강수준면에서 107위, 전체성과에서 58위로 나타나 전반적으로 취약한 보건의료시스템임을 알 수 있었다. 또한 우리나라에 양허요청서를 제출한 국가를 중심으로 보건의료자원을 비교한 결과, 고가첨단장비에 있어서는 여타 선진국 수준으로 보유하고 있는 것으로 나타났으나, 활동의사 수 및 간호사 수에 있어서는 선진국에 비해 다소 미흡한 수준인 것으로 나타났다. 그리고 급성병상수에 있어서는 우리나라가 여타 선진국에 보다 월등히 높은 것으로 나타났다. 한편, 보건의료시스템 성과지표 중 암생존율에 있어서는 우리나라 남성의 경우 매우 취약한 것으로 나타나, 전반적으로 우리나라 보건의료부문이 여타 선진국에 비해 다소 취약한 영역임을 알 수 있었다.

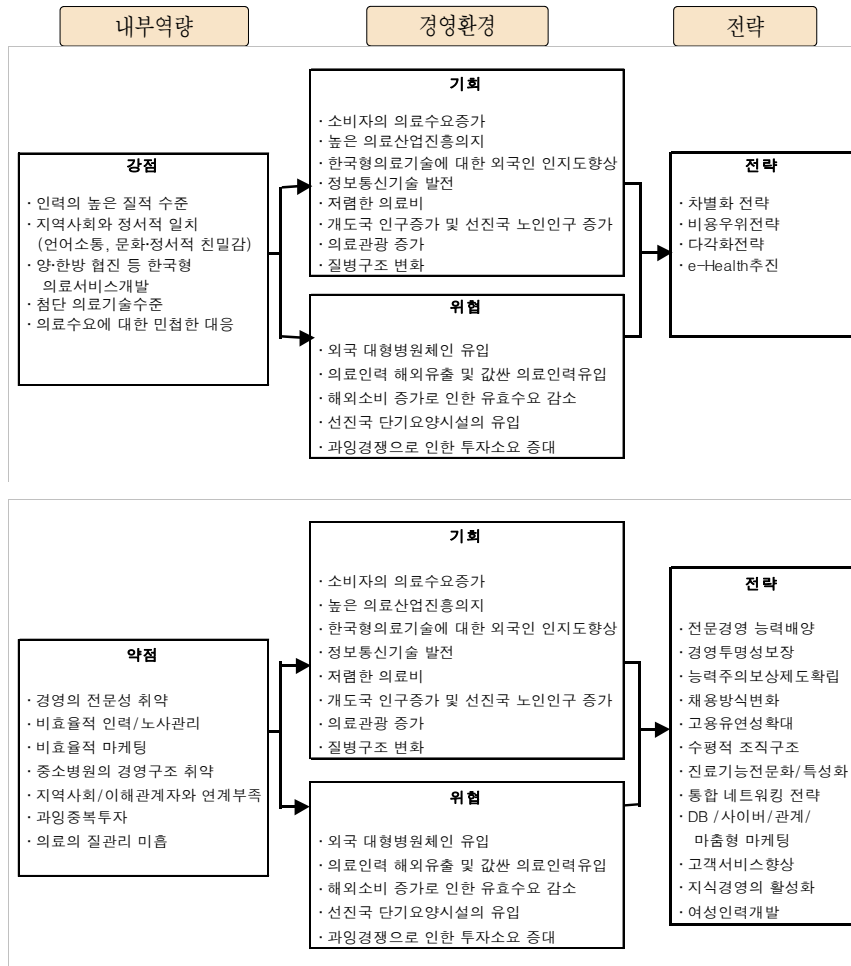
이와 같은 분석에 이어 본 서에서는 우리나라 병원산업의 특성 및 국제경쟁력환경을 분석하기 위해 수요 및 공급측면에서 우리나라 의료기관의 현황을 살펴보았다. 이러한 환경분석을 토대로 하여 국내 의료기관에 대한 SWOT을 검토해 본 결과 다음과 같이 도출되었다. 첫째, 병원서비스의 강점으로는 인력의 높은 질적 수준, 지역사회와 정서적 일치, 양·한방 협진 등 한국형 의료서비스 개발, 첨단 의료기술수준, 의료수요에 대한 민첩한 대응이라는 측면을 들 수 있다. 둘째, 국내 의료기관이 지닌 약점으로는 경영의 전문성 취약, 비효율적 인력관리, 중소병원의 경영구조 취약, 지역사회 및 이해관계자와의 연계부족, 과잉중복투자, 의료의 질관리 미흡 등으로 볼 수 있다. 셋째, 병원산업을 둘러싼 환경변화로 획득할 수 있는 기회요소로는 소비자의 의료수요증가, 의료산업진흥의지, 한국형 의료기술에 대한 외국인의 인지도 향상, 정보통신기술 발전, 개도국 인구증가 및 선진국 노인인구 증가, 의료관광 증가, 질병구조 변화 등을 고려해 볼 수 있다. 마지막으로 시장개방에 따른 위협을 보면, 외국 대형병원체인 유입, 전문의료인력의 해외유출 및 개도국 의료인력의 유입, 해외소비 증가로 인한 유효수요 감소, 선진국 단기요양시설의 유입, 과잉경쟁으로 인한 투자소요 증대 등을 제시할 수 있다.

