

Issue Paper

2007. 2. 8.

의료서비스산업 고도화와 과제

목차

요약

I. 국내 의료서비스산업의 현황

II. 의료서비스산업의 경쟁구도

III. 의료서비스산업 고도화 논의

IV. 의료서비스산업 고도화를 위한 과제

작성 : 강성욱 수석연구원(3780-8542)
tioga.kang@samsung.com
고정민 수석연구원

감수 : 김재윤 수석연구원(3780-8297)
jyk@seri.org

《 Executive Summary 》

의료서비스산업의 국내시장 규모는 지난 10년간(1994~2004년) 연평균 11.3% 성장을 실현하여, 2004년 현재 약 43.3조 원에 이르고 있다. 향후 의료서비스산업은 인구 고령화 등에 따라 지속적으로 성장하여 2010년에는 약 68조 원 규모로 확대될 전망이다. 그러나 국내 의료서비스산업은 높은 진입장벽, 고비용을 유발하는 건강보험 지불보상체계, 그리고 정부의 불필요한 규제로 인해 양적 팽창에도 불구하고 산업 내 효율은 낮은 것으로 알려져 있다.

의료서비스산업은 1인당 부가가치가 높고 고용창출 효과가 큰 전략서비스산업으로 평가받고 있다. 최근 의료서비스산업이 지닌 성장 잠재력을 더욱 높이고, 산업 내 효율성을 제고하기 위한 ‘의료서비스산업 고도화’ 논의가 활발하다. 경제부처와 재계는 새로운 성장 동력원 확보라는 관점에서, 의료계는 새로운 시장창출을 통한 경영난 타개라는 관점에서 의료서비스산업 고도화 정책을 적극 지지하고 있다. 이에 비해 보건복지부는 의료의 공공성 확보 속에서 산업 고도화를 추진해야 한다는 절충적인 입장을, 시민단체는 건강보험의 기능 약화와 의료비 양등을 우려하며 반대 입장을 표명하고 있다.

이제는 의료서비스산업에 경쟁적 요소를 도입하여 산업의 효율성을 제고하고 소비자의 후생을 증대시키는 산업 고도화 정책이 필요한 시점이다. 이러한 산업 고도화 정책은 건강보험의 재정안정성에도 기여할 것으로 판단된다.

의료서비스산업 고도화는 의료제도 선진화(거시적 관점)와 의료기관 경영 합리화(미시적 관점)라는 2가지 관점으로 나누어 볼 수 있다. 거시적 관점에서 볼 때, 영리의료법인의 허용은 진입장벽을 낮추어 산업 내 투자와 선의의 경쟁을 촉진시킬 것이다. 한편, 사회적 고비용을 유발하는 행위별수가제에서 의료기관의 비용절감 노력을 유도할 수 있는 포괄수가제로의 전환을 모색해야 한다. 동시에 요양기관계약제를 통해 공보험자는 의료기관에 효율적인 의료서비스 공급을, 의료기관은 공보험자에게 합리적인 의료서비스 가격을 유도해야 할 것이다. 또한 민간의료보험을 활용하여 소비자의 다양한 의료요구를 충족하는 한편, 여전히 높은 환자의 본인부담금에 대한 부담을 낮추어야 한다.

미시적 관점에서는 의료기관 스스로가 무모한 외형 확장보다는 경쟁력을 가진 분야에 투자하는 선택과 집중이 필요하며, 특히 경영이 악화되고 있는 중소병원은 네트워크 구축과 해외진출을 통해 경영난 타개의 돌파구를 모색해야 한다. 아울러 제약, IT, 생명산업 등 연관산업과 협력하여 새로운 수익원을 창출하려는 노력이 요구된다.

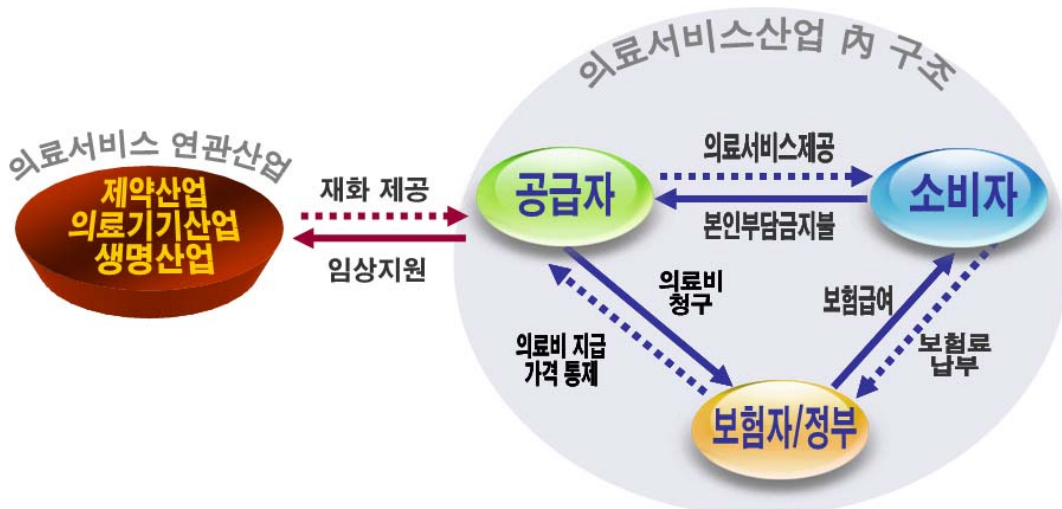
《 요약 》

I. 의료서비스산업의 특성과 현황

높은 진입장벽과 불필요한 정부 규제

- 의료서비스산업은 의료 종사자가 의료서비스를 제공하는 과정에서 형성되는 산업을 지칭
 - 대표적인 공급자는 병원으로, 한국은 민간병원이 전체 병원의 83.6%(2005년 기준)를 차지할 정도로 의료서비스 공급을 민간이 주로 담당
 - 의료서비스의 가격과 행위를 규제하는 건강보험과 정부도 산업 내 주요 당사자
 - 한국은 모든 국민과 의료기관을 단일 강제보험으로 묶은 사회의료보험 체계를 형성
 - 제약 및 의료기기는 주요 연관산업으로 의료서비스산업과 상생관계를 유지
 - 의료서비스산업은 연관산업의 주요 수요자인 동시에 임상지원을 통해 이들 산업의 발전을 유도

의료서비스산업과 연관산업



- 국내 의료서비스산업의 주요한 특성으로는 높은 진입장벽과 정보의 비대칭성(소비자 무지)에 따른 공급자의 우월적 지위를 지적할 수 있음
 - 의료기관은 의료인, 의료법인, 비영리법인, 정부만이 개설할 수 있으며, 영리의료법인은 설립이 불가
 - 서비스의 질과 효용에 대한 정보를 소비자보다 많이 가지고 있는(정보의 비대칭성) 공급자는 의료소비에 영향을 미치는 주요 주체
- 의료행위와 가격에 대해 규제가 심한 공공재적 산업
 - 영리를 목적으로 환자를 알선·중재하거나, 연구 및 교육 목적 외 부대사업을 하는 것도 법적으로 금지
 - 의료기관에서 새로이 시술하는 모든 의료기술은 30일 이내 정부로부터 사용허가를 받아야 함
 - 의료수가는 국민건강보험공단 이사장과 의약계 대표 간의 계약에 따라 매년 조정되지만, 합의가 안 될 경우 보건복지부 장관이 직권으로 결정
 - 의료기관이 법적으로 정해진 가격보다 낮게 받는 것도 불법

공공재에서 새로운 성장 동력원으로 변신 중

- 고부가가치와 높은 고용창출로 국가경제에 기여
 - 의료서비스산업의 부가가치 비율은 48.7%(2000년 기준)로, 제조업 27.4%보다 높으며, 취업유발계수도 타 산업에 비해 높음
 - 취업유발계수: 의료서비스산업 16.3명, 전체 산업 평균 12.2명, 제조업 4.9명
 - 문화, 언어 등 국가 간 장벽이 허물어지면서 의료서비스산업의 국제 교역이 점차 증대

- 예치과 등 다수의 한국 의료기관이 해외에 진출해 있으며, 최근에는 한국을 찾는 의료 관광객이 증가

□ 의료서비스산업은 향후에도 지속적인 성장이 예상

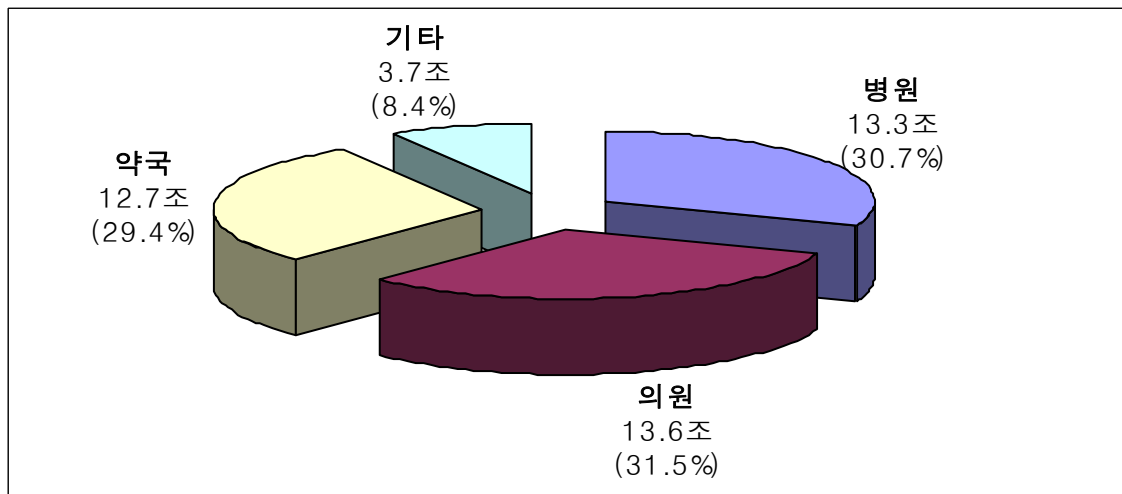
- 건강보험 적용인구의 확대와 소득증가 등에 힘입어 의료서비스산업은 1994~2004년 기간 동안 연평균 11.3%의 높은 성장을 실현
 - 시장 규모는 2004년 현재 GDP의 5.6%인 약 43.3조 원(OECD, 2006)
- 1인당 실질 의료소비와 의료기관 방문 횟수도 큰 폭으로 증가하여 건강에 대한 최근의 높은 관심을 반영
 - 1인당 의료소비: 33만 원(1994년) → 90만 원(2004년)
- 인구 고령화와 소득수준의 지속적인 향상으로 2010년 국내 의료서비스산업의 시장 규모는 약 68조 원에 이를 전망

II. 의료서비스산업의 경쟁구도

□ 병원 부문이 의원, 약국보다 높은 성장을 시현

- 2004년 총 의료서비스시장 43.3조 원 중 병원은 13.3조 원(30.7%), 의원은 13.6조 원(31.5%), 약국은 12.7조 원(29.4%)을 차지(OECD, 2006)
- 나머지 3.7조 원(8.4%)은 시설 및 장비투자, 공공 행정서비스 등이 차지

의료서비스산업 규모(2004년)



주: 1. 기타는 공공 행정서비스, 시설 및 장비투자 등을 포함

2. 병원, 의원, 약국의 규모는 매출단위, 기타는 지출 및 투자액으로 집계

자료: OECD, *OECD Health Data 2006*, 2006에 의거하여 작성

- 최근 4년간(2001~2004년) 병원 부문의 높은 성장(연평균 13.1%)으로 산업 내 병원의 점유율이 증가한 반면 의원의 점유율은 상대적으로 하락
- 병원 비중: 27.1%(2001년) → 30.7%(2004년)
- 의원 비중: 35.5%(2001년) → 31.5%(2004년)

□ 대형병원(종합전문병원과 종합병원)은 높은 시장점유율을 보이는 반면 중소병원은 경영이 악화되는 양극화가 진행

- 소비자가 대형병원을 선호함에 따라 대형병원(2004년 기준, 78.5%)과 중소병원(20.0%)의 시장점유율 격차가 매우 큼(국민건강보험관리공단, 2005)

