

# 5개 콘소시엄 진출 지역 조사 보고서

**kotra**

Korea Trade-Investment  
Promotion Agency



## 목 차

- I. 코스타리카 의료시장 환경 조사보고서(국문)
- II. 블라디보스톡 의료시장 환경 조사보고서(국문)
- III. 베트남 의료시장 환경 조사보고서(국문)
- IV. 중국 의료시장 환경 조사보고서(국문)
- V. 라오스 의료시장 환경 조사보고서(국문)
- VI. 코스타리카 의료시장 환경 조사보고서(스페인어)
- VII. 블라디보스톡 의료시장 환경 조사보고서(영문)
- VIII. 블라디보스톡 의료시장 환경 조사보고서(노문)
- IX. 베트남 의료시장 환경 조사보고서(영문)
- X. 중국 의료시장 환경 조사보고서(중문)
- XI. 라오스 의료시장 환경 조사보고서(영문)







I

**코스타리카 의료시장 환경  
조사보고서(국문)**



# 코스타리카 의료시장 환경 조사보고서

2012 년 12 월

*KOTRA*

## 목차

1. 연구용 전례와 관심 자료 .....	4
1.1 지리적 자료 .....	4
1.2 행정구역.....	5
1.3 인구적 측면 .....	7
1.4 사망률.....	9
1.5 인구 구조 .....	10
1.6 인적자원 및 사회 개발 .....	13
1.7 공공지출.....	18
1.8 인플레이션율.....	20
1.9 빈곤율.....	24
1.10 취업률.....	26
1.11 기술 접근성 .....	28
2. 코스타리카 보건의료부문(시장) 진출을 위한 지역 조건 및 요소 연구 .....	29
2.1 보건의료부문과 코스타리카의 국가 보건의료 시스템 .....	30
2.2 CCSS(코스타리카 사회보장국) .....	31
2.3 CCSS 의 법률적 자치성 .....	33
2.4 CCSS 의 목적, 비전, 가치.....	33
2.5 SEM(질병 및 출산 보험).....	34
2.6 CCSS 의 조직 및 구조 .....	35
2.7 CCSS 의 의료 경영 .....	37
2.8 병원망.....	38
2.9 1 차 진료.....	39
2.10 2 차 진료와 3 차 진료 .....	40

3. 외래환자의 직접 진료 의료 서비스 생산 .....	44
4. 입원환자 직접 진료 서비스 .....	48
5. 코스타리카의 민간 병원 부문 .....	72
6. 코스타리카의 의료보험 현황 .....	84
7. 보건의료 부문의 인적자원 .....	87
7.1 CCSS 고용 직원 .....	92
7.2 주요 의료학 전문가, 자격증 소지자, 기술자들의 봉급 체계 .....	93
8. 코스타리카 내에서 한국 의료보건 인원의 노동 허가 .....	96
9. CCSS 의 의료장비 및 인프라 .....	98
9.1 CCSS 의 인프라 현황 .....	100
10. CCSS 의 대기 리스트 .....	102
11. CCSS 의 병원과 다른 유닛에서의 의료기기, 공급품, 정보 시스템의 획득 절차와 참조가격 .....	103
11.1 의료기기 .....	105
11.2 의료 필수품 .....	106
11.3 정보 시스템 (CCSS 본부 수준) .....	108
11.4 한국산 기기에 대한 인식 .....	109
12. 코스타리카의 의료센터 설립과 설비 .....	111
12.1 2011 년 CCSS 의 인프라 및 설비 프로젝트 .....	113
12.2 CCSS(국립병원)의 2012 년과 2013 년 진행중인 인프라 및 설비의 주요 프로젝트 .....	116
12.3 CCSS 주요 병원들의 의료기기 목록 .....	117
12.4 의료센터 건설 참여 기업들 .....	120
13.1 코스타리카에서 회사 설립 .....	122
13.1.1 운영방식 및 특별제도 .....	125
13.1.2 운영허가 .....	131
13.1.3 사회적 부담비 .....	133

13.1.4	외국시민권자를 위한 취업비자 .....	134
13.1.5	환경 평가 수속 .....	136
13.1.6	기업용 예상 스케줄 .....	137
13.2	코스타리카와 한국간의 수입 및 수출 과정.....	140
13.2.1	코스타리카의 주요 항구 및 세관.....	140
13.2.2	상품의 FOB 및 CIF 에 대한 추가 비용 .....	143
13.2.3	의료기기 관세.....	144
13.2.4	부가가치세 .....	145
13.2.5	코스타리카와 한국 간의 물류 자료.....	146
13.3	입찰이나 병원 건설에 참여하기 위한 요건.....	150
13.4	코스타리카에서 의료센터 운영을 위해 필요한 보증서 또는 증명서 .....	153

## 1. 연구용 전례와 관심 자료

### 1.1 지리적 자료

코스타리카는 중앙아메리카에 위치하고 있으며, 북으로는 니카라과, 남동쪽으로는 파나마와 마주하고 있고, 서쪽 해안에 태평양을, 그리고 동쪽으로는 카리브해에 접해있다. 코스타리카는 중앙아메리카 지협 of 중앙에 위치해 있으며, 북위 8도 2분 26초와 11도 13분 12초 사이에, 서경 82도 33분 48초와 85도 57분 57초 사이에 위치해 있다.

영토 면적은 51,100 Km<sup>2</sup> 이다. 열대국가로 여섯 개의 미기후를 가지고 있다:

- **빙하지대**, 고도 3,500m 을 초과. 기온은 0°로, Chirripó 와 Kamuk 산악지역의 특징.
- **고지평원냉대**, 3,100~3,500m 의 고도에 위치. 기온은 0°C 를 상회. Irazú 와 Poás 의 화산지역과 Talamanca 산맥의 일부 정상 부근에서 나타남.
- **온열대**, 고도 1,500m 이상. 기온은 14~18 도. 건기는 4 달 정도 지속. 1,900~2,000mm 의 강수량.
- **열대 습윤**, 1,100m 까지의 고도. 25~26 도의 기온. 3,500mm 이상의 강수량. 카리브와 북쪽 평원의 기후 특징. 뚜렷한 건기는 없고 10 월과 2 월에 강수량 감소. Golfo Dulce 와 Valle del General 에서 유사 조건이 나타나지만, 한 달간 뚜렷한 건기가 있음.
- **열대 건기를 동반한 열대**, 태평양 해안 전반에 걸쳐 나타남. 평균 26~27 도의 기온. 크게 두 지역으로 나뉘어지는데, Punta Uvita 에서 Puntarenas 까지는 서너달 건기가 이어지며, Punta Arenas 에서 북쪽 국경지역까지는 대여섯달 동안 더욱 강한 건기가 나타난다.

- **산간분지**, 1,000~1,100m 의 고도. 14~18 도의 기온. 강수량은 2,000mm 미만. Cartago, Heredia, Alajuela, San José, San Vito, Sabalito 지역의 특징.

## 1.2 행정구역

코스타리카는 7 개의 주, 81 개의 도시, 473 개의 구로 나뉘어진다.

**표 1. 주당 도시와 구의 수. 코스타리카, 2010 년**

주	시	구
<b>San José</b>	20	120
<b>Alajuela</b>	15	111
<b>Cartago</b>	8	51
<b>Heredia</b>	10	47
<b>Guanacaste</b>	11	59
<b>Puntarenas</b>	11	57
<b>Limón</b>	6	28
Costa Rica	<b>81</b>	<b>473</b>

출처: 국토행정구역. 2009. 지리정보과. 국립지리원.



## 그림 1. 코스타리카의 주와 시의 현황 지도

지도 1

코스타리카의 주



출처: 국립생물다양성연구소. 2008 년.

분석을 위해, 정부 기관들이 공공정책의 기획과 실행을 위해 사용하는 지역별 관점에 따라 코스타리카의 통상 구획분류법을 인지할 필요가 있다.

## 그림 2. 코스타리카의 지방에 의한 구역

지도 2

코스타리카의 지방



출처: 기획진흥부. 2010 년.

지리적 위치 또는 원주민 공동체의 오래된 영향에 의해 소위 지방(region)에 해당한다:

- Central
- Pacífico Central
- Brunca
- Chorotega
- Huetar Norte
- Huetar Atlántica

### 1.3 인구적 측면

이 분석은 2010 년 보건부가 작성한 문서인 “보건의료 현황 분석 모델”에 근거해 작성되었으며, 수급 전망을 포함한다.

보건의료의 사회적 생산이라는 개념이 중요하다. 보건의료의 사회적 생산 과정을 양성하면서, 동시에 출구를 유발하는 입구를 가진 시스템으로 가시화되고 있다. 이 시스템은 지속적으로 재양성 중인 동적인 과정이다. 이 모델 하에서, 보건의료의 수요와 필요성은 역학적 측면, 인구적 측면, 보건의료의 결정요인에 의해 정해진다. 보건의료에 관계된 모든 결정요인들을 언급하지는 않는다. 왜냐하면 이 보고서를 작성하기 위해 필요한 요건만을 다루기 때문이다.

이 도입부는 꼭 필요하다. 왜냐하면 현재 코스타리카의 보건의료부문의 구조와 성장은 보건의료의 사회적 생산의 결과와 매우 관계가 깊기 때문이다. 물론 질병사망을 측면은 인구 구조의 영향을 많이 받고, 인구 구조는 보건의료의 결정요인에 영향을 미친다. 마찬가지로, 인구적 요소는 시스템의 나머지 구성 요소들에 영향을 미치면서 영향을 받는 것으로 알려져 있다.

코스타리카의 인구적 측면에서 가장 두드러진 특징과, 인구적 측면이 보건의료부문에 끼친 몇 가지 영향을 제시한다.

2012 년 코스타리카의 인구는 4,667,000 명이다. 2015 년까지 인구성장은 다음과 같이 예측된다 :

**표 2. 2012~2015 년 총인구와 성별 인구 예상**

	2012	2013	2014	2015
여성	2 301 748	2 327 808	2 353 783	2 379 886
남성	2 390 825	2 390 825	2 416 212	2 441 407
총	4 667 202	4 718 633	4 769 995	4 821 293
연도별 성장	1,12%	1,10%	1,09%	1,08%

출처: 국립통계청

총인구 중 거의 절반(49%)은 여성이다. 남녀 중 한 쪽에 차이를 유발하는 재해를 겪지않은 지역에서 흔히 나타나는 성별 비율이다. 나머지 연령대와 달리 노년층은 여성의 비율이 높다. 65 세 이상 주민들 중 절반 이상(53%)은 여성이다. 평균적으로 여성들이 남성들보다 더 장수하는 것으로 볼 수 있다. 주별 분포는 다음 표에서 볼 수 있다:

**표 3. 2012~2015 년 주당 총인구와 성별 인구 예상**

주	2012			2013			2014			2015		
	총	남성	여성	총	남성	여성	총	남성	여성	총	남성	여성
San José	1 683 210	841 585	841 625	1 708 874	855 233	853 641	1 735 158	869 300	865 858	1 762 101	883 763	878 338
Alajuela	894 687	454 307	440 380	903 427	458 348	445 079	911 766	462 226	449 540	919 618	465 841	453 777
Cartago	519 930	262 110	257 820	524 412	264 224	260 188	528 888	266 423	262 465	533 293	268 610	264 683
Heredia	463 215	235 256	227 959	470 014	238 700	231 314	476 700	242 073	234 627	483 336	245 356	237 980
Guanacaste	279 923	142 553	137 370	279 638	142 255	137 383	279 397	141 979	137 418	279 194	141 743	137 451
Limón	458 144	239 641	218 503	464 405	242 492	221 913	470 279	245 016	225 263	475 865	247 264	228 601

출처: 국립통계청

2011 년의 예상 인구밀도는 84.2 명/km<sup>2</sup> 에 달한다. 주 별로 보면, San José (수도)는 282 명/km<sup>2</sup> 에 달하는 반면 , Guanacaste 는 32 명/km<sup>2</sup> 이다.

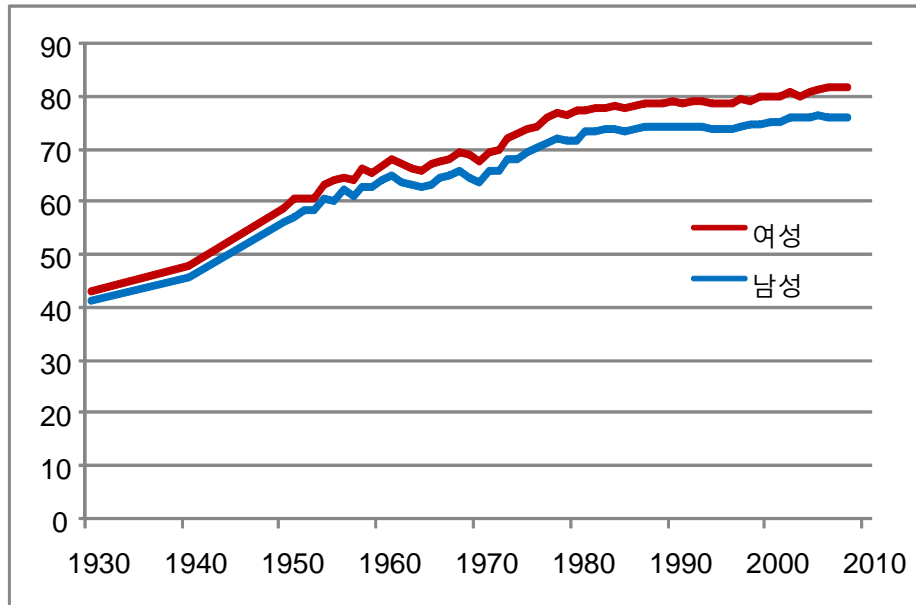
인구 중 80%는 San José, Alajuela, Heredia, Cartago 주의 대도시권에 거주하고 있다.

#### **1.4 사망률**

이 보건의료 환경 분석에 있어 사망률은 역학적 측면의 한 부문으로 나타나기 때문에, 여기서는 출생시 기대 수명을 사망률 수준의 일반적 지표로 다룰 것이다. 사망률은 유아사망률과 일반사망률 수준의 지표로, 이 두 수치가 낮을수록 출생시 기대수명은 더 높게 나타난다.

코스타리카의 기대수명은 높은 편이다. 그래프 1 에서 볼 수 있듯이 코스타리카 국민들의 수명은 최근 수십년 동안 계속 증가해왔다. 세계 대부분의 경우처럼, 여성은 남성보다 장수하며 양성간의 간격은 더 커졌다. 1930 년의 기대수명은 42 세였다. 현재는 79 세로 기대된다 (남성 77 세, 여성 82 세). 이 결과는 일련의 개입의 실행으로 인한 결과로, 사망률을 감소하게 해 코스타리카를 개발도상국 중 기대수명이 가장 높은 국가들 중 하나가 되게 하였다.

그래프 1. 출생시 성별 기대 수명. 코스타리카, 1930~2010 년



출처: CCP, 코스타리카 대학

참고적으로, 자료에 의하면 같은 해 미국의 기대수명 수치를 상회하는 것으로 나타나며 아메리카를 통틀어 캐나다(평균 81 세)만이 코스타리카를 능가하는 것으로 나타난다. 덧붙이자면, 나머지 중앙아메리카 국가들의 기대수명은 70~72 세이다.

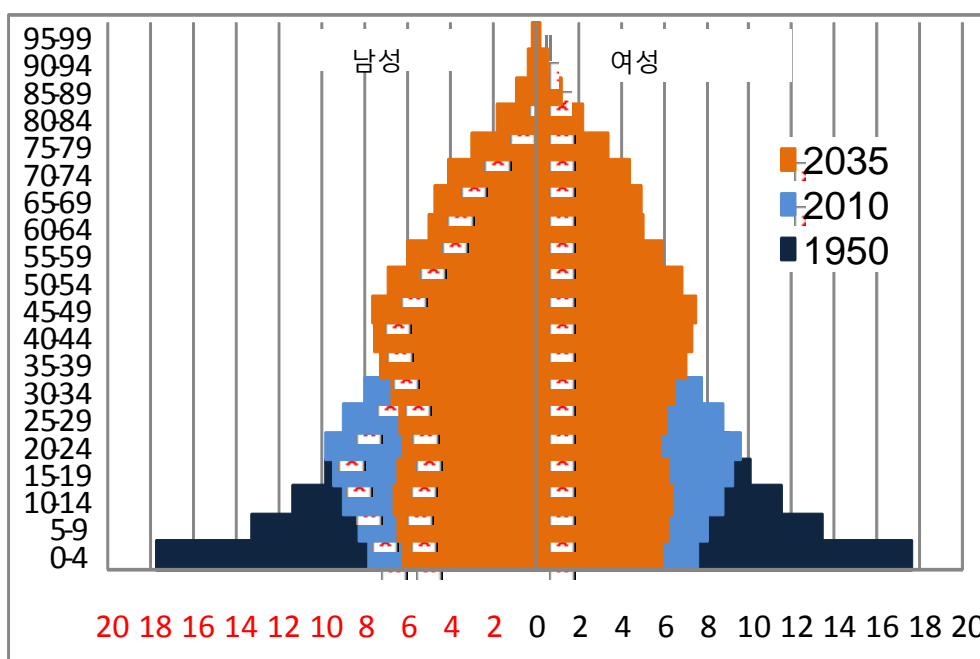
코스타리카의 높은 기대수명은, 교육과 보건의료에 자원 활용, 보건의료 시스템의 일차 진료에 집중, 그리고 사회보장시스템의 역할에 따른 결과로 설명할 수 있다(Caldwell, 1986). 보건의료 시스템은 1941 년부터 운영되기 시작했으며, 그때부터 높은 수준의 혜택을 제공했다(Rosero-Bixby, 1996). 반세기가 지난 오늘날, 보건정책은 공공서비스와 보편적 사회복지를 통한 보건의료에의 접근을 강화하였다(Unger, 2008).

## 1.5 인구 구조

청소년, 성인, 노인의 비율은 인구 구조를 결정한다. 출생률의 저하와 수십년 전부터 이어져온 기대수명의 개선의 결과로 국가의 연령별 인구 구조는 변화를 겪어왔다. 현재

구조는 노년화 과정에 있는 성년 인구 구조이다. 이 구조의 변화는 다음 그래프 2의 인구 피라미드에서 살펴볼 수 있다.

그래프 2. 인구 피라미드. 상대 수치. 코스타리카, 1950, 2010, 2035 년



출처: 공식 인구 예상에 따른 질병관리본부의 자료, INEC-CCP.

60 년전 코스타리카의 연령별 구조는 완벽한 피라미드 구조를 이루고 있었다. 이것은 그래프 2의 1950 년에 해당하는 푸른색 바에서도 볼 수 있다. 즉, 젊은 층이 인구에서 큰 비중을 차지했다. 인구에서 유소년층 비율이 높았다. 현재는 구조상 현저한 변화가 보인다. 그래프의 하늘색 바에서 볼 수 있듯이, 현재 유청소년(0~19 세)이 차지하는 비율은 감소했으며, 성인과 노인의 비중이 상대적으로 증가한 것을 볼 수 있다.

코스타리카는 점진적인 인구 노화 과정을 접하고 있다. 약 23 년내로(2035 년) 총인구 중 성인층의 비중은 더욱 증가할 것으로 예상된다.

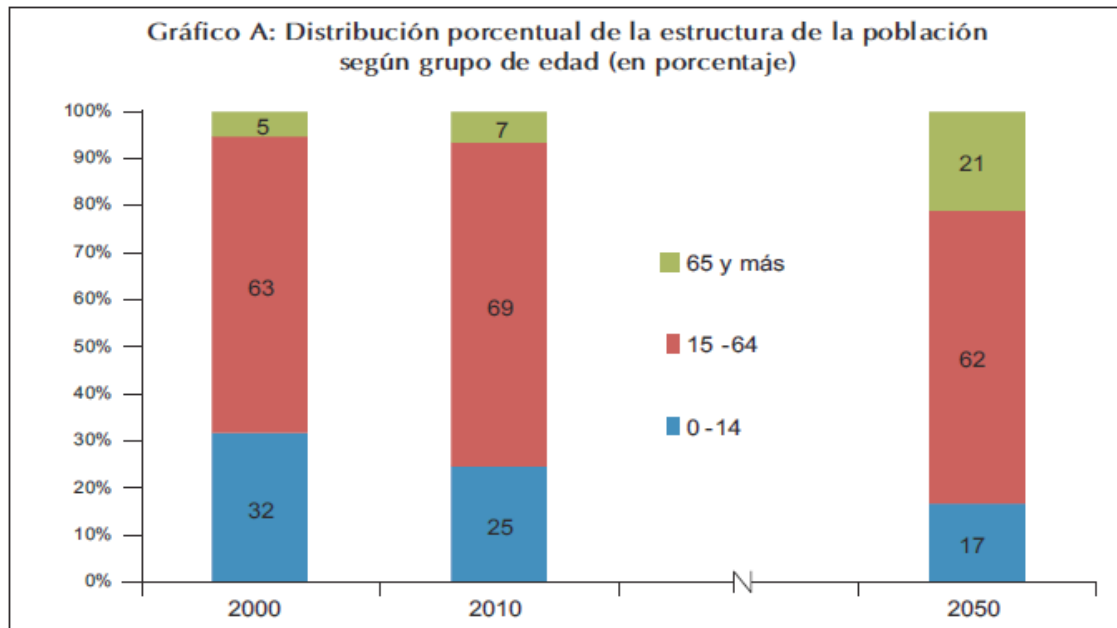
게다가 유청소년의 비중은 점차 감소할 것이다. 이것은 2035 년에 해당하는 오렌지 바에서 관찰할 수 있다.

직접 진료 서비스의 관점에서 보면, 인구 구조는 일차 수요 수준을 결정한다. 각 연령층의 수요는 상이하다. 어린이, 청소년, 성인 남성과 여성, 노인은 각기 다른 수요를 가진 주민의 전형이다. 각 층의 상대적 중요성은 자원의 할당을 결정해야 한다. 인구 구조의 점진적인 변화로 노년층에 대한 서비스의 수요가 증가해 어린이와 청소년에 대한 진료 서비스는 감소할 것으로 예측된다.

인구 노령화 과정은 역학적 측면에 영향을 끼치고 국가의 경제에도 반향을 불러 일으킨다. 노령화는 일반적으로 만성질병과 신체 기능 감소를 동반한다. 결과적으로 입원, 외래 전문가 진료, 의약품의 수요 증가를 야기한다.

코스타리카는 노인 대상 서비스 수요의 급격한 증가에 적극적으로 대응하고 있다. 이는 보건의료부문의 주요 과제 중 하나로, 인프라, 설비, 의료 전문가와 관련 인원에 대한 예측과, 더 적은 수의 납부자들이 더 많은 연금혜택자들을 위한 수입을 책임져야 하는 보건의료 시스템의 재정 지속가능성에 관여하고 있기 때문이다. 그래프 3 에서 동향을 살펴볼 수 있다.

그래프 3. 연령 분포의 변화, 2000-2010-2050



fuente: Elaboración propia a partir de los datos INEC y CCP. Estimaciones (1950-2007) y proyecciones (2008-2100) de población en Costa Rica por sexo y edad.

(그래프 A: 연령별 인구 구조의 백분율 분포(퍼센트))

## 1.6 인적자원 및 사회 개발

인적자원 및 사회 개발 상황은, 여러 다른 주거 지역에서 존재하는 격차를 보여주는 국제 및 국내의 여러 지표들에 의해 보건의료로 결정하는 요소가 된다.

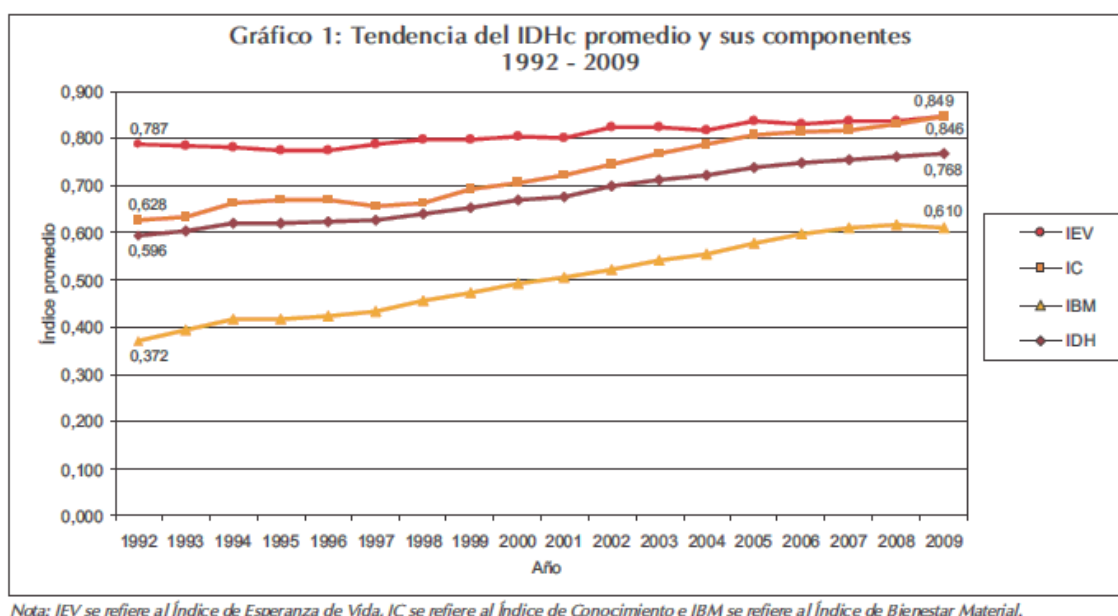
60 년대부터의 IDH(인적개발 지수) 자료를 보유하고 있다 하더라도 이 결과들과 2000 년 이후에 획득한 결과들을 직접적으로 비교할 수는 없다. 왜냐하면 UNDP(유엔개발계획)가 해당 지수 산출을 위해 사용한 방법에 변화가 있었기 때문이다. 코스타리카의 IDH 는 2000 년 0.820 에서 2007 년 0.847 로, 그리고 2011 년에 0.744 로 변했다. 최근 몇년간 약간의 하락을 보인 안정화 동향을 보였고, 다음 평가 부문에서 최근의 개선을 반영한다: 출생시 기대 수명 증가(건강과 장수); 성인 문맹교육을 및 초등, 중등, 고등 교육 등록 총비율(교육); 1 인당 GDP (US\$)(적정 생활 수준), 현재는 매우



양호한 상태임. 2011 년 세계적으로 평가된 187 개국 가운데 69 번째, 라틴아메리카-카리브 국가들에서 6 번째로, 인적자원개발 수준이 높은 나라로 분류된다.

도시 수준의 인적자원 개발의 측정은 IDHc(시 인적자원개발 지수)를 지표로 사용해 실시한다. 이 지수는 IEV(기대수명 지수), IC(지적능력 지수), IBM(물질적 행복 지수)로 이루어져 있다. 수치는 0 에서 1 사이이며 1 에 가까울수록 IDH 가 좋다는 것을 의미한다. 다음 그래프에서 볼 수 있듯이 1992~2009 년 기간의 자료가 존재한다:

**그래프 4. 1992~2009 년 시 인적자원 개발 지수의 동향**

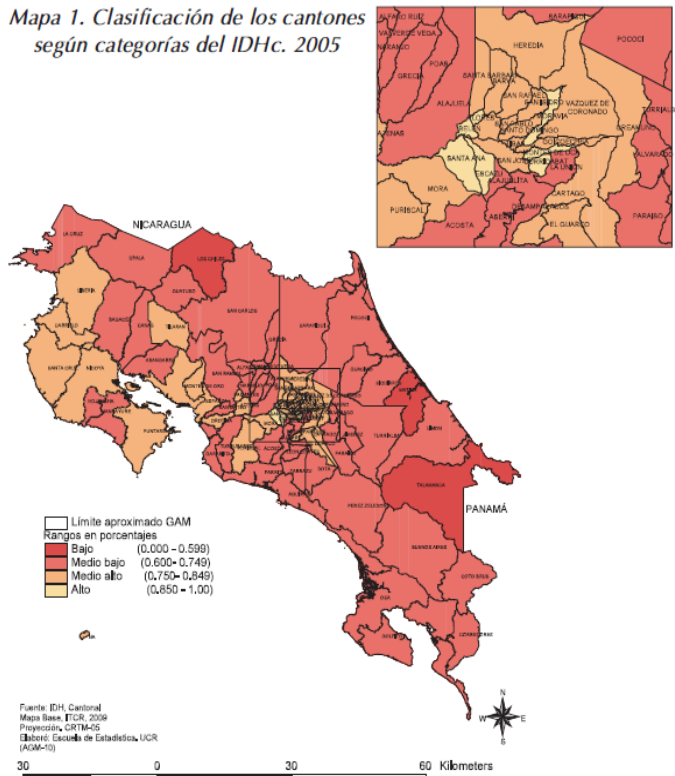


출처: UNDP(유엔개발계획). 2011 년 시 인적자원개발 보고서.

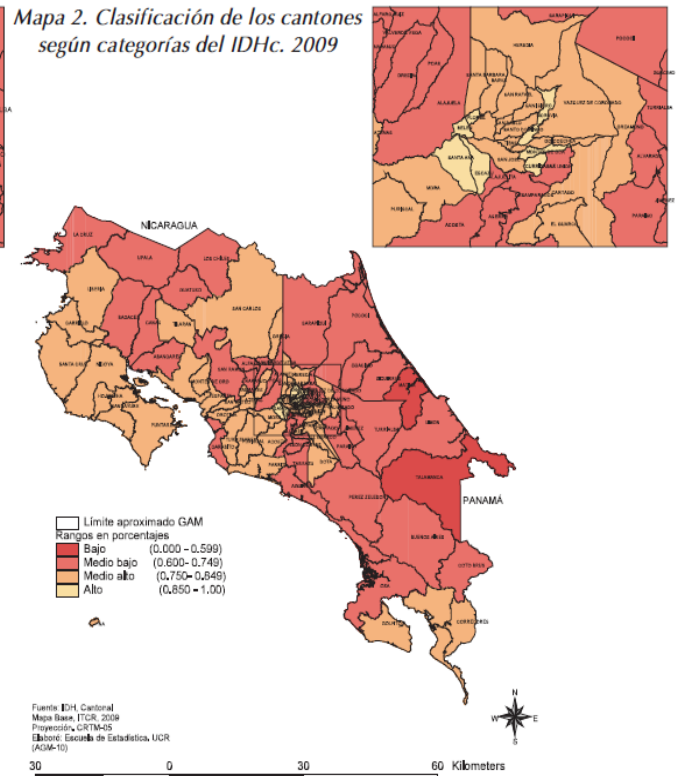
2009 년 IBM(물질적 행복 지수)은 경미하게 하락했지만, 종합 동향은 모든 지표상에서 지속적인 개선을 나타낸다.

그림 3. 도시의 인적자원 개발 지수. 코스타리카 2005 년 vs. 2009 년

Mapa 1. Clasificación de los cantones según categorías del IDHc. 2005



Mapa 2. Clasificación de los cantones según categorías del IDHc. 2009

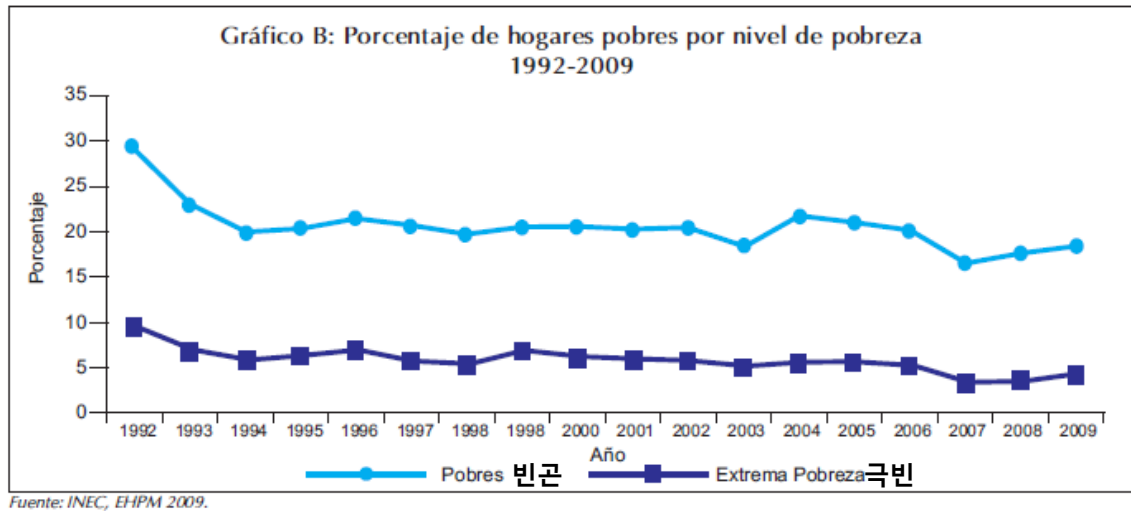


출처: UNDP. 2011 년 도시 인적자원 개발 보고서.

개선에도 불구하고 중부지방의 도시들은 개발 조건이 확연하게 더 좋은 것으로 나타난다. 마찬가지로 Guanacaste 주의 일부 도시들은 관광개발이 긍정적인 영향을 미친 것으로 나타난다. 빈곤과 생활수준 개선을 위한 기회가 적은 곳으로는 해안가의 도시들(Puntarenas, Limón, Guanacaste 의 일부 지역)과 원주민 지역(남부와 북부 국경 지역)을 들 수 있다.

빈곤율은, 국제지표에 따르면 최근 15 년 동안 빈곤층 비율은 인구의 20%(대략 80 만명)에 달하는 수치를 유지해 왔으며, 이 중 6%는 극빈층에 속한다.

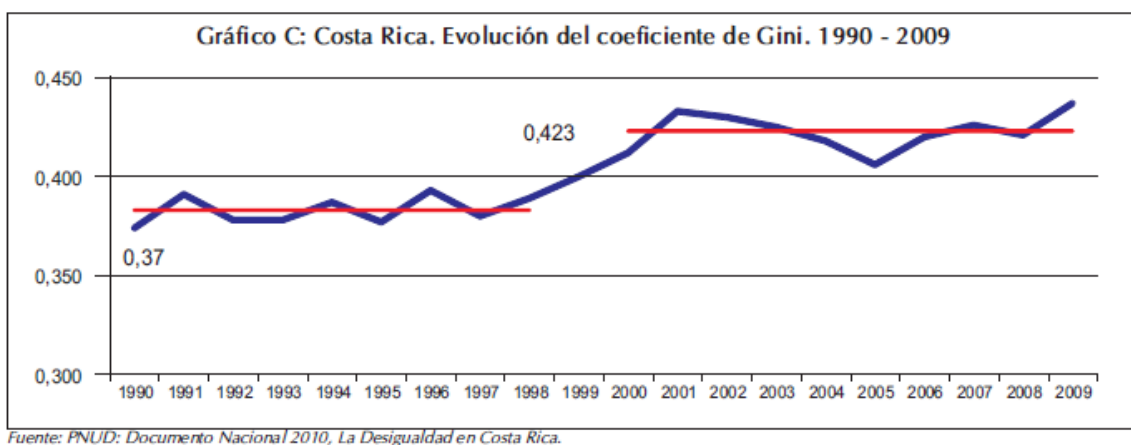
그래프 5. 199~2009 년 빈곤과 극빈 수준의 추이



출처: UNDP. 2011 년 도시 인적자원 개발 보고서.

지니 계수로 측정되는 사회적 불평등은 최고 빈곤층 20%와 최고 부유층 20%의 소득의 추이를 설정하는데, 최근 몇 년간 증가했다는 것은 국가가 더 많은 부를 창출했음에도 부의 분배에서는 그렇지 못했다는 것을 나타낸다. 2012 년에 수치는 0.515 를 기록했으며, 이는 라틴아메리카에서 가장 높은 수치 중의 하나이다. 이 주제는 코스타리카의 또 다른 과제이다. 다음 그래프를 참조할 것.

그래프 6. 1990-2009 년 지니계수 추이



출처: PNUD. 2011 년 도시 인적자원 개발 보고서.

보완적인 차원에서, 국가기획 및 경제정책부는 IDS(사회개발지수)를 개발했다.

이 지수는 국가의 상이한 지리적 지역(도시와 구)간의 사회적 격차를 측정하는 요약적 지표를 구성한다. 사회적 개발의 개념은, *인권의 존중과 장려라는 테두리 안에서 전 인구의 경제, 사회, 정치, 문화 생활에의 통합을 이루기 위해 여러 사회 집단과 지리적 지역들에서 나타나는 복지 수준 간에 존재하는 간격의 축소를 보장하며, 보다 평등하고, 참여적이며, 포괄적인 사회에 도달하기 위해 노력하는 과정*<sup>1</sup>에서 나온다. 다음 변수들로 구성된다: 교육 인프라, 특수 교육 프로그램에의 접근, 1 인 교사 학교, 낙제, 선거 참여, 미성년자 임신부의 출산, 일반 사망률 대비 5 세 미만 인구의 사망, 출생시 저체중과 학교 초년생 어린이의 저체중 지표로 구성되는 어린이 저체중, 주거용 식수, 주택용 전기의 월평균 소비량, 인터넷 접속 가능 주택. 수치는 0 에서 100 사이로, 높을수록 개발 상황이 양호함을 의미한다.

이 수치는 코스타리카의 사회개발 수준에 존재하는 이질성의 등급을 반영한다. 주로 국경지역과 카리브해 연안에 위치한 도시들처럼 국가의 중심부에서 가장 멀리 떨어진 도시들은 사회개발이 뒤쳐져 있다. IDS 구성의 변화에도 불구하고 1999 년과 2007 년의 IDS 에 따르면 가장 뒤쳐진 도시들 중 일치가 되는 부분이 존재하는 것을 강조할 필요가 있다. 마찬가지로 2005 년 실시한 IDGc 의 결과와 높은 등급의 통계적 상관성(0.8485)이 존재한다(Olmedo y Gutiérrez, 2006). 도시들을 5 분위 수(quintile)로 분류했을 때 첫번째 5 분위 수의 도시들(최저 IDS)의 평균 인구밀도는 낮게 나타나는 반면, 다섯번째 5 분위 수의 도시들(최고 IDS)의 인구밀도는 높고, 인구는 주로 수도권 등 도시지역에 집중해 있는 것으로 나온다.

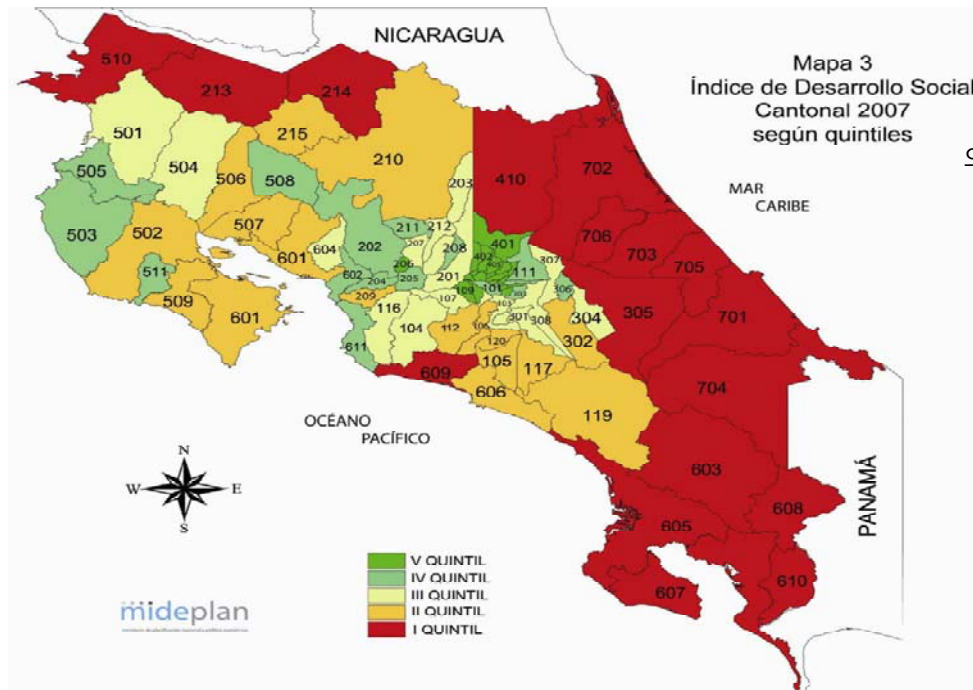
---

<sup>1</sup> 국가기획 및 경제정책부, 사회개발지수 2007 년. 코스타리카

소수 민족 인구가 가장 많은 몰려 있는 6 개의 도시들 중 4 개는 첫번째 5 분위 수에, 2 개는 두번째 5 분위 수에 속한다. 여타 지역과는 달리 개발에 있어 불공정한 부분이 존재하는 것을 증명한다.

중간 5 분위 수는 더욱 이질적이며, 양극의 5 분위 수처럼 통일된 추세를 보이지 않는다.

그림 4. 2007 년 도시 사회 개발 지수



지도 3  
2007 년 5 분위 수에  
의한 도시의 사회개발  
지수

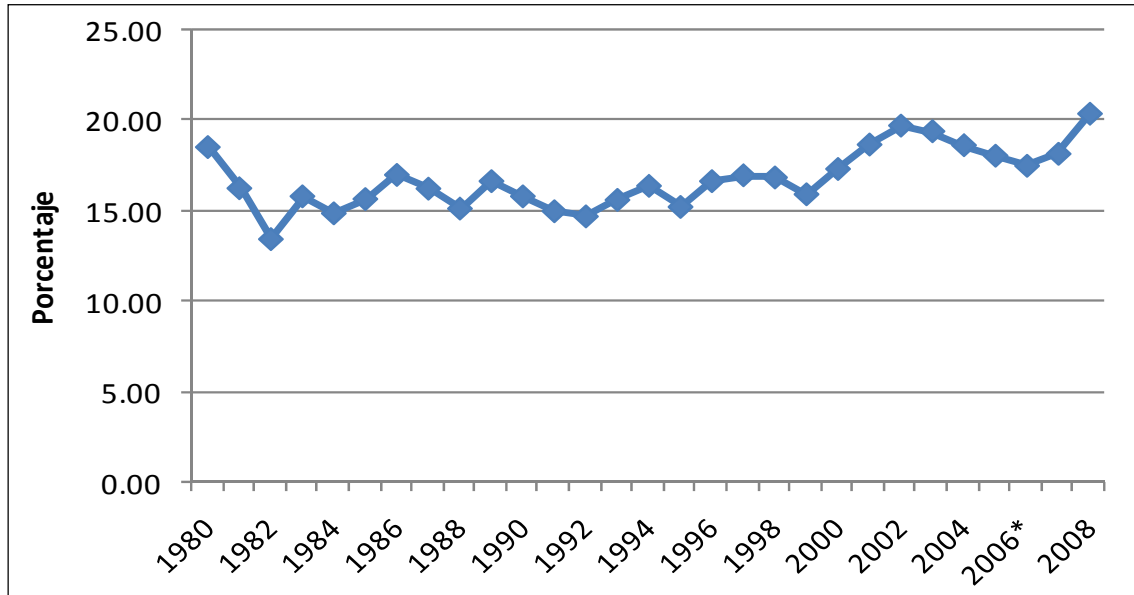
출처: MIDEPLAN

## 1.7 공공지출

GDP 대비 사회공공지출은 국가가 사회공공지출에 취하는 우선권을 가시화한다. 보건의료, 교육, 사회보장, 주택 및 토지, 문화 및 레크리에이션 부문을 검토한다. 다음 그래프는 1980~2008 년의 사회공공지출 동향을 나타낸다.

그래프 7. GDP 대비 사회공공지출.

코스타리카, 1980-2008



출처: Juan D. Trejos S. 경제연구소. UCR

중요한 점은, 1980년에는 거의 20%였는데 다음 두 해 동안은 하락 추세를 보여 13%까지 떨어져 기간 중 최저 수치를 기록하는데, 이 기간은 80년대 경제 위기와 일치한다. 그 후 17년 동안 15~16%를 유지하다가, 2000년부터 성장세를 보이며 2008년에 다시 20%까지 도달한다.

아마도 여기서 가장 중요한 것은, 정권 교체와는 독립적으로 사회공공지출은, 이 기간 동안 줄곧, 심지어는 경제위기 시기에도 지속적으로 높은 비율을 차지하며 1인당 200,000~250,000 콜론을 유지함으로써 코스타리카에서 항상 우선사항이었다는 것을 강조하는 것이 중요하다 하겠다.

1980~2008 년 기간 동안 GDP 에서 보건의료에의 국가지출 비율은, 상승세를 가지며 4.5~5.9% 범위에 있어, 2007 년 아메리카 대륙 국가들 중 가장 높은 비율을 가진 5 개국 중 하나에 위치하게 했다.

## 1.8 인플레이션율

인플레이션은 일반물가수준의 일반적이고 지속적인 인상을 말한다. 일반물가수준은, 2006 년 7 월을 기준으로 해서 발표해 IPC(소비자 가격 지수)를 획득한다. 이 결과는 매달 처음 이틀(평일)에 통계청에서 제공한다<sup>2</sup>.

코스타리카의 인플레이션율은 2008 년까지 매우 높았다. 2007 년과 2008 년에는 라틴아메리카에서 베네주엘라에 이어 가장 높았다. 2009 년 인플레이션율은 매우 중요한 하락을 보인다. 주요 거래국인 미국, 중미, 유럽, 중국에 비해 높은 인플레이션율로 인해 중요한 경쟁력의 상실을 유발한다.

인플레이션은 또한 국가경제를 퇴행시킨다. 즉, 가난한 사람들의 부담이 부유한 사람보다 더 크기에 빈곤층의 상황을 더 악화하는 부정적인 영향을 끼친다. 실제로 2008 년에 식료품은 약 30% 정도 인상했는데, 이는 인플레이션율을 훨씬 상회하는 수치이다. 그리하여 빈곤층이 생활비 중 식료품에 지출하는 비율이 높다는 것을 감안할 때, 물가인상으로 인해 가장 피해를 많이 보는 것은 역시 빈곤층이다.

인플레이션율을 한자리 대로 내리는 것은 매우 힘들었다. 예외적으로 2009 년에는 환율정책에 관한 통화정책에서의 조정이 강도높게 행해졌음에도 불구하고, 환율제도의 변경이 결실을 맺기 시작했기에 통화공급의 조정이 제대로 이루어지게 되어서

---

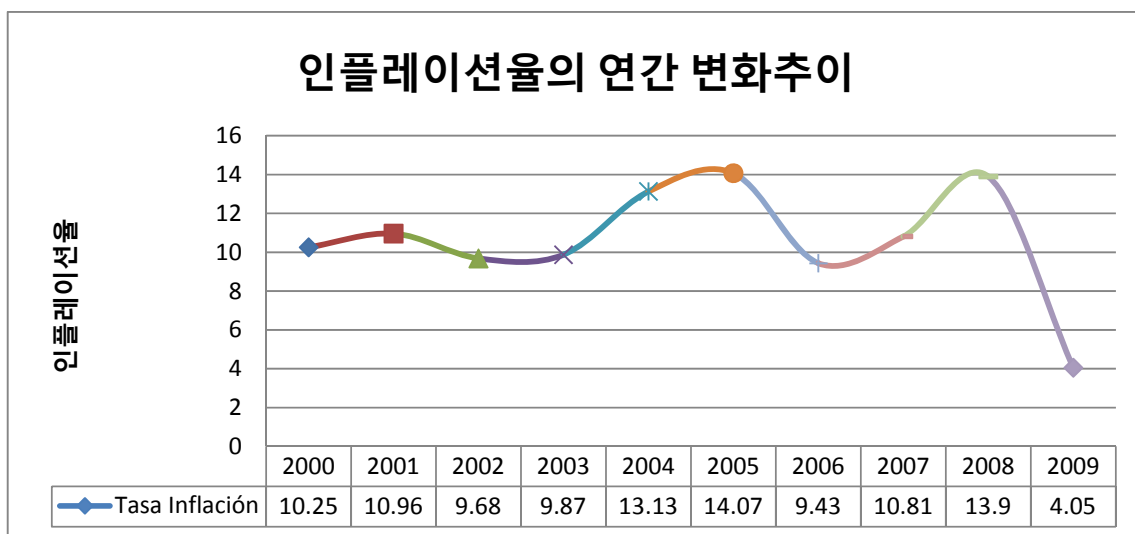
<sup>2</sup> 매달 금리를 업데이트하는 BCCR(코스타리카 중앙은행) 홈페이지에서 자료 발췌.

인플레이션율이 하락했다; (1929 년 이후 가장 중요한 세계적 불황으로 야기된) 수요 축소의 영향으로 인해 원유와 원자재 가격이 하락한 국제정세도 간과할 수는 없다.

인플레이션율의 하락은 두 가지 형태로 생산비용과 보건의료서비스에 긍정적으로 작용한다: a) 물가연동이 줄어들기 때문에 상승을 억제한다; 그리고 b) 사람들의 구매력에 끼치는 영향이 미미하다; 이렇게, 의약품 뿐만 아니라 보건의료 자체 서비스에도 접근성이 향상된다. 최악의 경우라 할지라도 이 접근성은 앞서 설명한 바에 따라 이전 해들보다 덜 감소한 것처럼 보일 것이다.

인플레이션율은 조사 기간 중에도 2008 년 13.9%, 2009 년 4.05%의 변동이 있었다. 다음 그래프에서 볼 수 있듯이 다분히 불규칙적인 움직임을 보인다.

그래프 8. 연별 인플레이션율. 코스타리카. 2000-2009 년



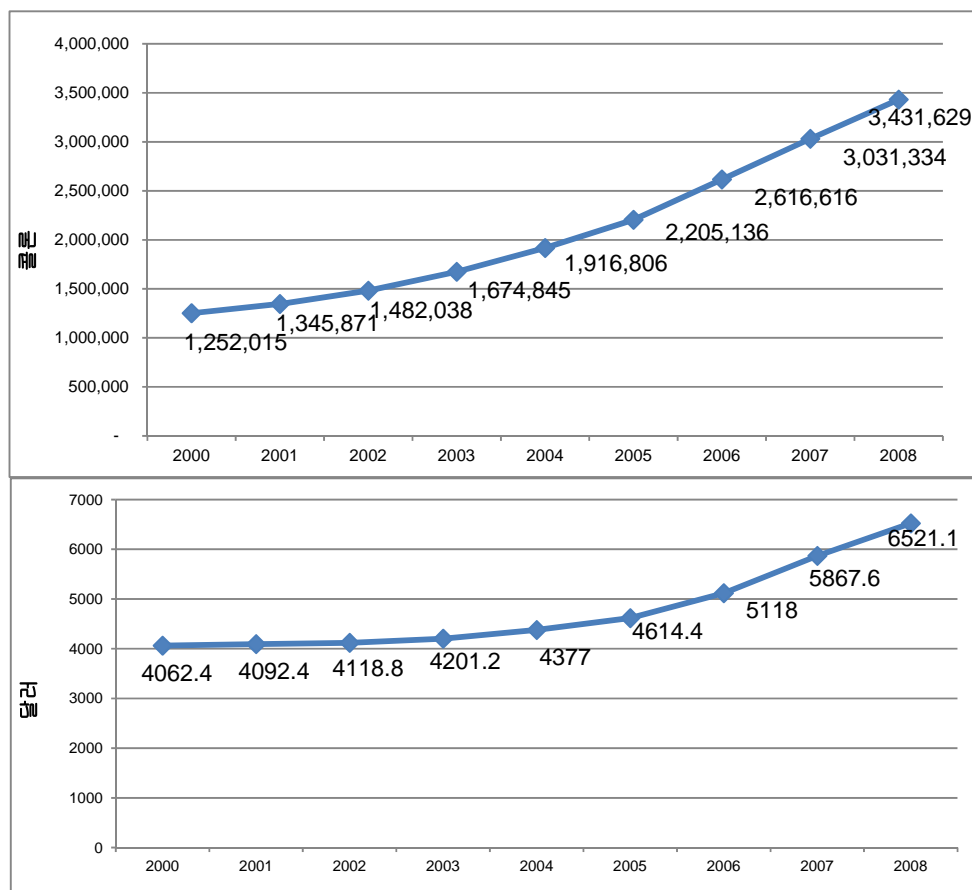
출처: BCCR 의 자료를 활용한 DGASS



GDP 는 일정기간 내에, 평가절하를 제외하거나 고려하면서, 생산 요소의 국적에 관계없이 국내에서 생산되어 시장에 제공되는 최종 재화와 용역의 수량을 말한다<sup>3</sup>.

코스타리카의 1 인당 국민소득은, 2006 년 5,118\$에서 2008 년 6,521\$로 괄목한만한 성장을 보여 중미 국가들 중 1 인당 GDP 가 가장 높았다. 중간소득국가에 진입해 국제 협력 지원이 필요하지 않게 되었다.

그래프 9. 1 인당 GDP 콜론 및 달러화. 코스타리카, 2000-2009 년



\* 국제 수지의 수입과 지출 사이의 유효한 환율 평균에 해당

출처: BCCR 의 자료를 활용한 DGASS

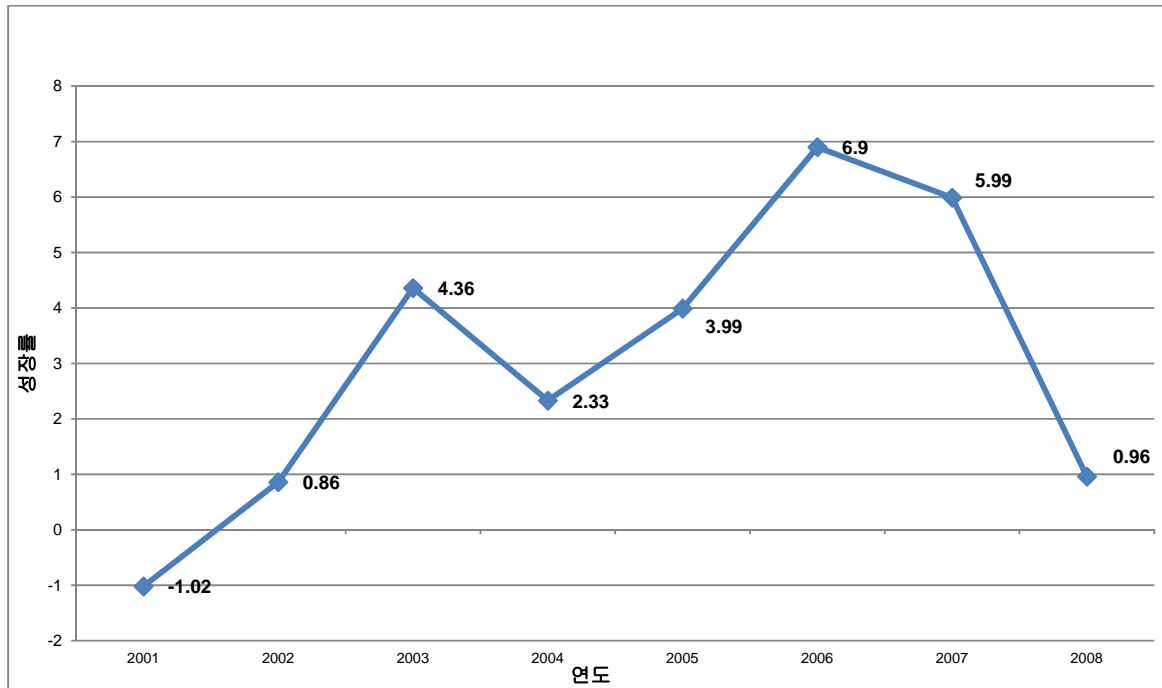
<sup>3</sup> BCCR(코스타리카 중앙은행)의 홈페이지에서 자료 발췌

명목 GDP(현재 가격)에서 실질 GDP(불변 가격)로 옮겨가기 위해 명목 GDP의 통화를 수축(인플레이션에 의한 인상을 제거)해야 한다. 이를 위해 GDP의 임플리시트 디플레이터를 사용하는데, 이는 코스타리카의 중앙은행이 제조한다.

실질 GDP 성장률은, 2001년 -1.2%, 2006년 6.9%로 다분히 불규칙적인 움직임을 보인다. 2000년, 2005년, 2006년, 2007년에는 상대적으로 높은 성장을 볼 수 있고, 다른 해에는, 마이너스 성장을 보인 2001년을 제외하고, 중저 수준의 성장을 보인다. 실질 GDP 성장률은 필연적으로 경제성장, 인플레이션율, 인구성장의 직접적인 영향을 받는다. 그래서 그 성장은 고 경제성장율, 저 인플레이션율, 저 인구성장율에 의해 증강된다.

1인당 실질 GDP는 한 나라의 수요 충족을 위한 능력의 단순한 평균수치이기 때문에 대략적인 아이디어만 제공한다. 코스타리카의 경우, 재화와 용역의 생산이 실질적으로 증가하고 있기 때문에, 수요 충족이 평균적으로 충분히 이루어지고 있다고 할 수 있다. 이러한 재화와 용역에 보건의료와 관련된 부분이 있다는 것은 자명하다. 그래서 이 지표가 나타내는 강한 제약을 고려하며 결론을 내리자면, 코스타리카 국민들은 적어도 평균적으로는 의료품 및 의료서비스에 접근하기에 양호한 조건에 있는 것으로 보인다. 그럼에도 불구하고, 앞서 기술한 사항을 확증하기 위해 구체적인 지표를 활용해 보건의료 부문을 상세하게 분석하는 것이 중요하다.

그래프 10. 1 인당 실제 GDP 의 성장률 2001-2008 년



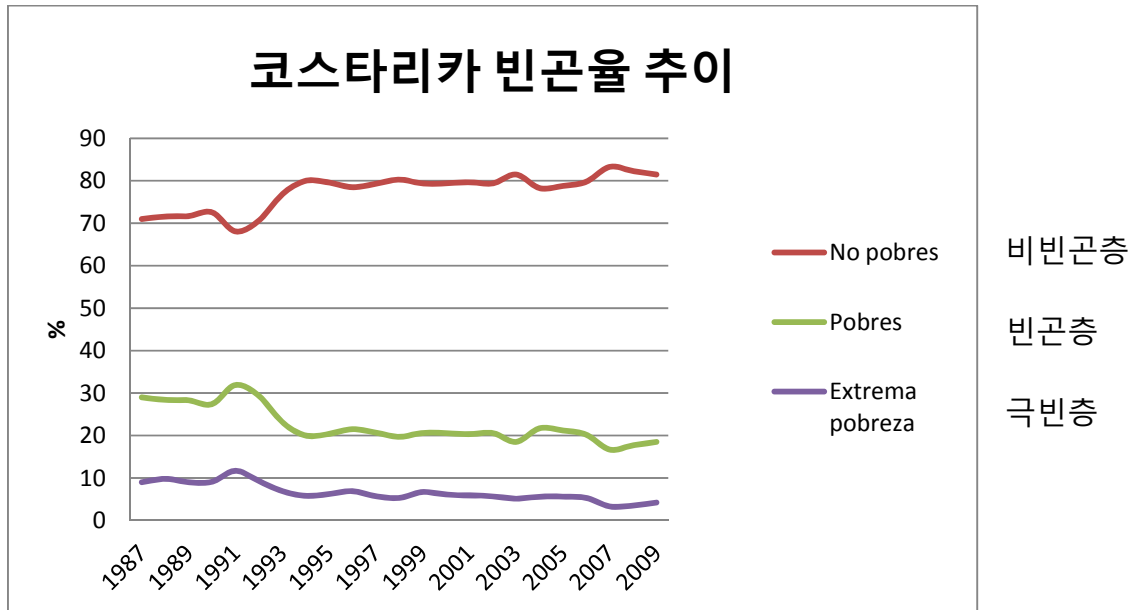
출처: BCCR 의 자료를 활용한 DGASS

## 1.9 빈곤율

지난 20 년동안 빈곤가정과 극빈가정의 비율이 하락했다. 그러나, 극빈층의 빈곤율의 하락은 뚜렷하지 못했다.

1987 년과 2009 년 사이에 빈곤가정은 10% 포인트 감소했으며 극빈가정은 5% 포인트만 감소했다. 이 결과로 인해 전국적으로 빈곤층이 아닌 가정의 비율은 1987 년 71%에서 2009 년 82%로 상승추세를 보였다(그래프 11 참조).

그래프 11. 수입이 알려진 가정들의 상대적 분배. 코스타리카 1987-2009 년.

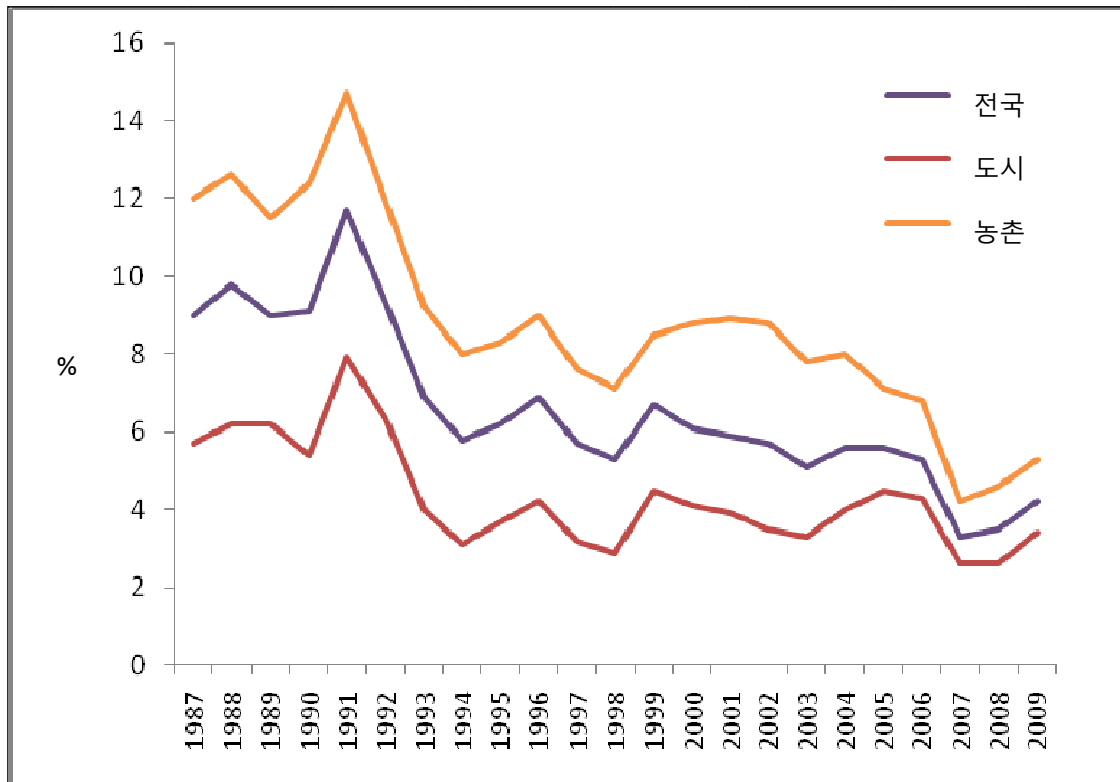


출처: 의료관리국 EHPM. INEC 기초

농촌 도시지역에 상관없이 동기간의 극빈율의 동향을 분석하면 1991-1994 년과 2006-2007 년에 하락이 뚜렷해지는 것을 볼 수 있다. 다음 그래프에서 볼 수 있듯이, 극빈율의 가장 급격한 하락은 농촌지역에서 일어났다.

지역별 극빈가정의 분포를 분석하면 도시지역과 농촌지역의 뚜렷한 차이를 볼 수 있다. 농촌지역과 도시지역 사이의 극빈율의 가장 큰 차이는 1990 년의 7% 포인트이다. 17 년후, 이 차이는 1.6% 포인트로 가장 낮은 수치를 기록한다. 2008 년부터 극빈가정에 새로운 상승세가 나타나는데, 농촌지역에 더욱 두드러지게 나타나 결과적으로 차이를 확대시켜 그래프 12 에서 볼 수 있듯이 2% 포인트까지 벌어진다.

그래프 12. 지역별 극빈 가정 비율. 코스타리카. 1987 년-2009 년



출처: 의료관리국 EHPM. INEC 기초

### 1.10 취업률

2009 년 전국적으로 취업률(12 세 이상 취업 인구율)은 2008 년 대비 2.1% 포인트 감소한 반면, 실업률은 1.6% 포인트 상승했다 (표 4 참조).

일반적으로 이 기간 동안, 도시지역과 농촌지역의 남성들에게 취업기회에서는 큰 차이를 보이지 않는다(2.4% 포인트 차이)는 것을 강조할 필요가 있다. 그러나, 여성의 경우에는 확연한 차이를 보인다. 도시지역의 취업률은 농촌지역보다 11.5% 포인트를 상회한다.

가장 높은 실업률은 농촌지역의 여성에게 나타난다.

표 4. 지역, 성별 노동력 지표. 코스타리카, 2006 년-2009 년

지역	지표	006		2007		2008		2009	
		여성	남성	여성	남성	여성	남성	여성	남성
도시	취업률	41,6	69,2	42,6	70	44,6	68	42,4	65,8
	실업률	8,2	4,2	6,8	3,1	5,6	4	9,2	6,5
농촌	취업률	30,1	71,8	32,6	71,9	30,3	71,6	30,9	68,2
	실업률	9,6	4,5	6,8	3,4	7,8	4,3	11,2	6,7

출처: 의료관리국 EHPM 기초, INEC 2009.

요약 차원에서 다음 표는 2009 년의 경제지표를 활용한다:

표 5. 경제지표, 2009 년

코스타리카의 주요 경제 지표, 2009 년	
지표	수치
총 인구	4,630,482
% 도시 지역 거주민	58.9
% 중부 지역 거주민	63.9
% 경제 활동 인구	45.9
총 취업인구	1,955,507
실업률	7.8
% 1 차 산업 종사자	12.5
% 2 차 산업 종사자	21.4
% 3 차 산업 종사자	66.1
1 인당 GDP (US\$)	6,522.1
% 1 차 산업 GDP	9.4
% 2 차 산업 GDP	26.8
% 3 차 산업 GDP	58.4
% 수출/ GDP(재화)	30.5
출처: 통계청, 코스타리카 중앙은행	

## 1.11 기술 접근성

종합적인 차원에서, 2009 년 업데이트된 표를 통해 코스타리카 국민들의 새로운 정보통신기술(ICT)에의 접근성 수준을 보여준다:

**표 6. 정보 통신 기술 접근성**

정보 통신 기술 보유 가정, 2005-2009			
종류	2005	2009	%*
총 가구 수	1,114,210	1,256,701	3.1%
라디오	961,682	,934	0.4%
컬러 TV	1,033,540	1,204,666	3.9%
유선 전화	730,804	827,963	3.2%
휴대폰	555,198	873,291	12.0%
케이블 TV	246,398	472,757	17.7%
컴퓨터	300,786	477,643	12.3%
인터넷	113,672	234,381	19.8%
유선전화 유, 휴대폰 무	301,170	217,539	-7.8%
휴대폰 무, 유선전화 무	125,564	262,867	20.3%
유선전화 유, 휴대폰 유	429,634	610,424	9.2%
전기	1,103,659	1,249,284	3.1%
*/ 기하학적 변동의 백분율에 해당			
출처: MDIEPLAN, INEC 의 자료 활용			

## 2. 코스타리카 보건의료부문(시장) 진출을 위한 지역 조건 및 요소 연구

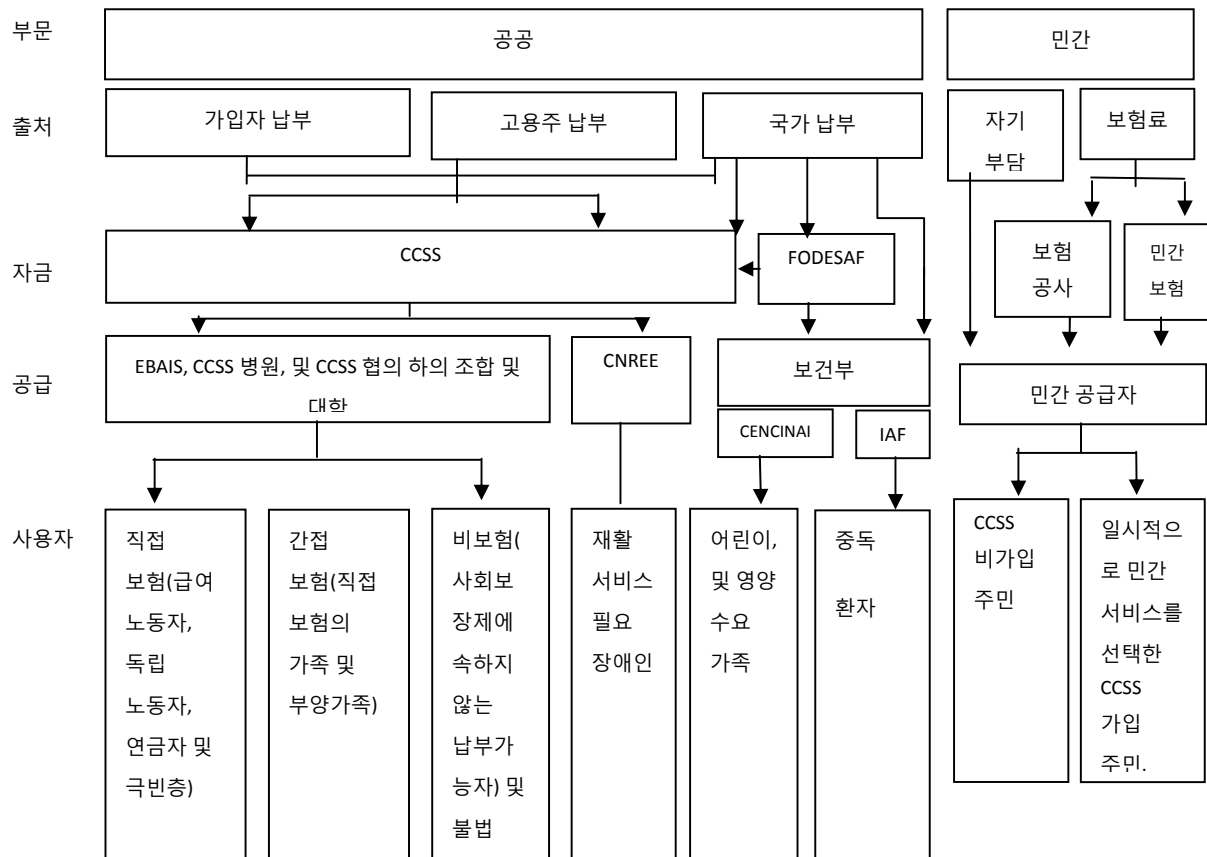
Sáenz y Bermúdez (2010)에 의하면, 개인의료서비스는 공공부문, 민간부문, 그리고 주 부문의 혼합부문에서 제공된다고 있다. 공공부문은 개인 보건의료 서비스의 주 제공자인 CCSS(Caja Costarricense de Seguro Social, 코스타리카 사회보장국)가 장악하고 있다. 시스템 관리자로서의 보건부, 그리고 보건부 지정기관인 CEN(교육 및 영양센터), CINAI(유아 영양 및 보육센터), IAFA(알콜중독 및 약물의존연구소)는 각각 영양 결핍과 향정신성물질 중독 문제를 갖고 있는 주민들을 상대한다. 민간 하위 부문에는 개인 의료 서비스 즉, 다섯 개의 보험회사, 협동조합(CCSS 와 계약관계의 비영리 기관), 자영기업, 민간병의원들이 있다. 의료서비스 뿐만 아니라 보험도, 합법적으로 정해진 감독하에 민간 부문에 열려 있다. 보건부는 CCSS 의료센터와 민간의료센터의 관리기관이며, SUGESE(종합보험관리국)는 보험회사들을 관리한다.

INS(보험공사)은 공공부문 뿐만 아니라 민간부문의 운영에도 관여하며, 노동재해와 교통재해의 적용 범위를 관리하고, 의료서비스와 관련 외상의 재활 관련 서비스 제공을 책임진다.

공급자간의 보건의료시스템, 금융과 운영 자원의 흐름, 사용자들의 역학을 이해하기 위해 다음 도표를 제공한다:



그림 5. 코스타리카 보건의료부문의 기능 도표



출처: Sáenz R. Bermúdez. J. Acosta M. (2010)

CENCINAI: CEN(교육 및 영양 센터) 및 CINAI(유아 영양 및 보육 센터).

CNREE: 코스타리카 국립 재활 및 특수교육 위원회.

EBAIS: 보건소.

IAFA: 알코올중독 및 약물의존 연구소.

INS: 보험공사.

코스타리카의 보건의료 시스템은 보건의료, 수도 및 위생시설 서비스를 제공한다. 보건의료 서비스의 구성요소는 공공부문과 민간부문을 포함한다. 공공부문은, 대부분의 개인 보건의료 서비스의 재정, 구매 및 제공을 담당하는 기관인 CCSS가 장악하고 있다. CCSS는 가입자, 고용자, 국가의 납부금으로 재정을 운영한다. 또, 세 가지 제도를 운영한다: 질병과 출산 보험, 장애, 노화 및 사망 보험, 비납부 제도. CCSS는 자체 시설이나 민간부문의 시설에서 “업무 협약” 계약에 의해 서비스를 제공한다. 민간부문은 외래서비스와 영리 목적의 전문 서비스를 제공하는 공급자망으로 이루어져 있다. 이 서비스는 주로 자기부담에 의해 운영되지만, 민간보험료도 한 몫을 담당하고 있다. 국립보험원은 공공부문 뿐만 아니라 민간부문도 운영한다. 근로재해 및 교통보험의 혜택을 관리하며, 의료서비스와 관련 외상 재활 서비스를 제공한다. 한편, 보건부는 보건의료를 담당하는 전문 경영진을 보유하고 있으며, 지역과 현지 수준에서 전염병의 감시와 방역을 담당하는 운영유닛망을 운영한다. 보건부는 시스템의 관리자로, 정치적, 위생관리, 보건의료 응대, 방역, 조사와 기술 개발의 관리를 담당한다.

## 2.1 보건의료부문과 코스타리카의 국가 보건의료 시스템

- 보건부, 총관리자 역할.
- IAFA(알콜중독 및 약물의존 연구소)
- INCIENSA(코스타리카 보건영양교육연구소)
- CEN-CINAI( 교육 및 영양센터와 유아영양 및 종합진료센터의 국립관리국)
- CCSS(코스타리카 사회보장국)
- ICAA(코스타리카 상하수도국)

보건의료부문

보건부

상하수도국

대학

민간부문

여타 사회 기관

보험공사

C.C.S.S.

## 역사 개요

1941 년 11 월 1 일, Rafael Ángel Calderón Guardia 대통령 재임기간에, 법률 17 조에 의해 국가 반자치기관으로 CCSS 가 창설된다.

그러나, 1943 년 10 월 22 일에 CCSS 의 창설 법률이 개정되어, 노동자층 부문을 상대하기 위한 3 부(tripartite) 재정체계를 갖춘 국영자치기관으로 변경된다.

I.V.M.(장애, 노화, 사망) 보험은 1947 년 창설되었고, 국영기업, 자치기관, 반자치기관, 시청의 근로자들을 포함했다. 같은 해 7 월, 민간기업의 행정직원들도 편입한다.

I.V.M. 보험은 1960 년이 되어서야 상업계, 특수교육학교, 전문상담소, 시청의 일용직 근로자들에게까지 확장됐다. 1962 년에는, 건설 단순 노동자, 토목공사와 철도공사의 일용직 근로자들에게까지 확장됐고, 1971 년에는 국가의 모든 근로자로 확대됐다.

CCSS 는, 1961 년 5 월 12 일 법률 2739 에 의해 사회보험의 보편화를 위한 자격을 갖춘다.

병원들은 1973 년에 법률 5349 에 의해 3 년반만에 CCSS 에 속하게 되었고, 현재 29 개의 병원들이 속해 있다. I.V.M. 보험은 1975 년에 농업종사자들에게 확장되고, CCSS 는 비과세제도의 연금체계를 담당함으로써 영세노동자들을 보호하려 한다.

보건부 책임하의 예방단계와 CCSS 에 해당하는 상대적 단계를 총체적으로 분리하는 시스템에서, 한 면에서는 서비스의 통합으로, 다른 면에서는 평행적 합동 작업으로 옮겨간다: CCSS 는 예방의료에 관한 보건의료 행동을 실행할 수 있는 자격을 갖게 된다.

CCSS 는 그 기능이나 주요 목적에 따라 국가, 후원자, 노동자의 지원을 받는데, 이들의 회비를 통해 활동에 필요한 기본적인 경제적 토대를 조달한다.

## **2.3 CCSS 의 법률적 자치성**

정치적 헌법은 사회적 권리와 보장에 관한 장의 제 73 조를 통해 사회보험의 경영과 운영을 CCSS 에 위임했다 . 이 기관의 자치권은 제 73 조의 두 번째 단락에서 다음과 같이 인정하고 있다:

“제 73 조.- (...)

사회보험의 경영과 운영은 CCSS 라고 명명되는 자치기관에서 책임진다.

(...).”

CCSS 의 경우, 그 자치권은 다른 자치기관의 그것과는 상이하며 더 상급의 자치권이다. 행정적 독립권을 누리는 것 외에도 운영의 자치권도 가지고 있다. 이 기관에 법적 규범에 의해 독점적인 자격, 즉 사회보험의 경영권과 운영권이 주어진다는 것은 분명하다. 상급기관으로서는 아니지만 보건국이 CCSS 의 관리국 역할을 수행한다는 것이 확실하게 정해져 있다.

## **2.4 CCSS 의 목적, 비전, 가치**

목적: 개인, 가족, 공동체에 통합적 의료 서비스의 제공 및 경제적 보호와 연금의 수여.

비전: 코스타리카 주민에게 보건의료의 통합적 및 사회적 서비스 제공의 선두기관이 되는 것.

가치: 존중, 책임, 정직, 통합, 충성, 서약, 투명성, 사회 보장제도의 원칙을 보호: 공평, 평등, 보편성, 의무, 통일성.

## 2.5 SEM(질병 및 출산 보험)

코스타리카는 보편적 혜택과 통합적 진료 원칙에 의해 유지되는 보건의료를 위해 노력하고 있다. 마찬가지로, 서비스 제공에 있어서도 공평성이 존재해야 하는 것처럼 자금조달(3 부, tripartite)에도 연대감이 있어야 더 큰 사회적 참여를 유도할 수 있다. 그래서, 보건의료에 있어 CCSS 는 헌법에 명시된 책임에 의해 국토의 모든 주민에게 혜택을 제공해야 한다.

주민들은 보건의료에 대한 권리가 있으며 공공진료센터를 이용할 수 있다: 이를 위해, CCSS 의 보건의료 법규가 정하는 보장 방식 중 하나에 가입할 필요가 있다. 그러나, 응급진료와 같은 일차진료가 필요한 특수 경우와 가입을 하지 않은 국민(이민자 포함)들도 서비스의 이용이(보장 조건과는 독립적으로) 가능하다. 서비스가 제공된 후에는 해당 서비스에 대한 지불을 해야 한다.

코스타리카에서는 1975 년부터 비급여 근로자 보호가 제정되었고, 1976 년부터 RIVM(장애, 노화, 사망 제도)과 특별법에 의해 창설된 제도의 모든 연금자는 SEM 에 회비를 납부해야 한다.

1984 년부터, 국민건강을 보호하기 위한 보장제도의 하나로 가족 단위의 “국가부담보험”이 창설되었다.

80 년대에, CCSS 가 특별협약을 통해 형성하는 방식의 사회조직에 속한 비급여 독립근로자들을 보호하기 위한 공동보장제도가 마련되었다.

CCSS 는 “의료보험은 보건의료의 장려, 질병 예방, 의료 및 병원 서비스의 제공 뿐만 아니라 보험금을 지불할 책임을 갖는다”라고 정하고 있다.

앞서 밝힌 바대로, CCSS 는 사실상 코스타리카 전국민에게 매우 중요한 기관이며, 국민들이 선진국의 생활수준에 도달할 수 있도록 공헌한 기관임을 알 수 있다.

## 2.6 CCSS 의 조직 및 구조

다음 표는 현재 CCSS의 조직 구조를 간략하게 보여준다:

표 7. CCSS의 조직 구조

조직 수준	중앙 수준	지방 수준	지역 수준	
			재정 영역	보건 의료 서비스
정치적 수준	이사회 대표 이사			
관리 수준	내부 감사 서비스 감사			
경영 수준	경영			

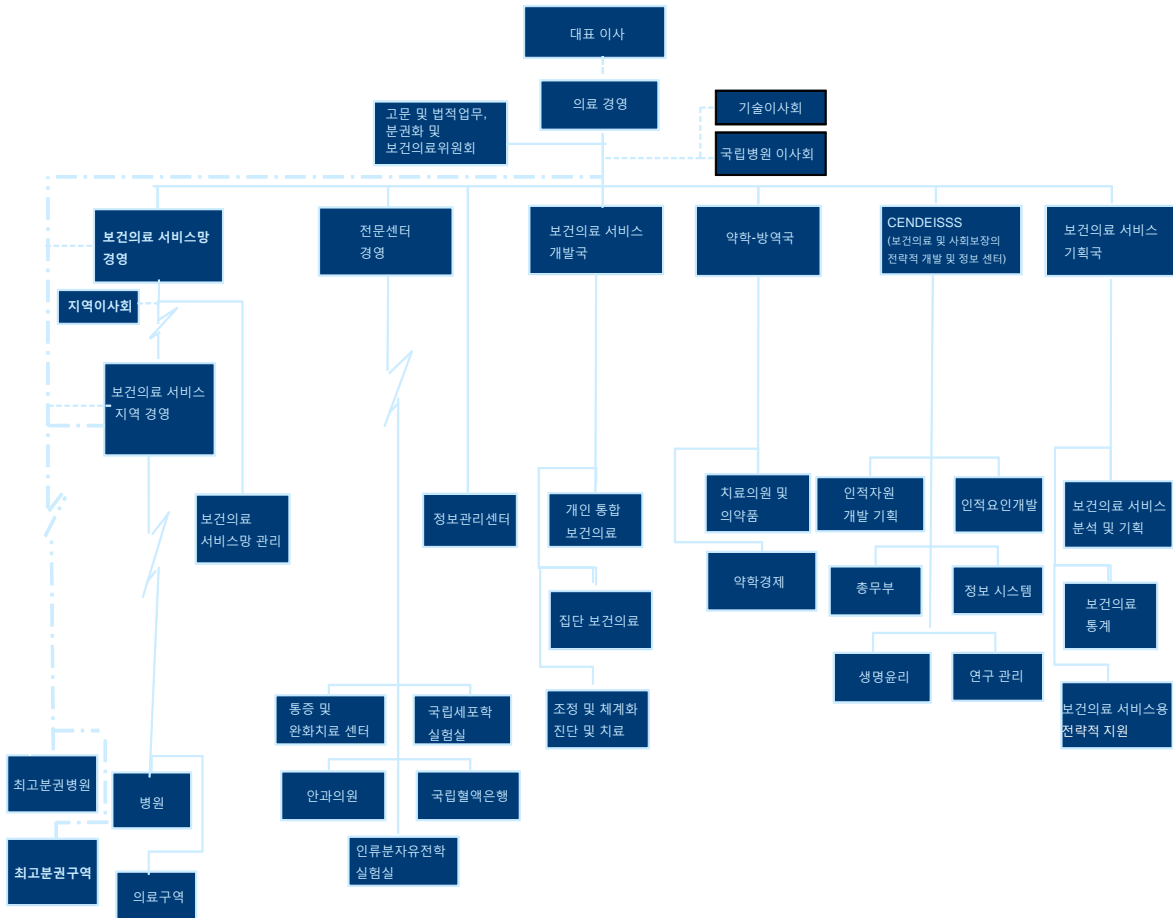
관리 수준	지부 관리	지점 지역 관리 보건의료 서비스 지역 관리		병원 일반 관리  보건의료 영역 관리  병원 경영 재정 관리  특수 센터 이사
종합 경영 수준			지점 경영	보건의료 영역 경영, 특수 센터의 경영 관리 책임
운영 수준	지부 영역	근로 영역 (2007년 9월부터 지점 지역 관리에서)		의료부 (국립종합병원 및 국립어린이병원)
				의료 서비스 (국립병원, 특수 병원, 지역 병원, 주변 및 보건의료영역)  협력 진단 처리 서비스 (국립병원, 특수 병원, 지역 병원, 주변 및 보건의료영역)  근로 경영 영역
	지부의 하위지역	근로의 하위지역 (2007년 9월부터 지점 지역 관리에서)		의료서비스 의원(국립병원)  근로 경영 하위지역

출처: CENDEISS, CCSS

## 2.7 CCSS 의 의료 경영

다음은 의료 경영의 조직도이다:

그림 7. 의료 경영 조직도



출처: CENDEISSS, CCSS

병원망에 속한 29개 병원은 서열에 따라 다음 순서의 구조를 갖고 있다는 것을 볼 수 있다:

- 이사회
- 의료 경영



- 보건의료 서비스망의 관리
- 지역별 관리(비분권화 병원)

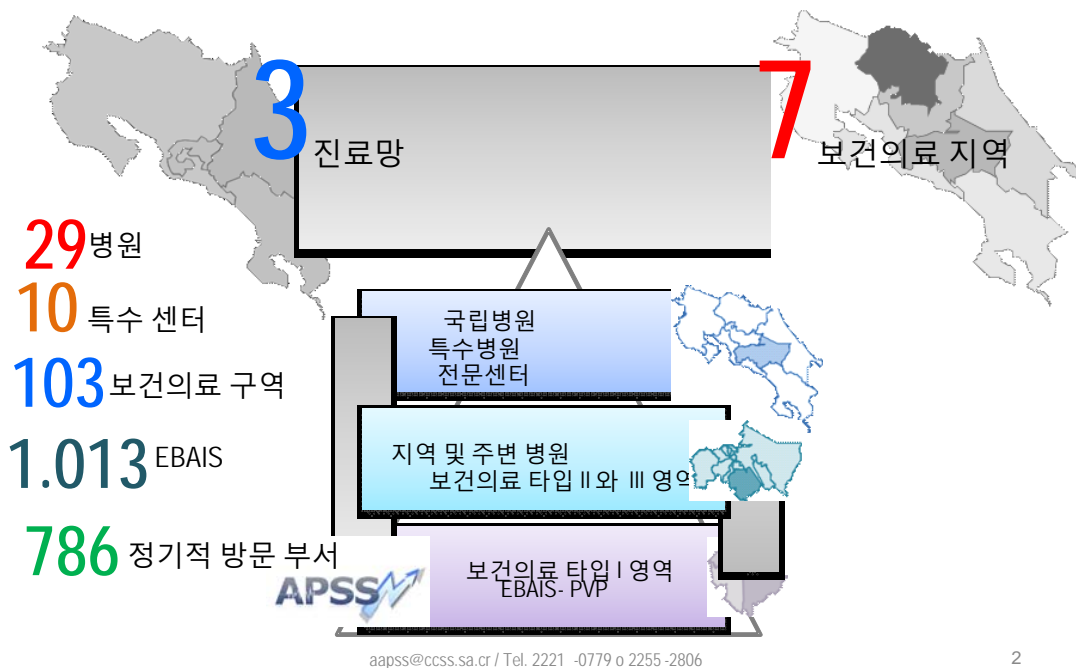
그러므로, 경영 및 재정적 결정을 내리기 위해서는 이 서열을 존중해야 한다.

## 2.8 병원망

그림8은 진료망의 구성을 경영적 관점(보건의료 구역)과 보건의료 서비스 제공(진료망)의 관점에서 요약한다. 현재 구축된 진료망은 코스타리카의 일차진료부터 삼차진료 수준의 병원들의 구성에 해당한다:

- Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia 병원망
- San Juan de Dios 병원망
- México 병원망

그림 9. 보건의료 서비스망의 도식



출처: 보건의료 서비스의 영역, CCSS

병원망의 구성과 운영을 위한 공통 요소들은 다음과 같다:

- 지리적 및 또는 기능적 구역 설정.
- 상이한 수준과 출신의 서비스 공급자들을 포함.
- 공급자 뿐 아니라 건물도 포함.
- 공급자들의 일정 수준의 조정을 위해 노력.
- 가장 유연한 정보 시스템의 구비.
- 서비스 제공을 위한 지침 설정.
- 여러 수준을 조절하는 재정 방침 구비.
- 병원망의 내부 운영과 관리의 설정 필요.

## 2.9 1차 진료

다음 그림에서 볼 수 있듯이, 2012년 9월 전국적으로 103개의 보건의료구역(의원급)에 등록된 1,013개소의 EBAIS(일차진료기관, 보건소)가 설립되어있다. 각 EBAIS에는 평균 5,000명의 주민을 진료하는 것으로 알려져 있다.



출처: 보건의료 서비스 기획 구역, CCSS

보건의료 구역은 관리자 한 명과 기술행정팀으로 구성된 유닛들에 해당한다. 농촌지역은 각 구역당 15,000-40,000명을 담당할 수도 있다. 도시 지역은 40,000-60,000명을 담당할 수도 있다.

## 2.10 2 차 진료와 3 차 진료

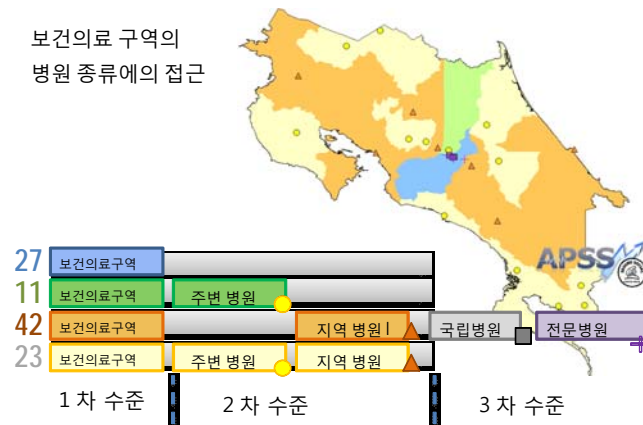
CCSS의 29개 병원의 지리적 분포는 다음 그림에서 볼 수 있다:



출처: 보건의료 서비스 기획 구역, CCSS

CCSS의 보건서비스의 모든 사용자가, 건강 상태에 따라 다음 단계의 진료를 받기 위해 동일한 절차를 밟아야 하는 것은 아니다. 다음 그림에서 볼 수 있다:

**그림 12. 보건의료 서비스망내 환자 흐름**



출처: 보건 의료 서비스 기획 구역, CCSS

## 2.11 병상

2012년 CCSS의 병원망에는 5,636개의 병상이 있는데, 51.4%는 국립병원과 전문병원에, 그리고 48.6%는 나머지 병원들에 해당된다. 국립정신병원에 병상(674개)이 가장 많다. 이는 환자의 특성상 입원을 오래하는 환자들이 많기 때문인 것으로 설명된다. 그 다음으로는 San Juan de Dios 병원 (654개)과 México 병원(511개)이 뒤따른다. 둘 다 국립병원으로 이전에 명시한 3개의 병원망 중 하나의 선두병원들이다. 표 8에서 병원별 병상 수를 볼 수 있다.

보충하자면, 병상의 분포는 7개의 거대한 입원 영역을 참고하여 행해진다. 백분율로 다음과 같이 나타난다: 의과학 (27%), 외과 (26%), 정신과 (16%), 산과 (12%), 소아과 (8%), 부인과 (6%) 신생아학 (5%).

표 8. 병원당 병상 수, CCSS

지역 및 의료센터	총 병상	내과 병상	외과 병상	소아과 병상	산부인과 병상	정신과 병상	치과 병상	영상의학과 병상
국가 총계	5636	1528	1488	315	661	471	260	913
국립병원	2902	705	857	110	204	177	149	700
여성병원	107	-	-	26	51	-	30	-
Dr. Calderón Guardia 병원	414	121	175	29	37	-	26	26
México 병원	511	166	238	25	49	-	33	-
국립어린이병원	314	-	104	-	-	177	33	-
국립재활병원	88	68	20	-	-	-	-	-
국립정신병원	674	-	-	-	-	-	-	674
Raúl Blanco Cervantes 병원	140	140	-	-	-	-	-	-
San Juan de Dios 병원	654	210	320	30	67	-	27	-
중북부 지역	688	221	193	64	112	70	28	-
Carlos Luis Valverde Vega 병원	100	34	34	8	14	10	-	-
San Francisco de Asís 병원	90	33	26	3	18	10	-	-
San Rafael de Alajuela 병원	280	90	90	24	36	28	12	-
San Vicente de Paúl 병원	218	64	43	29	44	22	16	-
중남부 지역	545	122	74	33	64	32	24	196
Max Peralta Jiménez 병원	250	82	55	20	45	26	22	-
Roberto Chacón Paut 병원	196	-	-	-	-	-	-	196
William Allen 병원	99	40	19	13	19	6	2	-

<b>HUETAR 북부 지역</b>	185	56	41	19	43	17	9	-
<b>Los Chiles 병원</b>	27	6	6	4	5	6	-	-
<b>San Carlos 병원</b>	158	50	35	15	38	11	9	-
<b>CHOROTEGA 지역</b>	300	104	66	21	66	35	8	-
<b>La Anexión 병원</b>	105	46	14	8	24	13	-	-
<b>Enrique Baltodano Briceño 병원</b>	168	52	46	9	38	15	8	-
<b>Upala 병원</b>	27	6	6	4	4	7	-	-
<b>태평양 중부 지역</b>	271	99	76	14	46	22	12	2
<b>Max Terán Valls 병원</b>	53	24	10	4	5	10	-	-
<b>Monseñor Sanabria 병원</b>	218	75	66	10	41	12	12	2
<b>HUETAR 대서양 지역</b>	325	82	72	24	59	56	20	12
<b>Guápiles 병원</b>	129	30	22	13	27	27	10	-
<b>Tony Facio Castro 병원</b>	196	52	50	11	32	29	10	12
<b>BRUNCA 지역</b>	420	139	109	30	67	62	10	3
<b>Neilly 시 병원</b>	52	20	6	3	10	8	2	3
<b>Fernando Escalante Pradilla 병원</b>	210	68	61	11	32	30	8	-
<b>Manuel Mora Valverde (Golfito) 병원</b>	75	20	26	7	14	8	-	-
<b>San Vito de Coto Brus 병원</b>	33	13	6	2	4	8	-	-
<b>Tomás Casas Casajus 병원</b>	50	18	10	7	7	8	-	-

출처: 보건의료 통계 영역. 보험통계원, CCSS.

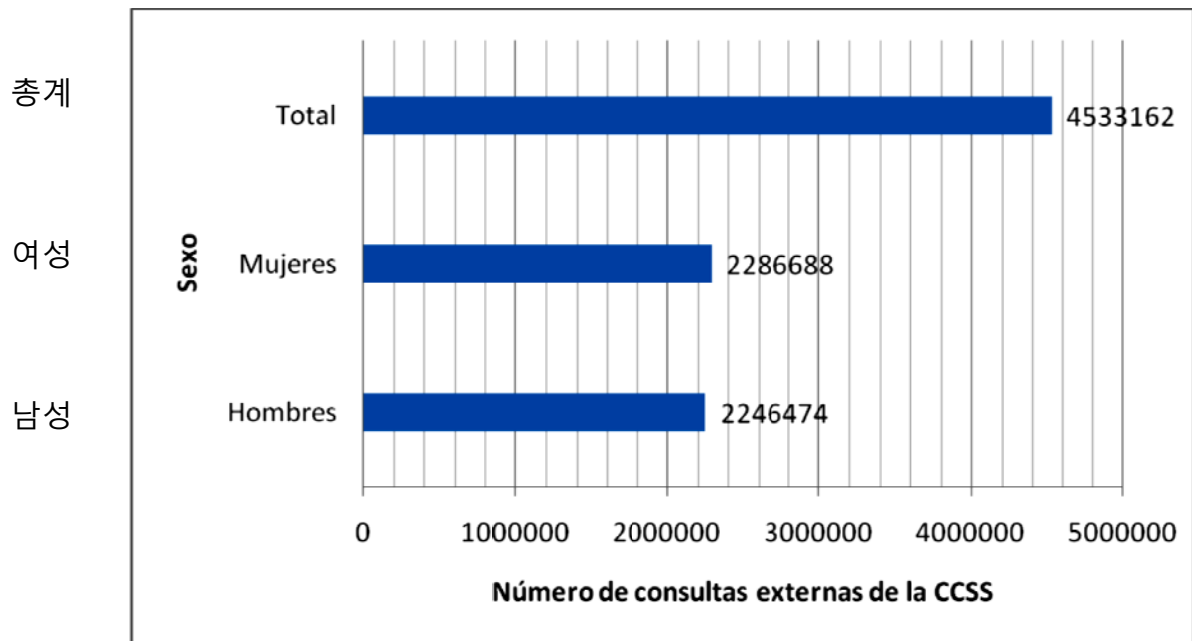
### 3. 외래환자의 직접 진료 의료 서비스 생산

참고적으로 2008년에 CCSS의 1,087개의 병원, 보건구역, EBAIS에서 총 12,161,250번의 외래진료가 실시되었다. 그 중 9,537,701번은 의사(78%), 2,104,257번은 치과의사(20%), 519,392번은 기타 전문가(4%)에 의해 실시되었다.

진료 중 7,100,088(74%)는 일반내과 그리고 2,437,600(26%)는 특수 의학 부문이었다.

다음 그래프에서 볼 수 있듯이 성별 차이는 뚜렷하게 나타나지 않는다.

**그래프 13. CCSS의 외래진료 수. 코스타리카, 2008년.**

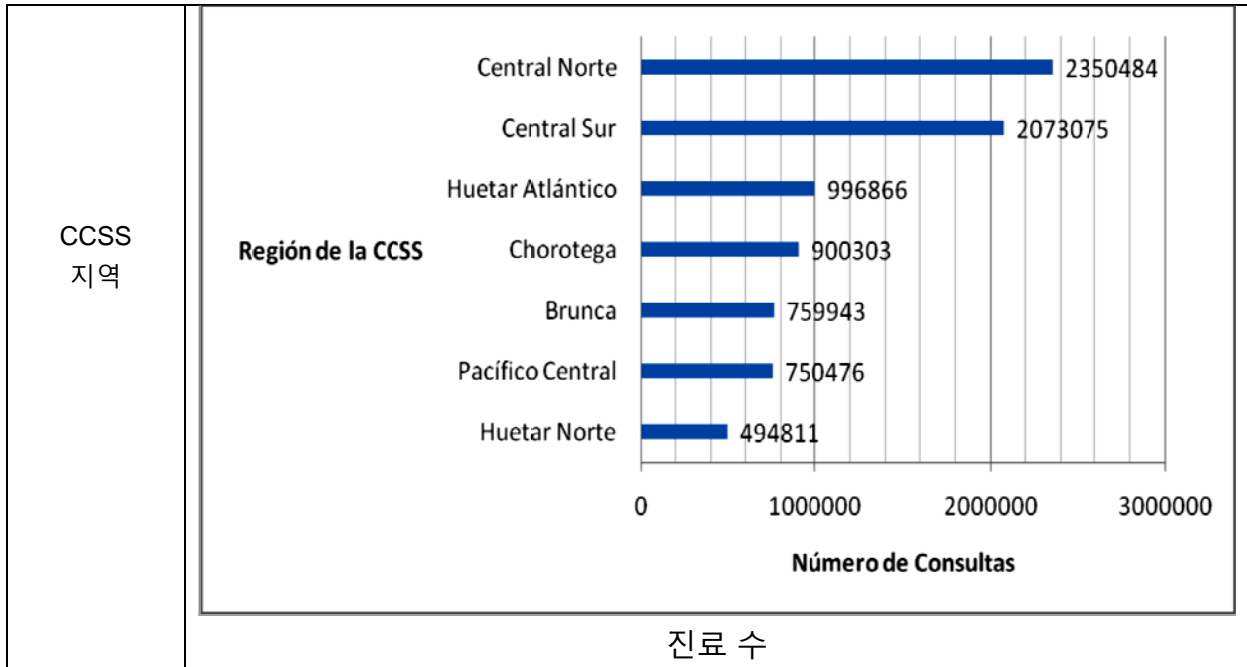


CCSS 외래 진료 수

출처: DGASS-MS, 일차 출처: CCSS의 통계, 보건부, 중미인구센터와 통계청, 2009년.

지역별 진료수는 그 지역에 위치한 시설과 인구에 관련이 있다. 즉, 진료수가 낮게 나온 지역은 인구도 적고 시설의 수도 적다. 예를 들어, Huetar 북부 지역의 경우, 병원은 2개(Los Chiles 병원과 San Carlos 병원)만 있으며, 보건의료구역은 8개만 있어 진료수는 494,811번(그래프14)으로 지역간 진료수에서 가장 낮은 수치를 기록한다.

그래프 14. 지역별 CCSS 외래 진료 수. 코스타리카, 2008 년 (절대 수치)



출처: DGASS-MS, 일차 출처: CCSS 의 통계, 보건부, 중미인구센터와 통계청, 2009 년.

일반내과 진료가 가장 많았고, 사회복지업무와 영양 부분이 가장 적었다. 이런 이유로 실제 행해지는 진료 행태와 진료 계획에 따라 CCSS 는 일반내과 의사를 많이 채용하고 사회복지사와 영양사는 적게 채용한다(그래프 15).

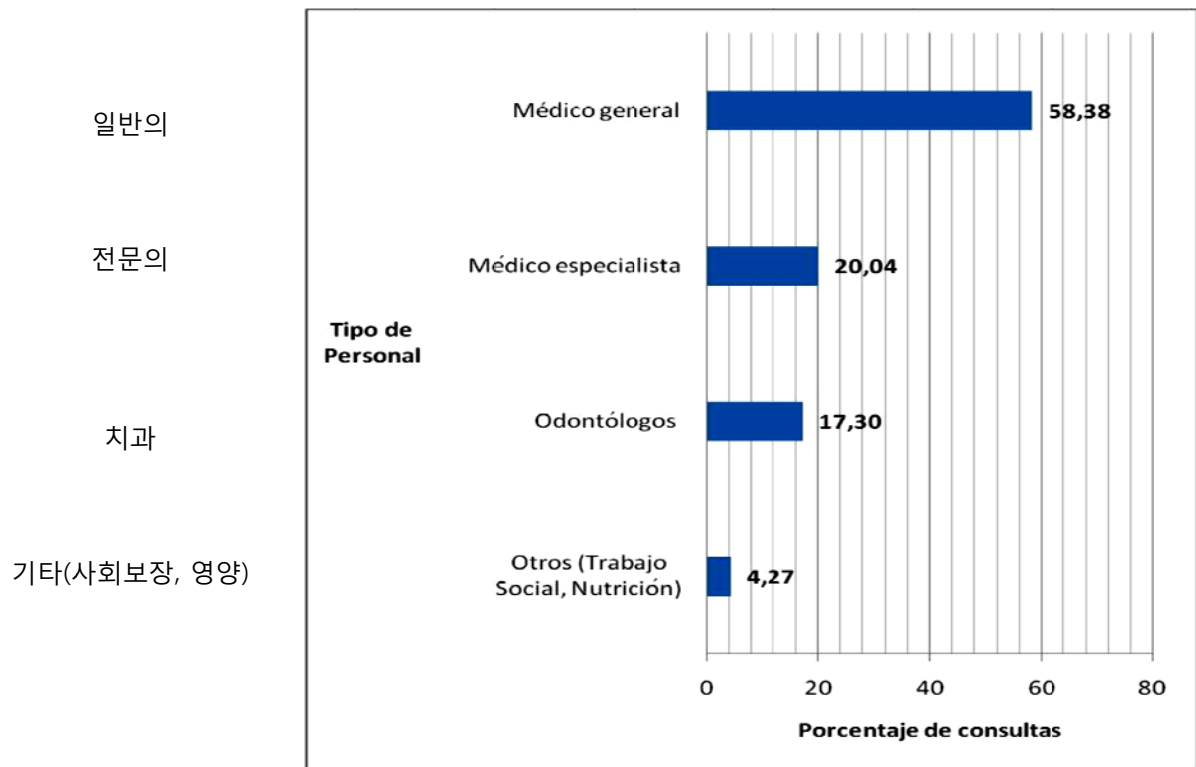
주민당 외래진료는 CCSS 의 지역에 따라 차이를 보인다. 지역별 자료에서 수도권 지역과 국립병원의 진료는 제외한다.

지난 해 태평양 중부(Pacífico Central) 지방에서의 평균 진료수는 주민당 3.15 번인 반면, 2008 년 중앙 남부(Central Sur) 지방의 평균 진료수는 1.31 번인 것을 봐서도 알 수 있다.

이런 차이는 역사적 동향을 분석하며 심도있게 연구되어야 하지만, 지역 전문가 수의 차이도 영향을 미칠 수 있는 요인이다.



그래프 15. 보건의료직종에 따른 CCSS 외래진료의 상대적 빈도수. 코스타리카, 2008



진료 비율

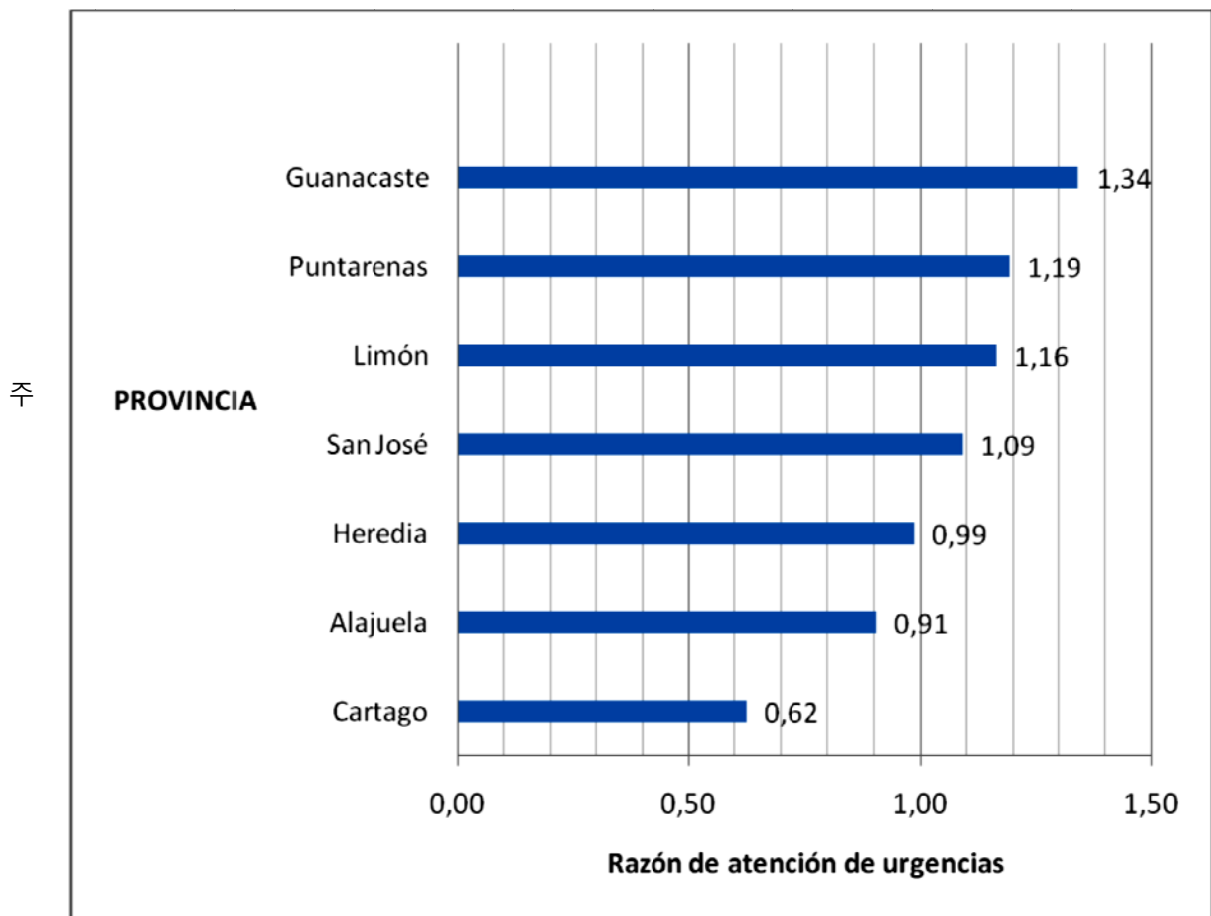
출처: DGASS-MS, 일차 출처: CCSS 의 통계, 보건부, 중미인구센터와 통계청, 2009 년.

다음 표에서 전국적 및 주별 응급진료와 주민 사이의 관련을 볼 수 있다. 이 자료에 의거, 전국적으로 CCSS 의 주민당 응급진료 횟수는 1.025 번이라는 것을 알 수 있다.

그리고 Guanacaste, Puntarenas, Limón 에서 전국적 평균을 상회하는 수치를 보이는 반면, Cartago 와 Alajuela 의 수치는 더 낮다는 것을 강조할 필요가 있으며, 이 차이의 원인을 규명하기 위해 연구해야 한다.

CCSS 의 기준에 의하면, 총 응급진료 서비스 중 61%는 응급상황이 아닌 것으로 분류되었으며, 나머지는 실제 응급상황이었다.

그래프 16. 주 별 CCSS의 주민당 평균 응급진료. 코스타리카, 2008



응급진료 비율

출처: DGASS-MS, 일차 출처: CCSS 의 통계, 보건부, 중미인구센터와 통계청, 2009 년.

이는 사람들이 EBAIS에서 진료를 예약하기 위해 줄을 서서 기다려야 하거나, 당일 예약을 따내지 못하거나, 근무시간에 맞춰 방문해야 하는 등 불편함을 감수하기보다는

응급서비스를 부르기 때문인 것으로 추정된다. 의원이나 병원에서의 응급진료 서비스의 과잉은 보건의료직원들의 정상업무를 방해하고 진료의 질을 떨어뜨리며 실제 응급상황시에 필요한 공간도 빼앗는 등 여러 피해를 발생한다.

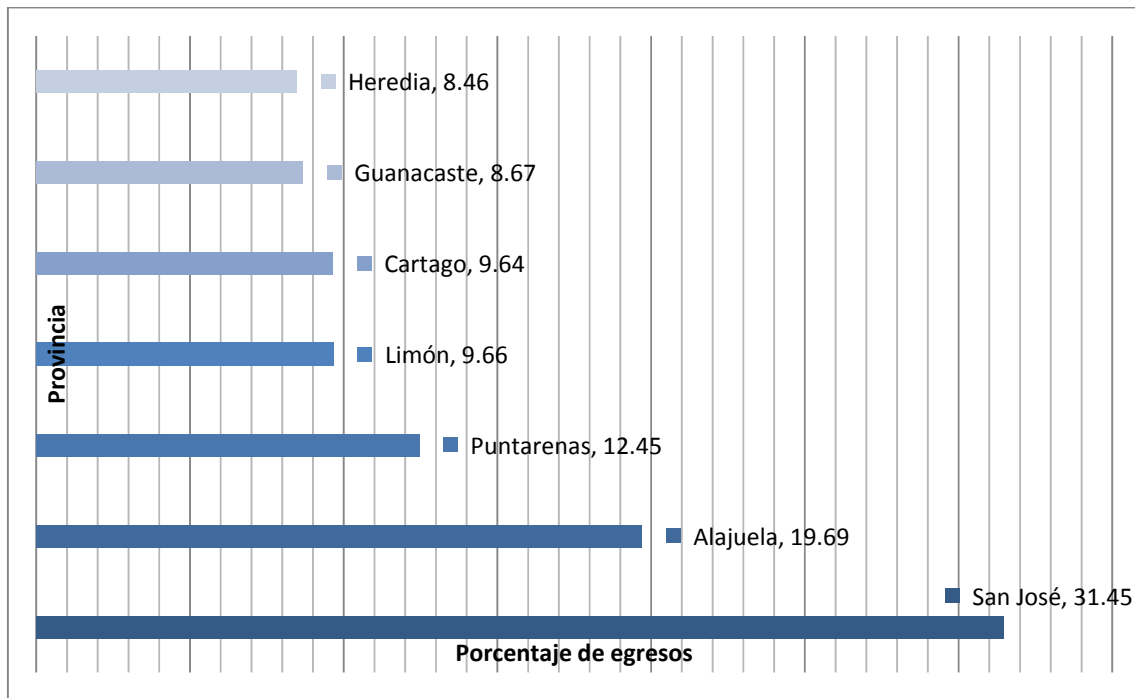
#### **4. 입원환자 직접 진료 서비스**

2008년 보고된 퇴원 횟수는 348,787번으로, 대부분 CCSS에서 행해졌으며(323,820번, 92.85%) 그 다음으로 민간 부문에서 21,295번(6.11%), 그리고 INS(보험공사)에서 3,672번(1.05%)이 행해졌다.

퇴원횟수의 대부분은 CCSS에 해당하는데, 이는 보건의료 서비스의 가장 큰 공급자이기 때문이다. CCSS는 전국적 범위의 기관으로 대량의 입원 시설을 갖추고 있다.

그래프 17에서 볼 수 있듯이 San José는 전국적인 수준에서 가장 높은 상대적 퇴원 빈도수를 기록(31.45%)하며, Alajuela(19.69%)가 그 뒤를 따르고 있다. 이 중앙 지역의 주들에느 전국적으로 가장 많은 인구가 집중해 있고, 국립병원들 역시 가장 많이 분포해 있어 지역병원이나 주변병원의 환자들을 수용해 입원시키며, 의료적 해결 능력도 더 높다는 것을 알 수 있다. Guanacaste와 Heredia는 퇴원 비율이 가장 낮은 주이다.

그래프 17. 주 별 CCSS의 퇴원의 상대적 빈도수. 코스타리카, 2008년.

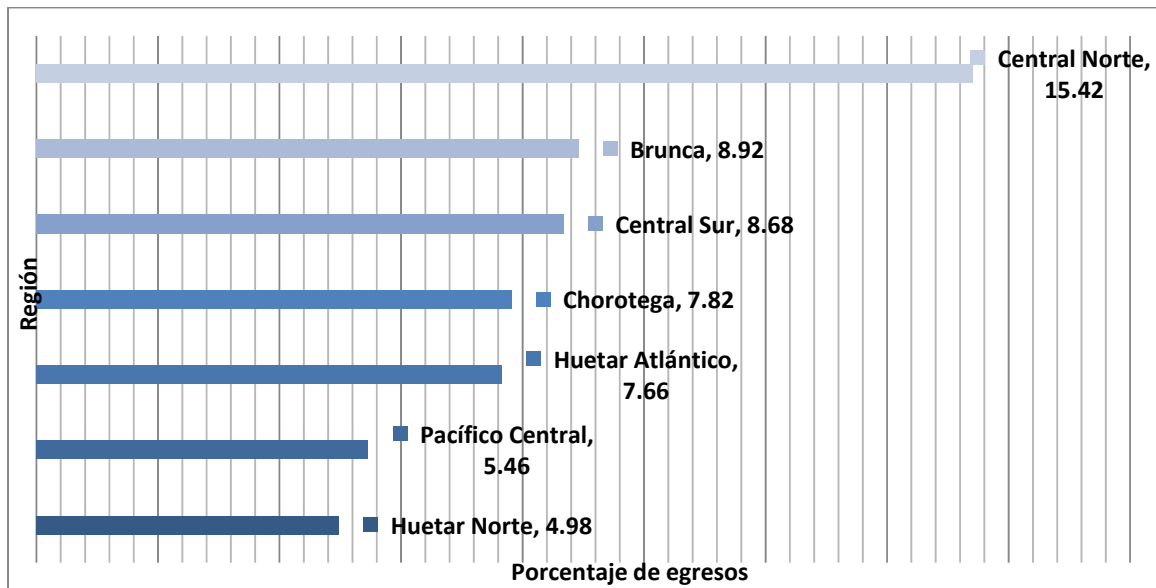


출처: DGASS-MS, 일차 출처: CCSS 의 통계, 보건부, 중미인구센터와 통계청, 2009 년.

다음 그래프는, 퇴원횟수의 대부분이 중부 주의 지역들에 집중하는 것을 나타낸다(중북부 지방 15.42%와 중남부 지방 8.68%). 그러나, Brunca 지방은 8.92%의 퇴원수를 나타내는데 Escalante Pradilla de Pérez Zeledón 병원이 세 번째로 입원 병상 수가 가장 많은 지역 병원이기 때문이다. 그리고 이 지역에는 5개의 병원이 소재해 있다.

Huetar 북부 지방, Huetar 대서양 지방, 중앙 태평양 지방의 퇴원 비율은 가장 낮다.

그래프 18. CCSS의 지역별 퇴원의 상대적 빈도수. 코스타리카, 2008년.



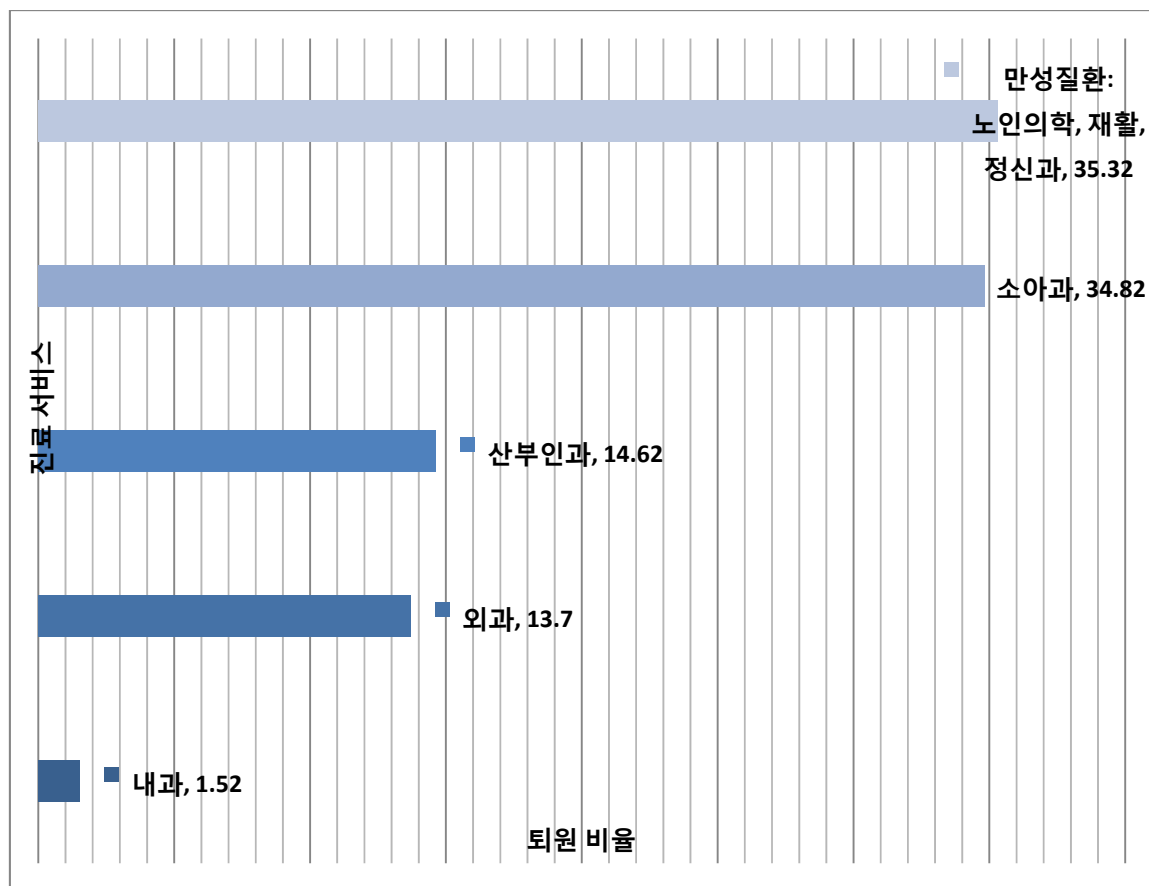
출처: DGASS-MS, 일차 출처: CCSS 의 통계, 보건부, 중미인구센터와 통계청, 2009 년.

San Juan de Dios 병원은, 그 퇴원횟수가 37,120번으로 가장 높은 병원이면서, 국내에서 병상 수(732개)가 가장 많은 병원이기도 하다. 비교대상인 국립정신병원의 병상수는 유사(731개)하지만 퇴원횟수는 3,489번으로, 병원의 진료특성에 따라 퇴원횟수에 영향을 미쳐서 다르게 나타나는 것을 알 수 있다. 가장 낮은 퇴원횟수는 Raúl Blanco Cervantes 병원에서 2,470번을 기록하는데, 이전 그래프에서 볼 수 있듯이 0.76번의 상대적 빈도수는 이 병원이 장기간 입원이 필요한 만성질환을 다루는 병원이기 때문이다.

서비스에 따른 퇴원의 상대적 빈도수는, 퇴원횟수의 대부분이 소아과와 일반내과에서 이루어지는 것을 보여주는데 총 퇴원횟수의 약 70%를 차지한다(그래프19).

퇴원의 49.44%는 산부인과, 소아과에 해당하며, 35.32%는 장기간 입원이 필요한 노인의학, 재활, 정신과에 해당한다.

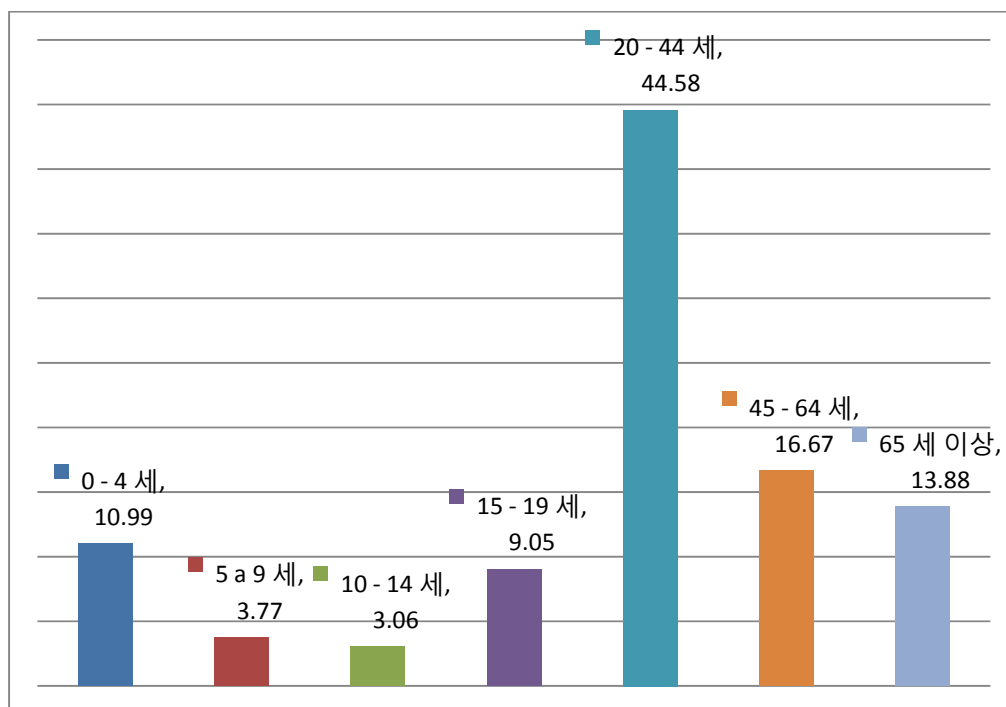
그래프 19. CCSS의 서비스당 퇴원의 상대적 빈도수. 코스타리카, 2008년.



출처: DGASS-MS, 일차 출처: CCSS 의 통계, 보건부, 중미연구센터와 통계청, 2009 년.

다음 표에서 퇴원횟수가 가장 높은 연령대는 20-44세인 것으로 나타난다. 이것은 출산연령대에 있는 여성들의 입원횟수에 의한 것으로, 77%가 출산 진료의 경우에 해당한다. 이것은 66%의 퇴원횟수가 여성에 해당하며, 출산연령대에 있는 여성들의 연령대에 해당하는 퇴원횟수가 높게 나타나는 원인을 설명한다.

**그래프 20. 연령별 퇴원의 상대적 빈도수. CCSS, 2008년.**



출처: DGASS-MS 일차 출처: CCSS 의 통계, 중미인구센터-INEC, 2009 년.

공급률, 회전률, 이용률, 평균입원기간 같은 병상과 관련된 병원 수준의 지표들을 사용해 병원 종류에 따른 적용범위부터 병원 종류에 따른 차이점 같은 상이한 상황을 비교하고 분석할 수 있다. 마찬가지로, 공공부문과 민간부문의 차이점을 관찰하는 것도 중요하다. 이들 지표는 무엇보다도 해당 지역의 주민 종류와 수, 제공 서비스 종류, 취급 병리학과 긴밀하게 연관되어 있다.

INS, CCSS, 민간병원의 조사 결과에 따르면 2008년 코스타리카에는 4,451,261명의 주민을 위한 5,812개의 병상이 있는 것으로 나타났다. 다음 표에서 볼 수 있듯이, CCSS는 총 5,518개로 병상을 가장 많이 보유하고 있으며, 가장 적은 수량은 민간부문의 188개와 INS의 106개로 나타났다.

**표 9. 인구 천명당 병상 수. 코스타리카, 2008 년**

기관	병상 수	인구 천명당 병상 비율
CCSS	5,518	1.24
INS	106	0.02
민간부문	188	0.04
국내 총계	<b>5,812</b>	<b>1.31</b>

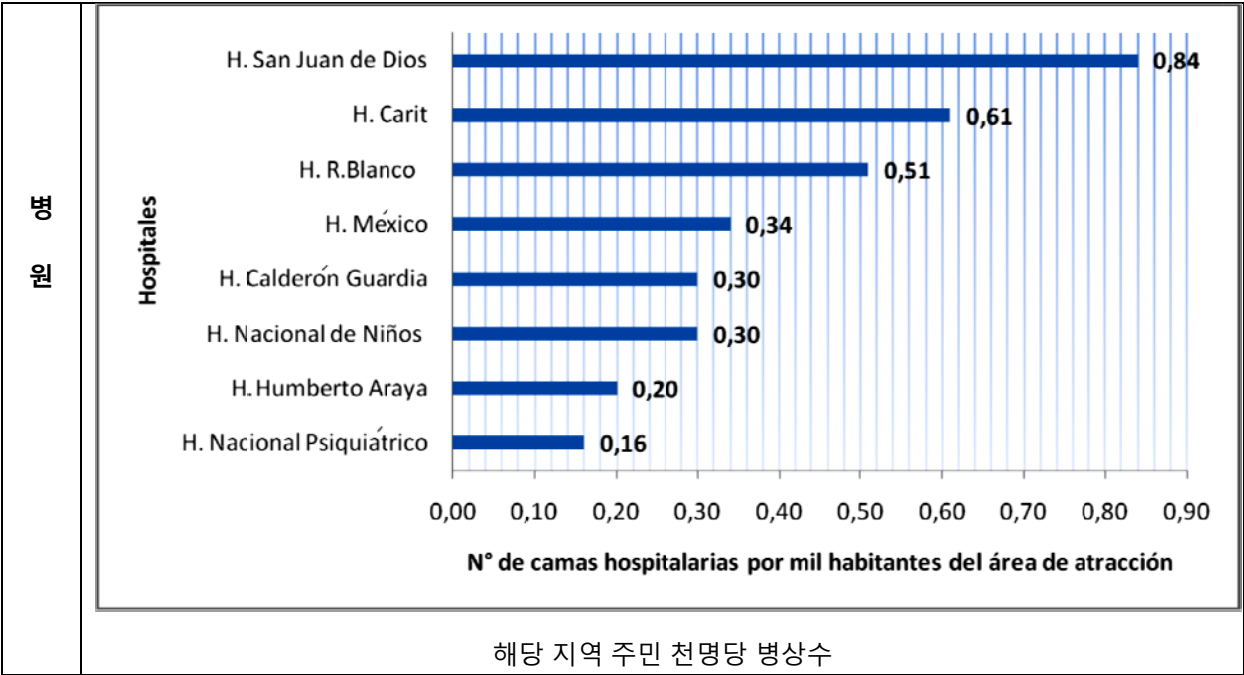
출처: DGASS-MS, 일차 출처: CCSS 의 통계, 보건부, 중미인구센터와 통계청, 2009 년.

CCSS에는, 총병상수의 절반보다 약간 많은 2,970개의 병상이 수도권의 국립병원에 집중되어 있다. 나머지 절반은, 하위병원, 즉 지역병원에 1,327개, 주변 병원에 1,221개가 분포되어 있다. WHO의 보고에 따르면, 유럽의 경우 인구당 병상 비율은 천명당 6.3개, 라틴아메리카는 천명당 3.2개이며, 코스타리카는 천명당 1.31개로 나타났다. WHO에 따른 병상 비율은 낮은 것으로 나오지만, 이 자료들을 활용해 볼 때, 전국적으로 병상의 분포는 적절한 것으로 분석하는 것이 적절하다. 이 자료들로는 선택 입원을 위해 오랫동안 대기하는 실상을 간과할 수 있기 때문에, 올바른 해석을 위해서는 병상과 관련된 나머지 지표들도 고려해야 한다.



병상의 비율은 각 병원의 전문 분야와 해당 이용 주민들에 따라 변한다. 예를 들어, 다음 그래프에서 볼 수 있듯이 San Juan de Dios 병원(732 병상)의 비율은 천명당(해당 지역의 주민 특성 고려) 0.84개로 가장 높은 비율을 보인다. 그리고 국립정신병원(731 병상)은 전국적 범위의 병원이라서 병상 비율은 천명당 0.16개로 낮게 나타난다.

그래프 21. CCSS의 국립병원들의 천명당 병상 수. 코스타리카, 2008년.

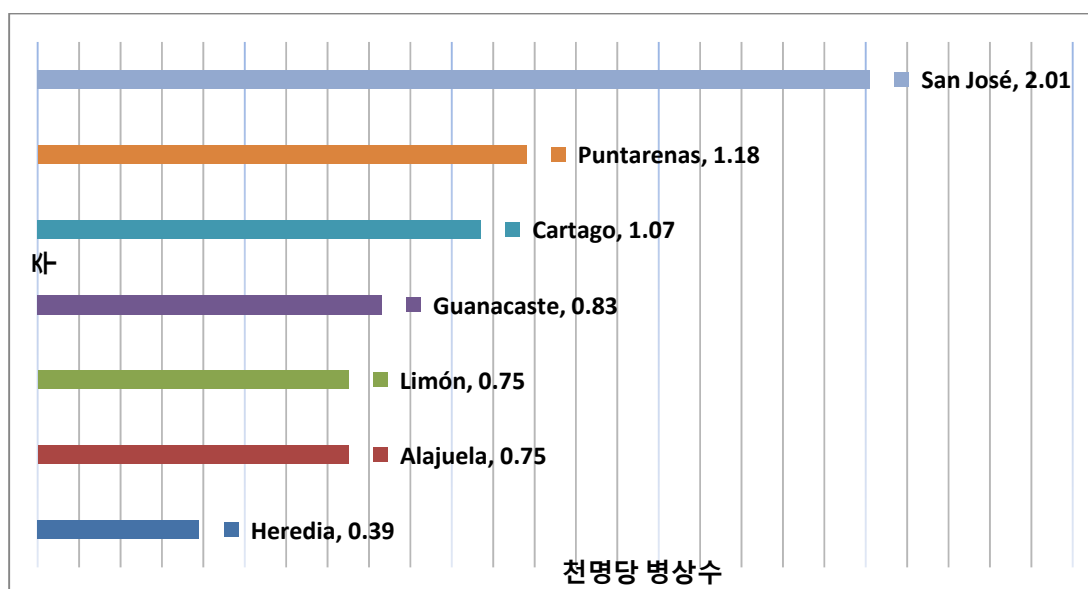


출처: DGASS-MS 일차 출처: CCSS 의 통계, 중미인구센터-INEC, 2009 년.

주 별 병상 비율을 분석하면, San José 주는 모든 국립병원과 전문병원이 집중하는 특징이 나타나는데, 그 중 San Juan de Dios 병원과 국립정신병원의 천명당 병상수가

높으며 비율도 높게 나타난다. 그러나 주목할 점은, Heredia 주의 경우는 비율이 가장 낮게 나타나지만, 2010 년부터 신생 병원의 운영을 통해 문제를 해결할 것으로 기대된다는 점이다.

그래프 22. 주 별 CCSS 의 병상 수. 코스타리카, 2008 년.



출처: DGASS-MS, 일차 출처: CCSS 의 통계, 보건부, 중미인구센터와 통계청, 2009 년.

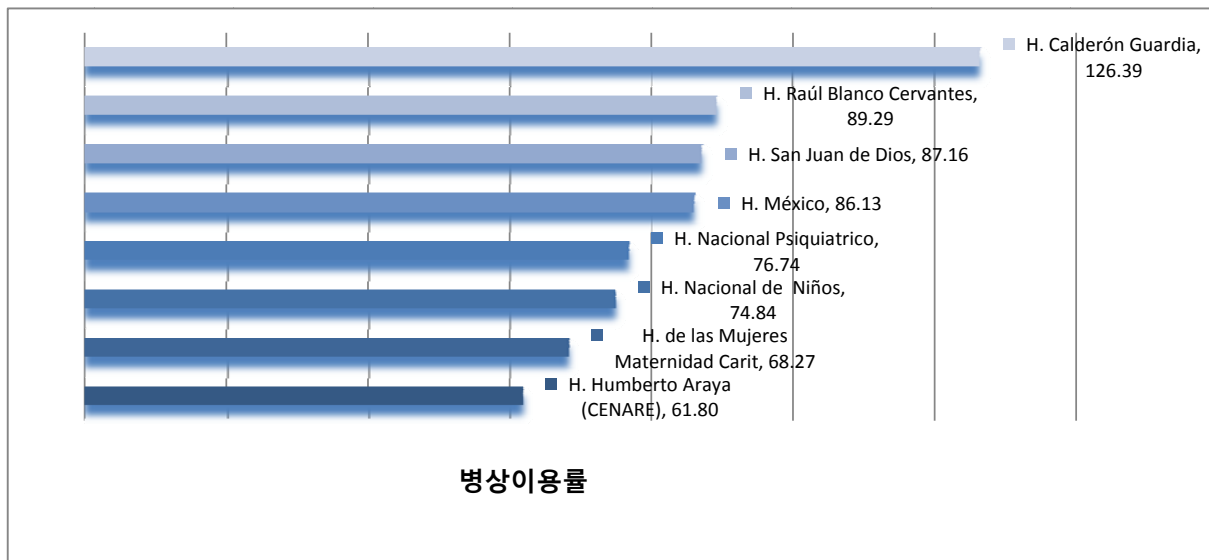
CCSS는, 새로운 병원이 생길 때마다 병상의 일반 및 특수 공급을 산출에 인구통계자료에 근거하면서 역학적 측면도 포함했지만, 대부분의 병원들은 다분히 오래되어 인프라나 인적 및 물적 자원의 공급은 수요를 충족하지 못하는 수준이다.

WHO에 의하면 국제적으로 80에서 85%의 병상 이용률이 권고된다. 90%이상은 정상적인 서비스를 위협하는 수준이며, 제공 서비스의 품질에 영향을 미칠 수 있다.

코스타리카의 여러 상이한 일련의 통계에 의하면, 전국적으로 평균 86.25%의 이용률을 보인다. 지역적으로는, Brunca 지역의 78.3%부터 Huerta 북부지역의 96.22%까지 이용률에 있어 작은 편차가 나타난다.

국립병원들 중에 전문병원은, 86%를 상회하는 국립비전문병원들의 이용률과 유사한 수치를 보이는 Blanco Cervantes 병원을 제외하면, 62-77%로 낮은 이용률을 보인다. 이용률이 가장 높은 국립병원은 Rafael Ángel Calderón Guardia 병원이다.

**그래프 23. CCSS 국립병원의 병상 이용률. 코스타리카, 2008 년**



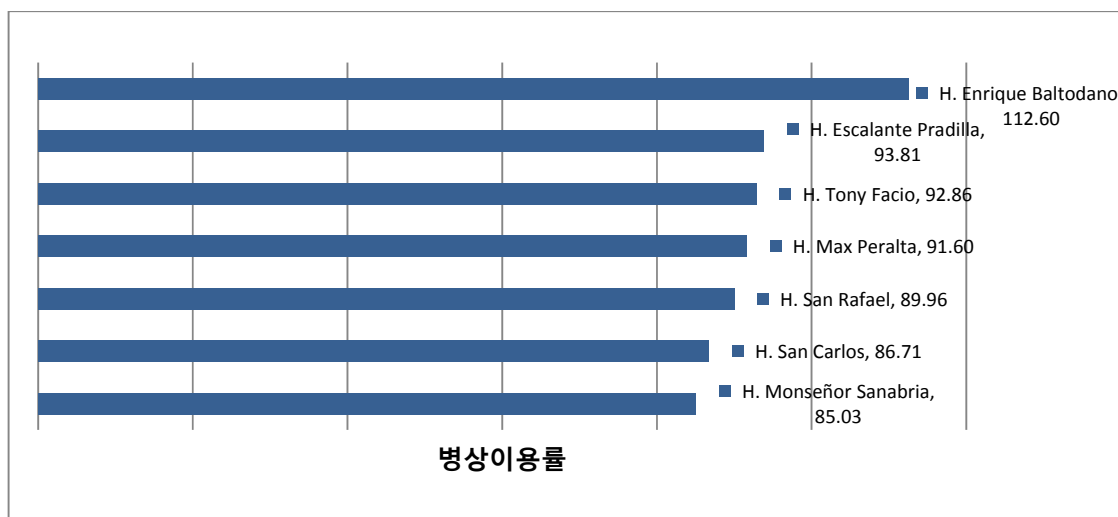
출처: DGASS-MS, 일차 출처: CCSS 의 통계, 보건부, 중미인구센터와 통계청, 2009 년.

일부 병원의 낮은 이용률은 납득하기 어려운 문제로, 지속적인 상황인지 평가한 후 병상 축소를 결정하기 위한 소급적 분석과 전향적 분석이 필요하다.

CCSS의 공식 자료에 의하면 Rafael Ángel Calderón Guardia 병원의 이용률이 100%를 상회하는 것으로 나타나서, 병원에 새로운 병상의 추가 요건을 평가하기 위해, 앞서 언급한 조사 방식을 실행할 필요가 있다.

지역적으로 보면, 4개의 병원에서 이용률이 90%를 상회하는 것으로 나타난다. 이 병원들은 Chorotega 지방의 Enrique Baltodano 병원, 중동부 지방의 Max Peralta 병원, Brunca 지방의 Escalante Pradilla 병원, Huetar 대서양 지방의 Tony Facio 병원이다. 나머지 지방 병원들은 85-90%의 이용률을 보인다(그래프 24).

**그래프 24. CCSS 지역 병원들이 병상 이용률. 코스타리카, 2008 년.**

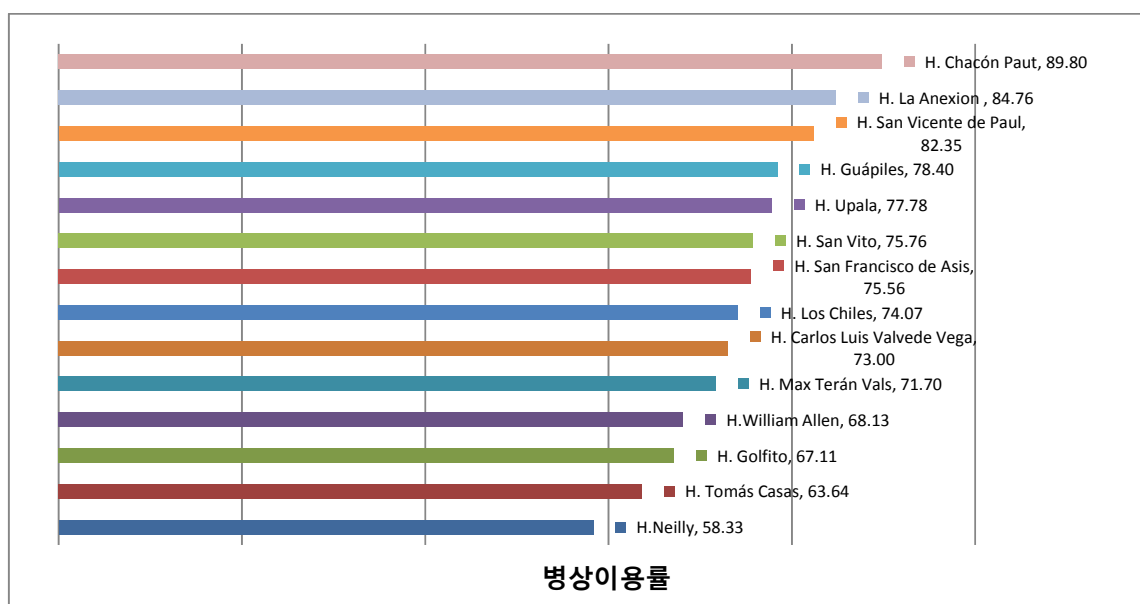


출처: DGASS-MS, 일차 출처: CCSS 의 통계, 보건부, 중미인구센터와 통계청, 2009 년.

마찬가지로, 지역적 측면에서 이용률이 높은 병원들, 특히 그 중 Enrique Baltodano 병원은, CCSS 의 공식 자료에 의하면 지역 병원들 중 가장 높은 112.60%의 이용률을 보여 이들 병원에 새로운 병상 추가를 평가하기 위한 소급 및 전향적 분석의 실행을 정당화한다.

주변 병원들의 이용률은 58-85%인데, 예외적으로 Chacón Paut 병원은 만성, 퇴행성, 말기 질병의 장기 입원환자가 많아 이용률이 90%를 나타내고 회전율도 낮은 편이다(그래프 25).

**그래프 25. CCSS 주변 병원의 병상 이용률. 코스타리카, 2008년.**



출처: DGASS-MS, 일차 출처: CCSS 의 통계, 보건부, 중미인구센터와 통계청, 2009 년.

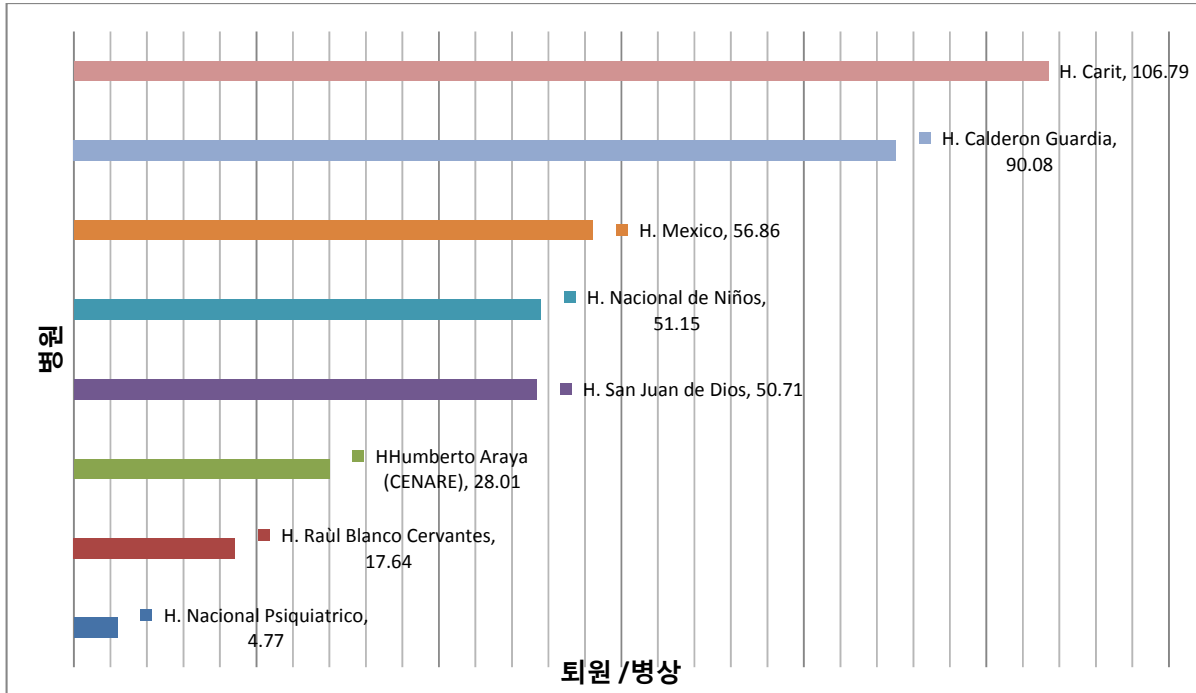
이 정보에 의하면, 지역병원과 국립병원의 다수에서 의료 서비스 수요가 과잉인 것으로 나타나 생물보안과 진료품질을 위협할 수 있는 것으로 나타났다.

병상회전율은, 일정기간에 일반 또는 어느 특정 서비스에 대한 병원 병상의 생산성을 규정하는 요인이다. 이 정의에 따라 병상회전율은 병상 자원을 충족하기 위해 필요한 자원의 수량을 기획할 수 있게 한다. 높은 병상회전율은 평균 입원기간이 짧음을 의미하며, 짧은 입원기간은 병상회전율이 높음을 의미한다.

이해를 돕자면, 병상회전율은 WHO 같은 국제기관에게 있어 일정한 기간(1년) 내에 일반 가동병상을 차지한 평균 환자수를 나타내며, 일정 기간에 퇴원한 환자수를 총가동병상수로 나눠서 산출한다.

코스타리카의 국립종합병원에서 병상회전율은, Mexico 병원의 56.86%부터 Calderon Guardia 병원의 90.08%까지 걸쳐 있는데, 이는 동일한 수준의 종합병원에서는 볼 수 없는 현상으로, 이 상황의 원인을 찾기 위한 조사가 필요하다. 다르게 말하면, 병상회전율은 병원의 전문화 뿐만 아니라 그 병원을 이용하는 환자의 특성에도 달려 있다고 할 수 있다. 즉, 국립여성병원처럼 대부분의 여성환자들이 출산을 위해 병원을 이용하고 입원기간은 평균 2일에 그쳐 병상회전율이 높은 경우와, 국립정신병원처럼 만성질환으로 장기간 입원을 요해 병상회전율이 낮은 경우가 있다(그래프 26).

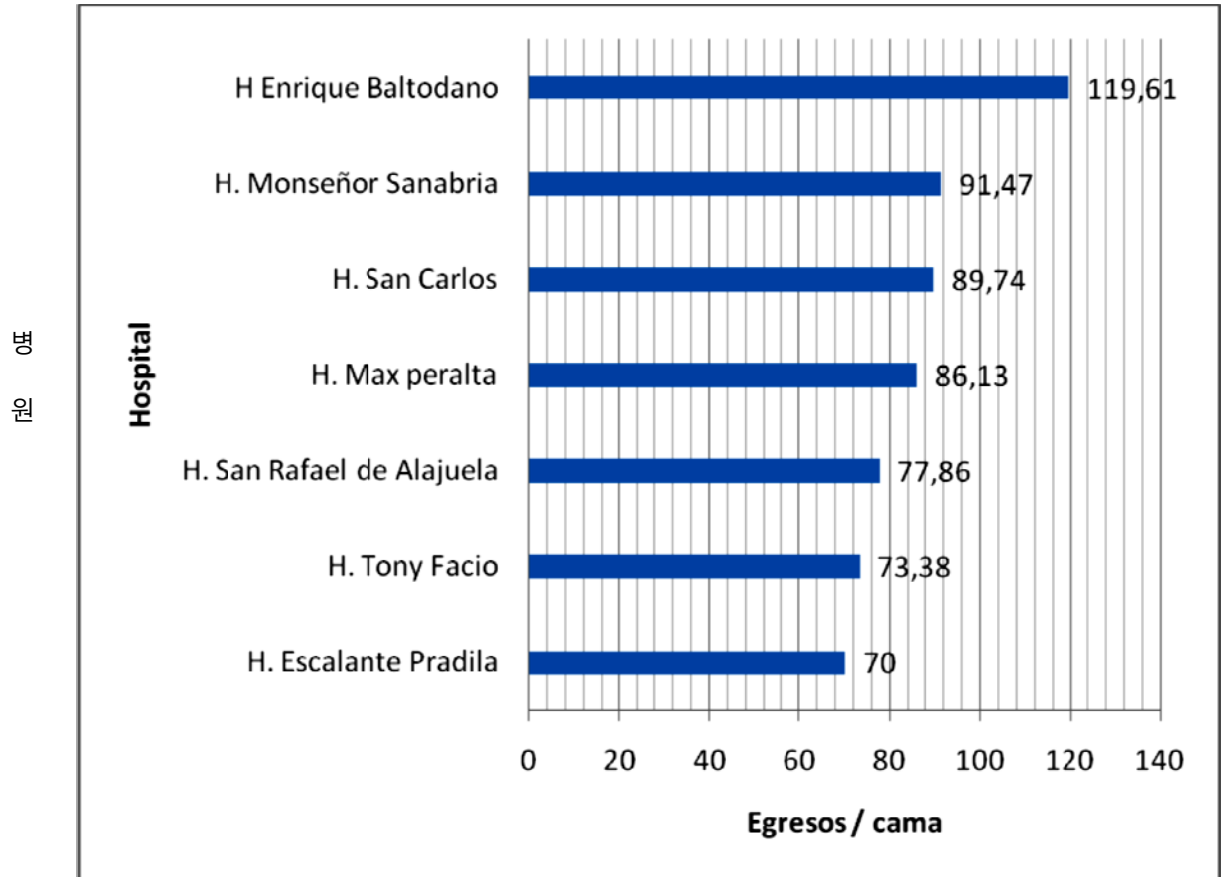
그래프 26. CCSS 국립병원의 병상회전율. 코스타리카, 2008 년



출처: DGASS-MS, 일차 출처: CCSS 의 통계, 보건부, 중미인구센터와 통계청, 2009 년.

CCSS 의 지역병원 중 Enrique Baltodano 병원은 가동병상당 119.61 명의 퇴원환자로 가장 높은 병상회전율을 보인다. Escalante Pradilla 병원은 가장 낮은 병상회전율(70%)을 보였다.

그래프 27. CCSS 지역 병원들의 병상회전율. 코스타리카, 2008 년



퇴원 / 병상

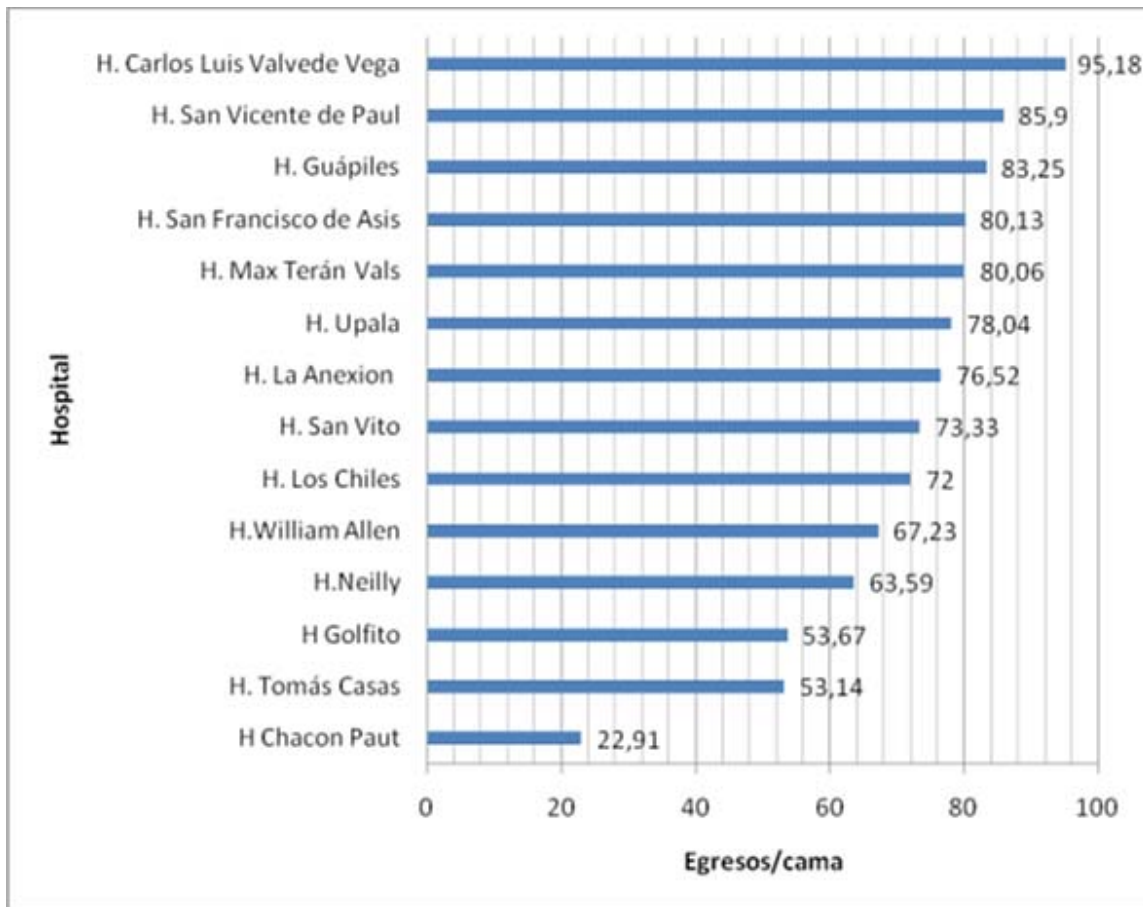
출처: DGASS-MS, 일차 출처: CCSS 의 통계, 보건부, 중미연구센터와 통계청, 2009 년.

CCSS 의 주변병원 중 Carlos Luis Valverde Vega 병원의 병상회전율은 95.18%로 가장 높고, Chacón Paut 병원은 22.91%로 가장 낮은 병상회전율을 기록했다(그래프 28).

이 지표는 동일 복잡도 수준의 종합병원들의 지표와 유사한 수치가 기대되기 때문에 그 원인을 분명하게 분석할 필요가 있다.



그래프 28. CCSS 주변병원의 병상회전율. 코스타리카, 2008 년

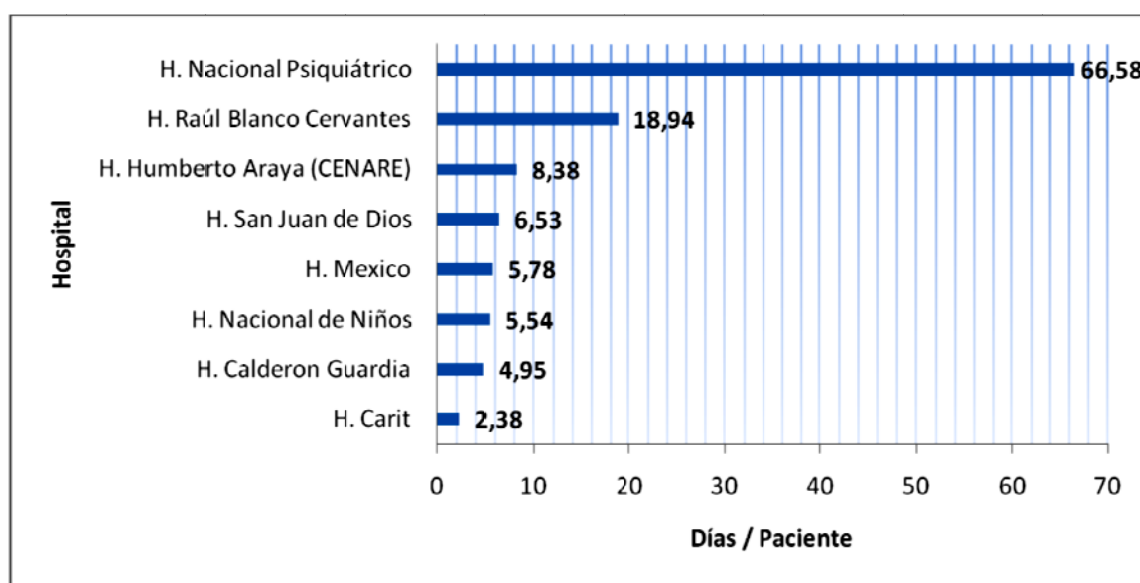


출처: DGASS-MS, 일차 출처: CCSS 의 통계, 보건부, 중미인구센터와 통계청, 2009 년.

CCSS의 일련의 통계에서 평균 입원기간은 병원의 전문성에 의해 정해진다는 것을 알 수 있다. 일반적으로, 종합병원의 경우 그 변동의 폭이 작다. 일례로, 병원을 이용하는 주민들 중 노년층이 특별히 많다고 하는 뚜렷한 차이가 나타나는 구조가 아닌 이상 그 변동의 폭은 크지 않다. 전문병원들에서의 변동은 폭은 확실히 크다. 평균 입원기간도 국립정신병원의 입원일이 66.58일인 반면, 산부인과의 평균 입원기간은 1.68일(Carit 모자병원)이다. 이 병원에서 볼 수 있는 상관관계를 관찰하는 것이 중요한데, 가장 높게

나타나는 병상회전율과, 가장 낮은 이용율 및 평균입원기간이 일치하기 때문이다. 실제로, 세 지표들은 독립적이기 때문에 통합적으로 평가되어야 한다(그래프 29와 30).

**그래프 29. CCSS 국립병원들의 평균 입원기간. 코스타리카, 2008 년.**



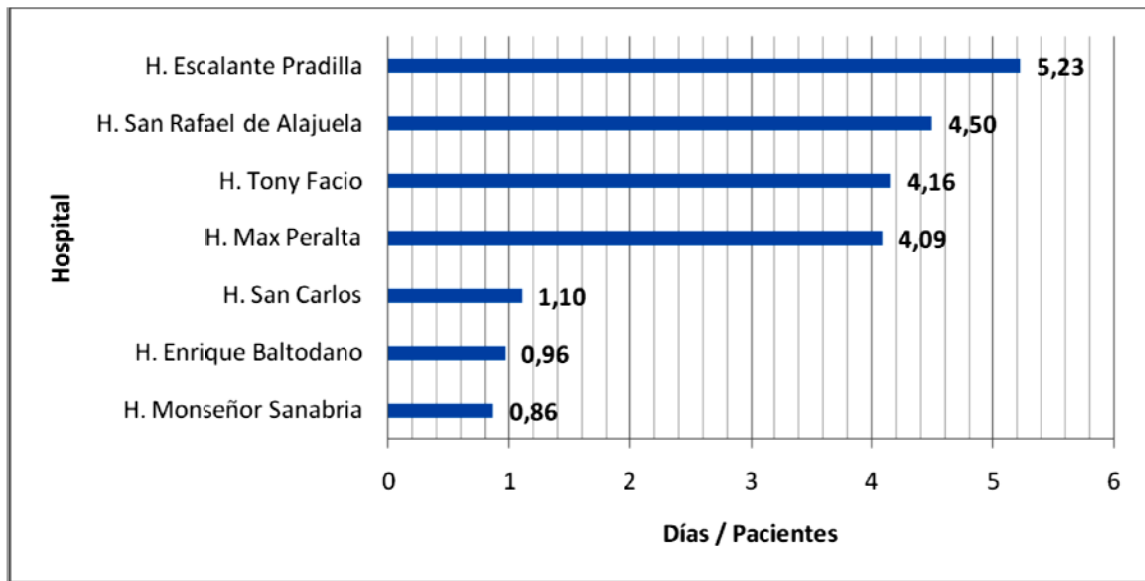
일 / 환자

출처: DGASS-MS, 일차 출처: CCSS 의 통계, 보건부, 중미인구센터와 통계청, 2009 년.

이 지표들의 상황은 모든 지역 병원들에서 분석되어야 한다. 왜냐하면 동일 복잡도 수준의 일반병원들에서는 큰 격차가 발생할 것으로는 기대되지 않기 때문이다(그래프 30).

중부 지방에 전문병원들이 몰려 있기 때문에 두 개의 중부지방의 평균입원일은 가장 높게 나타난다(중북부 4.69일, 중남부 6.54일). 북부 Huetar 지역은 가장 낮다(San Carlos 병원과 Los Chiles 병원).

그래프 30. CCSS 지역병원들의 평균 입원일. 코스타리카, 2008 년.



일 / 환자

출처: DGASS-MS, 일차 출처: CCSS 의 통계, 보건부, 중미인구센터와 통계청, 2009 년.

주목할 점은, 여러 다른 입원서비스에 따라, 평균 입원일이 가장 높은 서비스는 일반내과에서 관찰되고, 그 뒤를 외과와 소아과가 뒤따른다. 이 자료는 병원 자원을 확충하는데 있어 중요하다. 그러나, 분석을 위해서는 병원의 진료 절차를 알고 있어야 한다. 왜냐하면, 예를 들어, 외과의 어떤 서비스에서는 만약 환자가 수술후 후유증을 겪는다면 일반내과로 옮기기 때문이다.

병원 진료의 품질을 간접적으로 반영하는 두 개의 지표는 제왕절개수술비율과 병원사망률이다.

제왕절개수술 비율은 병원에서 일정기간내 100번의 출산당 실시된 제왕절개수술의 횟수로 정해진다. WHO가 권고하는 제왕절개수술 비율은 20%를 넘지 말아야 한다.

2008년 CCSS에서 70,467건의 출산 중 14,445건의 제왕절개수술이 시행되어 20.51%를 기록했다. 민간부문에서는, 병원에서 제공한 정보에 의하면 총 2,607건의 출산 중 1,952건이 제왕절개수술이었으며 74.88%를 기록했다. 여기에서 볼 수 있듯이 CCSS의 제왕절개수술 비율은 WHO가 권고하는 수치에 가까운 것을 볼 수 있다. 민간부문에서 제왕절개수술의 비율은 무척 높은 편이다.

공공부문과 민간부문 간의 제왕절개수술 비율의 차이는 전국적으로 관찰되며, 민간 부문 병원에서는 진료가 더 즉각적이라는 것과, 출산 과정시 산모의 부담이 덜 하나든 것에 그 원인을 찾을 수 있다. 게다가, 제왕절개수술의 경우 병원과 담당 의사들의 수입도 증가하는 경제적인 요소도 한 몫하고 있다.

공공 부문 병원들의 경우, 제왕절개수술의 대부분은 CCSS의 국립병원(여러 병원들 중 특히 México 병원, Calderón Guardia 병원, San Juan de Dios 병원)에서 시행되는 것으로 나타난다(표 10).

**표 10. CCSS 국립병원의 제왕절개 출산 비율. Costa Rica, 2008.**

국립병원	제왕절개 횟수	병원 분만 횟수	제왕절개 비율
여성병원	1,196	6,239	19.17
México 병원	1,186	4,850	24.45
San Juan de Dios 병원	1,569	6,176	25.40
Calderón Guardia 병원	1,289	6,514	19.79

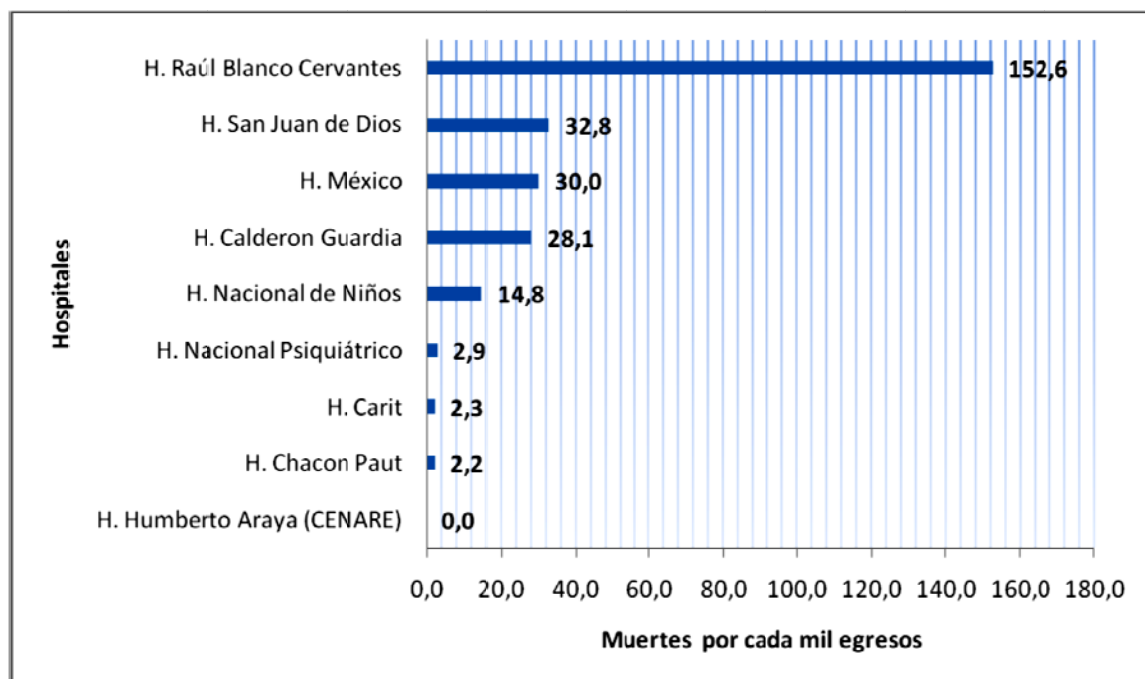
출처: DGASS-MS 일차 출처: CCSS 의 통계, 중미인구센터-INEC, 2009 년.

병원사망율은 분석시 병원종류를 고려해야 한다. 무엇보다도, 전문병원인지 아닌지, 어떤 분야의 전문병원인지를 고려해야 한다.

병원의 수준이 높을수록 병원사망율도 높아진다. 왜냐하면 하위 수준의 병원에서는 인적자원, 기술, 적절한 치료의 결여로 인해 취급할 수 없는 까다로운 환자들을 다루기 때문이다.

그래서, 국립전문병원의 병원사망율을 분석할 때 Raúl Blanco Cervantes 병원의 병원사망율이 가장 높은 것을 볼 수 있다. 왜냐하면 주 환자층이 노인이기 때문에 사망 가능성이 더 높기 때문이다.

**그래프 31. 퇴원 천건당 병원사망율 총비율, 2008 년**

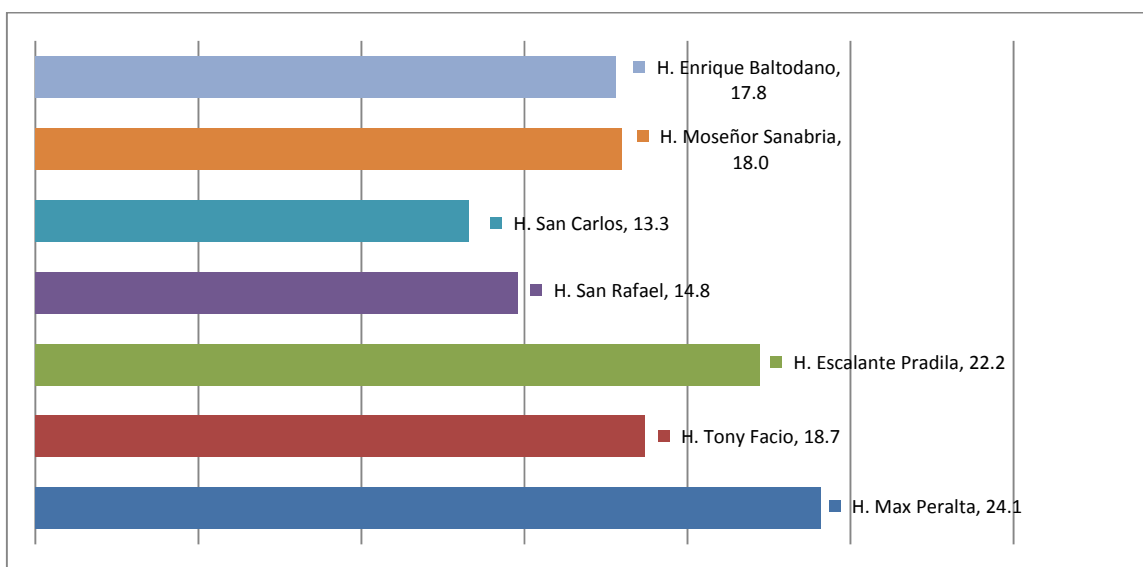


퇴원 천건당 사망수

출처: DGASS-MS 일차 출처: CCSS의 통계, 중미인구센터-INEC, 2009년.

지역병원들의 사망률은 퇴원 천건당 13.3-24건이다. Escalante Pradilla 병원과 Max Peralta 병원의 사망률은 22건 이상이며, San Rafael de Alajuela 병원과 San Carlos 병원의 사망률은 퇴원 천건당 15건 이하이다. 나머지 지역 병원들은 중간 수준을 보인다(그래프 32).

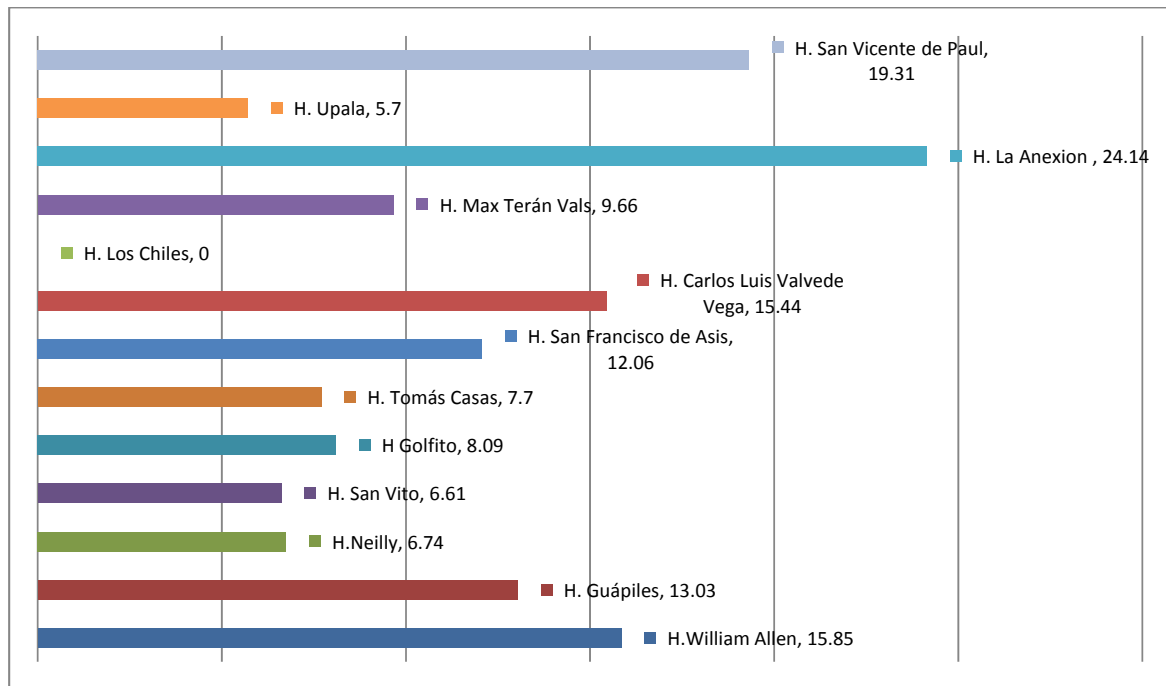
**그래프 32. CCSS 지역 병원들의 사망률 총 비율, 2008년**



출처: DGASS-MS 일차 출처: CCSS의 통계, 중미인구센터-INEC, 2009년.

주변 병원들의 경우, La Anexión 병원을 제외하고는 일반적으로 낮은 사망률이 관찰된다(다음 그래프 참조). 해결 능력이 낮기 때문에 중환자들과 까다로운 환자들이 상위 병원에 이송되는 결과라고 생각할 수 있다.

그래프 33. 주변 병원들의 사망률 총 비율, 2008년



출처: DGASS-MS 일차 출처: CCSS의 통계, 중미인구센터-INEC, 2009년.

이제 INS와 민간부문을 포함하기에 사망률 수치는 다분히 낮아져 INS는 천건당 0.027 그리고 민간부문은 천건당 0.59를 나타낸다. 이는 중환자 또는 병리학적 이유로 환자를 공공부문의 병원으로 이송하는 경향 때문이기도 하다.

CCSS의 통계와 생산의 요약 차원에서 2007년에서 2010년의 기간에 해당하는 다음 표가 마련되었다. 분석된 자료와 변수에서 뚜렷한 변동사항은 보이지 않는다는 것을 강조할 필요가 있다.

표 11. CCSS의 의료보건 서비스의 사용자와 생산에 관한 통계 및 지표

	2007	2008	2009	2010
<b>1. 사회보장 관련자료</b>				
<b>의료보험 소유 경제활동 인구 비율</b>				
봉급 노동자	65,7	70,1	66,8	68,8
비봉급 노동자	57,4	62,1	65,4	81,7
<b>연금보험 소유 경제활동인구</b>				
봉급 노동자	60,9	64,9	61,2	63,0
비봉급 노동자	37,8	42,8	46,9	67,5
<b>재해보험 소유 경제활동인구</b>	67,8	72,9	69,6	70,3
<b>연금수혜자/납부자 관계</b>				
연금제	13,4	12,8	13,5	13,3
<b>인구 대비 노인 연금 수혜 비율 (65세 이상)</b>	18,8	19,6	20,7	21,8
<b>2. 보건의료 생산 자료 및 통계     인구당 의료보험 진료</b>				
응급 외래	3,7	3,8	3,8	4,1
	(백명당)			
전문 의료	54,0	53,8	54,7	57,9
<b>약품 처방</b>				
외래 진료	3,9	4,0	4,1	4,3
입원, 퇴원	12,0	11,1	10,6	11,1
<b>퇴원당</b>				
입원 실험실 검사	33,9	33,0	32,2	35,0
	(천명당 병상 수)			
인구당 병상	1,3	1,2	1,2	1,2
	(백명당)			
병상 이용률	83,8	86,1	83,2	84,2
<b>병상 회전율</b>	57,4	58,7	59,1	57,6



	(일)			
평균 입원기간	5,6	5,5	5,3	5,5
	(퇴원 천건당)			
병원사망률	19,9	20,6	21,7	22,7
CCSS 병원의				
제왕절개 횟수	14.712	14.455	14.437	13.971
CCSS 산부인과				
출산 횟수	68.633	70.585	70.498	66.824
지역별				
국립병원	23.091	23.782	23.952	22.344
중북부	11.867	12.286	12.456	11.934
중남부	6.441	6.759	6.883	6.501
Huetar 북부	4.400	4.532	4.654	4.611
Chorotega	6.360	6.719	6.815	6.291
태평양 중부	3.729	3.849	3.839	3.527
Huetar 대서양	7.266	6.929	6.276	6.198
Brunca	5.479	5.729	5.623	5.418
CCSS의 퇴원횟수	329.540	330.360	333.953	329.202
과별				
일반내과	52.949	48.381	49.864	53.278
외과	109.996	115.032	119.098	114.371
부인과	25.366	25.098	25.250	25.426
산과	90.068	91.590	92.157	87.812
소아과	32.825	31.601	29.489	29.973
신생아학과	13.343	13.647	13.367	13.274
연금	0	0	0	0
정신과	4.993	5.011	4.741	5.068
의료보험 총진료	16.635	16.989	17.574	18.500
외래진료	11.823	12.161	12.566	12.839
일반내과	6.915	7.100	7.279	7.442
전문과	2.401	2.438	2.527	2.642
치과	2.021	2.104	2.194	2.154
기타 전문가	486	519	567	601
응급진료	4.812	4.828	5.008	5.660
의료보험의 평균 병상수	5.647	5.518	5.538	5613
기관에 의한 전치 기간				
INS	2.769.731	2.490.156		

CCSS		6.469.672	7.871.314	8.359.174	8.887.612
질병		4.829.782	6.064.204	6.458.722	7.066.180
산부인과		1.639.890	1.807.110	1.900.452	1.821.432
INS		0	0	0	0
의료보험제에 따른 전치 순서		904.963	1.068.619	1.129.894	1.284.891
질병		891.189	1.053.417	1.113.917	1.269.566
출산		13.774	15.202	15.977	15.325
어업		6.109	5.651	5.656	6.086
광업 및 채석장		1.912	2.075	2.254	2.080
수공업		137.822	141.771	131.439	137.801
전기, 가스, 수도		15.343	15.345	15.228	15.537
건설		75.018	90.285	73.372	69.981
상업					
상업, 자동차 수리, 가재도구		156.394	178.705	182.059	195.111
호텔 및 식당		44.656	49.327	48.000	51.454
운송, 저장, 통신		61.361	70.450	70.221	73.330
금융기관					
금융중개		39.371	42.226	42.400	41.489
기업부동산 및 임대 활동					
행정 및 국방		168.451	178.282	187.136	192.421
교육		29.995	33.286	41.423	43.386
용역					
사회 및 의료 봉사		20.144	22.325	23.667	26.203
기타 용역 활동		79.576	87.160	95.185	101.873
가사		13.802	14.646	14.463	16.611
치외법권 조직		481	527	488	386
불특정 활동		128.103	138.201	137.845	145.549
기관부문별					
급여노동자		972.208	1.054.497	1.038.237	1.075.528
민간기업		732.317	798.039	760.868	787.530
자치기관		122.534	134.288	145.703	151.167
중앙정부		108.439	113.165	121.905	125.014
가사		8.918	9.005	9.761	11.817
비급여노동자		281.119	315.141	336.182	361.402
자영업		201.798	232.816	253.926	283.814
특별 협약		79.321	82.325	82.256	77.588
근로자 재해보험					
가입자		952.848	1.040.336	986.506	1.017.671
연금제도					

직접 가입자		1.085.720	1.193.417	1.191.992	1.284.762
남성		747.440	815.707	808.169	868.110
여성		338.280	377.710	383.823	416.652
연금보험제도에 의한					
연금자		145.308	152.300	160.773	170.257
재해					
불구		44.047	45.164	46.092	46.963
노화		50.270	54.455	59.689	65.542
사망		50.991	52.681	54.992	57.752
성별					
남성		78.398	82.107	86.922	92.038
여성		66.910	70.193	73.851	78.219
비납세제에 의한 연금자		87.515	78.959	83.764	88.164
3. 보건의료 시스템의 지출, 경비, 수입					
		(백만 콜론)			
CCSS의 불능으로 인한 지출		23.227	31.789	42.390	47.498
		(콜론, 기관 평균)			
의료보험 적용 진료비		19.704	22.814	28.309	31.660
CCSS 평균 연금액		(콜론)			
노화		153.283	179.919	209.857	226.229
불구		102.930	122.645	143.313	150.072
사망		61.424	73.361	86.784	91.598
비과세제		33.018	60.169	69.254	73.219
		(백만 콜론)			
연금보험					
납부 수입					
고용자 부담금		156.538,0	196.382,7	216.579,5	248.143,3
노동자 부담금		108.297,6	134.871,1	147.622,8	172.200,3

출처: 국가 프로그램 보고서

## 5. 코스타리카의 민간 병원 부문

코스타리카의 민간 의료서비스는, 현 수요와 전문의의 개별 진료를 위한 세 개의 대형 사립병원들과 적어도 두 개의 중형 병원들로 구성된다. 이들 전문의들은 CCSS에

종속되어 있지 않으며, 일과후에는 독립적으로 개별 진료실에서 업무를 볼 수도 있다. 사립 병원들은 일반적으로 고정 전문의 직원을 보유하지 않으며, 시설은 사용자와의 직접 계약을 통해 활용한다. 사용자들은 시설 사용 비용을 추가적으로 지불하고, 외과의 경우처럼 보조 직원에게도 비용을 지불한다. 또 병원은 실험실, 약국, 방사선과와 같은 보완적 서비스를 제공하고, 의무실과 일반내과에서는 고정직원도 보유한다.

**표 12. 코스타리카의 주요 민간병원 정보**

일반 자료	
병원명:	Clínica Bíblica
설립년:	1921
위치:	Avenida 10 Calles 4 y 7, San José
홈페이지:	<a href="http://www.clinicabiblica.com">http://www.clinicabiblica.com</a>
연락처:	Central telefónica: +506 2522-1000, Fax: +506 2258-7184
병상	120
분과	도급계약에 의한 모든 분과의 의료서비스 제공
소유자	ASOMECO(코스타리카 의료서비스 협회), 코스타리카
인가	JCI(국제 의료기관 평가위원회)

병원명:	Hospital Hotel La Católica
설립년:	1963
국가:	Costa Rica
위치:	Guadalupe, Goicoechea, San José
홈페이지:	<a href="http://www.hospitallacatolica.com">http://www.hospitallacatolica.com</a>
연락처:	Central Telefónica: +506 2246-3000, Fax: +506 2246-3176
병상	56
분과	외과, 내과, 미용정형외과 및 미용외과, 비만외과, 정형외과 및 복강경외과. 고압산소실 보유.
소유자	Grupo SAMA, Costa Rica
인가	JCI

병원명:	Hospital CIMA
설립년:	1999
위치:	Escazú, San José
홈페이지:	<a href="http://www.hospitalcima.com">www.hospitalcima.com</a>

연락처:	Central Telefónica +506 2208-1104, Fax. +506 2208-1090
병상	62
분과	응급의학과, 외과, 내과, 진단 구역, 소아과 및 산부인과, 성인, 어린이, 신생아용 중환자실. 심장학 및 신경학 서비스 보유.
소유자	International Hospital Corporation, Dallas, Texas. 미국
인가	JCI

출처: 직접 작성

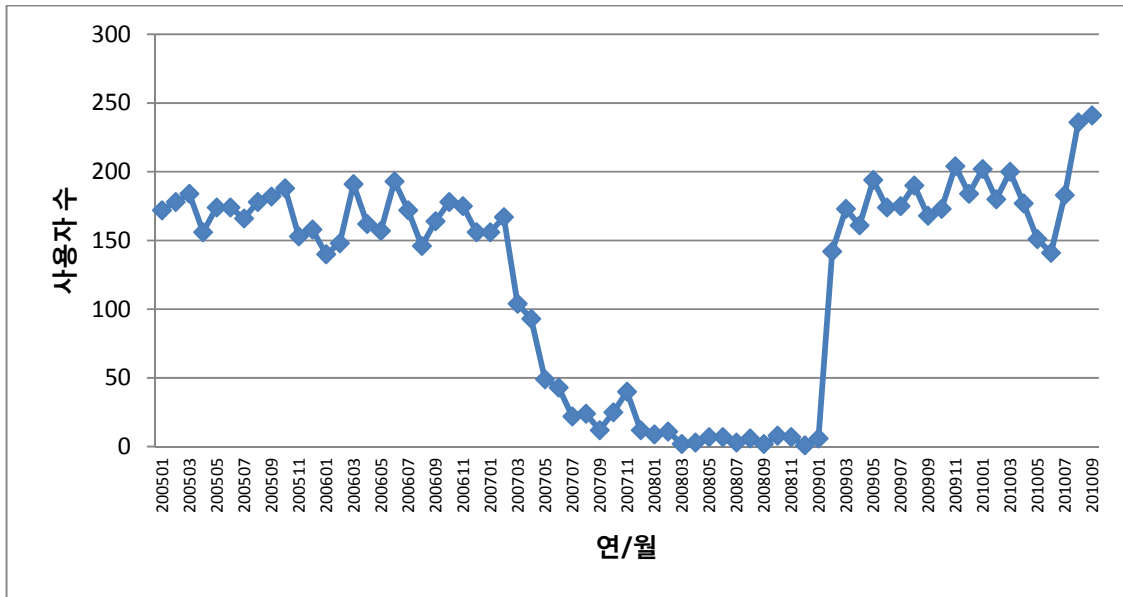
마찬가지로, 보건의료과학의 다른 전문가들(미생물학, 치과)은 CCSS의 근무시간 후 사적으로 업무를 보는 것에 대한 제한은 없다.

민간부문의 서비스 수요의 동향을 분석하면, 코스타리카에서 제공된 서비스의 수량, 공급의 다양성, 서비스의 품질이 체계적이며 지속적으로 상승했음을 알 수 있다. 그럼에도 불구하고, 그 비율은 아직 미미한 수준이며, 코스타리카 총의료진료의 약1%만을 차지하고 있다.

진료 환자의 수는, 이후의 분석 자료에 의하면 거의 모든 그래프에서 미국발 재정문제로 인한 세계적 경제위기 시기와 일치하여 하락세가 나타나며, 2007년 말과 2008년 중반 사이에 최고치를 기록한다. 그러나, 이런 상황에도 불구하고, 다음 그래프를 보면 2010년 외국 환자들은 민간부문의 의료서비스를 경제위기 이전보다 더 많이 이용한 것으로 나타난다.

민간부문에서 의료관광 부분이 한 자리를 차지하기 시작했다. 2009년부터 PROMED ([www.promedcostarica.com](http://www.promedcostarica.com)) 라고 하는 단체에서 코스타리카를 경제적, 편의적, 질적으로 외과적 대수술, 소수술, 미용수술에 안성맞춤인 국가로 홍보하기 시작한다. 이것을 가능하게 하는 요소로는 국가가 보유한 전문의들의 높은 수준과, 대다수의 주요 고객이 미국출신이기 때문에 이중언어를 구사할 수 있는 직원의 보유라고 할 수 있다.

그래프 34. 연월별 두 주요 민간병원의 외국 환자의 수. 2005-2010년 기간.

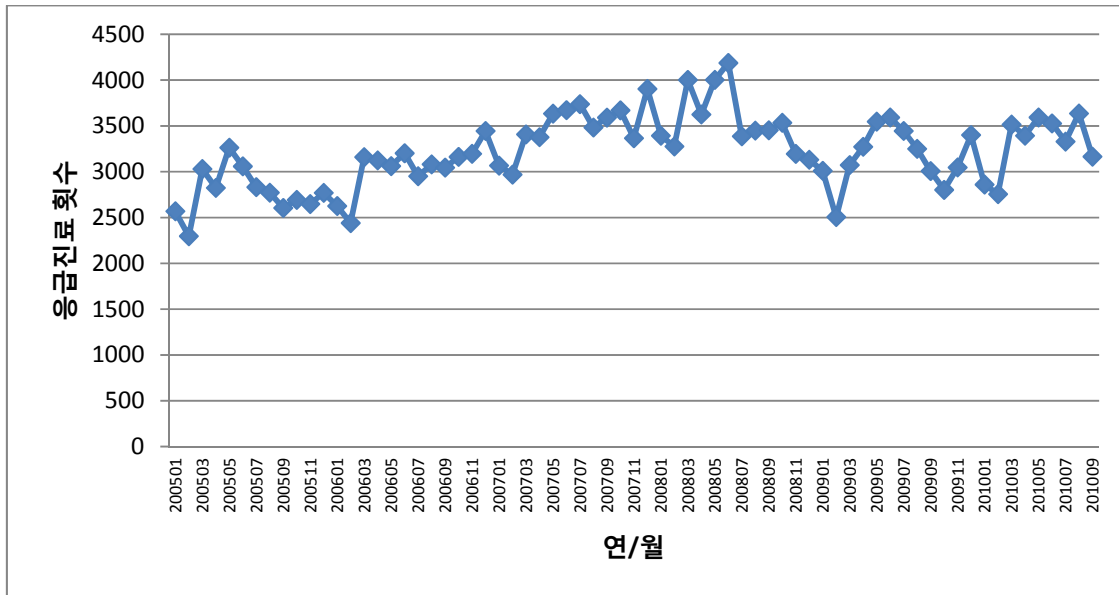


출처: 직접 작성

미국과의 자유무역협정에 의한 의료보험시장의 개방은 민간의료센터의 수와 그 사용자가 증가하는데 한 몫을 했다: 예를 들어, 국내에 주재하는 국제기업들(HP, Procter & Gamble, 등) 중 많은 수가 민간병원을 사용하는 의료보험을 직원들에게 제공하고 있다. 현재, Bíblica 의원과 CIMA 병원 외에도 다른 두 개의 의료센터(La Católica 병원과 Hospital Metropolitano 병원)가 성장세에 있으며 환자도 더 많이 유치할 것으로 예상된다.

현재 La Católica 병원의 대부분의 진료와 입원은 INS와의 협약에 따른 결과이다. Metropolitano 병원은 일반에게 병원을 공개한 지 이제 거의 2년 정도밖에 안 되었지만, 이 의료센터 관계자와의 인터뷰를 통해 알아본 바로는, 수도권 본부 시설의 다양화를 통해 성장을 꾀하려고 하는 것으로 알려졌다.

그래프 35. 두 주요 민간병원의 연월별 응급진료 횟수. 2005-2010년 기간.



출처: 직접 작성

주요 민간병원에서 기록된 응급진료는 약간의 상승세를 보였으나, 평가 기간 중에 세계경제위기로 인한 민간부문에의 영향은 확연하게 나타나며, 코스타리카에서는 2008년말 가장 큰 영향을 받는다. 그러나, 마찬가지로, 수치는 회복세를 반영해 2008년 후의 서비스 횟수는 증가 추세를 보인다.

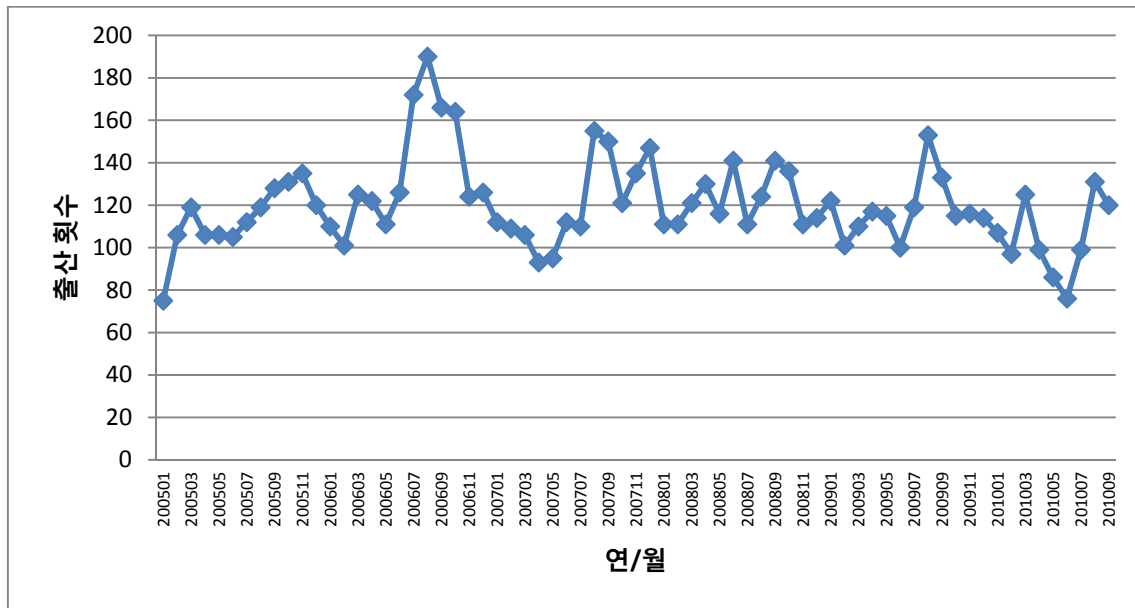
코스타리카의 과도기적 인구의 특징에 의해, 민간부문의 응급진료 종류는 공공부문의 그것과 유사하다. 주 부문의 차이는 수량에서 나타난다. 주요 진료 대상: 상부 및 하부 호흡기 질환, myocardial vascular events (심장마비 또는 유사), 그리고 당뇨, 고혈압, 암과 같은 만성 질환에서 파생되는 문제들. 가끔 뇌혈관질환(뇌출혈)도 관찰된다. 전염성 질병들은 점점 줄어들고 있으며, 심리적 외상에 의한 응급 질병의 대부분은 CCSS의 의료센터에서 진료하고 있다.

민간병원에서 입원 비중이 가장 높은 부문은 출산과 관련된 부문이다. 그래프 36에서 볼 수 있듯이, 주요 두 민간병원에서의 출산횟수는 상대적으로 안정되게 유지되었음을 볼 수 있다. 이 상황은 출생율의 하락과 출산 연령이 높아지고 자녀의 수는 적어지고 있다는 것에 일부 기인한다. 이 효과는 그래프 2의 코스타리카 인구 피라미드에서 잘 나타나는데, 피라미드 밑부분이 점점 좁아지는 것을 볼 수 있다. 이런 의미에서 정부는 본격적으로 이 상황이 의료서비스와 진료 제공을 위해 준비하고 있는 방식에 미칠 영향을 심사숙고하고 있다. 서비스 준비에 관해서는, 장년과 노년의 질병에 대한 교육이 점점 중요하게 될 것이다. 그리고 동시에 의료서비스는 낮은 출생률을 감안해 어린이들의 생활조건을 양호하게 유지하기 위한 노력을 증대해야 할 것이다.

코스타리카에서 병원외 출산 또는 의료서비스를 통하지 않은 출산 비율은 다른 중미국가들과 비교시 매우 낮다는 것을 언급할 필요가 있다. 코스타리카에서 소위 “조산사”들의 존재는 원주민 지역과 같은 오지에 국한되어 있다.



그래프 36. 두 주요 민간병원의 연원별 출산 진료 횟수. 2005-2010 년 기간.

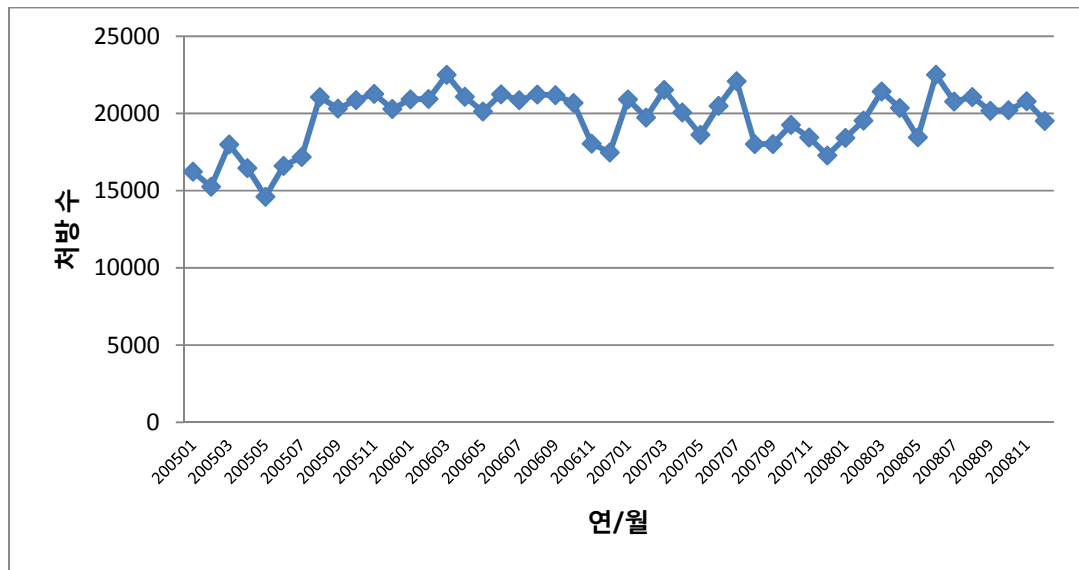


출처: 직접 작성

두 병원에서 실시한 처방전 발행 횟수와 Lab Test 횟수는 지표상 안정적인 수치를 보인다. 그러나, Lab Test 횟수는 2005년과 2010년 사이 상승세를 보인다.

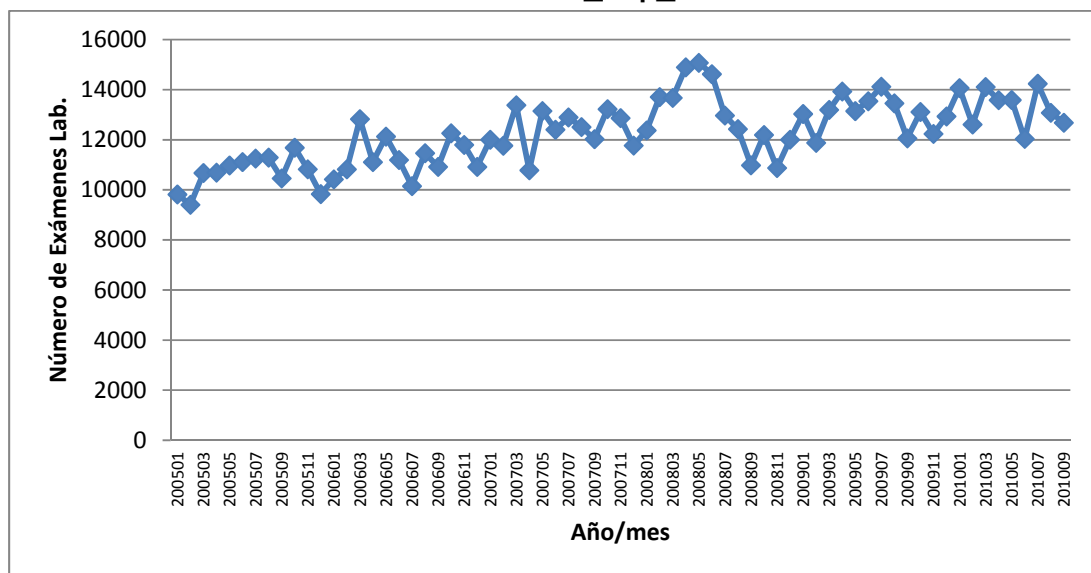
명목 수치상, 두 병원에서 이 서비스의 수요(적어도 민간부문병원시장의 60%)는 연간 평균 18,000 건의 약품처방전과, Lab Test 는 10,000 건에서 14,000 건을 상회하게 되기까지 지속적인 상승을 보인다. CCSS 와 비교하자면, 2010 년 CCSS 의 의료서비스량은 4 천 8 백만건의 Lab Test 와 7 천 2 백만건의 약품처방전을 발행했다.

그래프 37. 두 주요 민간병원의 연월별 약품 처방 횟수. 2005-2010년 기간.



출처: 직접 작성

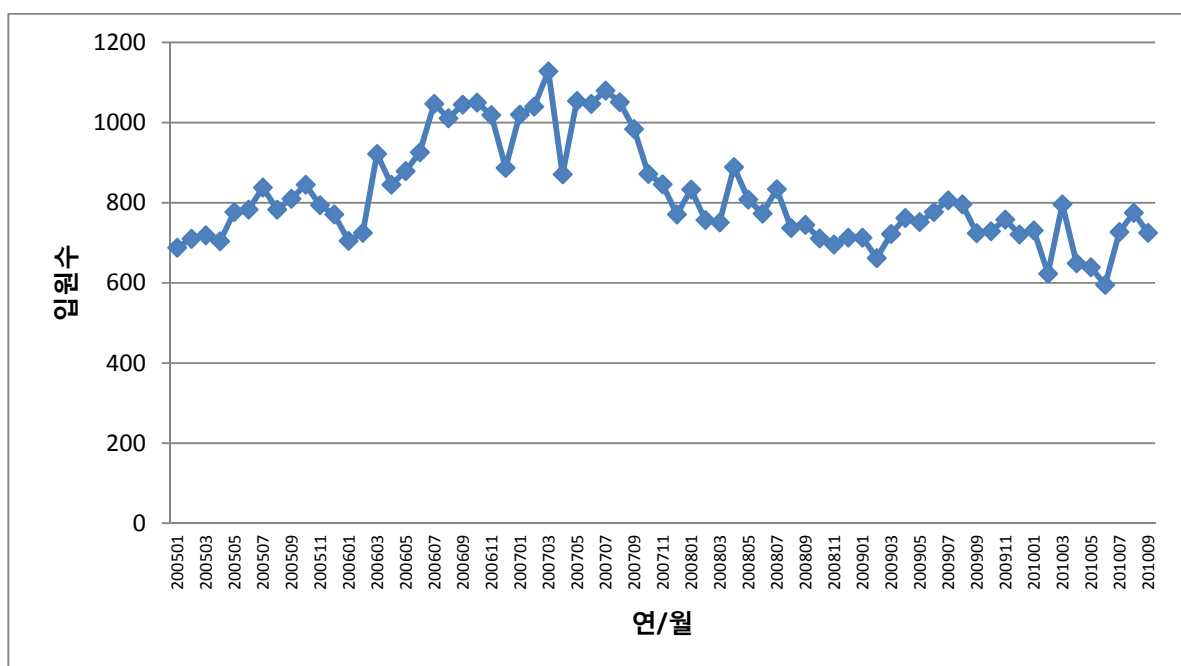
그래프 38. 두 주요 민간병원의 연월별 laboratory prescription 횟수.  
2005-2010년 기간.



출처: 직접 작성

입원에 대해서는 민간병원부문에서 뚜렷한 동향이 나타나지 않는다. 최근 몇 년 동안 하락세가 관찰되더니 것이 최근 3년간은 안정세를 보인다. 입원수의 감소는 입원이 필요없는 외래 외과 치료의 증가세로 인한 것으로 설명될 수 있다. 코스타리카에는 복강경수술에 숙련된 의사들이 많이 있으며, 점차 치료용 내시경 치료가 더 많이 실행되고 있어, 대부분 입원의 필요없이 빠른 회복이 가능해 환자의 병원 체류 시간이 감소되었다. 그래프 39에서 볼 수 있다.

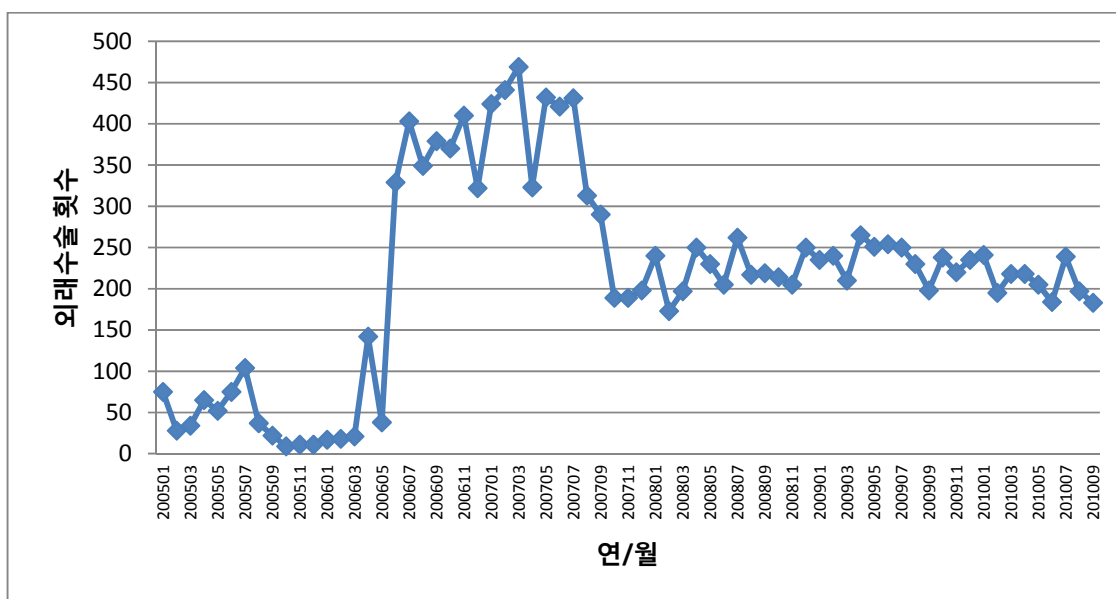
**그래프 39. 연월별 두 주요 민간병원의 입원수. 2005-2010년 기간**



출처: 직접 작성

그래프 40에서 외래 수술 횟수를 볼 수 있는데, 그래프 34와 비교했을 때 외국환자의 수가 하락하는 것은 외래수술 횟수가 감소하는데 큰 영향을 미쳤을 수도 있다. 이 상황은 2008년부터 안정되었다는 것을 언급할 필요가 있다.

**그래프 40. 연월별 두 주요 민간병원의 외래 수술 횟수. 2005-2010년 기간**

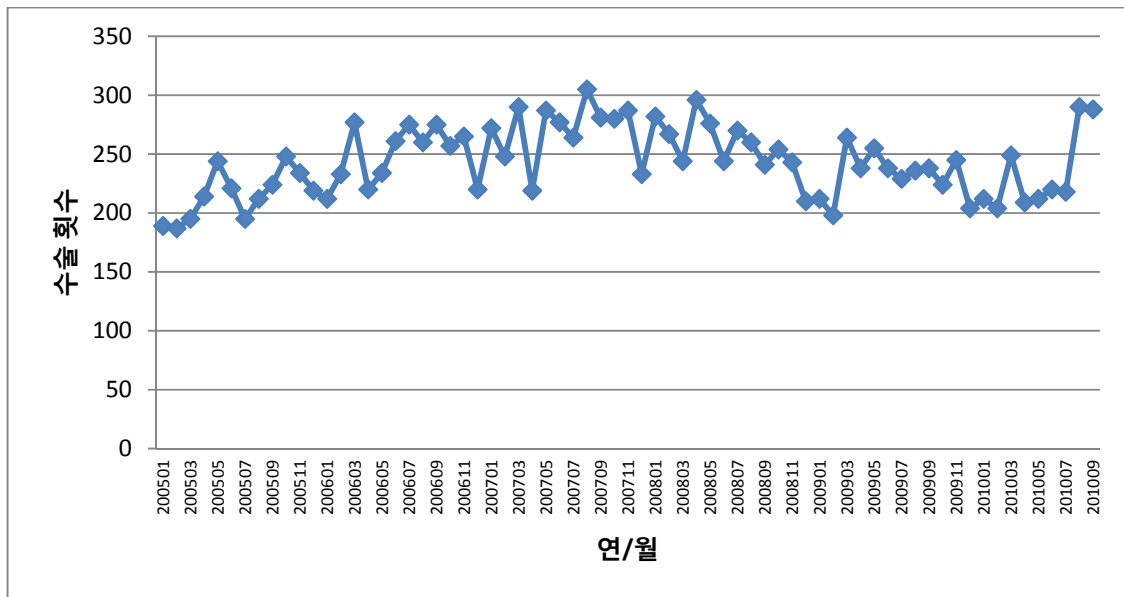


출처: 직접 작성

수술 횟수에 해당하는 자료를 분석하면, 입원 횟수와 일관성을 유지한다는 것을 알 수 있는데, 수술 횟수는 두 병원에서 감소하지 않았고 오히려 증가세를 보이기 때문이다.

병원에 근무하는 외과의사들에게 인터뷰한 결과, 대부분의 수술은 종양 관련, 소화계, 정형외과, 산부인과, 혈관 질병이고, 간단한 수술부터 심혈관계의 복잡한 수술도 진행된다.

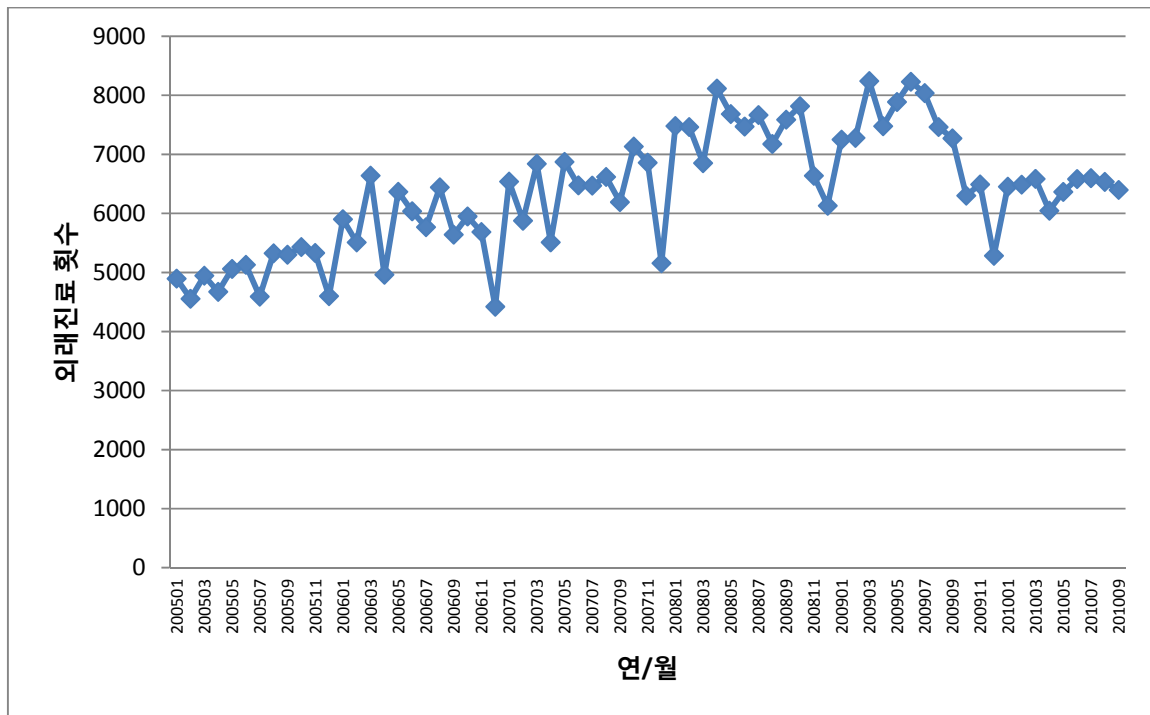
그래프 41. 연원별 두 주요 민간 병원의 수술 횟수. 2005-2010년 기간



출처: 직접 작성

코스타리카의 민간병원 부문의 성장을 보여주는 가장 확실한 자료는 외래진료 횟수이다. 다음 그래프에서 2009년 말의 하락을 관찰할 수 있다; 그러나 외형적으로는 안정세를 유지하며, 외래진료의 하락에도 불가, 2005년부터 항상 증가 추세를 보이며 월간 약 5,000명의 환자에서 2010년 말에는 환자수가 6,000명 이상에 달한다.

그래프 42. 연월별 두 주요 민간병원의 외래진료 횟수. 2005-2010년 기간



출처: 직접 작성

진료비 구조는 민간병원과 공공병원에 따라 차이를 보인다.

민간병원에서 일반적인 진료는 20\$부터 약 50\$ 사이이며, 의사협회는 매년 일반 진료비와 전문 진료비의 최저 진료비를 정하고 있다. 전문의의 진료비는 대략 100\$이다.

절차에서의 변동성은 더욱 크다. 왜냐하면 시행 의사가 일반의인지 전문의인지에 따라서, 그리고 사용 재료에 따라 결정되기 때문이다. 예를 들면, 민간병원에서의 위내시경 검사는 100\$에서 150\$ 사이이다.

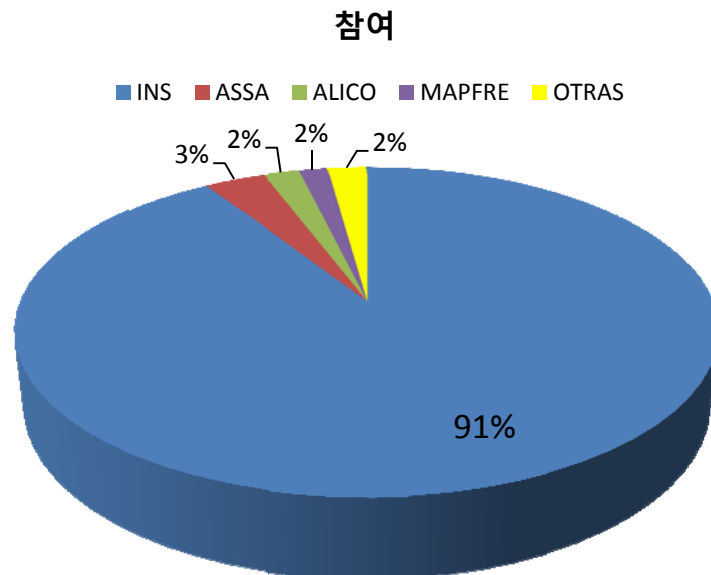
민간병원에서의 의료 서비스에 대한 비용은 직접 지불 방식 또는 의료보험을 통해서 이루어진다.

## 6. 코스타리카의 의료보험 현황

코스타리카는 2008년 8월부터 미국과의 자유무역협정에 따라 의료보험시장을 개방했다. 이는 법률 8653에 의한 것으로, 코스타리카 의회에 의해 승인되었다. 담당기관은 1924년 설립된 INS(보험공사, [www.ins-cr.com](http://www.ins-cr.com))이다.

관리기관은 SUGESE(보험관리국, [www.sugesefi.cr](http://www.sugesefi.cr))로, 법률 8653의 제29조에 그 권한이 정해져 있다. 의료보험시장의 분포 현황은 다음과 같다:

그래프 43. 의료보험 시장의 분포, 2011년



출처: SUGESSE, 2011년 연간 보고서.

보험시장의 개방은 국가의 현행 사회보장 시스템에 전혀 영향을 미치지 않았다. 민간의료보험을 통해 의료비를 충당하는 것이 가능하다. 이는 각 소비자의 자발적인 선택에 따른다. 보험시장에 참여하도록 승인된 보험사는 다음과 같다:

**표 13. 코스타리카 보험시장의 승인된 보험사**

보험회사	소유자	범주
INS(보험공사)	국가	혼합
MAPFRE Seguros Costa Rica, S.A.	외국 민간 자본	혼합
Assa Compañia de Seguros, S.A.	외국 민간 자본	혼합
Seguros Bolivar Aseguradora Mixta S.A.	외국 민간 자본	혼합
Seguros del Magisterio S.A.	현지 민간 자본	개인보험
Alico Costa Rica, S.A.	외국 민간 자본	개인보험
Pan American Life Insurance De Costa Rica, S.A.	외국 민간 자본	개인보험
Aseguradora del Istmo ADISA, S.A.	현지 및 외국 민간 자본	개인보험
Best Meridian Insurance Company (Costa Rica 지점)	플로리다 주에서 설립된 회사, 민간 자본	개인보험
Atlantic Southern Insurance Company Costa Rica 지점*	푸에르토 리코에서 설립된 회사, 민간 자본	개인보험
Qualitas Compañia de Seguros (Costa Rica), S.A.	외국 민간 자본	개인보험

\*미등록 상태, 아직 영업 불가.

출처: SUGESSE, 2011년 연간 보고서.

의무보험(근로자보험과 자동차보험)은 아직 CCSS 소관이다. 그러나, 민간 보험회사의 제공을 법적으로 제한하지는 않는다. 현재 의무보험을 제외하고, 일반 보험은 보험시장의 66%를 차지하고 있으며 나머지 34%는 생명보험이 차지한다. 보험회사에 더 많은 이익을 창출한 자발적 보험은 자동차 보험(42%)과 상해보험 및 의료보험(55%)이었다. 지출에 있어, 가장 많은 보험료가 지출된 부문은 자동차보험, 화재보험, 상해보험으로 78%를 차지한다. 개인보험 부문에서 보험료가 가장 많이 지출된 부문은 64%를 차지한 건강보험과 상해보험이었다.

보충자료로 다음 표에서 코스타리카에서 인가된 보험의 하위분류를 다룬다:



표 14. 인가된 보험회사의 보험 종류

	INS	Seguros del Magisterio	MAPFRE	ALICO	ASSA	PALIG	ADISA	Qualitas	Bolivar	BMI	총계
개인보험	72	15	4	8	7	13	14	0	4	5	142
상해 및 건강	40	5		5		9	4			5	68
생명	28	10	4	3	7	4	10		4		70
가임(rent)	4										4
일반보험	109	0	11	0	38	0	0	1	0	0	159
농업 및 축산업	6										6
자동차	6		2		2			1			11
항공	2										2
보증	8				6						14
신용	3				2						5
화재 및 관련위험	16		4		8						28
운송	7				4						11
기타 손해*	40		3		10						53
손해	5		2								7
민사책임	12				4						16
선박	2				2						4
기타 일반보험	2										2
총계	181	15	15	8	45	13	14	1	4	5	301

출처: SUGESSE, 2011년 연간 보고서.

결론적으로, 의료서비스의 제공 현황은 민간 보험 부문에서 개발 기회가 남아 있다는 것을 보여 준다. 코스타리카에 진출한 초국가적 민간 의료 보험사들간의 전략적 제휴는 당사 직원들을 위한 것으로, 민간병원(주로 CIMA 병원)에서 필요시 적용한다. 코스타리카에서 의료보험 가입은 근로보험과 자동차보험(현재 INS 담당)처럼 의무적이다.

## 7. 보건의료 부문의 인적자원

표 15에서 볼 수 있듯이 2008년 공공부문에 총 10,072명의 전문가가 분포되어 있는 것으로 나타났다.

표 15. 근무 기관에 따른 보건의료 부문 전문가 수. 코스타리카, 2008년.

전문가 종류	보건부	CCSS	INS	Total
면허 간호사	124	2,223	35	2,382
약사	30	528	11	569
미생물학자	19	565	0	584
영양사	84	81	1	166
치과 의사	26	527	3	556
정신과 의사	24	148	4	176
사회 사업가	75	383	4	462
의사	121	5,012	44	5,177
총계	<b>503</b>	<b>9,467</b>	<b>102</b>	<b>10,072</b>

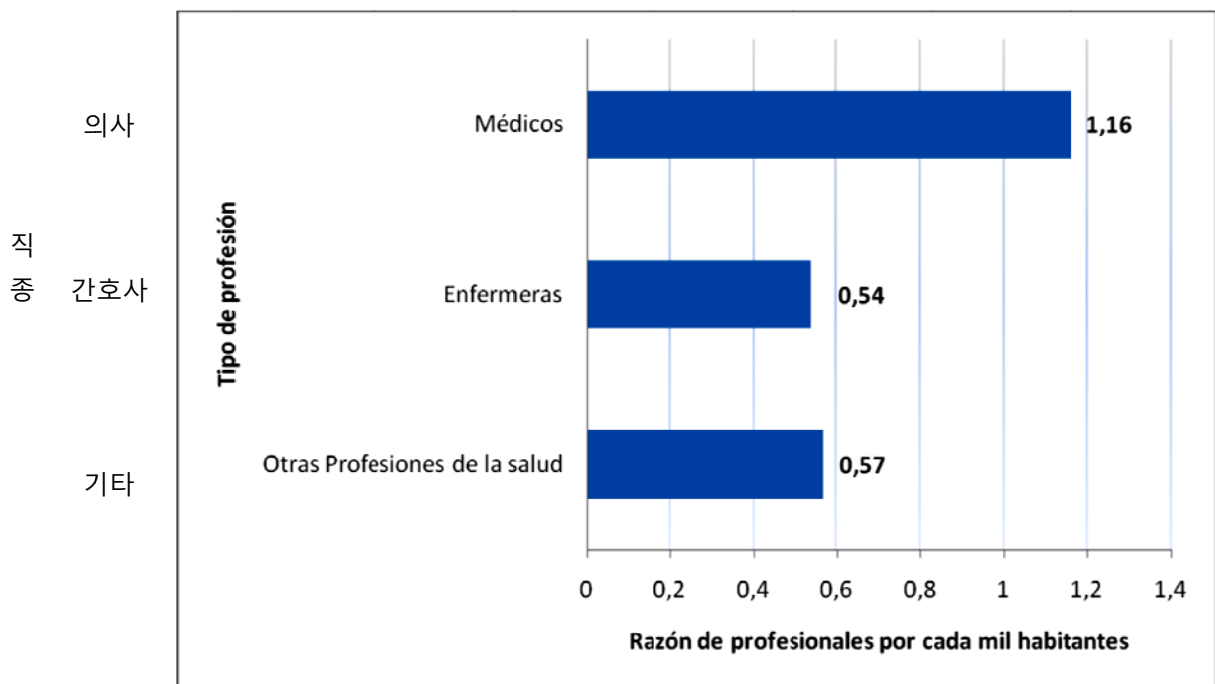
출처: DGASS-MS, 일차 출처: CCSS 의 통계, 보건부, INS, 중미인구센터와 통계청, 2008 년.

PAHO(범미보건기구)는 결의안 CSP 27.R7 <sup>4</sup>을 통해, 보건의료 부문 인적자원의 수, 분포, 지속성에 있어 아메리카 전체의 위기를 인정하고 있다. 회원국 대부분이 권고수치인 **천명당 2.5명의 전문가**(의사, 간호사, 조산사만 고려) 밀도에 못 미치고 있다. 마찬가지로 PAHO는 의사와 간호사의 비율도 1대1일 것을 권고하고 있다.

<sup>4</sup> OPS 보건의료를 위한 인적자원의 지역적 목표 2007-2015, 2006 년.

그래프 44에서 볼 수 있듯이, 2008년 코스타리카에서 인구 천명당 1.72명의 전문가의 비율이었는데, 가장 높은 수치는 의사에 해당하는 천명당 1.1명이었다. 그리고 의사와 간호사의 비율은 2.18대1이었다.

**그래프 44. 공공부문의 인구 천명당 보건의료 전문가 수. 코스타리카, 2008 년.**



천명당 전문가 비율

출처: DGASS-MS, 일차 출처: CCSS 의 통계, 보건부, INS, 중미인구센터와 통계청, 2009 년.

다른 보건의료 전문가의 인구 천명당 비율은, 의사(1.16)와 간호사(0.54)와 비교했을 때 0.57 로 나타났다. 구강위생부문에 같은 비율이 적용되는데, 치과 전문의들의 분포와 의무 활동을 증가하면서 강화해야 하는 요소이다. 이는 치과 전문의들의 수와 분포를 살펴보면 확인할 수 있다. 2008 년 전국적으로 3,253 명의 치과의사 중 437 명이 CCSS 에서 근무했는데, 2009 년에는 3,727 명 중 단지 302 명만 CCSS 에서 근무했다.

전국적으로 인적자원 형성의 기획은, 수요에 좀 더 양질의 대응을 할 수 있도록 국가적 배경에서 적응하고 보건의료 측면에서 이루어져야 한다.

인적자원이 결핍되어 혜택의 범위가 낮아지게 하는 진료부문이 존재한다. 이는 구강 보건 부문에서 볼 수 있는데 치과 전문의들의 분포와 의무 활동을 증가하면서 강화해야 하는 요소이다. 이는 치과 전문의들의 수와 분포를 살펴보면 확인할 수 있다. 2008년 전국적으로 3,253명의 치과의사 중 437명이 CCSS에서 근무했는데, 2009년에는 3,727명 중 단지 302명만 CCSS에서 근무했다.

코스타리카의 진료 모델에서 일차진료의 인적자원은 지역공동체와 가장 밀접한 접촉을 하는 부분으로, 그 내부에서 ATAPS(일차보건의료 조수)는 통합진료팀에서 가장 중요한 직원이다.

코스타리카는 천명당 평균 0.25명의 ATAPS가 있다. Puntarenas는 가장 높은 비율을 가진 주로, 인구 천명당 0.47명의 ATAPS를 보유하고 있다. 대조적으로 San José 주는 가장 낮은 수치인 천명당 0.15명의 ATAPS를 보유하고 있다(그래프 45).

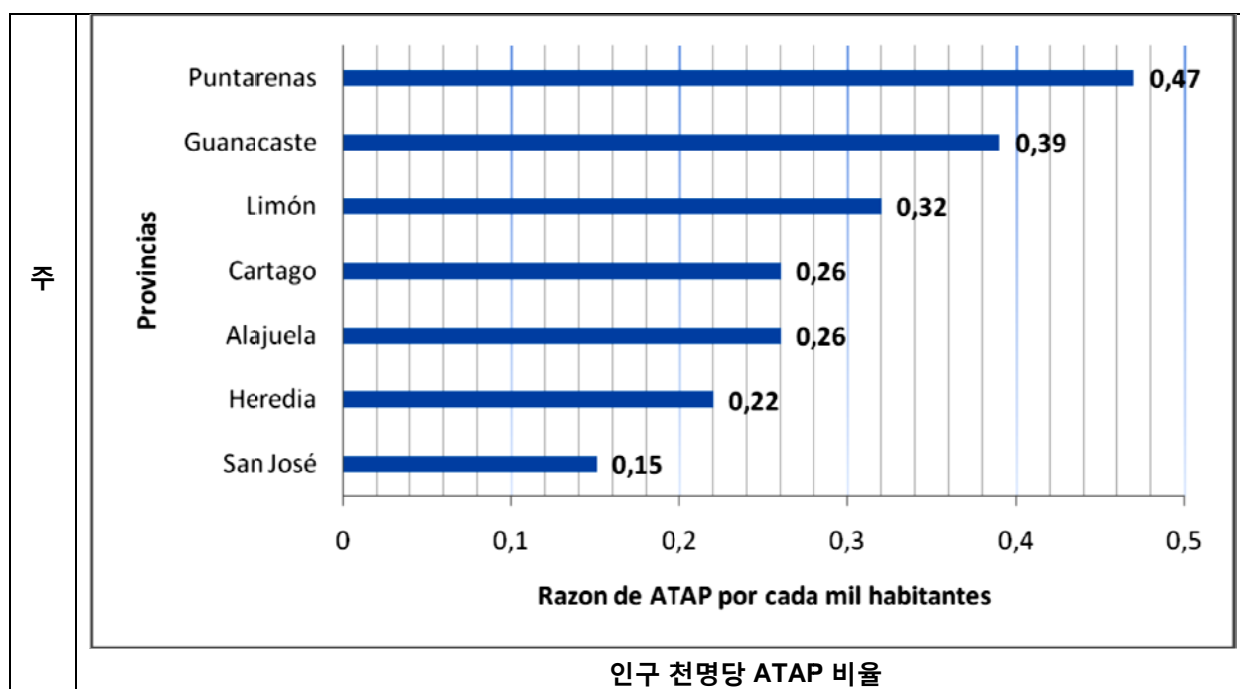
ATAPS 비율은 중부 지방의 주들(Limón, Puntarenas, Guanacaste)에서 가장 높게 나타난다. 이는 수혜 주민들의 분산성과, 특히 농촌지역의 분산성과 밀접한 관련이 있다. 한편, 주변 지역부터 시작되어 보건의료 직원 뿐만 아니라 해당 공동체에 더 큰 혜택과 약속을 가지고 진행되었던, 개정진료모델 적용의 진행 과정도 그 결과에 영향을 끼쳤다.

사회적으로는 불리하지만 자원은 풍부한 지역들이 있는 한, 개정진료모델은 보건의료 시스템의 공정성에 호의적으로 작용한다. San José 주의 경우, 주민들이 사회경제적으로 불리한 조건에서 생활하고 있는 불안정한 지역들이 존재한다.

그럼에도 불구하고, 직접 진료의 공공 시스템이 필요로 하는 일차진료의 ATAPS의 양과 질의 형성을 위한 조건을 창출하는 것은 매우 중요하며, 자기 개발을 위한 양질의 노동 조건의 적용을 통해 ATAPS를 유지하는 것도 매우 중요하다.

ATAPS는 EBAIS(보건소)의 구성원이기 때문에 따로 분리해서 취급하지 말아야 한다. 그래서, 작업팀의 관점에서 인적자원의 교육과 투입에 힘써야 한다.

**그래프 45. CCSS의 주 별 천명당 ATAPS, 2008년**



출처: DGASS-MS. CCSS의 일차 통계, 중미연구센터, 2009년.

EBAIS는 의료 전문가 1명, 간호 보조사 1명, 일차진료 전문가 1명으로 구성되어 있다. 이 구조는 90년대 일차진료의 개정모델이 국내에 도입 시행되었을 때 정해졌다. 이 구조가, 애초에 기획이 부족한 상태에서 보건부의 관리국 역할이 결여된 채 성립되었기 때문에, 새로운 의료보건 실상에 따라 조정이 필요하다는 것은 분명하다. 이 상황은, 일반내과 의사가 가정의학 전문가로 교체되는 경우를 유발하기도 했으며, EBAIS에

의료기록 전문가와 약학 전문가를 포함하도록 해, 공공 보건의로 시스템 조직의 변형을 야기하면서 동일 수요 지역간의 자원 공급의 불균형을 이끌어내기도 했다. EBAIS는 보건의로 구역에 속하고, EBAIS 망을 구성하며, 미생물학, 약학, 치과학, 소아과, 간호학, 영양학, 심리학과 그 외 전문가들로 구성된 지원팀의 지원을 받는다.

**표 16. 주 당 EBAIS 평균 담당 인구. 코스타리카, 2007 년**

주	총 인구	EBAIS 수	EBAIS 당 평균 주민
San José	1,557,371	270	5,768,04
Alajuela	841,522	157	5,360,01
Cartago	494,315	99	4,993,08
Heredia	426,186	93	4,582,65
Limón	420,655	107	3,931,36
Guanacaste	279,999	85	3,294,11
Puntarenas	369,180	135	2,734,67
Total	<b>4,389,228</b>	<b>946</b>	<b>4,639,78</b>

출처: DGASS-MS. CCSS 의 일차통계, 중미인구센터-INEC, 2009.

2007년에 946개의 EBAIS가 있는 것으로 나타났으며, 이는 평균 4,640명을 담당하는 것을 의미한다. 이 비율을 진료개선모델에서 정하는 바와 비교하면, 모델에서는 ATAPS를 일원으로 하는, 평균적으로 인구 4천명을 담당하는 EBAIS를 제시하는데 반해, 농촌지역의 인구가 분산되어 있기 때문에 수치가 낮아져 약 2,500명의 주민을 담당하는 것으로 나타나는 바, 모델에서 정하는 수치를 지키지 못한다고 할 수 있다. 그래서 혜택 적용 범위 뿐만 아니라 제공되는 진료의 품질에도 영향을 미치게 된다. 왜냐하면 위험 수준이 높은 가정들도 최선의 경우 일년에 한 번 정도밖에 방문을 받게 될 것이기

때문이다. 주 별로 나온 결과에 의하면 San José 주와 Alajuela 주는 한 EBAIS 당 평균 5천명을 상회하는 것으로 나온다.

## 7.1 CCSS 고용 직원

CCSS의 일자리는, 앞서 살펴본 바대로 진료 수준에 따른 분배에 의해, 본부의 행정직, 지점 행정-금융직, 의료센터에서 일하는 보건의료직에 분포되어 있다. 2012년 CCSS의 총직원수는 44,000명 이상으로, 중미에서 가장 큰 국영기관이다. 직종군에 따라 다음 표와 같이 분포된다:

**표 17. CCSS 직원 분포, 2012 년**

조직군	직원 수
간호사	9,284
의사	5,840
의무실 전문가 및 조수	4,221
의료 전문가	2,925
의료기록 직원	2,605
경비 청소 직원	2,086
행정 전문가	2,085
가사 직원	2,052
약사	1,885
경영지원 전문가	1,763
약학, 미생물학, 화학 전문가	1,284
비서	1,248
유지보수 전문가	1,043
산업생산 전문가	780
운전 담당 직원	679
정보처리 전문가	647
비전문 사무직	633
임상 치과의사와 정신과의사	587

검사관	382
행정간부	376
인적자원 전문가	370
물류 직원	331
복지사	329
병의원 행정직원	142
정신과 보조직원	114
감사 전문가	108
일반 보조 직원	103
지점 직원	84
병의원 이사	77
본사 회계 재정 직원	68
그래픽 전문가	46
건축가	26
주임 사제	21
검안 전문가	19
관리직	19
본부 출납 담당자	19
본부 법률고문	13
본부 회계사	12
사서	9
중역	5
보건의료 홍보 전문가	4
기획 전문가	3
홍보 전문가	3
<b>총계</b>	<b>44,330</b>

출처: 기획청, CCSS

## 7.2 주요 의료학 전문가, 자격증 소지자, 기술자들의 봉급 체계

CCSS의 현행 봉급 체계에 기초해, 2012년 하반기 총계약근무시간(주당 44 시간의 일상근무)에 따라 다음 표와 같이 나타난다:



표 18. 2012 년 하반기 CCSS 의 봉급체계

일자리	기본 월급 (콜론화)	연금 (콜론화)	기타 특별 인센티브 (월별 또는 카테고리)
환자 보조	350,050	10,256	
수술 보조	354,050	10,374	
장비센터 보조 1	354,050	10,374	
장비센터 보조 2	361,050	10,543	
일차진료 기술 보조	374,050	10,847	
EBAIS 기술 보조	374,050	10,847	
물리치료사	755,050	17,766	
보건의료 기술 보조	364,550	10,608	
보건의료기술 전문가 1	388,050	11,137	
보건의료기술 전문가 2	403,550	11,259	
보건의료기술 졸업 전문가	424,050	11,789	
보건의료 기술 자격증 소지자	456,550	12,601	
전리방사 자격증 소지자	487,050	13,248	
간호조무사	394,665	11,564	59,199,75
Diploma 간호사 1 급	458,449	10,228	68,767,35
Diploma 간호사 2 급	472,315	10,537	70,847,25
Diploma 간호사 3 급	485,384	10,829	72,807,60
Diploma 간호사 4 급	498,456	11,121	74,768,40
Diploma 간호사 5 급	511,523	11,412	76,728,45
Diploma 간호사 6 급	525,213	11,718	78,781,95
Diploma 간호사 7 급	538,646	12,017	80,796,90
Diploma 간호사 7-A 급	545,797	12,177	81,869,55
Diploma 간호사 8 급	553,106	12,340	82,965,90
사회복지사 BSN 간호사 1 급	494,581	11,034	74,187,15
BSN 간호사 1 급	494,581	11,034	74,187,15
BSN 간호사 2 급	510,062	11,379	76,509,30
BSN 간호사 3 급	524,955	11,712	78,743,25
BSN 간호사 4 급	539,270	12,031	80,890,50
BSN 간호사 5 급	553,860	12,357	83,079,00
BSN 간호사 6 급	569,157	12,698	85,373,55
BSN 간호사 7 급	584,156	13,033	87,623,40
BSN 간호사 7-A 급	592,145	13,211	88,821,75
BSN 간호사 8 급	600,311	13,393	90,046,65
사회복지사 Practioners 간호사 1 급	599,194	20,972	89,879,10
Practioners 간호사 1 급	599,194	20,972	89,879,10
Practioners 간호사 2 급	614,654	21,513	92,198,10
Practioners 간호사 3 급	631,188	22,092	94,678,20
Practioners 간호사 4 급	646,968	22,644	97,045,20

Practioners 간호사 5 급	664,500	23,258	99,675,00
Practioners 간호사 6 급	684,633	23,962	102,694,95
Practioners 간호사 7 급	699,490	24,482	104,923,50
Practioners 간호사 7-A 급	707,183	24,751	106,077,45
Practioners 간호사 8 급	715,740	25,051	107,361,00
의료사회복지사	764,345	42,039	G-0
일반의사 보조직	764,345	42,039	G-1
인턴	764,345	42,039	RE
의료수석 1	849,238	46,708	G-2
전문 의사 보조직	849,238	46,708	G-2
의료수석 2	866,306	47,647	G-3
의료수석 3	892,297	49,076	G-4
평가의사 1	892,297	49,076	G-4
의료수석 4	919,059	50,548	G-5
의료이사 1	946,626	52,064	G-6
평가 의사 2	946,626	52,064	G-6
가정 기획 고문	946,626	52,064	G-6
의료이사 2	975,041	53,627	G-7
예방의학과장	975,041	53,627	G-7
의료이사 3	1,004,293	55,236	G-8
관리직 의료 보조	1,004,293	55,236	G-8
치료평가과장	1,004,293	55,236	G-8
의료이사 4	1,034,423	56,893	G-9
의료서비스 기획 이사	1,034,423	56,893	G-9
의료서비스 기술 이사	1,034,423	56,893	G-9
의료서비스 지역 이사	1,034,423	56,893	G-9
치과 일반	730,387	40,171	D-1
치과 인턴	730,387	40,171	D-R
전문 치과	811,510	44,633	D-2
약학 1	704,908	38,770	F-1
임상 미생물학 화학 1	704,908	38,770	MQC-1
약학 2	783,206	43,076	F-2
임상 미생물학 화학 2	783,206	43,076	MQC-2
화학 2	783,206	43,076	Q-2
약학 3	798,951	43,942	F-3
임상 미생물학 화학 3	798,951	43,942	MQC-3
약학 4	822,915	45,260	F-4
임상 미생물학 화학 4	822,915	45,260	MQC-4
약학 5	847,608	46,618	F-5
임상 미생물학 화학 5	847,608	46,618	MQC-5
약학 과장	873,037	48,017	F-6
임상 실험실장	873,037	48,017	MQC-6

출처: CCSS 경영 및 인사부

현재 코스타리카는 실제적으로 모든 의료직에서 수요보다 공급이 많은 상태이다. 치과와 간호학의 경우, 공급은 포화상태이다. 이 상황은 지난 20세기 말에 의학 과정을 제공하는 사립대학이 대단히 많이 생겨났기 때문이다.

소화기병학, 혈액학, 전염병학, 병리학 부문에서만 전문가들만의 공급과 수요가 균형을 이루고 있다.

마지막으로 보충하자면, CCSS의 고용직원 외에도, 코스타리카에서 활동을 인가받은 보건의료학의 전문가 수는 다음 표와 같이 나타난다.

**표 19. 직종에 따른 의학 전문가의 수, 코스타리카, 2012**

직종	등록 전문가 수
내과	9200
구강외과	4500
약학	4300
미생물학	1260
심리학	4800
간호학	9000
영양학	1217

출처: 전문가 협회

## 8. 코스타리카 내에서 한국 의료보건 인원의 노동 허가

한국인원의 코스타리카에서의 노동허가 취득은 직종과 기간에 따라 변한다. 예를 들어, 현 기술보다 더 나은 효과를 보이는 의료-수술 기술 절차를 코스타리카 의료진에게 교육하는 것이 목적이라면, 이런 종류의 허가는 임시적이며, 학적증명서의 공증이 필요하지 않다.

수속절차는 일반적으로 관련기관에서 실행한다(예: CCSS 및 기기의 제작사, 또는 전문가를 지원하는 외국 혹은 국내병원). 코스타리카는 이와 같은 국가간이나 기관간의 기술이전에 많은 경험을 가지고 있다. 위암검진센터의 창립과 운영을 위한 과정이 그 좋은 예라고 할 수 있다. 코스타리카는 일본 전문가들이 자주 방문을 하여, 위암의 조기발견과 치료 개선을 위한 기술과 기기에 관련된 특정 주제에 대한 교육을 제공한다. 다른 최근의 예로는 역시 일본인 전문가들로, 간 이식에 대한 교육을 제공하기 위해 방문하였다.

한국여권을 가진 한국 국적의 전문가가 코스타리카에서 일하기를 원하면, 우선 이민국에 노동허가를 신청해야 한다. 종양학, 특히 방사선 요법에 관련된 영역과 같이 코스타리카가 취약한 부분의 전문가라면 비교적 쉽게 취득할 수 있지만, 대개의 경우 취득이 쉬운 편은 아니다.

망명자의 신분으로 입국하는 경우가 아니라면, 코스타리카에서 취업을 원하는 전문가는 수속을 정당화하기 위해, 그에게 일자리를 제공하고 취업비자의 수속을 도와주는 회사나 기관의 존재를 증명해야 한다.

보건의료, 간호학, 의학 기술의 종사자는 취업비자외에도, 각 해당 전문가 단체에 가입하는 것이 필요하다.

전문가협회에 가입하기 위해서 우선 중요한 것은, 전문가의 해당 분야의 수행을 인가하는 학적의 증명을 위한 공증이 필요하다. 이를 위해 일련의 요건을 따라야 한다.

그러나, 협회는 자주 이 요구사항들을 변경하기 때문에 지속적으로 확인할 필요가 있다. 표 20에서 각 전문협회에 가입하기 위한 구체적인 정보에 접근할 수 있는 링크를 제공한다.

공증 절차를 위한 요구사항은 국립고등교육위원회(CONESUP)에서 정한다.

**표 20. 보건의료학 전문가의 단체나 전문기관 가입 세부사항 획득을 위한 전자 링크,  
코스타리카, 2012 년.**

직종	링크
내과	<a href="http://www.medicos.cr/web/tramites-administrativos/requisitos">http://www.medicos.cr/web/tramites-administrativos/requisitos</a>
치과학	<a href="http://colegiodentistas.org/cms2/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=233&amp;catid=32&amp;Itemid=30">http://colegiodentistas.org/cms2/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=233&amp;catid=32&amp;Itemid=30</a>
약학	<a href="http://colfar.com/estudiantes.php">http://colfar.com/estudiantes.php</a>
미생물학	<a href="http://www.colegiomicrobiologoscr.org/index.php?option=com_content&amp;view=category&amp;id=35:tramites-de-incorporacion&amp;Itemid=56&amp;layout=default">http://www.colegiomicrobiologoscr.org/index.php?option=com_content&amp;view=category&amp;id=35:tramites-de-incorporacion&amp;Itemid=56&amp;layout=default</a>
정신과	<a href="http://psicologiacr.com/incorporacion.php">http://psicologiacr.com/incorporacion.php</a>
간호학	<a href="http://www.enfermeria.cr/int.asp?pag=contactenos.html">http://www.enfermeria.cr/int.asp?pag=contactenos.html</a>
영양학	<a href="http://www.colegiodenutricionistascr.com/afiliarse.php">http://www.colegiodenutricionistascr.com/afiliarse.php</a>

출처: 각 전문협회.

## 9. CCSS 의 의료장비 및 인프라

CCSS는 연간 총예산(거의 2조4천억 콜론)의 2%에서 4%를 장비와 인프라를 위해 투자한다. 다음 표에서 보면, 2005년부터 장비와 인프라에의 투자는 2009년까지 지속적인 성장세를 유지하는 것으로 나온다. 그 결과, CCSS는 심각한 예산 문제를 겪게 되어 다음 두 해 동안 이전 해 대비 최고 47%까지 예산을 삭감한다. 2012년 관련 분야는 회복세를 보인다.

표 21. 설비와 인프라 지출. 2005-2012 년

Seguro de Salud  
Comportamiento del Gasto  
Maquinaria-Equipo-Infraestructura  
2005-2012  
(millones de colones)

Años	Maquinaria y Eq.	% Var.	Infraest.	% Var.	Total	%Var.
2005	5,744.9	-	7,985.6	-	13,730.5	-
2006	8,242.2	43.5	5,477.2	(31.4)	13,719.4	(0.1)
2007	13,096.9	58.9	8,359.1	52.6	21,456.0	56.4
2008	20,033.8	53.0	28,772.8	244.2	48,806.6	127.5
2009	32,171.2	60.6	29,695.1	3.2	61,866.3	26.8
2010	18,507.6	(42.5)	14,158.3	(52.3)	32,665.8	(47.2)
2011	18,159.8	(1.9)	7,751.6	(45.3)	25,911.4	(20.7)
2012 *	18,076.6	(0.5)	20,411.3	163.3	38,487.9	48.5
<b>TOTAL</b>	<b>134,032.9</b>		<b>122,611.0</b>		<b>256,643.9</b>	

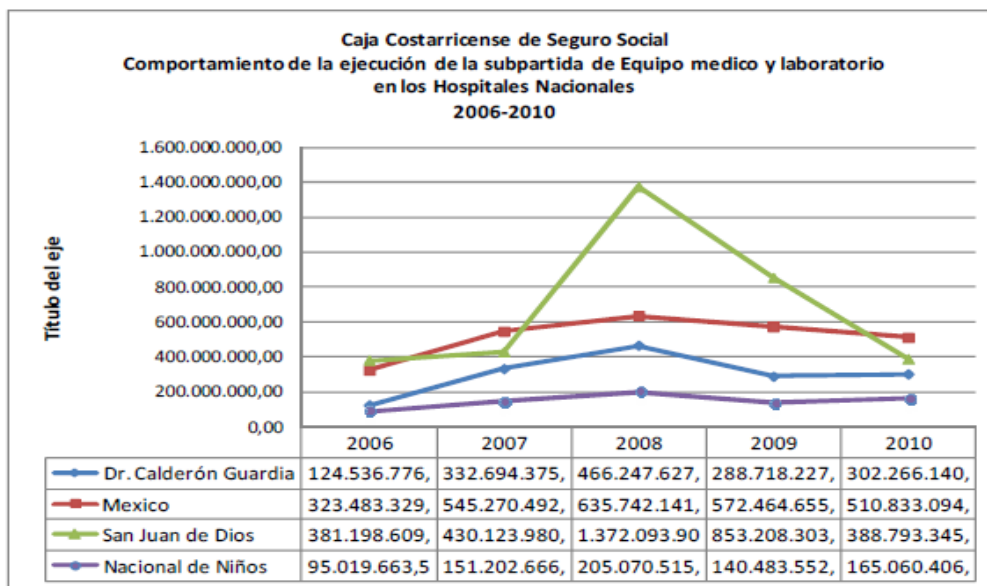
Fuente: Liquidaciones de Presupuesto 2005-2011.

Nota: \* Asignación Modificada Incluye Presupuesto Extraordinario 03-2012.

출처: CCSS, 예산과.

2006-2010년 기간의 국립병원의 장비 투자 기록의 평가는 다음과 같다:

그래프 46. 국립병원의 의료장비 및 실험실 투자, 2006-2010 년.



출처: 예산 결산, 국립병원

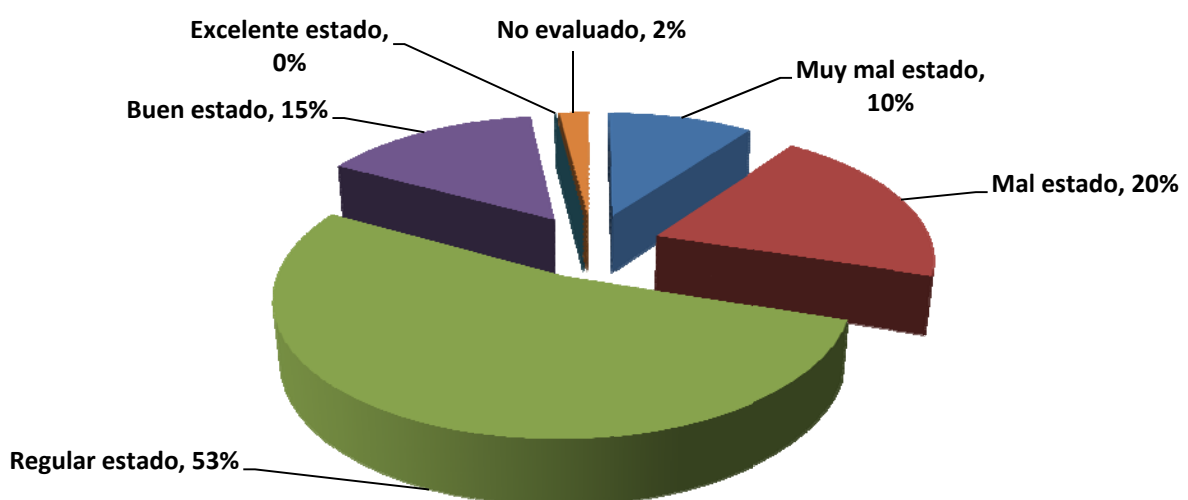
기관이 장비 부문에 일반적이고 지속적인 투자를 한 것을 볼 수 있다. 2009년부터, San Juan de Dios 병원을 제외하고, 경미한 상승이나 하락이 관찰된다.

### 9.1 CCSS의 인프라 현황

2011년 CCSS의 인프라 및 기술 관리국은, CCSS의 병원, 의원, EBAIS를 포함하는 인프라 상황에 대한 현황보고서를 작성했다. 결과는 다음 단계로 나타났다:

1. Muy mal estado 매우 나쁨
2. Mal estado 나쁨
3. Regular estado 보통
4. Buen estado 좋음
5. Excelente estado 매우 좋음
6. No evaluado 평가 제외

그래프 47. CCSS의 인프라 현황, 2011년



출처: CCSS, 건축 및 공학 관리국.

평가된 인프라의 10%는 현 상태가 뚜렷한 악화를 보이며, 20%는 나쁜 상태인 것으로 나타난다; 조사방법에 의하면 단지 15%만이 양호한 상태를 나타낸다. 2011년에 CCSS의 인프라 조건을 양호하게 하는데 필요한 투자수준에 대한 CCSS의 재정평가는 1백3십2만8천 달러로 나왔다.

회계감사원(보고서 DFOE-SOC-IC-15-2011)에 의하면, “의료기기 구비 수준에 후퇴를 야기한 여러 원인들 중 의료관리국이 지적한 것은, 더 많은 기기를 필요로 하는 물리적 인프라의 성장이다; 즉, 기관의 복잡도, 보건의료 유닛 수량, 서비스 수요의 증가이다. 그러나, 의료관리국에 의해 언급된 원인들에 더해서, CCSS에서 인프라와 의료기기의 투자를 위해 활용가능한 빈약한 자원 뿐만 아니라 현존하는 기기의 분배를, 기술적으로 작성된 진단에 근거하면서 적절한 결정과 세 가지 수준의 진료 서비스망 내의 수요의 우선성의 결과에 의해 할당하기 위해서는, 기기와 인프라의 구비 과정에 관한 기획의 강화도 역시 직접적인 응대가 필요하다.

인프라와 의료기기의 교체에서 나타나는 후진성의 명백한 효과는, 보건의료 서비스의 악화, 서비스망의 포화, 인프라, 의료기기, 서비스의 외부 계약, CCSS 건물의 취약으로 인한 인명의 불안정성, 홍수, 화재, 붕괴 등과 같은 상황에 의한 서비스의 단절 가능성의 증가를 야기한다; 그 외에도, 지역공동체, 직원, 프로젝트 보험수혜자의 불만, 법적 의무 불이행, 직원 불만으로 인한 파업 리스크, 보건부 측의 보건의료 유닛 폐쇄, 현존하는 후진성에 대한 공약의 약속 및 새로운 수요 역동성의 축적을 들 수 있다.

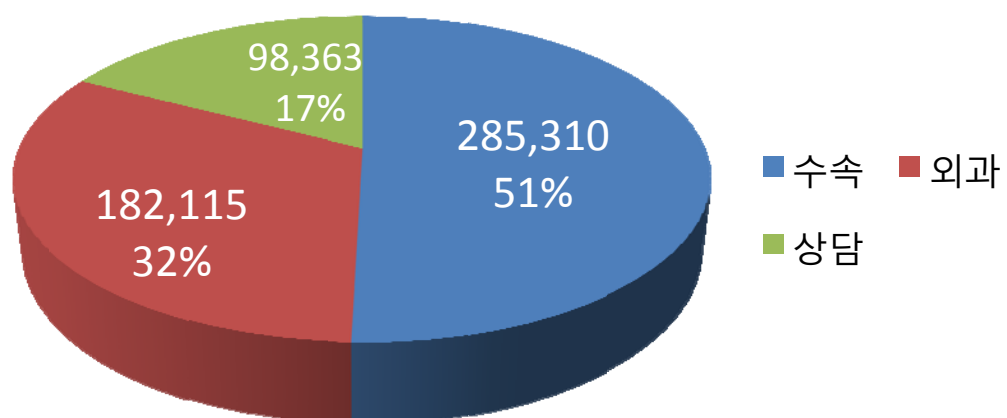


## 10. CCSS 의 대기 리스트

보건의료 서비스의 수요 공급간 격차의 직접적 영향은, 진단, 전문가 상담, 수술 프로그램을 위한 대기 리스트의 증가에서 나타난다. 원인은 여러가지가 될 수 있지만 그 중 두 가지 원인이 두드러진다: 첫째로, 코스타리카에서 공중 보건의료 서비스는, 이 세 개 영역을 응대하기 위해 단지 일교대근무(오전7시~오후4시)만 한다. 오후4시부터 오전7시까지는 하나 또는 두 개의 팀만이 오로지 외과상 응급환자만을 상대하기 위해 근무한다. 상담근무는 하지 않고 지정된 응급상황에서만 진단 업무를 본다. 둘째로, 국립병원망에서, 제한된 전문가 자원, 필요한 간호사의 비율, 보조 기술자들(특히 외과에서)의 부적절한 배포와 관련이 있다.

참고적으로, 2011년 6월 CCSS의 의료센터에서 세 개의 주요 대기 리스트 중 어떤 것의 진료예약 수는 565,000건에 달했다. 그 분배 비율은 다음과 같다:

그래프 48. CCSS 병원의 대기 리스트, 2011년 6월.



출처: 대기 리스트 기술 부서, CCSS

세 개의 영역 중 일반적으로 가장 심각한 진료 분과는 다음과 같다:

- 방사선과
- 정형외과
- 심장병학
- 일반 외과
- 안과

## **11. CCSS의 병원과 다른 유닛에서의 의료기기, 공급품, 정보 시스템의 획득 절차와 참조가격**

CCSS의 의료센터는, 취득 예정인 재화와 용역을 제시해야 하는 PAC(연간구매계획)를 매년 작성해야 한다. PAC 작성의 기본 목표는 기관의 경제 자원을 효율적으로 경영하도록 하기 위함이다. 즉, 기본적으로 경제 원리, 효율성, 공정성에 기초해 수량, 품질, 기회에 대해 실행된 구매의 적절한 시행, 평가, 통제를 하기 위함이다. 이는 해당 연도에 인가된 예산에 근거하고 있어야 한다.

이전 사항에 기초해 참고적으로(각 국립병원의 세부사항은 해당 첨부물을 참조할 것) 이 단락에서는, 기관에서 정하는 구매의 여러 다른 절차에 따라 취득될 일부 공용 기기, 필수품, 동산과 그 2012년 참조가격을 제시한다. 제시된 가격은 취득해야 하는 각 아이템 별 기본 시장조사에 대응해야 한다.

좀 더 상세하게 살펴보면, 병원의 구매계획은, 각 병원이 다음 사항에서 소비 및 지출을 기획하는 재화와 용역의 취득에 해당하는 예산 부문에 의해 구성된다:

- 비인적 서비스 (2102-2199 회계)
- 재료 및 필수품 (2201-2243 회계)

- 기계 및 기기 (2305-2390 회계)

상기 사항들은 CCSS의 매년 예산 작성을 위한 가이드에 기초한다. 각 병원 유닛은, 해당 연도의 매 4분기의 마감시, 그 타당성을 밝히면서 규범에 정해진대로 조정(포함 또는 제외)을 실행할 수 있다.

CCSS에서 유효한 계약 방식은, CCSS의 자격분배모델의 2조 a)절에 의해 정해진다 :

“a) 계약은 거래의 크기에 따라 다음의 단계에서 체결될 것이다:

- 이사회, 백만불 이상.
- 관리국 및 내부감사과, 백만불까지.
- 본부 이사, 의료 이사, 지역 의료 이사, 50만불까지.
- 재정 경영 이사 또는 보건의료센터장, 25만불까지.”

CCSS의 행정계약법에 의해 설정된 용역 및 재화의 여러 종류의 계약은, 2012년(공공사업 제외)을 위해 다음 범위를 적용하고, 국가일반감사원에 의해 업데이트된다:

- 직접계약: 5천4백5십만 콜론 미만 (2012년 환율 참조, 1달러당 505 콜론)
- 약식입찰: 5천4백5십만에서 3억9천2백만 콜론 미만
- 경쟁입찰: 3억9천2백만 이상

기관의 편이에 따라, 상기 c)절의 금액 이상에 해당하는 경우 국제 경쟁입찰로 할 수도 있다.

토목공사의 경우(건설 및 설비) 적용 범위는 다음과 같다:

- 직접계약: 8천4백6십만 콜론 미만 (2012년 환율 참조. 1달러당 505콜론)
- 약식입찰: 8천4백6십만에서 6억9백만 콜론 미만
- 경쟁입찰: 6억9백만 콜론 이상

기관의 편이에 따라, 상기 c)절의 금액 이상에 해당하는 경우 국제 경쟁입찰로 할 수도 있다.

PAC에 근거해 국립 및 지역병원은 다음 재화와 해당 참조가격을 제공받는다:

### 11.1 의료기기

의료 기기, 의료 필수품, 정보 시스템의 현재 시중 참조 가격의 예를 다음 표에서 볼 수 있다:

**표 22. 몇 의료기기의 참조가격**

품명	대당 참조가 (콜론)	2012년 취득예정수량	병원
산화질소 모니터 및 분석기	19,570,000	1	Dr. Rafael A. Calderón Guardia
제세동기	11,538,900	1	Dr. Rafael A. Calderón Guardia
체외 심장 치료용 시스템 일체	40,685,000	1	Dr. Rafael A. Calderón Guardia
마취기 모니터	36,138,600	6	Dr. Rafael A. Calderón Guardia
흡착기	410,000	4	Dr. Rafael A. Calderón Guardia
거위목 램프	282,000	8	Dr. Rafael A. Calderón Guardia
뇌파기록계	22,500,000	1	México
전기외과 기기	31,500,000	1	México
경두개 초음파 기기	133,400,000	1	México
컴퓨터 단층 촬영기 (전신용)	415,000,000	1	México
아날로그 유방조영기	130,000,000	1	México

디지털 유방조영기	280,000,000	1	Guápiles (주변병원)
자기공명장치	950,000,000	1	México
바이털 사인 모니터	11,600,000	2	México
전기 소작기	29,120,000	1	México
결장파이버스코프 일체	38,522,000	1	México
추출기 포함 기관지섬유경	95,000,000	1	México
자동식 이비인후과용 진료의자	121,000,000	1	México
고해상도 형광투시기	182,000,000	1	México
중환자실용 병상	9,236,000	22	México
바이털 사인 모니터	18,331,509	30	México
가정용 인공호흡기	12,000,000	2	국립어린이병원
기본 장비 장착 수술 테이블	28,119,000	1	San Rafael de Alajuela
형광 현미경	18,000,000	1	San Rafael de Alajuela
보조장치, 영상 현미경	30,000,000	1	San Rafael de Alajuela
응급실용 수술용 램프	18,360,000	2	San Rafael de Alajuela

출처: 연간 구매 계획, CCSS

## 11.2 의료 필수품

표 23. 의료 필수품 참조 가격

품명	대당 참조가 (콜론)	2012년 취득예정수량	병원
정맥 카테터 #14	2,000	미정	Dr. Rafael A. Calderón Guardia
우관상동맥 조영술용 카테터, 커브	6,000	미정	Dr. Rafael A. Calderón Guardia
유구치 크라운(chrome steel crown)	6,000	미정	Dr. Rafael A. Calderón Guardia
정형외과용 드릴	7,312	미정	Dr. Rafael A. Calderón Guardia
플레이트 고정용 티타늄 나사	25,000	5,000	México
티타늄 플레이트	50,000	3,000	México
Intraoral mandibular Maxillary distractor	1,500,000	20	México
하지정맥류 압축용 카테터	92,000	40	México
공기흡입용 톱날	100,000	500	México
안과용 안내 렌즈	30,000	200	México
녹는 봉합사 및 안 녹는 봉합사	4,000	18,000	México
표준병상용 매트리스	100,000	15	국립어린이병원
불임용 식도용 폴리스티렌 카테터	14,500	200	국립어린이병원
산소 카테터 #10	2,000	500	국립어린이병원

정형외과 뼈용 망치	100,000	3	국립어린이병원
Micro nebulizer autoclave	20,000	50	국립어린이병원
환풍기 및 의료 가스 온도 센서	100,000	10	국립어린이병원
수술용 가위	70,000	10	San Rafael de Alajuela
산과용 겸자	17,000	20	San Rafael de Alajuela
정관 수술용 집게	25,000	6	San Rafael de Alajuela
방광경용 집게	275,000	2	San Rafael de Alajuela
Hammerhead Punch Forceps	227,000	1	San Rafael de Alajuela
Plester knife	61,000	1	San Rafael de Alajuela
재사용가능한 복강경 니들홀더	600,000	1	San Rafael de Alajuela

출처: 연간구매계획, CCSS

### 11.3 정보 시스템 (CCSS 본부 수준)

표 24. 정보시스템의 참조가격

품목 또는 서비스 명칭	대당 참조가 (콜론)	2012년 취득예정수량	유닛
금융 프로세스 및 진료예약의 행정관리를 위한 모바일과 자체관리 서비스 제공용 음성 및 데이터의 상호인식 기술 솔루션의 취득	130,000,000	1	정보 및 통신 기술국
콘텐츠 필터링 기기 취득	50,000,000	1	기술지원 구역
사무용 기기 구매: 스캐너, 팩스, 프린터	3,000,000	1	정보 및 통신 기술국
CCSS 망 유지용 물품 취득	24,000,000	1	통신 및 정보망 구역
무선통신기기용 예방 및 수리 유지보수	186,000,000	1	통신 및 정보망 구역
데이터 품질 소프트웨어용 라이선스 구매	100,000,000	1	기술지원 구역
ICE(코스타리카 전력통신공사)의 서비스 취득	1,155,000,000	1	통신 및 정보망 구역
Microsoft의 서비스 구매	1,000,000,000	1	기술지원 구역
여러 병원 유닛을 위해 컴퓨터 장비 임대	300,000,000	1	정보 및 통신 기술국
CCSS 망의 유지를 위한 도구 취득	6,000,000	1	통신 및 정보망 구역
전자메일 및 클라우드 기반의 통합 통신 라이선스 구매.	250,000,000	1	기술지원 구역

출처: 연간구매계획, CCSS

## 11.4 한국산 기기에 대한 인식

이 주제에 대한 적절한 정보를 획득하기 위해, 코스타리카의 전문의료진 8명에게 인터뷰를 실행해 한국산 의료기기에 대한 인식과 지식을 문의했다.

다음 전문분야들을 대표하는 의료진으로 선출했다:

1. 부인과 및 산과
2. 피부과
3. 일반 외과
4. 심장외과
5. 내과
6. 소화기과
7. 정형외과

인터뷰에 응한 의사들은 사회보장기관 뿐만 아니라 민간 부문에서도 적어도 3년 동안 근무했거나 근무하고 있다. 인터뷰 중 4개의 질문(open question)을 했다. 이어서 질문에 대한 대답 중 가장 괄목할 만한 것을 추려본다:

1. 수입기기를 취급하고 계십니까?

이 질문에는 모든 응답자가 수입기기를 취급한 적이 있다고 대답했다.

2. 취급했던 수입의료기기들에 대한 구매 결정권이 있었습니까?

두 명은 직접적인 구매 결정권이 있다고 대답했고, 나머지는 선호하는 기기의 종류에 대한 의견을 제시한다고 대답했다.

3. 한국산 의료기기를 취급해보신 적이 있습니까?



모두 한국산 기기나 기구를 사용해 본 경험이 없다고 대답했다.

#### 4. 한국산 기기를 구매하거나 취급하시겠습니까?

만약 그 기기가 인정받는 기기이고 보증이 확실하다면 사용해볼 의향이 있지만, 무엇보다 사용 전례가 있는 기기를 선호한다고 대답했다. 한국은 기술력이 높은 나라로 알려져 있어 초음파기기 같은 전자기기의 구매에는 호의적일 수 있다고 언급했다. 산부인과 부문의 기기 경우에는 Philips와 General Electric의 제품이 시장을 장악하고 있지만, 좋은 피드백과 교육을 제공한다면 다른 브랜드 제품도 고려해 볼 만하다고 대답했다.

