무역투자연구시리즈 07-02

한·중 FTA 보건의료 서비스 예상 쟁점 및 기대효과 분석

성한경 · 강준구 · 배승빈

KIEP 대외경제정책연구원
Korea Institute for International Economic Policy

무역투자연구시리즈 07-02

한·중 FTA 보건의료서비스 예상 쟁점 및 기대효과 분석

성한경 · 강준구 · 배승빈

KIEP 대외경제정책연구원

무역투자연구시리즈 07-02

한·중 FTA 보건의료서비스 예상 쟁점 및 기대효과 분석

인 쇄 2007년 10월 25일
발 행 2007년 10월 30일
발행인 李 景 台
발행인 대외경제정책연구원
주 소 137-747 서울특별시 서초구 염곡동 300-4
전 화 02) 3460-1178, 1179
팩 스 02) 3460-1144
인 쇄 (주)천세: 02) 2272-2727
등 록 1990년 11월 7일 제16-375호

ⓒ2007 대외경제정책연구원

정가 5,000원
ISBN 978-89-322-2115-1 94320
978-89-322-2112-0(세트)

KIEP 대외경제정책연구원
Http://www.kiep.go.kr

■ ■국문요약

한·중 FTA 보건의료서비스 예상 쟁점 및 기대효과 분석

성한경 · 강준구 · 배승빈

본 보고서의 목적은 한국과 중국 간 FTA 체결로 인해 예상되는 양국 보건의료서비스 분야의 주요 쟁점들과 이에 따른 개방의 기대효과를 도출하는 것이다. 양국의 보건의료서비스 현황은 의료비 지출, 의료시설, 의료인력의 보급 현황, 보건의료서비스 시장의 개방 현황을 중심으로 문제점 및 최근 추세 그리고 특징적인 측면을 살펴보았다. 한국의 경우 의료비 지출이나 의료시설이 OECD 회원국들에 비해 열악한 실정이지만, 의료비 및 시설의 확충이 비교적 빠르게 이루어지고 있다. 중국은 최근 빠른 의료비 상승, 도농간의 의료지출 격차, 영리법인의 비중 확대라는 특징을 보인다. 그리고 병원급에서 중의학 및 중서의 진료를 담당하는 인력의 숫자가 적은 것이 특징이다. 개방의 측면에서 보면 한국은 보건의료서비스 시장에 대한 개방이 아직 이루어지지 않은 반면 중국은 영리법인의 일부 허용을 포함해서 이미 일정 수준의 개방이 이루어진 상태이다. 한·중 FTA에 따른 개방의 쟁점을 세 가지로 나누어, 첫째는 양국이 직면한 의료비와 의료서비스의 문제를, 둘째는 한의학시장 개방의 문제를, 마지막으로 의료인력 교류의 문제를 살펴보고, 각 쟁점에 대한 긍정적 및 부정적 기대효과를 도출하였다.

차 례

국문요약 3

제1장. 서론 9

1. 연구 배경 및 목적 9

2. 연구 방법 13

제2장. 한국과 중국의 보건의료서비스 현황 16

1. 의료비 지출 16

가. 한국 16

나. 중국 22

2. 의료시설 24

가. 한국 24

나. 중국 28

3. 의료인력 32

가. 한국 32

나. 중국 33

4. 한·중 양국간 교역 및 시장 개방 현황 35

가. 범위 및 교역형태 35

나. 한·중 교역 동향 37

다. 한·중 시장 개방 현황 43

라. 한·중 FTA 협상에서 양국의 개방요구 예상 분야 48

제3장. 한·중 FTA 보건의료서비스 분야 예상 쟁점 53

1. 의료비 및 의료서비스의 질적 개선 문제 53

가. 한국과 중국의 의료비 및 의료서비스의 문제점 53

나. 한·중 FTA 개방에 따른 긍정적 기대효과 58

다. 한·중 FTA 개방에 따른 부정적 기대효과 59

2. 한의학 개방의 문제 60
가. 한국 한의학서비스의 문제와 중국 중의학의 경쟁력 60
나. 한·중 FTA 개방에 따른 긍정적 기대효과 61
다. 한·중 FTA 개방에 따른 부정적 기대효과 62
3. 보건의료인력 자격요건 문제 63
가. 한·중 보건의료인력 관리 및 자격제도 비교 63
나. 한·중 FTA 개방에 따른 긍정적 기대효과 73
다. 한·중 FTA 개방에 따른 부정적 기대효과 76

제4장. 결론 및 정책적 시사점 79

참고문헌 85

부록 89

Executive Summary 95

표 차례

표 1-1. 한·중 FTA 추진 일정 10
표 2-1. 일인당 의료비 현황(OECD 회원국 기준) 17
표 2-2. GDP 대비 의료비 비중(OECD 회원국 기준) 18
표 2-3. 공공의료비 비중(OECD 회원국 기준) 19
표 2-4. OECD 국가들의 의료비 지출 증가율 20
표 2-5. 우리나라의 진료비 현황 22
표 2-6. 중국의 의료비 현황 23
표 2-7. OECD 주요국의 병상 수 24
표 2-8. OECD 주요국의 천명당 병상 수 25
표 2-9. 한국 의료기관의 총 병상 수 26
표 2-10. 우리나라의 병원 수 27
표 2-11. 중국의 의료기관 현황 28
표 2-12. 중국의 영리·비영리 의료기관 현황 29
표 2-13. 중국의 중의 의료기관 현황 30
표 2-14. 중국의 의료기관 병상 수 31
표 2-16. 한국의 의료인력 현황 32
표 2-17. OECD 국가들의 인구 천명당 의료인력 수 33
표 2-18. 중국의 의료인력 33
표 2-19. 중국의 중의 의료인력 현황 35
표 2-20. 보건의료서비스 분류 36
표 2-21. 서비스 교역의 형태 및 정의 37
표 2-22. 보건의료서비스 對中 투자 현황 38
표 2-23. 보건의료서비스 분야별·업체별 對中 투자 현황 39
표 2-24. 국내 의료기관의 주요 중국 진출 사례 41

표 2-25. 우리나라의 보건의료서비스 양허 현황 44
표 2-26. 중국의 보건의료서비스 양허 현황 47
표 2-27. 양허요청서 제출 및 접수 현황(2003. 6. 28 현재) 50
표 2-28. 보건의료서비스 분야 개방에 대한 이익단체별 입장 52
표 3-1. 최근 4년간 의료기관 병상규모별 도산 추이 56
표 3-2. 한국과 중국의 외국 보건의료 자격증 인정 및 MRA 체결 여부 66
표 3-3. 한·중 의사 관련 제도 비교 69
표 3-4. 각국의 동양의학 관련 교육 및 면허제도 비교 72

부표 차례

부표 1. 총 의료비 현황(OECD 회원국, PPP 기준) 89
부표 2. 일인당 의료비 현황(OECD 회원국 기준) 90
부표 3. GDP 대비 의료비 비중(OECD 회원국 기준) 91
부표 4. GDP 대비 의료비 비중(OECD 회원국 기준) 92
부표 5. OECD 국가들의 인구 천명당 의료인력의 수 93

그림 차례

그림 2-1. 한국의 일인당 공공진료비 증가율 21

제1장

서론

1. 연구 배경 및 목적

우리나라는 1998년 대외경제정책조정위원회에서 자유무역협정(FTA: Free Trade Agreement) 체결을 추진하기로 결정하고 첫 FTA 대상국으로 칠레를 선정하였다. 이후 6차례의 협상을 거쳐 2002년 10월 한·칠레 FTA가 타결되었다. 참여정부의 출범 이후 FTA 정책은 보다 체계화·가속화되어 2003년 9월 FTA 추진 로드맵이 확정·발표되었으며, 2004년 중반에는 급변하는 국내 및 세계 경제환경을 반영하여 기존의 로드맵을 보완하였다. 이후 우리나라는 2005년 8월 싱가포르와의 FTA에 서명하고, 또한 그해 12월에는 유럽자유무역지대(EFTA)와의 FTA에 서명하였다. 또한 2006년 8월 ASEAN과 상품 무역에 대한 FTA를 타결하였고, 2007년 4월에는 미국과 FTA를 타결하는 등 FTA 정책이 괄목할 만한 성과를 거두게 되었다. 현재는 FTA 추진 로드맵에 따라 멕시코, 캐나다 등과 FTA 협상을 진행 중이며, 2007년 5월부터 EU와 FTA 협상을 시작하였다.

중국과는 2004년 한·중 정상회의에서 한·중 FTA에 대한 민간공동연구

를 합의한 후 한국의 대외경제정책연구원(KIEP)과 중국 국무원 산하의 발전연구중심(DRC)을 간사연구기관으로 지정하여 민간차원의 연구를 진행하였다. 2차에 걸친 민간공동연구는 2006년에 마무리되었으며 이후 2007년 3월 22일 산·관·학 공동연구가 시작되어 현재 진행 중이다. 이와 같이 2004년 민간공동연구 합의 이후 산·관·학 공동연구 단계에 접어든 한·중 FTA는 우리나라 국민들에게 크게 주목받지 못한 것이 사실이다. 그러나 2007년 4월 한·미 FTA가 타결되고 중국의 원자바오 총리가 방한하여 한·중 FTA에 대한 강력한 의지를 여러 차례 표명한 것을 계기로 국내에서도 한·중 FTA가 주요 관심 대상으로 부상하였다.

표 1-1. 한·중 FTA 추진 일정

일시	내용
2004년 9월	- ASEAN+3 경제장관회의 계기 한·중 통상장관회담시 민간공동연구 개시 추진 합의
2005년	- 2005년부터 중국의 국무원발전연구중심(DRC)과 대외경제정책연구원(KIEP) 간 공동연구 개시, 1년차 연구 수행
2006년	- 민간공동연구 2년차 연구 수행 후 11월 연구 종료 · 한·중 FTA에 대한 보다 심층적이고 체계적인 연구를 위해 산관학 공동연구 필요성을 정책제안에서 제시
2006년 11월	- APEC 각료회의 계기 한·중 통상장관회담에서 한·중 FTA 산관학 공동연구를 2007년부터 개시하기로 합의
2007년 3월	- 한·중 FTA 산관학 공동연구 제1차 회의 개최(북경) · 공동연구 운영계획, 향후 작성할 산관학 연구보고서의 목차 및 체계 등을 확정 · 제2차 회의시 6월 중 한국에서 상품분야에 대한 구체적인 논의를 진행하기로 합의

자료: 외교통상부.

현재 국내에는 중국과의 FTA를 지지하는 입장과 유보하는 입장이 공존하고 있다. 중국과의 FTA를 지지하는 측에서는 중국이 우리나라의 제1 수출 상대국이자 제1 해외투자 대상국이므로 FTA를 통해 안정적인 수출 확대와

중국 진출이 이루어질 수 있으며, 양국간 보완적 국제분업구조가 형성될 수 있고, 최근 중국경제의 발전속도와 시장규모를 감안할 때 우리나라가 상대적으로 우위에 있는 서비스분야의 수출 확대가 기대된다고 평가하고 있다. 전경련의 「한·중 FTA에 대한 기업의견 조사」에 의하면 우리나라 전체 기업 중 71.3%가, 서비스 기업 중 83.6%가 중국과의 FTA 체결을 지지하는 것으로 나타나 국내 기업들은 한·중 FTA에 대해 환영하고 있는 것을 알 수 있다.[1] 반면 중국과의 FTA에 대해 유보적인 측에서는 특히 중국의 농업이 우리나라에 비해 전반적으로 월등한 가격경쟁력을 보유하고 있고, 제조업 역시 우리나라와 경쟁관계에 있는 품목이 많으며 관세율도 우리나라에 비해 크게 높지 않은 한편, 중국의 제도적 장벽이 매우 높기 때문에 중국과의 FTA로 얻을 수 있는 이익이 크지 않을 것으로 보고 있다. 이같은 입장을 보이는 집단은 농업단체와 부가가치가 낮은 제조업 분야 등이 대표적이다.

한국은 선진국에 비해 상대적으로 경제의 서비스화가 늦은 상황이기는 하나, 산업구조가 빠르게 변화하는 가운데 국민경제에서 서비스산업이 차지하는 비중이 56%에 이르는 등 서비스 중심 경제로 전환되고 있다. 특히 최근에는 DDA 협상과 일련의 FTA 협상 과정에서 서비스업 개방을 통해 국내 서비스산업의 경쟁력 제고와 지식기반 서비스산업의 육성을 추진하고 있다. 이러한 서비스산업에 대한 정책기조와 함께 우리나라는 서비스업이 중국에 비해 상대적으로 경쟁력을 확보하고 있기 때문에 한·중 FTA 협상에서 서비스분야의 개방에 관심이 많은 상황이다. 반면 중국은 제조업의 비중이 47% 이상을 차지할 정도로 2차산업 중심의 국가이기 때문에 서비스분야의 개방요구는 크지 않을 것으로 예상된다. 그동안 중국이 ASEAN과 체결한 FTA에서 중국뿐만 아니라 ASEAN 국가들도 서비스분야에서 주목할 만한

1) 전경련 주요 회원기업 및 상장기업 600개사를 대상으로 한 조사로, 415개 기업이 응답하였다(전경련 보도자료, 2006년 12월 1일 참고).

개방 확대 내용이 없었다는 점도 이와 같은 예상을 뒷받침하고 있다. 그러나 DDA 협상 과정에서 중국이 우리나라에 요구한 서비스산업 개방 내용을 감안하면 한·중 FTA에서 서비스분야가 쟁점이 될 가능성을 배제할 수 없는 상황이다.

다수의 국가들은 보건의료서비스 분야를 각국의 보험 및 사회보장제도 등과 밀접하게 연계되어 있는 공공서비스로 인식하여 개방에 관심을 두지 않고 있다. 또한 선진국들은 mode 4 문제와 결부하여 보건의료 인력에 대한 국가간 자격의 상호인정에 부정적인 입장을 보이고 있다.[2] 이와 같은 이유로 보건의료서비스는 DDA 협상에서 큰 진전을 보이지 못하고 있다. 우리나라의 경우에도 경제자유구역에 외국 병원의 설립을 제한적으로 허용하여 외국인 투자환경을 개선하고 국내 병원의 경쟁력을 제고하고자 하는 정책을 추진하고 있으나 mode 4 문제를 비롯한 그 외의 보건의료서비스 시장 개방에 대해서는 유보적인 입장이다. 한·미 FTA 협상 초기에는 미국측의 보건의료서비스 시장 개방요구가 쟁점으로 등장할 것이 예상되었지만 교육서비스 등과 더불어 포괄 유보되었다. 특히 미국은 동 분야의 경쟁력이 높은 것으로 알려져 외국인들이 미국으로 가서 진료와 수술을 받는 이른바 의료관광이 활발하다. 이와 같은 의료관광은 미국 내 서비스업과 제조업의 생산 증대로 이어지기 때문에 미국이 여타 국가의 보건의료서비스 시장에 관심이 적은 것이 사실이다. 또한 보건의료서비스 시장 개방이 mode 4 문제와 결부되어 있어 미국은 다자간 및 양자간 협상에서 이 분야의 개방에 대해 소극적이라는 점도 주목해야 한다.

앞서 살펴본 바와 같이 보건의료서비스 분야의 특성과 다자간 논의 동향, 중국의 산업구조 및 중·ASEAN FTA 내용 등을 감안하면 한·중 FTA에서 보건의료서비스 분야의 전면 개방이 주요 이슈로 등장할 가능성은 낮다.

2) mode 4는 자연인의 이동을 의미한다. 자세한 내용은 [표 2-20] 참고.

그럼에도 이 분야에 대한 중국의 개방수준과 mode 4 개방에 대한 관심, 그리고 DDA 양허요청안 중 우리나라에 대한 개방요구 등을 종합적으로 고려하면 한·중 FTA에서 중국이 보건의료서비스 분야에 대해 부분적으로 개방을 요구할 가능성은 크다. 특히 중국은 지난 2002년 DDA 양허요청안에서 의사·치과·한방 분야의 합작 병의원 설립을 양허해 줄 것과 이 분야의 면허소지자가 한국 내에서 2년간(연장가능) 의료활동하는 것을 허용해 줄 것을 요구하였으며, 중국이 상대적으로 경쟁력이 있다고 평가되는 중의학분야와 관련된 국내 한방에 대해 교육 분야의 양허도 병행 요청함으로써, 이와 같은 예상을 뒷받침한다. 본 연구에서는 향후 한·중 FTA 협상에 앞서 보건의료서비스 분야에서 제기될 수 있는 주요 예상 쟁점을 살펴보고, 기대되는 개방요구 수준 및 이에 따른 효과를 분석하여 정책적 시사점을 제시하고자 한다.

2. 연구 방법

연구의 대상이 서비스분야라는 특수성으로 인해 본 연구에서는 경제문제를 다루는 다양한 연구 방법 중 주로 정성적인 방법에 중심을 둔다.

제2차 세계대전 이후 GATT를 중심으로 공산품 무역의 장애가 되는 관세와 비관세장벽의 철폐에 대해 많은 논의가 있어왔으며, 그 결과 관세는 케네디라운드부터, 비관세장벽은 동경라운드부터 다자간 합의에 의해 점진적인 철폐가 진행되었다. 또한 이와 같은 배경 속에서 공산품의 관세와 비관세장벽 철폐에 대한 다양한 연구가 이루어졌다. 그러나 서비스무역은 개방 논의가 우루과이라운드에서 처음으로 시작되었기 때문에 이에 대한 연구가 공산품분야에 비해 매우 적은 상황이다. 특히 보건의료서비스 분야는 공공분야로 인식하여 그동안 서비스분야 개방 논의에서 제외하는 경향이 많았으므로 선행연구가 상대적으로 적은 것이 사실이다. 우리나라의 기존 연구 중 보건의료서비스 시장 개방 문제를 다룬 연구는 주로 DDA 출범과 경제자유구역

지정을 전후로 많이 이루어졌다. 특히 DDA 1차 양허요청서에서 당시 우리나라의 보건의료분야에 대해 중국이 개방을 요구한 사실이 알려지면서 일반인의 관심이 집중되었고, 이를 계기로 이 문제에 대한 연구가 상당수 이루어지게 되었다. 또한 경제자유구역 지정 당시 이 지역 내에 외국 병원 설립을 허용하는 것과 관련하여 일부 연구가 이루어지기도 하였다. 본 연구에서는 이들 선행연구를 충분히 검토하여 보건의료서비스 분야 개방에 대한 우리나라의 논의 동향과 정부의 정책기조, 이익단체의 입장 등을 파악하고자 한다. 외국의 경우 WTO, OECD, WHO, World Bank, UN 등 다양한 국제기구와 경제학자, 의학자 등을 중심으로 보건의료서비스 분야 개방에 대한 연구를 하고 있는데 본 연구에서는 주로 국제기구의 연구결과를 참고하고자 한다.

서비스분야는 규제에 의해 운영되는 분야이므로 보건의료서비스 시장 개방 문제를 다루기 위해 무엇보다도 이와 관련된 각국의 법과 제도를 살펴볼 필요가 있다. 본 연구에서는 우리나라의 「의료법」(시행령 및 시행규칙 포함)과 「경제자유구역의지정및운영에관한법률」 등 관련법을 참고하고, 중국의 경우 「중외합자·합작의료기관 관리잠정방법」, 「외국의사의 중국 방문 단기 의료행위 임시관리방법」, 「의사자격고시 임시방법」, 「외국의사의 북경 내 단기 행의(行醫) 관리에 관한 잠정규정」 등의 법안을 살펴본다.

기본적으로 서비스무역에 대한 다자간 규범인 「서비스무역에 관한 일반협정(GATS: General Agreement on Trade in Services)」을 참고하며, 우리나라와 중국의 보건의료서비스 분야의 대외개방 사항을 살펴보기 위해 양국의 WTO 서비스 양허표[3]와 DDA 서비스협상 2차 양허안을 각각 검토한다. 또한 중국의 경우 2007년 2월 서비스분야를 포함한 FTA를 ASEAN과 체결하였기 때문에 중국의 정책 동향을 파악하고자 중·ASEAN FTA 서비스

3) 우리나라의 경우 UR 양허안들을, 중국의 경우 2001년 WTO 가입 당시의 양허안들을 각각 검토하였다.

양허표를 분석한다.

동 분야의 최근 논의 동향은 WTO 문서, 정부의 보도자료, 관련 이익단체의 자료 등을 참고한다. 그리고 한국의 보건복지부와 중국의 위생부에서 발표하는 자료와 함께 OECD, 한국수출입은행, 중국 국가통계국 등의 자료를 사용하여 우리나라와 중국의 보건의료서비스 현황을 살펴본다.

이와 같은 방법을 통해 한·중 FTA 협상에서 제기될 수 있는 주요 쟁점 분야를 도출하며, 각 쟁점별로 개방을 상정할 경우 발생할 수 있는 긍정적 효과와 부정적 효과를 분석하고, 그에 따른 정책적 시사점을 제시하고자 한다.

제2장

한국과 중국의 보건의료서비스 현황

1. 의료비 지출

가. 한국

OECD Health Data(2006)에 의하면 우리나라의 일인당 의료비는 2003년 106,792달러로 OECD 회원국(30개국) 중 26위를 기록하였고, 2004년에는 114,933달러로 OECD 회원국(27개국) 중 24위를 기록하는 등 비교대상 전체 기간(2000~04년) 동안 OECD 평균치의 50%에 미치지 못하는 것으로 나타났다(표 2-1 및 부표 2 참고). 2004년 기준으로 1인당 의료비 지출이 가장 많은 미국은 우리나라의 5.3배, 룩셈부르크는 4.4배, 스위스는 3.5배에 이르는 등 대부분의 선진국들은 우리나라에 비해 2배 이상의 수준을 보이는 것으로 나타났다. 이는 선진국들의 보건의료서비스 시장이 우리나라에 비해 상당히 발달해 있음을 보여준다. 반면 2000~04년 동안의 일인당 의료비 연

평균 증가율을 보면 우리나라는 10.3%로 OECD 회원국(총 30개국) 중 3위를 기록하고 있어 최근 보건의료서비스 시장이 빠르게 발전하고 있음을 알 수 있다.

표 2-1. 일인당 의료비 현황(OECD 회원국 기준)

(단위: US달러, %)

국가	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년	연평균 증가율
OECD 평균	196,148	210,677	227,585	242,757	261,940	7.5
미국	458,780	493,345	532,423	571,106	610,198	7.4
룩셈부르크	298,395	326,018	373,094	461,111	508,850	14.3
스위스	317,915	336,336	364,997	384,712	407,673	6.4
일본	196,723	208,211	213,819	224,877	n.a.	4.6
한국	77,761 (26위)	93,810 (26위)	97,455 (26위)	106,792 (26위)	114,933 (24위)	10.3 (3위)

주: 1) OECD 평균은 각국의 의료비를 단순평균한 값임. 2000~03년 값은 OECD 회원국 전체(30개국)가 유효하며, 2004년 값은 27개국(벨기에, 일본, 슬로바키아 제외)이 유효함.
2) 연평균 증가율은 2000~04년 기준이며, 2004년 자료가 누락된 국가는 2000~03년 기준 값임.
자료: OECD(2006), OECD Health Data 2006.

한편 국내총생산(GDP)에서 의료비가 차지하는 비중을 살펴보면 우리나라는 OECD 회원국 중 가장 낮은 순위를 기록하고 있다(표 2-2 및 부표 3 참고). 2004년 기준으로 OECD 국가들은 GDP의 평균 9.0%를 의료비로 지출하고 있다. 가장 높은 수준을 보이는 미국은 15.3%에 이르고 있다. 스위스, 독일, 프랑스 등 여타 서구의 선진국들도 10% 이상을 의료비로 지출하는 것으로 나타났다. 반면 우리나라는 5.6%로 OECD 회원국 중 가장 낮은 수준이고, 우리나라보다 소득수준이 낮은 동유럽 국가와 비교해서도 상당한 격차를 보이고 있다.

표 2-2. GDP 대비 의료비 비중(OECD 회원국 기준)

(단위: %)

국가	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년
OECD 평균	8.0	8.3	8.6	8.8	9.0
미국	13.3	14.0	14.7	15.2	15.3
스위스	10.4	10.9	11.1	11.5	11.6
독일	10.3	10.4	10.6	10.8	10.6
일본	7.6	7.8	7.9	8.0	n.a.
한국	4.8 (30위)	5.4 (30위)	5.3 (30위)	5.5 (30위)	5.6 (27위)

주: 1) OECD 평균은 각국의 GDP 대비 의료비 비중을 단순평균한 값임.
2) 2000~03년 값은 OECD 회원국 전체(30개국)가 유효하며, 2004년 값은 27개국(벨기에, 일본, 슬로바키아 제외)이 유효함.