- 중소병원은 저조한 경영성파로 도산율이 매우 높은 실정
 - 의료이익률(2004년 기준): 종합병원 5.26%, 중소병원 -7.12%
 - 도산율(2004년 기준): 종합병원 1.4%, 중소병원 9.2%, 서비스산업 0.11%

- 인력 및 기술적 우위가 대형병원이 높은 시장지배력을 보일 수 있는 원동력
 - 대형병원일수록 병상당 의사인력의 투입 정도가 큼
 - 100병상당 의사 수(2004년 기준): 종합전문병원 42명, 종합병원 15명, 중소병원 4명

 - 의료기관당 장비보유 현황을 보면 대형병원이 중소병원보다 높음
 - 100병상당 초음파 영상진단기(2004년 기준): 종합전문병원 1.68대, 종합병원 1.41대, 중소병원 0.93대

- 최근 대형병원의 신·증설이 활발하게 진행되고 있어 대형병원 간 경쟁도 더욱 높아질 전망
 - 서울아산병원, 삼성서울병원 등 급성기(急性期) 위주의 대형병원들이 암병상을 경쟁적으로 확충하고 있는 중
 - 서울 소재 대형병원에만 향후 2년간 2,000병상 이상이 증설될 예정

 - 급성기 병원 간의 경쟁은 심화되는 반면, 장기요양 병상은 부족한 상황
 - 인구 1,000명당 급성기 병상 수(2002년 기준): 한국 5.2, OECD 평균 3.1
 - 인구 1,000명당 장기요양 병상 수(2002년 기준): 한국 0.4, OECD 평균 4.0

Ⅲ. 의료서비스산업 고도화 논의

- 비효율적인 의료서비스산업을 선진화하여 차세대 성장 동력으로 육성하고자 하는 논의
 - 제조업 위주 성장정책이 한계에 봉착하면서, 정부는 의료서비스 등 고부가가치 서비스산업에 대한 전략적 육성에 주목
 - 정부는 2005년 대통령직속 ‘의료산업선진화위원회’를 구성하여 의료서비스산업 고도화를 추진하고 있지만, 그 진행은 미진
 - 진입장벽 완화와 다양한 의료수요의 충족을 위한 불필요한 규제 철폐가 주요 내용

- 경제부처, 재계, 의료계는 제반 제도개혁에 적극 찬성하고 있는 데 비해, 보건복지부는 미온적인 입장이며, 시민단체는 반대를 표명

의료서비스산업 고도화에 대한 각계의 입장

	찬성	절충	반대
근거	<ul style="list-style-type: none"> - 국가 성장 동력 - 고용창출 - 자본의 투자처 확보 - 서비스 경쟁력 제고 - 연관산업 발전 도모 	<ul style="list-style-type: none"> - 의료의 상업성 경계 - 서비스 경쟁력 제고 - 연관산업 발전 도모 - 해외 환자 유치 	<ul style="list-style-type: none"> - 건강보험의 기능 약화 - 의료비 양등 - 의료소비의 양극화 - 의료체계의 양극화 - 건강악화
정책 이슈	<ul style="list-style-type: none"> - 영리의료법인 허용 - 민간의료보험 활성화 - 요양기관당연지정제 폐지 	<ul style="list-style-type: none"> - 영리의료법인 불허 - 다양한 투자유인 방안 - 제반 규제 완화 	<ul style="list-style-type: none"> - 영리의료법인 절대 불허 - 민간의료보험활성화 반대 - 요양기관당연지정제 유지
주요 기관	<ul style="list-style-type: none"> - 재정경제부 - 의료계 - 재계 	<ul style="list-style-type: none"> - 보건복지부 	<ul style="list-style-type: none"> - 시민단체

- 경제부처와 재계에서는 민간의 투자촉진을 위해 영리의료법인의 허용을 포함하여 불필요한 정부규제의 완화에 무게를 둠

- 동북아 의료허브 구축을 위한 투자유치 방안을 적극 모색
- 보건복지부는 의료의 공공성 확대 속에서 산업 고도화를 추진할 것을 주장하는 다소 절충적인 입장
- 시민단체는 건강보험의 기능 약화와 의료비 양등을 이유로 반대 입장
 - 의료의 공공성을 먼저 확보한 후에 산업 고도화를 추진해야 한다는 주장

IV. 의료서비스산업 고도화를 위한 과제

- 경쟁과 효율의 원리를 도입하여 의료서비스산업의 고도화를 추진
 - 산업 내 경쟁 증가를 통해 의료기관의 효율성을 높이고 소비자의 후생을 증대하도록 제반 의료제도를 개선
 - 의료서비스산업 고도화를 위한 제도 개선은 건강보험의 운영효율성과 재정안전성에도 기여
 - 요양기관계약제, 포괄수가제 등은 의료기관의 효율화와 건강보험의 재정안정화를 동시에 달성하는 제도 개선책

영리의료법인 허용

- 영리의료법인 허용은 규모의 경제와 의료서비스산업의 경쟁적 환경을 더욱 촉진
 - 많은 병원이 적정규모 이하인 영세한 상황에서 영리법인 허용은 병원의 통합을 유도할 것으로 예상
 - ‘규모의 경제’를 실현하지 못하는 300병상 미만 병원이 전체 병원의 83.1%(재정경제부, 2006)를 차지

- 영리의료법인 허용은 의료서비스산업에 대한 진입장벽을 완화하여 산업 내 투자를 촉진
 - 영리의료법인 대한 진입장벽은 오히려 이미 시장에 진출해 있는 비영리 병원의 경제적 이해만을 보호하는 결과를 초래
- 제약, 생명, 관광 등 다양한 연관산업과의 협력을 통해 수익원의 다변화가 가능

포괄적 지불보상제와 요양기관계약제 도입

- 의료기관의 효율화를 유도하기 위해서는 포괄수가제(DRG)와 요양기관계약제를 도입
 - 현 행위별수가제는 공급자의 비용절감 노력보다는 과도한 시설과 장비투자를 통한 과잉진료만을 유도함으로써 사회적 비용을 높이는 비효율을 초래
 - 소비자 무지와 보험가입으로 소비자는 의료서비스의 가격과 질에 둔감하며, 이는 공급자의 과잉진료에 유리한 환경을 조성
 - 진단명 기준으로 보상수준을 사전에 정한 후, 포괄적으로 의료기관에 보상하는 DRG(Diagnosis Related Group)는 의료기관의 비용절감 노력을 촉진
 - 요양기관계약제를 통해 공보험자는 의료기관에 효율적인 의료서비스 제공을, 의료기관은 공보험자에게 합리적인 의료서비스 가격을 유도할 수 있음
 - 현재는 모든 의료기관이 예외 없이 건강보험의 요양기관이 되는 요양기관당연지정제

민간의료보험의 활성화

- 민간의료보험과 공보험의 역할 분담을 통해 소비자의 후생 증대를 도모

- 민간의료보험의 활성화를 통해 소비자의 다양한 의료요구를 충족하는 한편, 높은 본인부담금에 대한 부담을 경감
 - 현재 환자가 부담하는 본인부담금은 약 50%로 OECD 국가에 비해 매우 높은 수준
- 보험자가 공급자에게 다양한 재정적 인센티브를 제공하여 공급자의 효율성을 제고하는 관리의료(Managed care)형 민간의료보험 도입이 요구

의료기관의 경영합리화와 신시장 개척

□ 대형병원은 내실 경영을, 중소병원은 전략적 제휴를 도모해야 함

- 대형병원은 무모한 외형확장보다는 경쟁력을 가진 분야에 투자하는 ‘선택과 집중’이 필요
- 중소병원은 대형병원과 경영 및 임상정보 공유, 중소병원 간 체인을 통한 공동 구매 및 광고 등 경영난을 타개하기 위한 다각도의 노력이 필요
- 특히 빈 병상이 많은 중소병원은 공급이 부족한 요양병원으로 전환하는 전략도 고려

□ 연관산업과의 다양한 협력과 해외시장 진출이 요구됨

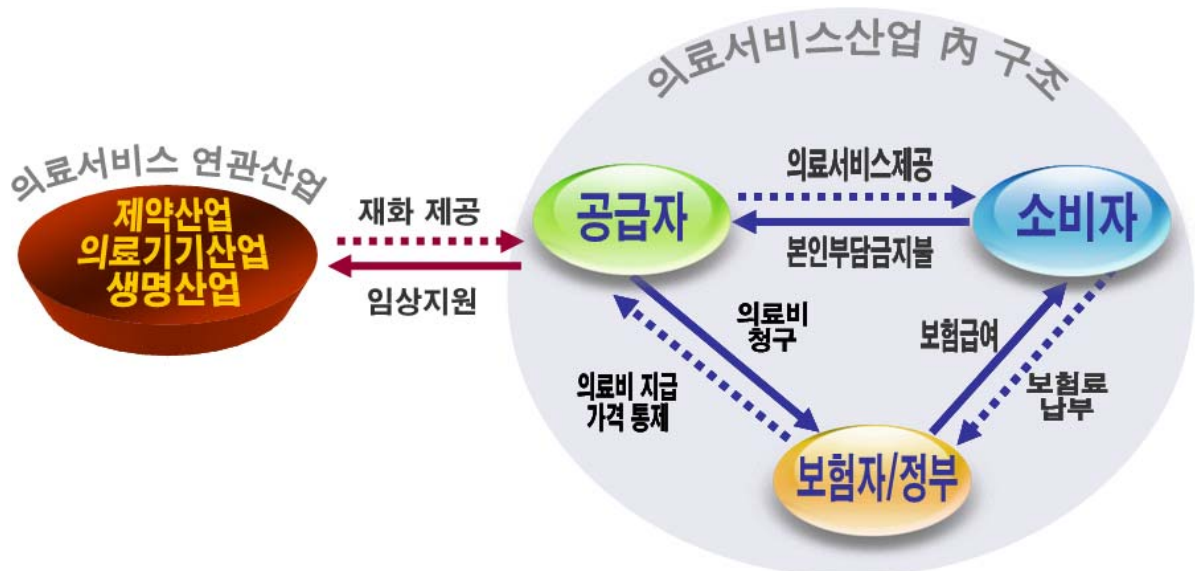
- 제약, IT, 생명 등 연관산업과의 협업을 통해서 e-health, 난치병 치료 등 새로운 서비스 영역을 개발하는 것이 필요
 - 병원 중심의 R&D 클러스터는 연관산업과의 win-win 모델의 하나
- 성형, 피부치료, 디스크 등 한국이 경쟁력을 갖고 있는 의료기술을 활용하여 해외 환자를 유치하는 노력이 필요

I. 국내 의료서비스산업의 현황

1. 정의 및 범위

- 의료서비스산업은 의료 종사자가 의료서비스를 제공하는 과정에서 형성되는 산업을 지칭
 - 법적으로 정의하면 의료서비스산업이란 국민의 건강을 보호·증진하기 위해 보건의료인이 행하는 모든 활동과 관련된 산업¹⁾
 - 의료서비스산업에는 공급자인 병·의원, 소비자인 환자, 보험자인 건강보험이 삼각 축을 형성하며, 연관산업으로는 제약과 의료기기산업 등이 존재
 - 광의의 의료산업은 제약, 의료기기도 포함

의료서비스산업과 연관산업



- 의료서비스는 병·의원뿐만 아니라 조산원, 호스피스 등 다양한 의료기관에서 제공되는 포괄적인 서비스를 의미

1) 보건의료기본법 제3조

- 대표적인 의료서비스 공급자는 병·의원과 약국으로, 여기에는 일반 병·의원 외에 한방 병·의원, 요양병원, 보건소 등이 포함
- 병상 기준으로 30병상 이상은 병원, 이하는 의원으로 분류
- 이 외에 조산원, 산후조리원, 실버타운, 학교, 교도소, 군대 등에서 제공되는 의료서비스도 의료서비스산업 영역에 해당

의료서비스 공급자

대분류	소분류	비고
병·의원	일반 병·의원	- 병상 기준으로 30병상 이상은 병원, 이하는 의원 - 국공립 및 민간 병·의원을 모두 포함
	한방 병·의원	
	치과 병·의원	
	요양병원	
	보건소	
약국	약국	
기타 의료기관	조산원	- 병·의원, 약국 외 기타 의료기관에서 제공되는 의료서비스 - 기타 의료기관 외 학교, 군대 등에서 제공되는 의료서비스도 포함
	호스피스	
	산후조리원	
	접골원	
	학교 양호실	
	군대 및 교도소의 의무실	
	기타	
유관기관	대한적십자사	- 대한적십자사, 결핵협회 등에서 제공하는 검사 및 검진서비스
	대한결핵협회	
	기타	