이와 같은 결과를 토대로 하여 우리나라 보건의료체계의 바람직한 정립을 위한 정부의 역할을 논의하였으며, 병원산업의 국제경쟁력 강화방안, 그리고 산업

구조의 고도화를 위한 e-Health 전략화 등의 측면에서 논의하였다.

우선, 보건의료시장의 체계 정립을 위한 바람직한 정부정책 방향으로 요양기관 강제지정 제도 재검토, 영리법인 병원에 대한 진입 제한 완화, 시장의 활성화를 위한 정보 제공, 의료기관간 네트워크 활성화, 민간의료보험의 역할 정립, 형평성 확보 등을 제시하였다.

[그림 VI-1] SWOT분석을 통한 경쟁력 강화 전략



그리고 병원산업의 국제경쟁력 강화를 위해 크게 병원 내부구조 및 관리혁신 전략, 고객마케팅 전략, 인적자원관리 전략으로 나누어 살펴보았다. 마지막으로 최근에 인터넷을 중심으로 한 정보기술의 발달, 의료기술과 유전자기술의 진전, 시장의 역학구조 변화와 가치 사슬의 최적화 등과 같은 환경변화 속에 성장하고 있는 e-Health를 중심으로 보건의료부문의 산업구조의 고도화를 도모할 수 있는 전략을 제시하였다. 이와 같은 SWOT분석을 통한 병원산업 및 e-Health 추진전략을 [그림 VI-1] 과 같이 제시하였다.

참고문헌

- 권순원, 『의료비의 상승과 억제대책』, 의료보험관리공단, 1985, 3(4):24~34.
- 권순원·양봉민, 『의료보험 확대과정의 국제비교-한국, 서독 및 일본』, 의료보험관리
공단, 1990, 59:33~52.
- 김성국, 『여성인력의 전략적 개발』, 한국노동연구원 편, 명경사, 2000, pp.313~337
- 김용익, 『보건의료공급체계와 보건의료자원』, 한국보건사회연구원발표자료, 2003.
- 대외경제정책연구원, “간쿤각료회의의 평가 및 DDA 협상 전망”, DDA 세미나자료,
2003.9.
- 대통령자문의료제도발전특별위원회, 『의료제도발전을 위한 정책과제』, 2003.
- 대한병원협회, 전국병원명부, 2002.
- 박하영, 『의료분야 정책결정의 과학화를 위한 조건들』 의료보험연합회, 1991,
102:18~24.
- 변중화 외, 『국민건강증진사업의 운영 및 평가체계 개발』, 보건복지부·한국보건사
회연구원, 1999.
- 보건복지부, 『2001 국민건강·영양조사』, 2002.
- _____, 『보건복지통계연보』, 각 연도
- 산업자원부, 내부자료, 2003.
- 서영준, 디지털시대의 병원경영전략 수립에 관한 연구. 병원경영학회지, 6(2), 2001,
pp.173~201
- 서영준, 양동현, 신경주, 병원의 지식경영과 그 준비도에 관한 연구, 한국병원경영
학회 1999 추계 학술대회 연세집. 1999, pp.84~120.

- 서정석, 『The effect of exchange rate change on quality levels of traded goods』, Journal of Korea Trade, Vol.11, 1998.
- 선우덕 외, 『OECD 국가간 노인성질환치료의 비교방법 및 정책개발에 관한 연구』, 용역보고서 2000-11, 한국보건사회연구원, 2000.
- 양봉민, 『보건경제학원론』, 수문사, 1989.
- 유규창, 박우성, 인적자원관리 설문가 조사, 21세기형 인적자원관리, 한국노동연구원 편, 2000, pp.58~61.
- 이견직·정영호·정윤희, 『보건의료부문의 전자상거래 활성화 방안』, 한국보건사회연구원, 2001.
- 이규식, 『건강보험의 새로운 패러다임 모색』, 『사회보장연구』, 2002:18:2, pp.231~238.
- 이태진·장원기, 『일차진료 중심의 NHS 개혁에 대한 고찰』, 『보건경제연구』 Vol. 6, 2000, pp.163~180.
- 이혜영, 서영준, 병원 연봉제에 관한 경영자 인식조사 및 도입기본전략. 병원경영학 회지, 2000, 5(1), pp.105~128.
- 정영호·고숙자·윤강재, 『WTO 도하개발아젠다 협상 출범에 따른 보건의료서비스 분야 대응방안 연구』, 한국보건사회연구원·보건복지부, 2003.
- 정영호·박순찬·고숙자·윤강재 『WTO 체제하의 보건의료서비스 분야 개방협상동향 및 정책적 시사점』, 한국보건사회연구원, 2002.
- 최병호, 『OECD 한국보건의료체계 평가』, 정책토론회자료집, 한국보건사회연구원, 2003.
- 피터 드러커 외(현대경제연구원 역), 지식경영, 21세기 북스, 1999.
- 필립 코틀러(김정구 역). 미래형 마케팅, 세종연구원, 1999.
- 한국경제연구원, 『우리나라 서비스산업의 경쟁력 분석 및 뉴라운드 대응』에 관한