외과의 경우 전문가들은 이미 시중에 잘 알려진 기기와 필수품을 선호한다고 대답했다. 그렇지만, 새로운 기기나 필수품을 무조건적으로 꺼리는 건 아니고, 새로운 기기나 필수품을 사용할 경우에는 아마도 절차상 이미 익숙해져 있는 것들을 선호하기 때문에 그리 중요하지 않은 부분에서 꺼려지는 점이 있을 수도 있다라는 얘기다. 예를 들어, 심장혈관 수술의 경우, 새로운 기술을 접할 준비가 되어 있지만, 갑자기 심장 밸브의 공급자를 변경해 발생할 수 있는 불필요한 리스크를 감당할 준비는 되어 있지 않다는 것이다. 수술중 초음파 이용의 경우는 반대 경우인데, 밸브와 같은 수준의 복잡도와 중요성의 절차가 아니라면 관련 교육을 통해 기술을 변경하는 데 더욱 수월할 것이라는 의견을 제시했다.

일반적으로 한국에 대한 인식은, 기구 부분보다는 전자기기 부문에서 양질의 기기를 보유하고 있다는 것이다.

또 기기의 교체를 고려시, 기기의 신뢰성에 상응하는 가격 부분이 제일 중요하다고 언급했다. 일반적으로 보증이 확실한 기기와 취급 경험이 있는 기기를 사용하겠다고 한다.

## 12. 코스타리카의 의료센터 설립과 설비

CCSS의 최근 8년간 가장 큰 두 개의 공공병원 프로젝트는, 턴키 계약 방식의 San Rafael de Alajuela 병원(2004년)과 San Vicente de Paúl 병원(2010년)이다. 턴키 계약방식 프로젝트라 함은, 계약자는 발주자에 대한 의무를 가진다. 즉, 정해진 금액에 따라 일정 공사의 건설, 기기 조달, 시운전 등 공사와 관련된 필요한 모든 것을 책임진다, 보통 다음 부문들을 포함한다 :

- 설계
- 인프라
- 설비
- 유지 보수(일부 기기)

CCSS의 기준에 의해 턴키방식의 프로젝트를 채택하게 한 두 가지 요인이 있다. 첫째로, 과거에는 건물과 기기를 따로 계약했었는데, 의료서비스 제공을 위한 기기설비가 없이 건물만 완공된 경우, 또는 기기는 있는데 설치할 장소가 없었던 경우가 발생했었다. 둘째로, 기기를 설치할 때 전기기계 사양과 맞지 않아 후조정이 필요해 총공사비용이 증가하고 공사기간도 증가하게 하였다.

턴키 방식 프로젝트를 진행하기 위해 고려해야 할 최소 사전 기술 부문은 다음과 같다:

- 사용자 수요
- 기능 계획
- 기기와 영역의 기술 사양
- 건축 설계도
- 예산

- 기획

다음은 Alajuela (San Rafael de Alajuela) 병원과 Heredia (San Vicente de Paúl) 병원의 비교 자료이다:

**표 25. Alajuela 병원과 Heredia 병원의 비교 자료**

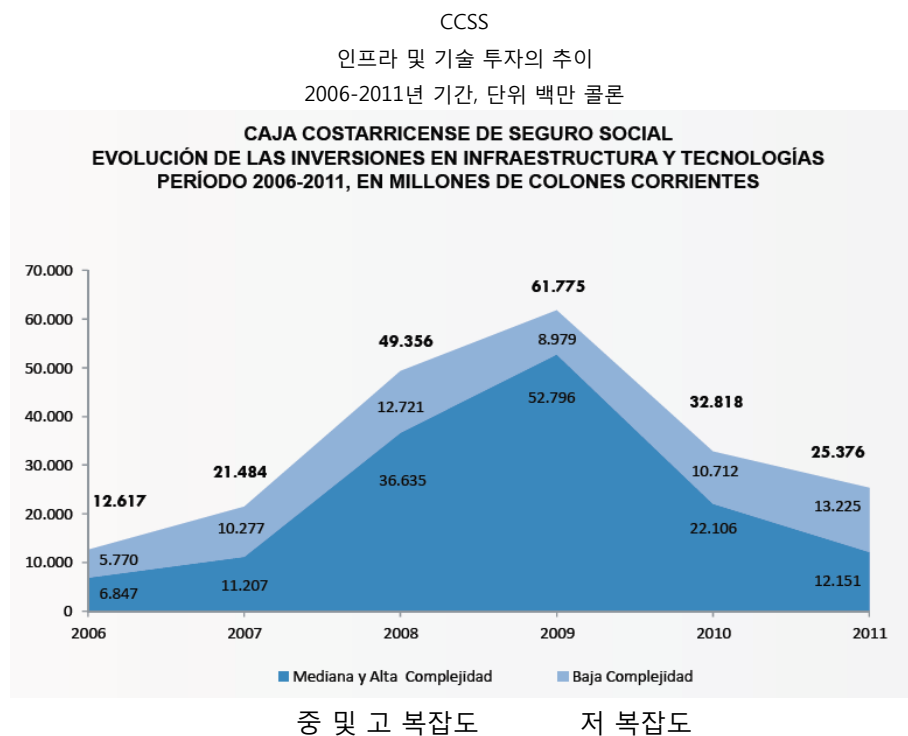
	Alajuela	Heredia
위치	Cantón central de Alajuela, Juan Santamaría 공항 북서쪽 1km	Cantón central de Heredia, parque central 남쪽 2km
완공연도	2004	2010
병상	310	246
외래 진료소	46	42
수술실	8	9
건축면적 평방미터	31,465	37,487
대지 평방미터	81,482	111,598
개발업자	Consorcio Obrascón Huarte Laín-Expansión Exterior	Constructora EDICA
국가	스페인	코스타리카
총비용 (달러)	34,4 백만	105 백만
설비의 평방미터당 비용 (달러)	1,093	2,800

출처: 인프라 및 기술 관리국, CCSS

## 12.1 2011 년 CCSS 의 인프라 및 설비 프로젝트

기관연례보고서에 기초해, 2011년 인프라 및 기술에의 투자의 추이를 보여준다. 투자의 복잡도에 따라 저, 중, 고로 나뉜다:

그래프 49. CCSS의 인프라 및 기술 투자, 2011년



출처: 인프라 및 기술 관리국, CCSS. 2011년

인프라 및 기술 관리국은 투자를 네 부문으로 분리하는데, 그 중 가장 중요한 두 부문은 다음과 같다:

- 인프라
- 의료기기

다음 표는 2011년의 일들을 요약한다:

### 인프라

2011년 5,631 백만 콜론을 투자했다. 다음 표와 같이 요약된다:

**표 26. 진행 중인 주요 인프라 프로젝트. CCSS, 2011년**

프로젝트명	투자	세부사항 및 영향
EBAIS, Guadalupe, San José	802 백만	907 평방미터
Neily 시 병원 증강	6,455 백만	전기기계 시스템 구조의 교체. 30% 진행.
Unprotected 대상 CAIS(종합의료진료센터), San José	6,604 백만	5,200 평방미터. 32% 진행. 포함: 기존 X-ray 및 형광투시경, 실험실, 폐기물 처리소, 사회보장 구역, 다목적 교실. 관찰실 (남성용 병상 8개, 여성용 병상 8개, 어린이용 병상 9개, UTD용 병상 4개), 응급진료소, 감염성 및 비감염성 소수술실 2개, 위성 약국, 어린이 및 성인 inhaler therapy, 응급진료실 및 polytrauma room. 마지막으로, 27개 병상, 소독, 외래수술실 및 영양실을 갖춘 출산, 회복, 산욕기 방 4개.
Siquirres의 CAIS, Limón	12,182 백만	8,900 평방미터. 제안서 분석 단계.
Puntarenas 주, Parrita 보건의료구역 건설 (의원)	6,172 백만	5,530 평방미터. 계약 단계.
Cartago 신병원 대지 구매	1,595 백만	118,883 평방미터의 대지
Turrialba 신병원 대지 구매	255 백만	
México 병원의 방사선 요법의 신서비스	7,973 백만	3,100 평방미터. 작업 공정 개시.
Cartago 주 Oreamuno의 EBAIS	460 백만	293 평방미터
San José 주 Hatillo의 EBAIS	918 백만	660 평방미터
San José 주 Mora-Palmichal 본부 구역	5,160 백만	6,700 평방미터. 포함: 응급실, 외래진료실, 실험실, 약국, 소수술실, EBAIS, 치과
Puntarenas 주 Golfito 신병원	10,000 백만	15,000 평방미터. 기획 단계
Alajuela 주, San Carlos 병원 응급의료 서비스 리모델링	2,650 백만	1,000 평방미터. 기획 단계
Heredia 주, Barva 보건의료 구역(의원)	6,800 백만	5,300 평방미터. 외래진료실, 응급실, 실험실, 약국, 보조팀 및 소독실. 도면 및 설계 단계.
San José 주 Pérez Zeledón 의 Dr. Escalante Pradilla 병원	6,132 백만	4,200 평방미터. 도면의 서류 절차 진행중.

응급의료 서비스 리모델링		
Guanacaste 주 Nicoya의 La Anexión 병원의 신입원서비스	10,400 백만	8,722 평방미터. 설계 원안 진행중.

출처: 인프라 및 기술 관리국, CCSS

## 의료 기기

2011년 총 투자는 5,328 백만이었다. 주요 프로젝트는 다음과 같다:

**표 27. 의료 장비의 주요 프로젝트. CCSS, 2011**

프로젝트명	투자	세부사항 및 영향
엑스레이 형광투시경 10대	846 백만	10개의 지역병원과 주변병원에 혜택.
도플러 초음파기기 36대	1,064 백만	의원 5개, 보건의료구역 5개, 병원 21개에 혜택
치과 유닛 53대	529 백만	EBAIS 9개, 의원 21개, 병원 4개에 혜택
엑스레이 9대	1,050 백만	병원 4개와 의원 1개에 기기 구매 외에도 리모델링과 건물 개조 포함.
일반 오토클레이브 24대	670,5 백만	전국의 의원과 병원
유방조영기 8대	570 백만	병원 6개
엑스레이 9대	3,300 백만	공고 준비 단계
나선형 단층촬영기 3대	2,640 백만	지역 병원 3개에 혜택.
감마선 사진기 2대	540 백만	국립병원 2개.
혈관조영기 2대	1,650 백만	국립병원 2개.
수술용 테이블 22대	400 백만	여러 의원 및 병원.
자기공명기기 1	1,650 백만	국립병원.
엑스레이 9대	2,000 백만	의원들
방사선 모의치료기 1대	565 백만	국립병원

인공호흡기 25대	375 백만	전국 병원들
-----------	--------	--------

출처: 인프라 및 기술 관리국, CCSS

## 12.2 CCSS(국립병원)의 2012 년과 2013 년 진행중인 인프라 및 설비의 주요 프로젝트

2012년을 위해 진행중인 프로젝트 포트폴리오와 2014년 완료 예정인 국립병원들(CCSS의 3등급 병원)은 다음 표와 같다:

**표 28. CCSS의 진행중인 설비와 인프라 프로젝트**

Hospital	서술	추정 지출 (콜론)	혜택 인구	진행상황
Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia 병원	Torre Este 프로젝트, 영양, 의상과 Calderón Guardia 병원의 보완 공사	1,491 백만	1,179,000	계약 승인 단계
Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia	Calderón Guardia 병원의 응급동 수술실 재정비	985 백만	1,179,000	계약 승인 단계
CNCDCP(국립 통증억제 및 완화치료 센터)	Cartago y Limón 주의 San José 의 동부 구역의 일차진료를 위한 CNCDCP 의 건축과 설비.	5,935 백만	4,900,000	실제적 계획 제안 작성중
San Juan de Dios	수술실 총 재정비.	13,538 백만	1,136,012	건축 과정 20% 미만
San Juan de Dios	San Juan de Dios 병원의 핵의학 서비스에 Hybrid Dual Gamma Camera SPCT-T 설치를 위한 인프라 구축.	1,184 백만	1,136,012	입찰 공고 작성 과정
San Juan de Dios	병원의 수술동 및 응급실	미정	1,136,012	타당성 조사

				전개
San Juan de Dios	폐수 재조정	미정	1,136,012	건축도면 준비 과정
San Juan de Dios	마스터 플랜 재조정	미정	1,136,012	원안 진행 과정중

출처: 인프라 및 기술 관리국, CCSS

### 12.3 CCSS 주요 병원들의 의료기기 목록

CCSS의 주요 병원들의 설비 현황은 다음 표에서 볼 수 있는데 각 의료센터의 의료기기의 현황을 보여준다:

표 29. CCSS 주요 병원들의 총 등록 기기 및 현황

병원	총 등록 기기	운영률	비운영률	부분운영률
<b>México</b>	364	98.08%	0,55%	1,10%
<b>San Juan de Dios</b>	525	96,95%	2,10%	0,95%
<b>Dr. Calderón Guardia</b>	487	85,83%	9,86%	4,31%
<b>국립어린이병원</b>	289	100%	0%	0%
<b>San Rafael (Alajuela)</b>	203	97,04%	2,96%	0%
<b>San Vicente de Paúl (Heredia)</b>	197	98,48%	1,02%	0,51%
<b>Dr. Max Peralta (Cartago)</b>	136	97,79%	1,47%	0,74%
<b>Monseñor Sanabria (Puntarenas)</b>	127	75,59%	9,45%	14,96%
<b>Dr. Enrique Baltodano (Guanacaste)</b>	202	97,52%	2,48%	0%
<b>Dr. Tony Facio</b>	98	100%	0%	0%



(Limón)				
San Carlos	84	98,81%	1,19%	0%

출처: 인프라 기술 관리국, CCSS

Puntarenas의 Monseñor Sanabria 병원과 San José의 el Dr. Calderón Guardia 병원을 제외하면, 나머지 평가 병원들의 기기들은 97% 이상이 양호한 상태이며 완벽하게 작동중이다.

2012년 동일 의료센터의 의료기기의 목록 중, 가장 일반적인 일부 의료기기가 CCSS에 등록된 수량은 다음 표와 같다:

표 30. CCSS 주요 병원들의 의료기기 중 일부 목록, 2012

	인공호흡기 (성인 및 어린이)	심전계	일반 조음파기	조음파 심장검사기	형광투시경 엑스레이	마취기	유방조영기	복강경 검사	단층 촬영
México 병원	63	18	11	5	7	34	1	11	1
San Juan de Dios 병원	77	48	16	2	1	28	2	5	1
Dr. Calderón Guardia 병원	80	35	8	3	3	33	2	5	1
국립어린이병원	71	8	7	5	2	13	0	1	1
San Rafael 병원 (Alajuela)	11	14	4	1	1	14	1	7	1
San Vicente de Paúl 병원(Heredia)	26	15	4	1	2	15	1	7	1
Dr. Max Peralta 병원(Cartago)	26	10	3	2	3	9	1	2	1
Dr. Enrique Baltodano 병원(Guanacaste)	15	8	3	1	2	6	1	2	1
Monseñor Sanabria 병원(Puntarenas)	15	22	1	1	0	13	1	2	1
Dr. Tony Facio 병원(Limón)	17	7	1	0	0	5	1	1	0
San Carlos 병원	7	7	1	0	0	9	0	0	0

출처: 인프라 기술 관리국, CCSS

## 12.4 의료센터 건설 참여 기업들

현재 코스타리카의 보건의료 인프라 공사의 설계와 감리에서 가장 큰 도급업체 중 하나인 Arquitectura e Ingeniería CONDISA(CONDISA 건축 엔지니어링)사의 한 건축가와의 인터뷰에 따르면, 병원 수준 의료센터의 평방미터당 건축비용은 2013년 착공시 거의 4천불에 달할 것이라고 한다. 그리고, 설계와 감리 비용은 대략 총공사비용의 8.5%라고 한다.

현재 코스타리카에는, 자사를 포함해 의료센터 관련 건축 설계 부문에 경험을 가진 현지 업체가 많지 않다고 밝혔다.

또, 현재 코스타리카나 중미지역에 의료서비스를 위한 설계, 감리, 건축에 관여하고 있는 한국업체는 없지만, 관련 부문의 전략적 제휴 관계는 빈번하다고 한다.

이 회사가 설계와 감리를 담당한 공사 중 몇 가지는:

1. Centro de Cuidados Críticos Hospital Nacional de Niños(국립어린이병원 중환자센터). 면적: 15 229.75 m<sup>2</sup>
2. Servicio Hospital de Día Geriátrico y Rehabilitación Cardíaca. Hospital . Dr. Rafael A. Calderón Guardia(Dr. Rafael A. Calderón Guardia 병원. 노인병 및 심장재활 병원 서비스). 면적: 754 m<sup>2</sup>
3. Servicio de Urgencias Clínica Clorito Picado(Clorito Picado 의원. 응급 서비스). 면적: 1 382 m<sup>2</sup>
4. Centro de Atención Integral en Salud (CAIS) de Puriscal(Puriscal의 CAIS(종합의료진료센터)). 면적: 5100 m<sup>2</sup>

이어서, 다음은 의료서비스 인프라 부문에 경험을 가지고 있는 몇몇 건축회사들의 참고 공사들이다.

1. Navarro y Avilés (Guápiles 병원, Cañas의 CAIS, 유민 대상 CAIS)
2. Gonzalo Delgado 건설사 (Puntarenas 병원, Neily시 병원)
3. EDICA (Heredia 병원)
4. Estructuras S.A. (San Juan de Dios의 외래진료동)

인터뷰에 응한 건축가에 의하면, 앞서 언급된 모든 업체들은 병원을 건축할 수 있는 충분한 여력을 가지고 있지만, 이들이 외국회사와 제휴할 가능성은 각 케이스별로 상황을 검토해봐야 하며, 각 업체는 제휴를 위한 가능성과 요건을 자체적으로 구비하고 있다고 한다. 조건은 정해져 있지 않고, 참여를 원하는 프로젝트의 수요와 각 업체의 능력에 따른다. 일반적으로 이들이 원하는 것은 상호보완성이라고 언급한다.

코스타리카 현지에서 설계와 건축을 한다고 할 때, 코스타리카의 업체들은 외국업체와 제휴를 할 필요가 없이 건축을 할 능력을 가지고 있지만 예산이 상승할 수 있다. 입찰에 참여하기 위해 해당업체는 엔지니어와 건축가의 연합조합에 등록해야 하며, 올바른 절차를 통해 가입한 현지 책임 전문가를 구비해야 한다.

입찰에 참여하는 외국업체는 프로모터가 조건을 지정하며, 가장 중요한 부분은 보증과 재정 부분이다.

중요한 조건으로는, CCSS가 프로젝트를 입찰하는 경우, 턴키방식의 프로젝트를 요구하기 때문에 건설사는 하나 또는 여러 equipper(코디네이터 또는 매니저?)를 구비해야 한다.

## 13. 보건의료 부문 관련 영리적 및 규범적 측면

### 13.1 코스타리카에서 회사 설립

외국법인은 코스타리카에서 외국법인의 자격으로 부동산을 소유하거나 기업활동을 할 수 있다. 그럼에도 불구하고, 기업활동에 관해서는 등록 절차(Public Register 또는 국가 기관)나 개인과의 계약 협상에서 복잡해지거나, 연기되거나, 방해를 받을 수 있다. 보통, 현지 법인의 이용을 권장한다.

그래도 외국법인이 사용된다면, 코스타리카의 상업등기부에 하나의 지점으로 등록하거나, 적어도 그 업체의 구체적인 권한을 등록하는 것이 적절하다. 두 경우 모두 몇 주 정도 시간이 걸리는 특별한 정식 절차가 필요하다.

대부분의 경우, 현지 법인을 사용하는 것이 바람직하다. 코스타리카의 상업법은 많은 종류의 기업 형태를 인정하고 있지만, 그 중 단지 두 개만이 투자자들의 출신국의 유한책임회사의 구조와 유사한 구조를 보여 투자자들을 안심시킨다.

상기 사항을 기초로 보면, 코스타리카에서 회사의 창립은 법인을 구성하면서 개시되는데, 일반적으로 주식회사와 유한책임회사의 두 가지 종류가 될 수 있다. 두 경우 모두, 주주들은 회사의 자본금에만 책임을 지고, 개인 자산은 잠재 채권자로부터 전적으로 보호된다. 두 회사가 제공하는 사업의 운영 가능성 범위와 개인 자산의 보호 범위는 동일하다.

주식회사(Sociedad Anónima)는 S.A.라고 쓰며, 사장, 비서, 회계담당자의 직책이 법적으로 요구되며, 이 직책들은 세 명의 상이한 개인이 차지해야 한다. 그래서

임원회는 적어도 세 명, 그리고 검사관으로 구성되어야 하는데, 검사관은 회사의 대리권을 행사할 수 없다.

유한책임회사는 "S.R.L.", "Limitada", "Ltda"로 쓰며, 주식회사보다는 그 구조가 더 단순하다. 그리고 대부분의 경우, 주식회사와는 달리, 유한책임회사에 요구하는 법적 요구사항들은 그리 까다롭지 않다. 일반적으로 유한책임회사는 그 특징들 중 어떤 것이 투자자에게 특별히 매력적일 때만 사용된다. 주요 특징: a) 지분은, 우선취득권을 가진 다른 주주의 사전통보승인없이 비주주에게 양도할 수 없다; b) 경영을 담당하는 단지 한 명의 총경영자만이 필요하다. 투자자가 주식회사에서 임원회의 역할을 하는 경영조직을 구성하기 위해 다른 개인들의 이름의 사용과 등록(공개)을 원하지 않는 경우에 특히 매력적인 구조라고 할 수 있다.

코스타리카에서 회사 설립에 있어 새로운 점 한 가지는, 최근(2012 년)에, 회사의 창립과 후속 수속의 절차 및 상담을 단순화하기 위해 전자정부가 출범한 것이다. 2 주만에 모든 필요 요건을 충족시킨 성공사례도 기록되어 있다. 홈페이지 주소는 [www.crearempresa.go.cr](http://www.crearempresa.go.cr). 이다. 법적전자수속을 위한 약 350 명의 등록 변호사들을 구비하고 있다. 이 플랫폼을 사용하기 위해서, 사전에 당사자의 전자서명을 구비하고 있어야 한다. 은행 시스템에서 구할 수 있다.

전자서명은 전자문서의 저자권과 보전성을 보장하는 기술적 도구로, 종이서류만의 특징이었던 것을 전자문서가 누리게 해 준다. 코스타리카의 법률 8454 에 의해, 등록인증기관에서 발행된 전자서명은 육필서명과 같은 법적 효력을 갖는다 ([www.firmadigital.go.cr](http://www.firmadigital.go.cr)). 다음은 주식회사와 유한책임회사의 주요 특징들을 비교한 표이다.

표 31. 코스타리카에서 창립 가능한 회사 종류의 비교 도표

회사 종류	요건	주식 납입 자본	주주	정부 기관	회계 및 등기 장부	소득세	법인세
유한책임회사	일반 공모를 통해 설립 불가 그리고 최소 두 명의 출자자가 필요(법인의 개인).	배당(주식)은 기명식이며 <b>배서 양도가 불가하다</b> . 그리고 모든 경우, 나머지 출자자들의 사전통보 인가가 필요하다. 자본은 물론화만 가능(외화는 사용 불가).	연간 회사 운영 순의 중 5%를 법정준비금으로 전환 의무; 준비금이 자본의 10%에 달하면 중지.	관보(La Gaceta), 상업등기소, 직접세국의 공표.	구성원 회의회 의사록 구성원 등록 장부 공증 회계장부	소득세 법률 7092 15 조는 30%로 표기.	연간 €135,471
주식회사	공정 증서로 구성: 회사명, 구성원 6 명, 최소자본금은 1 만 콜론으로 주식으로 분배; 최소 두 명의 출자자가 필요(법인의 개인) 그리고 국내에 주소를 둔 대리인 구비.	자본금은 자국통화 또는 외국통화 가능(제한 없음)	주주는 회사설립증서와 상법 27 조가 정하는 바에 의해 해당 권한을 갖는다.	관보(La Gaceta), 공공등기소, 직접세국의 공표.	모든 장부는 공증을 받아야 한다. 회계장부(총계정원장, 목록표, 대차대조표) Partners, Assembly & Executive.	소득세 법률 7092 15 조는 30%로 표기	연간 €135,471
메 1 월 지불액:	(연간 \$400.00) 조세기관에 납부, 2012 년 4 월 1 일: €135,471,00						

출처: 무역진흥공사 (PROCOTER), [www.procomer.com](http://www.procomer.com)

### 13.1.1 운영방식 및 특별제도

코스타리카에서 회사 운영은, 전략이나 영업 이익에 따라 보통 세 가지의 다른 제도에 실행할 수 있다: Active Perfection, 자유무역지대, 국영기업.

**Active Perfection:** 세관 제도의 하나로, 일시적으로 면세 혜택을 부여해 상품을 국내에 수입할 수 있다. 이 상품은 다음 과정에 투입되어 그 결과물의 수출을 가능하게 한다: 변형, 수리, 재건축, 설치, 조립, 또는 세트의 구성, 일반 운송 기계나 기기. 두 가지 방식이 존재한다 :

- 100% 재수출 (직접 또는 간접): 이 방식은 모든 생산품을 다른 나라로 재수출하는 기업이 채택할 수 있다. 즉, 코스타리카 내에서는 판매를 할 수 없다.
- 재수출 (직접 또는 간접) 및 국내 판매: 생산품의 일부를 재수출하고 나머지 부분은 코스타리카 내에서 판매하는 기업이 채택할 수 있다. 그러나, 국내 판매에 대해서는 세금을 납부해야 한다.

기업에게 주어지는 혜택은, 수입시 일시적으로 세금이 면제된다는 것이다. 이 상품은:

- 원자재, 원료, 혼합품 포함.
- 반가공 상품, 행정업무에 필요한 상품(책상, 컴퓨터 및 사무용품), 회사 운영 또는 생산 영역의 자체상품.
- 식품 준비에 필요한 물품, 가구, 그리고, 운영, 생산, 경영, 운송 과정에 관련된 직원들을 위한 의료 조치 또는 재활을 위한 기기, 교육 및 안전용 집기 및 가구.
- 필요 가공 제품 또는 상품, 그리고 영업용, 산업용 또는 과학 견본들.



- 라벨, 레테르 또는 재수출을 위해 제품에 붙이는 유사물품.
- 용기, 포장재료 및 포장용품.
- 연료를 제외하고, 최종제품에는 포함되지 않고 소비되거나 사라지지만 과정에 사용하기 위해 필요한 수량과 품질을 결정할 수 있는 화학재료 또는 다른 성격의 물품.
- 생산과정에 직접적으로 관여하는 기계, 기기, 부품, 부속, 악세사리와, 회사 운영에 사용되는 관련 재료, 기계, 전기, 측정, 점검 또는 검사 통제 설비.
- 다른 기구의 부속품으로 사용되는 금형, 다이스, 주형, 도구 및 다른 장치.
- 생산 시스템 및 직원 교육에 필수적인 견본품, 금형, 패턴 및 유사 물품.

이 제도에 편입하려면 다음 과정(요약)을 준수해야 한다:

- PROCOMER 에 가입 신청서를 제출한다. 신청서는 특별제도 관리국에서 구할 수 있다([www.procomer.com](http://www.procomer.com)).
- 추가적으로 관세사를 신청하기 위한 서류를 제출한다. 이 서류는 관세청에 발송된다.
- PROCOMER 는 분석하고, COMEX([www.comex.go.cr](http://www.comex.go.cr)) 로 보낸다.
- COMEX 는 최종결정을 내린다.
- PROCOMER 는 관할 세관에 통보한다.

**자유무역지대:** 국가가, 국내에 새로운 투자를 하는 기업에게 법률 7210(관련 개정안 및 규정)에서 정하는 요건과 의무를 충족했을 때에만 수여하는 인센티브 및 혜택의 제도이다. 이 제도의 혜택을 받을 수 있는 기업들은 다음과 같다:

- 수출가공업체: 하나의 수출 요건을 설정한다. 업체는 적어도 생산의 75%를 수출해야 한다. (2015 년부터 폐지).
- 유통사: 생산은 하지 않고, 전통적이 아닌 상품을, 수출 또는 재수출 하기 위해 취급, 재포장, 재유통한다. 이 상품은 국내시장에서 판매할 수 없다.
- 용역 수출업자: 개인이나, 외국 또는 자유무역지대에 위치한 다른 기업에 용역을 수출하는 회사에 해당한다.
- 공단 경영사: 자유무역지대 제도 하에 기업의 창립을 위한 공단의 경영을 담당하는 회사를 말한다.
- 과학조사기업: 국가의 산업 또는 농산업 활동과 무역의 기술적 차원의 개선에 종사한다.
- 조선소와 도크의 영업 담당 회사: 선박의 건조, 수리 또는 유지보수(드라이 또는 부양식).
- 수출여부와는 독립적인 가공업체 / 자유무역지대의 공급기업: 수출 수준은 가입요건이 아니다. (이 카테고리는 자유무역지대의 다른 기업들에 최소 40%를 공급하는 가공업체들에게도 역시 적용한다).

자유무역지대에 설립된 회사들은 다음 혜택을 받는다:

- 회사의 운영과 경영을 위해 필요한 다음 상품 수입시 면세:
  - 기계 및 기기
  - 제조품과 반가공제품
  - 운영에 필요한 기타 제품들

- 포장재
- 부품 및 부속
- 다음 특징의 차량 수입시 면세:
  - 차체의 캐비닛 적재량이 1~2 톤.
  - 트럭 또는 트럭용 차체
  - 적재량 1~2 톤인 픽업
  - 최소 탑승객 15 명의 차량
  - 재화와 용역의 국내 구매시 세금 면제.
- 수출시 세금 면제.
- 10 년간 세금 면제:
  - 부동산 양도
  - 시 허가
- 송금 면제.
- 소득에 대한 모든 조세 면제. 이 혜택은 회사의 위치와 카테고리에 따라 부여된다. 위치는, 회사가 GAMA(광역수도권) 안이나 밖에 위치하는지에 따라 결정된다(GAMA (광역수도권)는 광역수도권과 Grecia, Valverde Vega, Naranjo, Palmares, San Ramón 을 포함한다). GAMA 밖에 위치하는 회사는 혜택이 더 좋다.


회사는 국내시장에 상품이나 용역을 판매할 수 있다(자유무역지대와 같이 회사가 위치한 지역을 벗어나서). 수입물품의 경우와 유사하게 납세와 영사수수료의 의무가 부과된다. 중요한 포인트는 다음과 같다:

- 수출 가공업체와 용역회사의 경우, 소득세의 면제는 국내판매의 비율과 같게 축소될 것이다.

- 수출 가공업체는 생산품중 25%만을 코스타리카에 판매할 수 있다. 유통회사는 국내에 판매를 할 수 없으며 용역회사는 국내시장의 기업에 50%까지만 용역을 제공할 수 있다.
- 수출여부와 독립적인 가공업체는 국내판매에 대한 최소 비율이 없다.
- 모든 경우에 판매를 추진하기 전에 ROCOMER 에 영업 플랜을 발송하는 것이 요구된다.

회사가 자유무역지대 제도에 편입을 원하면, 제도에 편입 신청서를 제출한 때부터 최대 3 년 내에, 평가절하와 부동산에 종속된 새로운 고정자산의 새로운 최소 개시투자를 해야 하며, 다음 조건을 따라야 한다:

**그림 13. 자유무역지대 회사의 지리적 위치에 따른 초기투자**

 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><b>GAMA</b></p> <p>Dentro de parque \$150,000 Fuera de parque. \$ 2,000,000</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><b>Fuera de GAMA</b></p> <p>Dentro de parque \$100,000 Fuera de parque. \$ 500,000</p> </div> </div>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">GAMA 공단 내 \$150,000</td><td style="width: 50%;">GAMA 밖 공단 내 \$100,000</td></tr> <tr> <td>공단 외 \$2,000,000</td><td>공단 외 \$500,000</td></tr> </table>	GAMA 공단 내 \$150,000	GAMA 밖 공단 내 \$100,000	공단 외 \$2,000,000	공단 외 \$500,000
GAMA 공단 내 \$150,000	GAMA 밖 공단 내 \$100,000				
공단 외 \$2,000,000	공단 외 \$500,000				

출처: PROCOMER

초기 투자 금액을 채우기 위해 최대 3 년의 기간이 정해져 있다.

최소 투자에 대한 고려사항:

- 자산은, 제도 신청자의 재산이어야 하며, 제도의 취득을 위해 신청서를 제출한 날 이후부터 취득한 것에 해당한다.
- 고정부동산자산의 경우, 외국 출처의 새로운 또는 중고 자산, 또는 국내에서 취득한 새로운 자산의 재화이어야 한다.

- 보증 신탁 중인 고정자산의 신탁자 및 또는 피신탁자는 제도의 수혜자여야 한다.  
또, 이들이 수혜자 회계등기부에 합법적으로 등록되었을 경우에만 가능하다.
- 소유 재산 또는 임대 재산의 개선.

업체는 제도의 혜택을 누리는 동안, 최소한의 직원을 고용하고 유지할 의무를 지닌다. 자유무역지대 제도에 들어가고 싶은 업체들은, 홈페이지에 있는 해당 양식서를 사용해 PROCOMER 에 신청서를 제출해야 한다.

- PROCOMER 의 가입 분석원이 전자 신청서(초고)를 검사하고, 권고사항을 회신할 것이다.
- 온라인 상의 신청서가 가입 분석원의 기준을 통과하면, 업체는 기술적 분석을 담당할 PROCOMER 의 특별 제도 관리국에 법적 문서의 사본을 제출해야 한다.  
모든 정보는 스페인어로 되어야 한다.
- 이 동일 과정에서 관세청에 관세사(국립세관서비스에 통상적으로 참여하는 공공 또는 민간 부문의 개인이나 법인으로, 자신의 이름이나 제 3 자의 이름으로 세관업무에 참여) 조건의 양도를 신청하게 된다.
- PROCOMER 는 무역부에 승인을 위한 권고사항을 발송한다. 승인이 되면 무역부는 수여 협약을 작성해 무역부장관과 대통령의 서명을 받게 된다.
- 가입이 승인되면 업체에 통보를 해 수행에 대한 보증을 준비하게 하고 PROCOMER 와 운영 계약에 서명을 하게 된다.
- 업체는 공식 관보(La Gaceta)에 수여행정협약을 공시해야 한다.
- 수혜자는 관세청에 무관세 수입을 위한 관세사의 승인 결정과 해당 코드를 신청해야 한다.

출처: [www.procomer.com](http://www.procomer.com)

세번째 옵션은, 국내에 국내회사를 설립해 모든 업체에 적용되는 납세와 영업에 관한 모든 법적 규정을 지키는 것이다. 적어도 물리적 인프라, 운영 위생허가, 영업허가, 납세등기와 근로등기를 CCSS 에 갖추는 것을 포함한다. 세 가지 방식에서 세금의 지불을 비교하면 다음과 같다:

**표 32. 제도에 따른 적용 세금 지불**

상세 세금 종류	제도 종류		
	국내	자유무역 지대	Active Perfection
소득세	소득의 30%	미적용	소득의 30%
시청세	0.15% 0.20 0.25%	미적용	0.15% 0.20 0.25%
세관	적용	미적용	적용
원자재에 대한 세금 지불	적용	미적용	미적용
기계 및 기기 에 대한 세금 지불	적용	미적용	미적용
생산과정용 차량에 대한 세금 지불	적용	미적용	적용
자본세	적용	미적용	적용
현지 시장 판매	적용	적용	방식 B- 적용

출처: [www.procomer.com](http://www.procomer.com) 에 기초, 직접 작성

### 13.1.2 운영허가

회사 운영을 위해 필요한 일반 허가들에 관련된 국가 기관들은 다음과 같다:

- 보건부
- 시청
- 무역부
- 재무부
- INS(국립보험원)
- CCSS (코스타리카 사회보장국)
- SETENA (환경기술처)
- PROCOMER (무역진흥공사)

[www.crearempresa.go.cr](http://www.crearempresa.go.cr) 에서 다음 표의 허가들을 볼 수 있다:

표 33. 회사 종류에 따른 필요 허가

허가						
국립	자유무역지대	Active Perfection				
책임 기관	승인 기간	법적 근거	비율	주의사항-WEB 참조		
재무부, 종합소득세과	적용	적용	적용	1 주	법률 7092, 소득세법	자유무역지대는 등록만, 지불은 미적용
CCSS. 고용 보험	적용	적용	적용	2 달	정치적 헌법 제 73 조 법률 CCSS No.17 art.3-37-74	<a href="http://foros.ccss.sa.cr/hormativa">http://foros.ccss.sa.cr/hormativa</a>
국립보험원. 노동재해 보험 증권	적용	적용	적용	3 시간	노동법 제 193 조	<a href="http://www.ins-cr.com/index.html">http://www.ins-cr.com/index.html</a>
시청. 토지사용 및 허가	적용	적용	적용	10 일 영업일	회사의 조정 플랜과 위치에 따라 각 시에서 정함	Zona Franca solo debe estar inscrita, no aplica pagos 자유무역지대에는 등록만. 지불은 미적용
보건부. 운영허가	적용	적용	적용	15 일 영업일	일반 보건의료법 No. 5395	
SETENA. 환경 영향 기초 운영 허가	적용	적용	적용	2 달	환경기본법 - 법령 31849	회사의 활동에 따름. 전문가 고용 필요
PROCOMER. 수출등록카드	적용	미적용	미적용	2 시간	무역법 법률 N° 8056	자유무역지대와 Active Improvement 는 이 과정 실행불가

출처: 각 기관 근거, 직접 작성

### 13.1.3 사회적 부담비

회사가 코스타리카에서 고용하는 노동자에 부담해야 하는 사회적 부담비는 다음 표에서 요약해 보여준다 :

**표 34. 사회적 부담비**

Concept CCSS	고용주	노동자	국가	총계
SEM	9,25%	5,50%	0,25%	15,00%
IVM	4,92%	2,67%	0,41%	8,00%
<b>CCSS 총계</b>	<b>14,17%</b>	<b>8,17%</b>	<b>0,66%</b>	<b>23,00%</b>

2 차 그룹에서 CCSS 는 다음 표에서 볼 수 있듯이 영수인의 기능을 수행한다:

Concept	고용주	노동자	국가	총계
BP	0,50%	1,00%	-	1,50%
FODESAF	5,00%	-	-	5,00%
IMAS	0,50%	-	-	0,50%
INA*	1,50%	-	-	1,50%
FCL	3,00%	-	-	3,00%
ROPC	1,50%	-	-	1,50%
<b>다른 기관들의 총계</b>	<b>12,00%</b>	<b>1,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>13,00%</b>

총 사회적 부담비의 총계는 :

Concept	고용인	노동자	국가	총계
<b>총계</b>	<b>26,17%</b>	<b>9,17%</b>	<b>0,66%</b>	<b>36,00%</b>

참고: 근로자의 봉급이 CCSS 의 임원회에서 협의를 통해 정한 최저 분담금 액수보다 낮을 경우, 사회보장에 해당하는 노-조 지분의 계산은 최저 분담금 액수에 기초해 정한다.

\* INA 농업활동은 0.50%

자료 미비로 인한 벌금 노동자 봉급의 1%

제출 지연으로 인한 벌금 총 지분의 1%

출처: CCSS 와 노동부의 자료에 근거한 직접 작성.



### 13.1.4 외국시민권자를 위한 취업비자

이민청은 코스타리카에서 외국인의 비자, 근로 및 거주 허가를 담당하는 기관이다. 수속의 신속화를 위한 협력 차원에서 이 기관에서 회사 등록을 할 수 있는 가능성이 있다. 그래서 정해진 요건을 충족하는 회사들은, 이민청에 위치(이주관리서비스)한 회사용 특별창구 사용과, 직원의 임시 거주 신청 결정 기간의 축소와 같은 혜택을 받을 수 있다. 현행 비자의 종류는 다음과 같다:

**표 35. 회사의 종류에 따른 근로 허가 카테고리**

#### 임시 또는 거주 근로 직원의 이주

##### 거주

Clasification 종류	상세 요건
Clasification A	수출 진흥 특별 제도 하에 근로 중이거나 근로 예정인 사람.
Clasification B	수출 진흥 특별 제도 밖에서 재화나 용역을 수출하고 있거나, R&D 활동을 하고 있는 사람
Clasification C	코스타리카의 관광 분야에서 근로하고 있는 사람.
Clasification D	코스타리카의 금융분야에서 근로하고 있는 사람.
Clasification E	코스타리카의 통신 분야에서 설치 과정 분야에 있거나 현재 근로하고 있는 사람.
Clasification F	상기 분류에 속하지 않으며, 코스타리카에 지점을 설치하기로 한 다국적 회사의 직원.
Clasification G	코스타리카에 근무하고 있거나 근무예정인 공공계약의 낙찰자인 국내인 또는 외국인.

인터넷 문의 [http://www.migracion.go.cr/extranjeros/residencias.html#HERMES\\_TABS\\_1\\_2](http://www.migracion.go.cr/extranjeros/residencias.html#HERMES_TABS_1_2)

영구비자:	\$50 지불
	상기 인터넷 페이지에 양식 제출할 것.
	신청 서류를 첨부할 것.

출처: 이민청 (DGME)

거주용 및 노동허가용 비자의 종류에 따른 세부사항은 앞서 표시한 인터넷 주소에서 참조할 수 있다. 예를 들어, 카테고리 A 업체의 외국 시민들을 위한 요건은 다음과 같다:

이민청에 법적 대리인에 의해 등록된 신청서는 다음 사항을 표시하거나 첨부해야 한다:

- 신청서 제출일 3개월 미만에 발행된 회사의 법인 증명서. 설립일, 등록자료, 법적 대리인, 회사의 유효성을 명시해야 한다.
- 회사 법적 대리인의 공인 신분증명서 원본과 사본 또는 등본. 법적 대리인이 국내에 거주하고 있지 않다면 여권의 공증 사본을 제출해야 한다.
- 회사의 이민청 등록을 권고하는 COMEX(무역부)의 공문, 또는 어떤 수출 특별 제도에 운영하고 있는 경우는, PROCOMER에 대한 의무의 준수 여부를 나타내는 PROCOMER의 증명서를 첨부해야 한다. 등록 수속이 이를 실행하지 않으면 법적 대리인은 특별 권한을 제공해 제3자에게 충분한 권한을 부여해서 이민청에 대한 업무를 실행하도록 한다.
- 신청자는 CCSS의 의무를 준수해야 한다.
- 업체가 근로재해보험의 보험료를 지불하고 있다는 것을 나타내는 해당 보험회사의 증명서, 또는 현재 지불 증명서 또는 원본 대조.
- 소속 분류에 따라 신청 양식을 완성할 것. 양식은 이민청의 홈페이지에서 구할 수 있다(이 양식은 전자문서가 도입되는 대로 적용될 것이다).

- 수속시 중요한 점으로는, 스페인어로 작성되지 않은 모든 서류는 스페인어 번역이 첨부되어 있거나 번역 공증을 받아야 한다. 마찬가지로, 외국에서 발행된 모든 서류는 코스타리카 영사관의 공증을 받아야 하며 코스타리카 외무부의 원본 인증을 받아야 한다. 외국에서 발행된 공문서는 공증된 증명서를 통해 제출될 수 있다.

### 13.1.5 환경 평가 수속

어떤 경우에는, 외국 회사의 설립은 건축과 전체 또는 일부 설비와 관련되어 있다. 이 경우, 프로젝트의 복잡도와 제품이나 서비스의 종류, 그리고 지리적 위치에 따라 환경 영향 평가서를 작성해야 할 수도 있다. 담당기관은 SETENA(국립환경기술처)이다. 다음 표에서 요건들을 요약해서 보여준다:

표 36. D1 제출 의무 프로젝트용 절차															
절차:															
1. 프로젝트, 공사 또는 활동의 개발자는, 관련기관에 해당 평가 도구에 의해 환경평가(D1) 서류를 제출할 의무가 있다.															
2. DEA 는 서비스 플랫폼에서 해당 평가 도구와 함께 환경평가(D1) 서류를 수취한다.															
3. 수취한 서류와 평가 도구는 균등하게 DEA 를 구성하는 여러 분야의 합동팀들에게 분배된다.															
4. 담당 공무원은 개발자에게서 받은 각 서류의 기술정보와 법적 정보를 확인, 검사, 분석해서 D1 서류가 선택된 평가 도구로써 규정을 준수하며, 콘텐츠가 SIA(환경 영향 중요성)와 일치하는지를 결정한다.															
5. 프로젝트의 종류, 지역의 환경 취약성, 확인된 영향의 중요성 및 제공된 정보에 따라 필드 테스트를 진행하여 장소의 조건을 알아보고 제출된 정보와 관련성을 검증한다.															
6. 결함 시정. 제출된 서류와 필드 테스트를 가지고 필요하면 개발자에게 시정 문서를 통해 추가 정보를 요구한다.															
7. 서류가 정보를 완벽하게 구비하게 되면 DEA 를 구성하는 모든 전문가들에 의한 집합적인 분석을 한다.															
8. 적절한 권고사항을 포함한 기술 보고서를 작성하고, 총위원회에 발송한다.															
9. 프로젝트가 아직 부족할 경우 총위원회는 단 한번만 결의안을 통해 해명을 요구할 권리를 갖는다.															
10. 완전한 정보와 기술적-법적 기준에 따라 총위원회는 해당 결의안을 발의해 최종결과를 개발자에게															

통보하기 위한 절차를 밟는다.															
11. 환경 영향 평가 분석의 결과와는 독립적으로(거부 또는 승인), 결의안에서 기술적-법적으로 채택된 합의사항을 정당화한다.															
응답 시간															
SETENA 는, 최대 4 주내로 D1 은 PGA 와, D1 은 DJCA 와 결정해야 한다(행정법령 31849 및 개정사항, 제 38 조). 환경평가도구가 EsIA(환경영향연구)에 해당하는 프로젝트들을 위해, SETENA 는 5 개월의 검사 기간을 갖는다.															

출처: SETENA(국립환경기술처)

13.1.6 기업용 예상 스케줄

이전 단락에서 설명한대로 요약의 의미로 앞서 설명한 세 가지 종류의 회사들의 활동 전개와 기간의 예상 스케줄을 첨부한다: 국립, 자유무역지대, Active Perfection. 다음 그림에서 도식으로 보여준다:

그림 14. Active Perfection 회사들의 예상 스케줄

동	주																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
회사의 법적 설립																			
법인 취득																			
코스타리카에 회사 설립																			
환경 승인																			
환경 상담원 선택																			
D1 Form (초안)																			
D1 Form (제출)																			
위원회 보고서																			
PGA(환경 관리 플랜) 결정																			
PGA 제출																			
환경 보증 위탁																			
회사 위치																			
대지 또는 건물 선택																			
Active Perfection 상태																			
WEB 신청서 초안																			
PROCOMER 의 초안 검사																			
신청서 제출																			
승인 과정																			
회사에 통보																			
기타 등록/허가																			
CCSS(사회보장국)																			
보건부																			
재무부																			
시청																			
은행 계좌																			
이민 Clasification A																			
운영 기초 용역 (세관법)																			
산업단지내에 위치																			
산업단지외에 위치																			
세관																			
관세사 선택																			
세관 서류 제출																			
운영 기초 서비스																			
수도																			
전기																			
통신																			

인터넷: <http://www.procomer.com/contenido/perfeccionamiento-activo-3.html>

출처: PROCOMER

그림 15. 자유무역지대 회사들의 예상 스케줄

활동	주																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
<b>회사의 법적 설립</b>																			
법인 취득																			
코스타리카에 회사 설립																			
<b>환경 승인</b>																			
환경 상담원 선택																			
D1 Form (초안)																			
D1 Form (제출)																			
위원회 보고서																			
PGA 결정																			
PGA 제출																			
환경 보증 위탁																			
<b>회사 위치</b>																			
대지 또는 건물 선택																			
<b>자유무역지대 상태</b>																			
WEB 신청서 초안																			
PROCOMER 의 초안 검사																			
신청서 제출																			
승인 과정																			
회사에 통보																			
관보(La Gaceta)에 공시																			
<b>기타 등록/허가</b>																			
CCSS																			
보건부																			
재무부																			
시청																			
은행 계좌																			
이민 Clasification A																			
<b>운영 기초 서비스</b>																			
수도																			
전기																			
통신																			

인터넷: <http://www.procomer.com/contenido/zonas-francas-3.html>

<http://www.cinde.org/>

출처: PROCOMER

그림 16. 국내 회사들의 예상 스케줄

활동	주																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
회사의 법적 설립																			
법인 취득																			
코스타리카에 회사 설립																			
환경 승인																			
환경 상담원 선택																			
D1 Form (초안)																			
D1 Form (제출)																			
위원회 보고서																			
PGA 결정																			
PGA 제출																			
환경 보증 위탁																			
회사 위치																			
대지 또는 건물 선택																			
기타 등록/허가																			
CCSS																			
보건부																			
재무부																			
시청																			
은행 계좌																			
이민																			
이민청 Clasification F																			
세관																			
관세사 선택																			
세관 서류 제출																			
운영 기초 서비스																			
수도																			
전기																			
통신																			

출처: PROCOMER

## 13.2 코스타리카와 한국간의 수입 및 수출 과정

### 13.2.1 코스타리카의 주요 항구 및 세관

현재 7 개의 세관, 5 개의 세관사무소(육상, 항공, 우편), 자유무역지대에 10 개의 세관사무소가 있다:

**세관:**

1. Santamaría 세관
2. Caldera 세관
3. Peñas Blancas 세관
4. Limón 세관
5. 중앙 세관 본부
6. Paso Canoas 세관
7. La Anexión 세관

**세관 사무소:**

1. Sixaola 사무소
2. Tobías Bolaños 사무소
3. Postal 사무소
4. Los Chiles 사무소
5. Golfito 사무소

**자유무역지대의 세관 사무소:**

1. Metropolitano
2. BES
3. Saret
4. Ultra Park
5. Forum
6. Global
7. Zona Franca Caldera
8. Zona Franca Cartago
9. Zona Franca La Valencia
10. Zona Franca Montecillos



다음 그림에서 도식적으로 나타낸다:

그림 17. 코스타리카 수입 세관

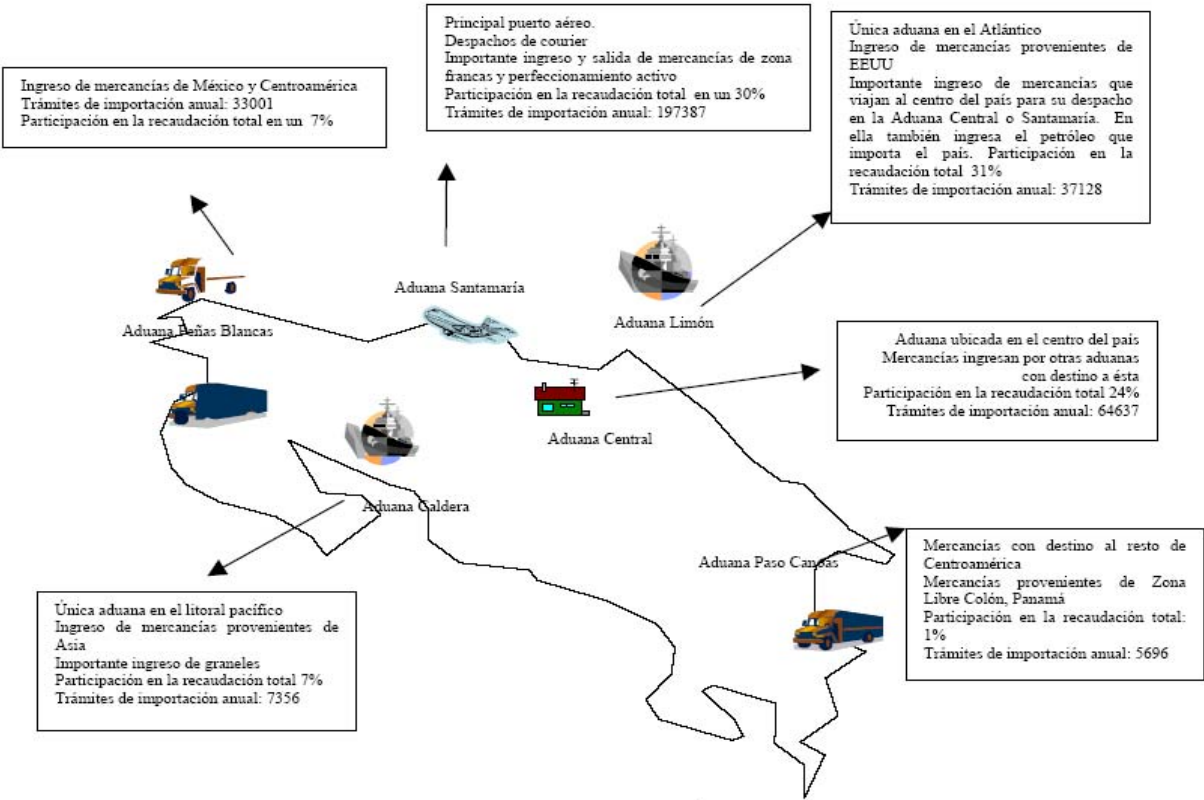


Figura 1. Ubicación geográfica y breve descripción de las aduanas costarricenses<sup>1</sup>. Nota: El TIC@ se encuentra implementado en tres de las seis aduanas del país que representan el 79% de las operaciones de importación del país y el 61 % de la recaudación total.

참조: Caldera 항구는 광양항과 운송 시간이 34 일로 가장 짧음 (Naviera Maersk Line)

출처: 재무부

### 13.2.2 상품의 FOB 및 CIF 에 대한 추가 비용

한국의 주요 항구에서 코스타리카를 향하는 주요 CIF 와 FOB 비용은 다음 표와 같다:

**표 37. FOB 광양항 추가 비용**

FOB 광양항, 대한민국	
Flete Naviera 컨테이너 40"	\$5.000,00
내륙 운송 Caldera. San José	\$600,00
BL 발송	\$35,00
항구 서류 제출	\$25,00
	<b>\$5.660,00</b>
<b>국내기업 및 Active Perfection</b>	
통관업체 비용	\$150,00
	<b>\$5.810,00</b>

**Nota:** 상품보험은 가입 금액의 0,6%이다.

**표 38. Caldera 항 CIF 추가 비용**

CIF Caldera 항	
내륙 운송 Caldera. San José	\$600,00
BL 발송	\$35,00
항구 서류 제출	\$25,00
	<b>\$660,00</b>
<b>국내기업 및 Active Perfection</b>	
통관업체 비용	\$150,00
	<b>\$810,00</b>

출처: 통관업체 상담 기초 직접 작성

표 39. FOB 인천공항 추가 비용

CIF Juan Santamaría 공항	
최저 항공 운송	\$305,00
평균 항공 운송	\$2,87
최고 항공 운송	\$3,12
최저 항공 운송	\$2,61
BL 발송	\$35,00
국내기업 및 Active Perfection	
통관업체 비용	\$150,00
	\$150,00

통합 항공: +100 Kg.

서비스: Port / Port

Airport / Airport

### 13.2.3 의료기기 관세

의료기기는 HS code 90 에 속한다: “안과, 사진 또는 영화, 측정, 통제, 정밀 기구와 도구, 의료-수술 기구 및 도구; 이 기구 및 도구의 부품 및 악세서리”. 이는 36800-COMEX 법령에 따른다.

지불할 세금 상세 (국내기업)

판매세	13%
법률 6946	1%
Golfito 법률	18%
총	32%

### 의료기기 수입 요건

수입은 Technical Note 54 에 기초한다: 보건부, 등록 및 통제국 또는 Export-Window (PROCOMER)가 수여하는 독성 및 위험 물질의 방출 허가.

상업송장은 다음 요건을 충족시켜야 한다:

- 상품의 판매자 또는 공급자에 의해 발행된 원본. 얼룩, 고친 흔적 또는 위조 흔적이 없어야 한다.
- 최소한 다음 자료들을 포함해야 한다:
  - 구매자명
  - 발행일
  - 판매자의 이름과 주소
  - 상품 설명
  - 거래 상품의 수량과 대금
  - 거래 통화
  - ICC(세계상공회의소)가 정하는, INCOTERMS 의 국제무역조건에 부합하는 상품의 딜리버리 조건(딜리버리 장소-도시를 표시해야 한다).
- 표시된 요건 중 어떤 것이 누락되면 DIAN(관세청)은 상품의 반출을 거부한다 (물리적 또는 서류 검사시). 이 경우 5 일이 지난 후에야 검사를 허가한다. SIA 또는 수입업자는 적절한 양식의 보조 문서를 제출하거나 관세에 100% 동등한 보증을 구성함으로써 징계로 인한 손실을 막을 수 있는데, 법적 요건을 충족시키는 못하는 서류의 첨가는 중대한 것으로 간주된다.

#### **13.2.4 부가가치세**

국내기업: 기기의 Nationalization 를 할 때, 판매세의 13%의 지급 신용장을 갖는다.

Active Perfection 및 자유무역지대의 기업들: 국내영토에 도입시(nationalization) 세금 전체를 지불해야 한다.

면세혜택 기업에 판매를 하는 경우(CCSS 의 경우), 해당 기업은 확정 수입의 절차를 밟기 전에 면제 증서를 수속해야 한다.

### 13.2.5 코스타리카와 한국 간의 물류 자료

세계은행에 따르면, 한국은 세계적으로 물류 역량이 뛰어난 20 개 국가에 속한다. 다음 분야에서 뛰어난 점을 보인다:

- 세관의 효율성
- 인프라 품질
- 국제운송의 경쟁력
- 물류서비스의 경쟁력과 품질
- 운송추적능력
- 시간 엄수

2012 년 코스타리카는 155 개의 평가국 중 82 위를 차지했다. 문서에 따르면 국경 기관들의 발송 과정의 효율성이 국가의 가장 취약한 부분이라고 기술한다.

이 부문에서 코스타리카는 총점 5 점 중 2.47 점을 획득했다. 운송 운영자 또는 관세사의 품질 부문에서 2.53 점을 획득했다. 2 년전 점수는 2.80 점이었다. 운송 인프라는 2.56 점에서 2.60 점으로 경미한 상승을 보였고, 가격 경쟁력 부문에서도 경미한 상승을 보여 2.85%를 기록했다.

코스타리카는 수출을 위한 운송매체로 항공, 육상, 해상 경로를 이용하고 그 분포도는 다음과 같다. 최근 상대적인 안정세를 보이고 있다:

- 항공: 0,7%
- 해상: 78%
- 육상: 21,3%

한국의 경우 다음과 같다:

- 항공: 1%
- 해상: 99%
- 육상: 0%

한국-코스타리카 해운 운송

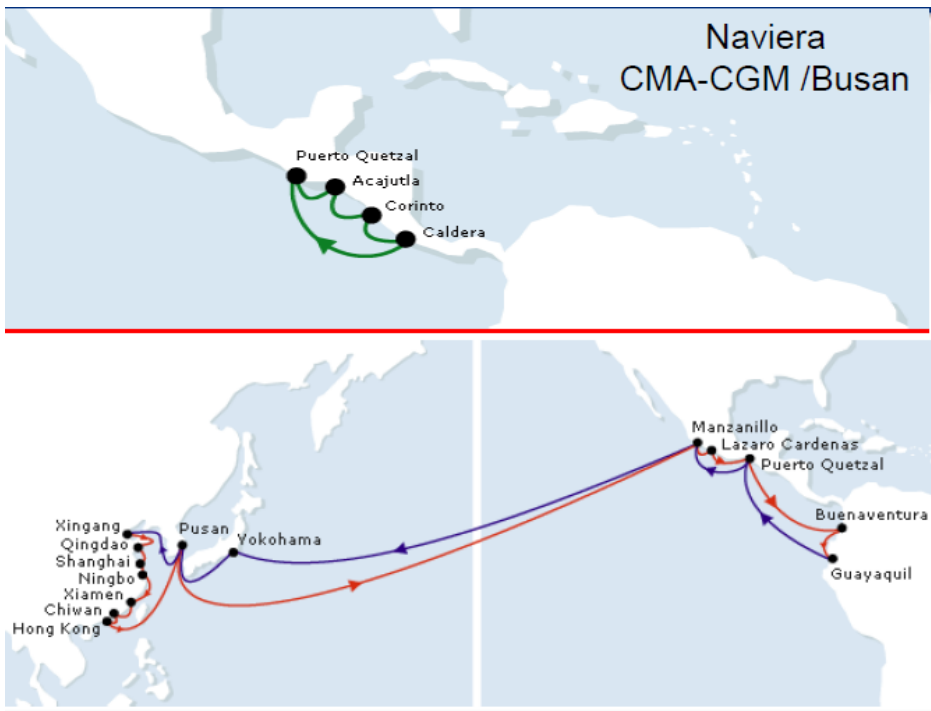
다음은 PROCOMER 에서 발췌한, 공급자에 따른 현재 한국-코스타리카의 운송 옵션의 도식이다.

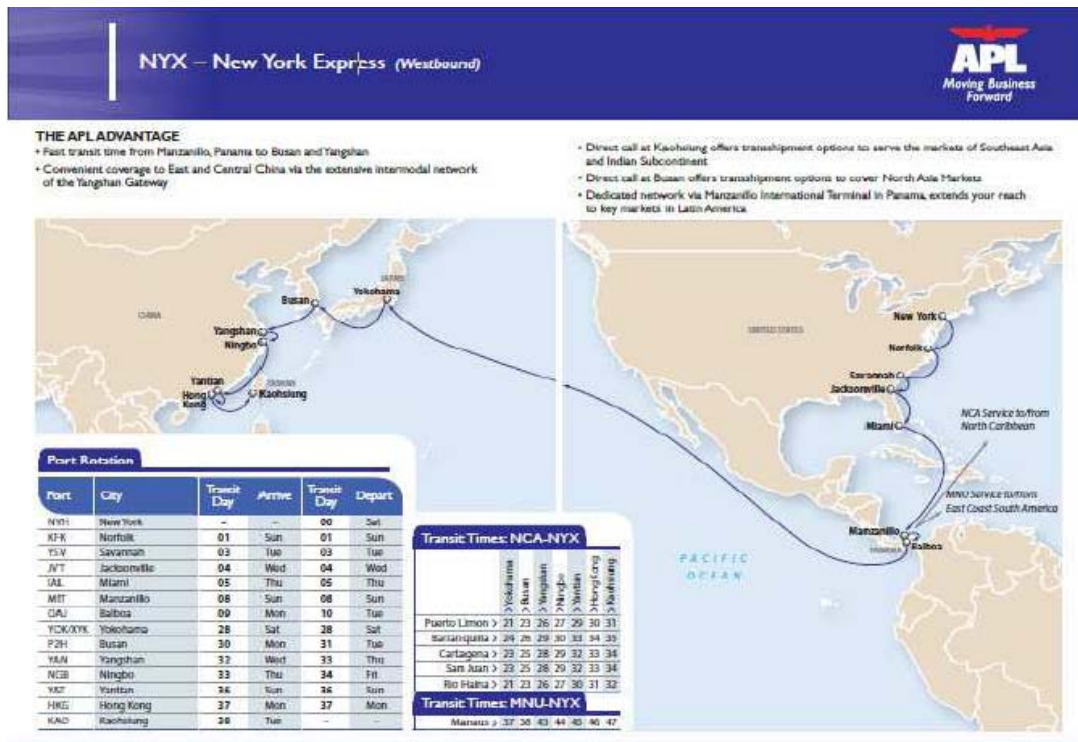
그림 18. 코스타리카 -한국 해상 루트



AC - Westbound

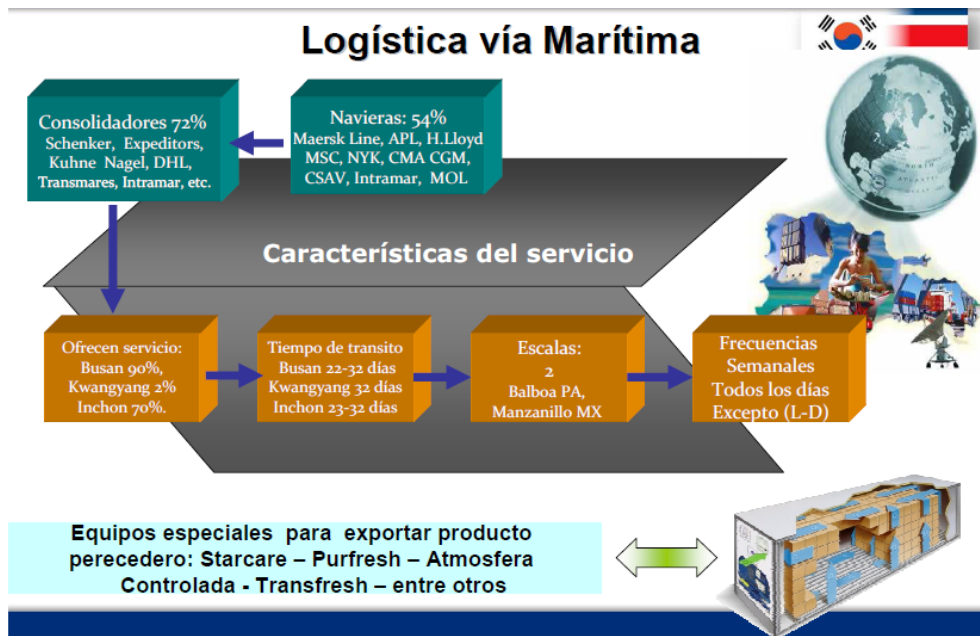
PORT	ARRIVES	DEPARTS	TRANSIT
Lazaro Cardenas, Mexico	SUN 1500	MON 2000	--
Balboa, Panama	FRI 0930	SUN 1200	4
Yokohama, Japan	TUE 1700	WED 0400	23
Yantian, Mainland China	SAT 1200	SUN 0900	27
Hong Kong, Hong Kong	SUN 1300	MON 0100	28
Xiamen, Mainland China	MON 1900	TUE 0700	29
Ningbo, Mainland China	WED 1600	THU 0800	31
Shanghai, Mainland China	THU 1800	FRI 0800	32
Kwangyang, South Korea	SAT 1600	SUN 0800	34





PROCIMER 의 현재 자료에 따라, 한국과 코스타리카의 해운 운송의 예상치를 얻는다:

그림 19. 해운 운송 옵션의 물류 자료



출처: PROCIMER

요약하자면, 해운 운송의 옵션은 다음과 같다:

- Caldera 항 (태평양) 또는 Limón 항(대서양)
- 주당 빈도수: 월요일 일요일을 제외한 매일.
- 변질성 화물을 위한 특수 장치
- 한국은 NIMF-15 (식물위생 조치) norm 요구.

### 한국-코스타리카 항공 운송

인천국제공항은 국제공항협회에 의해 4 년 연속(2005-2009) 세계최고 국제공항으로 분류되었다.

코스타리카-한국의 항공운송 빈도수와 옵션은 다음과 같다:

그림 20. 한국-코스타리카 항공 물류



출처: PROCOMER



### 국제 운송의 추가 비용

○ 수출 수속	USD\$ 75.00
○ Tica (software)	USD\$ 35.00
○ 서류 처리	USD\$ 25.00
○ BLU 발송	USD\$ 35.00
○ Inland GAM- LIO	USD\$ 500.00
○ 보험: 보험 가치의 0,6 % - 최소	USD\$ 75,00

출처: PROCOMER

### 수출 요건

- 상업송장
- Packing List
- Bill Of. Lading – Air Waybill
- DUA 수출 (VUCE)
- 패킹 증명서
- 식물위생 수출 증명서
- 품질/수량 증명서(필요시)
- INCOTERMS 에 따른 보험증서
- 운송업자용 요청서

출처: PROCOMER

### 13.3 입찰이나 병원 건설에 참여하기 위한 요건

CCSS 는 병원 건설을 위한 입찰 절차를 정하고 있다. 타당한 가능성 중 하나는, 공사가 재정적으로 어느 정도 중요한 크기에 도달했을 때 응찰자들을 사전평가하는 것이다. 이 절차는 San Rafael de Alajuela 병원(3 천 4 백만 달러, 2004 년)과 San Vicente de Paúl 병원(1 억 5 백만 달러, 2009 년)에 사용되었다. 이 경우, 낙찰 전에 국제 또는 국내경쟁입찰

하의 가능성있는 응찰자들을 CCSS 관점의 중요 파라미터에 의해 사전평가한다. 여러 업체들이 모여 컨소시엄을 이루어, 앞서 설명한 턴키 방식의 건설과 설비의 요건을 충족시키는 방식도 허용된다. 두 개 또는 그 이상의 사전평가된 회사들 또는 회사 그룹이 입찰에서 연합해 참여하기를 결정하는 경우에는 일반적으로, 구성원들의 의무와 CCSS 와의 의무를 규정할 뿐 아니라 입찰 수속과 프로젝트의 수행에 관한 각 입찰 구성원의 연대책임도 규정하는 컨소시엄 합의서의 공증 사본을 제출해야 한다. 마찬가지로, 제안서는 각 회사를 대표하는 법적 대리인에 의해 서명되어 있어야 하며, 이는 모든 구성원들에게 법적 의무이다. 이 서명은 변호사가 원본 인증을 해야 하며, 이는 코스타리카의 법적 절차에서 흔한 일이다.

#### **입찰 참여를 위한 보통 요건과 실현 가능한(feasible) 요건:**

- 코스타리카 법률에 종속: 외국 입찰자는, 행정계약법 제 10 조와 행정계약법 규정 제 12 조에서 밝히는 바대로, 단지 제안서를 제출하는 행위만으로 코스타리카의 법률 및 사법 체제에 종속된다..
- 현장 방문: 입찰자들은 제안서 준비를 위해 해당 위치의 기후적, 지형적, 지질학적 특징 등을 고려하기 위해 현장 방문을 한다. 그래서 현장의 환경에 맞는 프로젝트 개발을 위해 취하는 행위들의 책임을 지도록 하기 위함이다.
- 금액: 제안서에서 명시된 금액은 고정적, 확정적, 불변적이며, 어떤 조건에 종속되지 않는 것으로 여긴다. 입찰자가 공고에서 정한 조건을 모두 따르면서, 입찰의 목적인 프로젝트를 수행하기로 약속하는 최종 금액이 될 것이다.
- 통화: 보통 코스타리카 통화로 정해진다.
- 하도급: 일반적으로 입찰 과정에서 허용된다. 입찰자는 제안서에 하도급업체들의 리스트를 포함해야 한다. 하도급업체들의 회사명을 표기하고, 일반적으로 각

하도급업체들의 자본금과 법적 대리인의 공인 증명서를 제공해야 한다. 일반적으로 총 프로젝트의 50% 이상은 하도급을 줄 수 없다. 역시 일반적으로, 입찰자는 하도급계약으로 공사의 전체 수행에 대한 책임을 벗어날 수는 없다.

- 참여 보증: 비율은 공사의 복잡도와 총액수에 따라 변한다; 그러나, 총 금액의 1% 미만은 될 수 없다. 유효 기간은 120 일(역일) 미만은 아닐 것이며, 연장도 가능하다.
- 이행 보증: 총 금액의 10% 정도 될 수 있다. 그리고 일반적으로 프로젝트의 완공예상일 후 적어도 5 개월 동안 유효하다.
- 숨은 결함(Hidden Vices): 입찰자는 공사가 완료된 후 숨은 결함의 발견을 대비해 10 년 동안 계약의 의무를 유지한다.
- 원천징수: 일반적으로 부분 지불에 대한 원천징수 비율(2% 또는 3%)을 정해, 계약의 이행에 대한, CCSS 에 호의적인 상호 보증의 기금으로 한다.
- 보험: 일반적으로 입찰자는, 각 케이스 별로 정하는 금액에 해당하는 개인 및 대물 재해 보험증권에 서명해야 한다. 사용 차량, 기계, 하드웨어 및 소프트웨어도 해당 보험의 적용을 받아야 한다.
- 분쟁 해결: 일반적으로 "분쟁 상호 해결 법률"을 통해 차이점을 해결하는 조항을 적용한다.
- 계약의 조기 완료: 입찰자 책임의 중대한 원인으로, 즉 불가항력이나 우발적인 경우, CCSS 와 공공이익의 보호 차원에서, 행정계약법 제 11 조 와 당 법의 규정 제 13 조가 정하는 바에 따라 행해질 수 있다.
- 감독: 일반적으로 CCSS 는 필요하다고 고려되는 주제에 대한 전문 업체와 계약할 권리를 가지고 있으며, 공사와 설비의 통제 및 감독의 권한을 주어 입찰자로 하여금 필요할 정보의 제공을 용이하게 하도록 한다.
- 보증: 직접적으로 입찰자를 계약하거나 하도급자들의 책임 하에 프로젝트를 수행하는 사람은 코스타리카 노동법을 전적으로 준수하면서 CCSS 에 의해 보증을

받아야 한다. 불이행시 심각한 결함으로 고려될 수 있다. 또 이것은 CCSS 의 사회보장연금의 성실한 지불을 포함한다.

### **13.4 코스타리카에서 의료센터 운영을 위해 필요한 보증서 또는 증명서**

코스타리카에서 공공 또는 민간 의료센터의 운영을 위해서는 의무적으로 보건부에서 발행하는 서류인 운영위생허가(PSF)를 구비해야 한다.

병원은 50 명 이상 노동자의 고위험군(A)의 시설로 분류된다. 처음으로 PSF 수속을 밟는 관계자는 소속 활동이나 시설의 위험군과는 독립적으로 다음 서류를 제출해야 한다:

1. PSF 통합 신청 양식서 ([www.ministeriodesalud.go.cr](http://www.ministeriodesalud.go.cr)).
2. 시설에 적용되는 구체적인 유효 규정을 인지하고 준수하며, 사전 조건들을 준수하겠다는 선언서. 또, 이어서 언급하는 사전 조건들을 허용하는 결의사항을 나타낸다:
  - 토지사용승낙서. 위치하는 지역에 적합한 시설과 활동의 개발을 허가하는 해당 시청에서 발행하는 증명서. PSF 수속을 위한 유효기간은 1 년이다.
  - 입지허가. 보건부가, 위치하는 지역에 따라 시설 또는 활동의 위치를 승인하는 첫단계의 행정결의안으로, 주민에게 위생 문제나 피해 발생을 예방하기 위한 모든 필요 요소들을 갖출 수 있도록 하기 위함이다. 일반보건법에 의하면 산업, 상업, 서비스 시설들은 그 위치에 대한 보건부의 사전 입지허가를 승인받아야 한다. 운영 허가 수속을 위한 이 허가의 유효기간은 1 년이다.

- 프로젝트 도면 허가, 새로운 건축, 변경 또는 확장시. 보건부가 발행하는 위생허가는, 보건, 안전, 위생에 대한 관리가 건설규정 및 다른 관련 조항들에 의해 적절하게 지켜졌다는 것을 증명한다. 용도나 과정 변경으로 인해 확장 및 변경된 신건축 활동이나 건물에만 적용된다. PSF 수속을 위한 유효기간은 1 년이다.
- 환경 타당성(라이선스), SETENA(환경기술처)의 규정에 해당시. SETENA 가 발행하는 결의안으로, 환경영향평가 과정, 즉 초기 환경 평가 단계에서 환경영향연구 또는 다른 환경영향연구 문서를 승인한다. 이 결의안은, "EIA(환경영향평가)의 절차에 대한 일반 규정"에서 정하는 활동, 공사 또는 프로젝트의 개시를 위한 필수 요건이다. PSF 수속을 위한 유효기간은 2 년이다.
- 위생하수배출 허가, 시설 또는 활동으로 인한 폐수가 위생하수망에 직접적으로 배출시. 위생하수 시스템 관리기관에서 해야 하는 수속으로, 시설 또는 활동으로 인한 폐수가 위생하수망에 직접 배출될 때 필요하다. 처음 PSF 수속시만 제출해야 한다.
- 전문 용역 또는 대행 용역, 활동이나 시설의 종류에 따라 어떤 특별법이 요구하는 경우.
- 노동 및 사회보장부에서 수여하는 보일러용 입지 및 운영 허가, 활동이나 시설에서 보일러를 사용하는 경우.

- 3 2004 년 12 월 29 일 관보(La Gaceta)에서 공시되고 보건부가 규제하는 시설의 위생등록 규정인 법령 32161 번에 위임하는 이 규정의 제 11 조에 따르는 서비스 지불 증명서의 사본. 다음과 같이 정한다:
  1. A 군: \$ 100 고위험.
  2. B 군: \$ 50 중간위험.
- 4 신분증 사본: 법인의 경우 등록 증명서 또는 법적 대리인의 공증서류 및 법적 유효 신분증.
- 5 근로 위생 플랜. 근로자들의 건강을 보전, 유지, 개선하기 위한 예방 활동의 기획, 실행, 평가에 대한 서류. 근로 위생 플랜은, 2003 년 12 월 4 일 보건부에서 발행한 관보(La Gaceta) 234 호에서 정하는 "근로 위생 플랜의 제출 가이드"와 차후 변경 사항에 근거해, 이론과 실재를 겸비한 관련 전문가가 작성해야 한다.
- 6 응급진료 플랜. 응급사태시 예방, 완화, 준비, 응답, 재활에 대한 가이드라인을 목적으로 하는 문서. 응급진료 플랜은, 2003 년 12 월 4 일 보건부에서 발행한 관보(La Gaceta) 234 호에서 정하는 "근로 위생 플랜의 제출 가이드"와 차후 변경 사항에 근거해, 이론과 실재를 겸비한 관련 전문가가 작성해야 한다.

병원품질통제시스템은 아직까지 충분하게 발전하지 않아서, 공공 및 민간 보건의료 서비스에서 요구할만한 병원품질 기준은 그 작성과 활용에서 미비한 수준이다. 가장 근접한 것으로는 법령 30694-S 로 "내과 및 일반 및 또는 의료전문가와 외과의사의 외과 진료를 제공하는, 병상 20 개 이상을 구비한 시설의 허가를 위한 규범"이다. 다음 주소에서 더 자세하게 볼 수 있다:

[http://www.pgr.go.cr/Scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_repartidor.asp?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=49289&nValor3=52695&strTipM=TC](http://www.pgr.go.cr/Scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_repartidor.asp?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=49289&nValor3=52695&strTipM=TC)

JCI(Joint Commission International, 국제의료평가기관평가위원회)의 국제 인증은, 자발적인 것으로 단지 3 개의 의료센터만이 가지고 있다: Bíblica 병원, CIMA 병원, La Católica 병원. JCI 인증은 권위있는 인증으로, 이 의료센터의 이용자들에게 서비스의 품질에 대한 안전성을 제공한다.







II

**블라디보스톡 의료시장 환경  
조사보고서(국문)**



# 러시아 의료시장 환경 조사보고서

---

2012.11-12.



발주처  
KOTRA

---

보고서 주제  
의료산업

---

## 목 차

목 차.....	2
서 문.....	3
각종 용어 및 약어.....	4
제 I 장. 러시아 의료산업 분석 .....	5
1. 의료산업 현황 .....	5
1.1 러시아 의료기관 조사.....	5
1.2 의료인력 조사.....	16
1.3 의료교육 현황.....	28
1.4 의료장비 조사.....	33
2. 러시아 의료보험제도 현황 .....	37
2.1 러시아 의료보험제도 개요 (관련법규 포함).....	37
2.2 국가의료보험제도(의무의료보험)의 재정현황 .....	40
2.3 의료부문 재정지원.....	44
2.4 의료보험료.....	45
제 II 장. 러시아 내 의료기관 설립 및 운영.....	51
1. 의료기관 등록 .....	51
1.1 등록 절차.....	51
1.2 인증 체계 (RosZdravNadzor : 러시아연방 보건 및 사회개발 감독국) .....	55
1.3 의료기기 등록 및 인증/IT 장비 (CT, MRI 등).....	56
1.4 러시아 건강진단센터 조사.....	62
2. 러시아 내 외국 의료센터의 사업.....	66
2.1 러시아 시장의 진입장벽과 법적 규제 .....	66
2.2 의사자격증 취득 절차.....	68
2.3 외국자본 유입을 통한 러시아 내 의료센터 개관 사례.....	71
2.4 급여기준.....	74
부록 1. 의료사업 인증 수속 시 신청 및 필요한 양식 예.... 오류! 책갈피가 정의되어 있지 않습니다.	
부록 2 서류목록.....	811

## 서 문

이 보고서는 대학무역투자진흥공사(KOTRA) 블라디보스톡 무역관의 요청에 따라 러시아 «다이렉트 인포(Direct INFO)»사에 의해 2012 년 11-12 월에 걸쳐 실시된 조사 결과이다.

보고서에 기재된 정보는 다음에 언급된 자료원의 기록과 조사 결과에 의한 통계자료 및 기타 여러 정보를 다각적으로 심층분석하여 작성되었다.

- 러시아연방 통계청(Rosstat)
- 모든 관련 관공서의 법률 데이터베이스
- 정부부서 자료 (러시아연방 보건복지부, 보건 및 사회개발 감독국 – RosZdravNadzor)
- 연방의무의료보험기금 및 그 외 여러 보험기관의 자료 (정부 및 민간기관)
- 주제와 관련된 보고서
- 관련분야의 데이터베이스
- 관련 언론 매체 기사
- 의료분야 전문가 보고서
- Direct INFO 사의 내부 데이터베이스
- 인력채용기관 자료
- 그 외 다른 자료

## 각종 용어 및 약어

OJSC – 공개형 주식회사 (Opened Joint-Stock Company)

CJSC – 폐쇄형 주식회사 (Closed Joint-Stock Company)

LLC – 유한책임회사 (Limited Liability Company)

OMI – 의무의료보험 (Obligatory Medical Insurance)

VMI – 민간의료보험 (Voluntary Medical Insurance)

MRI – 자기 공명 영상법 (magnetic resonance imaging)

CT – 컴퓨터 단층촬영 (Computer Tomography)

UD – 초음파 진단 (ultrasonic diagnostics)

FD – 연방관구 (Federal District)

AO – 자치구 (autonomous area)

RF – 러시아연방 (Russian Federation)

SES – 보건위생국 (Sanitary-and-Epidemiological Station)

FL – 연방법 (Federal Law)

RosZdravNadzor – 러시아연방 보건 및 사회개발 감독국  
(Federal Service on Surveillance in Healthcare)

RK – 엑스레이 단층 촬영

MR – 자기공명

## 제 I 장. 러시아 의료산업 분석

## 1. 의료산업 현황

## 1.1 러시아 의료기관 조사

러시아의 의료기관 부문별 분류 (각 범주 및 전문분야별)

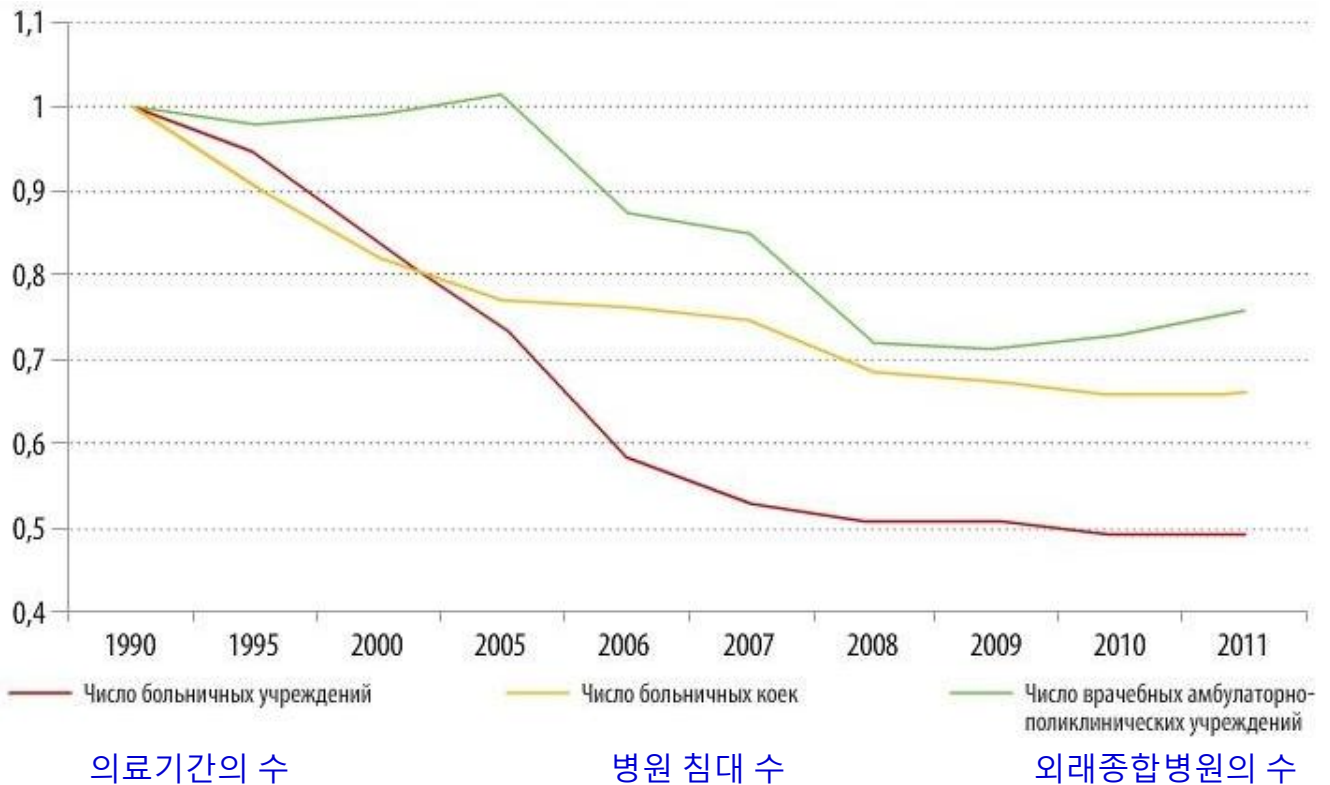


그림 1.1.1. 1990 년~2011 년 러시아 의료시스템 주요지표 분석(1990 년을 1 로 놓고 환산한 수치)

표 1.1.1. 연도별 및 연방관구에 따른 러시아 내 병원의 수

연방관구	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
러시아 연방	9,847	9,479	7,478	6,777	6,545	6,454	6,308	6,294
극동 연방관구	835	830	521	476	433	433	430	428
볼가 연방관구	2,252	2,081	1,585	1,415	1,374	1,345	1,294	1,292
북서 연방관구	862	821	677	642	614	608	584	582
시베리아 연방관구	1,770	1,696	1,251	1,059	1,041	1,001	995	993
우랄 연방관구	690	678	613	608	599	570	574	572
중앙 연방관구	2,137	2,076	1,821	1,651	1,551	1,556	1,513	1,511
남부 및 북캅카스연방관구	1,301	1,297	1,010	926	933	941	918	916

출처: 러시아연방 통계청

표 1.1.2. 러시아연방 행정구역 및 소유형태별로 본 의료기관의 수

러시아연방 행정구역	국립 의료기관	정부 기관 주체		사립 의료기관 (법인체, 개인)	이 중 개인소유	의무근무부대 포함한 모든 형태의 비의료기관
		러시아연방 보건복지부	기타 행정부서 및 관청			
<b>러시아연방</b>	<b>6,013</b>	<b>5,779</b>	<b>234</b>	<b>224</b>	<b>115</b>	<b>70</b>
<b>중앙 연방관구</b>	<b>1,436</b>	<b>1,389</b>	<b>47</b>	<b>48</b>	<b>28</b>	<b>29</b>
벨고로드 주	55	54	1	1	-	-
브란스크 주	61	60	1	2	-	-
블라디미르 주	69	68	1	4	1	-
보로네시 주	79	74	5	-	-	1
이바노보 주	56	54	2	2	2	-
칼루가 주	45	43	2	2	-	-
코스트로마 주	49	48	1	1	1	-
쿠르스크 주	55	50	5	-	-	-
리페츠크 주	52	51	1	3	1	-
모스크바 주	236	229	7	4	2	-
오를 주	43	42	1	1	-	-
랴잔 주	64	63	1	-	-	1
스몰렌스크 주	49	48	1	1	-	-
탐보프 주	56	55	1	1	-	8
트베리 주	86	84	2	2	1	12
톨라 주	98	95	3	-	-	1
야로슬라블 주	76	74	2	3	1	2
모스크바 시	207	197	10	21	19	4
<b>북서 연방관구</b>	<b>551</b>	<b>517</b>	<b>34</b>	<b>25</b>	<b>11</b>	<b>8</b>
카렐리아 공화국	33	32	1	2	-	-
코미 공화국	58	53	5	2	-	-
아르한겔스크 주	71	68	3	2	-	7
이 중 네네츠 자치구	9	9	-	-	-	-
볼로그다 주	53	52	1	1	-	-
칼리닌그라드 주	47	45	2	3	2	-
레닌그라드 주	56	56	-	2	-	-
무르만스크 주	42	33	9	1	-	-
노브고로드 주	44	43	1	1	1	1
프스코프 주	48	42	6	-	-	-
상트페테르부르크 시	99	93	6	11	8	-
<b>남부 연방관구</b>	<b>515</b>	<b>506</b>	<b>9</b>	<b>21</b>	<b>10</b>	<b>2</b>
아디게야 공화국	23	22	1	1	1	-
칼미크 공화국	23	22	1	-	-	-
크라스노다르 주	179	178	1	4	-	-
아스트라한 주	39	38	1	3	-	2



러시아연방 행정구역	국립 의료기관	정부 기관 주체		사립 의료기관 (법인체, 개인)	이 중 개인소유	의무근무부대 포함한 모든 형태의 비의료기관
		러시아연방 보건복지부	기타 행정부서 및 관청			
볼고그라드 주	125	123	2	2	-	-
로스토프 주	126	123	3	11	9	-
<b>북캅카스 연방관구</b>	<b>374</b>	<b>367</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>-</b>
다게스탄 공화국	120	120	-	-	-	-
인구시 공화국	12	12	-	-	-	-
카바르디노발카르 공화국	47	45	2	-	-	-
카라차예보체르케스타야 공화국	20	20	-	-	-	-
북오세티아-알라니아 공화국	28	27	1	3	2	-
체첸 공화국	70	70	-	1	-	-
스타브로폴 지방	77	73	4	2	2	-
<b>볼가 연방관구</b>	<b>1,250</b>	<b>1,196</b>	<b>54</b>	<b>42</b>	<b>18</b>	<b>2</b>
바쉬코르토스탄 공화국	119	116	3	5	1	-
마리엘 공화국	33	32	1	-	-	-
모르도바 공화국	51	48	3	1	-	-
타타르스탄 공화국	110	91	19	3	3	-
우르무르트 공화국	82	80	2	1	-	-
추바시 공화국	60	59	1	1	-	-
페름 지방	131	128	3	1	-	-
키로프 주	106	104	2	1	-	-
니즈니노브고로드 주	145	144	1	6	5	2
오렌부르크 주	95	94	1	3	-	-
펜자 주	49	48	1	1	-	-
사마라 주	90	88	2	11	5	-
사라토프 주	110	108	2	8	4	-
울리야놉스크 주	69	56	13	-	-	-
<b>우랄 연방관구</b>	<b>547</b>	<b>526</b>	<b>21</b>	<b>26</b>	<b>12</b>	<b>1</b>
쿠르간 주	53	52	1	1	-	-
스베르들로프스크 주	162	152	10	17	9	-
튜멘 주	166	158	8	1	1	1
이 중에서:						
한티만시 자치공화국	90	88	2	-	-	-
야말로네네츠 자치구	27	26	1	-	-	1
첼랴빈스크 주	166	164	2	7	2	-
<b>시베리아 연방관구</b>	<b>931</b>	<b>885</b>	<b>46</b>	<b>40</b>	<b>28</b>	<b>24</b>
알타이 공화국	20	18	2	-	-	-
부랴트 공화국	44	42	2	2	-	-

러시아연방 행정구역	국립 의료기관	정부 기관 주체		사립 의료기관 (법인체, 개인)	이 중 개인소유	의무근무부대 포함한 모든 형태의 비의료기관
		러시아연방 보건복지부	기타 행정부서 및 관청			
투바 공화국	32	32	-	-	-	1
하카시아 공화국	29	29	-	-	-	-
알타이 지방	139	133	6	2	2	1
자바이칼 지방	75	69	6	-	-	-
크라스노다르 지방	134	129	5	4	2	8
이르쿠츠크 주	118	111	7	1	1	1
케메로보 주	115	112	3	5	1	-
노보시비르스크 주	80	79	1	19	15	13
옴스크 주	86	73	13	5	5	-
토مس크 주	59	58	1	2	2	-
<b>극동 연방관구</b>	<b>409</b>	<b>393</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
사하 공화국(야쿠티야)	61	61	-	-	-	4
캄차카 지방	38	35	3	-	-	-
극동 지방	95	91	4	4	2	-
하바로프스크 지방	81	79	2	4	-	-
아무르 주	61	59	2	7	1	-
마가단 주	21	20	1	-	-	-
사할린 주	34	31	3	1	1	-
유대인 자치주	17	16	1	-	-	-
추코트 자치구	1	1	-	-	-	-

출처: 러시아연방 통계청



그림 1.1.2. 2010 년 현재 러시아(왼쪽) 및 하바로프스크 지방(오른쪽)의 소유형태별 의료기관 구조

(붉은색 파이부터 시계방향으로 - 왼쪽)보건복지부-91% /기타 정부부서 - 4% /사립법인체 소유(개인소유 아님)-2% / 개인-2%/ 의무근부부대 포함한 모든 형태의 비의료기관-1%

(붉은색 파이부터 시계방향으로 - 오른쪽) 보건복지부-93% /기타 정부부서 - 2% / 사립법인체 소유(개인소유 아님)-5% / 개인-0%/ 의무근부부대 포함한 모든 형태의 비의료기관-0%

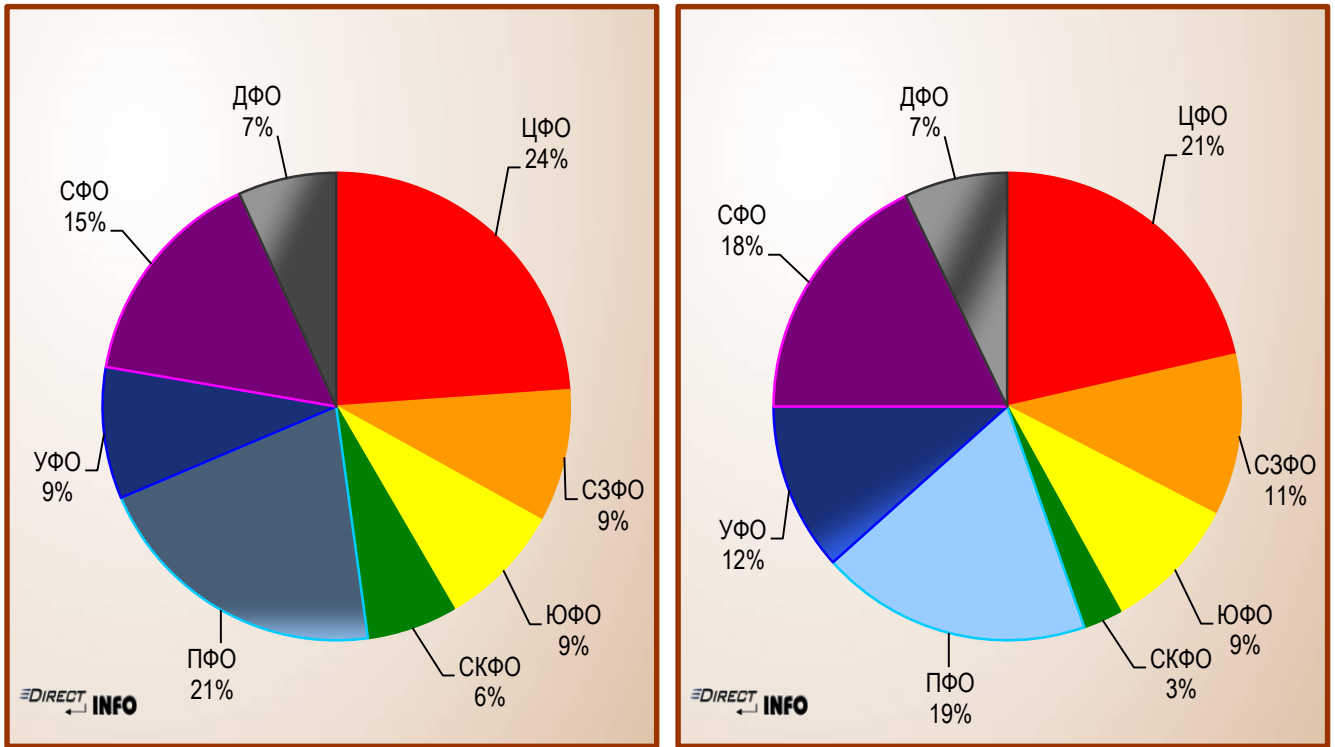
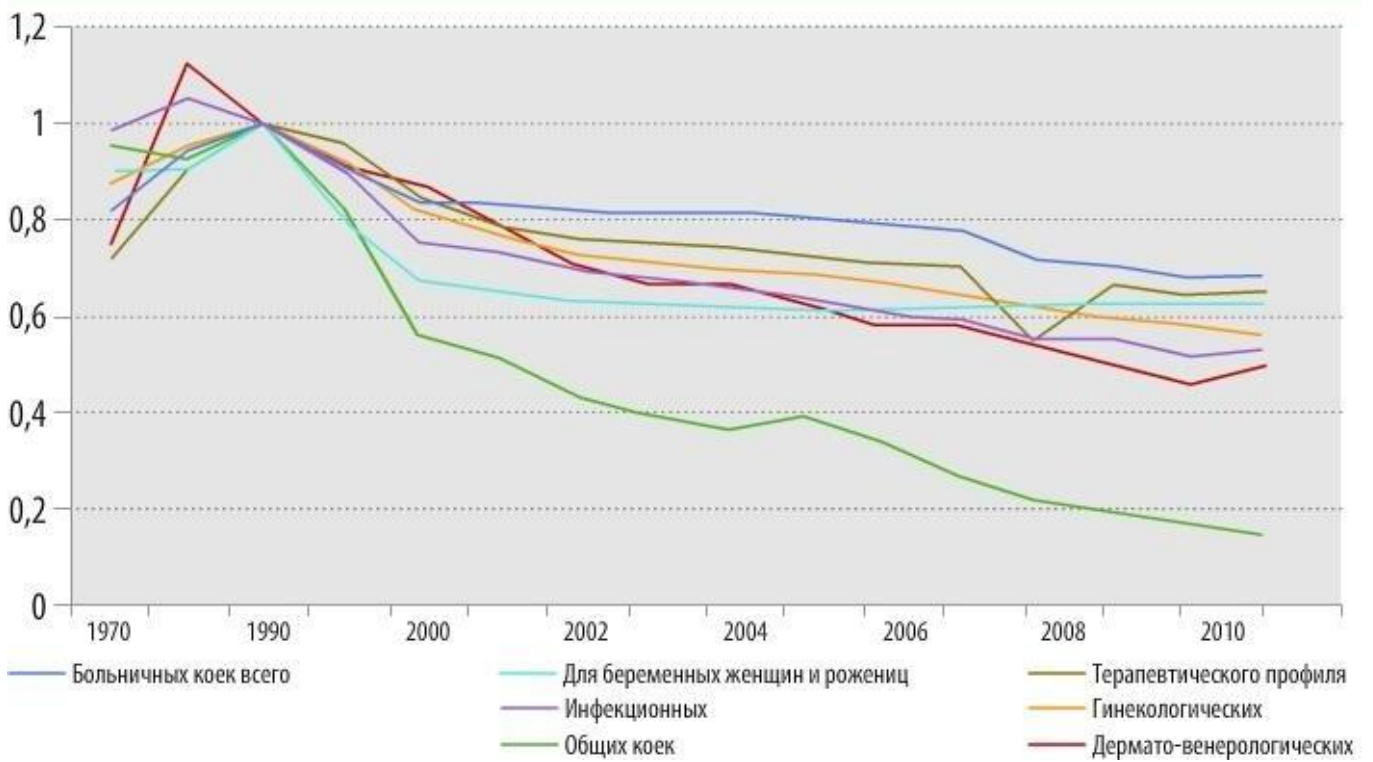


그림 1.1.3. 2010 년 현재 러시아연방 행정구역별 의료기관 분포도 : 정부운영(왼쪽), 사립기관운영(오른쪽)

(붉은색 파이부터 시계방향으로 - 왼쪽)중앙연방관구(FO)-24% /북서 FO-9% /남부 FO-9% / 북캅카스 FO-6% /볼가 FO-21% /우랄 FO-9% /시베리아 FO-15% /극동 FO-7%

(붉은색 파이부터 시계방향으로 - 오른쪽)중앙연방관구(FO)-21% /북서 FO-11% /남부 FO-9% / 북캅카스 FO-3% /볼가 FO-19% /우랄 FO-12% /시베리아 FO-18% /극동 FO-7%

진료과목별 침대 수 (러시아 전 지역, 지방 및 주별)



총 침대 수      임산부·신생아실/전염병동/일반병동      내과/산부인과/피부과·비뇨기과

그림 1.1.4. 1970 ~ 2011 년 기간 동안 진료과목별 병원 침대 수의 변화 추세 (1990 년을 1 로 놓고 환산한 수치)

**표 1.1.3. 러시아 내 진료과목별 병원 침대 수의 연간 변화수치 (단위 : 천 개, 회계 연도말 기준)**

진료과목	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
총계	1,600.7	1,575.4	1,559.8	1,521.7	1,398.5	1,373.4	1,339.5	1,347.1
내과	340.4	329.7	325.7	320.7	251.8	304.7	296.1	299.2
외과	285.0	279.7	277.6	273.8	265.3	262.7	257.2	259.5
암병동	38.1	38.3	38.7	39.2	39.3	39.3	39.7	40.4
산부인과	82.3	81.7	79.3	76.7	72.9	71.1	68.8	66.9
결핵병동	84.6	84.3	84.9	84.5	84.1	84.9	84.0	91.0
전염병동	88.0	84.6	81.6	79.1	74.1	74.0	70.5	71.1
안과	26.6	26.3	26.0	26.0	25.7	26.5	25.8	25.4
이비인후과	25.2	24.5	23.7	23.3	21.7	21.0	20.3	20.9
피부비뇨기과	22.4	21.6	20.5	19.9	18.0	17.2	16.4	16.5
정신병동	168.8	167.0	165.3	165.1	162.6	159.8	153.4	153.2
약물중독치료 병동	29.8	29.3	28.8	28.4	27.5	26.8	26.3	26.3
신경과	86.0	86.3	86.6	85.7	83.9	83.5	83.5	84.7
임신부·신생아실	83.7	81.9	82.7	82.0	81.1	80.5	80.3	79.2
일반병동	21.1	22.6	21.0	15.9	13.2	10.9	9.7	8.3
이 외 외래환자실	...	...	...	...	95.5	96.7	101.8	105.1

자료원: 러시아연방 통계청, 러시아연방 보건복지부

표 1.1.4. 러시아 행정구역 및 진료과목별로 본 병원 침대의 수

행정구역	내과	외과	암병동	산부인과	결핵병동	전염병동	안과	이비인후과	피부과· 비뇨기과	정신병동	약물중독 치료병동	신경과	임산부 병동	일반병동	소아병동
러시아연방	296,103	257,185	39,718	68,779	83,957	70,530	25,838	20,341	16,427	153,377	26,291	83,456	80,325	9,666	178,963
중앙 연방관구	80,054	71,244	11,277	17,369	17,815	16,752	7,470	5,598	3,480	49,732	8,298	23,600	19,042	471	40,519
벨고로드 주	2,983	2,493	400	601	575	690	230	227	114	1,140	135	1,012	916	-	1,655
브랴نس্ক 주	2,725	2,542	325	652	585	534	195	240	150	1,093	251	978	758	74	1,663
블라디미르 주	2,560	2,264	368	499	453	581	251	165	127	1,462	222	955	722	-	1,352
보로네시 주	5,071	4,249	485	1,178	1,983	1,229	512	344	190	1,645	290	1,791	1,166	15	2,679
이바노보 주	2,552	1,831	390	687	840	439	189	140	109	1,110	375	914	695	60	1,451
칼루가 주	2,340	1,827	395	546	480	394	356	155	93	885	210	577	392	-	1,110
코스트로마 주	1,222	1,161	138	270	205	226	116	129	54	1,595	131	417	367	41	687
쿠르스크 주	2,332	2,075	275	504	726	449	145	137	93	1,600	170	798	613	39	970
리페츠크 주	2,804	2,464	328	531	556	693	180	189	80	1,125	270	1,112	580	62	1,317
모스크바 주	12,376	10,354	1,516	2,804	1,748	2,695	1,159	891	621	7,869	1,202	3,586	2,732	-	5,783
오를 주	1,591	1,292	220	332	320	322	135	133	100	1,863	185	669	476	45	877
랴잔 주	2,935	1,977	330	580	480	632	213	185	131	1,670	218	630	544	106	1,479
스몰렌스크 주	2,434	1,900	260	545	405	494	150	106	59	2,260	177	651	535	-	1,375
탐보프 주	2,578	2,007	259	479	630	503	452	130	125	925	265	547	540	9	1,101
트베리 주	3,041	2,650	469	673	965	761	223	167	93	1,958	234	910	905	-	1,726
툴라 주	3,511	3,020	385	797	1,158	865	351	287	155	2,010	300	1,076	856	-	1,999
야로슬라블 주	3,514	2,889	410	710	700	552	309	215	75	2,206	275	1,173	569	-	1,536
모스크바 시	23,485	24,249	4,324	4,981	5,006	4,693	2,304	1,758	1,111	17,316	3,388	5,804	5,676	20	11,759
북서 연방관구	27,320	26,096	4,519	5,266	6,830	6,584	2,194	2,033	1,367	17,708	2,132	7,920	6,900	384	15,845
카렐리아 공화국	1,549	1,305	184	288	145	470	80	57	40	894	114	600	360	-	907
코미 공화국	1,935	2,119	217	415	984	471	138	110	94	861	173	725	674	88	1,496

행정구역	내과	외과	암병동	산부인과	결핵병동	전염병동	안과	이비인후과	피부과· 비뇨기과	정신병동	약물중독 치료병동	신경과	임산부 병동	일반병동	소아병동
아르한겔스크 주	2,781	2,409	483	666	538	751	301	196	81	1,271	237	720	795	246	1,806
이 중네네츠 자치구	40	60	-	35	110	30		-	-	15	15	15	40	100	115
블로그다 주	1,996	2,134	417	476	700	556	193	163	109	1,405	190	701	634	-	1,389
칼리닌그라드 주	1,582	1,567	90	435	403	354	106	111	164	1,350	125	269	444	-	836
레닌그라드 주	2,794	2,486	426	610	755	462	280	204	135	1,440	342	752	678	-	1,400
무르만스크 주	2,125	2,003	249	491	465	670	98	185	179	865	215	775	529	50	986
노보고로드 주	1,455	1,256	232	310	375	294	70	92	43	835	87	402	271	-	1,000
프스코프 주	1,587	1,285	205	336	480	280	97	97	86	880	147	446	295	-	977
상트페테르부르크 시	9,516	9,532	2,016	1,239	1,985	2,276	831	818	436	7,907	502	2,530	2,220	-	5,048
남부 연방관구	25,907	23,002	3,985	7,175	9,178	7,388	2,414	1,971	1,713	15,038	2,119	7,288	7,478	474	16,679
아디게야 공화국	1,071	904	155	181	195	243	52	20	40	274	74	406	293	-	682
칼미크 공화국	614	450	80	157	260	212	35	58	45	230	20	104	268	-	494
크라스노다르 주	8,430	7,556	1,055	2,344	2,626	2,956	947	587	687	6,310	957	2,615	2,420	187	5,688
아스트라한 주	2,208	1,797	300	465	912	749	146	142	130	1,140	200	644	540	12	1,593
볼고그라드 주	6,167	5,012	817	1,458	2,780	1,365	610	433	226	3,193	393	1,182	1,595	275	3,834
로스토프 주	7,417	7,283	1,578	2,570	2,405	1,863	624	731	585	3,891	475	2,337	2,362	-	4,388
북캅카스 연방관구	17,774	13,002	1,610	4,267	4,196	4,673	883	1,123	1,157	5,010	590	4,600	6,136	1,703	12,340
다게스탄 공화국	4,615	3,253	200	966	1,270	1,311	345	190	500	1,005	115	1,001	2,034	1,093	3,569
인구시 공화국	435	235	20	150	190	110	25	20	36	-	-	100	165	-	317
카바르디노발카르 공화국	2,493	1,329	170	407	510	677		126	180	665	160	530	562	-	1,485
카라차예보체르케스 타야 공화국	939	766	75	157	160	265		100	55	255	15	305	316	270	712
북오세티아-알라니아 공화국	1,860	1,297	217	354	530	450		115	137	515	120	330	486	-	1,364
체첸 공화국	2,674	2,056	200	895	330	460	105	130	70	560	40	640	1,161	-	2,195

행정구역	내과	외과	암병동	산부인과	결핵병동	전염병동	안과	이비인후과	피부과· 비뇨기과	정신병동	약물중독 치료병동	신경과	임산부 병동	일반병동	소아병동
스타브로폴 지방	4,758	4,066	728	1,338	1,206	1,400	408	442	179	2,010	140	1,694	1,412	340	2,698
<b>불가 연방관구</b>	<b>62,748</b>	<b>52,466</b>	<b>8,075</b>	<b>13,992</b>	<b>15,092</b>	<b>14,659</b>	<b>5,746</b>	<b>4,439</b>	<b>3,368</b>	<b>28,946</b>	<b>6,124</b>	<b>18,400</b>	<b>16,013</b>	<b>1,226</b>	<b>37,198</b>
바쉬코르토스탄 공화국	7,370	6,340	948	1,835	2,408	1,651	771	488	623	3,384	919	2,270	2,456	91	4,646
마리엘 공화국	2,386	1,429	130	472	365	424	150	125	55	558	97	542	400	-	1,206
모르도바 공화국	2,303	1,791	200	441	757	475	140	136	110	410	210	627	422	-	1,099
타타르스탄 공화국	6,185	5,617	1,153	1,567	1,313	1,261	462	588	380	3,937	606	2,177	1,811	439	4,216
우르무르트 공화국	3,387	2,401	513	741	914	1,442	272	254	171	1,750	275	1,124	1,049	56	2,591
추바시 공화국	2,559	2,269	273	567	512	528	389	151	116	1,200	205	714	680	-	1,641
페름 지방	4,887	4,134	577	1,112	1,428	1,344	451	289	262	3,191	528	1,537	1,122	12	3,070
키로프 주	3,956	2,625	380	769	744	964	266	217	215	1,616	221	1,139	772	93	2,059
니즈니노보고로드 주	8,085	6,930	882	1,800	1,657	1,911	753	670	483	2,901	731	2,648	1,546	13	3,990
오렌부르크 주	4,726	3,750	560	1,030	1,325	1,012	587	373	192	2,172	445	1,120	1,277	504	2,600
펜자 주	2,897	2,675	380	544	675	658	265	218	90	1,170	483	845	631	-	1,325
사마라 주	5,713	5,720	1,006	1,356	1,140	1,107	543	368	191	2,725	674	1,423	1,631	-	3,846
사라토프 주	5,195	4,648	616	1,166	1,085	1,398	522	377	400	2,367	450	1,422	1,642	18	3,557
울리야놉스크 주	3,099	2,137	457	592	769	484	175	185	80	1,565	280	812	574	-	1,352
<b>우랄 연방관구</b>	<b>24,102</b>	<b>21,145</b>	<b>3,363</b>	<b>5,775</b>	<b>8,195</b>	<b>5,913</b>	<b>2,038</b>	<b>1,451</b>	<b>1,595</b>	<b>11,597</b>	<b>2,632</b>	<b>6,919</b>	<b>7,616</b>	<b>857</b>	<b>18,720</b>
쿠르간 주	1,781	2,175	288	407	680	410	124	115	94	1,000	220	428	561	-	1,329
스베르들로프스크 주	10,196	7,868	1,141	1,912	2,483	2,281	877	536	566	4,610	826	3,122	2,801	237	7,647
투멘 주	5,842	5,459	668	1,714	1,927	1,794	336	376	435	2,487	924	1,449	2,092	15	4,549
이 중에서:															
한티만시 자치공화국	2,862	2,843	203	919	620	857		214	240	599	548	709	1,030	-	1,959
야말로네네츠 자치구	871	860	25	382	437	391		64	90	385	189	312	472	-	992
첼랴빈스크 주	6,283	5,643	1,266	1,742	3,105	1,428	701	424	500	3,500	662	1,920	2,162	605	5,195
<b>시베리아 연방관구</b>	<b>44,278</b>	<b>37,813</b>	<b>5,194</b>	<b>10,900</b>	<b>16,781</b>	<b>10,749</b>	<b>3,749</b>	<b>2,755</b>	<b>2,541</b>	<b>18,983</b>	<b>2,889</b>	<b>11,409</b>	<b>12,718</b>	<b>3,227</b>	<b>27,086</b>



행정구역	내과	외과	암병동	산부인과	결핵병동	전염병동	안과	이비인후과	피부과· 비뇨기과	정신병동	약물중독 치료병동	신경과	임산부 병동	일반병동	소아병동
알타이 공화국	355	342	39	107	139	114	28	28	53	111	10	120	180	92	374
부랴트 공화국	1,947	1,530	180	475	1,078	462	111	110	30	895	80	531	693	129	1,365
투바 공화국	749	532	50	189	1,136	327	30	35	81	250	91	105	336	-	918
하카시아 공화국	890	962	111	234	525	317	98	72	68	352	62	287	345	46	842
알타이 지방	6,355	4,968	600	1,606	1,830	1,377	583	328	335	1,715	198	1,800	1,757	315	1,106
자바이칼 지방	3,592	2,300	247	688	706	632	269	188	111	1,178	173	499	887	253	2,191
크라스노다르 지방	6,103	5,487	645	1,720	2,857	1,366	506	316	373	2,507	557	1,647	1,683	303	3,710
이르쿠츠크 주	5,399	4,928	800	1,375	1,524	1,468	588	419	453	3,413	500	1,630	1,340	661	3,712
케메로보 주	4,974	5,004	807	1,279	2,160	1,366	594	460	520	2,587	513	1,542	1,547	184	4,061
노보시베르스크 주	6,914	5,469	770	1,583	2,650	1,797	486	326	210	2,510	146	1,449	2,036	1,120	4,079
옴스크 주	4,338	4,021	563	1,069	1,625	919	252	316	172	1,940	286	1,195	1,177	50	3,050
톰스크 주	2,662	2,270	382	575	551	604	204	157	135	1,525	273	604	737	74	1,678
<b>극동 연방관구</b>	<b>13,920</b>	<b>12,417</b>	<b>1,695</b>	<b>4,035</b>	<b>5,870</b>	<b>3,812</b>	<b>939</b>	<b>971</b>	<b>1,206</b>	<b>6,363</b>	<b>1,507</b>	<b>3,320</b>	<b>4,422</b>	<b>1,324</b>	<b>10,576</b>
사하 공화국(야쿠티야)	2,350	1,697	140	555	982	632	151	98	149	653	276	474	814	1,156	1,554
캄차카 지방	802	650	167	336	340	228	55	60	67	315	120	361	307	19	540
극동 지방	3,738	3,667	382	1,118	1,346	1,102	252	227	325	1,858	313	844	1,209	-	2,624
하바로프스크 지방	2,771	2,709	400	661	1,135	578	203	252	213	1,324	238	524	734	29	2,606
아무르 주	2,049	1,684	209	630	686	528	109	204	145	968	165	532	656	5	1,629
마가단 주	420	371	85	111	266	182	30	35	34	202	97	80	123	-	368
사할린 주	1,401	1,194	250	485	350	388	107	52	172	747	238	414	411	-	911
유대인 자치주	273	329	51	86	700	121	23	32	86	254	37	75	134	-	240
추코트 자치구	116	116	11	53	65	53	9	11	15	42	23	16	34	115	104

자료원: 러시아연방 통계청, 러시아연방 보건복지부

## 1.2 의료인력 조사

### 의사 및 간호사 수 (러시아 전 지역, 지방 및 주별)

표 1.2.1. 연도별로 본 러시아 의료진의 수 (회계 연도말 기준)

Годы	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
전체 의사의 수 (단위: 천명)	688.2	690.3	702.2	707.3	703.8	711.3	715.8	732.8
10,000 명당 의사의 수	48.2	48.6	49.1	49.6	49.3	49.8	50.1	51.2
전체 준의료직원의 수(단위: 천명)	1,545.8	1,529.8	1,545.0	1,542.5	1,511.2	1,517.6	1,508.7	1,530.4
10,000 명당 준의료직원의 수	108.3	107.7	108.1	108.1	105.9	106.2	105.6	107.0

자료원: 러시아연방 통계청, 러시아연방 보건복지부

표 1.2.2. 러시아 연방관구 및 연도별로 본 모든 분야의 의사 수 (단위 : 천명, 회계 연도말 기준)

연방관구	1995	2000	2005	2009	2010
중앙 연방관구	178.9	189.3	193.9	202.3	205.6
북서 연방관구	72.4	72.7	74.5	77.8	78.8
남부 연방관구	58.0	60.0	60.3	61.8	61.5
북캅카스 연방관구	29.6	31.4	33.5	38.9	37.8
볼가 연방관구	137.0	144.8	142.1	141.6	141.1
우랄 연방관구	47.4	50.0	51.5	53.3	55.6
시베리아 연방관구	93.7	96.3	99.4	100.8	100.3
극동 연방관구	36.7	35.7	35.1	34.7	35.1

자료원: 러시아연방 통계청, 러시아연방 보건복지부

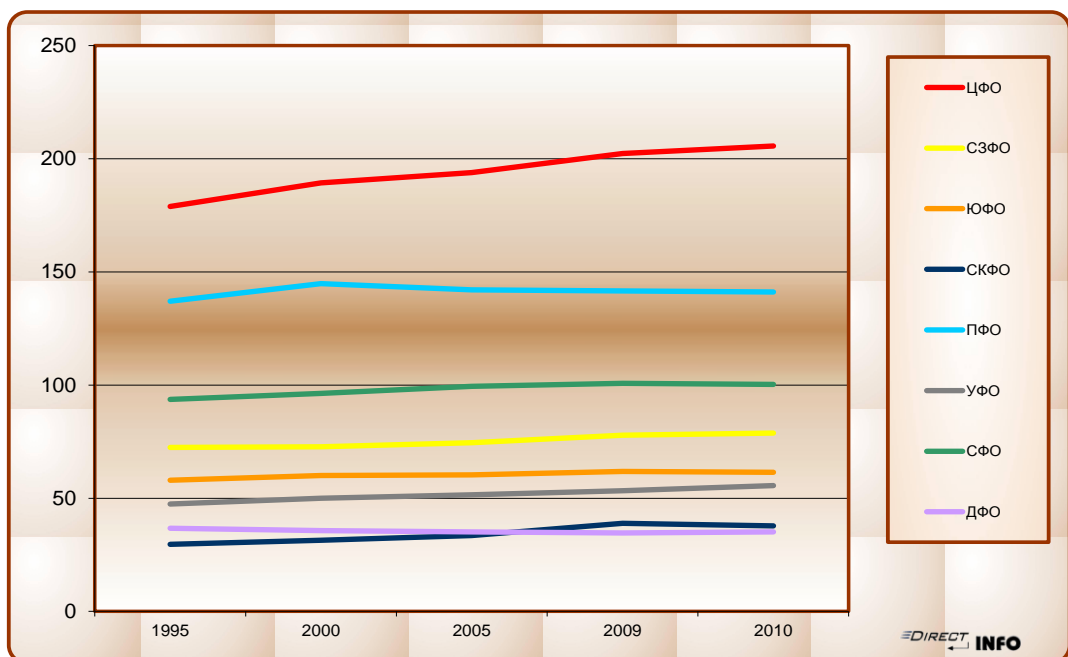


그림 1.2.1. 러시아 연방관구별 모든 분야의 의사 수 변화 추세 (단위 : 천명)

(종축)중앙연방관구(FO)/북서 FO/남부 FO/ 북캅카스 FO/볼가 FO/우랄 FO/시베리아 FO/극동 FO

표 1.2.3. 러시아 연방관구 및 연도별로 본 준의료직원의 수 (단위 : 천명, 회계 연도말 기준)

연방관구	1995	2000	2005	2009	2010
중앙 연방관구	416.1	405.2	389.4	384.3	383.7
북서 연방관구	169.3	156.2	151.5	148.7	147.9
남부 연방관구	146.5	139.3	132.7	133.7	132.6
북캅카스 연방관구	66.5	65.9	70.4	82.2	83.5
볼가 연방관구	375.1	365.8	351.7	340.3	335.6
우랄 연방관구	145.9	138	139.8	139.3	140.6
시베리아 연방관구	228.4	218.1	222.2	220	215.9
극동 연방관구	80.9	75.1	72	69.3	68.9

자료원: 러시아연방 통계청, 러시아연방 보건복지부

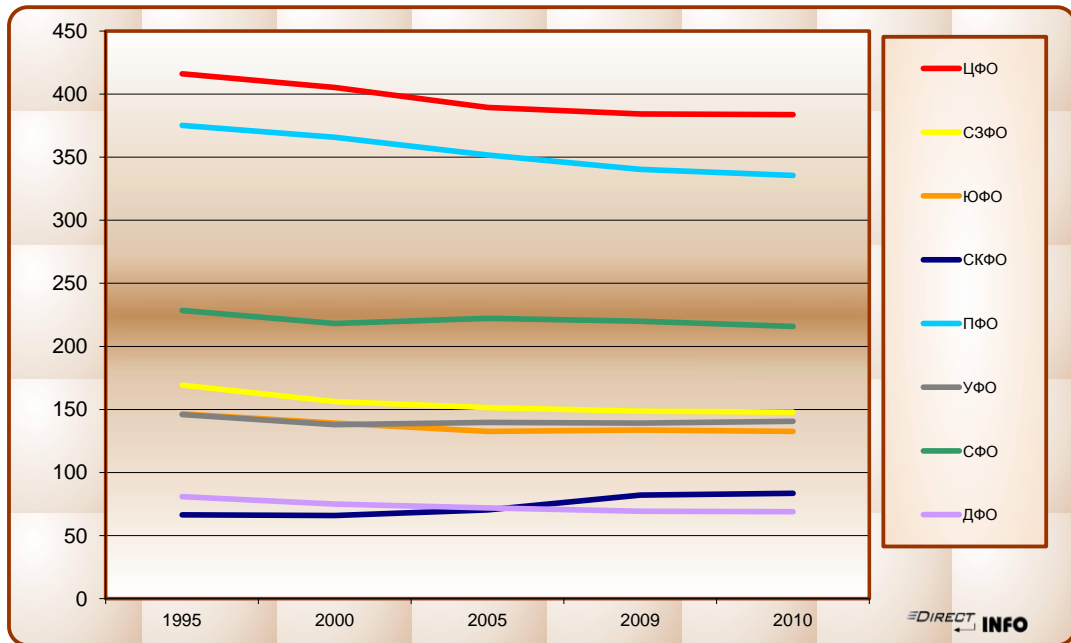


그림 1.2.2. 러시아 연방관구별 모든 분야의 준의료직원 수 변화 추세 (단위 : 천명)

(종축)중앙연방관구(FO)/북서 FO/남부 FO/ 북캅카스 FO/볼가 FO/우랄 FO/시베리아 FO/극동 FO

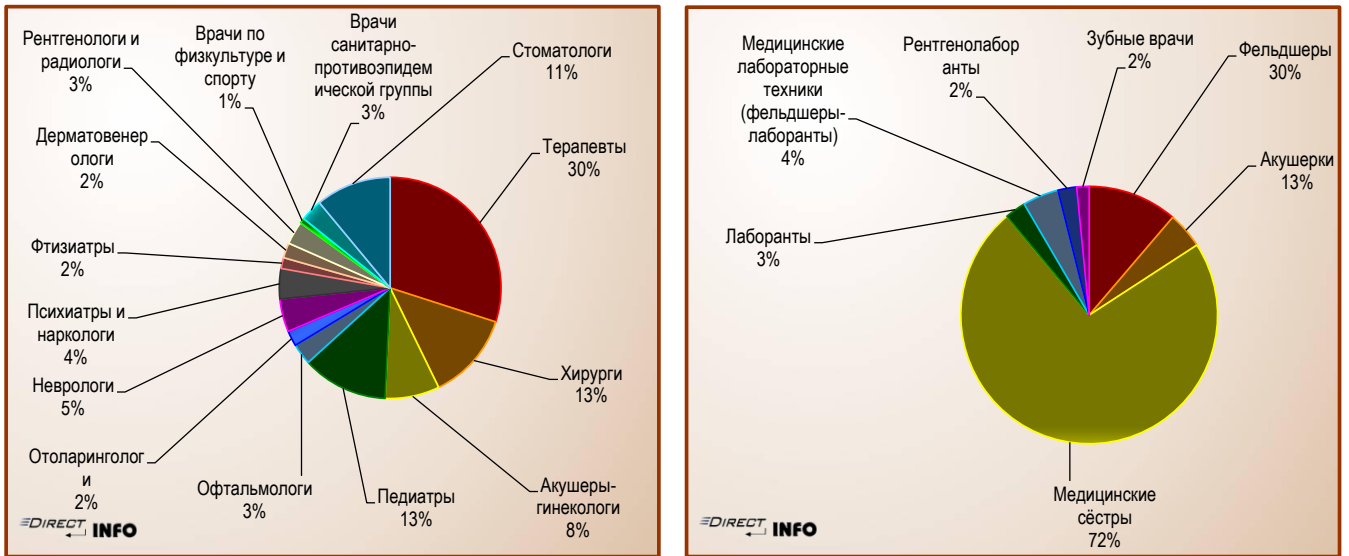


그림 1.2.3. 직무별로 분류한 러시아의 의사 및 준의료직원 구조(2010)

(붉은색 파이부터 시계방향으로-왼쪽) 내과-30%/외과-13%/산부인과-8%/소아과-13%/안과-3%/이비인후과-2%/신경과-5%/정신과&약물중독-4%/결핵전문의-2%/피부비뇨기과-2%/방사선과-3%/물리치료과-1%/보건위생과-3%/치과-11%

(노란색 파이부터 시계방향으로-오른쪽) 간호사-72%/임상연구의-3%/의학연구소 기사(임상연구의 보조)-4%/방사선사-2%/치과의사-2%/진료보조사-30%/조산원-13%

표 1.2.4. 러시아연방 행정구역 및 전문분야별로 본 의사 분포도

행정구역	내과	외과	산부인과	소아과	안과	이비인 후과	신경과	정신과 및 약물중독	결핵	피부과 · 비뇨기과	방사선과	물리치료	보건 위생과	치과
러시아연방	164,763	70,534	43,674	68,859	16,929	12,402	26,520	24,233	8,805	12,107	18,762	3,958	17,805	60,576
중앙 연방관구	49,130	22,654	12,382	18,182	5,498	3,823	7,894	7,595	2,027	3,527	5,697	1,228	4,070	18,881
벨고로드 주	1,622	637	454	553	132	112	281	183	76	84	149	26	161	414
브랴نس্ক 주	1,143	467	318	492	106	95	190	134	78	75	120	17	102	451
블라디미르 주	1,244	461	344	577	122	85	181	155	61	81	141	18	97	219
보로네시 주	3,119	1,300	832	1,072	257	207	505	370	168	178	290	61	162	1,465
이바노보 주	1,224	504	389	636	121	99	223	208	94	79	147	41	72	118
칼루가 주	888	408	233	346	121	64	141	141	51	66	190	15	90	383
코스트로마 주	578	230	157	287	63	53	87	111	29	39	64	16	33	120
쿠르스크 주	1,589	720	355	464	140	124	260	237	77	118	167	25	159	330
리페츠크 주	1,127	502	272	428	86	71	210	166	55	83	132	17	140	448
모스크바 주	6,094	2,385	1,681	2,771	572	468	861	957	258	476	585	113	587	2,637
오를 주	790	311	220	263	62	54	158	165	45	39	93	16	69	266
랴잔 주	1,589	606	379	494	141	100	238	221	66	110	170	41	266	389
스몰렌스크 주	1,302	579	364	566	118	94	212	259	68	79	133	36	127	696
탐보프 주	975	383	254	352	116	70	149	125	50	48	108	4	91	320
트베리 주	1,676	612	349	689	190	104	266	243	84	102	173	67	119	929
툴라 주	1,345	553	338	454	118	96	221	157	59	79	150	19	199	368
야로슬라블 주	2,003	783	426	796	221	166	305	312	84	112	224	90	119	345
모스크바 시	20,822	11,213	5,017	6,942	2,812	1,761	3,406	3,451	624	1,679	2,661	606	1,477	8,983
북서 연방관구	17,539	8,140	4,171	6,896	1,772	1,385	2,975	2,982	859	1,388	2,290	608	1,972	7,291

행정구역	내과	외과	산부인과	소아과	안과	이비인 후과	신경과	정신과 및 약물중독	결핵 전문의	피부과 · 비뇨기과	방사선과	물리치료	보건 위생과	치과
카렐리아 공화국	926	300	185	328	66	58	133	145	38	49	112	16	59	110
코미 공화국	937	354	237	464	83	69	193	176	86	54	126	24	86	353
아르한겔스크 주	1,485	566	353	726	126	119	198	221	73	106	187	38	140	776
이 중네네츠 자치구	33	9	12	24	3		4	3	4	1	6	1	5	18
볼로그다 주	928	372	230	496	93	57	176	196	67	59	122	22	118	322
칼리닌그라드 주	702	315	232	302	69	54	122	117	46	60	85	17	65	355
레닌그라드 주	1,448	601	361	516	143	107	210	170	79	100	170	16	177	573
무르만스크 주	1,088	480	259	457	95	90	147	161	50	87	142	20	152	379
노브고로드 주	635	218	150	258	54	44	87	107	36	41	62	7	62	300
포스코프 주	538	196	126	219	41	33	88	93	33	45	67	11	81	199
상트페테르부르크 시	8,852	4,738	2,038	3,130	1,002	754	1,621	1,596	351	787	1,217	437	1,032	3,924
<b>남부 연방관구</b>	<b>13,991</b>	<b>6,118</b>	<b>4,028</b>	<b>6,313</b>	<b>1,383</b>	<b>1,079</b>	<b>2,215</b>	<b>1,992</b>	<b>842</b>	<b>1,055</b>	<b>1,410</b>	<b>325</b>	<b>1,554</b>	<b>5,195</b>
아디게야 공화국	400	188	141	147	37	23	75	49	17	27	50	1	57	152
칼미크 공화국	316	103	90	157	22	26	39	44	24	19	39	8	43	92
크라스노다르 주	5,172	2,058	1,475	2,143	497	373	738	712	262	355	464	93	423	2,077
아스트라한 주	1,583	627	407	800	124	105	241	260	107	182	159	53	174	247
볼고그라드 주	2,704	1,152	703	1,195	283	191	390	417	194	207	303	85	257	1,595
로스토프 주	3,816	1,990	1,212	1,871	420	361	732	510	238	265	395	85	600	1,032
<b>북캅카스 연방관구</b>	<b>8,261</b>	<b>3,399</b>	<b>3,006</b>	<b>3,805</b>	<b>739</b>	<b>449</b>	<b>1,340</b>	<b>751</b>	<b>428</b>	<b>570</b>	<b>629</b>	<b>151</b>	<b>702</b>	<b>3,179</b>
다게스탄 공화국	2,620	972	1,030	1,267	236	183	437	194	129	156	162	45	273	940
인구시 공화국	300	102	134	195	20	24	39	20	21	25	19	1	52	55
카바르디노발카르 공화국	855	274	304	391	61		119	79	27	59	54	19	89	338

행정구역	내과	외과	산부인과	소아과	안과	이비인 후과	신경과	정신과 및 약물중독	결핵 전문의	피부과 · 비뇨기과	방사선과	물리치료	보건 위생과	치과
카라차예보체르케스타야 공화국	390	150	113	157	41		84	29	20	13	27	5	28	204
북오세티아-알라니아 공화국	1,216	529	377	472	98		147	111	48	131	98	54	108	222
체첸 공화국	746	408	412	326	78	63	164	46	53	37	42	6	68	242
스타브로폴 지방	2,134	964	636	997	205	179	350	272	130	149	227	21	84	1,178
<b>불가 연방관구</b>	<b>33,666</b>	<b>13,085</b>	<b>8,749</b>	<b>14,580</b>	<b>3,225</b>	<b>2,275</b>	<b>5,278</b>	<b>4,813</b>	<b>1,766</b>	<b>2,310</b>	<b>3,517</b>	<b>717</b>	<b>4,072</b>	<b>11,675</b>
바쉬코르토스탄 공화국	4,215	1,667	1,038	1,896	428	271	638	568	268	325	400	61	660	1,616
마리엘 공화국	555	191	147	276	60	45	106	82	32	33	62	6	77	204
모르도바 공화국	1,198	409	261	386	94	72	190	175	69	74	125	38	58	140
타타르스탄 공화국	3,611	1,628	1,057	1,659	362	252	693	501	156	273	397	69	492	1,721
우르무르트 공화국	2,068	639	551	1,066	193	131	302	290	84	150	205	55	186	838
추바시 공화국	1,528	522	332	575	155	71	184	209	76	71	131	40	121	595
페름 지방	2,948	1,124	844	1,620	303	207	499	517	181	217	321	70	608	1,434
키로프 주	1,476	524	348	626	155	100	264	270	79	109	173	25	191	336
니즈니노브고로드 주	3,617	1,492	848	1,591	375	280	650	525	179	237	406	85	419	1,248
오렌부르크 주	2,650	883	593	1,050	238	180	372	413	156	168	260	55	348	403
펜자 주	1,444	553	375	543	131	104	206	223	66	87	154	19	107	342
사마라 주	3,808	1,600	1,097	1,536	332	256	532	442	173	243	386	88	281	1,618
사라토프 주	3,245	1,380	928	1,293	310	230	432	438	186	235	365	73	429	852
울리야놉스크 주	1,303	473	330	463	89	76	210	160	61	88	132	33	95	328

행정구역	내과	외과	산부인과	소아과	안과	이비인 후과	신경과	정신과 및 약물중독	결핵 전문의	피부과 · 비뇨기과	방사선과	물리치료	보건 위생과	치과
우랄 연방관구	12,497	5,164	3,522	5,597	1,406	980	2,144	1,699	753	1,012	1,584	245	1,593	4,168
쿠르간 주	548	334	175	276	78	44	101	108	39	42	88	10	90	168
스베르들롭스크 주	4,123	1,747	1,176	1,842	461	343	846	611	263	368	605	71	873	1,817
투멘 주	4,284	1,612	1,220	1,869	449	335	637	559	236	328	436	112	384	1,401
이 중에서:														
한티만시 자치공화국	1,992	749	588	894	172		271	229	111	138	220	53	219	781
야말로네네츠 자치구	597	191	189	322	48		83	88	39	40	59	12	55	237
첼랴빈스크 주	3,542	1,471	951	1,610	418	258	560	421	215	274	455	52	246	782
시베리아 연방관구	21,800	8,701	5,740	9,811	2,149	1,625	3,539	3,231	1,537	1,627	2,731	500	2,843	8,057
알타이 공화국	163	59	63	117	16	9	34	21	24	12	27	3	47	66
부랴트 공화국	921	305	231	357	88	54	136	98	97	78	102	8	296	321
투바 공화국	278	125	96	171	19	15	39	46	58	33	38	-	73	59
하카시아 공화국	424	180	105	236	54	33	68	71	42	36	51	6	40	179
알타이 지방	2,547	907	705	1,035	231	156	404	399	184	133	317	64	204	623
자바이칼 지방	1,256	530	360	627	148	102	171	218	79	106	162	28	99	581
크라스노다르 지방	3,394	1,313	893	1,570	342	242	540	494	231	282	418	88	252	1,397
이르쿠츠크 주	2,480	1,079	681	1,274	267	168	448	390	142	205	304	64	544	1,180
케메로보 주	2,954	1,147	746	1,267	288	254	521	397	206	208	377	72	520	954
노보시비르스크 주	3,503	1,528	920	1,492	373	272	567	462	245	253	414	86	319	1,401
옴스크 주	2,185	835	522	940	190	182	370	334	146	166	286	38	358	985
토스크 주	1,695	693	418	725	133	138	241	301	83	115	235	43	91	311
극동 연방관구	7,879	3,273	2,076	3,675	757	597	1,135	1,170	593	618	904	184	999	2,130
사하 공화국(야쿠티야)	1,408	440	301	616	132	92	207	147	149	90	171	12	102	378



행정구역	내과	외과	산부인과	소아과	안과	이비인 후과	신경과	정신과 및 약물중독	결핵 전문의	피부과 · 비뇨기과	방사선과	물리치료	보건 위생과	치과
캅카스 지방	295	144	109	176	24	21	55	68	32	24	38	5	59	123
극동 지방	2,195	1,010	610	1,068	200	181	286	311	145	197	221	68	450	560
하바로프스크 지방	1,785	786	434	869	210	137	279	301	97	135	202	50	109	627
아무르 주	1,305	495	346	516	104	106	171	191	79	94	152	33	132	174
마가단 주	158	74	60	86	18	10	32	31	16	13	29	2	27	50
사할린 주	556	241	154	234	52	34	77	82	42	45	68	8	84	151
유대인 자치주	130	49	38	69	9	8	18	24	25	13	14	4	21	33
추코트 자치구	47	34	24	41	8	8	10	15	8	7	9	2	15	34

자료원: 러시아연방 통계청, 러시아연방 보건복지부

표 1.2.5. 러시아연방 행정구역 및 전문분야별로 본 의료직원 분포도

행정구역	진료보조사	조 산 원	간 호 사	연구 원	의학연구소 기 사	방사선사	치과의사
러시아연방	160,119	64,931	1,038,459	37,322	64,123	33,549	22,181
중앙 연방관구	37,147	14,624	271,396	10,622	14,056	9,372	5,019
벨고로드 주	1,921	973	12,338	509	534	370	368
브랴نس্ক 주	1,741	574	10,061	464	499	313	84
블라디미르 주	1,535	584	9 160	658	286	310	430
보로네시 주	2,371	1,160	19,346	635	991	622	214
이바노보 주	1,214	444	6,947	431	217	253	324
칼루가 주	1,098	355	7,026	269	433	235	68
코스트로마 주	941	280	5,177	121	362	155	318
쿠르스크 주	1,342	644	9 039	439	569	295	277

행정구역	진료보조사	조 산 원	간 호 사	연구 원	의학연구소 기 사	방사선사	치과의사
리페츠크 주	1,378	581	9,665	534	584	340	160
모스크바 주	4,949	1,780	37,083	1,608	1,593	1,192	631
오를 주	933	450	6,323	305	279	218	58
라잔 주	1,538	635	8,920	243	599	297	203
스몰렌스크 주	1,238	473	7,035	284	392	233	43
탐보프 주	1,006	523	8,281	701	154	261	147
트베리 주	1,825	579	9,717	272	554	300	53
톨라 주	1,945	555	11,038	659	339	388	293
야로슬라블 주	1,405	537	9,600	559	263	334	480
모스크바 시	8,767	3,497	84,640	1,931	5,408	3,256	868
<b>북서 연방관구</b>	<b>15,254</b>	<b>5,087</b>	<b>103,592</b>	<b>3,512</b>	<b>6,232</b>	<b>3,575</b>	<b>1,737</b>
카렐리야 공화국	991	340	5,671	264	244	182	181
코미 공화국	1,519	628	8,809	136	858	277	307
아르한겔스크 주	1,722	691	11,880	129	1,014	337	40
이 중 네네츠 자치구	66	21	308	4	25	9	6
볼로그다 주	2,247	546	8,788	371	688	288	166
칼리닌그라드 주	768	259	5,005	232	215	176	130
레닌그라드 주	1,492	387	8,949	403	492	320	192
무르만스크 주	1,165	373	8,406	310	495	289	141
노보고로드 주	1,004	257	4,672	357	179	169	185
프스코프 주	1,073	238	4,925	316	185	173	104
상트페테르부르크 시	3,273	1,368	36,487	994	1,862	1,364	291
<b>남부 연방관구</b>	<b>12,755</b>	<b>5,700</b>	<b>92,502</b>	<b>3,862</b>	<b>4,738</b>	<b>2,762</b>	<b>2,415</b>
아디게야 공화국	428	230	3,327	170	140	99	91

행정구역	진료보조사	조 산 원	간 호 사	연구 원	의학연구소 기 사	방사선사	치과의사
칼미크 공화국	282	224	2,424	165	81	70	10
크라스노다르 주	5,168	1,841	33,248	1,155	1,591	896	601
아스트라한 주	866	499	8,150	403	593	227	250
볼고그라드 주	2,577	1,251	17,740	796	1,025	639	162
로스토프 주	3,434	1,655	27,613	1,173	1,308	831	1,301
<b>북캅카스 연방관구</b>	<b>6,757</b>	<b>5,261</b>	<b>56,247</b>	<b>2,689</b>	<b>2,054</b>	<b>1,492</b>	<b>1,140</b>
다게스탄 공화국	2,033	2,115	16,755	775	545	413	100
인구시 공화국	162	204	2,117	97	55	40	71
카바르디노발카르 공화국	745	467	6,662	218	396	141	150
카라차예보체르케스타야 공화국	576	228	3,498	266	79	87	36
북오세티아-알라니아 공화국	539	382	5,218	500	35	189	69
체첸 공화국	641	832	6,675	290	142	131	419
스타브로폴 지방	2,061	1,033	15,322	543	802	491	295
<b>볼가 연방관구</b>	<b>36,264</b>	<b>15,269</b>	<b>230,537</b>	<b>6,736</b>	<b>15,745</b>	<b>7,048</b>	<b>5,691</b>
바쉬코르토스탄 공화국	5,024	2,421	30,802	993	1,847	913	650
마리엘 공화국	900	436	5,913	173	357	179	77
모르도바 공화국	835	533	6,890	172	555	205	235
타타르스탄 공화국	4,514	1,855	27,796	393	2,466	800	201
우르무르트 공화국	2,052	1,008	12,840	524	682	370	207
추바시 공화국	1,187	624	10,603	101	842	271	123
페름 지방	4,253	1,171	18,960	1,131	964	624	216
키로프 주	2,082	856	11,606	187	867	338	372
니즈니노브고로드 주	3,679	1,363	25,475	694	1,777	838	873

행정구역	진료보조사	조 산 원	간 호 사	연구 원	의학연구소 기 사	방사선사	치과의사
오렌부르크 주	3,157	1,062	16,991	522	1,420	567	903
펜자 주	1,583	630	10,589	546	593	304	482
사마라 주	2,627	1,335	21,353	367	1,460	683	363
사라토프 주	2,724	1,256	19,445	702	1,070	600	650
울리야놉스크 주	1,647	719	11,274	231	845	356	339
<b>우랄 연방관구</b>	<b>19,381</b>	<b>5,855</b>	<b>92,800</b>	<b>2,442</b>	<b>6,993</b>	<b>2,987</b>	<b>2,742</b>
쿠르간 주	1,676	532	7,182	194	491	212	289
스베르들롭스크 주	7,200	1,702	31,409	1,027	2,452	1,054	727
튜멘 주	5,238	2,093	30,202	439	2,439	901	702
이 중에서:							
한티만시 자치공화국	2,426	1,049	16,212	148	1,335	458	317
야말로네네츠 자치구	995	348	4,885	85	499	137	74
첼랴빈스크 주	5,267	1,528	24,007	782	1,611	820	1,024
<b>시베리아 연방관구</b>	<b>25,234</b>	<b>9,903</b>	<b>145,383</b>	<b>5,280</b>	<b>11,550</b>	<b>4,741</b>	<b>1,918</b>
알타이 공화국	339	189	1,794	72	139	59	47
부랴트 공화국	1,175	608	7,106	539	417	204	60
투바 공화국	506	292	2,599	330	104	107	30
하카시아 공화국	734	251	3,910	206	275	127	65
알타이 지방	2,527	1,524	17,642	403	1,556	534	470
자바이칼 지방	1,650	776	8,538	72	949	248	49
크라스노다르 지방	4,065	1,249	23,574	848	1,611	710	224
이르쿠츠크 주	3,577	1,067	18,671	980	870	609	134
케메로보 주	3,860	1,152	19,902	643	1,674	697	181
노보시비르스크 주	3,290	1,198	19,465	468	1,727	640	314

행정구역	진료보조사	조 산 원	간 호 사	연구 원	의학연구소 기 사	방사선사	치과의사
몰스크 주	2,350	1,115	14,890	313	1,868	551	231
토크 주	1,161	482	7,292	406	360	255	113
<b>극동 연방관구</b>	<b>7,327</b>	<b>3,232</b>	<b>46,002</b>	<b>2,179</b>	<b>2,755</b>	<b>1,572</b>	<b>1,519</b>
사하 공화국(야쿠티야)	1,514	869	8,361	365	601	236	102
캅카스 지방	359	180	2,592	111	194	89	43
극동 지방	1,684	695	10,795	393	678	414	566
하바로프스크 지방	1,352	517	9,628	418	559	343	311
아무르 주	1,180	491	7,154	574	131	238	183
마가단 주	238	104	1,614	28	177	52	72
사할린 주	630	234	3,920	209	293	149	201
유대인 자치주	262	99	1,395	55	93	37	28
추코트 자치구	108	43	543	26	29	14	13

자료원: 러시아연방 통계청, 러시아연방 보건복지부

### 1.3 전공의 현황

#### 의과대학의 수 (러시아 전 지역, 지방 및 주별)

표 1.3.1. 러시아연방 행정구역별 의과대학 및 의학부의 수

연방관구	러시아 행정구역	의과대학 수
러시아 전 지역		82
중앙 연방관구	모스크바 시	7
	보로네시 주	2
	벨고로드 주	1
	이바노보 주	1
	쿠르스크 주	1
	오를 주	1
	랴잔 주	1
	스몰렌스크 주	1
	트베리 주	1
	톨라 주	1
	야로슬라블 주	1
	합계 - 중앙 연방관구	18
북서 연방관구	상트페테르부르크 시	8
	아르한겔스크 주	1
	칼리닌그라드 주	1
	노브고로드 주	1
	카렐리야 공화국	1
	합계 - 북서 연방관구	12
남부 연방관구	크라스노다르 지방	3
	아스트라한 주	1
	볼고그라드 주	1
	로스토프 주	1
	합계 - 남부 연방관구	6
북캅카스 연방관구	스타브로폴 지방	3
	북오세티아-알라니아 공화국	2
	카라차예보체르케스타야 공화국	1
	다게스탄 공화국	1
	인구시 공화국	1
	카바르디노발카르 공화국	1

연방관구	러시아 행정구역	의과대학 수
	체첸 공화국	1
	합계 - 북캅카스 연방관구	10
볼가 연방관구	사라토프 주	3
	페름 지방	2
	키로프 주	1
	니즈니노브고로드 주	1
	오렌부르크 주	1
	바쉬코르토스탄 공화국	1
	모르도바 공화국	1
	타타르스탄 공화국	1
	우르무르트 공화국	1
	사마라 주	1
	울리야놉스크 주	1
	추바시 공화국	1
	합계 - 볼가 연방관구	15
우랄 연방관구	튜멘 주	2
	스베르들로프스크 주	1
	한티만시 자치공화국	1
	첼랴빈스크 주	1
	합계 - 우랄 연방관구	5
시베리아 연방관구	자바이칼 지방	2
	노보시비르스크 주	2
	톰스크 주	2
	알타이 지방	1
	이르쿠츠크 주	1
	케레모보 주	1
	크라스노다르 지방	1
	옴스크 주	1
	부랴트 공화국	1
	하카시아 공화국	1
	합계 - 시베리아 연방관구	13
극동 연방관구	극동 지방	1
	사하 공화국(야쿠티야)	1
	하바로프스크 지방	1

연방관구	러시아 행정구역	의과대학 수
	합계 - 극동 연방관구	3

자료원: 공개된 자료를 토대로 다이렉트 인포사 추산

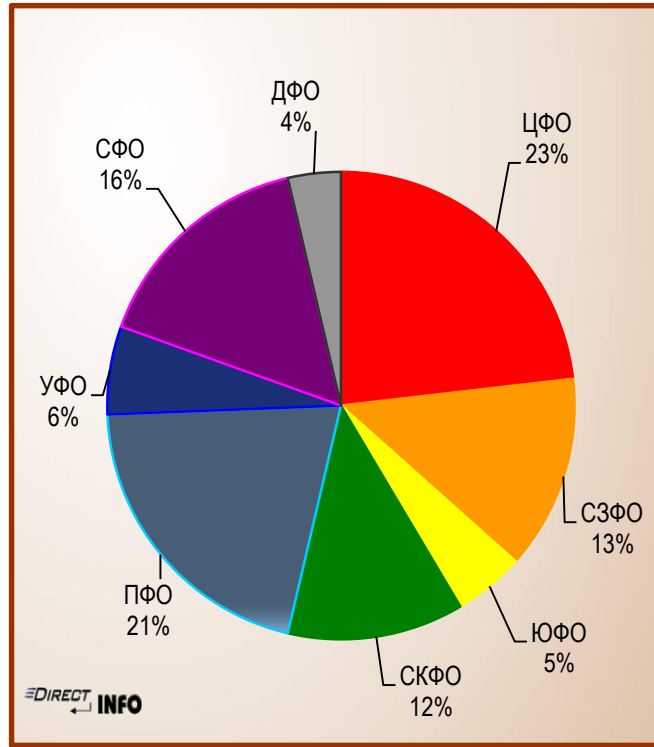


그림 1.3.1. 러시아연방 행정구역별 의과대학 및 의학부의 분포도

(붉은색 파이부터 시계방향으로)중앙연방관구(FO)-23% /북서 FO-13% /남부 FO-5% /북캅카스 FO-21% /볼가 FO-21% /우랄 FO-6% /시베리아 FO-16% /극동 FO-4%

표 1.3.2. 2011~2012 년 러시아연방 의과대학의 전체 순위 (러시아 리아노보스티 통신 및 모스크바 고등 경제연구소 조사 결과)

№	의과대학 명	주소	연락처	E-mail	홈페이지
1.	Moscow Medical Academy (MMA) - First Moscow State Medical University named after I. M Sechenov (MSMU)	119048, Moscow, st. Trubetskaya, 8-2.	Tel.: +7(499) 248-05-53, 248-54-06	<a href="mailto:rektorat@mma.ru">rektorat@mma.ru</a>	<a href="http://www.mma.ru">http://www.mma.ru</a>
2.	Russian State Medical University named after N.I.Pirogov (RSMU)	117997. Moscow, St.Ostrovityanova, 1	Tel.: +7(495) 434-14-22	<a href="mailto:rsmu@rsmu.ru">rsmu@rsmu.ru</a>	<a href="http://www.rsmu.ru">http://www.rsmu.ru</a>
3.	Moscow State University of Medicine and Dentistry (MSUMD)	127473, Moscow, st.Delegatskaya, 20/1	Tel.: +7(499) 973-37-44	<a href="mailto:msmsu@msmsu.ru">msmsu@msmsu.ru</a>	<a href="http://www.msmsu.ru">http://www.msmsu.ru</a>
4.	St. Petersburg State Medical University named after academy I.P.Pavlov (SPSMU)	197022, St.Petersburg, st. Leo Tolstoy, 6/8.	Tel.: +7(812) 499-71-12	<a href="mailto:priem2011@spb-gmu.ru">priem2011@spb-gmu.ru</a>	<a href="http://www.spb-gmu.ru">http://www.spb-gmu.ru</a>
5.	St. Petersburg State Medical Academy (SPSMA) – North-Western State Medical	191015, St.Petersburg st. Kirochnaya, 41.	Tel.: +7(812) 303-50-00	<a href="mailto:rektorat@spbmapo.ru">rektorat@spbmapo.ru</a>	<a href="http://www.mechnik.spb.ru">http://www.mechnik.spb.ru</a>



No	의과대학 명	주소	연락처	E-mail	홈페이지
	University named after I.I.Mechnikov(NWSMU)		(문의처) Tel.: +7(812) 543-96-09 Tel./fax: +7(812) 303-50-35		
6.	Nizhny Novgorod State Medical Academy (NNSMA)	603005, Nizhny Novgorod, Minina & Pozharsogo sq, 10/1.	Tel./fax: +7(831) 439-09-43	<a href="mailto:rector@gma.nnov.ru">rector@gma.nnov.ru</a>	<a href="http://www.nizhgma.ru">http://www.nizhgma.ru</a>
7.	Ryazan State Medical University (RSMU)	390026, Ryazay, st. Vyisokovoltynaya 9	Tel.: +7(4912) 46-08-01 Fax: +7(4912) 46-08-08	<a href="mailto:rzgmu@rzgmu.ru">rzgmu@rzgmu.ru</a>	<a href="http://www.rzgmu.ru">http://www.rzgmu.ru</a>
8.	Smolensk State Medical Academy (SSMA)	214019, Smolensk, st. Krupskoi, 28	Tel.: +7(4812) 55-02-75 Fax: +7(4812) 52-01-51		<a href="http://sgma.info">http://sgma.info</a>
9.	Kuban State Medical Academy (KSMA)	350063, Krasnodar, st.Sedina, 4	Tel. +7(861) 268-36-84, Fax : +7(861) 268-36-84		<a href="http://www.kgma.ru">http://www.kgma.ru</a>
10.	Novosibirsk State Medical Academy (NSMA) – Novosibirsk State Medical University (NSMU)	630091 Novosibirsk Krasny prosp.,52	Tel.: +7(383) 222-27-16 (입학행정과)	<a href="mailto:abiturient@ngmu.ru">abiturient@ngmu.ru</a> ; <a href="mailto:socwork@list.ru">socwork@list.ru</a>	<a href="http://www.ngmu.ru">http://www.ngmu.ru</a>
11.	Tver State Medical Academy (TSMA)	170100, Tver, st. Sovetskaya, 4	Tel.: +7(4822) 32-17-79, Fax: +7(4822) 34-43-09	<a href="mailto:info@tvergma.ru">info@tvergma.ru</a>	<a href="http://tvergma.ru">http://tvergma.ru</a>

자료원: 러시아 리아노보스티 통신 및 모스크바 고등 경제연구소

**졸업생 수 (러시아 전 지역, 지방 및 주별)**

**표 1.3.3.** 러시아 의료서비스 분야의 고등교육 관련 전문의료인의 양성 현황 (단위 : 천명, 9 월 초 기준)

학년도 / 항목	1995~96	2000~01	2005~06	2009~10	2010~11
<b>총 입학생 수</b>	<b>24.7</b>	<b>35</b>	<b>38.6</b>	<b>41.6</b>	<b>41.6</b>
이 중 전문분야별:					
의과	13.1	16.4	16.7	18	19.3
소아과	4.8	6	5.7	6.3	6.5
의료예방학과	1.2	1.7	2	2	1.8
치과	2.6	3.7	4.9	5.6	5.6
약학과	2.5	4.6	6.1	6.9	7.3
간호학과	0.5	2.1	2.9	2.5	0.7
기타	-	0.5	0.3	0.4	0.4
<b>총 재학생 수</b>	<b>161.8</b>	<b>166.1</b>	<b>201.2</b>	<b>216</b>	<b>218.6</b>
이 중 전문분야별:					
의과	89.1	84.3	93.6	98.2	100.8
소아과	35.7	30.4	31.9	33.2	33.7
의료예방학과	7.5	7.8	10.5	10.6	10.4
치과	15.2	15.8	22.2	25.6	26.3
약학과	12.8	17.2	28.7	34	35.2
간호학과	1.5	6	12.7	12.6	10.5
기타	-	4.6	1.6	1.8	1.9
<b>총 졸업생 수</b>	<b>27.5</b>	<b>23.3</b>	<b>28.3</b>	<b>33.1</b>	<b>33.5</b>
이 중 전문분야별:					
의과	13.6	12.6	13.4	14.4	14.5
소아과	5.9	4.5	4.5	4.8	4.9
의료예방학과	1.4	1	1.3	1.6	1.6
치과	3.4	2.4	3.5	4.4	4.4
약학과	3.1	1.9	3.5	5	5.5
간호학과	0.1	0.5	2	2.8	2.4
기타	-	0.4	0.2	0.2	0.3

자료원: 러시아연방 통계청, 러시아연방 교육과학부

## 1.4 의료장비 조사

### CT 및 MRI 수 (러시아 전 지역, 지방 및 주별)

다이렉트 인포사의 추산에 따르면 2012 년말 현재 러시아 전역(국립 및 사립병원 포함)에 설치되어 있는 CT 수는 약 1,700 대이다. 또한 MRI 경우 약 730 대인 것으로 추산된다. 2012 년 한 해동안 러시아에서는 대규모의 공적자금을 투자하여 의료서비스 현대화 프로그램을 활발하게 진행해왔다. 그 결과 2012 년 한 해 정부입찰제도를 통해 최소 463 대의 CT와 159 대의 MRI 를 구매했다(이는 사립병원을 제외한 국립의료서비스기관에 국한된 것으로 현재 공급계약서가 체결된 상태이며, 장비의 도입 및 설치는 2013 년에 실시될 예정이다). 사립병원부문의 경우 전체 사립병원의 약 9%가 CT 를, 약 27%가 MRI 를 설치한 것으로 조사되었다.

**표 1.4.1.** 러시아연방 행정구역별 보건복지부 산하 국립의료서비스기관의 CT와 MRI 설치 현황 (연말 집계 결과)

행정구역	엑스레이 CT 수			MRI 수		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
러시아연방	855	982	1,104	377	358	375
중앙 연방관구	259	309	336	146	139	142
벨고로드 주	10	9	8	6	6	1
브란스크 주	4	5	5	6	3	5
블라디미르 주	5	14	14	1	1	2
보로네시 주	14	16	21	6	6	6
이바노보 주	7	6	8	1	1	1
칼루가 주	9	12	12	2	3	3
코스트로마 주	2	2	2	-	-	-
쿠르스크 주	1	6	5	1	1	1
리페츠크 주	5	6	8	2	2	3
모스크바 주	21	23	25	18	9	9
오를 주	-	5	5	2	1	1
랴잔 주	8	10	11	4	4	4
스몰렌스크 주	3	7	7	2	2	1
탐보프 주	3	7	6	1	2	2
트베리 주	5	7	7	4	5	5
툴라 주	10	12	14	4	4	4
야로슬라블 주	13	16	17	4	4	4
모스크바 시	139	146	161	82	85	90
북서 연방관구	101	121	129	54	52	53
카렐리야 공화국	6	6	6	1	-	1

행정구역	엑스레이 CT 수			MRI 수		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
코미 공화국	7	14	13	3	2	2
아르한겔스크 주	7	12	12	2	2	2
이 중 네네츠 자치구	1	1	1	-	-	-
볼로그다 주	8	10	8	2	2	2
칼리닌그라드 주	6	6	6	1	1	1
레닌그라드 주	9	12	12	5	6	2
무르만스크 주	8	9	8	7	5	4
노브고로드 주	3	4	4	1	2	2
프스코프 주	5	4	4	2	2	2
상트페테르부르크 시	42	44	56	30	30	35
<b>남부 연방관구</b>	<b>74</b>	<b>85</b>	<b>85</b>	<b>30</b>	<b>23</b>	<b>21</b>
아디게야 공화국	1	2	3	-	-	1
칼미크 공화국	2	1	2	-	-	-
크라스노다르 주	27	29	36	17	6	7
아스트라한 주	3	3	4	1	1	1
볼고그라드 주	12	14	13	2	2	2
로스토프 주	29	36	27	10	14	10
<b>북캅카스 연방관구</b>	<b>29</b>	<b>31</b>	<b>43</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
다게스탄 공화국	7	8	12	1	1	2
인구시 공화국	1	1	1	1	-	1
카바르디노발카르 공화국	2	1	2	-	4	1
카라차예보체르케스타야 공화국	-	-	1	1	1	1
북오세티아-알라니아 공화국	1	3	3	1	-	1
체첸 공화국	3	3	6	-	1	1
스타브로폴 지방	15	15	18	4	2	3
<b>볼가 연방관구</b>	<b>156</b>	<b>190</b>	<b>220</b>	<b>55</b>	<b>56</b>	<b>57</b>
바쉬코르토스탄 공화국	23	25	29	7	8	7
마리엘 공화국	2	2	3	1	1	1
모르도바 공화국	5	8	11	1	1	2
타타르스탄 공화국	23	28	27	11	15	12
우르무르트 공화국	8	12	13	4	3	3
추바시 공화국	13	14	14	3	3	5
페름 지방	11	11	13	2	2	2
키로프 주	7	6	9	5	1	2
니즈니노브고로드 주	14	16	18	2	2	2
오렌부르크 주	10	12	21	5	6	6
펜자 주	4	9	11	2	2	4

행정구역	엑스레이 CT 수			MRI 수		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
사마라 주	21	25	26	6	6	5
사라토프 주	10	12	16	4	4	4
울리아놉스크 주	5	10	9	2	2	2
<b>우랄 연방관구</b>	<b>92</b>	<b>96</b>	<b>91</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>41</b>
쿠르간 주	6	6	5	3	5	8
스베르들로프스크 주	31	33	28	7	7	8
튜멘 주	40	38	38	17	15	15
이 중 한티만시 자치공화국	25	19	20	8	8	7
야말로네네츠 자치구	5	6	7	4	4	4
첼랴빈스크 주	15	19	20	5	5	10
<b>시베리아 연방관구</b>	<b>91</b>	<b>95</b>	<b>114</b>	<b>35</b>	<b>26</b>	<b>27</b>
알타이 공화국	1	2	2	-	-	-
부랴트 공화국	4	5	4	3	3	2
투바 공화국	1	1	1	1	1	1
하카시아 공화국	2	2	3	-	-	-
알타이 지방	14	14	15	2	1	2
자바이칼 지방	7	7	5	1	1	1
크라스노다르 지방	10	11	12	3	-	-
이르쿠츠크 주	15	17	20	7	4	3
케메로보 주	9	9	15	5	4	4
노보시비르스크 주	14	12	16	6	5	5
옴스크 주	10	10	11	5	4	4
토ms크 주	4	5	10	2	3	5
<b>극동 연방관구</b>	<b>42</b>	<b>42</b>	<b>72</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>14</b>
사하 공화국(야쿠티야)	8	8	13	3	4	4
캄차카 지방	2	2	2	1	1	1
극동 지방	10	10	28	1	3	3
하바로프스크 지방	8	8	11	3	5	5
아무르 주	2	3	7	1	1	-
마가단 주	2	2	2	-	-	1
사할린 주	8	7	7	1	-	-
유대인 자치주	1	1	1	-	-	-
추코트 자치구	1	1	1	-	-	-

자료원: 러시아연방 보건복지부

**표 1.4.2.** 2012 년 러시아 연방관구별 국립 의료서비스기관에서 구매한 CT 및 MRI 수

연방관구	CT	MRI
<b>러시아연방</b>	<b>463</b>	<b>159</b>
극동 연방관구	24	3
볼가 연방관구	95	28
북서연방관구	53	16
시베리아 연방관구	72	19
우랄 연방관구	49	14
중앙 연방관구	123	75
남부 및 북캅카스 연방관구	47	4

자료원: 정부입찰결과를 토대로 다이렉트 인포사 추산

**표 1.4.3.** 2012 년 러시아 연방관구별로 본 CT 및 MRI 서비스를 제공하는 개인(사립) 병원의 수

연방관구	CT	MRI
<b>러시아 연방</b>	<b>150</b>	<b>197</b>
극동 연방관구	4	5
볼가 연방관구	36	25
북서 연방관구	15	33
시베리아 연방관구	10	22
우랄 연방관구	11	10
중앙 연방관구	66	90
북캅가스 연방관구	4	8
남부 연방관구	4	4

자료원: 다이렉트 인포사 내부자료

## 2. 러시아 의료보험제도 현황

### 2.1 러시아 의료보험제도 개요 (관련법규 포함)

#### *의료보험제도를 규정하는 법률 제정과 발전 역사*

러시아의 의료보험의 역사는 상대적으로 짧다. 1912 년 6 월 23 일 러시아에는 처음으로 질병에 대비해 보험을 실시하는 법이 도입되었다. 이 때부터 산업체 근로자들의 보험 제도가 효력을 발휘하기 시작했다. 보험 제도는 단지 대기업들에만 적용되었다. 건축, 교통 수단, 상업, 농업에 종사하는 근로자들과 서비스업 종사자 및 일용직 노동자들은 이 보험 제도의 영향권 밖에 있었다. 의료보험법은 시베리아와 중앙 아시아까지는 적용되지 않았다.

질병 금고(sickness fund)는 가입자에게 다음 세 가지 경우에 금전 수당을 지급했다:

—질병 또는 근로 능력 상실과 관련된 불의의 사고를 당할 경우 (가족 사고 시 임금의 1/2 에서 2/3 까지, 일반 사고 시 1/4 에서 1/2 까지 지급);

—출산을 할 경우 (근로자 임금의 10% 에서 50%까지 지급);

—장례를 치를 경우 (사망자의 일일 급여의 20 배에서 30 배까지 지급);

질병에 관한 수당은 3~4 일째부터 지급되었다. 근로자 의료 혜택을 위한 조직, 예를 들어 병원 설립 등은 질병 금고의 의무에 들어가지는 않았다. 갑작스런 발병과 불의의 사고 시 응급치료와 통원치료만 규정되어 있었다.

—비용은 고용주가 부담했다.

1917 년 2 월 혁명 직후 임시 정부는 의료보험 시스템을 개선하려고 시도했다. 질병에 관한 보험은 건축 관련 근로자와 수공업자 그리고 항시 5 명 이상의 근로자들이 근무하는 작은 기업들에도 적용되었다. 질병 금고는 가족 구성원 뿐만 아니라 피보험자를 자신들의 의료 기관에서 도움을 줄 수 있는 권리를 부여 받았다. 그러나 예전과 같이 질병 금고의 자금은 근로자 자신들이 불입한 금액과 기업들의 추가 지불 금액으로 구성되었다.

소비에트 정권 초기에 기업들이 소유하고 있었던 병원들과 외래환자 진료소들이 질병 금고에 무료로 이양되었다. 기업들은 100 명의 근로자 당 1 개의 병실 침대와 200 명의 여성 근로자 당 1 개의 출산 침대가 필요할 것이라는 기준을 고려하여 의료 기관 건축 및 장비를 위한 자금으로 질병 금고에 지불하는 것을 의무화 했다.

그 당시 연합되어 창립된 질병 금고는 막대한 자금을 소유하고 있었기에 외래 진료소와 역 의무실 그리고 야간 시간에 이용할 수 있는 비상 진료소를 설립하였다. 그러나 제 1 회 의료 보건

부서들의 집회에서 (1918 년 6 월) 의료 사회 제도와 의료보험의 «조직 통합»에 대한 문제가 제기되었다. 1919 년 2 월 «이전 질병 금고의 모든 의료 파트를 인민 보건부로 양도하는 것»에 대한 소비에트 인민위원회의 결의가 받아들여졌고, 1919 년 3 월에는 질병 금고의 폐지에 대한 결의도 받아들여졌다.

신경제정책(1921-1923 년) 기간 동안 의료보험 초기로의 일시적인 회귀가 일어났다. 그러나 피보험자들에게 의료 혜택을 제공하는 기관에 보험 회사들이 능동적으로 참여하는 과정에서도 소비에트 의료서비스(healthcare service)의 통일성은 유지되었고, 이러한 상황은 단기간에 마무리되었다.

80 년대 말에서 90 년대 초 러시아 보건부에 불어닥친 위기 상황은 이전 질병 금고의 역사를 상기시켰고, 동시대 외국 의료보험기관의 경험을 연구하게 하는 계기가 되었다.

1991 년 6 월 28 일, «러시아 연방 시민의 의료보험에 관한» 법률이 제정되었다. 이와 관련 1993 년부터 러시아에 의무의료보험제도가 시행되었다. 이 법의 모든 부문이 불완전하였음에도 불구하고, 이는 과거 행정 지배적인 방법으로 운영되던 엄격하고 계급적인 의료 전반의 설비에서 사회보험의 근간이 되는 모형으로 변형되는 데에 그 초석을 쌓았다. 시장 매커니즘의 도입- 보험 회사들과 공급자들의 경쟁 - 은 새로운 시스템 형성에 중요한 역할을 하게 되었다.:

«러시아 연방 시민의 의료보험에 관한» 법률은 5 개의 장과 28 개의 조로 구성되어있다.

## 1 장. 일반 규정

### 1조. 의료보험

### 2조. 의료보험 대상

## 2 장. 의료보험제도

### 3조. 민간의료보험 대상

### 4조. 의료보험계약

### 5조. 의료보험증서

### 6조. 의료보험제도에서 러시아 연방 시민의 권리

### 7조. 의료보험제도에서 시민권을 소지하지 않은 자의 권리와 의무

### 8조. 외국에 거주하는 러시아 연방시민과 러시아연방 내 외국 시민의 의료보험

### 9조. 피보험자의 권리와 의무

### 10조. 러시아 연방의료서비스의 재정의 원천

### 11조. 정부와 지방자치 의료 서비스의 재정 수단

### 12조. 정부의 의무의료보험 제도의 재정 수단

### 13조. 의료 서비스로 유입되는 재원의 과세



### 3 장. 의료보험조직(medical insurance organization)의 활동

- 14조. 의료보험조직
- 15조. 의료보험조직의 권리와 의무
- 16조. 의료보험에 종사 할 수 있는 권리를 가지는 인증서 발행
- 17조. 의료보험 금액
- 18조. 의료보험조직의 과세
- 19조. 의료보험조직의 개편과 해산

### 4 장. 의료보험제도에서의 의료 기관의 활동

- 20조. 의료 기관의 권리와 의무
- 21조. 의료 기관의 인가 및 인증
- 22조. 의무의료보험 프로그램
- 23조. 의료보험에 관한 예방 및 치료 제공(의료 서비스)에 대한 계약
- 24조. 의료보험제도의 서비스에 대한 보험료율
- 25조. 의료 기관의 과세
- 26조. 의료보험 대상의 관계 규정

### 5 장. 의무의료보험 제도에서 보험 당사자의 관계 규정

- 27조. 의료보험제도에서 보험 당사자의 책임
- 28조. 의료보험사의 배상에 관한 권리

의무의료보험기금은 보험 제도에서 중요한 구조이다. 이는 의무의료보험 분야에서 정부 정책을 구현하는 독립적인 정부의 금융 및 신용 기관이다. 의무의료보험기금은 시행되는 동안 금융 자원의 분배와 정부의 의무의료보험제도 재정 안정성의 보장, 그리고 보험료를 비축하기 위하여 만들어졌다.

연방의무의료보험기금은 러시아 연방 정부와 러시아의 최고 입법 기관에 의해 조성된다. 관할 지역의 의무의료보험(지방 의무의료보험) 기금은 연방의 입법권과 행정권에 관계된 기관들에 의해서 조성된다. 의무의료보험 기금의 자금은 러시아 연방의 정부 소유이고, 다른 기금과 예산에 포함되지 않으며 예산 삭제의 대상이 아니다.

#### **러시아 연방의 의무의료보험제도의 조직과 재정.**

러시아 입법에 따르면 의무의료보험은 국민들에게 국가적이고 보편적인 것이다. 이는 국가가 입법과 행정 기간을 통해 의무의료보험기관의 근본 원칙들을 정하고, 납입금과 피보험자의 범위를 정하며 의무의료보험의 납입금을 비축하기 위해 국가의 특별 기금을 조성하는 것을

의미한다. 의무의료보험의 보편성은 보험의 국가 프로그램에 의해 정해진 금액으로 모든 국민들에게 의료 혜택을 받을 가능성을 동등하게 보장한다는 데에 그 의의가 있다.

의무의료보험의 근본적인 목적은 보험료 징수와 법적으로 정해진 조건과 보장된 금액 내에서 국민들에게 모든 범주의 의료 혜택을 징수된 보험료를 바탕으로 제공하는 것이다. 그래서 의무의료보험제도는 두 가지 관점으로 검토해야 한다. 한편으로는 연금, 사회 보장 및 실업 보험과 더불어 국가의 사회보장제도의 중요한 부분이다. 다른 한편으로는, 의무의료보험은 건강관리 자금과 의료서비스 지불을 위한 자기에 예산을 추가로 할당하는 재정 메카니즘이다. 의무의료보험의 영역에는 단지 국민들의 의료서비스만 포함된다는 사실을 반드시 짚고 넘어가야 한다. 질병을 앓는 동안 상실된 임금 보상은 이미 다른 국가제도인 사회보장보험의 범주 안에 들어가며, 의무의료보험 대상이 아니다.

러시아연방 행정구역의 기초 프로그램을 바탕으로 의무지역자치제의 의무의료보험 프로그램이 개발된다. 지역 자치제의 프로그램에 제공되는 의료 서비스의 규모는 정해진 의무의료보험의 기초 프로그램의 크기보다 작을 수 없다. 그러나 실제로 지역 자치 프로그램의 비용은 기초 프로그램의 기준에 의해서가 아니라 러시아연방 일정 지역 내에서 의무의료보험을 구현하기 위하여 지역 자치 기금으로 징수한 자금의 규모에 따라 결정되어야 한다.

## 2.2 국가의료보험제도(의무의료보험)의 재정 상태

### 예산

표 2.2.1. 의무의료보험의 연방기금 예산 합계 (단위: 10 억 루블)

	2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	2013	2014
	승 인	실 행	승 인	실 행	승 인	실 행	승 인	실 행	승 인	실 행	승 인	실 행	승 인	승 인	승 인
수 입	116	125.5	154.7	157.8	130.6	162.6	119.1	126.6	105.9	101.8	336	348.4	891.7	1,034.4	1,188.5
지 출	115.9	119.4	172.4	158.2	123.2	168.7	119.1	130	110.9	109.1	336	310.4	891.7	1,034.4	1,188.5
적자/흑자	0	6.1	-17.7	-0.4	7.4	-6.1	0	-3.5	-5	7.3	0	38	0	0	0

자료원: 연방의무의료보험기금

표 2.2.2. 의무의료보험 연방기금의 수입과 지출 (단위:100 만 루블)

목 록	2009	2010
수 입	126,562	101,844

목 록	2009	2010
이 중에서:		
세금, 보험료	89,825	97,095
이 중에서:		
의무의료보험료	-	91,028
통합 사회세	88,832	4,889
연방예산 출처의 무상 수입	37,896	4,734
<b>지 출</b>	<b>130,037</b>	<b>109,124</b>
이 중에서:		
의무의료보험의 기존 프로그램 범위에서 의료보험지역 프로그램 실행을 위한 보조금	91,643	86,175
임신부 및 산모와 아기에게 생후 1 년간 제공되는 의료 혜택을 위해 러시아연방 사회보험기금 예산에서 전달되는 의무의료보험의 연방기금	17,000	17,500
의무의료보험의 지역기금예산에서 근로자의 추가 임상검사(clinical examination) 실행을 위해 지급하는 보조금	3,789	4,156
의무의료보험의 지역기금예산에서 구역 내 의사, 소아과 의사, 일반의(가정의)와 관련된 간호사들에게 지급하는 보조금	2	-
의무의료보험 지역기금예산에서 어려운 상황에 처한 어린이 및 고아가 입원한 의료 기관에서 체제 및 임상 검사 실행을 위해 지급하는 보조금	824	796
비근로자(영유아)의 의무의료보험을 위해 지역기금예산에 주는 보조금	3,823	-

자료원: 연방의무의료보험기금

표 2.2.3. 러시아연방 행정구역별로 본 의무의료보험기금의 수입과 지출 (단위:100 만 루블)

행정구역	수 입		지 출	
	2009	2010	2009	2010
러시아연방	551,337.2	574,891.2	550,615.7	574,166.4
중앙 연방관구	169,699.4	177,782.1	166,482.6	176,800.7
벨고로드 주	4,345.7	4,332.2	4,300.7	4,285.7
브랴نس্ক 주	3,465.7	3,429.1	3,471.3	3,408.4
블라디미르 주	5,399.0	5,428.9	5,453.5	5,438.6
보로네시 주	6,592.9	6,669.9	6,753.9	6,715.9
이바노보 주	2,759.1	2,724.0	2,755.9	2,749.7
칼루가 주	2,849.7	3,284.0	2,896.9	3,152.2
코스트로마 주	1,880.1	2,310.6	1,883.6	2,282.4
쿠르스크 주	3,216.9	3,172.8	3,250.4	3,164.5
리페츠크 주	3,895.1	3,702.1	3,798.1	3,774.8
모스크바 주	31,718.1	30,107.4	28,145.7	30,560.3
오를 주	2,353.4	2,191.0	2,346.7	2,220.7
랴잔 주	3,420.4	3,452.4	3,262.9	3,484.6

행정구역	수 입		지 출	
	2009	2010	2009	2010
스몰렌스크 주	3,011.8	3,083.2	2,996.3	3,063.2
탐보프 주	2,945.2	3,342.4	2,954.2	3,330.1
트베리 주	4,102.8	4,291.3	4,136.7	4,311.5
툴라 주	5,247.4	5,040.2	5,232.6	5,004.0
야로슬라블 주	4,359.2	4,536.5	4,401.5	4,499.5
모스크바 시	78,136.9	86,684.1	78,441.7	85,354.6
<b>북서 연방관구</b>	<b>56,227.9</b>	<b>62,597.4</b>	<b>57,076.4</b>	<b>62,871.0</b>
카렐리야 공화국	3,155.3	3,075.3	3,224.4	3,130.1
코미 공화국	5,433.6	6,265.4	5,396.0	6,213.4
아르한겔스크 주	5,458.8	5,689.3	5,791.5	5,798.6
이 중 네네츠 자치구	412.8	416.1	427.9	415.9
볼로그다 주	4,203.2	4,343.9	4,263.3	4,311.3
칼리닌그라드 주	3,175.3	4,497.7	3,178.2	4,463.4
레닌그라드 주	6,846.5	7,105.9	6,811.1	7,166.7
무르만스크 주	4,681.4	4,987.8	4,697.9	5,031.9
노브고로드 주	1,977.8	2,004.9	1,978.8	2,011.6
프스코프 주	1,824.1	1,816.5	1,817.9	1,784.7
상트페테르부르크 시	19,471.9	22,810.7	19,917.3	22,959.3
<b>남부 연방관구</b>	<b>40,090.2</b>	<b>41,965.1</b>	<b>40,004.8</b>	<b>41,764.8</b>
아디게야 공화국	1,285.8	1,422.3	1,284.9	1,406.1
칼미크 공화국	775.2	766.4	787.5	759.8
크라스노다르 주	15,504.9	16,572.0	15,723.7	16,421.3
아스트라한 주	2,431.1	2,645.8	2,479.5	2,653.2
볼고그라드 주	7,006.2	7,359.3	6,778.0	7,202.1
로스토프 주	13,087.0	13,199.3	12,951.2	13,322.3
<b>북캅카스 연방관구</b>	<b>25,691.2</b>	<b>26,248.5</b>	<b>25,952.9</b>	<b>26,518.5</b>
다게스탄 공화국	7,207.5	7,026.1	7,220.3	7,430.0
인구시 공화국	1,281.3	1,279.9	935.6	1,172.0
카바르디노발카르 공화국	2,262.3	2,274.1	2,266.0	2,276.9
카라차예보체르케스타야 공화국	1,468.7	1,450.2	1,477.0	1,465.3
북오세티아알라니아 공화국	1,754.2	1,860.6	1,971.2	1,864.5
체첸 공화국	3,626.9	4,392.5	3,713.2	4,349.7
스타브로폴 지방	8,090.3	7,965.1	8,369.6	7,960.1
<b>볼가 연방관구</b>	<b>105,063.3</b>	<b>108,735.5</b>	<b>106,080.5</b>	<b>109,301.5</b>
바쉬코르토스탄 공화국	12,742.4	12,612.8	12,631.8	12,853.1
마리엘 공화국	1,860.3	1,717.7	1,885.1	1,724.4
모르도바 공화국	1,770.0	1,939.8	1,761.8	1,942.1

행정구역	수 입		지 출	
	2009	2010	2009	2010
타타르스탄 공화국	17,704.6	18,706.1	17,805.7	18,684.8
우르무르트 공화국	7,057.4	7,187.2	7,001.6	7,044.3
추바시 공화국	3,706.0	4,622.1	3,723.0	4,525.7
페름 지방	9,328.3	9,555.4	9,634.2	9,761.3
키로프 주	4,576.0	4,499.2	4,534.3	4,688.5
니즈니노브고로드 주	12,336.6	11,913.8	12,429.9	12,050.8
오렌부르크 주	7,087.1	7,615.8	7,035.4	7,373.2
펜자 주	5,164.7	5,550.1	5,156.5	5,462.1
사마라 주	10,609.2	11,088.6	10,961.3	10,914.3
사라토프 주	6,925.2	7,668.4	7,439.1	8,074.0
울리아놉스크 주	4,195.5	4,058.5	4,080.8	4,202.9
<b>우랄 연방관구</b>	<b>47,524.9</b>	<b>48,124.9</b>	<b>48,134.0</b>	<b>48,176.0</b>
쿠르간 주	2,978.8	2,856.0	2,801.5	2,756.2
스베르들로프스크 주	13,734.6	14,197.8	14,290.4	13,881.4
튜멘 주	19,466.9	19,753.2	19,783.1	19,759.8
이 중에서:				
한티만시 자치공화국	7,940.5	7,862.9	7,937.9	7,768.3
야말로네네츠 자치구	3,464.5	3,618.5	3,403.1	3,601.0
첼랴빈스크 주	11,344.6	11,317.9	11,259.0	11,778.6
<b>시베리아 연방관구</b>	<b>74,763.2</b>	<b>75,302.5</b>	<b>74,490.2</b>	<b>75,237.0</b>
알타이 공화국	869.7	937.3	871.5	955.5
부랴트 공화국	3,589.0	3,698.5	3,612.1	3,691.8
투바 공화국	1,774.4	1,813.5	1,802.6	1,810.6
하카시아 공화국	2,281.0	2,402.3	2,177.9	2,306.7
알타이 지방	8,779.6	8,540.5	8,448.8	8,604.6
자바이칼 지방	4,487.9	4,440.8	4,885.3	4,517.2
크라스노다르 지방	13,601.8	13,896.3	13,709.1	13,941.8
이르쿠츠크 주	10,323.2	9,795.1	10,279.5	9,777.8
케메로보 주	9,055.0	9,404.9	8,748.4	9,435.5
노보시비르스크 주	9,319.7	9,622.3	9,410.6	9,526.2
옴스크 주	6,345.4	6,049.3	6,174.1	6,017.3
토مس크 주	4,336.5	4,701.7	4,370.3	4,652.0
<b>극동 연방관구</b>	<b>32,277.1</b>	<b>34,135.2</b>	<b>32,394.3</b>	<b>33,496.9</b>
사하 공화국(야쿠티아)	6,375.5	6,776.3	6,403.5	6,786.6
캄차카 지방	2,265.3	2,872.3	2,248.6	2,876.3
극동 지방	7,695.3	8,071.6	7,826.4	7,542.3
하바로프스크 지방	6,507.3	6,774.0	6,232.9	6,637.5

행정구역	수 입		지 출	
	2009	2010	2009	2010
아무르 주	3,537.1	3,512.2	3,648.7	3,529.2
마가단 주	1,080.9	1,136.2	1,078.5	1,140.7
사할린 주	2,798.3	2,789.7	2,871.9	2,770.5
유대인 자치주	693.9	718.7	704.9	726.4
추코트 자치구	1,323.5	1,484.2	1,378.9	1,487.4

자료원: 연방의무의료보험기금

## 2.3 의료부문 재정지원

의료 서비스에 할당된 (예산책정금 및 민간재원) 자금의 총 금액, 루블.

러시아 연방 통계청의 주어진 자료에 따르면 2012 년 1 월에서 11 월까지의 기간 동안 "의료 및 사회보장 서비스" 분야에 투자(자본 투자) 총액은 109 억 루블이었다.( 이 중 장기 투자금은 13 억 그리고 단기 투자금은 96 억). 2012 년 이 기간 동안 "의료서비스" 분야에 외국 투자는 미국 달러로 약 8,200 만 달러가 유입되었다. 2012 년 러시아 의료서비스로의 재원조달방식은 표 2.3.1 에 표시되어 있다.

**표 2.3.1. 2012 년 러시아 의료서비스 재원조달방식**

항 목	지 수
GDP, 단위:조, 루블 (러시아연방 통계청의 자료 데이터)	7.3
의료서비스 지출의 GDP 내의 %	5.4
의료서비스 정부 지출 부문 (지출 총 금액의 %)	59.9
의료서비스 민간 지출 부문 (지출 총 금액의 %)	40.1
의료서비스 총 정부 지출액 (국가 총 1 년 예산의 %)	12.7
사회보장기금 부문 (총 지출 금액의 %)	40.3
국민이 직접 지불한 지출 부문 ( 민간 지출 금액의 %)	74.7
민간보험부문 (민간 지출 금액의 %)	8.1
1 인당 의료 서비스 총 지출 금액 (PPP 달러 구매력 평가에 근거)	369.0
1 인당 의료 서비스 국가 지출 금액(미국 달러로 환율에 근거)	57.0
1 인당 의료 서비스 국가 지출 (PPP 달러 구매력 평가에 근거)	221.0

자료원: 러시아연방 보건복지부, 러시아연방 국고, 러시아연방 통계청

## 의료서비스에 할당된 예산 총 금액(단위:루블)

표 2.3.2. 국가 프로젝트 "건강" 실행에 할당된 예산 현황 (단위:10 억 루블)

연도/지출 항목	2012	2013		2014		2015	
		계획	전년도 대비 %	계획	전년도 대비 %	계획	전년도 대비 %
총 합계	135.1	144.7	107.3	103.8	71.6	103.5	99.7
러시아 연방주민의 첨단 의료 혜택 보장을 위한 조직 및 재정 체계 개선	42.2	51.8	120	50.6	100	50.6	100
B 형과 C 형 감염, 인체 면역결핍 바이러스 판명과 치료, 예방을 위한 항레트로바이러스 약제와 진단 기기 구입	19	19.1	100.5	19.5	102.1	19.5	100
국민 예방접종	5.64	5.64	100	6.1	108.2	6.1	100
결핵 진단, 결핵 환자 치료, 예방 접종을 목표로 하는 인구 조사	2.8	2.82	101.7	5.3	187.9	5.3	100
혈관질환* 환자의 의료 혜택 개선	3.44	4.51	170.9				
도로 교통 사고 피해자의 의료 혜택 개선(위생 차량 구입 포함)	3.23	5.93	183.6	5.93	100	5.93	100
국민의 암 치료를 위한 조직 개선	6.92	6.92	100	6.92	100	6.92	100
혈액센터 발전과 관련된 조치	4.2	5	119	5	100	5	100
지방자치단체 * 에서 구역 내과 의사, 소아과 의사, 일반(가정)의, 그리고 그에 따르는 간호사에 대한 현금 지급	21.72	21.1	97.1	-	-	-	-
응급진료 간호사*, 보조 의사와 의사 및 의료센터의 의료 인력에 대한 현금 지급	10.2	9.8	96.1	-	-	-	-
근로자의 추가 건강검진	4	4	100	-	-	-	-
기타	11.8	8.1	68.6	4.45	54.9	4.15	93.3

자료원: 러시아연방 보건복지부

## 2.4 의료보험료

### 러시아 국민 1 인당 임금에서 차지하는 의무의료보험의 평균 보험료 비율 (단위:루블, 통계)

2009 년 7 월 24 일자 러시아 연방법 N 212 «의무 의료보험의 연방과 지역 기금, 러시아 연방 사회 보험 기금, 러시아 연방 연금 기금의 보험료에 관한 법»에 따라 보험료를 책정한다.

특히, 제 12 조 보험료율이 가장 중요하다:

1. 보험료율 – 보험료를 계산하기 위한 단위 기준당 보험료율.

2. 다음의 보험료율이 적용된다:

- 1)러시아 연방연금기금 – 26 %;
- 2)러시아 연방사회보험기금 – 2.9 %;
- 3)연방의 의료보험연방기금 – 2.1 %;
- 4)의무의료보험 지역기금 – 3 %

**표 2.4.1.** 2012 년 러시아 연방관구와 행정구역별로 본 연방 및 지역 의무의료보험기금의 1 인당 평균 보험료 (단위:루블)

러시아연방 행정구역	한달 평균 보험료	이 중 연방 의무의료보험기금	이 중 지역 의무의료보험기금
러시아연방	1,323	545	778
중앙 연방관구	1,594	656	938
벨고로드 주	1 019	419	599
브랴نس크 주	819	337	482
블라지미르 주	897	370	528
보로네시 주	983	405	578
이바노보 주	843	347	496
칼루가 주	1,183	487	696
코스트로마 주	846	348	498
쿠르스크 주	921	379	542
리페츠크 주	963	397	567
모스크바 주	1,605	661	944
오를 주	834	343	491
랴잔 주	953	392	561
스몰렌스크 주	901	371	530
탐보프 주	833	343	490
트베리 주	1,016	418	598
툴라 주	999	411	588
야로슬라브 주	1,019	419	599
모스크바 시	2,344	965	1,379
북서 연방관구	1,447	596	851
카렐리야 공화국	1,245	513	732
코미 공화국	1,654	681	973



러시아연방 행정구역	한달 평균 보험료	이 중 연방 의무의료보험기금	이 중 지역 의무의료보험기금
아르한겔스크 주	1,426	587	839
네네츠 자치구	2,836	1,168	1,668
볼로그다 주	1,140	470	671
칼리닌그라드 주	1,091	449	642
레닌그라드 주	1,335	550	785
무르만스크 주	1,779	732	1,046
노브고로드 주	1,044	430	614
프스코프 주	889	366	523
상트페테르부르크 시	1,638	675	964
<b>남부 연방관구</b>	<b>999</b>	<b>411</b>	<b>588</b>
아디게야 공화국	821	338	483
칼미크 공화국	748	308	440
크라스노다르 주	1,085	447	638
아스트라한 주	960	395	565
볼고그라드 주	956	393	562
로스토프 주	957	394	563
<b>북캅카스 연방관구</b>	<b>833</b>	<b>343</b>	<b>490</b>
다게스탄 공화국	683	281	402
인구시 공화국	894	368	526
카바르디노 발카르 공화국	810	334	477
카라차예보체르케스타야 공화국	760	313	447
북오세티아-알라니아 공화국	807	332	475
체첸 공화국	898	370	528
스타브로폴 지방	909	374	535
<b>불가 연방관구</b>	<b>994</b>	<b>409</b>	<b>585</b>
바쉬코르토스탄 공화국	1,013	417	596
마리엘 공화국	798	329	470
모르도바 공화국	723	298	425
타타르스탄 공화국	1,145	471	673
우르무르트 공화국	919	378	540
추바시 공화국	853	351	502
페름 지방	1,067	439	628
키로프 주	832	343	489
니즈니노브고로드 주	1,038	427	611

러시아연방 행정구역	한달 평균 보험료	이 중 연방 의무의료보험기금	이 중 지역 의무의료보험기금
오렌부르크 주	970	399	570
펜자 주	957	394	563
사마라 주	1,042	429	613
사라토프 주	934	384	549
울리야놉스크 주	853	351	502
<b>우랄 연방관구</b>	<b>1,576</b>	<b>649</b>	<b>927</b>
쿠르간 주	851	350	501
스베르들로프스크 주	1,276	525	751
튜멘 주	2,335	961	1,373
한티만시 자치공화국	2,499	1,029	1,470
야말로네네츠 자치구	3,181	1,310	1,871
첼랴빈스크 주	1,121	462	659
<b>시베리아 연방관구</b>	<b>1,184</b>	<b>488</b>	<b>697</b>
알타이 공화국	878	361	516
부랴트 공화국	1,129	465	664
투바 공화국	1,118	460	658
하카시아 공화국	1,156	476	680
알타이 지방	789	325	464
자바이칼 지방	1,191	491	701
크라스노다르 지방	1,418	584	834
이르쿠츠크 주	1,288	530	758
케메로보 주	1,182	487	695
노보시비르스크 주	1,166	480	686
옴스크 주	1,091	449	642
토姆斯크 주	1,352	557	795
<b>극동 연방관구</b>	<b>1,647</b>	<b>678</b>	<b>969</b>
사하 공화국 (야쿠티야)	1,928	794	1,134
캄차카 지방	2,119	872	1,246
극동지방	1,347	555	792
하바로프스크 지방	1,517	625	893
아무르 주	1,324	545	779
마가단주	2,504	1,031	1,473
사할린 주	2,188	901	1,287
유대인 자치주	1,249	514	735

러시아연방 행정구역	한달 평균 보험료	이 중 연방 의무의료보험기금	이 중 지역 의무의료보험기금
추코트 자치구	3,077	1,267	1,810

자료원: 러시아연방 통계청, 다이렉트 인포사 자료

### 러시아 국민 1 인당 민간의료보험의 평균 금액 (단위:루블)

표 2.4.2. 민간의료보험 프로그램에 따른 평균 보험 금액, 1 년간 1 인 기준 (단위:루블)

피보험자 연령	평균 납부액
만 1 세 전까지	200,000
만 1 세부터 5 세까지	120,000
만 5 세부터 8 세까지	110,000
만 8 세부터 18 세까지*	55,000
만 18 세부터 40 세까지*	35,000
만 40 세부터 50 세까지	55,000
만 50 세부터 60 세까지*	66,000
만 60 세부터 70 세까지*	82,500
만 70 세부터 ...	110,000

자료원: 보험회사 자료

**참조:** 각각의 경우에 보험료는 피보험자의 현재 건강 상태, 선택한 의료 기관의 서비스 수준, 피보험자의 나이, 피보험자의 특수한 근로 조건(직업의 위험요소), 보험사 정책에 따라 조정될 수 있다.

표 2.4.3. 보험기관에서 수납 받은 보험료 (단위:100 만 루블)

보험 형태	2007	2008	2009	2010	2011
<b>민간보험과 의무보험 총 합계</b>	<b>775,083.0</b>	<b>954,754.2</b>	<b>979,099.3</b>	<b>1,036,677.0</b>	<b>1,269,762.8</b>
<b>민간 보험 - 총 합계</b>	<b>404,288.5</b>	<b>468,764.4</b>	<b>420,018.2</b>	<b>451,035.0</b>	<b>545,112.2</b>
이 중 : 개인보험	113,160.3	128,479.6	118,404.2	140,646.4	177,285.5
이 중 : 생명보험	22,341.7	19,229.8	16,525.5	21,320.4	34,605.8
산재와 질병보험	27,632.7	34,760.1	27,531.7	33,608.1	45,786.2
의료보험	63,185.9	74,489.7	74,347.0	85,717.9	96,893.5
<b>의무보험 - 총 합계</b>	<b>370,794.5</b>	<b>485,989.8</b>	<b>559,081.1</b>	<b>585,642.0</b>	<b>724,650.6</b>
이 중 : 개인보험	297,084.8	405,609.3	472,079.0	492,274.2	618,873.2
이 중 : 산재보험	6,355.2	6,861.6	6,842.8	6,656.1	7,508.6
의료보험	290,729.5	398,747.7	465,236.2	485,618.1	611,364.6

자료원: 보험회사 자료

## 제 II 장. 러시아 내 의료기관 설립 및 운영

### 1. 의료기관 등록

#### 1.1 등록 절차

##### *필수서류, 기간, 등록 담당 정부 기관*

의료센터 설립에 관한 러시아 법령에 따르면, 먼저 개인사업자(약어 IP, Individual Person)나 법인( 즉 LLC – 유한책임회사) 등록이 선행되어야 한다. 대형 외국의료센터 설립의 경우 기존의 연구에서는 논의되었지만, 개인사업자의 등록 방안에 대해서는 아직 연구되지 않았다.

등록절차는 2001 년 8 월 8 일자 «법인 및 개인사업자의 국가등록에 관한 연방법»에 규정되어 있다.

#### 1 단계. 법인 등록을 위한 관련 서류 제출

법인 등록 및 세무소 신고 시 반드시 제출해야 할 서류

1. 여권 (외국인의 경우 공증받은 러시아어 번역본)
2. 외국인체류지도착통지서 (모스크바에 임시거주 중인 외국인)
3. 외국인 노동허가증

4. 러시아 연방정부가 승인한 국가등록용 지정양식 R11001 에 신청자 서명이 기재된 등기 신청서(처음 3 장은 공증 필요. 이 외의 서류는 서류철이 된 상태에서 «표지, 페이지수, 신청자 이름 및 서명»이 기재되어야 함).

서류 기재 시 2004 년 11 월 1 일자 연방국세청 명령 N SAE-3-09/16 «법인 및 개인사업자 국가등록 시 서류양식 기재에 대한 일정 양식 해설»에 의거해 작성하도록 한다.

5. 법인설립 판결에는 (설립인이 한 명일 경우임. 만약 2 명 이상일 경우 주주총회의사록) 다음의 규정이 포함된다.

- 회사 설립 관련 ( 회사 상호 및 소재지 기재)
- 법정자본금 관련 (규모 및 출자 과정 – 현금 혹은 유형자산)
- 법정자본금 지분
- 회사 정관 승인
- 회사 대표이사 임명 (여권, 거주지)

6. 회사 법인인감도장 승인: 4 개 (1 개 – 연방국세청 №46 에 제출, 1 개 – 기관 보관용, 1 개 – 저축 예금용, 1 개 – 은행 계좌용)
7. 법인 설립 문서(원본 및 공증사무소에서 공증받은 사본) – 정관 – 2 부(설립인 2 명 이상일 경우+ 설립계약서 – 2 부)
8. 인지세 수수료(2,000 루블) 지불영수증 원본 (영수증 PD-4sb <세금 경우>이 가장 적합함)
9. 정관의 문서 보관용 복사 발행 요청(+설립계약서도 각각 처리)
10. 인지세수수료(400 루블) 지불영수증 원본(국가통합법인등기부 초본 상의 예산구분부호) (영수증 PD-4sb <세금 경우>이 가장 적합함) – 정관용

서류접수는 법인설립인이 직접하거나 혹은 우편으로 가능하며 이 경우 서류는 법인등기부 상의 주소지로 송부한다.

## 2 단계. 법정자본금 납입

서류접수 후 법정자본금을 납입해야 한다. 만약 법정자본금을 현금으로 납부할 경우 은행에 저축예금을 개설하고 이를 통해 지불할 것을 권한다.

## 3 단계. 서류 취득

서류는 서류접수일로부터 근무일 기준 약 5 일 이후 그 취득이 가능하다(정확한 취득일은 세무서에서 발행하는 전표에 적혀있다). 서류는 취득 시 위임장을 소지하면 누구든지 받아갈 수 있다.

## 4 단계. 회사인감 준비

## 5 단계. 사회보장기금 등록

기금(연금, 사회보험기금, 모스크바시 의무의료보험 기금 – 관할지역별) – 등록에 관한 증명서 취득(차후 취득 가능). 관할통계청 – 안내서 취득(통계코드) – 이는 계좌개설을 위해서도 필요하다. 이를 위해 다음의 서류가 필요하다(사본 불가. 하기 서류는 관할국세청에서 발급이 가능하다).

1. 국가통합법인등기부 초본
2. 사업자등록번호가 기재된 국가등록 증명서
3. 세무소에 등록된 납세자번호가 적인 법인등록 증명서
4. 법인정보의 변경과 법인이사의 승인서
- 5.정관

## 6 단계. 통장 개설

연방국세청 감사국의 추후 통보와 함께 진행되는 저축예금 해지 및 은행계좌 개설

규정에 따르면 법인 등록절차는 약 2~3 주 걸리는데, 이 중 9 일(달력상 기간) 가량이 법인등록을 위한 관할국세청 서류 신청 및 취득, 2~3 일은 인감준비, 그리고 1~5 일은 사회보험기금 관련 서류를 관할통계청에 취득하는데 소요된다.

러시아 일반법인등기와는 별개로, 의료센터개관의 경우 별도의 요건 및 세부사항을 이행해야 하며, 그 내용은 다음과 같다.

## 7 단계. 사립의료기관 등록 시 필요한 요구사항 준수

의료기관 설립 시 의료기관 법인은 새로이 구체적인 활동범위 규정과 관련된 사항을 처리해야 한다. 유료 의료서비스는 예방 접종, 진단치료, 재활, 정형보철기구 및 치과보철처리 환자에게 제공된다.

2002 년 7 월 26 일자 러시아연방 보건복지부 명령 № 238 «의료행위 인증 기관에 관한 명령»에는 의료서비스에 상응하는 의료업무 및 서비스 범위 명명법(이하 – 명명법)이 승인되었는데, 여기에는 의료서비스를 제공하는 기관의 구체적인 활동범위가 규정되어 있다.

**56 조.** «건강 관리에 관한 법령의 근거»에는 개인의료행위에 종사하는 사람들에게 다음과 같은 자격을 요구하고 있다.

- 중등 및 고등 의료교육을 받은 사람
- 전문자격증 소지자
- 면허증 소지자

2002 년 7 월 4 일자 러시아연방 정부령 № 499 «의료활동 인증에 대한 법령»에는 의료서비스 면허증 취득에 필요한 조건이 아래와 같이 기재되어 있다.

- 1) 면허증 신청자(실시권자)는 법률상 이를 소유하고 있거나 혹은 이와 관련 별도의 법적 근거가 있어야 한다.
- 2) 러시아연방 보건복지부에서 허가된 의료기술 적용을 가능케 하는 장비, 도구, 교통 및 서류를 포함, 기술설비가 – 기술명세서 및 금액 상으로 – 기관에 적합한지 여부를 확인한다.
- 3) 소방안전(화재경보 및 소방활동) 장비의 유지 및 보수, 화재진압에 필요한 소방용수, 화재진압 시 특수장비에 대한 자금, 화재 발생 시 피난안내도를 구비해야 한다.
- 4) 유료서비스의 제공을 인증받은 법인의 경우, 정관서류상 관련 사항을 별개로, 소속 직원들(의사, 간호사, 기술자 등)은 의료행위 및 서비스에 있어 요구되는 중등 혹은 고등 이상의 전문적, 추가적 교육과 특별수련을 받아야 하며, 또한 면허증을 소지한 간부는 고등교육 이상을 수료한

전문가이어야 하며 면허증 관련분야 의료행위 경력(명명법에 업무와 서비스가 구체적으로 명시됨)이 5년 이상 있어야 한다.

5) 의료행위를 수행하는 법인의 직원들은 적어도 5년 내에 적어도 1회 이상 자격을 승급해야 한다.

6) 2003년 4월 28일자 보건복지부 № 2510/4460-03-32 «사립의료기관의 회계에 관한» 문서에는 보건복지부와 러시아연방 통계청에서 인증된 양식에 의거한 회계 및 세무보고서 도입부에 반드시 의료활동 면허증 관련 요구사항과 조건을 포함할 것을 명시하고 있다.

## 8 단계. 러시아 소비자권익보호 감독청의 요구사항 (상거래 및 위생 관리)

1) 만약 사립의료센터가 지방자치단체의 의료기관 부지를 임차하게 될 경우 위생검역 관련 법률과 규정상 언급된 의료활동의 업무와 서비스에 관한 위생증명서 취득 신청서를 제출해야 한다. 만약 예전에 의료기관으로 사용되지 않았던 개인소유부지를 임차하게 될 경우 그 곳에 의료사무실 혹은 센터 사용 허가서를 취득해야 한다(총 소요기간 2주).

필수 서류:

- 납세증명서,
- 임대계약서 혹은 소유권 증명서
- 진료기록

2) 위생검사(물리적 요인, 물, 공기, 소독 및 세척이 반드시 필요함) 및 생산(공정) 관리 프로그램의 경우 검사기간은 1주일 이상 소요되며 비용은 4,000 루블 이상이다.

3) 쓰레기 처리는 지방자치단체 용역업체와 그리고 소독 살균, 세균 구제 및 박멸의 경우 방역소와 계약서를 체결한다. 이 때 비용은 1m<sup>2</sup>당 약 3,400 루블이다.

상기 위생검사 및 결과에 의거해 작성된 증서는 공증인에 의해 인증된 위생증명서에서 요구되는 내용을 바탕으로 발행된다.

만약 의료센터가 새로운 장소에서 건립될 경우 해당지역에 관한 위생증명서를 취득해야 하며, 그 후 추가로 업무 및 서비스에 관한 위생증명서를 새로 발급받아야 한다(인지세는 약 1,000 루블임).

## 9 단계. 소방안전감독국의 요구사항(화재방지감독국):

이 단계는 병원부지를 물색, 선정하는 과정에서 함께 진행되어야 한다. 이 때 중요한 사항은 해당장소에 반드시 화재경보기를 설치해야 한다는 것이다. 만약 화재경보기가 없을 시, 1일 이내에 설치가 가능하며 이 때 비용은 7,000 루블 이상이다. 이 외에 추가로 소방장비를 설치한다(소화기는 400 루블 이상).

필수 서류:



- 납세증명서
- 임대계약서
- 소방안전검사 증명서(1000 루블)
- 소방안전지침서
- 화재시 대피요령 안내서
- 피난안내도

소방안전감독국의 승인을 얻으려면 약 1 주일의 기간이 소요되며, 비용은 1,500 루블 이상이다.

## 1.2 인증 체계 (RosZdravNadzor)

모든 의료활동은 강제인증에 속하므로, 상기 언급된 9 단계의 요구사항을 준수하려면 신설되는 의료센터의 초기 업무를 위해 2001 년 8 월 8 일자 러시아 연방법 «특정 기업활동에 있어서의 인증»에 따라 의료활동에 관한 인증을 취득해야 한다.

개인병원은 인증 획득을 위해 병원부지, 필수의료장비 목록 및 효력있는 면허증을 소지한 직원을 확보해야 한다. 이 모든 것을 증빙하는 서류목록은 전문가 감정을 위해 면허증 인증기관 (Licensing Chamber)으로 송부되며, 약 45 일에 걸쳐 심사된다.

의료행위 승인은 인증절차 후 이루어진다. 신설될 의료센터의 경우 **각각의** 의료활동에 대한 인증이 필요하다. 관련서류수속 및 인증절차과정은 통상 1 년 이상 소요된다. 면허행위는 지정된 장소에서만 적용된다. 의사의 진단서 발급 경우 별도의 면허증을 소지하거나 혹은 관련 자격증이 있는 전문가를 고용해야 한다. 인증기간 (약 2 개월)동안 병원은 준비되었으나 개원되지 않는 상태가 **지속될 수 있으므로**, 이런 부정적 상황에 대비해 추가비용을 고려해야 한다.

이 때 중요한 사항은 엑스레이실이 준비되면 **의료센터인증 전에** 이온방사선취급면허를 반드시 획득해야 한다는 사실이다. 의료센터는 러시아 소비자권익보호 감독청의 요구에 부합하며 허가를 받은 인증기관에서 작성한 엑스레이실 도면을 갖고 있어야 한다. 또한 이 도면작업에 따라 모든 수리과정, 환풍시설 및 가동시설 등이 보건위생국의 결정에 따라 진행되어야 한다.

인증을 취득하기 위해서는 인증 및 증명서 기관에 **인증취득신청서**를 제출한다. 신청서 양식은 2005 년 7 월 27 일자 연방 보건복지부 문서로 승인된 № 01И-374/05 양식을 따른다.

신청서에는 아래의 내용이 기재되어 있다:

- 1) 법인의 경우 – 법인정식명칭 및 약칭(해당사항이 있을 경우에 한함), 의료센터명, 법인 조직도, 법인 소재지, 신청자가 향후 의료사업 시행을 위해 인증을 받을 장소, 법인설립 시 기재된 정부등록번호 및 국가통합법인등기부에 법인에 관한 기재 여부 확인을 위한 관련 서류

2) 납세자 인식번호 및 세무당국에 세금납부 기록

3) 신청자가 시행할 예정인 인증이 필요한 사업유형, 즉 의료활동임.

신청서와 함께 제출해야 할 서류는 다음과 같다.

- 법인설립 관련 서류(공증받지 않은 서류의 사본은 원본과 함께 제출한다)
- 인증취득신청서를 인증하는 기관의 인지세 지불을 증빙하는 자료
- 인증 신청자가 의료활동 시행을 위해 건물, 대지, 장비 및 다른 유형의 기술설비에 대한 소유권 및 별도의 법적 근거가 있음을 증명하는 서류
- 법인 대표이사 혹은 부대표의 학위증서 및 과거 대표로 일한 경력증명서 사본
- 인증 신청자의 직원인 의료진의 학위증서 혹은 업무 수행을 위해 필요한 자격증(관련 의료서비스 면허증, 인턴수료, 전문의 수련 – 해당사항이 있을 경우), 5 년에 1 회 자격 승급 여부
- 의료서비스 수행과 관련된 개인 기업가로서의 경력증명서 및 학위증서 본사본
- 의료기술과 관련된 증서 및 증명 확인서 사본
- 의료기기를 관리할 직원의 자격증 및 교육증명서 혹은 이 업무를 수행할 수 있는 자격증을 소지한 업체과의 계약서 사본(지방자치제 병원에서 임대하는 의료비품 및 의료장비 목록, 증서, 의료기기 서비스 계약서, 도량형 결정)
- 의료활동 시행에 있어 위생법의 정해진 절차에 의해 발급된 위생증명서 사본 제출

공증받지 않은 모든 서류의 사본은 원본과 함께 제출한다. 인증기관에서는 러시아 연방법 «특정 기업활동에 있어서의 인증»에 관련 조항에 언급된 내용 외의 다른 서류를 요구할 수 없다.

인증기관은 면허증 발급 여부를 신청일로부터 **45 일 이내에** 결정한다. 면허증은 위원회 위원장이 직접 서명한다.

또한 면허증 신청 시 소방안전감독국과의 계약서 및 신청서 심사 수수료 300 루블 납입영수증을 첨부해야 한다. 면허증을 획득할 경우 면허증비 1,000 루블을 지불해야 한다.

이 보고서의 부록 1 에는 납부 시 법률요건의 예(하바로프스크 지방 경우)가 표기되어 있으며 또한 의료활동 인증을 위한 신청서 표준양식도 함께 제공된다. **실제 준비 시 서류 양식 및 필수사항을 적용해야 하며, 이 내용을 신청서 등록 시 등록기관에서 반드시 확인해야 한다**(즉 이 보고서에 기재된 내용과 다를 수도 있다).

### 1.3 의료기기 등록 및 인증/IT 장비 (CT, MRI 등)

## 진단장비 등록 시 특징

의료기기 및 장비는 여러 정부기관에서 각각의 등록절차를 필요로 하며 또한 관련 행정관청의 동의를 필요하다.

1. 의료기기 통관수속
2. 제품의 위생검역인증 수속
3. 테스트를 거친 의료제품, 의료기기 증명서 및 일반위생수속
4. 러시아연방 보건복지부에 의료제품, 의료기기 등록
5. 의료기기 유지관리 및 제품 인증

의료제품 등록을 위한 서류 법적수속과정은 많은 시간과 노력을 요구한다. 위에 언급된 내용 외에도 오늘날에는 «의료제품 측정도구» 증서가 존재한다. 또한 이 과정은 외국수입제품 뿐만 아니라 러시아 의료기기에도 해당된다.

### 1 단계. 통관수속 (통관 전문회사를 통합)

최근 러시아 의료기기시장은 규모가 커지고 있으며 어떤 의료센터든지 외국제조회사의 정식배급업체를 통해 장비를 구입할 수 있다. 이 경우 구매는 계약을 통해 이루어지면 통관수속의 경우 정식배급업체가 담당한다. 이 보고서에는 통관수속의 구체적 절차에 대해 따로 기재하지 않았다. 정식배급업체 외에도, 다양한 운송체계를 통해 수입되는 의료제품 및 의료기기의 통관 수속을 담당하는 수많은 업체들이 시장에 존재한다.

### 2 단계. 위생검역인증 (심사)

이 수속과정의 경우 인체의 피부와 접촉하는 의료기기 및 제품에 해당된다. 이 심사는 «제품의 위생심사에 관한» 명령을 토대로 진행된다. 이 과정은 다음과 같다:

- 제품의 위생검역심사 진행 순서
- 위생검역심사에 해당되는 제품
- 러시아 보건복지부 산하 보건위생국 위생검역심사에 해당되는 제품

이 명령에 근거하여, 심사는 거의 전 제품에 해당되며, 또한 이 과정은 1 회에 그치지 않을 수도 있다. 심사는 러시아에서 생산된 기기 뿐만 아니라 모든 수입 제품에 진행된다. 또한 처음 심사 및 기존심사 유효기간이 끝나는 경우에 시행된다.

### 3 단계. 일반위생(hygiene) 평가

이 절차는 «러시아연방 의약품 등록에 있어 위생평가 절차에 대한 지시»내용을 토대로 진행된다. 의약품의 위생평가의 경우 러시아 보건복지부 내 새로운 의료기기에 관한 특별심사위원회에서 공포한 내용을 그 기초로 한다. 이 내용은 러시아 내 의료제품 임상연구기관, 러시아연방에

수입산 의약품의 제품인증을 신청하는 회사에 송부되며, 여기에는 필수 위생평가 제품에 대한 지시사항이 기재되어 있다. 러시아에서 생산되는 의약품의 위생평가 절차에 있어 다음 사항이 그 심사에 포함된다.

1. 의약품의 위생평가 시행의 필요성에 관한 지시가 포함된 러시아 보건복지부 내 새로운 의료기기에 관한 특별심사위원회 판결 요약
2. 의약품 사진 13x18cm(5x7") 혹은 18x24cm(8x10") 사이즈 - 1 부
3. 러시아 국내 의약품의 규격서류 (GOST, OST-산업규격, TS-technical specifications);
4. 첨부서류 (사용설명서, 기술서류 TD);
5. 외국제조업체에서 생산하는 의약품의 위생평가 절차에 있어 상기 1,2 번을 제외한 아래 서류가 포함되어야 한다.
  - 해당국가에서 발행된 의약품 증서
  - 광고용 설명자료
  - 제조회사의 의약품사용 설명서 (러시아어)
  - 의약품 증서 및 인증 시 제조업체의 해당국가에서 진행되는 위생화학 및 독성검사 인증서

#### 4 단계. 의료기기의 국가등록

의약품, 의료설비 및 기기의 국가등록에는 러시아연방 보건 및 사회개발 감독국 (RosZdravNadzor) 에 명시된 목록에 따라 신청자가 제출해야 할 몇 가지 서류가 있으며, 이 중 외국의 의약품 제조회사가 제출해야 할 서류는 다음과 같다.

- 제조업체의 거주증명서
- 국가 혹은 국제규정상 요구되는 품질관리시스템 규격서류
- 규격서류에서 요구하는 의약품의 적합성증명 서류

제출된 서류의 심사는 연방정부기관 «의료제품심사 과학기술센터», 의약품의 과학기술 자문위원회 혹은 연방청에 인가받은 별도의 과학기술센터와 공동으로 연방청에서 진행된다.

연방청은 제출된 서류 및 제품의 심사 결과에 따라 30 일 이내로 신청한 제품의 등록절차 개시 여부에 대해 결론을 내리고 관련 의료장비 혹은 의약품의 조사 및 테스트 진행을 위해 기관 및 연구단체를 지정한다. 독성연구 및 시험검사는 연방청에서 승인 및 지정받은 러시아과학기관, 임상실험실 및 센터에서 진행된다.

의료제품 등록 결정 후 연방청에서 제품허가서가 발행된다. 제품허가서는 의약품이 러시아에 정식으로 등록되었다는 사실을 확인해주는 서류이다. 등록된 의약품은 등기소에 기재된다.

만약 상기 해당사항, 즉 안전보장, 품질, 의약품의 유효성, 제품표기내용 혹은 제품사용서의 내용과 위배되는 경우, 연방청은 제품허가서의 효력을 중단시키거나 등기소에서 해당 의약품을 삭제함으로써 무효처리한다.

국가등록 기간이 만료된 후에도 의약품을 러시아연방 내로 수입하여 판매를 계속하려 한다면 연방청에 재등록 신청을 한 상태에서 가능하다. 연방청은 다음 경우에 의약품의 재등록을 진행한다.

- 제품증명서 유효기간 만료
- 제조자 상호가 변경될 경우
- 의약품명이 변경될 경우
- 의약품의 품질개선

외국 의료제품의 등록 시 다음의 서류가 요구된다:

- RosZdravNadzor 에 보내는 회사 소개서(cover letter. 공증 불필요)
- 의약제품 등록을 담당한 러시아 회사 위임장(공증 및 아포스티유 요함)
- 의약제품을 생산하는 외국제조업체의 거주증명서 (해당지역 상공회의소 확인서 및 아포스티유 요함)
- ISO 13485 품질경영시스템 증서 (공증 및 아포스티유 요함).
- DOC(Declaration of Conformity.자기적합성 선언) (공증 및 아포스티유 요함).
- 광고용 샘플 세트 (최소 3 개 이상).
- 의약제품에 대한 설명서(테스트결과 보고서, 기술문서, 제품의 재질 목록 외)

## 5 단계. 의료기기 증명서

일반적으로 의료서비스 관련 제품증서는 안전성과 의료기기의, 장비 및 재질의 품질을 증명한다. 의료기기 및 장비 증명서는 공인된 임상연구소의 실험결과 및 관련보고서 작성 후 발급된다. 의료장비 증명서는 2002 년 8 월 16 일자 러시아연방 정부령 № 612 와 № 613 의 내용을 바탕으로 한다. 의약품의 등급 정의는 2001 년 7 월 1 일자 러시아연방 정부표준 GOST-R 51609-2000 정부규격 «의약품. 사용 시 잠재 위험에 따른 분류. 일반 요구사항»에 따라 정해진다.

모든 의료장비 및 기기는 위험도 정도에 따라 다음과 같은 등급으로 분류된다.

- 등급 1 – 위험도가 낮은 제품(현미경, 의료용 체중계, 청력반응검사기기)
- 등급 2A – 위험도가 중간 수준인 제품(음향측정기, 실험기구, 폐활량계)
- 등급 2B – 위험도가 조금 높은 제품(심장박동분석기<cardio analyzer>, 혈류측정기, 제세동기 등)

- 등급 3 – 위험도가 높은 제품 (임플란트, 내부 골격용 보철기, 쇄석기)

현재 국제임상실험과 관련된 의약품은 정부 내부시장의 허가를 받을 경우에 도입할 수 있는데, 이 때 해당되는 제품에 대해 기술적 의료요건상 안전성과 효율성의 평가절차를 거친 후에야 가능하다.

**표 1.3.1. 의료기기 인증 절차 내용 요약**

문의처, 근무시간, 연락처, 담당자	인증 신청자가 제출해야 하는 서류목록/ 기관간 전자 시스템 상호 수신에 의해 받은 전자서류 목록	소요 기간	인지세
<p>주소: Slavyansky district, д. 4, строение 1, Moscow, 109074.</p> <p>근무시간: 평일 9:00 - 18:00 (금요일 16:45 까지) 점심시간 13:00 -13:45</p> <p>문의전화: +7(499) 578-01-32 Krylova Tamara Grigorievna; + 7(499) 578-01-34 Komarova Tatyana Yaroslavovna; <a href="mailto:komarovaTY@roszdravnadzor.ru">komarovaTY@roszdravnadzor.ru</a> + 7(499) 578-02-62 Popov Oleg Ivanovich; <a href="mailto:popovOI@roszdravnadzor.ru">popovOI@roszdravnadzor.ru</a> 팩스: +7(495) 698-39-78.</p> <p>일반 문의처: <a href="mailto:info@roszdravnadzor.ru">E-mail:info@roszdravnadzor.ru</a> +7(499) 578-02-30, +7(495) 698-45-38</p>	<p>면허 신청자가 직접 제출해야 하는 서류 *:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 의료제품 등록 혹은 등록서류상 변동 시 신청서</li> <li>2. 의료제품에 대한 설명서.</li> <li>3. 법인의 제조업체 등록을 입증하는 서류 (외국제조업체용)</li> <li>4. 만약 신청회사가 의료제품 제조업체와 동일하지 않을 경우, 위임장 혹은 공증받은 계약서 사본</li> <li>5. 러시아 연방법의 요구사항에 의료제품 생산기준이 적합한지 증명하는 서류</li> <li>6. 규격서류에서 요구되는 의료제품의 준수사항, 기술명세서 요구사항 혹은 표준내역을 입증해 주는 규격서류 기안</li> <li>7. 의료제품 사용 안내서</li> <li>8. 최종사용자가 직접 사용한 진단용 (In vitro) 물리치료기구 및 시약(kit) 등록 시 의학적 적용 안내서</li> <li>9. 유사제품과 상기 의료제품의 등가성 혹은 독자성을 입증하는 서류</li> <li>10. 의료제품의 안전평가, 효율성에 관한 의학실험 및 안전성에 대한 시험검사 결과</li> </ol> <p>* 공증받지 않은 모든 서류의 사본은 원본과 함께 제출한다.</p> <p>부서간 협동업무에 의해 RosZdravNadzor 에 전달되는 서류 **:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 국가통합법인등기부 (국가통합개인 사업자등기부)상 등록된 법인(개인사업자) 과 관련된 서류</li> <li>2. 인지세지불 내역 확인 내역</li> </ol> <p>** 신청자가 직접 제출하는 서류목록</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 서류심사 및 의료제품 등록승인기간은 서류제출일로부터 약 4개월 가량 걸린다. 서류심사 및 의료제품의 등록결정 기간은 추가적으로 연장될 수 있으나 이는 통상 3개월을 넘기지 않는다.</li> <li>2. 의료제품 등록서류상 품질, 효율성 및 의료제품 안전성과 관련된 변경사항이 있을 경우 러시아연방 보건 및 사회개발 감독국에 정해진 기간 내에 제출해야 한다. 이 외에도, 새로운 부작용이나 사용상의 문제점, 의료제품 권리 변동, 제품명, 포장, 등록된 서류상 변동사항이 발생할 경우에는, 서류목록을 받은 후 1개월 이내에 신고를 해야 한다.</li> </ol>	<p>의료제품 등록서류상의 변경사항 기입시 – 200 루블 의료제품 등록시 – 3000 루블</p>

## 6 단계. 의료기기의 유지보수 인증

의료기기의 유지보수 인증은 해당되는 규격서류에 근거해 진행된다. 관련법령은 2002 년 8 월 16 일자 러시아연방 정부령 № 613 «의료기기(법인 혹은 개인사업자의 보조기기 설비를 위해 이 작업을 수행하는 경우를 예외로 함) 유지보수 인증에 관한 규정 승인 »이다.

인증받아야 하는 의료기기 분야별 목록:

1. 외상학 및 기계 요법(mechanotherapy)용 기기 및 장비
2. 약국용 장비
3. 온천요법(Balneotherapy) 및 수치료법(hydrotherapy)용 장비
4. 소독용 장비
5. 임상진단용 의료기기 및 도구
6. 피부미용 전문장비
7. 의료용 가구
8. 마취, 인공호흡 및 소생치료용 의료기기, 도구, 장비
9. 산부인과 및 신생아과용 의료기기, 도구, 장비
10. 이비인후과용 의료기기, 도구, 장비
11. 안과용 의료기기, 도구, 장비
12. 방사선과용 의료기기, 도구, 장비
13. 단층촬영용 의료기기, 도구, 장비
14. 비뇨기과 및 체외 혈액 순환용 의료기기, 도구, 장비
15. 물리치료용 의료기기, 도구, 장비
16. 기능 진단(functional diagnostics)용 의료기기, 도구, 장비
17. 레이저 의료기기, 도구, 장비
18. 위생보건 관련기관의 임상 및 형태학적 검사용 의료기기, 도구, 장비,
19. 치과용 의료기기, 도구, 장비
20. 외과 및 신경외과용 의료기기, 도구, 장비
21. 청각 관련 기기
22. 살균시설
23. 내시경 관련 장비

이 보고서의 부록 2에는 제품 인증 및 등록을 위해 필요한 서류목록이 기재되어 있다.

## 1.4 러시아 건강진단센터 조사

### 건강진단센터의 수 (러시아 전 지역, 지방 및 주별)

이 장에서 개인병원은 아래에 언급된 의료서비스 종류 가운데 하나 이상의 서비스를 제공하는 진단센터를 의미한다: CT, MRI, 엑스레이 검사 (유방조영술, 형광 투시촬영법 등), 초음파 검사, 임상실험 분석

**표 1.4.1.** 러시아 행정구역별 사립건강진단센터의 수: 건강진단센터의 수(법인의 수), 지사 합산 시(센터와 법인의 주소가 다를 때), CT 및 MRI 검사가 가능한 센터의 수

러시아연방 행정구역	건강진단센터의 수(법인의 수)	총 합계 (지사 합산 시)	이 중 CT 검사가 가능한 센터	이 중 MRI 검사가 가능한 센터
<b>러시아연방</b>	<b>2,821</b>	<b>5,111</b>	<b>150</b>	<b>197</b>
<b>중앙 연방관구</b>	<b>941</b>	<b>2,137</b>	<b>66</b>	<b>90</b>
벨고로드 주	19	30	3	3
브랴نس্ক 주	4	5	2	2
블라디미르 주	31	38	0	3
보로네시 주	37	64	4	5
이바노보 주	27	30	1	1
칼루가 주	21	22	1	1
코스트로마 주	7	9	2	1
쿠르스크 주	15	17	1	2
리페츠크 주	23	58	2	3
모스크바 주	162	233	7	13
오를 주	14	15	0	1
랴잔 주	23	28	0	3
스몰렌스크 주	14	14	0	0
탐보프 주	8	8	0	2
트베리 주	31	48	1	0
툴라 주	14	22	0	1
야로슬라블 주	12	14	0	0
모스크바 시	479	1,482	42	49
<b>북서 연방관구</b>	<b>377</b>	<b>680</b>	<b>15</b>	<b>33</b>
카렐리야 공화국	6	7	0	0
코미 공화국	18	30	0	0
아르한겔스크 주	16	18	0	1
그 중 네네츠 자치구	1	5	0	0
볼로그다 주	28	42	0	0
칼리닌그라드 주	19	40	0	3
레닌그라드 주	17	28	0	1



러시아연방 행정구역	건강진단센터의 수(법인의 수)	총 합계 (지사 합산 시)	이 중 CT 검사 가능한 센터	이 중 MRI 검사 가능한 센터
무르만스크 주	11	12	0	0
노브고로드 주	13	17	0	0
프스코프 주	9	9	0	1
상트페테르부르크 시	239	472	15	27
<b>남부 연방관구</b>	<b>163</b>	<b>273</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
아디게야 공화국	8	8	0	0
크라스노다르 주	58	133	3	2
아스트라한 주	16	18	1	1
볼고그라드 주	28	42	0	0
로스토프 주	53	72	0	1
<b>북캅카스 연방관구</b>	<b>90</b>	<b>98</b>	<b>4</b>	<b>8</b>
다게스탄 공화국	16	16	1	1
인구시 공화국	1	1	0	0
카바르디노발카르 공화국	21	25	1	3
카라차예보체르케스타야 공화국	4	4	0	1
북오세티아알라니아 공화국	5	5	0	0
체첸 공화국	2	2	0	0
스타브로폴 지방	41	45	2	3
<b>볼가 연방관구</b>	<b>524</b>	<b>849</b>	<b>36</b>	<b>25</b>
바쉬코르스탄 공화국	47	75	2	0
마리엘 공화국	5	6	0	0
모르도바 공화국	7	11	0	0
타타르스탄 공화국	98	136	5	6
우르무르트 공화국	17	27	2	1
추바시 공화국	19	24	2	0
페름 지방	61	102	5	2
키로프 주	26	60	5	3
니즈니노브고로드 주	78	142	3	3
오렌부르크 주	12	28	0	0
펜자 주	21	33	1	1
사마라 주	78	136	5	4
사라토프 주	39	50	5	3
울리아놉스크 주	16	19	1	2
<b>우랄 연방관구</b>	<b>228</b>	<b>337</b>	<b>11</b>	<b>10</b>
쿠르간 주	7	8	1	0
스베르들로프스크 주	69	110	5	4
튜멘 주	45	58	3	2

러시아연방 행정구역	건강진단센터의 수(법인의 수)	총 합계 (지사 합산 시)	이 중 CT 검사가 가능한 센터	이 중 MRI 검사가 가능한 센터
한티만시 자치공화국	18	30	0	1
야말로네네츠 자치구	2	3	0	0
첼랴빈스크 주	87	128	2	3
<b>시베리아 연방관구</b>	<b>392</b>	<b>590</b>	<b>10</b>	<b>22</b>
부랴트 공화국	11	18	1	2
하카시아 공화국	8	8	0	1
알타이 지방	36	55	0	5
자바이칼 지방	5	5	0	1
크라스노다르 지방	75	90	6	3
이르쿠츠크 주	30	40	0	1
케메로보 주	45	118	0	2
노보시비르스크 주	121	172	1	2
옴스크 주	37	41	2	4
토ms크 주	24	43	0	1
<b>극동 연방관구</b>	<b>106</b>	<b>147</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
사하 공화국 (야쿠티야)	7	7	0	0
캄차카 지방	4	4	1	1
극동 지방	42	68	3	4
하바로프스크 지방	24	30	0	0
아무르 주	20	26	0	0
마가단 주	1	1	0	0
사할린 주	6	9	0	0
유대인 자치구	2	2	0	0

자료원: 다이렉트 인포사 내부 정보, 공개자료

### 진단센터에 관한 일반정보

표 1.4.2. 각종 의료진단검사별로 분석한 러시아의 사립건강진단센터(법인의 수) 현황

건강진단검사 종류	하기 서비스를 제공하는 센터의 수	전체 건강진단센터에서 차지하는 비율
CT 검사	150	5.3%
MRI 검사	197	7.0%
초음파 검사	2,269	80.4%
엑스레이 검사 (모든 종류)	301	10.7%
임상실험 분석	2,167	76.8%
기타 (PET, SPECT, 감마카메라, 방광쇄석기)	102	3.6%

자료원: 다이렉트 인포사 내부 정보, 공개자료

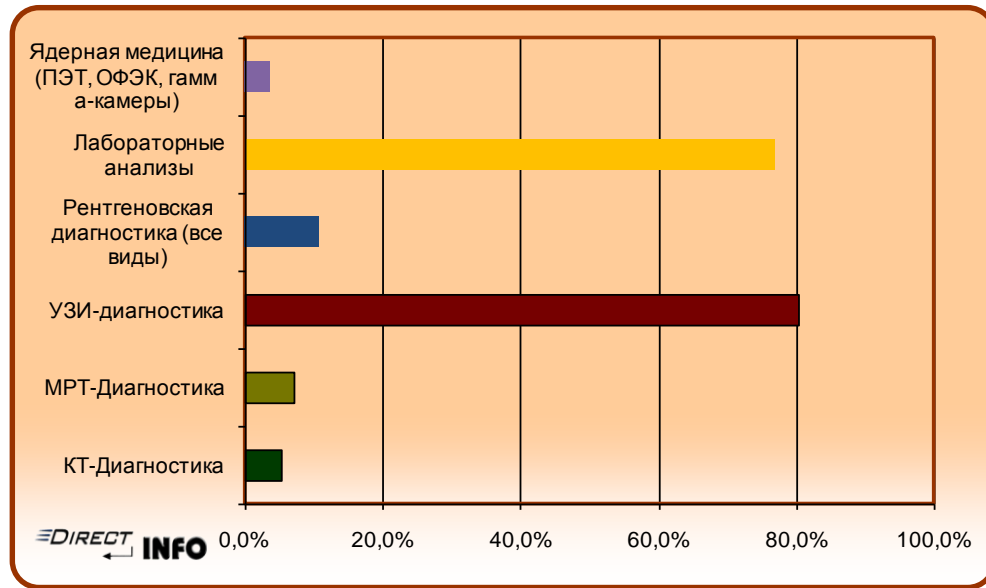


그림 1.4.1. 각종 진단검사가 가능한 사립건강진단센터의 분포도  
 위에서부터: 핵의학검사(PET, SPECT, 감마카메라), 실험실 분석, 엑스레이 검사 (모든 종류), 초음파  
 검사, MRI 검사, CT 검사

## 2. 러시아 내 외국의료센터의 사업

### 2.1 러시아 시장의 진입장벽과 법적 규제

현재 러시아 전역 150 여개 이상의 사립의료센터에서는 CT와 MRI 등 첨단 서비스를 제공하고 있다. 공식적으로 혹은 비공식적이든 유료 서비스를 제공하는 시설이 잘 갖춰진 (의료 서비스의 현대화된 프로그램 내에서) 국립 및 관할 구의 병원 및 종합 병원과 비교했을 때, 이들 사립의료센터는 모두 강한 경쟁력을 갖고 있다. 기타 다른 국립 및 사립 병원들과의 직·간접적 경쟁을 제외하고도, 러시아에 새로 설립될 병원은 잠재적으로는 난관에(다른 나라에는 존재하지 않는 러시아의 전형적인 많은 문제들) 부딪히게 될 것이다. 그러한 문제점들을 아래에 기술한다.

#### 장벽:

##### 1. 병원 사업의 인증:

- 2001 년 8 월 8 일자 러시아 연방법 №128 «특수 유형 사업의 인증에 관한 법»에 의거, 면허 재발행의 기간 갱신 적법성에 대한 법원의 판결에 따라 5 년 기한 만료 후 면허 기간 갱신 중지.
- 2007 년 1 월 22 일자 정부령 №30 «의료사업인증에 관한 규정»의 요구사항을 전체 범위에서 이행 불가
- 의료사업인증에 관한 연방 규정 부족
- 의료 사업인증 취득 절차는 1.5 년 소요
- 20% 이상의 외국 자본을 가진 회사는 설사 중소기업 기준에 해당되어도 이에 포함되지 않음
- 외국인 근로자에 대한 할당률

##### 2. 외국인 의사의 의료행위 인증:

- 외국 학위와 인증서를 인정하고 부여하는 과정 (1 년 소요)
- 외국인 의사 학위 검증을 위한 특별 시험 통과

**취업.** 의료 활동에 관한 러시아 법률과 노동 법규는 러시아에서 의료 활동을 하는 의사들에게 일련의 특별한 조건을 요구한다. 이는 다음 2.2 장에서 좀 더 자세하게 기술되어 있다. 특정 전문 교육을 받은 의사에 한해 의료 활동이 허용되는데, 이와 관련, 외국 학위증서를 가지고 있는 외국인 의사는 그것과 동등한 러시아의 교육증서를 지정해야하고, 러시아에서 이 서류를 인정하는 절차를 수행해야 한다. 그렇지 않으면 외국인 의사의 교육 수준이 법정 자격에 일치한다는 것을 보증하기 어려울 수 있다. 이와 반대로 외국인 의사에게 반드시 필요한 학력이

부재할 경우, 러시아연방 노동법 제 1 편 제 77 조 11 항에 규정된 고용 계약서 체결 법칙 위반에 따라 그와의 고용 계약이 종료된다.

**물질적인 보장, 일상 생활의 보장, 사회 보장.** 외국 시민에 대한 법은 일시적으로 러시아 영토에 체류하는 외국 시민의 금융, 의료 그리고 주거 보장의 의무를 초청기관(즉, 의료센터)에 위임한다. 이러한 의무는 보증의 성격을 지닌다. 이는 초청 측이 반드시 외국 시민에게 생계 및 의료보험을 위한 수단을 보장하고, 주거를 제공하지 않아도 된다는 의미이다. 이러한 초청 측의 보증은 외국인 시민이 어떠한 이유에 의해 자기 스스로 위에 열거된 혜택을 취할 수 없을 때 그것들이 보장된다는 의미이다.

**사회/보험.** 러시아 연방에서는 일시적으로 러시아 영토에 체류하는 외국 시민의 고용 계약서상의 수당과 기타 혜택의 금액은 러시아연방 연금기금, 러시아연방 사회보험기금, 의무의료보험의 연방 및 지역 기금의 공제대상이 아니다. 이 점에서 러시아에 일시적으로 체류하는 외국 전문의들에게 연금보험과 일시적인 노동능력 상실 및 임신으로 인한 실업보험, 의료보험 등 의무사회보험이 적용되지 않는다.

단지 다음의 경우는 예외이다.

- 업무수행시 사고에 대한 보험
- 직업병에 대한 보험

**과세.** 외국인 의사 소득세의 중요한 특징은 러시아의 실제 거주 기간에 따라 조세 등급이 (러시아 연방 거주자 또는 비거주자) 변동될 가능성이 있다는 것이다. 추가적 특징은 이중 과세 회피와 관련된 국제 협약에 가입되어 있는 외국 국가와 러시아 사이에 체결된 계약 내용에 기인한다.

### 3. 산업 장벽:

- 무상 의료 포기에 대한 러시아 국민들의 저항
- «엘리트» 의료 업계에서의 높은 경쟁 (고객 선점 경쟁).

이 때 제공되는 의료 서비스의 수준과 가격과의 조합이 중요한 역할을 함.

### 4. 가격 장벽:

- 중간 가격 부분(segment) 형성의 어려움.
- 의료센터 조직을 위한 높은 비용
- 국립 및 관할 구 병원과의 경쟁 (이들 병원은 장비 구입에 예산을 배분할 필요가 없기 때문에, 이들의 의료서비스의 가격은 실제금액이라기보다 해당 서비스에 대해 국민들이 지불할 수 있는 의지에 기인해 정해진 것이다)

### 5. 행정 장벽:

- 화재관리를 수행하는 기관으로 인한 장애요소. 의료 행위를 실행하는 병원에서 화재 안전 계획 점검을 하는 동안, 이들 관리기관은 고용주들에게 새로운 법에 의해 재도입된 소방안전시설 신고서를 작성하고 승인하는 의무를 부여한다. 그렇지 않을 경우 불이익을 당할 수 있음을 넌지시 경고한다. 점검시 소방안전 데이터에 대한 어떠한 설명도 없다. 신고서 작성은 의료 교육을 받은 사람들에게는 벅찬 업무이다. 의료센터는 부득이한 부수적 비용의 증가로 인해 외주서비스를 이용해야 한다.
- 전기 공급에 관한 독과점 기업으로 인한 장애요소. 이들은 주거용 건물을 개조해 공업용 건물(비주거용 건물)로 사용하는 기관에 한 달에 두 번 전기세 및 난방비를 현금으로 지불하도록 강요한다. 지불 후에도 추가 시간에 따른 비용은 에너지 공급업체의 사무실로 송장(invoice)을 반드시 제출해야 한다. 이 과정에서 받은 청구서는 수령 후 3 일 이내에 지불해야 하고, 만약 지불이 지연될 시 전력과 난방 공급이 차단된다.

**참조:** 실제 러시아에서 사업체를 운영하는 경우 상기한 장애요소가 반드시 발생하는 것은 아니나, 이로 인한 위험을 최소화할 수 있도록 잠재적인 문제점들에 대한 정보를 인지하고 있어야 한다.

## 2.2 의사 자격증 취득 절차

### **외국인 의사 자격증 면허(lisence)교체 (한국과 미국 면허를 토대로 러시아 의사 면허 취득 가능성)**

현재 러시아연방 내에서 외국인 전문가의 직업 활동 허용을 조정하는 기본 증서는 1995 년 2 월 7 일자 정부령 №119 이다(개정령 - 2005 년 2 월 1 일자 법령 №49). 이 문서에 따르면 외국에서 의료 및 조제 사전교육을 받은 이는 아래 세 가지 조건 하에 러시아에서의 의료활동이 허용된다.

1. 연방교육담당기관은 러시아연방 보건 및 사회개발 감독국과 공동으로 동등한 수준의 교육과정을 설정해야 한다.
2. 외국인 의사는 러시아연방 공중보건 교육기관의 특별 시험에 통과해야 한다.
3. 면허 취득의 정해진 절차를 거쳐 러시아연방 보건 및 사회개발 감독국이 정한 형태에 따라 의료 또는 제조 활동에 종사한다.

이에 따라 모든 절차는 세 단계로 나뉜다.

### **1 단계. 외국학위의 인증 (Nostrification)**

외국학위의 인증은 다음 내용을 포함한다.

- 인증 절차를 거친 외국학위증서의 진본 여부 확인을 위해 러시아연방정부 예산기관인 "국립 교육 및 평가 심사 센터"가 수행하는 일련의 심사(test) 통과
- 러시아연방 교육과학기술부에 외국의 학위증서 등록

등록 준비는 세 단계로 구성되어 있다:

### 1. 교육 또는 학위에 대한 국가 서류 양식의 진본 확인(authentication)

- 국가의 특징 목록에 따른 C 기준- 국가의 증명서 확인
- U 기준 - 대학교 증명서 확인, 외국의 권위있는 기관에 의해 인정되어야 한다.
- D 기준 - 학위증서 확인, 나라에서 발급된 증명서를 인정한다.

### 2. 교육 또는 학위 양식 발급의 합법성 확인

- 정보 요청 응답이 가능한 학교에서 교육을 받았는지 확인
- 입학, 교육 과정과 학위 혹은 학위증서 발급의 합법성 확인
- 해당국가의 법에 따라 학위증서 수여 및 수수료기간의 확인

### 3. 러시아 연방 교육 자격에 상응하는 외국 교육 자격의 설정

- 교육 자격 심사
- 전공 심사
- 전문화 심사
- 학업과 시민의 권리 심사

위에서 언급한 검사 및 학위 감정 결과에 따라 러시아연방 교육과학기술부의 데이터베이스에 등록되고, 외국 학위증서의 진본여부 확인 후 그것이 러시아에서 발급된 것과 동등한 수준임을 보증하는 국가등록의 일련의 번호를 받게 되고, 또한 동등한 증서를 발급받게 된다.

### 2 단계. 외국에서 의료 또는 조제 교육을 받은 전문가의 증명서 발급

문의처, 근무시간, 연락처, 담당자	신청자로부터 받은 인쇄된 서류/ 기관간 전자 시스템 상호 수신에 의해 받은 전자 서류	소요 기간
	인지세는 징수되지 않음. 서류는 신청자가 직접 제출한다:	
주소: Clabyanskaya square, d. 4, Bl. 1. Moscow, 109074.  근무시간: 평일 10:00-16:00. 점심 시간 13:00-14:00.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 신청서</li> <li>• 신분증(여권) 사본</li> <li>• 신청자의 성, 이름 또는 부칭이 바뀌는 경우- 성, 이름 또는 부칭의 변경사항을 증명하는 서류 사본</li> <li>• 교육증명서 사본 (학위 사본 첨부)</li> <li>• 대학원 교육 및 그 이전에 발급된 졸업증명서와 수수료증 사본</li> <li>• 대학원 교육의 예비과정 프로그램 또는 성적표 사본;</li> </ul>	특별 시험 통과 발급 - 30 일 직업활동허용 거부 - 30 일

전화: +7(499) 578-01-78 담당자: Gylishina Baleliya Aleksandrovna	<ul style="list-style-type: none"> <li>전공과 관련해 이전의 근무 내용을 기재한 서류 사본 (노동 증명서 또는 이를 대체할 만한 서류);</li> <li>4x6cm 크기의 광택이 없고 테두리 처리없는 흑백사진 (2 장)</li> </ul>	
E-mail: info@roszdravnadzor.ru 문의처: +7(499) 578-02-30	<b>기관 간 상호 수신에 따라 러시아 연방 보건 및 사회 개발 감독국이 받은 통보:</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>외국 정부에서 전달받은 중,고등교육과 동등한 서류에 대한 통보</li> </ul>	

대학원 교육의 확인은 테스트 또는 시험을 통해 진행된다. 테스트 또는 시험결과에 따라 러시아연방 보건 및 사회개발감독국은 러시아 학위와 동등한 인턴(수련의) 통과 증명서를 발급한다.

외국의 의료 교육을 받은 이를 위한 특별 시험을 시행하는 교육기관 목록(극동 연방관구):

- «의료전문가 고등교육연구소»
- «극동 국립의과대학»

3 단계. 러시아에서 노동 허가증 수령 (상기 시험을 통과했을 경우)

전문의 활동 허가를 받기 위해 러시아연방 보건 및 사회개발감독국에 반드시 제출해야 하는 서류 목록:

1. 러시아연방에서 의료 및 조제 활동에 종사할 권리를 요구하는 시민의 신청서
2. 여권 공증 사본. 필요한 경우 러시아어로 번역 공증. 인쇄에 주의를 기울여야 함: 역시 러시아어로 번역되어야 함
3. 교육증명서(학위) 공증 사본. 필요한 경우 러시아어로 번역 공증
4. 대학원 교육 수료증명서(인턴, 레지던트) 공증 사본. 필요한 경우 러시아어로 번역 공증
5. 연방 교육 및 과학 분야의 관리국의 교육증명서와 동등한 여부에 대한 서한 공증 사본
6. 노동 허가증 공증 사본. 필요 시 러시아어로 번역 공증
7. 4x 6 cm 크기의 광택이 없고 테두리 처리없는 흑백 사진 2 장

## 2.3 외국자본 유입을 통한 러시아 내 의료센터 개관 사례

### **러시아 내 "미국 의료 클리닉"의 사업 조직 사례**

오늘날 상트페테르부르크 시에 자리 잡고 있는 미국 의료클리닉(AMC)은 러시아에서 다양한 분야의 진료를 제공하는 외국 대형의료센터들 중 하나이다. 이 의료센터는 외래환자 진료와 입원환자 진료를 포함해 60 가지 의료서비스를 제공하고 있다. 의료센터는 환자를 위한



24 시간/7 일/365 일 정책을 내세우며 개원했다. 직원들은 영어, 독일어, 스페인어, 프랑스어, 아랍어 그리고 일본어를 구사한다.

미국 의료클리닉은 1993 년 미국 영사관과 상트페테르부르크 시장의 지지 하에 설립되었다. 미국 투자자들은 여행 등 일시적으로 방문한 사람들 뿐만 아니라 장기간 업무차 체류해 온 자국민들(외국 자본의 회사의 대표이사들도 포함)에 초점을 맞춰 의료센터를 열었다. 개원 초창기에는 병원에는 미국인 병원장과 영어를 하는 미국 및 영국 의사와 간호사들이 근무했다. 그러나 병원은 처음부터 타 국적 외국인들 뿐만 아니라, 시간이 갈수록 점점 더 늘어난 러시아 환자들까지 의료서비스를 제공했다.

병원은 성공적인 발전을 거듭하면서, 러시아 주요 도시에 의료센터 네트워크를 형성하기에 이르렀다(모스크바, 상트페테르부르크, 키예프, 프라하). 2002 년 미국인 병원 소유주들은 자신들의 의료센터 네트워크를 팔기로 결정했고, 상트페테르부르크의 기업 «Adamant» 이 이를 인수했다.

병원을 매각할 당시 병원명 변경에 있어 문제가 생겼다. 병원의 처음 명칭은 «미국 의료센터»의 영어알파벳 축약어 «AMC»라고 불리웠으나, 몇몇 변경 사항으로 인해 미국 의료센터가 아닌 미국 의료클리닉이라는 명칭으로 불리워지기 시작했다. 이로 인해 병원의 이미지가 개선되었다.

투자 회사 «Adamant»를 통해 병원은 자신의 가능성을 현저히 넓힐 수 있었다. 예전 센터의 규모는 작은 종합병원 부서의 수준이었다. 그러나 2000 년 초반부터 병원은 입원병동 및 수술장비와 최신 진단장비(엑스레이, 초음파, 내시경 장비)를 갖춘 의료기관으로 탈바꿈하였다.

2005 년 미국 의료클리닉의 규모는 두 배로 확장되었다. 병원은 3 개 층을 임차하였다. 무엇보다 먼저 치과병동이 확대되었다. 2005 년 8 월 미국 의료클리닉은 상트페테르부르크시에 병원의 중요한 전략상의 과제이기도 했던 최신 응급소생 및 집중치료 분실을 개설했다. 동시에 병동의 병실 수를 늘리고 제 2 의 운영 체계를 시작했다. 이는 미국 의료클리닉이 유럽의 의료센터와 비교해 그 수준에 있어 결코 밀리지 않은 외과치료를 환자들에게 제공할 수 있는 계기가 되었다. 또한 같은 해 미국 의료클리닉을 기반으로 새로운 의료분야인 현대적인 피부미용 및 성형외과를 미국 미용센터(American Beauty Center)라는 명칭 하에 운영하기 시작했으며, 유아병동을 설립하고(상트페테르부르크에서 시설이 좋은 병원 중 하나), 병원 부속 약국을 개설했다. 그러나 최근에도 회사는 현 상황에 안주하지 않았다. 2007 년 11 월 응급차 부서와 응급센터 M24 를 열었으며, 이 곳 전문가들은 위험한 상황에 처한 성인과 어린이들에게 늘 서비스를 제공할 준비태세를 갖추고 있다.

이 병원은 최초 개관일부터 2003 년 병원의 재정비 및 확장하기까지 약 450 만 달러를 투자하였다. 현재 병원의 주소는 Naberezhnaya Moika, 78 이며, 병원 소유의 3 층 건물에 위치하고 있다.

#### 병원 설립 당시 제공되었던 서비스:

- 24 시 응급실
- 응급 관리
- 소화기외과(복강경)
- 산부인과
- 소아과
- 방문 진료 (왕진)
- 동종요법
- 예방 접종
- 임상 실험 서비스
- 호르몬 연구
- 진단
- 심장 진단(자전가 에르고미터, 모니터링)
- 엑스레이
- 심장 전문의
- 비뇨기과 전문의
- 외과 전문의
- 검안 전문의
- 이비인후과 전문의
- 시설이 잘 갖춰진 병실
- 러시아와 외국으로의 의료 후송
- 치과

자료원: 해당기관 홈페이지 자료

#### 현재 제공되는 서비스

- 응급차 부서
- 종합병원
- 산부인과
- 비뇨기과
- 소아과
- 심장학과
- 이비인후과

- 안과
- 임상실험
- 진단과
- 치과
- 병원 외과 병동
- 성형외과 및 피부미용실
- 외상 전문 및 정형외과
- 집중치료과
- 응급실

## 대형 외국계 의료센터들에 대한 일반 정보

표 2.3.1. 러시아연방에서 운영되고 있는 외국 자본의 대형의료센터 목록

센터명	도시	주요 정보
EMC	모스크바	유럽 의료센터. 1989 년 설립. 모스크바 내 의료 기간들의 대규모 네트워크 형성.
International SOS	모스크바	1990 년에 설립된 의료 기관. 응급 처치 및 상담 전문.
MEDSI (American Hospital Group)	모스크바,바르나울, 브란스크, 볼고그라드, 카잔, 노브고로드 냐간, 페름, 랴잔, 유즈노사할린스크	1957 년에 설립된 의료 기관 네트워크. 폐쇄형 주식회사 «Medsi»기업은 러시아 사립 의료 기관계의 리더. 질병 진단, 치료 및 예방 관련 전체 범위의 서비스를 제공하는 연방 의료 시설로 국가 최대 규모의 사설 네트워크 형성.
American Medical Clinic and Hospital (AMC)	상트페테르부르크	1993 년에 개관한 이래, 60 개 부문의 의료 서비스를 제공하는 큰 규모의 종합전문병원임
Norwegian Medical Center	상트페테르부르크	일상진료를 하는 병원
Deutsche Familienklinik	상트페테르부르크	Heinrich Schneider 에 의해 상트페테르부르크에 설립된 독일 가족 병원
Evropejskij Institut Zdorovya	상트페테르부르크	일상진료를 하는 병원
Chinese Center	상트페테르부르크	일상진료를 하는 병원
Scandinavia Clinic	상트페테르부르크	2004 년 초 개관. 병원 설립자들 중 스칸디나비아 병원 네트워크인 AVA 의 소유자들임. "스칸디나비아" 병원의 경영주주는 핀란드 회사인 "Scanfert" 임.

센터명	도시	주요 정보
Tsentr voctochnoi meditsiny v Gamburg (Center of oriental medicine in Hamburg)	상트페테르부르크	일상진료를 하는 병원
AVA-Peter Clinic	상트페테르부르크	1987 년 핀란드 Tampere 에서 설립. Tampereen Gynekologikeskus 의 센터를 기반으로 미래의 AVA 네트워크의 최초 병원이 개관했음.
SWISS-MED	모스크바	스위스 의료센터 SWISSMED 는 진단, 치료, 수술, 입원, 재활 및 복원과 성형 (미용 목적) 의 전 범위의 서비스를 제공하는 프리미엄 급 종합 의료센터임.
Schön Klinik	상트페테르부르크	독일 신장 전문 병원
MEDEM	상트페테르부르크	국제 의료 클리닉 MEDEM 은 성인과 어린이에게 전 규모 의료 서비스를 제공하는 프리미엄 급 현대 종합 병원임.

## 2.4 급여 수준

### 러시아와 하바로프스크 지방 의료진(의사, 간호사)의 평균 급여

하바로프스크 지방의 유사 데이터와 러시아 주요 도시 의료진의 평균급여 수준을 비교해보면, 하바로프스크 지방의 급여가 전체적으로 더 낮음을 보여준다. 이는 러시아에 비해 최저 급여 수준은 1.2 배, 평균 급여 수준은 1.6 배 적었으며, 또한 최고 급여 수준을 비교했을 때도 1.8 배나 차이가 나는 것으로 조사되었다. 보다 정확한 비교를 위해서는 구체적인 직위 및 전문분야별로 담당자들의 업무내용을 자세히 대조해 볼 필요가 있다.

전문분야별로 본 전문 의료진 급여의 구체적인 정보는 표 2.4.2 와 2.4.3 에 나타나 있다.

**표 2.4.1. 러시아 주요 도시 의료진의 평균 급여 및 소득분포 (단위:루블)**

전문 분야 / 직위	최저 급여	평균 급여	최고 급여
산부인과 전문의	25,000	35,000	110,000
중환자 전문의	27,000	44,000	110,000
초음파검사 전문의	27,000	35,000	95,000
기능진단 전문의	17,000	27,000	40,000
임상전문의	12,000	29 750	43,000
방사선과 전문의	17,000	33,000	62,000
비뇨기과 전문의	27,000	37,500	90,000
위장병 전문의	17,000	34,500	50,000
피부과 전문의	20,000	44,500	67,000

전문 분야 / 직위	최저 급여	평균 급여	최고 급여
심장병 전문의	22,000	32,500	45,000
피부미용 전문의	17,000	52,000	160,000
이비인후과 전문의	12,000	37,000	65,000
척추 관절 내과 전문의	22,000	37,000	85,000
신경병리학(신경학) 전문의	22,000	36,000	60,000
종양학/유방암 전문의	17,000	31,500	60,000
안과 전문의	17,000	31,500	50,000
소아과 전문의	22,000	34,500	60,000
흉부외과 전문의	22,000	33,500	40,000
내과 전문의	22,000	35,000	70,000
외상외과/정형외과 전문의	22,000	34,500	60,000
외과 전문의	17,000	42,000	60,000
내분비학 전문의	17,000	36,000	76,000

자료원: 인력채용기관 자료

표 2.4.2. 하바로프스크 지방 의료진의 평균 급여 및 소득분포 (단위:루블)

전문 분야 / 직위	최저 급여	평균 급여	최고 급여
산부인과 전문의	17,000	22,000	50,000
중환자 전문의	15,000	20,000	27,000
초음파검사 전문의	15,000	20,000	40,000
기능진단 전문의	15,000	18,000	35,000
임상전문의	15,000	20,000	30,000
방사선과 전문의	20,000	25,000	30,000
비뇨기과 전문의	18,000	25,000	50,000
위장병 전문의	16,000	23,000	30,000
피부과 전문의	20,000	25,000	40,000
심장병 전문의	25,000	30,000	50,000
피부미용 전문의	30,000	40,000	60,000
이비인후과 전문의	13,000	17,000	30,000
척추 관절 내과 전문의	12,000	20,000	35,000
신경병리학(신경학) 전문의	14,000	25,000	40,000
종양학/유방암 전문의	20,000	25,000	50,000
안과 전문의	15,000	20,000	40,000
소아과 전문의	15,000	20,000	50,000
흉부외과 전문의	12,000	17,000	25,000

전문 분야 / 직위	최저 급여	평균 급여	최고 급여
내과 전문의	15,000	20,000	50,000
외상외과/정형외과 전문의	15,000	20,000	50,000
외과 전문의	20,000	25,000	60,000
내분비학 전문의	16,000	23,000	35,000
간호사	8,000	10,000	15,000

자료원: 인력채용기관 자료

표 2.4.3. 2013 년도 러시아 주요 도시 사립병원 의료진의 급여 수준 예측 (단위:루블)

전문 분야 / 직위	최저 급여		평균 급여		최고 급여	
	최소	최대	최소	최대	최소	최대
산부인과 전문의	12,500	34,500	34,500	84,000	84,000	128,000
중환자 전문의	29,000	37,800	37,800	57,600	57,600	128,000
초음파검사 전문의	29,000	40,000	40,000	67,500	67,500	111,500
기능진단 전문의	18,000	23,500	23,500	34,500	34,500	51,000
임상전문의	12,500	26,800	26,800	37,250	37,250	54,300
방사선과 전문의	18,000	34,500	34,500	56,500	56,500	75,200
비뇨기과 전문의	29,000	32,300	32,300	48,800	48,800	106,000
위장병 전문의	18,000	29,000	29,000	45,500	45,500	62,000
피부과 전문의	21,300	40,000	40,000	56,500	56,500	80,700
병원장	34,500	51,000	51,000	78,500	78,500	117,000
심장병 전문의	23,500	29,550	29,550	40,550	40,550	56,500
피부미용 전문의	18,000	40,000	40,000	73,000	73,000	183,000
이비인후과 전문의	12,500	29,000	29,000	51,000	51,000	78,500
척추 관절 내과 전문의	23,500	29,000	29,000	51,000	51,000	100,500
신경병리학(신경학) 전문의	23,500	29,000	29,000	48,800	48,800	73,000
종양학/유방암 전문의	29,000	34,500	34,500	51,000	51,000	73,000
안과 전문의	18,000	26,800	26,800	41,100	41,100	62,000
소아과 전문의	23,500	31,200	31,200	43,300	43,300	73,000
흉부외과 전문의	23,500	32,300	32,300	40,000	40,000	51,000
내과 전문의	23,500	33,400	33,400	42,200	42,200	84,000
외상외과/정형외과 전문의	23,500	31,200	31,200	43,300	43,300	73,000
외과 전문의	18,000	34,500	34,500	56,500	56,500	73,000
내분비학 전문의	18,000	29,000	29,000	48,800	48,800	90,600

자료원: 인력채용기관 자료

### 러시아와 하바로프스크 지방 (병원) 행정직원의 평균급여

하바로프스크 지방의 유사 데이터와 러시아 주요 도시의 병원 일반직원의 급여를 비교해 보면, 주어진 범주 안에서 하바로프스크 지방 일반직원의 급여가 전체적으로 더 낮음을 보여준다. 또한 의료진의 경우와 마찬가지로, 하바로프스크 지방 일반직원은 러시아 전체 평균에 비해 업무별로 최저 급여 수준은 1.2 배, 평균 급여 수준은 1.4 배 정도 적었으며, 최고 급여 수준에 있어서도 1.9 배나 차이가 나는 것으로 조사되었다. 보다 정확한 비교를 위해서는 구체적인 직위별로 담당자들의 업무내용을 자세히 대조해 볼 필요가 있다.

직위별로 본 행정직원 급여에 대한 자세한 정보는 표 2.4.4, 2.4.5, 2.4.6 에 나타나 있다.

