
의료기관 영리성에 관한 연구

전창배

윤태호

고민창

문성웅



국민건강보험공단
National Health Insurance Corporation

머리말

우리나라에서 영리법인 의료기관 논의가 봇물처럼 한꺼번에 밀려 온지도 어느 듯 2·3년의 세월이 지났다. ‘의료서비스 산업화’라는 타이틀로 그야말로 혜성처럼 등장하였다. 국무총리실 산하에 『의료산업 선진화위원회』가 설치되어 의료부분의 산업화를 본격적으로 논의하기 시작한 것도 이 때문이었다. 애매모호하기까지 보이는 의료서비스 선진화는 다른 부분을 포함하지만 그것의 핵심은 바로 영리법인의료기관 이었다.

그러나 예상하였든 것처럼, 본격적인 논의가 시작되면서 복잡한 양상으로 상황이 전개되었다. 영리병원 도입에 대한 이해당사자의 입장이 첨예하게 대립하고 있었던 것이다. 보험업계를 포함한 경제계는 영리병원 허용을 찬성하였고, 시민사회단체는 적극적으로 반대하였다. 그리고 정부는 부처에 따라 입장이 달랐다.

이러한 반응은 어찌 보면 당연한 것이었다고 할 수 있다. 영리병원의 성과에 대한 경험적인 연구가 충분히 이루어지지 않았든 상황에서 오히려 불가피하게 나타나는 현상이었다. 더욱이, 이러한 여건에서 영리법인 의료기관 허용을 국가의 보건의료체계 전반과 연결 지어 정책을 결정하고자 할 경우 또 다른 차원에서 복잡하게 전개될 수밖에 없다. 따라서 영리병원 정책에 대해 국민의 동의를 전제로 합리적으로 결정을 내린다는 것은 역부족이었다. 결과적으로 정부는 작년에 영리병원 논의를 향후 5년간 유보하기로 한 결정을 하였다. 이는 인천경제특구, 제주특별자치도에 들어올 영리병원의 성과를 객관적으로 평가 후 영리법인 허용여부를 결정하겠다는 것이다.

이러한 상황에서 본 연구가 수행되었다. 본 연구는 영리병원이 과연 바람직한 대안이 될 수 있을까라는 의문을 가지고, 영리병원체제에서의 의료의 질, 의료의 접근성, 의료비, 그리고 영리병원 행태가 초래할 결과 등을 중심으로 접근하고 있다. 이러한 쟁점들이 영리병원과 비영리병원 간에 차이가 있는지를 비교하는 방법으로 진행되었다.

본 연구에서 주로 사용한 연구방법은 문헌조사와 사례분석 방법이 사용되었다. 문헌조사는 지금까지 영리병원을 비교적 관대하게 허용하여 높은 비율을 차지하고 있는 국가인 미국의 사례를 집중적으로 분석하였다. 다른 많은 국가들의 사례를 분석하는 것이 연구 결과의 보편성을 확보하는 길이지만 대부분의 유럽 국가에서는 영리병원이 보건의료체계에 극히 미비한 수준에 머물고 있어 불가피하였다.

아무쪼록 본 연구가 우리나라의 영리법인 의료기관 정책에 도움이 되길 바라고, 이를 계기로 후속적인 연구가 이어질 것을 희망한다. 끝으로 본 연구기간 동안 인터뷰와 서면질의에 성실히 답변해 준 많은 전문가 여러분께 감사들 드린다. 또한 본 연구내용은 연구자들의 개인적인 의견이며 공단의 공식적인 입장이 아님을 밝혀둔다.

2006年 12月

國民健康保險公團 理 事 長 李在庸

健 康 保 險 研 究 院 長 李相二

<목 차>

요 약	1
제1장 서 론	21
1. 연구의 의의 및 목적	21
2. 연구 대상과 범위	22
3. 영리법인 의료기관 논의의 배경	24
4. 영리법인 의료기관에 대한 이해당사자들의 입장	27
5. 기존 연구결과 요약	35
6. 연구 방법	37
7. 본 보고서의 구성	39
8. 기대효과	40
제2장 영리병원의 영리성 개념	45
1. 서 론	45
2. 선행 연구 검토	46
3. Douglas Bolon의 내용분석 연구	48
4. 분석 결과	50
5. 결 론	55
제3장 영리의료법인에서의 의료의 질	59
1. 연구개요 및 목적	59
2. 연구방법	60
3. 결과	63
4. 그 밖의 연구결과들	66

제4장 영리병원의 비용	75
1. 영리병원의 목표와 가치	75
2. 영리병원의 진료비	76
3. 영리병원의 비용-효율성	81
4. 영리병원의 경제적 우위성의 허와 실	86
제5장 영리병원의 의료 접근성	95
1. 서론	95
2. 의료기관 소유형태와 의료접근도 및 환자 만족도	96
3. 소유형태별 제공되는 서비스의 특성	100
제6장 병원의 소유형태와 생산성	109
1. 의료기관의 생산성에 대한 기본 논의	109
2. 병원의 소유형태가 생산성에 미치는 효과 : survey	112
3. 생산성 및 고용창출측면에서의 영리법인병원 비판	123
제7장 영리병원의 영리성 추구 패턴	
: 간호사 고용과 기타 연구결과들	133
1. 서론	133
2. 연구방법	134
3. 사례 분석	135
4. 기타의 영리법인 의료기관의 이윤극대화(profit maximization) 추구패턴 연구 결과들	147
5. 정책적 함의와 결론	149
제8장 주요국의 민간영리병원 운영실태	153
1. 연구의 의의 및 연구 대상 국가	153
2. 연구의 방법 및 자료의 활용	154
3. 국가별 영리병원운영사례 개관 및 특징	155
4. 함의와 결론	206

제9장 결론 및 정책적 함의	211
1. 영리/비영리 병원 개념을 둘러싼 논쟁의 이유	211
2. 영리/비영리 병원의 선택과 영리병원의 구조적 제약	212
3. 영리병원 요약 및 정책적 함의	216
참고문헌	219

- 표 차례 -

<표 1-1> 주요국의 영리병원 비율	23
<표 1-2> 국내병원의 영리법인 허용문제	35
<표 2-1> 병원 임무표현 속에 나타난 비용에 관한 구절	51
<표 2-2> 접근성에 관한 임무표방 구절 비교	52
<표 2-3> 병원의 임무 속에 표현된 질 관련 표현	53
<표 2-4> 비용개념에 관한 내용분석 요약	54
<표 2-5> 접근성에 관한 내용분석 요약	55
<표 2-6> 의료의 질에 관한 내용분석 요약	55
<표 3-1> 체계분석에 포함하고 있는 특성들	64
<표 3-2> 영리병원 전환 전후의 사망률 비교	68
<표 3-3> 영리 HMO와 비영리 HMO 간 임상지표별 성과 비교	71
<표 4-1> 병원 진료권 유형별 의료비 지출	77
<표 4-2> Blue Cross 조직의 영리 전환 전·후의 의료비	79
<표 4-3> 영리병원 전환 이후의 의료비 증가 현황	80
<표 4-4> 병원의 종류와 소유형태에 따른 총 병원비용 중 행정비용	82
<표 4-5> 가상의 영리병원과 비영리병원의 순 운영비용 흐름	83
<표 4-6> 가상의 영리병원과 비영리병원의 시술당 손익분기점	83
<표 4-7> Columbia/HAC의 성장(1988-1995)	84
<표 4-8> 병원 소유형태별 급성심근경색 환자의 사망률 및 제공받은 시술	91
<표 5-1> 건강유지기구(HMO)의 환자 유형별 영리 상태별 의료접근성과 환자 만족도	97
<표 5-2> 병원형태별 의료의 질, 신뢰성, 인간존엄성에 대한 국민 인식도	98
<표 5-3> 소유권에 대한 이해정도에 따른 의료의 질, 신뢰성, 인간존엄성에 대한 인식도	99
<표 5-4> 병원 소유형태별로 제공되는 서비스의 비교(1998-2000)	104

<표 6-1> 병원의 소유형태가 효율성에 미친 효과에 대한 실증 분석 결과	120
<표 6-2> 영리병원과 비영리병원 영역 간의 1인당 의료비 비교	122
<표 6-3> 영리병원과 공공병원 간 비용-효율성 비교	123
<표 6-4> 미국병원의 병원설립 주체 별 100병상 당 고용인력 비교	124
<표 6-5> 비영리법인과 개인병원의 100병상 당 고용인력 비교	125
<표 6-6> 공공/비영리병원 형태에서 영리병원으로 전화 이후 고용변화(1)	127
<표 6-7> 공공/비영리병원 형태에서 영리병원으로 전화 이후 고용변화(2)	128
<표 6-8> 소유형태에 따른 경제적 성과에 대한 실증분석 결과	129
<표 7-1> 연구대상 병원의 정규간호사 비율과 간호사 근무시간	137
<표 7-2> 병원의 간호사 비율을 75% 수준으로 증가시키기 위해 추가로 정규간호사 및 기능간호사를 고용하는데 소요되는 비용	138
<표 7-3> 간호사를 75% 수준으로 유지할 경우 기대되는 효과	141
<표 7-4> 분석대상 요양시설 특성 (1998)	144
<표 7-5> 요양시설의 소유형태별 결합도	145
<표 8-1> 캐나다 보건의료에서의 공공부문과 민간부문의 참여	159
<표 8-2> 소유종별 의료기관의 경험적 성과비교(1)	163
<표 8-2> 소유종별 의료기관의 경험적 성과비교(2)	164
<표 8-2> 소유종별 의료기관의 경험적 성과비교(2)	165
<표 8-3> 싱가포르의 병원 소유 형태별 현황	176
<표 8-4> 정상 분만 진료비 비교(공공병원-영리병원)	179
<표 8-5> 정상 분만 진료비 비교(공공병원-영리병원)	180
<표 8-6> 싱가포르 병원(영리·비영리) 입원실 비용 비교	181
<표 8-7> Mount Elizabeth 병원의 등급별 입원실 비용	182
<표 8-8> Parkway group 병원의 연간 수익률(2001-2005)	183
<표 8-9> 태국의 병원급 의료기관의 소유 형태별 현황(2002)	187
<표 8-10> 태국의 외국인 투자 민간 영리병원 현황	192
<표 8-11> 범룽락 병원의 10대 대주주 현황(2005. 9. 2.)	193
<표 8-12> 범룽락 병원의 일반 재정 현황 및 수익률	194

<표 8-13> 범룽락 병원의(2004~2005) 수입 지출 현황	195
<표 8-14> 측정 항목별 만족도 차이	198
<표 8-15> 병원소유 형태별 재이용 및 추천의사 질문에 대한 응답비율	199
<표 8-16> 의료기관의 소유종별 외래이용 환자의 평가 비율	200
<표 8-17> 인도와 주요 선진국 의료시설에서의 의료비 비교	204
<표 8-18> 인도와 미국의 치료비 차이	204
<표 8-19> 인도와 태국의 치료비 차이(2004)	205
<표 9-1> 비용억제가 의료의 질에 미치는 영향	214

- 그림 차례 -

<그림 1-1> 의료공급자 관계의 유형	38
<그림 3-1> 체계분석에서의 방법론적인 단계별 흐름	61
<그림 3-2> 신장투석 환자의 사망률 상대적 위험(Relative Risk)	65
<그림 4-1> 소유형태의 전화에 따른 진료비 부담의 변동	78
<그림 4-2> 병원 소유형태별 DRG 등급상향 청구비	88
<그림 4-3> 지역의 영리병원 점유율에 따른 비영리병원의 등급 상향 청구비	89
<그림 4-4> 동일 서비스 지역에서 영리로 전환한 병원과 비영리 상태로 남아 있는 병원간의 등급 상향 청구비의 분포	90
<그림 5-1> 병원 소유형태별 방문보건서비스 제공의 가능성 (1988-2000)	102
<그림 5-2> 접근성 비교	105
<그림 6-1> 소유형태에 따른 미국의 병상수의 변화(1928~2000)	114

요 약

의료기관의 영리성에 관한 연구

- 요약 -

제1장 서론

1. 연구의 의의

- 본 연구는 영리병원정책에 대한 찬반이 대립하는 가운데, 향후 영리법인 의료기관 정책에 유용한 참고가 될 수 있도록 하였음. 이를 위해, 그동안 영리병원을 둘러싸고 전개된 쟁점이 무엇이며, 쟁점의 한 가운데 자리 잡고 있는 의료의 질, 효율성, 접근성, 생산성 등에 관해 객관적으로 조명하고 있음. 이러한 접근이 영리병원 정책 결정에 주요한 지표 혹은 변수가 될 수 있기 때문임.

2. 연구대상과 범위

- 본 연구의 대상 국가는 부득이 일부 국가를 중심으로 제한적으로 연구될 수밖에 없었으며, 대부분의 국가에서 영리병원이 차지하는 비율이 낮은 상황에서 이들 국가들은 연구 대상에 포함, 분석하는 것은 과소샘플과 과소사례로 인한 분석 결과의 왜곡이 초래되기 때문임

- 따라서 영리병원의 병상 비율이 상당한 비율로 차지하고 있는 국가들을 대상으로 분석하였음. 이 경우, 전 세계적으로 미국, 동남아의 싱가포르, 태국 등 일부 국가에 국한 될 수밖에 없으나 유럽의 다수 국가와 캐나다는 분석 사례로서 유의한 점이 많아 분석의 대상에 포함시키고 있음.

3. 기존 연구결과 요약

- 이렇게 영리병원 정책을 둘러싸고 찬반이 양립하는 가운데 지난 20여년 이상 이에 대한 경험적 증거를 발견하기 위한 연구가 꾸준히 진행됨. 영리의료기관 연구를 통해 도출된 대부분의 경험적 연구결과는 미국으로부터 나왔음. 왜냐하면 오래 전부터 영리법인 의료기관을 허용하여 현재 영리의료기관, 비영리의료기관, 공공의료기관이 각각 상당한 비율로 혼합을 이루고 있기 때문임.
- 지난 20여 년간의 축적된 데이터를 중심으로 분석한 149편의 연구가 영리병원과 비영리병원간 환자의 접근성, 의료의 질, 비용-효과성에 대해 집중되었음. 대부분의 연구자들은 6종류의 의료기관 - 병원, 요양시설, HMO, 호스피스, 혈액투석센터, 및 정신과 병원- 을 대상으로 하였음. 이 중 88개의 연구결과는 비영리의료기관이 우수하다는 결론이었으며, 43개는 두 기관 간 큰 차이가 없는 것으로 밝혀냄. 단지 18개의 연구만이 영리의료기관이 우수한 것으로 조사되었음.

4. 연구 방법

- 본 보고서의 주요 연구방법은 문헌조사 연구방법임. 영리병원 운영 경험 역사가 길고 많은 병원이 영리병원 형태로 운영되고 있는 미국의 경우가 집중적으로 분석의 대상이 되고 있기 때문에 주로 미국의 경험을 대상으로 문헌 고찰을 시도하고 있음.

5. 본 보고서의 구성

- 현재까지의 논의를 재조명하고, 이를 토대로 영리병원에 관한 논의를 한 단계 진전시키는데 기여할 목적으로 서술된 본 보고서는 크게 세 부분으로 나누어짐.
 - 서론에 해당 하는 장에서는 영리병원의 개념과 영리성이 무엇인지 접근하고 있음. 여기서는 지금까지의 영리병원 논의 경과와 쟁점, 영리성의 개념을 분석하고 있음. 영리병원의 영리성에 대한 개념을 접근하기 위해 내용분석 방법을 동원해서 영리병원과 비영리병원간 차이를 규명하고 있음.
 - 본론 장에서는 영리병원의 실체를 분석하는 부분으로 영리병원이 질에 미치는 영향, 고용과 생산성, 의료비에 미치는 영향, 영리병원의 접근성, 영리병원의 이윤 극대화를 위한 행태 등을 집중적으로 분석하고 있음. 또한 외국의 사례를 집중적으로 조명하고 있음. 사례분석 방법으로 진행된 이 부분에서는 유럽, 북미, 동남아 일부 국가의 영리병원 운영 실태를 경험적으로 조명하고 있음. 이를 통해 영리병원의 운영사례를 실제적으로 이해하고 더 나아가 영리병원 정책의 시사점을 도출하고자 하였음.
 - 마지막 장은 결론과 정책적 시사점을 도출하는 장으로써 지금까지 영리병원 논의를 비판하면서, 향후 영리병원 논의에서 유념하여야 할 사항들을 중심으로 간략히 나열하고 있음

제2장. 영리병원의 영리성 개념

- 병원이 표방하는 사명에서의 차이는 병원경영에서의 목표차이를 가져오고, 이러한 목표차이는 영리병원과 비영리병원간 그들의 목표를 추구하는데 상이한 전략적 능력을 사용할 것이라는 전제가 성립됨.
- 병원이 표방하는 미션표방(mission statement)은 병원의 역할과 목적을 가장 함축적으로 나타내는 것임. 특별히 Bart 와 Tabone가 정의한 바와 같이 임무표방을 “조직의 독특성과 지향하고자하는 목적과 관행을 포착하기 위해 작성된 공식 문서”로 정의한 것은 그것을 말해주고 있음.
- 분석도구로서의 내용분석은 특정단어, 단어의 절, 문장, 전체 맥락에서의 개념 등의 존재와 그것들의 사용빈도 등을 측정하는데 사용됨. 본 분석에서 Bolon은 후술하는 3개의 개념을 포함하는 어구들 속에 담긴 병원의 임무표방(mission statement)에서 특징적인 단어를 찾아 분석하는 것임. 즉 비용, 접근, 그리고 의료의 질을 대상으로 분석하고 있음.
- 미세한 차이이긴 하지만 설정된 임무에서 영리병원과 비영리병원 형태에서 의미 있는 차이를 내용분석을 통해 식별할 수 있음. 영리, 비영리병원 모두에서,
 - 비용에 관해 서술하고 있는 것이 임무 중에서 대략 50%를 차지하고 있음. “비용-효과적” 보건의료라는 어구가 가장 흔하게 영리/비영리병원 모두에서 사용되고 있는 표현이었음. 비영리병원에서 3개의 임무가 비용에 관해 한 절 이상으로 비교적 길게 표현하고 있고, 영리병원에서는 단 1개의 병원 미션에서 주주 혹은 투자자에게 이윤을 제공하는 것으로 서술하고 있음을 볼 수 있음.

- 접근성에 관해서는, 영리/비영리 병원 모두 소수의 병원만이 언급하고 있음. 비영리병원에서 접근성에 관해 언급하고 있는 빈도가 영리병원에 비해 많음 (26.9% 대 15.4%). 몇 개 되지 않은 표현 중, 한개 이상의 구절로 접근성에 관해 언급하고 있는 병원이 없음.
- 마지막으로, 의료의 질에 관한 미션에서, 80% 이상의 분석 대상 병원이 각자의 임무 속에 언급하고 있음을 알 수 있음. 대부분이 “고도의 높은 의료 서비스”, 혹은 “질 높은 의료서비스” 등임. 질에 관해 언급하고 있는 미션 중 영리병원에서 약 30%이상이 한 구절이상으로 표현되어 있음. 이것은 비영리병원이 단지 9.5%만을 한 질 이상으로 하고 있는 것과 대비됨.

제3장 영리의료법인에서의 의료의 질

- 약 25년 전 Reiman 과 Rennie는 이윤 동기가 신장투석센터의 진료의 질에 영향을 미칠 것이라고 예측하였음. 영리의료법인 찬성자들은 영리법인 신장센터가 비영리 신장센터에 비해 효과적으로 진료하여 높은 의료의 질을 제공할 것이라고 하였음. 반면, 영리법인 반대자들은 영리병원에서는 필연적으로 주주에게 이익을 되돌려 주어야 하기 때문에 이윤동기에 집착한 결과 의료의 질을 저하시켜, 이것이 높은 사망률을 가져올 것이라고 반박하면서 두 주장에 대한 토론이 오랫동안 진행되었음.
- 본 장에서 사용하는 체계분석은 영리병원과 비영리병원 간에 건강성과(Health outcome), 적정성, 및 의료의 질, 및 의료비용을 비교하는 연구결과를 검토하는 방법의 일환임. 오랫동안 수많은 연구들이 영리기관과 비영리기관 간 의료의 질 차이를 비교하는 연구들이 진행되었는데 이러한 연구결과를 종합적으로 일련의

과학적인 방법론에 의해 체계적으로 분석하는 기법임.

- 첫째, 총체적으로 두 소유형태별 의료의 질 수준을 보여주는 사망률 차이를 살펴 보았음. 다른 요소들에 대한 통제 없이 영리병원과 비영리병원 간 사망률을 비교 했을 때, 공공병원이나 비영리병원형태에서 영리병원으로 전환하였을 때 사망률 이 증가하고, 그 반대의 경우에는 증가율이 감소함을 볼 수 있음.
 - 미국에서 전국패널조사 방법으로, 1982, 1984, 1989, 1994년에 65세 이상 Medicare 환자 35,845명을 대상으로 실시한 결과, 비영리에서 영리병원형태로 전환 한 이후 3년차에 입원 후 1달 내 영리병원에서의 사망률이 0.1051인데 반 해, 반대의 경우로 즉, 영리병원이 비영리로 전환 한 후는 사망률이 0.0854로 감소함
- 둘째는, 전국 병원의 질을 측정하기 위해 컨소시엄형태로 HQA가 급성심근경색 (Acute Myocardial Infraction: AMI), 울혈심부전증(congestive heart failure : CHF), 폐렴에 대해 10개의 측정 지표를 통해 미국 전체 병원의 질을 측정한바 있음. 측정 지표는 병원 도착 24시간 내에 아스피린을 처방받았는지, angiotensin-converting enzyme(ACE) inhibitor 가 사용되었는지, 폐렴쌍구균 접 종(Pneumococcal vaccination)을 받았는지 등에 대한 지표를 중심으로 이루어졌 음. 전국 평균으로 산출한 결과, 비영리병원이 영리병원에 비해 세 가지 질병 모 두에서 질이 높은 평가를 받았음.
- 다양한 임상지표에 걸쳐 비영리/공공의료기관에서의 의료의 질 성과가 영리법인 의료기관에 비해 일관되게 높았음. HMO를 영리와 비영리로 구분하여 어느 형태 에서 임상성과가 좋은 지를 비교한 것이었는데 모든 임상부문에서 훨씬 높은 성 과를 보였음이 밝혀졌음. 예를 들면, 암 예방 검진으로 질병을 예방할 수 있는

자궁암세포검사에서 비율에서 비영리 HMO에서 더 많은 검사를 하고 있음을 볼 수 있음.

<표 1> 영리 HMO와 비영리 HMO 간 임상지표별 성과 비교

임 상 지 표	환자들이 적절한 진료를 받은 비율(%)	
	영리 HMO	비영리 HMO
심부전증 후 Beta-blocker 처치	59.2	70.6
당뇨병 환자들의 연간 시력 검사	35.1	47.9
완전 예방접종(complete immunisations)	63.9	72.3
유방조영술(Mammography)	69.4	75.1
자궁세포검사(Cervical cytology)	69.4	77.1

출처: Pollock, A. et al.(2004, p.84)

제4장 영리병원의 비용

- 아래 표에서 볼 수 있는바와 같이 병원 소유형태 유형별 의료비 지출에서 전반적으로 영리병원의 의료비가 가장 높았음

<표 2> 병원 소유형태별 1인당 의료비

		1인당 지출(\$, 평균±95% 신뢰구간)		
진료권	진료권수	1989	1992	1995
영리형	208	4,006±153	4,243±233	5,172±190
혼합형	193	3,870± 67	4,164± 67	4,899± 86
비영리형	2,860	3,554± 37	3,841± 37	4,440± 49

* 1995년 달러로 환산

- 비영리병원 형태 혹은 공공병원 형태에서 영리병원으로 전환 한 경우 의료비가 증가하고, 반대로 영리병원에서 비영리로 전환된 경우에는 의료비가 감소하는 것을 보여주고 있는 연구결과들이 있음. 이것은 미국 65세 이상 Medicare 환자 35,845명을 대상으로 1982년, 1984년, 1989 및 1994년 전국 패널 조사 결과로 얻어낸 값으로 상당히 의미 있는 분석이라 할 수 있음.
- 고가장비의 사용을 통한 수익 창출의 극대화도 영리병원의 주요한 행태임. Soan과 Trogon(2003)이 미국 메디케이드 가입자를 대상으로 한 Cooperative Cardiovascular Project 자료를 이용하여 급성심근경색으로 입원한 환자들을 대상으로 병원 형태별로 진료 실태를 조사한 결과는 비영리병원에서는 수술 후 아스피린 투약 등으로 비용이 적게 드는 진료를 하는 반면, 영리병원에서는 고가장비를 사용하는 경향을 보였음.

제5장 영리병원의 의료 접근성

- 평균 연간 가계지출은 건강한 가입자와 건강하지 않은 가입자 모두에서 영리형 HMO 가입자에서 비영리형 HMO 가입자보다 유의하게 높았음($p<0.05$). 이용자의 전반적인 만족도는 건강한 가입자의 경우, 영리형 HMO에서 58.3%임에 비해 비영리형 HMO는 63.8%였으며, 건강하지 않은 가입자에서는 영리형 HMO 55.3%, 비영리형 HMO 65.7%로 모두 비영리형 HMO에서 만족도가 높았고, 이는 통계적으로도 유의하였음.
- 지리적 접근성의 측면에서 영리병원은 보다 부유한 지역에 들어서는 경향이 매

우 강함. Norton과 Staiger(1994)의 연구에 따르면, 영리병원은 보다 부유한 보험 가입자가 거주하는 지역을 더 선호하며, 서비스를 제공하는 지역에서는 적당한 지역사회 서비스를 제공하지만, 비보험자가 많은 지역은 회피한 반면, 비영리병원은 서비스가 필요로 하는 지역에 더 많이 위치하며 이들 지역사회에 필요한 서비스를 제공한다는 것임. 이러한 영리병원의 지역 선택 전략은 병원산업에서 매우 중요한 의미를 지님. 만약, 이것이 사실이라면, 비영리 소유구조가 우위인 공급구조를 지속적으로 유지할 수 있도록 병원산업 정책을 고안하는 것이 바람직하다고 저자들은 제안하고 있음.

- 이렇듯 영리병원에서는 기본적 속성 상 보다 이윤이 많이 나는 서비스에 집중될 수밖에 없음. 이는 종종 질환자 중심의 서비스 제공이나 경증 질환자 중심의 서비스 제공이나와는 다른 차원의 문제임. 영리병원은 질환의 위중도 여부가 아니라 얼마나 많은 수익을 얻을 수 있는가에 주된 관심을 가지게 되게 때문임. 따라서, 영리병원이 보건의료부문에서 차지하는 비중이 증가할수록, 비영리병원이나 공공병원이 수익이 덜 나는 서비스 부문에 집중할 수밖에 없는 결과가 초래되며, 특히 비영리병원의 경우에는 수익이 덜 나는 서비스 부문에 집중할수록 경영구조가 악화되므로, 취약계층에 대한 전통적인 자선의료들을 포기할 수밖에 없는 상황에 다 다르게 됨.

제6장 병원의 소유형태와 생산성

- 병원의 소유형태가 생산성 및 효율성에 미치는 효과에 대한 대부분의 실증연구들은 주로 3개의 방법론(대조군 비교(paired comparisons), 회귀분석(regression analysis), 선형계획법(linear programming technique))에 기초하여 수행됨.

- 대조군 비교를 이용한 실증연구에서도 영리병원들이 더 많은 비용을 유발함으로써 더 비효율적이라는 주장(Lewin, et. al., 1981)과 영리병원들이 비영리병원들에 비해 더 효율적이라는 주장(Herzlinger and Krasker, 1987)이 공존하고 있음
- 회귀분석 결과들 중에서, Becker and Sloan(1985)은 교육상태 등 많은 요인들을 통제한 후에 영리병원들이 환자당 비용을 더 많이 지출한다는 사실을 발견했음. 4년 이상 체인형태의 영리병원들은 비영리병원들에 비해 비용이 6% 높았음. 규모의 경제와 범위의 경제를 평가하는데 집중했던 Granneman, et. al.(1986)은 병원소유에 대한 더미변수들을 포함하여 분석한 결과, 공공병원들의 비용은 민간 비영리병원들에 비해 8% 낮고, 영리병원들의 비용은 민간 비영리병원들보다 15% 더 높다는 결론을 도출하였음. Breyer, et. al.(1988)은 614개의 독일 병원들의 자료를 이용해서 건당 비용을 회귀 분석하였는데 공공병원들은 영리병원들보다 비용이 더 높은 것으로 나타났음.
- 선형계획법을 이용하여 생산가능함수를 추정함으로써 병원의 소유형태에 따른 효율성을 평가하는 분석에서, 비효율성은 어떤 병원이 최대의 생산가능선으로부터 얼마나 떨어졌는가에 의해 추정될 수 있는데, 기존연구 결과는 영리 혹은 비영리 병원이 압도적으로 어느 것이 더 효율적이다라는 연구결과는 없음.

제7장 영리병원의 영리성 추구 패턴 : 간호사 고용과 기타 연구결과들

○ 본 장은 두 가지 가정 하에 영리병원의 특성을 파악하는 것을 목적으로 구성됨.

첫째는, 영리병원은 영리성을 추구하는 것이 주요한 목적이기 때문에 비영리병원에 비해 간호사 고용 비율이 낮을 것이라는 가정이고, 둘째는, 이렇게 낮은 비율의 간호사로 운영되는 영리병원에서 의료의 질을 저하시키는 결과를 초래한다는 것임.

- 이러한 두 가지 전제들이 영리병원과 비영리병원 간에 유의한 차이를 초래한다면 영리병원의 영리성 추구의 결과로 인한 것일 가능성이 많음.
- 영리병원은 수익성이 높은 서비스만을 골라 제공하는 방법으로 이윤을 극대화하는 경향이 강함. 실제로 1988-2000년 동안 미국의 병원을 대상으로 분석한 자료에 의하면 병원소유형태별로 이윤추구의 정도가 상이하었음. 이 중 영리병원이 수익성을 추구하는 진료 행태는 눈에 띄게 높았음. 즉, 수익성이 예상되는 진료에는 민감하게 대응하는 한편, 수익성이 낮은 영역에서는 진료를 적극적으로 하지 않음이 발견되었음.
 - 실제로, 수익성이 많은 심장절제수술에서 영리병원의 수술이 공공병원에 비해 13.0%, 비영리병원에 비해서는 7.3% 증가하였음.
 - 반면 수익성이 낮은 정신질환응급진료(psychiatric emergency care)에선, 영리병원에서의 정신질환응급진료 제공이 공공병원에 비해 15%나 낮았으며, 비영리병원에 비해서는 8.4%나 낮았음.
- 고가장비 사용을 통한 수익 창출의 극대화 모델임. 급성심근경색(Acute myocardial infarction: AMI) 입원환자들을 대상으로 병원형태별로 진료 행태를 조사한 결과에 의하면, 비영리병원에서는 수술 후 아스피린 투약 등으로 비용이 적게 드는 진료를 하는 반면, 영리병원에서는 고가장비를 사용하는 경향이 강함.

제8장 주요국의 민간영리병원 운영실태

- 보건의료체계에서 병원의 유형이 국가마다 다르고, 병원유형별 기능도 다소 다른 것이 사실임. 게다가 영리병원은 공공병원체계와의 관계에서도 국가마다 독특한 관계를 설정하고 있는 것이 현실임. 이것은 개별 국가가 영리병원에 한정되어 집행하는 정책에만 국한에서 고찰할 경우 그 나라의 영리병원체계와 정책을 정확히 이해하는데 한계가 있음을 의미함. 이러한 맥락에서 본 장에서는 다양한 국가들의 사례를 고찰하면서, 개별 국가의 사례를 비교하는 것이 영리병원의 실태를 이해하는데 도움을 줄 것이라는 전제에서 접근하였음.
- 특히 본장에서 북미, 유럽국가와 함께 동남아 국가들 다루고 있는 것에 대한 설명이 필요함. 동남아 국가들의 영리병원 도입은 유럽의 경우와 사정이 다른데 특성이 있음. 유럽의 경우 영리병원이 비영리 및 공공병원에 대해 보충적 서비스를 제공하는 역할로 출현하였는데 비해, 동남아 여러 국가의 경우 영리병원이 의료서비스 산업화 차원에서 도입되었으며, 이것은 공공병원과 대체되는 기능을 수행하도록 요구 받는다는 점에서 차이있음. 동남아의 경우 충분한 공공부분의 인프라가 확보되지 않은 상황에서 영리병원을 허용한 것은 일종의 보건의료산업에서의 이른바 불균형 성장론에 바탕한 것으로 볼 수 있는 것으로 의료서비스를 관광자원의 일원으로 규정하여 국가의 부를 많이 모으는 것에 1차적인 목적이 있다는 점에서 유럽 국가들의 경우와 확연히 구분됨. 이러한 목적으로 도입된 영리의료 법인이 어떻게 운영되며, 이것의 효과가 어떠한지 고찰하는 것은 의미가 있다 하겠음.
- 본장에서 고찰한 국가들의 영리병원 정책은 국가의 보건의료 환경, 정치적, 경제적 상황에 따라 다양함을 볼 수 있음. 즉 개별국가에 처한 상황, 역사적 요인, 유럽 연합 등 외부 환경 등 다양한 변수 등에 따라 다양할 수밖에 없는 것이 현실

임. 그럼에도 불구하고 몇 가지 시사점 혹은 특성을 발견할 수 있었음.

- 영리병원 허용에는 일정한 한계가 있었으며, 무분별하게 이루어지지 않았다는 점을 들 수 있음. 영리병원을 비교적 관대하게 허용하는 미국에서도 지역실정에 따라 법으로 영리병원 설립이나 전환을 금지할 수 있는 것을 볼 수 있었음.
- 또한 영리법인 전환 전·후 보건의료전반에 미치는 영향에 관한 엄격한 분석체계를 가지고 있으며, 전환 이후에도 효과적인 감시체계(effective oversight system)를 통해 늘 감시하고 있었음.
- 비영리병원이 영리병원보다 의료의 질이 높고, 의료비가 낮아 지역사회에 이익이 된다면, 이러한 장점을 지속시키기 위해서 비영리법인에 대한 정부의 지원이 있어야 한다는 인식하에 조세 등을 통해 지원하는 경향이 있었음.
- 비영리법인으로의 전환을 국가보건의료 전반의 효율성의 관점에서 허용하고, 자본 접근 용이성, 다소 신축적인 규제 장치, 투자가의 재정적 수입 등을 위해서는 불가하도록 각종 법적, 사회적 규제를 강화하여야 한다는 인식이 공유되고 있었음.
- 마지막으로, 동남아의 태국에서 본 바와 같이 영리병원을 국가가 적극적으로 허용하고 있음에도 불구하고, 즉 후진국이 의료산업화 차원에서 영리병원을 권장함에도 불구하고, 공공병원에 대한 국가의 지원으로 의료의 질에서는 영리병원보다 더 높은 평가를 받고 있었다는 점임.
- 이는 급성기 질병을 다루는 병원 입원진료 영역에서는 최후의 보류로써 비영리/공공병원이 적절한 역할을 하도록 국가가 관리하고 있다는 것을 보여주는 사례라 하겠음.

제9장 결론과 정책적 함의

1. 영리/비영리 병원 개념을 둘러싼 논쟁의 핵심

- 일반 기업의 소유형태 결정은 기업과 기업을 둘러싸고 있는 다양한 계약 상대방 간 거래비용을 최소화하는 결함으로 이루어진다고 할 수 있으나, 보건의료에서는 이것에 대한 답은 그리 간단하지 않기 때문에 영리병원을 둘러싼 정책이 복잡함.
- 보건의료도 일반기업과 큰 차이가 없으나, 상품구매자의 특성에서 차이가 있음. 보건의료의 구매자인 소비자는 두 가지 특징적인 면을 가지고 있는데, 첫째, 소비자는 공급자만큼 의료소비에 필요한 정보를 가지고 있지 않은 것을 들 수 있고, 둘째, 소비자는 제3자라는 별개의 보험자가 의료비용을 지불하기 때문에 한계비용보다 훨씬 낮은 수준에서 진료비를 부담하기 때문에 일반 소비자와 확연히 구별됨.
- 사실, 이 두 가지 특징이 영리병원 정책을 포함한 보건의료 체계에서의 주요 정책 결정 과정에 늘 중요한 변수로 작용하는 것이 사실이고, 영리병원정책에서의 첨예한 대립도 이 두 가지 보건의료에 내재된 특성에 의해 필연적으로 발생하는 현상이라 할 수 있음. 이러한 이유로 전문가들은 영리법인 형태의 의료기관은 거래비용을 최소화 할 수 없다는 인식이 형성되어 왔음. 왜냐하면, 정보의 비대칭성으로 인해 공급자는 소비자가 실제 필요로 하는 진료보다 많은 공급을 할 수 있어 수익을 증가시킬 유인을 가지고 있기 때문임. 이러한 수익의 증대는 정보의 비대칭성에 의해 특정 일방만이 편익을 누린다는 점에서 지불자와 소비자의 입장, 국가 정책적 차원에서 정책을 결정해야 하는 정책 당국자의 입장에선 복잡함.

2. 영리/비영리 병원의 선택과 영리병원의 구조적 제약

- 일반 기업과 마찬가지로 병원도 다양한 상품라인이 존재함. 상품의 생산은 비용이 최소화되고 수익이 극대화된 점인 한계비용과 한계수입이 일치하는 점에서 결정할 수밖에 없음. 이러한 복잡한 조합 속에서 자원의 한정으로 전체 의료비가 한정되어 의료비에 가격이 정해질 수밖에 없는 보건의료체계에서 개별 병원이 취할 선택은 몇 가지로 좁혀질 수밖에 없음. 즉, 1) 수익을 창출하기 위해 수익성이 있는 상품라인 중심으로 가동, 2) 주어진 서비스의 생산 원가를 낮추거나, 3) 환자가 의료비 전액을 부담하는 비급여서비스 판매에 집중 하는 것일 것임.
- 문제는 자원의 제약 속에서 수익을 창출하는 방향으로의 선택은 영리병원에서 민감하게 일어날 수 있다는 것임. 왜냐하면, 영리를 전제로 하여 개업한 병원입장에서 병원에 대한 국가 보조와 기부금이 차단된 상황에서 수익에 민감하게 반응하지 않으면 영리병원이 유지되기 어렵기 때문임.

3. 영리병원 요약 및 정책적 함의

- 첫째, 근본적인 과제는 보건의료의 맥락에서 소유형태가 다른 병원이 양립할 경우 보건의료 전반에 어떤 영향을 미치는가를 종합적으로 이해하는 것이 선행되어야 함을 보여주고 있음. 미국의 경우에서 볼 수 있듯이 영리병원이 비영리병원과의 관계에서 무슨 역할을 하는 것이 좋을가에 대해 명확히 설정되어 있지 않아 혼란을 가중시키고 있었음. 그러나 캐나다의 경우는 미국과 반대 사례로, 영리병원이 제공할 수 있는 서비스의 종류를 한정하는 것은 물론 수익률에 대해서는 상한을 정해 두고 있는 것이 그것을 말해줌.

- 둘째, 영리병원 형태가 민간영리병원보다 효율적인가라는 것에 대한 검증에는 상당한 시일이 소요될 뿐 아니라, 어느 것이 효율적인 것인가에 대한 평가도 매우 복잡하다는 점임. 효율성의 의미는 일반 경제학에서의 관점과 달리 영리병원 등 보건의료 체계 전반과 관련지어 평가될 경우에는 간단하지 않게 되는 속성 때문임. 즉, 효율성이 선택 혹은 투입 면에서의 기술적인 효율성과 배분적 효율성의 차원보다 상위의 차원에서 결정되기 때문임.
- 셋째, 병원의 형태 혹은 소유형태 차이에 따른 성과를 놓고 소유형태가 차이가 미치는 영향에 관한 많은 연구가 이루어 졌지만, 아직도 많은 연구가 이루어져야 하고, 특히 다음과 같은 것을 중심으로 우선적으로 수행되어야 할 것으로 보임. 지금까지 연구가 다수의 가치 있는 행위 혹은 관점/지표들을 고려하지 못했으며, 이것을 고려할 경우 전혀 다른 결과를 도출할 수 있을 것이라는 점 때문임. 예상 가능한 것으로, 영리병원과 비영리병원이 지역사회차원에서 제공할 수 있는 편익, 규제 효과 등을 충분히 고려하지 못했다는 지적을 받고 있는 것이 사실임. 또한 병원의 성과들에 대한 경험적인 연구를 미국외 다른 국가에서의 연구결과가 추가될 때 영리병원의 성과에 대한 연구결과의 보편성을 인정받을 수 있을 것임.

제 1 장

서 론

제1장 서론

1. 연구의 의의 및 목적

우리나라에 영리병원 논쟁이 시작된 지 몇 년이 지났고, 그 동안 많은 논의가 있었다. 그럼에도 불구하고 영리병원을 허용하는 것이 올바른 방향인지를 결정하는 것은 쉽지 않다. 영리병원 그 자체가 우리나라 보건의료에 미치는 영향이 복잡인데다 이를 바라보고 해석하는 방향에서 제 이해당사자들이 다른 시각을 가지고 있기 때문이다. 또한 실제로 지금까지의 영리병원 허용 여부를 둘러싼 논쟁에서 찬성론자나 반대론자 모두 실체에 접근하는 데는 부족하였다. 두 그룹 모두 각자의 시각에서 유리한 방향을 부각하는 경향이 강해 본질에 대한 합의를 기대하기는 어려웠다.

이러한 흐름 속에서 정책결정에 주요한 영향을 미치는 정부나 국회가 취할 수 있는 것은 사실상 거의 없었다. 일단 기다려보자 것 밖에 없다. 찬성측과 반대측의 논의를 지켜보면서 어느 것이 국가의 보건의료 차원에서 유리한지를 종합적으로 판단하는 것이 필요하기 때문에 불가피한 선택일 수 있다. 구체적으로 정부가 밝힌 입장도 그렇다. 보도에 따르면, ‘영리병원 허용여부에 관한 결정은 향후 인천특구에서 영리병원 운영 경험을 지켜본 뒤, 실제적인 데이터로 영리병원 허용이 어떠한 결과를 초래하는지를 분석한 후 결정하겠다’는 것이었다(www.dailymedi.com, 2006. 8.18). 얼핏 국민들의 입장에서 보면 정책결정자의 위치에서 신속히 결정해야 하는 입장에 있는 정부와 국회가 뜨거운 감자를 피하고 보자는 식으로 책임회피 한다고 비판할 수 있지만 정부가 취한 조치의 배경은 충분히 이해가 되며, 현 단계에서 불가피한 선택이라 할 수 있다.

영리병원형태의 의료기관을 허용하여야 한다고 주장하는 그룹이 존재한다. 그들은 현재의 비영리병원체계속에서 정부에 대한 규제 일변도로는 의료부분의 효율성을 꾀할 수 없으므로 시장에 의존하는 영리병원 형태가 있어야 효율적일 것이라는 논리가 그 핵심이다. 즉 보건의료부분을 효율적인 시스템으로 만드는 것은 영리병원 형태를 허용함으로써 가능하다고 하면서, 즉 민간부분의 효율성과 이윤동기 만이 현재 신음하고 있는 보건의료체계의 허약한 체질을 치료할 수 있다고 주장한다. 물론 반대하는 그룹은 영리병원 허용이 의료의 질을 저하시킬 뿐만 아니라 오히려 비효율을 초래하여 의료비를 증가시켜 대부분의 국민들에게 의료비 부담을 가중시키게 된다고 반대한다.

본 연구는 영리병원정책에 대한 찬반이 상존하는 가운데, 향후 영리법인 의료기관 정책을 어떻게 대응하느냐에 참고가 될 수 있도록 하였다. 이를 위해, 그동안 영리병원을 둘러싸고 전개된 쟁점이 무엇이며, 쟁점의 한 가운데 자리 잡고 있는 의료의 질, 효율성, 접근성, 생산성 등에 관해 객관적으로 조명하고자 한다. 이러한 접근이 영리병원 정책 결정에 주요한 지표 혹은 변수가 될 수 있기 때문이다.

2. 연구 대상과 범위

본 연구의 대상 국가는 부득이 제한된다. 영리병원을 허용하고 있는 국가들이 늘고 있지만, 대부분 영리병원의 비율이 전체 병상대비 1-2%밖에 되지 않은 스칸디나비아 국가들과 캐나다 등 많은 국가들이 제외될 수밖에 없기 때문이다. 방법론적으로 이들 국가들은 연구 대상에 포함시켜 분석하는 것은 과소사례로 인한 분석 결과의 왜곡이 초래되기 때문이다(아래 표 참조). 실제 운영되는 영리병원이 통계학적으로 의미한 수준인데도 불구하고 과소한 사례를 샘플로 조사하여 결과를 도출하였을

때, 보편적인 결과로 인정되기 어려운 것이 현실이기 때문에 부득이한 실정이라 하겠다. 실제 이러한 이유로 국제적으로도 이들 국가들의 영리병원에 대한 심층적인 연구결과가 거의 전무한 실정이다.

따라서 영리병원의 병상 비율이 5% 미만인 국가들을 제외하고, 영리병원이 비율이 상당한 비율로 차지하고 있는 국가들을 대상으로 분석하였다. 이를 경우, 전 세계적으로 미국, 동남아의 싱가포르, 태국 등 일부 국가에 국한 될 수밖에 없다. 나머지 국가들 중 일부 국가에 대해서는 깊이 있는 광범한 분석을 하지 않는 대신, 영리병원의 기능, 운영실태를 중심으로 고찰하고자 한다.

<표 1-1> 주요국의 영리병원 비율

보건의료체계 유형	국가	공공병원	비영리병원	영리병원
NHS	영국, 스웨덴 등	공공병원형태가 절대 다수		1-2%
사회보험체계	오스트리아	69	26	5
	벨기에	60	40	-
	독일	55	38	7
	룩셈부르크	50	50	-
	네덜란드	-	100	
민간보험체계	미국	18.2	66.8	15
아시아 국가	싱가포르	69.4	16.4	14.2
	태국	79		21
	인도	97		3.0

전장배 외, (2006), Busse, R. (2006).

또한 본 보고서의 연구 대상은 영리병원에서 초래되는 의료의 질, 의료비 및 관리운영비 차원에서의 효율성, 고용 및 생산성에 한정하여 분석한다. 이 밖에 차원이

다소 다르기는 하지만 영리병원과 비영리병원이 근본적으로 다를 수 있다는 가정하에 영리병원과 비영리병원의 철학, 병원경영 이념에서 근본적으로 지향하는 방향에서 차이가 있는지를 분석하기 위해 두 소유형태 병원을 내용분석 방법을 통해 분석하고 있다.

3. 영리법인 의료기관 논의의 배경

앞서 영리법인 의료기관의 개념에서 언급하였듯이 영리법인 의료기관은 기존의 비영리의료기관 체계와는 달리 한 나라의 의료체계와 의료환경의 급격한 변화를 초래할 가능성이 크다. 그러나 이른바 ‘의료산업화’라는 이름으로 논의되고 있는 영리법인 의료기관의 허용이 실제로 초래할 변화가능성에 보다 예민하게 반응하지만 초래될 결과들에 대한 경험적 증거를 중심으로 논의되지 못하고 있는 것이 사실이다. 말하자면, 영리법인 의료기관에 대한 합리적인 접근과 평가를 위해서는 왜 지금 시점에서 영리법인 의료기관의 허용문제가 논의되고 있는지를 분명히 해야 한다. 과연 영리법인 의료기관 옹호론자들이 주장하는 장점들이 영리병원이라는 수단을 통해 실현될 수 있는지를 검증하는 것이 필요하므로, 영리법인 의료기관 논의의 배경에 대한 검토가 선행되어야 한다. 여기서는 현재 한국에서 영리법인 의료기관 허용 여부에 논의되고 있는 것들을 중심으로 간략히 언급하기로 한다.

첫 번째 논거는 외부자본 유입을 통해 의료산업 전반의 경쟁력을 높일 수 있다는 주장이다. 사실 다른 산업에 비해 의료기관 설립에 고정비용이 많이 투입되는 현실에서 외부자본 유입 없이 첨단 의료기관을 설립하는 것이 쉽지 않은 측면이 인정된다. 더욱이 병원이 첨단고급화, 외형적으로 대형화 되는 추세에서 개인이 이러한 의료기관을 설립하여 운영하기란 쉬운 일이 아니다. 사실, 복지부가 의료법인에 외부

자본참여를 허용하는 것을 중장기적으로 검토해 보겠다고 한 이면에는 이러한 논거들이 다소 반영되었다고 볼 수 있다. 즉, ‘기존의 영세 중소병원들도 외부자본 참여를 허용할 경우 시설투자 확대, 우수 의료인 영입으로 의료기관의 경쟁력을 높일 수 있다’고 보고한 바 있는데, 이는 영리법인 의료기관 허용 논거를 일부분 수용한 것으로 보인다(복지부 대통령 업무보고, 2005. 3. 18).

두 번째 논거는 고소득자를 중심으로 일부계층의 고급의료 욕구를 충족시키기 위해서 영리의료기관을 허용하여야 한다는 주장이다. 지금처럼 획일적인 수가로 통제하는 상황에서는 의료기관으로 하여금 고급의료를 제공할 유인을 차단함으로써 국민 일부가 선호하는 고급의료서비스를 못 받게 하는 결과를 초래한다고 한다. 말하자면, 의료기관이 자율적으로 의료서비스를 제공하게 하고 수가도 의료기관 스스로 결정하게 할 경우 고급의료서비스가 제공된다는 것이다. 이 주장이 과도하게 영리법인 의료기관 허용이 곧 고급의료서비스 제공이라는 논리를 전제로 하는 문제점이 있지만, 복지부도 한 때 이러한 주장을 수용하여, ‘건강보험에 대한 광범한 규제로는 의료서비스 산업 발전을 통한 의료경쟁력 확보가 어려움으로 영리법인 의료기관에 대한 외부자원 참여를 중·장기적으로 검토’ 하겠다고 밝힌 바 있다 (복지부 대통령 업무보고, 2005. 3. 18).

