

'국민건강보장'을 위한 4차 산업혁명 시대의
**의료산업 규제와
의료기관 지배구조 개혁**

- 일시 : 2018. 9. 14(금) 14:30~17:00
- 장소 : 프레스센터 19층 매화홀
- 주최 : 한국제도경제학회,  한반도선진화재단, 국가미래연구원
- 후원 : 한국경영자총협회, 한국경제연구원

식 순

일시: 2018년 9월 14일(금) 14:30 ~ 17:00 장소: 프레스센터 19층 매화홀

시 간	내 용
14:00~14:30	등록 및 접수
14:30~15:00	<p style="text-align: right;">진 행 모영규 숙명여대 경제학부 교수</p> <p>개회식 국민의례 개 회 사 신도철 한국제도경제학회 회장 축 사 최 광 보건복지부 전 장관 내빈소개 및 기념촬영</p>
15:00~16:00	<p style="text-align: right;">사 회 최병호 서울시립대학교 도시보건대학원 원장</p> <p>[주제 1] IT헬스를 활용한 신산업창출과 건강보험 재정절감 전략 : 4차 산업혁명시대의 핵심 성장전략 · 발 제 정기택 경희대학교 경영대학 교수 · 의료산업연구원장</p> <p>[주제 2] 의료산업의 발전을 위한 의료기관 지배구조 개혁과 경제적 효과 · 발 제 김원식 건국대학교 경영경제학부 교수 한반도선진화재단 조화사회연구회장</p>
16:00~17:00	<p style="text-align: right;">사 회 이규식 건강복지정책연구원장, 연세대학교 명예교수</p> <p>[종합토론] 의료산업과 국민건강보험 발전방향 · 토 론 (가나다 순) 김윤경 한국경제연구원 기업연구실장 김홍진 (주)인성정보 이사 류기정 한국경영자총협회 전무 서진수 인재대학교 일산백병원 원장 신의철 가톨릭대학교 의과대학 · 의학전문대학원 교수</p>
17:00	정리 및 폐회

목 차

06 개회사

· 신도철 한국제도경제학회 회장

08 축 사

· 최 광 보건복지부 전 장관

13 주제 1] IT헬스를 활용한 신산업창출과 건강보험 재정절감 전략 4차 산업혁명(산물)의 급여화 방안

· 발제 정기택 경희대학교 경영대학 교수 · 의료산업연구원장

39 주제 2] 의료산업의 발전을 위한 의료기관 지배구조 개혁과 경제적 효과

· 발제 김원식 건국대학교 경영경제학부 교수
한반도선진화재단 조화사회연구회장

61 종합토론

· 토 론 (가나다 순)

김윤경 한국경제연구원 기업연구실장

김홍진 (주)인성정보 이사

류기정 한국경영자총협회 전무

서진수 인제대학교 일산백병원 원장

신의철 가톨릭대학교 의과대학 · 의학전문대학원 교수



한국제도경제학회, 한반도선진화재단, 그리고 국가미래연구원 등이 "국민건강보장을 위한 4차 산업혁명 시대의 의료산업 규제와 의료기관 지배구조 개혁"을 주제로 정책세미나를 공동 주최하게 되었습니다. 한국경영자총협회와 한국경제연구원이 후원을 해주었습니다. 이 세미나가 개최될 수 있도록 여러 가지 수고와 재정적 지원을 아끼지 않으신 공동 주최 및 후원 학회, 재단, 협회 및 연구원 관계자에게 이 자리를 빌려 감사의 뜻을 전합니다.

그리고 사회를 맡아주신 최병호 원장님과 이규식 원장님, 발제를 맡아주신 정기택 교수님과 김원식 교수님, 토론을 맡아주신 김윤경 실장님, 김홍진 이사님, 류기정 전무님, 서진수 원장님, 신의철 교수님께 심심한 감사의 말씀을 드립니다. 이 정책세미나 개최를 반기면서 거의 발제 수준의 축사를 준비해주신 최광 전 장관님께도 감사하다는 말씀을 올립니다.

원래 소득이 증가해감에 따라 의료서비스에 대한 수요도 늘어납니다. 그리하여 의료산업의 국민경제상 비중도 커지게 됩니다. 제도적 정책적 뒷받침만 된다면 지금 막 발을 떼기 시작한 4차 산업혁명의 진행과 함께 우리나라 의료산업은 국제적으로 경쟁력 있는 산업으로 비약적인 발전을 이룰 수 있습니다. 하지만 우리나라 의료산업 발전은 정체되어 있고 오히려 건강보험의 재정건전성을 걱정해야 할 상황입니다. 이러한 어려움의 상당부분은 정부 정책의 실패에 연유하는 것으로 보입니다.

이제 창의성을 기반으로 지속가능한 건강증진·경제성장 모델을 구축해야 합니다. 보건의료기술 융복합을 통해 미래 시장을 선도할 수 있는 신규 사업을 발굴하고, 의료산업 나아가 국민경제를 발전시켜 나가야 합니다. 원격의료의 허용과 영리병원제도의 도입은 이를 위한 유력한 방안이 될 수 있습니다.

이번 정책세미나를 통해 의료산업과 건강보험을 바라보는 전문가, 의료인, 관료, 정치권 및 국민의 시각이 바로잡혔으면 합니다. 이 세미나를 계기로 원격의료의 허용, 영리병원제도의 도입, 건강보험의 지속가능성 제고 등에 대한 실천적인 논의가 더 활발하게 이어졌으면 합니다.

세미나 개최를 위해 노고와 지원을 아끼지 않으신 주최 및 후원 기관 관계자 여러분, 그리고 축사 사회 발제 토론을 맡아주신 세미나 참여자 여러분께 거듭 감사의 말씀을 드립니다. 그리고 바쁘신 가운데 자리를 빛내주신 참석자 한 분 한 분께 감사하다는 말씀을 올리면서 개회사에 대신하고자 합니다. 감사합니다.

2018. 9. 14

한국제도경제학회 회장 신도철



의료서비스, 무엇을 어떻게 보아야 하나?

의료인들의 잦은 길거리 시위와 의료서비스에 대한 국민의 불만은 왜 야기되는 것일까? 보건의료정책을 놓고 혼선과 불만이 야기된 근본적 원인은 정책담당자와 국민의 무지, 일부 학자들의 잘못된 이념적 선동, 그리고 일반 국민의 공짜 심리와 허황된 기대에서 찾을 수 있다. 이러한 무지, 선동, 심리, 기대의 결과로 반(反)시장적 의료정책이 우리의 의료서비스 시장을 지배하고 있다. 의료서비스에 관한한 우리나라는 사회주의체제와 크게 차이가 없다고 보아도 무방하다.

의료서비스를 두고 현재와 같이 반시장적 국가 독점적 정책과 제도가 풍미하는 한 길거리 시위와 국민 불만은 계속될 것이다. 같은 서비스인 미용 서비스에 대해 한번 살펴보자. 미용서비스는 시장에서 수요자와 공급자의 상호 작용에 의해 양과 질 그리고 가격이 결정된다. 수요자인 고객도 공급자인 미용인도 정부에 대해 시위를 하는 일이 없다. 이는 정부가 정책을 잘 해서 그런 것이 아니고 정부가 미용서비스 시장에 일체 관여하지 않기 때문이다. 의료서비스를 놓고는 정부가 서비스의 양과 질 그리고 가격까지 관리 결정하기에 문제만 생기면 정부에게 요구하고 그 요구가 수용되지 않으면 정부에 대들고 거리에 나서게 되는 것이다.

의료서비스와 관련된 국가정책을 논의하기 위해서는 먼저 의료서비스의 성격을 제대로 이해하는 것이 필요하다. 의료서비스는 외식, 목욕, 미용, 택배, 호텔, 교통, 통신 등과 같이 하나의 서비스(용역)이다. 특정 재화나 용역을 놓고 국가 정책적으로 제기되는 가장 큰 문제는 당해 재화나 용역 시장에서 시장실패가 발생하느냐 하는 것과 시장실패가 발생하면 어떤 시장실패가 발생하느냐 하는 것이다. 결론부터 말하면 의료서비스에는 지금과 같이 국가가 개입할 치명적 시장실패가 존재하지 않는다. 의료서비스는 많은 사람들이 주장하는 것처럼 공공재가 아니다. 여느 일반 서비스와 같은 사적재이다

국민들은 물론이고 전문가들조차도 의료서비스는 특수하다고 한다. 그 이유는 다른 서비스와 달리 의료서비스가 인간의 생명과 관련되어 있기 때문이란 것이

다. 즉 인간의 생명과 관련이 되어 있기에 수요측면에서 소비자인 모든 국민이 의료서비스를 향유하여야 한다고 생각하며, 공급측면에서 의료서비스는 의료인들의 돈벌이의 대상이 되어서는 안 된다고 생각하는 것이 일반적 인식이다. 조금만 속고해 보면 이 인식이 근본적으로 잘못된 것임을 쉽게 알 수 있다. 우리 주위에 존재하는 모든 재화와 용역이 인간의 생명과 관련되어 있다. 예를 들어 칼은 위험하니 생명과 관련되어 있고 모든 음식도 생명과 관련되어 있다. 의료서비스가 여타의 서비스나 재화와 크게 다른 점이 없기에 의료서비스가 특수하다는 착각 자체에서 벗어나야 한다.

다소 어렵지만 균형된 시각을 갖고 문제의 본질을 살피기 위해 한 가지 이론적 내용을 언급하면 의료서비스가 시장에 공급·수요되는 과정에서 나타나는 유일한 문제점은 공급자(의사)가 소비자(환자)보다 실제로 더 많은 정보를 보유한데서 초래되는 소위 역선택(adverse selection)문제로 발생하는 시장실패이다. 따라서 의료인들의 진료행위를 전문가들이 감찰하고 환자의 정보 접근이 용이하도록 하는 제도의 마련은 필요하다.

역선택은 숨겨진 특성으로 인한 비대칭적 정보의 상황에서 정보의 양이 적은 사람이 많은 양의 정보를 가진 사람들 중에서 자신에게 가장 바람직하지 않는 사람과 거래하게 되는 현상을 말한다. 의료서비스와 관련한 보험시장에 나타나는 역선택은 질병 위험을 두고 병약한 사람만 보험에 가입하고 건강한 사람은 가입하지 않는 현상이다. 역선택 현상으로 보험회사는 수익성이 악화되고 존립자체가 위협받는다. 이러한 이유 때문에 각국은 모든 국민이 의료보험에 의무적으로 가입하도록 하고 있다. 보험 가입을 의무화하더라도 우리나라와 같이 전국 통합의 형태일 이유는 없다.

우리나라의 의료정책의 가장 큰 문제점은 의료서비스가 복지서비스라고 이해되고 건강보험제도가 복지제도의 일환으로 인식되는 데 있다. 의료서비스의 존재는 소위 복지제도의 존재와 아무런 관계가 없다.

의료서비스를 국가가 관리함으로써 누구나 자유롭게 더 많게 더 좋게 더 낮은 비용으로 의료서비스를 받을 수 있을 것으로 국민은 기대하고 정부는 그런 것으

로 국민을 오도하고 있는데 이것이야말로 근본적으로 잘못된 것이다. 국가가 관리함으로써 더 좋은 질의 제품을 더 많이 향유할 수 있다면 의료서비스 아닌 다른 모든 재화나 용역에 대해서도 국가가 관리하지 왜 의료서비스만 국가가 관리하는가?

혹자는 의료서비스의 공급이 민간에 맡겨져 있으므로 국가가 의료서비스를 관리하고 있지 않다고 말할지 모른다. 건강보험제도를 통해 우리나라의 의료서비스는 기본적으로 국가관리 하에 있다. 국가가 의료서비스를 관리하게 되면 국가의 역할은 소득 여하에 관계없이 모든 사람이 최저한의 의료서비스를 받을 수 있도록 하는데 초점이 맞춰진다. 문제는 이러한 정책 의도는 달성되지 못하고 의료서비스의 과잉수요와 과잉공급만 만들어 내는데 있다. 사실 우리 국민들은 물론 심지어 전문가도 인식을 못하는 것의 하나가 의료서비스에 관한한 우리나라는 사회주의체제라는 것이다. 이는 국가가 의료서비스의 공급과 수요를 완전히 장악하고 있기 때문이다. 모든 재화나 용역은 그 품질에 따라서 가격이 다르고, 같은 품질이라도 시간과 장소에 따라서 가격이 달라지는 것이 시장의 일반적 인 논리이다. 그런데 현행 건강보험제도 하에서는 감기가 걸려서 병원에 갈 경우 그 병원의 위치가 도심의 한복판이든, 시골이든, 그리고 담당의사가 오랜 경험의 노련한 의사든, 풋내기 의사든 간에 진료비가 대한민국 어디에서나 똑같다. 미장원에서 머리를 만지고 여성들이 지불하는 가격이 천차만별한 것은 당연히 하는데 감기 진료비는 왜 전국적으로 획일화된 값인가? 국가가 개입한 결과인데 이것이 바로 사회주의체제라는 소이다.

참여정부에 들어와서 많이 논의되는 것 중의 하나가 공공의료서비스를 강화하는 것이다. 이는 노무현 대통령의 선거공약으로 핵심적 내용은 현재 10% 수준에 불과한 공공의료를 30% 이상으로 확충하여 지역 간, 소득계층간 불평등을 최소화 하겠다는 것이다. 공공보건의료의 강화되어야 하는 논리는 첫째, 헌법에 명시된 국민 건강권을 확보하기 위해 모든 국민에게 지불능력과 무관하게 기본적인 양질의 보건의료서비스의 이용을 보장하고 지역·계층 간 불평등을 해소해야 하

는데 이를 수행하는 것인 민간의료기관은 동기나 능력 면에서 부적절하므로 공공 의료부문이 수행할 책임이 있다는 것이고 둘째, 의료 공급체계에서 우리나라는 다른 나라에 비해 민간부분에 크게 의존하고 있는바 선진국의 경험에 미루어 볼 때 국민의 건강권 실현을 위해서 공공부문에 의한 의료서비스의 제공이 강화되어야 한다는 것이다.

수많은 공공의료기관이 이미 소비자로부터 외면을 당했는데 이런 공공의료기관을 확대하고 국민의 세금을 더 투입하는 것은 참으로 잘못된 정책이다. 서구의 경우에 공공의료기관이 많지만, 이는 사실 민영화하려고 하는데 정치적 여건 때문에 공공의료의 축소 노력에도 불구하고 아직도 공공의료의 비중이 높은 것이지 공공의료가 더 좋기에 정책적으로 선택되어 나타난 결과는 아니다. 아무튼 세계적 추세는 공공의료의 축소인데 우리는 확대를 추구해 공공의료정책에서도 역주행을 하고 있다.

의료서비스의 수요 공급을 시장기구 즉 민간기관에 맡길 경우 흑자는 사회취약계층인 저소득 시민들이 의료서비스를 못 받고 도시지역에 비해 농촌지역 주민들이 열악한 서비스를 받을 수밖에 없을 터인데 국민 건강권의 형평성이 확보되지 못하는 문제를 어떻게 해결하느냐가 정책과제로 등장한다. 전혀 걱정할 필요가 없다. 의료서비스는 현재 건강보험(옛날 의료보험)제도와 의료급여(옛날 의료보호)제도를 통해 전 국민에게 제공되고 있다. 소득과 재산이 있는 사람은 건강보험제도에 의해 그리고 건강보험에 가입할 수 없는 사람은 의료급여제도에 의해 혜택을 받고 있다. 최소한의 의료서비스의 보장 및 소득재분배는 의료급여제도를 통해서 달성되는 것이며 공공의료서비스의 확대와는 직접적으로 관련이 없다. 많은 분들이 의료급여제도의 목적 및 그 존재를 인식하지 못하며 건강보험제도를 통하여 의료급여제도가 목적하는 바를 달성하려 한다.

의료서비스의 제공의 주체와 생산의 주체를 구분하는 것이 매우 중요하다. 저소득층이든 고소득층이든 그리고 농촌주민이든 도시주민이든 중요한 것은 양질의 의료서비스를 제공받는 것이지 어느 특정 주체가 생산한 의료서비스를 소비해야 하는 것은 아니다. 국립·도립·시립 의료기관이 생산하는 열악한 의료서비

스를 무상으로 제공받기보다는 국가정책에 의해 제공된 의료급여제도를 통해 보다 양질의 의료서비스를 민간의료기관으로부터 제공받는 것이 저소득층 농촌주민에게 훨씬 더 높은 국민 건강권을 보장하는 방법이다.

시골에 사는 분이 병에 걸린 경우를 상정해 보자. 병원의 선택을 두고 두 가지 대안이 있을 것이다. 하나는 집 근처의 도립 병원에서 수술을 받는 것이고 다른 하나는 재벌이 설립한 서울의 유명 병원에서 수술을 받는 것이다. 이제 시골의 도립 병원에 국가가 상당한 예산을 투입하여 장비와 인력을 어느 수준 올렸다고 하자. 이제 시골의 환자더러 선택하라고 하면 어느 병원을 선택할까? 예산을 아무리 투입도 시골 도립 병원이 서울의 유명 병원을 능가할 수는 없다. 따라서 시골 환자의 선택은 서울의 유명 병원이다. 따라서 시골 도립 병원에 대한 추가 예산 투입은 낭비로 귀착된다.

