

제 1 주제

의료서비스의 대외 개방에 따른 대응전략

한국보건사회연구원 사회연구부장

노 인 철

醫療서비스시장 對外開放에 따른 政策課題

노 인 철

한국보건사회연구원 사회연구부

I. 序 論

오늘날 세계경제는 1970년대 석유파동 이후의 급격한 산업구조적 변화에 대응하기 위해 새로운 질서로 이행할 것을 끊임없이 요구받고 있다. 그동안 GATT체제 내에서 이루어진 60년대의 케네디라운드(1964-67)와 70년대의 동경라운드(1975-79)가 상품교역에 관련된 관세 혹은 비관세에 관한 협상이었던데 비해 우루과이라운드(1986-93)는 그외에도 농산물, 서비스, 지적소유권, 투자문제를 새로 포함함으로써 각국의 "시장개방확대"와 "서비스교역 자유화"라는 새로운 무역질서를 다루는 매우 광범위한 것으로 세계교역질서의 재편을 가져오는 획기적인 것이다.

UR협상의 타결과정을 지켜보면서 주목해야 할 것은 쟁점사항의 대부분이 미국과 유럽공동체 특히 미국의 주도하에 이루어졌으며, 강대국들은 협상과정에서 과거 어느 때보다도 철저하게 자국 이익을 챙겼다는 사실이다. 새로 출범할 세계무역기구(World Trade Organization)는 어떤 질서를 요구할 것인가. 그 질서는 한마디로 이제 지구촌의 모든 국가의 산업 또는 기업들은 모든 업종에 걸쳐 경쟁하는 형태가 될 것으로 예측된다. 즉 상품 및 서비스의 교역에 관한 질서뿐 아니라 더 나아가서 기술 및 정보지식의 경쟁, 기업간 소프트웨어의 경쟁이 이루어지는 질서가 될 것이다. 이런 경쟁의 영역이 이렇게 확대되는 것은 우리에게서 엄청난 나쁜 충격은 도저히 아닐 수 없다.

이제 UR 협정의정서에 대한 각국의 의회 비준절차만 남아 있으므로 그 이행의 세부계획에 관한 철저한 준비는 이제부터 시작되어야 할 것이다.¹⁾ 왜냐하면 우리

도 모르는 사이에 의료서비스시장의 향방이 남의 손에 의해 일방적으로 결정되는 일이 없도록 하여야 하기 때문이다. 우리 정부의 외국인투자 개방스케줄에 따라 의료서비스시장에 대한 외국인 투자는 1995년 1월부터 개방될 전망이다. 그로 인한 외국인의 국내 시장침투는 단순히 양적인 증가측면 뿐만 아니라 질적인 측면에서도 의료서비스 분야에 많은 변화를 가져올 것으로 전망됨에 따라 의료계는 지금까지의 관행에서 벗어나 각종 진료 및 병원경영 면에서 질적 변화를 적극적으로 추진해야 하는 시점에 이르렀다.

따라서 국제화시대에 필연적으로 따르는 개방화추세를 수용하고 적극적으로 준비하려는 노력은 빨리 진행되면 될수록 바람직하며, 이런 맥락에서 의료계는 무엇이 어떻게 달라져야 하는가를 모색해 보는 것도 매우 의미있는 일이 될 것이다. 의료서비스분야에 대한 시장접근은 의료인의 이동, 투자에 의한 의료기관의 설립, 경영자문 등으로 분류해 볼 수 있으나 여기서는 자본이동에 관해서만 다루기로 한다.²⁾

-
- 1) UR 협정의정서가 채택됨에 따라 각 국가는 이행계획서를 제출하였으며, 4월 12일-13일 모로코에서 117개 전회원국이 참여하는 각료회의를 열어 정식 조인식을 가졌다. 이제 각국의 의회 비준절차를 마치게 되면 UR의정서는 빠르면 1995년 초 아니면 7월부터 발효될 전망이다.
 - 2) 의료전문인력의 이동에 관한 개방스케줄은 아직 구체적으로 논의된 바 없다. 전문인력의 이동은 외국인의 의사(치과의사, 한의사, 조산사 포함)면허를 어떻게 인정해주느냐 하는 문제와 아울러 입국문제가 수반되기 때문에 이에 대한 다자간 합의를 도출하는 데는 상당한 시간이 소요될 것으로 전망된다. 참고로 미국 등의 선진국은 꺼리는 입장인 반면 개도국은 개방을 요구하고 있는 실정이다. 보다 자세한 내용은 노인철외, [의료서비스시장 대외개방에 따른 대응방안 연구], 한국보건사회연구원, 1992 참조. 위탁경영은 의료기관의 전반적인 경영, 자문(consulting), 원무과 업무의 대행 또는 프로그램 개발, 의약품의 조달 등의 구매사업, 세탁 및 청소 등의 외주용역 그리고 의료장비의 리스도입 등도 계약조건에 따라 포함될 수 있다. 위탁경영의 형태는 미국에 있는 전문회사가 국내 병원들과 직접 계약을 맺을 수도 있고, 또는 국내에 별도의 자회사를 설치하여 계약에 의해 경영을 위탁받을 수도 있다. 어떤 경우든 국내 병원의 자유의사에 의해 계약된 병원은 계약의 내용 및 조건에 따라 수수료를 부담한다.

Ⅱ. 外國人 投資開放이 醫療市場에 미치는 效果

1. 直接投資에 관한 理論的 根據

외자도입법(제 4519호) 및 외국인 투자인가지침에 투자제한업종으로 규정되어 있던 조항이 폐지됨에 따라 1995년 1월부터 의료서비스분야에 외국인투자가 허용된다. 해외직접투자(international direct investment)는 일반적으로 국제자본 이동과 병원의 해외진출이라는 두가지 측면이 있다.³⁾ 전자는 시설과 의료장비를 갖춘 병원을 구입하여 국내 의료인에게 사용료(임대료)를 받고 대여하는 형태 또는 병원을 짓고 투자대상국의 의료인을 고용하여 진료 및 병원경영까지 하는 형태이다. 물론 투자국의 의료인 고용문제는 의료인의 이동에 관한 협정이 마련되어 있지 않아서 당분간 전문인력의 이동은 어렵다고 판단된다. 후자의 경우는 외국 유명병원의 분원(branch) 형태로 설립되거나 미국병원기업(American Hospital Corporation)과 같은 큰 회사의 체인병원으로 진입하는 형태이다.

해외직접투자가 발생하는 요인에 대해서는 하이머(S. Hymer)의 기업의 독점적 우위이론과 던닝(J.H. Dunning)의 무역 해외입지결충이론 등이 있는데, 이들 이론을 응용하여 해외병원투자를 결정하는 요인을 설명해 보기로 한다. 해외에서 병원을 설립해서 운영할 때 외국병원은 현지병원과 비교해서 불리한 입장에 처하게 되는 것이 보통임에도 불구하고 직접투자를 하는 이유는 시장의 불완전성에 기인한 독점적 우위를 통해 충분한 이윤을 얻을 수 있다고 보기 때문이다. 한편 독점적 우위 이외에도 투자대상국의 해외입지여건도 고려하지 않으면 안된다는 것이다. 즉 고려대상이 되어야 하는 해외입지여건으로는 시장규모, 시장의 성장속도 발전단계, 현지병원의 경쟁력 등의 마케팅요소, 세제(稅制), 의료사고의 분쟁정도, 그리고 투자대상국의 의료수가를 포함한 의료정책 등을 들 수 있다.