□ 공급자 외 보험자 및 소비자도 의료서비스산업 내 주요 주체

- 의료서비스가 가진 공공재적 속성으로 인해 보험자인 국민건강보험²⁾은 공급자와 소비자에게 강력한 영향력을 행사

2) 본 보고서에서는 국민이 의무적으로 가입하는 공보험을 ‘국민건강보험’ 또는 ‘건강보험’으로 지칭

- 보험자는 의료기관과 체결한 의료수가에 근거하여 의료비를 지급하지만, 의료기관이 과잉 진료하거나 부당청구를 하는 경우에는 의료비를 삭감
- 모든 국민은 건강보험에 의무적으로 보험료를 납부하고, 의료서비스 이용 시 본인부담금(out-of-pocket)을 부담
- 소비자는 비급여서비스에 대한 본인부담금뿐만 아니라 급여서비스에 대해서도 법정본인부담금³⁾을 지불

□ 제약, 의료기기산업은 의료서비스산업의 주요 연관산업

- 제약사와 의료기기사는 의약품 및 의료기기를 의료기관에 제공하는 주요 공급자로서 역할
- 제공하는 의약품 및 의료기기는 건강보험 및 정부로부터 사전허락을 받은 것이어야 함
- 의료기관은 제약사의 신약개발이나 의료기기사의 장비개발 등에 임상적인 지원 및 협력을 제공함으로써 연관산업의 발전을 유도
- 삼성서울병원, 가톨릭중앙의료원 등은 병원 내 임상시험센터를 통하여 신약개발을 위한 임상지원을 제공

2. 산업의 특성

높은 진입장벽과 공급자의 우월적 지위

- 국내 의료서비스산업은 높은 진입장벽과 의료인에 의한 공급독점을 주요 특성으로 함
- 의료기관 개설은 의료인, 의료법인, 비영리법인, 정부기관 외에는 허용되지 않음⁴⁾
- 주식회사, 합명회사, 합자회사 형태의 의료 관련 법인 설립은 불가

3) 환자의 도덕적 해이(moral hazard)를 방지할 목적

4) 의료법 제30조

- 자연인으로서 비의료인은 의료기관을 개설할 수 없음
- 영리의료법인에 대한 진입제한은 의료인의 독점적 지위를 강화하는 결과만을 초래⁵⁾
- 미국의 경우 법인병원 중 영리병원의 비율이 10.8%에 이르며, 영국은 8.7%, 프랑스는 19.0%임⁶⁾

의료기관 개설이 가능한 자: 의료법 제30조
<ul style="list-style-type: none"> · 보건복지부 장관의 면허를 받은 의사, 치과의사, 한의사, 조산사, 간호사 · 국가 또는 지방자치단체 · 의료업을 목적으로 설립된 의료법인 · 민법 또는 특별법에 의하여 설립된 비영리법인 · 정부투자관리기본법의 규정에 의한 정부투자기관 또는 지방공기업법에 의한 지방공사 또는 한국보훈복지 의료공단법에 의한 한국보훈복지 의료공단

□ 소비자 무지⁷⁾는 산업 내 공급자의 위치를 더욱 강화

- 서비스의 질과 효용에 대한 정보를 소비자보다 많이 가지고 있는(정보의 비대칭성) 공급자는 소비자에 비해 시장 내 우월한 지위를 차지
- 정보의 비대칭성은 정부 및 공보험자가 공급자를 규제하는 이론적 배경
- 소비자인 환자를 대신하여 의사가 서비스의 양을 결정하기 때문에 의사의 경제적 동기에 의해 과잉진료 소지가 상존
- 개별 진료행위에 대해 보상하는 현행 행위별수가제(fee-for-service)에서는 공급자가 공급량을 늘리고자 하는 이윤동기가 더욱 높음

□ 그러나 정부의 의료정보 공개 노력과 소비자의 인터넷을 통한 건강정보 습득⁸⁾ 등으로 소비자의 권리의식이 고양

5) 권순만 외, 『의료체계 경쟁력 강화를 위한 규제개혁 방안 연구』, 한국경제연구원, 2005

6) Office of Technology Assessment, *Hospital Finance in Seven Countries*, 1995

7) 공급자에 비해 소비자가 의료에 대한 정보와 지식이 부족한 상황(정보의 비대칭성)을 지칭

8) 류시원 외, “건강정보 서비스 이용실태 분석”, 보건복지포럼, 11월호, 2004

- 최근 정부는 의료기관을 평가하여 그 결과를 소비자에게 공개함으로써 소비자의 합리적인 의료기관 선택을 유도
 - 보건복지부는 2004년부터 2년마다 의료기관을 평가하고 있으며, 2005년에는 항생제 및 주사제 처방률에 관한 의료기관 현황을 조사·발표
- 의료과오 소송이 2002년 882건에서 2004년 1,124건으로 27.4% 증가하여 환자의 높아진 권리의식을 반영⁹⁾

규제가 심한 공공재적 산업

□ 의료서비스산업은 의료서비스의 가격과 행위에 대해 규제가 심한 산업

- 모든 의료기관은 건강보험의 요양기관이 되어 정부로부터 가격통제를 받음
 - 의료수가는 국민건강보험공단 이사장과 의약계 대표 간의 계약으로 매년 조정되어 모든 의료기관에 일괄 적용됨¹⁰⁾
 - 법정시한까지 양자 간에 합의가 되지 않을 경우 보건복지부 장관의 직권으로 의료수가를 결정
- 정부가 고시하지 않은 의료서비스를 제공하는 것은 불법
 - 의료기관에서 새로이 시술하는 의료기술은 30일 이내에 건강보험에 신고하여 사용허가를 받아야 함

□ 개인의 의료소비로 본인의 생산성이 향상될 뿐만 아니라 사회 전체의 후생이 증대되는 등 공공성이 강한 산업

- 의료서비스에 대한 높은 접근성은 국민의 건강 수준을 향상시키며, 이는 국가 전체의 생산성 향상과 경제발전에 기여
- 의료서비스는 외부효과가 큰 재화로서 개인의 의료소비는 가족 또는 사회의 편익을 증대

9) 사건접수 건수 기준으로 제1심, 항소심, 상고심을 합한 것임. 법원행정처, 『사법연감』, 각 연도

10) 국민건강보험법 제42조

- 개인의 예방접종은 집단의 면역력을 증가시킴
- 결국 국민의 건강은 사회 전체의 후생증대를 가져오기 때문에, 의료서비스 제공에서는 사회적 연대성 및 정부의 역할이 중요

차세대 신성장 동력 산업

- 의료서비스산업은 1인당 부가가치가 매우 높으며 고용창출 효과 또한 타 산업에 비해 높음
 - 의료서비스산업은 1인당 부가가치가 제조업의 1.8배에 이르는 고부가가치 산업
 - 부가가치 비율¹¹⁾(2000년 기준): 의료서비스산업 48.7%, 제조업 27.4%¹²⁾
 - 의료서비스는 제조업에 비해 고용창출 효과가 약 3.3배 큰 산업
 - 취업유발계수¹³⁾: 의료서비스산업 16.3명, 전체 산업 평균 12.2명, 제조업 4.9명¹⁴⁾
- 한편으로 인력 의존적이며 국가 간 장벽이 높은 서비스산업의 일반적인 특징 역시 내포하고 있음
 - 사람이 서비스의 주체가 되는 노동집약적 산업인 동시에, 지식이 경쟁력의 핵심이 되는 지식집약적 산업
 - 언어, 문화, 관습 등의 차이에 따른 진입장벽으로 국가 간 교역규모가 작고 내수 중심으로 성장하는 경우가 대부분
- 그러나 최근 들어 국가 간 교역이 점차 증가하고 서비스장벽이 무너지기 시작하면서 의료서비스산업의 국제화가 빠르게 진전

11) 부가가치율은 의료서비스산업의 부가가치를 국내 총 의료서비스산출액으로 나눈 비율을 말함

12) 한국은행, 『2000년 산업연관표』, 2003

13) 취업유발계수는 생산액 10억 원당 투입되는 고용자 수

14) 전국경제인연합회, 『의료서비스산업 현황 및 제도개선 과제』, 2003

- 차병원, 예치과 등 다수의 한국 의료기관이 중국, 베트남, 러시아 등에 진출하는 한편, 성형 목적으로 한국을 찾는 의료 관광객이 증가
 - 정부는 중국, 일본, 미국 등으로부터 2010년까지 연간 10만 명의 해외 환자를 유치할 계획¹⁵⁾
- 싱가포르와 태국 등 일부 국가에서는 의료서비스산업을 관광산업과 접목하여 고부가가치산업으로 육성
 - 태국을 방문하는 외국인 환자 수는 2002년 38만 명에서 2004년 51만 명으로 늘어나 매년 큰 폭의 증가세를 보임¹⁶⁾

3. 시장 규모¹⁷⁾

- 건강보험의 급여확대, 소득수준의 향상 등으로 의료서비스산업의 국내시장 규모가 빠른 속도로 성장
 - 2004년 시장 규모는 GDP의 5.6%인 약 43.3조 원¹⁸⁾으로 1994년에 비해 2.9배 증가
 - 시장 규모: 14.8조 원(1994년) → 43.3조 원(2004년)
 - 지난 10년간 의료서비스산업의 성장률은 연평균 11.3%로, 주요 선진국에 비해 월등히 높은 수준
 - 같은 기간 한국의 GDP 증가율(연평균 8.6%)에 비해서도 매우 높은 수준
 - 의료서비스산업의 주요 성장요인은 ① 건강보험의 적용인구 확대, ② 소득수준의 향상¹⁹⁾

15) 보건의료서비스제도기획단, “제5차 의료산업선진화위원회 보고안건”, 2006

16) 조유진, “싱가포르와 태국의 의료관광 현황”, 의료관광의 현황과 활성화 방안 세미나 자료, 2006

17) 개인 및 정부가 의료서비스의 소비와 투자에 지출한 의료비(health expenditure)를 기준으로 시장규모를 산출

18) OECD, *OECD Health Data 2006*, 2006

19) 유근춘 외, 『국민의료비 변동요인분석과 비용효과성 제고방안』, 한국보건사회연구원, 2003

국가별 의료서비스산업 연평균 성장률(1994~2004년)

(단위: %)

	미국	영국	독일	프랑스	캐나다	일본	한국
의료서비스산업 성장률	6.8	7.3	3.6	5.0	5.8	2.4	11.3
GDP 성장률	5.2	5.5	2.5	3.6	5.3	0.3	8.6

