



■ 연구보고서(수시) 2014-07

의료서비스산업 선진화를 위한 현안과 대응방안

김대중 · 김대은 · 하솔잎 · 이정아

【책임연구자】

김대중 한국보건사회연구원 부연구위원

【주요저서】

의료서비스 경쟁구조 및 경영효율성에 관한 연구
한국보건사회연구원, 2013(공저)

복지용구산업 시장규모 추계와 활성화 방안
한국보건사회연구원, 2012(공저)

보건의료분야 시장개방 이슈와 대응방안 연구
한국보건사회연구원, 2012(공저)

【공동연구진】

김대은 한국보건사회연구원 전문연구원

하솔잎 한국보건사회연구원 전문연구원

이정아 한국보건사회연구원 연구원

연구보고서(수시) 2014-07

의료서비스산업 선진화를 위한 현안과 대응방안

발행일 2014년 10월 31일

저자 김대중

발행인 최병호

발행처 한국보건사회연구원

주소 (339-007)세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동 1F~5F

전화 대표전화: 044)287-8000

홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>

등록 1994년 7월 1일 (제8-142호)

인쇄처 경성문화사

가격 7,000원

발간사 <<

우리 정부는 경제의 재도약을 위해 서비스 산업의 경쟁력 제고와 관련된 여러 가지 정책들을 속도감 있게 추진 중에 있다. 특히 일자리 창출 효과와 성장잠재력이 높은 보건의료서비스를 유망 서비스산업으로 상정하고, 의료기관에 대한 투자를 촉진하기 위한 정책과 원격의료 등 의료서비스에 IT 기술을 접목하여 새로운 시장과 사업을 창출하기 위한 대안을 마련하고 이를 추진 중에 있다. 또한 의료서비스 시장의 글로벌화에 발맞추어 의료기관 해외진출과 외국인 환자 유치에도 역점을 두어 추진하고 있다. 그 성과로 2013년에는 21만명의 외국인 환자를 유치하고, 국내 병원의 외국병원 위탁 경영 수주 등 일정부분 성과를 거두고 있다.

우리나라 의료산업을 역사적 측면에서 보면, 1977년 이후에는 사회보험방식의 의료제도가 도입되면서 의료서비스가 양적으로 크게 확대되고, 이에 발맞추어 보건의료 공급차원에서 인프라도 크게 늘어났다. 1990년대 중반 이후에는 건강증진 정책의 실시, 보건의료 보장성 강화 등 보건의료의 질적 수준의 향상을 위한 노력에도 힘을 실었다. 이후 2000년대 중반부터는 새로운 의료서비스 시장을 발굴 육성하고, 의료서비스 관련 규제를 완화하면서 의료서비스산업을 선진화하는 방향으로 정부정책을 수립해 왔다. 시대별 의료서비스산업에 대한 요청이 있어 왔고 현재는 의료서비스 산업의 고도화를 통해 일자리 창출 등 국민경제에 기여하고, 질 높은 서비스로 국민이 더욱 건강한 삶을 영위하는데 기여하도록 요구받고 있다.

의료서비스산업의 선진화를 논의할 때 규제완화로 인한 의료 상업화의 폐해도 우려되고 있으나, 이를 이념적 프레임에 가두어두기 보다는 구조

적인 약점은 보완하고 강점은 최대한 활용하여 발전적인 방향으로 이끌어갈 필요가 있다. 본 연구에서는 최근 보건의료산업의 환경변화와 정부의 보건의료 선진화 및 산업화 추진내용을 정리하고, 외국의 동향 등을 소개한 뒤 정책방향을 논의하였다. 특히 의료 기관 자본 참여 및 부대사업 확대 정책, 원격의료와 관련한 정책, 의료서비스 무역과 관련한 정책 등을 심층 분석하면서 정책적 시사점을 도출하였다. 아무쪼록 본 연구를 계기로 그동안 논란이 되었던 의료서비스산업 관련 정책들에 대해 보다 근거 기반 논의와 생산적 담론이 형성될 수 있기를 바란다.

본 보고서는 김대중 부연구위원의 책임 하에 김대은 전문연구원, 하솔 앞 전문연구원, 이정아 연구원에 의하여 작성되었다. 본 연구진은 바쁘신 중에도 본 보고서를 읽고 조언을 주신 본 원의 강희정 연구위원, 윤강재 부연구위원, 차의과학대학교 이신호 교수, 보건복지부 김건훈 서기관, 우송대학교 이근찬 교수에게 감사의 뜻을 전한다.

2014년 11월

한국보건사회연구원장

최 병 호

목 차

Abstract	1
요 약	3
제1장 서 론	23
제1절 연구의 배경	25
제2절 연구 내용 및 방법	29
제2장 의료기관 자본참여 및 부대사업 확대	31
제1절 국내 의료기관 경영 현황	33
제2절 의료기관 자본참여 및 부대사업 확대 관련 쟁점사항	44
제3절 해외 사례 검토	60
제4절 정책방향	77
제3장 원격의료 현안과 대응방안	89
제1절 서론	91
제2절 원격의료 추진 현황	96
제3절 해외 사례	111
제4절 원격의료의 임상적 효용성 및 경제성 연구	133
제5절 정책방향	139

제4장 의료서비스무역 현안과 대응방안	145
제1절 의료서비스 무역의 특징	147
제2절 의료서비스 무역 모드 별 주요 쟁점	149
제3절 의료서비스 무역제한지수의 산출	173
제4절 정책방향	187
제5장 결론 및 고찰	197
참고문헌	203

표 목차

〈표 1- 1〉 산업별 취업자수의 증가	27
〈표 2- 1〉 설립유형별 요양기관 현황(2013년 기준, 병원급 이상)	33
〈표 2- 2〉 의료기관 기본재산 비율(%)	35
〈표 2- 3〉 의료기관 유동비율(%)	36
〈표 2- 4〉 차입금 의존도	37
〈표 2- 5〉 차입금 의존도	38
〈표 2- 6〉 수익성 - 병원규모별 총자본순이익률(%)	39
〈표 2- 7〉 병원규모별 수익구조 변화 추이	41
〈표 2- 8〉 병원규모별 전체수익(의료수익+의료외수익) 대비 의료외수익 비중(%)	42
〈표 2- 9〉 병원규모별 의료외수익 세부항목 비율(2012년)	43
〈표 2-10〉 의료기관 장병 참여 정책 추진 현황	44
〈표 2-11〉 주요 의료기관의 관련 법인과 지분투자 현황	47
〈표 2-12〉 의료법 시행규칙 신·구조문 대비표	54
〈표 2-13〉 일본 병원의 합병 유형	64
〈표 2-14〉 설립주체에 따른 병원 수 추이	70
〈표 2-15〉 일본 의료법인의 종류	71
〈표 2-16〉 일본의 유형별 의료법인의 연도별 추이	72
〈표 2-17〉 일본 의료법인 및 사회법인이 할 수 있는 부대사업의 종류	73
〈표 2-18〉 일본의 사회의료법인과 우리나라 성실공익법인 요건 비교	74
〈표 2-19〉 설립형태별 병원 수 추이(1998-2010)	76
〈표 3- 1〉 원격의료 유형	93
〈표 3- 2〉 우리나라 원격의료 관련 법규	96
〈표 3- 3〉 입법예고안 및 수정안 비교	98
〈표 3- 4〉 원격의료 시범사업 현황	99
〈표 3- 5〉 만성질환 원격의료 시범사업 현황	102
〈표 3- 6〉 원격의료 시범사업 현황	103

〈표 3- 7〉 보건복지부 시범사업 허가내용(보건의료정보과-2329,2008.11.27.)	104
〈표 3- 8〉 USN기반 원격 건강모니터링 사업 개요(강원도 강릉시)	106
〈표 3- 9〉 USN기반 원격 건강모니터링 사업 개요(충청남도)	107
〈표 3-10〉 스마트케어서비스 시범사업	108
〈표 3-11〉 교도소 원격진료시스템 구축	108
〈표 3-12〉 교도소 원격진료 시범사업 추진 경과	109
〈표 3-13〉 교도소 원격진료 시범사업 추진 경과	110
〈표 3-14〉 2014년 메디케어 원격의료 서비스	115
〈표 3-15〉 미국 주별 원격의료 지원 수준	118
〈표 3-16〉 미국 메디케이드 원격의료의 현지 의료인 관련 규정	119
〈표 3-17〉 원격진료 대상과 내용	126
〈표 4- 1〉 GATS 서비스 공급형태	149
〈표 4- 2〉 외국 보험회사와 국내병원 간 주요 협약체결 현황	152
〈표 4- 3〉 한국의료를 이용한 외국인 환자	154
〈표 4- 4〉 진료유형별 외국인 실환자 현황	154
〈표 4- 5〉 진료유형별 외국인 연환자 현황	155
〈표 4- 6〉 상급종합병원 외국인환자의 병상 점유율	155
〈표 4- 7〉 주요 국적별 외국인환자 실환자수 현황	156
〈표 4- 8〉 진료과별 외국인환자 실환자수 현황	157
〈표 4- 9〉 의료기관 종별 외국인 실환자수 현황	158
〈표 4-10〉 외국인환자 진료수익 현황	158
〈표 4-11〉 내국인환자 대비 외국인환자 1인당 평균 진료비 비교	159
〈표 4-12〉 경제자유구역 내 외국의료기관 설립 관련 규정	166
〈표 4-13〉 경제자유구역 지정 현황	168
〈표 4-14〉 주요 국의 해외 보건의료 자격 인정 여부 및 상호인정협정 체결현황	170
〈표 4-15〉 의사면허 취득과 관련된 의료법	171
〈표 4-16〉 의료서비스 무역 제한지수 산출과 관련된 GATS하의 주요 내용	176
〈표 4-17〉 의료서비스 무역 제한 지수 산출 기준표	177

<표 4-18> 영국 2차 병원에 대한 의료서비스 무역 개방 제한지수 180
 <표 4-19> 연도별 의료시스템 해외진출 사업 추진 실적 190
 <표 4-20> 연도별 의료시스템 해외진출 프로젝트 지원사업 현황 191

그림 목차

[그림 1-1] GDP대비 국민의료비 변화 25
 [그림 2-1] 병원규모별 총자본순이익률 추이(%) 39
 [그림 2-2] 병원 평균 의료수익 구조 40
 [그림 2-3] 병원 의료외수익 세부항목별 비율(2012년 기준, 병원 평균) 43
 [그림 2-4] 자법인 설립 후 예상 사업형태 46
 [그림 2-5] 미국 병원의 합병 추세 62
 [그림 2-6] 일본 민간병원의 합병사례 유형 63
 [그림 2-7] 미국 의료기관 지주회사 모델(parent holding company model) 68
 [그림 3-1] 원격의료 허용 기관 및 대상 환자 98
 [그림 3-2] USN기반 원격 건강모니터링 진행절차(충청남도) 107
 [그림 3-3] 미국 원격의료 주별 지원 수준 117
 [그림 3-4] 민간보험회사에서 Parity Law 시행 주 121
 [그림 3-5] 원격진료를 진행할 때 의사가 고려해야 할 절차 130
 [그림 3-6] 원격의료영상판독 진료 절차 132
 [그림 3-7] 임신여성을 위한 원격진료클리닉 133
 [그림 4-1] 한국의료 선택 경로 및 선택시 고려요소 193
 [그림 4-2] 미국 의료기관 진출 사례 195

Abstract <<

Policy consideration for the development of healthcare industry in Korea

Korean Healthcare Industry developed very rapidly after the introduction of universal social insurance programme in 1977. Since then supply side of the infrastructure has also expanded dramatically. In the middle of 2000, government policy oriented toward the development of new service area in the healthcare industry, such as nursing home, etc and deregulation of various obstacles which was supposed to block the progress in the sector. However there has been pro and against about the deregulation, especially the argument about the “commercialisation of the healthcare” was fierce.

This report addresses 3 most debated issues in healthcare sector: 1) capital involvement in healthcare facility and diversification of the nonprofit hospital in Korea 2) telemedicine in Korea and 3) globalisation of healthcare, i.e. medical tourism and overseas investment and its strategic development. We hope this report contribute to the policy development and evidence based discussions.

1. 서론

- 최근의 국민의료비 급증세와 더불어 의료서비스 산업에서의 일련의 환경변화는 의료서비스 공급 side에서의 새로운 정책적 대응이 필요함을 시사
 - 우리나라 보건의료산업은 그동안 괄목할 만한 발전을 이루었으나, 충분한 고용이 이루어지지 않고, 수요자 중심의 서비스 개발도 미흡한 것이 현실
- 국민들의 욕구변화와 환경변화에 부응할 수 있는 서비스가 제공되도록 의료기관의 정책적 육성과 지원과 함께, 의료와 복지의 융합, 의료와 it의 융합 등 새로운 시장영역개척과 의료서비스의 글로벌화를 위한 정책 등에 대해 검토 필요

2. 의료기관 자본 참여 및 부대사업 확대

가. 국내 의료기관 경영현황

- 의료기관 유형별 설립현황
 - 2013년을 기준으로 병원급 이상 의료기관 총 3,007개 중 1,616개소가 개인병원으로 가장 높은 비중을 차지하고 있고(53.7%),

4 의료서비스산업 선진화를 위한 현안과 대응방안

그 뒤를 이어 의료법인이 954개소로 31.7%를 차지

- 이를 다시 유형별로 나누어 보았을 때 상급종합병원에서는 학교/특수/종교/사회복지법인이 93%를 차지하고 있으나, 종합병원급의 경우에는 의료법인의 비율이 36.7%로 가장 높음

□ 의료기관 경영 현황

- 우리나라 의료기관은 단기채무를 지불할 수 있는 유동비율은 취약한 편이나 차입금 의존도는 대체로 양호. 160병상 미만 종합병원의 자본구조가 가장 취약
- 총자본 대비 의료이익의 비율인 총자본 의료이익률은 2~3%수준이며, 160병상 미만 종합병원의 경우에는 2002년부터 2012년까지 2006년과 2009년을 제외하고는 모두 의료이익이 적자인 상황임
- 전체적으로 외래수익은 감소하거나 증가율이 매우 미미한 반면, 입원수익 및 기타의료수익의 증가율은 높았음
 - 전체수익 대비 의료외수익 비중은 모든 병원급에서 꾸준히 증가하였고, 대체로 규모가 클수록 그 증가율이 더 높았음. 의료외 수익의 세부항목별 비율은 장례식장 수익이 가장 높았고 (68.9%), 이어서 매점등 수익(4.5%), 주차장수익(4.3%), 기타 의료부대수익 (22.3%)를 차지함

나. 의료기관 자본참여 및 부대사업 확대 관련 쟁점사항

□ 의료기관 자본 참여 정책 추진 현황

- 의료기관의 자본참여 관련 정책의 추진 경과를 살펴보면,
 - 의료기관(비영리법인)의 채권발행을 허용하는 안이 2006년 의료산업선진화위원회에서 논의되었으나 2010년 18대 국회에서 부결됨
 - 2007년 의료법인간 인수 합병에 대한 안이 국회에서 시효만료로 파기되었고, 2013년 ‘보건의료서비스 분야 투자활성화 대책’의 일환으로 논의 중임
 - 의료법인의 부대사업 범위 확대 및 자회사 설립에 관한 건은 2013년 ‘보건의료서비스 분야 투자활성화 대책’으로 진행되었으며, 2014년 9월 의료법 시행규칙 일부개정안이 시행됨

□ 의료법인의 자법인 설립 허용

- 최근 의료법인의 자회사 설립 허용 정책은 의료법인이 경영의 어려움을 겪고 있어, 의료법인에게 자법인을 통한 수익활동을 허용함으로써 병원의 수익성을 높이자는 취지에서 시작되었음
 - 자법인 설립 이후 예상되는 사업형태는 의료법인인 모법인이 자법인을 설립하고 외부 출자자의 투자를 받아 수익을 창출한 뒤 투자자에게 배당하는 형식임
- 또한 의료법인의 해외진출 목적 자법인 설립을 허용할 경우 해외진출을 위한 자금조달의 어려움을 해결할 수 있고, 해외진출 실패에 따른 위험도 분산시킬 수 있음
 - 이 때 예상되는 사업형태는 모법인인 의료법인이 내국법인(자회사)을 통해 해외법인을 설립하고, 그 해외법인이 의료기관을 개설, 이익을 배분받는 형태임

6 의료서비스산업 선진화를 위한 현안과 대응방안

- 의료법인의 부대사업 범위와 관련하여서는 정부가 지난 2014년 9월 의료법 시행규칙 일부 개정을 통해 부대사업의 범위를 확대함
 - 의료법 시행규칙을 통해 부대사업의 범위에 새롭게 포함된 업종은 의류 등 생활용품 판매업 및 식품판매업으로 하고(의료법인인 이 직접 영위하는 경우는 제외), 목욕장업, 숙박업, 여행업 및 외국인환자 유치업, 수영장업, 체력단련장업 및 종합체육시설업, 장애인보조기구의 제조·개조·수리업이 포함됨

다. 해외사례

□ 미국의 의료기관 자본 참여 및 의료기관 간 통합사례

- 미국의 병원 체계에서 자금 조달을 위해 사용되는 부채 및 지분 조달방법은 비과세 채권(tax-exempt bonds), 일반 과세 부채(taxable debt), 모기지(mortgage)와 같은 프로젝트 수준 부채(project level debt), 제3기관 지분 또는 조인트벤처 자금조달 등과 같은 외부 지분(external equity) 등임
 - 미국은 비영리병원에 대한 비과세 채권 발행시장이 구성되어 이를 지원하기 위한 병원 신용평가체계가 확립되어 있으며, 2013년 초에 Aa2/AA 등급의 비영리병원 시스템은 3억 달러가 30년 만기 과세 채권으로 연금리 4.0%라는 역사적으로 가장 낮은 이자율로 발행되었음(Wong-Hammond, L. and Damon, 2013)
- 미국은 영리병원의 설립과 운영이 제도적으로 보장되어 있기 때문에 일반 기업에서 활용하는 다양한 기업 간 결합이 이루어지고

있으며, 이러한 병원 간 결합은 기업 간 결합을 제어하는 규제 제도인 수평적 기업 결합 가이드라인(Horizontal Merger Guidelines)¹⁾의 심사 대상이 되고 있음

- 특히 ACA 법제화 이후에 병원 간 인수 및 합병(M&A)이 급격한 증가 추세에 있음

□ 미국의 의료기관 자회사 설립 관련 규정

○ 미국의 경우 전체 병원 중 50.7%가 비영리병원으로 가장 큰 비중을 차지하고 있는데, 비영리기관이 목적사업으로 인한 면세혜택 분야 이외의 사업(unrelated business income)을 수행할 경우 연방소득세를 납부하여야 함

- 일반적으로 비영리법인 의료기관은 자회사를 설립하여 법인세를 납부하고, 세후 배당금을 모법인에게 배당하는 방식으로 목적사업 이외의 사업을 영위하고 있음
- 병원들 간 치열한 경쟁에 따른 환자 수 감소와 메디케어 프로그램의 수가 감소 등 외적 환경변화에 대응하여 병원들은 전통적인 입원환자 중심 치료에서 새로운 수입을 창출하기 위해 1차 진료소, 영상진단센터, 재택진료회사, 노인요양시설 등과 같은 제공 서비스의 다각화 전략을 취하고 있음
- 이러한 의료기관의 사업 다각화의 영향에 미국 의료기관은 지주회사 모델의 법인 조직을 선호하는 것으로 조사되고 있고 (Ernst and Whinney, 1982), 지주회사 모델은 환경변화에 유연하게 대응할 수 있는 법인체제로 지주회사가 자회사를 통

1) 우리나라는 '독점규제 및 공정거래에 관한 법률'에서 기업간 결합을 규제하고 있다.