3) 이에 대한 상대적 개념으로 단지 이자수익과 배당만을 노려 주식을 구매하는 해외간접투자(international portfolio investment) 방법도 있다.

2. 直接投資가 兩國經濟에 미치는 效果

해외직접투자에 의하여 투자국(home country)이 누리는 이익 중의 하나는 자본가에게 귀속되는 이윤이 본국에서의 투자보다 크다는 점이다. 투자대상국은 대체로 자본이 부족한 국가이므로 자본/노동 비율이 낮다. 따라서 투자국은 직접투자의 결과 투자국내의 병원에서 보다 높은 투자수익을 얻게 되어 국내 후생복지(social welfare)를 증진시킬 수 있게 된다는 것이다.

그러나 투자국은 세계상의 문제로서 투자대상국에서 지불한 세액만큼을 감하면 투자국의 사회적 이익이 해외직접투자에서 오히려 감소할 수 있는 경우도 발생한다. 이런 경우라 하더라도 병원시설 및 운영에 필요한 첨단 의료장비, 의료기기, 의료용품 등을 자국에서 수입함에 따라 실질적 투자수익을 올릴 수도 있으며 또한 해외의 새로운 공급망을 형성하여 자국수출의 보완적인 역할을 한다는 것이다.

한편 투자대상국(host country)이 외국인의 직접투자로부터 얻을 수 있는 이익은 의료기관 설립에 따른 서비스생산 및 고용증대에 의한 소득창출효과와 투자회사의 이윤발생에 대하여 부과되는 조세수입이 있다. 또한 의료기술의 노우-하우(know-how)나 병원관리 및 경영기술, 마케팅관련 기술 등의 이전에 따른 이익 등을 들 수 있다.

3. 國內 醫療서비스 市場에 미치는 效果

외국자본이 국내 의료시장에 투자하는 경우 주로 암치료센터, 심장이식센터, 골수이식센터, 시험관아기기술 전문병원 등이 될 것이며, 고가 첨단의료장비, 의료기기, 의료용품 등의 국내 유입이 크게 증가될 것으로 전망된다. 또한 외국의료기관이 국내에 진출한다면 수술당일로 퇴원할 수 있는 통원외과병원을 설립하는 등 특화된 중소병원, 검사센터, 건강진단 및 건강증진을 위한 각종 시설, 일본의 Healthtron clinic 등을 설립할 가능성이 높다고 볼 수 있다.

1) 肯定的인 側面

외국인의 친절한 태도와 봉사정신을 바탕으로 하는 다양한 서비스가 도입될 경우 우리 의료서비스산업에 자극을 줄 수 있다. 즉 선진국의 치료, 예방, 재활 등을 포괄하는 서비스가 들어올 경우 우리 의료서비스 산업에는 긍정적인 자극이 될 수도 있을 것이다. 예를 들면 만성질환자를 위한 병원, 정신장애인을 위한 시설이나 병원, 요양원, 재활시설 등은 그동안 생활수준이 향상되고 노인인구가 증가함에 따라 수요가 증가했을 것임에도 불구하고, 우리나라에서는 아직 준비되어 있지 않은 영역이기 때문에 만일 의료서비스 시장개방을 통해 이같은 영역이 신설 혹은 보완된다면 의료서비스 산업에 주는 의미 외에도 국민의 복지욕구를 충족시킨다는 점에서 긍정적인 영향을 줄 가능성도 배제할 수 없다.

첫째, 소비자의 입장에서 보면 비용이 다소 증가한다 하더라도 다양한 양질(good quality)의 의료서비스에 대한 선택의 기회가 넓혀질 수 있다.

둘째, 제한적이거나 독점력을 행사하고 있는 의료기관간의 경쟁을 유발하여 의료서비스의 질적 개선노력을 촉진시키는 효과와 경영합리화에 기여하는 바가 클 것이다.⁴⁾

셋째, 외국인과의 합작투자에 의한 병원설립은 국내 의료서비스산업에도 어느 정도 선진 의료기술 및 경영 노하우-하우의 이전을 도모할 수 있다.

넷째, 외국인투자에 의해 병상수의 부족을 어느 정도 해결할 수 있을 것이다. 인구 1만명당 병상수를 국가간 비교할 때 우리나라 병상수는 상대적으로 낮은 수준에 있다고 보여진다((표 1) 참조). 이 사실은 1인당 GNP가 \$ 10,000인 경우 1996년의 추정된 47.7 병상은 영국의 63.1(1981), 프랑스의 58.6(1982)의 수준에도 못미치고 있음을 알 수 있다.

4) 그러나 이같은 긍정적 효과는 의료기관의 수가 소수로 제한되는 경우에 해당되고 수가 많아질 경우에는 국내 의료서비스시장에 대한 선진 외국의 영향력이 증가할 것으로 예상된다.

표 1. 인구 10,000명당 병상수의 국제비교

(단위 : \$, 개)

국 가	연도	1인당GNP	병상수
한 국	1991	6,498	34.6
	1996(추정)	10,440	47.7
영 국	1981	9,271	63.1
서 독	1989	19,257	105.3
프랑스	1982	10,127	58.6
미 국	1986	17,773	54.0
일 본	1990	23,965	101.4

자료: 보건사회부, 『보건사회통계연보』, 1991, p.112 .

_____, 내부자료, 1992.

통계청, 『주요해외경제지표』, 1992, p.12.

_____, 『통계로 본 세계와 한국』, 1991, p.68, 360.

김일현 최봉호, "장래인구추계와 인구학적 특징,"

한국인구학회발표자료, 1991, p.12.

日本厚生統計協會, 『國民衛生의 動向』, 1992, p.200.

Presse und Informationsamt der Bundesregierung, *Statistische Jahrbuch 1991 für das vereinte Deutschland*, p.451.

US Department of Commerce, Bureau of the Census, *Statistical Abstract of the United States*, 1990, p.105.

마지막으로 장기적인 측면에서 볼 때 국내의 의료인의 이동이나 자본의 해외진출이 활발해질 가능성도 생각해 볼 수 있다. 특히 의료인의 경우 그 나라의 언어를 구사할 수 있어야 한다는 점이 필수적인 조건임을 감안할 때 우리나라의 의료인이 언어사용이 가능한 외국에 진출할 수 있는 가능성은 커진다고 보여진다.

2) 否定的 側面

외국인의 병원투자가 앞에서 언급된 바와 같은 긍정적인 면이 있는가 하면 다른 한편으로는 부정적인 측면도 상존하고 있다. 종합적이고 체계적인 의료정책이 부족하기 때문에 내국인에 대해서도 서비스의 질(質), 시설건설과 서비스의 확장, 의료사고 등에 관한 적절한 규제정책이 마련되어 있지 않은 여건하에서의 의료시장의 개방에 따른 문제점은 다음과 같이 지적될 수 있을 것이다.