세 번째의 영리법인 의료기관 허용 논거는 영리법인 의료기관을 통해 의료의 질을 향상시킬 수 있다고 주장한다. 더 나아가 영리법인 의료기관 허용과 이로 인한 의료의 질 향상은 종국적으로 해외 원정진료를 차단하는 한편, 장기적으로 외국인 환자까지 국내병원으로 유치하게 되어 의료산업을 통한 국부 창출이 가능하다고 주장한다. 즉 영리법인 의료기관 불인정은 민간 여유 자본의 병원산업 유입을 차단시켜 고급진료를 원하는 고소득자가 해외원정진료를 나가게 하는 유인을 준다는 논리를 펴고 있다. 실제, 아시아의 몇 개 국가 즉, 싱가포르·태국을 대표적인 사례로 들면

서, 이들 국가들이 영리병원을 허용한 결과 많은 외국 환자들이 진료를 위해 외국으로 원정을 간다고 한다. 실제로, 태국의 『범롱락 병원』의 경우, 매년 외국인 환자 유치 건수가 늘어나고 있다. 2004년 기준으로 일본인 약 2십5만 명, 미국인 약 12만 명이 매년 태국으로 원정진료를 받으러 가고 있다고 한다. 한국인도 2001년 1만4천 명에서 2004년에는 3만1천명으로 4년간 2배 이상 증가한 것으로 보고되고 있다(주 태국대사관 자료, 2005. 9). 이러한 논거에서 영리법인 의료기관을 통해 의료의 질을 높여 외국의 병원과 경쟁하도록 하자는 논리는 일견 설득력이 있어 보인다. 아래 인용은 영리병원 허용이 경제 활성화와 고용증대로 연결시킨다고 주장하는 사례이다.

<Box 1-1> 영리병원과 고용

전국중소병원협의회(회장 김철수) 산하 중소병원활성화대책위원회 주관으로 열린 영리법인제도 도입 공개토론회에서 연세대학원 김정덕 연구원은 “영리법인병원 제도가 도입되면 경제활성화, 일자리 창출 등 국가경제에 기여할 뿐 아니라 중소병원의 수익모델이 다양해져 병원수익을 증대시킬 수 있다”고 주장하였다(데일리메디, 2005. 6. 30).

요약하면, 앞서 본 논거들이 일견 타당성을 갖는 측면이 없지 않지만 여러 측면에서 타당성을 결여하고 있음을 부인하기 어렵다. 후술하는 장은 이러한 주장들에 대해 자세히 논의될 것이다. 그러므로 여기서는 각 논거들에 대해 간략히 비판하는 선에서만 언급하기로 한다. 첫째의 논거에서 영리병원을 허용함으로써 외부자본이 들어와 영세 중소병원을 살릴 수 있다고 하는 주장은 현실적으로 너무 낙관적인 기대에서 출발하고 있다는 비판을 면키 어렵다. 민간자본은 투자처를 반드시 수익성이 있는 의료기관을 택할 수밖에 없을 것이라는 사실을 간과하고 있다. 이는 영리법인 의료기관 허용과 외부자본 유입 그 자체가 영세한 의료기관들을 경쟁력 있게 만들어 주지 못한다는 것을 의미한다. 두 번째 논거는 규제탈피의 수단으로 영리병원을

상정하는 것에 대한 비판인데, 이것 역시 영리병원에 대한 인식과 영리법인 의료기관의 기능을 잘못 이해하고 있다는 비판을 받는다. 특히 오늘날 서구에서의 영리병원의 기능을 볼 때 더욱 그러하다. 서구의 영리병원의 기능이 약탈적·무차별적 자본주의 원리에 의해 작동되지 않고, 오히려 사회적 효율성이라는 틀 내에서 규제되고 있는 사실을 간과하고 있다. 세 번째 논거 - 즉, 영리법인 의료기관 허용이 내국인의 원정진료를 차단하고, 외국인의 국내진료를 가능하게 할 것이라는 - 는 우리나라의 지리적 요건과 관광산업 인프라를 객관적으로 평가하지 못한 데에 기인한다.

4. 영리법인 의료기관에 대한 이해당사자들의 입장

본 장은 영리법인 의료기관 허용에 대한 이해당사자들의 입장을 정리하기로 한다. 이해당사자로는 의료공급자, 정부, 시민사회단체, 일반 국민들로 나누어서 고찰하고자 한다. 그러나, 후술하는 바와 같이 아직까지 재정경제부와 기획예산처를 제외하고 영리법인 의료기관에 대해 구체적인 입장이 정리되지 못하고 있다. 오늘날 새로운 정책을 둘러싼 이해당사자의 지지와 반대가 곧 정책집행의 성공과 실패에 결정적으로 중요해지는 시점에서 현재의 상태는 영리법인 의료기관에 관한 정책결정이 매우 신중해야 함을 암시하고 있다. 특히 일반 국민들의 의견이 구체화 되지 않은 상황에서는 더욱 신중하지 않으면 안 되는 두말할 나위 없다.

1) 의료계의 입장

영리병원 허용에 대한 의료계의 목소리는 다양하다. 통일된 의견이 없는 듯하고, 의료계 전체를 대변하는 통일된 목소리를 기대하는 것은 불가능에 가깝다 해도 과언이 아니다. 예를 들면, 대한병원협회는 중소병원과 대형병원 간에, 중소병원 내에

서도 특정과를 중심으로 의견이 나뉜다. 또한 외부자본을 동원할 수 있는 중소병원과 소형병원 간에 입장 차이는 불가피하게 발생할 수밖에 없는 상황에 있다. 그리고 병원협회와 의사협회로 대변되는 두 개의 공급자 협회는 큰 차원에서 영리법인 의료기관 허용에 찬성하는 쪽이지만 미묘한 시각차가 상존하고 있다. 이렇게 관점에 따라 의료계 내의 입장은 세 가지 다른 입장, 즉 대한병원협회, 중소병원협회, 그리고 대한의사협회가 그것이다. 이를 중심으로 요약하면 다음과 같다.

첫째, 대한병원협회는 기본적으로 영리법인 의료기관 허용을 지지하고 있다. 즉 영리법인 병원 허용은 기술, 자본, 경영의 진입장벽을 제거하여, 병원 간 경쟁 촉진, 병원 경영효율 향상, 국민의 다양한 의료수요 충족에 기여할 수 있다는 논리를 전개하고 있다(조병희 외, 2004). 반면, 중소병원협의회(회장 김철수)는 영리병원 허용에 대해 가장 민감한 반응을 보이면서 가장 조심스런 입장을 견지하고 있다. 다시 말해, 영세한 중소병원들은 외부자본이 필요하지만, 이것이 허용되었을 시 초래되는 중소병원 간 심각한 격차를 크게 우려하고 하고 있다. 실제로 8월 19일 중소병원협의회는 보건복지부를 방문 '병원산업 발전을 위한 신의료공급체계 정책 방안'을 제안했는데, 여기에서도 이러한 입장이 확연히 드러나고 있다.

<Box 1-2> 중소병원협회의 영리법인 의료기관에 관한 입장

이날 협회는 신의료공급체계 구축 방안으로 “영리법인병원제 도입이나 의료인력 지원방안의 개선을 통한 병원 경쟁력을 강화해야 한다”고 주장했다. 협회 관계자는 “신의료공급체계가 구축되면 민간자본 투자의 활성화를 이룰 수 있을 뿐 아니라, 많은 일자리 창출과 대외경쟁력 상승으로 의료시장 개방에 효율적으로 대처해 나갈 수 있을 것”이라고 전망했다. (그러나) 협회는 지난 5월 정부가 발표한 영리법인병원제도 도입과 관련, 시대적 대세임에는 공감하면서도 “자본 및 인력구조가 열악한 중소병원들은 거대자본 및 투기성 불량자본 등장에는 위기의식을 느낀다”고 지적했다. 특히 “현행법상 영리법인제도에 참여할 수 없는 의료법인 병원의 경우, 정부의 발표를 생존 차원의 위협으로 인식하고 있다”며 “중소병원협의회를 중심으로 의료서비스 육성방안을 면밀히 분석해 합리적인 정책대안을 모색키 위해 노력할 것”이라고 덧붙였다(데일리메디, 2005. 8. 19).

둘째, 우리나라 의료계 중 가장 많은 회원수로 한국의 보건의료정책에 많은 영향력을 행사하고 있는 대한의사협회의 입장을 살펴보자. 영리법인 의료기관 논의가 시작될 초기에는 반대하는 입장을 취했으나, 시간의 경과와 더불어 이에 대한 입장이 조금씩 변화되면서 점차 애매해지고 있다. 이러한 애매한 입장이 의사협회의 복잡한 입장을 읽을 수 있게 해 준다. 즉 영리법인 허용으로 의료인이 아닌 사람도 자유롭게 의료기관을 설립할 수 있도록 허용하는 정책을 자본력을 앞세운 보험업계와 경제계가 의료산업을 명목으로 결국은 의료산업에 진출 교두보를 확보하려는 시각을 견지하면서 이를 경계하는 흐름이 있다. 결국 이러한 우려 섞인 대한의사협회의 입장이 ‘기업 영리병원 허용 반대’라는 논리로 표면화 된 바 있다.

<Box 1- 3> 기업 영리병원 허용 반대

“기업 영리병원 허용 문제는 기존 의료공급 질서의 일대 전환임과 동시에 의료의 더 이상 의료윤리에 의하지 않고 이윤 창출을 목적으로 하는 기업방식에 의해 운영된다는 패러다임의 전환을 의미하므로 이에 의한 파장이 엄청나게 발생할 수 있다”(공정거래위원회에 제출한 대한의사협회 결의서 중의 일부, 2004.6.21, 조병희 외, 의료시장 등 『의료환경의 변화가 의료보장에 미치는 영향』 보고서에서 재인용).

그러나 이러한 기류가 의사협회 내의 또 다른 입장과 충돌하게 된다. 그것은 일종의 영리법인 허용이 초래할 파급효과에 대한 기대 때문이다. 즉 영리법인 의료기관 출현 그 자체를 환영하진 않지만, 영리병원 허용으로 초래될 상황변화에 따른 반대급부를 매개로 조건부로 찬성하는 쪽으로 선회하고 싶은 유혹 때문이다. 말하자면, 영리병원 허용으로 외부 자본이 병원산업에 유입되고, 영리병원을 중심으로 현재의 건강보험 수가규제에서 탈피하고, 요양기관 당연지정제를 벗어나게 되는 상황으로 발전하는 것을 기대한다. 아래 <Box 1-4>에서 볼 수 있는 바와 같이, 의료계는 영리병원 도입으로 수가를 자율화 할 수 있다는 기대가 매우 크다. 더 나아가 보건의료에 대한 시장원리가 확대되어 결국에는 보건의료 전반에 대한 정부의 개입이 약화될 수 있다는 기대를 가지고 있다. 이러한 상황은 의사협회가 영리법인 의료기관에 대한 입장을 초기의 강력한 반대에서 현재는 방관하는 방향으로 선회하는데 일조하였음은 물론이다.

<Box 1-4> 영리법인 수가 자율화

신의료공급체계 구축을 통해 중소병원을 활성화하기 위해서는 가급적 빠른 시일 내 규제를 풀고 자본을 축적할 수 있는 영리법인화를 추진해야 하며, 영리법인병원에는 수가자율화를 적용해야 한다"는 다소 파격적인 제안이 제시됐다. 연세대학교 병원경영연구소 김정덕 연구원은 23일 국회에서 열린 '중소병원 활성화 방안' 정책토론회에서 이 같이 주장했다. 그는 "영리법인병원제 도입은 곧 수가자율화를 의미한다"며 "현행 수가 구조 아래서는 영리법인이 존립할 수 없다"고 설명했다(데일리메디, 2005. 8. 24).

2) 정부의 입장

영리법인 의료기관에 대한 정부내의 부처간의 입장도 매우 복잡하다. 특히 2004년 이전까지가 그러하였다. 재정경제부를 중심으로 한 경제부처들과 보건정책을 직접적으로 담당하는 복지부간의 미묘한 시각차가 노출되었다. 보건의료 정책의 주무부서인 보건복지부는 영리법인 의료기관 허용에 따른 부정적인 영향을 고려하여 매우 조심스런 입장을 견지하고 있는데 반해, 재정경제부와 기획예산처는 영리법인 의료기관 허용을 일관되게 적극적으로 찬성하고 있다.

(1) 재정경제부 등 경제부처

재정경제부 중심의 경제부처는 시종일관 영리법인 의료기관 도입을 주장하였다. 재정경제부는 의료산업 전반의 경쟁력 강화를 위해 의료시장 개방이 불가피하다는 전제아래 꾸준히 추진한 결과, 인천경제 특구내 외국인 병원 설립과 내국인 진료 허용이라는 목표를 달성한 바 있다. 이러한 경험으로 영리법인 의료기관 허용을 강력하게 주장하고 있다. 박병원 재정경제부 차관보는 2004년 2월 인제대학교에서 개최된 자유의료포럼에서 "의료도 산업이며, 병원에 쏠어진 비영리 법인의 명에부터 벗어나야 한다"고 함으로서 영리법인 허용을 강력하게 주장한 바 있다. 이러한 일련의

경제부처 주도의 강력한 주장이 정부 내 주도적으로 작용하여 국무총리 산하 “서비스 관계장관 회의”가 설치되어 여러 차례 회의를 개최된 바 있다. 이 회의에서 의료 산업화 추진 차원에서 영리병원에 대한 검토를 한 바 있는데, 2005. 3. 8일 개최된 회의에서는 다음과 같은 사항을 결정하였다.

<Box 1-5> 제1차 서비스 관계장관 회의: 영리의료법인 허용 검토

정부는 8일 오전 정부중앙청사에서 이해관 총리 주제로 ‘제1차 서비스산업 관계장관회의’를 열고 개방과 경쟁을 촉진하기 위한 서비스산업 규제 철폐를 주요 골자로 하는 ‘서비스산업 경쟁력 강화 추진방안’에 대해 논의했다. — 시중 유동자금 흡수를 위해 의료산업 투자펀드 등 외부 자본을 유치해 병원 설립을 할 수 있도록 했고 영리의료법인 설립을 단계적으로 허용해줄 방침이다(데일리메디, 2005. 3. 8).

(2) 보건복지부

한편, 보건의료정책 주무부처인 보건복지부의 입장은 영리법인 의료기관 허용에 대해 매우 신중하게 접근하고 있다. 2004년 1월 30일 개최된 보건복지정책협의회에서는 경제특구 내 외국병원에 대해서만 영리법인 허용방침을 밝힌 바 있고, 이어 2004년 7월에는 문경태 복지부 기획관리실장이 인제대학교에서 개최된 자유의료포럼에서 “영리병원 허용을 의료의 산업적 측면에서 검토하되, 공공성부분이 훼손되지 않도록 시민사회단체와 협의 후 추진하겠다”고 밝힘으로서 영리법인 의료기관 문제에 대해 매우 신중하게 접근하고 있음을 보여주고 있다. 더 나아가서, 2005년 5월 3일 대통령 업무보고에서는 “의료기관 자본참여 활성화 등은 사회적 공론화 과정을 거쳐 중장기 추진계획을 마련하겠다”고 보고한 바 있다.

3) 시민 사회 단체의 입장

2000년 전후 우리나라 건강보험 제도 발전을 위해 깊숙이 개입하고, 각종 현안에 대한 비판과 대안을 제시한 시민사회단체는 일관되게 영리법인 의료기관 허용을 반대하고 있다. 말할 필요도 없이, 영리법인 의료기관 허용이 초래할 부작용, 즉 의료이용에서의 양극화에 따른 불형평성, 의료기관의 무제한적 이윤추구로 말미암은 의료비 증가, 이에 따른 공보험의 비효율과 공보험의 보장성 약화를 이유로 들고 있다.

4) 일반 국민의 입장

역설적이게도, 보건의료정책 결정과정에서 일반국민은 매우 주요한 이해관계자임에도 불구하고 지금까지의 영리법인 의료기관 논의에서는 소외되다시피 한 채로 진행되었다. 이러한 배경에는 여러 요인이 있겠지만, 무엇보다 일반국민들이 영리법인과 비영리의료법인에 대한 이해 부족에 연유한다 할 수 있다. 다시 말해, 대부분의 국민들은 현재의 비영리의료기관들이 영리를 추구하고 있어 영리의료기관과 다르지 않다고 보고 있다는 점이 작용하고 있는 것 같다. 즉, 영리법인 의료기관 허용이 현재의 비영리의료기관과 무슨 차이가 있는지 잘 모른다. 국민들의 입장에서선 영리/비영리의료기관은 영리를 추구하는 점에서 본질이 같다고 보는 입장에서 차이를 발견하기 어렵기 때문에 큰 관심을 끌기는 쉽지 않다. 그럼에도 불구하고, 영리법인이나 비영리법인이나에 의해 초래되는 결과들이 직접 국민들에게 미친다는 점에서 국민들의 입장에서선 매우 중요함은 말할 나위도 없다. 영리법인 의료기관으로 초래되는 의료비 증가와 의료의 질 하락은 국민들에게 직접 영향을 미치기 때문이다. 더욱이 오늘날 소비자 주권의식이 날로 신장되고 있음을 생각할 때, 일반국민이 영리법인 의료기관 허용 이후의 결과들을 냉엄하게 평가할 것이 충분히 예측되는 상황에서 정책결정자가 얼마나 이 문제를 신중하게 미래지향적으로 접근하지 않으면 안 되는 것을 암시하고 있다.

지금까지는 우리나라에서는 일반 국민들을 상대로 영리법인 의료기관 허용 여부에 대한 여론조사 결과들이 많이 축적되어 있지 않다. 여기서는 2004년 실시된 하나의 여론조사 결과에 대해서 언급하고자 한다. 이 조사는 1006명을 대상으로 국내병원의 영리법인 허용 문제에 대하여 응답자에게, “병원도 산업이므로 일반기업처럼 운영할 수 있도록 해야 한다”는 질문과 “병원은 공익성이 우선시 되어야 하기 때문에 영리병원이 허용되어서는 안 된다”라는 질문으로 조사한 것이 있다. 결과는 영리법인 의료기관 허용 반대가 60.6%, 찬성이 34.9%로 조사되었다. 예상한 바와 같이, 연령이 낮고, 소득과 교육수준이 높을수록 영리병원 허용에 대한 찬성률이 높았으며, 또한 민간보험 가입자와 사무직 및 전문관리직 종사자가 상대적으로 찬성률이 높았다. 이는 의료산업화가 진전되면 될 수록 건강 위험성이 낮거나, 소득 수준이 높아 민간보험에 가입할 수 있는 사람으로 민간보험을 통한 영리병원 이용 패턴의 가능성을 충분히 보여 줄 수 있었다. 결과적으로, 이러한 인식은 영리법인 의료기관이 민간보험과 연계되면 공보험에 의한 보장성이 낮은 상태를 영속화시키게 한다. 이는 종국적으로 국가 보건의료체계의 총체적 비효율성을 초래하게 되고, 국민 계층간 의료 이용에서의 불형평성을 심화시킬 가능성이 매우 많음을 의미한다.

<표 1-2> 국내 병원의 영리법인 허용문제

	빈도	퍼센트
병원도 산업이므로 일반기업처럼 운영할 수 있도록 해야 한다	351	34.9
병원은 공익성이 우선시 되어야 하기 때문에 안 된다	610	60.6
잘 모르겠다	45	4.5
합 계	1006	100.0

출처: 조병희 외(2004, p. 169).

5. 기존 연구결과 요약

이렇게 영리병원 정책을 둘러싸고 찬반이 양립하는 가운데 지난 20여년 이상 이에 대한 경험적 증거를 발견하기 위한 연구가 꾸준히 진행되었다. 영리의료기관 연구를 통해 도출된 대부분의 경험적 연구결과는 미국으로부터 나왔다. 왜냐하면 오래 전부터 영리법인 의료기관을 허용하여 현재 영리의료기관, 비영리의료기관, 공공의료기관이 각각 상당한 비율로 혼합을 이루고 있기 때문이다. 대부분의 증거들은 압도적으로 비영리의료기관의 우수성을 증명하고 있다.

예를 들면¹⁾, 지난 20여 년간의 데이터를 축적하여 다른 149편의 연구가 영리병원과 비영리병원간 환자의 접근성, 의료의 질, 비용-효과성에 대해 집중되었다. 대부분의 연구자들은 6종류의 의료기관 - 병원, 요양시설, HMO, 호스피스, 혈액투석센터, 및 정신과 병원 - 을 대상으로 하였다. 이 중 88개의 연구는 비영리의료기관이 우수하다는 결론이었으며, 43개는 두 기관간 큰 차이가 없는 것으로 밝혀냈다. 단지 18

1) 본 섹션 선행연구에서 다른 대부분의 내용은 Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF)가 발행한 자료에서 인용하고 있음(www.chsrf.ca)

개의 연구만이 영리의료기관이 우수한 것으로 조사되었다. 이 중 가장 특이한 점은 정신과 병원(입원)에서 영리병원과 비영리병원간 차이는 매우 확연하였는데, 17개 연구결과는 비영리병원이 우수하다고 한 반면, 비영리 정신병원이 우수하다고 한 것은 단 1개뿐이었다²⁾.

많은 미국의 연구자들은 다양한 상황에서 영리병원과 비영리병원간 차이가 어떻게 발생되는지 비교하는 연구를 수행하였다. 예를 들면, 특정 의료서비스에 대해 미국 정부가 민간영리의료기관에 진료비를 지불하는 것을 주목하여 이 경우 두 기관간 차이를 규명하였다. 연방정부의 Medicare 프로그램 데이터를 이용하여 분석해 본 결과, 영리기관에서의 진료비가 높으며, 영리기관에 소재한 지역에서 영리기관이 지역사회에 없는 지역에 비해 진료비의 상승 속도가 빠르다는 결과를 발견하였다(Silverman et al, 1999). 1990년과 1994년 사이 영리의료기관이 환자 1인당 약 \$8,115를 지불하였는데 반해 비영리의료기관에서는 \$7,490을 지급하였다.

정작 환자의 건강에 미치는 영향과 관련해서 영리병원에서의 비용이 훨씬 더 높은 것으로 증명되었다. 의료의 질 면에서 비영리의료기관이 더 좋다. 실제로 비영리의료기관에서는 더 높은 예방접종, 유방암 검사, 및 기타의 사전예방적 서비스를 충실히 제공하기 때문이다(Himmelstein et al, 1999). 모범적인 사례로 신장투석과 신장이식의 경우를 들 수 있다. 이 두 질병치료에 관련해서 연방정부의 Medicare가 진료비를 지원하고 있으며, 환자들은 영리기관이나 비영리기관 아무데서나 진료를 받을 수 있다. 연간 500,000명의 신장투석 환자를 추적하여 조사한 결과, 영리기관에서 진료받은 환자들이 비영리기관에서 받은 환자보다 사망률이 상당히 높은 것을 체계 분석을 통해 발견하였다. 이것을 미국 전체 신장투석 환자를 대상으로 추계하면 비

2) 다른 연구에서는 이러한 연구결과에 근거하여 미국에서의 정신병원과 요양병원 등 이른바 환자의 선택권이 거의 작용할 수 없는 질병군으로 입원할 수밖에 없는 의료기관을 영리성 추구 동기가 강한 민간영리기관을 많이 허용하는 것은 잘 못된 것이라는 비판을 받고 있다.

영리병원에서 신장투석 치료를 받는다는 그 자체만으로도 매년 2,500명이 조기에 죽음에 이른다는 것을 의미한다(Devereaux et al, 2002)³⁾.

이러한 개괄적인 차원의 선행연구 소개를 보충하면서, 보다 자세히 몇 가지 차원에서 영리병원의 실태를 이해하기 위해 본 보고서의 후속 장에서 구체적인 사례를 자세히 소개한다. 특히 의료의 질 차이를 이해하는 것, 간호사 고용에서의 차이 등을 생생히 접근하기 위해 구체적인 사례 몇 가지를 추가하였다.

6. 연구 방법

본 보고서의 주요 연구방법은 문헌조사 연구방법이다. 영리병원 운영 경험 역사가 길고 많은 병원이 영리병원 형태로 운영되고 있는 미국의 경우가 집중적으로 분석의 대상이 되고 있기 때문에 주로 미국의 경험을 대상으로 문헌 고찰을 시도하고 있다. 영리병원 형태의 의료기관이 법적으로 존재하지 않은 상황에서 영리병원이 허용되었을 때 어떤 결과를 초래할 것인지를 집중적으로 분석하는 본 연구의 특성상 영리병원의 경험을 고찰하는 것이 필수적이다. 이 경우 외국의 경험을 문헌 조사하는 방법은 피할 수 없는 것이기 때문이다. 물론 본 보고서에서 분석하는 일부 국가들과 한국의 상황이 다르긴 하지만, 외국 영리병원 하에서 나타난 결과들은 영리병원 허용 여부에 대해 정책적 판단을 해야 하는 상황에서 주요한 참고자료 될 수 있기 때문이다.

본 연구의 기본 가설은 비영리병원에서 영리병원으로 전환된 경우나, 혹은 영리병

3) 이러한 차이들 가져오는 요인은 여러 가지가 있겠지만 Robert Evans 교수는 영리병원의 이윤추구 동기 때문이라고 한다. 문제는 이윤추구가 목적인 영리병원에서는 이것이 우수하게 환자를 치료하고자 하는 병원의 목적과 충돌한다는 데 있고, 이러한 충돌의 결과로 영리병원에서 더 높은 사망률을 초래한다고 한다(Evans et al, 2000).

원 형태로 신규로 개설되는 경우를 모두 상정한다. 이 경우 특정 지역에서 개설되는 영리병원은 기존 비영리병원과 다양한 방식으로 관계를 형성하게 된다. 오늘날 보건 의료는 경쟁과 협력이라는 두 가지 측면에서 관계를 맺을 수밖에 없는 상황이다. 첫째, 경쟁관계라 함은 보건의료 재원이 한정된 상황에서 의료기관은 경쟁하도록 요구 받는 것이 첫 번째 관계이고, 둘째는 양질의 진료로 더 많은 의료수입을 올리기 위해 인근병원과 협력해야 한다. 여기서의 협력은 주로 네트워크 병원체계에서 발생하는 것으로, 하나의 영리병원과 또 다른 하나의 영리병원 간, 혹은 영리병원이 비영리병원과 환자 이송을 놓고 협력하는 체제로 관계가 설정된다.

이러한 조직간 관계이론을 영리병원 연구에 응용할 수 있는 것은 영리병원의 개설이나, 영리병원으로의 전환은 본질적으로 기존 병원체계에 새로운 관계를 설정한다는 것이다. 더 나아가 이러한 관계에 따른 변화는 신규로 진출한 영리병원과 기존의 비영리병원 혹은 영리병원에 상당한 변화를 야기한다는 것이다. 관계는 아래 그림에서 보는 바와 같이 4가지 방법으로 형성된다.

<그림 1-1> 의료공급자 관계의 유형

		경쟁	
		YES	NO
협력	YES	협력/경쟁	협력
	NO	경쟁	무관계

출처: Deborah Gurewicz et al, 2003

영리병원의 출현은 4가지 관계가운데 어느 하나의 형태로 기존 병원체제와 관계를 맺게 된다. 첫째, 협력관계는 두 개의 의료기관이 모두 자원을 획득하게 협력하는 것으로 즉, 환자이송, 현물 지원, 혹은 재원지원에서 협력적인 관계를 유지하는 것을 말한다. 반대로 경쟁적인 관계는 자원획득을 놓고 서로 경쟁하는 관계로 보건 의료에서 가장 적절하게 이루어질 수 있는 구조라는 게 전통적 경제학자들의 입장이다. 의료자원의 한계 속에서 의료기관은 자원 획득을 통해 이윤을 극대화하고자 하는 동기가 강하며, 또한 손실을 극소화하고자 하는 동기가 발동한다. 후자의 경우 전형적으로 나타나는 것의 형태로 무보험환자들에 대한 의료서비스 제공을 최소화하는 것을 들 수 있다. 또한 협력과 경쟁으로 동시에 관계를 형성하는 경우와 무관계를 맺는 경우도 있지만 이론적으로는 가능할 수 있지만 현실적으로 아주 드물게 이루어지는 경우라 할 수 있다.

요약하면, 영리병원 허용으로 새로운 형태의 병원이 허용될 경우 많은 변화를 초래하는 것은 불가피해 진다. 이것이 경쟁관계로 될 가능성이 많고, 이 경우 한정된 자원 획득을 위해 경쟁할 할 경우 많은 부작용이 초래될 수 있음을 의미한다. 이 경우 국가의 보건의료 정책에 대한 간여와 규제로 해결할 수 없는 것은 아니지만 의료에서의 특수성, 복잡성에 따라 규제의 효과를 긍정적으로 나타나게 하는 것이 쉽지 않다.

7. 본 보고서의 구성

현재까지의 논의를 재조명하고, 이를 토대로 영리병원에 관한 논의를 한 단계 진전시키는데 기여할 목적으로 서술된 본 보고서는 크게 세 부분으로 나누어진다. 서론부분에 해당 하는 본 장에 이어 다음 장에서는 영리병원의 개념과 영리성이 무엇

인지 접근하고 있다. 여기서는 지금까지의 영리병원 논의 경과와 쟁점, 영리성의 개념을 분석하고 있다. 영리병원의 영리성에 대한 개념을 이해하기 위해 내용분석 방법을 동원해서 영리병원과 비영리병원간 차이를 규명하고 있다. 본론 장에서는 영리병원의 실체를 분석하는 부분으로 영리병원이 질에 미치는 영향, 고용과 생산성, 의료비에 미치는 영향, 영리병원의 이윤 극대화를 위한 행태 등을 집중적으로 분석하고 있다. 마지막 장은 외국의 사례를 집중적으로 조명하고 있다. 사례분석 방법으로 진행된 이 부분에서는 유럽, 북미, 동남아 일부 국가의 영리병원 운영실태를 경험적으로 조명하고 있다. 이를 통해 영리병원의 운영사례를 실제적으로 이해하고 더 나아가 영리병원 정책의 시사점을 도출하고자 하였다.

8. 기대 효과

본 보고서는 우리나라에서 영리병원을 허용하여야 하느냐, 허용 하지 않아야 하느냐를 놓고 첨예하게 대립하는 상황에서 영리병원 운영 경험을 가지고 있는 외국의 경험을 통해 영리병원이 초래할 변화 혹은 결과를 경험적으로 조사하는데 있다. 이는 영리병원이 의료의 질에 어떠한 영향을 미칠 것인지를 포함하여, 의료비에 어떠한 영향을 미칠 것인지를 조사하게 된다. 뿐만 아니라, 영리병원 허용이 의료기관 접근성에 어떤 상관관계를 보이는지 조사하게 된다. 이러한 조사는 영리병원 허용 여부 결정에 앞서 반드시 연구되고, 검토되어야 할 과제들이라 할 수 있다.

우리나라는 영리병원 형태의 의료기관이 허용되어 있지 않기 때문에 심층적인 데이터나 자료를 통해 정책결정에 도움을 될 수 있는 방향으로 연구하는데 한계가 있는 것이 사실이다. 이러한 여건에서 본 연구보고서는 주로 미국의 영리병원에 대한 분석과 평가를 중심으로 연구하였다. 외국 사례분석 그 자체만으로 정책 결정에 직

접 활용하는데 한계가 있을 수 있지만, 충분히 참고로 할 수 있다는 점에서 의의가 있다 하겠다.

특히 정부가 우리나라에서의 영리병원 허용 여부를 향후 5년간 충분한 근거와 데이터에 의한 분석 이후 결정하기로 한 상황에서 본 연구는 영리병원 연구에 대한 첫 걸음에 불과하다 하겠다. 그러나 앞으로 짧은 기간내에 영리병원에 대한 정책 결정을 하여야 하는 상황에서 영리병원의 성과에 대한 다양한 분야에서의 고찰은 끊임없이 계속되어야 할 것이다. 이러한 차원에서 본 연구가 향후 영리병원 정책에 좋은 참고가 되었으면 한다.

제 2 장

영리 병원의 영리성 개념

제2장 영리병원의 영리성 개념

1. 서론

병원이 표방하는 사명에서의 차이는 병원경영에서의 목표차이를 가져오고, 이러한 목표차이는 영리병원과 비영리병원간 그들의 목표를 추구하는데 상이한 전략적 능력을 사용할 것이라는 전제가 성립된다. 병원이 표방하는 임무표방(mission statement)은 병원의 역할과 목적을 가장 함축적으로 나타내는 것이다. 특별히 Bart와 Tabone(1988, p 55)가 정의한 바와 같이, “조직의 독특성과 지향하고자 하는 목적과 관행을 포착하기 위해 작성된 공식 문서”로 임무표방을 정의하였다. 이러한 정의가운데 가장 핵심적인 것은 ‘독특성’에 있다. 다시 말해, 어떤 조직이 어떤 측면에서 다른 조직과 다르다는 것을 강조하는 것으로, 병원부분에서는 이해당사자들에게 특정병원이 어떤 점에서 다른 병원과 차별화 된다는 것으로 이해할 수 있다(Griffith, 1988). 이러한 측면에서, 우리는 영리병원이 표방하는 미션과 비영리병원이 표방하는 그것과는 차이가 있을 것이라는 것을 충분히 예상할 수 있다. 비록 두 형태의 병원이 각기 지역사회에서 병원서비스를 제공하는 것이라는 핵심적인 부분에서 유사성이 있지만, 소유형태 차이에 따라 표방하는 미션에서의 차이는 이론적으로 있을 수 밖에 없을 것이고, 이를 명확히 규명해 보는 것은 영리병원과 비영리병원간 영리성을 이해하는 데 첫출발이 된다(Bolan, 2005). 예를 들어, 다른 종류의 영리기관과 마찬가지로 영리병원은 주주들의 부를 극대화하는 것으로 예상되며, 또한 세금을 납부하는 방법으로 지역사회에 재정적인 이익을 제공할 것으로 예상할 수 있다. 반대로, 비영리병원에 대해서는 세금을 면제해주는 것을 통해 지역사회를 위해 서비스하도록 한다. 그 결과, 오늘날 대부분의 국가에서 비영리병원이 자선조직으로 인식되는 경향을 보이고 있으며, 역사적으로 이익추구보다는 지역사회 서비스 제공 전통을 유

지하고 있다.

본 장은 영리병원과 비영리병원 간 표방하는 임무의 차이를 규명하는 것이다. 이것을 통해 오늘날 미국을 중심으로 일부 국가에서 운영되고 있는 영리병원을 이해하는 출발점이 되게 하고자 한다. 첫째, 실제 표방하는 임무에서 소유형태에 따라 다른가? 둘째, 그것이 영리성의 추구에서 비롯된 것인가? 셋째, 궁극적으로는 이러한 표방 임무에서의 차이는 소유형태에 따라 진료에서 차이를 초래하는가?

본 장에서의 내용분석은 미국, 캐나다 등 영리법인 형태의 의료기관을 운영하고 있는 국가들의 의료기관을 대상으로 한 분석이다. 분석대상 국가는 미국과 캐나다를 상대로 하고 있지만, 영리병원과 비영리병원 모두 임무와 병원경영 철학을 대내외에 표방한다는 점에서 한국 등 영리병원을 허용하지 않은 경우에도 얼마든지 응용할 수 있는 연구방법이란 점에서 소개할 가치가 있다. 더욱이, 본 장에서의 내용분석 기법과 이에 의한 연구결과가 한국에 주는 의미를 충분히 발견할 수 있다. 즉 서구에서의 내용분석 결과는 영리병원의 경영에 직·간접적으로 영향을 미친다는 사실을 전제하고 있기 때문이다. 영리병원 형태라는 영향 혹은 구조가 실제 병원 경영에 투영되어, 의료의 질, 접근성, 진료비 등에 영향을 미친다는 것이다.

2. 선행 연구 검토

병원이 표방하는 임무를 중심으로 집중적으로 연구한 문헌은 극히 적다. 초기의 연구 중, Gibson et al(1990)의 연구에서는 병원 경영자들이 병원의 임무를 어떻게 설정하였으며, 더 나아가 병원의 임무 속에 포함시켜야 할 주요한 요소들이 무엇인지 생각하는 것이었다. 그들이 발견한 것은 병원경영자들이 임무 속에 포함시켜야 할 가장

중요한 요소로 ‘조직의 철학’(organizational philosophy)과 ‘고객 혹은 주 타겟 시장’(customer or primary target market)이었다. 그러나 이들은 자신들이 갖고 있는 데이터에 의존하였으며, 병원의 임무를 내용분석 방법으로 분석하지 않았다. 더욱이 응답자의 95% 이상이 비영리병원에 종사하고 있었으므로 영리병원과 비영리병원간 차이를 규명하는 어떠한 시도를 하지 않았다는 한계를 노출하였다(Bolan, 2005).

Bart 와 Tabone의 1998, 1999, 2000년 각각의 연구에서 병원의 임무표방에 관련된 다양한 이슈들을 분석하였다(Bart et al, 1998-2000). 이들은 병원의 임무표방과 병원 조직내에서의 진료과정과 구조들이 잘 결합된 병원에서 우수한 업적을 발휘하는 것을 발견하였다. 세 번의 연구에서 병원의 미션 설정과정에 이해당사자들과 충분히 조율하는 과정을 거치는 것이 결정적으로 중요하고, 이러한 과정을 거쳐 굳건한 관계를 유지하는 경우 성과가 높은 것을 발견하였다. 그러나 이들 연구는 병원임무를 실제적 내용으로 분석하지 않았고, 분석에 사용된 샘플도 캐나다의 비영리병원에 한정되었다는 한계를 갖는다.

Forehand (2000)는 보건의료산업내에서의 병원임무의 내용만을 분석하는 연구를 2000년 완성하였다. 이 분석에서 보건의료의 모든 부분을 대표하는 영역에서 18개의 임무를 추출하여 분석하였다. 여기에는 영리병원과 비영리병원, 제약회사 등을 포함하였다. 그는 18개의 임무표방이 성과를 결정 짓는 인자로 작용하는지 분석하였다. 결과는 이러한 임무표방 요소들이 다양한 영역에 걸쳐 매우 다양하다는 것을 발견하였다. 이러한 결과는 사례수가 너무 적고, 특히 특정한 한 개의 분야에만 집중하지 않은 결과 때문에 발생하였다.

지금까지 고찰한 선행연구는 오늘날 영리병원과 비영리병원 간 구조적으로 유의미한 차이를 규명하는데 한계를 보여주었다고 할 수 있다. 영리병원과 비영리병원간

표방하는 임무에서 의미 있는 차이가 있는지에 대해 구체적인 증거를 제시하지 못했다. 그러므로 이러한 차이를 규명하기 위해서는 내용분석⁴⁾이 가장 적절할 것으로 이 방법을 사용한다. 또한 영리병원이 가장 보편적으로 작동하고 있는 미국을 중심으로 분석한 것을 소개하고자 한다. 내용분석을 통해 영리병원과 비영리병원이 표방하는 임무에서 어떠한 차이를 보이는지, 그것이 영리성을 이해하는지 도움을 줄 수 있는지를 분석하는 것은 현재 영리병원을 허용하지 않는 우리나라에 유용한 시사점을 제공할 수 있을 것이다. 영리병원이 갖는 ‘영리성’이 비영리병원과 다르다는 점을 이해하는 것만으로도 향후 영리병원 허용여부를 둘러싼 토론에서 의미 있는 설득력을 제공할 수 있을 것이다. 따라서 미국에서 병원이 표방하고 있는 임무와 이것이 성과에 미치는 영향을 중심으로 접근하는 것이 하나의 방법이 될 수 있다. 최근 *Hospital Topics* 저널에 소개된 Douglas Bolon의 논문 “Comparing Mission Statement Content in For-Profit and Not-For-Profit Hospitals”를 중심으로 내용분석 방법을 통한 영리병원과 비영리병원 간 차이를 이해하도록 한다.

3. Douglas Bolon의 내용분석 연구

1) 데이터 출처

본 연구의 주목적이 영리병원과 비영리병원의 주요 미션의 내용을 비교하는데 있으므로, 영리병원과 비영리병원을 혼합하는 균형 잡힌 샘플을 갖추는 것이 필수적이다. 미국병원협회의 홈페이지를 통해 병원협회 회원기관 데이터를 검토한 결과 텍사

4) 내용분석(Content analysis) 혹은 맥락분석(textual analysis)은 의사전달의 내용을 중심으로 분석하는 표준적인 분석가운데 하나이다. Harold Lasswell은 내용분석의 핵심적인 내용을 다음과 같이 것으로 정의하였다: "누가 누구에게 무엇을 말했으며, 무슨 의도로 무슨 효과를 기대하면서 말했느냐를 분석하는 것이다".

스와 플로리다 주가 상당한 수의 영리병원을 가지고 있음을 확인하고 이 둘 두 개의 주를 분석대상으로하기로 결정하고 샘플을 추출하였다. 샘플 사이즈 크기 차이에서 발생하는 왜곡을 통제하기 위해 샘플 추출 대상 병원을 병상 수 200-400개 사이에서 뽑았다. 몇 개의 조건을 추가하여 두 개의 주에서 112개의 병원을 선정하였다. 이 중 60개가 영리병원이고, 나머지 52개는 비공공(non-government) 비영리병원이다.

2) 분석의 틀

병원의 소유형태를 식별한 다음 병원 홈페이지에 있는 개별병원의 임무를 찾는 것이다. 표방된 임무가 불명확하거나 너무 일반적인 것이어서 분석의 가치가 덜한 것들을 제외하고 최종적으로 샘플기준에 충족되는 52개만 분석대상으로 하였다. 그 결과 최종적으로 분석대상으로 남은 것은 당초 추출한 샘플의 46%로, 이 중 영리병원이 26개, 비영리병원이 26개로 각각 50%를 차지하였다.

분석도구로서의 내용분석은 특정단어, 단어의 구절, 문장, 전체 맥락에서의 개념 등의 존재여부와 그것들의 사용빈도를 측정하는 방법이다(Webbe, 1999). Bolon은 후술하는 3개의 개념을 포함하는 어구들 속에 담긴 병원의 임무표방(mission statement)을 찾아 분석하는 것이다. (a) 비용, (b) 접근, (c) 의료의 질이 그것이다. 이들 세 개념은 미국의 보건의료체계에서 핵심적인 것이기 때문에 내용분석의 대상으로 선정하였다. 실제로, 이 들 세 개념은 보건의료전달체계에서 가장 중요한 개념이다. 예를 들어, 비용을 나타내는 어구로서 포함시킬 수 있는 것들을 들어보면 다음과 같은 것들이다. “재정적으로 생존 가능한 조직으로 유지”, “비용-효과적인 의료 서비스 제공”, 혹은 “재정적인 자원을 감시” 등이다. 접근성 차원에서는, “자선 진료를 제공하며”, 혹은 “구제 서비스 제공” 등을 들 수 있다. 마지막으로, 의료의 질에 대한 표현으로, “끊임없는 질 발전” 혹은 “바람직한 건강 상태를 획득” 하는 것 등

을 포함시킬 수 있다.

4. 분석 결과

아래 <표 2-1, 2, 3>은 각각의 개념별 분석대상 병원들의 임무 속에 포함된 단어들을 정리한 것이고, <표 2-4, 5, 6>은 비용, 접근성, 의료의 질 각각에 대한 내용분석의 결과를 요약한 것이다. 아래 표들에서 볼 수 있는 바와 같이, 영리병원과 비영리병원 간 큰 차이가 발견되지 않았음을 볼 수 있다. 그러나 미세한 차이이긴 하지만 설정된 임무에서 영리병원과 비영리병원 형태에서 의미 있는 차이를 내용분석을 통해 식별할 수 있다. 영리·비영리병원 모두에서 비용에 관해 서술하고 있는 것이 임무 중에서 대략 50%를 차지하고 있다. “비용-효과적” 보건의료라는 구절이 가장 흔하게 영리/비영리병원 모두에서 사용되고 있는 표현이다. 비영리병원에서 3개의 임무가 비용에 관해 한 구절 이상으로 비교적 길게 표현하고 있고, 영리병원에서는 단 1개의 병원에서만 주주 혹은 투자자에게 이윤을 제공하는 것으로 서술하고 있음을 볼 수 있다. 접근성에 관해서는, 영리/비영리 병원 모두 소수의 병원이 그것에 관해 언급하고 있다. 비영리병원에서 접근성에 관해 언급하고 있는 빈도가 영리병원에 비해 많다(26.9% 대 15.4%). 몇 개 되지 않은 표현 중, 한개 이상의 구절로 접근성에 관해 언급하고 있는 병원은 없다. 마지막으로, 의료의 질에 관한 미션에서, 80% 이상의 분석 대상 병원이 각자의 임무 속에 의료의 질에 관해 언급하고 있음을 알 수 있다. 대부분이 “고도의 높은 의료 서비스”, 혹은 “질 높은 의료서비스” 등이다. 질에 관해 언급하고 있는 미션 중 영리병원에서 약 30%이상이 한 구절이상으로 표현하고 있다. 이것은 비영리병원이 단지 9.5%만을 한 절 이상으로 하고 있는 것과 대비된다.

<표 2-1> 병원 임무표현 속에 나타난 비용에 관한 구절

영리병원에서의 비용표현	비영리병원에서의 비용표현
1. 비용-효과적인 의료서비스	1. 건전한 재정운영기조유지: 혁신적인 비용 절감 전략
2. 투자자들을 위해 경쟁력 있는 이윤확보	2. 비용-효과적인 보건의료
3. 비용-효과적인 방법	3. 비용-효과적인 보건의료서비스
4. 비용-효과적인 보건의료	4. 재정안정을 증진시키기 위한 재원운영
5. 비용-효과적인 보건의료	5. 재정자원의 신중한 관리
6. 비용효과적인 방법으로	6. 경쟁력 있는 비용으로 의료서비스 제공: 병원의 재정유동성 유지
7. 비용효과적인 방법으로	7. 효율적인 재정 성과
8. 비용-효과적인 보건의료	8. 비용-효과적인 보건의료
9. 비용-효과적인 보건의료	9. 비용-효과적인 방법으로: 재정적으로 경 제성 있는 의료전달체계 유지
10. 비용-효과적인 보건의료	10. 비용-효과적인 방법으로
11. 비용-효과적인 보건의료	11. 비용-효과적인 진료
12. 재정관리에 대한 책임	12. 비용-효과적
	13. 비용-효과적인 방법으로

<표 2-2> 접근성에 관한 임무표방 구절 비교

영리 병원	비영리병원
1. 과할 지역사회 주민에게 자선적 진료제공 2. 지역사회의 수요와 건강을 증진하기 위한 복지서비스 제공 3. 접근가능한 서비스 제공 4. 지역사회가 필요로 하는 서비스 제공	1. 의학적으로 소외받는 사람들에 대한 보건의료서비스 제공 2. 경제적으로 취약한 계층 및 접근성이 제약받는 서비스 제공 3. 필수적인 서비스를 모든 사람들에게 제공(지불능력이 없는 자 포함) 4. 가난한 사람들에 대한 자선진료 5. 가난한 사람들에 대한 의료서비스 제공 6. 접근 가능한 보건의료 7. 지불능력에 관계없이 모든 사람들에게 서비스 제공

<표 2-3> 병원의 임무 속에 표현된 질 관련 표현

영리병원	비영리병원
1. 질 높은 의료: 높은 질의 의료서비스	1. 질 높은 보건의료 서비스
2. 질 관리 도입: 우수한 기준 달성	2. 질 높은 보건의료
3. 높은 질 의료	3. 질 높은 보건의료
4. 최고로 높은 질 서비스	4. 지속적으로 질을 향상시키고, 제공하는 서비스의 가치를 향상
5. 질 높은 보건의료 서비스	5. 우수한 보건의료 질 및 관련서비스 향상
6. 최고수준의 의료의 질; 지속적 질 개선; 의료의 수준 향상	6. 질 높은 보건의료
7. 지속적으로 의료의 질을 개선	7. 최상 수준의 의료의 질
8. 높은 수준의 보건의료	8. 질 높은 보건의료
9. 우수한 진료 제공	9. 질 높은 보건의료; 지속적인 질 향상
10. 높은 수준의 보건의료	10. 높은 수준의 보건의료 서비스
11. 질 높은 보건의료	11. 최고 수준의 보건의료서비스
12. 품질 서비스	12. 질 높은 보건의료
13. 높은 수준의 보건의료; 임상적으로 효과적인 서비스	13. 높은 수준의 보건의료서비스
14. 지속적인 향상으로서의 질	14. 질 우선, 2차 및 3차 보건의료서비스 제공
15. 단일의 높은 수준 보건의료제공; 삶의 질 향상; 서비스의 질 향상	15. 질 높은 보건의료
16. 질 높은 보건의료; 운영상의 탁월성	16. 질 높은 보건의료
17. 품질 높은 진료; 지속적인 질 향상	17. 질 위주 진료
18. 질 높은 보건의료	18. 임상 및 서비스 탁월성에서 높은 표준; 높은 수준의 보건의료
19. 질 높은 보건의료; 지속적 향상	19. 높은 수준의 보건의료
20. 질 높은 보건의료	20. 양질의 진료
21. 질 높은 보건의료	21. 높은 수준의 보건 및 의료서비스
22. 높은 질 서비스	

영리병원과 비영리병원 간 병원이 지향하는 미션에서 어떠한 차이가 있는지 알아보는 차원에서 세 가지 임무표방에 관한 구절을 각각 요약하면 다음과 같다. 우선

모든 부분에서 영리병원과 비영리병원간 특별한 차이가 없다. 미세한 차이만 식별된다는 의미이다. 이는 모든 의료기관이 임무설정을 대외에 추상적으로, 압축적으로 표현하기 때문으로 보인다. 그 결과 외형상 문구로 표현된 것에서는 뚜렷한 차이가 없음을 보여준다. 엄격히 의료의 접근성, 비용, 의료의 질 측면에서 일관된 형태의 차이가 있는 것이 현실인데 표현하고 있는 병원의 주요 임무에서는 큰 차이를 발견할 수 없는 것은 놀라운 일이라 하겠다. 겉으로 지향(표방)하고 있는 것과 현실과의 괴리를 이해하지 않을 경우 그것을 설명하기 어려워진다. 미국에서 병원임무에 대한 내용분석에서 특별히 유의한 차이를 발견할 수 없다는 것은 영리/비영리 모두 의료의 본질적인 특성으로 인해 초래되는 정보의 비대칭성, 환자의 생명과 직결되는 의료서비스를 제공하는 주체라는 점에서 소유형태라는 하나의 변수가 영리병원과 비영리병원 간 근본적인 차이를 초래한다고 단정하기 어려운 현실을 반영한 것으로 이해할 수 있다.