제하는 형태라고 할 수 있음

- 미국에서는 민간재단(private foundation)의 주식 보유에 대하여 1) 의결권이 있는 주식(특수 관계인이 소유한 의결권 주식 포함)은 20%, 2) 제3자가 이미 기업의 지배력을 가지고 있는 경우에는 35%의 주식 보유 한도 규정이 존재하고, 이 한도를 초과하여 보유한 경우에는 초과량에 비례하여 세금을 납부하여야 함
 - 세금은 초과보유량의 10%로 우리나라의 상증법과 비교하였을 때 주식보유한도가 우리나라보다 관대하다고 할 수 있음

□ 일본의 의료기관 간 통합사례

- 우리나라와 제도 환경이 유사한 일본의 병원 간 합병은 그리 활발하지 않으나, 의료법인의 합병이 일본 의료법 제57조에서 인정받고 있음
 - 법인세법에서는 법인 합병을 (1)양도측의 병원 자산의 양도 차익에 과세하지 않는 '적격 합병'과 (2)양도측의 병원 자산의 양도 차익에 과세하는 (1) 이외의 합병으로 구분하고 있음
- 일본 후생노동성은 의사 또는 간호사 부족, 지역 편중 등의 문제가 있는 가운데 도도부현이 수립하는 지역의료 재생계획에 병원의 통합 개편을 포함한 의료기능 강화 활동이 포함되어 있음. 향후 병원의 통합과 재구성은 증가할 것으로 예상됨
 - 일본의 병원간 통합의 주요 원인은 경영난이었으며, 이외에 의사채용의 어려움, 의료기능 재편을 목적으로 한 경영 통합 등임
 - 민간병원 간 합병은 병원 존속과 채무 정리 등이 주요 목적인 반면, 공립 병원과 민간 병원의 통합은 지역의 의료 제공의 견

지가 주목적이고, 의료기능 개편의 통합은 회복기·재활 기능을 도입하는 사례가 많음

□ 일본의 비영리법인 의료기관의 영리추구 행위 관련 규정

- 일본의 의료법인은 일반 의료법인(재단 및 사단 의료법인), 1인 의사 의료법인, 특정의료법인, 특별의료법인, 사회의료법인으로 나뉨
- 2007년 4월 의료법인제도 개혁을 위해 사회의료법인제도를 창설하였으며, 특별의료법인과 특정의료법인을 사회의료법인으로 전환하도록 하고, 일반 의료법인은 정관 변경 등 자발적인 전환을 통해 사회의료법인으로 전환이 가능하도록 함
 - 사회의료법인은 의료법인 중 소아구급의료, 재해의료, 취약지 의료제공 등 공공의료서비스 제공을 의무화 하는 한편, 수익사업 등을 실시하는 것을 인정하고 사회의료법인의 경영기반의 안정성을 도모하기 위해 사회의료법인채권 발행도 인정하고 있음
- 일반 의료법인은 의료법 42조 제2항에 의해 본래업무, 부대업무, 부수업무를 수행할 수 있는 반면에 수익사업은 할 수 없도록 규정하고 있는데, 사회의료법인은 의료용품 판매, 주차장 운영 등의 수익사업 및 케어하우스, 아동입소시설, 보육시설, 데이서비스센터 등 사회복지 사업을 수행할 수 있음

라. 정책방향

□ 의료기관 자본 참여 정책

○ 의료기관의 자본참여 다양화를 위해 영리법인 의료기관 도입 등 의료제공체계의 근간을 흔드는 거시 정책은 도입여부를 쉽게 결정하기 어렵기 때문에, 우선적으로는 이를 위한 개별 정책에 대한 정책화를 검토할 필요가 있음

- 취약한 자본구조를 보이는 병원들의 자율적 구조조정을 위해 의료법인에 대한 합병 절차의 전향적 조정 및 합병 절차 명시화 등 의료기관간의 구조개혁 지원이 필요(예 : 일본의 이행계획 승인제도)
- 또한 현재 민간의료기관은 채권을 발행할 수 없는데, 의료기관 채권제도가 도입될 경우 제한된 의료기관의 금융조달방법이 확대된다는 측면에서 긍정적인 효과가 있을 것임(채권 발행을 허용하는 병원의 자격과 채권도입의 목적을 명확히 할 필요가 있음)

□ 자본조달 개선을 위한 정책적 제언

○ 의료기관 자금 조달 방식의 다양화의 긍정적인 측면을 개발하고 부정적인 측면을 최소화하기 위한 정책 개발이 요구되며, 이를 위해서는 다음과 같은 조치가 이루어져야 할 것임

- 의료기관의 자금조달 및 소유권 변동 등에 대한 실태 조사
- 의료기관의 자본조달 활성화가 의료기관 정책의 궁극적 목적(적절한 의료비 지출 및 국민의 건강수준 향상)에 부합할 수 있는 정책의 마련

- 병원 정책에 대한 장기 로드맵 설정

□ 자법인 설립 허용

- 의료법인의 자회사 설립이 의료법 시행령에서 정한 영리행위 추구 금지의 원칙에 대한 사회적 논란을 고려할 때 일본식 “사회의료법인제도”와 같은 새로운 형태의 의료법인제도 도입 방안을 고려할 필요가 있음
 - 일본식 사회의료법인은 공공의료서비스 제공을 의무화하는 대신 수익사업을 인정하고, 사회의료법인 채권발행도 인정하고 있어 공공성 확보와 함께 의료법인의 건강한 성장 및 생태계 조성을 동시에 달성할 수 있을 것으로 판단됨
- 의료법인의 부대사업목적 자법인 설립과 관련, 모법인의 자산유출 가능성 및 자회사가 의료법인 지배일가의 사익추구 수단으로 전락할 가능성에 대한 논란
 - 현재 자법인 설립의 허가권이 주무부장관(보건복지부)에게 있기 때문에 제도 남용가능성을 사전에 예방할 수 있는 방향으로 의료법인의 정관을 변경하도록 요구할 필요가 있음

3. 원격의료 현안과 대응방안

□ 원격의료의 정의

- 일반적으로 원격의료(telemedicine)는 원격진료를 포함하여 원격으로 의료행위를 제공하는 것을 의미함.
 - 2013년 12월 입법예고된 의료법 개정안에서는 원격의료를

12 의료서비스산업 선진화를 위한 현안과 대응방안

“컴퓨터·화상통신 등 정보통신기술을 활용하여 먼 곳에 있는 의료인에게 의료지식이나 기술 지원 또는 환자에게 건강 또는 질병에 대한 지속적 관찰, 상담·교육, 진단 및 처방 등을 제공하는” 것으로 정의

□ 원격의료의 추진현황

- 2002년 3월 의료법 개정을 통해 의사-의사간 원격의료를 도입하였으며, 2013년 12월 의사-환자간 원격의료를 허용하는 것을 골자로 하는 의료법 개정안을 제출, 국회 계류 중.
- 2000년대 초기부터 활발하게 원격의료 시범사업을 진행하였으며, 현재까지 약 40여개가 넘는 시범사업 추진
 - 2014년 9월부터는 의사-환자간 원격의료 시범사업 시행하여 임상적 안전성, 유효성, 유용성(만족도 등)의 평가를 진행

가. 미국의 원격의료 추진현황

□ 개요

- 미국은 클린턴 정부 때부터 초고속 통신망을 전국적으로 확산하였으며, 파생사업 중 하나로 원격의료가 성장하기 시작함
- 현재 미국에서는 연방 차원에서 뿐만 아니라 주별로 원격의료에 대한 규정(가이드라인 또는 법령)이 있어 원격의료의 정의, 자격요건, 의료사고 발생시 손해배상 책임여부, 보험적용여부, 전자처방전 발급허용 내용 등이 주별로 상이
 - 연방에서 운영하는 메디케어 외에도 각 주별로 메디케이드에

서 원격의료 보험 프로그램 운영, 현재 전체 51개 주 중에서 47개주가 운영 중

- 메디케이드의 경우 2009년 한해 기준 38,000건의 원격의료 보험청구건이 발생하였으며, 10회 이상 원격의료 메이커 보험급여를 수령한 의료진은 369명 수준, 이중 정신건강관련 의료진 (49%)의 비중이 가장 높았으며, 19%는 비의사집단(전문간호사 13% 등)이 차지함, 실제 원격의료 활용수준은 낮은 편

□ 원격의료 적용대상 (공급자 및 수요자 제한)

- 메디케어의 보험적용을 받기 위해서는 전문의 부족지역(HPSA), 도시통계지역(MSA) 이외의 지역(인구 50,000명 이하)에 위치한 자격을 갖춘 시설에서 제공되는 24개의 특정서비스로 제한
- 메디케이드의 경우 주마다 상이. 예를 들면, 현지에 의료진 (telepresenter)가 참여하여야 하는 주(21개주), 필요가 없는 경우 (26개주), 원격의료 면허를 발급하는 주(10개주), 그렇지 않는 주 등 주별로 규정을 살펴보아야 함

□ 원격의료 보험 적용 서비스

- 메디케어의 경우, 쌍방향 실시간 통신의 경우에만 허용, 실시간이 아닌 저장 후 전송 방식은 Alaska와 Hawaii의 경우에만 인정
 - 보험 적용이 되는 서비스는 1997년 원격상담에 한하였으나 2000년 개인심리치료, 약물치료 등으로 확대, 2003년 이후에는 정신과 인터뷰 진단, 영양치료 등도 포함됨.
- 메디케이드의 경우, 주에 따라 보상하고 있는 서비스의 범위가 정

신과적 진료, 발달장애 진료 등 일부 서비스에 한정되어 있거나, 매우 광범위하게 보상하고 있는 등 다양함

나. 일본의 원격의료 추진현황

□ 개요

- 일본의 경우 1997년 12월 후생성의 통지문(우리나라의 고시에 해당)에서 원격의료의 기본원칙과 적용대상 등을 최초로 제시, 이후 2011년 일부 내용이 개정되어 일본 원격의료 시행의 가이드라인이 되고 있음
- 일본의 원격의료는 1990년대 후반 이후 진보한 측면이 있으나 활발하게 발전하고 있다고 말하기는 어려운 것으로 판단됨. 현재 까지 이용실적에 대한 통계도 존재하지 않음. 이에 대한 원인으로 원격의료에 대한 정책홍보의 부족, 임상연구결과 축적 미흡, 이에 따른 의료보험 적용 부족 등을 제시함

□ 원격의료 적용대상 (공급자 및 수요자 제한)

- 초진 또는 급성질환에 대해서는 원칙적으로 직접 대면 진료를 해야 함. 그러나 직접 대면진료를 하는 것이 곤란한 경우, 안정적인 상태에 이른 만성질환자에게 원격진료를 실시함으로써 요양환경 개선이 인정될 경우 환자와 가족의 동의하에 원격진료 가능
- 후생노동성의 통지에서 원격진료 대상으로 제시한 환자는 재택 환자 중 산소 주입이 필요한 환자, 난치병, 당뇨병, 천식, 고혈압, 아토피성 피부염, 욕창 환자 등임

□ 의사대 환자 원격의료 보험 적용

- 화상 통신 등을 이용한 예방 및 건강상담 등은 진료보수 대상에서 제외
- 대면진료가 원칙이며, 진료보수 인정을 받기 위해서는 대면진료와 비교하여 환자에 대한 의료서비스의 질이 증가한단느 과학적인 입증이 필요

다. 정책방향

- 원격의료를 도입하기 위해서는 원격의료의 비용효과성과 임상적 유용성 등에 근거하여 원격의료 허용범위와 보험수가를 정하여야 할 것임
 - 이를 위해서는 원격의료의 경제성과 임상적 유용성에 관한 근거 데이터 창출이 필요할 것임
- 또한, 현행 의료법에서는 원격처방적 발급이 허용되고 있지 않으나 의사-환자간 원격의료가 도입될 경우 이를 허용하고, 환경적 여건상 약국에의 접근이 어려운 경우에는 의약품의 원격조제, 판매, 배송이 가능하도록 할 필요가 있음

4. 의료서비스무역 현안과 대응방안

□ 의료서비스 무역의 특징

- 의료서비스 무역은 개인의 지적능력, 경험 등 개인의 노동력이 매우 중요하고, 부가가치가 높은 서비스로 평가되고 있음
- 의료분야는 국민의 건강과 직결되어 있기 때문에 일반적인 서비

스 무역과는 달리 서비스 무역 개방에 대해 대부분의 국가에서 신중한 입장을 취하고 있음

- WTO의 서비스무역에 관한 일반협정(General Agreements on Trade in Service, GATS)에서 제시하는 4가지 공급형태(mode)를 중심으로 서비스 무역 현황을 분석할 수 있음

가. 의료서비스 무역 모드 별 주요 쟁점

□ Mode 1 : 의료서비스 국경 간 공급

- 의료서비스의 국경 간 공급은 의료 서비스 공급자와 소비자가 다른 영토에 속하며 원격으로 공급자로부터 소비자로 서비스가 제공되는 공급형태를 의미함(송준현, 2013)
- 국가 간 원격의료는 원격에서 의료를 제공하는 의사의 면허 소지 여부에 따라 불법적인 의료행위로 간주될 소지가 있음

□ Mode 2 : 의료서비스의 해외 소비

- 보건의료서비스 분야에서 경제적 규모가 가장 큰 서비스 공급방식으로서, 다양한 이유로 환자들이 본국에서 진료를 받지 않고 해외에 나가서 의료서비스를 공급받는 방식을 의미함
- 많은 국가에서 해외환자유치, 의료관광 활성화 등의 이름으로 정책적으로 육성하고 있는 의료서비스 공급방식임
- 국내의 해외환자 유치 현황 (한국보건산업진흥원, 2013)
 - 의료법에 의해 일정한 요건을 갖춘 의료기관에서 외국인 환자를 유치할 수 있도록 하고 있음

- 우리나라를 방문한 외국인 환자수는 2009년 이래로 연평균 38.4% 증가하고 있음
- 중국, 미국, 일본에서 방문한 환자수가 가장 많고, 러시아, 몽골, 베트남에서 방문한 환자수도 상당수를 차지함
- 외국인 환자가 가장 많이 이용한 진료과는 내과이고 뒤를 이어 검진센터, 피부과, 성형외과임
- 2012년 외국인 환자의 총 진료수입은 2,673억 원이고, 1인당 평균 진료비는 168만원으로 나타남

○ 해외 의료서비스를 이용하는 경우 건강보험을 통한 의료비 지불 여부, 해외 병원의 서비스 수준 보증 등의 이슈가 존재함

□ Mode 3 : 의료서비스의 상업적 주재

- 의료서비스의 상업적 주재는 병원이 외국에 진출하여 그 곳에 주재하며 해외 환자들에게 의료서비스를 공급하는 형태를 의미함
- 1990년 대 이후 서비스 분야에 대한 외국인 직접 투자는 크게 증가하였지만, 공공재의 성격을 지닌 의료기관과 같은 의료서비스 공급시설들에 대해서는 많은 국가에서 규제를 통해 외국 자본의 진입을 억제하고 있음(이종현, 2011)
- 우리나라는 경제자유구역에 한하여 외국 의료기관 또는 외국인 전용 약국의 개설을 허용하는 규정을 마련하였음(경제자유구역의 지정 및 운영에 관한 특별법, 경제자유구역의 지정 및 운영에 관한 특별법 시행령, 경제자유구역 내 외국의료기관의 개설허가절차 등에 관한 규칙)

□ Mode 4 : 자연인의 이동에 의한 의료서비스 공급

- 다른 국가에 거주하고 있는 자연인이 일시적으로 국경을 넘어서 다른 국가에 거주하고 있는 소비자에게 의료서비스를 제공해주는 공급방식을 의미함
- 의료인력은 국가의 보건의료체계에서 매우 중요한 요소이므로 의료인력 개방은 대부분의 국가에서 신중한 입장을 취하고 있음
- 주요한 의료인력 송출국은 필리핀, 인도, 동유럽 등이고, 의료인력 수입국은 영국, 미국, 호주 등임(김정곤, 2006)
- 우리나라는 다른 국가와 의료인 면허 상호인정협정을 맺고 있지 않음
- 의사 면허 상호 인정과 관련하여 개발도상국의 brain-drain 현상, 의료인력의 질 관리 등의 이슈가 발생할 수 있음

나. 의료서비스 무역 제한지수의 산출

□ 서비스 무역 제한지수

- 2007년 OECD에서는 34개 회원국에서 시행 중인 서비스 무역 관련 규제 등의 질적정보를 양적정보로 수치화한 서비스 무역제한지수(Service Trade Restrictiveness Index, STRI)의 구축을 선언하였음
- STRI 프로젝트는 서비스무역 규제 데이터베이스(Service Trade Regulatory Database)와 서비스무역제한지수(Service Trade Restrictiveness Index)의 두 개의 도구로 구성되어 있음

□ 의료서비스 무역 제한지수의 산출

- Richard Smith(2006)은 의료서비스 무역의 개방정도 및 제한 정도를 측정하는 방법을 고안하여 영국의 2차 병원에 대해 적용 하였음
- GATS 상 네 개의 모드를 기준으로 정책을 분류하여, 정책과 규제를 분석하고, 각 규제에 대해서 가중치를 고려하여 STRI를 산출함
 - 각 모드 별로 기준이 되는 3개의 정책 -총 12개의 정책-이 제안되었고, 개방 및 규제의 정도에 따라서 최소 0점부터 최대 1 점까지 배점이 되었음
 - Richard Smith(2006)가 제안한 방법에 의하면 모든 정책영역에서 최고 수준의 규제가 이루어지고 있을 때 의료서비스 무역 제한지수는 0.7718점이 나오고, 영국의 2차 병원에 대해서 적용하였을 때는 0.162점이 산출되었음

□ 우리나라 의료서비스 무역제한지수의 산출 및 비교

- 모드별 우리나라의 정책과 규제를 분석하여 Richard Smith(2006)가 제안한 기준으로 무역제한지수를 산출한 결과 0.166점이 산출되었음
 - Richard Smith(2006)가 제안한 기준이 우리나라의 상황에 맞지 않는 경우도 있고, Mode 3. 에서는 우리나라 전체가 아닌 경제자유구역으로 제한하였기 때문에 산출 기준과 정책 해석 방식에 따라 지수는 달라질 수 있음

다. 정책방향

□ 외국인환자유치사업 추진 경과

- 우리나라는 2009년 5월 의료법을 개정하여 외국인환자 유치 행위를 허용하였고, 2009년 12월 Medical Korea-Smart Care를 한국의료 대표브랜드로 개발하였음
- 2012년 실환자 기준으로 159,464명의 해외환자를 유치하였고, 진료비 수입은 2,673억원, 방문 환자의 국적은 188개에 달함
- 메디컬코리아 컨퍼런스의 참석자 수는 2010년 총 34개국에서 600명, 2012년 총 22개국에서 800명이었음

□ 의료기관 해외진출 지원 사업 추진 경과

- 2011년 정부는 10대 “신성장 동력 사업” 중 하나로 병원해외진출 지원 사업을 선정하였고, 2011년부터 2013년까지 총 39개의 프로젝트를 한국보건사업진흥원의 주도로 지원하였음
- 현재의 의료서비스 해외 진출의 한계점을 보완하기 위하여 보건복지부에서는 제도개선, 마케팅 강화 및 정보 네트워크 구축, 해외진출 역량 강화의 영역으로 지원 방안을 마련하고 있음
- ‘국제의료사업지원법(가칭)’의 제정을 검토하고 있음

□ 향후 정책 방향

○ 의료관광

- 의료관광 목적지로서 높은 의료기술이라는 강점을 지니고 있지만, 비싼 진료비, 예정보다 긴 대기시간 등이 단점으로 지적

되고 있음

- 향후 외국인 환자 100만 명시대가 도래하면 우리나라 의료시스템의 전달체계, 의료인력에 대한 문제, 자원조달과 관련한 문제 외에도 각종 새로운 규제와 거버넌스의 필요성이 대두 될 것
- 기존의 의료관광 선진국이 갖지 못한 틈새시장 경쟁력을 고려한 전략 마련이 필요함

○ 의료기관 해외진출

- 글로벌 병원의 성공요인으로 진출초기 상대국 정부 및 이해관계자들과의 신뢰관계 및 인적네트워크 구축을 통한 장기적 시각의 사업추진으로 볼 수 있는데, 우리나라 역시 이러한 성공요인을 면밀히 검토할 필요가 있음
- 병원플랜트 수출과 같은 하드웨어 중심적 접근에서 교육이나 컨설팅, QI 지원 등 소프트웨어 중심적 접근 등 다양한 비즈니스 모델 개발이 필요함

*주요용어: 의료기관 자본참여, 부대사업, 원격의료, 의료서비스 무역



제1장 서론

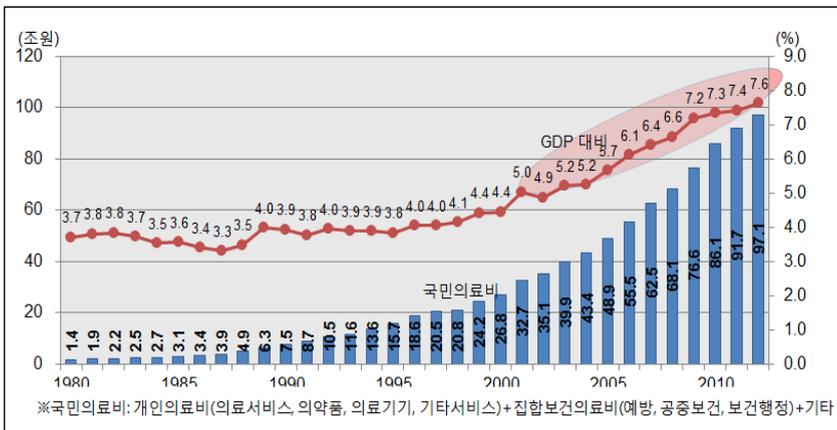
제1절 연구의 배경

제2절 연구 내용 및 방법

제1절 연구의 배경

우리나라 의료서비스산업은 그동안 비약적인 성장을 이루었다. 현재 우리나라 국민의료비는 2014년 97.1조원에 달한다. 1980년대~1990년대는 GDP 대비 4% 정도 수준이었으나 2000년 이후 급격히 성장하여 현재는 GDP대비 약 7.6% 수준이다. 연평균 성장률로 환산할 경우 2000년 이후 명목 증가율은 11.3%, 실질 증가율은 8.7% 수준이다. 2000년 이후 우리나라 실질 GDP의 성장률이 3.9%이었으므로 두배 이상의 성장률을 기록 하였다.

[그림 1-1] GDP대비 국민의료비 변화



자료: OECD Health data(2013)

GDP에서 차지하는 비중이 증가함에 따라 보건의료분야의 일자리 수도 크게 증가하였다. 지난 10년간 산업별 취업자 수 증가율을 보면 보건업 및 사회복지서비스업의 증가율이 11%로 타산업 부문과 비교하였을 때 가장 큰 증가폭을 기록하였다. 이어서 사업시설관리 및 사업지원 서비스업이 5.7% 성장하였다. 반면에 우리나라 전체 산업의 취업자 수 증가율은 1.3%에 그쳐 대조를 이루고 있다. 이 수치는 우리나라의 산업구조에서 보건복지분야, 비즈니스 서비스 등 서비스 분야의 비중이 증가하고 있음을 보여주고 있다. GDP에서 차지하는 국민의료비의 비중은 현재 7.6% 수준이지만, 보건복지에 대한 국민들의 수요를 감안할 때 더욱 증가할 것으로 전망된다. 최근 3대 비급여(상급병실료, 간병인비, 선택진료) 개선, 임플란트 보험 급여 등 급여보장성이 확대 등이 이를 반증하고 있다.

이렇게 급격한 성장을 할 수 있었던 배경에는 건강보험 보장인구 및 건강보험 서비스 영역의 확대 등 건강보험 보장성의 확대에 의한 요인²⁾ 이외에 소득 수준 향상에 따른 의료에 대한 가계 지출 증가, 노인인구의 증가 등의 요인이 작용한 것으로 분석된다.

국민의료비의 급증세과 함께 의료서비스 산업을 둘러싼 환경변화에 주목할 필요가 있다. 최근의 환경변화는 의료서비스 시장 영역의 확대, 의료산업의 글로벌화, 그리고 보건의료 관련 기술의 발전 등으로 요약할 수 있다.

2) 그동안의 정부의 정책을 보면 '89년 전국민 의료보험이 실시되기까지 피부양자 인정범위 확대 등 보장인구확대가 이루어졌고, 이후 90년대에는 CT 급여, 골수이식이 보험 급여 대상이 되고, 특정 암 검사 등 검진비용이 급여화 되는 등 급여범위가 확대되었다. 2000년대 이후 급여항목이 추가되고, 특히 암 등 고액중증질환의 건강보험보장율이 증가하였다.