자료: OECD(2006), *OECD Health Data 2006.*

총의료비에서 공공의료비가 차지하는 비중(2004년 기준)은 우리나라가 51.4%로 OECD 회원국 26개국 중 24위로 매우 낮은 것으로 나타났다(표 2-3 및 부표 4 참고). 그러나 2000~04년 동안 공공의료비의 비중이 5.2% 포인트 증가하여 그 증가폭이 터키와 아일랜드에 이어 세 번째로 높은 수준이다. 공공의료비의 비중 현황에서 나타나는 주요 특징을 살펴보면 일부 국가를 제외하면 전반적으로 공공서비스의 비중은 큰 변화를 보이지 않고 있는데, 이는 각국이 재정상의 부담으로 공공의료비 확대가 어려울 뿐만 아니라 소득수준의 향상에 따라 고급 민간의료에 대한 수요가 증가하기 때문으로 파악된다. 또한 서유럽과 체제전환국인 동유럽 국가들의 공공서비스 비중이 매우 높은 반면, 미국은 비교대상 국가 중 공공서비스의 비중이 가장 낮은 수준을 보이고 있는데 이는 의료서비스에 대한 인식의 차이에 기인하는 것으로 해석된다.

표 2-3. 공공의료비 비중(OECD 회원국 기준)

(단위: %)

국가	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년
OECD 평균	71.9	72.5	72.7	72.5	71.6
룩셈부르크	89.3	87.9	90.3	90.6	90.4
체코 공화국	90.5	89.9	89.7	89.8	89.2
영국	80.9	83.0	83.4	85.6	86.3
스웨덴	84.9	84.9	85.1	85.4	84.9
노르웨이	82.5	83.6	83.5	83.7	83.5
미국	44.0	44.8	44.8	44.6	44.7
한국	46.2	51.9	50.6	50.7	51.4

주: 1) OECD 평균은 각국의 공공의료비 비중을 단순평균한 값임.
2) 2000~02년 값은 OECD 회원국 전체(30개국)가 유효하며, 2003년 값은 29개국(덴마크 제외)이 유효하고, 2004년 값은 26개국(벨기에, 덴마크, 일본, 슬로바키아 제외)이 유효함.
자료: OECD(2006), *OECD Health Data 2006.*

2000~04년 동안의 연평균 의료비 지출 증가율을 살펴보면 우리나라는 총의료비 지출이 10.9%이며 이 중 공공의료비 지출은 13.9%, 민간의료비 지출은 8.1% 증가하여 같은 기간 공공의료비 지출이 크게 늘어난 것으로 나타났다. 이는 한국의 전체 의료비 지출 증가가 공공의료비 지출 증가로 인한 것이라는 점을 보여준다. OECD 회원국들의 경우에 총의료비 지출이 7.8%, 공공의료비 지출이 8.2%, 민간의료비 지출이 7.1%로 공공의료비 지출 증가율과 민간의료비 지출 증가율 간의 차이가 크지 않은 것으로 나타나 우리나라와는 큰 차이를 보이고 있다. OECD 회원국(30개국) 중 우리나라의 공공의료비 지출은 룩셈부르크 다음으로 가장 높은 증가율(2위)을 기록한 반면 민간의료비 지출은 13위를 기록하였다. 한편 2000년 대비 2004년 의료비 지출 증가율을 보면 우리나라는 총의료비가 51.2%, 공공의료비가 68.3%, 민간의료비가 36.5% 증가하였는데, OECD 평균 증가율과 비교해 보면 민간의료비 증가율은 6.4% 높은 반면 공공의료비 증가율은 29.7% 높은 것으로 나타났다.

표 2-4. OECD 국가들의 의료비 지출 증가율

(단위: %)

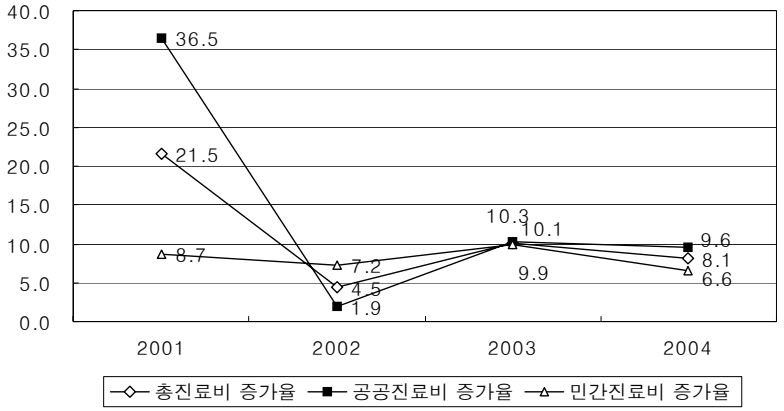
국가	총의료비 지출		공공의료비 지출		민간의료비 지출	
	연평균 증가율	2000년 대비 2004년 증가율	연평균 증가율	2000년 대비 2004년 증가율	연평균 증가율	2000년 대비 2004년 증가율
호주	8.1	36.6	7.6	33.8	9.3	42.8
오스트리아	4.2	18.1	4.5	19.4	3.5	14.9
벨기에	10.6	n.a.	8.3	n.a.	17.3	n.a.
캐나다	7.1	31.6	6.9	30.7	7.6	33.9
체코 공화국	8.4	38.1	8.0	36.0	12.1	57.9
덴마크	5.2	n.a.	6.3	n.a.	4.4	n.a.
핀란드	7.1	31.6	7.6	34.1	5.5	23.8
프랑스	7.1	31.6	8.0	36.0	4.2	17.7
독일	3.8	16.1	2.9	12.1	7.1	31.8
그리스	7.9	35.6	8.0	36.0	7.8	35.1
헝가리	10.2	47.5	10.7	49.9	9.1	41.7
아이슬랜드	7.2	32.1	7.5	33.3	6.0	26.4
아일랜드	11.2	53.1	13.5	66.0	4.2	17.7
이탈리아	4.5	19.2	5.6	24.4	1.5	6.0
일본	4.7	n.a.	4.8	n.a.	4.4	n.a.
한국	10.9	51.2	13.9	68.3	8.1	36.5
룩셈부르크	15.3	76.8	15.7	79.0	12.2	58.3
멕시코	8.4	38.0	8.3	37.4	8.5	38.5
네덜란드	8.3	37.8	8.0	36.0	8.9	40.8
뉴질랜드	8.1	36.6	7.9	35.5	8.9	40.8
노르웨이	7.1	31.7	7.4	33.3	5.6	24.2
폴란드	8.0	36.3	7.5	33.5	9.3	42.9
포르투갈	3.6	15.3	3.9	16.4	3.0	12.7
슬로바키아	9.2	n.a.	8.8	n.a.	12.7	n.a.
스페인	9.9	46.1	9.7	44.6	10.7	50.0
스웨덴	6.0	26.1	6.0	26.2	5.9	25.8
스위스	7.2	31.9	8.5	38.6	5.4	23.6
터키	8.2	36.8	11.9	56.7	0.8	3.1
영국	8.2	37.2	10.0	46.4	-0.4	-1.6
미국	8.5	38.4	8.9	40.7	8.1	36.6
OECD 평균	7.8	35.8	8.2	38.6	7.1	30.1

주: 1) PPP 기준 의료비 지출 기준임.
2) 2000~04년 동안의 연평균 증가율임. 단, 자료의 제약상 덴마크의 경우 공공의료비 지출 및 민간의료비 지출은 2000~02년 동안의 연평균 증가율을 나타내고 있으며, 벨기에, 일본, 슬로바키아는 전 항목 모두 2000~03년 동안의 연평균 증가율임.

자료: OECD(2006), *OECD Health Data 2006.*

우리나라의 1인당 공공의료비 지출을 살펴보면 2001년에 전년대비 36.5% 상승하였다가 2002년에는 1.9% 증가로 안정되었다. 이와 같이 2001년에 공공의료비 지출이 크게 증가한 것은 의료수가의 급격한 상승에 기인한 것으로 파악된다. 즉 1995년 전까지 의료수가의 상승은 물가상승률보다 높지 않았으나, 2000년 7월 의약분업 시행 이후 수가상승의 압력이 높아졌기 때문에 공공의료비가 크게 상승한 것으로 볼 수 있다. 한편 공공의료비 지출 증가율은 2002년에 10.3%, 2004년에 9.6%로 2001년에 비해 상당 부분 안정화되었으나 OECD 국가들과 비교해 볼 때 상대적으로 매우 높은 증가율을 보이고 있다.

그림 2-1. 우리나라의 의료비 지출 증가율



주: 2003년 수치 중 총진료비 지출, 공공의료비 지출, 민간의료비 지출 증가율은 각각 10.1%, 10.3%, 9.9%임.
자료: OECD(2006), *OECD Health Data 2006*.

우리나라의 진료비 현황을 살펴보면 2005년 총진료비는 약 18조 원에 이르며, 2000~05년 동안 연평균 8.8% 증가한 것으로 나타나고 있다. 진료비의 내용을 보면 최근 들어 한방진료비의 비중이 많이 증가하였으나, 2005년

총진료비에서 양방진료비가 차지하는 비중은 93.9%로 아직까지는 양방진료비가 대부분을 차지하고 있다. 그러나 한방진료비 또한 2000~05년 동안 연평균 15.5% 증가한 것으로 나타났다.

표 2-5. 우리나라의 진료비 현황

(단위: 십억 원)

구분	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	연평균 증가율
총진료비	11,722	13,236	13,807	15,266	16,310	17,839	8.8
양방진료비	11,192 (95.5)	12,558 (94.9)	13,024 (94.3)	14,377 (94.2)	15,324 (94.0)	16,749 (93.9)	8.4
한방진료비	530 (4.5)	678 (5.1)	783 (5.7)	889 (5.8)	986 (6.0)	1,089 (6.1)	15.5

주: ( ) 안은 총진료비에서 차지하는 비중을 나타냄.
자료: KOSIS.

나. 중국

중국의 경우 최근 의료비가 급격히 상승하고 있으며, 이는 중국 내에서 큰 문제점으로 인식되고 있다. 전체 의료경비의 총액은 연평균 13.4% 증가하여 같은 기간 우리나라의 의료비 증가율(10.9%)보다 더 높다. 이와 같은 중국의 의료비 증가는 대부분 도시지역의 의료비 지출 증가에 기인한 것으로 나타나고 있다. 지역별로 보면 2000~04년 동안 도시의 의료비 지출이 연평균 17.2% 증가한 반면, 농촌은 7.8% 증가하는 수준에 그치고 있다. 이는 2000년 이후 중국이 연평균 8.4~10.1%의 높은 경제성장률을 시현하였으나 대부분 도시를 중심으로 이루어졌으며, 결과적으로 소득이 높고 의료시설에 대한 접근성이 좋은 도시지역의 의료비 지출이 더 빠르게 증가한 것으로 해석된다.

중국의 총 의료경비 구성내역을 살펴보면 정부예산지출과 사회지출로 구성되는 공공의료비의 비중이 2002년 이후 점차 증가하여 2004년에는

46.4%에 이르고 있다. 아직까지는 우리나라의 공공의료비 비중보다 다소 낮은 수준을 유지하는 것으로 나타났다. 특히 최근 중국의 의료개혁과 소득수준 향상에 힘입어 개인지출액이 지속적으로 증가하고 있지만 전반적으로 공공의료비의 지출이 더 빠른 속도로 증가하고 있다.

일인당 평균 의료비를 살펴보면 지역간 의료서비스의 양극화가 극심하다. 2004년 지역별 1인당 평균 의료경비는 도시지역이 농촌지역의 약 4배에 이르며, 연평균 증가율 또한 도시지역이 더 높아 의료서비스의 양극화 현상은 당분간 지속될 것으로 전망된다. 한편 GDP 대비 의료비 비중은 2004년 기준 5.55%로 우리나라와 유사한 수준을 보이고 있다.

표 2-6. 중국의 의료비 현황

(단위: 억 위안)

의료비		2000년	2001년	2002년	2003년	2004년	연평균 증가율
총 의료경비	총계	4586.6	5025.9	5790	6584.1	7590.3	13.4
	정부예산지출	709.5 (15.5)	800.6 (15.9)	908.5 (15.7)	1116.9 (17.0)	1293.6 (17.0)	16.2
	사회지출	1171.9 (25.6)	1211.4 (24.1)	1539.4 (26.6)	1788.5 (27.2)	2225.4 (29.3)	17.4
	개인지출	2705.2 (59.0)	3013.9 (60.0)	3342.1 (57.7)	3678.7 (55.9)	4071.4 (53.6)	10.8
도농 의료경비	도시	2621.7	2792.9	3448.2	4150.3	4939.2	17.2
	농촌	1964.9	2232.9	2341.8	2433.8	2651.1	7.8
일인당 평균 의료경비	합계	361.9	393.8	450.7	509.5	583.9	12.7
	도시	812.9	841.2	987.1	1108.9	1261.9	11.6
	농촌	214.9	244.8	259.3	274.7	301.6	8.8
GDP 대비 총의료비 비중		5.13	5.16	5.51	5.62	5.55	-

주: 개혁·개방 이전 중국에는 정부 외에도 '단웨이(單位)'라는 것이 있었고, 이것이 해체되기 전에는 단웨이에서 부담하는 지출이 '사회지출' 항목에 해당되었음.
자료: 中国卫生部(2006), 『中国卫生统计年鉴』.

2. 의료시설

가. 한국

우리나라와 여타 OECD 회원국의 병상 수를 비교해 보면 우리나라는 2003년 기준 총 병상 수가 OECD 회원국 25개국 중 다섯 번째로 많은 것으로 나타났다.[4] 특히 2000~04년 병상 수의 연평균 증가율을 보면 OECD 회원국 중 단지 5개국만이 증가하였으며, 그중에서 우리나라가 5.3%로 가장 높은 수준을 보이고 있다.

표 2-7. OECD 주요국의 병상 수

(단위: 개, %)

국가	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년	연평균 증가율
일본	1,864,008	1,856,341	1,839,189	1,820,035	1,812,554	-0.7
미국	984,000	987,000	976,000	965,000	955,768	-0.7
독일	749,473	741,933	731,919	721,690	707,806	-1.4
프랑스	476,561	471,521	466,719	459,848	453,486	-1.2
한국	287,040	288,952	316,089	340,988	353,289	5.3

자료: OECD(2006), *OECD Health Data 2006.*

한편 천명당 병상 수를 살펴보면 우리나라는 2003년에 7.1개로 OECD 회원국 25개국 중 8위를 기록하였으며, 2004년에는 7.3개로 증가하였다. 이와 같은 수치는 천명당 병상 수가 가장 많은 일본의 절반 수준이기는 하나, 그 외의 상위 국가와 비교해 볼 때 큰 차이가 없을 뿐만 아니라 OECD 평균 보다는 높은 수준이다.

4) 단, 자료의 제약상 일부 국가의 병상 수는 제외되었다. 세부적인 내용은 [부표 5] 참고.

표 2-8. OECD 주요국의 천명당 병상 수

(단위: 개)

국가	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년
일본	14.7	14.6	14.4	14.3	14.2
체코 공화국	8.8	8.8	8.8	8.8	8.7
독일	9.1	9.0	8.9	8.7	8.6
오스트리아	8.6	8.5	8.4	8.3	7.7
한국	6.1	6.1	6.6	7.1	7.3
OECD 평균	5.8	5.7	5.6	5.7	6.0

자료: OECD(2006), *OECD Health Data 2006.*

이와 같은 점으로 미루어 보면 국내에서는 병상 수 부족으로 발생하는 문제가 어느 정도 해소되었다고 볼 수 있으나 최근에도 많은 환자들이 병상 수 부족으로 어려움을 겪고 있는 것이 사실이다. 이는 우리나라 환자들이 일부 대형 종합병원으로 집중되는 반면 동 병원들의 병상 수 증가는 미미한 수준에 그치고 있기 때문으로 분석된다. 특히 대형 종합병원의 경우 상당히 많은 병상을 확보하고 있으나 일반 환자들의 입원이 많아 응급환자와 중환자 등 대형 종합병원 입원이 필요한 환자에게 병상이 돌아가지 않는 경우가 많다. 또한 인구의 고령화 현상으로 노인 인구가 크게 증가함에 따라 요양병원에 대한 수요가 급증한 반면 이에 대한 공급이 충분하지 못한 점도 들 수 있다.

우리나라 의료기관의 병상 수를 살펴보면 2000~05년 동안 약 9만 개 이상의 병상이 증가하였다. 이 중 종합병원의 병상 수는 약 7,000개 증가한 반면에 요양병원은 3년 동안 약 2만 5,000개의 병상이 증가하였다. 또한 최근 의료서비스의 전문화가 가속화되면서 일반병원, 의원, 치과병원 등의 병상 수가 크게 증가한 것으로 나타났다.

표 2-9. 한국 의료기관의 총 병상 수

(단위: 개)

병상 수		2000년	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년
계		287,040	288,952	316,089	340,988	353,289	379,751
병의원	종합병원	113,518	108,224	115,779	111,801	117,323	120,728
	요양병원	-	-	-	8,355	10,445	25,501
	일반병원	62,874	63,813	75,392	78,853	86,897	90,467
	의원	67,288	76,976	83,987	96,338	91,702	93,972
특수병원	결핵	1,142	826	1,338	1,373	1,373	1,373
	한센	2,600	2,817	1,000	1,029	1,029	1,000
	정신	30,339	27,458	28,449	33,226	34,280	36,252
치과병의원	치과병원	86	58	74	168	171	225
	치과의원	27	33	6	19	13	22
한방병의원	한방병원	8,117	7,774	8,321	8,742	8,887	8,538
	한의원	319	519	1,215	730	698	672
부속의원		564	317	415	281	338	848
조산원		166	137	113	73	133	153

자료: 보건복지부(2006), 『보건복지연감 2005』.

병상 수의 지속적인 증가는 병원 수의 증가와 관련이 있다. 한국의 병상 수는 2003년에 전년도에 비해 크게 증가하였는데 이는 2002년과 2003년의 병의원 병상 수 증가에 기인한다. 특히 2003년부터 등장한 요양병원은 병상 수 증가에 크게 기여한 것으로 판단된다. 반면 한의원의 병상 수는 2002년 급격히 증가했으나 이후 감소세로 반전된 것으로 나타났다. 한방병원의 병상 수 역시 비교적 정체된 모습을 보이고, 전체 병원의 병상 수에서 차지하는 비중은 2000년 3.7%에서 2005년에는 3.0%로 지속적으로 감소한 것으로 나타났다.

표 2-10. 우리나라의 병원 수

(단위: 개)

병의원 수		2000년	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년
계		38,665	40,276	44,029	45,772	47,378	49,566
병의원	종합병원	285	268	284	283	282	290
	요양병원	-	-	-	68	92	177
	일반병원	581	599	691	730	763	794
	의원	19,472	20,819	23,299	23,502	24,491	25,412
특수병원	결핵	3	2	2	4	3	3
	한센	1	1	1	2	2	1
	정신	79	70	75	88	95	102
치과병의원	치과병원	56	60	80	99	107	123
	치과의원	10,471	10,556	11,120	11,890	11,968	12,520
한방병의원	한방병원	136	131	135	151	154	146
	한의원	7,276	7,499	8,097	8,734	9,196	9,765
부속의원		185	169	169	150	158	187
조산원		120	100	76	71	67	46

자료: 보건복지부(2006), 『보건복지연감 2005』.

우리나라의 병원 수는 지속적으로 증가하는 추이를 보이고 있다. 그 중 요양병원의 증가는 앞서 잠시 언급한 바와 같이 사회적 요구에 따른 것으로 고령화 사회로 전환되고 있는 현실을 반영하고 있다. 그러나 아직까지 우리나라의 의료서비스 시장은 급성기 의료서비스 지원에 치중하고 있는 것으로 나타난다. 즉 OECD 국가들과 비교해 볼 때, 우리나라는 요양병원과 장기요양 병상의 수가 가장 낮은 수준에 머물러 있는 실정이다. 병원 중 한방병의원의 비중은 2000년 19.2%에서 2005년에 20.0%로 증가하였는데, 대부분 한의원의 증가에 기인하고 있다. 이와 같이 한의원 수는 크게 증가하였으나 앞의 [표 2-9]와 같이 한의원의 병상 수는 2002년 이후부터 감소 추이를 보

이고 있는데, 이는 한의원의 진료가 단기적인 치료에 많이 치중되어 있고 상대적으로 중증 환자, 장기입원 환자 등에 대한 진료는 많이 이루어지고 있지 않음을 보여준다.

나. 중국

표 2-11. 중국의 의료기관 현황

(단위: 개)

구분	2002년	2003년	2004년	2005년
총계	297,388	282,771	288,844	289,951
병원	17,844	17,764	18,393	18,703
요양원	365	305	292	274
사구위생서비스센터	8,211	10,101	14,153	17,128
위생원	46,014	45,204	42,471	41,694
외래환자 진찰실	7,019	6,152	6,148	5,895
진료소, 위생소, 의무실, 간호실	212,888	198,316	202,646	201,562
부인 및 유아 전용 보건소	3,067	3,033	2,998	3,021
전문예방치료원	1,839	1,749	1,583	1,502
구급센터	121	124	132	141
임상검사센터	20	23	28	31

자료: 中国卫生部(2006), 『中国卫生统计年鑒』.

중국의 의료기관은 2002년 약 29만 7,000개에서 2003년 28만 3,000개로 감소하였다가 이후 다시 증가하는 양상을 보이고 있다. 2005년 현재 중국의 의료기관 수는 2002년 대비 2.5%(약 7,500개) 감소하였는데 병원과 사구위생서비스센터는 오히려 각각 4.8%와 108.6% 증가하였다. 이와 같은 현상은 중국 의료정책의 변화에 따른 것으로 분석된다. 즉 그동안 중국의 중앙정부 및 지방정부가 의료기관의 상당 부분을 운영해 오다가, 최근 일정 부분을 민간의 자율에 맡기는 방향으로 정책을 추진하는 한편 사구(社區)를 중심으로 한 의료서비스 확대를 유도하고 있어 민간 중심의 병원과 특히 사구위생서

비스센터가 급격한 증가 추세를 보이고 있다.

한편 우리나라는 병원을 비영리법인의 형태로만 설립할 수 있으나, 중국은 영리법인으로 병원을 설립할 수 있다. 2000년 2월에 중국 국무원 체제개혁위원회를 비롯한 중국정부 주요 부처에서 발표한 「도시 의약체제 개혁의 지도 의견에 관한 통지」를 시작으로 일련의 의료개혁 정책이 추진되었으며, 이와 같은 정책을 통해 상당한 숫자의 국영의료기관들이 민영화되고 의료서비스 시장자체에 시장경제 시스템이 도입되었다. 그 결과 영리성 의료기관의 수가 점차 증가한 반면 비영리성 의료기관의 수는 감소하는 형태를 보이고 있는데, 영리성 의료기관의 비중은 2000년에 51.0%에서 2005년에는 53.8%로 증가하였다.

표 2-12. 중국의 영리·비영리 의료기관 현황

(단위: 개, %)

구분	2002년	2003년	2004년	2005년
총 의료기관	297,388	282,771	288,844	289,951
영리성 의료기관	151,611 (51.0)	146,173 (51.7)	152,475 (52.8)	155,868 (53.8)
비영리성 의료기관	141,946 (47.7)	135,093 (47.8)	134,801 (46.7)	132,391 (45.7)
기타 의료기관	3,831 (1.3)	1,505 (0.5)	1,568 (0.5)	1,692 (0.6)

주: ( ) 안의 값은 형태별 비중을 나타냄.
자료: 中国卫生部(2006), 『中国卫生统计年鉴』.