주: 영국, 독일, 일본은 1993~2003년 연평균 성장률임

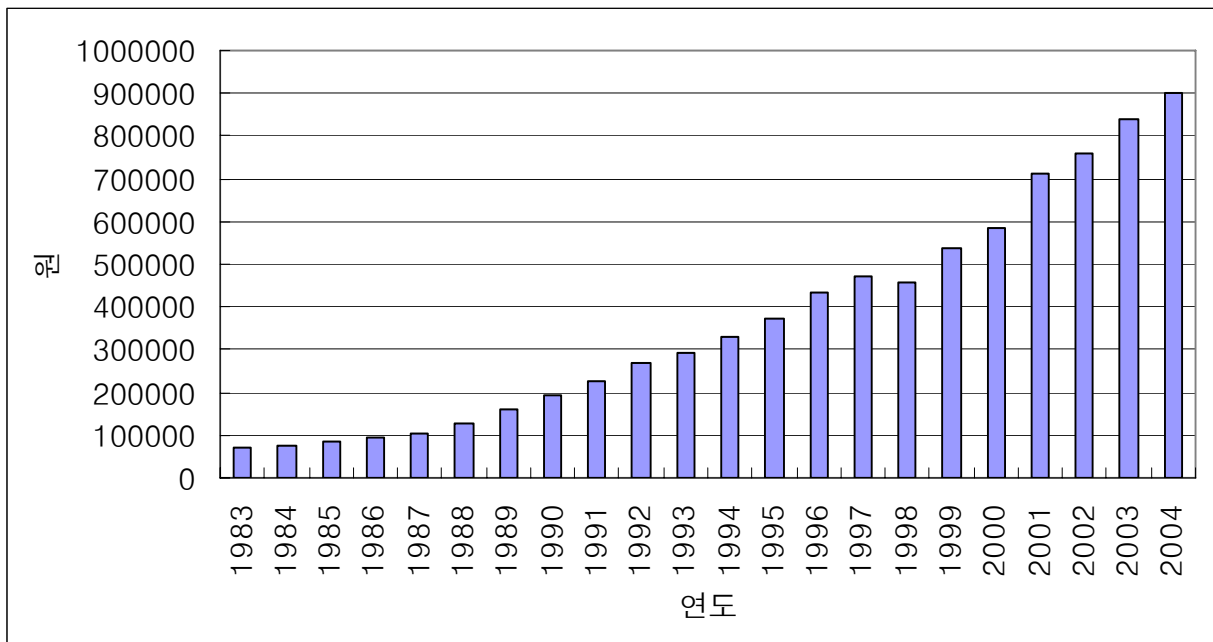
자료: OECD, *OECD Health Data 2006*, 2006

□ 사회·경제적인 여건 변화로 소비자의 의료비 지출과 의료기관 방문이 지속적으로 증가

- 소득의 증가, 건강에 대한 관심증대 등으로 지난 10년간 1인당 의료소비가 약 3배 증가

· 1인당 의료소비: 33만 원(1994년) → 90만 원(2004년)

1인당 의료소비 추이



자료: OECD, *OECD Health Data 2006*, 2006

- 의료기관 이용 측면에서 보면, 외래방문은 2001년 연간 11.9회에서 2004년 13.4회로 늘어났으며, 연간 입원일도 같은 기간 0.91일에서 1.10일로 증가

인구 1인당 의료기관 이용(2004년)

(단위: 건, 일)

	2001년	2002년	2003년	2004년
연간 외래방문	11.9	12.8	13.1	13.4
연간 입원일	0.91	0.96	1.07	1.10

자료: 국민건강보험관리공단, 『2004 건강보험통계연보』, 2005에 의거하여 작성

- 향후 인구의 급격한 노령화, 소득수준의 지속적 향상 등으로 의료서비스 산업의 규모가 더욱 확대될 것으로 예상

- 의료서비스산업의 높은 성장률에도 불구하고 GDP에서 차지하는 비중 (2004년 기준 5.6%)은 여전히 선진국의 절반 수준에 불과
- GDP 대비 의료서비스산업 규모: 미국 15.3%(2004년), 독일 10.9%(2003년), 일본 8.0%(2003년)

GDP 대비 의료서비스산업 규모(2004년)

(단위: %)

미국	영국	독일	프랑스	캐나다	일본	한국
15.3	8.3	10.9	10.5	9.9	8.0	5.6

주: 영국, 독일 일본은 2003년 기준

자료: OECD, *OECD Health Data 2006*, 2006

- 향후 국내 의료서비스산업의 시장 규모를 과거 20년간의 추세선을 이용하여 단순 예측하면, 2010년에는 약 68조 원에 이를 전망
- 김창엽(2004년)은 2010년 의료서비스산업 규모를 74조 원으로 예상²⁰⁾

20) 김창엽, 『공공병원 확충방안 개발에 관한 연구』, 서울대학교 보건대학원, 2004

4. 한국의 의료체계

□ 한국은 민간이 의료서비스의 대부분을 생산하는 민간 주도형 생산체계

- 민간병원이 전체 병원의 83.6%(2005년 기준)을 차지할 정도로 의료서비스 생산을 민간이 전담
 - 의원의 경우 민간의 비중이 96.7%로 거의 절대적
- 민간병원은 비영리법인과 개인병원으로 구성되어 있으며, 영리의료법인은 현재 허용되지 않음
 - 개인병원이 전체 병원의 약 절반(50.1%)을 차지
- 미국을 제외한 OECD 국가에서는 병·의원을 대부분 정부가 소유
 - OECD 국가의 공공병상 비중(1998년 기준): 영국 95.7%, 캐나다 100.0%, 노르웨이 100.0%²¹⁾

설립 주체별 병·의원 현황(2005년 4월 기준)

		병원		의원		해당 병원
		개수	비율	개수	비율	
공공*		114	7.4%	1,562	3.3%	국립대병원, 국립의료원, 국립암센터, 등
비영리 법인	학교법인	110	7.1%	31	0.1%	가톨릭대병원, 세브란스병원 등
	재단/사회복지법인 등**	108	7.0%	482	1.0%	삼성서울병원, 서울아산병원 등
	의료법인	441	28.5%	249	0.5%	이대목동병원, 강동성심병원, 길병원 등
개인		776	50.1%	45,373	95.1%	강동성모병원, 강남병원 등
합계		1,549	100.0%	47,697	100.0%	

주: * 국립, 공립, 특수법인, 보건의료원(보건소와 보건지소는 의원으로 분류, 군병원은 제외)

** 종교법인, 사회복지법인, 사단법인, 재단법인, 회사법인

자료 : 건강보험심사평가원, “설립구분별 요양기관 현황 자료”; 이진석(2005)에서 재인용

21) 최병호, “건강위험 보장의 공사 간 위험분담”, 삼성의료경영연구소, 2004

□ 국민의료비 지출 측면에서도 한국은 공공 부문이 매우 취약²²⁾

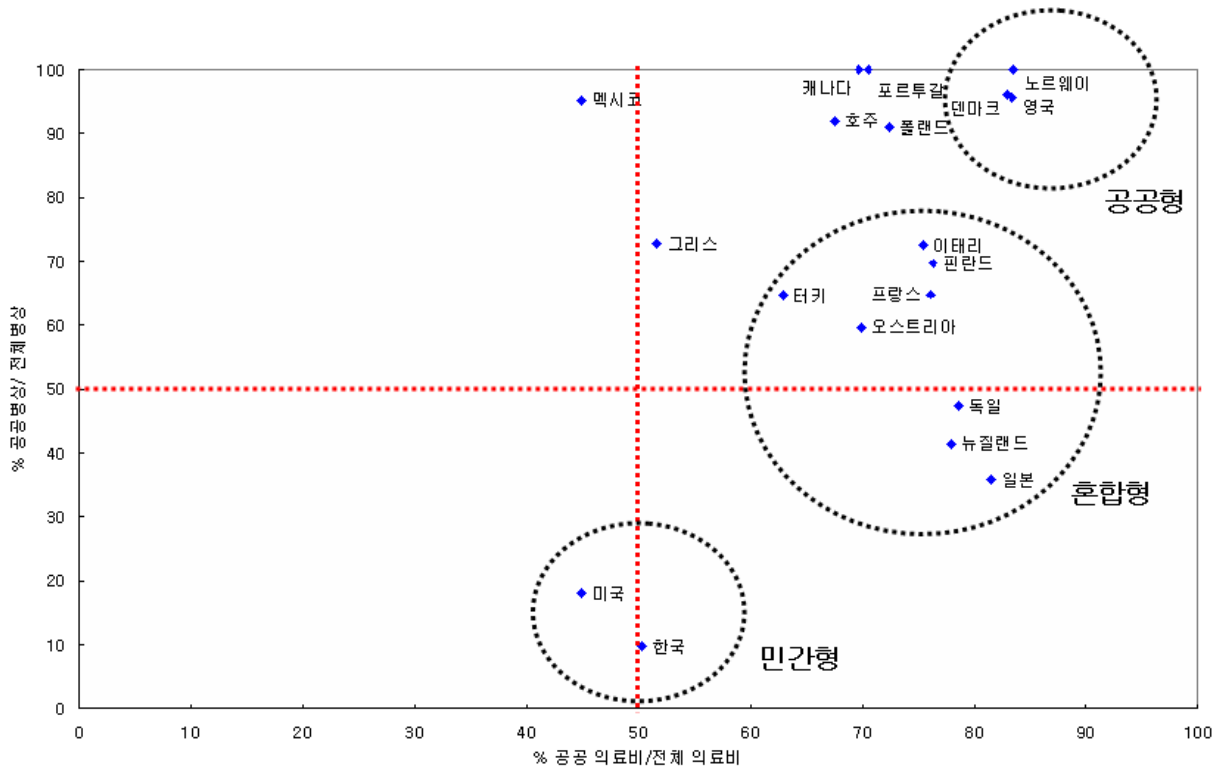
- 한국은 국민의료비 중 공공이 차지하는 부문이 50.3%(2002년 기준)로 OECD 국가 중에서 매우 낮은 나라에 해당
- 대부분의 선진국은 공공재원이 전체 국민의료비의 70% 이상을 차지하여 국민의 건강위험에 대한 공공의 역할이 큼
 - OECD 국가의 공공의료비 비중(2002년 기준): 영국 83.4%, 독일 78.6%, 프랑스 76.1%

□ OECD 국가의 의료체계는 미국의 민간형과 영국의 공공형, 일본의 혼합형으로 구분

- 건강에 대한 책임을 개인에게 두는 미국은 대표적인 민간형 국가이며, 한국 또한 자원과 공급의 측면에서 민간형으로 분류
 - 미국의 공공병상 비중: 18.0%, 공공재원 비중: 44.9%(2004년 기준)
- 조세에 의해 재원을 조달하는 영국은 의료서비스 제공을 국가가 전적으로 책임짐
 - 의료기관이 대부분 국가 소유이며, 재원도 공공의 비중이 매우 높음
- 공공재원의 비중은 높지만 민간의 의료기관 소유가 어느 정도 존재하는 혼합형 국가로는 일본이 대표적
 - 일본의 공공병상 비중: 35.8%, 공공재원 비중: 81.5%(2004년 기준)

22) OECD, *OECD Health Data 2005*, 2005

OECD 국가의 의료체계



자료: OECD, *OECD Health Data 2005*, 2005

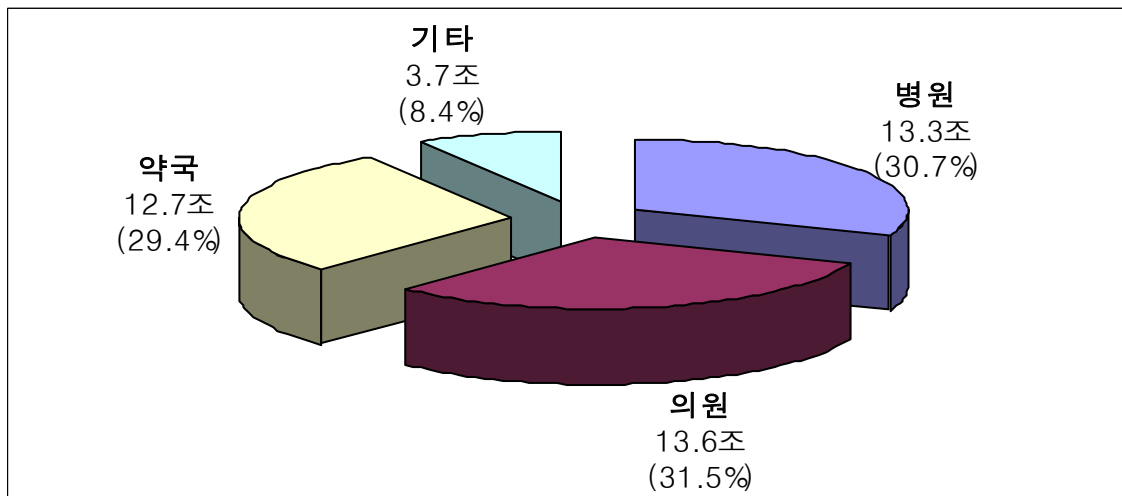
최병호, “건강위험 보장의 공사 간 위험분담”, 삼성의료경영연구소, 2004
 의료연대회의, “2004년 제2차 정책토론회” 등에 의거하여 작성

II. 의료서비스산업의 경쟁구도

□ 국내 의료서비스의 공급자는 크게 병원, 의원, 약국 세 부문으로 구성

- 2004년 총 의료서비스 시장 43.3조 원 중 병원 부문²³⁾이 약 13.3조 원 (30.7%), 의원 부문이 약 13.6조 원(31.5%)을 차지
- 약국에서 조제, 판매되는 외래 처방 의약품 및 의료용품은 총 시장 규모의 29.4%인 약 12.7조 원
- 병원, 의원, 약국이 산업의 주요 주체로서 전체 의료서비스의 91.6%를 차지
· 나머지는 시설 및 장비투자, 공공 행정서비스 등이 차지