〈표 1-1〉 산업별 취업자수의 증가

(단위: 백만명)

산업별	2004	2005	2010	2014	산업별 취업자 증가율 (‘04~’14)
계	22,557	22,856	23,829	25,684	1.3%
A 농업, 임업 및 어업	1,824	1,813	1,566	1,563	-1.5%
C 제조업	4,177	4,130	4,028	4,288	0.3%
* 사회간접자본 및 기타서비스업(D~U)	16,542	16,897	18,214	19,819	1.8%
F 건설업	1,818	1,813	1,753	1,775	-0.2%
* 도소매·숙박음식점업(G,I)	5,859	5,804	5,469	5,818	-0.1%
* 사업·개인·공공서비스 및 기타(E,L~U)	6,314	6,661	8,158	9,149	3.8%
* 전기·운수·통신·금융(D,H,J,K)	2,551	2,619	2,834	3,077	1.9%
G 도매 및 소매업	3,802	3,746	3,580	3,762	-0.1%
H 운수업	1,136	1,165	1,280	1,411	2.2%
I 숙박 및 음식점업	2,057	2,058	1,889	2,056	0.0%
J 출판, 영상, 방송통신 및 정보서비스업	606	638	668	733	1.9%
K 금융 및 보험업	737	745	808	853	1.5%
L 부동산업 및 임대업	453	496	517	494	0.9%
M 전문, 과학 및 기술 서비스업	606	625	883	1,026	5.4%
N 사업시설관리 및 사업지원 서비스업	686	742	1,023	1,196	5.7%
O 공공행정, 국방 및 사회보장행정	768	791	960	1,026	2.9%
P 교육 서비스업	1,545	1,604	1,799	1,813	1.6%
Q 보건업 및 사회복지 서비스업	590	639	1,153	1,677	11.0%
R 예술, 스포츠 및 여가관련 서비스업	346	383	380	377	0.9%
S 협회 및 단체, 수리 및 기타 개인 서비스업	1,122	1,171	1,216	1,316	1.6%
T 가구나 고용활동 및 달리 분류되지 않은 자가소비 생산활동	125	130	150	123	-0.2%
U 국제 및 외국기관	24	24	13	13	-5.9%

자료: 통계청, 산업별 취업자수(2014)

의료서비스 시장영역은 계속 변화하고 있다. 전통적인 치료 중심의 영역에서 건강관리 서비스 등 새로운 서비스가 등장하고 있다. 간병문제 해결을 위한 질 높은 간호서비스의 수요 증가, 요양시설, 요양병원 등 실버 산업에서 욕구의 다양화와 고급화, 원격화상 모니터링 등 IT를 이용한 홈케어 서비스 욕구 증가 등도 그 예이다. 의료서비스 영역은 계속 변화하고 있으며, 가까운 미래에 의료와 복지의 융합, 의료와 IT의 융합 등이 우리의 현실로 나타날 것으로 예측 된다.

또한 의료서비스 시장이 글로벌화되고 있다. 90년대 이후 의료관광은 저소득 국가 환자의 선진국 병원이용에서 고소득 국가 환자의 개발도상국 병원 이용으로 트렌드가 변화하고 있다. 외국인 환자 유치, 외국병원 위탁 경영 등을 통한 수익창출의 목적으로 의료기관 해외진출이 활발히 이루어지고 있고, 경쟁을 통한 서비스 수준 향상과 고용창출 목적으로 외국인 직접 투자 유치도 하고 있다. 정부는 2014년 제6차 투자활성화 정책에서 의료서비스 시장의 글로벌화를 위해 외국인 환자 병상 비율 규제를 완화하고, 국내 보험자의 외국인환자 유치를 허용하며, 경제자유구역의 외국회사 고용 비율, 이사회에서 외국인 비율을 제주도 수준으로 규제 완화하여, 외국병원 유치하여 성공사례를 창출하겠다는 내용을 발표하였다. 그러나 이러한 정책흐름에 대해서 경제자유구역의 규제완화는 사실상 국내에 영리 병원을 허용하는 것이라는 우려의 목소리도 나타나고 있다.

국부창출을 위한 의료서비스산업의 선진화가 얼마나 유효한 전략인지, 어떠한 정책비전을 가지고 추진하여야 하는지 검토가 필요하다. 새로운 시장 영역확대에 대해 정부차원에서는 어떻게 대응할 것인지에 대한 세부 전략마련이 필요하다. 이제까지 의료서비스관련 정부의 정책방향은 건강보험 보장성 확대 등 재원조달 지불보상의 문제에 대해서 집중해왔고, 민간기관의 시장참여, 질 높은 서비스의 효율적 제공을 위한 정책, 의

료서비스의 글로벌화 등 의료서비스산업 선진화를 위한 정책들에 대해서는 미흡했다고 평가 된다.

우리나라 보건의료산업은 그동안 괄목할 만한 발전을 이루었으나, 충분한 고용이 이루어지지 않고, 수요자 중심의 서비스 개발도 미흡한 것이 현실이다. 국민들의 욕구변화와 환경변화에 부응할 수 있는 서비스가 제공되도록 의료기관의 정책적 육성과 지원과 함께, 의료와 복지의 융합, 의료와 IT의 융합 등 새로운 시장영역개척과 의료서비스의 글로벌화를 위한 정책 등에 대해 검토가 있어야 할 것이다. 최근의 의료서비스 산업에서의 일련의 환경변화에 대응하여 의료서비스 공급 side에서의 새로운 정책적 대응이 필요하다. 본 연구에서는 최근 논의되고 있는 의료서비스 산업의 선진화 정책들에 대한 국외 사례 등의 정보수집과 정책방향을 논의하기 위한 일환으로 기획되었다.

제2절 연구 내용 및 방법

본 연구에서는 최근 논란이 되어온 정부의 보건의료 선진화 및 산업화 관련 정책들에 대해서 분석하고, 정책방향을 제시하는 것을 목적으로 하였다. 구체적으로 의료기관 자본참여 및 부대사업 확대, 원격의료, 의료서비스 글로벌화를 세부 주제로 선정하여 각각의 정책에 대한 선행문헌 고찰과 외국 사례를 검토하였으며, 쟁점이 되는 사항들을 소개한 후 정책방향을 도출하였다. 연구방법은 국내외 문헌고찰과 정책토론회를 통한 전문가 의견수렴, 기타 전문가 인터뷰, 무역제한지수 산출 등을 통해 연구를 진행하였다. 정책토론회는 보건복지부와 공동으로 “보건의료투자활성화 대책” 토론회(2014년 9월 15일)를 개최한 바 있고, 한국무역학회 학술대

회 주제발표 “보건의료서비스 무역의 현재와 미래”(2014년 5월 23일), 한국보건경제정책학회 추계학술대회 “보건의료산업 활성화 정책의 쟁점에 대한 논의”(2014년 11월 21일)에서 전문가 의견수렴을 거쳤다.

구체적으로 제2장에서 최근 이슈가 되고 있는 의료기관에 대한 자본시장의 참여 필요성에 대한 검토와 미국과 일본의 자본참여 사례, 부대사업 목적 자법인 설립과 관련한 쟁점사항 등을 검토하였다.

제3장에서는 최근 새로운 의료이용방식으로 원격의료에 대한 논의가 활발해짐에 따라 국내외 원격의료의 추진 현황과 원격의료의 효용성 및 원격의료의 향후 정책 방향등에 대해서 논의하였다. 외국의 사례는 미국의 메디케어, 메디케이드에서의 원격의료 보험 급여를 중심으로 살펴보았고, 일본은 후생노동성과 원격의료학회의 가이드라인, 기타 외국 연구 논문들을 참고하였다.

제4장에서는 의료서비스산업의 글로벌화에 따라 의료서비스 무역 모드별 주요쟁점과 정책방향을 논의하였다. 제3절에서는 Richard Smith(2006)의 모형을 근거로 우리나라의 의료서비스 무역 제한 지수를 측정하였다. 무역제한 지수를 개발함으로써 우리나라의 의료서비스 무역 개방 정도를 지수화하였다.



제2장

의료기관 자본참여 및 부대사업 확대

제1절 국내 의료기관 경영 현황

제2절 의료기관 자본참여 및 부대사업 확대 관련
쟁점사항

제3절 해외 사례 검토

제4절 정책방향

2

의료기관 자본참여 및 << 부대사업 확대

제1절 국내 의료기관 경영 현황

우리나라의 요양기관을 설립유형별로 나누어 살펴보면, 병원급 이상 의료기관(총 3,007개) 중 국공립 병원은 80개(2.7%), 학교/특수/종교/사회의료법인은 258개(8.6%), 사단, 재단, 회사법인은 79개(2.6%), 의료법인은 954개(31.7%), 개인병원은 1,616개(53.7%), 군병원은 20개(0.7%)를 점유하고 있다. 상급종합병원에서는 학교, 특수, 종교, 사회복지법인이 대부분이나, 종합병원의 경우 의료법인의 비율이 36.7%로 가장 높다.

〈표 2-1〉 설립유형별 요양기관 현황(2013년 기준, 병원급 이상)

(단위: 기관 수, %)

	계	상급종합병원	종합병원	병원
계	3,007	43	281	2,683
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
국공립	80	0	30	50
	2.7%	0.0%	10.7%	1.9%
학교, 특수, 종교, 사회복지법인	258	40	57	161
	8.6%	93.0%	20.3%	6.0%
사단, 재단, 회사법인	79	1	22	56
	2.6%	2.3%	7.8%	2.1%
의료법인	954	2	103	849
	31.7%	4.7%	36.7%	31.6%
개인	1,616	0	69	1,547
	53.7%	0.0%	24.6%	57.7%
군병원, 기타	20	0	0	20
	0.7%	0.0%	0.0%	0.7%

자료: 국민건강보험공단·건강보험심사평가원, 건강보험통계연보(2013)

본 절에서는 재원조달의 다양화 필요성을 검토하기 위해 국내 의료기관의 경영현황을 분석하였다. 이를 위해 한국보건산업진흥원에서 발간하는 《병원경영분석》 자료를 이용하였다. 《병원경영분석》은 1992년 이후 매년 병원급 이상 의료기관을 대상으로 일반현황, 재무제표, 진료실적 등을 제공하고 있다.³⁾

가. 의료기관 자본 조달

우리나라 의료기관은 개인 병원을 제외한 법인 병원은 비영리로 운영하도록 의료법에서 규정하고 있다(의료법 제33조). 비영리법인은 그 정의상 투자자의 투자를 받아서 재원을 조달할 수 없는 구조이기 때문에 사내유보금이나 타인자본에 의존할 수밖에 없다. 우리나라 의료기관의 자본 조달 방법 현황을 파악하기 위해 기본재산 비율, 유동비율, 차입금 의존도 등의 지표를 살펴보았다.

기본재산 비율은 총자본에서 부채를 제외한 금액을 총자본으로 나눈 값으로 대체로 35~40%대를 유지하고 있어 약간 취약한 자본구조를 나타냈다. 상대적으로 160병상 미만 종합병원의 자본구조가 가장 취약하였다. 병원급의 경우 상대적으로 비율이 높게 나왔는데 병원급 의료기관 조사의 응답률 등을 고려할 때 해석에 주의할 필요가 있다.

※ 기본재산 비율 = (기본재산/총자본)×100 또는 (총자본-부채)/총자본
- 아주 양호 60% 이상, 양호 50%대, 보통 40%대, 취약 30% 대, 매우 취약 30% 미만

3) 조사된 통계는 병원급 이상 의료기관을 대상으로 하고 있지만 병원급 자료 수집은 강제성이 없어서 상급종합병원과 종합병원을 제외한 병원급의 경우 응답률이 10% 수준에 머물고 있어 해석에 유의할 필요가 있다.

〈표 2-2〉 의료기관 기본재산 비율(%)

연도	전체평균	종합전문	300병상이 상 종합	160~299 병상 종합	160병상 미만 종합	병원
'92	40.9	40.9	29.4	26.1	28.9	51.1
'93	40.3	40.9	30.9	27.3	37.0	47.2
'94	39.6	37.9	30.8	25.3	35.8	48.2
'95	35.8	36.6	23.9	24.4	35.2	42.6
'96	35.6	48.5	22.3	31.0	27.5	39.8
'97	35.2	35.4	28.5	28.4	26.2	40.1
'98	37.0	47.0	31.4	30.6	44.9	40.2
'99	33.7	34.0	30.4	28.2	38.6	36.8
'00	37.7	30.2	47.0	33.1	31.8	36.4
'01	39.1	37.4	40.1	35.9	22.1	41.2
'02	37.1	32.1	37.1	36.8	26.5	40.0
'03	34.9	28.5	36.8	32.2	28.9	37.0
'04	34.7	28.6	38.1	32.7	26.2	36.0
'05	37.2	27.5	48.5	36.4	19.7	30.0
'06	39.4	34.6	44.1	39.5	24.4	41.9
'07	40.5	29.7	43.7	35.9	31.4	49.7
'08	39.7	28.5	46.7	39.3	35.1	41.2
'09	38.3	32.4	41.7	41.3	24.5	42.6
'10	40.1	33.6	41.2	41.1	26.0	46.0
'11	37.4	31.2	37.6	34.7	35.2	47.6
'12	38.7	37.4	38.6	36.5	31.1	48.7

자료: 한국보건산업진흥원, 병원경영분석

유동비율은 단기채무를 지불할 수 있는 능력을 나타내는 지표로 단기 자금흐름의 안정성을 보여준다. 의료기관의 유동비율은 70~89% 수준으로 전반적으로 취약한 수준으로 평가된다.

36 의료서비스산업 선진화를 위한 현안과 대응방안

※ 유동비율= 유동자산/유동부채

- 아주 양호 200% 이상, 양호 100~200%, 보통 90~99%대, 취약 70~89%대, 매우 취약 70%대 이상

〈표 2-3〉 의료기관 유동비율(%)

연도	전체평균	종합전문	300병상 이상 종합	160~299 병상 종합	160병상 미만 종합	병원
'92	90.7	100.1	86.4	93.7	87.5	90.1
'93	86.8	100.7	91.7	82.2	85.5	83.5
'94	73.4	106.9	82.0	55.2	86.4	69.6
'95	75.0	116.1	79.2	71.7	67.8	68.4
'96	73.9	109.8	70.7	76.1	61.1	69.9
'97	73.0	105.5	79.2	63.7	65.6	67.5
'98	73.3	124.4	69.8	72.6	68.4	66.4
'99	76.1	116.3	75.7	68.5	61.4	72.5
'00	89.3	109.9	89.5	76.9	53.5	71.2
'01	76.7	120.2	73.9	78.9	56.1	70.3
'02	80.8	100.5	76.6	79.5	62.1	80.2
'03	66.9	94.0	63.5	67.0	80.9	61.0
'04	71.4	90.2	66.8	61.7	115.5	67.2
'05	79.6	91.4	97.6	73.6	48.0	57.8
'06	85.6	87.8	105.7	82.3	63.7	68.6
'07	84.1	77.7	97.2	77.2	74.4	85.2
'08	109.2	99.6	113.7	99.9	106.7	116.2
'09	88.3	91.8	88.2	79.1	82.1	102.7
'10	86.1	96.3	92.8	75.6	79	82.4
'11	84.8	103.8	87.6	63.9	68.1	121.2
'12	80.6	88.4	87.0	68.0	73.6	83.9

자료: 한국보건산업진흥원, 병원경영분석

대차대조표를 이용하여 총자산 중 외부에서 조달한 차입금의 비중(차입금 의존도)⁴⁾를 보면 2012년 상급종합병원 6.3%, 300병상 이상 종합병원 15.7%, 160~299병상 종합병원 29.55, 160병상 미만 종합병원 31.0%, 병원 32.6%를 기록하고 있다. 차입금 의존도의 수치를 볼 때 대체적으로 양호한 수준이고, 160병상 미만 종합병원, 병원의 경우에 상대적으로 취약한 것으로 나타났다.

※ 차입금 의존도 = (단기차입금+장기차입금)/총자산

- 아주 양호 10% 미만, 양호 10~19%, 보통 20%대, 취약 30%대, 매우 취약 40%대 이상

〈표 2-4〉 차입금 의존도

구분	2002	2004	2006	2008	2010	2012	평가	
전체		33.0%	23.3%	27.8%	26.0%	23.2%	보통	
상급종합	24.9%	18.9%	15.4%	20.1%	14.6%	6.3%	아주양호	
종합병원	300병상 이상	24.5%	23.6%	21.7%	21.7%	18.8%	15.7%	양호
	160~299병상	31.2%	33.8%	27.3%	34.9%	29.3%	29.5%	보통
	160병상 미만	36.4%	36.5%	31.6%	40.1%	34.7%	31.0%	취약
병원	40.8%	42.8%	33.8%	60.6%	33.8%	32.6%	취약	

자료: 한국보건산업진흥원, 병원경영분석

종합하여 보면 우리나라 의료기관은 약간 취약한 자본구조를 가지고 있으며, 상대적으로 단기채무를 지불할 수 있는 유동비율은 미흡한 편이지만 차입금 의존도는 대체로 양호한 편이다.

4) 대차대조표의 부채 항목 중 유동부채는 지급채무, 단기차입채무, 기타 유동부채, 고정부채는 장기차입채무, 퇴직급여충당금, 기타충당금으로 구성되어 있다. 이 중 차입금은 단기차입채무와 장기차입채무의 합을 의미한다.

나. 의료기관의 수익 구조

의료이익은 입원수익, 외래수익, 건강진단수익·수탁검사수익 등 기타 의료수익 등의 의료수익에서 인건비, 재료비, 관리비를 차감한 금액이다. 총 자본대비 의료이익의 비중을 나타내는 총자본의료이익률은 부채와 자기자본을 이용하여 창출할 수 있는 수익수준을 보여주는 데 우리나라 의료기관의 총자본이익률은 2~3% 수준에 머물러 있다.

※ 총자본 의료이익률= 의료이익/총자본

- 의료이익=의료수익-의료비용(인건비, 재료비, 관리비)

〈표 2-5〉 차입금 의존도

연도	전체병원 평균	종합병원				병원
		종합전문	300병상 이상	160~299병상	160병상 미만	
'02	2.8	2.3	-1.0	2.1	-4.7	6.6
'03	3.3	3.5	-0.1	2.5	-6.3	6.4
'04	2.7	0.6	-0.1	0.3	-6.6	7.6
'05	3.6	1.3	2.2	4.1	-4.2	8.8
'06	4.7	4.1	3.7	5.9	0.1	7.2
'07	2.9	0.3	0.7	4.0	-0.9	7.3
'08	3.3	1.0	0.6	3.3	-3.2	7.7
'09	5.2	7.8	1.4	3.9	3.3	12.6
'10	4.8	4.8	0.6	3.1	-2.2	13.1
'11	3.6	4.6	1.8	2.7	-4.1	10.7
'12	2.2	3.6	0.7	1.2	-4.2	8.9

자료: 한국보건산업진흥원, 병원경영분석

총자본 순이익률은 당기순이익의 자본에 대한 비율로서 병원운영에 투입된 총자본의 최종결과를 나타내는 지표로, 의료기관의 경우 병원평균 1~3% 수준이다. 당기순이익은 의료손익에 의료외손익(의료부대수익 및

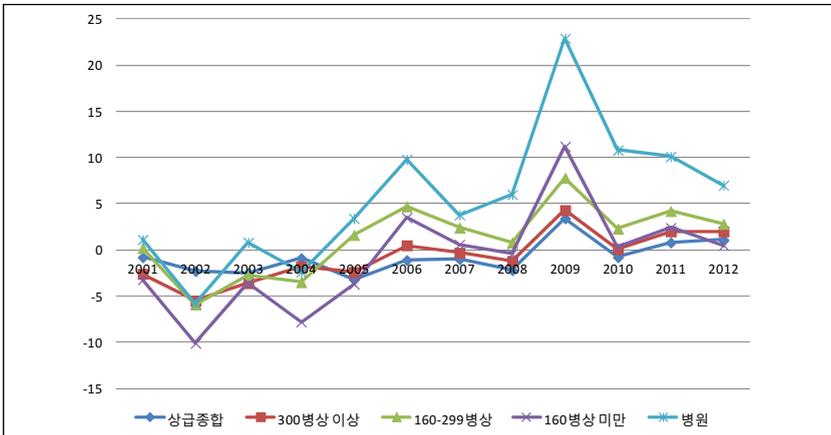
비용, 기부금 수입, 이자수입 또는 지급 이자 등)을 더한 경상이익에 고정 자산 처분이익, 투자자산 처분이익 등 특별이익을 가산하고 특별손실과 법인세를 차감하여 계산한 금액을 말한다.

〈표 2-6〉 수익성 - 병원규모별 총자본순이익률(%)

구분	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
전체평균	1.9	1.0	2.2	1.6	2.4	3.1	2.7	4.8	4.7	4.1	2.3	1.7
병원평균	1.8	0.3	1.5	1.2	1.9	2.3	1.3	2.4	3.8	3.0	2.3	1.5
종합병원												
상급종합	-0.8	-2.3	-2.5	-0.9	-3.2	-1.1	-1.0	-2.2	3.4	-0.8	0.8	1.1
300병상 이상	-1.8	-3.2	-1.1	-0.9	0.8	1.6	0.7	1.0	0.9	0.9	1.2	0.9
160-299병상	2.8	-0.4	0.9	-1.7	4.0	4.2	2.7	2.0	3.5	2.2	2.2	0.8
160병상 미만	-3.4	-4.2	-0.9	-4.3	-5.3	-1.2	-1.8	-1.2	3.4	-2.0	-1.8	-2.3
병원	4.3	4.3	4.4	5.4	7.1	6.3	3.2	6.4	11.7	10.5	7.7	6.5

주: '전체평균'에는 정신병원, 전업성병원, 한방병원, 치과병원도 포함되어 있음
 자료: 한국보건산업진흥원, 병원경영분석(보건산업통계, 2014.09.01. 출력)

[그림 2-1] 병원규모별 총자본순이익률 추이(%)



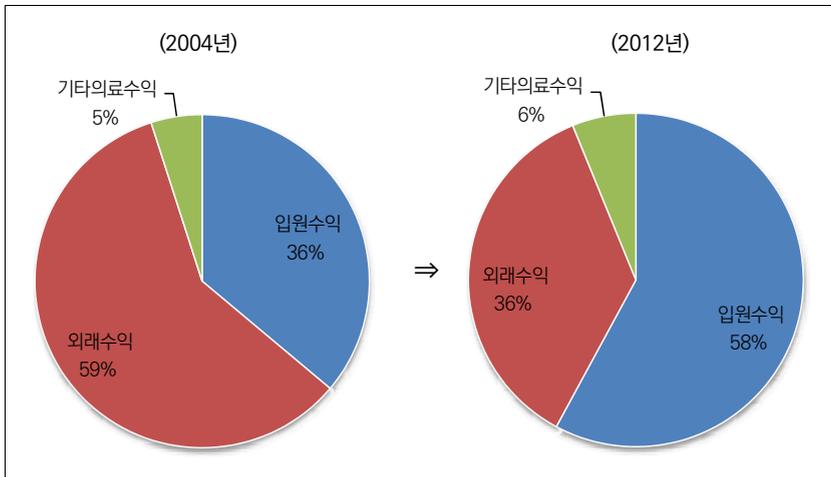
자료: 한국보건산업진흥원, 병원경영분석(보건산업통계, 2014.09.01. 출력)

5) http://www.khiss.go.kr/treeManager.do?task=treeFrm&vw_cd=MT_ITITLE&list_id=358_E&htxt_code=125369725751510746110771881221239

40 의료서비스산업 선진화를 위한 현안과 대응방안

일반 병원 전체의 의료수익 구조를 살펴보면, 2012년을 기준으로 입원수익이 58%로 가장 높은 비중을 차지하고, 외래수익이 36%, 나머지 건강진단수익, 직원급식수익, 제증명료수익, 구급자운영수익 등 기타의료수익이 6%를 차지하고 있다. 이를 과거(2004년)와 비교하였을 때 외래수익은 약 40%정도 감소한 반면, 입원수익은 약 1.6배 증가하였다. 그리고 이를 병원규모별로 나누어 살펴보면, 모든 병원에서 입원수익이 지속적으로 증가한 반면, 외래수익은 감소하거나 증가율이 매우 미비하고, 기타의료수익도 높은 증가율을 기록하였다. 2012년 기준으로 입원진료수익이 전체 수익에서 차지하는 비중을 종별로 보면, 상급종합병원의 경우 59.4%, 300병상 이상 종합병원 58.4%, 160~299병상 58.6%, 160병상 미만 51.5% 수준이었다.

