영리병원ABC[[1]](#footnote-1)

정형준(인도주의실천의사협의회 정책국장)

1. ‘영리병원For-profit hospital’이란 무엇인가?

병원은 크게 이익을 추구하느냐, 공익을 추구하느냐에 따라 ‘영리병원For-profit hospital’과 ‘비영리병원Non-for-profit hospital’으로 나눌 수 있다. ‘영리병원’은 ‘개인병원’과 ‘영리법인병원(주식회사병원, 유한회사병원등)’으로 구분가능하며, 비영리병원에는 ‘공공병원’ ‘비영리법인병원(비영리의료법인, 비영리학교법인, 비영리사단법인등)’으로 구분해 볼 수 있다.

많은 병원이 ‘돈벌이’를 하고 있는데 이를 ‘비영리’라 하는 것이 이해가 되지 않을지 모른다. 특히 한국의 경우 공공병원이 10%도 되지 않고 대다수 병원이 ‘사적병원’이라서 더 납득하기 어려울 수 있다.

그러나 여기서 영리성을 나누는 기준은 영리적 행위 여부가 아니라, 발생한 이윤을 병원의 외부로 유출할 수 있느냐 하는 것이다. 즉 비영리병원은 돈을 벌 수는 있지만 이를 외부로 가지고 갈 수는 없고, 병원 및 비영리사업(학교,복지사업등)에 재투자를 해야 한다. 반면 영리병원은 외부 자본이 이윤을 목적으로 투자될 수 있고, 투자자의 이윤 창출(이자, 채권, 배당)에 우선순위를 두게 된다. ‘개인병원’의 경우도 이윤을 외부로 가져갈 수 있으나, ‘개인병원’은 병원의 소유권 및 경영권을 개인(의사)이 가지고 있기 때문에, 투자자가 개인에게 투자한 것이 되고, 그에 대한 책임도 병원이 아닌 개인이 진다는 점에서 ‘영리법인병원’과 차이가 있다.

이 때문에 ‘영리법인병원’ 지지자들은 ‘투자개방형 병원’이라는 말을 선호하는데, 그 내용에 준해 본다면 투자가 문제가 아니라, 수익배분과 배당이 핵심이므로 ‘주식회사형 병원’ 혹은 ‘투자배분형 병원’이 더 적절한 용어일 것이다.

또한 한국에서 지난 10여년간 도입 시도된 것은 엄밀하게는 ‘영리법인병원’이지만, 흔히 ‘영리병원’으로 불리므로, ‘영리병원 = 영리법인병원’ 으로 준용해서 사용된다고 보면 된다.(이 글에서도 이후 영리병원으로 통일해서 사용하겠다.)

1. 영리병원 도입시도의 역사

한국에서 ‘영리병원’이 최초로 논의되기 시작한 것은 2002년 경제자유구역법이 논의되기 시작한 때 부터로, IMF 구제금융을 거친 후 ‘외국인 투자’를 중요시하는 분위기가 팽배할 때였다. 외국인 투자를 유치하려고 하니 경제자유구역이 필요하고, 경제자유구역이 성공하려면 병원·학교 등 외국인 편의시설이 필요하다는 논리였다.

2002년 11월 14일 국회에서 통과된 ‘경제자유구역지정 및 운영에 관한법률(이하 경자법)’은 경제자유구역내 외국인 전용 의료기관 설립을 허용하고 있었다. 이 외국의료기관은 **건강보험적용에서 제외**되었고 외국인만이 설립가능하고 외국인만을 진료할 수 있도록 하였다. 당시 시민사회단체는 경제자유구역내 외국병원은 국민건강보험 당연지정에서 제외되어 있어 영리병원도입의 신호탄이라며 반대하였으나, 정부는 외국병원은 외국인만을 진료할 수 있으므로 국내 의료체계에 미치는 영향은 미미할 것이라고 무마 하였다.

노무현 정부는 집권하자 초기 국정의 주요 추진과제로 ‘동북아 경제중심국가’ 구상을 밝혔고 이를 실현하기 위해 마련한 안이 바로 ‘경제자유구역’의 건설이었다. 경제자유구역내 영리병원을 허용했으나, 외국인 전용병원을 설립하겠다고 나서는 외국투자자가 그때까지 전혀 없었다. 경제자유구역의 성공여부도 불확실할 뿐 아니라, 외국인만을 진료해야 한다는 것은 수익성이 전혀 없었기 때문이다. 재정경제부(이하 재경부)는 외국병원을 유치하기 위해 내국인 진료를 허용해야함을 적극적으로 주장하였다. 2004년 6월 노무현대통령은 의료산업을 미래성장동력산업으로 규정하고 적극 육성할 것을 지시하였다. 김화중 복지부 장관까지 나서 경제자유구역내에 ‘동북아 중심병원’을 유치하겠다고 호언하였다. 이는 의료서비스의 산업화를 추진해왔던 세력들에게 힘을 실어주었고 당시 주요 근거로 해외유출 의료비 1조원이나 싱가포르처럼 동북아의 부유층 환자를 유치해야 한다는 주장이 제기되었다. 이러한 주장이 사실에 전혀 근거하지 않은 주장임이 제기되었음에도 불구하고 주요 언론매체를 통한 여론화가 진행되었다.

2004년 가을 재정경제부는 경제자유구역내 **영리병원이 내국인도 진료**를 받을 수 있도록 개정안이 입법 예고하였다. 외국병원이 외국인만을 진료하게 할 경우 외국병원을 유치하는 것이 불가능할 것이라는 이유이다. 이 법안은 2004년 12월 31일 국회를 통과하게 된다.

2005년 인천송도에 뉴욕장로교 병원진출이 보도되었다. NYP병원이 진출을 결정하게 된 이유는 외국 영리병원의 내국인 진료를 허용하는 것이 결정적이었다. 뉴욕 NYP 병원이 인천 송도에 진출하게 된 이유는 국내 부유층 환자를 주요 고객으로 할 심산 때문이었다. 이는 뉴욕 NYP 병원이 밝힌 투자계획에서도 그대로 드러난다. NYP 병원은 진료비는 국내 병원의 3배 수준, 의료진은 350명중 90%는 국내 의료인, 환자는 60-70%가 국내에서, 정신 신경 심장 신장 성형 등을 특화시킨 형태의 병원을 600병상 규모로 그것도 대부분이 1인실로 지어질 계획이다. 결국 외국 영리병원은 국내 부유층을 주요 대상으로 하려는 것이다. NYP 병원은 2011년 개원예정이었으나 6억달러 재원조달에 실패하면서 현실화 되지 못했다.