첫째, 해외직접투자는 투자수익률이 자국(自國)보다 높을 경우에 한하여 이루어지기 때문에 영리형태의 병원에 투자할 수 밖에 없고 이것은 의료의 상업화 내지 고급화를 더욱 촉진시키는 효과를 가져오는 것이다. 예를 들면 1차진료나 보험급여대상의 진료보다는 고소득층의 수요에 맞는 고급 의료서비스나 비급여서비스에 치중한다든지(진료패턴의 왜곡화), 또는 수익을 높이려는 의도에서 국내에서 치료가 가능한 환자를 자국 병원으로 이송한다든지, 혹은 일부 고소득층을 대상으로 하는 고도의 기술집약적 치료를 요하는 질병, 건강관리 및 건강증진을 위한 서비스나 재활시설, 요양시설 등에 대한 투자에만 치중할 수도 있을 것이다.

둘째, 인력과 시설이 우수한 종합병원을 선호하는 의료이용 패턴으로 미루어볼 때 우수한 외국의 자본과 기술이 참여하는 의료시설의 도입은 그렇지 않아도 고급 의료서비스를 선호하는 경향을 더욱 심화시킬 소지가 크다고 보며, 전국민의료보험 아래 급증하는 의료수요는 양적인 측면에서나 질적인 측면에서 더욱 창출될 것이다. 이것은 국민의료비의 급격한 상승을 부채질함과 동시에 의료보험재정을 악화시키는 요인으로도 작용한다.

셋째, 외국의 거대한 자본이나 우수한 시설의 참여는 특히 기능과 역할분담이 명확하지 않아 경쟁력이 취약한 중소병원의 경영악화를 가져와 도산의 가능성을 높일 것이다.

넷째, (표 2)에서 보는 바와 같이 의료자원의 85% 이상이 도시에 편중되어 불균등하게 분포되어 있다. 이같은 경향은 더욱 심화될 조짐인데다 외국인에 의한 의료기관의 설립이 주로 잠재적 의료수요가 많은 대도시지역을 대상으로 이루어질 것이라는 점을 감안한다면 우리나라 의료자원의 지역간 불균형문제는 더욱 심

화될 것으로 전망된다.

표 2. 지역별 의료자원의 분포, 1990

(단위: 개, 명)

구 분	병원	병상 ¹⁾	고가장비 ²⁾	의료인력 ³⁾
대 도시	329(52.5)	70,657(52.7)	2,315(62.4)	85,907(63.0)
중소도시	199(31.7)	44,120(32.9)	1,091(29.4)	39,114(28.7)
군 지역	99(15.8)	19,399(14.5)	306(8.2)	11,384(8.3)
계	627(100)	134,176(100)	3,712(100)	136,405(100)

주: 1) 의료기관 전체의 병상수입.

2) 혈액화학자동분석기, C-Arm형 장치, Angio-Injector, 감마카메라, 선형가속기, 고압산소기, 뇌파검사기, 초음파치료기, 청력검사기, 레이저장비, 인공신장기, 호흡기능검사장비, Scanner, MRI를 말함.

3) 의사(상근, 비상근), 치과의사, 한의사, 조산사, 간호사, 간호조무사, 의료기사, 약사로 구성됨.

자료: 보건사회부, 『보건사회통계연보』, 1991.

_____, 인력 및 장비에 관한 자료는 1990년 3월에 실시한 질병 상해통계조사를 위해 수집된 것임.

다섯째, 우리나라의 고가의료장비는 선진국보다도 많이 보유하고 있는 것으로 여러 보고에서 지적된 바 있다. 이러한 상황에서 외국인의 병원투자는 첨단 의료장비의 과잉 보유현상을 더욱 심화시킬 것이며, 그 밖에도 의료기기, 의료용품, 의약품 등은 품질이나 가격면에서 경쟁력이 뒤떨어져 해외수입도 크게 증가할 것이다.

끝으로 장기적인 의료자원 수급계획이 정립되지 않은 우리의 실정을 감안할 때, 외국인투자에 의한 병상의 급격한 증가는 병원에 관련된 인적 및 물적 의료자원의 수급계획에 혼란을 가져올 것으로 예상된다. 예를 들면 외국인 합작병원에서 우수한 의료인력 확보차원에서 전문의의 스카우트로 인해 중소병원은 인력난을 겪을 수도 있다.

표 3. 인구 100만명당 고가의료장비 보유량에 대한 국제비교

구 분	한 국	일 본	영 국	서 독	프 랑 스	덴 마 크
1인당GNP	4,127	23,016	14,598	19,744	17,001	20,113
CT	16.3	37.5	2.2	0.9	2.6	4.4
MRI	0.9	11.0	0.3	0.5	0.04	0.6
ESWL	0.6	?	0.2	7.1	0.5	0.4

주: CT: 컴퓨터 단층촬영기, MRI: 자기공명 영상촬영기, ESWL: 체외충격파 쇄석기
 자료: 문옥륜, "신한국 의료보장정책," 신한국의 사회보장정책, 한국사회복지정책연구원, 1994, 111쪽.

Ⅲ. 外國人의 醫療機關施設에 대한 投資展望

국내 의료시장이 개방되면 외국인 투자가 과연 이루어질 것인가 하는 문제는 우리 의료계의 주요 관심사항이 된다. 이 장에서는 외국자본이 유입될 구체적인 요인이 무엇이며, 만일 가능하다면 어떤 형태의 어떤 분야에 외국인투자가 이루어질 것인가에 대해 알아보기로 한다.

1. 外國人의 投資展望을 밝게 하는 要因

외국인의 투자유인 요소는 국내 의료시장의 특징에서 찾아볼 수 있는데 첫번째 요인은 고급 의료서비스에 대한 국내 초과수요가 크게 내재하고 있다는 사실이다. 구체적 초과수요의 설명은 치료 또는 건강진단 목적으로 해외로 나가는 계층이 이미 존재하고 있으며, 생활수준이 높아짐에 따라 고기술을 요하는 치료, 성형 등 특수한 의료서비스 등에 대한 욕구가 큰 계층이 있고, 특수한 서비스를 받기 위한 국내 black market이 존재하고 있다(성형외과의 경우 일본 의사를 주말에 초빙하는 사례도 있음). 또한 대형 종합병원만을 선호하는 계층과 무조건 외국병원의

의료기술과 서비스를 선호하는 계층이나 높은 본인부담을 하더라도 양질의 의료 서비스를 받고자 하는 계층 등도 무시 못할 정도이다.

둘째, 보험급여에 제외됨으로써 비교적 수익성이 높은 진료항목의 존재이다. 예를 들면 고가의의료장비 검사료(CT scanner의 건당 가격은 약 15만원(1989)으로 미국 5만원의 3배 정도), 특진료, 호텔서비스 성격의 고급병실료 차액, 고급식대 등을 통해 상당한 수익을 올릴 수 있다.