- 연구, 외교통상부 연구용역보고서, 1998. 12.
- 한국노동연구원, 『21세기형 인적자원관리』 명경사, 2000.
- 한국보건사회연구원, 『보건복지포럼』, 2001. 7.
- 한국보건산업진흥원, 『병원경영분석』, 2001.
- _____, 『보건산업백서』, 2002.
- Abel-Smith B., Cost Containment and New Priorities in the European Community. *The Milbank Quarterly*, Vol.70, 1992. pp.393~416.
- Adams, O., and Kinnon, C., "A public health perspective", (eds.) Zarrilli, S, and Kinnon, C. in *International trade in health services*, UNCTAD and WHO, 1998.
- Adlung and Carzaniga, "Health Services under the General Agreement on Trade in Services", *Bulletin of WHO*, 2001, 79(4).
- American Hospital Association, "Hospital Statistics", American Hospital Association, Chicago, 1995.
- Anell, A. and Willis, M., "International comparison of health care systems using resource profiles" *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78(6).
- Arrow, K.I., "Uncertainty and the welfare economics of medical care", *American Economic Review* 1963, 53(5):941~973
- Baker, S., "e-health: Injection e-commerce into Canada's health care system", *CMA Management*, 2000, 41.
- Becker, G., "A Theory of Competition among Pressure Groups for Political Influence," *Quarterly Journal of Economics*, 1983, 98, 371~400.
- Becker, E.R., and F.A. Sloan, "Hospital ownership and preference", *Economic Inquiry*, 1985, 23(1):21~36.

- Bernard, S., Evolution of the eHealth Space, Pharmaceutical Executive Supplement, March, 2000.
- Brooks, J. M., A. Dor and H. S. Wong, "Hospital-insurer bargaining: An empirical investigation of appendectomy pricing", *Journal of Health Economics*, 1997, 16(4):417~435.
- Brouwer, W. B. F., Koopmanschap, M. A. and Rutten, F. F. H. Productivity costs measurement through quality-of-life? a response to the recommendation of the Washington panel. *Health Economics*, 6(1997), pp.253~9.
- Buchan et al. "International nurse mobility: Trends and policy implications", WHO/EIP/OSD/2003.3.
- Calem, P.S., and J.A. Rizzo, "Financing constraints and investment: New empirical from hospital industry data", *Journal of Money, Credit, and Banking*, 1995, 27(4):1002~1014.
- California HealthCare Foundation, Health e-People: The Online Consumer Experience, 2000.
- Canadian International Business Strategy(CIBS), "Life Sciences Branch, Health Industries, 1999~2000, (<http://strategies.ic.gc.ca/SSG/ht01195e.html>).
- Chanda R., "Trade in Health Services", CHM working paper series, paper no. WG 4:5, 2001.
- Chernichovsky, D., "Health System Reforms in Industrialized Democracies: An Emerging Paradigm," *The Milbank Quarterly*, 1995, 73:3, 339~372.
- Coile, R., "E-Health: Reinventing Healthcare in the Information Age", *J. of Healthcare Management*, 2000, 45(3).
- Cyber Dialogue Inc., The 1999 Cybercitizen Health Survey, 1999.
- Cyber Dialogue Inc., Ethics Survey of Consumer Attitudes about Health Web Sites, 2000.