외국병원에 대한 위와 같은 혜택은 영리병원을 추진하고 있는 국내의료법인들의 반발을 샀다. 주장의 근거는 내국인 역차별 논리이다. 대한병원협회는 ‘외국 병원에만 영리병원을 허용하는 것은 역차별이고, 국내 병원에도 영리병원을 허용해야 한다’는 논리를 내세웠다. 이에 부응하여 재경부는 ‘경제자유구역의 지정 및 운영에 관한 법률 개정안’(이하 경제자유구역법 개정안)을 2006년 7월 입법예고하였다. 이 개정안은 영리병원설립 주체를 국내 의료법인까지 허용하고, 영리병원의 설립주체를 ‘외국인’에서 ‘외국인 또는 외국인이 설립한 국내법인(외국인 투자 기업)’으로 확대하였다. 여기서 외국인투자기업이란 외국인투자촉진법 하에서 정의된 것으로 투자비율 중 외국인이 10%이상의 지분을 가지는 기업을 말한다. 즉, 국내 의료자본이라면 누구라도 10%정도의 외국인 지분을 끼고서 영리병원을 세울 수 있도록 한 것이다. 결국 최종 2007년 12월에 통과된 이 법안에서 영리병원 설립 주체를 국내 의료법인까지 허용했다. 또한 국내 의료자본이 경제자유구역 내에서 외국인 지분 50%를 끼고서 영리병원을 세울 수 있게 됐다.

이명박 정부는 인수위원회 시절부터 차기 과제 중 “영리병원 허용, 건강보험 당연지정제 완화 또는 폐지, 민간 의료보험 활성화” 등 의료 민영화를 상정하였다. 이명박정부가 시작하자 마자인 3월 기획재정부(이하 기재부)는 이명박 대통령에 ‘영리병원 도입’을 검토,보고하였다. 그러나 2008년 광우병 쇠고기에서 시작된 촛불항쟁에서 ‘의료민영화반대’ 특히 ‘건강보험당연지정제폐지’ 반대 및 ‘영리병원도입’에 대한 반대가 거세자, 6월에 이명박 대통령은 ‘의료보험 민영화 계획이 전혀 없다’는 기자회견을 하게 되면서, 이명박 정부의 ‘영리병원’ 추진도 한 풀 꺽기는 듯 했다. 그해 8월 28일에는 제주도에서 ‘제주특별시내 영리법인 병원 설립 방안’에 대한 주민여론조사가 있었고 찬성 38.2% 반대 39.9%로 입법예고 철회되었다. 이는 촛불항쟁의 영향과 그간 시민단체들과 제주도 영리병원반대 법국본 활동의 성과였다.

그러나 2009년 1월 이명박 대통령은 신년 국정연설에서 “의료, 교육분야 등을 국부창출 원천으로 만들겠다고 언급하였고, 이에 따라 2009년 3월 기재부는 의료서비스 산업이 1인당 부가가치가 제조업의 1.8배에 이르는 고부가가치 산업이고, 제조업에 비해 고용 창출 효과가 3.3배 큰 산업(삼성경제연구소 2007년 2월 ‘의료서비스 산업 고도화와 과제’)인 만큼 의료서비스를 산업화해 고용을 창출하고, 경제의 성장동력으로 삼겠다는 논리를 다시 폈다. 그러면서 윤증현 당시 기재부 장관은 2009년 4월 국회에서 ‘영리법인 병원이 도입되면 의료서비스의 질이 좋아지고, 의료비도 낮아질 것’이라고 말했고, 반대하는 이들에게 ‘뭔 걱정이 그렇게 많냐’는 투로 대답하여 논란이 되었다. 2011년 7월에는 윤증현 전 장관에 이어 박재완 기재부 장관이 ‘영리병원 전도사’ 바통을 넘겨받고 ‘영리병원 도입을 선진국으로 진입하는 깔딱 고개’라고 표현하였다.

2009년 5월 기재부와 보건복지부가 ‘투자개방형 의료법인 도입 필요성’ 공동용역 발주하였으나, 그 해 나온 12월 공동용역 보고서 공개내용에 대해, 기재부와 보건복지부는 이견을 드러낸 바 있다. 2009년 12월에는 정부가 제주도에 영리병원허용을 강하게 밀어붙이면서, 시민단체들에 저항에 부딪혔다.

2010년 6월 2일 지방선거에서 여당이 참패하면서, 다소간 ‘영리병원추진’ 공세는 누그러들었다.

그러나 2011년 4월 정부는 제주에 내국인 영리병원 설립을 허용하는 ‘제주특별자치도법 개정안’을 통과시도 하였으며, 2011년 8월에는 국회에서 경제자유구역내 영리병원 법안 통과 시도를 하였다. 2011년 9월에는 경제관료출신 임채민 보건복지부 장관을 여러 시민단체에 반발에도 불구하고 내정, 임명 하였다.

2012년 4월에는 법안통과가 어려워지자 ‘경제자유구역내 영리병원’에 대한 지식경제부의 시행령과 보건복지부의 시행규칙이 발표되었다.

이러한 영리병원 도입시도는 크게 두가지 시사점을 우리에게 제공한다. 첫째로, 실제 병원은 들어서지 않고 있는데, 규제를 완화하면서 법안만 자꾸 바꾸면서, 사실상 전국적인 내국인 영리병원을 허가해주는 방향으로 가고 있다. 무엇보다 경제자유구역내 영리병원의 이윤이 충분히 보장되지 않아 도입되지 못하게 되면 계속 그 규제를 풀어주는 방향으로 진행되고 있는 것이다. 둘째는 국민여론과 시민단체등의 반발로 인해 매년 반복되는 영리병원 도입시도에도 그 추진이 좌절되고, 법안 통과가 안되었다는 점이다. 위에 일일이 나열하지 못할 정도로 영리병원와 관련된 도입시도는 많이 있었으나, 시민운동과 대중저항으로 수없는 좌절을 겪으며 지난 10년간 진행된 싸움인 것이다.



<영리병원 관련 주요일지>

2002.12 경제자유구역지정 및 운영에 관한 법률 경제자유구역내 영리병원 허용. 건강보험제외, 외국인만 진료

2004.1 노무현 대통령 연두 기자회견 의료같은 지식산업도 집중 육성해가겠다'고 언급

2004.6 김화중 복지부 장관 경제자유구역내에 ‘동북아 중심병원’을 유치 호헌

2004.12 경자법 개정안 통과 경제자유구역내 영리병원의 내국인진료 허용

2005.3 제 1차 서비스산업 관계 장관 회의 서비스산업 육성 및 발전방안에 대한 논의

2005.10 총리실 산하 '의료산업선진화위원회' 구성 제주특별자치도 영리법인 병원 개설 등 토의

2005.12 제 3차 서비스산업 관계 장관회의 복지부-재정경제부간 이견

2007.12 경자법 개정안 통과 국내의료법인의 경제자유구역내 영리병원 참여허용

2008.3 기획재정부 이명박 대통령 업무 보고 영리의료법인 도입 검토, 민간의료보험 활성화, 해외환자 유치활성화 등 권유

2008.6 의료법 개정안 발표 외국인 환자유치를 위한 유인. 알선행위 허용, 의료법인간 합병 허용 등

2008.8 제주도 영리병원 여론조사실시 찬성 38.2% 반대 39.9%로 입법예고 철회

2009.1 이명박 대통령 연두 기자회견 의료, 교육분야 등을 국부창출 원천으로 만들겠다고 언급

2009.4 윤증현 기획재정부 장관 국회 발언 “내 사전에 포기는 없다. ... 영리법인 병원이 도입되면 의료서비스의 질이 좋아지고, 의료비도 낮아질 것”