중국은 우리나라의 한방병의원에 해당하는 중의의료기관(병원과 진료소 포함)이 2000년 2,975개에서 2005년 3,725개로 증가하여 지속적인 증가세를 나타냈다. 전체 의료기관에서 중의병원과 진료소가 차지하는 비중은 2005년 1.2%로 우리나라의 한방병의원 비중이 2005년에 20.0%인 것과 비교해 볼

때 매우 낮은 수준이다. 그러나 대규모 중의의료기관에 해당하는 한국의 한방병원과 중국의 중의병원의 수를 비교해 보면, 2005년 한국이 146개, 중국이 2,620개로 17.9배 많은 상황이다.[5)]

표 2-13. 중국의 중의의료기관 현황

(단위: 개)

구분	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년
중의의료기관 병원 합계	2,654	2,682	2,864	2,868	2,973	3,009
중의병원	-	2,482	2,492	2,518	2,610	2,620
중서의결합병원	-	65	207	193	167	194
민족병원	-	135	165	157	196	195
중의의료기관 진료소 합계	321	304	873	720	743	716
중의진료소	-	-	578	495	508	541
중서의결합진료소	-	-	287	216	227	168
민족의진료소	-	-	8	9	8	7

주: 민족병원은 각 민족의학 발전이나 소수민족 배려 차원에서 정부정책의 일환으로 설립된 병원으로 대부분이 비영리성 병원에 속한다. 전국에는 15개의 민족이 195개의 민족병원 설비를 갖추고 있다. 병상 수는 6,885개, 2005년 총 진료인 수는 427만 명이다. 민족지구에서 대다수의 중의원과 향진(乡镇)위생원은 민족의과(医科)를 설립하여 그 병상 수는 7,064개에 이른다. 국가는 14개의 민족의(民族医) 중점 전문 진료과목과 19개의 특이 전문 진료과목(特色专科)을 선발하여 중점 건설하도록 하였고 민족의(民族医)병원의 응급진료 및 전염성 질병과 관련한 항목을 신설하도록 장려하였다. 인력양성 측면에서는 14개 교육기관이 민족의학 전문교육을 실시하고 있다. 현재 국가급 민족의약 중점학과는 4개이며, 전국 중의학 전문가 계승 사업에서 모두 55명의 민족의약 선생들이 76명의 후계자들을 양성한다. 11차 5개년 규획기간에 국가발전계획위원회와 국가중의학관리국은 일군의 민족의(民族医)병원 건설을 추진할 예정이며, 지금의 현(县)급 민족의(民族医)병원을 확장할 계획에 있다. 국가중의학관리국은 기존의 14개 민족의(民族医) 중점 전문 진료과목을 기초로 30여 개를 더 증설할 예정이고, 각 민족지구 차원에서 성(省)급 중점 민족의(民族医)병원과 민족의(民族医) 진료과목 건설작업을 추진하도록 요구하고 있다(『灵中医网』, 2007. 1). 현재 북경에서 가장 큰 민족병원으로는 티벳 장족의 의사들을 위주로 의료활동을 하고 있는 '북경 티벳병원'이다.

자료: 国家中医药管理局(2006), 『中国中医药统计摘编』.

한편 중국에서는 서의학과 중의학의 협진이 많이 이루어진다는 특징을 보이고 있다. 중국은 2002년 기준 중서의 협진이 전체 진료의 약 33%를 차지하고 있을 정도로 활발한데, 이는 중국에 중서의의 명확한 구분이 없을 뿐만

5) 한방병원과 중의병원 간 규모의 차이는 고려되지 않았고 숫자만을 비교함.

아니라 서의병원에서는 중의학 진료를, 중의병원에서는 서의학 진료를 많이 행하고 있기 때문이다. 또한 서의학과 중의학의 협진을 주로 하는 병원으로 중서의결합병원과 중서의결합진료소가 있으며, 이들 병원의 수는 2005년에 약 360개에 이르는 것으로 나타났다. 이와 같이 중국은 양·한방의 교류가 적은 한국에 비해 중의·서의 간의 적극적인 교류와 협력을 통해 내용면에서 상호 발전해 나가고 있다.

중의의료기관(영리 및 비영리 의료기관 포함)의 병상이 전체병상에서 차지하는 비중은 2002년 7.8%에서 2005년에는 8.6%로 지속적으로 증가한 것으로 나타났다. 이는 한국 한방병의원의 병상이 2005년에 전체 병의원의 병상에서 3.0%만을 차지하고 있고 이마저 감소세에 있는 것과 대조된다. 이와 같은 사실은 중국의 중의병원이 한국의 한방병원에 비해 상대적으로 대형화되어 있고 중의병원에서 병상을 이용하는 장기입원환자의 진료가 많이 이루어지고 있다는 것을 반영하고 있다.

표 2-14. 중국의 의료기관 병상수

(단위: 개, %)

병상 수	2002년	2003년	2004년	2005년
의료기관 전체	3,113,165	3,144,235	3,250,938	3,350,810
중의의료기관	243,485 (7.8)	260,134 (8.3)	275,357 (8.5)	287,513 (8.6)

주: 1) 중의의료기관은 중의병원, 중서의결합병원, 민족병원을 모두 포함함.
2) ( ) 안의 값은 의료기관 전체 병상에서 중의병원의 병상이 차치하는 비중임.
자료: 中国卫生部(2006), 『中国卫生统计年鉴』에서 재정리.

3. 의료인력

가. 한국

표 2-16. 한국의 의료인력 현황

(단위: 명)

구분	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년
의사	72,503	75,295	78,609	81,328	81,998	85,369
치과의사	18,039	18,887	19,672	20,446	20,772	21,581
한의사	12,108	12,794	13,662	14,553	14,421	15,271
조산사	8,728	8,801	8,920	8,996	8,628	8,657
간호사	160,295	170,845	181,800	192,480	202,012	213,644
영양사	82,069	84,969	89,008	92,927	97,295	100,808
약사	50,623	51,872	53,168	54,381	53,492	54,829
총 의료인력	404,365	423,463	444,839	465,111	478,618	500,159
인구 천명당 의료인력 수	8.6 (7.0)	8.9 (7.1)	9.3 (7.5)	9.7 (7.8)	10.0 (7.9)	10.6 (8.3)
천명당 의사 수	1.57	1.59	1.65	1.70	1.70	1.77

주: ( ) 안의 값은 영양사를 제외한 경우 천명당 의료인력 수임.
자료: 보건복지부(2006), 『보건복지연감 2005』.

2000~05년 동안 한국의 의료인력은 안정적인 증가 추이를 나타내고 있다. 우리나라 의학교육 체계상 매년 일정한 숫자의 인원이 배출되기 때문에 의사, 치과의사, 한의사, 간호사 등 각 분야별 의료인력은 대체로 매년 일정한 증가 양상을 보이고 있다. 그러나 총 대학에서 배출되는 인력 수는 간호사가 가장 많기 때문에 총 의료인력에서 간호사가 차지하는 비중은 매년 증가하고 있는 것으로 나타난다. 인구 천명당 의료인력의 수를 보면 2000년 8.6명에서 2005년에는 10.6명으로 증가하여 의료인력의 부족 문제가 다소 해소되었음을 보여주고 있다.

이와 같이 우리나라는 최근 의료인력이 많이 증가한 것이 사실이나, 여타 국가들과 비교해 볼 때 아직까지 의료인력의 부족 문제가 상대적으로 심각

한 것으로 나타나고 있다. OECD 국가의 인구 천명당 의료인력 수를 보면, 2004년 기준 우리나라는 10.0명으로 자료가 유용한 18개국 중 17위를 기록하고 있으며, 1위를 기록한 노르웨이의 약 1/5, 5위를 기록한 미국의 약 1/4 수준에 그치고 있는 것으로 나타났다.

표 2-17. OECD 국가들의 인구 천명당 의료인력 수

(단위: 명)

순위	국가명	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년
1	노르웨이	-	-	53.4	53.0	53.7
2	독일	45.2	45.6	46.0	46.4	46.5
3	아이슬란드	42.0	41.5	43.5	43.3	42.1
4	캐나다	36.7	37.0	38.5	39.5	40.6
5	미국	35.7	36.3	37.1	37.6	38.0
17	한국	8.6	8.9	9.3	9.7	10.0

주: 순위는 2004년 기준임.
자료: OECD(2006), *OECD Health Data 2006*.

나. 중국

표 2-18. 중국의 의료인력

(단위: 만 명)

구분	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년
합계	449.1	450.8	427.0	430.6	439.0	446.0
의사	207.6	210.0	184.4	186.8	190.5	193.8
간호사	126.7	128.7	124.7	126.6	130.8	135.0
약제사	41.4	40.4	35.8	35.7	35.5	35.0
검사인원 (laboratory technician)	20.1	20.3	20.9	21.0	21.1	21.1
기타	53.3	51.4	61.2	60.6	61.1	61.1
천명당 평균 의료기술인원	3.6	3.6	3.4	3.4	3.5	3.5
천명당 의사 수	1.68	1.69	1.47	1.48	1.50	1.52

자료: 中国卫生部(2006), 『中国卫生统计年鉴』.

중국은 의료인력의 범주에 위생기술인원, 기타기술인원, 관리인원 등을 포함시키고 있는데, 이 중 위생기술인원이 우리나라의 의료인력 범위에 포함된다. 따라서 본 연구에서는 위생기술인원을 중심으로 중국의 의료인력 현황을 살펴보기로 한다. [표 2-18]에 따르면, 중국의 의료인력은 2000~05년 동안 정체된 모습을 보이고 있다. 전반적으로 2001~02년 동안 의료인력이 감소했다가 2003년부터 다시 증가하였으며, 천명당 평균 의료기술인원의 수도 동일한 추이를 나타내고 있다. 이는 한국에 비해 중국 의료인력 보급이 많이 부족하고, 이와 같은 현상이 최근에도 별로 개선되지 않았음을 보여준다. 의료인력의 세부 구성을 보면, 의사와 간호사는 위생기술인원과 동일한 추이를 보이고 있는 반면, 검사인원은 점진적으로 증가되는 추세를 보이고 있다. 중국의 의료인력 현황에서 나타나는 가장 주목할 만한 특징은 의사와 간호사의 비율면에서 한국에 비해 의사가 더 높은 비중을 차지한다는 점이다. 이와 같은 이유로 천명당 의료인력의 수는 한국이 중국보다 약 2~3배 많지만, 천명당 의사 수는 별다른 차이를 보이지 않고 있다.

중국의 중의 의료인력 현황을 살펴보면, 중의기관 및 위생부문의 중의의료기관에 있는 중의사 수는 2002년 이후 지속적으로 증가하고 있으며, 2005년 중국의 중의기관 의료인력은 전국 의료기관 인력의 9.5%를 차지하고 있는 것으로 나타났다(표 2-19 참고). 한편 중국에서는 중서의면허를 모두 가진 사람의 수가 3만 명 가량인데 한국에서 현재 70명 정도가 양한방 동시면허를 가지고 있는 것과 비교해 보면 인구비례를 감안하더라도 중국이 약 20배 더 많은 것으로 나타났다.[6)]

6) 문용(2006), 「중국 의료시장의 현재와 미래(II/III)」, *SMC Healthcare Management Review*, vol. 5.

표 2-19. 중국의 중의 의료인력 현황

(단위: 개)

구분	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년
전국 의료기관	5,591,026	5,583,932	4,808,640	4,826,592	4,876,416	4,929,481
중의기관	-	-	435,082	446,093	456,902	465,703
중의기관 / 전국 의료기관(%)	-	-	9.1	9.2	9.4	9.5

주: 위 표의 의료인력은 위생기술인원, 기타기술인원, 관리인원을 모두 포함함.
자료: 中国卫生部(2006), 『中国卫生统计年鉴』.

4. 한·중 양국간 교역 및 시장 개방 현황

가. 범위 및 교역형태

보건의료서비스는 WTO의 "Services Sectoral Classification List(MTN.GNS/W/120)"에 따라 크게 사업서비스의 전문직서비스 중 의료전문가서비스와 보건사회서비스로 나눌 수 있다(표 2-20 참고). 의료전문가서비스는 의사 및 치과의사 서비스, 조산사·간호사·물리치료사 등에 의하여 제공되는 서비스 등 두 분야가 포함되며, 보건사회서비스는 병원서비스와 기타보건서비스가 포함되어 있다. 일반적으로 WTO 서비스협상에서는 상기의 분류하에서 양허협상이 이루어지지만 양자간 FTA 협상에서는 WTO 서비스 분류체계하의 세부 CPC 목록에 근거하여 Negative 방식의 유보안을 작성하는 것이 일반적이며, 경우에 따라 WTO 서비스협상 방식인 Positive 방식의 양허표를 작성하기도 한다.[7)]

7) 한·미 FTA, 한·싱 FTA, 미·호주 FTA 등에서는 Negative 방식(유보안 작성)이 사용되었으며, 중·ASEAN FTA, EU·칠레 FTA 등에서는 Positive 방식(양허표 작성)이 사용되었다.

표 2-20. 보건의료서비스 분류

대분류	중분류	소분류	CPC
1. 사업서비스	A. 전문가서비스	h. 의사 및 치과의사 서비스	9312
		j. 조산사, 간호사, 물리치료사 등에 의하여 제공되는 서비스	93191
8. 보건사회서비스	A. 병원서비스	-	9311
	B. 기타 보건서비스	-	9319(93191 이외)

자료: WTO(1991), MTN.GNS/W/120.

서비스는 형태가 없기 때문에 공산품과는 다르게 네 가지 공급방식에 의해 교역이 이루어지며 GATS 제1조 제2항에서는 이를 국경간 공급(mode 1), 해외소비(mode 2), 상업적 주재(mode 3), 자연인의 이동(mode 4)으로 규정하고 있다(표 2-21 참고). 보건의료서비스의 교역 또한 동일한 공급형태로 교역이 이루어진다. 보건의료서비스 분야에서 국경간 공급은 원격진료, 전화·팩스·인터넷 등을 통해 이루어지는 의료자문 등을 들 수 있으며, 해외소비는 해외 의료관광이 대표적이다. 상업적 주재는 현지에 의료기관을 설립하여 보건의료서비스를 제공하는 것이 중심을 이루며, 자연인의 이동은 의사·간호사 등 외국의 의료진이 다른 국가로 가서 진료를 하거나 관련 행위를 하는 것을 예로 들 수 있다.

표 2-21. 서비스교역의 형태 및 정의

교역형태	GATS상의 정의	보건의료서비스 예
국경간공급 (Cross-border Supply; Mode 1)	한 회원국의 영토에서 그 밖의 회원국의 영토 내로 서비스 공급	원격진료, 통신망을 통한 의료자문, 임상실험 연구결과 분석 후 요청국으로 전송 등
해외소비(Consumption Abroad; Mode 2)	한 회원국의 영토 내에서 그 밖의 회원국의 서비스 소비자에 대한 서비스 공급	해외 의료관광(개인이 직접 해외로 가서 진료 또는 수술을 받는 것)
상업적 주재 (Commercial Presence; Mode 3)	한 회원국의 서비스 공급자에 의한 그 밖의 회원국 영토 내에서의 상업적 주재를 통한 서비스 공급	외국 현지에 의료기관을 설립하여 보건의료서비스 제공
자연인의 이동 (Movement of Natural Persons; Mode 4)	한 회원국의 서비스 공급자에 의한 그 밖의 회원국 영토 내에서의 자연인의 주재를 통한 서비스 공급	의사, 간호사, 조산사 등이 해외로 직접 가서 서비스 제공

자료: WTO, "General Agreement on Trade in Services"를 사용하여 재정리.

따라서 본 연구에서는 MTN.GNS/W/120의 기준에 따라 보건의료서비스 분야 하위 다섯 개 분야와 각 분야별 네 개의 교역형태를 염두에 두고 보건의료서비스 현황과 개방에 대한 주요 논의 및 대응방향을 제시하고자 한다.

나. 한·중 교역 동향

앞서 제시한 바와 같이 보건의료서비스는 네 가지 형태로 교역이 이루어지고 있지만 현실적으로 국경간 공급과 해외소비는 국제수지(BOP)상에 세부적으로 분류가 되어 있지 않고 누락되는 부분이 많아 그 추이를 확인하기 어렵다.[8] 또한 자연인의 이동의 경우에도 외국인 의료진이 현지에 가서 번 소득을 정확하게 신고하거나 송금을 할 때에는 통계적으로 현황 파악이 가능하지만 현실적으로 누락되는 부분이 많고, BOP상에도 자연인이 해외에서

8) IMF(2007), *Balance of Payments Statistics* 중 통계의 추계기준 참고.

수취한 소득을 나타내는 임금부분이 Income 항목의 Compensation of Employees에 종합적으로 추계되고 있어 보건의료서비스 분야의 소득부분을 살펴볼 수 없는 실정이다. 따라서 본 연구에서는 주로 해외투자 또는 외국인 직접투자 항목으로 살펴볼 수 있는 상업적 주재 형태의 교역을 중심으로 한·중 양국간 보건의료서비스 교역 현황을 살펴보고자 한다. 다만 산업자원부의 외국인직접투자통계에 따르면 우리나라 보건서비스 분야에 대한 중국의 투자가 이루어진 사례가 없기 때문에 주로 우리나라의 對中 투자를 중심으로 현황을 파악하였다.[9)]

먼저 한국수출입은행에 신고된 해외투자통계를 기준으로 우리나라의 보건의료서비스 對中 투자 현황을 살펴보면 우리나라는 2002년 처음으로 중국 보건의료서비스 분야에 80만 달러를 투자하였으며, 이후 총 투자액이 점차 증가하여 2005년에는 358만 달러에 달하였다. 그러나 2006년에는 138만 달러로 감소하였으며, 2002~06년 동안 총 1,057만 달러가 투자된 것으로 나타났다(표 2-22 참고). 보건의료서비스 분야별(누적치 기준)로 보면 의료분야가 994만 달러로 대부분을 차지하고 있으며, 일반병원의 설립은 26만 달러에 그치고 있다.

표 2-22. 보건의료서비스 對中 투자 현황

(단위: 건, 천 달러)

구분	2002년		2003년		2004년		2005년		2006년		합계	
	투자 건수	투자 금액	투자 건수	투자 금액	투자 건수	투자 금액	투자 건수	투자 금액	투자 건수	투자 금액	투자 건수	투자 금액
보건의료서비스 전체	1	800	4	1,785	5	3,022	5	3,580	3	1,381	18	10,568
의료	1	800	4	1,785	5	3,022	4	3,338	0	996	14	9,941
일반병원	0	0	0	0	0	0	1	242	0	15	1	257
유사의료업	0	0	0	0	0	0	0	0	2	170	2	170
그 외 기타의료업	0	0	0	0	0	0	0	0	1	200	1	200

자료: 한국수출입은행.

9) 산업자원부 「외국인투자통계」 참고(http://www.mocie.go.kr).

보건의료서비스 분야별·업체별 對中 투자 현황을 살펴보면, Medipartner China가 280만 달러를, Rongcheng Meiluozhou Vocation Villate Co., Ltd.가 255만 달러, 그리고 Shenyang Maria Biotech Co., Ltd.가 215만 달러를, Zhenming Meirong Youxian Gongsi가 100만 달러를 중국의 의료서비스업에 투자하였으며, 그 외의 기업은 대부분 100만 달러 이하의 소액을 투자하고 있다(표 2-23 참고). 일반병원의 경우 유일하게 Fu, Kang Yuan Zhensuo가 26만 달러를 투자한 것으로 나타났다.

표 2-23. 보건의료서비스 분야별·업체별 對中 투자 현황

(단위: 천 달러)

구분	업체명	2002	2003	2004	2005	2006	합계
의료	Shenyang Maria Biotech Co., Ltd.	800	496	850	0	0	2,146
	Yunnan Hancheng Holiday Co., Ltd. China	0	56	37	0	0	93
	Hyundai Dental Clinic	0	123	0	0	0	123
	Shenyang Cleanup Cosmetics Co., Ltd.	0	150	100	40	0	290
	Rongcheng Meiluozhou Vocation Villate Co., Ltd.	0	960	472	529	589	2,550
	Zhenming Meirong Youxian Gongsi	0	0	1,001	0	0	1,001
	Shenyang Haeinn Health Tech Adv. Co., Ltd.	0	0	120	0	0	120
	진명구강의원	0	0	278	0	0	278
	Hana Medical Treatment Consulting Co., Ltd(China)	0	0	0	0	0	0
	Shenyang Fuzhi Economic Interflow Co., Ltd	0	0	150	0	0	150
	Youzhong Investment Consulting Co., Ltd.	0	0	14	56	0	70
	Beijing Kind Heartedness Medical Consulting Co., Ltd.	0	0	0	69	0	69
	Bexcel (Guangxi) Management Consulting Co., Ltd.	0	0	0	34	0	34
	Medipartner China	0	0	0	2,433	364	2,797
	Qingdao Qing You Investment Consulting Co., Ltd.	0	0	0	177	43	220
일반병원	Fu, Kang Yuan Zhensuo	0	0	0	242	15	257
유사의료업	None	0	0	0	0	70	70
	Sino (Tianjin) Co., Ltd.	0	0	0	0	100	100
그외 기타의료업	Shenyang Shi Kang Zi Xun You Xian Gong Si	0	0	0	0	200	200
보건의료서비스 전체		800	1,785	3,022	3,580	1,381	10,568

주: Hana Medical Treatment Consulting Co., Ltd(China)의 경우 신고된 투자액은 있으나 실투자된 금액은 없음.
자료: 한국수출입은행.

[표 2-24]의 국내 의료기관의 주요 중국 진출 사례에서 제시한 바와 같이 최근 우리나라 기업과 의료기관이 중국에 다수의 병원을 설립하고 있고, 중국의 『중외합자·합작 의료기관 관리잠정방법』 제1장 제8조 (2)항에서 최소 투자총액을 2,000만 위안 이상(약 2.5억 원)으로 제한하고 있다는 점을 고려할 때 일반병원에 대한 對中 투자는 상당 부분 누락된 것으로 추측된다. 또한 수출입은행의 해외투자통계에서는 보건의료서비스 분야가 의료·일반병원·유사의료업·기타의료업 등 네 가지로 구성되어 있으나, 분야별 업체를 살펴보면 의료와 일반 병원 간에 명확하게 구분되지 않는 측면도 있다. 그리고 중국에 투자를 위한 합작회사를 설립해서 중국기업과 중외합자·합작 의료기관을 설립할 경우 실제 투자는 보건의료서비스 분야에 이루어졌음에도 불구하고 해외투자 신고시에는 다른 분야에 포함될 수 있다.

한국보건산업진흥원(2006b)에 의하면 북경, 상해, 청도 지역을 중심으로 국내 의료기관의 상당수가 중국에 진출한 것으로 조사된다.[10] 이 연구에 따르면 우리나라의 의료기관들은 성형·피부미용·치과 등 미용 성형분야를 중심으로 진출이 이루어지고 있으며, 한류열풍과 함께 성형분야에서 높은 선호도를 나타내고 있다.[11] 이 보고서에서 조사된 국내 의료기관의 중국 진출 사례를 종합하면 [표 2-24]과 같다.

10) 한국보건산업진흥원(2006b), 『의료서비스 해외진출 및 해외환자 유치 활성화 지원방안 마련 연구』 중 제2장, pp. 55~64 참고.

11) 『중국경제망(中国经济网)』의 2007년 3월 29일 기사에 따르면, 중국은 우리나라의 의료서비스 수준에 대해 "한국은 이미 선진화된 설비를 갖춘 종합병원, 대학 부속병원, 전문병원 시스템이 있으며, 외국 박사학위를 취득하고 임상경험이 있는 의사를 다량 확보하고 있고, 대한의학회 조사결과를 토대로 한국의 의료수준이 선진국에 상당 부분 근접하였을 뿐만 아니라 암, 성형수술 등의 영역은 선진국 수준"이라며 매우 높게 평가하고 있다. 또한 아직까지는 의료관광의 대상 국가로 자리잡지 못했지만 정부의 관련 정책 및 의료서비스 수준을 고려할 때 향후 발전 가능성이 큰 것으로 보고 있다.