[그림 2-2] 병원 평균 의료수익 구조



자료: 한국보건산업진흥원, 병원경영분석자료를 재구성

〈표 2-7〉 병원규모별 수익구조 변화 추이

(단위: 천원, %)

	2004			2012		
	입원	외래	기타	입원	외래	기타
전체평균	2,246,677 39.6%	3,170,700 55.8%	262,187 4.6%	5,449,091 57.4%	3,349,034 35.3%	691,322 7.3%
일반병원 (평균)	2,300,197 36.1%	3,751,184 58.9%	314,429 4.9%	6,742,460 57.9%	4,189,548 36.0%	716,700 6.2%
종합병원						
종합전문	4,530,390 31.9%	9,205,298 64.9%	444,621 3.1%	15,918,486 59.4%	9,497,686 35.4%	1,405,099 5.2%
300병상 이상	2,844,126 34.3%	5,147,158 62.0%	307,851 3.7%	8,212,762 58.4%	5,156,443 36.6%	704,845 5.0%
160~299 병상	1,723,963 33.5%	3,269,271 63.5%	151,175 2.9%	5,178,765 58.6%	3,035,445 34.3%	624,706 7.1%
160병상 미만	1,876,668 34.5%	3,454,918 63.4%	115,891 2.1%	5,739,580 51.5%	4,448,668 39.9%	966,013 8.7%
병원	1,898,174 41.0%	2,368,355 51.1%	366,231 7.9%	3,446,942 55.5%	2,258,261 36.3%	510,036 8.2%

자료: 한국보건산업진흥원, 병원경영분석(보건산업통계, 2014.09.01. 출력)

병원규모별로 전체수익(의료수익+의료외수익) 대비 의료외수익 비중을 살펴보면 모든 병원에서 꾸준히 의료외수익의 비율이 증가해왔는데, 대체로 규모가 클수록 그 증가율이 더 높음을 알 수 있다. 160병상 미만의 종합병원 및 병원급은 2012년 기준으로 전체수익 중 의료외수익의 비율이 각각 9.3%, 2.3%이며, 특히 병원의 의료외수익 연평균 증가율은 1% 미만이었다.

42 의료서비스산업 선진화를 위한 현안과 대응방안

〈표 2-8〉 병원규모별 전체수익(의료수익+의료외수익) 대비 의료외수익 비중(%)

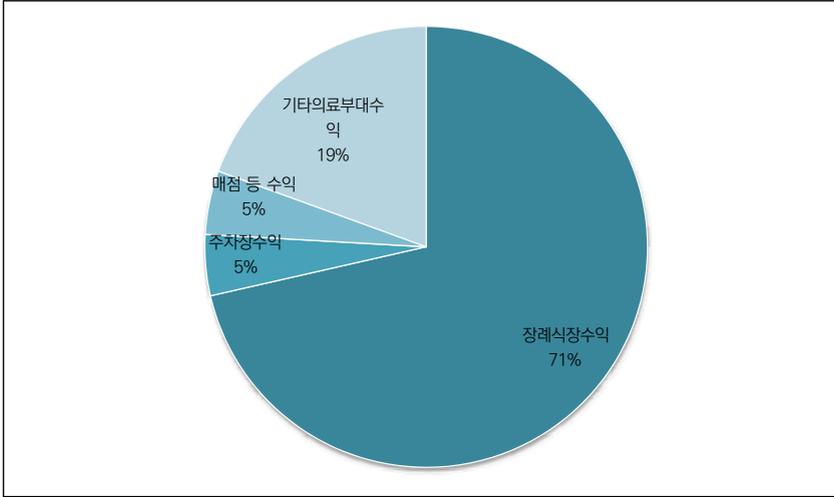
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	연평균 증가율
전체	3.1	2.5	2.8	5.5	5.8	4.5	3.7	4.8	7.2	11.1
병원전체	3.1	2.6	2.9	4.5	5.7	5.1	4.0	4.8	4.9	6.1
종합병원										
상급종합	3.2	2.6	2.5	4.7	5.3	5.0	4.9	5.6	5.5	6.9
300병상 이상	3.5	2.6	3.3	5.5	5.5	4.9	5.8	5.4	5.1	4.9
160~299 병상	2.7	3.3	3.5	4.9	4.8	4.8	4.1	4.4	4.6	6.8
160병상 미만	7.5	1.7	1.3	6.8	8.5	9.7	5.9	7.1	9.3	2.6
병원	2.3	2.1	2.3	4.4	3.5	4.2	2.0	2.4	2.3	0.3

주: '전체평균'에는 정신병원, 전염성병원, 한방병원, 치과병원도 포함되어 있음
 자료: 한국보건산업진흥원, 병원경영분석(보건산업통계, 2014.09.01. 출력)⁶⁾

정신병원, 치과 및 한방병원 등을 제외한 일반 병원 전체의 의료외수익을 구성하는 세부 사업내용을 보면 장례식장 수익이 가장 높은 비중을 차지하며, 그 외에는 주차장 수익, 매점 등의 사업으로 인한 수익을 들 수 있는데, 종합병원에 비해 규모가 작은 병원급 요양기관의 경우, 전체 평균에 비하여 장례식장이나 주차장 등의 수익은 상대적으로 작은 편이고, 매점 혹은 기타 의료부대수익이 약 70% 이상을 차지하였다. 기타 의료부대수익에는 현행 허용 부대사업 중 장례식장, 부설주차장업, 구내매점 등을 제외한 나머지 사업(구내식당 등)이 해당한다고 할 수 있다.

6) http://www.khiss.go.kr/treeManager.do?task=treeFrm&vw_cd=MT_ITITLE&list_id=358_E&htxt_code=125369725751510746110771881221239

[그림 2-3] 병원 의료외수익 세부항목별 비율(2012년 기준, 병원 평균)



주: 상급종합병원, 종합병원 및 병원 평균임

자료: 한국보건산업진흥원, 병원경영분석(보건산업통계, 2014.09.01. 출력)

〈표 2-9〉 병원규모별 의료외수익 세부항목 비율(2012년)

(단위: 천원, %)

구분	장례식장수익	주차장수익	매점 등 수익	기타 의료부대수익
전체평균	115,254 (68.9)	7,216 (4.3)	7,533 (4.5)	37,221 (22.3)
일반병원(평균)	131,989 (71.4)	8,264 (4.5)	8,627 (4.7)	35,886 (19.4)
종합병원				
종합전문	157,661 (52.8)	28,587 (9.6)	31,963 (10.7)	80,169 (26.9)
300병상 이상	150,318 (68.0)	12,555 (5.7)	11,076 (5.0)	47,078 (21.3)
160~299병상	153,120 (81.5)	5,321 (2.8)	4,065 (2.2)	25,267 (13.5)
160병상 미만	499,013 (82.8)	965 (0.2)	2,096 (0.3)	100,462 (16.7)
병원	2,844 (26.2)	285 (2.6)	3,138 (28.9)	4,594 (42.3)

자료: 한국보건산업진흥원, 병원경영분석(보건산업통계, 2014.09.01. 출력)

제2절 의료기관 자본참여 및 부대사업 확대 관련 쟁점사항

1. 의료기관 자본 참여 정책 추진 현황

의료기관의 자본참여 관련 정책 추진 경과를 살펴보면, 의료기관(비영리법인)의 채권발행을 허용하는 안이 2006년 의료산업선진화위원회에서 논의되었으나 2010년 18대 국회에서 부결되었다. 또한 2007년 의료법인간 인수 합병에 대한 안이 국회에서 시효만료로 파기되었고, 2013년 ‘보건의료서비스 분야 투자활성화 대책’의 일환으로 논의 중에 있다. 의료법인의 부대사업 범위 확대 및 자회사 설립에 관한 건은 17, 18대 국회에서 모두 파기되었고, 2013년 ‘보건의료서비스 분야 투자활성화 대책’으로 진행되었으며, 2014년 9월 의료법 시행규칙 일부개정안이 시행되었다.

〈표 2-10〉 의료기관 자본 참여 정책 추진 현황

의료기관 자본참여 정책	정책 내용	추진 경과
의료법인간 인수 합병	<ul style="list-style-type: none"> - 의료법인간 합병근거를 마련하여 부실 의료법인 퇴출구조 마련 - 현행 제도에서는 경영상태가 불건전해도 파산할 때까지 운영 (학교법인, 사회복지법인은 합병규정있음) 	<ul style="list-style-type: none"> - 2007년, 2010년 국회에서 시효만료로 파기 - 2013년 “보건의료서비스 분야 투자활성화 대책”으로 논의 중
의료기관 채권발행 허용	<ul style="list-style-type: none"> - 비영리법인의 자금조달 방식 개선 위해 병원 채권 발행을 허용 - 금융권 차입 외에 자금조달 수단이 없는 비영리법인에게 순자산의 4배까지 채권발행 허용 	<ul style="list-style-type: none"> - 2006년 의료산업선진화위원회에서 논의 - 2007년 복지부 입법 예고 - 2010년 18대 국회에서 부결 (자동폐기)
부대사업 범위 확대 및 자회사 설립	<ul style="list-style-type: none"> - 현행 개인병원과 법인 대부분은 부대사업을 통해 수익을 창출하지만, 의료법인은 금지하고 있음 - 자법인을 통한 부대사업 수행을 허용하고, 기존 사업범위를 연구개발, 의료관광, 의료연관분야로 확대 	<ul style="list-style-type: none"> - 17대, 18대 국회에 제출하였으나 파기 - 2013년 “보건의료서비스 분야 투자활성화 대책”으로 진행 - 2014년 9월 의료법 시행규칙 일부개정안 시행

의료기관 자본참여 정책	정책 내용	추진 경과
의료기관 경영지원사 업(MSO) 허용	<ul style="list-style-type: none"> - 의료기관 대상으로 직접적인 의료행위를 제외한 마케팅, 인사, 재무, 구매 등의 의료 이외의 서비스 제공하는 사업 - 원가절감형, 네트워크추구형, 자본조달지원형, 산업연계형 병원경영지원회사(MSO)를 통해 의료산업의 전반적인 발전 도모(기존 부대사업범위에 의료기관의 경영지원 사업을 포함시켰다가 제외) 	<ul style="list-style-type: none"> - 2004년 기획재정부 서비스경제과 신설 - 2012년 “서비스산업발전기본법” 발의, 현재 계류 중
영리법인 도입 가능성 검토	의료서비스 분야의 설립규제를 풀어주어 자본참여 및 이익배당이 가능한 형태의 의료기관 변화 도모	<ul style="list-style-type: none"> - 2004년부터 공론화 - 2012년 “서비스기본법” 발의 - 2013년 7월 의료민영화 논란으로 기재부 논의 보류 표명

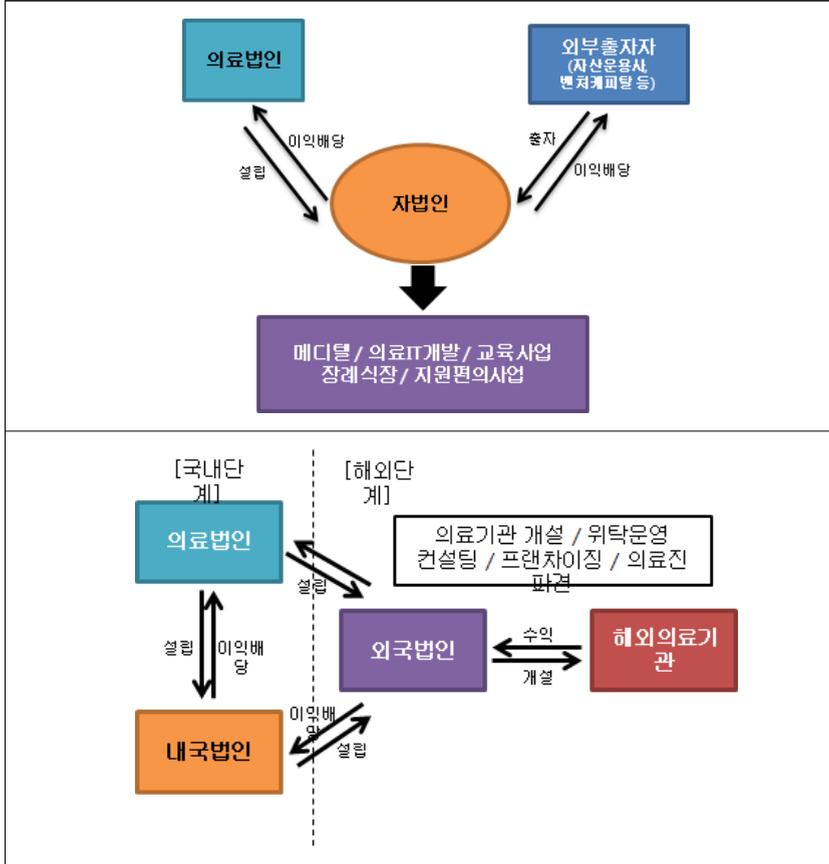
2. 의료법인의 자법인 설립 허용

최근 의료법인의 자회사 설립 허용 정책은 의료법인이 경영의 어려움을 겪고 있어, 의료법인에게 자법인을 통한 수익활동을 허용함으로써 병원의 수익성을 높이자는 취지에서 시작되었다고 할 수 있다. 이 때 자법인 설립 이후 예상되는 사업형태는 의료법인인 모법인이 자법인을 설립하고 외부 출자자의 투자를 받아 수익을 창출한 뒤 투자자에게 배당하는 형식이라고 볼 수 있다. 현재 대부분의 병원들이 신용한도초과로 인해 추가적인 금융대출이 어려운 점을 감안하여 외부 투자자로부터의 금융조달을 통해 사업을 확장하고 다각화 할 수 있도록 하기 위한 조치인 것이다.

또한 의료법인의 해외진출 목적 자법인 설립을 허용할 경우 해외진출을 위한 자금조달의 어려움을 해결할 수 있고, 해외진출 실패에 따른 위험도 분산시킬 수 있다. 해외진출목적의 자법인 설립 허용 시 예상되는 사업형태는 모법인인 의료법인이 내국법인(자회사)을 통해 해외법인을 설립하고, 그 해외법인이 의료기관을 개설, 이익을 배분받는 형태일 것이다.⁷⁾

46 의료서비스산업 선진화를 위한 현안과 대응방안

[그림 2-4] 자법인 설립 후 예상 사업형태



자료: 정현석(2014) 발표자료

의료기관의 자법인 운영은 일부 학교법인을 중심으로 현재에도 운영중에 있으며 자법인의 형태가 아니라도 모법인의 이해관계자들이 법인을 세워 활발하게 운영 중에 있다. 우리나라 주요 대형 병원의 관련 법인들

7) 정부는 '의료법인 해외진출의 절차 및 방법 안내서'를 제정(2014년 8월 1일)하는 방법으로 '의료법인의 해외직접 진출 뿐만 아니라 국내 특수목적 법인 등을 통한 국외법인 투자가 가능하도록 규정을 마련하였다.

을 보면 다음의 표와 같고, 이 중 (주)헬스커넥트⁸⁾, (주)안연케어, (주)평화드림은 자법인 형태이며, (주)수창양행, (주)케어캠프는 관련 법인이다.

〈표 2-11〉 주요 의료기관의 관련 법인과 지분투자 현황

병원명	관련 법인	지분구조	업종	비고
서울대 병원	(주)헬스커넥트	서울대 50.5%, SK텔레콤 49.5%	모바일 헬스 (건강관리서비스, 스마트병원 구축 등)	2012.12.26 설립
세브란스 병원	(주)안연케어	연세대 49%, 아이마켓코리아 51%	의료기기 공급	2014년 초 아이마켓코리아에서 인수
고려대 병원	(주)수창양행	김재호 외 특수관계인 100%	의료기기 도매업	1996.4.1. 설립
서울성모 병원	(주)평화드림	학교법인 가톨릭학원 100%	의료용품 및 기기 판매 (사무기기, 컴퓨터 판매, 장례용품 제조 및 판매)	2004.9.16. 설립
삼성서울 병원	(주)케어캠프	삼성물산 52.8%, (주)소화, (주)인석 각 5.08%, 김혜숙, 동화산업(주), 리드팜(주) 각 3.05%, 기타주주 27.9%	의료용품 및 기기판매(진료재료, 의약품, 의료장비, 진단시약 등)	2000.4.4. 설립

주: (주)수창양행은 2012년 12월 기준임

자료: 금융감독원 전자공시시스템(DART), 각 기업 감사보고서(2013.12)

3. 부대사업 목적 자법인 설립

의료법인의 자법인 형태를 부대사업 목적 자법인 설립관련 쟁점이 되었던 사항들을 보면, 공익법인의 내국법인 주식 취득 관련 법조항, 의료법인의 부대사업 범위 관련 법조항, 그리고 의료법인의 영리추구 금지행위 관련 법조항 등이다. 상속세 및 증여세법과 의료법의 해당 법령을 각

8) (주)헬스커넥트는 서울대학교와 SK텔레콤이 합작투자하여 2012년 1월 설립한 회사로, 국회입법조사처는 2014년 6월 27일, 새정권 유은혜의원의 질의에 대한 답신을 통해 “서울대학교 등 국립대 병원이 자회사 등을 설립하거나 투자를 통해 수익사업을 하는 것은 현행법의 입법목적에 위배된다” 고 밝혔다.

각 나누어 살펴보면 다음과 같다.

가. 상속세 및 증여세법 제48조 2항 (공익법인의 내국법인 주식취득)

공익법인이 다음 사유에 해당하는 경우에는 대통령령으로 정하는 과세가액을 공익법인 등이 증여받은 것으로 보아 즉시 증여세를 부과하도록 한다.

〈상속세 및 증여세법 제 48조 2항〉

출연받은 재산을 내국법인의 주식 등을 취득하는데 사용하는 경우로서 그 취득하는 주식등과 다음 각 목의 어느 하나의 주식등을 합한 것이 그 내국 법인의 의결권 있는 발행주식총수 등의 100분의 5(성실공익법인등에 해당하는 경우에는 100분의 10)를 초과하는 경우, 다만, 제49조 제1항 각 호 외의 부분 단서에 해당하는 것으로서 상호출자제한기업집단과 특수관계에 있지 아니한 공익법인 등이 그 공익법인 등의 출연자와 특수관계에 있지 아니한 내국법인의 주식등을 취득하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우와 “산업교육진흥 및 산학협력촉진에 관한 법률”에 따른 산학협력단이 대통령령으로 정하는 주식 등을 취득하는 경우는 제외한다.

의료법인을 포함한 공익법인이 타 법인의 의결권 주식을 5%이상 (성실공익법인의 경우 10%) 취득하는 경우에는 초과된 금액에 한하여 증여세를 납세하여야 하며, 다만 상호출자제한기업집단과 특수관계에 있지 아니한 공익법인(삼성, 아산병원을 제외한 대부분의 병원들이 이에 해당됨)이며, 예외적으로 대통령이 정하는 경우(주무장관의 허가를 받은 경우)에는 이 항목의 적용에서 제외된다고 할 수 있다.

보건복지부는 2014년 6월 “부대사업 목적 자법인 설립운영에 관한 가

이드라인”을 통해 허가요건을 성실공익법인으로 제한하고, 이외에 “1) 자법인의 사업범위는 일정 범위 부대사업에 한정되며, 자법인 설립·운영으로 인해 의료업 수행에 지장을 주지 않는 등 사업목적이 타당할 것), 2) 의료법인이 자법인의 사업내용을 사실상 지배하기 위해, 자법인의 의결권이 있는 발행주식 총수 등의 100분의 30 이상을 보유하면서 최대 출자자일 것, 3) 의료법인의 목적사업 수행에 지장이 없도록 의료법인의 자법인 출자비율은 의료법인의 순자산의 100분의 30 이내로 설정할 것, 4) 의료법인과 자법인 간 부당한 내부거래를 제한할 것, 5) 의료법인과 자법인 간 회계 및 지배관계가 명확할 것(의료법인이 자법인으로부터 받은 배당이나 그 밖의 수익금은 의료법인의 고유목적사업에 사용할 것, 자법인의 위험이 의료법인에 전이되지 않도록 자법인 채무에 대한 보증금지, 이사 겸직금지 등을 명실할 것), 6) 자법인에 대한 관리·감독 권한을 보유할 것(의료법인은 자법인 회계장부·서류의 열람·등사, 자료제출 요구 권한을 가질 것, 의료법인은 자법인과 관련한 주요사항이 변경된 경우, 변경일로부터 3개월 이내에 시도지사에게 보고할 것)” 등을 제시하였다.

※ 참고 : 공익법인과 성실공익법인

공익법인은 법인세법상 비영리법인 중 상속세 및 증여세법 시행령 제12조 각호에 열거된 공익사업을 영위하는 법인으로, 종교 활동을 영위하는 법인, 학교법인, 의료법인, 사회복지법인, 공익법인의 설립·운영에 관한 법률을 적용받는 공익법인, 법인세법 시행령 제36조의 지정기부금단체 등이 공익법인에 해당한다. 그리고 이러한 공익법인 중 공익법인의 의무를 성실히 이행하고, 출연재산 운용수익을 직접 공익목적사업에 80% 이상 재투자하는 법인은 성실공익법인으로 인정한다.