2009.5 의료법 개정안 통과, 시행 외국인 환자유치를 위한 유인. 알선행위 허용

서비스산업 선진화를 위한 민관 합동회의 비영리 의료법인의 의료채권 발행 허용, 의료기관 합병 근거 마련,

의료법인 부대사업 범위 확대 등

2009.8 의료산업 육성 방안 첨단의료복합단지조성 지역 지정

2009.10 제주특별자치도에 투자개방형 의료법인 건강보험 당연지정제 유지 등 일정 조건 하에 허용

도입 수용 발표

2009.11 규제개혁위원회 관계장관 합동회의 MSO 설립에 대한 관련법 개정, 관광진흥법상 관광객 이용시설업에 의료시설 포함 등

2009.12 KDI, KHIDI 연구용역 결과 발표 부처간 이견 지속

2010.1 프리랜서 의사제도 허용 한 명의 의사가 여러 의료기관에서 비전속 진료가 가능하도록 허용

'제주특별법' 개정안 입법 예고 제주도 의료특구내 영리병의원 전면 허용, 제주도 의료기관 방송광고 전면 허용 등

의료법 개정안 의사와 환자 간에 원격진료를 허용

2010~ 의료법 개정안 병원 경영지원사업을 의료법인의 부대사업으로 허용

(국회 계류 중) 의료채권법 제정안 의료기관 신용에 따라 회사채 성격의 의료채권을 순자산액의 4배까지 발행 허용

경제자유구역 특별법 제정안 경제 자유구역 내 허용된 외국 영리병원의 설립. 운영 절차와 요건

2011.4 제주도 영리병원법 처리시도

2011.7 박재완 기획재정부 장관 발언 영리병원 도입은 선진국으로 진입하는 깔딱고개

2011.8 경제자유구역 특별법 통과시도 좌절후 손숙미의원 발의 대체 입법함.

2011.9 임채민 보건복지부장관 임명 경제관료출신으로 시민단체 반발

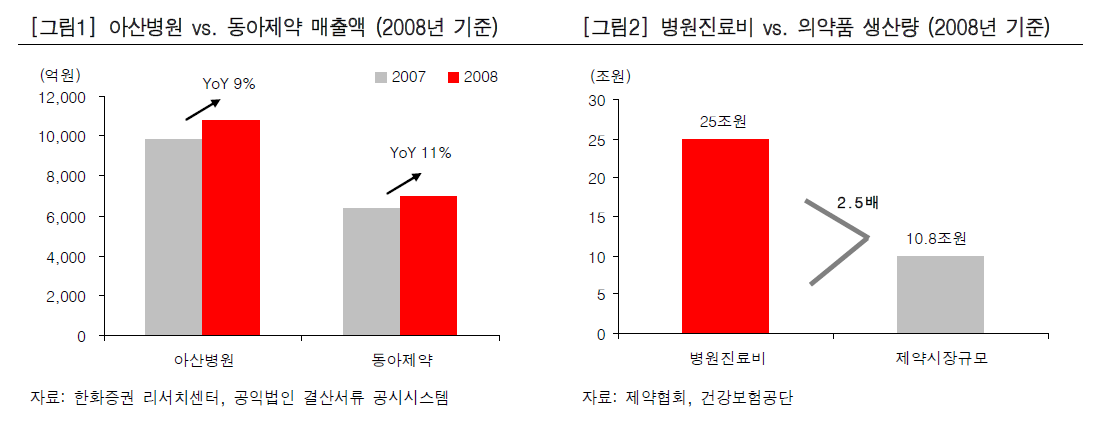
2012.4 경제자유구역내 영리병원 시행령 및 시행규칙 발의

<정리 – 정형준>

1. 의료는 산업인가?

영리병원 지지자들은 의료서비스를 산업적 시각으로 바라본다. 한국 경제를 도약시킬 수 있는 미래 성장 동력으로써, 의료서비스를 바라 보는 것이다. 한국에서 의료를 산업으로 규정한 최초의 정부는 노무현 정부였다. 노무현 정부가 추진했던 모든 의료정책들은 기본적으로 산업적 시각에서 출발했고, 그 책임부서가 ‘의료산업화 선진화위원회’다. 이 위원회는 ‘의료서비스경쟁력강화’라는 목표 하에, 각종 의료산업화 정책들을 입안해 왔다. 영리병원 허용, 민간의료보험 활성화, 의료광고규제 완화, 보건의료정보화, 의료 질 관리, 의료기관 자본참여 활성화 등이 그것이다.

의료를 산업으로 본다면, 의료서비스는 상품이 돼야하고 부가가치를 창출해야 한다. 즉 의료는 돈벌이 대상이다. 자본주의 사회에서 상품이란 돈으로 사고파는 재화다. 이 상품은 필요에 따라서 분배되기보다는 구매능력에 따라서 분배된다. 자동차가 필요하다고 해서 모두 가질 수 있는 것이 아니라, 자동차를 구입할 수 있는 능력, 즉 충분한 돈이 있어야만 구입이 가능하다.



<그림1> 병원자본의 성장가능성에 기대를 하고 있는 금융보고서(한화증권)

의료산업화를 주장 하는 쪽은 의료에도 동일한 논리를 도입하려 한다. 그들이 영리병원 허용을 주장하는 것도 같은 이유다. 이들에게 병원은 이윤 획득을 목적으로 하는 기업이다. 때문에 그 목적에 충실할 수 있게끔 해 줘야 한다는 것이다.

분명 의료서비스는 적극 장려하고 육성돼야 한다. 그러나 돈벌이 대상으로 의료서비스를 보는 시각에는 심각한 문제점이 있다. 의료는 무엇보다 기본적으로 공공재이기 때문이다. 공공재라 함은 의료는 모든 국민이 필요에 따라 제공받을 수 있어야 하며, 빈부격차나 성별, 나이등 기타 차별을 최소화해야 한다는 뜻이다. 따라서 의료서비스의 증진은 필요한 만큼 육성되고 제공돼야 한다. 즉 많은 이윤을 가져다주기 때문에 신약을 개발하는 게 아니라, 질병으로부터 고통을 제거하고 건강을 향상시키기 위해서 개발돼야 한다. 이윤이 아닌 공공의 이익을 위해서, 의료서비스를 개발하고 발전시켜야 한다.