셋째, 미국내 병원의 수익률이 점점 낮아지고 있는 추세는 해외에 투자할 기회가 높아질 수 있다는 점이다.

마지막 제도적 요인으로는 첫째, 진료비 지불보상방식이 의료공급자에게 가장 유리한 행위별수가제를 들 수 있다. 즉, 진료행위 및 진료내용의 투입량에 따라 진료보수가 결정되는 행위별수가제 하에서는 의료공급자가 진료량을 증가시키고(과잉진료) 또한 수익증대 효과가 더 큰 서비스를 제공할 수 있다. 둘째, 의료사고(malpractice)에 대한 소송률이 미국에 비해 낮은 것도 하나의 투자유인으로 작용한다.

2. 外國人의 投資展望을 흐리게 하는 要因

외국인의 국내 의료시설투자에 대한 제약요인으로는 첫째, 비영리 의료법인에만 투자가 허용되는 국내 의료법을 들 수 있다. 즉, 국내 의료법(제 30조)에 의하면 국내 의사면허를 소지하지 않은 者가 의료기관을 설립할 수 있는 경우는 비영리형태의 의료법인으로만 가능하다. 이것은 의료법인 형태의 투자로부터 발생된 과실이 본국으로 송금될 수 없다는 것을 의미한다. 따라서 외국인투자에 대하여 대외 송금이 보장되지 않는다면 영리목적의 투자는 이루어지지 않을 수 있다는 것이다.

둘째, 低 保險酬價로 수익의 시장성이 낮다는 점이다. 이같은 현상으로 국내 병원도 의료보험수가로 인한 손실을 비급여항목에서 보상받고 있는 실정이다. 비록 오래된 자료이지만 미국, 일본과 우리나라의 수술료를 비교해 보면 담낭적출술(cholecystectomy)의 경우 미국은 144만 9천원으로 우리나라 16만 5천원에 비

해 약 12배가 되고, 일본은 26만 6천원으로 우리나라의 약 1.6배나 된다. 담낭적출술을 받고 5일간 종합병원에 입원을 한 경우의 총의료비를 비교하면 미국은 우리의 5.7배, 일본은 2.1배나 된다.

참고로 의료비의 국제비교에는 표준화해야 할 사항이 많아서 단순 비교가 어려운 것은 사실이지만 전반적으로는 우리나라의 醫療酬價가 미국이나 일본에 비해 상대적으로 낮은 수준인 것을 알 수 있다(표 4).

표 4. 담낭적출술에 대한 한·미·일의 의료비 비교, 1984

(단위: 천원)

구 분	미 국	한 국	일 본
의사보수			
마취의	319.7		
방사선과의(담도촬영)	24.0		
수술보조의	143.9		
집도의	961.7		
소 계	1,449.3	165.0	266.4
병원에의 지불			
수술실사용료(90분)	415.6		
수술실재료비	413.9		
회복실사용료	36.0		
회복실재료비	9.6		
마취재료비	186.3	110.0	128.0
입원실료	851.1	27.0	109.7
X-ray	199.5	250.0	541.1
기타 검사료	99.1	90.0	281.4
소 계	2,211.1		
총 계	3,660.4	642.0	1,326.6

자료: 문옥륜, "신한국 의료보장정책," 신한국의 사회보장정책, 한국사회복지정책연구원, 1994, 119-120쪽.

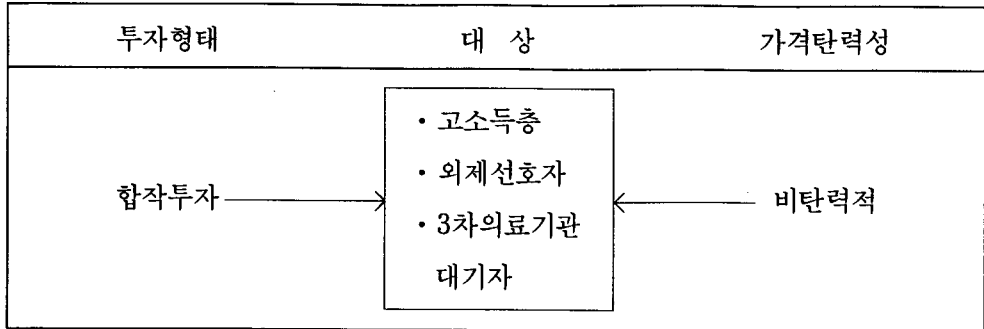
셋째, 특히 서울의 경우는 높은 地價로 병원건축비 부담이 커서 막대한 자본규모를 필요로 한다는 점이다. 마지막으로 언어 등 문화적 차이로 외국병원에 불리하게 작용할 수도 있다.

그러나 위와 같은 제약요인에도 불구하고 투자유인 요소의 효과가 더 크므로 국내 의료시장에의 진입이 이루어질 가능성이 크다고 판단된다. 이같은 판단을 뒷받침해 주는 근거는 첫째, 비급여항목이 존재하므로 보험수가와 관계없이 높은 투자수익을 올릴 수 있다는 사실이다. 둘째, 고소득층을 대상으로 하는 고급 의료서비스(특진료, 특수검사료 등), 고급 호텔서비스(고급 병실료, 고급음식), 건강관리를 위한 요양서비스(고급 헬스클럽 운영) 등에 치중하여 비교적 큰 수익을 보장받을 수 있다. 그 밖에도 병원경영컨설팅으로부터 얻을 수 있는 수익이나 고가 첨단의료장비, 의료기기, 의료용품, 의약품 등을 自國으로부터 수입에 따른 이득 등이 부수적으로 더해 지고 있다.

3. 外國人 投資形態의 展望

외국인의 투자형태는 단독투자보다는 특수병원형태의 합작투자이다. 즉, 선진국의 자본, 의료정보, 병원경영기법 등을 끌어들이어 수익증대를 추구하고자 국내 중소병원과의 합작투자 가능성이 가장 높다고 보여진다. 이 경우 병원경영은 대체로 외국 전문경영인에 의해 이루어지고, 진료는 국내 우수한 의사 또는 재미 교포의 사로 구성될 가능성이 높을 것이다.

그러나 당분간 단독투자를 꺼리게 하는 근거는 외국인투자가가 병원의 모든 업무를 책임져야 하는 큰 부담과 투입될 막대한 투자규모로부터 얻게되는 수익의 불확실성 등을 들 수 있다.



합작투자의 규모는 주로 200명상 내지 300명상의 특수전문병원 또는 중소병원이며, 진료대상 분야는 암진료센터, 장기이식센터, 시험관아기기술 전문병원, 안과 병원, 성형전문병원, 검진센터 등이 될 것이다. 한편 시장진입은 처음에는 소수 몇 개 병원으로 시작하다가 수익성이 좋아지면 점차 확대하는 형태를 취할 것이기 때문에 투자대상지역은 주로 서울을 위시한 대도시이며, 외국인 투자병원의 주 이용자는 원하는 시간에 언제든지 입원이 가능하며, 친절한 서비스와 양질의 의료시설을 갖춘 병원을 선호하는 부유층의 소비자가 될 것이다.