소득재분배를 위해서든 또는 경제적 약자계층에게 국민 건강권을 보장하기 위해서든 올바른 정책방향은 공공의료서비스의 강화가 아니고 의료급여제도의 내실화와 충실화이다. 사실 보험재정의 적자를 빌미로 건강보험에 국고지원이 엄청나게 이루어지고 있는데 건강보험에 국고를 지원해야 하는 경제적 논리는 어디에도 없다. 의료급여제도에 국고를 투입하는 것은 복지논리에서는 물론이고 경제논리에서도 정당화된다.

지면의 제약 때문에 관련 주제를 모두 다루지 못하고 다룬 주제도 충분히 설명하지 못하는 아쉬움이 있다. 주장하고자 하는 바는 무릇 정책과 관련하여 문제의 맥점을 냉철한 머리로 정확히 짚고 목적 달성에 유효한 정책수단을 제대로 강구하는 것이 필요하지 뜨거운 가슴으로 좋은 말의 성찬만으로는 일이 제대로 풀리지는커녕 국민이 고통의 나락으로 떨어진다는 것이다. 특히 시장경제 원리를 모르는 사람들이 복지, 평등을 내울수록 시장은 복지에 반하는 결과만 초래하고 불평등을 더욱 확대시키는 복수를 한다는 것이 된 역사의 증명이다. 제발 차가운 머리로서 역사에서 교훈을 얻자.

2018. 9. 14

최 광 성균관대 초빙교수 교수, 前 보건복지부 장관

**IT헬스를 활용한 신산업창출과
건강보험 재정절감 전략**
: 4차 산업혁명시대의 핵심 성장전략

| 주제발표 1 |

정 기 택
경희대학교 경영대학 교수
의료산업연구원장

Contents

1. 한국의 新고령 세대

2. 문재인 케어와 건강보험 재정위기

3. 4차산업 혁명시대의 신산업 창출을 위한 IT헬스의 역할

4. 고령친화산업

5. 스마트에이징시티

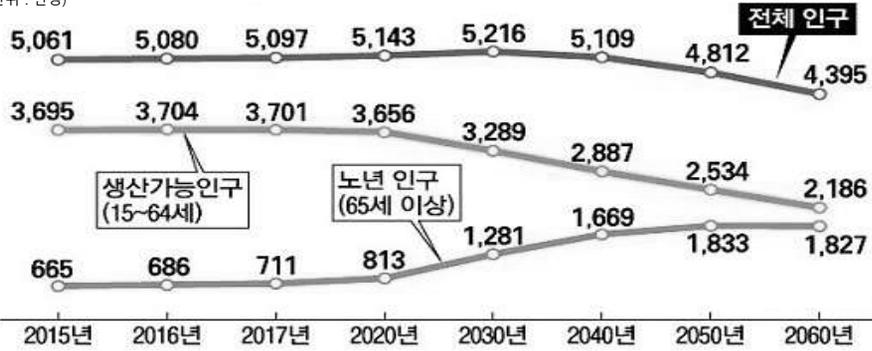
한국의 新고령 세대

빠른 한국의 인구고령화

출산율의 감소로 생산가능인구 줄고 노년인구가 급증하는 고령 사회 진입 전망

- ✓ 2030년을 기점으로 전체인구가 줄어드는 반면 노년인구수는 점차 증가하여 2060년 3배까지 증가할 추세임

(단위 : 만명)



통계청, 2015

4

고령사회 진입 속도

전세계적인 고령화 추세 및 한국의 압축적 고령화

- * 한국은 전세계에서 가장 빠른 속도로 고령화가 진행 중
- ✓ 2000년 고령화사회(65세+, 7%) 진입, 이후 2018년 고령사회(14%), 2026년 초고령사회(20%) 진입 예정

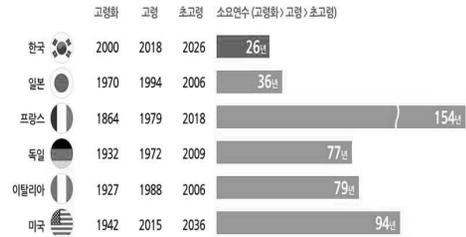
급속한 한국의 고령화

(단위 : 전체인구 중 비율 %)



통계청(2014), 전국 노령화 지수

주요국가별 인구고령화 속도

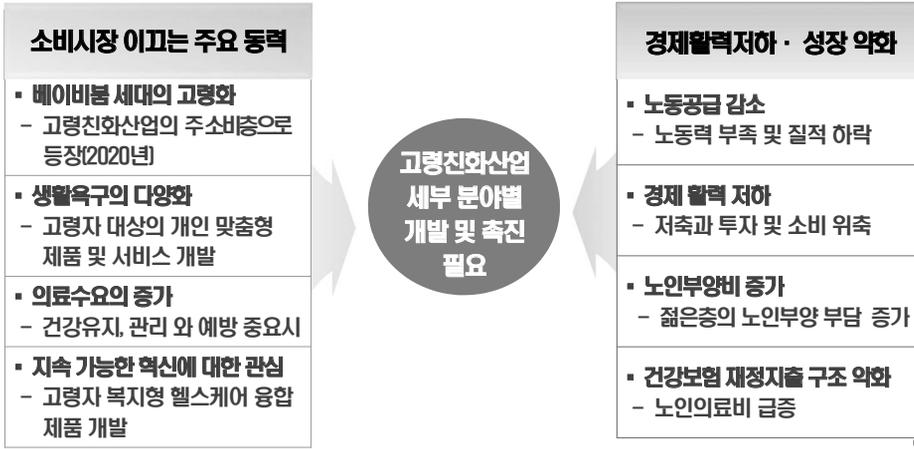


보건사회연구원(2014), 보건복지포럼

5

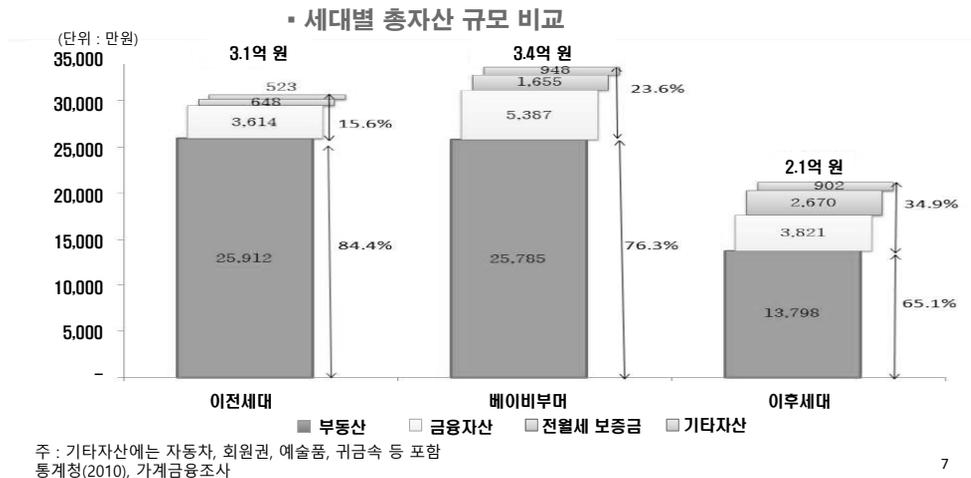
고령사회 진입에 따른 사회경제적 파급 영향

고령사회로의 변화는 기회와 위기의 양면성을 가지고 있어
고령친화산업이 발전할 수 있는 요인으로 기대됨



소비시장을 주도하는 新高령 세대

베이비부머 세대는 자산과 소득이 높고 능동적인 소비성향으로
고령친화산업 활성화에 영향을 줄 것으로 예상



문재인 케어와 건강보험 재정위기

8

문재인 케어(2017-2022) 발표

2017년 8월 9일, 2022년까지 건강보험 보장률을 70%까지 높이겠다는 건강보험 보장성 강화 대책, ‘문재인 케어’를 발표함

· 문재인 정부 의료케어 발표, 비급여 전면 건강보험 적용



- ✓ 2022년까지 31조원 투입해 건강보험 혜택 강화
- ✓ 비급여 의료비의 환자 부담 100%에서 예비 급여에 포함시켜 30~90% 낮추기로
- ✓ 현재 건강보험 보장성 63%에서 70%로 높일 것

문재인 케어 정책방향

20조원 이상의 건강보험 누적 적립금을 토대로 비급여 증가를 통제함으로써 건강보험 보장을 확대하고자 함

· 건강보험 보장성 강화 정책방향 및 추진방안

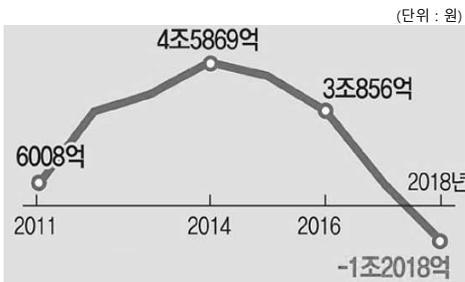


보건복지부(2017), 연세대학교 장성인 교수 발표자료 정리

고갈되는 건강보험 재정, 재원 확충이 시급

건보공단 추계 결과, 2018년 당기수지가 적자가 되고 재정 고갈의 빠른 진행으로 2026년 건강보험 누적적립금이 소진될 전망

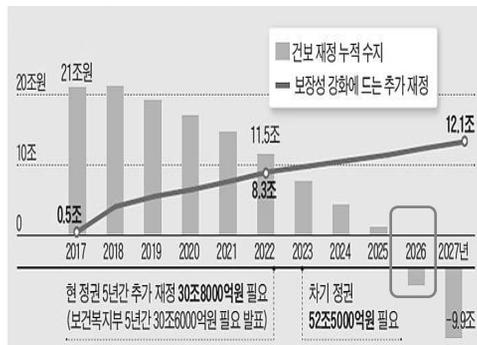
· 건강보험 당기수지 추이



- ✓ 건보공단 “1조2,000억 적자 예상... 보장성 강화로 지출 급증한 탓”
- ✓ 2022년까지 30조 추가 지출 예상

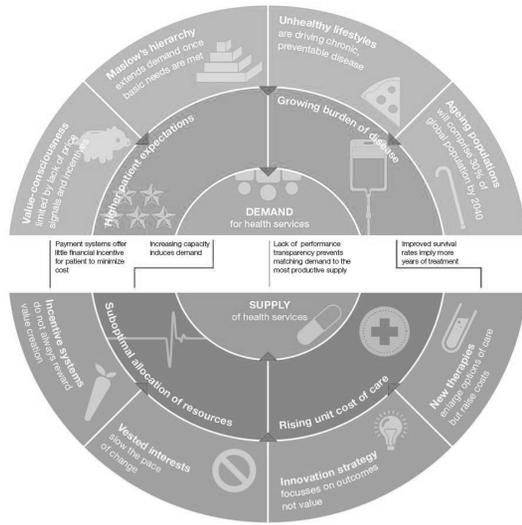
건강보험공단(2018), 2018년도 연간 자금운용안

· 건강보험 보장성 강화에 따른 재정 추계



국회예산정책처(2017), 건강보험 보장성 강화대책 재정추계 보고서

의료시스템의 지속가능성 위기



World Economic Forum 2013

수요 측면

- 질병 부담의 증가
 - 인구 고령화
 - 건강하지 않은 생활습관
- 높은 기대 수준
 - 건강에 대한 욕구
 - 낮은 비용 인식

공급 측면

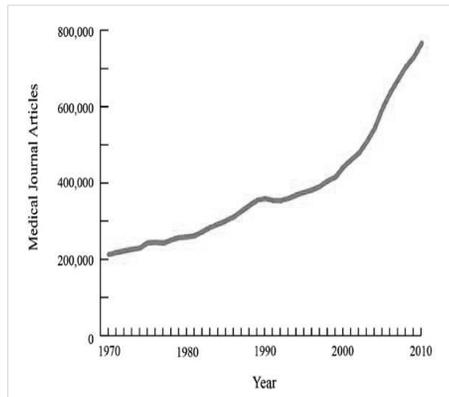
- 비용상승
 - 새로운 치료법
 - 현재의 기술혁신 전략
- 보건 의료 자원의 비효율 배분
 - 왜곡된 인센티브 시스템
 - 변화에 저항하는 기득권

12

기술혁신의 생산성 문제

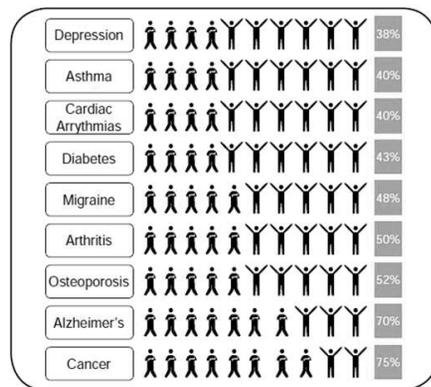
■ 의학 지식은 급속히 증가했으나, Medical Needs 충족 수준은 아직 낮음

▪ Medical Journal Article 증가 추세



Institute of Medicine, Best Care at Lower Cost, 2012

▪ 치료제의 Ineffective 비중



Trends in Molecular Medicine, 7(5), 201-204, 2001

13

기술변화와 산업규제와의 괴리

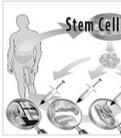
산업변화에 따라 규제 프레임의 변화 야기



- 전립선암 위험도 계산 모바일앱 제작
- 식약처에서 의료기기로 해석함에 따라 국내 배포 금지

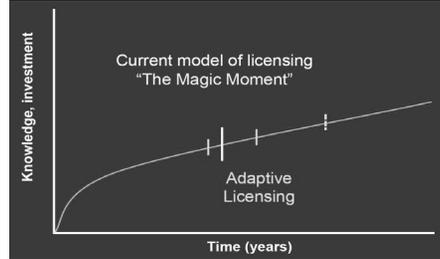


- 3D 프린터 제조 의료기기 등장
- 의료기기 제조업소, 제품의 개념 변화
- 자가제조 제품에 대한 문제



- 의료법, 약사법, 의료기기법 경계 분야
- 세포치료제, 이종장기, 유전자치료, 조직공학제품 등은 시술과 제품의 성격 복합

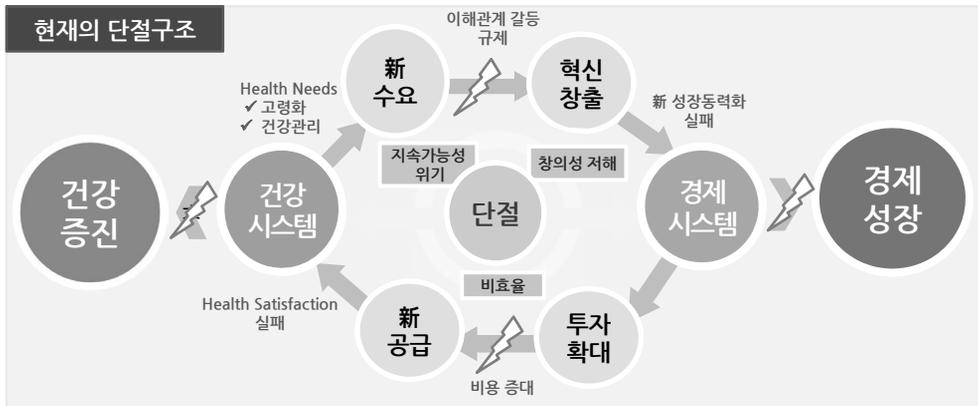
현재 시스템은 All or Nothing 접근법



- All or Nothing 접근법으로 회색지대에 대한 고려 없음
- 새로운 산업, 기술은 불확실성과 모호성 내포
- 불확실성을 고려한 유연한 체계 필요

건강시스템과 경제시스템의 대립과 단절

건강시스템의 관점 : 산업발전은 비용상승 및 비효율 증가 요인으로 바라봄
 경제시스템의 관점 : 건강관련 제도가 산업발전 저해요인으로 바라봄



새로운 패러다임의 필요성

창의성, 효율성을 기반으로 지속 가능한 건강과 경제 성장모델 필요



16

4차산업 혁명시대의 신산업 창출을 위한 IT헬스의 역할

17



“정보기술(IT)과 의료를 융합한 ‘IT헬스’를 한국의 대표적인 의료 브랜드로 키우고 이 모형을 전 세계에 적극적으로 알리는 일에 주력할 예정입니다.”

정기택 한국보건산업진흥원 원장은 “한국의 의료 수출이 늘려면 먼저 해외에는 아직까지 그런 의료 브랜드를 가이던팅 하는 여건이 아니라 할 수 밖에 계획을 밝혔다. 그는 “보건의료기술(IT) 보건산업의 신성장 동력화에 기여할 것”이라고 덧붙였다.

정 원장은 3월 취임 이후 두 달여 동안 업무 파악과 매일경제신문이 처음이다. 보건산업 육성 및 보건서비스 발전방안을 찾기 위해 분주했다. 중단계 계획 수립, 중국 등 경쟁 국가의 동향도 파악할 예정이다. 보건산업진흥원의 조직개편과 함께 보건산업이 창조경제의

“보건의료기술(HT) 융복합을 통해 미래 시장을 선도할 수 있는 신규 사업의 발굴로 일자리를 창출하고 보건산업의 신성장 동력화에 기여할 것”

“국민건강경제계획은 그동안 물과 기름처럼 여겼던 건강(의료)시스템과 경제시스템을 양립 가능하며 서로 발전할 수 있는 미래형 의료시스템으로 변화시킨다는 목표를 갖고 있다. 정 원장은 “그동안 의료서비스를 잘하려면 많은 비용이 들어가야 한다고 생각했다”면서 “그러나 국민이 건강하게 살면서도 경제에 도움이 되는 지속 가능한 미래형 의료시스템을 만들어 내고 이를 수출 모델화할 것”이라고 강조했다.