그럼에도 한국의 의료체계는 앞서 밝혔듯이 민간주도 공급체계이다. 대부분의 병원이 사적소유이고, 1차의료 부분도 보건소를 제외하면 모조리 개인투자의원이다. 이 때문에 지난 30년간 실질적 의료영리화가 지속적으로 진행되어 왔다. 대표적으로 현대와 삼성이 만든 재벌병원이 무한 병상증가를 하여 3000병상에 육박했고, 외래환자가 단일병원 하루 만명 이상인 매머드병원이 탄생했다. 또한 지속적인 비급여서비스 확대, 부대사업 확장 등으로 의료산업의 수익성은 금융자본이 가장 군침을 흘리는 사업이 되었다.[[2]](#footnote-2)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 국가 | 공공병원 | 비영리병원 | 영리병원 |
| 영국 | 99% | 0% | 1% |
| 오스트리아 | 69% | 26% | 5% |
| 독일 | 55% | 38% | 7% |
| 벨기에 | 60% | 40% | 0% |
| 미국 | 22% | 60% | 18% |
| 싱가포르 | 70% | 16% | 14% |
| 한국 | 8% | 92%\* | 0% |

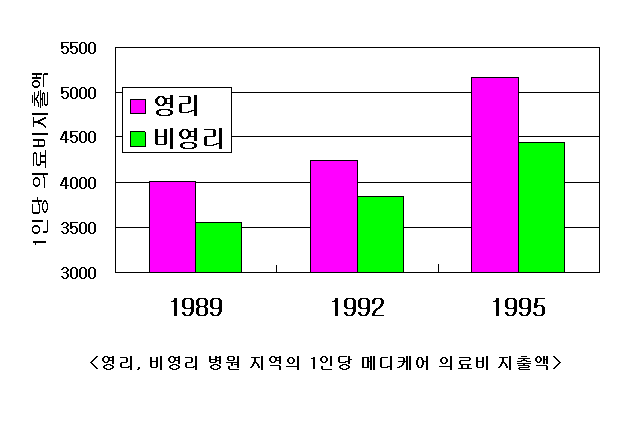
\* 개인병원도 비영리병원에 포함한 비율임

표 1. 주요 국가별 공공병원과 영리법인병원 비중(2006년 기준) 자료 : LG경제연구소

이런 상황에서 영리병원을 도입하면 그 악영향은 전세계에서 유래를 없을 정도에 도달할 수도 있다. 병원협회의 보고서에서도 2009년도 당시 전체 병원의 57.4%(병상 기준 36.0%)를 차지하고 있는 개인병원들은 세율(稅率)에 따른 금전적인 이익이 많아서 거의 대부분 영리법인병원으로 전환할 것이 예상된다고 밝혔다.[[3]](#footnote-3)

1. 영리병원과 의료비용

실버만(Silverman)[[4]](#footnote-4)은 영리 병원 지역주민들이 비영리 병원 지역보다 메디케어 의료비를 더 많이 지출한다고 보고 하였다. 1995년 영리 병원 지역의 평균 1인당 메디케어 의료비 지출(spending)은 5,172달러로 비영리 병원 지역의 4,440달러보다 평균적으로 732달러가 많았다. 또한 1989년과 1995년의 메디케어 의료비 지출 증가율도 영리 병원 지역이 비영리 병원 지역보다 컸다. 다른 한편 이 기간 동안 영리 병원에서 비영리 병원으로 전환할 경우 의료비 증가율은 감소한 반면 비영리 병원에서 영리 병원으로 전환한 경우 의료비 증가율은 매우 증가하는 양상을 보였다. 실버만은 영리병원 지역의 의료비가 높은 현상은 질병의 중증도나 지역 및 병원의 여러 특성의 차이때문이 아니라 영리 병원이 높은 수익을 창출하기 위한 과잉 진료나 진단명을 조작(upcoding diagnosis)하여 부당 청구하는 의료 행태 때문으로 해석하였다.



캐나다 심장전문의인 데브로(Devereaux)[[5]](#footnote-5)는 병원에 지불하는 진료비(payments for care)를 비교하였다. 그는 영리병원의 진료비가 비영리병원보다 19%가 더 높은 사실을 밝혀내었다. 그는 영리병원이 비영리 병원보다 진료비가 더 비싼 이유는 더 우수한 진료를 제공한 결과가 아니라고 보았다. 왜냐면 의료의 질을 비교한 대부분의 연구에서 영리병원의 의료의 질이 비영리병원보다 나쁘게 나왔기 때문이다. 결론적으로 그는 영리 병원은 투자자를 만족시키기 위한 수익을 창출해야 할 필요성, 경영진의 높은 보수 제공, 그리고 영리병원의 높은 행정 비용 때문에 진료비가 높다고 설명했다.

앞서 밝혔듯이 송도에 들어오려했던 NYP 병원도 진료비는 국내 병원의 3배 수준을 받으려고 했었다.

1. 영리병원과 의료서비스의 질

흔히 ‘영리병원’ 지지자들은 ‘의료서비스의 질’ 과 ‘선진경영기법’을 장점으로 꼽는다. 그렇다면 의료서비스의 질은 ‘영리병원’이 높을까? 이에 대한 대표적인 연구 몇 가지를 살펴보더라도 이는 사실이 아니다.

로즈나우 등은 1980년부터 2001년까지 미국의 영리 및 비영리 의료 서비스의 성과를 비교한 149개의 연구들을 분석했다. 그 결과 비영리 기관이 영리 기관에 비해 의료의 질, 접근도, 비용/효율성, 자선 사업 등 모든 의료 서비스 측면에서 우수한 성과를 보였음을 증명했다. 특히 의료의 질 부분에서도 영리병원이 비영리병원보다 낫다는 결과가 나온 연구는 10%정도이다.(그림 1.)[[6]](#footnote-6)



그림 1. 영리, 비영리 보건 의료 서비스의 성과 비교

에그레스톤 Eggleston 등은 1990년 이후 병원소유구조와 의료의 질에 대한 논문 31개를 조사한 결과 영리병원이 비영리병원에 비해 높은 사망률과 진료 부작용을 보고했다고 기술했다.[[7]](#footnote-7) 이 논문은 의료의 질의 중요한 요소인 진료부작용에서도 영리병원이 더 높다는 것을 보여주었다.

데브로Devereaux는 투석시설의 사망률과 관련한 논문들을 찾아 메타분석을 시행하였는데 그 결과 영리투석시설이 비영리투석시설에 비해 8%의 사망률이 높다고 보고 하였다. 미국 투석환자들은 75%가 영리투석시설을 이용하는데 만일 그들이 모두 비영리투석시설을 이용한다면 대략 2500명을 매년 살릴 수 있다는 것이다. 또한 투석시설 이외의 병원을 대상으로 하여 사망률을 메타비교한 연구[[8]](#footnote-8)에서도 영리병원이 비영리병원에 비해 사망률이 최소 2% 높다고 결론지었다. 무엇보다 데브로는 영리병원과 비영리병원의 사망률을 분석할 때 의료진의 수준을 보정할 경우 사망률 차이가 감소하는 것을 발견하였다. 즉, 사망률의 차이가 나는 주요 원인이 바로 의료진의 수준에서 비롯되는 것으로서 영리병원은 비영리병원에 비해 덜 우수한 의료진을 고용하는데서 기인한다고 분석하고 있다.