〈공익법인 등의 범위〉

(상속세 및 증여세법 시행령 제12조)

1. 종교의 보급 기타 교화에 현저히 기여하는 사업
2. 「초·중등교육법」 및 「고등교육법」에 의한 학교, 「유아교육법」에 따른 유치원을 설립·경영하는 사업
3. 「사회복지사업법」의 규정에 의한 사회복지법인이 운영하는 사업
4. 「의료법」 또는 「정신보건법」의 규정에 의한 의료법인 또는 정신의료법인이 운영하는 사업
5. 「공익법인의 설립·운영에 관한 법률」의 적용을 받는 공익법인이 운영하는 사업
6. 예술 및 문화에 현저히 기여하는 사업중 영리를 목적으로 하지 아니하는 사업으로서 관계행정기관의 장의 추천을 받아 기획재정부장관이 지정하는 사업
7. 공중위생 및 환경보호에 현저히 기여하는 사업으로서 영리를 목적으로 하지 아니하는 사업
8. 공원 기타 공중이 무료로 이용하는 시설을 운영하는 사업
9. 「법인세법 시행령」 제36조제1항제1호 각목의 규정에 의한 지정기부금단체등 및 「소득세법 시행령」 제80조제1항제5호에 따른 기부금대상민간단체가 운영하는 고유목적사업. 다만, 회원의 친목 또는 이익을 증진시키거나 영리를 목적으로 대가를 수수하는 등 공익성이 있다고 보기 어려운 고유목적사업을 제외한다.
10. 「법인세법 시행령」 제36조제1항제2호다목에 해당하는 기부금을 받는 자가 해당 기부금으로 운영하는 사업. 다만, 회원의 친목 또는 이익을 증진시키거나 영리를 목적으로 대가를 수수하는 등 공익성이 있다고 보기 어려운 고유목적사업은 제외한다.
11. 제1호 내지 제5호·제7호 또는 제8호와 유사한 사업으로서 기획재정부령이 정하는 사업

〈성실공익법인의 요건〉

(상속세 및 증여세법 제16조 제2항, 동법령 제 13조 제3항)

1. 법 제 50조 제3항에 따라 외부감사를 이행한 공익법인 등
2. 법 제50조 2에 따라 전용계좌를 개설하여 사용하고 있는 공익법인 등
3. 법 제50조의 3에 따라 결산서류 등의 공시를 이행한 공익법인 등
4. 출연자(재산출연일 현재 해당 공익법인등의 총출연재산가액의 1%에 상당하는 금액과 2천만원 중 적은 금액을 출연한 자는 제외) 및 그의 특수관계인이 공익법인 등의 이사 현원의 1/5 이하
5. 운용소득(시행령 제38조 제5항에 따른 운용소득을 말함)의 80% 이상을 직접 공익목적사업에 사용한 공익법인 등
6. 장부작성·보관의무(10년간)
7. 계열기업 홍보금지
8. 출연자에 대한 출연재산 사용수익 금지

**나. 의료법 제49조, 의료법 시행규칙 제60조
(의료법인 부대사업 범위)**

현재 의료법인은 의료법 49조 열거된 사업 범위 내에서 부대사업을 할 수 있는데, 부대사업 중 교육, 장례식장, 부설주차장, 편의시설의 경우 제3의 기관에 위탁하여 운영할 수 있으나 나머지 사업의 경우에는 병원에서 직접 운영하도록 하고 있다. 또한 49조에 열거된 사업 이외에 제49조의 7호에서 보건복지부령으로 정하는 사업은 의료법 시행규칙 제60조에서 정하고 있다.

〈의료법 제49조〉

제 49조(부대사업) ① 의료법인은 그 법인이 개설하는 의료기관에서 의료업무 외에 다음의 부대사업을 할 수 있다. 이 경우 부대사업으로 얻은 수익에 관한 회계는 의료법인의 다른 회계와 구분하여 계산하여야 한다. 〈개정 2008.2.29, 2010.1.18〉

1. 의료인과 의료관계자 양성이나 보수교육
 2. 의료나 의학에 관한 조사 연구
 3. 「노인복지법」 제31조제2호에 따른 노인의료복지시설의 설치·운영
 4. 「장사 등에 관한 법률」 제25조제1항에 따른 장례식장의 설치·운영
 5. 「주차장법」 제19조제1항에 따른 부설주차장의 설치·운영
 6. 의료업 수행에 수반되는 의료정보시스템 개발·운영사업 중 대통령령으로 정하는 사업
 7. 그 밖에 휴게음식점영업, 일반음식점영업, 이용업, 미용업 등 환자 또는 의료법인이 개설한 의료기관 종사자 등의 편의를 위하여 보건복지부령으로 정하는 사업
- ② 제1항제4호·제5호 및 제7호의 부대사업을 하려는 의료법인은 타인에게 임대 또는 위탁하여 운영할 수 있다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 부대사업을 하려는 의료법인은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 미리 의료기관의 소재지를 관할하는 시·도지사에게 신고하여야 한다. 신고사항을 변경하려는 경우에도 또한 같다. 〈개정 2008.2.29, 2010.1.18〉

〈의료법 시행규칙 제60조〉

제 60조(부대사업) 법 제 49조 제1항 제7호에서 ‘보건복지부령으로 정하는 사업’이란 다음 각호의 사업을 말한다

- ① 휴게음식점 영업, 일반음식점 영업, 제과점 영업, 위탁급식 영업
- ② 소매업 중 편의점, 슈퍼마켓, 자동판매기 영업
- ③ 산후조리업
- ④ 이용업 및 미용업
- ⑤ 의료기기 임대 판매업. 다만, 의료법인이 직접 영위하는 경우는 제외한다.
- ⑥ 안경 조제 판매업
- ⑦ 은행업
- ⑧ 숙박업, 서점 등 시도지사가 의료기관 이용의 편의를 위하여 필요하다고 공고하는 사업

정부는 2014년 9월 19일 의료법 시행규칙 일부 개정을 통해 부대사업 범위를 확대 하였다. 의료법 시행규칙을 통해 부대사업의 범위에 새롭게 포함된 업종은 의류 등 생활용품 판매업 및 식품판매업으로 하고 단 , 의료법인이 직접 영위하는 경우는 제외하였다. 논란이 되었던 건강기능식품 판매업은 부대사업의 범위에서 제외하였다. 목욕장업, 숙박업, 여행업 및 외국인환자 유치업, 수영장업, 체력단련장업 및 종합체육시설업, 장애인보조기구의 제조·개조·수리업이 포함되었다.

54 의료서비스산업 선진화를 위한 현안과 대응방안

〈표 2-12〉 의료법 시행규칙 신·구조문 대비표

(舊)	(개정안, 2014.09.19)
<p>제60조(부대사업)</p> <p>1. 휴게음식점영업, 일반음식점영업, 제과점영업, 위탁급식영업</p> <p>2. 소매업 중 편의점, 슈퍼마켓, 자동판매기영업</p> <p>3. 산후조리업</p> <p>4. 이용업 및 미용업</p> <p>5. 의료기기 임대·판매업(의료법인이 직접 영위하는 경우는 제외)</p> <p>6. 안경 조제·판매업</p> <p>7. 은행업</p> <p>8. 숙박업, 서점 등 시·도지사가 의료기관 이용의 편의를 위하여 필요하다고 공고하는 사업</p>	<p>제60조(부대사업)</p> <p>1. (좌동)</p> <p>2. 소매업 중 편의점, 슈퍼마켓, 자동판매기영업 및 서점</p> <p><u>2의 2. 의류 등 생활용품 판매업 및 식품판매업(건강기능식품 판매업은 제외), 의료법인이 직접 영위하는 경우는 제외</u></p> <p>3. (좌동)</p> <p><u>4. 목욕장업</u></p> <p>5. (좌동)</p> <p>6. 숙박업, 여행업 및 외국인환자 유치업</p> <p><u>7. 수영장업, 체력단련장업 및 종합체육시설업</u></p> <p>8. 장애인보조기구의 제조·개조·수리업</p> <p><u>9. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 업무를 하려는 자에게 의료법인이 개설하는 의료기관의 건물을 임대하는 사업</u></p> <p><u>가. 이용업 및 미용업</u></p> <p><u>나. 안경 조제·판매업</u></p> <p><u>다. 은행업</u></p> <p><u>라. 의원급 의료기관 개설·운영(의료관광호텔에 부대시설로 설치하는 경우로서 진료과목이 의료법인이 개설하는 의료기관과 동일하지 아니한 경우로 한정)</u></p>

현재 의료법인(모법인)이 외국법인을 직접 설립하는 경우에는 내국법인이 아닌 외국법인이기 때문에 상속세 및 증여세법의 적용대상에 포함되지 않으나, 의료기관의 해외진출사업이 의료법 제49조에 위반되는지 여부에 대한 명확한 규정이 없다. 즉 의료시스템 해외진출업을 의료업(고유목적 사업)에 해당한다고 볼 것인지가 관건으로, 이에 대해서는 법률가들 사이에서 의견이 분분하다.

일례로, 명지법인의 러시아 블라디보스톡 건강검진센터(‘명지국제검진센터’) 합작투자 설립과 관련한 유권해석에서 보건복지부는 의료시스템 해외진출업이 의료법인의 고유목적사업에 해당한다고 고시하였고, 상속세 및 증여세법 제48조 제2항에서 “내국법인의 의결권 있는 발행주식 총수의 100% 초과하는 경우...”로 정하고 있어 의료기관의 해외법인에 대한 투자는 세법에서 제한을 두고 있지 않다.

다. 설립형태별 부대사업 근거법

의료법인 이외에 법인의 부대사업에 대해서는 설립형태별 근거법에서 부대사업 범위를 포괄적으로 규정하고 있다. 사립학교법에서는 사립학교의 교육에 지장이 없는 범위 안에서 그 수익을 사립학교의 경영에 충당하기 위하여 수익을 목적으로 하는 사업을 할 수 있다고 규정하고 있다. 사회복지사업법의 경우에도 목적사업의 경비에 충당하기 위하여 필요한 때에는 법인의 설립목적 수행에 지장이 없는 범위 안에서 수익사업을 할 수 있다고 하고 있다. 단 수익사업으로부터 생긴 수익을 법인 또는 그가 설치한 사회복지시설의 운영 외의 목적에 사용할 수 없다고 하고 있다.

〈사립학교법〉

사립학교법 제6조(사업)

①학교법인은 그가 설치한 **사립학교의 교육에 지장이 없는** 범위안에서 그 수익을 사립학교의 경영에 충당하기 위하여 **수익을 목적으로 하는 사업**(이하 "**수익사업**"이라 한다)을 할 수 있다.
〈개정 1997.1.13〉

②삭제 〈1999.8.31〉

③학교법인이 제1항의 규정에 의한 수익사업을 할 때에는 지체없이 다음 사항을 공고하여야 한다.

1. 사업의 명칭과 그 사무소의 소재지
2. 사업의 종류
3. 사업경영에 관한 자본금
4. 사업경영의 대표자의 성명·주소
5. 사업의 시기 및 그 기간
6. 기타 필요한 사항

④제1항의 **수익사업에 관한 회계**는 당해 학교법인이 설치·경영하는 사립학교의 경영에 관한 회계와 구분하여 **별도회계로 경리**하여야 한다.

사립학교법 제29조(회계의 구분)

①학교법인의 회계는 그가 설치·경영하는 학교에 속하는 회계와 법인의 업무에 속하는 회계로 구분한다.

②제1항의 규정에 의한 학교에 속하는 회계는 이를 교비회계와 부속병원회계(부속병원이 있는 경우에 한한다)로 구분할 수 있으며, 각 회계의 세입·세출에 관한 사항은 대통령령으로 정하되 수업료 기타 납부금은 교비회계의 수입으로 하여 이를 별도 계좌로 관리하여야 한다. <개정 1999.1.21>

③제1항의 규정에 의한 법인의 업무에 속하는 회계는 이를 **일반업무회계**와제6조의 규정에 의한 **수익사업회계**로 구분할 수 있다.

사립학교법 제46조(수익사업의 정지명령)

관할청은 제6조제1항의 규정에 의하여 수익사업을 하는 학교법인에 다음 각호의 1에 해당하는 사유가 있다고 인정할 때에는 당해 학교법인에 대하여 그 사업의 정지를 명할 수 있다. <개정 1990.4.7>

1. 당해 학교법인이 당해 사업으로부터 생긴 수익을 그가 설치한 사립학교의 경영 이외의 목적에 사용한 때
2. 당해 사업을 계속함이 당해 학교법인이 설치·경영하는 사립학교의 교육에 지장이 있을 때

〈 사회복지사업법 〉

사회복지사업법 제28조(수익사업)

- ①법인은 목적사업의 경비에 충당하기 위하여 필요한 때에는 법인의 설립목적 수행에 지장이 없는 범위안에서 수익사업을 할 수 있다.
- ②법인은 제1항의 규정에 의한 수익사업으로부터 생긴 수익을 법인 또는 그가 설치한 사회복지시설의 운영 외의 목적에 사용할 수 없다. <개정 1999.4.30>
- ③제1항의 규정에 의한 수익사업에 관한 회계는 법인의 다른 회계와 구분하여 계리하여야 한다.

〈 국립대학병원 설치법 〉

국립대학병원 설치법 제8조(사업)

대학병원은 다음 각호의 사업을 행한다.

- 1. 의학계학생의 임상교육
- 2. 전공의의 수련 및 의료요원의 훈련
- 3. 의학계 관련 연구
- 4. 임상연구
- 5. 진료사업
- 6. 기타 국민보건 향상에 필요한 사업

〈 지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률 〉

지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률 제7조(사업)

- ①지방의료원은 각 호의 사업을 행한다.<개정 2008.2.29>
- 1. 지역주민의 진료사업
- 2. 전염병 및 주요 질병의 관리 및 예방사업
- 3. 민간 의료기관이 담당하기 곤란한 보건의료사업

4. 의료인·의료기사 및 지역주민의 보건교육사업
5. 의료지식과 치료기술의 보급 등에 관한 사항
6. 국가 또는 지방자치단체의 공공보건의료시책의 수행
7. 그 밖에 보건복지가족부장관 및 지방자치단체의 장이 필요하다고 인정한 보건의료사업의 수행 및 관리

②지방의료원은 제1항의 규정에 의한 사업을 다른 의료기관·대학 또는 연구기관과 공동으로 수행하거나 인력·기술의 지원에 관한 협약을 체결할 수 있다.

라. 의료법 시행령 제20조 (영리행위 추구 금지조항)

의료법 시행령 제20조에서는 의료법인(의료법인이 하는 부대사업 포함)의 영리추구행위를 금지하고 있는데, 이 때 영리추구행위에 대한 정의에 따라 자회사 설립의 위법 여부가 결정된다고 할 수 있다. 이와 관련하여 영리추구행위에 대한 해석에는 ‘영리사업설’과 ‘이익분배설’이 있는데, ‘영리사업설’에 의하면 단체가 영리사업을 경영하여 이익귀속의 주체가 되는 것이라고 정의할 수 있다. 이 경우 자회사 설립을 통한 수익창출 행위는 영리추구 행위라고 할 수 있지만, ‘이익분배설’에 의하면 단체가 영리사업을 경영하여 이익귀속의 주체가 된다는 것으로는 부족하며 다시 그 이익을 사원에게 분배하는 것이라고 정의할 수도 있다. 따라서 ‘이익분배설’에 의하면 모회사가 직접 사업을 경영하여 외부투자자에 이익을 배분하는 것은 위법이나, 자회사는 의료법의 대상이 아닌 상법상 회사이므로 이의 설립 및 이익배분은 의료법에 저촉될 사항이 없다고 할 수 있다.

우리나라 민법은 영리법인과 비영리법인의 구별기준에 대하여 ‘영리사업설’과 ‘이익분배설’이 대립하고 있다⁹⁾. 그러나 ‘영리사업설’에 입각한 해석이라 하더라도, 의료법 제49조에서 의료법인에게 예외적으로 법인의

목적에 반하지 않는 범위 내에서 부수적으로 수익사업을 할 수 있도록 허용하고 있으므로, 부대사업을 수행하기 위한 수단으로 자회사 설립·운영을 영리추구행위로 엄격하게 해석해야 할지에 대해서는 논란의 여지가 있다.

〈의료법 시행령 제20조〉

의료법인과 의료법 제33조 제2항 제4호에 따라 의료기관을 개설한 비영리법인은 의료업(의료법 제49조에 따라 의료법인이 하는 부대사업을 포함한다)을 할 때 공중위생에 이바지하여야 하며, 영리를 추구하여서는 아니된다.

※ 의료법 제33조 제2항 제4호: “민법”이나 특별법에 따라 설립된 비영리법인

제3절 해외 사례 검토

1. 주요국의 의료기관 자본 참여 사례

1) 자금 조달 방식

미국의 병원 체계에서 자금 조달을 위해 사용되는 부채 및 지분(debt or equity) 조달방법은 4가지이다. 즉 비과세 채권(tax-exempt bonds), 일반 과세 부채(taxable debt), 모기지(mortgage)와 같은 프로젝트 수준 부채(project level debt), 제3기관 지분 또는 조인트벤처 자

9) 김대정, 법인법 개정해설, 법무부 주체 법인 시효제도 개선을 위한 민법개정안 공청회 서울, 2010, PP.5-29

금조달 등과 같은 외부 지분(external equity) 등이 그것이다.¹⁰⁾ 또한 이외의 대체적인 자금 조달방법을 활용하고 있기도 하다.¹¹⁾

미국은 비영리병원에 대한 비과세 채권 발행시장이 구성되어 이를 지원하기 위한 병원 신용평가체계가 확립되어 있다. 무디스, 스탠다드 푸어스 등과 같은 신용평가회사는 병원의 신용평가에 대한 방법론을 확립하고 있으며, 비영리병원 산업 전반적, 개별 병원에 대한 신용 등급을 부여하고 있다.

2012년 봄 시즌에 30년 만기 비과세 채권 2억 달러가 연금리 4.25%로 발행되었으며, 2013년 초기에 Aa2/AA 등급의 비영리병원 시스템은 3억 달러를 30년 만기 과세 채권을 연금리 4.0%라는 역사적으로 가장 낮은 이자율로 발행되었다고 알려져 있다(Wong- Hammond, L. and Damon, 2013).

2) 의료기관 구조개혁 사례

미국은 영리병원의 설립과 운영이 제도적으로 보장되어 있기 때문에 일반 기업에서 활용하는 다양한 기업 간 결합이 이루어지고 있다. 또한 병원 간 결합은 기업 간 결합을 제어하는 규제 제도인 수평적 기업 결합 가이드라인(Horizontal Merger Guidelines)¹²⁾의 심사 대상이 되고 있다. 미국의 경쟁당국은 보건의료서비스의 경쟁을 위한 제도적 환경에 대해 지속적으로 모니터링하고 있다.¹³⁾

10) Wong-Hammond, L., & Damon, L. (2013). financing strategic plans for not-for-profits. *Healthcare Financial Management*, 67(7), 70-76.

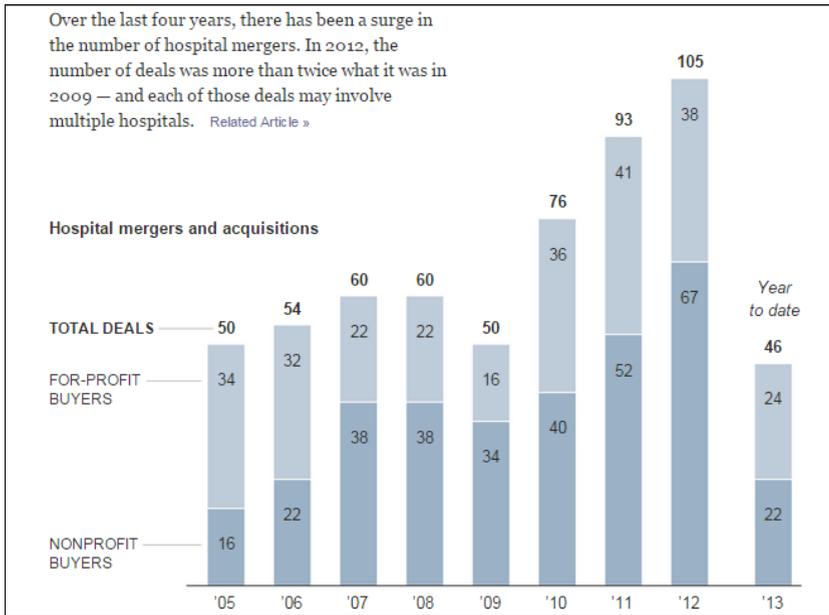
11) BTL과 유사한 방식(Buy, lease or Build), 외주화 전략, 합병·매각·기업분할(divestiture)·합작 등

12) 우리나라는 '독점규제 및 공정거래에 관한 법률'에서 기업간 결합을 규제하고 있다.

13) Federal Trade Commission. (2004). *Improving health care: A dose of*

미국의 경우 ACA 법제화 이후에 병원 간 인수 및 합병(M&A)이 급격한 증가 추세에 있다. 이는 지역 의료권내에서의 시장지위, 운영 효율성 향상, 지역 주민 전체의 건강관리를 위한 조직적 역량 창출을 위해서이다. ACA 제도화 전인 2005년에서 2007년 사이에는 연평균 5-60건에서 병원 간 합병 건수가 2012년에는 105건으로 증가하였다.¹⁴⁾ 2014년 1사 분기는 전년 동기에 비해 10% 이상 증가하였다는 보고가 있다.¹⁵⁾

[그림 2-5] 미국 병원의 합병 추세



자료: A wave of hospital mergers. New York Times. August 12, 2013 (http://www.nytimes.com/interactive/2013/08/13/business/A-Wave-of-Hospital-Mergers.html?_r=0).

competition. Washington, DC.

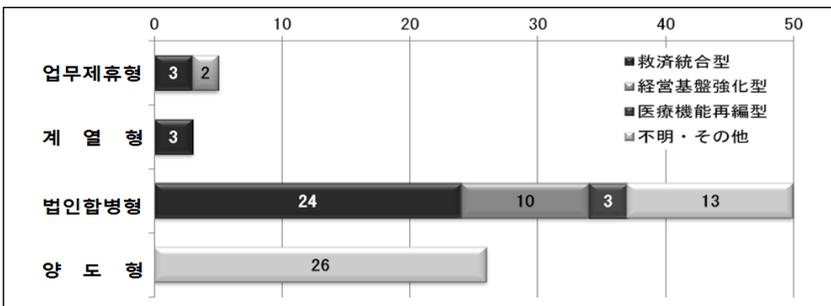
- 14) Dafny, L. (2014). Hospital Industry Consolidation — Still More to Come? *New England Journal of Medicine*, 370(3), 198-199.
- 15) Daly, R. (2014). Hospital Consolidation: Hospital Consolidation Trend to Continue. *Healthcare Financial Management*, 68(7), 11-13.