- Deaton, A., "Policy Implications of the Gradient of Health and Wealth," *Health Affairs*, 2002, 21:2, 13~30.
- Deloitte Research, Strategy and E-Health, 2001.
- Deluca, J.M., R. Enmark, "E-Health: The Changing Model of Healthcare", *Frontiers*, 2000, 17(1).
- Dranove, D., "Demand inducement and the physician-patient relationship", *Economic Inquiry*, 1988, 26:281~298.
- Dranove, D., "Pricing by non-profit institutions: The case hospital cost-shifting", *Journal of Health Economics*, 1988, 7(1):47~58.
- Dranove, D. and M. Satterthwaite, "Monopolistic Competition when Price and Quality are Imperfectly Observable," *Rand Journal of Economics*, 1992, 23:3, 508~534.
- Dranove, D., et al., "Is Hospital Competition Wasteful?" *RAND Journal of Economics*, XXIII, 1992, 247~262.
- Dranove, D., M. Shanley and W. White, "Price and Concentration in Hospital Markets: The Switch from Patient-Driven to Payer-Driven Competition," *Journal of Law and Economics*, 1993, 36, 179~204.
- Duke University Center for Health Policy, Law and Management, A Guide for Communities Considering Hospital Conversion in the Carolinas(Center for Health Policy, Durham, NC), 1998.
- Duncan, W., P. Ginter and L. Swayne, Strategic Management of Health Care Organizations, 2nd edition, Blackwell, 1995.
- Easley, D., and M. O'Hara, "The economic role of the nonprofit firm", *Bell Journal of Economics*, 1983, 14(2):531~538.
- Evans D, Tandon A, Murray CJL, Lauer J, " Overall health system achievement for 191

- countries, WHO, GPE Discussion Paper No.26, 2000.
- Farsi, M., "Changes in Hospital Quality after Conversion in Ownership Status", USC Center for Law, Economics & Organization Research Paper No. Co1-18, 2001.
- Feldman, R., H. Chan, J. Kralewski, et al., "Effects of HMOs on the Creation of Competitive Markets for Hospital Services," *Journal of Health Economics*, 1990, 9, 207~222.
- Feldstein, Martin S., "Hospital Price Inflation: A Study of Nonprofit Price Dynamics," *American Economic Review*, LXI, 1971, 853~872.
- First Consulting Group(FCG), eHealth: Transforming Care, Reaching Customers, 2000a.
- First Consulting Group(FCG), White Paper: An Executive's Guide to eHealth and the Internet, 2000b.
- First Consulting Group(FCG), Health Plans on the Road to E-Health, 2000c.
- First Consulting Group(FCG), Ten e-Health Trends 2002, 2002.
- Fisher, E. S., et al., "Associations among Hospital Capacity, Utilization, and Mortality of U.S. Medicare Beneficiaries-Controlling for Sociodemographic Factors, *Health Services Research*, 1999.
- Forrester Research Inc., Hospital's New Supply Chain, 2000.
- Forrester Research Inc., Sizing Healthcare eCommerce, 1999.
- Frech, H. E. III, Competition and Monopoly in Health Care, Washington, DC: AEI Press, 1996.
- Friedman, L., Microeconomic Policy Analysis, McGraw Hill, 1984,.
- Gerdtham U.G, Jonsson, "International Comparisons of Health Expenditure: theory, data and econometric analysis", in Handbook of Health Economics (eds. Culyer

- and Newhouse), North-Holland, 2000.
- Ginsburg, P.B., and F.A. Sloan "Hospital cost-shifting", *New England Journal of Medicine*, 1984, 310(14):893~898.
- Gish, O., "Brain drain", short note, Lahore, November 13, 1999.
- Glaser, W.A., *Paying the Hospital. The Organization, Dynamics, and Effects of Differing Financial Arrangements*, Jossey-Bass Publishing, San Francisco, CA, 1987.
- Goddeeris, J.H., and B.A. Weisbrod, "Conversion from nonprofit to for-profit legal status: Why does it happen and should anyone care?", *Journal of Policy Analysis and Management*, 1998, 17(2):215~233.
- Graddy, E., "Interest Groups or the Public Interest --Why do We regulate Health Occupations?" *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1991, 16, 25~49.
- Grannemann, T., R. Brown and M. Pauly, "Estimating Hospital Costs: A Multiple Output Analysis," *Journal of Health Economics*, 1986, 5, 107~127.
- Grant Makers in Health(GIH), *Examining E-Health*, 2002.
- Gray, B. H., "For-Profit Enterprise in Health Care, National Academy Press, 1986.
- Gray, B. H. "Conversion of HMOs and hospitals: What's at stake?", *Health Affairs*, 1997, 16(2):29~47.
- Gray, B. H., and M. Schlesinger, "The profit transformation of the hospital and HMO fields", 1997, unpublished.
- Grossman, S., and O. Hart, "The costs and benefits of ownership: A theory of vertical and lateral integration", *Journal of Political Economy*, 1986, 94(4):691~719.
- Gupta, I. et al., "The case of India", in *International trade in health services: a development perspective*(eds Zarrilli & Kinnon), UNCTAD & WTO, 1998.
- Hansmann, H. B. "The role of non-profit enterprise" *The Yale Law Journal*, 1980,

89(5) 835~901.

Hansmann, H. B., *The Ownership of Enterprise*, The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge and London, 1996.

Hansmann, H. B., "Ownership of the firm", in: P. Newman, ed., *The New Palgrave Dictionary of Economics and the Law*, Vol 1 (McMillan Reference Limited/Stockton Press, London and New York), 1998, 735~742.