**표 2.4.4.** 러시아 주요 도시 병원 일반직원의 평균 급여 및 소득분포 (단위:루블)

직 위	최저	평균	최고
기술자	10,000	25,000	35,000
청소부	8,000	16,000	20,000
접수처 직원	15,000	25,000	35,000
비서	15,000	23,000	50,000
병원 행정직원	25,000	35,000	60,000
인사담당자	20,000	30,000	70,000

자료원: 인력채용기관 자료

**표 2.4.5.** 하바로프스크 지방 병원 일반직원의 평균 급여 및 소득분포 (단위:루블)

직 위	최저	평균	최고
기술자	7,000	15,000	18,000
청소부	6,000	14,000	16,000
접수처 직원	12,000	15,000	18,000
비서	15,000	18,000	25,000
병원 행정직원	20,000	23,000	30,000
인사담당자	23,000	27,000	35,000

자료원: 인력채용기관 자료

표 2.4.6. 2013 년 러시아 주요 도시 사립병원 간부직 및 행정직원의 급여 수준 예측 (단위:루블)

직 위	최저		평균		최고	
	최소	최대	최소	최대	최소	최대
<b>관리직</b>						
대표이사	58,000	100,900	100,900	147,100	147,100	300,000
병원장 (센터를 관리하는 의료원장)	36,000	63,500	63,500	96,500	96,500	168,000
부장급 의사	25,000	54,150	54,150	83,850	83,850	124,000
각 과의 과장	19,500	36,000	36,000	63,500	63,500	102,000
<b>행정직</b>						
병원센터 행정직원	18,000	23,000	23,000	35,000	35,000	55,000

자료원: 인력채용기관 자료



## 부록 1. 의료사업 인증 수속 시 신청 및 필요한 양식의 예

등록번호:

JO-27-*인증 기관이 작성*

### 서류 목록

2001 년 \_\_\_\_ 월 \_\_\_\_ 일 면허인증 신청자 \_\_\_\_\_ 는

*법인 명칭/ 기업주 개인 성, 이름, 부칭*

아래 서류를 하바로프스크 지방 보건복지부의 인증 부서에 제출하였음을 증명한다:

각 장 №	서류명	수량	추가 제출
1	인증 신청서		
2	신청서 첨부 서류		
2.1	공증 절차를 거친 법인기관 서류 사본		
2.2	인증 신청 시 인지세 완납 증명서류 (2,600 루블)		
2.3	연방법에 제시된 인증된 사업형태를 기재한 서류를 포함해, 인증 신청자의 인증 요구사항 준수를 증명하는 서류와 의료활동 인증 관련 법규에 지정된 서류 사본 목록:		
2.3.1	인증 신청자가 의료활동 시행을 위해 건물, 대지, 장비 및 다른 유형의 기술설비에 대한 소유권 및 별도의 법적 근거가 있음을 증명하는 서류		
2.3.2	법인 대표이사 혹은 부대표의 교육증명서(대학원, 전문과정 및 자격증 승급) 및 경력증명서 사본		
2.3.3	인증 신청자의 직원의 업무(서비스) 수행을 위한 법적 근거가 되는 교육증명서(대학원, 추가 전문 교육과정 및 자격증 승급) 사본		
2.3.4	업무(서비스) 수행과 관련 개인 사업가의 경력 증명서와 교육증명서(대학원, 추가 전문 교육과정 및 고등 자격증 승급) 사본		
2.3.5	의료기기 관리업무를 수행할 직원의 관련 자격증 및 교육증명서 또는 이를 수행할 수 있는 자격증을 소지한 업체와의 계약서 사본		
3	법인/개인 사업가의 권리를 이전받은 대리인의 위임장		

\* 공증되지 않은 서류의 사본은 원본과 함께 제출해야 함

수령인:

(직위)

(성 이름 부칭)

(서명)

도장 인

신청인:

신청 조직의 대표이사/ 개인사업자:

(성 이름 부칭)

위임장에 따른 인증 신청자

(성 이름 부칭)

(위임장 번호와 발급 날짜)

(서명)

도장 인

**인지세 납부에 대한 세부 정보:**

예산분류코드(KBK) 06010807081011000110

납세자번호(INN) 2721026023

등록사유코드(KPP) 272101001

수령인 : 하바로프스크 지방 연방 국고 출납국 (하바로프스크 보건복지부)

수령은행 : 하바로프스크 지방 GRKC GU(State Financial Settlements Center) 러시아 은행  
하바로프스크 시

계좌번호 40101810300000010001

은행인식코드(BIC) 040813001

전 러시아 행정구역 용어집 (OKATO) 08401000000

수납지정 : 인증에 대한 인지세 (사업종류 명시)

## 부록 2. 서류 목록

### 외국제조회사의 의료기기 인증을 위한 필수서류 목록:

- 서류 목차 – 2 부.
- 신청서 – 서류철 별 1 부씩.\*
- 등록된 제품에서 유사품과의 기본특성 비교표 (비교표가 없을 때 제품은 임상실험실로 보내지며, 이에 따라 인증비용은 인상된다)는 신청 시 필수사항이다 (신청서의 부록에 첨부된다).
- 의료기기에 대한 설명서.\*
- 법인의 제조업체 등록을 입증하는 서류 : 법인등록 증명서, 국가통합법인등기부상 실제 기재여부 확인 증명서, 국가통합법인등기부 초본
- 제품의 제조회사가 해당국가에 등록되어 있는지 증명하는 서류
- 신청회사가 제조업체의 정식대리인임을 확인하는 위임장
- 대표이사의 위임장 – 2 부 (만약 인증수속절차가 대리회사에 의해 이루어지는 경우)
- 의료제품의 생산기준이 국제규격에 적합한지 증명하는 서류: 유럽 지침 CE 93/42 (시약 및 CE 98/79 분석용) 에서 요구되는 제품 품질 및 생산기준 적합성을 입증하는 증서/신고서, ISO 9001:2000 혹은 ISO 13485:2003 규격에서 요구되는 제품 생산기준 적합성을 입증하는 증서
- 규격서류 (신청자가 준비함) \*
- 품질인증서 (전자제품의 경우 EMC 는 필수임)

### 외국제조회사의 의료기기 및 장비의 품질인증 획득을 위한 서류 목록:

- 시험검사 신청서
- 규격서류
- 제품 설명서
- 목록표
- 사진
- 제품 샘플.
- 독성검사 기록 (독성검사 신청서 – 시험검사 진행을 위해 필요함)

- 의료제품 사용 안내서 (해당 서류는 반드시 두 가지 형식으로 제출해야 한다 – 컴퓨터 파일(워드 형식) 및 출력된 서류)
- 의학실험을 진행하는 기관 대표의 동의 하에 진단용 (In vitro) 물리치료기구 및 시약(kit) 등록 시 의학적 적용 안내서 초안\*
- 다음 자료가 저장된 CD 제출: 신청서, 설명서, 규격서류, 사용 안내서
- 3천 루블(인지세) 송금영수증 원본 혹은 은행 도장이 찍힌 사본

모든 서류의 사본은 GOST-R 6.30-2003 p. 3.26 에 따라 작성된다.

### 의료제품 신고를 위해 필요한 서류 목록

- 신청서
- 국가통합개인사업자등기부 상의 법인 등록 여부를 확인해주는 서류 사본 (법인등기부 상 법인의 등기번호 기재) 혹은 국가통합개인사업자등기부 상의 개인사업자 등록 여부를 확인해주는 서류 사본(개인사업자등기부 상 등기번호 기재)
- 기술명세서 사본(러시아 제조업체용)
- 검사 기록 (만약 소지 시) (독성검사 신청서, 시험검사 신청서).
- 라벨표시된 제품 샘플
- 러시아 보건복지부의 제품허가서(의약품)
- 회사 납세 카드

모든 서류의 사본은 GOST-R 6.30-2003 p. 3.26 에 따라 작성된다.

**[ 표 목록 ] - 총 34 개**

**5p./ 표 1.1.1.** 연도별 및 연방관구에 따른 러시아 내 병원의 수

**6p./ 표 1.1.2.** 러시아연방 행정구역 및 소유형태별로 본 의료기관의 수

**11p./ 표 1.1.3.** 러시아 내 진료과목별 병원 침대 수의 연간 변화수치  
(단위 : 천 개, 회계 연도말 기준)

**12p./ 표 1.1.4.** 러시아 행정구역 및 진료과목별로 본 병원 침대의 수

**16p./ 표 1.2.1.** 연도별로 본 러시아 의료진의 수 (회계 연도말 기준)

**16p./ 표 1.2.2.** 러시아 연방관구 및 연도별로 본 모든 분야의 의사 수  
(단위 : 천명, 회계 연도말 기준)

**17p./ 표 1.2.3.** 러시아 연방관구 및 연도별로 본 준의료직원의 수  
(단위 : 천명, 회계 연도말 기준)

**19p./ 표 1.2.4.** 러시아연방 행정구역 및 전문분야별로 본 의사 분포도

**23p./ 표 1.2.5.** 러시아연방 행정구역 및 전문분야별로 본 준의료직원 분포도

**28p./ 표 1.3.1.** 러시아연방 행정구역별 의과대학 및 의학부의 수

**30p./ 표 1.3.2.** 2011~2012 년 러시아연방 의과대학의 전체 순위  
(러시아 리아노보스티 통신 및 모스크바 고등 경제연구소 조사 결과)

**32p./ 표 1.3.3.** 러시아 의료서비스 분야의 고등교육 관련 전문의료인의 양성 현황 (단위 : 천명,  
9 월 초 기준)

**33p./ 표 1.4.1.** 러시아연방 행정구역별 보건복지부 산하 국립의료서비스기관의 CT와 MRI 설치  
현황 (연말 집계 결과)

**36p./ 표 1.4.2.** 2012 년 러시아 연방관구별 국립 의료서비스기관에서 구매한 CT 및 MRI 수

**36p./ 표 1.4.3.** 2012 년 러시아 연방관구별로 본 CT 및 MRI 서비스를 제공하는 개인(사립) 병원의 수

**40p./ 표 2.2.1.** 의무의료보험의 연방기금 예산 합계 (단위: 10 억 루블)

40p./ 표 2.2.2. 의무의료보험 연방기금의 수입과 지출 (단위:100 만 루블)

41p./ 표 2.2.3. 러시아연방 행정구역별로 본 의무의료보험기금의 수입과 지출 (단위:100 만 루블)

44p./ 표 2.3.1. 2012 년 러시아 의료서비스 자원조달방식

45p./ 표 2.3.2. 국가 프로젝트 "건강" 실행에 할당된 예산 현황 (단위:10 억 루블)

46p./ 표 2.4.1. 2012 년 러시아 연방관구와 행정구역별로 본 연방 및 지역 의무의료보험기금의 1 인당 평균 보험료 (단위:루블)

49p./ 표 2.4.2. 민간의료보험 프로그램에 따른 평균 보험 금액, 1 년간 1 인 기준 (단위:루블)

50p./ 표 2.4.3. 보험기관에서 수납 받은 보험료 (단위:100 만 루블)

60p./ 표 1.3.1. 의료기기 인증 절차 내용 요약

62p./ 표 1.4.1. 러시아 행정구역별 사립건강진단센터의 수: 건강진단센터의 수(법인의 수), 지사 합산 시(센터와 법인의 주소가 다를 때), CT 및 MRI 검사가 가능한 센터의 수

64p./ 표 1.4.2. 각종 의료진단검사별로 분석한 러시아의 사립건강진단센터(법인의 수) 현황

66p./ 그림 1.4.1. 각종 진단검사가 가능한 사립건강진단센터의 분포도

73p./ 표 2.3.1. 러시아연방에서 운영되고 있는 외국 자본의 대형의료센터 목록

74p./ 표 2.4.1. 러시아 주요 도시 의료진의 평균 급여 및 소득분포 (단위:루블)

75p./ 표 2.4.2. 하바로프스크 지방 의료진의 평균 급여 및 소득분포 (단위:루블)

76p./ 표 2.4.3. 2013 년도 러시아 주요 도시 사립병원 의료진의 급여수준 예측 (단위:루블)

77p./ 표 2.4.4. 러시아 주요 도시 병원 일반직원의 평균 급여 및 소득분포 (단위:루블)

77p./ 표 2.4.5. 하바로프스크 지방 병원 일반직원의 평균 급여 및 소득분포 (단위:루블)

78p./ 표 2.4.6. 2013 년 러시아 주요 도시 사립병원 간부직 및 행정직원의 급여 수준 예측 (단위:루블)

**[ 그림 목록 ] - 총 8 개**

**5p./ 그림 1.1.1.** 1990 년~2011 년 러시아 의료시스템 주요지표 분석

(1990 년을 1 로 놓고 환산한 수치)

**8p./ 그림 1.1.2.** 2010 년 현재 러시아(왼쪽) 및 하바로프스크 지방(오른쪽)의 소유형태별 의료기관 구조

**9p./ 그림 1.1.3.** 2010 년 현재 러시아연방 행정구역별 의료기관 분포도 : 정부운영(왼쪽), 사립기관운영(오른쪽)

**10p./ 그림 1.1.4.** 1970 ~ 2011 년 기간 동안 진료과목별 병원 침대 수의 변화 추세 (1990 년을 1 로 놓고 환산한 수치)

**16p./ 그림 1.2.1.** 러시아 연방관구별 모든 분야의 의사 수 변화 추세 (단위 : 천명)

**17p./ 그림 1.2.2.** 러시아 연방관구별 모든 분야의 준의료직원 수 변화 추세 (단위 : 천명)

**18p./ 그림 1.2.3.** 직무별로 분류한 러시아의 의사 및 준의료직원 구조(2010)

**30p./ 그림 1.3.1.** 러시아연방 행정구역별 의과대학 및 의학부의 분포도







III

**베트남 의료시장 환경  
조사보고서(국문)**



# 베트남 의료시장 환경 조사보고서

주관기관



조사기관



2013. 1

## 목차

### 1. 베트남 건강검진서비스 시장

- 1) 일반현황
- 2) 호치민과 인근 지역의 건강검진 서비스 수요
  - a) 잠재적인 건강검진 서비스 수요
  - b) 호치민과 인근 지역의 기존 건강검진서비스 형태
- 3) 준건강검진센터
  - a) 호치민과 인근 지역의 건강검진센터/병원 평가
  - b) 호치민의 주요 건강검진센터
- 6) 베트남의 U-의료 시스템

### 2. 규제와 법률 문제

- 1) 외국인 투자 의료기관 설립관련 규제
- 2) 외국인 의사의 업무 허용 범위
- 3) 베트남의 근로자 건강검진 관련 규제
- 4) 베트남의 의약품 관련 규제
- 5) 베트남의 원격건강검진 관련 규제
- 6) 베트남의 인터넷 개인정보보호 관련 규제

### 3. 사업현황

- 1) 연봉정보
- 2) 비용

### 4. 결론

- 1) 호치민과 인근지역의 건강검진서비스 성장 잠재력
- 2) 건강검진서비스 시장 내 경쟁
- 3) 외국인 투자 의료기관 설립을 위한 투자환경
- 4) 인터넷 및 스마트폰 환경과 U-의료 시스템

## 1. 베트남의 건강검진 서비스 시장

### 1) 일반현황

인구 8천6백만이 넘는 베트남은 인구 면에서 동남아시아 국가 중 3위이고 세계 13위에 해당한다. 2000년부터 2008년까지, 베트남 경제는 연평균 7.5%의 속도로 성장했는데, 이것은 아시아에서 가장 높은 경제성장률 중 하나이다. 의료분야에서도 베트남은 상당한 발전을 보이고 있다. 베트남의 기본 의료지표 역시 1인당 국민소득이 훨씬 더 높은 국가들과 비교할 수 있을 정도다.

#### - 의료시스템개선

베트남의 의료부문은 지난 20년간 몇몇 역동적인 변화를 보여주었다. 1980년대 후반 베트남 정부가 개혁 노력을 시작한 이래 경제 활성화에 상당한 성과를 거두었다. 1980년대의 중앙계획경제에서 탈피한 이후 1989년 신자유주의 의료정책 개혁조치는 베트남의 의료서비스 공급과 자금지원에 영향을 미쳤다. 구체적으로 민간의료 행위 법제화, 제약산업 자유화, 공공의료기관 이용료 도입 등에 힘입어 거의 보편적 공공자금으로 제공되던 베트남의 의료서비스가 크게 규제를 받지 않는 민간-공공혼합 시스템으로 효과적으로 전환되었으며 결국 베트남의 의료 시스템에 심각한 결과를 초래했다.

특히 베트남 정부는 다음과 같이 의료분야를 지원했다.

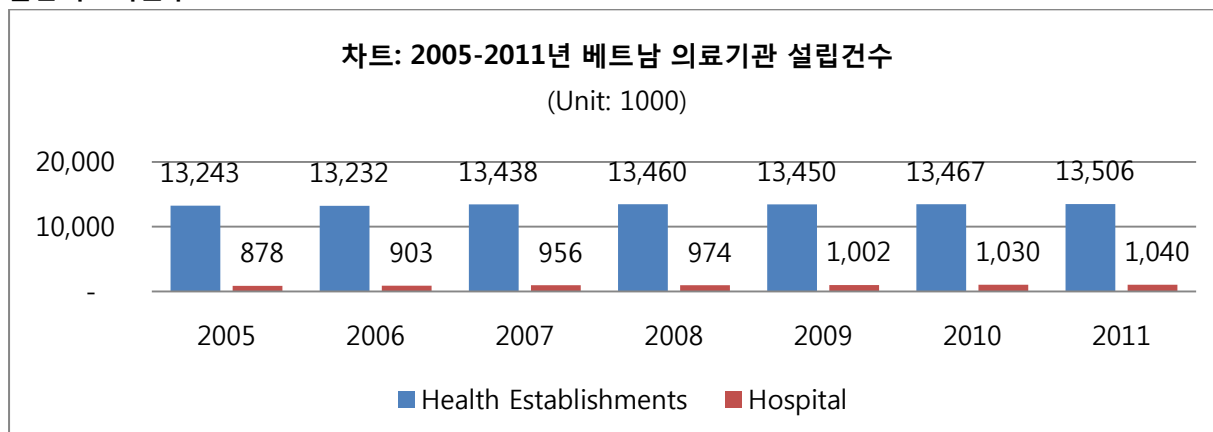
- 간토, 동나이, 빈즈엉 등지의 의료 인프라 개선
- 노후 장비 교체를 위하여 공공병원의 의료장비 예산 배정
- 의과대학생들에게 장학금 및 인센티브 제공
- 의료 부문에 공적개발원조(ODA) 지원
- 베트남 개발 자금은 의료 서비스의 경우 전체의 약10%에 해당하며, 2008년 이후 정부의 국채 프로그램(bond program) 47과 930을 통해 증가하였다.

중앙 병원의 병목 현상 완화를 위해 베트남 보건부(MOH)는 병목 현상 해소와 의료서비스 개선을 내용으로 하는 06/2007/CT-BYT 지침을 공표함과 동시에, 치료와 기술 이전을 개선하고 원거리와 산지 빈곤 지역의 수요에 대응하기 위하여 상급 의사에서 하급 전문의로 로테이션 하는 사업(Project 1816) 등을 통해 풀 뿌리 수준의 의료서비스 역량이 강화되었다. 베트남 보건부는 또 총리의 47/2008/QĐ-TTg 결정에 따라 “2008-2010년 국채와 기타 법정 자원을 이용한 지역 종합병원 개발 및 개선” 사업을 시행하였다.

(출처: VCCI News)

베트남의 의료산업에 대한 몇 가지 통계자료를 소개하면 다음과 같다.

#### 설립의료기관수



출처: GSO 2011

2011년 베트남의 의료기관 설립은 총 13,506건이었고, 그 중 병원이 1,040 곳, 지역 보건부 산하 기관은 971개였다. 2005년부터 2011까지 의료기관 설립건수와 병원수가 그 다지 많이 증가하지는 않았다.

**표: 지방 보건부 산하 지역별 의료기관 설립건수**

	유형별 비율				
	합계	병원	지역 종합병원	요양원 및 재활병원	지역 의료기관
<b>국가 전체</b>	<b>12679</b>	<b>971</b>	<b>600</b>	<b>31</b>	<b>11047</b>
홍강 삼각주	2752	212	68	7	2454
북중부지방과 산악지역	2944	193	221	7	2517
북중부 및 중부해안지역	3286	225	132	11	2912
떠이응웬- 중부고지대	848	71	49	2	722
남동부 지역	1025	113	36	2	872
빈즈영	112	10	10		91
동나이	201	17	13		171
호치민	379	52	3	1	322
메콩 삼각주	1824	157	94	2	1570
칸토	102	17			85

출처: GSO 2011

남동부 지역의 경우, 호치민에 가장 많은 수의 병원이 있는 것으로 나타났다. 그러나 GSO 보고서에 따르면, 병원수는 2007년과 동일하다. 심층면담 결과 이 기간 동안 병상과 장비를 추가하여 공공병원이 늘어났음을 알 수 있었다.

- 2011년 기준 의료인력통계

표: 2011년 각 지역 보건부 산하 기준 의료인력통계

수(명)	의사	전문의	간호사	조산원	고급약사	중급약사	보조약사
국가 전체	50400	52525	74362	26610	3752	19257	4725
홍강 삼각주	11479	9726	15434	4629	1099	2950	1833
북중부지방과 산악 지역	7742	12100	11833	4199	489	2714	575
북중부 및 중부해안지역	10257	11918	14717	6429	614	3298	981
띠이응웬- 중부고지대	2980	2501	4653	1873	120	1007	146
남동부 지역	9141	4905	16066	4323	563	2863	597
빈즈엉	425	494	600	293	72	319	54
동나이	1079	962	2055	690	76	499	40
호치민	6360	1883	11405	2397	297	1353	411
메콩강 삼각주	8801	11375	11659	5157	867	6425	593
깐토	718	609	836	285	164	1162	199

(출처: GSO 2011)

현재 특히 남동부 지역의 경우, 가장 많은 수의 병원과 의료진이 호치민에 집중되어 있다. 지역 보건국에 따르면 깐토, 빈즈엉, 동나이 등의 지역에서 더 나은 시장을 찾아 호치민으로 의료진의 이동이 있었다. 사람들은 Cho Ray Hospital 등 호치민 시내 대형 병원이 가진 선진 의료기술과 경험 많은 의사들로 인해 특히 심각한 질환의 경우 치료를 위해 호치민행을 더 선호한다.

- 2011년 의료비 지출 93억 달러(USD)(출처: 베트남 보건부)

의료장비	7억3천 달러(USD)	<p>→ 총 의료장비 시장 규모는 7억3천 달러(USD)로 추산-2011년 기준 1인당 8.1달러(USD)</p> <p>→ 진단 또는 환자 치료에 사용되는 의료장비에는 주사기, 체온계, 혈당검사기, 의족, 초음파 검사기, X선 장비 등 다양한 제품이 포함됨.</p>
약품	18억 9천 달러(USD)	<p>→ 2011년 기준 총 의약품 매출은 18억9천 달러(USD)로 추산되며, 이는 1인당 23달러(USD)였던 2010년의 12.8%에 해당됨.</p> <p>→ 병원, 도매 약국 및 기타 경로를 통한 일반, 특히, 비처방약물 등 총 의약품 매출은 국내외 제약회사들의 매출을 모두 합산함 것임.</p>
의료서비스	66억 7천 달러(USD)	<p>→ 2010년 기준 총 의료서비스 시장 규모는 66억7천 달러(USD)로 추산.</p> <p>→ 2010년 기준 입원환자 1,160만 명, 외래환자 3,280만 명에게 2억500만 건의 진료를 실시.</p>

- 의료시장관련 문제와 관심사

베트남의 의료 산업에서 파악된 문제와 관심사는 다음과 같다.

**공공병원 환자과밀 현상**

병원과 병상을 확충하고자 하는 정부의 노력은 환자과밀 해소 작업과 함께 실시되었으나, 지난 3년간 거의 개선 기미가 보이지 않았다. Nguyen Quoc Trieu 보건부 장관이 언급한 바에 따르면(출처: 1 VCCINews 보도자료), 병원개선사업의 진척상황이 느리다고 호치민 보건국 차장 Huynh Van Biet이 밝혔듯이, 호치민 시 당국은 2007년 이후 병원 신축을 허가했지만, 도시 근교에 사는 많은 주민들이 토지 보상 문제에 합의하지 않아 용지정리 문제로 인해 실현되지 못했다. 또한 5, 10, 3 구역 등 호치민 도심 지역 의료서비스의 경우, 병원의 환자과밀과 교통 혼잡을 야기했고 결국 2010년 정부는 호치민 주요 지역 내 의료기관 신축을 허용하지 않았다.

**공공병원의 노후설비**

호치민의 의료서비스 시스템은 설비 노후로 낙후되어 가고 있어 시설개선이 필요하다. 그러나 재정적 제약이 있다. 올해 6천억(VND)을 국립병원 시설정비를 위한 의료서비스 인프라 건설 사업에 할애했다. 호치민의 Tumor & Tu Du Maternity 병원은 가장 많은 액수인 VND630억을 받았다(자료: Saigon times).

Pham Le Tuan 기획재정부 장관에 따르면, 매년 치료차 해외로 가는 베트남 국민들이 쓰는 돈이 약 10억 달러(USD)에 달한다. 이것은 대개 현지 시설, 장비 및 서비스가 노후화되어 증가하는 의료 서비스와 치료 수요를 맞추지 못하기 때문이다(출처: Vietnam Financial Review).



### **민간 병원과 공공병원 간의 치료 불균형**

국립의료기관과 외국인투자 의료기관과 비교할 때, 관련 기관과 부처에 접수되는 문의와 우려사항 등에 대한 답변이 제대로 이루어 지지 못한다. 규정 해석과 규제간의 상충문제 해결에 너무 많은 시간이 걸렸다. 바로 이 때문에 많은 신생기업들이 공통적으로 사업허가와 자본확보와 관련하여 문제에 직면한다. Hoan My Medical Corporation의 회장이자 CEO인 Tung 씨는 민간 병원과 공공병원간의 차별을 없애야 한다면, “건전한 경쟁을 촉진하기 위하여 국가가 민간 병원과 공공 병원 모두에게 공정한 정책을 입안해야 한다”고 말했다 (출처: VNEconomy).

### **의료인력 부족과 기술 및 열악한 서비스**

세계은행에 따르면, 2010년 기준 베트남 내 인구 1만 명당 의사 비율은 12이고 인구 1만 명당 간호사와 조산원 비율은 10이다. 따라서 의사와 간호사가 절대적으로 부족하다.

환자에 대한 의사와 간호사의 태도도 좋지 않다. 그 이유는 다음과 같다:

- 낮은 의사 급여로 인한 서비스 질 저하
- 실력 있는 의료진의 부족
- 부족한 외국어 능력

## **2) 호치민과 인근 지역의 건강검진서비스 수요**

### **a) 건강검진 잠재 수요**

베트남은 2011년 기준 인구 8,784만의 인구과밀 국가이다. 안정적인 정치제도와 적절한 개발정책 그리고 젊은 층이 많은 인구 분포로 인해 최근 몇 년간 베트남은 주목할 만한 경제성장을 이루었으며 엄청난 외국인직접투자가 1인당 연평균 소득과 지출 증가에 상당히 기여하였다. 결과적으로 사람들이 부유해 지면서 비단 질병 치료뿐만 아니라 질병 검사 등 건강에 더 많이 관심을 갖게 되었다. 사람들은 또한 양질의 의료 서비스의 혜택을 누리기를 원하게 되었다. 게다가 빠르게 진행되고 있는 경제개방으로 인해, 점점 더 많은 외국인들이 매년 베트남으로 몰려들고 있으며 이들 역시 높은 수준의 의료서비스를 요구하게 되었다.

호치민과 인근지역은 빠른 경제 성장과 인구 증가를 보이며 베트남에서도 가장 역동적인 지역이다. 이 지역의 거주하는 사람들은 타 지역에 비해 평균 소득과 지출도 높다. 더구나, 이 지역은 다른 지역에 비해 일하거나 거주하는 외국인들의 수도 많다. 호치민과 인근 지역(빈즈영, 동나이, 깐토)은 일반적인 의료서비스와 특히 건강검진 서비스 분야의 잠재력 높은 시장이라고 할 수 있다.

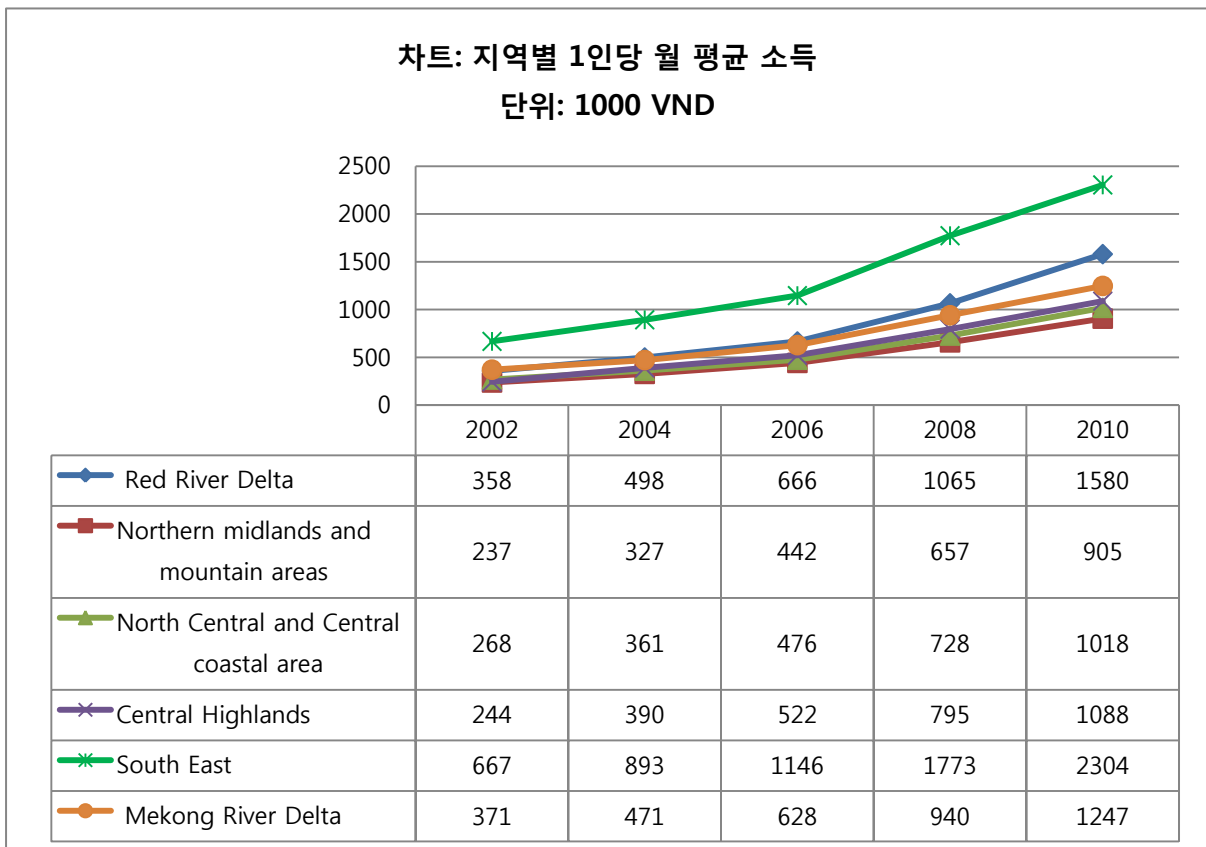
- 인구

표: 베트남과 호치민, 동나이, 빈즈엉, 깐토의 인구  
(단위: 천명)

년도	호치민		동나이		빈즈엉		깐토		베트남 전체
	인구	전체 대비 비율 (%)	인구	전체 대비 비율 (%)	인구	전체 대비 비율 (%)	인구	전체 대비 비율 (%)	
2008	6,946	8.2	2,432	2.9	1,402	1.6	1,180	1.4	85,118
2009	7,196	8.4	2,499	2.9	1,512	1.8	1,188	1.4	86,025
2010	7,378	8.5	2,575	3.0	1,619	1.9	1,195	1.4	86,932
2011	7,521	8.6	2,665	3.0	1,691	1.9	1,200	1.4	87,840

2011년 기준 베트남의 평균 인구는 8,784천명으로 동남아 3위의 인구대국 이다(인도네시아와 필리핀에 이어). 이 같은 주목할 만한 인구증가율은 지난 몇 년에 걸쳐 감소했다(2009: 1.07%, 2010: 1.05%, 2011: 1.04%). 호치민은 베트남 전체 인구의 8.6%에 해당하는 752만 천명(2011년 기준)으로 베트남에서 가장 인구가 많다. 이 수치는 동나이의 약 3배, 빈즈엉의 4.5배, 깐토의 6배에 해당한다.

- 1인당 월 평균 소득



베트남 전체 1인당 월평균 소득은 2006년 이후 매년 증가하였으며, 그 증가율은 눈에 띄게 높았다. 여러 지역 가운데서 베트남 남동부 지역(호치민, 빈즈엉, 동나이 등)의 1인당 월평균 소득이 가장 높다. 2011년 기준, 이 지역의 월평균 소득은 2,304,000(VND)로 소득이 가장 낮은 지역(북중부 및 산악지역)의 2.5배에 해당한다. 호치민은 1인당 월평균 소득 면에서도 2011년 기준 2,737,000(VND)(베트남 전체 평균의 2배)로 선두를 달리고 있으며, 빈즈엉(2,698,000 VND)과 동나이(1,763,000 VND)가 그 뒤를 잇고 있다. 칸토의 월평균 소득은 1,540,000(VND)로서 이 역시 베트남 전체 평균보다 높다(아래 표: 2011년 기준 1인당 월평균 소득(거주지, 성별, 지역별) 참고).

가구소득 증가에 따라, 생활수준도 자연히 높아졌다. 따라서 점점 더 많은 사람들이 더 나은 의료서비스를 받을 수 있는 경제적 능력을 갖게 되면서 양질의 의료서비스에 대한 수요가 더불어 증가하였으며, 이는 건강검진서비스 역시 마찬가지였다.

표: 2011년 기준 1인당 월평균 소득 (거주지, 성별, 지역별)

	합계	유형별 비율			
		연봉 및 급여	농업, 임업 및 수산업	농업, 임업 및 수산업 이외의 산업	기타
국가 전체	1387	622	279	328	158
거주지 별 구분					
도시	2130	1169	96	601	264
농어촌	1070	390	357	210	113
세대주 성별 구분					
남성	1321	555	315	318	133
여성	1618	859	154	361	244
지역별 구분					
동남아	2304	1210	246	597	251
빈즈엉	2698	1100	710	753	135
동나이	1763	862	301	398	203
호치민	2737	1613	30	745	348
메콩강 삼각주	1247	401	390	300	156
칸토	1540	642	282	436	180

출처: GSO 2011

- 월평균 지출 및 의료서비스 지출

차트: 2008-2010까지 지역별 월평균 지출  
(단위: 1000 VND)

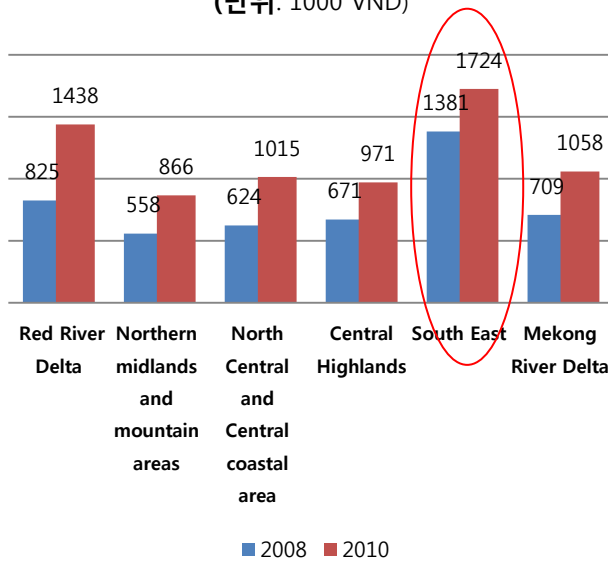
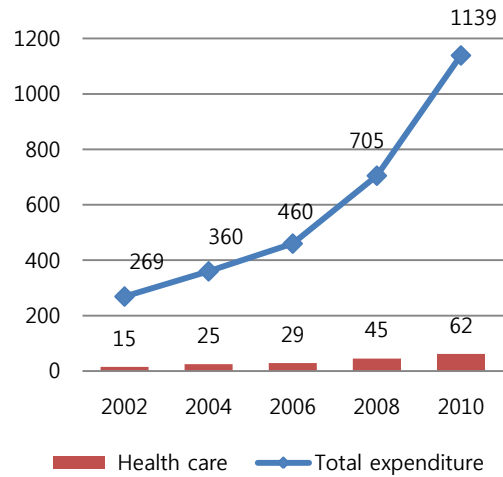


차트: 2002-2010까지 베트남의  
월평균 의료비  
(단위: 1000 VND)



출처: GSO 2011

베트남 전체 월평균 지출은 매년 빠르게 증가하여 2002년 이후 년 44%의 평균증가율을 보였다. 특히 2010년에는 베트남의 월평균 지출이 1,139,000 VND에 달해, 2002(2008년 대비 62%)년 이후 가장 높은 성장률을 보였다. 이는 소득이 늘어나면서 지출도 함께 늘어났음을 보여준다.

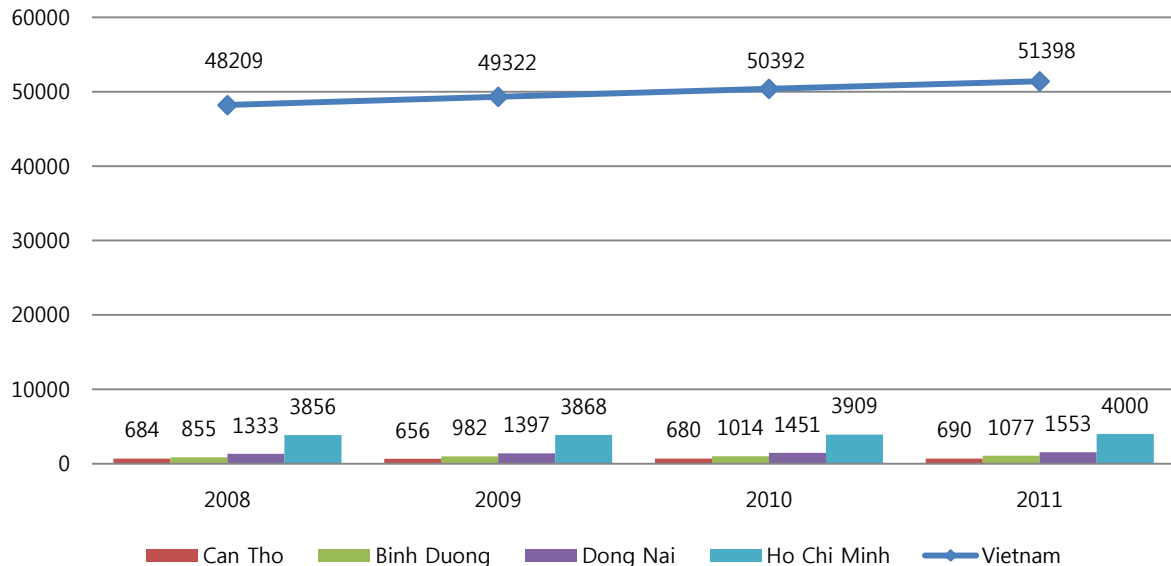
월평균 소득과 마찬가지로, 남동부 지역 역시 2011년 기준 가장 높은 1,724,000 VND이라는 월평균 지출을 기록했는데, 이는 베트남 전체 평균보다 높은 것으로, 사람들이 월평균 수입의 75%를 지출하고 있음을 보여준다.

GSO의 통계와 관련하여, 2002년 이후 가구 1인당 치료 및 의료비 월평균 지출이 점차 증가하여 평균 성장률 44%를 기록했으며 이것은 생활비의 평균 6.1%를 차지한다.

2010년 기준, 치료 및 의료비 월평균 지출은 62,000VND로 전체 생활비의 5.4%에 해당한다. 아울러, 상위 20% 부유층의 평균 의료비 지출은 하위 20% 빈곤층의 3.6배였으며, 도시 가구는 농어촌 가구의 1.4배를 지출했다.

- 베트남의 노동인구와 외국인 근로자

차트: 노동력 2008-2011  
(단위: 천명)



출처: GSO 2011

GSO의 통계에 따르면, 2008년 이후 베트남의 노동인구는 매년 평균 2%의 속도로 증가했다. 2011년 베트남의 노동인구는 51,398,000명으로, 전체 인구의 59%를 차지했다.

결국 베트남에서 호치민의 노동인구가 가장 많다. 2011년 호치민의 노동인구는 4백만명 이었다. 남동부 지역의 다른 곳 역시 노동인구가 상당히 많아, 동나이와 빈즈영이 각각 1,553,000명과 1,077,000명였다.

2007년 베트남 보건부가 발표한 **Circular 13/2007/TT-BYT**에 따라, 모든 근로자는 최소 년1회 건강검진을 받아야 한다. 특히 호치민과 인근 지역의 이렇게 많은 노동인구를 감안할 때, 근로자 건강검진은 베트남에서 여전히 새로운 의료기관/병원 서비스 성장 잠재력이 되고 있다.

차트: 베트남의 외국인 근로자수

2008-2012

(단위: 천명)

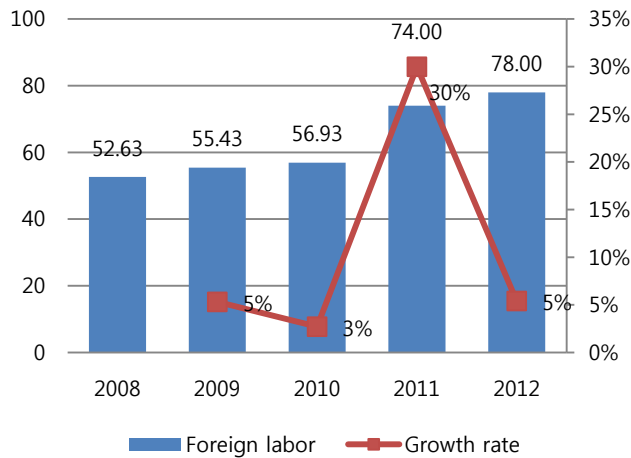
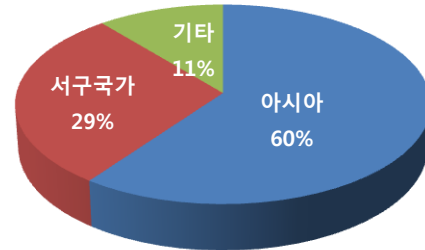


차트: 지역별 외국인 근로자 비율



출처: 베트남 노동부(Ministry of Labor, Invalids and Social Affair, 2012)

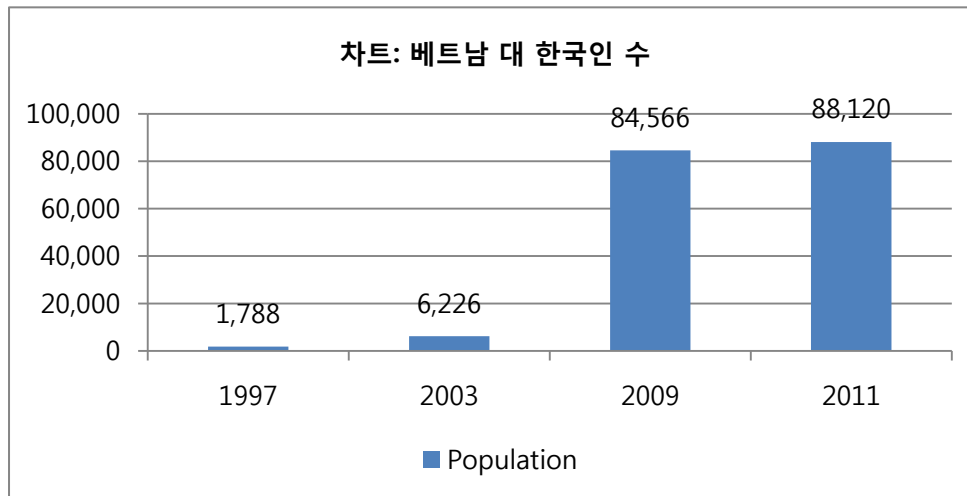
베트남의 외국인 근로자수는 매년 증가해 왔으며 특히 2011년에는 7만4천명에 달해, 2010년 대비 30%나 증가했다. 2012년 기준 베트남에서 일하는 외국인 근로자는 7만8천명으로 이들 중 60%가 아시아국가 출신이며, 29%는 서구 국가 출신이고 기타 국가 출신은 11%를 차지했다.

베트남 정부가 막대한 외국인직접투자로 이어진 투자요청정책을 시행한 이후, 베트남 내 외국인 근로자의 수는 매년 증가하여, 특히 2011년에는 7만4천명으로 2010년 대비 30% 증가했다. 이 같은 현상은 서비스, 컨설팅, 금융 등 몇몇 새로운 산업 분야의 전문성과 경험 측면에서 베트남 현지 인력 부족으로 인한 것이다.

또한 유럽의 경제위기로 유럽인들이 베트남, 캄보디아, 미얀마 등과 같은 아시아 국가로 진출하여 직업을 구하는 경향이 나타났다. 베트남 내 외국인 근로자는 앞으로도 계속 증가할 것으로 보인다.

외국인에 대한 일반 의료서비스와 특히 건강검진 서비스의 잠재 수요가 가시화되고 있다. 게다가 이들 중 대부분이 양질의 우수한 고객 관리가 보장되는 서비스를 요구한다.

- 호치민과 인근지역의 한인 사회



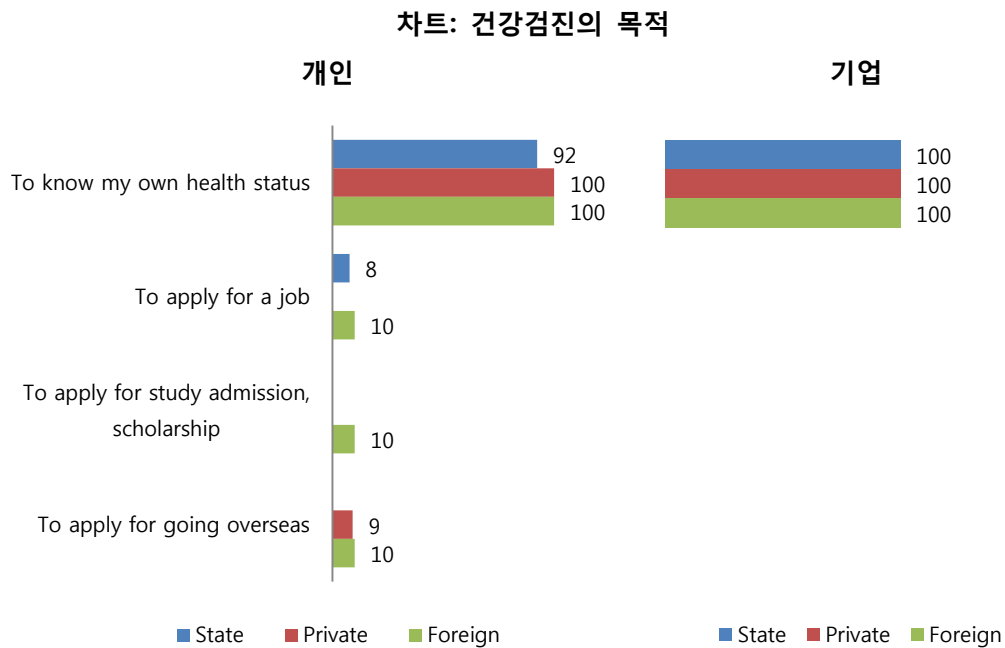
출처: 대한민국 외교통상부

베트남 내 한국인은 총 88,120명(2011)으로 대만인에 이어 베트남에서 두 번째로 큰 외국인 집단이며, 그 중 대부분이 호치민(Tan Binh District, District 7, Binh Thanh District)와 인근 지역에 거주한다. 한국인들은 처음에 베트남전 당시 군대 파견에 따라 이곳에 오게 되었으나 전쟁이 끝났을 때 베트남에는 한국인 이주나 관광이 거의 없었다. 1992년 외교관계 정상화 이후 4년 만에, 한국의 대 베트남 무역과 투자가 급속히 증가했다. 투자펀드와 더불어, 베트남에 거주하는 한국인의 수가 상당히 증가했다. 대한민국 외교통상부의 통계에 따르면, 그 수는 10년도 채 안 되어 약 50배까지 증가했다. 특히 1997년도 1,788명에서 2003년에는 6,226명으로 3배 이상 증가했으며, 이후 단 6년 만에 13배 이상 급증하여 84,566명에 달하게 되었다. 그러나 이후 2년이 지났을 때, 한국인 수는 4% 증가한 88,120명에 그쳤다.

주로 호치민과 인근 지역에 분포하는 많은 수의 한국인들을 감안할 때, 베트남 내 한국인 사회에 일반 의료서비스와 특히 건강검진 서비스를 제공하기 위해 의료센터/병원을 개발할 가능성이 높다.

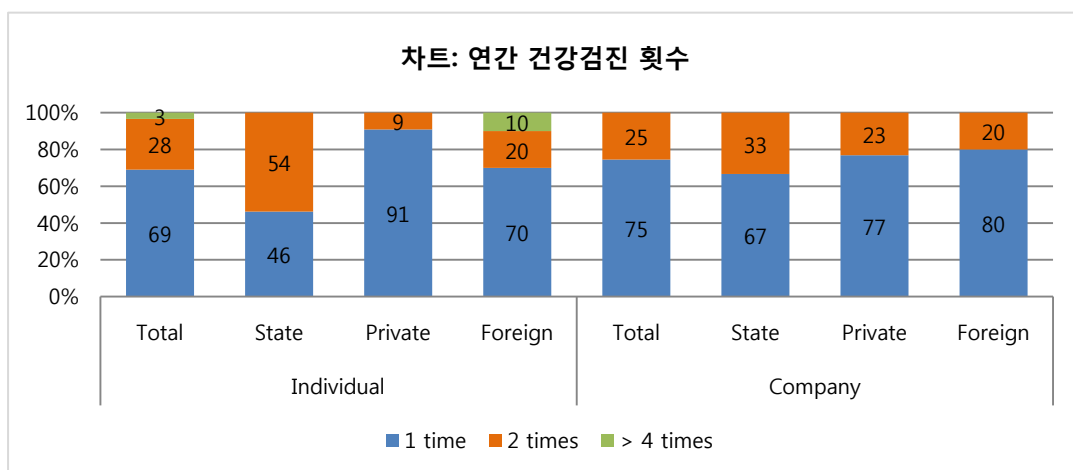
## b)호치민과 인근지역의 기존 건강검진 형태

### - 건강검진의 목적



Axis Research가 2012년에 실시한 조사 결과에 따르면, 약 100%의 응답자가 “건강상태를 알아보기 위한 것”이 개인과 기업 모두 건강검진을 받는 주된 목적”이라고 답했다. 이외에도, 소수의 개인들이 해외로 나가기 위해, 입학허가를 받기 위해, 장학금 신청을 위해, 그리고 취업을 위해 건강검진을 받는다고 응답했다.

### - 연간 건강검진 횟수



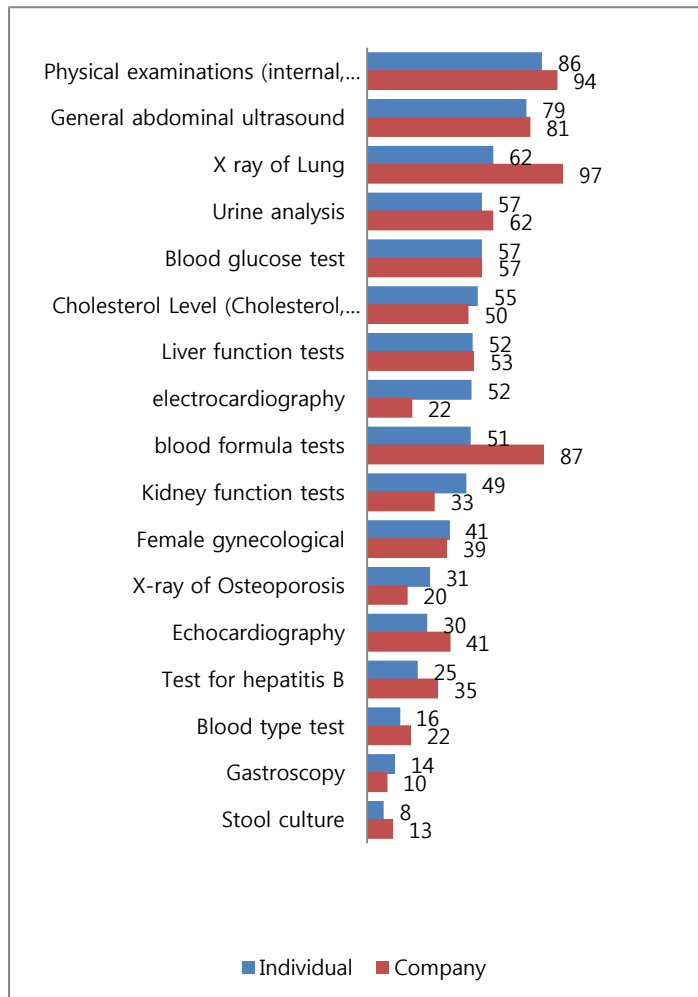
출처: Axis Research Survey



전체적으로, 개인(69%)과 기업(75%) 모두 년 1회 건강검진을 받는 것이 일반적이다. 특히, 국립 의료센터/병원의 경우, 50%가 넘는 개인이 연 2회 건강검진을 받는다.

#### - 건강검진 항목

차트: 건강검진 항목



개인과 기업을 위한 건강검진 패키지는 그리 다르지 않다. 이 패키지에는 보통 다음과 같이 공통된 건강검진 항목이 포함된다:

- 신체검사
- 일반복부초음파
- 폐 X 선 촬영
- 소변검사
- 혈당검사
- 콜레스테롤 수치
- 간기능 검사
- 혈액 포물라 검사
- 심전도검사
- 신장기능검사
- 초음파검사
- 혈액형 검사

성별과 연령에 따라 해당되는 건강검진 항목을 선별하여 받는다. 여성의 경우에는 흔히 부인과 검사와 골다공증 X 선 검사를 받는다. 30 세 이상인 경우에는 종종 콜레스테롤 수치검사가 권장된다.

- 건강검진 센터/병원 선택을 위한 참고자료

차트: 건강검진 센터/병원 인지 경로

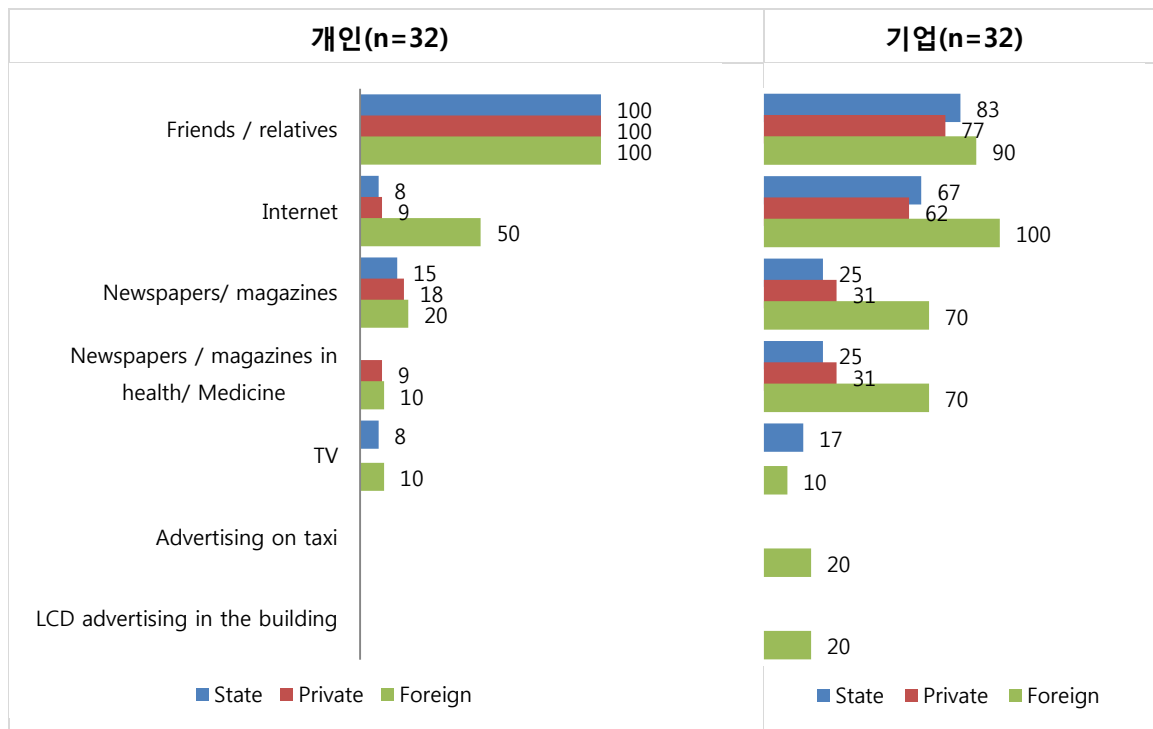
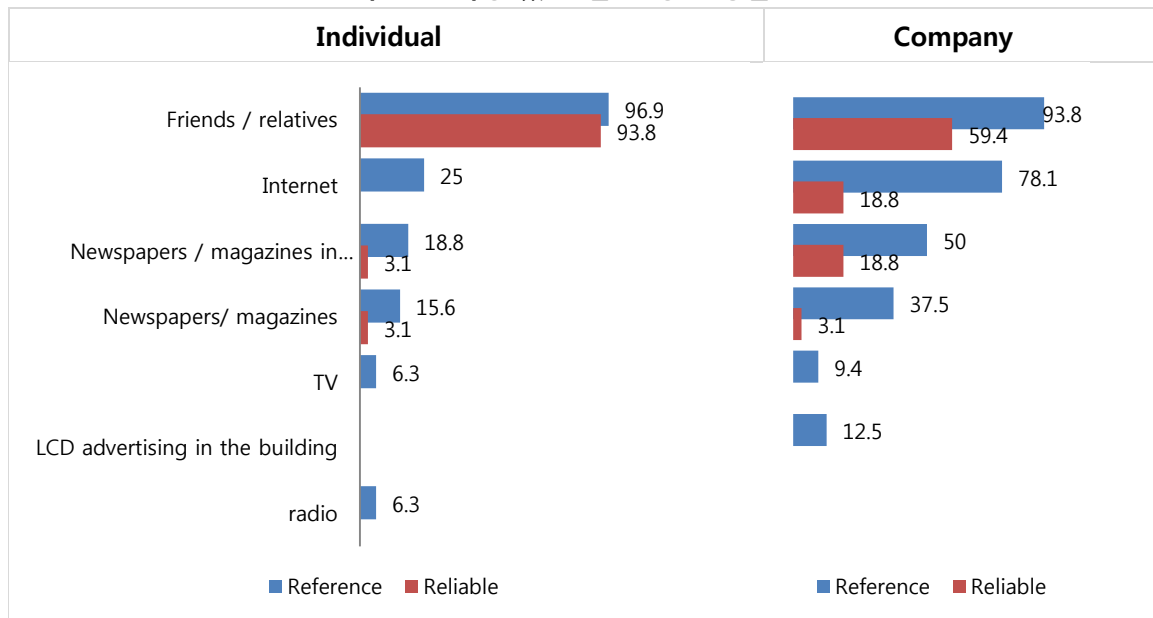
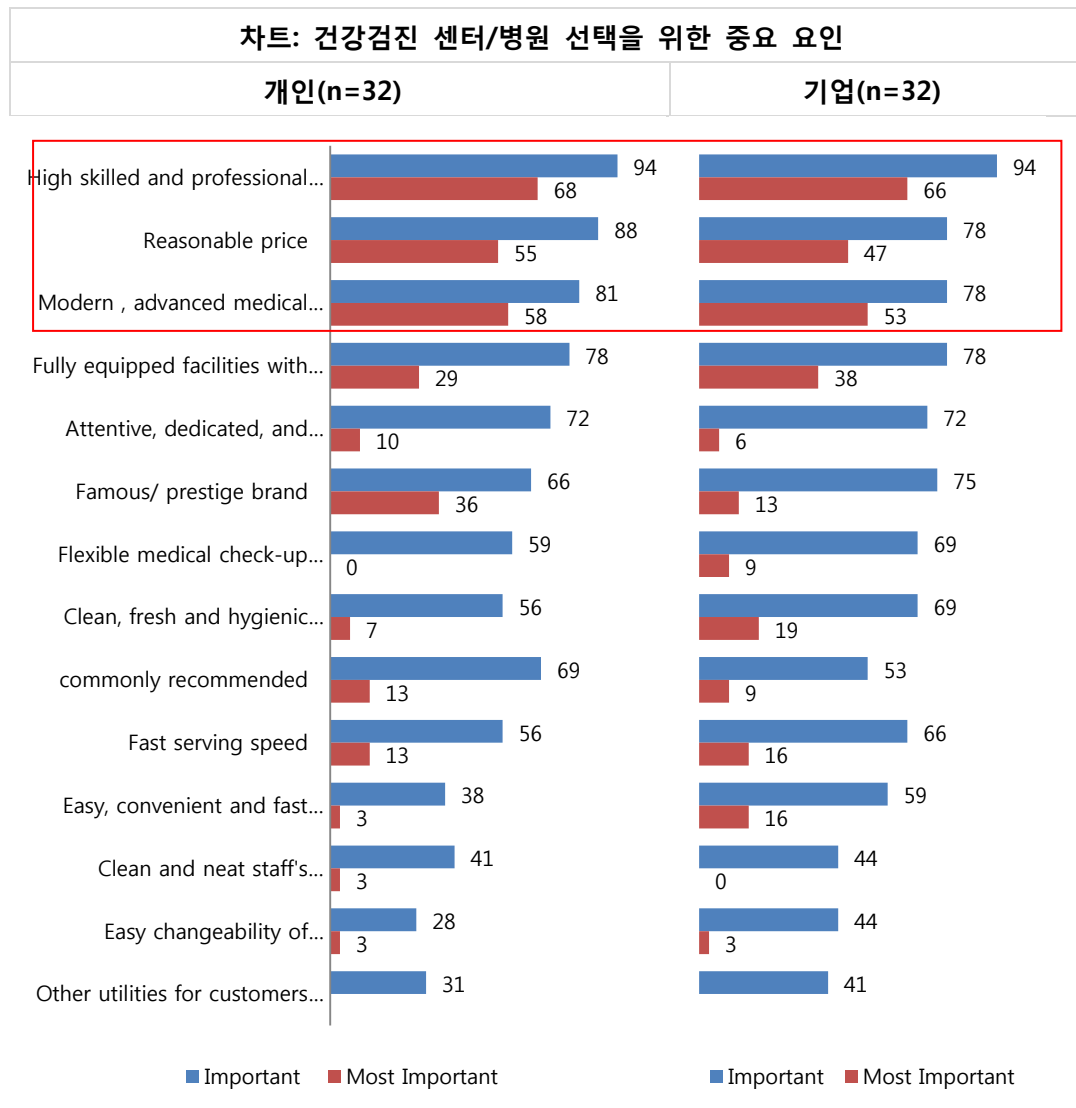


차트: 신뢰성 있는 참고 정보 공급원



거의 모든 개인(96.9%)과 기업(93.8%)이 건강검진 센터/병원에 대한 소개를 친구/친척으로부터 받으며, 이것은 또한 이들이 건강검진을 위해 의료센터/병원을 선택할 때도 가장 신뢰하는 정보원이다. 아울러 기업들은 개인보다는 더 많은 정보원을 토대로 정보를 수집하는 경향이 있다. 친구/친척 이외에, 건강검진 센터/병원 정보를 인터넷(78.1%), 의료/의학 신문/잡지(50%), 신문/잡지(37.5%) 등에서도 얻으며, 단지 소수의 개인이 이 이외의 정보원에서 정보를 얻는다. 이 때문에 개인들이 건강검진을 위한 의료센터/병원 선택 시 주로 친구/친척의 입소문에 의존하게 되는 반면, 기업들은 주로 친구/친척과 인터넷(18.8%) 및 의료/의학 신문/잡지(18.8%)에 의존한다.

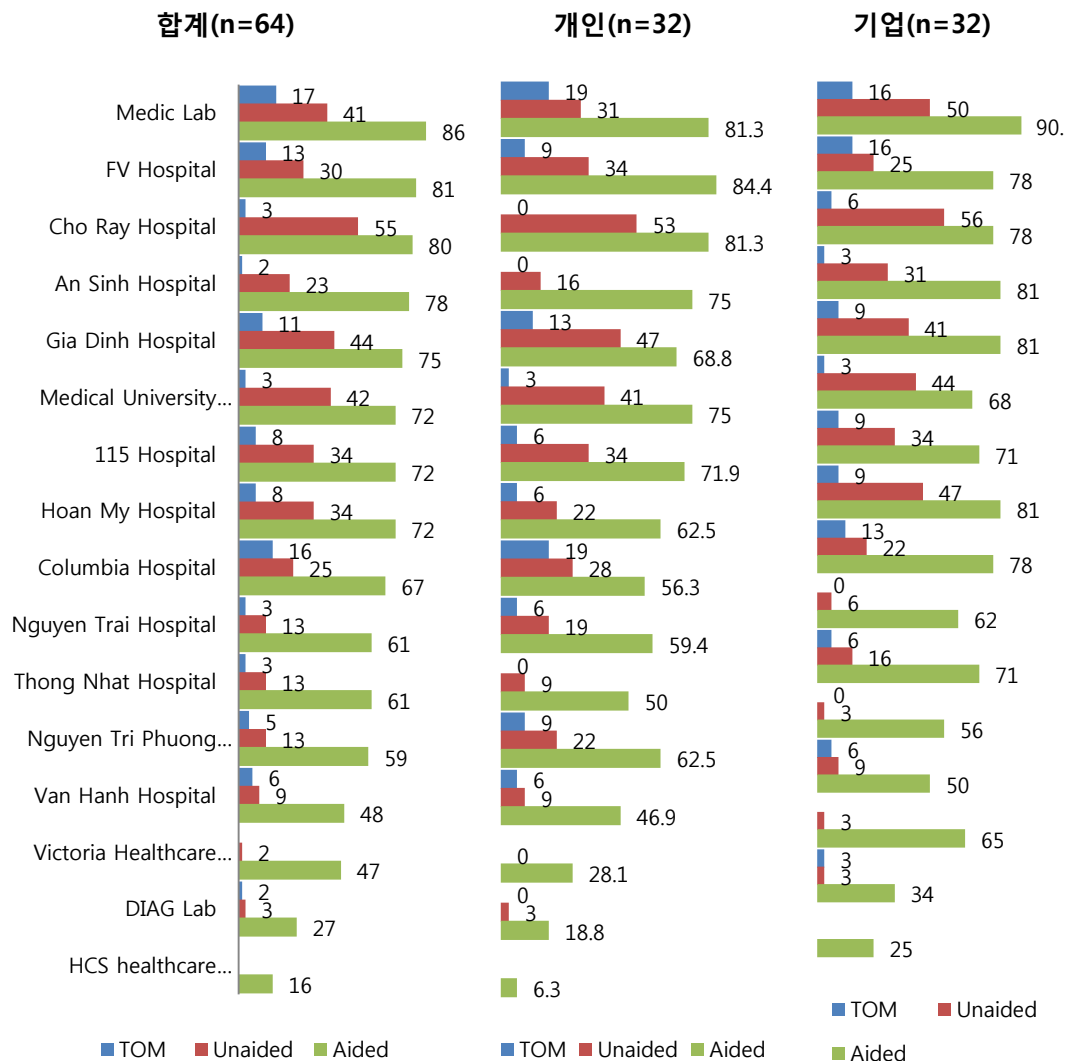


개인과 기업 모두 고도로 숙련된 전문인력(의사, 간호사, 테크니션 등) 건강검진 센터/병원을 선택하는데 있어서 가장 중요한 요소라는 점에 서 일치한다. 이것은 인정된 고도 숙련 인력이 있는 센터/병원을 최우선시 한다는 것을 의미한다. 둘째로는 합리적인 가격을 제시하는 센터/병원을 고려하고, 그 다음으로는 현대적인 첨단 건강검진 기계와 장비를 고려한다. 이 외에도, 개인들은 또한 유명한 큰 병원이나 센터를 좋아하고 기업들은 아주 편리한 시설을 갖춘 센터나 병원을 선택하려고 한다.

### 3)준건강검진 센터

GSO에 따르면, 현재 호치민에는 약 300개의 건강검진 센터가 있다. 거의 모든 종합병원이 자체 건강검진 센터를 운영하고 있다. 그 중에는 Cho Ray Hospital, Medic- Lab(Hoa Hao), Hoan My hospital, Victoria Health Care clinic, Columbia Asia hospital, SOS 등과 같이 대규모인 곳도 있다.

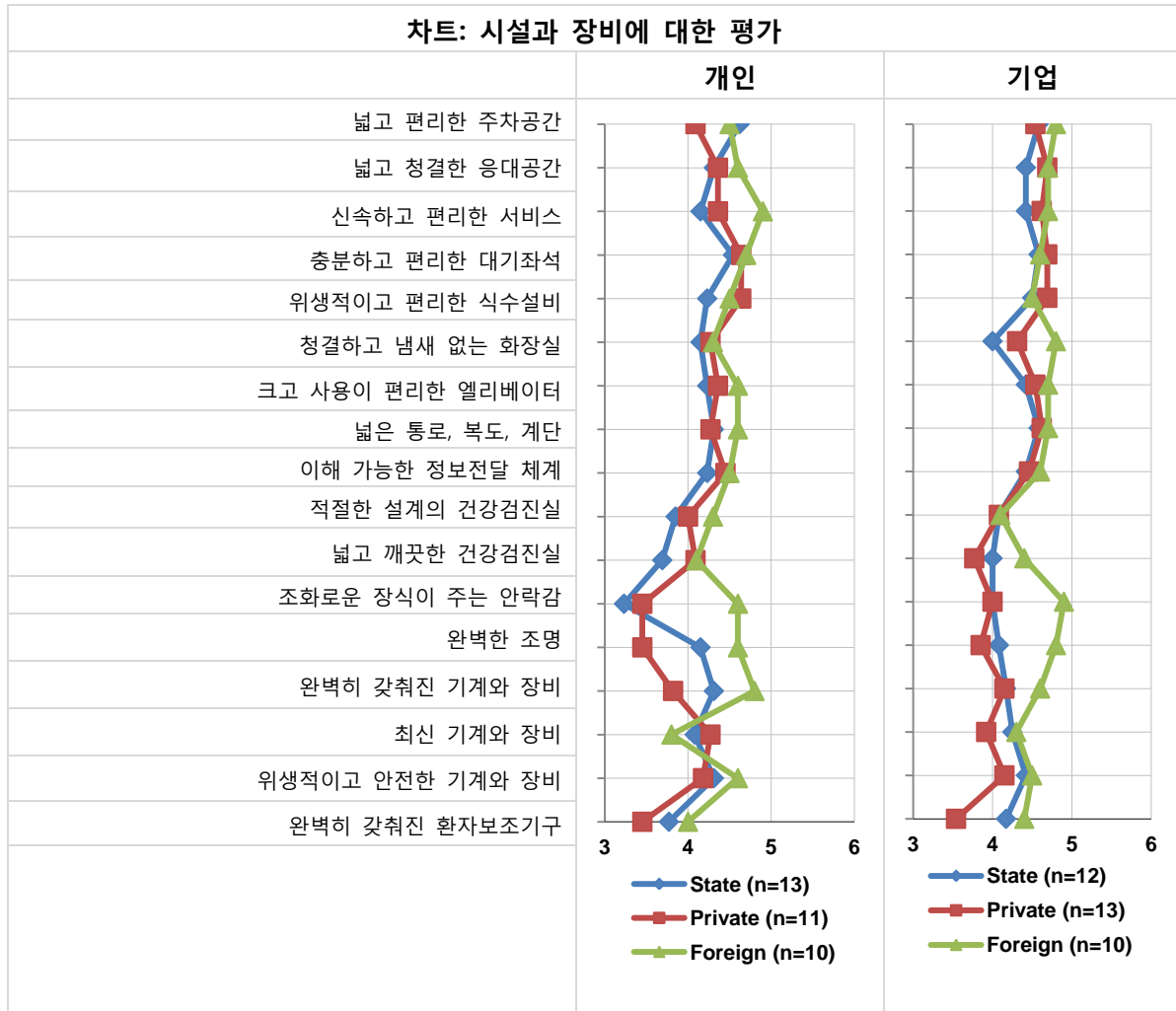
차트: 건강검진 센터/병원에 대한 브랜드 인식



Medic Lab(민간 센터)가 가장 높은 인식도(전체의 17%)를 차지하며 건강검진 서비스에 대한 개인과 기업 소비자 모두에게서 가장 높은 브랜드 인식(전체의 86%)을 얻었다. 이것은 건강검진 서비스 공급자에 관한 한, 호치민과 인근 지역 거주자들이 가장 먼저 Medic Lab 을 떠올림을 의미한다. 사실, Medic Lab 은 1990 년 이후로 의료검사에 특화하여 운영되고 있다. Medic- Lab 은 베트남 내 다른 센터/병원에 비해 보다 현대화된 건강검진 장비와 기계를 완벽하게 갖추고 있어 더욱 정확한 건강검진 결과를 얻을 수 있다. 이외에도 이곳의 건강검진비가 베트남에서 가장 저렴하다. 현재, 하루 개인 환자 3 천명과 근로자 약 6 천명이 건강검진과 의료검사를 위해 Medic Lab 을 찾는다. 소비자로부터 그 다음 높은 인식을 얻은 센터/병원은 Columbia hospital(외국계), FV hospital(외국계), Gia Dinh Hospital(국립) 등이다.

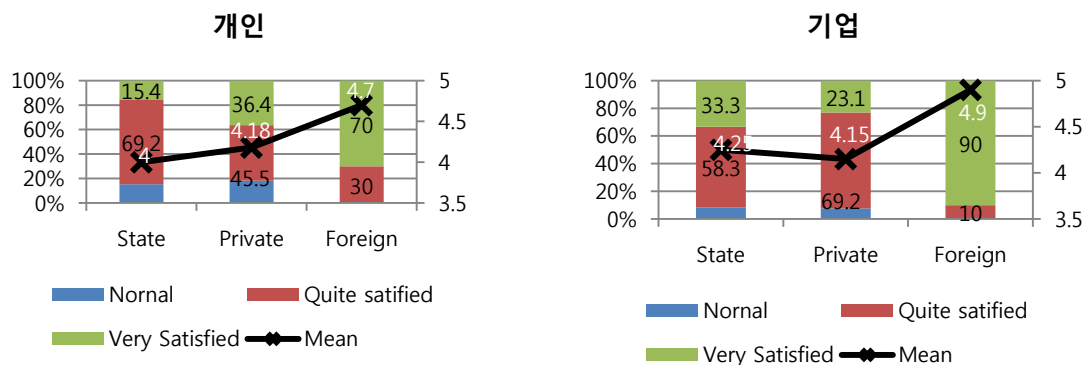
a)호치민과 인근 지역의 건강검진 센터/병원에 대한 평가

- 시설과 장비



주: 평가 샘플 크기가 작아 참조용으로 만 사용할 것.

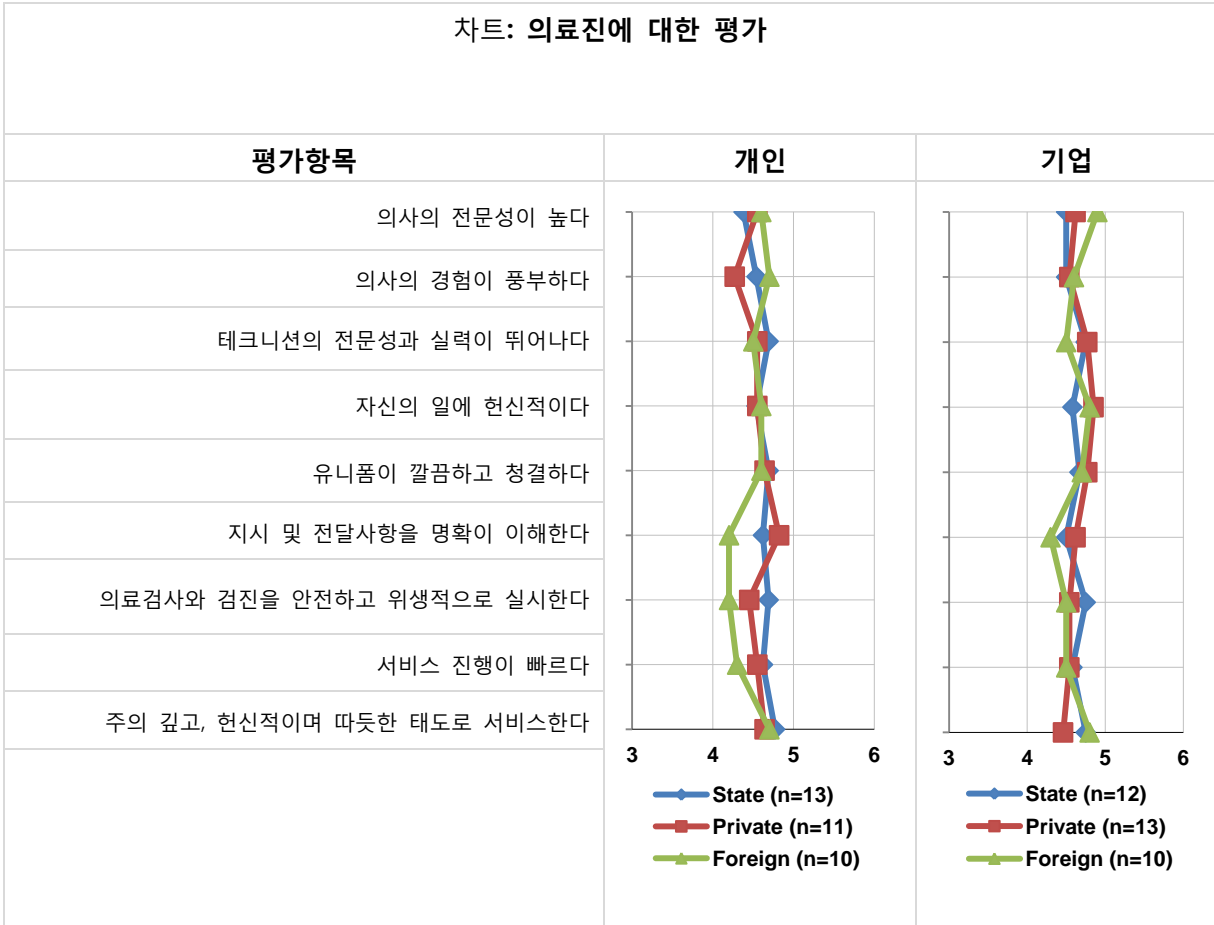
차트: 시설과 장비에 대한 전체 만족도



주: 평가 샘플 크기가 작아 참조용 아님

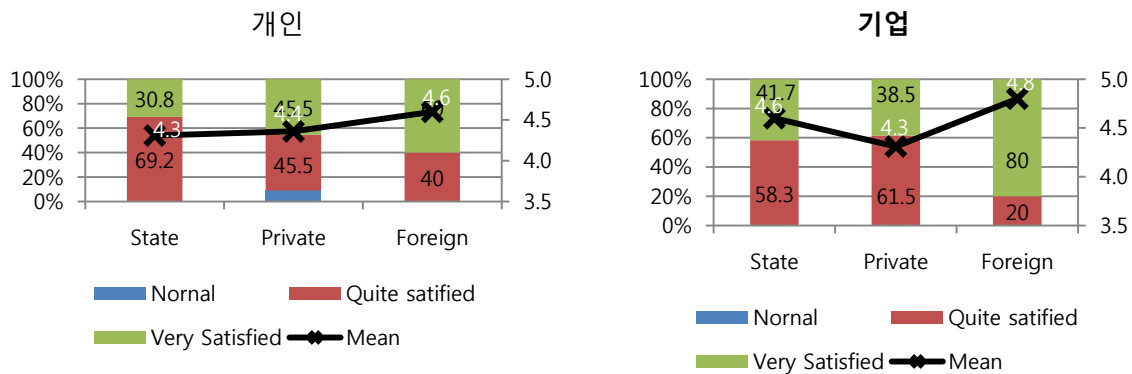
일반적으로, 장식, 조명시스템, 완벽한 장비와 기계 확보, 위생, 안전성, 환자보조기구 등의 측면에서 개인과 기업 모두 국립 및 민간 센터/병원에 비해 외국계 센터/병원을 상당히 높게 평가했다. 사실, 이들 측면이 국립 및 민간 센터/병원에 비해 외국계 센터/병원의 시설과 장비에 대해 소비자의 만족도(개인: 4.7, 기업: 4.9)가 더 높아지게 한 요인이다. 반면, 민간 센터/병원은 심지어 기계와 장비 측면에서도 국립 센터/병원보다 높은 평가를 얻지 못하고 있는 실정이며, 개인들은 국립 센터/병원에 비해 약간 더 낮게 평가하였다. 그러나 국립 기관과 민간 기관에 대한 소비자의 장비 및 시설 만족도 사이에 그리 큰 차이는 없다.

- 의료진에 대한 평가



주: T각 평가 집단의 샘플 크기가 적어 참고용으로만 사용할 것.

차트: 의료진의 전체 만족도

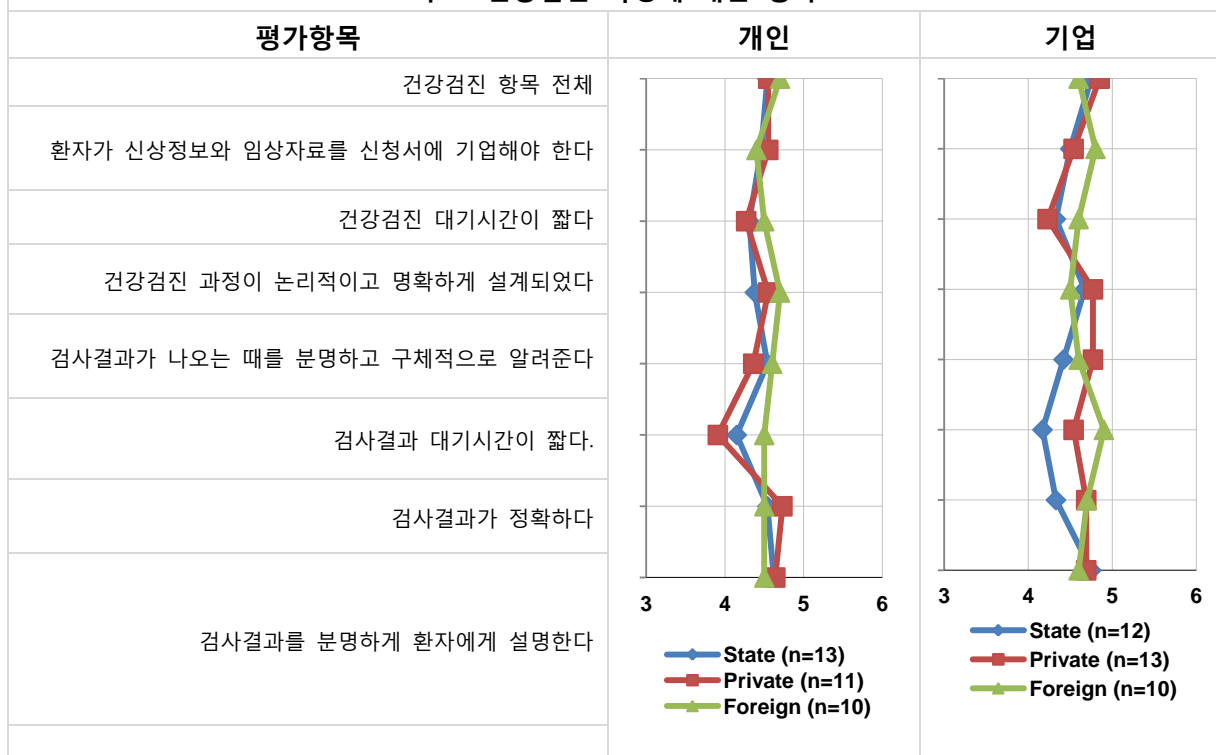


주: 각 평가 집단의 샘플 크기가 작아 참고용으로만 사용할 것

국립, 민간, 외국계 센터/병원의 의료진에 대한 개인과 기업 모두의 평가는 아주 유사하다. 또한, 자격, 태도, 서비스 전달 방식 등도 역시 국립, 민간, 외국계 센터/병원 모두에서 그리 높지(매우)는 않게 평가되었다. 심지어 외국계 센터/병원의 경우에도, 개인들은 개입/자문 및 검진/검사 수행을 국립 및 민간 센터/병원보다 나은 것으로 평가하지 않았다. 또한, 외국계 센터/병원 내 의료진의 서비스 수행 속도와 태도가 국립 및 민간 센터/병원에 비해 더 나은 것으로 인식되지 않았다.

따라서, 개인 및 기업 고객 모두 국립 및 민간 센터/병원의 의료진에 비해 외국계에 약간 더 만족하는 것으로 나타났다 기업 고객은 특히 민간 센터/병원에 비해 국립 센터/병원의 전문성을 좀더 높게 평가한다.

차트: 건강검진 과정에 대한 평가



주: 각 평가 집단의 샘플 크기가 작아 참고용으로만 사용할 것.

차트: 건강검진 과정에 대한 전체 만족도

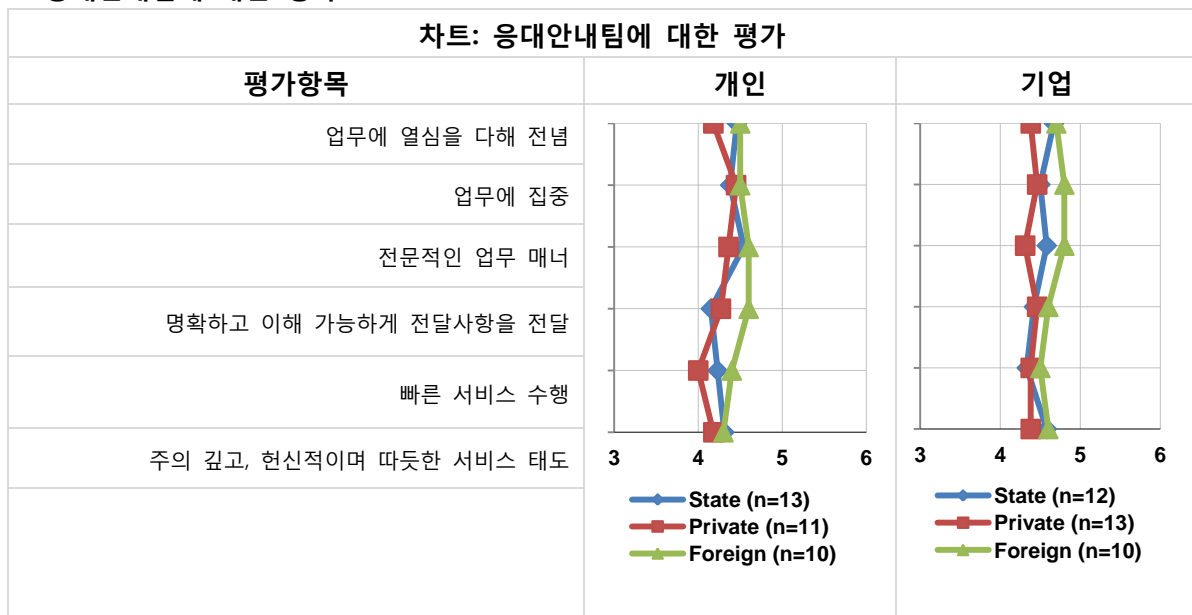


주: 각 평가 집단의 샘플 크기가 작아 참고용으로만 사용할 것.

의료진에 대한 평가와 마찬가지로, 국립, 민간, 외국계 센터/병원의 건강검진 과정에 대한 소비자의 평가는 그리 다르지 않다. 그러나 외국계 센터/병원의 건강검진 결과는 국립 및 민간 센터/병원에 비해 약간 더 빠르게 통보된다.

전반적인 만족도의 경우, 소비자의 50% 이상이 국립, 민간, 외국계 센터/병원의 건강검진 과정에 아주 만족했으며, 외국계 센터/병원을 제외하고는 기업의 50% 이상이 매우 만족하다고 응답했다.

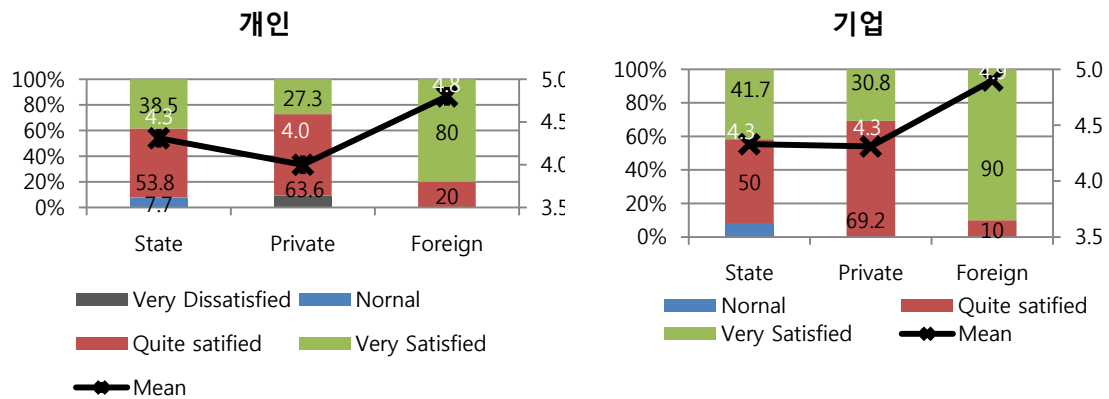
#### - 응대안내팀에 대한 평가



주: 각 평가 집단의 샘플 크기가 작아 참고용으로만 사용할 것.



차트: 응대안내팀에 대한 전체 만족도



주: 각 평가 집단의 샘플 크기가 작아 참고용으로만 사용할 것.

외국계 센터/병원의 응대안내팀(reception and instruction team)이 국립 및 민간 센터/병원에 비해 더 높은 평가를 받았다. 개인들은 외국계 센터/병원의 리셉션 및 안내팀이 "명확하고 이해 가능하게 전달사항을 전달"한 점에서 더 낮다고 평가한 반면, 기업들은 업무 태도와 업무 집중도를 더 높게 평가했다.

전체 만족도의 경우, 대부분의 소비자가 외국계 센터/병원의 응대안내팀에 대해 "매우 만족"한 반면, 국립 및 민간 센터/병원의 경우에는 어느 정도 만족하는 것으로 나타났다.

주목할 점은 국립 및 민간 센터/병원과 차별화 되는 점은 외국계 센터/병원들은 고객의 서비스 만족도를 더 높이기 위하여 응대안내팀의 서비스 품질을 개선함으로써 나은 고객 서비스 제공에 치중한다는 것이다.

건강검진비에 대한 평가

차트: 건강검진비

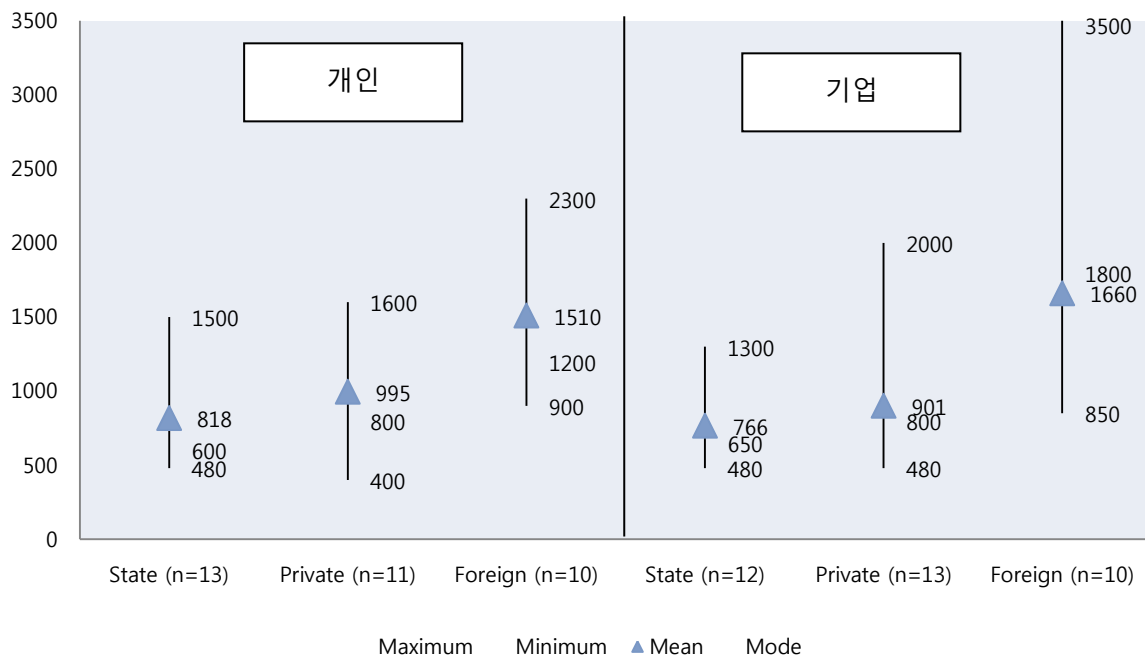
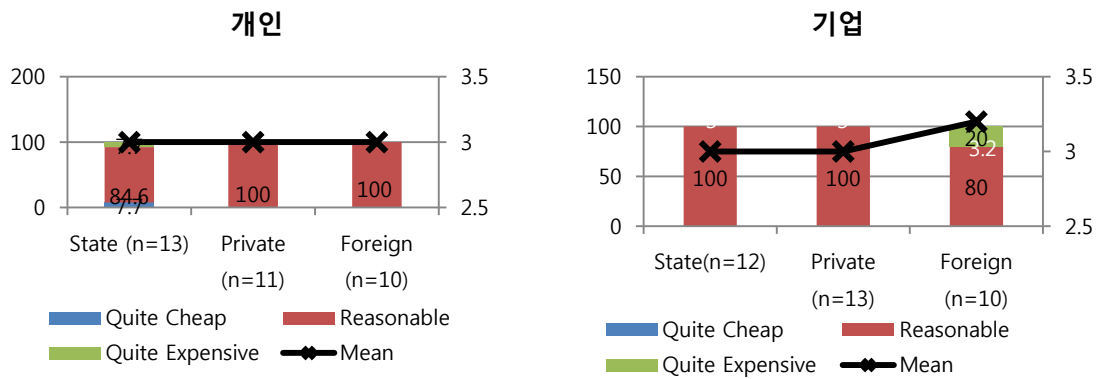


차트: 건강검진비에 대한 평가



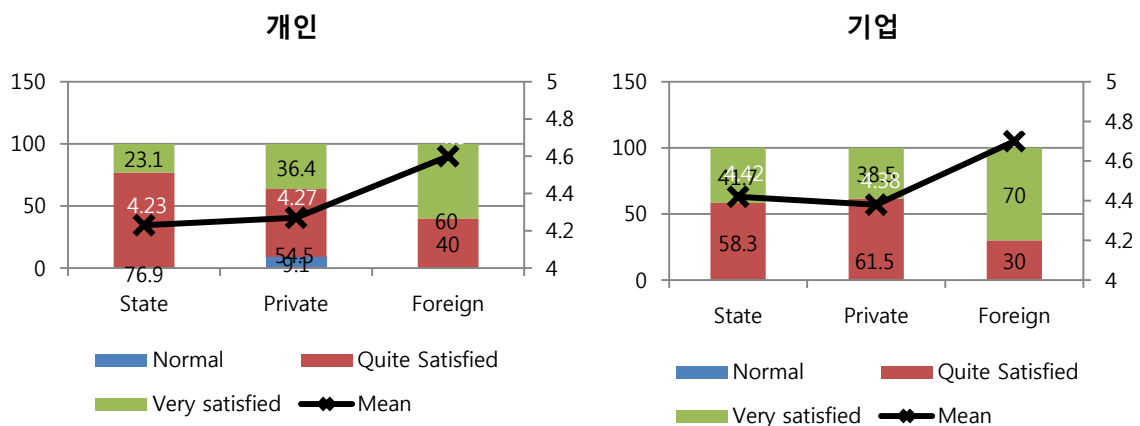
Axis Research가 실시한 조사에 따르면, 국립 센터/병원의 평균 건강검진 수수료가 최저(개인: 818,000VND, 기업: 766,000VND)였고, 외국계 센터/병원이 최고(개인: 1,510,000VND, 기업: 1,660,000 VND)였다. 민간 센터/병원의 평균 건강검진비는 약 900,000VND로 중간 정도의 수준이었다.

아울러, 외국계 센터/병원의 최저 수수료와 최고 수수료 사이의 차이는 개인의 경우 900,000-2,300,000VND, 기업의 경우 850,000-3,500,000VND로 최고를 기록한 반면, 국립 및 민간 센터/병원의 경우 그 차이는 훨씬 더 줄어 들었다.

이 같은 수수료 차이에도 불구하고, 분명한 것은 대부분의 기업과 개인이 국립, 민간, 외국계 센터/병원의 건강검진비가 그 서비스 성과와 전달을 고려할 때 합리적이라고 평가하며, 기업의 단 20% 정도가 외국계 센터/병원의 건강검진비가 매우 비싸다고 생각한다. 이는 외국계 센터/병원에서 건강검진을 받는 사람들이 받는 서비스에 대해서 더 많이 지불하지만, 그럼에도 불구하고 양질의 서비스를 받기 위하여 이같이 높은 비용을 감수한다. 외국계 센터/병원의 비용은 어느 정도 “가격에 합당한”것으로 평가한다.

#### - 건강검진 서비스에 대한 전체 만족도

차트: 건강검진 서비스에 대한 전체 만족도



외국계 센터/병원에서 건강검진을 받은 개인의 60%와 기업의 70%가 서비스에 아주 만족한 반면, 국립 및 민간 센터/병원에서 건강검진을 받은 사람들의 절반을 조금 넘는 비율만이 제공되는 서비스에 아주 만족하였다.

앞서 언급한 바와 같이, 개인과 기업 모두 외국계 센터/병원의 시설, 장비, 응대안내팀을 국립 및 민간 센터/병원에 비해 몇 가지 점에서 높게 평가했으며, 의료진, 건강검진 과정 등과 같은 여타 측면에서는 그리 우월하지는 않은 것으로 평가했다. 그러나 이 같이 나온 측면들이 소비자의 높은 만족도를 가져왔다. 이 같은 결과는 건강검진 서비스 소비자들이 제공되는 서비스에 더욱 만족하도록 하는데 적용할 만한 가치가 있다.

## b) 호치민의 대표적인 건강검진센터 소개

### 1. International Department of Chợ Rẫy Hospital

주소: 201B Nguyen Chi Thanh Street, District 5, Ho Chi Minh City.

전화: 84-8-38554137

팩스: 84-8-38557267

이메일: [daotaocr@choray.vn](mailto:daotaocr@choray.vn), [ngocbich1958@yahoo.com](mailto:ngocbich1958@yahoo.com)

웹사이트: [www.choray.vn](http://www.choray.vn)



특징	설명
일반 현황	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chợ Rẫy 병원의 의료서비스부는 직원 24명을 둔 국립 의료기관</li> <li>그 기능과 업무는 다음과 같다:</li> <li>일반건강검진 및 상담</li> <li>외국인 환자 진료</li> <li>해외에서 치료를 받고자 하는 환자들에 대한 진료 및 상담</li> <li>유학생, 외국인과의 결혼, 비행기 탑승, 베트남 내 외국인 근로자 등을 위한 진료 및 보건증 발급</li> <li>여러 교수, 박사, 우수한 의사 등과의 전문적인 협력</li> <li>활발한 세계 각국과의 교류가 의료시설을 통해 이루어짐.</li> </ul>
위치 및 주차	<ul style="list-style-type: none"> <li>병원 인근에 위치하여, 주차장이 넓고 편리</li> </ul>
직원 구성	<ul style="list-style-type: none"> <li>약 24명</li> <li>태도는 보통. 고객에게 그리 친절하지 않음.</li> </ul>
장비/기술	<ul style="list-style-type: none"> <li>CT 스캔 장비, 검사 CT 장비, 나선형 CT 장비, 일반 슬라이스 CT, MRI, DSA.</li> <li>2002년 기준, 이 병원에서는 암치료시스템(현대식 방사선, 방사선 수술(X-나이프), 시뮬레이션 방사선 치료 및 방사선 수술(X-나이프),</li> </ul>

	SPECT-CT, PET-CT, Cyclotron 등을 준비했다. PET Cyclotron (암 발견)과 Spect-CT는 이 병원이 보유한 대표적인 2가지 현대식 장비이다
건강검진비	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>보통(저가), 서비스(중간가), 고급서비스(고가) 등 세 가지 검사 서비스를 제공한다.</b></li> <li>▪ 일반 건강검진 패키지의 경우 약 천~천3백만 VND</li> <li>▪ <b>기업고객의 경우, 다음과 같은 5가지 패키지가 있다.</b></li> <li>▪ 30세 미만: 약 천3백만 VND (남녀 공통)</li> <li>▪ 30-40세: 남성의 경우 약 천3백만, 여성의 경우 천6백만</li> <li>▪ 40-50세: 남성의 경우 약 천6백만, 여성의 경우 천8백만</li> <li>▪ 50-60세: 남성의 경우 약 천7백만, 여성의 경우, 2백만</li> <li>▪ 60세 이상: 남성의 경우 약 천6백만, 여성의 경우 2백만</li> <li>▪ <b>일반 건강검진비는 개인과 기업간 차이가 없다.</b></li> <li>▪ <b>1일 평균 건강검진 매출은 1억3천~2억5천만(VND)이다.</b></li> </ul>
환자수/점유율	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 일반 건강검진 환자 하루 100 – 150명</li> </ul>
확장계획	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 최근 건강검진모델 개발과 확장 완료</li> <li>▪ 아직 추가 확장 없음</li> </ul>
공략 수요층	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 상류층(A,B)</li> </ul>
마케팅 전략	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 전단지과 브로셔</li> </ul>
병실 설비	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 청결하고 정돈된 테이블 및 설비</li> </ul>
접수공간 및 동선	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 넓고 쾌적한 접수공간</li> </ul>
주요 시설	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 에어컨, 대기좌석 등 기본 시설 완비</li> </ul>

#### 장점:

- CHO RAY 병원은 중점병원으로 베트남 남부 지역의 중증 질환자들이 최종적으로 찾는다.
- Cho Ray 병원은 다수의 실력 있는 의사와 간호사들을 보유한 것으로 오랜 평판이 있다.
- Cho Ray는 다수의 현대식 장비와 의료기술을 보유하고 있다.
- Cho Ray에는 다수의 진료과목이 있고, 그에 따라 다수의 전문의가 일하고 있다.
- Cho Ray에는 고객서비스와 지원을 담당하는 전담부서가 있다.
- Cho Ray는 의사의 전문지식을 향상시키기 위한 자체 연수 프로그램을 운영하고 다른

<p>병원과 지방 의료기관에 컨설팅을 제공한다..</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>모델 장비/기술</b></li> <li>▪ <b>우수한 의사, 최고의 전문의, 테크니션 등이 다수 일하고 있다.</b></li> </ul>
<p><b>단점:</b></p> <p>의사의 서비스 질이 공공병원 수준이다.</p>
<p><b>기회</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cho Ray 병원의 능력과 전문성에 대한 환자 신뢰도가 높다.</li> <li>▪ 규모 확장</li> </ul>
<p><b>위험요소</b></p> <p>특별히 없음</p>

## 2. 콜롬비아 아시아(Columbia Asia)

주소: 01 No Trang Long, Binh Thanh Dist, 호치민

전화: (848)3803 0678

팩스:

이메일: [customercare.gd@columbiaasia.com](mailto:customercare.gd@columbiaasia.com)

웹사이트: <http://www.columbiaasia.com/gia-dinh/>



특징	설명
일반 현황	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 콜롬비아 아시아는 1996 년에 설립된 국제 민간 의료서비스 기업이다. 최초로 문을 연 의료기관인 Columbia Asia Extended Care Hospital-Shah Alam 은 1998 년에 설립되었다. 현재 말레이시아, 인도, 베트남, 인도네시아 등 4 개국에 23 개의 의료서비스 시설(병의원, 장기요양시설)을 운영하고 있다.</li> <li>▪ 민간의료서비스 트렌드를 주도하고 있는 콜롬비아 아시아는 지역 병의원을 통해 최적의 합리적인 의료 서비스 제공한다. 현대적인 편의시설과 잘 훈련된 의료진을 보유한 이들 병의원은 주거지역에 위치하고 있어, 환자들이 양질의 민간 의료서비스를 보다 편리하고 효율적으로 이용할 수 있다. 새로운 의료기술을 활용하여 침습성 치료를 줄이고, 입원기간을 줄여준다. 또한, 가격구조가 투명하고 민간 의료서비스를 위한 표준 모델에 비해 저렴하다. 병원규모는 여타 민간 병원에 비해 작을지는 모르지만, 그 단순성에 대한 컨셉은 미래의 효율적이고 접근성있고 비용효율적인 의료서비스 트렌드로의 이행에 있어서 선두주자이다. 이처럼, 이 병원의 목표는 지역사회에 탁월한 가치의 효과적인 의료서비스를 제공하고 각 가정과 기업들이 선호하는 병원이 되는데 있다.</li> </ul>

위치 및 주차	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 콜롬비아 아시아는 많은 사람들이 거주하는 대로변에 3개의 지점이 있다.</li> <li>- 콜롬비아 아시아 Gia Dinh: 01 No Trang Long, Binh Thanh Dist, 호치민</li> <li>- 콜롬비아 아시아 사이공(클리닉만 가능): 08 Alexandre de Rhodes, Dist.1, Ho Chi Minh City, Vietnam.</li> <li>- 콜롬비아 아시아 빈즈엉: Lot 178, Hoa Lan, Thuan Giao, Thuan An, 빈즈엉, Vietnam</li> </ul> <p>⇒ 중심지와 대로변에 주로 위치</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 주차가 편리(지상)하고 질서정연함. 주행선 있음</li> </ul>
직원 구성	직원은 소수이나, 친절하고 전문성 있다.
장비/ 기술	<p>3D 초음파와 다음과 같은 검사장비 보유</p> <p>원격방사선</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 혈액검사</li> <li>- 임상병리검사</li> <li>- 세포검사</li> <li>- 생화학검사</li> <li>- 면역검사</li> <li>- 미생물검사</li> <li>- 일반진단검사</li> </ul>
건강검진비	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 40세 미만: 천9백만(VND)</li> <li>- 40세 이상: 2백만 VND</li> </ul> <p>⇒ 하루 평균 건강검진매출은 1억-1억4천만 VND이다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 일반 건강검진비는 개인과 기업간에 차이가 없다.</li> </ul>
환자수/점유율	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 하루 환자 50-70명</li> </ul>
확장계획	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 아직 없음</li> </ul>
공략 수요층	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 상류층(A,B)</li> </ul>
마케팅 전략	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 브로셔와 인터넷</li> <li>▪ 멤버십 카드(Bao Viet Insurance와 제휴)</li> </ul>
병실 설비	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 청결하고 잘 정돈됨.</li> </ul>
접수공간 및 동선	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 접수공간이 깔끔하지만, 약간 어둡다.</li> </ul>

주요 시설	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 훌륭한 집기류가 설치되어 편안하다.</li> </ul>
-------	---

<b>장점:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 외국자본</li> <li>▪ 유명 브랜드</li> <li>▪ 우수한 의사, 간호사, 테크니션</li> <li>▪ 모델 기술/기계</li> </ul>	<b>단점:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 마케팅 전략에 그리 치중하지 않음.</li> </ul>
<b>기회</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 베트남에서는 여전히 새로운 분야다.</li> <li>▪ 베트남에 외국인투자 의료기관이 그리 많지 않다=&gt; 경쟁업체가 작다.</li> </ul>	<b>위협요소</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 빅토리아 헬스케어 &amp; 패밀리와 같은 외국인투자 기관의 빠른 발전</li> </ul>

### 3. *DIAG center international*)

주소: 146 An Bình, Ward 7, District 5, 호치민  
75 Phạm Việ t Chánh, District 1, TP HCM

전화: (08) 3838 1551

팩스: (08) 3838 1554

이메일: [labgroupint@hcm.vnn.vn](mailto:labgroupint@hcm.vnn.vn)

웹사이트: [www.diag-center.com](http://www.diag-center.com)



특징	설명
일반 현황	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>DIAG MEDIC CENTER):</b> 민간의학연구소 <b>디아이에이지 센터 인터내셔널</b>은 랩 그룹 인터내셔널(Lab Group International)의 제휴기관으로서 Marcel MERIEUX 연구소(프랑스 리옹 소재)의 설립자 등 프랑스 생물학자들과 의료진의 공조로 탄생했다.</li> <li>▪ 외국인 소유</li> <li>▪ 설립년도: 1999</li> <li>▪ 호치민에 위치한 본 센터는 30명의 베트남 직원으로 구성되어 있으며, 프랑스 의학생물학자들의 관리하에 운영되며, 프랑스에서 훈련받은 베트남 의료 테크니션 집단이 함께 일하고 있다.</li> <li>▪ 특화된 환경에서 본 연구소는 검사의 질을 극대화하기 위하여 고도의 기술장비를 갖추고 있을 뿐만 아니라 최고 수준으로 향상시키고 있다. 검사는 항상 국제표준규정(검사절차, 품질관리)을 준수하며, 검사결과 역시 국제기준에 따른다. 호치민에 있는 최고</li> </ul>

	수준의 의료센터들(Heart Institute, International Medical Center, SOS International Clinic, Columbia Clinic 등)과 외국계 다국적 보험사(AIA, Manulife 등)의 참조 실험실로서, Diag Center International은 기밀의 효과적인 의료 서비스와 진단 경험을 바탕으로 고객의 필요에 언제든지 대응할 수 있다.
위치 및 주차	<ul style="list-style-type: none"> <li>중심 지역에 있지는 않으나, An Binh 병원 옆에 있어, 찾기가 용이하다.</li> <li>주차장이 정면에 있어 환자의 편리성 도모.</li> </ul>
직원 구성	<ul style="list-style-type: none"> <li>직원들이 친절하고 전문성을 갖추고 있으며, 환자들에게 서비스 패키지를 명확하게 소개함.</li> </ul>
장비/기술	<ul style="list-style-type: none"> <li>장비와 기계류가 신규모델이며, Siemen, Roche, Abbott 등과 같은 유명 브랜드 제품이다.</li> <li>특히, 심장내과에는 조깅머신이 있어 환자의 심장 박동수를 확인할 수 있다.</li> <li>다른 센터들이 전통적으로 채혈을 위해 주사기를 사용하는데 반해 환자에게서 바로 혈액을 채혈하는 검사장비 완비.</li> </ul>
건강검진비	<ul style="list-style-type: none"> <li>일반 건강검진패키지는 남성의 경우 약 천3백만, 미혼 여성의 경우 천5백만, 그리고 기혼 여성의 경우 천7백만VND이다.</li> <li>⇒ 하루 평균 건강검진 매출은 1억6천-2억2천만 VND이다.</li> <li>일반 건강검진비용은 약품을 사용하지 않는 검사(초음파와 심전도)의 경우에는 개인과 기업이 동일하며, 약품을 사용해야 하는 검사(B, C형 간염)의 경우에는 그 비용이 배가 된다.</li> </ul>
환자수/점유율	<ul style="list-style-type: none"> <li>하루 환자수 약 130명</li> </ul>
확장계획	<ul style="list-style-type: none"> <li>아직 없음</li> </ul>
공략 수요층	<ul style="list-style-type: none"> <li>A,B급</li> </ul>
마케팅 전략	<ul style="list-style-type: none"> <li>브로셔와 인터넷</li> </ul>
병실 설비	<ul style="list-style-type: none"> <li>편안하고 정돈되어 있으며 청결함</li> </ul>
접수공간 및 동선	<ul style="list-style-type: none"> <li>접수공간이 좁지만, 입구에 안내직원이 상주하며, 상담 테이블이 마련되어 있어서 상담직원들과 상담하기에 편리하다.</li> </ul>



주요 시설	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 편안하고, 고객을 위한 정수기, 대기좌석, 에어컨 등이 설치되어 있다.</li> </ul>
-------	---

<b>장점:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 외국 자본</li> <li>▪ 합리적 가격</li> <li>▪ 우수한 의사, 간호사 및 테크니션 보유</li> <li>▪ 모델 기술/기계</li> <li>▪ 친절하고 활기찬 직원들</li> </ul>	<b>단점:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 마케팅 전략에 그리 많이 주안점을 두지 않음.</li> </ul>
<b>기회</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 베트남에서는 여전히 새로운 분야라는 점.</li> <li>▪ 베트남에 외국인 투자 의료센터가 그리 많지 않아, 경쟁이 아직 치열하지 않다.</li> </ul>	<b>위협요소</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 빅토리아 헬스케어 &amp; 패밀리와 같은 외국인 투자 의료센터의 빠른 성장</li> </ul>

#### 4. *Victoria Health Care*):

주소: 79 Đ iệ n Biên Phủ , Đ a Kao, Ho Chi Minh City

135A Nguyễn Văn Trỗi, Ward 12, Phú

Nhuậ n

전화: (84.8) 3910 4545

팩스: ( 84 8) 3997 9979

웹사이트: <http://www.victoriavn.com>



특징	설명
일반 현황	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Victoria Health Care:</b> Victoria Healthcare My My Clinics은 최고 수준의 의료 서비스, 효과적인 진단과 검사, 우수한 환자 서비스를 제공한다. 이것은 이 병원의 모토인 "환자 제일주의"에서 알 수 있듯이 경험이 많을 뿐 아니라 마음으로 환자를 보살피는 의료진이 필수적인 인간중심 의료서비스를 지향하고 있기 때문이다. <b>이 병원은 어린이를 위한 공간과 놀이시설도 갖추고 있다.</b></li> <li>▪ 외국인 소유</li> <li>▪ 설립: 2005. 12</li> <li>▪ 8개 부서에 34명의 의사가 근무. 어느 지점 병원에 가더라도 직원들과 의사들이 환자들을 따뜻하게 맞이한다.</li> <li>▪ 또한 환자 중심의 태도로 공감과 효율의 의료서비스를 제공한다.</li> <li>▪ 의사는 환자와 그 가족들이 어떻게 질병을 예방하고 미국과 유럽의 모범 사례와 증거기반 의학을 토대로</li> </ul>

	<p>질병을 치료하는지에 대하여 알 수 있도록 돕는다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 검진과 치료 경력 7년</li> <li>▪ 의사들은 자주 해외(미국, 프랑스, 싱가포르) 연수를 받는다.</li> <li>▪ 전자의료기록시스템을 통한 신속한 업데이트</li> <li>▪ 주기적인 의료장비와 시설 업데이트 및 업그레이드</li> </ul>
위치 및 주차	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 중심지에 위치하여 접근이 편리</li> <li>▪ 마당이 넓고 청결하며, 주차장으로 사용됨.</li> </ul>
직원 구성	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 거의 모든 직원이 친절하고 전문성을 갖추. 단 일부 직원은 고객에게 미소를 잘 보이지 않고 얼굴은 긴장되어 있음.</li> </ul>
장비/기술	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CT 스캔 장비, 검사 CT 장비, 나선형 CT 장비, 일반 슬라이스 CT, MRI, DSA.</li> <li>▪ 장비가 해외에서 수입된 최신식으로 Siemens, Roche 등 유명브랜드 제품임.</li> </ul>
건강검진비(일반건강검진패키지 기준)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 개인: 백6십만-백9십만 VND</li> <li>▪ 기업: 9십만-백6십만 VND</li> </ul> <p>⇒ 각 지점의 일일 평균 건강검진매출은 1억5천만-3억 VND</p>
환자수/점유율	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Nguyễn Văn Trỗi 지점:</b> 약 79-150명(개인)/일, 약 20-75(기업)/일</li> <li>▪ <b>Điện Biên Phủ 지점:</b> 약 100-200명(개인)/일, 약 15-20 직원(기업)/일</li> </ul>
확장계획	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2지구에 1개 병원 추가 오픈 예정.</li> </ul>
공략 수요층	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A,B (상류층)</li> </ul>
마케팅 전략	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 브로셔, 인터넷, 마케팅 담당 직원, 선불카드(10% 할인), 일렉트릭 리뷰(Webview).</li> </ul>
병실 설비	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 청결하고 잘 정돈됨.</li> </ul>
접수공간 및 동선	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 접수공간이 그리 크진 않지만, 매우 청결하고 잘 정돈되어 있음. 중앙에 소파가 놓여 있고 상담 테이블이 문 양쪽에 설치되어 있음.</li> <li>▪ 엘리베이터도 찾기 쉬운 곳에 위치함.</li> </ul>
주요 시설	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 특히, 어린이를 위한 놀이시설을 갖추고 있음.</li> <li>▪ 에어컨, 팔걸이 의자/소파, 엘리베이터 등의 시설이</li> </ul>

	<p>훌륭하고 청결함.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 휴게시설도 매우 청결함.</li> <li>▪ 브로셔가 깔끔하게 비치되어 있고 기재된 정보가 정확함.</li> </ul>
--	--

<p><b>장점</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 호치민에 병원 2 개 보유</li> <li>▪ 호치민에서 신규 건강검진 센터는 아니지만, 전문성이 있고, 평판이 좋음.</li> <li>▪ 소아과, 소화기 질환, ENT, 심장질환, 건강관리 전문.</li> <li>▪ 미국과 유럽의 모범 사례를 토대로 한 높은 수준의 의료서비스 제공.</li> <li>▪ 환자를 인간으로서 존중. 효율적인 업무처리, 고객과 공감하는 의료서비스 파트너로서 환자 상담서비스 제공.</li> <li>▪ 베트남 내국인 및 외국인에게 서비스 제공</li> <li>▪ 합리적인 가격.</li> <li>▪ 폭넓은 의료보험사 네트워크와 유연한 의료서비스 패키지.</li> <li>▪ 베트남 내외국인으로 구성된 풍부한 의료인적자원</li> <li>▪ 미국 등 회원으로 있는 전문 의료 기구나 단체에서 소속 의사들을 위한 해외 연수기회 제공.</li> <li>▪ 정확한 진단과 효율적인 치료절차</li> <li>▪ 깨끗하고 안전하고 정확한 최신 의료 장비</li> </ul>	
<p><b>단점</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 여전히 시장에서는 신규 브랜드로 인식</li> <li>▪ 소규모, 의료 서비스 종류 부족</li> <li>▪ 전문 장비 부족, 서비스 중복, 독자성</li> </ul>	
<p><b>기회</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 호치민 최고의 외국인 투자 건강검진센터임.</li> <li>▪ 이 분야가 베트남에서는 여전히 생소함</li> <li>▪ 베트남에 외국인투자 건강검진 센터가 아직 많지 않아 경쟁이 치열하지 않음.</li> </ul>	
<p><b>위험</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 현지 인력과 전문의 부족</li> <li>▪ 다른 민간 병의원과의 경쟁 치열.</li> </ul>	

## 5. Hoan My Sai Gon Hospital)

주소: 60-60A Phan Xích Long, Ward.1, Phú Nhuận, 호치민

4A Hoàng Việt - Ward 3 - District Tân Bình

전화: (84.8) 3990 2468

팩스: (84.8) 3995 9870/ (84.8) 38119783

웹사이트: <http://www.hoanmysaigon.com>



특징	설명
일반 현황	<ul style="list-style-type: none"> <li>General Practice Hoan My Hospital은 1997년에 설립.</li> <li>15년간의 공사와 개발을 통해, 자체 병의원 시스템이 의사 및 전문의의 기술과 자격 향상은 물론이고, 국립병원 시스템의 업무량 경감에 크게 기여함.</li> <li>Fortis Hoan My은 베트남에서 최초의 민간병원체인 의료법인으로 현재, 호치민, Dalat, Danang, Hue, 칸토 and Ca Mau 등 전국에 9개의 의료기관을 운영하며 총 800개 이상의 병상을 갖추고 있다. 지난 8월, Fortis Healthcare가 6천4백만 달러에 Hoan My 지분의 65%를 인수하여 이 병원체인의 대주주가 됨.</li> <li>Fortis Healthcare는 호주, 캐나다, 두바이, 홍콩, 인도, Mauritius, 뉴질랜드, 싱가포르, 스리랑카, 베트남에 체인을 두고 있음.</li> <li>Hoan My Medical Corporation은 호치민에 2개, Da Nang, Da Lat, 칸토, Ca Mau 등에 각각 1개씩 총 6개의 지점을 두고 있으며, Thao Dien- Dist 2와 Hoan My Breast Care in Dist. 3에 국제진료센터를 운영. <b>⇒이렇게 폭넓은 베트남 전역에 걸친 의료서비스망이 바로 Hoan My의 강점임</b></li> <li>Hoan My Phan Xich Long 은 베트남 정부가 마지막으로 호치민 중심가에 설립을 허락한 의료기관임.</li> </ul>
위치 및 주차	<ul style="list-style-type: none"> <li>혼잡한 주거지역 Phu Nhuan District(호치민 중심가)에 입지.</li> <li>넓고 쾌적한 주차장.</li> </ul>
직원 구성	직원들이 그리 친절하지 않으며 고객에게 미소도 잘 보이지 않음.
장비/기술	<ul style="list-style-type: none"> <li>CLVT장비, 레이저 장비, CT 64(일본 도시바 제품), UV장비, DSA, MSCT64, PCNL (Percutaneous NephroLithotripsy, laserholium, 현대식 CT 스캐너.</li> <li>복강경 검사와 내시경 검사 전문, 빠른 회복시간, 호, 환자비용부담 감소.</li> <li>CLVT는 내장기관 정밀검사에 사용.</li> </ul>
일반 건강검진비	<ul style="list-style-type: none"> <li>평균적으로 기업패키지의 경우 백십만-백7십만VND, 개인패키지의</li> </ul>

	<p>경우, <b>2-3백만 VND.</b></p> <p>⇒ <b>일일 평균 건강검진 매출 4억5천-6억 VND</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>의사가 환자의 질병을 진단하여 검사결과서 발급</li> </ul>
<b>환자수/점유율</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>환자수: 300-400명/일</li> </ul>
<b>확장계획</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>미정</li> </ul>
<b>공략 수요층</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>가격정책상 중상류층 대상</li> </ul>
<b>마케팅 전략</b>	<p>마케팅 전략: "고객의 건강이 곧 우리의 미션"이라는 슬로건아래, Hoan My Office에서 발급하는 의료카드개인의료카드, 가족의료카드, 기업의료카드, 의료비절약카드(Saving Health Card)와 20%의 할인행사 등 제공.</p>
<b>병실 설비</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>청결하고 우수한 프리미엄 급 시설</li> </ul>
<b>접수공간 및 동선</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>접수공간이 넓고 쾌적.</li> <li>동선에 따라 효율적인 의자 배치.</li> </ul>
<b>주요 시설</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>엘리베이터가 빠르고 조용하며 크고 쾌적.</li> </ul>

#### 장점:

- 진료비가 합리적이어서 대부분의 베트남 고객이 이용가능.
- 원스톱 의료서비스(신속한 진료절차, 다른 지점과의 개방적인 소통 체계)
- 대졸 학력의 충분한 경험을 갖추고 있으며 미국에서 연수경험도 있는 의료진.
- 유명하고 평판 좋음.
- 베트남 전역에 7개 지점을 갖춘 광범위한 네트워크
- 복강경 검사, 내시경 검사 전문(병원에서의 회복시간 단축)
- 수상내역: Vietnam Intellectual Owners Association가 수여하는 "베트남 의료분야 브랜드 금상," 품질관리인증 ISO 9001:2000, 환경관리인증 ISO 14001: 2004, 베트남 의료서비스부(Ministry of Health Services)의 "다수의 탁월한 의료서비스 계획 실행 성과 달성" 인증서"
- JCI (Joint Commission International)의 인증 절차 진행 중.

#### 단점:

- 혼잡하고, 공간이 협소함.
- 많은 수의 환자를 감당하기에는 인력 부족

#### 기회

- 양질의 서비스를 선호하는 환자수 증가(약10%/년)
- 2011까지, 베트남 정부는 공공병원의 진료비를 인상할 예정이므로, Hoan My가 가격 면에서

더 큰 경쟁력을 가질 수 있음.

- 현재, Hoan My Health Care를 받은 학생수(해외 여행 중이거나 유학중인 학생)가 증가하여, 일반 건강검진의 약 1/3을 차지.
- 치료를 위해 FV Hospital 등을 찾던 환자들이 높은 진료비를 감당할 수 없어 Hoan My로 바꿈.

위협:

#### 6. 메딕 호아 호아(Medic Hoa Hao)

주소: 2254 Hòa Hảo, District.10, Hồ Chí Minh City

전화: 84.8.9270284

팩스: 84.8.9272543

이메일: [ttmedic@hcm.vnn.vn](mailto:ttmedic@hcm.vnn.vn)

웹사이트: <http://www.medic.com.vn>



특징	설명
일반 현황	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Hoa Hao Medical Diagnosis Center (Medic)</b>가 최근 양질의 서비스와 현대식 장비 등으로 인해 외국인을 포함한 다수의 고객을 유치함. 주변 지역 도시와 캄보디아, 라오스 등지에서도 환자들이 오고 있음.</li> <li>▪ 높은 진단기술지원. <b>현재 Hoa Hao 는 과밀(overload).</b></li> <li>▪ 개인소유</li> <li>▪ 설립년도: 1990</li> <li>▪ 표준: ISO 9001</li> </ul>
위치 및 주차	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 중심부와 시장 및 주택가 근처에 입지. 주차장이 너무 협소하여 많은 환자를 수용하기엔 역부족.</li> </ul>
직원 구성	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 직원 수는 약 619명(의사, 테크니션, 간호사 포함)</li> <li>▪ 직원들이 친절하지 않고 고객에게 미소도 잘 보이지 않음.</li> </ul>
장비/기술	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 본 센터의 환자가 너무 많고 이들 제조사가 약품 판매를 위해 이곳에 무료로 이들 장비를 설치하기를 원해 장비의 약 99%가 Siemen, Roche, Abbott 등의 제조사 소유.</li> <li>- <b>SIEMENS DIAGNOSTIC</b> ADVIA WORKCELL SYSTEM, ADVIA CENTAUR, SYSTEM 340</li> </ul>

	<p>ANALYZER, TRUGENE, SYSTEM 440 ANALYZER</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>ABBOTT</b> ARCHITECT Ci8200 (3 Systems), TECAN, CELL-DYN 3700, ARCHITECT i2000 and AXSYM</li> <li>- <b>ROCHE</b> MODULAR (3 Module E170), COBAS 6000, Cobas MagNA Pure LC</li> <li>- <b>BIORAD</b> EVOLIS and SCAN GEL,</li> <li>- <b>HORIBA Medical</b> HORIBA ABX:</li> <li>- <b>Stago</b> ERINLINE AR, ST_ART:</li> <li>- <b>Instrument Laboratory:</b> ACL 7000:</li> <li>- <b>Sysmex:</b> CA.500</li> <li>- <b>TOSHIBA:</b> TOSHIBA SSH 140 HG 2 TOSHIBA Eccocee MEDISON : Sonorex / Sonoace 6000 TOSHIBA : Capasee, Toshiba Access LPT6.0 , USAToshiba CT Scan (Computed Tomography ) TCT300EZ 및 Toshiba Xtension V2.01 Models TXT-01A/4A, TXT-01B/4A (2B201-188E*B)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 매년 약 10개의 장비를 업그레이드 또는 교체</li> <li>▪ 최근 신형 분자생물학장비(독일기술)를 약 십억VND에 구매.</li> </ul>
건강검진비	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 일반건강검진패키지의 경우 120만-280만 VND</li> <li>▪ 개인과 기업 고객간에 건강검진비 차이 없음.</li> </ul> <p>⇒ <b>일일 평균 건강검진매출 9십억 VND.</b></p>
환자수/점유율	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 개인 패키지: 하루 고객 2천명. 특히 성수기의 경우(6-8월), 하루 고객 약 3천명.</li> <li>▪ 기업 패키지: 하루 기업 직원 6천명.</li> </ul>
확장계획	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 미정</li> </ul>
공략 수요층	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A,B,C,D급(거의 모든 층)</li> </ul>
마케팅 전략	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 입 소문(구전마케팅)</li> <li>▪ 가격과 제품 전략(우수한 품질과 낮은 가격)</li> </ul>

병실 설비	▪ 고객안내를 위해 각층에 안내 데스크가 있음.
접수공간 및 동선	▪ 많은 환자수에 비해 접수공간이 협소.
주요 시설	▪ 의료센터로서 충분한 시설 완비.

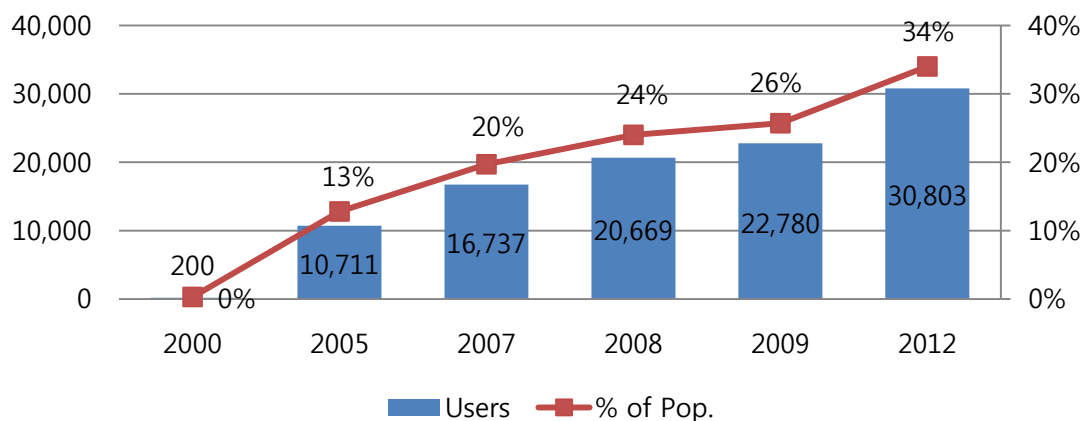
<b>장점:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 양질의 서비스(정확한 결과)</li> <li>▪ 낮은 가격</li> <li>▪ 평판이 좋음.</li> <li>▪ 대형 고객이 많음</li> </ul>	<b>단점:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 직원들이 친절하지 않고 고객에게 미소를 잘 보이지 않음.</li> <li>▪ 환자수에 비해 공간이 협소.</li> <li>▪ 대기실에 에어컨 없음.</li> <li>▪ 지은 지 오래되어 대기실이 지저분함.</li> </ul>
<b>기회:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 호치민 최고의 민간 건강검진센터</li> <li>▪ 이 분야가 여전히 베트남에서는 생소.</li> <li>▪ 베트남에 외국인투자 건강검진 센터가 아직 많지 않아 경쟁이 치열하지 않음.</li> </ul>	<b>위험요소:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 특별히 없음</li> </ul>

#### 4) 베트남의 인터넷 환경

##### -인터넷 사용인구 및 증가율

차트: 베트남 내 인터넷 사용자(2000-2012)

단위: 천 명



출처: 베트남 네트워크 정보 센터(VNNIC)



확실히 베트남 네트워크 정보센터의 통계에 따르면, 베트남의 인터넷 이용자수가 매년 증가 하고 있다. 인터넷이 베트남에 처음 도입된 것은 1997년이고, 9천만의 인구를 가진 베트남에서 이후 10년간 널리 보급되어 2000년 기준 인터넷 이용자 수가 2십만 명에 달했다. 2012년 현재 인터넷 사용자 수는 30,803명으로 증가하여 인터넷 보급률이 세계 평균치 32%보다 높은 34%가 되었다. 또한 2012년 기준, 베트남의 신규 인터넷 이용자가 159만 명이었으며, 이것은 2011년 대비 5% 증가한 것이다. 이렇게 폭발적인 인터넷 사용 인구 증가에 힘입어, 베트남은 세계 18위의 인터넷 사용 국가가 되었다.

#### - 인터넷 이용자 현황 및 형태

We Are Social이라는 기관이 2012년 10월에 발간한 "Social, Digital and Mobile in Vietnam"라는 제목의 보고서에 따르면, 베트남 인터넷 이용자의 현황과 사용형태는 다음과 같다.

- 15-24 세 연령대의 베트남 국민 중 95%가 인터넷에 접속.
- 베트남 인터넷 이용자의 73%가 35 세 미만.
- 베트남 네티즌의 66%가 매일 웹을 이용.
- 베트남 네티즌은 매일 평균 29 시간을 인터넷에 투자.
- 베트남 인터넷 이용자의 95%가 온라인 뉴스 사이트 방문.
- 베트남 네티즌의 90%가 온라인으로 비디오 시청(아시아 전체 평균 69%)
- 베트남 인터넷 이용자의 86%가 SNS 사이트 접속.
- 베트남 인터넷 이용자의 79%가 온라인 소매(쇼핑) 사이트 접속.
- 베트남 네티즌의 61%가 온라인으로 상품 구매.
- 베트남 네티즌이 온라인으로 구매하는 장비: 데스크톱 81%, 모바일 기기 56%, 랩탑 47%
- 88%가 집에서 인터넷에 접속하고, 36%는 웹 카페(web café) 이용.

#### - 베트남의 인터넷 속도

인터넷 애널리스트 Amakai의 최근 조사에 따르면, 2012년 기준 베트남의 평균 인터넷 접속속도는 1.664 Mbps에 그쳐 세계 전체의 인터넷 접속 속도 2.3 Mbps 수준에 못 미쳤다.

한 미국 기업에 따르면 전체 접속의 13%가 256 Kbps보다 느리고, 2%가 5 Mbps보다 빠르다.

아세안 11개국과 비교할 때, 베트남의 평균 인터넷 접속 속도는 1.8 Mbps인 말레이시아, 3.054 Mbps인 태국, 4.6 Mbps인 싱가포르보다 뒤쳐진다.

#### 5)베트남 내 스마트폰 환경

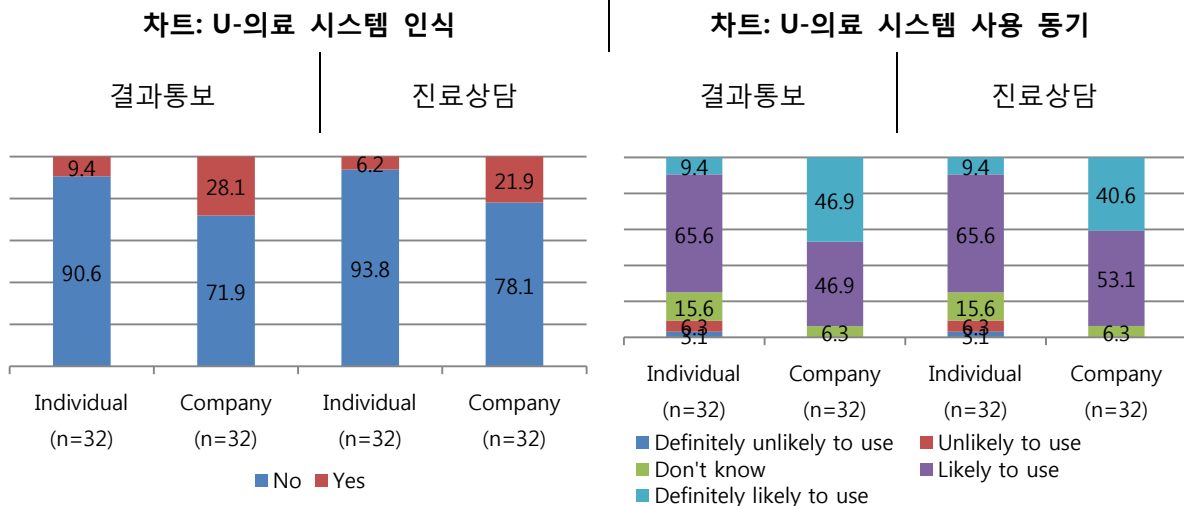
We Are Social에 보고서에 따르면, 2012년 베트남의 스마트폰 보급률은 21%이고 태블릿 보급율은 5%였다.

스마트폰 사용자수가 베트남의 3G 서비스 가입자의 증가를 부추기고 있으며, 사용자들은 모바일 기기를 통한 인터넷 접속과 모바일 앱 사용을 평가할 수 있다. 베트남 정보통신부(Ministry of Information and Communication)에 따르면 2012년 기준 베트남의 전체 1억2천3백만 휴대폰가입자 중 3G 서비스 가입자가 천6백만을 넘으며, 그 중 대부분이 Vinaphone, Mobiphone, Viet Tel 등이 제공하는 3G 서비스를 이용한다.

We Are Social의 한 2012년 보고서에 따르면, 베트남 인터넷 이용자의 62%가 모바일 기기를 통해 인터넷에 접속하고 모바일 이용자의 38%가 휴대폰을 통해 인터넷을 사용한다. 이 보고서는 또 베트남 모바일 이용자의 35%가 모바일 앱을 사용한다는 중요한 사실을 발표했다.

4G 서비스의 경우, 베트남은 서비스 공급자가 시험운영과 이런 새로운 기술에 대한 시장수요조사를 실시 한 후 2015년 까지 4세대 네트워크(4G) 서비스를 제공하기 위하여 모바일 서비스 공급업체 인가를 미루기로 했다.,

## 6)베트남의 U-의료 시스템



U-의료시스템(사이버 건강검진 결과 통보 및 진료상담 포함)은 호치민과 인근 지역의 의료센터와 병원에 일반적으로 적용되지 않고 있다. 따라서 2012년도 Axis 조사결과, 대부분의 소비자(개인 91%, 기업 72%)가 인터넷을 통한 건강검진결과 통보 서비스에 대하여 모르고 있다. Medic Lab과 호치민 Medical University Hospital은 이 같은 서비스에 대하여 알고 있는 얼마 안 되는 기관들이다. 특히, Medic Lab은 건강검진결과를 이메일 통해 환자에게 전달하거나, 다운로드 가능한 링크를 첨부하여 SMS를 통해 통보한다. 사이버 진료상담 역시 유사한 것으로 나타났다.

한편, 쿨롬비아 아시아 병원은 사이버 건강검지결과 통보 서비스를 이용할 계획이 없다. 그것은 환자수가 그리 많지 않아 결과 통보 대기 시간이 짧기 때문이다(약 2시간). 이 병원은 또한 결과를 소비자에게 직접 전달함으로써 그 결과에 대하여 명확하게 설명하고 예방과 필요한 치료를 위한 조언도 함께 제공하고자 한다. 또한, DIAG Center International은 결과를 인터넷 환경에서 전달할 경우 발생할 수 있는 개인정보보호 문제를 우려하여 사이버 건강검진 결과 통보 서비스를 이용하지 않는다.

그러나 소비자의 입장에서 보면, Axis Research의 조사에 참여한 개인의 70%이상과 기업고객의 90% 이상이 만약 이러한 서비스가 있다면 이용할 용의가 있는 것으로 나타났다. 따라서, 건강검진센터/병원들은 이런 서비스를 소비자에게 제공하여 부가가치를 창출하고 소비자 만족도도 높이는 방안으로 활용하면 좋을 것이다. 그러나 의료센터/병원 등은 인터넷 환경에 건강검진결과 업로드 시, 개인정보유출이 없도록 조치해야 한다.

## 2. 규제 및 법적 문제

### 1)외국인투자 의료기관에 관한 규제

**WTO의 베트남 의정서(WTO commitments of Vietnam)**에 따라, 외국인투자자들은 (i)병원 서비스 및 (ii)의료 및 치과 서비스 등의 사업 부문에 참여할 수 있다. 투자형태와 관련하여서는, 외국인 의료 서비스 공급자는 100% 외국인투자 병원 설립, 베트남 파트너와의 합작투자회사 혹은 사업협력계약을 통해 서비스를 제공할 수 있다.

병원 서비스 분야에 진출하기 위한 법정 자본 요건은 (i)병원당 USD2천만 달러, (ii)외래환자진료실 당 USD2백만 달러, (iii)전문과목 진료실 당 USD2십만 달러 이상이어야 한다. 투자법의 규정하는 바에 딸, 베트남에 처음 투자하는 외국인 투자자들은 투자증명서(법인설립증) 발급을 위해 투자 프로젝트를 수립한 후 해당 투자 프로젝트에 대한 등록이나 평가를 실시하여야 한다.

현재 베트남 투자법(**Vietnam Investment Law**)에 따르면, 외국인 투자 병원 설립은 투자 프로젝트(즉, 병원설립 프로젝트) 수립을 통해 진행하고 정부당국에 제출하여 평가를 받아야만 한다.

2009년 12월 4일에 공표되어 2011년 1월 1일에 발효된 **베트남 의료검진 및 치료에 관한 법률(Law on Medical Examination and Treatment of Vietnam)**에 따라, 의료기관 설립은 전문진료과목의 범위에 따라 다음 중 하나의 형태로 진행할 수 있다.

- 병원
- 일반진료실, 특수진료실, 주치의
- 전통적인 의료처치기관
- 산부인과
- 의료서비스 공급자
- 지역 단위 의료센터
- 기타 의료기관 유형

의료기관은 (1)관할 국가 기관에 의해 설립결정서, 사업체등록증, 투자증명서(의료기관 형태에 따라), (2)MOH나 여타 관할 당국으로부터 사업허가를 받은 즉시 영업을 시작할 수 있다.

의료기관이 다음 요건을 충족하는 경우, MOH은 영업허가를 발급한다.

- i) 규정한 장소와 설비, 의료장비, IT장비 및 의료기관에 대한 국가 건축 표준이 기타 필요조건을 갖춘 경우
- ii)법률이 정한 의료폐기물처리 및 방사능안전성에 대한 필요조건을 갖춘 경우
- iii)그 전문진료행위의 범위에 따라 충분한 전문의를 확보한 경우
- iv)해당 의료기관의 전문경영인이 최소 36개월 이상 의료행위를 수행한 경우

## 2) 외국인 의사의 허용 활동범위

앞서 언급한 베트남의 의료검진 및 치료에 관한 법률에 따라, 의사는 의사면허증이 있어야 한다. 베트남 보건부(MOH)는 다음 요건을 만족하는 경우에 한하여 의사면허증을 발급한다.

i) 전문의료행위의 형태와 범위에 따라 다음 중 어느 한가지 증명서를 소지한 자

(1) 베트남에서 발급 또는 인정되는 전문 디플로마

(2) 한의사 면허증

(3) 가정 치료법 보유 증명서

ii) 한의사나 가정치료법이 있는 경우를 제외하고 수련기간을 마쳤음을 입증하는 서류 소지자

iii) 전문 의료행위 수행에 맞는 건강상태를 입증하는 증명서 소지자

iv) 법률이 정한 의료서비스 금지 규정의 적용을 받지 않을 것.

외국인 의사는 상기 조건 이외에도 다음 조건을 모두 충족해야 한다.

i) 베트남 국민에게 의료검진이나 치료 서비스를 직접 제공하기 위해서는 베트남어를 유창하게 구사하거나 그렇지 않은 경우 통역사를 배석시킬 것.

ii) 현지 국가의 관할 기관이 증명한 법률 기록 보유.

iii) 노동관리 업무를 수행하는 베트남 정부 기관이 발급한 취업허가증 소지

보건부 장관이 외국인 의사가 의료서비스 분야에서 베트남어에 능통함을 증명하기 위한 기준을 설정한다.

또한 의료검진 및 치료에 관한 법률에 따라, 베트남은 국제조약 혹은 베트남이 가입한 합의에 따라 타국이 발급한 의사면허증도 인정한다.

## 3) 베트남의 근로자 건강검진에 관한 규제

베트남에서는 근로자의 건강검진은 베트남 노동법(Vietnam Labor law)이 관리하고 보건부가 공표한 **Circular 13/2007/TT-BYT**에 따른다.

법률이 정한 바에 따라, 모든 고용주는 최소 연 1회 근로자들이 정기건강검진을 받도록 해야 한다. 위험한 독성물질 환경에서 근무하거나 힘든 업무(heavy work)를 수행하는 근로자(베트남 노동부가 발표한 목록에 따라)는 연2회 건강검진을 받아야 한다.

보건부가 2007년 11월 21일에 공표한 Circular No. 13/2007/TT-BYT에 따라 규정된 건강검진항목

- 프로필 및 병력 정보 업데이트

- 신체검사: 신장, 체중, 맥박수, 혈압 측정.

- 포괄건강검진항목: 내과, 외과, 피부과, 부인과, 안과, ENT, 치과 검사

- 필수 **paraclinical** 검사: CBC, 혈당, 종합소변검사 (포도당, 단백질, 세포)

- 기타 **paraclinical** 검사: 심장 및 폐 X선 검사.

근로자 건강검진 운영 형태를 2가지가 있다.

- 중심지 건강검진: 근로자 건강검진을 건강검진 센터/병원이 위치한 곳이나 해당 의료기관에서 근로자 건강검진을 진행하려면 근로자를 고용한 업체가 건강검진센터/병원과 접촉하여 서비스 계약을 체결한다. 건강검진비는 각 업체가 지불한다.

- 각 근로자가 직접 건강검진센터/병원과 접촉하여 건강검진을 받는다. 이때, 근로자가 건강검진비를 지불하면 해당 근로자가 근무하는 업체에서 이 비용을 환급한다.

#### 4) 베트남의 의약품 규제

##### - 의약품 수입

법률에 따라, 총리가 등록번호가 없는 의약품의 수입에 대하여 명시한다 specify. 베트남 내 등록번호가 있는 의약품은 의약품법(Pharmacy Law) 제63조에 규정된 대로 특별한 관리가 필요한 약물로 등록된 백신, 생물 의약품 등을 제외하고 수량제한 없이 수입이 가능하다. 의약품 수출업체나 수입 업체는 보건부가 지정한 의약품을 수입하거나, 그 수입이나 수출을 의뢰하거나, 수입 혹은 수출 의뢰를 수락할 수 있는 권리가 있다. 또한, 의약품 거래 업체는 의약품의 수출이나 수입을 의뢰할 수 있다. 의약품 수입 혹은 수출 의뢰는 상법과 여타 관련 법 규정에 따른다.

##### - 의약품 등록

보건부는 의약품 등록 서류일체를 검토하고, 의약품 등록번호 유효기간 지정 및 취소를 담당한다. 의약품 등록 기관은 법 규정에 따라 제반 서류 접수 시 등록료를 지불한다.

등록 기준은 다음과 같다.

- (i)의약품법에 따라 임상시험이 면제된 경우를 제외하고 의약품의 효과와 안전성에 대한 임상실험 결과
- (ii)의약품에 대한 기술문서
- (iii)베트남의 의약품 정책

유효한 서류일체 접수 후 6개월 이내에 보건부가 의약품 등록번호를 발급한다. 등록번호 발급이 거절된 경우, 보건부는 그에 대한 이유를 명시한 서면으로 통보한다.

의약품 등록 기간 동안, 각 기업은 지적재산권(산업디자인, 상표, 발명) 문제에 대해 책임을 진다. 의약품 등록 규정은 산업디자인, 상표, 발명 현황 확인을 요구하지 않는다. 해당 기업은 참고용으로 확인 서류를 제출하여 필요 시 DAV가 모니터링과 NOIP 및 관련 당국과의 협력 활동 수행을 지원한다.

단, 참고로, 어떤 기업이 지적재산권 규정을 위반하는 경우, DAV는 관련당국으로부터 최종결론을 전달받아 해당 의약품 등록번호를 취소하고 시장에서 그 기업의 의약품 판매를 중단시킬 수 있다.

보건부는 법률 위반 행위를 예방하기 위하여 제품 마케팅에 앞서 제약회사가 모든 지적재산권을 철저히 검토하도록 하고 있다.

등록번호 없이 베트남에 의약품을 공급하는 외국 교역업체는 보건부가 발급한 베트남 내 영업허가증을 소지해야 한다. 이 같은 영업허가증을 소지한 외국교역업체가 질병 예방과 치료에 필요한 의약품을 공급하지 않는 경우, 보건부는 이 문제를 검토한 후 해당 의약품을 전 세계의 유명 의약품 공급업체로부터 수입하는 것을 허가하는 결정을 내린다.

#### - 유통 약품

법률에 따라, 의약품을 시장에서 유통하려면 다음 조건을 모두 만족시켜야 한다.

(i)등록된 품질 기준 충족

(ii)의약품법과 여타 관련 규정이 정한 의약품 라벨링 규정을 모두 충족.

(iii)규정된 의약품 보증 품질에 맞는 자재와 형태로 포장할 것.

(iv)등록번호가 있거나 등록번호는 없지만 의약품법이 규정한 다수의 특수 사례로 수입되는 중.

v)의약품법에 따라 신고한 가격일것. 수입 의약품의 경우, 베트남과 유사한 의료 및 영업 조건을 가진 국가로 수입되는 의약품 가격보다 높으면 안됨.

시장에서 유통되는 의약품의 라벨은 그 내용에서 다음 요건을 충족해야 한다.

- 의약품 명
- 의약품 제조방식
- 성분
- 포장명세
- 제조사명 및 주소
- 등록번호, 제조로트 일련번호, 제조일자, 유효기간
- 의약품 보관 조건 및 여타 필요 정보

단일 성분 제품의 경우, 기존 제품명 혹은 국제분류명을 아래 표시할 것.

의약품 복용법은 베트남어로 작성한다.

#### 5)베트남의 원격건강검진 규정

현재까지 베트남은 아직 원격건강검진에 관한 일체의 법률이나 규제를 공표하지 않았다.

#### 6)베트남의 인터넷 정보보호 관련 규제

베트남은 포괄적 개인정보보호 입법이 없으나, 2005년 전자상거래법(Law on E-Transactions 2005)에 간략하게 개인정보보호 조항을 두고 있어, 향후 보다 자세한 입법의 기초가 될 수 있다.

이 법률의 제46조는 전자상거래의 정보기밀유지에 관하여 규정한다.

- 기관, 단체 및 개인은 전자상거래 수행 시 법률 규정에 따라 보안조치를 선택할 수 있는 권리가 있다.
- 기관, 단체 및 개인은 법률에 달리 규정된바 없으면, 상대방의 동의 없이 전자상거래 시 접근이 가능하거나 관리하는 여타 기관, 단체 및/혹은 개인의 사적 혹은 개인적인 사안이나 정보를 이용, 제공, 혹은 공개하지 않는다.

아울러, 정보기술에 관한 법률 제 21, 22조는 개인정보 수집, 가공, 이용, 보관 및 제공에 대한 규제와 같은 환경에서 정보보호에 관한 보다 상세한 규정을 향후 마련할 수 있다고 명시한다.

아울러, 베트남은 개인정보보호에 관해 마련된 법 체계가 없다. 그러나 민법에 따른 몇 가지 권리가 개인정보보호 문제를 다루는 것으로 보인다.

민법 제34.1항은 개인정보보호에 관한 개인의 권리는 '법에 의해 보호를 받는다'라고 명시하고 있으나 더 이상 추가 규정은 없다. 마찬가지로, 민법 제34조도 당해 개인의 동의가 있거나 그 같은 자료수집이 '관할 정부 당국'의 결정에 따른 경우를 제외하고 '개인의 사생활'에 관한 자료의 수집과 발표를 금한다고 명시한다. 개인의 사생활에 관한 정보의 정의가 명시되어 있지 않아, 이 조항은 해당 당국에 따라 폭넓게 해석될 수 있다.

국가보안법(Law on National Security)(2004년 12월 3일 국회가 통과시킨 제32/2004/QH11호 법률)에 따라, 국가안보를 담당하는 국가 기관은 국가안보를 저해할 것이라는 합리적인 의혹이 있는 경우 개인과 단체의 통신장비나 컴퓨터 및 컴퓨터네트워크, 개인과 단체의 자료 등을 사찰할 수 있는 권리가 있다. 따라서 국가안보에 대한 위협이 우려되는 경우, 상기 국가안보 담당 기관이 암호화된 데이터를 포함한 모든 정보에 접근할 수 있는 권리가 있을 가능성이 매우 높다. 또한, Decree 55과 Decision 71 모두 인터넷 서비스 공급자에게 관련 정부 당국이 국가안보를 보장하고 정보 및 네트워크 보안을 확보할 수 있도록 필요한 기술 및 자료 설비를 마련하도록 규정한다. '이 같은 조치'가 구체적으로 명시되어 있지는 않지만, 인터넷이나 네트워크 상에 암호화되어 보관되어 있거나 사용되는 정보에 대한 접근을 포함할 가능성이 있다.

### 3. 사업현황

#### 1)연봉정보

a)의사 등: 자료- 베트남 보건부 심층면담

구분	영어 구사 가능	영어 구사 불가능	비고
의사	2천5백만 VND	천5백만 VND	
간호사/약사	천만VND	6-7백만 VND	
운영직원	6백만 VND	8백만 VND	타 업종의 여타 직업군과 연봉 동일.

#### 2)비용

항목	단위	금액
건물 (A, B급)	1 m <sup>2</sup>	20-33 USD/월
대형 버스(메르세데스 벤츠, 스프린터 패널 밴)	1 Unit	34,400 USD
전기	1 kwh	0.175 USD
용수	1 m <sup>3</sup>	0.2 USD
경비원 급여	1명	150-200 USD/월
청소원 급여	1명	150 -175 USD/월

※ 설치된 건강검진 장비를 종종 제약업체로부터 임대하는 경우도 있다.

## 인터넷 사용료

- 병원 내 인터넷 속도: 병원들은 흔히 다음과 같은 패키지 요금으로 광섬유케이블을 사용한다.
  - o 50M 패키지의 경우: 85 USD/월
  - o 25M 패키지의 경우: 44USD/월
- 가정 내 인터넷 속도: 가정에서는 흔히 8M 패키지로 구리선을 사용하며 요금은 월 약 20.5 USD이다.

**3G 요금:** 다음은 베트남 3대 통신사 가운데 하나인 Viet Tel이 제공하는 3G 패키지 요금체계이다.

구분	MI 0 패키지	MI 10 패키지	MiMax 패키지	MI200 패키지	DMAX 패키지
이용기간	1개월	1개월	1개월	1개월	1개월
가입비/월(VND)	0	10.000	40.000	200.000	100.000
프리 사이즈	0MB	50 MB	500MB	3.584MB	1.536MB
오버 사이즈	2,5 VND/10KB	2,5 VND/10KB	0 VND/10KB	50 VND/1MB	0 VND/10KB

## 4. 결론

### 1) 호치민과 인근 지역의 건강검진서비스 성장 잠재력

최근 몇 년간 베트남 의료서비스 시장은 서비스 수요를 맞추기에 역부족인 상황에 처했다. 정부가 의료서비스 분야에 상당한 투자를 해왔지만(의료서비스 인프라 개선 및 공공병원의 노후 장비 교체를 위한 예산 증액을 위해), 현재 의료센터/병원들은 역량과 서비스 품질 면에서 여전히 이 같은 소비자/환자의 수요와 기대에 부응하지 못하고 있다. 호치민과 인근 지역(빈즈영, 동나이, 깐토) 모두 상황은 동일하다.

다른 지역과 비교할 때, 호치민과 인근 지역의 일반적인 의료서비스와 특히 건강검진에 대한 성장 잠재력은 상당히 크며 구체적으로 다음과 같다.

- 인구밀도가 가장 높은 지역에 입지. 2011년 호치민의 인구는 7,521,000명으로 베트남 전체 인구의 8.6%를 차지했다. 호치민내 병원들이 경험 많은 전문의들과 선진 의료장비 면에서 가장 뛰어 난 것으로 믿고 있어, 지방 거주자들은 건강검진이나 질병치료를 위해 호치민까지 온다.
- 일인당 월평균 소득이 가장 높음(호치민: 2,737,000 VND, 빈즈영: 2,698,000 VND, 동나이: 1,763,000 VND, 깐토: 1,540,000 VND). 따라서 타 지역에 비해 더 나은 양질의 건강검진 서비스를 감당할 능력이 있다. 월평균 소득과 더불어, 이 지역의 일인당 월평균 지출 역시 가장 많다. 따라서 생활수준이 높아지면서, 사람들은 더욱 건강에 관심을 갖게 되고 건강검진을 비롯한 의료서비스에 더 많은 돈을 투자한다.



- 특히 호치민은 베트남에서 근로자 수가 가장 많다(2011년 기준 4백만 명). **Circular 13/2007/TT-BYT**에 따르면, 모든 고용주는 근로자에게 정기적인 건강검진기회를 제공해야 한다. 근로자들은 건강검진센터/병원에게 엄청난 잠재 고객이다.
- 우수한 의료서비스 수요층인 다수의 외국인 근로자들이 집중되어 있음.
- 베트남 최대의 한국인 거주지역. 2011년 기준, 베트남에 88,120명의 한국인이 거주하고 절반 이상이 호치민과 인근지역에 거주한다. 의료센터/병원들이 특히 이들 지역에 거주하는 한국인 사회와 여타 외국인들에게 의료 서비스를 제공하는데 성장 잠재력이 보인다.

## 2) 건강검진서비스 시장 내 경쟁

호치민에는 국립, 민간, 외국인 투자 기관을 포함하여 총 300개의 건강검진센터가 있다. 이들 센터는 독보적인 장점이 있고 구체적인 소비자층에게 서비스를 제공한다. 최고의 서비스로 건강검진을 실시하는 외국인 투자의료기관이 호치민과 주변 지역에서 그리 많지는 않다.

### - 시설 및 장비

소비자들은 외국인 건강검진센터/병원은 장식, 장비와 기계 완비, 위생, 안전성, 환자보조장치 등의 측면에서 국립병원과 민간병원에 비해 더 나은 시설과 장비를 갖추고 있는 것으로 평가했다. 이 같은 요소들이 외국계 센터/병원을 차별화하는데 한 몫하며 중상층 소비자를 공략하는데 도움을 준다. 실제로, 시설과 장비에 대한 소비자의 인식이 각 센터/병원에서 받은 건강검진 서비스에 대한 소비자의 전체 만족도에 영향을 미친다. 시설과 장비가 좋을 때 소비자의 만족도도 높아진다.

### - 의료진

소비자의 입장에서는 외국계 센터/병원이 보유한 전문가팀이 자격, 태도, 서비스 방식 면에서 국립 병원이나 민간 병원에 비해 더 높은 평가를 받지 못한다. 의료서비스 산업 전문가의 견해에 따르면, 국립센터/병원의 전문가팀이 오래 일해왔고, 의학지식과 기술을 베트남과 해외에서의 지속적인 연수 프로그램을 통해 교류할 기회가 있어 민간병원이나 외국계 병원에 비해 자격, 경험, 환자 이해도 면에서 더 뛰어나다.

실제로 호치민 보건과장으로 근무한 바 있는 Le Truc Phuong 씨에 따르면 외국계 센터/병원들은 현재 운영을 위해 전문가팀을 채용하는 일에 어려움을 겪고 있다고 한다. 훌륭한 의사들은 대부분 전문성과 명성을 위해 동시에 클리닉을 직접 운영하면서 특히 규모가 큰 국립병원에서 일하게 된다. 클리닉에서 얻은 수입이 이들의 주수입원이고 민간병원이나 외국계 센터/병원에서 얻는 것보다 더 매력적이다.

#### - 건강검진 패키지

건강검진 패키지는 개인 및 기업 소비자는 물론이고 국립, 민간, 외국계 병원 간에서 그리 많이 다르지 않다. 여기에는 종종 다음과 같은 일반적인 건강검진항목이 포함된다.

- 신체검사
- 일반복부초음파
- 폐 X 선 검사
- 소변검사
- 혈당검사
- 콜레스테롤 수치 검사
- 간기능검사
- 혈액 포물러 검사
- 심전도검사
- 신장기능검사
- 심초음파검사
- 혈액형 검사

성별과 연령에 따라, 해당 건강검진항목을 추가하기도 한다. 여성의 경우, 여성부인과 검사와 골다증 X선 검사를 추가하고, 30세가 넘은 경우, 간혹 콜레스테롤 수치 검사를 권장한다.

#### - 고객서비스 품질(응대안내팀)

고객 서비스 품질 역시 외국계 센터/병원과 민간병원과 국립병원을 구분하는 요소이다. 외국계 센터/병원은 보다 전문적인 업무처리와 환자 서비스를 명확하고 이해 가능한 안내를 통해 신속하게 서비스를 제공하기 위하여 응대안내팀에 더 신경을 쓴다. 높은 고객 서비스 품질은 또한 건강검진서비스에 대한 전반적인 만족도에 기여한다.

#### - 가격

외국계 센터/병원의 건강검진비가 가장 높고, 민간병원이 중간을 차지하며, 국립병원이 가장 낮다. 이 같은 가격체계는 소비자 층에 따른 것이다. 좋은 시설과 높은 가격 그리고 양질의 고객 서비스를 갖춘 외국계 센터/병원 고위층에 속하는 소비자를 공략한다. 국립병원과 민간병원은 중하위층 소비자를 대상으로 한다.

### 3) 외국인 투자자의 의료기관 설립을 위한 투자환경

베트남은 현재 (i)병원서비스와 (ii)의료서비스와 치과 서비스 분야의 의료서비스업을 100% 외국인투자 혹은 베트남 파트너와의 합작투자 형태나 사업협력계약을 통해 외국인투자자들에게 개방한 상태이다. 분명한 것은 **WTO의 베트남 의정서와** 관련하여 의료서비스업에 대한 외국인 투자 시 자본 요건이 병원의 경우 USD2천만 달러 이상, 외래환자진료실의 경우 USD2백만 달러 이상, specialty unit의 경우 USD2십만 달러 이상이다. 외국인 투자자들은 반드시 베트남의 관련법률과 정부의 규제를 철저히 준수해야 한다.

외국인의사가 베트남에서 취업하려면 의료검진 및 치료에 관한 법률에 따라, 보건부가 발급하는 면허증을 교부 받아야 하며 발급된 면허증이 적용되는 범위 안에서 의료 서비스를 제공해야 한다.

#### 4) 인터넷 및 스마트폰 환경과 U-의료 시스템

베트남 인터넷 환경은 최근 몇 년 사이 괄목할 만한 성과를 달성했다. 2012년 기준 인터넷 보급률은 34%로 이용자는 총 1,590,000명이었으며 인터넷 이용자 기준 세계 18위를 기록했다. 또한, 베트남은 스마트폰 분야에서도 빠른 성장을 보여, 2012년 기준 스마트폰 보급률은 21%였으며 2013년에는 이보다 더 증가할 것으로 예측된다.

인터넷 인프라와 접속 속도도 훨씬 개선되었다. 평균 접속 속도는 2012년 기준 1.664 Mbps였다. 동남아시아 국가 중 베트남의 인터넷 속도는 말레이시아(1.8 Mbps), 태국(3.054 Mbps), 싱가포르(4.6 Mbps) 등보다 뒤쳐진다.

인터넷과 스마트폰 환경의 발달로, Medic-Lab, Medical University Hospital과 같은 건강검진센터/병원이 호치민내에 몇 개 문을 열어 사이버검진결과 통보 서비스를 제공하였다. 소비자/환자들은 이 결과를 온라인으로 알아 볼 수 있다. Axis의 조사에 따르면, 이 같은 새로운 형태의 결과통보 서비스가 개인 및 기업 소비자 모두로부터 큰 호응을 얻고 있다. 조사 대상자의 70%이상이 이 같은 결과통보방식에 긍정적인 반응을 보였으며 이 같은 서비스가 제공된다면 이용할 것으로 나타났다.





IV

**중국 의료시장 환경  
조사보고서(국문)**



# **허난(河南)성 의료시장 환경 조사보고서**

**KOTRA 정저우무역관**

# **목 차**

[1] 허난성 의료환경 조사.....	3
1. 경쟁환경 조사.....	3
2. 합작병원 개발 사례 .....	13
3. 허난성의 의료비 현황.....	14
4. 병원허가 신청 절차 .....	20
5. 병원 설립 관련 법규.....	24
6. 허난성의 중외합자병원 설립 조건 .....	24
7. 의료자격 취득 관련 .....	24
[2] 병원 복합개발 관련 .....	31
1. 현지 법인 운영 법규.....	31
2. 병원 복합개발 사례 .....	31
3. 보조시설 개발 관련 법률제도.....	36
[3] 현지 표준비용.....	39
1. 공사 표준비용 .....	39
2. 인테리어 표준비용 .....	40
3. 가구 및 비품의 표준가격.....	41
4. 전기, 수도요금 및 기타 공공관리 표준비용 .....	41
5. 청소원과 보안요원의 표준 임금 .....	43
6. 세금관련: 법인 및 국내외 국적의 직원 .....	43
별첨-본문에 인용된 중국법률법규 .....	49



## [1] 허난성 의료환경 조사

### 1. 경쟁환경 조사

#### 1.1 허난성 의료기관 개요

의료기관의 종류에는 병원, 요양원, 사회의료서비스센터, 향진(주민) 위생원, 외래진료부, 진료소(위생소, 의무실), 부녀아동보건원(소), 전문분과 질병치료원(소), 응급센터, 임상실험센터가 있다. 농촌 위생실은 일반적으로 전체 의료기관 수에 포함하되, 따로 통계하지 않는다.

2011 년 말 기준 허난성의 전체 의료기관(농촌 위생실 포함)은 총 76,201 개소로, 병원 1,200 개, 요양원 5 개, 사회의료서비스센터 1,017 개, 향진(주민)병원·위생원 2,084 개, 외래진료부 101 개, 진찰소·위생소·의무실 6,948 개, 부녀아동보건원(소) 166 개, 전문분야 질병치료원(소) 20 개가 있다. 의료기관의 총 34 만 9,200 개 병상 중 병원 병상은 23 만 9,800 개(종합병원 17 만 7,000 병상, 전문병원 6 만 2,800 병상)이며, 향진 위생원 2 만 4,300 병상, 요양원 900 병상, 외래진료부 1,100 병상이 있다. 인구 1 천 명당 평균 병상 수는 3.72 개(병원·위생원 3.46 개)며, 병원의 병상 사용률은 88.27%이다. 의료기술자(농촌 위생실 포함) 총 62 만 2,400 명 중, 의료기술자 39 만 5,200 명, 집업의사(執業醫師)<sup>1</sup> 및 집업조리의사(執業助理醫師)<sup>2</sup> 15 만 5,860 명, 등록 간호사 13 만 7,200 명이며, 인구 1 천 명당 평균 의사 수는 1.66 명이다. (자료 출처: 허난성 2011 년 국민경제와 사회 발전 통계공보)

#### 1.2 허난성의 국영병원과 민영병원

병원은 자산소유권의 성격에 따라 국영병원과 민영병원으로 나뉜다.

2011 년 말 기준 허난성의 병원 수는 총 1,220 개다. 그 중 국영병원이

---

<sup>1</sup> (역주)집업의사: Practicing physician. 대학 본과 이상 학력으로 졸업 후 집업의사 고시 합격 및 면허 취득 후 의료기관에서 종사하며 위생부에 등록된 합법적인 '집업자격(執業資格)'을 취득한 의사

<sup>2</sup> (역주)집업조리의사: Practicing physician assistant. 위생 직업기술 교육과정 또는 3 년제 이상 전문대 졸업 후 집업조리 의사고시 합격 및 면허 취득 후 집업의사의 지도 아래 의료, 예방, 보건활동을 하는 의사.

893 개(73.2%), 민영병원이 327 개(26.8%)다. 2011 년 허난성의 총 인구가 1 억489 만 명(자료 출처: 2012 년 허난성 통계연감)인 것을 감안하면 인구 10 만 명당 병원 수는 1.16 개로, 그 중 국영병원이 0.85 개, 민영병원이 0.31 개다.(자료 출처: 2012 년 허난성 통계연감)

다른 대도시와 비교해보면, 베이징시는 총 569 개 병원 중 국영병원이 276 개(48.5%), 민영병원이 293 개(51.5%)다. 2011 년 베이징시의 총 인구는 2018 만 6 천 명(자료 출처: 2012 년 베이징시 통계연감)이다. 즉, 인구 10 만 명당 병원 수는 2.82 개로, 그 중 국영병원이 1.37 개, 민영병원이 1.45 개다.(자료 출처: 2011 년 베이징시 위생사업발전통계공보)

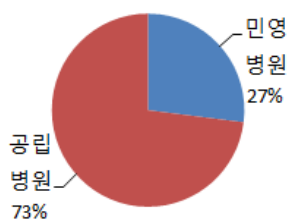
전국적으로 보면, 중국에 있는 총 21,979 개 병원 중 국영병원이 13,542 개(61.6%), 민영병원이 8,437 개(38.4%)다. 2011 년 중국 총인구는 13 억 4735 만 명(자료 출처: 2012 년 중국통계연감)이다. 즉, 인구 10 만 명당 병원 수는 1.63 개로, 그 중 국영병원이 1.00 개, 민영병원이 0.63 개다. (자료 출처: 2011 년 전국위생사업통계공보)

### 2011 년 허난성과 베이징시 및 중국 전체의 병원 구성

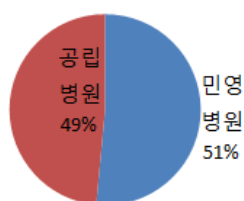
지역	인구 10 만 명당 병원 수(개)	인구 10 만 명당 국영병원 수(개)	비율 ( % )	인구 10 만 명당 민영병원 수(개)	비율 ( % )
허난성	1.16	0.85	73.2	0.31	26.8
베이징	2.82	1.37	48.5	1.45	51.5
전국	1.63	1.00	61.6	0.63	38.4

### 허난성의 국영병원과 민영병원 비율

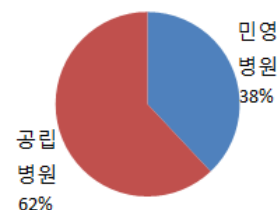
<허난성 병원 구조>



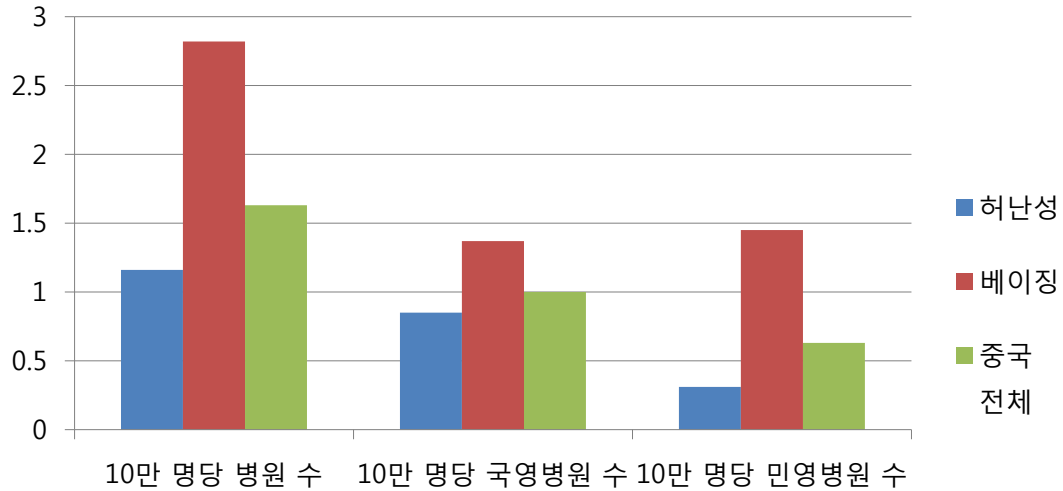
<베이징시 병원 구조>



<중국 전체 병원 구조>



### 허난성과 베이징시, 중국 전체의 병원 구성 비교



허난성의 인구 10 만 명당 병원 수는 베이징시의 41.1%로 전국 평균의 71.2% 수준이다. 허난성의 인구 10 만 명당 국영병원 수는 베이징시의 62.0%로 전국 평균의 85%이며, 민영병원 수는 베이징시의 21.4%로 전국의 49.2%이다.

#### 1.3 허난성의 1 급, 2 급, 3 급 병원 및 미등급 병원

병원은 규모에 따라 3 급 병원, 2 급 병원, 1 급 병원으로 나뉘며 각 등급은 다시 갑·을·병 3 등급으로 나뉜다. 3 급 갑이 가장 높은 등급이며, 1 급 병이 가장 낮은 등급이다.

2011 년 말 기준 허난성의 3 급 병원은 총 65 개(5.3%)로, 그 중 3 급 갑 병원이 40 개(3.3%)다. 2 급 병원은 323 개(26.5%), 1 급 병원은 626 개(51.3%), 미등급 병원은 206 개(16.9%)다. (자료 출처: 허난성 위생청 홈페이지 공개자료)

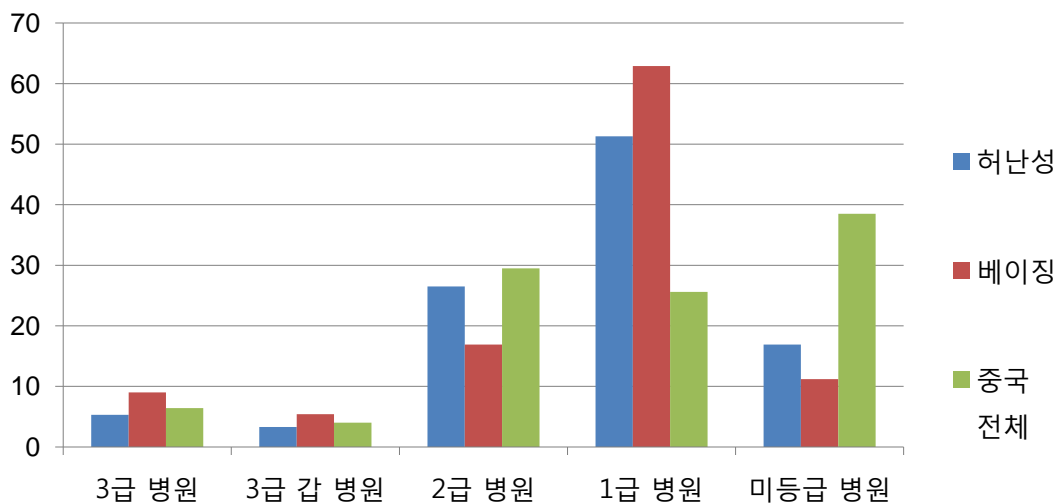
2011 년 말 기준 베이징시의 3 급 병원은 총 51 개(9.0%)로, 그 중 3 급 갑 병원이 31 개다. 2 급 병원은 96 개(16.9%), 1 급 병원은 358 개(62.9%), 미등급 병원은 64 개(11.2%)다. (자료 출처: 2011 년 베이징시 위생사업발전통계공보)

2011 년 말 기준 중국의 3 급 병원은 총 1,399 개(6.4%)로, 그 중 3 급 갑 병원이 881 개(4.0%)다. 2 급 병원은 6,488 개(29.5%), 1 급 병원은 5,636 개(25.6%), 미등급 병원은 8,476 개(38.5%)다. (자료 출처: 2011 년 전국 위생사업발전 통계공보)

## 2011 년 허난성, 베이징시 및 중국 전체의 병원 등급별 비율

지역	3 급(개)	비율 ( % )	3 급 갑 (개)	비율(개)	2 급 (개)	비율 ( % )	1 급 (개)	비율 ( % )	미등급 (개)	비율 ( % )
허난성	65	5.3	40	3.3	323	26.5	626	51.3	206	16.9
베이징	51	9.0	31	5.4	96	16.9	358	62.9	64	11.2
전국	1,399	6.4	881	4.0	6,488	29.5	5,636	25.6	8476	38.5

## 허난성, 베이징시 및 중국 전체의 병원 등급별 비율 비교



허난성의 3 급 병원 비율은 베이징의 58.9%로, 전국 평균의 2.8% 수준이다. 3 급 갑 병원은 베이징의 60%, 전국 평균의 82.5%이며, 2 급 병원은 베이징의 1.57 배, 전국 평균의 89.8%이다.

### 1.4 허난성의 병원 병상 수

#### 연간 허난성 병원 병상 수

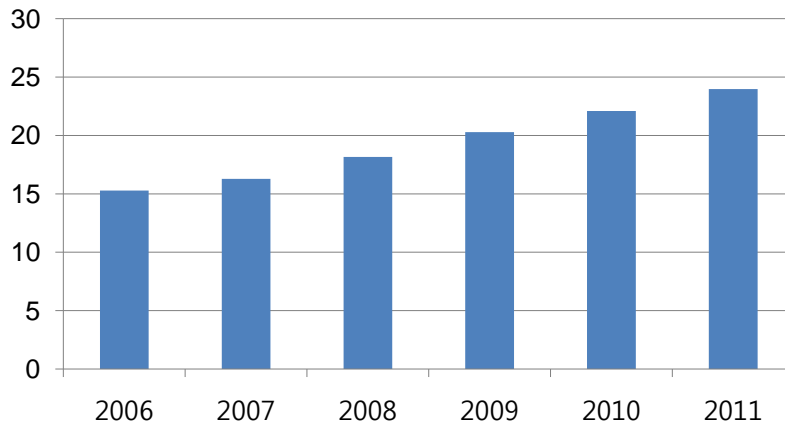
(단위: 만 대)

연도	2006	2007	2008	2009	2010	2011
허난성	15.28	16.28	18.16	20.28	22.10	23.98

(자료 출처: 2012 년 허난성 통계연감)

### 허난성의 역대 병원 병상 수

(단위: 만 대)



2011 년 말 기준 허난성의 병원 병상 수는 총 23 만 9,800 개로, 국영병원에 21 만 5,500 병상, 민영병원에 2 만 4,300 병상이 있다. 인구 1 천 명당 평균 병상 수는 3.72 개이며, 병원의 병상 사용률은 88.27%이다. (자료 출처: 2012 년 허난성 통계연감)

2011 년 말 기준 베이징시의 병원 병상 수는 총 8 만 9,400 개로, 국영병원에 7 만 6,500 병상, 민영병원에 1 만 2,900 병상이 있다. 인구 1 천 명당 평균 병상 수는 4.90 개이며, 병원의 병상 사용률은 84.4%이다. (자료 출처: 2011 년 베이징시 위생사업발전 통계공보)

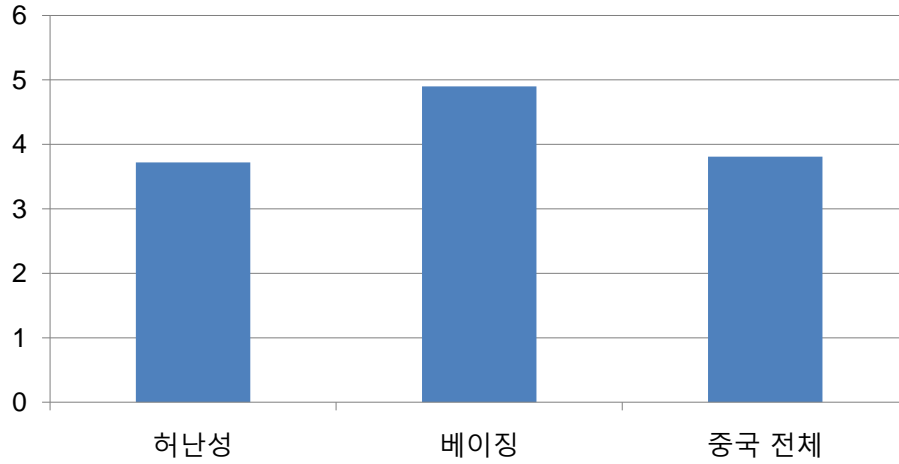
2011 년 말 기준 중국의 병원 병상 수는 총 370 만 5200 개로, 국영병원에 324 만 3,900 병상, 민영병원에 4 만 6,100 병상이 있다. 인구 1 천 명당 평균 병상 수는 3.81 개이며, 병원의 병상 사용률은 88.5%이다. (자료 출처: 2011 년 전국 위생사업발전 통계공보)

### 2011 년 허난성, 베이징시 및 중국 전체의 병상 수 비교

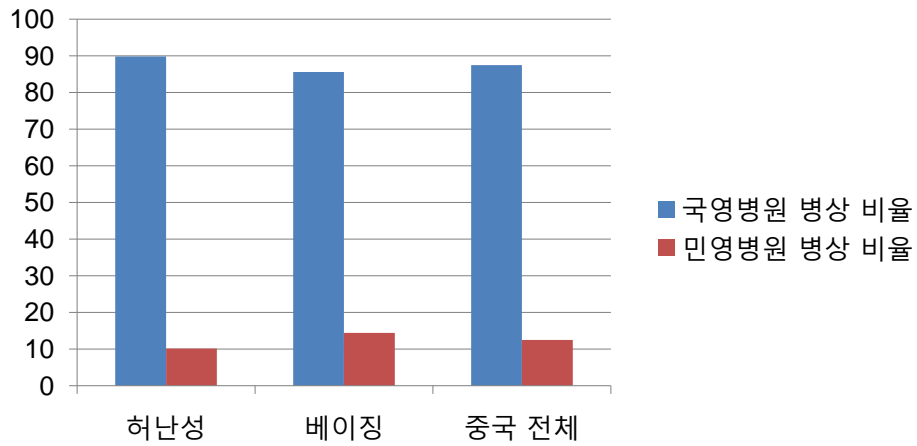
지역	병원 총 병상 수 (만 개)	인구 1 천 명당 병상 수 (개)	국영병원 병상 수 (만 개)	비율 ( % )	민영병원 병상 수 (만 개)	비율 ( % )	병원 병상 사용률 ( % )
허난성	23.98	3.72	21.55	89.85	2.43	10.15	88.27
베이징	8.94	4.90	7.65	85.6	1.29	14.4	84.4
전국	370.52	3.81	324.39	87.5	46.13	12.5	88.5

### 허난성, 베이징시 및 중국 전체의 인구 1 천 명당 병상 수 비교

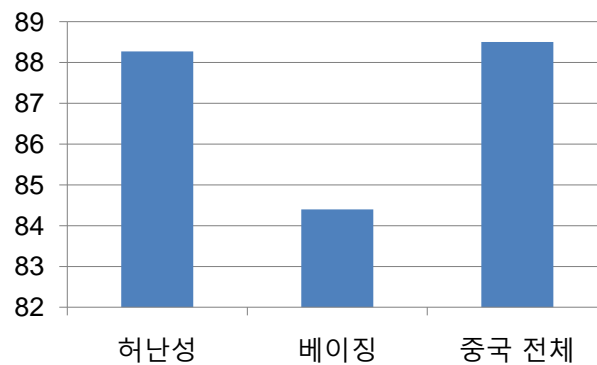
(단위: 대)



### 허난성, 베이징시 및 중국 전체의 국영병원/민영병원 병상 수 비율



### 허난성, 베이징시 및 중국 전체의 병상 사용률 비교



허난성의 인구 1 천 명당 병상 수는 베이징시의 75.9%, 전국 평균의 97.6% 수준이다. 허난성 병원의 병상 사용률은 베이징시의 1.05 배, 전국 평균의 99.7%로 전체 평균 수준과 거의 비슷하다. 허난성의 국영병원 비율은 베이징시의 1.95 배, 전국 평균의 1.03 배이며, 민영병원 비율은 베이징시의 70.5%, 전국 평균의 81.2%이다.

## 1.5 허난성의 의료인력 구성

2011 년 말 기준, 허난성의 의료인력은 총 62 만 2,400 명이다. 그 중 의료기술직 39 만 5,200 명, 기타 기술직 2 만 3,600 명, 관리직 2 만 4,100 명, 근로·서비스직 4 만 7,100 명이 있다. 인구 1 천 명당 평균 의료기술자는 4.21 명, 집업(조리)의사는 1.66 명, 등록 간호사는 1.31 명이다. (자료 출처: 2012 년 허난성 통계연감)

2011 년 말 기준, 베이징시의 의료인력은 총 23 만 6,000 명이다. 그 중 의료기술직 18 만 2,000 명, 기타 기술직 1 만 2,500 명, 관리직 1 만 5,000 명, 근로·서비스직 2 만 2,500 명이 있다. 인구 1 천 명당 평균 의료기술자는 9.0 명, 집업(조리)의사는 3.5 명, 등록 간호사는 3.6 명이다. (자료 출처: 2011 년 베이징시 위생사업발전 통계공보)

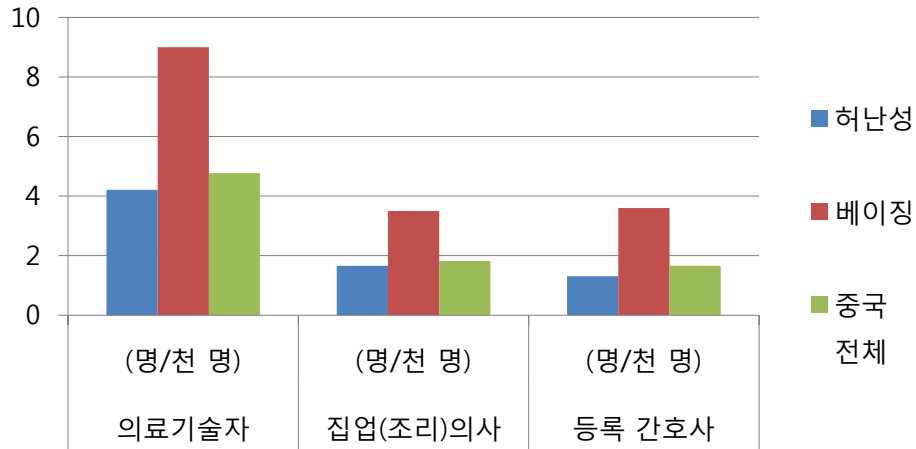
2011 년 말 기준, 중국 전체 의료인력은 총 861 만 6,000 명으로, 그 중 의료기술직 620 만 3,000 명, 기타 기술직 30 만 6,000 명, 관리직 37 만 5,000 명, 근로·서비스직 60 만 6,000 명이 있다. 인구 1 천 명당 평균 집업(조리)의사는 1.82 명, 등록 간호사는 1.66 명이다. (자료 출처: 2011 년 전국 위생사업발전 통계공보)

### 2011 년 허난성, 베이징시 및 중국 전체의 의료인력 구성

(단위: 명/천 명 당)

지역	의료기술자	집업(조리)의사	등록 간호사
허난성	4.21	1.66	1.31
베이징	9.0	3.5	3.6
중국 전체	4.77	1.82	1.66

### 허난성, 베이징시 및 중국 전체의 의료인력 비교



허난성의 인구 1 천 명당 의료기술자 수는 베이징시의 46.8%, 전국 평균의 88.3% 수준이다. 집업(조리)의사 수는 베이징시의 47.4%, 전국 평균의 91.2%이며, 등록 간호사 수는 베이징시의 36.4%, 전국 평균의 78.9%이다.

### 1.6 허난성 입원 환자의 10 대 질환

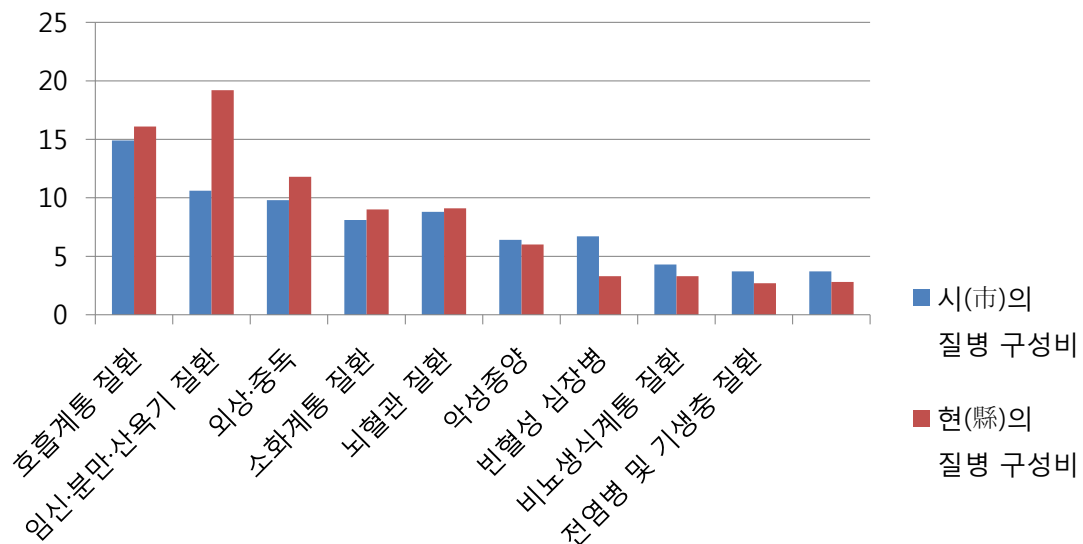
순위 No.	시(市)	비율(%)
10 대 질환		
1	호흡계통 질환	14.9
2	임신·분만·산욕기 질환	10.6
3	외상·중독	9.8
4	소화계통 질환	8.1
5	뇌혈관 질환	8.8
6	악성종양	6.4
7	빈혈성 심장병	6.7
8	비뇨생식계통 질환	4.3
9	전염병 및 기생충 질환	3.7
10	신경계통 질환	3.7
순위 No.	현(縣)	비율(%)
10 대 질환		
1	임신·분만·산욕기 질환	16.1
2	호흡계통 질환	19.2



3	외상·중독	11.8
4	소화계통 질환	9.0
5	뇌혈관 질환	9.1
6	빈혈성 심장병	6.0
7	전염병 및 기생충 질환	3.3
8	비뇨생식계통 질환	3.3
9	출산 전후 질환	2.7
10	악성종양	2.8

(자료 출처: 2012 년 허난성 통계연감)

허난성 입원 환자의 10 대 질환 비율



## 1.7 결론

### 1.7.1 허난성, 대도시 및 중국 전체의 병원 현황 비교

#### (1) 총 병원 수

허난성의 인구 10 만 명당 병원 수는 베이징시의 41.1%, 전국 평균의 71.2% 수준이다. 그중 국영병원 수는 베이징시의 62.0%, 전국 평균의 85%이며, 민영병원은 베이징시의 21.4%, 전국 평균의 49.2%이다.

허난성의 인구 10 만 명당 병원 수는 전국 평균보다 0.47 개, 베이징시보다

1.66 개가 적다. 민영병원 비율은 전국 평균보다 1.8%, 베이징시보다 24.7% 낮다.

#### (2) 2 급 이상 고급 병원 수

허난성의 3 급 병원 비율은 베이징시의 58.9%, 전국 평균의 2.8%이며, 3 급 갑 병원 비율은 베이징시의 60%, 전국 평균의 82.5%이다. 2 급 병원 비율은 베이징시의 1.57 배, 전국 평균 수준의 89.8%이다.

허난성의 3 급 병원 비율은 전국 평균보다 1.1%, 베이징시보다 3.7% 낮고, 3 급 갑 병원의 경우 전국 평균보다 0.7%, 베이징시보다 57.7% 낮다. 2 급 병원 비율은 전국 평균 수준에 근접했으며, 베이징시보다 약 10% 높다.

#### (3) 병상 수

허난성의 인구 1 천 명당 병상 수는 베이징시의 75.9%, 전국 평균의 97.6%이며, 병상 사용률은 베이징시의 1.05 배, 전국 평균의 99.7%로 전체 평균 수준과 거의 비슷하다. 민영병원 비율은 베이징시의 70.5%, 전국 평균의 81.2%이다.

허난성의 인구 1 천 명당 병상 수는 전국 평균에 비교적 근접한 수준으로 차이가 0.1 밖에 나지 않지만, 베이징시보다 1.18 개 적다. 병상 사용률도 전국 평균과 비슷하나, 베이징보다 3.84% 높다. 국영병원의 병상 수는 전국 평균보다 2.35%, 베이징시보다 4.25% 적다.

#### (4) 의료인력

허난성의 인구 1 천 명당 의료기술자 수는 베이징시의 46.8%, 전국 평균의 88.3%이다. 집업(조리)의사 수는 베이징시의 47.4%, 전국 평균의 91.2%이며, 등록 간호사 수는 베이징시의 36.4%, 전국 평균의 78.9%이다.

허난성의 인구 1 천 명당 의료기술자 수는 전국 평균보다 0.56 명, 베이징시보다 4.79 명이 적다. 집업(조리)의사 수는 전국 평균보다 0.16 명, 베이징시보다 1.84 명 적고, 등록 간호사 수는 전국 평균보다 9.35 명, 베이징시보다 2.29 명 적다.

### 1.7.2 허난성의 '12·5'<sup>3</sup> 위생사업발전계획에 따른 허난성 병원의 발전 목표

위생부의 2012 년 민영병원 청서 『중국 민영병원 발전 보고서(1984~2012 년)』에 제시된 '민영병원의 적절한 비율을 국영병원 50~60%, 민영 비영리병원 25~40%, 민영 영리병원 20~30%로 조절해야 한다'는 내용과 비교했을 때, 허난성의 민영병원 비율은 13% 이상 부족하다.

또한 2015 년까지 허난성의 인구 1 천 명당 병원 및 위생원 병상 수를 3.84 개로 끌어올린다는 허난성의 '12·5' 위생사업 발전계획과 비교하면 여전히 0.4 병상이 부족한 상황이다. 민영병원의 병상 비율은 2015 년까지 20%로 높인다는 목표보다 약 10% 부족하며, 인구 1 천 명당 집업(조리)의사 수는 2015 년의 1.56 명이라는 목표보다 0.1 명, 등록 간호사 수는 2015 년의 1.85 명이라는 목표보다 0.54 명 적다.

## 2. 합작병원 개발 사례

(1) 정저우 산타마리아 산부인과 병원(鄭州聖瑪婦產醫院)은 허난성 정저우시 정동신(鄭東新)구 농예(農業)동로 3 호에 있다. 중저우(中州) 대로와 농예로가 교차하는 지점에서 동쪽으로 300 미터 내려가면 남쪽에 위치한다. 허난성 위생청 비준으로 설립되었으며, 타이베이 의학대학 부설 병원과 전 과정 협력하는 국제 산부인과 전문 병원이다. 허난성 최초로 JCI 국제표준 의료 시스템을 도입하였고, 정저우시 의료보험 지정병원이자 신 농촌 의료협력 지정병원, 정동신구 사회사업국 신체검사 지정병원, 정동신구 모자보건원이다. 직원은 총 280 여 명, 최초 건축 면적은 2 만 3,000 m<sup>2</sup>다. 총 168 병상이 마련되어 있고 그 중 특실이 26 개다. 산과, 부인과, 불임과, 피임과, 소아과, 유방과, 산후조리센터, 월경클리닉, 건강검진센터 등 8 가지 분야의 33 개 전문 분야 클리닉이 개설되어 있다. 이와 함께 국내외 여러 권위 있는 의료 기관과 의료자원 공유 시스템을 구축하여 전문의의 현장 진료, 원격 진료 및 예약 진료 세 가지를 유기적으로 통합하였다. 병원은 대대적인 투자로 미국 GE 사의 4D 컬러 초음파기기, 자궁 복강경, 일본제 침대 등 국제수준의 진료기기 300 여 대를 수입하였고, 중원 지역에서 설비가 가장 우수하고 층류 기준이 가장 높은 수술실을 갖추어 최적의 임상진료 환경을 마련하였다.

---

<sup>3</sup> (역주) 제 12 차 5 개년 계획(2011~2015)

(2) 상하이 신허(新禾)병원. 상하이 신허병원은 '해협양안 경제합작 기본협약' 체결 후 중국 내륙 최초로 타이완 단독 투자로 설립된 종합병원이자, 렌신(聯新) 국제의료그룹의 플래그십 병원이다. 상하이 신허병원은 사용면적 1 만 5,000 m<sup>2</sup>로, 진료, 입원, 클럽하우스, 쇼핑몰을 포함한 종합 헬스 플라자이다. 병원은 중국과 타이완을 비롯한 세계적인 의료 기술을 도입하였으며 업계 일류 의료설비를 갖추고 있다. 또한 가정의학과, 내과, 외과, 부인과, 소아과, 구강과, 정형외과, 중의학과, 의료미용과, 영상의학과 등이 개설되어 있고, CT, MRI, DEXA 골밀도 측정기 등 설비가 갖추어져 있다. 원내에서는 패스카드 시스템, 타이완 건강보험 처리 및 국제 보험 결산 서비스가 제공된다.

### **3. 허난성의 의료비 현황**

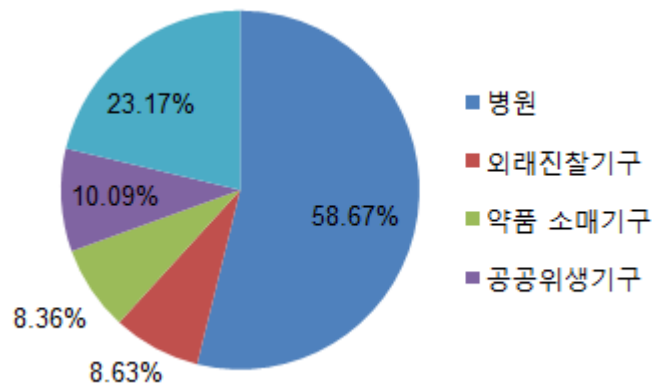
#### **3.1 허난성의 전반적인 의료비 현황**

##### **3.1.1 허난성의 의료비 총액 (자료 출처: '11·5' 허난성 의료비 총액 결산결과 공보)**

'11·5' 기간, 허난성의 의료비 총액이 국내총생산(GDP)에서 차지하는 비중은 2006년의 3.51%에서 2010년의 4.62%로 증가하였고, 1인당 의료비는 2006년의 441.77위안에서 2010년의 1,134.04위안으로 증가하였다. 불변가격에 따라 계산하면, 허난성 의료비 총액의 연간 증가속도는 21.51%로, 국민경제의 성장속도(13.44%)보다 훨씬 빠른 수준이다.

2005년부터 2010년까지, 허난성의 의료비 총액은 406.87억 위안에서 1,019.14억 위안으로 늘어났다. 전체 의료비 중에서 병원으로 들어가는 비율은 61.08%에서 58.67%로, 진료기관으로 들어가는 비율은 11.09%에서 8.63%로 떨어졌다. 의약품 소매기관으로 들어가는 비율은 4.98%에서 8.36%로 늘어났고, 공공보건기관으로 들어가는 비율은 14.93%에서 10.09%로 떨어졌다. 기층 의료기관(현급 병원, 도 사회의료서비스센터, 향진 위생원)으로 들어가는 비율은 16.71%에서 23.17%로 늘어났다. 그 중 현급 병원으로 들어가는 비용이 빠르게 늘어나 허난성 전체 의료비에서 차지하는 비율은 2006년의 10.43%에서 2010년에는 15.64%로 높아졌다.

## 2010년 허난성의 의료비 흐름도



중국 전체 의료비와 비교했을 때, 허난성 재정에서 의료에 투입되는 비율은 여전히 낮은 편이다. 의료분야에 대한 허난성의 1인당 재정 지출액은 전국 평균의 70% 수준이다. 중국 의료비 통계에 따르면, 2011년 중국의 1인당 의료기관 재정지원액은 228.6위안이었으며, 허난성은 124.3위안으로 전국 평균의 54% 수준이며, 전국에서 가장 적다. 참고로 주변의 산시(陝西)성은 289.3위안, 후베이(湖北)성 153.6위안, 닝샤(寧夏) 583.6위안, 허베이(河北) 176.3위안이다. (자료 출처: 2011년 중국 위생사업발전 통계공보)

허난성의 의료자원 총량은 여전히 부족하다. 2011년 말 기준, 중국의 인구 1천 명당 병상 수는 3.81개, 집업의사는 1.82명, 등록 간호사는 1.66명인데 반면, 허난성의 경우 병상 수 3.71개, 집업의사 1.66명, 등록 간호사 1.46명으로 모두 전국 평균 수준보다 낮다. (자료 출처: 허난성, 중국 위생사업 통계연감)

### 3.1.2 허난성의 환자 의약비 현황

신 농촌 의료협력 데이터에 따르면, 2010년부터 2012년까지 허난성의 1인당 입원비는 각각 3,026위안, 3,546위안, 4,101위안으로 연간 15.7%씩 증가했다. (자료 출처: 허난성 신 농촌 의료협력 정보망)

2011년 허난성의 3급 병원 내원자의 1인당 의료비는 평균 185.44위안으로 2010년과 비슷했으며, 퇴원 환자 1인당 의료비는 8,218.96위안으로 2010년보다 6.58% 증가했다. 그 중 3급 종합병원의 1인 진료당 의료비는 164.1위안, 퇴원

환자 1인당 의료비는 8,012.4위안이었다. 3급 전문병원의 1인 진료당 의료비는 275.36위안, 퇴원 환자 1인당 의료비는 8,956.61위안이었다. (자료 출처: 허난성 인민정부망) 2011년 9월 기준, 3급 종합병원의 전체 진료비에서 약값이 차지하는 비율은 38.82%까지 떨어졌다. (자료 출처: 허난성 위생청) 이밖에, 허난성의 3급 종합병원의 평균 입원일 수는 12.57일(중국 전체 평균 12일)로, 2010년보다 0.3일 줄어들었다. (자료 출처: 허난성 인민정부망)

2011년 허난성의 2급 병원 내원자의 1인당 의료비는 평균 142.85위안이었으며, 퇴원 환자 1인당 의료비는 3,913.70위안이었다. (자료 출처: 허난성 인민정부망) 2011년 9월 기준, 2급 병원의 전체 진료비에서 약값이 차지하는 비율은 상반기의 평균 41.1%에서 38.2%로 떨어졌다. (자료 출처: 허난성 위생청) 이밖에, 2급 종합병원의 평균 입원일 수는 9.8일(중국 전체 평균 9.3일)이었으며, 그 중 42개 12일이라는 관련 기준을 초과했다. (자료 출처: 허난성 인민정부망) 이상 수치는 모두 중국 전체 평균 수준보다 낮다.

2011년 6월 30일, 중국 정부가 운영하는 모든 기층 의료기관에서 국가 기본약물제도가 실시되었다. 2010년의 낙찰가격은 국가가 발표한 권장 소비자 가격보다 평균 48.6% 낮은데다 2011년에도 평균 31.8%가 떨어졌다. 기층 의료기관의 약값 하락으로 사람들은 7억4,600만 위안의 비용을 줄일 수 있게 되었다. 2차로 실시된 597개의 정부 운영 의료기관의 경우, 2011년 1월부터 9월까지 내원자 수가 동기 대비 6.57% 증가하였다. 진료시 1인당 약값은 동기 대비 18.10% 떨어졌고, 입원시 1인당 약값도 동기 대비 9.37% 떨어졌다. (자료 출처: 허난성 통계국)

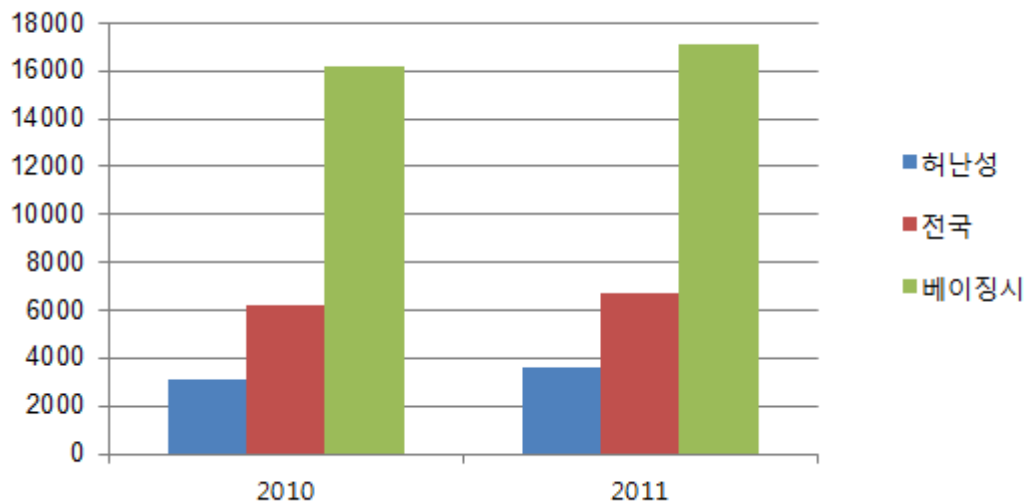
2011년, 허난성의 의료보험 가입 근로자 수는 122만 명이었다. 총 17만 명이 입원하였으며, 1인당 평균 입원비용은 1만3000위안이었다. 같은 기간 중국 전체 평균 입원비용은 8,800위안이었다. 의료보험이 적용된 입원 비율은 22.7%였고, 같은 기간 중국 전체 평균 입원률은 12.45%에 불과했다. (자료 출처: 허난 위생사업 통계연감, 중국 위생사업 통계연감)

2010년부터 2011년까지 허난성의 2급 이상 공영병원의 진료 및 퇴원환자의 1인당 의약비

항목	2급 병원		3급 병원			
			3급 종합병원		3급 전문병원	
	2011	2010	2011	2010	2011	2010
진료시 1인당 의약비(위안)	142.85	133.50	164.1	164.1	275.36	275.36
진료비 상승(%)	0.3	7.1	-0.2	0	-0.1	0
퇴원환자 1인당 의약비(위안)	3,913.70	3,627.15	8,012.4	7,517.7	8,956.61	8,403.6
퇴원비 상승(%)	0.2	7.9	-2.3	6.58	-2.1	6.58
진료비에서 약값이 차지하는 비용 ( % )	38.2	41.1	38.82	42.57	38.82	42.31

비고: 본 표의 비용 증가폭은 물가상승 요소를 제한 불변가격을 계산하였음.

2010년부터 2011년까지 허난성, 베이징시, 중국 전체의 1인당 입원비 비교



위생부 자료에 따르면, 2010년 중국의 개인 현금 지출에서 의료비가 차지하는 비율은 35.9%였으며 허난성은 44.3%로 전국 평균보다 9%p 많았다. 신 농촌 의료협력의 1인당 퇴원 비용을 보면, 성(省), 시(市), 현(縣), 향(鄉) 단위의 퇴원환자의 의료비용은 각각 11.91%, 13.54%, 17%, 32%, 22%씩 증가했다. (자료 출처:

허난성 신 농촌 의료협력 의료정보망) 허난성의 1인당 입원비는 중국 전체 1인당 입원비의 50% 수준에 불과했으며, 다른 성·시와 비교했을 때도 큰 차이가 있었다.

### 3.2 허난성의 의료비 구성

《전국 의료서비스 가격 규범》의 2010년 정가 가이드북에 따르면, 허난성의 의료서비스 가격은 종합의료서비스, 실험실 진단, 병리학 진단, 영상학 진단, 임상 진단, 임상 물리치료, 임상 비수술치료, 임상 수술치료, 임상 보조조치, 중의학·민족의학 의료서비스 총 10개 분야 4,355 항목의 전체 하위항목으로 세분화되며, 하위 항목까지 포함하면 총 10,958 개다. (자료 출처: 허난성 위생사업 통계연감)

장절	항목 수
1. 종합의료서비스	176
2. 실험실 진단	2,569
3. 병리학 진단	58
4. 영상학 진단	571
5. 임상 진단	897
6. 임상 물리치료	318
7. 임상 비수술치료	417
8. 임상 수술치료	5,592
9. 임상 보조조치	34
10. 중의학·민족의학 의료서비스	326
합계	10,958

### 3.3. 허난성의 의료비 기준

#### 3.3.1 정부운영 의료기관

허난성의 현행 의료비 기준은 주로 2011년에 발표된 《허난성 의료서비스 가격(시행)》을 따른 것이다. 《허난성 의료서비스 가격》의 항목 설명 또는 '예외 내역'에 명확하게 규정되지 않은 의료용품은 환자에게 비용을 징수할 수 없다. 또한 의료기관이 항목 가격에 포함된 의료품을 별도로 계산하거나 '예외



내역'의 의료용품 명칭을 거짓으로 꾸미는 등 의료비 징수 범위를 임의로 확대하는 행위는 엄격히 금지된다. 확실히 비용을 징수할 수 있는 의료용품의 경우, 의료기관은 반드시 성(省) 또는 시가 일괄적으로 실시하는 '의료기관 의료용품 집중 입찰'을 통해 구매하고 구매가에 5%를 더해 가격을 책정해야 하며, 주무부처에 가격 등록 후 집행해야 한다.

2012 년 허난성 발전개혁위원회, 허난성 위생청은 일부 의료서비스 항목 가격의 조정 및 규범화에 관한 통지를 발표해 허난성의 일부 의료서비스 가격을 조정하고 새로운 의료서비스 항목 시행 가격을 제정하였다.

구체적인 비용 기준은 별첨을 참고한다.

### **3.3.2 영리성 의료기관**

영리성 의료기관이 제공하는 의료서비스는 시장조절가가 적용되며, 각 의료기관이 시장 수요에 따라 자체적으로 가격을 결정한다.

## **3.4 의료비의 형식**

### **3.4.1 신 농촌 의료 협력**

신 농촌 의료협력은 간략히 '신농합(新農合)'이라고도 불린다. 정부의 조직·지도·지원, 농민의 자발적인 참여, 개인·단체·정부의 자금조달을 통해 중병에 대한 전반적인 계획을 위주로 한 농민의료 상호 공제 제도다. 자금은 개인 납부와 단체 지원, 정부 보조의 방식으로 조달된다.

### **3.4.2 도시 기본의료보험**

#### **(1) 도시근로자 의료보험**

도시근로자 기본의료보험은 노동자의 질병으로 인한 경제적 손실을 보상해주기 위해 마련된 사회보험제도다. 의료보험기금은 고용기관과 개인의 보험비 납부로 마련된다. 보험 가입자가 질병 치료로 의료비가 발생하면, 의료보험 처리기관은 일정한 경제적 보상을 제공해 노동자가 질병 치료 등으로 받는 경제적 부담을 해소 또는 감면해준다.

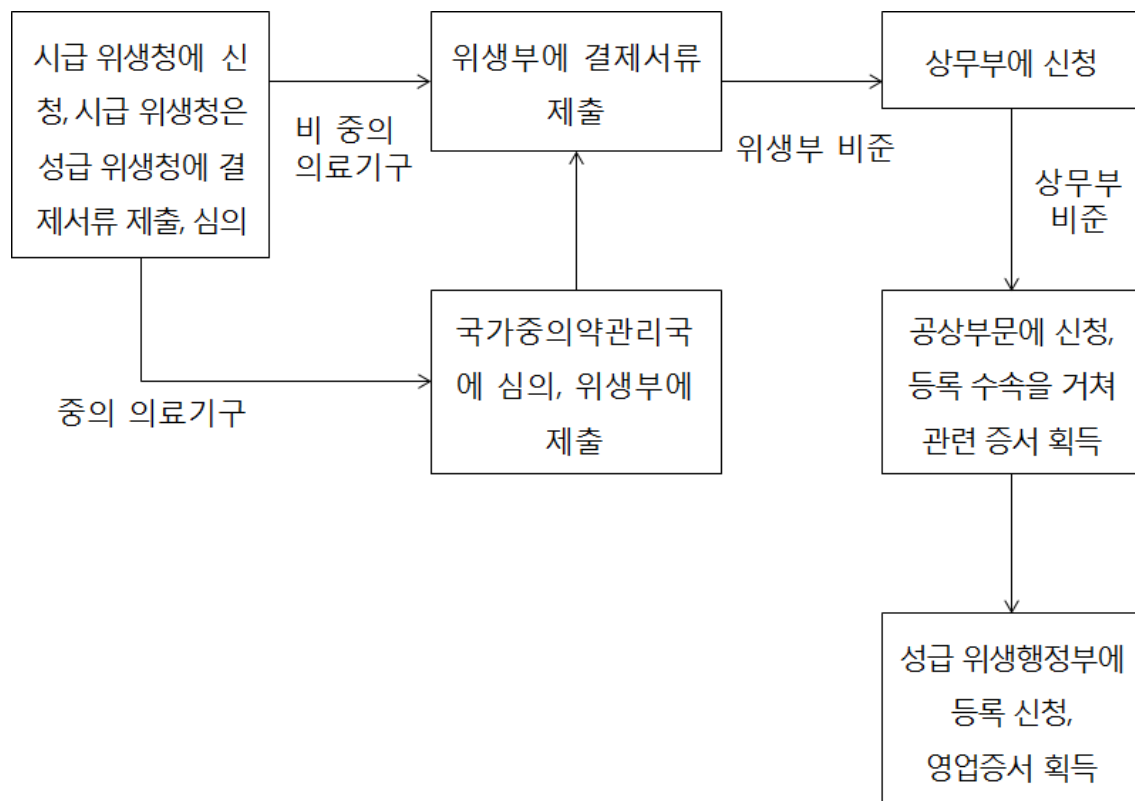
## (2) 도시주민 의료보험

도시주민 의료보험은 도시근로자 의료보험에 가입하지 않은 도시의 미성년자와 직업이 없는 주민을 대상으로 한 의료보험제도다. 이는 도시근로자 기본의료보험의 제도와 신 농촌 의료협력 제도 실시 후 중국공산당중앙위원회와 국무원이 더 많은 국민의 의료보장 문제를 해결하고 의료보장제도를 개선하기 위해 실시한 중대한 조치다. 주로 도시의 무직 주민을 위한 의료보험 제도다.

## 4. 병원 허가 신청 절차

허난성은 현재 중외합자, 합작의료기관의 설립만 허가하며 외자독자 의료기관은 불허한다. 다음은 신청 절차를 도식화한 것이다.

신청과정 흐름도



중외합자·합작의료기관의 설치에 대해 중화인민공화국 위생부와 대외경제무역협력부(현 상무부)는 2000년 5월 15일에 2000년 7월 1일부터 시행되는 《중외합자·합작의료기관 관리 집행방법》 규정을 발표하였다.

## 4.1 신청 조건

중외합작병원은 반드시 다음 조건을 만족해야 한다.

1. 중외합자·합작의료기관의 설치와 개발은 반드시 현지 위생계획과 의료기관 설치계획에 부합해야 하며, 위생부가 제정한 《의료기관 기본표준》을 이행해야 한다. (자료 출처: 중화인민공화국 위생부)

2. 중외합자·합작의료기관을 신청하는 중외 쌍방은 민사책임을 질 수 있는 법인이어야 한다. 합자·합작의 중외 쌍방은 반드시 직접적 또는 간접적인 의료보건 분야의 투자 및 경영 경험이 있어야 하며, 다음 조건 중 하나에 부합해야 한다.

- (1) 국제 선진 수준의 의료기관 경영 경험과 경영모델 및 서비스모델을 제공할 것
- (2) 국제 선진 수준의 의학기술과 설비를 제공할 것
- (3) 현지 의료서비스 능력, 의료기술, 자금 및 의료시설 방면의 부족함을 보충하거나 개선할 것

3. 설립된 중외합자·합작의료기관은 반드시 다음 조건에 부합해야 한다.

- (1) 반드시 독립된 법인일 것
- (2) 투자 총액이 인민폐 2 천 만 위안 이상일 것
- (3) 중외합자·합작의료기관에서 중국측이 차지하는 주주권 또는 지분이 30% 이상일 것
- (4) 합자·합작 기한이 20 년 이하일 것
- (5) 성(省)급 이상 위생행정부문이 규정한 기타 규정.

4. 합자·합작의 중국측이 국유자산으로 투자(비화폐출자 또는 기타 합작조건 포함)할 경우 반드시 관련 주무부처의 비준을 얻어야 하며, 국유자산 평가관리 관련 규정에 따라 국유자산 관리부처가 지정한 평가기관이 투입 예정인 국유자산에 대해 평가를 실시해야 한다. 성(省)급 이상 국유자산 관리부처가 확인한 평가 결과는 투입 예정인 국유자산의 가격 평가 근거로 사용될 수 있다.

## 4.2 신청 절차

중외합자·합작의료기관을 설립하려면 반드시 소재지의 시(市)급 위생행정부문에 신청서와 함께 다음 자료를 제출해야 한다.

- (1) 의료기관 설립 신청서 (자료 출처: 중화인민공화국 위생부)
- (2) 합자·합작 쌍방 법인대표가 서명한 항목건의서 및 중외합자·합작의료기관 설립 타당성 보고서
- (3) 합자·합작 쌍방 각자의 등기등록 증명서(복사본), 법정대표인 신분증(복사본), 은행신용증명서
- (4) 국유자산 관리부처의 투입 예정인 국유자산에 대한 평가보고서 확인서류

시(市)급 위생행정부문이 신청인에게 제출한 서류를 1 차로 심사한 후, 지역위생계획 및 의료기관설립계획의 1 차 심사에 근거하여 신청서류, 현지지역위생계획 및 의료기관설립계획을 함께 소재지 성(省)급 위생행정부문에 제출해 감사를 요청한다.

1. 성(省)급 위생행정부문은 신청서류 및 지역 내 시(市)급 위생행정부문의 1 차 감사 후 위생부에 비준을 요청한다.

비준 요청시, 성급 위생행정부문은 위생부에 다음 서류를 제출한다.

- (1) 신청인의 설립신청서
- (2) 설립지역의 시(市)급 인민정부가 발표·실시한 《의료기구 설립계획》 및 중외합자·합작의료기관의 현지 지역위생계획과 의료기관 설립계획에 대한 설립지역 시(市)급·성(省)급 위생행정부문의 심사의견
- (3) 설립 계획 중인 중외합자·합작의료기관의 명칭, 주소, 규모(병상, 유닛체어), 진료과목과 경영기한에 대한 성(省)급 위생행정관리부문의 심사의견서
- (4) 법률법규 및 위생부가 규정한 기타 서류

위생부는 접수일로부터 45 일 내에 서면으로 비준 여부를 결정해야 한다.

2. 중외합자·합작 중의학의료기관(중외합자·합작으로 설립되는 중서의결합 의료기관과 민족의료기관 포함)의 설립을 신청하려면 제 10 조와 제 11 조에 따라 소재지의 시(市)급 위생행정부문의 1 차 심사 및 소재지의 성(省)급 위생행정부문

감사를 거친 후, 국가중의약관리국에 감사 결과를 보고하고 다시 위생부에 비준을 신청한다.

3. 신청인은 위생부의 설립 비준 후, 관련 법률법규에 따라 대외경제무역합작부(현 상무부)에 신청서 및 다음 서류들을 제출한다.

- (1) 설립신청 신고서 및 비준서류
- (2) 중외합자·합작 각 측의 법정 대표인 혹은 위임자가 서명한 중외합자·합작의료기관 계약서와 정관
- (3) 설립 예정인 중외합자·합작의료기관의 이사회 구성원 명단 및 합자·합작 각 측의 이사임명장
- (4) 공상행정관리부서가 발급한 기관명 예비 승인 통지서
- (5) 법률법규 및 대외경제무역합작부(현 상무부)가 요구하는 기타 서류

대외경제무역합작부(현 상무부)는 접수일로부터 45 일 내에 서면으로 비준 여부를 결정해야 한다. 비준할 경우 《외상투자기업 비준증서》를 발급한다.

설립 허가를 받은 중외합자·합작의료기관은 대외경제무역합작부(현 상무부)가 발급한 《외상투자기업 비준증서》를 취득한 날부터 한달 이내에 국가 공상행정관리부문에서 등기등록 수속을 밟아야 한다.

4. 중국의 중서부 지역이나 변방의 낙후된 지역에 설립을 신청한 중외합자·합작의료기관이나, 설립 신청한 중외합자·합작 의료기관의 의료 서비스 범위와 내용이 국가가 장려하는 범위에 속할 경우 제 7 조, 제 8 조 조항을 적절히 완화 적용한다.

5. 설립 허가를 받은 중외합자·합작의료기관은 《의료기구 관리조례》와 《의료기구 관리조례 실시세칙》의 의료기관 영업등기 관련 절차 및 요구에 따라, 소재지의 성(省)급 위생행정부문이 정한 위생행정부문에 영업등기를 신청하고 《의료기구영업 허가증》을 발급받아야 한다.

성급 위생행정부문은 중외합자·합작의료기구의 유형과 규모에 따라 성급 위생행정부문 또는 지역 내 시(市)급 위생행정부문이 중외합자·합작의료기구의 영업등록신청을 수리했는지 확인해야 한다.

6. 중외합자·합작의료기관명은 위생부가 규정한 《의료기구 관리조례 실시세칙》에 따라야 한다. 중외합자·합작의료기관명은 소재지명, 식별명과 통용명 순서로 이루어진다.

7. 중외합자·합작 의료기관은 분점을 설립할 수 없다.

## 5. 병원 설립 관련 법규

중외합자병원은 허가 신청시 반드시 다음 법률제도를 준수해야 한다.

1. 《종합병원 건설표준》
2. 《의료기구 기본준칙》
3. 《의료기구 관리조례》
4. 《의료기구 관리조례 실시세칙》
5. 《공공장소 위생관리조례》
6. 《공공장소 위생관리조례 실시세칙》
7. 《위생행정허가관리법》

## 6. 허난성의 중외합자병원 설립 조건

허난성은 중외합자·합작 의료기관 설립에 현재 별 다른 요구사항이 없고, 중화인민공화국 위생부와 상무부의 관련 요구조건을 따른다. 즉 병원 영업허가증 획득 조건에 따라 진행한다.

## 7. 의료자격 취득 관련

### 7.1 허가증 취득요건 및 절차

주로 의사, 간호사, 약제사, 임상병리기사, 영상기사(방사선 기사)의 허가증이 포함된다.

#### 7.1.1 의사 자격증 취득 요건과 절차

《중화인민공화국 집업의사법》제 8 조 규정에 따르면 의사자격시험은 집업의사 자격고시와 집업조리의사 자격고시로 나뉜다.

제 9 조, 다음 조건 중 하나를 만족하는 경우 집업의사 자격고시에 참가할 수 있다. (1)대학 의과 이상의 학력이나 의사의 지도 하에 의료·예방·보건기관에서 1 년 이상 인턴경력이 있는 자, (2)집업조리의사 자격증 취득 후 전문대 의과 졸업 후 의료·예방·보건기관에서 2 년 이상 경력이 있는 자, 중등전문학교 의과 졸업 후 의료·예방·보건기관에서 5 년 이상 경력이 있는 자.

제 10 조, 전문대 의과 혹은 중등전문학교 의과를 졸업하고 의사의 지도 하에 의료·예방·보건기관에서 1 년 이상 인턴을 한 자는 집업조리의사 자격시험에 응시할 수 있다.

제 11 조, 만 3 년동안 의사에게 직접 전통 의학을 배웠거나 다년간 의술을 시행한 전문 경력이 있다면, 현(縣)급 이상의 인민정부 위생행정부문이 지정한 전통의학 전문기관 또는 의료·예방·보건기관의 심사에 통과하고 추천을 받았을 경우 집업의사자격시험 또는 집업조리의사 자격시험에 응시할 수 있다.

의사자격시험에 통과하면 집업의사자격 또는 집업조리의사 자격이 주어지고, 소재지 현(縣)급이상의 인민정부 위생행정부문에 등록할 수 있다. 단, 제 15 조에 규정에 따라 다음과 같은 상황 중 하나에 해당할 경우 등록을 불허한다. (1)민사행위능력을 갖추지 못한 경우, (2)형사 처벌로 인해 형벌 집행기간 종료일부터 등록 신청일까지 2 년이 지나지 않은 경우, (3)의사면허 정지 처분을 받고 처분이 결정된 날부터 등록 신청일까지 2 년이 지나지 않은 경우, (4)국무원 위생행정부문의 규정에 따라 의료·예방·보건업무에 종사 불가한 기타 경우.

### 7.1.2 간호사 자격증 취득요건 및 절차

《중화인민공화국 간호사 관리법》의 제 6 조와 제 7 조 규정에 따르면, 간호사 자격증을 신청하려는 사람은 위생부의 자격시험을 통과해 《중화인민공화국 간호사 집업증서》를 취득해야 한다. 그 중 고등의학원 간호전문과 졸업자 및 성(省)급 이상 위생행정부문이 확인한 시험 면제 자격을 갖춘 일반중등보건(간호)학교 간호전문과 졸업자는 간호사 시험을 면제받을 수 있다. 기타 일반중등보건(간호)학교 간호전문과 졸업자는 간호사 자격증 시험을 신청할 수 있다. 시험 합격자에게는 성, 자치구, 직할시 위생행정부문이 《중화인민공화국 간호사 집업증서》를 발급한다.

《중화인민공화국 간호사 집업증서》를 취득한 자는 간호사 등록을 할 수 있다. 제 14 조 규정에 따르면 최초 등록시 반드시 《간호사등록신청표》를 기입하고 등록비를 납부해야 하며, 등록기관에 다음 증서를 제출해야 한다. (1)《중화인민공화국 간호사 집업증서》, (2)신분증, (3)건강검진 증명서, (4)성(省)급 위생행정부문이 정한 기타 증서. 제 18 조 규정에 따르면 다음과 같은 상황에서는 등록을 불허한다. (1)복역기간에 있는 경우, (2)건강상의 문제로 간호사 임무를 수행할 수 없을 경우, (3)관리법을 어겨 등록이 중지 또는 취소된 경우, (4)기타 간호사 업무에 종사할 수 없는 경우.

### 7.1.3 약사 자격증 취득요건 및 절차

《집업약사 자격제도 참행규정》제 9 조 규정에 따르면 중화인민공화국 국민과 중국에서 취업한 외국인은 이하 조건 중 하나에 해당할 경우 집업약사 자격시험을 신청할 수 있다. (1)약학, 중약학 또는 관련 중등 전문학교 졸업자로 약학이나 중약학 전문 분야에서 7 년 이상 일한 자, (2)약학, 중약학 또는 관련 전문대학 졸업자로 약학이나 중약학 전문분야에서 5 년 이상 일한 자, (3)약학, 중약학 또는 관련 전문대학 본과 졸업자로 약학이나 중약학 전문분야에서 3 년 이상 일한 자, (4)약학, 중약학 또는 관련 학위를 복수전공하거나 석사를 졸업하고 석사학위를 취득해 약학이나 중약학 전문분야에서 1 년 이상 일한 자, (5)약학, 중약학 또는 관련 박사학위를 취득한 자. 집업약사 자격시험 합격자에게는 각 성·자치구·직할시의 인사부서가 인사부에서 총괄제작하고 인사부와 국가약품감독관리국에서 날인한 중화인민공화국의 《집업약사 자격증서》가 발급된다.

중국의 집업약사자격은 등록제를 시행한다. 《집업약사 자격증서》를 취득한 자는 소재지의 성(省) 또는 구(區), 시(市) 약품감독관리국에 등록을 신청해야 한다. 등록 후에는 등록한 약사 유형, 업무 범위에 따라 약사 활동을 할 수 있다. 미등록자는 약사의 신분으로 직업에 종사할 수 없다. 제 13 조 규정에 따르면 등록 신청자는 다음과 같은 조건을 갖춰야 한다. (1)《집업약사 자격증서》를 취득한다. (2)규율을 지키고, 약사의 직업 도덕을 준수한다. (3)건강하게 약사 일을 할 수 있어야 한다. (4)소재 기관의 동의를 거쳐야 한다. 등록 허가를 받은 자에게는 각 성·자치구·직할시의 약품감독관리국이 《집업약사 자격증서》의 등록란에



등록전용도장을 날인하고 국가약품감독관리국이 제작한 중화인민공화국 《집업약사 등록증》이 발급되며, 국가약품감독관리국에 보고된다.

#### 7.1.4 임상검사기사(技士/技師)/임상검사주관기사(主管技師)자격 취득요건 및 절차

임상검사기사(技士/技師)/임상검사주관기사(主管技師) 자격시험은 국가 또는 관련 부서가 허가한 의료보건기구 내에서 임상검사에 종사하는 사람들에게 적용되며, 전국적으로 같은 기관, 같은 시험시간, 같은 시험 요강, 같은 시험주제 및 합격기준을 갖춘 시험제도다. 원칙적으로 매년 한 번 실시된다.

임상검사기사(技士/技師)/임상검사주관기사(主管技師)의 각 과목 성적은 2 년 주기로 갱신되며 연속 2 년 내에 동일 전공 4 과목 시험에 통과하면 전문자격증을 취득할 수 있다. 각기 다른 전공과목의 시험 성적은 한 전공으로 합산되지 않는다. 이미 임상검사기사(技士/技師)/임상검사주관기사(主管技師)의 일부 전공시험에 응시한 사람은 기한 내에 남은 과목 시험에 응시할 때 기존의 응시번호를 사용해야 한다. 단일 과목의 합격 유효기한 내에 업무변동 등 이유로 다른 지역에서 나머지 과목에 응시해 합격한 경우, 해당 지역에서 점수를 통계한 후 현지 인사부문의 심사를 거쳐 전문자격증을 발부한다.

임상검사기사(技士/技師)/임상검사주관기사(主管技師) 자격시험에 등록한 자는 중화인민공화국의 헌법과 법률을 준수해야 하며 직업정신과 도덕정신 및 다음 조건을 구비해야 한다.

(1) 임상검사기사(技士) 자격시험에 응시하는 자는 임상검사 전공으로서 중등전문학교 또는 전문대학을 졸업하고 1 년 이상의 경력을 갖춰야 한다.

(2) 임상검사기사(技師) 자격시험 응시조건

- 1) 임상검사 전공으로 중등전문학교 졸업 후 5 년 이상의 임상검사기사 경력자
- 2) 임상검사 전공으로 전문대학 졸업 후 3 년 이상 경력자
- 3) 임상검사 전공으로 대학 본과나 석사학위 소지, 1 년 이상 경력자

(3) 중급 자격시험 응시조건

- 1) 임상검사 전공으로 중등전문학교 졸업 후 7 년 이상의 임상검사기사 경력자
- 2) 임상검사 전공으로 전문대학 졸업 후 6 년 이상의 임상검사기사 경력자
- 3) 임상검사 전공으로 대학 본과 졸업 후 4 년 이상의 임상검사기사 경력자
- 4) 임상검사 전공으로 석사학위 취득 후 2 년 이상의 임상검사기사 경력자
- 5) 임상검사전공 박사학위 소지자

다음 상황 중 하나에 해당하는 경우에는 임상검사 자격시험에 응시할 수 없다.

- (1) 의료사고 책임이 발생한 지 3 년 미만인 자
- (2) 의료과오 책임이 발생한 지 1 년 미만인 자
- (3) 행정처벌기간 중에 있는 자
- (4) 학력 위조 또는 시험기간에 불법행위를 하여 적발된 지 2 년 미만인 자
- (5) 성(省)급 위생행정부문이 정한 기타 상황

관련 설명: (1)응시자는 반드시 관련부서가 허가한 의료보건기관에서 임상검사 직무를 맡아야 한다. (2) 임상검사기사(技士/技師)/임상검사주관기사(主管技師) 자격시험 응시자에 대한 학력 관련 요구는 국가교육행정주관부서에서 인가한 학교의 학력 또는 학위를 가리킨다. 경력기간은 학력을 취득하기 전후에 이 분야에서 일한 시간을 합한 것이다. 업무 연한은 시험에 응시한 년도의 연말까지 포함된다. (3)《예방의학, 가정의학, 약학, 간호, 기타 보건기술 등 전문기술 자격 시험 집행규정》(위인발[2001]164 호)이 규정한 의료사고 책임자는 시험에 응시할 수 없다.

시험응시조건에 부합하는 사람은 기관성격이나 호적에 구애 받지 않고 자신이 종사하는 일에 따라 전공 유형을 선택해 시험에 응할 수 있다.

#### 7.1.5 방사선기사 자격요건 및 절차

방사선기사 초급기사시험에 응시하는 사람은 중화인민공화국의 헌법과 법률을 준수해야 하며 직업정신과 도덕정신 및 이하 조건을 갖춰야 한다.

- (1) 보건초급(약사, 간호사, 기사)

- 1) 보건 관련 중등 전문학교 졸업 후 5 년 이상의 약사, 간호사, 기사 경력자
- 2) 보건 관련 전문대 졸업 후 3 년 이상의 전공분야 경력자
- 3) 보건 관련 대학 본과 졸업 후 1 년 이상의 전공분야 경력자
- 4) 보건 관련 석사학력과 학위 소지자로 1 년 이상의 전공분야 경력자

## (2) 학력과 업무연한 규정

- 1) 2012 년도 보건전문기술자격의 각 급수별 시험(간호병리학 초급기사 제외)에 응시하는 자의 학력 취득 시간과 전공 분야의 업무 연한은 모두 2011 년 12 월 31 일까지로 한다.
- 2) 《도시지역 보건인재 육성 방안》(국인부발[2006]69 호)의 규정에 따르면 사회의료 서비스 센터에서 근무한 의사, 간호사는 1 년 빠르게 가정의학, 지역간호병리 전공 전국 보건기술 중급 자격시험에 응시할 수 있다.

다음 상황 중 하나에 해당하는 경우에는 보건전문기술 직무자격시험에 응시할 수 없다.

- 1) 의료사고 책임이 발생한 지 3 년 미만인 자
- 2) 의료과오 책임이 발생한 지 1 년 미만인 자
- 3) 행정처벌기간 중에 있는 자
- 4) 학력 위조 또는 시험기간에 불법행위를 하여 적발된 지 2 년 미만인 자
- 5) 시(市)급 위생행정부문이 정한 기타 상황

## 7.2 국가 간 자격증 통용 여부

국가 간 자격증은 통용되지 않는다.

중국의 《중외합자,합작의료기구 관리 집행방법》 중 제 25 조는 중외 합자·합작의료기관이 외국 국적의 의사, 간호사를 초빙할 때 《중화인민공화국 집업의사법》과 《중화인민공화국 간호사 관리법》의 관련 규정에 따라 처리해야 한다고 규정한다.

《중화인민공화국 집업의사법》 제 47 조는 중국에서 의사시험, 등록, 영업을 신청하거나 임상시범교육, 임상연구 종사자는 관련 규정을 따라야 한다고

규정한다. 《외국인 의사의 국내 의료행위 관리법》 제 2 조의 '외국인 의사의 국내 의술행위'란 다른 국가 또는 지역에서 합법적으로 의술을 시행하는 의사가 중국의 의료기관에서 진료하는 행위를 말한다. 제 4 조는 외국인 의사가 중국에서 의료행위를 할 경우 반드시 시험 통과 후 등록해야 하며 《외국의사고시합격증명서》를 취득해야 한다고 명시하고 있다. 제 6 조는 외국인 의사가 중국의 의사자격증 시험에 합격하면 《외국의사고시합격증명서》을 발부한다고 규정한다. 제 8 조는 《외국의사고시합격증명서》를 취득한 의사가 의료기관에서 일하고자 할 경우, 의료기관이 등록한 위생행정부문에 등록을 신청하고 다음 서류를 제출할 것을 규정한다.

- (1) 외국인 의사의 영업등록 심사신청표
- (2) 신청인의 유효한 신분증
- (3) 최근에 촬영한 상반신 정면 탈모 칼라 사진 2 장(6.6cm)
- (4) 《외국의사고시합격증명서》
- (5) 중국 출입국 관리부서에서 발급한 워킹비자
- (6) 유효기간이 지나지 않은 외국 의료 면허증 또는 의료 증명서
- (7) 의료기관과 외국인 의사가 체결한 업무기간 및 법적 책임이 담긴 협의서
- (8) 등록주관부서가 지정한 의료기관에서 발급한 3 개월 이내의 건강검진기록
- (9) 형사책임이나 범죄 기록이 없다는 증명서
- (10) 성(省)급 인민정부위생행정부문이 정한 기타 서류
- (11) 위탁 협의서(예: 의료기관이 신청자를 대신해서 등록 수속을 할 경우)

(6), (9)번 항목은 중국어와 영어로 작성되어야 하며 소재국 공증과 신청인 소재국 주재 중국 대사관의 인증을 받아야 한다. 기타 서류는 중국어로 작성되어야 한다. 제 9 조는 외국인 의사가 직접 등록을 하거나 의료기관이 대신 등록 수속을 밟는 것 모두 가능하다고 규정한다.

《중화인민공화국 간호사 관리법》 제 34 조는 국외에 거주하는 사람이 중국 국내에서 간호사 업무를 신청할 경우 본 관리법의 규정에 따라 시험을 통과해 《중화인민공화국 간호사 집업증서》를 취득하고 등록을 해야 한다고 명시한다.

## [2] 병원 복합개발 관련

### 1. 현지법인 운영 법규

관련 법규: (1)중앙기구편재위원회실, 최고인민법원, 최고인민검찰원, 국가발전계획위원회,公安부, 사법부, 행정부, 재정부, 인사부, 노동 및 사회보장부, 국토자원부, 중국인민은행, 관세청, 국가세무총국, 국가통계국, 국가공상행정관리국의 《사업단위 법인증서》 사용문제에 관한 통지 (별첨 6), (2)《허난성 사업단위 법정대표인 관리 잠행방법》(별첨 7)

### 2. 병원 복합개발 실례

해당 병원은 의료·교육·연구·예방·보건을 하나로 통합한 3 급 대형종합병원이다. 점용면적 11 만 5000 m<sup>2</sup>로 도합 172.5 묘(畝)다. 건축면적은 10 만 9200 m<sup>2</sup>이며, 병상 개수는 1,000 개다. 주요 건물로는 응급실, 진료실, 병동, 치료동, 재활동, 사무동, 생활동이 있고 병원 운영에 필요한 의료기계와 설비를 갖추 계획이다.

#### 2.1 병상 규모

병상 규모는 1,000 개다. 1 일 진료량은 2,500 건이며, 신개발지역 주민과 이 지역으로 새로 유입된 인구까지 의료혜택을 받을 수 있다.

#### 2.2 용지 규모

종합병원 건설 부지는 《종합병원 건설표준》의 규정에 따라 기본건설용지, 공용주차장용지, 건설회사 경영용지 및 녹지공간을 포함한다. 그 중 기본건설용지에는 응급실, 진료실, 입원동, 치료동, 재활동, 사무동, 생활동이 포함된다. 병상 면적은 개당 115 m<sup>2</sup>이고, 총 건설용지는 11 만 5,000 m<sup>2</sup>(합 172.5 묘(畝))다.

병원이 필요로 하는 건설용지 면적은 172.5 묘(畝)다.

#### 2.3 건축규모 및 내용

총 건축면적은 10 만 9,200 m<sup>2</sup>로 구체적인 사항은 다음과 같다.

## 1. 기본 의료건물 면적

《종합병원 건설표준》(건표[2008] 164 호)의 건축면적 규정과 실제 상황을 결합해 각 건축면적지표를 적절히 조절하고, 1,000 개 병상 규모의 병원 건축면적을 병상당 90 m<sup>2</sup>로 한다. 종합병원의 응급실, 진료실, 입원동, 치료동, 재활동, 사무동과 원내 생활동 등 7 곳의 건축면적은 9 만 m<sup>2</sup>(1,000×90 m<sup>2</sup>)이다. 사용 기능에 따라 다음과 같이 나뉜다.

- 응급실 건축면적 = 90,000m<sup>2</sup> ×3% = 2,700m<sup>2</sup>
- 진료실 건축면적 = 90,000m<sup>2</sup> ×15% = 13,500m<sup>2</sup>
- 입원동 건축면적 = 90,000m<sup>2</sup> ×39% = 35,100m<sup>2</sup>
- 치료동 건축면적 = 90,000m<sup>2</sup> ×27% = 24,300m<sup>2</sup>
- 재활동 건축면적 = 90,000m<sup>2</sup> ×8% = 8,100m<sup>2</sup>
- 사무동 건축면적 = 90,000m<sup>2</sup> ×4% = 3,600m<sup>2</sup>
- 원내 생활동 건축면적 = 90,000 m<sup>2</sup> ×4% = 3,600 m<sup>2</sup>

## 2. 건물 증설 면적

이밖에 병원의 필요에 따라 다음과 같은 기능성 건물을 증설할 수 있다.

- 1) 예방보건관: 예방보건업무는 종합병원의 의료, 교육, 연구, 예방의 4 대 임무 중 하나다. 《종합병원 건설표준》(건표[2008] 164 호)의 규정을 참조해보면 예방보건관을 지어야 한다. 예방보건종사자는 약 40 명이며 보건업무 관련 건물의 1 인당 평균 건축면적은 20 m<sup>2</sup>다. 필요한 예방보건관 건축면적은 총 800 m<sup>2</sup>다.
- 2) 연구관: 이 건물은 환자의 심신건강을 위해서 전면적이고 고품질 서비스를 제공하기 위한 곳이자, 새로운 기술과 치료법을 개발하고 세계적인 기술 수준에 발맞추기 위한 곳이다. 건설부와 국가계획위원회가 허가한 《과학연구 건축계획면적 지표》(건표[1991] 708 호)의 관련 규정에 따르면 필요한 연구인력은 200 명이다. 또한 1 인당 32 m<sup>2</sup> 기준에 따라 필요한 연구관 건축면적은 총 6,400 m<sup>2</sup>다.
- 3) 교육관: 교육관은 임상교육원이다. 국가교육위원회, 위생부,

국가중의약관리국이 정한 《의대 임상교육기지 관리 집행규정》에 따르면 병원의 교육관을 증설해야 한다. 현재 관련 병원의 인턴 수에 따라 해당 병원의 인턴을 650 명으로 잡는다. 종합병원 교육관의 건축면적은 학생수 당 3 m<sup>2</sup>로 교육관의 총 건축면적은 2,000 m<sup>2</sup>다.

- 4) 주차장: 교통환경 개선을 위해 새로 지어지는 병원의 주차시설은 교통 수요를 만족시켜야 한다. 국가와 성, 시의 관련 법률·법규·규정에 근거하고 다른 대도시의 관련 규정을 참고하여 계산된 병원 주차장의 주차면적은 소형차를 기준 병상 1 개당 0.5 개의 주차공간이 필요하다. 병상 1,000 개, 1 일 평균 진료건수가 2,500 건, 직원용 주차공간 등을 고려하면 필요한 주차공간은 병상 1,000 개 × 주차면적 0.5 = 500 개이며, 차 한대 당 주차면적을 25 m<sup>2</sup>라고 계산했을 때 주차장 면적은 주차공간 500 개 × 25 m<sup>2</sup> = 12,500 m<sup>2</sup>다. 병원에서는 병상 100 개당 1-2 대의 구급차 배치가 원칙이다. 따라서 구급차 전용 주차공간이 10 개 더 필요하다. 필요면적은 주차공간 10 개 × 개당 주차면적 30 m<sup>2</sup> × 1.5 = 450 m<sup>2</sup>다. 병원에 필요한 주차면적은 총 1 만 2,950 m<sup>2</sup>다.

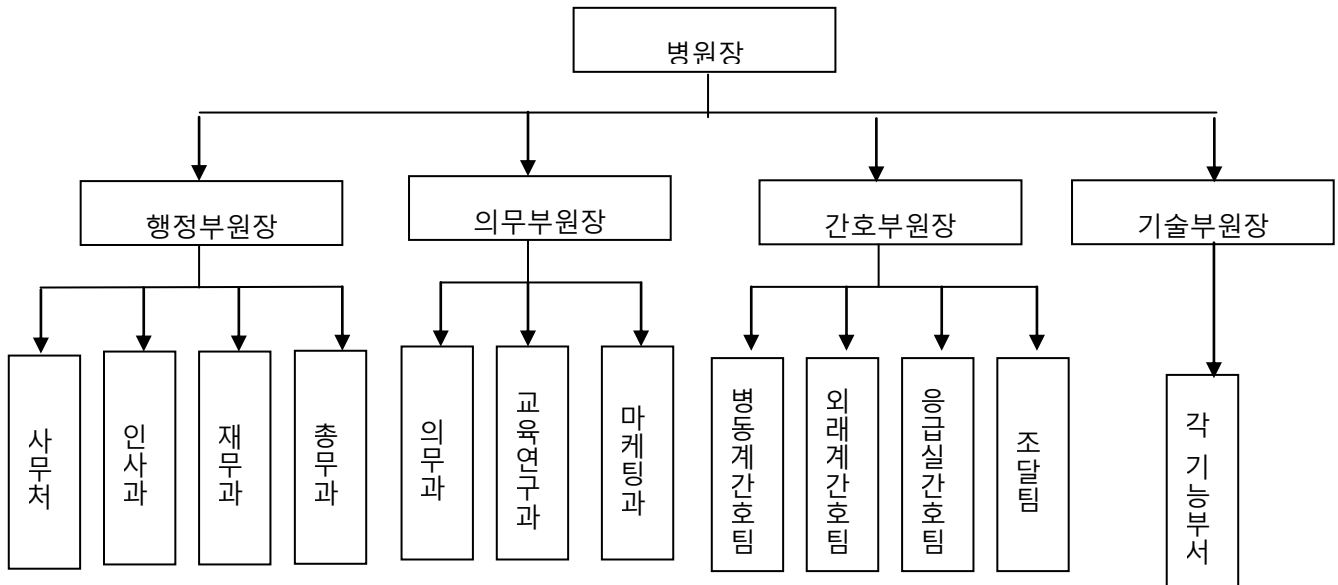
부지면적의 제약으로 지상 주차장을 건설하는데 한계가 있으므로 지하주차장을 건설할 예정이다. 실제 수요에 맞춰 본관에 400 개의 주차자리를 늘리려면 10,000 m<sup>2</sup>의 면적이 필요하고, 지상주차장에 150 개의 주차자리를 만드는 데에 4,500 m<sup>2</sup>가 필요하다.

#### 건축면적 일람표

번호	시설분류	건설규모 ( m <sup>2</sup> )
1	기본의료시설 면적	90,000
2	질병예방 및 보건시설 면적	800
3	연구시설 면적	6,400
4	교육시설 면적	2,000
5	지하주차장 면적	10,000
	합계	109,200

## 2.4 조직구조

병원조직의 합리성은 병원의 기능을 충분히 발휘할 수 있는지와 직접적으로 연결된다. 병원 경영에서 조직은 단일 지휘와 계급관리 원칙, 동등한 책임 및 권한의 원칙, 안정과 발전의 원칙, 전문화된 분업과 전체적인 협조의 원칙을 준수해야 한다. 조직구조는 아래와 같다.



## 2.5 수입과 비용의 구조

### 1. 직원 정원

《종합병원 건설표준》에 따르면, 종합병원의 직원 수는 중국 위생부의 관련 규정에 따라 병상과 직원 수의 비율(병상 1 천 개 시 1:1.6)로 결정되므로 본 병원의 직원 정원은 1,600 명이다. 또한, 의료기관이라는 특성에 따라 정원 외에도 추가인원(전체의 6%)을 탄력적으로 투입할 수 있도록 하여 질병예방과 의료인력 수요를 충족시켜야 한다. 따라서 본 프로젝트에 투입되는 인원은 총 1,696 명이다. 분야별 인원 비율을 살펴보면, 행정관리 및 근로·서비스직이 전체의 28~30%(행정관리직이 전체의 8~10% 차지), 의료기술직이 70~72%이다. 의료기술직 중 양의사와 중의사(中醫師)가 25%, 간호직이 50%, 약사가 8%, 검사인원이 4.6%, 방사선 관련직이 4.4%, 기타 의료인력이 8%를 차지한다.

현재 병원직원은 총 1,200 여 명이고, 본 프로젝트에 필요한 인력은 기존



인력에서 조달 가능하며 부족한 부분은 공개채용을 통해 모집할 수 있다.

## 2. 추산 비용

1. 전기·수도비 및 기타 자재비: 전기·수도비는 종합병원의 병상당 주요 에너지 소비량을 참고하여 계산한다. 전기·수도비는 현행가격으로 계산하고, 기타 자재비(약품 및 의료 소모품)는 수입의 40%로 계산한다. 연평균 비용은 8,558 만 2 천 위안이다.

2. 임금 및 복리후생비: 연간비용은 1 인당 2 만 4,000 위안이다. 본 프로젝트에 동원되는 인력은 1,696 명이므로 연간비용은 4,070 만 4 천 위안이다.

3. 고정자산 상각: 유형별로 분류하여 정액상각한다. 부동산 건물은 평균 20 년 안에 상각하고, 기타 설비는 평균 10 년 안에 상각하며 회수율은 5%로 계산한다. 연간비용은 2394 만 5 천 위안이다.

4. 감가상각비: 부지 사용권은 50 년 단위로 상각하고 무형자산과 기타 자산은 10 년 단위로 상각한다. 연 상각비는 86 만 3 천 위안이다.

5. 수리비: 고정자산 원가의 3%로 계산하므로 연평균 비용은 1,247 만 6 천 위안이다.

6. 관리비: 직원 임금과 복리후생비 총합의 50%로 계산한다. 연평균 비용은 2,035 만 2 천 위안이다.

7. 재무비: 상환기간이 긴 대출금 이자와 유동자금 대출이자 있다.

연간 총 지출비용은 1 억 8,392 만 2 천 위안이다.

## 3. 예상 수입

### 1. 수입

본 병원의 주요 수입은 외래진료 수입, 입원환자 수입과 기타 수입이다. 연평균 수입은 2 억 1,016 만 8 천 위안이다.

## 외래진료 수입

병원설립 후 외래환자 수와 병상 수는 2.5:1 로 계산하며 1 일 외래환자 수는 2,500 명이다. 정저우의 2001 년 기준, 1 인 진료당 평균 비용은 100 위안이다. 매년 9 천 위안의 수입을 얻을 수 있다.

## 입원환자 수입

병상 1,000 개의 사용률을 90%라고 가정하면 병상 한 개당 한 해 36 명의 환자가 입원할 수 있고, 총 32,400 의 환자를 수용할 수 있다. 입원환자 수입은 정저우시의 역대 의료기관 입원환자 수입 데이터를 기준으로 병상 하나당 평균 3,400 위안으로 계산한다. 매년 1 만 1,016 위안의 수입을 얻을 수 있다.

## 기타 수입

기타수입에는 신체검사, 질병예방서비스 등이 있다. 타 병원의 경우 기타수입은 외래진료와 입원환자 수입의 약 5%를 차지한다. 매년 1,000 만 8 천 위안의 수입을 얻을 수 있다.

위의 세 가지 수입을 합산하면 병원의 연간 수입은 총 2 억 1,016 만 8 천 위안이다

## 2. 세금 및 부가세

영업세는 5%, 도시보호건설세와 교육부가세는 각각 7%와 3%이다. 연평균 세금과 부가세는 1,155 만 9 천 위안이다.

## 3. 이윤

소득세는 25%, 이익준비금과 공익금은 15%이며 영업기간 내 연평균 총 이윤은 2,624 만 6 천 위안, 연평균 소득세는 655 만 2 천 위안, 세후 연평균 이윤은 1,969 만 4 천 위안이다.

## 3. 보조시설 개발 관련 법률제도

(1) 《종합병원 건설표준》에 따르면 병원부지는 병원의 기능과 환경조건에

적합해야 한다. 또한 환자가 이용하기 편리하고 조용하며, 지형이 원만하고 시공에 알맞아야 한다. 그리고 도시의 기초 인프라를 충분히 활용할 수 있는 지역으로, 오염원이나 인화성 물질을 생산 혹은 저장하는 장소를 피해야 한다. 부지 선정은 의료시설이라는 특수성을 충분히 고려하여 공공의료의 수요에 맞추어 주변환경과 조화를 이루어야 한다. 호텔, 주택 및 기타 상업시설 건축에는 중국 법률에 관련 상세규정이 없으므로 상황에 맞게 진행할 수 있지만, 전염병 전문병원 설립에는 관련 규정이 있다. 1. 도시인구가 밀집된 지역에 설립할 수 없다. 2. 환자가 편리하게 진료를 받을 수 있도록 교통이 편리한 곳을 선정한다. 3. 비교적 지형이 높고 기반이 탄탄한 평지를 부지로 선정한다. 4. 비교적 완비된 시정시스템이 구축된 지역을 선정한다. 다섯째, 인화성 물질과 유해 기체를 생산하거나 저장하는 장소는 피한다. 5. 식품과 사료를 생산, 가공, 저장하거나 가금과 가축을 기르거나 축산물을 가공하는 등의 회사가 있는 곳은 피한다. 7. 유치원, 학교 등 인구가 밀집한 공공시설이나 공공장소는 피한다.

- (2) 《종합병원 건설표준》에 따르면, 종합병원 설립 시 반드시 중국의 관련 경제건설 법률, 법규와 의료사업의 기술경제 정책을 준수하여 설립지역의 사회와 경제발전 현황에 부합해야 하며 현황과 발전, 수요와 가능성의 관계를 제대로 처리해야 한다.

종합병원의 의료와 교육, 과학연구 및 예방과 보건이라는 4 대 임무와 과학적인 관리 및 실제 업무 필요에 따라 종합병원은 응급실, 외래진료실, 입원실, 기술실 및 시스템 관리, 행정관리, 병원생활 도우미팀, 과학연구시설 및 교육시설 등 9 개 부분으로 나뉜다. 이 중 앞의 7 가지는 종합병원 설립의 가장 기본적인 요소로, 이를 갖추면 병원을 정상적으로 운영할 수 있다. 과학연구시설 및 교육시설은 병원이 맡은 연구, 교육적 임무에 따라 결정된다. 단, R&D 시설을 갖추었다면 반드시 《종합병원 건설표준》의 관련 규정을 따라야 한다. 즉 연구원 1 인당 사용면적을 32 m<sup>2</sup>로 설정하고, 연구용 시설의 건축면적은 별도로 추가되어야 한다. 또한, 연구소의 임무에 알맞은 규모와 실험동물의 등급에 알맞은 동물실험실을 설치해야 한다.

- (3) CRO(임상대행)

중국의 GCP(의약품의 임상시험 실시에 관한 기준) 규정에 따르면 임상시험 신청자는 협력 연구팀에 임상시험을 위탁할 수 있으나 실험 데이터의 품질 및 완성성 등 모든 책임은 신청자에게 있다. 병원 CRO 의 주요업무는 약물임상실험이다. 약물임상실험을 실행하는 기관은 국가의 철저한 심사를 거쳐야 한다.

《약물 임상실험자격인정 관리방법(시행)》에 따르면 약물임상실험을 진행하기 위해서는 다음과 같은 조건을 갖추어야 한다. 1.의료기관 개설허가 취득, 2.신청한 인증분야와 개설허가증의 진료과목이 일치, 3.약물임상실험에 필요한 설비와 시설, 4.약물임상실험을 진행할 수 있는 의료기술, 5.약물임상실험에 필요한 병상과 피실험자, 실험을 진행·감독하는 기관 및 인사, 6.약물임상실험기술과 관련 법규 교육을 받은 실험에 적합한 연구원, 7.약물임상실험의 관련 제도와 실험기준에 관한 규정 제정, 8.약물임상실험 중 일어나는 사고에 대한 방지대책 및 처리대책.

인증절차는 다음과 같다.

- ① 신청접수: 인증을 신청하는 의료기관은 약물임상실험 기술과 시설조건, 전문적 특성에 따라 약물임상실험 기관자격인증과 전문자격인증을 신청한다. 《약물임상실험 기관자격인정 신청표》를 작성하고, 관련 서류와 전자파일을 제출한다.
- ② 1 차 심사와 병원현황 심사: 먼저 해당 기관의 소재지 위생청에서 접수자료에 대한 심사를 진행한다. 1 차 심사 내용에는 의료기관 개설허가증과 기관현황, 전문시설, 연구인원, 기타 관련 기술능력 및 시설현황, 실험 중 발생할 수 있는 피실험자 사고에 대한 방지대책 및 처리대책 등이 있다. 1 차 심사를 통과한 기관은 신청자료를 식품약품감독관리국에 제출하고 각 성(省), 자치구, 직할시의 식품약품감독관리국이 이에 대해 형식심사를 진행한다. 형식심사에서는 의료기관 현황, 약물임상실험의 진행·감독 시스템과 책임자 현황, 자격인증을 신청한 부서와 연구원 현황, 해당 부서의 연평균 진료환자 수와 입·퇴원 환자 수, 약물임상실험 관리제도와 기준의 제정상황, 연구원이 참가한 약물임상실험기술과 관련 법규에 관한 교육 프로그램 현황, 약물임상실험 현황(최근 3 년 내 진행한 실험 및 현재 진행 중인 실험), 주요 의료기기와 설비 현황 등을 심사한다. 심사 통과 후에는 국가식품약품감독관리국에

신고한다.

- ③ 정식심사: 국가식품약품감독관리국이 제출자료를 심사하여 다음 심사진행 여부를 결정한다. 결과는 신청기관과 해당 기관 소재의 성(省)급 식품약품감독관리국, 위생청에 서면으로 통지된다.
- ④ 현장검사: ③의 절차를 통과하면 국가식품약품감독관리국 약품인증관리센터의 검사팀이 해당기관에 대해 현장검사를 시행한다. 검사팀은 3~5 명의 관리감독자와 전문가로 구성된다. 검사과정에서 피검사 기관은 검사팀의 업무에 협조해 제출자료의 진실성을 보장하고 협조자 1 명을 파견한다. 검사자는 검사절차와 《약물임상실험기구 자격인정 표준》을 엄격히 준수하여 현장검사를 시행해야 한다. 검사 중 발견한 문제점을 사실대로 기록하고, 필요시에는 현장에서 검증한다. 검사팀은 현장검사가 끝난 후 종합적인 평가를 하고 의견을 제출한다.
- ⑤ 감사: 현장검사가 끝나면 국가식품약품감독관리국 약품인증관리센터에서 검사결과를 약물임상실험 자격인정 데이터베이스에 입력, 현장검사에 대해 종합적으로 평가하고 자격인증에 대한 의견을 제시해 국가식품약품감독관리국에 신고한다. 국가식품약품감독관리국은 위생부(衛生部)와 현장검사결과에 대한 감사를 진행하고, 해당기관 소재의 성(省)급 식품약품감독관리국과 위생청에 서면으로 통지한다. 시정이 필요한 기관에 대해서는 국가식품약품감독관리국에서 시정기한 통지를 발송한다. 규정기한 내에 시정을 마친 의료기관은 식품약품감독관리국에 시정보고서를 제출한다. 감사 후 약품인증관리센터에서 다시 검사팀을 파견하여 현장검사를 시행한다.
- ⑥ 증서발급과 공고: 국가식품약품감독관리국은 자격인증을 통과한 의료기관에 증서를 발급하고 이를 인터넷 사이트([www.sfda.gov.cn](http://www.sfda.gov.cn))에 공고한다.

### [3] 현지 표준비용

#### 1. 공사 표준비용

공사비용에는 건축공사비용과 설치공사비용, 녹지조성공사비용, 설비공사비용이 있다. 《종합병원 건설표준》(건표[2008]164 호) 규정에 따라 건축면적 109,200 m<sup>2</sup>, 토지면적 115,000 m<sup>2</sup>인 병원을 기준으로 계산한 표준 공사비는 아래와 같다.

## 공사 표준비용

번호	공사명칭	건축면적 ( m <sup>2</sup> )	단위당 가격 ( 위안/m <sup>2</sup> )	합계 ( 만 위안 )	비고
1	토건공사	109,200		45,872	
1.1	건축공사	109,200	3,000	32,760	
1.2	인테리어공사			13,112	인테리어비용 표 참고
2	설치공사	109,200	384	4,191	
2.1	전기공사	109,200	320	3,494	
2.2	소방공사	109,200	6	66	
2.3	급배수공사	109,200	50	546	
2.4	오수처리공사	109,200	8	90	
3	녹지조성공사	46,000	200	920	총 면적의 40%
4	설비공사	109,200	796	8,700	
	합계			59,683	

## 2. 인테리어 표준비용

《허난성 건축인테리어공정 종합단가(2008)》의 관련 규정에 따르면 수술실과 무균병실 등은 청결 요구수준이 높고, ICU(중환자실), 의료용 기체시스템, 물류시스템은 인테리어 및 설치가격이 높다. 따라서 별도 단가표가 제시되는데, 정저우시의 대형병원을 기준으로 인테리어 표준비용을 계산하면 아래와 같다.

### 인테리어 표준비용

번호	인테리어 항목명칭	수량	단위당 가격	합계 ( 만 위안 )	비고
1	수술실	70 ( 실 )	400,000 ( 위안/실 )	2,800	
2	ICU(병상 수)	20 ( 개 )	100,000 ( 위안/개 )	200	
3	의료용 기체시스템			130	
4	의료용 물류시스템			700	
5	일반 인테리어	109,200 ( m <sup>2</sup> )	850 ( 위안/m <sup>2</sup> )	9,282	

	합계			13,112	
--	----	--	--	--------	--

### 3. 가구 및 비품의 표준가격

병원에서 사용하는 가구와 비품에는 설비와 생활용품이 있다. 《의료기관 기본표》 등 관련 지표와 정저우시 병원의 설비가격을 참고로 계산한 병원설비와 생활용품 비용은 아래와 같다.

#### 병원설비 및 생활용품비용 표준가격

번호	설비와 용품명칭		병상 수 ( 개 )	단위당 가격 ( 위안/개 )	합계 ( 만 위안 )
1	설비	기본 의료설비	1,000	65,000	6,500
		병상, 탁자, 의자	1,000	4,000	4,000
		서비스 설비	1,000	3,500	3,500
		기타 설비	1,000	5,500	5,500
		교통수단			900
2	사무용품 및 생활용품		2,500	500	125
	합계		1,000	78,500	8,825

### 4. 전기, 수도요금 및 기타 공공관리 표준비용

(1) 생활용수에는 입원환자 생활용수와 녹지조성용수, 기타용수가 있다. 정저우시의 수도요금 표준(정저우시 현행 수도요금 기준표 참고)과 중국의 관련 기준, 종합병원의 주요 에너지 소모 참고표에 따라 계산한 병원의 하루 수도 사용량은 다음과 같다.

#### 표준 수도요금

번호	사용 목적별 분류	사용량 ( 톤 )	가격 (위안/톤 )	합계
1	생활용수	75	3.05	228.75
2	병상용수	300	3.05	915
3	사무용수	110	3.05	335.5

4	녹지조성용수	86	3.05	262.3
5	소방용수	10	3.05	30.5
6	기타용수	97	3.05	295.85
	합계	728	3.05	2,220.4

### 정저우시의 현행 수도요금 기준표

요금 분류	가격 ( 위안/톤 )
주민 생활용수	2.4
공업용수	3.05
행정사업용수	3.05
서비스업용수	4.05
특별용수	10.45

(2) 공사용수에는 주로 응급조명, 일반조명, 전기설비 등이 있다. 허난성 전기요금 기준(허난성 일반 산업용 전기요금 기준표 참고)과 중국 중국의 관련 기준, 종합병원 주요 에너지 소모 참고표에 따라 계산한 병원의 하루 전기 사용량은 다음과 같다.

### 표준 전기요금

번호	설비명칭	사용량 ( kW )	가격 ( 위안/ kW )	합계
1	조명	2,402.4	0.51416	1,235
2	의료설비	300	0.51416	154
3	생활설비	96	0.51416	49
4	중앙냉난방시설	455	0.51416	233.9
5	기타	614	0.51416	315.7
	합계	3,867.4	0.51416	1,988



## 허난성의 일반 산업용 전기요금 기준표

전압등급	가격
1kW 이하	0.72686
1~10kW	0.69286
35kW 이상	0.65986

### 5. 청소원과 보안요원의 표준 임금

정저우시의 소비수준과 각 병원의 청소원, 보안요원 수, 임금에 근거하여 계산한 임금은 다음과 같다.

#### 청소원과 보안요원의 표준 임금

유형	인원 ( 명 )	임금 ( 위안/명 )	합계 ( 위안 )
청소원	20	1,800	36,000
보안요원	12	1,800	21,600
합계	32	1,800	57,600

### 6. 세금 관련 : 법인 및 국내외 국적의 직원

#### 6.1 법인 관련 세금

《세수정책에 관한 재정부, 국가세무총국의 통지》(재세[2000]42 호)와 《 일부 영업세규정문건 폐지와 실효에 관한 제정부, 국가세무총국의 통지》(재세[2009]61 호)에 따르면, 비영리 의료기관과 영리성 의료기관, 질병통제기구와 모자보건기관 등 의료기관 세수정책 규정은 다음과 같다.

비영리 의료기관에 대한 세수정책: (1)국가가 규정한 가격에 따라 얻은 의료서비스 수입에 대해서는 세수를 면제한다. 국가가 규정한 가격에 따라 얻은 수입이 아닌 경우 본 혜택을 누릴 수 없다. 의료서비스란 의료기관이 환자에게 제공하는 검사와 진찰, 치료, 회복, 질병예방, 조산, 산아제한 관련 서비스와 그에 필요한 약품과 의료자재, 구급차, 입원실, 식사를 가리킨다.(이하 동일) (2)비영리

의료기관이 비영리 의료서비스로 얻은 수입(예: 임대, 재산양도, 교수, 국외투자 등으로 얻은 수입)에 대해서는 세수규정에 따라 세금을 징수한다. 비영리 의료기관이 비영리 의료서비스로 얻은 수입을 의료서비스 개선에 직접 사용한 부분에 대해서는 세무관련 부문의 비준을 얻은 후 납세소득액을 감면받을 수 있고, 남은 금액에 대해 기업소득세를 징수한다. (3)비영리 의료기관이 생산, 사용하는 약제에 대해서는 증치세를 면제한다. (4)비영리 의료기관의 약제실은 독립적인 약품판매기업으로 분리하고 규정에 따라 세금을 징수한다. (5)비영리 의료기관이 사용하는 부동산과 토지, 차량, 선박에 대해 부동산세와 토지사용세, 차량 및 선박 사용세를 면제한다.