우리나라와 제도 환경이 유사한 일본은 병원 간 결합이 활발하지 않은 것 같다. 최근 후생노동성은 병원을 둘러싼 경영 관련 제도·환경이 병원 경영에 미치는 영향 등을 조사 연구하고 그 결과를 각 병원에 정보 제공함으로써 병원 경영의 안정화를 지원하기 위해 병원 간 통합에 관한 일본 병원의 실태 조사 연구를 의뢰하였다.¹⁶⁾ 본 연구 결과의 일부를 소개하면 다음과 같다.

일본의 대부분의 민간병원 경영자는 세대교체 시대를 맞이하고 있기 때문에 경영권 승계가 중요한 과제가 되고 있다. 후생노동성은 의사 또는 간호사 부족, 지역 편중 등의 문제가 있는 가운데 도도부현이 책정하는 지역의료 재생계획에 병원의 통합 개편을 포함한 의료 기능 강화 활동이 포함되어 있다. 이러한 상황에서 향후 병원의 통합과 재구성은 증가할 것으로 예상된다. 그렇지만 민간병원은 이러한 노력에 참여하지 않는 경우가 많으며, 의료 법인 간 합병 실적도 많다고 할 수 없다.

수집한 민간병원 간 합병 사례는 총 84건이며, 이중 지정관리자 제도는 경영 통합 사례에서 제외하여 분석하였다. 이 사례 병원을 다음과 같이 4가지로 유형화하였다.

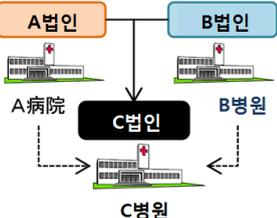
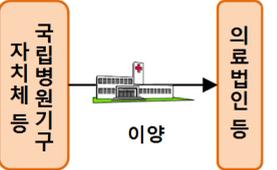
[그림 2-6] 일본 민간병원의 합병사례 유형



자료: 아이테크株式会社. (2012). 「近年行われた病院の合併再編成等に係る調査研究」報告書: 厚生労働省 委託研究

16) 아이테크株式会社. (2012). 「近年行われた病院の合併再編成等に係る調査研究」報告書: 厚生労働省 委託研究

〈표 2-13〉 일본 병원의 합병 유형

	통합 타입	개 요
A	<p>기업제휴·업무지원형</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 의사 파견, 공동 구매, 정보 시스템 등의 공동 개발 등의 제휴 관계를 구축.
B	<p>계열형(그룹 경영)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 경영을 1개 법인이 중심이 되어 실시하지만 각 법인은 합병하지 않고 원래 법인을 존속 ① 중견 병원들이 경영기반 강화를 위해 원 법인을 존속하면서 경영 통합하는 패턴 ② 여러 병원을 보유하는 법인이 다른 의료 법인의 경영에 관여하는 패턴
C	<p>법인합병형</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 의료법인간 합병하는 법인이 되거나, 병원을 양수도하여 한 법인하에 경영 ❖ 흡수합병 사례와 양 법인의 경영자가 계속 경영에 종사하는 대등합병과 유사한 경우가 있음 ❖ 또한 여러 의료기관을 산하에 있는 의료법인들이 경영기반 강화 및 거버넌스 강화를 위해 합병하는 경우도 있음
D	<p>양도형</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 독립행정법인 국립병원기구나 지자체 등이 국공립 병원을 민간에 이양하는 케이스 ❖ 민간법인이 지자체에 사업 양도하는 경우는 엄격히 법인을 합병하는 경우가 아니기 때문에 양도형으로 볼 수 있음

자료: 아이테크株式会社. (2012). 「近年行われた病院の合併再編成等に係る調査研究」 報告書: 厚生労働省 委託研究

일본의 병원간 통합 사례의 주요 조사결과는 다음과 같다.

주로 중견 병원의 경영 통합 사례를 조사되어, 피통합 병원의 병상 규모는 200 병상 미만이며 부채 통합 등에 의해 통합 비용이 압축된 사례가 많다.

병원간 통합은 경영난이 주요한 이유였다. 홋카이도 가정의학과학센터와 아게 중앙의과그룹을 제외한 경영 통합 13개 사례 중에서 의사 채용난 이외 경영난·경영 파탄의 원인이 되는 사례가 9 건으로 최다였다. 이외에도 의사 채용의 어려움이 통합 요인으로 되는 것이 3건, 의료기능 개편을 목적으로 한 경영 통합은 동일 집단간 통합 2건, 그 외 3건이었다. 또 히라 심혈관병원과 야마모토 종합병원은 400 병상 규모의 병원을 설립하는 취지에 동의하고 통합한 예이다.

민간병원 간 합병은 병원 존속과 채무 정리 등이 주요 목적인 반면, 국립 병원과 민간 병원의 통합은 지역의 의료 제공의 견지가 주목적이다.

의료 기능 개편의 통합은 회복기·재활 기능을 도입하는 사례가 많다. 회복기 재활은 중고 연령층에 많은 뇌경색 운동 질환, 심근경색, 호흡기 장애 등의 환자가 많고, 고령화에 따라 의료 수요가 증가하고 있다. 또한 진료 보수 개정에 대해 가산이 증가하며 장기 입원 환자 대응은 진료 보수면에서도 고려된다.

공기업 연감을 이용하여 요양 병상 비율과 진료비용의 관계, 재원 일수와 진료비용의 관계를 분석하면 상관에서 벗어나 진료 단가가 높은 병원은 재활 병원이 많이 포함되어 회복기 재활의 도입이 경영 개선에 기여하는 것을 알 수 있다.

한편 의료법인의 합병은 일본 의료법 제57조에서 인정받고 있다. 또한 법인세법에서는 법인 합병을 (1)양도 측의 병원 자산의 양도 차익에 과세하지 않는 적격 합병과 (2)양도 측의 병원 자산의 양도 차익에 과세하는

(1) 이외의 합병으로 구분하고 있다. (일본 법인인세법 2조 12호의 8). 적격 합병의 경우에는 피합병측의 자산·부채를 장부 가액으로 인수하기 위하여 양도 측에 양도 손금산입 가산이 없다(동법 62 조의 2). 이월 결손금은 승계하는 데 손금산입이 가능(동법 57 조 제 2 항)하다는 점 등 세법상의 장점이 있다. 적격 합병 여부의 구분에 있어서는 지분의 유무에 따라 요구 사항이 다르다.

2. 주요국의 의료기관 자회사 설립관련 규정

1) 미국

가. 의료기관의 개설의 근거법을 상 비영리법인의 영리추구 행위

미국에는 5,724개의 병원이 있으며, 이중 2,903개(50.7%)가 비영리, 1,025개가 영리(17.9%), 1,045개(18.2%)가 연방 또는 주정부 병원으로 과반수 이상이 비영리 의료기관이다. 따라서 소유구조에 따라 가장 많은 비율을 보이는 설립형태가 비영리 병원임을 알 수 있다. 시장경제가 가장 발달한 미국에서 비영리병원이 지배적이라는 것은 다소 의외일 수 있다. Kenneth Arrow(1963)¹⁷⁾은 이러한 현상에 대해 정보의 비대칭성에서 해답을 찾았다. 의료는 다른 서비스와 달리 어떤 질환을 앓고 치료를 받았을 때 그 이전의 건강상태로 되돌아 갈 수 있다는 것을 보장할 수 없다. 따라서 환자는 의료서비스 제공자가 환자를 위해서 최선을 다할 것이라는 것을 믿어야겠지만 이를 확인할 수 있는 방법이 없기 때문에 그렇게

17) Arrow, K.J. 1963. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. American Economic Review 53(5): 941-973

하는 것이 불가능하다. 비영리법인 형태를 가지고 있는 병원은 영리병원
에 비해 최소한 의료공급자가 자신의 경제적 이해관계로 인해 의료행위
를 선택하지 않을 것이라는 것을 이용자가 더 신뢰할 수 있을 것이다. 이
는 비영리 병원이 의료서비스 제공기관으로 다수를 차지하는 이유를 설
명하는 가장 중요한 이론 중의 하나이다.

미국 비영리 의료기관은 주법률(nonprofit corporation law)에 따라
개설되며, 미국내국세입법(Internal Revenue code section 501(c)(3))
에 의해 연방세(federal income tax) 면세혜택을 받을 수 있다. 이 때 비
과세 지위를 얻기 위해서는 자선, 과학, 교육, 종교 등 비과세로 인정되는
목적에 위해 조직되고 운영되어야 하는데, 의료기관의 경우 일반적으로
IRC501(c)(3)에서 인정하는 자선적 목적(charitable purpose)의 조직
으로 인정하고 있다. 그 요건은 1) 지역대표자의 이사회 참가 2) 합리적
수준의 저소득층에 대한 자선 진료 3) 모두가 이용할 수 있는 응급실 운영
4) 메디케어/메디케이드 등의 정부 보험 프로그램 참여 등이 포함된다.

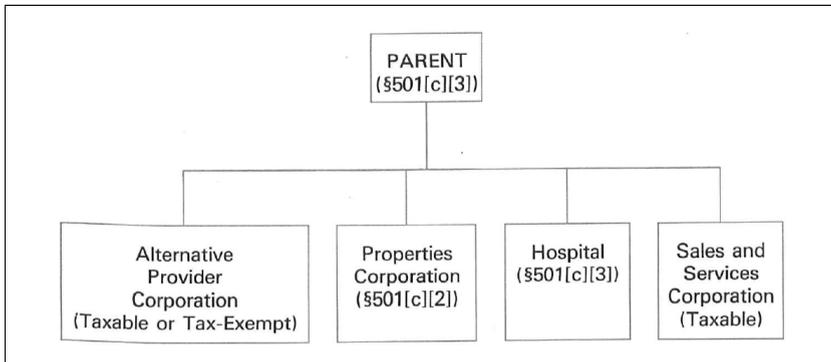
그러나 비영리기관이 목적사업으로 인한 면세혜택 분야 이외의 사업
("unrelated business income")을 수행할 경우에는 연방소득세를 납부
하여야 하며, 일반적으로 비영리법인 의료기관은 자회사를 설립하여 법
인세를 납부하고, 세후 배당금을 모법인에게 배당하는 방식으로 목적사
업 이외의 사업을 영위하고 있다.

병원들 간 치열한 경쟁에 따른 환자 수 감소와 메디케어 프로그램에서
의 수가의 감소 등 외적 환경변화에 대응하여 병원들은 전통적인 입원환
자 중심 치료에서 새로운 수입을 창출하기 위해 제공 서비스의 다각화
(diversification) 등의 전략을 취하고 있다. 즉, 점점 더 많은 병원들이
전략적 비즈니스 플랜을 가지고 다양한 서비스 영역을 개발함에 따라
병원들은 재정적 안정을 기하고자 하고 있다. Richard G. Frank and

David S.Salkeer (2000, P.205)은, 병원들을 대상으로 FGI(Focused Group Interview)를 진행한 연구에서, 미국 비영리 의료기관의 대표적 수익사업 진출 분야로 1차 진료소(primary care clinic), 영상진단센터(imaging center), 재택진료회사(home health care companies), 의료전문빌딩(medical office building), 외래수술센터, 헬스클럽 등을 들었으며, 이들 중 가장 수익이 높은 분야는 노인요양시설(nursing homes), 재택진료회사(home healthcare companies) 및 의료전문빌딩 등이라 하였다.

최근 의료기관의 사업 다각화의 영향에 미국 의료기관은 지주회사 모델의 법인 조직을 선호하는 것으로 조사되고 있고(Ernst and Whinney, 1982), 지주회사 모델은 환경변화에 유연하게 대응할 수 있는 법인체제로 지주회사가 자회사를 통제하는 형태라고 할 수 있다.

[그림 2-7] 미국 의료기관 지주회사 모델(parent holding company model)



자료: Gayle J.Batchelor, (1985) Corporate restructuring of nonprofit, tax-exempt hospitals, nursing economics, July/august.

비영리법인으로 자법인을 운영하고 있는 구체적인 사례는 Day Kimball Healthcare Inc. 등 무수히 많은데, Day Kimball hospital은

1894년 Putnam, Connecticut에 세워져서 미국의 북동지역에 의료서비스를 제공하는 병원이었으나 학교나 공장을 대상으로 하는 청소용역회사와 결혼연애나 파티장에 음식을 제공하는 케이터링 업체 등 자회사를 운영하고 있다. 직원은 총 1,000명, 의사는 200명으로, 그 자회사 리스트는 다음과 같다.

- Day Kimball hospital
- Day Kimball HomeCare
- Day Kimball Homemakers Inc
- Hospice & Palliative Care of Northeastern Connecticut
- 4 Healthcare centers: Danielson, Dayville, Plainfield, Thompson
- Physician Services of NE CT, LLC

나. 공익법인의 주식취득 제한 관련 근거 법률

미국에서는 민간재단(private foundation)의 주식 보유에 대하여 1) 의결권이 있는 주식(특수 관계인이 소유한 의결권 주식 포함)은 20%, 2) 제3자가 이미 기업의 지배력을 가지고 있는 경우에는 35%의 주식 보유 한도 규정(internal revenue code (4943조, Taxes on excess business holdings)이 존재한다¹⁸⁾. 이 한도를 초과하여 보유한 경우에는 초과량에 비례하여 세금을 납부하여야 한다. 세금은 초과보유량의 10%이다. 미국은 우리나라의 상증법 제48조 2항과 비교하였을 때 주식보유한도가 국내보다 관대함을 알 수 있다.

18) <http://www.irs.gov/Charities-&-Non-Profits/Private-Foundations/Taxes-on-Excess-Business-Holdings>

2) 일본

가. 의료기관의 개설의 근거법을 상 비영리법인의 영리추구 행위

일본의 병원의 설립주체는 다음의 표와 같이 국가, 공적의료기관, 사회보험단체, 비영리의료법인, 개인 등으로 구분되어 있다.

〈표 2-14〉 설립주체에 따른 병원 수 추이

(단위: 개)

주체	1999	2002	2004	2006
전체	9,286(100%)	9,187	9,077	8,943(100.0%)
국가	370(4.0%)	349	304	292(3.3%)
공적의료기관	1,368(14.7%)	1,377	1,377	1,351(15.1%)
사회보험단체	131(1.4%)	130	129	125(1.4%)
의료법인	5,299(57.1%)	5,533	5,644	5,694(63.7%)
개인	1,281(13.8%)	954	760	604(6.8%)
기타	837(9.0%)	857	863	877(9.8%)

자료: White report, Ministry of Health, Labor and Welfare, Japan; 이윤태 외(2009)에서 재인용

일본 의료법인은 재단 의료법인과 사단 의료법인으로 나뉘며, 사단 의료법인은 다시 지분이 있는 사단의료법인과 지분이 없는 사단의료법인으로 나뉘며, 이 외에 법인 중 1인 의사 의료법인, 특정 의료법인, 특별의료법인, 사회의료법인이 있다. 일본은 2007년 4월 의료법인제도 개혁을 위해 사회의료법인제도를 창설하였으며, 특별의료법인과 특정의료법인을 사회의료법인으로 전환하도록 하고, 일반 의료법인은 정관 변경 등 자발적인 전환을 통해 사회의료법인으로 전환이 가능하도록 하였다. 사회의료법인은 의료법인 중 소아구급의료, 재해의료, 취약지 의료제공 등 공공의

료서비스 제공을 의무화 하는 한편, 수익사업 등을 실시하는 것을 인정하고 사회의료법인의 경영기반의 안정성을 도모하기 위해 사회의료법인채권 발행도 인정하고 있다. 즉, 응급의료, 재해의료, 취약지 의료제공 등의 의료안전망 구축은 국가적인 차원에서 필수적이지만, 채산성이 맞지 않기 때문에, 경영의 안전성을 촉진하고, 지역에서 필요로 하는 의료를 안정적으로 제공하기 위한 목적으로 창설되었다고 할 수 있다.

〈표 2-15〉 일본 의료법인의 종류

구 분		내 용
의료 법인	사단	<ul style="list-style-type: none"> • 병원이나 진료소 등을 개설하는 것을 목적으로 한 '사람 중심'의 법인으로 여러 사람에게서 현금 및 현물(부동산, 유가 증권 등) 출자를 받아 설립 자는 사원이 됨 • '지분 있는 사단(출자자가 출자지분에 따른 환불 청구 권리 있음)'과 '지분 없는 사단(출자자가 출자지분에 따른 환불 청구 권리 없음)'로 세분 • '지분 있는 사단'의 사원은 평소에는 배당을 받지 못하나 퇴사나 법인 해산 시에 출자 지분에 따른 환불 청구 또는 잔여 재산의 분배를 받을 수 있음 • 사단의료법인은 정관에 기본사항을 기재 • 지분 있는 의료법인은 일반 영리법인 세율인 30% 적용
	재단	<ul style="list-style-type: none"> • 사단은 '사람 중심'인 반면 재단은 '재산 중심'으로 하여 병원을 개설하기 위해 설립된 법인 • 재단의료법인에 기부하는 개인이나 일반법인의 재산은 무상 양도의 성격임 따라서 재산 기부에 따른 지분 소유가 성립되지 않음 • 재단의료법인의 해산 시 잔여 재산은 도도부현의 허가를 받아 처분 • 재단법인 중 특정의료법인에 한해 법인세율 22%, 나머지는 30%
특정 의료법인		<ul style="list-style-type: none"> • 재단의료법인이나 '지분 없는 사단의료법인' 중에서 의료의 공공성을 구현 하는 경우 재무성의 승인을 받아 지정(조세특별조치법 제67조의 2) • 공공성이 가장 높은 수준의 공익의료법인 성격 • 공익의료법인이므로 법인세 세율이 공공병원에 준해 22% • 40병상 미만의 병원 • 주로 응급의료나 장애인 진료를 담당
특별 의료법인		<ul style="list-style-type: none"> • 재단의료법인이나 '지분 없는 사단의료법인' 중에서 의료의 공공성을 구현 하는 경우 도도부현의 인가를 얻어 지정(의료법 제42조 제2항) • 공공성이 특정의료법인보다 한 단계 낮은 수준으로서 30%의 법인세율 • 12가지 특별한 수익사업을 할 수 있는 의료법인 • 임원 중 친족관계자를 50% 이하로 해야 하고, 사회보험 진료수입이 전체 수입의 80%를 차지해야 함 • 중독성질환 등 특수진료서비스를 담당

72 의료서비스산업 선진화를 위한 현안과 대응방안

구 분	내 용
사회 의료법인	<ul style="list-style-type: none"> • 응급의료, 백지의료 등 공공성이 높은 의료를 담당 • 특수관계인의 고용비용을 제한하는 등 법인의 사유화를 막고 공공성이 부각 될 수 있도록 강한 규제 • 중요한 의사결정은 외부 전문가가 포함된 위원회에서 시행, 재무제표감사를 의무화 함 • 사회의료법인의 이익사업에서 발생된 수익을 타 이익사업에 지출하는 경우 해당 금액을 기부금으로 간주하고 그 손금의 한도를 소득금액의 50% 혹은 상한액 200만엔으로 제한
1인 의사 의료법인	<ul style="list-style-type: none"> • 상근의사 1명(치과의사 1명이나 2명)이 진료소를 개설하고 있는 병원 • 설립인 수가 의사 1인이라는 것 외에는 의료법인 종류별로 갖고 있는 성격이 그대로 적용되어 운영

자료: 김정덕 외(2009)¹⁹⁾, 한국보건산업진흥원(2013)²⁰⁾

〈표 2-16〉 일본의 유형별 의료법인의 연도별 추이

년도	의료법인					법인 중 1인의사 의료법인	법인 중 특정 의료법인	법인 중 특별 의료법인	법인 중 사회 의료법인
	계	재단	사단						
			계	지분有	지분無				
1970	2,423	336	2,087	2,007	80	-	89	-	-
1975	2,729	332	2,397	2,303	94	-	116	-	-
1980	3,296	335	2,961	2,875	86	-	127	-	-
1985	3,926	349	3,577	3,456	121	-	159	-	-
1990	14,312	366	13,946	13,796	150	9,451	187	-	-
1995	24,725	386	24,339	24,170	169	19,008	213	-	-
2000	32,708	399	32,309	32,067	242	26,045	267	8	-
2005	40,030	392	39,638	29,257	381	33,057	374	47	-
2006	41,720	396	41,324	40,914	410	34,602	395	61	-
2007	44,027	400	43,627	43,203	424	36,973	407	79	-
2008	45,078	406	44,672	43,638	1,034	37,533	412	80	-
2009	45,396	396	45,000	43,234	1,766	37,878	402	67	36
2010	45,989	393	45,596	42,902	2,694	38,231	382	54	85
2011	46,946	390	46,556	42,586	3,970	39,102	383	45	120
2012	47,825	391	47,434	42,245	5,189	39,947	375	9	162
2013	48,820	392	48,428	41,903	6,525	40,787	375	0	191
2014	49,889	391	49,498	41,476	8,022	41,659	375	0	215

주: 1995년까지는 연도말 기준, 그 이후부터는 3월 31일 기준임

자료: 일본 후생노동성(2014), <http://www.mhlw.go.jp/topics>

19) 김정덕 외(2009), 영리법인병원 도입 유형과 비영리법인병원 지원 방안에 관한 연구(2009.11)

20) 이윤태 외 (2013). 의료법인의 공공성 제고방안 연구(2013.12)

일반 의료법인과 사회의료법인의 부대사업의 범위의 차이는, 일반 의료법인은 의료법 42조 제2항에 의해 본래업무, 부대업무, 부수업무를 수행할 수 있는 반면에 수익사업은 할 수 없도록 규정하고 있다. 반면 사회의료법인이 수행할 수 있는 사업 이외에 다음의 표에서 제시한 수익사업과 사회복지사업을 수행할 수 있다.

〈표 2-17〉 일본 의료법인 및 사회법인이 할 수 있는 부대사업의 종류

법인종별	업무	내용
사회 의료 법인	본래업무	· 의료행위
	부대업무	· 의료관계자의 교육(간호학교 등) · 의학 또는 치의학에 대한 연구소 설치 · 질병예방 부설 유산소운동 시설, 온천시설 · 재택개호, 방문간호, 케어하우스, 보육시설 등 · 유료양로원 · 기타 보건 위생에 관련된 업무 *도도부현지사의 인가 필요 (일본의료법 제52조 제1항, 제42조)
	부수업무	· 의료기관 내 편의점, 주차장 운영
	수익사업	· 의료용품의 판매, 일반주차장 운영 *도도부현지사의 인가 필요 (일본의료법 제52조 제1항, 제42조의 2 제1항)
	사회복지사업	· (제1종) 케어하우스, 아동입소시설, 장애인입소시설의 설치, 운영 · (제2종) 보육시설, 데이서비스센터 등 *특별양호양로원 등 일부 시설 제외

자료: 이윤태 외(2013), 의료법인의 공공성 제고방안 연구, pp.67

나. 공익법인의 주식취득 제한 관련 근거 법률

일본의 경우 2008년부터 공익인정위원회를 내각부에 설치하여 공익성을 심사하도록 하고 이러한 심사과정을 거쳐 비영리법인을 공익법인(공익사단법인, 공익재단법인)으로 주무부처가 인정하는 제도를 시행하고

74 의료서비스산업 선진화를 위한 현안과 대응방안

있다(김진수, 2007).²¹⁾ 공익법인이 운용재산을 관리·운용하는 경우와 재단법인에 기본재산으로 기부된 경우에 한하여 50% 주식 보유를 인정하고 있다.