IV. 外國人 投資開放에 따른 政策課題

1. 爭點 이슈

외국인투자 개방과 관련해서 검토되어야 할 첫번째 이슈는 영리형태의 의료기관에도 투자가 허용되느냐의 문제이다. 국내 의료법(제 30조)에 의하면 국내 의사면허를 소지하지 않은 자가 의료기관을 설립할 수 있는 경우는 의료법인 등 비영리법인으로만 가능하다. 즉, 국내 의료법을 개정하지 않는 한 영리병원의 설립은 허용되지 않는다고 볼 수 있다. 그러나 외자도입법에는 외국인투자자에 대하여 내국민과 동일한 대우를 하도록 되어 있고(제 5조), 또한 외국투자자에 대하여 대외송금을 보장한다(제 4조)고 되어있다.

이와 같이 서로 상반된 법적용에 대해 논란이 예상된다. 물론 의사가 아닌 경우

병원설립은 의료법인 또는 비영리법인만이 할 수 있게 되어있는 조항은 내국인에 게도 동일하게 적용하고 있어서 내국민대우원칙에 저촉되지 않는다.⁵⁾ 그러나 비영리형태의 투자는 상업차원의 영리를 추구하는 교역자유화와는 상당한 거리가 있음을 쉽게 발견할 수 있다. 더욱 중요한 것은 의료기관에 대한 외국인의 투자개방이 의료서비스 시장개방에 국한된 협상을 통한 것이 아니라 투자자유화(UR협상 15의제 중의 하나임)라는 일반적인 차원에서 개방되었다는 사실이다. 따라서 이 문제는 상대국이 우리나라에 영리추구의 병원투자를 개방하면서 우리나라에도 개방할 것을 요구해 온다면 쌍무협상을 통해서 조정될 수 있는 사안이라고 보여진다.

국내 의료계에서는 의료법 개정을 반대하고 있으나 현행 의료법을 얼마나 오랫동안 고수할 수 있느냐 하는 문제는 상대국(예를 들면 미국)으로부터 개정압력을 얼마나 집중적으로 강하게 요구받느냐에 달려 있다고도 볼 수 있다.⁶⁾ 만일 현행 의료법을 계속 유지할 수만 있다면 외국인의 투자유입은 비영리형태로 매우 제한적이다. 그러나 최근 쌀시장개방 협상과정에서 경험했듯이 미국의 강한 압력에 의해 의료법을 개정할 가능성에 대비해야 할 것이다.

두번째 이슈로 미국의 병원은 의사를 전일제(全日制)로 고용하는 우리나라와는 달리, 시설 및 장비를 갖추고 외부 의사와의 계약을 통해 필요할 때 대여하는 개방형병원(attending system)이다. 만일 미국이 이러한 병원형태의 투자를 요구할 경우 의료계에서는 어떻게 대처해야 할 것인지에 대한 검토가 필요하다. 이같은 제도는 우수한 의사인력을 우수한 시설 및 장비를 갖춘 병원과 분리함으로써 시설과 장비의 공동이용이라는 측면에서 의료자원의 효율적 활용, 특정병원의 환자집중 완화 등의 장점을 가지는 반면에, 전문의 중심의 의료체계 가능성, 자본가의 병원시설 참여가 더욱 용이해짐에 따라 영리추구로 의료비의 증가요인이 될 가

5) 참고로 한국전력공사 부설 한일병원, 대우중공업 부설 대우병원 등은 사실상 영리형태의 법인이라고 할 수 있다.

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

능성도 높으나 한편 의료비의 절감요인도 상존하기 때문에 국민의료비의 증감효과에 대해서는 검증되어야 할 과제이다. 따라서 위의 제도에 대한 장단점 및 비용효과 분석을 통해서 이같은 시장개방 압력에 어떻게 대처할 것인가에 대한 대책이 마련되어야 할 것이다.

2. 投資開放에 관한 戰略

1) 開放戰略

병원시설 투자에 관한 전략을 모색하기 위해서는 다음과 같은 사항이 먼저 검토되어야 한다. 첫째, 영리형태의 투자를 허용할 것인가 아니면 국내 의료법의 테두리 안에서 비영리형태의 법인에 의한 투자만 허용할 것인가 하는 점이다. 우리 의료계는 의료기술, 서비스의 질 및 병원경영기술 면에서 선진국에 비해 뒤떨어지고 있는 현실을 감안할 때, 선진국과의 경쟁을 준비하는데 상당한 시간이 필요하므로 의료법개정 시기를 최대한으로 지연시키도록 한다.

둘째, 투자방법을 합작투자로 국한할 것인가 아니면 단독투자도 허용할 것인가. 특히 합작투자의 경우 의료기관의 대표자를 내국인으로 한정하는 문제, 외국인의 이사선임을 제한하는 문제, 그리고 외국인의 투자지분을 어느 정도로 제한할 것인가 하는 점에 대해 검토해야 할 것이다.

먼저 외국인의 참여수를 제한하여 병원설립을 허용하는 경우를 고려해 볼 수 있다. 만일 외국인에게 영리병원 시설의 단독투자가 허용될 경우 수익성위주의 진료패턴으로 의료서비스시장에 주는 충격은 상당하리라고 예상된다. 특히 외국 유명병원의 분원(branch)형태로 설립될 경우 외국의 의료진과 우수시설을 선호하는 성향으로 미루어 볼 때, 외국병원에서의 환자집중현상은 쉽게 전망될 수 있는 일이며, 또한 환자를 본국에 있는 모병원(母病院)으로 이송하는 문제도 발생할 것이다. 따라서 영리추구형 단독투자를 허용하지 않는 대신에 먼저 합작투자만 허용할 수 있도록 철저한 준비가 필요하다.

국내 의사와 외국자본이 합작하는 경우에는 투자의 비율을 51:49로 하고, 의료

기관의 대표를 내국인으로 한정한다. 외국 유명병원의 이름을 사용하지 않고 우리나라 고유명칭을 사용하도록 한다. 이외에도 투자지역, 투자영역 등에 관한 합작투자의 지침도 국내 의료기관의 피해를 최대한으로 줄이는 관점에서 검토되어야 할 것이다. 이러한 점을 고려하여 투자지역 설정에 제한을 두는 것이다. 먼저 특정지역에 대한 의료기관의 설립조건이 그 지역의 필요성조사(Certificate of Need)⁷⁾에 의해 입증되어야 하고 기존 병원의 위치에서 상당한 거리를 유지하도록 한다. 또한 시설투자의 권장지역을 설정하여 지역간 의료자원의 불균형 문제를 시정하도록 한다.