<표 2-4> 비용개념에 관한 내용분석 요약

영리병원	비영리병원
• 26개중 12개가 비용의 개념에 관해 서술 • 12개 표방된 비용관련 임무 중 9개인 75%가 “비용-효과적”이라는 표현을 사용 • 12개의 비용관련 표현 중, 아무것도 비용에 관해 한 구절이상으로 기술하고 있는 것이 없음 • 12개 중, 단지 1개만이 구체적으로 투자자에 대한 이윤배당을 언급하고 있음	• 26개 중 13개가 비용에 관해 언급하고 있음 • 13개 중, 8개 병원에서 “비용-효과적”이라는 표현을 사용하고 있음(61.5%) • 13개 중, 3개병원이 비용 개념에 관해 한 구절이상으로 기술하고 있음(23.1%)

<표 2-5> 접근성에 관한 내용분석 요약

영리병원	비영리병원
26개 중 4개(15.4%) 병원에서 접근성에 대해 언급하는 구절을 포함하고 있음 - 언급하고 있는 4개 중, 아무병원도 접근성에 관해 한 구절이상으로 자세히 언급하고 있는 것은 없음	26개 중 7개(26.9%) 병원이 접근성에 관해 기술하고 있음 7개 중, 어느 병원도 접근성에 관해 한 구절이상으로 자세히 기술하고 있는 것은 없음

<표 2-6> 의료의 질에 관한 내용분석 요약

영리병원	비영리병원
26개 중 22개(84.6%)가 의료의 질에 관한 표현을 담고 있음 22개중, 18개 병원이 “높은 질 보건의료 혹은 서비스” 혹은 “질 높은 보건의료/서비스”라는 표현을 사용(81.8%) 22개중, 8개가 질에 관한 표현을 한 구절이상으로 기술하고 있음(36.4%)	26개 중 21개가 의료의 질에 관한 표현을 담고 있음 21개중 20개병원이 “높은 질 보건의료 혹은 서비스” 혹은 “질 높은 보건의료/서비스”라는 표현을 사용(95.2%) 21개중 2개병원이 의료의 질에 관해 한 구절이상으로 언급하고 있음(9.5%)

5. 결 론

내용분석 연구방법의 출발은 자연인이나 법인 할 것 없이 특정 조직을 위해 표방된 것은 조직 전반에 구속력이 있게 마련이라는 전제에서 출발하였다. 본 장에서 분석한 임무표방은 상위차원의 조직 철학으로 이것이 반드시 경영 전략으로 연결 되는 것이 정상이고, 보편적이다. 실제 미국과 캐나다에서 실제 비영리에서 표방된 임무와 병원성과 간에는 미세한 상관관계가 입증되고 있는 것은 이를 뒷받침하고 있다.

그럼에도 불구하고, 본문의 결과 요약에서 보았듯이 병원 부분에서의 임무표방을 중심으로 한 분석은 사회의 다른 부분과 달리 반드시 표방된 임무와 실제 결과 간에 충분한 인과관계를 발견하기 곤란하였다. 이는 보건의료가 갖는 특수성과, 또한 이러한 특수에 따라 이를 충분히 감시하고 평가하기 곤란하다는 사실이 영향을 미친 것으로 보인다. 그럼에도 불구하고 다소간 영리/비영리를 구분시키는 차이를 발견할 수 있었다는 점에서 내용분석의 의미를 발견할 수 있다.

향후 영리병원형태이든 비영리형태이든 병원의 사명이나 임무를 구체적으로 표방하게 하는 방안을 마련할 필요가 있다. Bart, K. C.(1999)가 설명하고 있는 바와 같이, 주 고객 대상 및 시장, 제공하는 주요 서비스의 종류, 관할 지역, 병원의 철학과 가치, 병원의 최우선 이미지, 병원이 소망하는 공공이미지 등에 관해 명백히 표방하게 함으로써 소유형태에 따른 병원의 특성을 외부에 표방하는 것이 필요하다.

제 3 장
영리의료법인에서의
의료의 질

제3장 영리의료법인에서의 의료의 질

1. 연구개요 및 목적

오래 전 약 25년 전 Reiman 과 Rennie는 영리병원의 이윤 동기가 신장투석센터의 진료의 질에 영향을 미칠 것이라고 예측하였다. 그 이후 법인 형태 따라 의료의 질에서 실질적인 차이가 있는지에 관심을 가지고 연구를 계속하였다. 영리의료법인 찬성자들은 영리법인 신장센터가 비영리 신장센터에 비해 효과적으로 진료하여 높은 의료의 질을 제공할 것이라고 하였다. 반면, 영리법인 반대자들은 영리병원에서는 필연적으로 주주에게 이익을 되돌려 주어야 함으로 이윤동기에 집착하지 않을 수 없고, 그 결과 의료의 질을 저하시켜, 이것이 높은 사망률을 가져올 것이라고 반박하고 있다.

이런 가운데 미국은 1973년 이래 Medicare 가 신장병 환자들의 진료비를 지급해 오고 있다. 대부분이 민간영리시설에서 혈액투석을 받는 비율이 75%, 비영리민간시설에서 20%, 나머지 약 5%는 공공시설에서 서비스를 제공받는다. 이러한 현실은 영리기관과 비영리기관 간 의료의 질 차이를 규명하는데 중요한 증거를 발견하는 분석의 장을 제공할 수 있는 여건이 되었다. 물론 단일의 연구사례에 대한 분석결과를 가지고 전체 영리병원의 의료의 질이 어떨 것이라고 가정하는 것은 과도한 일반화를 초래할 수 있다. 그러나 본 장에서는 하나의 사례를 집중적으로 조명함으로써 영리의료기관의 의료의 질 수준을 이해하는데 참고 자료로서 활용하고자 한다.

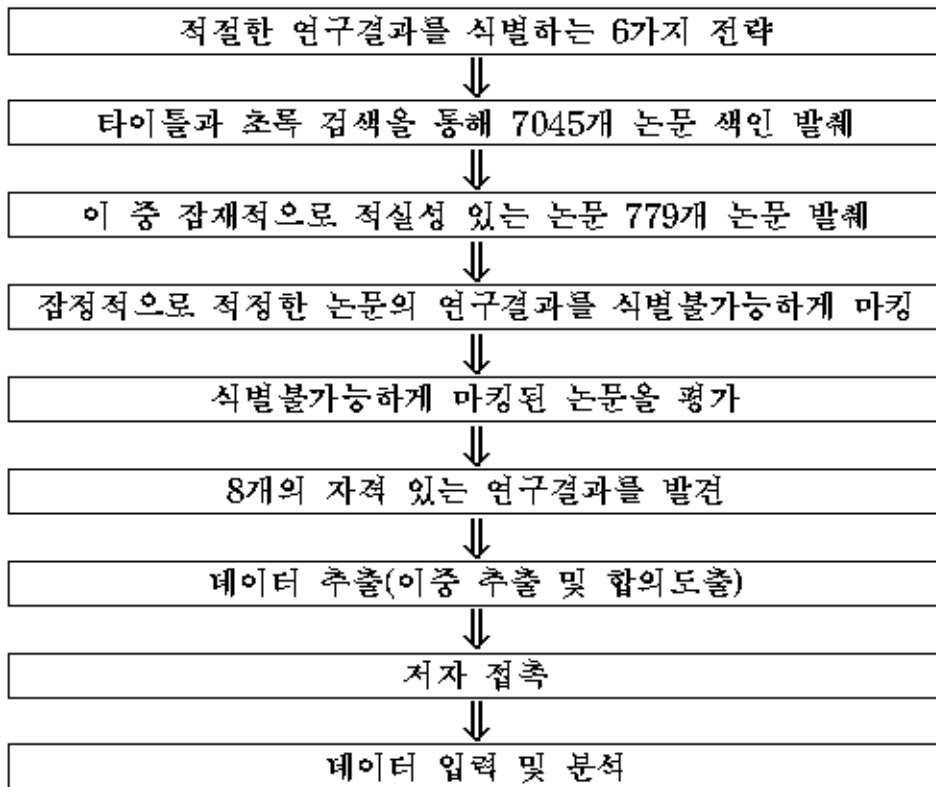
의료제공 기관의 성격에 따라 의료의 질에 어떤 변화를 초래하는지 연구함에 있어, 의료서비스를 제공하는 의료기관의 성격에 따라 어떤 영향을 초래하는지 명확하

게 이해하기 위해서는 이용 가능한 증거들을 총동원하여 체계적인 분석이 필요하다. 따라서 영리기관과 비영리기관의 환자 사망률에서 상대적 영향이 어떤지를 발견하기 위해 체계분석과 메타분석을 시도한다.

2. 연구방법

본 장에서 사용하는 체계분석은 영리병원과 비영리병원 간에 건강성과(health outcomes), 의료 적정성, 의료의 질, 의료비용을 비교하는 연구결과를 검토하는 방법의 일환이다. 오랫동안 영리기관과 비영리기관 간 의료의 질 차이를 비교하는 연구들이 진행되었다. 이러한 연구결과를 종합적으로 과학적인 방법론에 의해 체계적으로 분석하는 것이 체계분석방법인데, 이는 통상 아래 <그림 3-1>과 같은 흐름으로 이루어진다.

<그림 3-1> 체계분석에서의 방법론적인 단계별 흐름



출처: Devereaux, et al (2002).

1) 데이터 출처

잠재적으로 적정한 연구결과를 도출해 내기 위해 6가지 전략을 채택하였다. 본 연구는 11개의 전자 참고문헌 목록 데이터베이스, 전문가 접촉 등이 여기에 포함된다. 또한 관련된 저널의 특성을 이용하여 인터넷 전문 논문 검색사이트인 PubMed를 이용하여 발췌하였다. 본 연구는 다음과 같은 데이터베이스를 사용하였다: EMBASE(1980-2001), MEDLINE (1966-2001), Health-STAR(1975-2001), CINAHL(1982-2001), BIOTHCISLINE (1973-2000), Wilson 기업색인(1997-2001),

EconLit(1969-2001), Cochrane 도서관(2001, issue 3), 논문색인 Ondise(1861-2001), ABI(1970-2001), NTIS(1964-2002)를 이용하였다.

2) 논문 선택

논문 선택기준으로 출간되거나 출간되지 않은 관찰대상 논문을 모두 포함하였다. 영리 및 비영리심장센터에서 혈액투석 환자들의 사망률을 직접적으로 비교한 것들 중에서 무작위로 추출하였다. 적절한 관찰 연구는 상호 매치되는 사례로부터 조정된 사망률(adjusted mortality)을 제공하거나, 공식 사망률을 제공할 수 있어야 한다.

검색과정을 통해 7,045개의 유의한 인용을 검색할 수 있었다. 2명으로 구성된 독립된 팀이 독자적으로 각 인용대상논문의 타이틀과 초록을 검색한 후, 연구 내용이 관심의 대상이 될 수 있는 것을 비교하는 것일 경우 완전한 검토를 위해 모든 인용을 발췌하였다. 이러한 과정을 통해 779개의 완전한 논문을 선택한다<그림 3-1>. 그 다음 적절한 논문을 평가하는 과정을 거친다. 완전한 검토를 위해 선정된 모든 논문의 연구결과를 볼 수 없도록 논문 속의 도표나 문장을 색칠한 다음 검토하도록 하였다. 적격성을 검사하기 위해 2명으로 구성된 평가팀이 검색과정에서 평가되지 않은 색칠한 부분을 독자적으로 평가한다. 의견불일치가 발생하면, 평가자들은 그러한 의사결정을 내린 것이正当한지를 알기위해 의사결정의 합리성에 대해 토론하는 방식으로 엄밀성을 기하였다.

3) 데이터 추출

2명의 평가자로 구성된 평가팀이 자격기준을 충족하는 모든 논문으로부터 아래와 같은 데이터를 추출한다. 샘플링 방법, 데이터의 출처, 혈액투석시설의 형태, 데이터 추출시점과 종료시점, 사망률, 연구의 주요목적(예, 영리와 비영리 혈액투석시설의

성과비교하기 위한 것 등) 등을 중심으로 추출한다. 평가자 사이에 합의에 이르지 못할 경우 앞서 언급한 합의 절차에 따라 해결한다. 데이터 추출에 대한 총괄적인 합의율은 98%에 달한다. 또한 누락된 데이터를 얻기 위해 저자와 직접 접촉하여 데이터를 확보할 수 있다.

3. 결과

본 연구와 같은 메타분석은 신장투석이 영리기관이나 비영리기관이나에 따라 사망률에 어떤 차이가 초래되는지를 알아보기 위한 최초의 광범한 분석이었다. 결과를 비교하기 위해, 기준을 충족시키는 8개의 논문을 선정하였다. 또한 자격기준에는 충족하지만 좀 더 추가적인 정보를 필요로 하는 논문 12개를 별도로 선정하였다. 추가적인 정보를 통해 확인한 것은 대부분의 연구들이 민간비영리와 공공병원을 동일 그룹으로 분석하고 있음을 발견하였다. 아래 <표 3-1>는 각 개별연구들의 분석에 동원된 변수들을 보여주고 있다. 모든 연구는 미국 내에서 이루어진 것이고, 사용된 데이터는 1973년 1월 1일부터 12월 31일까지의 것이다. 3개 논문에서 다루고 있는 것은 단독시설이고, 나머지 5개의 논문에서는 단독시설과 병원급 신장투석센터 모두를 포함하였다. 8개 연구논문에서 포괄하고 있는 환자 수는 500,000명이고, 의료기관 수는 평균 1,342개였다. 환자들을 추적하는 기간은 보통 1년이었다.

<표 3-1> 체계분석에 포함하고 있는 특성들

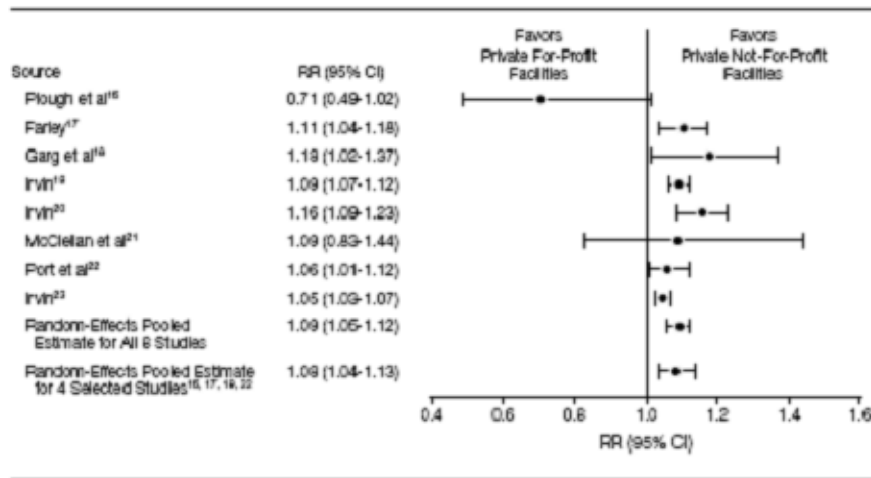
출 처	의료기관 소유형태	데이터수집일		환자관찰 기간	의료기관 수		환자 수	
		시작	종료		영리법인	비영리	영리법인	비영리
Ploughm et al,1984	독립 영리 및 병원부속 비영리	73.1.1	82.12.31	1년	5	29	307	3,135
Farley,19 93	독립영리/비영리 및 병원부속영리/비영 리	90.1.1	90.12.31	1년	946	656	43,395	26,008
Garg et al 1999	독립영리 및 비영리	90.12.31 93.12.31	96.5.31	3-6년	574	86	2168	336
Irvin, 1988	독립 및 병원부속 영리/비영리	93.1.1	93.12.31	1년	1,432	769	106,592	52,601
Irvin,1988	독립영리 /비영리	93.1.1	93.12.31	1년	944	137	13,481	1,941
McClelan et al, 1998	독립영리/비영리 및 병원부속영리/비영 리	94.10.1	95.4.30	7개월	169	28	4,647	770
Port et al,2000	독립영리/비영리 및 병원부속영리/비영 리	95.1.1	97.12.31	1-2 년	1,988	856	60,421	28,024
Irvin,2000	독립 영리/비영리	96.1.1	96.12.31	1년	1,934	264	151,967	28,946

출처: Devereaux et al(2002)

아래 <그림 3-2>에서 보여주는 바와 같이, 6개의 연구결과는 영리병원에서의 사망률이 통계적으로 유의하게 높다는 것을 알 수 있다. 그리고 1개의 연구에서는 미세한 차이로 영리시설에서 사망률이 증가하고 있음을 보여주며, 나머지 1개에서는 영리시설에서 미세한 차이로 사망률이 줄어들었음을 볼 수 있다. 또한 4개의 연구를 한데 묶어 진행한 메타분석에서도 영리병원에서 사망위험이 증가함을 보여주기 위해 산출

한 상대위험도(Relative Risk)가 1.08(95% 신뢰구간에서 1.04-1.13)로 비교적 높았다. 뿐만 아니라, 8개의 분석을 종합하여 2번에 걸쳐 이루어진 민감도 분석에서도 영리시설에서의 사망위험(risk of death)을 보여주는 상대위험도 수치가 1.09(95%신뢰구간에서 1.05-1.12)로 높아 영리시설이 비영리시설에서 보다 사망위험이 더 높았다.

<그림 3-2> 신장투석 환자의 사망률 상대적 위험(Relative Risk)



출처: Devereaux et al (2002).

본 체계분석에서 영리와 비영리기관으로 나누어 상이한 법인 형태에 따른 사망률을 비교한 8개 분석 중 6개의 분석에서 영리기관에서의 신장투석이 통계적으로 유의한 수준으로 더 높은 사망률을 보이고 있음을 발견하였다. 사망률이 높은 이유로는 숙련된 간호사 등 전문인력을 비영리의료기관에 비해 더 적게 고용하는 것과 관련된다. 또 다른 요인은 혈액투석치료기관이 영리의료기관에서 더 짧은 것을 들 수 있다(Held, et al, 1990). 구조적인 요인이 더 설득력 있게 영리병원에서의 높은 사망률을 뒷받침해주고 있다.

신장투석 치료에 소요되는 비용이 정부로부터 나오는 상황에서(미국의 경우에도) 영리민간시설은 경제적인 어려움에 직면할 수밖에 없다. 왜냐하면 주주들은 자신들의 투자에 대한 수익을 10-15% 수준을 예상하고 있는데다, 영리의료기관이 부담하는 세금은 전체 비용의 약 5-6%나 된다. 영리의료기관에서는 이러한 배당률과 세금이라는 추가 부담을 안고서 비영리의료기관에서 제공하는 수준의 의료의 질을 제공하는 것은 사실상 어렵게 될 수밖에 없다. 간호사와 전문 인력의 인건비가 총비용의 약 70%를 차지하는 상황에서 영리의료기관이 취할 수 있는 것은 간호사 등 인력을 줄이는 것뿐이기 때문이다(Parley, 1993; Held et al, 1990; Hirth et al, 2000).

메타분석을 통해 비영리와 영리기관 간 혈액투석 환자의 사망률이 통계적으로 유의한 수준으로 차이가 나는 것을 발견할 수 있었다. 미국 전역에서 신장병 환자의 혈액투석이 영리기관에서 이루어진다는 사실 하나만으로 사망자가 늘어난다는 것을 말해 준다. 영리기관에서 혈액 투석에 따른 사망률이 8% 더 높으므로, 이것을 기준으로 줄일 수 있는 사망자 수를 추계하면 연간 2,500명에 이른다. 이전에 이루어진 몇 개의 메타분석 결과에서도 이와 동일한 결론, 즉 영리병원에서의 사망률이 비영리병원에 비해 상대적으로 높게 나왔다. 이러한 모든 분석결과들을 종합할 때, 사망률 차이는 영리법인 형태 하에서는 의료의 질에 중요한 영향을 미친다는 명확한 증거를 제공하기에 충분함을 증명하고 있다.

4. 그 밖의 연구결과들

영리병원을 대상으로 의료의 질이 비영리에 비교해서 어떻게 다른가를 조사한 연구는 미국에서 집중적으로 이루어졌다. 이것은 다른 나라에서는 영리병원을 허용한

다 하더라도 샘플이 너무 작아 분석을 할 수 없는 수준이기 때문에 불가피하다. 아래 연구 결과는 의미 있게 연구된 내용의 일부를 소개하고 있는 것들이다.

첫째, 통계적으로 두 소유형태별 의료의 질 차이를 보여주는 사망률 차이를 살펴 보았다. 다른 요소들을 통제함이 없이 영리병원과 비영리병원 간 사망률을 비교했을 때, 공공병원이나 비영리병원형태에서 영리병원으로 전환하였을 때 사망률이 증가하고, 그 반대의 경우에는 증가율이 감소함을 볼 수 있다<표3-2>. 아래 데이터 분석 값은 미국에서 전국패널조사에 의한 것으로, 1982, 1984, 1989, 1994년에 65세 이상 Medicare 환자 35,845명을 대상으로 실시한 결과이다. 영리병원형태로 전환 한 이후 3년차에 입원 후 1달 내 사망률이 0.1051인데 반해, 반대의 경우로 비영리로 전환 한 후는 0.0854로 감소함을 보여주고 있다.

<표 3-2> 영리병원 전환 전후의 사망률 비교

	GN to F				F to GN			
	Mortality			Payments	Mortality			Payments
	1 Month	6 Months	1 Year		1 Month	6 Months	1 Year	
5+ year	.0754	.1757	.2484	7,211	.1031	.2250	.2843	5,394
before	(.0080)	(.011)	(.0345)	(337)	(.017)	(.0233)	(.0252)	(397)
convert	[-]	[-]	[-]	[-]	[-]	[-]	[-]	[-]
3-4 year	.0828	.1978	.2941	9,105	.0628	.1413	.1623	7,332
before	(.1142)	(.0206)	(.0235)	(692)	(.0176)	(.0252)	(.0267)	(620)
convert	[.6492]	[.3492]	[.0843]	[.0142]	[.1006]	[.0155]	[.0010]	[.0089]
1-2 year	.0683	.2080	.2656	8,379	.0875	.1687	.2562	7,204
before	(.0121)	(.0203)	(.0221)	(494)	(.0224)	(.0297)	(.0346)	(784)
convert	[.3801]	[.1677]	[.4796]	[.0515]	[.5791]	[.1376]	[.5121]	[.0409]
Year of	.0828	.1910	.2484	9,789	.0769	.2000	.2615	7,513
Convert	(.0220)	(.0314)	(.0345)	(1,129)	(.0333)	(.0500)	(.0549)	(1,033)
	[.7540]	[.6472]	[.9798]	[.0300]	[.4853]	[.6512]	[.7055]	[.0513]
1-2 year	.1323	.2843	.3872	10,807	.1250	.2083	.2187	7,486
after	(.0237)	(.0316)	(.0341)	(977)	(.0339)	(.0416)	(.0424)	(975)
convert	[.0242]	[.0014]	[.0002]	[.0006]	[.5654]	[.7277]	[.1855]	[.0592]
3+ year	.1051	.2506	.3315	11,040	.0854	.1452	.1794	8,039
after	(.0159)	(.0225)	(.0244)	(610)	(.0259)	(.0327)	(.0356)	(822)
convert	[.0968]	[.0032]	[.0026]	[.0000]	[.5701]	[.0486]	[.0171]	[.0043]

출처: Gabriel P. et. al. (2002)

둘째는, 미국의 공적 보험자인 CMS(Center for Medicare and Medicaid Services)에 의한 의료기관 질 평가 결과를 통해 영리의료기관의 질을 간접적으로 평가하고 있는 것이다. 즉 미국의 공보험자 CMS는 산하에 "병원 질 향상을 위한 연대"(Hospital Quality Alliance : HQA)를 2003년에 설립하여 병원진료에서의 의료의 질 향상을 목적으로 미국병원협회, CMS, 의료기관인증을 위한 합동위원회, 소비자단체 등으로 구성되어 CMS청구데이터와 AMA가 축적한 정보를 가지고 병원의 질을 공동으로 평가하고 있다. 전국 병원의 질을 측정하기 위해 컨소시엄형태로 HQA가

급성심근경색(Acute Myocardial Infraction: AMI), 울혈심부전증(congestive heart failure : CHF), 폐렴에 대해 10개의 측정 지표를 통해 미국 전체 병원의 의료 질을 측정한다. 측정 지표는 병원 도착 24시간 내에 아스피린을 처방받았는지, angiotensin-converting enzyme(ACE) inhibitor가 사용되었는지, 폐렴쌍구균 접종(Pneumococcal vaccination)을 받았는지 등에 대한 지표를 중심으로 이루어졌다. 전국적인 평균으로 산출한 결과, 비영리병원이 영리병원에 비해 세 가지 질병 모두에서 높은 평가를 받았다(Jha, A, Li, Z, Orav, E. and Epstein, A. 2005).

셋째는, 특정 질환에 대한 치료의 결과비교에 의한 질 평가이다. 여기서는 신장투석과 급성심부전증 치료에서의 질 차이를 고찰하고 있다. 우선, 신장투석 환자치료에서의 의료기관 형태별 차이를 보면, 미국에서는 연간 말기신장병 환자 20만 명이 투석치료를 받고 있고 그 중 3분의 2가 영리 신장투석센터에서 받고 있다. 일정기간(3년~6년)에 걸친 cohort 분석 결과, 영리 신장센터의 경우가 비영리 신장센터의 경우에 비해 사망률이 유의하게 높았고, 신장이식을 위한 대기리스트로 전환하는 비율이 유의하게 낮았는데, 이는 신장이식 수술 후에 투석을 면하게 되면 센터의 수입이 줄기 때문에 영리 센터가 신장이식을 위해 환자를 넘기는 것을 꺼려하기 때문이라고 한다(Garg, 1999). 다음으로, 급성심근경색(AMI) 진료 후 부작용 발생률을 두 기관 간 비교하는 방법으로 의료기관의 질을 평가하고 있는 데이터를 통한 연구결과이다. 연구 결과는 한결같이 영리병원이 비영리에 비해 부작용 발생률이 3-4% 높음을 보여주고 있다. 특히 비영리병원으로 있다가 영리병원 전환 이후 부작용 발생률이 7-9% 증가함을 보여주고 있는데, 이것은 영리병원에서 의료의 질이 낮음을 증명해 준다고 할 수 있다(Shen YC, 2002).

넷째는, 영리병원과 비영리병원간 환자의 사망률 차이를 통해 의료의 질을 평가해보고자 한다. 영리의료기관을 세계에서 가장 많이 가지고 있는 미국의 경험에 의하

면, 1982-1995년 동안 15차례에 걸쳐 26,000개 병원과 3천8백만명의 환자를 대상으로 조사한 연구에서 영리병원 환자들의 사망률이 비영리병원 보다 2%더 높은 것으로 나타났다. 또한 Medicare 중증 환자의 영리병원 사망률은 비영리 비수련(non-teaching)병원보다 7%, 비영리 수련병원보다 25% 정도 더 높은 것으로 보고되고 있는 것은 영리병원에서의 의료의 질이 낮음을 보여주고 있다.

다섯째, 영리병원은 질병예방과 증진보다는 치료 중심의 진료를 하는 유인을 많이 갖게 되어 장기적으로 의료의 질을 저하시킬 가능성이 많다고 한다. 미국 3,453개 병원을 대상으로 분석한 결과에 의하면, 영리병원이 예방과 증진서비스를 적게 제공하는 것으로 나타났다. 이는 당장 비용이 많이 늘어 수익이 높게 예상되는 분야에 집중하는 영리병원의 서비스 형태를 보여주고 있는 사례라 하겠다(Proenca, E. J., et al. 2003).

여섯째, 다양한 임상지표에 걸쳐 비영리/공공의료기관에서의 의료의 질 성과가 영리법인 의료기관에 비해 일관되게 높았다. HMO를 영리와 비영리로 구분하여 어느 형태에서 임상성과가 좋은 지를 비교한 연구에서는 모든 임상부문에서 훨씬 높은 성과를 보였음이 밝혀졌다<표 3-3>. 예를 들면, 암 예방 검진으로 질병을 예방할 수 있는 자궁암세포검사에서 비율에서 비영리 HMO에서 더 많은 검사를 하고 있음을 볼 수 있다.

<표 3-3> 영리 HMO와 비영리 HMO 간 임상지표별 성과 비교

임 상 지 표	환자들이 적절한 진료를 받은 비율(%)	
	영리 HMO	비영리 HMO
심부전증 후 Beta-blocker 처치	59.2	70.6
당뇨병 환자들의 연간 시력 검사	35.1	47.9
완전 예방접종 (complete immunisations)	63.9	72.3
유방조영술(Mammography)	69.4	75.1
자궁세포검사(Cervical cytology)	69.4	77.1

출처: Pollock, A. et al.(2004, p.84)

마지막으로, 체계적인 문헌조사와 메타분석 결과에 의한 의료의 질 평가이다. 사망률에서도 병원소유형태에 따라 다르다는 것이 증명되고 있다. 많은 연구에서, 즉 체계적인 문헌조사방법과, 메타분석 결과에서도 영리병원에서의 사망률이 비영리병원에 비해 높은 결과를 보여주고 있는 것은 이를 입증하고 있다(Devereau, et al., (2002).

제 4 장

영리병원의 비용

제 4 장 영리병원의 비용

1. 영리병원의 목표와 가치

어떤 비즈니스 사회든 수입은 지출에 비해 동일하거나 더 높아야 하며, 이는 영리든 비영리든 마찬가지이다. 영리형 의료제도와 비영리형 의료제도의 가장 큰 차이점은 그 목적과 가치, 태도 및 행동에 있다. 즉, 영리병원은 이윤을 창출하기 위해 서비스를 제공하는 반면, 비영리병원은 서비스를 제공하기 위해 이윤을 창출하는 것이다. '이윤이 투자자에게 돌아가는지', '사회적 자본에 투자하고 개발하는데 사용되는지', '조직의 주요한 목표가 환자에게 양질의 의료서비스를 제공하는데 있는지', '투자자에게 이윤을 전달하는데 있는지' 등에 따라 조직의 활동은 달라질 수밖에 없으며, 이는 영리병원에서 왜 의료비가 높을 수밖에 없는지를 설명하는 근본적 원인이다⁵⁾. 특히, 전 세계적으로 영리병원은 미국에서 가장 활발하게 운영되고 있으며, 실제 미국 의료체계에서 중요한 역할을 담당하고 있다는 사실과 미국이 전 세계에서 가장 의료비 지출이 높은 국가라는 사실은 우연의 일치라 결코 아니다. 미국 상무부에 따르면, 1999년 현재 미국 종합병원의 11%, 정신병원의 31%, HMOs의 64%, 너싱홈/방문보건서비스의 70%, 투석기관의 85%가 영리형인 것으로 집계되었다(미국통계청, 1999).

영리형 조직은 투자자들에 대한 책임성이 있는 반면 비영리 조직은 환자, 의료 공급자, 지역사회에 책임성이 있다. 비영리병원은 투자자들에게 수익을 환원시키는 대신에 질적으로 개선된 데이터, 환자와 보건의료전문가들에 대한 교육 프로그램, 연

5) Nudelman PM, Andrews LM. The "Value Added" of Not-for-Profit Health Plans, N Engl J Med 1996;334(16):1057-59

구 기회, 그리고 빈곤층에 대한 서비스 등을 생산해내어야 하는 의무가 있다. 영리 병원들은 "Sick care"에만 관심이 있으며, 질병으로 인한 부담과 지역사회 주민의 안녕을 돌보는 "Health care"에는 큰 관심이 없다는 비판이 있어 왔다.

영리병원과 비영리병원 간의 차이는 의료손실비(medical-loss ratio, 보건의료서비스에서 환자에게 돌아가는 비용의 백분율)로도 확인할 수 있다. 영리병원은 의료손실비를 최대한 낮추려고 노력을 하는 반면, 비영리병원은 가능한 높이려고 노력하고 있다. 미국 보험이사회(insurance commissioner's office)의 조사에 따르면 비영리형 HMO에서는 91-93%가 환자에게 비용이 돌아가고, 5-6%는 행정비용, 2-4%가 수익으로 남았음에 비해, 영리형 HMO에서는 10-12%가 투자자에게 돌아가고 10-20%가 행정비용으로 지출되어 환자들을 위해 사용된 비용은 70-80%에 불과하였다.

문제는 우리나라에서 비영리병원은 영리병원과 별반 차이가 없다는 인식이 팽배해져 있다는 사실이다. 그렇다고 해서, 비영리병원과 영리병원이 완전히 동일한 것은 절대 올바른 지적이 아니며, 비영리병원과 영리병원 간에는 근본적 차이가 분명 존재하고 있다. 하지만, 작지만 중요한 근본적 차이를 현실에서 은폐되어 잘 보이지 않는다는 이유만으로 그 차이를 인지하지 못한다면, 정책 실패로 이어질 가능성이 매우 높다.

2. 영리병원의 진료비

Silverman 등(1999)⁶⁾은 미국 의료비 지출의 20%를 차지하는 메디케어 가입자(65세 이상 노인) 전체를 대상으로, 서로 중복되지 않도록 미국 50개 주를 3,421개의 진

6) Silverman EM, Skinner JS, Fisher ES, The association between for-profit hospital ownership and increased medicare spending, N Engl J Med 1999;341(6):420-426

료권으로 나누어 의료기관 소유형태별로 진료권에 거주하는 메디케어 가입자 전체의 의료비 지출을 비교하였다. 의료기관 소유형태는 모든 병상이 영리병원이면 영리형으로, 모든 병상이 비영리병원이면 비영리형으로, 그리고 두 가지 유형이 혼재되어 있으면 혼합형으로 분류하였다. 진료권 내 모든 병원이 영리형인 진료권은 208개 지역, 비영리형은 2,860개 지역, 그리고 혼합형은 193개 지역이었다.

성, 연령, 인종 외에 비용에 영향을 미칠 수 있는 진료권 특성을 보정(지역, 병원 체인에 속하는 병원에서의 병상 비율, 의과대학과 협력하는 병원의 병상 비율, 보정된 메디케어 사망률, 1인당 의사수, 진료권 내 병원수 등)한 후의 1989년, 1992년, 1995년 진료비 변화를 분석한 결과, 비영리형이 가장 진료비가 낮고, 혼합형의 중간, 영리형은 가장 진료비가 높았다.

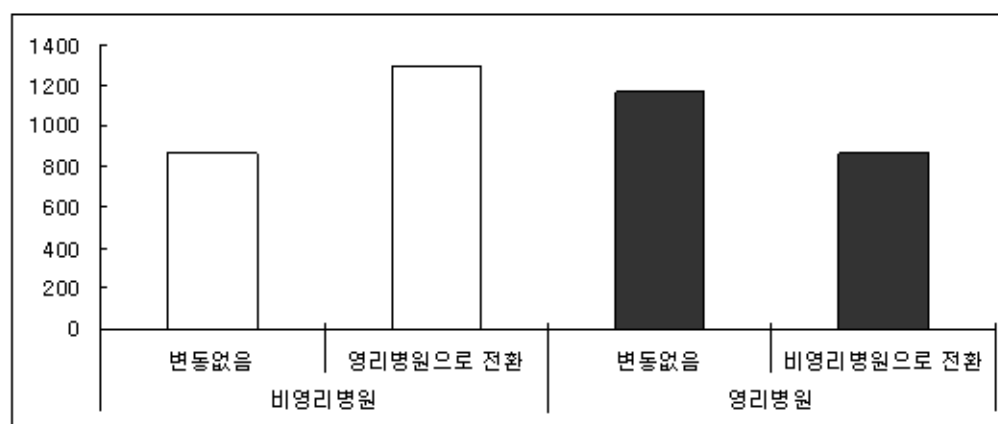
<표 4-1> 병원 진료권 유형별 의료비 지출

진료권	진료권수	1인당 지출(\$, 평균±95% 신뢰구간)		
		1989	1992	1995
영리형	208	4,006±153	4,243±233	5,172±190
혼합형	193	3,870± 67	4,164± 67	4,899± 86
비영리형	2,860	3,554± 37	3,841± 37	4,440± 49

* 1995년 달러로 환산

1989년에서 1995년 동안 병원 소유형태가 바뀐 지역의 진료비를 분석한 결과, 1989년에 비영리형인 진료권의 경우, 1995년에도 비영리형으로 유지되고 있는 진료권은 진료비가 \$866 증가했음에 비해, 이 기간 동안 영리형으로 바뀐 진료권은 \$1,295 증가하였다. 또한 1989년에 영리형 진료권의 경우, 1995년에도 영리형으로 유지되고 있는 진료권은 진료비가 \$1,166 증가했는데 비해, 비영리형으로 바뀐 진료권은 \$866 증가에 불과하였다.

<그림 4-1> 소유형태의 전화에 따른 진료비 부담의 변동



미국의 대표적 비영리 민간의료보험 회사인 Blue Cross와 Blue Shield plans의 1/4이 영리형으로 바뀐 뒤에 비영리형과 영리형의 재정적 수행도 비교는 시사하는 바가 매우 크다. 영리형으로의 전환을 찬성하는 이들은 영리형이 이윤 성장에서의 빠른 속도, 기술 획득, 원치 않는 세금 탈루의 회피, 자본시장에의 접근을 통한 혜택 등을 가져올 것으로 주장하였다. 하지만, Robert H. Booz 의 연구에 의하면 영리형과 비영리형 간에는 재정적 수행도에서 거의 차이가 없었으며, 오히려 전통적인 플랜 방식에서 더 효율적이라는 평가가 있었다. 이러한 현상은 비영리병원이나 영리병원 모두 이윤에 관한 한 민감한 반응을 보이지만, 이윤 추구 행태에서 서로 다르게 반응하기 때문이며, 병원 소유형태 그 자체만으로도 의료비에 중대한 영향을 미침을 알 수 있다.

영리형으로 전환된 Blue Cross 와 Blue Shield 는 영리민간보험회사인 Anthem사와 WellPoint사로 합병되었는데, Conover 등(2005)⁷⁾의 연구에 의하면, 어떤 방식으

7) Conover CH, Hall MA, Ostermann J. The impact of Blue Cross conversions on health spending and the insured. Health Affairs 2005;24(2):479-482

로 합병되었는가에 따라 의료비에 차이가 있음을 지적한 바 있다. 영리조직으로 전환 전 5년간의 주별 평균진료비를 산출하여 전환 이후의 평균 진료비와 비교한 결과, 전반적으로 의료비 증가 폭이 크지는 않았으나, Anthem 사에 합병된 경우에는 전체적으로는 전환 전에 비해 의료비가 3%, 병원 의료비는 4% 증가하는 결과를 보였다. 하지만, 비영리 민간의료보험사의 영리형으로 전환 시 의료비 지출에 대한 효과는 비영리병원의 영리병원으로 전환 시 의료 지출의 효과와는 그 의미하는 바가 다를 것을 인식할 필요가 있다.

<표 4-2> Blue Cross 조직의 영리 전환 전·후의 의료비

주 별(전환년도)	1인당 의료비 지출 지수(미국 평균 =100)					
	전환 이전	전환 이후	전후 비	전환이전	전환이후	전후 비
전체			1.010			1.015
Anthem사 합병			1.030			1.040
CO(99)	91	-	-	86	-	-
CT(97)	123.8	123.6	0.999	104.8	101.8	0.972
IN(92)	91.9	95.3	1.037	92.4	98.4	1.065
KY(93)	86.5	93.7	1.084	91.3	98.7	1.081
ME(00)	100.2	-	-	100.9	-	-
NV(99)	85.7	-	-	76.9	-	-
NH(99)	102.4	-	-	92.5	-	-
OH(95)	100.5	101.1	1.006	102.6	106.1	1.034
VA(97)	85.3	87.2	1.022	86.9	91.0	1.047
WI(91)	95.1	98.1	1.032	85.9	91.4	1.065
WellPoint사 합병			0.969			0.956
CA(93)	102.4	93.0	0.908	92.5	81.7	0.883
GA(96)	96.0	95.4	0.993	100.1	97.1	0.970
MO(94)	100.9	101.6	1.006	114.9	116.7	1.016

아래 <표 4-3> 비영리병원 형태 혹은 공공병원 형태에서 영리병원으로 전환 한 경우 의료비가 증가함을 보여주고 있다. 반대의 경우에는 의료비가 감소하는 것을

보여주고 있는 연구결과이다. 이것은 미국 65세 이상 Medicare 환자 35,845명을 대상으로 1982년, 1984년, 1989 및 1994년 전국 패널 조사 결과로 얻어낸 값으로 상당히 의미 있는 분석이라 할 수 있다(Picone, G. et al, 2002).

<표 4-3> 영리병원 전환 이후의 의료비 증가 현황

	GN to F				F to GN			
	Mortality			Payments	Mortality			Payments
	1 Month	6 Months	1 Year		1 Month	6 Months	1 Year	
5+ year	.0754	.1757	.2484	7,211	.1031	.2250	.2843	5,394
before	(.0080)	(.011)	(.0345)	(337)	(.017)	(.0233)	(.0252)	(397)
convert	[-]	[-]	[-]	[-]	[-]	[-]	[-]	[-]
3-4 year	.0828	.1978	.2941	9,105	.0628	.1413	.1623	7,332
before	(.1142)	(.0206)	(.0235)	(692)	(.0176)	(.0252)	(.0267)	(620)
convert	[.6492]	[.3492]	[.0843]	[.0142]	[.1006]	[.0155]	[.0010]	[.0089]
1-2 year	.0683	.2080	.2656	8,379	.0875	.1687	.2562	7,204
before	(.0121)	(.0203)	(.0221)	(494)	(.0224)	(.0297)	(.0346)	(784)
convert	[.3801]	[.1677]	[.4796]	[.0515]	[.5791]	[.1376]	[.5121]	[.0409]
Year of	.0828	.1910	.2484	9,789	.0769	.2000	.2615	7,513
Convert	(.0220)	(.0314)	(.0345)	(1,129)	(.0333)	(.0500)	(.0549)	(1,033)
	[.7540]	[.6472]	[.9798]	[.0300]	[.4853]	[.6512]	[.7055]	[.0513]
1-2 year	.1323	.2843	.3872	10,807	.1250	.2083	.2187	7,486
after	(.0237)	(.0316)	(.0341)	(977)	(.0339)	(.0416)	(.0424)	(975)
convert	[.0242]	[.0014]	[.0002]	[.0006]	[.5654]	[.7277]	[.1855]	[.0592]
3+ year	.1051	.2506	.3315	11,040	.0854	.1452	.1794	8,039
after	(.0159)	(.0225)	(.0244)	(610)	(.0259)	(.0327)	(.0356)	(822)
convert	[.0968]	[.0032]	[.0026]	[.0000]	[.5701]	[.0486]	[.0171]	[.0043]

출처: Gabriel P. et. al. (2002)

3. 영리병원의 비용-효율성

경제학적 이론에 따른 영리병원의 가장 큰 장점으로 높은 비용-효율성을 들 수 있다. 영리병원 찬성론자들은 미국에서 영리병원의 성장이 비용을 낮추고 효율성을 증대시키며 경쟁의 심화가 행정비용을 감소시킬 수 있을 것이라 예상하였다.

1970년대와 180년대 초반에 이루어진 연구에 따르면, 환자진료보다는 부수적인 서비스에 더 많은 비용을 청구하고, 행정비용이 더 많이 소요됨으로써 전체 비용이 더 높아진다고 보고한 바 있다. 그리고, 1990년에 전체 미국병원의 지출규모 중 행정비용은 24.8%였는데 이는 캐나다의 2배에 달하는 수치였다.

Woolhandler와 Himmelstein(1997)⁸⁾이 1992년 10월부터 1993년 9월까지 1년간 HCFA(Health Care Financing Administration)로부터 메디케어 진료비 지불을 받는 미국 6,225개의 병원의 지출 실태를 파악한 연구 결과에 따르면, 영리병원은 비영리 병원과 공공병원에 비해 행정비용이 더 높았다. 전체 영리병원의 행정비용은 총지출의 34%임에 비해, 비영리병원은 24.5%, 공공병원은 22.9%였다. 특히, 정신병원의 경우 영리병원의 행정비용은 44.4%에 달하였으며, 비영리병원은 33.6%, 공공병원은 24.3%로 병원 소유형태별로 가장 뚜렷한 차이를 보였다.

8) Woolhandler S, Himmelstein DU. Costs on care and administration at for-profit and other hospitals in the United States. N Engl J Med 1997;336:769-74

<표 4-4> 병원의 종류와 소유형태에 따른 총 병원비용 중 행정비용

병원종류	영리병원	비영리병원	공공병원	전체
단기종합병원	28.6(751)	24.1(3,115)	22.5(1,335)	24.3(5,201)
장기종합병원	29.9(42)	24.2(37)	27.4(19)	27.3(98)
암병원	-	27.3(6)	24.5(3)	26.4(9)
정신병원	44.4(366)	33.6(101)	24.3(160)	37.5(627)
재활병원	37.7(123)	25.6(70)	28.1(14)	33.0(207)
기타병원	33.2(6)	27.4(53)	25.9(24)	27.4(83)
전체병원	34.0(1,288)	24.5(3,382)	22.9(1,555)	26.0(6,225)

Reinhardt(2000)⁹⁾는 동일한 시장 영역에서 서비스를 제공하는 가상적인 영리병원과 비영리병원을 설정하여 연구한 바 있었다. 이들 병원은 4백만 달러에 상당하고 내구기한이 6년인 동일한 의료장비를 갖추고 있으며, 이들 의료장비는 매회 700달러를 벌어들이는 매년 3,100단위의 서비스를 생산하고, 서비스를 생산하기 위한 매년 운영비용은 120만 달러로 간주하였다. 영리병원은 세금으로 이윤의 35%를 지출하고, 비영리병원은 세금을 지불하지 않으며, 세액공제로 자금을 벌릴 수 있는 것으로 설정하였다.

이러한 가정에 의한 계산에 따르면, 이 의료장비를 운영함으로써 발생하는 순현재가치는 영리형 병원에서는 \$309,463의 적자인 반면, 비영리병원은 \$495,097의 흑자가 나는 것으로 나타났다. 또한 내부수익률에서도 영리병원은 8.44%임에 비해 비영리병원은 11.90%로 비영리병원의 내부수익률이 더 높았다.

9) Reinhardt UE. The economics of for-profit and not-for-profit hospitals. Health Affairs 2000;19(6):178-186

<표 4-5> 가상적인 영리병원과 비영리병원의 순 운영비용 흐름

연도	순 운영비용	
	영리병원	비영리병원
0	-\$4,000,000	-\$4,000,000
1	910,000	970,000
2	1,078,000	970,000
3	899,300	970,000
4	791,500	970,000
5	791,500	970,000
6	711,700	970,000
순현재가치	-\$309,463	\$495,097
내부수익률	8.44%	11.90%

손익분기점 분석에서도 영리병원에 비해 비영리병원에서의 의료서비스 제공이 더 효율적이라는 결론을 내리고 있다.

<표 4-6> 가상적인 영리병원과 비영리병원의 시술당 손익분기점

투자비용 이자율	손익분기점 가격		
	영리병원	비영리병원	비영리병원/영리병원
8%	\$695	\$666	104.4%
10%	720	683	105.4
12%	745	701	106.3
14%	772	719	107.4

미국에서 대표적 영리병원 조직인 Columbia/HCA의 사례는 우리 사회에 시사하는 바가 매우 크다(Kuttner, 1996)¹⁰⁾. Columbia/HCA는 미국에서 가장 크고, 공격적

10) Kuttner R. Columbia/HCA and the resurgence of the for-profit hospital business(first of two part). New Engl J Med 1996;335(5):362-367

인 영리병원 체인으로 38개 주에 340개의 병원, 135개의 통원수술 전문기관, 200개의 가정방문기관으로 구성되어 있으며, 미국 영리병원의 약 50%를 차지하고, 미국 전체 병원 병상의 7%를 차지하고 있다. 뿐만 아니라, 영국, 스페인 등에 체인 병원을 운영하고 있다. 1995년 기준 총자산은 200억달러이며, 수익은 10억달러였다. 1998년 4개병원으로 출발한 Columbia/HCA는 이후 급속도로 병원을 확장함으로써 1995년에는 무려 332개의 병원을 거느리는 거대 사업체로 변모하게 된다.

이 과정에서 대부분 병원을 신축하는 것이 아니라, 기존 병원을싼 값으로 사들이는 방식을 채택하였다. Columbia사의 설립자인 Richard Scott은 1988년에 Healthtrust로부터 2개 병원(EI Paso, Texas)을 사들인 것을 시작으로 1992년 Basic American Medical의 8개 병원, 1993년 Galen의 3개 병원, 1994년 HCA의 97개 병원, 그리고 1995년에는 Healthtrust의 나머지 병원 117개 병원을 합병하였다. 그리고, 1995년 한해만 32개의 비영리병원을 합병한 바 있다.