기존 의료 관행은 몸이 아프면 약을 사먹거나 병원을 가는 치료 위주. 대비해 운동하고 식습관을 개선하도록 한다는 것이다. 정 원장은 “DM, 확산해 나간다면 중등 등 외국에서도 우리 시스템을 수입하려고 할 것”

“그동안 의료서비스를 잘하려면 많은 비용이 들어가야 한다고 생각했다. 그러나 국민이 건강하게 살면서도 경제에 도움이 되는 지속 가능한 미래형 의료시스템을 만들어 내고 이를 수출 모델화할 것”

이 같은 정 원장의 철학은 오는 28일부터 30일까지 경기 고양시 킨텍스에서 보건산업을 대표하는 국제행사다. 그동안 매년 4월에 열린던 메디컬코리아 것으로 기대된다. 이번 행사에서는 이길 애플러히 요즈마그를 회장인 창조 의료시스템인 ‘국민건강경제2030’ 계획을 대동형 산하 국민경제자문회의

정 원장은 “국민건강경제2030은 IT와 미래 의료기술을 활용해 지속 가능한 출발했다”면서 “보건의료산업 관련 부처인 보건복지부·미래창조과학부·산업통상자원부 등의 산하기관장이 참석해 서로 토론하고 여기서 나온 내용을 각 기관에 제언하게 될 것”이라고 말했다.

“국민건강경제2030은 IT와 미래 의료기술을 활용해 지속 가능한 의료시스템으로 전환해 국가적 과제인 고령화와 급증하는 의료비에 대응하자는 인식에서 출발했다”

바이오 및 메디컬 코리아 행사는 이 밖에도 제약·바이오·의료기기 등 보건산업을 총망라하고 있다. 정 원장은 “아시아 최대 국제 바이오 컨벤션 행사로 콘퍼런스 및 비즈니스 산업을 동반 성장과 산업 간의 융합을 이끄는 원동력이 될 것으로 생각한다”

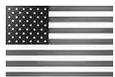
정 원장은 서울대 영문학과를 나와 미국 코넬대 의료경영학 석사와 펜실베이니아주립대 의과대학 교수와 미국 과학기술위원회 전문위원을 거쳐 올해 3월부터 한국보건산업진흥원

[박기효 기자]

주요국 동향(미국)

국가 보건의료 성과 향상을 위해 대규모 R&D를 투자하고 빅데이터 활용 및 기반기술 강화 사업 추진

* (‘12 빅데이터 이니셔티브) 발표 후 국가차원에서 빅데이터 활용을 공공기관별 추진 중이며, 보건영역을 중요분야 선정



* (BD2K Initiative) NIH 27개 산하기관의 연구 데이터를 통합하여 BTRIS를 통해 제공, BD2K 등 R&D 투자 확대

미국

* (Precision Medicine Initiative) 100만명 유전체 저장·분석 실시, 참여자들 의무기록 수집 위해 ‘16년 1억3천만불 예산 투입 (웨어러블 센서 기반 생활습관 정보에도 투자)

* (Sentinel initiative) 보험청구자료, EMR, 환자등록자료 등 대규모 자료원 통합을 통해 신속하게 안정성 평가 가능



FOR IMMEDIATE RELEASE
March 29, 2012

Office of Science and Technology Policy
Executive Office of the President
New Executive Office Building
Washington, DC 20503

OBAMA ADMINISTRATION UNVEILS “BIG DATA” INITIATIVE:
ANNOUNCES \$200 MILLION IN NEW R&D INVESTMENTS
Aiming to make the most of the fast-growing volume of digital data, the Obama Administration today announced a “Big Data Research and Development Initiative.” By improving our ability to extract knowledge and insight from large and complex collections of digital data, the initiative promises to help solve some the Nation’s most pressing challenges.



주요국 동향(영국)

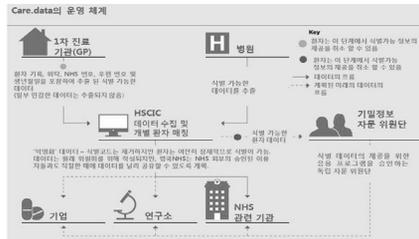
보건의료 가치 향상 서비스의 실용화와 연구개발 기반 강화를 위한 국가 빅데이터 거버넌스 구축



영국

- * HSCIC(Health & Social Care Information Centre) 설립
 - ✓ 범정부 차원의 오픈데이터 전략 하에 보건의료, 사회보장의 데이터를 수집, 저장, 연계, 분석하는 별도의 독립 조직
 - ✓ 환자의 의료기록, 건강정보, 서비스 제공자의 정보는 일괄적으로 HSCIC에 전송, 저장, 관리하고, 정부, 연구, 학계, 국민에게 개방 (단, 개인식별 정보는 익명화)
- * 향후 10년의 보건관련 IT 전략 담은 'The Power of Information' 발표(2012년)
 - 약 28.7억^{USD} 비용 절감 기대

< HSCIC 운영 체계 >



20

주요국 동향(싱가포르)

보건청(MOH) 주도 하 국가 차원의 의료정보 통합 플랫폼 'NEHR(National Electronic Health Records)' 구축

- * “한 명의 싱가포르인, 한 개의 건강기록(One Singaporean, One Health Record)”
 - ‘국가전자건강기록’ 시스템 구축



싱가포르

- * 540만명 국민 모두 포괄하는 NEHR 구축 통해 의료진들이 진료를 위한 환자 데이터 쉽고 안전하게 이용 가능
- * NEHR은 병원 방문/입원, 과거 수술내역, 의료영상 등 8가지 종류의 데이터로 구성
 - ✓ 병원 방문/입원 기록, 검사 및 실험 결과, 의료영상 결과, 약물복용 기록, 과거 수술 기록, 알레르기/약물 부작용 기록, 면역 관련 기록 등

21

한국 정부의 동향

복지부, 의료정보화업무 집중을 통한 체계적인 의료정보화 육성 추진

복지부, 의료정보 전담 부서 신설 추진..의료 ICT 육성 본격화

발행일 : 2017.04.16

정부가 보건복지부 내 의료정보 전담과 신설을 추진한다. 역점사업으로 진행되는 병원 간 진료정보 교류와 원격의료의 전담한다. '의료정보' 활용을 포함한 국가차원 의료정보종합전략을 수립한다.

16일 관계기관에 따르면 보건복지부는 행정자치부와 보건 의료정책실 소속 의료정보정책과 신설을 논의 중이다. 상반기 내 보건복지부와 소속기관 직제 시행령, 시행규칙 개정안을 마련한다.

김강립 복지부 보건 의료정책실장은 "의료와 ICT 접목은 4차 산업혁명 환경에 필수"라며 "구심점 마련을 위해 행정부와 의료정보정책과 신설을 논의 중"이라고 말했다.

의료정보정책과는 작년 말 의료IT를 전담하기 위해 구성된 '디지털의료제도팀'이 모태다. 5명 내외로 구성된 진료정보교류 시범사업, 원격의료 시범사업 등을 전담했다. 태스크포스(TF) 성격이던 팀을 과 단위로 확대해 정식 직제로 개편한다. 정부 부처로는 처음으로 의료 ICT 전담 부서가 마련된다.

복지부는 진료정보교류 표준 플랫폼을 개발해 분당서울대병원, 연세세브란스병원 등 대상으로 시범사업을 펼쳤다. 작년 말까지 4개 거점병원과 150여개 의료기관에 적용했다. 진료정보교류 표준을 고시해 법적 근거도 마련했다. 올해 추가로 중남대병원과 전남대병원이 거점기관으로 선정됐다. 기관별 최대 200개 병원과 협업해 진료정보교류 시스템을 구축한다. 거점기관별 진료정보교류를 확산하고 수가 제공 등 추가 참여 유도 방안도 모색한다.

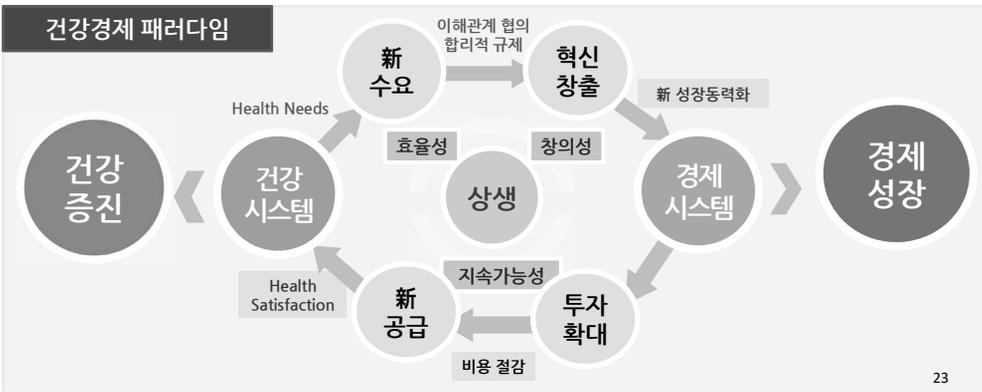
담보상태인 원격의료 해결책도 구상한다. 현 의료법은 의사와 환자 간 원격진료를 허용하지 않는다. 거동이 불편한 노인과 장애인, 도서벽지 주민, 군 장병 등 취약계층 대상으로 시범사업을 펼친다. 원격의료법은 지난해 '정보통신기술 활용 의료'로 용어를 변경해 국회 보건복지위원회 법안소위에 논의됐지만 보류됐다. 다음 정권에 논의될 가능성이 높다. 법안 통과를 위한 대응 마련과 시범사업 확산 방안도 신설과 주된 임무다. 국회 설득과 지자체와 원격의료 사업 모델을 마련한다.

복지부(2016), 2018년부터 추진될 5년 이상의 중장기 사업구성 추진전략인 'ICT 기반 미래보건의료정책 로드맵' 수립

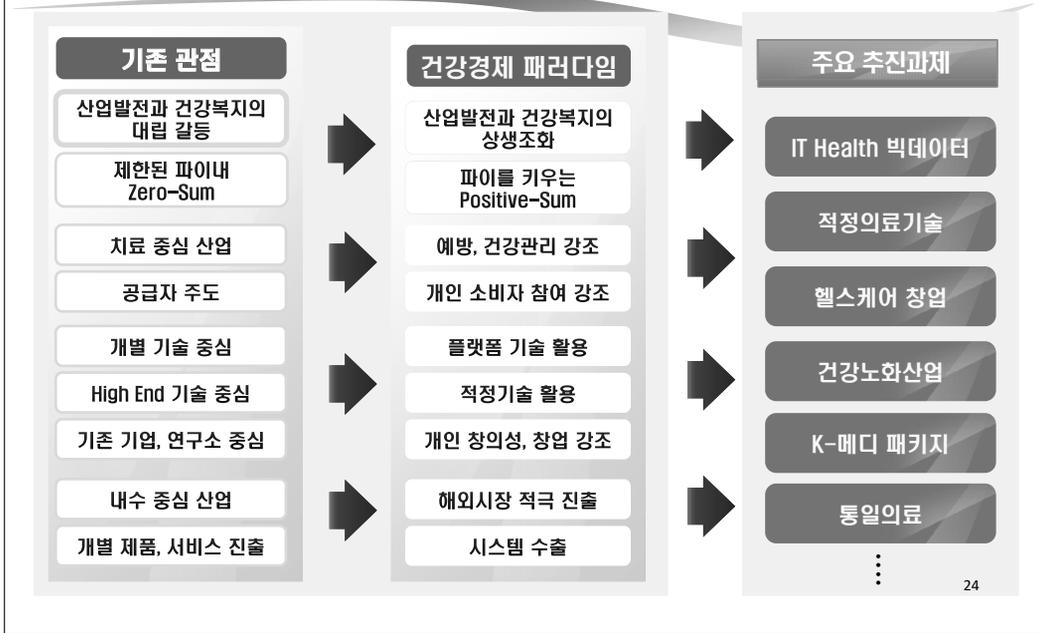
건강경제 : 건강과 경제의 상생 발전 패러다임

'건강' 수요가 산업발전의 원동력이 되고 산업발전이 국민건강에 기여하는 건강과 경제 가치가 선순환하는 경제발전 패러다임

* 새로운 건강수요를 포착하여 新 성장동력화하고, 이를 통해 건강수요 충족을 통한 국민 건강 증진에 이바지하는 시스템



건강경제 기본방향과 주요 과제



보건의료 빅데이터의 관심 증가

국가적 차원의 보건의료 빅데이터 활용전략 수립 필요성 증가

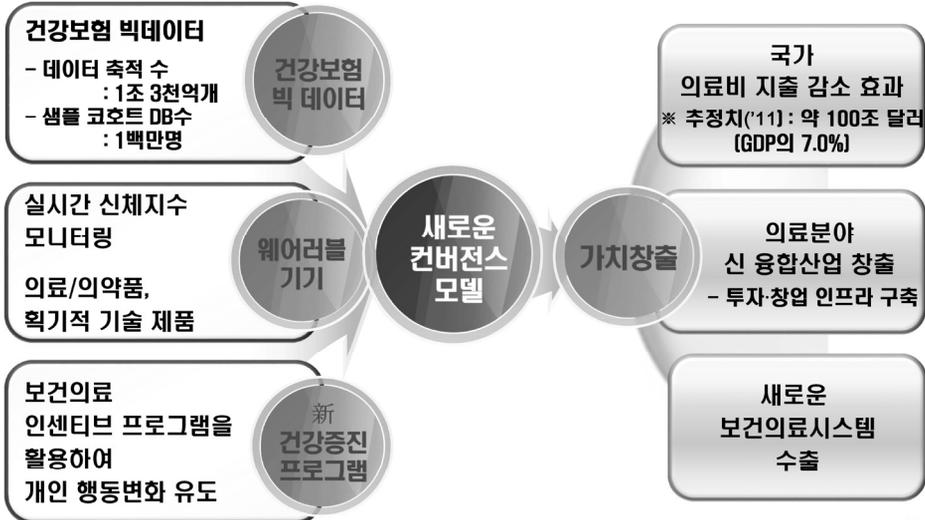
* 美 英 등 선진국들은 이미 보건의료 분야에서 빅데이터가 지닌 막대한 잠재가치에 주목하고 정책적 지원과 투자에 집중

- ✓ 보건의료 빅데이터 시장은 연평균 25% 이상('13년~'20년) 고성장 전망(McKinsey, 2013)
- ✓ 영국은 보건의료 일자리 4천개, 신사업 창출 46억파운드(8조원 규모) 경제적 효과 예상
- ✓ (미국) 빅데이터 R&D Initiative에 2,000억원 이상 투자
(영국) 보건의료 빅데이터 통합센터(HSCIC)를 설치, 의료정보 통합관리 추진(연 3,500억원)

<국가별 보건의료 빅데이터 전략>

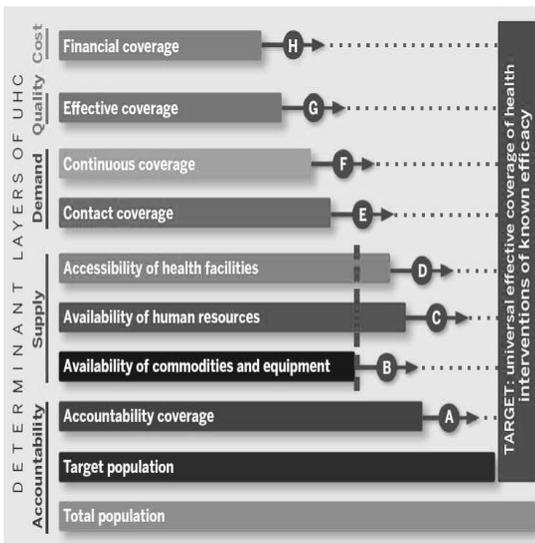
구분	2000~	2010	2011	2012	2013	2014	2015(현재)
	데이터 통합관리시대		빅데이터 시대				
싱가포르							보건부 의료정보 통합플랫폼(NEHR) 구축(10) 정보통신 기술로드맵(빅데이터 이니셔티브 포함) 발표(11)
영국							오픈데이터 전략 발표(11) 보건의료정보센터(HSCIC) 발족(12)
미국							빅데이터 이니셔티브 발표(12) 보건의료 빅데이터 전략발표(13)
일본							빅데이터 활용 기본전략 발표(12)
한국							미래부 빅데이터 전략발전 전략발표(13) 빅데이터 기반 정부와 국민수용성개선계획(14)