리엔Lien[[9]](#footnote-9)등은 대만에서도1997년과 2000년 사이 뇌졸중 환자와 심장병환자를 대상으로 보았을 때, 비영리병원이 치료의 질과 12개월 미만 치사율에서 개인병원 보다 우수했다고 보고했다. 특히 총의료비는 양측이 비슷했으나, 개인병원에 비해 비영리병원이 거의 10%가량 더 환자들에 대한 의료 지출을 더 했다고 한다. 즉 개인병원은 실제 환자 진료에 투입하는 금액은 비영리병원보다 낮고, 이 떄문에 사망률이 높다는 것을 보여주었다. 이는 영리법인이 허용되지 않은 대만에서도 영리를 추구하는 개인병원과 비영리병원의 차이를 보여준 것으로, 한국에서 영리병원이 도입되면 대부분 우선적으로 영리병원으로 전환할 개인병원을 미리 비영리병원으로 전환하는 것을 고려해야 함을 보여준다.

한국의 급성기 병원수

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 공공병원 | 비영리병원 | 개인병원 |
| 한국 | 105(7%) | 537(35.6%) | 867(57.4%) |

자료 : 대한병원협회, 2009 전국병원명부, 2009

이처럼 의료의 질과 영리병원에 대한 연구들은 숱하게 많다. 즉 일부 스타급 의료진을 섭외해서 수익성 있는 부분에서 의료의 질을 잠시 높이는 것은 가능할지 모르지만, 영리병원은 수익을 더 남겨야 한다는 점 때문에 덜 우수한 의료진을 고용하며, 수익성이 없는 필수 의료사업을 등한시 하고, 실제 환자치료에는 돈을 적게 쓰게 되므로, 사망률이나 치료부작용이 더 높게 나타난다는 것이 일관된 연구결과이다.

즉 영리병원에서 의료비가 비싼 것은 당연하고 의료서비스의 질도 낮다. 이 때문에 미국에서 조차 영리병원은 줄어들고 있다. 그런데도 영리병원을 건강을 위해 도입해야 할까?

1. 영리병원과 효율성

영리병원 지지자들이 말하는 ‘경영기법’도 이미 숱한 연구에서 증명된 바 있다. 2001년부터 2004년 사이의 미국 병원들의 경영효율성을 분석한 결과 병원의 기술적 효율성technical efficiency 도 비영리병원이 영리병원보다 높았다.[[10]](#footnote-10) 즉 ‘선진경영기법’이란 효율적 경영을 말하는 것 조차도 아니라는 것이다.

이러한 비효율성에 대해서 울핸들러Woolhandler[[11]](#footnote-11)는 영리 병원과 비영리병원의 행정 비용에서 그 원인을 찾은바 있다. 1994년 영리 병원의 행정 비용은 전체 병원의 비용에서 34%를 차지하였다. 이것은 비영리 병원의 24.5%보다 절대적 수치로는 5.7%, 상대적으로는 23%나 더 높았다. 행정비용은 비진료부문의 비용을 말한다. 즉 영리병원은 비영리병원보다 행정비용을 더 많이 쓰며 이것이 영리병원의 비용이 높은 이유이다.

반면, 주주들과 경영자들의 수익은 진료비가 높아진 만큼 증가했다. 영리병원 경영진들의 보수를 보면 비영리병원과는 비교할 수 없을 만큼 높다. 미국 최대의 영리병원인 콜롬비아 HCA의 최고경영자(CEO)가 부정행위로 해임될 당시, 퇴직금으로만 현금 1천만 달러(한화 110억 원)와 스톱옥션으로 3억 달러를 받아갔다. 미국에서 두 번째로 큰 영리병원인 Tenet의 최고경영자는 2003년에만 스톡옵션으로 1억1100만 달러(한화 1300억 원)를 받아갔다.[[12]](#footnote-12)

즉 영리병원이 가져올 ‘선진경영기법’이란 주주들과 경영자들의 배를 불리기 위해 환자들에게 치료로 돌아갈 돈을 갈취하는 과정이다. 이는 효율적이지도 않다는 점에서 ‘선진’이란 말도 무색하다.

1. 영리병원과 윤리의식

영리병원은 부정청구율이 높다. 부정청구의 대표적인 방법이 DRG(포괄수가제)의 중증도를 조작하는 upcoding이다. 메디케어의 부정청구율을 조사한 연구[[13]](#footnote-13)에 의하면 영리병원은 비영리병원에 비해 부정청구비율이 2배나 높았다. 반면 비영리병원의 부정청구는 정부소유의 병원과 차이는 없었다. 또한 비영리병원이나 공공병원이 영리병원으로 변화한 경우 Upcoding이 급격히 늘어난 것도 증명되었다. 이처럼 영리병원의 부정청구가 높은 이유는 바로 이윤추구에서 비롯되는 것으로 해석하고 있다.

미국에서 가장 큰 영리병원 기업인 Columbia/HCA는 2003년 메디케어에 허위청구를 한 것이 적발되어 17억 달러의 벌금을 받았다. 두 번째로 큰 영리병원 회사인 Tenet의 전신이었던 MME는 1980년대에 병실을 채우기 위해 정신질환자를 부당하게 억류시키고 의뢰를 하지 않는 등의 댓가로 7억 달러의 벌금을 받았다.

1. 영리병원과 접근성

의료 접근성이란 건강상태, 위험요인, 지불능력 등과 상관없이 필요한 의료서비스를 효과적으로 획득할 수 있는가 없는가를 기준으로 한다. 미국에서 영리병원의 의료 접근성에 관한 연구는 보험 미가입자에 대한 의료서비스 제공 여부, 이익이 남지 않는 의료서비스 제공 여부로 이뤄지고 있다. 그 결과 영리병원은 일반적으로 의료의 접근성을 떨어뜨린다.

앞서 실버만의 연구처럼, 의료 접근성과 관련된 30개의 논문들을 분석해보았다. 그 결과 20개의 연구에서 비영리병원이 영리병원보다 우수했다. 즉 비영리병원이 영리병원보다 무보상 의료서비스(uncompensated care)를 더 많이 제공해준다는 것이다. 물론 공공병원이 영리 비영리를 포함한 민간병원보다 더 많은 무보상 의료서비스를 제공하고 있다. 여기서 재미있는 사실 한 가지는, 영리병원의 경우 보험 미가입자가 적은 지역에 집중되는 경향을 보인다는 것이다. 즉 무보상 의료서비스를 많이 제공해야 할 저소득층 지역에는 영리병원이 진출하지 않는다는 것이다. 또 비영리병원이 영리병원으로 전환할 경우, 무보상 의료서비스 제공 량이 상당히 줄어들었다.