2) 對應戰略

현재와 같이 병원의 규모와 서비스의 질이 정비례하는 것처럼 인식됨으로써 3차진료기관으로의 무분별한 환자집중 현상이 계속된다면(참고로 3차진료기관에 찾아온 외래환자의 34%, 입원환자의 58%만이 3차진료기관에서 꼭 진료해야 할 환자로 의사들은 인식하고 있음), 외국인이 단독투자하거나 합작투자한 대규모병원에도 환자가 집중될 가능성이 높다. 이러한 현상을 미연에 방지하기 위해서는 의료전달체계가 확립되어야 한다. 현재 의료전달체계가 확립되지 못하고 있는 이유는 크게 2가지로 요약되는데, 즉 행위별수가제하에서는 의료기관간 기능 및 역할의 차별화와 분담 협조관계가 정립되지 못하고 있다는 점과, 환자의 잘못된 의료이용 관행(1차 의료기관 의사의 약 50%는 환자의 요구에 의해 의뢰서를 발급해주고 있는 실정임) 때문이다.

따라서 의료전달체계의 확립을 위해서 1차의료기관은 국민건강에 대한 파수꾼(gatekeeper)의 역할을 담당함으로써 일차의료기능(예, 영국의 GP 형태, 전문의는 병원에서 근무하고 일반의 또는 가정의만 개업하는 방안 등)을 강화하고, 2차의료기관은 특수기능을 갖는 전문병원으로 발전시키며, 3차의료기관은 질병의 진단, 치료, 예방 등에 관한 의료기술을 개발하고 영상의학을 발전하여 하위 의료기

7) 새로운 시설을 짓거나 병상을 증설하려고 할 때 해당 지역내에서 의료자원의 신 증설에 대한 필요가 있다고 증명되는 경우에만 미국 주정부의 승인을 얻을 수 있다.

관에 확산시키는 역할분담 및 협조관계가 이루어져야 한다(송건용, 1993:23-27).

둘째, 영리 혹은 수익을 목적으로 한 외국병원이 진입함에 따라 생길 수 있는 진료패턴의 왜곡현상을 방지하기 위한 제도적인 장치가 필요하다. 외국병원도 반드시 보험환자를 받도록 규정하고, 수익성이 높은 비급여부문의 진료행위에 치중하는 것을 막기 위해서는 보험비급여 대상인 서비스가 보험수가의 적용을 받도록 점진적으로 보험급여 범위안에 포함시켜야 할 것이다.⁸⁾ 또한 국내에서도 치료가능한 환자를 본국으로 이송하는 행위에 대해서도 합리적으로 제한해야 한다.

셋째, 고가 첨단의료장비의 도입억제를 강화한다. 우리나라의 경우 고가의료장비를 선진국보다도 많이 보유하고 있는 것으로 지적된 바 있고(양봉민외, 1989:167-169), 이것이 의료비의 증가에 미치는 영향이 크다는 점은 널리 알려진 사실이다.⁹⁾ 이러한 상황에서 외국의 병원이 유입될 경우 첨단 고가의료장비의 과잉 보유현상은 더욱 심화될 것이므로 내국인 및 외국인의 고가의료장비의 도입에 대한 강력한 규제조치(CON)가 마련되어야 한다.

넷째, 지역별 의료자원의 장단기 수급계획을 세워 지역에 새로운 병상시설 및 첨단 의료장비가 유입되기 위해서는 그 지역의 필요성조사에 의해 결정되도록 CON규제를 강화하여 지역간 의료자원의 불균형 문제를 시정하도록 한다.

다섯째, 비영리를 추구하는 병원에 정부지원을 강화하여 환자의 만족도를 높이도록 한다. 즉 비영리병원에 대한 정부의 세제 및 금융지원을 강화하여 경쟁우위를 갖도록 한다. 미국의 예를 들면 비영리법인 병원에 법인세를 부과하지 않은 대

8) 이에 따른 병원의 손실보상과 서비스의 질적 개선을 위해 보험수가의 구조적 조정에 의한 수가의 적절한 인상은 불가피하다고 본다.

9) 이러한 과잉보유 현상은 1980년대 초의 도입규제정책이 1980년대 중반 이후에는 국제적인 수입자유화 시책으로 바뀌어 고가특수의료장비 도입심사규정이 폐기되고, 그 후의 고가의료장비의 범람을 규제하기 위해 1988년 8월부터 동 장비에 대한 사전설치 승인 심사규정을 시행하게 되는 일련의 정책적 변화와 깊이 관련된다(文玉綸, 1991).

신에 영리법인 병원에는 35%의 높은 법인세율을 적용하고 있다.

2. 競爭力 向上을 위한 戰略

의료서비스 시장의 국제화 또는 대외개방에 대응하기 위해서는 무엇보다도 의료서비스의 질적 개선, 의료기술 및 경영기술의 향상을 통한 경쟁력의 제고가 필요하다. 경쟁력을 한마디로 정의하는 것은 쉽지 않다. 경제학 개념으로 정의한다면 만일 동일한 가격이라면 보다 좋은 서비스를 제공하는 것이 경쟁력이 있고, 만일 동일한 수준의 서비스라면 가격이 저렴할수록 경쟁우위에 있다고 볼 수 있다. 전자는 비가격경쟁으로서 주로 서비스 질경쟁(quality competition)을 의미하고, 후자는 가격경쟁으로서 비용절감을 통한 효율성 제고를 의미한다.

현재 우리나라의 의료서비스는 어떤 수준에 있는지 즉 비가격경쟁과 가격경쟁에서 비교우위를 점하고 있는지가 매우 궁금하다. 만일 의료의 질이 낮으면 서비스를 향상시키는 것이 더 중요하며, 또한 의료서비스의 질을 높이기 위해서는 우리의 의료수준이 선진국과 비교해서 어느 정도인지에 대해 알 필요가 있다. 어떤 부문이 비교저위에 있는지 그리고 취약하다면 그 원인은 무엇인지를 알게 되면 그에 대한 대책을 세우는 일은 어렵지 않을 것이기 때문이다.

둘째, 의료질에 관한 정보의 수집과 공개로 소비자는 과거에 비해 많은 정보를 가지게 된다. 따라서 병의원은 체질개선을 통해 점점 다양해지고 까다로워지는 환자의 욕구에 충족될 수 있도록 서비스를 개선해야 한다. 예를 들면 의사가 환자로 하여금 말할 시간을 충분히 주고(말할 권리), 환자의 병명에 대해서 알기 쉽게 설명해주고(들을 권리), 의사의 일방적인 처방과 검사의뢰 등 독단적인 치료가 아니라 환자와 같이 더불어 하는 자세(선택할 권리)로 전환해야 할 것이다. 이것은 한마디로 환자의 욕구를 최우선적으로 최대한 존중(의료진의 성실한 대우를 받을 권리)하는 환자중심의 병의원을 운영해야 한다는 것이다. 이를 위해서는 먼저 의사의 신뢰성을 회복할 수 있도록 병원부조리를 제거하며, 충분한 진료시간을 배정하고, 과잉진료, 과잉검사, 과잉투약 등을 가능한 억제하며, 아울러 간호원 1인당

환자수¹⁰⁾를 줄여서 충분한 간호(병원에 들어서면 환자와 그의 보호자로 봄비고 있음)를 받을 수 있도록 하고, 사무전산화로 인한 접수시간 및 투약대기시간 단축, 예약제에 의한 진료대기시간의 단축(접수와 대기시간이 너무길다), 직원들은 최대한 성의있고 친절할 태도를 보이며, 위생 및 청결, 음식이나 실내공간의 질을 높이도록 한다.