빅데이터에 기반 IT 헬스 플랫폼 구축



UHC 추진과 건강보험빅데이터의 중요성

· 보편적 건강보장(UHC) 요소



WHO와 17개국 보건부장관 UHC 본격 추진 중

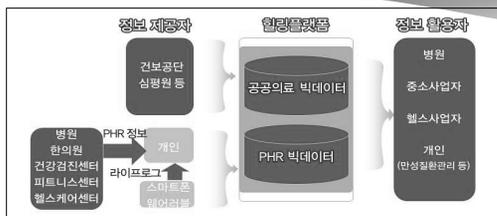


싱가포르 총리 주재 UHC 장관회의



WHO 사무총장과 함께

부처별 보건의료 빅데이터 사업 모델



<미래부 : 힐링플랫폼 구축 모델>



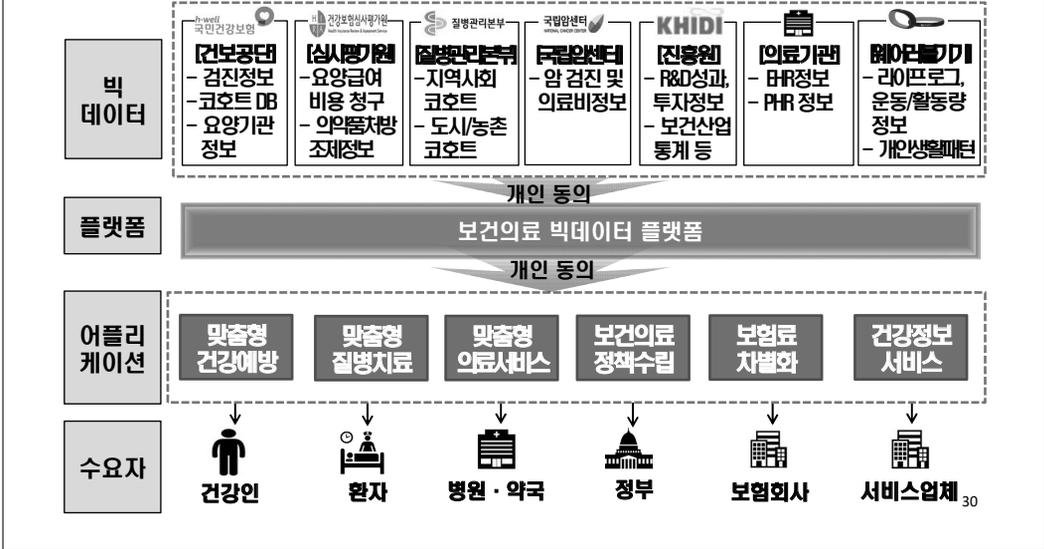
<산업부 : PHR기반의 개인맞춤형 건강관리시스템 구축 모델>



<복지부 : 보건의료빅데이터 구축 모델>

보건의료 빅데이터 플랫폼의 구축

보건의료 빅데이터 실현을 위한 플랫폼 구축 시급



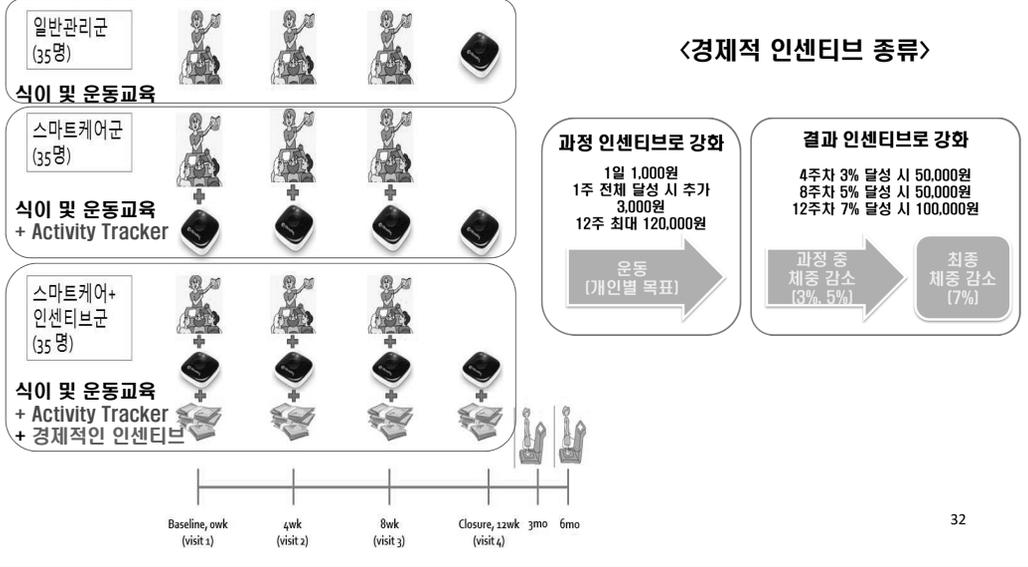
국민들의 건강행동변화를 통한 미래형 의료시스템 구축

Nudge와 행동경제학 활용



국민들의 건강행동변화를 통한 미래형 의료시스템 구축

인센티브 제공을 통한 건강관리 연구

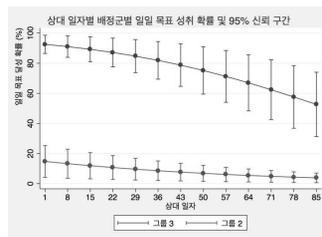
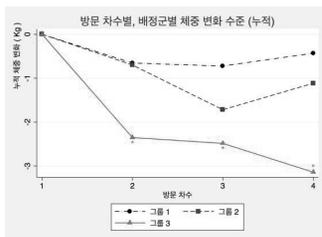


32

국민들의 건강행동변화를 통한 미래형 의료시스템 구축

인센티브 제공을 통한 건강관리 연구 결과

- 스마트 케어 단독 효과는 불분명하지만, 스마트 케어 + 인센티브 지급의 효과는 분명함.
- 결과 인센티브의 목표인 체중에 대한 효과는 분명함.
- 과정 인센티브의 목표인 운동에 대한 효과는 분명함.
- 결과 인센티브로 간접적 개입한 영양에 대한 효과는 불분명함.

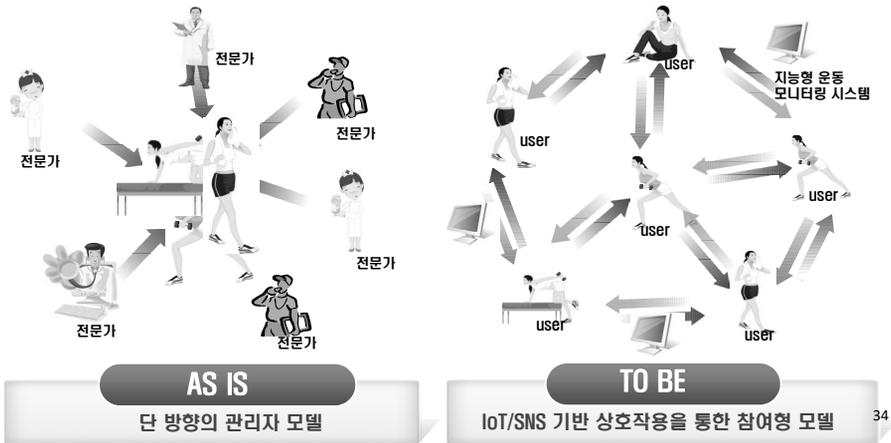


33

IT헬스 수출모형

IOT SNS 기반 참여형 모델 - IT헬스의 터닝포인트

- * 소셜 네트워크 상호작용을 통해 동기유발이 이루어지는 참여형 모델
- * 전문가는 멘토/컨설턴트의 역할을 하고, 지속적인 커뮤니케이션은 SNS를 통해 이루어짐



IT헬스케어산업의 수출 경쟁력

IT헬스 Biz 환경과 해외진출 가능성

	메디컬 분야	웰니스 분야
국내 시장	비온 후 차차 갠 시장환경 - 복지부 시범사업 등 수가반영 추진 중 - 시장 규모 확대 (고령화)	계속 흐림 시장환경 - 서비스 구매에 부정적인 소비패턴 지속 - 데이터, 콘텐츠 등 관련 요소 기반 취약
	계속 맑음 경쟁력수준 - 선진국 수준과 유사한 기술수준 - 선진국 대비 가격 경쟁력 우수	흐리고 때때로 뇌우 경쟁력수준 - 웰니스 관련기기/서비스 브랜드, 마케팅 취약 - 글로벌 시장에서의 서비스 경험

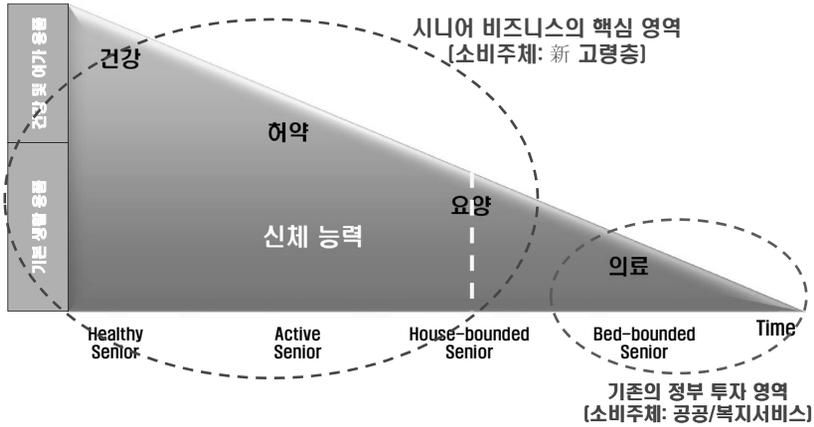
* 글로벌 시장 진출의 성공조건

- 초기부터 글로벌 시장을 목표로 성공 가능한 모델/제품에 집중 투자 필요
- 해외 시장 진출 시 해당 국가의 헬스케어 시스템과 융화 필요 (Value-chain)

IT헬스케어산업의 수출 경쟁력

新 고령층 활용한 IT헬스 수출

* 기존 고령층과는 달리 IT 등 신기술에 적극적이고 운영능력이 우수한 新 고령층의 등장



36

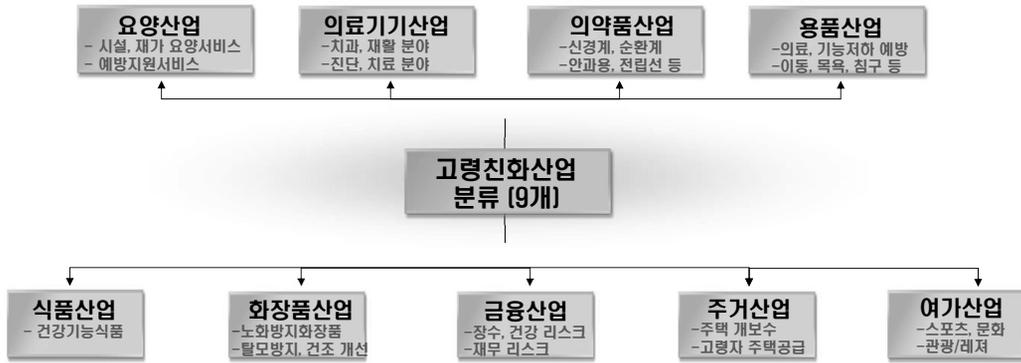
고령친화산업

37

고령친화산업 분류체계

고령친화산업에 대한 통일된 분류체계가 아직 갖추어지지 않은 상태로 정부 산업지원의 한계로 작용됨

· 고령친화산업별 세부분류

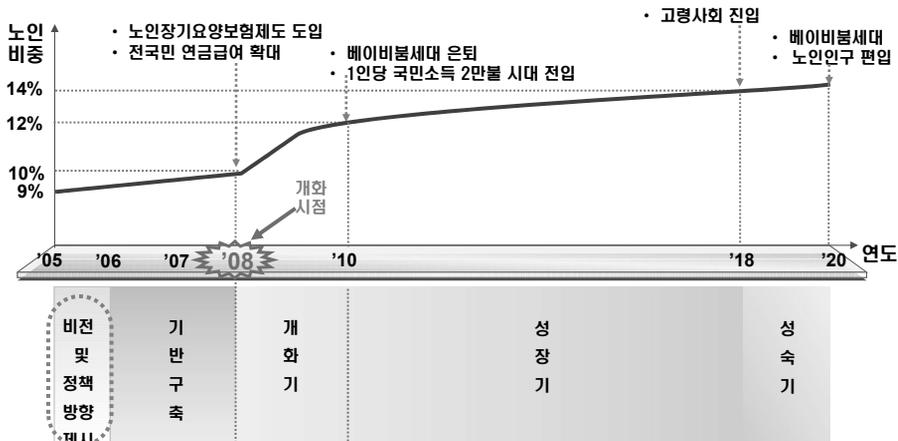


보건산업진흥원(2012), 고령친화산업 현황 및 전망

38

고령친화산업 발전과정

정책적 측면에서 2008년 이후부터 교육과학기술부, 지식경제부 등 중심으로 고령친화 관련 연구개발 투자규모가 증가함



저출산고령사회위원회(2007), 고령친화산업 현황 및 정책과제

39

고령친화산업 육성정책

시장의 불확실성 해소 및 잠재적 수요의 가시화를 위해 정부주도의 초기 산업육성 추진

고령친화산업 육성정책

정책 및 제도개선

- 고령친화산업진흥법 제정(2006년) 및 개정(안) 마련
- 고령친화산업 발전협의회(가칭)운영
- 고령친화산업 활성화 국제 포럼 개최

산업체 지원 확대

- 고령친화산업 전문기업 육성
- 고령친화우수제품(서비스) 지정제도 활성화
- 평가기관 인증 및 제품개발 연계지원

시장 활성화 지원

- 지역사회 밀착형 전시체험과 등 국내 판로개척 지원
- 해외박람회 및 유통상담회 등 해외 진출 촉진

고령친화 전문인력 양성

- 친고령 특성화대학원 운영 - 2개 대학 지정, 2019년까지 예산지원
- 국가 자격증 타당성 검토 - 고령친화 주택 개조사, 고령자 심리상담원 등

보건산업진흥원(2015), 고령친화산업 시장 동향

40

부처별 고령친화산업 지원정책

정부부처 간 고령친화산업 관련 추진 업무의 중복으로 향후 산업의 진흥 위한 범부처 업무추진 컨트롤 타워가 필요함

보건복지부

- 요양서비스
- 의약품, 화장품
- 건강기능식품, 급식서비스
- 주택서비스 (요양시설)

기획재정부, 금융위원회

- 주택서비스 (재무리스크 관리)
- 금융자산관리 서비스

산업통상 자원부

- 정보기기 및 서비스 (의료, 생활, 주거, 여가)

국토해양부

- 요양주택서비스 (고령에 맞는 주거 시설, 요양시설)
- 교통수단 및 시설 서비스

문화체육관광부, 농림수산식품부

- 여가문화 관련 건강서비스
- 영농지원서비스 (고령친화농산물)

범부처 컨트롤 타워

41

보건복지부 산하기관의 분절적 업무 분담

고령친화산업에 대한 산하기관별 상호 분절적 업무 수행으로 표준화 된 업무 조율 및 진행에 어려움이 있음

* 보건복지부 산하 기관별 고령친화산업 지원센터설립, 일자리 창출 사업, 우수제품 및 사업자 평가사업 등 개별화 된 업무 추진으로 상호 연계를 통한 시너지 창출의 어려움

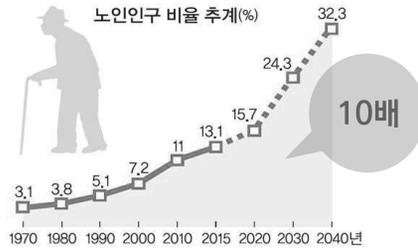


42

스마트에이징시티

43

전 세계에서 가장 빠른 고령화 ... 해법은?



스마트에이징시티

사람중심: 고령친화도시(age-friendly City)

New City Definition: elderly are oriented in the planning and for the residents in a city
 World and American countries are infrastructure. Sustainability for long-termly expansion and growth.
 City from the young to benefit and a culture of sharing and caring.
 From thinking and insight for purposeful production and generation.
 Elderly and City's experience in new era.

DNA City Urban in rural infrastructure possibilities
 WHO Age friendly theme
 No. 1 Urban living Options: Productivity & innovation
 Unstructured, contextual and time dated given related culture.
 Adaptive construction: Custom made Services for elderly needed.
 Services focused on re-ablement and activities (Labour) participation.

출처: IFA 13th Global Conference (2016)



4차산업 핵심기술 기반 스마트 시티

Impact on Elderly, Privacy, Engagement, Digitalization, Trust.