Harris Interactive, *The 10,000 Patients Survey*, 1999.

Harris Interactive, *Four-Nation Survey Shows Widespread but Different Levels of Internet Use for Health Purposes*, Vol. 2, No. 11, 2002.

Hart, O., *Firms, "Contracts, and Financial Structure"*, Oxford University Press, Oxford, 1995).

Hart, O., A. Shleifer and R.W. Vishny, "The Proper scope of government: Theory and an application to prisons", *Quarterly Journal of Economics*, 1997, 112(4):1127~1162.

Hart, O., and J. Moore, "Property rights and the nature of the firm", *Journal of Political Economy*, 1990, 98(6):1119~1158.

Hartz, A.J., H. Krakauer, E.M. Kuhn et al., "Hospital characteristics and mortality rates", *New England Journal of Medicine*, 1989, 321:1720~1725.

Held, Philip J., and Mark V. Pauly, "Competition and Efficiency in the End Stage Renal Disease Program", *Journal of Health Economics*, II, 1983:95~118.

Herzlinger, R. E., and W. S. Krasker, "Who profit from nonprofits?", *Harvard Business Review*, 1987(January/February):93~106.

Hesketh T. and Zhu W. X "Health in China: The Healthcare market", *BMJ* 1997:314:1616.

Hoekman, Bernard, and Mattoo, Aditya, "Services, Economic Development and the Next

- Round of Negotiations on Services, World Bank, Washington D.C., 14, 1999.
- Hoerger, T.J., "Profit' variability in for-profit and not-for-profit hospitals", *Journal of Health Economics*, 1991, 10(3)259~289.
- Hoerger, T. J., "Hospital investment in the 1980's", 1995, unpublished paper, March.
- Hoffmeyer, U., K. Ullrich and T.R. McCarthy, *Financing Health Care*, Kluwer Academic Publishers, 1994.
- Houyuan Xing, "The case of China", in *International trade in health services: a development perspective*(eds Zarrilli & Kinnon), UN &WTO, 1998.
- IBM, *E(Health) Transformation: Managing Healthcare in a Networked World*, 2002.
- Institute of Medicine, *For-Profit Enterprise in Health Care*, National Academy Press, Washington, 1986.
- Johannesson, M. "The relationship between cost-effectiveness analysis and cost-benefit analysis", *Social Science and Medicine*, 41, 1995, pp.483~9.
- Joskow, Paul L., "The Effects of Competition and Regulation on Hospital Bed Supply and the Reservation Quality of the Hospital," *Bell Journal of Economics*, XI(1980), 421~447.
- Kaluzny, A., J. Morrisey and M. McKinney, "Emerging Organizational Networks: The Case of the Community Clinical Oncology Program," in S. Mick, ed., *Innovations in Health Care Delivery: Insights for Organization Theory*, Jessey-Bass, 1990, 86~115.
- Kaluzny, A. and H. Zuckerman, "Strategic Alliances: Two Perspectives for Understanding Their Effects on Health Services," *Hospital and Health Services Administration*, 1992,37:4, 477~490.
- Kawachi, I., and B. Kennedy, "Income Inequality and Health: Pathways and Mechanisms," *Health Services Research*, 1999, 34:1, 215~227.

- Keeler, E. B, L.V. Rubinstein, K. L. Kahn, D. Draper, E. R. Harrison, M. J. McGinty, W. H. Rogers and R. H. Brook, "Hospital characteristics and quality of care", *Journal of the American Medical Association*, 1992, 268(13):1709~1714.
- Keeler, E.B., G.L. Melnick and J. Zwanzinger, "Changing effects of competition on non-profit and for-profit hospital pricing behavior", *Journal of Health Economics*, 1999, 18(11), February.
- Koop, G., J. Osiewalski and M.F.J Steel, "Bayesian efficiency analysis through individual effects: Hospital cost frontiers", *Journal of Economics*, 1997, 76:77~105.
- Kwon, S., "Structure of Financial Incentive Systems for Providers in Managed Care Plans," *Medical Care Research and Review*, 1996, 53:2, 149~161.
- Kwon, S., "Payment Systems for Providers in Health Insurance Markets," *Journal of Risk and Insurance*, 1997, 64:1, 155~173.
- Kwon, S. and S-Y. Tang, "Reinventing Government: A Critique from an Institutional Perspective," *International Journal of Public Administration*, 1998, 21:10, 1449~1472.
- Lakdawalla, D., and T. Philipson, "A neoclassical theory of nonprofit production", 1998, July.
- Lethbridge J. "Forces and Reactions in Healthcare" Public Services International Research Unit, 2002. (www.psir.org).
- Lewin, L.S., R.A. Derzon and R. Margulies, "Investor-owned and nonprofits differ in economic performance", *Hospitals*, 1981, 55(13):52~58.
- Luft, H., J. Robinson, D. Garnick, et al., "The Role of Specialized Clinical Services in Competition among Hospitals," *Inquiry*, 1986, 23, 83~94.
- Lynk, "The Creation of Economic Efficiencies in Hospital Mergers," *Journal of Health*