의료서비스산업 규모(2004년)



- 주: 1. 기타는 공공 행정서비스, 시설 및 장비투자 등을 포함
 2. 병원, 의원, 약국의 규모는 매출단위, 기타는 지출 및 투자액으로 집계
 자료: OECD, *OECD Health Data 2006*, 2006에 의거하여 작성

□ 병원 부문이 의원 및 약국보다 빠르게 성장 중

- 최근 4년간 연평균 성장률을 보면, 병원 부문이 타 부문에 비해 월등히 높음

23) 병상 수가 30병상 이상인 의료기관

- 연평균 성장률(2001~2004년): 병원 13.1%, 약국 8.1%, 의원 4.3%
- 의료서비스 시장에서 약국이 차지하는 비중은 의약분업의 영향으로 소폭 감소
- 의료서비스산업 내 약국 비중: 29.9%(2001년) → 29.4%(2004년)

부문별 시장 규모 변화 추이

(단위: 조 원, %)

	병원	의원	약국	기타	합계
2001년 (%)	9.2 (27.1)	12.0 (35.5)	10.1 (29.9)	2.5 (7.5)	33.8 (100.0)
2002년 (%)	9.9 (27.4)	12.4 (34.3)	11.0 (30.5)	2.8 (7.8)	36.1 (100.0)
2003년 (%)	12.0 (30.0)	12.9 (32.2)	12.0 (29.9)	3.2 (7.9)	40.1 (100.0)
2004년 (%)	13.3 (30.7)	13.6 (31.5)	12.7 (29.4)	3.7 (8.4)	43.3 (100.0)
연평균 성장률 (2001~2004년)	13.1	4.3	8.1	13.0	8.6

주: 1. 기타는 공공 행정서비스, 시설 및 장비 투자 등을 포함
 2. 병원, 의원, 약국의 규모는 매출단위, 기타는 지출 및 투자액으로 집계
 자료: OECD, *OECD Health Data 2006*, 2006에 의거하여 작성

1. 병원 부문: 대형병원의 영향력 증대

- 병원 분포(2004년 기준)를 보면, 대형병원²⁴⁾보다 중소병원의 비중이 높음
- 중소병원(970개)이 전체 병원 수의 63.9%에 이르며, 대형병원(283개)은 18.7%를 차지
- 종합전문병원 42개, 종합병원 241개, 치과병원 108개, 한방병원 156개

24) 본 보고서에서는 종합전문병원과 종합병원을 합하여 '대형병원'으로 칭함

- 그러나 병상 수 기준으로 살펴보면, 중소병원의 병상 수가 대형병원 병상 수를 약간 상회
 - 중소병원 13만 6,407병상(52.8%), 종합병원 7만 8,297병상(30.3%), 종합전문병원 3만 4,720병상(13.4%)
- 병원 규모별 평균 병상 수는 종합전문병원 827개, 종합병원 325개, 중소병원 141개로서 병원 간 격차가 매우 큼

병원의 공급 현황(2004년)

(단위: 개, %)

	종합 전문병원	종합병원	중소병원	치과병원	한방병원	합계
의료기관 수(A) (%)	42 (2.8)	241 (15.9)	970 (63.9)	108 (7.1)	156 (10.3)	1,517 (100.0)
병상 수(B) (%)	34,720 (13.4)	78,297 (30.3)	136,407 (52.8)	179 (0.1)	8,947 (3.4)	258,550 (100.0)
의료기관당 병상 수(B/A)	827	325	141	2	57.4	170

주: 1. 종합병원은 100병상 이상 병원 중 최소 9개 필수진료과목을 설치한 병원을 말함
 2. 종합전문병원은 종합병원 중 교육기능을 수행하는 병원을 말함
 자료: 국민건강보험공단, 『2004 건강보험통계연보』, 2005에 의거하여 작성

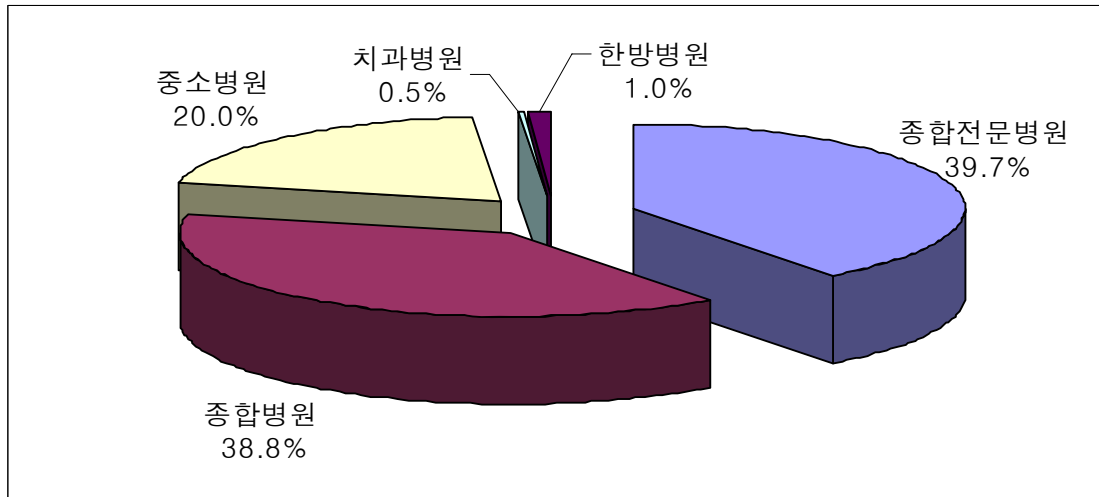
□ 반면, 시장점유율은 대형병원이 중소병원에 비해 월등히 높음

- 의료기관 분포와는 달리 시장점유율은 대형병원이 압도적으로 높음
 - 시장점유율(2004년 기준): 종합전문병원 39.7%, 종합병원 38.8%, 중소병원 20.0%²⁵⁾
- 지난 4년간(2001~2004년) 병원 간 시장점유율 변동은 거의 없으며 대형병원의 점유율이 계속 높은 수준을 유지
 - 2001년 기준으로 종합전문병원이 40.7%, 종합병원이 39.1%, 중소병원이 18.7%를 차지²⁶⁾하여 2004년과 유사

25) 시장점유율은 의료기관이 건강보험에서 받는 급여비와 환자가 부담하는 법정본인부담금만을 기준으로 추계하였음

- 대형병원이 높은 시장점유율을 유지해온 것은 소비자의 대형병원 선호도가 반영된 결과

병원산업의 시장점유율(2004년)



자료: 국민건강보험공단, 『2004 건강보험통계연보』, 2005에 의거하여 작성

- 중소병원은 경영성과가 대형병원에 비해 저조하며, 도산율도 매우 높은 실정
 - 중소병원의 의료이익률(의료수익 대비 의료이익)은 대형병원에 비해 매우 저조
 - 의료이익률(2004년 기준) : 종합병원 5.26%, 중소병원 -7.12%
 - 병상당 환자 수 역시 중소병원과 대형병원 간 큰 격차를 보임
 - 중소병원의 경우 100병상당 입원환자 수(645명)가 종합전문병원(3,267명)의 20%, 100병상당 외래환자 수가 종합전문병원의 23% 수준에 불과
 - 저조한 경영성으로 중소병원의 도산율이 매우 높은 실정
 - 도산율(2004년 기준): 중소병원 9.2%, 종합병원 1.4%, 서비스업 0.11%²⁷⁾

26) 국민건강보험공단, 『2001 건강보험통계연보』, 2002

27) 김준홍, “중소병원 경영실적과 육성방안”, 한국병원경영연구원, 2006. 단, 서비스업 도산율은 한국은행, 『어음부도율동향』, 2006을 이용

병원 경영성과(2004년)

(단위: %, 명)

	종합전문병원	종합병원	중소병원	전체 평균
의료수익 대비 의료이익률	1.99	5.26	-7.12	3.46
100병상당 외래환자 수	73,810	57,098	17,237	59,567
100병상당 입원환자 수	3,267	2,531	645	2,630

주: 조사대상 병원은 종합전문병원 36개, 종합병원 148개, 중소병원 18개임

자료: 대한병원협회 내부자료, 2005에 의거하여 작성

□ 인력 및 기술적 우위가 대형병원의 높은 시장지배력의 원동력

- 대형병원일수록 병상당 의사인력의 투입 정도가 큼
 - 병상당 의사 수(2004년 기준): 종합전문병원 0.42명, 종합병원 0.15명, 중소병원 0.04명
- 의사 수 분포를 보면 전체 병원근무 의사 중 대부분이 대형병원(75.9%)에 근무하고 있으며, 중소병원(17.2%) 근무 의사는 매우 적음²⁸⁾
- 의료기관당 장비보유 현황을 보면 대형병원이 중소병원보다 일반적으로 높음
 - 병상당 초음파 영상진단기 수(2004년 기준): 종합전문병원 1.68대, 종합병원 1.41대, 중소병원 0.93대

28) 국민건강보험공단, 『2004 건강보험통계연보』, 2005

100병상당 의사인력 및 장비 현황(2004년)

(단위: 명, 대)

	종합 전문병원	종합병원	중소병원	치과병원	한방병원	전체 평균
의사 수	42	15	4	7.08	0.13	0.13
MRI	0.22	0.26	0.12	-	-	0.00
초음파 영상진단기	1.68	1.41	0.93	0.01	0.00	0.01
심장초음파 영상진단기	0.36	0.32	0.14	-	-	0.00

자료: 국민건강보험공단, 『2004 건강보험통계연보』, 2005에 의거하여 작성

□ 최근 수도권 대형병원을 중심으로 병상의 신·증설이 활발하게 진행되어 대형병원의 영향력은 향후 더욱 증대될 전망

- 서울아산병원, 삼성서울병원 등 대형병원들이 급성기 위주의 암 병상을 경쟁적으로 확충
- 수도권 대형병원에만 향후 2년 이내에 2,000병상 이상이 증설될 예정
- 수도권 대형병원을 중심으로 병상 증설이 활발해 지방 환자의 ‘서울쏠림’ 현상이 더욱 심화될 것으로 보임
- 서울 소재 대형병원 환자 중 지방 환자가 약 절반(2004년 기준)을 차지²⁹⁾

대형병원의 신규 병상 증설 현황

(단위: 병상)

	서울아산병원	세브란스병원	삼성서울병원	강남성모병원
현재 병상	2,139	1,860	1,277	830
추가 병상	600	500	600	400
완공 시기	2007년	2008년	2007년	2008년

자료: 유창훈 외, “의료환경 변화에 따른 암진료 서비스의 수요와 공급”, *SMC Healthcare Management Review*, Vol. 2. 2006

29) 국회보건복지위원회, “의료법 일부개정법률안 검토보고서”, 2005

□ 기능별(급성, 요양병상 등)로 병상 공급에서 심한 불균형이 나타남

- 선진국에 비해 급성기 병상은 과잉 공급되고 있는 반면, 장기요양 병상은 부족한 상황
 - 인구 1,000명당 급성기 병상 수(2002년 기준): 한국 5.2병상, OECD 평균 3.1병상³⁰⁾
 - 인구 1,000명당 장기요양 병상 수(2002년 기준): 한국 0.4병상, OECD 평균 4.0병상
- 한국은 현재 기능별 필요 병상에 대한 고려 없이 병상 신·증축을 허가
 - 외국의 경우 병상의 신·증축 시 해당 병상이 필요한 근거(Certificate of Need, CON)를 제시하여 정부의 허가를 받아야 함³¹⁾

2. 의원 부문: 일반의원³²⁾의 높은 시장점유율

□ 전체 의원급 의료기관 분포를 보면 일반의원이 약 절반을 차지하고 있으며, 치과와 한의원도 다수 분포

- 2004년 현재 의원급 의료기관은 모두 4만 8,976개이며, 이 중 일반의원이 2만 4,301개로 약 49.6%를 차지
 - 치과의원 1만 2,083개(24.7%), 한의원 9,176개(18.7%)
- 일반의원을 포함한 민간 의료기관은 지속적으로 증가하고 있는 반면, 공공 의료기관은 정체 상태
 - 일반의원 수는 2001년 2만 1,340개에서 2004년 2만 4,301개로 증가한 반면, 보건기관 수는 2001년 3,403개에서 2004년 3,416개로 거의 변동이 없음