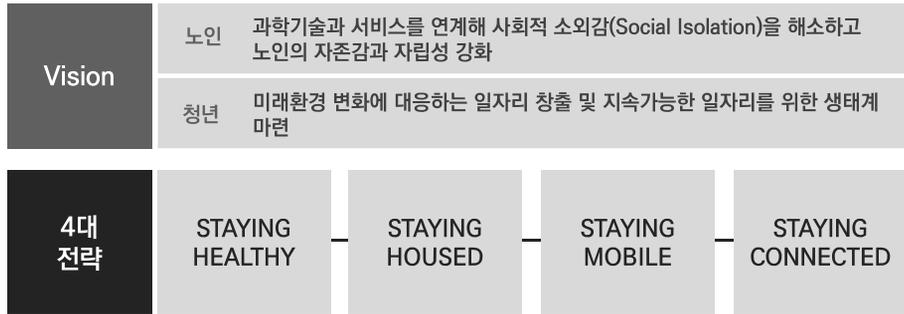
Smart Senior-Friendly City / Smart Aging City

- ✓ 기존 주거환경과 지역사회 시스템은 초고령 사회의 문제를 해결할 수 없음
- ✓ Smart City 및 Age-Friendly City 개념을 융합한 AIP(Aging In Place)를 실현함으로써 문제 해결
- ✓ 주거비용과 복지비용을 감축해 국가재정을 절감하고 친고령산업 활성화를 통해 경제적 효과 확대
- ✓ 궁극적으로 전 연령 세대가 통합적으로 살아갈 수 있는 지속가능 도시 구현

스마트에이징시티 로드맵

[스마트 에이징 시티 Smart Aging City]

전 연령을 위한 지속 가능한 지역사회 구축전략



각 전략별 서비스 사업(예시)

Health Services
(영양, 헬스, 케어 분야)

일상생활에서 건강, 헬스, 케어 삶의 질 향상, 의료비 절감

Housed Services

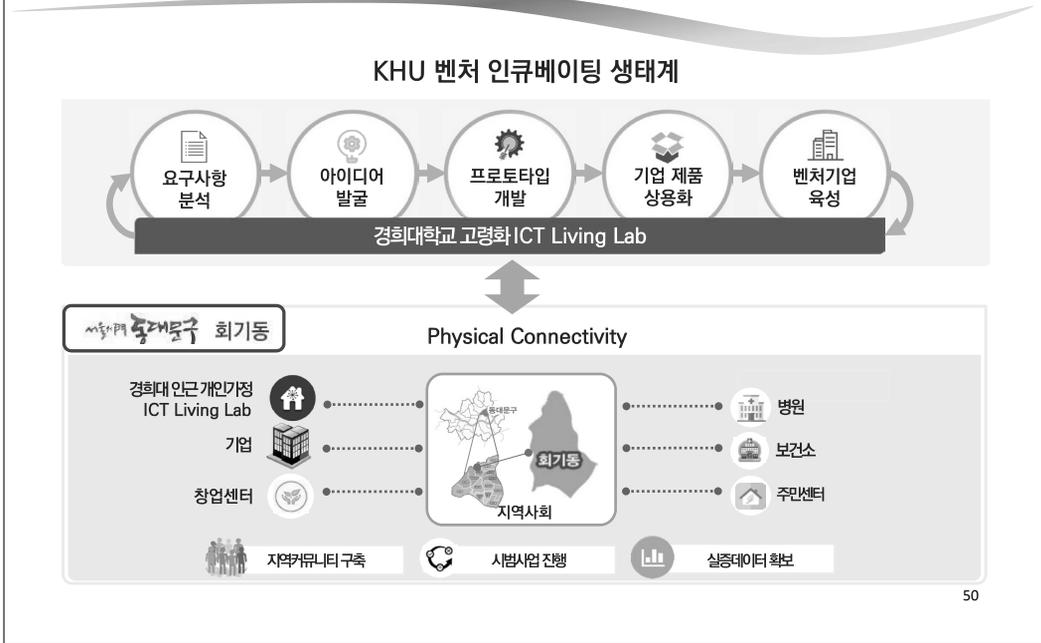
안전 주거환경 디자인(ICT) 일상생활에서의 건강 모니터링

Mobility Services

고령자의 이동권 증대 독립적인 생활 확대



Connectivity – 벤처 인큐베이팅 생태계 구축



스마트에이징시티 확장 모델

- [R&SD] 기술 및 서비스 개발
 - 지역대학 및 연구기관, 기업, Living Lab을 통해 고령자 대상 건강, 주거, 이동 및 생활 지원 ICT 솔루션 개발 및 적용
- [Test Bed] 지역사회 적용
 - 기술과 서비스를 홀몸지역 고령자들의 원활한 AIP(Aging In Place)를 위해 시범사업 추진
- [Expand] 타지역 확대 / 연령대 확장 적용
 - 스마트에이징 관련 기술/서비스를 상용화 하여 국내외 타지역 보급확산/ 인간중심의 건강 및 생활 지원과 관련된 기술을 전연령대로 확대



의료산업 발전을 위한
**의료기관 지배구조 개혁과
경제적 효과**

| 주제발표 2 |

김원식

건국대학교 경영경제학부 교수
한반도선진화재단 조화사회연구회장

목차

- I. 서론
- II. 국내 의료시장 현황
- III. 국내 의료산업 구조와 외국의 영리병원
- IV. 우리나라 의료기관 재무적 및 경제적 분석:
영리병원 vs 비영리병원
- V. 결론

I. 서론

서론: 지속불가능한 고령사회의 국민건강보험

- 고령화와 소득증가에 따라 국민의료비가 급증하고 있음.
 - 국민의료비: 2016년, 125.2조원으로 GDP 대비 7.7% (2007년, 62조원으로 GDP 대비 6.0%)
- 국민건강보험 급여비 급증
 - 2016년 50조4천억원, 2013년 38조1천억원, 2007년 24조원
 - 노인의료비 비중: 39.2% (2016)
- 공급측면
 - 건강보험 요양기관은 저수가로 수익 악화/ 비급여 확대로 손실 보충
 - 과잉진료 등의 도덕적 해이
 - 의료산업에 대한 외부투자 제한: 비영리법인
 - 4차산업혁명은 의료산업의 핵심화되면서 기회
- 수요측면
 - 국민건강보험의 관료적이고 획일적인 운영으로 진료만족도 정체
 - 소득증가에 따른 신기술 의료에 대한 관심 고조
- 구조개혁의 필요성
 - 지속 가능한 건강보장 시스템 구축
 - 의료보장에만 집착하고 있는 국민건강보험 vs 국민건강 보장 vs 의료산업의 발전

4

의료기관 지배구조 개혁과 경제적 효과

서론: 국민건강보험 시스템의 개혁방향

- 건강관리시스템 개혁
 - 국민건강보험의 건강관리 기능의 강화
 - 기업의 근로자 건강관리 제고
- 건강보험의 remoteness 축소
 - 개인별, 세대별, 지역별, 직역별 부담과 급여의 연계성 강화
- 노인의료비의 조달방안 마련
 - 노인계층의 부담능력 대비 급여 비율 상승
- 의료기관 지배구조의 다원화
 - 비보험 영리병원의 활용
 - 건강보험 당연지정제 (국민건강보험법 42조) 완화

5

의료기관 지배구조 개혁과 경제적 효과

II. 국내 의료시장 현황

국내의료시장 현황

- **국민의료비: GDP의 7.7% (2016)**
 - 대안의료(alternative medicine) 나 가정에서의 건강관리비용을 고려하면 이보다 훨씬 높을 것으로 봄.
 - 고령화로 의료비는 급격히 상승할 것임.
- 우리나라 모든 의료기관은 건강보험의 요양기관 당연지정제의 대상이 됨 (국민건강보험법 제42조(요양기관) 참조)

요양기관 추이

<표> 요양기관 추이 (단위: 개소)

	계	상급종합 병원	종합병 원	병원	요양병 원	의원	치과병 원	치과의 원	한방병 원	한의원
2005	72,921	42	249	1,112		25,166	124	12,548	149	9,761
2006	75,108	43	253	1,322		25,789	136	13,002	145	10,297
2007	76,803	43	261	1,639		26,141	153	13,339	142	10,859
2008	78,461	43	269	1,883		26,528	168	13,750	146	11,334
2009	80,270	44	269	1,262	777	27,027	183	14,242	158	11,782
2010	81,681	44	274	1,315	867	27,469	191	14,681	168	12,061
2011	82,948	44	275	1,375	988	27,837	199	15,058	184	12,401
2012	83,811	44	278	1,421	1,103	28,033	201	15,365	201	12,705
2013	83,811	44	278	1,421	1,103	28,033	201	15,365	201	12,705
2014	86,629	43	287	1,474	1,337	28,883	205	16,172	231	13,423
2015	88,163	43	294	1,496	1,372	29,488	213	16,609	260	13,613
2016	89,130	43	296	1,507	1,402	29,928	217	16,834	274	13,758
배율 (‘16/05)	1.22	1.02	1.19	1.36	-	1.19	1.75	1.34	1.84	1.41

의료기관 지배구조 개혁과 경제적 효과

7

국내의료시장 현황

- 전체 요양기관 수: 89,191개소 (2016)
 - 2005년 기준 약 1.22배 증가
- 의료기관 수의 증가 요인
 - 국민소득의 증가에 따른 국민들의 새로운 의료 수요 증가
 - 국민건강보험의 보장성 강화로 인한 새로운 시장의 형성
- 국내 의료기관간 경쟁은 매년 심각해지면서 대형병원의 집중도가 높아지고 있음
 - 개인 병의원 및 중소병원의 비중은 점차 감소 중
 - 폐업하는 의료기관 2009년 4,652개에서 2013년 5,256개로 증가 (심사평가원)
 - 중소병원 도산률 7.6% (2016, 보건산업진흥원)
 - 병원협회: 의료법인 공식적 M&A 요구

의료기관 지배구조 개혁과 경제적 효과

9

요양기관(병원)의 설립형태

<표> 설립형태별 병원 수 (2016)

	상급종합병원	종합병원	병원	치과병원	한방병원	합계
국립	-	1	11	-	-	12
공립	2	37	94	3	-	136
학교법인	29	36	14	10	24	113
특수법인	8	16	7	4	2	37
종교법인	-	-	-	-	-	0
사회복지법인	1	1	40	-	-	42
사단법인	-	-	13	-	-	13
재단법인	1	21	51	2	18	93
회사법인	-	-	1	-	-	1
의료법인	2	116	938	13	35	1,104
소비자생활협동조합	-	-	49	-	4	53
개인	-	69	1,706	187	199	2,161
군병원	-	1	18	4	-	23
합계	43	298	2,942	223	282	3,788

출처: 『건강보험통계연보』, 국민건강보험공단, 2017.

- 2016년 기준 설립형태 본 민간병원(법인+개인)의 비율은 95.5%임.
- 전체 병원에 대한 개인병원의 비율은 57%임.

10

의료기관 지배구조 개혁과 경제적 효과

요양기관 추이

<표> 연도별 총자산 의료이익률 (2014, %)

연도	합계	일반병원 종합병원					특수병원				
		소계	상급 종합	300 병상 이상	160-299 병상 이상	160 병상 미만	병원	정신 병원	전염성 병원	한방 병원	치과 병원
2005	8.7	3.6	1.3	2.2	4.1	-4.2	8.8	4.9	-14	1.1	31
2006	5.5	4.7	4.1	3.7	5.9	0.1	7.2	-4.1	3.5	1.3	24.4
2007	5.6	2.9	0.3	0.7	4.0	-0.9	7.3	-6.7	0.6	1.9	37.6
2008	6.2	3.3	1	0.6	3.3	-3.2	7.7	-0.7	0.1	-1.4	45.2
2009	6.5	5.2	7.8	1.4	3.9	3.3	12.6	1.4	-13.4	4.2	16.7
2010	6.2	4.8	4.8	0.7	3.1	-2.2	13.1	5.6	2.8	7.2	21.8
2011	3.7	3.6	4.6	1.9	2.7	-4.1	10.7	6	-7.5	8.7	12.9
2012	3.1	2.2	3.6	0.7	1.2	-4.2	8.9	13.3	-2.4	1.6	5.1
2013	2.5	1.1	1	-1.2	1.4	-1.4	7.4	8.8	-	3	40
2014	2.3	1.6	1.9	0.6	2.1	-2.0	3.6	1.7	-	4.5	25
평균	5.0	3.3	3.0	1.1	3.2	-1.9	8.7	3	-3.8	3.2	26

주: 1) 평균은 2005~2014년간 단순평균임.

출처: 『2014 병원경영분석』, 보건산업진흥원, 2016.

- 2014년 기준 병원의 총자산 의료이익률은 2.3%로 2005년 8.7%에 비하여 지속적으로 감소 중
- 자산이익율을 보충할 규제완화 필요

11

의료기관 지배구조 개혁과 경제적 효과

국내의료시장 현황

- 국민의료비: GDP의 7% + α
 - 대한의료나 가정에서의 건강관리비용을 고려하면 이보다 훨씬 높을 것으로 봄.
- 건강보험 급여비 증가율은 2004년부터 2014년의 기간 동안 연평균 11.2%로 일반 경제지표의 증가율보다 높음.
 - 2004년부터 2014년의 기간 상급종합병원 포함 종합병원이상은 4.0%p 상승, 병원은 2.2%p 상승, 의원은 6.4%p 감소, 약국은 5.7%p 감소 (의약분업 효과).
 - 요양병원에 대한 급여가 꾸준히 증가 중임.
- 비급여진료비는 2009년 6조2,425억원에서 2014년 11조2253원으로 약 2배 증가함.
 - 비급여율은 같은 기간 13.7%에서 17.1%로 증가 (국민건강보험공단, '종합병원급 이상 비급여진료비 발생 유형별 구성과 현황', 2017.1.)
- 건강보험보장율: 2009년 65%, 2013년 62%, 2014년 63%.
 - 법정본인부담율: 2009년 21.3%, 2014년 19.7%
- 병원의 의료수익 가운데 급여의 원가보상율은 약 80%임.
 - 대형병원은 급여로부터의 손실을 비급여의 가격인상으로 해결이 용이함.

12

의료기관 지배구조 개혁과 경제적 효과

요양기관 종별 급여비 구성비 추이

<표> 건강보험 요양기관 종별 급여비 구성비 추이 (단위: %)

	급여비 (십억원)	상급종합 병원	종합병원	병원	요양병원	의원	약국	기타 ¹⁾
2004	16,130	14.11	13.83	7.38	-	27.28	27.83	9.58
2005	17,989	13.99	13.89	7.76	-	26.82	28.30	9.23
2006	20,932	14.90	14.34	8.48	-	25.81	27.88	8.60
2007	23,956	15.58	15.11	10.12	-	24.46	26.82	7.92
2008	25,600	15.64	15.17	8.30	2.87	23.76	26.72	7.53
2009	28,916	16.35	14.32	8.86	3.39	22.96	26.61	7.52
2010	32,497	16.95	15.05	9.13	4.03	21.96	25.60	7.27
2011	34,565	16.29	15.32	9.42	4.66	21.65	25.35	7.31
2012	35,715	16.34	14.89	9.94	5.51	21.93	23.83	7.55
2013	38,125	16.83	15.43	9.86	6.32	21.03	22.51	8.01
2014	40,792	16.51	15.42	9.50	6.97	20.88	22.14	8.58

주: 1) 기타는 치과, 한방, 보건기관, 조산원임.

- 2004-2014년 기간 의원과 약국의 구성비 큰 폭 감소

13

의료기관 지배구조 개혁과 경제적 효과

수익성 비교: 민간병원 VS 공공병원

<표> 민간병원과 공공병원간의 수익성 지표 (단위: %)

		총자산의 료이익율	의료수익 의료이익율	총자산경 상이익율	의료수익경 상이익율	총자산순 이익율	의료수익 순이익율	타인자본 의존도
민간병원	전체평균	5.3	5.2	3.3	3.2	3.2	2.5	65.9
	종합병원평균	4.5	4.4	2.6	2.5	2.1	2.0	67.2
	상급종합	4.5	3.2	1.2	0.9	0.6	0.4	68.0
	300병상 이상	2.5	2.6	1.4	1.4	1.1	1.2	64.3
	150-299 병상	6.2	6.1	4.4	4.3	3.5	3.4	72.4
	150병상 이하	3.9	4.5	3.5	4.0	2.8	3.2	77.3
	병원	5.9	6.9	3.5	4.1	3.1	3.6	61.8
공공병원	전체평균	8.5	11.5	3.0	4.0	4.0	4.0	49.0
	종합병원평균	8.3	11.4	2.8	3.8	2.7	3.7	47.6
	상급종합	3.1	3.9	1.6	2.1	1.5	1.9	54.0
	300병상 이상	9.1	8.5	1.6	1.5	1.6	1.5	44.8
	160-299 병상	10.7	21.2	4.7	9.4	4.7	9.3	41.3
	160병상 이하	14.7	22.5	5.3	8.1	5.3	8.1	79.0
	병원	9.8	20.6	1.2	2.5	1.3	2.7	32.3

출처: 보건산업진흥원, 2014년도 병원경영분석, 2016.

- 공공병원의 수익률이 더 높은 것은 이들이 정부로부터 간접적인 지원을 받고 있는데 기인한 것으로 보임.

14

의료기관 지배구조 개혁과 경제적 효과

병원규모별 주요 비급여 진료비 항목의 평균가격

<표> 병원규모별 주요 비급여 진료비 항목의 평균 가격(단위: 천원)

비급여항목	최소가			최고가			최고/ 최소
	상급 종합	종합 병원	병원	상급 종합	종합 병원	병원	
MRI진단료(요천추)	657	468	409	657	479	412	1.60
수면내시경(위)	95	56	42	95	58	43	2.26
초음파검사료(갑상선)	135	93	64	154	95	65	2.41
상급병실료(1인실)	253	122	103	314	142	114	3.05
치과임플란트	1,725	1,449	1,310	2,899	1,867	1,846	2.21

자료: 건강보험심사평가원; 이정택, 김동겸, "비급여 진료수가 현황과 특징", KIRI 리포트 포커스, 보험연구원, 2017.1.9.

- 의료기관간 비급여 진료비의 차이는 3배까지 이룸.
 - 비급여의 독점성 높음.