영리성 의료기관에 대한 세수정책: (1)영리성 의료기관의 수입에 대해 규정에 따라 세금을 징수한다. 단 영리성 의료기관의 발전을 위해 얻은 수입을 의료환경 개선에 직접 투입한 경우, 개업허가일부터 3 년간 병원이 생산, 사용하는 약제에 대해 증치세를 면하고 부동산과 토지, 차량, 선박에 대해 부동산세와 토지사용세, 차량 및 선박 사용세를 면제한다. 3 년 후 징세규정을 회복한다. (2)영리성 의료기관의 약제실은 독립적인 약품판매기업으로 분리하고 규정에 따라 세금을 징수한다.

질병예방기관과 모자보건기관 등 의료기관에 대한 세수정책: (1)국가 규정에 따라 얻은 의료서비스 수입(예방접종, 조달 및 판매수입 포함)에 대해서는 각종 세금을 면제한다. 국가가 규정한 가격에 따라 얻은 수입이 아닐 경우 본 혜택을 누릴 수 없다. 해당 기관의 의료서비스 환경 개선에 사용된 기타 수익금은 세무관련 부문의 비준을 얻은 후 납세소득액을 감면 받을 수 있고, 남은 금액에 대해서만 기업소득세를 징수한다. (2)기관의 부동산과 토지, 차량, 선박에 대해 부동산세와 토지사용세, 차량 및 선박 사용세를 면제한다.

## 6.2 국내외 직원 관련 세금

### 6.2.1 체류일이 90 일 또는 183 일 이하인 외국인에 대한 세금면제 규정

《중국 경내 비거주자의 소득세 납부 의무에 관한 국가세무총국의 통지》(국세발[1994]148 호)에 따르면, 중국에 체류하는 비거주자 신분이자 납세연도 내(1 년 단위)에 중국에서 연속 혹은 누적 근로일이 90 일 이하인 개인,

또는 세수협정 규정기간 내에 중국 국내에서 연속 혹은 누적 체류일이 183 일 이하인 개인에 대해서는 고용주의 중국 국내 사업기관이 지급하지 않은, 국외 고용주가 지급한 임금에 대해 개인소득세 신고를 면제한다.

중국 국내에 체류하는 비거주자 신분이자 납세연도 중 중국 국내에서 연속 혹은 누적 근로일이 90 일 이하인 개인, 또는 세수협정 규정기간 내에 중국 국내에서 연속 혹은 누적 근로일이 183 일 이하이며 체류기간이 1 년 이하인 개인이 국외에서 얻은 소득(중국 국내기업이 경영과 임원관리를 맡는 기업은 제외)에 대해 소득세를 면제한다.

## 6.2.2 재중 외국인 근로자의 세수 혜택 정책에 관한 규정

《재중 외국인 근로자의 개인소득세 납부 문제에 관한 재정부의 통지》(재세자(1980 ] 189 호 ) 규정에 따라,

1) 원조국이 중국의 건설 프로젝트 서비스를 위해 무상으로 파견한 근로자의 임금 및 생활수당에 대해서는 중국이든 외국에서 지불하든 모두 개인소득세 징수를 면제한다.

2) 문화 교육 관련 외국인 전문가가 중국에서 근무하는 기간 동안 중국측이 임금을 지불하고 주택과 자동차, 의료실비를 무상으로 제공할 경우, 임금에 대해서만 세법 규정에 따라 개인소득세를 징수하고, 중국측에 제공하는 주택과 자동차와 의료실비는 납세대상에서 제한다.

3) 재중 외국인근로자가 중국에서 받은 임금은 중국이 지불하든 외국이 지불하든 또는 중국과 외국인 공동으로 지불하든 모두 중국에서 발생한 소득으로 간주하며, 본 통지의 제 1 항에서 규정한 면세 혜택 외의 기타 규정에 따라 개인소득세를 징수한다. 그러나 중국 경내에서 연속 거주한 기간이 90 일 이하일 경우 중국측이 지불한 임금 부분만 납세대상에 포함되며 외국측이 지불한 임금 부분은 납세 징수가 면제된다.

4) 재중 외국인 유학생이 받은 생활수당과 장학금은 임금 범주에 포함되지 않으며 개인소득세를 징수하지 않는다.

5) 재중 외국인 근로자 중 외국의 파견 기관이 임금, 공공경비(체신비, 사무비, 광고비, 업무상 거래에 필요한 사교비) 생활수당(주택, 출장비)를 지급하고 위 소득을 확실히 구분할 수 있는 경우, 임금 부분만 규정에 따라 개인소득세를 징수한다.

### 6.2.3 재중 외국인 직원의 주택비 개인소득세 적용에 관한 규정

《재중 외국인 근로자의 주택비 납세 공제에 관한 재정부와 국가세무총국의 통지》(재세외자[1988]021 호) 규정에 따라,

1) 외상투자기업과 재중외상기관이 주택 임대 또는 주택을 구매하여 외국인 직원에게 무료로 제공한 부분은 임금 소득에 포함되지 않아 개인소득세를 납부할 필요가 없다. 기업소득세를 납부할 때 기업이 구매한 주택 감가상각은 납부 금액에 포함되며 주택임대금은 기업의 비용 지출에 포함된다.

2) 외상 투자 기업과 재중 외국기관이 일정 금액을 주택비로 외국인 직원에게 지불할 경우 해당 비용은 기업의 비용 지출에 포함시킬 수 있으나 반드시 해당 직원의 임금 소득으로 계산해야 한다. 해당 직원이 정확한 주택비용이 명시된 영수증을 제출하면 영수증의 정확한 실제 지출액에 따라 납세 소득액 중에서 주택비용을 공제한다.

### 6.2.4 외상투자기업과 외국기업이 고용자에게 실물로 제공한 복지의 개인소득세 적용에 관한 규정

《외상투자기업과 외국기업이 고용자에게 실물로 제공한 복지의 개인소득세 징수에 관한 국가세무총국의 통지》의 규정은 다음과 같다.

외상투자기업 또는 외국기업이 일정조건에 부합하는 고용자를 위해 구매한 주택과 자동차 등의 매매계약서 영수증에 모두 고용자의 이름을 기입하고, 고용자가 해당 기업에서 1 년 이상 근무하거나 기타 조건을 만족하면 주택과 자동차의 소유권이 고용자에게 귀속된다고 상정할 경우, 《중화인민공화국 개인소득세법》의 제 2 조와 세법 실시 조례 제 10 조의 규정에 따라 개인이 취득한 실물 소득은 실물 취득 당월에

관련 증거자료에 표시된 가격 또는 주관세무기관이 결정한 가격을 임금에 포함시켜 징세한다. 개인이 취득한 실물 가치가 매우 높고 근무 연한에 따라 소유권을 취득했음을 고려해, 개인이 취득한 실물 복지는 기업이 규정한 필수 근무 연한(5년 이상일 경우 5년으로 계산) 범위에서 평균 월당 임금소득에 포함시켜 개인소득세를 징수한다.

#### **6.2.5 외국인이 취득한 주식배당금의 개인소득세 적용에 관한 규정**

1) 《개인소득세 정책 문제에 관한 재정부와 국가세무총국의 통지》(재세자[1994]020호) 규정에 따라 외국인이 투자기업에서 받은 주식배당금에 대해서는 개인소득세를 징수하지 않는다.

2) 《외국인이 중국 내 상장회사 주식 보유로 취득한 배당금의 세수 문제에 관한 국가세무총국의 서신》(국세함발[1994]440호) 규정에 따르면 B 주식이나 해외주(H 주식을 포함)를 보유한 외국인이 B 주식 또는 해외주를 발행한 중국 내 기업으로부터 취득한 주식배당금에 대해서는 개인소득세 징수를 일시 면제한다.

#### **6.2.6 외국인이 취득한 주택, 식대보조금, 세탁비의 개인소득세 적용에 관한 규정**

《외국인이 취득한 보조금의 개인소득세 징수 면제 집행에 관한 국가세무총국의 통지》(국세발[1997]54호)와 《외상투자기업과 외국기업 및 외국인의 세무행정 심사항목 후속관리의 취소 및 하급기관 이양 문제에 관한 국가세무국의 통지》(국세발[2004]80호) 규정에 따르면, 외국인이 비현금 또는 실비 지급 형식으로 취득한 주택 보조금, 식대 보조금과 세탁비는 개인소득세 납부가 면제된다. 위의 보조금을 최초로 취득하거나 보조금 액수 및 지불방식이 변경된 달의 익월 급여소득 신고 시 주관 세무기관에 상술 보조금의 유효한 증거자료를 제출해야 하고, 주관세무기관은 이를 심사 비준하여 면세를 확정한다.

#### **6.2.7 외국인이 취득한 이사비용의 개인소득세 적용에 관한 규정**

《외국인이 취득한 보조금의 개인소득세 징수 면제 집행에 관한 국가세무총국의 통지》(국세발[1997]54호)와 《외상투자기업과

외국기업 및 외국인의 세무행정 심사항목 후속관리의 취소 및 하급기관 이양 문제에 관한 국가세무국의 통지》(국세발[2004] 80 호) 규정에 따르면, 외국인이 중국 근무 또는 이직으로 인해 실비 형식으로 받은 이사비용에 대해서는 개인소득세 납부가 면제된다. 납세 신고 시 납세자가 유효한 증거자료를 제출하면 합리적인 부분에 대해 세금 납부가 면제된다.

#### **6.2.8 외국인이 취득한 중국 경내외 출장보조금의 개인소득세 적용에 관한 규정**

《외국인이 취득한 보조금의 개인소득세 징수 면제 집행에 관한 국가세무총국의 통지》(국세발[1997] 54 호)와 《외상투자기업과 외국기업 및 외국인의 세무행정 심사항목 후속관리의 취소 및 하급기관 이양 문제에 관한 국가세무국의 통지》(국세발[2004] 80 호) 규정에 따르면, 외국인이 중국 내 또는 외국 출장 시에 합당하게 받은 보조금에 대해서는 개인소득세 납부가 면제된다. 납세 신고 시 납세자가 출장 교통비, 숙박비 영수증(복사본) 또는 기업의 출장 관련 계획서를 제출하고 그것이 규정 기준에 부합하면 납세가 면제된다.

#### **6.2.9 외국인이 취득한 귀성 휴가비의 개인소득세 적용에 관한 규정**

《국가세무총국의 외국인이 취득한 보조금의 개인소득세 납부 면제 집행에 관한 통지》(국세발[1997] 54 호)와 《외상투자기업과 외국기업 및 외국인의 세무행정 심사항목 후속관리의 취소 및 하급기관 이양 문제에 관한 국가세무국의 통지》(국세발[2004] 80 호)의 규정에 따라 외국인이 취득한 귀성 휴가비에 대해서는 개인소득세가 면제된다. 납세신고 시 납세인은 귀성 교통비 지출 증명서(복사본)를 제출해야 한다. 세무기관은 심사 기준을 거쳐 합리적인 부분에 대해 면세를 확정한다. 개인소득세 우대가 적용되는 귀성 교통비는 외국인이 고용된 지역 및 가정의 소재지(배우자 또는 부모 거주지) 간의 교통수단에만 제한되며, 1년에 최대 2회 적용된다.

#### **6.2.10 외국인이 취득한 언어교육비, 자녀교육비 보조금의 개인소득세 적용에 관한 규정**

《국가세무총국의 외국인이 취득한 보조금의 개인소득세 납부 면제 집행에 관한

통지》(국세발[1997] 54 호)와 《외상투자기업과 외국기업 및 외국인의 세무행정 심사항목 후속관리 취소 및 하급기관 이양 문제에 관한 국가세무국의 통지》(국세발[2004] 80 호)의 규정에 따라 외국인이 취득한 언어교육비, 자녀교육비 보조금에 대해서는 개인소득세가 면제된다. 납세신고 시 납세자가 중국 경내에서 위의 교육을 받았다는 지출 및 기한 증명자료를 제출하면 합리적인 부분에 대해 면세혜택을 받을 수 있다.

**6.2.11 다음 조건 중 하나에 해당하는 외국인 전문가가 취득한 임금소득에 대해서는 개인소득세가 면제된다.**

《재정부와 국가세무총국의 개인소득세 정책 문제에 관한 통지》(재세자[1994]020 호)의 규정에 따라 다음 조건 중 하나에 해당하는 외국인 전문가가 취득한 임금소득에 대해서는 개인소득세가 면제된다.

- 1) 세계은행의 전문 대출계약에 따라 세계은행이 직접 중국에 파견한 외국인 전문가
- 2) UN 이 직접 중국에 파견한 전문가
- 3) UN 이 원조하는 프로젝트를 위해 중국에서 근무하는 전문가
- 4) 원조국이 무상원조 프로젝트를 위해 중국으로 파견한 전문가
- 5) 양국 정부가 체결한 문화교류 프로젝트에 따라 중국에 와서 2 년 이하 기간을 근무하는 문화교육 전문가이며, 해당 국가가 급여를 부담하는 경우
- 6) 중국 전문대학의 국제교류 프로젝트에 따라 중국에 와서 2 년 이하 기간을 근무하는 문화교육 전문가이며, 해당 국가가 급여를 부담하는 경우
- 7) 민간 과학연구 협정을 통해 중국에 와서 근무하는 전문가이며, 해당 국가 정부기관이 급여를 부담하는 경우

**별첨 ( 본문에 인용된 중국 법률법규 )**

- 1 : 《중화인민공화국 집업의사법》
- 2 : 《중화인민공화국 간호사 관리법》
- 3 : 《집업약사 자격제도 집행규정》
- 4 : 《예방의학, 가정의학, 약학, 간호, 기타 보건기술 등 전문기술 자격 시험

잠행규정》(위인발[2001]164 호)

5 : 《중외합자,합작의료기구 관리 잠행방법》

6 : 《외국인 의사의 국내 의료행위 관리법》

7 : 《사업단위 법인증서》 사용문제에 관한 통지

8 : 《허난성 사업단위 법정대표인 관리 잠행방법》

9 : 《세수정책에 관한 재정부, 국가세무총국의 통지》(재세[2000]42 호)

10 : 《일부 영업세규정문건 폐지와 실효에 관한 재정부, 국가세무총국의 통지》(재세[2009]61 호)

11 : 《중국 경내 비거주자의 소득세 납부 의무에 관한 국가세무총국의 통지》(국세발[1994]148 호)

12 : 《재중 외국인 근로자의 개인소득세 납부 문제에 관한 재정부의 통지》(재세자(1980 ] 189 호)

13 : 《재중 외국인 근로자의 주택비 납세 공제에 관한 재정부와 국가세무총국의 통지》( 재세외자[1988]021 호 )

14 : 《외상투자기업과 외국기업이 고용자에게 실물로 제공한 복지의 개인소득세 징수에 관한 국가세무총국의 통지 》( 국세발 [ 1995 ] 115 호 )

15 : 《중화인민공화국 개인소득세법》

16 : 《재정부와 국가세무총국의 개인소득세 정책 문제에 관한 통지》( 재세자 [1994]020 호 )

17 : 《외국인이 중국 내 상장회사 주식 보유로 취득한 배당금의 세수 문제에 관한 국가세무총국의 서신》(국세함발[1994]440 호 )

18 : 《국가세무총국의 외국인이 취득한 보조금의 개인소득세 납부 면제 집행에 관한 통지》( 국세발 [ 1997 ] 54 호 )

19 : 《외상투자기업과 외국기업 및 외국인의 세무행정 심사항목 후속관리 취소 및 하급기관 이양 문제에 관한 국가세무국의 통지》( 국세발 [ 2004 ] 80 호 )

20 《종합병원 건설표준》( 건표[2008]164 호 )

21 《허난성 건축인테리어공정 종합단가 ( 2008 ) 》

22 《전국 의료서비스 가격 규범》2010 년판

23 《허난성 의료서비스 가격(시행)》 2010 년판

24 《의료기관 기본표준》

25 《의료기구 관리조례》

26 《의료기구 관리조례 실시세칙》

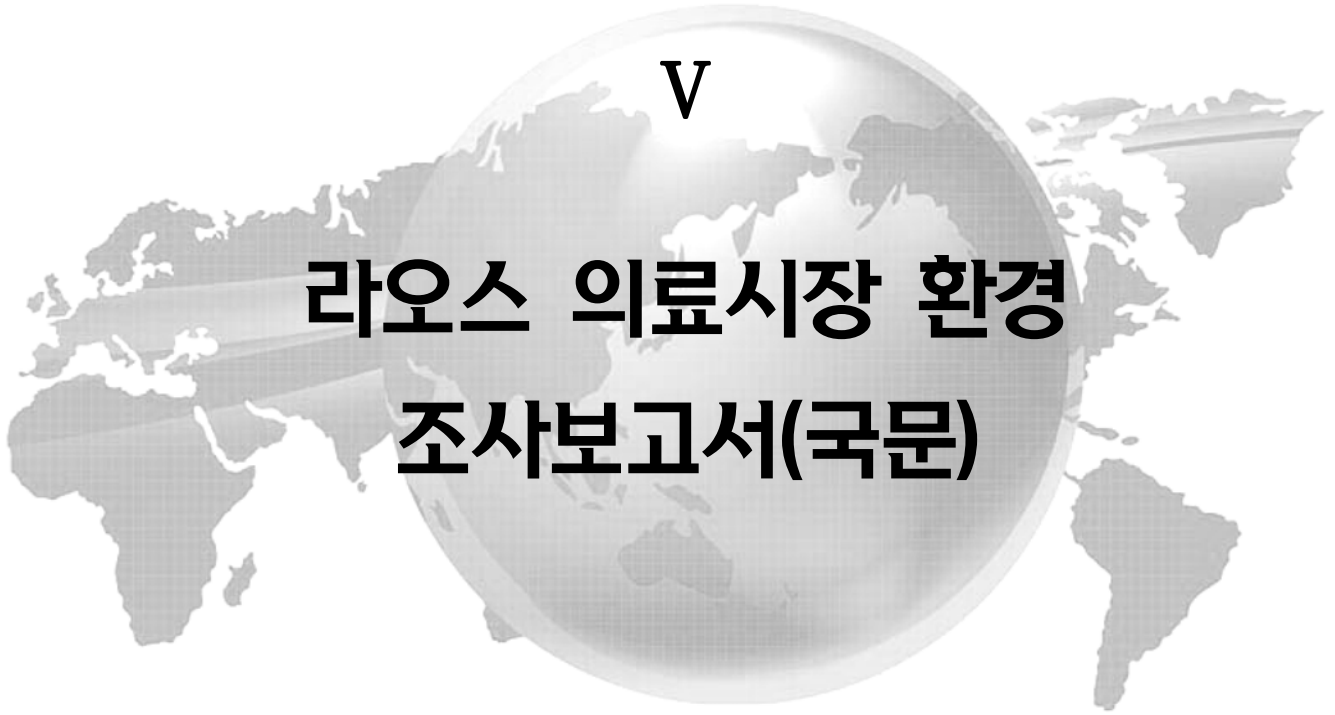


- 27 《공공장소 위생관리조례》
- 28 《공공장소 위생관리조례 실시세칙》
- 29 《위생행정허가관리법》
- 30 《중화인민공화국 간호사 관리법》
- 31 《집업약사 자격제도 잠행규정》
- 32 《약물 임상실험자격인정 관리방법 (시행)》



V

**라오스 의료시장 환경  
조사보고서(국문)**





# 라오스 의료시장 환경 조사보고서



발주처

---

KOTRA

보고서 주제

---

의료산업

## I. 도입

### 1. 연구 배경

라오스는 급속한 경제 성장과 발전을 이루었으나 의료 산업은 아직 초기 성장 단계에 있다. 현지 국민과 외국인 거주자들의 국내 의료시설 및 서비스에 대한 수요가 증가하고 있으나 시설뿐 아니라 적절한 훈련을 거친 숙련된 의료직원 부족으로 인해 이들 수요 대부분이 태국 등 주변국에서 충족되고 있다.

라오스 정부뿐 아니라 국제기구에서도 헬스케어를 국가개발의 최우선과제로 삼고 노력을 기울여 왔다. 라오스는 빈곤과 기아 근절, 보편적인 기본 교육, 남녀 평등, 아동 사망률 감소, 산모 건강 향상, HIV 에이즈, 말라리아 퇴치, 지속가능한 환경 개발, 국가발전을 위한 글로벌 파트너십 구축 등을 밀레니엄 개발 목표로 하고있다.

7차 국가 사회 경제 개발 계획 하에서 특히 최근 증가하고 있는 비전염성 질병의 경우 사회경제적 여건과 밀접한 관계가 있다는 판단 하에 다음 네 가지 영역에서 주요 개선을 이루고자 하고 있다.

- 상상력의 혁신
- 인력개발
- 경영 및 지배구조 규제
- 빈곤퇴치

라오스는 특히 지식 수준의 향상, 전문가 양성, 기술적 숙련도 제고, 의료 종사자와 간호사의 서비스 제공 태도 등 직업 윤리 개선, 연구개발, 법률 개선에 주력하여 병원 의료 서비스의 질을 현대화하고 업그레이드하고자 한다. 정부는 공립 병원의

인당 보건지출이 낮은 점을 감안할 때 민간 부문에서 보건 격차 해소에 중요한 역할을 수행할 수 있다고 믿고 있다. 따라서 민간 부문의 진흥 정책은 서비스 사용자에게 더 많은 옵션을 제공하고 만족도를 높이기 위해 현대적 의료시설 및 병원의 확대를 목표로 한다.

보건부 등 라오스 정부는 병원 서비스 개선을 의료 분야 혁신의 우선 순위 중 하나로 강조하고 있으나, 헬스케어 관련 공개된 정확한 데이터 부족은 잠재적 투자자들에게 큰 제약으로 작용하고 있다.

상기 배경을 바탕으로 KOTRA와 LLC는 "라오스 비엔티안 병원 산업 보고서"를 통해 다음 섹션에 설명된 목표를 달성하기 위한 보고를 실시하기로 하였다.

## **2. 보고서의 목적**

본 보고서의 목적은 라오스 병원 산업 특히 수도인 비엔티안 내 시장 여건, 수요공급, 투자 기회, 관련 법률 및 규정에 대한 이해를 돕는 것이다. 본 보고서는 잠재적인 투자자 또는 의료 서비스 공급자가 기본 정보로 사용할 수 있으며 보건 산업의 현황 및 향후 방향성에 대한 이해를 제공하는 것으로 목표로 한다. 특히 라오스 내 병원 서비스에 대한 투자 실현을 중요한 목표로 하고 있다.

## **3. 보고서 작성팀의 구성**

보고서 담당 팀은 다음 11명으로 구성됐다.

- 1) Mrs. Sirisopha Boutdakham
- 2) Dr. Latdaphone Banchongphanith
- 3) Mr. Ronny Mounarath
- 4) Mr. Anching Saetern
- 5) Mr. Gregory Olenski
- 6) Mr. Soudasack Sompasong
- 7) Mrs. Anongkhan Sengvixay

- 8) Ms. Malaithong Champasouk
- 9) Ms. Sengny Phimmany
- 10) Ms. Lacie Simpson
- 11) Mr. Bounlai Vongphachanh

## 4. 방법론

### 4.1 리서치 핵심질문

라오스 비엔티엔 헬스케어 산업 내 투자기회는 무엇인가?

### 4.2 리서치 방법론

본 보고서는 다양한 데이터 소스를 사용하여 복잡한 현상에 대한 이해를 용이하게 하기 위해 정량적 사례 연구 방법론을 채택하였다. 이를 통해 하나의 렌즈만으로 문제를 들여다 보지 않고 현실이 허용하는 다양한 렌즈를 통해 효과적으로 접근하여 유연한 진단을 할 수 있다. 이와 같은 접근법은 적절하게 적용할 경우 유연하면서도 철저한 검증이 가능해 이론수립, 현상평가 및 진단에 유용하다 (Baxter & Jack, 2008).<sup>1</sup> 기본 데이터는 비엔티안의 가장 큰 3대 중앙 병원<sup>2</sup>인 Mahosot, Mittiphab 및 Setthathirath에서 수집했다. 29개 질문이 포함 된 설문조사를 통해 헬스케어 관련 데이터를 파악하고자 했으나, 보건부의 승인 하에 위의 세 병원으로부터 최소 12개월 동안 매달 의료통계 보고서를 받을 수 있게 되었다. 정량적 데이터뿐만 아니라 정성적 데이터까지 확보가 가능하여 헬스케어 섹터에 대한 전반적인 조망이 가능하다.

다음과 같은 광범위한 출처, 기존 문헌 조사 등을 토대로 2차 데이터 수집을 진행하였다.

- WHO: 각종 통계 및 보고서



- 보건부 산하 기획 및 재무부서: 2009-2010년 국가보건통계보고서

아이디어 수렴과 조사 내용 확인 원칙에 기반하여 데이터의 퀄리티를 강화하기 위해 1, 2차 데이터 소스로부터 삼각측량을 실시할 것이다(Knafle & Breitmayer, 1989)<sup>3</sup>. 즉 최종 권고안 작성 시 투자기회의 파악 및 수급여건을 감안하기 위해 데이터 소스간 비교연구가 이루어질 것이다.

## II. 라오스와 비엔티안의 헬스케어

동남아 최빈국 중 하나인 라오스는 최근 몇 년간 안정적인 거시경제를 구축했음에도 불구하고, 헬스케어 부문의 정부 투자는 여전히 부족하며 헬스케어 발전을 위한 연간 예산은 정부예산의 5 % 미만에 불과하다. 2010년 라오스 국민의 주요 건강 지표를 요약한 아래 Table 1에서 알 수 있듯이 이와 같은 정부의 저투자는 많은 부분 저개발 국가 양상을 보이는 라오스 헬스케어 섹터의 특징을 설명하고 있다.

인구 6,200,000명의 라오스는 내륙에 위치하며 인구밀도가 낮고(평방 킬로미터 당 24 명), 중국, 태국, 베트남, 캄보디아, 미얀마와 국경을 맞대고 있다. 이와 같은 지형적 특징은 다국적 전염 질병, 주변 국가에서 치료를 받는 사람들의 이동 패턴 등을 설명해준다. 인구의 32%가 도시 지역에 거주하고 있으며 나머지는 기본 인프라 및 서비스에 대한 접근성이 부족한 산악지대 등 각지에 흩어져 있다.

Table 1: 라오스의 주요 보건지표

총인구 (2010)	6,256,197
출생 시 예상수명 (2010)	65
영아사망률 (영아 1000 명당) (2010)	48

5 세 미만 유아 1000 명당 사망률 (2010)	61
DPT 백신 3 차례 접종 완료 1 세 인구 (%) (2010)	74
1 세 홍역 백신 coverage (%) (2010)	64
5 세 미만 성장저해 유아 (%) (2010)	40
출산전 보건 coverage – 최소 1 회 (%) (2009/2010)	71
능숙한 의료인력의 지원을 받은 출산 비중 (%) (2009/2010)	37
산모사망률 (신생아 100000 명 출산 당) (2005)	405
TB 발병률 (100 000 명당) (2009)	151
HIV 발병률 (성인인구 중 %) (2009)	0.2
식수원 개선 인구 비중 (2008)	57
위생 접근성 개선 인구비중 (2009)	53
GDP 대비 정부의 보건지출 비중(2010)	4
하루 1 달러 미만 생활인구 (%) (2009/2010)	25.6
초중등 학교 등록률 (% net) (2010/2011)	94.1/62.9

Source: World Health Organization, ‘Country Cooperation Strategy: At a Glance’ (2012).

## 1. 라오스 보건 복지의 주요 결정요인

지난 30 년 간의 많은 개선에도 불구하고 여전히 라오스 내 사회경제적 집단 간에 격차가 존재한다. 현재 추세로는 보건 분야의 모든 밀레니엄 개발 목표를 달성하고 도전과제에 대응할 수 없다는 우려가 있다. 아래의 Table 2는 WHO가 요약한 라오스 인구의 건강과 복지에 영향을 미치는 요소를 나열한 것이다. 빈곤 수준, 문맹률 및 교육 현황, 식량안보 및 안전 문제, 어린이 영양 실조, 성차별, 환경 파괴와 기후 변화로 인한 질환, 라오스 일부 지역의 불발탄으로 인한 지역주민의 건강과 삶에

대한 위협 등이 포함되어 있다.

Table 2: WHO Country Cooperation Strategy에서 정의하는 보건 및 복지의 결정요인 요약(2012년 5월 업데이트)

요인	설명
빈곤	<ul style="list-style-type: none"> <li>빈곤 수준은 2002-2003 년 33.5 %에서 2009-2010 년 25.6 %로 감소</li> <li>빈곤층 대부분이 여전히 일곱 개의 빈곤지역에 집중</li> <li>지방에 고용 기회 부족</li> </ul>
문맹률 및 교육	<ul style="list-style-type: none"> <li>글을 읽고 쓰는 식자율은 1995 에 60 %에서 2005 년 73 %로 증가</li> <li>도시 vs. 지방, 남성 vs. 여성, 그리고 소수 민족간 상당한 격차 존재</li> <li>중학교 등록률 63 %, 고등학교 37%</li> </ul>
식량안보 및 안전	<ul style="list-style-type: none"> <li>총 가구의 87 %와 총 지방 가구의 33 %가 식량안보 확보</li> <li>대부분 인구가 영세농업에 의존</li> <li>낮은 유통 네트워크와 식품 가격의 폭 넓은 변화의</li> </ul>
영양실조	<ul style="list-style-type: none"> <li>5 세 이하 아이들의 37 %가 저체중, 40 %가 성장 저하</li> <li>질병 증가 영향</li> <li>인적 자원 개발 잠재력 감소</li> </ul>
성별	<ul style="list-style-type: none"> <li>성평등지수(2011 년)에서 187 개국 가운데 107 위</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 여성 불평등은 특히 농촌 지역에서 극심 - 전통적 성역할에 대한 틀에 박힌 태도, 무계획 아동 출산, 무거운 노동량, 제한된 사회 참여기회</li> <li>• 오지에 살고있는 소수 민족의 교육 불평등, 영양, 취업, 문화 및 사회 규범 사이 격차, 언어 장벽</li> </ul>
환경문제	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 환경과 관련된 (물과 공중 위생에 대한 액세스) 질병이 총 질병 원인의 26 %를 차지</li> <li>• 인구의 57%에 대한 물에 대한 액세스 개선</li> <li>• 53 % 위생에 대한 액세스 개선</li> <li>• 38 % 지역에서 가장 낮은 농촌 위생 설비</li> <li>• 도로가 없는 지역의 위생 커버리지 수준 16 %</li> </ul>
기후변화, 대규모 개발 및 토지사용의 변경	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 가뭄과 홍수 등 온도와 습도 변화로 인한 수성 질병 증가, 수자원의 가용성 및 퀄리티에 영향을 끼치며 작황 감소로 이해 영향에도 부정적 영향을 끼침</li> <li>• 치료 관행의 퀄리티가 낮아 치료효과가 낮고 병원 감염이 증가함</li> </ul>
불발탄(UXO)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1964 년에서 1973 년 사이 2 만톤 하락</li> <li>• 30 % 는 폭파 실패</li> <li>• 17 개 전 지역에서 UXO 오염</li> <li>• 마을의 약 25 %에 영향</li> <li>• 피해자의 50 %가 어린이</li> <li>• 식품 안보 및 건강에 악영향을 끼침</li> </ul>

## 2. 라오스의 주요 보건이슈

라오스의 국민 건강 지표는 지난 30 년 동안 지속적으로 개선되었다. WHO에 따르면 5 세 미만 유아 사망률도 1995년 1000명 당 15.1에서 2010년 8.0로 감소했다. 출생 비율은 같은 기간에 41.3에서 29.9로 하락했습니다. 동시에 출생시 평균 수명은 1995년 51세에서 2010년 65세로 증가했다. 사망의 주요 원인은 하부호흡기 감염과 설사를 통한 전염이며, 5 세 이하 어린이 사망의 주요 원인은 폐렴(27 %)이다. 상세한 건강 관련 문제는 WHO 국가 협력 전략 보고서 표 3에 요약되어 있다.

Table 3: 라오스 주요 보건이슈 요약

<i>전염병</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 급성 설사, Dengue열, 급성 호흡기 감염, 기생 질병 및 전염성 질병은 질병과 사망의 가장 큰 원인</li> <li>• 빈곤, 취약한 위생, 물 공급, 영양 실조, 식품 안전 취약 및 원격 농촌 지역의 건강 시설과 숙련된 직원에 대한 제한된 액세스</li> <li>• 지난 2 년간 조류 독감 A (H5N1), 유행성 독감의 발생에 대응하여 2009 년 A (신종 플루)에 대한 감시능력을 개선하고 콜레라 등 발생하기 쉬운 질병에 대해 모든 지역에서 훈련을 개선함</li> </ul>
<i>HIV/AIDS,</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15-49 세 사이 유병률은 0.2 %</li> <li>• 주요 경로는 성교</li> <li>• HIV 의 유병률이 높은 나라들로 둘러싸여 있으며 노동 연령 인구의 국내외 이동성 증가</li> <li>• 중국, 미얀마와 베트남 국경 지역에서 마약을 반입</li> </ul>

<p><i>말라리아</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 위험 인구 약 50 %.</li> <li>• 위험인구 3,600,000 명 중 90 %는 사회보호망으로 보호</li> <li>• 단순한 말라리아 (가능성 및 확인) 연간 발생률은 2009 년 3.7 로 2001 년 9.1 에서 하락</li> <li>• 1000 인구 당 연간 기생충의 발병률은 또한 같은 기간 동안 5.2 에서 3.7 로 감소.</li> <li>• 병원에서 말라리아 사망자의 수는 2003 년에 187 명에서 2009 년에 5 명으로 하락</li> </ul>
<p><i>TB</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 모든 형태의 TB 추정 유병률은 인구 10 만명 당 289 명 (16,906 건으로 추정됨)</li> <li>• 모든 형태의 TB 의 발병률은 10 만명 당 151 명 (8,851 건으로 추정됨)</li> <li>• TB 로 인한 사망률 100,000 명당 67 명 (3,954 건 건으로 추정됨)</li> <li>• 최초의 MDR-TB 발병은 2010 년에 확인</li> </ul>
<p><i>비전염 만성 질병</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 12,100 명의 남성 (이중 60%가 70 세 미만), 11,700 명의 여성(이중 53%가 70 세 미만)의 사망 원인</li> <li>• 나이 표준화 시 심혈관 질환과 당뇨병으로 인한 사망률이 가장 높음 (남성 467.9 과 여성 329.8)</li> <li>• 만성 호흡기 질환 (남성 122.8 과 여성 111.1).</li> <li>• 암으로 인한 사망: 인구 10 만명 당 남성 145.4, 여성 89.0</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 라오스 인구의 17 %가 육체적으로 충분히 활동적이지 못하며, 13.3 %가 과체중 32.1 %는 고혈압.</li> <li>• 흡연인구 비중은 21.6%로 여성 (2.5 %)보다 남성 (41.1 %) 사이에서 높음</li> <li>• 성인의 인당 알코올 소비량은 연간 7 리터 (2008)</li> <li>• 도로 교통 사고는 2010 년 약 60,000 건으로 2000 년에 5900 건에서 증가</li> <li>• 국내 정신과 의사가 단 두명에 불과하고 지역사회 단위의 지원이나 케어가 부재하여 정신질환에 대한 인적자원이나 인프라가 제한적임</li> <li>• 노화 추세로 인해 실명 및 시각 장애가 증가할 전망이어서 정부개입의 확대 필요성 대두</li> <li>• 50 세 이상 인구의 13%가 시각 장애(주요 원인 : 굴절장애)를 가지고 있으며 3 %는 장님 (주 원인 : 백내장).</li> </ul>
출산, 산모, 출산 전, 유아, 청소년 건강	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 산전관리를 위한 1 회 이상의 의료시설 방문 비중: 2009-2010 년 71.0 %로 2006 년 35.1 %에서 증가; 같은 기간 동안, 숙련된 의료진의 도움으로 출산한 비율은 20.3 %에서 37.0 %로 약간 증가</li> <li>• MMR 은 100 000 명의 신생아 당 405 (2005 년 국세 조사)으로 추정</li> <li>• 대부분의 어린이 사망의 원인은 일반적인 예방 및 치료가 가능한 질환 (34 % 신생아 조건, 19 % 폐렴,</li> </ul>

	<p>16 %의 설사, 6 % 홍역)이었음.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 청소년 출산율은 15~19 세 1000 명 당 110 명</li> <li>• 15~19 세 소녀 8.8%가 도시 지역에서 출산; 20.5 %는 시골 지역에서 출산함</li> </ul>
노인건강	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 라오스 인구의 5 %는 60 세 이상</li> <li>• 이 연령 그룹도 증가할 전망</li> <li>• 고령자에 대한 보건 서비스가 필요</li> </ul>

### 3. 헬스케어 관련 법적 프레임워크

#### 3.1 보건분야 개발계획

라오스는 시장 기반 계획경제에서 변모하여 1980 년대 의료 정책과 국가 재정의 주요 개혁을 이루었다. 시장 중심의 경제 성장에도 불구하고, 여전히 보건부만이 거의 유일하게 의료 정책을 수립하고 있으며 강력한 관리권한을 가지고 있다. 최근 보건부의 지방 의료 서비스의 건강 정책 개발 및 지방 분권 노력으로 상당한 진전을 이루었으나, 보건관련 투자는 (총 건강 지출은 GDP 의 4 %) 여전히 낮고, 실비지출이 62.6 %이상, 사회 건강 보호를 받지 못하는 인구가 전체의 12.5 %에 달한다. 보건 시스템은 외부의 기증 및 지원에 크게 의존하고 있다. 자격요건을 갖춘 인적자원이 부족하고 취약한 인프라와 저렴한 의약품 공급 등으로 인해 보건 서비스의 제공이 매우 제한적이다.

라오스는 현재 2011-2015 년 7 차 국민 건강 부문 개발 계획 (NHSDP)을 도입 중이다. 과거 5 년 동안 보건부는 개발 파트너(DP)들과 함께 국가 보건시스템 강화에 중요한 진전을 이루었다. 보건부가 주도하고 WHO 와 일본대사관이 공동 의장을 맡고 있는



섹터별 워킹그룹 (SWG)의 설립과 역할은 보건분야의 효율적 조율과 협력의 주요 원동력이 되었으며 이를 통해 지원의 효과성이 강화되었다. 다양한 기술적 워킹그룹(TWG)과 taskforce 팀 역시 이 매커니즘 하에서 주요 정책과 전략을 수립하여 보건분야 인적자원과 보건분야 자금조달, 산모, 신생아 및 아동건강, 신항 전염병, HIV/에이즈, 말라리아 TB 통제 등을 진행 중이다.

### 3.2 라오스의 의료규제

아래는 헬스케어 관련 다양한 규제를 요약하여 제시하고 있다. 신중한 투자를 위해서는 이들 법규를 준수해야 할 것이다. 이들 법규는 의료진, 의료기기 및 장비, 서비스 수수료의 구조와 징수, 위생, 질병예방, 보건증진, 의약품 표준 통제 및 식품의 퀄리티에 이르는 다양한 운영이슈를 다루고 있다. 관련 당국은 조사 후 이들 법규 및 위반에 따른 처벌을 적용하고 있다.

*헬스케어 법안* No. 09/NA (9 November 2005)

건강 법은 의료 조직, 건강 관리 활동의 통제를 위한 법규로서 개인 병원의 운영시 가장 관련성이 높은 법률을 아래에 나열하였다. 이 법은 일상적인 운영 및 병원의 부서 및 직원 관리에 적용된다.

- **8조. 보건 전문인력 요건:** 전문교육 수준, 권한, 전문 경험, 자격증, 국적 및 기타 승인사항
- **9조. 헬스케어 전문인력의 역할:** 케어 및 전문성, 환자 동의 요구
- **21조. 의료소재 및 장비:** 설치 및 제거 시 보건부의 표준 준수

- 22조. 헬스케어 전문인력의 권리 및 의무
- 35조. 헬스케어 전문인력의 윤리: 국가적 기술적 차원의 케어 표준, 수수료 징수, 응급처치 제공의무
- 36조. 금지사항: 상업적 목적, 불법/비승인 케어
- 37조. 상업적 목적의 헬스케어 제공 금지: 비상업적 성격의 광고를 지향, 과도한 광고 금지
- 40조. 금지된 헬스케어 시설 위치: 쇼핑센터, 마켓 등 상업지구, 약국, 의료비품, 기기 판매 상점
- 41조. 비승인 케어의 제공 금지: 보건부 승인을 거치지 않은 치료, 시술, 치료법
- 42조. 메디케어의 불법 제공 금지: 비승인 낙태, 환자 건강을 위태롭게 하는 시술
- 45-50조. 건강보험펀드: 지역보험, 공무원보험, 기업보험, 민간보험, 복지보험 등으로 가입자 치료 충당
- 52조. 서비스 및 치료의 수수료: 문서발급, 서비스, 의료시술 등에 대한 수수료
- 55조. 보건부의 권한과 의무: 중앙의 헬스케어 서비스 관리
- 56조. 각 보건부서의 권한과 의무: 지방의 헬스케어 서비스 관리
- 57조. 각 보건사무국의 권한과 의무: 구/자치구 차원의 헬스케어 서비스 관리
- 60조. 조사국의 권한과 의무: 보건 전략, 계획, 법규 등의 모니터링 및 실행; 직원 고용 표준, 규정의 도입 및 실행, 성과 및 의료서비스 제공 관행
- 64조. 위반 시 처벌: 재교육, 벌금, 민형사 책임

*위생, 질병예방, 보건증진에 대한 법률 No. 01/NA (2001년 4월 10일)*

법의 이름이 암시 하듯이 이 법률은 의료 서비스의 제공의 품질과 안전의 유지에 대한 것입니다.

- **Article 12. 식수/사용을 위한 상수도 위생:** 보건부가 정한 위생 표준 및 원칙
- **Article 13. 식품 및 소비재 위생:** 조사, 통제, 품질관리, 생산 표준, 검사 및 필수 보건확인 절차 등
- **Article 17. 병원, 약국, 의원 위생:** 폐수처리, 폐수분리, 저장 및 처리 시스템
- **Article 41. 위생, 질병예방, 보건증진 기관의 권한과 의무:** 정책, 계획, 규제, 기술표준 결정
- **Article 42. 위생, 질병예방, 보건증진의 조사:** 위생, 보건리스크, 청결, 오염 통제 등의 모니터링 및 통제활동
- **Article 45. 위반 시 조치:** 재교육, 벌금, 형사 책임
- **Article 48. 형사제제:** 사상 발생 시

*의약품에 대한 법률 No. 01/NA (2000년 4월 8일)*

이 법은 마약 및 의약품의 생산, 조치, 보존, 이용, 수출입, 유통, 소지에 대해 규제한다.

- **20조. 의약품 등록:** 모든 의약품은 보건부에 필히 등록
- **21조. 의약품 사업의 요건:** 약사 5년 경험 필수, 의약품 생산설비 표준 준수, 안전 및 환경보호 절차 준수
- **23조. 의약품 수출입:** 보건부 등록 약품의 저장 및 운송에 필요한 약사, 여건, 설비 확보; 감사를 거침

- **32조. Pricing:** 합리적 수준이어야 하며 보건섹터 및 관련 기관의 지시에 따름
- **33조. Price Control:** 보건섹터 및 관련 정부기관은 의약품 가격을 통제할 의무가 있음
- **34조. 임상연구:** 보건부의 라이선스를 득해야 함
- **35조. 임상연구 결과 보고:** 보건부에 보고해야 하며, 위험한 경우 반드시 보고하여 연구를 즉시 수정 혹은 취소함
- **39조. 의약품 조사기관의 주된 권리와 의무:** 안전, 품질, 표준, 법규의 엄격한 집행

**식품법** No. 04/NA (2004 년 5 월 15 일)

식품에 관한 법은 음식과 관련된 모든 활동, 관리, 검사의 원칙, 규칙, 방법을 정의한다. 이 법은 식품 서비스 부서에서 제공하는 병원 식사도 규제하고 있다.

- **42 조. 식품안전청의 역할:** 식품의 퀄리티 통제, 식품관련 활동 모니터링, 검사 및 가이드
- **43-45 조. 보건부, 지역 및 도시의 보건부서, 구/자치구의 보건국 등의 권한과 의무:** 식품의 퀄리티와 표준, 식품 처리 및 검사 활동 에 대한 제언 고려
- **46 조. 식품 검사:** 식품 및 원재료, 생산, 준비, 패키징, 서빙, 저장, 유통, 수출입, 식품 기부 관련 조사

### 3.3 의료장비 관리 정책 (2003 년)

의료장비정책은 보건부에서 헬스케어 섹터 전반의 장비의 효과적 관리 및 체계화를 위해 발표했다. 본 정책에 따르면 다양한 국가와 기관에서 라오스에 의료장비와 기기를 기부하고 있으며, 일부 분야의 경우 대부분 중고 장비가 사용됨으로 인해 다음과 같은 문제가 제기되고 있다.

- 주요 구성 요소의 누락;
- 기존 시스템 전환에 필요한 자금 부족으로 인해 기존 전자 시스템과의 호환성 결여;
- 직원이 장비를 설치하거나 운영하는 교육이 부족,
- 안전 문제,
- 매뉴얼의 부족 (서비스 및 사용).

Table 4: 의료 기기 현황 Lao PDR 2010

의료기기	공공분야	민간분야	총합	인구 1 백만명 당 밀도
<b>MRI(Magnetic Resonance Imaging)</b>	0	0	0	0
<b>CT(Computerized Tomography Scanner)</b>	4	1	5	0.7911
<b>Positron Emission Tomography Scanner</b>	0	0	0	0
<b>Nuclear Medicine</b>	0	0	0	0
<b>Mammograph</b>	0	0	0	0
<b>Linear Accelerator</b>	0	0	0	0
<b>Telecobalt Unit (Cobalt-60)</b>	0	0	0	0

World Health Organization Baseline Country Survey on Medical Devices (2010)

의료 기기 및 장비는 병원 건설 시 가장 비싼 침몰 비용이며, 또한 병원 운영 시 간접비에서 가장 많은 비용을 차지한다. 이 정책은 의료장비의 장기적 사용, 장비를

통한 정확한 진단과 새로운 장비에 대한 지출 감소를 위해 장비에 대해 정기적으로 유지 보수를 수행해야 한다는 필요성을 제시하고 있다.

### **일반적인 전략 및 원칙**

‘수명주기 관리 접근 방식’을 의료 장비의 종합적인 관리를 위한 핵심 전략으로 아래의 과정이 반복되는 연속적 프로세스이다.

- 니즈 평가 및 확보 계획,
- 장비 활용,
- 모니터링 및 유지 보수
- 폐기.

다음 섹션은 정책문에서 발췌한 것으로, 공중 보건 부문에 주로 주안점을 두고있음에 주목해야 한다. 하지만 일부 법규는 민간 의료 부문의 의료 장비 및 장치의 활용 및 유지 보수에 필요한 전략 및 절차를 제안하고 있어 특히 유용하다.

### **A.6 활용 및 모니터링**

1. 의료 장비의 적절한 활용과 모니터링을 담당할 임원을 임명해야 함
2. 의료 기기의 활용율을 모니터링 할 문서화 시스템 도입을 권장함.
3. 최종 사용자는 일상적인 활동 중 의료 장비의 안전성과 적절성을 평가함
4. 최종 사용자와 유지 보수 직원 간의 긴밀한 협력이 필요함.

### **A.7 유지보수 시스템**

- 병원 유지 보수 활동의 영향을 늘리려면 사내 유지 보수 활동과 의료 장비 업체 간의 긴밀한 협력이 필요함.
- 구입비의 3 %~8 %는 유지 보수 예산으로 할당해야함.

### 3.4 의료장비 현황

6 차 5 개년 보건개발계획 의료부문 주요 요약 (2006-2010) ( 2007 년 9 월 발표)

보건부는 2007 년 중앙(비엔티안 수도)에서 주요 병원 업그레이드를 주도한다고 발표했다. 이러한 업그레이드의 일환으로 비엔티안 내 의료 장비 및 장치를 현대화하고 있다.

Mahosot Hospital:

- 심혈관 기관 빌딩 준공; 심장 혈관 수술 의사에 의료 장비를 공급.
- 외래 건물과 의사 기숙사를 준공.
- Mammography 기계를 공급.
- 결핵, 호흡기 질환 병동 개조 및 후두경 공급.
- 미생물학 병동 건설; 박테리아 문헌 분석 (특히 결핵)을 위한 현대적인 의료 장비를 공급.
- 튜브형 신장 검사 장비, 전립선 센터에 의료 기기 공급.
- 공급 방사선과 진단 장비: CT 스캐너, fluoroscopy.
- 내시경 수술 장비를 공급.

Mittaphab Hospital:

- 투석 및 인공 신장 치료를 위해 응급 및 인공 호흡 건물 준공.
- 신경 외과 건물을 수리.
- 사스와 조류 독감 대처하기 위해 국제 기준을 충족하는 전염병 전용 격리 건물을 수리.
- 외상 센터와 현대적인 기술로 치아, 턱, 얼굴 수술(의료 기기 제공) 개선.

- 바이러스학 치료 센터를 개선: 진단을 용이하게 하고 치료의 효과를 높이기 위해 기술을 현대화하고 의료 장비를 공급.

#### Mother and Child Hospital:

- 환자 병실, 수술실, 소생 실, 신생아 전담실의 병상 개선
- 초음파 기계의 사용을 개시.
- 질 확대경 검사 기계의 사용을 개시.
- 임신 중에 태아의 호흡을 모니터링하기 위해 태아 모니터링 시스템의 사용을 개시
- 현대적 마취약 사용 개시.
- 튜브를 통한 장비를 이용한 여성질환의 치료 개시.

#### Eye Treatment and Care Centre

- 새로운 안과 병원 준공하여 의료 장비를 공급, 음파 (Phacoemulification 및 YAG 레이저)을 사용하여 어두운 색의 눈에서 작동하는 운영 장비의 사용을 개시.
- 전산화된 자동 굴절계를 사용하여 안경을 제작하는 측정 장비 사용을 개시

#### Physical Medicine Rehabilitation Centre

- 환자의 두뇌와 근육을 치료하기 위해 레이저 사용을 시작함
- 알루미늄 휠체어, 목발 생산공장 오픈

#### Setthathirath Hospital

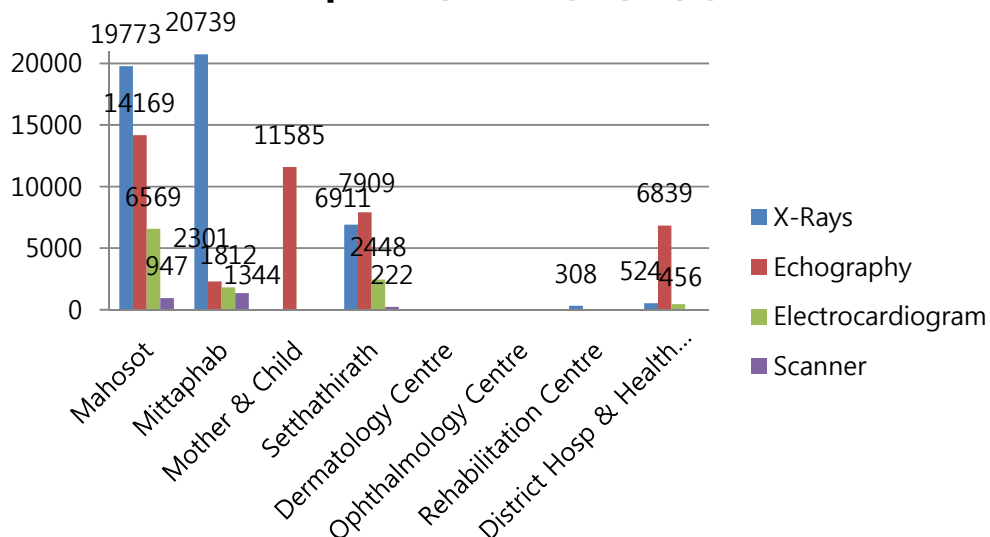
- CT 스캐너 사용 시작.
- 위와 대장 검사용 장비 공급.
- 튜브를 통해 복부 내 시술이 가능한 장비 (Coeliosurgery) 공급.
- 도플러 초음파 공급.
- 혈액 검사 장비 공급 (18 및 45 파라미터).



- Hysteroscopy 장비를 공급.
- Hysterosalpingography (반구형 그레인 (HSG)) 장비 공급.
- 암에 대한 호르몬 및 혈청학 조사를위한 기계 공급.
- 당뇨병 (Hb1C) 검사 시스템 공급

아래 Figure 1 은 2009-2010 년 비엔티안에서 사용된 진단기기의 주요 유형을 나타낸다. 이 데이터에 따르면 Mother and Child Hospital 이 다른 두 중앙 병원 대비 시설이 낙후되어 있다.

**그림 1 - 회계연도 2009-10년 Vientiane Capital의 진단장비 사용**



Source: LLC Research and Analysis 2012, Ministry of Health (Department of Planning and Finance), National Health Statistic Report 2009-10 Fiscal Year.

보건 장관은 이들 병원이 개복술, 제왕절개 및 부인과 질환, 정형 외과 수술, 신경 외과, 내과 수술과 심장 혈관 수술을 안전하게 수행할 여건과 능력을 가지고 있다고 주장하고 있다.

## **4. 비엔티안의 헬스케어 인프라**

### **4.1 중앙정부의 지원**

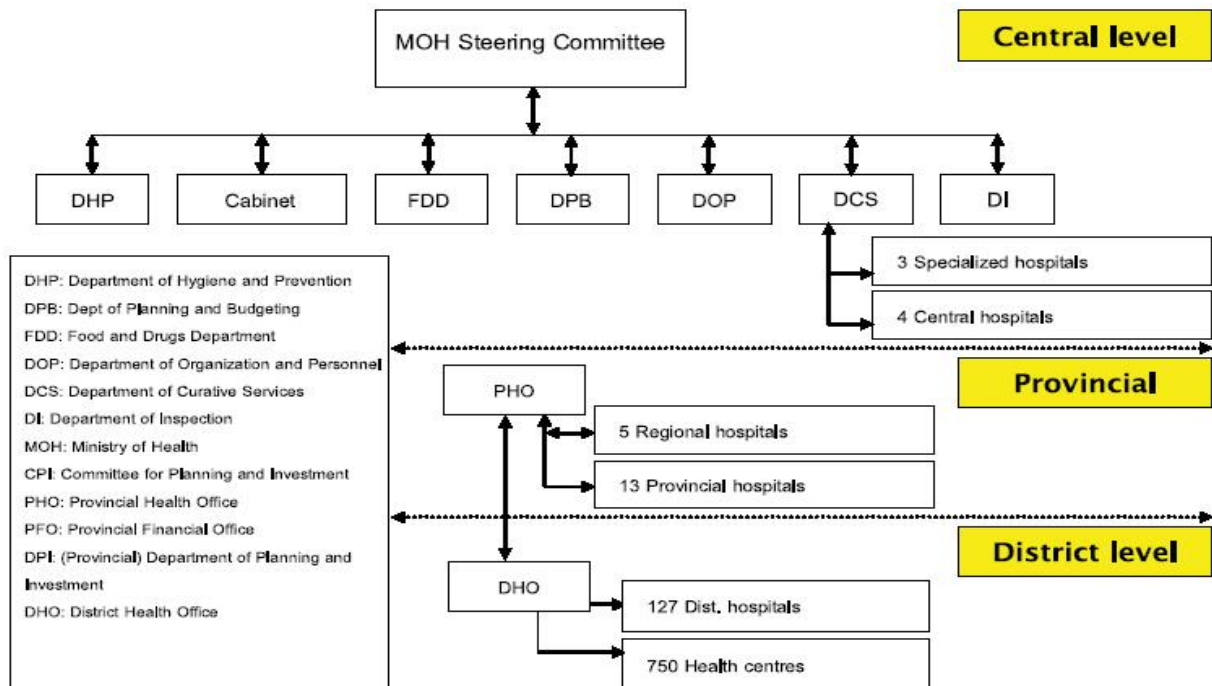
정부가 헬스케어 퀄리티 개선 정책 발표로 신체, 정신의료 서비스 개선 의지를 천명했음에도 불구하고 정부의 헬스케어 예산은 전체의 4%에 불과한 실정이다. 정부는 의료서비스 개선 목표를 달성하기 위해 제 7 차 국가 사회경제 5 개년(2011-15 년) 개발계획을 수립하고 수도인 비엔티안을 비롯하여 Oudomxay, Luangprabang, Savannakhet, Champasack 등지에 대식 병원설립을 우선순위로 정하였다.

헬스케어 분야 개발의 관리 및 정책에 있어서는 관련 활동을 우선순위화 하여 헬스케어 서비스 제공에 민간분야의 참여를 촉진하기로 하였다. 라오스 정부와 보건부는 헬스케어 시장 및 헬스케어 시설과 병원 건립에 민간 투자자의 참여에 대해 승인 의사를 밝혔다. 경우에 따라 민간 병원 운영권 신청 프로세스를 검토하고 있음을 보건부 고위 관계자와의 인터뷰를 통해 확인하였다. 보건부 관계자들은 민간 투자자의 제안 내용 및 투자자에 따라 제휴를 통해 병원시설 개설 의지가 있음을 밝혔다.

### **4.2 공공 부문 헬스케어**

기본적으로 라오스의 헬스케어 제공은 공공분야에서 이루어진다. 보건소 및 지방, 지역 병원은 국유 운영되고 있다. 라오스의 공공 헬스케어 시스템은 1) 헬스케어 2) 예방, 홍보, 질병통제 3) 보건관리 등의 세 축을 기준으로 엄격한 상하구조로 이루어져 있다.

## 라오스 공공보건 시스템 조직도



Source: Ministry of Health (MOH), “Resources for Health: Analysis of the situation in the Lao PDR” (June 2007).

4개의 중앙병원, 6개 전문센터(모두 비엔티안에 소재), 17개 지방 및 지역병원, 141개 district 병원, 740개의 보건소와 약 5천여개의 drug dispensaries가 있다. 모든 헬스케어 센터의 5,000개의 병상과 보건소 별로 7천여명의 환자를 수용할 수 있음에도 불구하고 다수의 시설에서 1천명 마만을 수용하고 있다는 사실에서 드러나듯이 기존 시설 가운데 일부는 충분히 활용되지 못하고 있다.

보건시설로부터 3km 이내 반경에 거주하는 라오스 국민은 26%에 불과하며 2/3 이상은 보건 서비스에 대한 접근성이 제한돼있거나 전무한 것으로 추정되고 있다.

비엔티안 및 라오스의 헬스케어의 특징은 다음과 같이 요약할 수 있다.

- 자금 부족 (인당 보건지출이 낮고 정부 지원자금이 적음)
- 비평준화 inequitable (치료목적의 케어에도 가계의 직접부담이 과도하게 높음)

- 사회보호기능 취약 (대상 인구가 적음)
- 낮은 효율성 및 생산성

정부 서비스 활용도가 낮고 외래 환자 헬스케어의 대부분이 민간분야를 통해 제공된다. 의료 서비스 사용이 필요한 경우 가장 먼저 취하는 조치가 공식, 비공식 약국에서의 약품 구매로, 특히 district, 보건소 등의 공공 시설의 사용도는 매우 낮다. 2007년 8월 국가 보건 컨퍼런스에서 발표된 바에 따르면 치료목적으로 이들 기관에 접촉한 횟수는 연평균 0.2회에 불과하다. 예방적 목적의 보건 서비스의 커버리지 역시 낮다. 다음 섹션에서 상술하고 있듯이 이들 시설의 활용도가 낮은 가장 주된 이유는 지급능력의 부족이다.

보건부 보고서에 따르면 빈곤층과 부유층 간 헬스케어 서비스 접근성에 격차가 존재한다. 빈곤층 대비 부유층은 보건소 등의 공공보건 시설 활용도가 훨씬 높다. 지방일수록 이러한 추세는 명확하여 부유층은 1000명당 42.4명이 입원하는 반면 하위 20% 소득계층의 경우 15.9명에 불과하다.

Table 5: 인당 소비 비율 및 지방/도시 거주 기준 인구 1000명당 입원비율(%)

소비 계층	도시거주	지방거주	Total
<b>최상위 20%</b>	38.1	42.4	40.4
<b>상위 20~40%</b>	25.5	38.2	34.4
<b>상위 40~60%</b>	49.8	27.4	32.3
<b>하위 20~40%</b>	22.7	22.8	22.8
<b>최하위 20%</b>	24.5	15.9	17.0
<b>Total</b>	33.0	26.7	28.3

Source: World Bank, IMF and ADB, Lao PDR Public Expenditure Review, Integrated Fiduciary Assessment (May 2007), June 2006 draft version.

### 4.3 민간 헬스케어

국제노동기구(ILO)의 보고서에 따르면 라오스 내에서 운영 중인 민간 의원은 약 254곳에 이르며 이중 108개가 비엔티안에 위치한다. 또한 2천 곳 이상의 민간 등재 약국과 다수의 미등록 약품 판매상이 기본적인 의료 케어와 치료를 저비용에 제공하고 있다. 복제약품, 저품질 약품 문제, 의약품에 대한 잘못된 정보와 오용 등이 팽배하여 심각한 문제가 되고 있다.

민간 의원 및 약국 외에도 비엔티안에는 Alliance International Medical Center와 같은 국제 의료기관도 존재한다 (Table 6 참고). 또한 프랑스와 호주 대사관 등과 같이 라오스 내 주재원 및 가족을 대상으로 의료 서비스와 상담을 제공하기 위해 외국 대사관에서 운영하는 민간 의원도 있다. 그러나 이들 의료기관은 비용이 비교적 높아 일반 국민이 사용하기에는 어려움이 있는 것으로 인식되고 있다.

#### *The Alliance International Medical Centre*

Wattay 국제공항과 비엔티안 상업센터 사이(공항에서 약 1km, 상업센터에서 3km 거리)에 위치한 Alliance International Medical Center 는 비엔티안에서 가장 최근에 설립된 의료시설이다. 라오스의 New Chip Xeng Company 와 태국의 Wattana Hospital Group(WHG) 간 합작의 일환으로 설립되어 비엔티안 내에서 가장 현대적인 외관을 갖추고 있다.

의사 대부분은 태국 출신이며 일부 라오스 출신이 포함되어 있다. 대부분의 경우 해외에서 교육받았다. 나머지 간호사, 약사, 연구원과 리셉션 직원들까지 태국 Nongkhai 지역 Wattana Hospital 에서 강도 높은 트레이닝을 받았다. 일반 진료는 예약 없이 가능하며 전문의 진료는 사전 예약이 필요하다.

가격 측면에서 일반 건강검진이 USD80, 일련의 영아 예방접종이 USD380 수준에서 가능해 상당히 경쟁력이 있다.

최근 오픈했기 때문에 아직 다수의 보험사와 계약을 체결하는 과정에 있으나 주재원 등 파견 직원들은 Visa 나 Mastercard 로 결제가 가능하다. 일반 진료는 약 USD35 이며 Udon Thani 이나 방콕까지 가지 않고도 종합건강검진이 가능하다.

Table 6: Alliance International Medical Centre 제공 서비스

서비스
가정의학
소아과 및 아동발달의학
영유아 클리닉
당뇨 클리닉
알레르기 및 천식 클리닉
고혈압 클리닉
소화기 및 간 질환(위장) 클리닉
심장 질환 예방 클리닉
신장 클리닉
불임 클리닉
부인과
안과
이비인후과
피부과
스킨 레이저 시술 센터

노화방지과 해외여행자 클리닉 건강검진 센터 진단 및 치료 센터
---

#### *Australian Embassy Clinic*

호주 대사관은 Thadeua Road 에 위치한 대사관 내에서 가정일반의학 클리닉을 운영하고 있다. 대사관 클리닉은 호주의 일반적인 일반의학 클리닉과 유사하며 호주 외교통상부가 아태지역에 설립한 6 개에 불과한 클리닉 중 하나이다. 호주 대사관 직원과 그 가족을 대상으로 의료서비스의 제공이 본 클리닉의 주요 역할이며 소규모 약국과 병리과도 운영하고 있다(출처: <http://jclao.com/medical-situation-vientiane/>). 대사관 업무 시간에만 운영하고 있다.

#### *French Clinic,*

Waterpark 근처에 위치한 French Clinic 은 24 시간 응급실을 운영하고 있으며 의사들의 왕진도 가능하다. [French Clinic](http://jclao.com/medical-situation-vientiane/) 는 의료상담, 실험실 연구분석/병리학, 치과진료, 물리치료, 언어치료, 심리치료 등을 제공한다. 예약 없이 직접 방문하며 특히 유아를 둔 주재원 가족들의 ‘주치의’에 대한 평이 매우 좋았다.

(Source: <http://jclao.com/medical-situation-vientiane/>)

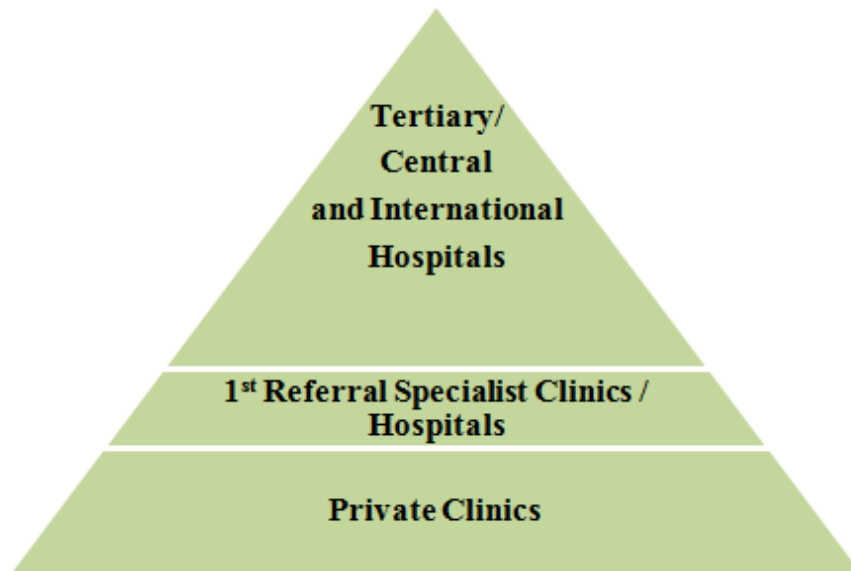
비엔티안의 유일한 민간 병원인 Setthathirath Private Hospital은 Setthathirath Hospital 바로 옆에 위치하고 있으며 다음과 같은 서비스를 제공한다.

Table 7: Setthathirath Private Hospital 제공 서비스

일반 서비스	예약이 필요한 전문의학과
일반 진료	소아과
건강검진	부인과
해외여행자 의료	산과
소수술	심장학과
응급서비스	위장
위독한 증상의 안정화	암
환자 호송(medical escort)	내분비학
물리치료	당뇨
연구실	전염(infectious)병
예방접종	전달성(transmissible) 질병
광견병 치료	
사교상(Snake bite) 치료	
출산	
환자 이송	
가정방문	



Figure 2: Model of hierarchical hospital referral system



Source: LLC Research and Analysis 2012.

#### 4.4 Social Health Protection Systems

라오스 정부는 각각 공공부문과 민간부문 직원을 대상으로 한 두가지의 광범위한 사회보장 프로그램을 제공하고 있으며 노동복지부에서 운영 및 모니터링하고 있다. 이 두 프로그램 외에 보건부는 지역의료보험과 보건주식펀드 등을 통해 비공식 부문(informal sector) 대상 의료보험 시스템도 운영하고 있다. 위 시스템은 공중보건부 산하로 운영되고 있다. 노동복지부와 공중보건부에서 운영하는 시스템은 다수의 조직이 운영하는 뮤추얼펀드로 구성돼있다.

민간 보험은 라오스의 사회보호 분야에서 일정 역할을 수행하나, 의료전문가들은 민간 보험 시스템을 지탱할만한 민간보건 인프라 부재로 인해 민간 건강보험이 충분히 개발되지 못했다고 비판하고 있다.

Table 8: 라오스 사회보장 시스템

	사회 보장 조직 (공공부문)	사회 보장 조직 (민간부문)	지역건강보험 (비공식 부문)	보건주식펀드 (빈곤층)
<b>참여 강제성 여부</b>	의무	의무	자율	지역 당국 승인
<b>대상</b>	공공부문 근로자 및 가족	민간부문 근로자 및 가족	가족 등본이 등록된 라오스 국민	빈곤층 가계
<b>비용분담</b>	총 급여의 16.5% (직원: 8%, 정부: 8.5%)	총 급여의 9.5% (고용주: 5%, 직원: 4.5%)	가족규모 및 거주지에 따라 상이 (지방 vs. 도시)	N/A
<b>혜택</b>	외래, 입원			외래, 입원, 이동비용, 식사비 지원
<b>담당 기관</b>	노동복지부		보건부	

Source: WHO, Review of HSS Strategies 2012.

공무원 사회보장 시스템인 CVS와 민간부문 사회보장 시스템인 SSO는 노령 연금, 장애 수당, 실업복지 수당(incapacity benefit), 사망 보험금, 유족 수당, 질병 수당, 출산 수당, 고용상해 보험, 아동 수당 및 헬스케어 수당을 포함한다. 보험금은

배우자와 18세 미만의 자녀에게 지급된다. 보험수익자가 여성인 경우 최소급여의 60%에 해당하는 출산수당이 세 달간 지급된다. Female beneficiaries are also entitled to a maternal benefit child birth grant provided at 60% of the minimum salary plus three months payment.

비공식 부문 근로자 보호를 위해 보건부는 지역건강보험(CBHI)을 도입하여 자율 가입을 통해 이들이 자신과 가족의 건강보험 혜택을 받을 수 있도록 하였다. 그러나 지역건강보험은 교통사고로 인한 상해나 미용관리(cosmetic care)는 급여대상에서 제외된다.

지역건강보험 외에도 보건부는 아시아개발은행(Asian Development Bank), 세계은행(World Bank), 세계보건기구(WHO) 등과 공동으로 보건주식펀드(Health Equity Fund)라는 특수목적 펀드를 설립하고 빈곤층에 식품과 이동 비용을 지원하고 있다.

보험 유형별로 가입률은 상당한 차이를 보이고 있다. ILO 국가별 보고서에 따르면 CVS의 공무원 가입률은 100%인 반면 SSO는 민간부문 근로자의 54%만이 가입해있다. SSO의 가입자는 53,075명, 이들의 배우자와 자녀 54,662명까지 포함하면 SSO의 총 수익자는 2010년 기준 107,737명에 이른다(Table 9참고). 반면 지역건강보험 가입률은 총 인구의 0.8%에 불과하다.

Table 9. SSO 보험 수익자 수

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Insurer	13,271	18,990	22,230	24,211	26,374	31,634	42,209	43,678	47,067	53,075
Spouse		6,408	7,236	14,290	15,113	18,354	22,024	25,113	26,542	31,664
Kid under 18		7,268	8,505	9,406	10,279	12,474	14,962	17,899	19,477	22,998
Total	13,271	32,666	37,971	47,907	51,766	62,462	79,195	86,690	93,086	107,737

공공 건강보험 외에도 다수의 민간기업이 일반 대중을 대상으로 건강보험을

제공한다. 라오스 보험업계 선도업체인 AGL (Allianz General Laos)은 라오스의 6개 클리닉(Mekong clinic, Bouthep clinic, Central Medical de l'Ambassade de France, Alongkone Policlinic, Alliance International Medical Centre, International Clinic Setthathirat Hospital)과 태국의 240개 이상의 병원 및 의원에서 치료를 받을 수 있다는 광고를 내고 있다.

#### **4.5 라오스 헬스케어를 위한 국제기구의 지원**

##### ***World Health Organization***

WHO는 라오스의 헬스케어 개발에 있어 지난 50년간 라오스 정부의 오랜 파트너였다. WHO는 헬스케어 분야의 글로벌 전문성을 활용하여 기술적 지원과 정책자문을 제공하는 등 라오스 정부가 새천년 개발 목표(Millennium Development Goal) 등 글로벌 보건 정책목표 달성하는 데 중요한 역할을 수행하고 있다. 최근 WHO는 WHO, 라오스 보건부, 기타 개발지원 파트너(예: UN, 다국적 기관 및 비정부 국제기구)간 협의를 토대로 2012-15 국가협력전략(Country Cooperation Strategy: CCS)를 발표하였다. CCS는 국가 내 상황, 보건관련 해결과제 및 기회 등을 반영하여 국가 사회경제 개발 계획(The National Socio-Economic Development Plan)과 기타 다양한 국가적 차원의 정책과 전략을 분석하였다. 본 분석에 따르면 국가 헬스케어 개발전략의 개요는 다음과 같다. (1) 보건 시스템 강화 및 효과적인 지원 개선을 통한 1차적 헬스케어에 대한 접근성 증대 및 보건 불평등 개선 (2) 보건 관련 새천년 개발 목표 달성에 기여 (3) 전염병 및 공공 보건 이벤트의 예방 및 통제 (4) 비전염성 질환, 정신질환을 줄이기 위한 보건 리스크 요소 해소(WHO, 2007).

##### ***일본 (ODA)***

일본은 라오스 헬스케어 개발 분야의 주요 지원국 중 하나이다. 일본 정부는 현재까지 헬스케어 기반시설 개발에 USD460 만 규모의 지원을 제공했다. Setthathirath Hospital (2000 년), Mahosot Hospital 등 비엔티안 내 다수 의료기관이 일본의 지원을 받았다. 일본 정부는 또한 provincial 병원 3 곳, district 병원 21 곳, 보건소 19 곳, 말라리아 센터 6 곳, 공립보건학교 6 곳의 설립을 지원하기도 했다.

일본 정부는 라오스 남부지역에서 산모 및 아동 보건 서비스 등 역량구축 분야에서 JICA 를 통해 비엔티안의 간호사 학위 수여 프로젝트, Setthathirath Hospital 의 의료교육 및 리서치 프로젝트를 업그레이드 하는 등 기술협력을 제공했다. 그뿐만 아니라 UNFPA, WHO, ADB, UNICEF 등 국제기구의 개발프로젝트에도 참여하고 있다.

#### *Fujitsu project*

Fujitsu 는 비엔티안의 병원과 지방 병원을 온라인으로 연계하는 메디컬케어 시스템을 구축할 예정이다. 이 프로젝트의 목표는 비엔티안의 중앙 병원과 Nambak, Savannakhet 지방의 병원을 연계하여 지방 내 의료서비스를 증진하는 것이다. 다른 지방의 참여 가능성도 언급되고 있다(Japan Daily Press 2012 년 12 월 10 일).

### **III. 비엔티안의 헬스케어 수급 개요**

비엔티안 최대 병원인 Mahosot, Mittiphab, Setthathirath 에서 현장조사를 통해 수급요소에 대한 1 차적인 데이터를 취합하였다. 모든 병원은 관련 데이터를 취합하여 의료보고서 요약본을 보건부에 매월 제출하도록 되어 있으며, LLC 는 보건부의 승인 하에 이들 보고서를 공식 요청하여 데이터를 취득하였다.

일반에 공개되지 않는 상기 보고서는 다음과 같은 유용한 정보를 포함하고 있다.

- 외래/입원 환자 통계
- 전염/비전염성 질환 발병률
- 병원 이용율
- 재무현황
- 인력현황

이들 보고서를 토대로 추정한 데이터는 본 보고서를 위한 사례연구 분석의 근간을 이루고 있으며 2009-2010 년 국가보건통계보고서(보건부 기획재무부서)를 토대로 추정한 2 차 데이터와의 다각적 분석을 통해 국가 단위 평균과 각 중앙병원 별 통계 간 차이를 파악할 것이다.

각 중앙병원의 요약 보고서 분석 시 보고서의 포맷이 일정치 않아 특정 정보 항목의 경우 기간별로 누락되기도 하는 한계점이 있었다. 또한 병원마다 기준 회계연도가 상이했다. LLC 에서 확보한 데이터의 해당 기간은 다음과 같다.

- Mahosot: 2011 년 10 월 -2012 년 9 월
- Mittaphab: 2012 년 1 월-2012 년 12 월
- Setthathirath: 2012 년 1 월-2012 년 12 월

분석의 신뢰도와 타당성 유지를 위해 특정 정보가 누락된 기간은 분석 대상에서 제외했기 때문에 1 년 미만의 기간에 대한 분석이 이루어졌다.

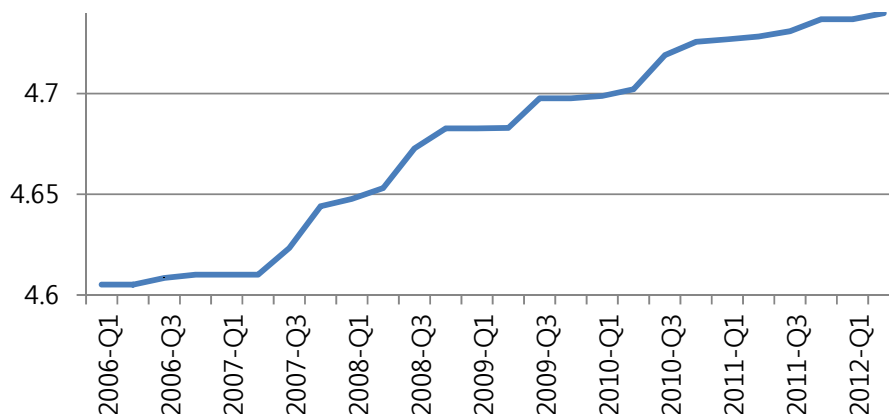
## 1. 공급 결정요소

기획투자부의 통계부서는 라오스의 헬스케어 비용 데이터를 취합한다. 말라리아 약품, 파라세타몰, 페니실린, 식염수, 밴드 및 붕대와 같은 의약품 비용, 심장검사,

혈액검사, 기타 간단한 검사 등 민간 의원에서 제공하는 서비스의 이용, 공공병원과 민간의원의 입원실 비용에 이르기까지 일련의 제품과 서비스군의 가격을 토대로 산정한다. 이들 가격을 일정 비중을 적용하여 하나의 지수로 구성하며 이는 ‘메디컬케어 가격지수’로 소비자물가지수에 포함된다.

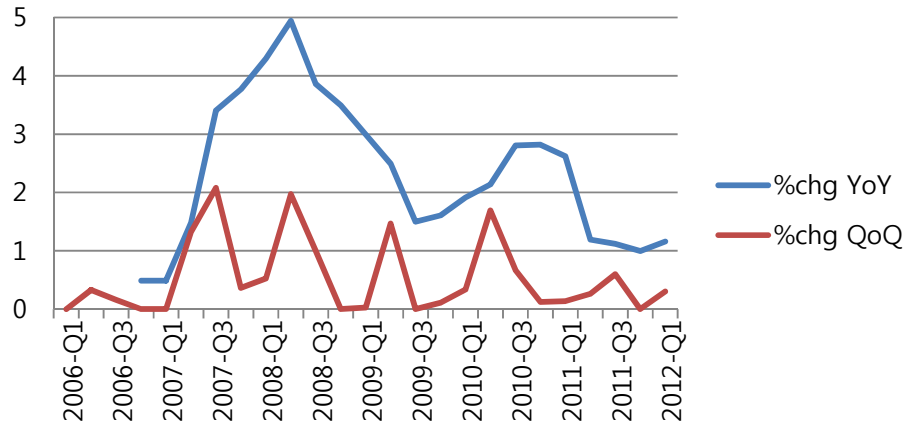
Figure 3 은 2006 년 1 분기에서 2012 년 2 분기까지의 메디컬케어 가격지수 추이를 나타내고 있다.(2006 년 Q1 = 100 (natural logarithm = 4.605)) 2006 년 1 분기에서 2007 년 2 분기까지의 기간동안 지수의 상승폭은 0.5% 미만에 불과하다. 그러나 이 기간 이후 상승속도는 눈에 띄게 빨라져 2007 년 3 분기에서 2012 년 2 분기까지의 기간 동안 연 평균 2.59%, 총 11.67% 상승했다.

**Figure 3 - 메디컬케어 가격지수**



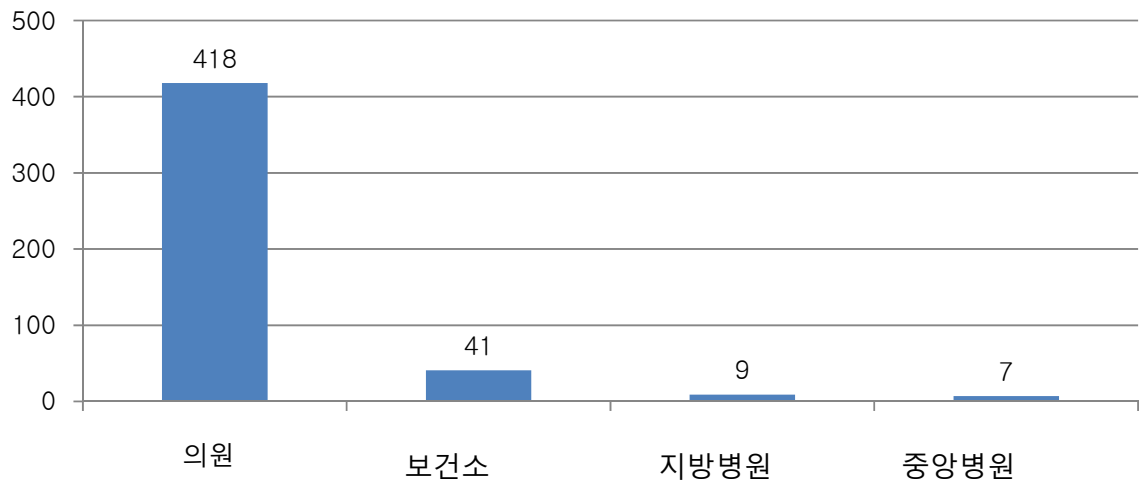
Source: The Department of Statistics at the Ministry of Planning and Investment 2012.

**Figure 4 -메디컬케어 가격지수**



Source: The Department of Statistics at the Ministry of Planning and Investment 2012.

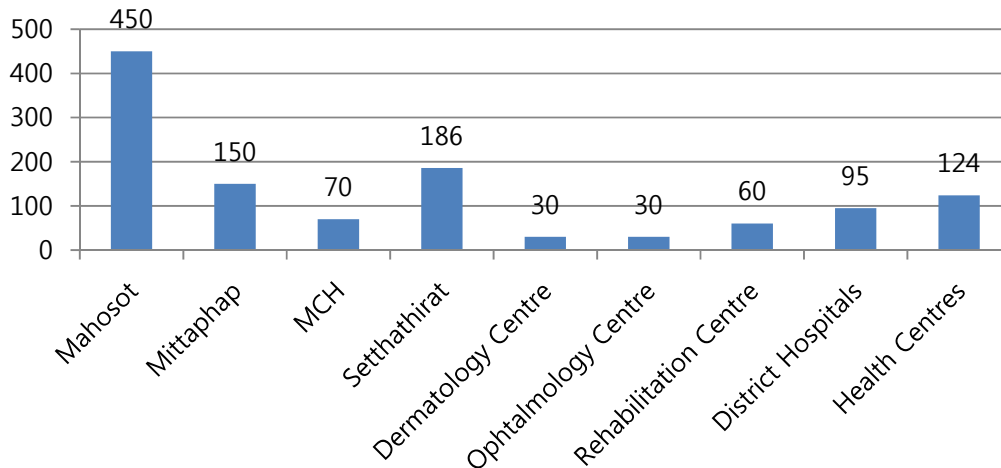
**Figure 5 - 비엔티안의 의료시설  
2009-2010년**



Source: Ministry of Health (Department of Planning and Finance), National Health Statistic Report 2009-10 Fiscal Year.

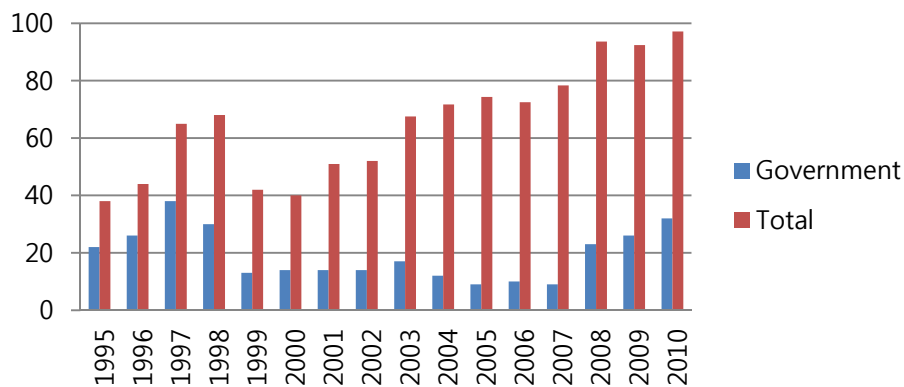


**Figure 6 - 비엔티안 병상 수  
2009-10 회계연도**



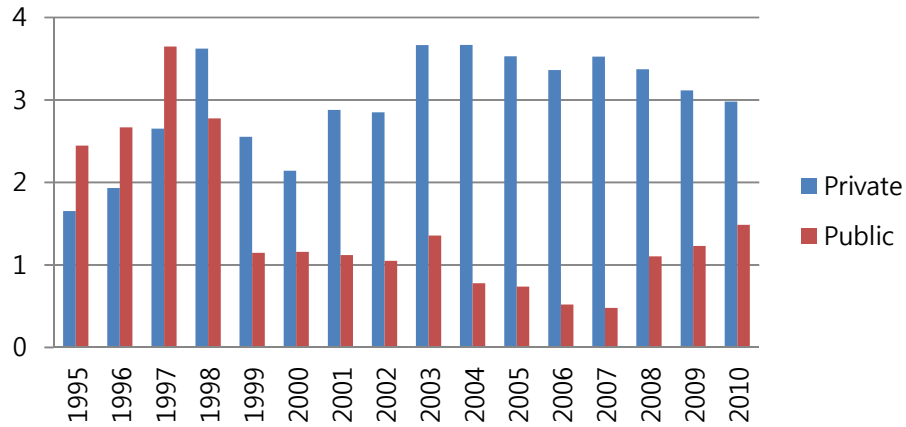
Source: LLC Research and Analysis 2012, Ministry of Health (Department of Planning and Finance), National Health Statistic Report 2009-10 Fiscal Year.

**Figure 7 - 인당 보건지출비  
(2005 PPP Int. \$)**



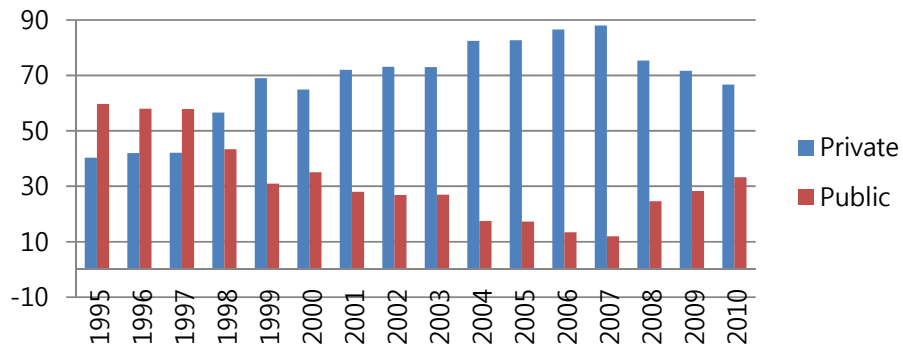
Source: WHO 2010.

**Figure 8 - 보건지출비 (%GDP)**



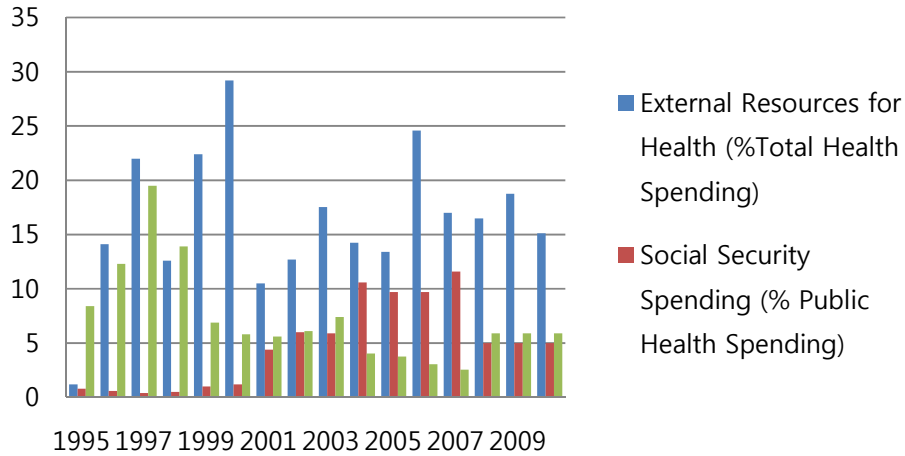
Source: WHO 2010.

**Figure 9 - 보건지출비  
(총 보건지출비 내 비중)**



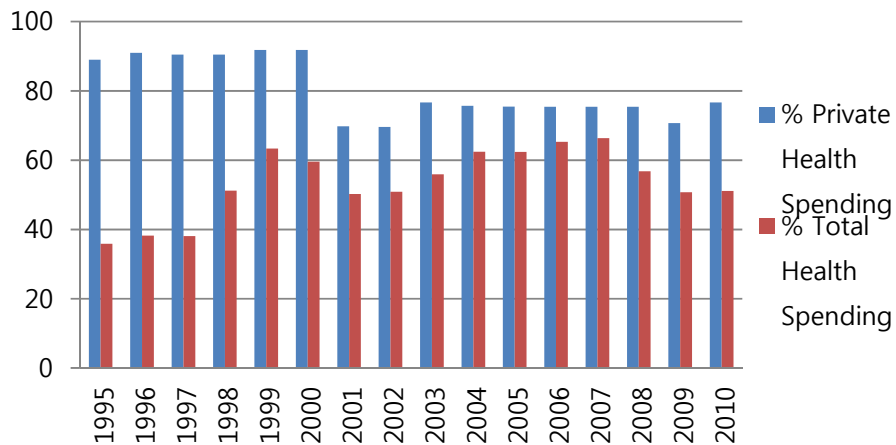
Source: WHO 2010.

**Figure 10 - 보건지출비**



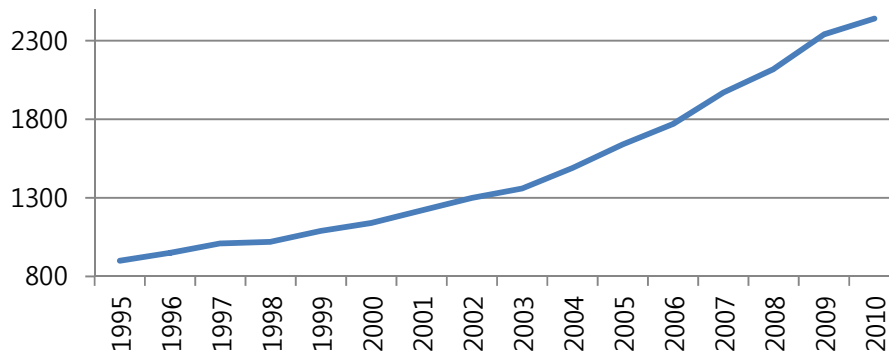
Source: WHO 2010.

**Figure 11 - 실비지출**



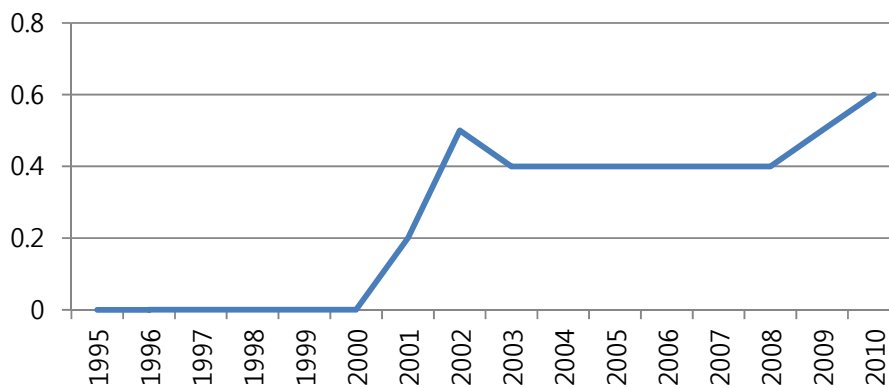
Source: WHO 2010.

**Figure 12 - 인당 국민총소득(GNI)  
(2005 PPP Int \$)**



Source: WHO 2010.

**Figure 13 - 민간 선지급 보험  
(% 민간보건지출 중 비중)**



Source: WHO 2010.

### 1.1 헬스케어 서비스에 종사하고 있는 의료전문인력

공공부문 보건 관련 인력은 총 약 18,000명이며 이중 70%는 보건부, 30%는 보안부/국방부 소속이다. 급여와 기본 트레이닝 수준이 낮아 보건 시스템의

효율성을 저하하고 있다. 주로 도시에서 채용이 이루어지며, 취약한 동기부여, 이해상충, 트레이닝 및 커리어 개발 기회 부족 등의 문제점이 있다. 이들 의료 관련 직원 중 63%만이 의료시설에서 근무하고 있다. 민간부문은 도시 지역을 중심으로 확장 중이며 현재 2,000개 이상의 약국, 약 500개의 민간 의원, 600여개의 전통의원 등이 존재한다. 최초의 민간 병원이 곧 운영을 시작할 예정이다. 민간부문의 규제적 틀은 어느 정도 마련되어 있으나 공공부문 인력이 공식 근무 시간 이후에 민간분야에서 근무하는 등 직간접적으로 민간부문에 관여하고 있어 실행과 집행과정에서 이해상충 등 전형적인 이슈에 직면해 있다.

## 1.2 메디컬 부문 인력 공급

라오스의 가장 높은 고등 의학 교육기관은 보건과학대학(University of Health Science)이다. 보건과학대학은 의대, 치대, 약대로 구성되어 있으며 의대는 6년, 치대와 약대는 5년 과정이다. 매년 50~80 명의 졸업생을 배출하고 있다. 졸업생들은 4개 중앙병원 중 한 곳에서 인턴십을 거친다. WHO는 인구 1000명 당 2.5명 이상의 의료전문인력이 보급되도록 규제하고 있지만 라오스는 현재 1000명당 0.53명에 불과하다. 2006~2008년 사이 이 수치의 증가폭은 2%에 불과했다(Suzuki, 2008년). 라오스의 의료직원은 의사, 간호사, 조산사, 1차 보건의료사, 의료보조사, 다양한 종류의 기술직 등으로 구분된다.

### 의사

2008년 총 의사 수는 1527명으로 이 중 81%는 보건부 소속의 전국 공공의료기관에서 근무했다. 1000명당 의사 수는 약 0.27명을 기록했다. 6차 5개년 국가 사회경제 개발계획 하에서 의사 수 증대를 주요 과제 중 하나로 선정하였으나 예산이 매우 제한적인 수준에 불과해 성과는 더디게 나타나고 있다.

### *간호사/조산사*

현재 주로 8 개의 간호/조산 교육 기관(NMEI)에서 간호사/조산사를 양성하고 있다.

- (1) College of Health and Technology
- (2) Oudomxay Public Health School
- (3) Luangprabang Public Health School
- (4) Vientiane Provincial School of Nursing
- (5) Khammuane Public Health School
- (6) Savannakhet Public Health School
- (7) Champasak Public Health School
- (8) 보건부가 승인한 새로운 NMEI

이들 기관은 중간 레벨 간호사 교육을 제공하나 졸업생들의 퀄리티는 개선의 여지가 있어 2008 년부터 JICA 의 지원으로 105 명의 중간 레벨 간호사를 높은 수준의 간호사로 양성하는 계획이 수립되었다. 한편 영아 및 산모 사망률 감소라는 MDG 목표 달성을 위해 조산사 교육 역시 중점과제로 진행되었다.

### *1 차 보건의료사*

일반적으로 의료보조사는 중간 레벨 간호사보다 적은 트레이닝을 받는다. 의료보조사는 보통 의대에서 약 3 년간의 교육과 트레이닝 이후 마을 보건소에 배치된다.

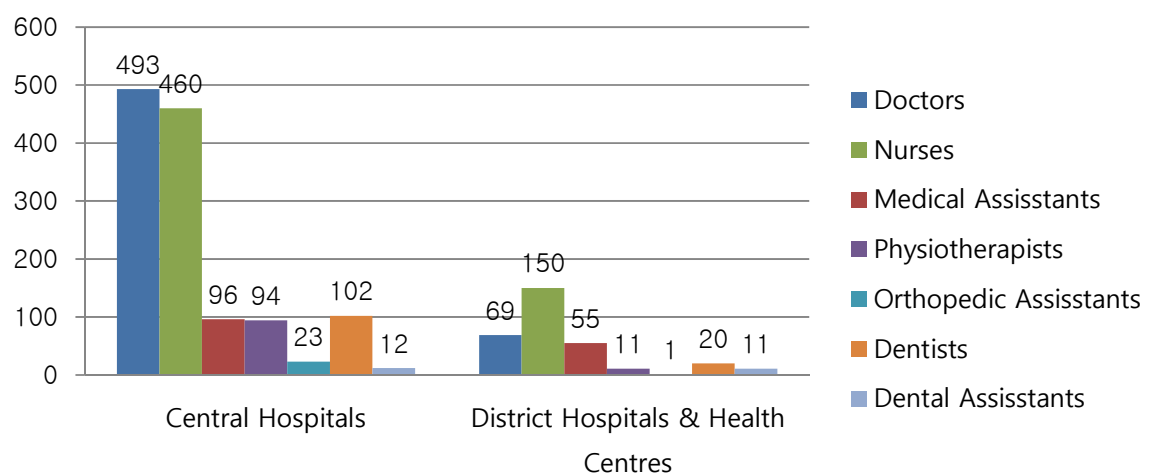
### *의료보조사*

2003 년 WHO 조사에 따르면 의사수가 약 1000 명에 불과해 약 1780 명의 의료보조사가 의사 역할을 맡은 것으로 나타났다. 현재 의료보조사 교육 과정이 수립되었다.

### *기술직 인력*

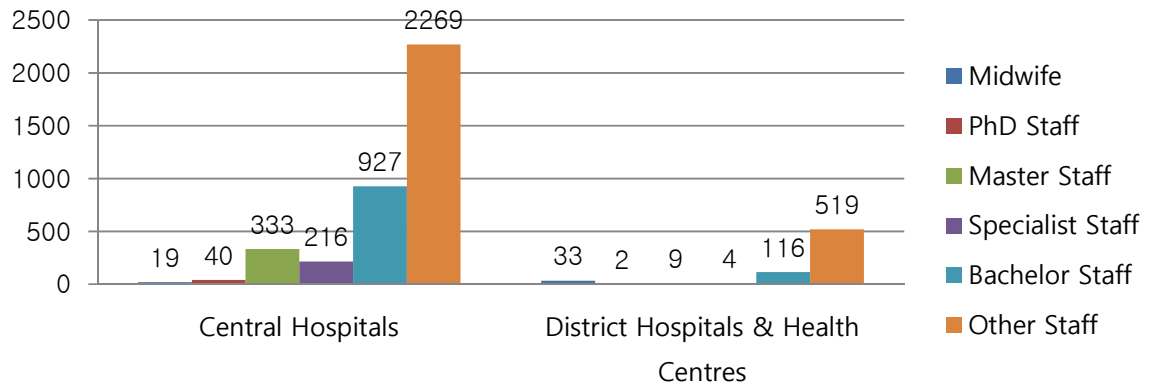
일반 기술직 인력, 방사선, 약사, 영양사를 포함한다. 일반 기술직 및 방사선 기술직 인력은 단기 의료 종합기술학교에서 교육받으며 약사는 보건과학대학의 약대에서 5 년과정을 마쳐야 한다. 영양사 대상 정식 교육기관이 없다는 점이 주목할 만하다.

**Figure 14 - 비엔티안 의료인력  
2009-2010년**



Source: LLC Research and Analysis 2012, Mahosot, Mittiphab and Setthathirath Monthly Medical Reports 2012.

**Figure 15 - 비엔티안 의료지원인력  
2009-2010년**



Source: LLC Research and Analysis 2012, Mahosot, Mittiphab and Setthathirath Monthly Medical Reports 2012.

## 2. 수요 결정요인

헬스케어 수요는 환자들의 건강 추구 행태에 따라 결정된다. 여러 서비스 제공 지수를 취합, 분석하여 전체적인 수요와 효율성을 측정하였다. 이들 지표를 해석하기 위해서는 각 지표가 수요와 효율성을 결정하는 요소에 끼치는 영향을 분석해야 한다.

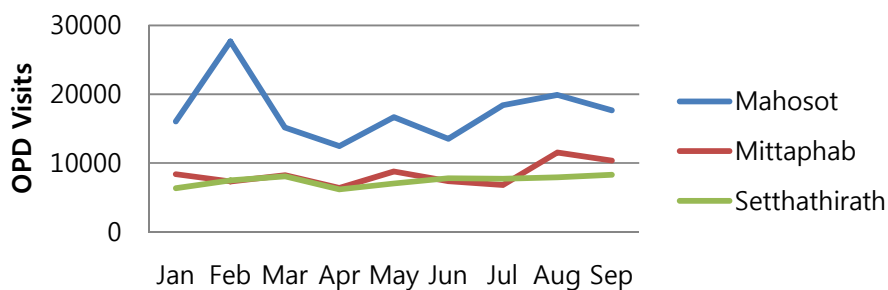
수요 결정요인의 예 중 하나는 유사지역과 비교시 지표가 낮은지 여부이다. 이동거리, 서비스 비용, 케어의 퀄리티(환자 만족도) 등이 관련 요소에 포함된다. 인력, 병원 이용도(의료 서비스, 시설) 등을 기준으로 효율성을 평가한다.



## 외래환자 (OPD)

비엔티안 중앙병원 방문 중 가장 큰 비중을 차지하는 것은 외래환자가 입원하지 않고 진료 혹은 치료 목적으로 방문하는 것이다. 외래환자의 총 방문수와 이용률은 외래 서비스의 효율적인 이용의 지표가 된다. 2012 년 2~9 월 Mittaphab 대비 Mahosot 의 외래환자 방문수는 2.1:1, Setthathirath 대비는 2.36:1 을 기록했다. Mahosot 병원의 외래환자 방문수가 훨씬 높은 주된 이유는 비엔티안의 상업센터에서 1km 반경 이내에 위치하고 있어 접근성이 우수하기 때문이다 (Lane Xang Road 와 가까움). 이 외에도 다양한 서비스, 전문의, 전문가, 입소문, 서비스 퀄리티에 대한 주관적인 평가 등이 외래환자 방문에 영향을 끼친다.

**Figure 16 - 비엔티안 중앙병원  
외래환자 방문  
2012년**



Source: LLC Research and Analysis 2012, Mahosot, Mittaphab and Setthathirath Monthly Medical Reports 2012.

## OPD 이용률 2009-10 년

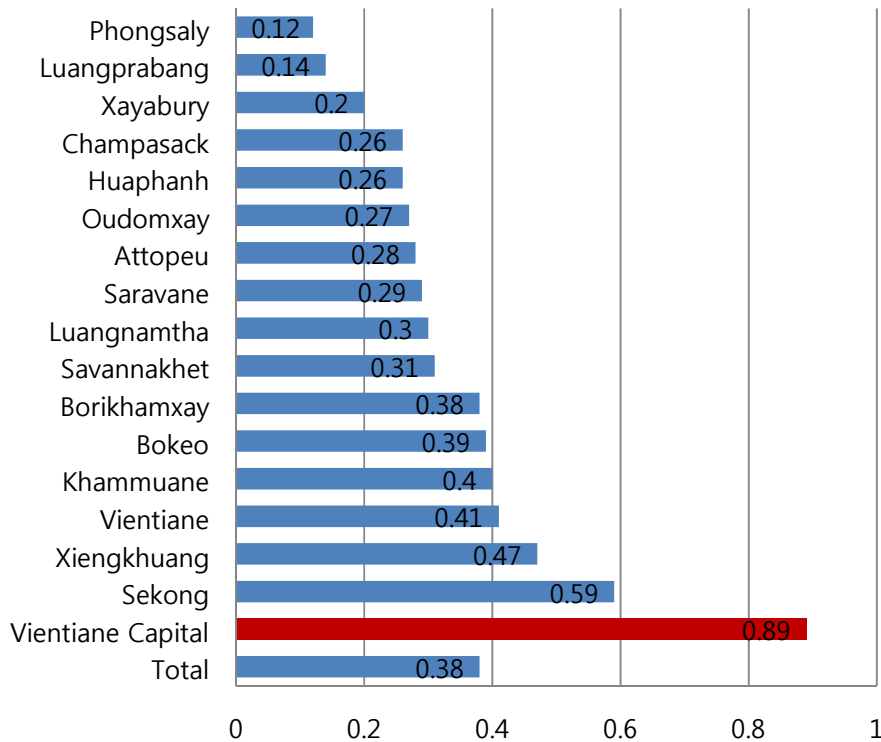
Figure 17 은 2009-10 년 라오스의 인당 외래 이용률을 나타낸다.

$$\text{인당 외래 이용률} = \text{외래 방문 수} / \text{인구}$$

본 지표는 케어의 접근성, 가격수준, 퀄리티를 평가한다. 외래진료의 수급, 시설이용율 등을 반영하는 중요한 지표이다. 보건부는 연간 인당 외래 이용률 표준을 0.2~0.5 로 제시하고 있다. 비엔티안의 경우 사회보장기구와 State Authority of Social Security 에서 referral 을 포함하고 있어 외래 통계가 높게 잡혀 외래 이용률이 인당 0.89 를 기록하고 있다. 그러나 인당 외래 이용률은 여전히 비엔티안의 높은 외래 이용률을 보여주는 유효한 지표이다. 이용률 상한선에 근접하고 있어 인당 외래 이용률을 0.2~0.5 수준으로 회복하기 위해서는 새로운 병의원이 개설되어야 한다. 라오스 정부가 인구 및 의료 서비스에 대한 니즈 증가를 충족하기 위해 과잉설비를 유지하기 위하여 보건부가 신중하게 외래 이용률 표준을 정했다고 볼 수 있다. 외래 이용률이 높다는 것은 그만큼 외래 서비스가 효율적으로 사용되고 있다는 뜻이기도 하나 현재 서비스 설비의 상한선에 근접하고 있는 실정이다. 따라서 현 수준은 비엔티안 내 외래 서비스를 제공하는 의료시설을 개설하고자 하는 미래의 투자자들에게는 긍정적인 통계라 하겠다.

비엔티안, Xiengkhuang, Sekong 지역은 여러 지원기관의 지원으로 운영되는 보건주식펀드의 영향으로 인당 외래 이용률이 0.4~0.5 에 이르고 있다. Phongsaly, Luangprabang 은 산악지대로 이러한 서비스에 대한 접근성이 떨어져 외래 이용률이 매우 낮다.

**Figure 17 - 라오스 OPD 이용률**  
**2009-10년**



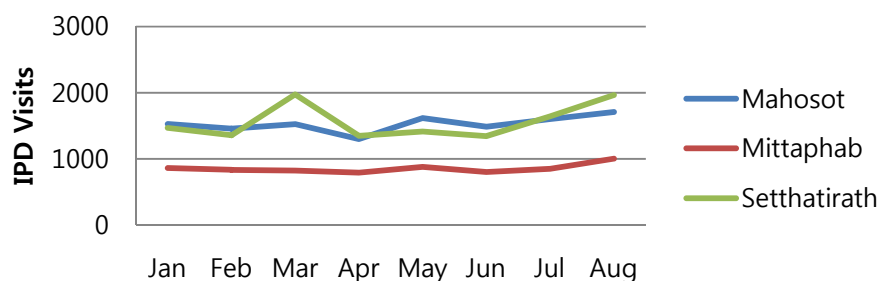
Source: Ministry of Health (Department of Planning and Finance), National Health Statistic Report 2009-10 Fiscal Year.

### **입원방문(IPD) 및 병상이용률**

병상 수, 병상 이용 및 회전율, 전반적인 병원의 이용률 등 여러가지 이유로 인해 입원방문은 외래방문 보다 훨씬 빈도수가 낮다. 기타 요인으로는 진단의 심각성, 비용, 환자의 사회경제적 여건 등이 있다. 특히 흥미로운 점은 Mahosot 병상 수는 450, Setthatirath 는 186 개 임에도 불구하고 2012 년 1~8 월 동안 Setthatirath (1565.25 IPD)가 Mahosot (1528.25 IPD) 보다 평균 입원 방문수가 소폭 높다는 점이다. 이는 Mahosot 가 보다 작은 병원인 Setthatirath 보다 입원서비스가 충분히 사용되지 않고

있음을 나타낸다. 여기에는 여러가지 이유가 있겠으나 2012 년 1~8 월 동안 평균 입원 기간이 Mahosot 4 일, Setthathirath 3.11 일로 짧아 규모가 큰 Mahosot 대비 입원 방문이 더 많았다. (Figure 18 참고)

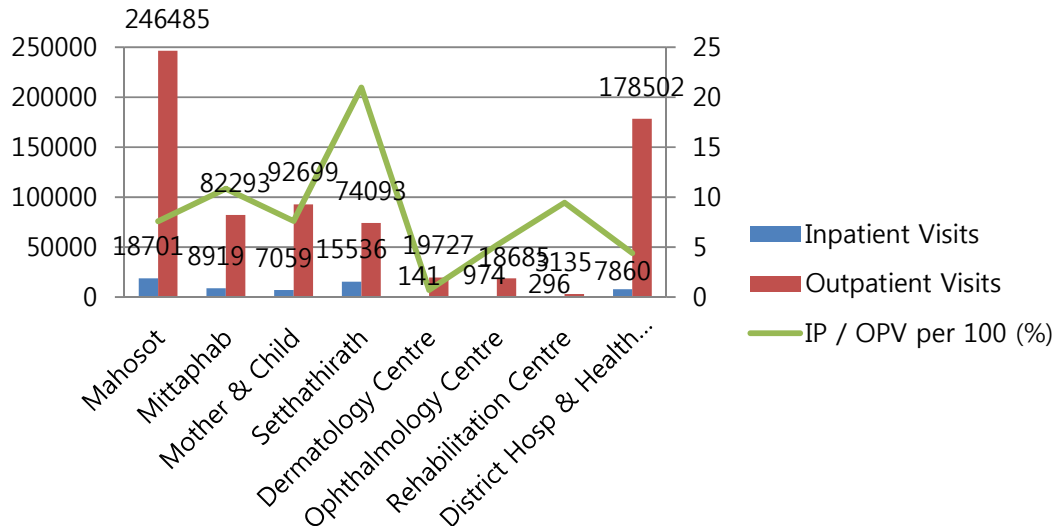
**Figure 18 - 비엔티안 중양병원  
입원 방문수  
2012년**



Source: LLC Research and Analysis 2012, Mahosot, Mittiphab and Setthathirath Monthly Medical Reports 2012.

2009-10 회계연도의 데이터를 살펴보면 외래환자가 입원환자 대비 훨씬 많음을 확인할 수 있다. Setthathirath 대비 Mahosot 의 총 입원방문수 비율은 1.2:1 로서 이는 병상 규모가 훨씬 큼에도 불구하고 Mahosot 의 입원환자는 매년 Setthathirath 와 유사하다는 앞선 연구결과와도 일치한다. (2009-10, 2012 년).

**Figure 19 - 비엔티안 입원/외래 방문수  
2009-10 회계연도**



Source: LLC Research and Analysis 2012, Ministry of Health (Department of Planning and Finance), National Health Statistic Report 2009-10 Fiscal Year.

### 2012 년 병상이용률

사용 가능한 병상의 실제 이용률을 측정하는 병상이용률은 보통 효율성 지표로 사용되며 병원이 시설을 효과적으로 사용하고 있는지 나타낸다. 보통 운영 퀄리티 측정 지표이자 목표 지표로 사용된다.

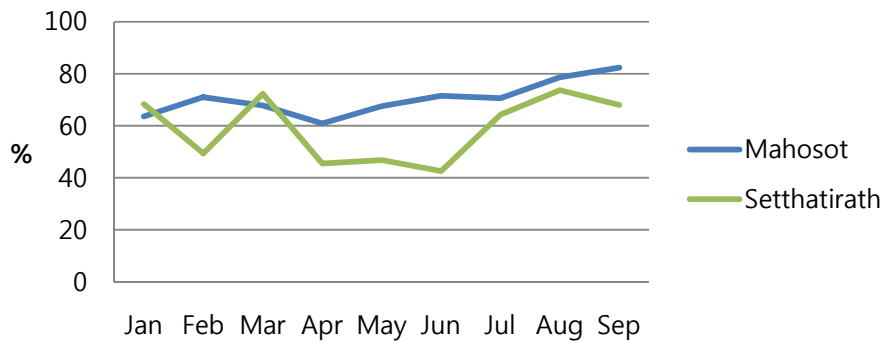
### 병상이용률 계산 방법

1. 일정 기간 동안 환자가 시설 내 병상을 이용한 총 일수를 더해 “입원일수”를 파악함
2. 시설 내 사용 가능한 병상 수 x 분석기간 일수 = 사용 가능한 병상일수(available bed days). 즉 병원에 병상 100 개, 특정 한 해를 대상으로 이용률을 분석하는 경우  $100 \times 365 = 36500$  병상일

3. 입원일수를 병상일로 나눔. 예를 들어 1 년간 36500 병상일수, 입원일은 32000 이라면 32000 을 36500 으로 나눠 0.8767 을 얻음
4. 3 단계에서 얻은 값에 100 을 곱함. 즉, 병상이용률은  $0.8767 \times 100 = 87.67\%$  임.

월간 입원방문횟수와 병상이용률은 상호 연관이 있으므로 함께 분석하는 것이 중요하다. Mahosot(1528.25 IPD)의 평균 입원방문횟수가 Setthathirath (1565.25 IPD) 보다 다소 낮으나, 평균 병상이용률은 70.44%로 Setthathirath (58.98%)보다 높다. 이는 2012 년 1~8 월 동안 Mahosot 의 입원서비스가 더 장기간, 많이 이용됐음을 확인해주는 통계이다. 그러나 이는 2012 년 일부 기간에 대한 비엔티안의 두개 중양병원과 관련된 확보가능한 데이터를 토대로 한 단면이라는 점을 인지할 필요가 있다.

**Figure 20 - 비엔티안 병상이용률  
2012년**



Source: LLC Research and Analysis 2012, Mahosot, Mittiphab and Setthathirath Monthly Medical Reports 2012.

2009-10 년 병원이용률

2009-10 년 비엔티안 병원의 병상이용률은 Mittaphab 병원과 모자병원의 미래의 환자들에게 우려스러운 상황을 나타내고 있다. 두 병원 모두 수용가능한 시설 규모를 넘어서는 병상이용률을 보이고 있다. 병상이용률은 사용가능한 병상의 이용 수준을 측정하는 지표로서 100%를 초과할 경우 입원환자가 대기실이나 병원 복도에 개인 매트를 두고 수면을 취하고 치료를 받아야 하는 경우도 있다는 것이 전문가의 의견이다. 이는 또한 의료장비와 기기부족, 특히 중환자실이나 산모실 같은 특수병동이 부족함을 내포한다.

The Australian Medical Association, Australasian College of Emergency Medicine 등의 의료 전문기관은 병상이용률이 85%를 초과할 경우 병원 운영의 안전과 효율성을 저해할 수 있다고 지적했다. Irish Medical Organisation 은 “Acute Hospital Bed Capacity”(2005 년 3 월) 성명서에서 병상이용률 85%를 ‘국제 기준’으로 보고 이를 초과해서는 안된다고 언급했다. 2005 년 30 개 OECD 회원국의 평균 병원 병상이용률은 75%였다. 또한 영국 보건부는 급성병원의 병상이용률이 85%를 초과할 경우 응급/일반입원 모두 처리 시 문제가 발생할 수 있다고 지적했다. 그러나 서구 의료전문가들의 최적의 병상이용률에 대한 주관적 견해가 라오스와 같은 개도국 입장에서는 현실적으로 너무 높은 수준일 수도 있다.

병상 회전율은 병원이용률과 전반적인 생산성을 측정하는 지표로서 특정 기간 동안 병상 사용자의 변경 횟수를 나타낸다. 케어 퀄리티에 큰 영향을 끼치는 병원이용률, 병원 직원의 업무량의 비공식적인 벤치마크이다.

*병상 회전율 = 특정 기간 내 (사망 포함) 총 퇴원수 / 해당 기간 내 병원의 평균 병상 수*

병상회전율 계산 예시:

- 2009 년 총 퇴원 2358 건
- 총 병상수 300
- 이 병원의 병상회전율 =  $2358/300 = 7.86$

모자병원의 병상회전율도 상당히 높은 수준으로 병상 활용을 위해 환자들이 가능한 빨리 퇴원조치되고 있음을 시사했다. 겉으로 보자면 이를 효율성이 높은 것으로 이해할 수도 있겠지만 결국 헬스케어 서비스의 퀄리티가 크게 저하되는 결과를 초래할 것이다.

이들 지표는 병상과 의료 서비스에 대한 절대적인 니즈를 시사하고 있기 때문에 잠재적인 투자자 입장에서 주로 살펴봐야 할 대목이다. 한 의료전문가는 투자자들은 작지만 합리적인 수준 즉 병상 100 개 정도 수준에서 시작하여 단계적 확장을 고려해야 한다고 제안했다. 0-19 세(49.1%, 2011 년 라오스 통계청 통계연감), 특히 0-9 세(25.9%)가 인구에서 많은 비중을 차지한다는 점을 고려할 때 산모 및 아동을 대상으로 하는 의료서비스의 개선이 특히 중요하다. 이 문제는 보건부와 정부도 헬스케어 시스템의 현대화 차원에서 정책적 주안점을 두고 있는 분야이기도 하다. 투자자 입장에서는 이들을 대상으로 하는 병원을 건립하고 이용률이 과도하게 높은 Mittaphab 병원과 같은 서비스를 제공하는 것이 분명한 기회가 될 수 있다.

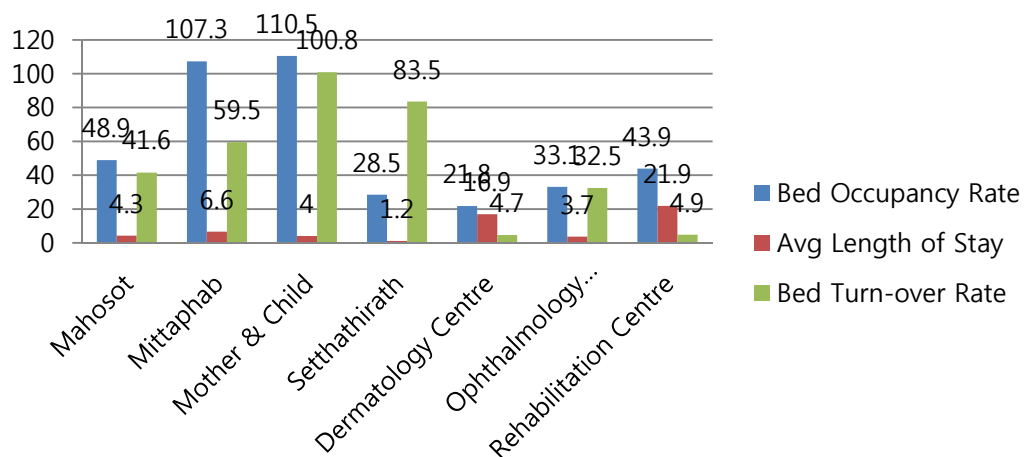
Setthathirath 병원은 병상이용률(28.5%)의 2.93 배에 달하는 병상회전율(83.5%)을 보이고 있다는 점이 흥미롭다. 이는 곧 짧은 입원기간(1.2 일)을 시사함과 동시에 반증하고 있다. 의료 서비스 전달의 높은 효율성 혹은 서비스 제공이 어려워 환자가 퇴원해야 하는 상황을 반영하는 것일 수 있다. 병상이용률, 입원기간, 병상회전율의 관계는 다음과 같다.



$$\text{병상이용률} = (\text{평균입원기간} \times \text{병상회전율}) / 365$$

2009-10 년 데이터에 따르면 Mahosot, Setthathirath, 피부과, 안과, 재활센터의 이용률이 특히 낮았다. 다수의 의료전문가와의 인터뷰 결과 모든 중앙병원의 이용률이 높아 급증하는 수요를 지원할 잉여 시설 부족으로 인해 왜곡된 수치일 수 있다는 의견이 있다.

**Figure 21 - 비엔티안의 병상 이용률  
2009-10 회계연도**

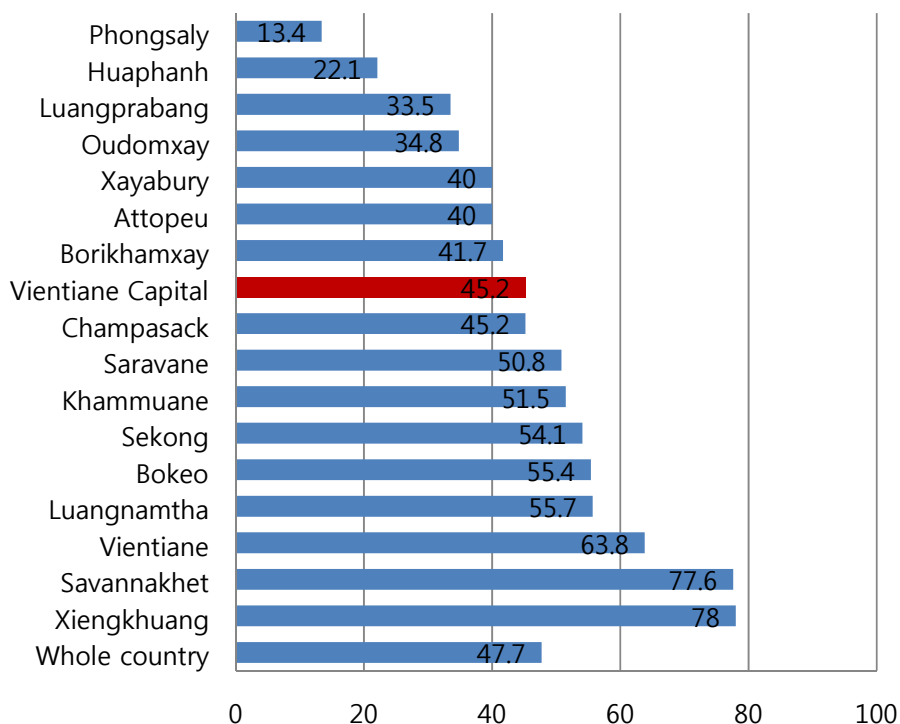


Source: LLC Research and Analysis 2012, Ministry of Health (Department of Planning and Finance), National Health Statistic Report 2009-10 Fiscal Year.

2009-10 년 데이터에 따르면 비엔티안 병원의 전반적인 병상이용률은 45.2%이다. 역시 Mahosot, Setthathirath 의 이용률이 낮아 다소 왜곡된 측면이 있다. 국가보건통계 보고서 수치보다는 Mahosot 는 70.44%, Setthathirath 는 58.98% 가 더 정확한 병상이용률 통계치라는 것이 의료전문가들의 견해이나 보통 모든 중앙병원 병상이

항상 최대수용 수준 이상으로 이용되고 있어 병상이용률이 100% 이상이라는 점을 반영해주지 못한다고 지적한다.

**Figure 22 - 2009-10년 라오스  
병상 이용률**



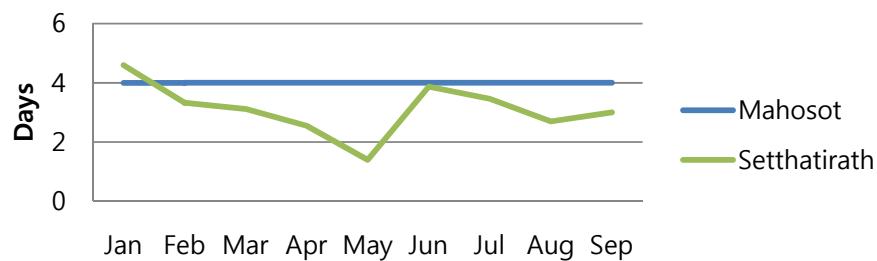
Source: Ministry of Health (Department of Planning and Finance), National Health Statistic Report 2009-10 Fiscal Year.

#### *평균입원기간(ALOS)*

의료 시설에서의 환자의 평균 체류 기간을 측정하는 평균입원기간은 대체로 환자가 체류 기간 동안 받는 의료서비스의 퀄리티를 나타내는 것이다. 이 중요한 지표의 목적은 불필요한 체류 기간을 파악, 예방하고 치료가 필요한 더 많은 환자가 입원할 수 있도록 하는 것이다. 입원기간이 짧으면 더 많은 환자를 수용하여 서비스 비용의

회수가 용이하고, 입원이 장기화될수록 병이 회복됨을 뜻하므로 진단, 수술 기회가 줄어들다는 것을 뜻하기 때문에 입원기간의 단축은 병원 매출의 증가로 이어질 가능성이 높다.

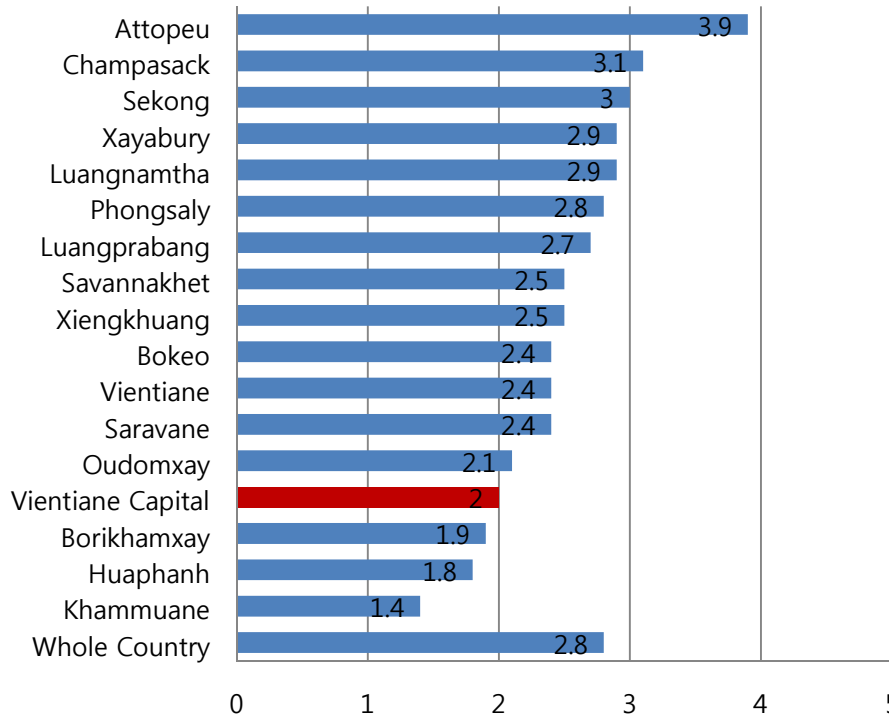
**Figure 23 - 비엔티안 증앙병원  
평균 입원기간  
2012년**



Source: LLC Research and Analysis 2012, Mahosot, Mittiphab and Setthathirath Monthly Medical Reports 2012.

2009-10 년 기준 모든 병원의 평균 입원기간은 2 일에 불과했다. 이는 입원환자보다 외래환자가 훨씬 많은 것을 설명하는 중요한 요인 중 하나이다.

**Figure 24 - 2009-10년 라오스  
병원의 평균입원 기간**

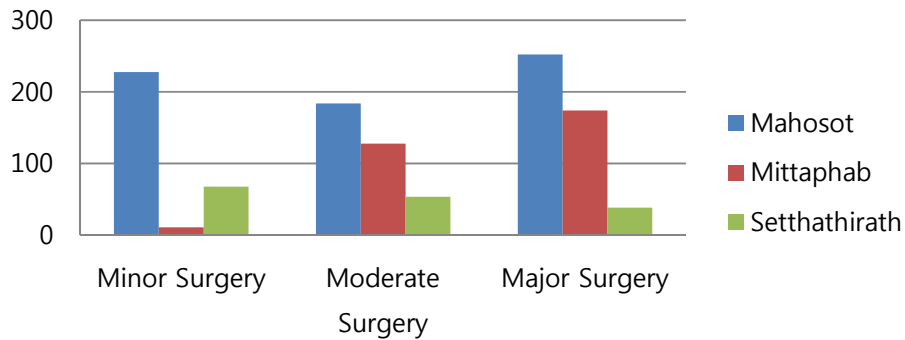


Source: Ministry of Health (Department of Planning and Finance), National Health Statistic Report 2009-10 Fiscal Year.

#### *비엔티안 중앙병원의 평균 수술 건수*

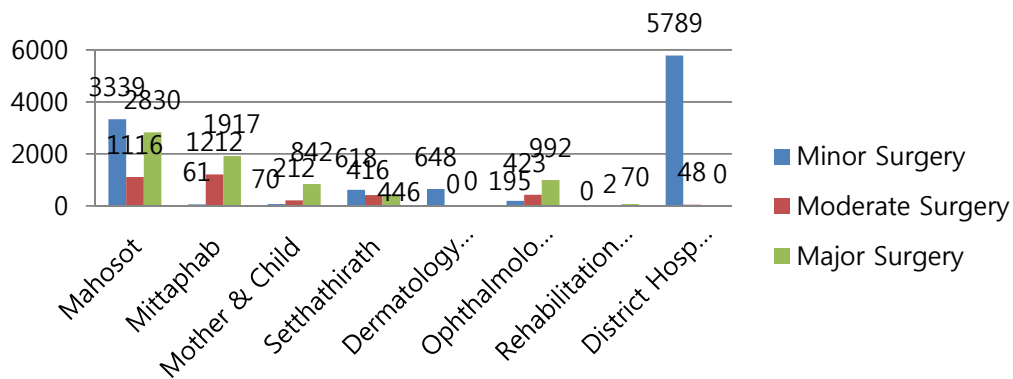
아래 그래프에 나타난 추세선은 각 중앙병원이 전문으로 하는 수술을 나타낸다. 이 데이터에 따르면 Mittaphab 은 중등도/대수술에 주력하는 것으로 파악되며 이는 병원에서 정형외과, 신경학, 신장수술 등 전문분야라고 주장하는 바와 일맥상통한다. Sethathirath 병원은 소수술 비중이 높은 것으로 보인다.

**Figure 25 - 비엔티안 병원의 평균  
수술 건수 2012년**



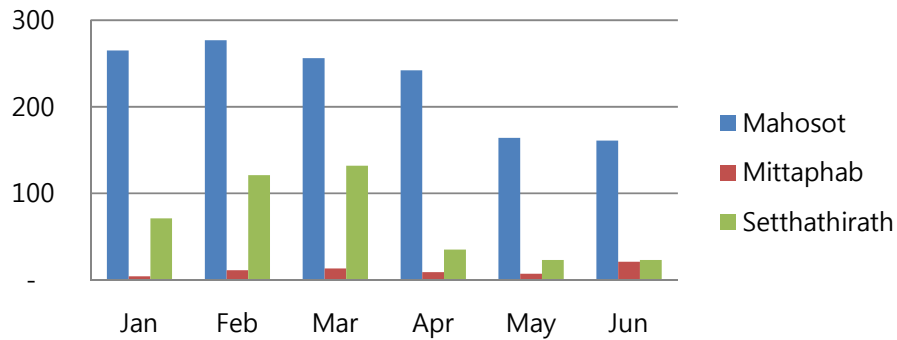
Source: LLC Research and Analysis 2012, Mahosot, Mittaphab and Setthathirath Monthly Medical Reports 2012.

**Figure 26 - 비엔티안 중앙병원의 총  
수술 건수  
2009-10 회계연도**



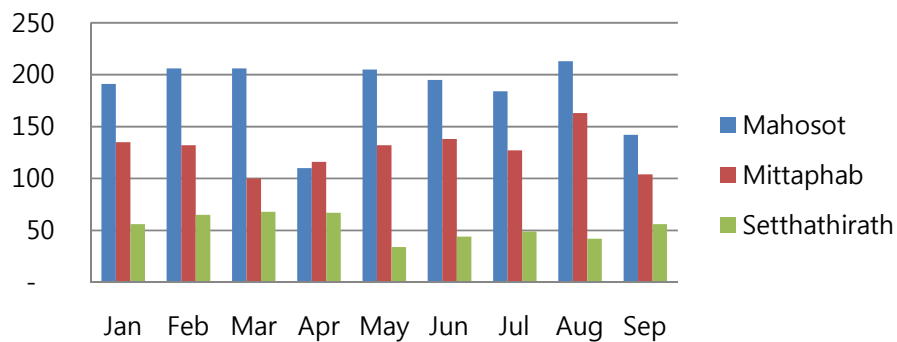
Source: Ministry of Health (Department of Planning and Finance), National Health Statistic Report 2009-10 Fiscal Year.

**Figure 27 - 비엔티안 중앙병원  
가벼운 수술 건수 2012년**



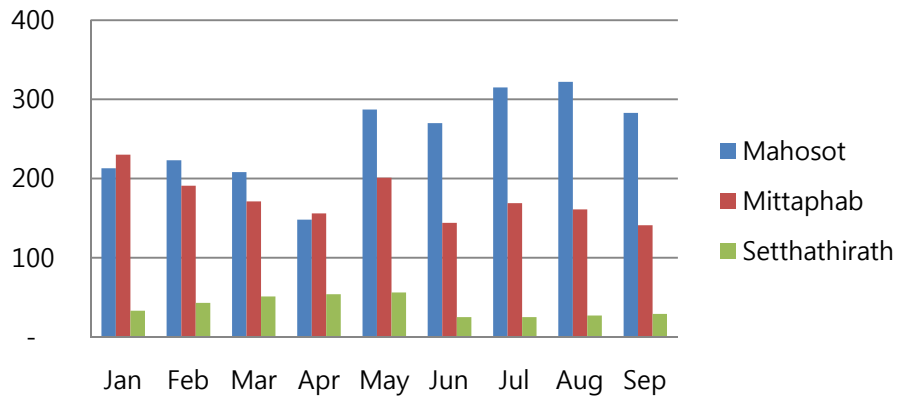
Source: LLC Research and Analysis 2012, Mahosot, Mittaphab and Setthathirath Monthly Medical Reports 2012.

**Figure 28 - 비엔티안 중앙병원  
중등도 수술 건수 2012년**



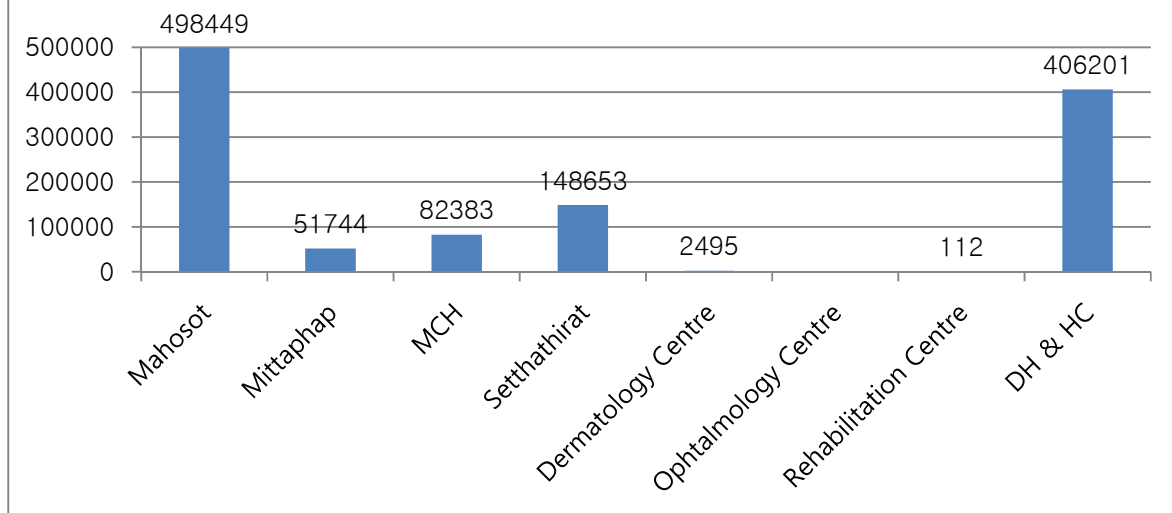
Source: LLC Research and Analysis 2012, Mahosot, Mittaphab and Setthathirath Monthly Medical Reports 2012.

**Figure 29 - 비엔티안 중앙병원  
대수술 건수 2012년**



Source: LLC Research and Analysis 2012, Mahosot, Mittaphab and Setthathirath Monthly Medical Reports 2012.

**Figure 30 - 검사 건수  
2009-2010**



#### IV. 주변국 헬스케어 시장의 부상

##### *태국 북동부 지역의 병원*

태국 병원을 사용하는 라오스 환자의 수에 대한 라오스 보건국 혹은 태국 민간병원의 공개된 데이터는 없다. 병원의 이용에 대한 신뢰할 만한 보건 데이터는 확보가 어렵거나 비공개인 경우가 많고 애초에 존재하지 않기도 한다(Sommer, 2010). 그러나 비엔티안의 헬스케어 시장이 태국 북동부의 Nongkhai와 Udonthani 지역과 밀접한 관련이 있음을 알 수 있다.

라오스 병원의 헬스케어 서비스가 비효율적이고 퀄리티가 낮다는 인식으로 인해 경제적 여력이 있는 환자들은 태국에서 치료를 받고자 한다. 라오스 환자들이 비엔티안이 아닌 태국 병원을 찾는 주된 이유는 다음과 같다:

- 현대적 의료기술
- 양질의 서비스
- 지리적 근접성
- 언어 및 문화적 유사성
- 광고

아래는 비엔티안에 인접한 태국 지방 별 병원의 개요이다. 이들 병원에서는 라오스 국민을 대상으로 하는 의료관광이 매우 성행하고 있다.

##### **Ek Udon International Hospital (태국 Udonthani)**

Ek Udon International Hospital (태국 Thailand)	
외래환자과	서비스



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 내과</li> <li>- 심혈관</li> <li>- 소화기</li> <li>- 건강검진</li> <li>- 일반수술</li> <li>- 정형외과</li> <li>- 성형외과&amp;뷰티케어</li> <li>- 비뇨기과</li> <li>- 산부인과</li> <li>- 불임</li> <li>- 이비인후과</li> <li>- 소아과</li> <li>- 치과</li> </ul> <p><b>시설:</b> 하루 500 명 이상의 환자 검진이 가능한 20 개의 의료검진실</p>
<b>응급실 &amp; 트라우마</b>	<p><b>시설:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 심장자극기 등 현대적 의료기기를 완비한 15 개 병상</li> <li>- 고급 의료장비를 갖춘 두 대의 앰불런스 24 시간 가동</li> <li>- 응급 시 메디컬 에어리프트 사용 가능</li> </ul>
<b>입원실</b>	<p><b>시설:</b></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- VIP 1 실</li> <li>- 슈페리어룸 2 실</li> <li>- 17 개 일반 싱글(디럭스)룸</li> <li>- 2 개 4 인실</li> </ul> <p>TV, 냉장고, 온수샤워, 전기제어식 병상을 갖춘 럭셔리 호텔식 병실</p>
<b>투석과</b>	<p><b>시설:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 투석 및 혈액투석을 요하는 환자를 위한 6 개 병상. 이 중 하나의 병상은 하루에 2-3 회 투석이 가능함</li> </ul>
<b>수술</b>	<p><b>시설:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 고효율 소독장비를 완비한 7 개 대수술실과 1 개 소수술실</li> </ul>
<b>방사선진단</b>	<p><b>시설:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 나선형 computerized X-ray 1 대</li> <li>- 초음파 장비</li> <li>- 초음파 심장진단장비</li> <li>- 유방조영장비</li> <li>- (결장의) 바륨관장 등 특수 X-ray</li> <li>- 상부 위장관</li> <li>- 하이스테론 난관조영 및 척수조영</li> </ul>
<b>치과</b>	<p><b>서비스:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 진단</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 수술</li> <li>- 치내요법</li> <li>- 소아치과</li> <li>- 구각, 턱, 안면 수술</li> <li>- 치주병학</li> <li>- 보철 및 미용치과</li> <li>- 치과교정</li> <li>- 교합술</li> </ul> <p><b>진료:</b> 매일(월-토 10.00 - 19.00 , 일요일 9.00 - 17.00 )</p>
<b>물리치료</b>	<p>시설:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 초음파</li> <li>- 근육자극기</li> <li>- 진동기 및 whirlpool sprayer.</li> </ul> <p><b>진료:</b> 매일 (월-금 10.00 - 19.00 , 토, 일 9.00 - 17.00)</p>
<b>연구실</b>	<p>서비스:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 혈액검사</li> <li>- 생검 등 대소변 검사</li> <li>- 연구실 내 혈액은행, 24 시간 연구실</li> <li>- 현지인 대상 취업 전 건강검진</li> </ul>
<b>산부인과</b>	<p>시설:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 출산 전 1 인실, 고급 분만실</li> <li>- 현대적 신생아 설비를 갖춘 신생아실</li> <li>- 인공호흡기, 인큐베이터, 광선요법, 전기유축</li> </ul>

	<p>등의 현대적 의료시설 및 기기</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 정직원 전문의 및 의료전문가</li> </ul>
<b>신생아실</b>	<p>시설:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 현대적 신생아 시설</li> <li>- 인공호흡기, 인큐베이터, 광선요법, 전기유축</li> </ul> <p>등의 현대적 의료시설 및 기기</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 정직원 전문의 혹은 객원 의료전문가</li> </ul>
<b>중환자실</b>	<p>시설:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 중환자실 내 8 개 병상</li> <li>- 심장모니터, 자동 혈압계, 디지털 호흡기, 식염수 자동조절, 모니터 포함 디지털 세동 제거기 등 현대식 구명장비를 갖추</li> </ul>
<b>쇄석술센터</b>	<p>서비스:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 최신식 장비를 통한 요로결석의 비수술적 치료</li> </ul> <p>예: Shockwave Ultrasound.</p>

Sources: based on internet sources of Ek Udon Internation Hospital and survey data.

### **Wattana Hospital Group**

Wattana Hospital Group 은 라오스-태국 친교의 다리(Lao-Thai Friendship Bridge)에서 자동차로 각각 10 분, 45 분 떨어진 Nongkhai, Udonthani 에 병원을 보유하고 있다. 인터넷과 전화로 예약할 수 있으며, 국경을 넘나들며 앰불런스를 운영한다.

Wattana Hospital Group	
신장클리닉	의사 2 명
심장학과	의사 3 명
전염성질환과	의사 1 명
내과	의사 2 명
관절염	의사 1 명
소아과	의사 2 명
외과	의사 2 명
정형외과	의사 5 명
신경학과	의사 1 명 s
비뇨기과	의사 1 명
심혈관 및 흉부외과	의사 1 명
성형외과	의사 4 명
산부인과	의사 3 명
안과	의사 3 명
위장내과	의사 1 명
이비인후과	의사 1 명 s
방사선과	의사 4 명
피부과 및 미용 클리닉	의사 4 명
치과	의사 1 명
일반의학과	의사 3 명

Source: <http://wattanahospital.net>, 04 January 2012

Wattana Hospital Group		
	서비스	설명
1	가정의학 및 바이오메디컬 서비스	<p>* 임상화학 - 당뇨병, 간, 신장 기능, 독극물이나 약물 오용 등의 질환의 진단</p> <p>* 세포학 - 신체 조직 세포 조사(자궁 경부 세포 검사)</p> <p>* 혈액학 - 혈액 세포의 다른 유형의 구조와 기능을 연구, 혈액 세포 수 산정, 헤모글로빈 수준의 이상 유무 확인 및 추정을 통한 빈혈과 백혈병 진단. 혈액 응고의 이상 여부 연구</p> <p><b>병원의 정직원 혈액학자 상주</b></p> <p>* 조직병리학 - 조직 샘플 연구</p> <p>* 면역학 - 알레르기, 백혈병, 종양, 에이즈 등의 질환과 관련이 있는 면역 시스템의 이상 및 장애 조사. 면역학자들이 몇 주간 상주함</p> <p>* 의료 미생물학 - 세균, 곰팡이 및 기생충 등의 미생물의 식별 및 항체에 대한 이들의 취약성 테스트. 수막염, 식중독, 요로감염, 결핵 및 패혈증 등을 진단함</p> <p>* 수혈 과학 - 혈액형 파악 및 환자와 기증자 혈액의 호환성 여부 테스트</p> <p>* 바이러스학 - 간염, HIV, 풍진 및 인플루엔자 등의 바이러스 감염 확인</p>

2	<b>소아과        및 아동발달학</b>	<p>일반소아과</p> <p>소아발달장애</p> <p>소아 알레르기</p> <p>소아 당뇨</p> <p>소아 전염병</p> <p>소아 신장</p> <p>소아 위장학</p>
3	<b>Well        Baby Center</b>	<p>아동 면역</p> <p>유아 발달평가</p> <p>유아 영약</p> <p>유아 행동발달 상담</p>
4	<b>당뇨센터</b>	<p>당뇨병과 내분비 계 장애의 치료에 종합적인 접근 방식을 제공</p> <p>*당뇨병 발병 예방을 위해 당뇨병 전증 식별</p> <p>*태아기 당뇨병에 대한 치료 프로토콜 제공</p> <p>* 눈과 발에 당뇨합병증 예방을 위한 정기검진</p> <p>* 당뇨병환자 눈 및 발 관리</p> <p>* 식사 및 활동 관련 카운셀링</p> <p>* 건강 및 의료교육</p> <p>* 약물투여 관련 상담</p> <p>* 약물에 대한 이상반응 상담</p> <p>* 기타 호르몬성 질병의 파악 및 관리</p> <p>* 환자 친척 대상 당뇨병 검사</p>

		*가정방문 및 홈 헬스케어
5	<b>알레르기 및 천식 센터</b>	<b>알레르기 증상의 진단 및 치료를 위한 종합 프로그램 제공</b> * 천식 및 알레르기성 비염 * 음식 알레르기 * 두드러기 * 만성 기침 * 쏘는 곤충 알레르기 * 약물 이상반응 * 면역요법 * 1차 면역결핍의 평가 및 치료 * 천식환자 흡입기 사용법 상담
6	<b>고혈압</b>	* 고혈압 검사 * 약물요법 관리 * 물리요법 * 영양계획 * 자가검진 상담 * 환자 가정 방문 및 가정 헬스케어
7	<b>소화기 및 간질병 (위장학) 센터</b>	<b>소화기 질환의 진단 및 치료에 대한 종합 접근법 제공</b> * 위장 및 간 질환 진단 및 치료 * 위장관 합병증 예방 * 위장 간염 * 스트레스성 소화기 질환의 진단 및 치료 * 위장암의 조기 진단 및 치료



		* 위내시경
8	<b>예방심장학과</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 심장질환의 조기 발견 및 치료</li> <li>* 심전도 검사</li> <li>* 초음파 심장검진</li> <li>* 심장내과 의사 주중 다수 상주</li> </ul>
9	<b>신장학 센터</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 신장질환 치료</li> <li>* 신장암의 조기발견 및 치료</li> <li>* 예방신장학</li> <li>* 신장질환 말기 환자 대상 혈액투석 센터</li> </ul>
10	<b>정형외과</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 일반 정형외과</li> <li>* 말초신경질환 치료</li> <li>* 소아 정형외과</li> </ul>
11	<b>불임센터</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 호르몬 치료</li> <li>* 인공수정 상담</li> <li>* 불임 상담 및 가족계획</li> <li>* Blastosis 방법을 통한 불임관리</li> <li>* 재생의학 및 인공수정</li> <li>* 피임</li> </ul>
12	<b>부인과</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 부인과 상담</li> <li>* 혼전 클리닉</li> <li>* 산전 클리닉</li> <li>* 산후 케어</li> <li>* 태아 검진</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>* 폐경기 클리닉</li> <li>* 부인과 질병 및 유방암의 조기진단 및 치료</li> <li>* 자궁 내 장치</li> <li>* 유방관리</li> <li>* 유방조영술 및 유방검진</li> <li>* “Thin Prep” 정확성을 보유한 PAP smear 검진</li> </ul>
13	<b>이비인후과</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 이비인후과 상담</li> <li>* 현미경 검진</li> </ul>
14	<b>안과</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 안과질환 검사 및 관리</li> <li>* 시력 종합검사 및 안구암 검사</li> <li>* 안경 조정(fitting)</li> </ul>
15	<b>치과 교정센터</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 검진 및 상담</li> <li>* 예방</li> <li>* 스케일링</li> <li>* 필링</li> <li>* 블리칭</li> </ul> <p><b>소아 치과: 실런트, 불소 치료, 예방 상담, 교정:</b>  기타: 치수 제거(Pulp removal), 신경치료, 치근활택술, 완전 틀니, 의치, 크라운, 브릿지 등</p>
16	<b>피부과</b>	여드름, 기미, 주근깨, 주름, 탈모, 피부암 검사 등 검진 및 상담

		<ul style="list-style-type: none"> <li>* 피부검사</li> <li>* 열대성 피부 질환</li> <li>* 레이저 성형, 주름 및 상처 제거, 제모 등 미용 및 피부관리</li> <li>* 스킨 레이저 센터 검버섯, 사마귀 제거, 켈로이드(Keloids) 치료</li> </ul>
17	<b>재활센터</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 재활 의사</li> <li>* 물리 치료사</li> <li>* 작업 치료사</li> <li>* 침술 치료</li> </ul>
18	<b>노화방지 및 예방의학</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 웰빙프로그램</li> <li>* 노화관리 프로그램</li> <li>* 체중관리 프로그램</li> <li>* 카복시(Carboxy) 치료</li> <li>* 노화방지 및 재생케어</li> <li>* 호르몬 균형 프로그램</li> </ul>
19	<b>해외여행자 클리닉</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 일반 전염병</li> <li>* 열대성 전염병</li> <li>* 여행의약품</li> <li>* 여행 전후 컨설팅 및 카운셀링</li> <li>* 말라리아 등 여행 관련 질병의 예방조치</li> <li>* 예방접종 및 예방접종 증명서</li> <li>* 여행관련 질병의 진단 및 관리</li> </ul>
20	<b>건강검진 및</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 신체검사</li> </ul>

	<b>웰빙센터</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 환자 이력 평가</li> <li>* 체지방(%) 및 분포도 측정</li> <li>* 완전 임상 실험 검진</li> <li>* 종양표지자(tumor marker) 테스트</li> <li>* 방사선</li> <li>* 초음파</li> <li>* 유방조영술 및 유방암 검사</li> <li>* 가정방문 및 홈 헬스케어</li> <li>* 치과 검진</li> <li>* 시력 검사</li> <li>* 완전한 비침윤식 심장검사</li> </ul>
	<b>Wattana 특수 클리닉</b>	<p><b>심장학</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 내부 동맥 전문의의 검진</li> <li>- 급성심근경색 환자 대상 초음파심장검진 및 운동 스트레스 검사(Exercise Stress Test)</li> <li>- 와파린(Warfarin) 특수 클리닉: 와파린의 안전한 사용을 가장 중시하며 와파린의 부작용 평가 및 스크리닝</li> </ul> <p><b>진성 당뇨병 클럽</b></p> <p>전문가가 당뇨환자 관리, 예방관리, 필요한 의료정보 등을 제공함. 응급 지원이 필요한 DM를 주요 대상으로 DM hotline 운영. 당뇨 합병증 예방을 위해 환자들의 눈과 발의 특수관리</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 연중 당뇨클럽 활동</li> <li>- 진성 당뇨병 환자를 전문으로 관리하는 DM 의료팀</li> <li>- 퇴원할 때까지 입원기간 동안 지속적인 케어 제공</li> </ul>

		- (Home Health Care Center) - 자원봉사 네트워크를 통한 지역별로 환자 관리
--	--	---

Source: <http://wattanahospital.net>, 04 January 2012

**Bangkok Hospital Udon:** Prachaveth Hospital 인수로 Udon 지역에 2012 년에 설립됨

가치	약 US\$ 1,800 만
면적	11,200 평방미터
건물	20,000 평방미터 (10 층)
병상 수	120 개
주차장	120 대 수용가능
정직원	- 의료진 20 명 - 간호사 50 명 - 사무직 150 명
확장계획	- 초기 단계로 비엔티안 내 종합진료소 개설 - 50 개 병상의 병원 설립에 대한 타당성 연구 중
전망	첫 5 년간은 20 명의 외래환자와 30 명의 입원환자로 지탱 가능함. 5 년 이후부터는 연간 성장률 15~20% 전망
타겟 시장	비엔티안 주재직원 등 중상층 시장

Sources: Prachachat Online ([www.prachachat.net](http://www.prachachat.net)), ([www.healthfocus.in.th](http://www.healthfocus.in.th))

## VI. 투자 및 건축

### 1. 투자진흥법

라오스는 외국인 직접 투자가 국가의 성장과 발전에 크게 기여 가능성이 있다는 인식하고 있다. 의료 분야의 중요성을 감안하여 투자진흥법 No. 11/NA (2004년 10월 22일) ("투자유치법")에 따라

투자유형과 지역에 따라 1~10년까지 법인세를 면제해준다. 투자유형의 경우 농업, 산업, 수공업, 서비스 분야에 걸쳐 '투자 진흥 대상 섹터'를 세 등급으로 나누었다. (등급 기준은 법에 명시되어 있지 않음). 빈곤 퇴치, 사람들의 삶의 여건 개선, 인프라 구축, 인적 자원 개발, 고용 등 등 정부의 우선순위 활동을 토대로 세 단계로 나누어 진다.

- 1단계: 투자진흥 최우선단계
- 2단계: 투자진흥 우선순위 중간단계
- 3단계: 투자진흥 우선순위 최저단계

투자진흥법 첨부 1에 투자진흥 대상 목록이 포함돼있다. '현대식 민간병원 설립'은 1단계로 분류되어 있다. (code 8790). 이 외 보건섹터 관련 우선순위 활동은 첨부 1의 섹션 7에 포함돼있다.

지역별로는 '투자 진흥지역'을 세 단계로 나누어 인프라가 부족하고 사회경제적 개발이 뒤쳐진 지역을 세 단계로 구분했다. 투자 촉진, 지리적 여건 등을 토대로 투자진흥 지역을 나누었다. 비엔티안 내 대부분 지역은 투자를 지원할 수 있는 우수한 인프라를 갖추었으나 투자 유치 수준이 낮은 Zone 3로 구분되어 있다. 투자진흥법 첨부 2에 투자진흥 지역이 열거되어 있다.

	<b>Zone 1</b>	<b>Zone 2</b>	<b>Zone 3</b>
비엔티안	Sangthong 지역	Pakngum 지역	Chanthaboury 지역 Sikhottabong 지역 Xaysettha 지역 Sisatthanak 지역 Hadsaifong 지역 Nasaithong 지역 Xaythany 지역

## 2. 인센티브 및 세금면제(Tax Holidays)

투자진흥법 54조에 따르면 병원 투자는 다음과 같은 임대료 면제 혹은 토지승인 자격이 주어진다.

- Zone 1: 15년간 임대료 면제 혹은 토지승인
- Zone 2: 10년간 임대료 면제 혹은 토지승인
- Zone 3: 3년간 임대료 면제 혹은 토지승인

현대식 민간병원 설립은 15년간의 임대료 면제 혹은 토지승인을 취득할 수 있으며 사업소득세 면제기간을 5년 추가할 수 있다.

투자진흥법 51조는 Zone 3 에 대한 투자에 대해 다음과 같은 사업소득세 혜택을 명시하고 있다.

- 1단계 투자진흥 활동: 4년간 사업소득세 면제
- 2단계: 2년간 사업소득세 면제
- 3단계: 1년간 사업소득세 면제

현대식 민간병원의 설립은 사업소득세 4년 면제에 해당한다.

또한 동법 52조에 따르면 순수익이 사업확장에 사용되는 경우 차기 회계연도에 사업소득세를 면제받으며 3년 내의 기간동안 재무제표상 손실을 수익에서 차감하여 차기 년도로 이월할 수 있다.

## 3. 직접투자의 제한

투자진흥법 10조는 합작투자에 참여하는 해외투자자는 총 자본의 최소 10%를 출자하도록 규정하고 있다.

합작투자 합의서에서 명시된 경우 해외투자자는 합작투자 내 대주주가 될 수 있다. 투자진흥법 상에 이러한 투자배분을 금지하는 규정은 없다.

기획 및 투자부의 투자진흥부서에서 발표한 2011년 투자가이드는 다음과 같이 구성돼 있다.

1. 개요: 라오스 지도
2. 규제 당국
3. 일반적인 관행, 세제 시스템, 재무적 인센티브
4. 투자형태 및 투자의 조건
5. 투자 승인과정
6. 수입 규제
7. 투자활동 보고
8. 법률적 기본사항 수정에 대한 규제
9. 분쟁의 해결

국내 혹은 외국인 투자자 합작투자의 주주구조에 대한 정부의 가이드라인은 존재하지 않는다. 합작투자의 주주구조는 보통 당사자간 합의에 의해 계약서에 명시하는 형식으로 결정된다.

#### **4. 수익의 해외 송금**

라오스 내 투자에서 파생된 배당금을 해외에 송금하기 위해서는 몇 가지 규제사항만 준수하면 된다. 투자진흥법 68 조에 따르면 세금 및 직원에 대한 급여 지급 등 모든



의무사항을 준수한 경우 외국인 투자자들은 이익을 본국으로 송금할 수 있는 권리가 있다.

#### 1. 배당금의 본국 송금을 위한 외화매입

(No. 1/PC 2008 년 3 월 17 일) 외화 및 중금속 관리법 시행령 5 조에 따르면(2010 년 4 월 2 일 발표 No. 01/BOL) 시중은행은 다음 문서를 제출하는 라오스 국내외에 소재한 개인 혹은 법인이 배당금 송금 목적의 외화 구입 시 판매가 가능하다.

- a) 외화구입 신청서
- b) 배당금 송금에 대한 이사회 혹은 주주회의의 의결문
- c) 외국인 투자 라이선스
- d) 법인등록 라이선스

외화 매입에 대한 특별한 제약은 없다. 참고로 라오스 중앙은행 금융정책국의 외화관리부서장인 MS Vinekham Lounthone 이 2010 년 8 월 11 일("라오스 중앙은행 성명문")에 발표한 내용에 따르면 최근 수력발전 프로젝트를 중심으로 해외직접투자가 증가해 외화의 유입이 증가함에 따라 외화 매입 거래가 원활하게 이루어지고 있다.

#### 2. 배당금 송금을 위한 외환 이체

2010 년 라오스 중앙은행 규칙 23 조에 따르면 외국인 투자자는 다음 문서 제출 후 라오스의 시중은행을 통해 해외로 배당금 송금이 가능하다.

- a) 해외송금 신청서
- b) 시중은행의 계좌내역서
- c) 라오스 중앙은행이 발급한 자금수입인증서(Capital Importation Certificate)
- d) 세금납부 확인서

e) 배당금 송금에 대한 이사회 혹은 주주회의의 의결문

라오스 중앙은행의 성명문은 IMF와의 계약 제 8 조에 따라 해외로의 외화송금이 자유롭게 이루어지고 있음을 확인하고 있다. 그뿐만 아니라 법적으로나 관행적으로 배당금 송금을 위한 외환 전송과 관련하여 중앙은행에 보고하거나 승인을 받을 필요가 없음을 확인해주고 있다. 송금은 전자적으로 시중은행에서 이루어지며 이들 송금에 대한 중앙은행 보고 매커니즘은 해당 시중은행이 관리한다.

## 5. 토지

- 비엔티안 내 일부 구와 동의 평방미터 당 토지가격

위치(비엔티안)	라오스 Kip/ 평방미터
Napok Village, Xaythany District	130,000
Xangku Village, Xaythany District	2,800,000
Sumkhet Village	150,000
Donkoy Village, near Sethathirath Hospital	950,000
Xangda Village	150,000
Dongsavath Village	550,000
Phonngam Village, Xaythany District	80,000
Paksabmai Village, Xaythany District	80,000
Nongkheo Village	650,000
Nonnieng Village	800,000
Dongmakhai Village, Xaythany District	78,000
Sisathanak District	1,600,00

Source: Vientianemai Newspapers

- 토지 임대 기간은 임대인과의 협상에 따라 상이하다.

국가토지국이 2008년 5월 9일에 발표한 No. 499 토지측정 수수료에 대한 임시결정안 2조에 따르면 건축용 토지에 대한 서비스 수수료는 다음과 같다.

	측정지대	구획 당 기본요금 (라오스 Kip)	서비스 요금(라오스 Kip/m2)		
			도시	외곽지역	지방
1	평지	250,000 (\$31.25)	50 (\$0.00625)	45 (\$0.0056)	35 (\$0.0043)
2	고지대	200,000 (\$25)	40 (\$0.0050)	35 (\$0.0043)	30 (\$0.00375)
3	산악지대	150,000 (\$18.75)	30 (\$0.00375)	25 (\$0.0031)	20 (\$0.0025)

## 6. 토지법

토지법 No. 04/NA(2003년 10월 21일)은 헌법 정신에 따라 “국가 지역사회”가 토지를 소유한다고 밝히고 있다. 즉 자국민과 외국인 모두, 개인과 조직을 불문하고, 토지를 소유할 수 없다. 다만 개인과 법인은 소유권에 대한 자유보유 혹은 민법상 생산활동 목적으로 장기적으로 토지를 사용할 수 있는 권리인 “사용권”과 유사한 “토지사용권”을 부여받을 수 있다.

투자진흥법 58조 No. 2/NA(2009년 7월 8일)에 따르면 US \$ 50 만 규모의 등록 자본을 보유한 외국 투자가는 관련 당국과의 합의 하에 투자 배분 및 일정에 따라 주거용 주택 혹은 사무용 건물 건설을 위한 토지를 정부로부터 구입할 수 있다. 투자진흥법 시행령 50조 No. 119/PM(2011년 4월 20일)에 따르면 상기의 경우 구입가능한 토지 규모는 800 평방미터이며 토지사용권은 정부로부터 1 회만

구입이 가능하다. 또한 동 시행령 52 조에 따라 해외투자자는 동 시행령 50 조의 모든 조건을 충족하는 다른 투자자에 토지사용권을 양도할 수 있는 권한이 있다. 양도된 토지사용권의 조건은 토지 타이틀 상 명시된 잔여기한 한도 내에서 유효하다. 동 시행령 53 조는 토지사용권을 수여받는 해외투자자의 의무를 다음과 같이 명시하고 있다.

- 토지사용권의 구입가격은 시가 기준으로 지급
- 토지사용권 이전에 대한 수수료 지급
- 라오스 법규에 명시된 비율의 토지사용권 연간 수수료 지급

이러한 제약 외에도 외국인 개인 혹은 합작투자사를 포함한 해외투자법인은 라오스 국민으로부터 토지를 대여받거나 주 당국으로부터 토지승인을 받는 데에 제약이 있다.(토지법 64 조). 토지법 65 조에 따르면 토지의 특징, 규모, 운영의 조건 등을 토대로 토지 임대나 토지 승인의 결정된다. 라오스 국민이 해외투자자에 토지를 대여할 수 있는 최대 기간은 30 년이나 중앙 정부의 결정에 따라 케이스 별로 연장이 가능하다. 주 정부가 해외투자자에 토지를 대여 혹은 승인할 수 있는 최대 기간은 50 년이나 케이스 별로 연장이 가능하다. 그러나 이들 지역은 비엔티안 외곽지역으로 도시 계획 및 상업시설 개발 계획이 이들 지역으로까지 확산되기 전까지는 병원 설립 타당성이 낮다.

토지법 66 조에 따르면 임대 혹은 토지승인을 득한 외국인은 다음과 같은 혜택을 받게 된다.

- 토지임대 및 승인 계약과 관련하여 개인자산을 매각할 수 있음

- 상기 개인자산을 은행 및 기타 금융기관과의 거래시 담보로 사용할 수 있음; 고정자산을 담보로 사용할 경우에는 주 당국의 사전 승인을 취득해야 함
- 본 계약 상 임대기간을 초과하지 않는 한도 내에서 토지를 재임대할 수 있음
- 대여 혹은 승인을 취득한 토지를 상속을 통해 물려줄 수 있음
- 주 정부의 사전 승인을 취득하여 대여 계약 혹은 승인 계약서를 자본출자시 활용할 수 있음

## 7. 라오스 빌딩 관련 규제

라오스의 건축 및 건설 규정은 하나의 법안에 모두 담겨있지 않다. 건축 및 건설 허가의 취득은 프로세스 중심으로 이루어 지므로 허가 취득을 위해서는 개발업자가 건축 관련 당국과 관련된 필수 승인 사항에 대해 숙지하고 있어야 한다. 아래 표는 라오스에서 건설 허가를 받기위한 전형적인 절차를 기술한 것이다. 이 내용은 관련 기관, 예상 신청 횟수, 비용 등을 파악하는 데에 유용한 가이드이기는 하지만, 도시 계획 법안 No. 03-99/NA (1999 년 4 월 3 일) 및 토지법 No.61/ PO (5 2003 년 11 월)을 반드시 확인하고 참고해야 한다.

### International Finance Corporation, 세계은행의 ‘Doing Business Project’ 상 라오스의 건축허가 절차 (2012 년 6 월)

No.	절차	소요시간 (일)	비용 (LAK)

1	<p>건축 승인을 받기 위한 신청서 구입</p> <p>해당 지역 건축 담당 부서에 건축 승인을 신청하기 위해 신청서를 구입함. 비엔티안현은 4 개 구로 나뉘어 지며, 각 구는 동으로 이루어짐.</p> <p>담당 기관: 구 건설 담당 부서</p>	1	20,000
2	<p>주거증명서 요청 및 동장 승인 취득</p> <p>신청자(회사 매니저)가 영구 주거지가 있음을 증명하는 주거증명서를 취득함</p> <p>담당 기관: 동장</p>	1	40,000
3	<p>건설 현장의 위치를 설명하는 지도, 부지의 기술적 특성을 설명하는 지도를 요청하고 받음</p> <p>건설사는 구 토지관리 당국으로부터 건설 현장의 위치를 상세히 설명하는 지도 (축도 1:5,000 부터 1:20,000)를 취득해야 함. 또한 같은 당국으로부터 주변도로, 내부 도로, 기존 건물, 벽, 전봇대 등 해당 부지의 기술적 특성을 상술하는 지도 (축도 1:5,000 부터 1:20,000)를 취득해야 함</p> <p>담당 기관: 구 토지관리 당국</p>	14	60,000
4	<p>구 건축 담당 부서에 건축 승인 신청서 제출</p> <p>건설사는 토지 타이틀 및 상기 문서(사본 각 4 부씩)를 신청서와 함께 제출함. 구 건축 담당 부서에서 해당</p>	1	50,000

	<p>자산을 조사함. 조사관이 신청을 승인하면 구청장은 신청서에 서명함. 200 평방미터 이상의 건물의 경우, 구청장 최종 승인을 위해 비엔티안 현에 서한을 보냄. 구의 건축담당 부서는 서한이 비엔티안 현에 전달되었음을 신청자에 알림</p> <p>기관: 구 건축 담당 부서</p>		
5	<p>구 건축담당 부서로부터 사전 조사 받음</p> <p>조사관이 신청을 승인하면 구청장은 신청서에 서명함. 200 평방미터 이상의 건물의 경우, 구청장 최종 승인을 위해 비엔티안 현의 건축 및 도시계획실에 서한을 보냄. 구의 건축담당 부서는 서한이 비엔티안 현에 전달되었음을 신청자에 알림</p> <p>기관: 구 건축담당 부서</p>	1	비용 없음
6	<p>비엔티안 현의 조사 수행</p> <p>조사관은 건설계획이 건축규제에 부합하는지 검증함</p> <p>기관: 비엔티안</p>	1	비용 없음
7	<p>비엔티안 현의 건축 허가 취득</p> <p>건축계획 승인 후 비엔티안 현의 건축 및 도시계획실은 승인서를 받아가도록 신청자에 연락함.</p>	30	710,300

	30 일 안에 별도 연락이 없는 경우 건축계획안은 승인받으로 간주됨  담당 기관: 비엔티안		
8	건축관리위원회의 조사-I  조사위원회는 시공 전후, 시공 과정 중 여러 차례에 걸쳐 조사를 진행함. 사전작업, 굴착작업, 기초공사, 콘크리트 작업, 슬라브 용 철강작업, 프레임, 습기방지 코스, 배수, 목재비계, 전기, 배관(수도), 환경, 위생(하수), 건물의 주변환경, 구조물, 최종 검사 등을 조사할 수 있음  담당 기관: 건축관리위원회	1	비용 없음
9	건축관리위원회의 조사 - II  담당 기관: 건축관리위원회	1	비용 없음
10	건축관리위원회의 조사 - III  담당 기관: 건축관리위원회	1	비용 없음
11	건축관리위원회의 조사 - IV  담당 기관: 건축관리위원회	1	비용 없음
12	건축관리위원회의 조사 - V  담당 기관: 건축관리위원회	1	비용 없음



13	건축관리위원회의 조사 - VI  담당 기관: 건축관리위원회	1	비용 없음
14	건축관리위원회의 조사 - VII  담당 기관: 건축관리위원회	1	비용 없음
15	건축관리위원회의 조사 - VIII  담당 기관: 건축관리위원회	1	비용 없음
16	건축관리위원회의 조사 - IX  담당 기관: 건축관리위원회	1	비용 없음
17	건축관리위원회의 조사 - X  담당 기관: 건축관리위원회	1	비용 없음
18	건축관리위원회의 조사 - XI  담당 기관: 건축관리위원회	1	비용 없음
19	건축관리위원회의 조사 - XII  담당 기관: 건축관리위원회	1	비용 없음
20	Request and receive final inspection from 건축관리위원회의 최종 조사 신청  건축 완료 후 프로젝트 소유자 나 건물 소유자는 발급된 건축 허가서에 따라 서면으로 건축	1	비용 없음

	<p>관리위원회 (CMC)에 완료된 건설 현장에 대한 조사를 요청함. 건설 규정, 주택 및 도시 계획 부를 준수 할 경우 국가 자산 및 주택 부와 조정하여 공식 건설 증명서를 발급함 (공식 건설 인증서란 CMC 에서 법규준수를 인정하여 발급한 인증서를 의미함)</p> <p>규제 No.1512 (1991 년 9 월 28 일)는 Decision No. 7681 (dated June 29, 2005 년 6 월 29 일)로 교체됨.</p> <p>담당 기관: 건축관리위원회</p>		
21	건축작업 완료 인증서 취득	20	비용 없음
*22	<p>상수도 신청 및 연결</p> <p>건물이 들어설 부지에 상수도를 연결하기 위해서는 신청자는 건축 허가서 혹은 공식 건축 인증서를 신청서에 동봉해야 함</p> <p>담당 기관: 라오스 수도국(Water Supply Authority of Lao PDR (WASA))</p>	45	3,000,000
*23	<p>전화선 신청 및 연결</p> <p>건물이 들어설 부지에 전화선을 연결하기 위해서는 신청자는 건축 허가서 혹은 공식 건축 인증서를 신청서에 동봉해야 함</p> <p>담당 기관: ETL(Enterprise of Telecommunications Lao)</p>	30	900,000

\* 다른 절차와 동시에 진행

도시계획법은 라오스 전국 및 지역별 구조물의 구조물의 건축 및 관리, 토지사용 등에 대한 원칙, 규정 및 조치 등을 규정하고 있다. 개발업자는 토지 임대 혹은 승인을 받은 지역이 도시등록계획에 해당하는지 반드시 사전에 확인해야 한다. 도시계획법 가운데 특히 다음 조항을 준수해야만 모든 관련 법규를 준수할 수 있다.

- **5 조. 도시계획에 따른 의무:** 국내외 개인 및 기관은 도시계획을 엄격히 준수해야 함
- **19 조. 도시계획 하의 토지 사용:** 토지법을 준수해야 하며 고지대에 집중적으로 건축; 주차공간이 충분하고 교통이 편리해야 함
- **25 조. 도시계획에 해당하지 않는 도시:** 모든 건축 및 건물은 커뮤니케이션, 교통, 우편, 건축부가 발행하는 규제에 따름
- **27 조. 건축 및 대대적인 수리에 대한 승인:** 도시계획 상의 규제와 일관되어야 함
- **28 조. 건축 및 수리 지침준수 확인:** 도시계획 사무당국이 최종 검사를 통해 확인서 발급
- **29 조. 건축 및 수리 후 사무처리:** 당국의 모니터링과 검사로 도시계획 상의 규제 준수여부 확인
- **34-38 조. 커뮤니케이션, 교통, 우편, 건축부의 권한과 의무; 지방, 시, 특수구역의 구분; 도시개발 및 사무관할 당국; 동 관련:** 도시계획 실행 모니터링 및 평가

- **Part VI. 위반 시 조치:** 재교육, 보상, 벌금, 처벌조치, 추가조치(사업정지, 라이선스 취소, 비승인 건축물 및 보수작업의 파기)

*토지법* No. 61/PO (5 November 2003)

토지법 19 조에 따르면 도시계획 하의 토지(건축용 부지 등)에 해당하는 토지법 준수를 의무화 하고 있다. 아래 법규를 준수해야 함

- **Chapter 9. 건축부지의 관리:** 국가토지관리국의 권한인 건축부지의 관리와 이들 부지의 관리, 보호, 개발에 대한 규제
- **Article 41. 건축부지의 사용에 대한 규제:** 토지의 사용의 특정 개인이 아닌 다수의 이익에 부합해야 하며 해당 기관과 사전에 협의해야 함; 모든 건축 과정은 타운개발기관의 승인을 득해야 하며 타운 계획 규제에 따라 진행되어야 함; 기술표준을 준수해야 하며 환경을 보호해야 함
- **Article 42. 건축부지 사용권의 결정:** 실제 조직의 규모에 따라 건축부지 사용권 승인

*관리 및 기술적 가이드라인: 수도공급*

공공사업 및 교통부 산하의 주택 및 도시계획부서에서 주택, 도시계획, 전국의 수도공급을 매크로 레벨에서 관리, 처리한다. 주택 및 도시계획부서는 도시개발 시 수도공급을 위한 건축과 적절한 운영 및 유지에 대한 가이드라인을 제공한다.

*관리 및 기술적 가이드라인 (라오스) (2008 년 2 월 3 일)*

- *Volume A – 수도공급 섹터의 개요*
- *Volume B – 타당성 계획수립*

- Volume C – 기술적 가이드라인
- Volume D – 건축, 운영, 유지보수
- Volume E – 기술적 도면

수도관 배치 및 서비스 설치 매뉴얼 (2006 년 3 월 29 일)도 참고할 필요가 있다.

이와 같은 기술적 가이드라인은 담당 부서가 라오스의 수도공급 체계에 대한 일관된 설계와 건축 관행을 실현하기 위해 가지고 있는 전략적 사고와 기획 프로세스를 반영하고 있다. 개발업자, 건축 도급업체는 이들 가이드라인 상의 요건을 충족하거나 전문가의 자문 혹은 인증을 통해 표준을 준수하는 것이 중요하다.

## VI. 권고안

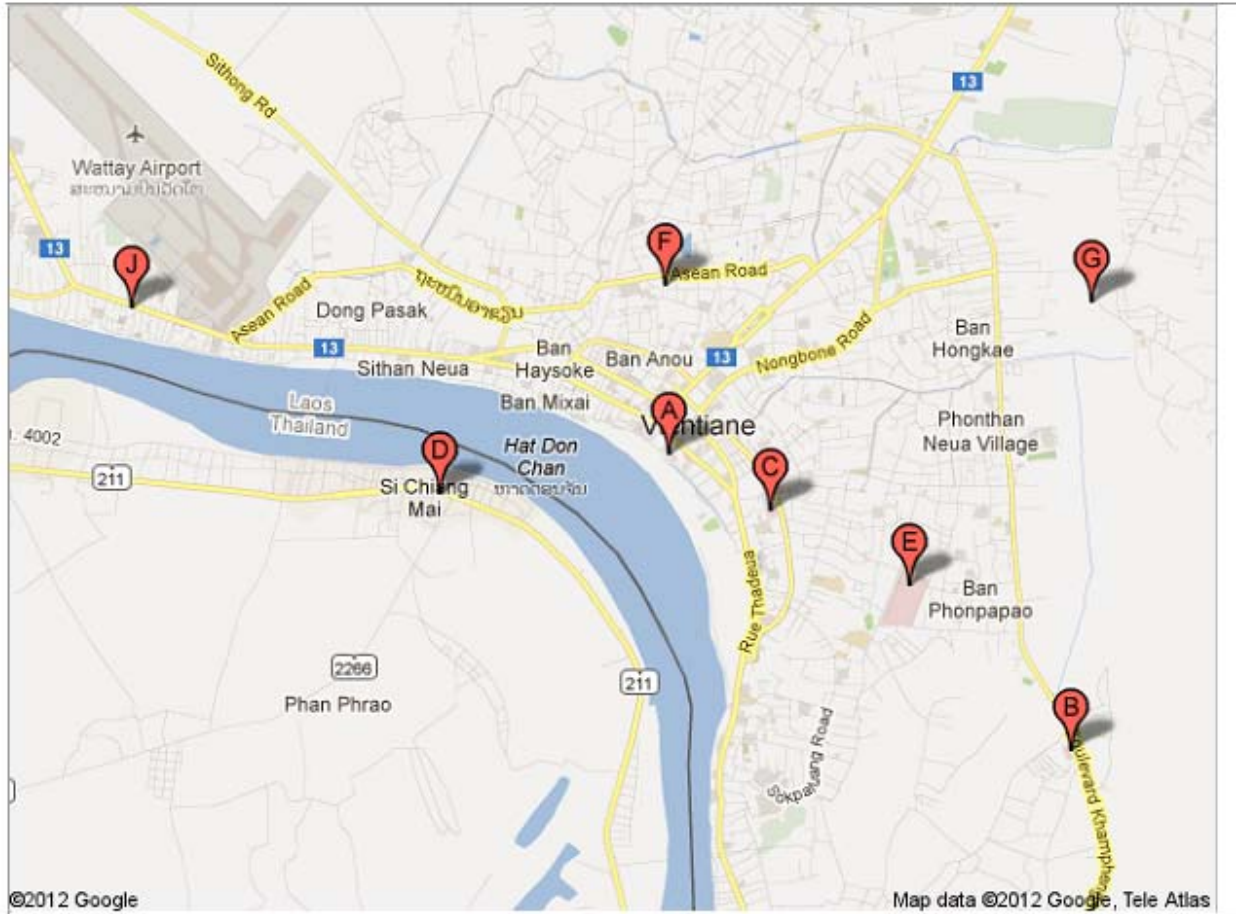
### 취약점

- 헬스케어 분야에 대한 정부지출이 여전히 매우 적음
- 빈곤지역 내 서비스 퀄리티가 낮고 의료 서비스에 대한 접근성에 장벽이 존재해 보건 서비스의 효과적인 전달에 상당한 어려움이 존재하며 이로 인해 공공 의료시설의 이용률이 저조함
- 기존 사회적 보건보호 시스템의 커버리지가 충분하지 않음
- 의료 실비지출 비중이 높은 현 상태에서는 라오스 전 국민, 적어도 극빈층 및 사회적 보호 취약층에게 양질의 헬스케어를 공평하게 제공한다는 목표는 달성불가능 하거나 달성이 어려운 과제임
- 비전염성 질환, 상해, 정신질환 등의 발병률이 상승하고 있으나 애를 해결하기 위한 (공공, 민간분야의) 투자는 여전히 미진함

- (광업, 수력발전, 상업적 목적의 대규모 농장, 도로건설 등) 빠른 속도의 개발활동, 기후변화 등은 라오스 국민의 보건에 직간접적 영향을 끼치고 있음
- 글로벌 금융 및 경제위기는 라오스와 같은 개도국의 보건에 대한 투자수준에 영향을 끼침
- 라오스는 국제기구 원조에 대한 의존도가 높음

## VII. 첨부

### 중앙병원



**A. 1.) Mahosot Hospital and 2.) Mother and Child Hospital (MCH)**

**B. Setthathirath Hospital**

C. Hospital 109

D. Si Chiang Mai Hospital (태국)

E. Hospital 103

F. Chanthabouly District Hospital

G. Saysettha District Hospital

**H. Mittaphab Hospital(병상 150개)**

I. Sisattanak District Hospital

## 비엔티안 3개 중앙병원의 의료진 자격요건

	자격요건	병원		
		Mittaphab	Mahosot	Setthathirath
학사 이상	석사	6	3	6
	박사	20	45	16
	전문의 (학사 2년이상, 박사과 동일)	33	68	29
	기술직 (학사 6-12개월 이상의 병원에서의 직접적인 경험)	3	15	3
	약학학사			6
	의학학사			39
	방사선 학사			3
	간호학사			12
	치과학사			5
	학사	79	126	16
	<b>고급 인력수</b>	<b>141</b>	<b>257</b>	<b>135</b>
	고급	15	40	18
중등3차교육	인력			11
	간호사			72
	진단			19
	치과			3



	약사			12
	물리치료			16
	기타			7
	<b>중등3차교육 인력수</b>	<b>191</b>	<b>340</b>	<b>158</b>
<b>초등3차교육</b>	간호사			47
	약사			1
	물리치료사			2
	방사선			1
	방사선 총 인력			2
	<b>초등3차교육 인력수</b>	<b>38</b>	<b>62</b>	<b>53</b>

## 전국 인력 현황

### 1/ 10,000명당 의사 및 의료보조사 수

지방 및 중앙	의사		의료보조사	
	수	10만명당	수	10만명당
비엔티안	562	7	151	1.9
중앙	493	n/a	96	n/a

Notes: 중앙은 비엔티안 포함

### 2/ 10,000명당 치과의사 및 의료보조사 수

지방 및 중앙	치과의사		의료보조사	
	수	10만명당	수	10만명당
비엔티안	122	1.5	23	0.3
중앙	102	n/a	12	n/a

Notes: 중앙은 비엔티안 포함

### 3/ 10만명당 간호사(고급/중급/초급) 수

지방 및 중앙	고급		중급		초급	
	수	10만명당	수	10만명당	수	10만명당
비엔티안	63	0.8	283	3.5	264	3.3
중앙	57	n/a	258	n/a	145	n/a

Notes: 중앙은 비엔티안 포함

4/ 10만명당 물리치료사/정형외과 보조사 수

지방 및 중앙	물리치료사		정형외과	
	수	10만명당	수	10만명당
비엔티안	105	1.3	24	0.3
중앙	94	n/a	23	n/a

Notes: 중앙은 비엔티안 포함

5/ 10만명 당 석사 이상 인력수

지방 및 중앙	PHD	석사	학사	Total
비엔티안	2	9	4	15
중앙	40	333	216	589

Notes: 중앙은 비엔티안 제외

6/3차 고등교육 미만 수료자 수

지방 및 중앙	학사	고등	중등	초급	일반 직원	Total
비엔티안	116	9	218	175	1	519
중앙	927	85	967	255	35	2,269

Notes: 중앙은 비엔티안 포함

7/ 중앙/지역병원 수, 직원 규모, 병상 당 평균 직원 수

지역	수	병상 수	직원 수	병상 1개 당 직원 수

비엔티안	0	n/a	n/a	n/a
중앙	7	979	1,588	1.6
Mahosot Hospital	1	450	646	1.4
Mittaphap Hospital	1	150	343	2.3
Setthathirath	1	186	303	1.6

#### 8/ 약국 수

지역	Level 1	Level 2	Level 3	Total	약국 1개 당 인구
비엔티안	147	248	118	513	1,571

Notes: 2013년 1월 6일 보건부와의 인터뷰에 따르면 약국 수는 총 894임 (source: [www.healthfocus.in.th](http://www.healthfocus.in.th))

#### 9/ 의원 수

지역	승인 완료	승인 신청 과정 중
비엔티안	96	322

## 의료장비 기부

비엔티안 중앙병원은 정기적으로 각국 정부, NGO, 지원기구 등으로부터 의료장비를 기부 받고 있다. 최근 기부 내역은 다음과 같다..

날짜	병원	기부기관	내역	가치
2011/2/16	Mahosot	Mr Bouasone Boupavanh (former Prime Minister)	- Echographie 두대 : ultrasound/ sonography - Ventilator Crosscent. 유아용 호흡지원기 두대 - 인큐베이터 두대, 유아용 래디언트 워머 - Foetal monitor 두 대 - Ultrasound Probe Vaginal Fukuda. 두 대	US\$ 174,150
2012 년 4 월	Mother and Child	Japan International Cooperation Agency	- 명시되지 않음	US\$16,000
2012 년 4 월	Mother and Child	Swiss Government	- Ultrasound machines - 유아 인큐베이터 - 유아 모니터링 기기 - Syringe pumps - 출산용 병상 - Cardiotocographs - 산모와 신생아 케어 용품	US\$1,000,000
2012 년 3 월 30 일	Mittaphab	Sante France-Laos	- 심장 측정기 - 중환자실 의료장비	20,000 EUR

### 비엔티안에 소재한 민간의원

No.	의원명	주소
1	Boauthep Clinic	Thatkhao Village, Sisattanak Dist, 비엔티안.
2	Chomcheng Clinic	134 Unit 09, Thadeua Rd, Ban Chomcheng, Sisattanak Dist, Tel: 020 5569 3915
3	Dr. Bounlang Gyneco - Obstretic	180 Unit 15, Ban Thatluang Tai, Xaysettha Dist, Tel: 021 413560
4	Dr. Keovongxay Clinic	121 Unit 08, Souphanouvong Ave, Ban Sikhay Thong Tai, Sikhottabong Dist, Tel: 021 512141
5	Dr. Kharn Clinic	222/2 Unit 17, Viengchaleun St, Ban Viengchaleun, Xaysettha Dist, Tel: 020 5551 6781
6	Dr. Phatthakhone Clinic	361 Unit 29, Asean Rd, Ban Dongmiang, Chanthabury Dist, Tel: 021 215619
7	Dr. Phitsamay Clinic	205 Unit 14, Asean Rd, Ban Nongdouang Tai, Tel: 030 980 5831
8	Dr. Thongkham Koummalasy Clinic	232 Unit 16, Setthathirath Rd, Ban Simeuang, Sisattanak Dist, Tel: 021 22 2613
9	French Clinic 1	81/6 Nongbone St, Tel: 021 24 3696
10	French Clinbic 2	320 Asean Rd, Ban Oupmoung, Sikhottabong Dist, Tel: 021 26 3354
11	French Embassy Medical Clinic	Ban Simeung, Sisattanak Dist, Tel: 021 21 4150
12	Hongkham Clinic	Kamphengmeuang St, Ban Donkoy, Sisattanak Dist, Tel: 021 48 0559
13	Khamthavy Clinic	017 Unit 01, Francois Ngin St, Ban Mixay, Chanthabuly Dist, Tel: 021 216524
14	Kongkwan Aesthetic Clinic	Thadeua Rd, Ban Beungkhanyong, Sisattanak Dist, Tel: 48 5069
15	Dr. Khampha Clinic	N/A
16	Lao – China Medicine Clinic No. 104	325 Unit 13. Dongpaina St, Ban Phonsinouan, Sisattanak Dist, Tel: 021 41 2914

17	Lao – Inter Clinic (Dr. Sivixay Thammalangsy)	036 Unit 03, FrancoisNgin St, Ban Mixay, Chanthabuly Dist, Tel: 021 21 6054
18	Lao – Viet Hitech Poly Clinic	263 Unit 14, Mittaphab Lao - That St, Ban Saphanthong Tai, Sisattanak Dist, Tel: 020 5560 1879
19	Laphin Clinic	157/1 Unit 17, Souphanouvong Ave, Ban Wattay Noi, Sikhottabong Dist, Tel: 021 22 2873
20	Lattana Clinic	Phonethan Village, Xaysettha Dist, 비엔티안.
21	Latsavong Clinic	07 Unit 01, Kaysone Phomvihane Rd, Ban Phonphanao, Xaysettha Dist, Tel: 021 41 2323
22	Lorye Soctouky Clinic	177 Unit 20, Sisavat St, Ban Sisavatkang, Tel: 020 5540 0630
23	Mekong Clinic	144/01 Unit 08, Tatmai St, Ban Hatsady, Chanthabury Dist, Tel: 021 222879
24	Dr. Ouan Clinic	N/A
25	Pain Clinic	Viengchaleun St, Ban Viengchaleun, Xaysettha Dist, Tel: 021 41 5646
26	Phoxay Clinic	075 Unit 06, Thadeua Rd, Ban Phoxay, Sisattanak Dist, Tel: 021 31 4196
27	Dr. Phuvong Clinic	N/A
28	Rasamoungkhoun Clinic	076 Unit 05, Samsenthai Rd, Ban KaoNyot, Sisattanak Dist, Tel: 021 21 6813
29	Saykham Clinic	030 Unit 03, Route 13 North, Ban Ilay, Naxaithong Dist, Tel: 020 2244 3445
30	Sengsouvanh Clinic	02 Unit 01, Te 4 Rd, Ban Phonthan Tai, Xaysettha Dist, Tel: 020 5561 3094
31	Vetsaphong Clinic	001 Unit 08, Sisavat St, Ban Sailom, Chanthabuly Dist, Tel: 021 25 4648
32	Somsay Clinic	Ban Fai Village, Xaysettha Dist, 비엔티안

프로필	Mittaphab	Mahosot	Setthathirath	Mother and Child Hospital	Lao-Korea National Children's Friendship Hospital
소유구조	공공	공공	공공		
설립연도		1910	2001		2011
지역	비엔티안/외곽 지역	비엔티안/외곽지역	비엔티안 / 외곽지역		
특화분야	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 뼈 수술;</li> <li>- 뇌 수술;</li> <li>- 인공신장 (혈액 교체).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 위장 수술;</li> <li>- 배출 시스템</li> <li>- 심혈관질환.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 전염성 질환;</li> <li>- 암;</li> <li>- 소화.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 부인과 수술;</li> <li>- 위생절차;</li> <li>- 부인과 암;</li> <li>- 인공수정</li> <li>- 부인과 소화 질환;</li> <li>- 신생아;</li> <li>- 신생아 성장 및 발달.</li> </ul>	신생아 유아동
ER 설비	24시간 응급실	24시간 응급실	24시간 응급실		
병상수	208	450	250		70
부서	28	37			
인증					
자회사/파트너십					

비엔티안 주요 병원 프로필





VI

**코스타리카 의료시장 환경  
조사보고서(스페인어)**



# INFORME SOBRE EL SECTOR SALUD DE COSTA RICA

Diciembre, 2012

*KOTRA*

## Indice

1. Antecedentes y datos de interés para el Estudio.....	4
1.1 Datos geográficos.....	4
1.2 División administrativa.....	5
1.3 Perfil demográfico.....	7
1.4 Mortalidad .....	9
1.5 Estructura poblacional .....	10
1.6 Desarrollo humano y social.....	13
1.7 Gasto Público .....	19
1.8 Tasa de Inflación .....	20
1.9 Pobreza .....	24
1.10 Empleo .....	26
1.11 Acceso a tecnologías .....	28
2. Estudio de las Condiciones locales y factores para Entrada al mercado/sector salud de Costa Rica.....	29
2.1 Sector Salud y Sistema Nacional de Salud de Costa Rica .....	30
2.2 Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) .....	31
2.3 Autonomía constitucional de la CCSS .....	33
2.4 Misión, Visión y Valores de la CCSS.....	33
2.5 Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) .....	34
2.6 Organización y estructura de la CCSS.....	35
2.7 Gerencia Médica de la CCSS.....	37
2.8 Redes hospitalarias .....	38
2.9 I Nivel de atención .....	39
2.10 II y III Nivel de Atención .....	40
3. Producción de los servicios de salud de atención directa a las personas ambulatorios .....	43
4. Servicios de atención directa a las personas hospitalarios .....	48
5. Sector hospitalario privado en Costa Rica .....	72
6. Situación actual de los seguros médicos en Costa Rica .....	84
7. Recurso humano en salud .....	87
7.1 Personal contratado por la CCSS.....	92

7.2	Escala salarial de los profesionales principales de Ciencias de la Salud, Diplomados y Técnicos	93
8.	Permiso de trabajo para personal en salud coreano en Costa Rica.....	96
9.	Equipamiento médico e infraestructura en la CCSS .....	98
9.1	Estado actual de la infraestructura de la CCSS .....	100
10.	Listas de espera en la CCSS .....	102
11.	Procedimientos de adquisición y costos de referencia de equipos médicos, suministros y sistemas de información en los hospitales y otras unidades de la CCSS .....	103
11.1	Equipos médicos .....	105
11.2	Suministros médicos .....	106
11.3	Sistemas de Información (Nivel Central CCSS).....	108
11.4	Percepción sobre los equipos coreanos.....	109
12.	Construcción y equipamiento de centros de salud en Costa Rica .....	111
12.1	Proyectos de infraestructura y equipamiento durante 2011 en la CCSS.....	113
12.2	Proyectos de infraestructura y equipamiento más relevantes en marcha para 2012 y 2013 en la CCSS (Hospitales Nacionales).....	116
12.3	Inventario de equipos médicos de los principales hospitales de la CCSS .....	117
12.4	Empresas que participan en la construcción de centros de salud .....	120
13.1	Creación de empresas en Costa Rica .....	122
13.1.1	Formas de operación y regímenes especiales .....	125
13.1.2	Permisos para la operación.....	131
13.1.3	Cargas sociales .....	133
13.1.4	Visa de trabajo para ciudadanos extranjeros .....	134
13.1.5	Trámites de evaluación ambiental .....	136
13.1.6	Cronogramas estimados para empresas.....	137
13.2	Proceso de importación y exportación de productos entre Costa Rica y Corea del Sur .....	140
13.2.1	Puertos y aduanas principales de Costa Rica .....	140
13.2.2	Costos adicionales a mercancías puestas FOB o CIF .....	143
13.2.3	Arancel para equipos médicos .....	144
13.2.4	Impuestos al valor agregado .....	145
13.2.5	Datos de logística entre Costa Rica y Corea.....	146
13.3	Requisitos para participar en licitaciones o construcciones de hospitales.....	150

13.4 Acreditaciones o certificaciones necesarias para la operación de centros médicos en Costa Rica  
153

# 1. Antecedentes y datos de interés para el Estudio

## 1.1 Datos geográficos

Costa Rica es un país ubicado en América Central, que limita al norte con Nicaragua, al sureste con Panamá, el océano Pacífico baña su costa oeste, mientras que el mar Caribe la del este. Costa Rica está localizada en el centro del istmo centroamericano, entre las latitudes 8° 02' 26" y 11° 13' 12" norte y las longitudes 82° 33' 48" y 85° 57' 57" oeste.

Su extensión territorial es de 51.100 Km<sup>2</sup>. Es un país tropical, con seis microclimas:

**-Periglacial**, sobrepasan los 3500 metros de altitud, su temperatura es de 0° C, característico de los cerros Chirripó y Kamuk.

**-Frío del páramo**, entre 3100 y 3500 metros de altitud, con temperaturas por arriba de los 0°C, se da en partes de los volcanes Irazú y Poás así como en algunas cumbres de la cordillera de Talamanca.

**-Templado cálido**, sobre los 1500 metros de altitud, su temperatura oscila entre los 14 y 18°C, su estación seca puede alcanzar los 4 meses, con precipitaciones de 1900 a 2000 mm.

**-Tropical húmedo**, se desarrolla hasta los 1100 metros, temperaturas entre 25 y 26 °C, con precipitaciones sobre los 3500 mm, clima característico del Caribe y las llanuras del norte, no tiene una estación seca marcada, pero hay disminución de las lluvias en los meses de octubre y febrero. Condiciones semejantes se presentan en el Golfo Dulce y el Valle del General, pero presentan un mes claramente seco.

**- Tropical con estación seca**, se encuentra en todo el litoral Pacífico, con temperaturas de 26 y 27°C como promedio, esta región se subdivide en dos, de Punta Uvita hasta Puntarenas que presenta de tres a cuatro meses de aridez, y de Puntarenas hasta la frontera norte con mayor grado de aridez (de 5 a 6 meses)

**-Clima de los valles intermontanos**, con altitudes de 1000 a 1100 metros, temperaturas entre los 14 y 18 °C, las precipitaciones no sobrepasan los 2000mm, característico de Cartago, Heredia, Alajuela, San José, San Vito y Sabalito entre otros.

## 1.2 División administrativa

Costa Rica se divide en siete provincias, ochenta y un cantones y cuatrocientos setenta y tres distritos.

**Tabla 1. Número de cantones y distritos por provincia. Costa Rica, 2010**

Provincia	N° de cantones	N° de distritos
<b>San José</b>	20	120
<b>Alajuela</b>	15	111
<b>Cartago</b>	8	51
<b>Heredia</b>	10	47
<b>Guanacaste</b>	11	59
<b>Puntarenas</b>	11	57
<b>Limón</b>	6	28
<b>Costa Rica</b>	<b>81</b>	<b>473</b>

Fuente: División Territorial Administrativa. 2009. Oficina de Nomenclatura. Instituto Geográfico Nacional.



**Figura 1. Mapa actual de provincias y cantones de Costa Rica**



Fuente: Instituto Nacional de Biodiversidad. 2008

Para efectos analíticos, conviene conocer la sectorización usual de Costa Rica desde el punto de vista de Regiones, utilizado por las instituciones del Estado para la planificación y ejecución de políticas públicas.

**Figura 2. División por Regiones en Costa Rica**



Fuente: Ministerio de Planificación y Fomento. 2010.

Corresponde a las Regiones llamadas por su localización geográfica o por la influencia hace muchos años de comunidades indígenas:

- Central
- Pacífico Central
- Brunca
- Chorotega
- Huetar Norte
- Huetar Atlántica

### **1.3 Perfil demográfico**

El presente análisis se basa en el documento elaborado por el Ministerio de Salud llamado “Modelo de Análisis de la Situación de Salud”, del año 2010 y con una perspectiva de oferta y demanda.

Es importante el concepto de la producción social de la salud. Se está visualizando como un sistema que tiene entradas, las cuales alimentan un proceso de producción social de la salud, que a su vez genera salidas. Este es un proceso dinámico en constante realimentación. Bajo este modelo la demanda o necesidades en salud está dada por el perfil epidemiológico, el perfil demográfico y los determinantes de la salud. No se hace referencia a todos los determinantes de la salud, pues se trabajó en función de los requerimientos suministrados para este informe.

Se considera indispensable la presente introducción, pues la estructura actual del Sector Salud de Costa Rica y su crecimiento está muy relacionada con los resultados de la producción social de la salud. Es claro que el perfil de morbi mortalidad depende en buena medida de la estructura de la población, y que ésta influye sobre los determinantes de la salud. Se reconoce de igual manera que el perfil demográfico afecta y es afectado por el resto de los componentes del sistema.

Se presentan las características más relevantes del perfil demográfico de Costa Rica y algunas de las implicaciones que éste tiene sobre el Sector Salud.

El territorio costarricense está habitado para el año 2012 por 4,667,000 habitantes. Las proyecciones de crecimiento de población hasta el año 2015 son las siguientes:

**Tabla 2. Proyecciones de población total y por sexo 2012-2015**

	2012	2013	2014	2015
<b>Mujeres</b>	<b>2 301 748</b>	<b>2 327 808</b>	<b>2 353 783</b>	<b>2 379 886</b>
<b>Hombres</b>	<b>2 390 825</b>	<b>2 390 825</b>	<b>2 416 212</b>	<b>2 441 407</b>
<b>Total</b>	<b>4 667 202</b>	<b>4 718 633</b>	<b>4 769 995</b>	<b>4 821 293</b>
<b>Crecimiento interanual</b>	<b>1,12%</b>	<b>1,10%</b>	<b>1,09%</b>	<b>1,08%</b>

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Cerca de la mitad (49%) de la población total son mujeres. Esta es la distribución usual por sexo en poblaciones que no han sufrido eventos catastróficos que afecten de manera diferencial a uno de los dos sexos. A diferencia del resto de los grupos etarios, entre la población adulta mayor hay una mayor proporción de mujeres. Más de la mitad (53%) de la población que supera los 65 años son mujeres. Esto resulta del hecho de que en promedio las mujeres son más longevas que los hombres. Los resultados desagregados provincias muestran los siguientes resultados:

**Tabla 3. Proyecciones de población total y por sexo, por provincia 2012-2015**

Provincia	2012			2013			2014			2015		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
San José	1 683 210	841 585	841 625	1 708 874	855 233	853 641	1 735 158	869 300	865 858	1 762 101	883 763	878 338
Alajuela	894 687	454 307	440 380	903 427	458 348	445 079	911 766	462 226	449 540	919 618	465 841	453 777
Cartago	519 930	262 110	257 820	524 412	264 224	260 188	528 888	266 423	262 465	533 293	268 610	264 683
Heredia	463 215	235 256	227 959	470 014	238 700	231 314	476 700	242 073	234 627	483 336	245 356	237 980
Guanacaste	279 923	142 553	137 370	279 638	142 255	137 383	279 397	141 979	137 418	279 194	141 743	137 451
Limón	458 144	239 641	218 503	464 405	242 492	221 913	470 279	245 016	225 263	475 865	247 264	228 601

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

La estimación de densidad de población para 2011 alcanza los 84,2 habitantes por kilómetro cuadrado. Por provincias, San José (capital) alcanza las 282 personas por kilómetro cuadrado. En el otro extremo, Guanacaste tiene 32 personas por km<sup>2</sup>.

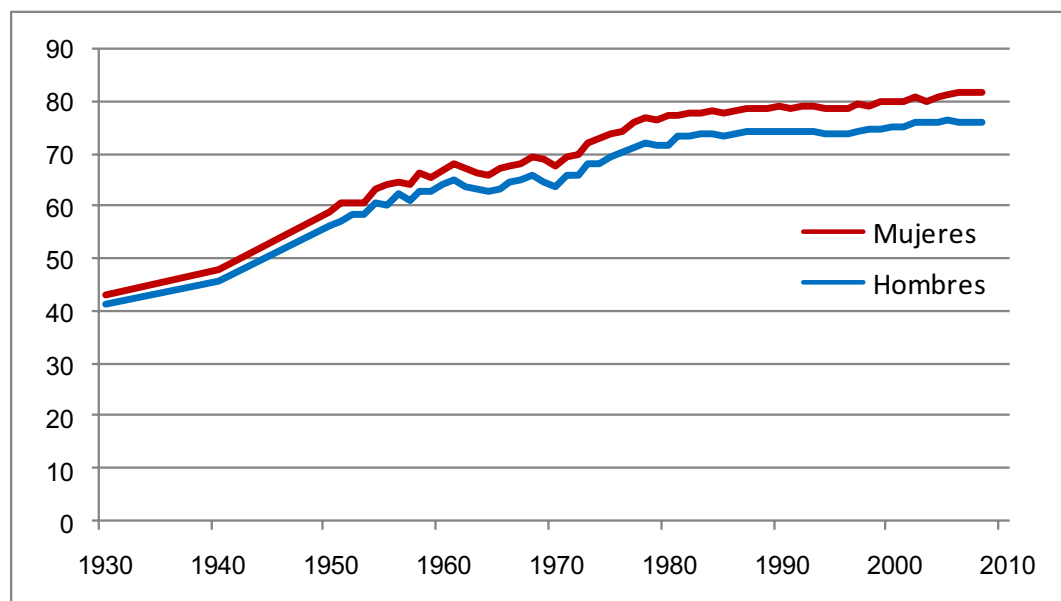
El 80% de la población reside en el Área Metropolitana, conformada por los centros de población de las provincias de San José, Alajuela, Heredia y Cartago.

#### **1.4 Mortalidad**

Debido a que en este análisis de situación de salud la mortalidad se presenta como parte del perfil epidemiológico, en esta sección nos referiremos a la esperanza de vida al nacer como indicador global del nivel de mortalidad. Es un indicador del nivel de mortalidad infantil y mortalidad general ya que cuanto más disminuyen éstos dos hechos demográficos más aumenta la expectativa de vida al nacer.

En Costa Rica se tiene una alta esperanza de vida. Como se observa en el Gráfico 1, la cantidad de años que vive la población costarricense ha venido en aumento durante las últimas décadas. Al igual que en la mayoría de poblaciones en el mundo, las mujeres son más longevas que los hombres y la brecha entre ambos sexos se ha hecho más grande conforme se mejora en este indicador. En 1930 la esperanza de vida al nacer era de 42 años. Actualmente se estima en 79 años (77 para los hombres y 82 para las mujeres). Esto ha resultado de la puesta en práctica de una serie de intervenciones que condujeron a una disminución de la mortalidad y coloca a Costa Rica como uno de los países en desarrollo con mayor esperanza de vida al nacer.

**Gráfico 1. Esperanza de vida al nacer según sexo. Costa Rica, 1930 – 2010**



Fuente: CCP, Universidad de Costa Rica

Como referencia, los datos indican que se supera a la de Estados Unidos para el mismo año y en América Costa Rica solamente fue superada por Canadá donde las personas viven un promedio de 81 años. Como referencia, la esperanza de vida del resto de países centroamericanos se encuentra en un rango de 70 a 72 años.

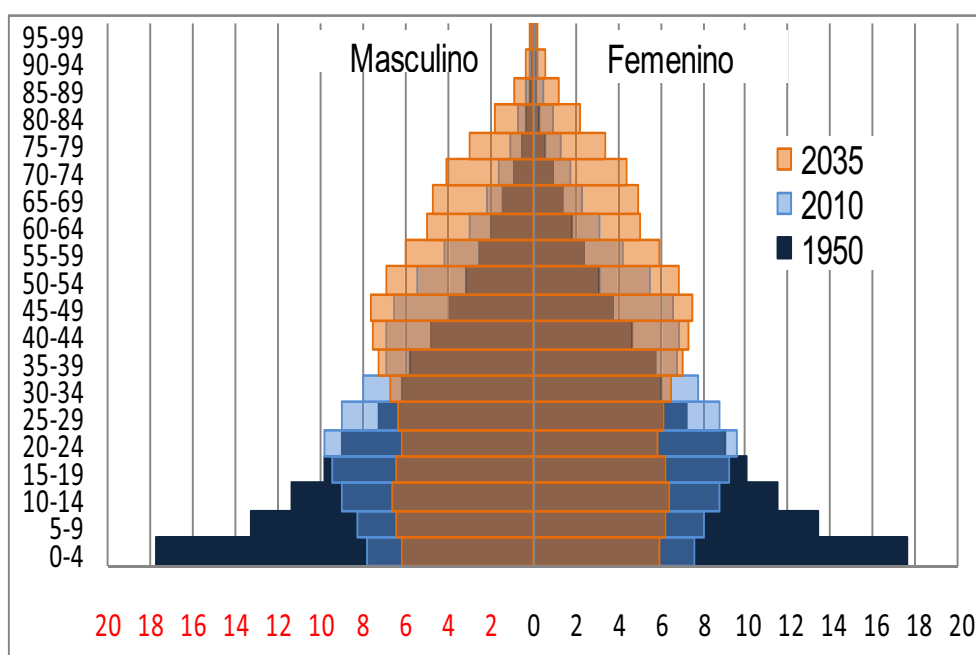
La explicación de la alta esperanza de vida en Costa Rica se ha atribuido a la utilización de recursos en educación y salud y al enfoque en atención primaria del sistema de salud junto con el rol de la seguridad social (Caldwell, 1986). El sistema de salud fue puesto en marcha desde 1941 y ha tenido una alta cobertura desde entonces (Rosero-Bixby, 1996). Se reconoce que hoy día, más de medio siglo después, las políticas sanitarias han fortalecido el acceso a la salud a través de servicios públicos y de un seguro social universal (Unger, 2008).

### **1.5 Estructura poblacional**

La proporción de personas jóvenes, adultas y adultas mayores definen la estructura de una población. Como resultado del descenso en la fecundidad y la mejora en la

esperanza de vida que ha venido ocurriendo desde hace décadas, la estructura por edad del país se ha modificado. En la actualidad tenemos una población madura en proceso de envejecimiento. Este cambio en la estructura se puede apreciar en la pirámide poblacional del Gráfico 2.

**Gráfico 2. Pirámide poblacional. Cifras relativas. Costa Rica, 1950, 2010, 2035**



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud a partir de las proyecciones oficiales de población, INEC-CCP.

Hace seis décadas la estructura por edad de Costa Rica se podía representar por medio de una pirámide perfecta. Así se observa en las barras azules correspondientes a 1950 en el Gráfico 2. Es decir, estaba conformada por una población joven. La mayor proporción de personas correspondía a niños y adolescentes. Hoy día se presenta una variación evidente en la estructura. Como se observa en las barras celestes del mismo gráfico, en la actualidad se tiene una menor proporción de niños y de adolescentes (de los 0 a los 19 años) y se ha incrementado la importancia relativa de adultos y de adultos mayores.

Costa Rica se enfrenta a un proceso gradual de envejecimiento de la población. Se proyecta que en unos 23 años (2035) los adultos mayores tendrán una importancia aún mayor en la población total.

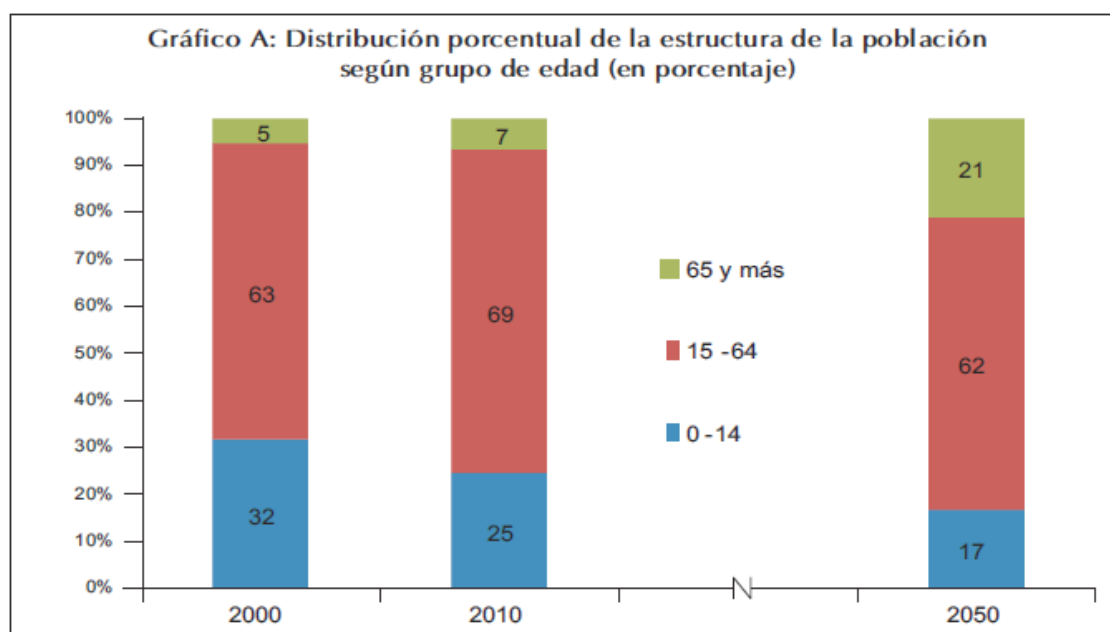
Además habrá cada vez menos niños y jóvenes. Esto se puede apreciar en las barras color naranja correspondientes al año 2035.

Desde la perspectiva de los servicios de atención directa a las personas la estructura poblacional define un primer nivel de necesidades. Las necesidades de cada grupo etario son diferentes. Los niños, los adolescentes, los hombres y mujeres en edad fértil y los adultos mayores son algunos ejemplos de poblaciones con diferentes necesidades. La importancia relativa de cada grupo debería definir la asignación de recursos. Es de esperar que el cambio paulatino de la estructura poblacional imponga una menor presión sobre los servicios de atención a niños y jóvenes a expensas de una mayor demanda de servicios para adultos mayores.

El proceso de envejecimiento poblacional influye sobre el perfil epidemiológico y tiene repercusiones económicas para el país. El envejecimiento va acompañado por lo general de la coexistencia de enfermedades crónicas y una disminución en la funcionalidad física de las personas. Esto tiene como consecuencia una mayor demanda de hospitalizaciones, de consulta externa con especialistas y de medicamentos.

Costa Rica se enfrenta con mayor intensidad al crecimiento acelerado de la demanda de servicios para adultos mayores. Esto representa uno de los principales desafíos para el Sector Salud, por las implicaciones en materia de proyección de infraestructura, equipamiento, perfil de especialistas médicos y afines, así como en la sostenibilidad financiera del sistema de salud, dado que menos cotizantes deberán sostener ingresos para más personas pensionadas. En el Gráfico 3 se observa la tendencia.

**Gráfico 3. Variaciones en la distribución de edades, 2000-2010-2050**



fuente: Elaboración propia a partir de los datos INEC y CCP. Estimaciones (1950-2007) y proyecciones (2008-2100) de población en Costa Rica por sexo y edad.

## 1.6 Desarrollo humano y social

Se resume la situación del desarrollo humano y social como determinante de la salud, por medio de diversos indicadores internacionales y nacionales que se han trabajado en el país y que muestran las brechas existentes en los diferentes espacios poblacionales.

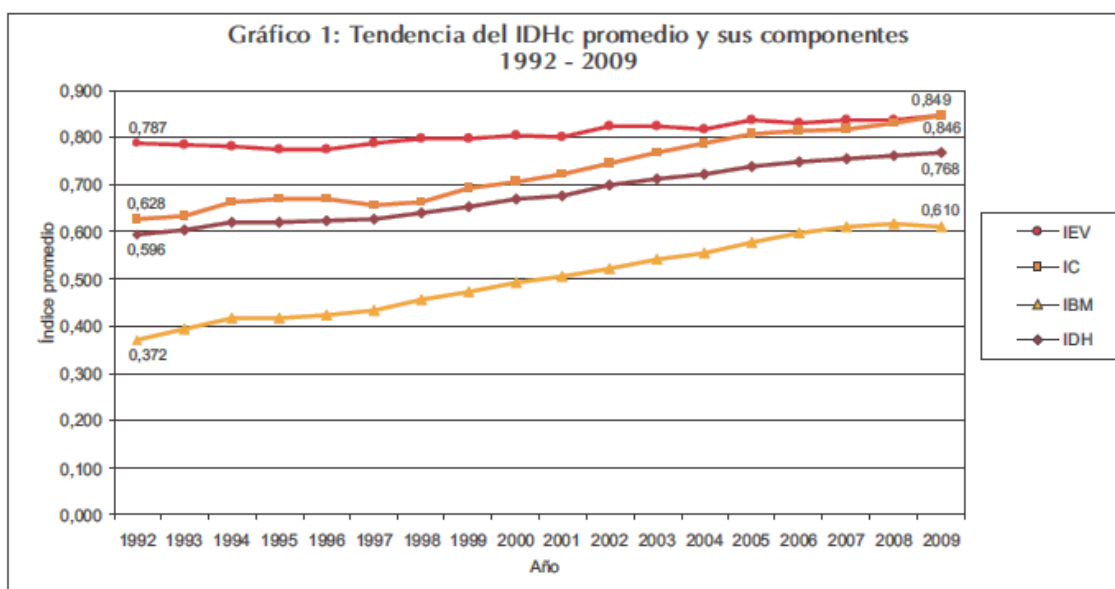
Si bien es cierto se tienen datos del Índice de Desarrollo Humano (IDH), desde los años 60, no se pueden comparar de manera directa estos resultados con los obtenidos a partir del año 2000, debido a que se realizaron cambios metodológicos para el cálculo del mismo por parte del PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). Costa Rica pasó de un IDH en 0,820, en el año 2000 a un 0,847 en el 2007 y de 0,744 en el año 2011. En los últimos años se ha dado una tendencia a la estabilidad con ligeros descensos, lo que refleja pocas mejoras recientes en los eventos a evaluar tales como: esperanza de vida al nacer (vida larga y saludable); tasa de alfabetización de adultos y tasa bruta combinada de matrícula primaria, secundaria y terciaria (educación); y PIB per cápita -PPA en US\$- (nivel de vida digno), pese a que actualmente tienen tasas muy buenas. Para el año 2011 ocupa el lugar 69 de 187



países evaluados a nivel mundial, y sexto para América Latina y el Caribe, clasificándose como un país con un desarrollo humano alto.

La medición del desarrollo humano a nivel cantonal se realiza utilizando como indicador el Índice de Desarrollo Humano Cantonal (IDHc). Este índice se compone del Índice de Esperanza de Vida (IEV), Índice de Conocimiento (IC) y el Índice de Bienestar Material (IBM), sus valores se encuentran entre 0 y 1, entre más cercano a uno sea el valor tiene un mejor IDH. Existen datos para el periodo 1992 – 2009, según se observa en el siguiente gráfico:

**Gráfico 4. Tendencia del Índice de Desarrollo Humano Cantonal en 1992-2009**



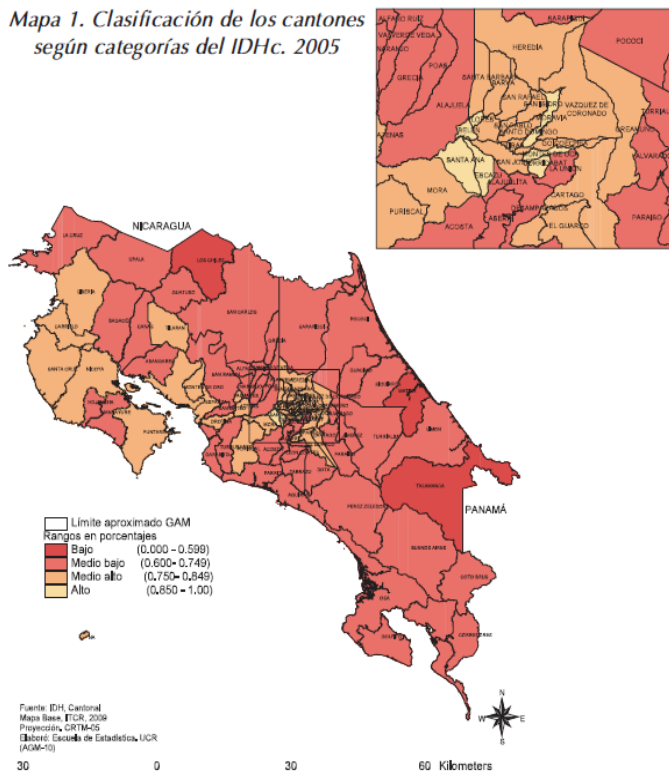
*Nota: IEV se refiere al Índice de Esperanza de Vida, IC se refiere al Índice de Conocimiento e IBM se refiere al Índice de Bienestar Material.*

Fuente: PNUD. Informe de Desarrollo Humano Cantonal 2011.

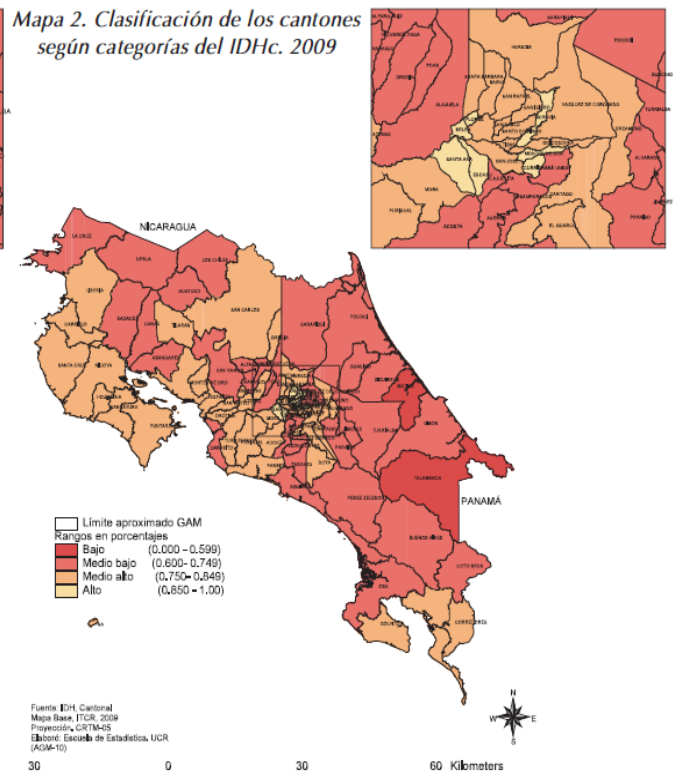
La tendencia general es de una mejora sostenida en todos los indicadores, con un leve descenso del Índice de Bienestar Material (IBM) en el año 2009.

**Figura 3. Índice de Desarrollo Humano cantonal. Costa Rica 2005 vs. 2009**

*Mapa 1. Clasificación de los cantones según categorías del IDHc. 2005*



*Mapa 2. Clasificación de los cantones según categorías del IDHc. 2009*

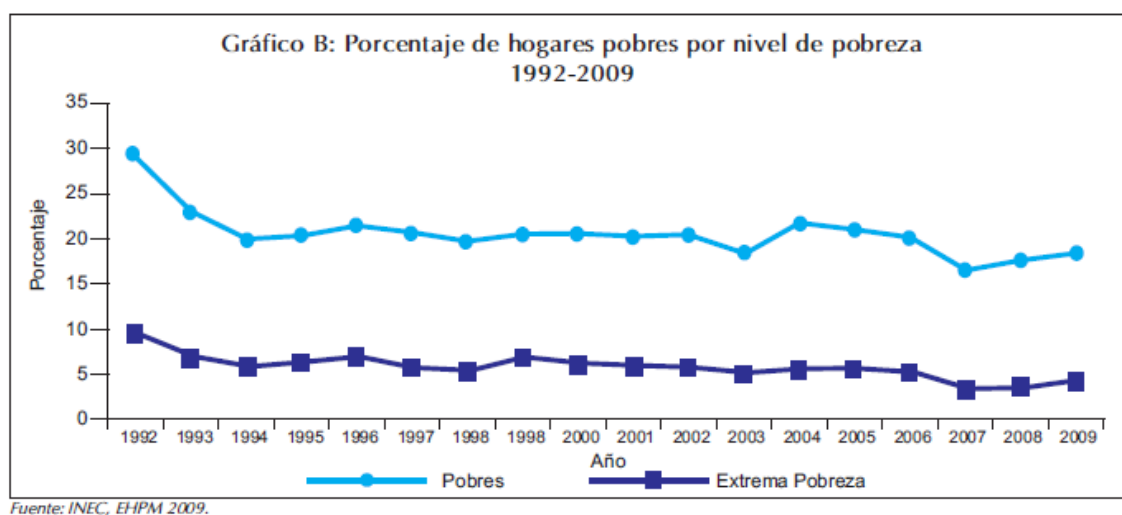


Fuente: PNUD. Informe de Desarrollo Humano Cantonal 2011.

A pesar de la mejora, es evidente que los cantones centrales del país son los que presentan mejores condiciones de desarrollo, así como algunos cantones de la provincia de Guanacaste, donde el desarrollo turístico ha impactado positivamente. La pobreza y las menores oportunidades para mejorar la calidad de vida se presentan en los cantones costeros (Puntarenas, Limón, algunos sectores de Guanacaste), zonas indígenas (sectores sur y norte fronterizos del país).

Con respecto a la pobreza, en los últimos quince años, el porcentaje de población en pobreza según el indicador internacional se ha mantenido en valores cercanos al 20% de la población (alrededor de 800,000 personas) y de este estrato, cerca de un 6% pertenece al segmento de extrema pobreza.

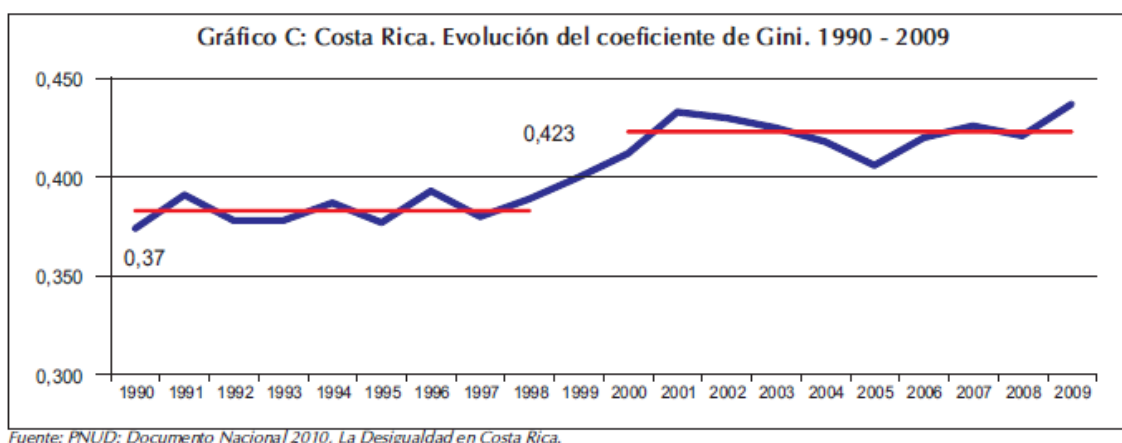
**Gráfico 5. Variaciones en los niveles de pobreza y pobreza extrema 1992-2009**



Fuente: PNUD. Informe de Desarrollo Humano Cantonal 2011.

La desigualdad social, medida con el Coeficiente de Gini, que establece las variaciones de ingresos económicos entre el 20% más pobre y el 20% más rico, también se ha incrementado en los últimos años, lo que indica que aunque el país ha generado más riqueza, no ha sucedido lo mismo con la distribución de la misma. Para el año 2012 alcanzó el valor de 0,515, uno de los más altos de América Latina. Este tema constituye otro desafío para Costa Rica. Obsérvese el siguiente gráfico.

**Gráfico 6. Variación del Coeficiente de Gini 1990-2009**



Fuente: PNUD. Informe de Desarrollo Humano Cantonal 2011.

En forma complementaria, el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica ha desarrollado el Índice de Desarrollo Social (IDS).

Este índice constituye un indicador resumen que mide las brechas sociales entre las diferentes áreas geográficas del país (cantones y distritos) Parte de la concepción de desarrollo social como *el proceso mediante el cual se procura alcanzar una sociedad más igualitaria, participativa e inclusiva, que garantice la reducción de la brecha que existe en los niveles de bienestar que presentan los diversos grupos sociales y áreas geográficas, para lograr una integración de toda la población a la vida económica, social, política y cultural del país, en un marco de respeto y promoción de los derechos humanos*<sup>1</sup>. Está compuesto por las siguientes variables: Infraestructura educativa, acceso a programas educativos especiales, escuelas unidocentes, reprobación escolar, participación electoral, nacimientos de niños de madres adolescentes solteras, defunciones en población menor de 5 años en relación con la mortalidad general, bajo peso en niños el cual se construye con los indicadores de bajo peso al nacer y bajo peso de los niños de primer grado de escuela, agua potable residencial, consumo promedio mensual de electricidad residencial y viviendas con acceso a internet. Su valor es de 0 a 100, correspondiendo el valor más alto a la mejor situación de desarrollo.

El mismo refleja el grado de heterogeneidad que existe en el nivel de desarrollo social en Costa Rica. Los cantones más alejados del centro del país son los presentan el mayor rezago en su desarrollo social, principalmente los ubicados en las zonas fronterizas y el litoral del mar Caribe. Cabe resaltar que a pesar del cambio en la construcción del IDS, existe coincidencia en los cantones más rezagados según el IDS de 1999 y el del 2007. De igual manera existe un alto grado de correlación estadística (0,8485) con los resultados del IDHc realizado en el año 2005 (Olmedo y Gutiérrez, 2006). Al agrupar los cantones en quintiles se observa que los cantones del I quintil (IDS más bajo) tienen una menor densidad poblacional en promedio, contrario a los del V quintil (IDS más alto), que presentan una mayor concentración de población y un

---

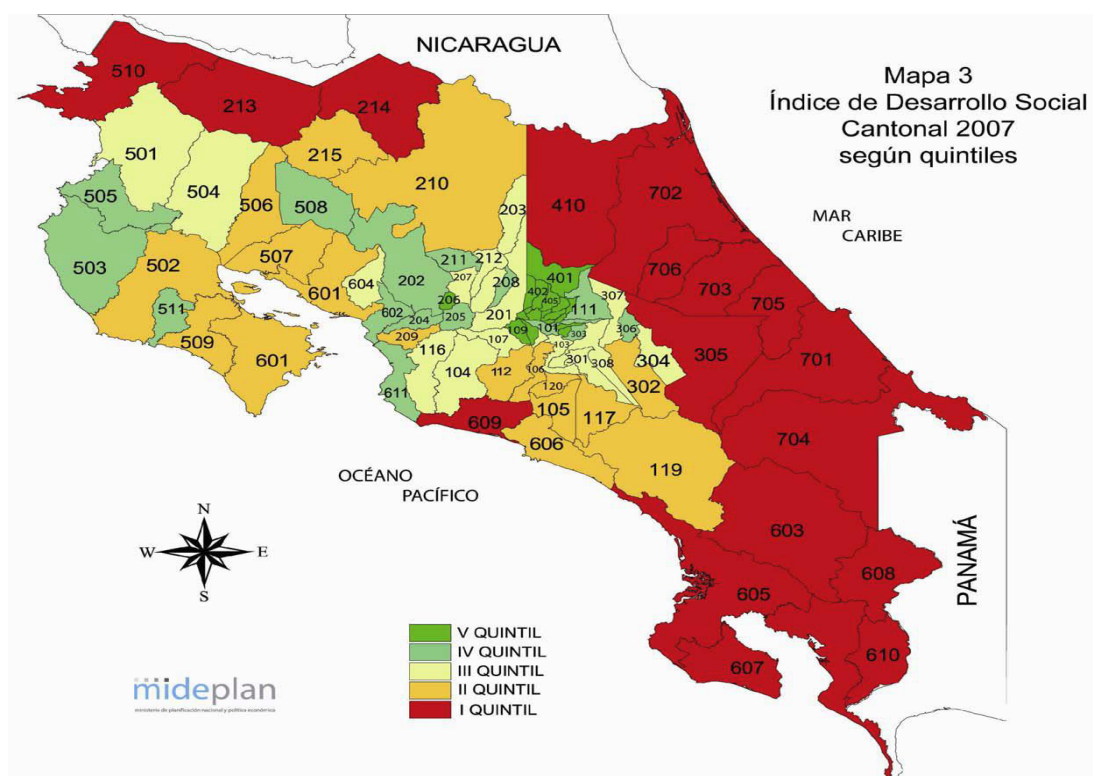
<sup>1</sup> Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, Índice de Desarrollo Social 2007. Costa Rica

predominio de población urbana, ubicados principalmente en el Gran Área Metropolitana.

Por otra parte de los seis cantones que concentran la mayor cantidad de población perteneciente a grupos étnicos minoritarios, se ubican 4 en el I quintil y 2 en el segundo, lo que evidencia inequidad en el desarrollo de estos grupos con respecto al resto de la población.

Los quintiles intermedios son más heterogéneos y no muestran un comportamiento tan uniforme, como los quintiles extremos.

**Figura 4. Índice de Desarrollo Social Cantonal 2007**

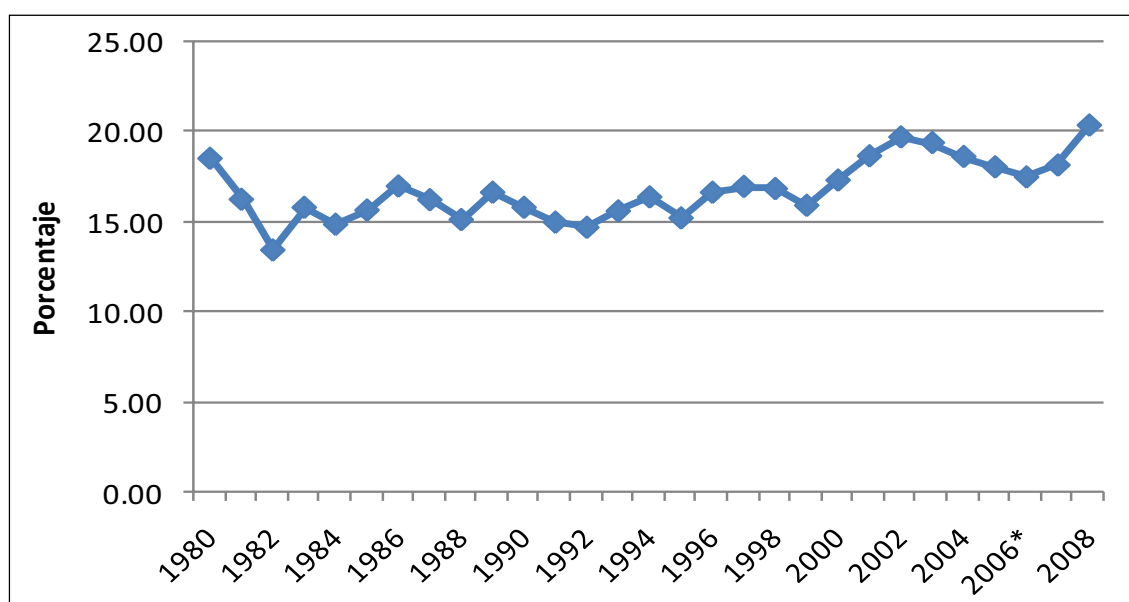


Fuente: MIDEPLAN

### 1.7 Gasto Público

El gasto público social con relación al Producto interno bruto, nos permite visualizar la prioridad que da el Estado, al Gasto Público Social. Contempla los rubros de salud, educación, seguridad social, vivienda y territorio y cultura y recreación. En el siguiente gráfico se muestra la tendencia del Gasto Público Social, en el período comprendido entre 1980 y el año 2008.

**Gráfico 7. Gasto Público Social en relación al Producto Interno Bruto.**  
**Costa Rica, 1980–2008**



Fuente: Juan D. Trejos S. Instituto de Investigaciones Económicas. UCR

Es importante observar como este porcentaje en 1980 era cercano al 20%, en los dos años subsiguientes mostró una tendencia descendente llegando a cifras alrededor del 13%, siendo la cifra más baja en todo el período, coincidente con la crisis económica de los 80. En los 17 años siguientes se mantuvo bastante constante entre el 15 y 16%, a partir del 2000 vuelve a mostrar una tendencia creciente, llegando nuevamente en el 2008 a cifras alrededor del 20%.

Quizás aquí lo más importante es destacar que independientemente del gobierno de turno, el Gasto Público Social siempre ha sido una prioridad en nuestro país, manteniéndose entre los 200.000 y 250.000 colones per cápita, durante todo este período, aún en épocas de crisis económica se ha mantenido un porcentaje alto.

El gasto nacional en salud como porcentaje del PIB para el período de 1980 al 2008, ha estado en el rango del 4,5 al 5,9%, con una tendencia ascendente, lo que nos ubicó en el año 2007 entre los 5 países con los porcentajes más altos en el continente americano.

### **1.8 Tasa de Inflación**

La inflación es un aumento sostenido y generalizado en el Nivel General de Precios. Ese nivel general de precios, se indica o indexa, tomando como base el mes de julio del año 2006, obteniéndose así el Índice de Precios al Consumidor (IPC), cuyos resultados son ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística y Censos, en los primeros dos días hábiles de cada mes<sup>2</sup>.

La tasa de inflación en Costa Rica, hasta el 2008 era muy alta, siendo en los años 2007 y 2008, la segunda mayor tasa de América Latina, superada únicamente por Venezuela. En el año 2009 esta tasa sufre un descenso muy importante. El tener una tasa de inflación elevada, en comparación con nuestros principales socios comerciales, Estados Unidos, Centro América, Europa, China, provoca una pérdida de competitividad importante.

La inflación es también el impuesto más regresivo que existe, o sea, que termina siendo pagado en un porcentaje mayor por pobres que por ricos, afectando negativamente la situación de las personas más necesitadas. Tal y como sucedió en el año 2008, el grupo de alimentos, tuvo un incremento de alrededor del 30%, muy superior a la tasa de inflación, y dado que son las personas pobres las que gastan un mayor porcentaje de sus ingresos en ese rubro, serán éstas también, las más afectadas por esos incrementos.

---

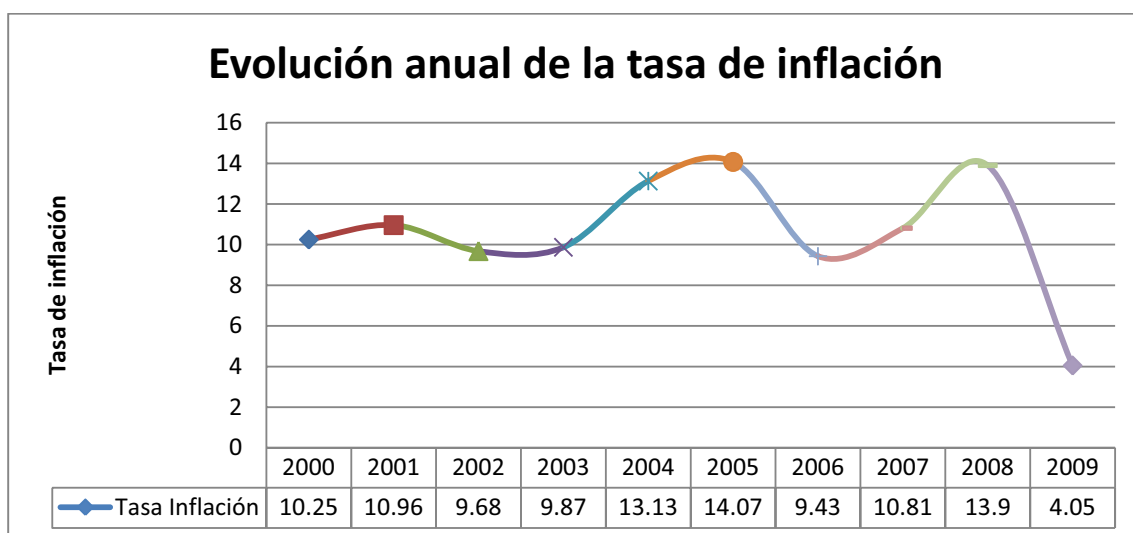
<sup>2</sup> Los datos se obtuvieron de la Página WEB, del Banco Central de Costa Rica (BCCR), quien mantiene la tasa actualizada a cada mes.

Al país le ha sido muy difícil lograr una tasa de inflación de un dígito, siendo la excepción el año anterior (2009), en donde, si bien hubo un mayor grado de maniobrabilidad en la política monetaria con respecto a la política cambiaria, ya que el cambio en el Régimen Cambiario empezó a rendir frutos, permitiéndole un mayor y mejor control de la Oferta Monetaria, que redundó en una menor tasa de inflación; no se puede obviar la coyuntura internacional caracterizada por una contracción de demanda (motivada por la Recesión Mundial más importante desde 1929) que influyó en la disminución de los precios del petróleo y de las materias primas.

Lo anterior influye positivamente en los costos de los productos y servicios de salud de dos formas: a) hace que el aumento de los mismos sea menor, ya que las indexaciones serán menores; y b) afecta en menor grado el poder adquisitivo de las personas; permitiéndoles de esta manera tener un mayor acceso tanto a los medicamentos como a los servicios propios de salud. En el peor de los casos, dicho acceso se vería menos disminuido que en años anteriores, por lo supra explicado.

La tasa de inflación ha fluctuando en período de estudio, entre un 13,9 %, en el año 2008 y un 4.05% en el año 2009. Tal y como se observa en el gráfico siguiente, su comportamiento ha sido bastante irregular.

**Gráfico 8. Tasa de Inflación según año. Costa Rica. 2000 - 2009**



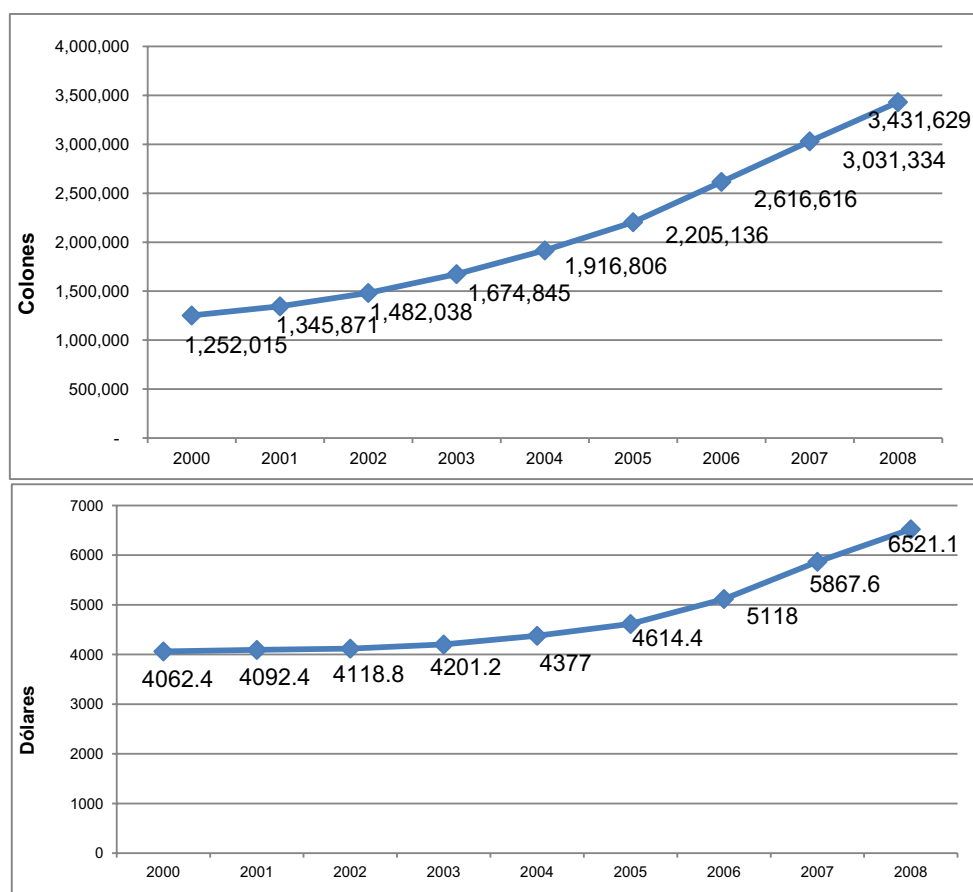
Fuente: DGASS con datos del BCCR



El Producto Interno Bruto se define como la cantidad de bienes y servicios finales que van al mercado, producidos dentro de la fronteras de un país, sin importar la nacionalidad de los dueños de los factores de producción, sin excluir o considerando la depreciación, en un determinado período<sup>3</sup>.

Es claro que el ingreso *per cápita* costarricense ha experimentado un importante crecimiento, pasando de \$5.118.0, en el año 2006 a \$6.521.0 en el año 2008, siendo el país centroamericano con el PIB *per cápita* más alto. Se constituye como un país de renta media, por lo cual el país ha dejado de ser susceptible de cooperación internacional.

**Gráfico 9. Producto Interno Bruto per cápita en colones corrientes y en dólares.  
Costa Rica, 2000-2009**



<sup>3</sup> Los datos se obtuvieron de la Página WEB, del Banco Central de Costa Rica (BCCR)

\* Corresponde a un promedio de los tipos de cambio efectivos entre ingresos y egresos corrientes de la balanza de pagos.

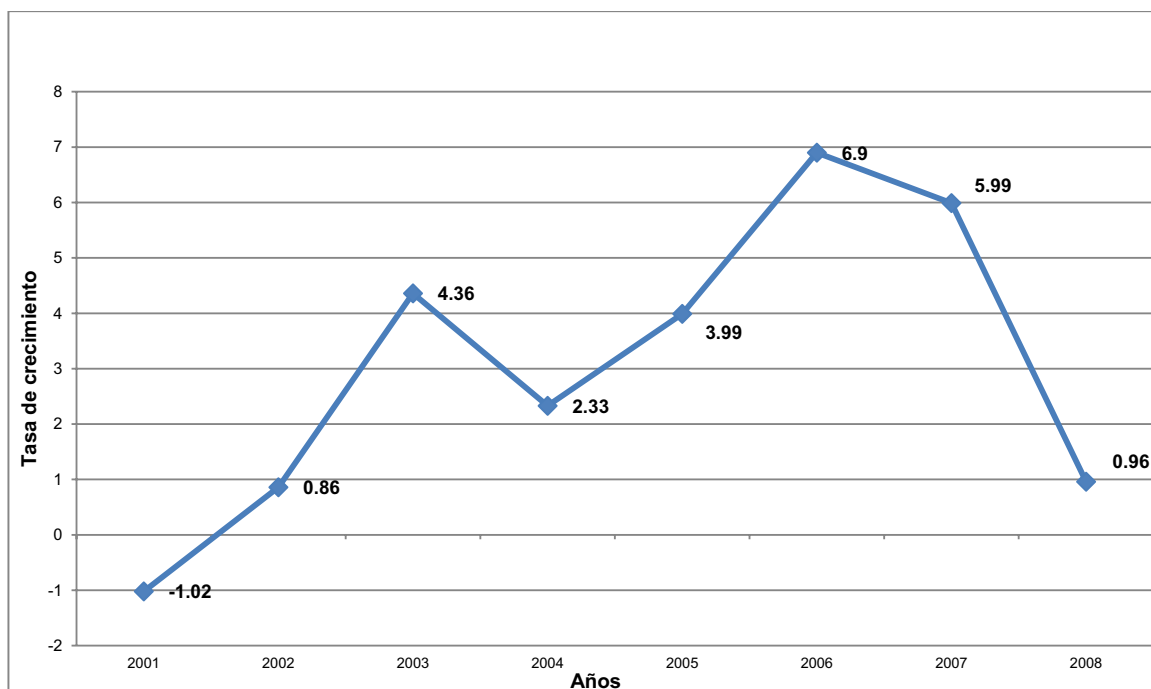
Fuente: DGASS con datos del BCCR

Para pasar de un PIB nominal o en colones corrientes, a un PIB real o en colones constantes, se debe deflatar (eliminar el crecimiento debido a la inflación) el primero, para lo cual se utiliza del Deflator Implícito del Producto Interno Bruto, que es elaborado por el Banco Central de Costa Rica.

La tasa de crecimiento del Producto Interno Bruto Real, presenta un comportamiento bastante irregular, fluctuando desde -1.02%, en el año 2001, hasta 6.9% en el 2006. Se observan años de crecimientos relativamente altos de la variable en estudio, a saber: 2000, 2005, 2006 y 2007, los restantes años presentan crecimientos de moderados a bajos, con la excepción del año 2001, que como ya se mencionó, su tasa es negativa. Lógicamente, esta variable, depende directamente del crecimiento económico, la tasa de inflación, y crecimiento poblacional; de forma tal que su crecimiento se ve reforzado por un alto crecimiento económico, bajas tasas de inflación y bajo crecimiento poblacional.

El Producto Interno Bruto Real *per capita*, da una idea aproximada, dado que es un promedio simple, de la capacidad de una población o país, para satisfacer sus necesidades. En nuestro caso indica que en promedio el costarricense está satisfaciendo una mayor cantidad de necesidades, por cuanto la producción de bienes y servicios en términos reales se ha incrementado. Es obvio que dentro de esos bienes y servicios, se encuentran los relacionados con el Área de Salud. Por ello, y sin olvidar las fuertes limitaciones que presenta este indicador, por lo ya expuesto, se puede concluir, que al menos en promedio, la población al parecer está en mejores condiciones para acceder a los servicios de salud y a los medicamentos. Sin embargo, es importante analizar detalladamente el Sector Salud en particular, con sus indicadores específicos, para poder corroborar lo aquí señalado.

**Gráfico 10. Tasa de crecimiento del PIB real per cápita 2001–2008**



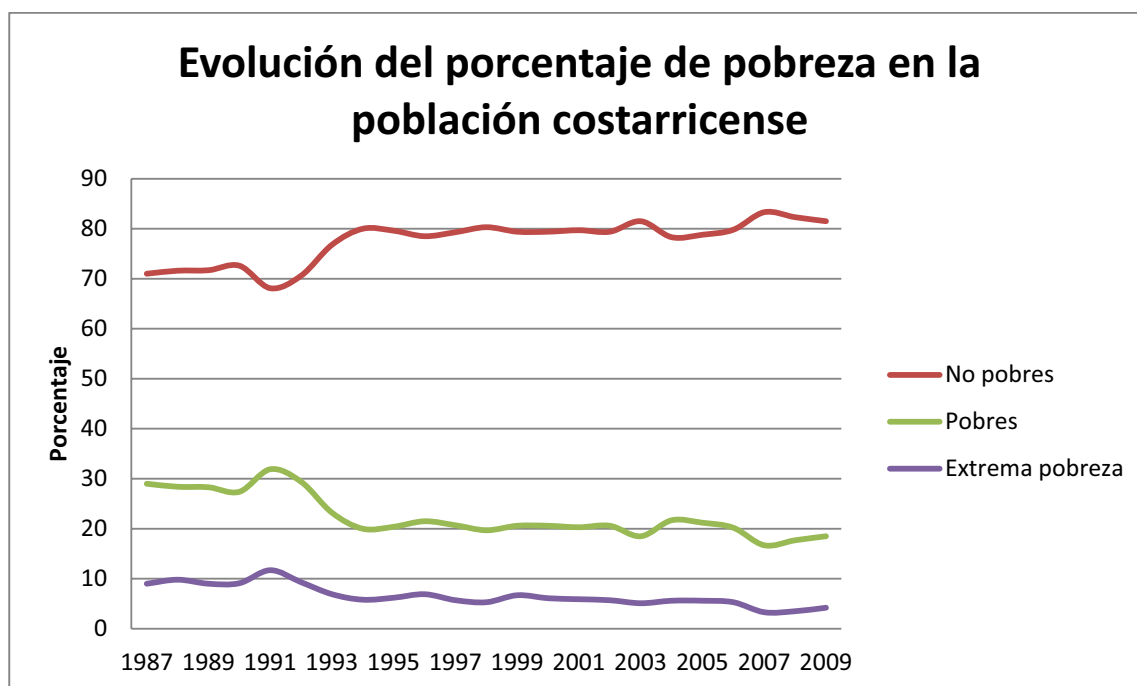
Fuente: DGASS con datos del BCCR

## **1.9 Pobreza**

En las últimas dos décadas, ha ocurrido una disminución en el porcentaje de hogares en pobreza y pobreza extrema. Sin embargo la disminución de la pobreza ha sido menos acelerada en los hogares con pobreza extrema.

Entre 1987 y el 2009, los hogares pobres disminuyeron en 10 puntos porcentuales, mientras que aquellos en pobreza extrema disminuyeron en 5 puntos porcentuales. Como consecuencia de lo anterior el porcentaje de hogares no pobres a nivel nacional ha presentado una tendencia ascendente, pasando de representar el 71% en 1987, a 82% en el 2009 (Ver Gráfico 11).

**Gráfico 11. Distribución relativa de los hogares con ingreso conocido  
Costa Rica 1987–2009.**



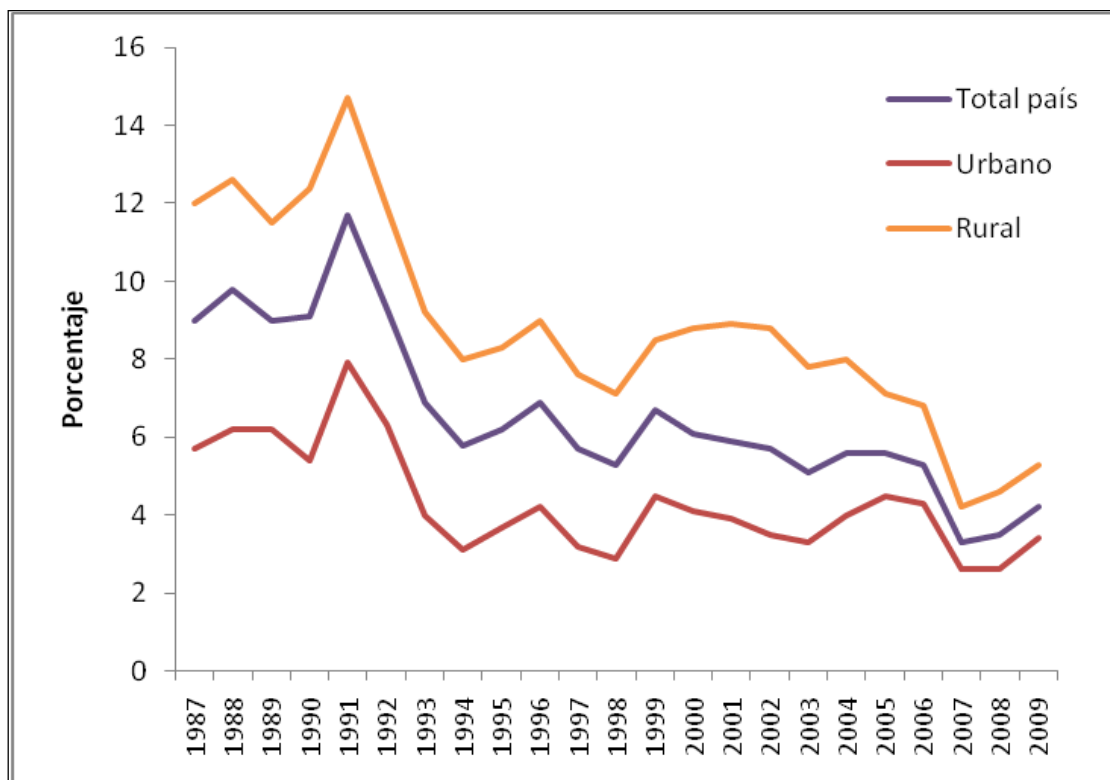
Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud con base en EHPM. INEC

Si se analiza la tendencia de la pobreza extrema para este mismo período pero desagregándolo según sea zona rural o urbana, se determina que se dan dos momentos donde el descenso es más marcado, el período 1991-1994 y el período 2006-2007. Como puede observarse en el siguiente gráfico, el descenso más acelerado en la pobreza extrema ocurrió en la zona rural.

Al analizar la distribución de los hogares con pobreza extrema por zona, se evidencia la brecha existente entre la zona urbana y rural. La brecha más grande con respecto a la pobreza extrema entre la zona rural y la urbana ocurrió en 1990, siendo de 7 puntos porcentuales. Diecisiete años después, esta brecha alcanzó su valor más bajo siendo de 1,6 puntos porcentuales. A partir del año 2008 se da un nuevo incremento en los hogares con pobreza extrema, el cual es mayor en la zona rural, dando como resultado un ensanchamiento de la brecha, llegando a alcanzar una diferencia de 2 puntos porcentuales, según se puede ver en el Gráfico 12.

**Gráfico 12. Porcentaje de hogares con pobreza extrema según zona.**

**Costa Rica, 1987 – 2009**



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud con base en EHPM, INEC

### 1.10 Empleo

Para el 2009, la tasa de ocupación a nivel nacional, que se define como el porcentaje de la población ocupada con respecto a la población de 12 años y más, disminuyó en un 2,1 puntos porcentuales, con respecto al 2008, mientras que la tasa de desempleo abierto, aumentó en 1,6 puntos porcentuales (ver Tabla 4).

Cabe destacar que en general durante este periodo, no se muestra mucha diferencia en las oportunidades de empleo para los hombres que viven en zona urbana y rural (diferencia entre las tasas es de 2,4 puntos porcentuales), pero lo que corresponde a las mujeres, si existe una marcada diferencia, ya que la tasa de ocupación en la zona urbana supera a la rural en un 11,5 puntos porcentuales.

Los niveles más altos de desempleo se presentan para las mujeres y en la zona rural.

**Tabla 4. Indicadores de fuerza de trabajo, según zona y sexo.**

**Costa Rica, 2006-2009**

Zona	Indicador	2006		2007		2008		2009	
		F	M	F	M	F	M	F	M
Urbano	Tasa de ocupación	41,6	69,2	42,6	70	44,6	68	42,4	65,8
	Tasa desempleo abierto	8,2	4,2	6,8	3,1	5,6	4	9,2	6,5
Rural	Tasa de ocupación	30,1	71,8	32,6	71,9	30,3	71,6	30,9	68,2
	Tasa desempleo abierto	9,6	4,5	6,8	3,4	7,8	4,3	11,2	6,7

**F:** Femenino

**M:** Masculino

Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud con base EHPM, INEC 2009.

A modo de resumen se muestra la siguiente tabla con indicadores económicos actualizados al año 2009:

**Tabla 5. Indicadores económicos, 2009**

Principales indicadores económicos de Costa Rica, 2009	
Indicador	Valor
Población total	4.630.482
% población residente en áreas urbanas	58,9
% residente en región central del país	63,9
% población económicamente activa	45,9
Total de ocupados	1.955.507
Tasa de desempleo abierto	7,8
% ocupados en sector primario	12,5
% ocupados en sector secundario	21,4
% ocupados en sector terciario	66,1
PIB per cápita (US\$)	6.521,1
% PIB en sector primario	9,4
% PIB en sector secundario	26,8
% PIB en sector terciario	58,4
% Exportaciones/ PIB (bienes)	30,5
Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos y Banco Central de Costa Rica.	

## 1.11 Acceso a tecnologías

En forma de síntesis, se muestra una tabla actualizada a 2009 que sugiere el nivel de penetración y accesibilidad de las nuevas tecnologías de información y comunicación (TICs) en la población costarricense:

**Tabla 6. Accesibilidad a Tecnologías de Información y Comunicación**

VIVIENDAS QUE POSEEN DIFERENTES TIC 2005-2009			
Tipo	2005	2009	%*
TOTAL VIVIENDAS	1.114.210	1.256.701	3,1%
CON RADIO	961.682	976.934	0,4%
CON TELEVISOR A COLOR	1.033.540	1.204.666	3,9%
CON TELÉFONO RESIDENCIAL	730.804	827.963	3,2%
CON TELÉFONO CELULAR	555.198	873.291	12,0%
CON TELEVISIÓN POR CABLE	246.398	472.757	17,7%
CON COMPUTADORA	300.786	477.643	12,3%
CON SERVICIO DE INTERNET	113.672	234.381	19,8%
CON TELÉF. RESIDENCIA Y SIN TELÉF. CELULAR	301.170	217.539	-7,8%
CON TELÉF. CELULAR Y SIN TELÉF. RESIDENCIA	125.564	262.867	20,3%
CON TELÉF. RESIDENCIA Y CON TELÉF. CELULAR	429.634	610.424	9,2%
CON ELECTRICIDAD	1.103.659	1.249.284	3,1%
*/CORRESPONDE A LA VARIACIÓN GEOMÉTRICA PORCENTUAL			
FUENTE: MIDEPLAN CON INFORMACIÓN DEL INEC			

## **2. Estudio de las Condiciones locales y factores para Entrada al mercado/sector salud de Costa Rica**

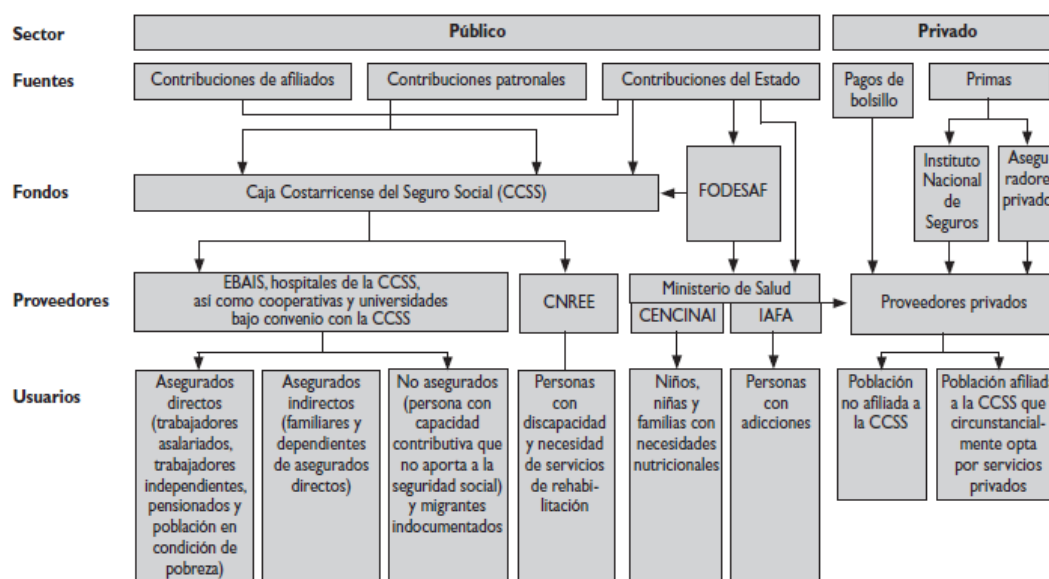
Basados en Sáenz y Bermúdez (2010), se ha establecido que los servicios personales de salud se prestan en el sector público, el sector privado y un difuso sector mixto. El sector público está dominado por la CCSS, principal proveedor de servicios personales. El Ministerio de Salud (MS), como ente rector del sistema, y las instituciones adscritas al mismo, como los Centros de Educación y Nutrición (CEN), los Centros Infantiles de Nutrición y Alimentación (CINAI) y el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), atienden a poblaciones con carencias nutricionales y problemas de adicción a sustancias psicoactivas, respectivamente. En el subsector privado se encuentran los servicios médicos privados, cinco compañías aseguradoras, las cooperativas (organizaciones sin fines de lucro contratados por la CCSS), las empresas de autogestión, las clínicas y los hospitales privados. Tanto el nicho de la atención de servicios de salud como el de los seguros están abiertos al sector privado, cada uno con una supervisión establecida legalmente. Para los centros de salud de la CCSS y los privados, el Ministerio de Salud es el ente rector y para las aseguradoras, está la Superintendencia General de Seguros (SUGESE).

El Instituto Nacional de Seguros (INS) opera tanto en el sector público como en el privado, y es responsable de las coberturas de los riesgos laborales y de tránsito, y de otorgar servicios médicos hospitalarios y de rehabilitación traumatológica relacionados.