표 2-24. 국내 의료기관의 주요 중국 진출 사례

구분	의료기관명	설립 지역	진출 시기	진료 과목	병원규모	투자형태	투자특징
병원 설립 (원내원 포함)	SK아이캉병원	북경	2004. 4	Beauty Care, Family Care 등 총 11개	- 총 자본금 2,000만 위안 - 25개 병상	합자·합작 한·중 지분율 70:30	국내 투자법인과 해외 투자법인이 합자한 후 의료기관 설립
	루이리병원	상해	2004. 12	성형외과, 피부과, 치과, 피부과부설피부관리실	- 총 자본금 2,500만 위안 - 입원병상 20개, 치료병상 20개 - 국내인력: 상주의사 3명, 출장진료의사 5명, 경영인력 3명	합자·합작 한·중 지분율 70:30	국내 투자법인과 해외 투자법인이 합자한 후 의료기관 설립
	Ye Medical Center (Ye네트워크)	상해	2005. 10	내과, 부인과, 소아과, 치과, 성형외과, 중의과	- 총 360만 달러 투자 - 국내인력: 상주의사 3명, 기타의료인력 6명, 경영인력 3명	합자·합작	국내 투자법인이 해외 투자법인을 설립한 후 의료기관 설립
	마리아병원 (동방미형정형병원)	선양, 북경	2003. 6 (선양) 2005. 4 (북경)	불임 클리닉	- 총 250만 위안 투자 - 국내인력: 의사 1명, 실험담당직원 1명, 행정 2명)	합자·합작 (선양) 원내원 (북경)	국내 투자법인과 해외 투자법인이 합자한 후 의료기관 설립(선양), 국내 의료기관이 해외 의료기관의 시설내 일부 사용계약 체결, 비독립의료기관(북경)
	BK성형외과	상해	-	-	-	합자·합작	국내 개인 투자자가 해외 투자법인을 설립한 후 의료기관 설립
	GF병원	청도	-	-	-	원내원	국내 의료기관이 독립된 해외 의료기관을 현지인 명의로 개설
병원 경영 참여	신축 북경대병원 (투웬티원 프라자, 휴메인 홀딩스)	북경	2006.7	치과, 성형외과, 국제검진센터 (병원경영에 참여)	- 총 60억 원 투자 - 총 300병상	합자·합작 (병원경영 참여)	국내 투자법인과 해외 투자법인이 합자한 후 의료기관 설립

표 2-24. 계속

구분	의료기관명	설립 지역	진출 시기	진료 과목	병원규모	투자형태	투자특징
진출 검토 단계	우리들병원	- 북경에 척추전문병원 설립 계획 - 총 2,200만 달러 투자계획 - 총 100병상 예정 - 향후 중국 전역에 50여 개 병원체인 설립 계획					
	삼성서울병원	- 2004년 말 북경협화의대 부속 북경협화의원과 협력병원 협약 체결 - 향후 중국 진출 예정					
	고려대의료원	- 2005년 6월 중국 인민병원과 심혈관연구소 개설을 위한 조인식					
	대구 미르치과병원	- 중국 산동성 기박지역에 현지 의료법인과 합작법인 설립 검토					
협력 및 교류 사업	대구 보강병원	- 청도 제1인민병원과 협력 발표					
	대구 한의대의료원	- 중국 하남중의학원과 교류사업					
	영남대의료원	- 중국 화중과기대 의학원과 장기이식, 성형수술 분야의 협력사업					

자료: 한국보건산업진흥원(2006b) 조사결과를 재정리.

우리나라 의료기관의 중국 진출 현황을 살펴보면, 아직까지 현지에 병원을 설립하는 사례는 많지 않으나 진출을 검토하는 병원이 상당수 있는 것으로 나타나, 향후 중국의 보건의료서비스 시장 규모가 크게 확대될 경우 국내 자본력과 암, 성형외과, 치과, 종합검진과 같은 분야에서의 우수한 의료서비스 수준을 배경으로 중국에 많은 병원이 진출할 것으로 예상된다. 중국에 병원을 설립한 사례를 보면 신축 북경대병원에 대한 투자(총 60억 원 투자)와 Ye Medical Center(총 360만 달러 투자)를 제외하면 대부분의 투자규모는 「중외합자·합작의료기관 관리잠정방법」이 정하는 최소투자총액(2,000만 위안)을 조금 상회하는 수준으로 소규모 투자가 주를 이루고 있다. 이와 같은

현상은 아직까지 주로 국내의 중소병원이 단독 혹은 합작의 형태로 중국에 진출하고 있고, 진료과목도 주로 치과·성형외과 등 Beauty Care 분야로 종합병원에 비해 상대적으로 소규모 자본으로 진출하는 것이 가능하기 때문으로 판단된다. 또 다른 한편으로는 해외 의료기관을 설립할 경우 발생할 수 있는 위험요인을 회피하고 현지 사업환경을 파악하고자 시행하는 pilot 투자 형태가 많아 초기 투자는 크지 않으나 향후 현지에서 설립된 병원이 손익분기점을 넘을 경우 추가적인 사업 확장도 예상된다.

다. 한·중 시장 개방 현황

일반적으로 보건의료서비스 분야는 공공재로 인식이 되어 여타 서비스분야에 비해 개방수준이 낮은 것이 사실이다. 우루과이라운드 협상 당시 보건의료서비스 분야를 개방한 국가는 의사 및 치과의사 서비스분야가 49개국, 조산사·간호사·물리치료사 등에 의하여 제공되는 서비스는 26개국, 병원서비스는 39개국, 기타 보건서비스는 13개국이 양허를 하였다.[12] 한편 WTO 출범 이후 DDA 서비스협상에서도 대부분의 선진국들은 동 분야의 개방에 관심을 두지 않고 있다.

우리나라의 경우 UR 당시에는 보건의료서비스 4개 분야 모두를 양허하지 않았으며, 2005년 WTO에 제출한 DDA 서비스협상 2차 양허안에서도 이와 같은 내용에 변화가 없었다.

12) WTO(1999), Services Database(CD-Rom) 참고.

표 2-25. 우리나라의 보건의료서비스 양허 현황

서비스분류			UR 양허안, DDA 서비스협상 2차 양허안	
대분류	중분류	소분류	시장접근	내국민대우
1. 사업 서비스	A. 전문가 서비스	h. 의사 및 치과의사 서비스	기재사항 없음	기재사항 없음
		j. 조산사, 간호사, 물리치료사 등에 의하여 제공되는 서비스	기재사항 없음	기재사항 없음
8. 보건 사회 서비스	A. 병원 서비스	-	기재사항 없음	기재사항 없음
	B. 기타 보건 서비스	-	기재사항 없음	기재사항 없음

자료: WTO(1999), Services Database(CD-Rom); WTO(2005), "Korea – Second Offer on the Schedule of Specific Commitments(S/DCS/W/KOR)".

이상에서 살펴본 바와 같이 우리나라는 보건의료서비스의 모든 분야를 양허하지 않고 있으나 경제자유구역 내에는 부분적인 개방이 이루어져 있다. 즉 『경제자유구역의지정및운영에관한법률』에 따라 2003년 7월 경제자유구역에 외국인이 의료기관과 약국을 설립하는 것을 허용하였다.[13] 다만 당시에는 외국인이 설립한 의료기관과 약국은 외국인에 한하여 진료하거나 약을 판매하는 것이 허용되었다. 이후 2005년 동 법의 개정을 통해 경제자유구역 내에 설립된 외국병원이 내국인을 진료하는 것을 허용하였고, 2007년 7월에 시행될 동 법의 개정안에서는 외국인뿐만 아니라 외국인투자기업도 의료기관을 설립할 수 있게 되었다. 따라서 현재 외국인 또는 외국인투자기업은 경제자유구역 내에 내·외국인이 이용할 수 있는 종합병원·병원·치과병원·요양병원과 외국인 전용 약국을 설립할 수 있으며, 의료기관의 영리법인이 인정되고 있다. 또한 동 지역 내에 설립된 외국인 의료기관에서 내·외국인이

13) 본 보고서 부록편 참고.

진료를 받을 경우 건강보험의 적용을 받지 않는다.

경제자유구역 내에 보건의료서비스 분야가 부분적으로 개방되어 있으나 아직까지 설립된 외국 의료기관은 없는 실정이다. 최근 경제자유구역 내의 외국인 생활환경 개선과 관련 산업육성 및 투자유치 촉진을 위해 각 경제자유구역에서 외국 우수 병원을 유치하고자 적극적으로 노력한 결과, 현재 인천경제자유구역에는 2008년에 NYP(뉴욕장로병원)와 세브란스병원이 함께 외국 병원을 개원할 예정이며, 서울대병원도 동 지역에 병원 설립을 추진하고 있는 것으로 알려졌다. 부산·진해 경제자유구역의 경우 우리은행·ABN 암로은행 등 금융권과 외국 병원 유치에 관한 MOU를 체결하고 적극적으로 외국 병원을 유치하고 있다.[14]

이와 같이 경제자유구역은 제한적이나마 외국인이 의료기관을 설립할 수 있고, 외국인 의사 또는 약사는 추가적인 시험을 거치지 않더라도 동 지역에 진출하여 외국인 의료기관이나 약국에 종사할 수 있다.[15] 이와 같은 법률조항을 기초로 할 때 중국 의료기관이나 약국, 그리고 중국인 의사와 약사도 국내 경제자유구역에 진출할 수 있는 가능성은 열려 있는 것으로 해석된다. 그러나 현재 경제자유구역에 진출한 중국인 투자기업이 많지 않다는 점으로 미루어 볼 때 중국 의료기관과 약국의 진출 가능성이 있는가 하는 문제와, 「경제자유구역의지정및운영에관한법률」은 우수한 외국 의료기관을 유치하겠다는 취지에서 만들어진 것이므로 중국 의료기관과 약국의 설립이 동 법 제23조 1항에 규정되어 있는 바와 같이 보건복지부장관의 허가를 받을 수 있는가 하는 것이 관건이 될 것으로 평가된다.

보건의료서비스 분야에 대한 중국의 개방 현황을 살펴보면 중국은 2001년 WTO 가입 당시 보건의료서비스 총 5개 분야 중 의사 및 치과의사 서비스

14) 『의협신문』 2006년 8월 31일 기사 참고.

15) 「경제자유구역의지정및운영에관한법률」 제23조 6항 참고.

를 부분적으로 개방하였다(표 2-26 참고). 내국민대우상 mode 1과 2에 대해서는 제한없이 양허하였고, mode 3에 대해서는 중국의사 다수 조건을 두고 양허하였다. 또한 시장접근상 mode 1·2에 대해서는 제한없이 양허하였고, mode 3에 대해서는 경제적 수요심사[16]와 합작투자를 요건으로 병원 또는 진료소를 설립하는 것이 허용되어 있으며, 외국인 다수지분도 허용하고 있다. 한편 mode 4의 경우 본국에서 관련 자격을 받은 외국인 의사는 중국의 위생부(Ministry of Public Health)로부터 면허를 받은 후에 중국에서 단기 의료서비스를 제공할 수 있고, 서비스의 기간은 기본 6개월이며 1년으로 연장될 수 있다는 점을 명시하고 있다. 한편 중국은 2005년 WTO에 제출한 DDA 서비스협상 2차 양허안에서는 기존 기재사항 외에 추가된 것은 없는 것으로 나타났다.

중국의 WTO 가입 당시 양허표와 DDA 서비스협상 2차 양허안에서는 의사 및 치과의사 서비스만을 양허하고 여타 분야는 기재사항이 없으나, 의사 및 치과의사 서비스분야의 양허 내용을 살펴볼 때 사실상 「8. 보건사회서비스의 A. 병원서비스」를 양허하고 있는 것으로 평가된다. 즉, 의사 및 치과의사 서비스분야의 양허 내용 중 mode 3에 있어 경제적 수요심사와 합작투자를 요건으로 외국인 다수지분의 병원 또는 진료소를 설립하는 것을 허용하고 있기 때문에 이는 병원서비스의 상업적 주재와 관련된 요건이 된다.

16) WTO 양허안에 따르면 "중국의 필요와 일치하는 수량 제한에 따른다"라고 명시하였다.

표 2-26. 중국의 보건의료서비스 양허 현황

서비스분류			WTO 가입 당시의 양허안	
대분류	중분류	소분류	시장접근	내국민대우
1. 사업 서비스	A. 전문가 서비스	h. 의사 및 치과의사 서비스	(1) 제한없음 (2) 제한없음 (3) 외국인 서비스공급자는 중국의 필요와 일치하는 수량 제한에 따라 중국인 파트너와 함께 외국인 다수 지분의 합작투자 병원 또는 진료소를 설립하는 것이 허용됨. (4) 수평적 조치에 기재된 사항과 다음 사항을 제외하면 양허없음: 본국에서 전문가 증명서를 발부받은 외국인 의사들은 보건부(Ministry of Public Health)로부터 면허를 받은 후에 중국에서 단기 의료서비스를 제공할 수 있음. 서비스의 기간은 6개월이며 1년으로 연장될 수 있음.	(1) 제한없음 (2) 제한없음 (3) 합작투자 병원과 진료소의 의사와 치과의사 총인원의 다수는 중국 국적을 가지고 있어야 함. (4) 수평적 조치에 기재된 사항을 제외하면 양허없음.
		j. 조산사, 간호사, 물리치 료사 등에 의하여 제공 되는 서비스	기재사항 없음	기재사항 없음
8. 보건 사회 서비스	A. 병원 서비스	-	기재사항 없음	기재사항 없음
	B. 기타 보건 서비스	-	기재사항 없음	기재사항 없음

자료: WTO.

한편 중국은 2007년 2월 ASEAN과 서비스분야의 개방을 포함한 FTA를 체결하였다. 동 FTA에서 중국과 ASEAN 국가들은 일반적으로 FTA 서비스분야에서 사용되는 Negative 방식의 유보안을 사용하지 않고 Positive 방식의 양허표를 작성하였는데, 중·ASEAN FTA 양허표에 따르면 중국은 보건의료서비스 분야에서 DDA 서비스협상 2차 양허안보다 추가된 개방사항은 없으며 오히려 의사 및 치과의사 서비스에 대한 양허도 제외되어 있는 것으로 나타났다. 다만 수평적 조치에 있어 계약서비스공급자(CSS: Contractual Service Suppliers)의 개방 내용에 의사 및 치과의사 서비스를 포함시키고 있는데 WTO 협상에서 일반적으로 적용하는 CSS 규정을 따르고, 계약기간은 1년을 초과하지 않으며 본국에서 전문가 자격을 갖추고 주재국(중국) 내에서 관련 분야에만 종사하는 것을 조건으로 하고 있다. 중국과 FTA를 체결한 ASEAN 회원국들 또한 중·ASEAN FTA 양허표의 보건의료서비스 분야에 있어 추가적인 양허 내용은 없는 것으로 나타났다.

2000년 7월 중국 위생부와 대외무역경제합작부는 공동으로 의료서비스 분야의 대외개방을 내용으로 하는 「중외합자·합작의료기관 관리잠정방법」을 발표하였다. 동 법 제2장 설립조건에 따르면 외국인이 중국에서 중외합자·합작 의료기관을 설립하는 것이 허용되며, 투자 총액은 2,000만 위안 이상이어야 하고 중국측 지분은 30% 이상이어야 한다고 명시하고 있다. 그 외에도 「외국의사의 중국 방문 단기 의료행위 임시관리방법」에서는 외국 의사는 중국에 와서 등록을 거쳐 '외국의사 단기 의료행위 허가증'을 취득하면 중국 내에서 의료행위를 할 수 있으며(동 법 제3조), 기한은 1년으로 제한(동 법 제2조)하고 있으나 연장이 가능하다(동 법 제12조).

라. 한·중 FTA 협상에서 양국의 개방요구 예상 분야

한·중 FTA 협상에서 보건의료서비스에 대한 양국 개방요구 예상 분야의

기본적인 윤곽은 DDA 서비스협상 1차 양허요청서를 통해 파악할 수 있다. 동 양허요청서의 전반적인 내용을 살펴보면 당시 우리나라는 선진국에 대해서는 상호인정협정(MRA: Mutual Recognition Agreement)을 양허해 줄 것을 요청하였으며, 중국에 대해서는 성형외과, 인공수정, 척추관절 등 일부 병원서비스에 대한 양허를 요구했다. 반면 우리나라에 대해서는 선진국 중 호주가 병원서비스와 노인요양시설에 대한 양허를 요구했고, 중국은 중의서비스를 중심으로 의료인력의 개방을 요구했으며, 일부 개도국들은 의료인력의 개방을 요구하였다. 당시 주요 선진국들은 의료의 공공성을 중시하여 개방요구를 하지 않았음을 명시하였으며, 우리나라의 MRA에 대해서는 정부 권한 밖의 사안이라는 점을 들어 거부의 입장을 밝혔다.

앞서 잠시 언급된 바와 같이 중국은 지난 2002년 DDA 서비스협상 1차 양허요청서 제출 당시 우리나라 보건의료서비스 분야 중 일부의 개방을 요청한 바 있다. 동 양허요청에서 중국은 우리나라의 한방·치과를 포함한 보건의료서비스 전 분야의 개방을 요구하였고, 특히 한방에 대해서는 교육분야의 개방도 병행하여 요구하였다.[17] 이와 같이 중국이 우리나라 보건의료서비스 시장의 개방을 요구한 것은 동 분야에서 중국이 상대적으로 시장을 더 많이 개방하고 있고 우리나라의 보건의료서비스 시장 규모가 클 뿐만 아니라 향후 발전 가능성도 크기 때문으로 판단된다. 특히 상대적으로 높은 의료서비스 수준과 가격경쟁력을 가지고 있다고 평가되는 한방분야에서는 교육서비스 분야까지 병행하여 개방할 것을 요구하였다는 점에서 향후 한·중 FTA 협상에서 주요 쟁점으로 등장할 가능성이 큰 것으로 판단된다. 또한 보건의료서비스 전 분야의 개방을 요구하였다는 점은 mode 3에 의한 의료기관의 설립과 mode 4에 의한 의사·한의사·간호사·조무사 등의 한국 진

17) 외교통상부(2002. 7. 11), 『WTO 서비스협상 관련 우리나라에 대한 양허요청서 접수 현황』, 보도자료의 첨부자료인 「우리나라에 대한 request 중 주요 내용」을 참고.

표 2-27 양허요청서 제출 및 접수 현황(2003. 6. 28 현재)

관련국	분야	관련국우리측요청안	우리나라에대한회원국요청안
중국	1. 사업서비스 A. 전문직서비스 h. 의료서비스및치과	비영리목적환자모집요구(M2) * 치과서비스는 요구안함	- 양허요구(M1 & M2) - 합작병원및의원개설과동의료기관소유권인정(M3) - 중국의료면허인정(M4)
	8. 건강관련및사회서비스 A. 병원서비스	- 의사간원격상담의개방요구(M1) - 인공수정, 척추관절, 성형외과, 서비스분야양허요구(M3) - MRA 포함면허인정요구(M4)	없음
미국, 캐나다, 일본, 영국	1. 사업서비스 A. 전문직서비스 h. 의료서비스및치과	- MRA 포함면허인정요구(M4)	없음
미국, 캐나다, 호주, 일본, 뉴질랜드	j. 조산사, 간호사, 준의료인서비스	- MRA 포함면허인정요구(M4) 간호서비스: 영국 추가 조산서비스: 덴마크, 스웨덴, 노르웨이 추가	- 보건관련및사회서비스(호주추가) 민간병원서비스, 병원외민간거주보건시설서비스, 노인거주시설민간복지시설전 Mode 양허요구
폴란드	1. 사업서비스 A. 전문직서비스 h. 의료서비스및치과 j. 조산사, 간호사, 준의료인서비스 8. 건강관련및사회서비스 A. 병원서비스	없음	관련분야모두양허요구
우루과이	4. 유통서비스 B. 도매거래서비스 - 의약품, 의료용품및화장품 도매업	없음	- 양허요구(M1 & M2) - 대형할인점, 백화점등에대한경제적수요심사적용삭제요구(M3)
홍콩 차이나	1. 사업서비스 A. 전문직서비스 j. 조산사, 간호사, 준의료인서비스	없음	동분야양허요구(NT및MA)
파키스탄	1. 사업서비스 A. 전문직서비스 h. 의료서비스및치과 j. 조산사, 간호사, 준의료인서비스	없음	- 양허요구(M1 & M2)
태국	보건의료서비스	없음	양허요구

자료: 보건사회연구원.

출과 자격에 대한 상호인정협정(MRA: Mutual Recognition Arrangement)을 포괄적으로 고려하고 있다고 볼 수 있다. 즉 우리나라의 보건의료서비스 분야 개방이 이루어지더라도 상대적인 의료서비스 수준의 차이로 인해 병원을 설립할 가능성은 크지 않으나 중국계 자본력을 바탕으로 국내 화교를 주 고객으로 하는 병원을 설립할 수도 있고, 외과 등 국내 인력 공급이 부족한 분야와 한의예 전반, 간호사·조무사 등의 분야에서 중국 의료인력의 진출 가능성이 크기 때문이다.

중국의 입장과는 달리 우리나라는 DDA 서비스협상 1차 양허요청서 제출 당시 중국에 성형외과·인공수정·척추관절 등 일부 병원서비스에 대한 양허를 요구했으나, 전반적으로 보건의료서비스 분야에 대해서는 개방을 유보한다는 입장을 가지고 있다. 특히 동 분야의 개방에 따른 보건의료서비스의 공공성 훼손, 건강보험체계의 붕괴, 의료비 부담 가중, 서비스의 질 하락, 국내 보건의료인력의 고용불안정성 가중 등의 발생에 대한 우려가 개방을 유보하는 데 많은 영향을 주고 있다. 반면 일부에서는 선진국에 비해 상대적으로 낙후된 우리나라의 보건의료서비스 분야를 개방하여 동 분야의 제도를 선진화하고 서비스의 질을 향상시켜야 한다는 의견도 있다.[18)]

한편 DDA 서비스협상이 시작된 이후부터 최근 한·미 FTA 협상과정을 거치면서 보건의료서비스 개방에 대한 여러 이익단체의 입장이 다양하게 표출되어 왔다. 대한의사협회는 2003년 2월 DDA 관련 공청회를 통해 상대국 면허취득제도가 국내와 동등하다면 그 국가에서 발행된 면허소지자의 국내 취업을 양허할 수 있다는 방침을 밝힘으로써 외국 의료인력의 국내 유입에 대해 조건부로 찬성하는 모습을 보였다. 한·미 FTA에 대해서는 구체적인 입장 표명을 유보했으나, 미국처럼 의료보험의 민영화 및 영리법인의 설립에

18) Institute for Industrial policy statistics(2005)에 의하면, 의료서비스의 질을 10점 만점으로 둘 때 독일은 7.8 프랑스 7.1점, 미국은 6.8점인 데 반해 한국은 5.6점으로 낮은 수준을 보이고 있다.

대해서는 신중한 입장을 보였다. 간호사협회와 조산사협회도 DDA 서비스 개방에서 상호면허제도의 동등성이 인정된다는 조건하에 개방을 찬성하는 입장이었고, 한·미 FTA에서도 국내시장이 이미 포화 상태에 이르렀기 때문에 적극적인 찬성의 입장을 표명했다. 한국산업인력관리공단에서는 '국내 간호사 미국 취업방안'을 마련하여 본격적인 시행을 시도하기도 했고, 간호협회 차원에서 협상 통과 후 미국의 50개 주를 상대로 개별협상에 나갈 방침을 밝히기도 했다. 대한병원협회는 DDA 협상에 대해 mode 3 개방의 핵심이라고 할 수 있는 영리법인 허용을 주장하며 개방을 찬성하는 입장을 표명했으며 이런 주장은 한·미 FTA에서도 지속되었다. 한의사협회와 치과협회는 DDA 협상에서 의료개방에 대해 전면 반대의 입장을 보였는데, 특히 한·미 FTA 협상 당시 미국이 침술인들의 자격을 인정해 달라는 요구를 하자 한의사협회는 반대시위를 통해 협회의 입장을 표명한 바 있다.

표 2-28. 보건의료서비스 분야 개방에 대한 이익단체별 입장

구분	대한의사협회	치과의사협회	한의사협회	간호사협회	조산사협회
DDA 협상	조건부 찬성	개방 반대	개방 반대	조건부 찬성	찬성
한·미 FTA	입장 유보	개방 반대	개방 반대	적극 찬성	-
한·중 FTA	-	-	개방 반대	-	-

자료: 『약업신문』; 김준동 외(2003), 『DDA 서비스협상 보건의료 분야의 주요 쟁점 및 정책과제』 참고.

제3장

한·중 FTA 보건의료서비스 분야 예상 쟁점

1. 의료비 및 의료서비스의 질적 개선 문제

가. 한국과 중국의 의료비 및 의료서비스의 문제점

서비스시장 개방은 기본적으로 교역 장벽을 완화함으로써 외국 서비스공급자의 국내 진입과 국내 서비스공급자의 해외 진출을 촉진시킨다. 특히 외국 서비스공급자의 국내 진입은 새로운 서비스의 공급과 국내 업계의 경쟁을 촉진시켜 소비자의 편익을 증진시키게 된다. 이때 동질의 서비스를 공급하는 국내외 공급자 간의 경쟁이 활발해지면 서비스의 품질은 향상되고 가격은 인하된다. 이들이 차별화된 서비스를 공급하는 경우에는 소비자의 선택의 기회는 증가하게 된다. 하지만, 차별화된 서비스가 시장가격의 인하를 유도하지 않을 수도 있다.