15

의료기관 지배구조 개혁과 경제적 효과

진료비 크기별 현황

<표> 연간 진료비 크기별 현황(2015)

	진료인원 (천명)	비율 (%)	진료비 (백만원)	비율 (%)	1인당 진료비 (천원)
계	47,267	100	58,786,906	100	1,244
100만원이하	33,743	71	11,703,944	20	347
100-500만원	11,812	25	24,040,239	41	2,035
500-1000만원	979	2	6,648,598	11	6,791
1000만원초과	733	2	17,394,125	28	23,730

출처: 2015년 건강보험통계연보, 건강보험공단, 2016.

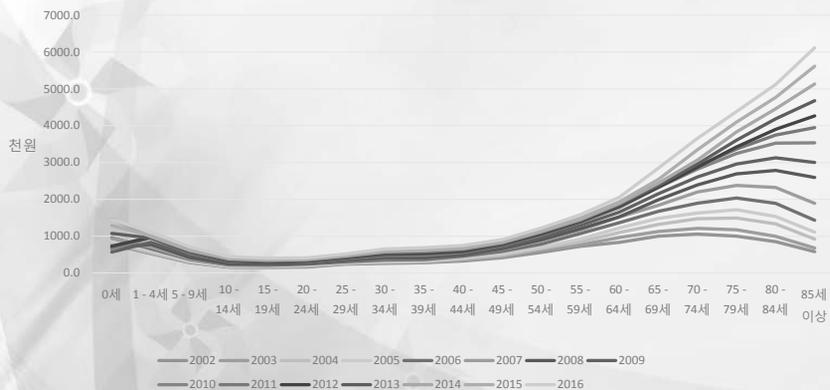
- 2015년 1인당 500만원 초과 고액환자는 171만명으로 3.6%, 진료비 점유율은 39.2%.
- 고액진료비 환자는 비급여의료비도 높을 것으로 보임.

16

의료기관 지배구조 개혁과 경제적 효과

연령별 의료비 추이

<표> 연령별 1인당 진료비 추이: 2015년 불변가격



- 매년 고령자들의 1인당 국민건강보험 진료비 지출은 다른 연령층에 비하여 증가 중.
- 연령 증가에 따라 의료비 부담 능력은 하락함. 노인빈곤률 상승 중.

17

의료기관 지배구조 개혁과 경제적 효과

III. 국내 의료산업 규제와 외국의 영리병원

영리병원 vs 비영리병원

<표> 영리법인과 비영리법인의 특징

구 분	영리법인	비영리법인
잉여금 처분	출자자 배당 가능	법인 내 적립(원외유출 금지, 배당불가)
세 금	상법상 영리기업에 준하는 세율 적용	세금 감면 (우리나라는 고유목적사업준비금으로 법인성격에 따라 50-100% 설정가능)
사 업	수익극대화	공익적 사업 요구, 정부규제 강화 수익사업 제한 (우리나라는 수익극대화)
운영비	진료수입, 수익사업, 기부금으로 조달	전적으로 진료 수입에 의존
외부지원	거의 없음	국가 및 지방자치단체의 재정 및 인력 등 지원 및 기부금
청 산	자유로이 매각 가능	잔여재산 국고 귀속

출처: 저자 작성

우리나라 의료기관 지배구조의 문제점

- 비영리법인병원의 영리 운영
 - 우리나라 병원은 선진국과 달리 민간부분이 95%를 차지하고 있음.
 - 이들의 본질적 진료 행위는 영리를 목적으로 함.
 - 공공병원도 사실상 영리 중.
 - 비영리법인의 퇴출시 본인의 투자를 모두 정부에 기부해야 함.
 - 투자자본의 회수를 위한 이사회를 중심으로 한 음성적 거래 및 불법 가능성
- 영리법인병원의 허용 필요성
 - 현행 비영리법인병원 경영의 투명성 개선
 - 진료와 경영의 분리를 통한 경영의 효율성
 - 병의원 개설에 있어서 자기자본 조달/충당의 한계 개선
 - 수익배분을 통한 외부자본의 유치
 - 2차진료기관의 핵심인 경쟁력 있는 중형병원의 설립을 유도
 - 진료전달체계에 있어서 대형병원으로의 쏠림 억제 가능
 - 5천만을 단일 제도로 운영하는 제도에서 환자 특성별 효율적 진료체계의 확립 가능

20

의료기관 지배구조 개혁과 경제적 효과

선진국의 의료기관 지배구조

- 영리법인 증가
 - 기존의 공공 및 비영리법인 중심의 의료공급체계유지의 한계
 - 정부의 재정부담 증대
 - 병원에 대한 외부 투자 부진으로 환자의 만족도 저하
 - 결과적으로, 민간투자를 통한 영리병원의 도입 확대
 - 부실 공공병원의 민간병원화/M&A
 - 영리병원과 비영리병원간의 의료서비스 경쟁 유도
- 병원과 보험회사간 협업 증가
- 의료법인 해외 진출: 체인화
 - 수익 극대화

21

의료기관 지배구조 개혁과 경제적 효과

외국의 영리병원 현황

• 미국

- 과거 미국의사협회는 우리나라의 의료법 제33조와 유사한 '상업적 의료 행위금지의 원칙'을 규정했었음. 현재 경쟁정책과의 마찰로 해당 윤리 규정을 철폐하여 의료기관 개설권 제한 규정은 존재하지 않음.
- 1960년대 말부터 투자자 소유 투자개방형 의료법인이 급격히 증가하였으며, 일반 의료서비스병원보다 특수의료서비스(정신병원, 요양원, 투석센터 등)에 특화되어 있음.
- 1970년대부터 1990년대 초까지 전체 5천여개 병원 중 330여개(약 7%) 병원이 투자개방형 의료법인으로 전환됨. HCA나 USPI 등과 같은 대형 병원체인이 투자개방형 의료법인의 대부분을 차지하고 있음.
- 투자개방형 의료법인(for-profit hospital)과 기존 병원의 효과성이나 성과에 대한 많은 연구결과는 투자개방형 의료법인과 기존 병원간의 차이는 거의 없는 것으로 보고하고 있음.

외국의 영리병원 현황

• 독일

- 공공 건강보험조합간의 경쟁이 허용되고 있으며 이에 따라 사실상 의료서비스의 제공에 있어서 병원 지배구조는 큰 문제가 안됨.
 - 지배구조가 의료서비스에 문제가 되더라도 건강보험조합이 이들이 효율적인 서비스를 제공하도록 통제할 수 있음.
- 기존 공공병원의 인수·합병사례를 통한 영리병원이 활성화되고 있으며, 4개의 거대 체인회사가 민간투자개방형 의료법인의 30% 이상을 점유하고 있음.

• 네덜란드

- 소비자의 다양한 의료서비스 수요를 만족시키기 위해 영리금지조항에 저촉되지 않는 다양한 방식으로 투자개방형 의료법인이 발전하였음.
- 2006년 공보험을 민간보험으로 대체하는 전국민 의료보험시스템을 구축하였고, 정부는 소비자에게 보험회사와 의료기관에 대한 투명한 정보제공, 취약계층 보조 등에 적극 개입하였음.
- 1970년 이후 영리의료법인을 금지해왔으나, 소비자 선호가 다양화되고 기존 의료서비스에 대한 불만이 증가하면서 사회 경제적 환경변화, 자본유입 활성화 차원에서 2012년 영리병원을 조건없이 허용함.

외국의 영리병원 현황

- 영국
 - . NHS에 대한 정부부담이 한계에 이룸에 따라 자본투자 부족, 대기자 증가 등의 문제가 발생함
 - 조세로 운영되는 국민의료서비스인 NHS(National Health Service)를 개혁하면서 공공병원의 영리활동을 허용하고, 영리민간병원(independent hospital, 독립병원)과 경쟁체제를 구축함
 - 외국 대형 영리병원들의 시장진입이 확대되고 있음
- 싱가포르
 - 1990년대 말 서비스선진화 사업의 일환으로 의료허브화 정책이 추진되면서, 해외환자 유치를 위한 영리의료법인이 활성화됨.
 - 2008년 기준 공공병원 14개, 민간투자개방형 의료법인 15개이며, 개설허용규정 등은 공공병원과 차이가 없음. 진료수준과 범위, 환자만족도는 오히려 민간병원이 다소 높은 상황임. 공공병원 68.4%, 민간영리병원 69.9%로 민간병원이 다소 높음.

24

의료기관 지배구조 개혁과 경제적 효과

외국의 영리병원 현황

<표> 외국의 병원 지배구조 현황 (개소, %)

		공공	비영리민간	영리민간	영리병원비율
국민건강보험	호주(2011)	753	115	477	35.5
	프랑스(2012)	928	688	1,041	39.2
	독일(2012)	833	1,040	1,356	42.0
	네델란드(2012)	0	180	79	30.5
	스웨덴(n/a)	77	3	3	3.6
	스위스(2013)	61	82	150	51.2
	영국(병상기준, 2016)	8,127	213	640	7.7
한국(2014)	82	569	0	0	
사적건강보험	미국(2012)	1,050	2,899	1,050	21.0

출처: Bacchus Barua and Nadeem Esmail, "For-Profit Hospitals and Insurers in Universal Health Care Countries," Fraser Institute, 2015.11..
 Ellen Nolte, Emma Pitchforth, Celine Miani, Sheena Mc Hugh, "The changing hospital landscape: An exploration of international experiences," Rand, 2014.

25

의료기관 지배구조 개혁과 경제적 효과

외국의 영리병원 현황

<표> 외국의 공공/비영리/영리의료기관의 1천명당 병상 수 (개, %)

	공공병원(A)	비영리민간병원(B)	영리민간병원(C)	C/(A+B+C)
호주	2.53	0.54	0.67	17.9
프랑스	3.91	0.89	1.49	23.7
독일	3.37	2.45	2.46	29.7
일본	3.49	-	-	0.0
한국	1.19	9.77	-	0.0
영국	2.76	-	-	0.0
미국	0.66	1.76	0.48	16.6

출처: OECD, <http://stats.oecd.org/>, 2016.10.1

- 선진국들은 의료부문에 있어서 이미 영리병원을 확대하고 있음.
 - 영리와 비영리간의 구분이 사실상 없다고 할 수 있음.

26

의료기관 지배구조 개혁과 경제적 효과

국내 병원산업의 영리 규제 현황

- 현행 의료법 제33조2항은 의료기관 개설이 가능한 자로 의료인 및 의료법인, 비영리법인, 공공단체(국가, 지자체, 준정부기관 등)만을 규정하고 있어서 영리법인은 의료기관을 개설할 수 없음.
 - 주식회사 등 상법상 법인이 의료기관을 개설하기 위해서는 별도의 비영리법인 설립이 필요함. 예를 들면 삼성의료원(삼성생명공익재단), 현대아산병원(아산사회복지재단) 등임.
- 의료법시행령 제18조(의료법인등의 사명)는 의료기관의 비영리적 성격을 명시적으로 규정함.
 - “의료법인 및 법 제30조 제2항의 규정에 의하여 의료기관을 개설한 비영리법인은 의료법(법 제42조의 규정에 의하여 의료법인이 행하는 부대사업을 포함한다)을 행함에 있어서 공중위생에 기여하여야 하며, 영리를 추구하여서는 안 된다.”
 - 의료기관 운영으로 창출한 수익에 대해서도 목적사업을 위한 재투자만을 허용함. 즉, 투자이익을 어떤 형태로든 환수할 수 없음.

27

의료기관 지배구조 개혁과 경제적 효과

국내 의료시장 현황: 규제

- '제주특별법' 및 '경제자유구역법'에 따라 외국인투자비율이 50% 이상인 외국법인은 보건복지부장관의 허가를 받아 '투자개방형 외국병원(외국의료기관)'을 개설할 수 있음.
 - 중국 쿵디그룹의 녹지국제병원(2017년 개원)이 2015년 설립승인되었으나 규모는 47개 병상 일반 병의원 수준으로 의료산업의 발전 모델이라기 보다 일반 병의원과 경쟁관계만을 형성하는 것임.
- 2014년 의료법 시행규칙 개정(2014.9.19)을 통해 의료법인의 부대사업 범위를 추가하여 비영리법인인 의료법인에도 자회사 통한 영리사업 허용함. 단, 의료법인은 총자산의 30%까지만 자법인에 투자할 수 있고, 상속세 및 증여세법 상 자법인 순이익의 80% 이상을 병원의 공익목적사업(의료, 장례식장, 주차장 등)에 재투자해야 함.
 - 영리자회사의 이익도 사실상 비영리 의료법인에 귀속되도록 하여 의료법인에 대한 투자 유인효과는 없다고 봄. 2017년 현재 자회사 설립 의료법인은 2곳임.
 - 병원의 어려움을 해소하기 위하여 자회사 혹은 해외병원투자 허용함. 자회사의 이익은 결과적으로 병원의 이익이 되어 비영리의 성격을 가질 수 밖에 없음.

28

의료기관 지배구조 개혁과 경제적 효과

국내 의료시장 현황: 규제

- 3조원(2023년 기준) 유전자치료 시장이 규제로 활성화되지 못함.
- 국내 유전자치료 허용범위 (생명윤리 및 안전에 관한 법률 47조 1항)
 - 유전질환, 암, 에이즈 그밖에 생명을 위협하거나 심각한 장애를 불러 일으키는 질병의 경우
 - 현재 이용 가능한 치료법이 없거나 유전자치료의 효과가 다른 치료법보다 현저히 우수할 것으로 예측되는 경우
- 유전자 치료 외국과 비교
 - 미국 등 대부분의 나라들은 배아세포나 생식세포를 대상으로 한 유전자치료를 금지, negative 시스템임.
 - 한국은 명시한 질환만을 허용하는 positive 시스템임. ('3조시장 유전자치료 한국은 손발 묶였다', 중앙일보, 2017.9.30)

29

의료기관 지배구조 개혁과 경제적 효과

IV. 우리나라 의료기관 재무구조 분석: 비영리병원 VS 영리병원

영리병원 모델(안)

<표> 소유구조와 공공성

		공공성 여부		
		공공성	영리성	
소유구분	공공	의료의 사회화/ NHS	현행 공공병원	
	민간	비영리	제한적 의료서비스	현행 민간병원
		영리	불허	불허/ 의료의 시장화

- 영리법인병원의 지배구조는 주식회사형, 합자회사형, 채권조달형 등 다양한 형태를 가정함.

영리병원 모델(안)

- 영리병원은 건강보험수가를 적용하지 않음.
 - 급여와 비급여를 동시에 진료하는 '혼합진료' 금지
- 모든 진료에 대한 가격 자율화
 - 경쟁시장 가정, 진료의 경쟁적 가격 형성될 것으로 예상됨.
 - 현재의 급여 가격 (원가의 80%)은 원가 100% 반영
 - 현재의 비급여 가격 하락 및 가격차 감소
 - 환자 진료비에 대한 전문민영보험상품 개발
 - 민영보험사의 실질적 진료심사 허용
- 병원운영의 투명성 강화
 - 진료단가 게시 의무화
 - 진료 규정 적용
 - 영리병원 경영 정보 공개
- 요양기관 당연지정제 완화
- 기준 이하 서비스 공급자의 시장 퇴출

32

의료기관 지배구조 개혁과 경제적 효과

영리병원 경제적 효과 추정

- 영리병원은 고유목적사업준비금을 적립하지 못하고 경상이익으로 전환되고 이는 과세됨.
 - 법인세수 증대
- 투자수익률 상승으로 비의료자본의 투자 증대
 - 신의료/ 전문화 의료관련 사업 확대
- 의료부문 투자 증가로 인한 고용증대
- 국민건강보험 환자의 영리병원 이용으로 건강보험 진료비 감소
 - 건강보험료율 인하 가능
 - 고소득 가입자의 보험료는 조세화하여 소득재분배 개선
- 서비스 강화를 위하여 의료기관 내 직역간 이해관계 내부화 (internalization of conflicts)
- 추계: 영리병원의 경제적 효과를 추계하기 위하여 보건산업진흥원의 「병원경영분석」 2014년도 자료를 활용.

33

의료기관 지배구조 개혁과 경제적 효과

영리병원 경제적 효과 추정

<표> 병원 수익성 지표

	민간병원						
	총자산 의료이익 율	의료수익 의료이익 율	총자산 경상이익 율	의료수익 경상이익 율	총자산 순이익율	의료수익 순이익율	타인자본 의존도
전체평균	5.3	5.2	3.3	3.2	3.2	2.5	65.9
종합병원평균	4.5	4.4	2.6	2.5	2.1	2.0	67.2
상급종합	4.5	3.2	1.2	0.9	0.6	0.4	68.0
300병상 이상	2.5	2.6	1.4	1.4	1.1	1.2	64.3
150~299 병상	6.2	6.1	4.4	4.3	3.5	3.4	72.4
150병상 이하	3.9	4.5	3.5	4.0	2.8	3.2	77.3
병원	5.9	6.9	3.5	4.1	3.1	3.6	61.8
공공병원							
전체평균	8.5	11.5	3.0	4.0	4.0	4.0	49.0
종합병원평균	8.3	11.4	2.8	3.8	2.7	3.7	47.6
상급종합	3.1	3.9	1.6	2.1	1.5	1.9	54.0
300병상 이상	9.1	8.5	1.6	1.5	1.6	1.5	44.8
160~299 병상	10.7	21.2	4.7	9.4	4.7	9.3	41.3
160병상 이하	14.7	22.5	5.3	8.1	5.3	8.1	79.0
병원	9.8	20.6	1.2	2.5	1.3	2.7	32.3

- 공공병원의 수익률이 민간병원보다 높음.