<표 4-7> Columbia/HAC의 성장(1988-1995)

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
병원수	4	4	11	12	24	115	207	332
입원 환자수	7,022	20,884	32,925	48,950	74,630	1,158,400	1,565,537	1,744,793
총자산 (천달러)	45,260	153,130	290,322	499,322	819,302	10,252,000	15,543,000	17,646,000
순수익 (천달러)	1,704	6,258	9,848	15,202	25,875	507,000	814,000	988,000
허가병상 수(천말)	511	833	2,130	2,542	4,938	42,237	59,595	61,347

이러한 과정에서 Columbia/HCA는 메디케어, 메디케이드 환자들에 대한 부담 청

구 등을 이유로 FBI의 조사를 받았으며, 2000년 5월 7억4천5백만 달러의 벌금을 부과하는 것으로 합의하였고, 당해연도 12월에는 연방정부는 사기에 대한 비용으로 9천5백3십만 달러를 지급하는 것으로 합의한 바 있다. 이는 미국 역사상 사기에 대한 벌금으로 가장 많은 액수였다(미국 CBS, 2000년 12월 14일자).

미국에서는 1980년대 이후로 병원의 진료비 지불방식이 행위별 수가제 중심에서 포괄수가제로 전환됨에 따라 영리병원들은 더 비용절감 노력을 하였고, 그 결과 환자진료에 소요되는 비용과 제공되는 서비스를 줄임으로써 이윤을 추구하고 있다. 이러한 경향은 영리병원조직에서 더욱 강력하게 나타났는데, Colombia/HCA 에서는 정규간호사와 같은 면허를 가진 인력 대신에 회사에서 훈련을 받은 “다방면의 기술을 가진” 근로자로 대체하였고, 단기 간호 인력으로의 전환과 이전에 비해 질이 떨어지는 공급방식을 도입하였다. 예를 들어, 이전에 비해 더 얇아지고, 잘 찢어지는 수술용 장갑을 구매하였고, 알코올 솜은 더 작아졌고, 기능이 떨어지는 흉부배농관을 사용하였다. 또한 간호사들은 이전에 비해 더 많이 의학적 과오를 범하였지만, 보고되는 건수는 더 적어졌다.

Rosenau와 Linder(2003)¹¹⁾가 1980년부터 20년간 영어로 쓰여진 영리병원과 비영리병원의 수행도(Performance)에 관한 149개 논문을 비교한 연구에 따르면, 비용의 측면에서 연구한 논문은 이 중 56개였으며, 이들 논문을 검토한 결과 경제학적 이론에 따른 예상과는 달리 영리병원이 비영리병원에 비해 나은 것이 없다는 결론을 도출하였다.

영리병원이 비용의 측면에서 더 효율적이라는 결론은 이들 중 13개의 논문(23%)들이었으며, 15개의 논문들(27%)에서는 영리병원과 비영리 병원 간에 별 차이가 없

11) Posenau PV, Linder SH, Two decades of research comparing for-profit and nonprofit health provider performance in the United States, Social Science Quarterly 2003;84(2):219-231

었고, 절반에 해당하는 28개의 논문들(50%) 에서는 비영리병원이 영리병원에 비해 비용-효율의 측면에서 더 나은 것으로 평가되었다.

4. 영리병원의 경제적 우위성의 허와 실

경제학적 이론 및 예측과는 달리 영리병원의 진료비가 높을 뿐 아니라 비용-효율의 측면에서도 비영리병원보다 우월하지 못하다는 것이 과거 연구들의 주요한 결론이다. 따라서 영리병원은 국민들의 의료비 지출을 급격히 증가시키면서도 환자 개인 또는 전체 인구집단의 건강수준을 향상시키는 데는 매우 제한적임을 예상할 수 있다. 그 이유를 몇 가지 사례를 통해 살펴보기로 한다.

1988-2000년 동안 미국의 병원을 대상으로 분석한 자료에 의하면, 병원 소유형태 별로 이윤 추구의 정도가 상이하였다. 이 중 영리병원이 수익성을 쫓아 진료하는 형태가 눈에 띄게 높았다. 즉, 수익성이 예상되는 진료에는 민감하게 대응하는 한편, 수익성이 낮은 영역에서는 진료를 적극적으로 하지 않는다는 것이다. 수익성이 많은 심장수술에서는 영리병원의 수술율이 공공병원에 비해 13.0%, 비영리병원에 비해 7.3% 더 높았다. 반면, 수익성이 낮은 정신질환 응급진료에서는 영리병원에서 공공병원에 비해 15%나 낮았으며, 비영리병원에 비해서는 8.4%나 낮아 영리병원에서 수익성이 덜한 서비스를 적게 제공하고 있음을 알 수 있다.

DRG 지불체제에서 조기 퇴원 및 외래의 유도로 수익을 창출하는 것이 확연히 발견되었다. 전체 의료기관에서 영리법인 의료기관의 비율이 2.9%인 대만의 연구에 따르면, 2000년 입원진료 청구 데이터 100,730건을 대상으로 병원소유 형태와 환자 외래 이송 간의 관계를 분석한 결과 영리병원은 입원 기간이 가장 짧은 상태에서 외

래 진료로 환자를 전환하는 비율이 비영리병원에 비해 높았다. 이는 포괄수가제 하에서 병원의 수익을 높이기 위해 조기 퇴원으로 입원일수를 단축하면서 환자를 외래 진료로 유도하는 형태로 수익을 극대화하려는 동기에서 발생한 것이다(Lin HC et al, 2004)¹²⁾

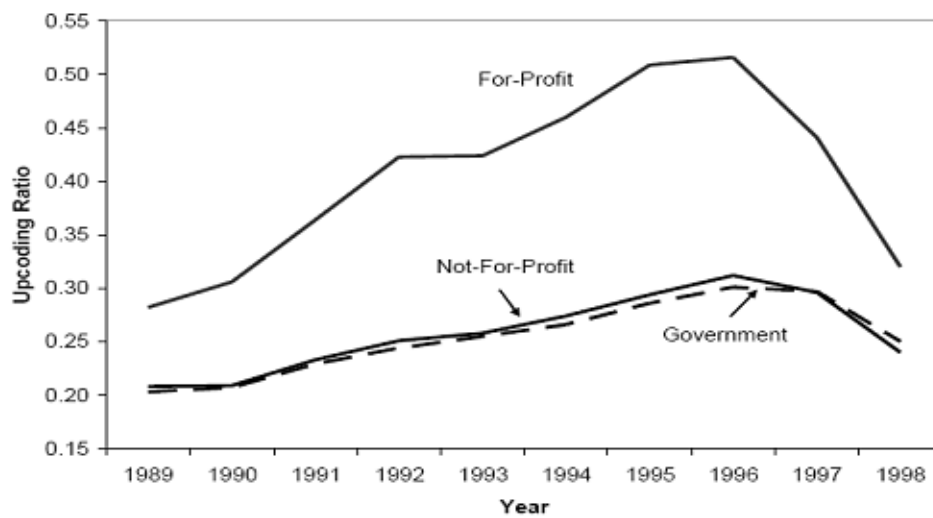
Silverman 등(2005)¹³⁾이 미국 Medicare에서의 1989-1996년 동안 호흡기 감염 및 염증질환을 대상으로 DRG 진료비 청구 경향을 분석한 바에 의하면, 공공병원이나 비영리병원에 비해 영리병원에서의 등급 상향 청구비(전체 호흡기 감염 및 염증질환 중 합병증이 동반된 호흡기 감염 및 염증질환의 청구비)가 월등히 높은 것으로 파악되었다.

비영리병원에서는 등급 상향 청구비가 1989년 20%에서 1996년 30%로 증가하였다가 1998년 25%로 감소한 반면, 영리병원에서는 1989년 25%에서 1996년 52%로 급상승하였고, 다시 1998년에는 32%로 급감하였다. 특히, 1998년에 급감한 것은 앞서 지적한 바와 같이 대표적인 영리병원 체인인 Columbia/HCA의 부당청구 사건과 직접적인 관련성이 있음을 알 수 있다.

12) Lin HC, Association of hospital ownership with patient transfers to outpatient care a prospective payment system in Taiwan, Health Policy 2004;69(1):11-19

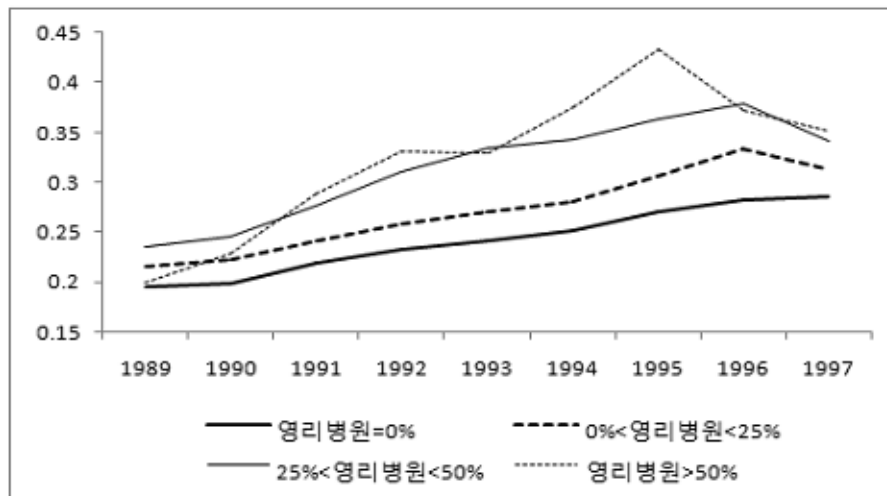
13) Silverman E, Skinner J, Medicare upcoding and hospital ownership, Journal of Health Economics 2004;23(2):389-389

<그림 4-2> 병원 소유형태별 DRG 등급상향 청구비



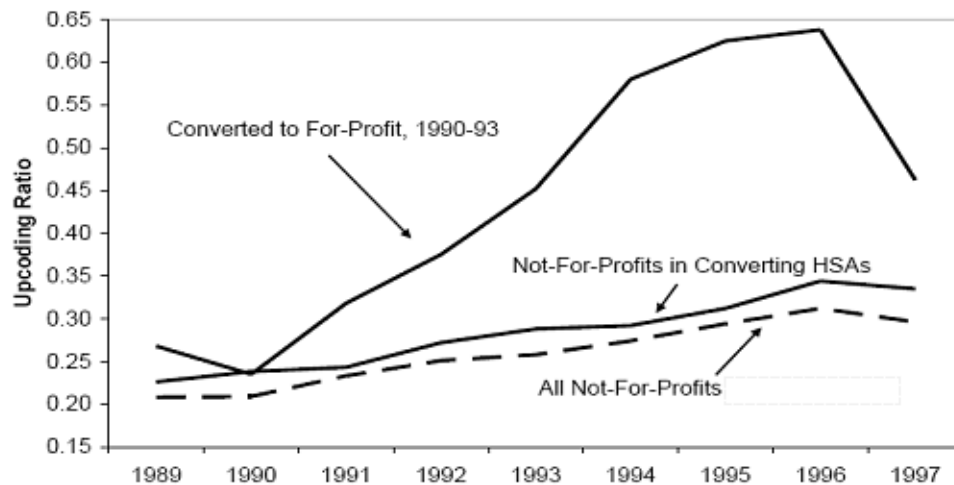
비영리병원 중에서도 위치한 지역의 영리병원 점유율에 따라 DRG 등급상향 청구비에서 상당한 차이를 보였다. 영리병원이 전혀 없는 지역의 비영리병원의 등급상향 청구비가 가장 낮았으며, 지역에서의 영리병원 점유율이 증가함에 따라 등급상향 청구비 역시 뚜렷하게 증가하였다. 이러한 현상은 영리병원과의 경쟁에서 생존하기 위해 비영리병원에서도 영리병원과 동일한 행태를 취하기 때문이다.

<그림 4.3> 지역의 영리병원 점유율에 따른 비영리병원의
등급 상향 청구비



또한, 1990-93년에 걸쳐 비영리병원에서 영리병원으로 전환한 경우에도 동일 지역의 비영리병원들에 비해 DRG 등급상향 청구비가 급격히 증가하였고, Columbia/HCA 사건이 있었던 1997년 이후로는 급감하는 경향을 보였다.

<그림 4.4> 동일 서비스 지역에서 영리로 전환한 병원과 비영리 상태로 남아 있는 병원간의 등급 상향 청구비의 분포



그렇다고 해서 등급상향 청구비가 높은 지역에서의 호흡기 감염 및 염증성 질환으로 인한 사망률이 그렇지 않은 지역에 비해 더 높은 것은 아니었다.

고가장비의 사용을 통한 수익 창출의 극대화도 영리병원의 주요한 행태이다. Sloan과 Trogon(2003)¹⁴⁾이 미국 메디케이드 가입자를 대상으로 한 Cooperative Cardiovascular Project 자료를 이용하여 급성심근경색으로 입원한 환자들을 대상으로 병원 형태별로 진료 실태를 조사한 결과에 의하면, 비영리병원에서는 수술 후 아스피린 투약 등으로 비용이 적게 드는 진료를 하는 반면, 영리병원에서는 고가장비를 사용하는 경향이 강하였다.

다변량 로지스틱 회귀분석 결과, 사망률에서는 공공병원과 비영리병원이 영리병원과 유의한 차이를 보이지 않았다. 하지만, 공공병원과 비영리병원은 영리병원에 비

14) Sloan PA, Trogon JG Does the ownership of the admitting hospital make a difference? Outcomes and process of care of Medicare beneficiaries admitted with acute myocardial infarction, Medical Care 2003, 41(10):1193-2305

해 비용이 적게 드는 기술들(아스피린 처방, 베타 차단제 처방, ACEI 약제 처방, 혈전용해제 처방)을 더 많이 제공하는 반면, 영리병원에서는 비용이 많이 드는 기술들(심장 카테터, 경피적 관상동맥 우회술, 관상동맥 우회술)을 더 많이 제공하였다. 이는 영리병원이 이윤을 극대화하기 위해 고가 진료를 얼마나 많이 행하는지를 잘 보여주는 사례로 볼 수 있다.

<표 4-8> 병원 소유형태별 급성심근경색 환자의 사망률 및 제공받은 기술

	공공병원		비영리 병원		영리병원
사망*					
퇴원 후 30일	1.02	(0.96-1.08)	0.97	(0.93-1.01)	1.00
퇴원 후 1년	1.00	(0.93-1.01)	0.98	(0.94-1.01)	1.00
저비용 기술					
입원 시 아스피린 처방	1.03	(1.02-1.04)	1.04	(1.03-1.05)	1.00
퇴원 시 아스피린 처방	1.05	(1.03-1.07)	1.06	(1.05-1.08)	1.00
퇴원 시 베타차단제 처방	1.01	(0.97-1.05)	1.13	(1.09-1.16)	1.00
입원 시 ACEI 처방	1.03	(0.99-1.06)	1.06	(1.03-1.09)	1.00
퇴원 시 ACEI 처방	1.05	(1.01-1.10)	1.08	(1.04-1.11)	1.00
혈전용해제 처방	1.00	(0.94-1.06)	1.00	(0.96-1.05)	1.00
고비용 기술					
심장 카테터	0.81	(0.77-0.85)	0.81	(0.78-0.84)	1.00
경피적 관상동맥 확장술 (PTCA)	0.81	(0.75-0.87)	0.83	(0.78-0.87)	1.00
관상동맥우회술(CABG)	0.73	(0.66-0.81)	0.80	(0.74-0.86)	1.00

* 환자의 사회경제적 특성, 병원 특성, 입원 년도, 동반 질병 및 건강상태, 입원경로, 질병 중 중도로 보정한 상태에서의 수치임

현재 국회에 제출된 정부의 의료법 전면개정안에 포함된 병원경영회사 설립과 병원간의 인수합병 허용은 사실상 영리병원화를 인정하는 것으로 향후 자본 동원력이 높은 병원자본을 중심으로 한 인수합병 및 의료서비스의 영리성 추구가 더욱 가열화될 것으로 예상해 볼 수 있다. 따라서 이들 법안이 통과되기 전에 국민 의료비와

국민 건강수준 향상에 어떠한 영향을 미칠 것인가에 대한 심도깊은 논의가 선행되어야 할 것이다.

제 5 장

영리병원의 의료 접근성

제5장 영리병원의 의료 접근성

1. 서론

영리병원의 찬성론자들은 영리병원은 환자의 요구에 더 잘 부응을 하며, 환자 보호에서도 비영리 병원에 비해 뒤질 것이 없다는 주장을 하고 있다. 이러한 논리를 요약하자면 다음과 같다(Hasan MM, 1996)¹⁵⁾

영리병원이 지난 시기 급속하게 성장하게 된 근거에는 병원 종사들뿐 아니라 환자의 요구를 직접적으로 충족시켜 주었기 때문이다. 영리병원은 서비스에 대해 보다 창조적이고, 공격적이며, 소비자의 수요에 반응을 잘한다. 미국 보건의료의 가장 혁신적인 부분은 제약산업인데, 이는 모두 영리형이다. 일부 비평가들은 영리형 HMOs가 공공의 이익에 관심을 기울이지 않는다고 주장하지만, 이는 (공공의 이익에 별 관심을 기울이지 않는다는 이유로) 주요 제약회사들을 비영리조직으로 전환해야 한다는 주장처럼 터무니없는 것이다. 만약, 이렇게 된다면, 자본은 고갈될 것이고, 혁신은 소멸되고, 따라서 치솟는 비용과 접근성의 격감 및 낮은 질을 감당해야 할 것이다.

비영리병원이 영리병원에 비해 투자자들보다 환자들을 더 보호한다는 근거는 희박하다. 비영리병원의 옹호자들은 비영리병원이 이윤보다는 환자의 복지를 더 소중히 여긴다고 주장하지만, 이의 근거는 없다. 비영리병원 역시 영리병원처럼 같은 시장에서 경쟁을 할 뿐 아니라, 구매자 또는 소비자는 영리병원과 비영리병원 간의 차이를 모르며 가장 적절한 가격에 최상의 의료서비스를 이용할 수 있는 데에 관심을

15) Hasan MM, Let's end the nonprofit charade, New Engl J Med 1996;334:1055-57

둔다는 것이다. 더군다나 비영리병원은 조직적으로 경쟁적 환경에 잘 적응하지 못하며, 따라서 환자의 요구를 충족시키는데 충분한 자원을 확립하는데 능력이 떨어진다.

이처럼 영리병원은 운영의 경직성으로 인해 황폐화되어 가고 있는 현재의 보건의료체계에서 오아시스와 같은 존재이라는 것이 찬성론자의 주된 논지이다. 의료의 접근성 역시 소비자의 요구와 수요에 제대로 부응함으로써 소비자의 이익을 증진시키는 데 기여를 한다는 것이다. 그렇다면, 과연, 영리병원이 비영리병원에 비해 의료의 접근성과 만족도에서도 별 차이가 없거나 더 나은지에 대한 객관적 평가가 필요하다.

2. 의료기관 소유형태와 의료접근도 및 환자 만족도

Tu와 Reschovsky는 미국 가계조사(1996-97)와 보험추적조사(Insurance Followback Survey) 자료를 이용하여 영리형 HMO와 비영리형 HMO 가입자들의 의료접근성과 환자 만족도에 대한 연구를 수행한 바 있다. 이 연구에 따르면, 미충족 의료 또는 진료의 지연에서 영리형 HMO와 비영리형 HMO 간에 건강한 가입자는 별 차이가 없었으나, 불건강한 가입자에서는 영리형 HMO에서 더 많은 것으로 나타났으며, 이는 $p<0.1$ 수준에서 통계적으로 유의하였다. 미충족 의료 또는 진료 지연의 원인으로 재정적 장벽은 건강한 가입자와 불건강한 가입자 모두 유의한 차이가 없었으나, 조직적, 행정적 장벽은 영리형 HMO의 불건강한 가입자가 비영리형 HMO보다 $p<0.1$ 수준에서 통계적으로 유의하였다.

또한 평균 연간 가계지출은 건강한 가입자와 불건강한 가입자 모두에서 영리형 HMO 가입자에서 비영리형 HMO 가입자보다 유의하게 높았다($p<0.05$). 이용자의 전반적인 만족도는 건강한 가입자의 경우, 영리형 HMO에서 58.3%임에 비해 비영리

형 HMO는 63.8%였으며, 불건강한 가입자에서는 영리형 HMO 55.3%, 비영리형 HMO 65.7%로 모두 비영리형 HMO에서 만족도가 높았고, 이는 통계적으로도 유의하였다. 마지막 방문 시 의사 만족도에 대해서는 건강한 가입자의 경우 “환자 의견청취”의 만족을 제외하고는 모두 비영리형 HMO 가입자의 만족도가 통계적으로 더 높았고, 불건강한 가입자의 경우에는 사람됨, 의사 설명, 환자 의견청취 모두에서 비영리형 HMO 가입자의 만족도가 더 높았다. 하지만, 의학적 필요를 먼저 생각, 필요할 때 의뢰가 가능함 등 의사에 대한 신뢰에서는 영리형 HMO 가입자와 비영리형 HMO 가입자 간에 통계적 차이를 보이지 않았다.

<표 5-1> 건강유지기구(HMO)의 환자 유형별 영리 상태별
의료접근성과 환자 만족도

	건강한 가입자(12,445명)			불건강한 가입자(826명)		
	영리형 HMOs	비영리형 HMOs	확률값	영리형 HMOs	비영리형 HMOs	확률값
의료 접근성						
미충족 의료 또는 진료 지연	13.1	13.3	0.50	17.4	14.6	0.09
-재정적 장벽	5.9	5.2	0.57	7.3	6.6	0.57
-조직적, 행정적 장벽	9.0	10.4	0.39	12.9	9.9	0.08
평균 연간 가계지출	480	432	0.03	731	507	0.04
환자 평가						
전반적으로 매우 만족	58.3	63.8	0.01	55.3	65.7	0.007
마지막 방문 시 의사 만족도						
사람됨의 만족	36.4	37.5	0.05	30.4	39.7	0.02
의사 설명의 만족	42.0	44.8	0.05	36.1	47.5	0.01
환자 의견청취 만족	42.1	42.2	0.64	34.4	43.5	0.05
의사에 대한 신뢰						
의학적 필요를 먼저 생각	64.2	60.7	0.07	58.7	67.7	0.55
필요할 때 의뢰가 가능	64.6	62.5	0.14	60.1	66.5	0.74

* 가입자의 개인과 가족의 특성, 지역 의료시장의 특성, HMO 조직 특성으로 보정

Schlesinger 등(2005)¹⁶⁾이 2002년도 예일 뉴욕 아카데미 의료소비자 서베이 조사를

이용하여 분석한 바에 따르면, 영리병원에 비해 비영리병원을 전반적으로 더 만족하는 것으로 나타났다.

높은 의료의 질에 대한 접근성은 비슷하다는 견해가 55%로 가장 많았으나, 비영리병원(13%)보다는 영리병원(29%)에서 더 높았다. 보험이 소진되었을 때 환자 퇴원과 관련해서는 비영리병원이 그렇게 하지 않을 것이라고 생각하는 응답자가 60%로 가장 많았으며, 환자가 필요로 하지 않는 서비스를 제공하지 않을 것으로 생각하는 경우도 비영리병원에서 59%로 가장 높았다. 인종에 관계없이 공평하게 진료하는지에 대해서는 비슷하다는 의견이 57%로 가장 많았으나, 비영리가 더 낫다고 응답하는 경우가 31%로 비영리병원의 7%보다 4배 이상 높았다. 환자를 존중하면서 진료를 하는 것에 대해 비슷하다는 응답이 58%로 가장 많았으나, 비영리가 더 낫다는 경우가 27%로 영리가 낫다는 경우인 12%보다 더 높았다.

<표 5-2> 병원 형태별 의료의 질, 신뢰성, 인간존엄성에 대한 국민 인식도

	비영리가 나음	비슷함	영리가 나음
의료의 질			
높은 의료의 질	13%	55%	29%
신뢰성			
보험이 소진되었을 때 환자 퇴원	60%	28%	8%
환자가 필요하지 않는 서비스 제공	59%	33%	3%
인간존엄성			
인종에 관계없이 공평하게 진료	31%	57%	7%
환자를 존중하면서 진료	27%	58%	12%

소유형태의 이해도에 따라서도 다른 양상을 보이는데, 이해도가 낮은 응답자에 비

18) Schlesinger M, Mitchell S, Gray BH. Public expectations of nonprofit and for-profit ownership in American medicine: Clarifications and implication 2005;23(6):181-191

해 이해도가 높은 응답자에서 비영리가 더 낫다는 비중이 더 높았다. 높은 질의 의료서비스 제공과 관련하여 모두 비영리병원보다는 영리병원이 상대적으로 높은 응답율을 보였으나, 소유구조에 대한 이해도가 낮은 집단에서는 영리가 낫다는 응답율이 37.5%였으나, 소유구조에 대한 이해도가 높은 집단에서는 29.8%로 떨어지는 결과를 보였다. 신뢰성과 관련하여 보험이 소진되었을 때 환자 퇴원에 대하여 소유구조에 대한 이해도가 높은 집단에서 비영리가 낫다는 응답율이 63.3%로 이해도가 낮은 집단의 58.6%에 비해 높았다. 인종에 관계없이 공평하게 진료한다는 질문에 대해서는 소유구조에 대한 이해도가 낮은 집단에서는 영리가 낫다는 응답율이 7.4%였으나, 이해도가 높은 집단에서는 5.8%로 더 낮았다.

<표 5-3> 소유권에 대한 이해정도에 따른 의료의 질, 신뢰성, 인간존엄성에 대한 인식도

	소유권에 대한 이해도 낮음			소유권에 대한 이해도 높음		
	비영리가 나음	비슷함	영리가 나음	비영리가 나음	비슷함	영리가 나음
의료의 질						
높은 의료의 질	17.2%	37.8%	37.5%	22.7%	41.5%	29.8%
신뢰성						
보험이 소진되었을 때 환자 퇴원	58.6%	28.7%	8.5%	63.3%	27.6%	5.9%
인간존엄성						
인종에 관계없이 공평 하게 진료	30.6%	56.7%	7.4%	31.5%	59.2%	5.8%

의료의 질과 인간 존엄성의 측면에서는 영리병원과 비영리병원이 서로 비슷하다는 인식을 하고 있으며, 신뢰성에서는 비영리병원이 확실히 나은 것으로 국민들이 인식하고 있는 것이다. 이 연구에서 중요한 함의는 국민들이 영리병원의 소유형태가 의미하는 바가 무엇인지를 잘 모르는 상태와 잘 아는 상태에서 영리병원에 대한 인

식 정도에서 상당한 차이가 존재할 수 있다는 것이다. 따라서, 향후 우리나라에서도 영리병원의 인식도 조사를 수행할 경우, 막연한 설문 구성보다는 영리병원과 비영리병원과의 차이를 보다 분명하게 밝힌 후 설문조사를 하는 것이 바람직할 것이다.

지리적 접근성의 측면에서 영리병원은 보다 부유한 지역에 들어서는 경향이 매우 강하다. Norton과 Staiger(1994)¹⁷⁾의 연구에 따르면, 영리병원은 보다 부유한 보험가입자가 거주하는 지역을 더 선호하며, 서비스를 제공하는 지역에서는 적당한 지역사회 서비스를 제공하지만, 비보험자가 많은 지역은 회피한 반면, 비영리병원은 서비스가 필요로 하는 지역에 더 많이 위치하며 이들 지역사회에 필요한 서비스를 제공한다는 것이다. 이러한 영리병원의 지역 선택 전략은 영리병원의 미래 성장을 제한할 수 있으며, 병원산업에서 매우 중요한 의미를 지닌다. 만약, 이것이 사실이라면, 비영리 소유구조가 우위인 공급구조를 지속적으로 유지할 수 있도록 병원산업 정책을 고안하는 것이 바람직하다고 저자들은 제언하고 있다.

3. 소유형태별 제공되는 서비스의 특성

영리병원은 수익성이 높은 서비스만을 골라 제공하는 방법으로 이윤을 극대화할 가능성이 높기 때문에 국민의 의료이용 접근성에 영향을 미칠 수 있다. 실제 Horwitz(2005)¹⁸⁾는 1998년에서 2000년까지 미국병원협회에서 매년 수행한 병원 서베이 자료와 1990년 미국 센서스 자료를 이용하여 의료기관 소유형태별로 의료서비스 제공 내용에 차이가 있는지를 분석한 바 있다. 이 연구에 따르면,

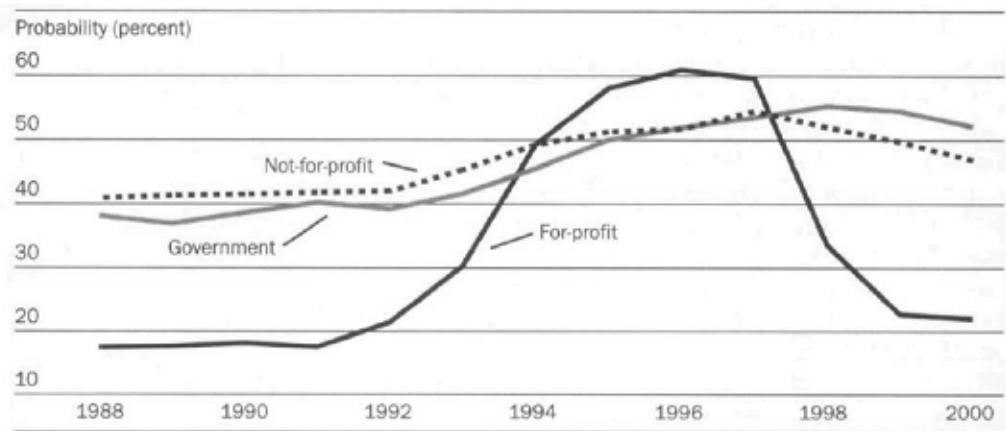
17) Norton EC, Staiger DO. How hospital ownership affects access to care for the uninsured. RAND J of Economics 1994;25(1):171-185

18) Horwitz JR. Making profits and providing care: Comparing nonprofit for-profit and government hospital. Health Affairs 2005;24(3):790-801

가정 간호에 대한 영리병원의 반응은 영리병원이 얼마나 수익성을 추구하는 지를 잘 보여주고 있다. 1988년부터 2000년 사이 가정간호에 대한 수가가 1997년에 조정되었는데, 조정 기점을 기준으로 영리병원의 가정간호에 대한 진료량에서 큰 차이를 보이고 있다. 즉, 1998-1996년 동안 영리병원의 가정간호 서비스 제공 확률은 17.5%에서 60.9%로 3배 이상 증가한데 비해 비영리병원은 40.9%에서 51.7%로, 공공병원은 38.1%에서 51.9%로 증가하였다. 그런데, 1997년 균형예산법이 통과됨에 따라 가정간호서비스에 대한 수가가 낮아진 이후에는 영리병원의 가정간호 서비스 제공 확률은 급격한 감소를 보인 반면, 비영리병원과 공공병원은 완만한 감소를 보였다.

수가정책에 따라 이와 같은 급격한 변동을 보인다면, 지역주민이나 국민들의 의료 이용 접근성에 심각한 영향을 미칠 수밖에 없다. 수익성이 떨어진다는 이유만으로 기존 서비스 제공을 포기해 버리고, 이를 대체할 만한 공급조직이 만들어지지 않는다면, 그 피해는 고스란히 이용자에게 있을 수밖에 없는 것이다. 또한 수익성이 높다는 이유만으로 서비스를 대폭 늘릴 경우에는 공급자 유인 수요 등 불필요한 수요를 창출함으로써 의료비를 증가시키는 요인으로 작동하게 된다. 이러한 측면에서 수익성을 지나치게 의존하는 영리병원 방식의 의료서비스 제공은 국민의료에 바람직하지 못하다.

<그림 5-1> 병원 소유형태별 방문보건서비스 제공의 가능성
(1988-2000)



영리형 의료기관은 비영리형이나 공공의료기관에 비해 보다 더 수익이 나는 의료 서비스에 집중하는 뚜렷한 경향을 보여주는데, 이는 환자의 의료 접근성에 중대한 영향을 미칠 수가 있다. 영리병원은 비영리병원보다 상대적으로 더 수익이 나는 서비스들을 제공하고 있으며, 영리병원과 비영리병원 모두는 공공병원에 비해 더 수익이 나는 서비스들을 주로 제공한다. 이에 비해, 수익이 덜 나는 서비스는 영리병원에 비해서는 비영리병원에서, 영리병원과 비영리병원에 비해서는 공공병원에서 더 많이 제공한다.

특이한 점은 비영리병원이 영리병원에 비해서는 이윤이 적은 서비스를 더 많이 제공하고 있지만, 공공병원에 비해서는 상대적으로 이윤이 있는 서비스에 집중하고, 이윤이 없는 서비스는 간과하고 있다는 사실이다. 이와 관련하여 2004년 비영리병원이 지역사회에서 자선적인 의무를 위반하였다는 50개 이상의 법적 소송이 있었다¹⁹⁾. 더 의회에서도 비영리 부문의 책임을 향상시키기 위한 규제를 광범위하게 조사한

19) BNA's Health Law Reporter, Nonprofit hospital charity care litigation13, 2004,no.43:1555-1575

바 있다²⁰⁾.

이렇듯 영리병원에서는 기본적 속성 상 보다 이윤이 많이 나는 서비스에 집중될 수밖에 없다. 이는 종종 질환자 중심의 서비스 제공이나 경증 질환자 중심의 서비스 제공이나와는 다른 차원의 문제임. 영리병원은 질환의 위중도 여부가 아니라 얼마나 많은 수익을 얻을 수 있느냐에 주된 관심을 가진다. 따라서, 영리병원이 보건의료부문에서 차지하는 비중이 증가할수록, 비영리병원이나 공공병원이 수익이 덜 나는 서비스 부문에 집중할 수밖에 없는 결과가 초래되며, 특히 비영리병원의 경우에는 수익이 덜 나는 서비스 부문에 집중할수록 경영구조가 악화되므로, 취약계층에 대한 전통적인 자선의료들을 포기할 수밖에 없는 상황에 다다르게 된다. 이는 환자들이 필요한 의료서비스를 이용하는데 중요한 제한 요인으로 작용한다. 특히, 수익성은 떨어지지만, 지역주민들이나 국민들의 건강 향상을 위해 매우 중요한 서비스들이 상대적으로 적게 제공됨으로써 전반적인 국민 건강 수준의 하락까지도 예상할 수 있다.

20) Senate Finance Committee, Staff discussion draft, Senate Financing Committee Hearing-charity oversight and reform: keeping bad things from happening to good charities(22 June 2004)

<표 5-4> 병원 소유형태별로 제공되는 서비스의 비교(1998-2000)

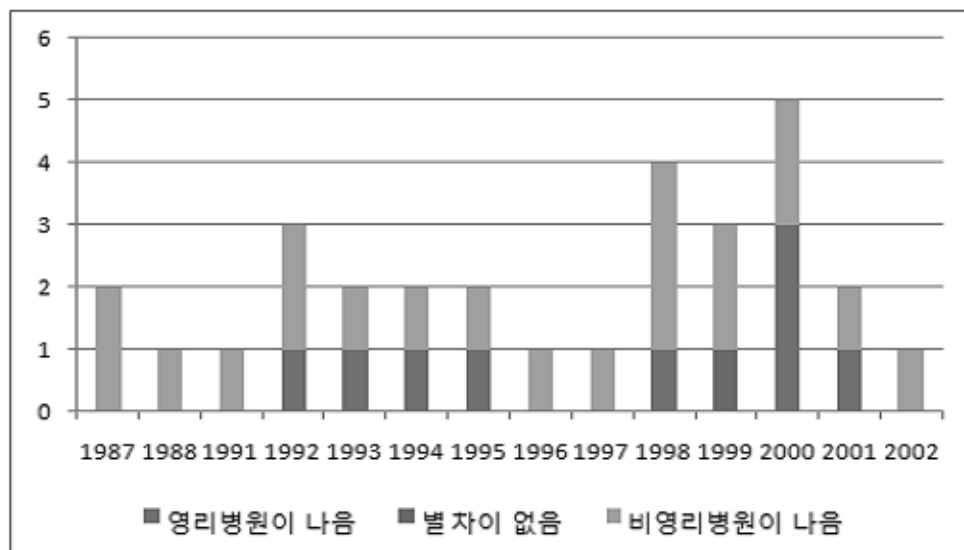
상대적 이용이 있는 서비스	영리>비영리	영리>공공	비영리>공공
혈관조영술(1989-2000)	Y***	Y***	Y***
분만실a	N*	N	Y
심장 카테터	Y***	Y***	Y***
전산화단층촬영(CT)	N	Y	Y*
진단적 방사선동위원소실	N*	Y***	Y***
체외충격신장결석파쇄기	Y***	Y***	Y***
퀴트니스 센터	N**	N	Y**
자기공명촬영(MRI)	Y	Y***	Y***
신생아 집중 치료a	Y***	Y***	N***
개심수술	Y***	Y***	Y***
정형외과 수술(1989-1993)	N	Y***	Y***
소아 집중 치료a	Y***	Y***	N***
양성자 단층촬영(PET)(1990-2000)	Y	Y*	Y
단광자 단층촬영(1990-2000)	N**	Y	Y***
스포츠 의학	=	Y***	Y***
초음파	N***	N	Y
여성 센터a	Y***	Y***	Y*
상대적으로 이용이 없는 서비스			
AIDS 외래(1988-1993)	N	N***	N***
AIDS 서비스(1994-2000)	N***	N***	N***
AIDS unit(1988-1993)	Y**	N	N***
알콜/약물 입원	Y***	Y*	N***
알콜/약물 외래	N***	N***	N***
화상 치료	Y	N*	N***
어린이/청소년 정신과	N	N*	N
응급실	N**	Y	Y***
응급실a	N*	=	Y
HIV 검사(1998-1991)	N	N*	N*
산과(>2 병상)a	N	N	N
산과(100명 이상 분만)a	N***	N**	N
정신과 입원(1989-2000, >1병상)	Y**	N***	N***
정신과 응급 서비스	N***	N***	N***
정신과 응급 서비스a	N***	N***	N
화상 센터	N**	N	Y
화상 센터a	N**	N***	N***

a: 보훈병원은 제외

* p<0.1, ** p<0.05, *** p<0.01

Rosenau와 Linder(2003)²¹⁾은 1980년대 이후로 수행된 영리병원과 비영리병원의 주요 건강문제를 가진 환자들의 접근성에 관한 30개의 논문을 종합적으로 비교 검토한 바 있다. 이 연구에 따르면, 20개의 논문(67%)에서는 비영리병원에서의 의료 접근성이 더 우수하며, 9개의 논문(30%) 서는 두 형태 간에 차이가 없으며, 오직 한 논문(3%)에서만 영리병원이 더 낫다고 결론을 내리고 있다. 그런데, 연도별 추세에서 흥미로운 것은 1990년대에 발표된 논문들에서 상대적으로 영리병원과 비영리병원 간에 접근성에서 “별 차이가 없음”이 더 많이 나타남을 보여주고 있다. 이러한 현상의 가능한 설명은 영리병원과 비영리병원 간의 시장에서의 경쟁이 심화됨으로써 공급형태별 접근성에서의 차이가 상대적으로 감소될 수 있다는 것이다. 그 외에도 저자들은 논문 출판일자에 대한 오류도 지적하고 있는데, 서로 간에 차이가 없다는 9개의 논문 중에서 3개는 1990년 이전, 3개는 1990년대 초반, 그리고 나머지 3개는 1996년 또는 그 이후에 수집된 데이터에 근거하였기 때문이라는 것이다.

<그림 5-2> 접근성 비교



21) Posenau PV, Linder SH, Two decades of research comparing for-profit and nonprofit health provider performance in the United States, Social Science Quarterly 2003;84(2):219-231

제 6 장

병원의 소유형태와 생산성

제6장 병원의 소유형태와 생산성

1. 의료기관의 생산성에 대한 기본 논의

1) 생산성과 효율성

경제학적인 개념으로서 생산성(productivity)은 투입물과 산출물의 비율로 정의할 수 있다. 생산성은 두 가지 개념을 통해 측정된다. 평균생산성과 한계생산성이 그것이다. 평균생산성이란 투입물 한 단위당 산출물의 크기를 말하며, 한계생산성은 투입물이 한 단위 추가적으로 늘어날 때 산출물의 증가분을 의미한다.

생산성과 거의 비슷한 개념으로 사용되면서도 약간 상이한 개념이 효율성(efficiency)이다. 효율성은 어떤 기업이나 사회의 자원배분과 관련되어 많이 사용되는 개념이다. 따라서 어떤 기업의 효율성은 그 기업의 생산체계에 대한 정보와 비교된 후 측정된다. 적재적소의 인사관리에 따른 능률향상이나 규모의 경제에 따른 비용절감 등이 이들 효율성에 대한 적절한 예로 들 수 있다.

예를 들어, 어떤 근로자가 하루에 8시간을 일하여 옷을 한 벌 만들다가 두 벌을 생산하게 되었다면, 그 근로자의 노동생산성이 올랐다고 할 수 있다. 그러나 다른 근로자와 비교하기 전에는 그 근로자가 얼마나 효율적으로 생산하고 있는지를 알 수 없다. 생산성은 주어진 투입량으로 얼마나 만들어 냈느냐를 나타내는 반면, 효율성은 어떤 조건에서 어떻게 만들었느냐를 이야기하는 개념이기 때문이다.

그러나 우리는 많은 경우에 생산성과 효율성을 거의 동일한 개념으로 사용하는데,

이는 생산성이 높은 기업이 예외 없이 효율성도 높기 때문이다. 기술수준이 높고 생산구조의 혁신에 따라 이루어지는 기업의 생산성의 증가는 보통 효율성의 향상을 동반한다. 이러한 이유에서 우리는 이 보고서에서 생산성과 효율성을 거의 구분하지 않고 동일한 개념으로 사용할 것이다.

2) 의료기관의 생산성과 고용

앞에서도 언급했지만, 생산성은 투입물 한 단위당 산출물의 크기이다. 이러한 생산성 개념은 전통적인 제조업의 경우 측정의 문제가 발생하지 않는다. 그러나 정보통신기술의 발전과 더불어 기업의 활동이 점차 유형적인 제품에서 무형적인 서비스를 생산하게 되면서 생산성의 측정문제는 복잡성을 띠게 된다. 서비스산업에서 노동, 자본 등 물적 자원의 투입은 쉽게 확인되고 측정이 가능하나 무형의 서비스인 산출물은 쉽게 측정할 수가 없기 때문이다. 따라서 서비스산업에서 생산성 측정 문제와 관련된 최근의 연구는 산출물의 측정을 향상시키는데 초점을 두고 있다.

의료서비스산업은 최근 들어 가장 급속히 성장하는 대표적인 서비스산업이다. 의료서비스산업에서 생산성을 측정할 때, 산출의 대부분이 무형적이고 정의하기 힘들기 때문에 제조업에서 사용하는 생산성 개념을 사용하는 것은 문제가 있다. 더구나 인간의 지력(brainpower)의 이용이 많아져 서비스 산출물의 이질성이 점점 높아만 가는 현실에서 올바르게 의료서비스 산출을 측정한다는 것은 쉬운 일이 아니다.

의료서비스산업의 행위주체인 의료기관의 평균생산성은 의사나 간호사 1인당 진료환자수를 가지고 평가할 수 있다. 예를 들어, 환자가 늘어나서 간호사를 한명 더 고용할 경우 간호사 한명으로부터 기대되는 추가이익이 간호사에게 지불해야 하는 인건비보다 많을 경우 간호사의 한계생산성은 증가했다고 평가할 수 있다. 그러나 이러한 의료기관의 생산성 측정 방법은 의료서비스의 가치나 질의 차이를 고려하지

않은 것이다.²²⁾ 예를 들어, 의사 1인당 진료환자수의 경우에 진료에 만족한 환자와 진료에 만족하지 않는 환자들을 똑같이 취급하는 것은 서비스의 가치나 질을 고려하지 않은 것이다. 의료서비스의 창출 목적이 양질의 서비스를 제공함으로써 고액인 환자의 건강과 편익을 증진시키는 것이라면 의료서비스의 생산성 문제는 질의 문제를 떠나서 생각할 수 없다.

이런 관점에서 볼 때, 의료서비스의 생산성 측정은 환자에게 초점을 맞추어서 행해져야 한다. 따라서 의료서비스의 생산성은 환자 1인당 치료에 드는 비용, 환자 1인당 치료에서 나오는 수익, 환자 1인당 평균재원일수 등의 방식으로 표현될 수도 있다. 그러나 이러한 생산성 측정 방식도 나름대로의 문제를 갖는다. 예를 들어, 환자 1인당 치료에 드는 비용으로서 생산성을 측정한다고 했을 때, 비용의 차이가 없다고 하더라도 긴 대기시간을 갖는 병원과 그렇지 않은 병원의 생산성은 차이를 보일 것이다.

아직까지 의료서비스의 질을 고려한 생산성 개념 및 측정은 크게 발전되지 못한 상황이다. 따라서 본 보고서에서 사용되는 의료기관의 생산성 개념은 기존의 통상적으로 사용되는 개념에 기초하고 있다.

대표적 의료기관인 병원에서 제공하는 의료서비스의 내용은 다양하다. 의사가 환자를 진료하는 서비스뿐만 아니라 간호사의 서비스, 물리치료서비스, 임상병리서비스 등을 포괄한다. 업무의 다양성으로 인해 다양한 인력이 고용되는 곳이 병원이다. 통상적으로 의사와 간호사는 병원의 대표적인 행위 주체이다. 의사들은 업무에 따라 다양한 전문의로 구분될 수 있다. 의사와 간호사 외에도 약제사, 물리치료사, 방사선사, 임상병리사 등 다양한 인력이 고용된다.

22) 보건산업진흥원에서 정의하는 의료기관의 노동생산성은 인건비투자효율기준((부가가치/인건비)×100)으로 측정된다(보건산업진흥원, 2008).

한국고용정보원 홈페이지(www.work.go.kr)에 나와 있는 보건의료서비스와 관련된 직업들은 다음과 같다. 의사(내과 의사, 외과 의사, 성형외과 의사, 산부인과 전문 의사, 안과 의사, 정신과 의사, 소아과 의사, 방사선과 의사, 마취병리과 의사, 비뇨기과 의사, 피부과 의사, 가정의학과 의사), 한의사, 치과 의사, 수의사, 약사 및 한약사, 간호사, 보건교사, 물리치료사, 임상심리사(심리치료사), 언어치료사, 작업치료사, 임상병리사, 방사선사, 치과위생사, 치과기공사, 의료장비기사, 안경사, 안마사(스포츠마사지사), 위생사, 영양사, 의무기록사, 구급요원, 간호조무사, 간병인, 의료코디네이터를 들고 있다.

2. 병원의 소유형태가 생산성에 미치는 효과 : survey

병원의 소유형태가 생산성 및 효율성에 미치는 경제적 성과에 대한 문제는 오랫동안 보건경제학자들의 관심사였다. 이 절에서는 영리병원과 비영리병원간 성과의 차이, 즉 병원의 소유형태가 생산성(효율성)에 미치는 효과에 대한 기존의 외국문헌들을 검토한다. 우선, 이론적 논의를 살펴본 후에 실증 분석 문헌들을 살펴본다.

1) 이론적 논의

소유형태가 경제적 성과에 미치는 영향은 경제학의 중요한 관심사중의 하나였다. 이윤극대화를 추구하는 사기업들과 달리 정부소유 기업들은 사회적 후생을 기업 목적으로 삼을 수 있고, 중앙집중적인 통제로부터 혜택을 얻을 수 있다. 그러나 정부소유 기업들은 여러 가지 한계를 갖는 것으로 지적되어 왔다. 정부소유 기업들은 정부의 통제를 받기 때문에 자본시장에 의한 자율적인 감독이 부재하고, 이에 따라 효

을적인 투자행위가 이루어지기 어려울 것이다. 게다가 로비와 정치적인 목적에 따라 자원배분이 이루어지기 때문에 자원배분의 효율성이 저해될 수 있다. 한편, Kornai(1986)는 연성예산제약(soft budget constraints)이라는 테제를 가지고 정부소유 기업들의 비효율성을 지적한다.²³⁾

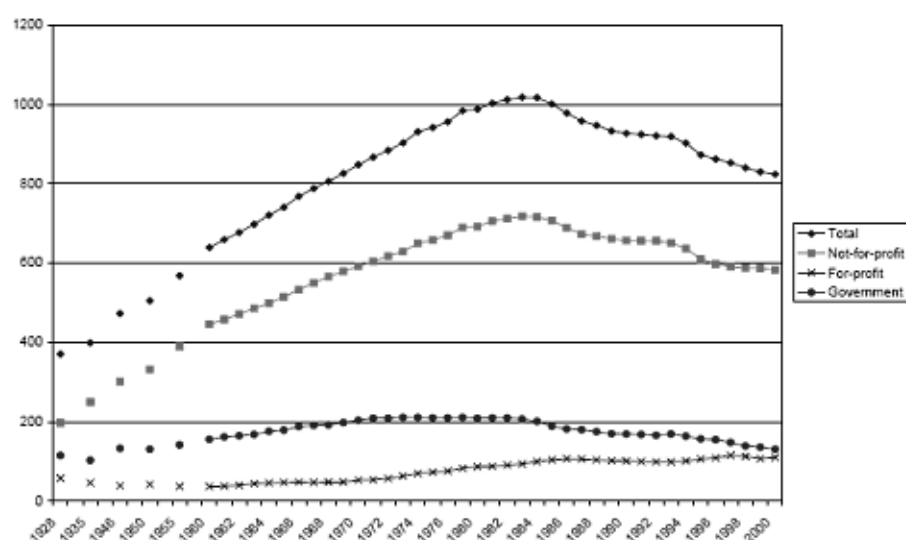
소유권 이론(Grossman and Hart, 1986; Hart, 1995)에 따르면, 민간의 영리기업들은 통제권을 보유하기 때문에 혁신에 투자할 강력한 유인을 갖는다. 그러나 영리를 추구하는 사기업들은 비용 통제를 위해 재화의 질을 낮추려는 유인을 갖고 있다. 반면, 정부소유 기업들은 변화를 추동할 통제권이 결여되어 있고, 이에 따라 혁신을 추구할 유인이 거의 없다. 이러한 소유권 모델은 사기업들이 공공소유 기업들보다 낮은 비용으로 재화를 공급할 수 있을 것임을 시사한다. 소유권 모델 이외의 다른 이론들, 예를 들어 Kornai의 연성예산제약이론이나 정치적인 자원배분이론 등도 사적인 영리기업들이 주어진 서비스에 대해 정부소유 기업보다 비용 효율성을 달성할 것이라고 예측한다.