〈표 2-18〉 일본의 사회의료법인과 우리나라 성실공익법인 요건 비교

	일본	한국
	사회의료법인	성실공익법인
설립요건	<ul style="list-style-type: none"> ○ '공익성 높은 의료'를 실시하는 의료기관 운영 ○ 공인회계사, 감정법인 등에 의한 재무감사 의무화 ○ 자기자본비율 기준, 이사장의 자격 요건 등의 완화 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 외부감사 의무화 ○ 전용계좌 개설 ○ 결산서류 등의 공시 의무 ○ 장부작성 및 보관의무(10년간)
임원자격	<ul style="list-style-type: none"> ○ 임원, 사원 및 평의원의 친족 기타 특수관계인 비율 1/3이하 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 출연자 및 그의 특수관계인이 이사 현원의 1/5이하
수취요건	<ul style="list-style-type: none"> ○ 사회보험 진료수입이 전체 수익의 80% 이상 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 운용소득의 80% 이상을 직접 공익목적사업에 사용
임직원의 보수제한 요건	<ul style="list-style-type: none"> ○ 제한없음(부당히 높은 금액이 아닌 지급기준표 필요) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 제한없음
잔여재산 귀속	<ul style="list-style-type: none"> ○ 국가, 지자체, 타의료법인에 귀속 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 국가, 지자체(→타공익사업 및 공익법인)에 귀속
수익사업	<ul style="list-style-type: none"> ○ 가능 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 계열기업 홍보금지 ○ 법인 본연의 목적 달성을 위한 수익사업 가능(정관으로 정하는 바에 따라 사업마다 주무 관청의 승인 필요)
세제혜택	<ul style="list-style-type: none"> ○ 의료사업 : 법인세 비과세 ○ 그 외 사업 : 법인세율 19% 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 법인세 감면 ○ 증여세 감면

자료: 이운태 외(2013), 의료법인의 공공성 제고방안 연구(pp.69); 국가법령정보센터, 공익법인의 설립운영에 관한 법률, 상속세 및 증여세법(2014.08.05. 출력)

21) 김진수, 기부문화 활성화 및 공익법인의 투명성 제고방안, 한국조세연구원, 2007.7

3) 프랑스

가. 의료기관의 개설의 근거법률 상 비영리법인의 영리추구 행위

프랑스의 의료기관은 국립병원, 민간비영리병원(또는 공공이익참여민간병원, Etablissements de santé privés d'intérêt collectif, ESPIC), 그리고 민간 영리병원, 크게 세 가지 형태로 분류되는데, 국립병원의 병원수는 2010년 기준으로 956개, 민간비영리병원(ESPIC)은 707개, 민간영리병원은 1,047개 정도이다.

프랑스는 부족한 공공의료 자원의 확보를 위해 1970년부터 공공의료서비스 병원(Service public hospitalier, SPH) 개념을 도입하여, 국립병원뿐만 아니라 공공의료서비스를 제공할 의향이 있는 민간 비영리병원(Participation au service Pubilc Hospitalier, PSPH)도 공공의료서비스를 제공할 수 있도록 하였는데, 공공의료서비스병원은 의료접근에 있어서 소득수준이나 거주지 등에 따른 차별성을 없애고, 24h/24h 접근가능하며, 환자가 필요로 하는 필수의료서비스(예방서비스, 질환치료, 응급의료서비스 등)에 대한 보장을 해주는 병원을 따로 구분하여 부른 것이다.

공공의료서비스에 참여하는 민간비영리병원(PSPH)은 공공병원과 같은 재원조달 방식으로 병원을 운영하였고, 국립병원에게 제공되는 의료장비에 대한 보조를 동일하게 받으며 필요시 타 국립병원 임상의학사의 도움을 요청할 수 있도록 공공병원단체협의회에 가입할 수 있었다. 2009년 병원개혁법(HPST법)에 의해 공공의료서비스에 참여하는 병원의 범위를 넓혀 공공이익참여 민간병원(ESPIC)이라는 새로운 형태를 도입, ESPIC에는 기존의 공공서비스 참여병원(PSPH)이외에 민간비영리병원을 모두 포함하였는데, 단, 공공이익 참여 민간병원은 공중보건법에서 정한 공공

의료서비스의 임무 중 한 가지 이상을 수행하여야 하는 조건이 있다(김대중, 2013).

〈표 2-19〉 설립형태별 병원 수 추이(1998-2010)

구분	1998	2001	2002	2004	2005	2007	2008	2009	2010	증가율 2010 /1998
공공서비스 병원(1+2)	1,525	1,571	1,577	1,567	1,547	1,555	1,522	1,700	1,663	0.7%
1. 국립병원	1,042	1,011	1,008	994	987	1,001	983	966	956	-0.7%
2. PSPH (ESPIC)	483	560	569	573	560	554	539	734	707	3.2%
민간병원(3+4)	1,694	1,454	1,409	1,323	1,309	1,283	1,262	1,051	1,047	-3.9%
3. 비영리병원 (non-PSPH)	439	306	280	254	257	228	215	-	-	-
4. 민간 영리병원	1,255	1,148	1,129	1,069	1,052	1,055	1,047	1,051	1,047	-1.5%
전체	3,219	3,025	2,986	2,890	2,856	2,838	2,784	2,751	2,710	-1.4%

주: 2009년 병원개혁법 제정 이후 PSPH, non-PSPH 구분은 없어지고, 공공이익참여민간병원(ESPIC)로 통일됨
 자료: DREES. SAE(2012)

프랑스법에서는 비영리법인은 1901년 비영리단체 법에 의해 설립되며 협회(association, 46%), 재단(fondation, 17.5%), 사회보험조합(mutuelle, 17.5%), 종교단체(congrégation, 3%)에 의해 운영되고 내부 조직의 운영과 관련하여서는 간섭을 받지 않는다. 또한 전술한 바와 같이 민간비영리병원은 자동적으로 공공이익참여 민간병원(ESPIC)이 되며 해당 지역 지방보건청(ARS)의 통제를 받는다. 공공이익 참여 민간병원(ESPIC)은 해당 지역 지방보건청(ARS)장에게 신고를 하면 자격을 부여받게 된다.

ESPIC 참여 병원이 있을 때, ARS의 청장은 ARS의 업무감독이사회(le conseil de surveillance de l'agence), 지방보건협의체(la confér-

ence régionale de la santé et de l'autonomie, CRSA), 건강권역협 의체(les conférences de territoire)에 보고하는 구조이다. 이 때 관할 지방보건청장은 공공이익 참여 민간병원이 공중보건법(D. 6161-2조)에서 정한 바의 책임을 이행하지 못하는 경우 해당 의료기관의 공공이익 참여 민간병원으로서의 자격을 박탈할 수 있다. 이는 비영리병원은 '공익'(interet general)을 목적으로 활동하며, 비영리법인의 활동이 원칙적으로 수익의 분배 이외의 목적을 지향하여야 한다는 것을 의미하는데,²²⁾ 구체적으로 비영리사단은 '이익(또는 이해관계)이 발생하지 않는 활동(activite desinteressee)'을 영위하여야 한다든가 또는 목적에 부합하는 활동에 필요한 부동산만을 취득할 수 있다든가 하는 제한이 존재한다.

제4절 정책방향

1. 의료기관 자본 참여 정책²³⁾

1) 정책 방향 : 자본참여 강화에 대한 기초를 미시 정책으로

그간의 의료기관 자본참여 다양화를 위한 정책 대안으로서 논의된 것은 영리법인 의료기관 제도 도입, 의료채권제도 도입, 부대사업의 확대, 병원경영지원회사(MSO) 활성화 등이다. 이 중에서 부대사업 확대, 병원경영지원회사(MSO) 활성화 정책은 이미 도입되었다.

영리법인 의료기관 도입 등 의료제공체계 근간을 흔드는 거시 정책은

22) 박수곤(2010), 프랑스법에서의 민사법인에 대한 규율 -공익성이 인정된 사단 및 재단법인을 중심으로, 경희법학

23) 본 절의 작성에 도움을 주신 이근찬 교수(우송대)에게 감사의 말씀을 남긴다.

도입여부를 쉽게 결정하기 어렵다. 우선적으로 의료기관 참여 강화와 다양화를 위한 개별 정책에 대한 정책화를 검토할 필요가 있다.

2) 주요 도입 고려정책 검토

가. 의료기관간 구조 개혁 지원

취약한 자본구조와 수익구조를 보이는 병원의 경우 자발적인 구조개선이 이루어져야 하나 자율적인 구조 조정이 되고 있지 못하고 있다. 이렇게 되는 유력한 이유 중에는 의료법인 등 비영리법인격을 지니고 있지만 설립자(소유자)의 실질적 운영 자율성을 지니고 있는 우리나라 비영리병원의 독특한 소유구조가 있다. 설립자(소유자)가 병원이나 법인을 해산하게 되면 그 법인이 소유하고 있는 재산은 국가 또는 지방자치단체에 귀속하게 되는 제도는 비영리법인의 설립과 운영 취지에 부합한다. 그러나 이 제도는 비영리법인 설립자(소유자)의 자율적인 구조조정을 더디게 하는 요인이 된다.

따라서 의료법인에 대한 합병 절차를 지금보다 전향적으로 해서 합병적 제도 틀에서 투명한 병원 간 합병이 이루어질 수 있도록 절차를 명시화하는 것이 필요하다. 합병의 과실이 피인수 병원의 신규 인수자에게 어느 정도의 경제적 급부를 제공해야 하는 지에 대해서는 사회적 논의를 통해 의견을 수렴화 하는 과정을 거쳐야 할 것이다.

일본의 최근 사례는 우리나라에 시사점을 준다. 일본은 지분 있는 의료법인의 지분 없는 의료법인으로 이행계획에 대한 후생노동성의 지원 정책을 최근에 공포하였다. 후생노동성은 지분 있는 의료법인이라는 일본 고유의 병원 소유형태 제도를 가지고 있는데, 이 제도는 최근 사회적 문제로 거론되고 있다. 즉 설립 시 출자자들이 노화하여 향후 사망 시 출자 지분도 상속되지만, 상속자가 지분 환수를 요청하면 의료법인의 안정성

이 낮아지는 우려 속에서 2014년 10월부터 3년간 한시적인 세제 혜택이 부여된 <이행계획 승인제도>를 실시하고 있다.

일본의 이행계획 승인제도와 세제조치 개요

상속인이 지분 있는 의료 법인의 지분을 상속 또는 유증에 의해 취득한 경우 그 법인이 이행 계획의 인정을 받은 의료 법인인 이행 계획 기간 만료까지의 상속세 납세가 유예돼 지분을 포기할 경우 유예 세액을 면제함.

또 출자자가 지분을 포기함에 따라 다른 출자자 지분이 증가하는 것으로 증여 간주하여 다른 출자자에 증여세가 부과되는 경우가 마찬가지로

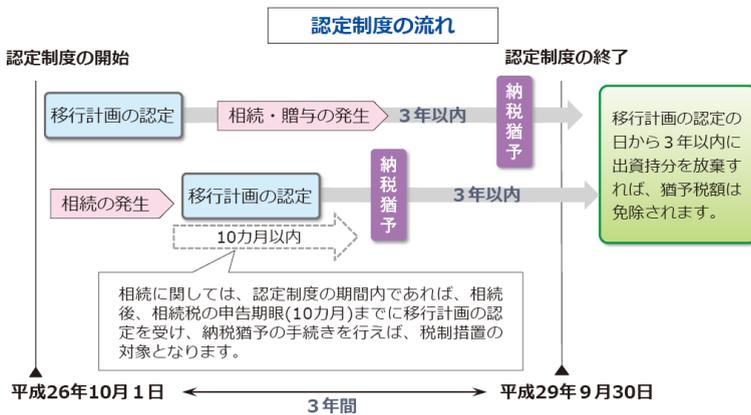
① 이행 계획의 인정 제도

이행 계획의 인정 제도가 실시되는 것은, 2014년 10월 1일부터 2017년 9월 30일간 3년간임.

지분 없는 의료 법인으로서의 이행을 검토할 의료 법인은 이 기간 내에이행 계획을 후생 노동성에 신청하여 인정 받을 수 있음

② 이행의 기한

이행 계획의 인정을 받은 의료 법인은 인정의 날로부터 3년 이내에 지분없이 의료 법인으로 이행하여야 함



자료: 厚生労働省. 「持分なし医療法人」への移行を検討しませんか?. 2014.

나. 의료기관 채권제도 도입

현재 의료기관의 채권 발행은 지방의료원의 경우 지방채를 발행할 수 있으며, 그 외의 민간의료기관은 채권을 발행할 수가 없다. 의료법인 채권제도는 2000년 중반 관련 조사 연구와 정부의 정책 제언이 있어왔다.²⁴⁾

2013년 제 4차 투자활성화 대책에 의료법인의 자법인²⁵⁾에 대한 설립을 활성화하는 정책을 공포하였지만, 의료기관 채권제도는 도입하지 않았다. 다만 의료법인의 자법인의 채권 발행 허용을 공포하면서 이는 의료채권이 아니라 회사채 성격일 것으로 밝히고 있다.²⁶⁾

2013년 이후 경제부처에서는 의료법인 채권 발행을 건강보험체계가 훼손되지 않는 범위 내에서 허용해야 된다는 관점을 지니고 있다.

현재 자금조달시장은 저금리추세이기 때문에 의료기관 채권 제도가 도입된다고 하더라도 금융비용상의 이익을 실현할 수 있는 가능성이 크지 않을 것으로 예상된다. 그러나 의료기관 채권 제도가 도입될 경우에 제한된 의료기관의 금융조달방법의 확대된다는 측면에서 긍정적인 효과가 있을 것이다.

의료기관 채권 발행을 허용하는 병원의 자격을 명확히 할 필요가 있다.

24) 이근찬, 송태균, 강대욱, 이운태, 이신호. (2006). 의료기관에 대한 자본참여 활성화 방안 연구: 한국보건산업진흥원.; 국무조정실의료산업발전기획단. (2007). 의료산업선진화 위원회 활동백서.

25) 의료기관과 의료기관의 자법인간 관계에 대한 법적 이해관계 충돌을 제어하기 위한 방안 모색이 필요하다. 의료기관과 의료기관의 자법인은 거래관계가 있으며, 이해가 상반되는 입장이다. 즉 의료기관의 이익을 추구하고자 하면 자법인의 이익이 축소되며, 그 반대의 관계도 나타날 수 있다. 만일 의료기관의 대표와 자법인의 대표가 동일하다고 한다면 이해관계의 충돌이 발생할 수 있으며, 일반 기업의 이전가격(transfer pricing)의 문제와 유사한 이슈가 발생할 수 있다. 부작용을 방지하기 위한 제도적인 근거가 필요하다. 이와 관련된 일본 Medical service 법인의 문제는 이근찬 등(2006)의 연구를 참고

26) 조선비즈(2013). http://biz.chosun.com/site/data/html_dir/2013/12/13/2013121300945.html

의료기관 채권 도입의 목적과 발행하고자 하는 의료기관의 요건을 명시화할 필요가 있다. 채권 도입의 목적이 수익 향상을 위한 병원 시설·장비 개선을 위한 목적을 지양하고, 지역의 미충족 의료 제공, 고도 첨단의료 도입을 통한 의료 질 향상 등 공익성을 위한 목적으로 제한하는 것이 바람직하다. 또한 발행하고자 하는 의료기관의 요건을 명시화하여 부실 의료기관의 채권 조달 후 도산 등으로 인해 사회적 스캔들이 발생하는 것을 방지해야 할 것이다. 1990년대 후반 병원 채권을 발행한 펜실베이니아주의 병원 체인인 AHERF(the Allegheny Health, Education, and Research Foudnation)이 채권 발생 후 도산하여 미국 병원 채권시장의 급속도로 악화시킨 사례는 채권 발행기관에 대한 자격과 모니터링 필요성을 예증하고 있다.²⁷⁾

다. 투자개방형 의료기관 제도 도입

2000년대 중반부터 영리법인 의료기관의 도입에 관한 논의가 이루어져 왔다. 영리법인 의료기관 제도 허용은 의료기관 소유형태의 기본구조의 근간을 흔드는 제도이기 때문에 허용 반대측과 찬성측의 논쟁이 이루어졌으며 정책화를 위한 사회적 합의를 도출하는 데는 실패하였다. 정부 차원의 사회적 합의를 위한 공동 연구를 실시하였으나 부처 간의 관점 차이를 확인하는 계기가 되었을 뿐이었다.²⁸⁾

이에 영리법인 의료기관(투자개방형 의료기관) 제도 도입에 대해서는 좀 더 장기적 관점에서 사회적 논의가 필요할 것이다.

이런 논의에는 영리법인 의료기관 도입 논의와 함께, 의료제공체계의

27) Carpenter, C. E., et al. (2003). "The hospital bond market and the AHERF bankruptcy." *Journal of Health Care Finance* 29(4): 17-28.

28) 고영선 외(2009). 투자개방형 의료법인 도입 필요성 연구.

공공적 관리, 공적 관리 정책 도입을 동시에 고려한 논의가 필요할 것이다. 이에 대해서는 다음 부문에서 다시 논의하도록 하겠다.

3) 자본조달 개선을 위한 정책적 제언

이상은 외국의 의료기관 자금 조달에 대한 사례를 조망하고 국내에서 논의되었던 정책방안에 대해 검토하였다. 최근 10여년 이상 의료기관의 자금 조달을 활성화하는 방안에 대한 정책적 제언은 지속적으로 이루어졌으나, 의료산업화의 부정적 측면을 강조하는 측과 긍정적인 측면을 강조하는 측과의 논쟁이 지속되었으나, 사회적 합의를 도출하는 것은 실패하였다.

의료기관의 자본구조를 건실화해야 한다는 총론에는 모든 이해관계자들이 동의하고 있다. 그런데 의료기관의 자본구조 건실화를 위한 구체적 방안, 즉 각론에 있어서는 명확한 이견이 드러나고 있다.²⁹⁾

우선 의료서비스에 경쟁 지향성을 강화시켜야 한다는 쪽에서는 자본참여를 통해 고용창출, GDP 향상, 인당 생산성 증가 등 경제적 효과를 기대할 수 있다고 주장하고 있다. 이러한 주장에 반대하여 경쟁 강화가 가격을 낮추고 질을 높이는 효과가 의료서비스 영역에서 발생할 가능성은 낮으며, 외국의 사례에서도 이러한 특징을 확인할 수 있다고 주장하면서 의료기관의 공익성 강화 정책을 우선적으로 추진하여야 한다고 주장하고 있다.³⁰⁾

의료기관에 대한 금융시장 및 자금조달 활성화는 의료제공체계 발전에 양면의 칼과 같다고 볼 수 있다. 부정적인 측면으로는 의료기관에 대한

29) 한국개발연구원·한국보건산업진흥원(2009). 투자개방형 의료법인 도입 필요성 연구.

30) 김진현(2014). 보건의료산업 활성화 정책의 쟁점에 관한 논의: 보건의료산업 활성화 정책의 반대 2014년 한국보건경제정책학회 추계학술대회.

금융조달 방식의 다양화는 의료기관의 금융시장의 생리인 경제적 이익 추구를 하게끔 서비스 제공체계를 개편하게 되고, 금융조달의 다양화 제도의 혜택을 받는 의료기관과 그렇지 않는 의료기관과의 양극화를 초래하여, 의료제공체계의 공공성을 훼손할 수 있다는 점이 비판적 지적의 핵심이라고 볼 수 있다.

그러나 현재 우리나라 사회에서 금융시장과 유리되어 제조 및 서비스 산업이 발전될 수 없다. 의료기관이 적절하게 금융시장의 이용하게 된다면 자본 조달이 현재보다 용이하게 될 뿐 아니라, 의료기관의 경영을 좀 더 투명하고 공개적으로 할 수 있는 간접적인 기전이 될 수도 있다. 물론 서브프라임 모기지 사태 등과 같이 과도하게 금융시장에 의존하게 되는 경우에 실물 시장에 큰 위협이 될 수 있지만, 규제 산업인 의료기관의 경우 정부의 의료기관에 관한 정책으로 금융시장에 과도하게 의존하지 않도록 하는 정책적 수단을 개발하고 집행할 수 있다. 따라서 의료기관 자금 조달 방식의 다양화의 긍정적인 측면을 개발하고 부정적인 측면을 최소화하기 위한 정책 개발이 요구된다. 이를 위해서 다음과 같은 조치가 이루어지는 것이 필요하다.

첫째, 의료기관의 자금조달 및 소유권 변동 등에 대한 실태 조사가 필요하다. 의료기관의 자금 필요도와 자금 조달과의 미스 매치(mismatch)가 발생하는지, 발생한다면 어느 정도 인지에 관해 알려진 바가 많지 않다. 실제 의료기관의 자금 조달 곤란도가 주로 병원 운영이 어려운 의료기관에 집중된 문제이며, 병원 운영이 양호하며 성장 발전을 위한 자금 조달이 부족한 기관에게는 별 문제가 아니라면 자금 조달 방법의 다양화는 시급한 문제가 아니거나, 제도 도입 후 제도의 활용도가 떨어질 수 있기 때문이다. 병원 운영이 어려운 기관의 자금 문제는 조달의 문제라기보다는 구조조정의 문제라는 관점에서 해결해야 할 것이다.

따라서 병원의 실제 자금조달 상황을 2차 자료나 몇 개 병원의 일화(anecdote)가 아닌 구체적이고 심층적인 조사가 필요하다. 또한 병원간의 통합, 소유권 변동에 대한 사례 수집을 통해 통합·소유권 변동의 목적, 과정, 효과 등에 대한 조사도 이루어져야 할 것이다.³¹⁾

둘째, 의료기관의 자본조달 활성화가 의료기관 정책의 궁극적 목적에 부할 수 있도록 정책을 마련해야 할 것이다. 국민들에게 적절한 의료비로 의료서비스를 이용할 수 있도록 하여 국민들의 건강수준 향상에 기여해야 한다는 관점 하에서 의료기관 정책이 운영되어야 할 것이다. 우리나라 뿐만 아니라 미국, 일본의 경우에도 의료기관에 대한 정책의 보건의당국과 경제당국 간의 정치적 과정(political process)적인 성격을 지니고 있다는 점도 동시에 고려해야 한다.