- Economics*, 1995, 14, 507~530.
- Lynk, William J., "Nonprofit Hospital Mergers and the Exercise of Market Power," *Journal of Law and Economics*, XXX(1995), 437~461.
- Mandil, S. H., "Telehealth: What is it? Will it propel cross-border trade in health services?," in *International trade in health services: a development perspective*(eds Zarrilli & Kinnon), UN & WTO, 1998.
- Mark, T. L. "Psychiatric hospital ownership and performance", *Journal of Human Resources*, 1996, 1(3):631~649.
- Marsha Gold, "The Changing US Health Care System: Challenges for Responsible Public Policy", *The Milbank Quarterly*, 1999, Vol.77, No.1.
- Marsteller, J., Bovbjerg, R., Nichols, L., "Nonprofit Conversion: Theory, evidence, and state policy options", *Health Service Research*, 1998, 33(5): 1495~1535.
- Mashayekhi, M., "GATS 2000 Negotiations: Options for Developing Countries", Trade-Related Agenda, Development and Equity, Working Paper No. 9, 2000.
- Melnick, G., J. Zwanziger, et al., "The Effects of Market Structure and Bargaining Position on Hospital Prices," *Journal of Health Economics*, 1992, 11, 217~233.
- Morrisey, M. A., *Cost-Shifting in Health Care: Separating Evidence from Rhetoric* The American Enterprise Institute Press, Washington, 1994,.
- Needleman, J., "Nonprofit to for-profit conversions by hospitals" *Public Health Reports* March/April, vol.14, 1999.
- Needleman, J., D. J. Chollet and J. Lamphere, "Hospital conversion trends", *Health Affairs*, 1997, 16(2):187~195.
- Noether, M., "Competition among Hospitals," *Journal of Health Economics*, 1988, 7, 259~284.

- OECD, 『A System of Health Accounts』, 2000.
- OECD, "Service Providers on the Move: A Closer Look at Labour Mobility and the GATS", TD/TC/WP, 2001, 26/REV1.
- OECD/SOPEMI, "Trends in International Migration: Annual Report 2001", OECD, Paris, 2001.
- OECD, "Services providers on the move: the economic impact of mode 4", TD/TC/WP(2002)12, 2002.
- OECD, OECD Health Data File, 2003, 2003.
- OECD, "A Disease-based Comparison of Health Systems: What is best and at what cost?", 2003.
- Oulton, JA., "International trade and the nursing profession", in International trade in health services: a development perspective(eds Zarrilli & Kinnon), UNCTAD & WTO, 1998.
- Overman, E. and A. Cahill, "Information, Market Government, and Health Policy: A Study of Health Data Organizations in the States," *Journal of Policy Analysis and Management* , 1994, 13:3, 435~453.
- Pan American Health Organization(PAHO), "Investment in Health: Social and Economic Returns", Scientific and Technical Publication No.582, 2001.
- Pattison, R.V., and H.M. Katz, "Investor-owned and not-for-profit hospitals", *New England Journal of Medicine*, 1983, 309(6):347~353.
- Pauly, M.V. , *Doctors and their Workshops*, University of Chicago Press, Chicago, IL, 1980.
- Pauly, M., "Nonprofit Firms in Medical Markets," *American Economic Association Papers and proceedings*, 1987, 257~262.
- Peltzman, S., "Toward a More General Theory of Regulation," *Journal of Law and*

- Economics*, 1976, 19, 211~248.
- Phelps, C., "Diffusion of Information in Health Care," *Journal of Economic Perspectives*, 1992, 6, 23~42.
- Pollock, A. & Price, D. "Rewriting the regulations: how the World Trade Organisation could accelerate privatisation in health care system" *The Lancet* vol.356: 2000.
- Porter, M., "Strategy and the Internet", *Harvard Business Review*, 2001.
- PricewaterhouseCoopers, *Electronic Business Outlook*, 1999a.
- PricewaterhouseCoopers, *Health Care Venture Capital Report*, 1999b.
- PricewaterhouseCoopers, *HealthCast 2010*, 2000.
- PricewaterhouseCoopers, *Moneytree Survey*, 2001.
- Reilly, M. C., Zbrozek, A. S. and Dukes, E. M. "The validity and reproducibility of a Work Productivity and Activity Impairment Instrument", *Pharmacoeconomics*, 4, 1993, pp.353~65.
- Richardson, R., "eHealth for Europe", *Eurohealth*, 8(2), 2002.
- Robinson, J., and H. Luft, "The Impact of Hospital Market Structure on Patient Volume, Average Length of Stay, and the Cost of Care", *Journal of Health Economics*, IV(1985), 333~356.
- Romeo, A. A., J. Wagner and R. Lee, "Prospective reimbursement and the diffusion of new technologies in hospitals", *Journal of Health Economics*, 1983, 3(1):1~24.
- Rosen, H., *Public Finance*, 4th ed., Irwin, 1995.
- Rosenberg, C. E., *The Care of Strangers: The Rise of America's Hospital System* Basic Books, New York, 1987.