Para comprender la dinámica del Sistema de Salud entre proveedores, flujos de recursos financieros y operativos y usuarios, se aporta el siguiente diagrama:



**Figura 5. Diagrama funcional del Sector Salud de Costa Rica**



Fuente: Sáenz R, Bermúdez J, Acosta M. (2010)

CENCINAI: Centros de Educación y Nutrición (CEN) y Centros Infantiles de Nutrición y Alimentación (CINAI)

CNREE: Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial de Costa Rica

EBAIS: Equipo Básico de Atención Integral en Salud

IAFA: Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia

INS: Instituto Nacional de Seguros

El sistema de salud de Costa Rica presta servicios de salud, agua y saneamiento. El componente de servicios de salud incluye un sector público y uno privado. El sector público está dominado por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), institución autónoma encargada del financiamiento, compra y prestación de la mayoría de los servicios personales de salud. La CCSS se financia con contribuciones de los afiliados, los empleadores y el Estado, y administra tres regímenes: el seguro de enfermedad y maternidad, el seguro de invalidez, vejez y muerte, y el régimen no contributivo. La CCSS presta servicios en sus propias instalaciones o en instalaciones del sector privado con las que establece contratos denominados "compromisos de gestión". El sector privado comprende una amplia red de prestadores que ofrecen servicios ambulatorios y de especialidad con fines lucrativos. Estos servicios se financian sobre todo con pagos de bolsillo, pero también con primas de seguros privados. El Instituto Nacional de Seguros opera tanto en el sector público como en el privado, siendo responsable de las coberturas de los riesgos laborales y de tránsito, y de otorgar servicios médicos hospitalarios y rehabilitación traumatológica relacionados. El Ministerio de Salud (MS), por su parte, cuenta con una dirección especializada en salud pública que se apoya en una red de unidades operativas en los niveles regional y local, encargada de la vigilancia y control epidemiológicos. El MS es también el rector del sistema, siendo responsable de la dirección política, la regulación sanitaria, la atención a la salud, la vigilancia epidemiológica, el direccionamiento de la investigación y el desarrollo tecnológico.

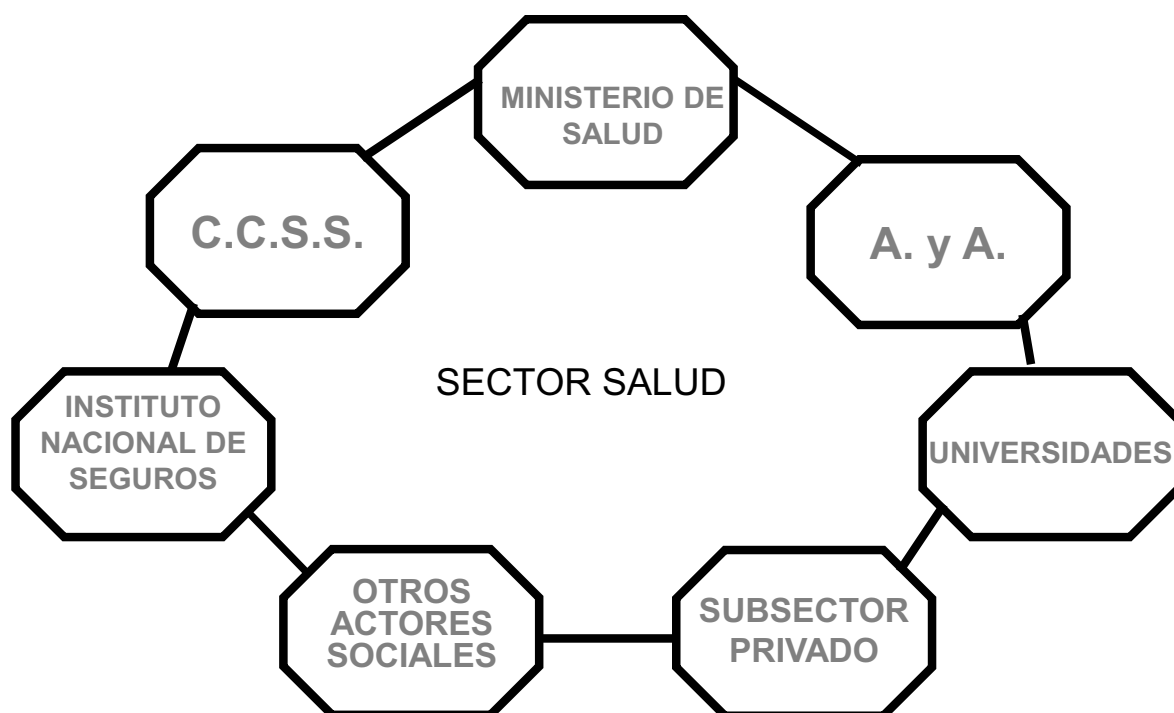
## 2.1 Sector Salud y Sistema Nacional de Salud de Costa Rica

En Costa Rica, el Sector Salud está constituido por el "conjunto de entidades públicas, centralizadas y descentralizadas, que tienen una competencia explícita y legal dirigida a proteger y mejorar la salud de la población". En la actualidad, según se establece en el Reglamento Orgánico del Poder Ejecutivo del junio del 2011, el Sector Salud está conformado por:

- Ministerio de Salud, como rector
- Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)

- Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA)
- Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y Centros Infantiles de Nutrición y Atención Integral (CEN-CINAI)
- Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)
- Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA)

**Figura 6. Instituciones que conforman el Sector Salud de Costa Rica**



Fuente: Ministerio de Salud

## 2.2 Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)

### Breve reseña histórica

El 1º de noviembre de 1941 mediante Ley N°17, se crea la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) como una Institución Semiautónoma del Estado. Esto durante la administración del Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

Sin embargo, el 22 de octubre de 1943 la Ley de la creación de la Caja fue reformada, constituyéndose en una Institución Autónoma del Estado, destinada a la atención del sector de la población obrera y mediante un sistema tripartito de financiamiento.

El Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (I.V.M.) se crea en 1947, pero incluía a los trabajadores del Estado, Instituciones Autónomas, Semiautónomas y las Municipalidades. En julio de ese mismo año se incorporan trabajadores que laboraban para la empresa privada en el campo administrativo.

No fue sino hasta 1960 que el Seguro de I.V.M. amplió su cobertura a empleados del comercio, escuelas de enseñanza particular, consultorios profesionales y trabajadores municipales pagados por planillas de jornales. En 1962 se amplió a trabajadores manuales ocasionales (construcción), a los pagados por planillas de jornales en obras públicas, ferrocarriles y ya para 1971 cubre en general a todos los obreros del país.

El 12 de mayo de 1961 por Ley N° 2738, se faculta a la CCSS a la Universalización de los Seguros Sociales.

En 1973 se da el traspaso de hospitales a la CCSS por medio de la Ley N° 5349, proceso que tardó solo tres años y medio, hasta constituirse hoy en un sistema de 29 hospitales. En 1975 se extiende el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte a los trabajadores del campo (agrícola) y la CCSS se hace cargo del Sistema de Pensiones del Régimen No Contributivo, esto con el fin de dar protección a los de más bajos recursos.

De un sistema de separación total de la fase preventiva a cargo del Ministerio de Salud, y la fase relativa correspondiente a la CCSS., se pasa a la integración de servicios en algunos casos y al trabajo conjunto paralelo en otros: queda la CCSS facultada para llevar a cabo acciones de salud en materia de medicina preventiva.

Por el carácter de su función o fin principal la CCSS. cuenta con el respaldo del Estado, Patronos y Trabajadores, quienes con sus cotizaciones constituyen el fundamento económico básico, sobre el cual giran todas sus actividades.

### **2.3 Autonomía constitucional de la CCSS**

La Constitución Política, mediante el capítulo sobre derechos y garantías sociales delegó, vía artículo 73, la administración y el gobierno de los seguros sociales en la Caja Costarricense de Seguro Social. La autonomía de dicha institución está consagrada en el segundo párrafo de dicho artículo, el cual establece:

“ARTÍCULO 73.- (...)

La administración y el gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma, denominada Caja Costarricense de Seguro Social.

(...).”

En el caso de la Caja Costarricense de Seguro Social, su autonomía es distinta y superior a la que poseen otras instituciones autónomas, pues además de gozar de independencia administrativa, cuenta con autonomía de gobierno. Está claro que a esta entidad se le asigna una competencia, en forma exclusiva, por norma constitucional, sea la administración y el gobierno de los seguros sociales. Está claramente definida la rectoría que ejerce sobre esta el Ministerio de Salud, aclarándose que no tiene el rango de superior jerárquico.

### **2.4 Misión, Visión y Valores de la CCSS**

**MISIÓN:** proporcionar servicios de salud en forma integral, al individuo, la familia y la comunidad, así como el otorgamiento de protección económica y de pensiones.

**VISIÓN:** ser la Institución líder del país en la prestación de servicios integrales en salud y sociales para los habitantes de Costa Rica.

VALORES: Respeto, Responsabilidad, Honestidad, Integridad, Lealtad, Compromiso, Transparencia y defender los principios mismos de la Seguridad Social: la equidad, la igualdad, la universalidad, la obligatoriedad y la unidad.

## **2.5 Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM)**

En Costa Rica se trabaja con un enfoque de salud que se sustenta en los principios de cobertura universal e integralidad de la atención. De igual forma, debe existir la equidad en la prestación de los servicios, así como la solidaridad en el financiamiento (tripartito), para que así se promueva una mayor participación social. Por lo tanto, en materia de salud la CCSS tiene la responsabilidad por mandato constitucional de cubrir a todos los habitantes en el territorio nacional.

Los habitantes tienen el derecho a la salud y pueden presentarse a los centros de atención públicos; para ello, es necesario inscribirse en alguna de las modalidades de aseguramiento que se establecen en el Reglamento de Salud de la CCSS. Sin embargo, es posible utilizar los servicios (independientemente de la condición de aseguramiento) en especial aquellos de atención primaria, como las consultas de emergencia, y los ciudadanos que no se encuentran asegurados (incluye también inmigrantes). Una vez que se ha prestado el servicio se lleva a cabo su cobro.

En Costa Rica, desde 1975, se estableció la protección para los trabajadores no asalariados, y desde 1976 todos los pensionados del RIVM y de los regímenes creados por leyes especiales deben cotizar al SEM.

Desde 1984, se creó el “seguro por cuenta del Estado”, que es un tipo de aseguramiento cuyo objetivo es la protección de las personas de muy escasos recursos y que toma como base los núcleos familiares.

En los años ochenta, se creó el aseguramiento colectivo, con el objetivo de proteger a los trabajadores independientes que no reciben salario y que están principalmente

afiliados a una organización social, modalidad que la CCSS formaliza mediante convenios especiales.

La CCSS establece que “el seguro de salud tiene a su cargo la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la atención de la prestación de servicios médicos y hospitalarios, así como el pago de prestaciones en dinero”.

En virtud de lo expuesto, se observa que la CCSS en realidad es una institución de transcendental importancia para todos los habitantes en Costa Rica y que ha contribuido para que las personas alcancen niveles de calidad de vida similares a la de los países desarrollados.

## 2.6 Organización y estructura de la CCSS

La siguiente tabla muestra en términos sencillos la actual estructura organizacional de la CCSS:

**Tabla 7. Estructura organizacional vigente en la CCSS**

Nivel organizativo	Nivel Central	Nivel Regional	Nivel Local	
			Área Financiera	Servicios de Salud
<b>Nivel Político</b>	Junta Directiva Presidencia Ejecutiva			
<b>Nivel de Fiscalización</b>	Auditoría Interna Contraloría de Servicios			
<b>Nivel Gerencial</b>	Gerencias			
<b>Nivel de Dirección</b>	Direcciones de Sede	Direcciones Regionales de Sucursales  Direcciones Regionales de Servicios de Salud		Direcciones Generales de Hospitales  Direcciones de Área de Salud  Direcciones Administrativas Financieras Hospitales  Directores de Centros Especializados

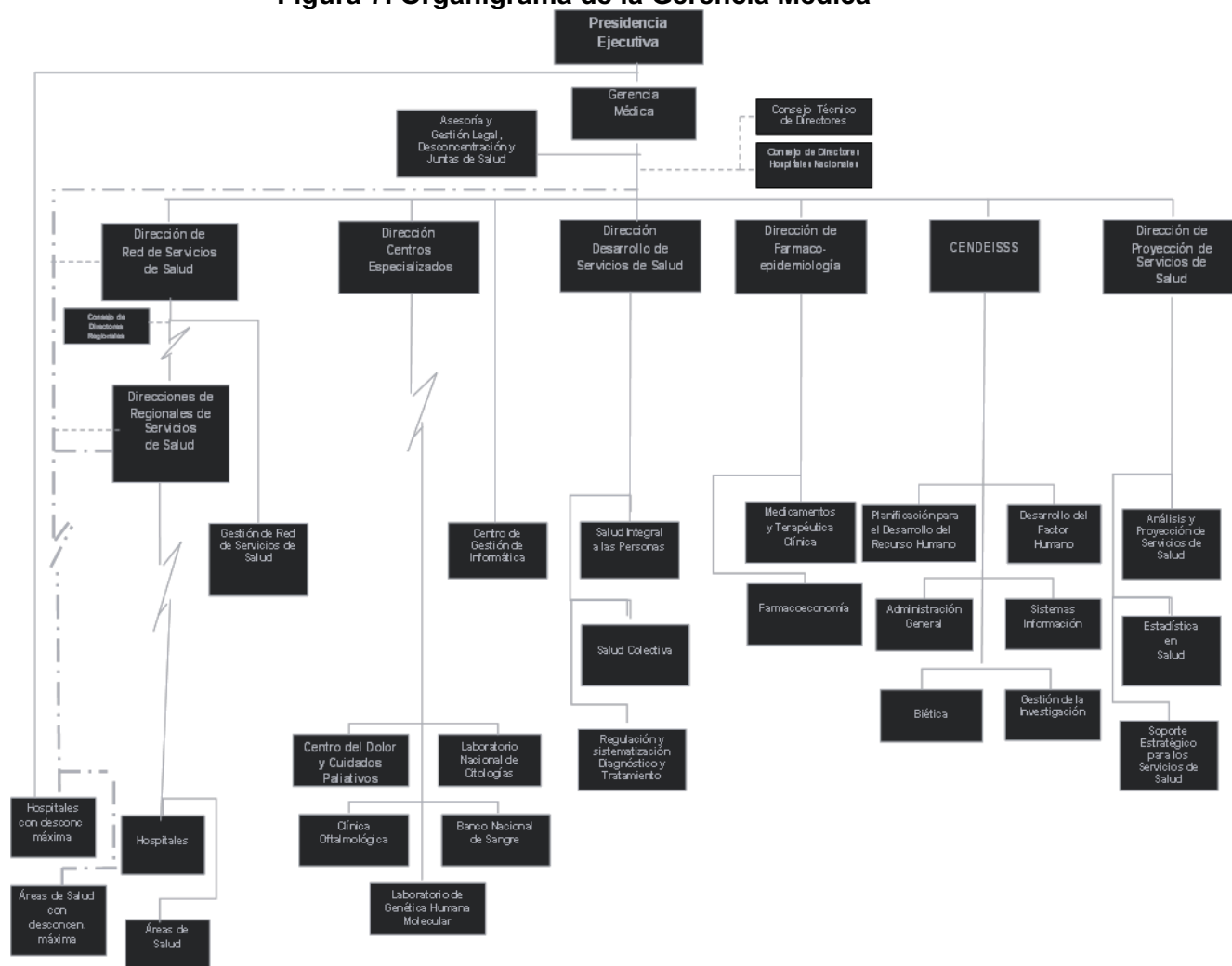
<b>Nivel de Administración General</b>			Administración de Sucursales	Administraciones de Área de Salud, responsables de la Gestión Administrativa de los Centros Especializados
<b>Nivel Operativo</b>	Áreas de Sede	Área de Trabajo (en las Direcciones Regionales de Sucursales, a partir de setiembre de 2007)		Departamentos Médicos (Hospitales Nacionales Generales y Nacional de Niños)
				Servicios Médicos (Hospitales Nacionales, Especializados, Regionales, Periféricos y Áreas de Salud)  Servicios de Colaboración Diagnóstica Tratamiento (Hospitales Nacionales, Especializados, Regionales, Periféricos y Áreas de Salud)  Áreas de Trabajo Administrativas
	Subáreas de Sede	Subáreas de Trabajo (en las Direcciones Regionales de Sucursales, a partir de setiembre de 2007)		Clínicas en Servicios Médicos (Hospitales Nacionales)  Subáreas de Trabajo Administrativas

Fuente: CENDEISSS, CCSS

## 2.7 Gerencia Médica de la CCSS

En cuanto al organigrama correspondiente a la Gerencia Médica se tiene lo siguiente:

**Figura 7. Organigrama de la Gerencia Médica**



Fuente: CENDEISS, CCSS

Se observa que los veintinueve hospitales de la red hospitalaria de la CCSS están dentro de la estructura dependiendo jerárquicamente bajo el siguiente orden:

- Junta Directiva
- Gerencia Médica
- Dirección de Red de Servicios de Salud
- Dirección Regional (Hospitales no Desconcentrados)



Por lo tanto, debe respetarse esta jerarquía para la toma de decisiones administrativas y financieras.

## 2.8 Redes hospitalarias

En la Figura 8, se resume la configuración de las redes de atención, tanto desde la perspectiva administrativa (Regiones de Salud) como desde la prestación de servicios de salud (Redes de Atención). Las redes de atención establecidas actualmente corresponden a una conformación desde el primer nivel de atención hasta los hospitales de tercer nivel de Costa Rica:

- Red del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia
- Red del Hospital San Juan de Dios
- Red del Hospital México

**Figura 9. Esquema de las Redes de Servicios de Salud**



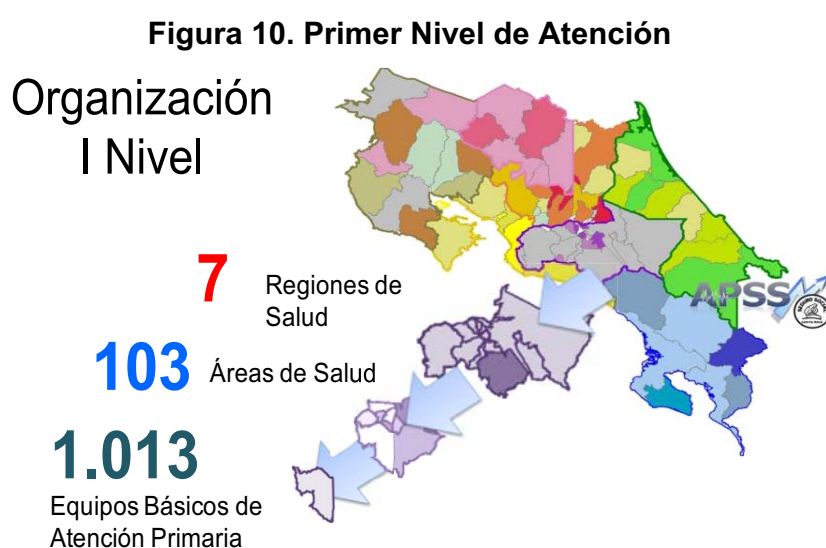
Fuente: Área de Proyección de Servicios de Salud, CCSS

Algunos elementos comunes para la formación y operación de las redes son los siguientes:

- Definen un área geográfica y/o funcional.
- Incluyen prestadores de distinta complejidad y origen.
- Se refieren tanto a prestadores como a establecimientos.
- Procuran un grado de coordinación de prestadores.
- Cuentan con un sistema de información lo más fluido posible.
- Establecen pautas para la entrega de los servicios.
- Tienen lineamientos de financiamiento que articulan los niveles.
- Requiere la definición de gobierno y de gestión a lo interno de la red

## 2.9 I Nivel de atención

Como puede observarse en la figura adjunta, a nivel nacional, al mes de setiembre de 2012 están determinados 1013 Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAIS) que están adscritos a 103 Áreas de Salud (Clínicas). Según lo establecido, se estima que cada EBAIS debe atender a un promedio de cinco mil habitantes.



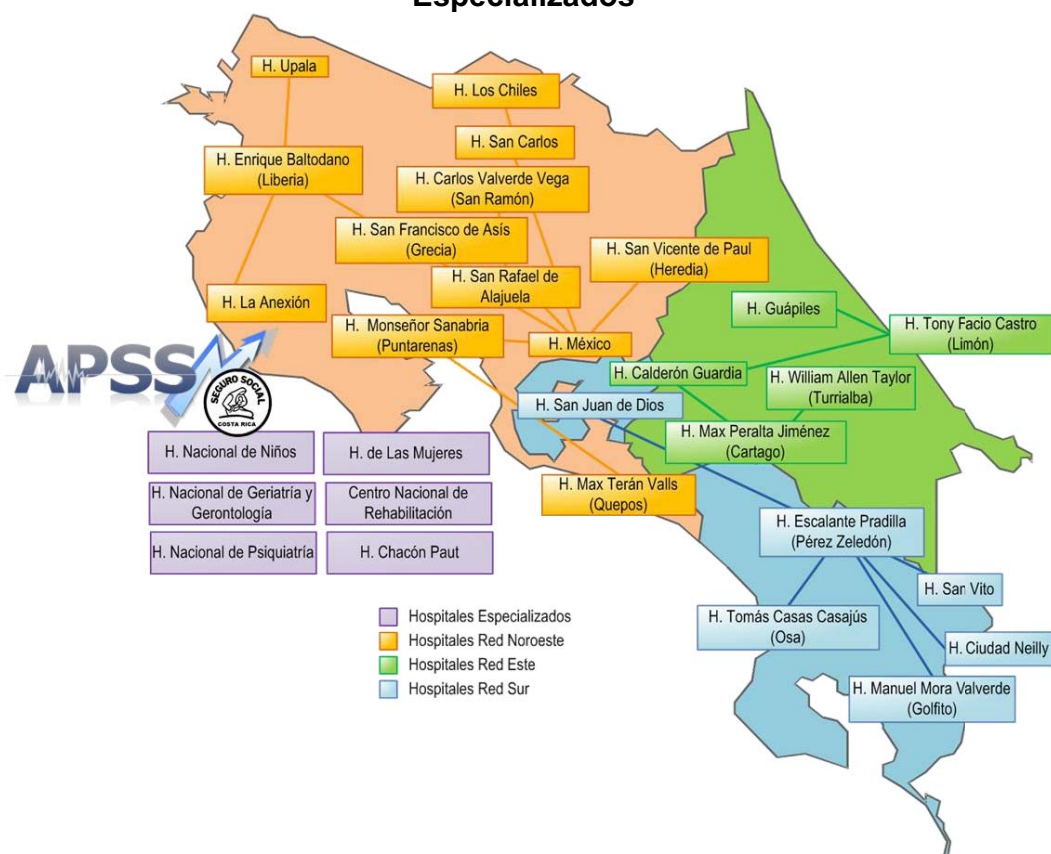
Fuente: Área de Proyección de Servicios de Salud, CCSS

Las Áreas de Salud corresponden a unidades de trabajo que cuentan con un Director y un Equipo Técnico y Administrativo. En zona rural pueden tener una cantidad de quince mil a cuarenta mil habitantes por cada una. En zona urbana pueden estar en un rango de cuarenta mil a sesenta mil habitantes.

## 2.10 II y III Nivel de Atención

Con el fin de presentar la distribución geográfica de los veintinueve hospitales de la CCSS, se muestra la siguiente configuración:

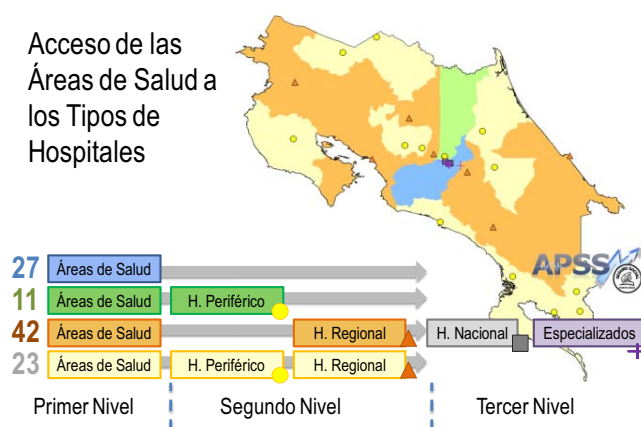
**Figura 11. Hospitales de Segundo, Tercer Nivel de Atención y Hospitales Especializados**



Fuente: Área de Proyección de Servicios de Salud, CCSS

No todos los usuarios de los servicios de salud de la CCSS deben hacer el mismo recorrido para avanzar en los niveles de atención si su situación de salud lo amerita. Esto se ilustra en el siguiente diagrama:

**Figura 12. Flujo del paciente en las redes de servicios de salud**



Fuente: Área de Proyección de Servicios de Salud, CCSS

## 2.11 Camas hospitalarias

Para el año 2012, la red hospitalaria de la CCSS cuenta con 5,636 camas, distribuidas en un 51,4% en los hospitales nacionales y especializados y el restante 48,6% corresponde al resto del país. El Hospital Nacional Psiquiátrico es el centro médico con mayor número de camas (674). Esto se explica debido a que por el perfil de los pacientes, un porcentaje significativo es de muy larga estancia. Le siguen en orden descendente, el Hospital San Juan de Dios (654) y el Hospital México (511), ambos nacionales y cabezas de una de las tres redes hospitalarias, como se indicó previamente. En forma completa y por hospital se muestra en la Tabla 8.

Complementariamente, la división de camas hospitalarias se realiza tomando en cuenta siete grandes áreas de hospitalización. El porcentaje que corresponde a cada una se indica en paréntesis: Medicina (27%), Cirugía (26%), Psiquiatría (16%), Obstetricia (12%), Pediatría (8%), Ginecología (6%) y Neonatología (5%).

**Tabla 8. Cantidad de camas por hospital, CCSS**

REGIÓN Y CENTRO MÉDICO	TOTAL	MEDICINA	CIRUGÍA	GINECOLOGÍA	OBSTETRICIA	PEDIATRÍA	NEONATOLOGÍA	PSIQUIATRÍA
<b>TOTAL NACIONAL</b>	5636	1528	1488	315	661	471	260	913
<b>HOSPITALES NACIONALES</b>	2902	705	857	110	204	177	149	700
Hospital de Las Mujeres	107	-	-	26	51	-	30	-
Hospital Dr. Calderón Guardia	414	121	175	29	37	-	26	26
Hospital México	511	166	238	25	49	-	33	-
Hospital Nacional de Niños	314	-	104	-	-	177	33	-
Hospital Nacional de Rehabilitación	88	68	20	-	-	-	-	-
Hospital Nacional Psiquiátrico	674	-	-	-	-	-	-	674
Hospital Raúl Blanco Cervantes	140	140	-	-	-	-	-	-
Hospital San Juan de Dios	654	210	320	30	67	-	27	-
<b>REGIÓN CENTRAL NORTE</b>	688	221	193	64	112	70	28	-
Hospital Carlos Luis Valverde Vega	100	34	34	8	14	10	-	-
Hospital San Francisco de Asís	90	33	26	3	18	10	-	-
Hospital San Rafael de Alajuela	280	90	90	24	36	28	12	-
Hospital San Vicente de Paúl	218	64	43	29	44	22	16	-
<b>REGIÓN CENTRAL SUR</b>	545	122	74	33	64	32	24	196
Hospital Max Peralta Jiménez	250	82	55	20	45	26	22	-
Hospital Roberto Chacón Paut	196	-	-	-	-	-	-	196
Hospital William Allen	99	40	19	13	19	6	2	-
<b>REGIÓN HUETAR NORTE</b>	185	56	41	19	43	17	9	-

<b>Hospital Los Chiles</b>	27	6	6	4	5	6	-	-
<b>Hospital San Carlos</b>	158	50	35	15	38	11	9	-
<b>REGIÓN CHOROTEGA</b>	300	104	66	21	66	35	8	-
<b>Hospital de La Anexión</b>	105	46	14	8	24	13	-	-
<b>Hospital Enrique Baltodano Briceño</b>	168	52	46	9	38	15	8	-
<b>Hospital Upala</b>	27	6	6	4	4	7	-	-
<b>REGIÓN PACÍFICO CENTRAL</b>	271	99	76	14	46	22	12	2
<b>Hospital Max Terán Valls</b>	53	24	10	4	5	10	-	-
<b>Hospital Monseñor Sanabria</b>	218	75	66	10	41	12	12	2
<b>REGIÓN HUETAR ATLÁNTICA</b>	325	82	72	24	59	56	20	12
<b>Hospital Guápiles</b>	129	30	22	13	27	27	10	-
<b>Hospital Tony Facio Castro</b>	196	52	50	11	32	29	10	12
<b>REGIÓN BRUNCA</b>	420	139	109	30	67	62	10	3
<b>Hospital Ciudad Neilly</b>	52	20	6	3	10	8	2	3
<b>Hospital Fernando Escalante Pradilla</b>	210	68	61	11	32	30	8	-
<b>Hospital Manuel Mora Valverde (Golfito)</b>	75	20	26	7	14	8	-	-
<b>Hospital San Vito de Coto Brus</b>	33	13	6	2	4	8	-	-
<b>Hospital Tomás Casas Casajus</b>	50	18	10	7	7	8	-	-

Fuente: Área de Estadística en Salud. Dirección Actuarial, CCSS.

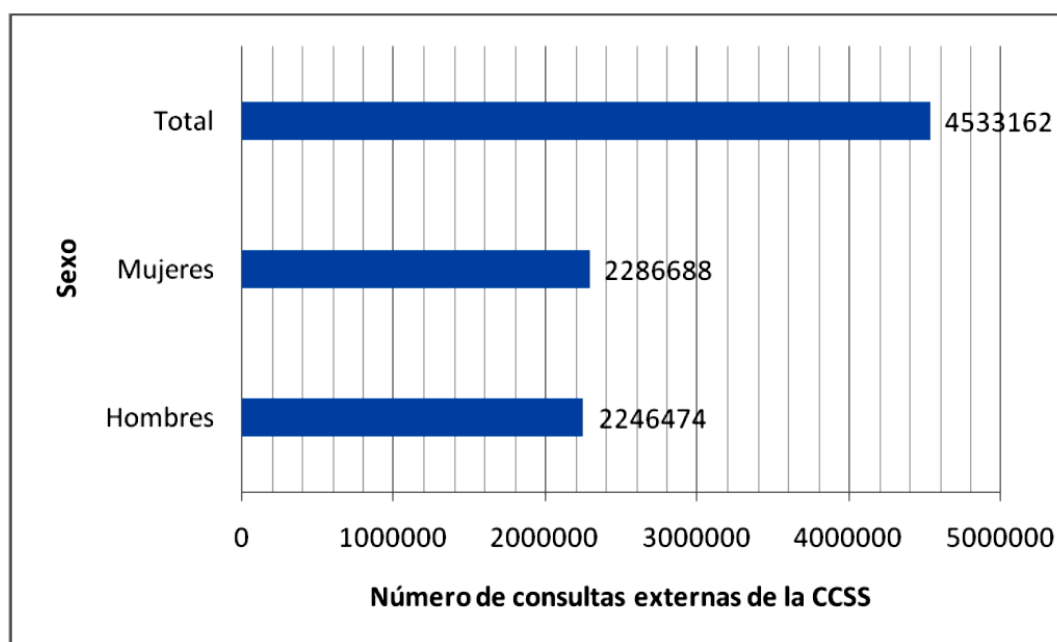
### 3. Producción de los servicios de salud de atención directa a las personas ambulatorios

Como referencia, en el año 2008 de 1087 establecimientos de la CCSS entre hospitales, áreas de salud y EBAIS realizaron un total de 12.161.250 atenciones de

Consulta Externa en el país, de ellas 9.537.701 realizadas por médicos (78%), 2.104.257 por odontólogos (20%) y 519.392 (4%) por otros profesionales de la salud.

De las consultas médicas realizadas, 7.100.088 (74%) fueron de medicina general, y 2.437.600 (26%) de medicina especializada. En estas atenciones no hay una diferencia significativa según sexo, como se observa en el siguiente gráfico.

**Gráfico 13. Número de Consultas Externas de la CCSS. Costa Rica, 2008.**

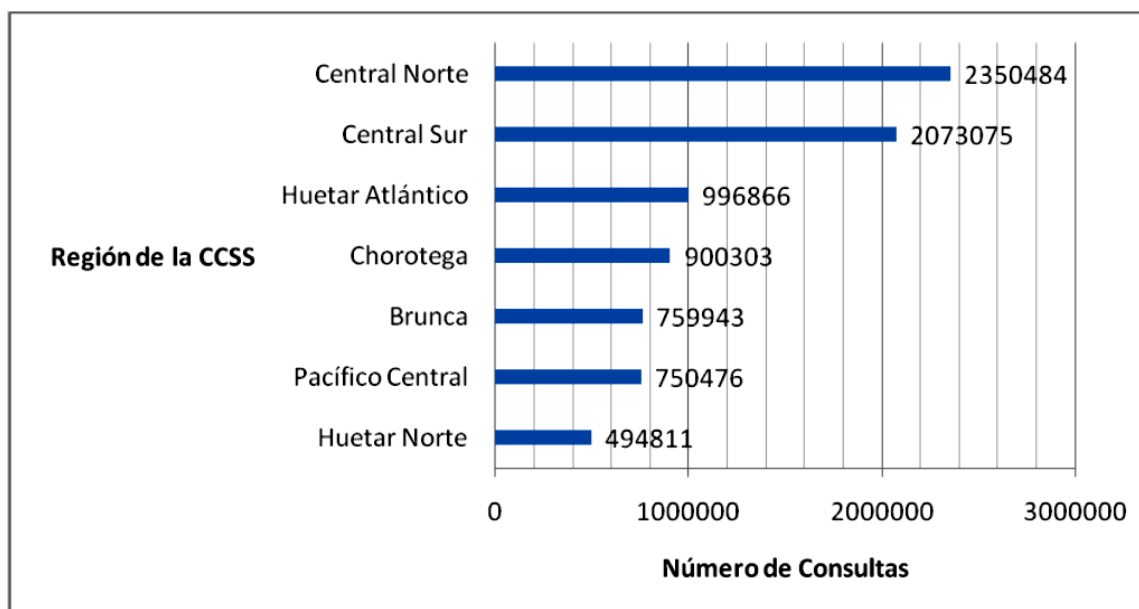


Fuente: DGASS-MS, con fuentes primarias: estadísticas de la Caja Costarricense del Seguro Social, Ministerio de Salud, Centro Centroamericano de Población e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2009.

El número de consultas por región está relacionado a la población y al número de establecimientos presentes en las mismas. Es así como las regiones que presentan las cifras más bajas son precisamente las que tienen la menor cantidad de establecimientos y menor población. Por ejemplo la Región Huetar Norte, posee solo dos hospitales (Los Chiles y San Carlos), y solamente ocho Áreas de Salud produciendo la cantidad de consulta más baja entre las regiones, con 494.811 consultas (Gráfico 14).

**Gráfico 14. Número de Consultas Externas de la CCSS, según región.**

**Costa Rica, 2008 (Cifras absolutas)**



Fuente: DGASS-MS, con fuentes primarias: estadísticas de la Caja Costarricense del Seguro Social, Ministerio de Salud, Centro Centroamericano de Población e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2009

La mayor cantidad de atenciones es brindada por medicina general y en menor cantidad por trabajo social y nutrición. Esto se puede explicar porque la CCSS contrata gran cantidad de médicos generales y pocos trabajadores sociales y nutricionistas debido al modelo de atención diseñado y ejecutado en la práctica (Gráfico 15).

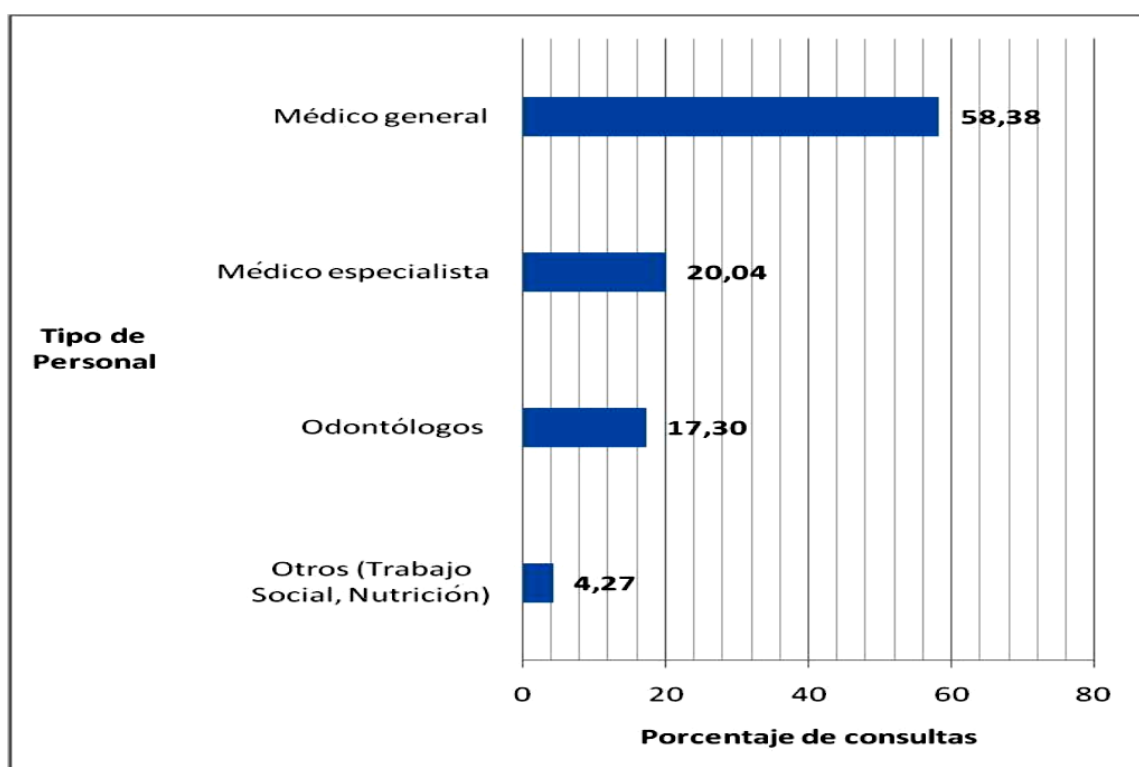
La consulta externa por habitante varía según región de la CCSS. Los datos reportados de las regiones excluyen las consultas del área metropolitana y hospitales nacionales.

Los resultados reflejan en la Región Pacífico Central que sus habitantes han consultado 3,15 veces en promedio durante el último año, y que en la Región Central Sur consultaron a razón de 1,31 veces por habitante en promedio durante el 2008.



Estas diferencias deben ser estudiadas con profundidad analizando las tendencias históricas, sin embargo un factor que puede estar incidiendo es la diferencia en el número de especialistas en las regiones.

**Gráfico 15. Frecuencia Relativa de Consultas Externas de la CCSS, según profesión de la salud. Costa Rica, 2008**



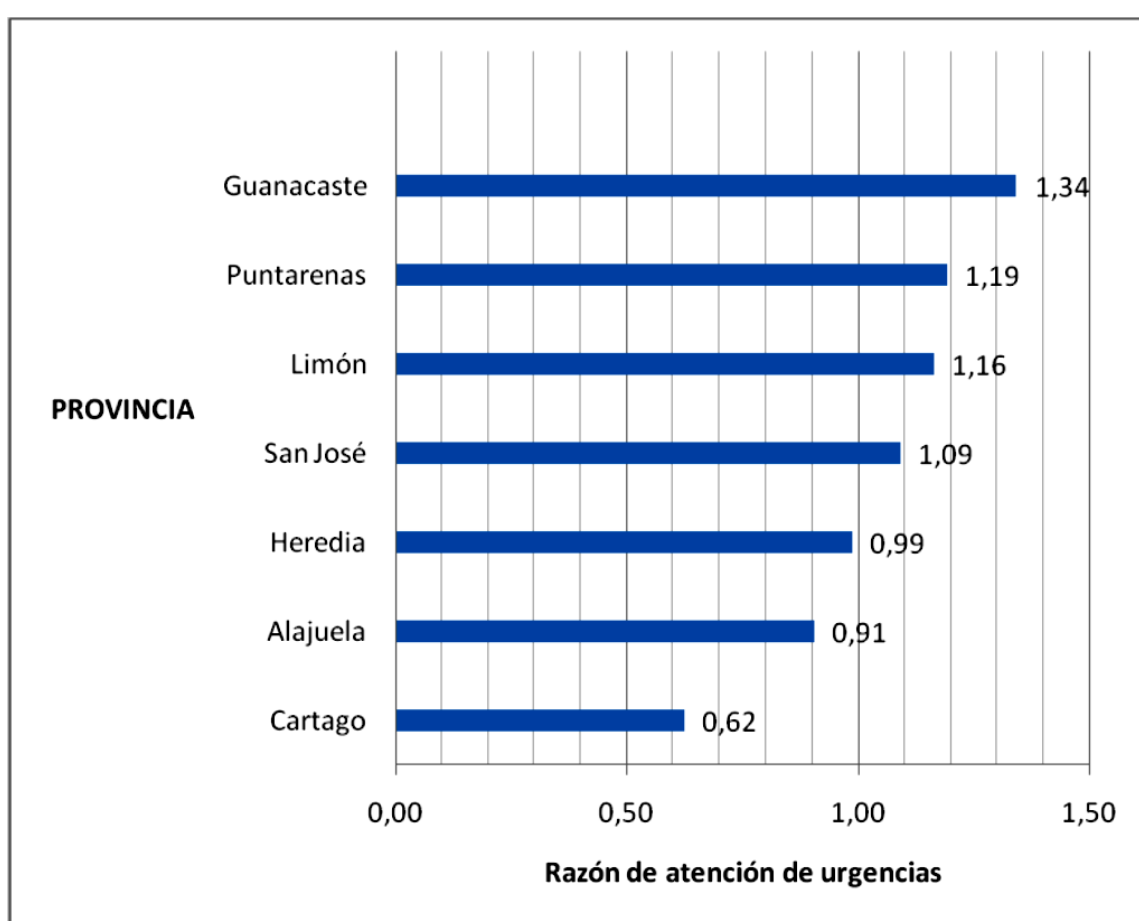
Fuente: DGASS-MS, con fuentes primarias: estadísticas de la Caja Costarricense del Seguro Social, Ministerio de Salud, Centro Centroamericano de Población e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2009.

La relación entre las atenciones de urgencias y la población proyectada a nivel nacional y por provincia, se muestra en el siguiente gráfico. De acuerdo con estos datos, se puede notar que a nivel nacional la razón de atenciones de urgencias en promedio en la CCSS por habitante es de 1,025 veces.

Además, cabe destacar que Guanacaste, Puntarenas y Limón, tienen una cifra superior al promedio nacional, notándose a la vez, que Cartago y Alajuela presentan las cifras menores, lo que debe ser estudiado para identificar las causas de la diferencia.

Del total de atenciones en los servicios de urgencias, un 61% se clasificaron como no urgencias y el resto como urgencias verdaderas, según criterios de la CCSS.

**Gráfico 16. Atención de urgencias promedio en la CCSS por habitante, según provincia. Costa Rica, 2008**



Fuente: DGASS-MS, con fuentes primarias: estadísticas de la Caja Costarricense del Seguro Social, Ministerio de Salud, Centro Centroamericano de Población e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2009.

Esto se debe a que las personas prefieren acudir al servicio de urgencias para no tener que hacer fila en los EBAIS y sacar una cita, o porque no logran cupo o por incompatibilidad con los horarios de trabajo. Lo que causa plétora de los servicios de

urgencias, tanto de clínicas como de hospitales, afectando la calidad de la atención brindada, ya que el personal de salud se indispone de atender consultas que no son urgencias, y por otra parte estas atenciones quitan espacio para atender verdaderas emergencias.

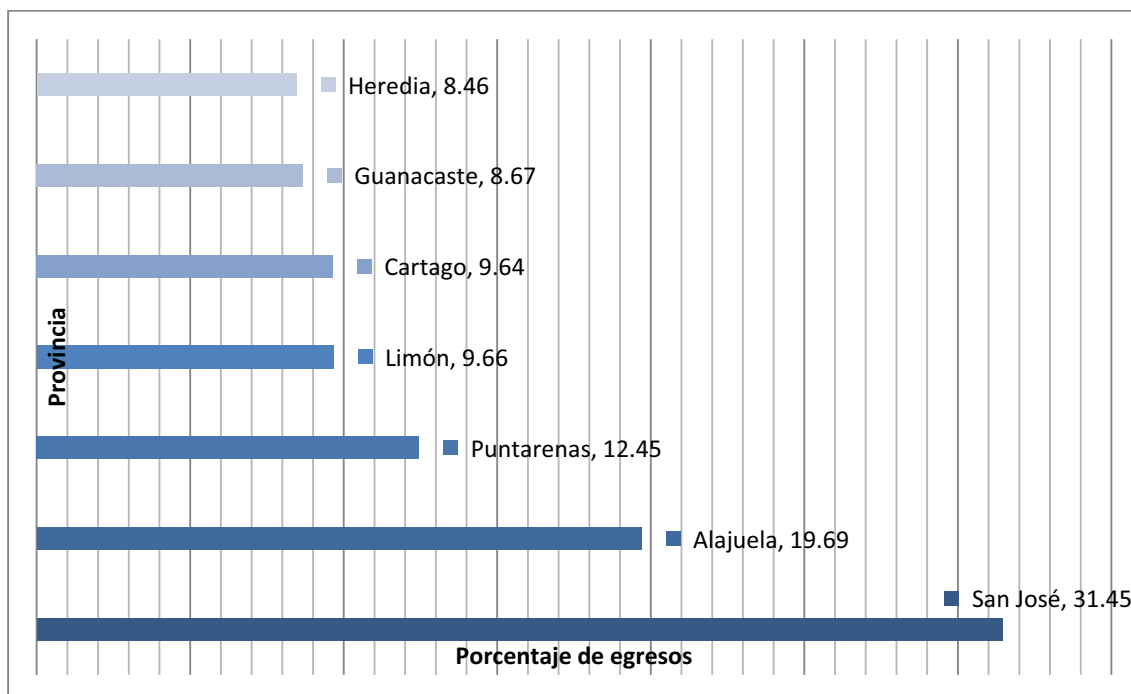
#### **4. Servicios de atención directa a las personas hospitalarios**

Los egresos hospitalarios reportados en el año 2008 fueron 348.787, la CCSS reporto la mayoría de egresos con 323.820 (92,85%), seguido por el sector privado con 21.295 (6,11%) y el INS con 3.672 (1,05%).

La mayor cantidad de egresos hospitalarios son de la CCSS ya que es el prestatario mayor de servicios de salud. Esta institución tiene cobertura a nivel nacional y cuenta con gran cantidad de infraestructura para internamientos.

Como se observa en el Gráfico 17, San José es la provincia con la mayor frecuencia relativa de egresos a nivel nacional (31,45%), seguido por Alajuela (19,69%). Esto confirma que estas provincias centrales concentran la mayor cantidad de población a nivel nacional, así como también, la mayor parte de hospitales nacionales por lo que se convierten en receptoras de pacientes para hospitalización provenientes de hospitales regionales y periféricos además de contar con mayor capacidad de resolución. Guanacaste y Heredia son las provincias con menor porcentaje de egresos.

**Gráfico 17. Frecuencia relativa de egresos hospitalarios de la CCSS por provincia.  
Costa Rica, 2008.**

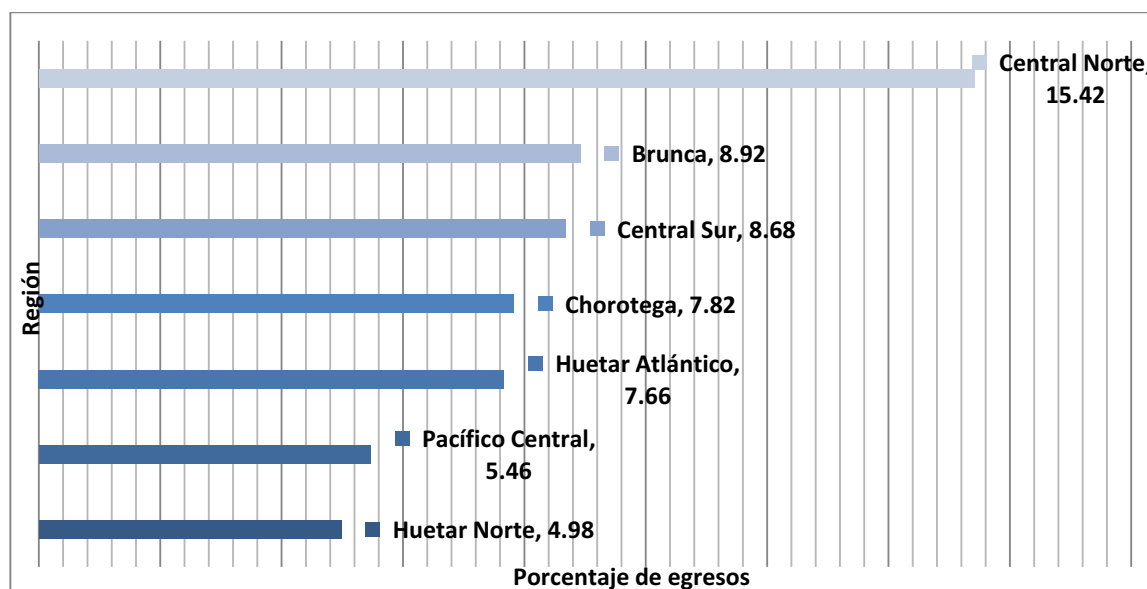


Fuente: DGASS-MS, con fuentes primarias: estadísticas de la Caja Costarricense del Seguro Social, Ministerio de Salud, Centro Centroamericano de Población e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2009.

El siguiente gráfico indica, que la mayor cantidad de egresos hospitalarios se da en las regiones que concentran a las provincias centrales del país (Región Central Norte 15,42% y Región Central Sur 8,68%). Sin embargo, la Región Brunca también representa el 8.92% de los egresos, lo que podría deberse a que el Hospital Escalante Pradilla de Pérez Zeledón es el tercer hospital regional con mayor número de camas para hospitalización. Además, a esta región pertenecen 5 hospitales.

La región Huetar Norte, Huetar Atlántica y Pacífico Central aportan el menor porcentaje de egresos.

**Gráfico 18. Frecuencia relativa de egresos hospitalarios por región de la CCSS.  
Costa Rica, 2008.**



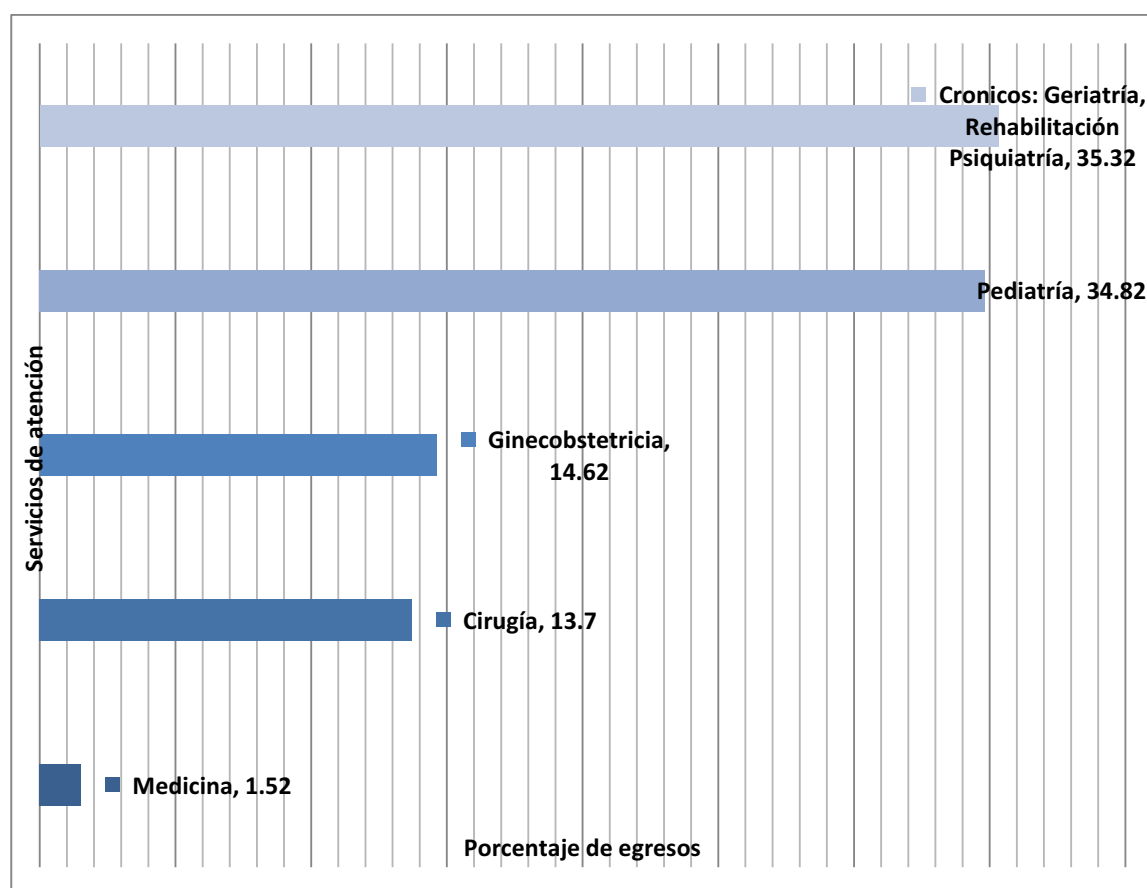
Fuente: DGASS-MS, con fuentes primarias: estadísticas de la Caja Costarricense del Seguro Social, Ministerio de Salud, Centro Centroamericano de Población e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2009.

El hospital con mayor cantidad de egresos es el Hospital San Juan de Dios con 37,120 egresos siendo además el hospital con el mayor número de camas en el país (732). En comparación está el Hospital Nacional Psiquiátrico el cual cuenta con un número similar de camas (731), con 3,489 egresos, confirmando que, la naturaleza de la atención según hospital determina en alguna medida el número de egresos, al determinar, la estancia hospitalaria. La menor cantidad de egresos se registran en el hospital Raúl Blanco Cervantes con 2,470, obteniendo una frecuencia relativa de 0,76, como se observa en el gráfico anterior, lo cual se debe a que es un hospital de crónicos de alta estancia.

La frecuencia relativa de egresos hospitalarios según servicio, evidencia que el mayor número de egresos se da en los servicios de pediatría y medicina interna, representando alrededor del 70% del total de egresos (Gráfico 19).

Se debe señalar que el 49,44% de los egresos son de naturaleza materno infantil, y un 35,32% está conformado por geriatría, rehabilitación y psiquiatría que son especialidades de alta estancia.

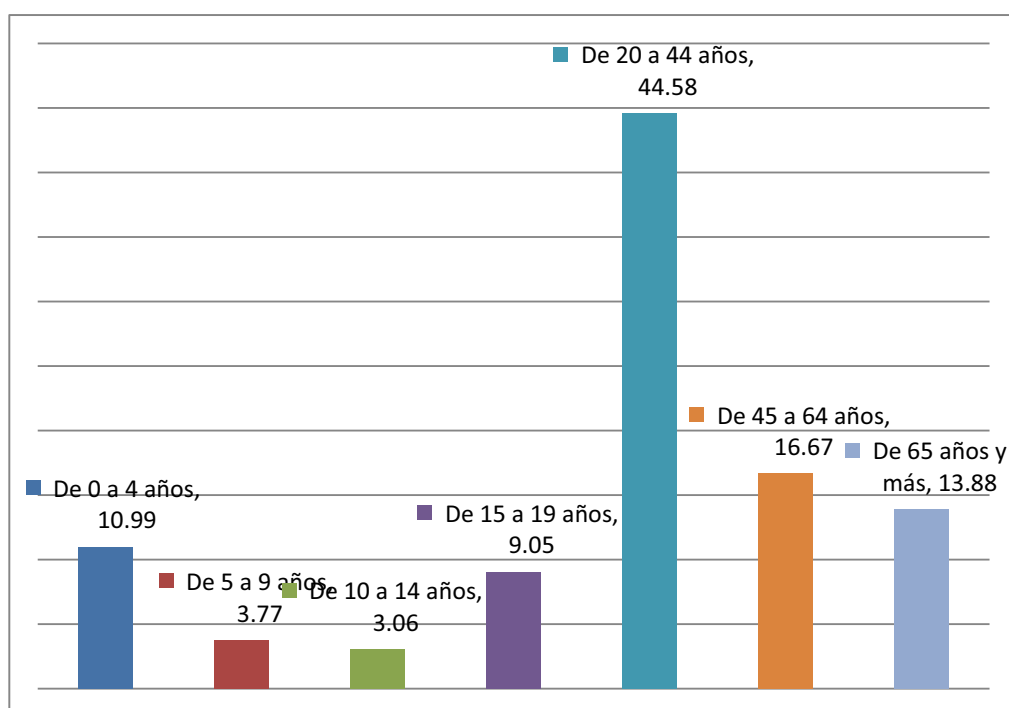
**Gráfico 19. Frecuencia relativa de egresos hospitalarios por servicio de la CCSS. Costa Rica, 2008.**



Fuente: DGASS-MS, con fuentes primarias: estadísticas de la Caja Costarricense del Seguro Social, Ministerio de Salud, Centro Centroamericano de Población e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2009.

En el siguiente gráfico se observa que el grupo de edad con más egresos es el de población joven de 20 a 44 años. Estos representan a la población femenina en edad fértil que se ha hospitalizado, y en el 77% de los casos es para la atención del parto. Lo anterior explica porque el 66% de los egresos corresponden al sexo femenino y que el grupo de edad con mayor número de egresos es el correspondiente a las mujeres en edad fértil.

**Gráfico 20. Frecuencia relativa de egresos por grupos etarios.**  
CCSS, 2008.



Fuente: DGASS-MS con fuente primaria estadísticas de la CCSS y el Centro Centroamericano de población-INEC, 2009.

A nivel hospitalario los indicadores relacionados con las camas hospitalarias como son Dotación, Giro, Ocupación, y Promedio de estancia, permiten analizar y comparar diferentes situaciones, desde cobertura hasta diferencias según tipo de hospital. De igual manera es importante observar las diferencias entre el sector público y privado. Estos indicadores están íntimamente relacionados con el tipo y cantidad de población

del área de atracción, tipos de servicios prestados, patologías que se atienden, entre otras cosas.

En Costa Rica para el año 2008, según resultados obtenidos de las instituciones INS, CCSS y Hospitales Privados se registraron un total de 5,812 camas, para una población total proyectada de 4,451,261 habitantes. La CCSS contabiliza el mayor número de camas con un total de 5,518, y la menor cantidad se presenta en el sector privado y el INS con 188 y 106 camas respectivamente, como se observa en el siguiente cuadro.

**Tabla 9. Camas hospitalarias por cada mil habitantes. Costa Rica, 2008**

Institución	Número de camas	Razón de camas por mil habitantes
CCSS	5,518	1,24
INS	106	0,02
Sector privado	188	0,04
Total del País	<b>5,812</b>	<b>1,31</b>

Fuente: DGASS-MS, con fuentes primarias: estadísticas de la Caja Costarricense del Seguro Social, Ministerio de Salud, Centro Centroamericano de Población e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2009.

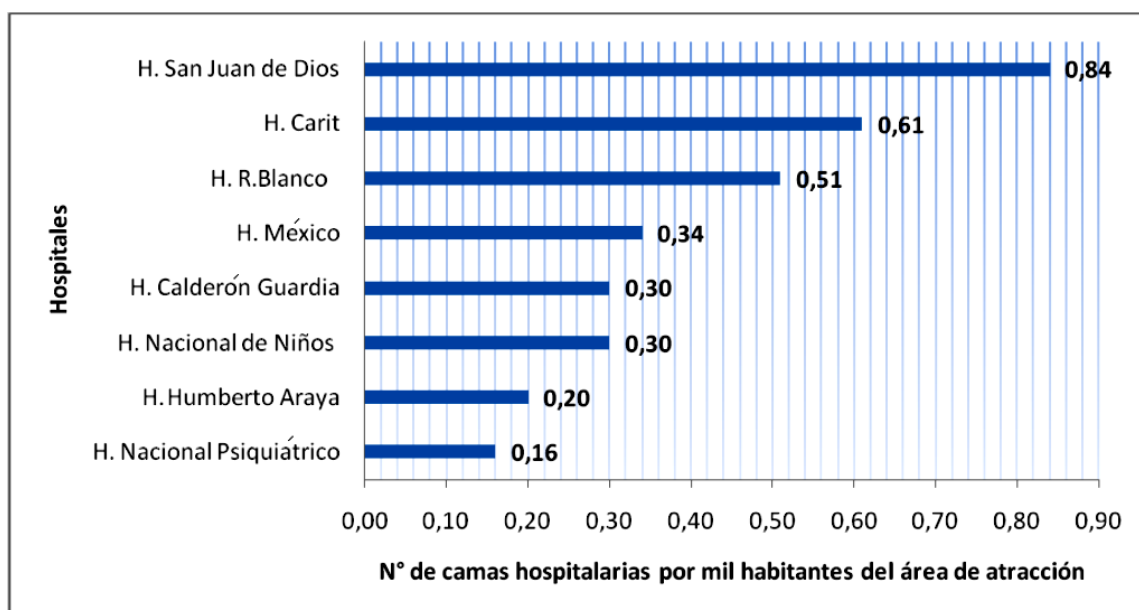
En la CCSS un poco más de la mitad del total de sus camas, 2,970, se ubican en los hospitales nacionales de la Gran Área Metropolitana (GAM). La otra mitad se reparte en hospitales de menor complejidad, Regionales 1.327, y Periféricos 1.221. Informes de la OMS muestran la existencia de 6,3 camas por mil habitantes para Europa y 3,2 para América Latina, mientras que en Costa Rica la razón es de 1,31 camas por mil habitantes. Con estos datos es pertinente analizar que aunque la razón de camas es baja de acuerdo a la OMS, pareciera existir una adecuada distribución de éstas a lo largo y ancho del país. Estos datos podrían inducir a error si no se contempla el resto



de indicadores relacionados con las camas porque se podría omitir la realidad de las largas filas de espera para internamientos electivos.

La razón de camas varía según la especialización y la población de atracción de cada hospital. Por ejemplo, el Hospital San Juan de Dios (732 camas), obtiene la razón más alta, 0,84 camas por cada mil habitantes (tomando como referencia la población del área de atracción) y el Hospital Nacional Psiquiátrico (731 camas), es un establecimiento de ámbito nacional y lo por tanto, su razón de camas hospitalarias es baja, 0,16 por cada mil habitantes, como se muestra en el siguiente gráfico.

**Gráfico 21. Camas hospitalarias por mil habitantes, según hospitales nacionales de la CCSS. Costa Rica, 2008.**

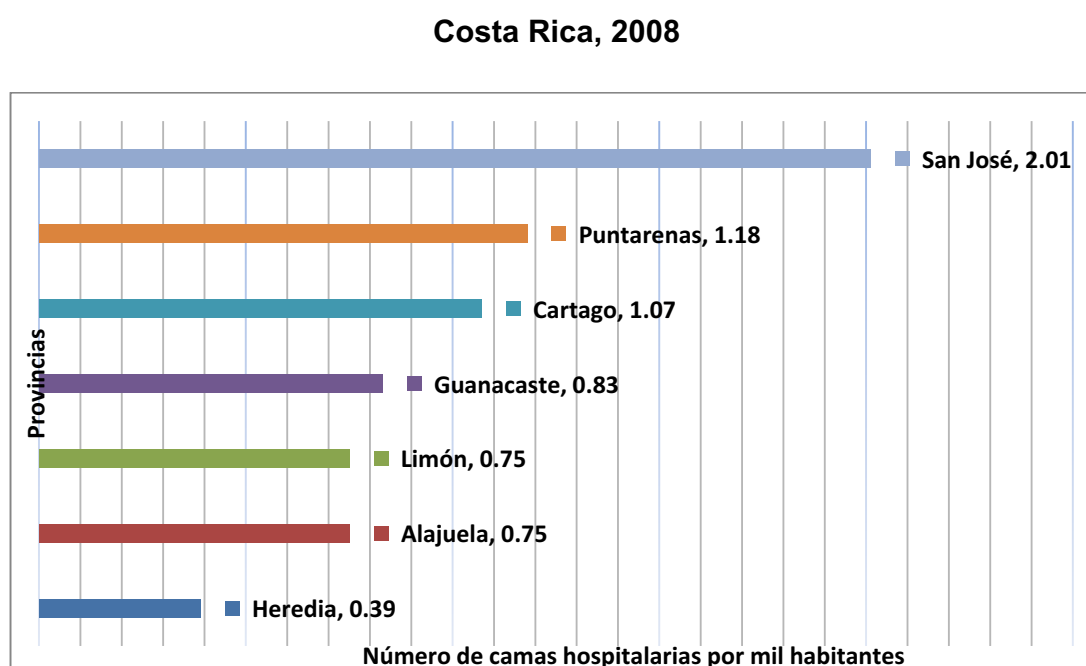


Fuente: DGASS-MS con fuente primaria estadísticas de la CCSS y el Centro Centroamericano de población-INEC, 2009.

Al analizar la razón de camas hospitalarias por provincia se encuentra que la provincia de San José tiene la particularidad de concentrar todos los hospitales nacionales y especializados, entre los cuales están el Hospital San Juan de Dios y Hospital Nacional

Psiquiátrico que aportan el mayor número de camas por cada mil habitantes, por lo cual muestra la razón más alta, sin embargo llama la atención la provincia de Heredia con la razón más baja, situación que se espera solucionar con la entrada en funcionamiento del nuevo hospital (Gráfico 22) desde 2010.

**Gráfico 22. Número de camas hospitalarias en la CCSS, según provincia.**



Fuente: DGASS-MS, con fuentes primarias: estadísticas de la Caja Costarricense del Seguro Social, Ministerio de Salud, Centro Centroamericano de Población e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2009.

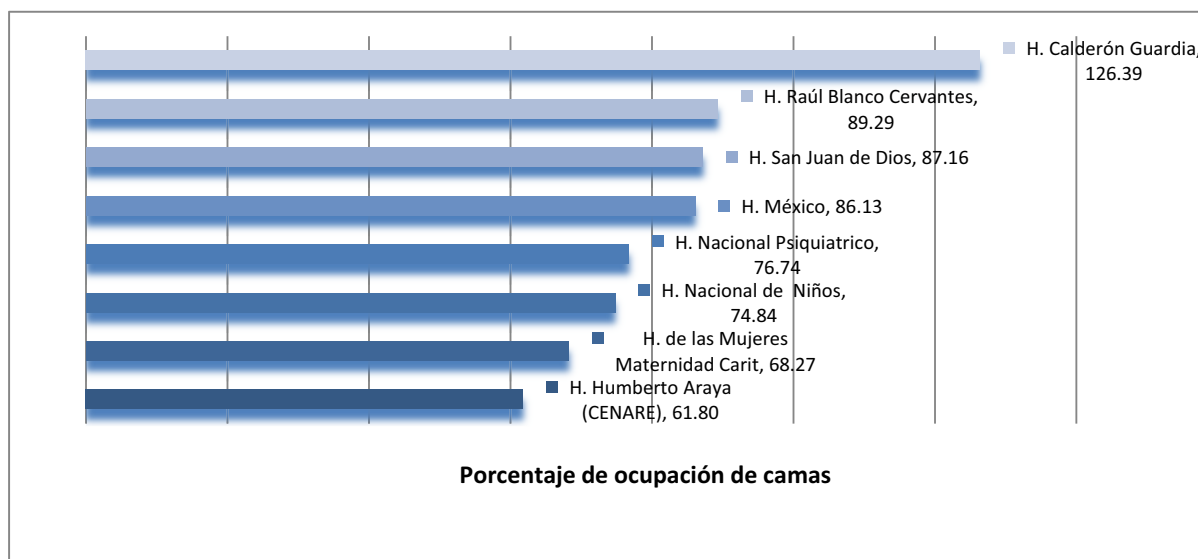
La CCSS se ha basado en datos estadísticos poblacionales, incluyendo el perfil epidemiológico para realizar cálculos de la dotación general y especializada de las camas cada ocasión en que se abre un nuevo hospital, sin embargo, la mayoría de los hospitales son bastante antiguos y ya las infraestructuras y la dotación de recursos tanto humanos como materiales, está por debajo de la necesario.

Internacionalmente se recomienda un rango entre el 80 y 85% como índice de ocupación de la cama hospitalaria según la OMS. Cifras mayores del 90% significan una gran presión sobre los servicios, lo que puede impactar en la calidad de los servicios prestados.

En Costa Rica las diferentes series estadísticas muestran a nivel nacional un porcentaje de ocupación promedio del 86,25%. %. A nivel regional se presentan pequeñas variaciones de índices de ocupación, pasando desde índices de 78.3% en la región Brunca, hasta 96,22 % en la región Huetar Norte.

Entre los hospitales nacionales, los especializados presentan índices de ocupación menores en un rango de 62 al 77%, con excepción del Hospital Blanco Cervantes, cuyo índice de ocupación es similar al de los hospitales nacionales no especializados, cuyas cifras se encuentran por arriba del 86%. El hospital nacional con el mayor porcentaje de ocupación es el Rafael Ángel Calderón Guardia.

**Gráfico 23. Porcentaje de ocupación de camas en hospitales nacionales de la CCSS. Costa Rica, 2008**



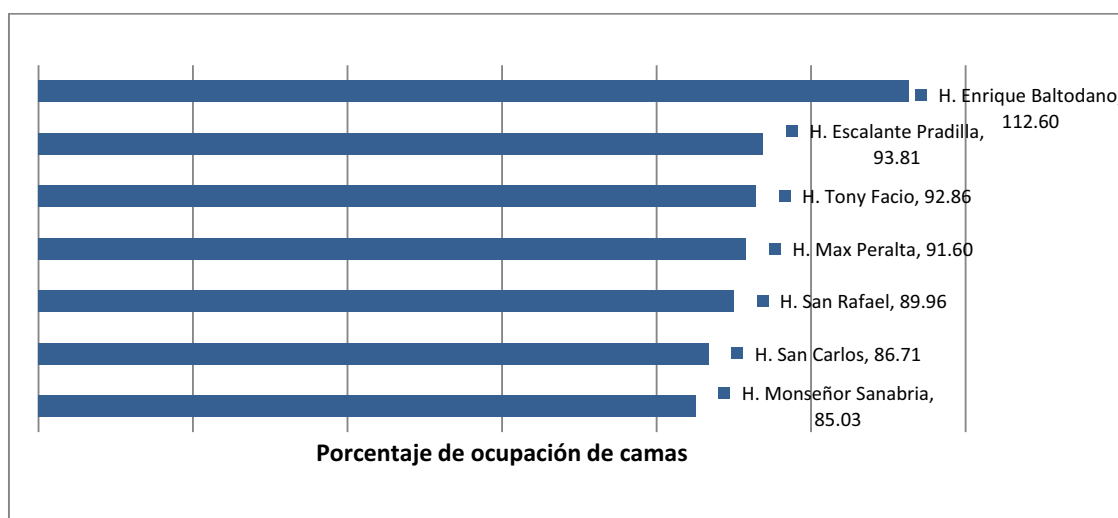
Fuente: DGASS-MS, con fuentes primarias: estadísticas de la Caja Costarricense del Seguro Social, Ministerio de Salud, Centro Centroamericano de Población e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2009.

Los bajos porcentajes de ocupación en algunos hospitales, no parecen tener justificación, por lo que es necesario un análisis retrospectivo y prospectivo para valorar si es una situación sostenida en el tiempo, lo que implicará la eliminación de algunas camas en dichos centros.

Se destaca el dato obtenido del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, que excede el 100%, siendo este el dato oficial de la CCSS, lo que plantea la necesidad de ejecutar un análisis como el planteado anteriormente, con el objetivo de valorar requerimientos de nuevas camas en ese hospital.

A nivel regional cuatro hospitales regionales presentan porcentajes de ocupación superiores al 90%, ellos son el Enrique Baltodano de la Región Chorotega, el Max Peralta de la Región Central Este, el Escalante Pradilla de la Región Brunca, y el Tony Facio de la Región Huetar Atlántica. El resto de hospitales regionales presenta porcentajes de ocupación entre el 85 y 90% (Gráfico 24).

**Gráfico 24. Porcentaje de ocupación de camas en hospitales regionales de la CCSS. Costa Rica, 2008.**

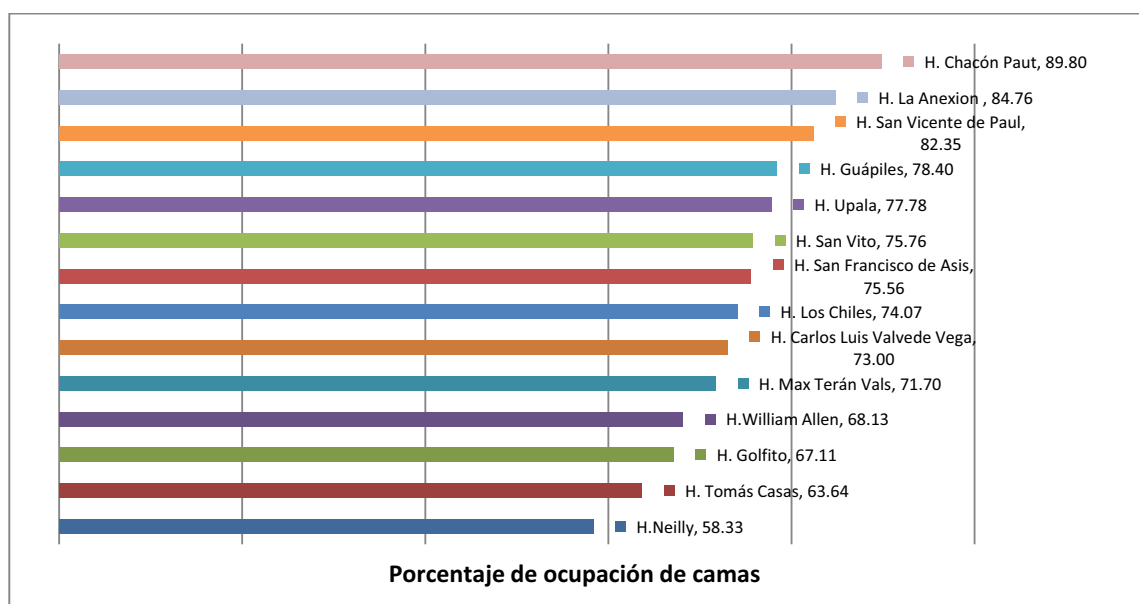


Fuente: DGASS-MS, con fuentes primarias: estadísticas de la Caja Costarricense del Seguro Social, Ministerio de Salud, Centro Centroamericano de Población e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2009.

De igual manera en el ámbito regional en aquellos hospitales con porcentajes de ocupación alto, dentro de los cuales se destaca, el Hospital Enrique Baltodano que obtiene un 112,60 siendo, el más alto porcentaje de ocupación de cama en hospitales regionales, según el dato oficial de la CCSS, justifica la realización de un estudio retro y prospectivo para valorar la necesidad de incorporar nuevas camas en dichos centros hospitalarios.

En los hospitales periféricos el porcentaje de ocupación de encuentra en el rango del 58 al 85%, a excepción del Hospital Chacón Paut, que presenta un porcentaje de ocupación del 90%, cuyos pacientes se caracterizan por dolencias crónicas, degenerativas y terminales y con una estancia hospitalaria muy prolongada y un giro de cama bajo (Gráfico 25).

**Gráfico 25. Porcentaje de ocupación de camas en hospitales periféricos de la CCSS. Costa Rica, 2008.**



Fuente: DGASS-MS, con fuentes primarias: estadísticas de la Caja Costarricense del Seguro Social, Ministerio de Salud, Centro Centroamericano de Población e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2009.

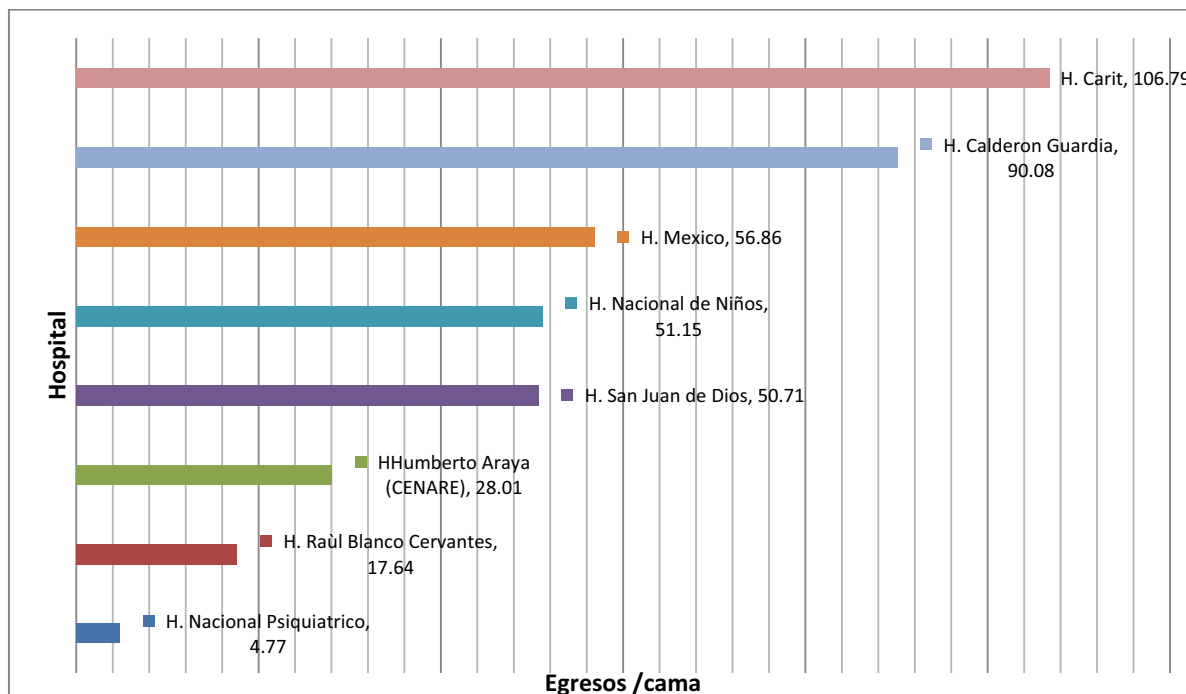
De acuerdo con esta información presentada, una buena parte de los hospitales regionales y nacionales, presentan una presión excesiva sobre los servicios de salud, lo cual puede comprometer las buenas prácticas de bioseguridad y la calidad de atención.

Giro de cama se definió como aquel que determina la productividad de las camas en el hospital en general o de un servicio en particular, en un período de tiempo determinado. De acuerdo a esta definición el giro cama permite planificar la cantidad de recursos que se requieren para completar el recurso cama. Un giro de cama elevado corresponde a un promedio de estancia bajo y viceversa.

Para un mayor entendimiento, el giro cama representa para organizaciones internacionales como la OMS, el número de pacientes que en promedio recibió cada cama hospitalaria de dotación normal, en un período determinado, que suele ser el año; se calcula, al dividir egresos de un período, entre el total de camas de disponibles del mismo período.

En Costa Rica en los hospitales nacionales generales el porcentaje de giro cama va de 56.86% en en Hospital Mexico hasta el Hospital Calderon Guardia Con un 90.08% lo que no es esperable en hospitales generales de igual complejidad por lo que se hace necesario un estudio que permita la identificación de las causas de esta situación., En otro sentido se encuentra que el giro de cama, depende de la especialización del hospital; así como su población de atracción, tal es el caso del Hospital Nacional de las Mujeres, que tiene un giro de cama elevado; debido a que la población son mujeres que asisten mayoritariamente para atención de partos, cuya estancia hospitalaria en promedio son 2 días y en oposición el Hospital Nacional Psiquiátrico que tiene un giro de cama bajo, debido a que maneja patologías crónicas que requieren atención hospitalaria con largos períodos de estancia (Gráfico 26).

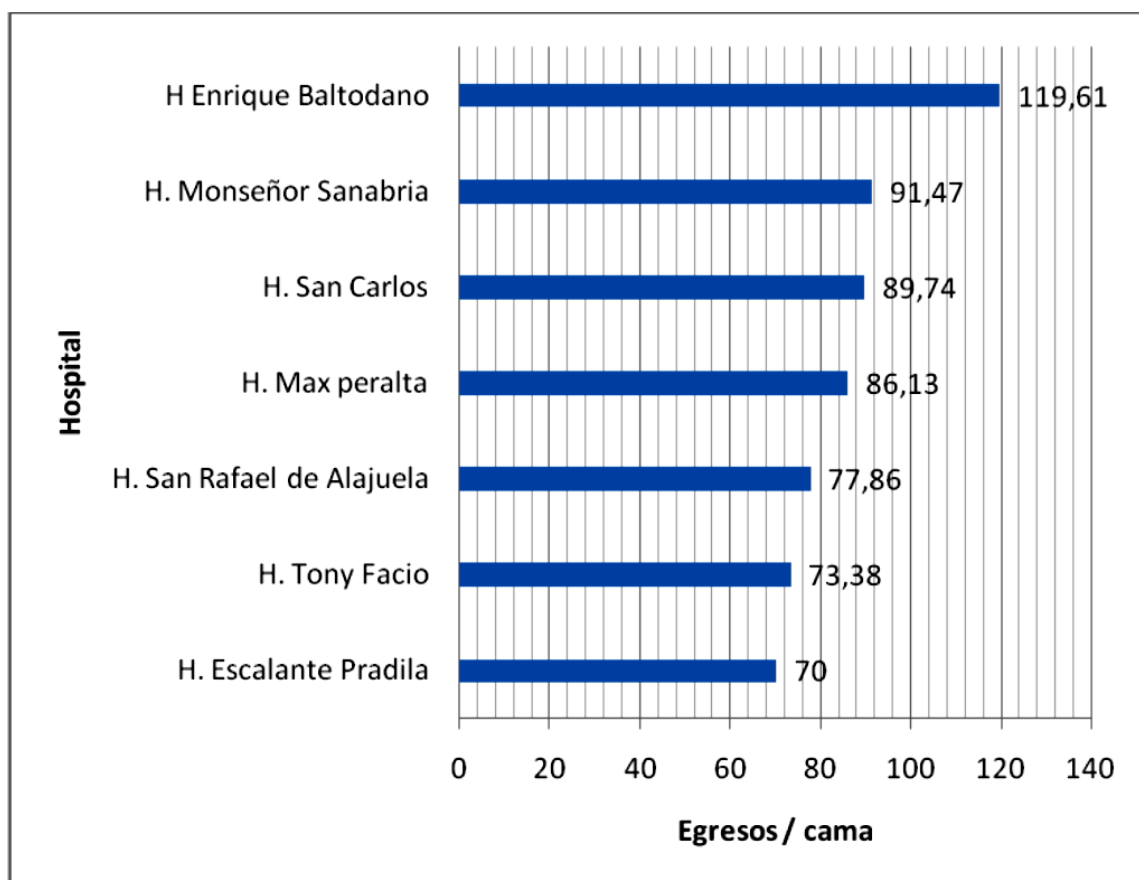
**Gráfico 26. Giro Cama en hospitales nacionales de la CCSS. Costa Rica, 2008**



Fuente: DGASS-MS, con fuentes primarias: estadísticas de la Caja Costarricense del Seguro Social, Ministerio de Salud, Centro Centroamericano de Población e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2009.

En los hospitales regionales de la CCSS, el Hospital Enrique Baltodano presenta el giro cama más alto con 119,61 egresos por cama disponible. El Hospital Escalante Pradilla registró la razón más baja (70).

**Gráfico 27. Giro Cama en hospitales regionales de la CCSS. Costa Rica, 2008**



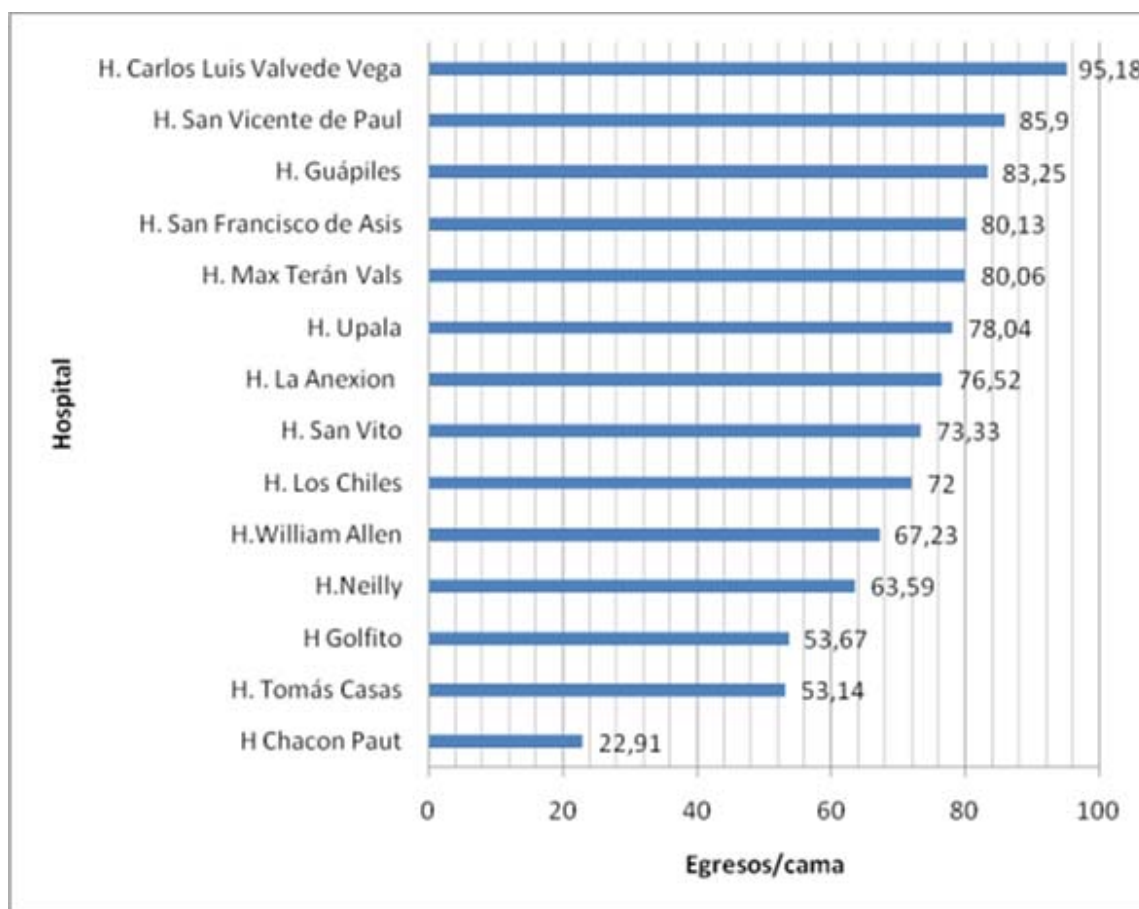
Fuente: DGASS-MS, con fuentes primarias: estadísticas de la Caja Costarricense del Seguro Social, Ministerio de Salud, Centro Centroamericano de Población e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2009.

En los hospitales periféricos de la CCSS, el Hospital Carlos Luis Valverde Vega presenta el giro cama más alto con 95,18 egresos por cama disponible. El Hospital Chacón Paut registró la razón más baja (22,91) (Gráfico 28).

El indicador debe ser analizado a la luz de las causas de egreso ya que es esperable que el mismo sea similar en hospitales generales de igual complejidad.



**Gráfico 28. Giro Cama en hospitales periféricos de la CCSS. Costa Rica, 2008**

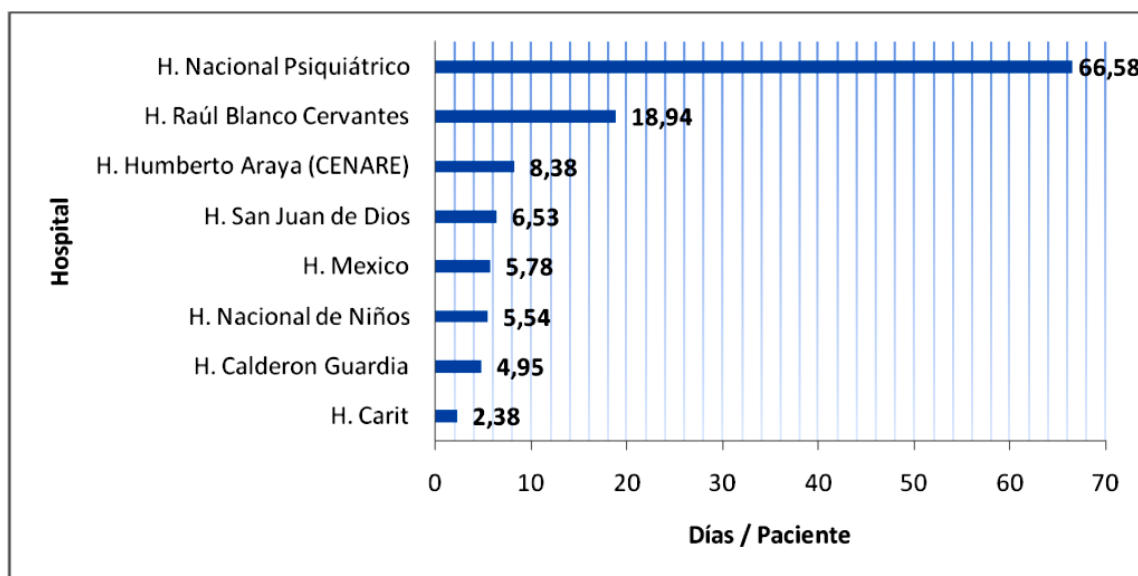


Fuente: DGASS-MS, con fuentes primarias: estadísticas de la Caja Costarricense del Seguro Social, Ministerio de Salud, Centro Centroamericano de Población e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2009.

En las series estadísticas de la CCSS , se encuentra que el promedio de días de estancia está determinado por la especialidad del hospital, así, en general se debería observar poca variación en hospitales generales; a no ser que la estructura de la población del área de atracción del hospital sea significativamente diferente, por ejemplo con más población vieja. En hospitales especializados las variaciones si son mayores, con promedios altos (66,58 días en Hospital Nacional Psiquiátrico) versus maternidades con promedios bajos (Hospital Materno Infantil Carit con 1,68 días). Aquí es importante observar la correlación que se da en este hospital, donde se obtiene el

índice de rotación de cama (giro de cama) más alto, coincidiendo con el porcentaje de ocupación y promedio de estancia más bajos. De hecho, los tres indicadores deben ser valorados de forma integrada ya que son interdependientes (Gráficos 29 y 30).

**Gráfico 29. Promedio de estancia en hospitales nacionales de la CCSS.  
Costa Rica, 2008.**



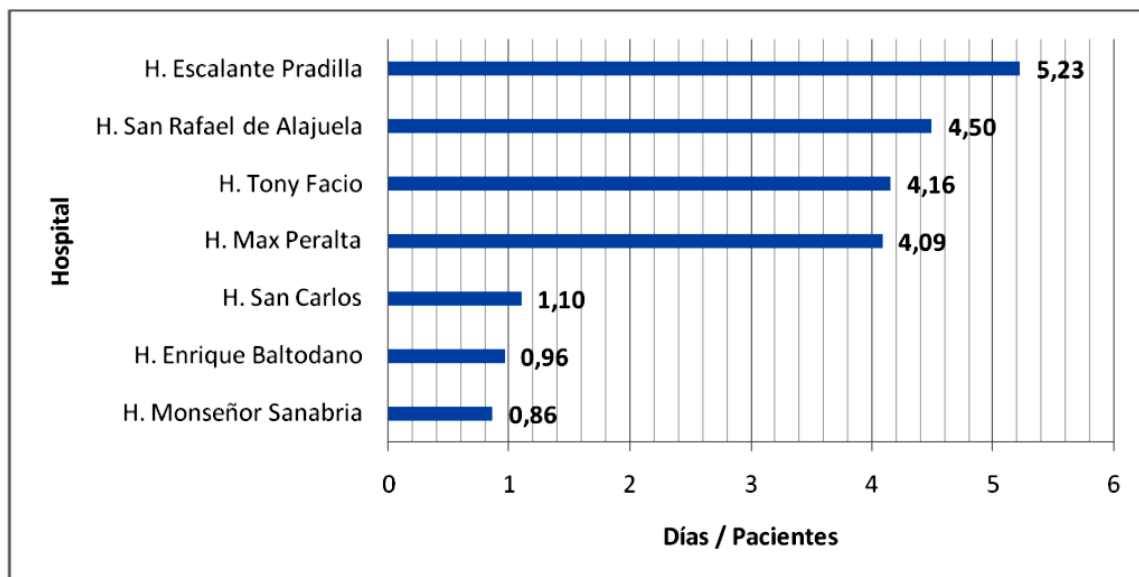
Fuente: DGASS-MS, con fuentes primarias: estadísticas de la Caja Costarricense del Seguro Social, Ministerio de Salud, Centro Centroamericano de Población e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2009.

La situación de estos indicadores debe ser analizada en todos los hospitales regionales, ya que no es esperable que existan grandes diferencias en hospitales generales de igual complejidad (Gráfico 30).

Por la mayor concentración de hospitales especializados a nivel central del país es que las dos regiones centrales presentan el promedio de estancia más altos (4.69 la Región Central Norte, y 6.54 la Central Sur). La Región Huetar Norte el más bajo (Hospital de San Carlos y Hospital Los Chiles).

**Gráfico 30. Promedio de estancia en hospitales regionales de la CCSS.**

**Costa Rica, 2008.**



Fuente: DGASS-MS, con fuentes primarias: estadísticas de la Caja Costarricense del Seguro Social, Ministerio de Salud, Centro Centroamericano de Población e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2009.

Es importante mencionar que de acuerdo a los diferentes servicios hospitalarios los promedios de estancia más altos se observan en los servicios de Medicina Interna, seguidos por los de Cirugía y luego Pediatría. Este dato es relevante a la hora de realizar la dotación de recursos a los hospitales. Sin embargo al analizar esto hay que conocer los protocolos de atención del hospital, ya que por ejemplo en algunos servicios de cirugía, si el paciente presenta alguna situación pos operatoria, es trasladada al servicio de medicina interna.

Dos indicadores que nos pueden reflejar indirectamente la calidad de la atención hospitalaria, son el porcentaje de partos por cesárea y la mortalidad hospitalaria.

El porcentaje de cesáreas o índice de cesáreas, se define según metodología como el número de partos por cesárea por cada 100 partos atendidos en los hospitales en un período determinado. A nivel internacional la OMS recomienda un porcentaje de partos por cesárea que no debe ser mayor al 20%.

En el año 2008 se registraron en la CCSS, 14.455 cesáreas de 70.467 partos hospitalarios, para un porcentaje de 20,51%. En el sector privado, según información brindada por los hospitales se registró un total de 2.607 partos, de estos 1.952 fueron cesáreas, obteniendo un porcentaje 74,88%. Aquí se observa que el índice nacional para el sector público es bastante cercano a lo establecido por la OMS. En el sector privado el porcentaje de partos por cesárea es sumamente alto.

Esta diferencia entre lo público y lo privado en relación con el índice de cesáreas, se observa en general a nivel internacional y tiene su origen en que a nivel privado se promueve una atención más pronta y menos traumática para la madre con la programación del parto, a lo que se suma el factor económico ya que con el parto por cesárea se incrementan los ingresos de los centros hospitalarios y de los profesionales en medicina responsables de la atención.

A nivel público, la mayor proporción de cesáreas se encuentra en los hospitales nacionales de la CCSS, Hospital México, Hospital Calderón Guardia, y Hospital San Juan de Dios, sobre los demás hospitales (Tabla 10).

**Tabla 10. Porcentaje de partos por cesárea en hospitales nacionales de la CCSS. Costa Rica, 2008.**

Hospitales Nacionales	Número de Partos por Cesárea	Número de Partos Hospitalarios	Porcentaje de Partos Por Cesárea
Hospital de las Mujeres	1.196	6.239	19,17
Hospital México	1.186	4.850	24,45
Hospital San Juan de Dios	1.569	6.176	25,40
Hospital Calderón Guardia	1.289	6.514	19,79

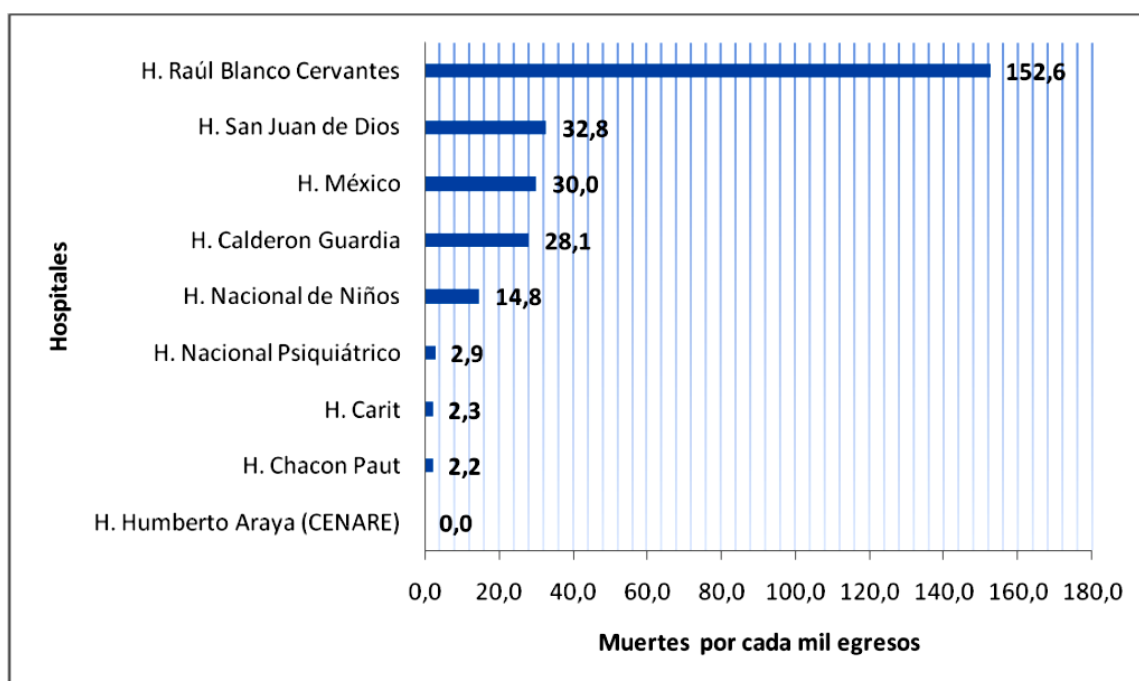
Fuente: DGASS-MS con fuente primaria estadísticas de la CCSS y el Centro Centroamericano de Población-INEC, 2009.

La mortalidad hospitalaria debe analizarse tomando en cuenta el tipo de hospital, si es especializado o no, las especialidades con que cuenta el mismo, entre otras cosas.

Es esperable que conforme aumenta la complejidad del hospital, aumenta su mortalidad hospitalaria, pues estarán manejando pacientes más complejos que no pueden ser atendidos en un hospital de nivel menor al no contar con el recurso humano, la tecnología y los tratamientos necesarios.

Es así, que cuando se analiza la mortalidad hospitalaria de los hospitales nacionales especializados, encontramos que el hospital Raúl Blanco Cervantes, presenta la tasa de mortalidad más elevada, ya que su población de atención es geriátrica, donde la probabilidad de muerte es más elevada.

**Gráfico 31. Tasa bruta de mortalidad hospitalaria por cada mil egresos, 2008**

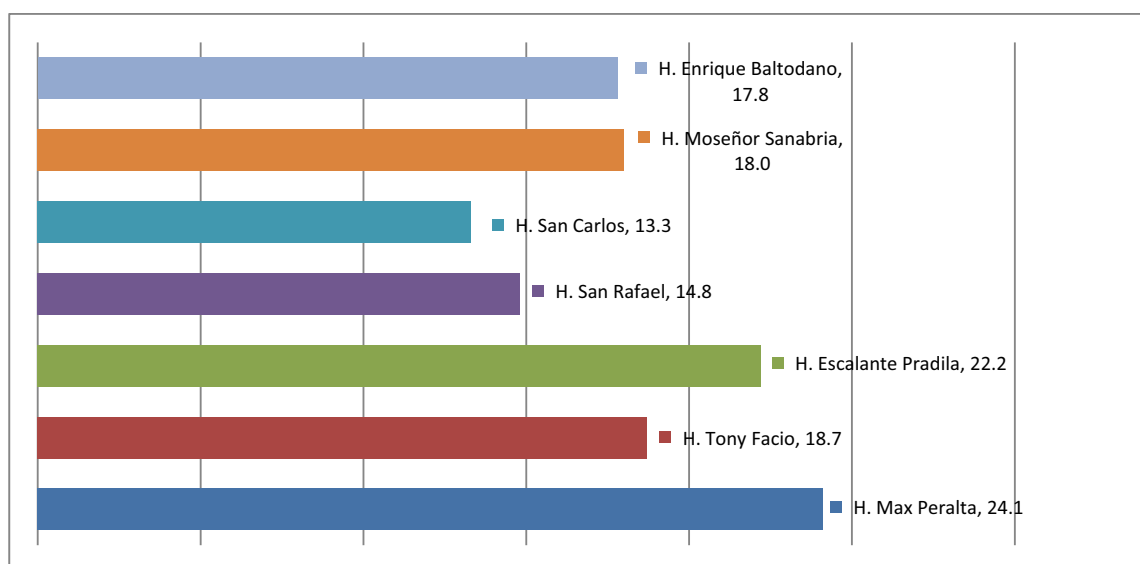


Fuente: DGASS-MS con fuente primaria estadísticas de la CCSS y el Centro Centroamericano de población-INEC, 2009.

En el ámbito de los hospitales regionales la tasa de mortalidad está en el rango de 13,3 a 24 por mil egresos, encontrándose con tasas de mortalidad hospitalaria superiores a 22, el Hospital Escalante Pradilla y el Hospital Max Peralta, y con tasas de mortalidad

hospitalaria por debajo de 15 por cada mil egresos, en el Hospital San Rafael de Alajuela y el Hospital de San Carlos. El resto de hospitales regionales se encuentran con rangos intermedios (Gráfico 32).

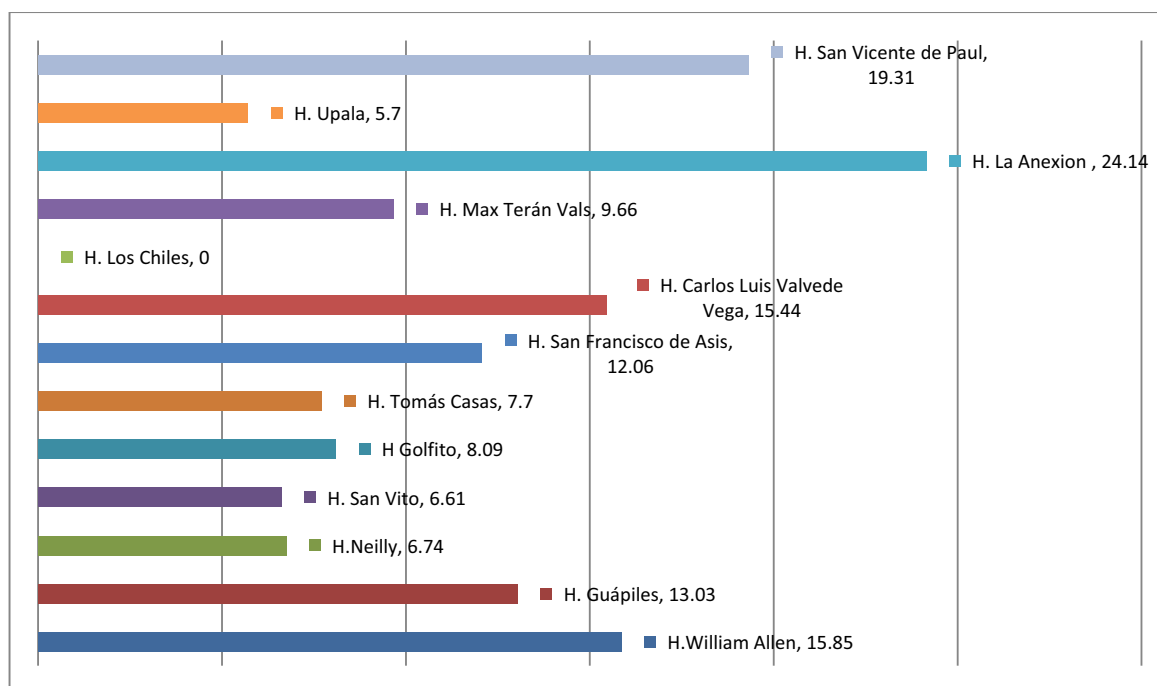
**Gráfico 32. Tasa bruta de mortalidad en hospitales regionales de la CCSS, 2008**



Fuente: DGASS-MS con fuente primaria estadísticas de la CCSS y el Centro Centroamericano de población-INEC, 2009.

A nivel de hospitales periférico se observa en general una mortalidad más baja, con excepción del hospital La Anexión (ver siguiente gráfico). Se podría pensar que por tener menor capacidad resolutive los pacientes graves y más complejos son trasladados a un nivel superior.

**Gráfico 33. Tasa bruta de mortalidad en hospitales periféricos, 2008**



Fuente: DGASS-MS con fuente primaria estadísticas de la CCSS y el Centro Centroamericano de población-INEC, 2009.

Ahora al incluir al INS y al Sector Privado se establece que las cifras de mortalidad son muy bajas 0,027 en el INS, y 0,59 por 1000 egresos en el Sector Privado. Esto podría explicarse por una tendencia al traslado al sector público ante la gravedad de un enfermo, o por el tipo de patologías que atienden.

Como resumen de estadísticas y producción de la CCSS, se aporta la siguiente tabla que incluye el período que corresponde del año 2007 al año 2010. Cabe destacar que no se presentan variaciones significativas en los datos y variables analizadas.

**Tabla 11. Estadísticas e indicadores sobre los usuarios y producción de los servicios de salud de la CCSS**

	2007	2008	2009	2010
<b>1. Datos de aseguramiento</b>				
<b>Porcentaje de la Población Económicamente Activa con seguro de salud</b>				
Asalariada	65,7	70,1	66,8	68,8
No asalariada	57,4	62,1	65,4	81,7
<b>Porcentaje de la Población Económicamente Activa (PEA) con seguro de pensión</b>				
Asalariada	60,9	64,9	61,2	63,0
No asalariada	37,8	42,8	46,9	67,5
<b>Porcentaje de la PEA con seguro de riesgos del trabajo</b>	67,8	72,9	69,6	70,3
<b>Relación pensionados/cotizantes régimen de pensiones</b>	13,4	12,8	13,5	13,3
<b>Razón pensionados por vejez/población 65 y más años</b>	18,8	19,6	20,7	21,8
<b>2. Datos de producción y estadística en salud</b>				
<b>Consultas en seguro de salud por habitante</b>				
Externa y de urgencias	3,7	3,8	3,8	4,1
	(por 100 habitantes)			
Especialidades médicas	54,0	53,8	54,7	57,9
<b>Medicamentos despachados en</b>				
Consulta externa, por consulta médica externa	3,9	4,0	4,1	4,3
Hospitalización, por egreso hospitalario	12,0	11,1	10,6	11,1
<b>Exámenes de laboratorio de hospitalización por egresos hospitalarios</b>	33,9	33,0	32,2	35,0
	(camas por 1.000 habitantes)			
<b>Camas de hospital por habitante</b>	1,3	1,2	1,2	1,2
	(por 100 habitantes)			
<b>Ocupación de camas</b>	83,8	86,1	83,2	84,2
<b>Giro de camas</b>	57,4	58,7	59,1	57,6
	(días)			
<b>Estancia promedio en hospitales</b>	5,6	5,5	5,3	5,5



	(por 1.000 egresos)			
<b>Tasa de mortalidad hospitalaria</b>	<b>19,9</b>	<b>20,6</b>	<b>21,7</b>	<b>22,7</b>
<b>Cesáreas practicadas en hospitales de la CCSS</b>	<b>14.712</b>	<b>14.455</b>	<b>14.437</b>	<b>13.971</b>
<b>Partos atendidos en maternidades de la CCSS</b>	<b>68.633</b>	<b>70.585</b>	<b>70.498</b>	<b>66.824</b>
Por región programática				
<i>Hospitales nacionales</i>	23.091	23.782	23.952	22.344
<i>Central Norte</i>	11.867	12.286	12.456	11.934
<i>Central Sur</i>	6.441	6.759	6.883	6.501
<i>Huetar Norte</i>	4.400	4.532	4.654	4.611
<i>Chorotega</i>	6.360	6.719	6.815	6.291
<i>Pacífico Central</i>	3.729	3.849	3.839	3.527
<i>Huetar Atlántica</i>	7.266	6.929	6.276	6.198
<i>Brunca</i>	5.479	5.729	5.623	5.418
<b>Egresos hospitalarios de la CCSS</b>	<b>329.540</b>	<b>330.360</b>	<b>333.953</b>	<b>329.202</b>
Por servicios				
<i>Medicina</i>	52.949	48.381	49.864	53.278
<i>Cirugía</i>	109.996	115.032	119.098	114.371
<i>Ginecología</i>	25.366	25.098	25.250	25.426
<i>Obstetricia</i>	90.068	91.590	92.157	87.812
<i>Pediatría</i>	32.825	31.601	29.489	29.973
<i>Neonatología</i>	13.343	13.647	13.367	13.274
<i>Pensión</i>	0	0	0	0
<i>Psiquiatría</i>	4.993	5.011	4.741	5.068
<b>Consultas totales del seguro de salud</b>	<b>16.635</b>	<b>16.989</b>	<b>17.574</b>	<b>18.500</b>
Consulta externa	11.823	12.161	12.566	12.839
<i>Medicina general</i>	6.915	7.100	7.279	7.442
<i>Especialidades</i>	2.401	2.438	2.527	2.642
<i>Odontología</i>	2.021	2.104	2.194	2.154
<i>Otros profesionales</i>	486	519	567	601
Consulta de urgencias	4.812	4.828	5.008	5.660
<b>Número promedio de camas de hospital en seguro de salud</b>	<b>5.647</b>	<b>5.518</b>	<b>5.538</b>	<b>5613</b>
<b>Días de incapacidad otorgados por Institución</b>				
INS	<b>2.769.731</b>	<b>2.490.156</b>		
CCSS	<b>6.469.672</b>	<b>7.871.314</b>	<b>8.359.174</b>	<b>8.887.612</b>
<i>Enfermedad</i>	4.829.782	6.064.204	6.458.722	7.066.180
<i>Maternidad</i>	1.639.890	1.807.110	1.900.452	1.821.432
INS	0	0	0	0
<b>Ordenes de incapacidad según régimen en seguro de salud</b>	<b>904.963</b>	<b>1.068.619</b>	<b>1.129.894</b>	<b>1.284.891</b>
Enfermedad	891.189	1.053.417	1.113.917	1.269.566

Maternidad	13.774	15.202	15.977	15.325
Pesca	6.109	5.651	5.656	6.086
Minas y canteras	1.912	2.075	2.254	2.080
Industria manufacturera	137.822	141.771	131.439	137.801
Electricidad, gas y agua	15.343	15.345	15.228	15.537
Construcción	75.018	90.285	73.372	69.981
Comercio				
Comercio, reparación vehículos automotores y				
Enseres domésticos	156.394	178.705	182.059	195.111
Hoteles y restaurantes	44.656	49.327	48.000	51.454
Transporte, almacenamiento, comunicación	61.361	70.450	70.221	73.330
Establecimientos financieros				
Intermediación financiera	39.371	42.226	42.400	41.489
Actividades inmobiliarias empresariales y de alquiler				
Administración pública y defensa	168.451	178.282	187.136	192.421
Enseñanza	29.995	33.286	41.423	43.386
Servicios				
Servicios sociales y de salud	20.144	22.325	23.667	26.203
Otras actividades de servicio	79.576	87.160	95.185	101.873
Hogares privados con servicio doméstico	13.802	14.646	14.463	16.611
Organizaciones extraterritoriales				386
	481	527	488	
Actividades no especificadas	128.103	138.201	137.845	145.549
Por sector institucional				
Asalariados	972.208	1.054.497	1.038.237	1.075.528
Empresa privada	732.317	798.039	760.868	787.530
Instituciones autónomas	122.534	134.288	145.703	151.167
Gobierno Central	108.439	113.165	121.905	125.014
Servicio doméstico	8.918	9.005	9.761	11.817
No asalariados	281.119	315.141	336.182	361.402
Cuenta propia	201.798	232.816	253.926	283.814
Convenios especiales	79.321	82.325	82.256	77.588
<b>Asegurados en seguro de riesgos del Trabajo</b>	<b>952.848</b>	<b>1.040.336</b>	<b>986.506</b>	<b>1.017.671</b>
<b>Asegurados directos activos en régimen de seguro de pensiones</b>	<b>1.085.720</b>	<b>1.193.417</b>	<b>1.191.992</b>	<b>1.284.762</b>
Hombres	747.440	815.707	808.169	868.110
Mujeres	338.280	377.710	383.823	416.652
<b>Pensionados en régimen de seguro de Pensiones</b>	<b>145.308</b>	<b>152.300</b>	<b>160.773</b>	<b>170.257</b>
Por riesgo				
Invalidez	44.047	45.164	46.092	46.963
Vejez	50.270	54.455	59.689	65.542
Muerte	50.991	52.681	54.992	57.752
Por sexo				
Hombres	78.398	82.107	86.922	92.038
Mujeres	66.910	70.193	73.851	78.219

<b>Pensionados en régimen no contributivo</b>	<b>87.515</b>	<b>78.959</b>	<b>83.764</b>	88.164
<b>3. Gastos, costos e ingresos del sistema de salud</b>				
	(millones de colones corrientes)			
<b>Gastos por incapacidades de la CCSS</b>	<b>23.227</b>	<b>31.789</b>	<b>42.390</b>	<b>47.498</b>
	(colones corrientes, promedio institucional)			
<b>Costo por consulta en seguro de salud</b>	<b>19.704</b>	<b>22.814</b>	<b>28.309</b>	<b>31.660</b>
<b>Monto de pensión promedio en CCSS</b>	(colones)			
Por vejez	153.283	179.919	209.857	226.229
Por invalidez	102.930	122.645	143.313	150.072
Por muerte	61.424	73.361	86.784	91.598
Régimen no contributivo	33.018	60.169	69.254	73.219
	(millones de colones)			
<b>Ingresos por contribuciones a seguro de Pensiones</b>				
Cuotas patronales	156.538,0	196.382,7	216.579,5	248.143,3
Cuotas obreras	108.297,6	134.871,1	147.622,8	172.200,3

Fuente: Informes del Programa Estado de la Nación

## 5. Sector hospitalario privado en Costa Rica

La revisión de servicios privados de salud en Costa Rica muestra que está compuesto principalmente por tres hospitales privados grandes y al menos dos de mediano tamaño para la demanda actual y la consulta privada de los médicos especialistas, quienes no tienen exclusividad con la CCSS y luego de su jornada pueden ejercer en sus consultorios en forma independiente o como parte de torres médicas. Debe indicarse que los hospitales privados en general no tienen un staff de médicos especialistas de planta, sino que utilizan sus instalaciones por contrato directo con los usuarios, quienes adicionalmente cubren los costos de uso de las instalaciones y el pago del personal auxiliar, como en el caso de una cirugía. Sí brindan servicios complementarios como laboratorio, farmacia y radiología y poseen personal de planta de enfermería y medicina general.

**Tabla 12. Información de los principales hospitales privados de Costa Rica**

Datos Generales	
Nombre del Hospital:	Clínica Bíblica
Año de fundación:	1921
Ubicación:	Avenida 10 Calles 4 y 7, San José
Página Web:	<a href="http://www.clinicabiblica.com">http://www.clinicabiblica.com</a>
Información de Contacto:	Central telefónica: +506 2522-1000, Fax. +506 2258-7184
Camas	120
Oferta general	Ofrece todas las especialidades médicas por contratación
Propietarios	Asociación Servicios Médicos Costarricenses (ASOMECA), Costa Rica
Acreditaciones	JCI

Nombre del Hospital:	<b>Hospital Hotel La Católica</b>
Año de fundación:	1963
País:	Costa Rica
Ubicación:	Guadalupe, Goicoechea, San José
Página Web:	<a href="http://www.hospitallacatolica.com">http://www.hospitallacatolica.com</a>
Información de Contacto:	Central Telefónica: +506 2246-3000, Fax: +506 2246-3176
Camas	56
Oferta general	Cirugía, medicina, cirugía estética y estética, cirugía bariátrica, cirugía ortopédica y cirugía laparoscópica. Cuenta con cámaras hiperbáricas
Propietarios	Grupo SAMA, Costa Rica
Acreditaciones	JCI

Nombre del Hospital:	<b>Hospital CIMA</b>
Año de fundación:	1999
Ubicación:	Escazú, San José
Página Web:	<a href="http://www.hospitalcima.com">www.hospitalcima.com</a>
Información de Contacto:	Central Telefónica +506 2208-1104, Fax. +506 2208-1090
Camas	62
Oferta	Emergencia, cirugía, medicina interna, áreas de diagnóstico, pediatría y gineco-obstétrica, cuidados intensivos para adultos, niños y neonatos. También poseen servicio de cardiología y neurología.
Propietarios	International Hospital Corporation, Dallas, Texas. Estados Unidos
Acreditaciones	JCI

Fuente: elaboración propia

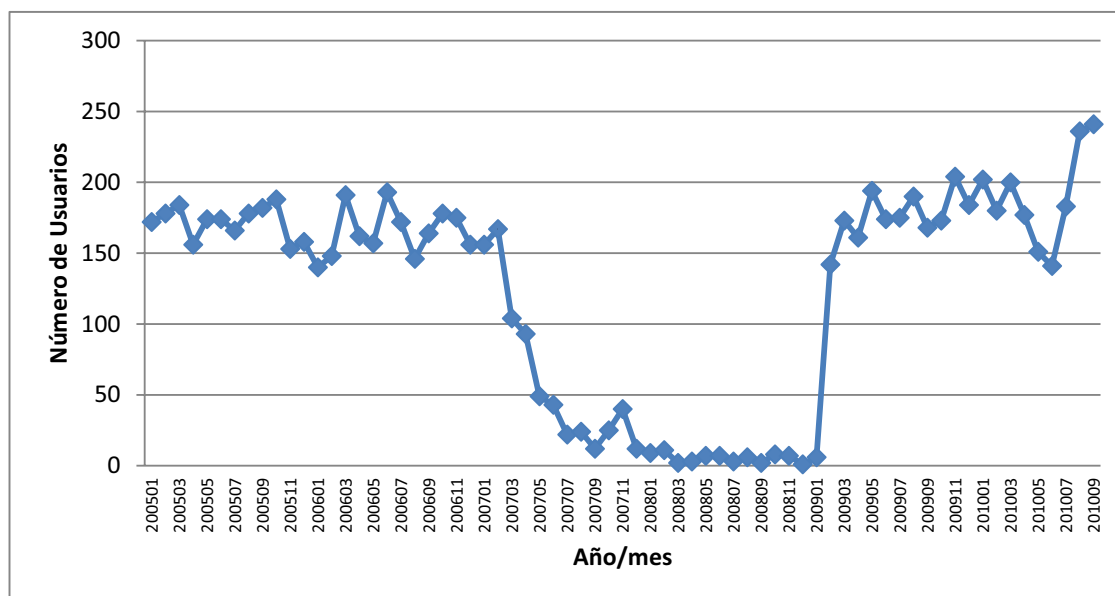
De igual manera, otros profesionales de Ciencias de la Salud (microbiólogos, odontólogos), no tienen limitación para ejercer en forma privada fuera de su horario con la CCSS.

Cuando se analiza el comportamiento de la demanda de los servicios a nivel privado, es claro que en Costa Rica ha habido un incremento sistemático y continuo en la cantidad de servicios brindados, en la variabilidad de la oferta y en la calidad del servicio. Sin embargo, el porcentaje aún no es significativo y representa alrededor de un 1% de la atención total en consultas médicas en Costa Rica.

En cuanto a la cantidad de pacientes atendidos en general, con base en los datos que se analizan más adelante, se observa en casi todos los gráficos una disminución durante la época de la crisis que se generó a nivel mundial a raíz de los problemas financieros acaecidos en los Estados Unidos de Norteamérica, y cuyo punto más alto fue entre finales del año 2007 y mediados del 2008. Sin embargo, pese a esta situación, se puede observar en la siguiente gráfica que los pacientes extranjeros durante el año 2010 ingresaron por servicios médicos privados en una cantidad superior al período previo a la crisis.

Se ha logrado un posicionamiento del turismo médico en el sector privado de la salud. Desde el año 2009, un consorcio de varios participantes tiene como meta la promoción de Costa Rica como un destino idóneo, por economía, oferta y calidad para cirugías menores, mayores y estética. El grupo se llama PROMED ([www.promedcostarica.com](http://www.promedcostarica.com)). Aspectos que facilitan esta situación son la alta capacidad de los profesionales que tiene el país y la disponibilidad de personal bilingüe con el que se cuenta, ya que actualmente el principal público meta es el proveniente de los Estados Unidos de Norteamérica (EEUU).

**Gráfico 34. Número de pacientes extranjeros en dos de los principales hospitales privados por mes y año. Período 2005 a 2010**

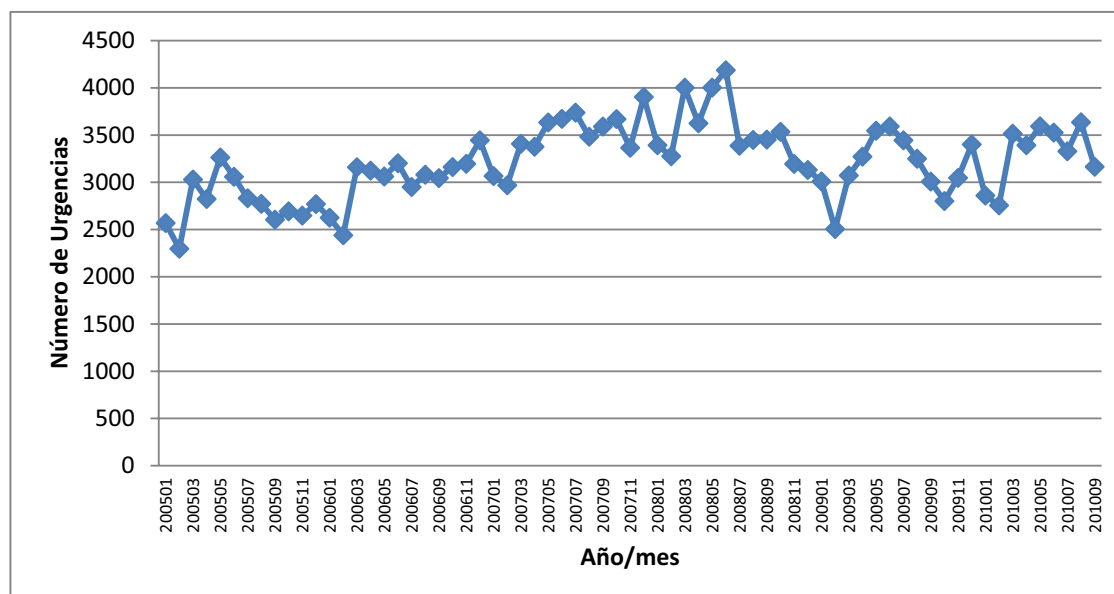


Fuente: Elaboración propia

La apertura del mercado de seguros de salud, de acuerdo con lo estipulado en el Acuerdo de Libre Comercio con Estados Unidos ha sido también un facilitador en el incremento que se ha registrado en el número de centros de atención privados y su volumen de usuarios; como ejemplo, muchas de las empresas trasnacionales que se encuentran en el país (HP, Procter & Gamble y otras) tienen seguros de atención médica para sus empleados que utilizan los hospitales privados. En este momento, además de los Hospitales Clínica Bíblica y el Hospital CIMA, hay otros dos centros que están en proceso de crecimiento y que se estima van a atraer un volumen mayor de clientes. Se llaman Hospital La Católica y el Hospital Metropolitano.

Se ha identificado que el Hospital La Católica debe la mayoría de sus consultas e internamientos al día de hoy a un convenio que tiene vigente con el Instituto Nacional de Seguros. El Hospital Metropolitano, tiene menos de dos años de haber abierto sus puertas al público, pero mediante entrevista verbal a funcionarios de este centro indican que su crecimiento se dará a través de la diversificación de sedes en el sector metropolitano.

**Gráfico 35. Número de urgencias atendidas en dos de los principales hospitales privados por mes y año. Período 2005 a 2010**



Fuente: Elaboración propia

Las emergencias registradas en los principales centros hospitalarios privados han mostrado un leve incremento, sin embargo, dentro del período evaluado, es notable el efecto que tuvo en los servicios privados de salud la crisis económica internacional, la cual en Costa Rica tuvo su mayor impacto a finales del año 2008. Sin embargo, de igual modo, los números reflejan un proceso de recuperación o incremento en el número de servicios brindados con posterioridad al año 2008.

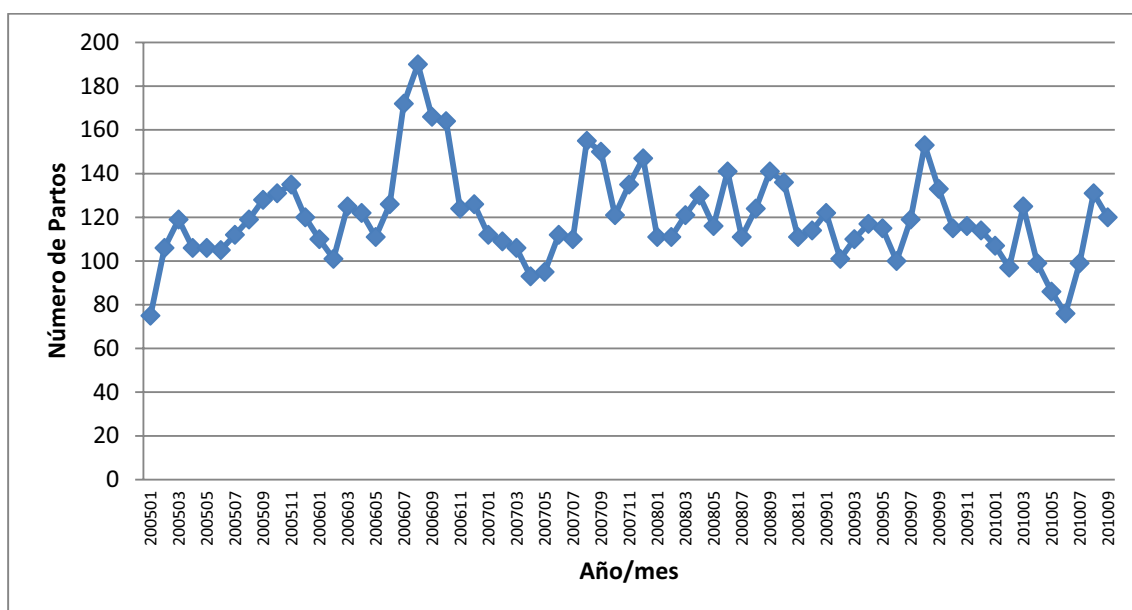
Por las características de la población de transición que tiene Costa Rica, los tipos de emergencias que se atienden en los servicios privados son similares a los que se brindan en los servicios públicos. La diferencia se presenta en la cantidad. Las principales problemáticas son: patología de vía aérea superior e inferior, eventos vasculares del miocardio (infarto del corazón o similar) y otros problemas derivados de patologías crónicas, como diabetes, la hipertensión arterial y cáncer. Se puede observar también con cierta frecuencia los eventos cerebrovasculares (derrame cerebral). Eventos por patología infectocontagiosa son cada vez menos frecuente en el país y la patología de urgencias originada de trauma es atendida en su mayoría en los centros médicos de la Caja Costarricense del Seguro Social.

Uno de los principales rubros en cuanto a internamientos se refiere en los hospitales privados es relacionado con los partos. Como se observa en el Gráfico 36, la cantidad de partos atendidos en los principales dos centros privados del país se ha mantenido relativamente estable. Esta situación se puede explicar en parte al señalarse que la tasa de natalidad ha descendido y que el país tiene una población que está teniendo hijos a una mayor edad y en menor cantidad. Este efecto se observa bien en la pirámide poblacional de Costa Rica (Gráfico 2), dónde se ve una base cada vez menos ancha. En este sentido, las autoridades del país están discutiendo ampliamente las repercusiones que esta situación puede tener para los servicios de salud y la forma en que están preparados para brindar atención. En cuanto a la preparación de los servicios, va a ser cada vez más importante la capacitación en patologías relacionadas con los adultos y adultos mayores, pero al mismo tiempo, dada la baja natalidad, los servicios van a tener que realizar un mayor esfuerzo por preservar en buenas condiciones la vida de los niños.

Es importante también mencionar que en Costa Rica el porcentaje de partos extra-hospitalarios o fuera de los servicios de salud es muy bajo en comparación de otros países en la región centroamericana. La presencia de las denominadas “parteras” se circunscribe a zonas muy alejadas, como las regiones indígenas de Costa Rica.



**Gráfico 36. Número de partos atendidos en dos de los principales hospitales privados por mes y año. Período 2005 a 2010**

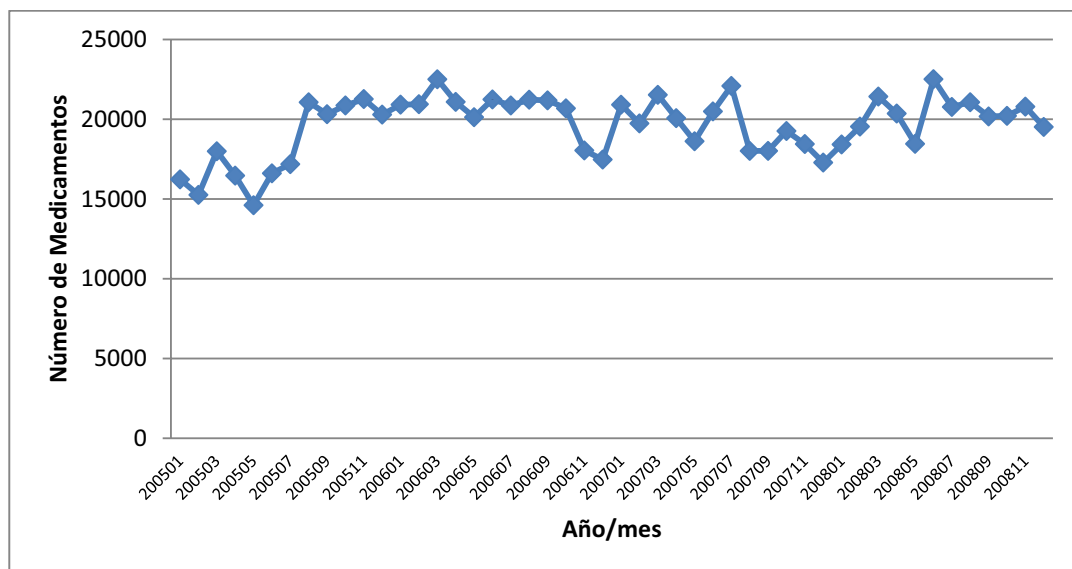


Fuente: elaboración propia

En lo que se refiere al número de recetas despachadas y a los exámenes de laboratorio realizados en ambos centros, se puede observar un número estable en el indicador; sin embargo, si se puede notar una tendencia creciente en el número de exámenes de laboratorio realizados entre los años 2005 y 2010.

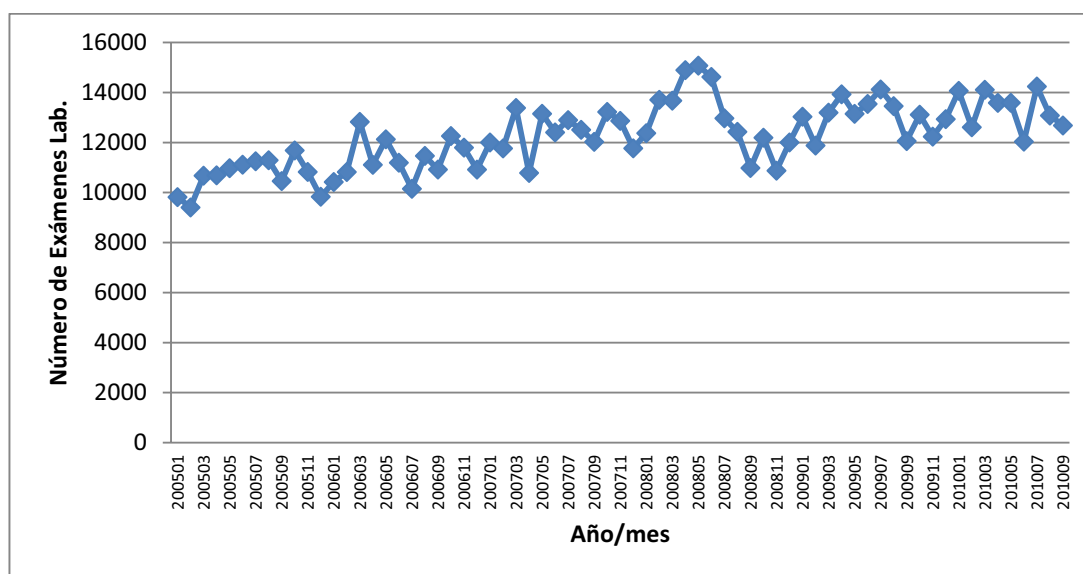
En términos nominales, la demanda de estos servicios en estos dos centros médicos (que representan al menos un 60% del mercado privado hospitalario) representa un promedio de 18,000 recetas de medicamentos anuales y un incremento sostenido de 10,000 y hasta superar los 14,000 exámenes de laboratorio. En forma comparativa con la CCSS, en el año 2010, la red de servicios de salud de la CCSS realizó 48 millones de recetas de laboratorio y despachó 72 millones de recetas de medicamentos.

**Gráfico 37. Número de recetas de medicamentos despachadas en dos de los principales hospitales privados por mes y año. Período 2005 a 2010**



Fuente: elaboración propia

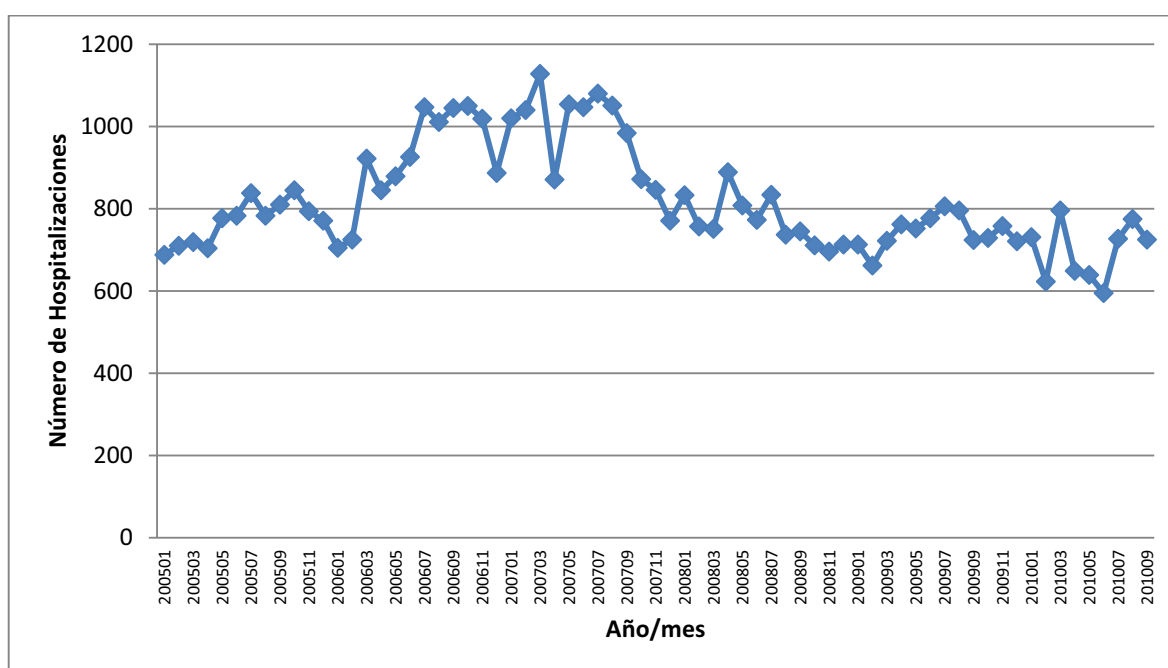
**Gráfico 38. Número de recetas de laboratorio realizadas en dos de los principales hospitales privados por mes y año. Período 2005 a 2010**



Fuente: elaboración propia

Con respecto a las hospitalizaciones, en el sector hospitalarios privado no se manifiesta una tendencia definida. Se observa en los últimos años una tendencia descendente que se ha estabilizado en los últimos tres años. Una posible explicación para la disminución en la cantidad de hospitalizaciones es la creciente tendencia a realizar cada vez más procedimientos quirúrgicos de tipo ambulatorio (que no requieren hospitalización). En Costa Rica hay ya muchos médicos entrenados en cirugía laparoscópica y se realizan cada vez más procedimientos endoscópicos de tipo curativo también, con lo que los tiempos de estadía del paciente en los hospitales se ha ido disminuyendo, debido a su pronta recuperación en muchos casos sin necesidad de hospitalización. Esto puede observarse en el Gráfico 39.

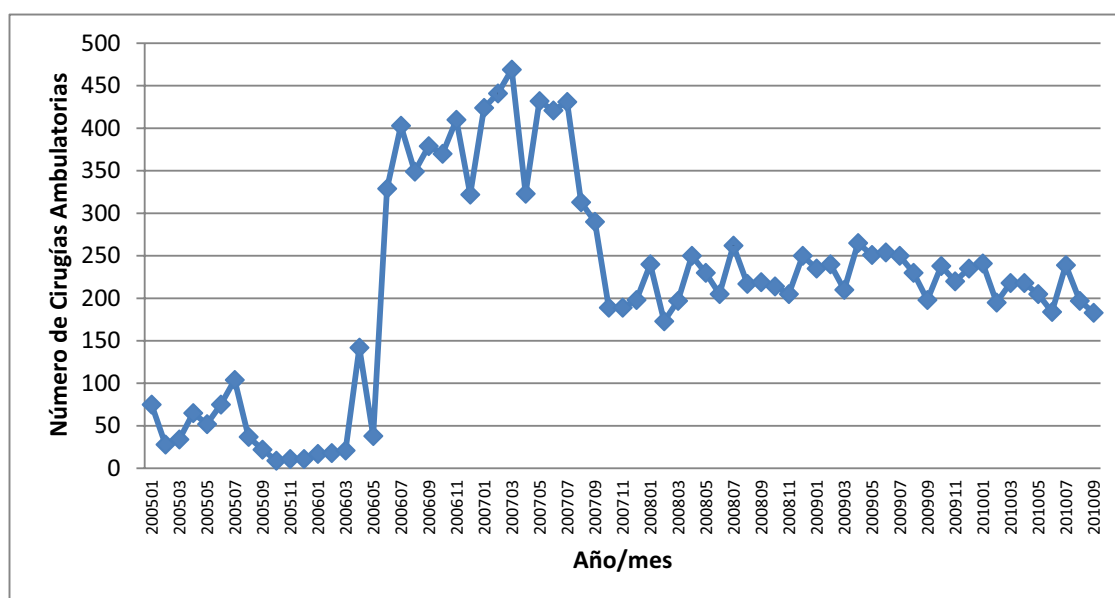
**Gráfico 39. Número de hospitalizaciones en dos de los principales hospitales privados por mes y año. Periodo 2005 a 2010**



Fuente: elaboración propia

En el Gráfico 40, en dónde se muestra el número de cirugías ambulatorias, se puede observar, si se compara con el Gráfico 34, que el descenso en el número de pacientes extranjeros puede haber tenido un impacto importante en la disminución observada en el número de cirugías ambulatorias realizadas. Es también importante mencionar que esta situación se estabilizó a partir del año 2008.

**Gráfico 40. Número de cirugías ambulatorias realizadas en dos de los principales hospitales privados por mes y año. Período 2005 a 2010**



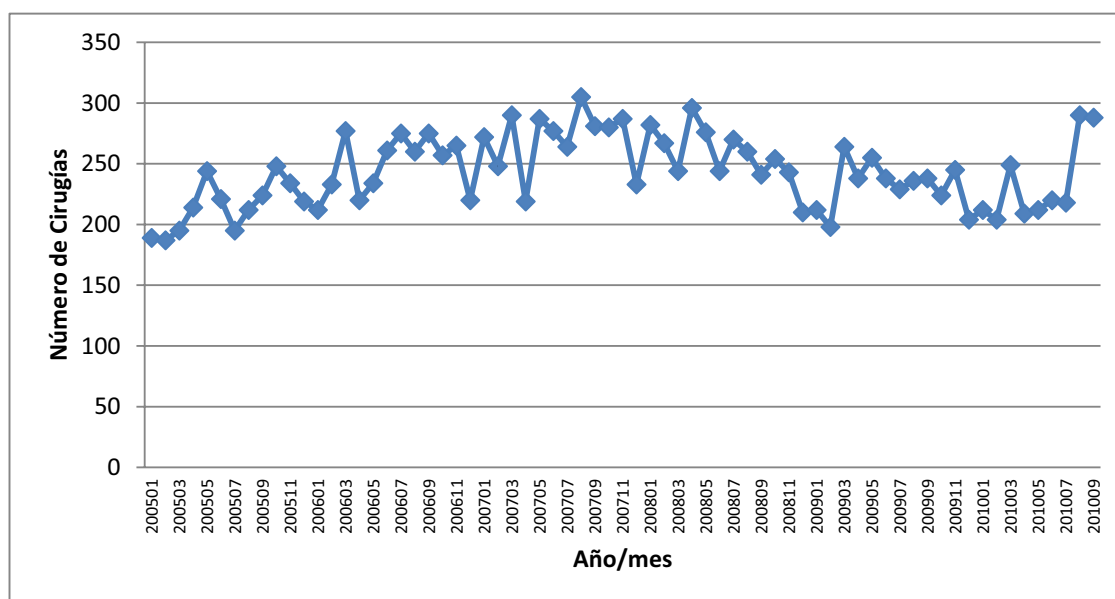
Fuente: elaboración propia

Al analizar los datos correspondientes para el número de cirugías realizadas, mantienen consistencia con las hospitalizaciones, pues el número de cirugías realizadas en ambos centros no ha disminuido y más bien muestran una tendencia al crecimiento.

Con base en consultas realizadas a cirujanos que utilizan alguno de ambos centros, la mayoría de la patología operada en estos está relacionada con diagnósticos tumorales, patología del sistema digestivo, cirugía ortopédica, ginecológica y vascular, pero

también se realizan desde cirugías menores electivas sencillas hasta cirugía cardiovascular de alta complejidad.

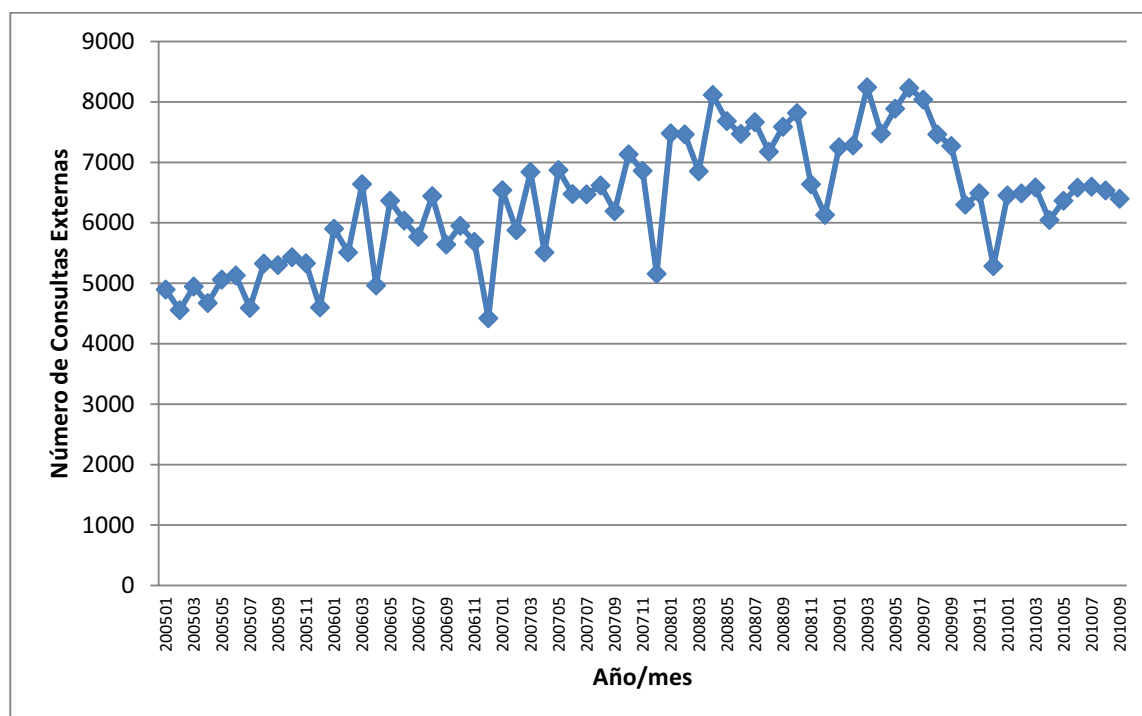
**Gráfico 41. Número de cirugías realizadas en dos de los principales hospitales privados por mes y año. Período 2005 a 2010**



Fuente: elaboración propia

Uno de los datos que más evidencian el crecimiento de los servicios de atención médica privada en Costa Rica es el número de consultas externas. En el siguiente gráfico se puede observar un descenso a finales del año 2009; sin embargo, aparenta verse una estabilización y aún con esta disminución en la consulta externa, siempre se aprecia un incremento entre el inicio de nuestra serie en el año 2005 con aproximadamente 5000 pacientes por mes, a más de 6000 pacientes a finales del año 2010.

**Gráfico 42. Número de consultas externas en dos de los principales hospitales privados por mes y año. Período 2005 a 2010**



Fuente: elaboración propia

La estructura de costos de consulta médica varía dependiendo si el servicio es recibido a nivel privado o a nivel público.

A nivel privado, la consulta de un médico general puede variar desde los \$20 hasta los \$50 aproximadamente, sin embargo el Colegio de Médicos y Cirujanos define de forma anual las tarifas mínimas para la consulta general y especializada. La tarifa de la consulta de un médico especialista oscila los \$100.

Los procedimientos tienen una variabilidad más grande, ya que dependen mucho del médico que lo realice, si es general o especialista y también de los materiales con los que se realizan. Una gastroscopía, por ejemplo, oscila entre los \$100 y los \$150 en un centro privado.

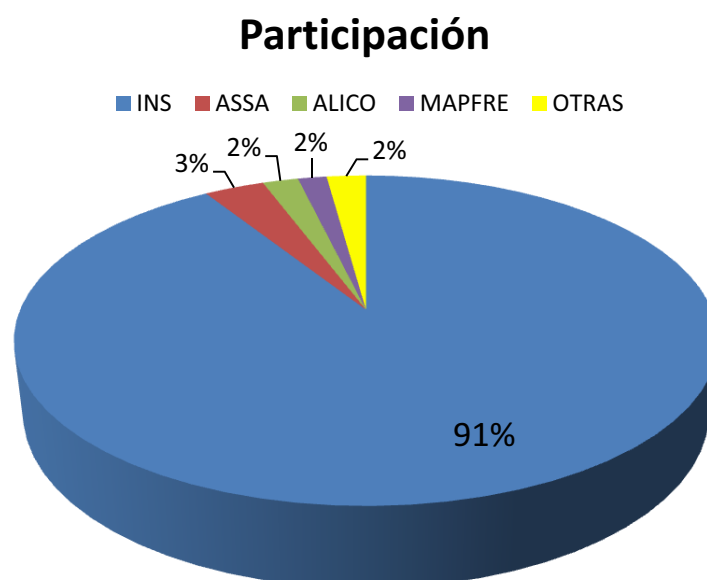
Actualmente el pago de los servicios médicos a nivel privado se realizan tanto de manera directa por el comprador del servicio como por medio de medicina prepagada o de seguros médicos.

## 6. Situación actual de los seguros médicos en Costa Rica

Desde agosto de 2008, Costa Rica tiene abierto el mercado de seguros, según lo establecido en los alcances del Tratado de Libre Comercio con los Estados Unidos. Esto se logró bajo la Ley 8653, aprobada por la Asamblea Legislativa de Costa Rica. El operador estatal es el Instituto Nacional de Seguros ([www.ins-cr.com](http://www.ins-cr.com)), fundado en el año 1924.

La institución encargada de la regulación se llama Superintendencia General de Seguros (SUGESE) ([www.sugesse.fi.cr](http://www.sugesse.fi.cr)), con atribuciones definidas por el artículo 29 de la ley mencionada. La distribución actual del mercado de seguros en un entorno abierto es el siguiente:

**Gráfico 43. Distribución del mercado de seguros, 2011**



Fuente: SUGESSE, Informe Anual 2011.

La apertura de seguros no ha reformado en nada el esquema de seguridad social vigente en el país. Es posible, por medio de seguros privados de gastos médicos, complementar esas prestaciones. Esto será decisión voluntaria de cada consumidor. Los operadores autorizados para participar en el mercado de seguros son:

**Tabla 13. Operadores autorizados en el mercado de seguros de Costa Rica**

Aseguradora	Propiedad	Categoría
Instituto Nacional de Seguros	Estatad	Mixta
MAPFRE   Seguros Costa Rica, S.A.	Capital privado extranjero	Mixta
Assa Compañía de Seguros, S.A.	Capital privado extranjero	Mixta
Seguros Bolívar Aseguradora Mixta S.A.	Capital privado extranjero	Mixta
Seguros del Magisterio, S.A.	Capital privado local	Seguros personales
Alico Costa Rica, S.A.	Capital privado extranjero	Seguros personales
Pan American Life Insurance de Costa Rica, S.A.	Capital privado extranjero	Seguros personales
Aseguradora del Istmo ADISA, S.A.	Capital privado local y extranjero	Seguros personales
Best Meridian Insurance Company (Sucursal CR)	Empresa constituida en el estado de Florida, capital privado.	Seguros personales
Atlantic Southern Insurance Company-Sucursal en Costa Rica*	Empresa constituida en Puerto Rico, capital privado.	Seguros personales
Quálitas Compañía de Seguros (Costa Rica), S.A.	Capital privado extranjero	Seguros generales

\* Pendiente de inscripción, aún no puede operar.

Fuente: SUGESSE, Informe Anual 2011.

Los seguros obligatorios (trabajo y automotor) aún son ofrecidos únicamente por el INS. Sin embargo, no hay restricción legal para que los operadores privados los ofrezcan. Actualmente y excluyendo los seguros obligatorios, los seguros generales representan el 66% del mercado y los de vida el 34% restante. Los seguros voluntarios que generaron más ingresos a los operadores fueron los de automóviles (42%) y los de accidentes y salud (55%). En cuanto a los gastos, los porcentajes más altos de pago por pólizas hechos por los operadores fueron en automóviles, incendio y siniestralidad (78%). En la parte de seguros personales, el más atendido en pagos fue el de salud y accidentes (64%).

Como dato complementario, la oferta de seguros por subtipo que está autorizada en Costa Rica se muestra en la siguiente tabla:



**Tabla 14. Oferta de seguros de los operadores autorizados**

	INS	Seguros del Magisterio	MAPFRE	AIICO	ASSA	PAUG	ADISA	Qualitas	Bolívar	BMI	Total
Seguros Personales	72	15	4	8	7	13	14	0	4	5	142
Accidentes y salud	40	5		5		9	4			5	68
Vida	28	10	4	3	7	4	10		4		70
Rentas	4										4
Seguros Generales	109	0	11	0	38	0	0	1	0	0	159
Agrícolas y pecuarios	6										6
Automóvil	6		2		2			1			11
Aviación	2										2
Caución	8				6						14
Crédito	3				2						5
Incendio y líneas aliadas	16		4		8						28
Mercancías transportadas	7				4						11
Otros daños a los bienes*	40		3		10						53
Pérdidas pecuniarias	5		2								7
Responsabilidad civil	12				4						16
Vehículos marítimos	2				2						4
Cualquier ramo de Generales	2										2
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>181</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>8</b>	<b>45</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>301</b>

Fuente: SUGESSE, Informe Anual 2011.

Se concluye que la oferta en el tema de servicios médicos aún muestra una oportunidad de desarrollo en el sector privado de seguros. Se conoce de alianzas estratégicas entre seguros privados de salud firmados por empresas trasnacionales instaladas en el país para sus trabajadores que son aplicadas en caso necesario en hospitales privados, principalmente el Hospital CIMA. Hay que destacar que la afiliación al seguro médico de la CCSS es obligatoria en Costa Rica, lo mismo que a los seguros obligatorios de trabajo y de vehículos (a cargo del INS hasta la fecha).

## 7. Recurso humano en salud

En el sector público para el 2008, se registró un total de 10.072 profesionales distribuidos como se muestra en la Tabla 15.

**Tabla 15. Número de profesionales de la salud del sector público, según institución donde labora. Costa Rica, 2008.**

Tipo de profesional	Ministerio de Salud	CCSS	INS	Total
Enfermeras licenciadas	124	2,223	35	2,382
Farmacéuticos	30	528	11	569
Microbiólogos	19	565	0	584
Nutricionistas	84	81	1	166
Odontólogos	26	527	3	556
Psicólogos	24	148	4	176
Trabajadores sociales	75	383	4	462
Médicos	121	5,012	44	5,177
Total	<b>503</b>	<b>9,467</b>	<b>102</b>	<b>10,072</b>

Fuente: DGASS-MS, con fuentes primarias: estadísticas de la Caja Costarricense del Seguro Social, Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Seguros, Centro Centroamericano de Población e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2008.

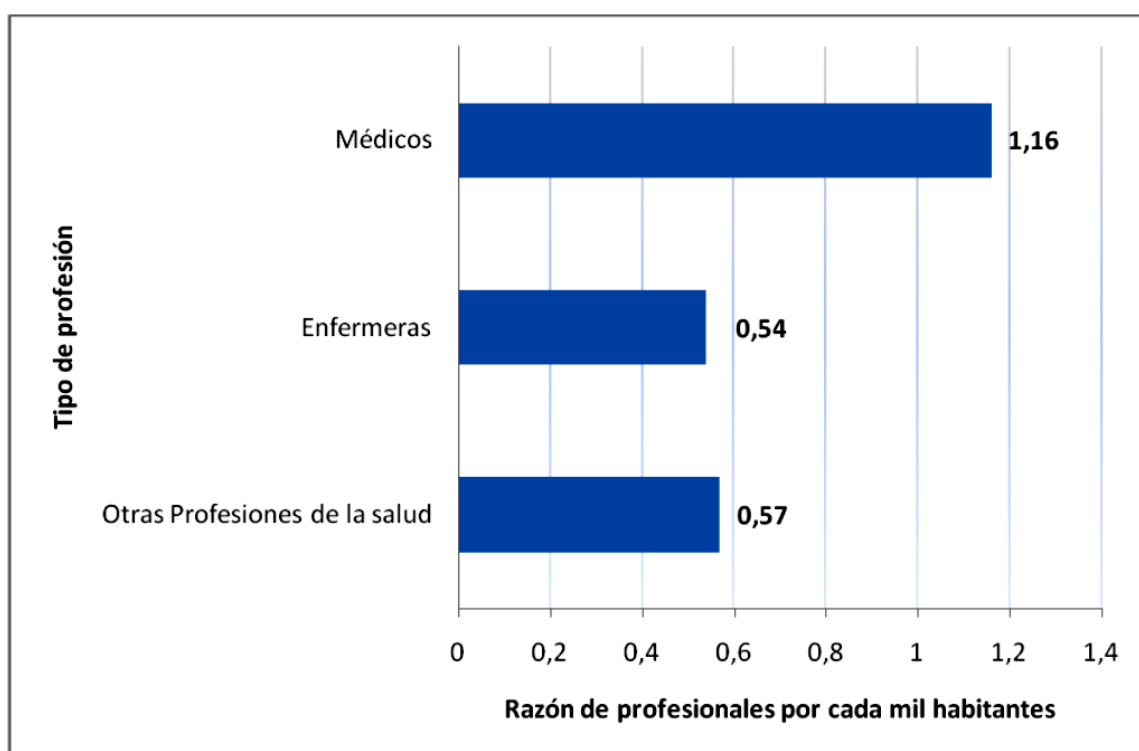
La OPS reconoce a través de la resolución CSP 27.R7<sup>4</sup> la existencia de una crisis a nivel de las Américas en el número, distribución y sostenibilidad de los recursos humanos para la salud, siendo que la mayor parte de los países miembros no alcanzan la densidad aconsejable de **2,5 profesionales por cada 1000 habitantes**, considerando solo a médicos, enfermeras y parteras. Asimismo la OPS recomienda una relación de uno a uno entre médicos y enfermeras.

---

<sup>4</sup> OPS Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015, año 2006.

En Costa Rica para el año 2008 se contaba con razón de 1,72 profesionales en salud por cada 1000 habitantes, de éstos los más números son los médicos con una razón de 1,1 por cada 1000 habitantes, y la relación entre médicos y enfermeras fue de 2,17 a 1, tal y como se observa en el Gráfico 44.

**Gráfico 44. Profesionales de la salud por cada mil habitantes para el sector público. Costa Rica, 2008.**



Fuente: DGASS-MS, con fuentes primarias: estadísticas de la Caja Costarricense del Seguro Social, Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Seguros, Centro Centroamericano de Población e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2009.

La razón de los otros profesionales de la salud es 0,57 por cada mil habitantes en comparación con los médicos (1,16) y enfermeras (0,54). Este mismo razonamiento se aplica a la salud buco dental, que es un componente que se debe fortalecer aumentando la distribución y el número de actividades que los profesionales de odontología deben realizar. Se comprueba esto observando la cantidad de profesionales en odontología y su distribución en el país, mientras que de 3.253

odontólogos activos en el país en el 2008, 437 de ellos laboraban para la Caja, en el 2009 de 3.727 odontólogos activos solo 302 laboraban para la citada institución.

Es importante que a nivel de país, la planificación de la formación del recurso humano, se adapte al contexto nacional y al perfil de salud, con el fin de poder ofrecer una mejor respuesta a las necesidades.

Existen áreas de atención con escaso recurso humano, lo que redundará en bajas coberturas, ejemplo de esto es la salud buco dental, que es un componente que se debe fortalecer aumentando la distribución y el número de actividades que los profesionales de odontología deben realizar. Se comprueba esto observando la cantidad de profesionales en odontología y su distribución en el país, mientras que de 3253 odontólogos activos en el país en el 2008, 437 de ellos laboraban para la CCSS, en el 2009 de 3727 odontólogos activos solo 302 laboraban para la citada institución.

El recurso humano en el primer nivel de atención dentro de nuestro modelo de atención es el que tiene un contacto más cercano con la comunidad, y dentro de éstos el Asistente Técnico de Atención Primaria en Salud (ATAPS), es un funcionario crítico dentro del Equipo de Atención Integral.

Costa Rica tiene una razón de 0,25 ATAPS por mil habitantes en promedio. Puntarenas es la provincia que presenta la razón más alta del país con un 0,47 ATAPS por 1000 habitantes, contrastando con San José la cual presenta el valor más bajo con un 0,15 ATAPS por 1000 habitantes (Gráfico 45).

La razón de los ATAPS es más alta en las provincias alejadas del área central del país (Limón, Puntarenas y Guanacaste). Esto está íntimamente relacionado con la dispersión de la población a cubrir, sobre todo en las áreas rurales dispersas. Por otra parte es también producto de cómo se desarrolló la implementación del Modelo Readecuado de Atención, el cual inició por las regiones periféricas con una mayor apertura y compromiso no sólo del personal de salud, sino también de las mismas comunidades.

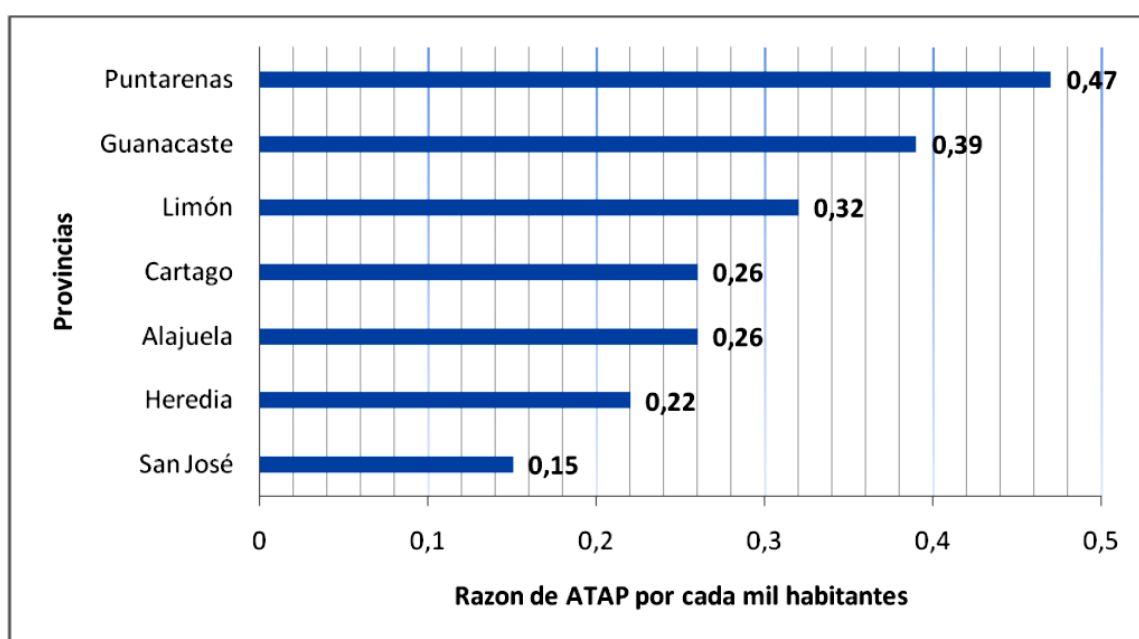
Lo anterior favorece la equidad del sistema de salud, en tanto existe mayor recurso en las zonas más desfavorecidas socialmente hablando, recordando lógicamente, que en

la Provincia de San José, existen zonas en precario cuyos habitantes viven en condiciones socio-económicas desfavorables.

No obstante, es de vital importancia crear las condiciones para formar la cantidad y calidad de asistentes técnicos en atención primaria requeridos por el sistema público de atención directa a la personas, así como para retenerlos a partir de la implementación de condiciones laborales óptimas para su desarrollo personal.

Es importante también comprender, que no debe verse al ATAP de forma aislada ya que forma parte de un equipo de salud (Equipo Básico de Atención Integral en Salud o EBAIS), por lo que debe propiciarse la formación e inserción del recurso humano con criterio de equipo de trabajo.

**Gráfico 45. ATAPS de la CCSS por mil habitantes por provincia, 2008**



Fuente: DGASS-MS con fuente primaria estadísticas de la CCSS y el Centro Centroamericano de Población-INEC, 2009.

El Equipo Básico de Atención Integral de la Salud (EBAIS) está conformado por un profesional en medicina, un (a) auxiliar de enfermería y un técnico en atención primaria. Esta estructura se definió cuando se implementó en el país el modelo readecuado de atención del primer nivel de atención en los años 90. Es claro que dicha estructura

requiere de ajustes de frente a nuevas realidades de salud lo que se ha dado de una forma poco planificada y con la ausencia del Ministerio de Salud con rector. Esta situación ha provocado que en algunos casos el médico general haya sido sustituido por un especialista en medicina familiar, y que existan EBAIS que incluyan técnicos en registros médicos y técnicos en farmacia, provocando una distorsión de la organización del sistema público de salud, introduciendo además en algunas ocasiones, inequidades ya que comunidades con iguales necesidades que otras, cuentan con más recursos. (Tabla 16). Estos equipos se encuentran insertos en Áreas de Salud, conformando una red de EBAIS que son apoyados por los denominados equipos de apoyo y que se encuentran integrados por profesionales en microbiología, farmacia, odontología, pediatría, enfermería, nutrición y psicología, entre otros.

**Tabla 16. Población promedio cubierta por los EBAIS, según provincia.  
Costa Rica, 2007**

Provincia	Población Total	Número de EBAIS	Población promedio por EBAIS
San José	1,557,371	270	5,768,04
Alajuela	841,522	157	5,360,01
Cartago	494,315	99	4,993,08
Heredia	426,186	93	4,582,65
Limón	420,655	107	3,931,36
Guanacaste	279,999	85	3,294,11
Puntarenas	369,180	135	2,734,67
<b>Total</b>	<b>4,389,228</b>	<b>946</b>	<b>4,639,78</b>

Fuente: DGASS-MS con fuente primaria estadísticas de la CCSS y el Centro Centroamericano de Población-INEC, 2009.

En el 2007 se contabilizaron 946 Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), lo cual significa una cobertura promedio de 4.640 personas. Si se compara esta razón con lo establecido en el modelo readecuado de atención, el cual plantea un equipo Básico de Atención Integral, del cual el ATAPS es miembro, por cada 4000 habitantes, en promedio, cifra que debe ser menor en las áreas rurales donde

dependiendo de lo disperso de la población podía ser alrededor de 2500 habitantes; se deduce que no se está cumpliendo con lo establecido, lo cual repercute no sólo en la cobertura, sino en la calidad de la atención brindada, ya que las familias de mayor riesgo, apenas si estarían recibiendo una visita al año en el mejor de los casos. El resultado por provincia evidencia que San José y Alajuela exceden los cinco mil habitantes por EBAIS, en promedio.

### **7.1 Personal contratado por la CCSS**

En lo que respecta a las plazas existentes en la CCSS, se distribuyen en labores administrativas en las oficinas centrales, sucursales administrativas-financieras y el personal de salud que colabora en los centros de salud según la distribución por niveles de atención que se mostró en otros apartados de este documento. Para el año 2012 el número total de funcionarios es superior a las 44,000 plazas, lo que convierte a la CCSS en la empresa pública más grande de Centroamérica. La distribución por grupos laborales se muestra en la siguiente tabla:

**Tabla 17. Distribución de personal de la CCSS, 2012**

<b>Grupo organizacional</b>	<b>Cantidad de personal</b>
Enfermeras	9,284
Médicos	5,840
Técnicos y auxiliares en Enfermería	4,221
Técnicos médicos	2,925
Personal de Registros Médicos	2,605
Personal de Vigilancia y Limpieza	2,086
Profesionales administrativos	2,085
Personal de servicios domésticos	2,052
Técnicos en Farmacia	1,885
Técnicos de apoyo administrativo	1,763
Profesionales Farmacéuticos, Microbiólogos y Químicos	1,284
Secretarías	1,248
Técnicos en mantenimiento	1,043
Técnicos en producción industrial	780
Personal de transporte	679
Técnicos en informática	647
Oficinistas no profesionales	633

Odontólogos y psicólogos clínicos	587
Inspectores	382
Jefes administrativos	376
Técnicos en recursos humanos	370
Personal de bodegas y suministros	331
Técnicos en Trabajo Social	329
Personal de Administración de Hospitales y Clínicas	142
Personal de apoyo Psicología	114
Profesionales de Auditoría	108
Personal de Servicios Generales de apoyo	103
Personal de Sucursales	84
Directores Generales de Clínicas y Hospitales	77
Personal de Contabilidad y Finanzas Oficinas Centrales	68
Técnicos en Artes Gráficas	46
Arquitectos	26
Capellanes religiosos	21
Técnicos optometristas	19
Puestos de confianza	19
Cajeros Oficinas Centrales	19
Asesores Legales Oficinas Centrales	13
Contadores Oficinas Centrales	12
Bibliotecólogos	9
Gerentes	5
Profesionales en Promoción de la Salud	4
Profesionales en Planificación	3
Profesionales en Relaciones Públicas	3
<b>Total</b>	<b>44,330</b>

Fuente: Dirección de Presupuesto, CCSS

## **7.2 Escala salarial de los profesionales principales de Ciencias de la Salud, Diplomados y Técnicos**

Con base en la escala de salarios vigente para la CCSS para el segundo semestre de 2012 y partiendo de una contratación a tiempo completo (44 horas semanales en jornada ordinaria), se establece la siguiente tabla:



**Tabla 18. Escala salarial II semestre 2012, CCSS**

Puesto	Salario base mensual (colones)	Anualidad (colones)	Otros incentivos especiales mensuales o categoría
Asistente de Pacientes	350,050	10,256	
Auxiliar de Quirófanos	354,050	10,374	
Asistente Centro Equipos 1	354,050	10,374	
Asistente Centro Equipos 2	361,050	10,543	
Asist. Téc. en Atención Primaria	374,050	10,847	
Asistente Técnico de EBAIS	374,050	10,847	
Físico Médico	755,050	17,766	
Asistente Técnico de Salud	364,550	10,608	
Técnico 1 en Tecnologías de Salud	388,050	11,137	
Técnico 2 en Tecnologías de Salud	403,550	11,259	
Técnico Graduado en Tecnologías de Salud	424,050	11,789	
Diplomado en Tecnologías de Salud	456,550	12,601	
Diplomado en Radiaciones Ionizantes	487,050	13,248	
Auxiliar de Enfermería	394,665	11,564	59,199,75
Enfermera 1 Diplomada	458,449	10,228	68,767,35
Enfermera 2 Diplomada	472,315	10,537	70,847,25
Enfermera 3 Diplomada	485,384	10,829	72,807,60
Enfermera 4 Diplomada	498,456	11,121	74,768,40
Enfermera 5 Diplomada	511,523	11,412	76,728,45
Enfermera 6 Diplomada	525,213	11,718	78,781,95
Enfermera 7 Diplomada	538,646	12,017	80,796,90
Enfermera 7-A Diplomada	545,797	12,177	81,869,55
Enfermera 8 Diplomada	553,106	12,340	82,965,90
Enfermera 1 Bachiller en Servicio Social	494,581	11,034	74,187,15
Enfermera 1 Bachiller	494,581	11,034	74,187,15
Enfermera 2 Bachiller	510,062	11,379	76,509,30
Enfermera 3 Bachiller	524,955	11,712	78,743,25
Enfermera 4 Bachiller	539,270	12,031	80,890,50
Enfermera 5 Bachiller	553,860	12,357	83,079,00
Enfermera 6 Bachiller	569,157	12,698	85,373,55
Enfermera 7 Bachiller	584,156	13,033	87,623,40
Enfermera 7-A Bachiller	592,145	13,211	88,821,75
Enfermera 8 Bachiller	600,311	13,393	90,046,65
Enfermera 1 Licda. en Servicio Social	599,194	20,972	89,879,10
Enfermera 1 Licenciada	599,194	20,972	89,879,10
Enfermera 2 Licenciada	614,654	21,513	92,198,10
Enfermera 3 Licenciada	631,188	22,092	94,678,20
Enfermera 4 Licenciada	646,968	22,644	97,045,20
Enfermera 5 Licenciada	664,500	23,258	99,675,00
Enfermera 6 Licenciada	684,633	23,962	102,694,95
Enfermera 7 Licenciada	699,490	24,482	104,923,50
Enfermera 7-A Licenciada	707,183	24,751	106,077,45
Enfermera 8 Licenciada	715,740	25,051	107,361,00
Médico en Servicio Social	764,345	42,039	G-0
Médico Asistente General	764,345	42,039	G-1

Médico Residente	764,345	42,039	RE
Médico Jefe 1	849,238	46,708	G-2
Médico Asistente Especialista	849,238	46,708	G-2
Médico Jefe 2	866,306	47,647	G-3
Médico Jefe 3	892,297	49,076	G-4
Médico Evaluador 1	892,297	49,076	G-4
Médico Jefe 4	919,059	50,548	G-5
Médico Director 1	946,626	52,064	G-6
Médico Evaluador 2	946,626	52,064	G-6
Asesor en Planificación Familiar	946,626	52,064	G-6
Médico Director 2	975,041	53,627	G-7
Jefe Dpto. Medicina Preventiva	975,041	53,627	G-7
Médico Director 3	1,004,293	55,236	G-8
Asistente Médico de Gerencia	1,004,293	55,236	G-8
Jefe de Calificaciones Terapéuticas	1,004,293	55,236	G-8
Médico Director 4	1,034,423	56,893	G-9
Director Programación Servicios Médicos	1,034,423	56,893	G-9
Director Técnico Servicios de Salud	1,034,423	56,893	G-9
Director Regional Servicios Médicos	1,034,423	56,893	G-9
Odontólogo General	730,387	40,171	D-1
Odontólogo Residente	730,387	40,171	D-R
Odontólogo Especialista	811,510	44,633	D-2
Farmacéutico 1	704,908	38,770	F-1
Microbiólogo Químico Clínico 1	704,908	38,770	MQC-1
Farmacéutico 2	783,206	43,076	F-2
Microbiólogo Químico Clínico 2	783,206	43,076	MQC-2
Químico 2	783,206	43,076	Q-2
Farmacéutico 3	798,951	43,942	F-3
Microbiólogo Químico Clínico 3	798,951	43,942	MQC-3
Farmacéutico 4	822,915	45,260	F-4
Microbiólogo Químico Clínico 4	822,915	45,260	MQC-4
Farmacéutico 5	847,608	46,618	F-5
Microbiólogo Químico Clínico 5	847,608	46,618	MQC-5
Jefe de Farmacia	873,037	48,017	F-6
Jefe de Laboratorio Clínico	873,037	48,017	MQC-6

Fuente: Dirección de Administración y Gestión de Personal, CCSS

Actualmente Costa Rica tiene una mayor oferta que demanda en prácticamente todas las profesiones de ciencias de la salud. En algunos casos como Odontología y Enfermería, la oferta es muy abundante. Esta situación se ha agravado por la aparición a finales del siglo pasado de una gran cantidad de universidades privadas que ofrecen carreras relacionadas con ciencias de la salud.

Solamente se identifican brechas entre oferta y demanda en el nivel de médicos especialistas: gastroenterología, hematología, infectólogos y patólogos principalmente.

Finalmente, como dato complementario, más allá del personal contratado por la CCSS, la cantidad de profesionales en ciencias de la salud autorizados a ejercer en Costa Rica se muestra en la siguiente tabla.

**Tabla 19. Número de profesionales de ciencias de la salud según su colegio u organización profesional, Costa Rica, 2012**

Profesión	Número de profesionales registrados
Medicina	9200
Odontología	4500
Farmacia	4300
Microbiología	1260
Psicología	4800
Enfermería	9000
Nutrición	1217

Fuente: Colegios Profesionales

## **8. Permiso de trabajo para personal en salud coreano en Costa Rica**

La adquisición y obtención de permisos para que personal de Corea trabaje en Costa Rica va a variar dependiendo del tipo de trabajo y duración del mismo. Por ejemplo si lo que se quiere es realizar la capacitación de médicos costarricenses en una técnica médica-quirúrgica para algún nuevo procedimiento que haya demostrado mejores efectos que lo que se tiene actualmente, este tipo de permiso es temporal y no requiere de la homologación de títulos académicos.

El trámite usualmente es realizado entre las entidades interesadas (ejemplo la Caja Costarricense de Seguro Social y la empresa que facilita el equipo o el centro médico extranjero o nacional que apoya al profesional). En Costa Rica hay mucha experiencia

en este tipo de transferencia técnica entre países e instituciones. El mejor ejemplo ha sido el proceso de colaboración para la creación y funcionamiento del Centro Nacional de Detección de Cáncer Gástrico. Frecuentemente vienen a Costa Rica especialistas japoneses para brindar capacitación sobre temas específicos, relacionados con las técnicas y equipos utilizados en la mejora de la detección temprana y curación de este mal. Otro ejemplo reciente ha sido la venida de especialistas también japoneses para la capacitación sobre trasplante de hígado.

En el caso que algún profesional de origen coreano y con pasaporte coreano desee trabajar en Costa Rica, el primer paso que tendría que dar es la solicitud de un permiso de trabajo tramitado ante el Ministerio de Migración y Extranjería, el cual actualmente no es fácil de obtener excepto en el caso en que se trate de un profesional de algún campo en el cuál el país tiene déficit de expertos, como en el caso de áreas relacionadas con la Oncología y en particular la Radioterapia.

Para justificar su trámite, el profesional que desee incorporarse a la fuerza laboral costarricense, con la excepción de los extranjeros que ingresan con estatus de refugiados, tiene que demostrar que existe una empresa o institución que le ha ofrecido trabajo y su apoyo para la tramitología de la visa de trabajo.

En lo referido a la práctica o trabajo en tecnologías de la salud, de enfermería y medicina, además de la visa de trabajo, es necesaria la incorporación del profesional al Colegio Profesional respectivo.

El principal paso para la incorporación al Colegio Profesional es la homologación o equiparación de los títulos de grado o postgrado que acrediten al trabajador a ejercer la disciplina correspondiente. Esto está compuesto por una serie de requisitos.

Sin embargo, los Colegios con regularidad cambian este listado de requerimientos, por lo que es importante su verificación constante. En la Tabla 20 se proporcionan los vínculos para acceder a la información específica para la incorporación de cada profesional.

Los requisitos para el proceso de equiparación u homologación los define el Consejo Nacional para la Educación Superior (CONESUP).

**Tabla 20. Vínculo electrónico para la obtención de detalles sobre incorporación de profesionales de ciencias de la salud según su colegio u organización profesional, Costa Rica, 2012**

Profesión	Vínculo
<b>Medicina</b>	<a href="http://www.medicos.cr/web/tramites-administrativos/requisitos">http://www.medicos.cr/web/tramites-administrativos/requisitos</a>
<b>Odontología</b>	<a href="http://colegiodentistas.org/cms2/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=233&amp;catid=32&amp;Itemid=30">http://colegiodentistas.org/cms2/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=233&amp;catid=32&amp;Itemid=30</a>
<b>Farmacia</b>	<a href="http://colfar.com/estudiantes.php">http://colfar.com/estudiantes.php</a>
<b>Microbiología</b>	<a href="http://www.colegiomicrobiologoscr.org/index.php?option=com_content&amp;view=category&amp;id=35:tramites-de-incorporacion&amp;Itemid=56&amp;layout=default">http://www.colegiomicrobiologoscr.org/index.php?option=com_content&amp;view=category&amp;id=35:tramites-de-incorporacion&amp;Itemid=56&amp;layout=default</a>
<b>Psicología</b>	<a href="http://psicologiacr.com/incorporacion.php">http://psicologiacr.com/incorporacion.php</a>
<b>Enfermería</b>	<a href="http://www.enfermeria.cr/int.asp?pag=contactenos.html">http://www.enfermeria.cr/int.asp?pag=contactenos.html</a>
<b>Nutrición</b>	<a href="http://www.colegiodenutricionistascr.com/afiliarse.php">http://www.colegiodenutricionistascr.com/afiliarse.php</a>

Fuente: respectivo Colegio Profesional.

## **9. Equipamiento médico e infraestructura en la CCSS**

La CCSS destina un porcentaje que oscila entre un 2% y un 4% de su presupuesto total (cerca de los 2,4 billones de colones) a la inversión en equipamiento e infraestructura anualmente. En la tabla siguiente se observa que desde el año 2005, la inversión en equipamiento e infraestructura mantuvo un incremento sostenido hasta el año 2009, en el cual la CCSS sufrió un serio problema presupuestario que impactó en los siguientes dos años, con una reducción de hasta un 47% con respecto al monto del año anterior. Para el año 2012, se observa una recuperación en los citados rubros.

**Tabla 21. Gasto en equipamiento e infraestructura. 2005-2012**

Seguro de Salud  
Comportamiento del Gasto  
Maquinaria-Equipo-Infraestructura  
2005-2012  
(millones de colones)

Años	Maquinaria y Eq.	% Var.	Infraest.	% Var.	Total	%Var.
2005	5,744.9	-	7,985.6	-	13,730.5	-
2006	8,242.2	43.5	5,477.2	(31.4)	13,719.4	(0.1)
2007	13,096.9	58.9	8,359.1	52.6	21,456.0	56.4
2008	20,033.8	53.0	28,772.8	244.2	48,806.6	127.5
2009	32,171.2	60.6	29,695.1	3.2	61,866.3	26.8
2010	18,507.6	(42.5)	14,158.3	(52.3)	32,665.8	(47.2)
2011	18,159.8	(1.9)	7,751.6	(45.3)	25,911.4	(20.7)
2012 *	18,076.6	(0.5)	20,411.3	163.3	38,487.9	48.5
<b>TOTAL</b>	<b>134,032.9</b>		<b>122,611.0</b>		<b>256,643.9</b>	

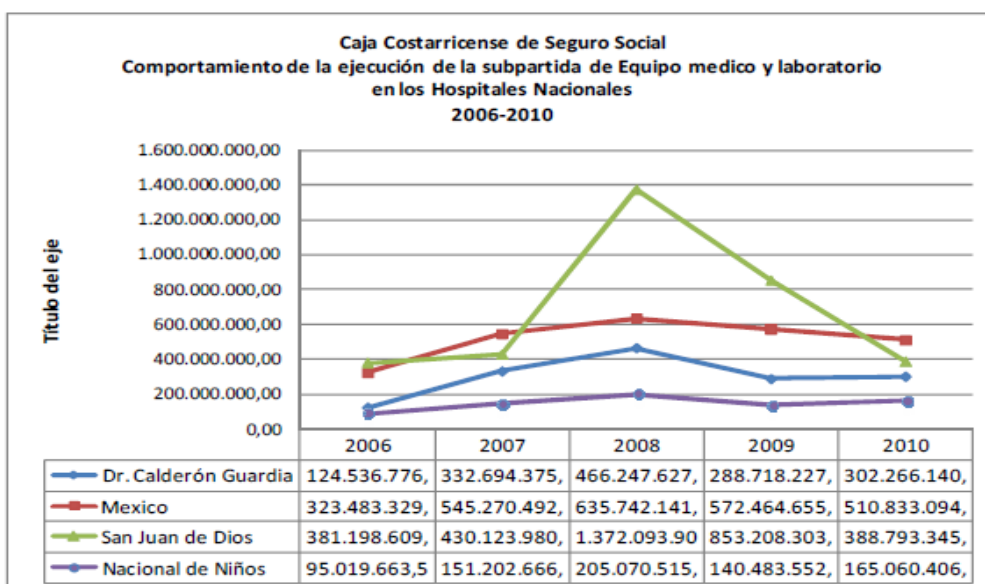
Fuente: Liquidaciones de Presupuesto 2005-2011.

Nota: \* Asignación Modificada Incluye Presupuesto Extraordinario 03-2012.

Fuente: Dirección de Presupuesto, CCSS.

Al valorar la partida de inversiones en equipamiento de los hospitales nacionales en el período 2006-2010 se tiene lo siguiente:

**Gráfico 46. Inversión en equipo médico y de laboratorio en hospitales nacionales 2006-2010**



Fuente: Liquidaciones presupuestarias, hospitales nacionales

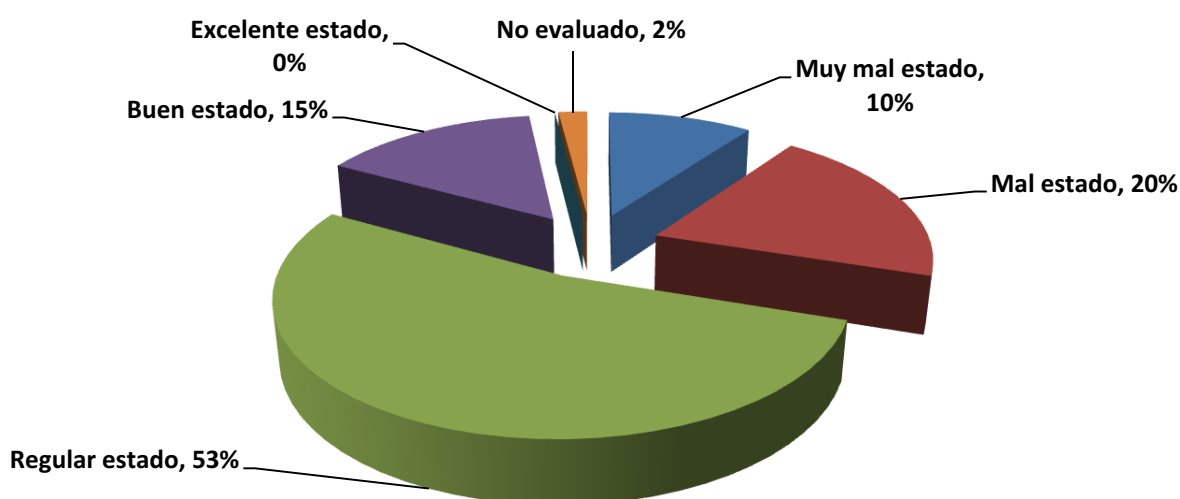
Se observa en términos generales y en forma consistente con la inversión total de la institución en el rubro de equipamiento, se ha producido un descenso leve o un leve aumento (salvo el Hospital San Juan de Dios) a partir del año 2009.

### 9.1 Estado actual de la infraestructura de la CCSS

En el año 2011, la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías de la CCSS desarrolló un informe de situación sobre el estado de la infraestructura de la CCSS, incluyendo hospitales, clínicas y EBAIS principalmente. Los resultados indican lo siguiente, en una escala de:

1. Muy mal estado
2. Mal estado
3. Regular estado
4. Buen estado
5. Excelente estado
6. No evaluado

**Gráfico 47. Estado actual de la infraestructura de la CCSS, 2011**



Fuente: Dirección de Arquitectura e Ingeniería, CCSS.

Se determina de lo anterior que un 10% de la infraestructura evaluada muestra un marcado deterioro en su condición actual y un 20% en muy mal estado; solamente un 15% calificaría, según la metodología utilizada, como en buen estado. Las estimaciones financieras de la CCSS sobre el nivel de inversión que se requeriría para dejar en buenas condiciones la infraestructura de la CCSS son de aproximadamente 1,328 millones de dólares para el año 2011.

Para la Contraloría General de la República (Informe DFOE-SOC-IC-15-2011), “entre otros factores que contribuyen al rezago en la dotación de equipo médico, la Gerencia Médica ha señalado el crecimiento de la infraestructura física, lo que conlleva un mayor requerimiento de equipo; la complejidad institucional, la cantidad de unidades de salud y el crecimiento de la demanda de servicios. Sin embargo, aunado a las causas mencionadas por la Gerencia Médica, el fortalecimiento de la planificación en cuanto al proceso de dotación de equipo e infraestructura, también requiere atención inmediata, con el fin de que los escasos recursos disponibles en la CCSS para inversión en infraestructura y equipo médico, así como la distribución del equipo existente, se asignen como resultado de una adecuada determinación y priorización de las necesidades en la red de servicios con sus tres niveles de atención, fundamentado en un diagnóstico técnicamente elaborado.”

Los efectos palpables de el rezago en infraestructura y en la sustitución de equipo médico, provoca un deterioro en los servicios de salud, la saturación de la red de servicios, contrataciones externas de infraestructura, equipos médicos y servicios, un aumento en la inseguridad en la vida humana por vulnerabilidad de los edificios de la CCSS, aumento en las probabilidades de discontinuar servicios de salud por situaciones como inundaciones, incendios, derrumbes, entre otros; la insatisfacción de comunidades, personal y asegurados beneficiarios de los proyectos, incumplimiento de mandatos judiciales, el riesgo de paros y huelgas por descontento del personal, el cierre de las Unidades de Salud por parte del Ministerio de Salud y la acumulación de compromisos por los rezagos existentes y la dinámica de nuevas necesidades.



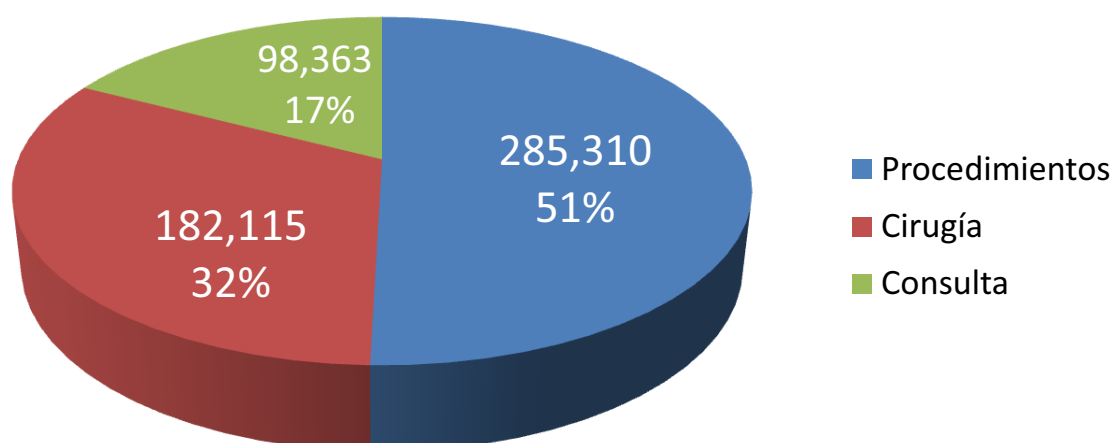
## 10. Listas de espera en la CCSS

El impacto directo de la brecha entre oferta y demanda en los servicios de salud se muestra en el incremento de las listas de espera para procedimientos de diagnóstico, consulta con especialista y para cirugía programada. Las causas son multifactoriales, pero se destacan dos factores: primero, en Costa Rica los servicios de salud públicos solamente trabajan un turno (7 a.m. a 4 p.m.) para atender la programación de estas tres áreas. A partir de las 4 p.m. y hasta las 7 a.m. se dispone de uno o dos equipos de trabajo únicamente para trabajar emergencias calificadas en cirugía, no se da consulta y los procedimientos de diagnóstico únicamente por emergencias calificadas. La segunda está asociada con una inadecuada distribución del limitado recurso de especialistas y la proporción requerida de personal de enfermería y técnicos de apoyo (especialmente en cirugía) en la red hospitalaria nacional.

A modo de referencia, para junio de 2011, la cantidad de citas en alguna de las tres listas de espera principales en los centros médicos de la CCSS sumaban 565,000. La distribución porcentual es la siguiente:

**Gráfico 48**

**Listas de espera en centros médicos CCSS, junio 2011**



Fuente: Unidad Técnica de Listas de Espera, CCSS

Las especialidades más críticas de atención en las tres áreas en forma general son:

- Radiología
- Ortopedia
- Cardiología
- Cirugía general
- Oftalmología

### **11. Procedimientos de adquisición y costos de referencia de equipos médicos, suministros y sistemas de información en los hospitales y otras unidades de la CCSS**

Los centros médicos de la CCSS deben elaborar en forma anual el Plan Anual de Compras (PAC), en el cual deben indicar los bienes y servicios que han planificado adquirir. El objetivo básico en la formulación del Plan Anual de Compras es permitir la administración eficientemente de los recursos económicos institucionales, basándose principalmente en los principios de economía, eficiencia y equidad, en términos de cantidad, calidad y oportunidad, para realizar una adecuada ejecución, evaluación y control de las compras realizadas. Esto debe estar fundamentado en el presupuesto que han aprobado para el año en curso.

Con base en lo anterior y como una referencia general (véase el anexo respectivo para detalle de cada hospital nacional) se indican en este apartado algunos equipos, suministros y mobiliario de uso común y su precio de referencia para el año 2012, los cuales serán adquiridos mediante los diferentes tipos de procedimientos de compra que están definidos en la institución. Los precios indicados deben responder a un estudio básico de mercado por cada ítem que se debe adquirir.

En forma más detallada, los planes de compra de los hospitales están compuestos por los rubros presupuestales que corresponden a la adquisición de bienes y servicios en los que cada hospital plantea como consumo y posible gasto en:

- Servicio No Personales (cuentas 2102 a 2199)
- Materiales y Suministros (cuentas 2201 a 2243)

- Maquinaria y Equipo (cuentas 2305 a 2390)

Lo anterior basado en el Instructivo para la Formulación Presupuestaria de cada año, de la Caja Costarricense de Seguro Social. Debe indicarse que cada unidad hospitalaria puede realizar ajustes (inclusiones o exclusiones) debidamente justificadas y según lo indicado en la normativa al finalizar cada trimestre del año en curso.

Con respecto a las modalidades de contratación vigentes en la CCSS, se encuentra determinado por el Modelo de Distribución de Competencias de la Caja Costarricense de Seguro Social, que en su artículo 2º, inciso a) establece:

“a) El acto de adjudicación, en razón de la cuantía del negocio, será emitido por las siguientes instancias:

- Junta Directiva más de \$1.000.000,00 (un millón de dólares).
- Gerencias y Auditoría Interna hasta \$1.000.000,00 (un millón de dólares).
- Directores de Sede, Directores Médicos, Directores Médicos Regionales hasta \$500.000,00 (quinientos mil dólares).
- Director Administrativo Financiero o Administrador de Centros de Salud hasta \$250.000,00 (doscientos cincuenta mil dólares).”

Con respecto a los diferentes tipos de contratación de bienes y servicios establecidos por la Ley de Contratación Administrativa y vigentes en la CCSS, se tiene que para el año 2012 (con excepción de obra pública) aplican los siguientes rangos, actualizados por la Contraloría General de la República:

- Contratación directa: menos de 54.5 millones de colones (tipo de cambio referencia 2012, 505 colones por 1 US dólar)
- Licitación abreviada: de 54.5 millones a menos de 392 millones de colones
- Licitación pública: igual o superior a 392 millones de colones

Según la conveniencia institucional, también puede optar por la figura de licitación pública internacional, para montos superiores al inciso c) anterior.

En el caso de obra pública (construcción y equipamiento) los rangos aplicables son:

- Contratación directa: menos de 84.6 millones de colones (tipo de cambio referencia 2012, 505 colones por 1 US dólar)
- Licitación abreviada: de 84.6 millones a menos de 609 millones de colones
- Licitación pública: igual o superior a 609 millones de colones

Según la conveniencia institucional, también puede optar por la figura de licitación pública internacional, para montos superiores al inciso c) anterior.

Basado en los PAC de los hospitales nacionales y regionales, se tienen los siguientes bienes y sus precios de referencia:

### 11.1 Equipos médicos

Como ejemplo de los costos actuales de mercado utilizados como referencia en equipos médicos, suministros médicos y sistemas de información, se aportan las siguientes tablas:

**Tabla 22. Costos de referencia de algunos equipos médicos**

Nombre del producto	Monto de referencia por unidad (colones)	Cantidad por adquirir año 2012	Hospital
Monitor y analizador de óxido nítrico	19,570,000	1	Dr. Rafael A. Calderón Guardia
Desfibrilador	11,538,900	1	Dr. Rafael A. Calderón Guardia
Sistema completo para tratamientos extracorpóreos cardiológicos	40,685,000	1	Dr. Rafael A. Calderón Guardia
Monitor para máquina de anestesia	36,138,600	6	Dr. Rafael A. Calderón Guardia
Silla de ruedas	410,000	4	Dr. Rafael A. Calderón Guardia
Lámpara tipo cuello de ganso	282,000	8	Dr. Rafael A. Calderón Guardia
Electroencefalógrafo	22,500,000	1	México
Equipo de electrocirugía	31,500,000	1	México
Equipo de ultrasonido transcraneal	133,400,000	1	México
Tomografía Axial Computadorizada (aparato para cuerpo entero)	415,000,000	1	México

<b>Mamógrafo analógico</b>	130,000,000	1	México
<b>Mamógrafo digital</b>	280,000,000	1	Guápiles (Periférico)
<b>Unidad de Resonancia Magnética</b>	950,000,000	1	México
<b>Monitor de signos vitales</b>	11,600,000	2	México
<b>Electrocauterio</b>	29,120,000	1	México
<b>Colonofibroscopio completo</b>	38,522,000	1	México
<b>Broncofibroscopio con aspirador</b>	95,000,000	1	México
<b>Silla automática para examen de Otorrinolaringología</b>	121,000,000	1	México
<b>Equipo de alta resolución para fluoroscopia</b>	182,000,000	1	México
<b>Cama para cuidados intensivos</b>	9,236,000	22	México
<b>Monitor de signos vitales</b>	18,331,509	30	México
<b>Ventilador pulmonar para uso domiciliario</b>	12,000,000	2	Nacional de Niños
<b>Mesa quirúrgica con aditamentos básicos</b>	28,119,000	1	San Rafael de Alajuela
<b>Microscopio de fluorescencia</b>	18,000,000	1	San Rafael de Alajuela
<b>Microscopio con auxiliar, video y demás extras</b>	30,000,000	1	San Rafael de Alajuela
<b>Lámpara cielítica para sala de shock</b>	18,360,000	2	San Rafael de Alajuela

Fuente: Plan Anual de Compras, CCSS

## 11.2 Suministros médicos

**Tabla 23. Costos de referencia de algunos suministros médicos**

Nombre del producto	Monto de referencia por unidad (colones)	Cantidad por adquirir año 2012	Hospital
<b>Catéter intravenoso #14</b>	2,000	No definido	Dr. Rafael A. Calderón Guardia
<b>Catéter coronario para angiografía derecha, curva</b>	6,000	No definido	Dr. Rafael A. Calderón Guardia
<b>Corona de acero cromado para niños</b>	6,000	No definido	Dr. Rafael A. Calderón Guardia
<b>Fresa en forma de barril ortopédica</b>	7,312	No definido	Dr. Rafael A. Calderón Guardia
<b>Tornillo de titanio para fijación de</b>	25,000	5,000	México

<b>placa</b>			
<b>Placa de titanio</b>	50,000	3,000	México
<b>Distractor intraoral mandibular o maxilar</b>	1,500,000	20	México
<b>Sonda para compresión de vérices</b>	92,000	40	México
<b>Hoja para sierra neumática</b>	100,000	500	México
<b>Lentes intraoculares oftalmológicos</b>	30,000	200	México
<b>Suturas sintéticas absorbibles y no absorbibles</b>	4,000	18,000	México
<b>Colchón para cama estándar</b>	100,000	15	Nacional de Niños
<b>Sonda de poliestileno para estéril para esófago</b>	14,500	200	Nacional de Niños
<b>Sonda de oxígeno #10</b>	2,000	500	Nacional de Niños
<b>Martillo quirúrgico para huesos</b>	100,000	3	Nacional de Niños
<b>Micronebulizador autoclavable</b>	20,000	50	Nacional de Niños
<b>Sensor de temperatura para ventilador y gases médicos</b>	100,000	10	Nacional de Niños
<b>Tijera para cirugía</b>	70,000	10	San Rafael de Alajuela
<b>Fórceps para obstetricia</b>	17,000	20	San Rafael de Alajuela
<b>Pinza para vasectomía</b>	25,000	6	San Rafael de Alajuela
<b>Pinza de copa para cistoscopio</b>	275,000	2	San Rafael de Alajuela
<b>Pinzas sacabocados de cabeza de martillo</b>	227,000	1	San Rafael de Alajuela
<b>Bisturí redondo Plester</b>	61,000	1	San Rafael de Alajuela
<b>Portaagujas laparoscópico reusable</b>	600,000	1	San Rafael de Alajuela

Fuente: Plan Anual de Compras, CCSS

### 11.3 Sistemas de Información (Nivel Central CCSS)

**Tabla 24. Costos de referencia de algunos sistemas de información**

Nombre del producto o servicio	Monto de referencia por unidad (colones)	Cantidad por adquirir año 2012	Unidad
Adquisición de una solución tecnológica de reconocimiento interactivo de voz y de datos para brindar servicios móviles y de autogestión, orientada a los procesos financieros y gestión administrativa de citas	130,000,000	1	Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones
Adquisición de equipo de filtrado de contenido	50,000,000	1	Área de Soporte Técnico
Compra de equipo de oficina: escáner, fax e impresora	3,000,000	1	Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones
Adquisición de materiales de mantenimiento de redes de la CCSS	24,000,000	1	Área Comunicaciones y Redes Informática
Mantenimiento preventivo y correctivo para equipos inalámbricos de comunicación	186,000,000	1	Área Comunicaciones y Redes Informática
Compra de licencias para software de calidad de datos.	100,000,000	1	Área de Soporte Técnico
Adquisición de servicios administrados al Instituto Costarricense de Electricidad (ICE)	1,155,000,000	1	Área Comunicaciones y Redes Informática
Compra de servicios a Microsoft	1,000,000,000	1	Área de Soporte Técnico
Leasing de equipo de cómputo para diferentes unidades hospitalarias	300,000,000	1	Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones
Adquisición de Herramientas para Mantenimiento de Redes de la CCSS	6,000,000	1	Área Comunicaciones y Redes Informática
Compra de licencias de correo electrónico y comunicaciones unificadas en la nube.	250,000,000	1	Área de Soporte Técnico

Fuente: Plan Anual de Compras, CCSS

#### **11.4 Percepción sobre los equipos coreanos**

Con el fin de obtener información sobre este punto de una manera apropiada, se realizaron 8 entrevistas a médicos especialistas costarricenses para conocer cuál es su percepción y conocimiento sobre equipo médico proveniente de Corea.

La selección de los sujetos fue de manera que hubiese un representante de las siguientes especialidades:

1. Ginecología y Obstetricia
2. Dermatología
3. Cirugía General
4. Cirugía Cardiovascular
5. Medicina Interna
6. Gastroenterología
7. Ortopedia

Todos los sujetos entrevistados han trabajado o trabajan tanto en la Seguridad Social como a nivel privado y tienen por lo menos 3 años de ejercer su especialidad. Se hicieron cuatro preguntas abiertas. Se anotan a continuación las respuestas más relevantes en conjunto con la pregunta generadora:

1. ¿Trabaja usted con equipo médico importado?

A esta pregunta todos los entrevistados respondieron que si trabajan con equipo importado.

2. ¿Dentro del equipo médico con el que usted trabaja y que se importa, usted tiene decisión sobre lo que se compra?

A esta pregunta dos entrevistados indicaron que sí tienen decisión directa sobre lo que compran a nivel institucional y el resto dijeron que ellos opinan sobre el tipo de equipo que prefieren.

3. ¿Ha trabajado con equipo traído de Corea?



Ninguno de los sujetos dijo haber tenido experiencia con equipos o instrumental coreano.

#### 4. ¿Compraría o trabajaría con equipo de Corea?

En este aspecto, todos indicaron que si el equipo es reconocido y tiene su garantía sí lo harían, pero primero preferirían que hubiese alguna experiencia previa. Mencionaron que Corea tiene buena fama de ser un país con alta tecnología, por lo que quizá le darían mayor peso a la compra de equipo electrónico como ultrasonidos. En el caso de los equipos para el ámbito de la gineco-obstetricia, el mercado está dominado por las marcas Phillips y General Electric, pero que con buena retroalimentación y educación, considerarían el uso de otras marcas.

En el caso de las cirugías, los especialistas mencionaron que ellos prefieren trabajar con equipos y materiales ya reconocidos. Mencionaron que no estarían del todo renuentes a utilizar nuevos equipos y materiales, pero que de hacerlo, posiblemente sería en aspectos no críticos de sus procedimientos, en dónde prefieren utilizar lo que ya conocen. Por ejemplo, en el caso de la cirugía cardiovascular, mencionan que ellos estarían dispuestos a conocer nuevas tecnologías, pero asumir un riesgo innecesario al cambiar súbitamente de proveedor de las válvulas cardíacas no sería algo que harían. Un caso contrario sería la utilización de ecografía transoperatoria, la cuál al no ser un procedimiento de la misma complejidad y relevancia que una válvula, consideran que con el respectivo entrenamiento probablemente tendrían mayor facilidad de cambiar de tecnología.

En general, la percepción es que Corea tiene equipos de calidad y en particular en el ámbito electrónico, no tanto en la parte instrumental.

En cuanto al cambio, mencionan que el aspecto más importante es la confiabilidad del equipo versus su precio. En general estarían dispuestos a utilizar equipo que tenga garantía y que exista experiencia con su uso.

## **12. Construcción y equipamiento de centros de salud en Costa Rica**

Los dos proyectos hospitalarios públicos de la CCSS más grandes de los últimos ocho años son el Hospital San Rafael de Alajuela (2004) y el Hospital San Vicente de Paúl (2010). La figura institucional de contratación escogida fue la denominada “llave en mano”. En términos sencillos, se entiende un proyecto de contrato "llave en mano", es aquel dónde el contratista asume ciertas obligaciones definidas frente a un cliente, dueño o contratante, esto a cambio de un precio definido, con el objetivo de construir, equipar y poner en funcionamiento una obra determinada, con todos los acabados y requerimientos que esta implique. Los aspectos generales incorporados a este modelo generalmente son:

- Diseño
- Infraestructura
- Equipamiento
- Mantenimiento (algunos equipos)

Se destacan, a criterio de la CCSS, dos factores por los que se han escogido los proyectos bajo “llave en mano”. El primero está referido a que en el pasado se contrataban los edificios y el equipamiento por aparte, esto generó casos de edificaciones que quedaron sin equipos para prestar el servicio, o bien teniendo el equipo no se tenía el sitio donde instalarlo. El segundo punto fue que en experiencias anteriores, a la hora de colocar los equipos estos no coincidían con las previstas electromecánicas, lo que requirió hacer ajustes, incrementando los costos de la obra total y el plazo de ejecución de la obra.

Los aspectos técnicos previos mínimos que deben tenerse identificados para iniciar un proyecto “llave en mano” son:

- Necesidades de los usuarios
- Plan Funcional
- Especificaciones Técnicas de Equipos y Áreas
- Planos Constructivos
- Presupuesto

- Planificación

Con respecto a los hospitales de Alajuela (San Rafael de Alajuela) y Heredia (San Vicente de Paúl) se tienen los siguientes datos comparativos:

**Tabla 25. Datos comparativos entre los hospitales de Alajuela y Heredia**

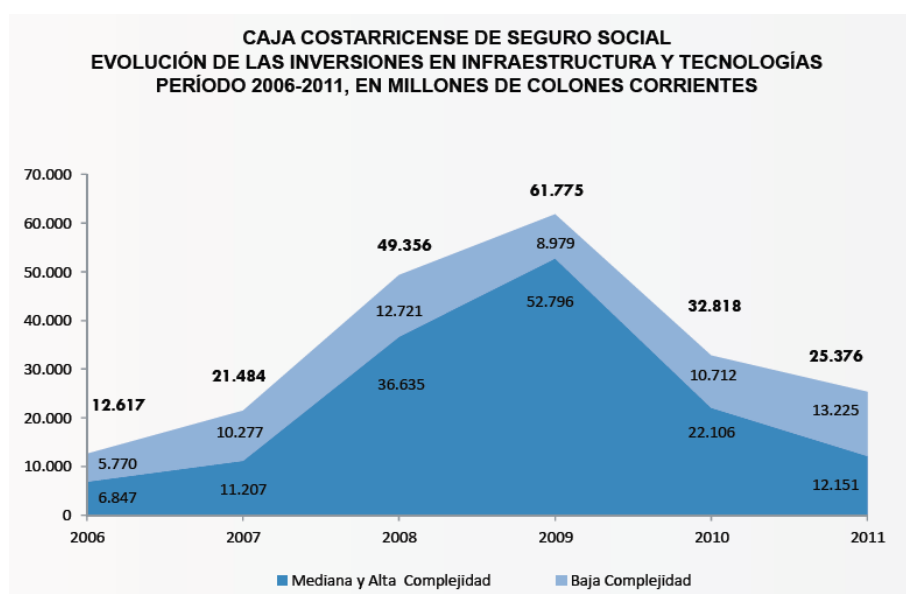
	Alajuela	Heredia
<b>Ubicación</b>	Cantón central de Alajuela, 1 km noroeste Aeropuerto Juan Santamaría	Cantón central de Heredia, 2 km sur parque central
<b>Año de finalización</b>	2004	2010
<b>Camas</b>	310	246
<b>Consultorios consulta externa</b>	46	42
<b>Quirófanos</b>	8	9
<b>Metros cuadrados de construcción</b>	31,465	37,487
<b>Metros cuadrados de terreno</b>	81,482	111,598
<b>Desarrollador</b>	Consortio Obrascón Huarte Laín-Expansión Exterior	Constructora EDICA
<b>País</b>	España	Costa Rica
<b>Costo total (US dólar)</b>	34,4 millones	105 millones
<b>Costo metro cuadrado equipado (US dólar)</b>	1,093	2,800

Fuente: Gerencia de Infraestructura y Tecnología, CCSS

## 12.1 Proyectos de infraestructura y equipamiento durante 2011 en la CCSS

Para el año 2011, con base en lo indicado en la Memoria Anual de la institución, se muestra la evolución de las inversiones en infraestructura y tecnologías en la CCSS, dividido por inversiones de baja, mediana y alta complejidad:

**Gráfico 49. Inversiones en Infraestructura y Tecnologías en la CCSS, 2011**



Fuente: Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, CCSS. 2011

La Gerencia de Infraestructura y Tecnología ha desagregado las inversiones en cuatro rubros, de los cuales dos son los más importantes:

- Infraestructura
- Equipo médico

Se observan las siguientes tablas resumen de lo acontecido durante 2011:

### Infraestructura

Se invirtieron 5,631 millones de colones en el año 2011. Se resume de la siguiente manera:

**Tabla 26. Principales proyectos de infraestructura en proceso. CCSS, 2011**

Nombre del proyecto	Inversión	Detalles e impacto
EBAIS, Guadalupe, San José	802 millones	907 metros cuadrados
Reforzamiento del Hospital de Ciudad Neily	6,455 millones	Estructural y cambio de sistemas electromecánicos. 30% avance
CAIS de Desamparados, San José	6,604 millones	5,200 metros cuadrados. 32% de avance. Incluye: Rayos X convencional y fluoroscopia, laboratorio, Desechos, Área de trabajo social, aulas multiuso.  También: salas de observación (ocho camas hombres, ocho camas mujeres, nueve camas niños, cuatro camas para UTD), consultorio de urgencias, dos salas de cirugía menor séptica y aséptica, farmacia satélite, inhaloterapia para niños y adultos, sala de choque y politrauma.  Finalmente, cuatro salas de parto y recuperación y posparto en total con veintisiete camas, esterilización, dos salas de cirugía ambulatoria y sala de nutrición.
CAIS de Siquirres, Limón	12,182 millones	8,900 metros cuadrados. En etapa de análisis de ofertas.
Construcción de Área de Salud de Parrita, Puntarenas (Clínica)	6,172 millones	5,530 metros cuadrados. En etapa de contratación.
Compra de terreno del nuevo Hospital de Cartago	1,595 millones	118,883 metros cuadrados de terreno
Compra de terreno del nuevo Hospital de Turrialba	255 millones	
Nuevo servicio de Radioterapia del Hospital México	7,973 millones	3,100 metros cuadrados. Inicio de orden de trabajo.
EBAIS de Oreamuno, Cartago	460 millones	293 metros cuadrados
EBAIS de Hatillo, San José	918 millones	660 metros cuadrados
Área de Sede Mora-Palmichal, San José	5,160 millones	6,700 metros cuadrados. Incluye: Emergencias, Consulta Externa, Laboratorio, Farmacia, Cirugía Menor, EBAIS y

Odontología		
Nuevo hospital de Golfito, Puntarenas	10,000 millones	15,000 metros cuadrados. En etapa de planificación
Remodelación Servicio de Urgencias del hospital de San Carlos, Alajuela	2,650 millones	1,000 metros cuadrados. En etapa de planificación
Área de Salud de Barva (Clínica), Heredia	6,800 millones	5,300 metros cuadrados. Consulta Atención Ambulatoria, Urgencias, Laboratorio, Farmacia, Equipos de Apoyo y Esterilización. En etapa de planos y diseño.
Remodelación del Servicio de Urgencias del hospital Dr. Escalante Pradilla, Pérez Zeledón, San José	6,132 millones	4,200 metros cuadrados. En proceso de visado de planos.
Nuevo servicio de hospitalización, hospital La Anexión, Nicoya, Guanacaste	10,400 millones	8,722 metros cuadrados. En desarrollo el anteproyecto.

Fuente: Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, CCSS

### Equipamiento médico

La inversión total durante el año 2011 correspondió a 5,328 millones. Los proyectos más relevantes fueron:

**Tabla 27. Principales proyectos de equipamiento médico. CCSS, 2011**

Nombre del proyecto	Inversión	Detalles e impacto
10 equipos de Rayos X con fluoroscopia	846 millones	10 hospitales regionales y periféricos beneficiados
36 equipos de ultrasonido con doppler	1,064 millones	5 clínicas, 5 áreas de salud y 21 hospitales beneficiados
53 unidades dentales	529 millones	9 EBAIS, 21 clínicas y 4 hospitales beneficiados
9 equipos de Rayos X	1,050 millones	Incluye remodelaciones y adecuaciones de planta física en 4 hospitales y 1 clínica, aparte de la compra de los equipos
24 autoclaves de uso general	670,5 millones	Clínicas y hospitales de todo el país
8 equipos de mamografía	570 millones	6 hospitales
9 equipos de Rayos X	3,300 millones	En etapa de elaboración el cartel

3 tomógrafos helicoidales	2,640 millones	3 hospitales regionales beneficiados
2 gamma cámaras	540 millones	2 hospitales nacionales
2 equipos de angiografía	1,650 millones	2 hospitales nacionales
22 mesas de cirugía	400 millones	Diferentes clínicas y hospitales
1 resonancia magnética	1,650 millones	Hospital nacional
9 equipos de Rayos X	2,000 millones	Clínicas
1 simulador de Radioterapia	565 millones	Hospital nacional
25 ventiladores pulmonares	375 millones	Hospitales de todo el país

Fuente: Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, CCSS

## 12.2 Proyectos de infraestructura y equipamiento más relevantes en marcha para 2012 y 2013 en la CCSS (Hospitales Nacionales)

La cartera de proyectos en ejecución para el año 2012 y con proyección de finalización durante el año 2014 en los hospitales nacionales (3° nivel hospitalario de la CCSS) se muestra en la siguiente tabla:

**Tabla 28. Proyectos de equipamiento e infraestructura en operación en la CCSS**

Hospital	Descripción	Costo estimado (colones)	Población beneficiada	Avance actual
Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia	Proyecto Torre Este, Nutrición, Ropería y obras complementarias del Hospital Calderón Guardia	1,491 millones	1,179,000	En proceso de refrendo de contrato
Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia	Readecuación de Quirófanos Edificio Urgencias del Hospital Calderón Guardia	985 millones	1,179,000	En proceso de refrendo de contrato
Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos (CNCDPCP)	Construir y equipar el Centro Nacional de Control de Dolor y Cuidados Paliativos (CNCDPCP) para la atención primaria de las áreas de atracción del Este de San José, Cartago y Limón	5,935 millones	4,900,000	En elaboración propuesta de plan funcional
San Juan de Dios	Readecuación total de los quirófanos	13,538 millones	1,136,012	Menos del 25% del proceso constructivo

San Juan de Dios	Dotar de Infraestructura que albergue una Gama cámara dual híbrida SPCT-T al servicio de Medicina Nuclear del Hospital San Juan de Dios	1,184 millones	1,136,012	En proceso de elaboración el cartel licitatorio
San Juan de Dios	Torre quirúrgica y Emergencias del hospital	No definido todavía	1,136,012	En desarrollo estudio de prefactibilidad
San Juan de Dios	Readecuación de aguas residuales	No definido todavía	1,136,012	En proceso confección de planos constructivos
San Juan de Dios	Plan Maestro readecuado	No definido todavía	1,136,012	En proceso de desarrollo el anteproyecto

Fuente: Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, CCSS

### 12.3 Inventario de equipos médicos de los principales hospitales de la CCSS

Con respecto al equipamiento actual de los hospitales principales de la CCSS, es importante conocer la siguiente tabla, que muestra el estado general de los equipos médicos en cada centro médico:

**Tabla 29. Equipos totales registrados y estado actual en los principales hospitales de la CCSS**

Hospital	Equipos totales registrados	Porcentaje en operación	Porcentaje fuera de operación	Porcentaje en operación parcial
<b>México</b>	364	98,08%	0,55%	1,10%
<b>San Juan de Dios</b>	525	96,95%	2,10%	0,95%
<b>Dr. Calderón Guardia</b>	487	85,83%	9,86%	4,31%
<b>Nacional de Niños</b>	289	100%	0%	0%
<b>San Rafael (Alajuela)</b>	203	97,04%	2,96%	0%
<b>San Vicente de Paúl (Heredia)</b>	197	98,48%	1,02%	0,51%
<b>Dr. Max Peralta (Cartago)</b>	136	97,79%	1,47%	0,74%
<b>Monseñor</b>	127	75,59%	9,45%	14,96%



<b>Sanabria (Puntarenas)</b>				
<b>Dr. Enrique Baltodano (Guanacaste)</b>	202	97,52%	2,48%	0%
<b>Dr. Tony Facio (Limón)</b>	98	100%	0%	0%
<b>San Carlos</b>	84	98,81%	1,19%	0%

Fuente: Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, CCSS

Con excepción del hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas y el Dr. Calderón Guardia de San José, el resto de hospitales evaluados supera el 97% de equipos médicos en buen estado y completo funcionamiento.

Con respecto al inventario de equipos médicos en los mismos centros médicos para el año 2012, la cantidad registrada de algunos de los equipos médicos más comunes según el registro establecido por la CCSS se muestra en la siguiente tabla:

**Tabla 30. Inventario de algunos equipos médicos en los principales hospitales de la CCSS, 2012**

	Ventilador pulmonar (adulto y niño)	Electrocardiógrafo	Ultrasonido general	Ecocardiógrafo	Rayos X c/fluoroscopia	Máquina de anestesia	Mamógrafo	Laparoscopio	Tomógrafo
Hospital México	63	18	11	5	7	34	1	11	1
Hospital San Juan de Dios	77	48	16	2	1	28	2	5	1
Hospital Dr. Calderón Guardia	80	35	8	3	3	33	2	5	1
Hospital Nacional de Niños	71	8	7	5	2	13	0	1	1
Hospital San Rafael (Alajuela)	11	14	4	1	1	14	1	7	1
Hospital San Vicente de Paúl (Heredia)	26	15	4	1	2	15	1	7	1
Hospital Dr. Max Peralta (Cartago)	26	10	3	2	3	9	1	2	1
Hospital Dr. Enrique Baltodano (Guanacaste)	15	8	3	1	2	6	1	2	1
Hospital Monseñor Sanabria (Puntarenas)	15	22	1	1	0	13	1	2	1
Hospital Dr. Tony Facio (Limón)	17	7	1	0	0	5	1	1	0
Hospital San Carlos	7	7	1	0	0	9	0	0	0

Fuente: Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, CCSS

## 12.4 Empresas que participan en la construcción de centros de salud

De acuerdo con entrevista realizada a uno de los arquitectos de la firma de Arquitectura e Ingeniería CONDISA uno de los mayores contratistas en este momento en cuanto a diseño y supervisión de obras de infraestructura de Salud en Costa Rica, el costo del metro cuadrado de construcción de centros de salud de nivel hospitalario podría estar cercano a los \$4000 al iniciar el año 2013. También, el costo de diseño y supervisión de una obra es aproximadamente un 8,5% del valor total de la obra.

Indicó el entrevistado que en Costa Rica actualmente que no hay muchas empresas en Costa Rica con experiencia en el campo de diseño de obras civiles relacionadas con centros de salud y una de estas es la suya.

Según la misma entrevista, no existen en este momento firmas coreanas en Costa Rica o Centro América dedicadas al tema del diseño, supervisión o construcción de obra civil para servicios de Salud, pero que es frecuente la relación de alianzas estratégicas para levantamiento de obras en el sector salud.

Algunos ejemplos de obras diseñadas y supervisadas por su empresa son:

1. Centro de Cuidados Críticos Hospital Nacional de Niños. Área: 15 229.75 m<sup>2</sup>
2. Servicio Hospital de Día Geriátrico y Rehabilitación Cardíaca. Hospital . Dr. Rafael A. Calderón Guardia. Área: 754 m<sup>2</sup>
3. Servicio de Urgencias Clínica Clorito Picado. Área: 1 382 m<sup>2</sup>
4. Centro de Atención Integral en Salud (CAIS) de Puriscal. Área: 5100 m<sup>2</sup>

A continuación se mencionan algunas compañías constructoras con experiencia en infraestructura de servicios de salud y ejemplos de lugares en dónde han realizado obras.

1. Navarro y Avilés (Hospital de Guápiles, CAIS Cañas, CAIS Desamparados)

2. Constructora Gonzalo Delgado (Hospital de Puntarenas, Hospital de Ciudad Neily)

3. EDICA (Hospital de Heredia)

4. Estructuras S.A. (Torre consulta externa San Juan de Dios)

De acuerdo con el arquitecto entrevistado, todas las firmas mencionadas previamente tienen suficiente capacidad para hacer hospitales, pero la disposición de cada una para aliarse a una firma extranjera hay que explorarla de acuerdo con la situación específica de cada caso. Al mismo tiempo menciona que cada firma maneja sus disposiciones en cuanto a la posibilidad y requisitos para aliarse. Indica que no hay una sola definición de condiciones y más bien estas tienden a depender de las necesidades del proyecto al que se quiera participar y las capacidades que cada una de las firmas. Menciona que usualmente lo que se busca es complementariedad.

Para el diseño y construcción a nivel local, las empresas costarricenses están en capacidad de construir sin necesidad de aliarse con una empresa extranjera, situación que puede encarecer el presupuesto. Indica que si hay una licitación de por medio la empresa debe estar inscrita al Colegio Federado de Ingenieros y de Arquitectos y contar con profesionales responsables locales debidamente incorporados.

A las empresas extranjeras que coticen en licitaciones cada promotor establece condiciones y las más importantes van orientadas a garantías y finanzas.

Una condición importante de conocer, es que si lo que se licita es un proyecto de la CCSS, el constructor deberá contar con un equipador (o varios) pues solicitan el proyecto terminado y llave en mano.

## **13. Aspectos comerciales y normativos relacionados con el Sector Salud**

### **13.1 Creación de empresas en Costa Rica**

Las entidades corporativas extranjeras pueden ser propietarias de bienes raíces o involucrarse en actividades empresariales en el país con su personería extranjera. Sin embargo, los procedimientos de inscripción (tanto ante el Registro Público como ante las instituciones estatales) así como la negociación de contratos con particulares pueden complicarse, atrasarse y/u obstaculizarse cuando aquellas han sido involucradas. En lo común, la recomendación es el uso de una entidad local.

Aún así, si una entidad extranjera va a ser utilizada, se debe tomar nota que lo adecuado es inscribirla en el Registro Mercantil de Costa Rica como una sucursal o al menos inscribir poderes específicos para ésta en dicho Registro. Ambos casos requieren de un procedimiento especial y formal que puede tomarse varias semanas.

En la gran mayoría de los casos, lo apropiado es el uso de una entidad corporativa local. Aunque la legislación mercantil costarricense contempla muchos tipos de figuras corporativas, solamente dos de ellas ofrecen a los inversionistas la tranquilidad de presentar estructuras similares a las de compañías de responsabilidad limitada similares a sus países de origen.

Con base en lo anterior, la creación de empresas en Costa Rica inicia por la conformación de una sociedad, que puede ser por lo general de dos tipos: anónima o de responsabilidad limitada. En ambos casos, los accionistas son solamente responsables por sus aportes al capital social de la compañía y sus bienes personales se encuentran totalmente protegidos y fuera del alcance de acreedores potenciales que la sociedad pudiese tener. Ambas entidades le ofrecen el mismo espectro de posibilidades para hacer y operar negocios y la misma protección de los bienes personales.

En la "Sociedad Anónima", también denominada "S.A.", los puestos de Presidente, Secretario y Tesorero son exigidos legalmente y deben ser ocupados por tres

individuos distintos. Por lo tanto se debe tener una Junta Directiva de al menos tres miembros, y además un Fiscal, quien no podrá ostentar ningún poder de representación de la sociedad.

La "Sociedad de Responsabilidad Limitada", a la que también se llama "S.R.L.", "Limitada" o "Ltda", es una estructura más simple que la "Sociedad Anónima" y en la mayoría de los casos llena las lagunas en su tratamiento legal con la normativa aplicable a la "Sociedad Anónima", la cual es mucho más abundante. Las S.R.L. normalmente se usan solamente si alguna de sus particularidades son especialmente atractivas para el inversionista, principalmente: a) Las cuotas no pueden ser traspasadas a no cuotistas sin el consentimiento previo y expreso de los otros cuotistas, quienes tienen un derecho prioritario a adquirirlas; b) Se requiere, para su administración, de solamente un individuo (Gerente), lo que genera una estructura especialmente atractiva en casos en los cuales el inversionista no desea utilizar y registrar (haciendo públicos) los nombres de otros individuos para formar parte de lo que en la S.A. sería la Junta Directiva.

Una de las grandes novedades en la conformación de empresas en Costa Rica, tiene que ver con la reciente puesta (2012) en marcha de una plataforma digital de gobierno para simplificar los trámites estipulados para la creación y seguimiento de una empresa, así como aclarar consultas. Se tienen registrados casos de éxito de dos semanas para completar todos los requisitos necesarios. Se ubica en [www.crearempresa.go.cr](http://www.crearempresa.go.cr). Se cuenta con alrededor de 350 abogados registrados para los trámites legales digitales. Para utilizar esta plataforma, se debe tener previamente una firma digital por parte del interesado. Se consigue en el sistema bancario.

La firma digital es una herramienta tecnológica que permite garantizar la autoría e integridad de los documentos digitales, posibilitando que éstos gocen de una característica que únicamente era propia de los documentos en papel. De acuerdo con la Ley 8454 de Costa Rica, la firma digital emitida por una autoridad certificadora registrada tiene la equivalencia jurídica de una firma manuscrita ([www.firmadigital.go.cr](http://www.firmadigital.go.cr)). A continuación se presenta una tabla comparativa de ambas alternativas (S.A. y S.R.L) y los aspectos más importantes de conocer en cada caso.

**Tabla 31. Esquema comparativo entre tipos de sociedad que se pueden conformar en Costa Rica**

Tipo de Sociedad	Requisitos	Capital desembolsado en Acciones	Accionistas	Instituciones de Gobierno	Libros de contabilidad y registros	Impuestos sobre Utilidades	Impuestos sobre SOCIEDAD
<b>Sociedad de Responsabilidad Limitada</b>	No podrá constituirse por suscripción pública y se requiere de un mínimo de dos socios (personas físicas de las entidades comerciales)	Las cuotas (las acciones) son nominativas y <b>no se traspasan por endoso</b> . Y en todos los casos requiere la aprobación previa y expresa de los demás socios. El Capital solo puede ser en colones (no se puede utilizar una moneda extranjera)	De las utilidades líquidas de la sociedad con ejercicio, anualmente deberá destinarse tal obligación; esta cesará cuando la reserva alcance el 10% del capital	Publicación en Gaceta, Registro Mercantil y Dirección de Tributación Directa	Libro de Actas de Asamblea Coutistas Libro de Registro de Cuotistas Libro contables debidamente legalizado	Ley 7092, Ley del Impuesto sobre la Renta Art. 15 indica 30%	Ø 135,471 Anualmente
<b>Sociedad Anónima</b>	Se constituye en escritura pública: nombre de la sociedad, seis personas para conformarla, capital mínimo diez mil colones y este se divide en acciones; se requiere de un mínimo de dos socios (personas físicas de las entidades comerciales) y debe tener un representante legal con domicilio en el país	El capital social puede expresarse en moneda nacional o extranjera (no hay restricción)	Los accionistas tendrán derechos a dividendos según lo estipule la escritura social y el artículo 27 del Código de Comercio	Publicación en Gaceta, Registro Público y Dirección de Tributación Directa	Todos los libros deben estar legalizados. Libros Contables (Mayor, Inventarios, Balance) Socios, Asamblea y Directiva	Ley 7092, Ley del Impuesto sobre la Renta Art. 15 indica 30%	Ø 135,471 Anualmente
<b>Monto por cancelar Cada enero:</b>	(\$400.00 anuales) Sociedades activas ante la autoridad tributaria, 1 de abril del 2012: €135.471,00						

Fuente: Promotora de Comercio Exterior (PROCIMER), [www.procomer.com](http://www.procomer.com)

### 13.1.1 Formas de operación y regímenes especiales

En cuanto a la operación de una empresa en Costa Rica, usualmente puede operar bajo tres regímenes diferentes, según la estrategia e interés comercial. Son tres principales: perfeccionamiento activo, zona franca y empresa nacional.

**Perfeccionamiento activo:** es un régimen aduanero que permite a las empresas incorporadas introducir mercancías suspendidas, temporalmente, de impuestos al territorio nacional. Estas mercaderías son sometidas a procesos de transformación, reparación, reconstrucción, montaje, ensamblaje o incorporación en conjuntos, maquinaria y equipo de transporte en general, para que el bien resultante sea exportado. Existen dos modalidades:

- 100% reexportación (directa o indirecta): a esta modalidad podrán acogerse aquellas empresas que reexporten la totalidad de su producción a otros países. Es decir, no pueden vender sus productos en Costa Rica.
- Reexportación (directa o indirecta) y venta local: pueden acogerse aquellas empresas que reexporten parte de su producción y vendan la otra parte en Costa Rica. Sin embargo, deben pagar los impuestos sobre la producción vendida en suelo nacional.

El beneficio brindado a las empresas es la posibilidad de traer mercancías al territorio nacional suspendidas temporalmente de impuestos. Esas mercaderías son:

- Materias primas, formas primarias, incluso mezcladas.
- Los productos semi-elaborados, las mercancías destinadas a actividades administrativas (escritorios, computadoras y suministros de oficinas), propias del área de operación o producción de la empresa.
- Las necesarias para la preparación de alimentos, el mobiliario necesario para servirlos, los equipos, enseres y mobiliarios para capacitación, seguridad, así como para cuidados médicos o rehabilitación, destinados, exclusivamente, para los empleados vinculados al proceso de operación, producción, administración y transporte de las empresas.



- Las manufacturas o productos elaborados requeridos y las muestras comerciales, industriales o científicas.
- Las etiquetas, marbetes o similares que se incorporen al producto por reexportar.
- Los envases, el material de empaque y los embalajes.
- Las materias químicas o de otra naturaleza que sean determinables en cantidad y calidad necesarias para su utilización en el proceso, aunque se consuman o desaparezcan sin incorporarse al producto final, con excepción del combustible.
- La maquinaria, equipo, piezas, partes, accesorios y repuestos que intervengan directamente en el proceso productivo, materias asociadas, maquinaria mecánica, eléctrica, de medida, de control de verificación o de investigación -por ejemplo- utilizadas en la operación de la empresa.
- Los moldes, dados, matrices, utensilios y otros dispositivos que sirvan de complemento a otros aparatos.
- Las muestras, moldes, patrones y artículos similares indispensables para el sistema de producción y para la instrucción del personal.

Para el ingreso a este régimen, en forma resumida se deben cumplir los siguientes pasos:

- Presentar la solicitud ingreso ante PROCOMER, en el formulario establecido. La solicitud puede obtenerse en la Gerencia de Regímenes Especiales. ([www.procomer.com](http://www.procomer.com))
- Adicionalmente se presenta la documentación para solicitar el Auxiliar de la Función Pública Aduanera. Esta se remite a la Dirección General de Aduanas.
- PROCOMER analiza y recomienda a COMEX. ([www.comex.go.cr](http://www.comex.go.cr))
- COMEX resuelve en definitiva.
- PROCOMER comunica a la aduana de jurisdicción.

**Zona Franca:** Es un régimen de incentivos y beneficios que el Estado otorga a las empresas que realicen inversiones nuevas en el país siempre y cuando cumplan con los requisitos y obligaciones establecidas en la Ley No. 7210, sus reformas y su

reglamento. Las empresas que pueden verse beneficiadas con este régimen son las siguientes:

- **Procesadoras de Exportación:** Establece un requisito de exportación. La empresa deberá exportar al menos el 75% de la producción. (No se otorgará más esta categoría a partir del año 2015).
- **Comercializadoras:** No producen, simplemente manipulan, reempacan o redistribuyen mercancías no tradicionales para la exportación o reexportación. Estos productos no pueden venderse en el mercado local.
- **Exportadoras de Servicios:** Corresponden a las empresas que exportan servicios a personas o compañías domiciliadas en el exterior o a otras empresas de Zona Franca.
- **Administradoras de Parque:** Son empresas dedicadas a la administración de parques destinados a la instalación de empresas bajo el Régimen de Zonas Francas.
- **Empresas de Investigación Científica:** Dedicadas al mejoramiento del nivel tecnológico de la actividad industrial o agroindustrial y del Comercio Exterior del país.
- **Empresas que operen astilleros y diques:** construcción reparación o mantenimiento de embarcaciones (secos o flotantes).
- **Procesadoras independientemente de que exporten o no/ empresas proveedoras de Zonas Francas:** El nivel de exportación no es un requisito para ingresar. (Esta categoría también aplica para empresas procesadoras que provean a otras empresas de Zonas Francas como mínimo un 40%).

Las empresas establecidas bajo Zona Franca gozarán de los siguientes beneficios:

- **Exención en la importación de mercancías necesarias para la operación y administración de la empresa, tales como:**
  - Maquinaria y equipo
  - Manufacturas y productos semielaborados
  - Otros productos necesarios para la operación

- Material de empaque y embalaje
- Repuestos, componentes y sus partes
- Exención en la importación de vehículos con las siguientes características:
  - Chasis con cabina de una a dos toneladas de capacidad de carga
  - Camiones o chasis para camiones
  - Pick up de una o dos toneladas de capacidad de carga
  - Vehículos con una capacidad mínima para quince pasajeros
  - Exención de impuestos sobre las compras locales, de bienes o servicios.
- Exención de impuestos a la exportación.
- Exención por un periodo de 10 años de los impuestos de:
  - Traspaso de bienes inmuebles
  - Patente municipal
- Exención de remesas.
- Exención de todos los tributos a las utilidades. Este beneficio será otorgado de acuerdo con la ubicación y categoría de la empresa. En el caso de la ubicación, se determinará si la empresa se encuentra localizada fuera o dentro del Gran Área Metropolitana Ampliada (GAMA: la Gran Área Metropolitana Ampliada incluye la Gran Área Metropolitana Ampliada más los cantones de Grecia, Valverde Vega, Naranjo, Palmares y San Ramón). Las empresas fuera del área GAMA tendrán los mejores beneficios.

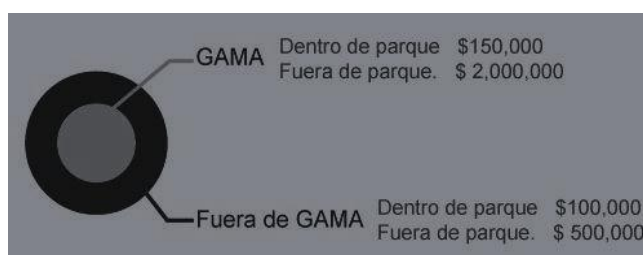
Las empresas podrán vender sus productos o servicios en el mercado local (fuera del área habilitada como Zona Franca). Esto implica el pago de impuestos y derechos consulares similares a cualquier importación proveniente del exterior. Puntos importantes son:

- En el caso de procesadoras de exportación y empresas de servicio, el porcentaje de exoneración de renta será reducido en la misma proporción de la venta al mercado local.
- Las empresas procesadoras de exportación solo podrán vender un 25% de sus productos en Costa Rica. Las empresas comercializadoras no podrán vender al mercado local y las empresas de servicio podrán proveer sus servicios en hasta un 50% a empresas ubicadas en el mercado local.

- Las empresas procesadoras independientemente de que exporten o no (categoría f), no tienen porcentajes mínimos de venta local.
- En todos los casos se requerirá el envío de una proyección de sus ventas a PROCOMER antes de proceder con la venta local.

Cuando una empresa está interesada en aplicar al régimen de Zonas Francas, deberá realizar una inversión mínima nueva inicial en activos fijos nuevos sujetos a depreciación y bienes inmuebles, en un plazo máximo de tres años contados a partir de la presentación de la solicitud de ingreso al régimen y siguiendo las siguientes condiciones:

**Figura 13. Inversión inicial según ubicación geográfica de la empresa en Zona Franca**



Fuente: PROCOMER

Se establecen 3 años como máximo, para completar el monto de inversión inicial.

Consideraciones sobre la inversión mínima:

- Que los activos sean propiedad del solicitante del Régimen y adquiridos por estos a partir de la fecha de presentación de la solicitud para obtener dicho régimen.
- En el caso de activos fijos mobiliarios, que se trate de activos nuevos o usados provenientes del exterior, o bien de activos nuevos adquiridos en el país.
- Activos fijos sometidos a fideicomiso en garantía, cuyo fideicomitente y/o fideicomisario sea un beneficiario del Régimen, siempre y cuando los mismos se encuentren debidamente registrados en los registros contables del beneficiario.

- Mejoras a la propiedad propia o arrendada.

La empresa se compromete a establecer un nivel mínimo de empleo y se compromete a mantenerlo mientras esté gozando de los beneficios del Régimen. Las empresas que estén interesadas en ingresar al régimen de Zonas Francas deben presentar una solicitud de ingreso a PROCOMER usando el formulario creado al efecto, que se encuentra en su página web.

- Un analista de ingresos de PROCOMER revisará la aplicación de forma digital (borrador) y responderá con sus recomendaciones.
- Una vez que la aplicación en línea cuente con el visto bueno del Analista de ingresos, la empresa deberá presentar una copia con los documentos legales a la Gerencia de Regímenes Especiales de PROCOMER, encargada de realizar el análisis técnico. Toda la información deberá presentarse en español.
- En este mismo proceso se solicitará a la Dirección General de Aduanas el otorgamiento de la condición de Auxiliar de la Función Pública Aduanera (Personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que participen habitualmente ante el Servicio Nacional de Aduanas, en nombre propio o de terceros, en la gestión aduanera).
- PROCOMER remitirá su recomendación al Ministerio de Comercio Exterior para su aprobación. Una vez aprobado este Ministerio confeccionará un Acuerdo de Otorgamiento que será firmado por el Ministro/a de Comercio Exterior y el Presidente/a de la República.
- Aprobado el ingreso se notifica a la empresa para que proceda a girar la garantía de cumplimiento y a firmar el Contrato de Operaciones con PROCOMER.
- La empresa deberá proceder a publicar el Acuerdo Ejecutivo de Otorgamiento en el periódico oficial La Gaceta.
- El beneficiario deberá solicitar a la Dirección General de Aduanas la resolución de aprobación del Auxiliar de la Función Pública aduanera y su consecutivo código de auxiliar, a fin de poder importar exonerado.

Fuente: [www.procomer.com](http://www.procomer.com)

La tercera opción consiste en ser una empresa nacional, instalada en el territorio nacional y sujeta a todas las regulaciones de la normativa legal, impositiva y operativa vigente para cualquier empresa. Incluye al menos infraestructura física, permiso sanitario de funcionamiento, patente comercial, registro tributario y registro de trabajadores ante la CCSS. En forma comparativa, el pago de impuestos en las tres opciones es el siguiente:

**Tabla 32. Pago de impuestos que aplican según régimen**

Detalle tipo de impuesto	TIPO DE REGIMEN		
	NACIONAL	ZONA FRANCA	PERFECCIONAMIENTO ACTIVO
Impuesto sobre Renta	30% sobre Utilidades	No Aplica	30% sobre Utilidades
Impuesto Municipal	0.15% 0.20 0.25%	No Aplica	0.15% 0.20 0.25%
Agencia de Aduanas	Aplica	No Aplica	Aplica
Pago de Impuestos Materia Prima	Aplica	No Aplica	No aplica
Pago de Impuestos Maquinaria y Equipos	Aplica	No Aplica	No aplica
Pago de Impuestos Vehículos para Proceso Productivo	Aplica	No Aplica	Aplica
Impuestos sobre Capital	Aplica	No Aplica	Aplica
Vender Mercado Local	Aplica	Aplica	Modalidad B- Aplica

Fuente: elaboración propia, basado en [www.procomer.com](http://www.procomer.com)

### 13.1.2 Permisos para la operación

En lo que respecta a los permisos generales necesarios para la puesta en marcha de una empresa, existen una serie de organismos estatales que tienen relación con los mismos:

- Ministerio de Salud
- Municipalidades
- Ministerio de Comercio Exterior
- Ministerio de Hacienda
- Instituto Nacional de Seguros
- Caja Costarricense de Seguro Social
- SETENA (Secretaría Técnica Ambiental)
- PROCOMER (Promotora de Comercio Exterior)

Dentro de la plataforma [www.crearempresa.go.cr](http://www.crearempresa.go.cr) es posible unificar los permisos que se resumen en la tabla siguiente:

Tabla 33. Permisos necesarios según tipo de empresa

PERMISOS				Tiempo de aprobación				Observaciones-WEB Consulta	
Institución Encargada		Zona Franca		Perfeccionamiento Activo		Base Legal		Porcentaje	
Nacional									
<b>Ministerio de Hacienda,</b> Oficina General de Impuesto Sobre La Renta	Aplica	Aplica	Aplica	1 semana	Ley 7092, Ley del Impuesto a la Renta	30% sobre utilidades	Zona Franca solo debe estar inscrita, no aplica pagos		
<b>Caja Costarricense del Seguro Social.</b> Seguro del empleado	Aplica	Aplica	Aplica	2 meses	Constitución Política art.73 Ley CCSS No.17 art.3-37-74	34.5% sobre salarios	<a href="http://foros.ccss.sa.cr/normativa">http://foros.ccss.sa.cr/normativa</a>		
<b>Instituto Nacional de Seguros.</b> Póliza Riesgos de Trabajo	Aplica	Aplica	Aplica	3 horas	Código de Trabajo art.193	El rango va del 1,9% al 5%.	<a href="http://www.ins-cr.com/index.html">http://www.ins-cr.com/index.html</a>		
<b>Municipalidad.</b> Uso de Suelos y Patente	Aplica	Aplica	Aplica	10 días hábiles	Cada municipalidad según plan regulador y ubicación de la empresa	0.15 % 0.20 % 0.25%	Zona Franca solo debe estar inscrita, no aplica pagos		
<b>Ministerio de Salud.</b> Permiso de Funcionamiento	Aplica	Aplica	Aplica	15 días hábiles	Ley General de Salud No. 5395				
<b>SETENA.</b> Permiso de funcionamiento con base en el Impacto Ambiental	Aplica	Aplica	Aplica	2 meses	Ley Orgánica Ambiental- Decreto 31849	Depende de la actividad de la empresa	Se necesita contratar a un especialista en el tema		
<b>PROCOMER.</b> Tarjetas de Registro de exportación	Aplica	No Aplica	No Aplica	2 horas	Ley de Comercio Exterior Ley N° 8056		Zona Franca y Perfeccionamiento Activo no debe hacer este proceso		

Fuente: elaboración propia, basado en cada institución

### 13.1.3 Cargas sociales

Con respecto a las cargas sociales que deben asumir las empresas con los trabajadores contratados en Costa Rica, se tiene en forma resumida la siguiente tabla:

**Tabla 34. Cargas Sociales**

Concepto CCSS	Patrono	Trabajador	Estado	Total
SEM	9,25%	5,50%	0,25%	15,00%
IVM	4,92%	2,67%	0,41%	8,00%
<b>TOTAL CCSS</b>	<b>14,17%</b>	<b>8,17%</b>	<b>0,66%</b>	<b>23,00%</b>

En un segundo grupo, la CCSS cumple una función de recaudadora según se observa en el siguiente cuadro:

Concepto	Patrono	Trabajador	Estado	Total
BP	0,50%	1,00%	-	1,50%
FODESAF	5,00%	-	-	5,00%
IMAS	0,50%	-	-	0,50%
INA*	1,50%	-	-	1,50%
FCL	3,00%	-	-	3,00%
ROPC	1,50%	-	-	1,50%
<b>Total de Otras Instituciones</b>	<b>12,00%</b>	<b>1,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>13,00%</b>

Por lo que el total de cargas sociales recaudadas son:

Concepto	Patrono	Trabajador	Estado	Total
<b>TOTALES</b>	<b>26,17%</b>	<b>9,17%</b>	<b>0,66%</b>	<b>36,00%</b>

Nota: Cuando el salario devengado por el trabajador sea inferior al monto mínimo de cotización establecido por acuerdos de la Junta Directiva de la CCSS, el cálculo de las cuotas obrero-patronales correspondientes al Seguro Social, se hará con base en dicho monto.

\* INA actividad agrícola es 0.50%

Multa por falta de datos 1% de Salarios de los Trabajadores

Multa por presentación tardía 1% Total de Cuotas

Fuente: elaboración propia, basado en datos del Ministerio de Trabajo y CCSS



### 13.1.4 Visa de trabajo para ciudadanos extranjeros

La Dirección Nacional de Migración y Extranjería es la institución encargada del tema de visas, permisos de trabajo y residencia para ciudadanos extranjeros en Costa Rica. Dentro de la colaboración con la agilización de trámites, existe la posibilidad del registro de empresas ante esta Dirección, lo que permite a las compañías que cumplan con los requisitos establecidos, gozar de beneficios como la atención en la ventanilla especial para empresas, ubicada en la Plataforma de Servicios de la Gestión de Extranjería y la reducción de los plazos en la resolución de las solicitudes de residencia temporal para sus empleados. Los tipos de visa vigentes se muestran en la siguiente tabla:

**Tabla 35. Categoría de permisos de trabajo según tipo de empresas**

#### Migración de personal para trabajo temporal o residente

##### Residencias

Tipo de Clasificación	Detalle de requerimientos
Clasificación A	Son aquellas que se encuentran operando o van a iniciar operaciones bajo regímenes especiales de promoción de exportaciones.
Clasificación B	Son aquellas que se encuentran exportando bienes o servicios fuera de regímenes especiales de promoción de exportaciones o realizando actividades de investigación y desarrollo.
Clasificación C	Son aquellas que se encuentran operando en el sector turismo en Costa Rica.
Clasificación D	Son aquellas que se encuentran operando en el área financiera en Costa Rica.
Clasificación E	Son aquellas que se encuentran en proceso de instalación o que estén operando en el área de telecomunicaciones en Costa Rica.
Clasificación F	Son aquellas que no se ubican en alguna de las clasificaciones anteriores, caracterizadas por ser multinacionales cuya casa matriz decidió la instalación de una subsidiaria en Costa Rica.
Clasificación G	Son aquellas nacionales o extranjeras que se encuentran operando o van a iniciar operaciones en Costa Rica y son adjudicatarias de una contratación pública.

Consulta Web [http://www.migracion.go.cr/extranjeros/residencias.html#HERMES\\_TABS\\_1\\_2](http://www.migracion.go.cr/extranjeros/residencias.html#HERMES_TABS_1_2)

<b>VISA Permanente:</b>	Cancelar \$50.00
	Entregar el Formulario en la pagina WEB indicado
	Adjuntar los documentos solicitados

Fuente: Dirección General de Migración y Extranjería (DGME)

Los detalles por tipo de visa para residencia y permiso de trabajo se detallan en la referencia web indicada. Como ejemplo, para ciudadanos extranjeros en la categoría de empresa A, se tienen los siguientes requisitos:

Solicitud dirigida a la Dirección General suscrita por el o la representante legal o apoderado de la empresa. En tal solicitud deberá indicarse o adjuntarse:

- Certificación de personería jurídica de la empresa, expedida con no más de tres meses de antelación a la fecha de presentación de la solicitud, en la que se indiquen la fecha de constitución, los datos de inscripción, representantes legales y vigencia de la empresa.
- Original y copia o copia certificada del documento de identificación del representante legal de la empresa. Cuando dicho representante legal no resida habitualmente en el país, se deberá presentar copia certificada por notario público de su pasaporte.
- Carta de COMEX (Ministerio de Comercio Exterior), mediante la cual recomiende la inclusión de la empresa en el registro ante la DGME, o en caso de que ya se encuentre operando bajo algún régimen especial de exportación, deberá adjuntar la certificación de PROCOMER en la cual se indique que se encuentra al día con sus obligaciones con la misma. En caso que el trámite de registro no lo realice el o la representante legal de la empresa, deberá aportar poder especial mediante el cual le otorga facultades suficientes a una tercera persona para que realice las gestiones ante la DGME.
- El solicitante deberá estar al día con sus obligaciones ante la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).
- Certificación de la entidad aseguradora correspondiente, que indique que la empresa se encuentra al día en el pago de la póliza de riesgos de trabajo o comprobante de pago al día debidamente certificado o confrontado contra original.
- Completar el formulario de solicitud de acuerdo con la clasificación a la que pertenece. El formulario está disponible en el sitio web de la Dirección General de

Migración y Extranjería. (Este formulario se aplicará una vez que se incorpore el expediente digital).

- Como aspectos importantes para el trámite, se debe tomar en cuenta que todo documento que se encuentre en un idioma distinto al español, deberá estar acompañado de su traducción oficial al español o por notario público con conocimiento del idioma. Asimismo, todo documento emitido en el extranjero deberá estar debidamente legalizado por el o la Cónsul de Costa Rica en su país y autenticado por el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto de Costa Rica. Los documentos públicos emitidos en el extranjero podrán ser presentados mediante una certificación apostillada.

### 13.1.5 Trámites de evaluación ambiental

En algunos casos, la instalación de empresas extranjeras tiene asociado la construcción y equipamiento completo o parcial. En estos casos, según la complejidad del proyecto y el tipo de producto o servicio que se va a instalar, así como la ubicación geográfica, puede ser indispensable la elaboración de un estudio de impacto ambiental. La institución que está a cargo se llama SETENA (Secretaría Técnica de Nacional Ambiental). En forma resumida, los requerimientos son los siguientes, en caso de aplicar:

**Tabla 36. Procedimientos para proyectos que deben presentar el D1**

#### Pasos:

1. El desarrollador de un proyecto, obra o actividad tiene la potestad de entregar ante la plataforma de servicios el documento de evaluación ambiental (D1), con el instrumento de evaluación correspondiente.
2. DEA recibe de la Plataforma de Servicios el documento de evaluación ambiental (D1) junto con el Instrumento de Evaluación correspondiente.
3. Los documentos y los instrumentos de evaluación recibidos son distribuidos en forma equitativa entre los grupos interdisciplinarios que conforman el DEA.
4. Los funcionarios proceden a verificar, revisar y analizar la información técnica y legal aportada en cada expediente por parte del desarrollador de la actividad, con el fin de determinar si el Documento D1 como el Instrumento de evaluación seleccionado cumple con la Reglamentación y contenido es coincidente con la Significancia de Impacto Ambiental (SIA)
5. Dependiendo del tipo de proyecto, fragilidad ambiental del área, significancia de los impactos identificados e información aportada, se realiza inspección de campo, con el fin de conocer las condiciones del sitio y verificar la atinencia de la información presentada.
6. Con la documentación presentada y la inspección de campo realizada, en caso necesario se solicitará al desarrollador la información adicional requerida mediante un oficio para subsanar.
7. Una vez que el expediente se encuentre con la información completa, se analiza en forma colegiada por todos los técnicos que conforman el DEA.
8. Se confecciona un informe técnico con las recomendaciones pertinentes y se remite

a la Comisión Plenaria, para su análisis.

9. En caso que el proyecto aún presente inconsistencias, la Comisión Plenaria por una única vez tendrá la potestad de solicitar aclaraciones mediante una resolución.

10. Con la información completa y el criterio técnico-legal emitido, la Comisión Plenaria emite la resolución respectiva y se procede a notificar el resultado final al desarrollador.

11. Independientemente del resultado del análisis de la evaluación de impacto ambiental (rechazo o aprobación), en la resolución se le justifica técnica y legalmente el acuerdo tomado.

#### Tiempo de Respuesta

La SETENA debe resolver los D1 con PGA y los D1 con DJCA, en un plazo máximo de cuatro semanas (Artículo 38, Decreto Ejecutivo 31849 y sus reformas). Para aquellos proyectos cuyo instrumento de evaluación ambiental corresponde a un EslA (Estudio de Impacto Ambiental), la SETENA dispondrá de hasta cinco meses para su revisión

Fuente: Secretaría Técnica Nacional Ambiental (SETENA)

### 13.1.6 Cronogramas estimados para empresas

Con base en lo explicado en los apartados anteriores y como resumen de proceso, se adjuntan los cronogramas estimados de desarrollo de actividades y tiempos para la puesta en operación para los tres tipos de empresa explicados: nacional, zona franca y perfeccionamiento activo. Se muestra en forma esquemática en las tres figuras siguientes:

**Figura 14. Cronograma estimado para empresa en Perfeccionamiento Activo**

Actividad	Semana																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
<b>Incorporación Legal de la empresa</b>																			
Adquirir la Sociedad																			
Incorporación de la compañía en Costa Rica																			
<b>Aprobación Ambiental</b>																			
Seleccionar Consultor Ambiental																			
D1 Form (Borrador)																			
D1 Form (Entrega)																			
Reporte de Comité																			
Definición PGA (Plan de Gestión Ambiental)																			
Entrega PGA																			
Depósito de Garantía Ambiental																			
<b>Ubicación de la Empresa</b>																			
Selección de Tierra o Edificio																			
<b>Status de Perfeccionamiento Activo</b>																			
Borrador de Aplicación WEB																			
Revisión de borrador por PROCOMER																			
Entrega de aplicación																			
Proceso de aprobación																			
Notificación de compañía																			
<b>Otros registros/Permisos</b>																			
Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)																			
Ministerio de Salud																			
Ministerio de Hacienda																			
Municipalidad																			
Cuentas Bancarias																			
Migración Clasificación A																			
<b>Servicios Básicos de Operación (Código Aduanas)</b>																			
Si la localización está dentro de Parque Industrial																			
Si se localiza fuera de un Parque Industrial																			
<b>Agencia de Aduanas</b>																			
Selección Agente Aduanero																			
Entrega papeles Aduanas																			
<b>Servicios Básicos de Operación</b>																			
Agua																			
Electricidad																			
Telecomunicaciones																			

Página web: <http://www.procomer.com/contenido/perfeccionamiento-activo-3.html>

Fuente: PROCOMER

**Figura 15. Cronograma estimado para empresa en Zona Franca**

Actividad	Semana																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
<b>Incorporación Legal de la empresa</b>																			
Adquirir la Sociedad																			
Incorporación de la Compañía en Costa Rica																			
<b>Aprobación Ambiental</b>																			
Seleccionar Consultor Ambiental																			
D1 Form (Borrador)																			
D1 Form (Entrega)																			
Reporte de Comité																			
Definición PGA (Plan de Gestión Ambiental)																			
Entrega PGA																			
Deposito de Garantía Ambiental																			
<b>Ubicación de la Empresa</b>																			
Selección de Tierra o Edificio																			
<b>Status de Zona Franca</b>																			
Borrador de Aplicación WEB																			
Revisión de borrador por PROCOMER																			
Entrega de aplicación																			
Proceso de aprobación																			
Notificación de compañía																			
Publicación en Gaceta Nacional																			
<b>Otros registros/Permisos</b>																			
Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)																			
Ministerio de Salud																			
Ministerio de Hacienda																			
Municipalidad																			
Cuentas Bancarias																			
Migración Clasificación A																			
<b>Servicios Básicos de Operación</b>																			
Agua																			
Electricidad																			
Telecomunicaciones																			

Páginas web: <http://www.procomer.com/contenido/zonas-francas-3.html> <http://www.cinde.org/>

Fuente: PROCOMER

**Figura 16. Cronograma estimado para empresa nacional**

Actividad	Semana																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
<b>Incorporación Legal de la empresa</b>																			
Adquirir la Sociedad																			
Incorporación de la Compañía en Costa Rica																			
<b>Aprobación Ambiental</b>																			
Seleccionar Consultor Ambiental																			
D1 Form (Borrador)																			
D1 Form (Entrega)																			
Reporte de Comité																			
Definición PGA (Plan de Gestión Ambiental)																			
Entrega PGA																			
Deposito de Garantía Ambiental																			
<b>Ubicación de la Empresa</b>																			
Selección de Tierra o Edificio																			
<b>Otros registros/Permisos</b>																			
Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)																			
Ministerio de Salud																			
Ministerio de Hacienda																			
Municipalidad																			
Cuentas Bancarias																			
Migración Clasificación F																			
<b>Agencia de Aduanas</b>																			
Selección Agente Aduanero																			
Entrega papeles Aduanas																			
<b>Servicios Básicos de Operación</b>																			
Agua																			
Electricidad																			
Telecomunicaciones																			

Fuente: PROCOMER

## 13.2 Proceso de importación y exportación de productos entre Costa Rica y Corea del Sur

### 13.2.1 Puertos y aduanas principales de Costa Rica

Actualmente existen siete aduanas, cinco puestos aduanales terrestres, aéreos y postales, además diez puestos aduanales de zona franca los cuales se enumeran a continuación:

**ADUANAS:**

1. Aduana Santamaría
2. Aduana Caldera
3. Aduana Peñas Blancas
4. Aduana Limón
5. Aduana Central
6. Aduana Paso Canoas
7. Aduana La Anexión

**PUESTOS ADUANALES:**

1. Puesto Sixaola
2. Puesto Tobías Bolaños
3. Puesto Postal
4. Puesto Los Chiles
5. Puesto Golfito

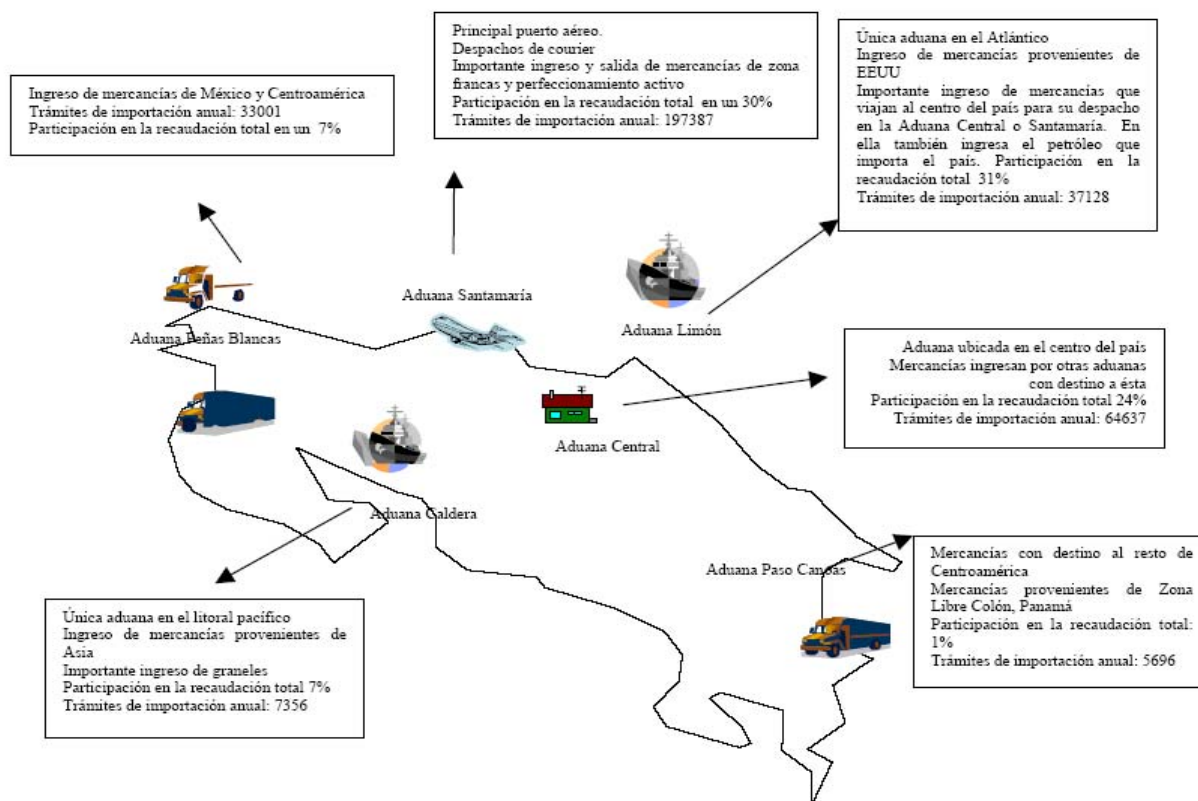
**PUESTOS ADUANALES DE ZONA FRANCA:**

1. Metropolitano
2. BES
3. Saret
4. Ultra Park
5. Forum
6. Global
7. Zona Franca Caldera
8. Zona Franca Cartago
9. Zona Franca La Valencia
10. Zona Franca Montecillos

En forma esquemática se muestra en la siguiente figura:



**Figura 17. Aduanas de Ingreso a Costa Rica**



**Figura 1.** Ubicación geográfica y breve descripción de las aduanas costarricenses<sup>1</sup>. Nota: El TIC@ se encuentra implementado en tres de las seis aduanas del país que representan el 79% de las operaciones de importación del país y el 61% de la recaudación total.

**Nota: El Puerto de Caldera es el que presenta un menor tiempo de tránsito hacia o- de Puerto Kwangyang de Corea del Sur con 34 días (Naviera Maersk Line)**

Fuente: Ministerio de Hacienda

### 13.2.2 Costos adicionales a mercancías puestas FOB o CIF

Con respecto a los costos CIF y FOB principales desde los principales puertos coreanos a Costa Rica, se tienen las siguientes dos tablas:

**Tabla 37. Costos adicionales FOB Puerto Kwangyang**

FOB Pto.Kwangyang, Corea del Sur	
Flete Naviera Contenedor 40"	\$5.000,00
Traslado interno Caldera. San José	\$600,00
Emisión BL	\$35,00
Presentación de documentos Puerto	\$25,00
	<b>\$5.660,00</b>
<b>Empresa Nacional y Perfeccionamiento Activo</b>	
Costo de Agencia de Aduanas	\$150,00
	<b>\$5.810,00</b>

**Nota:** Seguro de mercadería es 0,6% sobre el valor a asegurar

**Tabla 38. Costo Adicionales CIF Puerto Caldera**

CIF Puerto Caldera	
Traslado interno Caldera. San José	\$600,00
Emisión BL	\$35,00
Presentación de documentos Puerto	\$25,00
	<b>\$660,00</b>
<b>Empresa Nacional y Perfeccionamiento Activo</b>	
Costo de Agencia de Aduanas	\$150,00
	<b>\$810,00</b>

Fuente: elaboración propia, basado en consultas a Agencias Aduaneras

**Tabla 39. Costo Adicionales FOB Aeropuerto Incheon**

CIF Aeropuerto Juan Santamaría	
Flete aéreo mínimo	<b>\$305,00</b>
Flete aéreo promedio	\$2,87
Flete aéreo más alto	\$3,12
Flete aéreo más bajo	\$2,61
Emisión BL	\$35,00
<b>Empresa Nacional y Perfeccionamiento Activo</b>	
Costo de Agencia de Aduanas	\$150,00
	<b>\$150,00</b>

Consolidado Aéreo : +100 Kg.