셋째, 최근에 의료비의 상승이 GNP증가율을 훨씬 앞지르고 있어서 의료자원의 효율적 배분 및 이용, 각종의 규제, 의료수가의 통제 및 진료비지불제도의 개선, 그리고 병원경영의 전문화 등이 강조되고 있다. 병원이 이같은 외부환경의 변화에 대응하면서 국제화에 대처하기 위해서는 병원경영의 전문화가 요구된다.

그 일환으로 병원의 경영통계 및 자료를 체계적으로 집계, 분류, 분석하여 병원 경영실태와 문제점을 진단 제공함으로써 병원관리자가 당면한 문제점을 해결하는데 있어서 올바른 의사결정을 할 수 있도록 도와주는 병원관리정보체계(Hospital Management Information System)를 구축한다. HMIS는 환자 진료실적, 재무상태, 생산성 등 각종 병원경영지표를 산출하여 이 지표를 유사규모 병원군 및 전체 병원군의 평균지표와 비교 평가함으로써 병원관리자가 병원방침과 경영개선방안을 적절하게 설정할 수 있도록 돕는다. 또한 진료의 생산성과 수익성에 관한 객관적 지표를 통해 의료진의 협력을 유도함으로써 인력활용의 효율성을 증대시킬 수 있게 한다. 그리하여 궁극적으로 병원경영합리화를 도모하고 병원계가 당면하고 있는 정책적 과제의 해결에 적절한 정보자료를 제공함으로써 병원의 가격경쟁력 제고에 기여할 수 있다.

넷째, 중소병원은 대형 종합병원에 비해서는 시설장비 및 인력면에서, 1차 의원에 비해서는 가격경쟁에서 불리한 것으로 알려져 있고, 대형 종합병원을 선호하는 환자들을 유인할만한 특성이 부족하고, 규모에 비해 진료과목의 수가 많으며, 자

10) 인구 1000명당 간호사를 비교해 보면 우리나라는 20명(1990)인데 비해 영국 36명(1982), 스웨덴 84.6명(1985), 프랑스 75명(1986), 캐나다 59.5명(1984), 미국 83명(1984), 일본 27.4명(1986)이다. 자료출처는 통계청, [통계로 본 세계와 한국](1991)임.

본력이 약하고 전문경영인이 전혀 없는 데서 오는 문제도 중소병원의 경영상태를 악화시키는 요인이 된다는 지적이 많다.

따라서 대외개방에서 살아남기 위해서는, 중소병원은 일부 진료과목을 집중 육성함으로써 병원기능을 특화 전문화 또는 중간의료시설로 전환하는 것이다.¹¹⁾ 이것은 대규모 병원과 의원에 대해 진료의 질면에서 경쟁적 우위를 확보할 수 있는 방법이 될 것이다. 구체적인 유형으로는 연령별 수요변화, 특히 노인인구의 증가 및 그로 인한 만성질환자의 증가에 대비하기 위한 노인병원, 노인요양원(nursing home), 임종전의 중환자를 위한 임종병원(hospice), 임종간호, 가정방문간호 및 상담 등을 실시하는 전문병원으로 전환하든지 혹은 아동만을 대상으로 하는 아동병원도 가능할 것이다. 혹은 질병구조의 변화에 대응하기 위한 성인병 전문병원, 당뇨병 전문병원, 뇌졸중 전문병원 등으로 전환하는 방법도 있으며, 그 밖에도 분만서비스만 공급하는 분만센터, 일일치료센터(day care center), 외래수술센터(ambulatory surgery center) 등으로 전환하는 것도 생각해볼 수 있다.

다섯째, 의료기술의 발전과 질병구조의 변화에 알맞는 의료보험수가체계의 개편과 함께 의료서비스 수준의 향상과 이를 뒷받침할 수 있는 보험수가의 구조적 조정이 필요하다고 본다.¹²⁾ 즉 진료단위의 난이도에 따라 단위당 수가는 어느 정도 인상하되 전체 의료비는 크게 증가하지 않도록 하기 위해서 지불보상제도를 현행 비용조장적인 행위별수가제에서 비용절약을 유도할 수 있는 선불지불보상제(예, 포괄수가제 또는 총액예산제 등)로 전환해야 할 것이다.¹³⁾ 참고로 최근 미의회에 제출된 Clinton대통령의 Health Reform Plan에는 의료비지출 증가율을 GDP증

11) 참고로 부산 일신기독교병원이 산부인과 전문병원으로 전환하여 경영흑자를 달성한 성공 사례가 있다.

12) 양질의 서비스를 제공받으려면 비용의 일정수준 증가는 불가피하다. 그러나 보험수가의 지나친 인상은 병원수익의 증가로 연결돼 외국인의 유입동기를 유발시키는데 결정적인 요인이 될 수 있다는 점을 간과해서는 안될 것이다.

13) 최근에 의료비의 상승이 GNP증가율을 훨씬 앞지르고 있어서 의료자원의 효율적 배분 및 이용, 각종의 규제, 의료수가의 통제 및 진료비지불제도의 개선을 통한 의료비 억제방안이 국가적 관심으로 부각되고 있다.

가울 수준으로 억제하는 조치(Cap)가 포함되어 있으며, 캐나다의 경우 총액예산 제의 도입은 병원비용을 억제하는데 부분적으로 성공을 거두었다고 평가받고 있다.

여섯째, 국내 의료산업의 발전을 위해 가칭 의료발전금고를 설치하여 의료시설의 기능 향상과 의료자원이 부족한 지역에 의료시설의 신 증축이나 기존 병원의 전문화 또는 특화를 위한 장기저리의 금융지원을 제도화함으로써 병원의 비영리 공익사업으로 발전할 수 있도록 기반을 구축하도록 한다.

V. 要約 및 結論

우리나라는 그간 의료보험제도의 양적 확대에 주력한 결과 의료의 질적 수준은 크게 미흡하여 의료이용자 및 의료공급자 모두로부터 불만의 목소리가 커지고 있는 것도 사실이다. 그 내용은 의료기관을 이용하는 소비자 입장에서는 3시간 대기 와 3분 진료, 불친절, 보험적용이 안되는 비급여항목이 많고, 공휴일 야간 또는 응급시에 적절한 진료를 받을 수 없다는 등 불편이 제기되고 있다. 반면 의료계 입장에서는 현행과 같은 불합리한 의료보험수가체계 하에서는 양질의 서비스를 제공하기가 어렵고, 과잉진료를 유발하는 등 진료의 왜곡현상으로 국민의 신뢰를 받을 수 없다고 토로한다. 이에 따라 의료계는 병원경영도 어려워 의료서비스의 질적 개선이나 의학연구에 투자할 여력이 없는 실정이다.