보건의료서비스는 여타 서비스분야처럼 시장의 수요와 공급에 따라 영향

을 받기도 하지만, 많은 경우 정부의 정책으로 제공되는 공공서비스의 성격이 강조되고 있다. 미국 등 일부 국가에서는 보건의료서비스가 시장기능에 영향을 많이 받지만, 프랑스, 독일 등 많은 국가들은 사회보장의 일환으로 보건의료서비스를 제공하고 있다. 우리나라도 보건의료서비스의 수요와 공급이 대부분 국민건강보험제도 하에서 이루어지고 있다.

이와 같은 우리나라의 여건상 보건의료서비스 시장 개방에서 주요 쟁점으로 부상될 가능성이 있는 것은 영리법인의 허용 문제이다. 즉 외국 보건의료서비스 공급자 입장에서 이익의 창출과 과실송금 등 경제적 이익을 도모하는 것이 보장되지 않는다면 한국에 진출할 유인이 없기 때문에 영리법인을 허용해 달라는 요구가 필연적으로 있을 것으로 예상된다. 만일 영리법인이 허용되면 이들 병원은 국민건강보험체계의 적용 대상에서 제외되기 때문에 자유롭게 의료수가를 정할 수 있는데, 이들이 제공하는 서비스의 질이 높아 수요가 많은 경우 가격이 상승하고 이는 국민의 의료비 지출 증가라는 부담을 발생시킬 수 있다.

한편 보건의료서비스 시장 개방으로 의료기관의 진출·진입과 의료인력의 이동이 자유로워지면 시장 여건에 따라 보건의료서비스 공급자의 수가 급변할 가능성이 있고, 이는 보건의료서비스의 질에 영향을 주게 된다. 의료인력의 기본적인 질적 동등성이 보장될 경우 외국 병원 또는 의료인력이 국내로 진출하게 되면 그만큼 의료서비스 수혜자인 일반 국민들은 서비스에 대한 접근성이 높아질 뿐만 아니라 다양하고 전문화된 서비스를 선택하여 소비할 수 있게 된다. 이와 반대로 외국 시장의 여건이 좋아 국내 병원과 의료인력이 대거 진출하게 되면 국내 보건의료서비스의 공동화가 발생하게 되고, 결국 국민들은 의료서비스 부족으로 어려움을 겪게 될 수 있다.

이처럼 보건의료서비스 시장 개방은 당사국의 의료비와 의료서비스의 질에 영향을 주게 되는데, 어느 수준으로 개방을 하며 각국의 여건이 어떠한가에 따라 그 효과는 다르게 나타날 수 있다. 이러한 점을 감안하여 본 연구에

서는 먼저 우리나라와 중국의 현황에 대해 살펴본다.

한국은 최근 의료비가 급격하게 상승했으며, 이는 공공의료지출의 증대에 따른 것으로 나타났다. 한국의 의료비 지출 수준 및 GDP 대비 의료비 수준이 아직 OECD 국가들에 비해 매우 낮은 점을 감안한다면 현재 급증하고 있는 의료비 지출 자체는 크게 문제가 되지 않을 수 있다. 그러나 의료비 지출의 증가가 공공의료지출에서 지속적으로 발생할 경우 국민건강보험체계에 재정적인 부담이 가중될 수밖에 없고, 이를 해소하기 위해서는 지속적인 보험료 인상이 있어야 한다. 그러나 우리나라 국민들은 국민건강보험료 지출을 세금과 같은 형태로 인식하고 있을 뿐만 아니라 최근 몇 년 동안 보험료가 크게 인상되었기 때문에 추가적인 인상에 대해 국민적 반대여론이 확산될 수 있다. 또한 앞서 언급한 바와 같이 우리나라 국민들은 보건의료서비스에 대한 만족도가 높지 않기 때문에 이와 같은 반대여론이 더욱 강하게 표출될 가능성이 있다.

국내 민간분야에서는 최근 일부 대형 종합병원에 환자들이 집중되는 반면 중소병원들을 찾는 환자는 크게 감소하는 양극화 현상이 발생하여 많은 중소병원들이 경영 악화로 문을 닫는 문제가 발생하고 있다. [표 3-1]에 따르면, 2001~04년 동안 300병상 이상의 대형병원이 도산하는 경우는 미미한 반면, 300병상 미만의 중소병원은 상대적으로 높은 도산율을 보이는 것으로 나타났다. 특히 2001~03년 동안에는 100병상 미만의 소형병원의 도산이 많았으나 2004년에는 100~299병상의 중형병원의 도산율이 12.1%로 가장 높은 수준을 나타내었다. 김준홍·이용균(2006)에 따르면 지난 1998년부터 2004년까지 도산한 중소병원 중에서 경영악화로 인한 도산비율이 해마다 높아져 2004년의 경우 62.5%에 이르는 것으로 조사되었다.[19] 이와 같이 중소병원의 경영이 악화된 이유로는 낮은 보험수가, 의원과 개인병원에 의한 1차

19) 김준홍, 이용균(2006), 『중소병원 경영실적과 육성방안』, 한국병원경영연구원.

의료잠식, 전공의 수급불균형에 따른 구인난, 의료기관 상호간 경쟁 및 역할 중복, 세무상 비용인정 강화 등을 들 수 있다.

표 3-1. 최근 4년간 의료기관 병상규모별 도산 추이

(단위: 개)

연도	100병상 미만			100~299병상			300병상 이상		
	도산	전체	백분율	도산	전체	백분율	도산	전체	백분율
2001	63	421	15.0	20	323	6.2	1	192	0.5
2002	68	416	16.3	22	359	6.1	3	200	1.5
2003	60	451	13.3	25	399	6.3	2	199	1.0
2004	29	502	5.8	58	480	12.1	1	214	0.5

자료: 한국보건산업진흥원(2004), 「중소병원 경영지원센터 운영사업계획」.(7월)

이러한 중소병원의 도산은 보건의료서비스 공급자의 양극화를 초래하고 보건의료서비스 공급에도 차질을 빚고 있다. 2005~06년 동안 전체 병원 수는 16.2% 증가하였으나 신규로 문을 연 병원 193개 중 110개가 노인 요양병원으로 이를 제외한 병원급 이상 의료기관의 순 증가는 83개(7.88% 증가)로 상대적으로 낮은 수준을 나타내었다. 또한 2006년 1~5월 동안 요양병원은 51개가 설립되었지만 이외의 병원급 의료기관 수는 1.87% 증가하는 데 그친 것으로 나타났다.

중국도 우리나라와 유사하게 최근 급격한 의료비 지출 증가 문제가 발생하고 있는 것으로 보인다. 중국정부는 1998년 보건의료에 민간지출을 확대하는 「기본의료보험제도」의 공식시행을 발표하였으며, 2000년 2월 중국 국무원 체제개혁위원회를 비롯한 중국정부의 주요 부처는 공동으로 「도시 의약체제 개혁의 지도 의견에 관한 통지」 발표를 시작으로 상당수의 국영의료기관들을 민영화하고 의료서비스시장 자체에 시장경제 시스템을 도입하였다.

이에 국가 주도 경영으로 인한 만성 적자에 따른 정부 부담의 가중, 의료

진의 이익추구로 인한 검사 및 약처방 남용, 현대식 의료장비 및 의료설비 부족 등의 문제를 해결하고자 의료기관을 비영리 의료기관과 영리 의료기관으로 분리하였다. 이에 따라 국영 의료기관은 비영리로 국가에 소속되어 가격통제를 받는 대신 세금우대 등의 혜택을 주는 반면, 영리 의료기관은 민간이 소유·운영하며 진료비를 자율적으로 운영할 수 있도록 규정하였다.

하지만 2005년 중국 국무원 발전연구중심(DRC)은 최근 중국 의료개혁은 기본적으로 실패했다고 발표하였다. 즉 의료비 상승에 비해 의료의 질이 향상되지 않고 있다는 것이다. 중국 위생부의 자료에 의하면 2002년과 비교했을 경우 2003년에 위생부문 부속병원에 치료를 받은 인원수는 전년도에 비해 4.7%감소했으나 병원의 평균수입은 오히려 69.9%증가했다. 그간 의료수입의 증가는 총수입의 49.8%, 의약품은 총수입의 38.7%를 차지한 것으로 드러났다.

중국 의료비는 가격위원회에서 결정하지만 영리성 의료기관의 경우 제한이나 규정이 없어 의료기관이 가격수준을 결정한다. 따라서 중외합자·합작병원 및 중국 민영병원들은 중국 국영병원 진료비용의 약 3~10배 수준을 받는다. 비영리인 국영의료기관 역시 관리 시스템과 운영 메커니즘의 문제로 의료비가 급격히 상승하고 있다. 국영병원은 정부의 위생행정부문이 병원의 관리자이자 원장이므로 병원 행정에 대한 정부의 관리감독이 제대로 수행되지 않아 이익보호를 위한 위법행위가 상습적으로 발생하고 있고, 1980년대 초 병원에 대한 분권식 개혁으로 병원이 상대적으로 자유로운 가격결정권을 가지게 됨에 따라 이익추구의 목적으로 비싼 의약품과 불필요한 검사의 남용이 급증하고 있으며, 실제로 일인당 의료비용에서 약품과 검사비용이 차지하는 비율이 80% 이상이다. 또한 약품의 가격결정 메커니즘 역시 사실상 기업의 높은 가격 책정이 용인되는 상황이기 때문에 의료비 상승의 또 다른 요인이 되고 있다.

이에 2006년 14개 부처로 구성된 의료 개혁위원회가 설립되었으며, 2007

년 새로운 의료개혁 방안이 도입될 예정이다. 특히 2007년 1월에 열린 전국 위생공작회의에서 의료시스템의 4대 기본의료제도인 기본위생보건제도, 의료보장제도, 국가기본의약품제도, 국영병원관리제도에 관한 기본적인 개혁방향이 제시되어, 공공의료기관·농촌의료기관·도시 사구(社區)의료기관을 서비스의 주체로, 도농간 소득차에 따른 차별화된 혼합형 의료보험제도 도입, 의약품 생산유통의 규범화 및 현대화 추진, 국영병원의 공공성 강화를 위한 의약분업 등이 추진될 예정이다.

나. 한·중 FTA 개방에 따른 긍정적 기대효과

한·중 FTA에 따른 양국의 보건의료시장 개방이 위와 같은 문제를 해결하는 데 도움을 줄 수 있을지 한·중 FTA에 따른 개방의 기대효과를 중심으로 살펴본다. 이 보고서에서 가정하는 양국간 개방의 수준은 중국이 WTO 양허안에 명시한 정도의 개방이다.

첫째, FTA의 가장 긍정적인 측면은 교역의 장벽을 낮춤으로써 소비자들에게 전보다 다양한 선택의 기회를 제공한다는 점이다. 중국 자본이 국내자본과 합작의 형태로 국내에 유입되어 병의원을 설립함으로써 보건의료서비스 선택의 폭이 넓어질 것이다. 특히 한국 내에는 대규모 병원에서의 보건의료서비스에 대한 수요가 계속 증가하고 있는 현실이다. 또한 상업적 주재에 있어 중국 병의원이 국내 중소병원들과 합작하여 대형병원의 형태로 국내에 유입된다면 그러한 수요의 상당 부분을 만족시킬 수 있을 것으로 기대된다. 이를 통해 보건의료서비스에 대한 소비자들의 만족도를 높일 수 있을 것이다.

둘째, 중국 의료기관들이 합작의 형태로 한국에 진출하게 되면 보건의료서비스에 대한 외국인투자의 증대를 가져올 수 있다. 한국에는 외국 병원의 진출이 전무한 반면 중국에는 2004년 현재 외국 유명병원들을 비롯하여 160

여 개의 외국 병원들이 진출해 있어 상업적 주재에 의한 의료기관의 진출이 활발하다. 선진 의료기술을 가진 외국 병원들의 진출이 중국 보건의료서비스의 질을 향상시키는 데 일조한다는 것은 부인할 수 없는 사실이다. 한·중 FTA를 통해 국내 보건의료서비스 시장이 현재 중국의 WTO 양허표에 나타난 만큼 개방된다면 중국에 진출한 외국 유명병원들이 중국 의료진을 앞세워 국내 병의원들과 합작 형태로 국내에 진출할 수 있다. 이는 국내 의료기관에 대한 외국인투자를 증대시켜 국내 의료수준의 전반적인 질적 향상을 돕고, 보건의료서비스에 대한 소비자들의 만족도를 높일 것으로 기대된다.

다. 한·중 FTA 개방에 따른 부정적 기대효과

한·중 FTA에 따른 보건의료서비스 개방이 양국이 당면한 의료비 상승의 문제를 해결해줄지에 대해서는 부정적인 의견이 우세하다.

첫째, 민영화의 확대와 영리법인의 허용이 국내 민간소비지출을 늘려서 민간의 의료비 부담이 지나치게 가중될 우려가 있다. 중국의 WTO 양허안 수준의 상업적 주재를 허용할 경우 필연적으로 영리법인의 형태를 허용할 수밖에 없다. 문제는 영리법인의 허용이 단순히 의료법인 허용으로 인한 약간의 의료비 상승으로 끝나기보다 건강보험체계를 기반으로 한 보건의료서비스 시장의 질서에 영향을 주어서 지속적인 의료비 상승을 초래할 수 있다는 것이다. 중국의 최근 의료비 상승도 일정 부분 영리법인의 허용에 영향을 받았다고 주장되기도 한다. 그리고 앞선 중국의 사례에서 급격한 의료비 상승에 비해 소비자의 만족도는 높아지지 않았다는 점은 영리법인의 허용이 바람직하지 않은 결과를 이끌어낼 수 있다는 것을 말해준다.

둘째, 중국의 민영화가 한국보다 앞서 있기 때문에 오히려 국내 병의원들이 對中 투자를 늘려서 국내 보건의료서비스의 공동화를 초래할 수 있다. 아울러 중국 내 의료비 상승은 민간의료비의 상승에 기인한다고 할 수 있다.

이에 따라 향후 중국 내 영리법인의 의료진에 대한 처우가 개선된다면 mode 4 형태의 개방과 함께 한국 병의원들이 국내 의사들을 데리고 중국에 적극적으로 진출할 가능성이 높다. 한국 병의원들의 중국 진출 가속화는 성장하고 있는 중국 보건의료서비스의 부가가치를 한국 병의원들이 누릴 수 있다는 점에서 긍정적이고 정부 차원에서 장려해야 할 일이지만, 중국 보건의료서비스의 부가가치가 국내 보건의료서비스의 부가가치를 상회하게 되는 경우 지나친 중국 진출로 국내 의료인력 부족이나 병의원 수 감소 등을 경험할 수도 있다.

2. 한의학 개방의 문제

가. 한국 한의학서비스의 문제와 중국 중의학의 경쟁력

한국은 한의학 발전을 국가적으로 장려해 왔다. 법률 제6995호의 한의약육성법을 통해 한의학에 대한 지원이 이루어졌는데, 양한방 협진의 확대, 한방의료서비스의 질적 수준 제고, 한방의료서비스 공급체제의 효율화, 양질의 한방의료인력 양성, 치료기술 개발지원 확대를 목적으로 하였다. 이 중 양한방 협진은 한의학을 한 단계 업그레이드 할 수 있는 것으로 기대되고 있다. 실제로 대한의사협회의 조사에 따르면 국민의 61.7% 정도가 한방과 양방 간의 협진 및 의료의 일원화가 이루어지기를 희망하고 있다. 하지만 현실은 그런 바람과 동떨어져 있는 것으로 보인다.[20]

양한방간 협진이라고 하면 의사와 한의사가 협의를 통해 치료방법, 치료내용에 관한 계획을 수립한 다음 그에 따라 공동으로 치료함으로써 치료효율과 서비스의 질을 향상시키는 것이다. 그런 관점에서 볼 때 협진은 거의 이

20) 『메디게이트 뉴스』(2005. 1), 「이원화된 의료시스템 이대론 안된다」.

루어지지 않고 있는데, 극히 일부를 제외하고는 실질적인 협진이 아닌 한방병원에 의원이 부속적으로 딸린 형태이거나 환자의 요구에 따라 한의사와 의사가 번갈아 진료하는 형태이기 때문에 같이 연구해서 어떤 시너지 효과를 거두는 형태가 아니기 때문이다. 협진을 내세운 병의원의 경우 대부분 한방을 위주로 하고 대형병원의 경우 협진이 오히려 진료비 상승만 부추기는 것으로 알려져 있다.[21)]

앞서 중국 의료 현황에서 언급했듯이 의료시설, 의료비 지출, 진료 형태면에서 중국은 중의학 분야를 중시하는 것으로 보인다. 특히 중국의 중의학은 서의학과 협진을 공고히 하면서 그 의학적 수준을 높이기 위해 노력해왔고 동양의학과 서양의학의 시너지 효과를 높일 수 있는 협진 전문 중서의병원이 있을 정도로 협진이 당연시되고 있다. 심지어 중국의 의료 개방이 국가의료비 부담의 경감보다는 중의학의 세계석권이라는 중장기적 전략에 초점을 두고 추진되고 있다는 주장도 있다.

나. 한·중 FTA 개방에 따른 긍정적 기대효과 [22)]

첫째, 중국 중의학이 한국에 유입되면 국내 한의학서비스 소비자들은 기존에 경험할 수 없었던 새로운 형태의 중의학서비스를 누릴 수 있게 된다. 특히 mode 3의 형태로 중서의결합병원이 국내 병의원들과 합작의 형태로 국내에 진출하게 된다면 양한방 협진을 지지하는 국민적 여론에 맞춰 의료서비스에 대한 소비자의 만족도가 늘어날 수 있다.

둘째, 상업적 주재가 합작의 형태로만 허용되기 때문에 발달된 형태의 중의학이 상당수 국내 의료진의 도움을 통해 한국에 유입될 것이다. 이 과정에

21) 『메디게이트 뉴스』(2006. 7), 「양한방 협진은 없다」.

22) 이상영(2004), 『한방의료시장 개방과 대응방향』, 보건사회연구원.

서 발달된 중의학의 적극적인 학습이 가능할 것이고 이는 한국의 한의학과 중의학이 상호보완적 관점에서 장기적으로 발전해 나가는 계기가 될 것이다. 뿐만 아니라 한국의 한방병의원들도 한국에 진출한 중국 중의합작병원들과 경쟁하면서 한의학 경쟁력을 제고시키고 서비스의 질적 개선을 추구할 수 있다. 이러한 한의학서비스의 발전은 국내 문제에 그치지 않고 향후 DDA 협상에서 보건의료서비스 시장 개방에 대한 우리 입장을 적극적으로 나타내는 계기가 될 수 있다. 그리고 한의학이 양의학에 완전히 흡수되어 한의학 자체의 발전이 정체된 일본으로의 진출도 모색할 수 있다.[23)]

다. 한·중 FTA 개방에따른 부정적 기대효과[24)]

한의학서비스 시장 개방의 부정적 효과는 비교적 명백하게 잘 알려져 있다.

첫째, 국민적 선호가 높은 협진 중심의 중의학이 한국에 유입된다면 한국 내 한의학 시장에 교란이 발생할 수 있다. 중서의면허 소지자가 3만 명 규모이고 중의를 이용한 진료가 전체 진료에서 30% 이상을 차지할 정도로 협진의 경험이 풍부한 중의의 국내 진출은 단기적으로 국내 한의학서비스를 대체하게 될 수도 있다.

둘째, 또다른 우려는 mode 4 형태의 개방을 통해 중국의 중의들이 대거 국내로 유입될 수 있는데 문제는 한·중 간 한의사와 중의사의 학제 및 자격 체계에 차이가 있다는 점이다. 중국의 WTO 양허안처럼 최장 1년간 국내에서 진료할 수 있게 허용한다고 하더라도 학제의 차이 때문에 국내 한의사에 비해 자격요건이 떨어지는 중국 중의사들이 국내로 유입된다면 오히려

23) 일본은 명치유신 후 근대화 과정을 거치면서 전통의학을 서양의학에서 흡수하여, 의료체계 내 한의학의 발전 및 역할이 미미하다고 알려져 있다(이상연, 2005. 1, 『메디게이트 뉴스』). 그리고 한일 FTA는 일본측의 재개 요청이 있으므로 어느 시점에서 다시 재개될 수 있으나, 중일간의 FTA는 아직 논의단계에 머물고 있기 때문에 우리가 일본시장에 선점효과를 누릴 가능성이 있음.

24) 이상영(2004), 『한방의료시장 개방과 대응방향』, 보건사회연구원.

한의학서비스의 질을 떨어뜨리는 결과를 초래할 수도 있다. 그리고 최장 1년의 체류기간 설정은 의료인으로서의 책임감이 떨어지게 만들고 단기적인 진료에만 집중하게 되는 또다른 부작용을 초래할 수 있다.

또한 중국 유학을 통한 한국 국적 중의사들의 한국 한의학시장 진입도 우려되는 바이다. 중국은 상대적으로 교육훈련 기간이 짧아 중국 교육기관에서 공부한 유학생들의 국내 진출이 가속화될 경우 對中 서비스수지에 악영향을 줄 뿐 아니라 국내 한의사 교육시스템에 큰 영향을 줄 수 있다. 실제로 정확한 숫자가 파악되지는 않지만 상당히 많은 한국 국적의 중의 유학생들이 중국에서 교육받고 있는 것으로 알려져, 그러한 우려가 현실화될 가능성도 크다.

3. 보건의료인력 자격요건 문제

가. 한·중 보건의료인력 관리 및 자격제도 비교

앞서 제2장에서 언급한 바와 같이 중국이 한·중 FTA 협상에서 보건의료서비스 분야의 개방을 요구할 경우 영리법인의 허용에 관련된 건강보험 적용 여부를 제외하면 대부분 mode 4와 관련된 의제일 것으로 예상된다. 그 근거를 살펴보면 중국이 DDA 서비스협상에서 mode 4 분야에 대해 많은 관심을 표방하고 있고 선진국에도 동 분야의 개방 확대를 요구하고 있다는 점을 들 수 있다. 특히 중국은 2002년 DDA 서비스협상 1차 양허요청안에서 한방·치과를 포함한 보건의료서비스 전 분야의 개방을 우리나라에 요구하였는데, 이는 mode 4 분야에서 의료인력의 한국 진출과 이들의 자격에 대한 MRA 체결을 고려하고 있는 것으로 분석된다.

이러한 중국의 개방요구 가능성은 다음과 같은 국내외 현황을 고려할 때 신중한 대응이 요구된다. 첫째, 중국은 우리나라에 비해 보건의료인력이 매

우 많고 인건비는 우리나라가 상대적으로 많이 높아 對韓 진출의 유인이 크다고 볼 수 있다.[25] 의료인력의 수를 보더라도 2005년 기준으로 의사는 한국이 약 12만 명이고 중국이 약 194만 명으로 16배가 많으며, 간호사는 한국이 약 21만 명이고 중국이 약 135만 명으로 6배를 넘는 수준이다. 특히 mode 4에서 결정적인 장애가 될 수 있는 것이 의사소통 문제인데 중국 의료인력 중에는 한국어에 능통한 조선족도 상당수 있어 별다른 문제가 되지 않을 수도 있다. 둘째, 점차 경쟁이 심화되는 국내 병원업계의 상황을 고려하면 국내 병원이 인건비 절감과 서비스 향상을 위해 중국 보건의료인력의 잠재적인 수요자로 부상할 가능성도 배제할 수 없다. 셋째, 현재 많은 한국 국적의 학생이 상대적으로 입학하기 쉬운 중국의 의대에서 학위과정을 하고 있거나 졸업 후 중국 의사자격을 받은 상태인데, 중국과 보건의료인력에 대한 MRA를 체결할 경우 이들이 국내로 진출하게 된다는 점이다.

이와 같은 문제의식하에 본 연구에서는 한·중 FTA 보건의료서비스 mode 4 분야의 주요 예상 쟁점이 될 보건의료인력 관리 및 자격제도를 비교분석하여 개방에 따라 발생하게 되는 긍정적 효과와 부정적 효과를 구체적으로 살펴보고자 한다.