- Russell, L., "Technology in Hospitals: Medical Advances and Their Diffusion", brookings institution, Washington, 1979.
- Saltman and Figueras, ed., "European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies", WHO, 1997.
- Satterthwaite, Mark A., "Consumer Information, Equilibrium Industry Price, and the Number of Sellers, *Bell Journal of Economics*, X(1979), 472~482.
- Schlesinger, M., R. Dorwart, C. Hoover and S. Epstein, "Competition ownership and access to hospital services", *Medical Care*, 1997, 35(9):974~992
- Shortell, Steven, and E. Hughes, "The Effects of Regulation, Competition, and Ownership on Mortality Rates among Hospital Inpatients, *New England Journal of Medicine*, CCCXVIII(1988), 1100~1107.
- Sloan, F. A., and B. Steinwald, "Hospital Labor Markets: Analysis of Wages and Work Force Composition", D.C. Heath-Lexington Books, Lexington. MA, 1980a.
- Sloan, F. A., and B. Steinwald, Insurance, Regulation, and Hospital Costs, D.C. Heath-Lexington Books, Lexington, MA, 1980b.
- Sloan, F. A., and R. A. Vraciu, "Investor-owned and not-for-profit hospitals: Addressing some issues.", *Health Affairs*, 1983, 2(1):25~37.
- Sloan, F. A., J. Valvona and J. M. Perrin, "Diffusion of surgical technologies: An exploratory study", *Journal of Health Economics*, 1986, 5(1):1~61.
- Sloan, F., "Property Rights in the Hospital Industry," in H. E. Frech III ed., *Health Care in America: The Political Economy of Hospitals and Health Insurance*, San Francisco: Pacific Research Institute for Public Policy, 1988, 103~143.
- Sloan, F. A., K. Whetten-Goldstein and A. Wilson, "Hospital pharmacy decisions cost containment, and the use of cost-effectiveness analysis", *Social Sciences and Medicine*, 1997, 45(4):523~533.

- Sloan, Picone, Taylor, Chou, "Hospital ownership and cost and quality of care: Is there a dime's worth of difference?", *NBER working paper series*, 1998.
- Sloan, F. A., D. Taylor and C. Conover, "Hospital conversions: Is the purchase price too low?", in: D.M. Cutler, *The Changing Hospital Industry: Comparing Not-for-Profit Institutions*, University of Chicago Press, Chicago, IL, 2000, 17~44.
- Sloan, F. A., "Not-for-profit ownership and hospital behavior" in *handbook of health economics* by A. J. Culyer and J. P. Newhouse, 2000.
- Starr, P., *The Social Transformation of American Medicine*, Basic Books, New York, 1982.
- Stigler, G., "The Theory of Economic Regulation," *Bell Journal of Economics*, 1971, 2, 3~21.
- Stiglitz, J., *Economics of the Public Sector*, 2nd ed., Norton, 1988.
- Tadahiko Tokita, "The Prospects for Reform of the Japanese Healthcare System", *Pharmacoeconomics* 2002; 20 Suppl. 3: 55~66.
- Tandon A., Murray CJL, Lauer J, Evance D. "Measuring overall health system performance for 191 countries", Geneva, WHO, 2000(GPE Discussion Paper No. 30)
- Town, Robert, and Gregory Vistnes, "Hospital Competition in HMO Networks: An Empirical Analysis of Pricing Behavior," draft, 1997.
- UN, "manual on statistics of international trade in services", Economic and social affairs, 2002.
- UNCTAD Secretariat, "International Trade in Services: Difficulties and Opportunities for developing countries", in *International trade in health services: a development perspective*(eds Zarrilli & Kinnon), UNCTAD &WTO, 1998.