영리병원은 대체로 수익이 되지 않은 응급실이나 중환자실을 폐쇄시키는 경우가 많았고, 지역사회에서 자선사업이나 빈곤층에 대한 의료서비스 제공을 거부하는 경우도 많았다.

영국이나 뉴질랜드의 경우, 장기간의 진료/수술 대기시간이 영리병원 도입의 근거로 제시돼왔다. 영리병원 도입으로 지불능력이 있는 대기자들이 영리병원 쪽으로 빠져나갈 것이며, 이로 인해 진료/수술 대기시간을 줄일 수 있다는 발상 때문이었다. 그러나 실제 영리병원이 도입된 연후 정반대의 현상이 벌어졌다. 오히려 공공병원의 진료/수술 대기시간이 연장됐던 것이다. 반면 영리병원을 이용하는 부유층 환자들의 대기시간은 감소했다. 의사들이 수익이 더 남는 영리병원 쪽으로 이직하는 경우가 많아, 공공병원 의사들이 감소함으로써 대기시간이 오히려 늘어난 것이다. 또한 의사들이 공공병원 대기시간을 의도적으로 늘려, 영리병원 쪽으로 환자들을 유도하려는 속셈도 한몫했다.

다른 한편 영리병원으로 인해 공공병원이 폐쇄되는 극단적인 사례도 있다. 1995년 콜롬비아/HCA는 HTC라는 공공병원을 합병했다. 그 이후 HTC가 운영해왔던 34병상의 의료센터를 폐쇄해 버렸다. 1988년에는 Alexian Brothers Hospital이라는 공공병원이 콜롬비아/HCA에 합병됐다. 합병 이후 공공병원이 해왔던 빈곤층 의료서비스 제공과 지역사회 건강기금 기부가 중단되었다. 이는 주위의 비영리 공공병원을 폐쇄시킴으로써, 영리병원의 이윤을 극대화하려는 전략으로 자행된 일이었다.

1. 영리병원과 의료인력

미국의 경우 영리병원의 고용인력은 100병상당 평균 352명으로, 비영리병원(평균 522명)의 67.4%에 불과한 것으로 드러났다.

환자에게 제공되는 의료서비스의 질을 비교[[14]](#footnote-14)하여 의료인력 고용문제를 다룬 논문도 존재한다. 이 연구는 요양시설 환자에게 어느 정도의 의료서비스가 제공되는 지를 분석하였는데 각 서비스의 부족분(Deficiencies)을 수치화하였다. 그 결과 Quality of care, Quality of life 등 모든 부분에서 영리요양시설은 의료서비스의 제공이 비영리와 공공 요양시설보다 더 적은 것으로 드러났다. 이 논문은 그 차이는 간호 인력의 차이에서 기인한다고 분석하였다. 영리 요양시설은 비영리 병원에 비해 간호 인력이 31.7%가 부족하였다. 또한 간호 인력의 수준 또한 낮은 것으로 드러났다. 즉, 영리 요양시설은 비용을 절감하고자 의료의 질에 필수적인 의료인력을 적게 고용하며, 그것이 의료의 질에 영향을 미치는 것이다. 일반적으로 의료진(의사, 간호사 등)이 적을 수록 환자의 건강결과가 나쁘다는 것은 잘 알려져 있다. 영리병원들이 의료의 질이 나쁜 이유가 바로 여기에 있다.



또한 프랑스의 경우에서도 2011년 연구에 따르면 병원의 산출에 대한 여러 변수를 통제하더라도 공공(public)병원에서 비영리(not-for-profit) 혹은 영리(private) 병원보다 고용이 더 높다는 것이다. [[15]](#footnote-15)

1. 외국의 영리병원

세계적으로 영리병원이 실제 의미가 있는 나라는 미국, 싱가폴, 태국, 인도 정도 뿐이다. 미국의 영리병원 문제점은 이미 숱하게 연구가 되어 위에서 지적했으므로 다른 나라들을 조금 알아보겠다.

싱가포르의 경우 영리병원은 질 높은 서비스를 제공해 고급 의료 수요를 충족시키고, 외국인 환자를 유치하기 위한 전략적인 목적에서 육성됐다. 무엇보다 싱가포르는 교통허브 및 금융허브로써 기능하는 도시국가이다. 싱가포르는 말레이시아와 인도네시아 사이에 위치한 관계로 말레이시와 인도네시아의 부호들의 금융도피처이기도 하다. 따라서 싱가포르의 영리병원의 환자들은 대부분 말레이시아나 인도네시아의 부자들이다. 그러나 이런 외국인 환자들이 영리병원 환자의 30~50%를 차지하며, 역시나 나머지는 내국인이다.

대신 싱가포르 정부는 내국인을 위한 공공의료 제도가 잘 구축되어 있다. 가벼운 질환이나 통원 치료 등 1차 의료의 80%는 민간부문인 의원에서 담당하고, 입원 이상의 치료가 필요한 2, 3차 의료의 80%는 공공부문이 담당한다. 싱가포르에서 공공의료기관의 비중은 85%에 달하지만, 한국은 10%에 불과하다. 마지막으로 싱가포르의 외국인 대상 영리병원들도 태국의 저가공세 때문에 환자가 계속 줄고 있다.

태국은 관광지가 많고 한국보다 의료비가 싸서 '의료관광 산업의 허브'로 불린다. 태국에 여행 와서 영리병원을 들르는 외국인 환자의 수는 연간 150만 명에 달한다. 태국 영리병원의 진료비는 다른 비영리병원보다 약 3~4배, 개인의원보다 약 10배 비싸다. 그러나 태국의 의료진들의 인건비는 한국의 10%에 불과하다. 태국이 의료 부문에서 산업적인 성공을 거둘 수 있었던 이유는 낮은 의료 인건비와 높은 의료비로 치료를 받지 못한 미국 중산층의 의료관광 붐이 일조했다. 태국의 경우 의료산업을 키우는 대가로 공공의료의 질 저하를 감수해야 했다. 지방 공공의료 부문의 의료 인력이 대도시의 민간 병원으로 빠져나갔다. 그러나 태국의 경우도 공공병원이 전체 병원의 70%가 넘는 공공의료체계를 가지고 있다.

인도는 이제 새롭게 의료관광사업에 뛰어들면서 영리병원이 늘어나는 경우이다. 인도의 경우 태국보다 낮은 임금으로 가격경쟁력을 갖추고 있다. 즉 의료관광에서의 가장 큰 잇점은 인건비에서 경쟁력인데, 원래 싱가포르에서 시작되었던 의료관광사업이 태국으로 이제는 인도로 넘어가고 있는 것이다. 또한 인도와 싱가포르 같은 경우는 영어를 사용하고 있다.