먼저 외국 보건의료 자격증에 대한 주요국의 인정 여부를 살펴보면 국가마다 상이한 체계를 가지고 있는 것으로 나타난다. 김준동 외(2003)의 연구결과에 따르면 미국, 캐나다, 일본은 외국 보건의료 자격증 자체를 인정하지 않고 있다. 반면 영국은 EU 회원국은 인정하고 비 EU 회원국은 개별적인 자격심사를 거쳐 인정을 하며, 폴란드는 자격증의 해당 기관이 인정할 경우

25) 중국에서는 소속병원이나 직급, 근무연한 등에 따라 의사들의 임금 차이가 크게 나타나는데, 의학본과생은 졸업 후 몇 년 동안 임금이 1,000위엔(12만 원)을 넘지 못하고, 정교수급 의사의 경우도 대부분 월 4,000위엔(48만 원) 이하이다. 간호사 역시 각 병원의 경영상태, 각 진료과목의 수익률 등에 따라 비슷한 수준의 간호사라 할지라도 임금 차이가 크게 나타나는데, 강소성 남경을 대상으로 한 조사에 의하면 공립병원의 경우 정식간호사의 임금은 약 2,000위엔, 임시간호사는 1,000위엔 정도이며 민영병원은 일반적으로 2,000위엔 이상으로 나타났다. 이에 중국에서는 의료인력들이 낮은 임금으로 생활고를 겪고 있다는 비판이 일기도 했다.

외국 보건의료 자격증을 인정하고 있다. 호주는 MRA를 체결한 국가의 자격증은 인정하며 그 외 국가의 자격증에 대해서는 호주의료협회에서 시행하는 시험을 통과해야만 인정하고 있다. 미국의 경우 앞서 말한 바와 같이 외국 보건의료 자격증 자체를 인정하지 않으나 미국의 자격시험을 통과면 자격이 인정되고 전문직 취업비자 쿼터와 연동되어 보건의료 전문인력이 진출할 수 있다.

한편 우리나라와 중국을 비교해 보면 양국은 제도상 큰 차이를 보인다. 우리나라는 외국의 면허 자체를 인정하지 않고 보건복지부 장관이 인정하는 외국의 학교를 졸업하고 관련 면허를 받은 의사와 간호사, 보건복지부장관이 인정하는 외국의 면허를 받은 조산사에 대해 관련 국가시험에 응시할 자격을 부여하고 있다. 특히 의료법에 규정된 '보건복지부장관이 인정'하는 외국의 학교가 제한적이기 때문에 외국 의사면허를 가지고 있다고 하더라도 국내에서 관련 국가시험을 응시할 수 있는 대상자는 한정되어 있다. 또한 중국의 의과대학과 간호대학은 보건복지부 장관이 인정하는 대학에서 제외되어 있어 중국 보건의료 면허를 받은 사람이라고 하더라도 우리나라의 국가시험에 응시할 수 없는 상황이다. 반면 중국은 외국 의사의 자격은 제한적으로 인정해주고 있으나 그 외 외국 보건의료인력의 자격은 인정해주지 않고 있다. 외국 의사의 경우 중국 위생부에 등록하여 '외국 의사 단기 의료행위 허가증'을 취득하면 의료행위를 할 수 있으나 그 기간이 1년 이내로 제한되어 있고 필요시 재등록하여 연장하는 것이 가능하다.

이와 같이 중국은 외국 의사에 대해 제한적으로 자격을 인정하고 있어 우리나라 의사가 부분적으로 진출할 수 있는 반면, 우리나라는 제도적으로 중국 보건의료인력의 진입 자체를 허용하지 않고 있다. 따라서 중국은 한·중 FTA 보건의료서비스 협상에서 최소한 우리나라의 관련 국가시험에 응시할 수 있도록 인정해줄 것을 요구하거나, 나아가 자국의 제도와 같이 일정 기간 동안 제한적으로 인정해줄 것을 요구할 가능성이 크다.

표 3-2. 한국과 중국의 외국 보건의료 자격증 인정 및 MRA 체결 여부

구분	외국 보건의료 자격증 인정	MRA 체결
한국	- 의사, 치과의사, 한의사 : 외국의 자격증(면허) 자체는 인정하지 않으나, 보건복지부장관이 인정하는 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사의 면허를 받은 자에 한하여 제9조에 따른 해당 예비시험과 국가시험에 응시할 자격 부여(의료법 제5조의 3) - 간호사 : 외국의 자격증(면허) 자체는 인정하지 않으나, 보건복지부장관이 인정하는 외국의 제1호에 해당하는 학교를 졸업하고 외국의 간호사 면허를 받은 자에 한하여 제9조에 따른 간호사 국가시험에 응시할 자격 부여(의료법 제7조의 2) - 조산사 : 외국의 자격증(면허) 자체는 인정하지 않으나, 보건복지부장관이 인정하는 외국의 조산사 면허를 받은 자에 한하여 제9조에 따른 조산사 국가시험에 응시할 자격 부여(의료법 제6조의 2)	체결하지 않음
중국	- 외국 의사는 등록을 거쳐 '외국 의사 단기 의료행위 허가증'을 취득하면 중국에서 의료행위 가능(외국 의사의 중국 방문 단기 의료행위 임시관리방법 제3조) - 단, 기한은 1년 이내로 제한되며, 새로 등록시 연장 가능(외국 의사의 중국 방문 단기 의료행위 임시관리방법 제12조)	체결하지 않음

자료: 한국의 「의료법」; 중국의 「외국 의사의 중국 방문 단기 의료행위 임시관리방법」.

의료법 제1조(목적)와 이하 조항에서 규정하고 있는 바와 같이 의료인의 자격과 면허는 국민의 건강을 보호하고 증진하기 위해 관리되는 것이므로 외국에서 보건의료 자격증을 받은 사람이라고 하더라도 이와 같은 목적이 손상될 우려가 있을 경우에는 자격과 면허를 인정하지 않는 것이 당연하다. 그러나 의료법의 목적이 손상된다는 것은 포괄적이면서 추상적이기 때문에 이에 대한 해석이 자의적으로 이루어질 수도 있다. 이런 점에서 외국 보건의료 자격증 인정 문제를 합리적으로 다루기 위해서는 반드시 두 가지 질적 동등성 기준, 즉 교육과정의 질적 동등성과 교육으로 습득한 전문지식을 평가하는 면허시험의 질적 동등성을 고려해야 한다. 이와 같은 두 가지 질적 동등성이 충족되는 경우 외국 보건의료 자격증을 인정하는 것이 의료법의 목적에 부합되며, 이와 같은 두 가지 기준이 충족되지 않는 경우에는 인정

자체를 불허하는 것이 합당하다. 다만 전자의 경우에도 의료법의 목적에는 부합되지만 사회·경제적으로 예상된, 또는 예상하지 못한 문제가 발생할 수 있다는 점도 간과해서는 안 된다.

이와 같은 점을 고려하여 다음에서는 한·중 양국의 보건의료인력 교육과정과 면허시험을 비교하여 자격의 인정에 문제가 되는 요인을 파악해 보았다. 단, 우리나라를 기준으로 할 때 보건의료인력에는 면허시험과 면허증 발부 및 관리를 보건복지부가 책임지는 의사·한의사·치과의사·간호사·조산사및 약사·의료기사 등 20개 직종과 시·도가 관할하는 간호조무사가 포함되는데, 본 연구에서는 한·중 FTA 보건의료서비스 협상에서 쟁점이 될 의사(의사·한의사·치과의사)와 간호사로 논의의 폭을 한정하여 살펴보았다.[26)]

먼저 교육과정을 살펴보면 다음과 같다. 우리나라의 경우 의사는 예과 2년, 본과 4년을 기본으로 하는 의과대학을 졸업하고 의학사 학위를 받은 자로서, 국가의사시험(필기 1회)에 합격하면 보건복지부장관이 의사면허를 부여하도록 의료법이 규정하고 있다. 그 외 미국과 유사한 의학전문대학원 시스템이 도입되어 2005년부터 신입생을 뽑아 운영하고 있다. 우리나라는 현재 국가시험 응시자격으로 일정 기간의 임상수련 의무를 부과하고 있지 않지만, 2010년부터 시험과목에 임상실기를 포함할 예정이다. 전문의 자격을 취득하기 위해서는 인턴 1년, 레지던트 4년 등 약 5년간의 임상수련을 거쳐야 한다. 외국 의과대학 졸업생은 의료법 제10조에 의거해 보건의료인국가시험원의 외국 의료인에 관한 심사를 거친 뒤 보건복지부장관이 인정하는 외국의 의료인 교육기관을 졸업하고 외국의 의사면허를 받은 자인 경우, 우리나라의 한국어능력시험을 포함한 국가시험에 합격하면 면허취득이 가능하도

26) 우리나라의 의료인력 면허에 대한 기본적인 규정은 의료법 제2조에서 의료인으로 규정한 의사, 치과의사, 한의사, 조산사 및 간호사와, 약사법 제3조 및 제3조의 2에서 규정하고 있는 약사 및 한약사, 그리고 의료기사 등에 관한 법률 제2조에서 규정하고 있는 의료기사(임상병리사, 방사선사, 물리치료사, 작업치료사, 치과기공사, 치과위생사)와 의무기록사 및 안경사가 있으며, 의료법 58조의 간호조무사도 포함된다.

록 규정하고 있다. 의사에 대한 우리나라의 면허부여 방법은 국가시험 형태를 취하고 있으므로 동 시험에 합격하면 바로 면허가 발부되고 이는 자격정지나 면허취소 요인이 발생하지 않는 한 평생에 걸쳐 유지되는 것이 특징이다.

간호사의 경우 우리나라는 간호학을 전공하는 대학(4년) 또는 전문대학(3년)을 졸업하거나 또는 보건복지부장관이 인정하는 외국의 학교를 졸업하고 외국의 간호사 면허를 받은 자로서, 간호사국가시험에 합격하면 보건복지부장관이 면허를 부여한다.[27] 조산사의 경우 간호사의 면허를 가지고 보건복지부장관이 인정하는 의료기관에서 1년간 조산의 수습과정을 마친 자이거나 보건복지부장관이 인정하는 외국의 조산사의 면허를 받은 자로서, 조산사국가시험에 합격하면 보건복지부장관이 면허를 부여한다.[28] 간호사 중 전문간호사는 의료법 제56조 및 전문간호사자격인정등에관한규칙에 따라 간호사 면허소지자로서 3년간 해당분야 실무경력을 가지고 보건복지부장관이 지정한 전문간호사 교육기관에서 해당 전문간호사과정(석사과정)을 이수하거나 외국의 해당 전문간호사 자격을 가진 자로서, 보건복지부장관이 시행하는 전문간호사 자격시험에 합격하면 전문간호사 자격증을 취득한다. 간호조무사의 경우 면허증이 아닌 자격증을 취득해야 한다. 우리나라의 간호사 면허 부여방법은 보건복지부가 주관하는 국가고시 형태를 취하고 있다. 의료인력이 면허를 취득한 이후에는 갱신의무가 없어 면허가 평생 유지되므로 진료 능력에 대한 검증 및 인력수급 관리가 원활하지 않을 우려가 있다.

27) 「의료법」 제7조 1항, 2항 참고.

28) 「의료법」 제6조 1항, 2항 참고.

표 3-3. 한·중 의사 관련 제도 비교

구분	한국	중국
교육제도	- 예과 2년, 본과 4년 - 미국과 유사한 전문대학원제도 도입하여 2005년도부터 신입생 모집 (학부 졸업 후 의과대학원 입학)	- 의사양성을 위한 통일된 학제 부제 · 3년, 5년, 7년을 기한으로 한 3종류의 기본학제로 규범화 * 최근 8년제 의학교육을 시범실시하고 있고 향후 확대 도입 예정
면허관리 기관	- 보건복지부가 20종의 의료자격증 관리를 총괄하고 있으며, 면허 발급기능 위주 - 면허시험은 한국보건의료인국가시험원에 위임 * 한국보건의료인국가시험원은 의사, 간호사 등 20개 직종의 시험 총괄	- 면허시험은 국무원 위생행정부문이 주관하고 위생부 의사자격시험위원회가 담당
국가시험	- 필기시험 1회	- 개원의와 수련의 자격시험으로 구분 - 매년 1회 실시 - 기능시험과 의학종합필기시험
면허 취득을 위한 임상수련 의무화	- 임상수련 비의무화. 의과대학을 졸업하고 국가면허시험에 합격하면 의사면허 취득 가능 - 전문의 자격 취득 시 인턴 1년, 레지던트 4년 임상수련기간 의무화 * 2010년부터 일반의사 국가시험에서 임상실기시험 도입 예정	- 의학전공 본과 이상의 학력 소지자는 졸업 후 1년의 실습기간을 거쳐야 의사자격시험 응시 가능 * 학력에 따라 의무수련기간이 상이하게 적용
면허 사후 관리	- 종신 면허 - 의무적인 보수교육 시행	- 의사등록제도 실시: 의사자격을 취득한 자는 관계기관에 등록절차를 거쳐야 '의사면허증' 수여 가능 * 의료행위를 2년 이상 중단했을 경우, 의사면허증 무효 처리 - 의사의 의료수준, 업무성적 등에 대한 정기 심사 실시 * 불합격 시, 3~6개월간 면허정지 혹은 면허무효 처리 - 지속적인 의학교육 및 훈련 실시
외국인 의료인력 관리	- 타국의 면허 불인정 - 국가시험 외에 외국인에 대한 예비시험 부과	- 중국 의학전공 본과 이상의 학력을 취득한 외국인은 중국의사자격시험에 응시 가능, '의사자격증' 수여 - 외국인 의사는 허가증 취득 후 중국 내 단기 의료행위 가능

자료: 한국 「의료법」; 중국 「의사자격고시 임시방법」; 「개원의법」; 중국 의학계 논의 내용.

중국의 보건의료 교육과정을 살펴보면 우리나라와 달리 다양한 학제가 있으며 이와 같은 학제가 엄격히 지켜지지 않는다는 것이 특징이다. 의사 교육과정에 대한 최근 중국 의학계 논의(2006. 8)에 따르면, 중국의 고등의학교육 시스템은 1980년 중반부터 3년·5년·7년을 기한으로 하는 3종류의 기본학제로 규범화되었고, 최근 12개 대학은 비준을 통해 8년제 의학교육을 시범실시하고 있다.[29] 그러나 현행 중국의 의학교육에서 의사양성을 목적으로 하는 학제·학력·학위 체계는 이보다 훨씬 복잡하여 다양한 경로를 통해 의사를 양성할 수 있는 것으로 나타나고 있다. 본과(학부)를 기점으로 하는 학제는 5·6·7·8년 4종류가 있고 학위는 학사·석사·박사가 있다. 어느 학제에 어떤 학위를 수여할 것인지는 학교의 재량에 달려 있기 때문에 각 학교가 선택한 방식에 따라 전공의 배출시한이 정해진다. 이와 같이 학제가 불명확한 이유로 중국에서는 기한을 앞당겨 전공의로 나가는 경우가 많다는 지적이 있다.[30] 또한 이로 인해 임상의학 교육 또한 영향을 받게 되어 의사의 자질에 문제가 발생할 소지가 크다.[31] 한편 연구생(석사 및 박사 포함)을 기점으로 하는 임상의학 교육은 5+3, 5+5, 7+3 학제가 있고 각각 석사 및 박사 학위를 수여한다.[32]

중국의 간호교육은 중등전문교육을 주체로 하며 대부분이 중학교 졸업 후

29) 중국은 의학교육 개혁과정에서 지금과 같은 다(多)학제 시스템이 형성되었는데, 중국 의학계에서는 최근 경제성장, 과학기술의 진보, 의료서비스 수요의 증가 등에 따라 의학교육도 통일된 하나의 학제로 수렴되어야 한다는 주장이 제기되고 있다. 이에 대해서는 다양한 의견이 있는데, 특히 본과에서 연구생까지 연속 8년을 공부하는 8년제 의학교육에 대한 관심이 고조되고 있으며, 시범 실시하고자 하는 학교 또한 증가하고 있다. 그러나 아직까지는 이러한 주장이 크게 부각되지 않고 있고, 하나의 통일된 학제로 일괄 통합하기보다 중국 실정에 맞게 현 단계의 고등의학학제를 농촌과 사구(社区)의 의학전문인력 양성을 위한 3년제와 의학교육의 중심으로서의 5년제, 고급의학인력 양성을 위한 8년제 시범실시 체제로 정돈해야 한다는 의견이 우세한 편이다.

30) 중국 의학계 논의(2006. 8) 참고.

31) 2005년 전국위생기술인원은 543만 명, 그 중에서 개원의와 수련의가 194만 명이었는데, 이 중 본과(학사) 학력은 단지 27.4%에 불과했고, 중등전문학교(본과에 진학하지 않고 2년간의 실무교육을 받음) 졸업을 한 비율은 41.4%였으며, 고급직명(職名)은 12.2%, 초급직명은 56.4%를 차지하였다.

32) 단, 연구분야 중심인 학위와 임상의학 전공학위로 나뉨.

간호학교에 진학하여 3~4년을 수학 후 졸업하고, 연평균 졸업생은 약 6만 명 정도이다. 1984년 고등간호교육이 재개된 후 전국 202개의 대학교가 간호전문대학 교육과정을 개설하였고 130여 개 대학교가 간호 본과교육을 개설하였으며 12개 대학이 간호 석사교육을 개설하였다. 중국 내에서 고등간호교육이 전체 간호교육에서 차지하는 비율은 약 27.55% 정도이다.[33]

한·중 FTA 보건의료서비스 분야의 쟁점이 될 중의예 분야 교육과정을 살펴보면 중국은 앞서 의학분야와 마찬가지로 다양한 형태의 교육과정을 통해 중의사를 배출하고 있다. 7년 과정을 거치는 석사자격 중의사가 약 30여 개 학교에서 매년 2만 5,000명 정도 배출되고 있고, 그 외에도 2~5년 동안 학원을 수료함으로써 중의사 자격을 받기도 한다. 7년 과정의 경우 우리나라의 6년 과정과 비교해 교육연수상 큰 차이가 없고 배출되는 인원이 월등히 많으며, 그 외의 교육과정은 인력의 자질 측면에서 상당한 차이가 있을 수 있으므로 중의사(한의사) MRA 문제는 신중한 접근이 요구된다. 한편 중국은 중의학원과 서의학원 내에 각각 서의교과목과 중의교과목을 집어넣어서 중의학과 서의학이 융합된 교육을 하고 있고, 서의과정 후 일정 기간 중의과정을 거치면 중서의를 겸할 수 있는 결합제도를 가지고 있다는 특징이 있다.

이와 같이 우리나라와 중국의 보건의료서비스 분야 교육과정을 살펴보면 양국의 교육과정이 매우 다른 것을 알 수 있다. 의대를 예로 들면, 우리나라에서는 의사·한의사·치과의사 등 분야에 무관하게 예과 2년과 본과 4년의 교육과정을 마쳐야만 학사학위를 받을 수 있고 국가시험에 응시할 자격을 부여받는다. 또한 국가시험에 합격을 한 경우에도 전문의 자격을 취득하기 위해서는 인턴 1년, 레지던트 4년의 임상수련기간을 거쳐야 한다. 반면 중국의 경우 [표 3-3]에서 제시된 바와 같이 의대(고등의학교육)는 세 종류의 기본학제로 되어 있으나 이와 같은 학제가 엄격하게 지켜지지 않고 다양한 학

33) 『新华社』(2004. 5).

표 3-4. 각국의 동양의학 관련 교육 및 면허제도 비교

국가명	교육연한	명칭(Title)	자격증 종류	자격증 교부	대학 수	비 고
한국	6년	한의사(韓醫師)	국가자격 (면허)	국가 (보건복지부)	11개	배출인원 : 16,184명
중국	7년(석사), 5년(대학, 학원)	중의사(中醫師)	국가자격 (자격)	국가 (위생부)	30개	배출인원 :약 2만 5,000명
	4년(학원)	중의사(中醫士)	〃	〃	-	-
	2, 3년(학원)	〃	〃	〃	-	-
미국	4년[1]	침술사[2] (Acupuncturist)	민간자격 (자격)	민간협회[3] (NCCAOM : 미국침구사협회)	60여 개	배출인원 : 약 6만여 명
대만	8년	중의사(中醫師)	국가자격 (면허)	국가 (보건부)	2개	배출인원 : 2,000명
	5년	중의사(中醫師)	〃	〃	2개	배출인원 : 660명

주: 1) 2년제 이상 학사학위를 받은 자에 한하여 입학을 허용하고 있음.
2) 아칸소 주, 뉴멕시코 주, 네바다 주에서는 한의사(Doctor of Oriental Medicine)라는 명칭을 사용하고 있음.
3) 캘리포니아 주, 네바다 주는 해당 주의 자체 자격시험으로 자격을 부여함.

제와 양성 시스템을 통해 교육이 이루어지고 있으며, 전문의 자격 취득 또한 학제와 마찬가지로 통일되어 있지 않은 것으로 나타났다. 이러한 점을 미루어 볼 때 중국 보건의료서비스 분야 교육과정은 우리나라와 질적으로 동등하다고 볼 수 없을 뿐만 아니라 중국 내의 교육기관 간에도 편차가 클 수밖에 없다.

한편 교육을 통해 습득한 전문지식을 평가하는 면허시험의 질적 동등성 측면을 살펴보면 우리나라 의료법에 따른 국가시험과 중국 개원의법에 따른 의사자격고시는 분야 및 시험내용 등에서 상당한 차이를 보이고 있다. 면허

시험의 경우 국가가 주관하는 자격시험으로 1년에 1회에 한하여 실시된다는 공통점은 있으나, 시험대상 보건의료분야, 시험의 종류, 시험의 방식 등에서 차이점을 보이고 있다. 먼저 시험의 대상이 되는 보건의료분야로서 우리나라에는 의예·한의예·치의예 등 세 가지 분야의 의사시험이 있으나, 중국은 임상·중의·구강·공중위생 등 네 분야에 대해 국가시험이 있다. 시험의 종류도 우리나라는 한 가지 보건의료 분야는 한 가지 시험만이 있으나 중국은 한 가지 분야에 개업의 자격고시와 수련의 자격고시 등 총 두 가지의 시험이 있다. 마지막으로 시험의 방식 면에서 우리나라는 필기고사만 실시하고 있으나, 중국은 필기시험과 기능시험을 모두 실시하고 있다.[34)]

앞서 한·중 FTA 보건의료서비스 협상에서 mode 4에 대한 중국의 개방요구 수준을 살펴본 결과, 중국은 최소한 우리나라의 관련 국가시험에 응시할 수 있도록 인정해줄 것을 요구하거나 나아가 자국 제도와 같이 일정 기간 제한적으로 외국 의사의 자격을 인정해줄 것을 요구할 가능성이 큰 것으로 판단된다. 다음 절에서는 이와 같은 개방요구를 수용할 경우 발생하는 긍정적 효과 및 부정적 효과를 세부적으로 살펴본다.

나. 한·중 FTA 개방에 따른 긍정적 기대효과

우리나라가 중국에 보건의료분야의 국가시험 응시기회를 주거나 일정 기간 제한적으로 자격을 인정해줄 경우 다음과 같은 긍정적 효과가 기대된다.

첫째, 한·중 FTA에서 중국 보건의료인력에게 제한적으로 자격을 인정해주는 경우, 국내 보건의료분야의 의료진 양극화 현상을 부분적으로 해소할 수 있을 것으로 예상된다. 현재 국내 보건의료서비스 분야는 성형외과·정신과·안과 등과 같이 의료행위상 위험이 적고 고수익이 보장되는 분야에는

34) 보건복지부에 따르면 2010년부터 우리나라의 의사 국가시험에도 임상실기시험이 도입될 예정이다.

전공의가 많이 배출되는 반면, 외과와 같이 의료행위 중 사고발생 가능성이 높거나 고수익이 보장되지 않는 분야에는 전공의 수가 부족해 어려움을 겪고 있는 등 의료진의 양극화가 심화되고 있다. 이러한 국내 여건을 고려할 때, 한·중 FTA 협상에서 mode 4에 대한 개방을 확대할 경우 의료인력 육성에 따른 사회적·경제적 비용을 지불하지 않아도 국내 의료인력의 기피로 공급부족이 발생하고 있는 분야의 의료진 수급난을 해소할 수 있다. 다만 이와 같은 효과는 국내로 유입되는 중국 의사의 자질에 대한 엄격한 검증 및 자격 인정뿐만 아니라 면허 발부 후 지속적인 사후관리가 뒤따라야만 가능할 것이다.