- US Medicare Payment Advisory Commission. Health Care Spending and the Medicare Program, 1998.
- USITC, "Health Care Services" in Recent Trends in US Services Trade, Chapter 13, Washington DC, 1999.
- van Roijen, L., Essink-Bot, M-L., Koopmanschap, M. A. et al. "Labour and health status in economic evaluation of health care", *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 12, 1996, pp.405~415.
- Vavra, T. G., After marketing: How to keep customers for life through relationship marketing, 2nd ed., Irwin, 1995, p.14.
- Vistnes, Gregory, "Hospital Mergers and Antitrust Enforcement," *Journal of Health Politics, Policy and Law*, XX(1995), 175~190.
- Vita, M., 1990, "Exploring Hospital Production Relationships with Flexible Functional Forms," *Journal of Health Economics* 9, 1~21.
- Vitaliano, D. F., and M. Toren, "Hospital cost and efficiency in a regime of stringent regulation", *Eastern Economic Journal*, 1996, 22(2):161~175.
- Wedig, G. J., F. A. Sloan, M. Hassan and M. A. Morrissey, "Capital structure, ownership, and capital payment policy: The case of hospitals", *Journal of Finance*, 1988, 43(1):21~40.
- Wedig, G. J., M. Hassan and F. A. Sloan, "Hospital investment decisions and the cost of capital". *Journal of Business*, 1989, 62(4):517~537.
- Weimer, D. and A. Vining, Policy Analysis: Concepts and Practice, 2nd ed., Prentice Hall, 1992.
- Weisbrod, B. A., Test, M. A., and Stein, L. I. "Alternative to mental hospital treatment. II Economic benefit - cost analysis", *Arc General Psychiatry*, 37, 1980, pp.400~5.

- Weisbrod, B. A., *The Nonprofit Economy*, Harvard University Press, Cambridge, MA, 1988.
- Wennberg, J., "Dealing with Medical Practice Variations: A Proposal for Action," *Health Affairs*, 1984, 3, 6~31.
- WHO "The world health report 2000-Health Systems: Improving Performance", 2000.
- WHO "Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development", 2001.
- WHO, "Assessment of GATS and Trade in Health Services: An International Consultation on Monitoring and Research Priorities", 2002.
- Wilkinson, R., "Health Inequalities: Relative or Absolute Material Standards?," *British Medical Journal*, 1997, 314, 591~595.
- Williamson, O., *The Economic Institutions of Capitalism: Firms, Markets, Relational Contracting*, Free Press, 1985.
- Wilson, G. W., and J. M. Jadow, "Competition, profit incentives, and technical efficiency in the provision of nuclear medicine services", *Bell Journal of Economics*, 1982, 13(2):472~482.
- WTO, "HEALTH AND SOCIAL SERVICES," S/C/W/50, September 1998.
<http://www.wto.org/wto/services/services.htm>
- WTO, "Presence of Physical Persons(Mode 4)", Background Note by Secretariat, S/C/W/75, 1998a
- Yach D, Bettcher D. "The globalization of public health, I: threats and opportunities," *American Journal of Public Health*, 1998, 88:735~738.
- Zuckerman, H. and T. D'Aunno, "Hospital Alliances: Cooperative Strategy in a Competitive Environment," *Health Care Management Review* 1990, 15:2, 21~30.

Zukerman, S., J. Hadley and L. Iezzoni, "Measuring hospital efficiency with frontier cost functions", *Journal of Health Economics* 1994, 13(3):255~280.

Zwanziger, J. and G. Melnick, "The Effects of Hospital Competition and the Medicare PPS Program on Hospital Cost Behavior in California," *Journal of Health Economics* 7(1988), 301~320.

□ 著者略歷 □

• 鄭永虎

美國 New York University 經濟學 博士

現 韓國保健社會研究院 副研究委員

〈主要 著書〉

『保健醫療部門의 e-비즈니스 活性化 方案 研究』,韓國保健社會研究院, 2002. (共著)

『保健産業의 研究開發 波及 및 生産性 分析』, 韓國保健社會研究院, 2001. (共著)

• 權純晚

美國 University of Pennsylvania(Wharton School)

Managerial Science and Applied Economics 博士

現 서울大學校 保健大學院 保健政策管理學 教授

• 徐榮浚

美國 University of Iowa 醫療經營學 博士

現 延世大學校 保健科學大學 保健行政學 教授

• 李泐植

韓國科學技術院 經營科學 博士

現 協成大學校 保健管理學 教授

• 高淑子

英國 University of York 經濟學 碩士

現 韓國保健社會研究院 研究員

研究報告書 2003-05

WTO 도하개발아젠다에 따른 保健醫療서비스部門의
協商 爭點 및 競爭力 強化 方案 研究

A Study on WTO/DDA Negotiations in Health Services:
Issues and Policy Directions for Enhancing Competitiveness

2003年 12月 日 印刷 價 8,000원

2003年 12月 日 發行

著 者 鄭 永 虎 外

發行人 朴 純 一

發行處 韓國保健社會研究院

서울特別市 恩平區 佛光洞 山42-14

代表電話 : 02) 380-8000

登 錄 1994年 7月 1日 (第8-142號)

印 刷 대명기획

© 韓國保健社會研究院 2003

ISBN 89-8187-298-8 93510