30) 한국보건산업진흥원, 『병상자원 관리정책 개발연구』, 보건복지부, 2003; 이기호, “의료산업 향후, 시장 및 고용 대폭확대 성장산업”, 『병원신문』, 2004에서 재인용

31) 한국도 2000년 이전까지는 CON 규정을 두었지만 정부의 과도한 의료기관 규제라는 지적에 따라 폐지하였음(보건복지부령 제172호, 2000)

32) 치과의원, 한방의원, 보건기관을 제외한 모든 의원급 의료기관을 ‘일반의원’으로 칭함

의원급 의료기관 현황

(단위: 개, %)

	2001년	2002년	2003년	2004년
일반의원 (%)	21,340 (49.5)	22,728 (50.1)	23,596 (49.9)	24,301 (49.6)
치과의원 (%)	10,790 (25.1)	11,145 (24.5)	11,571 (24.5)	12,083 (24.7)
한의원 (%)	7,558 (17.5)	8,119 (17.9)	8,718 (18.4)	9,176 (18.7)
보건기관 (%)	3,403 (7.9)	3,390 (7.5)	3,407 (7.2)	3,416 (7.0)
합계 (%)	43,091 (100.0)	45,382 (100.0)	47,292 (100.0)	48,976 (100.0)

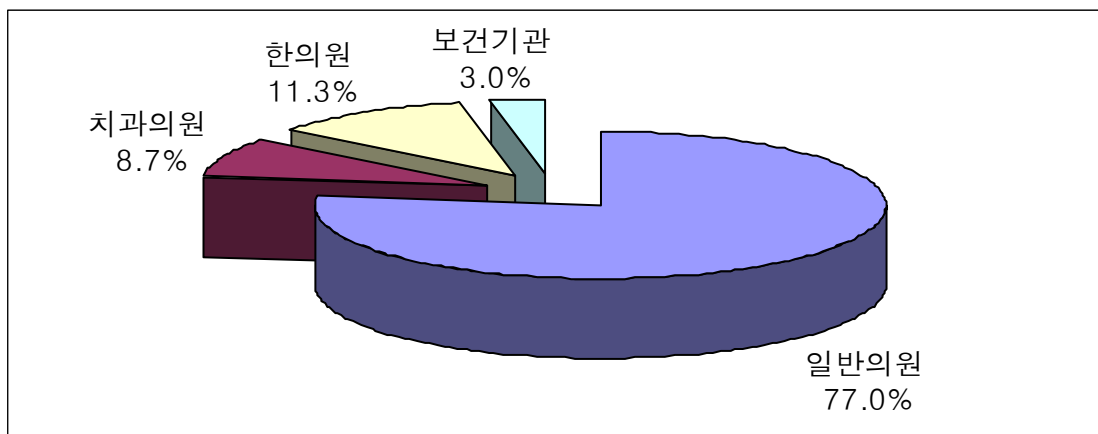
주: 보건기관은 보건소와 보건지소를 칭함

자료: 국민건강보험공단, 『2004 건강보험통계연보』, 2005에 의거하여 작성

□ 반면, 시장점유율은 일반의원이 치과 및 한의원에 비해 높은 편

- 의원서비스 시장은 2004년 현재 일반의원이 77.0%, 한의원이 11.3%, 치과의원이 8.7%, 보건기관이 3.0%를 차지

의원서비스 시장 점유율 현황(2004년)



주: 시장점유율은 환자의 의료기관 방문일을 기준으로 산출

자료: 국민건강보험공단, 『2004 건강보험통계연보』, 2005에 의거하여 작성

- 지난 4년간(2001~2004년) 한의원의 시장점유율이 높아진 반면, 일반의원의 시장점유율은 다소 감소
- 한의원의 시장점유율: 9.0%(2001년) → 11.3%(2004년)
- 일반의원의 시장점유율: 78.1%(2001년) → 77.0%(2004년)

의원별 시장점유율 추이

(단위: 백만 일, %)

	2001년	2002년	2003년	2004년
일반의원 (%)	395.9 (78.1)	419.9 (78.3)	436.2 (77.9)	438.8 (77.0)
치과의원 (%)	46.6 (9.2)	47.3 (8.8)	48.6 (8.7)	49.3 (8.7)
한의원 (%)	45.8 (9.0)	52.6 (9.8)	58.9 (10.5)	64.5 (11.3)
보건기관 (%)	18.4 (3.7)	16.3 (3.1)	16.5 (2.9)	17.3 (3.0)
합계 (%)	506.7 (100.0)	536.1 (100.0)	560.2 (100.0)	569.9 (100.0)

주: 시장점유율은 환자의 의료기관 방문일을 기준으로 산출

자료: 국민건강보험공단, 『2004 건강보험통계연보』, 2005에 의거하여 작성

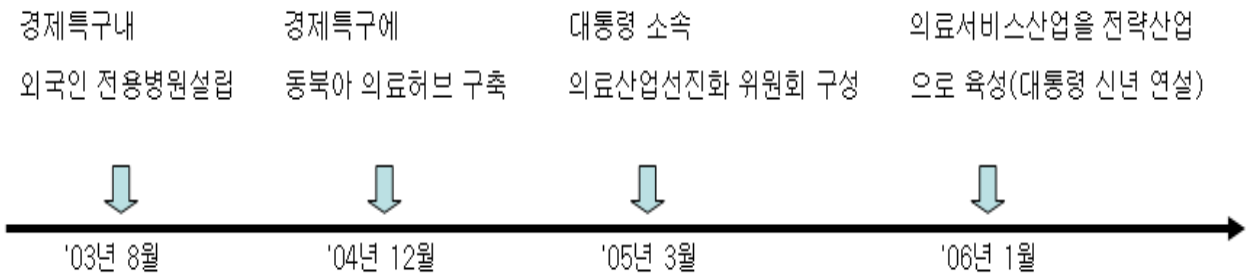
Ⅲ. 의료서비스산업 고도화 논의

1. 의료서비스산업 고도화의 배경

- 제조업 위주의 성장정책이 한계에 봉착하면서 서비스산업에 대한 중요성이 증대
 - 제조업 주도로 1971~2001년간 연평균 6.4%의 높은 성장을 기록하였지만, 최근 성장률이 하락세를 보이며 침체 국면에 진입
 - 최근의 GDP 성장률: 2004년 4.6%, 2005년 4.0%³³⁾
 - 고용 없는 성장, 내수와 수출의 양극화 등 현재 국내경제의 문제점을 극복할 대안으로서 서비스산업이 부각
 - 서비스산업의 고용 비중: 1995년 54.8% → 2005년 65.1%
- 특히, 의료서비스 등 고부가가치 서비스산업의 선진화에 주목
 - 정부는 인천경제특구에 동북아 의료허브를 구축하여 의료서비스산업을 전략적으로 육성할 계획
 - 2008년 인천 특구에 뉴욕 Presbyterian(NYP) 병원이 600병상 규모로 개원할 예정
 - 2005년 3월 대통령 직속의 ‘의료산업선진화위원회’를 구성하여 의료서비스 외 제약, 의료기기, 생명산업의 활성화를 정부 차원에서 추진
 - 위원회 내에 의약품, 의료기기산업 발전을 위한 ‘의료산업발전소위원회’와 의료서비스 관련 제도 개선을 위한 ‘보건의료서비스제도개선 소위원회’를 설치
 - 2005년 취임 2주년 국정연설과 2006년 신년연설에서 대통령은 의료서비스를 국가 전략산업으로 육성하도록 당부하는 등 정부의 강력한 의지를 표명

33) 한국은행, 『국민계정』, 각 연도

의료서비스산업 선진화 흐름



2. 의료서비스산업 고도화의 의미

- 의료서비스산업 고도화는 의료서비스를 공공재의 영역에서 산업의 영역으로 새롭게 해석하여 차세대 성장 동력으로 육성하는 것을 의미
 - 고용창출 효과와 부가가치율이 높은 의료서비스산업을 발전시켜 ‘고용 없는 성장’을 극복하고 내수시장의 확대를 도모
 - 대규모 자본 유입과 다양한 의료수요의 충족을 위해 불필요한 규제를 철폐하는 것을 주요 정책 내용으로 함
 - 영리의료법인 허용, 민간의료보험 활성화, 의료시장 개방 등이 주요 정책 사안
- 정부는 의료서비스산업 고도화를 의료서비스의 질적 발전은 물론 연관산업의 발전 유도, 수출을 통한 국익창출 등을 포괄하는 개념으로 상정³⁴⁾
 - 의료서비스의 질적 제고를 통하여 양질의 의료서비스를 국민에게 제공하는 것이 의료서비스산업 고도화의 주요 목표
 - 한국의 의료산업 경쟁력은 미국에 비해 약 26% 수준에 불과³⁵⁾
 - 의료기관이 제약, 의료기기 등 연관산업과의 협력을 통해 생명산업의 발전을 촉진할 수 있도록 유도

34) 의료산업선진화위원회, “보건의료서비스제도 심사안건”, 2006. 1

35) 강성욱 외, “다이아몬드모델을 이용한 의료산업 경쟁력 고찰”, 『보건경제 및 정책연구』 제12권 1호, 2006

- 한편, 해외 환자 유치와 의료기관의 해외 진출을 통하여 국익을 창출하는 산업으로서 의료서비스를 상정

3. 의료서비스산업 고도화에 대한 각계의 입장

① 정부는 공공성 확보와 산업화를 병행 추진

□ 정부는 건강보험의 급여 확대와 공공 의료기관 확충을 통해 의료의 공공성을 강화

- 1988년부터 전 국민을 대상으로 의료보험을 실시하고 있으나, 보험의 급여수준이 낮으며 중증질환보다는 경증질환에 대한 급여가 주로 이루어져 건강보험의 위험대처 기능이 미약하다는 판단

- 이에 따라 정부는 향후 약 2조 2,000억을 투입하여 암, 심장질환을 중심으로 건강보험의 급여를 확대할 예정

- 미약한 공공 의료기관의 확충을 위해서도 2009년까지 정부는 총 4조 3,000억 원을 투입할 계획³⁶⁾

□ 이와 동시에 의료서비스산업의 선진화를 위해 다양한 제도적 방안을 모색

- 투자확대를 위해 영리의료법인, 병원채, 의료산업 펀드 등과 같은 다양한 자본조달 방안을 고려

· 정부는 현재(2007년 1월) 영리의료법인은 당분간 허용하지 않을 방침

- 의료서비스산업과 제약, 의료기기, 생명산업 등 연관산업과의 협력 모델 구축을 위한 제도적 뒷받침 노력을 기울임

· 의료 클러스터, 의료기관의 연관산업 투자 확대 등

36) 보건복지부, “공공보건의료종합대책”, 2005

- 경제특구에 외국 의료기관을 적극 유치하는 한편, 국내 의료기관의 해외 진출을 지원

□ 그러나 의료서비스산업 고도화에 대해서는 정부부처별로 각기 다른 입장을 표명

- 경제부처는 민간의 투자촉진을 위해 영리의료법인 허용을 포함한 불필요한 정부규제의 완화에 무게를 둠
 - 동북아 의료허브 구축을 위한 투자유치 방안을 적극 모색
- 보건복지부는 의료의 공공성 확대 속에서 산업화를 추진한다는 다소 절충적인 입장을 취함
 - 영리의료법인 허용에 대해 유보적인 자세
- 의료서비스산업 고도화는 보건복지부보다는 경제부처가 주도적으로 추진하고 있는 상황