의료기관 지배구조 개혁과 경제적 효과

비영리병원 vs 영리병원(1)

<표> 손익계산서 비교 (민간병원 100병상당, 2014년 기준, 백만원)

	전체 평균	종합병원 평균	(상급종합)	(300병상 이상)	(150~299병 상 이상)	(150병상 미만)	병원
의료수익	12,293	13,035	29,349	16,335	10,770	13,681	6,838
의료비용	11,651	12,466	28,399	15,909	10,116	13,071	6,366
-	-	-	-	-	-	-	-
(고유목적사업준비전입액)	244	266	995	360	117	136	118
(고유목적사업비)	67	60	313	98	12	-	0
경상이익	396	332	250	228	459	544	282
경상이익_영리	707	658	1,558	687	589	680	400
-	-	-	-	-	-	-	-
법인세차감전순이익	392	329	247	228	457	502	283
법인세차감전순이익_영리	703	655	1,555	686	587	638	401
(a)법인세비용	62	44	123	34	33	62	36
(b)법인세비용_영리	111	87	774	102	42	79	51
(c)당기순이익	330	286	124	194	425	439	247
(d)당기순이익_영리	592	569	781	584	545	559	350
당기순이익비(=d/c)	1.79	1.99	6.31	3.01	1.28	1.27	1.42

- 가정: 영리병원은 고유목적사업준비금이 기업에서 이익으로 처리함.

의료기관 지배구조 개혁과 경제적 효과

비영리병원 vs 영리병원(2)

<표> 손익계산서 비교 (민간병원 100병상당, 2014년 기준, 백만원)

	전체평균	종합병원평균	(상급 종합)	(300병상 이상)	(150~299 병상 이상)	(150병상 미만)	병원
의료수익	12,293	13,035	29,349	16,335	10,770	13,681	6,838
의료수익_영리	14,597	15,479	34,852	19,398	12,789	16,246	8,120
의료비용	11,651	12,466	28,399	15,909	10,116	13,071	6,366
의료이익	642	568	950	426	654	609	472
의료이익_영리	2,947	3,012	6,453	3,489	2,674	3,175	1,754
(교육목적사업준비전입액)	244	266	995	360	117	136	118
(교육목적사업비)	67	60	313	98	12	-	0
경상이익	396	332	250	228	459	544	282
경상이익_영리	3,012	3,102	7,061	3,750	2,609	3,245	1,682
법인세차감전순이익	392	329	247	228	457	502	283
법인세차감전순이익_영리	3,007	3,099	7,058	3,749	2,606	3,203	1,684
(a)법인세비용	62	44	123	34	33	62	36
(b)법인세비용_영리	475	410	3,514	558	185	399	215
(c)당기순이익	330	286	124	194	425	439	247
(d)당기순이익_영리	2,532	2,689	3,543	3,191	2,421	2,804	1,468
당기순이익비(=d/c)	7.67	9.41	28.62	16.46	5.70	6.39	5.94

- 가정: 영리병원은 급여에 대하여 원가를 반영함.

36

의료기관 지배구조 개혁과 경제적 효과

비영리병원 vs 영리병원(2)

<표> 손익계산서 비교

	전체평균	종합병원평균	(상급 종합)	(300병상 이상)	(150~299 병상 이상)	(150병상 미만)	병원
의료수익	12,293	13,035	29,349	16,335	10,770	13,681	6,838
의료수익_영리	14,597	15,479	34,852	19,398	12,789	16,246	8,120
의료비용	11,651	12,466	28,399	15,909	10,116	13,071	6,366
의료이익	642	568	950	426	654	609	472
의료이익_영리	2,947	3,012	6,453	3,489	2,674	3,175	1,754
(교육목적사업준비전입액)	244	266	995	360	117	136	118
(교육목적사업비)	67	60	313	98	12	-	0
경상이익	396	332	250	228	459	544	282
경상이익_영리	3,012	3,102	7,061	3,750	2,609	3,245	1,682
법인세차감전순이익	392	329	247	228	457	502	283
법인세차감전순이익_영리	3,007	3,099	7,058	3,749	2,606	3,203	1,684
(a)법인세비용	62	44	123	34	33	62	36
(b)법인세비용_영리	475	410	3,514	558	185	399	215
(c)당기순이익	330	286	124	194	425	439	247
(d)당기순이익_영리	2,532	2,689	3,543	3,191	2,421	2,804	1,468
당기순이익비(=d/c)	7.67	9.41	28.62	16.46	5.70	6.39	5.94

- 가정: 영리병원은 급여에 대하여 원가를 반영함.

37

의료기관 지배구조 개혁과 경제적 효과

비영리병원 vs 영리병원(3)

<표> 손익계산서 비교 (민간병원 100병상당, 2014년 기준, 백만원)

	전체평균	종합병원평균	상급종합	300병상이상	150299병상 이상	150병상미만	병원
의료수익	12,293	13,035	29,349	16,335	10,770	13,681	6,838
의료수익_영리	13,061	13,849	31,183	17,356	11,443	14,536	7,265
의료비용	11,651	12,466	28,399	15,909	10,116	13,071	6,366
의료이익	642	568	950	426	654	609	472
의료이익_영리	1,410	1,383	2,785	1,447	1,327	1,465	899
(고유목적사업준비전입액)	244	266	995	360	117	136	118
(고유목적사업비)	67	60	313	98	12	-	0
경상이익	396	332	250	228	459	544	282
경상이익_영리	1,475	1,472	3,392	1,708	1,262	1,535	827
법인세차감전순이익	392	329	247	228	457	502	283
법인세차감전순이익_영리	1,471	1,470	3,389	1,707	1,260	1,493	829
(a)법인세비용	62	44	123	34	33	62	36
(b)법인세비용_영리	233	194	1,687	254	90	186	106
(c)당기순이익	330	286	124	194	425	439	247
(d)당기순이익_영리	1,238	1,276	1,702	1,453	1,171	1,307	723
당기순이익비(=d/c)	3.75	4.47	13.74	7.50	2.76	2.98	2.92
(e) 순이익율	2.69	2.19	0.42	1.19	3.94	3.21	3.61
(f) 순이익율_영리	9.48	9.21	5.46	8.37	10.23	8.99	9.95
순이익율비(=f/e)	3.52	4.21	13.00	7.03	2.60	2.80	2.76

- 가정: 영리병원은 비급여 가격을 현재보다 50%를 인하한다고 가정함.

의료기관 지배구조 개혁과 경제적 효과

비영리병원 vs 영리병원(4)

- <표> 보건 및 의료 분야 산업연관지수(2014)

	의료 및 보건(국공립)	의료 및 보건(비영리)	의료 및 보건(산업)	의료 및 보건
생산유발계수	1.979	1.808	1.584	1.691
수입유발계수	0.157	0.154	0.150	0.154
부가가치유발계수	0.797	0.802	0.813	0.805
취업유발계수		-	-	14.117
고용유발계수		-	-	12.017

출처: 한국은행, 『2014년도 산업연관분석』, 2016.

- 보건 및 의료분야 산업연관 계수는 어떤 다른 부문보다 높음.

VI. 결어

결론

- **보건의료서비스는 Merit good**
 - 공급측면에서 보편적 보건의료서비스는 공공재, 개인적 욕구에 따른 보건의료서비스는 사적재
 - 수요측면에서 개인 건강은 개인의 책임, 개인의 경제적 부담을 넘은 건강 보장은 국가의 책임, 의료서비스는 건강보장을 위한 수단.
- **영리병원의 장점/신기술은 공공의료에 적극적으로 반영 및 확산 가능**
 - 4차산업혁명의 신기술 적용
 - 전문화를 통한 비용 절감/ 의료서비스 개선
 - 건강관리(예방)와 진료의 통합
 - 타 연관산업의 활성화에 따른 시너지
- **영리병원의 사회적 책임 유도**
 - 빈곤층 의료펀드 조성
- **영리병원의 경제적 효과**
 - 민간 의료서비스 공급자에 대한 자율권 보장을 통한 의료자원의 효율성 개선: incentive compatibility
 - 수익률 제고, 투자활성화에 따른 세수증대
 - 영리병원 이용자의 건강보험 혜택에 따른 건강보험 재정 기여
 - 건강보험 급여 확대 혹은 보험료를 인하
 - 소득재분배 개선
 - 투자확대 및 고용증대
 - 분절화된 의료시장 문제의 내부화

'국민건강보장'을 위한 4차 산업혁명시대의
의료산업 규제와
의료기관 지배구조 개혁

| 종합토론 |

김 윤 경
한국경제연구원 기업연구실장

- 우리 경제에 있어서 의료산업의 중요성과 시대적 변화 요구에 주목하여 세미나를 주최하신 한국제도경제학회, 한반도선진화재단, 국가미래연구원에 감사드립니다
 - 주제발표 1에서는 IT헬스의 시대적 필요성을 바탕으로 새로운 비즈니스 모델로서의 역할과 산업적 성장 가능성을 제시
 - 주제발표 2에서는 영리병원 도입의 경제적 효과를 분석하여 경영 효율성 증가, 정부 세수 증가, 투자 확대 가능성이 증대됨을 제시

- 고령화 속도 세계 1위 국가로 2018년 고령화 사회 진입 이후, 2026년 초고령사회 진입 예정(통계청)으로 부양 부담 및 의료 수요 증가
 - 인구 감소와 구조변화로 생산가능인구는 2016년, 총인구는 2032년 정점에 이르게 되어 사회적 부담이 점차 가중
 - 건강보험 체계 개편으로 국가재정 부담도 점차 확대될 것으로 전망

- 4차 산업혁명은 가치사슬의 기술과 개념을 지칭(EU)하여 디지털, 물리적, 생물학적 영역의 경계가 없어지며 기술이 융합되는 새로운 시대(WEF)
 - 스마트 제조업을 넘어 서비스업, 공유경제와 같은 새로운 비즈니스 형태를 포괄하는 개념 (주요기술: AI, IOT, 로봇, 3D 프린팅, 바이오, 데이터 등)
 - 기술 보유 기관 또는 국가의 승자독식 현상이 뚜렷할 것으로 예측되어 국가적 대응 노력이 가속화되고 있음. 또한 산업적 진보 외에도 고령화 등의 사회적 문제점 해결에 대한 기회로 인식

- 의료산업은 4차 산업혁명 관련 혁신 기술 관련 주요 산업 중 하나이며 기술의 현실화 역시 빠른 속도로 진행되고 있음
 - the Economist Intelligence Unit의 전문가 설문에서 5년 내에 현대의료 전문기기, IoT, 3D 프린팅, 유전분석, 25년 내에 원격의료, 병원 리디자인, 정밀의료,

나노, 인공지능 등이 현실화 될 것으로 예상됨

- 동일 설문조사에서 헬스케어 산업의 장벽으로 규제환경, 윤리 이슈, 투자, 기술적 한계 중에서 아시아는 윤리 이슈(31.8%)에 이어 규제환경(23.3%)이 두 번째로 높은 응답을 받음

□ 의료산업의 활성화를 위한 규제개혁 필요성이 지속적으로 제기되었으나 산업의 특수성¹⁾으로 인한 논란으로 논의가 지체되고 있음

- 한국은 지난 정부에서부터 의료산업 활성화와 고용창출 효과 등을 기대하며 의료산업활성화 법안을 추진하였으나 의료 영리화 및 공공성 침해 논란으로 법제화되지 못함

□ 올해 들어 현 정부의 3대 정책기조 중 하나인 혁신성장이 강조되면서 서비스산업발전기본법, 규제프리존 및 지역특구법이 다시 논의되며 쟁점인 의료분야가 다시 부각됨

- 8월 임시국회에서 서비스산업발전기본법, 규제프리존 및 지역특구법 등을 처리하기로 여야가 합의했으나 상임위에서 협의 불발

- 2012년 발의되었던 서비스산업발전기본법은 유통, 의료, 관광 등 서비스산업 활성화를 위한 모법(母法)으로, 일부 정치권 및 시민단체의 반발로 번번이 처리가 무산²⁾

- 규제프리존특별법은 19대 국회 때 폐기됐다가 20대 국회 개원 첫날인 2016년 5

1) 일본 아베정부는 취임 직후인 2013년 규제완화에 대해 부처나 관련 업계의 강한 저항이 존재하는 규제를 일반규제로 지칭하며 특별히 의료분야를 지목하였고 국가전략특구법 등으로 규제개혁을 실시 (김윤경, "일본 혁신분야 규제개혁 동향과 시사점", KERI Brief, 2018)

2) 김상조 공정거래위원장은 "보건·의료 분야를 포함한 서비스산업발전기본법 통과를 조속히 추진해야 한다"고 언급하기도 하였으나(한국경제, "'규제프리존법=최순실법'이라던 與... 고용 악화되자 찬성으로 선회" 2018년 7월 30일자) 보건요리를 제외하는 것을

월 30일 다시 발의³⁾되었으나 제43조(의료법에 관한 특례)는 규제프리존 내 의료 법인이 수행할 수 있는 부대사업 범위를 조례로 정하고 있어 의료영리화로 이어질 수 있다는 의견이 존재

- '보건복지부 조직문화 및 제도개선 위원회'는 지난 5월 서비스산업발전기본법과 규제프리존법 등 기업규제완화 법안에서 보건의료 분야를 제외하고, 의료 영리화 정책을 추진하지 않는다고 밝힐 것을 권고

□ 보건의료 서비스의 경쟁력 강화와 의료 범위 확대를 위해서는 혁신기술을 활용할 수 있도록 정책적 개선이 시급

- 원격의료, 센서 애플리케이션 등 혁신기술 적용은 의료서비스 수혜 범위 확대라는 의의가 존재
- 과잉 규제 또는 규제의 미비로 벤처 또는 중소기업의 창의적 아이디어가 사업화되기 어려운 실정이므로 일본의 그레이존해소제도⁴⁾와 같은 규제개혁이 우선될 필요
- 장기적으로는 4차 산업혁명시대 고용창출능력⁵⁾을 극대화하기 위해서 산업 전반의 생산성 향상 노력이 전제되어야 하며 이를 위한 서비스산업발전기본법 등의 법제화가 동반되어야 함
- 공공성에 대한 국민 우려가 존재함을 인식하고 이에 대한 공감대 형성이 우선되어야 할 것

3) 의안번호 2000026 (이학재 의원 대표발의)이며 최근 지역특구법(의안번호 2012489, 김경수 의원 대표발의)와 연계되어 논의 중

4) 그레이존해소제도는 현행 규제의 적용범위가 명확하지 않은 분야의 사업을 추진할 때 관련 규정의 적용여부를 미리 확인할 수 있는 제도로 기업의 사업계획 수립 시점에서 적용 규제 유무를 확인할 수 있어 사업의 불확실성과 분쟁 가능성을 낮출 수 있음.

5) 보건 복지서비스는 2016-2030년 취업자수가 67만명으로 전망되었으나 4차 산업혁명으로 인한 환경변화에 적극적으로 대응하였음을 가정한 혁신전망에 따르면 73만명으로 크게 증가(고용노동부, "2016-2030 4차 산업혁명에 따른 인력수요 전망", 2018.3)

'국민건강보장'을 위한 4차 산업혁명시대의
의료산업 규제와
의료기관 지배구조 개혁

| 종합토론 |

김 홍 진
(주)인성정보 이사

현시점에서의 의료 산업 정책에 대한 깊은 고민이 필요

- 작은 의료시장 한계를 극복하기 위해서는 글로벌 협업체계의 구축과 가능성 있는 분야에 집중할 필요가 있음.
- 원격진료는 이미 후발국에 추월된지 오래로, 산업화에 대한 소모적 논쟁보다는 의료공공성의 관점에서 추진하는 것이 바람직

10년전만 해도, 우리나라의 원격진료 시스템은 글로벌 경쟁력이 있었으나, 지금은 중국보다도 가격은 물론 기술력도 상당히 뒤쳐져서, 만약, 원격진료를 허용한다면, 시장방어를 걱정해야 하는 상황이 되었다.

이렇게 된 데에는, 법으로 허용된 의료인간의 원격진료마저도 사실상 불허(보험 급여 불인정)하고 있는 제도적 현실이 크지만, 그 못지않게 의료시장 자체가 글로벌 경쟁력을 확보하기에 턱없이 작다는 규모의 한계와 함께 선진 의료시장과는 다른 독특한 의료 환경도 중요한 원인이라 할 수 있다.

물론, 이미 보편적 기술이 된 원격진료와는 달리, 데이터 분석 분야나 고도의 의료기술을 필요로 하는 스마트 헬스케어, 정밀의료 같은 분야에서는 아직도 경쟁력에 대한 희망을 가져볼 수 있겠지만, 이 역시 현재와 같은 구조가 지속된다면, 국내 역량만으로는 어려울 수밖에 없다.