둘째, 한·중 FTA로 중국 보건의료인력의 mode 4에 대한 개방이 부분적으로 확대될 경우 국내 보건의료분야의 국가시험을 보다 강화하고 면허 발부 후 사후관리체계를 마련함으로써 국민 건강 보호와 증진에 기여할 수 있을 것으로 판단된다. 중국의 보건의료인력에 대해 우리나라 보건의료분야의 국가시험 응시기회를 주는 경우에는 의료법의 목적 달성과 국내 보건의료계의 혼란을 막기 위해 국가시험의 정비가 선행되어야 한다. 특히 우리나라에 비해 상대적으로 교육의 질이 낮은 보건의료인력이 국내로 진입하는 것을 방지하기 위해 국가시험의 이론적인 측면을 강화하는 동시에 임상실기시험의 도입이 불가피하다. 현재 많은 한국 학생들이 중국 의과대학 과정에 있거나 이미 중국 의사면허를 취득한 점을 고려할 때, 보건의료분야 국가시험의 강화는 중국으로부터 부적격한 인력이 유입되는 것을 방지할 뿐만 아니라 국내 보건의료인력의 질을 제고하는 효과를 가져올 수 있다. 중국 보건의료인력에 대해 우리나라 국가시험 응시기회를 주거나 일정 기간 제한적으로 자격을 인정하는 경우 면허 발부 후 반드시 사후관리가 이루어져야 하는데 아직까지 국내에는 이러한 제도가 도입되어 있지 않다. 국내 보건의료 분야의 여건상 제도 마련이 어려운 것은 사실이나 미국·캐나다 등 보건의료 선진국의 경우 면허의 사후관리가 엄격하게 이루어지고 있다는 점은 시사하는

바가 크다. 따라서 한·중 FTA라는 외부의 충격을 계기로 보건의료 면허관리 제도를 선진화해 나간다면 중국에서 유입되는 인력을 체계적으로 관리할 수 있는 동시에 국내 보건의료인력의 질을 유지·향상시킬 수 있다. 이와 같은 국내 보건의료 면허에 대한 시험 및 사후관리의 강화는 나아가 미국과의 MRA 체결과 보건의료인력의 對美 진출 확대를 촉진할 수 있을 것이다.

셋째, 엄밀한 검증절차를 통해 제한적으로 중국의 우수한 보건의료인력이 국내에 진출하는 경우 이는 국내 환자에 대한 의료서비스 품질을 제고하고 최근 위기에 직면해 있는 중소병원의 경영난 해소에도 도움을 줄 수 있다. 국내 종합병원의 경우 환자 일인당 진료시간이 턱없이 부족한 상황이며, 이와 같은 진료행태는 환자들의 주된 불만요소로 작용하고 있다. 특히 중소 병원의 경우 인건비 비중이 높아 의사·간호사 등을 충분히 확보하지 못하고 있고, 이는 환자에 대한 의료서비스 품질 저하로 이어지고 있다. 따라서 한·중 FTA를 통해 저비용의 우수한 중국 의사와 간호사를 확보하게 되면 이러한 문제점을 부분적으로 개선할 수 있다. 또한 상대적으로 임금 수준이 낮으면서 의료서비스의 질이 동등한 중국의 의사·간호사·조무사를 고용함으로써 병원은 비용을 절감하게 되어 경영난을 해소할 수 있고, 나아가 여기서 발생하는 이익을 첨단 의료기기 도입 등에 투자하여 의료서비스의 질을 제고할 수 있는 이점도 고려해 볼 수 있다.

넷째, 한·중 FTA에서 우리나라가 보건의료서비스 분야의 mode 4를 중국에 부분적으로 개방하는 것과 중국이 우리나라 보건의료인력에 대한 자격인정상의 제한을 보다 완화해주는 것이 상호 합의될 경우, 우리나라 병원의 중국 진출이 가속화되어 국내 소득 증진에 기여할 수 있을 것으로 기대된다. 현재 중국은 외국인 의사가 중국 위생부에 등록하여 '외국 의사 단기 의료행위 허가증'을 취득하는 경우 기간상의 제한(1년 이내, 필요시 재등록을 통해 연장 가능)을 두어 중국 내 의료행위를 허용하고 있는데 이는 중국에 진출한 국내 병원의 애로사항이 되고 있다. 아직까지 중국에 진출한 국내 병원은 대

부분 소규모여서 국내 의사는 1명이거나 소수인 경우가 많은 상황이므로, 재등록 및 연장이 이루어지지 않을 경우 병원의 경영이 힘들어질 수 있다는 문제점이 있다.

다. 한·중 FTA에 개방에 따른 부정적 기대효과

첫째, 중국 의료인력의 자격에 대한 엄격한 심사와 지속적인 사후관리가 이루어지지 않는다면 부자격자의 유입에 의한 국내 보건의료서비스의 질적 하락이 우려된다. 한·중 FTA에서 우리나라가 보건의료서비스 mode 4에 대한 부분적인 개방을 할 경우 동 분야의 특성상 의사소통의 문제로 가장 먼저 한국에 진출할 가능성이 있는 것은 한국 유학생과 조선족 출신 중국 보건의료인력이며, 조선족을 제외한 중국 보건의료인력의 국내 진출은 상당한 시일이 지난 후에야 가능할 것으로 예상된다. 앞서 살펴본 바와 같이 중국 의과대학의 학제는 국내에 비해 매우 다양하고 국내 대학에 비해 우리나라 유학생의 입학이 쉬운 것이 사실이다. 이러한 상황에서 중국 의사자격을 인정하면서 사후관리를 하지 않는다면 국내 보건의료서비스의 질 하락은 필연적으로 발생하게 될 것이다. 또한 중국 내에는 조선족 출신의 의사·간호사 등의 수도 상당하고 임금 격차로 인한 한국 진출의 유인이 크기 때문에 자격에 대한 엄격한 심사와 지속적인 사후관리 없이 이들을 받아들이게 되면 보건의료서비스의 질적 유지 또는 향상이 보장될 수 없다.

둘째, 자격에 대한 엄격한 심사와 지속적인 사후관리 없이 한국 유학생이 중국 의사면허 획득을 통해 우회적으로 국내 진출하는 것을 허용하게 되면 국내 교육체계의 붕괴로 이어질 수 있다. 지난 2006년 한·미 FTA 협상에서 미국이 요구한 한의예분야 개방의 주된 우려사항은 미국에서 동 분야의 자격을 취득한 한국 학생 또는 재미 교포 학생의 국내 유입문제였다. 현재 외국 학생들이 중국의 의과대에 진학하기 위해서는 북경대나 청화대 등 일

부 우수 대학을 제외하면 대부분 중국어어학시험(HSK)의 일정 수준만 충족하면 된다. 이와 같이 의과대학으로의 진학이 쉽기 때문에 많은 한국 학생들이 중국 의과대학에서 유학하거나 중국 의사자격을 취득하고 있다. 이들 인력은 중국에서 병원을 열거나 중국 병원에 취업할 수 있으나, 상대적으로 국내에 진출하고자 하는 유인이 더 큰 것이 사실이다.[35] 따라서 중국 보건의료인력에 대한 엄격한 심사와 사후관리 없이 동 분야를 부분적으로 개방하게 되면 국내 의과대학은 우수한 인력 확보가 어려워지고 의과대학 교육체계 자체가 위협받을 것이며 불필요한 유학비 증가로 국제수지 적자가 가중될 수 있다.

셋째, 보건의료인력의 자격에 대한 엄격한 심사와 지속적인 사후관리가 이루어진다고 하더라도 한·중 FTA로 중국의 보건의료인력이 국내에 진출하게 되면 부분적으로 국내 보건의료서비스 분야의 고용 불안정성이 발생할 수 있다. 현재 중국 보건의료인력의 임금이 의사는 월 4,000위엔 내외, 간호사는 월 2,000위엔 내외라는 점을 고려하면, 한·중 FTA로 중국의 보건의료인력에 대해 개방이 될 경우 조선족뿐만 아니라 중국인 의사, 간호사들도

35) 일부에서는 우리나라 학생이 중국 의대를 졸업하고 중국에서 의사로서 의료행위를 할 수 없다고 인식하고 있는데, 중국의 법과 제도상으로는 이것이 허용되어 있고 현재 중국 내에서 중국 의대를 졸업하고 의사 자격을 받아 중국인과 동업하거나 중국 병원에 취업한 한국인이 일부 있는 것으로 나타나고 있다. 「중국 의학전공 학위를 취득한 외국 국적인이 중화인민공화국 의사자격시험에 응시하는 문제에 관한 통지(关于取得中国医学专业学历的外籍人员申请参加中华人民共和国医师资格考试有关问题的通知)」(2001. 9)는 이에 대해 다음과 같이 규정하고 있다.

1. 「중화인민공화국개원의법」 및 관련 법률에 의거하여 중국의 의학전공 학위를 취득한 외국 국적의 학생은, 중국정부의 교육행정부문이 인정한 의학전공 본과(本科) 이상의 학력을 소지한 자로서 다음 두 가지 조건을 구비해야 한다. 첫째, 취득한 전공이 중국 의사자격시험의 응시자격 규정에 부합해야 하고, 둘째, 학위를 취득한 후에는 중국 의료기관 내에서 개원의 지도하에 의사자격시험 응시에 필요한 전공 실습을 1년간 받아야 한다.
2. 위 두 가지 조건을 구비한 외국 국적인의 중국 의사자격시험의 참가신청은 「중화인민공화국개원의법」과 위생부가 발표한 「의사자격시험잠정규정」등 관련 법규에 따른다.
3. 외국 국적인이 신청 가능한 중국 의사자격시험의 분류는 임상, 중의, 구강(치의)이다.
4. 외국 국적인은 학위를 취득한 후, 그 학위 교육을 받은 高等院校(단과대학과 종합대학을 모두 포함한 개념)에 실습 신청을 할 수 있고, 심사를 거쳐 허가를 받게 되면 高等院校의 부속병원에서 실습을 받을 수 있다.
5. 규정에 따라 중국 의사자격시험에 응시하여 합격한 외국 국적인은 중화인민공화국 개원의 자격을 부여받는다. 省급 위생행정부문이 공식적인 '의사자격증서'를 수여한다.

한국어를 배워 한국에 진출하고자 할 가능성이 증가하게 되고, 국내 병원들의 이해관계와 맞물려 국내 보건의료인력이 중국 보건의료 인력으로 대체되는 현상이 발생할 수 있다. 특히 서비스의 질을 감안하면 이와 같은 현상은 보편화된 의료서비스 분야에서 주로 발생할 수 있으나, 부분적으로는 특정 전문분야로 특화되고 있는 국내 보건의료 업계의 변화상을 볼 때 높은 전문성을 지닌 중국 중의사 및 중서의사의 진출 확대에 따른 국내 한의사 시장의 고용 불안정성 가중도 배제할 수 없다.

넷째, 업계에서는 한·중 FTA로 국내 의사들의 중국 진출에 대한 제한이 완화될 경우 우수한 국내 의료인력 유출과 국내 공급 부족문제가 발생할 것으로 우려하고 있다.[36] 중국의 소득수준 및 의사 임금수준은 우리나라에 비해 매우 낮으나 북경·상해·천진 등의 지역에 집중적으로 거주하고 있는 고소득자들은 높은 비용을 지불하더라도 높은 수준의 의료서비스를 받기 원하고 있다. 현재 중국에 진출한 국내 병원들은 우리나라와 유사한 수준의 의료비를 받고 있음에도 불구하고 점차 중국인 환자의 비중이 높아지고 있는 상황이다. 중국 내에서도 우리나라의 암·성형·피부관리 등 전문성에 대한 평가가 높다는 점을 고려하면 동 분야의 중국 진출이 향후 보다 가속화될 수 있고 국내 우수인력의 유출로 이어질 수 있다. 국내에서 우수한 의료인력을 육성하는 데 소요되는 사회적 비용과 우수인력의 중국 진출로 인한 고급 의료기술의 직간접적 유출 가능성 등을 감안하면 이와 같은 문제는 신중히 다룰 필요가 있다.

36) 『메디게이트 뉴스』 (2004. 7).

제4장

결론 및 정책적 시사점

본 연구에서는 한·중 FTA에서 제기될 수 있는 보건의료서비스 분야의 주요 예상 쟁점과 기대되는 개방 요구 수준 및 이에 따른 효과를 살펴보았다. 한·중 FTA로 인해 보건의료서비스 시장이 개방되면 보건의료서비스 소비자 선택의 확대, 앞선 중의학서비스의 혜택, 국내 의료인력 수급의 원활화 등 긍정적인 측면이 많은 것은 사실이나 의료비 지출의 증가, 중의학의 한의학 시장 점령, 부적격 의료인력의 국내 유입 등의 문제가 발생할 우려가 상존하고 있다. 따라서 여기에서는 앞의 분석 결과에 기초하여 다음과 같은 정책적 시사점을 제시하고자 한다.

첫째, 한·중 FTA 개방에 앞선 과도기를 가질 필요가 있다. 중국에서는 이미 보건의료서비스 시장의 상당 부분을 개방한 상태이고 영리법인 형태의 병의원이 성업 중이다. 일단 영리법인의 도입은 신중히 결정해야 할 문제이기 때문에 mode 3 형태의 합작을 중국 측 병의원에 허락하는 것도 신중한 검토가 필요할 것이다. 만일 합작의 형태로라도 한·중 FTA를 통해 당장 개방이 이루어지게 될 경우 영리법인에 대한 축적된 경험이 없는 국내 보건의료서비스의 공급측면에서 보면 중국 병의원들이 국내시장을 잠식할 수 있

다. 실제로 현재 추진 중인 송도경제자유구역 내에는 외국계 병원이 영리법인을 설립할 수 있다. 이에 외국인의 최소지분 한도를 넘어서는 한에서 국내 병의원도 외국병원과 합작하여 영리법인을 설립할 수 있게 된다면 국내병의원들에게 영리법인에 대한 과도기적 경험의 기회를 제공할 수 있을 것이다. 또한 제한적이나마 소비자들에게도 영리법인 형태의 보건의료서비스에 대한 경험을 제공해 줄 수도 있을 것이다.

둘째, 의료법이 지향하고 있는 목적에 부합하면서 보건의료인력 수급의 신축성을 제고하기 위해서는 무작정 관련 인력을 받아들여서는 곤란하며 반드시 중국인 의료진의 질적 동등성이 확보되었는가를 평가하여 받아들여야 하고 이들이 한국에 진출한 후에도 지속적으로 의료서비스의 질을 감독해야 한다. 또한 의료서비스 질에 대한 감독 대상이 중국 의료진뿐만 아니라 국내 의료진도 마찬가지라는 점을 염두해 둘 필요가 있다. Mode 4 형태의 개방에 대한 엄격한 자격요건을 내세워서 개방을 하게 된다면 자질이 의심되는 중국 의료진 및 중국 내에 단기적으로 의학 교육을 받고 국내에 진입하려는 한국인들의 의료시장 진입을 차단할 수 있을 뿐 아니라 정기적인 자질능력에 대한 시험으로 국내 의료진의 전반적인 질적 개선을 거둘 수 있을 것이다.

셋째, 우리나라의 보건의료 면허체계를 정비할 필요가 있다. 한·중 FTA에서 자국의 보건의료 자격증을 인정해 달라는 중국의 요구를 수용하는 여부와는 관계없이 이를 계기로 우리나라의 면허체계에 대해 재검토하고 개선해 나간다면 중국의 개방 요구에 적절하게 대응해 나갈 수 있을 뿐 아니라 미국과 동 분야의 MRA를 체결하는 계기를 만들 수도 있다.

이미 김준동 외(2003)를 비롯하여 다양한 연구에서 국내 보건의료 면허관리체계의 문제가 지적된 바 있는데 그 중에서도 가장 큰 문제점은 면허의 발부 및 관리 주체가 정부이기 때문에 발부 후 사후 관리가 제대로 이루어지지 않으며 한번 발부된 면허는 의료서비스의 수준에 대한 주기적인 질적

평가 없이 의료법상의 특별한 취소 사유가 아니면 평생 면허로 보장받는다는 점이다. 선진국들의 보건의료 면허의 발부 및 관리 주체와 관리 방법에 대해 살펴보면 미국·영국·캐나다 등 보건의료서비스 선진국들은 면허를 민간 협회에서 주로 관리하고 있고 프랑스의 경우에는 민간 협회는 아니나 민간공익단체를 설립하여 이를 관리하고 있는 것으로 나타났다.[37] 이들 네 국가 중에서도 보건의료서비스를 공공서비스로 인식하는 성향이 강한 영국·프랑스는 보건의료서비스의 공익성과 환자 보호에 중점을 두고 의료인력의 질적 관리와 의료서비스의 전문성 향상 등을 목적으로 면허를 관리하고 있다. 캐나다의 경우에도 지방의 민간 협회에서 면허를 관리하며 일정 기간마다 의료서비스의 질에 대한 평가를 하고 있다.

한·미 FTA에서는 전문직서비스에 대한 MRA를 다루기 위한 작업반(working group)을 만드는 것에 합의하였으나 그 외의 추가적인 것은 향후 논의를 해 나가야 하는 상황이다. 미국의 경우 앞서 살펴본 바와 같이 민간 협회에서 면허의 발부 및 관리를 전문적으로 맡고 있어 협상의 주체가 다를 뿐만 아니라 전문성에 있어서도 상당한 차이가 있을 수 있다. 또한 여타 전문직서비스 분야와 마찬가지로 보건의료분야도 교육과정, 면허시험, 면허의 관리체계 등을 평가하여 MRA의 체결 여부가 결정될 것이므로 보건의료분야 전문직서비스에 대한 MRA를 체결하기 위해서는 미국의 수준에 상응하는 제도 개혁이 선행되어야 한다.

한·중 FTA 협상에서 중국이 보건의료서비스 mode 4 분야에 대해 MRA 체결, 인력이동의 확대 등 공세적인 개방 요구를 해오더라도 우리나라의 관련 제도가 선진국 수준으로 정비되어 있다면 합리적인 논리를 내세워 그러한 요구를 무마시킬 수 있고 협상 과정에서 부분적인 개방을 한다고 하더라도 개방을 통한 긍정적인 효과를 높이면서 부정적인 효과의 발생 가능

37) 김준동 외(2003), pp. 119~122 참고.

성은 낮출 수 있다. 즉 앞서 살펴본 바와 같이 보건의료 분야에서 현재 우리나라의 교육과정과 면허시험은 중국에 비해 체계적이고 선진화되어 있는 것이 사실이다. 따라서 이와 같은 우리의 제도와 중국의 제도 간의 차이점과 중국 제도가 가지는 문제점을 면밀하게 검토하여 개방 요구에 대한 반대 논리를 만들 필요가 있으며 우리의 제도가 중국에 비해 상대적으로 체계적이고 우수하다고 하더라도 보건의료서비스 선진국에 비해 상대적으로 열위일 수 밖에 없으므로 선진국들을 벤치마크하여 우리의 제도를 보다 더 향상시킨다면 그만큼 중국에 대한 대응 논리도 확고해질 수 있다. 또한 한·중 FTA 협상에서 보건의료서비스 분야의 부분적인 개방이 이루어질 경우 우리나라 보건의료서비스 분야의 면허 관리체계가 열악하여 이로 인해 많은 문제가 발생할 소지가 있는데 동 분야의 면허 관리를 전문성을 가진 민간으로 이양하여 의료진에 대한 질적 관리를 강화하는 선진 시스템으로 개선해 나간다면 국내의 의료서비스 질을 유지 또는 향상시키면서 중국 의료진의 국내 진출에 따른 사회적·경제적인 이익을 극대화 할 수 있다.

넷째, 한·중 FTA를 병의원의 양극화문제를 해결하는 데 적극적으로 활용할 필요가 있다. 환자들이 중소병의원을 기피하고 대형종합병원에 몰리는 이유는 높은 의료수준에 대한 기대감 때문인 것으로 이해되고 있다. 정부는 1차·2차·3차 의료기관 지정을 통해서 3차의료 기관인 대형병원으로 몰리는 보건의료서비스의 수요를 억제하려고 하였으나, 이는 대형병원의 응급실이 혼잡을 빚는 문제를 일으키고 있다. 즉 환자들의 높은 수준의 의료에 대한 수요를 억누르는 것에는 한계가 있을 수 있다.

이는 소형의료기관에 대한 국내 소비자들의 신뢰가 떨어지게 때문에 발생하는 문제라고 할 수 있다. 이를 극복하는 대안으로 정부가 정책적으로 대형병원이 중소병원을 인수하도록 유도하는 것이다. 이러한 대형병원의 중소병원 인수는 기존의 1~3차 의료기관의 지정과 달리 합병된 중소병의원들은 대형병원소속이 되기 때문에 대형병원과 중소병원 간의 인력 교류, 병원시설

의 공유 등을 통해서 중소병의원들이 환자들에게 좀 더 수준 높은 의료서비스를 제공하고 대형병원으로 지나치게 보건의료서비스의 수요가 몰리는 것을 어느 정도 경감시킬 수 있다. 뿐만 아니라 중소병의원의 도산을 막아서 전반적인 보건의료서비스의 공급이 줄어드는 것을 막을 수 있다.

다섯째, 한·중 FTA 협상에서 중국이 보건의료서비스 분야 개방을 확대하는 경우 거대 시장과 성장 잠재력을 감안하여 우리나라의 의료기관과 의료진의 중국 진출이 증가하게 되고 이로부터 상당한 경제적 이익을 얻을 수 있다. 먼저 의료기관의 중국 진출에 대해 살펴보면 현재 중국은 외국인이 합작투자방식으로 중국에 병원을 설립할 수 있고, 지분율상의 제한과 최소자본금상의 제한을 두고 있다. 한·중 FTA 협상에서 중국이 우리나라 의료기관의 단독투자를 허용하고 최소자본요건을 보다 완화한다면 암·성형·치과 등의 분야에서 중국의 고소득층을 겨냥한 국내병원의 진출이 보다 가속화될 수 있다. 특히 소규모 병원의 경우 합작 방식이나 중국인 명의로 병원을 설립하는 경우 차후 경영권과 재산권 행사가 제한될 수 있다는 점에서 단독투자의 허용은 국내 의료기관의 중국 진출에 상당한 의미를 지닌다고 볼 수 있다. 또한 투자에 대한 요건뿐만 아니라 병원의 설립 및 운영을 어렵게 만드는 제반 제도가 합리적이면서 투명하게 개선된다면 현재 투자를 고려하고 있는 병원은 물론, 아직까지 투자를 고려하지 않고 있던 국내병원의 진출 가능성도 보다 높아질 수 있다.

의료진의 진출에 있어서 현재 중국은 외국 의사면허소지자가 중국 위생부에 등록을 하고 '외국의사 단기 의료행위 허가증'을 취득할 경우에 한해 의료행위를 허가하고 있으며 그 기한은 1년 이내로 제한하고 있다. 외국인의 의사 면허 자체에 대해서는 중국에서 국가시험을 다시 볼 필요가 없으므로 큰 문제가 되지 않으나 허가 기한을 1년 이내로 제한하고 있다는 점은 적지 않은 부담으로 작용하고 있다. 따라서 한·중 FTA 협상에서 이와 같은 기한이 철폐되거나 3년 또는 5년으로 확대된다면 그만큼 국내 의료진의 진출

이 활발해질 뿐만 아니라 현지에서 병원을 경영하는 데 상당한 도움이 될 수 있다. 하지만 여기서 주의할 점은 지나친 중국진출로 인해 국내 보건의료서비스산업의 공동화가 발생하지 않도록 안전장치를 마련할 필요가 있다는 점이다.

참고문헌

●● 국문 자료

강성욱. 2006.『의료서비스 개방 논의와 시사점』. 삼성경제연구소.

_____. 2007.『의료서비스산업 고도화와 과제』. 삼성경제연구소.

강준구. 2003.「개도국 서비스수출 성공사례와 서비스 자유화」. *OECD Focus*, vol. 2, no. 5. 대외경제정책연구원.

고숙자. 2004.『의료시장 개방 현황 및 WTO 협상 동향』. 보건사회연구원.

김준동·강인수. 2000.『서비스산업의 개방효과: 업종간 파급효과를 중심으로』. 대외경제정책연구원.

김준동·정영호·최병호·안덕선. 2003.『DDA 서비스협상 보건의료 분야의 주요 쟁점 및 정책과제』. 대외경제정책연구원.

김준홍·이용균. 2006.『중소병원 경영실적과 육성방안』.

문 용. 2006.「중국 의료시장의 현재와 미래(II/III)」. *SMC Healthcare Management Review*, vol. 5.

법제처. 2007.「경제자유구역의지정및운영에관한법률」, 법률 제8283호.

_____. 2007.「의료법」, 법률 제8366호.

보건복지부. 2006.「보건의료통계 2005」. http://www.mohw.go.kr/.

산업자원부.「외국인투자통계」. http://www.mocie.go.kr.

외교통상부. 2002a.『WTO 서비스협상 관련 우리나라에 대한 양허요청안 접수 현황』.