Servicio: Port / Port

Airport / Airport

### 13.2.3 Arancel para equipos médicos

El equipo médico se encuentra en el Sistema Armonizado de Clasificación en el Capítulo 90, denominado "Instrumentos y aparatos de óptica, fotografía o cinematografía, de medida, control y precisión, instrumentos aparatos médico-quirúrgicos; partes y accesorios de estos instrumentos o aparatos". Esto según el Decreto 36800-COMEX.

Detalle de Impuestos por cancelar (Empresa Nacional)

<i>Impuesto de Ventas</i>	13%
<i>Ley 6946</i>	1%
<i>Ley de Golfito</i>	18%
<i>Total</i>	32%

### Requisitos de importación de equipo médico

La importación está basada en la denominada Nota Técnica 54: Autorización de desalmacenaje de sustancias tóxicas y peligrosas, otorgada por el Ministerio de Salud, Dirección de Registros y Controles o Ventanilla Única (PROCOMER).

La factura comercial debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Debe ser un documento original expedido por el vendedor o proveedor de la mercancía. No debe presentar borrones, enmendaduras o adulteraciones.
- Debe contener como mínimo los siguientes datos:
  - Nombre del comprador
  - Fecha de expedición
  - Nombre y dirección del vendedor
  - Descripción de la mercancía
  - Cantidad y precio a pagar por la mercancía objeto de la negociación
  - Moneda de la negociación
  - Condiciones de entrega de la mercancía de conformidad con los términos comerciales Internacionales "INCOTERMS" establecidos por la Cámara de Comercio Internacional (Debe indicar el lugar de entrega - Ciudad)
- De faltar alguno de los requisitos indicados, la DIAN procederá a rechazar el levante de la mercancía (casos de Inspección física o documental), el cual se autorizará únicamente si dentro de los cinco (5) días siguientes a la inspección, la SIA o el importador acreditan el documento soporte en debida forma o constituyen la garantía equivalente al 100% de los tributos aduaneros, sin perjuicio de la sanción que para este caso se considera GRAVISIMA al anexar documentos que no reúnan los requisitos legales.

#### **13.2.4 Impuestos al valor agregado**

Empresa Nacional: en el momento de realizar la nacionalización de equipo, tiene un crédito del pago del 13% del impuesto de ventas.

Empresa de Perfeccionamiento Activo y Zona Franca: deben cancelar la totalidad de los impuestos en el momento de ingresarlos al Territorio Nacional (nacionalización).

Es importante destacar que si la venta es a una institución que goza de exoneración de impuestos (como en el caso de la CCSS), la Nota de Exoneración debe ser tramitada por la institución respectiva, antes de realizar el trámite de importación definitiva.

### 13.2.5 Datos de logística entre Costa Rica y Corea

Corea está dentro de los 20 países con mejor desempeño logístico del mundo, según el Banco Mundial. Se destaca en los siguientes puntos:

- Eficiencia aduanera
- Calidad de la infraestructura
- Competitividad en la transporte internacional de carga
- Competencia y calidad de los servicios logísticos
- Capacidad de “tracking” de envíos
- Puntualidad

Para el año 2012, Costa Rica ocupa el puesto 82 dentro de los 155 países evaluados. El documento detalla que la eficiencia en el proceso de despacho de los organismos de fronteras es la principal debilidad del país.

En este rubro Costa Rica alcanzó 2,47 puntos, sobre un valor máximo de 5. En el rubro a la calidad de los operadores de transporte y los agentes aduanas el país sumó 2,53 puntos, mientras que dos años antes el puntaje fue de 2,80. La infraestructura de transportes repuntó levemente al pasar de 2,56 a 2,60, igual pasó con el desempeño en materia de precios competitivos cuya nota fue de 2,85%.

Costa Rica tiene una distribución de medios de transporte para exportación, entre aéreo, terrestre y marítimo distribuido de la siguiente manera, de manera relativamente estable en los últimos años:

- Aéreo: 0,7%
- Marítimo: 78%
- Terrestre: 21,3%

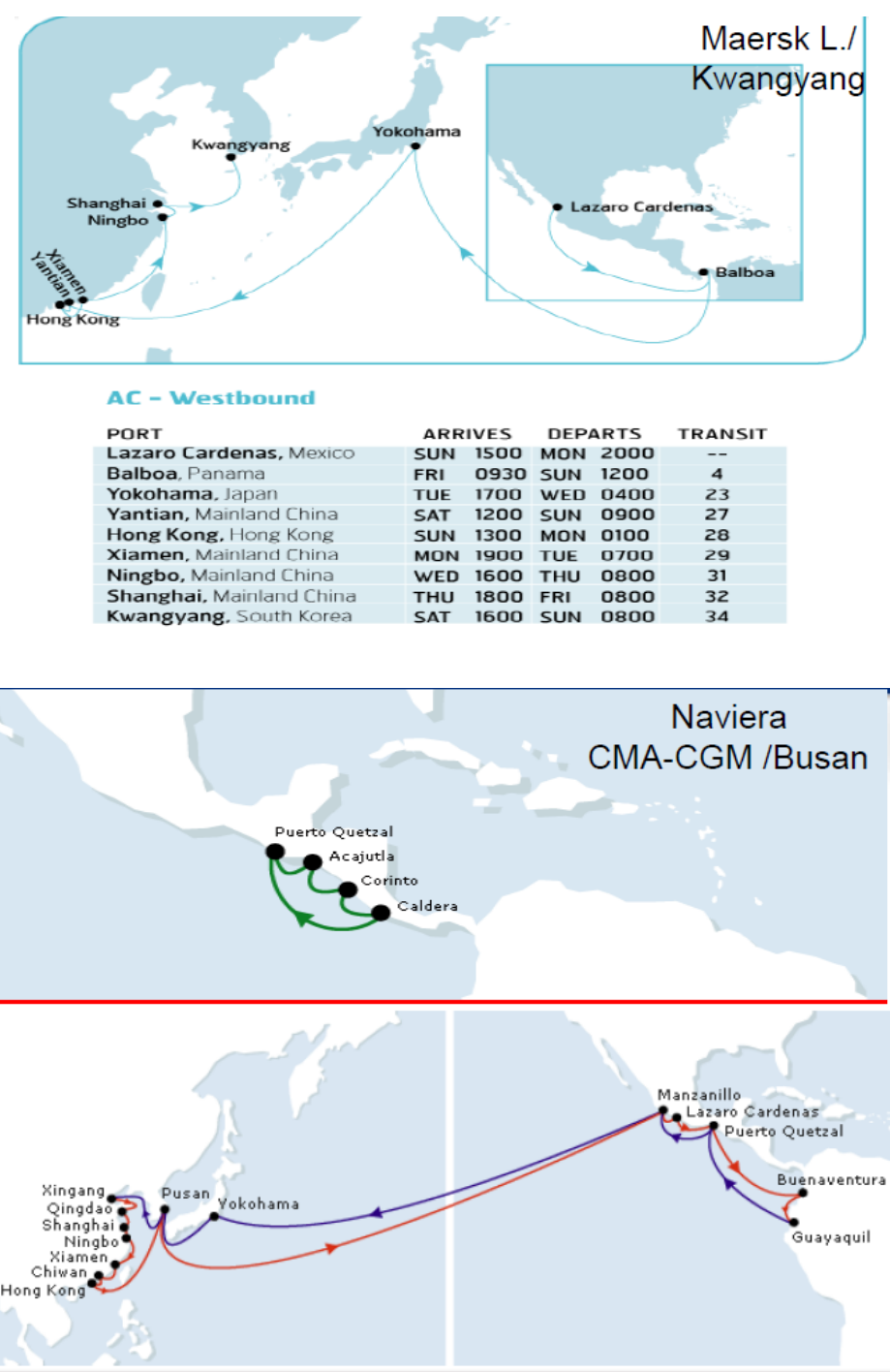
Al especificarlo para Corea del Sur, la situación es la siguiente:

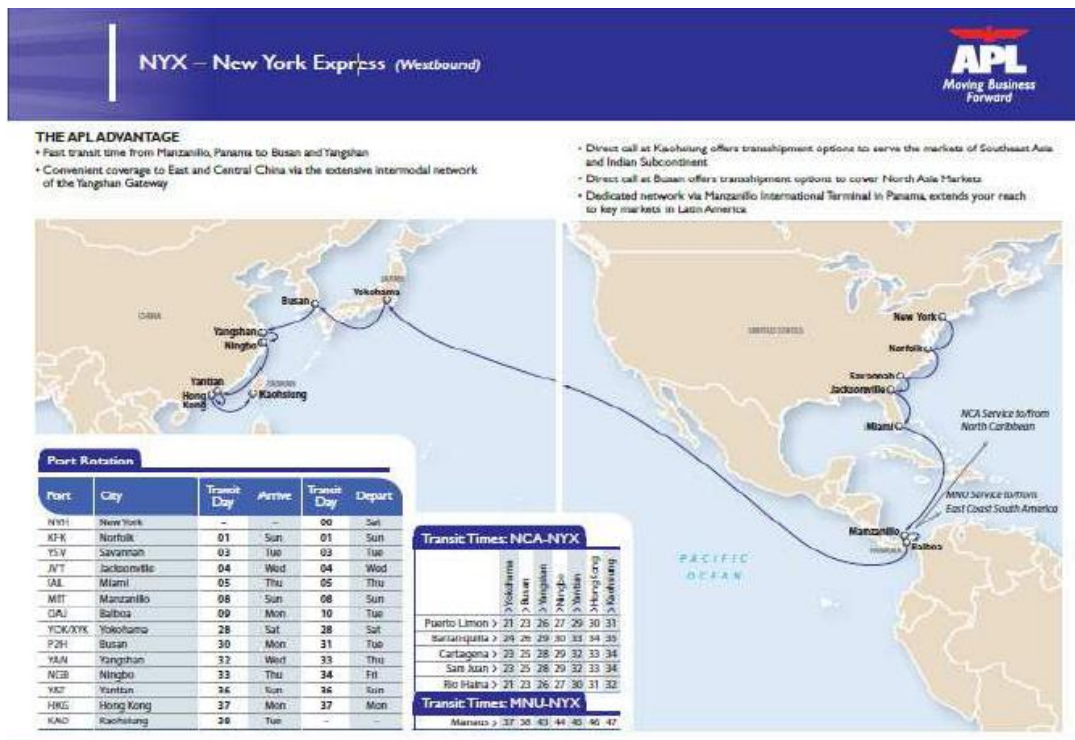
- Aéreo: 1%
- Marítimo: 99%
- Terrestre: 0%

Transporte marítimo Corea del Sur- Costa Rica

Se muestran a continuación los diagramas de transporte de tres opciones actuales entre Corea y Costa Rica, según proveedores, tomado de PROCOMER.

Figura 18. Mapas de ruta marítima Costa Rica – Corea del Sur





Basados en los datos actuales de PROCOMER, se tienen las siguientes estimaciones para el transporte marítimo entre Corea y Costa Rica:

**Figura 19. Datos logísticos sobre opción marítima de transporte**



Fuente: PROCOMER



En resumen; en cuanto a las opciones marítimas, se tiene lo siguiente:

- Servicio tanto por Caldera (Pacífico), como por Puerto Limón (Atlántico)
- Frecuencias semanal, todos los días excepto lunes y domingo
- Equipos especiales para transporte producto perecedero
- Corea del Sur exige la norma NIMF-15 (medida fitosanitaria)

### Transporte aéreo Corea del Sur- Costa Rica

El Aeropuerto Internacional de Incheon fue catalogado por cuatro años consecutivos como el mejor aeropuerto internacional del mundo (2005-2009) por el Consejo Internacional de Aeropuertos.

Las opciones y frecuencias identificadas para el transporte aéreo entre Costa Rica y Corea son las siguientes:

**Figura 20. Logística vía aérea Corea del Sur – Costa Rica**



Fuente: PROCOMER



### **Costos adicionales al flete internacional**

○ Trámites de exportación	USD\$ 75.00
○ Tica (software)	USD\$ 35.00
○ Manejo documentos	USD\$ 25.00
○ Emisión BLU	USD\$ 35.00
○ Inland GAM- LIO	USD\$ 500.00
○ Seguro: 0,6 % sobre el valor a asegurar - Mínimo	USD\$ 75,00

Fuente: PROCOMER

### **Requisitos para la exportación**

- Factura comercial/ Commercial
- Lista de empaque/ Packing List
- Bill Of. Lading – Guía aérea
- DUA Exportación (VUCE)
- Certificación empaque y embalaje
- Certificado fitosanitario de exportación
- Certificado de calidad y/o cantidad (si se requiere)
- Póliza de seguro según INCOTERMS
- Carta de instrucciones al transportista

Fuente: PROCOMER

### **13.3 Requisitos para participar en licitaciones o construcciones de hospitales**

La CCSS tiene establecidos procedimientos licitatorios para la construcción de hospitales. Uno de las opciones factibles corresponde a la precalificación de oferentes cuando la obra alcanza un volumen financiero significativo. Este procedimiento fue utilizado para el Hospital San Rafael de Alajuela (34 millones de dólares, 2004) y para el Hospital San Vicente de Paúl (105 millones de dólares, 2009). En este caso, previo a la adjudicación bajo un concurso internacional o nacional, se precalifican los posibles oferentes, según los

parámetros que sean relevantes, desde la perspectiva de la CCSS. También están permitidos los consorcios, entendido como una unión de empresas para cumplir con los requisitos de la modalidad de construcción y equipamiento denominado “llave en mano” y explicado con detalle previamente en este documento. En caso de que dos o más empresas o grupos de empresas precalificadas decidan participar asociados en una licitación, deberán por lo general aportar copia certificada del acuerdo consorcial en el cual se regulen, al menos, las obligaciones de las partes y de éstas con la CCSS, así como la responsabilidad solidaria de cada una de los licitantes respecto de los trámites del concurso y la ejecución del Proyecto. Igualmente, la propuesta deberá estar firmada por cada uno de los representantes legales de las empresas que la presentan, de manera tal, que sea legalmente obligatoria para todos los asociados. Dichas firmas deberán ser autenticadas por abogados, según es usual en la legislación costarricense.

#### **Requisitos usuales o factibles para la participación en licitaciones:**

- Sometimiento a la legislación costarricense: los licitantes extranjeros se entenderán sometidos al ordenamiento jurídico y tribunales de la República de Costa Rica, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 10° de la Ley de Contratación Administrativa y el Artículo 12° del Reglamento de la Ley de Contratación Administrativa, por el solo hecho de presentar sus propuestas.
- Visita a sitio: para que los licitantes tomen en consideración para la preparación de sus propuestas, las condiciones climatológicas, topográficas, geológicas, y otras, relacionadas con el mismo, y por tanto, se hagan responsables de las acciones que tome para el desarrollo del proyecto, conforme a las circunstancias del sitio.
- Precio: el precio indicado en una propuesta se considera firme, definitivo, invariable y no sujeto a condición alguna. Será el precio final por el cual el Licitante se compromete a efectuar el Proyecto objeto de la licitación, todo de conformidad con los términos y condiciones establecidos en cada cartel.
- Moneda: usualmente se establece en moneda estadounidense.
- Subcontratación: es permitida usualmente en los procesos licitatorios. El Licitante deberá usualmente incluir en su propuesta, un listado de subcontratistas, indicando los nombres de las empresas con las que se va a subcontratar y por lo general deberá aportar una certificación notarial del capital social y de personería legal, de

cada empresa a subcontratar. Normalmente no se permite subcontratar más de un 50% del total del Proyecto. También por lo general, la subcontratación no relevará al Contratista de su responsabilidad por la ejecución total de la obra.

- Garantía de participación: el porcentaje varía en función del monto total y la complejidad de la obra; sin embargo, no debería ser menor a un 1% del monto total adjudicado. La vigencia usualmente no será menor a los 120 días naturales y puede incluso ser prorrogada.
- Garantía de cumplimiento: el porcentaje puede ser cercano al 10% del monto adjudicado y usualmente se mantiene vigente al menos durante cinco meses después de la fecha estimada de finalización del proyecto.
- Vicios ocultos: el contratista mantiene obligaciones contractuales hasta por 10 años después de entregada la obra sobre la detección de vicios ocultos.
- Retenciones: es usual determinar un porcentaje de retención (2% o 3%) sobre los pagos parciales, como fondo de garantía colateral a favor de la CCSS sobre el cumplimiento del contrato.
- Seguros: el contratista generalmente debe suscribir pólizas de riesgo por eventuales daños a personas y materiales por los montos que se determinen en cada caso. Los vehículos, maquinaria, hardware y software que sean utilizados también deberán estar cubiertos por los seguros correspondientes.
- Resolución de conflictos: usualmente se aplica una cláusula mediante la cual se resolverán las diferencias mediante la “Ley de Resolución Alternativa de Conflictos”.
- Terminación anticipada del contrato: bajo causas graves imputables al contratista, fuerza mayor o fortuitas y en evidente protección del interés público y de la CCSS, con base en lo señalado en el artículo 11° de la Ley de Contratación Administrativa y el artículo 13° del Reglamento de dicha ley.
- Supervisión: es usual que la CCSS se reserva el derecho de contratar firmas especializadas en los temas que considere necesarios y darles potestades de control y supervisión de obra y equipamiento, comprometiéndose el contratista a facilitar la información que sea requerida.
- Aseguramiento: es exigible que el personal que contrate directamente el contratista o que labore en el proyecto bajo responsabilidad de los subcontratistas deberán estar asegurados por la CCSS y en pleno cumplimiento de la legislación laboral

costarricense. Su incumplimiento podría interpretarse como una falta grave. Esto incluye el pago puntual y oportuno de las cuotas obrero-patronales de la CCSS.

#### **13.4 Acreditaciones o certificaciones necesarias para la operación de centros médicos en Costa Rica**

En Costa Rica, la operación de centros médicos públicos o privados, tienen como requisito obligatorio el Permiso Sanitario de Funcionamiento (PSF), documento emitido por el Ministerio de Salud.

Los hospitales se clasifican como establecimientos de Alto Riesgo (A) con más de 50 trabajadores. Todo interesado que tramite un PSF por primera vez, independientemente del grupo de riesgo al que su actividad o establecimiento pertenezca, debe presentar los siguientes documentos:

1. Formulario unificado de solicitud de PSF ([www.ministeriodesalud.go.cr](http://www.ministeriodesalud.go.cr))
2. Declaración Jurada de que conoce y cumple las regulaciones específicas vigentes aplicables a su establecimiento y de que cumple con las condiciones previas, indicando las resoluciones mediante las cuales se autorizaron las condiciones previas señaladas a continuación:
  - Uso de suelo. Certificación emitida por la Municipalidad respectiva que acredita el desarrollo de un establecimiento y actividad conforme a la zona donde se ubica. Para efectos de trámites del PSF, tiene una vigencia de un año.
  - Permiso de Ubicación. Resolución administrativa mediante la cual el Ministerio de Salud en primera instancia aprueba la ubicación de un establecimiento o actividad conforme a la zona donde se ubica, con el fin de que cuente con todos los elementos necesarios que eviten que se convierta en un problema sanitario o de molestia a la población. De acuerdo a la Ley General de Salud los establecimientos industriales, los comerciales y los de servicios deben contar con la aprobación previa de la ubicación extendida por este Ministerio. Para efectos de trámites de permisos de funcionamiento, este permiso tiene una vigencia de un año.

- Visado de planos del proyecto, cuando medie alguna construcción nueva, modificación o ampliación. Visado sanitario que extiende el Ministerio de Salud, mediante el cual se verifica que las regulaciones de sanidad, seguridad e higiene que establece el Reglamento de Construcciones y otras disposiciones de la materia, han sido contempladas debidamente. Aplica únicamente para actividades de construcción nueva o edificaciones que hayan sufrido ampliaciones y modificaciones por el cambio de uso o de proceso. Para efectos del trámite de permiso sanitario de funcionamiento tendrá una vigencia de un año.
- Viabilidad (Licencia) Ambiental, cuando corresponda según el Reglamento de la SETENA. Resolución emitida por la Secretaría Técnica Ambiental - SETENA- mediante la cual se aprueba el proceso de Evaluación de Impacto Ambiental, ya sea en su fase de evaluación ambiental inicial, de Estudio de Impacto Ambiental o de otro documento de EIA. Esta resolución es requisito indispensable para iniciar las actividades, obras o proyectos señalados en el “Reglamento general sobre los procedimientos de evaluación de impacto ambiental (EIA)”. Para efectos del trámite de permiso sanitario de funcionamiento esta resolución tiene una vigencia de dos años.
- Autorización de Conexión al Alcantarillado Sanitario, cuando el establecimiento o actividad vierta aguas residuales directamente a la red del alcantarillado sanitario. Trámite que se debe efectuar ante el administrador de un sistema de alcantarillado sanitario, cuando el establecimiento o actividad genera aguas residuales que descargan directamente a la red del alcantarillado sanitario. Debe ser presentada únicamente para el trámite de permiso sanitario de funcionamiento por primera vez.
- Servicio profesional o regencia, cuando alguna ley especial lo requiere según el tipo de actividad o establecimiento.
- Permiso de ubicación y funcionamiento para calderas otorgado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, cuando la actividad o establecimiento utilice calderas.

- 3 Copia del comprobante de pago de servicios de conformidad con el artículo 11 de este reglamento el cual lo remite al Decreto N° 32161, Reglamento de Registro Sanitario de Establecimientos Regulados por el Ministerio de Salud publicado en La Gaceta 255 del 29 de diciembre del 2004, que establece lo siguiente:
  1. Grupo A: \$ 100 Alto riesgo.
  2. Grupo B: \$ 50 Moderado riesgo.
- 4 Copia de la cédula de identidad. En caso de persona jurídica debe aportar certificación registral o notarial de la personería y cédula jurídicas vigentes.
- 5 Planes de salud ocupacional. Documento que consiste en la planeación, ejecución y evaluación de las acciones preventivas, tendientes a preservar, mantener, y mejorar la salud de los trabajadores. El Plan de Salud Ocupacional debe ser elaborado por un profesional con conocimientos teóricos y prácticos en la materia, conforme lo establece la “Guía para la Presentación del Plan de Salud Ocupacional”, publicada por este Ministerio en La Gaceta N° 234 de fecha 4 de Diciembre del año 2003 y sus modificaciones posteriores debidamente publicadas en La Gaceta.
- 6 Planes de atención de emergencias Documento que tiene como propósito servir de guía para las fases de prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación en casos de situaciones de emergencias. El Plan de Atención de emergencias debe ser elaborado por un profesional con conocimientos teóricos y prácticos en la materia, conforme lo establece la “Guía para la Presentación del Plan de Salud Ocupacional”, publicada por este Ministerio en La Gaceta N° 234 de fecha 4 de Diciembre del año 2003 y sus modificaciones posteriores debidamente publicadas en La Gaceta.

El sistema de control de calidad hospitalario aún no ha avanzado lo suficiente para lograr la elaboración e implementación de una norma de calidad hospitalaria exigible en los servicios de salud públicos y privados. Lo más cercano es el decreto 30694-S “Normas para la Habilitación de Establecimientos que brindan la Atención en Medicina y Cirugía General y/o por Especialidades Médicas y Quirúrgicas con Internamiento con más de 20 camas”. Puede verse con detalle en:

[http://www.pgr.go.cr/Scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_repartidor.asp?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=49289&nValor3=52695&strTipM=TC](http://www.pgr.go.cr/Scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_repartidor.asp?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=49289&nValor3=52695&strTipM=TC)

Con respecto a la Acreditación Internacional de la Joint Commission International (JCI), es de carácter voluntario y solamente tres centros médicos privados la tienen: Hospital Clínica Bíblica, Hospital CIMA y Hospital Clínica La Católica. La percepción es que es una acreditación prestigiosa y que brinda seguridad a los usuarios de estos centros médicos sobre la calidad de los servicios que reciben.







VII

**블라디보스톡 의료시장 환경  
조사보고서(영문)**





**DIRECTINFO**  
YOUR INFORMATION DEPARTMENT

125375 RUSSIA, TVERSKAYA 7, MOSCOW  
PHONE/FAX: +7 (495) 745-4020

WWW.DIRECTINFO.NET SERVICE@DIRECTINFO.NET

# THE MEDICAL INDUSTRY ANALYSIS IN RUSSIAN FEDERATION

November-December 2012



**Customer**  
KOTRA

**Subject**  
The medical industry



## CONTENTS

<b>CONTENTS.....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
<b>TERMS AND ABBREVIATIONS .....</b>	<b>4</b>
<b>PART I. ANALYSIS OF MEDICAL INDUSTRY IN RUSSIA .....</b>	<b>5</b>
1. RUSSIA MEDICAL-SERVICE INDUSTRY OUTLOOK .....	5
1.1 Medical Treatment Facility Outlook.....	5
1.2 Medical Team Outlook.....	15
1.3 Medical College Outlook .....	27
1.4. Medical Equipment Outlook .....	31
2. RUSSIA MEDICAL INSURANCE SYSTEM .....	35
2.1 Description of the Russian system of medical insurance (including laws).....	35
2.2 National Medical Insurance Financial Condition .....	38
2.3 Financial support of medical industry .....	41
2.4 Insurance premiums.....	42
<b>PART II. ORGANIZATION AND MANAGEMENT OF MEDICAL INSTITUTIONS IN RUSSIA .....</b>	<b>47</b>
1. REGISTRATION OF MEDICAL INSTITUTION .....	47
1.1 Procedure of Registration.....	47
1.2 Licensing system (Roszdravnadzor).....	50
1.3 Registration and licensing of medical equipment/IT-equipment (computered tomography scanner, magnetic resonance imaging scanner etc.) .....	52
1.4 Health Examination Center in Russia.....	56
2. THE ACTIVITIES OF FOREIGN MEDICAL CENTERS IN RUSSIA.....	60
2.1 Legal regulation, penetration barriers on the market of Russia.....	60
2.2 Medical License Acquisition Procedure .....	61
2.3 Experience of opening medical centers in Russia with the participation of foreign capital .....	63
2.4 Wage level.....	66
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 1. EXAMPLE STATEMENT AND PROPS AT REGISTRATION LICENSES FOR MEDICAL ACTIVITY.....</b>	<b>70</b>
<b>APPENDIX 2 LIST OF THE DOCUMENTS .....</b>	<b>72</b>



## INTRODUCTION

Current report contains the results of research made by the company Direct INFO on order of Commercial Section (KOTRA) Consulate General of the Republic Korea in Vladivostok in November-December 2012.

The information presented in the report has been obtained on the basis of in-depth cross analysis of statistical and other information in frames of desk research from following sources:

- Federal State Statistic Service of Russian Federation (Rosstat),
- Legislation databases at all levels of official institutions,
- Data of ministries and official authorities (Ministry of health care and social development of Russia, Federal Oversight Service in the Sphere of Health Care),
- Data of the Federal Fund of Obligatory Medical Insurance, other insurance organizations (state and private),
- Reports on the related subjects,
- Industry databases,
- Articles in specialized printed media,
- Reports of main players in medical industry,
- Internal databases of Direct INFO,
- Databases of recruiting agencies,
- Other sources of information.



## TERMS AND ABBREVIATIONS

OJSC – Opened Joint-Stock Company  
CJSC – Closed Joint-Stock Company  
LLC – Limited Liability Company  
OMI – Obligatory Medical Insurance  
VMI – Voluntary Medical Insurance  
MRT – magnetic resonance tomography  
CT – computer x-ray tomography  
UD – ultrasonic diagnostics  
FD – Federal District  
AO – autonomous area  
RF – Russian Federation  
SES – Sanitary-and-Epidemiological Station  
FL – Federal Law  
Roszdravnadzor – Federal Service on Surveillance in Healthcare

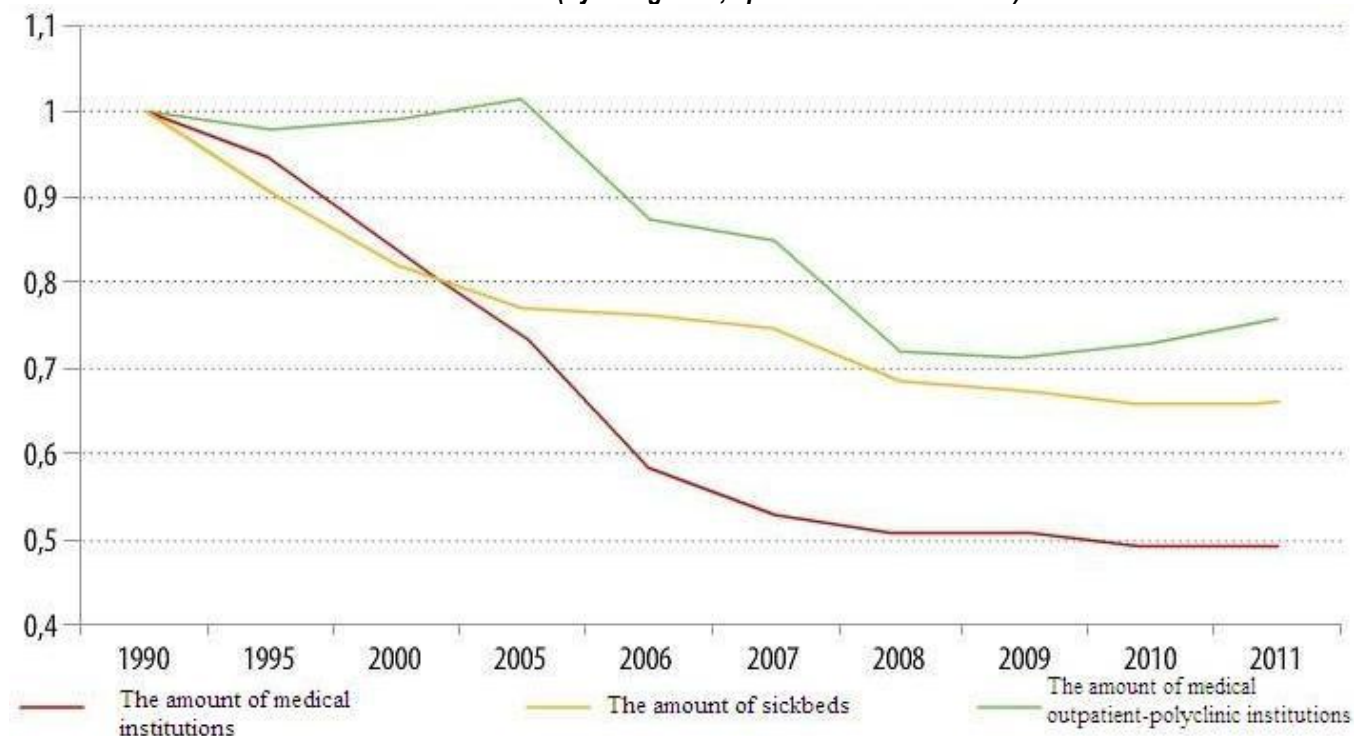


## PART I. ANALYSIS OF MEDICAL INDUSTRY IN RUSSIA

### 1. RUSSIA MEDICAL-SERVICE INDUSTRY OUTLOOK

#### 1.1 Medical Treatment Facility Outlook

• *Classification of medical institutions of Russia (by categories, specialization and other.)*



**Figure 1.1.1.** Dynamics of change of some main Russian health care system indicators during 1990-2011 (level of 1990 is taken for unit)

**Table 1.1.1.** The number of medical institutions in Russian Federation by years and federal districts

Federal district	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Russian Federation</b>	<b>9 847</b>	<b>9 479</b>	<b>7 478</b>	<b>6 777</b>	<b>6 545</b>	<b>6 454</b>	<b>6 308</b>	<b>6 294</b>
Far Eastern FD	835	830	521	476	433	433	430	428
Privolzhsky FD	2 252	2 081	1 585	1 415	1 374	1 345	1 294	1 292
North Caucasus FD	862	821	677	642	614	608	584	582
Siberian FD	1 770	1 696	1 251	1 059	1 041	1 001	995	993
Ural FD	690	678	613	608	599	570	574	572
Central FD	2 137	2 076	1 821	1 651	1 551	1 556	1 513	1 511
Southern + North Caucasus FD	1 301	1 297	1 010	926	933	941	918	916

Source: Federal State Statistic Service of Russian Federation

**Table 1.1.2.** The number of medical institutions in Russian Federation by the types of business entities and regions of Russian Federation



Region of RF	Medical institutions in the form of state property - total	including		Medical institutions in the form of non-state property - total	The number of them in the form of private property	Non-medical institutions in all forms of properties, which have medical departments
		Of the Ministry of health care and social development of Russia	Of other ministries and agencies			
<b>Russian Federation</b>	<b>6 013</b>	<b>5 779</b>	<b>234</b>	<b>224</b>	<b>115</b>	<b>70</b>
<b>Central FD</b>	<b>1 436</b>	<b>1 389</b>	<b>47</b>	<b>48</b>	<b>28</b>	<b>29</b>
Belgorodskaya region	55	54	1	1	-	-
Bryanskaya region	61	60	1	2	-	-
Vladimirskaya region	69	68	1	4	1	-
Voronezhskaya region	79	74	5	-	-	1
Ivanovskaya region	56	54	2	2	2	-
Kaluzhskaya region	45	43	2	2	-	-
Kostromskaya region	49	48	1	1	1	-
Kurskaya region	55	50	5	-	-	-
Lipetskaya region	52	51	1	3	1	-
Moskovskaya region	236	229	7	4	2	-
Orlovskaya region	43	42	1	1	-	-
Ryazanskaya region	64	63	1	-	-	1
Smolenskaya region	49	48	1	1	-	-
Tambovskaya region	56	55	1	1	-	8
Tverskaya region	86	84	2	2	1	12
Tulskaya region	98	95	3	-	-	1
Yaroslavskaya region	76	74	2	3	1	2
Moscow	207	197	10	21	19	4
<b>Northwestern FD</b>	<b>551</b>	<b>517</b>	<b>34</b>	<b>25</b>	<b>11</b>	<b>8</b>
Republic of Karelia	33	32	1	2	-	-
Republic of Komi	58	53	5	2	-	-
Archangelskaya region	71	68	3	2	-	7
including Nenetsky OA	9	9	-	-	-	-
Vologodskaya region	53	52	1	1	-	-
Kaliningradskaya region	47	45	2	3	2	-
Leningradskaya region	56	56	-	2	-	-
Musmanskaya region	42	33	9	1	-	-
Novgorodskaya region	44	43	1	1	1	1
Pskovskaya region	48	42	6	-	-	-
Saint-Petersburg	99	93	6	11	8	-
<b>Southern FD</b>	<b>515</b>	<b>506</b>	<b>9</b>	<b>21</b>	<b>10</b>	<b>2</b>
Republic of Adygea	23	22	1	1	1	-
Republic of Kalmykia	23	22	1	-	-	-
Krasnodarsky kray	179	178	1	4	-	-
Astrahanskaya region	39	38	1	3	-	2
Volgogradskaya region	125	123	2	2	-	-
Rostovskaya region	126	123	3	11	9	-



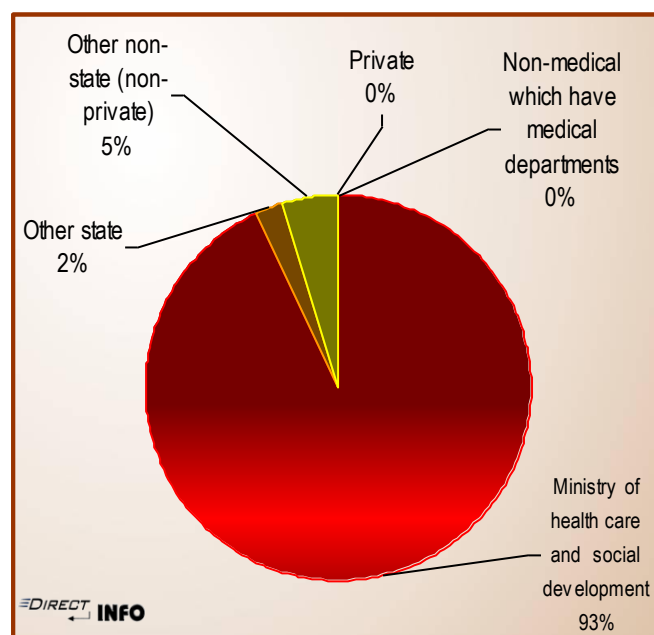
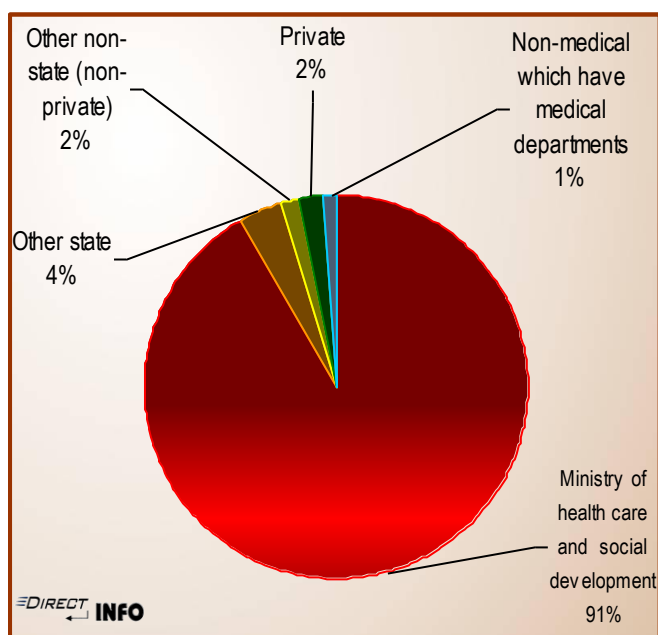


Region of RF	Medical institutions in the form of state property - total	including		Medical institutions in the form of non-state property - total	The number of them in the form of private property	Non-medical institutions in all forms of properties, which have medical departments
		Of the Ministry of health care and social development of Russia	Of other ministries and agencies			
<b>North Caucasus FD</b>	<b>374</b>	<b>367</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>-</b>
Republic of Dagestan	120	120	-	-	-	-
Republic of Ingushetia	12	12	-	-	-	-
Republic of Kabardino-Balkaria	47	45	2	-	-	-
Republic of Karachaevo-Cherkesskaya	20	20	-	-	-	-
Republic of Northern Osetia - Alania	28	27	1	3	2	-
Republic of Chechenskaya	70	70	-	1	-	-
Stavropolsky region	77	73	4	2	2	-
<b>Privolzhsky FD</b>	<b>1 250</b>	<b>1 196</b>	<b>54</b>	<b>42</b>	<b>18</b>	<b>2</b>
Republic of Bashkortostan	119	116	3	5	1	-
Republic of Mariy El	33	32	1	-	-	-
Republic of Mordovia	51	48	3	1	-	-
Republic of Tatarstan	110	91	19	3	3	-
Republic of Udmurtiya	82	80	2	1	-	-
Republic of Chuvashskaya	60	59	1	1	-	-
Permsky region	131	128	3	1	-	-
Kirovskaya region	106	104	2	1	-	-
Nizhegorodskaya region	145	144	1	6	5	2
Orenburgskaya region	95	94	1	3	-	-
Penzenskaya region	49	48	1	1	-	-
Samarskaya region	90	88	2	11	5	-
Saratovskaya region	110	108	2	8	4	-
Ulyanovskaya region	69	56	13	-	-	-
<b>Ural FD</b>	<b>547</b>	<b>526</b>	<b>21</b>	<b>26</b>	<b>12</b>	<b>1</b>
Kurganskaya region	53	52	1	1	-	-
Sverdlovskaya region	162	152	10	17	9	-
Tumenskaya region	166	158	8	1	1	1
including:	90	88	2	-	-	-
Khanty-Mansiyskiy AO-Ugra	27	26	1	-	-	1
Yamalo-Nenetskiy OA	166	164	2	7	2	-
Chelyabinskaya region	515	506	9	21	10	2
<b>Siberian FD</b>	<b>931</b>	<b>885</b>	<b>46</b>	<b>40</b>	<b>28</b>	<b>24</b>
Republic of Altay	20	18	2	-	-	-
Republic of Buryatia	44	42	2	2	-	-
Republic of Tyva	32	32	-	-	-	1
Republic of Khakassia	29	29	-	-	-	-
Altay region	139	133	6	2	2	1
Zabaikalskiy region	75	69	6	-	-	-

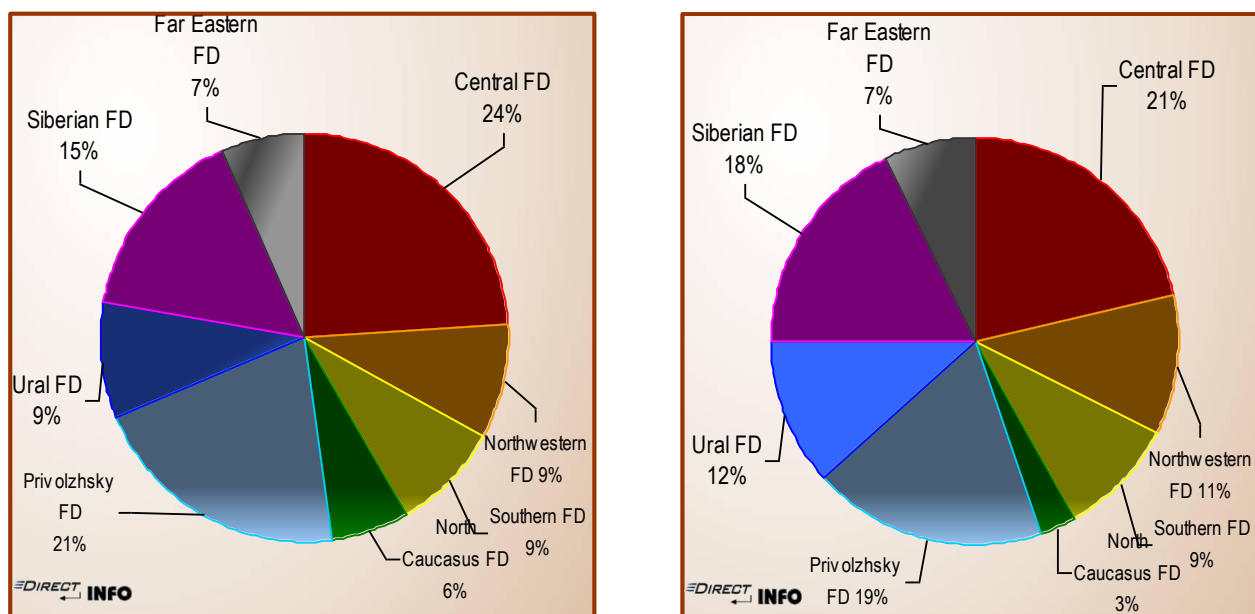


Region of RF	Medical institutions in the form of state property - total	including		Medical institutions in the form of non-state property - total	The number of them in the form of private property	Non-medical institutions in all forms of properties, which have medical departments
		Of the Ministry of health care and social development of Russia	Of other ministries and agencies			
Krasnoyarskiy kray	134	129	5	4	2	8
Irkutskaya region	118	111	7	1	1	1
Kemerovskaya region	115	112	3	5	1	-
Novosibirskaya region	80	79	1	19	15	13
Omskaya region	86	73	13	5	5	-
Tomskaya region	59	58	1	2	2	-
<b>Far Eastern FD</b>	<b>409</b>	<b>393</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
Republic of Sakha (Yakutia)	61	61	-	-	-	4
Kamchatskiy region	38	35	3	-	-	-
Primorskiy kray	95	91	4	4	2	-
Khabarovskiy kray	81	79	2	4	-	-
Amurskaya region	61	59	2	7	1	-
Magadanskaya region	21	20	1	-	-	-
Sakhalinskaya region	34	31	3	1	1	-
Jewish AO	17	16	1	-	-	-
Chukotskiy AO	1	1	-	-	-	-

Source: Federal State Statistic Service of Russian Federation

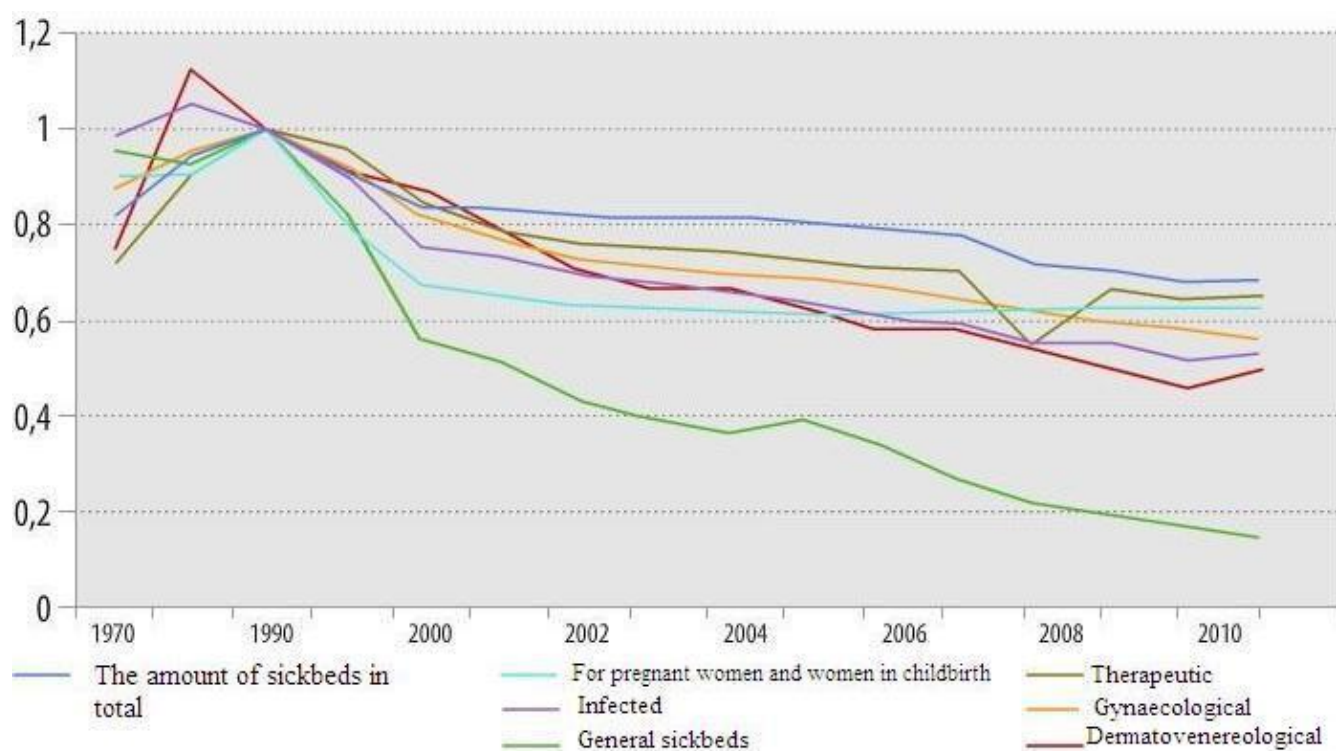


**Figure 1.1.2.** The structure of hospital institutions by the types of ownership in Russia (left) and Khabarovskiy kray (right) in 2010



**Figure 1.1.3.** The distribution of hospital institutions by the Federal Districts of Russia: state (left) and non-state (right) in 2010

**The number of hospital sickbeds (in total in Russia, by regions/areas)**



**Figure 1.1.4.** Dynamics of change of comparative amount of sickbeds by specializations over the period of 1970 – 2011 (The number of sickbed in 1990 is taken as a basis)



**Table 1.1.3.** The number of sickbeds by specializations in Russia in form of dynamics by years (thousand of sickbeds at the end of an accounting year)

Spezialization	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Total</b>	<b>1600,7</b>	<b>1575,4</b>	<b>1559,8</b>	<b>1521,7</b>	<b>1398,5</b>	<b>1373,4</b>	<b>1339,5</b>	<b>1347,1</b>
Therapeutic	340,4	329,7	325,7	320,7	251,8	304,7	296,1	299,2
Surgical	285,0	279,7	277,6	273,8	265,3	262,7	257,2	259,5
Oncological	38,1	38,3	38,7	39,2	39,3	39,3	39,7	40,4
Gynaecological	82,3	81,7	79,3	76,7	72,9	71,1	68,8	66,9
Tubercular	84,6	84,3	84,9	84,5	84,1	84,9	84,0	91,0
Infectious	88,0	84,6	81,6	79,1	74,1	74,0	70,5	71,1
Ophthalmological	26,6	26,3	26,0	26,0	25,7	26,5	25,8	25,4
Otolaryngological	25,2	24,5	23,7	23,3	21,7	21,0	20,3	20,9
Dermatovenereological	22,4	21,6	20,5	19,9	18,0	17,2	16,4	16,5
For insane patients	168,8	167,0	165,3	165,1	162,6	159,8	153,4	153,2
Narcological	29,8	29,3	28,8	28,4	27,5	26,8	26,3	26,3
Neurological	86,0	86,3	86,6	85,7	83,9	83,5	83,5	84,7
For pregnant women and women in childbirth	83,7	81,9	82,7	82,0	81,1	80,5	80,3	79,2
General sickbeds	21,1	22,6	21,0	15,9	13,2	10,9	9,7	8,3
In addition, sickbeds in day hospitals	...	...	...	...	95,5	96,7	101,8	105,1

**Source:** Federal State Statistic Service of Russian Federation, Ministry of health care and social development of Russia



Table 1.1.4. The number of sickbeds by specializations by regions of Russia

Region	Therapeutic	Surgical	Oncological	Gynaecological	Tubercular	Infectious	Ophthalmological	Otolaryngological	Dermatovenereological	For insane patients	Narcological	Neurological	Sickbeds for pregnant women	General sickbeds	From total amount of sickbeds for children
<b>Russian Federation</b>	296 103	257 185	39 718	68 779	83 957	70 530	25 838	20 341	16 427	153 377	26 291	83 456	80 325	9 666	178 963
<b>Central FD</b>	80 054	71 244	11 277	17 369	17 815	16 752	7 470	5 598	3 480	49 732	8 298	23 600	19 042	471	40 519
Belgorodskaya region	2 983	2 493	400	601	575	690	230	227	114	1 140	135	1 012	916	-	1 655
Bryanskaya region	2 725	2 542	325	652	585	534	195	240	150	1 093	251	978	758	74	1 663
Vladimirskaia region	2 560	2 264	368	499	453	581	251	165	127	1 462	222	955	722	-	1 352
Voronezhskaya region	5 071	4 249	485	1 178	1 983	1 229	512	344	190	1 645	290	1 791	1 166	15	2 679
Ivanovskaya region	2 552	1 831	390	687	840	439	189	140	109	1 110	375	914	695	60	1 451
Kaluzhskaya region	2 340	1 827	395	546	480	394	356	155	93	885	210	577	392	-	1 110
Kostromskaya region	1 222	1 161	138	270	205	226	116	129	54	1 595	131	417	367	41	687
Kurskaya region	2 332	2 075	275	504	726	449	145	137	93	1 600	170	798	613	39	970
Lipetskaya region	2 804	2 464	328	531	556	693	180	189	80	1 125	270	1 112	580	62	1 317
Moskovskaya region	12 376	10 354	1 516	2 804	1 748	2 695	1 159	891	621	7 869	1 202	3 586	2 732	-	5 783
Orlovskaya region	1 591	1 292	220	332	320	322	135	133	100	1 863	185	669	476	45	877
Ryazanskaya region	2 935	1 977	330	580	480	632	213	185	131	1 670	218	630	544	106	1 479
Smolenskaya region	2 434	1 900	260	545	405	494	150	106	59	2 260	177	651	535	-	1 375
Tambovskaya region	2 578	2 007	259	479	630	503	452	130	125	925	265	547	540	9	1 101
Tverskaya region	3 041	2 650	469	673	965	761	223	167	93	1 958	234	910	905	-	1 726
Tul'skaya region	3 511	3 020	385	797	1 158	865	351	287	155	2 010	300	1 076	856	-	1 999
Yaroslavskaya region	3 514	2 889	410	710	700	552	309	215	75	2 206	275	1 173	569	-	1 536
Moscow	23 485	24 249	4 324	4 981	5 006	4 693	2 304	1 758	1 111	17 316	3 388	5 804	5 676	20	11 759
<b>Northwestern FD</b>	27 320	26 096	4 519	5 266	6 830	6 584	2 194	2 033	1 367	17 708	2 132	7 920	6 900	384	15 845
Republic of Karelia	1 549	1 305	184	288	145	470	80	57	40	894	114	600	360	-	907



Region	Therapeutic	Surgical	Oncological	Gynaecological	Tubercular	Infectious	Ophthalmological	Otolaryngological	Dermatovenereological	For insane patients	Narcological	Neurological	Sickbeds for pregnant women	General sickbeds	From total amount of sickbeds for children
Republic of Komi	1 935	2 119	217	415	984	471	138	110	94	861	173	725	674	88	1 496
Archangel'skaya region	2 781	2 409	483	666	538	751	301	196	81	1 271	237	720	795	246	1 806
including Nenetskiy AO	40	60	-	35	110	30	-	-	-	15	15	15	40	100	115
Vologod'skaya region	1 996	2 134	417	476	700	556	193	163	109	1 405	190	701	634	-	1 389
Kaliningrad'skaya region	1 582	1 567	90	435	403	354	106	111	164	1 350	125	269	444	-	836
Leningrad'skaya region	2 794	2 486	426	610	755	462	280	204	135	1 440	342	752	678	-	1 400
Musman'skaya region	2 125	2 003	249	491	465	670	98	185	179	865	215	775	529	50	986
Novgorod'skaya region	1 455	1 256	232	310	375	294	70	92	43	835	87	402	271	-	1 000
Pskov'skaya region	1 587	1 285	205	336	480	280	97	97	86	880	147	446	295	-	977
Saint-Petersburg	9 516	9 532	2 016	1 239	1 985	2 276	831	818	436	7 907	502	2 530	2 220	-	5 048
Southern FD	25 907	23 002	3 985	7 175	9 178	7 388	2 414	1 971	1 713	15 038	2 119	7 288	7 478	474	16 679
Republic of Adygea	1 071	904	155	181	195	243	52	20	40	274	74	406	293	-	682
Republic of Kalmykia	614	450	80	157	260	212	35	58	45	230	20	104	268	-	494
Krasnodar'skiy kray	8 430	7 556	1 055	2 344	2 626	2 956	947	587	687	6 310	957	2 615	2 420	187	5 688
Astran'skaya region	2 208	1 797	300	465	912	749	146	142	130	1 140	200	644	540	12	1 593
Volgograd'skaya region	6 167	5 012	817	1 458	2 780	1 365	610	433	226	3 193	393	1 182	1 595	275	3 834
Rostov'skaya region	7 417	7 283	1 578	2 570	2 405	1 863	624	731	585	3 891	475	2 337	2 362	-	4 388
North Caucasus FD	17 774	13 002	1 610	4 267	4 196	4 673	883	1 123	1 157	5 010	590	4 600	6 136	1 703	12 340
Republic of Dagestan	4 615	3 253	200	966	1 270	1 311	345	190	500	1 005	115	1 001	2 034	1 093	3 569
Republic of Ingushetia	435	235	20	150	190	110	25	20	36	-	-	100	165	-	317
Republic of Kabardino-Balkaria	2 493	1 329	170	407	510	677		126	180	665	160	530	562	-	1 485
Republic of Karachaevo-Cherkes'skaya	939	766	75	157	160	265		100	55	255	15	305	316	270	712
Republic of Northern Osetia - Alania	1 860	1 297	217	354	530	450		115	137	515	120	330	486	-	1 364
Republic of	2 674	2 056	200	895	330	460	105	130	70	560	40	640	1 161	-	2 195





Region	Therapeutic	Surgical	Oncological	Gynaecological	Tubercular	Infectious	Ophthalmological	Otolaryngological	Dermatovenereological	For insane patients	Narcological	Neurological	Sickbeds for pregnant women	General sickbeds	From total amount of sickbeds for children
Chechenskaya															
Stavropol'sky region	4 758	4 066	728	1 338	1 206	1 400	408	442	179	2 010	140	1 694	1 412	340	2 698
Privolzhsky FD	62 748	52 466	8 075	13 992	15 092	14 659	5 746	4 439	3 368	28 946	6 124	18 400	16 013	1 226	37 198
Republic of Bashkortostan	7 370	6 340	948	1 835	2 408	1 651	771	488	623	3 384	919	2 270	2 456	91	4 646
Republic of Mariy El	2 386	1 429	130	472	365	424	150	125	55	558	97	542	400	-	1 206
Republic of Mordovia	2 303	1 791	200	441	757	475	140	136	110	410	210	627	422	-	1 099
Republic of Tatarstan	6 185	5 617	1 153	1 567	1 313	1 261	462	588	380	3 937	606	2 177	1 811	439	4 216
Republic of Udmurtiya	3 387	2 401	513	741	914	1 442	272	254	171	1 750	275	1 124	1 049	56	2 591
Republic of Chuvashskaya	2 559	2 269	273	567	512	528	389	151	116	1 200	205	714	680	-	1 641
Perm'sky region	4 887	4 134	577	1 112	1 428	1 344	451	289	262	3 191	528	1 537	1 122	12	3 070
Kirovskaya region	3 956	2 625	380	769	744	964	266	217	215	1 616	221	1 139	772	93	2 059
Nizhegorodskaya region	8 085	6 930	882	1 800	1 657	1 911	753	670	483	2 901	731	2 648	1 546	13	3 990
Orenburgskaya region	4 726	3 750	560	1 030	1 325	1 012	587	373	192	2 172	445	1 120	1 277	504	2 600
Penzenskaya region	2 897	2 675	380	544	675	658	265	218	90	1 170	483	845	631	-	1 325
Samarskaya region	5 713	5 720	1 006	1 356	1 140	1 107	543	368	191	2 725	674	1 423	1 631	-	3 846
Saratovskaya region	5 195	4 648	616	1 166	1 085	1 398	522	377	400	2 367	450	1 422	1 642	18	3 557
Ulyanovskaya region	3 099	2 137	457	592	769	484	175	185	80	1 565	280	812	574	-	1 352
Ural FD	24 102	21 145	3 363	5 775	8 195	5 913	2 038	1 451	1 595	11 597	2 632	6 919	7 616	857	18 720
Kurganskaya region	1 781	2 175	288	407	680	410	124	115	94	1 000	220	428	561	-	1 329
Sverdlovskaya region	10 196	7 868	1 141	1 912	2 483	2 281	877	536	566	4 610	826	3 122	2 801	237	7 647
Tumenskaya region	5 842	5 459	668	1 714	1 927	1 794	336	376	435	2 487	924	1 449	2 092	15	4 549
including:															
Khanty-Mansiyskiy AO- Ugra	2 862	2 843	203	919	620	857		214	240	599	548	709	1 030	-	1 959
Yamalo-Nenetskiy OA	871	860	25	382	437	391		64	90	385	189	312	472	-	992
Chelyabinskaya region	6 283	5 643	1 266	1 742	3 105	1 428	701	424	500	3 500	662	1 920	2 162	605	5 195
Siberian FD	44 278	37 813	5 194	10 900	16 781	10 749	3 749	2 755	2 541	18 983	2 889	11 409	12 718	3 227	27 086



**DIRECTINFO**  
YOUR INFORMATION DEPARTMENT

Region	Therapeutic	Surgical	Oncological	Gynaecological	Tubercular	Infectious	Ophthalmological	Otolaryngological	Dermatovenereological	For insane patients	Narcological	Neurological	Sickbeds for pregnant women	General sickbeds	From total amount of sickbeds for children
Republic of Altay	355	342	39	107	139	114	28	28	53	111	10	120	180	92	374
Republic of Buryatia	1 947	1 530	180	475	1 078	462	111	110	30	895	80	531	693	129	1 365
Republic of Tyva	749	532	50	189	1 136	327	30	35	81	250	91	105	336	-	918
Republic of Khakassia	890	962	111	234	525	317	98	72	68	352	62	287	345	46	842
Altay region	6 355	4 968	600	1 606	1 830	1 377	583	328	335	1 715	198	1 800	1 757	315	1 106
Zabaiakalskiy region	3 592	2 300	247	688	706	632	269	188	111	1 178	173	499	887	253	2 191
Krasnoyarskiy kray	6 103	5 487	645	1 720	2 857	1 366	506	316	373	2 507	557	1 647	1 683	303	3 710
Irkutskaya region	5 399	4 928	800	1 375	1 524	1 468	588	419	453	3 413	500	1 630	1 340	661	3 712
Kemerovskaya region	4 974	5 004	807	1 279	2 160	1 366	594	460	520	2 587	513	1 542	1 547	184	4 061
Novosibirskaya region	6 914	5 469	770	1 583	2 650	1 797	486	326	210	2 510	146	1 449	2 036	1 120	4 079
Omskaya region	4 338	4 021	563	1 069	1 625	919	252	316	172	1 940	286	1 195	1 177	50	3 050
Tomskaya region	2 662	2 270	382	575	551	604	204	157	135	1 525	273	604	737	74	1 678
Far Eastern FD	13 920	12 417	1 695	4 035	5 870	3 812	939	971	1 206	6 363	1 507	3 320	4 422	1 324	10 576
Republic of Sakha (Yakutia)	2 350	1 697	140	555	982	632	151	98	149	653	276	474	814	1 156	1 554
Kamchatskiy region	802	650	167	336	340	228	55	60	67	315	120	361	307	19	540
Primorskiy kray	3 738	3 667	382	1 118	1 346	1 102	252	227	325	1 858	313	844	1 209	-	2 624
Khabarovskiy kray	2 771	2 709	400	661	1 135	578	203	252	213	1 324	238	524	734	29	2 606
Amurskaya region	2 049	1 684	209	630	686	528	109	204	145	968	165	532	656	5	1 629
Magadanskaya region	420	371	85	111	266	182	30	35	34	202	97	80	123	-	368
Sakhalinskaya region	1 401	1 194	250	485	350	388	107	52	172	747	238	414	411	-	911
Jewish AO	273	329	51	86	700	121	23	32	86	254	37	75	134	-	240
Chukotskiy AO	116	116	11	53	65	53	9	11	15	42	23	16	34	115	104

Source: Federal State Statistic Service of Russian Federation, Ministry of health care and social development of Russia





## 1.2 Medical Team Outlook

### •The number of doctors, nurses (all in Russia, by areas/regions)

**Table 1.2.1.** The number of health manpower resources in Russia in dynamics by years (at the end of an accounting year)

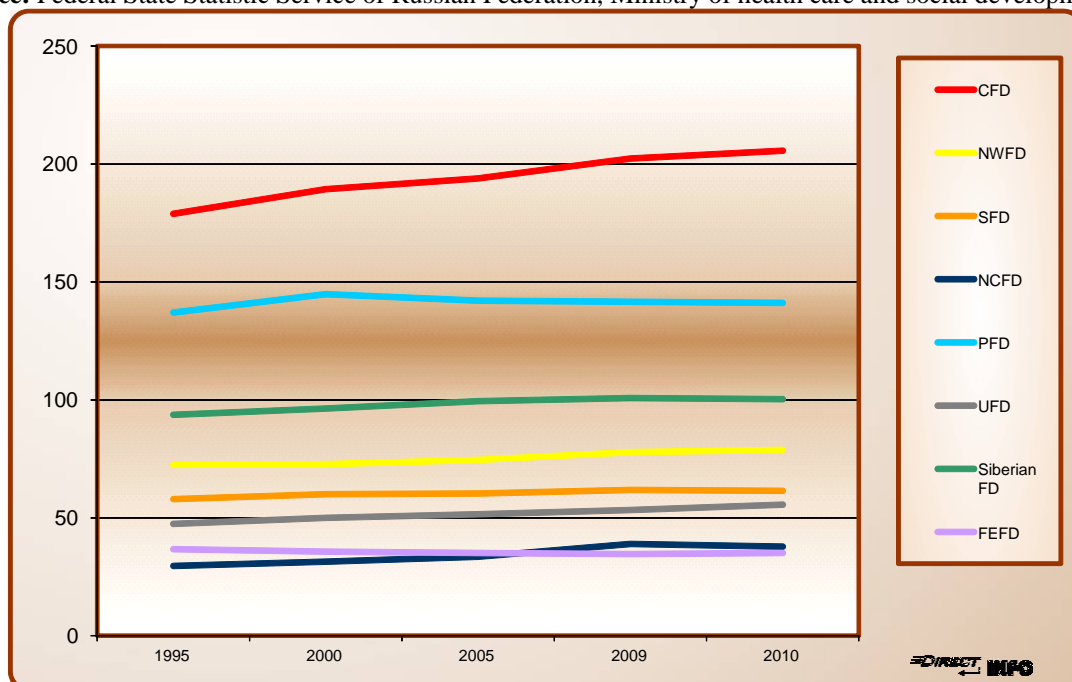
Years	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
The number of doctors in total, in thousand of persons	688,2	690,3	702,2	707,3	703,8	711,3	715,8	732,8
The number of doctors per 10 000 inhabitants	48,2	48,6	49,1	49,6	49,3	49,8	50,1	51,2
The number of paramedical personnel in total, in thousand of persons	1 545,8	1 529,8	1 545,0	1 542,5	1 511,2	1 517,6	1 508,7	1 530,4
The number of paramedical personnel per 10 000 inhabitants	108,3	107,7	108,1	108,1	105,9	106,2	105,6	107,0

Source: Federal State Statistic Service of Russian Federation, Ministry of health care and social development of Russia

**Table 1.2.2.** The number of doctors of all specializations in Russia by federal districts in dynamics by years (in thousand of persons at the end of an accounting year)

Federal District	1995	2000	2005	2009	2010
Central FD (CFD)	178,9	189,3	193,9	202,3	205,6
Northwestern FD (NWFD)	72,4	72,7	74,5	77,8	78,8
Southern FD (SFD)	58,0	60,0	60,3	61,8	61,5
North Caucasus FD (NCFD)	29,6	31,4	33,5	38,9	37,8
Privolzhsky FD (PFD)	137,0	144,8	142,1	141,6	141,1
Ural FD (UFD)	47,4	50,0	51,5	53,3	55,6
Siberian FD (Siberian FD)	93,7	96,3	99,4	100,8	100,3
Far Eastern FD (FEFD)	36,7	35,7	35,1	34,7	35,1

Source: Federal State Statistic Service of Russian Federation, Ministry of health care and social development of Russia



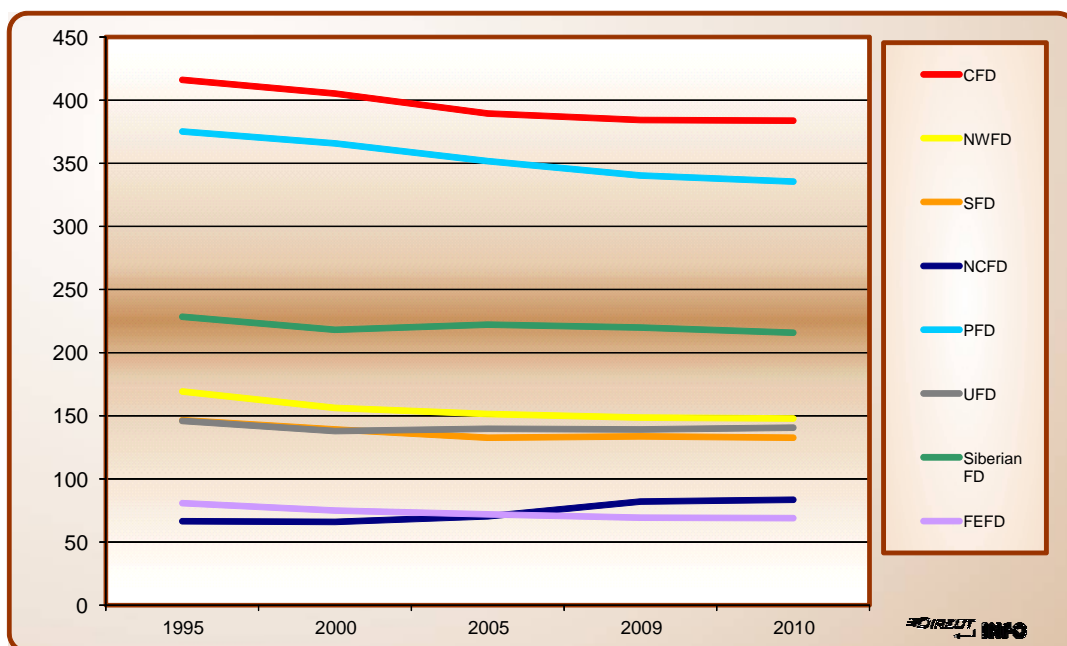
**Figure 1.2.1.** Dynamics of changing of the number of doctors of all specializations by federal districts of Russia (in thousand of persons)



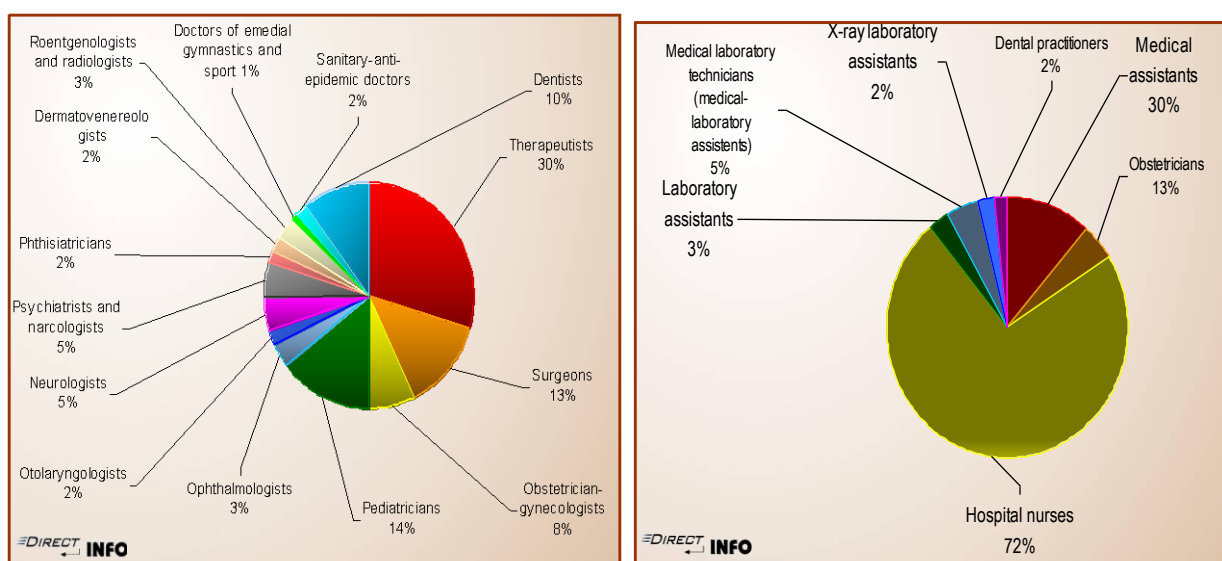
**Table 1.2.3.** The number of paramedical personnel in Russia by federal districts in dynamics by years (in thousand of persons at the end of an accounting year)

Federal District	1995	2000	2005	2009	2010
Central FD (CFD)	416,1	405,2	389,4	384,3	383,7
Northwestern FD (NWFD)	169,3	156,2	151,5	148,7	147,9
Southern FD (SFD)	146,5	139,3	132,7	133,7	132,6
North Caucasus FD (NCFD)	66,5	65,9	70,4	82,2	83,5
Privolzhsky FD (PFD)	375,1	365,8	351,7	340,3	335,6
Ural FD (UFD)	145,9	138	139,8	139,3	140,6
Siberian FD (Siberian FD)	228,4	218,1	222,2	220	215,9
Far Eastern FD (FEFD)	80,9	75,1	72	69,3	68,9

Source: Federal State Statistic Service of Russian Federation, Ministry of health care and social development of Russia



**Figure 1.2.2.** Dynamics of changing of the number of paramedical personnel of all specializations by federal districts of Russia (in thousand of persons)



**Figure 1.2.3.** The structure of the number of doctors and paramedical personnel by types of positions in Russia (2010)



**Table 1.2.4.** Distribution of the number of doctors by specializations among the regions of Russian Federation

Region	Thera- peutists	Surgeons	Obstetrician- gynecologists	Pediatr- cians	Ophthal- mologists	Otolaryn- gologists	Neurolo- gists	Psychiatrists and narcologists	Phthisia- tricians	Dermato- venereologists	Roentge- nologists and radiolo- gists	Doctors of emedial gymnastics and sport	Sanitary- anti- epidemic doctors	Dentists
Russian Federation	164 763	70 534	43 674	68 859	16 929	12 402	26 520	24 233	8 805	12 107	18 762	3 958	17 805	60 576
Central FD	49 130	22 654	12 382	18 182	5 498	3 823	7 894	7 595	2 027	3 527	5 697	1 228	4 070	18 881
Belgorodskaya region	1 622	637	454	553	132	112	281	183	76	84	149	26	161	414
Bryanskaya region	1 143	467	318	492	106	95	190	134	78	75	120	17	102	451
Vladimirskaya region	1 244	461	344	577	122	85	181	155	61	81	141	18	97	219
Voronezhskaya region	3 119	1 300	832	1 072	257	207	505	370	168	178	290	61	162	1 465
Ivanovskaya region	1 224	504	389	636	121	99	223	208	94	79	147	41	72	118
Kaluzhskaya region	888	408	233	346	121	64	141	141	51	66	190	15	90	383
Kostromskaya region	578	230	157	287	63	53	87	111	29	39	64	16	33	120
Kurskaya region	1 589	720	355	464	140	124	260	237	77	118	167	25	159	330
Lipetskaya region	1 127	502	272	428	86	71	210	166	55	83	132	17	140	448
Moskovskaya region	6 094	2 385	1 681	2 771	572	468	861	957	258	476	585	113	587	2 637
Orlovskaya region	790	311	220	263	62	54	158	165	45	39	93	16	69	266
Ryazanskaya region	1 589	606	379	494	141	100	238	221	66	110	170	41	266	389
Smolenskaya region	1 302	579	364	566	118	94	212	259	68	79	133	36	127	696
Tambovskaya region	975	383	254	352	116	70	149	125	50	48	108	4	91	320
Tverskaya region	1 676	612	349	689	190	104	266	243	84	102	173	67	119	929
Tulskaya region	1 345	553	338	454	118	96	221	157	59	79	150	19	199	368
Yaroslavskaya region	2 003	783	426	796	221	166	305	312	84	112	224	90	119	345



Region	Thera- peutists	Surgeons	Obstetrician- gynecologists	Pediatr- cians	Ophthal- mologists	Otolaryn- gologists	Neurolo- gists	Psychiatrists and narcologists	Phthisia- tricians	Dermato- venereologists	Roentge- nologists and radiolo- gists	Doctors of emedial gymnastics and sport	Sanitary- anti- epidemic doctors	Dentists
Moscow	20 822	11 213	5 017	6 942	2 812	1 761	3 406	3 451	624	1 679	2 661	606	1 477	8 983
Northwestern FD	17 539	8 140	4 171	6 896	1 772	1 385	2 975	2 982	859	1 388	2 290	608	1 972	7 291
Republic of Karelia	926	300	185	328	66	58	133	145	38	49	112	16	59	110
Republic of Komi	937	354	237	464	83	69	193	176	86	54	126	24	86	353
Archangelskaya region	1 485	566	353	726	126	119	198	221	73	106	187	38	140	776
including Nenetskiy AO	33	9	12	24	3		4	3	4	1	6	1	5	18
Vologodskaya region	928	372	230	496	93	57	176	196	67	59	122	22	118	322
Kaliningradskaya region	702	315	232	302	69	54	122	117	46	60	85	17	65	355
Leningradskaya region	1 448	601	361	516	143	107	210	170	79	100	170	16	177	573
Musmanskaya region	1 088	480	259	457	95	90	147	161	50	87	142	20	152	379
Novgorodskaya region	635	218	150	258	54	44	87	107	36	41	62	7	62	300
Pskovskaya region	538	196	126	219	41	33	88	93	33	45	67	11	81	199
Saint-Petersburg	8 852	4 738	2 038	3 130	1 002	754	1 621	1 596	351	787	1 217	437	1 032	3 924
Southern ΦO	13 991	6 118	4 028	6 313	1 383	1 079	2 215	1 992	842	1 055	1 410	325	1 554	5 195
Republic of Adygea	400	188	141	147	37	23	75	49	17	27	50	1	57	152
Republic of Kalmykia	316	103	90	157	22	26	39	44	24	19	39	8	43	92
Krasnodarsky kray	5 172	2 058	1 475	2 143	497	373	738	712	262	355	464	93	423	2 077
Astrahanskaya region	1 583	627	407	800	124	105	241	260	107	182	159	53	174	247
Volgogradskaya	2 704	1 152	703	1 195	283	191	390	417	194	207	303	85	257	1 595



Region	Thera- peutists	Surgeons	Obstetrician- gynecologists	Pediatr- icians	Ophthal- mologists	Otolaryn- gologists	Neurolo- gists	Psychiatrists and narcologists	Phthisia- tricians	Dermato- venereologists	Roentge- nologists and radiolo- gists	Doctors of emedial gymnastics and sport	Sanitary- anti- epidemic doctors	Dentists
region														
Rostovskaya region	3 816	1 990	1 212	1 871	420	361	732	510	238	265	395	85	600	1 032
North Caucasus FD	8 261	3 399	3 006	3 805	739	449	1 340	751	428	570	629	151	702	3 179
Republic of Dagestan	2 620	972	1 030	1 267	236	183	437	194	129	156	162	45	273	940
Republic of Ingushetia	300	102	134	195	20	24	39	20	21	25	19	1	52	55
Republic of Kabardino- Balkaria	855	274	304	391	61		119	79	27	59	54	19	89	338
Republic of Karachaevo- Cherkesskaya	390	150	113	157	41		84	29	20	13	27	5	28	204
Republic of Northern Osetia - Alania	1 216	529	377	472	98		147	111	48	131	98	54	108	222
Republic of Chechenskaya	746	408	412	326	78	63	164	46	53	37	42	6	68	242
Stavropolsky region	2 134	964	636	997	205	179	350	272	130	149	227	21	84	1 178
Privolzhsky FD	33 666	13 085	8 749	14 580	3 225	2 275	5 278	4 813	1 766	2 310	3 517	717	4 072	11 675
Republic of Bashkortostan	4 215	1 667	1 038	1 896	428	271	638	568	268	325	400	61	660	1 616
Republic of Mariy El	555	191	147	276	60	45	106	82	32	33	62	6	77	204
Republic of Mordovia	1 198	409	261	386	94	72	190	175	69	74	125	38	58	140
Republic of Tatarstan	3 611	1 628	1 057	1 659	362	252	693	501	156	273	397	69	492	1 721
Republic of Udmurtiya	2 068	639	551	1 066	193	131	302	290	84	150	205	55	186	838



Region	Thera- peutists	Surgeons	Obstetrician- gynecologists	Pediatr- icians	Ophthal- mologists	Otolaryn- gologists	Neurolo- gists	Psychiatrists and narcologists	Phthisia- tricians	Dermato- venereologists	Roentge- nologists and radiolo- gists	Doctors of emedial gymnastics and sport	Sanitary- anti- epidemic doctors	Dentists
Republic of Chuvashskaya	1 528	522	332	575	155	71	184	209	76	71	131	40	121	595
Permsky region	2 948	1 124	844	1 620	303	207	499	517	181	217	321	70	608	1 434
Kirovskaya region	1 476	524	348	626	155	100	264	270	79	109	173	25	191	336
Nizhegorodskaya region	3 617	1 492	848	1 591	375	280	650	525	179	237	406	85	419	1 248
Orenburgskaya region	2 650	883	593	1 050	238	180	372	413	156	168	260	55	348	403
Penzenskaya region	1 444	553	375	543	131	104	206	223	66	87	154	19	107	342
Samarskaya region	3 808	1 600	1 097	1 536	332	256	532	442	173	243	386	88	281	1 618
Saratovskaya region	3 245	1 380	928	1 293	310	230	432	438	186	235	365	73	429	852
Ulyanovskaya region	1 303	473	330	463	89	76	210	160	61	88	132	33	95	328
Ural FD	12 497	5 164	3 522	5 597	1 406	980	2 144	1 699	753	1 012	1 584	245	1 593	4 168
Kurganskaya region	548	334	175	276	78	44	101	108	39	42	88	10	90	168
Sverdlovskaya region	4 123	1 747	1 176	1 842	461	343	846	611	263	368	605	71	873	1 817
Tumenskaya region	4 284	1 612	1 220	1 869	449	335	637	559	236	328	436	112	384	1 401
including:														
Khanty-Mansiyskiy AO- Ugra	1 992	749	588	894	172		271	229	111	138	220	53	219	781
Yamalo-Nenetskiy OA	597	191	189	322	48		83	88	39	40	59	12	55	237
Chelyabinskaya region	3 542	1 471	951	1 610	418	258	560	421	215	274	455	52	246	782
Siberian FD	21 800	8 701	5 740	9 811	2 149	1 625	3 539	3 231	1 537	1 627	2 731	500	2 843	8 057
Republic of Altay	163	59	63	117	16	9	34	21	24	12	27	3	47	66





Region	Thera- peutists	Surgeons	Obstetrician- gynecologists	Pediatr- icians	Ophthal- mologists	Otolaryn- gologists	Neurolo- gists	Psychiatrists and narcologists	Phthisia- tricians	Dermato- venereologists	Roentge- nologists and radiolo- gists	Doctors of emedial gymnastics and sport	Sanitary- anti- epidemic doctors	Dentists
Republic of Buryatia	921	305	231	357	88	54	136	98	97	78	102	8	296	321
Republic of Tyva	278	125	96	171	19	15	39	46	58	33	38	-	73	59
Republic of Khakassia	424	180	105	236	54	33	68	71	42	36	51	6	40	179
Altay region	2 547	907	705	1 035	231	156	404	399	184	133	317	64	204	623
Zabaikalskiy region	1 256	530	360	627	148	102	171	218	79	106	162	28	99	581
Krasnoyarskiy kray	3 394	1 313	893	1 570	342	242	540	494	231	282	418	88	252	1 397
Irkutskaya region	2 480	1 079	681	1 274	267	168	448	390	142	205	304	64	544	1 180
Kemerovskaya region	2 954	1 147	746	1 267	288	254	521	397	206	208	377	72	520	954
Novosibirskaya region	3 503	1 528	920	1 492	373	272	567	462	245	253	414	86	319	1 401
Omskaya region	2 185	835	522	940	190	182	370	334	146	166	286	38	358	985
Tomskaya region	1 695	693	418	725	133	138	241	301	83	115	235	43	91	311
Far Eastern FD	7 879	3 273	2 076	3 675	757	597	1 135	1 170	593	618	904	184	999	2 130
Republic of Sakha (Yakutia)	1 408	440	301	616	132	92	207	147	149	90	171	12	102	378
Kamchatskiy region	295	144	109	176	24	21	55	68	32	24	38	5	59	123
Primorskiy kray	2 195	1 010	610	1 068	200	181	286	311	145	197	221	68	450	560
Khabarovskiy kray	1 785	786	434	869	210	137	279	301	97	135	202	50	109	627
Amurskaya region	1 305	495	346	516	104	106	171	191	79	94	152	33	132	174
Magadanskaya region	158	74	60	86	18	10	32	31	16	13	29	2	27	50
Sakhalinskaya region	556	241	154	234	52	34	77	82	42	45	68	8	84	151
Jewish AO	130	49	38	69	9	8	18	24	25	13	14	4	21	33
Chukotskiy AO	47	34	24	41	8	8	10	15	8	7	9	2	15	34

Source: Federal State Statistic Service of Russian Federation, Ministry of health care and social development of Russia

Table 1.2.4. Distribution of the number of paramedical personnel by specializations among the regions of Russian Federation

Region	Medical assistants	Obstetricians	Hospital nurses	Laboratory assistants	Medical laboratory technicians (medical-laboratory assistants)	X-ray laboratory assistants	Dental practitioners
Russian Federation	160 119	64 931	1 038 459	37 322	64 123	33 549	22 181
Central FD	37 147	14 624	271 396	10 622	14 056	9 372	5 019
Belgorodskaya region	1 921	973	12 338	509	534	370	368
Bryanskaya region	1 741	574	10 061	464	499	313	84
Vladimirskaya region	1 535	584	9 160	658	286	310	430
Voronezhskaya region	2 371	1 160	19 346	635	991	622	214
Ivanovskaya region	1 214	444	6 947	431	217	253	324
Kaluzhskaya region	1 098	355	7 026	269	433	235	68
Kostromskaya region	941	280	5 177	121	362	155	318
Kurskaya region	1 342	644	9 039	439	569	295	277
Lipetskaya region	1 378	581	9 665	534	584	340	160
Moskovskaya region	4 949	1 780	37 083	1 608	1 593	1 192	631
Orlovskaya region	933	450	6 323	305	279	218	58
Ryazanskaya region	1 538	635	8 920	243	599	297	203
Smolenskaya region	1 238	473	7 035	284	392	233	43
Tambovskaya region	1 006	523	8 281	701	154	261	147
Tverskaya region	1 825	579	9 717	272	554	300	53
Tulskaya region	1 945	555	11 038	659	339	388	293
Yaroslavskaya region	1 405	537	9 600	559	263	334	480
Moscow	8 767	3 497	84 640	1 931	5 408	3 256	868
Northwestern FD	15 254	5 087	103 592	3 512	6 232	3 575	1 737
Republic of Karelia	991	340	5 671	264	244	182	181





Source: Federal State Statistic Service of Russian Federation, Ministry of health care and social development of Russia

Region	Medical assistants	Obstetricians	Hospital nurses	Laboratory assistants	Medical laboratory technicians (medical-laboratory assistants)	X-ray laboratory assistants	Dental practitioners
	1 519	628	8 809	136	858	277	307
Archangelskaya region	1 722	691	11 880	129	1	337	40
Including Nenetskiy AO	66	21	308	4	25	9	6
Vologodskaya region	2 247	546	8 788	371	688	288	166
Kaliningradskaya region	768	259	5 005	232	215	176	130
Leningradskaya region	1 492	387	8	403	492	320	192
Muskmanskaya region	1	373	8	310	495	289	141
Novgorodskaya region	1 004	257	4	357	179	169	185
Pskovskaya region	1 073	238	4 925	316	185	173	104
Saint-Petersburg	3 273	1 368	36 487	994	1	1	291
<b>Southern ΦO</b>	<b>12 755</b>	<b>5 700</b>	<b>92 502</b>	<b>3 862</b>	<b>4 738</b>	<b>2 762</b>	<b>2 415</b>
Republic of Adygea	428	230	3 327	170	140	99	91
Republic of Kalmykia	282	224	2 424	165	81	70	10
Krasnodarsky kray	5 168	1 841	33 248	1	1	896	601
Astrahanskaya region	866	499	8 150	403	593	227	250
Volgogradskaya region	2 577	1 251	17 740	796	1 025	639	162
Rostovskaya region	3 434	1	27 613	1	1 308	831	1
<b>North Caucasus FD</b>	<b>6 757</b>	<b>5 261</b>	<b>56 247</b>	<b>2 689</b>	<b>2 054</b>	<b>1 492</b>	<b>1 140</b>
Republic of Dagestan	2 033	2	16 755	775	545	413	100
Republic of Ingushetia	162	204	2 117	97	55	40	71
Republic of Kabardino-Balkaria	745	467	6	218	396	141	150
Republic of Karachaevo-Cherkesskaya	576	228	3 498	266	79	87	36
Republic of Northern Osetia - Alania	539	382	5	500	35	189	69



Source: Federal State Statistic Service of Russian Federation, Ministry of health care and social development of Russia

Region	Medical assistants	Obstetricians	Hospital nurses	Laboratory assistants	Medical laboratory technicians (medical-laboratory assistants)	X-ray laboratory assistants	Dental practitioners
Republic of Chechenskaya	641	832	6	290	142	131	419
Stavropolsky region	2	1 033	15 322	543	802	491	295
Privolzhsky FD	36 264	15 269	230 537	6 736	15 745	7 048	5 691
Republic of Bashkortostan	5	2	30 802	993	1	913	650
	900	436	5	173	357	179	77
Republic of Mordovia	835	533	6	172	555	205	235
Republic of Tatarstan	4	1	27 796	393	2 466	800	201
Republic of Udmurtiya	2	1	12 840	524	682	370	207
Republic of Chuvashskaya	1	624	10 603	101	842	271	123
Perm sky region	4 253	1	18 960	1	964	624	216
Kirovskaya region	2	856	11 606	187	867	338	372
Nizhegorodskaya region	3	1	25 475	694	1	838	873
Orenburgskaya region	3 157	1	16 991	522	1	567	903
Penzenskaya region	1	630	10 589	546	593	304	482
Samarskaya region	2 627	1	21 353	367	1	683	363
Saratovskaya region	2	1	19 445	702	1 070	600	650
Ulyanovskaya region	1	719	11 274	231	845	356	339
Ural FD	19 381	5 855	92 800	2 442	6 993	2 987	2 742
Kurganskaya region	1	532	7	194	491	212	289
Sverdlovskaya region	7 200	1 702	31 409	1 027	2	1 054	727
Tumenskaya region	5 238	2 093	30 202	439	2 439	901	702
including:							
Khanty-Mansiyskiy AO- Ugra	2	1 049	16 212	148	1 335	458	317
Yamalo-Nenetskiy OA	995	348	4 885	85	499	137	74



Source: Federal State Statistic Service of Russian Federation, Ministry of health care and social development of Russia

Region	Medic	Obstetricians	Hospital nurses	assistants	Medical laboratory technicians (medical-laboratory assistants)	X-ray laboratory assistants	Dental practitioners
Chelyabinskaya region	5 267	1 528	24 007	782	1 611	820	1
Siberian FD	25 234	9 903	145 383	5 280	11 550	4 741	1 918
Republic of Altay	339	189	1	72	139	59	47
Republic of Buryatia	1	608	7	539	417	204	60
Republic of Tyva	506	292	2	330	104	107	30
Republic of Khakassia	734	251	3	206	275	127	65
Altay region	2	1 524	17 642	403	1	534	470
Zabaikalskiy region	1	776	8	72	949	248	49
Krasnoyarskiy kray	4 065	1	23 574	848	1	710	224
Irkutskaya region	3	1 067	18 671	980	870	609	134
Kemerovskaya region	3	1 152	19 902	643	1	697	181
Novosibirskaya region	3 290	1 198	19 465	468	1 727	640	314
Omskaya region	2 350	1 115	14 890	313	1	551	231
Tomskaya region	1	482	7	406	360	255	113
Far Eastern FD	7 327	3 232	46 002	2 179	2 755	1 572	1 519
Republic of Sakha (Yakutia)	1 514	869	8	365	601	236	102
Kamchatskiy region	359	180	2	111	194	89	43
Primorskiy kray	1 684	695	10 795	393	678	414	566
Khabarovskiy kray	1 352	517	9	418	559	343	311
Amurskaya region	1	491	7	574	131	238	183
Magadanskaya region	238	104	1	28	177	52	72
Sakhalinskaya region	630	234	3 920	209	293	149	201
Jewish AO	262	99	1	55	93	37	28
Chukotskiy AO	108	43	543	26	29	14	13



### 1.3 Medical College Outlook

•Number of profile medical institutes (in Russia, by areas/regions)

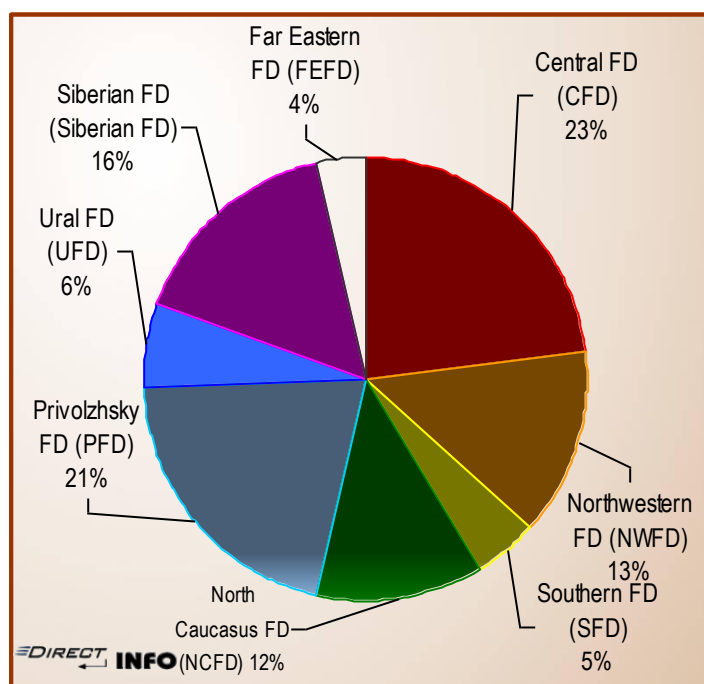
**Table 1.3.1.** The number of medical universities and universities with medicine faculties among regions of Russian Federation

Federal district	Regions of Russia	Amount of universities
<b>Total on Russia</b>		<b>82</b>
<b>Far Eastern FD (FEFD)</b>	Primorskiy kray	1
	Republic of Sakha-Jakutia	1
	Khabarovskiy kray	1
	<b>Total FEFD</b>	<b>3</b>
<b>Privolzhsky FD (PFD)</b>	Saratovskaya region	3
	Permsky region	2
	Astrahanskaya region	1
	Volgogradskaya region	1
	Kirovskaya region	1
	Nizhegorodskaya region	1
	Orenburgskaya region	1
	Republic of Bashkiria	1
	Republic of Mordovia	1
	Republic of Tatarstan	1
	Republic of Udmurtiya	1
	Samarskaya region	1
	Ulyanovskaya region	1
	Republic of Chuvashskaya	1
	<b>Total PFD</b>	<b>17</b>
<b>Northwestern FD (NWFD)</b>	Sankt-Peterburg	8
	Archangelskaya region	1
	Kaliningradskaya region	1
	Republic of Karelia	1
	<b>Total NWFD</b>	<b>11</b>
<b>North Caucasus FD (NCFD)</b>	Stavropolsky region	3
	Republic of Karachaevo-Cherkesskaya	1
	Republic of Dagestan	1
	Republic of Ingushetia	1
	Republic of Kabardino-Balkaria	1
	Republic of Northern Osetia - Alania	1
	Republic of Northern Osetia - Alania	1
	Republic of Chechenskaya	1
	<b>Total NCFD</b>	<b>10</b>
<b>Siberian FD (Siberian FD)</b>	Zabaikalskiy region	2
	Novosibirskaya region	2
	Tomskaya region	2
	Altay region	1
	Irkutskaya region	1
	Kemerovskaya region	1
	Krasnoyarskiy kray	1
	Omskaya region	1
	Republic of Buryatia	1
	Republic of Khakassia	1



Federal district	Regions of Russia	Amount of universities
	<b>Total Siberian FD</b>	<b>13</b>
	Tumenskaya region	2
	Sverdlovskaya region	1
	Khanty-Mansiyskiy AO	1
	Chelyabinskaya region	1
<b>Ural FD (UFD)</b>	<b>Total UFD</b>	<b>5</b>
	Moscow	7
	Voronezhskaya region	2
	Belgorodskaya region	1
	Ivanovskaya region	1
	Kurskaya region	1
	Novgorodskaya region	1
	Orlovskaya region	1
	Ryazanskaya region	1
	Smolenskaya region	1
	Tverskaya region	1
	Tulskaya region	1
	Yaroslavskaya region	1
<b>Central FD (CFD)</b>	<b>Total CFD</b>	<b>19</b>
	Krasnodarsky kray	3
	Rostovskaya region	1
<b>Southern FD (SFD)</b>	<b>Total SFD</b>	<b>4</b>

Source: estimation of Direct-INFO on the basis of opened sources



**Figure 1.3.1.** Distribution of medical universities and universities with medicine faculties among districts of Russian Federation


**Table 1.3.2.** Cumulative rating of medical universities in Russian Federation in 2011-2012 (according to RIA News and The Higher School of Economics)

No	Name of university	Address	Phone number / Fax	E-mail	Official site
1.	<b>Moscow medical academy (MMA)</b> – The first medical state university by the name of I. M. Sechenov (MSMU)	119048, Moscow, Trubetskaya st., 8 building 2.	Phone number: (499) 248-05-53, 248-54-06	<a href="mailto:rektorat@mma.ru">rektorat@mma.ru</a>	<a href="http://www.mma.ru">http://www.mma.ru</a>
2.	<b>Russian national research medical university by the name of N. I. Pirogov (RNRMU)</b>	Moscow, Ostrovitynova st., 1.	Phone number: (495) 434-14-22	<a href="mailto:rsmu@rsmu.ru">rsmu@rsmu.ru</a>	<a href="http://www.rsmu.ru">http://www.rsmu.ru</a>
3.	<b>Moscow state medical-stomatological university (MSMSU)</b>	127473, Moscow, Delegatskaya st., 20/1.	Phone number: (499) 973-37-44	<a href="mailto:msmsu@msmsu.ru">msmsu@msmsu.ru</a>	<a href="http://www.msmsu.ru">http://www.msmsu.ru</a>
4.	<b>Saint-Petersburg state medical university by the name of academician I. P. Pavlov (SPSMU)</b>	197022, Saint-Petersburg, Lyva Tolstogo st., 6/8.	Phone number: (812) 499-71-12	<a href="mailto:priem2011@spb-gmu.ru">priem2011@spb-gmu.ru</a>	<a href="http://www.spb-gmu.ru">http://www.spb-gmu.ru</a>
5.	<b>Saint-Petersburg state medical academy (SPSMA)</b> - Northwestern state medical university by the name of I. I. Mechnikov (NWSMU)	191015, Saint-Petersburg, Kirochnaya st., 41.	Phone number: (812) 303-50-00 (united directory inquiries), Phone number: (812) 543-96-09, Phone number/fax: (812) 303-50-35	<a href="mailto:rektorat@spbmapo.ru">rektorat@spbmapo.ru</a>	<a href="http://www.mechnik.spb.ru">http://www.mechnik.spb.ru</a>
6.	<b>Nizhegorodskaya state medical academy (NSMA)</b>	603005, Russian Federation, the city of Nizhniy Novgorod, square of Minin and Pozharskiy, 10/1.	Phone number/fax: +7-831-439-09-43	<a href="mailto:rector@gma.nnov.ru">rector@gma.nnov.ru</a>	<a href="http://www.nizhgma.ru">http://www.nizhgma.ru</a>
7.	<b>Ryazan state medical university by the name of academician I. P Pavlov (RSMU)</b>	390026 the city of Ryazan, Vysokovoltная st., 9	Phone number: (4912)46-08-01, Fax: (4912)46-08-08	<a href="mailto:rzgmu@rzgmu.ru">rzgmu@rzgmu.ru</a>	<a href="http://www.rzgmu.ru">http://www.rzgmu.ru</a>
8.	<b>Smolenskaya state medical academy (SSMA)</b>	214019, Russian Federation, the city of Smolensk, Krupskoy st., 28	Phone number: +7 (4812) 55-02-75, Fax: +7 (4812) 52-01-51		<a href="http://sgma.info">http://sgma.info</a>
9.	<b>Kubanskaya state medical academy (KSMA)</b>	350063, the city of Krasnodar, Sedina st., 4.	Phone number: 2-68-36-84, Fax 2-68-36-84		<a href="http://www.kgma.ru">http://www.kgma.ru</a>
10.	<b>Novosibirskaya state medical academy (NSMA)</b> – Novosibirskiy state medical university (NSMU)	Krasniy prospect st., 52.	Phone number: (383) 222-27-16 – selection committee	<a href="mailto:abiturient@ngmu.ru">abiturient@ngmu.ru</a> ; <a href="mailto:socwork@list.ru">socwork@list.ru</a>	<a href="http://www.ngmu.ru">http://www.ngmu.ru</a>
11.	<b>Tverskaya state medical academy (TSMA)</b>	170100, the city of Tver, Sovetskaya st., 4	Phone number: (4822) 32-17-79, Fax: (4822) 34-43-09	<a href="mailto:info@tvergma.ru">info@tvergma.ru</a>	<a href="http://tvergma.ru">http://tvergma.ru</a>

Source: RIA News and the Higher School of Economics


**The number of graduates (in Russia and among regions/regions)**
**Table 1.3.3.** Training of specialists with higher education for the sphere “Health Care” in Russia (at the beginning of school year, in thousand of persons)

School year / Indicator	1995/96	2000/01	2005/06	2009/10	2010/11
<b>The number of admitted students - total</b>	<b>24,7</b>	<b>35</b>	<b>38,6</b>	<b>41,6</b>	<b>41,6</b>
Including by specializations:					
Medical business	13,1	16,4	16,7	18	19,3
Pediatrics	4,8	6	5,7	6,3	6,5
Medical-preventive business	1,2	1,7	2	2	1,8
Stomatology	2,6	3,7	4,9	5,6	5,6
Pharmacy	2,5	4,6	6,1	6,9	7,3
Nurse business	0,5	2,1	2,9	2,5	0,7
others	-	0,5	0,3	0,4	0,4
<b>The number of students - total</b>	<b>161,8</b>	<b>166,1</b>	<b>201,2</b>	<b>216</b>	<b>218,6</b>
Including by specializations:					
Medical business	89,1	84,3	93,6	98,2	100,8
Pediatrics	35,7	30,4	31,9	33,2	33,7
Medical-preventive business	7,5	7,8	10,5	10,6	10,4
Stomatology	15,2	15,8	22,2	25,6	26,3
Pharmacy	12,8	17,2	28,7	34	35,2
Nurse business	1,5	6	12,7	12,6	10,5
others	-	4,6	1,6	1,8	1,9
<b>The number of graduated specialists - total</b>	<b>27,5</b>	<b>23,3</b>	<b>28,3</b>	<b>33,1</b>	<b>33,5</b>
Including by specializations:					
Medical business	13,6	12,6	13,4	14,4	14,5
Pediatrics	5,9	4,5	4,5	4,8	4,9
Medical-preventive business	1,4	1	1,3	1,6	1,6
Stomatology	3,4	2,4	3,5	4,4	4,4
Pharmacy	3,1	1,9	3,5	5	5,5
Nurse business	0,1	0,5	2	2,8	2,4
Others	-	0,4	0,2	0,2	0,3

**Source:** Federal State Statistic Service of Russian Federation, Ministry of health care and social development of Russia





## 1.4. Medical Equipment Outlook

### *Quantity of computer and magnetic resonance tomographs (in Russia , by areas/regions)*

According to the Direct INFO estimation, the size of installed in Russia base of computer tomographs is amounted 1700 units at of the end of 2012 in total (including private and state clinics). For MRT units the similar indicator is estimated at the level of 730 units. There were held programs of health care modernization of in Russia during 2012, for which there has been budgeted huge amount of public resources. As a result only in 2012 there have been purchased not less than 463 computer and 159 MR tomographs (these numbers include contracts for deliveries only for state healthcare institutions without taking into account private clinics, however deliveries and installation of the part of equipment will be carried out in 2013) through state tenders. The share of private medicine in the installed base is amounted about 9% for computer tomographs and about 27% for MR-imaging tomographs.

**Table 1.4.1.** Size of installed base of X-ray computer and MR-imaging tomographs by the departmental state health care institutions of the Ministry of health care and social development of Russia among regions of RF (total number of units at the end of the year)

Region	The number of X-ray computer tomographs			The number of MR-imaging tomographs		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
<b>Russian Federation</b>	<b>855</b>	<b>982</b>	<b>1104</b>	<b>377</b>	<b>358</b>	<b>375</b>
<b>Central FD</b>	<b>259</b>	<b>309</b>	<b>336</b>	<b>146</b>	<b>139</b>	<b>142</b>
Belgorodskaya region	10	9	8	6	6	1
Bryanskaya region	4	5	5	6	3	5
Vladimirskaya region	5	14	14	1	1	2
Voronezhskaya region	14	16	21	6	6	6
Ivanovskaya region	7	6	8	1	1	1
Kaluzhskaya region	9	12	12	2	3	3
Kostromskaya region	2	2	2	-	-	-
Kurskaya region	1	6	5	1	1	1
Lipetskaya region	5	6	8	2	2	3
Moskovskaya region	21	23	25	18	9	9
Orlovskaya region	-	5	5	2	1	1
Ryazanskaya region	8	10	11	4	4	4
Smolenskaya region	3	7	7	2	2	1
Tambovskaya region	3	7	6	1	2	2
Tverskaya region	5	7	7	4	5	5
Tulskaya region	10	12	14	4	4	4
Yaroslavskaya region	13	16	17	4	4	4
Moscow	139	146	161	82	85	90
<b>Northwestern FD</b>	<b>101</b>	<b>121</b>	<b>129</b>	<b>54</b>	<b>52</b>	<b>53</b>
Republic of Karelia	6	6	6	1	-	1
Republic of Komi	7	14	13	3	2	2
Archangelskaya region	7	12	12	2	2	2
including Nenetsky OA	1	1	1	-	-	-
Vologodskaya region	8	10	8	2	2	2





Region	The number of X-ray computer tomographs			The number of MR-imaging tomographs		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Kaliningradskaya region	6	6	6	1	1	1
Leningradskaya region	9	12	12	5	6	2
Musmanskaya region	8	9	8	7	5	4
Novgorodskaya region	3	4	4	1	2	2
Pskovskaya region	5	4	4	2	2	2
Saint-Petersburg	42	44	56	30	30	35
<b>Southern FO</b>	<b>74</b>	<b>85</b>	<b>85</b>	<b>30</b>	<b>23</b>	<b>21</b>
Republic of Adygea	1	2	3	-	-	1
Republic of Kalmykia	2	1	2	-	-	-
Krasnodarsky kray	27	29	36	17	6	7
Astrahanskaya region	3	3	4	1	1	1
Volgogradskaya region	12	14	13	2	2	2
Rostovskaya region	29	36	27	10	14	10
<b>North Caucasus FD</b>	<b>29</b>	<b>31</b>	<b>43</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Republic of Dagestan	7	8	12	1	1	2
Republic of Ingushetia	1	1	1	1	-	1
Republic of Kabardino-Balkaria	2	1	2	-	4	1
Republic of Karachaevo-Cherkesskaya	-	-	1	1	1	1
Republic of Northern Osetia - Alania	1	3	3	1	-	1
Republic of Chechenskaya	3	3	6	-	1	1
Stavropolsky region	15	15	18	4	2	3
<b>Privolzhsky FD</b>	<b>156</b>	<b>190</b>	<b>220</b>	<b>55</b>	<b>56</b>	<b>57</b>
Republic of Bashkortostan	23	25	29	7	8	7
Republic of Mariy El	2	2	3	1	1	1
Republic of Mordovia	5	8	11	1	1	2
Republic of Tatarstan	23	28	27	11	15	12
Republic of Udmurtiya	8	12	13	4	3	3
Republic of Chuvashskaya	13	14	14	3	3	5
Permsky region	11	11	13	2	2	2
Kirovskaya region	7	6	9	5	1	2
Nizhegorodskaya region	14	16	18	2	2	2
Orenburgskaya region	10	12	21	5	6	6
Penzenskaya region	4	9	11	2	2	4
Samarskaya region	21	25	26	6	6	5
Saratovskaya region	10	12	16	4	4	4
Ulyanovskaya region	5	10	9	2	2	2
<b>Ural FD</b>	<b>92</b>	<b>96</b>	<b>91</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>41</b>
Kurganskaya region	6	6	5	3	5	8
Sverdlovskaya region	31	33	28	7	7	8
Tumenskaya region	40	38	38	17	15	15
including: Khanty-Mansiyskiy AO - Ugra	25	19	20	8	8	7



Region	The number of X-ray computer tomographs			The number of MR-imaging tomographs		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Yamalo-Nenetsky OA	5	6	7	4	4	4
Chelyabinskaya region	15	19	20	5	5	10
<b>Siberian FD</b>	<b>91</b>	<b>95</b>	<b>114</b>	<b>35</b>	<b>26</b>	<b>27</b>
Republic of Altay	1	2	2	-	-	-
Republic of Buryatia	4	5	4	3	3	2
Republic of Tyva	1	1	1	1	1	1
Republic of Khakassia	2	2	3	-	-	-
Altay region	14	14	15	2	1	2
Zabaikalskiy region	7	7	5	1	1	1
Krasnoyarskiy kray	10	11	12	3	-	-
Irkutskaya region	15	17	20	7	4	3
Kemerovskaya region	9	9	15	5	4	4
Novosibirskaya region	14	12	16	6	5	5
Omskaya region	10	10	11	5	4	4
Tomskaya region	4	5	10	2	3	5
<b>Far Eastern FD</b>	<b>42</b>	<b>42</b>	<b>72</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>14</b>
Republic of Sakha (Yakutia)	8	8	13	3	4	4
Kamchatskiy region	2	2	2	1	1	1
Primorskiy kray	10	10	28	1	3	3
Khabarovskiy kray	8	8	11	3	5	5
Amurskaya region	2	3	7	1	1	-
Magadanskaya region	2	2	2	-	-	1
Sakhalinskaya region	8	7	7	1	-	-
Jewish AO	1	1	1	-	-	-
Chukotskiy AO	1	1	1	-	-	-

Source: Ministry of health care and social development of Russia

**Table 1.4.2.** The number of X-ray computer and MR-imaging tomographs procured for state health care institutions in 2012 by federal districts.

Federal district	X-ray computer	MR-imaging
<b>Russian Federation</b>	<b>463</b>	<b>159</b>
Far Eastern FD	24	3
Privolzhsky FD	95	28
Northwestern FD	53	16
Siberian FD	72	19
Ural FD	49	14
Central FD	123	75
Southern + North Caucasus FD	47	4

Source: the estimation of Direct INFO on the basis of state tenders results

**Table 1.4.3.** The number of private (non-state) clinics providing services of X-ray computer and MR-imaging tomography in 2012 by federal districts



Federal district	X-ray computer	MR- imaging
<b>Russian Federation</b>	<b>150</b>	<b>197</b>
Far Eastern FD	4	5
Privolzhsky FD	36	25
Northwestern FD	15	33
Siberian FD	10	22
Ural FD	11	10
Central FD	66	90
North Caucasus FD	4	8
Southern FD	4	4

**Source:** internal databases of Direct INFO



## 2. RUSSIA MEDICAL INSURANCE SYSTEM

### 2.1 Description of the Russian system of medical insurance (including laws)

#### ***•The history development, legislation regulating the health insurance system***

The history of insurance medicine of Russia is rather short. On June 2, 1912 a law was adopted in Russia which first time in history introduced insurance in case of illness. From that moment the system of insurance of working industrial enterprises came into action. It enlarged only upon large enterprises. Its coverage did not spread on workers engaged in construction, transport, trade, agriculture as well as servants and temporary workers. The law was not in force in Siberia and Middle Asia.

The health insurance companies provided allowance to their members in three cases:

- in case of illness or accidents related to working disability (from 1/2 to 2/3 of the income or family employees and from 1/4 to 1/2 for the rest);
- in case of childbirth (from 10% to 50% of the income of the working woman);
- in case of funerals (from 20-fold to 30-fold of the daily wage of the deceased).

Illness allowances were paid starting from 3-4 day. Organization of medical aid for workers, establishment of hospitals, for example, was not included in obligations of health insurance companies. Only out-patient treatment and first aid in case of unexpected illness and accidents were envisaged, expenses were carried out by entrepreneurs.

After the February Revolution the Temporary government tried to improve the acting system. Insurance in case of illness enlarged upon construction workers and craftsmen as well as on small enterprises where minimum 5 permanent workers worked. Health insurance companies were granted with the right to render aid in their medical institutions not only to family members but also to the insured themselves. However, as before, the funds of health care were made up by payments made by workers and themselves and extra payments made by entrepreneurs.

During the first months of Soviet system the health insurance companies were granted with hospitals and ambulance stations belonging to entrepreneurs. The entrepreneurs were obliged to pay money to health insurance companies for construction and enhancement of medical institutions on the basis 1 hospital bed for 100 workers and 1 labor bed for 200 working women. The health insurance companies not only paid allowances but also were engaged in organization of free of charge medical assistance rendered to workers. The health insurance companies received funds from entrepreneurs which paid insurance contributions.

The united health insurance companies established back then with rather tangible funds organized out-patient and in-patient assistance, urgent assistance and assistance during nighttime. However during the first congress of medical sanitary units (June 1918) the question of organizational merging of government and insurance medicine was raised. In February, 1919 a decree was adopted by the Council of People's Commissars on delegation of all medical part of previous health insurance companies to the People's Commissar for health, and in March, 1919 it made a decision on dissolution of health insurance companies.

During the NEP period (1921 —1923) a temporary return to elements of insurance medicine took place, however the unity of soviet healthcare was preserved at the active participation of insurance companies in organization of medical assistance rendered to the insured and the period of such organization was short.



Crisis situation occurred in Russian healthcare at the end of 80s, beginning of 90s, made us remember the history of health insurance companies in our countries and study the contemporary foreign experience of organization of medical insurance.

On June 28, 1991 a law on Medical insurance of citizens of Russian Federation was adopted in accordance to which in 1993 the system of compulsory medical insurance was introduced in the country. Despite of all imperfections the law gave start to transformation of preceding strict hierarchical model of medical assistance with administrative regulating methods of administration into a model based on social insurance. Introduction of market mechanisms: competition of producers of medical services and insurance organizations should play an important role in establishment of the new system.

The law on Medical insurance of citizens of Russian Federation consists of 5 clauses, 28 articles.

#### Clause I. General Provisions

Art. 1. Medical Insurance

Art. 2. Subjects of Medical Insurance

#### Clause II. System of Medical Insurance

Art. 3. Object of Voluntary Medical Insurance

Art. 4. Contract on Medical Insurance

Art. 5. Health Insurance Policy

Art. 6. Rights of the RF Citizens in the System of Medical Insurance

Art. 7. Rights and Obligations of Persons with no Citizenship in the System of Medical Insurance

Art. 8. Medical Insurance of the RF Citizens Abroad and Foreign Citizens in the Territory of the RF

Art. 9. Rights and Obligations of the Insured

Art. 10. Sources of Financing of the Healthcare System of the RF

Art.11. Financial Means of Government, Municipal System of Healthcare

Art. 12. Financial Means of the Government System of Compulsory Medical Insurance

Art. 13. Taxation of Means Spent on Healthcare

#### Clause III. Activity of Medical Insurance Organizations

Art. 14. Medical Insurance Organization

Art. 15. Rights and Obligations of Medical Insurance Organization

Art. 16. Issue of Licenses Granting the Right of Implementing Medical Insurance

Art. 17. Payments for Medical Insurance

Art. 18. Taxation of Medical Insurance Organizations

Art. 19. Reorganization and Dissolution of Medical Insurance Organizations

#### Clause IV. Activity of Medical Institutions in the System of Medical Insurance

Art. 20. Rights and Obligations of Medical Institutions

Art. 21. Licensing and Accreditation of Medical Institutions

Art. 22. Program of Compulsory Medical Insurance

Art. 23. Contract on Provision of Therapeutic Aid (medical services) upon Medical Insurance

Art. 24. Tariffs on Services in the System of Medical Insurance

Art. 25. Taxation of Medical Institutions

Art. 26. Regulation of Relations of Medical Insurance Subjects

#### Clause V. Regulation of Relations between the Parties in the System of CMI

Art. 27. Responsibility of Parties in the System of Medical Insurance

Art. 28. The Right of Medical Insurance Organization on Compensation of Expenses

One of the most important structures in the system of insurance is the Fund of Compulsory Medical Insurance. Funds of CMI are independent governmental financial credit organizations realizing government policy in the sphere of compulsory medical insurance. Funds of CMI are meant for accumulation of insurance payments, ensuring of financial stability of the government system of CMI and leveling of financial resources for its implementation.



The federal fund of CMI is created by the highest body of legislative power of Russia and government of the RF. Territorial funds of CMI are created by respective bodies of legislative and executive power of subjects of the Federation. Financial means of CMI funds are under governmental disposal of the Russian Federation, do not make part of the budget, other funds and are not subject to withdrawal.

### ***Organization and Financing of Compulsory Medical Insurance System in the RF.***

In accordance with the legislation of Russia CMI is governmental and common for the population. It means that the state with the help of its legislative and executive powers defines the main principles of CMI organization, establishes tariffs of contributions, scope of the insured and creates special governmental funds for accumulation of contributions for compulsory medical insurance. The commonality of CMI is the ensuring of equal guaranteed possibilities of receipt of medical assistance for all citizens within the scope established by governmental CMI programs.

The main goal of CMI is collection of insurance contributions and provision of medical assistance due to collected means to all categories of citizens on legislatively established conditions and in guaranteed amount. That is why the system of CMI should be considered from two points of view. On one side it is a consisting part of governmental system of social security along with retirement, social insurance and unemployment insurance. On the other side CMI is a financial mechanism of ensuring additional funds to the budgetary provisions for financing of healthcare and payment of medical services. It is important to note that the sphere of CMI includes only medical service rendered for the population. Compensation of wage, lost during the illness is implemented in the frames of another governmental system that is the social insurance which is not a CMI subject.

Medical service in the frames of CMI is provided in accordance with Basic and territorial programs of compulsory medical insurance developed on the level of Federation in a whole and in subject of the Federation. The Basic program of CMI of Russian citizens includes main guarantees provided in the frames of CMI. The following may be classified as such: out-patient polyclinic and in-patient assistance provided in institutions of healthcare irrespective of their organizational legal forms in case of any type of illness with the exception of those the treatment of which should be financed from the federal budget (expensive medical assistance) or budgets of the RF subjects and municipal entities (treatment in specialized dispensaries and hospitals, preferential provision of medicines, preventative care, emergency medical services, etc.).

Based on the Basic program in subjects of the RF territorial programs of CMI are elaborated the volume of provided medical services cannot be lower of the volume established by the Basic program of CMI. In practice, however, the cost of territorial programs is defined not according to criteria set in the Basic program but according to the sum of financial means collected by territorial funds for realization of CMI on the given territory of the RF region.



## 2.2 National Medical Insurance Financial Condition

### •Income-Outcome Balance

**Table 2.2.1.** General budget indicators of the Federal Fund of Obligatory Medical Insurance, billions of rubles

	2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	2013	2014
	Approved	Executed	Approved	Executed	Approved	Executed	Approved	Executed	Approved	Executed	Approved	Executed	Approved	Approved	Approved
Incomes	116	125,5	154,7	157,8	130,6	162,6	119,1	126,6	105,9	101,8	336	348,4	891,7	1 034,4	1 188,5
Expenditures	115,9	119,4	172,4	158,2	123,2	168,7	119,1	130	110,9	109,1	336	310,4	891,7	1 034,4	1 188,5
Deficit / Profit	0	6,1	-17,7	-0,4	7,4	-6,1	0	-3,5	-5	7,3	0	38	0	0	0

Source: Federal Fund of Obligatory Medical Insurance of Russian Federation

**Table 2.2.2.** Receipt and expenditure of funds of the Federal Fund of obligatory medical insurance, (millions of rubles)

Indicator	2009	2010
<b>Receipts</b>	<b>126 562</b>	<b>101 844</b>
Of them:		
taxes, insurance fees	89 825	97 095
Of them:		
insurance fees for obligatory medical insurance	-	91 028
Unified social tax	88 832	4 889
Gratuitous receipts from federal budget	37 896	4 734
<b>Expenditures</b>	<b>130 037</b>	<b>109 124</b>
Of them for:		
Subsidies for an execution of regional programs of obligatory medical insurance within the bounds of basic program of OMI	91 643	86 175
Funds of the Federal Fund of OMI which are given to the budget of the Fund of social insurance of Russian Federation for the payment of medical assistance of pregnant women and women in childbirth, monitoring children during the first year of life	17 000	17 500
Subsidies to budgets of regional funds of OMI for carrying out additional medical examination of working citizens	3 789	4 156
Subventions to budgets of regional funds of OMI for salaries of district therapists district pediatricians, doctors general doctors (family doctors), hospital nurses of relevant doctors	2	-
Subventions to budgets of regional funds of OMI for carrying out medical examination of staying in stationery institutions orphans and children being in a difficult life situations	824	796
Subsidies to budgets of regional funds of OMI for obligatory medical insurance of unemployed population (children)	3 823	-

Source: Federal Fund of Obligatory Medical Insurance of Russian Federation




**Table 2.2.3.** Receipt and expenditure of funds of regional funds of obligatory medical insurance, by regions (millions of rubles)

Region	Receipt		Expenditure	
	2009	2010	2009	2010
<b>Russian Federation</b>	<b>551 337,2</b>	<b>574 891,2</b>	<b>550 615,7</b>	<b>574 166,4</b>
<b>Central Federal District</b>	<b>169 699,4</b>	<b>177 782,1</b>	<b>166 482,6</b>	<b>176 800,7</b>
Belgorodskaya region	4 345,7	4 332,2	4 300,7	4 285,7
Bryanskaya region	3 465,7	3 429,1	3 471,3	3 408,4
Vladimirskaya region	5 399,0	5 428,9	5 453,5	5 438,6
Voronezhskaya region	6 592,9	6 669,9	6 753,9	6 715,9
Ivanovskaya region	2 759,1	2 724,0	2 755,9	2 749,7
Kaluzhskaya region	2 849,7	3 284,0	2 896,9	3 152,2
Kostromskaya region	1 880,1	2 310,6	1 883,6	2 282,4
Kurskaya region	3 216,9	3 172,8	3 250,4	3 164,5
Lipetskaya region	3 895,1	3 702,1	3 798,1	3 774,8
Moskovskaya region	31 718,1	30 107,4	28 145,7	30 560,3
Orlovskaya region	2 353,4	2 191,0	2 346,7	2 220,7
Ryazanskaya region	3 420,4	3 452,4	3 262,9	3 484,6
Smolenskaya region	3 011,8	3 083,2	2 996,3	3 063,2
Tambovskaya region	2 945,2	3 342,4	2 954,2	3 330,1
Tverskaya region	4 102,8	4 291,3	4 136,7	4 311,5
Tulskaya region	5 247,4	5 040,2	5 232,6	5 004,0
Yaroslavskaya region	4 359,2	4 536,5	4 401,5	4 499,5
Moscow	78 136,9	86 684,1	78 441,7	85 354,6
<b>Northwestern Federal District</b>	<b>56 227,9</b>	<b>62 597,4</b>	<b>57 076,4</b>	<b>62 871,0</b>
Republic of Karelia	3 155,3	3 075,3	3 224,4	3 130,1
Republic of Komi	5 433,6	6 265,4	5 396,0	6 213,4
Archangelskaya region	5 458,8	5 689,3	5 791,5	5 798,6
including Nenetsky OA	412,8	416,1	427,9	415,9
Vologodskaya region	4 203,2	4 343,9	4 263,3	4 311,3
Kaliningradskaya region	3 175,3	4 497,7	3 178,2	4 463,4
Leningradskaya region	6 846,5	7 105,9	6 811,1	7 166,7
Musmanskaya region	4 681,4	4 987,8	4 697,9	5 031,9
Novgorodskaya region	1 977,8	2 004,9	1 978,8	2 011,6
Pskovskaya region	1 824,1	1 816,5	1 817,9	1 784,7
Saint-Petersburg	19 471,9	22 810,7	19 917,3	22 959,3
<b>Southern Federal District</b>	<b>40 090,2</b>	<b>41 965,1</b>	<b>40 004,8</b>	<b>41 764,8</b>
Republic of Adygea	1 285,8	1 422,3	1 284,9	1 406,1
Republic of Kalmykia	775,2	766,4	787,5	759,8
Krasnodarsky kray	15 504,9	16 572,0	15 723,7	16 421,3
Astrahanskaya region	2 431,1	2 645,8	2 479,5	2 653,2
Volgogradskaya region	7 006,2	7 359,3	6 778,0	7 202,1
Rostovskaya region	13 087,0	13 199,3	12 951,2	13 322,3
<b>North Caucasus Federal District</b>	<b>25 691,2</b>	<b>26 248,5</b>	<b>25 952,9</b>	<b>26 518,5</b>
Republic of Dagestan	7 207,5	7 026,1	7 220,3	7 430,0
Republic of Ingushetia	1 281,3	1 279,9	935,6	1 172,0
Republic of Kabardino-Balkaria	2 262,3	2 274,1	2 266,0	2 276,9
Republic of Karachaevo-Cherkesskaya	1 468,7	1 450,2	1 477,0	1 465,3
Republic of Northern Osetia - Alania	1 754,2	1 860,6	1 971,2	1 864,5
Republic of Chechenskaya	3 626,9	4 392,5	3 713,2	4 349,7
Stavropolsky region	8 090,3	7 965,1	8 369,6	7 960,1
<b>Privolzhsky Federal District</b>	<b>105 063,3</b>	<b>108 735,5</b>	<b>106 080,5</b>	<b>109 301,5</b>
Republic of Bashkortostan	12 742,4	12 612,8	12 631,8	12 853,1





Region	Receipt		Expenditure	
	2009	2010	2009	2010
Republic of Mariy El	1 860,3	1 717,7	1 885,1	1 724,4
Republic of Mordovia	1 770,0	1 939,8	1 761,8	1 942,1
Republic of Tatarstan	17 704,6	18 706,1	17 805,7	18 684,8
Republic of Udmurtiya	7 057,4	7 187,2	7 001,6	7 044,3
Republic of Chuvashskaya	3 706,0	4 622,1	3 723,0	4 525,7
Permsky region	9 328,3	9 555,4	9 634,2	9 761,3
Kirovskaya region	4 576,0	4 499,2	4 534,3	4 688,5
Nizhegorodskaya region	12 336,6	11 913,8	12 429,9	12 050,8
Orenburgskaya region	7 087,1	7 615,8	7 035,4	7 373,2
Penzenskaya region	5 164,7	5 550,1	5 156,5	5 462,1
Samarskaya region	10 609,2	11 088,6	10 961,3	10 914,3
Saratovskaya region	6 925,2	7 668,4	7 439,1	8 074,0
Ulyanovskaya region	4 195,5	4 058,5	4 080,8	4 202,9
<b>Ural Federal District</b>	<b>47 524,9</b>	<b>48 124,9</b>	<b>48 134,0</b>	<b>48 176,0</b>
Kurganskaya region	2 978,8	2 856,0	2 801,5	2 756,2
Sverdlovskaya region	13 734,6	14 197,8	14 290,4	13 881,4
Tumenskaya region	19 466,9	19 753,2	19 783,1	19 759,8
including:				
Khanty-Mansiyskiy AO - Ugra	7 940,5	7 862,9	7 937,9	7 768,3
Yamalo-Nenetsky OA	3 464,5	3 618,5	3 403,1	3 601,0
Chelyabinskaya region	11 344,6	11 317,9	11 259,0	11 778,6
<b>Siberian Federal District</b>	<b>74 763,2</b>	<b>75 302,5</b>	<b>74 490,2</b>	<b>75 237,0</b>
Republic of Altay	869,7	937,3	871,5	955,5
Republic of Buryatia	3 589,0	3 698,5	3 612,1	3 691,8
Republic of Tyva	1 774,4	1 813,5	1 802,6	1 810,6
Republic of Khakassia	2 281,0	2 402,3	2 177,9	2 306,7
Altay region	8 779,6	8 540,5	8 448,8	8 604,6
Zabaikalskiy region	4 487,9	4 440,8	4 885,3	4 517,2
Krasnoyarskiy kray	13 601,8	13 896,3	13 709,1	13 941,8
Irkutskaya region	10 323,2	9 795,1	10 279,5	9 777,8
Kemerovskaya region	9 055,0	9 404,9	8 748,4	9 435,5
Novosibirskaya region	9 319,7	9 622,3	9 410,6	9 526,2
Omskaya region	6 345,4	6 049,3	6 174,1	6 017,3
Tomskaya region	4 336,5	4 701,7	4 370,3	4 652,0
<b>Far Eastern Federal District</b>	<b>32 277,1</b>	<b>34 135,2</b>	<b>32 394,3</b>	<b>33 496,9</b>
Republic of Sakha (Yakutia)	6 375,5	6 776,3	6 403,5	6 786,6
Kamchatskiy region	2 265,3	2 872,3	2 248,6	2 876,3
Primorskiy kray	7 695,3	8 071,6	7 826,4	7 542,3
Khabarovskiy kray	6 507,3	6 774,0	6 232,9	6 637,5
Amurskaya region	3 537,1	3 512,2	3 648,7	3 529,2
Magadanskaya region	1 080,9	1 136,2	1 078,5	1 140,7
Sakhalinskaya region	2 798,3	2 789,7	2 871,9	2 770,5
Jewish AO	693,9	718,7	704,9	726,4
Chukotskiy AO	1 323,5	1 484,2	1 378,9	1 487,4

**Source:** Federal Fund of Obligatory Medical Insurance of Russian Federation



## 2.3 Financial support of medical industry

### •Total expenditure on health

According to Rosstat for the period from January till November of 2012, value of financial investments (capital investments) in industry “Healthcare and social services providing” в отрасли “Здравоохранение и предоставление социальных услуг” has amounted 10,9 bln. rubles (including, 1,3 bln. rubles of long-range and 9,6 млрд. rubles of short-range). For the same period of 2012 into industry “Healthcare” were arrival about 82 mln. USD of foreign investments. Structure of financial support of Russian medical industry is presented in Table 2.3.1.

**Table 2.3.1.** Structure of health care financing in Russia in 2012

Name of indicator	Indicator
GDP, trillions of rubles (Federal State Statistic Service of Russian Federation data)	7,3
Health care expenditures share in % from GDP	5,4
The share of public expenditure on health (as a percentage of total expenditure)	59,9
The share of private expenditure on health (as a percentage of total expenditure)	40,1
The total government expenditure on health (as% of total annual budget)	12,7
The share of social security funds (as a percentage of total expenditure)	40,3
Share of the costs paid directly by the population (as a percentage of private expenditure)	74,7
The share of private insurance (a percentage of private expenditure)	8,1
Per capita total expenditure on health (PPP international \$)	369,0
Government spending on health per capita (at the exchange rate in U.S. dollars)	57,0
Per capita government expenditure on health (PPP international \$)	221,0

**Source:** Ministry of health care and social development of Russia, Federal Treasury of Russia, Rosstat

### •Public expenditure on health

**Table 2.3.3.** The volume of the budget allocated for the implementation of the national project "Health", bln.rubles

Year / Items of expenditures	2012	2013		2014		2015	
		Project	% to the previous year	Project	% to the previous year	Project	% to the previous year
Total, including	135,1	144,7	107,3	103,8	71,6	103,5	99,7
Improvement of organizational and financial mechanism for the Russian population of high medical	42,2	51,8	120	50,6	100	50,6	100
Purchases diagnostics and antiretroviral drugs for the prevention, detection and treatment of infected virus human immunodeficiency and hepatitis B and C	19	19,1	100,5	19,5	102,1	19,5	100
Immunization of the population	5,64	5,64	100	6,1	108,2	6,1	100
Population survey to identify tuberculosis, TB treatment, prevention	2,8	2,82	101,7	5,3	187,9	5,3	100
Improving medical care for patients with vascular disease	3,44	4,51	170,9				



Year / Items of expenditures	2012	2013		2014		2015	
		Project	% to the previous year	Project	% to the previous year	Project	% to the previous year
Improving the organization of medical care for victims of road traffic accidents (including priobretenie sanitary vehicles)	3,23	5,93	183,6	5,93	100	5,93	100
Improving the organization of cancer care to the population	6,92	6,92	100	6,92	100	6,92	100
Measures for the development of the blood service	4,2	5	119	5	100	5	100
Implementation of cash payments the district medical practitioners, district paediatricians, GPs (family) practice, nurses working with named doctors in municipal institutions *	21,72	21,1	97,1	-	-	-	-
Implementation of monetary payments to medical personnel medical stations, as well as doctors, nurses, paramedics and emergency medical care *	10,2	9,8	96,1	-	-	-	-
Additional health examinations of working citizens	4	4	100	-	-	-	-
Other	11,8	8,1	68,6	4,45	54,9	4,15	93,3

Source: Ministry of health care and social development of Russia

## 2.4 Insurance premiums

### •National Medical Insurance Fee

The premiums determined by the Federal Law of the Russian Federation of July 24, 2009 N 212-FZ "On the insurance premiums to the Pension Fund of the Russian Federation, the Social Insurance Fund of the Russian Federation, the Federal Compulsory Medical Insurance Fund and territorial funds of obligatory medical insurance."

In particular, the most important is Article 12. Insurance contributions:

1. Insurance premium rate - the amount of the premium per unit basis for calculating insurance premiums.
2. The applicable rates of insurance premiums:
  - 1) Pension Fund of the Russian Federation - 26 percent;
  - 2) the Social Insurance Fund of the Russian Federation - 2.9 percent;
  - 3) The federal Health Insurance Fund - 2.1 per cent;
  - 4) territorial mandatory health insurance funds - 3 percent.



**Table 2.4.1.** The average size of insurance premiums to the federal and regional funds OMI by federal districts and regions of Russia in 2012, rubles per person

Regions of Russian Federation	Average amount of insurance fees per month	including, to the Federal Fund of Obligatory Medical Insurance	including, to regional funds
<b>Russian Federation</b>	<b>1 190</b>	<b>490</b>	<b>700</b>
<b>Central Federal District</b>	<b>1 000</b>	<b>412</b>	<b>588</b>
Belgorodskaya region	996	410	586
Bryanskaya region	861	355	507
Vladimirskaia region	833	343	490
Voronezhskaya region	1 007	415	592
Ivanovskaya region	862	355	507
Kaluzhskaya region	1 155	476	680
Kostromskaya region	803	331	472
Kurskaya region	893	368	525
Orlovskaya region	804	331	473
Ryazanskaya region	883	364	520
Tambovskaya region	742	305	436
Tul'skaya region	981	404	577
Yaroslavskaya region	950	391	559
Moscow	2 223	915	1 308
<b>Northwestern Federal District</b>	<b>1 376</b>	<b>567</b>	<b>809</b>
Republic of Karelia	1 185	488	697
Republic of Komi	1 572	647	925
Archangelskaya region	1 360	560	800
Nenetsky OA	2 722	1 121	1 601
Vologodskaya region	1 125	463	662
Kaliningradskaya region	1 023	421	602
Leningradskaya region	1 275	525	750
Muskmanskaya region	1 716	707	1 009
Novgorodskaya region	983	405	578
Pskovskaya region	827	340	486
Saint-Petersburg	1 548	637	910
<b>Southern Federal District</b>	<b>895</b>	<b>368</b>	<b>526</b>
Republic of Adygea	796	328	468
Republic of Kalmykia	727	299	427
Krasnodarsky kray	1 125	463	662
Astrahanskaya region	926	381	545
Volgogradskaya region	898	370	528
Rostovskaya region	897	369	528



Regions of Russian Federation	Average amount of insurance fees per month	including, to the Federal Fund of Obligatory Medical Insurance	including, to regional funds
<b>North Caucasus Federal District</b>	<b>780</b>	<b>321</b>	<b>459</b>
Republic of Ingushetia	914	376	538
Republic of Kabardino-Balkaria	750	309	441
Republic of Karachaevo-Cherkesskaya	760	313	447
Republic of Northern Osetia - Alania	853	351	502
Republic of Chechenskaya	869	358	511
Stavropol'sky region	853	351	502
<b>Privolzhsky Federal District</b>	<b>925</b>	<b>381</b>	<b>544</b>
Republic of Bashkortostan	932	384	548
Republic of Mariy El	733	302	431
Republic of Mordovia	694	286	408
Republic of Tatarstan	1 062	437	625
Republic of Udmurtiya	854	352	502
Republic of Chuvashskaya	787	324	463
Permsky region	994	409	585
Kirovskaya region	813	335	478
Nizhegorodskaya region	970	399	570
Orenburgskaya region	901	371	530
Penzenskaya region	897	369	528
Samarskaya region	977	402	575
Saratovskaya region	866	357	509
Ulyanovskaya region	805	332	474
<b>Ural Federal District</b>	<b>1 969</b>	<b>811</b>	<b>1 158</b>
Kurganskaya region	799	329	470
Sverdlovskaya region	1 223	503	719
Tumenskaya region	2 413	994	1 419
Khanty-Mansiyskiy AO - Ugra	2 411	993	1 418
Yamalo-Nenetsky OA	3 850	1 585	2 265
Chelyabinskaya region	1 118	460	657
<b>Siberian Federal District</b>	<b>1 114</b>	<b>459</b>	<b>655</b>
Republic of Altay	863	355	508
Republic of Tyva	1 019	420	599
Republic of Khakassia	1 099	452	646
Altay region	770	317	453
Zabaikalskiy region	1 143	471	672
Krasnoyarskiy kray	1 353	557	796
Irkutskaya region	1 196	492	704
Kemerovskaya region	1 134	467	667
Novosibirskaya region	1 092	449	642



Regions of Russian Federation	Average amount of insurance fees per month	including, to the Federal Fund of Obligatory Medical Insurance	including, to regional funds
Omskaya region	1 018	419	599
Tomskaya region	1 293	532	761
<b>Far Eastern Federal District</b>	<b>1 922</b>	<b>791</b>	<b>1 130</b>
Republic of Sakha (Yakutia)	1 816	748	1 068
Kamchatskiy region	2 019	831	1 188
Khabarovskiy kray	1 398	576	822
Amurskaya region	1 241	511	730
Sakhalinskaya region	2 106	867	1 239
Chukotskiy AO	2 950	1 215	1 735

Source: Rosstat, Direct INFO estimations

•**Private Medical Insurance Fee**

**Table 2.4.2.** The average size of insurance premiums for voluntary health insurance, rubles per person per year

Age of insured	Average size of fees
Up to 1 year	200 000
From 1 to 5 years	120 000
From 5 to 8 years	110 000
From 8 to 18 years	55 000
From 18 to 40 years	35 000
From 40 to 50 years	55 000
From 50 to 60 years	66 000
From 60 to 70 years	82 500
Older than 70	110 000

Source: insurance companies data

**Note:** in each case, the cost of insurance can be adjusted according to the current state of health of the insured, the level of service selected health facilities, the age of the insured, the special conditions of the insured (professional risks), policies of insurance company.


**Table 2.4.3. Insurance premiums (contributions), collected by insurance companies (million rubles)**

Type of insurance	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Total on obligatory and voluntary insurance</b>	<b>775 083,0</b>	<b>954 754,2</b>	<b>979 099,3</b>	<b>1 036 677,0</b>	<b>1 269 762,8</b>
<b>Voluntary insurance - total</b>	<b>404 288,5</b>	<b>468 764,4</b>	<b>420 018,2</b>	<b>451 035,0</b>	<b>545 112,2</b>
including: personal insurance	113 160,3	128 479,6	118 404,2	140 646,4	177 285,5
Including insurance of life	22 341,7	19 229,8	16 525,5	21 320,4	34 605,8
Accident and sickness	27 632,7	34 760,1	27 531,7	33 608,1	45 786,2
medical	63 185,9	74 489,7	74 347,0	85 717,9	96 893,5
<b>Obligatory insurance - total</b>	<b>370 794,5</b>	<b>485 989,8</b>	<b>559 081,1</b>	<b>585 642,0</b>	<b>724 650,6</b>
including: personal insurance	297 084,8	405 609,3	472 079,0	492 274,2	618 873,2
Including accident insurance	6 355,2	6 861,6	6 842,8	6 656,1	7 508,6
medical	290 729,5	398 747,7	465 236,2	485 618,1	611 364,6

Source: insurance companies data





## **PART II. ORGANIZATION AND MANAGEMENT OF MEDICAL INSTITUTIONS IN RUSSIA**

### **1. Registration of Medical Institution**

#### **1.1 Procedure of Registration**

##### ***Required documents, deadlines, governmental body responsible for registration***

From the point of view of Russian legislation for opening a medical institution first of all it is necessary to register as an individual entrepreneur (IE, physical entity) or legal entity (as LLC-Limited liability company). As in the frames of the conducted research the creation of large foreign medical center is discussed the variant of registration of individual entrepreneur is out of consideration.

The procedure of registration is stipulated by the FL as of 08.08.2001 on Government registration of legal entities and individual entrepreneurs.

##### **Stage 1. Collection and Provision of Documents for Registration of Legal Entity.**

Documents which need to be submitted in case of registration of the created legal entity with simultaneous registration in tax body.

1. Passport (translation into Russian language with notarization for foreigners);
2. Notification on arrival of a foreign citizen (temporary registration in Moscow for foreigners);
3. Work permission for foreigners

4. Application signed by the applicant on governmental registration according to form P11001, approved by the Government of the Russian Federation (the first 3 pages are notarized, the rest of them are filed by the applicant, on the joint it is written "filed, numerated, full name of the applicant, signature". When filling in it is recommended to use ORDER FTS as of November 1, 2004 N SAE 3-09/16 on Methodological explanations for filling in the document forms used in case of governmental registration of legal entity and individual entrepreneur.

5. Decision on creation of a legal entity (as there is one founder, in case of 2 and more- the Protocol of General Meeting), which includes the following provisions:

- On creation of a Company (with the indication of the name and the address of the Company);
- On Capital Stock (size and the way it is formed; by means of deposition of monetary means or property);
- Share in the Capital Stock;
- Approval of the charter of the Company.
- Appointment of the position of the General Director of the Company: (passport; place of residence).

6. Approval of the sketch of the company stamp: 4 samples (1 – in the IIFTS №46, 1 stays in the organization, 1 for accumulation account, 1 for current account)

7. Founding documents of the legal entity (originals or copies certified in notarial order) – Charter – 2 samples; (in case of 2 and more founders+ founding contract- 2 copies)

8. Original of the payment commission on payment of state tax in the amount of 2000 roubles (receipt PD 4sb (tax) is the most convenient one);

9. Request for provision of the archive copy of the Charter (+founding contract, respectively)





10. Original of the payment commission on payment of the state tax in the amount of 400 roubles (BCC as for abbreviate from OSRLE) (receipt PD-4sb (tax) is the most convenient one) – for the charter;

Submission is implemented immediately by the founder or via air mail. In this case the documents will be received on the legal address of the organization.

### **Stage 2. Payment of the Capital Stock**

After submission of documents it is necessary to pay the capital stock of the Company. In case the charter stipulates payment by monetary means it is recommended to open an accumulation account in the bank and pay by via it.

### **Stage 3. Receipt of Documents**

Receipt of the document takes place approximately on the 5 working day from the day of submission (the exact date of receipt shall be indicated on the Hand receipt issued by the tax commission). Any person may receive it per power of attorney and in case of availability of the hand receipt.

### **Stage 4. Creation of the Stamp**

### **Stage 5. Registration in Social Funds**

Funds (retirement, SIF, MFCMI - territorial) – receipt of evidence of registration (may be received later). In the territorial body of statistics – receipt of Information letter (statistics code) – are also necessary for opening of a current account (copies with no verification, the given documents are issued by the IISTS):

1. Statement from Official Single Register of Legal Entities (OSRLE).
2. Certificate on state registration with Consignee Basic State Registration Number (CBRN).
3. Certificate on tax registration of the legal entity with in the personal tax reference number (PTRN).
4. Decision of the founders on modification of data regarding the legal entity.
5. Charter.

### **Stage 6. Opening of Bank Accounts**

Closure of accumulation account and opening of a current account with further notification of territorial FTAL.

As a rule, the whole procedure of registration of the legal entity takes 2-3 weeks, 9 (calendar days) of which from the day of submission of documents to IIFTS for registration and before receipt, 2-3 days are spent on creation of the stamp, 1-5 days on territorial body of statistics, Funds.

Besides standard registration of Russian legal entity, opening of a medical center has its specific requirements and peculiarities described further in the given clause.

### **Stage 7. Adherence to Specific Requirements Presented in case of Registration of Private Medical Institution**

When establishing a medical center the newly created legal entity faces the problem of definition of specific field of activity. Paid medical services may be provided to the population as preventative, diagnostic and treatment, rehabilitation, prosthetic-orthopedic and dentoprosthetic assistance.

Per the Order № 238 of the Ministry of the Public Health of the RF as of July 26, 2002 on Organization of licensed medical activity the nomenclature of works and services on rendering respective medical assistance (hereinafter referred to as nomenclature) has been approved in accordance to which specific direction of activity of the entity providing medical services is defined.



**Article 56** “Legislation basis on healthcare” establishes the following requirements to the entity engaged in private medical activity:

- Availability of higher or secondary medical education,
- Availability of certificate of a specialist,
- Availability of license.

“Provision on licensing of medical activity” approved by the decree № 499 adopted by the RF Government as of July 4, 2002 sets forth the following conditions necessary for receipt of license for rendering of medical services.

- 1) Availability of license at the applicant (licensee) belonging to him/her upon the right of property or on legal basis of respective premises.
- 2) Availability of respective organizational-technical conditions including equipment, instruments, transport and documents ensuring the use of medical technologies allowed to be used by the Ministry of Public Health of the Russian Federation.
- 3) Availability and keeping in working order the means of fire protection (fire alarm and fire suppression systems), fire fighting water supply system and required for liquidation of fire of the design margin of special means as well as availability of plan of activity of the staff in case of fire.
- 4) For legal entity besides the respective provision in charter documents certifying about possibility of rendering paid medical services among the staff it is necessary to have employees (doctors, middle medical personnel, engineers, technical workers, etc.) having higher or secondary special education and special training meeting the requirements and the type of implemented works and provided services as well as the manager of the licensee and (or) its authorized person should have higher special education and work experience in the licensed activity (according to certain types of works envisaged by the nomenclature) of minimum 5 years.
- 5) Improvement of qualification minimum once in 5 years of employees of the legal entity implementing medical activity.
- 6) The letter № 2510/4460-03-32 of the Ministry of Public health as of April 28, 2003 on Reporting of non-governmental medical institutions stipulates that the in case of licensing of medical activity it is required to include in the licensing requirements and conditions the necessity of running of registration and reporting documents according to forms approved by the Ministry of Public Health and Federal Service of State Statistics in accordance with works and services permitted to the licensee with further provision of reports within set deadlines to the administration bodies of the RF subjects of healthcare.

**Stage 8. Adherence to Requirements of Russian Federal Consumer Rights Protection and Human Health Control Service (Trade and Sanitary Control):**

- 1) In case the private medical center rents premises in a municipal medical institution it is necessary to submit an application for receipt of sanitary epidemic conclusion in accordance with works and services of the applied type of medical activity of sanitary epidemic rules and normative. If the rented or owned premises has not been used as a medical institution it is necessary to receive a conclusion on approval of placing a medical cabinet or center in it (common deadlines are 2 weeks).

Required documents:

- Tax certificates,
- Rent contract and certificate of ownership right,
- Medical card.



2) Order of sanitary expertise (physical factors, water, air, sterility washouts are compulsory) and program of productive control. Deadlines of conducting expertise from 1 week, expenses spent on conducting from 4000 Russian Roubles.

3) Conclusion of a contract with municipal services for garbage disposal, disinfecting station for disinfection, disinsectization and deratization -around 3400 Russian Roubles in a quarter.

According to the results of expertise protocols and contracts an act is executed on the basis of which the requested sanitary and epidemiological inspection report is provided which is notarized.

In case of establishment of the medical center on a new place first of all it is necessary to receive the sanitary and epidemiological inspection report on establishment and then, after another expertise, receive additional sanitary epidemiological inspection report in accordance with works and services (the fee makes approximately 1000 Russian Roubles).

### **Stage 9. Adherence to Requirements of Fire Safety Supervising Agency (Anti fire supervising agency):**

The given stage may be take place in parallel to the stage of selection of the place and establishment of the clinic. The main requirement to the premises is the availability of fire alarm system on it. If there is no fire alarm system establishment takes 1 day, the cost will be from 7000 Russian Roubles. Additional to the fire alarm system means of fire extinguishing are also installed (the extinguisher costs from 400 Russian Roubles).

Required documents:

- Tax certificates,
- Rent contract,
- Certificate of trainings about fire prevention security (1000 Russian Roubles),
- Order on fire safety,
- Instruction in case of fire,
- Evacuation plan.

Common deadlines for receipt of permission from Fire Safety Supervising Agency take around one week, expenses make up 1500 Russian Roubles.

### **1.2 Licensing system (Roszdravnadzor)**

Any medical activity needs an obligatory licensing, so, on condition of exercising all requires of all previous nine points according to FL (federal law) of 08.08.2001 “licensing of separate kinds of activities” new medical centre has to get license for medical activities before starting it’s work.

For a private clinic to get a license it is obligatory that it has the relevant apartment, list of medical equipment and staff with valid certificates. Package of documents, certifying it, must be delivered to Licensing Chamber for going through expertise, where it will be examining during 45 days.

In the licensing process accreditation of medical activity will be carried out. It is necessary to license **each** kind of medical activity which new medical centre wishes to have. The procedure of forming the package of documents and licensing itself lasts not less than a year. License is valid only for concrete address. For handing sickness certificates a clinic should get a separate license or hire a specialist who has definite certificate. During licensing period (2 months) finished, but still not open clinic **stands idle** and one should think through all expenses, taking into account this negative circumstance.

It is important to point out that if there will be X ray cabinet in a clinic, so, in this case, **before licensing period** it is necessary to get license for the sources of ionizing radiation (SIR). Medical centre has to have the project of X ray cabinet, made by licensed organization, which is agreed and licensed in



Rospotrebnadzor. According to the project all repair and ventilation works should be made and put into operation; it is obligatory to have decision of SES.

For getting it an **application on getting a license** is made to the licensing authority. The form of application is agreed by the letter of Federal Service of Health Care and Social Development Control of 27.07.2005 № 01-374/05.

It is pointed in application:

- 1) For legal persons – complete and (in case if there is any) abbreviated name and also official name and form of legal entity's incorporation of legal person, his address and sites, which an applicant decides to carry out, state registration number of creating a legal person and documents data, proving the fact of registration of information about the legal person in Official Single Register of Legal Entities;
- 2) Personal tax reference number and documents data on registration with a tax authority;
- 3) Licensing kind of activity which an applicant wishes to carry out, kind of medical activity.

Additional to the application:

- Copies of organizational documents ( together with origins in case if the accuracy of copies is not testified notarially );
- Document, testifying the payment of state tax for examining by licensing authority the application for a license;
- Copies of documents, testifying tat an applicant has a license for the rights of ownership or other legal basis of buildings, apartments, equipments and other tangible technical machines for carrying out medical activity;
- Copies of documents on education and documents, testifying work experience of the legal director or his deputy;
- Copies of documents on education of specialists that are on the staff of an applicant or hired by him for carrying out works (services – diploma, internship, residency training (if there is any), qualification training once in five years, certificate, category);
- Copies of documents on education and documents, testifying work experience of an individual entrepreneur, connected with making works (services);
- Copies of registration certificates and certificate of conformity for the necessary medical equipment;
- Copies of document on education and employees qualification carrying out maintaince of medical equipment or agreements with organization, which has such license for this kind of activity (The list of medical furniture and medical equipment – which is allowed to rent and from municipal clinics, certificates, agreements on maintaince of medical machinery, decision of meteorologists)
- Copy of the handed in correct way sanitary-epidemiological decision on relevance to the sanitary rules of the current medical activity.

Copies of all documents, which are not testified notarially, are handed together with the original. Licensing authority is not obliged to require other documents besides those, listed in the following article of FL (federal law) “About licensing of separate kinds of activities”.

Licensing authority decides whether to hand license during the period **not exceeding 45 days** from the day making application. The license is signed privately by the Director of the Committee.

Also it is necessary to add to the application the decision of Fire Safety Supervising Agency and payments receipt of 300 rubles for examining of the application. After getting license it is necessary to pay 1000 rubles of license tax.



In Appendix 1 to the report there are examples of requisites for payments (for Habarovskiy region), and also typical example for licensing of medical activity. **It is necessary in practice to use blanks of documents and requisites which are to be handed in register authority that are valid for the date of registration** (they can differ from ones in report).

### **1.3 Registration and licensing of medical equipment/IT-equipment (computered tomography scanner, magnetic resonance imaging scanner etc.)**

#### ***Peculiarities of registration of diagnosis equipment***

Medical machinery and equipment can require several kinds of registration in different official authorities and also approval of different agencies. Most common cases:

1. Custom registration of medical machinery
2. sanitary-epidemiological product registration
3. Hygienical registration and certification of medical machinery, medically-oriented parts and carrying out tests.
4. Registration of medical machinery, medically-oriented parts in the Ministry of Public Health.
5. Licensing of the production and also of maintenance of medical machinery.

The procedure of registration of the package of documents for registration of medical products – medically-oriented parts and medical machinery requires rather big expenses, time and energy. Apart from listed above there is rather popular certification of «Means of Measurement of Medical Purpose». Russian as well as foreign medical machinery is obliged to this procedure.

#### **Procedure 1. Custom registration (via specialized company)**

Nowadays Russian medical machinery market is prospering and any medical centre can buy equipment via official distributors of the leading world manufacturers. According to the contract the machinery will be carried inwards and registered in the customs by distributor. That's why there is no detailed description of the custom registration procedure. Apart from distributors a great deal of companies work in the market that carry out assistance with custom registration when registering medical machinery, medically-oriented parts that are delivered by different means of transport.

#### **Procedure 2. Sanitary-epidemiological registration (expertise)**

This type of registration can be used for medical machinery for example when using the materials, contacting with the skin of a human. Such expertise is carried out in accordance with the order «About sanitary-epidemiological product expertise». It covers:

- The order of carrying out of sanitary-epidemiological product expertise
- List of products that are obliged to sanitary-epidemiological product expertise.
- List of products that are obliged to sanitary-epidemiological product expertise in the Department of Gosepidemnadzor of the Ministry of Health of the Russian Federation.

According to this order, almost all products are obliged to this expertise and this procedure can be carried out more than once. This expertise is carried out both for machinery, produced in Russia and for imported one. This expertise is carried out both for the first appeal and after expiry date of handed earlier decision.

#### **Procedure 3. Hygienical value**

It takes place in accordance with «Instruction on the order of hygienical value of medical parts with the purpose of its registration in Russian Federation». The basis for carrying out hygienical value of medical parts is abbreviated from the decision of the specialized expert commission of the Committee on the new





medical machinery of the Ministry of Health of the Russian Federation handed to the organization-manufacturer of Russian medical part or to the company, appealed in the established order its intention to register in Russian Federation medical part of the foreign origin and containing require to carrying out hygienical value. For considering issue on carrying out hygienical value of russian medical part it is necessary:

1. Abbreviate from the decision of the specialized expert commission of the Committee on new machinery of the Ministry of Health of the Russian Federation containing require to carrying out hygienical value of the medical part;
2. Photo of medical part 13x18 or 18x24 - 1 item.
3. Statutory document for Russian medical part (GOST, OST, project TU);
4. Projects of accompanying documents (use specification, technical passport);
5. For considering issue on carrying out hygienical value of foreign medical part, apart from listed above in point 1. and point 2, the following documents are necessary:
  - Certificates on medical part, handed in country of origin;
  - Advertising illustrative materials;
  - Specification of manufacturer on operation of medical part (in Russian language);
  - Acts of sanitary-chemical, toxicological-hygienical analysis, carried out in the country of origin when registering or certifying medical part.

#### **Procedure 4. State Registration of Medical Machinery**

The state registration of medical products, equipment and machinery comprises the provision of the document package by the Applicant to the Federal Service (Roszdravnadzor) in accordance with the set list. The main documents, introduced by the foreign company, producer of the medical products, are:

- Business registration certificate of the producer company
- Certificate of compliance of the quality management system to the requirements of the national and international normative documents
- Documents, confirming the compliance of the medical product to the requirements of the normative documents

Expertise of the provided documents is conducted by the Federal Service in collaboration with the FSI "Scientific Center of the Medical Products Expertise", scientific and expert council of the medical products or other scientific centers, expert commissions and experts, authorized by the Federal Service.

Within 30 days, according to the expertise results of the provided documents and materials, the Federal Service makes the decision considering the start of the registration procedure of the stated product and defines the list of the facilities and organizations for the conduct of the studies and tests of the given medical equipment or products.

Toxicological research and technical tests are conducted by the Russian research facilities, test laboratories and centers, authorized and determined by the Federal Service.

After the decision is made about the medical product registration by the Federal Service the product license is formed. The product license is the document acknowledging the fact of the medical product state registration. Registered medical products are included in the Register.

In case there are divergencies from the requirements, providing the safety, quality, efficiency of the medical product, mismatches in the marking or the manual on the use of the medical product etc., the Federal Service suspends the action of the product license or annuls the product license for the medical product with its deletion from the Register.

After the termination of the state registration period the medical products export on the territory of the Russian Federation and the realization of the medical products in the Russian Federation is possible only in case of their reregistration by the Federal Service.



The reregistration of the medical product is carried out by the Federal Service in the following cases:

- Expiration of the validity of the product license
- Change of the producer's name
- Change of the medical product's name
- Update of the medical product

In case of the medical production registration the following documents are necessary:

- Cover letter to the Roszdravnadzor (notary certification is not required).
- Letter of attorney of the Russian company, registering the following medical production (notary certification and apostil are required).
- Registration certificate of the foreign producer of the medical production (the certification of the local chamber of commerce and apostil are required).
- Certificate of the quality management system ISO:13485 (notary certification and apostil are required)
- Act of compliance (notary certification and apostil are required).
- A package of the promotional materials (3 samples minimum).
- Data on the medical production (test protocols, the technical file, list of the used materials, etc.).

### **Procedure 5. Certification of Medical Machinery**

On the whole the certification of the production in the health-care is the guarantee of the safety and quality of the medical equipment, tools and materials. The certificates of medical machinery and equipment are given after the tests in the accredited laboratories and the compilation of the corresponding protocols. The certification of medical equipment is conducted on the basis of the RF government regulations from the 16 of August 2002 № 612 and № 613. The specification of medical products is given in the state standard of the Russian Federation GOST P 51609-2000 from 01.07.2001 "Medical products. Classification depending on the potential usage risk. General requirements".

All the equipment and medical machinery is divided into classes corresponding to the usage risk degree:

- Class 1 – low risk degree (microscopes, medical weights, sound reaction testers)
- Class 2A – medium risk degree (audiometers, laboratory equipment, lung-testers)
- Class 2B – enhanced risk degree (cardiac analyzer, plethysmographs, defibrillators and so on)
- Class 3 - high risk degree (implants, endoprosthesis, lithotripter)

In accordance with the modern international practice the medical product can be incorporated, in other words introduced at the domestic market of the state, only after the completion of the prescribed assessment procedure of the medical product's correspondence to the technical and medical safety and efficiency requirements, set in the health-care system of the state for this kind of production.


**Table 1.3.1. Summary data on the registration procedure of the medical production**

Place of compellation, routines of work, telephones, executive officers	Documents received in paper from the applicant of the function/ Documents, received through interdepartmental on-line collaboration	Period of service	Size of stamp duty
<p>Postal address: Building 1, 4 Slavyanskya Ploshad, Moscow 109074 Working schedule: Working days: from 9-00 to 18—00 (on Fridays – to 16-45), diner from 13-00 to 13-45. Reference telephones: +7(499)578-01-32 Krylova Tamara Grigorievna; +7(499)578-01-34 Komarova Tatyana Yaroslavna; <a href="mailto:komarovaTY@roszdravnadzor.ru">komarovaTY@roszdravnadzor.ru</a> +7(499)578-02-62 Popov Oleg Ivanovich; <a href="mailto:popovOI@roszdravnadzor.ru">popovOI@roszdravnadzor.ru</a> fax: +7(495) 698-39-78. E-mail: <a href="mailto:info@roszdravnadzor.ru">info@roszdravnadzor.ru</a> General reference information: +7(499)578-02-30, +7(495)698-45-38</p>	<p>Documents, submitted self-reliantly by the applicant for the license*.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Application for registration/alterations in the registration documentation for the medical products.</li> <li>2. Medical product reference data</li> <li>3. Documents, confirming the registration of the producer organization as a legal body (for foreign producers).</li> <li>4. Letter of attorney or a certified agreement copy in case the producer of the medical product is not the applicant.</li> <li>5. Documents, confirming the correspondence of the conditions of the medical product production to the legislation of the Russian Federation.</li> <li>6. Normative document project with the documents, confirming the compliance of the medical product function with its requirements, or with the technical conditions requirements or with the standards.</li> <li>7. Operation manual of the medical product.</li> <li>8. Manual project on the medical use for the registration of physiotherapeutic equipment and the reagents (sets) for diagnostics (in vitro), which are used self-reliantly by the end customer.</li> <li>9. Documents, confirming the equality or the identity of the medical product with its analogue.</li> <li>10. Results of the technical tests, safety and efficiency evaluation of the medical product.</li> </ol> <p>*Copies, without notary certification are presented together with the originals.</p> <p>Data, received by Roszdravnadzor through interdepartmental collaboration **.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Data, confirming the payment of the stamp duty.</li> <li>1. Data, concerning the legal body (individual entrepreneur), held in the Unified State Register of the legal bodies (Unified State Register of the individual entrepreneurs).</li> </ol> <p>** Documents, which the applicant can provide self-reliantly.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. The document reviewing and decision making concerning the medical product registration are carried out within 4 months of the day of document package application. The period of the document reviewing and decision making concerning the medical product registration can be prolonged by no more than 3 months.</li> <li>2. Alteration of the registration documents on the medical product, considering quality, efficiency or safety of the medical product is made by the Federal Control Service of Health- Care and Social Development during the terms, set for the medical product registration. In any other cases, including the cases concerning data introduction on a new side effect or restrictions for usage, alteration of the copyright for the medical product, its commercial name, package, alterations in the registration documentation are made within the period of no more than 1 month since the day of the document package receipt.</li> </ol>	<p>Alterations in the registration documentation of the medical product – 200 rub. Registration of the medical product – 3000 rub.;</p>





## **Procedure 6. Technical Service Licensing of Medical Machinery**

is made on the basis of the corresponding normative documents: Regulation of the Government of the Russian Federation from the 16 of August 2022 № 613 «About the confirmation of the regulation on the Technical Service Licensing of the medical machinery (excepting the cases, when the stated activity is conducted with the provision of the individual needs of the legal body or individual entrepreneur).

The lists of the medical machinery subject to Technical Service Licensing:

1. Apparatus and equipment for the traumatology and mechanotherapy.
2. Drug store equipment.
3. Balneal and hydropathic equipment.
4. Desinfectional equipment.
5. Clinical-diagnostic apparatus and tools.
6. Cosmetological equipment.
7. Medical furniture.
8. Anaesthesia-respiratory and resuscitation apparatus, apparatus and equipment.
9. Apparatus and equipment for tocology, gynecology and neonatology.
10. Apparatus and equipment for otorhinolaryngology.
11. Apparatus and equipment for ophthalmology.
12. Apparatus and equipment for radiology.
13. Apparatus and equipment for laminography.
14. Apparatus and equipment for urology and clearance ex vivo.
15. Apparatus and equipment for physiotherapy.
16. Apparatus and equipment for the functional diagnostics.
17. Laser apparatus and equipment.
18. Apparatus and equipment used in laboratory, morphological researches and in the sanitary and epidemiological profile facilities.
19. Apparatus and equipment for dentistry.
20. Apparatus and equipment for surgery and neurosurgery.
21. Acoustical apparatus.
22. Sterile equipment.
23. Endoscopic equipment.

**You can see the document package for the registration and licensing in Appendix 2 of the current report.**

### **1.4 Health Examination Center in Russia**

#### **•Number of Health Examination Center in Russia & in every area, region**

In the next part of this section, under the diagnostic center means a private clinic that offers one or several of the following medical services: computed tomography, magnetic resonance imaging, X-ray studies (mammography, fluorography, etc.), ultrasound diagnostics, and laboratory tests.



**Table 1.4.1.** The number of private diagnostic centers in Russian regions and federal districts: total (the number of legal entities), including branches (located in different locations with the parent organization), the number of centers offering CT and MRT diagnostics.

Region of RF	Number of centers (by legal entity quantity)	Number (including branches)	Including- with CT diagnostics	Including MRT diagnostics
<b>Russian Federation</b>	<b>2 821</b>	<b>5 111</b>	<b>150</b>	<b>197</b>
<b>Central FD</b>	<b>941</b>	<b>2 137</b>	<b>66</b>	<b>90</b>
Moscow	479	1 482	42	49
Moskovskaya region	162	233	7	13
Bryanskaya region	4	5	2	2
Belgorodskaya region	19	30	3	3
Vladimirskaia region	31	38	0	3
Voronezhskaya region	37	64	4	5
Ivanovskaya region	27	30	1	1
Kaluzhskaya region	21	22	1	1
Kostromskaya region	7	9	2	1
Kurskaya region	15	17	1	2
Lipetskaya region	23	58	2	3
Orlovskaya region	14	15	0	1
Ryazanskaya region	23	28	0	3
Smolenskaya region	14	14	0	0
Tambovskaya region	8	8	0	2
Tverskaya region	31	48	1	0
Tul'skaya region	14	22	0	1
Yaroslavskaya region	12	14	0	0
<b>Far Eastern FD</b>	<b>106</b>	<b>147</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Amurskaya region	20	26	0	0
Jewish AO	2	2	0	0
Kamchatskiy region	4	4	1	1
Magadanskaya region	1	1	0	0
Primorskiy kray	42	68	3	4
Republic of Sakha (Yakutia)	7	7	0	0
Sakhalinskaya region	6	9	0	0
Khabarovskiy kray	24	30	0	0
<b>Privolzhskiy FD</b>	<b>524</b>	<b>849</b>	<b>36</b>	<b>25</b>
Kirovskaya region	26	60	5	3
Nizhegorodskaya region	78	142	3	3
Orenburgskaya region	12	28	0	0
Penzenskaya region	21	33	1	1
Permskiy region	61	102	5	2
Republic of Bashkortostan	47	75	2	0
Republic of Mariy El	5	6	0	0
Republic of Mordovia	7	11	0	0
Republic of Tatarstan	98	136	5	6
Samarskaya region	78	136	5	4
Saratovskaya region	39	50	5	3



Region of RF	Number of centers (by legal entity quantity)	Number (including branches)	Including- with CT diagnostics	Including MRT diagnostics
Republic of Udmurtiya	17	27	2	1
Ulyanovskaya region	16	19	1	2
Republic of Chuvashskaya	19	24	2	0
<b>North Western FD</b>	<b>377</b>	<b>680</b>	<b>15</b>	<b>33</b>
Archangelskaya region	16	18	0	1
Vologodskaya region	28	42	0	0
Kaliningradskaya region	19	40	0	3
Leningradskaya region	17	28	0	1
Musmanskaya region	11	12	0	0
Nenetskiy AO	1	5	0	0
Novgorodskaya region	13	17	0	0
Pskovskaya region	9	9	0	1
Republic of Karelia	6	7	0	0
Republic of Komi	18	30	0	0
Sankt-Peterburg	239	472	15	27
<b>North Caucasian FD</b>	<b>90</b>	<b>98</b>	<b>4</b>	<b>8</b>
Republic of Kabardino-Balkaria	21	25	1	3
Republic of Karachaevo-Cherkesskaya	4	4	0	1
Republic of Dagestan	16	16	1	1
Republic of Ingushetia	1	1	0	0
Republic of North Osetia (Alania)	5	5	0	0
Stavropolsky region	41	45	2	3
Republic of Chechenskaya	2	2	0	0
<b>Siberian FD</b>	<b>392</b>	<b>590</b>	<b>10</b>	<b>22</b>
Altay region	36	55	0	5
Zabaikalskiy region	5	5	0	1
Irkutskaya region	30	40	0	1
Kemerovskaya region	45	118	0	2
Krasnoyarskiy kray	75	90	6	3
Novosibirskaya region	121	172	1	2
Omskaya region	37	41	2	4
Republic of Buryatia	11	18	1	2
Republic of Khakassia	8	8	0	1
Tomskaya region	24	43	0	1
<b>Ural FD</b>	<b>228</b>	<b>337</b>	<b>11</b>	<b>10</b>
Kurganskaya region	7	8	1	0
Sverdlovskaya region	69	110	5	4
Tumenskaya region	45	58	3	2
Khanty-Mansiyskiy AO	18	30	0	1
Chelyabinskaya region	87	128	2	3
Yamalo-Nenetskiy OA	2	3	0	0
<b>Southern FD</b>	<b>163</b>	<b>273</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
Astrahanskaya region	16	18	1	1



Region of RF	Number of centers (by legal entity quantity)	Number (including branches)	Including- with CT diagnostics	Including MRT diagnostics
Volgogradskaya region	28	42	0	0
Krasnodarsky kray	58	133	3	2
Republic of Adygea	8	8	0	0
Rostovskaya region	53	72	0	1

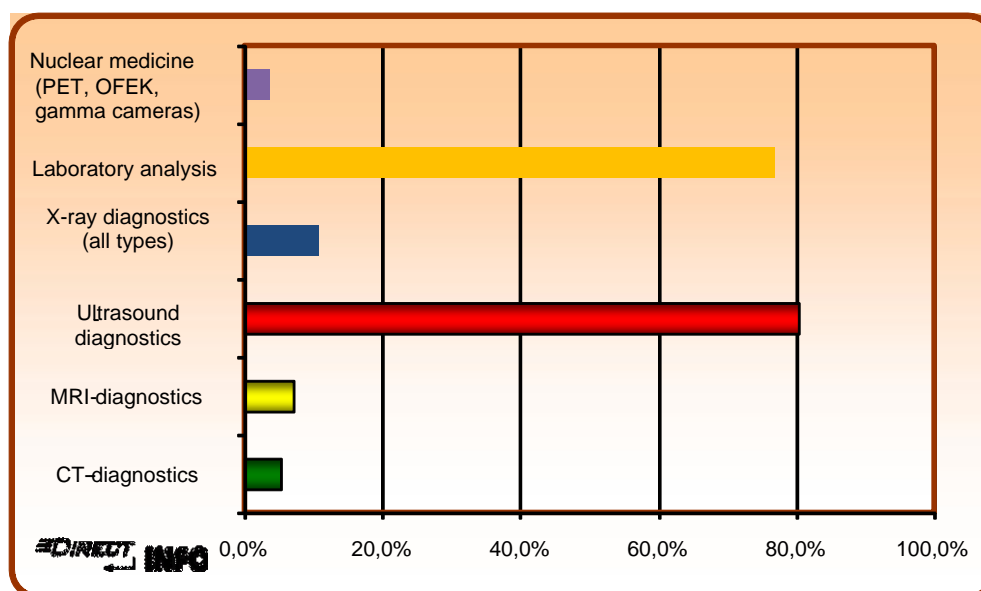
Source: internal databases of Direct INFO, open sources

• **Aggregated Information on medical centers**

**Table 1.4.2.** The number of private diagnostic centers in Russia for various medical diagnostic services (number of legal entities, one center can have more than one type of service)

Виды диагностических услуг	Number of centers that are offer such services	% from total number of centers
CT-diagnostics	150	5,3%
MRT diagnostics	197	7,0%
Ultrasound diagnostics	2 269	80,4%
X-ray diagnostics (all types)	301	10,7%
Laboratory analysis	2 167	76,8%
Others (PET, SPECT, gamma cameras, lithotriptors)	102	3,6%

Source: internal databases of Direct INFO, open sources



**Figure 1.4.1.** Share of private diagnostic centres providing different types of services



## 2. THE ACTIVITIES OF FOREIGN MEDICAL CENTERS IN RUSSIA

### 2.1 Legal regulation, penetration barriers on the market of Russia

High-tech services of computer and magnetic resonance imaging are offered across Russia by over a hundred and a half private medical centers. They all have strong competition with quite well-equipped (within the framework of modernization of health care services) state and departmental hospitals and clinics that provide paid services officially and in some cases by shady schemes. In addition to direct and indirect competition with other private and public clinics any newly organized medical center potentially will be forced to face a number of difficulties (many of which are typical for Russia and absent in other countries), as described below,

#### **Obstacles:**

##### **1. Licensing activities of the clinic:**

- Non-renewal of licenses at the expiration of the 5-year period by its re-registration, in accordance with the Federal Law № 128-FL from 08.08.2001 "About licensing certain types of activities" and a court decision on the legality of license renewal by rescheduling.
- The impossibility to fulfill the full range of requirements of Government Decree № 30 from 22.01.2007 "Regulations on licensing of medical activities."
- Lack of Federal Regulations for licensing of medical activities.
- The procedure of licensing of medical activity can take up to 1.5 years.
- Companies with foreign capital of over 20% can not be considered small or medium business, even being so.
- Quotations for foreign employees.

##### **2. Licensing of foreign doctors:**

- Foreign diplomas and certificates nostrification (can take up to 1 year)
- Passage of a special examination to confirm the degree of foreign doctors.

*Employment.* Russian legislation on medical practice and the labor laws impose doctors performing medical activities in Russia, a number of special requirements, described in more details in the following section 2.2. A doctor should be allowed for medical activities only with a certain professional education. Regarding this, foreign doctors who have foreign qualification, must carry out the procedure of recognition of the document from Russia's side and establish its equivalence to Russian educational documents. Otherwise it will be difficult to confirm that the foreign medical education qualification matches. If the foreign doctor lacks necessary education, an employment contract with him is terminated by virtue of paragraph 11 of Section 77 of the Labour Code of Russia (LC RF) – due to the violation of the rules established by the federal law of employment contracts.

*Financial, consumer and social ensuring.* Foreign Citizens Act imposes a duty of material, medical and housing ensuring for foreign citizens temporarily residing in the territory of Russia on the inviting side (i.e., the medical center). This obligation has a guarantee character. This means that inviting party should not necessarily provide a foreign citizen with housing, livelihoods and health insurance. This guarantee is designed to provide these benefits to foreigner when he could not get them on his own for whatever reason.

*Social insurance.* In the Russian Federation, the amounts of payments and other benefits under the employment contract in favor of a foreign citizen temporarily residing in Russia, are not subject to contributions to the Pension Fund of the Russian Federation, the Social Insurance Fund of the Russian Federation, the Federal Compulsory Medical Insurance Fund and territorial funds of obligatory medical insurance. In this regard, foreign experts, temporarily residing in Russia, are not subject to compulsory



social insurance, including pension insurance, insurance for temporary disability and pregnancy, and medical insurance. The only exception is:

- Insurance against Accidents at Work
- Insurance against professional diseases

*Taxation.* The main feature of the income tax for foreign doctors is associated with the ability to change their tax status (resident or non-resident of the Russian Federation), depending on the actual period of stay of person in Russia. Additional features are due to the content of the agreements between Russia and the specific foreign countries, contained in international agreements on the avoidance of double taxation.

### 3. Branch obstacles:

- Unwillingness of Russians to refuse free medicine.
- High competition in the industry of "elite" medicine (fight for each client). An important role is played by a combination of price and service levels offered by health care providers.

### 4. Price obstacles:

- Difficulties in forming the middle price segment
- High costs for the organization of the medical center
- Competition with governmental and departmental institutions (the price of their services is formed based on the public's willingness to pay a certain amount for a service, rather than the real value, because they do not need to pay back the investment in equipment cost).

### 6. Administrative barriers:

- Obstacles from the side of authorities performing fire control. During scheduled checks of fire safety in clinics offering medical practice, they require from employers to develop and approve the newly introduced by the new law declaration of fire safety of the facility, giving an ambiguous hints of troubles in case of its absence. Fire safety of these objects during checking has no comments. Development of the declaration is a daunting task for people with a medical background. Medical Center has to use outsourcing services that increases non-core costs.
- Hindrances from the side of the monopoly companies that supply electricity. Such organizations force entrepreneurs, occupying industrial (non-residential) premises, transferred from the living, to carry out calculations for the consumed electricity and heat in cash twice a month. After making payment it is necessary to present the invoice to the office of supplying companies, which actually results an additional time-consuming. In this case, the resulting bill is payable within three days of receipt, in the opposite case, the delay causes the organization switching off from the heat and electric power.

**Note:** in the real world of business in Russia it is not necessary that the described barriers will arise, but if having information about potential complications, it is possible to minimize the risks of their occurrence timely.

## 2.2 Medical License Acquisition Procedure

**•Certification of foreign doctors. A license interchange (possibility of obtaining the Russian license of the doctor on the basis of available Korean or American)**

Currently, the main document governing the admission of foreign experts for professional work in the Russian Federation, is a Government Decree № 119 of 07.02.1995, the (new version - Decision № 49 of 01.02.2005). According to this document, persons with medical and pharmaceutical training in foreign countries can be admitted to the profession activity in Russia under three conditions:

1. Federal education authorities together with Russian Healthcare Supervision authority (RHSa) shall establish the equivalence of education.





2. Medic-foreigner must pass special examinations in educational healthcare institutions of Russian Federation.
3. Get a license for medical or pharmaceutical activity of different types, which are defined by RHSa in due course

Thus, the entire procedure can be divided into three stages:

### **Stage 1. Nostrification of the documents**

Nostrification procedure includes:

- passing of a number of tests to establish the authenticity of the document performed by Federal State-financed Scientific Institution (FSFSI) "Glaveksperttsentr"
- registration of a foreign certificate of education in the Ministry of Education and Science of Russian Federation.

Preparation for registration consists of three stages:

1. **Checking of the authenticity of the public form of the education or academic degree**
  - verification of the document in accordance to the list of characteristics of the country, the criterion C - country (Country)
  - verification of the document by U criteria – educational institution (University), should be recognized by the competent authorities of a foreign state;
  - verification of the document by D criteria - Diploma (Diploma), the recognition of the document in the country of issue.
2. **Checking the legality of the form of education or academic status.**
  - checking education validity in educational institution by the request-response form;
  - verification of legality to start studies, learning and receiving the document on educational qualification or academic degree;
  - checking the period of study and assignment of educational qualifications in accordance with the laws of a foreign country.
3. **The establishing of correspondence between educational qualifications of a foreign state and education qualification of the Russian Federation.**
  - examination of educational qualifications;
  - examination of the specialty;
  - examination of specialization;
  - examination of academic and civil rights;

Registration in the Ministry of Education and Science of Russian Federation Data Base is based on the results of the tests and examinations mentioned above, then the next step is an assignment of the state registration number that recognizes the authenticity of the document and its foreign equivalent to Russian documents on the date of issue, and also obtainment of an equivalence certificate.

### **Stage 2. Professional certificate issue to persons who have received medical or pharmaceutical education in foreign countries**

Place of access, operating schedule, telephones, responsible persons.	Documents obtained in hard copy from the applicant / Documents received electronically through interagency electronic interaction	Terms of services
	<b>Stamp tax is not charged. Documents to be submitted by the applicant on their own:</b>	
Mailing address: Slavyanskaya square, 4, Building 1, Moscow, 109074. Hours: Monday to Friday from 10-00 to 16-00. Lunch break from	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Application form;</li> <li>• A copy of the document identifying the person (passport);</li> <li>• A copy of a document confirming the change of name, or last name - in case of a change of surname,</li> </ul>	<b>Referrals</b> for passing a special exam - 30 calendar days  <b>Denial of access</b> to the



13-00 to 14-00. For more information call: +7 (499) 578-01-78 Gulshina Valeriya	name and patronymic of the applicant; • A copy of the certificate of education (copy of diploma of education (with the application); • Copies of postgraduate education and the previously issued certificates and certificates; • A copy of inquiries or training programs for postgraduate education; • A copy of a document containing information on the work history in the specialty (employment history, or document it replaces) • 4x6 cm photos in black and white, matte, without bracket (2 pieces).	profession activity - 30 calendar days.
<a href="mailto:info@roszdravnadzor.ru">E-mail: info@roszdravnadzor.ru</a> . General inquiries: +7 (499) 578-02-30	<b>The information obtained by RHSa through interagency cooperation:</b>	
	• Information on equivalence of higher or secondary education, which was obtained in a foreign country.	

Confirmation of postgraduate education is conducted in the form of a test or exam. According to examination or test results RHSa issues a document that the diploma degree of passing internship (traineeship) is equivalent to a Russian diploma.

List of educational institutions, where the special examinations for persons who received medical education abroad (Far Eastern Federal District) take place:

- «Institute of Advanced Training of health professionals»
- «Far Eastern State Medical University»

### Stage 3. Getting permission to work in Russia (if successfully completed the exam)

The list of documents that must be submitted to RHSa for admission to the professional activity:

1. Citizen's application, claiming the right to engage in the medical and pharmaceutical activities in the Russian Federation;
2. A notarized copy of the passport. If required, to prepare a notarized translation into Russian. Important to pay attention to the press: it should also be translated into Russian;
3. Notarized copy of the certificate of education (diploma). If required, to prepare a notarized translation of the document into Russian;
4. A notarized copy of the document about passing of post-graduate education (internship, traineeship). If required, to prepare a notarized translation of the document into Russian;
5. A notarized copy of the letter of the Federal Service for Supervision in Education and Science of the equivalence of the education;
6. Notarized copy of the work book. If required, to prepare a notarized translation of the document into Russian;
7. Two photos of black / white, matte, with no corners. 4 x 6 cm

## 2.3 Experience of opening medical centers in Russia with the participation of foreign capital

### •American Medical Center

Today, the American Medical Clinic (AMC), located in St. Petersburg, is one of Russia's largest multi-disciplinary foreign medical centers, combining its work polyclinic and hospital activities - services are provided in 60 health directions. Medical Center opened to patients 24/7/365. The staff speaks English, German, Spanish, French, Arabic and Japanese.





AMC was established in 1993 with the support of the City Hall and the U.S. Consulate. Medical Center was opened by American investors, focusing on their countrymen (and also managers of companies with foreign capital), which were in the days to come, not only as tourists but also for longer terms - to work and live. All the first years of the clinic there was an American director and English-speaking doctors, American or British nurses. However, the hospital immediately began to help not only and not just foreigners, but the Russian patients who subsequently became more and more. Successfully developing, the clinic became a network of medical centers in large cities (Moscow, St. Petersburg, Kiev and Prague). In 2002, the American owners have decided to sell its network of health centers. In St. Petersburg the hospital was acquired by "Adamant" company.

At the time of the clinic sale there were problems with the change of the name. The clinic was originally called the "American Medical Center", an abbreviation for the Latin letters "AMC", the abbreviation has been retained, but some changes had to be made in the name of the clinic, and was named in place of the American Medical Center (Center) - American Medical Clinic (Clinic). Rebranding was held in connection with the change of name.

Through the investment of "Adamant" company, the clinic was able to greatly expand its capabilities. Before this center was a small polyclinic department. And in the early 2000s, there appeared stationary, operating the most modern diagnostic equipment (X-ray, Ultrasound diagnostics, endoscopic equipment).

In 2005, the power of the American Medical Clinic was increased twice. The clinic began to occupy three floors. First of all, there was expanded a dental office. In August 2005, AMC opened the most modern emergency and intensive care departments in the city, the creation of which was an important strategic task for the clinic. At the same time there was opened a second operating room and increased the number of beds in the hospital room, which allowed the American Medical Clinic to ensure its patients the level of surgical care, in no way inferior to the European. In addition, in the same year on the basis of the American Medical Clinic there began to operate a modern branch of cosmetology and aesthetic surgery, allocated in a separate direction - American Beauty Center. Children's hospital (one of the best in St. Petersburg) was equipped and created its own pharmacy. In subsequent years, the company also did not stand still. In November 2007, there was opened a private ambulance and emergency room (apartment) M24, which experts are ready to come and help adults and children in crisis.

Since the opening of the medical institution in 2003 there has been invested at least \$ 4.5 million in its organization and development. Now company occupies three floors of the building on the embankment of Moyka, 78, bought as the property.

### **Services provided at the time of foundation of the clinic:**

- Hour emergency room
- Emergency care
- Endovideosurgery
- Obstetrics and Gynecology
- Pediatrics
- Visit of the doctor at home
- Homeopathy
- Vaccinations
- Laboratory services
- Hormonal studies
- Diagnosis
- Cardiac Diagnosis (veloergometry, monitoring)
- X-rays
- Cardiologist
- Urologist



- surgeon
- optometrist
- ENT
- Comfortable House
- Medical evacuation in Russia and abroad
- Dentistry

**Source:** backup copy of the site

**Services provided to date:**

- Emergency department
- Multidisciplinary Clinic
- Gynecology
- Urology
- Pediatrics
- Cardiology
- Otolaryngology
- Ophthalmology
- Laboratory
- Diagnostic Department
- Dentistry
- The hospital surgical department
- Department of Plastic Surgery
- Surgical Trauma and Orthopedics
- Department of Intensive Care
- Emergency room

**Aggregated information about foreign medical centers**

**Table 2.3.1.** The list of major medical centers with foreign capital operating in the Russian Federation

Center Name	City	Information
EMC	Moscow	European Medical Center. Founded in 1989. The largest network of medical institutions in Moscow
International SOS	Moscow	Medical organization, founded in 1990. Specializes in consulting and first aid.
MEDSI (american hospital group)	Moscow, Barnaul, Bryansk, Volgograd, Kazan, Nizhny Novgorod, Nizhnevartovsk, Nyagan, Perm, Ryazan, Yuzhno-Sakhalinsk	Network of healthcare organizations, founded in 1957. JSC Company Group "Medsi" - the leader of private medicine in Russia, the country's largest private network of federal health care facilities, providing a full range of services for the prevention, diagnosis and treatment.
American Medical Clinic	St. Petersburg	Since 1993, is a large polyclinic and hospital complex, which provides medical assistance in more than 60 directions.
Norwegian Medical Center	St. Petersburg	The clinic provides routine treatment
German Family Clinic	St. Petersburg	German Family Clinic in St. Petersburg established by Heinrich Schneider.
European Institute of Health	St. Petersburg	The clinic provides routine treatment
Chinese Center	St. Petersburg	The clinic provides routine treatment
Scandinavia	St. Petersburg	Discovery - the beginning of 2004. Among its founders - the owners of the Scandinavian network of clinics AVA. Controlling stockholder clinic "Scandinavia" - the Finnish company "Skanfert"



Center Name	City	Information
Center of Oriental Medicine in Hamburg	St. Petersburg	The clinic provides routine treatment
AVA-Peter	St. Petersburg	Founded - 1987 in Tampere, Finland. When the center-based Tampereen Gynecologikeskus, opened the first clinic of the future network AVA
Swiss-Med	Moscow	Swiss SWISSMED Medical Center is a multidisciplinary premium class medical center, offering a full range of diagnostic, therapeutic, surgical, inpatient, rehabilitation and restoration, and aesthetic services
Schoen Clinic Ailbeck	St. Petersburg	German Nephrology Clinic
Medem	St. Petersburg	International Clinic MEDEM - modern multidisciplinary premium class clinic, providing adults and children a full range of medical services.

## 2.4 Wage level

### •Medical Team (Doctor, Nurse) Average Salary in Russia & in Khabarovsk

Comparison of salaries of medical personnel in Russian cities with similar data in the Khabarovsk region shows that salaries in the Khabarovsk region generally below average. The difference of the minimum wage on average by position is 1.2 times the average wage level in the Khabarovsk region in less than 1.6 times the national average, and if we consider the maximum salaries of medical personnel, it is in the Khabarovsk region have less than the average of 1,8 times. For a more accurate comparison it is needed to compare requirements for candidates for position and the medical specialties.

Detailed information about salaries for different positions and medical specialties is represented in Tables 2.4.1., 2.4.2 and 2.4.3.

**Table 2.4.1.** Average level and range of salary for medical staff of hospitals in large cities of Russia

Position / Specialty	Minimum	Average	Maximum
obstetrician-gynecologist	25 000	35 000	110 000
anesthetist-resuscitator	27 000	44 000	110 000
doctor ultrasound diagnostic	27 000	35 000	95 000
doctor functional diagnostics	17 000	27 000	40 000
physician assistant	12 000	29 750	43 000
radiologist	17 000	33 000	62 000
urologist	27 000	37 500	90 000
gastroenterologist	17 000	34 500	50 000
dermatologist	20 000	44 500	67 000
cardiologist	22 000	32 500	45 000
beautician	17 000	52 000	160 000
otolaryngologist	12 000	37 000	65 000
chiropractor	22 000	37 000	85 000
neurologist (neurologist)	22 000	36 000	60 000
Oncologist / mammalogist	17 000	31 500	60 000
ophthalmologist	17 000	31 500	50 000
pediatrician	22 000	34 500	60 000
pulmonologist	22 000	33 500	40 000



Position / Specialty	Minimum	Average	Maximum
therapist	22 000	35 000	70 000
orthopedic trauma	22 000	34 500	60 000
surgeon	17 000	42 000	60 000
endocrinologist	17 000	36 000	76 000

Source: data of recruiting agencies

**Table 2.4.2.** Average level and range of salary for office staff of hospitals in Khabarovskiy kray

Position / Specialty	Minimum	Average	Maximum
obstetrician-gynecologist	17 000	22 000	50 000
anesthetist-resuscitator	15 000	20 000	27 000
doctor ultrasound diagnostic	15 000	20 000	40 000
doctor functional diagnostics	15 000	18 000	35 000
physician assistant	15 000	20 000	30 000
radiologist	20 000	25 000	30 000
urologist	18 000	25 000	50 000
gastroenterologist	16 000	23 000	30 000
dermatologist	20 000	25 000	40 000
cardiologist	25 000	30 000	50 000
beautician	30 000	40 000	60 000
otolaryngologist	13 000	17 000	30 000
chiropractor	12 000	20 000	35 000
neurologist (neurologist)	14 000	25 000	40 000
Oncologist / mammalogist	20 000	25 000	50 000
ophthalmologist	15 000	20 000	40 000
pediatrician	15 000	20 000	50 000
pulmonologist	12 000	17 000	25 000
therapist	15 000	20 000	50 000
orthopedic trauma	15 000	20 000	50 000
surgeon	20 000	25 000	60 000
endocrinologist	16 000	23 000	35 000
nurse	8 000	10 000	15 000

Source: data of recruiting agencies

**Table 2.4.3.** Forecast for 2013 on level of salary of medical staff in **private clinics** of large cities of Russia

Position / Specialty	Minimum		Average		Maximum	
	from	to	from	to	from	to
obstetrician-gynecologist	12 500	34 500	34 500	84 000	84 000	128 000
anesthetist-resuscitator	29 000	37 800	37 800	57 600	57 600	128 000
doctor SPL	29 000	40 000	40 000	67 500	67 500	111 500
doctor FD	18 000	23 500	23 500	34 500	34 500	51 000
physician assistant	12 500	26 800	26 800	37 250	37 250	54 300
radiologist	18 000	34 500	34 500	56 500	56 500	75 200
urologist	29 000	32 300	32 300	48 800	48 800	106 000
gastroenterologist	18 000	29 000	29 000	45 500	45 500	62 000
dermatologist	21 300	40 000	40 000	56 500	56 500	80 700
branch manager	34 500	51 000	51 000	78 500	78 500	117 000



Position / Specialty	Minimum		Average		Maximum	
	from	to	from	to	from	to
cardiologist	23 500	29 550	29 550	40 550	40 550	56 500
beautician	18 000	40 000	40 000	73 000	73 000	183 000
ENT	12 500	29 000	29 000	51 000	51 000	78 500
chiropractor	23 500	29 000	29 000	51 000	51 000	100 500
neurologist (neurologist)	23 500	29 000	29 000	48 800	48 800	73 000
Oncologist / mammalogist	29 000	34 500	34 500	51 000	51 000	73 000
ophthalmologist	18 000	26 800	26 800	41 100	41 100	62 000
pediatrician	23 500	31 200	31 200	43 300	43 300	73 000
pulmonologist	23 500	32 300	32 300	40 000	40 000	51 000
therapist	23 500	33 400	33 400	42 200	42 200	84 000
orthopedic trauma	23 500	31 200	31 200	43 300	43 300	73 000
surgeon	18 000	34 500	34 500	56 500	56 500	73 000
endocrinologist	18 000	29 000	29 000	48 800	48 800	90 600

Source: data of recruiting agencies

#### •Office Worker Average Salary in Russia & in Khabarovs

Comparison of salaries of office employees of hospitals in major Russian cities with similar data in the Khabarovsk region shows that this category of staff salaries in the Khabarovsk region generally below average. The difference of the minimum wage on average by position as well as for the medical staff is 1.2 times the average wage level of the administrative staff of hospitals in the Khabarovsk region in less than 1.4 times the national average, and if we consider the maximum salary of employees in this category, it is in the Khabarovsk region have less average 1.9 times. For a more accurate comparison it is needed to compare requirements for candidates for position and the medical specialties.

Detailed information about salaries for different positions of administrative staff is presented in Tables 2.4.4., 2.4.5 и 2.4.6.

**Table 2.4.4.** Average level and range of salary for office staff of hospitals in large cities of Russia

Position	Minimum	Average	Maximum
Operator	10 000	25 000	35 000
Cleaning	8 000	16 000	20 000
Administrator on reception	15 000	25 000	35 000
Secretary	15 000	23 000	50 000
Clinics administrator	25 000	35 000	60 000
HR-manager	20 000	30 000	70 000

Source: data of recruiting agencies


**Table 2.4.5.** Average level and range of salary for office staff of hospitals in Khabarovskiy kray

Position	Minimum	Average	Maximum
Operator	7 000	15 000	18 000
Cleaning	6 000	14 000	16 000
Administrator on reception	12 000	15 000	18 000
Secretary	15 000	18 000	25 000
Clinics administrator	20 000	23 000	30 000
HR-manager	23 000	27 000	35 000

Source: data of recruiting agencies

**Table 2.4.6.** Forecast for 2013 on level of salary of managing and administrative staff in **private clinics** of large cities of Russia

Position	Minimum		Average		Maximum	
	from	to	from	to	from	to
<b>Managing staff</b>						
General manager	58 000	100 900	100 900	147 100	147 100	300 000
Executive director	36 000	63 500	63 500	96 500	96 500	168 000
Head doctor	25 000	54 150	54 150	83 850	83 850	124 000
Division manager	19 500	36 000	36 000	63 500	63 500	102 000
<b>Administrative staff</b>						
Administrator of medical center	18 000	23 000	23 000	35 000	35 000	55 000

Source: data of recruiting agencies



## ПРИЛОЖЕНИЕ 1. EXAMPLE STATEMENT AND PROPS AT REGISTRATION LICENSES FOR MEDICAL ACTIVITY

**Note:** because all neede document must be filled on Russian, current statement **is not translated** and attached for references of Russian-speaking employees

Регистрационный номер: ЛО-27-  
заполняет лицензирующий орган

### ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ

Настоящим удостоверяется, что «\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ года соискатель лицензии

*наименование юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя*

представил, а лицензирующий орган – отдел лицензирования министерства здравоохранения Хабаровского края принял от соискателя лицензии следующие документы:

№ п/п	Наименование документа	Количество листов	Дополнительно представлено
1	Заявление о предоставлении лицензии		
2	Приложения к заявлению:		
2.1	Копии учредительных документов юридического лица, засвидетельствованные в нотариальном порядке		
2.2	Документ, подтверждающий уплату государственной пошлины за предоставление лицензии (2600 руб.)		
2.3	Копии документов, перечень которых определен Положением о лицензировании медицинской деятельности и которые свидетельствуют о соответствии соискателя лицензии лицензионным требованиям, including документов, наличие которых при осуществлении лицензируемого вида деятельности предусмотрено федеральными законами:		
2.3.1	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или ином законном основании зданий, помещений, оборудования и другого материально-технического оснащения, необходимых для осуществления медицинской деятельности		
2.3.2	Копии документов об образовании (послевузовском профессиональном образовании, повышении квалификации) и документов, подтверждающих стаж работы руководителя юридического лица или его заместителя		
2.3.3	Копии документов об образовании (послевузовском, дополнительном профессиональном образовании, повышении квалификации) специалистов, состоящих в штате соискателя лицензии или привлекаемых им на законном основании для осуществления работ (услуг)		





2.3.4	Копии документов об образовании (послевузовском, дополнительном профессиональном образовании, повышении квалификации) и документов, подтверждающих стаж работы индивидуального предпринимателя, связанный с выполнением работ (услуг)		
2.3.5	Копии документов об образовании и квалификации работников соискателя лицензии, осуществляющих техническое обслуживание медицинской техники, или договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление этого вида деятельности		
3	Доверенность на лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица / индивидуального предпринимателя		

\* - Копии документов, не заверенные нотариусом, представляются с предъявлением оригинала

Документы принял:

\_\_\_\_\_  
*(должность сотрудника)*

\_\_\_\_\_  
*(Фамилия, Имя, Отчество)*

\_\_\_\_\_  
*(подпись)*

М.П.

Документы сдал:

Руководитель организации заявителя /  
 индивидуальный предприниматель:

\_\_\_\_\_  
*(Фамилия, Имя, Отчество)*

Представитель соискателя лицензии  
 по доверенности:

\_\_\_\_\_  
*(Фамилия, Имя, Отчество)*

\_\_\_\_\_  
*(номер доверенности и дата выдачи)*

\_\_\_\_\_  
*(подпись)*

М.П.

#### РЕКВИЗИТЫ ДЛЯ УПЛАТЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОШЛИНЫ:

КБК 06010807081011000110

ИНН 2721026023

КПП 272101001

Получатель платежа УФК по Хабаровскому краю (министерство здравоохранения Хабаровского края)

Банк получателя ГРКЦ ГУ Банка России по Хабаровскому краю

г. Хабаровск

Расчетный счет 401018103000000010001

БИК 040813001

ОКАТО 08401000000

Назначение платежа: госпошлина за лицензирование (указать вид деятельности)





## APPENDIX 2 LIST OF THE DOCUMENTS

**The list of the documents, necessary for the registration of the medical machinery of the foreign production:**

- Catalog – 2 copies\
- Application – 1 copy in every file.\*
- Comparative table of the main specifications of the registered product with its analog (If there's no table, the products are directed for the clinical tests, thus consistently increasing the registration cost). It is an inherent part of the application (formed as an appendix to the application).
- Reference on the medical product. \*
- Documents, confirming the registration of the organization-applicant as a legal body: certificate of state registration, certificates of Record in the USR of Legal Bodies, Extract from the Official Single Register of Legal Entities (ORSLE)
- Documents, confirming the registration of the facility-producer in its own country.
- General letter of attorney with a right of substitution from producer to applicant.
- Letter of attorney for the representative- 2copies (in case, the licensing process is conducted by a specialized firm)
- Documents, confirming the accordance of the medical product production conditions to the international requirements: certificate/act of compliance of the production and quality conditions to the requirements of the European Directive CE 93/42 (For reagents and analyzers CE 98/79), certificate of compliance of the medical product production conditions to ISO 9001:2000 and/or ISO 13485:2003.
- Normative document (developed by the applicant).\*
- Acts of the warranty tests (WT) (protocol EMC is necessary for the appliances).

**The document package for the conduct of the warranty tests for the medical machinery and equipment of the foreign production:**

- Application for the technical tests.
- Normative document.
- Product reference.
- Check list.
- Photo.
- Product sample.
- Protocol of the toxicological tests (Application for the toxicological tests- Necessary only for the technical tests).
- Operation manual of the medical product (the following documents are to be presented in two copies – electronic (Word format) and paper document).
- Operation manual on the medical usage for the registration of physiotherapeutic apparatus and reagents (sets) for the diagnostics (In vitro), used self-reliantly by the end customer, concerted by the head of the facility, which conducted medical tests.\*
- Disk (CD) with the electronic version of the following documents: application, reference, normative document, operation manual.
- Original of the payment order for 300 rub. (Stamp duty) or a copy with a blue seal of the bank.



All the documents copies are formed accordingly to GOST P 6.30-2003 art. 3.26.

**The list of the documents, necessary for the avowal of the medical machinery:**

- Application
- Document copy, confirming the data introduction to the Official Single Register of Legal Entities (with the statement of the state registration act number of the state registration of legal entity), or a document confirming the data introduction to the Official Single Register of Individual Interpreneur (with the statement of the state registration act number of the state registration of individual interpreneur).
- Copy of the specifications (for the domestic producers).
- Test protocols (if present) (Application for the toxicological tests. Application for the technical tests).
- Marked production samples.
- Registration certificate of Minzdravsocrazvitia of Russia (for the medical products).
- Card of the company payer.

All the document copies are formed accordingly to GOST P 6.30-2003 art. 3.26



VIII

**블라디보스톡 의료시장 환경  
조사보고서(논문)**





**DIRECTINFO**  
YOUR INFORMATION DEPARTMENT

125375 RUSSIA, TVERSKAYA 7, MOSCOW  
PHONE/FAX: +7 (495) 745-4020

WWW.DIRECTINFO.NET SERVICE@DIRECTINFO.NET

# АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКОЙ ОТРАСЛИ РОССИИ

Ноябрь-Декабрь 2012



**Заказчик**  
КОТРА

**Тема отчета**  
Медицинская отрасль



## СОДЕРЖАНИЕ

<b>СОДЕРЖАНИЕ .....</b>	<b>2</b>
<b>ВВЕДЕНИЕ .....</b>	<b>3</b>
<b>УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ .....</b>	<b>4</b>
<b>ЧАСТЬ I. АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКОЙ ОТРАСЛИ .....</b>	<b>5</b>
1. Состояние медицинской отрасли.....	5
1.1 Обзор медицинских учреждений России .....	5
1.2 Обзор медицинского персонала .....	15
1.3 Состояние высшего медицинского образования .....	26
1.4 Обзор медицинского оснащения .....	30
2. Состояние системы медицинского страхования в России .....	34
2.1 Описание российской системы медицинского страхования (в том числе законы).....	34
2.2 Финансовое состояние государственной системы страхования (ОМС).....	37
2.3 Финансовое обеспечение отрасли .....	40
2.4 Страховые взносы .....	41
<b>ЧАСТЬ II. ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ МЕДУЧРЕЖДЕНИЕМ В РОССИИ .....</b>	<b>46</b>
1. РЕГИСТРАЦИЯ МЕДУЧРЕЖДЕНИЯ .....	46
1.1 Процедура регистрации .....	46
1.2 Система лицензирования (Росздравнадзор).....	49
1.3 Регистрация и лицензирование медицинского оборудования/ИТ-оборудования (компьютерный томограф, магнитно-резонансный томограф и др.).....	51
1.4 Обзор диагностических центров России .....	57
2. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ИНОСТРАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ЦЕНТРОВ В РОССИИ .....	60
2.1 Правовое регулирование, барьеры проникновения на рынок России .....	60
2.2 Процедура сертификации врачей.....	62
2.3 Опыт открытия медицинских центров в России с участием иностранного капитала..	64
2.4 Уровень заработной платы.....	67
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ПРИМЕР ЗАЯВЛЕНИЯ И РЕКВИЗИТОВ ПРИ ОФОРМЛЕНИИ ЛИЦЕНЗИИ НА МЕДИЦИНСКУЮ ДЕТЕЛЬНОСТЬ.....</b>	<b>71</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 2 ПЕРЕЧНИ ДОКУМЕНТОВ.....</b>	<b>73</b>



## ВВЕДЕНИЕ

Данный отчет содержит результаты исследования, проведенного компанией Директ ИНФО по заказу Торгового Отдела (КОТРА) Генерального Консульства Республики Корея во Владивостоке в ноябре – декабре 2012 года.

Информация, представленная в отчете, получена на основе перекрестного углубленного анализа статистических и других данных, полученных в рамках кабинетного исследования из следующих основных источников:

- Федеральная служба государственной статистики (Росстат)
- Базы данных законодательства на всех уровнях официальных органов,
- Данные министерств и ведомств (Министерство здравоохранения и социального развития, Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения - Росздравнадзор)
- Данные федерального фонда обязательного медицинского страхования, других страховых организаций (как государственных, так и негосударственных)
- Отчеты по связанной тематике,
- Отраслевые базы данных,
- Статьи в специализированной прессе,
- Отчеты игроков рынка медицины,
- Внутренние базы данных Директ ИНФО,
- Данные кадровых агентств,
- Другие источники информации.



## УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

ОАО – открытое акционерное общество

ЗАО – закрытое акционерное общество

ООО – общество с ограниченной ответственностью

ОМС – обязательное медицинское страхование

ДМС – добровольное медицинское страхование

МРТ – магнитно-резонансная томография

УЗД – ультразвуковая диагностика

ФД – функциональная диагностика

ФО – Федеральный округ

АО – автономный округ

РФ – Российская Федерация

СЭС – Санитарно-эпидемиологическая станция

ФЗ – Федеральный закон

Росздравнадзор - Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития

РК – рентгеновский компьютерный

МР – магнитно-резонансный



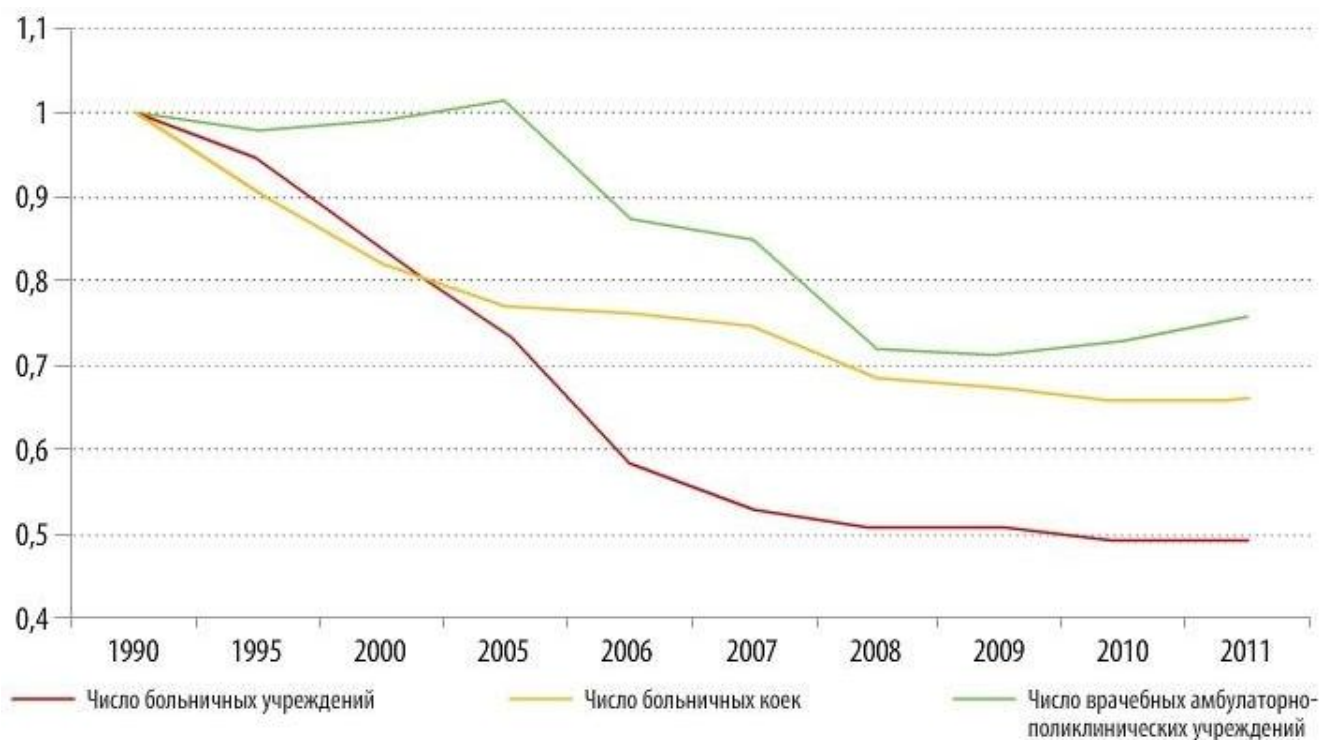


## ЧАСТЬ I. АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКОЙ ОТРАСЛИ

### 1. Состояние медицинской отрасли

#### 1.1 Обзор медицинских учреждений России

*Классификация медицинских учреждений России (по категориям, специализации и пр.)*



**Рисунок 1.1.1.** Динамика изменения некоторых основных показателей системы российского здравоохранения за период 1990 – 2011 гг. (за единицу принят уровень 1990 года)

**Таблица 1.1.1.** Число больничных учреждений в России по годам и федеральным округам

Федеральный округ	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Российская Федерация</b>	<b>9 847</b>	<b>9 479</b>	<b>7 478</b>	<b>6 777</b>	<b>6 545</b>	<b>6 454</b>	<b>6 308</b>	<b>6 294</b>
Дальневосточный ФО	835	830	521	476	433	433	430	428
Приволжский ФО	2 252	2 081	1 585	1 415	1 374	1 345	1 294	1 292
Северо-Западный ФО	862	821	677	642	614	608	584	582
Сибирский ФО	1 770	1 696	1 251	1 059	1 041	1 001	995	993
Уральский ФО	690	678	613	608	599	570	574	572
Центральный ФО	2 137	2 076	1 821	1 651	1 551	1 556	1 513	1 511
Южный + Северо-Кавказский ФО	1 301	1 297	1 010	926	933	941	918	916

Источник: Росстат


**Таблица 1.1.2. Число больничных учреждений по формам собственности по субъектам Российской Федерации**

Регион РФ	Медицинские учреждения государственной формы собственности-всего	в том числе		Медицинские учреждения негосударственной формы собственности	из них частной формы собственности	Немедицинские учреждения всех форм собственности, имеющие мед. подразделения
		Минздравсоц-развития России	прочих министерств и ведомств			
<b>Российская Федерация</b>	<b>6 013</b>	<b>5 779</b>	<b>234</b>	<b>224</b>	<b>115</b>	<b>70</b>
<b>Центральный ФО</b>	<b>1 436</b>	<b>1 389</b>	<b>47</b>	<b>48</b>	<b>28</b>	<b>29</b>
Белгородская область	55	54	1	1	-	-
Брянская область	61	60	1	2	-	-
Владимирская область	69	68	1	4	1	-
Воронежская область	79	74	5	-	-	1
Ивановская область	56	54	2	2	2	-
Калужская область	45	43	2	2	-	-
Костромская область	49	48	1	1	1	-
Курская область	55	50	5	-	-	-
Липецкая область	52	51	1	3	1	-
Московская область	236	229	7	4	2	-
Орловская область	43	42	1	1	-	-
Рязанская область	64	63	1	-	-	1
Смоленская область	49	48	1	1	-	-
Тамбовская область	56	55	1	1	-	8
Тверская область	86	84	2	2	1	12
Тульская область	98	95	3	-	-	1
Ярославская область	76	74	2	3	1	2
г.Москва	207	197	10	21	19	4
<b>Северо-Западный ФО</b>	<b>551</b>	<b>517</b>	<b>34</b>	<b>25</b>	<b>11</b>	<b>8</b>
Республика Карелия	33	32	1	2	-	-
Республика Коми	58	53	5	2	-	-
Архангельская область	71	68	3	2	-	7
в том числе Ненецкий автономный округ	9	9	-	-	-	-
Вологодская область	53	52	1	1	-	-
Калининградская область	47	45	2	3	2	-
Ленинградская область	56	56	-	2	-	-
Мурманская область	42	33	9	1	-	-
Новгородская область	44	43	1	1	1	1
Псковская область	48	42	6	-	-	-
г. Санкт-Петербург	99	93	6	11	8	-
<b>Южный ФО</b>	<b>515</b>	<b>506</b>	<b>9</b>	<b>21</b>	<b>10</b>	<b>2</b>
Республика Адыгея	23	22	1	1	1	-
Республика Калмыкия	23	22	1	-	-	-
Краснодарский край	179	178	1	4	-	-
Астраханская область	39	38	1	3	-	2



Регион РФ	Медицинские учреждения государственной формы собственности- всего	в том числе		Медицинские учреждения негосударственной формы собственности	из них частной формы собственности	Немедицинские учреждения всех форм собственности, имеющие мед. подразделения
		Минздравсоц-развития России	прочих министерств и ведомств			
Волгоградская область	125	123	2	2	-	-
Ростовская область	126	123	3	11	9	-
<b>Северо-Кавказский ФО</b>	<b>374</b>	<b>367</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>-</b>
Республика Дагестан	120	120	-	-	-	-
Республика Ингушетия	12	12	-	-	-	-
Кабардино-Балкарская Республика	47	45	2	-	-	-
Карачаево-Черкесская Республика	20	20	-	-	-	-
Республика Северная Осетия - Алания	28	27	1	3	2	-
Чеченская Республика	70	70	-	1	-	-
Ставропольский край	77	73	4	2	2	-
<b>Приволжский ФО</b>	<b>1 250</b>	<b>1 196</b>	<b>54</b>	<b>42</b>	<b>18</b>	<b>2</b>
Республика Башкортостан	119	116	3	5	1	-
Республика Марий Эл	33	32	1	-	-	-
Республика Мордовия	51	48	3	1	-	-
Республика Татарстан	110	91	19	3	3	-
Удмуртская Республика	82	80	2	1	-	-
Чувашская Республика	60	59	1	1	-	-
Пермский край	131	128	3	1	-	-
Кировская область	106	104	2	1	-	-
Нижегородская область	145	144	1	6	5	2
Оренбургская область	95	94	1	3	-	-
Пензенская область	49	48	1	1	-	-
Самарская область	90	88	2	11	5	-
Саратовская область	110	108	2	8	4	-
Ульяновская область	69	56	13	-	-	-
<b>Уральский ФО</b>	<b>547</b>	<b>526</b>	<b>21</b>	<b>26</b>	<b>12</b>	<b>1</b>
Курганская область	53	52	1	1	-	-
Свердловская область	162	152	10	17	9	-
Тюменская область	166	158	8	1	1	1
в том числе:	90	88	2	-	-	-
Ханты-Мансийский АО - Югра	27	26	1	-	-	1
Ямало-Ненецкий АО	166	164	2	7	2	-
Челябинская область	515	506	9	21	10	2
<b>Сибирский ФО</b>	<b>931</b>	<b>885</b>	<b>46</b>	<b>40</b>	<b>28</b>	<b>24</b>
Республика Алтай	20	18	2	-	-	-
Республика Бурятия	44	42	2	2	-	-
Республика Тыва	32	32	-	-	-	1
Республика Хакасия	29	29	-	-	-	-
Алтайский край	139	133	6	2	2	1
Забайкальский край	75	69	6	-	-	-

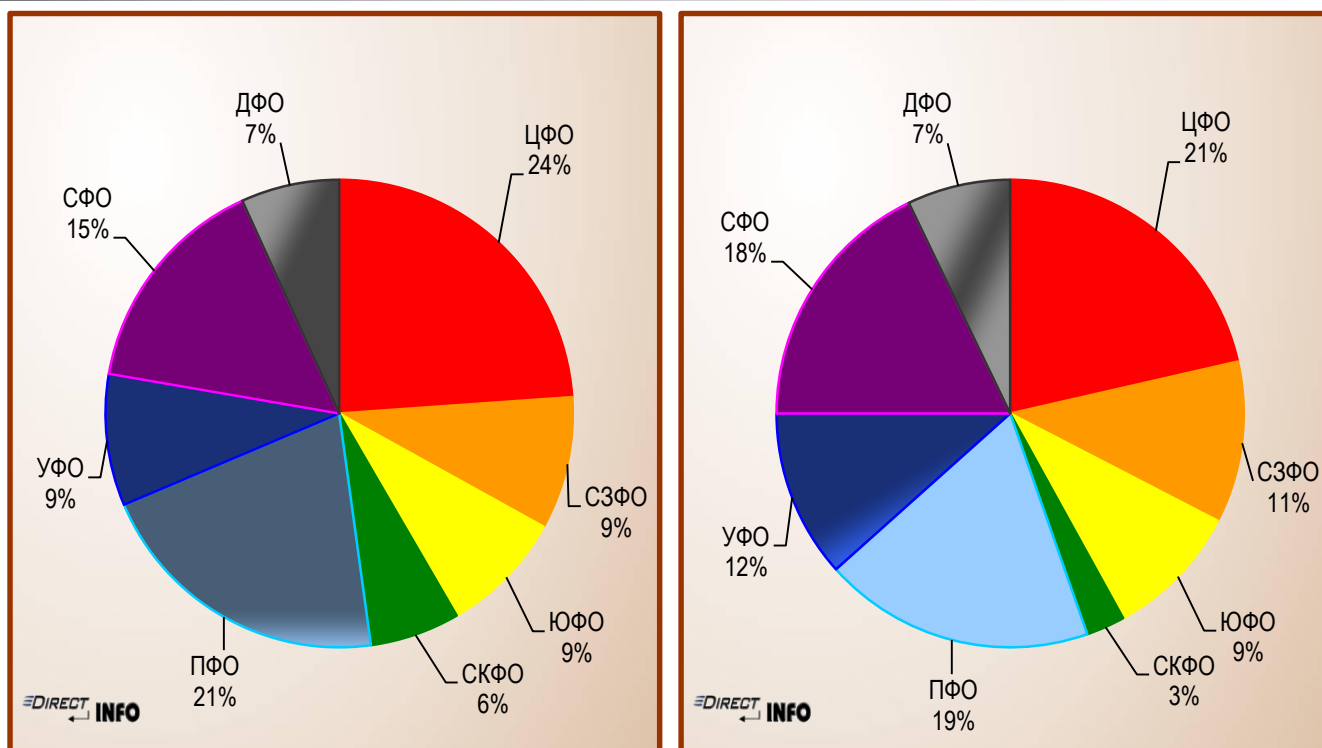


Регион РФ	Медицинские учреждения государственной формы собственности-всего	в том числе		Медицинские учреждения негосударственной формы собственности	из них частной формы собственности	Немедицинские учреждения всех форм собственности, имеющие мед. подразделения
		Минздравсоц-развития России	прочих министерств и ведомств			
Красноярский край	134	129	5	4	2	8
Иркутская область	118	111	7	1	1	1
Кемеровская область	115	112	3	5	1	-
Новосибирская область	80	79	1	19	15	13
Омская область	86	73	13	5	5	-
Томская область	59	58	1	2	2	-
<b>Дальневосточный ФО</b>	<b>409</b>	<b>393</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
Республика Саха (Якутия)	61	61	-	-	-	4
Камчатский край	38	35	3	-	-	-
Приморский край	95	91	4	4	2	-
Хабаровский край	81	79	2	4	-	-
Амурская область	61	59	2	7	1	-
Магаданская область	21	20	1	-	-	-
Сахалинская область	34	31	3	1	1	-
Еврейская АО	17	16	1	-	-	-
Чукотский АО	1	1	-	-	-	-

Источник: Росстат

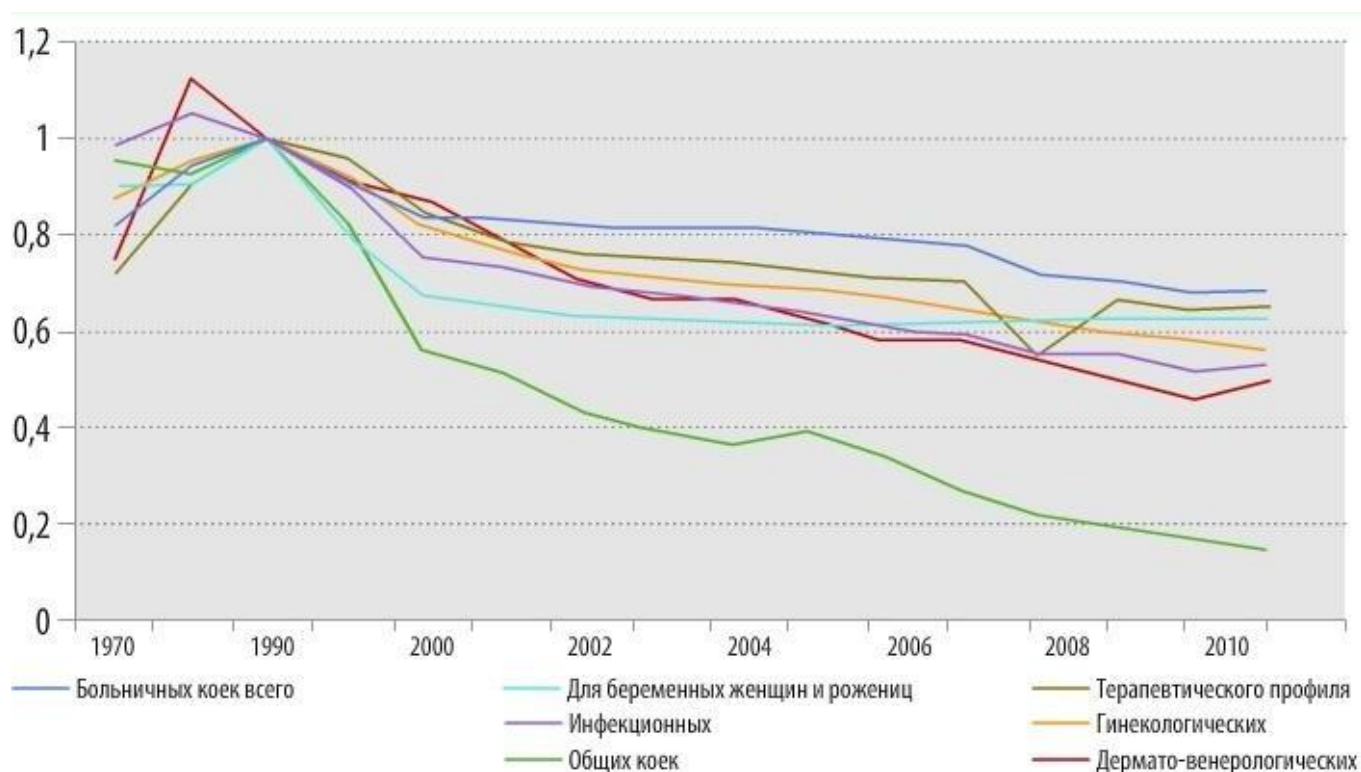


**Рисунок 1.1.2.** Структура больничных учреждений по формам собственности в России (слева) и в Хабаровском крае (справа) в 2010 году



**Рисунок 1.1.3.** Распределение больничных учреждений по федеральным округам России: государственные (слева) и негосударственные (справа) в 2010 году

**Количество больничных койко-мест (общее по России, по краям/областям)**



**Рисунок 1.1.4.** Динамика изменения относительного числа больничных коек по специализации за период 1970 – 2011 гг. (за единицу принят уровень 1990 года)



**Таблица 1.1.3.** Число больничных коек по специализациям в России в динамике по годам (тыс. коек, на конец отчетного года)

Специализация	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Всего</b>	<b>1600,7</b>	<b>1575,4</b>	<b>1559,8</b>	<b>1521,7</b>	<b>1398,5</b>	<b>1373,4</b>	<b>1339,5</b>	<b>1347,1</b>
Терапевтические	340,4	329,7	325,7	320,7	251,8	304,7	296,1	299,2
Хирургические	285,0	279,7	277,6	273,8	265,3	262,7	257,2	259,5
Онкологические	38,1	38,3	38,7	39,2	39,3	39,3	39,7	40,4
Гинекологические	82,3	81,7	79,3	76,7	72,9	71,1	68,8	66,9
Туберкулезные	84,6	84,3	84,9	84,5	84,1	84,9	84,0	91,0
Инфекционные	88,0	84,6	81,6	79,1	74,1	74,0	70,5	71,1
Офтальмологические	26,6	26,3	26,0	26,0	25,7	26,5	25,8	25,4
Отоларингологические	25,2	24,5	23,7	23,3	21,7	21,0	20,3	20,9
Дермато- венерологические	22,4	21,6	20,5	19,9	18,0	17,2	16,4	16,5
Для психических больных	168,8	167,0	165,3	165,1	162,6	159,8	153,4	153,2
Наркологические	29,8	29,3	28,8	28,4	27,5	26,8	26,3	26,3
Неврологические	86,0	86,3	86,6	85,7	83,9	83,5	83,5	84,7
Для беременных, рожениц	83,7	81,9	82,7	82,0	81,1	80,5	80,3	79,2
Общие	21,1	22,6	21,0	15,9	13,2	10,9	9,7	8,3
Кроме того, койки в дневных стационарах	...	...	...	...	95,5	96,7	101,8	105,1

Источник: Росстат, Минздравсоцразвития РФ



**Таблица 1.1.4. Число больничных коек по специализациям по регионам России**

Регион	Терапевтического профиля	Хирургического профиля	Онкологического профиля	Гинекологические	Туберкулезные	Инфекционные	Офтальмологические	Отоларингологические	Дерматовенерологические	Для психически больных	Наркологические	Неврологические	Койки для беременных женщин	Общие койки	Из всего числа коек для детей
<b>Российская Федерация</b>	<b>296 103</b>	<b>257 185</b>	<b>39 718</b>	<b>68 779</b>	<b>83 957</b>	<b>70 530</b>	<b>25 838</b>	<b>20 341</b>	<b>16 427</b>	<b>153 377</b>	<b>26 291</b>	<b>83 456</b>	<b>80 325</b>	<b>9 666</b>	<b>178 963</b>
<b>Центральный ФО</b>	<b>80 054</b>	<b>71 244</b>	<b>11 277</b>	<b>17 369</b>	<b>17 815</b>	<b>16 752</b>	<b>7 470</b>	<b>5 598</b>	<b>3 480</b>	<b>49 732</b>	<b>8 298</b>	<b>23 600</b>	<b>19 042</b>	<b>471</b>	<b>40 519</b>
Белгородская область	2 983	2 493	400	601	575	690	230	227	114	1 140	135	1 012	916	-	1 655
Брянская область	2 725	2 542	325	652	585	534	195	240	150	1 093	251	978	758	74	1 663
Владимирская область	2 560	2 264	368	499	453	581	251	165	127	1 462	222	955	722	-	1 352
Воронежская область	5 071	4 249	485	1 178	1 983	1 229	512	344	190	1 645	290	1 791	1 166	15	2 679
Ивановская область	2 552	1 831	390	687	840	439	189	140	109	1 110	375	914	695	60	1 451
Калужская область	2 340	1 827	395	546	480	394	356	155	93	885	210	577	392	-	1 110
Костромская область	1 222	1 161	138	270	205	226	116	129	54	1 595	131	417	367	41	687
Курская область	2 332	2 075	275	504	726	449	145	137	93	1 600	170	798	613	39	970
Липецкая область	2 804	2 464	328	531	556	693	180	189	80	1 125	270	1 112	580	62	1 317
Московская область	12 376	10 354	1 516	2 804	1 748	2 695	1 159	891	621	7 869	1 202	3 586	2 732	-	5 783
Орловская область	1 591	1 292	220	332	320	322	135	133	100	1 863	185	669	476	45	877
Рязанская область	2 935	1 977	330	580	480	632	213	185	131	1 670	218	630	544	106	1 479
Смоленская область	2 434	1 900	260	545	405	494	150	106	59	2 260	177	651	535	-	1 375
Тамбовская область	2 578	2 007	259	479	630	503	452	130	125	925	265	547	540	9	1 101
Тверская область	3 041	2 650	469	673	965	761	223	167	93	1 958	234	910	905	-	1 726
Тульская область	3 511	3 020	385	797	1 158	865	351	287	155	2 010	300	1 076	856	-	1 999
Ярославская область	3 514	2 889	410	710	700	552	309	215	75	2 206	275	1 173	569	-	1 536
г. Москва	23 485	24 249	4 324	4 981	5 006	4 693	2 304	1 758	1 111	17 316	3 388	5 804	5 676	20	11 759
<b>Северо-Западный ФО</b>	<b>27 320</b>	<b>26 096</b>	<b>4 519</b>	<b>5 266</b>	<b>6 830</b>	<b>6 584</b>	<b>2 194</b>	<b>2 033</b>	<b>1 367</b>	<b>17 708</b>	<b>2 132</b>	<b>7 920</b>	<b>6 900</b>	<b>384</b>	<b>15 845</b>
Республика Карелия	1 549	1 305	184	288	145	470	80	57	40	894	114	600	360	-	907
Республика Коми	1 935	2 119	217	415	984	471	138	110	94	861	173	725	674	88	1 496





Регион	Терапевтического профиля	Хирургического профиля	Онкологического профиля	Гинекологические	Туберкулезные	Инфекционные	Офтальмологические	Отоларингологические	Дерматовенерологические	Для психически больных	Наркологические	Неврологические	Койки для беременных женщин	Общие койки	Из всего числа коек-для детей
Архангельская область	2 781	2 409	483	666	538	751	301	196	81	1 271	237	720	795	246	1 806
в том числе Ненецкий АО	40	60	-	35	110	30		-	-	15	15	15	40	100	115
Вологодская область	1 996	2 134	417	476	700	556	193	163	109	1 405	190	701	634	-	1 389
Калининградская область	1 582	1 567	90	435	403	354	106	111	164	1 350	125	269	444	-	836
Ленинградская область	2 794	2 486	426	610	755	462	280	204	135	1 440	342	752	678	-	1 400
Мурманская область	2 125	2 003	249	491	465	670	98	185	179	865	215	775	529	50	986
Новгородская область	1 455	1 256	232	310	375	294	70	92	43	835	87	402	271	-	1 000
Псковская область	1 587	1 285	205	336	480	280	97	97	86	880	147	446	295	-	977
г. Санкт-Петербург	9 516	9 532	2 016	1 239	1 985	2 276	831	818	436	7 907	502	2 530	2 220	-	5 048
<b>Южный ФО</b>	<b>25 907</b>	<b>23 002</b>	<b>3 985</b>	<b>7 175</b>	<b>9 178</b>	<b>7 388</b>	<b>2 414</b>	<b>1 971</b>	<b>1 713</b>	<b>15 038</b>	<b>2 119</b>	<b>7 288</b>	<b>7 478</b>	<b>474</b>	<b>16 679</b>
Республика Адыгея	1 071	904	155	181	195	243	52	20	40	274	74	406	293	-	682
Республика Калмыкия	614	450	80	157	260	212	35	58	45	230	20	104	268	-	494
Краснодарский край	8 430	7 556	1 055	2 344	2 626	2 956	947	587	687	6 310	957	2 615	2 420	187	5 688
Астраханская область	2 208	1 797	300	465	912	749	146	142	130	1 140	200	644	540	12	1 593
Волгоградская область	6 167	5 012	817	1 458	2 780	1 365	610	433	226	3 193	393	1 182	1 595	275	3 834
Ростовская область	7 417	7 283	1 578	2 570	2 405	1 863	624	731	585	3 891	475	2 337	2 362	-	4 388
<b>Северо-Кавказский ФО</b>	<b>17 774</b>	<b>13 002</b>	<b>1 610</b>	<b>4 267</b>	<b>4 196</b>	<b>4 673</b>	<b>883</b>	<b>1 123</b>	<b>1 157</b>	<b>5 010</b>	<b>590</b>	<b>4 600</b>	<b>6 136</b>	<b>1 703</b>	<b>12 340</b>
Республика Дагестан	4 615	3 253	200	966	1 270	1 311	345	190	500	1 005	115	1 001	2 034	1 093	3 569
Республика Ингушетия	435	235	20	150	190	110	25	20	36	-	-	100	165	-	317
Кабардино-Балкарская Республика	2 493	1 329	170	407	510	677		126	180	665	160	530	562	-	1 485
Карачаево-Черкесская Республика	939	766	75	157	160	265		100	55	255	15	305	316	270	712
Республика Северная Осетия - Алания	1 860	1 297	217	354	530	450		115	137	515	120	330	486	-	1 364
Чеченская Республика	2 674	2 056	200	895	330	460	105	130	70	560	40	640	1 161	-	2 195
Ставропольский край	4 758	4 066	728	1 338	1 206	1 400	408	442	179	2 010	140	1 694	1 412	340	2 698





Регион	Терапевтического профиля	Хирургического профиля	Онкологического профиля	Гинекологические	Туберкулезные	Инфекционные	Офтальмологические	Отоларингологические	Дерматовенерологические	Для психически больных	Наркологические	Неврологические	Койки для беременных женщин	Общие койки	Из всего числа коек-для детей
<b>Приволжский ФО</b>	<b>62 748</b>	<b>52 466</b>	<b>8 075</b>	<b>13 992</b>	<b>15 092</b>	<b>14 659</b>	<b>5 746</b>	<b>4 439</b>	<b>3 368</b>	<b>28 946</b>	<b>6 124</b>	<b>18 400</b>	<b>16 013</b>	<b>1 226</b>	<b>37 198</b>
Республика Башкортостан	7 370	6 340	948	1 835	2 408	1 651	771	488	623	3 384	919	2 270	2 456	91	4 646
Республика Марий Эл	2 386	1 429	130	472	365	424	150	125	55	558	97	542	400	-	1 206
Республика Мордовия	2 303	1 791	200	441	757	475	140	136	110	410	210	627	422	-	1 099
Республика Татарстан	6 185	5 617	1 153	1 567	1 313	1 261	462	588	380	3 937	606	2 177	1 811	439	4 216
Удмуртская Республика	3 387	2 401	513	741	914	1 442	272	254	171	1 750	275	1 124	1 049	56	2 591
Чувашская Республика	2 559	2 269	273	567	512	528	389	151	116	1 200	205	714	680	-	1 641
Пермский край	4 887	4 134	577	1 112	1 428	1 344	451	289	262	3 191	528	1 537	1 122	12	3 070
Кировская область	3 956	2 625	380	769	744	964	266	217	215	1 616	221	1 139	772	93	2 059
Нижегородская область	8 085	6 930	882	1 800	1 657	1 911	753	670	483	2 901	731	2 648	1 546	13	3 990
Оренбургская область	4 726	3 750	560	1 030	1 325	1 012	587	373	192	2 172	445	1 120	1 277	504	2 600
Пензенская область	2 897	2 675	380	544	675	658	265	218	90	1 170	483	845	631	-	1 325
Самарская область	5 713	5 720	1 006	1 356	1 140	1 107	543	368	191	2 725	674	1 423	1 631	-	3 846
Саратовская область	5 195	4 648	616	1 166	1 085	1 398	522	377	400	2 367	450	1 422	1 642	18	3 557
Ульяновская область	3 099	2 137	457	592	769	484	175	185	80	1 565	280	812	574	-	1 352
<b>Уральский ФО</b>	<b>24 102</b>	<b>21 145</b>	<b>3 363</b>	<b>5 775</b>	<b>8 195</b>	<b>5 913</b>	<b>2 038</b>	<b>1 451</b>	<b>1 595</b>	<b>11 597</b>	<b>2 632</b>	<b>6 919</b>	<b>7 616</b>	<b>857</b>	<b>18 720</b>
Курганская область	1 781	2 175	288	407	680	410	124	115	94	1 000	220	428	561	-	1 329
Свердловская область	10 196	7 868	1 141	1 912	2 483	2 281	877	536	566	4 610	826	3 122	2 801	237	7 647
Тюменская область	5 842	5 459	668	1 714	1 927	1 794	336	376	435	2 487	924	1 449	2 092	15	4 549
в том числе:															
Ханты-Мансийский АО - Югра	2 862	2 843	203	919	620	857		214	240	599	548	709	1 030	-	1 959
Ямало-Ненецкий АО	871	860	25	382	437	391		64	90	385	189	312	472	-	992
Челябинская область	6 283	5 643	1 266	1 742	3 105	1 428	701	424	500	3 500	662	1 920	2 162	605	5 195
<b>Сибирский ФО</b>	<b>44 278</b>	<b>37 813</b>	<b>5 194</b>	<b>10 900</b>	<b>16 781</b>	<b>10 749</b>	<b>3 749</b>	<b>2 755</b>	<b>2 541</b>	<b>18 983</b>	<b>2 889</b>	<b>11 409</b>	<b>12 718</b>	<b>3 227</b>	<b>27 086</b>
Республика Алтай	355	342	39	107	139	114	28	28	53	111	10	120	180	92	374
Республика Бурятия	1 947	1 530	180	475	1 078	462	111	110	30	895	80	531	693	129	1 365
Республика Тыва	749	532	50	189	1 136	327	30	35	81	250	91	105	336	-	918



Регион	Терапевтического профиля	Хирургического профиля	Онкологического профиля	Гинекологические	Туберкулезные	Инфекционные	Офтальмологические	Отоларингологические	Дерматовенерогические	Для психически больных	Наркологические	Неврологические	Койки для беременных женщин	Общие койки	Из всего числа коек-для детей
Республика Хакасия	890	962	111	234	525	317	98	72	68	352	62	287	345	46	842
Алтайский край	6 355	4 968	600	1 606	1 830	1 377	583	328	335	1 715	198	1 800	1 757	315	1 106
Забайкальский край	3 592	2 300	247	688	706	632	269	188	111	1 178	173	499	887	253	2 191
Красноярский край	6 103	5 487	645	1 720	2 857	1 366	506	316	373	2 507	557	1 647	1 683	303	3 710
Иркутская область	5 399	4 928	800	1 375	1 524	1 468	588	419	453	3 413	500	1 630	1 340	661	3 712
Кемеровская область	4 974	5 004	807	1 279	2 160	1 366	594	460	520	2 587	513	1 542	1 547	184	4 061
Новосибирская область	6 914	5 469	770	1 583	2 650	1 797	486	326	210	2 510	146	1 449	2 036	1 120	4 079
Омская область	4 338	4 021	563	1 069	1 625	919	252	316	172	1 940	286	1 195	1 177	50	3 050
Томская область	2 662	2 270	382	575	551	604	204	157	135	1 525	273	604	737	74	1 678
Дальневосточный ФО	13 920	12 417	1 695	4 035	5 870	3 812	939	971	1 206	6 363	1 507	3 320	4 422	1 324	10 576
Республика Саха (Якутия)	2 350	1 697	140	555	982	632	151	98	149	653	276	474	814	1 156	1 554
Камчатский край	802	650	167	336	340	228	55	60	67	315	120	361	307	19	540
Приморский край	3 738	3 667	382	1 118	1 346	1 102	252	227	325	1 858	313	844	1 209	-	2 624
Хабаровский край	2 771	2 709	400	661	1 135	578	203	252	213	1 324	238	524	734	29	2 606
Амурская область	2 049	1 684	209	630	686	528	109	204	145	968	165	532	656	5	1 629
Магаданская область	420	371	85	111	266	182	30	35	34	202	97	80	123	-	368
Сахалинская область	1 401	1 194	250	485	350	388	107	52	172	747	238	414	411	-	911
Еврейская АО	273	329	51	86	700	121	23	32	86	254	37	75	134	-	240
Чукотский АО	116	116	11	53	65	53	9	11	15	42	23	16	34	115	104

Источник: Росстат, Минздравсоцразвития РФ



## 1.2 Обзор медицинского персонала

### Число врачей, медсестер (всего в России, по областям/краям)

**Таблица 1.2.1.** Численность медицинских кадров в России в динамике по годам (на конец отчетного года)

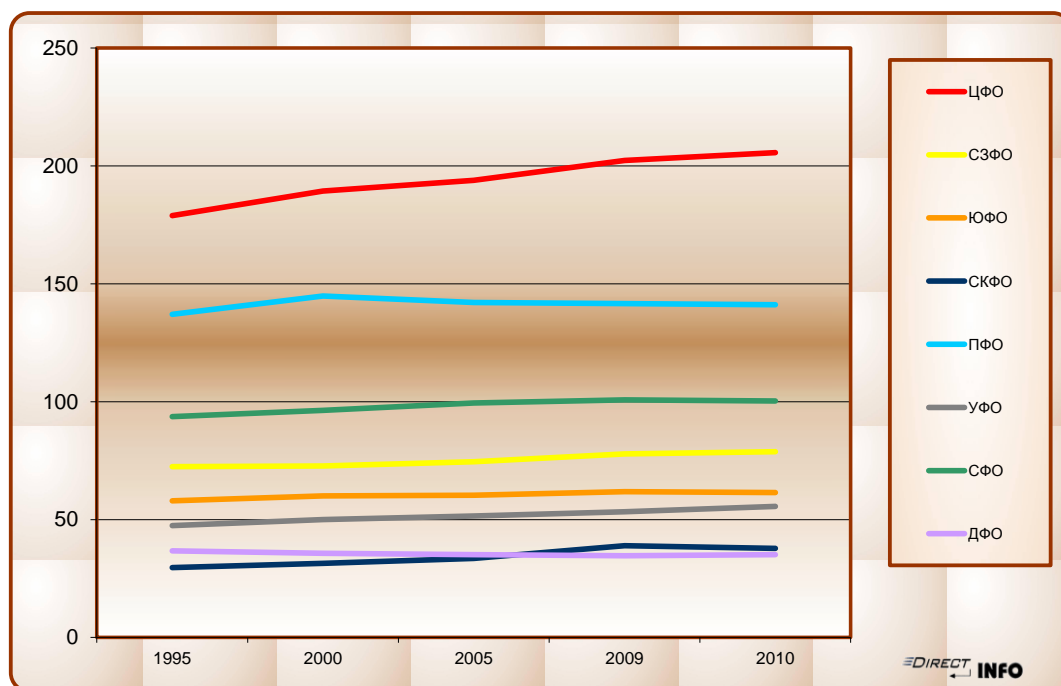
Годы	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Численность врачей всего, тыс. чел.	688,2	690,3	702,2	707,3	703,8	711,3	715,8	732,8
Численность врачей на 10 000 чел.	48,2	48,6	49,1	49,6	49,3	49,8	50,1	51,2
Численность среднего медицинского персонала всего, тыс. чел.	1 545,8	1 529,8	1 545,0	1 542,5	1 511,2	1 517,6	1 508,7	1 530,4
Численность среднего медицинского персонала на 10 000 чел.	108,3	107,7	108,1	108,1	105,9	106,2	105,6	107,0

Источник: Росстат, Минздравсоцразвития РФ

**Таблица 1.2.2.** Численность врачей всех специальностей в России по федеральным округам в динамике по годам (тыс. человек, на конец отчетного года)

Федеральный округ	1995	2000	2005	2009	2010
ЦФО	178,9	189,3	193,9	202,3	205,6
СЗФО	72,4	72,7	74,5	77,8	78,8
ЮФО	58,0	60,0	60,3	61,8	61,5
СКФО	29,6	31,4	33,5	38,9	37,8
ПФО	137,0	144,8	142,1	141,6	141,1
УФО	47,4	50,0	51,5	53,3	55,6
СФО	93,7	96,3	99,4	100,8	100,3
ДФО	36,7	35,7	35,1	34,7	35,1

Источник: Росстат, Минздравсоцразвития РФ



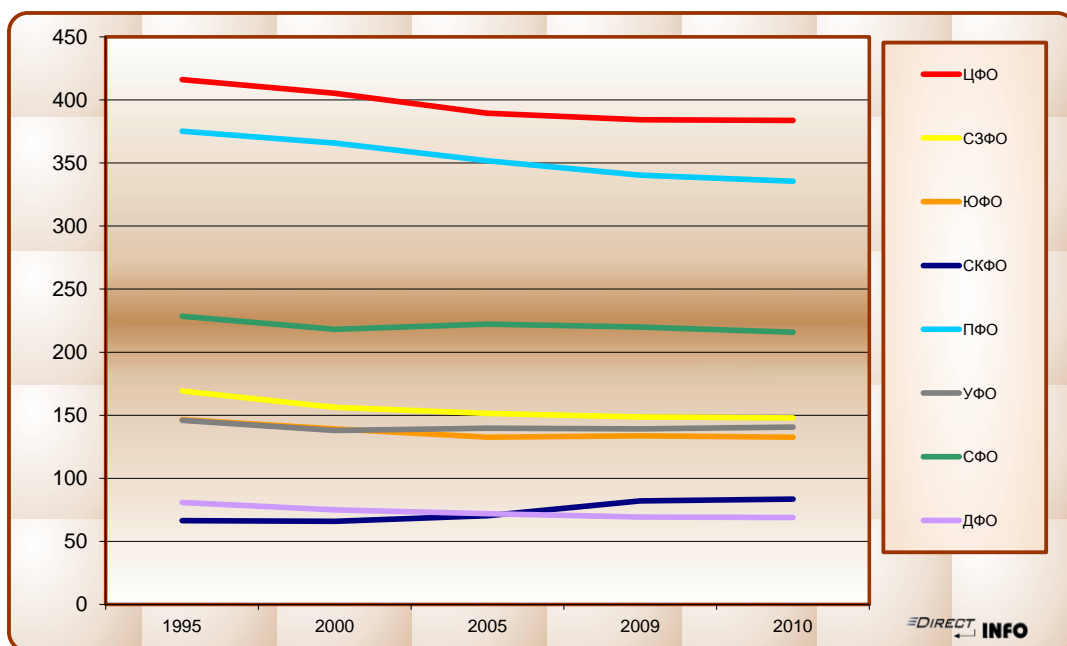
**Рисунок 1.2.1.** Динамика изменения числа врачей всех специальностей по федеральным округам России (тыс. человек)



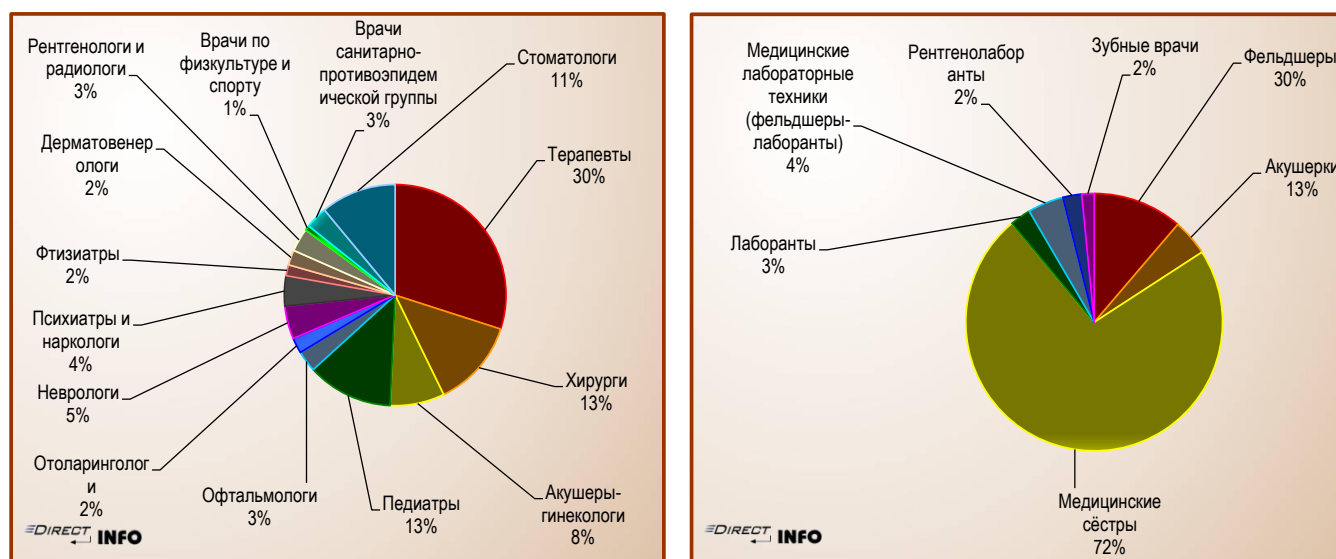
**Таблица 1.2.3.** Численность среднего медицинского персонала в России по федеральным округам в динамике по годам (тыс. человек, на конец отчетного года)

Федеральный округ	1995	2000	2005	2009	2010
ЦФО	416,1	405,2	389,4	384,3	383,7
СЗФО	169,3	156,2	151,5	148,7	147,9
ЮФО	146,5	139,3	132,7	133,7	132,6
СКФО	66,5	65,9	70,4	82,2	83,5
ПФО	375,1	365,8	351,7	340,3	335,6
УФО	145,9	138	139,8	139,3	140,6
СФО	228,4	218,1	222,2	220	215,9
ДФО	80,9	75,1	72	69,3	68,9

Источник: Росстат, Минздравсоцразвития РФ



**Рисунок 1.2.2.** Динамика изменения числа среднего медицинского персонала всех специальностей по федеральным округам России (тыс. человек)



**Рисунок 1.2.3.** Структура врачебного и среднего медицинского персонала по должностям в России (2010)

**Таблица 1.2.4. Распределение численности врачей по специальностям по субъектам Российской Федерации**

Регион	Терапев- тического профиля	Хирурги- ческого профиля	Акушеры- гинекологи	Педиатры	Офталь- мологи	Отола- рин- гологи	Невро- логи	Психиа- тры и наркологи	Физи- атры	Дерма- тоvene- рологи	Рентгено- логи и радиологи	Врачи по лечебной физику- льтуре и спорту	Врачи санитарно- противо- эпидеми- ческой группы	Стомато- логи
Российская Федерация	164 763	70 534	43 674	68 859	16 929	12 402	26 520	24 233	8 805	12 107	18 762	3 958	17 805	60 576
Центральный ФО	49 130	22 654	12 382	18 182	5 498	3 823	7 894	7 595	2 027	3 527	5 697	1 228	4 070	18 881
Белгородская область	1 622	637	454	553	132	112	281	183	76	84	149	26	161	414
Брянская область	1 143	467	318	492	106	95	190	134	78	75	120	17	102	451
Владимирская область	1 244	461	344	577	122	85	181	155	61	81	141	18	97	219
Воронежская область	3 119	1 300	832	1 072	257	207	505	370	168	178	290	61	162	1 465
Ивановская область	1 224	504	389	636	121	99	223	208	94	79	147	41	72	118
Калужская область	888	408	233	346	121	64	141	141	51	66	190	15	90	383
Костромская область	578	230	157	287	63	53	87	111	29	39	64	16	33	120
Курская область	1 589	720	355	464	140	124	260	237	77	118	167	25	159	330
Липецкая область	1 127	502	272	428	86	71	210	166	55	83	132	17	140	448
Московская область	6 094	2 385	1 681	2 771	572	468	861	957	258	476	585	113	587	2 637
Орловская область	790	311	220	263	62	54	158	165	45	39	93	16	69	266
Рязанская область	1 589	606	379	494	141	100	238	221	66	110	170	41	266	389
Смоленская область	1 302	579	364	566	118	94	212	259	68	79	133	36	127	696
Тамбовская область	975	383	254	352	116	70	149	125	50	48	108	4	91	320
Тверская область	1 676	612	349	689	190	104	266	243	84	102	173	67	119	929
Тульская область	1 345	553	338	454	118	96	221	157	59	79	150	19	199	368
Ярославская область	2 003	783	426	796	221	166	305	312	84	112	224	90	119	345
г.Москва	20 822	11 213	5 017	6 942	2 812	1 761	3 406	3 451	624	1 679	2 661	606	1 477	8 983



Регион	Терапевтического профиля	Хирургического профиля	Акушеры-гинекологи	Педиатры	Офтальмологи	Отоларингологи	Неврологи	Психиатры и наркологи	Фтизиатры	Дерматовенерологи	Рентгенологи и радиологи	Врачи по лечебной физкультуре и спорту	Врачи санитарно-противоэпидемической группы	Стоматологи
Северо-Западный ФО	17 539	8 140	4 171	6 896	1 772	1 385	2 975	2 982	859	1 388	2 290	608	1 972	7 291
Республика Карелия	926	300	185	328	66	58	133	145	38	49	112	16	59	110
Республика Коми	937	354	237	464	83	69	193	176	86	54	126	24	86	353
Архангельская область	1 485	566	353	726	126	119	198	221	73	106	187	38	140	776
в том числе Ненецкий АО	33	9	12	24	3		4	3	4	1	6	1	5	18
Вологодская область	928	372	230	496	93	57	176	196	67	59	122	22	118	322
Калининградская область	702	315	232	302	69	54	122	117	46	60	85	17	65	355
Ленинградская область	1 448	601	361	516	143	107	210	170	79	100	170	16	177	573
Мурманская область	1 088	480	259	457	95	90	147	161	50	87	142	20	152	379
Новгородская область	635	218	150	258	54	44	87	107	36	41	62	7	62	300
Псковская область	538	196	126	219	41	33	88	93	33	45	67	11	81	199
г.Санкт-Петербург	8 852	4 738	2 038	3 130	1 002	754	1 621	1 596	351	787	1 217	437	1 032	3 924
Южный ФО	13 991	6 118	4 028	6 313	1 383	1 079	2 215	1 992	842	1 055	1 410	325	1 554	5 195
Республика Адыгея	400	188	141	147	37	23	75	49	17	27	50	1	57	152
Республика Калмыкия	316	103	90	157	22	26	39	44	24	19	39	8	43	92
Краснодарский край	5 172	2 058	1 475	2 143	497	373	738	712	262	355	464	93	423	2 077
Астраханская область	1 583	627	407	800	124	105	241	260	107	182	159	53	174	247
Волгоградская область	2 704	1 152	703	1 195	283	191	390	417	194	207	303	85	257	1 595





Регион	Терапевтического профиля	Хирургического профиля	Акушеры-гинекологи	Педиатры	Офтальмологи	Отоларингологи	Неврологи	Психиатры и наркологи	Фтизиатры	Дерматовенерологи	Рентгенологи и радиологи	Врачи по лечебной физкультуре и спорту	Врачи санитарно-противоэпидемической группы	Стоматологи
Ростовская область	3 816	1 990	1 212	1 871	420	361	732	510	238	265	395	85	600	1 032
Северо-Кавказский ФО	8 261	3 399	3 006	3 805	739	449	1 340	751	428	570	629	151	702	3 179
Республика Дагестан	2 620	972	1 030	1 267	236	183	437	194	129	156	162	45	273	940
Республика Ингушетия	300	102	134	195	20	24	39	20	21	25	19	1	52	55
Кабардино-Балкарская республика	855	274	304	391	61		119	79	27	59	54	19	89	338
Карачаево-Черкесская Республика	390	150	113	157	41		84	29	20	13	27	5	28	204
Республика Северная Осетия - Алания	1 216	529	377	472	98		147	111	48	131	98	54	108	222
Чеченская Республика	746	408	412	326	78	63	164	46	53	37	42	6	68	242
Ставропольский край	2 134	964	636	997	205	179	350	272	130	149	227	21	84	1 178
Приволжский ФО	33 666	13 085	8 749	14 580	3 225	2 275	5 278	4 813	1 766	2 310	3 517	717	4 072	11 675
Республика Башкортостан	4 215	1 667	1 038	1 896	428	271	638	568	268	325	400	61	660	1 616
Республика Марий Эл	555	191	147	276	60	45	106	82	32	33	62	6	77	204
Республика Мордовия	1 198	409	261	386	94	72	190	175	69	74	125	38	58	140
Республика Татарстан	3 611	1 628	1 057	1 659	362	252	693	501	156	273	397	69	492	1 721
Удмуртская Республика	2 068	639	551	1 066	193	131	302	290	84	150	205	55	186	838
Чувашская Республика	1 528	522	332	575	155	71	184	209	76	71	131	40	121	595



Регион	Терапев- тического профиля	Хирурги- ческого профиля	Акушеры- гинекологи	Педиатры	Офталь- мологи	Отола- рин- гологи	Невро- логи	Психиа- тры и наркологи	Фтизи- атры	Дерма- тоvene- рологи	Рентено- логи и радиологи	Врачи по лечебной физику- льтуре и спорту	Врачи санитарно- противо- эпидеми- ческой группы	Стомато- логи
Пермский край	2 948	1 124	844	1 620	303	207	499	517	181	217	321	70	608	1 434
Кировская область	1 476	524	348	626	155	100	264	270	79	109	173	25	191	336
Нижегородская область	3 617	1 492	848	1 591	375	280	650	525	179	237	406	85	419	1 248
Оренбургская область	2 650	883	593	1 050	238	180	372	413	156	168	260	55	348	403
Пензенская область	1 444	553	375	543	131	104	206	223	66	87	154	19	107	342
Самарская область	3 808	1 600	1 097	1 536	332	256	532	442	173	243	386	88	281	1 618
Саратовская область	3 245	1 380	928	1 293	310	230	432	438	186	235	365	73	429	852
Ульяновская область	1 303	473	330	463	89	76	210	160	61	88	132	33	95	328
Уральский ФО	12 497	5 164	3 522	5 597	1 406	980	2 144	1 699	753	1 012	1 584	245	1 593	4 168
Курганская область	548	334	175	276	78	44	101	108	39	42	88	10	90	168
Свердловская область	4 123	1 747	1 176	1 842	461	343	846	611	263	368	605	71	873	1 817
Тюменская область	4 284	1 612	1 220	1 869	449	335	637	559	236	328	436	112	384	1 401
в том числе:														
Ханты-Мансийский АО - Югра	1 992	749	588	894	172		271	229	111	138	220	53	219	781
Ямало-Ненецкий АО	597	191	189	322	48		83	88	39	40	59	12	55	237
Челябинская область	3 542	1 471	951	1 610	418	258	560	421	215	274	455	52	246	782
Сибирский ФО	21 800	8 701	5 740	9 811	2 149	1 625	3 539	3 231	1 537	1 627	2 731	500	2 843	8 057
Республика Алтай	163	59	63	117	16	9	34	21	24	12	27	3	47	66
Республика Бурятия	921	305	231	357	88	54	136	98	97	78	102	8	296	321
Республика Тыва	278	125	96	171	19	15	39	46	58	33	38	-	73	59
Республика	424	180	105	236	54	33	68	71	42	36	51	6	40	179





Регион	Терапевтического профиля	Хирургического профиля	Акушеры-гинекологи	Педиатры	Офтальмологи	Отоларингологи	Неврологи	Психиатры и наркологи	Фтизиатры	Дерматовенерологи	Рентгенологи и радиологи	Врачи по лечебной физкультуре и спорту	Врачи санитарно-противоэпидемической группы	Стоматологи
Хакасия														
Алтайский край	2 547	907	705	1 035	231	156	404	399	184	133	317	64	204	623
Забайкальский край	1 256	530	360	627	148	102	171	218	79	106	162	28	99	581
Красноярский край	3 394	1 313	893	1 570	342	242	540	494	231	282	418	88	252	1 397
Иркутская область	2 480	1 079	681	1 274	267	168	448	390	142	205	304	64	544	1 180
Кемеровская область	2 954	1 147	746	1 267	288	254	521	397	206	208	377	72	520	954
Новосибирская область	3 503	1 528	920	1 492	373	272	567	462	245	253	414	86	319	1 401
Омская область	2 185	835	522	940	190	182	370	334	146	166	286	38	358	985
Томская область	1 695	693	418	725	133	138	241	301	83	115	235	43	91	311
Дальневосточный ФО	7 879	3 273	2 076	3 675	757	597	1 135	1 170	593	618	904	184	999	2 130
Республика Саха (Якутия)	1 408	440	301	616	132	92	207	147	149	90	171	12	102	378
Камчатский край	295	144	109	176	24	21	55	68	32	24	38	5	59	123
Приморский край	2 195	1 010	610	1 068	200	181	286	311	145	197	221	68	450	560
Хабаровский край	1 785	786	434	869	210	137	279	301	97	135	202	50	109	627
Амурская область	1 305	495	346	516	104	106	171	191	79	94	152	33	132	174
Магаданская область	158	74	60	86	18	10	32	31	16	13	29	2	27	50
Сахалинская область	556	241	154	234	52	34	77	82	42	45	68	8	84	151
Еврейская АО	130	49	38	69	9	8	18	24	25	13	14	4	21	33
Чукотский АО	47	34	24	41	8	8	10	15	8	7	9	2	15	34

Источник: Росстат, Минздравсоцразвития РФ

Таблица 1.2.4. Распределение численности среднего медицинского персонала по специальностям по субъектам Российской Федерации



Регион	Фельдшеры (лечебное дело)	Акушерки	Медицинские сестры	Лаборанты	Медицинские лабораторные техники	Рентгено- лаборанты	Зубные врачи
Российская Федерация	160 119	64 931	1 038 459	37 322	64 123	33 549	22 181
Центральный ФО	37 147	14 624	271 396	10 622	14 056	9 372	5 019
Белгородская область	1 921	973	12 338	509	534	370	368
Брянская область	1 741	574	10 061	464	499	313	84
Владимирская область	1 535	584	9 160	658	286	310	430
Воронежская область	2 371	1 160	19 346	635	991	622	214
Ивановская область	1 214	444	6 947	431	217	253	324
Калужская область	1 098	355	7 026	269	433	235	68
Костромская область	941	280	5 177	121	362	155	318
Курская область	1 342	644	9 039	439	569	295	277
Липецкая область	1 378	581	9 665	534	584	340	160
Московская область	4 949	1 780	37 083	1 608	1 593	1 192	631
Орловская область	933	450	6 323	305	279	218	58
Рязанская область	1 538	635	8 920	243	599	297	203
Смоленская область	1 238	473	7 035	284	392	233	43
Тамбовская область	1 006	523	8 281	701	154	261	147
Тверская область	1 825	579	9 717	272	554	300	53
Тульская область	1 945	555	11 038	659	339	388	293
Ярославская область	1 405	537	9 600	559	263	334	480
г. Москва	8 767	3 497	84 640	1 931	5 408	3 256	868
Северо-Западный ФО	15 254	5 087	103 592	3 512	6 232	3 575	1 737
Республика Карелия	991	340	5 671	264	244	182	181
Республика Коми	1 519	628	8 809	136	858	277	307
Архангельская область	1 722	691	11 880	129	1 014	337	40
в том числе Ненецкий АО	66	21	308	4	25	9	6



Регион	Фельдшеры (лечебное дело)	Акушерки	Медицинские сестры	Лаборанты	Медицинские лабораторные техники	Рентгено- лаборанты	Зубные врачи
Вологодская область	2 247	546	8 788	371	688	288	166
Капнинградская область	768	259	5 005	232	215	176	130
Ленинградская область	1 492	387	8 949	403	492	320	192
Мурманская область	1 165	373	8 406	310	495	289	141
Новгородская область	1 004	257	4 672	357	179	169	185
Псковская область	1 073	238	4 925	316	185	173	104
г. Санкт-Петербург	3 273	1 368	36 487	994	1 862	1 364	291
<b>Южный ФО</b>	<b>12 755</b>	<b>5 700</b>	<b>92 502</b>	<b>3 862</b>	<b>4 738</b>	<b>2 762</b>	<b>2 415</b>
Республика Адыгея	428	230	3 327	170	140	99	91
Республика Капмыкия	282	224	2 424	165	81	70	10
Краснодарский край	5 168	1 841	33 248	1 155	1 591	896	601
Астраханская область	866	499	8 150	403	593	227	250
Волгоградская область	2 577	1 251	17 740	796	1 025	639	162
Ростовская область	3 434	1 655	27 613	1 173	1 308	831	1 301
<b>Северо-Кавказский ФО</b>	<b>6 757</b>	<b>5 261</b>	<b>56 247</b>	<b>2 689</b>	<b>2 054</b>	<b>1 492</b>	<b>1 140</b>
Республика Дагестан	2 033	2 115	16 755	775	545	413	100
Республика Ингушетия	162	204	2 117	97	55	40	71
Кабардино-Балкарская республика	745	467	6 662	218	396	141	150
Карачаево-Черкесская Республика	576	228	3 498	266	79	87	36
Республика Северная Осетия - Алания	539	382	5 218	500	35	189	69
Чеченская Республика	641	832	6 675	290	142	131	419
Ставропольский край	2 061	1 033	15 322	543	802	491	295
<b>Приволжский ФО</b>	<b>36 264</b>	<b>15 269</b>	<b>230 537</b>	<b>6 736</b>	<b>15 745</b>	<b>7 048</b>	<b>5 691</b>
Республика Башкортостан	5 024	2 421	30 802	993	1 847	913	650



Регион	Фельдшеры (лечебное дело)	Акушерки	Медицинские сестры	Лаборанты	Медицинские лабораторные техники	Рентгено- лаборанты	Зубные врачи
Республика Марий Эл	900	436	5 913	173	357	179	77
Республика Мордовия	835	533	6 890	172	555	205	235
Республика Татарстан	4 514	1 855	27 796	393	2 466	800	201
Удмуртская Республика	2 052	1 008	12 840	524	682	370	207
Чувашская Республика	1 187	624	10 603	101	842	271	123
Пермский край	4 253	1 171	18 960	1 131	964	624	216
Кировская область	2 082	856	11 606	187	867	338	372
Нижегородская область	3 679	1 363	25 475	694	1 777	838	873
Оренбургская область	3 157	1 062	16 991	522	1 420	567	903
Пензенская область	1 583	630	10 589	546	593	304	482
Самарская область	2 627	1 335	21 353	367	1 460	683	363
Саратовская область	2 724	1 256	19 445	702	1 070	600	650
Ульяновская область	1 647	719	11 274	231	845	356	339
<b>Уральский ФО</b>	<b>19 381</b>	<b>5 855</b>	<b>92 800</b>	<b>2 442</b>	<b>6 993</b>	<b>2 987</b>	<b>2 742</b>
Курганская область	1 676	532	7 182	194	491	212	289
Свердловская область	7 200	1 702	31 409	1 027	2 452	1 054	727
Тюменская область	5 238	2 093	30 202	439	2 439	901	702
в том числе:							
Ханты-Мансийский АО - Югра	2 426	1 049	16 212	148	1 335	458	317
Ямало-Ненецкий АО	995	348	4 885	85	499	137	74
Челябинская область	5 267	1 528	24 007	782	1 611	820	1 024
<b>Сибирский ФО</b>	<b>25 234</b>	<b>9 903</b>	<b>145 383</b>	<b>5 280</b>	<b>11 550</b>	<b>4 741</b>	<b>1 918</b>
Республика Алтай	339	189	1 794	72	139	59	47
Республика Бурятия	1 175	608	7 106	539	417	204	60
Республика Тыва	506	292	2 599	330	104	107	30



Регион	Фельдшеры (лечебное дело)	Акушерки	Медицинские сестры	Лаборанты	Медицинские лабораторные техники	Рентгено- лаборанты	Зубные врачи
Республика Хакасия	734	251	3 910	206	275	127	65
Алтайский край	2 527	1 524	17 642	403	1 556	534	470
Забайкальский край	1 650	776	8 538	72	949	248	49
Красноярский край	4 065	1 249	23 574	848	1 611	710	224
Иркутская область	3 577	1 067	18 671	980	870	609	134
Кемеровская область	3 860	1 152	19 902	643	1 674	697	181
Новосибирская область	3 290	1 198	19 465	468	1 727	640	314
Омская область	2 350	1 115	14 890	313	1 868	551	231
Томская область	1 161	482	7 292	406	360	255	113
<b>Дальневосточный ФО</b>	<b>7 327</b>	<b>3 232</b>	<b>46 002</b>	<b>2 179</b>	<b>2 755</b>	<b>1 572</b>	<b>1 519</b>
Республика Саха (Якутия)	1 514	869	8 361	365	601	236	102
Камчатский край	359	180	2 592	111	194	89	43
Приморский край	1 684	695	10 795	393	678	414	566
Хабаровский край	1 352	517	9 628	418	559	343	311
Амурская область	1 180	491	7 154	574	131	238	183
Магаданская область	238	104	1 614	28	177	52	72
Сахалинская область	630	234	3 920	209	293	149	201
Еврейская АО	262	99	1 395	55	93	37	28
Чукотский АО	108	43	543	26	29	14	13

Источник: Росстат, Минздравсоцразвития РФ



### 1.3 Состояние высшего медицинского образования

#### Количество профильных медицинских институтов (в России, по областям/краям)

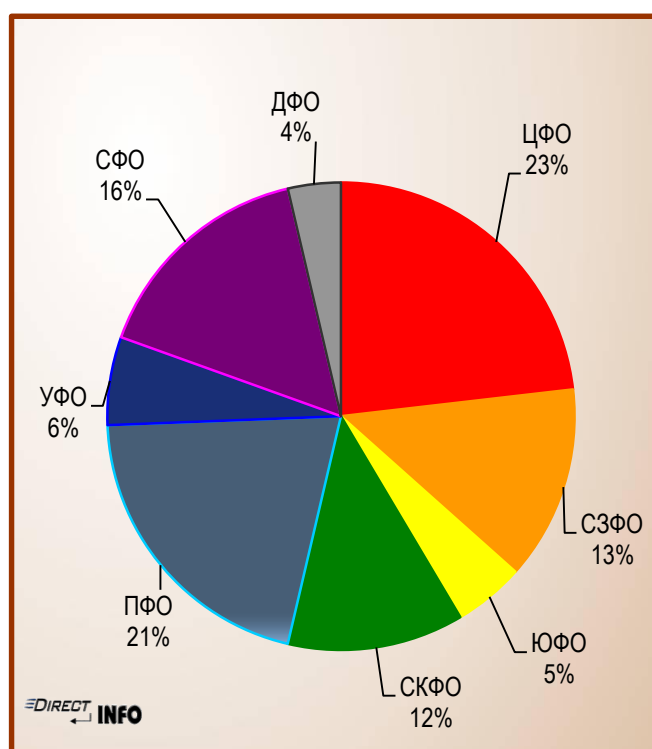
**Таблица 1.3.1.** Количество медицинских ВУЗов и ВУЗов с медицинским факультетом по субъектам Российской Федерации

Федеральный Округ	Регион России	Число ВУЗов
<b>Всего по России</b>		<b>82</b>
<b>ДФО</b>	Приморский край	1
	Республика Саха-Якутия	1
	Хабаровский край	1
	<b>Всего ДФО</b>	<b>3</b>
<b>ПФО</b>	Саратовская область	3
	Пермский край	2
	Астраханская область	1
	Волгоградская область	1
	Кировская область	1
	Нижегородская область	1
	Оренбургская область	1
	Республика Башкирия	1
	Республика Мордовия	1
	Республика Татарстан	1
	Республика Удмуртия	1
	Самарская область	1
	Ульяновская область	1
	Чувашская республика	1
	<b>Всего ПФО</b>	<b>17</b>
<b>СЗФО</b>	Санкт-Петербург	8
	Архангельская область	1
	Калининградская область	1
	Республика Карелия	1
	<b>Всего СЗФО</b>	<b>11</b>
<b>СКФО</b>	Ставропольский край	3
	Карачаево-Черкесская республика	1
	Республика Дагестан	1
	Республика Ингушетия	1
	Республика Кабардино-Балкария	1
	Республика Северная Осетия - Алания	1
	Республика Северная Осетия-Алания	1
	Чеченская республика	1
	<b>Всего СКФО</b>	<b>10</b>
<b>СФО</b>	Забайкальский край	2
	Новосибирская область	2
	Томская область	2
	Алтайский край	1
	Иркутская область	1
	Кемеровская область	1
	Красноярский край	1
	Омская область	1
	Республика Бурятия	1
	Республика Хакасия	1



Федеральный Округ	Регион России	Число ВУЗов
	<b>Всего СФО</b>	<b>13</b>
<b>УФО</b>	Тюменская область	2
	Свердловская область	1
	Ханты-Мансийский АО	1
	Челябинская область	1
	<b>Всего УФО</b>	<b>5</b>
<b>ЦФО</b>	Москва	7
	Воронежская область	2
	Белгородская область	1
	Ивановская область	1
	Курская область	1
	Новгородская область	1
	Орловская область	1
	Рязанская область	1
	Смоленская область	1
	Тверская область	1
	Тульская область	1
	Ярославская область	1
	<b>Всего ЦФО</b>	<b>19</b>
<b>ЮФО</b>	Краснодарский край	3
	Ростовская область	1
	<b>Всего ЮФО</b>	<b>4</b>

Источник: оценка Директ ИНФО на основе открытых источников



**Рисунок 1.3.1.** Распределение медицинских ВУЗов и ВУЗов с медицинским факультетом по федеральным округам России

**Таблица 1.3.2.** Совокупный рейтинг медицинских ВУЗов Российской Федерации в 2011-2012 гг. (по версии РИА Новости и Высшей Школы Экономики)





№	Название ВУЗа	Адрес	Телефон / Факс	E-mail	Официальный сайт
1.	Московская медицинская академия (ММА) - Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (МГМУ)	119048, г. Москва, ул. Трубецкая, 8 ст2.	Тел.: (499) 248-05-53, 248-54-06	<a href="mailto:rektorat@mma.ru">rektorat@mma.ru</a>	<a href="http://www.mma.ru">http://www.mma.ru</a>
2.	Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова (РНИМУ)	г. Москва, ул. Островитянова, 1.	Тел.: (495) 434-14-22	<a href="mailto:rsmu@rsmu.ru">rsmu@rsmu.ru</a>	<a href="http://www.rsmu.ru">http://www.rsmu.ru</a>
3.	Московский государственный медико-стоматологический университет (МГМСУ)	127473, г. Москва, ул. Делегатская, 20/1.	Тел.: (499) 973-37-44	<a href="mailto:msmsu@msmsu.ru">msmsu@msmsu.ru</a>	<a href="http://www.msmsu.ru">http://www.msmsu.ru</a>
4.	Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова (СПбГМУ)	197022, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6/8.	Тел.: (812) 499-71-12	<a href="mailto:priem2011@spb-gmu.ru">priem2011@spb-gmu.ru</a>	<a href="http://www.spb-gmu.ru">http://www.spb-gmu.ru</a>
5.	Санкт-Петербургская государственная медицинская академия (СПбГМА) - Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова (СЗГМУ)	191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41.	Тел.: (812) 303-50-00 (единая справочная), Тел.: (812) 543-96-09, Тел./факс: (812) 303-50-35	<a href="mailto:rektorat@spbmapo.ru">rektorat@spbmapo.ru</a>	<a href="http://www.mechnik.spb.ru">http://www.mechnik.spb.ru</a>
6.	Нижегородская государственная медицинская академия (НГМА)	603005, Российская Федерация, г. Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, 10/1.	Телефон/факс: +7-831-439-09-43	<a href="mailto:rector@nngma.ru">rector@nngma.ru</a>	<a href="http://www.nizhgma.ru">http://www.nizhgma.ru</a>
7.	Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова (РГМУ)	390026 г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9	Телефон: (4912)46-08-01, Факс: (4912)46-08-08	<a href="mailto:rzgmu@rzgmu.ru">rzgmu@rzgmu.ru</a>	<a href="http://www.rzgmu.ru">http://www.rzgmu.ru</a>
8.	Смоленская государственная медицинская академия (СГМА)	214019, Россия, г. Смоленск, ул. Крупской, д. 28	Телефон: +7 (4812) 55-02-75, Факс: +7 (4812) 52-01-51		<a href="http://sgma.info">http://sgma.info</a>
9.	Кубанская государственная медицинская академия (КГМА)	350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4.	Тел. 2-68-36-84, Факс 2-68-36-84		<a href="http://www.kgma.ru">http://www.kgma.ru</a>
10.	Новосибирская государственная медицинская академия (НГМА) - Новосибирский государственный медицинский университет (НГМУ)	ул. Красный проспект, 52.	Тел.: (383) 222-27-16 - приемная комиссия	<a href="mailto:abiturient@ngmu.ru">abiturient@ngmu.ru</a> ; <a href="mailto:socwork@list.ru">socwork@list.ru</a>	<a href="http://www.ngmu.ru">http://www.ngmu.ru</a>
11.	Тверская государственная медицинская академия (ТГМА)	170100, г. Тверь, ул. Советская, д. 4	Телефон: (4822) 32-17-79, Факс: (4822) 34-43-09	<a href="mailto:info@tvergma.ru">info@tvergma.ru</a>	<a href="http://tvergma.ru">http://tvergma.ru</a>

Источник: РИА Новости и Высшая Школа Экономики




**Число выпускников (в России, по областям/краям)**
**Таблица 1.3.3. Подготовка специалистов с Высшим образованием для сферы “Здравоохранение” в России (на начало учебного года, тысяч человек)**

Учебный год / Показатель	1995/96	2000/01	2005/06	2009/10	2010/11
<b>Принято студентов - всего</b>	<b>24,7</b>	<b>35</b>	<b>38,6</b>	<b>41,6</b>	<b>41,6</b>
в том числе по специальностям:					
лечебное дело	13,1	16,4	16,7	18	19,3
педиатрия	4,8	6	5,7	6,3	6,5
медико-профилактическое дело	1,2	1,7	2	2	1,8
стоматология	2,6	3,7	4,9	5,6	5,6
фармация	2,5	4,6	6,1	6,9	7,3
сестринское дело	0,5	2,1	2,9	2,5	0,7
прочие	-	0,5	0,3	0,4	0,4
<b>Численность студентов - всего</b>	<b>161,8</b>	<b>166,1</b>	<b>201,2</b>	<b>216</b>	<b>218,6</b>
в том числе по специальностям:					
лечебное дело	89,1	84,3	93,6	98,2	100,8
педиатрия	35,7	30,4	31,9	33,2	33,7
медико-профилактическое дело	7,5	7,8	10,5	10,6	10,4
стоматология	15,2	15,8	22,2	25,6	26,3
фармация	12,8	17,2	28,7	34	35,2
сестринское дело	1,5	6	12,7	12,6	10,5
прочие	-	4,6	1,6	1,8	1,9
<b>Выпущено специалистов - всего</b>	<b>27,5</b>	<b>23,3</b>	<b>28,3</b>	<b>33,1</b>	<b>33,5</b>
в том числе по специальностям:					
лечебное дело	13,6	12,6	13,4	14,4	14,5
педиатрия	5,9	4,5	4,5	4,8	4,9
медико-профилактическое дело	1,4	1	1,3	1,6	1,6
стоматология	3,4	2,4	3,5	4,4	4,4
фармация	3,1	1,9	3,5	5	5,5
сестринское дело	0,1	0,5	2	2,8	2,4
прочие	-	0,4	0,2	0,2	0,3

Источник: Росстат, Министерство образования и науки РФ



## 1.4 Обзор медицинского оснащения

### Количество компьютерных и магнитно-резонансных томографов (в России, по областям/краям)

По состоянию на конец 2012 года общий (включая частные и государственные клиники) размер установленной в России базы компьютерных томографов по оценке Директ ИНФО составляет более 1700 штук. Для МРТ аналогичный показатель оценивается на уровне 730 единиц. В течение 2012 года в России активно проводились программы модернизации здравоохранения, на которые были выделены огромные государственные средства. В результате только в одном 2012 году через государственные тендеры закуплено не менее 463 компьютерных и 159 магнитно-резонансных томографов (только для государственных учреждений здравоохранения без учета частных клиник, были заключены контракты на поставку, однако поставка части оборудования и его установка в больницах будет произведена в 2013 году). Доля частной медицины в установленной базе составляет около 9% для компьютерных томографов и около 27% для магнитно-резонансных томографов.