보건경제학자들은 보건의료시장에서 공공병원, 민간비영리병원, 민간영리병원 등 혼합된 소유형태를 이해하기 위해 경제학자들의 소유형태 논쟁에 관심을 가져 왔다. 경제학자들의 이론적 예측과는 달리 보건의료서비스 시장에서는 비영리병원들이 압도적인 우위를 점하고 있다.²⁴⁾(그림 6-1).

23) 연성예산제약이란 손실이 발생했을 때 언제나 정부에 의지할 수 있는 공기업이 직면하는 예산제약을 의미한다. Kornai에 따르면, 경성예산제약에 따른 경영에서는 한 결정주체에게 처분 가능한 총액이 지출의 크기나 한계를 설정해 주는 반면, 사회주의의 연성예산제약 경제체제에서는 정부소유 기업들의 적자부분을 정부가 메워주는 것이 가능하므로 예산제약이 제대로 기능하지 못하게 된다는 것이다.

24) 그러나 최근 들어 미국에서 영리병원에 의해 제공되는 보건의료서비스의 비중은 점차 증가하고 있는 것으로 보인다. 아래의 표는 1990년대 초반과 2000년대 초반 사이 미국에서 영리병원에 의해 제공된 보건의료서비스의 비율 변화를 보여준다.

<그림 6-1> 소유형태에 따른 미국의 병상수의 변화(1928~2000)



자료 : Shen, et. al., 2005.

보건의료서비스 시장에서 비영리병원들이 압도적인 우위를 차지하고 있는 현상들에 대하여 보건경제학자들은 다양한 이론들을 제시하고 있으나, 거래비용과 소유권을 가지고 설명하는 이론이 큰 호응을 얻고 있는 상황이다.²⁵⁾ Hansmann(1996)에 의

서비스 유형	영리병원에 의해 제공된 보건의료서비스의 비율		
	1990년대 초반	2000년대 초반	차이
nursing homes	70	66	-4
health maintenance organizations	68	74	6
dialysis centers	55	77	22
home health agencies	54	49	-5
psychiatric hospitals	37	46	9
substance abuse treatment facilities	17	24	7
hospice programs	13	27	14
acute care hospitals	11	16	5

자료 : Schlesinger and Gray, 2006.

25) 거래비용과 소유권을 이용하여 보건의료서비스 시장에서 비영리병원들이 우세를 점하는 이유를 설명하는 이론을 전개하고 있는 학자들로는 Arrow(1963), Hansmann(1996), Hart(1995), Weisbrod(1988) 등이 있다. 한편, 이외에도 보건의료서비스 시장에서 비영리병원들이 지배적인 이유

하면, 기업의 소유권은 기업을 통제할 수 있는 권한과 기업의 순이익을 처분할 수 있는 권한이다. 공공병원은 소유권이 개인에게 귀속되지 않기 때문에 특정개인이 이익을 처분할 수 없다. 한편, 소유권의 효율적인 행사는 거래비용을 최소화할 뿐만 아니라 소유권 행사와 관련된 비용(경영자를 감시하는 비용과 위험을 감수하는 비용 등)을 최소화하는 방향에서 이루어진다. 그러나 의료서비스 시장에서 수요자와 공급자 사이에는 정보의 비대칭성이 존재한다. Hansmann에 따르면, 정보의 비대칭성에 의한 문제를 해결하기 위해 가장 바람직한 소유 형태는 위험을 분산할 수 있으면서 기업의 운영에 관한 정보를 소유자가 공유하는 것인데, 이를 위해서는 소비자가 소유자가 되는 것이 최선의 방안이다.

Arrow(1963)는 정보의 비대칭성으로 인해 보건의료서비스 시장에서 비영리병원이 지배적인 형태가 되었다고 설명한다. 소비자가 의료의 질을 감시하기가 어렵기 때문에, 이윤을 극대화하는 영리병원은 소비자에게 정당하게 제공되어야 할 수준보다 낮은 의료의 질을 제공할 여지가 있다. 따라서 보건의료서비스 시장에서는 비영리병원이 바람직한 소유형태가 될 것이다. 정보의 비대칭성에 의한 문제 해결을 위한 가장 바람직한 소유형태는 위험을 분산할 수 있으면서, 기업의 운영에 관한 정보를 소유자가 공유하는 것이다.

비영리병원들에 대한 대부분의 모델은 비영리병원들이 이윤이나 수입을 극대화하는 대신에 의료의 질이나 수량 혹은 명성을 극대화하든지(Newhouse, 1970), 지역 공공재에 대한 수요를 충족한다든지(Weisbrod, 1988), 공동체의 필요를 충족하거나 특정 주체(의료진이나 의료서비스의 소비자)의 후생을 극대화(Pauly and Redisch, 1973)한다고 가정한다.

둘 설명하는 이론들로는 공공재이론, 보조금이론, 카르텔이론 등이 있다(Sloan, 2000).

수입극대화나 이윤극대화와는 다른 목적을 갖고 있기 때문에 비영리병원들은 소비자와 공급자간의 정보의 비대칭성을 이용하여 이득을 얻으려는 유인이 없을 것이므로 소비자들에게 편익을 제공할 수 있다. 이에 따라 비영리병원들은 사회적으로 비효율적인 행태를 취하지는 않을 것이다. 반면, 영리병원들은 보건의료시장에서 정보의 비대칭성의 존재로 인해 서비스를 덜 제공하거나 더 고가의 진료를 함으로써 소비자들로부터 이득을 취할 유인과 기회를 항상적으로 갖는다.

한편, 비영리병원들은 소유권에 기초한 명확한 잔여청구권(residual claimant)²⁶⁾을 갖지 않기 때문에 영리병원들에 비해 소비자들의 수요변화에 둔감하게 반응할 것이고, 이에 따라 더 비효율적으로 운영되는 경향이 있다. 그러나 아직까지 소유형태에 따라 생산성(효율성)의 차이가 있을 것이라는 엄밀한 이론적 입증이나 예측은 없다. 어떠한 이론도 소유형태의 차이가 시장집중, 지불동기 등과 같이 병원의 행태를 규정할 것으로 예측되는 다른 요인들에 우선시될 것이라고 주장하지 않는다(Shen, et al., 2005).

병원의 소유형태가 생산성 및 효율성에 미치는 효과에 대한 이론적 주장은 크게 세 가지로 구별된다. 우선, Arrow(1963)는 불완전경쟁시장의 조건하에서 비영리병원들이 사회적으로 더 효율적일 것이라고 주장했다.²⁷⁾ 불완전경쟁시장의 경우 시장실패가 발생하게 되어 사적 기업들에 의한 자원배분은 최적이 될 수 없기 때문이다. Arrow의 주장은 이후 많은 학자들에 의해 발전되었다(Hansmann, 1996; Nelson and Krashinsky, 1973; Rose-Ackerman, 1996).

26) 잔여청구권은 주주자본주의 모델의 핵심으로서, 기업의 영업활동을 통해 남는 수익은 모두 주주가 가져갈 수 있는 권한을 의미한다.

27) 보건의료시장은 다음과 같은 두 가지 요인으로 인해 불완전경쟁시장이 된다. 첫째, 보건의료의 수요자와 공급자간에 정보의 비대칭성이 존재한다. 둘째, 많은 국가들에서 공공의료보험이 존재하고 비용의 일부를 부담하기 때문에 소비자는 자신의 한계비용보다 더 적게 지불한다.

Arrow의 주장과는 달리, 시장이 불완전 경쟁적일지라도 비영리병원이 반드시 사회적으로 더 효율적이지는 않다고 주장하는 일군의 학자들이 있다(Newhouse, 1970; Feldstein, 1971). 이들도 Arrow와 마찬가지로 비영리병원이 영리병원과는 상이한 목적을 추구한다는 가정을 공유한다. 그러나 이들은 비영리병원들이 영리병원들보다 사회적으로 우월하다는 결론에 동의하지 않는다. Newhouse(1970)는 비영리병원들이 제로이윤이라는 제약 하에서 수량과 질을 극대화한다는 가정으로 모델을 설정한다. 이러한 가정은 합리적인데, 왜냐하면 정부는 비영리병원들에게 세금혜택을 부여하고 이러한 과세 유인과 의료보험의 존재는 소비자들로 하여금 의료서비스의 가격에 둔감하게 만들기 때문이다. 만약 진료의 질 극대화가 연장된 수명으로 인해 매해 높은 지출을 야기하는 한계진료로 이끈다면, 비영리병원들은 사회적으로 과잉진료를 제공할 것이다.

한편, 영리병원들과 비영리병원들이 이윤을 극대화한다고 하더라도 병원의 소유형태와 사회적 후생과는 어떠한 규정적인 관계도 존재하지 않는다고 주장하는 학자들도 있다.²⁸⁾ 최근에 들어서는 병원의 소유형태가 갖는 파급효과(spillover effects)를 강조하는 연구들이 있다. 예를 들어 영리병원들이 밀집되어 있는 시장에서 비영리병원들은 영리병원들의 행태로부터 영향을 받아 사회적 편익을 덜 제공하든지 새로운 사회적 비용을 부과할 것이다. 만약 비영리병원들이 영리병원들과 경쟁하게 된다면, 비영리병원들은 더욱 영리병원들의 행태를 모방할 것이다. 따라서 영리병원들이 많이 존재하는 지역의 비영리병원들은 영리병원들이 거의 존재하지 않는 지역의 비영리병원들에 비해 변화에 더 민감하게 반응한다. 영리병원들이 미치는 파급효과를 고려하지 않을 경우, 단순한 영리병원들의 숫자는 영리병원들이 시장에 미치는 진정한 효과를 과소평가하게 된다(Duggan, 2002; Kessler and McClellan, 2002).

28) Pauly and Redisch(1979)가 이러한 견해를 대표한다. Pauly and Redisch는 비영리병원들이 의사들의 통제를 받으면서 의사들의 사적인 편익을 극대화하도록 작동하는 조직으로서 기능한다고 가정함으로써 비영리병원들이 사회적으로 과잉진료를 공급하는 현상을 설명한다.

2) 실증분석 결과

병원의 소유형태가 생산성 및 효율성에 미치는 영향에 대한 학자들 사이의 이론적인 견해 차이는 실증연구에도 영향을 미쳤다. 여러 실증연구들이 비영리병원의 효율성을 주장(Ettner and Hermann, 2001; Koop, et al., 1997; Zuckerman, et al., 1994)하는 반면, 다른 연구들은 영리병원이 비영리병원에 비해 더 효율적이라고 보고하고 있다(Herzlinger and Krasker, 1987; Wilson and Jadow, 1982). 한편, 영리병원과 비영리병원이 효율성 면에서 큰 차이를 보이지 않는다고 주장하는 실증연구 문헌들도 많이 존재한다(Duggan, 2000; Vitalino and Toren, 1996).²⁹⁾

병원의 소유형태가 생산성 및 효율성에 미치는 효과에 대한 대부분의 실증연구들은 주로 3개의 방법론(대조군 비교(paired comparisons), 회귀분석(regression analysis), 선형계획법(linear programming technique))에 기초하여 연구를 수행하였다. 대조군 비교를 이용한 실증연구에서도 영리병원들이 더 많은 비용을 유발함으로써 더 비효율적이라는 주장(Lewin, et al., 1981)과 영리병원들이 비영리병원들에 비해 더 효율적이라는 주장(Herzlinger and Krasker, 1987)이 공존한다.³⁰⁾

회귀분석들 중에서, Becker and Sloan(1985)은 교육상태 등 많은 요인들을 통제한

29) 본 보고서의 실증분석 결과들은 주로 Sloan(2000), Duggan(2002), Kessler and McClellan(2002), Rosenau, et al.(2003), Shen, et al.(2005) 등의 연구 성과를 요약하고 있다. Sloan(2000)은 병원의 소유형태가 비용, 효율성, 수익성, 비용절감, 기술확산, 의료의 질, 병원의 자본금 및 투자 등에 미치는 영향을 분석한 문헌들을 포괄적으로 고찰하고 있다. Shen, et al.(2005)은 18개의 논문을 메타 분석방법을 활용하여 비용과 수익성 등 재정 측면에서의 성과를 정량적으로 비교하고 있다. Rosenau, et al.(2003)은 1980년 이후 20년간 발표된 병원의 소유형태와 경제적 성과에 대한 논문들을 체계적으로 고찰한 연구이다.

30) 여러 저자들의 실증분석 결과에 있어서 차이를 보이는 이유는 부분적으로 세금 조정에 기인하기도 한다. 이러한 분석들 중에서 Lewin, et al.(1981)의 연구 결과의 흥미로운 점은 영리병원들이 비영리 병원들에 비해 보조서비스를 훨씬 더 많이 사용한다는 것이다.

후에 영리병원들이 일별 조정한 환자당 비용을 더 많이 지출한다는 사실을 발견했다. 4년 이상 체인의 형태로 존재한 영리병원들은 비영리병원들에 비해 비용이 6% 높았다. 규모의 경제와 범위의 경제를 평가하는데 집중했던 Granneman, et. al.(1986)은 병원소유에 대한 더미변수들을 포함하여 분석한 결과, 공공병원들의 비용은 민간 비영리병원들에 비해 8% 낮고, 영리병원들의 비용은 민간 비영리병원들보다 15% 더 높다는 결론을 도출하였다. Breyer, et. al.(1988)은 614개의 독일 병원들의 자료를 이용해서 건당 비용을 회귀 분석하였다. 공공병원들은 영리병원들보다 비용이 더 높은 것으로 나타났다. 그러나 민간 비영리병원들과 영리병원들 사이의 차이는 통계적으로 유의하지 않았다.

선형계획법을 이용하여 생산가능함수를 추정함으로써 병원의 소유형태에 따른 효율성을 평가하는 분석에서, 비효율성은 어떤 병원이 최대의 생산가능선으로부터 얼마나 떨어졌는가에 의해 추정될 수 있다. Wilson and Jadow(1982)는 병원의 핵의학 부서에 선형계획법을 응용하여 정부소유 병원들과 민간 비영리병원들이 영리병원들에 비해 평균적으로 덜 효율적이라는 결론을 도출하였다.

한편, Vitalino and Toren(1996)은 뉴욕에 있는 219개의 공공병원들에 대한 확률적 프론티어 회귀분석(stochastic frontier regression analysis)을 통해 병원의 소유형태가 생산성 및 효율성에 특별한 영향을 미치지 않는다고 주장하였다. 이들과 동일한 분석방법을 사용하되 더 많은 자료를 사용하여 분석한 Zuckerman, et. al.(1994)은 영리병원들이 공공병원이나 민간 비영리병원들에 비해 더 비효율적이라고 주장하였다.³¹⁾

31) Koop, et al.(1997)은 미국 병원들의 패널자료들 이용한 결과 정부소유 병원이 가장 효율적이었고, 그 다음으로 비영리병원, 영리병원 순으로 나타났다고 보고하였다. Mobley and Magnussen(1998)은 장기적으로는 비영리병원이 더 효율적이나 단기적으로는 영리병원이 더 효율적이라는 결론을 도출하였다. Sloan and Steinwald(1980)는 비용의 유형과 관련해서, 영리병원들은 비노동 투입물에 비해 노동을 더 적게 사용하는 경향이 있고, 이에 따라 영리병원들의 노동생산성은 비영리병원들에 비해 더 높다고 지적하고 있다.

병원의 소유형태가 생산성 및 효율성에 미친 영향을 분석한 많은 실증연구들의 결과는 다음의 <표 6-1>에 요약되어 있다.

<표 6-1> 병원의 소유형태가 효율성에 미친 효과에 대한 실증 분석 결과

성 과	실증분석 결과	자 료
생산성 및 효율성	영리병원이 더 효율적임	Wilson and Jadow(1982), Sloan and Vraciu(1983), Herzlinger and Krasker(1987), Ferrier(1996), Chirikos(2000), Cutler and Horwitz(2000), Sari(2003), Rosenau and Linder (2003)
	비영리병원이 더 효율적임	Lewin, et. al.(1981), Pattison and Katz(1983), Becker and Sloan(1985), Granneman, et. al.(1986), Zuckerman, et. al.(1994), Koop, et. al.(1997), Shukla and Clement (1997), Woolhandler and Himmelstein (1997), Rosko(1999), Ettner and Hermann(2001), Folland(2001), Brown(2003), Zuckerman(2004)
	영리병원과 비영리병원의 차이가 없음	Herzlinger and Krasker(1987), Breyer, et. al.(1988), Vitalino and Toren(1996), Mobley and Magnussen (1998), Sloan, et. al.(1998), McCellan and Staiger(2000)

Shen, et. al.(2005)은 기존의 18개의 실증 논문들을 메타 분석방법을 이용하여 분석한 결과, 병원의 소유형태에 따른 재정측면의 성과는 분석대상에 따라 차이가 있다는 결론을 도출하였다. 미국의 1개 주의 자료를 분석대상으로 한 연구들은 모두

영리병원이 비영리병원에 비하여 더 효율적인 성과를 보이는 것으로 나타났으나, 전국 자료를 활용하여 분석한 9개의 논문들 중 7개는 영리병원이 비영리병원에 비하여 비효율적이라는 결과를 제시하고 있다.

Rosenau, et. al.(2003)은 병원의 소유형태와 경제적 성과에 대한 56개의 실증분석 논문들을 체계적으로 고찰하고 있다. 연구 결과, 50%인 28개의 논문들은 비영리병원이 영리병원에 비해 비용/효율성면에서 우수한 성과를 보이고 있다고 제시하고 있으며, 27%인 15개의 논문은 별 차이가 없다는 결과를 제시하고 있다. 그리고 23%인 13개의 논문은 영리조직이 보다 우수한 성과를 보이고 있다는 결과를 제시하고 있다.

병원의 소유형태가 생산성에 미치는 효과에 대한 다양한 실증연구들이 일치된 결과를 보여주지 못하는 이유 중의 하나는 많은 연구들이 재정적 성과(예를 들어 의료서비스의 비용)와 병원의 소유구조에 따른 환자의 건강 결과를 동시에 평가하지 않기 때문이다(Kessler and McClellan, 2002). 많은 문헌들이 병원의 소유형태가 병원의 재정(비용, 가격)에 미치는 영향을 분석하고 있으나 소유형태에 따른 환자의 건강 결과의 차이를 알지 못할 경우, 이들 연구들은 추가적인 가정 없이는 병원의 소유형태가 생산성에 미치는 효과에 관한 결론을 도출할 수 없다. 역으로 다른 연구들은 건강 결과에 대한 소유형태의 영향에 초점을 맞추고 있으나, 병원의 재정에 대한 소유형태의 영향을 분석하지는 않는다.

따라서 최근의 실증 연구들은 개인 환자들의 자료를 이용해서 병원의 소유형태가 보건의료생산과정에서 투입물과 산출물에 미치는 영향을 모두 측정한다. 그러나 이 연구들은 선택편이(selection bias)의 결점을 갖는다. 만약 병원의 소유형태가 생산성에 영향을 미치고 생산성을 더 높이 평가하는 더 아픈 환자들이 더욱 생산적인 병원들을 찾는다면, 환자의 이질성(heterogeneity)을 완전하게 통제하지 못하는 병원의

소유형태의 효과에 대한 추정치는 진정한 효과와 병원의 환자집단들 사이의 관찰되지 않은 차이를 보여줄 것이다(Kessler and McClellan, 2000).³²⁾

한편, 기존의 많은 실증 문헌들은 병원의 소유형태가 보건의료서비스시장 전체에 미치는 효과, 즉 파급효과(spillover effect)를 고려하지 않는다는 점에서 한계를 갖는다. Silverman, Skinner, and Fisher(1999)는 파급효과를 고려하기 위해 영리병원들과 비영리병원들에 의해 각각 제공되는 병원서비스영역(HSAs: Hospital Service Areas) 사이의 메디케어(Medicare)의 지출성장률을 비교하였다. 비교 결과, 영리병원들에 의해 제공된 서비스영역에서 더욱 급속한 의료비지출 증가가 있었음을 밝혀냈다(<표 6-2>을 참조할 것).

<표 6-2> 영리병원과 비영리병원 영역 간의 1인당 의료비 비교

연도	영리병원 영역	비영리병원 영역
1989	\$ 4,006	\$ 3,554
1992	\$ 4,243	\$ 3,841
1995	\$ 5,172	\$ 4,440

자료 : Silverman, et. al., 1999.

Kessler and McClellan(2002)은 병원의 소유형태가 생산성에 미치는 직접효과뿐만 아니라 파급효과까지 추정할 수 있는 모형을 분석함으로써 기존의 연구 한계를 극복하고 있다. 이들의 연구는 1985-1996년 동안 심장발작의 치료를 위해 병원에 입원한 고령의 메디케어 환자들에 대한 패널자료를 분석하고 있다. 아울러 생산성 효과를 더욱 완전하게 평가하기 위해 병원 진료의 재정적 비용과 환자의 건강 결과 모두를 연

32) 여러 학자들은 선택점이 문제를 극복하려고 노력하고 있다. 예를 들어, Ettner and Hermann(2001)은 도구 변수기법(instrumental-variables techniques)을 이용하여 이 문제를 해결하고 있다.

구하고 있다. 이들의 연구 결과에 따르면, 영리병원들이 밀집되어 있는 지역에서 AMI 환자들의 병원진료비 지출은 건강 결과에 대한 차이 없이 더 낮았다. 영리병원들의 지출감소의 50%는 노동비용의 감소를 통해 이루어지는 것으로 나타났다.

Kessler and McClellan(2002)의 연구와는 달리, Pollock(2004)은 영리병원들의 세금 부담이 높고, 투자자에게 일정 수익을 되돌려 주어야 하기 때문에 의료비를 올리지 않을 수 없으며, 이에 따라 영리병원들의 의료비 지출이 비영리병원들에 비해 높고, 따라서 비효율적이라는 결론을 도출하였다. 다음의 <표 6-3>은 영리병원과 공공병원 간 행정비용과 진료비용의 차이를 보여준다.

<표 6-3> 영리병원과 공공병원 간 비용-효율성 비교

비용-효율성 지표	영리병원	공공병원
전체비용에서의 행정관리비 비율(1994년)	34.0%	24.5%
1990-1994년 동안 행정관리비 증가율	2.2%	1.2%
입원 환자 1인당 진료비용(1994년)	\$8,115	\$6,507

자료 : Pollock, et. al., 2004.

1994년 Medicare 지출자료를 분석한 결과, 행정관리비용은 영리병원이 34.0%, 공공병원이 24.5%로 나타나 영리병원의 행정관리비가 공공병원에 비해 훨씬 높았음을 알 수 있다.

3. 생산성 및 고용창출측면에서의 영리법인병원 비판

영리법인병원은 이윤극대화를 추구하기 때문에 비용 절감을 위해 필수의료분야 등에서 고용을 감소시킬 수 있다. 영리법인병원 도입이 야기할 수 있는 추가적인 부정적인 효과로는 불필요한 진료의 증가, 급성기병상의 공급과잉 심화, 의료이용의 양극화 심화 등이 지적될 수 있다. 그러나 여기서는 영리병원 도입이 고용, 생산성(효율성), 의료비에 미칠 영향을 중심으로 살펴볼 것이다.

1) 고용창출 효과에 대한 비판

영리법인병원을 허용할 경우 의료서비스산업의 고용이 창출될 것이라는 의료산업 선진화위원회의 기대와는 달리, 외국의 실증연구들은 영리병원이 비영리병원에 비해 더 적은 인력을 고용하고 있다는 결론을 도출하고 있다. 의료서비스 생산비용의 대략 40%가 인건비이므로 비용 절감을 위해 영리병원들은 인건비를 최소화하려는 경향이 강할 것이다. 따라서 영리병원들이 수익 극대화를 위해 인건비 비중을 줄일 경우, 영리병원의 도입으로 의료서비스산업의 고용은 감소할 가능성이 높다.³⁹⁾ 미국의 경우에 영리병원은 비영리병원보다 인력을 33% 적게 고용하는 것으로 나타났다.

<표 6-4> 미국병원의 병원설립 주체별 100병상 당 고용인력 비교

	비영리병원	영리병원	고용비율 비교(B/A)
인력(FTE)	522(A)	352(B)	67.4 (%)

자료 : 의료산업선진화위원회, 2006.

주 : FTE(Full Time Equivalen)이란 100 병상 당 표준화한 자료임.

39) 신규 영리병원이 설립됨으로써 신규 고용창출이 가능하다. 그러나 기존 비영리병원이 영리병원으로 전환함으로써 신규 고용창출의 규모가 크지 않을 수 있다. 다만, 영리법인 의료기관이 비급여 의료서비스 시장을 적극적으로 창출할 경우 성형수술 등 관련 산업 등에 신규 일자리를 증가시키는 효과가 있을 것이다.

우리나라의 경우에도 동일규모의 개인병원은 비영리병원보다 인력을 43% 적게 고용해 수익을 창출하는 것으로 나타났다.

<표 6-5> 비영리법인과 개인병원의 100병상 당 고용인력 비교

구분(명)	비영리법인 병원(A)			개인병원 (B)	비영리법인 병원 대비 개인병원의 고용비율 (B/A)
	의료법인	학교법인	기타		
100 병상 당 고용 인력	55.8	151.2	94.1	49.2	56.9(%)
	86.4				

자료 : 의료산업선진화위원회, 2006.

의료산업선진화론의 견해에 따르면, 영리법인병원의 허용으로 의료서비스산업의 고용을 창출 할 수 있을 것으로 기대하고 있다. 그러나 미국의 경험에서 볼 때, 비영리병원이 영리병원으로 전환한 이후 오히려 고용을 감소시키는 것으로 나타나고 있다. 영리병원들은 비용감소를 통한 수익증대를 도모하고 수익성이 적은 응급실을 폐쇄하는 등의 방법으로 고용을 감소시키고 있다. 따라서 영리병원의 환자 1인당 고용 비율이 더 낮은 것으로 조사되었다.

한편, 우리나라 의료서비스산업의 고용창출 효과는 OECD 국가들에 비해 낮은 것이 사실이다. 그리고 이는 공공보건의료 인프라가 취약한 것에 기인하므로 공공보건의료 인프라의 확충이 고용 창출에 보다 효과적이다. 즉, 실제적인 고용창출 효과를 위해서는 노인요양보장제도, 요양병원, 간병서비스 등의 확충이 더 필요하다. 그러나 여기서 간과해서는 안 될 중요한 점은 이러한 정책 방안들이 영리법인병원을 통해서가 아니라 기존의 비영리법인 의료기관의 틀 내에서도 얼마든지 보건정책수단을

사용하여 추진될 수 있는 정책들이라는 것이다(이상이 외, 2005).

게다가 영리법인병원의 허용으로 국민의 의료비 지출이 증가할 경우, 의료복지비용 증대에 따른 기업의 국제경쟁력 약화를 염두에 두어야 한다. 미국 기업들의 경우에도 과도한 의료비 부담으로 고용을 꺼리는 등 기업경영의 압박요인으로 작용하고 있는 상황은 잘 알려져 있다. 따라서 영리법인병원 허용으로 국민의료비 부담이 가중될 경우, 우리나라 기업들의 국제경쟁력은 하락할 것이고 고용은 감소할 것이다.

영리병원에서 비영리병원으로 전환한 경우에 고용이 증가하는 것을 볼 수 있다. 즉 공공병원이나 비영리병원 형태에서 영리병원으로 전환 1-2년 이후의 총 고용 회귀분석 값이 -0.3088인데 반해, 반대의 경우 즉 영리병원에서 공공병원/비영리병원 형태로 전환한 경우에는 그 값이 0.0776으로 증가한 것을 보여주고 있다<표 6-6>. 문제는 고용차원에서 끝나는 것이 아니라는 점이다. 고용수준과 의료의 질과는 밀접한 상관관계를 가지고 있다는 것이다. 영리병원 전환 이후 고용 감소가 영리병원에서 높은 사망률과 직결된다(Picone et al, 2002).

<표 6-6> 공공/비영리병원 형태에서 영리병원으로 전화 이후
고용변화(1)

	GN to F					
	Operating Margins	Beds	Total Employment	Total Salaries	Employment /Output	Salaries/Out put
3-4 years before convert	-0.174c (.0092)	-.0045 (.0112)	-.0520 (.0341)	-.0481b (.0222)	-.0093 (.0364)	-.0054 (.0243)
1-2 years before convert	-.0174c (.0092)	-.0208 ^c (.0119)	-.1471a (.0339)	-.2392a (.0221)	-.0935b (.0364)	-.1869a (.0243)
year of convert	.0205 (.0126)	-.0224 (.0162)	-.2732a (.0463)	-.5724a (.0302)	-.1199b (.0499)	-.4181a (.0334)
1-2 years after convert	.0448a (.0124)	-.0189 (.0160)	-.3088a (.0458)	-.3279a (.0299)	-.1714a (.0499)	-.1754a (.0333)
3+ years after convert	.0614a (.0129)	-.0437a (.0167)	-.2805a (.0479)	-.3461a (.0311)	-.1226b (.0510)	-.1776a (.0340)

Standard errors in parentheses.

* Regressions include year and hospital fixed effects

** Regressions include year, hospital, and year region interactions fixed effects.

** Regressions include year, hospital, and year region interactions fixed effects, wage index, and population density.

a:Significant at 1% level(two-tail test), b:Significant at 5% level(two-tail test), c:Significant at 10% level(two-tail test)

출처 : Picone, G. et al. (2002)

<표 6-7> 공공/비영리병원 형태에서 영리병원으로 전화 이후
고용변화(2)

	GN to F					
	Operating Margins	Beds	Total Employment	Total Salaries	Employment /Output	Salaries/Out put
3-4 years before convert	.0018 (.0123)	-.0432a (.0159)	.0501 (.0452)	.0450 (.0294)	.0924c (.0494)	.0902a (.0330)
1-2 years before convert	-.0332a (.0120)	-.0299c (.0156)	.0052 (.0444)	-.0531c (.0289)	.0783 (.0488)	-.0125 (.0326)
year of convert	-.0337b (.0157)	-.0116 (.0203)	.0953c (.0579)	-.2790a (.0377)	.2683a (.0646)	-.0714c (.0432)
1-2 years after convert	-.0071 (.0142)	.0060 (.0184)	.0776 (.0523)	.0242 (.0341)	.1182b (.0341)	.0476 (.0386)
3+ years after convert	-.0075 (.0145)	-.0073 (.0189)	.0297 (.0189)	-.0188 (.0127)	.0824 (.0587)	.0196 (.0392)

Standard errors in parentheses.

* Regressions include year and hospital fixed effects

** Regressions include year, hospital, and year region interactions fixed effects.

** Regressions include year, hospital, and year region interactions fixed effects, wage index, and population density.

a:Significant at 1% level(two-tail test), b:Significant at 5% level(two-tail test), c:Significant at 10% level(two-tail test)

출처 : Picone, G. et al. (2002)

2) 생산성 및 효율성 증대에 대한 비판

앞 절에서 보았던 것처럼, 병원의 소유형태가 생산성 및 효율성에 미치는 효과에

대한 외국의 실증분석 결과들은 다양한 편차를 보이고 있다. 많은 연구들이 비영리 병원들이 영리병원들에 비해 더 효율적이라는 결론을 도출하는 반면, 다른 연구들은 영리병원들이 더 효율적이거나 소유형태에 따라 효율성에 차이가 없다는 결론을 도출하기도 한다.

Schlesinger and Gray(2006)는 병원의 소유형태가 생산성 및 효율성에 미치는 효과에 대한 실증분석 결과들을 다음과 같이 요약·보고하고 있다.

<표 6-8> 소유 형태에 따른 경제적 성과에 대한 실증분석 결과

	연구 수					
	급성병원			전문용양시설(nursing homes)		
	비영리병원 우월	차이가 없음	영리병원 우월	비영리시설 우월	차이가 없음	영리시설 우월
관리·행정비용	3	-	-	1	4	-
입원비용						
수술비용	-	-	-	-	-	7
총비용	13	11	8	-	-	6
기술효율성	5	3	2	-	1	7
입원당 청구비 대비 수입	9	4	-	4	-	-

자료 : Schlesinger and Gray, 2006.

기존의 많은 실증연구들의 성과에 따르면, 생산성 및 효율성의 측면에서 영리병원과 비영리병원 사이에 차이가 거의 없으며, 오히려 비영리병원이 영리병원에 비해 더 효율적으로 나타나고 있다.

영리법인병원의 도입으로 건강보험이 적용되는 필수의료분야에서 인력규모의 감

소와 함께 일자리의 질적 하락(간호사를 간호조무사로 대체 등)이 발생해 의료서비스의 질 수준도 낮아질 것으로 예측할 수 있다. 영리법인병원이 추구하는 경영효율성의 증대는 인건비 절감과 상관성이 크므로 영리법인병원들은 비정규직 활용을 높이면서 고용의 질을 저하시킬 가능성이 크다. 영리법인병원들은 경영효율성의 증대를 위해 비정규직 활용을 높이면서 인건비를 절약하지만, 관리·행정비용이 높고 더 높은 수익을 얻기 위해 가격을 올리기 때문에 생산성이 더 높다고 볼 이유가 없다.

제 7 장

영리병원의 영리성 추구 패턴
:간호사 고용과 기타 연구들

제7장 영리병원의 영리성 추구 패턴 : 간호사 고용과 기타 연구결과들

1. 서 론

영리병원의 질과 '영리성 추구'는 상당한 상관관계를 가지고 있을 것이라는 전제로 영리병원이 논의되고 있다. 예로 영리병원이 영리성을 추구하기 위해서는 가능한 고정비용에 속하는 인건비를 최대한 줄이는 것이 쉽게 예상되기 때문이다. 인건비를 줄이기 위해 간호사를 적게 고용하는 것은 의료의 질에 직접적인 영향을 미친다. 이러한 점에서, 영리병원과 비영리병원간 의료의 질을 평가하는 기존 연구보고서 중 많은 부분이 영리병원에서의 간호사 비율을 비영리병원과 비교하는 것이었다.

본 장은 두 가지 가정 하에 영리병원의 특성을 파악하는 것을 목적으로 구성된다. 첫째는, 영리병원은 영리성을 추구하는 것이 주요한 목적이기 때문에 비영리병원에 비해 간호사를 낮은 비율로 고용할 것이라는 것이다. 둘째는, 이렇게 낮은 비율의 간호사로 운영되는 영리병원에서 의료의 질을 저하시키는 결과를 초래한다는 것이다. 이러한 두 가지 전제들이 영리병원과 비영리병원 간에 유의한 특성, 혹은 차이를 초래한다면 영리병원의 의료의 질이 낮다는 가정을 경험적으로 뒷받침 한다고 결론지을 수 있을 것이다. 이것이 영리병원의 질이 낮을 수밖에 없을 것이라고 말하는 주장들의 논거가 되고 있는 것이 사실이다.

그러나 본 장에서는 영리병원에서의 질을 분석하는 것이 아니기 때문에 첫 번째 가정, 즉 과연 영리병원에서 낮은 간호사 비율이 사실인지에 대해서만 집중적으로

고찰하고자 한다. 낮은 비율의 간호사 근무는 의료비의 절을 낮추게 되는 것은 결론적으로 발생하는 것이고, 이것에 대해서는 별도의 장에서 서술하고 있다. 영리병원과 비영리병원 간 간호사 비율이 유의하게 차이가 발생한다면 그 요인을 영리성의 추구 여부 때문이라고 할 수 있다. 이러한 분석을 통해 영리병원의 영리성을 파악할 수 있을 것이다. 즉 영리병원이 이윤을 추구하고자 하는 동기 때문에 낮은 간호사 비율을 유지한다는 것이 사실일 경우, 그것은 영리병원의 영리성을 보여주는 논거가 될 수 있기 때문이다.

2. 연구방법

우선, 사회적으로 필요한 수준의 적정 간호사 비율을 유지할 경우의 사회적 편익과 병원의 편익을 도출하여 적정수준의 간호사 비율 유지가 사회적으로 얼마나 편익을 초래하게 되는지를 분석하는 것이 선행되어야 한다. 다음으로는 적정수준의 간호사 비율이 사회적으로 편익을 가져다주는 연구결과를 실제 병원에서 간호사 비율을 파악해 본다. 여기서 사회적 편익이라 함은 광의의 개념으로, 적정수준의 간호사 비율 유지로 환자의 입원기간 단축, 사망률 감소 등을 포함하는 것은 물론, 보험자의 입장에서 장기적으로 진료비 부담이 감소하는 것까지 포함한다. 병원편익이라 함은 환자의 후생 증감과 무관하게 간호사 추가 채용으로 들어가는 비용이 추가 채용으로부터 얻는 이익에 비해 적은 것을 말한다. 즉 적정수준의 간호사 비율을 유지하는 것이 사회적 편익이 있으므로 영리병원과 비영리병원 간 간호사 비율에서 차이가 있는지를 분석하는 것이 필요하다. 만약 영리병원에서 간호사 비율이 낮다면, 사회적 편익을 희생하면서 기업 편익을 추구한 결과로 해석할 수 있다. 이것은 영리병원의 영리성 추구 동기에 의해서 간호사 비율에서 차이가 발생하는 것으로 볼 수 있다.

그러나 위에서 제시한 가설을 검증하기 위해서는 경험적인 데이터 분석이 필요하다. 그러므로 본 장에서는 오래전부터 영리병원을 허용하여 오늘날 많은 병원이 영리법인 형태로 운영되고 있는 미국에서의 분석결과를 중심으로 고찰하고자 한다. 왜냐하면 충분한 표본으로 분석하여야만 연구 결과의 보편성을 확보할 수 있기 때문이다. 따라서 간호사 적정 비율이 초래하는 사회적 편익의 규모를 보여주는 연구결과를 먼저 고찰한 후, 영리병원과 비영리병원에서 간호사 비율이 얼마나 차이가 있는지 분석하고 있는 연구보고서를 중심으로 본 장을 구성한다. 부수적으로 이러한 분석을 통해 영리병원과 비영리병원간 의료의 질 차이도 이해할 수 있게 됨은 앞서 언급한 바와 같다.

3. 사례 분석

사례분석은 충분한 데이터를 가지고 위에서 가정한 가설들을 검증하는 방법으로 연구결과의 보편성을 확보할 수 있게 된다. 그러므로 가능한 최근의 연구 중에서 많은 데이터를 이용하여 분석한 논문을 이용한다. 첫 번째 사례는 간호사 비율이 적정하게 유지될 때 사회적 편익이 이루어진다는 것을 증명하는 연구결과를 분석한다. 2006년 Health Affairs 지에 게재된 Needleman 과 그의 동료들이 분석한 "Nurse Staffing In Hospitals: Is there a Business case for Quality?" 논문을 중심으로 접근하고자 한다. 이어서 간호사 비율이 영리병원과 비영리병원에서 차이가 있는지, 차이가 있다면 그 원인이 무엇이며, 그 차이의 결과가 의료의 질 측면에서 어떤 의미가 있는지를 보여주는 논문을 중심으로 사례분석을 시도한다. 후자를 위해서는 2001년 Harrington과 그의 동료들이 American Journal of Public Health에 게재한 "Does Investor Ownership of Nursing Homes Compromise the Quality of Care?"에서 밝

힌 연구결과를 중심으로 접근한다.

1) 적정 간호사 비율의 사회적 편익

(1) 연구 설계와 연구 방법

간호사는 환자의 치료와 간호에서 중요한 역할을 한다. 그러므로 적정수의 간호사를 채용하여 근무하게 하는 것은 의료의 질을 향상시키는 방법이 된다. 그러나 병원에서 간호사로 인한 비용이 차지하는 비율이 높기 때문에, 간호사 수를 늘림으로서 증가하는 비용이 만만치 않게 된다. 그러나 간호사를 추가적으로 고용함으로써 늘어나는 비용은 병원 진료과정에서 부작용(adverse outcomes)을 줄임으로써 부수적으로 발생하는 금전적 및 비금전적 편익에 의해 상당부분 상쇄된다.

그러나 적정 간호사 수를 통해 병원의 진료의 질을 올릴 수 있는 것과 실제 병원에서 간호사 비율을 유지하는 것은 별개일 수 있다. 왜냐하면 간호사 추가 채용으로 소요되는 비용을 어떤 차원에서 접근하느냐는 별개이기 때문이다. 즉 사회적 차원에서 보느냐 개별 병원 차원에서 보느냐에 따라 다른 시각이 존재한다. 전자의 입장은 간호사 수 적정 수준 유지로 인해 환자의 사망률을 줄이거나, 진료일수를 단축하는 것을 망라하는 차원에서의 편익이라면, 후자는 병원차원에서의 손익계산을 하는 입장이다. 개별병원차원에서 간호사 추가 채용으로 적정 비율을 유지하는데 소요되는 비용과 이로 인한 수익차원에서 판단하는 것을 말한다. 즉 환자에게 돌아가는 후생이 증가하여 사회적으로 편익이 증가하는 것을 무시하고 개별병원에게 수익이 되는가에 따라 결정한다는 것으로, 이러한 입장을 결정 짓는 것은 개별병원의 영리성 추구가 중요한 변수가 된다.

Needleman et al(2006)은 사회적 편익 혹은 효율이라는 관점에서 간호사 적정 비

율이 사회적으로 초래하는 효과를 시뮬레이션을 통해 분석하였다. 정책분석가와 병원 관계자들이 간호사 수 적정 유지를 위해 투자함으로써 늘어나는 비용과 간호사 채용으로 인한 입원일수 단축, 사망률 감소, 부작용 감소 등에 의한 비용 절감액을 비교 분석 하였다. 분석을 위한 자료는 미국 11개 주의 급성기 종합병원 799개로부터 데이터를 수집하였다. 간호사 근무시간을 늘리는 세 가지 옵션을 설정해 놓고 이들에 의한 효과를 시뮬레이션 하였다. 첫 번째 옵션은 정규 등록 간호사에 의해 제공되는 서비스 시간이 평균 병원들이 제공하는 서비스에 못 미치는 병원들을 75%수준으로 상향시키는 것이며, 두 번째 옵션은 간호사(정규 등록 간호사와 간호사 자격증을 가진 기능성 간호사 포함)의 비율을 75%까지 증가시키는 것이며, 세 번째 옵션은 간호사의 수와 간호사에 의한 서비스 제공 시간 모두를 75% 까지 충족시키는 안이다. 여기서 75%를 택한 것은 대부분의 병원이 이 정도 비율로 간호사 수준으로 유지하는 것이 비교적 용이하다는 판단에서 이다. 간호사 비율과 간호사 간호 시간을 75%로 설정할 경우 연구대상 병원들의 평균 간호사 비율과 간호서비스 시간은 다음과 같다.

<표 7-1> 연구대상 병원의 정규간호사 비율과 간호사 근무시간

	평균	표준편차	25%	75%	최소값	최대값
간호사 비율	0.87	0.10	0.81	0.94	0.49	1.00
간호사 근무시간	8.99	2.05	7.58	10.23	4.07	16.75

출처: Needleman et al., "Nurse-Staffing Levels and Quality of Care in Hospitals", New England Journal of Medicine 346, No. 22(2002): 1415-1422.

(2) 연구결과

가. 간호사 추가고용에 따른 비용

2002년 기준 미국 전체 간호사 1,062,000명이 급성기 종합병원에 종사하고 있다. 앞서 언급한 첫 번째 옵션에 따라 간호사 비율이 75% 수준이하인 미국의 모든 급성기 종합병원에서 정규간호사 비율을 75%수준으로 끌어올리기 위해서는 기능간호사(Licensed practical nurse: LPN) 37,089명을 정규 간호사로 대체시켜야 하며, 이 과정에 추가적으로 소요되는 비용은 8억 1천 1백만 달러이다. 두 번째 옵션인 간호사 서비스 시간에서 평균 75% 수준 이하인 병원에서 이 수준으로 맞추기 위해 추가적으로 고용해야 하는 간호사는 아래 <표 7-2>에서 보여주는 바와 같이 정규간호사 114,456명, 기능간호사 13,093명이며, 추가로 소요되는 비용은 75억 달러 이다.

<표 7-2> 병원의 간호사 비율을 75% 수준으로 증가시키기 위해
추가로 정규간호사 및 기능간호사를 고용하는데 소요되는
비용

	옵션1: 간호시간 변경 없이 정규간호사의 비율을 75%까지 올릴 경우	옵션2:정규간호사비율 변경 없이 간호시간을 75%수준까지 올릴 경우	간호사 비율과 간호시간 모두를 75%수준까지 올릴 경우
풀타임 정규간호사	37,089	114,456	157,894
풀타임 기능간호사	-37,089	13,093	-30,345
총비용(백만 달러)	\$811	\$7,538	\$8,488

출처: Needleman et al (2002)

나. 간호사 추가로 인한 부작용 및 입원기간 감소

간호사 추가는 모든 옵션에서 부작용 감소라는 결과로 연결된다. 실제로 아래 표에서 보여주는 바와 같이, 병원에서 간호사 추가 고용으로 옵션 3의 조건으로 75%

수준을 유지할 경우 부작용 발생 건이 70,000건이나 줄어든다. 실제로 요료결석염, 폐렴 등 분석대상 모든 질병에서 부작용이 줄었다. 뿐만 아니라, 간호사 추가 고용으로 병원 입원 일수가 모든 옵션에서 줄어들었음을 볼 수 있다. 옵션1에서는 약 1백5십만일, 옵션2에서는 2백6십만일, 옵션3에서는 4백만일 이상이 감소하였음을 볼 수 있다.

이러한 부작용 감소로 인한 비용절감을 살펴보면, 옵션1에서는 단기적으로 비용절감액이 \$242백만이고, 기능간호사를 줄이고 정규 간호사 추가에 따른 지출비용 \$811백만에 달하기 때문에 순이익 감소가 크지 않다. 옵션 2와 옵션3에서는 각각 간호인력 추가에 따른 비용이 많아 단기적으로 적자가 많이 발생하고 있음을 보여주고 있다. 이 같은 적자규모는 옵션2, 3에서는 연간 병원지출액의 약 1.4~1.5% 수준이다. 그러나 장기적으로 고정비용을 다 회복한 다음에는 적자폭이 점차 감소함을 볼 수 있다. 줄어든 부작용으로 환자수가 증가하고, 혹은 감소된 입원일수와 이에 따른 서비스 여력을 다른 고가서비스나 프로그램으로 대체한다면 병원은 장기적으로 고정비용을 줄일 수 있게 된다. 이 경우 비용절감액은 늘어나고 간호사 추가로 인해 발생하는 비용을 줄일 수 있게 되어 병원의 적자폭이 줄어든다. 즉 아래 표에서 보여주는 바와 같이 옵션 1에서는 기능 간호사를 정규간호사로 대체함으로써 비용절감액이 간호사등급 비율 변경을 위해 지출된 비용보다 훨씬 높다. 이 절감액은 병원 연간 지출액의 0.5%에 달한다. 반면, 옵션 2와 3에서는 간호사 추가에 따른 비용이 여전히 높아 적자가 발생되고 있다. 그러나, 앞서 본 단기적인 차원에서의 적자액보다는 많이 줄어들었음을 볼 수 있다. 그 결과 옵션 2와 3에서의 장기 적자규모는 연간 병원지출액의 0.4~0.8% 수준으로 감소하고 있다.

아래 <표 7-3>을 이용해서 사망자 감소로 인한 비용을 산출해 보자. 즉 사망자 1명 줄이는데 소요되는 비용이 얼마인지 보는 것으로, 간호사 증가로 늘어난 총 비용

을 감소한 사망자 수로 나누는 방식으로 산출할 수 있다. 우선 단기적으로 볼 때, 옵션2에서는 총 소요 비용 5,819백만 달러에 사망자 감소 인원인 1,801명으로 나누면, 3백2십만 달러 정도이다. 옵션 3의 경우, 동일한 방법으로 계산하면 846,000달러이다. 이는 환자 1명 덜 사망하게 하기 위해 간호사를 추가할 경우 병원이 연간 부담해야 하는 비용이다. 장기적으로 추계하면 비용이 감소하는 것을 알 수 있다. 즉 옵션 2의 경우 230,678 달러, 옵션 3의 경우 약 1.8백만 달러로 장기적으로 환자 1명 사망 감소를 위해 소요되는 비용이 줄어들음을 볼 수 있다.