_____. 2002b.『서비스시장 개방 바로알기』.

_____. 2005.「DDA 서비스 협상 제2차 양허안 해설자료」.

외교통상부 자유무역협정. http://www.fta.go.kr/user/fta_korea/kor_singapore.asp.
유길상·이장원·이규용·경승원·홍정기. 2004. 「'WTO 도하개발아젠다 협상' Mode 4(인력이동) 대응전략」. 대외경제전문가풀 토의자료 2004-04. 대외경제정책연구원.
이상영. 2004.『한방의료시장 개방과 대응방향』. 보건사회연구원.
전국경제인연합회. 「기업 71.3%, 한·중 FTA 체결 지지」, 보도자료.
정상혁. 2003.『의료시장 개방과 대응전략』.
정영호. 2004.『세계화와 보건』. 보건사회연구원.
KOSIS 통계정보시스템. http://kosis.nso.go.kr/.
한국보건산업진흥원. 2006a.『2005 보건산업백서』.
_____. 2006b.『의료서비스 해외진출 및 해외환자 유치 활성화 지원방안 마련 연구』.
한국수출입은행. 「해외투자통계」.
『메디게이트 뉴스』. http://www.medigatenews.com/.
『약업신문』. http://www.yakup.co.kr/.
『의협신문』. 기사. 2006. 8. 31.

●● 외국문 자료

[중문 자료]

「关于改革医疗服务价格管理的意见(의료서비스 가격관리 개혁에 관한 의견)」. 2000. 7.
「关于取得中国医学专业学历的外籍人员申请参加中华人民共和国医师资格考试有关问题的通知(중국 의학전공 학위를 취득한 외국 국적인이 중화인민공화국 의사자격시험에 응시하는 문제에 관한 통지)」. 2001. 9.
「外国医师来华短期行医暂行管理办法(외국 의사의 중국방문 단기 의료행위에 관한 잠정관리방법)」. 1992. 10. 7.
「医师资格考试暂行办法(의사자격시험에 관한 잠정방안)」. 1999. 7.

「传统医学师承和确有专长人员医师资格考核考试办法(전통의학 도제 및 특기생의 의사자격 심사고시 방법)」. 2006. 12. 21.
「中共中央关于构建社会主义和谐社会若干重大问题的决定(사회주의와 조화사회 건설에 관한 중요문제 결정)」. 16차 6중전회.
「中外合资, 合作医疗机构管理暂行办法(중외합자·합작 의료기구관리 잠정방안)」. 2000. 7.
「中华人民共和国护士管理办法(중화인민공화국 간호사관리법)」. 1993. 3. 26.
「中华人民共和国执业医师法(중화인민공화국 개원의법)」. 1999. 5.
郭有德. 2005. 「医疗费用上涨原因及控制对策研究」. *Chinese Health Resources,* vol. 8, no. 3. (May)
中国国家中医药管理局. 2006.『中国中医药统计摘编』.
中国国家统计局. 2006.『中国国家统计年鉴』.
中国卫生部. 2006.『中国卫生统计年鉴』.
中华人民共和国卫生部. www.moh.gov.cn.
『北京大学医学部新闻中心』. 2006.「柯杨常务副校长在医学教育学制研讨会上的发言」. (12月)
『新华网』. 2007.「中央政府投巨资支持解决“民生”难题」. (3月)
『新华社』. 2004.「我国共有护士126万多人」. (5月)
『人民政协报』. 2007.「卫生部承办两会建议提案866件」. (4月)
『中国经济网』. 2007.「韩国大力发展“医疗观光”业」. (3月)
『中国医学论坛』. 2006.「中医政策和中医工作」. (7月)
『中国青年报』. 2007.「卫生部长细解医改四大基本制度」. (1月)
『现代护理报』. 2005.「月工资2000元左右 护士该不该成为高薪族?」. (7月)
『湖北日报』. 2006.「八年制医学教育峰会召开 研究医学教育学制改革」. (7月)

[영문 자료]

IMF. 2007. *Balance of Payments Statistics.*

OECD. 2006. *OECD Health Data 2006.*

_____. 2000. *OECD Statistics on International Trade in Services.*

_____. 2001. TD/TC/WP(2001)24/FINAL.

_____. 2003a. TD/TC/WP(2003)23/PART1.

_____. 2003b. TD/TC/WP(2003)23/PART2.

U.S. DOC. 1996. "Service Industries and Economic Performance."

WTO. 1991. MTN.GNS/W/120.

_____. 1999. WTO Services Database(CDROM).

_____. 2000. *The Service Economy.*

_____. 2001. WT/ACC/SPEC/TPKM/12.

_____. "General Agreement on Trade in Services."

부록

부표 1. 총 의료비 현황(OECD 회원국, PPP 기준)

(단위: 백만 US달러)

국가	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년
호주	45,935	49,385	53,501	57,351	62,752
오스트리아	21,629	22,346	23,095	24,015	25,537
벨기에	23,343	24,946	26,985	31,588	n.a.
캐나다	76,819	84,329	89,759	94,916	101,106
체코 공화국	10,065	11,137	12,114	13,225	13,902
덴마크	12,708	13,692	14,274	14,776	15,562
핀란드	8,883	9,633	10,467	10,966	11,687
프랑스	144,494	154,861	172,244	182,978	190,154
독일	216,212	225,898	237,738	246,089	251,033
그리스	17,638	19,768	21,657	23,599	23,916
헝가리	8,744	9,931	11,330	12,652	12,897
아이슬란드	738	781	848	914	975
아일랜드	6,857	8,074	9,381	9,766	10,499
이탈리아	119,118	125,228	130,782	133,029	142,001
일본	249,692	265,034	272,480	286,986	n.a.
한국	36,554	44,423	46,403	51,099	55,262
룩셈부르크	1,301	1,441	1,664	2,075	2,300
멕시코	49,876	54,807	58,623	62,462	68,821
네덜란드	35,944	40,420	44,811	47,190	49,517
뉴질랜드	6,192	6,616	7,286	7,624	8,461
노르웨이	13,832	14,834	16,411	17,203	18,213
폴란드	22,565	24,703	28,070	28,573	30,754
포르투갈	16,614	17,326	18,503	17,983	19,164
슬로바키아	3,212	3,448	3,852	4,181	n.a.
스페인	61,186	65,685	71,183	81,981	89,417
스웨덴	20,145	21,384	23,143	24,588	25,408
스위스	22,839	24,307	26,590	28,234	30,127
터키	30,415	31,445	33,564	36,228	41,618
영국	109,389	119,943	132,143	137,965	150,079
미국	1,294,640	1,406,535	1,533,061	1,660,714	1,791,876

자료: OECD(2006), *OECD Health Data 2006.*

부표 2. 일인당 의료비 현황(OECD 회원국 기준)

(단위: US달러, %)

국가	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년	연평균 증가율
호주	239,832	254,391	272,395	288,588	312,028	6.8
오스트리아	266,695	274,791	285,688	295,824	312,379	4.0
벨기에	227,714	242,500	261,154	304,433	n.a.	10.2
캐나다	250,314	271,845	286,103	299,798	316,490	6.0
체코 공화국	97,985	108,930	118,753	129,631	136,134	8.6
덴마크	237,978	255,495	265,612	274,290	288,131	4.9
핀란드	171,619	185,679	201,250	210,359	223,546	6.8
프랑스	245,030	261,052	288,622	304,821	315,870	6.6
독일	263,160	274,558	288,321	298,283	304,316	3.7
그리스	161,550	180,530	197,097	214,069	216,200	7.6
헝가리	85,633	97,477	111,527	124,896	127,605	10.5
아이슬란드	262,634	274,035	294,444	316,263	332,765	6.1
아일랜드	180,924	209,878	239,495	245,439	259,619	9.4
이탈리아	208,288	218,365	227,550	231,443	246,731	4.3
일본	196,723	208,211	213,819	224,877	n.a.	4.6
한국	77,761	93,810	97,455	106,792	114,933	10.3
룩셈부르크	298,395	326,018	373,094	461,111	508,850	14.3
멕시코	50,554	54,779	57,815	60,815	66,174	7.0
네덜란드	225,694	251,901	277,484	290,865	304,121	7.7
뉴질랜드	160,498	170,472	184,971	190,172	208,348	6.7
노르웨이	307,994	328,622	361,635	376,928	396,624	6.5
폴란드	58,984	64,581	73,420	74,808	80,550	8.1
포르투갈	162,421	168,132	178,256	172,103	182,358	2.9
슬로바키아	59,471	64,101	71,612	77,728	n.a.	9.3
스페인	151,962	161,305	172,298	195,170	209,447	8.4
스웨덴	227,063	240,378	259,305	274,481	282,499	5.6
스위스	317,915	336,336	364,997	384,712	407,673	6.4
터키	45,113	45,886	48,206	51,233	57,973	6.5
영국	185,764	202,901	222,756	231,664	250,826	7.8
미국	458,780	493,345	532,423	571,106	610,198	7.4
OECD 평균	196,148	210,677	227,585	242,757	261,940	7.5

주: 1) OECD 평균은 각국의 의료비를 단순평균한 값임. 2000~03년 값은 OECD 회원국 전체(30개국)가 유효하며, 2004년 값은 27개국(벨기에, 일본, 슬로바키아 제외)이 유효함.

2) 연평균 증가율은 2000~04년 기준이며, 2004년 자료가 누락된 국가는 2000~03년 기준값임.

자료: OECD(2006), *OECD Health Data 2006.*

부표 3. GDP 대비 의료비 비중(OECD 회원국 기준)

(단위: %)

국가	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년
호주	8.8	8.9	9.1	9.2	9.6
오스트리아	9.4	9.5	9.5	9.6	9.6
벨기에	8.6	8.7	8.9	10.1	n.a.
캐나다	8.9	9.4	9.7	9.9	9.9
체코 공화국	6.7	7.0	7.2	7.5	7.3
덴마크	8.3	8.6	8.8	8.9	8.9
핀란드	6.7	6.9	7.2	7.4	7.5
프랑스	9.2	9.3	10	10.4	10.5
독일	10.3	10.4	10.6	10.8	10.6
그리스	9.9	10.4	10.3	10.5	10.0
헝가리	7.1	7.3	7.7	8.3	8.0
아이슬란드	9.2	9.3	10.0	10.5	10.2
아일랜드	6.3	6.8	7.2	7.2	7.1
이탈리아	8.1	8.2	8.3	8.4	8.7
일본	7.6	7.8	7.9	8.0	n.a.
한국	4.8	5.4	5.3	5.5	5.6
룩셈부르크	5.8	6.4	6.8	7.7	8.0
멕시코	5.6	6.0	6.2	6.3	6.5
네덜란드	7.9	8.3	8.9	9.1	9.2
뉴질랜드	7.7	7.8	8.2	8.0	8.4
노르웨이	8.5	8.9	9.9	10.1	9.7
폴란드	5.7	6.0	6.6	6.5	6.5
포르투갈	9.4	9.3	9.5	9.8	10.1
슬로바키아	5.5	5.5	5.6	5.9	n.a.
스페인	7.2	7.2	7.3	7.9	8.1
스웨덴	8.4	8.7	9.1	9.3	9.1
스위스	10.4	10.9	11.1	11.5	11.6
터키	6.6	7.5	7.4	7.6	7.7
영국	7.3	7.5	7.7	7.8	8.1
미국	13.3	14	14.7	15.2	15.3
평균	8.0	8.3	8.6	8.8	9.0

주: 1) OECD 평균은 각국의 GDP 대비 의료비 비중을 단순평균한 값임.
2) 2000~2003년 값은 OECD 회원국 전체(30개국)가 유효하며, 2004년 값은 27개국(벨기에, 일본, 슬로바키아 제외)이 유효함.

자료: OECD(2006), *OECD Health Data 2006*.

부표 4. GDP 대비 의료비 비중(OECD 회원국 기준)

(단위: %)

국가	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년
호주	68.9	67.5	67.7	67.6	67.5
오스트리아	69.9	69.5	70.5	70.3	70.7
벨기에	75.8	76.4	75.0	71.1	n.a.
캐나다	70.3	69.9	69.6	70.1	69.8
체코 공화국	90.5	89.9	89.7	89.8	89.2
덴마크	82.4	82.7	82.9	n.a.	n.a.
핀란드	75.1	75.9	76.1	76.2	76.6
프랑스	75.8	75.9	78.1	78.3	78.4
독일	79.7	79.4	79.3	78.7	76.9
그리스	52.6	55.5	54.1	53.6	52.8
헝가리	70.7	69.0	70.2	72.5	71.9
아이슬란드	82.5	82.7	83.3	83.5	83.3
아일랜드	73.3	75.6	75.2	78.0	79.5
이탈리아	72.0	74.3	74.2	73.7	75.1
일본	81.3	81.7	81.5	81.5	n.a.
한국	46.2	51.9	50.6	50.7	51.4
룩셈부르크	89.3	87.9	90.3	90.6	90.4
멕시코	46.6	44.9	43.9	44.1	46.4
네덜란드	63.1	62.8	62.5	63.0	62.3
뉴질랜드	78.0	76.4	77.9	78.3	77.4
노르웨이	82.5	83.6	83.5	83.7	83.5
폴란드	70.0	71.9	71.2	69.9	68.6
포르투갈	72.5	71.5	72.2	73.5	73.2
슬로바키아	89.4	89.3	89.1	88.3	n.a.
스페인	71.6	71.2	71.3	70.4	70.9
스웨덴	84.9	84.9	85.1	85.4	84.9
스위스	55.6	57.1	57.9	58.5	58.4
터키	62.9	68.2	70.4	71.6	72.1
영국	80.9	83.0	83.4	85.6	86.3
미국	44.0	44.8	44.8	44.6	44.7
OECD 평균	71.9	72.5	72.7	72.5	71.6

자료: OECD(2006), *OECD Health Data 2006*.

부표 5. OECD 국가들의 인구 천명당 의료인력의 수

(단위: 명)

국가	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년
호주	33.6	34.1	34.6	34.8	35.0
오스트리아	-	-	-	-	-
벨기에	-	-	-	-	-
캐나다	36.7	37.0	38.5	39.5	40.6
체코 공화국	24.0	24.6	25.0	25.0	25.1
덴마크	17.1	17.5	17.9	17.9	-
핀란드	29.6	30.5	31.0	31.5	-
프랑스	31.2	30.8	30.7	32.6	32.2
독일	45.2	45.6	46.0	46.4	46.5
그리스	14.8	14.9	-	-	-
헝가리	-	-	-	-	-
아이슬란드	42	41.5	43.5	43.3	42.1
아일랜드	25.8	29.3	31.1	31.3	30.8
이탈리아	19.8	20.1	20.1	19.9	-
일본	-	-	-	-	-
한국	8.6	8.9	9.3	9.7	10.0
룩셈부르크	-	-	-	-	-
멕시코	7.0	6.9	6.9	7.0	7.1
네덜란드	28.0	29.6	30.5	31.1	32
뉴질랜드	21.5	24.2	25.9	27.3	27.6
노르웨이	-	-	53.4	53	53.7
폴란드	17.8	17.6	16.7	15.7	15.6
포르투갈	13.6	13.5	13.6	13.7	13.5
슬로바키아	22.4	21.7	21.1	19.7	19.9
스페인	16.9	16.9	17.2	18.2	18.5
스웨덴	-	-	-	-	-
스위스	57.8	59.4	-	-	-
터키	-	-	-	-	-
영국	30.5	32	31.9	33.1	33.3
미국	35.7	36.3	37.1	37.6	38.0

자료: OECD(2006), *OECD Health Data 2006.*

■ ■ Executive Summary

The Analyses on Expected issues and Effects for Medical Service in Korea-China FTA

Hankyoung Sung, Jun-Gu Kang, and SeungBin Pae

The purpose of this paper is to examine the possible issues and influences of the Korea-China FTA in medical services. This paper provides an overview of the current state of medical expenditures, medical facilities and the medical labor force in each country. Medical expenditures and facilities in Korea starkly contrasts those in OECD member countries, but are being augmented as of late. China, on the other hand, has been characterized by a surge in medical expenditures causing a considerable gap in medical expenditures between urban and rural areas and a rapid expansion of private for-profit hospitals. In terms of market opening, China has opened its medical services market with some restrictions, while Korea has not yet liberalized its market at all.

This paper classifies the issues in market opening into three categories: medical expenditures and services, Korean traditional medical services (Han-ui-hak), and the movement of natural persons. It discusses the positive and negative effects expected to arise in each category.

KIEP 발간자료목록 (2006~07. 10)

■ 연구보고서

06-01 선진통상국가 실현을 위한 중장기 통상전략 연구 / 채 욱 · 김세원 · 유재원 외

06-02 사회경제정책의 조화와 합의의 도출: 주요 선진국의 경험과 정책 시사점 / 김흥종 · 신정완 · 이상호

06-03 우리나라 대외원조정책의 선진화방안 / 권 율 · 김한성 · 박복영 · 황주성 · 홍수연

06-04 DDA 주요 의제별 평가와 대응전략 / 서진교 · 송백훈 · 송영관 · 정지원 · 박지현 · 이창수

06-05 APEC 무역원활화의 정책과제 및 파급효과 / 김상겸 · 박성훈 · 박인원 · 박순찬

06-06 서비스분야 외국인직접투자 특성별 성과 분석과 정책과제 / 이성봉 · 윤미경 · 현혜정

06-07 직접투자의 탈산업화에 대한 영향분석 / 이홍식 · 강성진

06-08 금융허브 기반구축을 위한 파생금융시장 활성화방안 / 오용협 · 조종화 · 윤덕룡 · 송원호 · 이호진 · 이인형 · 진 익

06-09 헤지펀드에 대한 주요국 규제동향과 정책적 시사점 / 이호진 · 송원호 · 장국현 · 정삼영

06-10 중국의 비즈니스환경 변화와 외자기업의 대응전략 / 박월라 · 박현정 · 이 근 · 은종학

06-11 중국의 FTA 추진전략과 정책적 시사점 / 이장규 · 이인구 · 여지나 · 조현준

06-12 일본경제의 구조변화와 한국에 대한 시사점 / 정성춘 · 김양희 · 이홍배 · 이형근 · 김은지

06-13 러시아의 동부지역 개발 전략과 한국의 참여 확대방안: 에너지 부문을 중심으로 / 이재영 · 이철원 · 신현준 · Victor Kalashnikov

KIEP 설립 이후 현재까지의 모든 발간자료 원문은 홈페이지(http://www.kiep.go.kr)에 수록되어 있습니다.

06-14 인도 진출 한국기업의 경영실태 및 현지화 전략 연구 / 이순철 · 정재완 · 최윤정 · 오민아

06-15 고유가시대의 중동경제와 대중동 경제협력 확대방안 / 박복영 · 황주성 · 박철형

06-16 남미공동시장(MERCOSUR)의 FTA 협상 사례와 시사점 / 김원호 · 권기수 · 김진오 · 박수완 · 곽재성

06-17 지역무역협정에 따른 생산성 효과분석 / 이홍식 · 신관호 · 이종화 · 김형주

■ Policy Analyses

06-01 From East Asian FTAs to an EAFTA: Typology of East Asian FTAs and Implications for an EAFTA / Chang Jae Lee *et al.*

06-02 Global Imbalance and its Implication on East Asian Economies / Doo Yong Yang ed.

■ 연구자료

07-01 2007 세계경제 지역별 10대 이슈/ KIEP 세계지역연구센터

07-03 동북아 대도시권 동태적 경쟁력의 비교연구 / 김원배 · 안형도 · 박세훈 · 정옥주 · 이성수

07-04 중국의 WTO 가입 5주년 결산: 중국의 대외경제정책과 한 · 중관계 변화를 중심으로 / 양평섭 · 구은아

06-01 의료인력 자격 상호인정을 위한 정책방향: 한·미 면허관리체계 비교를 중심으로 / 김정곤

06-02 선진통상국가 실현을 위한 중장기 통상전략연구: 열린경제 / 강인수 · 한홍렬 · 김관호 외

06-03 선진통상국가 실현을 위한 중장기 통상전략연구: 협력경제 / 박성훈 · 박순찬 · 정재완 외

06-04 선진통상국가 실현을 위한 중장기 통상전략연구: 통상거버넌스 / 최병일 외

06-05 선진통상국가 실현을 위한 중장기 통상전략연구: 선진경제의 통상정책과 시사점 / 유진수 외

06-06 한 · 미 FTA 투자분야 주요 쟁점이슈와 평가 / 이성봉 · 김관호 · 이준규 · 현혜정

■ 정책자료

06-01 NAFTA 이후 멕시코 경제의 변화와 시사점 / 이창수・김민성・윤창인・김진오

06-02 몽골경제와 한・몽골 경제협력 확대방향 / 정재완・유민우

06-03 아제르바이잔의 경제발전 현황과 경제협력 / 신현준

06-04 중국 방송산업 현황과 진출전략: TV 시장과 규제를 중심으로 / 여지나

06-05 일본의 적대적 M&A 방어지침과 시사점 / 정성춘・이형근

06-06 Prospects for Regional Financial and Monetary Integration in East Asia / Yung Chul Park and Doo Yong Yang

■ 지역연구시리즈

- 중앙아시아의 부상과 한국의 대응전략 / 이재영・박상남
- 동아시아 자유무역지역의 성공조건 – 제도적 접근 / 김세원・박명호・김흥종
- 아프리카 주요 국가와의 경제협력 방향: 이집트・알제리・나이지리아/ 박복영・황주성・박철형
- The Success Story of Switzerland: How could Switzerland's Specific Political Institutions Contribute to the Country's Political Stability and Economic Wealth? / Won-hwa Park, Heungchong Kim, and Linda MADUz

■ 무역투자연구시리즈

07-01 한・중 FTA 반덤핑분야: 제도 및 예상 쟁점 / 정지원・박혜리・여지나

■ 동북아연구시리즈 / CNAEC Research Series

06-01 한・중・일 FTA의 수산부문 효과와 대응방안 / 김남두

06-02 Regional Trade in Northeast Asia: Why do Trade Costs Matter? / Prabir DE

06-03 Bankruptcy Procedures and the Efficiency of Corporate Debt Restructuring in Korea and Japan / Kenya Fujiwara

06-04 Analysis on the Issues of and Prosuects for a China-Korea FTA / Zhang Jianping

■ 세미나자료모음

- Africa in the World Economy / Jan Joost Teunissen and Age Akkermn eds.
- Global Imbalances and the US Debt Problem: Should Developing Countries Support the US Dollar? / Jan Joost Teunissen and Age Akkermn eds.
- Emerging Financial Risk in East Asia / Doo Yong Yang ed.

■ Working Papers

07-01 Determinants of Intra-FDI Inflows in East Asia: Does Regional Economic Integration Affect Intra-FDI? / Jung Sik Kim and Yonghyup Oh

06-01 Investment Stagnation in East Asia and Policy Implications / Hak K. Pyo

06-02 Does FDI Mode of Entry Matter for Economic Performance?: The Case of Korea / Seong-Bong Lee and Mikyung Yun

06-03 Regional Currency Unit in Asia: Property and Perspective / Woosik Moon, Yeongseop Rhee, and Deokryong Yoon

■ 단행본

- 한·싱가포르 FTA의 주요내용 / 외교통상부·대외경제정책연구원
- 한·EFTA FTA의 주요 내용 / KIEP·외교통상부
- 제9차 한·중남미 협력 포럼 / KIEP·한중남미협회
- 비교방법론적 분석을 통해서 본 동북아 경제통합 / 김흥종·손병해 공편저
- 한·미 FTA 바로알기 2006 / 대외경제정책연구원

저자 약력

성한경(成翰炅)

서강대학교 경제학 석사
오하이오 주립대학교 경제학 박사
대외경제정책연구원 부연구위원(現, E-mail: hsung@kiep.go.kr)

저서 및 논문

"Dissertation abstract: Essays on veto bargaining games," *Experimental Economics,* vol. 1, no. 2 (2007)
"Essays on Veto Bargaining Games" (2006) 외

강준구(姜俊求)

경북대학교 무역학과 졸업
경북대학교 경제학 석사
대외경제정책연구원 전문연구원(現, E-mail: jgkang@kiep.go.kr)

저서 및 논문

『한 · EU FTA의 경제적 효과 분석과 정책적 대응방안』 (공저, 2005)
"Korea's Foreign Trade Strategy in the New Millennium" (공저, 2003) 외

배승빈(裵升彬)

성균관대학교 중어중문학과 졸업
연세대학교 중국지역학 석사
대외경제정책연구원 연구원(現, E-mail: sbpae@kiep.go.kr)