선진의료시장에서 스마트 헬스케어는, 사람의 몸에 집착하는 우리나라와는 달리, 사람 그 자체를 중심으로 하는 헬스케어이다. 헬스케어 서비스를 받는 사람이 의료서비스에 어떻게 반응하고, 변화하는 과정에 어떠한 상호작용이 필요한가를 찾아내는 것이 핵심이다. 환자의 문제를 찾아내기 위한 문진과 대화 중심의 진료가 기본인 선진 의료와는 달리, 상담이라고는 거의 이루어지지 않는 형식적인 진료가 자리잡고 있는 현실에서, 스마트 헬스케어에 핵심적인 사람에 대한 정보는 기대하기 어렵다. 필요 이상으로 넘쳐나는 환자의 검사기록에 집착해 봤자, 기형적인 스마트 헬스케어만 얻을 뿐이다.

단적인 예로, 작년까지 시행된 ‘원격 만성질환관리 시범사업’ 을 보면, 환자와 통화를 했는지 여부, 문자메시지를 보냈는지 여부를 놓고 수가를 지급하는 형태로 진행되었다. 다양한 방법을 통해 만성질환 관리에 임상적 효과를 보인 솔루션에 대해 급여하는 선진 의료와는 달리, 새로운 의료기술에 대한 시범사업마저도 기존 방식으로 관리해야만 하는 우리 시스템의 한계이다.

좁은 시장과 의료시스템마저도 선진 의료시장과는 다른 우리나라의 의료 환경을 고려한다면, 우리나라에서 얻을 수 없는 데이터나 환경적 한계를 넘어설 수 있는 글로벌 협력체계의 구축이 무엇보다 필요하며, 이를 위한 제도적 기반도 함께 마련되어야 한다. 우리나라에서 시행하지 못하는 의료기술과 서비스가 있으면, 이를 시행해 볼 수 있는 시장을 찾아야 하고, 우리나라에서만으로는 완성도 높은 개발과 경험을 쌓기 힘들다면, 부족한 것을 얻을 수 있는 국가, 지역, 기관과 협력할 수 있어야 한다.

산업적 관점과는 별개로 원격진료에 대해서는 의료서비스의 보편적 제공이라는 복지의 관점에서 점검해야 할 부분이 있다. 현실적으로 원격의료의 필요성이 높은 대상은 의료소외계층인데, 이에 대해서도 제도적으로 금지하고 있는 것은 문제라 할 수 있다. 심지어, 현행법상 가능한 의료인간의 원격진료조차 보험수가가 마련되지 않고 있는데, 이는 사실상 법이 금지하는 것이 아니라, 정부가 금지하고 있는 셈이다.(현행 보험제도로는 법으로 허용된 의료인간 원격진료를 하여도, 진료비는 물론 이를 통해 처방된 의약품에 대해서도 보험혜택을 받지 못하게 되어, 지속적으로 약을 복용해야 하는 만성질환자의 경우, 본인이 부담해야할 비용이 3~5만원에서 20~30만원으로 크게 증가함)

의료인간 원격진료에 대한 보험수가만 책정되어도, 전국에 있는 3,000개가 넘는 요양원과 3,200여개의 보건지소, 진료소를 이용하는 분들이 혜택을 받는다. 요양원은 인력이 충분치 않아, 진료를 위해 어르신을 병원에 모시고 가게 되면, 그만큼 인원 공백이 되어 문제가 발생하기 때문에, 중하지 않은 경우 가급적 병원 가는 것을 꺼리게 된다. 전문 의료인이 부족한 도서산간지역에 있는 보건지소나 보

진진료소도 보다 양질의 의료서비스를 제공하기 위해, 시내에 있는 보건소나 병
의원의 원격의료지원을 필요로 하고 있다.

이러한 의료사각지대에 있는 분들만 300만명이 넘는다.(의료취약지역 86만명,
방문보건 200만명, 요양원 등 26만명) 의료인간의 원격진료는 환자 곁에 있는 의
료인이 원격진료시 보조를 하기 때문에, 진료에 대한 안전성도 문제되지 않으며,
일반인이 아닌 소외계층을 대상으로 하기 때문에, 대형병원의 환자 쏠림에 대한
걱정도 해당하지 않는다. 미국 등 원격의료 선발국의 경우도, 의료인간의 원격진
료를 먼저 허용한 뒤, 의료기관과 의료인이 원격의료에 대한 충분한 경험과 공감
대가 쌓인 후에 순차적으로 의사와 환자간 원격진료를 허용하여 왔다. 우리나라
도 이러한 수순으로 가는 것이 적절할 것이다.

'국민건강보장'을 위한 4차 산업혁명시대의
의료산업 규제와
의료기관 지배구조 개혁

| 종합토론 |

류 기 정
한국경영자총협회 전무

최근 의료 환경 변화에 따른 대응전략과 규제 완화

- 최근 고령화에 따른 의료욕구 증대, 만성질환의 고착화, 고급의료에 대한 국민적 선호 등의 환경 변화를 반영해 우리 의료시스템 개선방향이 모색되어야 될 시점

- 최근 확산되고 있는 보건의료분야와 정보통신기술(CT)의 융합은 우리가 어떻게 대처하느냐에 따라 우리의 의료시스템을 한차원 업그레이드하는 중요한 계기가 될 수도 있음.
 - 4차 산업혁명을 주도하는 인공지능, 빅데이터 등은 다양한 질병을 사전에 예방하고 치료에 따른 비용을 최대한 감소시킬 수 있는 유효한 수단*으로 활용 가능
 - ※ 지식 및 서비스의 표준화로 인한 의료행위의 시공간 확대(원격의료 등), 인공지능 활용 및 의료서비스의 정보화·자동화 등을 통한 의료비의 절감 등

- 우리나라의 우수한 정보통신기술을 활용해 의료산업 발전을 촉진시키기 위해서는 공공부분의 건강정보 관련 데이터 통합 시스템 구축, 개인건강정보 활용 관련 규제 완화가 시급히 필요
 - 미국은 환자 안전에 영향이 없으면서 의료산업 발전에 제약이 되는 규제는 신속히 개선하고, 개인건강정보기록 플랫폼 구축 등에 대한 인센티브를 확대함으로써 의료산업에 대한 민간 투자 유치*
 - ※ 한국보건사회연구원, 제4차 산업혁명에 대응하는 보건의료체계 개편방안, 2017

 - 반면 우리나라는 기업들이 개인건강정보를 활용해 의료서비스를 개발하는 것이 의료법, 신용정보법, 정보통신망법 등의 규제에 막혀있음.

■ 특히, IT기술과 가장 밀접하게 관련된 원격의료 규제부터 완화될 필요

- 현행 의료법에 규정된 '원격의료' 개념에 따르면 '의료기관을 벗어난 원거리 환자를 대상으로 의료서비스를 제공'하는 것 자체가 불법
 - 현행 의료법은 원칙적으로 '의료기관 내에서의 의료'만 허용, 원격의료의 범위 역시 원격지의 의료인에 대한 지식·기술 지원으로만 한정
 - ※ 원격의료(의료법 제34조제1항) : "컴퓨터·화상통신 등 정보통신기술을 활용하여 원격지의 의료인에 대하여 의료지식 또는 기술을 지원하는 것"으로 규정
- 이에 따라 신체·장소적 제약으로 인해 의료 사각지대가 발생*하는 한편, 새로운 의료기기의 도입 및 확산에도 걸림돌로 작용
 - ※ 장애인, 노인 및 도서벽지 거주자, 교정시설 수용자, 만성질환자, 정신질환자 등
- 신규 재활의료기기의 병원 내 사용은 가능하지만, 재택 사용 의료정보를 의료인에게 전송하는 원격의료 금지, 의료서비스 수요 창출 저해
 - ※ 네오팍트社의 「라파엘 클럽」은 클럽 형태의 의료기기를 손에 끼우고 환자가 혼자서도 재활훈련을 할 수 있도록 개발되었으나, 우리나라에서는 의료정보를 의료인에게 전송하여 의료서비스를 제공하는 것은 불법으로 현재 병원 내에서만 활용 가능¹⁾. 반면, 미국에서는 재택 사용 가능
- 미국은 1997년부터 원격상담을 시작으로 원격의료에 대해 보험적용(메디케어), 일본은 의사-환자간 원격의료 허용*
 - ※ 의사-환자 간 원격의료 대상 9개 질병 환자(ex : 재택산소요법 환자, 재택 난치병 환자·당뇨병·천식·고혈압·아토피성 피부염·뇌혈관 장애 환자, 욕창이 있는 재택 영양환자, 재택 암환자)에 대해 정보 통신 기기를 통해 관찰, 조연과 지도 시행²⁾

1) 2017.2.22 홍승용 네오팍트 부사장과 유선 인터뷰한 내용임

2) "주요국의 원격의료 추진 현황과 시사점 - 미국과 일본을 중심으로", 보건사회연구원, 2015. 1

○ 따라서 의료취약지 및 의료취약지 및 만성질환 중심으로 의사-환자간 원격의료를 허용하고 모바일기술을 적용한 의료기기를 통해 환자의 의료정보를 의료인에게 전송, 상담할 수 있도록 해야 함.

- 의료인 간의 원격의료만을 허용하는 의료법 34조 개정, 만성질환 관리, 취약지 거주자 등을 위해 의료인-환자 간의 원격의료 허용

※ 보건복지부는 의료취약지 및 장기요양시설 등에 대한 시범사업 결과 안전성에 문제가 없었고, 동네의원 만성질환 원격의료 시범사업에서도 임상적 유효성·유용성이 있다고 평가³⁾

※ 다만, 원격의료 허용시 발생 가능한 부작용(ex 서비스 허용범위, 과잉진료 가능성, 의료사고 법적분쟁 등)에 대해서는 전문가 중심의 논의를 통해 보완장치 마련

- 재활기구, 혈당계, 혈압계 등의 의료기기를 통해 환자의 의료정보를 의료인에게 전송, 만성질환 및 재활 관련 상담

■ 또한 수요자 맞춤형 의료서비스 제공 및 양질의 일자리 창출을 위해 영리병원 도입 등 의료기관 진입규제 완화도 시급

○ 보건의료시장이 성장 잠재력이 매우 높은 고부가가치 업종이라는 점에서는 모두 공감하나, 이해관계자 대립 등으로 인해 관련 법제도 정착이 매우 정체되고 있음.

- 보건의료산업의 생산유발계수는 1.92로 서비스업 전반(1.75)에 비해 높게 조사됨(한국보건산업진흥원, 2014년)

- 보건의료산업의 취업유발계수(명/10억원)는 14.7로 제조업(8.6)의 1.7배(한국

3) 「원격의료 시범사업 평가를 위한 전문가 토론회」, 국회의원회관 제2세미나실, 16.8.24

은행, 2015년)

- 영리의료법인 도입은 경쟁을 통한 의료서비스의 질을 개선시키고 과도한 의료비 상승을 억제할 수 있는 긍정적 효과 유발
 - 영리의료법인은 의료기관 간 경쟁을 유발하여 의료서비스 질 제고, 소비자 선택권 확대에 기여하고, 낮은 수가를 적용하는 기존 병원과의 경쟁을 통해 과도한 의료비 상승을 억제하는 효과도 있음.
 - 또한, 양질의 민간의료서비스 시장 확대로 공공의료(건강보험) 부담 경감, 민간보험산업 발전 및 공공의료와의 상생 가능
- 이에 영리의료법인에 대한 부정적 인식을 개선하기 위한 노력이 시급
 - 현행 건강보험제도는 비영리 민간의료기관을 건강보험 진료기관으로 강제 지정(당연지정제)*해 건강보험 가입자의 의료기관 접근권 보장
 - ※ 당연지정제 : "요양기관(의료기관, 약국, 보건소 등)은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못한다." (건강보험법 제42조 제5항)
 - 따라서 영리활동이 가능한 민간의료기관 설립을 허용하더라도, 약 8만 8천개에 이르는 비영리 의료기관에 적용되고 있는 당연지정제가 유지된다면 건강보험 의료체계에 미치는 영향은 거의 없음
 - 또한 영리의료법인이 고수익 및 비급여 진료시장에 진입함으로써 해외수요 유치(관광+의료 패키지), 양질의 의료서비스 제공, 민간보험시장 활성화 등 긍정적 효과도 기대

**'국민건강보장'을 위한 4차 산업혁명시대의
의료산업 규제와
의료기관 지배구조 개혁**

| 종합토론 |

서진수
인제대학교 일산백병원 원장

□ 영리병원 관련

- 수익을 추구하는 것은 모든 민간의료기관의 본질적 속성이며, 개인과 법인에 무관하게 수익활동 추구 자체에 대한 이견은 없으며 외부로부터의 자금조달과 지분율에 따른 수익의 배분, 그리고 부대사업 등은 법인 의료기관에 해당하는 내용으로 이미 개인병의원은 규제 없이 적용하고 있어, 실질적 영리병원의 범위를 영리법인이 운영하는 의료기관으로 볼 수 있음
- '의료'의 공공적 속성에 얽매어 많은 규제 속에 현 제도가 운영되는 것은 사실이며 강력한 수가 통제와 비급여관리, 부대사업 제한 등은 민간기업의 수익활동을 억제하고, 급격한 정책변화와 규제 강화는 투자와 운영의 불확실성을 높여 의료기관의 경영환경은 매우 열악한 상황인 것이 사실임. 이러한 문제에 대한 정책개선 없이 의료기관의 영리병원 허용이 경제적 효과와 산업적 측면에서 긍정적인 효과만을 기대할 수 있을지는 의문임. 더구나 외국의 여러 연구에서도 영리병원 허용의 효과와 성과에 있어 영리병원과 기존 병원 간 차이가 거의 없는 것을 보고하고 있어 도입에 대한 많은 검토가 필요한 상황임
- 기업형 민간자본의 투입은 다른 분야에서는 이미 진행된 것으로 의료기관의 체인화는 전문경영을 통한 효율화 측면이나 투자확대를 통한 고용과 연구분야의 성과를 장점으로 기대할 수는 있으나 소수의 대형 체인의료기관에 의한 공급의존성 심화, 지역적·의료분야별 불평등성이 커지거나 의료비부담 증가 등 공공성이 저하되는 부작용이 따를 수 있음.
- 또한, 영리병원이 경쟁력을 확보할 수 있을지 미지수인데 기존의 타 병원에 비해 뚜렷한 경쟁무기를 갖추고 있지 않다면 건강보험 당연지정제에서 제외되어 본인부담 100%로 운영할 경우 경제적 부담에 따른 수요이탈이 발생하므로 줄어든 환자군에 더 높은 가격(비급여)책정이 초래되고, 당연지정제에서 이탈한 영리병원이 많을수록 해당병원에 지출되는 급여재정의 절감분으로 기존의 건강보험 지정

기관의 보장성을 더욱 확대할 수 있어 본인 부담은 더욱 낮아져 건강보험 요양기관과의 가격경쟁력을 더욱 떨어뜨리는 악순환이 발생할 우려가 있음

- 그 밖에도 국가차원의 제도 운영에 있어 의료이용과 공급에 관한 의료관련 데이터의 통합 관리가 어려워져 정책의 수립과 예측가능성을 떨어뜨려 보험제도의 안정성에 영향을 미칠 우려가 있음
- 따라서, 의료산업의 발전을 위한 구조개혁의 필요성에서 검토되는 영리병원은 의료기관의 존립을 위한 경영환경 개선 측면에서 고려할 수 있는 모형중 하나이지만, 영리병원의 경쟁력 여부와 소수 공급주체에 대한 의존성 심화, 의료공공성 저하 등의 문제 제기에 대한 고민과 아울러 보험제도권 내에서 정책 개선 등을 통해 수익성을 개선할 수 있는 방법을 포함하여 다양한 고민을 할 필요가 있음

□ IT헬스를 활용한 신산업창출과 건강보험 재정절감 전략 관련

- 4차 산업혁명시대에 따른 의료서비스 다양화 등 필요성에 절대적으로 공감하며 예방활동-건강증진활동-진료가 상호 연계된 서비스가 제공되는 방향으로 서비스 패러다임이 바뀌고 있고 이러한 변화의 중심이 전문가(의료인) 및 시설·장비 등이 집약되어 있는 의료기관을 중심으로 이루어지는 것이 바람직함
- 2018년 2월 '경제관계 장관회의'에서 "신 서비스시장 활성화"를 위한 규제혁신 안건으로 "의료행위 범위 판단을 위한 해석팀"을 운영기로 하고, 건강관리서비스 활성화를 위한 복지부의 위원회가 초기 운영단계인 것으로 알고 있으며 의료기관을 중심으로 한 예방 중심의 서비스를 확대시켜 나갈 필요가 있음.
- 현 시점에서 정부가 바이오헬스 분야 신산업 창출을 통한 국민 건강 증진과 일자리 창출을 추진하고 있으나 여전히 집단간 이해관계에 따른 대립 논리와 힘 겨루기 등이 존재하므로 성역 없는 혁신적 아이디어와 무제한의 토론을 통한 실사구

시적 정책대안 들이 나왔으면 하는 바람이며 공공성과 건강보험 재정 절감에만 초점을 가두지 말고 다양한 방식으로 보건산업서비스 시장을 확대 발전시켜 신성장 동력으로 가져오면 하는 바람임.

'국민건강보장'을 위한 4차 산업혁명시대의
의료산업 규제와
의료기관 지배구조 개혁

| 종합토론 |

신의철

가톨릭대학교 의과대학 · 의학전문대학원 교수