<표 7-3> 간호사를 75% 수준으로 유지할 경우 기대되는 효과

	옵션1:정규간호사 비율을 75%수준으로 증가	옵션2:간호사 근무시간을 75%수준으로 증가	옵션3:간호사비율과 간호시간을 75%수준으로 증가
■ 부작용발생건수 감소			
-주요수술 후 사망감소	354	597	942
-요로결석감염	40,770	4,174	44,773
-병원 폐렴 감염	11,761	1,372	13,093
-위장자 출혈	4,145	4,129	8,182
-쇼크 및 심장발작	2,908	540	3,426
-총 감소실적건수	59,938	10,813	70,416
■ 병원재원일수 감소	1,507,493	2,598,339	4,106,315
■ 단기비용감소효과(\$백만)			
-부작용감소로 인한 절감 효과	73	17	89
-재원일수 감소로 인한 절 감효과	980	1,702	2,683
-총 절감 비용	1,053	1,719	2,772
-간호사 변경으로 인한 순 비용발생	-242	5,819	5,716
-간호사 증가로 인해 연간 병원지출액에서 차지하는 순 비용의 비율	-0.1%	1.5%	1.4%
■ 고정비용 회수 후 장기절감효 과(\$백만)			
-부작용감소로 인한 절감 액	183	42	224
-재원기간 감소로 인한 절감액	2,450	4,256	6,707
-총 절감액	2,633	4,298	6,930
-간호사 변경으로 인한 비용증가	-1,821	3,240	1,558
-간호사 추가로 인한 비 용이 연간병원지출액에 차지하는 비율	-0.5%	0.8%	0.4%
■ 사망 감소건수	4,997	1,801	6,754

출처: Needleman, et al (2002)

(3) 분석 결과에 대한 의미

본 분석결과는 한 마디로 정규간호사의 추가 고용이 병원차원에서는 단기적으로는 많은 비용투입으로 손해이지만, 장기적으로는 손해가 감소한다는 사실을 보여주고 있다. 단순 비용-편익적 차원을 뛰어넘어 사회적 편익 관점에서 접근할 때 손해가 아니라는 것이다. 여기서의 사회적 편익이란 환자와 가족의 고통 감소, 근로상실로 인한 생산력 손실 고려, 추가 고용으로 인한 의료사고 감소로 소송비용이 절감되고, 사망률 감소로 인한 병원의 평판 올라가는 것, 환자수가 감소하지 않은 것, 환자의 만족도 제고 등을 망라한 것이다. 이러한 것을 종합적으로 고려할 때, 자격을 갖춘 간호사 추가를 위해 투자하는 것은 충분히 가치가 있는 것이다(Needleman et al, 2006).

기타의 다른 연구결과에서도 비슷한 결과를 보여주고 있어 간호사의 적정 비율로 적정시간의 간호서비스를 제공하는 것은 부작용을 줄이고, 입원기간을 단축하는 것으로 나타났다. 특히 대부분의 다른 연구들은 본 분석에서 다룬 것보다 더 입원기간이나 부작용이 덜 발생하는 것으로 보고되고 있다는 점에서 본 분석결과는 보수적인 측정으로 보인다.

2) 영리의료기관과 비영리의료기관 간 간호사 비율 실제

(1) 사례 개요와 의미

앞의 분석은 이론적인 관점에서 - 특히 병원의 입장에서 - 간호사 증가에 따른 간호서비스의 향상으로 직·간접적인 이익이 수반되지만 이것이 추가적인 비용을 상쇄시킬 만큼 크지 않다는 것을 설명하였다. 거시적인 차원 혹은 사회적 관점에서 간호사 추가 고용으로 인해 초래되는 이익이 비용보다 많아 투자 가치가 있다는 결론에

도 불구하고 병원 단위에서는 어떻게 반응하고 있는지를 보는 것은 의미가 있다.

병원의 입장에서는 특별한 규제와 인센티브가 없는 한 이익을 극대화하고자 할 것이기 때문에 추가로 간호사를 고용하여 간호사의 비율을 적정하게 유지하지 않을 것이다. 그렇다면, 본 장에서 집중적으로 조명하고 있는 영리성을 이해하기 위해선 실제로 영리기관과 비영리관 간 차이가 있는지 보는 것이 중요하다.

(2) 데이터 및 조사방법

본 사례에서 활용하고 있는 요양기관 데이터는 미국 50개 주에서 16병상 이상 요양시설을 대상으로 하며, 15,401개 요양기관 중 13,693개를 대상으로 분석하였다. 분석 대상 요양기관의 간호사 수를 포함한 일련의 데이터는 연방정부에 보고한 것을 토대로 데이터베이스화 한 것을 이용하여 분석 하였다.

분석 대상 요양기관 13,693개 중 65.8%인 9009개가 영리법인 형태, 27.7%인 3,789개가 비영리, 나머지 895개가 공공요양시설이다<표 7-4>. 영리소유 요양시설의 2/3 이상이 체인형태로 운영되고 있는데, 이는 비영리의 40%, 공공요양시설의 8%에 비해 훨씬 높은 것을 알 수 있다. 요양시설의 규모를 보여주는 것으로, 병원부설로 운영되느냐 여부에서는 영리기관에서는 단지 3%만이 병원부설인데 반해, 비영리에서는 28%, 공공에서 39%로 시설의 규모가 영리요양기관에 비해 큼을 알 수 있다. 지리적으로는 영리요양기관이 서부와 남부에 많이 위치해 있는데 이는 수익성을 추구하다보니 수요가 많을 것으로 예상되는 지역에 집중된 결과로 볼 수 있다.

<표 7-4> 분석대상 요양시설 특성 (1998)

	영리법인	비영리법인	공공법인
요양기관 수	9009	3789	895
체인형태 비율(%)	66	40	8
소재지역			
-중서부	31	40	43
-북동부	16	25	15
-남부	3	23	27
-서부	16	12	15
평균병상 수	108	97	117
병상 가동률(%)	85.6	86.9	88.2
병원부속 시설 비율(%)	3	28	39
숙련간호사 보유 시설 비율(%)	4	17	10

출처:Harrington et al (2001).

(3) 조사 결과

요양기관이 숙련된 간호사를 적절히 보유하고 있는지는 의료의 질을 결정하는데 주요한 변수가 된다. 따라서 많은 연구들이 요양기관의 질 평가를 ‘과정’(process)과 ‘결과’(outcome) 측면에서 간호사의 역할을 중요하게 취급하여 분석하고 있다. 본 분석에서는 간호사를 정규간호사(registered nurses), 기능간호사(licensed practical nurses), 간호조무사(nursing aides)로 구분한 뒤, 풀타임 근무 간호사의 근무시간을 주당 35시간으로 가정하여 1일 환자 1인당 간호사 근무시간을 계산하는 방식으로 분석한다.

자격 있는 간호사가 노인요양시설의 서비스 질 및 서비스 제공 결과에 중요하게 영향을 미친다는 전제아래, 의료의 질, 삶의 질(quality of life), 기타 영역에서 요양

시설 소유형태별로 상이한 결과를 초래하는지를 분석하였다. 여기서 의료의 질은 의료서비스 제공에서 과정과 결과에서 직접적으로 영향을 미치는 것을 총칭하는 것이다. 예를 들면, 간호서비스, 식사서비스, 의료서비스, 재활서비스, 약국서비스 및 감염예방 서비스 등을 포함한다. 또한 삶의 질(quality of life)은 환자의 존엄성과 선택권 보장정도, 시설의 청결도, 조명 등 물리적 환경, 사회서비스 및 사회활동 영역을 말한다. 마지막으로 기타영역이라 함은 행정절차, 각종기록 유지 등을 말한다. 크게 세 가지 평가 유형으로 구분한 뒤, 세부 측정 지표에 따라 평가하여 결합정도를 산출한 것이 아래 <표 7-5>이다.

<표 7-5> 요양시설의 소유형태별 결합도

결합 영역 구분	영리법인 형태	비영리법인 형태	공공법인 형태
의료의 질	3.56	2.59	2.63
삶의 질	1.92	1.18	1.25
기타	0.41	0.25	0.24
총계	5.89	4.02	4.12

출처: Harrington et al (2001).

영리법인 요양기관이 비영리와 공공소유형태의 요양기관에 비해 모든 부분에서 결합도가 높은 것으로 나타났다. 합산 결합도가 영리요양기관에서 매 요양시설 당 평균 5.89로 나타나, 비영리에 비해 46.5%, 공공에 비해 43.0%나 더 높다. 뿐만 아니라, 간호사 비율도 영리의료기관에서 제일 낮다. 정규 간호사 자격을 가진 간호사가 일당 환자 1인당 서비스 시간 면에서 영리요양기관이 비영리에 비해 31.7%, 공공 요양시설에서는 22.8% 적다. 간호조무사의 서비스 시간은 비영리시설과 공공시설에 비해 각각 11.9%와 16.0% 적다. 정규간호사에 비해서는 겹이 훨씬 줄어들었는데 이것은 간호조무사 채용에는 비용이 상대적으로 적게 소요되기 때문으로 보인다. 그럼에도 불구하고

고 영리시설에서 더 낮다는 것은 그 만큼 영리성을 많이 추구하기 때문이다.

(4) 분석결과의 의미

영리성 추구동기로 인해 영리와 비영리 의료기관간 간호사 적정 비율에서 유의한 차이가 있는지 알아보기 위해 두 번째 분석 사례인 본 분석이 주는 의미를 정리하면 다음과 같다.

첫째, 영리요양기관에서 정규간호사 및 간호보조사의 비율이 낮아, 이것이 노인요양시설에서 의료의 질과 삶의 질을 저하시키는데 결정적으로 기여한다는 점이다. 더 높은 비율로 정규간호사를 고용할 경우 사망률을 줄일 수 있는 것은 쉽게 예측된다. 또한 기능 간호사 비율을 높이면 더 좋은 기능적 결과(better functional outcomes)를 가져오는 것도 널리 알려진 사실이다. 그러므로 영리요양기관에서 간호사를 적정한 수준으로 유지하지 못하는 것은 낮은 질을 설명하는데 주요한 이유 가운데 하나이다. 이러한 연구결과는 다른 많은 연구들에서도 증명되고 있다(Kanda K, 1991; Aaronson WE, 1994; Nyman JA, 1988; Elwell F, 1984).

둘째, 영리요양기관에 관한 광범한 데이터로 분석하여 얻는 결과들은 급성기 병원에서의 영리와 비영리간 차이를 그대로 반영하고 있다는 점이다. 우선, 영리병원에서 더 낮은 비율의 의사를 고용하지만 의료비가 높다는 기존의 연구결과는 영리요양기관에서 낮은 비율의 간호사를 고용하는 것과 매우 유사하다(Pattison, 1983; Woolhandler et al, 1997). 뿐만 아니라, 급성기 영리병원에서의 낮은 비율의 의사와 간호사 고용이 높은 사망률과 수술 후 합병증 발병률을 높이는 결과를 초래하여 전반적으로 의료의 질을 떨어뜨리는 것도 유사한 점이다(Taylor et al, 1999; Kovner et al, 1998).

셋째, 비급성기 요양기관에서의 의료의 질을 결정하는 것은 전문인력인 간호사 비율을 어떻게 유지하느냐이고, 법인의 소유형태에 따라 간호사 비율이 현저히 다르다는 점은 시사하는 바가 매우 크다. 특히 요양시설에 수용되는 사람은 정신적, 육체적으로 매우 허약한 노인으로서 자신의 판단에 따라 요양기관을 선택할 수 없는 사람들이란 점을 감안할 때 영리성에 집착할 개연성이 많은 영리법인 요양시설의 비율을 너무 많은 것은 적절한 정책수단이 아니라는 점을 시사한다.

4. 기타의 영리법인 의료기관의 이윤극대화(profit maximization) 추구패턴 연구 결과들

앞서 언급한 바와 같이 영리의료기관은 비영리의료기관에 비해 이윤을 극대화하고자 하는 유인을 많이 가지고 있다. 여기서는 영리법인 의료기관이 어떻게 이윤을 극대화하는 형태를 가지고 있는지를 고찰함으로써 영리병원의 수익극대화에 대한 경험적인 증거를 제시하고자 한다.

첫째, 영리병원은 수익성이 높은 서비스만을 골라 제공하는 방법으로 이윤을 극대화 한다. 실제로 1988-2000년 동안 미국의 병원을 대상으로 분석한 자료에 의하면 병원소유형태별로 이윤추구의 정도가 상이하였다. 이 중 영리병원이 수익성을 쫓아 진료하는 행태는 눈에 띄게 높았다. 즉, 수익성이 예상되는 진료에는 민감하게 대응하는 반면, 수익성이 낮은 영역에서는 진료를 적극적으로 하지 않음이 발견되었다. 수익성이 많은 심장절제수술에서 영리병원의 수술이 공공병원에 비해 13.0%, 비영리병원에 비해서는 7.3% 증가한다. 반면 수익성이 낮은 정신질환응급진료(psychiatric emergency care)에선, 영리병원에서의 정신질환응급진료 제공이 공공병원에 비해 15%나 낮았으며, 비영리병원에 비해서는 8.4%나 낮았다.

가정간호(Home care)에 대한 영리병원의 반응은 얼마나 영리병원이 수익성을 추구하는지를 잘 보여주는 사례라 하겠다. 1988년부터 2000년 기간 중 가정간호에 대한 수가가 1997년에 조정되는데, 조정기점을 기준으로 영리병원의 가정간호에 대한 진료량이 크게 차이가 남을 볼 수 있다. 즉 1988-1996년 동안(수익성이 있을 때)의 영리병원이 서비스를 제공할 확률이 17.5%에서 60.9%로 3배 이상 증가한데 반해, 비영리병원은 40.9%에서 51.7%로 약 10%, 공공병원은 38.1%에서 51.9%로 14% 증가하는데 그쳤다. 그러나, 1997-2000년 동안(1997년 예산균형법으로 수익성이 낮아졌을 때)에는 영리병원이 가정간호 서비스를 제공할 확률이 37.5%나 떨어진 반면, 비영리병원과 공공병원은 각각 7.7%, 1.5%밖에 낮아지지 않았다는 사실만 보아도 영리의료법인이 수익성만을 얼마나 극대화하는가를 잘 보여주고 있다(Howitz, 2005).

둘째, DRG 지불체제에서 조기퇴원 및 외래 유도로 수익을 창출하는 방법이 영리병원에서 확연히 발견된다. 이는 대만의 사례에서 발견된 것으로, 특정연도의 모든 청구 데이터를 기준으로 분석되었다는 점에서 연구결과의 신뢰성이 매우 높다 하겠다. 뿐만 아니라, 대만의 분석은 DRG 보상체제에서 영리극대화를 위한 영리병원의 전략을 자세히 보여준다는 점에서 흥미롭다. 2000년 입원진료 청구 데이터 100,730건을 대상으로, 병원소유형태와 환자 외래 이송간의 관계를 분석한 결과에서 영리병원이 병원입원기간이 짧게 한 상태에서 외래 진료로 전환하는 비율이 비영리병원에 비해 높았다. 이는 포괄수가제 하에서, 환자진료보다는 병원 수익을 위해 조기퇴원으로 입원일수를 단축하면서 외래진료로 유도하는 방법으로 수익을 극대화하고자 하는 동기에서 발생되었다고 한다(Lin HC, et al. 2004).

셋째, DRG에서의 up-coding을 영리/비영리병원 간 상이한 결과가 보고된다. 1989-1996 동안 Medicare의 DRG 진료비 청구 경향을 분석한 바에 의하면, 폐렴과

호흡기 감염 진료에서 비영리병원에서는 난이도가 높은 진료비 지급코드 청구로 인한 등급이 평균 10점 증가한데 반해, 영리병원에서는 37점 증가한 것으로 나타났다. 이는 영리병원에서 진료코드를 조작하여 진료비를 늘리는 현상이 발생되고 있음을 보여주는 사례라 하겠다(Silverman E, et al. 2004).

넷째, 고가장비 사용을 통한 수익 창출의 극대화 모델이다. 급성심근경색(Acute myocardial infarction: AMI) 입원환자들을 대상으로 병원형태별로 진료 양태 조사 결과에 의하면, 비영리병원에서는 수술 후 아스피린 투약 등으로 비용이 적게 드는 진료를 하는 반면, 영리병원에서는 고가장비를 사용하는 경향이 강하다. 그럼에도 불구하고 병원형태에 따른 진료 결과는 동일하다는 연구결과는 얼마나 영리법인 의료기관에서 이윤 극대화를 위해 고가 진료를 하는지를 잘 보여주고 있는 사례이다 (Stone, FA, et al., 2003).

5. 정책적 함의와 결론

오늘날 병원 진료비를 억제하도록 하는 압력이 증가하고 있고, 동시에 환자의 안전과 의료의 질에 대한 압박이 심해지고 있다. 이는 환자, 공급자, 정부의 입장에서 각기 다른 시각을 가지고 있다는 의미이다. 개별병원의 입장에서 간호사 추가 채용으로 환자의 안전을 확보함으로써 사망률을 낮추는 것이 간호사 추가채용에 들어가는 비용을 어느 정도 상쇄한다는 사실을 잘 알고 있지만 수지가 많지 않으면 그렇게 할 유인이 없다. 환자의 입장에서는 간호사를 추가하여 예방가능한 부작용과 사망률을 낮춘다면 충분히 가치 있는 투자라는 인식을 갖는다. 정부는 재원 조달가능성 측면과 환자의 이익을 비용-효과차원에서 문제를 접근하는 경향을 가질 것이다. 절충적인 입장에서 환자와 병원의 시각을 조화시키는 방향에서 정책을 결정하려고

할 것이다.

이렇게 각기 다른 시각을 하나로 묶을 수 있는 관점이 사회적 차원에서 접근하는 것이라 할 수 있다. 이것은 앞서의 첫 번째 사례에서 보았듯이 옵션 1(자격있는 정규간호사로 대체하는 것)에서는 단기적이든 장기적이든 병원에 이익을 주는 것에 대해서는 논의가 불필요하고, 미시적차원에서 이해당사자의 일부가 손해를 입는 것으로 보인다 하더라도 거시적 차원에서 사회적 시각에서 보면 상황은 달라진다는 관점이다. 쉽게 말하면, 추가로 들어가는 비용에 비해 초래되는 이익이 더 크다는 시각을 갖는 입장이다.

정규간호사를 추가적으로 고용하여 사회적으로 효율성을 확보하기 위한 규제 장치 필요(Needleman et al, 2006)와 인센티브제도를 동시에 마련하는 것이 필요하다. 병상당 간호사 수를 적정하게 유지하도록 하는 법적, 제도적 장치 등과 같은 소극적 방안이 절실한 한편, 다른 한편으론 보다 더 적극적인 방법인 인센티브제도를 시행할 필요성을 제기한다. 즉 병상당 정규간호사를 적정 고용하여 서비스할 경우 수가로 보전하는 방안도 강구해 볼 수 있는 방안이다. 아울러, 지불보상제도를 통해 정규간호사 비율에 따른 추가 비용을 보험자와 공급자가 비용을 분담하는 결과로 이어지도록 하는 것도 좋은 방안가운데 하나가 될 수 있다.

제 8 장

주요국의 영리병원 운영실태

제8장 주요국의 민간영리병원 운영실태

1. 연구의 의의 및 연구 대상 국가

보건의료체계에서 병원의 유형이 국가마다 다르고, 유형별 기능마저도 다소 다른 것이 사실이다. 이것은 개별 국가가 영리병원에 한정하여 집행되는 정책에만 국한하여 고찰할 경우 그 나라의 영리병원체제와 정책을 정확히 이해하는데 한계가 있음을 의미한다. 이러한 맥락에서 본 장에서는 다양한 국가들의 사례를 고찰하면서, 개별 국가의 사례를 비교하는 것이 영리병원의 실태를 이해하는데 도움을 줄 것이라는 전제에서 접근하였다.

본 장에서 다룬 국가는 비교적 상이한 보건의료체제를 가지고 있는 국가들을 샘플로 하였다. 자유주의 방식의 보건의료 시스템을 가지고 있는 미국, 강력한 국가 개입 하에 제도주의 방식을 운영하고 있는 영국과 유럽국가, 그리고 특정 유형으로 분류하기 어려운 동남아 국가 일부를 다루고 있다. 이러한 다양한 체제에서 운영되고 있는 보건의료체계에서 영리병원이 어떻게 운영되고 있는지를 사례로 살펴보는 것이 다양하게 전개되고 있는 영리병원 정책을 실제적으로 이해하는데 도움이 되기 때문이다.

특히 본장에서 북미, 유럽국가와 함께 동남아 국가들 다루고 있는 것에 대한 설명이 필요하다. 동남아 국가들의 영리병원 도입은 유럽의 경우와 사정이 다른데 특성이 있다. 유럽의 경우 영리병원이 비영리 및 공공병원에 대해 보충적 서비스를 제공하는 역할로 출현하였는데 비해, 동남아 여러 국가의 경우 영리병원이 의료서비스 산업화 차원에서 도입되었으며, 이것은 공공병원과 대체되는 기능을 수행하도록 요

구 받는다는 점에서 차이난다. 동남아의 경우 충분한 공공부분의 인프라가 확보되지 않은 상황에서 영리병원을 허용한 것은 일종의 보건의료산업에서의 이른바 불균형 성장론에 바탕한 것으로 볼 수 있는 것으로 의료서비스를 관광자원의 일원으로 규정하여 국가의 부를 많이 모으는 것에 1차적인 목적이 있다는 점에서 유럽 국가들의 경우와 확연히 구분된다. 이러한 목적으로 도입된 영리의료 법인이 어떻게 운영되며, 이것의 효과가 어떠한지 고찰하는 것은 의미가 있다 하겠다.

2. 연구의 방법 및 자료의 활용

주요 연구방법은 문헌조사에 의하고 있다. 그러나 아직까지 영리의료기관 형태의 유형이 미국을 제외하고 덜 보편화된 형태이기 때문에 충분한 자료를 확보하는데 어려움이 많아 불가피하게 제한된 문헌에 의존할 수밖에 없었다. 더욱이, 자료의 제한에다 해당국의 영리의료기관에 관한 연구 문헌의 결과들이 과소사례로 인한 연구 결과의 보편성에 의문이 제기될 수 있는 상황에서 본 연구가 진행될 수밖에 없었다는 한계도 갖는다는 점을 미리 밝혀 둔다.

문헌조사 외에도 현지 출장조사 방법이 추가되었다. 동남아 국가와 일부 유럽 국가들은 현지 조사 결과를 중심으로 진행되었다. 그러나 유럽 국가의 경우 영리병원에 대한 사회적 인식이 매우 적었으며, 게다가 영리의료기관에 대한 광범한 연구 문헌을 확보하기 곤란한 점으로 충분히 다루는데 한계가 있었다. 이러한 연구방법상 제약을 극복하기 위한 대책으로 개별 전문가 접촉을 통해 특정 사안에 대해 질문하는 방식이 추가되었다.

3. 국가별 영리병원운영사례 개관 및 특징

1) 북미국가

(1) 캐나다

가. 영리병원 도입 및 운영 개요

1999년 알버타(Alberta) 주가 일부 의료서비스에 대해 민간병원에서 진료를 허용하는 법안을 통과시킨 후, 유사한 법안이 Saskatchewan, Ontario 주 등 캐나다의 많은 주에까지 일부 공보험의 서비스 영역을 민간에 전가하는 조치들이 시행되기 시작하였다. 2002년에 알버타 주에서 만든 Mazankowski 보고서, 연방차원의 Romanow 보고서가 캐나다 보건의료 체계 전반과 민영화에 관한 내용을 발간하면서 민간영리병원의 의료서비스 제공을 허용하는 것이 토론의 핵심으로 부각되었다.

앨버타주의 입법³⁴⁾은 세계보건기구 등 일부 국가에서 운영되고 있는 수준의 민영화로의 전환을 담고 있지만, 당시 캐나다 전역에서 논쟁의 핵심으로 자리 잡았다. 반대론자는 이것이 캐나다의 공보험체계를 깨는 역할을 하게 되고, 궁극적으로 보건의료시스템 이원화(two-tier health care system)를 초래하여 전반적인 비효율을 초래할 것이라는 이유로 반대하였다(Curie et al, 2003). 찬성론자는 캐나다의 보건의료시스템이 과도하게 공공성 위주로 된 결과, 늘어나는 높은 수준의 의료요구에 부응하기 어렵고, 공공병원체계에 의한 독점적 제공으로 질이 떨어지게 되고, 공급이 부족하여 대기리스트가 길어지는 부작용을 해결하는 방안은 민간영리병원을 허용하는

34) 그러나, Alberta 주에서 시도한 영리병원 활용은 주 보건당국으로 하여금 민간병원에도 수술을 위탁하는 것이었을 뿐이다(Curie, 2003). 따라서 미국의 경우처럼 영리병원이 병원 스스로 결정한 수가로 임의로 환자를 진료하는 것이 아니라, 오히려 영국처럼 공공의료 시설에서의 일시적 초과수요를 해결하기위한 차원에서 극히 일부 진료영역에서 민간영리병원에 일정 의료서비스를 위탁한 것이었다.

길이 대안이 될 수 있다고 주장하였다. 이러한 양 그룹간의 주장은 마치 지금 한국에서 진행되는 논쟁처럼 갈등을 양산하는 결과를 초래하였다. 그것은 각 당사자가 자신들의 주장을 입증할 연구들을 선택적으로 제기하는데다, 영리병원의 성과를 둘러싼 장점과 단점에 관한 주장들이 대부분 미국에서 연구된 것들이었기 때문이었다. 자신의 유·불리에 따라 미국에서의 연구 결과가 인용되는 상황이었다. 무엇보다 캐나다와 미국의 보건의료 시스템과 이를 둘러싼 환경이 다른데 미국의 경험을 그대로 인용하는 것은 설득력이 없다는 주장에도 불구하고 동원 가능한 모든 논거들이 찬·반 그룹에 의해 이용되었다. 그러나 격렬한 논쟁에도 불구하고 앨버타 주를 위시하여 새로운 입법으로 허용된 민영병원에 의한 의료서비스 제공을 되돌리지는 못하였다. 이러한 결과, 주별로 약간 상이하긴 하지만 대부분의 주에서 민간의료기관이 제공할 수 있는 것은 제한적인 수준이고, 이들 대부분이 MRI 촬영, 혈액검사, 피용 및 성형 중심으로 진료과목이 한정되었기 때문이라는 것이 첫 번째 이유였다³⁵⁾. 다른 하나의 이유는 연방 및 주 정부차원에서 영리민간병원에 대한 규제를 공공병원과 동일하게 하는 법안을 먼저 제정하였기 때문이다. 영리병원의 허용절차, 영리병원에 대한 규제, 영리병원에 대한 인가 철회 등의 각종 사안에 대해 엄격히 규제할 수 있는 장치를 정부가 이미 확보하고 있었기 때문이었다³⁶⁾³⁷⁾.

쟁점은 공적재원이 민간의료기관에 흘러들어가서 공공병원의 대기리스트를 줄일 수 있는가에 집중되었다. 영리법인 찬성자는 의료서비스를 양쪽에서 받을 수 있으므로 대기기간을 단축할 수 있다고 주장하고, 반대론자는 공적인 재원이 공공 및 민간

35) 대부분의 MRI 및 CT 촬영 등을 취급하는 이들 민간 의료기관이 급속히 증가하여 2008년 7월에 온타리오 주에서만 소규모 진료소가 1000개에 달한다(Toronto Star, 2008. 7. 28).

36) 주마다 영리병원과 영리병원이 제공하는 의료서비스에 대해 규제하는 것은 상이하다. 온타리오 주의 경우 영리병원에 대한 규제 수단 중 하나는 "기업법인 법"(Business Corporation Act)인데 이법은 영리병원의 수익률을 규제하고 있다. 즉 주주들의 투자에 대한 수익률은 6.5%으로 한정되며, 특실 등 고가 편의서비스 제공으로 인한 수입을 35% 범위내로 한정하고 있다.

37) "민간병원법"(Private Hospitals Act of 1990) 제15조 1항에 보건부 장관은 영리병원이 공익에 반한다고 생각될 경우 인가를 철회할 수 있다고 규정하고 있는 것도 규제의 일환이다.

의료기관에서 동시에 사용되게 되면 민간부분에서 많이 사용하는 현상이 야기되어 오히려 공공병원 이용환자들의 대기기간을 늘릴 것이라고 주장한다.

실제로 백내장 수술을 전문으로 하는 공공/민간 환자를 담당하는 병원에서의 공공의료기관 이용 환자들의 대기시간이 순수 공공병원에서 공보험 환자만을 진료하는 병원에서의 대기기간에 비해 길어지는 현상을 발견하였다(CHSRF, 2004).

나. 캐나다 영리의료법인의 기능

캐나다의 영리의료법인(2%)이 존재하는 형태는 다음과 같은 유형으로 존재한다(CHSRF, 2004). 이는 얼마나 영리의료법인이 현재 한국에서 논의되는 것과는 다르게 운영되는가를 명확하게 보여준다 하겠다.

- MRI clinics
- 진료센터
- 민간 실험실 운영

MRI는 촬영비용이 고가이기 때문에 공공병원에서는 가능한 한 촬영에 소극적이기 때문에 민간 MRI 촬영 전문 의료기관이 출현하였다. 그럼에도 불구하고 환자 본인이 위해 촬영할 경우 민간 MRI clinics에서 촬영하는 경우가 많기 때문에 운영되고 있다. 민간 진료센터와 민간 실험실도 마찬가지로 환자가 필요에 의해 진료 받고 진료비는 환자 본인이 직접 지불하는 형태로 운영되고 있다.

이러한 형태의 민간의료법인 존재이유는 공공의료기관에서의 장기대기 환자를 줄인다는 목적에서 그 설립의 정당성을 부여 받을 뿐이다(CHSRF, 2004). 이는 미국에서처럼 영리의료법인을 통해 수익을 올리겠다는 것과는 다른 차원이며, 영리의료법인에 의해 제공되는 서비스는 어디까지나 공공의료기관의 기능에 보완적인 것만 수

행하고 있다.

Manitoba와 Alberta주는 민간영리의료기관이 일반적으로 환자에게 추가적인 본인 부담을 청구하는 것이 일반적이지만, 주 정부가 환자에게 추가적인 청구(extra billing)를 금하는 법안을 통과시켜, 현재는 환자가 추가적인 비용을 지불하지 않으며 주 정부가 모든 비용을 부담하고 있다. 이는 민간의료기관에서의 진료에 대해서도 정부가 수가 및 지불 방법에 대해 규제하는 것을 보여주는 단적인 사례이다(CHSRF, 2004). 이는 현재 한국에서 영리병원 도입은 곧 건보수가로부터의 해방이고, 규제로부터의 해방이라는 인식과는 상당한 차이가 있다.

캐나다 보건의료지출 중 현재 약 70%가 공공재원으로 조달되는데 공공지출의 대부분(약 91.6%)은 주정부에서 오며, 대부분이 민간이나 비영리 기관(병원, 지역사회 시설, 장기요양시설) 또는 민간 의사들이 독립적으로 정부와 계약을 하고 공급한다. 일부 주 지역에서는, 공공재원으로 조달되는 서비스의 상당 부분을 영리 기관 특히 가정간호나 요양서비스와 같은 시설에서 제공한다(Fooks and Lewis 2002). 캐나다 헌법 92조에서 주정부가 보건의료서비스를 조직하고 규제하도록 하였으므로 공공부문에서, 비용지출의 대부분은 주정부 수준에서 이루어진다. 캐나다에서 보건의료의 재원 공급과 전달에는 공공과 민간 부문이 다양한 형태로 함께 어우러져 있다.

예방주사, 위생과 같은 공중보건(<표 8-1>의 (1))은 공공부문의 책임으로 정부에서 자금과 서비스를 직접 공급한다. 이에 반해, 성형수술과 같은 것(<표 8-1>의 (6))은 전적으로 민간부문에서 담당하고 있어, 개인이 영리민간 공급자에 의해 시술을 받고 직접 또는 민간보험을 통해 전체 비용을 지불한다. 표에 나와 있듯이, MRI와 CT 진단 서비스를 제공하는 클리닉을 이용하는 비용이나, 공공시스템에서 활동하지 않는 의사들이 수술하는 독립된 민간병원(예. the Cambie Surgery Centre in Vancouver,

<표 8-1> 캐나다 보건의료에서의 공공부문과 민간부문의 참여

		서비스 전달		
		공공	비영리 민간	영리 민간
제 원 공 급	공 공	(1) · 공중보건(Public health) · 주립정신보건기관 (Provincial psychiatric institutions) · 일부주의 가정간호 (Homecare in some provinces)	(2) · 대부분의병원 (Most hospitals) · 중독치료(Addiction treatment)	(3) · 일차 보건의료의사(Primary health care physicians) · 세탁, 식사 등 병원의 부속서비스(Ancillary services in hospitals- laundry, services, meal preparation and maintenance) · 대부분 주의 실험 및 진단 서비스(Laboratories and diagnostic services in most provinces) · 일부 병원(Some hospitals)
	민 간	(4) · 공공소유병원에서 제공되는 고비용의 비의료 및 의료서비스와 상품 (Enhanced non-medical(e.g. private room), and medical(e.g.fiberglass cast) goods and services in a publicly owned hospital)	(5) · 일부 주에서 제공되는 가정간호와 요양간호서비스(Some home care and nursing homes in some provinces)	(6) · 성형수술(Cosmetic surgery) · 장기요양(Long-term care) · 일부 주에서의 처방의약품, 치과 및 안과 서비스 (Extended health care benefits such as prescription drugs, dental care and eye care in some provinces) · 일부 MRI 및 CT 진단클리닉 (Some MRI and CT scan clinics) · 일부 수술 클리닉(Some surgery clinics)

자료: Raisa B. Deber, Delivering Health Care Services: Public, Non-For-Profit, or Private? Discussion Paper No.17, Commission on the Future of Health Care in Canada, August 2002

the Maple Surgical Centre in Winnipeg 등)의 이용에 대한 비용도 환자가 전적으

로 부담한다. 이와 같이 민간에서 전적으로 서비스를 공급하고 비용부담을 하는 부문은 공공 운영 체계의 운영이나 유지에 있어서 매우 위협적인 존재로 인식되기도 한다.

(2) 미 국³⁸⁾

가. 개요

공공병원과 비영리 민간병원(주로 자선, 종교단체 등)이 주가 된 공보험체제를 근간으로 하다 최근 공공의료기관의 기능을 보완하는 형태의 민간병원이 출현하기 시작하였다(공공의료를 대체하는 것을 목적으로 한 것이 아님에 유의). 의료가 갖는 특성에 기반하여 서구에서는 의료만은 어떠한 경우에도 공적으로 제공되어야 한다는 이념이 오랜 전통이 되었으므로 우리나라가 현재 도입을 논의하는 의미의 영리목적 의료법인과는 다른 성격을 가지고 발전하여 왔다.

최근 영리법인 의료기관이 증가함에 따라 비영리의료법인이 가져온 정통성과 세금감면혜택 등의 지위에 대해 공격을 받고 있다. 무엇보다, 자선조직으로 세금감면 등의 특혜를 받지만 지역사회 이익을 위해 공헌하는 본연의 기능이 쇠퇴하고 있다는 비판과 세금감면 지위부여는 특혜이고, 일부 비영리병원은 이러한 지위를 남용하고 있다는 공격이 주요 비판의 대상이 되고 있다.

사실인 것은, 예상하는 바와 같이 기간의 경과에 따라 미국에서 영리법인 의료기관이 증가하고 있다는 점이다. 이는 의료기관 종별에 관계없이 거의 모든 의료기관에서 양적으로 비영리에서 영리 법인 형태로 전환이 많이 이루어지고 있다.

38) 본 사례는 Mark Schlesinger and Bradford H Gray의 미국 영리병원에 대한 평가를 중심으로 고찰하였다.

나. 비영리 및 영리보건의료기관에서의 차이

의료기관이 영리이나, 비영리이나는 사실 엄청나게 중요하다. 소유형태에 따라 근본적인 차이가 초래되기 때문이다. 일단 법적인 개념에서 볼 때, 영리와 비영리소유형태는 상이하고 따라서 소유형태의 차이는 본질적으로 의료기관의 성격 규정에서 차이를 초래하고, 이는 결과적으로 의료기관 운영의 방향과 결과에서 주요한 차이를 가져 올 수 있는 것이라는 점을 부인할 수 없다. 첫째, 병원관리자 및 종사자에 대한 금전적/비금전적인 인센티브를 혼합하는데서 차이가 발생가 발생되며, 둘째, 자본의 원천에서 차이, 셋째, 의료기관 경영(governance)에 미치는 영향에서 차이를 초래한다.

다. 서비스 대상별 차이

상이한 서비스 혹은 상이한 측정방법에 의거 조사결과를 부주의하게 결합할 경우 소유형태의 효과측면에서 일관성 없는 차이가 발견 될 수 있는 것이 문제이다. 그러나 단일 서비스와 단일의 잘 정의된 서비스 제공성과를 대상으로 한 메타분석은 소유형태 차이에 따라 발생하는 일관성을 보여주고 있다. 즉, 일반적으로 영리병원과 영리 신장센터에서 높은 사망률을 보이고 있으며, 영리병원에서 의료비가 높으며, 영리소유형태의 요양시설에서 높은 부작용을 보이며, 영리정신요양기관에서 접근성이 낮은 것은 것은 보편적인 연구 결과이다.

아래 <표 8-2>는 메타분석을 통해 3가지 척도(성과, 질, 접근성)에서 영리/비영리간 차이를 비교한 것으로, 215개 영역에서, 성과를 기준으로 그룹별로, 서비스 유형(병원 VS 요양시설), 및 통계적으로 영리/비영리간 상대적 이점을 분석하고 있는 것이다. 분석결과 비교는, 비용과 효율성(성과)의 관점에서 병원과 요양시설간에 소유

형태의 영향이 상당히 다름을 보여주고 있다. 요약하면 다음과 같다.

- 영리요양시설에서 낮은 비용과 높은 효율성을 보이는 것으로 증명: 20개
- 영리요양기관에서 기술적 효율성이 비영리에 비해 월등히 높음: 8개 중 7개
- 병원에서는 비용과 효율에서는 복잡한 양상을 보이나, 압도적으로 비영리기관에 우호적인 결과를 보임
- 병원그룹에서의 기술적 효율성에서;
 - 5개에 서비스 영역에서 비영리 우세,
 - 3개는 영리/비영리간 유의한 차이 없고,
 - 3개는 영리기관이 우세
- 의료의 결과 의료기관 접근성에서의 차이는 상당함
 - 소유형태의 차이에 따라 발생하는 부작용은 병원보다 요양시설에서 현저히 많음
- 소유권 유형별 효과는 상이한 서비스에 따라 상이한 방법으로 영향을 미치고 있는 것으로 조사되었는데 다음과 같은 특성을 보임
 - 영리법인에서 이윤 극대화: 비용을 줄이고 가격을 높임, 수입을 늘림
 - 비영리기관에서 신뢰성이 높음
 - 비영리기관에서 부정청구 및 이의신청 건수 적음
 - 비영리기관에서 사회적 취약계층의 진료를 일반사람들과 다르게 하지 않음
 - 비영리기관이 신혁신기술을 배양하는데 적극적
 - 기부금이나 보조금을 이용해서 시장에 나오지 않은 서비스를 먼저 도입함
 - 비영리기관이 변화에 덜 민감함: 수요가 덜한 서비스에서 신속히 이탈하거나 수익이 덜한 서비스 제공에서 손을 떼는 데 느림
 - 이러한 특성은 사회적 편익을 증진시키는 면에서는 긍정적이지만
 - 영리의료기관에서 특히, 보험자(영리민간)가 정책을 변경할 경우 환자는 보

협료를 추가로 부담하게 되는 결과로 이어짐

<표 8-2> 소유종별 의료기관의 경험적 성과비교(1)

	Studies of hospital			Studies of nursing homes		
	Nonprofit advantage ^a	No significant differences	For-profit advantage ^a	nonprofit advantage ^a	No significant differences	For-profit advantage ^a
Measures of economic performance						
Administrative overhead Costs per admission	3	-	-	1	4	-
Operating cost	-	-	-	-	-	7
Total cost	13	11	8	-	-	6
Measures of technical efficiency ^b	5	3	2	-	1	7
Revenues/charges per admission	9	4	-	4	-	-

<표 8-2> 소유종별 의료기관의 경험적 성과비교(2)

	Studies of hospital			Studies of nursing homes		
	Nonprofit advantage*	No significant differences	For-profit advantage*	nonprofit advantage*	No significant differences	For-profit advantage*
Measures of Quality of care						
Mortality rates (in facility)	1	7	-	-	-	-
Mortality rates (postdischarge)	7	9	1	-	-	-
Adverse outcomes (other than mortality)	5	3	3	9	2	1
Process measures of quality	5	1	-	10	4	1
Regulatory violations	1	-	-	6	2	-
Malpractice suits	-	1	-	2	-	-
Functional improvement during admission	-	-	-	-	3	-
Consumer satisfaction	-	-	-	2	-	-

<표 8-2> 소유종별 의료기관의 경험적 성과비교(2)

	Studies of hospital			Studies of nursing homes		
	Nonprofit advantage ^a	No significant differences	For-profit advantage ^a	nonprofit advantage ^a	No significant differences	For-profit advantage ^a
Measures of accessibility for unprofitable patients						
Locating in low-income areas	5	-	-	-	-	-
Treating uninsured	12	6	-	-	-	-
Treating Medicaid patients	2	4	1	-	1	4
Facility practices affecting indigent care	4	-	-	1	-	-
Providing unprofitable services	6	-	-	-	-	-

Source : A comprehensive list of the studies examined is available online at <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/hlthaff.25.w287.DC2>.

Note : Empty cells indicate the absence of relevant studies

a: An ownership-related "advantage" is identified with organizational performance that relative to other organizations, involves lower cost, lower administrative cost, lower charge, higher levels of technical efficiency, higher scores on positive quality outcomes, fewer adverse events, and more extensive use by indigent clients.

b: Efficiency "in this context refers to the provision of a given set of services or outcomes in a way that minimizes the expenditure of resources. Studies that compare organizations in terms of efficiency control statistically for variation in output, although the measures of output differ greatly across these studies. Measures of relative efficiency are calculated against a statistical profile for the resource-minimizing combinations of inputs that produce particular outcomes.

라. 소유권 정말 중요한가? 비영리보건의료에서의 책임성과 신뢰성

비영리기관의 성과를 비영리법인에게 부여하고 있는 세금혜택과 연관 지어 평가하고 있는데, 미국의 많은 주에서 이러한 측면에 대해 비관적인 평가를 바탕으로 비영리법인이 더 많은 책임성을 담보할 수 있게 하기 위해 법률과 규정을 제정하고 있다. 첫째, 지역사회편익측면에서의 영리와 비영리의 차이에서 접근할 수 있다. 그러나 무엇이 지역사회 편익이냐는 주관적일 수 있고, 어느 것에 비중을 두느냐에 따라 다를 수 있다. 그러나 가장 손쉽게 택할 수 있는 것은 무보험 환자 치료 실적이 될 수 있으므로 이것을 기준으로 평가하는 경향이 가장 일반적이다. 실제로 미국에서는 이것을 기준으로 평가하고 있는데, 1969년 이전 연방세금 감면 규정을 만들 때도 지역사회 편익 기준으로 이것을 가장 우선적으로 고려하였다. 이외에도, 비영리 보험사는 영리보험사에 비해 지역사회 편익을 시켜주는 의료공급자를 더 잘 지원하고, 결과적으로 가난한 사람들에게 편익을 제공하는 지역사회 보건서비스에 더 기여하는 것으로 조사된 바 있어 비영리가 사회적 편익에 더 많이 기여한다는 것이 일반적인 연구결과이다. 그러나 지역사회편익의 모든 형태에 대한 기대를 명확히 하는 것이 필요하고, 또한 다른 종류의 지역사회 편익을 측정해야 하는데 이것들이 용이하지 않다는 데서 한계가 있는 것도 사실이다.

그러나 이러한 한계점에도 불구하고, 그 동안 미국에서 연구된 결과를 요약하면 다음과 같다. 첫째, 일반적으로 비영리/영리의료기관이 인근에 서로 위치하고 있을 경우 유사한 경향을 보인다는 점이다. 그러나 이러한 해석은 다음과 같은 결정적인 요인을 고려하지 않았다는 비판을 받고 있는데: 1) 영리병원은 의도적으로 보험에 가입하지 않은 사람, 취약계층이 거주하지 않는 지역에 병원을 건립하거나 인수, 2) 이런 지역에 소재하는 비영리병원은 다른 지역에 소재하는 비영리병원에 비해 무보험 가입자를 더 적게 치료하지만 지역사회에 더 필요한 서비스를 제공하고 있다는 사실이다. 이러한 요소를 고려할 경우 비영리 및 영리병원이 소재하고 있는 지역을 감안하면, 소유형태별 무상진료 실적 차이는 상당하다는 것이다.

또 다른 많은 최근 연구결과도 비영리의료기관이 영리기관, 혹은 반대의 방향에 영향을 끼친다는 연구 결과들이 있는데, 그것은 특정지역에 영리병원이 많을수록, 비영리병원은, 1) 더 공격적으로 수입을 극대화시키는 반응, 2) 수익이 되는 서비스 위주로 제공, 3) 수익이 덜 되는 환자들의 입원에 소극적, 4) 환자들에게 투입하는 자원의 양을 감소시킨다는 것이다. 반대로, 특정 지역에 비영리병원의 존재가, 1)영리 요양기관의 의료의 질을 증가시키고, 2)영리 신장투석 시설에서의 사망률을 낮추며, 3) 영리 보험사의 신뢰성을 높이는 현상을 초래 한다는 사실이다.

마. 비영리보건의료를 지원하는 공공정책 방안 재검토

비영리형태가 전반적으로 효율적인 형태라면, 어떻게 이러한 비교우위를 유지하고 비영리보건의료체계를 지속할 것인가가 중요한 과제라 할 수 있다. 비영리보건의료에 기반한 정책기조가 확실히 우월하다면 비영리 병원에서 영리병원 형태를 보이거나, 영리병원을 보건의료에서 퇴출하면 될 것이지만 이것이 간단치 않다는데 문제가 있다. 그러므로 현실적으로 완전히 퇴출하는 것 보다 특정지역에서 최적의 소유권 결합을 조성하는 것이 가장 적절한 정책목표가 될 수 있을 것이다. 문제는 최적의 조합방안에 대한 연구는 없으며, 최적의 균형은 서비스별로 다양할 것이라는 데 한계가 있다.

총괄하면, 영리병원이 변화하는 유인과 시장 상황에 신속히 반영하는 조직이라는 것은 설득력이 있지만, 정책결정자가 반응성을 갖는 상대적 이점과 안전성에 대해 어떻게 평가할 것이냐에 대해서는 명확하지 않다는 점이다. 분명한 것은 후자 즉 안정성은 의사와의 관계를 장기간 유지한 환자, 만성병이나 건강하지 않은 환자들에겐 중요성이 증가하고 있다는 점일 것이다. 궁극적으로 향후 미국에서의 영리의료기관은 협소한 지역사회 단위에서 지역사회 편익을 정의하는 것이 아닌 한 더 많은 비

영리기관 책임성강화가 유효한 정책 목표가 되어야 할 것이다. 또한 지역사회와의 비영리병원간의 결합을 강화시키고, 무상진료를 뛰어넘은 지역사회 편익을 명확히 하는 방법으로 책임성을 증진시키는 정책이 필요하다. 마지막으로 이러한 방법을 통한 혁신이 비영리보건의료영역을 건강하게 지속시킬 것이며, 보건의료를 역동적이고 효율화시키는 자극제로서 영리병원의 역할과 균형을 유지하게 해 줄 것이다.

2) 유럽국가

(1) 영국

영국은 급성기 영리병원을 허용하지 않는다. 공공병원과 비영리병원만 인정하고 있는데, 대표적으로 통상 민간병원으로 불리는 BUPA 병원은 법적으로 비영리병원에 속한다(Innes, 2005). 엄격한 의미의 영리병원이 존재하진 않지만 민간병원의 범주에 속하면서 공공병원의 기능을 보완하고 있는 대표적인 비영리병원인 BUPA와 Nuffield 병원³⁹⁾의 역할에 대해 살펴보고자 한다. 이러한 접근을 통해 오늘날 영국의 보건의료체계에서 영리병원을 왜 허용하지 않는지를 간접적으로 이해해 보고자 한다.

총괄적으로, 영국이 영리병원을 허용하지 않는 것은 병원급 의료기관이 철저히 공공성을 갖는 것은 병원이 갖는 역할의 특수성 때문이라 볼 수 있다. 전문의로서 의학 발전에 대한 사명감, 교육과 연구를 통한 전문 의료인 양성, 의료의 질 발전, 전문직업인으로서 요청되는 지도력 발휘에 대한 사명의식 등을 종합적으로 고려할 때 병원이 영리법인화 된다는 것은 전혀 불가능하다는 인식이 상존한 결과이다.

BUPA 그룹이 운영하고 있는 병원은 영국에서만 35개에 이른다. NHS는 지역적으

39) Nuffield Hospitals 는 전국 44개의 민간비영리병원을 가지고 있음

로 공공병원 시설이 부족하여 대기환자가 많은 지역에서 민간병원과 계약을 체결하여 NHS 환자를 진료하게 하고, 진료비는 NHS가 직접 민간병원에 제공한다. 이결과 2003년도에 NHS 환자가 BUPA 병원에서 진료 받은 환자 수는 23,000명에 이른다. BUPA 병원이 전문으로 취급하는 것은 노인 장기입원자들을 위한 진료, 가정간호(home care)가 주 기능이다.

영국은 비영리병원 틀 내에서 공공성을 훼손하지 않는 방향에서 영리병원의 기능을 수행하도록 하는 특징을 가지고 있다. 앞서 본 민간비영리병원과 함께 아래에 소개하는 두 가지 방법도 그러한 차원에서 도입된 것이라 볼 수 있다.