의료서비스산업 고도화에 대한 각계의 입장

	찬성	절충	반대
근거	<ul style="list-style-type: none"> - 국가 성장 동력 - 고용창출 - 자본의 투자처 확보 - 서비스 경쟁력 제고 - 연관산업 발전 도모 	<ul style="list-style-type: none"> - 의료의 상업성 경계 - 서비스 경쟁력 제고 - 연관산업 발전 도모 - 해외 환자 유치 	<ul style="list-style-type: none"> - 건강보험의 기능 약화 - 의료비 양등 - 의료소비의 양극화 - 의료체계의 양극화 - 건강악화
정책 이슈	<ul style="list-style-type: none"> - 영리의료법인 허용 - 민간의료보험 활성화 - 요양기관당연지정제 폐지 	<ul style="list-style-type: none"> - 영리의료법인 불허 - 다양한 투자유인 방안 - 제반 규제 완화 	<ul style="list-style-type: none"> - 영리의료법인 절대 불허 - 민간의료보험활성화 반대 - 요양기관당연지정제 유지
주요 기관	<ul style="list-style-type: none"> - 재정경제부 - 의료계 - 재계 	<ul style="list-style-type: none"> - 보건복지부 	<ul style="list-style-type: none"> - 시민단체

② 의료계와 재계는 적극 찬성

- 의료계는 의료서비스산업 고도화 정책에 적극 찬성하면서 아울러 정부규제에 대한 개선을 동시에 요구
 - 산업화는 의료서비스 시장의 규모를 확장시킴으로써 과다경쟁과 성장 정체를 해소하는 돌파구가 될 것으로 기대
 - 정부의 산업화 정책에 맞추어 그동안 의료계가 꾸준히 요구해온 제반 의료제도에 대한 개선을 요구
 - 영리의료법인 허용과 요양기관당연지정제의 폐지를 우선적으로 요구
- 재계는 새로운 성장 동력의 발굴이라는 점에서 의료서비스산업 고도화를 지지³⁷⁾
 - 소득증대와 인구 고령화, 그리고 높은 고용유발 효과 등으로 인해 의료서비스산업을 차세대 고성장 유망산업으로 평가
 - 그러나 건강보험을 통해 의료서비스의 공급과 가격을 과다하게 통제하여 산업으로서 성장잠재력을 정부가 저해하고 있다고 간주
 - 정부가 시장에 직접 개입하기보다는 시장경쟁원리가 의료서비스산업 내에서 잘 작동하도록 하는 것에 정책목표를 둘 것을 당부
 - 소비자의 선택과 공급자의 생산효율을 저해하는 제반 정부 규제를 완화할 것을 요구

③ 시민단체는 공공성 저해를 이유로 반대

- 시민단체는 공공성 확립을 저해한다는 이유로 의료서비스산업 고도화에 반대를 표명

37) 전국경제인연합회, “의료서비스산업 현황 및 제도개선 과제”, 2003

- 시민단체는 의료서비스산업화는 영리의료법인의 허용을 야기할 것이며, 이러한 조치는 첨단의료 및 사치의료의 소비를 증가시켜 국민의료비의 폭등을 초래할 것으로 우려
 - 의료기기 및 제약산업과 병원의 협력으로 불필요한 첨단·사치의료의 증가할 소지가 있다고 주장

- 국민의료비의 폭등에 따라 건강보험의 보장성은 더욱 약화될 것으로 봄
 - 건강보험의 급여 범위는 큰 변동이 없는 상황에서 전체 의료비가 급격하게 증가할 경우 보장성(건강보험 급여비/전체 의료비)은 낮아지게 됨

- 건강보험의 보장성 축소는 의료소비의 양극화를 심화시킬 것으로 우려
 - 보장성 약화는 환자가 직접 지불하는 의료비의 증가를 의미하며, 환자의 부담 증가는 의료소비의 양극화를 더욱 부추길 것으로 예상

- 건강보험의 역할 축소로 민간의료보험에 대한 의존이 더욱 심화되어, 결국 건강보험 탈퇴 요구에 직면하게 될 것이라고 주장
 - 미국과 같은 민간보험 중심의 의료체계로 개편될 것을 우려

IV. 의료서비스산업 고도화를 위한 과제

- 경쟁과 효율의 원리를 도입하여 의료서비스산업의 고도화를 도모
 - 의료서비스시장의 진입장벽을 완화하여 산업 내 선의의 경쟁을 유도
 - 영리의료법인 허용과 포괄수가제도 도입을 통해 의료서비스산업의 효율성을 제고
 - 보험자와 공급자 간 자유로운 계약을 통해 의료서비스산업의 발전을 유도
 - 요양기관계약제를 통해 공급자에게 경제적 인센티브를 부여하여 산업의 선진화를 촉진
 - 공급자의 효율성 제고와 소비자의 후생증대를 위해 공보험과 민간의료보험의 조화와 역할 분담이 요구
 - 공보험의 비급여서비스를 민간의료보험이 담당하여 소비자의 다양한 의료 욕구에 부응

- 의료서비스산업 고도화와 의료공공성 강화를 동시에 추구
 - 의료서비스산업 고도화를 통해 건강보험의 재정안전성과 산업 효율성을 함께 제고
 - 요양기관계약제, 포괄수가제 등은 의료기관의 효율화와 공보험의 재정안정화를 동시에 달성할 수 있는 제도 개선책
 - 다만, 제도의 급격한 개혁보다는 점진적인 개선을 통해 의료의 공공성 강화와 산업의 고도화를 함께 실현하는 전략적 지혜가 필요
 - 영리의료법인 허용, 요양기관계약제, 포괄수가제 도입 등 제반 의료개혁을 점진적, 순차적으로 추진

1. 영리의료법인 허용

투자유치 및 경쟁적 환경 조성에 유리

- 이익배당이 금지되어 있는 비영리법인하에서는 투자에 대한 회수가 용이하지 않기 때문에 대규모 자본이 의료산업에 유입될 동기가 미약
 - 비영리법인의 경우 당기이익을 고유목적사업에 재투자하여야 하며 법인 해산 시 잔여재산이 출자자에게 귀속되지 않음
 - 대부분의 병·의원이 적정규모 이하의 영세한 상황에서 영리법인 허용은 병원의 통합을 유도할 것으로 예상
 - ‘규모의 경제’에 미치지 못하는 300병상 미만 병원이 전체 병원의 83.1%를 차지³⁸⁾
- 영리의료법인에 대한 진입장벽은 이미 시장에 진출해 있는 비영리병원의 경제적 이해만을 보호해주는 결과를 초래
 - 의료인에 대한 법적 독점은 무자격 의료인의 난립을 방지하는 순기능도 있지만 공급자를 지나치게 보호하여 사회적 비효율을 초래
 - 의료기관 간의 선의의 경쟁은 의료서비스의 질을 향상시키고 의료기관의 경영합리화를 촉진³⁹⁾

영리의료법인 허용

- 의료의 공공성을 저해하지 않는 범위에서 영리의료법인을 허용
 - 일정 요건을 갖춘 영리법인에 대해 의료기관 개설을 허용하는 유연한 정책이 필요

38) 재정경제부, “서비스산업 경쟁력강화 종합대책 세부내용”, 2006

39) Gaynor M. “What do we know about competition and quality in health care markets”, NBER, 2006

- 예를 들면, 무분별한 영리의료법인의 난립을 방지하기 위해 일정 규모 이상의 영리의료법인을 허용하는 방안 등
- 진료의 연속성과 책임성을 담보하기 위하여 의료법인 형태의 합명회사 등 다양한 영리의료법인을 고려해야 함
- 일본의 경우 ‘지분 있는 의료법인’을 통해 자본을 유치⁴⁰⁾
 - ‘지분 있는 의료법인’하에서는 출자자의 지분을 인정해 탈퇴 시 지분을 분배

□ 영리의료법인 허용의 전단계로 부대산업의 범위를 확대할 필요

- 부대사업의 범위를 확대하여 의료서비스산업과 연관산업과의 협력을 촉진하는 유연한 전략이 필요
- 의료기관의 해외 진출과 외국 환자의 국내 유치를 위해서도 부대사업의 확대가 절실
 - 부대사업의 제한에 따라 의료기관이 해외로 진출하는 경우 병원장의 개인재산을 투자하는 방식으로 진행

2. 의료기관에 대한 포괄적 지불보상의 도입

- 의료기관에 대한 후불제지급방식(Cost-based payment)에서는 비용절감의 인센티브가 부재
 - 후불제는 공급자가 환자에게 제공한 서비스에 대해 비용에 근거하여 보험자가 보상하는 방식
 - 국내 건강보험이 실시하고 있는 행위별수가제(Fee-for-service)는 후불제의 대표적 형태

40) 정형선 외, “영리법인 병의원에 대한 고찰을 통한 국내 의료법인제도의 재구성 방안”, 보건행정학회지, Vol.13(3), 2003

- 후불제 보상방식에서 경쟁 강화는 공급자의 비용절감 노력보다는 과도한 시설과 장비투자를 통한 과잉진료를 유도함으로써 사회적 비용만을 높이는 비효율을 초래⁴¹⁾
 - 소비자 무지와 보험가입으로 소비자는 의료서비스의 가격과 질에 둔감하며, 이는 공급자의 과잉진료에 유리한 환경을 조성
- 사전적, 포괄적 지급방식(Prospective payment)을 통해 의료기관의 효율성 증대를 도모하는 것이 필요
- 진단명 기준으로 보상수준을 사전에 정한 후, 포괄적으로 의료기관에 지급하는 DRG(Diagnosis Related Group)가 대표적인 포괄수가방식의 하나
 - 미국 메디케어(Medicare)⁴²⁾는 입원환자에 대한 지불보상방법으로 DRG을 이용
 - 미국의 경험에 따르면, DRG하에서 경쟁 심화는 의료기관의 비용절감 노력으로 연결되어 의료서비스산업의 효율성이 증가⁴³⁾
 - 영리의료법인 허용으로 인한 경쟁 심화가 의료산업의 효율성 증대로 이어지기 위해서는 한국도 DRG와 같은 사전적 지급방식을 도입해야 함

3. 요양기관계약제로의 전환

- 요양기관계약제를 통해 의료서비스산업에 경쟁원리를 도입할 필요
- 모든 의료기관이 예외 없이 건강보험의 요양기관이 되는 요양기관당연지정제도에서는 비용절감과 질 제고에 대한 동기부여가 미약
 - 제공하는 서비스의 질과 공급자의 비용절감 노력에 상관없이 건강보험의 요양기관으로서의 자격을 항상 유지

41) Luft et al., "The Role of Specialized Clinical Services in Competition among Hospitals" Inquiry 23, 1986; Noether M, "Competition among Hospitals", *Journal of Health Economics* 7, 1988

42) 미국 정부가 65세 이상 노인인구와 장애인에 대해 의료서비스를 제공하기 위해 운영하고 있는 공보험의 하나

43) Dranove, et al., "Price and Concentration in Hospital Markets: The Switch from Patient-Driven to Payer-Driven Competition", *Journal of Law and Economics* 36, 1993

- 공보험자는 의료기관이 효율적인 의료서비스를 공급하도록 이끌며, 의료기관은 공보험자에게 합리적인 의료서비스 가격을 유도
 - 한국과 같은 사회보험 방식을 보유한 독일, 프랑스, 일본, 대만 등은 계약제를 통해 서비스 질 향상과 의료서비스산업의 효율화를 유도

- 의료기관과 건강보험과의 계약이 성사되지 않을 경우 국민의 의료접근성이 심각하게 훼손되는 부작용이 발생
 - 의료기관은 요양기관당연지정제에 대해 헌법소원⁴⁴⁾을 제기할 만큼 동 조항에 대한 불만이 높은 상태
 - 의료기관은 동 조항이 직업선택의 자유와 평등권을 침해하다는 이유로 헌법소원을 제기했지만, 헌법재판소는 공공복리를 이유로 합헌 판결을 내림
 - 한국은 공공의료의 취약하기 때문에 계약제를 통해 건강보험이 충분한 요양기관을 확보하지 못할 경우, 국민의 의료이용에 심각한 제약이 발생
 - 애초 요양기관당연지정제의 취지는 의료서비스 공급을 안정적으로 확보하는 것이었음⁴⁵⁾

- 단체계약보다는 개별계약을 통해 요양기관을 확보하는 노력이 요구
 - 계약제하에서 충분한 요양기관을 확보하는 데에는 단체계약보다는 보험자의 협상력이 큰 개별계약이 더욱 효과적
 - 단체계약은 개별 의료기관으로부터 권한을 위임받은 의료기관협회(의사협회, 병원협회 등)와 국민건강보험공단이 계약을 하는 형태
 - 특정 병원만이 건강보험을 탈퇴하여 비급여서비스만을 제공할 때 환자 확보가 용이하지 않은 상황
 - 급여서비스와 비급여서비스는 동시에 제공되는 보완제의 성격