이런 점에서 한국에서 의료관광사업 유치를 이야기 하는 것은 일부 특화된 부분 즉 미국으로 의료처치를 떠나는 국내 재벌 같은 사람들을 유치하는 효과 밖에 없을 것으로, 실제로는 거의 의미없는 숫자에 머물공산이 크다.

1. 영리병원은 왜 퇴출되지 않는가?

앞서 보았듯이 영리병원은 비용도 비싸고, 의료서비스의 질도 낮다. 그런데 왜 시장에서 퇴출되지 않을까? 그것은 바로 보건의료가 가지는 다음과 같은 특성들 때문이다. 즉 보건의료는 시장에 맡겨두면 반드시 실패할 수밖에 없는 특성(Market failure)을 가지고 있다.

첫째, 의료는 공급자주도 시장이다. 따라서 영리병원과 비영리병원들이 경제학 서적처럼 자유경쟁하지 않는다. 오히려 독점을 형성하고 있다. 미국에서 영리병원이 설립돼 있는 지역에는 경쟁할 만한 비영리병원이 존재하지 않는다. 환자 입장에서 병원을 선택할 수 있는 조건 자체가 없다는 것이다. 설사 영리병원이 한 지 역에 두 개 존재할 때도, 그들은 싸고 질 좋은 의료서비스를 제공하기 위해 경쟁하지 않는다. 환자 입장에서 의료서비스는 일반상품처럼 마음에 안 들면 안사도 좋은 그런 게 아니다. 아프면 병원에 갈 수밖에 없다.

둘째, 의료는 정보불균등성이 존재한다. 환자가 의료시장에서 똑똑한 소비자로서의 역할을 제대로 수행할 수 없다. 보건의료 자체가 전문적인 분야이고, 의료의 질을 의학을 공부하지 않은 환자들이 비교평가하기란 실제로 어렵다. 이 때문에 고급스런 인테리어와 친절서비스가 질 좋은 의료라고 착각하는 경향이 생기곤 한다.

셋째 의료서비스처럼, 정형화되지 않고 복잡한 생산물은 그 가치를 평가하고 모니터링 하기가 쉽지 않다. 의료서비스를 평가할 수 있는 자료를 만드는 주체는 병원과 의사다. 일례로 흉통을 협심증으로 조작하는 것만으로도, 메디케어 지급액을 9.2% 증가시킬 수 있다. 영리병원 입장에서 보면, 의료의 질을 향상시키려는 노력보다는 이런 틈새를 이용해 훨씬 높은 수익을 올릴 수 있다는 얘기다.

넷째, 영리병원은 수익이 되는 서비스만을 선별해 제공한다. 미국은 심장이나 정형외과 같은 영리전문병원이 매우 성행하고 있다. 즉 돈이 되는 환자와 질병만을 선별해 그에 맞는 의료서비스를 제공하고 있는 것이다. 통상 지역사회에서 요구하는 서비스를 제공해 주다 보면, 높은 수익을 올리기 어렵다. 그래서 수익성이 낮은 의료서비스는 주로 비영리병원의 몫이다.

1. 의료비 폭등, 건강보험 당연지정제 근간훼손

영리병원 허용은 곧바로 의료비 폭등을 초래할 것이다. 앞에서 살펴본 바와 같이, 미국의 경우 영리병원의 의료비가 비영리병원보다 높았다. 물론 이는 그동안 영리병원들이 취해 온 각종 이윤추구 모델들 때문이다.

국내에서도 지방공사 의료원이 민간 위탁된 후 의료비가 급상승한 경험이 있다. 1990년대 말 군산, 마산, 이천 의료원이 민간업자에 위탁 운영됐다. 그러나 민간위탁 직후부터, 입원 1일당 의료비가 2∼3배나 증가하고 말았다.



또한 한국에서는 지난 10년간 민간의료보험이 급성장했다. 큰 병에 걸려도 의료비의 60%미만을 보장해 주고 있는 부실한 국민건강보험 때문이다. 영리병원의 경우, 그나마 있던 부실한 국민건강보험에서도 제외된다. 때문에 어마어마한 진료비를 감당하기 위해서는, 국민건강보험과는 별개로 새로운 민간의료보험에 가입할 수밖에 없다. 영리병원의 높은 진료비는 아무리 고소득층이라 해도 부담이 만만치 않기 때문이다. 이처럼 영리병원과 함께 등장할 새로운 민간의료보험은 고소득층만 가입할 수 있는 고급보험이 될 가능성이 농후하다.

영리병원과 함께 고급 민간의료보험이 정착되면, 고소득층의 국민건강보험 탈퇴 욕구는 더욱 커질 것이다. 고소득층의 경우, 일정비율로 책정되는 국민건강보험보다 일정금액으로 책정되는 민간의료 보험이 유리하기 때문이다. 또한 고소득층은 건강보험의 보장성 확대를 반대하고 대체형 민간의료보험 도입을 주장할 것이다. 실제로 미국에선 민간의료보험에 가입한 고소득층들이 메디케어 보장성을 높이려는 정부조치에 반대한 바 있었다.

이 때문에 LG경제연구소 조차 "대다수 병원들이 영리법인으로 전환하면서 수익성이 떨어지는 필수 진료과목에 대한 공급이 위축될 수 있고, 민간 영리 자본의 급속한 유입으로 의료 시장이 재벌이나 민간 보험사들의 독과점적인 인수합병을 통해 지배될 수 있다"고 경고했다

1. 영리병원을 도입하려는 세력

앞서 보았듯이 의료비 상승뿐 아니라 ‘의료의 질’ 이나 ‘경영효율성’에서도 영리병원이 낫다는 증거는 하나도 없다. 또한 이미 영리병원이 있는 나라들에서도 영리병원에 부정적이다. 그럼에도 한국에서 영리병원을 도입하려는 이유는 무엇인가?

답은 이미 앞에 나와있다.

첫째. 주주들과 채권자, 병원경영자들의 이익을 위한 것이다. 즉 자본가들의 요구이다. 자본가들이 병원에서 나오는 수익을 가져가지 못한 것이 못내 아쉬어 끊임없이 영리병원 도입을 시도하는 것이다. 무엇보다 금융자본들이 군침을 흘리며 병원영리화를 기다리고 있다.[[16]](#footnote-16)

둘째. 이미 거대해진 병원자본의 요구이다. 앞서 밝혔듯이 삼성, 현대등 재벌의 병원진출을 기점으로 병원산업은 급팽창하였다. 그러나 병원자본(삼성병원)이 보험자본(삼성생명)과 연계하여 더 높은 수익성을 갖추려면 영리병원 허용과 이를 기점으로 한 민간보험체계가 필수적이다. 이 때문에 이명박정부 인수위는 민간보험체계를 위해 다자간보험체계를 고안했으나, 이는 여론의 뭇매를 맞고 2008년 촛불항쟁으로 백지화되었다. 따라서 남은 한가지 과제인 영리병원을 어찌되었건 추진하려는 것이 이들의 의도이고, 이 역시 자본의 요구라는 점에서 일맥상통하다.