**Таблица 1.4.1.** Размер установленной базы по рентгеновским компьютерным и магнитно-резонансным томографам по подведомственным Минздравсоцразвития государственным учреждениям здравоохранения по субъектам РФ (всего штук на конец года)

Регион	Число РК томографов			Число МР томографов		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
<b>Российская Федерация</b>	<b>855</b>	<b>982</b>	<b>1104</b>	<b>377</b>	<b>358</b>	<b>375</b>
<b>Центральный ФО</b>	<b>259</b>	<b>309</b>	<b>336</b>	<b>146</b>	<b>139</b>	<b>142</b>
Белгородская область	10	9	8	6	6	1
Брянская область	4	5	5	6	3	5
Владимирская область	5	14	14	1	1	2
Воронежская область	14	16	21	6	6	6
Ивановская область	7	6	8	1	1	1
Калужская область	9	12	12	2	3	3
Костромская область	2	2	2	-	-	-
Курская область	1	6	5	1	1	1
Липецкая область	5	6	8	2	2	3
Московская область	21	23	25	18	9	9
Орловская область	-	5	5	2	1	1
Рязанская область	8	10	11	4	4	4
Смоленская область	3	7	7	2	2	1
Тамбовская область	3	7	6	1	2	2
Тверская область	5	7	7	4	5	5
Тульская область	10	12	14	4	4	4
Ярославская область	13	16	17	4	4	4
г. Москва	139	146	161	82	85	90
<b>Северо-Западный ФО</b>	<b>101</b>	<b>121</b>	<b>129</b>	<b>54</b>	<b>52</b>	<b>53</b>
Республика Карелия	6	6	6	1	-	1
Республика Коми	7	14	13	3	2	2
Архангельская область	7	12	12	2	2	2
в том числе Ненецкий автономный округ	1	1	1	-	-	-



Регион	Число РК томографов			Число МР томографов		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Вологодская область	8	10	8	2	2	2
Калининградская область	6	6	6	1	1	1
Ленинградская область	9	12	12	5	6	2
Мурманская область	8	9	8	7	5	4
Новгородская область	3	4	4	1	2	2
Псковская область	5	4	4	2	2	2
г. Санкт-Петербург	42	44	56	30	30	35
<b>Южный ФО</b>	<b>74</b>	<b>85</b>	<b>85</b>	<b>30</b>	<b>23</b>	<b>21</b>
Республика Адыгея	1	2	3	-	-	1
Республика Калмыкия	2	1	2	-	-	-
Краснодарский край	27	29	36	17	6	7
Астраханская область	3	3	4	1	1	1
Волгоградская область	12	14	13	2	2	2
Ростовская область	29	36	27	10	14	10
<b>Северо-Кавказский ФО</b>	<b>29</b>	<b>31</b>	<b>43</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Республика Дагестан	7	8	12	1	1	2
Республика Ингушетия	1	1	1	1	-	1
Кабардино-Балкарская Республика	2	1	2	-	4	1
Карачаево-Черкесская Республика	-	-	1	1	1	1
Республика Северная Осетия - Алания	1	3	3	1	-	1
Чеченская Республика	3	3	6	-	1	1
Ставропольский край	15	15	18	4	2	3
<b>Приволжский ФО</b>	<b>156</b>	<b>190</b>	<b>220</b>	<b>55</b>	<b>56</b>	<b>57</b>
Республика Башкортостан	23	25	29	7	8	7
Республика Марий Эл	2	2	3	1	1	1
Республика Мордовия	5	8	11	1	1	2
Республика Татарстан	23	28	27	11	15	12
Удмуртская Республика	8	12	13	4	3	3
Чувашская Республика	13	14	14	3	3	5
Пермский край	11	11	13	2	2	2
Кировская область	7	6	9	5	1	2
Нижегородская область	14	16	18	2	2	2
Оренбургская область	10	12	21	5	6	6
Пензенская область	4	9	11	2	2	4
Самарская область	21	25	26	6	6	5
Саратовская область	10	12	16	4	4	4
Ульяновская область	5	10	9	2	2	2
<b>Уральский ФО</b>	<b>92</b>	<b>96</b>	<b>91</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>41</b>
Курганская область	6	6	5	3	5	8
Свердловская область	31	33	28	7	7	8
Тюменская область	40	38	38	17	15	15
в том числе: Ханты-Мансийский	25	19	20	8	8	7



Регион	Число РК томографов			Число МР томографов		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
автономный округ - Югра						
Ямало-Ненецкий автономный округ	5	6	7	4	4	4
Челябинская область	15	19	20	5	5	10
<b>Сибирский ФО</b>	<b>91</b>	<b>95</b>	<b>114</b>	<b>35</b>	<b>26</b>	<b>27</b>
Республика Алтай	1	2	2	-	-	-
Республика Бурятия	4	5	4	3	3	2
Республика Тыва	1	1	1	1	1	1
Республика Хакасия	2	2	3	-	-	-
Алтайский край	14	14	15	2	1	2
Забайкальский край	7	7	5	1	1	1
Красноярский край	10	11	12	3	-	-
Иркутская область	15	17	20	7	4	3
Кемеровская область	9	9	15	5	4	4
Новосибирская область	14	12	16	6	5	5
Омская область	10	10	11	5	4	4
Томская область	4	5	10	2	3	5
<b>Дальневосточный ФО</b>	<b>42</b>	<b>42</b>	<b>72</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>14</b>
Республика Саха (Якутия)	8	8	13	3	4	4
Камчатский край	2	2	2	1	1	1
Приморский край	10	10	28	1	3	3
Хабаровский край	8	8	11	3	5	5
Амурская область	2	3	7	1	1	-
Магаданская область	2	2	2	-	-	1
Сахалинская область	8	7	7	1	-	-
Еврейская автономная область	1	1	1	-	-	-
Чукотский автономный округ	1	1	1	-	-	-

Источник: Министерство здравоохранения и социального развития РФ

**Таблица 1.4.2.** Число компьютерных и магнитно-резонансных томографов, закупленных для государственных учреждений здравоохранения в 2012 году по федеральным округам.

Федеральный округ	КТ	МРТ
<b>Российская Федерация</b>	<b>463</b>	<b>159</b>
Дальневосточный ФО	24	3
Приволжский ФО	95	28
Северо-Западный ФО	53	16
Сибирский ФО	72	19
Уральский ФО	49	14
Центральный ФО	123	75
Южный + Северо-Кавказский ФО	47	4

Источник: оценка Директ ИНФО на основе результатов государственных тендеров



**Таблица 1.4.3.** Число частных (негосударственных) клиник, оказывающих услуги компьютерной и магнитно-резонансной томографии в 2012 году по федеральным округам.

Федеральный округ	КТ	МРТ
<b>Российская Федерация</b>	<b>150</b>	<b>197</b>
Дальневосточный ФО	4	5
Приволжский ФО	36	25
Северо-Западный ФО	15	33
Сибирский ФО	10	22
Уральский ФО	11	10
Центральный ФО	66	90
Северо-Кавказский ФО	4	8
Южный ФО	4	4

**Источник:** внутренние базы Директ ИНФО



## 2. Состояние системы медицинского страхования в России

### 2.1 Описание российской системы медицинского страхования (в том числе законы)

#### *История развития, законодательные акты, регулирующие систему медицинского страхования*

В России страховая медицина имеет относительно небольшую историю. 23 июня 1912 г. в России был принят закон, который впервые в стране ввел страхование на случай болезни. С этого момента начала действовать система страхования рабочих промышленных предприятий. Она распространялась только на крупные предприятия. Под ее действие не попадали рабочие, занятые в строительстве, на транспорте, в торговле, в сельском хозяйстве, а также прислуга и временные рабочие. Закон не распространялся на Сибирь и Среднюю Азию.

Больничные кассы выдавали своим участникам денежные пособия в трех случаях:

- по болезни или несчастному случаю, связанному с утратой трудоспособности (от 1/2 до 2/3 заработка для семейных и от 1/4 до 1/2 — для остальных);
- по случаю родов (от 10% до 50% заработка работницы);
- на погребение (от 20-кратного до 30-кратного дневного заработка умершего).

Пособие по болезни выплачивалось с 3—4-го дня. Организация медицинской помощи рабочим, например, создание больниц, в обязанности больничных касс не входила. Предусматривались лишь амбулаторное лечение и первая помощь при внезапных заболеваниях и несчастных случаях — расходы возлагались на предпринимателей.

После Февральской революции Временное правительство попыталось улучшить действующую систему. Страхование на случай болезни распространялось на строителей и ремесленников, а также на мелкие предприятия, где постоянно трудились не менее 5 рабочих. Больничные кассы получили право в своих лечебных учреждениях оказывать помощь не только членам семей, но и самим застрахованным. Однако, как и прежде, средства больничных касс составлялись из взносов самих рабочих и доплаты предпринимателей.

В первые месяцы Советской власти больничным кассам были бесплатно переданы принадлежавшие предпринимателям больницы и амбулатории. Предпринимателей обязывали выдавать больничным кассам средства на строительство и оснащение лечебных учреждений из расчета 1 больничная койка на 100 рабочих и 1 родильная койка на 200 работниц. Кассы не только выплачивали пособия, но и повсеместно занимались организацией бесплатной медицинской помощи рабочим. Денежные средства кассы получали от предпринимателей — они платили страховые взносы.

Созданные тогда же объединенные больничные кассы, располагавшие значительными средствами, организовали амбулаторную и стационарную помощь, помощь экстренную и в ночное время. Однако уже на I съезде медико-санитарных отделов (июнь 1918 г.) был поставлен вопрос об «организационном слиянии» государственной и страховой медицины. В феврале 1919 г. было принято постановление Совнаркома «О передаче всей лечебной части бывших больничных касс Нарком-здраву», а в марте 1919 г. — о ликвидации больничных касс.

В период НЭПа (1921 — 1923 гг.) произошел временный возврат к элементам страховой медицины, однако было сохранено единство советского здравоохранения при активном участии страховых компаний в организации медицинской помощи застрахованным, а период такой организации был кратковременным.



Кризисная ситуация, сложившаяся в российском здравоохранении в конце 80-х — начале 90-х гг., заставила вспомнить историю больничных касс в нашей стране и изучить современный зарубежный опыт организации медицинского страхования.

28 июня 1991 г. был принят Закон “О медицинском страховании граждан в Российской Федерации”, в соответствии с которым с 1993 года в стране была введена система обязательного медицинского страхования. Закон, несмотря на все его несовершенство, положил начало трансформации предшествующей жестко-иерархической модели медицинского обеспечения с административно-командными методами управления в модель, основанную на социальном страховании. Важную роль в становлении новой системы должно было сыграть введение рыночных механизмов: конкуренции производителей медицинских услуг и страховых организаций.

Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» состоит из 5-ти разделов, 28 статей.

**I раздел. Общие положения.**

Ст. 1. Медицинское страхование.

Ст. 2. Субъекты медицинского страхования.

**II раздел. Система медицинского страхования.**

Ст. 3. Объект добровольного медицинского страхования.

Ст. 4. Договор медицинского страхования.

Ст. 5. Страховой медицинский полис.

Ст. 6. Права граждан РФ в системе медицинского страхования.

Ст. 7. Права и обязанности лиц, не имеющих гражданства, в системе медицинского страхования.

Ст. 8. Медицинское страхование граждан РФ за границей и иностранных граждан на территории РФ.

Ст. 9. Права и обязанности страхователя.

Ст. 10. Источники финансирования системы здравоохранения в РФ.

Ст. 11. Финансовые средства государственной, муниципальной системы здравоохранения.

Ст. 12. Финансовые средства государственной системы обязательного медицинского страхования.

Ст. 13. Налогообложение средств, направляемых на здравоохранение.

**III раздел. Деятельность страховых медицинских организаций.**

Ст. 14. Страховая медицинская организация.

Ст. 15. Права и обязанности страховой медицинской организации.

Ст. 16. Выдача лицензий на право заниматься медицинским страхованием.

Ст. 17. Платежи на медицинское страхование.

Ст. 18. Налогообложение страховых медицинских организаций.

Ст. 19. Реорганизация и ликвидация страховых медицинских организаций.

**IV раздел. Деятельность медицинских учреждений в системе медицинского страхования.**

Ст. 20. Права и обязанности медицинских учреждений.

Ст. 21. Лицензирование и аккредитация медицинских учреждений.

Ст. 22. Программа обязательного медицинского страхования.

Ст. 23. Договор на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по медицинскому страхованию.

Ст. 24. Тарифы на услуги в системе медицинского страхования.

Ст. 25. Налогообложение медицинских учреждений.

Ст. 26. Регулирование отношений субъектов медицинского страхования.

**V раздел. Регулирование отношений сторон в системе ОМС.**

Ст. 27. Ответственность сторон в системе медицинского страхования.

Ст. 28. Право страховой медицинской организации на возмещение расходов.





Одной из важнейших структур в системе страхования является Фонд Обязательного Медицинского Страхования. Фонды ОМС — это самостоятельные государственные финансово-кредитные учреждения, реализующие государственную политику в области обязательного медицинского страхования. Фонды ОМС предназначены для аккумулирования страховых взносов, обеспечения финансовой стабильности государственной системы ОМС и выравнивания финансовых ресурсов на его проведение.

Федеральный фонд ОМС создается высшим органом законодательной власти России и правительством РФ. Территориальные фонды ОМС создаются соответствующими органами законодательной и исполнительной власти субъектов Федерации. Финансовые средства фондов ОМС находятся в государственной собственности Российской Федерации, не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат.

### ***Организация и финансирование системы обязательного медицинского страхования в РФ.***

В соответствии с законодательством в России ОМС является государственным и всеобщим для населения. Это означает, что государство в лице своих законодательных и исполнительных органов определяет основные принципы организаций ОМС, устанавливает тарифы взносов, круг страхователей и создает специальные государственные фонды для аккумуляции взносов на обязательное медицинское страхование. Всеобщность ОМС заключается в обеспечении всем гражданам равных гарантированных возможностей получения медицинской помощи в размерах, устанавливаемых государственными программами ОМС.

Основная цель ОМС состоит в сборе страховых взносов и предоставлении за счет собранных средств медицинской помощи всем категориям граждан на законодательно установленных условиях и в гарантированных размерах. Поэтому систему ОМС следует рассматривать с двух точек зрения. С одной стороны, это составная часть государственной системы социальной защиты наряду с пенсионным, социальным страхованием и страхованием по безработице. С другой стороны, ОМС представляет собой финансовый механизм обеспечения дополнительных к бюджетным ассигнованиям денежных средств на финансирование здравоохранения и оплату медицинских услуг. Необходимо заметить, что в сферу ОМС включено только медицинское обслуживание населения. Возмещение заработка, потерянного за время болезни, осуществляется уже в рамках другой государственной системы — социального страхования и не является предметом ОМС.

Медицинское обслуживание в рамках ОМС предоставляется в соответствии с Базовыми и территориальными программами обязательного медицинского страхования, разрабатываемыми на уровне Федерации в целом и в субъектах Федерации. Базовая программа ОМС граждан России содержит основные гарантии, предоставляемые в рамках ОМС. К ним относятся амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь, предоставляемая в учреждениях здравоохранения независимо от их организационно-правовой формы при любых заболеваниях, за исключением тех, лечение которых должно финансироваться за счет федерального бюджета (дорогостоящие виды медицинской помощи и лечение в федеральных медицинских учреждениях) или бюджетов субъектов РФ и муниципальных образований (лечение в специализированных диспансерах и больницах, льготное лекарственное обеспечение, профилактика, скорая медицинская помощь и др.).

На основе Базовой программы в субъектах РФ разрабатываются территориальные программы ОМС, объем предоставляемых медицинских услуг которых не может быть меньше объема, установленного Базовой программой ОМС. Однако на практике стоимость территориальных программ приходится определять, исходя не из критериев, заложенных в Базовой программе, а из суммы финансовых средств, собранных территориальными фондами на реализацию ОМС на данной территории субъекта РФ.





## 2.2 Финансовое состояние государственной системы страхования (ОМС)

### Бюджет

**Таблица 2.2.1.** Общие показатели бюджета Федерального Фонда обязательного медицинского страхования, млрд. руб.

	2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	2013	2014
	Утвержден	Исполнено	Утвержден	Исполнено	Утвержден	Исполнено	Утвержден	Исполнено	Утвержден	Исполнено	Утвержден	Исполнено	Утвержден	Утвержден	Утвержден
Доходы	116	125,5	154,7	157,8	130,6	162,6	119,1	126,6	105,9	101,8	336	348,4	891,7	1 034,4	1 188,5
Расходы	115,9	119,4	172,4	158,2	123,2	168,7	119,1	130	110,9	109,1	336	310,4	891,7	1 034,4	1 188,5
Дефицит / профицит	0	6,1	-17,7	-0,4	7,4	-6,1	0	-3,5	-5	7,3	0	38	0	0	0

Источник: Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

**Таблица 2.2.2.** Поступление и расходование средств федерального фонда обязательного медицинского страхования (миллионов рублей)

Показатель	2009	2010
<b>Поступление</b>	<b>126 562</b>	<b>101 844</b>
из них:		
налоги, страховые взносы	89 825	97 095
из них:		
страховые взносы на обязательное медицинское страхование	-	91 028
единый социальный налог	88 832	4 889
безвозмездные поступления из федерального бюджета	37 896	4 734
<b>Расходование</b>	<b>130 037</b>	<b>109 124</b>
из них на:		
дотации на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы ОМС	91 643	86 175
средства Федерального фонда ОМС, передаваемые бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации на оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и наблюдения ребенка в течение первого года жизни	17 000	17 500
субсидии бюджетам территориальных фондов ОМС на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан	3 789	4 156
субвенции бюджетам территориальных фондов ОМС на денежные выплаты участковым терапевтам, участковым педиатрам, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам соответствующих врачей	2	-
субвенции бюджетам территориальных фондов ОМС на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации	824	796
субсидии бюджетам территориальных фондов ОМС на обязательное медицинское страхование неработающего населения (детей)	3 823	-

Источник: Федеральный фонд обязательного медицинского страхования


**Таблица 2.2.3. Поступление и расходование средств территориальных фондов обязательного медицинского страхования по субъектам Российской Федерации (миллионов рублей)**

Регион	Поступление		Расходование	
	2009	2010	2009	2010
<b>Российская Федерация</b>	<b>551 337,2</b>	<b>574 891,2</b>	<b>550 615,7</b>	<b>574 166,4</b>
<b>Центральный федеральный округ</b>	<b>169 699,4</b>	<b>177 782,1</b>	<b>166 482,6</b>	<b>176 800,7</b>
Белгородская область	4 345,7	4 332,2	4 300,7	4 285,7
Брянская область	3 465,7	3 429,1	3 471,3	3 408,4
Владимирская область	5 399,0	5 428,9	5 453,5	5 438,6
Воронежская область	6 592,9	6 669,9	6 753,9	6 715,9
Ивановская область	2 759,1	2 724,0	2 755,9	2 749,7
Калужская область	2 849,7	3 284,0	2 896,9	3 152,2
Костромская область	1 880,1	2 310,6	1 883,6	2 282,4
Курская область	3 216,9	3 172,8	3 250,4	3 164,5
Липецкая область	3 895,1	3 702,1	3 798,1	3 774,8
Московская область	31 718,1	30 107,4	28 145,7	30 560,3
Орловская область	2 353,4	2 191,0	2 346,7	2 220,7
Рязанская область	3 420,4	3 452,4	3 262,9	3 484,6
Смоленская область	3 011,8	3 083,2	2 996,3	3 063,2
Тамбовская область	2 945,2	3 342,4	2 954,2	3 330,1
Тверская область	4 102,8	4 291,3	4 136,7	4 311,5
Тульская область	5 247,4	5 040,2	5 232,6	5 004,0
Ярославская область	4 359,2	4 536,5	4 401,5	4 499,5
г. Москва	78 136,9	86 684,1	78 441,7	85 354,6
<b>Северо-Западный федеральный округ</b>	<b>56 227,9</b>	<b>62 597,4</b>	<b>57 076,4</b>	<b>62 871,0</b>
Республика Карелия	3 155,3	3 075,3	3 224,4	3 130,1
Республика Коми	5 433,6	6 265,4	5 396,0	6 213,4
Архангельская область	5 458,8	5 689,3	5 791,5	5 798,6
в том числе Ненецкий автономный округ	412,8	416,1	427,9	415,9
Вологодская область	4 203,2	4 343,9	4 263,3	4 311,3
Калининградская область	3 175,3	4 497,7	3 178,2	4 463,4
Ленинградская область	6 846,5	7 105,9	6 811,1	7 166,7
Мурманская область	4 681,4	4 987,8	4 697,9	5 031,9
Новгородская область	1 977,8	2 004,9	1 978,8	2 011,6
Псковская область	1 824,1	1 816,5	1 817,9	1 784,7
г. Санкт-Петербург	19 471,9	22 810,7	19 917,3	22 959,3
<b>Южный федеральный округ</b>	<b>40 090,2</b>	<b>41 965,1</b>	<b>40 004,8</b>	<b>41 764,8</b>
Республика Адыгея	1 285,8	1 422,3	1 284,9	1 406,1
Республика Калмыкия	775,2	766,4	787,5	759,8
Краснодарский край	15 504,9	16 572,0	15 723,7	16 421,3
Астраханская область	2 431,1	2 645,8	2 479,5	2 653,2
Волгоградская область	7 006,2	7 359,3	6 778,0	7 202,1
Ростовская область	13 087,0	13 199,3	12 951,2	13 322,3
<b>Северо-Кавказский федеральный округ</b>	<b>25 691,2</b>	<b>26 248,5</b>	<b>25 952,9</b>	<b>26 518,5</b>
Республика Дагестан	7 207,5	7 026,1	7 220,3	7 430,0
Республика Ингушетия	1 281,3	1 279,9	935,6	1 172,0
Кабардино-Балкарская Республика	2 262,3	2 274,1	2 266,0	2 276,9
Карачаево-Черкесская Республика	1 468,7	1 450,2	1 477,0	1 465,3
Республика Северная Осетия - Алания	1 754,2	1 860,6	1 971,2	1 864,5
Чеченская Республика	3 626,9	4 392,5	3 713,2	4 349,7
Ставропольский край	8 090,3	7 965,1	8 369,6	7 960,1
<b>Приволжский федеральный округ</b>	<b>105 063,3</b>	<b>108 735,5</b>	<b>106 080,5</b>	<b>109 301,5</b>
Республика Башкортостан	12 742,4	12 612,8	12 631,8	12 853,1



Регион	Поступление		Расходование	
	2009	2010	2009	2010
Республика Марий Эл	1 860,3	1 717,7	1 885,1	1 724,4
Республика Мордовия	1 770,0	1 939,8	1 761,8	1 942,1
Республика Татарстан	17 704,6	18 706,1	17 805,7	18 684,8
Удмуртская Республика	7 057,4	7 187,2	7 001,6	7 044,3
Чувашская Республика	3 706,0	4 622,1	3 723,0	4 525,7
Пермский край	9 328,3	9 555,4	9 634,2	9 761,3
Кировская область	4 576,0	4 499,2	4 534,3	4 688,5
Нижегородская область	12 336,6	11 913,8	12 429,9	12 050,8
Оренбургская область	7 087,1	7 615,8	7 035,4	7 373,2
Пензенская область	5 164,7	5 550,1	5 156,5	5 462,1
Самарская область	10 609,2	11 088,6	10 961,3	10 914,3
Саратовская область	6 925,2	7 668,4	7 439,1	8 074,0
Ульяновская область	4 195,5	4 058,5	4 080,8	4 202,9
<b>Уральский федеральный округ</b>	<b>47 524,9</b>	<b>48 124,9</b>	<b>48 134,0</b>	<b>48 176,0</b>
Курганская область	2 978,8	2 856,0	2 801,5	2 756,2
Свердловская область	13 734,6	14 197,8	14 290,4	13 881,4
Тюменская область	19 466,9	19 753,2	19 783,1	19 759,8
в том числе:				
Ханты-Мансийский автономный округ - Югра	7 940,5	7 862,9	7 937,9	7 768,3
Ямало-Ненецкий автономный округ	3 464,5	3 618,5	3 403,1	3 601,0
Челябинская область	11 344,6	11 317,9	11 259,0	11 778,6
<b>Сибирский федеральный округ</b>	<b>74 763,2</b>	<b>75 302,5</b>	<b>74 490,2</b>	<b>75 237,0</b>
Республика Алтай	869,7	937,3	871,5	955,5
Республика Бурятия	3 589,0	3 698,5	3 612,1	3 691,8
Республика Тыва	1 774,4	1 813,5	1 802,6	1 810,6
Республика Хакасия	2 281,0	2 402,3	2 177,9	2 306,7
Алтайский край	8 779,6	8 540,5	8 448,8	8 604,6
Забайкальский край	4 487,9	4 440,8	4 885,3	4 517,2
Красноярский край	13 601,8	13 896,3	13 709,1	13 941,8
Иркутская область	10 323,2	9 795,1	10 279,5	9 777,8
Кемеровская область	9 055,0	9 404,9	8 748,4	9 435,5
Новосибирская область	9 319,7	9 622,3	9 410,6	9 526,2
Омская область	6 345,4	6 049,3	6 174,1	6 017,3
Томская область	4 336,5	4 701,7	4 370,3	4 652,0
<b>Дальневосточный федеральный округ</b>	<b>32 277,1</b>	<b>34 135,2</b>	<b>32 394,3</b>	<b>33 496,9</b>
Республика Саха (Якутия)	6 375,5	6 776,3	6 403,5	6 786,6
Камчатский край	2 265,3	2 872,3	2 248,6	2 876,3
Приморский край	7 695,3	8 071,6	7 826,4	7 542,3
Хабаровский край	6 507,3	6 774,0	6 232,9	6 637,5
Амурская область	3 537,1	3 512,2	3 648,7	3 529,2
Магаданская область	1 080,9	1 136,2	1 078,5	1 140,7
Сахалинская область	2 798,3	2 789,7	2 871,9	2 770,5
Еврейская автономная область	693,9	718,7	704,9	726,4
Чукотский автономный округ	1 323,5	1 484,2	1 378,9	1 487,4

Источник: Федеральный фонд обязательного медицинского страхования



## 2.3 Финансовое обеспечение отрасли

### Общий объем средств, выделяемых на здравоохранение (бюджетных и частных), сумма в рублях

Согласно данным Росстата за период январь-ноябрь 2012 года объем финансовых вложений (инвестиций в основной капитал) в отрасли “Здравоохранение и предоставление социальных услуг” составил 10,9 млрд. рублей (в том числе, 1,3 млрд. рублей долгосрочные и 9,6 млрд. рублей краткосрочные вложения). За тот же период 2012 года в отрасль “Здравоохранение” поступило около 82 млн. долларов США иностранных инвестиций. Структура финансирования российского здравоохранения в 2012 году представлена в Таблице 2.3.1.

**Таблица 2.3.1.** Структура финансирования здравоохранения в России в 2012 году

Наименование показателя	Показатель
ВВП, трлн. руб. (данные Росстата)	7,3
Расходы на здравоохранение в % от ВВП	5,4
Доля государственных расходов на здравоохранение (в процентах от общей суммы расходов)	59,9
Доля частных расходов на здравоохранение (в процентах от общей суммы расходов)	40,1
Суммарная доля государственных расходов на здравоохранение (в % от общего годового бюджета страны)	12,7
Доля фондов социального обеспечения (в процентах от общей суммы расходов)	40,3
Доля расходов, оплаченных непосредственно населением (в процентах от суммы частных расходов)	74,7
Доля частного страхования (в процентах от суммы частных расходов)	8,1
Подушевые суммарные расходы на здравоохранение (по паритету покупательной способности в международных долларах)	369,0
Госрасходы на здравоохранение на душу населения (по обменному курсу в долларах США)	57,0
Подушевые госрасходы на здравоохранение (по паритету покупательной способности в международных долларах)	221,0

Источник: Минздравсоцразвития РФ, Федеральное казначейство РФ, Росстат

### Объем бюджетных средств, выделяемых на здравоохранение, сумма в рублях

**Таблица 2.3.3.** Объем бюджетных средств, выделяемых на реализацию национального проекта “Здоровье”, млрд.руб

Год / Статья расходов	2012 год	2013 год		2014 год		2015 год	
		Проект	% к предыдущему году	Проект	% к предыдущему году	Проект	% к предыдущему году
Всего, в том числе	135,1	144,7	107,3	103,8	71,6	103,5	99,7
Совершенствование организационно-финансового механизма обеспечения населения Российской Федерации высокотехнологической медицинской помощью	42,2	51,8	120	50,6	100	50,6	100
Закупки диагностических средств и антиретровирусных препаратов для профилактики, выявления и лечения инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатита В и С	19	19,1	100,5	19,5	102,1	19,5	100



Год / Статья расходов	2012 год	2013 год		2014 год		2015 год	
		Проект	% к предыдущему году	Проект	% к предыдущему году	Проект	% к предыдущему году
Мероприятия по иммунизации населения	5,64	5,64	100	6,1	108,2	6,1	100
Обследование населения с целью выявления туберкулеза, лечение больных туберкулезом, профилактические мероприятия	2,8	2,82	101,7	5,3	187,9	5,3	100
Совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями*	3,44	4,51	170,9				
Совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях (в том числе приобретение санитарного автотранспорта)	3,23	5,93	183,6	5,93	100	5,93	100
Совершенствование организации онкологической помощи населению	6,92	6,92	100	6,92	100	6,92	100
Мероприятия по развитию службы крови	4,2	5	119	5	100	5	100
Осуществление денежных выплат участковым врачам-терапевтам, участковым врачам-педиатрам, врачам общей (семейной) практики, медицинским сестрам, работающими с названными врачами в муниципальных учреждениях *	21,72	21,1	97,1	-	-	-	-
Осуществление денежных выплат медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, а также врачам, фельдшерам и медсестрам скорой медицинской помощи *	10,2	9,8	96,1	-	-	-	-
Дополнительная диспансеризация работающих граждан	4	4	100	-	-	-	-
Иные	11,8	8,1	68,6	4,45	54,9	4,15	93,3

Источник: Минздравсоцразвития РФ

## 2.4 Страховые взносы

### **Средний размер страховых взносов на ОМС на 1 чел по России (сумма в руб., статистика), % от зарплаты**

Размер страховых взносов определяет Федеральный закон Российской Федерации от 24 июля 2009 г. N 212-ФЗ "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования".

В частности, наиболее важной является Статья 12. Тарифы страховых взносов:

1. Тариф страхового взноса - размер страхового взноса на единицу измерения базы для начисления страховых взносов.
2. Применяются следующие тарифы страховых взносов:
  - 1) Пенсионный фонд Российской Федерации - 26 процентов;
  - 2) Фонд социального страхования Российской Федерации - 2,9 процента;
  - 3) Федеральный фонд обязательного медицинского страхования - 2,1 процента;



4) территориальные фонды обязательного медицинского страхования - 3 процента.

**Таблица 2.4.1.** Средний размер страховых взносов в федеральный и территориальные фонды ОМС по федеральным округам и регионам России в 2012 году, рублей с человека

Субъекты Российской Федерации	Средний размер страховых взносов в месяц	в том числе, в федеральный фонд ОМС	в том числе, в территориальные фонды
<b>Российская Федерация</b>	<b>1 190</b>	<b>490</b>	<b>700</b>
<b>Центральный федеральный округ</b>	<b>1 000</b>	<b>412</b>	<b>588</b>
Белгородская область	996	410	586
Брянская область	861	355	507
Владимирская область	833	343	490
Воронежская область	1 007	415	592
Ивановская область	862	355	507
Калужская область	1 155	476	680
Костромская область	803	331	472
Курская область	893	368	525
Орловская область	804	331	473
Рязанская область	883	364	520
Тамбовская область	742	305	436
Тульская область	981	404	577
Ярославская область	950	391	559
г. Москва	2 223	915	1 308
<b>Северо-Западный федеральный округ</b>	<b>1 376</b>	<b>567</b>	<b>809</b>
Республика Карелия	1 185	488	697
Республика Коми	1 572	647	925
Архангельская область	1 360	560	800
Ненецкий автономный округ	2 722	1 121	1 601
Вологодская область	1 125	463	662
Калининградская область	1 023	421	602
Ленинградская область	1 275	525	750
Мурманская область	1 716	707	1 009
Новгородская область	983	405	578
Псковская область	827	340	486
г. Санкт-Петербург	1 548	637	910
<b>Южный федеральный округ</b>	<b>895</b>	<b>368</b>	<b>526</b>
Республика Адыгея	796	328	468
Республика Калмыкия	727	299	427
Краснодарский край	1 125	463	662
Астраханская область	926	381	545
Волгоградская область	898	370	528
Ростовская область	897	369	528





Субъекты Российской Федерации	Средний размер страховых взносов в месяц	в том числе, в федеральный фонд ОМС	в том числе, в территориальные фонды
<b>Северо-Кавказский федеральный округ</b>	<b>780</b>	<b>321</b>	<b>459</b>
Республика Ингушетия	914	376	538
Кабардино-Балкарская Республика	750	309	441
Карачаево-Черкесская Республика	760	313	447
Республика Северная Осетия - Алания	853	351	502
Чеченская Республика	869	358	511
Ставропольский край	853	351	502
<b>Приволжский федеральный округ</b>	<b>925</b>	<b>381</b>	<b>544</b>
Республика Башкортостан	932	384	548
Республика Марий Эл	733	302	431
Республика Мордовия	694	286	408
Республика Татарстан	1 062	437	625
Удмуртская Республика	854	352	502
Чувашская Республика	787	324	463
Пермский край	994	409	585
Кировская область	813	335	478
Нижегородская область	970	399	570
Оренбургская область	901	371	530
Пензенская область	897	369	528
Самарская область	977	402	575
Саратовская область	866	357	509
Ульяновская область	805	332	474
<b>Уральский федеральный округ</b>	<b>1 969</b>	<b>811</b>	<b>1 158</b>
Курганская область	799	329	470
Свердловская область	1 223	503	719
Тюменская область	2 413	994	1 419
Ханты-Мансийский автономный округ - Югра	2 411	993	1 418
Ямало-Ненецкий автономный округ	3 850	1 585	2 265
Челябинская область	1 118	460	657
<b>Сибирский федеральный округ</b>	<b>1 114</b>	<b>459</b>	<b>655</b>
Республика Алтай	863	355	508
Республика Тыва	1 019	420	599
Республика Хакасия	1 099	452	646
Алтайский край	770	317	453
Забайкальский край	1 143	471	672
Красноярский край	1 353	557	796
Иркутская область	1 196	492	704
Кемеровская область	1 134	467	667



Субъекты Российской Федерации	Средний размер страховых взносов в месяц	в том числе, в федеральный фонд ОМС	в том числе, в территориальные фонды
Новосибирская область	1 092	449	642
Омская область	1 018	419	599
Томская область	1 293	532	761
Дальневосточный федеральный округ	1 922	791	1 130
Республика Саха (Якутия)	1 816	748	1 068
Камчатский край	2 019	831	1 188
Хабаровский край	1 398	576	822
Амурская область	1 241	511	730
Сахалинская область	2 106	867	1 239
Чукотский автономный округ	2 950	1 215	1 735

Источник: Росстат, оценки Директ ИНФО

**Средний размер страховых взносов на ДМС на 1 чел по России (сумма в руб.)**

**Таблица 2.4.2.** Средний размер страховых взносов по программе добровольного медицинского страхования, рублей с человека в год

Возраст застрахованного	Средняя величина взносов
До 1 года	200 000
от 1 до 5 лет	120 000
с 5 до 8 лет	110 000
с 8 до 18 лет*	55 000
18 до 40 лет*	35 000
с 40 до 50 лет	55 000
с 50 до 60 лет*	66 000
С 60 до 70 лет*	82 500
с 70 до ...	110 000

Источник: данные страховых компаний

**Примечание:** в каждом конкретном случае стоимость страхования может быть скорректирована в зависимости от текущего состояния здоровья застрахованного, уровня сервиса выбранных медицинских учреждений, возраста застрахованного, особых условий труда застрахованного (профессиональные риски), политики страховой компании.




**Таблица 2.4.3. Страховые премии (взносы), собранные страховыми организациями (млн.рублей)**

Тип страхования	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Всего по добровольному и обязательному страхованию</b>	<b>775 083,0</b>	<b>954 754,2</b>	<b>979 099,3</b>	<b>1 036 677,0</b>	<b>1 269 762,8</b>
<b>Добровольное страхование - всего</b>	<b>404 288,5</b>	<b>468 764,4</b>	<b>420 018,2</b>	<b>451 035,0</b>	<b>545 112,2</b>
в том числе: личное страхование	113 160,3	128 479,6	118 404,2	140 646,4	177 285,5
в том числе страхование: жизни	22 341,7	19 229,8	16 525,5	21 320,4	34 605,8
от несчастных случаев и болезней	27 632,7	34 760,1	27 531,7	33 608,1	45 786,2
медицинское	63 185,9	74 489,7	74 347,0	85 717,9	96 893,5
<b>Обязательное страхование - всего</b>	<b>370 794,5</b>	<b>485 989,8</b>	<b>559 081,1</b>	<b>585 642,0</b>	<b>724 650,6</b>
в том числе: личное страхование	297 084,8	405 609,3	472 079,0	492 274,2	618 873,2
в том числе страхование: от несчастных случаев	6 355,2	6 861,6	6 842,8	6 656,1	7 508,6
медицинское	290 729,5	398 747,7	465 236,2	485 618,1	611 364,6

**Источник:** данные страховых компаний



## ЧАСТЬ II. ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ МЕДУЧРЕЖДЕНИЕМ В РОССИИ

### 1. Регистрация медучреждения

#### 1.1 Процедура регистрации

##### *Требуемые документы, сроки, государственный орган, отвечающий за регистрацию*

С точки зрения российского законодательства для открытия медицинского центра, в первую очередь, необходимо зарегистрироваться в качестве индивидуального предпринимателя (ИП, физическое лицо) или юридического лица (как ООО - общество с ограниченной ответственностью). Поскольку в рамках проведенного исследования обсуждается создание крупного иностранного медицинского центра, то вариант по регистрации индивидуального предпринимателя не рассматривается.

Порядок регистрации установлен ФЗ от 08.08.2001 года «О государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей».

##### **Этап 1. Сбор и предоставление документов для регистрации юридического лица.**

Документы, которые необходимо представить при государственной регистрации создаваемого юридического лица с одновременной постановкой на учет в налоговом органе:

1. Паспорт (перевод на русский язык с нотариальным удостоверением - для иностранцев);
2. Уведомление о прибытии иностранного гражданина (временная регистрация в Москве - для иностранцев);
3. Разрешение на работу - для иностранцев
4. Подписанное заявителем Заявление о государственной регистрации по форме Р11001, утвержденной Правительством Российской Федерации (первые 3 листа заверяются нотариально, остальные подшиваются заявителем, на сшивке ставится «прошито, пронумеровано, заявитель ФИО, подпись»). При заполнении рекомендуется использовать ПРИКАЗ ФНС от 1 ноября 2004 г. N САЭ-3-09/16 «О методических разъяснениях по заполнению форм документов, используемых при государственной регистрации юридического лица и индивидуального предпринимателя».
5. Решение о создании юридического лица (так как один учредитель, если 2 и более Протокол Общего собрания), которое содержит следующие положения:
  - О Создании Общества ( с указанием наименования и адреса Общества);
  - Об уставном капитале (размер и каким образом формируется – путем внесения денежных средств или имущества);
  - Доли в Уставном капитале;
  - Утверждение Устава Общества.
  - Назначить на должность Генерального директора Общества: (паспорт; место проживания:)
6. Утверждение эскиза печати Общества: 4 экземпляра (1 - в МИФНС №46, 1 остается в организации, 1 для накопительного счета, 1 для расчетного счета)



7. учредительные документы юридического лица (подлинники или засвидетельствованные в нотариальном порядке копии) – Устав – 2 экземпляра; (если 2 и более учредителя + учредительный договор -2 шт)
8. Подлинник платежного поручения об уплате государственной пошлины в размере 2000 рублей (квитанция ПД-4сб (налог) наиболее удобна);
9. Запрос на выдачу архивной копии Устава (+учредительный договор, соответственно)
10. Подлинник платежного поручения об уплате государственной пошлины в размере 400 рублей (КБК как на выписку из ЕГРЮЛ) (квитанция ПД-4сб (налог) наиболее удобна) – за устав;

Подача осуществляется непосредственно учредителем, либо по почте. В этом случае документы придут на юридический адрес организации.

## **Этап 2. Оплата уставного капитала**

После подачи документов необходимо оплатить уставный капитал Общества. Если уставом предусмотрена оплата денежными средствами, то рекомендуется открыть накопительный счет в банке и оплатить с его помощью.

## **Этап 3. Получение документов**

Получение документов ориентировочно на 5 рабочий день со дня подачи (точная дата получения будет указана в Расписке, выданной налоговой). Получить может любое лицо по доверенности и при наличии расписки.

## **Этап 4. Изготовление печати**

## **Этап 5. Постановка на учет в социальные Фонды**

Фонды (пенсионный, ФСС, МГФОМС - территориальные) – получение свидетельств о постановке на учет (можно получить и позже). В территориальный орган статистики – получение Информационного письма (коды статистики) – необходимы, в том числе, и для открытия расчетного счета. Для получения необходимы следующие документы (копии без заверения, данные документы выдает МИФНС):

1. Выписку из Единого государственного реестра юридических лиц (ЕГРЮЛ).
2. Свидетельство о государственной регистрации с основным государственным регистрационным номером (ОГРН).
3. Свидетельство о постановке юридического лица на налоговый учет с идентификационным номером налогоплательщика (ИНН).
4. Решение учредителей о внесении изменений в сведения о юридическом лице.
5. Устав.

## **Этап 6. Открытие банковских счетов**

Заккрытие накопительного счета и открытие расчетного счета с последующим уведомлением территориальной ИФНС.

Как правило, вся процедура регистрации юридического лица занимает порядка 2-3 недель, из них 9 (календарных дней) со дня подачи в МИФНС документов на регистрацию и до получения, 2-3 дня изготовление печати, 1-5 дней территориальный орган статистики, Фонды.

Помимо стандартной регистрации российского юридического лица, открытие медицинского центра имеет свои специфические требования и особенности, перечисленные далее в этой главе.



## **Этап 7. Соблюдение специфических требований, предъявляемых при регистрации частного медицинского учреждения**

При создании медицинского центра вновь организованное юридическое лицо сталкивается с вопросом об определении конкретного направления деятельности. Платные медицинские услуги могут предоставляться населению в виде профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной, протезно-ортопедической и зубопротезной помощи.

Приказом Минздрава РФ от 26 июля 2002 года № 238 «Об организации лицензирования медицинской деятельности» утверждена номенклатура работ и услуг по оказанию соответствующей медицинской помощи (далее – номенклатура), в соответствии с которой, определяются конкретные направления деятельности лица, предоставляющего медицинские услуги.

**Статья 56** “Основ законодательства об охране здоровья” устанавливает следующие требования к лицу, занимающемуся частной медицинской деятельностью:

- Наличие высшего или среднего медицинского образования;
- Наличие сертификата специалиста;
- Наличие лицензии.

“Положение о лицензировании медицинской деятельности”, утвержденное постановлением Правительства РФ от 4 июля 2002 года № 499, ставит следующие условия, необходимые для получения лицензии на оказание медицинских услуг:

- 1) Наличие у соискателя лицензии (лицензиата) принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании соответствующих помещений.
- 2) Наличие соответствующих организационно – технических условий и материально – технического оснащения, включая оборудование, инструменты, транспорт и документацию, обеспечивающих использование медицинских технологий, разрешенных к применению Министерством здравоохранения Российской Федерации.
- 3) Наличие и содержание в работоспособном состоянии средств противопожарной защиты (пожарной сигнализации и пожаротушения), противопожарного водоснабжения и необходимого для ликвидации пожара расчетного запаса специальных средств, а также наличие плана действий персонала на случай пожара.
- 4) Для юридического лица, помимо соответствующего положения в уставных документах, свидетельствующего о возможности оказания платных медицинских услуг, необходимо наличие в штате работников (врачей, среднего медицинского персонала, инженерно – технических работников и др.), имеющих высшее или среднее – специальное, дополнительное образование и специальную подготовку, соответствующие требованиям и характеру выполняемых работ и предоставляемых услуг, а также наличие у руководителя лицензиата и (или) уполномоченного им лица высшего специального образования и стажа работы по лицензируемой деятельности (по конкретным видам работ и услуг, предусмотренным номенклатурой) не менее 5 лет.
- 5) Повышение не реже 1 раза в 5 лет квалификации работников юридического лица, осуществляющих медицинскую деятельность.
- 6) Письмом Минздрава от 28 апреля 2003 года № 2510/4460-03-32 «Об отчетности негосударственных медицинских учреждений» установлено, что при лицензировании медицинской деятельности требуется включать в лицензионные требования и условия ведения учетной и отчетной документации по утвержденным Минздравом и Росстатом формам в соответствии с разрешенными лицензиату работами и услугами с последующим предоставлением отчетов в установленные сроки в органы управления здравоохранением субъектов РФ.

## **Этап 8. Соблюдение требований Роспотребнадзора (торговый и санитарный контроль):**



1) Если частным медицинским центром арендовано помещение в муниципальном медицинском учреждении – необходимо предоставить заявление на получения сан.эпид.заключения о соответствии работ и услуг заявленному виду медицинской деятельности санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам. Если арендованное или собственное помещение ранее не использовалось как медицинское учреждение - надо получить заключение на одобрение размещения в нем медицинского кабинета или центра (общие сроки составляют от 2 недель).

Необходимые документы:

- налоговые свидетельства,
- договор аренды или свидетельство на право собственности,
- медицинская книжка.

2) Заказ санитарной экспертизы (физические факторы, вода, воздух, смывы на стерильность - обязательны) и программа производственного контроля. Сроки проведения экспертизы от недели, расходы на проведение от 4000 рублей.

3) Заключение договора с муниципальными службами на вывоз мусора, с дезинфекционной станцией на дезинфекцию, дезинсекцию и дератизацию – около 3400 рублей в квартал.

По результатам протоколов экспертиз и договоров составляется акт, на основании которого выдается запрошенное санитарно-эпидемиологическое заключение, которое заверяется **нотариально**.

В случае размещения медицинского центра на новом месте сначала необходимо получить санэпидзаключение о размещении, а затем пройдя еще одну экспертизу – получить дополнительно санэпидзаключение о соответствии работ и услуг. (пошлина около 1000 руб.)

#### **Этап 9. Соблюдение требований Госпожарнадзора (противопожарный надзор):**

Данный этап может проводиться параллельно с этапом подбора места для размещения клиники. Главное требование к помещению – наличие в нем пожарной сигнализации. Если сигнализации нет, установка занимает 1 день, цена составит от 7000 рублей. Дополнительно к сигнализации устанавливаются средства пожаротушения (огнетушитель стоит от 400 рублей).

Необходимые документы:

- налоговые свидетельства,
- договор аренды,
- свидетельство о прохождении курсов о противопожарной безопасности (1000 руб.),
- приказ о пожарной безопасности,
- инструкции при действиях при пожаре,
- план эвакуации.

Общие сроки на получение разрешения Госпожарнадзора составляют около одной недели, расходы от 1500 рублей.

### **1.2 Система лицензирования (Росздравнадзор)**

Любая медицинская деятельность подлежит обязательному лицензированию, поэтому при условии соблюдения требований всех предыдущих девяти этапов согласно ФЗ от 08.08.2001 года «О лицензировании отдельных видов деятельности» для начала работы новому медицинскому центру необходимо получить лицензию на занятие медицинской деятельностью.

Для получения лицензии частная клиника должна иметь соответствующее помещение, перечень необходимого медицинского оборудования и персонал с действующими сертификатами. Пакет



документов, удостоверяющий все это, должен быть передан в Лицензионную палату для прохождения экспертизы, где он рассматривается в течение 45 дней.

В процессе лицензирования проводится аккредитация медицинской деятельности. Необходимо лицензировать **каждый** вид медицинской деятельности, которым хочет заниматься новый медцентр. Процедура формирования пакета документов и самого лицензирования длится, как правило, не менее года. Действие лицензии распространяется только по определенному адресу. На выдачу больничных листов клинике необходимо получить отдельную лицензию или нанять специалиста, у которого есть определенный сертификат. В период лицензирования (2 месяца) готовая, но еще не открывшаяся клиника **простаивает**, и затраты следует планировать с учетом этого негативного обстоятельства.

Важно отметить, что если в клинике будет расположен рентгеновский кабинет, то еще **до начала лицензирования** необходимо получить лицензии на эксплуатацию источников ионизирующего излучения (ИИИ). Медцентр должен иметь проект рентгеновского кабинета, выполненный лицензированной организацией, который согласовывают и лицензируют в Роспотребнадзоре. Соответственно по проекту должны быть проведены все необходимые ремонтные работы, вентиляция, ввод в эксплуатацию, обязательно иметь заключение СЭС.

Для её получения в орган лицензирования и сертификации подается **заявление о предоставлении лицензии**. Форма заявления утверждена письмом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 27.07.2005 года № 01И-374/05.

В заявлении указывается:

- 1) Для юридических лиц - полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование, и организационно-правовая форма юридического лица, место его нахождения, адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, который намерен осуществлять заявитель, государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица и данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц;
- 2) Идентификационный номер налогоплательщика и данные документа о постановке на учет в налоговом органе;
- 3) Лицензируемый вид деятельности, который соискатель лицензии намерен осуществлять, то есть медицинская деятельность.

К заявлению прилагаются:

- Копии учредительных документов (с представлением оригиналов в случае, если верность копий не засвидетельствована в нотариальном порядке);
- Документ, подтверждающий уплату государственной пошлины за рассмотрение лицензирующим органом заявления о предоставлении лицензии;
- Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или ином законном основании зданий, помещений, оборудования и другого материально-технического оснащения, необходимых для осуществления медицинской деятельности;
- Копии документов об образовании и документов, подтверждающих стаж работы руководителя юридического лица или его заместителя;
- Копии документов об образовании специалистов, состоящих в штате соискателя лицензии или привлекаемых им для осуществления работ (услуг - диплом, интернатура, ординатура (если есть), прохождение повышения квалификации 1 раз в 5 лет, сертификат, категория)
- Копии документов об образовании и документов, подтверждающих стаж работы индивидуального предпринимателя, связанный с выполнением работ (услуг);





- Копии регистрационных удостоверений и сертификатов соответствия на используемую медицинскую технику;
- Копии документов об образовании и квалификации работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинской техники, или договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление этого вида деятельности (Список медицинской мебели и медицинского оборудования - которое допускается взять в аренду и у муниципальных клиник, сертификаты, договора на обслуживание медицинской техники, заключение метрологов)
- Копию выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам осуществляемой медицинской деятельности.

Копии всех документов, не заверенные нотариусом, представляются с предъявлением оригинала. Лицензирующий орган не вправе потребовать иных документов, кроме тех, которые указаны в соответствующей статье ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Лицензирующий орган принимает решение о предоставлении лицензии в срок, **не превышающий 45 дней** со дня поступления заявления. Лицензию подписывает лично Руководитель Комитета.

Также к заявлению необходимо приложить заключение госпожарнадзора и квитанцию об уплате 300 рублей за рассмотрение заявления. По получении лицензии необходимо будет оплатить 1000 рублей лицензионного сбора.

В Приложении 1 к отчету приводятся примеры реквизитов для оплаты (для Хабаровского края), а также типовой образец заявления для лицензирования медицинской деятельности. **На практике необходимо использовать бланки документов и реквизиты, которые необходимо получить в регистрирующем органе, действительные на момент регистрации** (они могут отличаться от представленных в отчете).

### **1.3 Регистрация и лицензирование медицинского оборудования/ИТ-оборудования (компьютерный томограф, магнитно-резонансный томограф и др.)**

#### **Особенности регистрации диагностического оборудования**

Медицинская техника и оборудование может потребовать несколько видов оформления в различных официальных органах, а также согласования в различных инстанциях. Наиболее часто встречающиеся случаи:

1. Таможенное оформление медтехники
2. Санитарно-эпидемиологическое оформление продукции
3. Гигиеническое оформление и сертификация медицинской техники, изделий медицинского назначения, а также проведение испытаний.
4. Регистрация медицинской техники, изделий медицинского назначения в Министерстве Здравоохранения РФ.
5. Лицензирование производства, а также технического обслуживания медицинской техники.

Процедура оформления пакета документов для оформления медицинской продукции - изделий медицинского назначения и медицинской техники требует довольно значительных затрат времени и сил. Кроме вышеперечисленных существует довольно актуальная сегодня сертификация «Средств Измерения Медицинского Назначения». Причем, данной процедуре подлежит и зарубежная, и отечественная медтехника.

#### **Процедура 1. Таможенное оформление (через специализированную фирму)**



В настоящее время рынок медицинской техники в России хорошо развит и любой медицинский центр может купить оборудование через официальных дистрибуторов ведущих мировых производителей. Техника по контракту будет ввезена и оформлена на таможне дистрибутором. Потому подробное описание процедуры таможенного оформления в отчете не приводится. Кроме дистрибуторов, на рынке работает большое число компаний, оказывающих содействие при таможенном оформлении медицинской техники, изделий медицинского назначения, доставляемых различного рода транспортом.

## **Процедура 2. Санитарно-эпидемиологическое оформление (экспертиза)**

Данный тип оформления может понадобиться для медицинской техники, например, при наличии материалов, контактирующих с кожей человека. Такая экспертиза проводится в соответствии с приказом «О санитарно-эпидемиологической экспертизе продукции». В нем установлены:

- Порядок проведения санитарно-эпидемиологической экспертизы продукции
- Продукция, подлежащая санитарно-эпидемиологической экспертизе.
- Продукция, подлежащая санитарно-эпидемиологической экспертизе в Департаменте Госсанэпиднадзора Минздрава России.

Согласно этому приказу, экспертизе подлежит практически вся продукция, причем данная процедура может быть неоднократной. Экспертиза проводится как для производимой в России техники, так и для ввозимой по импорту. Экспертиза проводится как при первичном обращении, так и При истечении срока действия ранее выданного заключения.

## **Процедура 3. Гигиеническая оценка**

Происходит в соответствии с «Инструкцией о порядке гигиенической оценки медицинских изделий для целей их регистрации в Российской Федерации». Основанием для проведения гигиенической оценки медицинских изделий является выписка из решения специализированной экспертной комиссии Комитета по новой медицинской технике Минздрава России, выданная организации-разработчику медицинского изделия отечественного производства или фирме, заявившей в установленном порядке о своем намерении зарегистрировать в Российской Федерации медицинское изделие зарубежного производства и содержащая указание о необходимости проведения гигиенической оценки. Для рассмотрения вопроса о проведении гигиенической оценки медицинского изделия отечественного производства необходимо:

1. Выписка из решения специализированной экспертной комиссии Комитета по новой медицинской технике Минздрава России, содержащая указание о необходимости проведения гигиенической оценки медицинского изделия;
2. Фотография медицинского изделия размером 13x18 или 18x24 - 1 экз.
3. Нормативный документ на медицинское изделие отечественного производства (ГОСТ, ОСТ, проект ТУ);
4. Проекты эксплуатационных документов (инструкция по эксплуатации, технический паспорт);
5. Для рассмотрения вопроса о проведении гигиенической оценки медицинского изделия зарубежного производства, кроме перечисленных выше в п.1 и п.2, необходимы следующие документы:
  - Сертификаты на медицинское изделие, выданные в стране-изготовителе;
  - Рекламные иллюстративные материалы;
  - Инструкция фирмы-производителя по эксплуатации медицинского изделия (на русском языке);





- Акты санитарно-химических, токсиколого-гигиенических исследований, проводившихся в стране фирмы-производителя при регистрации или сертификации медицинского изделия.

#### **Процедура 4. Государственная регистрация медицинской техники**

Государственная Регистрация медицинских изделий, оборудования и техники включает в себя предоставление Заявителем комплекта документов в соответствии с установленным перечнем в Федеральную службу (Росздравнадзор). Основными документами, представляемыми зарубежной компанией-производителем медицинских изделий являются:

- свидетельство о регистрации компании-изготовителя
- сертификат соответствия системы менеджмента качества требованиям национальных или международных нормативных документов
- документы, подтверждающие соответствие медицинского изделия требованиям нормативных документов

Экспертиза представленных документов проводится Федеральной службой во взаимодействии с ФГУ "Научный центр экспертизы средств медицинского применения", Научно-экспертным советом медицинских изделий или иными научными центрами, экспертными комиссиями и экспертами, уполномоченными Федеральной службой.

Федеральная служба по результатам экспертизы представленных документов и материалов в 30-тидневный срок принимает решение о начале процедуры регистрации заявленного изделия и определяет перечень учреждений и организаций для проведения исследований и испытаний данного медицинского оборудования или изделия. Токсикологические исследования и технические испытания проводятся российскими научными учреждениями, испытательными лабораториями и центрами, уполномоченными и определяемыми Федеральной службой.

После принятия решения о регистрации медицинского изделия Федеральной службой оформляется регистрационное удостоверение. Регистрационное удостоверение является документом, подтверждающим факт государственной регистрации медицинского изделия. Зарегистрированные медицинские изделия вносятся в Реестр.

В случае выявления отклонений от требований, обеспечивающих безопасность, качество, эффективность медицинского изделия, несоответствий в маркировке или в инструкции по применению медицинского изделия и т.п. Федеральная служба приостанавливает действие регистрационного удостоверения или аннулирует регистрационное удостоверение на соответствующее медицинское изделие с исключением его из Реестра.

После окончания срока государственной регистрации ввоз медицинских изделий на территорию Российской Федерации и реализация медицинских изделий в Российской Федерации возможны только при условии их перерегистрации Федеральной службой. Перерегистрация медицинского изделия производится Федеральной службой в следующих случаях:

- истечение срока действия регистрационного удостоверения
- изменение наименования изготовителя
- изменение наименования медицинского изделия
- модернизация медицинского изделия

В случае регистрации зарубежной медицинской продукции требуются следующие документы:

- Сопроводительное письмо в Росздравнадзор (не требует нотариального заверения).
- Доверенность на российскую компанию, занимающуюся регистрацией данной медицинской продукции (требуется нотариальное заверение и апостиль)



- Свидетельство о регистрации зарубежного изготовителя медицинской продукции (требуется заверение местной торговой палаты и апостиль).
- Сертификат системы менеджмента качества ИСО:13485 (требуется нотариальное заверение и апостиль).
- Декларация о соответствии (требуется нотариальное заверение и апостиль).
- Пакет рекламной продукции (мин 3 экземпляра).
- Информация о медицинской продукции (протоколы испытаний, технический файл, список используемых материалов и др.).

### Процедура 5. Сертификация медицинской техники

В целом сертификация продукции в здравоохранении служит гарантией безопасности и качества медицинского оборудования, инструментов и материалов. Сертификаты на медицинскую технику и оборудование выдаются после проведения испытаний в аккредитованных лабораториях и составления соответствующих протоколов. Сертификация медицинского оборудования происходит на основании постановлений правительства РФ от 16 августа 2002 года № 612 и № 613. Определение медицинским изделиям дано в государственном стандарте Российской Федерации ГОСТ Р 51609-2000 от 01.07.2001 года "Изделия медицинские. Классификация в зависимости от потенциального риска применения. Общие требования".

Все оборудование и медицинская техника классифицируется по классам в зависимости от степени риска применения:

- Класс 1 - низкая степень риска (микроскопы, медицинские весы, звукоореактотесторы)
- Класс 2А - средняя степень риска (аудиометры, лабораторная техника, спирометры)
- Класс 2Б - повышенная степень риска (кардиоанализаторы, плетизмографы, дефибрилляторы и т.д.)
- Класс 3 - высокая степень риска (имплантаты, эндопротезы, литотрипторы)

В соответствии с современной международной практикой медицинское изделие может быть введено в обращение, т.е. получить допуск на внутренний рынок государства, только после проведения предписанной для данного медицинского изделия процедуры оценки его соответствия техническим медицинским требованиям безопасности и эффективности, установленным в системе здравоохранения государства для этого вида продукции.

**Таблица 1.3.1. Сводные данные по процедуре регистрации изделий медицинского назначения**

Места обращения, режимы работы, телефоны, ответственные исполнители	Документы, получаемые на бумажном носителе от соискателя функции/ Документы, получаемые в электронном виде по межведомственному электронному взаимодействию	Срок оказания услуги	Размер госпошлины
Почтовый адрес: Славянская площадь, д. 4, строение 1, Москва, 109074. Время работы: в будние дни: с 9-00 до 18-00 (по пятницам - до 16-45), обед с 13-00 до 13-45. Телефоны для справок: +7 (499) 578-01-32	Документы, предоставляемые соискателем лицензии самостоятельно*: 1. Заявление о регистрации/внесении изменений в регистрационную документацию на изделия медицинского назначения. 2. Справка об изделии медицинского назначения. 3. Документы, подтверждающие	1. Рассмотрение документов и принятие решения о регистрации изделия медицинского назначения осуществляется в срок до 4 месяцев со дня подачи комплекта документов. Срок рассмотрения документов и принятия решения о	Внесение изменений в регистрационную документацию на изделие медицинского назначения – 200 руб. Регистрация



<p>Крылова Тамара Григорьевна; + 7 (499) 578-01-34 Комарова Татьяна Ярославовна; komarovaTY@roszdravnadzor.ru + 7 (499) 578-02-62 Попов Олег Иванович; porovOI@roszdravnadzor.ru факс: +7(495) 698-39-78. E-mail: info@roszdravnadzor.ru. Общая справочная служба: +7 (499) 578-02-30, +7 (495) 698-45-38</p>	<p>регистрацию организации-изготовителя в качестве юридического лица (для зарубежных изготовителей). 4. Доверенность или заверенная копия договора в том случае, если заявителем не является изготовитель изделия медицинского назначения. 5. Документы, подтверждающие соответствие условий производства изделия медицинского назначения требованиям законодательства Российской Федерации. 6. Проект нормативного документа вместе с документами, подтверждающими соответствие изделия медицинского назначения его требованиям, либо требованиям технических условий, либо стандартов. 7. Руководство по эксплуатации изделия медицинского назначения. 8. Проект инструкции по медицинскому применению при регистрации физиотерапевтических аппаратов и реагентов (наборов) для диагностики (in vitro), самостоятельно используемых конечным потребителем. 9. Документы, подтверждающие эквивалентность или тождественность изделия медицинского назначения своему аналогу. 10. Результаты технических испытаний, оценки безопасности и медицинских испытаний эффективности и безопасности изделия медицинского назначения. * копии документов, не заверенные нотариусом, предоставляются с предъявлением оригинала. Сведения, получаемые Росздравнадзором по межведомственному взаимодействию **: 2. Сведения, подтверждающие информацию об уплате государственной пошлины. 1. Сведения о юридическом лице (индивидуальном предпринимателе), содержащиеся в Едином государственном реестре юридических лиц (Едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей). ** документы, которые соискатель лицензии вправе предоставить по собственной инициативе.</p>	<p>регистрации изделия медицинского назначения может быть продлен на период, не превышающий 3 месяца. 2. Внесение изменений в регистрационную документацию на изделие медицинского назначения, касающихся качества, эффективности или безопасности изделия медицинского назначения, осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития в сроки, установленные для 28 регистрации изделий медицинского назначения. Во всех прочих случаях, включая те, которые связаны с включением данных о новом побочном действии или ограничениями к применению, изменением прав на изделие медицинского назначения, его торгового названия, упаковки, изменения в регистрационную документацию вносятся в срок, не превышающий 1 месяца со дня получения соответствующего комплекта документов.</p>	<p>изделий медицинского назначения – 3000 руб.;</p>
---	--	---	---

## Процедура 6. Лицензирование технического обслуживания медицинской техники

осуществляется на основании соответствующих нормативных документов: Постановление Правительства Российской Федерации от 16 августа 2002 г. N 613 «Об утверждении положения о лицензировании технического обслуживания медицинской техники (за исключением случаев,



когда указанная деятельность осуществляется для обеспечения собственных нужд юридического лица или индивидуального предпринимателя).

Перечень видов медицинской техники подлежащей лицензированию:

1. Аппараты и оборудования для травматологии и механотерапии.
2. Аптечное оборудование.
3. Бальнеологическое и водолечебное оборудование.
4. Дезинфекционное оборудование.
5. Клинико — диагностические приборы и аппараты.
6. Косметологическое оборудование.
7. Мебель медицинская.
8. Наркотно — дыхательные и реанимационные приборы, аппараты и оборудование.
9. Приборы, аппараты и оборудование для акушерства, гинекологии и неонатологии.
10. Приборы, аппараты и оборудование для оториноларингологии.
11. Приборы, аппараты и оборудование для офтальмологии.
12. Приборы, аппараты и оборудование для рентгенологии.
13. Приборы, аппараты и оборудование для томографии.
14. Приборы, аппараты и оборудование для урологии и очищения крови вне организма.
15. Приборы, аппараты и оборудование для физиотерапии.
16. Приборы, аппараты и оборудование для функциональной диагностики.
17. Приборы, аппараты и оборудование лазерные.
18. Приборы, аппараты и оборудование, применяемые при лабораторных, морфологических исследованиях и в учреждениях санитарно — эпидемиологического профиля.
19. Приборы, аппараты, оборудование и инструменты для стоматологии.
20. Приборы, аппараты, оборудование и инструменты для хирургии и нейрохирургии.
21. Слуховые аппараты.
22. Стерилизационное оборудование.
23. Эндоскопическое оборудование.

**С перечнем документов, необходимых для проведения регистрации и лицензирования можно ознакомиться в Приложении 2 к данному отчету.**



## 1.4 Обзор диагностических центров России

### Количество диагностических центров (в России и по областям/краям)

В следующей части данного раздела под диагностическим центром подразумевается частная клиника, предлагающая один или сразу несколько из следующих видов медицинских услуг: компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, рентгеновские исследования (маммография, флюорография, прочее), ультразвуковая диагностика, лабораторные анализы.

**Таблица 1.4.1.** Количество частных диагностических центров в России по регионам РФ: всего (по количеству юридических лиц), включая филиалы (расположенные по разным адресам с головной организацией), число центров, проводящих КТ или МРТ диагностику.

Регион РФ	Количество центров (по числу юрлиц)	Количество (включая филиалы)	В том числе - имеющие КТ-диагностику	В том числе - имеющие МРТ-диагностику
<b>Российская Федерация</b>	<b>2 821</b>	<b>5 111</b>	<b>150</b>	<b>197</b>
<b>ЦФО</b>	<b>941</b>	<b>2 137</b>	<b>66</b>	<b>90</b>
Москва	479	1 482	42	49
Московская область	162	233	7	13
Брянская область	4	5	2	2
Белгородская область	19	30	3	3
Владимирская область	31	38	0	3
Воронежская область	37	64	4	5
Ивановская область	27	30	1	1
Калужская область	21	22	1	1
Костромская область	7	9	2	1
Курская область	15	17	1	2
Липецкая область	23	58	2	3
Орловская область	14	15	0	1
Рязанская область	23	28	0	3
Смоленская область	14	14	0	0
Тамбовская область	8	8	0	2
Тверская область	31	48	1	0
Тульская область	14	22	0	1
Ярославская область	12	14	0	0
<b>ДФО</b>	<b>106</b>	<b>147</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Амурская область	20	26	0	0
Еврейская АО	2	2	0	0
Камчатский край	4	4	1	1
Магаданская область	1	1	0	0
Приморский край	42	68	3	4
Республика Саха (Якутия)	7	7	0	0
Сахалинская область	6	9	0	0
Хабаровский край	24	30	0	0
<b>ПФО</b>	<b>524</b>	<b>849</b>	<b>36</b>	<b>25</b>
Кировская область	26	60	5	3
Нижегородская область	78	142	3	3
Оренбургская область	12	28	0	0
Пензенская область	21	33	1	1



Регион РФ	Количество центров (по числу юриц)	Количество (включая филиалы)	В том числе - имеющие КТ-диагностику	В том числе - имеющие МРТ-диагностику
Пермский край	61	102	5	2
Республика Башкортостан	47	75	2	0
Республика Марий Эл	5	6	0	0
Республика Мордовия	7	11	0	0
Республика Татарстан	98	136	5	6
Самарская область	78	136	5	4
Саратовская область	39	50	5	3
Удмуртская Республика	17	27	2	1
Ульяновская область	16	19	1	2
Чувашская Республика	19	24	2	0
<b>СЗФО</b>	<b>377</b>	<b>680</b>	<b>15</b>	<b>33</b>
Архангельская область	16	18	0	1
Вологодская область	28	42	0	0
Калининградская область	19	40	0	3
Ленинградская область	17	28	0	1
Мурманская область	11	12	0	0
Ненецкий АО	1	5	0	0
Новгородская область	13	17	0	0
Псковская область	9	9	0	1
Республика Карелия	6	7	0	0
Республика Коми	18	30	0	0
Санкт-Петербург	239	472	15	27
<b>СКФО</b>	<b>90</b>	<b>98</b>	<b>4</b>	<b>8</b>
Кабардино-Балкарская республика	21	25	1	3
Карачаево-Черкесская Республика	4	4	0	1
Республика Дагестан	16	16	1	1
Республика Ингушетия	1	1	0	0
Республика Северная Осетия (Алания)	5	5	0	0
Ставропольский край	41	45	2	3
Чеченская Республика	2	2	0	0
<b>СФО</b>	<b>392</b>	<b>590</b>	<b>10</b>	<b>22</b>
Алтайский край	36	55	0	5
Забайкальский край	5	5	0	1
Иркутская область	30	40	0	1
Кемеровская область	45	118	0	2
Красноярский край	75	90	6	3
Новосибирская область	121	172	1	2
Омская область	37	41	2	4
Республика Бурятия	11	18	1	2
Республика Хакасия	8	8	0	1
Томская область	24	43	0	1
<b>УФО</b>	<b>228</b>	<b>337</b>	<b>11</b>	<b>10</b>





Регион РФ	Количество центров (по числу юрлиц)	Количество (включая филиалы)	В том числе - имеющие КТ-диагностику	В том числе - имеющие МРТ-диагностику
Курганская область	7	8	1	0
Свердловская область	69	110	5	4
Тюменская область	45	58	3	2
Ханты-Мансийский АО	18	30	0	1
Челябинская область	87	128	2	3
Ямало-Ненецкий АО	2	3	0	0
<b>ЮФО</b>	<b>163</b>	<b>273</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
Астраханская область	16	18	1	1
Волгоградская область	28	42	0	0
Краснодарский край	58	133	3	2
Республика Адыгея	8	8	0	0
Ростовская область	53	72	0	1

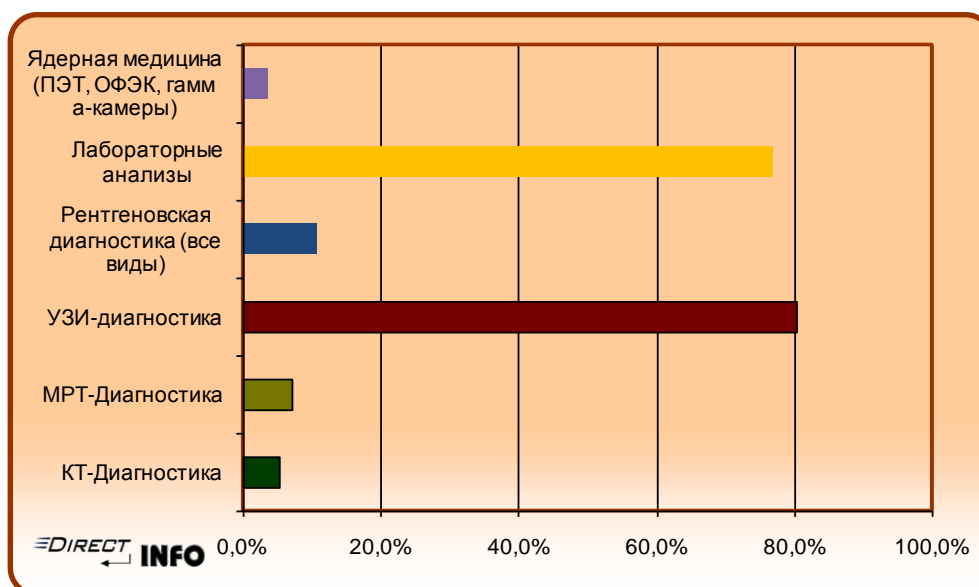
Источник: внутренние базы данных Директ ИНФО, открытые источники

#### Общая информация о диагностических центрах

**Таблица 1.4.2.** Количество частных диагностических центров в России по различным медицинским диагностическим услугам (по количеству юридических лиц)

Виды диагностических услуг	Количество центров, оказывающих данный вид услуг	% от общего числа диагностических центров
КТ-Диагностика	150	5,3%
МРТ-Диагностика	197	7,0%
УЗИ-диагностика	2 269	80,4%
Рентгеновская диагностика (все виды)	301	10,7%
Лабораторные анализы	2 167	76,8%
Прочие (ПЭТ, ОФЭК, гамма-камеры, литотриптеры)	102	3,6%

Источник: внутренние базы данных Директ ИНФО, открытые источники



**Рисунок 1.4.1.** Доля частных диагностических центров, оказывающих разные виды услуг



## 2. Деятельность иностранных медицинских центров в России

### 2.1 Правовое регулирование, барьеры проникновения на рынок России

Высокотехнологичные услуги компьютерной и магнитно-резонансной томографии по всей России предлагает более полутора сотен частных медицинских центров. Все они испытывают сильнейшую конкуренцию со стороны достаточно хорошо оснащенных (в рамках программ модернизации здравоохранения) государственных и ведомственных больниц и поликлиник, предоставляющих платные услуги как официально, так в отдельных случаях и по теневым схемам. Помимо прямой и не прямой конкуренции с другими частными и государственными клиниками любой вновь организуемый медицинский центр потенциально вынужден будет столкнуться с рядом сложностей (многие из которых являются типично российскими и отсутствуют в других странах), описание которых приводится ниже,

#### Барьеры:

##### 1. Лицензирование деятельности клиники:

- Отказы в продлении лицензий по истечению 5-летнего срока путем их переоформления, в соответствии с Федеральным законом №128-ФЗ от 08.08.2001 «О лицензировании отдельных видов деятельности» и судебным решением о законности продления лицензий путем переоформления.
- Невозможность исполнения в полном объеме ряда требований из Постановления Правительства №30 от 22.01.2007 «Положение о лицензировании медицинской деятельности».
- Отсутствие Федерального регламента лицензирования медицинской деятельности.
- Процедура лицензирования медицинской деятельности может занять до 1,5 лет.
- Компании с иностранным капиталом более 20% не могут причисляться к малому или среднему бизнесу, даже являясь таковыми.
- Квоты на иностранных сотрудников.

##### 2. Лицензирование деятельности иностранных врачей:

- Нострификация иностранных дипломов и сертификатов (может занять до 1 года)
- Прохождение специального экзамена для подтверждения диплома иностранного врача.

*Трудоустройство.* Законодательство России о медицинской деятельности и трудовое законодательство предъявляют врачам, осуществляющим медицинскую деятельность в России, ряд специальных требований, более подробно описанных в следующем разделе 2.2. Врач может быть допущен к медицинской деятельности только при наличии определенного профессионального образования. В этой связи иностранному врачу, имеющему иностранный документ об образовании, необходимо провести процедуру признания этого документа со стороны России и установления его эквивалентности российским документам об образовании. В противном случае будет затруднительно подтвердить, что образование иностранного врача соответствует образовательному цензу. В свою очередь, при отсутствии у иностранного врача необходимого образования трудовой договор с ним прекращается в силу пункта 11 части первой статьи 77 Трудового кодекса России (ТК РФ) — вследствие нарушения установленных федеральным законом правил заключения трудовых договоров.





*Материальное, бытовое и социальное обеспечение.* Закон об иностранных гражданах возлагает обязанность материального, медицинского и жилищного обеспечения иностранных граждан, временно пребывающих на территории России, на приглашающую сторону (т.е. на медицинский центр). Данная обязанность носит гарантийный характер. Это означает, что приглашающая сторона не должна непременно предоставлять жилье, обеспечивать иностранного гражданина средствами к существованию и медицинской страховкой. Данная гарантия призвана обеспечивать перечисленные блага иностранному гражданину тогда, когда он не в силах получить их самостоятельно по тем или иным причинам.

*Социальное страхование.* В Российской Федерации суммы выплат и иных вознаграждений по трудовому договору в пользу иностранного гражданина, временно пребывающего на территории России, не подлежат обложению взносами в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования. В этой связи иностранные специалисты, временно пребывающие в России, не подлежат обязательному социальному страхованию, включая пенсионное страхование, страхование на случай временной нетрудоспособности и беременности, и медицинское страхование. Исключение составляет только:

- Страхование от несчастных случаев на производстве
- Страхование от профессиональных заболеваний

*Налогообложение.* Основная особенность налогообложения доходов иностранных врачей связана с возможностью изменения их налогового статуса (резидент или нерезидент Российской Федерации) в зависимости от периодов фактического пребывания лица в России. Дополнительные особенности обусловлены содержанием договоренностей России с конкретными иностранными государствами, зафиксированных в международных соглашениях об избежании двойного налогообложения.

### **3. Отраслевые барьеры:**

- Нежелание россиян отказываться от бесплатной медицины.
- Высокая конкуренция в отрасли «элитной» медицины (борьба за каждого клиента). Важную роль играет сочетание стоимости и уровня сервиса предлагаемых медицинских услуг.

### **4. Ценовые барьеры:**

- Сложности в формировании среднего ценового сегмента
- Высокие затраты на организацию медицинского центра
- Конкуренция с государственными и ведомственными учреждениями (цена их услуг формируется исходя из готовности населения заплатить за услугу определенную сумму, а не из реальной стоимости, так как им не требуется окупать бюджетные вложения в оборудование)

### **5. Административные барьеры:**

- Препятствия со стороны органов, осуществляющих пожарный надзор. При проведении плановых проверок пожарной безопасности в клиниках, осуществляющих врачебную практику, обязывают предпринимателей разрабатывать и утверждать вновь введенную новым законом декларацию пожарной безопасности объекта, двусмысленно намекая на неприятности в случае ее отсутствия. Пожарная безопасность данных объектов при проверке не имеет замечаний. Разработка декларации является непосильной задачей для людей с медицинским образованием. Медицинский центр вынужден использовать услуги аутсорсинга, что увеличивает непрофильные затраты.



- Препятствия со стороны компаний-монополистов по обеспечению электроэнергией. Организации вынуждают предпринимателей, занимающих производственное (нежилое) помещение, переведенное из жилого, осуществлять расчеты за потребленную тепловую и электрическую энергию наличными денежными средствами два раза в месяц. После произведенной оплаты следует обязательное предъявление счет-фактуры в офис энергосбытовых организаций, что приводит к дополнительным временным затратам. При этом полученный счет подлежит оплате в трехдневный срок после его получения, в противном же случае, задержка влечет отключение организации от тепловой и электрической энергии.

**Примечание:** в реальной ситуации ведения бизнеса в России вовсе не обязательно, что описанные барьеры возникнут, но владея информацией о потенциальных сложностях можно своевременно минимизировать риски от их возникновения.

## 2.2 Процедура сертификации врачей

**Сертификация иностранных врачей. Обмен лицензии (возможность получения российской лицензии врача на основании имеющейся корейской или американской)**

В настоящее время основным документом, регулирующим допуск иностранных специалистов к профессиональной деятельности на территории РФ, является Постановление Правительства №119 от 07.02.1995 г. (новая редакция - Постановление №49 от 01.02.2005 г.). Согласно этому документу, лица, получившие медицинскую и фармацевтическую подготовку в иностранных государствах, могут быть допущены к профессиональной деятельности в России при трех условиях:

1. Федеральные органы управления образованием совместно с Росздравнадзором (РЗН) должны установить эквивалентность образования.
2. Медик-иностранец должен успешно сдать специальные экзамены в учебных заведениях системы здравоохранения РФ.
3. Получить в установленном порядке лицензии на занятие определенными РЗН видами медицинской или фармацевтической деятельности.

Таким образом, вся процедура может быть разбита на три этапа:

### Этап 1. Нострификация документов

Процедура нострификации включает в себя:

- прохождение ряда проверок для установления подлинности нострифицируемого документа, осуществляемых ФГБНУ "Главэкспертцентр"
- регистрацию иностранного документа об образовании в Министерстве образования и науки РФ.

Подготовка к регистрации состоит из трех стадий:

1. **Проверка подлинности государственного бланка документа об образовании или ученом звании**
  - проверка документа по перечню признаков страны, критерий С - страны (Country)
  - проверка документа по критерию U - учебное заведение (University), должно быть признано компетентными органами иностранного государства;
  - проверка документа по критерию D - диплом (Diploma), признание документа в стране выдачи.
2. **Проверка законности получения бланка образования или ученого звания.**



- проверка действительности обучения в учебном заведении по форме запрос-ответ;
- проверка законности поступления на учебу, обучения и получения документа об образовательном цензе или ученом звании;
- проверка сроков обучения и присвоения образовательного ценза в соответствии с законодательством иностранного государства

### 3. Установления соответствия образовательного ценза иностранного государства образовательному цензу Российской Федерации

- экспертиза образовательного ценза;
- экспертиза специальности;
- экспертиза специализации;
- экспертиза академических и гражданских прав

По результатам вышеуказанных проверок и экспертиз осуществляется регистрация в базе данных Минобрнауки РФ, присваивается очередной единый номер государственной регистрации, обеспечивающий признание подлинности иностранного документа и его эквивалентности российским на дату выдачи, а также выдается Свидетельство об эквивалентности.

### Этап 2. Выдача сертификата специалиста лицам, получившим медицинское или фармацевтическое образование в иностранных государствах

Места обращения, режим работы, телефоны, ответственные исполнители	Документы, получаемые на бумажном носителе от заявителя/ Документы, получаемые в электронном виде по межведомственному электронному взаимодействию	Срок оказания услуги
	<b>Госпошлина не взимается.</b> <b>Документы, предоставляемые заявителем самостоятельно:</b>	
Почтовый адрес: Славянская площадь, д. 4, строение 1, Москва, 109074. Время работы: в будние дни с 10-00 до 16-00. Обеденный перерыв с 13-00 до 14-00. Телефоны для справок: +7 (499) 578-01-78 Гульшина Валерия Александровна	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Заявление;</li> <li>• Копия документа, удостоверяющего личность (паспорта);</li> <li>• Копия документа, подтверждающего смену фамилии, имени или отчества – в случае перемены фамилии, имени или отчества заявителя;</li> <li>• Копия документа об образовании (копия диплома об образовании (с приложением);</li> <li>• Копии документов о последипломном образовании и ранее выданных аттестатов и сертификатов;</li> <li>• Копия академической справки или программы подготовки по последипломному образованию;</li> <li>• Копия документа, содержащего сведения о предшествующей работе по специальности (трудовая книжка, или документ, ее заменяющий);</li> <li>• Фотографии 4х6 см черно-белые, матовые, без уголка (2 штуки).</li> </ul>	<b>Выдача</b> направления на сдачу специального экзамена – 30 календарных дней, <b>Отказ в допуске</b> к профессиональной деятельности – 30 календарных дней.
<u>E-mail:</u> <a href="mailto:info@roszdravnadzor.ru">info@roszdravnadzor.ru</a> Общая справочная служба: +7 (499) 578-02-30	<b>Сведения, получаемые Росздравнадзором по межведомственному взаимодействию:</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сведения об эквивалентности документа о высшем или среднем образовании, полученного в иностранном государстве</li> </ul>	

Подтверждение постдипломного образования проводится в виде тестирования или экзамена. По результатам экзамена или тестирования Росздравнадзором выдаётся документ, что диплом о прохождении интернатуры (ординатуры) эквивалентен российскому диплому.



Перечень образовательных учреждений, где проходят специальные экзамены для лиц, получивших медицинское образование за рубежом (Дальневосточный федеральный округ):

- «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»
- «Дальневосточный государственный медицинский университет»

### **Этап 3. Получение разрешения на работу в России** (при условии успешно сданного экзамена)

Перечень документов, которые необходимо представить в РОСЗДРАВНАДЗОР для получения допуска к профессиональной деятельности:

1. Заявление гражданина, претендующего на право занятия медицинской и фармацевтической деятельностью в Российской Федерации;
2. Нотариально заверенную копию паспорта. При необходимости сделать нотариально заверенный перевод на русский язык. Необходимо обратить внимание на печать: она тоже должна быть переведена на русский язык;
3. Нотариально заверенную копию документа об образовании (диплома). При необходимости сделать нотариально заверенный перевод документа на русский язык;
4. Нотариально заверенную копию документа о прохождении постдипломного образования (интернатуры, ординатуры). При необходимости сделать нотариально заверенный перевод документа на русский язык;
5. Нотариально заверенную копию письма Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки об эквивалентности документа об образовании;
6. Нотариально заверенную копию трудовой книжки. При необходимости сделать нотариально заверенный перевод документа на русский язык;
7. Две фотографии ч/б, матовые, без уголка. 4 x 6 см.

## **2.3 Опыт открытия медицинских центров в России с участием иностранного капитала**

### ***Опыт организации работы в России "Американской Медицинской Клиники"***

На сегодняшний день Американская Медицинская Клиника (АМК), расположенная в Санкт-Петербурге, является одним из крупнейших в России многопрофильных иностранных медицинских центров, сочетающим в своей работе поликлиническую и госпитальную деятельность – услуги оказываются по 60 медицинским направлениям. Медицинский центр открыт для пациентов в режиме 24/7/365. Персонал владеет английским, немецким, испанским, французским, арабским и японским языками.

АМК была создана в 1993 году при поддержке мэрии и консульства США. Медицинский центр открывали американские инвесторы, ориентируясь на своих соотечественников (а также руководителей компаний с иностранным капиталом), которые стали в те времена приезжать не только, как туристы, но и на более длительные сроки - работать и жить. Все первые годы работы у клиники был американский директор и англоговорящие врачи, американские или британские медицинские сестры. Однако клиника сразу же стала помогать не только и не столько иностранным гражданам, но и российским пациентам, которых в дальнейшем становилось все больше и больше.

Успешно развиваясь, клиника превратилась в целую сеть медицинских центров в крупных городах (Москве, Санкт-Петербурге, Киеве и Праге). В 2002 году американские владельцы решили продать свою сеть медицинских центров, в Санкт-Петербурге клинику приобрела компания «Адамант».



В момент продажи клиники возникли проблемы со сменой названия. Первоначально клиника называлась «Американский Медицинский центр», сокращенно, латинскими буквами, «АМС», аббревиатура была сохранена, но все же некоторые изменения в название пришлось внести и клиника стала называться вместо Американского медицинского центра (Center)- Американской медицинской клиникой (Clinic). В связи со сменой названия был проведен ребрендинг.

Благодаря инвестициям компании «Адамант», клиника смогла значительно расширить свои возможности. До этого центр был небольшим поликлиническим подразделением. А в начале 2000-х годов в нем появился стационар, операционная, самое современное диагностическое оборудование (рентген, аппарат ультразвуковой диагностики, эндоскопическое оборудование).

В 2005 году мощности Американской Медицинской Клиники увеличились еще вдвое. Клиника стала занимать 3 этажа. Прежде всего, было расширено стоматологическое отделение. В августе 2005 года в АМС открылось самое современное в городе отделение реанимации и интенсивной терапии, создание которого было для клиники важной стратегической задачей. Одновременно была открыта вторая операционная и увеличено количество мест в госпитальном отделении, что позволило Американской Медицинской Клинике гарантировать своим пациентам уровень хирургической помощи, ни в чем не уступающий европейскому. Кроме того, в том же году на базе Американской Медицинской Клиники начало работать современное отделение косметологии и эстетической хирургии, выделенное в отдельное направление — American Beauty Center, обустроен детский стационар (один из лучших в Питере) и создана собственная аптека. В последующие годы компания также не стояла на месте. В ноябре 2007 года была открыта собственная служба скорой и неотложной (квартирной) помощи М24, специалисты которой готовы выехать на помощь взрослым и детям в критической ситуации.

С момента открытия медицинского учреждения в 2003 году в ее организацию и развитие было вложено не менее \$4,5 млн. Сейчас компания занимает три этажа в здании на наб. р. Мойка, 78, выкупленных в собственность.

#### **Предоставляемые услуги на момент основания клиники:**

- Круглосуточный Травмпункт
- Неотложная помощь
- Эндовидеохирургия
- Акушерство и гинекология
- Педиатрия
- Выезд врача на дом
- Гомеопатия
- Вакцинации
- Лабораторные услуги
- Гормональные исследования
- Диагностика
- Кардиологическая диагностика (велоэргометрия, мониторинг)
- Рентген
- Кардиолог
- Уролог
- Хирург
- Окулист
- ЛОР
- Комфортабельные палаты
- Медицинская эвакуация по России и за рубеж
- Стоматология

**Источник:** архивная копия сайта компании




**Предоставляемые услуги на текущий момент:**

- Отделение Скорой Помощи
- Многопрофильная поликлиника
- Гинекология
- Урология
- Педиатрия
- Кардиология
- Отоларингология
- Офтальмология
- Лаборатория
- Диагностическое отделение
- Стоматология
- Госпитальное хирургическое отделение
- Отделение пластической хирургии и косметологии
- Хирургическая травматология и ортопедия
- Отделение реанимации и интенсивной терапии
- Травмпункт

**Общая информация о крупнейших иностранных медицинских центрах**
**Таблица 2.3.1.** Перечень крупнейших медицинских центров с иностранным капиталом, работающих в Российской Федерации

Название центра	Город	Информация
EMC	Москва	Европейский медицинский центр. Основан в 1989г. Крупнейшая сеть медицинских организаций в Москве
International SOS	Москва	Медицинская организация, основанная 1990 году. Специализируется на консультации и оказании первой медицинской помощи
МЕДСИ (american hospital group)	Москва, Барнаул, Брянск, Волгоград, Казань, Нижний Новгород, Нижневартовск, Нягань, Пермь, Рязань, Южно-Сахалинск	Сеть медицинских организаций, основанная в 1957 году. ЗАО Группа компаний «Медси» - лидер частной медицины России, крупнейшая в стране федеральная частная сеть лечебно-профилактических учреждений, предоставляющая полный комплекс услуг по профилактике, диагностике и лечению заболеваний.
Американская медицинская клиника	Санкт-Петербург	Работает с 1993 года, представляет собой крупный поликлинический и госпитальный комплекс, в котором оказывается медицинская помощь по 60 направлениям
Норвежский медицинский центр	Санкт-Петербург	Клиника осуществляет плановое лечение
Немецкая семейная клиника	Санкт-Петербург	Немецкая семейная клиника в Санкт-Петербурге основана Heinrich Schneider.
Европейский институт здоровья	Санкт-Петербург	Клиника осуществляет плановое лечение
Китайский центр	Санкт-Петербург	Клиника осуществляет плановое лечение
Скандинавия	Санкт-Петербург	Открытие - начало 2004 года. Среди ее учредителей – владельцы скандинавской сети клиник AVA. Владелец контрольного пакета акций



Название центра	Город	Информация
		клиники "Скандинавия" – финская компания "Сканферт"
Центр восточной Медицины в Гамбурге	Санкт-Петербург	Клиника осуществляет плановое лечение
AVA-Петр	Санкт-Петербург	Основание - 1987 году в финском Тампере. Когда на базе центра Tampereen Gynekologikeskus, открылась первая клиника будущей сети AVA
SWISS-MED	Москва	Швейцарский медицинский центр SWISSMED является многопрофильным медицинским центром Premium класса, предоставляющим полный комплекс диагностических, лечебных, хирургических, стационарных, реабилитационно-восстановительных и эстетических услуг
Шён клиник Айльбек	Санкт-Петербург	Немецкая нефрологическая клиника
MEDEM	Санкт-Петербург	Международная клиника MEDEM - современная многопрофильная клиника премиум класса, оказывающая взрослым и детям полный спектр медицинских услуг

## 2.4 Уровень заработной платы

### Средняя зарплата медицинского персонала (докторов, медсестер) в России и Хабаровске

Сравнение уровня заработных плат медицинского персонала в крупных городах России с аналогичными данными по Хабаровскому краю показывает, что в зарплатах в Хабаровском крае в целом ниже среднероссийских. При этом разница для минимального уровня зарплат в среднем по должностям составляет 1,2 раза, уровень средней зарплат в Хабаровском крае меньше среднероссийского в 1,6 раза, а если рассматривать максимальный уровень зарплат медицинского персонала, то он в Хабаровском крае меньше среднероссийского уже в 1,8 раза. Для более точного сравнения необходимо детальное сопоставление требований к кандидатам по конкретным должностям и медицинским специализациям.

Детальная информация о зарплатах для разных должностей и медицинских специализаций представлена в Таблицах 2.4.1., 2.4.2 и 2.4.3.

**Таблица 2.4.1.** Средний уровень и разброс размера заработной платы медицинского персонала в крупных городах России

Должность / Специализация	Минимум	Средняя	Максимум
акушер-гинеколог	25 000	35 000	110 000
анестезиолог-реаниматолог	27 000	44 000	110 000
врач УЗИ	27 000	35 000	95 000
врач ФД	17 000	27 000	40 000
врач-лаборант	12 000	29 750	43 000
врач-рентгенолог	17 000	33 000	62 000
врач-уролог	27 000	37 500	90 000
гастроэнтеролог	17 000	34 500	50 000
дерматолог	20 000	44 500	67 000
кардиолог	22 000	32 500	45 000
косметолог	17 000	52 000	160 000
отоларинголог	12 000	37 000	65 000
мануальный терапевт	22 000	37 000	85 000



Должность / Специализация	Минимум	Средняя	Максимум
невропатолог (невролог)	22 000	36 000	60 000
онколог/ маммолог	17 000	31 500	60 000
офтальмолог	17 000	31 500	50 000
педиатр	22 000	34 500	60 000
пульмонолог	22 000	33 500	40 000
терапевт	22 000	35 000	70 000
травматолог-ортопед	22 000	34 500	60 000
хирург	17 000	42 000	60 000
эндокринолог	17 000	36 000	76 000

Источник: данные кадровых агентств

**Таблица 2.4.2.** Средний уровень и разброс размера заработной платы медицинского персонала в Хабаровском крае

Должность / Специализация	Минимум	Средняя	Максимум
акушер-гинеколог	17 000	22 000	50 000
анестезиолог-реаниматолог	15 000	20 000	27 000
врач УЗИ	15 000	20 000	40 000
врач ФД	15 000	18 000	35 000
врач-лаборант	15 000	20 000	30 000
врач-рентгенолог	20 000	25 000	30 000
врач-уролог	18 000	25 000	50 000
гастроэнтеролог	16 000	23 000	30 000
дерматолог	20 000	25 000	40 000
кардиолог	25 000	30 000	50 000
косметолог	30 000	40 000	60 000
отоларинголог	13 000	17 000	30 000
мануальный терапевт	12 000	20 000	35 000
невропатолог (невролог)	14 000	25 000	40 000
онколог/ маммолог	20 000	25 000	50 000
офтальмолог	15 000	20 000	40 000
педиатр	15 000	20 000	50 000
пульмонолог	12 000	17 000	25 000
терапевт	15 000	20 000	50 000
травматолог-ортопед	15 000	20 000	50 000
Хирург	20 000	25 000	60 000
Эндокринолог	16 000	23 000	35 000
Сестра	8 000	10 000	15 000

Источник: данные кадровых агентств

**Таблица 2.4.3.** Прогноз на 2013 год по уровню заработной платы медицинского персонала в частных клиниках крупных городов России

Должность / Специализация	Минимум		Средняя		Максимум	
	от	до	от	до	от	до
акушер-гинеколог	12 500	34 500	34 500	84 000	84 000	128 000
анестезиолог-реаниматолог	29 000	37 800	37 800	57 600	57 600	128 000
врач УЗИ	29 000	40 000	40 000	67 500	67 500	111 500
врач ФД	18 000	23 500	23 500	34 500	34 500	51 000





Должность / Специализация	Минимум		Средняя		Максимум	
	от	до	от	до	от	до
врач-лаборант	12 500	26 800	26 800	37 250	37 250	54 300
врач-рентгенолог	18 000	34 500	34 500	56 500	56 500	75 200
врач-уролог	29 000	32 300	32 300	48 800	48 800	106 000
гастроэнтеролог	18 000	29 000	29 000	45 500	45 500	62 000
дерматолог	21 300	40 000	40 000	56 500	56 500	80 700
заведующий отделением	34 500	51 000	51 000	78 500	78 500	117 000
кардиолог	23 500	29 550	29 550	40 550	40 550	56 500
косметолог	18 000	40 000	40 000	73 000	73 000	183 000
ЛОР	12 500	29 000	29 000	51 000	51 000	78 500
мануальный терапевт	23 500	29 000	29 000	51 000	51 000	100 500
невропатолог (невролог)	23 500	29 000	29 000	48 800	48 800	73 000
онколог/ маммолог	29 000	34 500	34 500	51 000	51 000	73 000
офтальмолог	18 000	26 800	26 800	41 100	41 100	62 000
педиатр	23 500	31 200	31 200	43 300	43 300	73 000
пульмонолог	23 500	32 300	32 300	40 000	40 000	51 000
терапевт	23 500	33 400	33 400	42 200	42 200	84 000
травматолог-ортопед	23 500	31 200	31 200	43 300	43 300	73 000
хирург	18 000	34 500	34 500	56 500	56 500	73 000
эндокринолог	18 000	29 000	29 000	48 800	48 800	90 600

Источник: данные кадровых агентств

### **Средняя зарплата офисных работников (в больницах) в России и Хабаровске**

Сравнение уровня заработных плат офисных работников больниц в крупных городах России с аналогичными данными по Хабаровскому краю показывает, что в зарплате данной категории сотрудников в Хабаровском крае в целом ниже среднероссийских. При этом разница для минимального уровня зарплаты в среднем по должностям также как и для медицинского персонала составляет 1,2 раза, уровень средней зарплаты административного персонала больниц в Хабаровском крае меньше среднероссийского в 1,4 раза, а если рассматривать максимальный уровень зарплат данной категории сотрудников, то он в Хабаровском крае меньше среднероссийского уже в 1,9 раза. Для более точного сравнения необходимо детальное сопоставление требований к кандидатам по конкретным должностям.

Детальная информация о зарплатах для разных должностей административного персонала представлена в Таблицах 2.4.4., 2.4.5 и 2.4.6.



**Таблица 2.4.4.** Средний уровень и разброс размера заработной платы офисных работников больниц в крупных городах России

Должность	Минимум	Средняя	Максимум
оператор	10 000	25 000	35 000
уборщица	8 000	16 000	20 000
администратор на ресепшн	15 000	25 000	35 000
секретарь	15 000	23 000	50 000
администратор клиники	25 000	35 000	60 000
HR-специалист	20 000	30 000	70 000

**Источник:** данные кадровых агентств

**Таблица 2.4.5.** Средний уровень и разброс размера заработной платы офисных работников больниц в Хабаровском крае

Должность	Минимум	Средняя	Максимум
оператор	7 000	15 000	18 000
уборщица	6 000	14 000	16 000
администратор на ресепшн	12 000	15 000	18 000
секретарь	15 000	18 000	25 000
администратор клиники	20 000	23 000	30 000
HR-специалист	23 000	27 000	35 000

**Источник:** данные кадровых агентств

**Таблица 2.4.6.** Прогноз на 2013 год по уровню заработной платы управляющего и административного персонала в частных клиниках крупных городов России

Должность	Минимум		Средняя		Максимум	
	от	до	от	до	от	до
<b>Управляющий персонал</b>						
генеральный директор	58 000	100 900	100 900	147 100	147 100	300 000
исполнительный директор (медицинский директор, управляющий центром)	36 000	63 500	63 500	96 500	96 500	168 000
главный врач	25 000	54 150	54 150	83 850	83 850	124 000
заведующий отделением	19 500	36 000	36 000	63 500	63 500	102 000
<b>Административный персонал</b>						
администратор медцентра	18 000	23 000	23 000	35 000	35 000	55 000

**Источник:** данные кадровых агентств



## ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ПРИМЕР ЗАЯВЛЕНИЯ И РЕКВИЗИТОВ ПРИ ОФОРМЛЕНИИ ЛИЦЕНЗИИ НА МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Регистрационный номер: ЛО-27-  
заполняет лицензирующий орган

### ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ

Настоящим удостоверяется, что «\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ года соискатель лицензии

*наименование юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя*

представил, а лицензирующий орган – отдел лицензирования министерства здравоохранения Хабаровского края принял от соискателя лицензии следующие документы:

№ п/п	Наименование документа	Количество листов	Дополнительно представлено
1	Заявление о предоставлении лицензии		
2	Приложения к заявлению:		
2.1	Копии учредительных документов юридического лица, засвидетельствованные в нотариальном порядке		
2.2	Документ, подтверждающий уплату государственной пошлины за предоставление лицензии (2600 руб.)		
2.3	Копии документов, перечень которых определен Положением о лицензировании медицинской деятельности и которые свидетельствуют о соответствии соискателя лицензии лицензионным требованиям, в том числе документов, наличие которых при осуществлении лицензируемого вида деятельности предусмотрено федеральными законами:		
2.3.1	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или ином законном основании зданий, помещений, оборудования и другого материально-технического оснащения, необходимых для осуществления медицинской деятельности		
2.3.2	Копии документов об образовании (послевузовском профессиональном образовании, повышении квалификации) и документов, подтверждающих стаж работы руководителя юридического лица или его заместителя		
2.3.3	Копии документов об образовании (послевузовском, дополнительном профессиональном образовании, повышении квалификации) специалистов, состоящих в штате соискателя лицензии или привлекаемых им на законном основании для осуществления работ (услуг)		
2.3.4	Копии документов об образовании (послевузовском, дополнительном профессиональном образовании, повышении квалификации) и документов, подтверждающих стаж работы индивидуального предпринимателя, связанный с выполнением		



	работ (услуг)		
2.3.5	Копии документов об образовании и квалификации работников соискателя лицензии, осуществляющих техническое обслуживание медицинской техники, или договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление этого вида деятельности		
3	Доверенность на лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица / индивидуального предпринимателя		

\* - Копии документов, не заверенные нотариусом, представляются с предъявлением оригинала

Документы принял:

\_\_\_\_\_

(должность сотрудника)

\_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество)

\_\_\_\_\_

(подпись)

М.П.

Документы сдал:

Руководитель организации заявителя / индивидуальный предприниматель:

\_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество)

Представитель соискателя лицензии по доверенности:

\_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество)

\_\_\_\_\_

(номер доверенности и дата выдачи)

\_\_\_\_\_

(подпись)

М.П.

#### РЕКВИЗИТЫ ДЛЯ УПЛАТЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОШЛИНЫ:

КБК 06010807081011000110

ИНН 2721026023

КПП 272101001

Получатель платежа УФК по Хабаровскому краю (министерство здравоохранения Хабаровского края)

Банк получателя ГРКЦ ГУ Банка России по Хабаровскому краю

г. Хабаровск

Расчетный счет 40101810300000010001

БИК 040813001

ОКАТО 08401000000

Назначение платежа: госпошлина за лицензирование (указать вид деятельности)



## ПРИЛОЖЕНИЕ 2 ПЕРЕЧНИ ДОКУМЕНТОВ

### **Перечень документов, необходимых для регистрации медицинской техники зарубежного производства:**

- Опись – 2 экз.
- Заявление – по 1 экз. в каждой папке.\*
- Таблица сравнения основных параметров регистрируемого изделия с аналогом (при отсутствии таблицы изделия направляются на клинические испытания, что существенно увеличивает стоимость регистрации). Является неотъемлемой частью заявления (оформляется приложением к заявлению).
- Справка об изделии медицинского назначения.\*
- Документы, подтверждающие регистрацию организации-заявителя в качестве юридического лица: свидетельства о гос. регистрации, свидетельства о внесении записи в ЕГР юридических лиц, выписка из единого государственного реестра юридических лиц (ЕГРЮЛ)
- Документы, подтверждающие регистрацию предприятия-изготовителя в своей стране.
- Генеральная доверенность с правом передоверия от производителя на заявителя.
- Доверенность на представителя- 2 экз. (в случае, если процесс оформления лицензирования проходит при помощи специализированной фирмы)
- Документы, подтверждающие соответствие условий производства изделия медицинского назначения международным требованиям: сертификат/декларация соответствия условий производства и качества продукции требованиям Европейской директивы СЕ 93/42 (для реагентов и анализаторов СЕ 98/79), сертификат соответствия условий производства изделия требованиям стандарта ISO 9001:2000 и/или ISO 13485:2003.
- Нормативный документ (разрабатывается заявителем). \*
- Акты приемочных технических испытаний (ПТИ) (для электроприборов необходим протокол ЭМС).

### **Комплект документов для проведения приемочных технических испытаний на медицинскую технику и оборудование зарубежного производства:**

- Заявка на технические испытания.
- Нормативный документ.
- Справка об изделии.
- Памятка.
- Фотографии.
- Образец изделия.
- Протокол токсикологических испытаний (Заявка на токсикологические испытания - Необходим только для проведения технических испытаний).
- Руководство по эксплуатации изделия медицинского назначения (данные документы должны представляться в двух экземплярах – на электронном (в формате Word) и бумажном носителях)
- Проект инструкции по медицинскому применению при регистрации физиотерапевтических аппаратов и реагентов (наборов) для диагностики (In vitro),



самостоятельно используемых конечным потребителем, согласованная руководителем учреждения, проводившего медицинские испытания.\*

- Диск (CD) с электронной версией следующих документов: заявление, справка, нормативный документ, руководство по эксплуатации.
- Оригинал платежного поручения на 3000 руб. (гос. пошлина) или копия с синей печатью банка.

Все копии документов оформляются в соответствии с ГОСТ Р 6.30-2003 п. 3.26.

#### **Перечень документов, необходимых для декларирования медицинской техники:**

- Заявка
- Копию документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц (с указанием государственного регистрационного номера записи о государственной регистрации юридического лица), или документа подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей (с указанием государственного регистрационного номера записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя).
- Копия технических условий (для отечественных производителей).
- Протоколы испытаний (при наличии) (Заявка на токсикологические испытания, Заявка на технические испытания).
- Образцы продукции с маркировкой.
- Регистрационное удостоверение Минздравсоцразвития России (для медицинских изделий).
- Карточка фирмы плательщика.

Все копии документов оформляются в соответствии с ГОСТ Р 6.30-2003 п. 3.26.



IX

**베트남 의료시장 환경  
조사보고서(영문)**





**RESEARCH REPORT**

**UNDERSTANDING OF MEDICAL TEST SERVICE MARKET &  
OPPORTUNITIES FOR INVESTMENT**

**Prepared for**



**By**



**January 2013**

## Table of Contents

<b>1. Vietnamese medical check-up market</b>	<b>3</b>
1) General situation	3
2) Demand for medical check-up service in Ho Chi Minh City and neighboring regions	8
a) Medical check-up potentials	8
b) Medical Check-up habits in Ho Chi Minh City and Neighboring Provinces	14
3) Quasi-medical check-up centers	18
a) Assessment of medical check-up centers/ hospitals in HCMC and neighboring provinces	19
b) Typical medical check-up centers in HCMC:	25
4) Vietnam's internet environment	39
5) Vietnam's smart phone environment	41
6) U-Health system in Vietnam	41
<b>2. Regulations and legal matters</b>	<b>42</b>
1) Regulation on Foreign-invested medical establishment	42
2) The degree of possible activity range of foreign doctors	43
3) Vietnamese regulations regarding labor's medical check-up	44
4) Vietnamese regulations regarding pharmacy	45
5) Vietnamese regulations regarding remote medical test	46
6) Regulations on Internet privacy in Vietnam	46
<b>3. Business situation</b>	<b>48</b>
1) Salary information	48
2) Cost	48
<b>4. Conclusions</b>	<b>49</b>
1) Potential for medical check-up in HCMC and neighboring regions	49
2) Competition in medical check-up services	49
3) Investment environment for health establishments of foreign investors	51
4) Internet and smart phone environment and U-health system	51

## **1. Vietnamese medical check-up market**

### **1) General situation**

With a population of over 86 million, Vietnam is the third-largest country by population in Southeast Asia and the 13th largest in the world. From 2000 to 2008, its economy grew at an average annual rate of about 7.5% — one of the highest rates in Asia. With regard to the health sector, Vietnam has gained significant improvements. The country's basic health indicators are comparable to those of countries with a substantially higher per capita income.

#### **- Healthcare System Improvements**

Vietnam's health sector has witnessed some dynamic changes during the last 20 years. In the late 1980s, the government launched its reform efforts, which was highly successful at rejuvenating the economy. The transition from a centrally planned economy in the 1980s and the implementation of a series of neoliberal health policy reform measures in 1989 affected the delivery and financing of Vietnam's health care services. More specifically, legalization of private medical practice, liberalization of the pharmaceutical industry, and introduction of user charges at public health facilities have effectively transformed Vietnam's near universal, publicly funded and provided health services into a highly unregulated private-public mix system, with serious consequences for Vietnam's health care system.

Particularly, Government have offered supports to healthcare sector as followings

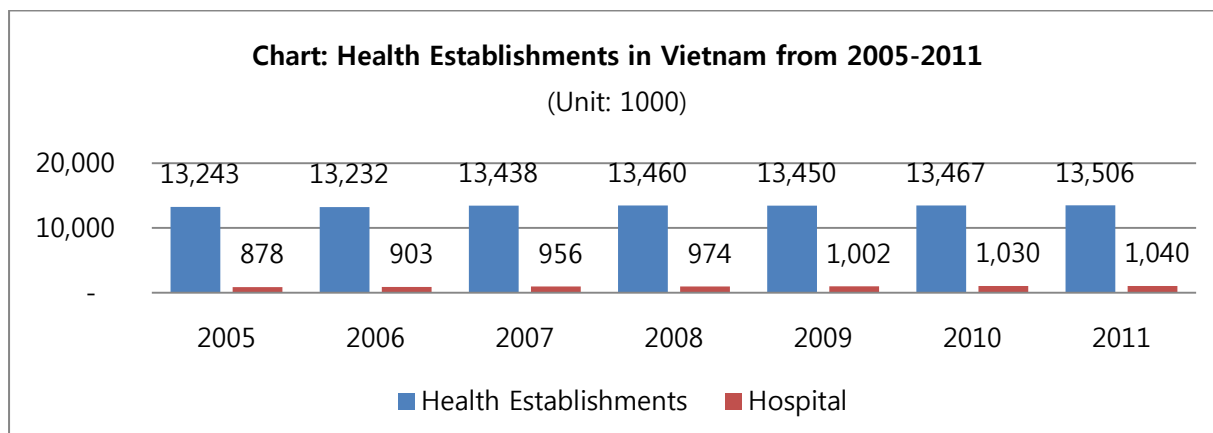
- Improves healthcare infrastructure in area such as Can Tho, Dong Nai and Binh Duong
- Allocates budget for medical equipment at public hospitals to replace obsolete equipment in public hospital
- Offers scholarship and incentives to medical students
- Official Development Assistance (ODA) aide to health sector
- Vietnam development funds were around 10 % of total expenses for health service, and have increased since 2008 with Government bond program 47 and 930.

To reduce the bottleneck at central hospitals, the Ministry has issued Directive 06/2007/CT-BYT on removing the bottleneck and improving health service, at the same time increasing the capacity of grass-roots levels with such projects as rotation of physicians from higher levels to lower levels (Project 1816) to improve medical treatment and technology transfer and meet the demand of distant, mountainous and poor regions. The Ministry has also implemented Project "Developing and upgrading general hospitals at district and regional levels with Government bonds and other legal sources in 2008-2010" in compliance of Decision 47/2008/QĐ-TTg of the Prime Minister.

(Source: VCCINews)

Herein under are some figures about healthcare industry in Vietnam

- **Number of Health Establishments**



Source: GSO 2011

In 2011, Vietnam has 13,506 health establishments in which there are 1,040 hospitals in which the number of hospital under the governance of provincial Department of Health is 971. The number of health establishments and hospitals is seen not to be increased much in the period of 2005 and 2011.

**Table : Health establishments by region under Provincial Departments of Health**

		Of which			
	Total	Hospital	Regional polyclinic	Sanatorium and rehab hospital	Medical service units in communes, precincts
<b>Whole country</b>	<b>12679</b>	<b>971</b>	<b>600</b>	<b>31</b>	<b>11047</b>
Red River Delta	2752	212	68	7	2454
Northern midlands & mountain areas	2944	193	221	7	2517
North Central & Central coastal areas	3286	225	132	11	2912
Tay Nguyen - Central Highlands	848	71	49	2	722
South East	1025	113	36	2	872
<i>Binh Duong</i>	<i>112</i>	<i>10</i>	<i>10</i>		<i>91</i>
<i>Dong Nai</i>	<i>201</i>	<i>17</i>	<i>13</i>		<i>171</i>
<i>HCMC</i>	<i>379</i>	<i>52</i>	<i>3</i>	<i>1</i>	<i>322</i>
Mekong Delta	1824	157	94	2	1570
<i>Can Tho</i>	<i>102</i>	<i>17</i>			<i>85</i>

Source: GSO 2011

In the southeast region, Ho Chi Minh City appeared to have the highest number of hospitals. However, based on GSO report, the number of hospital remains the same since 2007. Based on in-depth interview, expansion of public hospitals is made by adding sick beds and equipment during those years.

- **Number of medical staffs in 2011**

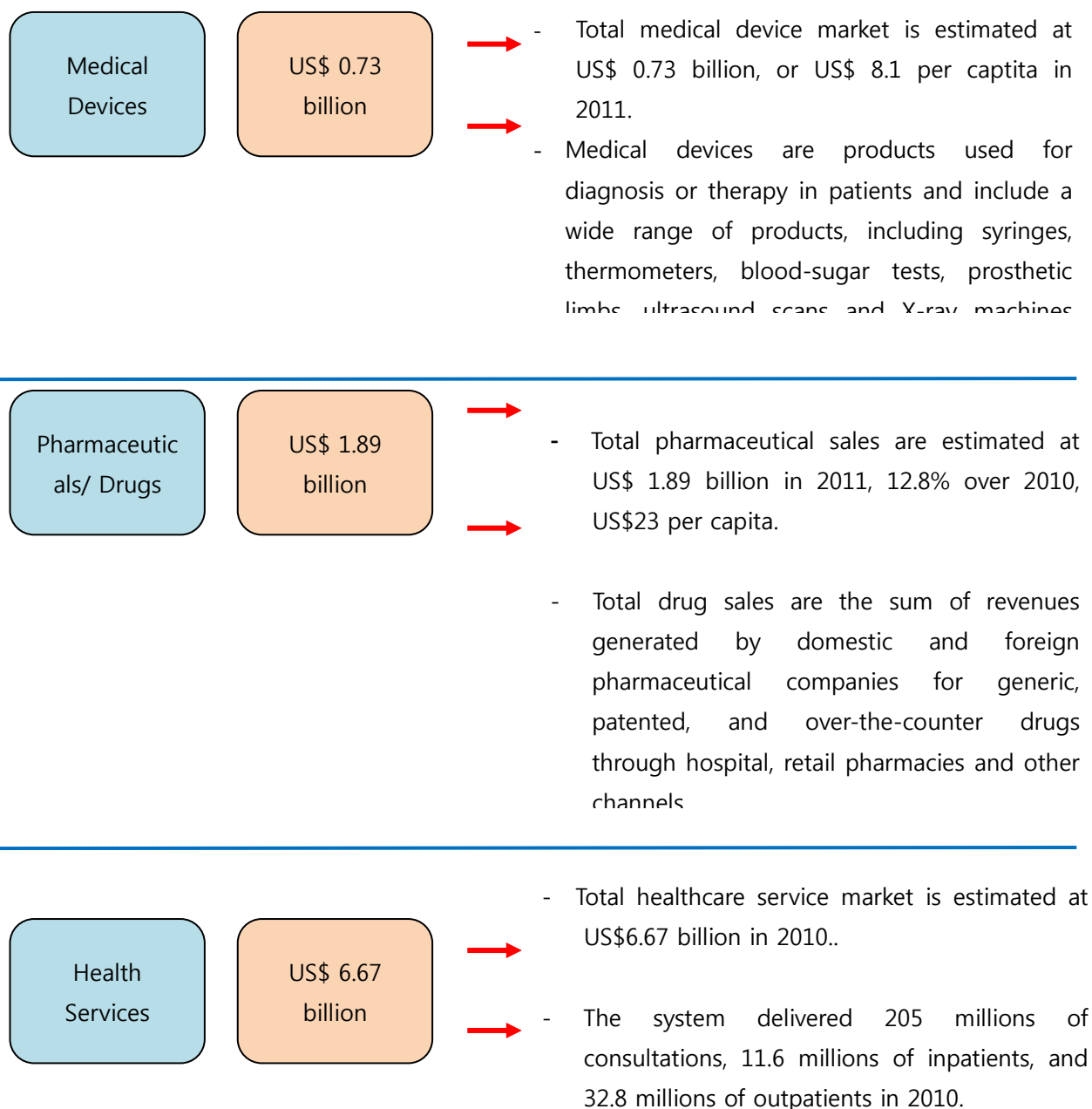
**Table: Number of medical staffs in 2011 under provincial Departments of Health**

<b>Persons</b>	<b>Doctors</b>	<b>Physicians</b>	<b>Nurses</b>	<b>Midwives</b>	<b>Pharmacists of high degree</b>	<b>Pharmacists of middle degree</b>	<b>Assistant pharmacists</b>
<b>WHOLE COUNTRY</b>	<b>50400</b>	<b>52525</b>	<b>74362</b>	<b>26610</b>	<b>3752</b>	<b>19257</b>	<b>4725</b>
Red River Delta	11479	9726	15434	4629	1099	2950	1833
Northern midlands and mountain areas	7742	12100	11833	4199	489	2714	575
North Central and Central coastal areas	10257	11918	14717	6429	614	3298	981
Central Highlands	2980	2501	4653	1873	120	1007	146
South East	9141	4905	16066	4323	563	2863	597
<i>Binh Duong</i>	<i>425</i>	<i>494</i>	<i>600</i>	<i>293</i>	<i>72</i>	<i>319</i>	<i>54</i>
<i>Dong Nai</i>	<i>1079</i>	<i>962</i>	<i>2055</i>	<i>690</i>	<i>76</i>	<i>499</i>	<i>40</i>
<i>Ho Chi Minh City</i>	<i>6360</i>	<i>1883</i>	<i>11405</i>	<i>2397</i>	<i>297</i>	<i>1353</i>	<i>411</i>
Mekong River Delta	8801	11375	11659	5157	867	6425	593
<i>Can Tho</i>	<i>718</i>	<i>609</i>	<i>836</i>	<i>285</i>	<i>164</i>	<i>1162</i>	<i>199</i>

(Source: GSO 2011)

It can be said that currently, particularly in the South east region, there is a market concentration in HCMC with the highest number of hospitals and medical staffs. There has been a transfer of medical staffs from Can Tho, Binh Duong, and Dong Nai to HCMC for greener pasture, DoH mentioned. People's prefer to go to HCMC for treatment especially for severe cases because of the modern technology and experienced doctors of big hospitals in HCMC such as Cho Ray Hospital.

- **Health care expenditure reached US\$9.3 billion in 2011 (Source: MOH)**



#### - **Healthcare issues and concerns**

Below are the identified issues and concerns within Vietnam's healthcare sector

##### ***Public hospital overloading***

The government effort of expanding the hospital and sick beds has been awarded with he

reduction of patient over-loading; however, little improvement has been noted over the last 3 years. Health Minister Nguyen Quoc Trieu affirmed.(Source: 1 VCCI news). Hospital upgrading projects are at a slow pace, according to Deputy Director of the HCMC's DoH. Huynh Van Biet, the city had approved new hospital construction since 2007, but it had not been carried out because of site-clearance issues as many residents who are living in suburban areas have not agreed with the land compensation. Further, city's health-care at the city's centre districts, as in districts 5, 10 and 3, have been causing overloading at hospitals and traffic congestion. Hence, in 2010 the government has disallowed the construction of healthcare facilities at the prime areas in HCMC.

### ***Obsolete old facilities at public hospitals***

The city's healthcare system was deteriorating because of aging facilities. Thus requires upgrades. However, there are financial constraints. This year, VND600 billion was allocated for health care infrastructure construction projects to upgrade the State-owned hospitals. The city's Tumor and Tu Du Maternity hospitals received the biggest share of VND63 billion. (Source Saigon times)

According to Mr. Pham Le Tuan, Director of the Department of Planning and Finance, around US\$1 billion is spent every year by Vietnamese people going overseas for medical treatment. This is mainly because local facilities have outdated equipment and services and fail to meet increasing demand for medical care and treatment.(Source: Vietnam Financial Review)

### ***Unfair treatment between private and government hospitals***

Queries and concerns from the private sector directed to relevant agencies and ministries do not get timely reply as compared to the state-owned and foreign investment entity counterparts. Inconsistencies in the interpretation of the regulations and the regulations took too much time to become effective. This is why many new private enterprises face common problems relating to business licenses and accessing capital. Mr. Tung, Chairman and CEO of the Hoan My Medical Corporation suggested that discrimination between public and private hospitals be removed. "I think that the State should introduce fair policies for both public and private hospitals, to encourage healthy competition between them," (Source: VNEconomy).

### ***The lack of medical human resources, technical skills and poor service***

According to The World Bank, the rate of Physicians per 10,000 inhabitants are 12 and rate of nurse and midwives per 10,000 inhabitants are 10 for Vietnam in 2010. So this is a big shortage of medical doctors, nurses.

Further, their attitude and services to patients are poor. Following are identified reasons:

- Low salary for doctors that results in poor service
- Lack of skilled medical staffs
- Poor foreign language skills

## 2) Demand for medical check-up service in Ho Chi Minh City and neighboring regions

### a) Medical check-up potentials

Vietnam is the populous country with the population of 87,840 thousand people in 2011., thanks to stable politic system, appropriate development policies and young population, Vietnam, in recent years, is witnessed a remarkable economic development with huge FDI investment that has contributed significantly into the raise of the average income and expenditure per capita year over year . Consequently, when people get richer, they pay more concern to their health, not only disease treatment but also to screening for disease. They want to be entitled to high quality healthcare service as well. In addition, with the open and fast developing economy, Vietnam has also attracted an increasing number of foreigners to work in Vietnam over years and they also require using high standard healthcare services

Ho Chi Minh City (HCMC) and neighboring provinces is the most dynamic region in Vietnam with fast developing economy and crowded population. People there also have high average income and expenditure compared to other regions. Moreover, this region also has more foreigners to work and live in than other regions. It is seen HCMC and neighboring provinces (Binh Duong, Dong Nai, Can Tho) are the potential market for healthcare service in general and medical check-up in particular

### - Population

**Table: Population of Vietnam and HCMC, Dong Nai, Binh Duong, Can Tho**

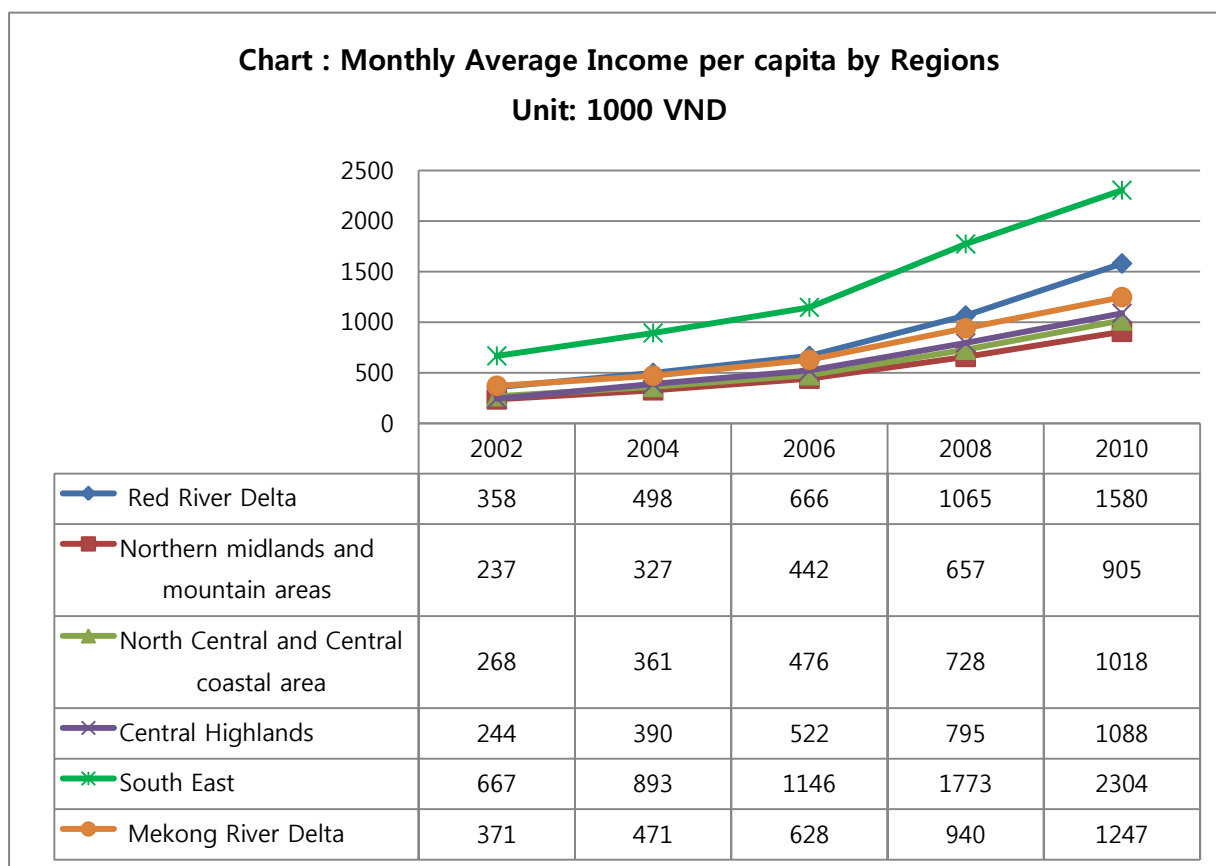
(Unit: Thousand people)

Year	HCMC		Đ ong Nai		Binh Duong		Can Tho		Vietnam
	Pop.	% on total	Pop.	% on total	Pop.	% on total	Pop.	% on total	
2008	6,946	8.2	2,432	2.9	1,402	1.6	1,180	1.4	85,118
2009	7,196	8.4	2,499	2.9	1,512	1.8	1,188	1.4	86,025
2010	7,378	8.5	2,575	3.0	1,619	1.9	1,195	1.4	86,932
2011	7,521	8.6	2,665	3.0	1,691	1.9	1,200	1.4	87,840

The average population of Vietnam in 2011 is 87,840 thousand people, ranked third largest population in Southeast Asia (after Indonesia and the Philippines). Remarkable, the population growth rates decrease over years (2009: 1.07%, 2010: 1.05%, and 2011: 1.04%). Ho Chi Minh City has the biggest population in Vietnam with 7,521 thousand people (2011) and accounting for 8.6% of Vietnam Population. Its population is nearly 3 times bigger than Dong Nai, 4.5 times than Binh Duong and 6 times than Can Tho.



## - Monthly Average Income per Capita



The monthly average income per capita in all regions of Vietnam is increasing over years, especially since 2006, the growth rates were remarkable high. Among regions, people living in South East of Vietnam (including HCMC, Binh Duong, Dong Nai) have highest monthly average income per capita. In 2011 their monthly income is 2,304 thousand VND, 2.5 times higher than the lowest region (Northern midlands and mountain areas). HCMC is also leading in terms of monthly average income per capita with the amount of 2,737 thousand VND in 2011 (double the average of the whole country), followed by Binh Duong (2,698 thousand VND), and Dong Nai (1,763 thousand VND). The monthly average income of Can Tho is 1,540 thousand VND, also higher than the average of the whole country (detailed at table Monthly average income per capita in 2011 (by residence, gender and region))

As the household income increases, standard of living will naturally be improved. Therefore, demand for better and high quality healthcare will be increased proportionately as more people will afford better healthcare services even at high price, and medical check-up is also the case.

**Table: Monthly average income per capita in 2011 (by residence, gender and region)**

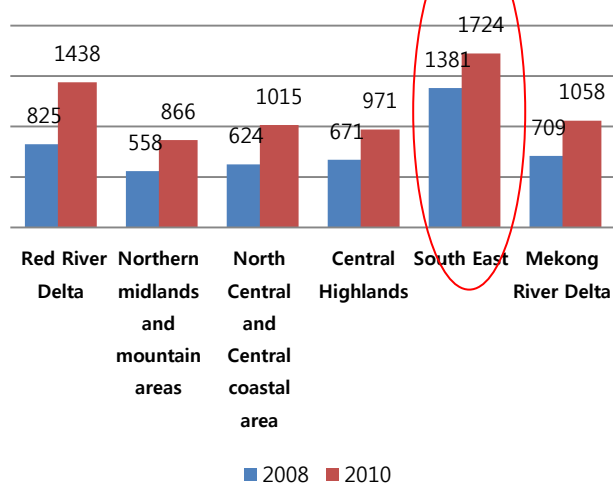
	Total	Of which			
		Salary & wage	Agriculture, forestry & fishing	Non – agri , forestry & fishing	Others
<b>Whole country</b>	1387	622	279	328	158
<b>By residence</b>					
Urban	2130	1169	96	601	264
Rural	1070	390	357	210	113
<b>By sex of household head</b>					
Male	1321	555	315	318	133
Female	1618	859	154	361	244
<b>By region</b>					
South East	2304	1210	246	597	251
<i>Binh Duong</i>	2698	1100	710	753	135
<i>Dong Nai</i>	1763	862	301	398	203
<i>HCMC</i>	2737	1613	30	745	348
Mekong River Delta	1247	401	390	300	156
<i>Can Tho</i>	1540	642	282	436	180

Source: GSO 2011

#### - Monthly Average Expenditure and Health Care Expenditure

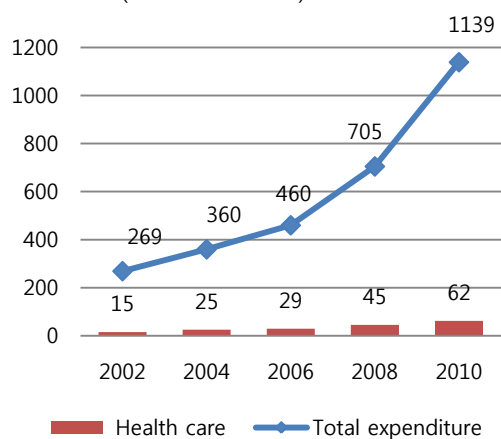
**Chart: Monthly Average Expenditure by Regions from 2008-2010**

(Unit: 1000 VND)



**Chart: Monthly Average Healthcare Expenditure in Vietnam from 2002-2010**

(Unit: 1000 VND)



Source: GSO 2011

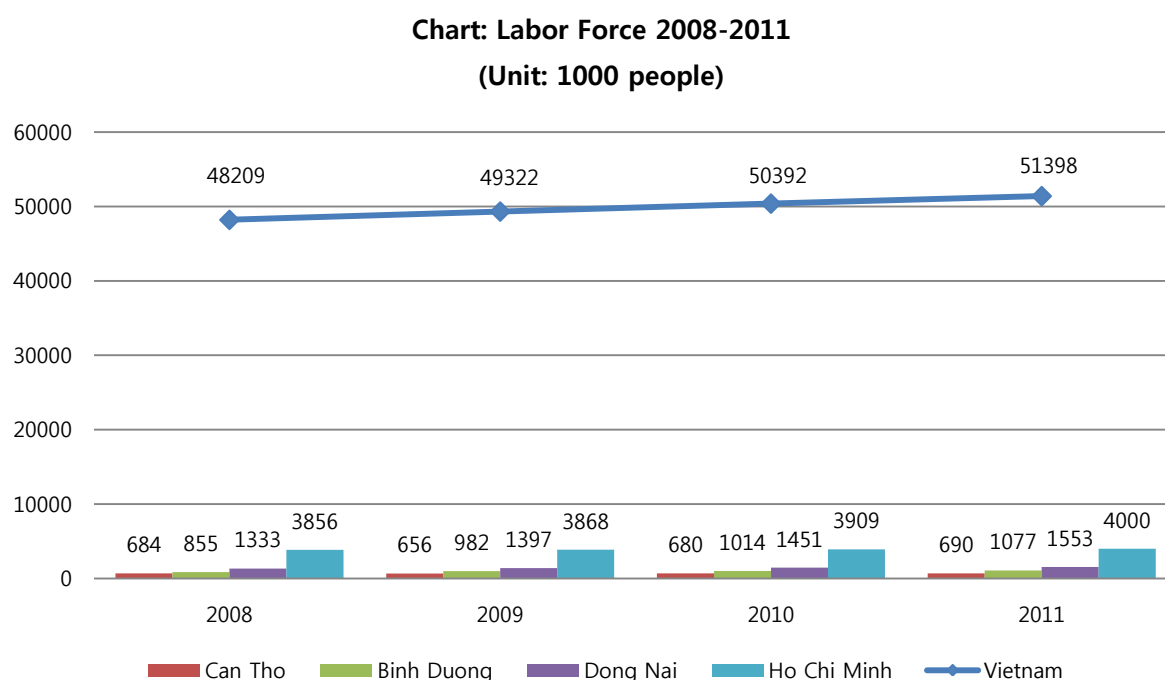
The monthly average expenditure of the whole Vietnam has rapidly increased over year with the average growth rate of 44% per year since 2002, particularly, in 2010 the country got the monthly average expenditure of 1,139 thousand VND and obtained the highest growth rate ever since 2002 ( 62% compared to 2008). It means that when people get higher income they will spend it more for their living.

Similar to the monthly average income, South East region also has the highest monthly average expenditure of 1,724 thousand VND in 2011, 1.5 times higher than the average of the whole country. This number shows that people there spend averagely 75% of their income every month.

Regarding to statistics of GSO, since 2002 the monthly average expenditure per household member for medical treatment and healthcare has increased gradually with the average growth rate of 44%, accounted for averagely 6.1% of living expenditure.

In 2010, the monthly average expenditure for medical treatment and health care was 62 thousand VND, accounted for 5.4% of living expenditure. Furthermore, the average expenditure for health care in the richest quintile was 3.6 times higher than in the poorest quintile, of the urban household was 1.4 times higher than of the rural household.

#### - Labor Force and Foreign Labor in Vietnam

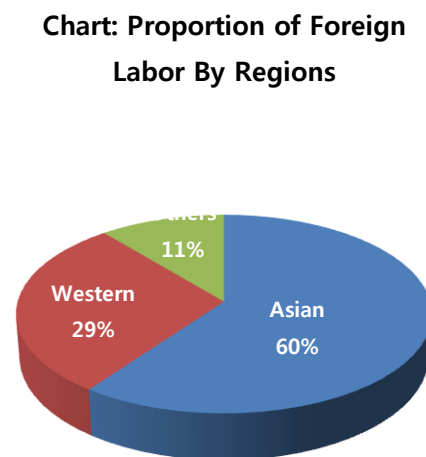
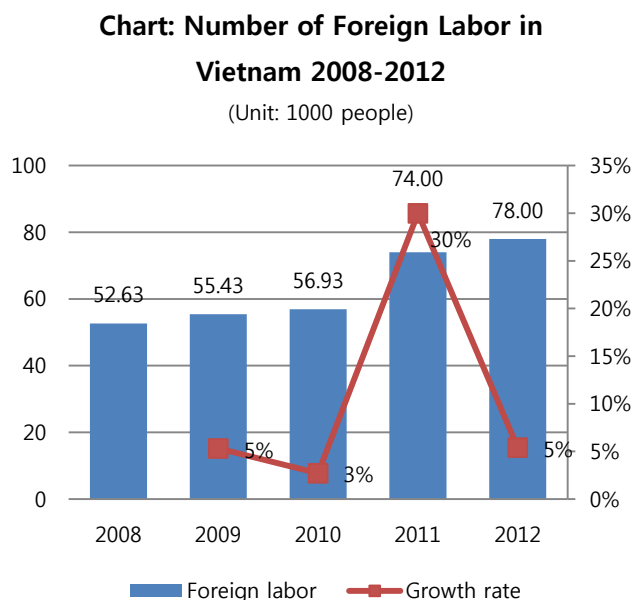


Source: GSO 2011

According to the statistics of GSO, since 2008, the number of labor force in Vietnam has increased over years with the average rate of 2% annually. In 2011, the labor force of Vietnam is up to 51,398 thousand people, accounting for 59% of the whole population.

Over years, HCMC has the largest labor force in Vietnam. In 2011, the labor force of the city is 4,000 thousand people. The other provinces in the South East region also have considerably large labor force, Dong Nai with 1553 thousand people, Binh Duong with 1077 thousand people.

Regarding to the **Circular 13/2007/TT-BYT** issued in 2007 by Ministry of Health, all employees are required to do medical check-up at least once per year. With such a huge number of labor force especially in HCMC and neighboring provinces, labor medical check-up is still potential for new medical centers/ hospitals in Vietnam.



**Source: Ministry of Labor, Invalids and Social Affair, 2012**

Foreign labor force in Vietnam has increased over years, especially in 2011, it went up to 74 thousand people, increase 30% compared to 2010. In 2012, there are 78 thousand foreigners working in Vietnam of which around 60% come from Asia countries, 29% from Western countries and 11% from other countries.

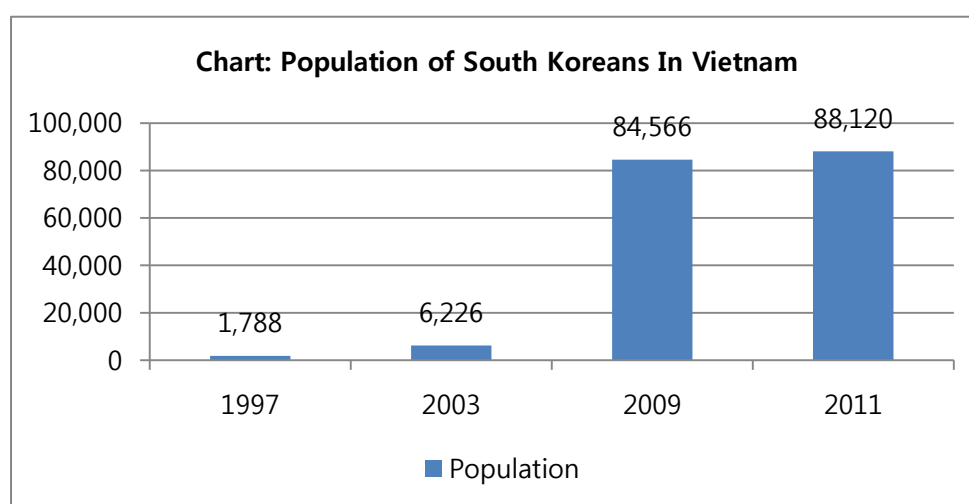
Since Vietnam implemented policies of investment call that leads to vast FDI investment into Vietnam, the number of foreign labor working in Vietnam has been increasing over years especially in 2011, it went up to 74 thousand people, increase by 30% compared to 2010. This phenomenon occurred due to the shortage of local labor in terms of expertise and experience in

some new industry such as services, consulting, and finance and so on.

In addition, due to the economic crisis in Europe, people in this region tend to move to and seek job in Asian countries like Vietnam, Cambodia, Myanmar..., It is foreseen that the foreign labor force in Vietnam still going up in the coming years.

It is said that the potential of healthcare service in general and medical check-up in particular for foreigner is visible. Moreover, most of them demand the services with high quality and good customer care.

#### - South Korean Community in HCMC and Neighboring provinces



**Source:** South Korea: Ministry of Foreign Affairs and Trade

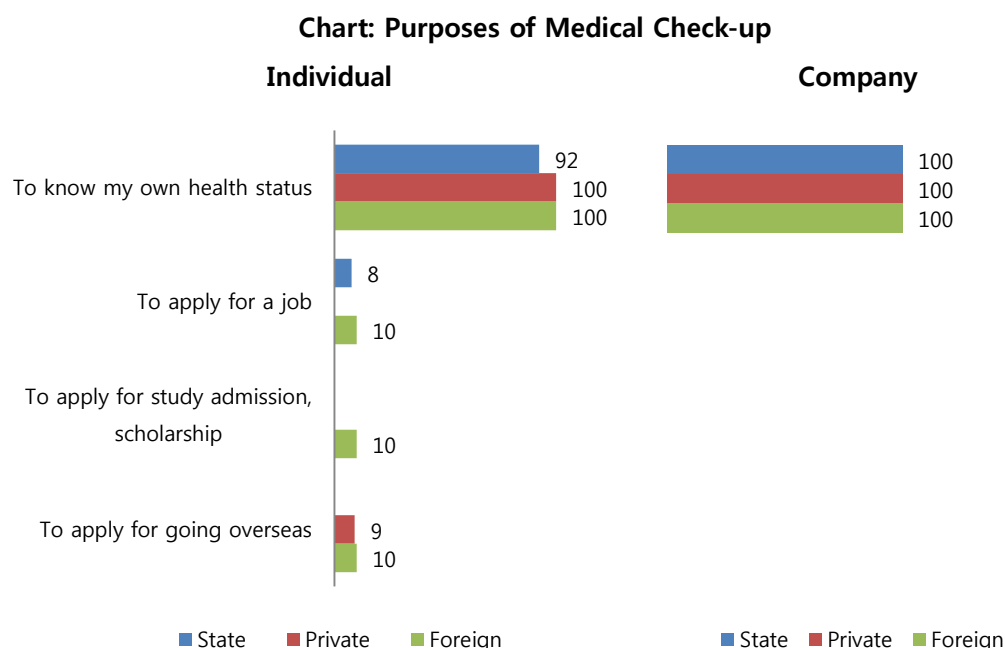
South Korean Community in Vietnam with the total population of 88,120 people (2011) is the second largest foreign community in Vietnam after Taiwan Community and most of them live in Ho Chi Minh City ( Tan Binh District, District 7, Binh Thanh District) and neighboring provinces. South Koreans in Vietnam initially came in a military capacity in Vietnam War. After the end of the war, there was little Korean migration or tourism in Vietnam. Four years after the 1992 normalization of diplomatic ties, South Korean trade and investment in Vietnam grew rapidly. Following along with the investment funds, the South Korean expatriate community in Vietnam has grown significantly. Statistics from South Korea's Ministry of Foreign Affairs and Trade show that their population has grown by nearly fifty times in little more than a decade. Their population more than trebled from 1,788 in 1997 to 6,226 in 2003, then jumped to more than thirteen times that size—84,566—by just six years later. However, in the two years after that, the population would only grow by a further 4% to 88,120.

With such a huge population of South Korean Community with high distribution in HCMC and

neighboring provinces, it is high potential to open up a healthcare center/ hospital to specifically to offer healthcare services in general and medical check-up in particular for this community

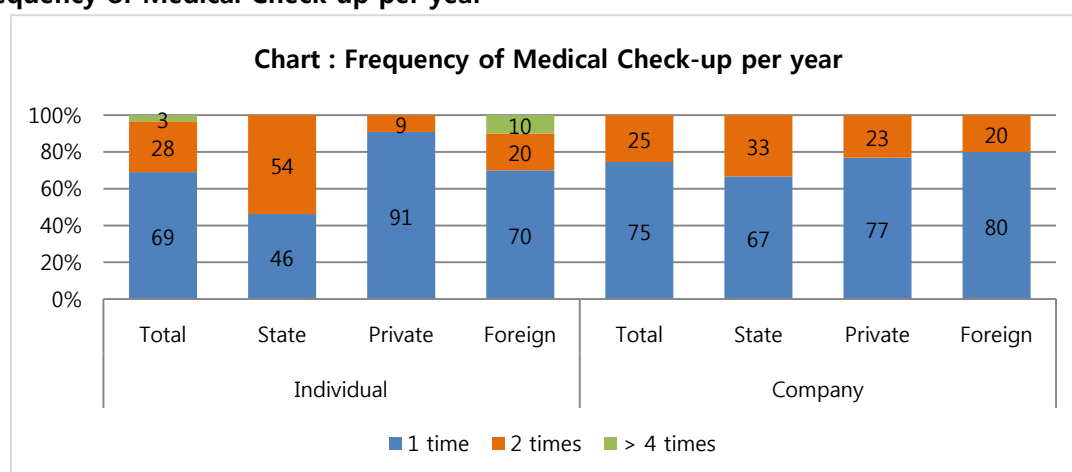
## b) Medical Check-up habits in Ho Chi Minh City and Neighboring Provinces

### - Purpose of medical check-up



Based on the result of the survey conducted by Axis Research in 2012, "to know health status is the main purpose of doing medical check-up for both individuals and companies" with nearly 100% respondents answered it. Besides, a small proportion of individuals also do medical check-up to get visa for going overseas, to apply for study admission, scholarship and to apply for a job.

### - Frequency of Medical Check-up per year



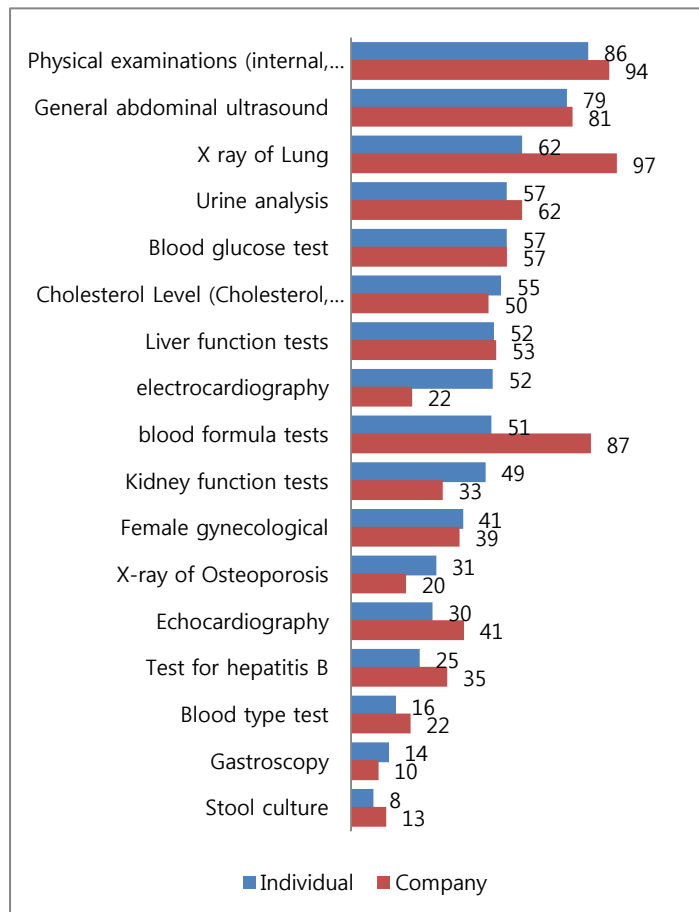
Source: Axis Research Survey

In total, it is common for both individuals (69%) and companies (75%) to do medical check-ups

once per year. Particularly, for state owned medical centers/ hospitals, over 50% of individuals do medical check-up twice per year.

#### - Taken Medical Check-up items

**Chart: Taken Medical Check-up items**



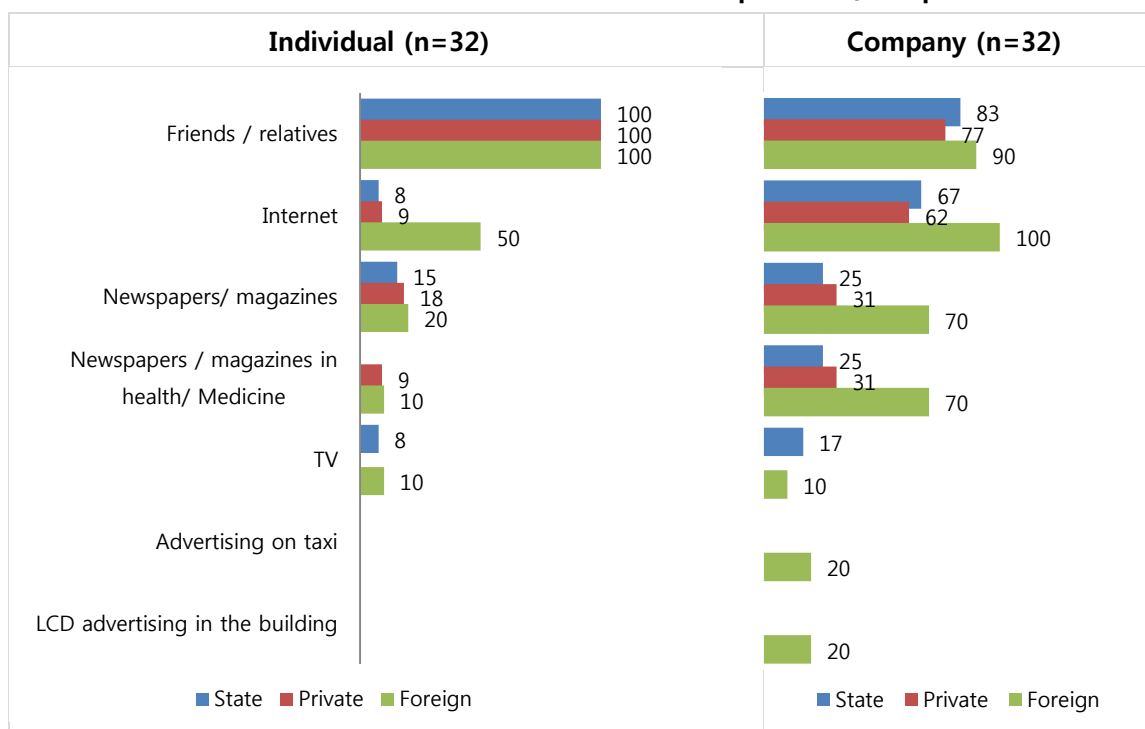
The medical check-up packages for individuals and companies are not so different. They often include some common medical check-up items as below:

- Physical examinations
- General Abdominal ultrasound
- X ray of lung
- Urine analysis
- Blood glucose test
- Cholesterol level
- Liver function tests
- Blood formula tests
- Electrocardiography
- Kidney function tests
- Echocardiography
- Blood type test

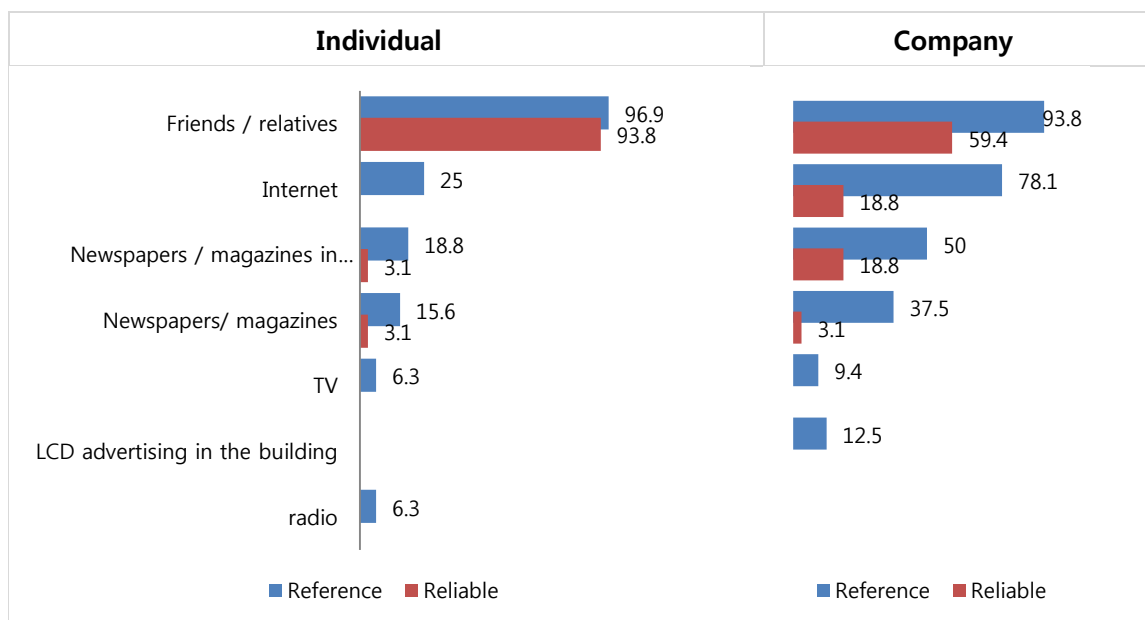
Depend on genders and ages, people take some more appropriate check up items. For female they also often do female gynecological and X-ray of osteoporosis. For people over 30 year old, they often recommend to do cholesterol level test.

- **Information sources for choosing a medical check-up centers/ hospitals**

**Chart: Awareness sources of medical check-up centers/ hospitals**



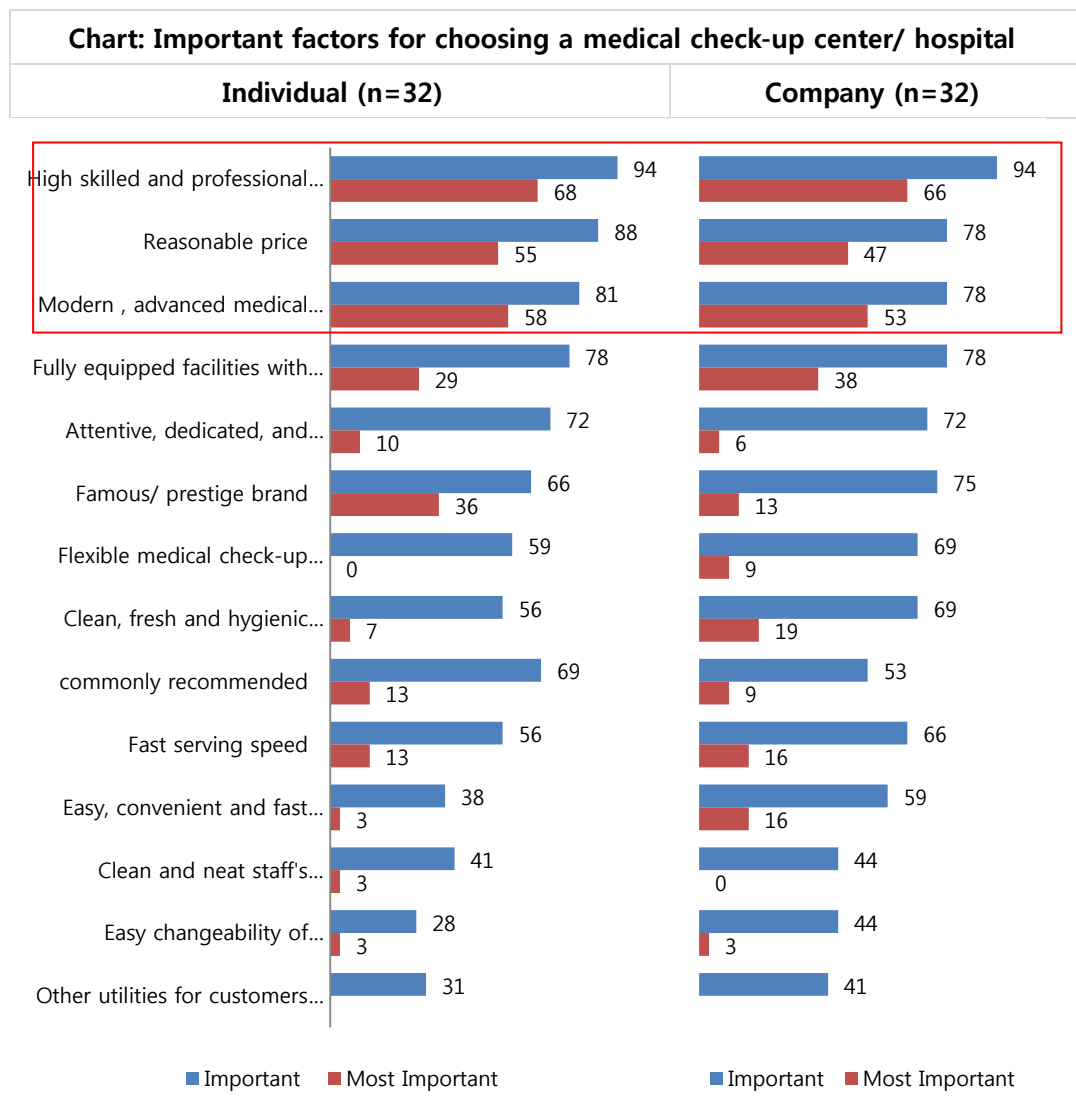
**Chart: Referent and Reliable Information Sources**



For almost individuals (96.9%) and companies (93.8%), they mostly take reference for medical check-up centers/ hospitals mainly from friends/ relatives and it is also the most reliable information source for them to choose a center/ hospital for their check-up. In addition, companies tend to search information from more sources than individuals. Besides friends/ relatives, they also find information of medical check-up centers/ hospitals from internet (78.1%),



newspapers/ magazines in health/ medicine (50%) and newspapers/ magazines (37.5%) while just a small proportion of individuals take reference from other sources. That is the reason that individuals mainly trust on words of mouth of friends/ relatives for their choice of a medical check-up center/ hospital for their check-up while companies also mainly rely on friends/ relatives but also on internet (18.8%) and newspapers/magazines in health/ medicine (18.8%).



Both individuals and companies agree that highly skilled and professional staffs (doctors, nurses, technicians,...) is their most important factor to choose a medical check-up center/ hospital. It means that center/ hospital with perceived high skilled and professional staff will be on their first priority. Secondly, they will consider center/ hospital with reasonable price and next is modern and advanced medical check-up machines and equipments.

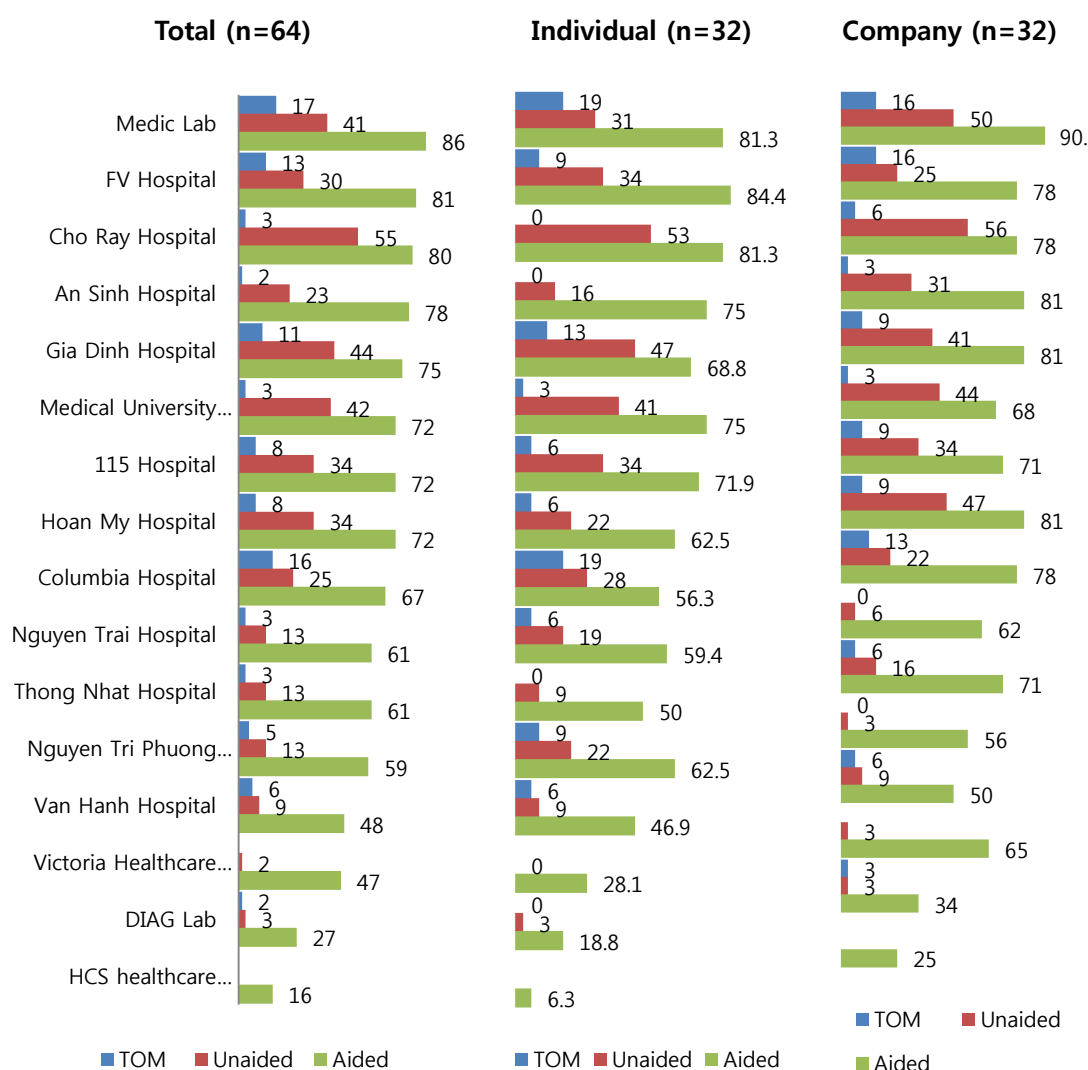
Besides, individuals also concern center/ hospital with famous and prestige brand, and companies also want to choose center/ hospital in which the facilities are fully equipped with high

convenience.

### 3) Quasi-medical check-up centers

According to GSO, Ho Chi Minh City currently has about 300 medical check-up centers. Almost all general hospitals have their own medical check-up centers. There are some big ones such as: Cho Ray Hospital, Medic- Lab (Hoa Hao), Hoan My hospital, Victoria Health Care clinic, Columbia Asia hospital, SOS and so on.

**Chart: Brand Awareness of medical check-up centers/ hospitals**

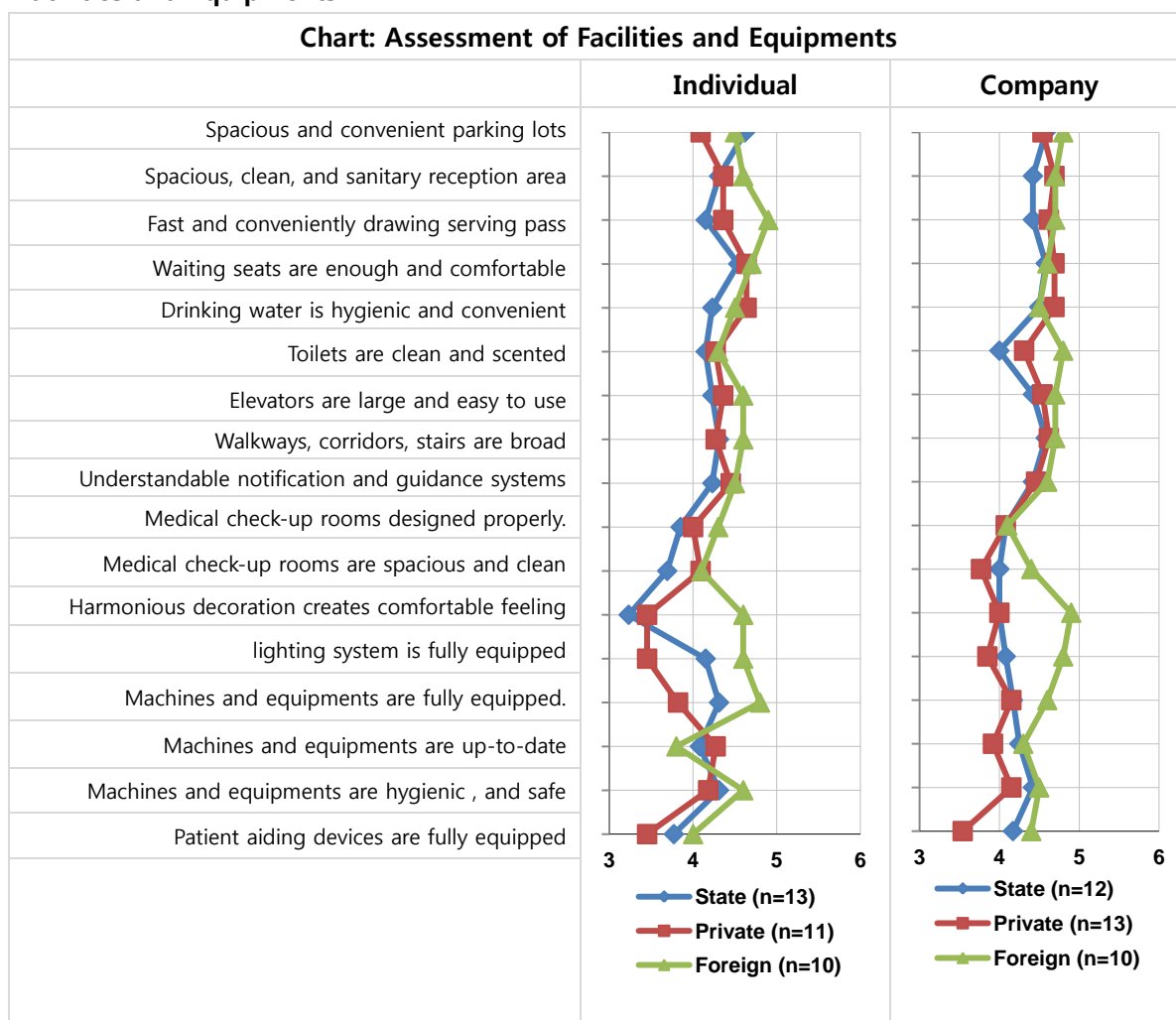


Medic Lab (private center) is on the top of mind (17% of total) and get highest brand awareness (86% total aided) of consumers both individuals and companies for the service of medical check-up. It means that when talking about medical check-up providers, people in HCMC and neighboring provinces firstly think of Medic Lab. In fact, Medic Lab has been operating since 1990 with the specialization on medical test. Medic- Lab was fully equipped with more modern medical check-up machines and equipments than other centers/ hospitals in Vietnam that enable the

center to have more accurate check-up results. Besides, the medical check-up fee there is the lowest in Vietnam. At present, 3000 individual patients and almost 6000 employees per day go to Medic Lab to do medical check-ups and medical tests.

The other centers/ hospitals received high top of mind from consumers are Columbia hospital (foreign), FV hospital (foreign) and Gia Dinh Hospital (state).

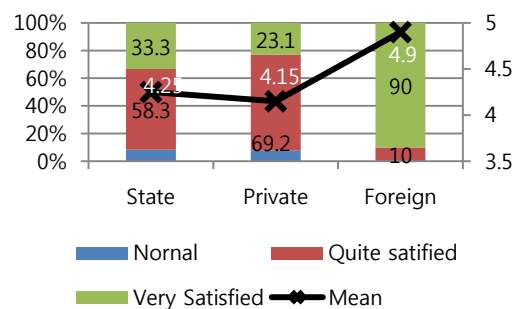
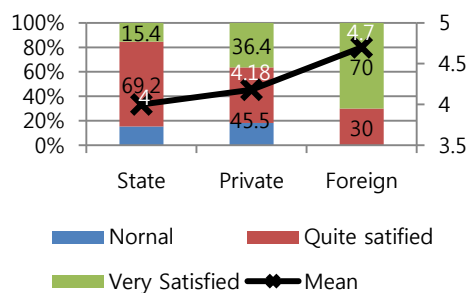
**a) Assessment of medical check-up centers/ hospitals in HCMC and neighboring provinces**  
**- Facilities and Equipments**



Notes: The sample size for each assessment is small, only for reference only.

**Chart: Overall Satisfaction of Facilities and Equipments**

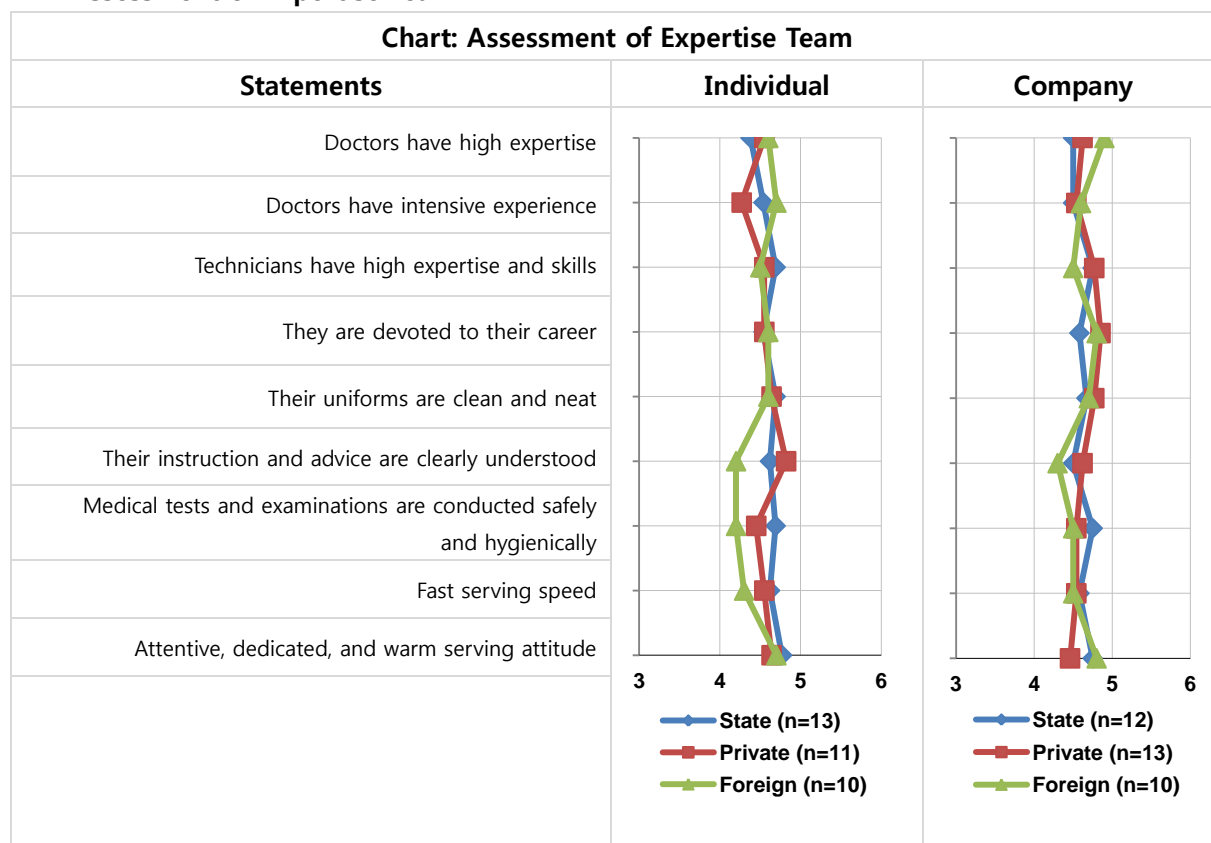
Individual
Company



**Notes: The sample size for each assessment is small, not for reference only**

In general, both individuals and companies evaluated foreign centers/ hospitals considerably higher than state and private ones in the aspects of decoration, lighting system, fully equipped machines and equipments, hygiene, safety and patient aiding devices. Indeed, these aspects make contribution to the high satisfaction of consumers (individuals: 4.7, and companies: 4.9) toward facilities and equipments of foreign centers/ hospitals than the state and private ones. On the other hand, private centers/ hospitals are not evaluated higher than state ones even in the aspects of machines and equipments, individuals evaluated them little bit lower than state ones. However, there is not much a big difference between the customers' satisfaction on the facilities and equipments of state and private entities.

#### - Assessment of Expertise Team

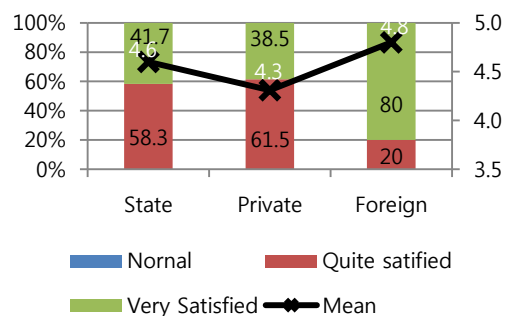
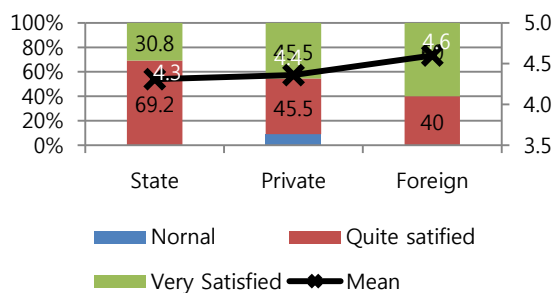


**Notes: The sample size of each assessment group is small, only used for reference**

#### Chart: Overall Satisfaction of Expertise Team

Individual

Company

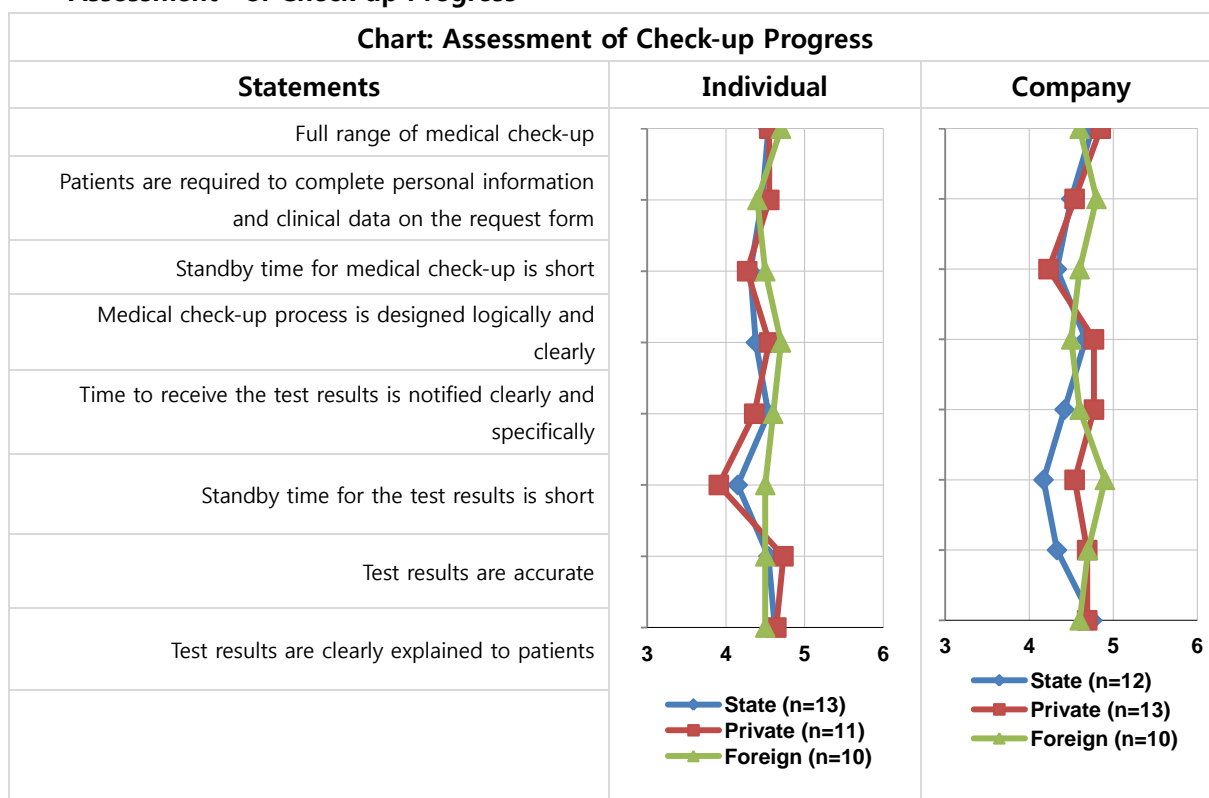


**Notes: The sample size of each assessment group is small, only used for reference**

The evaluation of both individuals and companies for expertise team among state, private and foreign centers/ hospitals is fairly similar. Moreover, their qualification, attitude and service delivering manner are evaluated not so high (fairly) both in state, private and foreign centers/ hospitals. Even for foreign centers/ hospitals, individuals evaluate the instruction/ advise and examination/ test conduction are not better than state and private centers/ hospitals'. One more thing, the serving speed and attitude of expertise team in foreign centers/ hospital are not perceived to be better than those in state and private ones.

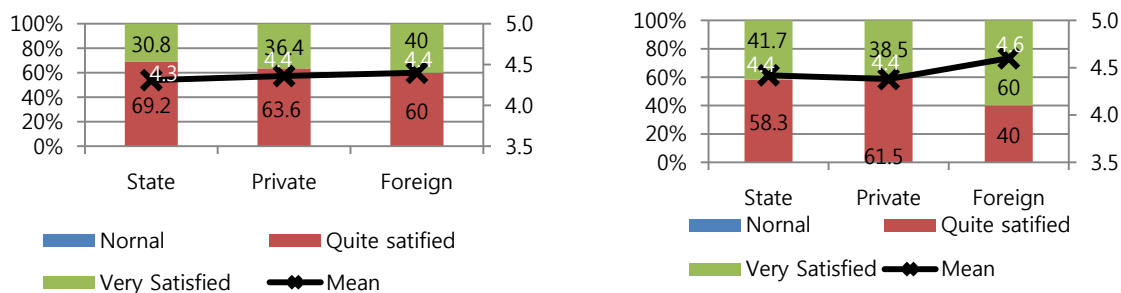
As consequence, both individual and company customers are more slightly better satisfied with the foreign than state and private expertise team. The company customers especially appreciate a little more on the expertise of state than private ones.

#### - Assessment of Check-up Progress



**Notes: The sample size of each assessment group is small, only used for reference**

**Chart: Overall Satisfaction of Check-up Progress**  
Individual Company

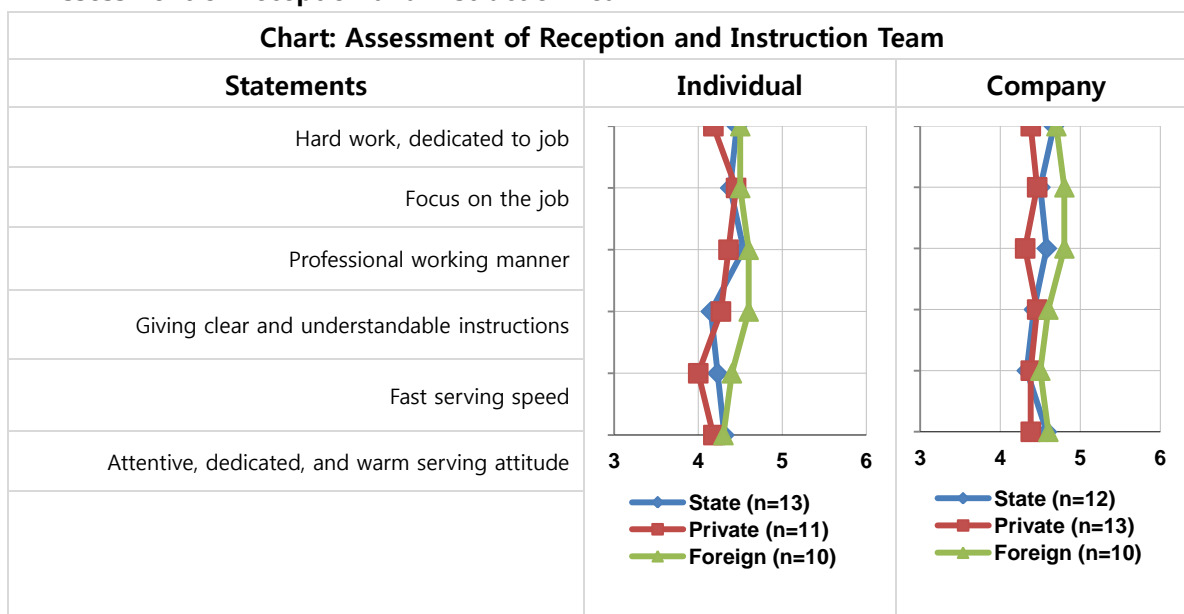


**Notes:** The sample size of each assessment group is small, only used for reference

Similar to expertise team, the consumers' evaluation toward check-up progress among state, private and foreign centers/ hospitals is not much different. However, the result of medical check-up in foreign centers/hospital is notified little bit faster than in state and private centers/ hospitals.

For the overall satisfaction, over 50% of the consumers are just quite satisfied with the medical check-up progress in state, private and foreign centers/ hospitals except in the foreign centers/ hospitals, over 50% of companies is very satisfied with them.

#### - Assessment of Reception and Instruction Team

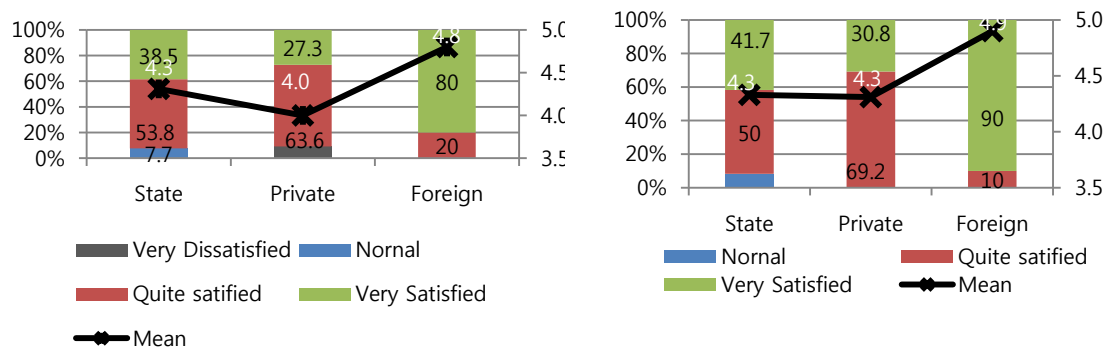


**Notes:** The sample size of each assessment group is small, only used for reference

#### Chart: Overall Satisfaction of Reception and Instruction Team

Individual

Company



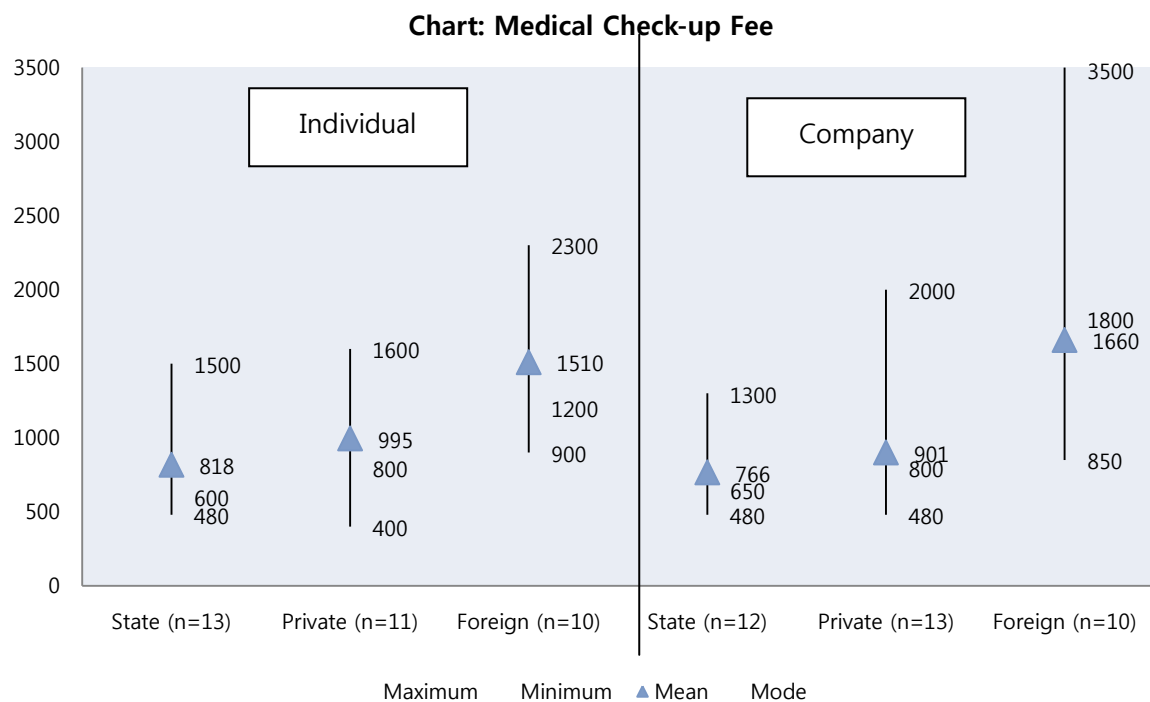
Notes: The sample size of each assessment group is small, only used for reference

The reception and instruction team of foreign centers/ hospitals is evaluated better than those in state and private ones. Individuals evaluate them better in "giving clear and understandable instruction" and companies think that they are better working manner and focusing on work.

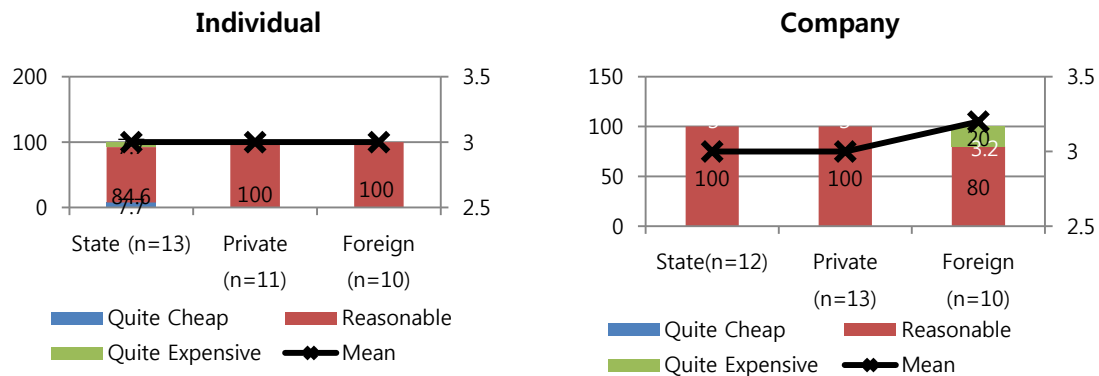
For overall satisfaction, almost consumers are "very satisfied" with the reception and instruction team in foreign centers/ hospitals while state and private centers/ hospitals, they just are quite satisfied with them.

It is clearly to recognize that to differentiate with state and private centers/ hospitals, foreign ones focus on making better customer services by improving the serving quality of reception and instruction team to make consumer more satisfied with services in their centers/ hospitals.

#### - Assessment of check-up fee



**Chart: Assessment of Check-up Fee**



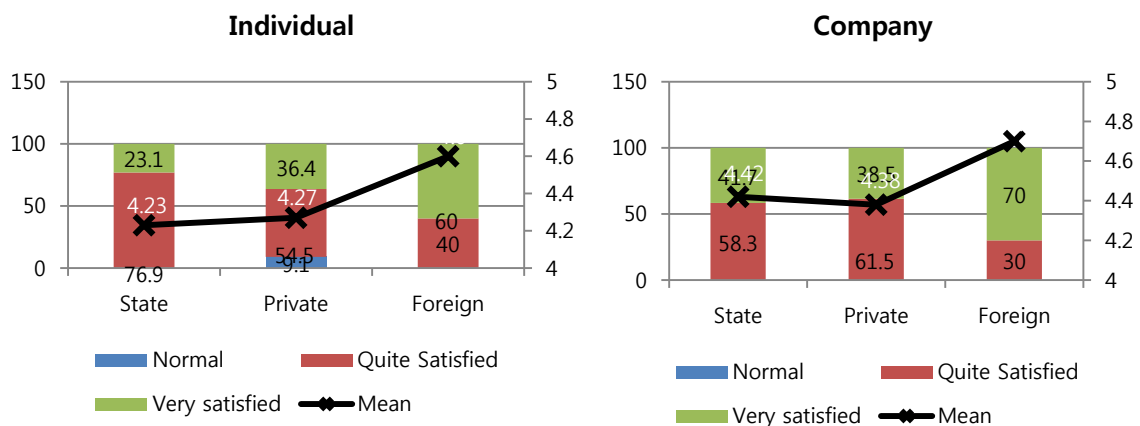
Based on the survey conducted by Axis Research, the average check-up fee of state centers/ hospital is lowest (818 thousand VND) for individuals and 766 thousand VND for companies) and foreign centers/ hospitals' is highest (1.510 thousand VND for individuals and 1,660 thousand VND for companies). The average check-up fee of private centers/ hospitals is in the middle, around 900 thousand VND.

Furthermore, the gap between the minimum and maximum fees of foreign centers/ hospitals is largest from 900-2,300 thousand VND for individuals and even 850-3,500 thousand VND for companies while at state and private centers/ hospitals, these gaps are much narrower.

Though their fee are different, noticeably, almost individuals and companies convey that the check-up fees of state, private and foreign centers/ hospitals are reasonable with their performance and service delivery, just around 20% of companies think that check-up fee of foreign centers/ hospitals are quite expensive. It means that people who do check-up in foreign centers/ hospital pay more for the service there but they accept the high fee to get high service quality. The fees of foreign centers/ hospitals are considered "value for money" to an extent.

#### - Overall Satisfaction toward Medical Check-up Services

**Chart: Overall Satisfaction toward Medical Check-up Services**





60% individuals and 70% companies who do check up in foreign centers/ hospitals are very satisfied with the services while over a half of those in state and private ones are only quite satisfied with services provided.

As mentioned above, both individuals and companies just evaluate some extents of the facilities, equipments, and reception and instruction team of foreign centers/ hospital higher than those of state and private centers/ hospitals, the other aspects as expertise team, check-up process are not much better than. However, these better aspects make contribution to the higher satisfaction of consumers. This findings is worthy for applying to make consumers in medical check-up services to be more satisfied with the services provided.

## b) Typical medical check-up centers in HCMC:

### 1. *International Department of Chợ Rẫy Hospital*

**Address:** 201B Nguyen Chi Thanh Street, District 5, Ho Chi Minh City.

**Tel:** 84-8-38554137

**Fax:** 84-8-38557267

**Email:** [daotaocr@choray.vn](mailto:daotaocr@choray.vn) [ngocbich1958@yahoo.com](mailto:ngocbich1958@yahoo.com)

**Website:** [www.choray.vn](http://www.choray.vn)



Factures	Contents
<b>General Profile</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Health Care Department of Chợ Rẫy Hospital</b> is state owned with 24 staffs.</li> <li>▪ It has function and task such as: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Performing general health check-up and consultation</li> <li>▪ Examining for foreign patients</li> <li>▪ Examining and consulting patients having aspiration to treatment overseas</li> <li>▪ Examining and health certificate for abroad students, marriage with foreigner, boarding a plane, foreign labor in Vietnam.</li> <li>▪ Specialized co-operation with many professors, Ph.D., leading doctors... in hospital.</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Active international contacts are held with medical facilities all over the world.</li> </ul>
<b>Location &amp; Parking</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ It is located in Cho Ray hospital area so its parking is big and convenience</li> </ul>
<b>Staffs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ About 24 staffs</li> <li>▪ Normal attitude, not so friendly with customers.</li> </ul>
<b>Equipment/ technology</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CT scan machine, test CT machine, Spiral CT machine, General slice CT, MRI, DSA.</li> <li>▪ In 2002, the hospital prepared cancer treatment system (modern, radiotherapy, radio surgery (X-knife), simulation radio therapy and radio surgery (X-knife), SPECT-CT, PET-CT and Cyclotron. PET Cyclotron (cancer discovery) and Spect-CT are 2 examples of modern machines at this department.</li> </ul>
<b>Medical check-up fee</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b><i>There are 3 kind of testing services: normal (low price), service (medium price), high quality service (more expensive)</i></b></li> <li>▪ About VND 1-1,3 million for a general medical check package</li> <li>▪ <b><i>For company, it has 5 packages as bellow:</i></b></li> <li>▪ Under 30 years old: about 1,3 mil VND (both male and female)</li> <li>▪ From 30-40 years old: about 1,3 mil for male and 1,6 mill for female</li> <li>▪ From 40-50 years old: about 1,6 mil for male and 1,8 mill for female</li> <li>▪ From 50-60 years old: about 1,7 mil for male and 2 mill for female</li> <li>▪ Above 60 years old: about 1,6 mil for male and 2 mill for female</li> <li>▪ <b>General check-up fee is not different between individual person and company</b></li> <li>▪ <b>Average check up turnover per day is VND 130 – 250 million</b></li> </ul>
<b>No of patients/ Occupancy</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ General health-check 100 - 150 patients/day</li> </ul>
<b>Expansion plan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Just finishing making and extending the health check-up model.</li> <li>▪ Have not yet expanded more</li> </ul>
<b>Segmentation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ The pricing policy target to upper class (A,B)</li> </ul>
<b>Marketing strategy</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Flyers and brochures</li> </ul>
<b>Room assignment</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ The tables and facilities are set up tidy and orderly</li> </ul>

<b>Welcoming space and moving line</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Welcoming space is large and ventilating.</li> </ul>
<b>Commodity preference</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ The centre is equipped basic facilities such as air conditioner, waiting chairs,</li> </ul>

<p><b>Strengths:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CHO RAY hospital is a central hospital, which is the last destination of all severe cases in the South of Vietnam.</li> <li>▪ Cho Ray hospital is a famous brand long time with many skilled doctors and nurses.</li> <li>▪ Cho Ray has many modern equipments, modern technologies.</li> <li>▪ Cho Ray has many specialties, therefore specialists.</li> <li>▪ Cho Ray has a social department in-charge of client service and assistance</li> <li>▪ Cho Ray has training programs to improve knowledge of their internal doctors and provide consulting services to other hospitals and provincial hospitals.</li> <li>▪ <b><i>Model machine/ technology</i></b></li> <li>▪ <b><i>There are many good doctors, best specialists, and technicians</i></b></li> </ul>
<p><b>Weaknesses:</b></p> <p>Doctor quality of service resembles public hospital</p>
<p><b>Opportunities</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ High level of patients confidence on the capability and expertise of Cho Ray</li> <li>▪ Expansion to bigger size</li> </ul>
<p><b>Threats</b></p> <p>No specific</p>

## 2. Columbia Asia

**Address:** 01 No Trang Long, Binh Thanh Dist, HCMC

**Tel:** (848)3803 0678

**Fax:**

**Email:** [customercare.gd@columbiaasia.com](mailto:customercare.gd@columbiaasia.com)

**Website:** <http://www.columbiaasia.com/gia-dinh/>



Factures	Contents
<b>General Profile</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Columbia Asia is an international private healthcare company incorporated in Malaysia in 1996. Its first medical facility, the Columbia Asia Extended Care Hospital-Shah Alam was launched in</li> </ul>

	<p>Malaysia in 1998. Now, the company has 23 healthcare facilities (hospitals, clinics and extended care facilities) in four countries namely Malaysia, India, Vietnam and Indonesia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leading the way in private healthcare trends, Columbia Asia offers optimum and affordable medical services through its community hospitals and clinics. With modern amenities and highly trained doctors and nurses, these hospitals are located in residential areas, making quality private healthcare more accessible and efficient for patients. New medical technologies decrease the level of invasive treatments, reducing the length of hospital stays. Moreover, rate structures are transparent and comparatively lower than the standard model for private healthcare. The hospitals may be smaller in comparison to other private hospitals but the concept behind its simplicity leads the way towards healthcare trends in the future – efficient, accessible and cost-effective. As such, its objective is to provide communities with effective healthcare at excellent value, and to be the preferred choice for families and businesses.</li> </ul>
<b>Location and Parking</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Columbia Asia has 3 branches in center streets, area has many people living: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Columbia Asia Gia Dinh: 01 No Trang Long, Binh Thanh Dist, HCMC</li> <li>- Columbia Asia Sai Gon (Clinic only): 08 Alexandre de Rhodes, Dist.1, Ho Chi Minh City, Vietnam.</li> <li>- Columbia Asia Binh Duong: Lot 178, Hoa Lan, Thuan Giao, Thuan An, Binh Duong, Vietnam</li> </ul> </li> <li>⇒ Locations are on the centre streets and in centre areas.</li> <li>▪ Its parking is convenience (on the ground) and tidy, have line for moving</li> </ul>
<b>Staffs</b>	There are a few staffs but they are friendly and professional
<b>Equipment/ technology</b>	<p>It has 3D Ultrasound and the equipments are used to test for:</p> <p>Tele-Radiology</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hematology</li> <li>- Histopathology</li> <li>- Cytology</li> <li>- Biochemistry</li> <li>- Immunology</li> <li>- Microbiology</li> <li>- Microbiology</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- General Screening</li> </ul>
<b>Medical check-up fee</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Less than 40 years old: 1,9 million VND</li> <li>- From 40 yrs old or above: 2 million VND</li> </ul> <p>⇒ <b>Average check up turnover per day is VND 100-140 million</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>General check-up fee is not different between individual person and company</b></li> </ul>
<b>No of patients/ Occupation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 50-70 patients a day</li> </ul>
<b>Expansion plan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Have not yet</li> </ul>
<b>Segmentation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ The pricing policy target to upper class (A,B)</li> </ul>
<b>Marketing strategy</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Brochure and internet</li> <li>▪ Membership Cards (cooperate with Bao Viet Insurance)</li> </ul>
<b>Room assignment</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Room assignment is orderly and tidy, clean</li> </ul>
<b>Welcoming space and moving line</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Welcoming space is nice and clean, but it is little dark.</li> </ul>
<b>Commodity preference</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ It is comfortable with nice furniture</li> </ul>

<b>Strengths:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Foreign capital</li> <li>▪ Famous brand name</li> <li>▪ Good doctors, nurses and technicians</li> <li>▪ Model technology/ machine</li> </ul>	<b>Weaknesses:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Not focus much on marketing strategy</li> </ul>
<b>Opportunities</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ This major is still new in Vietnam</li> <li>▪ There are not much foreign centres invested in Vietnam =&gt; a few competitors.</li> </ul>	<b>Threats</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quick development of foreign center such as Victoria Health care and Family...</li> </ul>

### 3. *DIAG center international:*

Address: 146 An Bình, Ward 7, District 5, HCMC

75 Phạm Việ t Chánh, District 1, TP HCM

Tel: (08) 3838 1551

Fax: (08) 3838 1554

Email: [labgroupint@hcm.vnn.vn](mailto:labgroupint@hcm.vnn.vn)

Website: [www.diag-center.com](http://www.diag-center.com)



Factures	Contents
<b>General Profile</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>DIAG MEDIC CENTER:</b> the private medical laboratory <b>Diag Center International</b>, an affiliate of the Lab Group International, has resulted from the collaboration of French biologists and medical practitioners, including the founders of the laboratory Marcel MERIEUX (Lyon, France).</li> <li>▪ Foreign Owner</li> <li>▪ Year of establishment: 1999</li> <li>▪ Situated in Ho Chi Minh City, Diag Center International consisting of a team of thirty Vietnamese persons, operates under French medical biologists and assisted by a group of Vietnamese medical technicians trained in France.</li> <li>▪ In specialized environments, the laboratory is supplied with a chain of high-technology equipment so as to maximize the quality of tests and have improved to its utmost. The test performance always keeps to the International standard requirements (test procedures, quality controls). In addition, test results are also manifested conforming to the International criteria.</li> <li>▪ As a reference laboratory of the greatest medical centers in Ho Chi Minh City (Heart Institute, International Medical Center, SOS International Clinic, Columbia Clinic, ...) and foreign international insurance companies (AIA, Manulife,...) as ll. Diag Center International is always ready for all y need thanks to its diagnostic experiences with top secret and efficacious health services.</li> </ul>
<b>Location &amp; Parking</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Although It is not in centre but it is next to An Binh hospital and easy to find out.</li> <li>▪ Its parking is in front of centre so it is convenience for patients</li> </ul>

<b>Staffs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Staffs are friendly and professional, introduce clearly on service packages to patients</li> </ul>
<b>Equipment/ technology</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ The equipments and machines are new models, famous brand such as Siemen, Roche, Abbott,...)</li> <li>▪ Specially, the cardiology department has jogging machine to check heart rate of patients</li> <li>▪ Equipped with a test system which takes blood directly from patients, without using syringe to take blood as traditional way of other centers.</li> </ul>
<b>Medical check-up fee</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A general check-up package is about 1,3 for male, 1,5 for single female and 1,7 mil VND for married female.</li> </ul> <p>⇒ <b>Average check up turnover per day is VND 160-220 million</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>General check-up fee for individual person is the same with company's one on checks without using chemical (ultrasound and electrocardiogram) and it is double fee for the tests which need to use chemical (hepatitis B,C).</b></li> </ul>
<b>No of patients/ Occupation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ About 130 patients a day</li> </ul>
<b>Expansion plan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Have not yet</li> </ul>
<b>Segmentation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Class A,B</li> </ul>
<b>Marketing strategy</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brochure, internet,...</li> </ul>
<b>Room assignment</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comfortable, tidy and clean</li> </ul>
<b>Welcoming space and moving line</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ The Welcoming space is small but it has receptionist at the beginning and some consultation tables along the halls. So it is convenience for us to contact with consultants.</li> </ul>
<b>Commodity preference</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comfortable, set up the water filter for customers, waiting chair, fan, air conditioner,...</li> </ul>

<b>Strengths:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Foreign capital</li> <li>Reasonable price</li> <li>Good doctors, nurses and technicians</li> <li>Model technologies/ machines</li> <li>Friendly and cheerful staffs</li> </ul>	<b>Weaknesses:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Not focus much on marketing strategy</li> </ul>
<b>Opportunities</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>This major is still new in Vietnam</li> <li>There are not much foreign centres invested in Vietnam =&gt; a few competitors.</li> </ul>	<b>Threats</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Quick development of foreign center such as Victoria Health care and Family,...</li> </ul>

#### 4. Victoria Health Care:

Address: 79 Đường Biên Phủ , Đa Kao, Ho Chi Minh City  
135A Nguyễn Văn Trỗi, Ward 12, Phú

Nhuận

Tel: (84.8) 3910 4545

Fax: ( 84 8) 3997 9979

Website: <http://www.victoriavn.com>



Factures	Contents
General Profile	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Victoria Health Care:</b> Victoria Healthcare My My Clinics offer the highest standard of healthcare in modern life combined by effective diagnosed and treated and great attitude with patients. This is mainly because healthcare service is human care that require medical staff not only being experienced but also nursing patients by heart, as big slogan "Patient First". <i><b>It has the area and games for children to relax.</b></i></li> <li>Foreign Owned</li> <li>Year of establishment: 12/2005</li> <li>8 functional departments with 34 doctors. To be at any branch of the Victoria Healthcare Clinic is to be given a warm welcome by staffs and doctors.</li> <li>They also offer compassion and efficiency with the greatest respect for the patient</li> <li>Doctors will help patients and their families know how to prevent them from diseases and how it is treated based on American and European best practices and evidence-based medicine.</li> <li>7 years of experience in medical examination and treatment</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>Doctors have frequently overseas training (US, France, Singapore)</li> <li>Promptly updated through Electronic Medical Record system</li> <li>Medical equipment and facilities are up-to-date and upgraded periodically</li> </ul>
<b>Location &amp; Parking</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is location is very comfortable because it is on the big/ centre streets</li> <li>Its yard is large and clean and the yard is used for parking</li> </ul>
<b>Staffs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Almost staffs are friendly and professional. However their some ones are limited to smile with clients and their face is look stressed</li> </ul>
<b>Equipment/ technology</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CT scan machine, test CT machine, Spiral CT machine, General slice CT, MRI, DSA.</li> <li>The equipments are new models, and imported from other countries. They are reputation brands such as Siemens, Roche,...</li> </ul>
<b>Medical check-up fee (per a general medical check-up package)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>For personal: from 1,3-1,9 million VND</li> <li>For company: from 900,000 – 1,6 mill VND</li> </ul> <p>⇒ <b>Average check up turnover per day is VND 150-300 million foreach branch</b></p>
<b>No of patients/ Occupation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Branch <b>Nguyễn Văn Trỗi</b>: <b>about</b> 79-150 individual person /day and about 20-75 staffs of company/day</li> <li>Branch <b>Điệp Biên Phủ</b>: <b>about</b> 100-200 individual person/ day and about 15 -20 staffs of company/day</li> </ul>
<b>Expansion plan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Going to open one more clinic in district 2.</li> </ul>
<b>Segmentation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A,B (High class)</li> </ul>
<b>Marketing strategy</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Brochures, internet, marketing staffs, Prepaid Card (discount 10%), Electric result (Webview).</li> </ul>
<b>Room assignment</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tidy and clean</li> </ul>
<b>Welcoming space and moving line</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Although welcoming space is not big but it is very tidy, orderly and nice because the sofa is placed in the middle of the hall and the consultant tables are on the two sides of the door.</li> <li>The elevator is easy to see.</li> </ul>
<b>Commodity preference</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Specially, it has the entertainment area for children</li> <li>The facilities are very well and clean such as air conditioner, arm chairs/ sofas, lift (elevator)</li> </ul>

- The restroom is very clean
- The brochures are already on the self and be tidy, exactly.

### **Strengths**

- 2 clinics in HCMC.
- Although they are new check-up centres in HCMC but they are professional and have good reputation.
- Specialized in pediatrics, digestive diseases, ENT, cardiology and health maintenance
- High standard healthcare, adopting American and European best practices.
- Customer care compassionate health partner and councilor of patients, efficient, respect for the patient, as a person.
- Service both on Vietnamese and the foreign communities
- Prices are reasonable
- Wide network on health insurance agents, flexible healthcare package
- Strong medical human resources, combination of foreign and Vietnamese,
- Provide overseas training to local physician in USA where they are members of professional medical organizations.
- Accurate diagnosis and effective treatment procedure
- Updated medical equipment, clean, safe and accurate

### **Weaknesses**

- Still a new brand on the market
- Small size, lack of healthcare services.
- Lack of sophisticated machines
- Duplication of services, uniqueness

### **Opportunities**

- It is the best foreign check-up centre in HCMC
- This major is still new in Vietnam
- There are not much foreign centres invested in Vietnam => a few competitors.

### **Threats**

- Shortage in local human resources and specialized doctors
- High Competition with other private hospital/ clinic

## **5. Hoan My Sai Gon Hospital**

**Address: 60-60A Phan Xích Long, Ward.1, Phú Nhuận, HCMC**

**4A Hoàng Việt - Ward 3 - District Tân Bình**

**Tel: (84.8) 3990 2468**

**Fax: (84.8) 3995 9870/ (84.8) 38119783**



website: <http://www.hoanmysaigon.com>

Factures	Contents
<b>General Profile</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>General Practice Hoan My Hospital started its business in 1997.</li> <li>After 15 years of construction and development, Hoan My 's system of hospitals and clinics has contributed greatly to the reduction of workload for the state hospital's system as well as improved technology and qualifications of doctors, physicians....</li> <li>Fortis Hoan My is the first medical corporation to run a private hospital chain in Vietnam currently with nine facilities nationwide in Ho Chi Minh City, Dalat, Danang, Hue, Can Tho and Ca Mau, with more than 800 beds altogether. Fortis Healthcare last August bought 65 per cent of Hoan My stake at \$64 million to become the majority stakeholder in the hospital chain.</li> <li>Fortis Healthcare is present in Australia, Canada, Dubai, Hong Kong, India, Mauritius, New Zealand, Singapore, Sri Lanka and Vietnam.</li> <li>Hoan My Medical Corporation have 6 branches : 2 in Hochiminh City, 1 in Da Nang, 1 in Da Lat 1 in Can Tho and 1 in Ca Mau and an International Clinic in Thao Dien- Dist 2 and Hoan My Breast Care in Dist. 3.⇒ <b>Wide network throughout Vietnam is the strong point of Hoan My</b></li> <li>Hoan My Phan Xich Long is the last one that Vietnamese Government permits to be built in center district of HCMC.</li> </ul>
<b>Location &amp; Parking</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>It is located in Phu Nhuan District (a centre district of HCMC) which is nearly crowded residential areas.</li> <li>Its parking is large and ventilating.</li> </ul>
<b>Staffs</b>	The staffs are not so friendly, and limited to smile with clients
<b>Equipment/ technology</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CLVT machine , Lazer machine , CT 64 (Toshiba- Japan), UV machine, DSA, MSCT64, PCNL (Percutaneous NephroLithotripsy, laserholium, CT scanners are modern owned by Hoan My.</li> <li>Specialized in laparoscopy, endoscopy. Recovery time is less, less cost for patients,</li> <li>CLVT is used to examine thoroughly the internal organs.</li> </ul>
<b>General Medical check-up fee</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>On average VND <b>1,1 mill – 1,7mill</b> VND for company package and <b>2 -3 million VND</b> for individual person package.</li> </ul> ⇒ <b>Average check up turnover per day is VND 450-600 million</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ The doctors diagnose patient's disease in result papers.</li> </ul>
<b>No of patients/ Occupation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No of patients: 300-400 patients/ day</li> </ul>
<b>Expansion plan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Have not yet</li> </ul>
<b>Segmentation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ The pricing policy target to middle and upper class</li> </ul>
<b>Marketing strategy</b>	Marketing strategy: Slogan: "Your health is our mission", Hoan My offers Health card at Hoan My Office such as: Personal Health card, Family Health Card, Company Health Card, Saving Health Card and discount rate 20% occasionally.
<b>Room assignment</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Clean, nice and look like premium</li> </ul>
<b>Welcoming space and moving line</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Welcoming space is large and ventilating.</li> <li>▪ The chairs are arrange effectually and have the line for moving</li> </ul>
<b>Commodity preference</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ The elevator is fast and calm, large and ventilating</li> </ul>

#### **Strengths:**

- Hospital fees are reasonable and affordable by majority of the Vietnamese.
- One-step healthcare (Fast examination procedure, open communication line with other branches)
- Doctors have good experience, with university certificate, trained in USA.
- Has good brand, popular
- Wide network with 7 branches throughout Vietnam
- Specialized in Laparoscopy, endoscopy (recovery time in hospital is reduced)
- Awards: "Gold Cup of Viet Brand for Healthcare" of Vietnam Intellectual Owners Association, Quality Management Certificate ISO 9001:2000 ,Environment Management Certificate ISO 14001: 2004, Certificate for "Having achieved many excellent results in implementing medical mission plan" of Ministry of Health Services,
- In the process of securing accreditation from JCI (Joint Commission International)

#### **Weaknesses:**

- Crowded, space is limited.
- Limited human resources to accommodate the big number of patients.

### Opportunities

- Number of patient who prefers quality service is increasing (about 10%/ year)
- By 2011, the government shall upgrade the fees at public hospitals, therefore Hoan My can become more competitive on the pricing.
- Currently, the number of students getting Hoan My Health Care is increasing (those traveling abroad and study abroad...) constituted about 1/3 of the hospital general check.
- Patients who have went for treatment in hospital such as FV Hospital, switched to Hoan My because they could not sustain the high hospital bills in FVH.

### Threat:

#### 6. Medic Hoa Hao

Address: 2254 Hòa Hảo, District.10, Hồ Chí Minh City

Tel: 84.8.9270284

Fax: 84.8.9272543

Email: [ttmedic@hcm.vnn.vn](mailto:ttmedic@hcm.vnn.vn)

bsite: <http://www.medic.com.vn>



Factures	Contents
General Profile	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Hoa Hao Medical Diagnosis Center (Medic)</b> has recently attracted many clients, including foreigners, because of their good quality of service and modern equipment. Patients come from cities in nearby provinces and Cambodia, Laos.</li><li>▪ They are supporting the high techniques of diagnosis. <i><b>Hoa Hao is overload currently.</b></i></li><li>▪ Private</li><li>▪ Year of establishment: 1990</li><li>▪ Standard: ISO 9001</li></ul>
Location and Parking	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ It is located in centre district and by the market, residential areas</li><li>▪ The parking is very small and overload for too much patients</li></ul>
Staffs	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ About 619 staffs (include doctors, technicians, nurses,...).</li><li>▪ The staffs are not friendly and limited to smile with clients.</li></ul>

<p><b>Equipment/ technology</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ About 99% equipments are owned by manufacturers such as Siemen, Roche, Abbott,...), because this centre has so many patients and these manufactures would like to set up their machines here for free in order to sell their chemical.</li> <li>- <b>SIEMENS DIAGNOSTIC</b> ADVIA WORKCELL SYSTEM, ADVIA CENTAUR, SYSTEM 340 ANALYZER, TRUGENE, SYSTEM 440 ANALYZER</li> <li>- <b>ABBOTT</b> ARCHITECT Ci8200 (3 Systems), TECAN, CELL-DYN 3700, ARCHITECT i2000 and AXSYM</li> <li>- <b>ROCHE</b> MODULAR (3 Module E170), COBAS 6000, Cobas MagNA Pure LC</li> <li>- <b>BIORAD</b> EVOLIS and SCAN GEL,</li> <li>- <b>HORIBA Medical</b> HORIBA ABX:</li> <li>- <b>Stago</b> ERINLINE AR, ST_ART:</li> <li>- <b>Instrument Laboratory:</b> ACL 7000:</li> <li>- <b>Sysmex:</b> CA.500</li> <li>- <b>TOSHIBA:</b> TOSHIBA SSH 140 HG 2 TOSHIBA Eccocee MEDISON : Sonorex / Sonoace 6000 TOSHIBA : Capasee, Toshiba Access LPT6.0 , USAToshiba CT Scan (Computed Tomography ) TCT300EZ and Toshiba Xtension V2.01 Models TXT-01A/4A, TXT-01B/4A (2B201-188E*B)</li> <li>▪ Upgrade or change about 10 machines a years</li> <li>▪ Have just bought a new molecular biology machine ( German technology) about 1 billion VND</li> </ul>
<p><b>Medical check-up fee</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ From 1,2- 2,8 mil VND for a general check-up package</li> <li>▪ There is no different about check-up fee for company and individual person</li> </ul> <p>⇒ <b>Average check up turnover per day is VND 9 billion.</b></p>

<b>No of patients/ Occupation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ For personal package: 2000 customers a day. Specially for rush season (6-8): about 3000 customers a day.</li> <li>▪ For company package: 6000 staffs a day</li> </ul>
<b>Expansion plan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Have not yet</li> </ul>
<b>Segmentation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Class A,B,C,D (almost all class)</li> </ul>
<b>Marketing strategy</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Word of mouth</li> <li>▪ Price and product strategy (good quality and low price)</li> </ul>
<b>Room assignment</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ There are guiding/ instruction tables arranged for each floor to guide customers.</li> </ul>
<b>Welcoming space and moving line</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ The welcoming space is small for overload number of patients</li> </ul>
<b>Commodity preference</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ There are enough facilities for medical centre.</li> </ul>

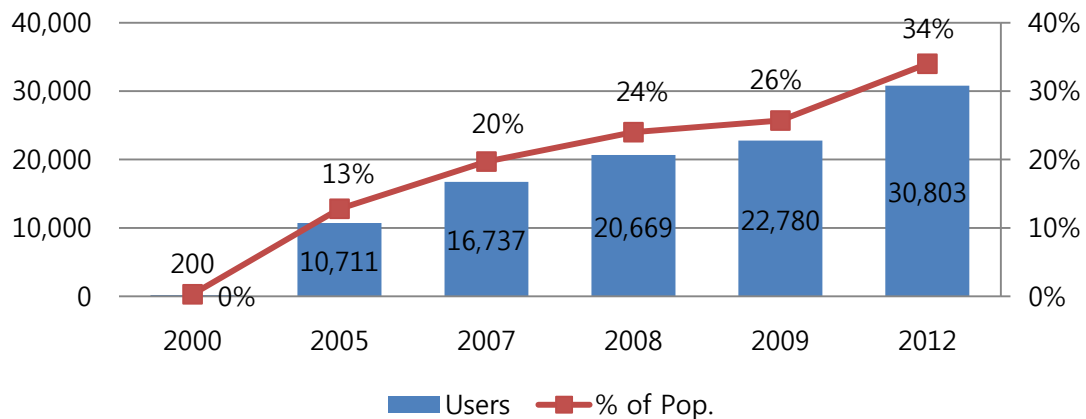
<b>Strengths:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ High quality (exactly result)</li> <li>▪ Cheap price</li> <li>▪ Has good reputation</li> <li>▪ There are so big customers</li> </ul>	<b>Weaknesses:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Staffs are not friendly and limited to smile with client</li> <li>▪ Its square is very small for overload number of customer</li> <li>▪ There is no air conditioner for waiting room.</li> <li>▪ Construction is old and restroom look dirty</li> </ul>
<b>Opportunities:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ It is the best private check-up centre in HCMC</li> <li>▪ This major is still new in Vietnam</li> <li>▪ There are not much foreign centers invested in Vietnam =&gt; a few competitors.</li> </ul>	<b>Threats:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No specific</li> </ul>

#### 4) Vietnam's internet environment

##### - Internet population and growth rate

**Chart: Internet Users in Vietnam from 2000-2012**

Unit: 1000 users



Source: Vietnam Network Information Center (VNNIC)

Noticeably, based on the statistics of Vietnam Network Information Center, the number of Vietnam internet users has increased over year. Internet first came to Viet Nam in 1997 and has became more popular in the 90 million population country during the past ten years with 200,000 users in 2000. In 2012, this number jumped to 30,803 internet users with the internet penetration of 34%, higher than the global average of 32%. Furthermore, in 2012, Vietnam has 1,590,000 new internet users that increased 5% compared to 2011. With this huge number of internet population, Vietnam is ranked is 18th largest in the world.

#### - **Internet User Profiles and Habits**

From the report "Social, Digital and Mobile in Vietnam" published in October 2012 by We Are Social, the profile and usage habits of internet users in Vietnam are described as below:

- 95% of Vietnamese people aged 15-24 have access to the internet
- 73% of Vietnam's internet users are under 35
- 66% of Vietnamese netizens use the web every day
- Vietnamese netizens spend an average of 29 hours on the internet each month
- 95% of Vietnam's internet users visit online news sites
- 90% of Vietnamese netizens watch online video (the asian average is just 69%)
- 86% of vietnamese internet users visit social networking site
- 79% of vietnam's internet users visit online retail sites
- 61% of vietnam's netizens make online purchases
- Devices that Vietnamese netizens use to go online: 81% desktops, 56% mobiles, 47% laptops
- 88% going online from home and 36% from web cafés

#### - **Internet Speed in Vietnam**

According to a recent survey by internet analyst Amakai, in 2012, the country's average internet connection speed reaches only 1.664 Mbps (megabytes per second), lower than the global rate of 2.3 Mbps,.



As many as 13 per cent of connections are lower than 256 Kbps (kilobyte per second) and 2 per cent are faster than 5 Mbps, the US-based firm said.

Compared to eleven countries in the Association of Southeast Asian Nations (ASEAN), Viet Nam's average internet connection speed is behind Malaysia at 1.8 Mbps, Thailand at 3.054 Mbps and Singapore at 4.6 Mbps.

## 5) Vietnam's smart phone environment

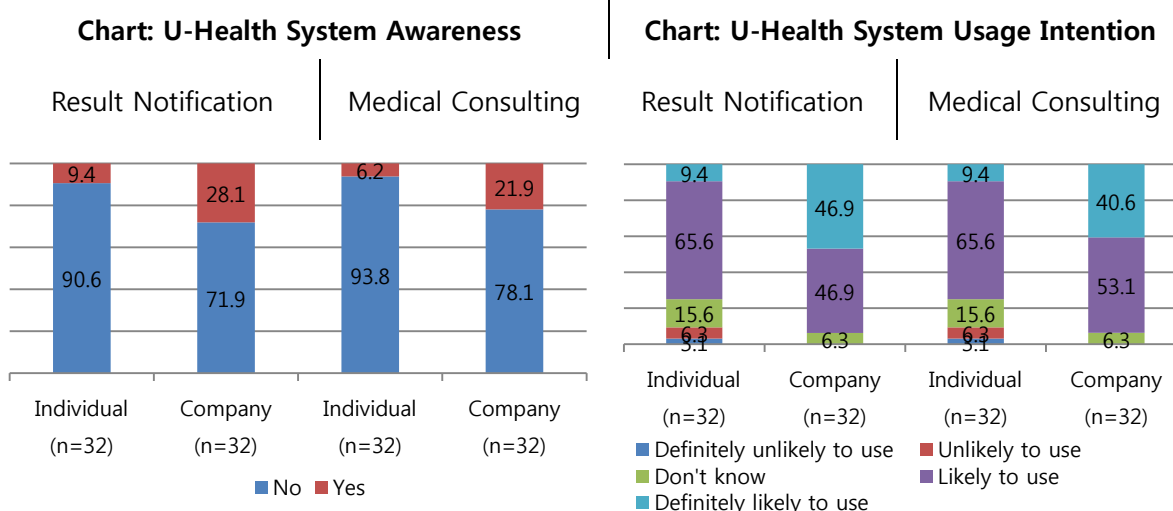
Based on the report of We Are Social, in 2012 Vietnam has the smart phone penetration of 21% and tablet penetration of 5%.

The increase of smart phone users boosts the increase of 3G subscribers in Vietnam and enables users to assess internet via mobile and use mobile applications. According to the Ministry of Information and Communication, in 2012, Viet Nam has over 16 million 3G subscribers out of 123 million mobile phone subscribers, most of them using 3G services provided by Vinaphone, Mobiphone and Viettel.

A report of We Are Social in 2012 also shows that 62% of internet users in Vietnam assess internet via mobile devices and 38% of mobile users go online via their phones. This report also revealed an important fact that 35% of mobile users in Vietnam use mobile applications.

About 4G services, Viet Nam will delay licensing mobile operators to provide fourth generation network (4G) services until 2015, after service providers carry out test runs and an assessment of market demand for the new technology

## 6) U-Health system in Vietnam



U-health system (including cyber medical check-up's result notification and medical consulting) is not common applied in medical centers/ hospitals in HCMC and neighboring provinces.

Accordingly, result of Axis survey in 2012 shows that most consumers (91% of individuals and 72% companies) do not know the services of notifying medical check-up results via internet environment. Medic Lab and HCMC Medical University Hospital are some few hospitals known to have this service. Particularly, Medic Lab sends medical check-up results to patients via email or sends them an SMS with the downloadable link. Cyber medical consulting gets the similar result.

In the other hand, Columbia Asia hospital does not intend to employ cyber medical check-up result's notification since the number of patient is not so much, the standby time for receiving results is short (around 2 hours). Moreover, they want to give the results directly to consumers so that they can give them the clear explanation of the result and advice for protection and treatment in need. In addition, DIAG center international does not want to use cyber medical check-up result notification since they concerns the private privacy when the results are notified on the internet environment.

However, from consumers' perspective, over 70% of individuals and over 90% of companies participated in the survey of Axis Research are likely to use these services if they are provided. Hence, to medical check-up centers/ hospitals, they are encouraged to provide these services to consumers so as to give them more added values and contribute to their satisfaction. However, centers/ hospitals should ensure the privacy of results when they are uploaded in internet environment.

## **2. Regulations and legal matters**

### **1) Regulation on Foreign-invested medical establishment**

Under the **WTO commitments of Vietnam**, foreign investors are entitled to the following business sectors: (i) hospital services and (ii) medical and dental services. With regard to the investment form, foreign medical service suppliers are permitted to provide services through the establishment of 100% foreign-invested hospital, joint-venture with Vietnamese partners or through a business cooperation contract.

The legal capital requirement for a commercial presence in hospital services must be no less than (i) USD20 million for a hospital, (ii) USD2 million for a polyclinic unit, and (iii) USD200, 000 for a specialty unit. As provided by the Investment Law, foreign investors investing in Vietnam for the first time must have an investment project and perform the procedures for registration or assessment of the investment project in order to be issued with an investment certificate (i.e., incorporation certificate).

According to the current **Vietnam Investment Law**, the establishment of a foreign-invested hospital must be conducted by formulation of an investment project (i.e., project of hospital

establishment), then submitted to the governmental authorities for assessment.

With regard to the **Law on Medical Examination and Treatment of Vietnam** issued on December 4, 2009 and taking effect on January 1, 2011, a medical establishment can be organized under one of the following forms, depending on its scope of professional practice:

- Hospital;
- General consulting-room, specific consulting-room, and family doctor;
- Traditional medical treatment establishment;
- Maternity hospital;
- Health care services provider;
- Commune-level medical station; and
- Other forms of medical establishment.

A medical establishment can commence its operation once it is granted (1) an establishment decision, business certificate or investment certificate (depending on the form of the medical establishment) by the competent State body, and (2) an operation permit by the MOH or other competent authorities.

The MOH grants an operation permit once a medical establishment has fulfilled the following requirements:

- i) Having the premises, facilities, medical equipment, IT equipment and other necessary conditions as required under the national construction standard for medical establishments;
- ii) Having necessary conditions for medical waste disposal and radiation safety as required by the law;
- iii) Having enough professional practitioners compatible with its scope of professional activities;
- iv) The person responsible for the professional management of the medical establishment has been practicing in medical sector for at least 36 months.

## **2) The degree of possible activity range of foreign doctors**

Under the Law on Medical Examination and Treatment, a medical practitioner must have a practicing certificate. The Ministry of Health (MOH) grants a certificate to people who satisfy the following conditions:

- i) Having one of the following certificates which is compatible with the form and scope of professional practice: (1) a professional diplomas to be granted or recognized in Vietnam; (2) a herb doctor certificate, or (3) a certificate of having a home remedy.
- ii) Having documents proving that he/she has passed the probation period, except for herb doctors and persons who have a home remedy;
- iii) Having certificate of good health for professional practice; and
- iv) Not subject to the prohibitions of practicing in health care sector as regulated by the law.

In addition to the above conditions, a foreign medical practitioner must fully meet the following requirements:

- i) A person directly giving medical examination or treatment to Vietnamese must be fluent in Vietnamese language or have interpreters in case he/she is not fluent in Vietnamese;
- ii) Having legal records certified by competent bodies of the host country; and
- iii) Having work permits granted by Vietnamese agencies performing the State management over labor.

The Minister of the Ministry of Health will promulgate the criteria for certifying a foreign practitioner to be fluent in Vietnamese in the health care sector.

Also under the Law on Medical Examination and Treatment, Vietnam recognizes practicing certificates granted by other countries in accordance with the international treaties or agreements to which Vietnam is a member.

### **3) Vietnamese regulations regarding labor's medical check-up**

In Vietnam, labor's medical check-up is controlled by **Vietnam Labor law** and instructed by **Circular 13/2007/TT-BYT** issued by Ministry of Health.

As stipulated by law, annually each employer must organize periodic health check-up for employees at least once. Those who work in dangerous toxic environment and heavy work (according to the list published by the Ministry of Labor, Invalids and Social Affairs) must do health check-up twice per year

The medical check-up items required under the provisions of Circular No. 13/2007/TT-BYT November 21, 2007 of the Ministry of Health:

- Profiling and updating information on the health history of disease.
- Physical Examination:** The Measurement of height, weight, pulse, blood pressure ...
- Comprehensive Clinical specialties:** Internal, external, dermatology, gynecology, eye, ENT, dental ...
- Required paraclinical examinations:** CBC, blood sugar, total urinalysis (glucose, proteins, cells).
- **Other paraclinical examination:** X - ray of heart and lungs

There are two forms for organizing labor medical check-up

- Central location medical check-up: organizations contact and sign service contract with a medical check-up center/ hospital to organize labor medical check-up at the location of medical check-up center/ hospital or at the organization. The check-up fee is paid by organizations
- Individual employee directly contacts a certain medical check-up center/ hospital for their

check-up. In this case, employees directly pay check-up fee for medical check-up center/hospital then organization where employee working for will return the fee for them.

#### **4) Vietnamese regulations regarding pharmacy**

##### ***- Importation of Pharmaceutical Products***

Under the law, the Prime Minister will specify the import of drugs without registration numbers. Drugs with registration numbers in Vietnam may be imported without quantity limitations, except for vaccines, medical biological products and drugs on the list of drugs subject to special control, as provided in Article 63 of the Pharmacy Law. Drug-exporting or importing enterprises have rights to import, entrust the export or import and undertake entrusted export or import of drug types specified by the MOH. Besides, drug-trading establishments have the right to entrust export or import of drugs. The entrustment of export or import of drugs must comply with the provisions of the Commercial Law and other relevant provisions of law

##### ***- Registration of Pharmaceutical Products***

The MOH is responsible for reviewing the dossiers for drug registration, providing the valid duration of drug registration numbers and the withdrawal of drug registration numbers. Establishments registering drugs must pay registration fees upon filing of dossiers according to the provisions of law.

The base for their registration is as follows:

- (i) Results of clinical trials of the effectiveness and safety of drugs, except for those exempt from clinical trials provided by the Pharmacy Law;
- (ii) Technical documents on drugs; and
- (iii) Vietnam's national policies on drugs.

Within six months after receiving complete and valid dossiers, the MOH will grant drug registration numbers. In case of refusal to grant registration numbers, the MOH must reply in writing, clearly stating the reasons therefore.

During the drug registration process, companies must themselves take responsibilities for IP matters (industrial design, brand name, and invention). The drug registration regulation does not require checking of industrial design/brand name/inventions. Companies can submit checking documents just for information so as to support the DAV in monitoring and cooperating with the NOIP and related authorities if needed.

It is noted, however, that in case any company violates IP regulations, the DAV may, after obtaining conclusions from the relevant authorities, withdraw the registration number and suspend the company's pharmaceutical products from the market.

The MOH encourages pharmaceutical companies to study thoroughly all IP regulations before marketing their products so as to avoid any non-compliance with the law.

Foreign traders supplying drugs without registration number to Vietnam must have licenses for operation in Vietnam granted by the MOH. In case foreign traders having such operation licenses do not supply drugs which are needed for disease prevention and treatment, the MOH will consider and decide to permit the import of these drugs from prestigious drug suppliers in the world

#### **- *Pharmaceutical Products in Circulation***

Under the law, pharmaceutical products circulated in the market must fully meet the following conditions:

- (i) Being up to the registered quality standards;
- (ii) Fully satisfying requirements on labeling of drugs as provided by the Pharmacy Law and other relevant regulations;
- (iii) Being packed with materials and in a form as required ensuring drug quality;
- (iv) Having a registration number, or having no registration number but being imported in a number of special cases as provided by the Pharmacy Law;
- v) Having their prices declared according to the Pharmacy Law; for imported drugs, their prices must not be higher than those of drugs imported into regional countries with the healthcare and commercial conditions similar to those of Vietnam at the same time.

A label of a drug circulated in the market must satisfy the following content requirements:

- The names of the drug;
- The drug preparation form;
- The composition of the drug;
- Packing specifications;
- The name and address of the manufacturer;
- The registration number, serial number of the manufacture lot, date of manufacture, expiry date.
- Conditions for drug preservation and other necessary information.

For specifics which are composed of single substances, their original names or international generic names must be shown below their specific names.

Drug use instructions must be in Vietnamese

#### **5) Vietnamese regulations regarding remote medical test**

Vietnam currently has not yet issued any laws and regulations in term of remote medical test.

#### **6) Regulations on Internet privacy in Vietnam**

Vietnam does not have comprehensive privacy legislation, but it does have a short privacy section

in their Law on E-Transactions 2005 that could serve as a foundation for more detailed legislation in the future.

Article 46 of the Law covers information confidentiality in e-transactions:

- Agencies, organizations and individuals shall have the right to select security measures in accordance with the provisions of the law when conducting e-transactions.
- Agencies, organizations and individuals must not use, provide or disclose information on private and personal affairs or information of other agencies, organizations and/or individuals which is accessible by them or under their control in e-transactions without the latter's consents, unless otherwise provided for by law.

In addition, Articles 21 and 22 of the Law on Information Technology stipulates that more detailed regulations regarding information protection in the environment such as regulations on collection, process, use, storage and provision of personal information, may be developed in the future.

Furthermore, Vietnam does not have a developed system of law relating to personal data protection.

However, there appear to be some vague rights under the Civil Code cover privacy.

Article 34.1 of the Civil Code provides that an individual's right to privacy 'shall be protected by law' but there are no further regulations. Similarly, Article 34 of the Civil Code provides that the collection and publication of material relating to 'the private life of an individual' is prohibited except with the consent of the individual or where such collection is in accordance with the decision of a 'competent State authority'. No definition is provided of information relating to the private life of an individual, and therefore the phrase may be broadly interpreted by the authorities.

Under the Law on National Security (Law No. 32/2004/QH11 passed by the National Assembly on 3 December 2004), the State agency in charge of the protection of national security has the right to examine communication equipment or computers and computer networks and materials of individuals and organizations if there is any reasonable suspicion of a breach of national security. It is therefore very likely that this security agency shall have the right to access all information, including encrypted data, in case of a suspected violation of national security. In addition, Decree 55 and Decision 71 both require Internet service suppliers to arrange necessary technical and material facilities for the relevant State authorities to take measures to protect national security as well as to protect information and network security. Though the 'measures' are not described in specific detail, they likely include access to encrypted data stored or used on the Internet and in the network

### 3. Business situation

#### 1) Salary information

a) Doctors and others: Source DOH- in-depth interview

Title	Can use English	Cannot use English	Note
Doctor	25 million VND	15 million VND	
Nurse/ Pharmacist	10 million VND	6-7 million VND	
Administration staffs	6 million VND	8 million VND	The same salary with other jobs of other industries

#### 2) Cost

Items	Unit	Price
<b>Building (Class A,B)</b>	1 m <sup>2</sup>	20-33 USD/ month
<b>Big size bus (Mercedes-Benz Sprinter Panel Van)</b>	1 Unit	34,400 USD
<b>Electricity</b>	1 kwh	0.175 USD
<b>Water</b>	1 m <sup>3</sup>	0.2 USD
<b>Salary of Security</b>	1 person	150-200 USD/ month
<b>Salary of cleaner</b>	1 person	150 -175 USD/ month

**Medical check-up** equipments are often set up are lent by chemical producers

#### Internet fee

- Internet speed in hospital: Hospitals often use fiber optic cable with package fee as bellow:
  - o For 50M package: 85 USD/ month
  - o For 25M package: 44USD/ month
- Internet speed in house: Families often use copper cable with 8M package is about 20.5 USD/ month.

**3G fee:** Below are the 3G packages from Viettel, one of the three big telecom companies in Vietnam.

Contents	Package 0	Package MI 10	Package MI MiMax	Package MI200	Package DMAX
Using time	1 month	1 month	1 month	1 month	1 month
Subscription fee/ month (VND)	0	10.000	40.000	200.000	100.000



Free Size	0MB	50 MB	500MB	3.584MB	1.536MB
Over size	2,5 VND/10KB	2,5 VND/10KB	0 VND/10KB	50 VND/1MB	0 VND/10KB

#### 4. Conclusions

##### 1) Potential for medical check-up in HCMC and neighboring regions

Recent years, Vietnam health care has faced an overloading in healthcare services. Though the Government has offered intensive investment on healthcare sector (in order to improve healthcare infrastructure, budget to replace obsolete equipments in public hospitals), the current healthcare centers/ hospitals have not met the demand and expectation of consumers/ patients both in terms of capacity and service quality. The situation is the same in HCMC and neighboring provinces (Binh Duong, Dong Nai, Can Tho)

Potential for healthcare service in general and medical check-up in particular in HCMC and neighboring provinces compared to other regions is considerably large for they are:

- Located in the most populous regions. In 2011, HCMC's population is the biggest with 7,521 thousand people, making up 8.6% of Vietnam Population. People from provinces tend to travel to HCMC for medical checkup or disease treatment as hospitals in HCMC are believed the most competence in terms of experienced specialists and advanced medical equipments.
- Leading in monthly average income per capita (HCMC: 2,737 thousand VND, Binh Duong: 2,698 thousand VND, Dong Nai: 1,763 thousand VND, Can Tho: 1,540 thousand VND), they are the most affordable to better quality medical checkup services. Parallel with monthly average income, the monthly average expenditure per capita of these cities/ provinces also are the highest. Consequently, when living standards go up, people care much more to their health and spend more for healthcare service including medical check-up.
- Concentrating highest labor force in Vietnam, especially in HCMC (4,000 thousand people in 2011). With referred to **Circular 13/2007/TT-BYT**, all employers are required to organize periodic medical check-up for their employees, the labor force are huge potential customers for medical check-up centers/ hospitals.
- Concentrating numerous foreign labor forces who demand high quality healthcare services.
- Biggest South Korean Community in Vietnam. In 2011, there are 88,120 South Korean in Vietnam and more than haft of them are living in HCMC and neighboring provinces. It is seen the potential to have medical centers/ hospitals to service particularly for this community, and even other foreign communities in HCMC and neighboring provinces.

##### 2) Competition in medical check-up services

There are 300 medical check-up centers in Ho Chi Minh City including state, private and foreign sectors. These centers have particular strengths and serve specific consumer targets. Foreign

investment in the medical check-up with high quality services is not found many in HCMC and surrounding.

- **Facilities and equipments**

It is assessed by consumers that foreign medical check-up centers/ hospitals have better facilities and equipments than state and private ones in terms of decoration, fully equipped machines and equipments, hygiene, safety and patient aiding devices. These elements take part in differentiating foreign centers/ hospitals and help them to target medium-high class consumers. Actually, the consumer perception on facilities and equipments has influence on their overall satisfaction of medical check-up service at any center/ hospital. With better facilities and equipments, consumers feel more satisfied.

- **Expertise team**

In perspective of consumers, expertise team of foreign centers/ hospital is not evaluated higher than state and private ones in terms of qualification, attitude and serving manner. From the viewpoints of experts in health care industry, expertise team in state centers/ hospitals has better qualification, experience and patient understanding than those in private and foreign sectors for they have been working for long time and have chances to exchange medical knowledge and skills through continuous training programs in Vietnam and overseas.

In fact, foreign centers/ hospitals now are facing a problem in recruiting expertise team for their operation, said Mr. Le Truc Phuong, a former office chief of Department of Health in HCMC. Most of good doctors would rather work in state hospitals, especially big ones to improve their expertise and their reputation in order to run their own clinics at the same time. The income from their clinic is their main source and more attractive than that from private and foreign centers/ hospitals.

- **Check-up packages**

The check-up packages are not much different among state, private and foreign hospitals as well as between individual and company consumers. They often include some common medical check-up items as below:

- Physical examinations
- General Abdominal ultrasound
- X ray of lung
- Urine analysis
- Blood glucose test
- Cholesterol level
- Liver function tests
- Blood formula tests
- Electrocardiography
- Kidney function tests

- Echocardiography
- Blood type test

Depend on genders and ages, people take some more appropriate check up items. For female they also often do female gynecological and X-ray of osteoporosis. For people over 30 year old, they often recommend to do cholesterol level test.

#### - **Customer service quality (Reception and Instruction Team)**

Customer service quality is also an element to differentiate foreign centers/ hospitals with state and private ones. Foreign centers/ hospitals pay more attention to reception and instruction team to work professionally and serve consumer with clear and understandable instruction with fast serving speed. The high customer service quality in turn makes contribution to the overall satisfaction of the medical check-up services.

#### - **Pricing**

Medical check-up fee in foreign centers/ hospitals are positioned highest, the private sector has the medium price and the state sector is the lowest. This pricing policy is according consumer segments. Foreign centers/ hospitals with good facilities, high price and good customer services are target to serve high-end consumers. State and private centers/ hospitals are for low to medium consumers.

### **3) Investment environment for health establishments of foreign investors**

Vietnam has now opened the healthcare industry for foreign investors in the following business sectors: (i) hospital services and (ii) medical and dental services with the investment forms of 100% foreign-invested or joint venture with Vietnamese partners or through a business cooperation contract. Noticeably, regarding the WTO commitments of Vietnam, the capital requirement for foreign investment in healthcare services in Vietnam must be not less than USD20 million for a hospital, USD2 million for a polyclinic unit, and USD200, 000 for a specialty unit. Foreigner Investors are mandatory to strictly follow the related laws and regulations of Vietnam Government.

For foreign medical practitioner to be eligible to work in Vietnam, according to the Law on Medical Examination and Treatment, they must acquire the practicing certificate granted by Ministry of Health and work accordingly to the range activities in the practicing certificate.

### **4) Internet and smart phone environment and U-health system**

Vietnam internet environment recent years has obtained remarkable achievements. The internet penetration in 2012 is 34% with 1,590,000 and ranked 18<sup>th</sup> largest in the world in terms of internet population. In addition, Vietnam also the fast developing of Smartphone, in 2012 smart phone penetration is 21% and predict to be higher in 2013.

Internet infrastructure and connection speed are much more improved. The average connection speed reaches 1.664 Mbps in 2012. In Southeast Asian Nations, the internet speed of Vietnam is

behind Malaysia (1.8 Mbps), Thailand (3.054 Mbps) and Singapore (4.6 Mbps).

With the development of internet and smart phone environment, a few medical check-up centers/ hospitals namely Medic-Lab and Medical University Hospital in HCMC have conducted the cyber result notification. Consumers/ Patient can get the result online. From Axis survey, this new form of result notification get high attention from consumers both individuals and companies. Over 70% surveyed people respond positive to this form and tend to use it if it is provided to them.