44) 99헌바76사건, 2000헌마505사건

45) 현행 요양기관당연지정제는 과거 요양기관강제지정제가 변경된 제도지만, 모든 의료기관이 의무적으로 요양기관이 되어야 한다는 점에서 두 제도는 차이가 없음

- 프랑스, 일본, 대만 등 한국과 유사한 보험체계를 가진 국가들도 대부분 개별계약을 체결하고 있음
 - 단, 독일의 경우 병원급은 개별계약을 체결하되 의원급은 지역별협회와 단체계약을 체결
 - 의료기관과 보험자의 계약률이 대부분 90% 이상을 유지⁴⁶⁾

4. 민간의료보험의 활성화

□ 공보험과 민간보험의 조화를 통해 국민의 건강위험에 대한 보장성을 제고

- 급격하게 증가하고 있는 의료서비스 요구에 대해 재원조달의 한 축으로 많은 선진국이 민간의료보험을 활용
 - 영국, 호주, 스페인, 프랑스 등 많은 국가가 민간의료보험을 통해 공보험을 보완
- 현재 공보험의 본인부담금은 약 50%수준으로 선진국에 비해 높은 수준
 - 주요 선진국 본인부담금(2004년 기준)⁴⁷⁾: 미국 13.2%, 프랑스 7.6%, 캐나다 14.9%
- 공보험의 보장성을 제고하면서 동시에 비급여서비스에 대해서는 민간보험이 급여를 함으로써 국민의 건강위험에 대해 안전성을 높여야 함

□ 공보험에서 급여하지 않는 비급여서비스에 대해서는 민간의료보험에서 가격 메커니즘을 이용하여 효율성을 제고할 필요

- 공보험의 낮은 보장성과 건강위험의 증가에 따라 민간의료보험 시장 규모는 2004년 수입보험료 기준으로 약 8.6조 원⁴⁸⁾에 이룸
 - 2004년 공보험이 지출한 의료비(17조 원)의 절반에 상당하는 규모

46) 국민건강보험발전위원회, “국민건강보험발전을 위한 논의과제 III”, 2004

47) OECD, *OECD Health Data 2006*, 2006

48) 정기택, “민간의료보험 시장규모 추정”, 병원경영학회연제집, 2005

- 그러나 현재 대부분의 민간의료보험은 정액형으로, 보험자와 공급자 사이에 네트워크와 계약이 없는 형태
 - 환자는 공급자에게 먼저 의료비를 전액 지급하고 사후 민간보험사에 보험금을 청구하는 형태로, 암보험이 대표적 사례
 - 보험자가 공급자에게 다양한 재정적 인센티브를 제공하여 효율성을 제고하는 관리의료(Managed care)형 민간의료보험 도입이 요구
 - 관리의료형에서는 민간보험자가 다수의 공급자와 의료수가 및 지불방법에 대해 계약을 체결하여 의료의 질과 양을 효율적으로 관리할 수 있음⁴⁹⁾
- 민간의료보험이 초래할 수 있는 부정적 영향을 최소화하는 제도적 노력이 요구
- 민간보험을 가입하더라도 공보험을 탈퇴할 수 없도록 하여 공보험 중심의 국가보건체계는 유지해야 함
 - 민간보험에 가입한 고소득자가 공보험을 이탈할 경우 저소득계층만 남게 되는 의료체계의 양극화가 우려
 - 민간보험은 공보험의 법정본인부담(copayment)에 대한 보장보다는 소비자의 고급화되고 다양화되는 의료 요구를 충족하는 데 사업의 역량을 집중
 - 공보험의 법정본인부담금은 소비자의 도덕적 해이를 방지하기 위한 최소한의 장치
 - 민간보험 가입으로 공보험의 의료이용도 높아진다는 연구 결과는 민간보험이 공보험의 재정에 어느 정도 영향을 준다는 것을 의미⁵⁰⁾

5. 의료기관의 경영합리화 노력

- 대형병원은 무분별한 외형 확장을 지양하고 합리적인 투자결정 노력을 경주해야 함

49) Kwon M., "Payment system for providers in health insurance markets," *Journal of Risk and Insurance* 64(1):155-173, 1997

Melnick G. et al., "The effects of market structure and bargaining position on hospital prices", *Journal of Health Economics* 11:217-233, 1991

50) Ettner. S., "Adverse selection and the purchase of Medigap insurance by the elderly", *Journal of Health Economics* 16:129-154, 1997

- 현재 급성기 병상이 과잉공급을 보임에 따라 무모한 외형성장보다는 경쟁력을 가진 분야에 투자하는 ‘선택과 집중’이 필요
 - 선진적인 의료경영을 위해 CRM(고객만족마케팅), ABC(활동기준원가관리) 등 선진 경영기법 도입을 모색
 - 타 산업에서 유능한 전문경영인을 영입하여 의료서비스산업에 새로운 활력을 공급할 필요
 - 타 산업의 우수경영 사례를 벤치마킹하는 노력이 요구
 - 평균 병상이 827개에 달하는 종합전문병원의 경우에도 전문경영인이 CEO가 된 적이 없었음
- 중소병원은 대형병원과의 의료네트워크를 구축하는 등 경영난을 타개하기 위한 방안을 모색해야 함
- 대형병원과 경영 및 임상정보를 공유하여 서비스의 질 향상을 추진
 - 의원급 의료기관 중 약 20.9%(2005년 기준)만이 여타 병원과 네트워크를 구축⁵¹⁾
 - 중소병원 간 체인을 구축하여 물품을 공동 구매하거나 광고를 통해 브랜드 이미지를 제고하는 노력이 필요
 - 정부는 중소병원의 경영합리화를 위해 의료장비의 공동 이용과 인력관리 등을 지원하는 ‘병원경영지원회사’제도를 추진 중⁵²⁾
- 경영난을 겪고 있는 중소병원의 경우 급성기 병상을 장기요양 병상으로 전환하는 것을 고려
- 병상점유율이 높지 않은 중소병원은 공급이 부족한 요양병원으로 전환하는 전략이 요구됨

51) 심재선 외, “의료기관 네트워크의 유형별 성과 및 구축의향”, 『보건경제와 정책연구』, 제12권 2호, 2006

52) 재정경제부, “서비스산업 경쟁력강화 종합대책 세부내용”, 2006

- 향후 고령화가 진척됨에 따라 요양 병상에 대한 수요가 늘어날 것이므로 노인을 대상으로 한 요양서비스 진출을 모색

6. 새로운 시장의 개척

- 경쟁이 심한 국내시장을 타개하기 위한 적극적인 해외 진출 노력이 필요
 - 예치과, 차병원 등 경쟁력이 있는 중소병원의 해외 진출은 중소병원의 새로운 돌파구를 제시
 - 2005년 현재 해외에 진출한 의료기관은 중국 5개, 베트남 5개, 미국 3개, 러시아 1개, 싱가포르 1개 등 총 15개⁵³⁾
 - 중소병원의 경우, 특히 성형, 피부치료, 디스크 치료 등 한국의 경쟁력이 높은 의료기술을 이용하여 해외 환자를 유치하는 전략이 요구
- 연관산업과의 다양한 협력을 통해서 새로운 수익원 발굴에 집중할 필요
 - 병원 중심의 R&D 클러스터 구축에 주도적으로 참여하여 연관산업과의 win-win 모델을 만들어야 함
 - 제약사는 비용 대비 효과가 큰 의약품을 제공하는 공급자로서, 그리고 의료기관은 제약사에 임상지식과 기술을 지원하는 수요자로서 건설적인 협력 모델이 절실
 - IT산업, 생명산업 등 연관산업과의 협업을 통해서 e-health, 난치병 치료 등 새로운 서비스 영역을 개발해야 함
 - 미국에서는 정보기술(IT)을 많이 활용하는 100개 병원이 다른 병원에 비해 사망률이 평균 7.2% 낮은 것으로 보고됨⁵⁴⁾

53) 보건복지부 내부자료, 2006

54) American Hospital Association, "Hospitals & Health Network", July 2005

<참고문헌>

- 강성욱 외, “다이아몬드모델을 이용한 의료산업 경쟁력 고찰”, 『보건경제와 정책연구』, 제12권 1호, 2006
- 권순만 외, 『의료체계 경쟁력 강화를 위한 규제개혁 방안 연구』, 한국경제연구원, 2005
- 김준홍, “중소병원 경영실적과 육성방안”, 한국병원경영연구원, 2006
- 김창업, 『공공병원 확충방안 개발에 관한 연구』, 서울대학교 보건대학원, 2004
- 심재선 외, “의료기관 네트워크의 유형별 성과 및 구축의향”, 『보건경제와 정책연구』 제12권 2호, 2006
- 유근춘 외, 『국민의료비 변동요인분석과 비용효과성 제고방안』, 한국보건사회연구원, 2003
- 유창훈 외, “의료환경 변화에 따른 암진료 서비스의 수요와 공급”, *SMC Healthcare Management Review*, Vol. 2. 2006
- 이기호, “의료산업 향후, 시장 및 고용 대폭확대 성장산업”, 『병원신문』, 2004
- 이진석, “영리법인 도입이 한국 보건의료체계에 주는 정책적 함의”, 영리의료보험도입과 한국보건의료체계 정책포럼집, 2005
- 류시원 외, “건강정보 서비스 이용실태 분석”, 보건복지포럼, 11월호, 2004
- 정기택, “'민간의료보험 시장규모 추정’, 병원경영학회연제집, 2005
- 정형선 외, “영리법인 병의원에 대한 고찰을 통한 국내 의료법인제도의 재구성 방안”, 보건행정학회지, Vol.13(3), 2003
- 조유진, “싱가포르와 태국의 의료관광 현황”, 의료관광의 현황과 활성화 방안 세미나 자료, 2006
- 최병호, “건강위험 보장의 공사 간 위험분담”, 삼성의료경영연구소, 2004
- 국민건강보험관리공단, 『2004 건강보험통계연보』, 2005
- 국민건강보험관리공단, 『2001 건강보험통계연보』, 2002
- 국민건강보험발전위원회, “국민건강보험발전을 위한 논의과제 III”, 2004
- 국회보건복지위원회, “의료법 일부개정법률안 검토보고서”, 2005
- 대한병원협회 내부자료, 2005
- 법원행정처, 『사법연감』, 각 연도
- 보건복지부, “공공보건의료종합대책”, 2005

보건복지부 내부자료, 2006

보건의료서비스제도기획단, “제5차 의료산업선진화위원회 보고안건”, 2006

의료산업선진화위원회, “보건의료서비스제도 심사안건”, 2006.6

재정경제부, “서비스산업 경쟁력강화 종합대책 세부내용”, 2006

전국경제인연합회, 『의료서비스산업 현황 및 제도개선 과제』, 2003

한국보건산업진흥원, 『병상자원 관리정책 개발연구』, 보건복지부, 2003

한국은행, 『2000년 산업연관표』, 2003

한국은행, 『국민계정』, 각 연도

한국은행, 『어음부도율동향』, 2006

American Hospital Association, “Hospitals & Health Network”, July 2005

Dranove, et al., “Price and Concentration in Hospital Markets: The Switch from Patient-Driven to Payer-Driven Competition”, *Journal of Law and Economics* 36, 1993

Ettner. S., “Adverse selection and the purchase of Medigap insurance by the elderly”, *Journal of Health Economics* 16:129-154, 1997

Gaynor M. “What do we know about competition and quality in health care markets”, NBER, 2006

Kwon M., “Payment system for providers in health insurance markets,” *Journal of Risk and Insurance* 64(1):155-173, 1997

Luft et al., “The Role of Specialized Clinical Services in Competition among Hospitals” *Inquiry* 23, 1986

Melnick G. et al., “The effects of market structure and bargaining position on hospital prices”, *Journal of Health Economics* 11:217-233, 1991

Noether M, “Competition among Hospitals”, *Journal of Health Economics* 7, 1988

OECD, *OECD Health Data 2006*, 2006

Office of Technology Assesment, *Hospital Finance in Seven Countries*, 1995