2009년 병원을 대상으로 한 설문조사[[17]](#footnote-17)에서 조달 자본의 사용처로 77.3%가 병원신증축으로 응답했고, 병원운영은 13.6%에 불과했다. 즉 병원자본의 팽창욕구가 영리병원을 끝까지 추구하게 하는 동력이다.

셋째. 보험자본의 요구이다. 보험자본은 건강보험 당연지정제를 해체하고 민간의료보험의 다자간 체계 도입을 바라고 있다. 무엇보다 이런 다자간 체계가 빛을 발하려면 영리병원이 무엇보다 중요하다. 또한 보험산업이 병원사업에도 뛰어들어야 보험청구 최적화 및 비용효율화를 꾀할 수 있는데, 현재의 비영리법인만 병원을 운영할 수 있는 장벽을 깨뜨리지 않고서는 불가능하다. 이 때문에 보험자본의 확장을 위해 영리병원을 추진하는 것이다.

넷째, 경제관료의 요구인데, 이는 국가의 요구이기도 하다. 한국의 의료비가 급증하고 있기 때문에, 예를 들어 의료비가 급증하면 이는 고스란히 병원산업의 생산으로 남게 되며 GDP 증가에 반영된다. 이 때문에 경제부처는 지난 10년간 과도하게 의료민영화에 집착을 보이고 있다. 이러한 과정은 ‘서비스산업 선진화’를 국내 서비스 산업 전체에 강요한 부분과도 맥락을 함께한다. 실제로 경제부처(지식경제부, 기획재정부등)가 보건복지부를 압박하는 방식이 ‘영리병원’ 도입시도의 한 축이었다.

즉 영리병원을 도입하려는 이유는 처음부터 끝까지 철저히 자본의 이익, 경제적 이익만을 위한 것이다. 국민의 건강은 이들의 안중에는 없다. 그러나 지난 2008년 촛불항쟁이 건강보험 해체를 막아냈고, 영리병원도 그 간의 대중저항으로 이제는 ‘경제자유구역’내에만 한번 해보자는 식으로 축소되어 도입되려 한다. 물론 경제자유구역이 이미 전국적이고, 한번 도입된 영리병원의 페해가 한국에서는 엄청날 것을 우리는 알고 있기 때문에 이러한 꼼수에 속지 않을 것이다. 계속된 의료민영화 저지 투쟁으로 이러한 시도를 좌절시켜왔듯이, 이번에도 투쟁으로 영리병원을 저지하는 것이 가능하다.

매년 잊혀질만하면 다시 영리병원 도입을 주장하는 의료민영화 세력들의 끈기에 박수를 보내고 싶을 정도다. 하지만 우리도 끈질기게 이를 저지해 왔고, 늘 그랬듯이 이번에도 영리병원을 저지할 수 있다.<끝>

1. 본고는 그간의 한국의 영리병원도입에 대한 연구와 궤적을 다룬 글들을 포괄하면서도 다시 한번 영리병원문제를 복습하게 하는 것이 목표로, 재인용시 다른 잡지에 실린 원문을 꼭 확인후 할 것을 권유드린다. [↑](#footnote-ref-1)
2. 대표적으로 2011년 KB금융지주 경영연구소 보고서에 따르면 ‘병원의 순수익율은 9.1% 가량으로 높은 수준이며, 부대산업등을 고려할 때 영업이익률도 우수한 수준인 것으로 판단됨’으로 보고한다. 이외에도 미래에셋증권, 한화증권, KTB증권 보고서등에서 황금알을 낳는 거위로 설명된 바 있다. [↑](#footnote-ref-2)
3. 영리법인병원 도입 유형과 비영리법인병원 지원 방안에 관한 연구 2009.11 한국병원경영연구원 [↑](#footnote-ref-3)
4. Silverman EM, Skinner JS, Fisher ES. The association between for-profit hospital ownership and increased Medicare spending. N Engl J Med 1999; 341: 4206 [↑](#footnote-ref-4)
5. Devereaux PJ, Heels-Ansdell D, Lacchetti C, Haines T, Burns KEA, Cook DJ, et al. Payments for care at private for-profit and private not-for-profit hospitals: a systematic review and meta-analysis. CMAJ 2004;170(12):1817-24 [↑](#footnote-ref-5)
6. Vaillancourt Rosenau P, Linder SH. “Two Decades of Research Comparing For-Profit and Nonprofit Health Provider Performance in the United States.” Social Science Quarterly; 2003:84(2): 219 -241. [↑](#footnote-ref-6)
7. Eggleston K, Shen YC, Lau J, Schmid CH, Chan J. Hospital ownership and quality of care: what explains the different results in the literature? Health Econ. 2008 Dec;17(12):1345-62. [↑](#footnote-ref-7)
8. A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not for profit hsopital. CMAJ, May 28, 2002; Vol.166,No.11 [↑](#footnote-ref-8)
9. Lien HM, Chou SY, Liu JT. Hospital ownership and performance: evidence from stroke and cardiac treatment in Taiwan. J Health Econ. 2008 Sep;27(5):1208-23. Epub 2008 Mar 22. [↑](#footnote-ref-9)
10. Lee KH, Yang SB, Choi M. The association between hospital ownership and technical efficiency in a managed care environment. J Med Syst. 2009 Aug;33(4):307-15. [↑](#footnote-ref-10)
11. Woolhandler S, Himmelstein DU. Costs of care and administration at for-profit and other hospitals in the United States. N Engl J Med 1997;336:769-7 [↑](#footnote-ref-11)
12. Woolhandler S, Himmelstein DU. The high costs of For-profit care CMAJ 8 June 2004: 170(12) p1814-1815 [↑](#footnote-ref-12)
13. Medicare upcoding and hospital ownership. J Health Econ. 2004;23(2);369-89 [↑](#footnote-ref-13)
14. Does Investor Ownership of Nursing home compromise the Quality of Care. American Journal of Public Health 2001;91 [↑](#footnote-ref-14)
15. Clark AE, Milcent C, Public employment and political pressure: the case of French hospitals, J Health Econ. 2011 Sep;30(5):1103-12. [↑](#footnote-ref-15)
16. 미래에셋증권, 한화증권, KTB증권 보고서, KB 경영 보고서등 영리병원을 기다리고 있다. [↑](#footnote-ref-16)
17. 영리법인병원 도입 유형과 비영리법인병원 지원 방안에 관한 연구 2009.11 한국병원경영연구원 [↑](#footnote-ref-17)