첫째, 영국에서 병원이 갖는 특성을 고려하여 영리병원을 인정하지 않지만 공공의료 하에서 나타나는 부작용을 완화하기 위한 조치들을 취하고 있는데 이것이 일종의 의료의 산업성을 부분적으로 접목한 것이라 볼 수 있다. 즉 공공병원 내에 고급의료욕구를 추구하는 환자들을 위한 고급시설을 갖춘 입원실을 설치하여 별도의 높은 진료비를 부과할 수 있도록 하고 있는 데 이를 사적병상(pay bed)이라 한다. 이것은 영리병원 주창자들이 제기하고 있는 논리들을 공공병원의 체계속에서 수용한 것이라 볼 수 있다. 아울러, 병원에서 종사하는 전문의를 일과시간 후 민간의료기관에서 일과 후 시간을 이용하여 진료를 허용함으로써 공공병원에서의 과다한 대기시간을 단축하도록 유도하는 한편, 고급진료를 선호하는 일부 계층의 욕구도 충족하고 있는 것을 들 수 있다.

둘째, 공공병원형태를 유지하면서, 운영이나 예산 사용에서 준 독립성을 부여하는 형태의 NHS Foundation hospital 이 있다. 이는 잉여 예산이 있을 경우 의사가 임금을 자율적으로 결정할 수 있게 하는 한편, 병원의 토지 등을 처분하는 등의 권한을 가진다. 이러한 조치는 국영병원체제에서 국가의 획일적인 간섭이 근무의욕과 효

을성을 저하시킨다는 지적을 보완하기 위해 이루어진 조치이다.

그러나 이러한 조치들이 순탄하게 진행되지는 않는다. 예로, 1990년대 주요 병원들을 중심으로 인수합병을 통해 시장 점유율을 높이기 위한 정책이 추진되었으나 그것이 실패하고 말았다. 이것은 민간의료의 영역이 확대되는 것이 공익을 위해 바람직하지 않다는 비판의 결과였다. 당시 영국 정부가 허용한 민영화추진 성과 부진에 대해 조사를 수행한 Monopolies and Mergers Commission의 연구결과는 “시장에서의 추가적인 인수합병을 통한 민간의료 영역확대는 공공의 이익에 반할 수 있다는 지적” 한 것에서 잘 알 수 있다(Robinson, R, 1999).

(2) 네덜란드

2005년 현재 110개의 종합병원을 가지고 있다. 진료비 지불은 보험자와 의료기관 간 총액계약의 방식으로 지급된다. 또한 환자가 병원을 이용하고자 할 경우 1차의료 의사의 진료를 먼저 받도록 하는 의료전달 체계를 유지하고 있다. 아래에서 언급하는 바와 같이 네덜란드의 병원시스템은 너무나 독특하다. 민간영리병원을 엄격히 법으로 금지하고 있는 국가이기 때문이다. 그러므로 영리병원의 존재를 전제로 논의하는 본 장의 외국의 영리병원 운영실태에서는 더 이상 논의할 필요가 없다 하겠다. 그러나, 간략히 병원에 대한 진료비지불방법, 오늘날까지 공공병원과 민간영리병원을 금지한 역사적 배경 등에 관해 고찰함으로써 영리병원 논의에 시사점을 찾아보고자 한다.

네덜란드는 독특한 보건의료체계 만큼이나 병원부분에서도 독특한 면을 가지고 있다. 2006년 1월부터 30여개로 운영되어 온 공보험자를 모두 민간보험사자로 전환한 것에서 독특한 성격을 부여할 수 있다. 네덜란드 병원체계에서 독특한 것은 공공병원이나 영리병원이 하나도 없다는 것이다. 모든 병원이 민간에 의해 소유되는 민

간비영리병원이라는 점이다. 과거에는 지방정부가 소유한 공공병원이 있었으나 민간으로 매각되었다. 영리병원이 허용 논의가 있었으나 1971년 “병원시설 법”에 의해 엄격히 금지되고 있다. 비영리의 성격상 병원은 투입되는 비용에 비해 수익을 더 많이 남기기 위해 노력하지만 그렇다고 병원이 수익금을 병원운영외의 사업을 위해 사용할 수 없다. 병원의 고유 자산으로 관리될 뿐이다(Kraanen, 2006).

네덜란드의 현행 체계에서는 비영리의료기관이 수익을 창출하는 것은 허용된다. 여기서 수익이라 함은 투입되는 비용에 비해 더 높은 수입을 확보한다는 의미로만 사용되는 것으로 외부로 잉여금을 이전하는 것은 금지된다. 병원의외부로 자금이전은 철저히 금지되며, 병원의 자산으로만 축적할 수 있고, 필요한 경우 병원 유지만을 위해 투자할 수 있다. 이렇게 전적으로 비영리병원에만 의존하는 정책에 대해 네덜란드 내에서 많은 논의가 일어나고 있는 것이 사실이며, 정부는 향후 영리법인 형태의 병원에 대해 허용할 것을 검토하고 있다고 한다.

(3) 스웨덴

오늘날 스웨덴은 병원부분에서만 아니라 보건의료의 일부 영역에서 과도하게 공공적으로 운영되는 것을 부분적으로 민영화하는 방안을 논의하고 있는데 이것이 갈등과 논쟁의 한가운데 있는 이슈라고 할 수 있다. 발단은 1990년대 한때 보수 우파가 스톡홀름 지방 정부를 장악하고 있을 때 하나의 병원을 민간에 매각한 사건에서부터 출발하였다(Johansson, 2005). 1990년대부터 민영화논의가 대두되면서 이 문제를 정부차원에서 논의하기 위한 위원회의 필요성이 꾸준히 제기되었다. 그 결과 2003년에 “스웨덴 보건의료체계에서 민간과 공공성의 혼합에 대한 규제방안 마련을 위한 위원회”가 결성되었다.

이렇게 부분적으로 진행된 민간 매각을 두고 정치권에서 참여하고 대립하고 있지

만, 다른 유럽 국가들과 비교해서 스웨덴은 지극히 미미한 수준의 민영화 수준이라고 할 수 있다. 오랜 기간 동안 스웨덴에서는 민간병원이 극소수로 유지되어 왔다. 단지 5개뿐이었고, 그것도 기독교 및 다른 자선단체에 의해 운영되어왔다(그나마 현재는 4개뿐인데 1개의 병원이 다시 공공에 되 팔렸기 때문임). 민간병원에 입원하는 환자규모는 전체 입원환자의 3-4% 미만이라고 한다.

병원 부분의 민영화를 놓고 전개되고 있는 논쟁은 국민을 크게 두 그룹으로 나눠 전개되고 있다. 우파연합은 현재의 보건의료의 대부분의 문제들이 병원 부분에 민영화를 허용하면 해결될 수 있다고 주장하고 있다. 즉 기업적 운영을 허용할 경우 대기환자의 고질적인 문제를 해결할 수 있는 강력한 기전이 될 수 있다고 한다. 반면, 사민주의 계열의 정당들 - 좌파 정당 및 녹색당 - 은 병원부부에 민영화로 민간이 병원을 소유하게 될 경우 결국 보건의료에서의 평등한 권리가 위협을 당할 것이라고 하면서 반대한다.

동 위원회는 몇 가지 정책 제안을 하고 있는 데, 이 중 영리병원에 관한 사항을 중심으로 요약하면 다음과 같다.

첫째, 대학병원과 고도의 전문진료 영역에 대해서는 공적으로 관리되고, 공공의 소유형태로 유지되어야 한다. 왜냐하면, 이들 병원이 교육과 연구에 결정적으로 중요하고, 보건의료 영역에서 강력한 시장의 인센티브로부터 격리하는 것이 필요하고, 그리고 보건의료에 관해 국가적 전략을 수립하는데 공공병원체계 하에서 유용하게 지원될 수 있기 때문이다(Jonansson, 2005).

둘째, 공공병원이나 비영리 의료기관을 인수하는 영리병원은 공공병원과 동일한 규제를 받아야 한다. 그렇게 해야만 영리병원의 의료의 질, 경영상태, 의료기관의 접

근성에 대한 기초적인 정보를 확보하여, 이것을 가지고 공공병원의 그것과 비교하는 연구가 가능해지기 때문이다. 이러한 틀에서의 규제는 앞서 살펴본 캐나다의 경우와 매우 유사한 전략이라 하겠다.

셋째, 스웨덴 보건의료체계에서 비영리기관의 발전을 촉진할 제안들을 담고 있다. 특히 환자들이 의료공급자를 선택하는데 도움을 줄 수 있도록 소규모의 비영리기관 - 특히, 노인요양센터, 재활의료기관, 비급성기 진료기관 등 - 을 육성하는데 공공기관외에 비영리기관의 참여가 활성화 되어야 함을 제안하고 있다. 이러한 비영리기관은 공공기관 위주에 의해 의료서비스가 과도하게 집중적으로 제공되는 됴으로써 발생하는 부작용을 줄일 수 있는 한편, 과도하게 민영의료기관에 의해 초래되는 부작용을 중화시킬 수 있는 지위를 갖는다는 점에서 긍정적인 역할을 할 수 있을 것이라고 제안하고 있다. 뿐만 아니라, 인구특정의 변화에 직면하여 보건의료에서의 자발적인 비영리기관의 역할은 매우 증대될 것이기 때문에 이를 육성하는 것은 대단히 중요하다고 한다.

(4) 독 일

유럽 국가들 가운데서도 영리병원에 대한 정책은 국가마다 다양하다. 앞서 본 바와 같이, 네덜란드는 영리병원을 일체 허용하지 않기 때문에 영리기관 소유형태의 병원이 존재하고 있지 않고, 스웨덴은 공공과 민간병원이라는 두 가지 형태만 운영되고 있다. 독일은 공공병원, 비영리병원, 영리병원으로 유형을 명확히 구분하여 운영하고 있는 국가에 속한다. 영리병원은 민간보험회사나 대규모 기업이 설립하여 운영하고 있다는 점에서 영리병원이 활성화 된 국가로 볼 수 있다.

그러나 민영화 원리를 접목하는 것은 지방도시 권역내의 병원들에서 일어나고 있는 하지만, 여전히 지방도시가 소유권을 보유하고 있다. 일부 병원이 주식을 통해

소유권 전환을 추진하지만, 대부분의 주주는 공공기관이 병원의 주식을 취득하는 경향으로 민간이 전적으로 통제하는 것이 제약받는다. 그 결과, 대규모 병원은 공공소유이고, 민간 소규모 병원은 민간 투자자에게 의해 소유되는 것이 일반적이다. 현재 병상 수 기준으로 9% 미만만이 민간영리병원의 소유형태를 가지고 있다(Heyder, 2005).

그러나 구 동독지역에서 공공병원을 민간에 매각하는 과정에서 민간영리병원이 늘어나고 있다. 민간병원으로의 전환이 재정적인 곤란과 병원경영에서의 경험부재로 동독지역에서 많은 문제가 야기되고 있는 실정이다. 현실적으로 오늘날 독일에서 민간영리병원의 비율은 공공병원에서의 대기기간과 상당부분 관련되는 것이 사실이다.

독일은 공공병원과 비영리병원에 대해서는 병원의 시설투자비용을 정부가 지원하고 있는데 반해, 민간영리병원은 고정비용은 물론 의료장비 투자비용 등 전반에 대해 비용을 자체적으로 부담해야 하기 때문에 상당한 부담으로 작용하는 시스템이다. 그럼에도 불구하고, 민간기업의 첨단 경영기법을 신속적으로 도입·운영할 수 있는 이점을 가지고 있는데다, 민간자본을 직접 이용할 수 있는 기전을 가지고 있어 경쟁력을 유지할 수 있다.

여러 요소들이 민간영리병원이 성장할 수 있는 여건을 조성해 주는데도 불구하고, 오늘날 독일에서는 많은 공공병원들이 민간병원과 성공적으로 경쟁하고 있다. 그것은 민간 영리병원이 제약을 받을 수밖에 없는 요소가 많기 때문이다. 그것은 독일이 시행하고 있는 지역간 의료기관 분포 형평성 의무 때문이다. 이러한 규제 때문에 아무지역에서나 영리법인 의료기관이 개설될 수 없고, 특정지역에 개설된다 하더라도 이미 일정기준의 의료기관이 분포되어 있기 때문에 수익을 보장하지 못한다. 예를 들면, 특정 지역에 영리의료기관이 진출하여 수익을 올리려고 해도 이러한 규제 때

문에 진출이 제한을 받는 경우가 생긴다.

3) 동남아 국가

(1) 싱가포르

가. 싱가포르 보건의료체계에서 영리병원의 기능

싱가포르는 1980년 제정된 민간의료기관에 관한 법률(Private hospitals and medical clinics Act)에 의해 민간병원 관련 사항을 포괄적으로 규정하고 있는데, 이 법에서는 민간영리병원의 개설 허가, 벌칙, 의료의 질, 병·의원의 시설과 기준, 개설 가능한 병원의 유형 등을 중심으로 기본적인 사항을 기술하고 있다. 의료에서 정보의 비대칭성이 강한 급성기 병원급 의료기관에서 공공병원과 비영리병원의 구성 비율이 85%를 넘는 공공병원 중심 체계를 가지고 있으며<표8-3>, 이러한 구조가 존재하기에 영리병원이 상대적으로 많은 자율을 부여 받을 수 있다. 그 이유는 정부 입장에서 공공병원체계 만으로도 충분한 병원서비스가 일반 국민들에게 제공 가능한 상황이기 때문이다. 그 결과, 실제 싱가포르에서는 영리병원의 설립, 의료비 결정, 외국자본의 유입과 잉여금의 배분 등에서 정부는 거의 개입하지 않고, 민간병원이 자율적으로 민간 의료서비스 제공자로서의 기능을 수행할 수 있도록 최소한 범위 내에서만 규제하고 있는 실정이다. 싱가포르에서 특이한 점은 영리병원이 공공병원과 경쟁하는 구조 속에서 이들이 투명하게 상호 경쟁하는 것이 가능하도록 정부가 시장의 공정한 작동을 보장하고 있다는 것이다. 이를 가능하게 하기 위해, 싱가포르 정부는 의료의 항목별로 모든 병원의 의료서비스 결과 가격을 보건부 홈페이지를 통해 공개하고 있으며, 시장이 잘 작동하도록 감시를 게을리 하지 않고 있다. 이들 병원은 민간과 공공 할 것 없이 모두가 의료의 질 향상을 위한 투자, 환자 유치를 위한 혁신적 노력 등을 통해 수익을 극대화하며, 이것은 결과적으로 환자들의 의료

기관 및 의사 선택권 강화, 장기 대기시간 없이 양질의 필요한 서비스를 받을 수 있는 순기능으로 작용하고 있다.

<표 8-3> 싱가포르의 병원 소유 형태별 현황

(단위 : 개)

	계	공공병원	자선법에 의해 설립된 병원	민간영리병원
병원 수	25	9	8	8
병상 수 (비율)	12,354 (100%)	8,577 (69.4%)	2,030 (16.4%)	1,747 (14.2%)

출처: Ping Ong(2006, 11. 10 서면 인터뷰)

나. 영리병원 현황 및 시설 등 운영 실태

싱가포르의 영리병원은 법인(영리 및 비영리포함), 자연인, 외국인, 외국법인 등 누구든지 투자를 통해 주주가 될 수 있도록 허용되며, 영리병원의 소유 및 경영에 대해 정부가 통제하고 있지 않고 있다. 다만, 싱가포르의 주식거래 규정 제723조에 의해, 법인의 상장주식을 일반대중이 10% 이상 보유하도록 제한하고 있으며, 이 규정에 따라, 싱가포르의 대형 병원그룹 중 Raffles는 총 주식에서 일반주주가 36.54%를 보유하고 있고, Parkway group 병원은 약 56%를 보유하고 있다.

경영투명성을 확보하고 주주의 이익을 보장하기 위한 일련의 장치를 확보하고 있는데, 대표적인 것은 기업경영윤리강령에 부합하는“경영이사회”이다. 이 경영이사회의 주요 임무는 그룹의 총체적인 전략을 수립하는 한편, 병원 최고 경영진을 감독하는 기능을 포함하고 있으며, 또한 이사회가 그룹의 운영에 대한 총괄책임을 지며,

이를 위해 매년 정해진 날짜에 4회 정기이사회를 개최하고 있다. 병원의 주요 사항 중 다음 사항은 반드시 이사회의 의결에 의하도록 하고 있다.

- 분기별로 공개하는 결산보고서의 승인
- 연간 회계보고서의 승인
- 잉여금에 관한 사항
- 주주회의 소집에 관한 사항
- 병원의 경영전략 승인 및 병원의 경영 방향에 관한 사항
- 자본의 취득과 처분에 관한 사항
- 분쟁의 소지가 있을 수 있는 거래의 승인
- 새로운 이사의 임명에 관한 사항

‘민간병원 및 의료기관 법령’에 명시된 시설과 인력을 갖춘 후 의료기관 개설을 신청하면 보건부로부터 개설 인가를 받으며(법 제5조 1항), 만약, 이러한 절차를 위반하여 의료기관을 개설할 경우 \$20,000 이내의 벌금 혹은 2년 이하의 징역에 처하도록 규정하고 있다(법 제5조 2항).

민간 영리의료기관의 개설 허용 종별(법 제7조 1항)은 다음과 같다.

- 산부인과 병원
- 일반병원
- 수술병원
- 정신병원
- 재활병원
- 어린이 병원
- 종합병원
- 기타 보건부장관이 지정하는 유형의 병원

내국인도 영리병원을 이용할 수 있으며, 외국인만을 대상으로 하는 영리병원은 수지를 맞출 수 없는 현실을 감안하여 결정된 것이다. 실제, 싱가포르 내의 모든 영리병원에서 외국인 진료환자 수 보다 내국인 환자가 더 많은 실정이다. 내국인 진료환자는 대개 다국적 기업 등 대우가 좋은 직장 단위로 사업주가 종업원을 위해 민간보험에 단체 가입하거나, 아니면 직접 영리병원과 일정기간 단위로 계약을 맺어 종업원의 진료를 총괄 위탁하는 형태가 많다. 내국인이 영리병원을 이용할 경우, 공공병원의 공공병상에서와 같은 정부의 보조금 지원이 전혀 없으나, 직장인을 중심으로 내국인 진료가 많은 것은 대기시간이 없다는 것과 의사를 비교적 자유롭게 선택할 수 있다는 장점 때문이며, 공공병원과 민간 영리병원 간에 의료서비스의 질적 차이는 존재하지 않는다.

싱가포르의 대표적 영리병원은 공공병원이 보유하지 않은 최첨단 장비를 보유하고 있으며⁴⁰⁾, 국가적 차원에서 엄격히 통제하지 않기 때문에 비교적 영리병원이 선택적으로 최첨단 고가의료 장비를 구입하고, 나중에 공공병원이나 비영리병원으로 확산되는 것이 일반적인 경향을 보이고 있다. 다만, 보건부가 과도하게 낭비적 의료자원 사용으로 진료비 증가가 우려될 수 있는 경우, 공공병원이 영리병원의 의료장비를 공동 활용할 수 있도록 권고할 수 있다고 한다(ONG Bee ping, 2006.10.20). 이 상과 같이 싱가포르에서는 첨단장비 구입에 관해 원칙적으로 규제를 하고 있지 않

40) 실제 조사기간 동안 방문한 4개국의 영리병원에서는 아래와 같은 최첨단 장비들 보유하고 있는 것을 어렵지 않게 목격할 수 있었음. 이들 장비는 최신 고가장비로 구입가격이 상당히 높은 것들임. 다만, 이들 4개국 간 고가장비 도입에 대한 정부의 통제는 다소 상이한 점이 발견됨. 태국과 중국 상해는 영리병원뿐만 아니라 모든 병원이 특정 고가장비 도입 시 정부의 승인을 얻도록 하고 있었음. 그러나 정부의 승인을 얻는 방법에서는 약간 상이함. 중국에서는 법규로 정해지지 않고 지역별로 전문가 패널에서 승인 여부를 결정하고 있음. 중국 상해에서의 영리병원을 제외한 대부분의 국가에서는 영리병원이 다음과 같은 고가장비들 보유하고 있었음.

- i) Da Vinci Robotic Cardiac Surgery: 최첨단 심장의료장비로 미세한 침습적 심장병 치료에 활용
- ii) PET: 암과 심장질환에 가장 신속하고 정확하게 진단하는 최첨단 장비
- iii) Novalis: 비침습적 수술에 사용, 연속적으로 방사선을 투사함으로써 국부적으로 치료하는 장비로, 최신 최고가격의 장비

고 있지만, 방사능유흡보호법 등에 의해 첨단 장비가 방사능 유흡하는 것일 경우 "의료과학국(Health Science Authority)"의 인가를 받도록 규정하고 있다.

다. 영리병원의 의료비 결정 방법 및 의료비 수준

영리병원의 진료비는 정부의 간여 없이 병원별로 스스로 결정하게 함으로써 시장에서의 수요와 공급에 의해 결정된다. 다만, 정부는 소비자의 알 권리 보장 차원에서 수가를 보건부 홈페이지에 공시하고 있으며, 환자들은 언제든지 모든 의료기관에서 제공되는 서비스에 대한 가격을 비교할 수 있다.

영리병원의 진료비에 대해서는 병원이 알아서 정하고, 정부가 어떠한 통제도 하지 않는 바, 병원마다 진료비가 다를 수밖에 없어 확실적인 기준에 의해 비교하는 것은 다소 무리가 따른다. 참고로, 정상 분만(normal delivery)을 예로 싱가포르에서 대표적인 영리병원 2곳, 공공병원 1곳을 비교하면 다음과 같다. 아래 비교표는 각 병원에서 정상 분만 환자 90%가 평균적으로 지불한 금액을 기준을 근거로 작성하였다.

<표 8-4> 정상 분만 진료비 비교(공공병원-영리병원)

구 분	공공 병원	영리 병원	
	Singapore General Hospital	Mount Elizabeth Hospital	Raffles Hospital
평균 입원일수	22	2.7	2.2
평균 비용 (\$)	3,415	6,935	5,322

출처: <http://www.moh.gov.sg>

Parkway group의 대표적인 영리병원인 Mount Elizabeth 병원은 다른 병원들과는

달리 입원기간이 길뿐 아니라, 평균진료비에서도 공공병원인 Singapore General Hospital의 진료비에 비해 50.8%, 또 다른 영리병원인 Raffles 병원의 진료비에 비해 35.8% 더 높은 것으로 조사되었다. 또한, 외국환자 유치 전문병원이 내국인과 외국인을 동시에 치료하고 있는 체계를 가지고 있어 외국인 vs 내국인 간 의료수가의 차이가 존재하지 않으나, 다만, 공공병원에서는 해외 환자가 진료를 받을 경우 정부 보조금이 지급되지 않는 좋은 병실(A, B1)만 이용하도록 하고 있어 내국인과 진료비의 차이가 발생한다.

<표 8-5> 정상 분만 진료비 비교(공공병원-영리병원)

구 분	공공 병원	영리 병원	
	Singapore General Hospital	Mount Elizabeth Hospital	Raffles Hospital
평균 입원일수	2.2	2.7	2.2
평균 비용 (\$)	3,415	6,935	5,322

출처: <http://www.moh.gov.sg>

또한, 치료비 외에 환자들에게 입원 진료기간 중 편의서비스(amenity service)를 제공하기 위한 입원실 비용은 공공병원과 영리병원 간에 상당한 차이가 발생하고 있으며, 최근, 싱가포르에서는 공공병원에서도 소위 'corporate system'이라 하여 정부 보조 없는 사적병실(pay-bed)제를 도입하여 운영하고 있긴 하지만, 공공병원의 최고급 사적병실이 영리병원의 최고급 병실과는 적지 않은 비용 차이(동일한 규모의 1인 특실에서도 영리병원이 공공병원보다 약 10-15% 정도 더 비쌌다)가 발생하고 있는 것이 현실이다. 물론 공공병원 내의 자비병상 병실료는 정부보조가 없으며, 100% 환자 본인부담이며, 이 병상으로 외국 환자를 유치하고 있다. 최근, 모든 공공병원에서도

소비자의 다양한 고급의료 욕구에 부응하고, 병원의 수입을 증대하기 위한 차원에서 총 병상의 일정비를 범위 내에서 정부보조가 전혀 없는 고급 자비병상제도를 확충하고 있는 경향을 보이고 있다.

<표 8-6> 싱가포르 병원(영리·비영리) 입원실 비용 비교

(단위 : 일당, 원)

Parkway Hospital (영리병원)		Singapore General Hospital (공공병원)	
병실 등급	GST(5%) 포함 병실비용	GST(5%) 포함 병실비용	병실 등급
Royal Executive suit	1,799,820	176,382	Upgrade Ward(1인실, Class A1+)
Single Deluxe Room	384,088	157,484	Upgrade Ward(1인실, Class A1)
4인실	126,468	94,491	Standard Ward(4인실, Class B1)

주) 환율 : 2006년 11월 9일 외환은행 매매 기준율 적용

GST : Goods & Service Tax로 부가세를 의미함

싱가포르 영리병원은 입원실 병실료에 차등을 두어 소비자의 경제수준이나 선호에 따라 선택할 수 있는 폭을 다양화시켰다는 특성을 가지고 있다. 물론 경쟁국인 태국이나 인도, 중국도 마찬가지이지만 선택의 폭을 다양화시키고 있는 것을 볼 수 있다. 입원실 유형을 살펴보면, Royal Executive Suite, Single Deluxe Room, Single Room, 2-Bed 병실, 4-Bed 병실로 구성되어 있다.

각 병실에는 기본적으로, 욕실, 개인용 전화, TV 등을 갖추고 있다. 그러나 초 고급시설인 Royal Executive Suite에는 각료들을 위한 회의실 등 충분한 공간을 구비하고 있을 뿐만 아니라, 실내 인테리어에서도 고급 재료를 사용하고 있었으며, 특히

문고리, 카펫의 가장 자리에 금가루로 장식하고 있었다. 참고로, Mount Elizabeth 병원의 등급별 입원실 비용은 다음과 같음.

<표 8-7> Mount Elizabeth 병원의 등급별 입원실 비용

(단위 : 원)

구 분	GST(5%) 포함 병실 비용 (1일)
Royal Executive suite	1,799,820
Single Deluxe Room	384,088
Single Room	323,196
2인실	187,360
4인실	126,468

주) 환율 : 2006년 11월 9일 외환은행 매매 기준율 적용

GST : Goods & Service Tax로 부가세를 의미함

라. 영리병원의 수익률

영리병원에 대한 수익률 규제는 원칙적으로 없다.(유럽 등 일부 국가에서는 수익률을 규제하고 있는데, 예를 들면, 캐나다의 온타리오주는 영리병원법(Private Hospital Act)으로 6.5%를 넘지 못하게 규제하고 있다.)

싱가포르에서 대표적인 두 병원그룹의 수익률은 래폴즈 병원의 2005년 수익률은 세금공제후 26.9%로 S\$ 1천2백만이며, Parkway Group의 병원 수익률은 2005년 기준 전체 수입금 S\$549.0백만 중 S\$6천2백만이었으며, 주식 수익률은 평균 15%이다.

<표 8-8> Parkway group 병원의 연간 수익률(2001-2005)

	2001	2002	2003	2004	2005
총수입대비 순이익액 (수익률)	12,479 (3.5%)	33,301 (9.9%)	33,608 (9.6%)	50,463 (12.4%)	61,969 (11.3%)
주주들에게 배당된 순이익률(공제 후)	3.0	7.8	7.8	11.9	14.9

출처: Parkway Holdings Limited Annual Report 2005(2006), p. 29

마. 중앙정부 및 지방정부의 지원 정책 및 규제 수단

가) 정부의 지원

민간 영리병원에 대한 정부의 지원은 원칙적으로 없으며, 비영리형태에서 이루어지는 세금감면, 정부보조금 등 일체의 금전적 지원은 없다. 다만, 민간병원이 싱가포르의 경제발전에 미치는 영향, 의료의 질 향상에 미치는 영향 등을 고려하여 정부가 간접적으로 지원하는 형태가 보편적인 경향이다.

- 민간 영리병원이 주식시장에서 자본을 모을 수 있는 방법을 다양화
- 민간병원이 해외 진출 시 투자정보 및 시장정보 제공
- 정부 표창 등의 방법으로 민간병원을 격려하고 있음.

반면, 영리병원도 지역사회에서 의료봉사를 통한 사회적 역할을 해야 하는 도의적 의무 때문에 저소득계층 등에 대한 무상진료 서비스를 제공하고 있다.

나). 민간 영리병원에 대한 규제

영리병원이기 때문에 공공병원과 달리 엄하게 규제하는 것이 아니라, 의료를 제공하는 주체로서의 기본적인 사항에 대해서는 "민간병원 및 의료기관법"에 의해 총괄적으로 규제하고 있다. 여기서는 의료의 질, 면허의 정지와 철회, 보건부장관이 이 법에 명시되지 않은 사항에 대해서도 법의 취지에 맞춰 규제할 수 있는 사항을 중심으로만 고찰하고 있다.

다). 의료의 질에 대한 규제

허가를 받은 영리병원 및 의료기관은 다음과 같이 의료의 질 보증을 위해 반드시 1개 이상의 '의료의 질 보증위원회'를 설치하여야 한다.

- i) 민간병원 및 의료시설에서 이루어지는 의료행위 및 각종 시술에 대한 모니터링 및 평가
- ii) 제공되는 의료서비스와 관련되어 의료시설에서 발생할 가능성이 있는 각종 문제들을 식별하고 문제점을 해결
- iii) 의료의 질 향상을 위한 각종 권고
- iv) 위 3항에 의해 이루어진 각종 권고사항의 집행여부 감시

허가를 받은 민간 의료기관은 의료의 질과 관련되어 민간병원 내의 질보증위원회의 권고 사항, 각종 진료활동 등에 관한 사항을 보건부에 보고하고 있다.

라). 면허의 정지와 철회

보건부장관은 만약 다음 중 하나에 해당하는 사유가 발생할 경우 면허를 정지하거나 철회할 수 있도록 규정하고 있다.

- i) 면허가 허위 또는 부절직한 기관에 의해 발행되었을 경우
- ii) 면허를 받은 자가 입법에 위반한 행위를 하거나, 면허 교부조건을 충족시키지 못하거나, 혹은 보건부의 지침이나 명령에 위반한 경우
- iii) 개설자가 법 제6조 제3항에 규정된 조건 중 어느 하나를 더 이상 충족하지 못하게 되었을 경우
- iv) 의료기관이 더 이상 면허를 받은 사업을 수행할 수 없을 경우
- v) 취소 혹은 철회하는 것이 공익적인 경우

보건부가 면허 정지 혹은 철회 명령을 발할 경우 서면으로 면허소지자에게 통보하여야 하며, 물론 이러한 면허정지 혹은 철회에 대한 보건부의 행정행위에 대해 의료기관은 처분을 받은 날로부터 21일 이내에 서면으로 보건부장관에게 이의신청을 할 수 있다.

마) 기타 이법의 취지에 부합되는 방향에서 보건부가 발할 수 있는 규제 사항

- 이 법의 목적에 부합하는 각종서식, 면허수수료, 등록에 관한 사항
- 민간병원이나 의료기관에서 시술받은 환자에 관한 각종 기록
- 민간병원 혹은 의료기관에 종사하는 직원들에 대한 기록
- 민간 의료시설에 종사하는 간호사 등 직원들의 근무 요건
- 의료기기, 장비 및 각종 도구에 관한 사항
- 병원에 의해 관리되는 앰블런스
- 입원실의 최소 기준, 위생, 및 기타 편의시설 기준
- 민간 의료시설의 위생 및 청결상태
- 민간병원에 입원하고 있는 환자들의 안전 및 복지에 관한 사항
- 병원의 경영, 통제 및 관리 감독에 관한 사항

- 민간병원 내의 의료의 질보증위원회의 구성, 절차 및 의무와 책임

바. 외국인 진료의료기관(영리병원, 약국)과 공적 건강보험과의 관계

영리의료기관과 공적건강보험과의 관계에 관해서는, 대체로 다음과 같은 이유로 공적 건강보험의 적용을 받지 않는 것으로 볼 수 있다.

첫째, 영리병원은 수가를 보험자(보건부)와 계약에 의하거나, 정부의 일방적인 고시에 의해 결정되는 것이 아니고 병원 스스로 결정하는 시스템이고, 둘째, 영리병원에서 진료를 받을 시에는 내외국인을 막론하고 정부의 보조금(이것이 사실상 싱가포르에서는 공적건강보험에 해당하는 개념임)이 전혀 없기 때문⁴¹⁾이며, 셋째, 민간 영리병원에서 진료 받을 경우, 환자 본인이 진료비 전액을 부담해야 하기 때문이다. 물론, 메디세이브(Medisave)로부터 적립된 자금을 인출하여 사용할 수 있으나, 이것은 어디까지나 자신이 평소 적립한 금액을 사용하는 것으로, 이 강제저축계좌는 사회보험의 특징인 위험분산 기능과 소득재분배 기능이 전무한 개인저축에 불과하므로 사적 재원으로 간주되고 있다.

외국인 전용의료기관과 공적건강보험과는 전혀 무관하며, 싱가포르에서 외국인 전용의료기관은 외국인만 진료 가능하도록 되어 있기 때문에 건강보험 요양기관으로 계약할 수 없다.

(2) 태국

가. 현황 및 실태

41) 외국인은 공공병원과 민간병원을 이용할 수 있음. 다만, 공공병원 이용 시 특실만 사용이 가능하며, 내국인이 영리병원 이용 시 국고보조가 없으며, 전액 본인부담을 해야 하기 때문에 진료비가 높음.

2002년 통계청 자료에 의하면 전체 병원 중 24.9%가 민간 영리병원이며, 대부분이 외국 관광객이 주로 방문하는 방콕 시내에 있는 대형병원들이다(아래 표 8-9 참조). 싱가포르와 비슷하게 공공병원체계 위주로 병원서비스를 제공하고 있으며, 대부분의 국민들은 공공병원을 이용할 수 있는 여건을 가지고 있다. 싱가포르가 국부 창출 산업으로 국가가 중점 육성하는 것과 마찬가지로, 태국도 영리병원을 중심으로 외국 환자를 유치하여 국가경제 발전에 기여할 수 있도록 하고 있다.

<표 8-9> 태국의 병원급 의료기관의 소유 형태별 현황(2002)

(단위 : 개, %)

구 분	계	공공병원	민간 영리병원
병원의 수	997	752	248
(비율)	(100.0)	(75.4%)	(24.6%)
병상 수	106,837	84,401	22,436
(비율)	(100.0)	(79%)	(21%)

나. 영리병원 현황 및 운영 실태

영리병원 및 영리 의료기관의 소유자는 태국 시민권(Thai residency)을 가지도록 규정하고 있어, 법인의 소유자는 형식상으로 내국인이다. 다만, 병원설립에 필요한 자본은 민간으로부터 자유롭게 유치할 수 있도록 하고 있어 내·외국 법인을 막론하고 투자할 수 있다. 영리병원의 소유와 경영에서의 주체를 내국인으로 한정하고 있어, 외국인은 형식상 소유자가 될 수 없고, 운영에 공동으로 참여하는 형태는 가능하다. 즉, 외국인이 직접 투자한 형태로 병원이 설립되거나, 운영될 경우에도 반드시 내국인과 합작하는 형태로 소유·운영될 수밖에 없다.

범룽락(Bumungrad) 병원

1980년에 200병상 규모로 지역 주민을 위한 종합병원으로 개원하였다가, 1997년 550병상 규모로 확장하여 재 개원하였다. 개원과 동시 이듬해 발생한 아시아 경제위기로 병원이 심각한 재정난에 직면한 상황에서 해외 환자 마케팅에 주력하였으며, 오늘날 외국 환자를 연간 450,000명을 유치하는 세계적으로 명성을 얻는 병원으로 발전하였다. 현재 방콕 외에 두바이와 마닐라에도 병원을 가지고 있으며, 방콕 범룽락병원에 근무하는 의사는 1,000여명이고, 이 중 180명은 풀타임 의사, 나머지 파트타임 의사는 타 대학병원 혹은 타 기관의 전문의로 근무하는 의사가 야간 진료를 보고 있다.

전체 진료 환자 중 약 45%가 외국인 이나, 병원 전체 수입은 외국 환자에 의한 비율이 더 높다. 이 중 미국 환자에 의한 수입이 가장 많은데, 그것은 최근 CBS의 유명 프로그램인 '60 minutes', Newsweek 지의 'Medical Meccas', International Herald Tribune 지의 '2 bangkok hospitals offer relief from US health costs' 보도로 높은 의료기술과 수준을 자랑하는 범룽락병원이 미국 4천5백만 무보험 환자 및 민간보험 가입자들에게 관심의 대상이 되었기 때문이다.

범룽락 병원은 Bumrungrad Hospital Public Company, Ltd. (BHPCL)의 자회사이며, 1989년 태국 증권거래소에 상장되었으며, Bangkok Bank 와 Bangkok Insurance 가 최대 주주 가운데 하나이며, 나머지 대부분은 일반 주주들이 주식을 보유하고 있고, 순수 외국인 보유 지분은 약 5% 수준이다. 태국 법령에 의해, 영리병원의 외국인 투자지분은 민간기업과 마찬가지로 49%를 넘지 못하게 규제하고 있다.

싱가포르 영리병원과 달리, 태국은 민간 영리의료기관으로 대규모 종합병원이며,

의료의 질 또한 높은 것으로 국제적으로 인정받고 있다. 이는 비영리 병원 위주로 급성기 병상을 유지하고, 영리 민간병원은 비급성기 위주의 소형병원 위주로 운영되는 미국이나 유럽등과는 사뭇 다른 형태를 보이고 있다. 이러한 배경에는 국제적인 경쟁력을 갖추기 위해 높은 의료의 질, 최고의 의료기술과 장비를 갖추면서 낮은 의료비로 경쟁력을 갖추어야 외국 환자 유치 경쟁에서 우위를 점할 수 있다는 전략에 따른 것이다. 실제, 태국의 범롱락병원을 비롯한 일부 영리 민간병원의 질은 국제적으로 인정받고 있다.

범롱락병원은 미국 *Newsweek* 가 특정 분야별로 선정한 세계 수준의 우수병원으로 세계 10대 병원 가운데 하나일 뿐 아니라, 아시아 국가의 병원 중 제일 먼저 국제적으로 권위 있는 병원인증기관인 JCI(Joint Commission International Accreditation)으로부터 의료의 질에 대한 인증을 받았다고 보도하기도 하였다.

Bangkok Hospital

1972년 최초로 개원한 민간 영리병원으로 350병상의 급성기 종합병원이며, 태국 내에 11곳에 병원과 연락사무소, 캄보디아, 방글라데시, 베트남, 미얀마 등에도 병원과 연락사무소를 두고 해외 환자를 유치하고 있다. 2006년 11월 현재 600여명의 의사가 근무하고 있는데, 이중 200여명은 full-time 의사로 근무하고 있으며, 나머지 400여명은 part-time 의사로 일과시간 이후 환자를 진료하고 있는 형태로 계약하고 있으며, full-time 의사는 봉급제이고, part-time 의사는 기본급에 실적급을 반영하여 월급을 지급받고 있다.

종합병원으로서의 전문 진료과목, 첨단의료장비와 기술, 최신 편의시설로 이루어진 입원실 등에서는 태국의 여타 민간 영리병원과 유사하기 때문에 이 병원을 대상으로 소개하는 것은 생략한다. 다만, 특이한 점은 병원시설과 환자보호자들이 투숙

하기 편리하도록 별도의 'serviced apartment'를 병원 9층 이상에 설치하여 저렴하게 제공하고 있다는 점이며, 대부분의 병원이 인근에 호텔을 마련하거나 계약하는 형태로 운영하는 것에 비해 소비자에게 보다 친화적인 편의시설을 고안하였다는 점은 매우 고무적인 것이다. 가격도 환자 1인당 보호자 2인 이상 객실을 비롯하여 다양한 형태의 객실과 편의시설을 구비하고 있으며, 트윈 룸의 경우 가격이 1일 5만원 수준으로 저렴하게 제공하고 있다. 이러한 편의시설은 병원과 호텔을 결합한 시도로, 환자과 환자보호자에게 가장 편안한 환경과 시설을 제공하는데 매우 효율적이다.

다. 영리병원의 의료비

태국에서도 영리병원의 진료비는 영리병원 스스로 결정하게 하고 있으며, 전반적으로 태국의 공공병원에 비해 진료비와 입원시설의 비용은 대단히 높은 편이다. 그러나, 태국의 다른 국가들과 비교하여 낮은 노동생산비용, 높은 기술력을 바탕으로 낮은 수준의 진료비를 유지하고 있다.

인근 아시아 경쟁국 중 싱가포르에 비해 낮은 진료비(약 절반 수준)를 유지함으로써 가격 경쟁력을 유지하고 있는 반면, 인도와 중국에 비해서는 높다는 평가를 받고 있으며, 그 결과, 싱가포르 보다는 태국으로 유입되는 아시아 인근 국가들의 환자수가 크게 증가하는 추세이다.

가) 영리병원의 시설 및 의료진

영리병원의 의료시설에 관해 규정하는 규제들이 많지만, 가장 중요한 것은 1998년 제정된 의료시설 법(Medical Facility Act)이다. 이 법에 의하면, 모든 영리병원과 영리 의료기관(1차 의료기관)은 최소한 시설규정에 의해 등록하여야 하고, 서비스를 제공하기 전에 인가를 받도록 규정하고 있다.

태국에서는 의료시설과 인력에 관해 규율하는 5개의 전문의료법이 있는데, 이 법률들이 태국 내의 태국의사회, 간호사회, 약사회, 치과의사회에 의해 집행되고 있다. 태국 내의 국립의과대학 졸업자는 의사면허 시험 없이 졸업과 동시에 의사면허를 받으며, 사립의과대학 및 외국대학에서 수련 받은 의료인은 태국어로 출제되는 의사면허시험을 보고 의사면허를 취득해야 한다. 외국인인 각 협회가 인정하는 대학을 졸업하고 태국 내에 영구 거주하는 조건을 충족할 경우에만 시험에 응시할 수 있으며, 의사면허는 종신기간 인정한다.

특히, 영리병원에 대해서는 병원의 특성에 따른 최소한의 시설 및 인력 기준을 비교적 상세하게 규정하고 있다. 예로, 입원실 10개 이상 100병상 이상까지의 영리병원의 최소 요건은 의사 수는 30병상 당 1명, 간호사 수는 30병상 당 2명, 약사 수는 30병상 당 1명을 요구하고 있다.

나) 영리병원에 대한 외국인 투자

외국인, 외국 투자법인, 외국기업 등의 투자는 허용되고 있다. 그러나 태국 전체 병원산업에 대한 외국인 투자규모는 아주 미비한 수준이며, 1999년 기준 300병상 이상의 대형 6개 병원에 대한 외국투자비율은 전체 투자액의 3%수준이다.(Kovindha, 서면인터뷰, 2006. 11. 4).

2001년 통계청 자료에 의하면, 전체 병원 중 24개 민간 영리병원에서만 외국인 주주를 가지고 있으며, 이들 병원 대부분이 외국 관광객이 주로 방문하는 방콕 시내에 있는 대형병원이며, 외국인 투자자는 일본, 싱가포르, 중국, 유럽, 미국 국적을 갖춘 외국 투자자이다.

1986년부터 현재까지 개설된 영리병원 중 외국인 투자 현황을 살펴보면, 아래 표와 같다.

<표 8-10> 태국의 외국인 투자 민간 영리병원 현황

구 분	1986년 - 1997년			1997년 -2002년	
	내국인 투자	외국인투자*	해외직접투자**	국내	외국인투자
병원 수	141	41	8	10	8
비율(%)	74.2	21.6	4.2	55.6	44.4

* 증권, 부동산 투자 등의 다양한 방법으로 병원운영에 투자하는 것을 말함

** 해외 자본이 직접 병원건립, 경영에 자본을 투자하여 경영에도 참여하는 형태의 투자를 말함.

앞서 지적한 바와 같이, 영리병원의 지분 소유에 있어서 외국인이나 외국법인이 소유할 수 있는 지분을 49% 미만으로 규제하고 있으며, 대부분의 투자자는 내국인이거나 내국법인이고, 외국인과 외국법인이 소유하고 있는 규모는 크지 않다. 10대 대주주 가운데 외국인(법인포함)에 의한 지분 보유율을 그리 많지 않은 편이며, 범용락병원 관계자의 설명에 의하면 외국자본에 의한 주식보유율은 5-8%수준에 머물고 있다고 한다.

<표 8-11> 범룽락 병원의 10대 대주주 현황(2005. 9. 2.)

순위	주주 명	보유 수	지분(%)
1	Sinsupitawee Asset Management Co. Ltd.	175,000,000	23.97
2	Bangkok Insurance	96,286,402	13.19
3	HSBC(Singapore) Nominees Ltd.	56,642,700	7.76
4	Bangkok Bank	47,899,765	6.56
5	Wattanasophonpanich Co. Ltd.	25,121,875	3.44
6	Morgan Stanley & Co International Limited	16,408,700	2.25
7	Chase Nominees Ltd.	12,236,600	1.68
8	State Street Bank and Trust Co.	11,650,000	1.60
9	Somer(Uk) Limited	11,252,000	1.54
10	UOB Kay Hian Private Limited	10,032,390	1.37
계		462,530,432	63.36

출처: Bumrungrad Hospital Public Company Limited Annual Report 2005

외국인 투자 조건은 1999년 외국인사업법(Foreign Business Act 1999)에 의해 운영되며, 이법에 의거 외국인 사업의 범주를 3가지로 대별하며, 이중 영리병원에 관한 사업은 'List 3'에 규정하고 있다. 'List 3'에 규정한 사업영역에서는 주요 주주(major shareholders)가 되기 위해서는, 독립적으로 구성되어 운영되고 있는 "외국투자위원회" 심사 후 중앙정부의 기업개발부 장관으로부터 승인을 받아야만 가능하다고 정하고 있다.

바. 영리병원의 수익률 및 재정 상태

영리병원의 총괄 재정 상황은 다음표과 같다.

<표 8-12> 범룽락 병원의 일반 재정 현황 및 수익률

(단위: 1,000바트, %)

구분	2003	2004	2005
총수입	4,620,311	5,809,299	6,806,775
연도별 총 이익 발생액	666,488	934,547	1,052,739
주식 1주당 기본수익	1.34	1.36	1.45
주식 1주당 배당금 배분	1.44	0.70	0.75
총수익 마진(%)	34.6	35.6	37.6
순수익 마진(%)	14.4	16.1	15.5
순이익 증가율(%)	195.4	40.2	12.6

출처: Bumrungrad Hospital Public Company Limited Annual Report 2005

<표 8-13> 범룽락 병원의(2004~2005) 수입 지출 현황

(단위 : 1,000바트)

수 입			지 출		
항목	2004	2005	항목	2004	2005
병원운영 수입	6,595,730	2,482,730	병원운영비	1,591,582	4,127,593
임대소득(병원 내 사업)	85,599	114,204	감가상각비	80,313	251,605
수수료 수입	25,500	-	행정관리비	409,534	1,002,172
이자 소득	15,524	8,402	병원경영진수당	4,365	4,105
환율 수입	6,718	24,467	고정자산 손실	9,000	11,430
기타 수입	57,489	36,903	투자손실 부담금	10,334	37,995
총 수입	3,001,754	6,809,512	총지출	2,102,130	5,434,902
			세금공제 전 이익	896,625	1,374,610
			-이자세	(26,056)	(101,549)
			-법인세	-	(220,321)
			순이익	934,547	1,052,739

출처: Bumrungrad Hospital Public Company Limited Annual Report 2005.

사. 중앙정부 및 지방정부의 지원 정책 및 규제 수단

원칙적으로 영리법인 의료기관에 대한 정부의 개입이 없는 것과 마찬가지로, 정부로부터의 지원도 받지 않는다. 정부가 사용하는 규제수단은 영리법인 그 자체에 대한 직접적인 규제라기보다는 국가 전체의 보건의료 체계의 효율성을 유지하기 위한 차원에서 이루어지는 것이라 볼 수 있다. 그 내용은 내국인만 법인의 소유(명의자)가 되게 하는 것, 영리법인 의료기관의 외부자본 비율이 49%를 넘지 못하게 하는 것 등이 있다.

이 밖에 공공병원에 없는 각종 세금을 부담시키고 있다.

- 이자세, 법인세는 순이익 3억 Baht 까지는 25%, 그 이상은 왕립칙령 387(2001. 8, 28)에 의거 30%까지 부과

아. 영리병원과 공적건강보험과의 관계

모든 병원과 국가의 건강보험과의 관계에서는 기본적으로 계약제의 원리가 작용하고 있다. 다시 말해, 영리병원이든 공공병원이든 보험자와 계약에 의해 공적건강보험의 의료공급자가 될 수 있다.

태국에서 공공병원의 비율이 75% 이상을 차지하고 있고, 이들 병원들의 임무가 영리 추구에 있는 것이 아니기 때문에 공적건강보험의 의료공급자로 계약을 하지 않을 이유가 없다. 그러나, 영리병원의 경우는 영리 추구가 중요한 목적 가운데 하나이고, 병원에서 제공하는 의료서비스의 수준이 고급이고 고가일 수밖에 없는 특성에서 범통락병원과 같은 값비싼 대부분의 영리병원이 공적건강보험과 의료서비스 공급자 계약을 맺는 경우가 없다. 게다가, 2001년부터 시행된 인두제 방식의 "30 Baht health insurance Scheme"은 영리병원의 입장에서는 전혀 매력적이지 않은 제도로 인식하고 있다. 그럼에도 불구하고 예외적으로 영리병원이라도 공적건강보험 환자에서 의료서비스를 제공하고 있는데, 이것은 혈액투석의 경우이며, 이는 공공병원의 해당 용량이 부족한 요인에 의한 결과이다. 뿐만 아니라, 태국에서는 계약제인 관계로 2005년 현재 356개의 영리병원 중 약 17%인 63개의 민간 영리병원이 태국의 저소득 자영자를 대상으로 국가가 운영하는 공적건강보험인 "30 Baht health insurance scheme"의 의료공급자로 공적건강보험 환자를 진료하고 있다. 이 경우 정부는 수가를 인두제에 의해 등록환자 1인당 연간 2,000baht 만큼 계약을 체결한 민간영리병원으로 진료비를 지불한다.