X

**중국 의료시장 환경  
조사보고서(중문)**



# 河南医疗市场环境

## 调查报告

郑州海腾企业管理咨询有限公司

2012. 11. 18

# 目 录

一、河南医疗环境调查.....	3
1、竞争环境调查.....	3
2、合作医院开发实例.....	13
3、河南医疗收费情况.....	13
4、医院办理许可证程序.....	19
5、关联医院开发的法规制度.....	22
6、河南省关于设置中外合资医院的要求.....	23
7、医疗从业资格获取相关.....	23
二、医院复合开发相关.....	28
1、地法人运营相关法规.....	28
2、医院复合开发实例.....	29
3、辅助设施开发相关法律制度.....	33
三、当地费用标准.....	36
1、工程费用标准.....	36
2、装饰费用标准.....	37
3、家具及备用品价格标准.....	37
4、电费水费及其他公共费用标准.....	38
5、保洁人员及保安工资标准.....	40
6、税金相关：法人、国内外国籍职员.....	40
附件-文中引用的中国法律法规.....	46



# 一、河南医疗环境调查

## 1、竞争环境调查

### 1.1 河南省医疗机构综述

医疗机构包括医院、疗养院、社区卫生服务中心（站）、乡镇（街道）卫生院、门诊部、诊所（卫生所、医务室）、妇幼保健院（所、站）、专科疾病防治院（所、站）、急救中心（站）和临床检验中心。村卫生室数一般计入医疗机构总数，不再单独统计。

截止到 2011 年底，河南省共有卫生机构（含村卫生室）76201 个，其中：医院 1220 个，疗养院 5 个，社区卫生服务中心（站）1017 个，乡镇（街道）卫生院、卫生院 2084 个，门诊部 101 个，诊所、卫生所、医务室 6948 个，妇幼保健院、所、站 166 个，专科防治院（所、站）20 个。卫生机构病床床位 34.92 万张。其中，医院 23.98 万张，其中综合医院 17.7 万张，专科医院 6.28 万张，乡镇卫生院 2.43 万张，疗养院 900 张，门诊部 1100 张。平均每千人口卫生机构床位数 3.72 张，其中医院、卫生院 3.46 张，医院病床使用量 88.27%。卫生技术人员（含村卫生室）62.24 万人。其中：卫生技术人员 39.52 万人，执业医师和执业助理医师 15.586 万人，注册护士 13.72 万人，平均每千人口医生 1.66 人。（数据来源：河南省 2011 年国民经济和社会发展统计公报）

### 1.2 河南省公立医院和民营医院

按资产所有权性质划分，医院被划分为公立医院和民营医院。

截止到 2011 年底，河南省共有医院 1220 个，其中公立医院 893 个，占医院总数的 73.2%；民营医院 327 个，占医院总数的 26.8%。2011 年，河南省共有人口 10489 万（数据来源：2012 年河南省统计年鉴），则每十万人人口医院数为 1.16 个，每十万人人口公立医院 0.85 个，每十万人人口民营医院 0.31 个。（数据来源：2012 年河南省统计年鉴）

与发达城市相比，北京市共有医院 569 个，其中公立医院 276 个，占医院总数的 48.5%；民营医院 293 个，占医院总数的 51.5%。2011 年，北京市共有人口 2018.6 万人（数据来源：2012 年北京市统计年鉴），则每十万人人口医院数为 2.82

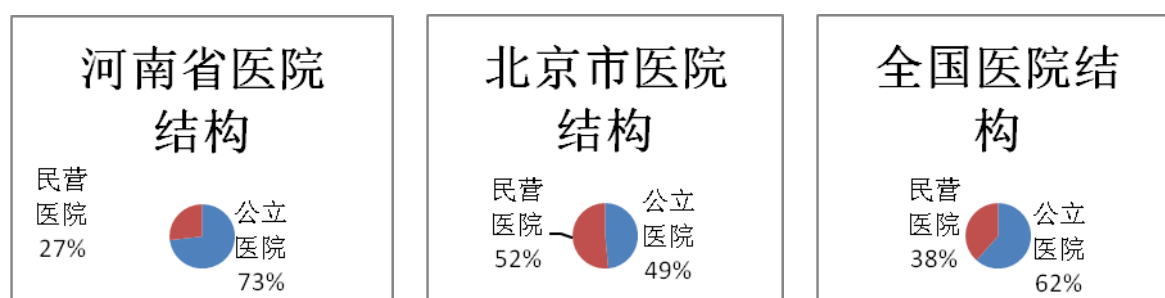
个，每十万人人口公立医院 1.37 个，每十万人人口民营医院 1.45 个。（数据来源：2011 年北京市卫生事业发展统计公报）

与全国相比，全国共有医院 21979 个，其中公立医院 13542 个，占医院总数的 61.6%；民营医院 8437 个，占医院总数的 38.4%。2011 年，全国共有人口 134735 万人（数据来源：2012 年中国统计年鉴），则每十万人人口医院数为 1.63 个，每十万人人口公立医院 1.00 个，每十万人人口民营医院 0.63 个。（数据来源：2011 年全国卫生事业统计公报）

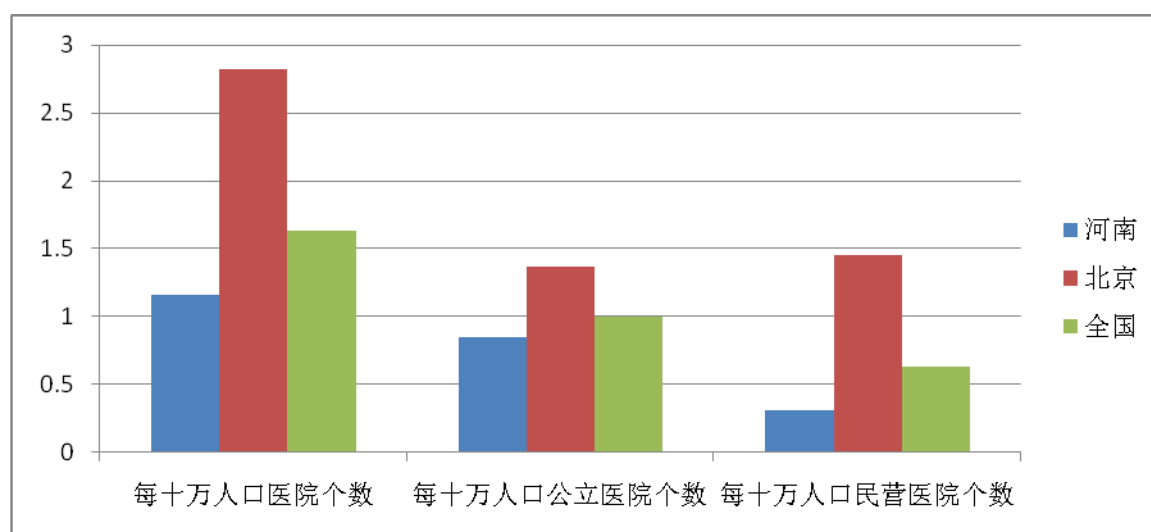
**2011 年河南省、北京市及全国医院结构**

区 域	每十万人人口 医院总计（个）	每十万人人口 公立医院（个）	比例 （%）	每十万人人口民营 医院（个）	比例 （%）
河南	1.16	0.85	73.2	0.31	26.8
北京	2.82	1.37	48.5	1.45	51.5
全国	1.63	1.00	61.6	0.63	38.4

**河南省公立医院和民营医院比例图**



**河南省医院结构与北京市及全国比较**



河南省每十万人人口医院个数是北京市的 41.1%，是全国平均水平的 71.2%；其中河南省每十万人人口公立医院个数是北京市的 62.0%，是全国平均水平的 85%，民营医院是北京市的 21.4%，是全国的 49.2%。

### 1.3 河南省一级、二级、三级医院和未定级医院

按医院规模划分，医院被分为三级医院、二级医院和一级医院，其中每一级又分为甲乙丙三等，其中三级甲等为最高级别，而一级丙等为最低级别。

截止到 2011 年底，河南省共有三级医院 65 个，占医院比例的 5.3%，其中三级甲等医院 40 个，占医院比例的 3.3%，二级医院 323 个，占医院比例的 26.5%，一级医院 626 个，占医院比例的 51.3%，未定级医院 206 个，占医院比例的 16.9%。（数据来源：河南省卫生厅网上公布信息）

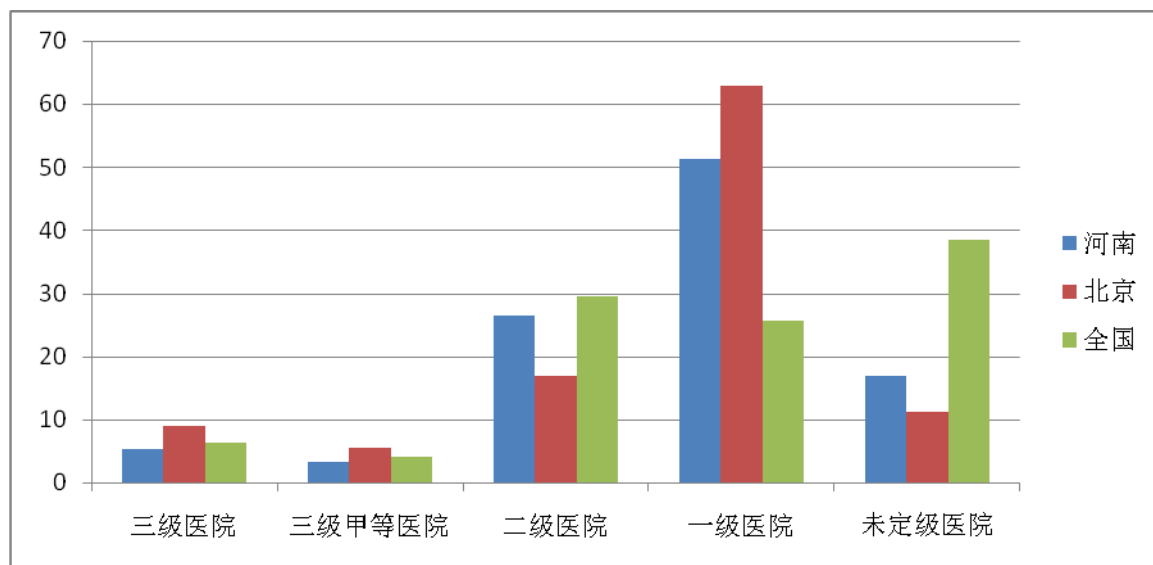
截止到 2011 年底，北京市共有三级医院 51 个，占医院比例的 9.0%，其中三级甲等医院 31 个，占比例，二级医院 96 个，占医院比例的 16.9%，一级医院 358 个，占医院比例的 62.9%，未定级医院 64 个，占医院比例的 11.2%。（数据来源：2011 年北京市卫生事业发展统计公报）

截止到 2011 年底，全国共有三级医院 1399 个，占医院比例的 6.4%，其中三级甲等医院 881 个，占医院比例的 4.0%，二级医院 6488 个，占医院比例的 29.5%，一级医院 5636 个，占医院比例的 25.6%，未定级医院 8476 个，占医院比例的 38.5%。（数据来源：2011 年全国卫生事业发展统计公报）

2011 年河南省、北京市及全国各级医院结构

区 域	三级 医院 (个)	比例 (%)	三级甲 等医院 (个)	比例 (%)	二级 医院 (个)	比例 (%)	一级 医院 (个)	比例 (%)	未定级 医院 (个)	比例 (%)
河南	65	5.3	40	3.3	323	26.5	626	51.3	206	16.9
北京	51	9.0	31	5.4	96	16.9	358	62.9	64	11.2
全国	1399	6.4	881	4.0	6488	29.5	5636	25.6	8476	38.5

### 河南省各级医院与北京市及全国比较



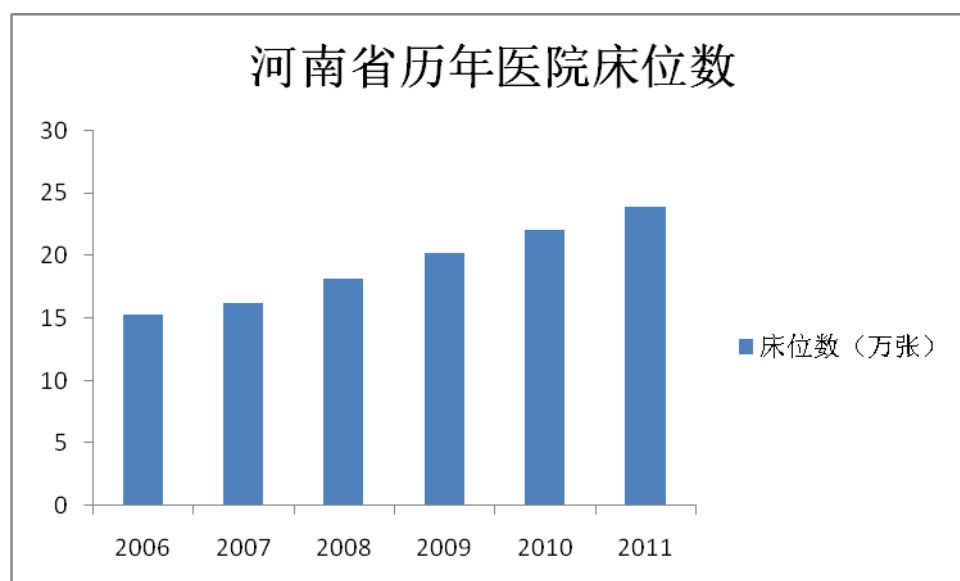
河南省三级医院比例是北京市的 58.9%，是全国平均水平的 2.8%；河南省三级甲等医院比例是北京市的 60%，是全国平均水平的 82.5%；河南省二级医院比例是北京市的 1.57 倍，是全国平均水平的 89.8%。

## 1.4 河南省医院床位数

河南省历年医院床位数（数据来源：2012 年河南省统计年鉴）

年份	2006	2007	2008	2009	2010	2011
河南省	15.28	16.28	18.16	20.28	22.10	23.98

### 河南省历年医院床位数



截止到 2011 年底，河南省医院床位数共有 23.98 万张，平均每千人口床位数 3.72 张，其中公立医院床位数 21.55 万张，民营医院床位数 2.43 万张，医院病床使用率 88.27%。（数据来源：2012 年河南省统计年鉴）

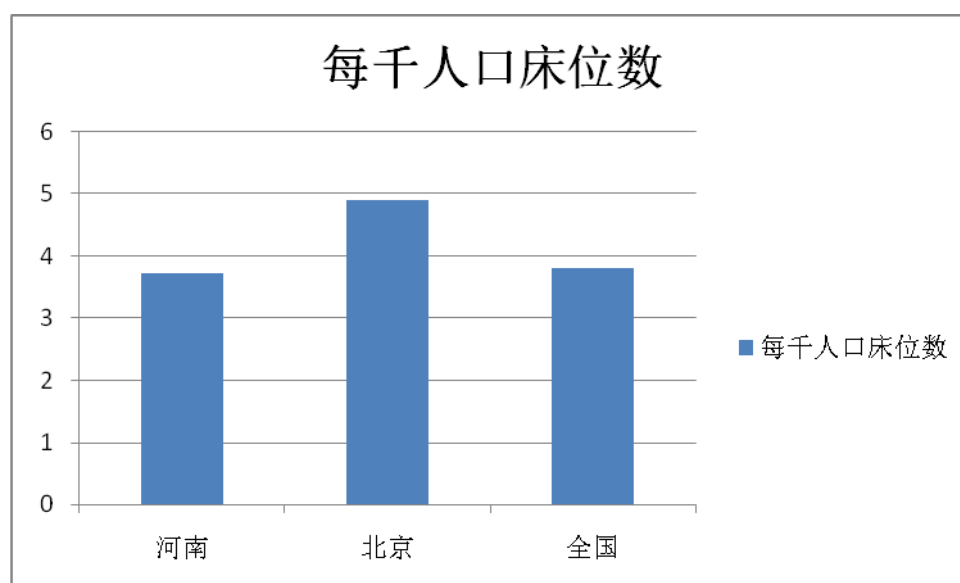
截止到 2011 年底，北京市医院床位数共有 8.94 万张，平均每千人口床位数 4.90 张，其中公立医院床位数 7.65 万张，民营医院床位数 1.29 万张，医院病床使用率 84.4%。（数据来源：2011 年北京市卫生事业发展统计公报）

截止到 2011 年底，全国医院床位数共有 370.52 万张，平均每千人口床位数 3.81 张，其中公立医院床位数 324.39 万张，民营医院床位数 4.61 万张，医院病床使用率 88.5%。（数据来源：2011 年全国卫生事业发展统计公报）

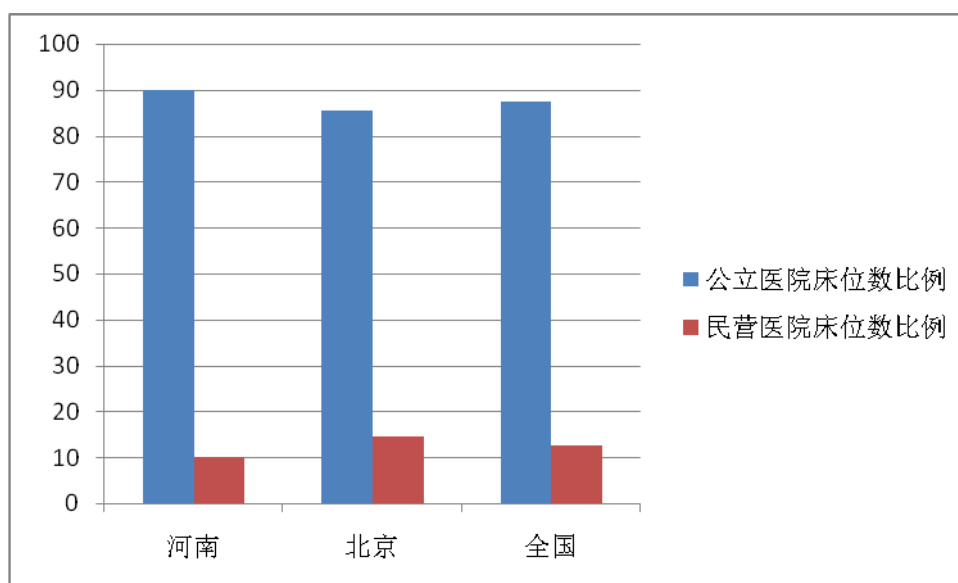
**2011 年河南省、北京市及全国床位数比较**

区域	医院总 床位数 (万张)	每千人口 床位数 (张)	公立医院 床位数 (万张)	比例 (%)	民营医院 床位数 (万张)	比例 (%)	医院病床 使用率 (%)
河南	23.98	3.72	21.55	89.85	2.43	10.15	88.27
北京	8.94	4.90	7.65	85.6	1.29	14.4	84.4
全国	370.52	3.81	324.39	87.5	46.13	12.5	88.5

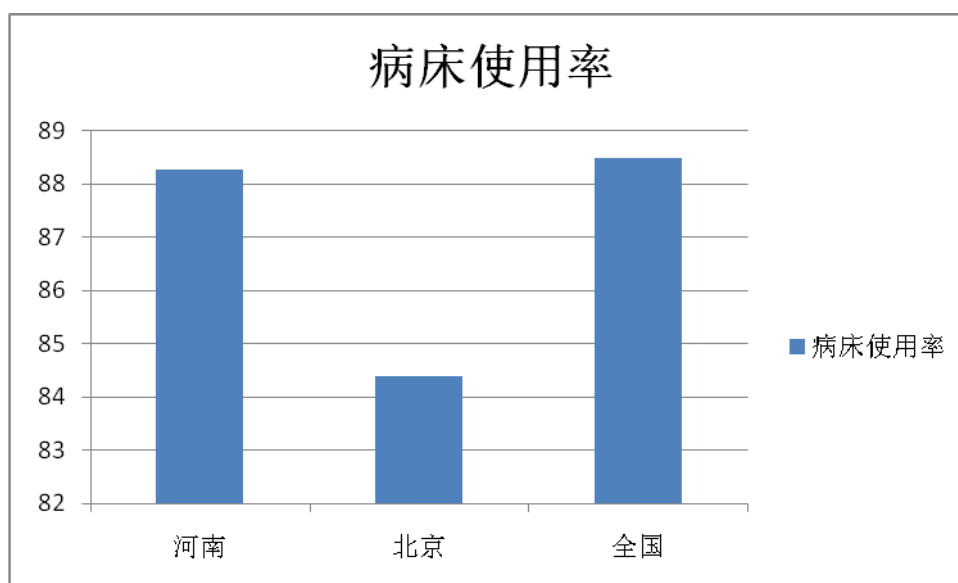
**河南省每千人口床位数与北京市及全国比较**



河南省公立医院、民营医院床位数比例与北京市及全国比较



河南省病床使用率与北京市及全国比较



河南省每千人口床位数是北京市的 75.9%，是全国平均水平的 97.6%；河南省医院病床使用率是北京市的 1.05 倍，是全国平均水平的 99.7%，与全国平均水平近乎持平。河南省公立医院比例是北京市的 1.05 倍，是全国平均水平的 1.03 倍。河南省民营医院比例是北京市的 70.5%，是全国平均水平的 81.2%。

## 1.5 河南省卫生人员结构

截止到 2011 年底，河南省卫生人员总计 62.24 万人，其中卫生技术人员 39.52 万人，其他技术人员 2.36 万人，管理人员 2.41 万人，工勤人员 4.71 万

人；平均每千人口卫生技术人员 4.21 人，执业（助理）医师 1.66 人，每千人口注册护士 1.31 人。（数据来源：2012 年河南省统计年鉴）

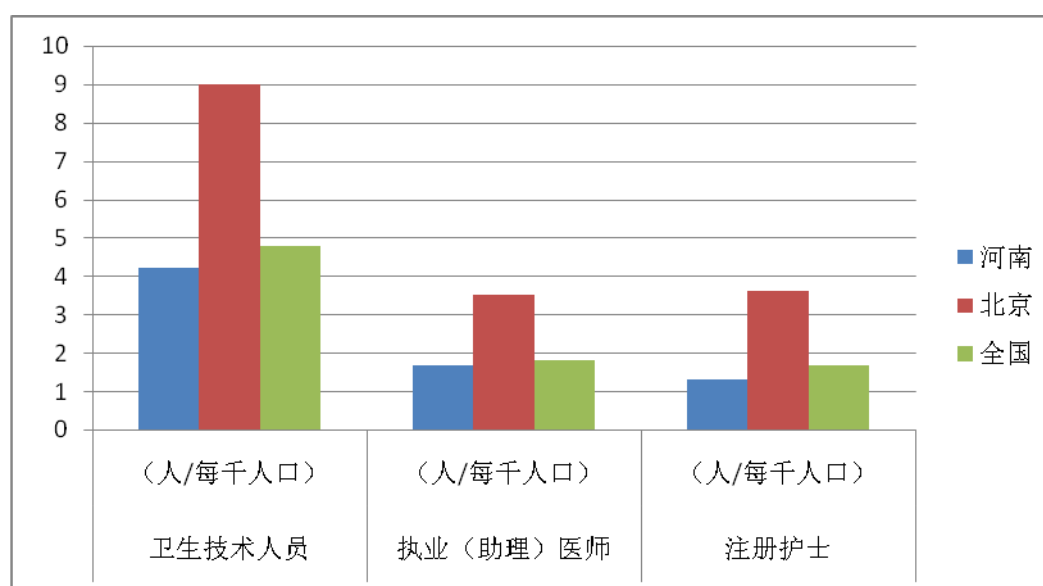
截止到 2011 年底，北京市卫生人员合计 23.6 万人，卫生技术人员 18.2 万人，其他技术人员 1.25 万人，管理人员 1.5 万人，工勤人员 2.25 万人；平均每千人口卫生技术人员 9.0 人，执业（助理）医师 3.5 人，注册护士 3.6 人。（数据来源：2011 年北京市卫生事业发展统计公报）

截止到 2011 年底，全国卫生人员总数为 861.6 万人，卫生技术人员 620.3 万人，其他技术人员 30.6 万人，管理人员 37.5 万人，工勤人员 60.6 万人；平均每千人口卫生技术人员 4.77 人，执业（助理）医师 1.82 人，每千人口注册护士 1.66 人。（数据来源：2011 年全国卫生事业发展统计公报）

**2011 年河南省、北京市及全国卫生人员结构**

区域	卫生技术人员 (人/每千人口)	执业（助理）医师 (人/每千人口)	注册护士 (人/每千人口)
河南	4.21	1.66	1.31
北京	9.0	3.5	3.6
全国	4.77	1.82	1.66

**河南省卫生人员与北京市及全国比较**



河南省每千人口卫生技术人员是北京市的 46.8%，是全国平均水平的 88.3%；河南省每千人口执业（助理）医师是北京市的 47.4%，是全国平均水平的 91.2%；

河南省每千人口注册护士是北京市的 36.4%，是全国平均水平的 78.9%。

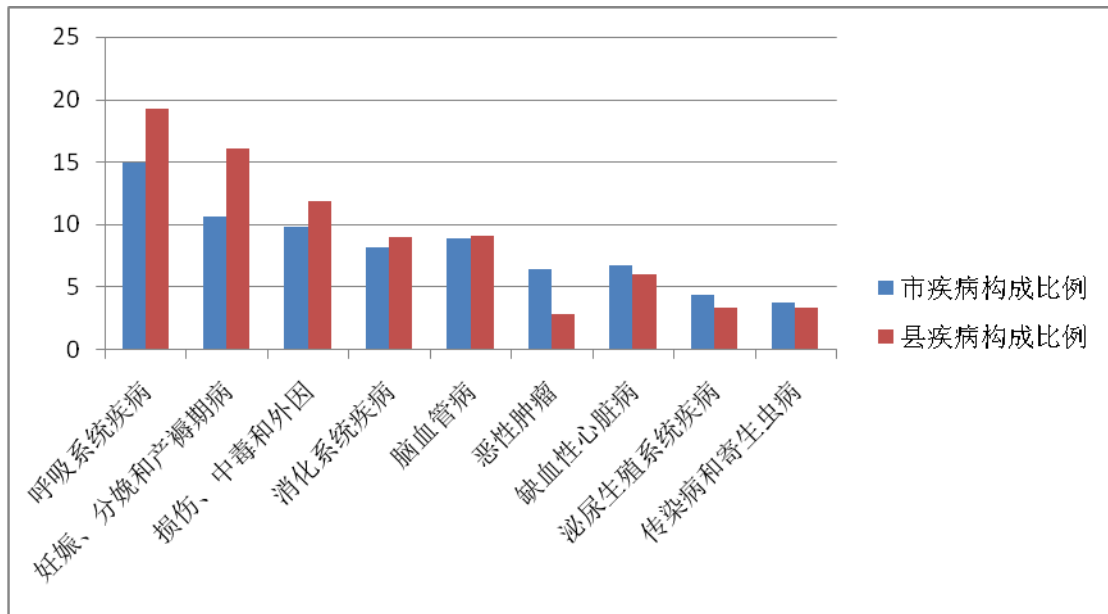
## 1.6 河南省卫生部门医院住院病人前十位疾病

顺序 No.	市	疾病构成(%)
	十种疾病构成	
1	呼吸系统疾病	14.9
2	妊娠、分娩和产褥期病	10.6
3	损伤、中毒和外因	9.8
4	消化系统疾病	8.1
5	脑血管病	8.8
6	恶性肿瘤	6.4
7	缺血性心脏病	6.7
8	泌尿生殖系统疾病	4.3
9	传染病和寄生虫病	3.7
10	神经系统疾病	3.7
顺序 No.	县	疾病构成(%)
	十种疾病构成	
1	妊娠、分娩和产褥期病	16.1
2	呼吸系统疾病	19.2
3	损伤、中毒和外因	11.8
4	消化系统疾病	9.0
5	脑血管病	9.1
6	缺血性心脏病	6.0
7	传染病和寄生虫病	3.3
8	泌尿生殖系统疾病	3.3
9	起源于围生期病	2.7
10	恶性肿瘤	2.8

(数据来源：2012 年河南省统计年鉴)



河南省住院前十位疾病构成



## 1.7 结论

### 1.7.1 与发达城市和全国平均水平相比，河南省医院现状

#### (1) 医院总数

河南省每十万人人口医院个数是北京市的 41.1%，是全国平均水平的 71.2%；其中河南省每十万人人口公立医院个数是北京市的 62.0%，是全国平均水平的 85%，民营医院是北京市的 21.4%，是全国的 49.2%。

河南省每十万人人口医院个数与全国平均水平缺少 0.47 个，与北京发达城市相比缺少 1.66 个，民营医院总数所占比例与全国平均水平相差 1.8%，与北京发达城市相比缺少 24.7%。

#### (2) 二级以上高水平医院总数

河南省三级医院比例是北京市的 58.9%，是全国平均水平的 2.8%；河南省三级甲等医院比例是北京市的 60%，是全国平均水平的 82.5%；河南省二级医院比例是北京市的 1.57 倍，是全国平均水平的 89.8%。

河南省三级医院比例与全国平均水平相差 1.1%，与北京发达城市相比缺少 3.7%。河南省三级甲等医院比例与全国平均水平相差 0.7%；三级甲等医院比例与全国平均水平相差 0.7%，与北京发达城市相差 57.7%。二级医院比例与全国平均水平较为接近，比北京发达城市高出比例近 10%。

### （3）医院床位数

河南省每千人口床位数是北京市的 75.9%，是全国平均水平的 97.6%；河南省医院病床使用率是北京市的 1.05 倍，是全国平均水平的 99.7%，与全国平均水平近乎持平。河南省公立医院比例是北京市的 1.05 倍，是全国平均水平的 1.03 倍。河南省民营医院比例是北京市的 70.5%，是全国平均水平的 81.2%。

河南省每千人口床位数与全国平均水平相比较为接近，相差 0.1 个，与北京发达城市相比，缺少 1.18 个，病床使用率与全国平均水平较为接近，比北京发达城市高出 3.84%。河南省公立医院床位数比例与全国平均水平相差 2.35%，与北京发达城市相差 4.25%。

### （4）卫生人员

河南省每千人口卫生技术人员是北京市的 46.8%，是全国平均水平的 88.3%；河南省每千人口执业（助理）医师是北京市的 47.4%，是全国平均水平的 91.2%；河南省每千人口注册护士是北京市的 36.4%，是全国平均水平的 78.9%。

河南省每千人口卫生技术人员与全国平均水平相差 0.56 个，与北京发达城市相比，缺少 4.79 个。河南省每千人口执业（助理）医师个数与全国平均水平相差 0.16 个，与北京发达城市相比，缺少 1.84 个。河南省每千人口注册护士数与全国平均水平相差 0.35 个，与北京发达城市相比，相差 2.29 个。

## 1.7.2 依据河南省“十二五”卫生事业发展规划，河南省医院发展目标

与卫生部 2012 年民营医院蓝皮书《中国民营医院发展报告(1984—2012 年)》提出：“建议民营医院所有制结构合适比例应调整为：公立医院占 50%~60%，民营非营利性医院占 25%~40%，民营营利性医院占 20%~30%”相比，河南省民营医院个数所占比例相差 13%以上。

与河南省“十二五”卫生事业发展规划预计到 2015 年，河南省每千人口医院和卫生院床位数达到 3.86 张相比，每千人口医院和卫生院床位数还相差 0.4 张。与 2015 年民营医院床位数目标比例 20%相比，民营医院床位数比例还差近 10%。每千人口执业（助理医师）数与 2015 年目标 1.67 人相比，还差 0.1 人，每千人口注册护士数与 2015 年目标 1.85 人相比，相差 0.54 人。

## 2、合作医院开发实例

(1) 郑州圣玛妇产医院，位于河南省郑州市郑东新区农业东路 3 号，中州大道与农业路交汇处往东 300 米路南，是经河南省卫生厅批准成立、与台北医学大学附设医院全程协作的国际化专业妇产医院，是河南省首家导入国际医疗管理标准 JCI 体系的医院，是郑州市医保定点医院、新农合定点医院、郑东新区社会事业局定点体检医院，郑东新区妇幼保健医院。医院现有职工 280 余人，首期建筑面积 23000 平方米，开设床位 168 张，其中高级病房 26 套。设立有产科、妇科、不孕不育科、计划生育科、儿科、乳腺科、产后康复中心、月子中心、健康体检中心等八大优势科室 33 个特色专业。同时圣玛与国内外多家权威医疗机构建立了医疗资源共享系统，实现专家现场会诊、远程会诊和预约接诊三者的有机统一。医院斥巨资引进具有国际水平的诊疗设备 300 余套：美国 GE 四维彩超、宫腔腹腔镜、日本进口产床等，多间中原地区设备最好、层流标准全国最高的手术室，为临床诊疗提供了极大的安全保障。

(2) 上海新禾医院。上海禾新医院是《海峡两岸经济合作框架协议》签署后大陆首家台资独资综合医院，也是联新国际医疗集团大陆旗舰医院。上海禾新医院使用面积 15000 平方米，是一个包括门急诊、住院、会所、商场在内的综合健康养生广场。医院整合两岸和国际医疗菁英，新增行业一流的医疗设备，开诊科别包含全科、内科、外科、妇科、儿科、口腔科、骨科、中医科、康复科、精神科、医学美容科、医学影像科等，拥有 CT、MRI、DEXA 骨密度仪等设备，并提供院内一卡通、台湾健保核退快速通道和国际保险链接结算服务。

## 3、河南医疗收费情况

### 3.1 河南医疗费用总体情况

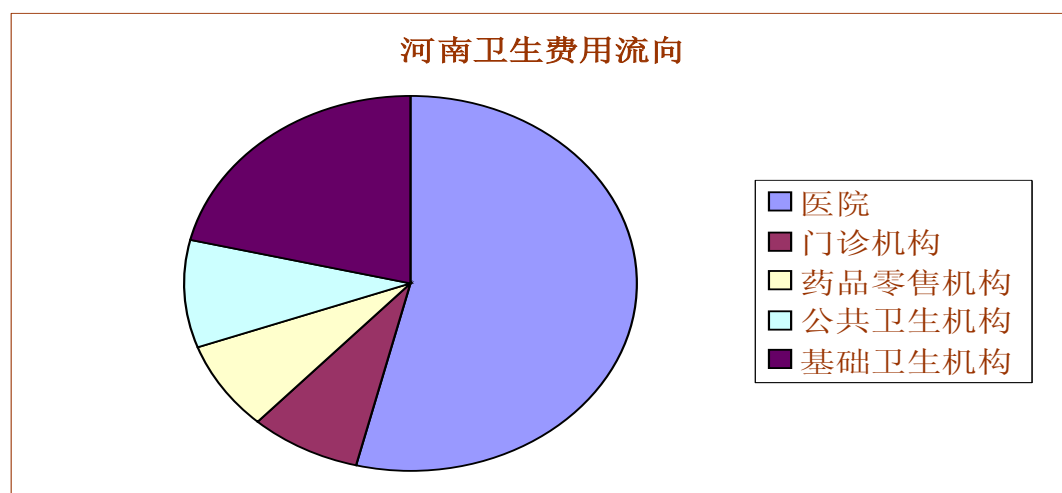
#### 3.1.1 河南省卫生总费用(数据来源：《“十一五”河南省卫生总费用核算结果公报》)

“十一五”期间，全省卫生总费用占国内生产总值(GDP)的比重由 2006 年的 3.51% 增长至 2010 年的 4.62%，人均卫生费用由 2006 年的 441.77 元增长至 2010 年的 1134.04 元。按可比价格计算，全省卫生总费用年平

均增长速度为21.51%，明显快于国民经济增长速度(13.44%)。

2006~2010年，全省卫生总费用由406.87亿元增长至1019.14亿元。流向医院的费用占全省卫生总费用的比重由61.08%下降至58.67%；流向门诊机构的费用所占比重由11.09%下降至8.63%；流向药品零售机构的费用所占比重由4.98%上升至8.36%；流向公共卫生机构的费用所占比重由14.03%下降至10.09%；流向基层医疗卫生机构(县级医院、城市社区卫生服务中心和乡镇卫生院)的费用所占比重由16.71%上升至23.17%，其中，流向县级医院的费用快速增长，占全省卫生总费用的比重由2006年的10.43%上升至2010年的15.64%。

2010年河南卫生费用流向图



与全国相比，我省的财政卫生投入依然较低。河南省医疗卫生人均财政支出仅相当于全国平均水平的70。根据中国卫生总费用统计，2011年，全国人均医疗机构财政拨款为228.6元，河南省为124.3元，仅占全国平均水平的54，全国倒数第一。周边省份陕西289.3元、湖北153.6元、宁夏583.6元、河北176.3元。（数据来源：2011年我国卫生事业发展统计公报）

我省的卫生资源总量依然不足。截至2011年底，全省千人口医院床位数、执业医师数、注册护士数分别为3.71张、1.66人、1.46人，全国分别为3.81张、1.82人、1.66人，均低于全国平均水平。（数据来源：河南、全国卫生事业统计年鉴）

### 3.1.2 河南省病人医药费用情况

据新农合数据显示，2010年～2012年，河南省次均住院费用分别为3026元、3546元和4101元，年均增长15.7%。（数据来源：河南省新型农村合作医疗信息网）

2011年我省三级医院门诊人均医疗费为185.44元，与2010年持平；出院患者人均医疗费用为8218.96元，比2010年增长了6.58%。其中，三级综合医院每诊疗人次医疗费用平均为164.1元，出院患者人均医疗费用为8012.4元；三级专科医院每诊疗人次医疗费用平均为275.36元，出院患者人均医疗费用为8956.61元。（数据来源：河南省人民政府网）截止2011年9月份三级综合性医院“药占比”降至38.82%。（数据来源：河南省卫生厅）此外，全省三级综合医院平均住院日为12.57天（全国为12天），较2010年缩短了0.3天（数据来源：河南省人民政府网）。

2011年我省二级医院总体每诊疗人次医疗费用平均为142.85元，出院患者人均医疗费用为3913.70元。（数据来源：河南省人民政府网）截止2011年9月，二级医院“药占比”从上半年平均41.1%下降至38.2%。（数据来源：河南省卫生厅）此外，二级综合医院平均住院日为9.8天（全国为9.3天），其中42所医院超过12天的相关指标要求。（数据来源：河南省人民政府网）以上指标均低于全国平均水平。

此外，2011年6月30日，我省所有政府办基层医疗卫生机构全部实施国家基本药物制度，中标价格在2010年比国家公布的零售指导价平均降低48.6%的基础上，2011年又平均下降了31.8%，全年基层医疗卫生机构基本药物降价可向群众让利7.46亿元。第二批597所政府办基层医疗卫生机构2011年1～9月门诊人次同比上升6.57%，次均门诊药品费用同比下降18.10%，次均住院药品费用同比下降9.37%。（数据来源：河南省统计局）

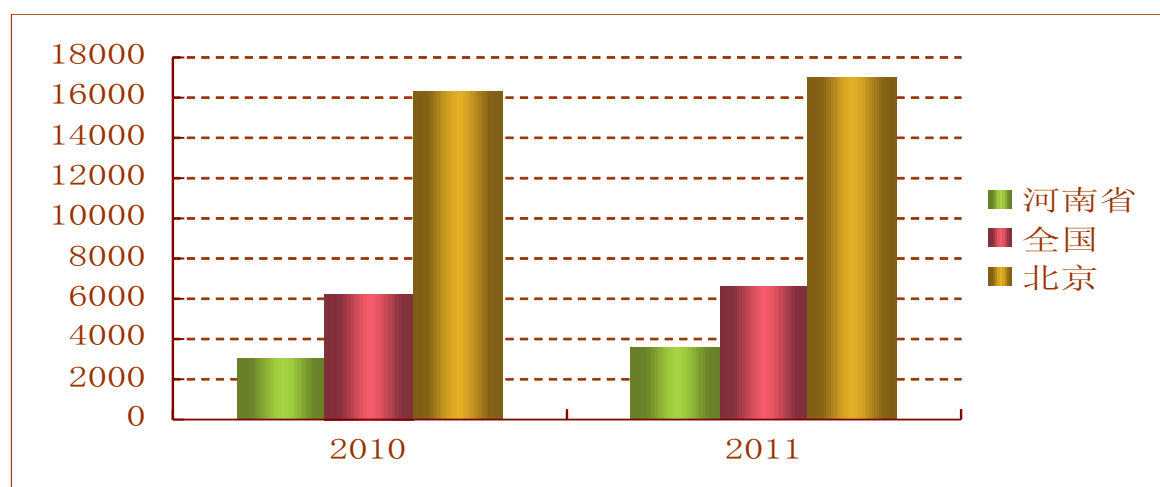
2011年，省直医疗保险参保职工人数122万人，去年住院17万人次，次均住院费用为1.3万元，同期全国平均费用仅为0.88万元；医保住院率为22.7%，同期全国平均住院率仅为12.45%。（数据来源：河南、全国卫生事业统计年鉴）

2010至2011年河南省二级以上公立医院门诊和出院患者人均医药费用

项 目	二级医院		三级医院			
			三级综合		三级专科	
	2011	2010	2011	2010	2011	2010
门诊病人人均医药费用 (元)	142.85	133.50	164.1	164.1	275.36	275.36
门诊费用上涨(%)	0.3	7.1	-0.2	0	-0.1	0
出院患者人均医药费用 (元)	3913.70	3627.15	8012.4	7517.7	8956.61	8403.6
出院费用上涨(%)	0.2	7.9	-2.3	6.58	-2.1	6.58
药占比(%)	38.2	41.1	38.82	42.57	38.82	42.31

注：本表费用增幅采用扣除物价上涨因素后的可比价格计算。

2010至2011年河南省人均住院费用与全国水平、北京地区差异



根据卫生部公布的数据，2010年全国个人现金支出卫生费用平均所占比例为35.9%，河南省为44.3%，比全国平均负担高出9个百分点。从新农合人均出院费用统计情况来看，省、市、县、乡出院病人医疗费用都有不同程度的增长，分别为11.91%、13.54%、17%、32%、22%。（数据来源：河南省新型农村合作医疗信息网）河南省人均住院费用水平仅相当于全国人均住院费用的50%，与先进省市相比还有较大差距。

## 3.2 河南省医疗费用构成

依据《全国医疗服务价格项目规范》2010 版定价指导手册，河南省所列医疗服务价格项目分为综合医疗服务、实验室诊断、病理学诊断、影像学诊断、临床诊断、临床物理治疗、临床非手术治疗、临床手术治疗、临床辅助操作、中医和民族医医疗服务十大类 4355 项中的全部子项目，总计 10958 个子项目。（数据来源：河南卫生事业统计年鉴）

章节	项目数
一、综合医疗服务	176
二、实验室诊断	2569
三、病理学诊断	58
四、影像学诊断	571
五、临床诊断	897
六、临床物理治疗	318
七、临床非手术治疗	417
八、临床手术治疗	5592
九、临床辅助操作	34
十、中医和民族医医疗服务	326
合 计	10958

## 3.3、河南医疗收费标准

### 3.3.1 政府办医疗机构

河南省现行的医疗收费标准主要是依据 2010 年颁布的《河南省医疗服务价格（试行）》来执行的。凡《河南省医疗服务价格》项目说明或“除外内容”中未明确规定的医用材料，均不得向患者收取费用。严禁医疗机构将已包含在项目

价格中的医用材料另外计费或套用“除外内容”医用材料名称等擅自扩大范围收取医用材料费用的行为。明确可以收费的医用材料，医疗机构应参加省、市统一组织的医疗机构医用材料集中招标采购，按进价顺加 5%作价，并报同级价格主管部门备案后执行。

2012 年河南省发改委、河南省卫生厅发布了关于规范和调整部分医疗服务项目价格的通知，对我省部分医疗服务价格进行规范和调整，并制定了我省新增医疗服务项目试行价格。

具体收费标准见附件。

### **3.3.2 营利性医疗机构**

营利性医疗机构提供的医疗服务实行市场调节价，由各医疗机构根据市场需求自主定价。

## **3.4、医疗收费形式**

### **3.4.1 新型农村合作医疗**

新型农村合作医疗，简称“新农合”，是指由政府组织、引导、支持，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资，以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度。采取个人缴费、集体扶持和政府资助的方式筹集资金。

### **3.4.2 城镇基本医疗保险**

#### **（一）城镇职工医疗保险**

城镇职工基本医疗保险是为补偿劳动者因疾病风险遭受经济损失而建立一项社会保险制度。通过用人单位和个人缴费，建立医疗保险基金，参保人员患病就诊发生医疗费用后，与医疗保险经办机构给与一定的经济补偿，以避免或减轻劳动者因患病、治疗等所承受的经济风险。

#### **（二）城镇居民医疗保险**

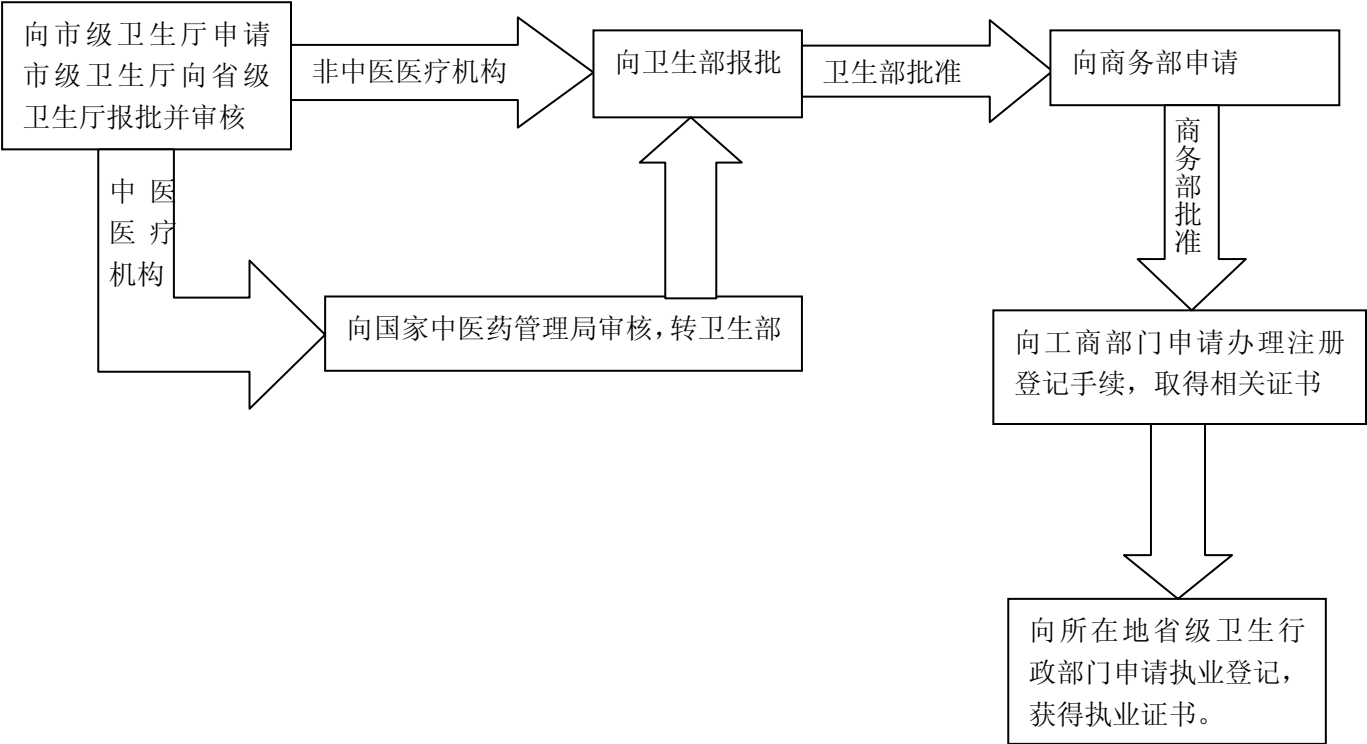
城镇居民医疗保险是以没有参加城镇职工医疗保险的城镇未成年人和没有工作的居民为主要参保对象的医疗保险制度。它是继城镇职工基本医疗保险制度



和新型农村合作医疗制度推行后，党中央、国务院进一步解决广大人民群众医疗保障问题，不断完善医疗保障制度的重大举措。它主要是对城镇非从业居民医疗保险做了制度安排。

4、医院办理许可证程序

河南省目前只允许设置中外合资、合作医疗机构，不允许外资独资医疗机构开发。以下为申请流程图。



申请流程图

针对中外合资、合作医疗机构的设置开发，中华人民共和国卫生部、外经贸部（现为商务部）2000 年 5 月 15 日颁发，自 2000 年 7 月 1 日起施行的《中外合资、合作医疗机构管理暂行办法》规定：

4.1 办理前提条件

中外合资医院必须满足以下开发条件：

一、中外合资、合作医疗机构的设置与发展必须符合当地区域卫生规划和医疗机构设置规划，并执行卫生部制定的《医疗机构基本标准》（资料来源：中华人民共和国卫生部）。

二、申请设立中外合资、合作医疗机构的中外双方应是能够独立承担民事责任的法人。合资、合作的中外双方应当具有直接或间接从事医疗卫生投资与管理的经验，并符合下列要求之一：

- （一）能够提供国际先进的医疗机构管理经验、管理模式和服务模式；
- （二）能够提供具有国际领先水平的医学技术和设备；
- （三）可以补充或改善当地在医疗服务能力、医疗技术、资金和医疗设施方面的不足。

三、设立的中外合资、合作医疗机构应当符合以下条件：

- （一）必须是独立的法人；
- （二）投资总额不得低于 2000 万元人民币；
- （三）合资、合作中方在中外合资、合作医疗机构中所占的股权比例或权益不得低于 30%；
- （四）合资、合作期限不超过 20 年；
- （五）省级以上卫生行政部门规定的其它条件。

四、合资、合作中方以国有资产参与投资（包括作价出资或作为合作条件），应当经相应主管部门批准，并按国有资产评估管理有关规定，由国有资产管理部门确认的评估机构对拟投入国有资产进行评估。经省级以上国有资产管理部门确认的评估结果，可以作为拟投入的国有资产的作价依据。

## **4.2 申请步骤**

设置中外合资、合作医疗机构，应先向所在地设区的市级卫生行政部门提出申请，并提交以下材料：

- （一）设置医疗机构申请书（资料来源：中华人民共和国卫生部）；
- （二）合资、合作双方法人代表签署的项目建议书及中外合资、合作医疗机构设置可行性研究报告；
- （三）合资、合作双方各自的注册登记证明（复印件）、法定代表人身份证明（复印件）和银行资信证明；
- （四）国有资产管理部门对拟投入国有资产的评估报告确认文件。

设区的市级卫生行政部门对申请人提交的材料进行初审，并根据区域卫生规划和医疗机构设置规划提出初审意见，并与申请材料、当地区域卫生规划和医疗机构设置规划一起报所在地省级卫生行政部门审核。

一、省级卫生行政部门对申请材料及设区的市级卫生行政部门初审意见进行审核后报卫生部审批。

报请审批，需由省级卫生行政部门向卫生部提交以下材料：

（一）申请人设置申请材料；

（二）设置地设区的市级人民政府批准发布实施的《医疗机构设置规划》及设置地设区的市级和省级卫生行政部门关于拟设置中外合资、合作医疗机构是否符合当地区域卫生规划和医疗机构设置规划的审核意见；

（三）省级卫生行政管理部门关于设置该中外合资、合作医疗机构的审核意见，其中包括对拟设置中外合资、合作医疗机构的名称、选址、规模（床位、牙椅）、诊疗科目和经营期限等的意见；

（四）法律、法规和卫生部规定的其它材料。

卫生部应当自受理之日起 45 个工作日内，作出批准或者不批准的书面决定。

二、申请设置中外合资、合作中医医疗机构（含中外合资、合作中西医结合医疗机构和中外合资、合作民族医疗机构）的，按本办法第十条和第十一条要求，经所在地设区的市级卫生行政部门初审和所在地的省级卫生行政部门审核，报国家中医药管理局审核后转报卫生部审批。

三、申请人在获得卫生部设置许可后，按照有关法律、法规向外经贸部（现为商务部）提出申请，并提交以下材料：

（一）设置申请申报材料及批准文件；

（二）由中外合资、合作各方的法定代表人或其授权的代表签署的中外合资、合作医疗机构的合同、章程；

（三）拟设立中外合资、合作医疗机构董事会成员名单及合资、合作各方董事委派书；

（四）工商行政管理部门出具的机构名称预先核准通知书；

（五）法律、法规和外经贸部（现为商务部）规定的其它材料。

外经贸部（现为商务部）应当自受理申请之日起 45 个工作日内，作出批准或者不批准的书面决定；予以批准的，发给《外商投资企业批准证书》

获得批准设立的中外合资、合作医疗机构，应自收到外经贸部（现为商务部）颁发的《外商投资企业批准证书》之日起一个月内，凭此证书到国家工商行政管理部门办理注册登记手续。

四、申请在我国中西部地区或者、少、边、穷地区设置中外合资、合作医疗机构或申请设置的中外合资、合作医疗机构所提供的医疗服务范围和内容属于国家鼓励的服务领域，可适当放宽第七条、第八条规定的条件。

五、获准设立的中外合资、合作医疗机构，应当按《医疗机构管理条例》和《医疗机构管理条例实施细则》关于医疗机构执业登记所规定的程序和要求，向所在地省级卫生行政部门规定的卫生行政部门申请执业登记，领取《医疗机构执业许可证》。

省级卫生行政部门根据中外合资、合作医疗机构的类别和规模，确定省级卫生行政部门或设区的市级卫生行政部门受理中外合资、合作医疗机构执业登记申请。

六、中外合资、合作医疗机构命名应当遵循卫生部发布的《医疗机构管理条例实施细则》规定。中外合资、合作医疗机构的名称由所在地地名、识别名和通用名依次组成。

七、中外合资、合作医疗机构不得设置分支机构。

## **5、关联医院开发的法规制度**

中外合资医院在审批时必须遵循以下法律制度：

- 1、《综合医院建设标准》
- 2、《医疗机构基本标准》
- 3、《医疗机构管理条例》
- 4、《医疗机构管理条例实施细则》
- 5、《公共场所卫生管理条例》
- 6、《公共场所卫生管理条例实施细则》
- 7、《卫生行政许可管理办法》

## 6、河南省关于设置中外合资医院的要求

河南省对于中外合资、合作医疗机构暂无其他要求，一切按照中华人民共和国卫生部、商务部的相关要求，即医院办理许可证的要求执行。

## 7、医疗从业资格获取相关

### 7.1 许可证资格获得要求及程序

这里的许可证主要包括医生、护士、药剂师、检验技师、影像技师（放射医学技师）等。

#### 7.1.1 医生执业资格证获得要求及程序

根据《中华人民共和国执业医师法》第八条规定：医师资格考试分为执业医师资格考试和执业助理医师资格考试。

第九条规定具有下列条件之一的，可以参加执业医师资格考试：（一）具有高等学校医学专业本科以上学历，在执业医师指导下，在医疗、预防、保健机构中试用期满一年的；（二）取得执业助理医师执业证书后，具有高等学校医学专科学历，在医疗、预防、保健机构中工作满二年的；具有中等专业学校医学专业学历，在医疗、预防、保健机构中工作满五年的。

第十条规定具有高等学校医学专科学历或者中等专业学校医学专业学历，在执业医师指导下，在医疗、预防、保健机构中试用期满一年的，可以参加执业助理医师资格考试。

第十一条规定以师承方式学习传统医学满三年或者经多年实践医术确有专长的，经县级以上人民政府卫生行政部门确定的传统医学专业组织或者医疗、预防、保健机构考核合格并推荐，可以参加执业医师资格或者执业助理医师资格考试。

医师资格考试成绩合格，取得执业医师资格或者执业助理医师资格。然后可以向所在地县级以上人民政府卫生行政部门申请注册。但是根据第十五条规定有下列情形之一的，不予注册：（一）不具有完全民事行为能力的；（二）因受刑事处罚，自刑罚执行完毕之日起至申请注册之日止不满二年的；（三）受吊销医师执业证书行政处罚，自处罚决定之日起至申请注册之日止不满二年的；（四）有

国务院卫生行政部门规定不宜从事医疗、预防、保健业务的其他情形的。

### 7.1.2 护士执业资格证获得要求及程序

根据《中华人民共和国护士管理办法》第六条和第七条规定：凡申请护士执业者必须通过卫生部统一执业考试，取得《中华人民共和国护士执业证书》。其中获得高等医学院校护理专业专科以上毕业文凭者，以及获得经省级以上卫生行政部门确认免考资格的普通中等卫生（护士）学校护理专业毕业文凭者，可以免于护士执业考试。而获得其他普通中等卫生（护士）学校护理专业毕业文凭者，可以申请护士执业考试。考试合格者，由省、自治区、直辖市卫生行政部门发给《中华人民共和国护士执业证书》。

获得《中华人民共和国护士执业证书》者，方可申请护士执业注册。第十四条规定申请首次护士注册必须填写《护士注册申请表》，缴纳注册费，并向注册机关缴验：（一）《中华人民共和国护士执业证书》；（二）身份证明；（三）健康检查证明；（四）省级卫生行政部门规定提交的其他证明。根据第十八条规定有下列情形之一的，不予注册：（一）服刑期间；（二）因健康原因不能或不执行护理工作；（三）违反本办法被中止或取消注册；（四）其他不宜从事护士工作的。

### 7.1.3 药师执业资格获得要求及程序

根据《执业药师资格制度暂行规定》第九条规定凡中华人民共和国公民和获准在我国境内就业的其他国籍的人员具备以下条件之一者，均可申请参加执业药师资格考试：（一）取得药学、中药学或相关专业中专学历，从事药学或中药学专业工作满七年。（二）取得药学、中药学或相关专业大专学历，从事药学或中药学专业工作满五年。（三）取得药学、中药学或相关专业大学本科学历，从事药学或中药学专业工作满三年。（四）取得药学、中药学或相关专业第二学士学位、研究生班毕业或取得硕士学位，从事药学或中药学专业工作满一年。（五）取得药学、中药学或相关专业博士学位。执业药师资格考试合格者，由各省、自治区、直辖市人事（职改）部门颁发人事部统一印制的、人事部与国家药品监督管理局用印的中华人民共和国《执业药师资格证书》。

我国执业药师资格实行注册制度。取得《执业药师资格证书》者，须按规定向所在省(区、市)药品监督管理局申请注册。经注册后，方可按照注册的执业类别、执业范围从事相应的执业活动。未经注册者，不得以执业药师身份执业。根据第十三条规定申请注册者，必须同时具备下列条件：(一)取得《执业药师资格证书》。(二)遵纪守法，遵守药师职业道德。(三)身体健康，能坚持在执业药师岗位工作。(四)经所在单位考核同意。经批准注册者，由各省、自治区、直辖市药品监督管理局在《执业药师资格证书》中的注册情况栏内加盖注册专用印章，同时发给国家药品监督管理局统一印制的中华人民共和国《执业药师注册证》，并报国家药品监督管理局备案。

#### **7.1.4 临床医学检验技士/技师/主管技师资格获得要求及程序**

临床医学检验技士/技师/主管技师资格考试适用于经国家或有关部门批准的医疗卫生机构内，从事临床医学检验专业工作的人员，实行全国统一组织、统一考试时间、统一考试大纲、统一考试命题、统一合格标准的考试制度，原则上每年进行一次。

临床医学检验技士/技师/主管技师各科目成绩实行两年为一个周期的滚动管理办法，在连续两个考试年度内通过同一专业4个科目的考试，可取得该专业资格证书。对不同专业之间各科目的考试合格成绩，不得作为同一专业合并计算。已参加临床医学检验技士/技师/主管技师部分专业考试的人员，在规定的时限内报名参加剩余科目考试时须使用原档案号。对单科考试合格成绩在有效期内，因工作变动等原因，到异地参加本专业剩余科目考试并合格的，由该在区进行数据合成统计，并由当地人事部门核发该专业资格证书。

报名参加临床医学检验技士/技师/主管技师资格考试的人员，要遵守中华人民共和国的宪法和法律，具备良好的医德医风和敬业精神，同时具备下列相应条件：

(1) 参加临床医学检验技士资格考试取得临床医学检验专业中专或专科学历，从事本专业技术工作满1年。

(2) 参加临床医学检验技师资格考试

1) 取得临床医学检验专业中专学历，受聘担任临床医学检验技士职务满5

年；

2) 取得临床医学检验专业专科学历，从事本专业技术工作满 3 年；

3) 取得临床医学检验专业本科学历或硕士学位，从事本专业技术工作满 1 年。

(3) 参加中级资格考试

1) 取得临床医学检验专业中专学历，受聘担任临床医学检验技师职务满 7 年；

2) 取得临床医学检验专业专科学历，受聘担任临床医学检验技师职务满 6 年；

3) 取得临床医学检验专业本科学历，受聘担任临床医学检验技师职务满 4 年；

4) 取得临床医学检验专业硕士学位，受聘担任临床医学检验技师职务满 2 年；

5) 取得临床医学检验专业博士学位。

有下列情形之一的不得申请参加临床医学检验专业技术资格的考试：

(1) 医疗事故责任者未满 3 年。

(2) 医疗差错责任者未满 1 年。

(3) 受到行政处分者在处分时期内。

(4) 伪造学历或考试期间有违纪行为未满 2 年。

(5) 省级卫生行政部门规定的其他情形。

有关说明：(1) 报名人员必须在有关部门批准的医疗卫生机构内从事临床医学检验技术工作的人员；(2) 报名参加临床医学检验技士/技师/主管技师资格考试人员，报名条件中有关学历的要求，是指国家教育行政主管部门认可的院校毕业的学历或学位；有关工作年限的要求，是指取得上述学历前后从事本专业工作时间的总和。工作年限计算的截止日期为考试报名年度的当年年底；(3) 《预防医学、全科医学、药学、护理、其他卫生技术等专业技术资格考试暂行规定》(卫人发[2001]164 号)所规定的有医疗事故责任者等情况不得参加考试。

对符合报考条件的人员，不受单位性质和户籍的限制，均可根据本人所从事的工作选择报考专业类别参加考试。



### 7.1.5 放射医学技师资格获得要求及程序

报名参加放射学技师初级师的人员，要遵守中华人民共和国的宪法和法律，具备良好的医德医风和敬业精神，同时具备下列相应条件：

(1) 卫生初级（师：药、护、技）

- 1) 取得卫生类中专学历，受聘药、护、技士职务满 5 年；
- 2) 取得卫生类大专学历，从事本专业工作满 3 年；
- 3) 取得卫生类本科学历，从事本专业工作满 1 年；
- 4) 取得卫生类研究生学历和硕士学位，从事本专业工作满 1 年。

(2) 学历、工作年限的规定

1) 凡报名参加 2012 年度卫生专业技术资格各级别考试（护理学初级〈士〉除外）人员，其学历取得的时间和从事本专业工作年限均截止 2011 年 12 月 31 日。

2) 按照《关于加强城市社区卫生人才队伍建设的指导意见》（国人部发[2006]69 号）有关规定，凡到社区卫生服务机构工作的医师、护师，可提前一年参加全国卫生技术中级资格的全科医学、社区护理专业类别的考试。

有下列情形之一的，不得申报参加卫生专业技术职务资格的考试：

- 1) 医疗事故责任者未满 3 年；
- 2) 医疗差错责任者未满 1 年；
- 3) 受到行政处分者在处分时期内；
- 4) 伪造学历或考试期间有违纪行为未满 2 年；
- 5) 本市卫生行政部门规定的其它情形。

### 7.2 国家间从业资格是否公用

国家间从业资格不可公用。

根据我国《中外合资、合作医疗机构管理暂行办法》中第二十五条规定中外合资、合作医疗机构聘请外籍医师、护士，按照《中华人民共和国执业医师法》和《中华人民共和国护士管理办法》等有关规定办理。

《中华人民共和国执业医师法》第四十七条规定境外人员在中国境内申请医师考试、注册、执业或者从事临床示教、临床研究等活动的，按照国家有关规定

办理。根据《外国医师来华行医管理办法》中第二条规定本办法中所称“外国医师来华行医”，是指取得其他国家或者地区合法行医权的外国医师应聘在中国境内医疗机构从事诊疗活动的行为。第四条规定外国医师来华行医必须经过考试和注册，取得《外国医师执业证书》。第六条规定外国医师来华行医资格考试成绩合格的，授予《外国医师考试合格证明》。第八条规定取得《外国医师考试合格证明》的外国医师，拟在医疗机构执业的，应当向该医疗机构执业登记的卫生行政部门申请注册，并提交下列材料：

- (1) 外国医师执业注册申请审核表；
- (2) 申请人有效身份证明；
- (3) 二寸近期免冠正面半身彩色照片两张；
- (4) 《外国医师考试合格证明》；
- (5) 我国出入境管理部门签发的的工作签证；
- (6) 有效期内的外国行医执照或行医权证明；
- (7) 医疗机构与外国医师签订的包括聘用期限及法律责任的协议书；
- (8) 注册主管部门指定的医疗机构出具的申请人近 3 个月内的健康体检证明；
- (9) 无刑事犯罪记录的证明；
- (10) 省级人民政府卫生行政部门规定的其他材料；
- (11) 委托协议书（如医疗机构为其代办注册手续）。

前款第（6）、（9）项的内容应当为中、英文文本，并且经过所在国公证认证以及中国驻申请人国籍所在国使（领）馆的认证，其余材料应为中文文本。第九条规定外国医师可以自行办理或委托医疗机构代其办理执业注册手续。

根据《中华人民共和国护士管理办法》第三十四条规定境外人员申请在中华人民共和国境内从事护士工作的，必须依本办法的规定通过执业考试，取得《中华人民共和国护士执业证书》并办理注册。

## **二、医院复合开发相关**

### **1、地法人运营相关法规**

相关法规有：（1）中央机构编制委员会办公室、最高人民法院、最高人民检察院、国家发展计划委员会、公安部、司法部、财政部、人事部、劳动和社会

保障部、国土资源部、中国人民银行、海关总署、国家税务总局、国家统计局、国家工商行政管理局关于《事业单位法人证书》使用问题的通知（附件 6）；（2）《河南省事业单位法定代表人管理暂行办法》（附件 7）。

## **2、医院复合开发实例**

该医院是集医疗、教学、科研、预防、保健为一体的大型三级综合性医院，占地面积 115000 平方米，合 172.5 亩。建筑面积 109200 平方米，设置床位 1000 张。主要建设内容为急诊楼、门诊楼、病房大楼、医技楼、保障系统、行政办公楼和生活用房等，并购置医院运营所需的医疗机械设备。

### **2.1 床位规模**

本项目建设床位规模确定为 1000 张。日门诊量将达到 2500 人次，可满足新区居民就医及新增城镇化人口医疗保健。

### **2.2 用地规模**

综合医院的建设，根据《综合医院建设标准》规定，综合医院的建设用地包括基本建设用地、公共停车场用地、建设单位自身经营用地和绿化用地。其中基本建设用地包括急诊部、门诊部、住院部、医技科室、保障系统、行政管理和生活用房等，项目床均建设用地指标为 115 平方米/床，总建设用地 115000 平方米（合 172.5 亩）。

综上所述，该医院所需建设用地面积为 172.5 亩。

### **2.3 建筑规模及内容**

本项目总建筑面积 109200 平方米，具体如下。

#### **一、基本医疗用房面积**

根据《综合医院建设标准》（建标[2008]164 号）中建筑面积指标规定，结合实际情况，对各项建筑面积指标进行适当调整，1000 床位医院建筑面积按 90 平方米/床设置。综合医院中急诊部、门诊部、住院部、医技科室、保障系统、行政管理和院内生活用房等七项设施建筑面积为 90000 平方米（ $1000 \times 90$  平方米）。按其使用功能的不同，分别为：

- 急诊部建筑面积=90000 平方米 $\times$ 3%=2700 平方米
- 门诊部建筑面积=90000 平方米 $\times$ 15%=13500 平方米

- 住院部建筑面积=90000 平方米×39%=35100 平方米
- 医技科室建筑面积=90000 平方米×27%=24300 平方米
- 保障系统建筑面积=90000 平方米×8%=8100 平方米
- 行政管理建筑面积=90000 平方米×4%=3600 平方米
- 院内生活建筑面积=90000 平方米×4%=36000 平方米

## 二、增设用房面积

另外，根据该医院实际需要，还需增设以下功能用房面积。

1、预防保健用房。预防保健工作是综合医院的医、教、研、防四大任务之一。本项目参照《综合医院建设标准》（建标[2008]164 号）中规定，还需增设预防保健用房。预防保健工作人员约 40 人，保健业务用房人均建筑面积 20 平方米配置，需预防保健用房建筑面积 800 平方米。

2、科研用房。项目为了更好地为患者的身心健康提供全方位、高品质的服务，不断地开展新技术、新疗法，专业技术水平始终与国际同步，需设置研究用房。根据建设部和原国家计委批准发布的《科研建筑工程规划面积》指标》（建标[1991]708 号）的有关规定，结合该医院具体特点，需配置科研人员 200 人，按 32 平方米/人的标准，需科研用房的建筑面积 6400 平方米。

3、教学用房。该院是临床教学医院，根据原国家教委、卫生部、国家中医药管理局发布的《普通高等医学院校临床教学基地管理暂行规定》中的规定，需增设医院的教学用房。根据目前相关医院的实习进修人数，该院拟定实习学员 650 人，综合医院教学用房建筑面积指标按 3 平方米/学生，教学房建筑面积 2000 平方米。

4、停车场。为改善静态交通环境，使新建医院工程的停车设施满足静态交通需求，根据国家和省、市有关法律、法规及规章，参照其它先进城市的相关规定，医院停车场车位的设置，以小型车为计算标准，配建指标按 0.5 车位/病床，本项目根据 1000 张床位和门诊量 2500 人次/日的需求及职工存车之需要，需停车场位  $1000 \text{ 床} \times 0.5 \text{ 车位/床} = 500 \text{ 车位}$ ，每个车位以 25 平方米/泊位折算，新建医院需停车场面积  $500 \text{ 车位} \times 25 \text{ 平方米/泊位} = 12500 \text{ 平方米}$ ；医院每 100 个床位增配 1-2 个救护车位，医院需增设 10 个救护车位，占地面积  $10 \text{ 车位} \times 30 \text{ 平方米/泊位} \times 1.5 = 450 \text{ 平方米}$ 。医院共需停车场面积 12950 平方米。

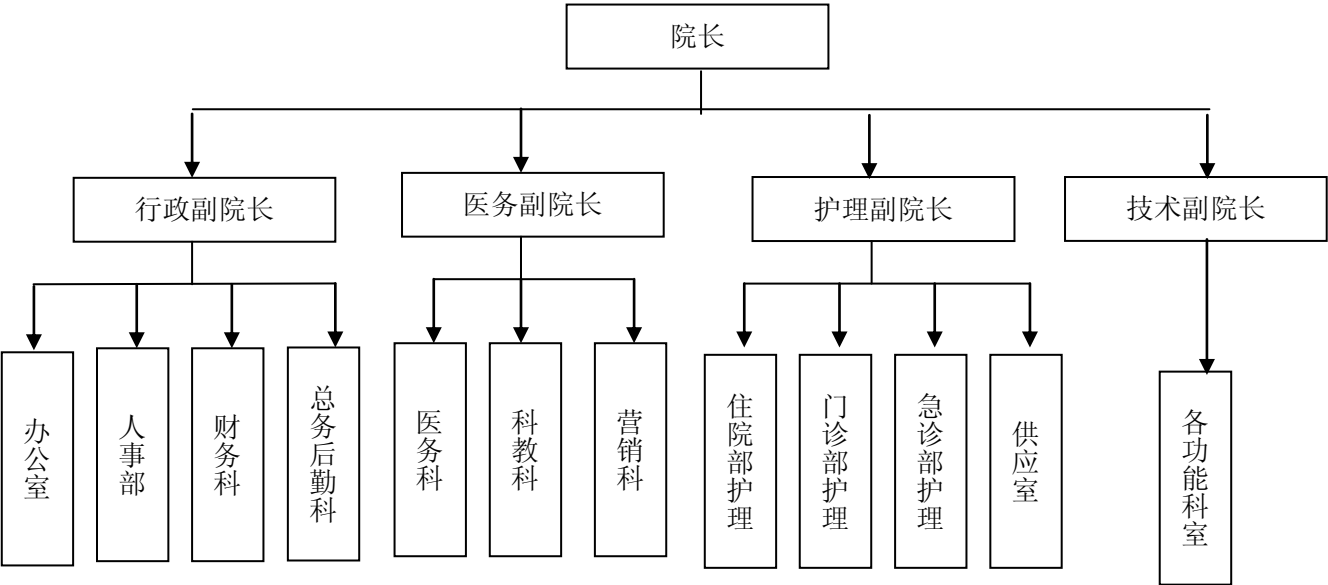
本项目考虑到医院建设项目用地比较紧张，建设场地不足，建设地面停车场受到了很大的限制，本次规划拟建地下停车场，根据实际需要，中心医院需增设地下停车车位 400 辆泊位，建筑面积需 10000 平方米，地面停车车位 150 辆泊位，占地面积需 4500 平方米。

建筑规模一览表

序号	医院分类	建设规模（m <sup>2</sup> ）
1	基本医疗用房面积	90000
2	预防保健用房面积	800
3	科研用房面积	6400
4	教学用房面积	2000
5	地下停车场面积	10000
	合计	109200

2.4 运营组织构造

医院组织机构设置的科学合理与否，直接关系到医院的功能能否有效发挥。项目运营期，该医院组织机构设置应遵循以下原则：统一指挥与层次管理的原则；责、权对等原则；稳定与发展的原则；专业化分工与整体协调的原则；其运营组织构造为：



## 2.5 收入与费用结构

### 一、定员

根据《综合医院建设标准》，综合医院工作人员的编制按卫生部有关规定，按病床与工作人员之比为基数计算，1000 床为 1:1.6，本项目工作人员定员为 1600 人。根据医疗单位的特点，在编制总数以外，另增加相应机动编制，以解决预防保健人员等方面的需要，机动编制所占的比例为 6%。因此，本项目劳动定员为 1696 人。各类人员的比例：行政管理和工勤人员占总编的 28-30%，其中行政管理人员占总编的 8-10%；卫生技术人员占总编的 70-72%，在卫生技术人员中，医师、中医师占 25%，护理人员占 50%，药剂人员占 8%，检验人员占 4.6%，放射人员占 4.4%，其它卫技人员占 8%。

目前，医院现有工作人员 1200 余人，本项目所需工作人员部分可从医院原有人员中调配，不足部分面向社会公开招聘解决。

### 二、成本费用估算

1、水、电及材料成本费，水、电消耗量参照综合医院每床主要能源消耗参考指标估算，水、电价格按现行价格计算，材料成本费用（药品及易耗卫材）按收入的 40%估算。年平均费用为 8558.2 万元/年

2、职工工资及福利费，本项目劳动定员 1696 人，年均费用 24000 元/人。年均共需 4070.4 万元/年。

3、固定资产折旧，按分类法进行直线折旧，房屋建筑物按 20 年平均折旧，设备按 10 年平均折旧，残值率按 5%计算。年均费用为 2394.5 万元/年。

4、摊销费，场地使用权按 50 年摊销，无形资产和其他资产按 10 年摊销。则摊销费为 86.3 万元/年。

5、修理费，按固定资产原值的 3%计算。年均费用 1247.6 万元/年。

6、管理费用，按人员工资和福利费总和的 50%计算。年均费用为 2035.2 万元/年。

7、财务费用，包括还贷期限长期借款利息及生产期流资借款利息。

则年均总支出费用为：18392.2 万元/年。

### 三、收入费用估算

### 1、收入

本项目建成后主要收入为门诊收入、住院收入及其它收入。年平均收入21016.8万元。

#### 门诊收入

建成后门诊量按与编制床位数 2.5:1 估算，门诊量为 2500 人/日。门诊人次平均费用按郑州市 2001 年 100 元/人计算。年可实现门诊收入 9000 万元

#### 住院收入

设计病床位 1000 张，床位使用率按 90%计算，每张床位年可提供 36 人次住院治疗，年接待住院量为 32400 床次。住院收入参照郑州市医疗机住院收入的历史数据，采用平均每床次 3400 元计算。年可实现住院收入 11016 万元。

#### 其他收入

其它收入主要包括体检、防保等收入。参照同类医院其它收入，约占门诊及住院收入的 5%。可实现收入 1000.8 万元/年。

以上三项合计本项目年均销售收入为 21016.8 万元/年。

### 2、税金及附加

本项目营业税为 5%，城建维护费及教育附加费分别为营业税的 7%及 3%。年平均税金及附加 1155.9 万元/年。

### 3、利润

所得税按 25%、盈余公积金及公益金按 15%计提，经营期内利润总额平均 2624.6 万元/年，所得税平均 655.2 万元/年，税后利润平均 1969.4 万元/年。

## 3、辅助设施开发相关法律制度

(1)、根据《综合医院建设标准》综合医院的选址应满足医院功能与环境的要求，院址应选择在患者就医方便、环境安静、地形比较规整、工程水文地质条件较好的位置，并尽可能充分利用城市基础设施，应避开污染源和易燃易爆物的生产、贮存场所。综合医院的选址尚应充分考虑医疗工作的特殊性质，按照公共卫生方面的有关要求，协调好与周边环境的关系。如需酒店、公寓以及其他商业设施建设，可根据实际情况进行，中国法律并没有对其做十分详细的规定。但对于传染病医院的建立有一些规定。如：1. 不宜设置在城市人口密集区域。2. 选择城市交通比较方便地段，以利病人就诊治疗。3. 选择比较平坦，地势较高，

地基良好地段。4. 选择附近有比较完善市政公用系统的区域。5. 应远离易燃、易爆及有害气体生产、贮存场所。6. 应远离食品和饲料生产、加工、贮存，家禽、家畜饲养、产品加工等企业。7. 应远离幼儿园、学校等人员密集的公共设施或场所。

(2)、根据《综合医院建设标准》，综合医院的建设，必须遵守国家有关经济建设的法律、法规和国家发展卫生事业的技术经济政策，应适应项目所在地区社会、经济发展的状况，正确处理现状与发展、需要与可能的关系。

根据综合医院所需要承担的医疗、教学、科研和预防保健四大任务，按照科学管理和实际工作的需要，规定综合医院的建设项目由急诊部、门诊部、住院部、医技科室、保障系统、行政管理、院内生活、科研和教学设施等九个部分组成。其中前七项是综合医院建设的基本内容，这些项目建成后，一所医院就可以投入使用，正常运转；后两项则应根据承担科研和教学任务的具体情况确定。但如果有 R&D 设施，必须按照《综合医院建设标准》所规定的设施进行。即应按编制内的每位专职科研人员 32 平方米，另行增加科研用房的建筑面积，并应根据需要建设与研究所任务相适应规模及实验动物等级的中间实验动物房。

### (3)、CRO

按照中国我国 GCP 规定，申办者可以委托合同研究组织执行临床试验中的某些工作和任务，但申办者永远对试验数据的质量及其完整性最终负责。对于医院来讲，承担 CRO 任务最主要的业务是进行药物临床试验。而国家对于成为药物临床试验机构有明确的审批手续。

按照《药物临床试验资格认定管理办法(试行)》的要求，申请成为药物临床试验机构的医疗机构必须具备下列条件：(1)取得医疗机构执业许可；(2)申请资格认定的专业应与医疗机构执业许可诊疗科目一致；(3)具有与药物临床试验相适应的设备设施；(4)具有与承担药物临床试验相适应的诊疗技术能力；(5)具有与承担药物临床试验相适应的床位数和受试者人数，具有承担药物临床试验的组织管理机构 and 人员；(6)具有能够承担药物临床试验的研究人员并经过药物临床试验技术与法规的培训；(7)具有药物临床试验管理制度和标准操作规程；(8)具有防范和处理药物临床试验中突发事件的管理机制和措施。



其认定程序包含如下环节：

(一)提出申请。申请资格认定的医疗机构根据所具备的药物临床试验的技术要求及设施条件和专业特长，提交相应的药物临床试验机构及专业的资格认定申请。应填写《药物临床试验机构资格认定申请表》，并报送其他要求的书面文件及电子资料。

(二)初审和形式审查。首先，由申请单位所在地省级卫生厅(局)对申报资料进行初审。初审的内容包括：医疗机构执业许可、医疗机构概况、专业科室和卫生技术人员及其他相关技术能力与设施情况、医疗中受试者受到损害事件的防范和处理预案等。对经初审符合条件的医疗机构，应将其资格认定申报资料移交同级食品药品监督管理局。然后，省、自治区、直辖市食品药品监督管理局对同级卫生厅(局)移交的资格认定的申报资料进行形式审查。形式审查的内容包括：医疗机构概况、药物临床试验组织管理机构设置与负责人情况、申请资格认定的专业科室及人员情况、申请资格认定的专业科室年平均门诊诊疗人次和入出院人次、药物临床试验管理制度和标准操作规程的制订情况、研究人员参加药物临床试验技术和相关法规的培训情况、实施药物临床试验的情况(近3年内已完成和正在进行的药物临床试验)、机构主要仪器设备情况等。对经审查符合要求的资格认定申报资料，报国家食品药品监督管理局。

(三)正式受理。国家食品药品监督管理局对申报资料进行受理审查，做出是否受理的决定，并书面通知申请机构及其所在地省级食品药品监督管理局和卫生厅(局)。

(四)现场检查。对申报资料受理审查符合要求的，国家食品药品监督管理局转其药品认证管理中心，由后者组织检查组对申请机构进行现场检查。检查组一般由3~5名监督管理人员和专家组成。在现场检查过程中，被检查机构应配合检查组工作，保证所提供的资料真实，并指派1名人员协助检查组工作。检查人员应严格按照现场检查程序和《药物临床试验机构资格认定标准》进行现场检查。对检查中发现的问题如实记录，必要时应予以取证。现场检查结束时，检查组应进行评定汇总，做出现场检查综合评定意见。

(五)审核。现场检查结束后，国家食品药品监督管理局药品认证管理中心将检查结果录入药物临床试验资格认定数据库，对现场检查情况进行综合分析评定，提出资格认定的检查意见，报国家食品药品监督管理局。国家食品药品监督管理局会同卫生部对资格认定的检查意见进行审核，并将审核结果书面通知被检查机构及其所在地省级食品药品监督管理局和卫生厅(局)。对资格认定检查确定需要整改的医疗机构，国家食品药品监督管理局发出限期整改通知书。在规定期限内完成整改的医疗机构，可向国家食品药品监督管理局提交整改报告。整改符合要求的，由国家食品药品监督管理局认证管理中心组织检查组再次进行现场检查。

(六)发证和公告。国家食品药品监督管理局对通过资格认定的医疗机构颁发证书并在其网站(www.sfda.gov.cn)上予以公告。

### 三、当地费用标准

#### 1、工程费用标准

工程费用主要包含有土建工程费用、安装工程费用、绿化工程费用以及设备工程费用，依据《综合医院建设标准》(建标[2008]164号)相关规定，我们以建筑面积为109200平方米，占地面积为115000平方米的医院为例，对医院的各项工程费用的标准进行相关的估算：

工程费用标准表

序号	工程项目名称	建筑面积 (平方米)	单方造价 (元/平方米)	合价 (万元)	备注
1	土建工程	109200		45872	
1.1	建筑工程	109200	3000	32760	
1.2	装饰工程			13112	详见装饰 费用表
2	安装工程	109200	384	4191	
2.1	电气工程	109200	320	3494	
2.2	消防工程	109200	6	66	
2.3	给排水工程	109200	50	546	
2.4	污水处理工程	109200	8	90	

3	绿化工程	46 000	200	920	占总占地面积的 40%
4	设备工程	109200	796	8700	
	合计			59683	

## 2、装饰费用标准

依据《河南省建筑装饰工程综合基价（2008）》相关规定，医院的手术室、无菌室病房等洁净度要求较高，以及医院所特有的 ICU 病房、医用气体系统、医用物流系统其装饰与安装费用相当昂贵，故将其单独列出，根据郑州市的各大医院装饰水平对医院的各项装饰费用的标准进行相关的估算：

**装饰费用标准表**

序号	装饰费用项目名称	总量	单方造价	合价 (万元)	备注
1	手术室	70 (间)	400000 (元/间)	2800	
2	ICU	20 (床)	100000 (元/床)	200	
3	医用气体系统			130	
4	医用物流系统			700	
5	一般医疗装修	109200 (平方米)	850 (元/平方米)	9 282	
	合计			13112	

## 3、家具及备用品价格标准

医院的家具及备用品主要包含设备和生活用品，依据《医疗机构基本标准》等有关指标的要求，同时参照郑州市相关医院的设备价格，对医院设备及生活用品费用进行估算：

**医院设备及生活用品费用标准表**

序号	设备及用品名称		床位数 (个)	单方造价 (元/个)	合价 (万元)
1	设 备	基本医 疗设备	1000	65000	6500
		病床桌 椅设备	1000	4000	4000
		服务 设备	1000	3500	3500
		其他 设备	1000	5500	5500
		交通 工具			900
2	办公及生活用品		2500	500	125
	合计		1000	78500	8825

#### 4、电费水费及其他公共费用标准

(1)生活用水主要包括病床用水、绿化用水以及其他用水，根据目前郑州市的自来水收费标准（郑州市现行自来水收费标准表）和国家有关标准以及综合医院主要能源消耗参考指标，对医院每天用水量进行估算：

**水费标准表**

序号	用水类别名称	用量（吨）	单价（元/吨）	合价
1	生活用水	75	3.05	228.75
2	病床用水	300	3.05	915
3	办公用水	110	3.05	335.5
4	绿化用水	86	3.05	262.3
5	消防用水	10	3.05	30.5
6	其他用水	97	3.05	295.85
	合计	728	3.05	2 220.4

郑州市现行自来水收费标准表

水价类别	价位（元/吨）
居民生活用水	2.4
工业用水	3.05
行政事业用水	3.05
经营服务业用水	4.05
特种用水	10.45

(2)工程用电负荷主要以应急照明、普通照明、电器设备等。根据目前河南省用电收费标准（河南省一般工商业用电销售电价表）和国家有关标准以及综合医院主要能源消耗参考指标，对医院每天用电总负荷进行估算：

电费标准表

序号	用电设备名称	用量（千瓦）	单价（元/千瓦）	合价
1	照明用电	2402.4	0.51416	1 235
2	医疗设备用电	300	0.51416	154
3	生活设备用电	96	0.51416	49
4	中央空调用电	455	0.51416	233.9
5	其它用电	614	0.51416	315.7
	合计	3867.4	0.51416	1 988

河南省一般工商业用电销售电价表

电压等级	电价
不满 1 千伏	0.72686
1—10 千伏	0.69286
35 千伏及以上	0.65986

## 5、保洁人员及保安工资标准

依据郑州市的消费水平以及各大医院保洁和保安的人数以及工资安排，对医院的保洁人员和保安的工资进行估算：

保洁人员和保安的工资标准表

类别名称	人数（人）	工资（元/人）	合价（元）
保洁人员	20	1800	36000
保安	12	1800	21600
合计	32	1800	57600

## 6、税金相关：法人、国内外国籍职员

### 6.1 法人相关税收

根据《财政部 国家税务总局关于医疗卫生机构有关税收政策的通知》（财税[2000]42 号）和《财政部 国家税务总局关于公布若干废止和失效的营业税规范性文件的通知》（财税[2009]61 号），关于非营利性医疗机构、营利性医疗机构以及疾病控制机构和妇幼保健机构等卫生机构的税收政策有以下规定：

关于非营利性医疗机构的税收政策：（1）对非营利性医疗机构按照国家规定的价格取得的医疗服务收入，免征各项税收。不按照国家规定价格取得的医疗服务收入不得享受这项政策。医疗服务是指医疗服务机构对患者进行检查、诊断、治疗、康复和提供预防保健、接生、计划生育方面的服务，以及与这些服务有关的提供药品、医用材料器具、救护车、病房住宿和伙食的业务（下同）。（2）对非营利性医疗机构从事非医疗服务取得的收入，如租赁收入、财产转让收入、培训收入、对外投资收入等应按规定征收各项税收。非营利性医疗机构将取得的非医疗服务收入，直接用于改善医疗卫生服务条件的部分，经税务部门审核批准可抵扣其应纳税所得额，就其余额征收企业所得税。（3）对非营利性医疗机构自产自用的制剂，免征增值税。（4）非营利性医疗机构的药房分离为独立的药品零售企业，应按规定征收各项税收。（5）对非营利性医疗机构自用的房产、土地、车

船，免征房产税，城镇土地使用税和车船使用税。

关于营利性医疗机构的税收政策：（1）对营利性医疗机构取得的收入，按规定征收各项税收。但为了支持营利性医疗机构的发展，对营利性医疗机构取得的收入，直接用于改善医疗卫生条件的，自其取得执业登记之日起，3年内给予下列优惠：对其自产自用的制剂免征增值税；对营利性医疗机构自用的房产、土地、车船免征房产税、城镇土地使用税和车船使用税。3年免税期满后恢复征税。（2）对营利性医疗机构的药房分离为独立的药品零售企业，应按规定征收各项税收。

关于疾病控制机构和妇幼保健机构等卫生机构的税收政策：（1）对疾病控制机构和妇幼保健机构等卫生机构按照国家规定的价格取得的卫生服务收入（含疫苗接种和调拨、销售收入），免征各项税收。不按照国家规定的价格取得的卫生服务收入不得享受这项政策。对疾病控制机构和妇幼保健等卫生机构取得的其他经营收入如直接用于改善本卫生机构卫生服务条件的，经税务部门审核批准可抵扣其应纳税所得额，就其余额征收企业所得税。（2）对疾病控制机构和妇幼保健机构等卫生机构自用的房产、土地、车船，免征房产税、城镇土地使用税和车船使用税。

## **6.2 国内外国籍职员相关税收**

### **6.2.1 外籍个人居住不超过 90 日或 183 日的有关免税规定**

根据《国家税务总局关于在中国境内无住所的个人取得工资薪金所得纳税义务问题的通知》（国税发〔1994〕148号）文件规定：

在中国境内无住所而在中国境内连续或累计工作不超过 90 日或在税收协定规定的期间在中国境内连续或累计居住不超过 183 日的个人，由中国境外雇主支付并且不是由该雇主的中国境内机构负担的工资薪金，免予申报缴纳个人所得税。

在中国境内无住所而在中国境内连续或累计工作超过 90 日或在税收协定规定的期间在中国境内连续或累计居住超过 183 日但不满一年的个人，其在中国境外工作期间取得的工资薪金所得，除在中国境内企业担任董事、高层管理人员外（另有规定），不予征收个人所得税。

## 6.2.2 外国来华工作人员享受的税收优惠政策有关规定

根据《财政部关于外国来华工作人员缴纳个人所得税问题的通知》（财税字[1980]第189号）文件规定：

1) 援助国派往我国专为该国无偿援助我国的建设项目服务的工作人员，取得的工资、生活津贴，不论是我方支付或外国支付，均可免征个人所得税；

2) 外国来华文教专家，在我国服务期间，由我方发工资、薪金，并对其住房、使用汽车、医疗实行免费“三包”，可只就工资、薪金所得按照税法规定征收个人所得税；对我方免费提供的住房、使用汽车、医疗，可免予计算纳税；

3) 外国来华工作人员，在我国服务而取得的工资、薪金，不论是我方支付、外国支付、我方和外国共同支付，均属于来源于中国的所得，除本通知第1)项规定给予免税优惠外，其他均应按规定征收个人所得税。但对在中国境内连续居住不超过90天的，可只就我方支付的工资、薪金部分计算纳税，对外国支付的工资、薪金部分免予征税；

4) 外国来华留学生，领取的生活津贴费、奖学金，不属于工资、薪金范畴，不征个人所得税；

5) 外国来华工作人员，由外国派出单位发给包干款项，其中包括个人工资、公用经费（邮电费、办公费、广告费、业务上往来必要的交际费）、生活津贴费（住房费、差旅费），凡对上述所得能够划分清楚的，可只就工资薪金所得部分按照规定征收个人所得税。

## 6.2.3 外籍职员在华住房费缴纳个人所得税的有关规定

根据《财政部 国家税务总局关于对外籍职员的在华住房费准予扣除计算纳税的通知》（财税外字[1988]第021号）文件规定：

1) 外商投资企业和外商驻华机构租房或购买房屋免费供外籍职员居住，可以不计入其职员的工资、薪金所得缴纳个人所得税。在缴纳企业所得税时，其购买的房屋可以提取折旧计入费用，租房的租金可列为费用支出。

2) 外商投资企业和外商驻华机构将住房费定额发给外籍职员，可以列为费用支出，但应计入其职员的工资、薪金所得。该职员能够提供准确的住房费用凭



证单据的，可准其按实际支出额，从应纳税所得额中扣除。

#### **6.2.4 外商投资企业和外国企业以实物向雇员提供福利缴纳个人所得税的有关规定**

根据《国家税务总局关于外商投资企业和外国企业以实物向雇员提供福利如何计征个人所得税问题的通知》（国税发〔1995〕115号）文件规定：

外商投资企业、外国企业为符合一定条件的雇员购买住房、汽车等个人消费品，所购房屋产权证和车辆发票均填写雇员姓名，并商定该雇员在企业工作达到一定年限或满足其他条件后，该住房、汽车的所有权完全归雇员个人所有。根据《中华人民共和国个人所得税法》第2条以及税法实施条例第10条的规定，个人取得实物所得应在取得实物的当月，按照有关凭证上注明价格或主管税务机关核定的价格并入其工资薪金所得征税。考虑到个人取得的前述实物价值较高，且所有权是随工作年限逐步取得的，经研究，对于个人取得前述实物福利可按企业规定取得该财产所有权需达到的工作年限内（高于5年的按5年计算）平均分月计入工资薪金所得征收个人所得税。

#### **6.2.5 外籍个人取得的股息、红利所得是否缴纳个人所得税的规定**

1) 根据财政部、国家税务总局《关于个人所得税若干政策问题的通知》（财税字〔1994〕020号）文件规定，外籍个人从外商投资企业分得的股息、红利所得可免征个人所得税。

2) 根据国家税务总局《关于外籍个人持有中国境内上市公司股票所得的股息有关税收问题的函》（国税函发〔1994〕440号）文件的规定，对持有B股或海外股（包括H股）的外籍个人，从发行该B股或海外股的中国境内企业所取得的股息（红利）所得，暂免征收个人所得税。

## **6.2.6 外籍个人取得的住房、伙食补贴、洗衣费是否缴纳个人所得税的有关规定**

根据《国家税务总局关于外籍个人取得有关补贴征免个人所得税执行问题的通知》（国税发〔1997〕54号）及《国家税务总局关于取消及下放外商投资企业和外国企业以及外籍个人若干税务行政审批项目的后续管理问题的通知》（国税发〔2004〕80号）文件规定，对外籍个人以非现金形式或实报实销形式取得的合理的住房补贴、伙食补贴和洗衣费免征个人所得税。应由纳税人在初次取得上述补贴或上述补贴数额、支付方式发生变化的月份的次月进行工资薪金所得纳税申报时，向主管税务机关提供上述补贴的有效凭证，由主管税务机关核准确认免税。

## **6.2.7 外籍个人取得的搬迁费是否缴纳个人所得税的有关规定**

根据《国家税务总局关于外籍个人取得有关补贴征免个人所得税执行问题的通知》（国税发〔1997〕54号）及《国家税务总局关于取消及下放外商投资企业和外国企业以及外籍个人若干税务行政审批项目的后续管理问题的通知》（国税发〔2004〕80号）文件规定，对外籍个人因到中国任职或离职、以实报实销形式取得的搬迁收入免征个人所得税。在纳税申报时，应由纳税人提供有效凭证，就其合理的部分免税。

## **6.2.8 外籍个人取得的境内、外出差补贴是否缴纳个人所得税的有关规定**

根据《国家税务总局关于外籍个人取得有关补贴征免个人所得税执行问题的通知》（国税发〔1997〕54号）及《国家税务总局关于取消及下放外商投资企业和外国企业以及外籍个人若干税务行政审批项目的后续管理问题的通知》（国税发〔2004〕80号）文件规定，对外籍个人按合理标准取得的境内、外出差补贴免征个人所得税。在纳税申报时，应由纳税人提供出差的交通费、住宿费凭证（复印件）或企业安排出差的有关计划，符合规定标准的免税。

### **6.2.9 外籍个人取得的探亲费是否缴纳个人所得税的有关规定**

根据《国家税务总局关于外籍个人取得有关补贴征免个人所得税执行问题的通知》（国税发〔1997〕54号）及《国家税务总局关于取消及下放外商投资企业和外国企业以及外籍个人若干税务行政审批项目的后续管理问题的通知》（国税发〔2004〕80号）文件规定，对外籍个人取得的探亲费免征个人所得税。在纳税申报时，应由纳税人提供探亲的交通支出凭证（复印件），经主管税务机关审核认定，就其合理部分方可免税，此外可以享受免征个人所得税优惠待遇的探亲费，仅限于外籍个人在我国的受雇地与其家庭所在地（包括配偶或父母居住地）之间搭乘交通工具且每年不超过两次的费用。

### **6.2.10 外籍个人取得的语言培训费、子女教育费补贴是否缴纳个人所得税的有关规定**

根据《国家税务总局关于外籍个人取得有关补贴征免个人所得税执行问题的通知》（国税发〔1997〕54号）及《国家税务总局关于取消及下放外商投资企业和外国企业以及外籍个人若干税务行政审批项目的后续管理问题的通知》（国税发〔2004〕80号）文件规定，对外籍个人取得的语言培训费、子女教育费补贴免征个人所得税。在纳税申报时，应由纳税人提供在中国境内接受上述教育的支出凭证和期限证明材料，就其合理部分免税。

### **6.2.11 凡符合下列条件之一的外籍专家取得的工资、薪金所得可免征个人所得税**

根据《财政部 国家税务总局关于个人所得税若干政策问题的通知》（财税字〔1994〕020号）文件规定凡符合下列条件之一的外籍专家取得的工资、薪金所得可免征个人所得税：

- 1) 根据世界银行专项贷款协议由世界银行直接派往我国工作的外国专家；
- 2) 联合国组织直接派往我国工作的专家；
- 3) 为联合国援助项目来华工作的专家；

- 4) 援助国派往我国专为该国无偿援助项目工作的专家;
- 5) 根据两国政府签订文化交流项目来华工作两年以内的文教专家, 其工资、薪金所得由该国负担的;
- 6) 根据我国大专院校国际交流项目来华工作两年以内的文教专家, 其工资、薪金所得由该国负担的;
- 7) 通过民间科研协定来华工作的专家, 其工资、薪金所得由该国政府机构负担的。

## 附件(文中引用的中国法律法规, 供参照)

- 1 : 《中华人民共和国执业医师法》
- 2 : 《中华人民共和国护士管理办法》
- 3 : 《执业药师资格制度暂行规定》
- 4 : 《预防医学、全科医学、药学、护理、其他卫生技术等专业技术资格考试暂行规定》(卫人发[2001]164号)
- 5 : 《中外合资、合作医疗机构管理暂行办法》
- 6 : 《外国医师来华行医管理办法》
- 7 : 关于《事业单位法人证书》使用问题的通知
- 8 : 《河南省事业单位法定代表人管理暂行办法》
- 9 : 《财政部 国家税务总局关于医疗卫生机构有关税收政策的通知》  
(财税[2000]42号)
- 10 : 《财政部 国家税务总局关于公布若干废止和失效的营业税规范性文件的通知》(财税[2009]61号)
- 11 : 《国家税务总局关于在中国境内无住所的个人取得工资薪金所得纳税义务问题的通知》(国税发[1994]148号)
- 12 : 《财政部关于外国来华工作人员缴纳个人所得税问题的通知》(财

税字 [ 1980 ] 第 189 号 )

13 《财政部 国家税务总局关于对外籍职员的在华住房费准予扣除计算纳税的通知》( 财税外字[1988]第 021 号 )

14 :《国家税务总局关于外商投资企业和外国企业以实物向雇员提供福利如何计征个人所得税问题的通知》( 国税发 [ 1995 ] 115 号 )

15 :《中华人民共和国个人所得税法》

16 《财政部 国家税务总局关于个人所得税若干政策问题的通知》( 财税字[1994]020 号 )

17 :《关于外籍个人持有中国境内上市公司股票所取得的股息有关税收问题的函》( 国税函发 [ 1994 ] 440 号 )

18 :《国家税务总局关于外籍个人取得有关补贴征免个人所得税执行问题的通知》( 国税发 [ 1997 ] 54 号 )

19 :《国家税务总局关于取消及下放外商投资企业和外国企业以及外籍个人若干税务行政审批项目的后续管理问题的通知》( 国税发 [ 2004 ] 80 号 )

20 《综合医院建设标准》( 建标[2008]164 号 )

21 《河南省建筑装饰工程综合基价 ( 2008 ) 》

22 《全国医疗服务价格项目规范》2010 版

23 《河南省医疗服务价格 ( 试行 ) 》2010 版

24 《医疗机构基本标准》

25 《医疗机构管理条例》

26 《医疗机构管理条例实施细则》

- 27 《公共场所卫生管理条例》
- 28 《公共场所卫生管理条例实施细则》
- 29 《卫生行政许可管理办法》
- 30 《中华人民共和国护士管理办法》
- 31 《执业药师资格制度暂行规定》
- 32 《药物临床试验资格认定管理办法(试行)》



XI

**라오스 의료시장 환경  
조사보고서(영문)**





# **HOSPITAL INDUSTRY REPORT IN VIENTIANE CAPITAL, LAO PDR**

**for**

**Korea Trade-Investment Promotion Agency (KOTRA)**

Prepared by:  
**Lao Law & Consultancy Group**  
January 2013

## Contents

No	Title	Page
I	Introduction	5
1	Background of the study	5
2	Objectives of the report	6
3	Composition of reporting team	6
4	Methodology	7
4.1	Research Question	7
4.2	Research Methodology	7
II	Healthcare in Lao PDR and Vientiane Capital	8
1	Significant determinants of health and wellbeing in Lao PDR	9
2	Major health issues in Lao PDR	11
3	Healthcare legal framework	15
3.1	Health Sector Development Plan	15
3.2	Review of Medical Regulations in Lao PDR	16
3.3	Medical Equipment Management Policy 2003	20
3.4	Medical Equipment Status	22

4	Healthcare Infrastructure in Vientiane	25
4.1	Support from Central Government	25
4.2	Public Healthcare	25
4.3	Private Healthcare	28
4.4	Social Health Protection Systems	32
4.5	International Support to Lao PDR Healthcare	36
III	Healthcare Demand and Supply Overview in Vientiane Capital	36
1	Supply Determinants	37
1.1	Current Professional Health Staff Engaged in Healthcare Services	43
1.2	Medical Sector Human Resources Supply	43
2	Demand Determinants	47
IV	Emerging Healthcare Market in Neighboring Countries	62
V	Investment and Construction	75
1	Investment Promotion Law	75
2	Incentives and Tax Holidays	76
3	Limitations on FDI	77
4	Repatriation of Profits	78

5	Land Matters	79
6	Land Laws	80
7	Review of Building Regulations in Lao PDR	82
VI	Recommendations	90
VII	Annexes	91

## **I. INTRODUCTION**

### **1 Background of the Study**

Although Lao PDR has experienced rapid economic growth and development, the healthcare industry is still in the preliminary stage. There has been increasing demand for local people and expatriates living in Laos who seek healthcare providers within the country. However, due to a lack of adequate facilities within the country, as well as skilled and trained medical staff, much of this demand is satisfied in neighboring countries, particularly in Thailand.

At the National level, healthcare has been a top priority development objective of the Government as well as International organization. The Millennium Development Goals for Lao PDR include: eradicating poverty and hunger, universal primary education, gender equality, reducing child mortality, increasing maternal health, combating HIV/AIDS, malaria, etc., attaining environmental sustainability, and developing global partnerships for development.

In order to meet these goals, based on the seventh National Socio-Economic Development plan recognizes/identifies that socio-economic conditions are closely related to health issues, especially with regards to non-communicable diseases, which are on the rise. The seventh five year health sector development plan aims to provide important contributions to the development of the industry in four areas:

- Imagination breakthrough;
- Human resources development;
- Management and governance regulations;
- Poverty reduction.

More specifically, the Government of Lao PDR aims to modernize and upgrade the quality of health services in hospitals by focusing on: increasing knowledge levels, specialists and technical skills; improving ethics such as service attitude of personnel, medical practitioners and nurses; doing important research, and improving legislation. Due to the low per capita health spending of public hospitals, the Government recognizes that the private sector can play a role in fulfilling the healthcare gap. Consequently, a promotion policy of the private sector intends to expand the

development of modern health facilities and hospitals aiming to give service users more options and making them feel more satisfied.

The Government of Lao PDR including the Ministry of Health emphasizes on promotion of hospital services as one of the priorities in the healthcare sector. However, lack of publicly available and accurate data concerning healthcare in Lao PDR is a major constraint for potential investors of the opportunities in the Lao PDR.

Based on the aforementioned background of the study, KOTRA and LLC agreed to conduct a report titled “HOSPITAL INDUSTRY REPORT IN VIENTIANE CAPITAL, LAO P.D.R” to reflect the objectives described in the following section.

## **2 Objectives of the Report**

The objective of this report is to provide an understanding of the hospital industry in Lao PDR, and specifically within Vientiane Capital, including: market conditions, supply and demand, investment opportunities, and relevant laws and regulations. This report aims to be used as the baseline information for potential investors or medical service providers and facilitate the understanding of the current situation and future direction of the health care industry. More importantly, it aims to materialize investment in hospital services within Lao PDR.

## **3. Composition of Reporting Team**

The reporting team comprises the following eleven members:

- 1) Mrs. Sirisopha Boutdakham
- 2) Dr. Latdaphone Banchongphanith
- 3) Mr. Ronny Mounarath
- 4) Mr. Anching Saetern
- 5) Mr. Gregory Olenski
- 6) Mr. Soudasack Sompasong
- 7) Mrs. Anongkhan Sengvixay
- 8) Ms. Malaithong Champasouk

- 9) Ms. Sengny Phimmany
- 10) Ms. Lacie Simpson
- 11) Mr. Bounlai Vongphachanh

## **4. Methodology**

### **4.1 Research Question**

What are the opportunities for healthcare industry investment in Vientiane Capital, Lao PDR?

### **4.2 Research Methodology**

A qualitative case study methodology has been chosen for this report as it facilitates the study of complex phenomena within their contexts using a variety of data sources. This ensures that the issues are not explored through one lens, but rather a variety of lenses which allows for multiple facts of the phenomenon to be revealed and understood. When the approach is applied effectively, it becomes a valuable method for health science research to develop theory, evaluate phenomena and make prescriptions because of its flexibility and rigor (Baxter & Jack, 2008).<sup>1</sup> Primary data has been collected from the 3 largest central hospitals<sup>2</sup> in Vientiane Capital: Mahosot, Mittiphab and Setthathirath. Originally a survey containing 29 questions was developed for the purposes of capturing health care specific data. Instead, an order from the Minister of the Ministry of Health was obtained which authorized LLC to obtain monthly medical statistic reports for the last 12 months from Mahosot, Mittiphab and Setthathirath. A mix of qualitative and quantitative data is obtained which assists in achieving a holistic understanding of the health care sector.

Secondary data has been collected from a number of sources and the existing literature, for example:

- World Health Organization: statistics and reports;

---

<sup>1</sup> Pamela Baxter and Susan Jack, 'Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation' (2008) 13(4) *The Qualitative Report* 544-559.

<sup>2</sup> There are 4 central hospitals in Vientiane Capital.

- Ministry of Health, Department of Planning and Finance: National Health Statistic Report 2009-2010;

The primary and secondary data sources will be triangulated to enhance data quality based on the principles of idea convergence and the confirmation of findings (Knafl & Breitmayer, 1989).<sup>3</sup> That is, data will be compared between sources for the purposes of identifying opportunities, demand and supply considerations in the formulation of our final recommendations.

## II. HEALTHCARE IN LAO PDR AND VIENTIANE CAPITAL

The Lao People's Democratic Republic is one of the poorest countries in South-East Asia. Despite that it has recently enjoyed a period of macroeconomic stability, the government investment in healthcare sector remains inadequate and the annual budget for healthcare development covers merely less than 5% of the total government budget allocation. This has characterized the healthcare profile of the country as underdeveloped in many aspects; Table 1 below summarizes key healthcare indicators of the Lao people in 2010.

The Lao PDR is a land-locked country with a population of 6.2 million with a low density (24 people per square Kilometer) and shares its border with China, Thailand, Vietnam, Cambodia and Myanmar. This type of geographic proximity explains the intimate connection between these countries and transnational disease transmission and the movement patterns of people obtaining treatment in neighboring countries. 32% of the population live in urban areas while the rest are scattered in mountainous, hard-to-reach parts of the country with little access to basic infrastructure and services.

Table 1: *Key health indicators in Lao PDR*

Total population (2010)	6,256,197
-------------------------	-----------

<sup>3</sup> Knafl, K., & Breitmayer, B. J. (1989). 'Triangulation in Qualitative Research: Issues of Conceptual Clarity and Purpose' in J. Morse (ed) *Qualitative Nursing Research: A Contemporary Dialogue* 193-203.



Life expectancy at birth (2010)	65
Infant mortality rate (per 1000 live births) (2010)	48
Under-5 mortality rate per 1000 (2010)	61
1-year-old with 3 doses of DPT vaccine (%) (2010)	74
Measles vaccination coverage at one year (%) (2010)	64
Children under 5 years stunted for age (%) (2010)	40
Antenatal care coverage – at least 1 visit (%) (2009/2010)	71
Birth attended by skilled health personnel (%) (2009/2010)	37
Maternal Mortality Ratio (per 100 000 live births) (2005)	405
Prevalence of TB (per 100 000 population) (2009)	151
Prevalence of HIV (% of adult population) (2009)	0.2
% total population with access to improved drinking water source (2008)	57
% total population with improved access to sanitation (2009)	53
Government expenditure on health as % of GDP (2010)	4
Population living below US\$1/day poverty line (%) (2009/2010)	25.6
School enrolment, primary/ secondary (% net) (2010/2011)	94.1/62.9

Source: World Health Organization, ‘Country Cooperation Strategy: At a Glance’ (2012).

## 1. Significant Determinants of Health and Wellbeing in Lao PDR

Lao People’s Democratic Republic has seen an improvement in the last three decades; nevertheless, there are differences between socio-economic groups. There is a concern that current trends will not be able to lead the country to achieve all the Millennium Development Goals for the health sector and respond to a number of challenges. Table 2 below lists the factors affecting the health and wellbeing of the Lao population, as summarized by the WHO. Those factors include poverty level, literacy and education status, food security and safety issues, malnutrition among the children, gender issues, environmental degradation and climate change induced diseases as well as the problem of unexploded ordinances in some parts of Laos which pose severe threats to the health and lives of local residents.

Table 2: *Summary of determinants of health and wellbeing based on WHO Country Cooperation Strategy (updated May 2012)*

<b>Determinants</b>	<b>Description</b>
<i>Poverty</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poverty level decreased from 33.5% in 2002-2003 to 25.6% in 2009-2010</li> <li>• Most of poor still concentrated in seven poorest provinces</li> <li>• Not enough employment opportunities in rural areas</li> </ul>
<i>Literacy and Education</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Literacy rate increased to 73% in 2005 from 60% in 1995</li> <li>• Significant differences between rural and urban populations, male and female, and within ethnic groups</li> <li>• Enrolment rates for secondary education about 63% for lower secondary and 37% for higher secondary level</li> </ul>
<i>Food Security and Safety</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 87% of total households and 33% of total rural households have food security</li> <li>• Majority of population dependent on subsistence agriculture</li> <li>• Poor distribution networks and regulation of domestic food production result in wide variation in food prices</li> </ul>
<i>Malnutrition</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 37% of children under five are underweight, and 40% have stunted growth</li> <li>• Contributes to increased disease vulnerabilities</li> <li>• Reduces human resource development potential</li> </ul>
<i>Gender</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ranked 107<sup>th</sup> out of 187 on Gender Inequality Index (2011)</li> <li>• Inequality for women contributes to stereotypical attitudes on traditional gender roles, unplanned child births, heavy workload, and restricted opportunity for better education, especially in rural areas</li> <li>• language barriers amongst ethnic groups living in remote areas, inequality in schooling, nutrition, employment,</li> </ul>

	cultural and social norms
<i>Environmental Burden</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Environmental burden (access to clean water and sanitation) of disease makes up 26% of total disease burden</li> <li>• 57% of population has improved access to clean water</li> <li>• 53% has access to sanitation</li> <li>• Rural sanitation access at 38%, the lowest in the region</li> <li>• 16% sanitation coverage for areas without roads</li> </ul>
<i>Climate change, large-scale development and land-use change</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temperature and humidity changes, such as drought and flooding increase transmission of foodborne and waterborne diseases, affect water availability and quality, and negatively impact nutrition due to crop losses</li> <li>• Poor practices in healthcare settings undermines treatment and increases hospital infections</li> </ul>
<i>Unexploded Ordinance (UXO)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Two million tons dropped between 1964 and 1973</li> <li>• 30% of ordinance failed to detonate</li> <li>• UXO contamination in all 17 provinces</li> <li>• Approximately 25% of villages impacted</li> <li>• 50% of victims are children</li> <li>• Contributes to food insecurity and affects health</li> </ul>

## 2. Major Health Issues in Lao PDR

The national health indicators of the Lao People's Democratic Republic have been improving steadily over the past three decades. According to WHO sources, the crude death rate declined from 15.1 to 8.0 deaths per 1000 inhabitants between 1995 and 2010, with the probability of children under 5 dying estimated to be 59 in 1000 live births. The crude birth rate fell from 41.3 to 29.9 in the same period. At the same time, life expectancy at birth rose by more than 10 years in a decade, from 51 years in 1995 to 65 in 2010. The main cause of mortality and morbidity are communicable diseases, with lower respiratory infection and diarrhea being the leading causes, and the main cause of death for children under 5 years old being pneumonia (27%). Based on the

WHO Country Cooperation Strategy report, detailed health related issues are summarized in Table 3.

Table 3: *Summary of major health issues in Lao PDR.*

<i>Communicable diseases</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infectious diseases remain the greatest cause of morbidity and mortality and include acute diarrhea, dengue, acute respiratory infections, parasitic diseases, and vaccine-preventable diseases.</li> <li>• Linked with deeper issues of poverty, poor sanitation and water supply, malnutrition, sub-standard food safety and limited access to health facilities and trained staff in remote rural areas.</li> <li>• In the past two years, the Lao People's Democratic Republic has responded to outbreaks of avian influenza A (H5N1), pandemic influenza A (H1N1) in 2009 and outbreaks of epidemic-prone diseases such as cholera with an enhanced surveillance capacity and a purpose-trained epidemiologist in every province.</li> </ul>
<i>HIV/AIDS,</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The prevalence rate among 15-49 years old is 0.2%.</li> <li>• The main route of transmission is through sexual intercourse.</li> <li>• The country is surrounded by other countries with a high HIV prevalence rate and is experiencing an increase in the mobility of its working-age population, both within and across its borders.</li> <li>• More people injecting drugs especially in provinces bordering China, Myanmar and Vietnam.</li> </ul>
<i>Malaria</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Approximately 50% of the population at risk.</li> <li>• 90% of 3.6 million people at risk are protected by these nets.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The annual incidence of uncomplicated malaria (probable and confirmed) per 1000 population fell from 9.1 in 2001 to 3.7 in 2009.</li> <li>• Annual parasite incidence per 1000 population also declined from 5.2 to 3.7 over the same period.</li> <li>• The number of malaria deaths in hospitals dropped from 187 in 2003 to 5 in 2009.</li> </ul>
<i>TB</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimated prevalence of TB of all forms was 289 per 100,000 population (estimated 16,906 cases).</li> <li>• Incidence of TB of all forms was 151 per 100,000 (estimated 8,851 cases).</li> <li>• Incidence of new sputum-smear positive pulmonary TB was 67 per 100,000 (estimated 3,954 cases).</li> <li>• Mortality due to TB was 24 per 100,000 (estimated 41 cases).</li> <li>• First multidrug-resistant TB case (MDR-TB) was identified in 2010.</li> </ul>
<i>chronic and non-communicable disease</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cause the deaths of around 12,100 males, 60% of whom are under 70 years of age, and about 11,700 females, 53% of whom are under 70 years old.</li> <li>• Cardiovascular diseases and diabetes have the highest age-standardized death rate per 100,000 (467.9 for males and 329.8 for females)</li> <li>• Chronic respiratory diseases (122.8 for males and 111.1 for females).</li> <li>• Cancer kills 145.4 males and 89.0 females per 100,000 population.</li> <li>• 17% of the Lao population are not physically active enough, 13.3% are overweight and 32.1% have raised blood pressure.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The smoking rate recorded among the Lao population was 21.6%, with a higher rate among males (41.1%) than females (2.5%).</li> <li>• Adult per capita consumption of alcohol is seven litres per year (2008).</li> <li>• Road traffic accidents increased from 5,900 in 2000 to about 60,000 in 2010.</li> <li>• Human capacity and structure for mental health is limited with just two in-country psychiatrists and no support service and care at community level.</li> <li>• Due to the ageing trend, blindness and visual impairment are expected to increase, requiring a scale-up of interventions.</li> <li>• 13% of the population aged 50 and above had some form of visual impairment (main cause: refractive error) and 3% were blind (main cause: cataract).</li> </ul>
<i>Reproductive, maternal, neonatal, child and adolescent health</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The coverage of antenatal care with at least one visit has increased from 35.1% in 2006, to 71.0% in 2009–2010. For the same period, the proportion of births assisted by skilled birth attendants has increased slightly from 20.3% to 37.0%.</li> <li>• MMR estimated to be 405 per 100 000 live births (2005, National Census).</li> <li>• Most child deaths in the Lao People's Democratic Republic are due to common preventable and treatable conditions (34% neonatal conditions, 19% pneumonia, 16% diarrhea, 6% measles).</li> <li>• 55% of the population under 20 years of age, and figures show that the adolescent fertility rate is 110 per 1000 girls aged 15–19 years.</li> <li>• Of girls aged 15–19 years, 8.8% have begun childbearing in</li> </ul>

	urban areas, and 20.5% have done so in rural areas.
<i>Health for the elderly</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% of the Lao population is 60 years of age or older.</li> <li>• Size of this age group will also grow.</li> <li>• More attention is needed on specific health services for the elderly.</li> </ul>

### 3. Healthcare Legal Framework

#### 3.1 Health Sector Development Plan

The Lao PDR went through a major reform in healthcare policy and state financing during the 1980s as a result of the country shifting from a planned to a market-based economy. Despite the market-oriented economic growth that has taken place in the country, the Ministry of Health remains virtually the only provider of health care policy and is strongly administrative. In recent years, the Ministry has made significant progress in terms of health policy development and decentralization of health services to provincial, district and health centre levels. However, investment in health is still low (total health expenditure is 4% of GDP), out-of-pocket spending is above 62.6% and social health protection coverage is 12.5% of the total population. The health system still relies heavily on external donor support. Health service provision is strained by a lack of qualified, adequately distributed staff, adequate infrastructure and affordable drug supply.

The Lao People's Democratic Republic is currently implementing its 7th National Health Sector Development Plan (NHSDP) for 2011–2015. In the past five years, the Ministry of Health with the development partners (DPs) have made significant progress in strengthening the country's health system. The establishment and function of the sector working group (SWG) for health, chaired by MOH and co-chaired by WHO and the Embassy of Japan, has been the core mechanism for effective coordination and cooperation in health, thus enhancing aid effectiveness. The various technical working groups (TWGs) and task forces formed under this mechanism have drafted major policies and strategies for sector development in areas such as human resource for health (HRH) and health financing (HF); maternal, neonatal and child health

(MNCH); emerging infectious disease (EID); HIV/AIDS, malaria and tuberculosis (TB) control (MOH).

### **3.2 Review of Medical Regulations in Lao PDR**

There are several Lao laws which regulate and provide prescriptions for the health care sector. Below is a summary of the relevant laws which a prudent investor should ensure compliance with. They govern operational issues such as: the standards applying to the employment of healthcare professionals, medical equipment and devices, service fee structure and collection, hygiene, disease prevention, health promotion, drug and medical product standards control and food quality. These provisions and any associated penalties may apply after inspection by the relevant healthcare authorities.

*Law on Health Care No. 09/NA (9 November 2005)*

The Law on Health Care is a broad piece of legislation that regulates the organization, activities, management and control of health care activities. The articles which are most relevant to the operation of a private hospital are listed below. This law is most applicable to the day to day operations and management of the hospital, its departments and staff.

- **Article 8. Requirement of Health-care Professionals:** level of professional education; authorizations; level of professional experience for qualification; required certificates; mandatory Lao nationality/residency or other approvals.
- **Article 9. Responsibilities of Health-care Professionals:** duty of care and professionalism requirements; patient consent requirements.
- **Article 21. Medical Materials and Equipment:** mandatory compliance with standards issued by Ministry of Health for installation and necessary removal.
- **Article 22. Rights and Duties of Health-Care Professionals**
- **Article 35. Ethics of Health-care Professionals:** national and technical standards of care, fee collection, duty to provide first aid.



- **Article 36. Types of Prohibitions:** against commercial objectives, unlawful and unauthorized care.
- **Article 37. Prohibition Against Providing Health Care for Primarily Commercial Objectives:** prohibitions against excessive advertisement, such advertisement must be of non-commercial character.
- **Article 40. Prohibited Health-care Establishments:** commercial premises such as shopping centres or markets; drug stores, stores selling medical consumables, instruments and apparatus.
- **Article 41. Prohibition Against the Provision of Unauthorized Care:** treatment, procedure or treatment method that has not been authorized or cannot be inspected by the Ministry of Health.
- **Article 42. Prohibition Against the Unlawful Provision of Care:** unauthorized abortions, procedures dangerous to the health of patients.
- **Article 45-50. Health Insurance Funds:** community health insurance, civil-servants health insurance, enterprise health insurance, private health insurance and public welfare health insurance will pay for the treatment of its members.
- **Article 52. Collecting Fees for Services and Treatment:** fees charged for different medical documents, different services and different medical procedures.
- **Article 55. Rights and Duties of the Ministry of Health:** administration of health-care services at the central level.
- **Article 56. Rights and Duties of the Health Divisions:** administration of health-care services at the provincial level.
- **Article 57. Rights and Duties of Health Offices:** administration of health-care services at the district level.
- **Article 60. Rights and Duties of the Inspection Agencies:** monitor: implementation of health-care strategy, plan, laws and regulations; standards on recruitment of staff, installation, implementation of administrative and professional rules, performance and practices of professionals.
- **Article 64. Measures against Violators:** re-education, fines, civil liability or criminal punishment determined on a case by case basis.

*Law on Hygiene, Disease Prevention and Health Promotion No. 01/NA (10 April 2001)*

As the law's name suggests compliance with this legislation is relevant to the maintenance of quality and safety in the provision of health care services.

- **Article 12. Hygiene of Water for Drinking or Use:** technical standards and principles of hygiene as determined by the Ministry of Health.
- **Article 13. Hygiene of Food and Consumer Goods:** inspection and control, quality guarantee, production standards, examination and mandatory health certificates for producers.
- **Article 17. Hygiene of Hospitals, Dispensaries and Clinics:** system for waste-water treatment, system for waste separation, storage and disposal.
- **Article 41. Rights and Duties of Agencies in Charge of Administering and Monitoring Hygiene, Disease Prevention and Health Promotion:** duty to determine necessary policies, plans, regulations, rules and technical standards.
- **Article 42. Inspection of Hygiene, Disease Prevention and Health Promotion:** monitoring and control of activities relating to implementation of principles of hygiene, health risks, the maintenance of cleanliness, pollution control.
- **Article 45. Measures Against Violators:** re-education, fines, criminal charges according to nature of the violation.
- **Article 48. Criminal Sanctions:** breaches causing damage to human health or life.

*Law on Drugs and Medical Products No. 01/NA (8 April 2000)*

This legislation defines the principles, rules and measures relating to the management of the cultivation, growing, preservation, exploitation, production, export, import, distribution, possession and use of drugs and medical products.

- **Article 20. Registration of Drugs and Medical Products:** drugs and medical products must be registered with Ministry of Health.
- **Article 21. Pre-conditions for Conducting Business Relating to Drugs and Medical Products:** pharmacist with 5 yrs experience, facilities for good standard of drug production, measures for maintenance of safety and protection of environment.
- **Article 23. Export and Import of Drugs and Medical Products:** pharmacist, conditions and necessary facilities to store and transport, drugs and medical products registered with Ministry of Health, mandatory inspection.
- **Article 32. Pricing:** must be rational and in accordance with instructions of the health sector and related State organizations.
- **Article 33. Price Control:** health sector and related State organizations have the duty to control the price of drugs and medical products.
- **Article 34. Clinical Research Testing:** mandatory license required from Ministry of Health.
- **Article 35. Report of the Results of Clinical Research Testing:** results must be reported to the Ministry of Health, dangerous effects on human health must be reported so testing can be immediately modified/cancelled.
- **Article 39. Primary Right and Duty of the Administration and Inspection Authority for Drugs and Medical Products:** safety, quality, defined standards, strict implementation of laws/regulations.

*Law on Food* No. 04/NA (15 May 2004)

The Law on Food defines principles, rules, methods and measures on the administration and inspection of activities relating to food. This law is relevant to the provision of hospital meals by the food services department.

- **Article 42. Functions of the Food Administration and Inspection Agency:** control quality of food; monitor, inspect and guide on activities relating to food
- **Article 43-45. Rights and Duties of Ministry of Health; Health Divisions of Provinces and Cities, Health Offices at Districts and Municipalities:** consider requests

or proposals of the people on quality and standard of food and on activities relating to the administration and inspection of food.

- **Article 46. Inspection of Food:** inspection of food and raw materials, production, preparation, packaging, serving, storing, distributing, import-export and donation of food.

### 3.3 Medical Equipment Management Policy 2003

The Medical Equipment Policy was issued by the Ministry of Public Health for the purposes of systematizing and improving the effective management of equipment throughout the healthcare sector. The policy states that equipment and medical devices are often donated to Lao PDR by various countries and organizations. In some cases, second-hand medical equipment is donated and while some is still functional a majority poses the following problems for healthcare facilities and patients:

- Important components missing;
- Incompatibility with existing electrical system with no funds for conversion;
- Staff lacking training to install or operate the equipment;
- Safety concerns;
- Lack of manuals (for service and use).

Table 4: Medical Device Status in Lao PDR 2010

Medical Devices	Public sector	Private sector	Total	Density per 1,000,000 population
Magnetic Resonance Imaging	0	0	0	0
Computerized Tomography Scanner	4	1	5	0.7911
Positron	0	0	0	0

<b>Emission Tomography Scanner</b>				
<b>Nuclear Medicine</b>	0	0	0	0
<b>Mammograph</b>	0	0	0	0
<b>Linear Accelerator</b>	0	0	0	0
<b>Telecobalt Unit (Cobalt-60)</b>	0	0	0	0

World Health Organization Baseline Country Survey on Medical Devices (2010)

It is important to note that medical equipment and devices are the most expensive sunk costs in the construction of a hospital and also represent the highest overhead costs in the operation of the hospital. The policy addresses the need to perform regular maintenance on medical equipment to enable long term use, accurate diagnosis and the reduction on spending for new equipment.

### **General Strategies and Principles**

The Life Cycle management approach is stated as a key strategy to the proper and comprehensive management of medical equipment. It is a continuous process that begins with:

- Needs assessment and acquisition planning;
- Equipment utilization;
- Monitoring and maintenance; and
- Decommissioning.

The following sections are extrapolated from the policy. It must be kept in mind that the policy relates primarily to the public health sector. However, some of the prescriptions are particularly useful in suggesting necessary strategies and procedures for the utilization and maintenance of medical equipment and devices in the private healthcare sector.

### **A. 6 Utilization and Monitoring of performance**

1. There should be a responsible officer appointed to monitor the proper utilization and care of the medical equipment.
2. A documentation system to monitor the utilization rate of medical equipment is recommended.
3. End-users will evaluate the proper and safe working condition of medical equipment during their daily activities.
4. Close collaboration between end-users and the maintenance staff is recommended during preventative maintenance routines.

#### **A. 7 Maintenance System**

- To increase the impact of in-hospital maintenance activities, there should be close collaboration between in-house maintenance activities and medical equipment companies.
- Maintenance budgets should be allocated at 3%-8% of the acquisition cost to sustain the maintenance activities.

### **3.4 Medical Equipment Status**

*Medical Executive Summary of Sixth Five-Year Health Sector Development Plan (2006-2010)*  
(Published September 2007)

The Ministry of Health published key hospital upgrades at the central level (Vientiane Capital) in 2007. These upgrades provide some indication of the attempts to modernize the hospitals in Vientiane Capital and the current status of medical equipment and devices.

Mahosot Hospital:

- Constructed Cardiovascular Institution Building; supplied medical equipment for the department and built capacity for doctors in cardiovascular surgery.
- Constructed outpatient building and dormitory for doctors.
- Supplied Mammography machine.
- Renovated the building for tuberculosis-respiratory diseases and supplied laryngoscope.

- Repaired and constructed the building for microbiology and supplied modern medical equipment in the analysis of bacteria culture (especially tuberculosis).
- Supplied medical equipment to check the kidney tube and assist in tubular prostate operations.
- Supplied radiology diagnostic equipment: CT scanner; fluoroscopy.
- Supplied endoscopic surgical equipment.

#### Mittaphab Hospital:

- Constructed the emergency and resuscitation building for dialysis and artificial kidney treatment.
- Repaired the neurosurgery building.
- Repaired the isolation building for communicable diseases to meet international standards in order to deal with SARs and avian influenza.
- Improved the traumatology center and the teeth-chin-face operation unit with modern technology (supplied medical equipment and built capacity for doctors).
- Improved the virology treatment centre: supplied medical equipment to facilitate diagnosis, modernize technology to increase the effectiveness of treatment and reduce costs and user fees.

#### Mother and Child Hospital:

- Improved bedrooms for patients, operation rooms, resuscitation rooms and the neonatal care unit.
- Commenced use of an Ultrasound machine.
- Commenced use of a Colposcopy machine.
- Commenced use of a fetal monitoring machine to monitor the breathing of the fetus during pregnancy
- Commenced use of modern anesthetics.
- Commenced use of machines to operate through tubes in treating women's diseases.

#### Eye Treatment and Care Centre

- Constructed a new building for the Eye care hospital, supplied medical equipment, commenced use of operating equipment to operate on dark colored eyes by using sound waves (Phacoemulification and YAG Laser).
- Commenced use of measuring machine to cut glasses by using the Computerized Auto-Refractometer.

#### Physical Medicine Rehabilitation Centre

- Commenced use of laser techniques to treat patient's brains and muscles.
- Factory opened producing aluminium wheelchairs and crutches.

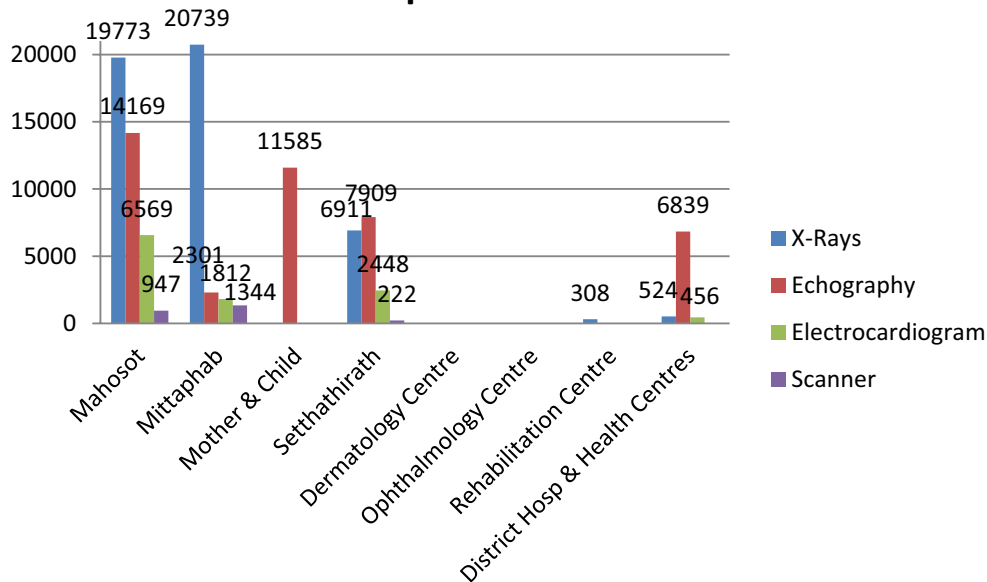
#### Setthathirath Hospital

- Commenced use of CT scanner.
- Supplied machine for checking stomach and colon.
- Supplied machine for operating on stomach through tube (Coeliosurgery).
- Supplied Doppler Ultrasound.
- Supplied blood test machine (18 and 45 parameter).
- Supplied Hysteroscopy equipment.
- Supplied Hysterosalpingography (HSG) equipment.
- Supplied machine for checking Hormone and Serology for cancer.
- Supplied machine for checking diabetes (Hb1C)

Figure 1 below illustrates the total use of the main types of diagnostic equipment in Vientiane Capital for the 2009-10 fiscal year. The data reveals that the Mother and Child Hospital is not as well equipped as the other central hospitals.



**Figure 1 - Diagnostic Equipment Use in Vientiane Capital 2009-10 Fiscal Year**



Source: LLC Research and Analysis 2012, Ministry of Health (Department of Planning and Finance), National Health Statistic Report 2009-10 Fiscal Year.

The Ministry of Health has claimed that these hospitals have conditions and capacities to conduct safe operations in laparotomy, cesarean and gynecological diseases, orthopedic surgery, neurosurgery, gastro-intestinal surgery and cardiovascular surgery.

#### **4. Healthcare Infrastructure in Vientiane**

##### **4.1 Support from Central Government**

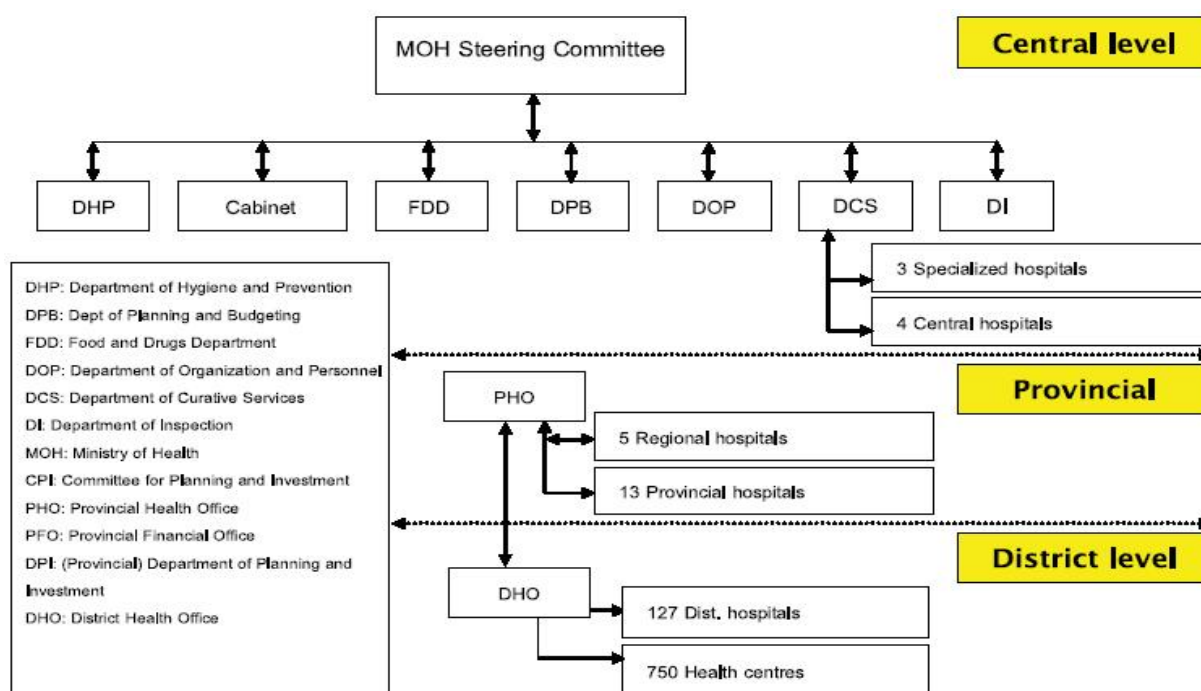
The budgetary expenditure on healthcare in Lao PDR covers merely 4% of the total budget despite the government having declared to improve physical and mental health services by mandating policies to improve the quality of healthcare. To realize this aim, in the Seventh Five-Year National Socio-Economic Development Plan (2011-2015), the Government of Lao PDR has prioritized the construction of modern hospitals in provinces such as Vientiane Capital, Oudomxay, Luangprabang, Savannakhet, and Champasack.

In terms of management and policies in health development, the Government of Lao PDR has made a commitment to prioritizing healthcare activities and creating conditions to facilitate the participation of the private sector in the provision of healthcare services. The Government of Lao PDR and the Ministry of Health has shown the green light to enable the entry of private investors into the healthcare market and the prospective construction of private healthcare facilities and hospitals. Interviews with senior officials at the Ministry of Health confirms that the process of applying for a license to operate a private hospital is evaluated on a case by case basis. Ministry officials have expressed a willingness to enter into a joint venture arrangement with a private investor to open hospital facilities depending on the merits of the proposal and the applicant.

## 4.2 Public healthcare

The health-care delivery system is essentially a public system, with government owned and operated health centres and district and provincial hospitals. The Lao public health system is mainly divided under the three arms of (a) health care; (b) prevention, promotion and disease control and (c) health management and administration with a strong vertical structure.

**Organizational chart of the Lao public health system**



Source: Ministry of Health (MOH), “Resources for Health: Analysis of the situation in the Lao PDR” (June 2007).

There are 4 central hospitals and 6 specialist centres (all are located in Vientiane Capital), 17 provincial and regional hospitals, 141 district hospitals, 740 health centres, and around 5,000 village drug dispensaries. Some of the healthcare facilities are currently underused which is reflected by the fact that with a total number of hospital beds of 5,000 in all healthcare centres and with each health centre possessing a capacity to serve about 7,000 people, many centres serve less than 1,000.

It has been estimated that only 26 per cent of the Lao population lives within 3 km of a healthcare facility, with more than two-thirds having limited or a complete lack of access to health services.

In general, the quality of health care in Vientiane as well as in nationwide can be characterized as:

- Under-funded (low per capita health-care spending, low Government funding).
- Inequitable (overly dependent on direct household expenditure for curative care).
- Weak in social protection (low coverage of the population).
- Inefficient and with low productivity.

Government services are underused, and a significant share of out-patient health care is privately delivered. Purchase of drugs in official or unofficial pharmacies is the first health-seeking behavior. Public facilities, especially district and health centres, are poorly utilized, with only 0.2 curative contacts per capita per year, as reported at the National Health Conference in August 2007. Coverage for preventive health services is also low. As detailed in subsequent sections, the ability to pay is a major barrier to utilization.

According to the MOH report, it is addressed that there is unequal access to healthcare services between the poor and the well-off quintiles. Wealthier people use substantially more public health facilities, including health centres, than the poor. This becomes even more obvious in rural areas, where richer households have more opportunity to have an in-patient admission rate of 42.4 per 1,000 population, compared with 15.9 for households in the lowest quintile.

Table 5: Annual hospital admissions per 1,000 population, by per capita consumption quintile and urban/rural residence, in percentages

Consumption Quintile	Urban	Rural	Total
<b>Highest</b>	38.1	42.4	40.4
<b>Next Highest</b>	25.5	38.2	34.4
<b>Middle</b>	49.8	27.4	32.3
<b>Next Lowest</b>	22.7	22.8	22.8
<b>Lowest</b>	24.5	15.9	17.0
<b>Total</b>	33.0	26.7	28.3

Source: World Bank, IMF and ADB, Lao PDR Public Expenditure Review, Integrated Fiduciary Assessment (May 2007), June 2006 draft version.

### 4.3 Private Healthcare

According to a report by the International Labour Organization, there are approximately 254 private clinics operated in Lao, with 108 clinics located in Vientiane Capital. Low cost access to basic medical care and treatment are available through over 2000 registered private pharmacies or the multitude of unregistered drug sellers. Issues such as the provision of counterfeit and low quality pharmaceuticals are prevalent with misinformation and misuse of medicine a common occurrence.

Aside from private clinics and pharmacies, there are also several international clinics operating in Vientiane Capital, for instance, Alliance International Medical Centre (see Table 6). Others are private clinics operated by foreign embassies aiming to provide medical services and consultation to the expatriate staff and their families working and living in Laos. Such health care facilities include the clinics operated by the French and Australian embassy. However, the services fees are regarded as being relatively higher and beyond the affordability of the local Lao populace.

*The Alliance International Medical Centre*

The Alliance International Medical Centre is the newest medical centre in Vientiane Capital, located between Wattay International Airport and Vientiane Capital commercial center (approximately 1 km from the airport and 3 km from Vientiane Capital commercial centre). The clinic is part of a venture coordinated between the New Chip Xeng Company of Laos and Wattana Hospital Group (WHG) of Thailand. This alliance has worked out well and the facility, aesthetically speaking, is the height of modernity in Vientiane Capital.

Most current doctors on staff are from Thailand, with some from Laos and many have been educated overseas. The rest of the staff, including nurses, pharmacists, lab staff and even receptionists have undergone extensive training at the Wattana Hospital in Nongkhai Province of Thailand. An appointment is not necessary for a general consultation; however visits to specialists will require some advance notice.

Price wise, Alliance is quite competitive. Patients can undergo a full Health Checkup (standard) for as low as \$80 USD, whilst a series of infant vaccines costs \$380 USD.

As Alliance has only recently opened they are still in the process of working out agreements with various insurance companies, but expats who visit the clinic will be able to make payments by Visa or Mastercard. An ordinary consultation will cost around USD \$35 and it will be possible to undergo a full health checkup without travelling to Udon Thani or Bangkok.

Table 6: Alliance International Medical Centre Services

Services
Family Medicine
Pediatrics and Child Development Clinic
Baby Clinic
Diabetes Clinic
Allergy and Asthma Clinic
Hypertension Clinic

Digestive and Liver Diseases (Gastroenterology) Clinic
Preventative Cardiology Clinic
Nephrology Clinic
Fertility Clinic
Women's Clinic
Eye Clinic
Ear, Nose, and Throat Clinic
White Skin Care Centre
Skin Laser Centre
Anti-Aging and Preventive Medicine
Travel Medicine Clinic
Health Screening Centre
Diagnostic and Therapeutic Centre

#### *Australian Embassy Clinic*

The Australian Embassy in Vientiane operates a Family General Practice clinic located on Thadeua Road within the Embassy building itself. The Embassy Clinic is similar to many General Practices in Australia and is one of only six clinics that The Department of Foreign Affairs and Trade has established in Asia and the Pacific. The Primary role of the Clinic is to provide medical services for the Australian Embassy staff and their families. The clinic has a small pharmacy and pathology department. (Source: <http://jclao.com/medical-situation-vientiane/>). Australian Clinic is only accessible during the official opening times of its Embassy.

*French Clinic*, located near to the Waterpark, offers 24 hour on-call emergency service and doctors also make house calls. The French Clinic includes medical consultations, laboratory analyses / pathology, dental care, physiotherapy, speech therapy and psychotherapy. The Centre does not accept appointments for medical consultations so you just have to walk in. We have received great feedback from expats using their services, particularly from parents with smaller children. It's what we would call "the family doctor".

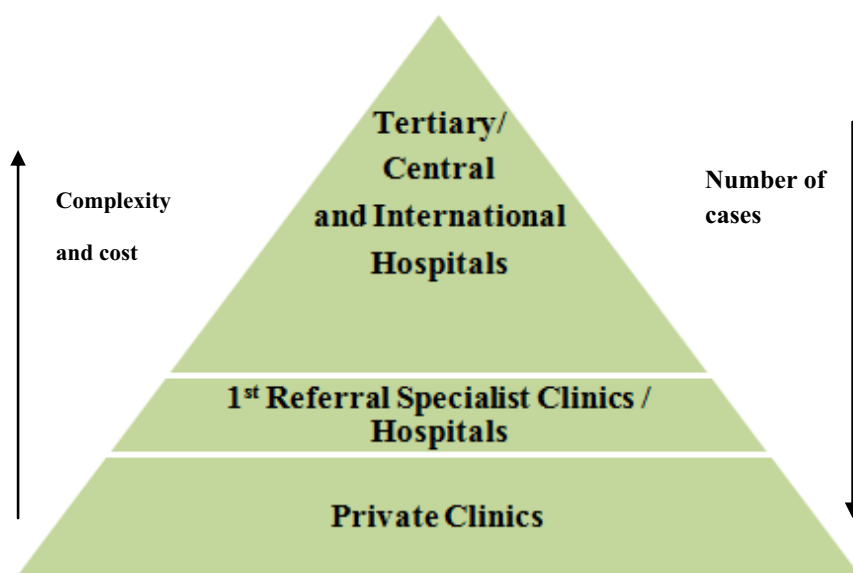
(Source: <http://jclao.com/medical-situation-vientiane/>)

There is one private hospital operating in Vientiane Capital - Setthathirath Private Hospital. It is located right next to Setthathirath Hospital. Below is a summary of the regular services provided by Setthathirath Private Hospital.

Table 7: Setthathirath Private Hospital Services

<b>Regular services</b>	<b>Specialized Consultations on Appointment</b>
Routine consultation	Pediatrics
Health screening	Gynecology
Travel medicine	Obstetrics
Minor surgery procedures	Cardiology
Emergency service	Gastroenterology
Stabilization of critical conditions	Oncology
Medical escort	Endocrinology
Physiotherapy	Diabetes Mellitus
Laboratory	Infectious diseases
Vaccinations	Transmissible diseases
Rabies treatment	
Snake bite treatment	
Birth delivery	
Patient Transportation	
Home visit	

Figure 2: Model of hierarchical hospital referral system



Source: LLC Research and Analysis 2012.

#### 4.4 Social Health Protection Systems

The government of Lao has been undertaking two comprehensive social security schemes in which one is for public sector employees and the other is for the private sector. These two systems are operated and monitored by the Ministry of Labour and Social Welfare. Besides these two systems, the Ministry of Health undertakes medical insurance systems for informal sector employees, namely, the community based health insurance system and the health equity fund. The two medical insurance systems function under the Ministry of Public Health. The systems performing under the Ministry of Labour and Social Welfare and the Ministry of Public Health are mutual funds which are operating in several organizations.

Private insurance companies play a role in the field of social protection in Lao PDR. However, medical experts have criticized the private health insurance industry as underdeveloped given that there is little private health infrastructure to support such a system.



Table 8: Social security schemes in Lao PDR.

	<b>Social Security Organization (for public sector employees)</b>	<b>Social Security Organization (for private sector employees)</b>	<b>Community Based Health Insurance (for informal sector population)</b>	<b>Health Equity Fund (for the poor)</b>
<b>Participation</b>	Compulsory	Compulsory	Voluntary	Upon approval by local authority
<b>Target</b>	Public sector employees and their families	Private sector employees and their families	Lao nationals having family book registered	Families living under poverty line
<b>Contribution</b>	16.5% of total salary (8% by employee and 8.5 by the government)	9.5% of total salary (5% by employer and 4.5% by employee)	Varies by size of family and location (rural& urban)	N/A
<b>Benefit</b>	Both outpatient and inpatient visit			Both outpatient and Inpatient visit plus travel cost and meal subsidy
<b>Responsible organization</b>	Ministry of Labour and Social Welfare		Ministry of Health	

Source: WHO, Review of HSS Strategies 2012.

The social security scheme for the civil servant system or CVS (public sector) and the social security system or SSO (private sector) covers the following benefits: old-age pension, disability benefit, incapacity benefit, death benefit, survivor benefit, sickness benefit, maternity benefit, employment injury, child allowance and health care. Under this scheme, the healthcare benefits are provided to the beneficiary's spouses, and their children who are under 18 years old. Female beneficiaries are also entitled to a maternal benefit child birth grant provided at 60% of the minimum salary plus three months payment.

In order to protect employees from the informal sector, the Ministry of Health (MOH) has been implanting community based health insurance (CBHI) to enable people from the informal population and their families to seek the health care insurance with voluntary based membership. However, the CBHI does not cover the health care reimbursement for traffic accident injuries and cosmetic care.

Beside the CBHI, the MOH also collaborates with other development partners namely Asian Development Bank (ADB), and the World Bank (WB), as well as the WHO who have joined efforts to create a special fund – the Health Equity Fund (HEF) aiming to assist the poor plus providing them with food and transport cost subsidy.

There is huge gap of coverage between the different types of insurance schemes. Based on sources from the ILO country paper the CVS covered 100% of total civil servants while the SSO covered 54% of private sector employees with 53,075 insurers and another 54,662 spouse and children, which made the total number of beneficiaries 107,737 by 2010 (See Table 9). On the other hand, the community based health insurance covers merely 0.8% of total population.

Table 9. Number of company and employees participated in SSO

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Insurer	13,271	18,990	22,230	24,211	26,374	31,634	42,209	43,678	47,067	53,075
Spouse		6,408	7,236	14,290	15,113	18,354	22,024	25,113	26,542	31,664
Kid under 18		7,268	8,505	9,406	10,279	12,474	14,962	17,899	19,477	22,998
<i>Total</i>	<i>13,271</i>	<i>32,666</i>	<i>37,971</i>	<i>47,907</i>	<i>51,766</i>	<i>62,462</i>	<i>79,195</i>	<i>86,690</i>	<i>93,086</i>	<i>107,737</i>

Apart from public health insurance, there are a number of private companies that also offer health insurance to the general population. AGL (Allianz General Laos), a leading insurance company in Laos PDR, is advertising a new health insurance package that allows customers to have medical treatment in six clinics in Lao PDR and a network of more than 240 hospitals and clinics in Thailand. The six clinics in Vientiane Capital are: Mekong clinic, Bouthep clinic, Central Medical de l'Ambassade de France, Alongkone Policlinic, Alliance International Medical Centre and International Clinic Setthathirat Hospital.

#### **4.5 International Support to Lao PDR Healthcare**

##### ***World Health Organization***

WHO has been a long term healthcare development partner to the GoL for 50 years. With its international healthcare expertise, the WHO plays an important role in providing technical assistance and policy advice to the GoL in achieving global health policy objectives such as the Millennium Development Goals. Recently, the WHO issued a Country Cooperation Strategy (CCS) for 2012-2015 through a consultative process involving the WHO, the Ministry of Health and other development partners (eg, United Nations, bilateral agencies, and international non-governmental organizations). The National Socio-Economic Development Plan and various national policies and strategies were analyzed by the CSS, as well as the country context, health challenges and opportunities. As a result, the national healthcare development strategies were outlined as: (1) increase access to primary health care and reduce health inequities by strengthening the health system and improving aid effectiveness; (2) contribute to the achievement of health-related Millennium Development Goals; (3) prevent and control infectious diseases and public health events; and (4) address health risk factors to reduce non-communicable diseases, mental illness and disabilities (WHO, 2007).

##### ***Japan (ODA)***

Japan is one of the main aid providers to the Lao PDR in the area of healthcare development. Up to the present date, the Japanese government has provided 46 million USD in health care infrastructure development. For instance, the assistance has been provided to many health care

institutes in Vientiane Capital such as Setthathirath Hospital (in 2000) and Mahosot Hospital. The Japanese government also assisted in the building of 3 provincial hospitals, 21 district hospitals, 19 health centres, 6 Malaria centres and 6 public health schools.

The Japanese government also provided technical cooperation through JICA in the field of capacity building including maternal and child health service in southern part of Laos, upgrading nurse diploma project in Vientiane and project for medical education and research project implemented at the Setthathirath Hospital. Apart from that, the Japanese government also contribute to other donor in case specific development projects. Those international donors include UNFPA, WHO, ADB and UNICEF.

#### *Fujitsu project*

Fujitsu Ltd. will establish a medical care system by using online connections between a hospital in Vientiane Capital, and the hospitals in provincial towns. The objective is to increase medical services in the rural areas of Laos. The system will link a central hospital in the capital city of Vientiane to the hospitals of Nambak and Savannakhet provincial towns. It is expected that the project could involve other regional hospitals in provincial cities in Laos (The Japan Daily Press, 10 December 2012).

### **III. HEALTHCARE DEMAND AND SUPPLY OVERVIEW IN VIENTIANE CAPITAL**

Field research was conducted to obtain primary data on the demand and supply factors from the largest hospitals in Vientiane Capital: Mahosot, Mittiphab and Setthathirath. Each hospital has an obligation to collect data and submit summary medical reports to the Ministry of Health monthly. LLC obtained an order from the Minister of the Ministry of Health to formally request these reports.

The reports contain valuable data that is not publicly released, such as:

- Out-patient and in-patient statistics;
- Prevalence of communicable and non-communicable diseases;

- Hospital utilization;
- Financial status;
- Human resources.

The data extrapolated from the reports forms the basis of our case study analysis. This data will then be triangulated with secondary data extrapolated from the National Health Statistic Report 2009-2010 (Ministry of Health, Department of Planning and Finance) to show the relative differences between national averages and the statistics specific to each central hospital.

One of the limitations we had in analyzing the summary medical reports of the central hospitals was that the format of the reports often changed from month to month with information and data missing for certain months. The fiscal year periods for which we obtained the monthly reports also varied between hospitals. We obtained the following data:

- Mahosot: October 2011 – September 2012
- Mittaphab: January 2012 – December 2012
- Setthathirath: January 2012 – December 2012

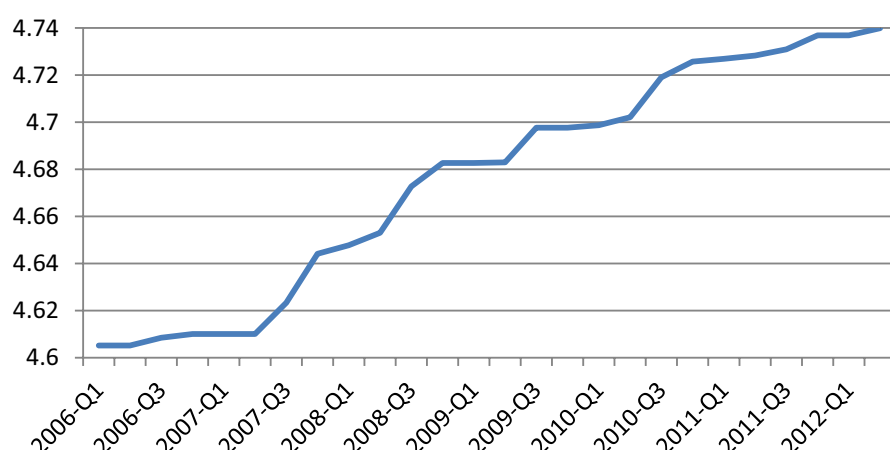
In order to maintain the reliability and validity of the analysis, time periods were restricted to exclude missing data sets. This means that observations were often made over several months as opposed to a full year.

## **1. Supply Determinants**

The Department of Statistics at the Ministry of Planning and Investment collects data on the cost of healthcare within the country. The data comes from the prices of a basket of goods consisting of pharmaceuticals and medical products such as: various malaria medications, paracetamol, penicillin, saline solution, band-aids and bandages; external care such as the cost of services at private clinics including heart checks, blood tests, and other simple lab tests; as well as room prices at private clinics and public hospitals. The prices are combined into an index using an undisclosed weighting scheme and published as the Medical Care Price Index, a component of the Consumer Price Index.

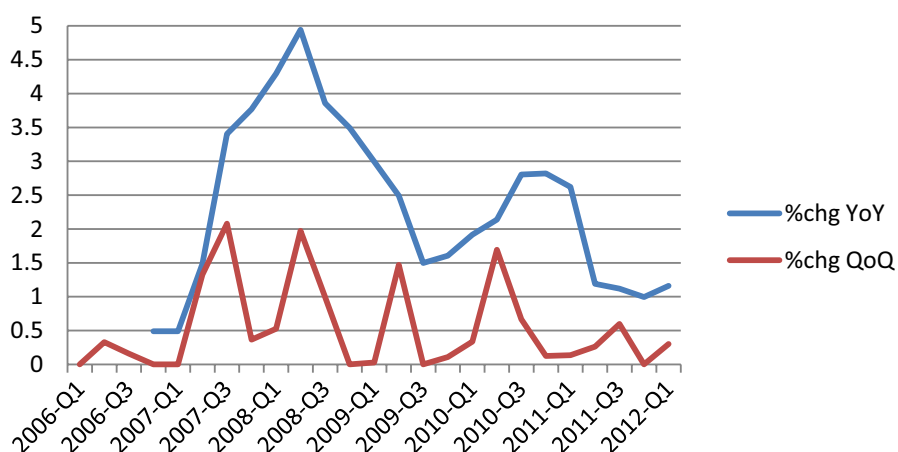
Figure 3 plots the index of medical care prices from Q1-2006 to Q2-2012, with base time period 2006-Q1 = 100 (natural logarithm = 4.605). Over the interval 2006-Q1 to 2007-Q2, the index increased only slightly by less than 0.5%. After this period, however, the rate of increase has seen a marked rise, increasing an average of 2.59% per year, or an 11.67% overall increase from 2007-Q3 to 2012-Q2.

**Figure 3 -Index of Medical Care Prices**



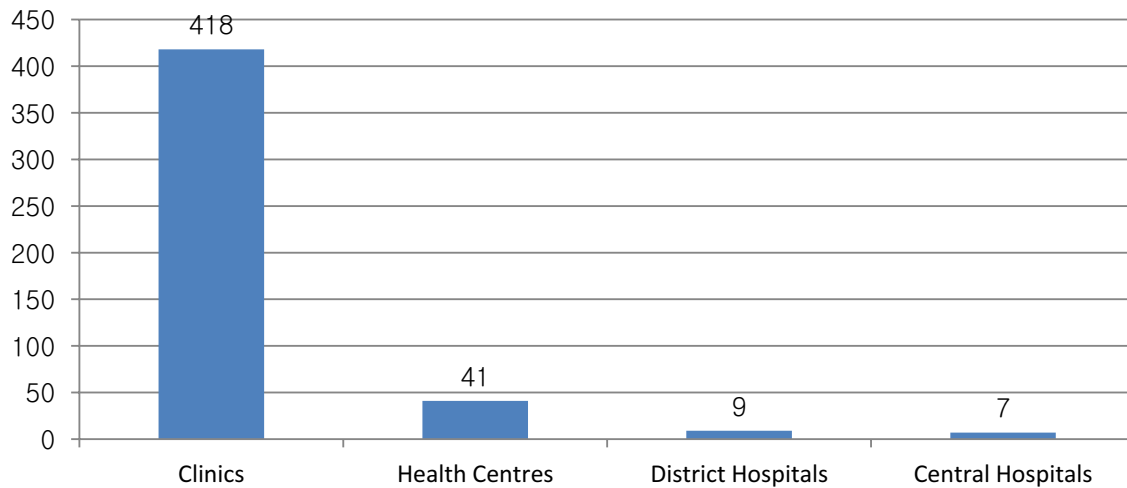
Source: The Department of Statistics at the Ministry of Planning and Investment 2012.

**Figure 4 -Index of Medical Care Prices**



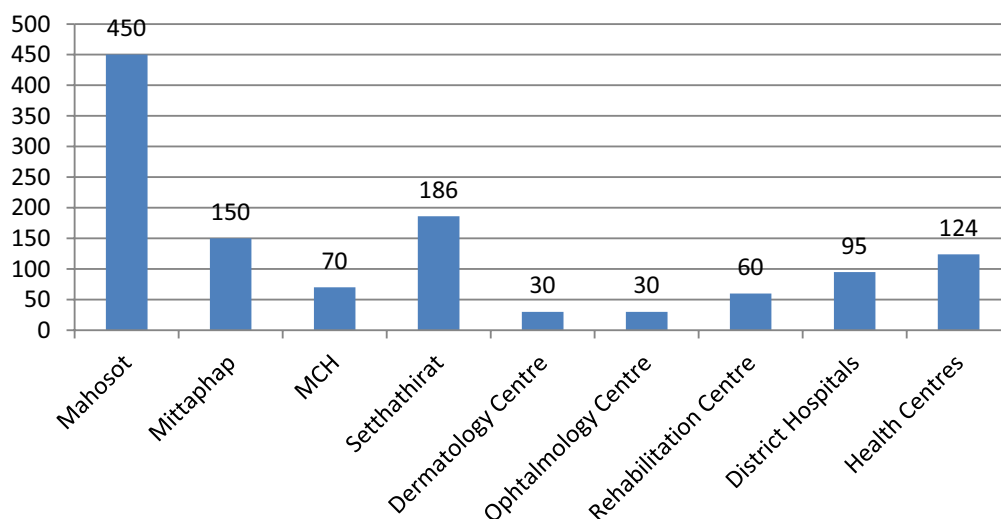
Source: The Department of Statistics at the Ministry of Planning and Investment 2012.

**Figure 5 -Health Facilities in Vientiane Capital  
2009-2010**



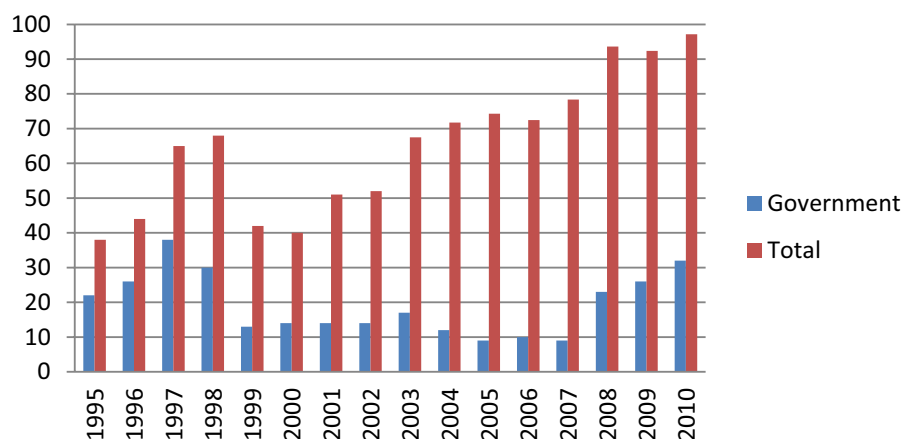
Source: Ministry of Health (Department of Planning and Finance), National Health Statistic Report 2009-10 Fiscal Year.

**Figure 6 -Hospital Beds  
Vientiane Capital 2009-10 Fiscal Year**



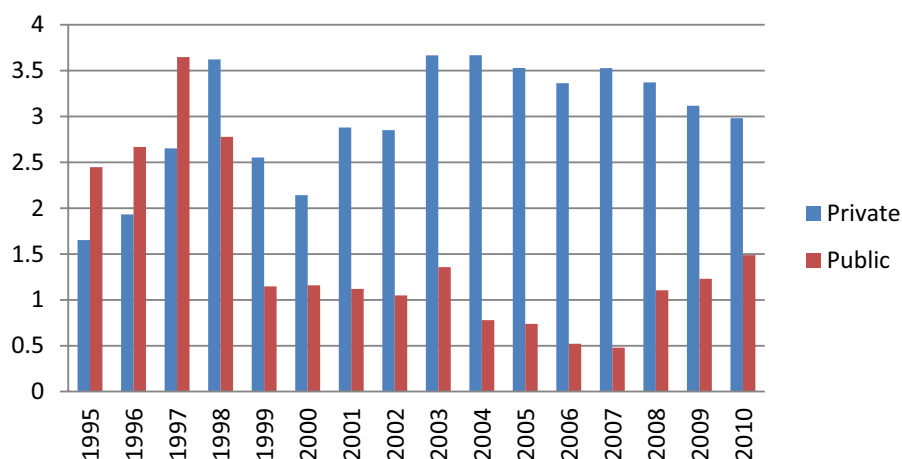
Source: LLC Research and Analysis 2012, Ministry of Health (Department of Planning and Finance), National Health Statistic Report 2009-10 Fiscal Year.

**Figure 7 - Health Expenditure per capita (2005 PPP Int. \$)**



Source: WHO 2010.

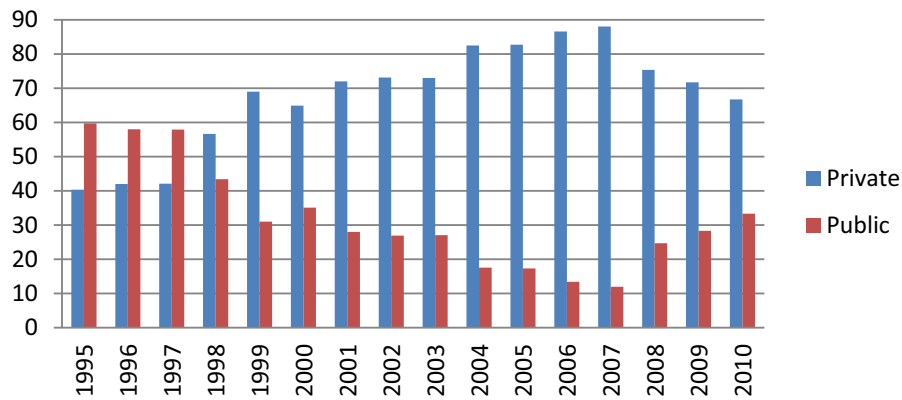
**Figure 8 - Health Expenditure (%GDP)**



Source: WHO 2010.

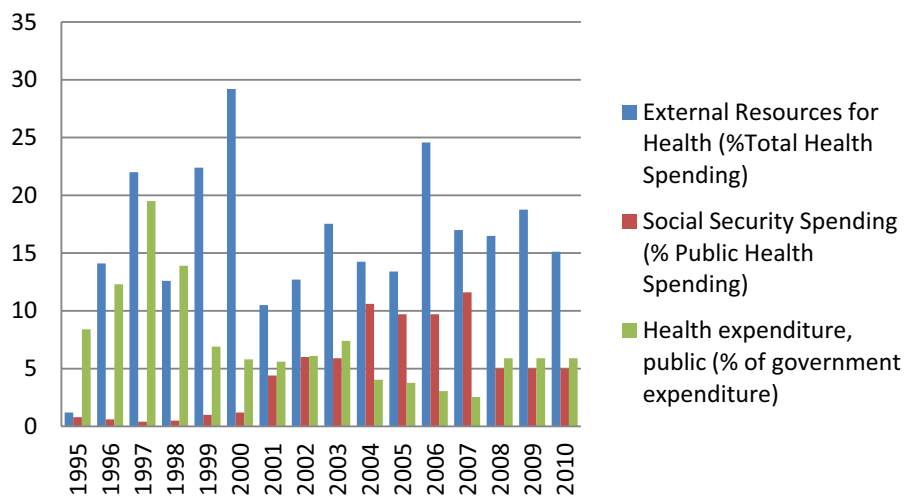


**Figure 9 - Health Expenditure (% of total Health Expenditure)**



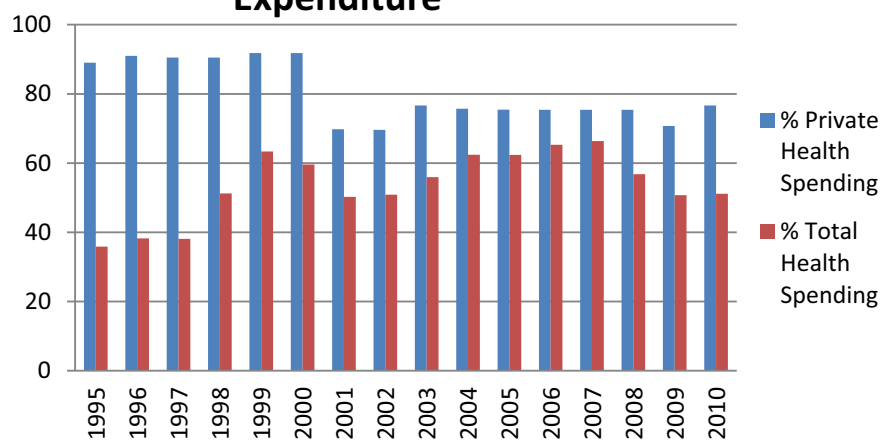
Source: WHO 2010.

**Figure 10 -Health Spending**



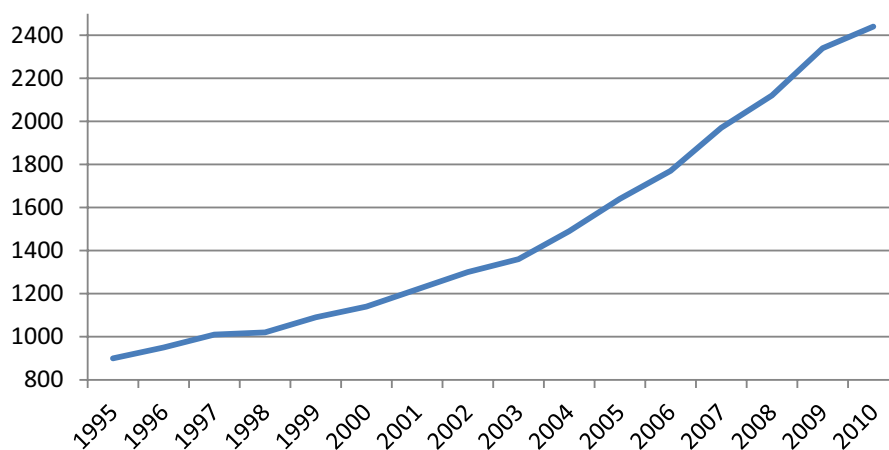
Source: WHO 2010.

**Figure 11 - Out-of-Pocket Health Expenditure**



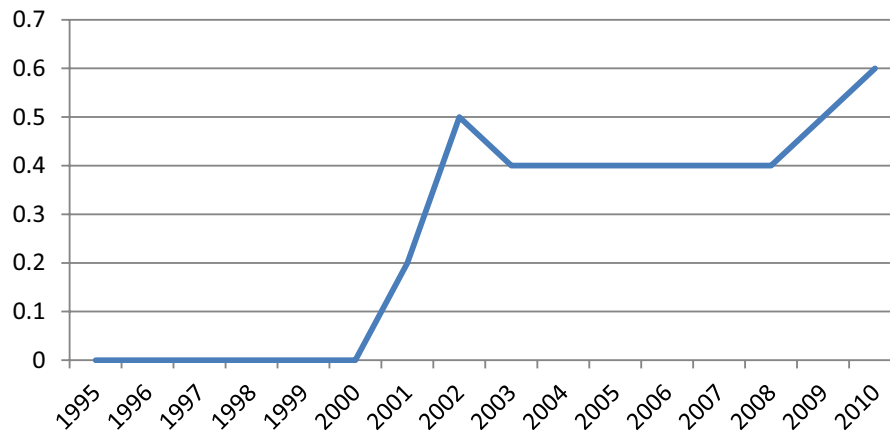
Source: WHO 2010.

**Figure 12 - GNI per capita (2005 PPP Int \$)**



Source: WHO 2010.

**Figure 13 - Private Prepaid Plans (% Private Health Expenditure)**



Source: WHO 2010.

### **1.1 Current professional health staff engaged in healthcare services**

As to health personnel, there are about 18,000 public sector health workers of which 70 per cent are MOH (Lao) staff and 30 per cent are from the ministries of National Security and National Defence. Low salaries and low levels of basic training inhibit health system efficiency. Staffing is urban-biased; there is often low motivation, conflict of interests and a lack of training and career development opportunities. Only 63 per cent of the medical staff work at health facilities. The private sector for health is expanding, mainly in urban areas with over 2,000 private pharmacies, about 500 private clinics and 600 traditional medicine practitioners. Currently, the first private hospitals are about to start operating. The regulatory framework is more or less in place. Implementation and enforcement face typical challenges including conflicts of interest, as most of the senior public health personnel are directly or indirectly involved in private health practice after official working hours.

### **1.2 Medical sector human resources supply**

University of Health Sciences is the highest medical education institute in Laos. There are three main faculties under the University of Health Sciences: medical department, dental department,

and pharmaceutical department. It requires one 6 years to finish at the medical department while it takes one's 5 years to graduate at dental department and pharmaceutical department. Every year, there are approximately 50-80 graduates. Once they are graduated, they are requested to undertake internship at any of the four central hospitals. It is regulated by the WHO that the standard of health care professional distribution should accede 2.5 persons per 1000 population; however, in Laos it was merely 0.53 per 1000 population. During the period 2006-2008, only 2% of increment was observed (Suzuki, 2008). In Laos the medical staff can be classified into medical doctors, nurses, midwives, primary health care workers, medical assistants, and various types of technical staff.

#### *Doctors*

By 2008, there were in total 1527 medical doctors with 81% out of which working in the public health care institutes under the MOH nationwide. At the time the coverage of medical doctors per 1000 population was approximately 0.27person/1000 population. Although the GOL has raised increasing the coverage rate of medical doctors as a main task in the 6<sup>th</sup> five-year national socio-economic development, with very limited budget, it is somehow in slow progress.

#### *Nurses/midwives*

Currently there are mainly 8 nurse/midwife education institutes (NMEI) in Laos to supply nurses/midwives to the health care sector as following:

- (1) College of Health and Technology
- (2) Oudomxay Public Health School
- (3) Luangprabang Public Health School
- (4) Vientiane Provincial School of Nursing
- (5) Khammuane Public Health School
- (6) Savannakhet Public Health School
- (7) Champasak Public Health School
- (8) The new NMEI authorized by the MOH

These institutes provide education to nursing mid-level nurses. However, as the quality of the graduates are still need to improved through many channels, since 2008, with the assistance from

JICA, it was planned that 105 mid-level nurses will be trained to become high-level nurses. At the meantime, to achieve the MDG goals in reducing both infant and maternal motility rate, midwife education was put as one of the core strategies in medical sector development.

#### *Primary Health workers*

In general, medical assistants receive less training than mid-level nurses. They normally receive approximately 3 years of education and training at medical school before being dispatched to work at the village-level health centers of villages.

#### *Medical Assistant*

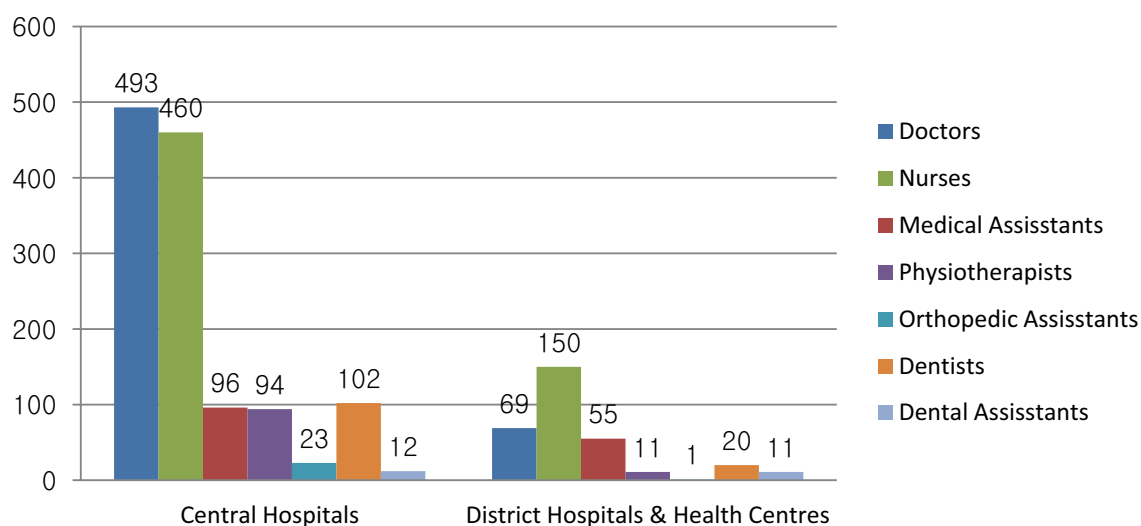
In 2003, according to a survey by WHO, there were approximate 1780 medical assistant working replacing medical doctors for there were only 1000 medical doctors available at that time.

Nowadays, curriculum for education medical assistant has been drafted.

#### *Technical staff*

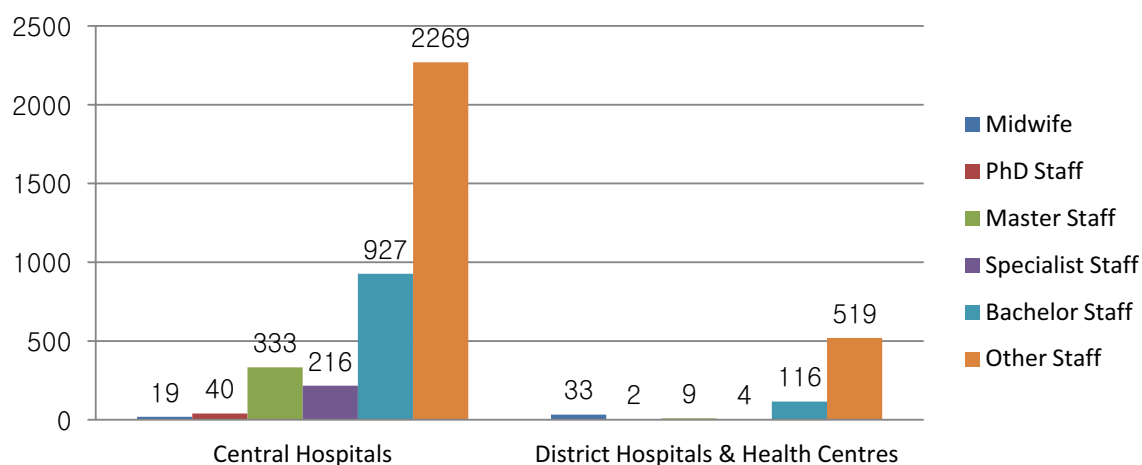
Technical staff here include general technical staff, radiation technical staff, pharmacist, and dietitians. General technical staff and radiation technical staff are educated by the short terms medical polytechnics school, while pharmacists must go through a five-year education systems at the faculty of Pharmaceutics of the University of Health Sciences. Here, it is notable that there are no formal institutes provide formal education for nursing radiation technical staff and dietitian in Laos.

**Figure 14 - Health Staff in Vientiane Capital  
2009-2010**



Source: LLC Research and Analysis 2012, Mahosot, Mittiphab and Setthathirath Monthly Medical Reports 2012.

**Figure 15 - Support Staff in Vientiane Capital  
2009-2010**



Source: LLC Research and Analysis 2012, Mahosot, Mittiphab and Setthathirath Monthly Medical Reports 2012.

## **2. Demand Determinants**

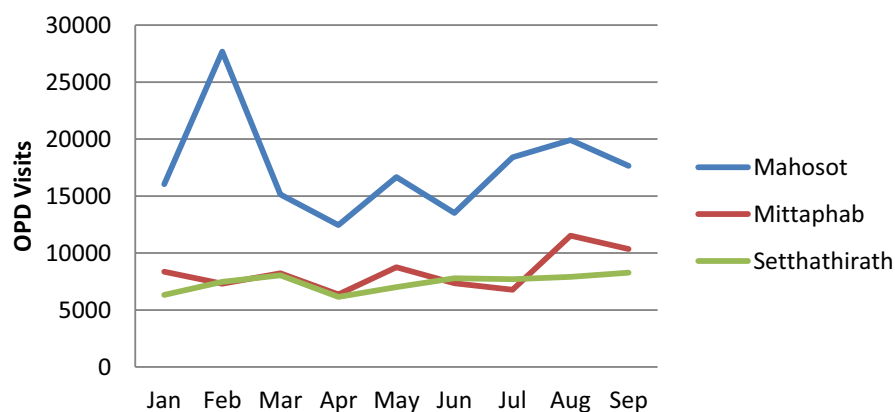
Demand for healthcare may be determined on the basis of health seeking behaviors of patients in each hospital. A number of service delivery indicators have been collected and analyzed which measure overall demand and efficiency. The interpretation of these indicators requires analysis of what effect each one has on the factors that determine demand and efficiency.

An example of a demand determinant is if an indicator appears to be low in relation to similar locations. Relevant factors include travel considerations, service costs or quality of care (patient satisfaction). Efficiency determinants may be assessed on the basis of the status of human resources and hospital utilization (medical services and utilities).

### **Outpatient Visits (OPD)**

The vast majority of visits to a central hospital in Vientiane Capital is in the form of outpatient visits whereby the patient seeks diagnosis or treatment but is not hospitalized over-night. Total outpatient visits and utilization rates are indicators of the efficient utilization of outpatient services. From February to September 2012 Mahosot had an outpatient ratio as compared to Mittaphab of 2.1:1, and as compared to Setthatirath 2.36:1. The major factor which explains the significantly higher ratio of outpatient visits to Mahosot as compared to the other central hospitals is its prime location within 1km of Vientiane Capital's commercial centre (approximated as Lane Xang Road). Other factors such as: diversity of services, specialists and expertise, word-of-mouth and subjective evaluations of quality of services are all factors which interact with the level of outpatient visits at each location.

**Figure 16 - Outpatient Visits in Vientiane Capital Central Hospitals 2012**



Source: LLC Research and Analysis 2012, Mahosot, Mittaphab and Setthathirath Monthly Medical Reports 2012.

#### *OPD Utilization Rates 2009-10*

Figure 17 shows the per capita outpatient utilization rates in Lao PDR for the 2009-10 fiscal year.

$$\text{Outpatient Attendance Rate Per Capita} = \text{Number of Outpatient Visits} / \text{Population}$$

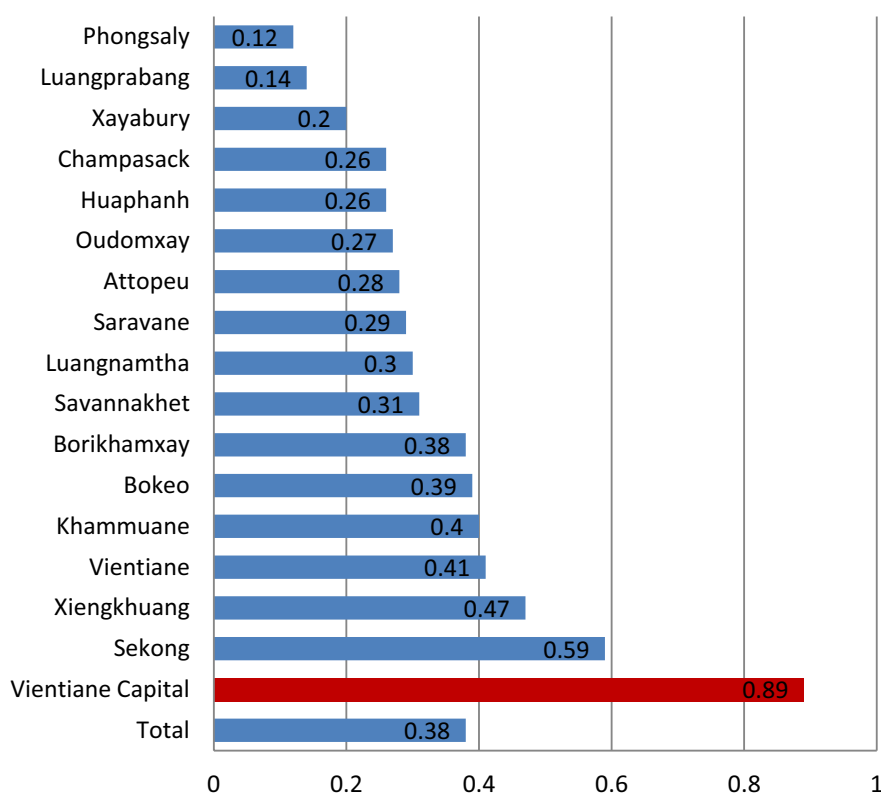
This indicator can be used to measure accessibility, affordability and quality of care. It is an important indicator reflecting the interaction between demand and supply of outpatient care and the extent of facility utilization by the population. The Ministry of Health standard for annual per capita outpatient attendance is between 0.2 and 0.5. The attendance rates for Vientiane Capital are over-reported reaching 0.89 per capita because of the inclusion of data for central referral hospitals as well as Social Security Organization and State Authority of Social Security referrals. However, the figure is still a reliable indicator of the very high outpatient service utilization in Vientiane Capital. It suggests that outpatient services are reaching its upper limit of utilization and that new hospitals and clinics must be opened in order to restore the per capita OPD attendance rate to between 0.2 and 0.5. It may be presumed that the Ministry of Health has prudently set the standard at the aforementioned level as the Government of Lao would prefer there to be excess capacity to support the growing population and need for medical services. A high level of outpatient utilization may suggest that services are being used efficiently but



reaching the upper limit of service capacity. This figure is certainly promising for future investors looking to open healthcare facilities servicing outpatient cases in Vientiane Capital.

It should be noted that the per capita outpatient rates in Vientiane, Xiengkhuang and Sekong provinces are reaching between 0.4 and 0.5 due to the Health Equity Funds coverage supported by different donors operated in these three provinces. Phongsaly and Luangprabang have very low per capita outpatient utilization rates which may be explained on account of the mountainous landscape of these provinces and difficulties in accessing such services.

**Figure 17 -OPD Utilization Rates  
in Lao PDR 2009-10 Fiscal Year**

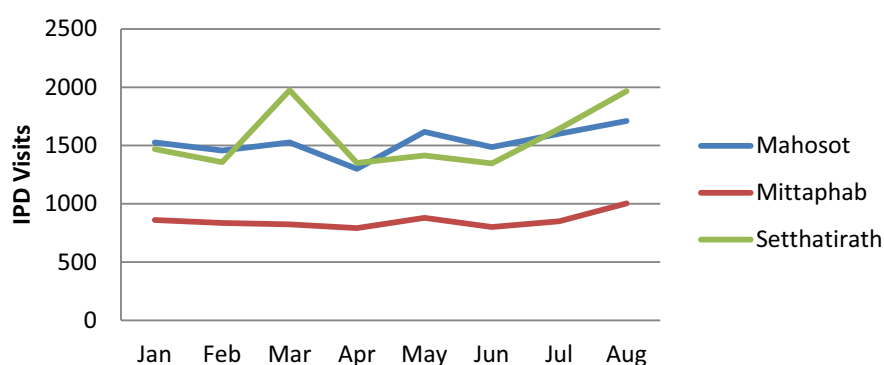


Source: Ministry of Health (Department of Planning and Finance), National Health Statistic Report 2009-10 Fiscal Year.

### **Inpatient Visits (IPD) and Bed Occupancy Rates**

Inpatient visits are significantly less frequent than outpatient visits by virtue of a number of important factors: it is primarily dependent on the number of beds, bed occupancy and turnover rates, and overall hospital utilization. Other contributing factors include: seriousness of diagnosis, service costs and the socioeconomic circumstances of patients. What is interesting to note is that despite Mahosot having a total of 450 beds and Setthathirath having 186, Setthathirath (1565.25 IPD) has a marginally higher average of inpatient visits than Mahosot (1528.25 IPD) for the period of Jan-Aug 2012. This indicates the under-utilization of inpatient services at Mahosot as compared to a smaller hospital, namely Setthathirath. There are many factors that may contribute to this finding. For instance, patients have a lower average length of stay at Setthathirath (3.11 days) than Mahosot (4 days), for the period of Jan-Aug 2012), which explains the higher average of inpatient visits at the former hospital despite the latter appearing to have a greater inpatient capacity (see Figure 18).

**Figure 18 - Inpatient Visits in  
Vientiane Capital Central Hospitals  
2012**

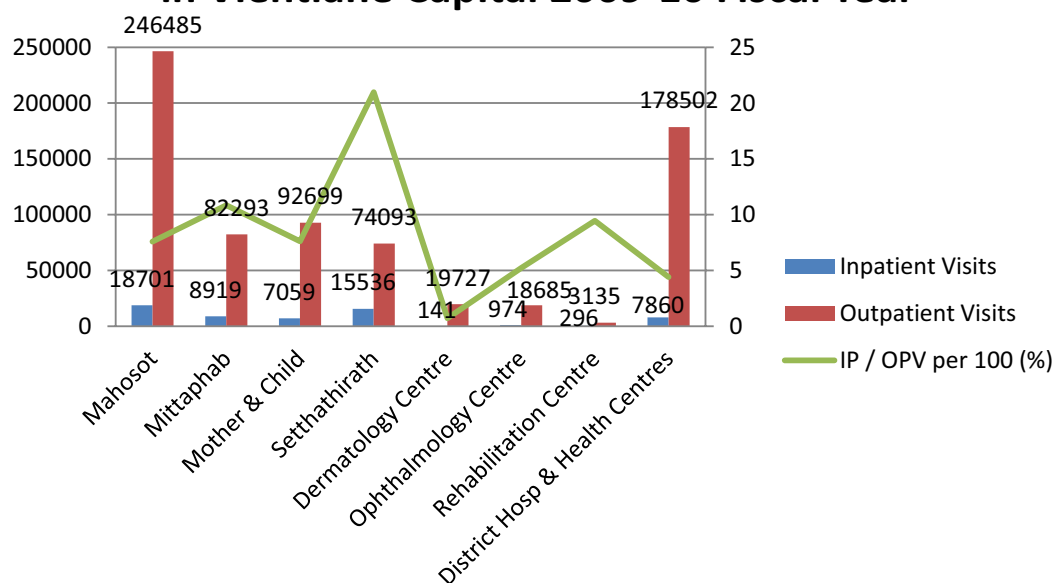


Source: LLC Research and Analysis 2012, Mahosot, Mittaphab and Setthathirath Monthly Medical Reports 2012.

The 2009-10 fiscal year data confirms the grossly disproportionate number of outpatient visits to inpatient visits. Mahosot's ratio of total inpatient visits as compared to Setthathirath is 1.2:1. This confirms our primary finding that despite Mahosot's significantly greater bed capacity than

Setthathirath, they are servicing a relatively similar number of inpatients each year (as observed in 2009-10 and 2012).

**Figure 19 - Inpatient and Outpatient Visits in Vientiane Capital 2009-10 Fiscal Year**



Source: LLC Research and Analysis 2012, Ministry of Health (Department of Planning and Finance), National Health Statistic Report 2009-10 Fiscal Year.

### *Bed Occupancy Rates 2012*

Bed occupancy rate (utilization) is a measure of the occupancy of the beds available for use and is generally a measure of efficiency and expresses how well the hospital is using its available capacity. It is often used as an operational quality measure as well as a target.

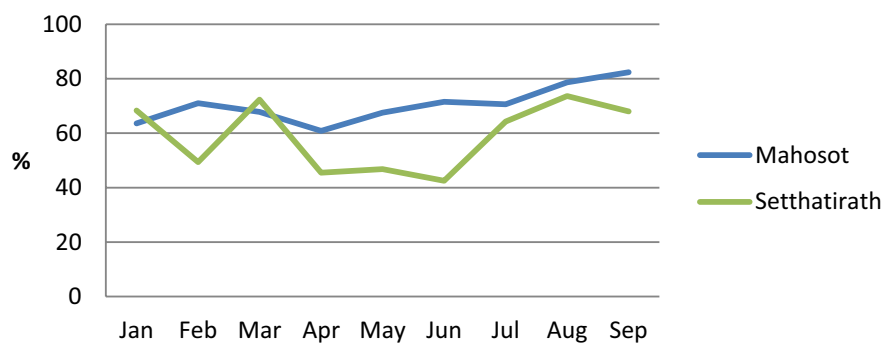
To calculate the Bed Occupancy Rate:

1. Find the "inpatient days of care" by adding the total number of days in which each patient occupied a bed in a facility over a specific period of time.
2. Find the "bed days available" by multiplying the number of available beds in the facility times the number of days in the period being analyzed. For instance, if a hospital has 100 beds and you are examining the occupancy rate for a specific year, multiply 100 by 365 to get 36,500 bed days available.

3. Divide the number of inpatient days of care by the number of bed days available. For instance, if you have 36,500 bed days available, and 32,000 inpatient days of care were used during the year, divide 32,000 by 36,500 to get 0.8767.
4. Multiply your answer from Step three by 100 to calculate the occupancy rate. For example, 0.8767 times 100 equals an occupancy rate of 87.67 percent.

It is important to analyze the number of monthly inpatient visits with reference to the corresponding bed occupancy rates for each central hospital as the two have interaction effects. Though Mahosot (1528.25 IPD) has a slightly lower average of inpatient visits than Setthathirath (1565.25 IPD) the average bed occupancy rate of Mahosot (70.44%) is marginally higher than Setthathirath (58.98%). This confirms that Mahosot's inpatient services are being significantly utilized with a longer average length of stay than Setthathirath, for the period of Jan-Aug 2012 (see Figure 20). However, it is noted that this is merely a snapshot of available data from two central hospitals in Vientiane Capital for a time period in 2012.

**Figure 20 - Bed Occupancy Rates in  
Vientiane Capital Central Hospitals  
2012**



Source: LLC Research and Analysis 2012, Mahosot, Mittiphab and Setthathirath Monthly Medical Reports 2012.

#### *Hospital Utilization 2009-10*

The hospital utilization of beds in Vientiane Capital for the 2009-10 fiscal year reveals a troubling situation for prospective patients of Mittaphab Hospital and Mother and Child Hospital.

Both hospitals have bed occupancy rates which exceed available capacity. Bed occupancy rates are a measure of the occupancy of beds available for use. A medical expert has confirmed that in situations where bed occupancy rates exceed 100%, it is not unusual for inpatients to sleep and receive treatment in visitor seating or personal mattresses in the hospital corridors. This also implies a lack of medical equipment and devices to treat inpatients, especially specialist wards such as intensive care and maternal care units.

Medical experts such as The Australian Medical Association and the Australasian College of Emergency Medicine have acknowledged that bed occupancy rates above 85% negatively impact on the safe and efficient operation of a hospital. In its Position Statement on "Acute Hospital Bed Capacity" (March 2005), the Irish Medical Organisation has also acknowledged an average bed occupancy of 85% as an "internationally recognised measure" that should not be exceeded. In 2005 the average hospital bed occupancy in the 30 OECD countries was 75%. Furthermore, the Department of Health in the United Kingdom (UK)<sup>1</sup> has found that bed occupancy rates exceeding 85% in acute hospitals are associated with problems dealing with both emergency and elective admissions. However, it is a fact of reality that subjective evaluations of optimal bed occupancy rates by Western medical experts may be overly ambitious for developing nations such as Lao PDR to comply with.

Bed turn-over rate is a measure of the extent of hospital utilization and overall productivity: it is the number of times there is a change of occupant for a bed during a given time period. It is the unofficial benchmark for hospital occupancy and the workload faced by hospital staff, both of which carry significant implications for the quality of care.

*Bed turn-over rate = Total number of discharges (including deaths) in a given time period / Average number of beds in the hospital during that time period*

Example:

- In a particular hospital, there were 2358 discharges in the year 2009
- Number of beds in that hospital in 2009 was 300
- Hospital Bed turnover rate =  $2358/300 = 7.86$

The correspondingly high bed turn-over rate of Mother and Child Hospital suggests that patients are being discharged as quickly as possible to compensate for the over-utilized available bed capacity. This may be a sign of efficiency at face value, however, the expected consequences are a significant drop in the quality of healthcare services.

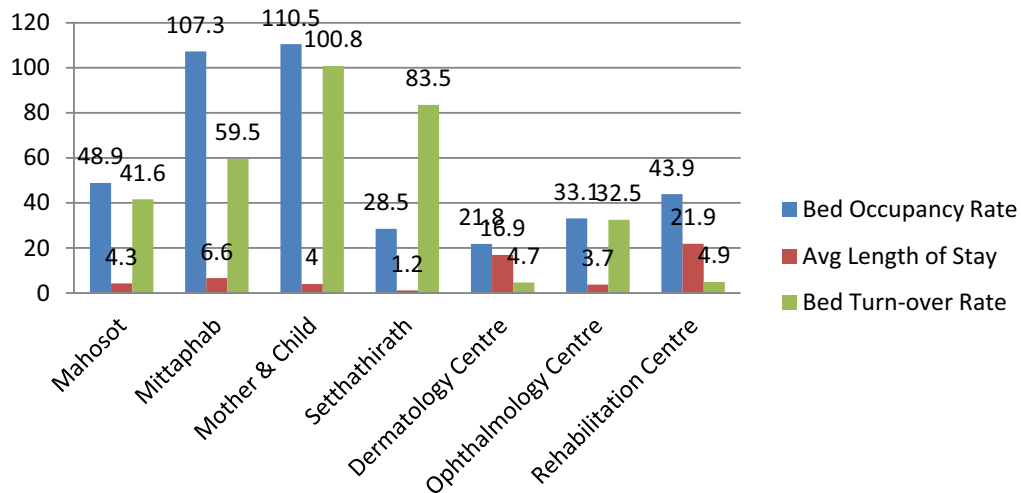
These are major considerations for prospective investors, as these figures suggest a dire need for hospital beds and services. A medical expert has suggested that investors should start with a small but reasonable level of capacity, such as 100 beds, and consider planning for staged expansion. Considering the population skew towards those aged between 0-19 yrs of age (49.1%, according to the Lao Statistics Bureau Statistical Yearbook 2011) and particularly those aged between 0-9 yrs of age (25.9%), it is of critical importance to improve medical services for maternal and childcare. This issue has been a policy driver for the Ministry of Health and the Government of Lao in its endeavors to modernize the healthcare system. This represents a clear opportunity for investors to build a hospital servicing maternal and child care and also competing services with Mittaphab Hospital which are over-utilized.

It is interesting to note that Setthathirath has a bed turn-over rate (83.5%) that is 2.93 times the bed occupancy rate (28.5%). This is indicative of and confirmed by a short average length of stay (1.2 days). It may be indicative of highly efficient services delivery or patient discharge on the basis of non-availability of services. The relationship between bed occupancy rate, the average length of stay and the bed turn-over rate is expressed by the formula depicted below:

$$\text{Bed occupancy rate} = (\text{Average length of stay} \times \text{Bed turn-over rate}) / 365$$

The data for the 2009-10 fiscal year suggests an under-utilization of available capacity at Mahosot, Setthathirath, the Dermatology, Ophthalmology and Rehabilitation Centres. Having interviewed a number of medical experts these figures may be distorted as it has been emphasized that all central hospitals are currently over-utilized with a lack of excess capacity to support any rapid increases in demand.

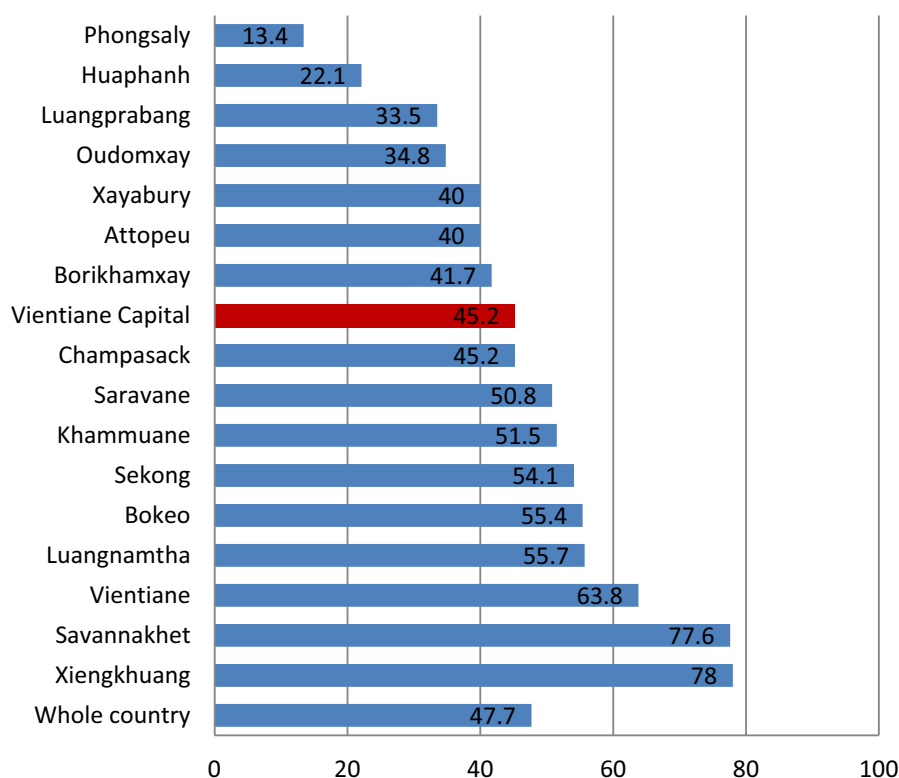
**Figure 21 - Hospital Utilization of Beds  
in Vientiane Capital 2009-10 Fiscal Year**



Source: LLC Research and Analysis 2012, Ministry of Health (Department of Planning and Finance), National Health Statistic Report 2009-10 Fiscal Year.

The data obtained for the 2009-10 fiscal year reveals that Vientiane Capital has an overall bed occupancy rate of 45.2%. Again it is expected that this figure has been distorted by the low utilization figures reported for Mahosot and Sethathirath. Medical experts have confirmed that the bed occupancy rates of 70.44% for Mahosot and 58.98% for Sethathirath are more accurate depictions of existing utilization rates than those reported in the National Health Statistic Report, yet still understates the regular over-utilization of maximum available capacity; that is, 100% is regularly exceeded at all central hospitals.

**Figure 22 - Bed Occupancy Rates  
in Lao PDR 2009-10 Fiscal Year**



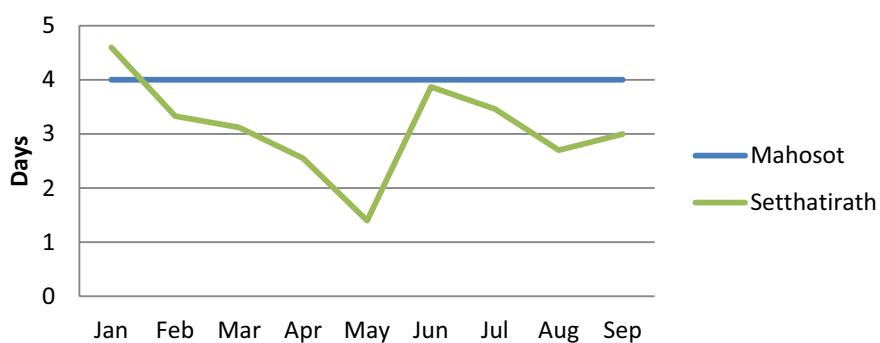
Source: Ministry of Health (Department of Planning and Finance), National Health Statistic Report 2009-10 Fiscal Year.

#### *Average Length of Stay (ALOS)*

The average length of stay which measures the average duration of patient stay in a health facility is largely indicative of the quality of care a patient receives during their stay. The objective of this important index is to identify unnecessary length of stay and discourage such instances, such that more patients are able to be admitted for treatment. Reduction of this index is likely to increase revenue for a number of reasons: it is easier to recover service costs from many users for short periods of stay; and long periods of stay are typically associated with recovery and means that less diagnostic and surgical procedures are being performed.



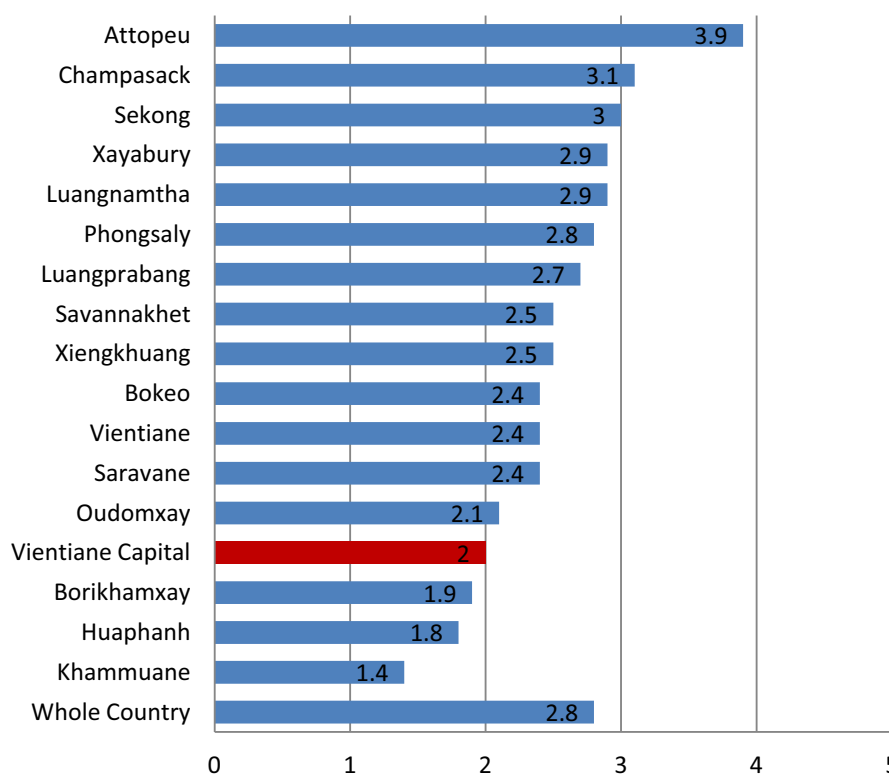
**Figure 23 - Average Length of Stay in  
Vientiane Capital Central Hospitals  
2012**



Source: LLC Research and Analysis 2012, Mahosot, Mittiphab and Setthathirath Monthly Medical Reports 2012.

The average length of stay for all hospitals, reported in the 2009-10 fiscal year, is only 2 days on average. This is one important factor in explaining the significantly higher number of outpatient visits than inpatient attendance.

**Figure 24 - Average Length of Stay in  
Lao PDR 2009-10 Fiscal Year**

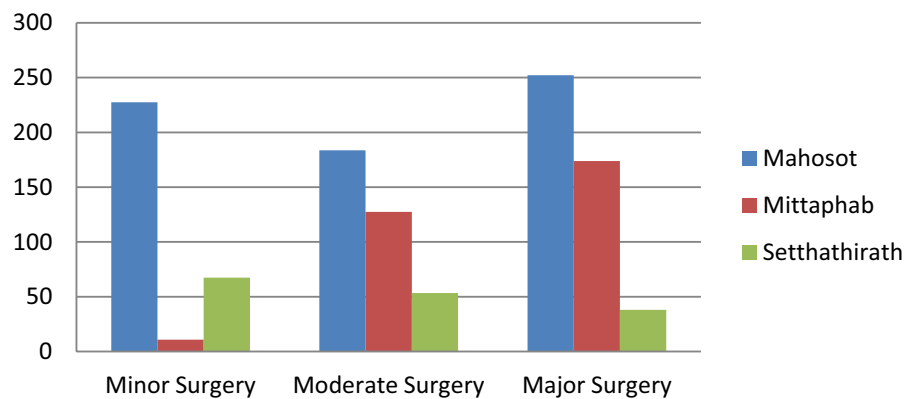


Source: Ministry of Health (Department of Planning and Finance), National Health Statistic Report 2009-10 Fiscal Year.

#### *Average Number of Surgeries by Central Hospitals in Vientiane Capital*

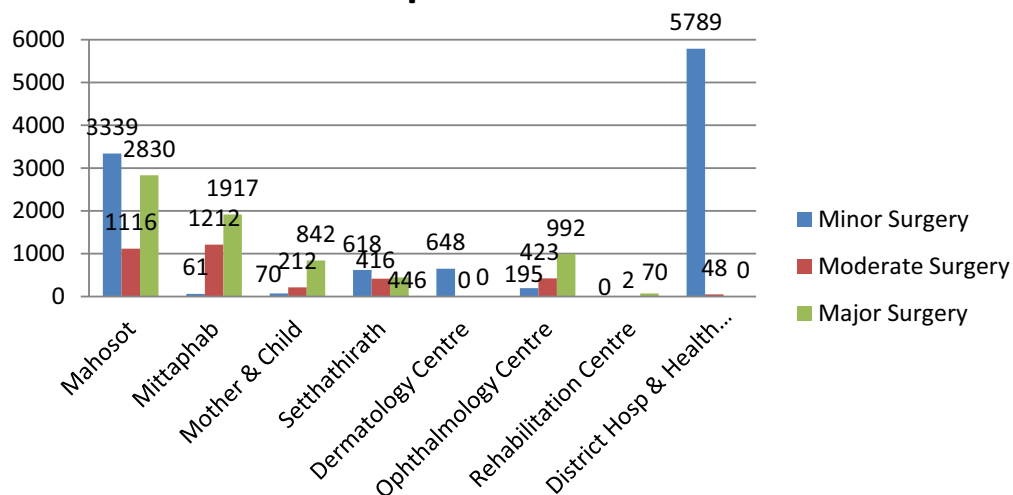
The trendlines which have been plotted on the graph below are suggestive of the surgical procedures each central hospital specialises in. The data indicates that Mittaphab focusses on moderate and major surgical procedures. This is consistent with the areas of expertise and major priorities claimed by the hospital: namely, othopaedic, neurology and renal surgery. Sethathirath appears to be skewed towards minor surgeries. Considering that

**Figure 25 - Average No. of Surgeries by Hospitals in Vientiane Capital 2012**



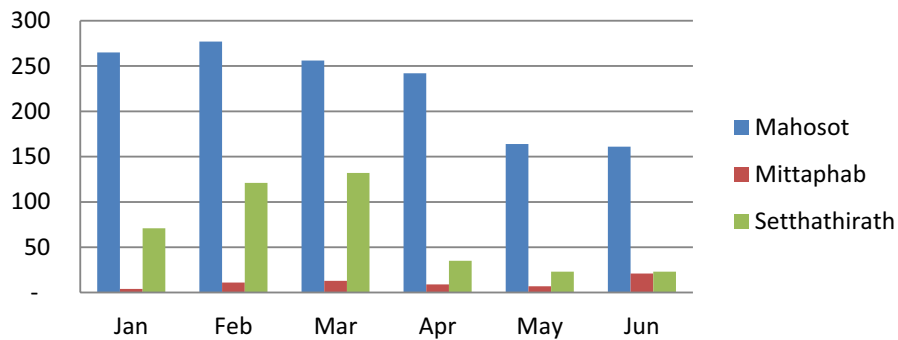
Source: LLC Research and Analysis 2012, Mahosot, Mittiphab and Setthathirath Monthly Medical Reports 2012.

**Figure 26 - Total Surgeries by Hospitals in Vientiane Capital 2009-10 Fiscal Year**



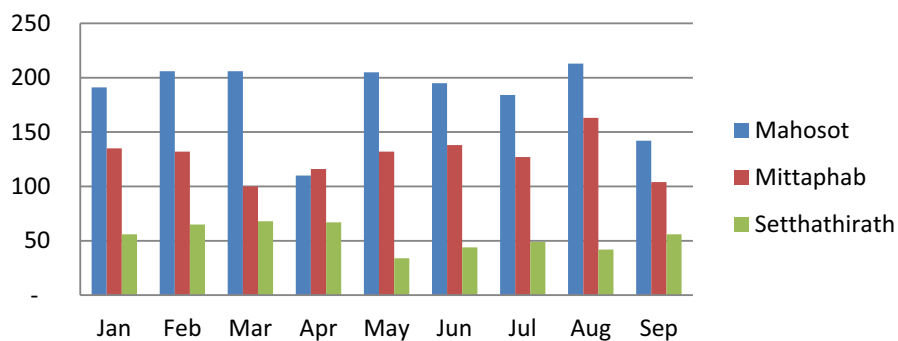
Source: Ministry of Health (Department of Planning and Finance), National Health Statistic Report 2009-10 Fiscal Year.

**Figure 27 - Minor Surgery in  
Vientiane Capital Central Hospitals  
2012**



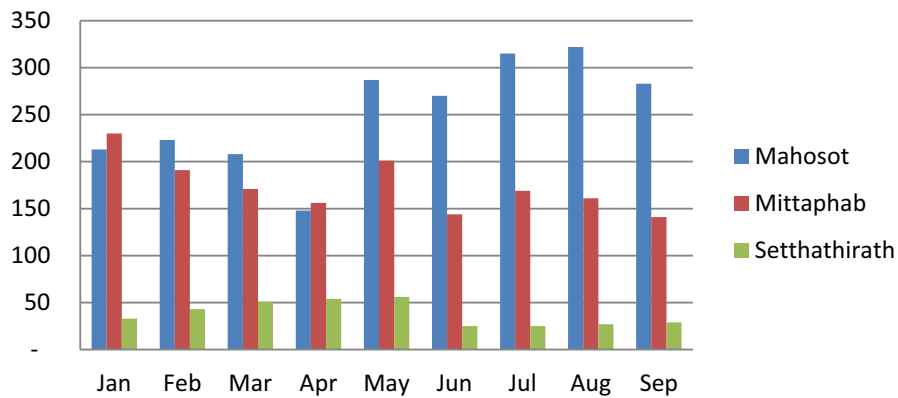
Source: LLC Research and Analysis 2012, Mahosot, Mittaphab and Setthathirath Monthly Medical Reports 2012.

**Figure 28 - Moderate Surgery in  
Vientiane Capital Central Hospitals  
2012**

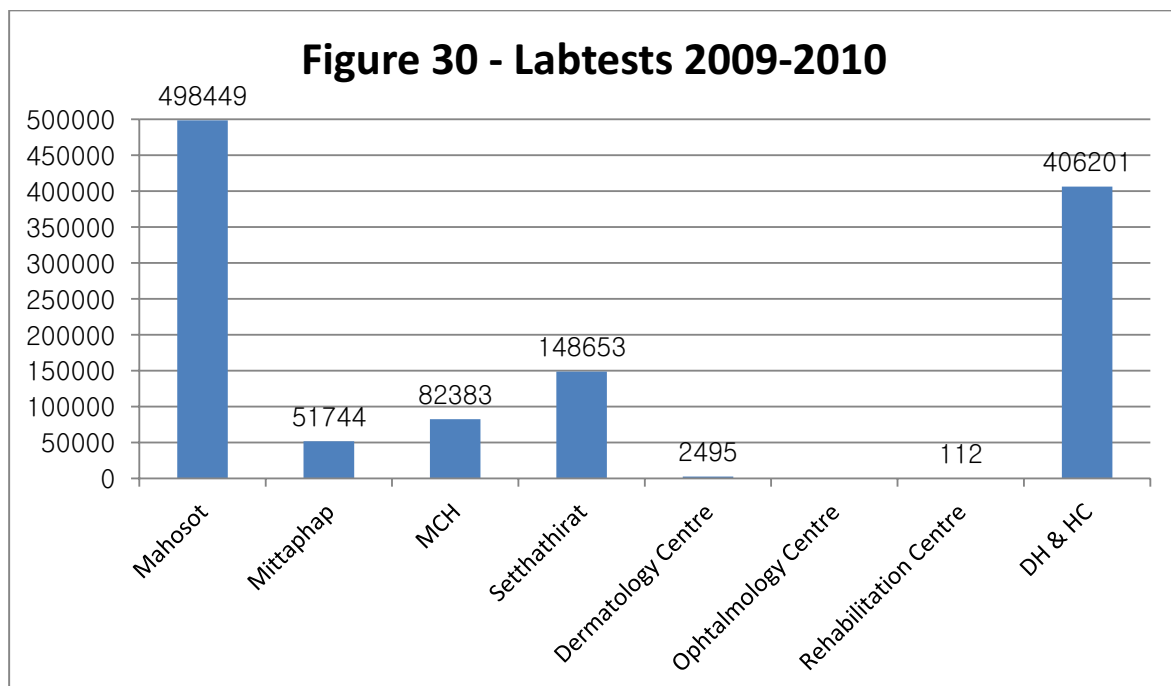


Source: LLC Research and Analysis 2012, Mahosot, Mittaphab and Setthathirath Monthly Medical Reports 2012.

**Figure 29 - Major Surgery in  
Vientiane Capital Central Hospitals  
2012**



Source: LLC Research and Analysis 2012, Mahosot, Mittiphab and Setthathirath Monthly Medical Reports 2012.



#### IV. EMERGING HEALTHCARE MARKET IN NEIGHBORING COUNTRIES

##### *Hospitals in Northeast Thailand*

There is no data available to the public from the Ministry of Health of Lao PDR or from private hospitals in Thailand on the number of Lao patients utilizing services at Thai hospitals. Reliable health data specific to hospitals is difficult to obtain and mainly undisclosed or do not exist (Sommer, 2010). However, it can be understood that the healthcare market of Vientiane Capital is closely linked to the market of Thailand's northeastern province of Nongkhai and Udonthani.

Due to a deemed lack of efficient and quality healthcare services in Lao hospitals, people who can afford to are likely to seek medical treatment in Thailand. The following are some main reasons motivating Lao patients from Vientiane Capital to travel to Thai hospitals:

- Modern medical technology
- Quality services
- Geographical proximity
- Language and cultural similarities
- Advertisement

The information below is from hospitals in provinces of Thailand near Vientiane Capital. They are hospitals where medical tourism from the Lao PDR are extremely prevalent.

##### **Ek Udon International Hospital (Udonthani, Thailand)**

<b>Ek Udon International Hospital (Udonthani, Thailand)</b>	
<b>Out-patient department</b>	Services: <ul style="list-style-type: none"><li>- Internal Medicine</li><li>- Cardiovascular</li><li>- Gastroenterology</li><li>- Check-Up</li><li>- General Surgery</li><li>- Orthopedics</li><li>- Plastic Surgery &amp; Beauty Care</li><li>- Urology</li><li>- Obstetric and Gynecology</li><li>- Infertility</li><li>- Eye, Ear, Nose and Throat</li><li>- Pediatrics</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dental</li> </ul> <p><b>Facilities:</b></p> <p>20 medical examination rooms capable treat over 500 patients daily.</p>
<b>Emergency &amp; Trauma Department</b>	<p><b>Facilities:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 15 beds fully equipped with modern medical equipment e.g. cardiac stimulators.</li> <li>- Two ambulances fully installed with advanced medical equipment are available on a 24-hour basis.</li> <li>- a medical airlift program is available in case of emergency.</li> </ul>
<b>Inpatient Department</b>	<p><b>Facilities:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- one VIP room,</li> <li>- two superior rooms,</li> <li>- seventeen standard single(deluxe) rooms and</li> <li>- two 4-bed shared rooms.</li> </ul> <p>All rooms are luxurious hotel-like furnished with e TV set, a refrigerator, hot water shower, electric controlled beds.</p>
<b>Hemodialysis department</b>	<p><b>Facilities:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 6 beds for patients who require dialysis or hemodialysis service. One can also perform this service 2 – 3 rounds a day.</li> </ul>
<b>Operation department</b>	<p><b>Facilities:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 8 operating theatres, 7 large and 1 small, fully equipped with high efficiency antiseptic equipment.</li> </ul>
<b>Radio diagnosis department</b>	<p><b>Facilities:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- One advanced spiral computerized X-ray,</li> <li>- ultrasound equipment,</li> <li>- echocardiogram equipment,</li> <li>- mammography equipment</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- extra-or-dinary X-ray including barium enema (for colon),</li> <li>- upper GI study,</li> <li>- hysteron salpingography and myelography.</li> </ul>
	<p><b>Dental Care Center</b></p> <p>Services include:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- diagnosis</li> <li>- operative</li> <li>- endodontics</li> <li>- pedodontics</li> <li>- oral, maxilla facial surgery</li> <li>- periodontics</li> <li>- prosthodontics &amp; esthetic dentistry</li> <li>- orthodontics</li> <li>- occlusion</li> </ul> <p><b>Note:</b> Open daily (Mon-Sat 10.00 - 19.00 , Sun 9.00 - 17.00 )</p>
<b>Physical Therapy Dept.</b>	<p>Facilities:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ultrasound,</li> <li>- muscle stimulators,</li> <li>- vibrators and whirlpool sprayer.</li> </ul> <p><b>Note:</b> Open daily (Mon-Fri 10.00 - 19.00 , Sat, Sun 9.00 - 17.00)</p>
<b>Laboratory Dept.</b>	<p>Services;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- blood tests,</li> <li>- stool tests and urine tests including biopsies.</li> <li>- With a blood bank on the premises and a fully equipped laboratory department that is open 24 hours a day.</li> <li>- perform pre-employment medical check-ups to local.</li> </ul>



<b>Obstetrics Dept.</b>	<p>Facilities:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- private pre-birthing and delivery suites.</li> <li>- Nursery Unit specially equipped with modern neonatal facilities</li> <li>- Modern medical equipment and instrument include respirators, incubators, phototherapy, and electric breast-feeding equipment.</li> <li>- full-time practitioners or medical specialists</li> </ul>
<b>Nursery Dept.</b>	<p>Facilities:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- modern neonatal facilities</li> <li>- Modern medical equipment and instrument include respirators, cubators, phototherapy and electric breast-feeding equipment.</li> <li>- Our full-time practitioners or accredited visiting medical specialists.</li> </ul>
<b>Intensive care Unit (ICU)</b>	<p>Facilities:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 8 beds in this unit,</li> <li>- well equipped with modern saving life equipment e.g. cardiac monitor, automatic blood pressure scale, computerized respirator, automatic control for saline water, and digital defibrillators with monitor</li> </ul>
<b>Lithotripsy Center</b>	<p>Services:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- non-surgery treatment of urolithiasis with the latest modern equipment e.g. Shockwave Ultrasound.</li> </ul>

Sources: based on internet sources of Ek Udon Internation Hospital and survey data.

## **Wattana Hospital Group**

Wattana Hospital Group has two hospitals located in Nongkhai Province (10 minutes drive), and in Udonthani Province (45 minutes drive) from Laos-Thai Friendship Bridge, respectively. Online, telephone appointment booking are available. Most importantly, ambulance services across the border are available as well.

<b>Wattana Hospital Group</b>	
Nephrology Clinic	2 Doctors
Heart Clinic	3 Doctors
Infectious Disease Clinic	1 Doctor
Internal Medicine Clinic	2 Doctors
Arthritis Clinic	1 Doctor
Pediatric Clinic	2 Doctors
Surgery Clinic	2 Doctors
Orthopedic Clinic	5 Doctors
Neurological Clinic	1 Doctors
Urology Surgery Clinic	1 Doctor
Cardio Vascular Thoracic Clinic	1 Doctor
Plastic Surgery Clinic	4 Doctors
Obstetric & Gynaecological Clinic	3 Doctors
Ophthalmology Clinic	3 Doctors
GI Center	1 Doctor
Ear Throat Nose Clinic	1 Doctors
Radiology Department	4 Doctors
Dematology and	4 Doctors

Beauty Clinic	
Dental Clinic	1 Doctor
General Medicine Clinic	3 Doctors

Source: <http://wattanahospital.net>, 04 January 2012

	<b>Wattana Hospital Group</b>	
	<b>Services</b>	<b>Description</b>
1	Family Medicine Biomedical Services	<p>* Clinical chemistry – diagnosis of diseases such as diabetes, liver and kidney functionalities, and poisons or drug misuse</p> <p>* Cytology – investigation of cellular material from almost parts of the body (screening of cervical smears)</p> <p>* Hematology – studying the structures and functions of the different types of blood cells, counting blood cells, identifying abnormalities and estimating hemoglobin levels for diagnosis of anemia and leukemia. Abnormalities of blood coagulation (clotting) are also studied.</p> <p><b>Full-time hematologist provided.</b></p> <p>* Histopathology – investigation of tissue samples</p> <p>* Immunology – investigation of abnormalities and disturbances in immune system associated with conditions and diseases such as allergies, leukemia, tumors and AIDS. Immunologists are available some week.</p> <p>* Medical Microbiology – Identification of micro-organisms, such as bacteria, fungi and parasites, testing their susceptibility to</p>

		<p>antibodies. Diseases diagnosed can include meningitis, food poisoning, urinary tract infections, tuberculosis and septicemia.</p> <p>*Transfusion science – Identification of individual blood groups and testing for the compatibility of donors’ blood with that of patients.</p> <p>* Virology – identification of viral infections such as hepatitis, HIV, rubella and influenza.</p>
2	<b>Pediatrics and Child Development Center</b>	<p>General Pediatrics</p> <p>Pediatric Developmental Disabilities</p> <p>Pediatric Allergy</p> <p>Pediatric Diabetes</p> <p>Pediatric Infectious Disease</p> <p>Pediatric Nephrology</p> <p>Pediatric Gastroenterology</p>
3	<b>Well Baby Center</b>	<p>Child immunization</p> <p>Baby development assessment</p> <p>Baby nutrition planning</p> <p>Baby behaviour counseling</p>
4	<b>Diabetes Center</b>	<p><b>Offering a comprehensive approach to treatment of diabetes and other endocrine disorders with services include</b></p> <p>* Identification of pre-diabetes to prevent the onset of the disease</p> <p>* Provision of treatment protocols for women with prenatal diabetes</p> <p>* Regular check up to prevent diabetic complications on eye and foot</p> <p>* Eye and foot care for a diabetic patient</p> <p>* Dietary and behavioral counselling</p> <p>* Personal health and medical education</p> <p>* Medication counselling</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>* Adverse drug reaction counselling</li> <li>* Identification and management of other hormonal diseases</li> <li>* Diabetes Screening for relatives of patients</li> <li>* Home Visit and Home Healthcare</li> </ul>
5	<b>Allergy and Asthma Center</b>	<p><b>Providing a comprehensive program for diagnosis and treatment of allergy symptoms.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Asthma and allergic rhinitis</li> <li>* Food allergies</li> <li>* Urticaria (hives)</li> <li>* Chronic cough</li> <li>* Allergy to stinging insects</li> <li>* Adverse drug reaction</li> <li>* Immunotherapy</li> <li>* Primary immunodeficiency evaluation and treatment</li> <li>* Patient counseling in correct inhalation technique for asthma inhalers</li> </ul>
6	<b>Hypertension Clinic</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Screening and detection</li> <li>* Medication therapy management</li> <li>* Physical therapy</li> <li>* Nutrition planning</li> <li>* Self check counseling</li> <li>* Patient home visit and home healthcare</li> </ul>
7	<b>Digestive and Liver Diseases (Gastroenterology) Center</b>	<p><b>Providing a comprehensive approach to the diagnosis and treatment of digestive diseases with services include:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Diagnosis and treatment of gastrointestinal or liver discomforts and disease</li> <li>* Preventive Gastrointestinal Complications</li> <li>* GI infections</li> <li>* Diagnosis and treatment of stress related digestive disease</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>* Early detection and treatment of GI cancers</li> <li>* Gastroscope</li> </ul>
8	<b>Preventative Cardiology Center</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Early detection and treatment of cardiac disease</li> <li>* Electrocardiography</li> <li>* Echocardiography</li> <li>* Cardiology internist is available many days in a week.</li> </ul>
9	<b>Nephrology Center</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Treatment of kidney diseases</li> <li>* Early detection and treatment of kidney cancer</li> <li>* Preventative nephrology program</li> <li>* Hemodialysis center for patient in end stage renal disease.</li> </ul>
10	<b>Orthopaedic Center</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* General orthopaedics</li> <li>* Treatment of peripheral nerve disorders</li> <li>* Pediatric orthopaedics</li> </ul>
11	<b>Fertility Center</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Hormone therapy</li> <li>* Fertility counseling</li> <li>* Infertility consultation and Family planning</li> <li>* Infertility management by Blastosis method</li> <li>* Reproductive medicine and fertility services</li> <li>* Birth control</li> </ul>
12	<b>Women's Center</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Gynecology consultations</li> <li>* Pre-marital clinic</li> <li>* Pre-natal clinic</li> <li>* Postpartum care</li> <li>* Fetal assessment</li> <li>* Menopause clinic</li> <li>* Early Gynecology and breast cancer detection and treatment</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>* Inter Uterine Device</li> <li>* Breast care</li> <li>* Mammography and breast exams</li> <li>* PAP smears with “Thin Prep” accuracy</li> </ul>
13	<b>Ear, Nose &amp; Throat Center</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Ear, nose and throat consultation</li> <li>* Microscopic examination</li> </ul>
14	<b>Eye Center</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Eye diseases evaluation and management</li> <li>* Comprehensive vision testing and cancer screening</li> <li>* Fitting of eyeglasses</li> </ul>
15	<b>Dental and Orthodontics Center General Dentistry</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Examination and consultation</li> <li>* Prophylaxis</li> <li>* Scaling and polishing</li> <li>* Filling</li> <li>* Bleaching</li> </ul> <p><b>Pediatric Dentistry: Sealant, Fluoride treatment, Preventive counseling Orthodontics:</b></p> <p>Other dental services e.g. Pulp removal, Root canal treatment, Root planning, Full dentures, Removable dentures, Crowns and bridges</p>
16	<b>Skin Center General Dermatology</b>	<p>Examination and consultation for general skin problems such as acne, melasma, freckle, wrinkle, hair loss, skin cancer screening</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Skin check</li> <li>* Tropical skin diseases</li> <li>* Beauty and skin treatment e.g. facial rejuvenation by laser, skin resurfacing for wrinkles and pitted scars, hair removal</li> <li>* Skin Laser center e.g. removal of Age Spots, Moles and Warts,</li> </ul>

		treatment of Keloids
17	<b>Rehabilitation Center</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Rehabilitation Physicians</li> <li>* Physical Therapists</li> <li>* Occupational Therapists</li> <li>* Acupuncture Treatment</li> </ul>
18	<b>Anti-Aging and Preventive Medicine</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Well-being Program</li> <li>* Age Management Program</li> <li>* Weight Management Program</li> <li>* Carboxy treatment</li> <li>* Preventive and Regenerative Care</li> <li>* Hormone Balanced Program</li> </ul>
19	<b>Travel Medicine Center</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* General Infectious Diseases</li> <li>* Tropical Infectious Diseases</li> <li>* Travel Medicine</li> <li>* Consultation and counseling before and after traveling</li> <li>* Preventative measures for travel-related diseases such as malaria</li> <li>* Immunization and certificates of immunization</li> <li>* Diagnosis and management of diseases related to travel</li> </ul>
20	<b>Health Check Up and Wellness Center</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Physical examination</li> <li>* Patient history assessments</li> <li>* Body fat % and distribution calculation</li> <li>* Complete Clinical Laboratory testing</li> <li>* Tumor markers testing</li> <li>* Radiology</li> <li>* Ultrasonography</li> <li>* Mammography and breast exams</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>* Home Visit and Home Healthcare</li> <li>* Dental exams</li> <li>* Vision exams</li> <li>* Complete non-invasive cardiac testing</li> </ul>
	<b>Wattana Special Clinic</b>	<p><b>Heart Clinic</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Check up by internal medical doctor specialty in coronary system.</li> <li>- Echocardiography and Exercise Stress Test screening are available especially for patient with Acute Myocardial Infarction</li> <li>- Warfaric special clinic. What we concern most is the safety of using Warfarin. The patient will be evaluate and screen the side effects of warfarin.</li> </ul> <p><b>Diabetes Mellitus Club</b></p> <p>We have specialists to take care, prevent, and give medical necessary information for our DM patients.</p> <p>DM hotline, specially for DM patients in case of emergency assistance is needed.</p> <p>A special clinic taking care of patients' eyes and feet to prevent complications from Diabetes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- All year DM activity.</li> <li>- We have a DM medical team, who specially taking care of patients with Diabetes Mellitus.</li> <li>- A continuous care since staying in the hospital until going back home.</li> <li>- (Home Health Care Center)</li> <li>- We have volunteer network to take care of the patients in each region, specialists to take care, prevent, and give medical necessary information for our DM patients.</li> </ul> <p>DM hotline, especially for DM patients in case of emergency assistance is needed.</p>

		<p>A special clinic taking care of patients' eyes and feet to prevent complications from Diabetes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- All year DM activity.</li> <li>- We have a DM medical team, who specially taking care of patients with Diabetes Mellitus.</li> <li>- A continuous care since staying in the hospital until going back home.</li> <li>- (Home Health Care Center)</li> <li>- We have volunteer network to take care of the patients in each region.</li> </ul>
--	--	---

Source: <http://wattanahospital.net>, 04 January 2012

**Bangkok Hospital Udon** has established itself since 2012 by purchasing Prachaveth Hospital in Udon, details as below:

Value	approximately US\$ 18 million
Area	11,200 sq.m
Building	20,000 sq.m (10 stories)
Beds	120
Parking	120 lots
Fulltime	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medical staff 20</li> <li>- Nurses:50</li> <li>- General staff: 150</li> </ul>
Expansion plan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Initial stage is to open poly-clinic in Vientiane Capital.</li> <li>- Feasibility study for a-50-beds hospital</li> </ul>
Expectation:	For the first 5 years, the hospital can sustain itself provided there are 20 out-patients and 30 in-patients. After than it is expected a growth at 15%-20% per year.
Targeted groups	Middle and upper market, including expatriate from Vientiane Capital

Sources: Prachachat Online ([www.prachachat.net](http://www.prachachat.net)) and ([www.healthfocus.in.th](http://www.healthfocus.in.th))

## VI. INVESTMENT AND CONSTRUCTION

### 1. Investment Promotion Law

The Lao PDR has recognized that foreign direct investment is a major potential contributor to the nation's growth and development. In light of the importance of the health care sector, the *Law on Investment Promotion* No. 11/NA (22 October 2004) ("Investment Promotion Law") offers income tax holidays for timeframes between 1 to 10 years as per investment type and location. In the case of the former, the law identifies 3 levels of 'promoted sectors' which cut across agriculture, industry, handicraft and services. (The criteria on which investment opportunities will be categorized across the 3 levels is however, not detailed in the law). The Investment Promotion Law stipulates that the promoted 3 different levels are based on the prioritized activities of the Government including: activities related to poverty reduction, improvement of living conditions of the people, construction of infrastructure, human resource development, employment, etc.

- Level 1: Activities with top level of promotion;
- Level 2: Activities with medium level of promotion;
- Level 3: Activities with low level of promotion.

The list of promoted activities is found in Annex 1 of the Investment Promotion Law. The 'construction of private modern hospitals' is classed as a Level 1 priority (coded 8790). Other Health Sector promoted activities can be found at Part VII of Annex 1.

In the case of the investment location the law outlines 3 levels of 'promoted zones' which prioritize investment in deprived areas where socio economic development has been lagging behind and where infrastructure is poor. Each zone refers to investment promotion zoning based on the level of socio-economic infrastructures available to facilitate investment and the geographic conditions of the region. The majority of Vientiane capital is classified as Zone 3 which is where good infrastructures are available to support investments and is classified as attracting a low level of investment promotion. Annex 2 of the Investment Promotion Law lists the investment promoted zones.

	<b>Zone 1</b>	<b>Zone 2</b>	<b>Zone 3</b>
Vientiane Capital	Sangthong District	Pakngum District	Chanthaboury District Sikhottabong District Xaysettha District Sisatthanak District Hadsaifong District Nasaithong District Xaythany District

## **2. Incentives and Tax Holidays**

Article 54 of the Investment Promotion Law states that investment in hospitals shall be eligible to obtain exemptions of rental or land concession as follows:

- Zone 1: exemption of rental or land concession for 15 years;
- Zone 2: exemption of rental or land concession for 10 years;
- Zone 3: exemption of rental or land concession for 3 years.

Hence, the construction of a private modern hospital is likely to get an exemption of rental or land concession for 15 years. Also, investment in hospitals shall be eligible to obtain an additional period of profit tax exemption for five more years.

Article 51 of the Investment Promotion Law stipulates the following incentives for Zone 3 investments related to profit taxes:

- Activities with Level 1 of investment promotion shall receive profit tax exemption for 4 years.
- Activities with Level 2 of investment promotion shall receive profit tax exemption for 2 years.
- Activities with Level 3 of investment promotion shall receive profit tax exemption for 1 year.

Therefore, the construction of a private modern hospital is likely to attract a profit tax exemption for 4 years.

Article 52 of the Investment Promotion Law stipulates that investors are exempt from profit tax in the next accounting year for an enterprise that spends the net profit to expand its business. Also, an investor can carry forward any balance sheet losses to the following fiscal year as a deduction from profit within a period of 3 years.

### **3. Limitations on FDI**

Article 10 of the Investment Promotion Law stipulates that foreign investors investing in a joint-venture form of investment shall contribute capital of at least ten per cent (10%) of total capital.

A foreign investor may take a majority of shares in the joint-venture investment if stipulated in the joint-venture agreement. There is nothing in the Investment Promotion Law which would prevent this type of share holding distribution.

The Ministry of Planning and Investment, Investment Promotion Department, released an Investment Guide Book in 2011 which consists of the following sections:

1. General Information: The map of Lao PDR
2. Regulatory Authorities
3. General Customs, Tax System and Fiscal Incentives
4. Forms of Investment and Term of Investment
5. Investment Approval Procedures
6. Regulations on Importation
7. Reporting on Investment Activities
8. Regulations on Changing Legal Basics
9. Disputes Resolution Mechanism

There does not exist a government guide for the share holding structure of a domestic or foreign joint venture. Share holding structures are typically negotiated between the joint-venture parties and then stipulated in the joint-venture agreement.

#### **4. Repatriation of profits**

We note that there are only a few legal requirements which must be satisfied before dividends derived from investment in Laos can be repatriated overseas. Under Article 68 of the Law on Investment Promotion, foreign investors are entitled to repatriate their profits provided that they have discharged all their obligations including tax and payment of salaries to the employees.

##### **1. Purchase of foreign currency for repatriation of dividends**

Under Article 5 of the *Instruction on Implementation of Decree Law on Management of Foreign Currency and Precious Metals No. 1/PC dated 17 March 2008*, No. 01/BOL issued 2 April 2010 (“BOL Instructions 2010”), a commercial bank is able to sell foreign currency to individuals or legal entities located inside or outside of the Laos for the purpose of transferring dividends, upon submission of the following documents:

- a) Application to purchase foreign currency;
- b) Resolution of the Board or shareholders' meeting regarding the distribution of dividends;
- c) Foreign Investment License; and
- d) Enterprise Registration License.

We note that in practice, there is no particular restriction on the purchase of foreign currency provided. As a reference, verbal statements made by Ms Vinekham Lounthone, the Chief of Foreign Currency Management Division at the Monetary Policy Department of the BOL on the 11<sup>th</sup> day of August 2010 (“Statements from the BOL”), confirm that transactions involving the purchase of foreign currency are carried out smoothly as a result of steady increase in the amount of foreign reserve in recent years due to continuous inflow of foreign currency from foreign direct investment, especially in the areas of hydro power projects.

##### **2. Transfer of foreign currency for repatriation of dividends**

Under Article 23 of the BOL Instructions 2010, a foreign investor may transfer its dividends from business operations to overseas through a commercial bank in Laos, upon submission of the following documents:

- a) Application for overseas transfer;

- b) A copy of bank account statement at a commercial bank;
- c) Capital Importation Certificate issued by the BOL;
- d) Tax payment certificate; and
- e) Resolution of the Board or shareholders' meeting regarding the distribution of dividends.

We note that the Statements from the BOL confirms that foreign currency is freely transferrable to overseas in accordance with the obligations under Article VIII of the Agreement of the International Monetary Fund. The Statements from the BOL further confirms that there is no requirement under the law or as a matter of practice, to report and obtain an approval from the BOL in respect of the transfer of foreign currency for repatriation of dividends. Such a transfer is processed electronically at the commercial banks and the obligation is on those commercial banks to manage a mechanism of reporting to the BOL.

## 5. Land matters

- Land price per metres squared in some districts and villages in Vientiane Capital.

Location (Vientiane Capital)	Lao Kip/Sq.m
Napok Village, Xaythany District	130,000
Xangku Village, Xaythany District	2,800,000
Sumkhet Village	150,000
Donkoy Village, near Sethathirath Hospital	950,000
Xangda Village	150,000
Dongsavath Village	550,000
Phonngam Village, Xaythany District	80,000
Paksabmai Village, Xaythany District	80,000
Nongkheo Village	650,000
Nonnieng Village	800,000
Dongmakhai Village, Xaythany District	78,000
Sisathanak District	1,600,00

Source: Vientianemai Newspapers

- The rental period is subject to negotiation with the Lessor.

According to the Temporary Decision on Fees for Land Measuring issued by National Land Authority No. 499, dated 09 May 2008, Article 2 stipulates the services fees for construction land, as below:

	Area of measuring	Basic rates per parcel (Lao Kip)	Services fees (Lao Kip/m <sup>2</sup> )		
			Municipality	Outskirts	Rural
1	Flat land	250,000 (\$31.25)	50 (\$0.00625)	45 (\$0.0056)	35 (\$0.0043)
2	Plateau	200,000 (\$25)	40 (\$0.0050)	35 (\$0.0043)	30 (\$0.00375)
3	Mountainous	150,000 (\$18.75)	30 (\$0.00375)	25 (\$0.0031)	20 (\$0.0025)

## 6. Land Laws

The *Land Law* No. 04/NA (21 October 2003) (“Land Law”) provides that land is under the ownership of the “national community” resonating provisions in the Constitution. This means that any individual or entity, Lao or foreign, cannot “own” land. Instead, individuals and entities can be granted “land use rights” that are analogous to freehold ownership or “usufructs”, which is a civil law concept granting long-term rights to use land for productive activities.

Article 58 of the *Law on Investment Promotion* No. 02/NA (8 July 2009) provides that foreign investors with a registered capital of US\$500,000 are entitled to purchase land from the government in order to build residential housing or office buildings according to the allocation and investment timeframe, and with the agreement of the relevant authorities. Article 50 of the *Decree on Implementation of Law on Investment Promotion* No. 119/PM (20 April 2011) (“Decree on Investment Promotion”) limits such land to eight hundred square meters and a condition that the land use right may be purchased from the State only once. Article 52 of the Decree on Investment Promotion gives a foreign investor the right to



transfer the land use right to any other investor that has met all the conditions as prescribed in Article 50 of the Decree. The term of the transferred land use right shall not exceed the remaining period stated on the land title. Article 53 of the Decree on Investment Promotion states the following obligations of foreign investors receiving land use rights:

- To pay the cost of the purchase of the land use right at the market price;
- To pay fees for the transfer of the land use right;
- To pay the annual fees of the land use right at the rate set out in the law and the regulations of Lao PDR.

Aside from these limited provisions in the Lao Investment laws, foreign individuals and foreign-invested companies, including joint ventures, are restricted to leasing land from Lao PDR citizens, or receiving land concessions from the State (Article 64 of the Land Law). Article 65 of the Land Law states that the period of land lease or grant of concession shall be based on the characteristics, size and conditions of the intended operations on the land. The maximum period of a land lease by Lao citizens to foreign investors cannot exceed thirty years, but may be extended on a case by cases basis by the Government of Lao. The maximum period of a land lease or concession by the State to foreign investors cannot exceed fifty years, but may be extended on a case by cases basis by the Government of Lao. In specific economic zones and special economic zones, the maximum period for land lease cannot exceed seventy-five years, but may be extended on a case by case basis. However, these zones are on the fringes of Vientiane Capital and the construction of hospital facilities in such locations would not be feasible until urban and commercial development reaches these areas.

Article 66 of the Land Law lists the following rights of foreign individuals to receive benefits from the leave or concession of land:

- To sell personal property relating to the contract of land lease or concession;
- To use the aforementioned personal property as collateral for dealings with banks or other financial institutions. The use of fixed assets as collateral requires prior approval from the State;

- To sublease the land lease right for a period that does not exceed the lease period in the main contract;
- To pass on by inheritance the land lease or concession;
- To use the lease contract or concession agreement as capital contribution with prior approval from the State.

## 7. Review of Building Regulations in Lao PDR

The building and construction regulations in Lao PDR are not comprehensively stated in one piece of legislation. The obtaining of building and construction permits is very much a process-oriented task which requires the developer to be aware of the relevant construction authorities and mandatory approvals. Extracted below is the typical procedure for obtaining construction permits in the Lao PDR. Though it is a useful guide as to the relevant agency, expected application times and associated costs, close attention must be paid to provisions in the *Law on Urban Plans* No. 03-99/NA (3 April 1999) and *Land Law* No. 61/PO (5 November 2003).

### Procedure for Obtaining Construction Permits in Lao PDR based on ‘Doing Business Project’ by the International Finance Corporation and The World Bank (June 2012)

No.	Procedure	Time to Complete (days)	Associated Costs (LAK)
1	<p>Purchase the application forms to a building permit</p> <p>BuildCo should purchase the application forms to apply for a building permit from the district construction division.</p> <p>Vientiane Prefecture is divided into four districts, which are further subdivided into villages.</p> <p>Agency: District Construction Division</p>	1	20,000

2	<p>Request and obtain residence certificate from Village Chief</p> <p>BuildCo must obtain a residence certificate certifying that the applicant (the company's manager) has a permanent address.</p> <p>Agency: Village Chief</p>	1	40,000
3	<p>Request and obtain map describing the location of the construction site, and map describing the technical characteristics of the ground</p> <p>BuildCo must obtain from the district land management authority a map (on a scale from 1:5,000 to 1:20,000) delineating the location of the construction site. In addition, the company must obtain from the same authority a map (on a scale from 1:5,000 to 1:20,000) delineating the technical characteristics of the plot: surrounding streets and inner ways, existing buildings, walls, electricity poles, and the like.</p> <p>Agency: District Land Management Authority</p>	14	60,000
4	<p>Submit building permit application to the district construction division</p> <p>BuildCo must submit the application for a building permit, along with a copy of the land title and documents described above (four copies of each). The district construction division inspects the property. If the inspectors approve the application, the head of the district will sign the approval. For buildings larger than 200 sq. m., the district chief sends a letter to the prefect of Vientiane Prefecture for final approval; the district construction division notifies the applicant that the letter has been forwarded to the Prefecture.</p>	1 day	50,000

	Agency: District Construction Division		
5	<p>Receive pre-approval inspection from the district construction division</p> <p>The district construction division inspects the property. If the inspectors approve the application, the head of the district signs the approval. For buildings larger than 200 sq. m., the district chief sends a letter to the Vientiane Prefecture's Office of Building and Urban Planning for final approval; the district construction division notifies the applicant that the letter has been forwarded to the Prefecture.</p> <p>Agency: District Construction Division</p>	1 day	No charge
6	<p>Receive pre-approval inspection from the Vientiane Prefecture</p> <p>The inspectors verify that the construction plan complies with building regulations.</p> <p>Agency: Vientiane Capital</p>	1	No charge
7	<p>Obtain building permit from Vientiane Prefecture</p> <p>After the plan is approved, the Office of Building and Urban Planning of Vientiane Capital contacts the applicant to pick up the permit. If the Prefecture does not contact the applicant within 30 days, the plan is deemed approved.</p> <p>Agency: Vientiane Capital</p>	30	710,300
8	Receive inspection from committee for management of construction - I	1	No charge

	<p>The inspection committee may inspect the construction site several times before, during, and after construction. The committee may conduct any of the following inspections: pre-construction; excavation work; foundations work; concrete work; steel work for slabs; frame; damp-proof course; drainage; timber scaffolding; electrical; plumbing (water); environmental; sanitary (sewage); surroundings of the building; structure; final inspection.</p> <p>Agency: Committee for Management of Construction</p>		
9	<p>Receive inspection from committee for management of construction - II</p> <p>Agency: Committee for Management of Construction</p>	1	No charge
10	<p>Receive inspection from committee for management of construction - III</p> <p>Agency: Committee for Management of Construction</p>	1	No charge
11	<p>Receive inspection from committee for management of construction - IV</p> <p>Agency: Committee for Management of Construction</p>	1	No charge
12	<p>Receive inspection from committee for management of construction - V</p> <p>Agency: Committee for Management of Construction</p>	1	No charge
13	<p>Receive inspection from committee for management of construction - VI</p> <p>Agency: Committee for Management of Construction</p>	1	No charge

14	Receive inspection from committee for management of construction - VII  Agency: Committee for Management of Construction	1	No charge
15	Receive inspection from committee for management of construction - VIII  Agency: Committee for Management of Construction	1	No charge
16	Receive inspection from committee for management of construction - IX  Agency: Committee for Management of Construction	1	No charge
17	Receive inspection from committee for management of construction - X  Agency: Committee for Management of Construction	1	No charge
18	Receive inspection from committee for management of construction - XI  Agency: Committee for Management of Construction	1	No charge
19	Receive inspection from committee for management of construction - XII  Agency: Committee for Management of Construction	1	No charge
20	Request and receive final inspection from committee for management of construction  After construction is finished, the project owner or building owner must request in writing for the Construction Management Committee (CMC) to inspect the construction according to the issued building permit. If the construction	1	No charge

	<p>complies with construction regulations, the Housing and Urban Planning Department, in coordination with State Asset and Housing Department, officially issues a correct construction certificate (a correct construction certificate means a certificate issued by the CMC to certify that the construction complies with the regulation).</p> <p>Regulation No.1512 (dated September 28, 1991) has been replaced by Decision No. 7681 (dated June 29, 2005).</p> <p>Agency: Committee for Management of Construction</p>		
21	Obtain certificate of completion of building works	20	No charge
*22	<p>Request and receive connection to water and sewage services</p> <p>To obtain a water and sewerage connection to the land where the building will be constructed, the applicant must enclose the building permit or a correct construction certificate with the application.</p> <p>Agency: Water Supply Authority of Lao PDR (WASA)</p>	45	3,000,000
*23	<p>Request and receive connection to telephone</p> <p>To obtain a telephone connection to the land where the building will be constructed, the applicant must enclose the building permit or a correct construction certificate with the application.</p> <p>Agency: Enterprise of Telecommunications Lao (ETL)</p>	30	900,000

\* Takes place simultaneously with another procedure.

*Law on Urban Plans* No. 03-99/NA (3 April 1999)

The Law on Urban Plans determines principles, regulations and measures regarding the management, land use, construction and building of structures at national and local levels. It is important for a developer to check whether the area in a land lease or concession agreement is subject to a registered urban plan. Observance of the following provisions of the Law on Urban Plans may be necessary to ensure full compliance.

- **Article 5. Obligations Relating to Urban Plans:** domestic and foreign individuals/organizations must strictly comply with urban plans.
- **Article 19. Use of Urban Plan Land:** comply with Land Law; construction should be concentrated in elevated land; adequate parking spaces; convenient transportation.
- **Article 25. Cities Without Urban Plans:** all construction and building shall comply with regulations issued by the Ministry of Communication, Transport, Post and Construction.
- **Article 27. Permission for Construction and Major Repairs:** must be consistent with regulations on urban plans.
- **Article 28. Certificates of Conformity of Construction or Repair:** urban plan administrative authorities conduct final inspection of completed construction and issue certificate of conformity.
- **Article 29. Administration After Construction or Repair:** authorities monitor and inspect for compliance with regulations on urban plans.
- **Article 34-38. Rights and Duties of the Ministry of Communication, Transport, Post and Construction; Divisions at the Provinces, Municipalities and Special Zones; Urban Development and Administration Authorities; Village Administrations:** monitor and evaluate the implementation of urban plans.
- **Part VI. Measures Against Violators:** re-education, compensation, fines, penal measures, additional measures (suspension of business, withdrawal of licence and demolition of unauthorized construction and repair).

*Land Law* No. 61/PO (5 November 2003)



Article 19 of the Law on Urban Plans refers to mandatory compliance with provisions in the Land Law specifying relevant categories of urban plan land (ie, construction land). Observance of the following provisions of the Land Law may be necessary to ensure full compliance.

- **Chapter 9. Management of Construction Land:** this section addresses the role of the national land management authority in managing construction land and the development of regulations on the management, protection and development of such land.
- **Article 41. Regulations on the Use of Construction Land:** use of land must be for collective benefit and requires prior consent from concerned agency; all construction must receive authorization from the town planning organization and undertaken in accordance with town planning regulations; fully conform with technical standards; ensure protection of the environment.
- **Article 42. Determination of Construction Land Use Rights:** approval for use of construction land based on actual capacity of organization.

#### *Management and Technical Guidelines: Water Supply*

The Department of Housing and Urban Planning (DHUP), Ministry of Public Works and Transport, is responsible for the macro level management and administration of housing, urban planning, urban development and national water supply. The department issued management and technical guidelines with regards to the construction of water works for supplying urban development and the proper operation and maintenance of such utilities:

*Management and Technical Guidelines (Lao PDR) (3 February 2008):*

- *Volume A - Water Supply Sector Overview*
- *Volume B - Feasibility Planning*
- *Volume C - Technical Guidelines*
- *Volume D - Construction, Operation and Maintenance;*
- *Volume E – Technical Drawings*

See also, *Pipe laying and service installation manual* (29 March 2006).

The existence of such technical guidelines is indicative of the strategic thinking and planning process envisioned by the Department of Housing and Urban Planning in achieving uniform design and construction practices of water supply systems in Lao PDR. It is important that the developer and its construction sub-contractors observe such standards by meeting the requirements of the technical guidelines or seeking expert advice and certification.

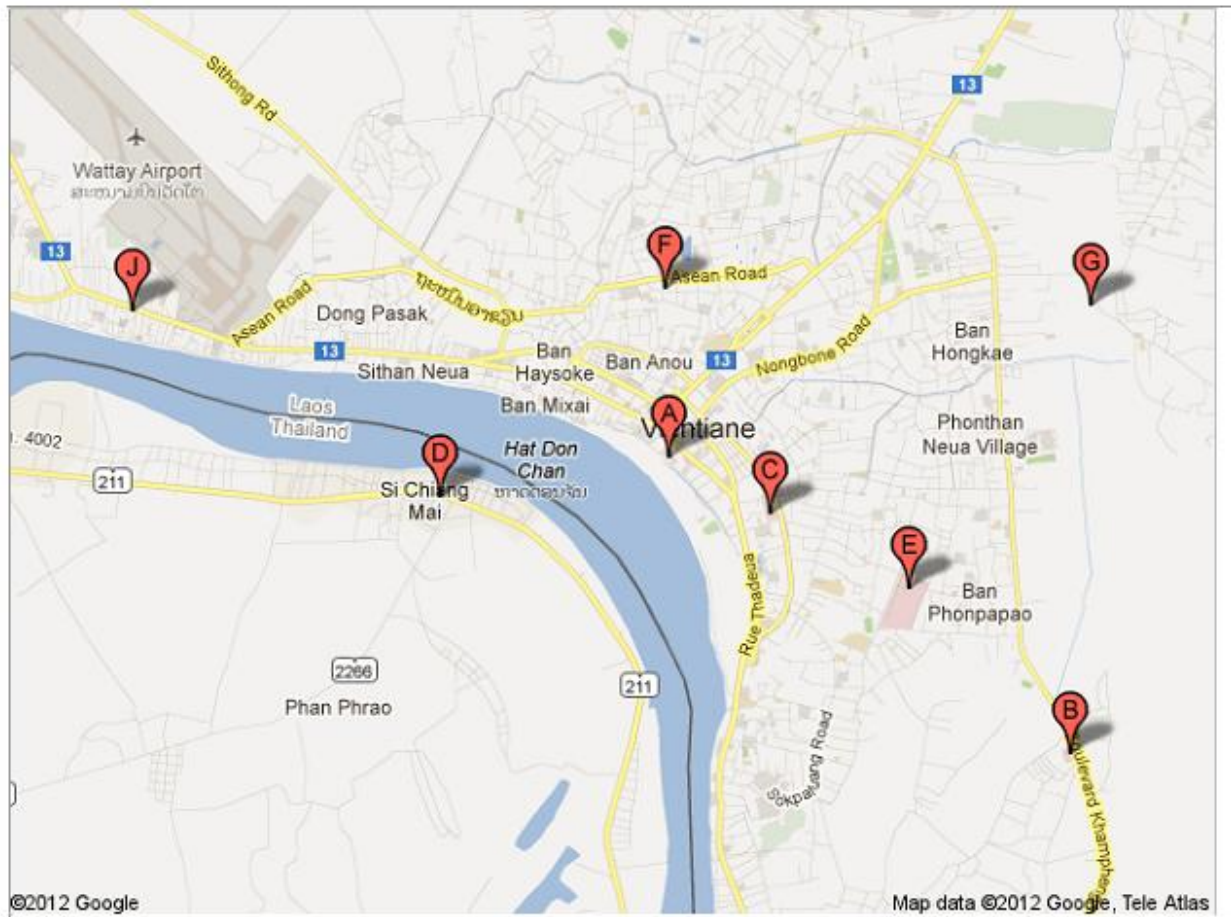
## **VI. RECOMMENDATIONS**

### *Weaknesses*

- Government expenditure on health care remains very low.
- Relatively poor service quality and access barriers in the poorest parts of the country pose significant challenges to effective health service delivery; consequently utilization of public health facilities remains low.
- Coverage by current social health protection schemes is not comprehensive enough.
- Equal access to quality health care for all Lao PDR citizens, particularly by the poorest and most vulnerable groups, will remain difficult if not unachievable under present conditions due to high out-of-pocket spending.
- The current investment (public and private) to address the rising prevalence of non-communicable diseases, injuries and mental health is still minimal.
- Rapid development (mining, hydropower, commercial plantation, road construction) and climate change are having significant direct and non-direct impacts on the health of people in the Lao PDR.
- The Global financial and economic crises affect the level of investment in health, especially in developing countries such as the Lao PDR.
- The Lao PDR still relies heavily on international aid.

## VII. Annexes

### Central Hospitals



**A. 1.) Mahosot Hospital and 2.) Mother and Child Hospital (MCH)**

**B. Setthathirath Hospital**

C. Hospital 109

D. Si Chiang Mai Hospital (Thailand)

E. Hospital 103

F. Chanthabouly District Hospital

G. Saysettha District Hospital

**H. Mittaphab (150 Beds) Hospital**

I. Sisattanak District Hospital

J. Sikhotabong Hospital

**Medical Personnel Qualifications in 3 Central Hospitals, Vientiane Capital**

	Qualification	Hospital		
		Mittaphab	Mahosot	Setthathirath
<b>Bachelor or higher qualifications</b>	Post-graduate	6	3	6
	Master or equivalent	20	45	16
	Specialist (bachelor + 2 yrs, master equivalent)	33	68	29
	Technical (bachelor + 6-12 months hand-on at hospital)	3	15	3
	Bachelor of medicines			6
	Bachelor of medical			39
	Bachelor of diagnosis			3
	Bachelor of nursing			12
	Bachelor of dental			5
	Bachelor	79	126	16
	<b>Total high level personnel</b>	<b>141</b>	<b>257</b>	<b>135</b>
	High level	15	40	18
<b>Higher Tertiary education</b>	Middle level personnel			11
	Middle level of nurse			72
	Middle level Diagnosis			19
	Middle level of dental			3
	Middle level of medicines			12
	Middle level of Physiotherapist			16
	Other			7
	<b>Total middle level personnel</b>	<b>191</b>	<b>340</b>	<b>158</b>
<b>Lower Tertiary education</b>	Low level of nurse			47
	Low level of medicines			1
	Low level of Physiotherapist			2

	Low level of radiology			1
	Total low level of radiology			2
	<b>Total low level</b>	<b>38</b>	<b>62</b>	<b>53</b>

## Human Resources Capacity-Nationwide

### 1/ Number of Medical Doctor and Medical Assistant per 10,000 populations

Province and Central	Medical Doctor		Medical Assistant	
	Number	per 10,000 population	Number	per 10,000 population
Vientiane Capital	562	7	151	1.9
Central level	493	n/a	96	n/a

*Notes: The number of central level is including Vientiane Capital*

### 2/ Number of Dentist and Dentist Assistant per 10,000 populations

Province and Central	Medical Doctor		Medical Assistant	
	Number	per 10,000 population	Number	per 10,000 population
Vientiane Capital	122	1.5	23	0.3
Central level	102	n/a	12	n/a

*Notes: The number of central level is including Vientiane Capital*

### 3/ Number of Nurse (Advance, Mid, and Primary level) per 10,000 populations

Province and Central	High level nurse		Mid-level nurse		Low level nurse	
	Number	per 10,000 population	Number	per 10,000 population	Number	per 10,000 population
Vientiane Capital	63	0.8	283	3.5	264	3.3
Central level	57	n/a	258	n/a	145	n/a

*Notes: The number of central level is including Vientiane Capital*

### 4/ Number of Physiotherapist and Orthopedic Assistant per 10,000 populations

Province and Central	Physiotherapist		Orthopedic	
	Number	per 10,000 population	Number	per 10,000 population

Vientiane Capital	105	1.3	24	0.3
Central level	94	n/a	23	n/a

*Notes: The number of central level is including Vientiane Capital*

**5/ Number of health staff with post-university qualification per 10,000 populations**

Province and Central	PHD	Master degree	Bachelor	Total
Vientiane Capital	2	9	4	15
Central level	40	333	216	589

*Notes: The number of central level is NOT including Vientiane Capital*

**6/ Number of health staff with Tertiary education or lower per 10,000 populations**

Province and Central	Bachelor	High level	Middle level	Low level	Worker (unskilled?)	Total
Vientiane Capital	116	9	218	175	1	519
Central level	927	85	967	255	35	2,269

*Notes: The number of central level is including Vientiane Capital*

**7/ Number of central and provincial hospitals, staff, and average of staff per bed**

Province	Number	No. of beds	Staff	Average of staff per bed
Vientiane Capital	0	n/a	n/a	n/a
Central level	7	979	1,588	1.6
Mahosot Hospital	1	450	646	1.4
Mittaphap Hospital	1	150	343	2.3
Setthathirath	1	186	303	1.6

**8/ Number of Drug Stores**

Province	Level 1	Level 2	Level 3	Total	Populations per drug store

Vientiane Capital	147	248	118	513	1,571
-------------------	-----	-----	-----	-----	-------

Notes: Minister of Health interview on 6 Jan 2013 stated a total of 894 drug stores (source: [www.healthfocus.in.th](http://www.healthfocus.in.th))

**9/ Number of Clinics**

<b>Province</b>	<b>Authorized</b>	<b>In process of requesting authorization</b>
Vientiane Capital	96	322



## Medical Equipment Donations

The central hospitals in Vientiane Capital regularly receive donations of medical equipment from governments, NGOs and aid organizations. Recent donations are listed below.

<b>Date</b>	<b>Hospital</b>	<b>Donor</b>	<b>Details</b>	<b>Value</b>
16 Feb 2011	Mahosot	Mr Bouasone Bouphavanh (former Prime Minister)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Two sets of echographie: ultrasound or sonography.</li> <li>- Two sets of infant breathing enhancers: Ventilator Crosscent.</li> <li>- Two sets of incubators: infant radiant warmers.</li> <li>- Two sets of foetal monitors.</li> <li>- Two sets of Ultrasound Probe Vaginal Fukuda.</li> </ul>	US\$ 174,150
Apr 2012	Mother and Child	Japan International Cooperation Agency	- Unspecified Medical equipment.	US\$16,000
Apr 2012	Mother and Child	Swiss Government	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ultrasound machines</li> <li>- Infant incubators</li> <li>- Infant monitoring machines</li> <li>- Syringe pumps</li> <li>- Delivery beds</li> <li>- Cardiotocographs</li> <li>- Items used in caring for mother and newborns.</li> </ul>	US\$1,000,000
30 Mar 2012	Mittaphab	Sante France-Laos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Heart measuring machine.</li> <li>- Medical equipment for ICU room.</li> </ul>	20,000 EUR

### Private Clinics in Vientiane Capital

No.	Name	Address
1	Boauthep Clinic	Thatkhao Village, Sisattanak Dist, Vientiane Capital.
2	Chomcheng Clinic	134 Unit 09, Thadeua Rd, Ban Chomcheng, Sisattanak Dist, Tel: 020 5569 3915
3	Dr. Bounlang Gyneco - Obstretic	180 Unit 15, Ban Thatluang Tai, Xaysettha Dist, Tel: 021 413560
4	Dr. Keovongxay Clinic	121 Unit 08, Souphanouvong Ave, Ban Sikhay Thong Tai, Sikhottabong Dist, Tel: 021 512141
5	Dr. Kharn Clinic	222/2 Unit 17, Viengchaleun St, Ban Viengchaleun, Xaysettha Dist, Tel: 020 5551 6781
6	Dr. Phatthakhone Clinic	361 Unit 29, Asean Rd, Ban Dongmiang, Chanthabury Dist, Tel: 021 215619
7	Dr. Phitsamay Clinic	205 Unit 14, Asean Rd, Ban Nongdouang Tai, Tel: 030 980 5831
8	Dr. Thongkham Koummalasy Clinic	232 Unit 16, Setthathirath Rd, Ban Simeuang, Sisattanak Dist, Tel: 021 22 2613
9	French Clinic 1	81/6 Nongbone St, Tel: 021 24 3696
10	French Clinbic 2	320 Asean Rd, Ban Oupmoung, Sikhottabong Dist, Tel: 021 26 3354
11	French Embassy Medical Clinic	Ban Simeung, Sisattanak Dist, Tel: 021 21 4150
12	Hongkham Clinic	Kamphengmeuang St, Ban Donkoy, Sisattanak Dist, Tel: 021 48 0559
13	Khamthavy Clinic	017 Unit 01, Francois Ngin St, Ban Mixay, Chanthabuly Dist, Tel: 021 216524
14	Kongkwan Aesthetic Clinic	Thadeua Rd, Ban Beungkhanyong, Sisattanak Dist, Tel: 48 5069
15	Dr. Khampha Clinic	N/A
16	Lao – China Medicine Clinic No. 104	325 Unit 13. Dongpaina St, Ban Phonsinouan, Sisattanak Dist, Tel: 021 41 2914
17	Lao – Inter Clinic (Dr. Sivixay Thammalangsy)	036 Unit 03, FrancoisNgin St, Ban Mixay, Chanthabuly Dist, Tel: 021 21 6054
18	Lao – Viet Hitech Poly Clinic	263 Unit 14, Mittaphab Lao - That St, Ban

		Saphanthong Tai, Sisattanak Dist, Tel: 020 5560 1879
19	Laphin Clinic	157/1 Unit 17, Souphanouvong Ave, Ban Wattay Noi, Sikhottabong Dist, Tel: 021 22 2873
20	Lattana Clinic	Phonethan Village, Xaysettha Dist, Vientiane Capital.
21	Latsavong Clinic	07 Unit 01, Kaysone Phomvihane Rd, Ban Phonphanao, Xaysettha Dist, Tel: 021 41 2323
22	Lorye Soctouky Clinic	177 Unit 20, Sisavat St, Ban Sisavatkang, Tel: 020 5540 0630
23	Mekong Clinic	144/01 Unit 08, Tatmai St, Ban Hatsady, Chanthabury Dist, Tel: 021 222879
24	Dr. Ouan Clinic	N/A
25	Pain Clinic	Viengchaleun St, Ban Viengchaleun, Xaysettha Dist, Tel: 021 41 5646
26	Phoxay Clinic	075 Unit 06, Thadeua Rd, Ban Phoxay, Sisattanak Dist, Tel: 021 31 4196
27	Dr. Phuvong Clinic	N/A
28	Rasamoungkhoun Clinic	076 Unit 05, Samsenthai Rd, Ban KaoNyot, Sisattanak Dist, Tel: 021 21 6813
29	Saykham Clinic	030 Unit 03, Route 13 North, Ban Ilay, Naxaithong Dist, Tel: 020 2244 3445
30	Sengsouvanh Clinic	02 Unit 01, Te 4 Rd, Ban Phonthan Tai, Xaysettha Dist, Tel: 020 5561 3094
31	Vetsaphong Clinic	001 Unit 08, Sisavat St, Ban Sailom, Chanthabuly Dist, Tel: 021 25 4648
32	Somsay Clinic	Ban Fai Village, Xaysettha Dist, Vientiane Capital

<b>Profile</b>	<b>Mittaphab</b>	<b>Mahosot</b>	<b>Sethathirath</b>	<b>Mother and Child Hospital</b>	<b>Lao-Korea National Children's Friendship Hospital</b>
Hospital type/ownership	Public	Public	Public		
Year of establishment		1910	2001		2011
Geographic coverage	Vientiane Capital/outskirts	Vientiane Capital/outskirts	Vientiane Capital / outskirts		
Specializations	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bone operation;</li> <li>- Brain operation;</li> <li>-Artificial kidney (blood -replacement).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gastro-intestinal tract surgery;</li> <li>- Excretion system</li> <li>- Cardiovascular disease.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transmitted diseases;</li> <li>- Cancer;</li> <li>- Digestion.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gynecology surgery;</li> <li>- Sterilization procedures;</li> <li>- Gynecological cancer;</li> <li>- Artificial fertility surgery;</li> <li>- Gynecological digestion diseases;</li> <li>- Neonatology;</li> <li>- Infants' growth and development.</li> </ul>	Newborns and young children
ER Facility	A 24-hour emergency service	A 24-hour emergency service	A 24-hour emergency service		
Number of beds	208	450	250		70
Department	28	37			
Accreditation					
Affiliation/Partners hips					

Profile of main Hospitals, Vientiane Capital