이같은 의료서비스 수준, 의료기술, 병원경영 면에서 선진국에 뒤떨어지고 있는 우리 의료계의 현주소를 감안할 때, 선진국 병원기업의 국내 의료시장 진입은 의료계에게는 힘겨운 도전이 아닐 수 없다. 그러나 국제화시대에 필연적으로 따르는 개방화추세를 수용하고 적극적으로 준비하려는 노력은 빨리 진행되면 될수록 바람직하다. 우리 의료계가 체질을 개선하고, 의료서비스의 질적 향상, 의료기술 및 경영기술 면에서 대외경쟁력을 확보할 수 있도록 지속적 대응방안이 수립 수행된다면 이는 우리 의료계가 도약할 수 있는 하나의 좋은 기회로 작용할 것이 틀림없다.

철저한 봉사정신아래 친절한 진료 및 간호서비스, 접수절차의 단순 및 신속화를 위한 원무 보험업무의 획기적인 쇄신, 예약제도입에 의한 진료대기 시간의 단축, 투약대기 시간의 단축, 친절하고 깨끗한 분위기 등을 조성함으로써 환자를 최우선 하는 환자중심의 병원으로 전환해야 할 것이다. 다시 말해 환자에게 신뢰와 편안함을 갖게 해줌으로써 병원간의 질경쟁(quality competition)에서 우위를 점하여야 한다.

한편 병원경영 면에서는 전문경영인의 도입, 병원단위 규모의 경제(집단개업 등), 비용절감 등을 통한 병원경영의 효율성 제고, 병원의 특화 또는 전문화추진, 시설과 장비의 중복투자 배제, 병원간의 불필요한 경쟁지양 등을 통한 병원의 자구적 노력도 병행되어야 할 것으로 본다. 결국 병원서비스의 질적 향상과 경영합리화 노력을 통해 경쟁력이 제고되어야만 외국의 시장개방 압력에도 잘 대처할 수 있을 뿐 아니라 해외진출의 길도 열리는 것이다.

최근에 의료비의 상승이 GNP 혹은 GDP 증가율을 훨씬 앞지르고 있어서 의료자원의 효율적 배분 및 이용, 각 종의 적절한 규제강화, 의료수가의 통제, 진료비 심사 강화 및 진료비지불방식의 개선 등 의료보장제도의 구조적 개혁 등을 통한 의료비 억제책이 국가적 최대 관심사항으로 부각되고 있는 실정이다. 따라서 병의원이 이같은 외부환경의 변화에 부응하면서 살아남고, 특히 국제화 또는 개방화에 적극적으로 대처하기 위해서는 무엇보다도 국내 의료수준을 선진국 수준으로 끌어올리는 것은 물론이고 양 한방을 믹스한 새로운 제 3의 의료기술개발, 치료와 예방이 복합되는 의료체계개발, 장기이식술과 인공장기이식술의 개발, 분자생물학의 발전에 따른 임상적 활용 및 영상의학의 발전과 병원경영의 전문화 등을 통한 경쟁력 향상이 절실히 요구되는 것이다.

다음은 전국단위와 지역단위별 인적 및 물적 의료자원의 수급에 관한 종합적인 중 장기계획이 마련되어서 의료자원의 유출 및 유입에 관한 구체적인 계획을 세워 나가야 할 것이다.

또한 개방화시대에 걸맞는 법령이나 제도, 각종 규제 등을 정비 보완하는 작업이 요구되며, 의료서비스의 질관리를 위한 규제강화(병원서비스 평가제 도입), 진

료심사 및 진료평가 기능을 강화하고, 끝으로 대외개방에 따른 외국계 병원과의 의료사고에 대비할 뿐 아니라 국내에서도 날로 증가하는 의료사고 분쟁을 보다 신속하고 공정하게 해결해 나갈 수 있도록 의료분쟁 조정법을 입법화하는 등 법적 또는 제도적 장치가 하루 빨리 마련되어야 할 것이다.

< 目 的 >

선진국과 경쟁할 수 있는 여건이 안된 현 시점에서 대외개방은 힘겨운 도전이 되겠지만 국제화 개방화 추세를 적극적으로 수용하여 의료계의 체질을 개선하고, 의료서비스의 질적 개선, 의료기술개발, 병원경영의 전문화 등을 통한 경쟁력 향상의 기회로 활용함.

UR 협상타결에 따라 대외개방이 국내 의료서비스시장에 미치는 영향과 이에 대처하기 위한 대응전략을 모색코자 함.

< 要 約 >

<基本方向>

- 국민의 건강, 생명을 담당하는 의료의 특성상 일반적인 상업적 교역과는 상당한 거리가 있으므로 단기간에 의료서비스의 전면 개방보다는 장기간에 걸쳐 부분적으로 점진적 개방화를 추구함.

<推進原則>

- 불합리한 보험수가체계를 개선하고 의료발전금고를 설치하여 의료서비스의 질적 향상을 기하고, 치료와 예방이 복합되는 의료체계개발, 영상의학의 발전, 병원경영의 전문화 등을 통한 경쟁력 향상을 기함.
- 지역별 인적 및 물적 의료자원의 수급에 관한 중 장기 계획을 세워 특정지역에 의료자원이 유입되기 위해서는 필요성조사(CON)에 의해 결정되도록 CON 규제를 강화함.
- 중소규모 병원의 기능을 특화 전문화하여 경쟁력을 향상시키고, 병원 관리정보체계를 구축하여 병원경영의 전문화를 추진함.
- 비영리 병원에 세제 및 금융지원을 강화하여 환자만족도를 높여 경쟁우위를 갖도록 하고 또한 공익사업으로 발전할 수 있도록 기반을 구축함.
- 외국인의 투자유인으로 작용하는 비급여대상을 점진적으로 축소하여 보험급여 확대를 추진함.
- 외국인의 투자를 허용하는 경우 투자지분을 50% 미만으로 제한하여 외국인의 국내 의료기관 경영지배를 제한하도록 함.

參 考 文 獻

- 경제기획원, UR 협상타결에 따른 서비스시장 개방영향 및 대책, 1994.
- 노인철 외, 의료서비스시장 대외개방에 따른 대응방안 연구, 한국보건사회연구원, 1992.
- 문옥륜, "의료장비의 수급과 정부의 역할," 국민의료와 정부의 역할(세미나 발표 자료), 한국보건행정학회, 1991.
- _____, "신한국 의료보장정책, 신한국의 사회보장정책, 한국사회복지정책연구원, 1994.
- 송건용, "의료제도분야," 의료, 무엇을 개혁할 것인가?(정책토론 자료), 대한의학협회, 1993.
- 양봉민, 국민의료비 억제방안에 관한 연구, 의료보험관리공단, 1989.
- Dunning, J. H., "Explaining Outward Direct Investment of Developing Countries: in Support of the Electric Theory of International Production," in K. Kumar and M.G. McLead (eds.), *Multi-nationals from Developing Countries*, Indianapolis: Heath and Co., 1981.
- Hymer, S. A., *The International Operations of National Firms: A Study of Direct Foreign Investment*, Cambridge, Mass.: M.I.T. Press, 1976.