다른 나라들과 비교해서, 태국은 일부 영리의료기관이 공보험 환자의 일부를 진료할 수 있다는 점에서 민간 영리병원과 공적건강보험과의 관계에서 특수성을 발견할 수 있으나, 전체적으로 볼 때 다음과 같은 이유로 건강보험과는 무관하다고 할 수 있다.

첫째, 대부분의 민간 영리병원이 공적건강보험과 계약을 체결하지 않고 있다는 측면에서 그러하며, 특히 우리가 일반적으로 말하는 고급의료기관으로서의 영리병원, 즉 범용라병원처럼 잘 알려진 유명한 영리병원은 진료비가 비싼 관계로 공적건강보험과는 무관하다. 둘째, 공적건강보험과의 관계에서 요양기관 계약제(유럽대부분의 국가, 일본, 대만 등) 혹은 당연지정제(한국의 경우)를 통해 보험자 혹은 정부가 의료기관의 수가를 결정하는 구조인데 반해, 태국에서는 의료수가를 영리병원 주도적으로 스스로 결정할 수 있기 때문이다.

(9). 태국 영리병원과 비영리병원에서의 환자 만족도

영리병원과 비영리병원간 만족도 차이를 통계적으로 조사한 자료를 확보하기가 쉽지 않은 상황에서 태국이 보여주는 사례는 시사점이 많다 하겠다. 만족도는 의료의 질, 의료의 비용, 서비스의 정도를 총체적으로 보여주는 하나의 지표가 될 수 있다는 점에서 영리병원을 평가하는데 유용한 수단이 될 수 있기 때문이다. 여기서 인용된 데이터는 1999년 *International Journal for Quality in Health Care*에 게재된 것을 중심으로 요약한 것이다.

이 논문의 저자인 Tangcharoensathien 과 동료들의 분석에 의하면, 병원의 소유형태 차이에 따라 환자만족도가 명백하게 의미 있는 차이를 보인다는 것이다. 비영리병원에서 높은 만족도를 보였다. 입원진료에서 공공병원이 비영리병원에서 진료 받은 환자들 보다 높은 만족도를 보였다. 즉 공공병원을 이용한 입원환자의 76%가 그

병원들 다른 사람들에게 추천한다고 하였는데 비해, 영리병원 이용환자는 59%만 이용을 추천하는 것으로 조사됨으로써 영리병원이 환자 만족도가 낮음을 보여주었다.

아래 <표 8-14>는 공공병원, 비영리병원, 영리병원간 다수의 측정지표에서의 환자의 평가를 비교한 것이다. 병원의 시설을 측정하는 지표를 제외한 임상관련 측면에서 확연히 공공병원, 비영리병원에서 우수함을 보여주고 있다. 예를들면, 임상능력에서 공공병원에서는 89.9%, 비영리병원에서 95.5%로 각각 높는데 반해, 영리병원에서는 83.2%로 가장 낮음을 보여준다. 이러한 다양한 지표를 대상으로 평가한 것을 토대로 총체적인 질 수준을 평가한 결과, 비영리민간병원→공공병원→영리병원의 순서로 평가되고 있음을 알 수 있다.

<표 8-14> 측정 항목별 만족도 차이

Characteristic	Public hospital	Private for-profit hospital	private non-profit hospital	P	All hospital	n
Cleanliness	72.8	69.7	76.9	0.03	71.5	1,824
Comfort	70.0	71.4	75.4	0.08	72.0	1,812
Availability of Chairs	39.0	47.6	39.0	0.01	41.1	1,796
Care taken by nurse	75.9	70.9	83.0	0.00	77.0	1,788
Nurses's manner	80.9	74.0	83.7	0.00	80.1	1,780
Physical exam by doctor	73.2	67.7	79.1	0.00	73.7	1,678
Clinical competency	89.9	83.2	95.5	0.00	90.0	1,778
regularity of doctor's visit	88.4	78.9	90.0	0.00	86.5	1,718
Doctor's manner	84.6	65.4	82.0	0.00	78.9	1,702
Overall quality	88.4	78.9	90.0	0.00	86.5	1,718

출처: Tangcharoensathien, Viroj et al.(1999).

마찬가지로, <표8-15>는 또 다른 시각에서 영리병원과 다른 형태의 병원들간 차이

를 보여주고 있다. 입원환자에게 그들이 다시 같은 병원을 이용할 것인지 혹은 다른 사람들에게 이 병원 이용을 권유할 의사가 있는지 묻는 방법으로 조사한 결과이다. 아래 표가 보여주는 바와 같이, 공공병원과 비영리민간병원 이용 환자들의 재이용 및 추천하겠다고 하는 비율이 상대적으로 높은 것을 보여주고 있다. 즉, 민간영리병원에서는 다시 사용하겠느냐는 질문에 55%만이 그렇게 하겠다고 한 반면, 비영리 민간병원이용자는 68%가 다시 이용하겠다고 하여 상당한 차이를 보이고 있다. 또한 다른 사람에게 추천하겠느냐는 질문에 대해서도 상당한 정도의 차이로 민간비영리 병원과 공공병원이 영리병원에 비해 높음을 보여주고 있다.

<표 8-15> 병원소유 형태별 재이용 및 추천의사 질문에 대한 응답비율

	Will use facility again(%)	N	Will recommend to others (%)	N
Public hospitals	62	771	76	774
Private for-Profit	55	448	59	449
Private non-profit	68	579	78	578
P	0.00		0.00	
All	62	1,798	73	1,801

출처: Tangcharoensathien, Viroj et al.(1999).

아래 <표8-16>는 외래 부분에서의 만족도를 보여주는 것인데, 입원과는 다소 다른 양상을 보여주고 있다. 무엇보다 영리의료기관에서의 평가가 다소 상승된 것을 보여주고 있다. 그러나 여전히 비영리의원이 높음을 보여준다는 측면에서 의미있는 차이를 발견하기 어렵다고 하겠다. 다만, 외래 부분에서 총괄적인 평가에서 입원과 달리, 비영리→영리→공공의료기관으로 순서가 바뀐 것을 볼 수 있다. 한편 외래 부분에서 이러한 차이는 보건의료의 근본적인 특성 혹은 국제적인 관행에 비추어 볼 때

동남아 국가인 태국의 경우도 예외가 아니라는 사실을 발견할 수 있다. 즉, 인간의 생명과 직결되는 급성기 질환을 중심으로 치료하는 병원급 의료기관에서의 공공성이 강조되고 있고, 외래중심의 의료기관에 대해서는 국가가 적극적으로 개입하지 않는 결과라고 할 수 있다. 또한 영리의료기관의 허용이 주로 의원급에서 주로 이루어지고 있는 것을 말한다.

<표 8-16> 의료기관의 소유종별 외래이용 환자의 평가 비율

Characteristic	Public hospital	Private for-profit hospital	private non-profit hospital	P	All hospital	n
Comfort	48.3	70.0	77.5	0.00	65.6	3,698
Cleanliness	57.2	77.4	85.4	0.00	74.0	3,736
Queuing	45.0	57.3	61.7	0.00	55.4	3,309
Doctor's history taking	61.9	70.5	75.1	0.00	69.5	3,614
Physical examination	65.3	70.7	80.7	0.00	73.0	3,597
Time with doctor	53.9	58.6	67.2	0.00	60.6	3,590
Doctor's manner	77.2	83.2	88.8	0.00	83.4	3,664
Care taken by nurse	55.5	73.4	78.8	0.00	69.7	3,631
Nurses' manner	65.7	76.3	81.4	0.00	74.9	3,683
Overall	53.0	67.6	75.7	0.00	66.1	3,490

출처: Tangcharoensathien, Viroj et al.(1999).

(3) 인도

가. 현황 및 실태

가) 인도 보건의료체계에서 영리병원의 기능과 역할

태국에서와 마찬가지로 공공병원이 기본적인 의료서비스를 제공하고 민간영리병

원은 공공병원에서의 장시간 대기, 따른 진료 불편, 외국 환자, 급속히 증가하는 중상층의 고급의료 욕구를 수용하기 위해 민간 영리병원이 운영되고 있다. World Bank와 같은 국제기구도 인구에 비해 부족한 공공병원 시설부족을 보충하기 위해서는 영리병원이 필요하다는 판단 하에 자금을 보조하여 민간병원을 건립을 지원하고 있다.

최근 인도의 투자개방 및 외국자본 유입에 따라 건립된 민간병원은 낮은 생산비용과 첨단의료기술을 접목하여 늘어나는 외국 환자 진료로 방향을 전환하고 있다. 특히, 인도의 관광자원이 갖는 매력으로 늘어나는 관광객을 타깃으로 고급 및 맞춤형 의료상품을 개발하고 있어, 싱가포르·태국과 경쟁하는 상황으로 발전하고 있다. 인도 영리병원 육성전략의 특징은 “관광+IT+의료”를 결합하는 것을 통해 경쟁력을 확보하는 것이다.

영리병원의 고급의료기술과 낮은 생산비용, 관광산업 인프라를 접목하는 방향으로 외국 환자를 적극적으로 유치하기 위한 전략을 수립하여 시행하고 있으며, 외국 환자 유치를 통한 진료비 수입규모를 2012년까지 20억 달러를 목표로 하고 있다.

나. 영리병원 현황 및 운영실태

영리병원 소유자는 개인, 민간법인, 외국법인 등이 될 수 있으며, 외국법인이 설립하는 영리병원에 대한 투자제한은 없다. 또한 외국자본을 유치하기 위해 주식시장을 통해 자금을 모을 수 있다(Zakariah Ahmed, 2006.11.10). 인도에서 대부분의 영리병원은 인도의 유력 기업들이 의료산업을 통해 자본을 축적하기 위해 출자하여 건립된 병원이며, 최근 영리병원의 활동에 힘입어 전반적으로 보건의료서비스를 통한 부의 창출이 급속하게 진행되고 있다. 인도의 유명 국제연구기관의 하나인 IBEF(India Brand Equality Foundation)의 보고에 의하면, 2006년 3. 31일 회계연도 말 기준으로

보건의료부분에 의한 수익창출이 가장 높은 분야가 될 것으로 전망하고 있으며, 수 치료는 전년도 대비 42% 증가한 것으로, 대부분의 수익이 치료를 위해 인도를 방문 하는 외국환자 증가로 인한 것이라고 하고 전망하고 있다. 실제 외국 환자 수 증가 수치를 보면, 2000년에 10,000명에서 2005년에는 100,000명으로 증가하였다. 외국 환자 진료로 인한 수익은 2004년에 3억3천3백달러, 2012년까지 외국 환자 진료수입을 20억 달러를 목표로 추진하고 있다(IBEI, 2006).

인도 영리병원의 특징은 IT와 접목하여 특정 분야에 집중하는 전략을 구사하여 성공한 케이스이며, 실제, 인도에서 대표적인 영리병원인 Apollo 병원은 가장 먼저 Telemedicine를 개발하여 이를 통해 수익을 확보하고 있을 뿐 만 아니라, 최근에는 Teleradiology(방사선 원격진료)를 보편화시키고 있다. 이는 전 세계적으로 방사선의 사가 부족한 상황을 이용하여 실용화하고 있는 단계이다.

- 실제, 영국에서는 7개 병원 중 1개꼴로 방사선 의사가 없다고 함.
- 뿐 만 아니라 미국 약 6000여개의 병원 중 방사선 원격진료 기술이 없는 병원이 50%에 달한다는 보고가 있을 정도임.

인도의 방사선 원격진료 전문기관인“Teleradiology Solutions”회사는 미국에 있는 50개 병원에 MRI·CT 등 원격 방사선 필름판독 기술을 이용하여 서비스를 제공하고 있다. 이 첨단 원격방사선진료 시스템을 이용하여 99.8%의 정확도를 보이며, 30분 내로 미국병원에 제공할 수 있어 향후 아웃소싱을 통해 더 많은 수익을 확보할 수 있을 것으로 전망된다(IBEI, 2006).

아직 영리병원의 규모가 크지 않으나, 최근 뉴델리, 뭄바이 등 신흥개발지역을 중심으로 증가하고 있는 추세이며, 인도의 영리병원은 전체 병원 5,097개의 3.0% 수준(150개소)으로 규모는 매우 작은 편이다. 그러나 아래에서 고찰하고 있는 바와 같이,

아시아에서 가장 큰 민간병원으로 여러 국가에서 운영되고 있는 체인병원을 통해 연간 6백만 명 이상의 환자를 진료하고 있는 Apollo 병원을 위시하여, 명성을 얻고 있는 민간병원이 날로 증가하고 있다.

다. 영리병원의 의료비

전반적으로 자비에 맡기고 있으며, 인도 민간 영리병원의 의료비는 다른 국가들에 비해 경쟁력이 높다고 볼 수 있는데, 주로 다음과 같이 낮은 의료비 단가가 이를 뒷받침하고 있다. 전체적으로 볼 때 의료비는 미국이나 유럽의 1/5에 지나지 않으며, 미국에서 심장수술비는 US\$30,000이나, 인도의 최고급 영리병원에서의 비용은 US\$6,000 수준이다.

<표 8-17> 인도와 주요 선진국 의료시설에서의 의료비 비교

Nature of Treatment	Approximate Cost in India (\$)	Cost in other Major Healthcare Destination (\$)	Approximate Waiting Periods in USA / UK (in months)
Open heart Surgery	4,500	> 18,000	9 - 11
Cranio-facial Surgery and skull base	4,300	> 13,000	6 - 8
Neuro-surgery with Hypothermia	6,500	> 21,000	12 - 14
Complex spine surgery with implants	4,300	> 13,000	9 - 11
Simple Spine surgery	2,100	> 6,500	9 - 11
Simple Brain Tumor			
-Biopsy	1,000	> 4,300	6 - 8
-Surgery	4,300	> 10,000	
Parkinsons			
-Lesion	2,100	> 6,500	9 - 11
-DBS	17,000	> 26,000	
Hip Replacement	4,300	> 13,000	9 - 11

출처: <http://www.indianconsultancy.com/medicaltourism/whyindia.html>

<표 8-18> 인도와 미국의 치료비 차이

Treatment	India	US
Coronary Artery Bypass Grafting	\$6,000	\$60,000
Knee Replacement (Single Knee)	\$6,500	\$22,000
Rhinoplasty (nose job)	\$2,000	\$10,000
Bone Marrow Transplant	\$26,000	\$250,000
Root Canal Treatment	\$100	\$1000

출처: <http://www.indianconsultancy.com/medicaltourism/whyindia.html>

인도 영리병원의 가격 경쟁력은 동남아 경쟁국가들 보다는 유리하여, 태국의 병원 보다 더 저렴하다. 따라서 종전 싱가포르 병원을 이용한 환자들이 현재는 치료비가 낮은 인도로 방향을 전환하는 경향이 발생하고 있다. 아래 표는 인도와 태국의 치료비 비교표로, 이것은 인도의 높은 가격경쟁력을 뒷받침해 주고 있다.

<표 8-19> 인도와 태국의 치료비 차이(2004)

(단위 : US\$)

수술 명	태국	인도
Bone marrow transplant	62,500	30,000
Live transplant	75,000	40,000
Open Heart Surgery(CABG)	14,250	4,400
Hip replacement	6,900	4,500
Knee Surgery	7,000	4,500
Hysterectomy	2,012	511
Gall Bladder removal	1,755	555

출처: IBEF(2006)

하지만, 싱가포르·태국 등에 비해 사회 인프라가 취약하여 의료비 외 비용지출이 크다는 단점이 있는 것으로 지적되고 있으며, 실제로 호텔 비용 등은 대단히 비싼 편이다.

나. 중앙정부 및 지방정부의 지원 정책 및 규제 수단

중앙정부/지방정부의 보조금이나 세제혜택 등이 없으며, 민간 기업에 준해 각종

세금을 부담하고 있으며, 또한, 민법 및 상법 등 관련 법령에 의해 기업윤리강령, 경영진의 의무 등이 부과되고 있다.

앞서 살펴본 싱가포르·태국과 마찬가지로 공적건강보험과 외국인 진료의료기관 또는 영리병원과는 아무런 관계가 없다. 무엇보다 수가를 자율적으로 결정할 수 있으며, 공적건강보험 환자를 진료하는 요양기관이 아니므로 공적 건강보험과는 관계가 없다. 다만, 응급진료, 공공병원에서의 시설, 장비가 부족하여 민간병원으로 이송한 경우에는 공적건강보험 환자를 치료하게 되나, 응급의료의 경우는 계약에 의한 것이 아니라 민간병원의 사회적 책임 차원에서 이루어지는 것으로 볼 수 있다. 그러므로 영리병원과 공적건강보험과는 일반적인 진료에 관한 아무런 계약관계도 없는 것이다.

4. 함의와 결론

지금까지 고찰한 국가들의 영리병원 정책은 국가의 보건의료 환경, 정치적, 경제적 상황에 따라 다양함을 보았다. 개별국가가 처한 상황, 역사적 요인, 유럽 연합 등 외부 환경 등 다양한 변수 등에 따라 다양할 수밖에 없는 것이 현실이다. 그럼에도 불구하고 몇 가지 시사점 혹은 특성을 발견할 수 있었다.

첫째, 영리병원 허용에는 일정한 한계가 있었으며, 무분별하게 이루어지지 않았다는 점을 들 수 있다. 영리병원을 비교적 관대하게 허용하는 미국에서도 지역실정에 따라 법으로 영리병원 설립이나 전환을 금지할 수 있도록 하고 있었다. 또한 영리법인 전환 전·후 보건의료 전반에 미치는 영향에 관한 엄격한 분석체계를 가지고 있으며, 전환 이후에도 효과적인 감시체계(effective oversight system)를 통해 늘 감시하

고 있었다. 여기서 효과적인 감시체계란 “주정부로 하여금 분명히 문제를 포착하게 할 수 있게 하고, 영리전환에 따라 발생할 복잡한 이슈들에 대해 협상할 수 있게 해 주는 절차의 확립”(the establishment of process that enables states to explicitly address and negotiate the multiple issues that conversions raise)을 의미한다. 또한 투명한 절차(explicit process)는 건강한 국가 보건정책 집행차원에서 모든 주가 영리법인 전환에 개입하고 있음을 의미한다.

둘째, 비영리병원이 영리병원보다 의료의 질이 높고, 의료비가 낮아 지역사회에 이익이 된다면, 이러한 장점을 지속시키기 위해서 비영리법인에 대한 정부의 지원이 있어야 한다는 인식하에 조세 등을 통해 지원하는 경향이 있었다.

셋째, 비영리법인으로의 전환을 국가보건의료 전반의 효율성의 관점에서 허용하고, 자본 접근 용이성, 다소 신축적인 규제 장치, 투자가의 재정적 수입 등을 위해서는 불가하도록 각종 법적·사회적 규제를 강화하여야 한다는 인식이 공유되고 있었다.

마지막으로, 동남아의 태국에서 본 바와 같이 영리병원을 국가가 적극적으로 허용하고 있음에도 불구하고, 즉 후진국이 의료산업화 차원에서 영리병원을 권장함에도 불구하고, 공공병원에 대한 국가의 지원으로 의료의 질에서는 영리병원보다 더 높은 평가를 받고 있었다는 점이다. 이는 극명하게 급성기 질병을 다루는 병원 입원진료에서는 최후의 보류로써 비영리/공공병원이 적절한 역할을 하도록 국가가 관리하고 있다는 것을 보여주는 사례라 하겠다.

제 9 장

결론 및 정책적 함의

제9장 결론 및 정책적 함의

1. 영리/비영리 병원 개념을 둘러싼 논쟁의 이유

일반 기업의 소유형태 결정은 기업과 기업을 둘러싸고 있는 다양한 계약 상대방 간 거래비용을 최소화하는 결함으로 이루어진다고 할 수 있다. 그렇다면 병원의 경우는 어떠한가? 기본적인 틀에서는 차이가 없다고 할 수 있다. 영리병원이든 비영리 병원이든 보건의료를 둘러싸고 있는 이해당사자의 이해관계에서 결정된다는 점에서 대동소이하기 때문이다. 그러나 보건의료 현실에서는 이것에 대한 답은 그리 간단하지 않을 것이다. 그렇기 때문에 우리나라는 물론 서구의 많은 국가에서 영리병원 정책을 놓고 많은 기간 논의하였다. 캐나다는 거의 20여년간 이 문제를 놓고 전문가들 사이에 치열한 논쟁이 있었던 국가 가운데 하나에 속한다.

보건의료도 일반기업과 큰 차이가 없으나, 상품구매자의 특성에서 차이가 있는 점이 특징이다. 보건의료의 구매자인 소비자는 두 가지 점에서 특징적인 면을 가지고 있기 때문이다. 첫째, 소비자는 공급자만큼 의료소비에 필요한 정보를 가지고 있지 않은 것을 들 수 있고, 둘째, 소비자는 제3자라는 별개의 보험자가 의료비용을 지불하기 때문에 한계비용보다 훨씬 낮은 수준에서 진료비를 부담하기 때문에 일반 소비자와 확연히 구별된다.

사실, 이 두 가지 특징이 영리병원 정책을 포함한 보건의료 체계에서의 주요한 정책결정에서 늘 중요한 변수로 작용한다. 영리병원정책에서의 첨예한 대립도 이 두 가지 보건의료에 내재된 특성에 의해 필연적으로 발생하는 현상이라 할 수 있다. 아무튼 이러한 이유로 전문가들은 영리법인 형태의 의료기관은 거래비용을 최소화 할

수 없다는 인식이 형성되어 왔다. 왜냐하면, 정보의 비대칭성은 공급자에 의해 소비자가 실제 필요로 하는 진료보다 많은 공급을 할 수 있어 수익을 증가시킬 유인을 가지고 있기 때문이다. 이러한 수익의 증대는 정보의 비대칭성에 의해 특정 일방만이 편익을 누린다는 점에서 지불자와 소비자의 입장, 국가 정책적 차원에서 정책을 결정해야 하는 정책 당국자의 입장에선 복잡하다.

2. 영리/비영리 병원의 선택과 영리병원의 구조적 제약

이러한 구매자적 특성 외에 병원의 생산구조와 관련된 것도 무시할 수 없다. 현실 세계에서는 다양한 상품생산 라인이 존재한다. 마찬가지로, 병원도 다양한 상품라인이 존재한다. 그리고 상품의 생산은 비용이 최소화되고 수익이 극대화된 점인 한계비용과 한계수입이 일치하는 점에서 결정할 수밖에 없다. 이러한 결합이 이루어지는 조건에서 생산라인을 조합하고, 산출할량을 결정한다. 병원에서 생산라인이라 함은 외과, 심장병 수술병동, 비만진료 등 다양하다. 그리고 의료기관 차원에서 효율성을 극대화시키기 위한 기법을 동원하는 것도 중요하다. 예를 들면, 질병을 관리하는 다양한 대안이 필요해진다. 즉, 심부전증 환자를 심장병센터에 입원시켜야 할지, 일반 병동에 입원시킬지 등이 이에 속한다.

이러한 복잡한 조합 속에서 자원의 한정으로 전체 의료비가 한정되어 의료비에 가격이 정해질 수밖에 없는 보건의료체계에서 개별 병원이 취할 선택은 몇 가지로 좁혀진다. 즉, 1) 수익을 창출하기 위해 수익성이 있는 상품라인 중심으로 가동, 2) 주어진 서비스의 생산가격을 낮추거나, 3) 환자가 의료비 전액을 부담하는 비급여서비스 판매에 집중 하는 것일 것이다. 문제는 이러한 다양한 선택가능한 대응에는 영리병원과 비영리병원간 차이가 전제되어 있다는 점이다. 다시 말해, 자원의 한정 속

에서 수익을 창출하는 방향으로의 선택은 영리병원에서 민감하게 일어나기 때문이다. 왜냐하면, 영리를 전제로 하여 개업한 병원입장에서 병원에 대한 국가 보조와 기부금이 차단된 상황에서 민감하게 반응하지 않으면 영리병원이 유지되기 어렵기 때문이다.

첫 번째 선택에서, 즉 수익성이 있는 서비스로 이전시킬 경우, 질에 관련되어 가장 우려되는 것은 의료수요와 지역사회에서 이용할 수 있는 서비스를 적절히 배합하는 것이 문제이다. 서비스 이동 혹은 생산라인 조정은 필요한 서비스를 제공하지 않는 결과를 초래할 수 있다는 의미인데, 이는 특정 서비스에 대한 환자의 접근성을 직접적으로 차단하는 한편, 적어도 환자들로 하여금 다른 지역에서 그러한 서비스를 제공하는 곳으로 몰리도록 경쟁하게 한다. 결과적으로 의료기관 접근성을 차단시킨다.

둘째, 주어진 서비스의 생산 단위당 가격을 낮추기 위해서는 현재 노동비용 단위당 원가를 낮추거나, 공급자체, 의료장비의 가격을 낮추거나, 단위당 생산성을 증가시키거나, 다른 대체제를 찾거나, 비용이 짙은 것을 투입하는 방법들이 있을 것이다. 물론 몇 가지 방법을 혼용하는 것도 가능하다. 문제는 어떤 경우든 수익을 증대시키기 위해서는 비용-의료의 질 상쇄(cost-quality trade-off)에 대한 우려가 수반된다는 점이고 현실에서 불가피하게 일어나는 것은 피할 수 없게 된다는 점이다. 생산자인 병원입장에서 취할 수 있는 비용억제 조치들과 이에 따라 수반될 수 있는 질 악화 관계를 요약하면 아래 표와 같다.

<표 9-1> 비용억제가 의료의 질에 미치는 영향

	비용 감소 방법	결에 미치는 영향
병원인력	동일한 노동력과 생산성을 유지하면서 임금과 편의를 줄이는 방법	사기 저하와 우수 인력 상실
	임금이 낮은 직원으로 대체(예 간호사를 간호조무사로 대체)	숙련도 저하로 인한 의료의 질 하락(실수 빈번히 발생)
	현재 인력으로 생산성을 증가시키는 방법	거의 실현 불가능, 사기에 영향 미침
의약품/의료 기기 (재료)	일부 의약품 및 의료재료에 대한 가격인하 협상	영향 없음
	환자당 투입 약 및 의료재료 감소	과소사용으로 인한 부작용, 덜 과다사용으로 인한 장점 동시 발생
	비용이싼 약 및 의료재료 사용으로 전환	효과성 저하
장비고정	동일 장비를 낮은 가격으로 도입하기 위한 협상	영향 없음
	추가 장비 구입을 줄일 수 있도록 장비 단위당 생산성을 높임	영향 없음
	빈번한 사용을 줄임	과소사용으로 인한 부작용과 덜 과다사용으로 인한 장점이 혼재

현실적으로 영리병원과 비영리병원에서 실제 단위당 생산원가를 낮추어 지출을 줄이고 수익을 극대화하기 위해서는 아무래도 영리병원이 그러한 유인을 더 많이 갖는 것을 예상할 수 있다. 예를 들어, 영리병원이 비용 절감을 위해 환자에게 투입하는 자원을 줄일 경우 서비스가 적게 제공될 수 있다. 이 경우 비효율적인 서비스 제공으로 환자에게 제공되는 의료서비스의 질이 저하될 수 있다. 실제, 영리병원이 활성화 된 미국의 경우, 환자 1인당 간호사 비율이 영리병원과 비영리병원 간 차이가 나는 것을 볼 수 있는데 이것이 이러한 구조에서 발생된 사례라 할 수 있다.

셋째, 환자가 의료비 전액을 부담하는 비급여서비스 판매에 집중 하는 것일 것이다. 실제 미국 등 많은 국가에서 발생되고 있는 문제 가운데 하나이다. 비급여 서비스의 개발은 일견 의료기술의 발전과 기술 확산을 기할 수 있는 기회가 될 수 있지만, 검증되지 않은 신기술의 개발에 따른 낭용과 의료비의 증가를 초래할 것은 불을 보듯 뻔하다. 신기술의 확산에 대한 미국의 경험은 통계적으로 유의한 수준으로 영리병원과 비영리병원간 기술 채택에 관한 차이가 발견되지 않았다고 보고하고 있다. 다만, 1997년 Schlesinger의 정신과 병원에서의 기술 채택 패턴에 관한 연구결과는 경쟁적인 여건이 영리병원의 신기술 채택을 통한 혁신 서비스제공에 영향을 미치는 것으로 조사된바 있을 뿐이다.

문제는 우리나라는 아직 비급여서비스 항목이 너무 많다는 점이다. 영리병원이 비급여를 대상으로 수익을 창출하는 유인을 제공하는데 아주 유용한 창구가 될 소지가 충분하다. 물론 현재 건강보험에서 비급여인 병실료, 각종 편의시설 사용에 대해 고품질의 서비스를 차별적으로 제공하는 방식은 가능하다. 그러나 기존의 의료기술과 차이는 없지만 약간 변형된 형태로 제공하면서 신 기술이라는 이름하에 비급여 서비스를 경쟁적으로 개발한다면 환자의 건강 개선효과는 없는 상태에서 의료비만 증가하는 결과를 초래하여 사회 전체의 후생을 악화시킬 것으로 보인다. 만약 영리병원이 시장에서의 힘, 소위 시장지배력을 가지고 있을 경우 영리병원 주도에 의한 신의료기술이 급속히 확산될 가능성이 많아지게 될 것이다. 특히 개별 영리병원의 입장에서 신기술 개발로 시장에서의 이윤이 0 보다 크고 ($\pi_i > 0$), 이윤에 대한 한계효용이 추가적인 민간산출 증가에 따라 감소하지 않을 경우($d\pi_i / dF_j < 0$) 충분히 비급여 서비스 개발에 우선순위를 둘 가능성이 높다.

3. 영리병원 요약 및 정책적 함의

본 보고서의 대부분을 미국 등 외국의 사례를 통해 영리병원의 질, 의료비, 환자의 접근성, 영리병원의 이윤극대화 추구 패턴 등에 대해 집중적으로 분석하였다. 요약하면, 외국에서의 많은 증거들은 비영리와 영리병원간 항목에 따라 유의미한 차이가 발견된 경우도 있고, 그렇지 않은 경우도 있었다. 그리고 이러한 차이의 크기는 샘플의 정확성, 연구 대상 지역, 연구방법 등에 따라 편차가 있었는데 이것은 현재 영리병원의 비율이 절대적으로 적어 발생하는 불가피한 측면이 있었다. 그렇다고 외국에서의 지금까지 연구가 영리병원 정책을 결정하여야 하는 국가들에게 충분한 함의를 줄 수 없다는 것은 아니다. 보건의료 환경이 다른 상황이긴 하지만 불확정한 변수들을 통제하는 방법으로 영리병원 도입에 따른 문제점과 기대효과를 충분히 파악할 수 있는 자료로 활용될 수 있다. 본 보고서에서 지금까지의 논의사항을 중심으로 영리병원에 대한 정책적 함의를 도출해 보면 다음과 같다.

첫째, 근본적인 과제는 보건의료의 맥락에서 소유형태가 다른 병원이 양립할 경우 보건의료 전반에 어떤 영향을 미치는가를 종합적으로 이해하는 것이 선행되어야 함을 보여주고 있다. 미국의 경우에서 볼 수 있듯이 영리병원이 비영리병원과의 관계에서 무슨 역할을 하는 것이 좋을지에 대해 명확히 설정되어 있지 않아 혼란을 가중시키고 있다. 그러나 캐나다의 경우는 미국과 반대 사례이다. 영리병원이 제공할 수 있는 서비스의 종류를 한정하는 것은 물론 수익률에 대해서는 상한을 정해 두고 있는 것이 그것을 말해준다. 어쨌든 미국의 경우에도 대형 상업적 의료기관형태에 의한 보건의료시스템이 비영리병원과 양립하는 체계는 곤란하다는 인식이 확고한 것 같다.

둘째, 영리병원 형태가 민간영리병원보다 효율적인가라는 것에 대한 검증에는 상

당한 시일이 소요될 뿐 아니라, 어느 것이 효율적인 것인가에 대한 평가도 매우 복잡하다는 점이다. 효율성의 의미는 일반 경제학에서의 관점과 달리 영리병원 등 보건의료 체계 전반과 관련지어 평가될 경우에는 간단하지 않게 되는 속성 때문이다. 즉, 효율성이 선택 혹은 투입 면에서의 기술적인 효율성과 배분적 효율성의 차원보다 상위의 차원에서 결정된다는 의미이다. 이것은 기계적인 효율성 비교 자체도 복잡하여 논쟁을 조기에 끝내기가 어렵고, 때문에 광의차원에서 합의를 통해 결정되는 구조로 갈 수 있다는 것이다. 결국 특정 형태의 병원이 사회적으로 최적의 산출물을 생산해 내느냐에 달려 있는데 이는 주관적일 수 있어 이해당사자의 이해관계에 의해 결정되기 때문에 명확한 증거들이 충분히 제시되는 것도 중요함을 의미한다. 이러한 관점에서 한국에서의 영리병원 논의를 향후 5년간 유보하기로 한 지난해 결정은 아주 적절한 조치였다고 평가할 수 있다.

셋째, 병원의 행태 혹은 소유형태 차이에 따른 성과를 놓고 소유형태 차이가 미치는 영향에 관한 많은 연구가 이루어 졌지만, 아직도 많은 연구가 이루어져야 하고, 특히 다음과 같은 것을 중심으로 우선적으로 수행되어야 한다. 지금까지 연구가 다수의 가치 있는 행위 혹은 관점/지표들을 고려하지 못했으며, 이것을 고려할 경우 전혀 다른 결과를 도출할 수 있을 것이라는 점이다. 영리병원과 비영리병원이 지역 사회차원에서 제공할 수 있는 편익, 규제 효과 등을 충분히 고려하지 못했다는 지적을 받고 있는 것이 사실이다. 또한 병원의 성과들에 대한 경험적인 연구를 미국의 다른 국가에서의 연구결과가 추가될 때 영리병원의 성과에 대한 보편성을 인정받을 수 있다. 즉, 국가마다 보건의료가 다르게 조직되고, 상당한 상이성이 존재하므로 다수의 국가들을 대상으로 한 경험적인 연구를 통해 연구결과의 보편성을 확보할 수 있게 되기 때문이다.

참 고 문 헌

참고문헌

강성욱, “영리의료법인 허용으로 인해 병원에 예상되는 변화들”, 2006

대한치과의사협회, “급변하는 의료환경과 치과계의 전망”, 2006.

박재용, “영리법인 병원 허용 여부 검토 필요”, 나라경제, 2005.

보건산업진흥원, 『2005 보건산업백서』, 2006.

이상익 외, 『의료의 산업화와 공공성에 관한 연구』, 국민건강보험공단, 2005.

이진석, “국내 의료서비스 현황과 관련 쟁점”, 2006.

의료산업선진화위원회, “영리법인 의료기관의 정책효과”, 2006.

전창배 외 (2006), 『제주특별자치도 보건의료발전을 위한 경쟁국의 보건의료제도 및 지원실태 조사』, 국무조정실

정영호·고숙자, “비영리병원과 영리병원의 성과 차이 분석: 미국을 중심으로”, 보건복지포럼, 2005.

한국고용정보원 홈페이지, www.work.go.kr

Aaronson WE, (1994) "Do for-profit and not-for-profit nursing homes behave differently" *Gerontologist*, Vol. 34, pp. 775-786.

Bart, K. C et al (1999), "Mission Statement Content and Hospital Performance in the Canadian Not-for-profit Health Care Sector", *Health Care Manage Review*, Vol. 24, No. 3, pp. 18-29.

Bazzoli, G. J., The Corporatization of American Hospitals, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 29, 2004.

BNA's Health Law Reporter, Nonprofit hospital charity care litigation13, 2004,no.43:1555-1575

Bolan, D. S (2005), "Comparing Mission Statement Content in For-Profit and Not-For-Profit Hospitals: Does Mission Really Matter?", *Hospital Topics*, Vol. 83, No. 4, pp 2-9.

CHSRF (2004), Myth: For-profit ownership of facilities would lead to a more efficient healthcare system.

Conover CH, Hall MA, Ostermann J. The impact of Blue Cross conversions on health spending and the insured. *Health Affairs* 2005;24(2):473-482.

Currie G, et al, (2003), "What Does Canada Profit from the For-Profit Debate on Health Care?", *Canadian Public Policy*, Vol. XXIX, No. 2, pp. 228-251.

Deborah Gurewich et al, (2003), "The Effects of Hospital Owership Conversions on Nonacute Care Providers", *The Milnank Quarterly*, Vol. 81, No. 4, pp. 543-565.

Devereaux et al. (2002), "Comparison of mortality between private for-profit and private not-for hemodialysis centers: a systematic review and meta-analysis." *Journal of the American Medical Association*, Vol. 288, No. 19: 2449-2457.

- Devereau, et al., (2002), CMAJ, Vol. 166, No. 11, pp 1399-1406.
- Duggan, M., Hospital Market Structure and the Behavior of Not-For-Profit Hospitals, RAND Journal of Economics, Vol. 33, 2002.
- Duggan, M., Hospital Ownership and Public Medical Spending, Quarterly Journal of Economics, Vol. 140, 2000.
- Elwell F. (1984), "The effect of ownership on institutional services, Gerontologist, Vol. 24, pp. 77-83.
- Ettner, S. L. and Hermann, R. C., The Role of Profit Status under Imperfect Information: Evidence from the Treatment Patterns of Elderly Medicare Beneficiaries Hospitalized for a Psychiatric Disorder, Journal of Health Economics, Vol. 20, 2001.
- Evans RG et al (2000), "Private highway, one-way street: the Deklein and fall of Canadian medicare?" Centre for Health Services and Policy Research: Health Policy Research Unit paper 2000:3D.
- Farley D.O (1993), "Effects of Competition on Dialysis Facility Service Levels and Patient Selection (Dissertation), Santa Monica, California: RAND
- Feldstein, M. S., Hospital Cost Inflation: A Study of Nonprofit Price Dynamics, American Economic Review, Vol. 61, 1971.
- Gabriel P. et al. (2002), "Are for-profit hospital conversions harmful to patients and to Medicare?", RAND Journal of Economics, Vol. 33, No. 3, Autumn, pp. 507-523.

Gaynor M, et al. (2003), Competition among hospitals, Rand Journal of Economics, Vol. 34, No. 4, pp 764-785

Gibson et al, (1990), "An empirical investigation of the nature of hospital mission statements", Health Care Management Review, Vol. 15, No. 3, pp. 35-45.

Griffith, J. R (1988), "The mission of the well-managed community hospital," Michigan Hospitals, Vol. 24, No. 7, pp. 43-46.

Grossman, S. and O. Hart, The Costs and Benefits of Ownership: A Theory of Vertical and Lateral Integration, Journal of Political Economy, Vol. 98, 1986.

Hansman, H. B., The Ownership of Enterprise, Harvard University Press, 1996.

Harrington C. (2001), "Does Investor Ownership of Nursing Homes Compromise the Quality of Care?", American Journal of Public Health, Vol. 91, no. 9, pp. 1452-1455.

Hart, O., Firms, Contracts, and Financial Structure, Oxford University Press, 1995.

Healy J and M. McKee (2002), "The Evolution of hospital systems", in McKee, M. et al., Hospital in a changing Europe (Open University Press: Buckingham).

Helmig, B. et al. (2001), On the efficiency of public, welfare and private hospitals in Germany over time: a sectoral data

- envelopment analysis study, Health Service Management Research, Vol. 14, No. 4, pp 263-274.
- Herzlinger, R. E. and W. S. Krasker, Who Profits from Nonprofits?, Harvard Business Review, 1987.
- Heyder, R. M. (2005), "Germany: Example of the public - private Mix", AIM-HOPE International Conference Paris, 20-21 January 2005.
- Himmelstein et al (1999), "Quality of care in investor-owned vs. non-profit HMOs", Journal of the American Medical Association, Vol. 282, No. 2: 159-163
- Hirth RA et al (2000), " Ownership, competition, and the adoption of new technologies and cost-saving practices in a fixed-price environment", Inquiry, Vol. 37;282-294.
- Hoffmeyer, K. U. and T. R. McCarthy, Financing Health Care, Kluwer Academic Publishers.
- Horwitz JR, Making profits and providing care: Comparing nonprofit, for-profit, and government hospital. Health Affairs 2005;24(3):790-801
- Howitz, J. (2005), Making Profits and Providing Care: Comparing Nonprofit, For-profit, and Government Hospitals, Health Affairs, Vol. 24, No. 3, pp. 790-801.
- Innes, D. (2005), "United Kingdom: Establishing A Mixed Economy in Health Care", AIM-HOPE International Conference Paris, 20-21 January 2005.

- Jha, A, Li, Z, Orav, E. and Epstein, A. (2005), Care in US Hospitals: the hospital quality alliance program, *New England Journal of Medicine*, Vol. 353, No. 3, pp. 265-74.
- Johansson, O. (2005), "Sweden: Decentralization and Public Private Partnership", AIM-HOPE International Conference Paris, 20-21 January 2005.
- Kanda, K. et al (1991) "Registered nurse staffing in Pennsylvania nursing homes: comparison before and after implementation of Medicare's prospective payment system, *Gerontologist*, Vol. 31, pp. 318-324.
- Kessler, D. P. and M. B. McClellan, The Effects of Hospital Ownership on Medical Productivity, *RAND Journal of Economics*, Vol. 33, 2002.
- Kornai, J., The Softness of the Budget Constraint, *Kyklos*, Vol. 39, 1986.
- Koop, G., J. Osiewalski, and M. F. J. Steel, Bayesian Efficiency Analysis through Individual Effects: Hospital Cost Frontiers, *Journal of Econometrics*, Vol. 76, 1997.
- Kovner et al (1998) "Nursing staffing levels and adverse events following surgery in US hospitals, *Image Journal o Nurse School*, Vol. 30, pp. 315-321.
- Kuttner R. Columbia/HCA and the resurgence of the for-profit hospital business(first of two part), *New Engl J Med* 1996;335(5):362-367
- Lawrence, D. (1997), "Why We Want To Remain A Nonprofit Health Care Organization", *Health Affairs*, Vol, 16, No. 2, pp. 118-120.

- Lewin, L. S., R. A. Derzon, and R. Margulies, *Investor-Owned and Nonprofits Differ in Economic Performance, Hospitals*, Vol. 55, 1981.
- Lin HC, et al. (2004), Association of hospital ownership with patient transfers to outpatient care under a prospective payment system in Taiwan, *Health Policy*, Vol. 69, No. 1, pp. 11-19.
- McKee, M. and J. Healy (2002), "The significance of hospitals: an introduction," in McKee, M. et al., *Hospital in a changing Europe* (Open University Press: Buckingham).
- Mobley, L. R. and J. Magnussen, *An International Comparison of Hospital Efficiency: Does Institutional Environment Matter?*, *Applied Economics*, Vol. 30, 1998.
- Needleman et al.(2002), "Nurse-Staffing Levels and Quality of Care in Hospitals", *New England Journal of Medicine* 346, No. 22: 1415-1422.
- Needleman et al (2006), "Nurse Staffing In Hospitals: Is There A Business Case For Quality?", *Health Affairs*, Vol. 25, No. 1:204-211.
- Nelson, R. and M. Krashinsky, *Two Major Issues of Public Policy and Organization of Supply*, in: R. Nelson and D. Young(eds.), *Public Subsidy for Day Care of Young Children*, Mass.: DC Health, 1973.
- Newhouse, J. P., *Toward a Theory of Nonprofit Institutions: An Economic Model of a Hospital*, *American Economic Review*, Vol. 60, 1970.
- Norton EC, Staiger DO. How hospital ownership affects access to care for the uninsured. *RAND J of Economics* 1994;25(1):171-185.

Nudelman PM, Andrews LM. The "Value Added" of Not-for-Profit Health Plans. *N Engl J Med* 1996;334(16):1057-59

Nyman JA, (1988) "Improving the quality of nursing home outcomes: are adequacy or incentive-oriented policies more effective?" *Medical Care* Vol. 26, pp. 1158-1171.

OECD, Health Data, 2006.

Pattison R. V, et al,(1983), "Investor-owned and not-for-profit hospitals: a comparison based on California data, *New England Journal of Medicine*, Vol. 309, pp. 347-353.

Pauly, M. V. and M. Redisch, The Not-For-Profit Hospital as a Physicians' Cooperative, *American Economic Review*, Vol. 63, 1973.

Picone, G. et al. (2002), "Are for-profit hospital conversions harmful to patients and to Medicare?", *RAND Journal of Economics*, Vol. 33, No. 3, Autumn, pp. 507-523.

Pollock, A., et al., NHS plc: The Privatization of Our Health Care, Verso, 2004.

Posenau PV, Linder SH. Two decades of research comparing for-profit and nonprofit health provider performance in the United States. *Social Science Quarterly* 2003;84(2):219-231

Proenca, E. J., et al. (2003), Correlates of hospital provision of prevention and health promotion services, *Medical Care Research Review*, Vol. 60, No. 1, pp 58-78.

Reeves, et al (2004), "Strategic Management and Performance Difference: Nonprofit versus For-Profit Health Organizations", Health Care Management Review, Vol. 29, No. 4, pp. 298-308.

Reeves, T. C. and E. W. Ford, Strategic Management and Performance Differences: Nonprofit versus For-Profit Health Organizations, Health Care Manage Review, Vol. 29, 2004.

Reinhardt UE. The economics of for-profit and not-for-profit hospitals. Health Affairs 2000;19(6):178-186

Robinson, R et al (1999), Health Care System in Transition: United Kingdom, European Observatory Health Care System.

Rosenau, P. et al. (2003), "Two Decades of Research Comparing For-Profit and Nonprofit Provider Performance in the United States", Social Science Quarterly, Vol. 84, No. 2 (June), pp. 219-241.

Rose-Ackerman, S., Altruism, Nonprofits, and Economic Theory, Journal of Economic Literature, Vol. 34, 1996.

Schlesinger, M. et al. (2004), "Public Expectations of Nonprofit And For-Profit Ownership In American Medicine: Clarifications And Implications," Health Affairs, Vol. 23, No. 6, pp. 181-191.

Schlesinger M, Mitchell S, Gray BH. Public expectations of nonprofit and for-profit ownership in American medicine: Clarifications and implication 2005;23(6):181-191

Schlesinger, M. and B. H. Gray, How Nonprofits Matter in American Medicine, and What to Do about It, Health Affairs, Vol.

Senate Finance Committee, Staff discussion draft, Senate Financing Committee Hearing-charity oversight and reform: keeping bad things from happening to good charities(22 June 2004)

Shen YC, (2002), The Effect of hospital ownership choice on patient outcomes after treatment for acute myocardial infarction, *Journal of Health Economic*, Vol. 21, No. 5, pp 901-922.

Shen YC, (2003), Changes in hospital performance after ownership conversions, *Inquiry*, Vol. 40, No. 3, pp 17-234.

Shen, Y.-C., Eggleston, K., Lau, J., and C. Schmid, Hospital Ownership and Financial Performance: A Quantitative Research Review, NBER Working Paper, 11662, 2005.

Silverman et al (1999), "The association between for-profit hospital ownership and increased Medicare spending." *New England Journal of Medicine*, Vol. 341, No. 6:1523-1528.

Silverman E. Skinner J. Medicare upcoding and hospital ownership, *Journal of Health Economics* 2004;23(2):369-389

Sloan, F. A. and B. Steinwald, *Insurance, Regulation, and Hospital Costs*, D.C. Health-Lexington Books, 1980.

Sloan, F. A., Not-For-Profit Ownership and Hospital Behavior, in: J. Newhouse and A. Culyer(eds.), *Handbook of Health Economics*, 2000.

Sloan, F. (2003), "Non-for profit ownership and hospital behavior", in Culyer, A and J. Newhouse, eds., *Handbook of Health Economics*, (Elsevier: London).

Slone, FA, et al., (2003), Does the ownership of the admitting hospital make a difference? Outcomes and process of care of Medicare beneficiaries admitted with acute myocardial infarction, Medical Care, Vol. 41, No. 10, pp 1193-1205.

Taylor DH et al,(1999) "Effects of admission to a teaching hospital on the costs and quality of care for Medicare beneficiaries, New England Journal of Medicine, Vol. 340, pp. 293-299.

Toronto Star, "New MRI clinic in row over poaching", July 28, 2003.

Weisbord, B. A., The Nonprofit Economy, Harvard University Press, 1988.

Williams J, et al. (2005), "A Study of Thematic Content in Hospital Mission Statements: A Questions of Values", Health Care Management Review, Vol. 32, No. 4, pp. 304-314.

Wilson, G. W. and J. M. Jadow, Competition, Profit Incentives, and Technical Efficiency in the Provision of Nuclear Medicine Services, Bell Journal of Economics, Vol. 13, 1982.

Woolhandler S et al (1997), "Cost of care and administration at for-profit and other hospitals in the United States, New England Journal of Medicine, Vol, 336, pp. 769-774.

Zuckerman, S., J. Hadley, and L. Lezzoni, Measuring Hospital Efficiency with Frontier Cost Functions, Journal of Health Economics, Vol. 13, 1994.

의료기관 영리성에 관한 연구

발 행 일 : 2006. 12.

발 행 인 : 이 재 용

편 집 인 : 이 상 이

발 행 처 : 국민건강보험공단 건강보험연구원

서울특별시 마포구 염리동 168-9

대표전화 : 02) 3270-9114 / FAX : 02) 3270-9840

홈페이지 : www.nhic.or.kr

인 쇄 처 : (주)삼보아트 ☎ 02) 2271-0390

가 격 : 6,000원

I S B N : 89-91793-25-8