이러한 상황을 고려할 때 의료기관의 자금 조달 활성화 정책을 의료기관의 공적 지배와 의료기관의 사회적 책임을 위한 정책을 개발하는 데 레버리지로 활용하는 방식을 고려할 수 있다. 예를 들어 경쟁력 없는 중소병원의 통합과 구조조정을 위해서는 비영리 중소병원 설립자의 재산권 문제를 어떻게 해결하느냐는 과제가 발생한다. 법적으로는 비영리 중소병원이 해산하면 재산은 국가 및 지방자치단체에 귀속되어, 설립자의 재산권은 인정할 수가 없다. 중소병원의 구조 조정을 위해서는 이에 대한 비영리병원 설립자의 재산권을 일정 수준 인정해 주는 별도 정책이 필요한데 이 제도는 경제당국의 관할권을 가지고 있는 정책 영역이다. 경제당국이 의료서비스에 요구하는 경쟁력 강화 정책을 일정 부문 인정하면서 이 인정을 동시에 의료기관의 구조 조정을 용이하기 위한 제도를 동시

31) 이와 관련하여 일본 정부의 사례는 참고할 만하다. 일본 후생노동성은 의료시설 경영안정화 추진사업을 2000년대 초반부터 실시하고 있으며, 의료기관에 대한 각종 조사, 경영개선 핸드북 작성 및 보급 등을 지속적으로 펼치고 있다. 관련 사이트: <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyuu/igyoukeiei/anteika.html>

에 도입하도록 하는 지렛대로 삼을 수 있다면 사회적으로 필요한 의료기관 구조 조정을 할 수 있을 것이다. 이러한 레버리지로 투자개방형 의료기관 제도와 공공 의료기관 확대 및 지원 확대 정책 연계도 시도해 볼 수 있을 것이다. 의료기관의 통합 등에 필요한 자금 소요를 지역의료재생기금에서 용자해주고 있는³²⁾ 제도를 운영하기 위해서도 자금이 필요한데 이는 경제 당국과의 정책 공조가 필요하다.

셋째, 병원 정책에 대한 장기 로드맵을 설정할 필요가 있다. 현재까지의 병원 정책은 공적 병원 운영을 위한 정책과 경쟁 지향 정책이 혼재되어 운용되고 있다. 미래 시대를 위한 병상, 의료공급체계, 전달체계 등에 대한 병원 정책에 대한 장기 플랜을 만들고 이를 추구하기 위한 수단으로 경쟁 정책과 공적 운영 정책을 믹스할 수 있어야 할 것이다.

2. 자법인 설립 허용

우리나라의 경우 현재 의료기관 개설 주체를 자연인인 의사와 비영리기관으로 제한하고, 비영리기관인 의료법인이 상업적 목적으로 설립된 자회사에 투자하여 수익사업에 참여하는 것을 상속세 및 증여세법과 의료법 및 의료법 시행령에서 제한하고 있다.

그러나 최근 의료서비스산업의 투자활성화 방안에서 1) 의료법인의 부대사업 범위를 확대하고, 2) 일정 조건을 갖춘 법인에 한해 세법에서 정한 주식취득 제한 규정을 복지부의 승인을 받아 확대가능하게 함으로써 자회사의 설립을 허용하고, 3) 자회사에 투자하여 발생한 수익금을 모법인인 의료법인에 환류하도록 허용하고 있다.

32) 아이ટેック株式会社. (2012). 「近年行われた病院の合併・再編成等に係る調査研究」報告書: 厚生労働省 委託研究.

이와 관련하여 주요국의 비영리의료기관의 자회사설립 관련 규정을 검토해 본 결과, 미국 비영리법인 의료기관은 자회사를 설립하여 법인세를 납부하고, 세후 이익금을 모법인에게 배당하는 방식으로 목적사업 이외의 사업을 영위하고 있다. 그리고 일본의 비영리의료법인은 원칙적으로 우리나라와 같이 부대사업이외에 수익사업을 영위할 수 없으나, 사회의료법인제도를 창설하여 의료법인의 수익사업을 인정하고 있다. 프랑스 비영리법인은 자동적으로 공공이익참여병원(ESPIC)이 되고 법에서 정한 공공의료서비스 중 일부를 수행하여야 한다. 비영리법인의 수익사업과 관련하여서는 비영리단체법에서 '이익이 발생하지 않는 활동을 영위하여야 한다'고 규정하고 있으나 구체적인 감독 기능은 지방보건청에 담당하고 있다.

의료법인의 자회사 설립을 허용하는 것에 대해 우려하는 입장에서는 의료법인의 자회사 설립이 의료법 시행령에서 정한 영리행위 추구 금지의 원칙에 위배될 소지가 있다고 주장하였다. 사회적 논란을 고려할 때, 일본식 "사회의료법인제도"와 같은 새로운 형태의 의료법인제도 도입 방안을 고려할 필요가 있다. 일본식 사회의료법인은 공공의료서비스 제공을 의무화하는 대신 수익사업을 인정하고, 사회의료법인 채권발행도 인정하고 있어 공공성 확보와 함께 의료법인의 건강한 성장 및 생태계 조성을 동시에 달성할 수 있을 것으로 보인다. 부족한 공공의료를 확충하는 방안으로서도 고려해 볼 수 있는 방안이다.

의료법인의 부대사업목적 자회사 설립 허용과 관련하여 일각에서는 모법인의 자산유출 가능성 및 자법인의 수익을 모법인에 배당하지 않고, 임원 인건비 등으로 유용하는 등 자회사가 의료법인 지배일가의 사익추구 수단으로 전락할 가능성이 지적되고 있다. 이에 대하여 정부는 자법인 남용방지 장치로 모법인 순자산의 일정비율(예 : 30%)까지만 자법인 출자

를 허용하거나, 부당 내부거래 제한, 회계 및 지배관계 기준 명확화, 자법인 채무에 대한 모법인 보증금지, 이사의 겸직금지 등 여러 가지 대안을 제시하였다.³³⁾ 즉, 현재 자법인 설립의 허가권이 주무부장관(보건복지부)에게 있기 때문에 제도 남용가능성을 사전에 예방할 수 있는 방향으로 의료법인의 정관을 변경하도록 하거나, 상속세법 제48조 제2항에 따라 자회사 설립에 필요한 주무부장관의 승인을 위해 복지부에서 정한 가이드라인을 지키도록 하는 방법 등을 생각해 볼 수 있다. 보건복지부는 2014년 6월 부대사업 목적 자법인 설립 허가요건을 성실공익법인인 의료법인으로 제한하고, 복지부 장관의 허가를 얻기 위한 다양한 세부 규정을 “부대사업 목적 자법인 설립운영에 관한 가이드라인”을 통해 제시하였다.

33) 관계부처 합동, 4차 투자활성화 대책 요약(2013. 12.13.), pp.18



제3장

원격의료 현안과 대응방안

제1절 서론

제2절 원격의료 추진 현황

제3절 해외 사례

제4절 원격의료의 임상적 효용성 및 경제성 연구

제5절 정책방향

3

원격의료 현안과 대응방안 <<

제1절 서론

정보통신 기술이 보건의료분야에서 활용될 경우 향후 전통적인 의료모델에 큰 변화가 일어날 것으로 예상된다. ICT기술이 의료, 헬스케어에 적용되어 제공되는 서비스를 분류함에 있어 우리나라에서는 원격의료, 원격진료, U-Health, E-Health 등 다양한 용어 정의가 있어 왔다. 그러나 이러한 개념 분류가 학계, 연구계에서 합의된 개념은 아니며, 일반적으로 원격의료(telemedicine)는 원격진료를 포함하여 원격으로 의료행위를 제공하는 것을 의미하고, telehealth, e-health, U-Health는 원격의료 뿐만 아니라 원격건강관리서비스 등이 포함된 보다 포괄적인 개념으로 이해할 수 있겠다.

현행 의료법에는 의료행위에 대한 정의가 없지만 대법원 판례에 따르면 “의료행위는 의학적 전문지식을 기초로 하는 경험과 기능으로 진찰, 검안, 처방, 투약 또는 외과적 시술을 시행하여 하는 질병의 예방 또는 치료행위 및 그 밖에 의료인이 행하지 아니하면 보건위생상 위해가 생길 우려가 있는 행위”(대법원 2009.10.15. 선고 2006도6870 판결)로 보고 있다. 따라서 원격医료를 의료인이 행하지 아니하면 보건위생상 위해가 생길 우려가 있는 행위를 정보통신 기기 등을 이용하여 원격으로 제공하는 것을 의미한다고 할 수 있다. 현행 의료법에서는 원격医료를 “컴퓨터, 화상통신 등 정보통신 기술을 활용하여 먼 곳에 있는 의료인(의사, 치과의사, 한의사)에게 의료지식이나 기술을 지원하는” 것으로 정의하고 있다.

2013년 12월 입법예고된 의료법 개정안에서는 “컴퓨터·화상통신 등 정보통신기술을 활용하여 먼 곳에 있는 의료인에게 의료지식이나 기술 지원 또는 환자에게 건강 또는 질병에 대한 지속적 관찰, 상담·교육, 진단 및 처방 등을 제공하는” 것으로 원격의료의 대상자를 의료인이 아닌 의료서비스를 필요로 하는 환자로 확대하였다.

관련된 용어의 정의를 더 살펴보면, 먼저 세계의사회는 원격의료(telemedicine)를 원격지원, 원격감시, 원격상담, 의사와 의사 사이의 상호관계로 구분하여 정의하고 있으며, WHO는 원격의료(telemedicine)를 “정보통신기술을 이용한 질병과 부상의 치료를 위한 정보 교환, 지역 사회 뿐 아니라 개인의 건강증진을 위한 보건의료 서비스를 제공하는 것”이라고 정의하고 있다(WHO 2010, P.9). 미국의사회(AMA, 2014, P.1)에서는 원격医료를 세가지 기술 카테고리-“store and forward telemedicine”, “remote monitoring”, “real-time interactive telemedicine”-로 나누어 설명하고 있다. 저장 후 전송(store and forward) 방식은 주로 원격판독 등을 위해 medical image나 bio signal을 전송하는 것이 이에 해당한다. 원격모니터링(remote monitoring)은 여러 가지 기기들을 사용하여 원격지 의사가 만성질환, 심장질환, 천식 질환환자를 모니터링 하는 방식이 이에 해당한다. 마지막으로 실시간 대화형(real-time interactive)은 대면진료방식에서와 같이 환자를 실시간으로 접촉하여 진단, 상담, 치료, 교육, 관리하는 방식이다. 미국의사회의 분류방식은 원격의료의 기술이 변화하면서 원격의료의 개념자체도 변화한다는 점에서 일견 타당성이 있어 보인다.

강성욱 등 (2007, P.1)³⁴⁾은 U-health를 “정보통신기술을 의료산업에

34) 강성욱, 김재운 (2007), 유헬스(U-health)의 경제적 효과와 성장전략, issue paper, 삼성경제연구소

접목하여 언제 어디서나 이용 가능한 건강관리 및 의료서비스를 지칭“한다고 정의하고, 주요 사업군을 U-hospital, U-healthcare, U-wellness으로 분류하였다. U-hospital은 의료기관에서의 업무의 효율화를 위해 의료기관에서 정보를 디지털화, 전자화하여 활용하는 것을 말한다. 그 예로는 병원 내부업무의 전산화(OCS, EMR, PACS 등) 및 의료기관간 정보교류와 같은 서비스가 될 것이다. U-healthcare는 노인이나 만성질환자 등 지속적 질병관리가 필요한 대상자를 위한 서비스를 지칭한다. U-wellness는 질병의 치료보다는 건강의 유지 및 향상을 위해 제공되는 서비스로 운동량, 칼로리섭취량, 스트레스 등을 모바일 기기 등을 이용하여 관리하는 것을 말한다.

송태민 등(2011)은 U-healthcare를 “정보통신기술을 의료산업에 접목함으로써 질병의 예방, 진단, 치료, 사후관리뿐만 아니라 건강관리 등을 언제어디서나 제공하는 것”으로 정의하고 있다.

본 연구에서는 원격의료를 이윤태 등(2008)에서 세분한 바와 같이 원격진료를 포함하여 원격자문, 원격판독, 원격상담, 원격모니터링, 원격재활 등을 포함하는 개념으로 정의하였다. 이는 개정발의된 의료법에서 정의하는 원격의료의 개념과 일관성을 유지하는 개념으로 원격지에 반드시 의료인이 위치해 있어야 한다는 점에서 e-health 또는 U-health와 차별화 된다.

〈표 3-1〉 원격의료 유형

원격의료유형	설명
원격자문 (의사간)	-특별히 전문성을 인정받은 의사를 통해 환자 곁에 있는 의사가 전문적인 의학적 자문(소견)을 구하거나 협진을 하는 형태 서비스, 현지의사가 현지 환자의 1차 진료시 전문의 소견이 필요하다고 판단되면, 원격지에 있는 전문의의 원격자문을 요청하여 전문의의 소견을 바탕으로 환자를 진단하고 서비스 하는 형태

94 의료서비스산업 선진화를 위한 현안과 대응방안

원격의료유형	설명
원격판독 (방사선, 병리)	-현지 병의원의 병리판독을 원격지의 병리전문의가 판독하여 회신하는 시스템 -전세계적으로 활성화되어있으며, 원격지의 의사와 상의하여 현지의 의사나 기사가 현미경을 조정하는 방식 (구형), 원격지 의사가 현지의 슬라이드를 원격조정하는 방식, 슬라이드스캐너를 이용하여 슬라이드 전체를 200배로 스캔하여 압축 후 원격지 의사에게 전송하는 방식 등이 혼용됨.
원격진료 (처방포함)	-의사와 환자간 원격진료시스템(원격화상, 원격통신)등을 이용하여 환자를 진료하고, 처방전을 발급하며, 의사의 지시에 따른 진단 및 처치 행위를 수행함. 도서 및 산간 지역 등 의료접근성이 떨어지는 지역에서 서비스 만족도와 효과가 높음.
원격상담 (의료인-환자의 대화기반)	-의사와 환자사이 건강관리 데이터를 중심으로 대화 기반 상담을 진행하며 이를 통해 특정 질환 및 건강 상태에 대한 의학적 상담이 가능하도록 지원하는 서비스-의사와 연결되어 있다는 느낌이 환자에게 안도감을 부여하고, 직접 대면하여 이야기하기 어려운 내용의 의학적 상담을 부담 없이 수행가능
원격모니터링 (장비기반)	-의사가 특정한 환자의 측정 장비에서 수집된 정보를 판단, 분석하여 주기적으로 환자의 상태를 모니터링하고 의학적 소견을 전달하는 서비스 -특히 부착형 장비를 환자 신체에 부착하여 주기적으로 생체 신호를 전송하며 이를 바탕으로 의사가 모니터링 및 사후 조치를 수행함.
원격재활	-급성심장질환이나 중풍 등으로 장기 입원 후 퇴원 시, 가정에서 장기적 재활 훈련이 필요한데, 원격유무선 모니터링 및 원격재활 장비, 교육 콘텐츠를 이용하여 환자의 재활을 체계적으로 관리하고 교육함으로써 환자의 재활을 지원하는 서비스 -거동이 불편한 재활의학 대상 환자의 특성을 고려하여 환자의 이동을 최소화 하며, 주기적으로 재활 훈련의 대상을 가정에서 진행할 수 있도록 지원하는 원격지 재활 지원 서비스
원격케어로봇	-원격지에 설치된 원격케어로봇을 의사가 조정하여 원격지 환자를 대상으로 특정한 의료 행위를 수행하는 서비스. 원격케어로봇은 이동형 또는 고정형 모두 포함 -이동기능을 이용하여 특정 환자의 병실을 찾아가서 주치의와 원격상담을 수행할 수 있는 원격회진서비스
원격복약관리	-장기적으로 약물 투약이 꾸준히 필요한 환자를 대상으로 병원의 설치된 정보통신기에 복약 기록을 입력하여 저장된 정보를 원격지 담당 의사가 주기적으로 모니터링하는 서비스 -만성질환자, 노인환자의 경우 투약되는 약의 종류가 많고 복잡하여, 이를 적절한 시간에 복용방법대로 복용하기가 매우 어려움. 스마트 약통 등 투여될 약만 일정시간에 나와서 복용하기 쉽도록 하는 서비스 등. 약이 떨어지면 약물 refill을 스스로 요청 -복약 유무에 따른 건강관리를 지속적으로 관리하여 원격지 환자의 안정성을 확보할 수 있음.
원격정신건강 관리	-정신, 심리적 문제가 있는 현지 환자를 대상으로 원격화상진료시스템을 이용하여 치료 기관과 연계하여 정신과 전문의와 심리전문가가 상담함으로써, 정신과적 질환의 예방효과와 발견, 위기 중재, 지속적 관리를 수행
원격응급의료	-구급운송 수단에 비치된 환자감시 장치로부터 획득된 환자 정보를 응급 의료센터로 무선 전송하면, 센터에서 수신된 정보를 원격지에서 모니터링 하면서 구급차의 구급요원에게 적절한 의료지도 및 이송병원 결정에 도움을 주는 방식의 서비스 모델

원격의료유형	설명
방문간호 원격지원	<ul style="list-style-type: none"> -방문간호사가 대상 환자 자택을 방문하여 수행하는 평가 및 처치의 전 과정에서 발생한 임상정보를 수집하여 중앙으로 전송 -방문간호사 및 환자에게 간호에 필요한 교육 콘텐츠 제공 -환자로부터 지속적으로 발생하는 생체정보를 수집하고, 요약하여 의료진에게 전달 -의미 있는 생체신호를 파악하여 환자와 담당 의료진에게 능동적으로 대처 -필요시 환자의 자택에서 원격지 관리의사와 연결하여 원격 화상진료 수행을 보조
만성질환관리 (고혈압, 당뇨 등)	<ul style="list-style-type: none"> -만성질환을 가진 환자의 상태를 장기적이고 종합적으로 지원하는 재택관리 서비스 -만성질환 관리에 필요한 생체정보(혈압, 맥박, 혈당, 체질량지수 등)를 가정 내에서 지속적으로 측정하고, 측정결과는 자동적으로 수집되어 통합 관리됨. 측정값을 바탕으로 환자의 만성질환을 종합적으로 평가하여 지속적인 관리를 함으로써 만성질환의 효과적인 관리를 지원하는 서비스
생활습관 패턴관리 (비만, 운동, 영양관리)	<ul style="list-style-type: none"> -병원이나 요양기관, 가정의 사용자(고령자 및 환자)가 인식하지 않는 상태에서 사용자의 건강상태(체중, 맥박, 체온분포, 압력분포) 및 생활패턴(및 취침 패턴)을 검출/분석하여 사용자의 건강상태에 따라 차별적인 안락함을 제공하는 서비스
출산육아관리 (아동포함)	<ul style="list-style-type: none"> -임신, 산전진단, 출산, 출산 후 관리 및 육아와 관련된 전반적인 관리 및 교육, 상담 서비스를 지원하는 서비스 -산전원격관리, 태아원격검진 서비스 -고위험 임신 태아 원격감시 (원격태아심음감시, 원격자궁수축감시)
심혈관질환 관리	<ul style="list-style-type: none"> -급만성 심장질환의 진단, 처치 및 관리의 전과정을 포괄하는 유무선 통합서비스 -심장질환 탐지 및 예측: 심질환 환자에 대하여 ECG, 맥박, 혈압, 체중 변화 등의 신호를 지속적으로 관찰하여 심장질환을 발병 및 악화유무를 탐지하고 예측. -심장수술 후 퇴원한 환자의 심장관련 생체신호를 지속적으로 감시하여 이상 유무를 조기에 감지 및 조치. 환자의 심적불안감을 해소. 불필요한 응급실 방문 최소화 유도
호흡기질환 관리	<ul style="list-style-type: none"> -만성폐쇄성폐질환(COPD), 천식 등 만성적이고 평상시 적절한 관리가 중요한 호흡기 질환을 대상으로 가정용 호흡기능검사기계를 이용하여 환자의 상태를 지속적으로 관리하고 질병 악화시 조기에 개입하여 초기에 적절한 의료서비스를 제공하기 위한 유무선 통합 질병관리 서비스
치매관리	<ul style="list-style-type: none"> -치매환자의 조기 발견 및 치료와 관리 전반에 대한 통합서비스 -휴대형 양방향 통신 치매환자 보조장치(스마트 시계) 및 위치파악 서비스 -치매에 따른 인지장애 및 정신행동증상을 완화하고 보조하기 위한 서비스: 지속적인 기억력 저하로 인하여 물건 둔 곳, 약 먹는 시간, 약속 시간 등을 기억하는데 어려움이 있는 환자를 보조하기 위한 휴대형 알림서비스
건강관리 교육지도	<ul style="list-style-type: none"> -의료소비자가 의료서비스를 이용하는데 있어서 합리적인 의사결정을 내릴 수 있도록 과학적이고 시의적절한 의료정보를 사용자가 이해하기 쉽도록 가공하여 제공하는 서비스 -의료인을 대상으로 하는 전문 교육 콘텐츠 제공 서비스: 각종 전문학술 단체에서 주관하는 월례집담회, 보수교육 등을 유무선 온라인을 통하여 제공하고 평가

원격의료유형	설명
거동 부자유자 지원	-거동이 불편한 노약자에 대하여 생활편의, 질병관리에 관련된 여러 행위를 보조하는 서비스 -다양한 센서와 이동통신 기기를 이용하여 거동부자유자의 건강, 행동관리 및 위급상황을 관리하는 서비스
예측맞춤형 의료	-대상자의 유전적 특질, 가족력, 생활패턴, 생체정보를 종합적으로 판단하여 질병의 진단, 치료, 관리를 개인별 특성에 맞추어 수행하는 서비스 -복잡질병의 범유전체 연관성연구의 자료분석기술: 다양한 유전과 환경의 결과로 야기되는 복잡질병의 유전적 영향을 범유전체 수준에서 규명하기 위한 분석방법을 개발하고 이로부터 추정된 유전효과를 이용하여 복잡형질의 예측지표를 개발할 수 있는 기반을 만들.

자료: 이운태 외. (2008). u-Healthcare 활성화 중장기 종합계획 수립. 한국보건산업진흥원. p.205-208.

제2절 원격의료 추진 현황

1. 정책 변화

우리나라 원격의료의 추진 연혁은 2002년 3월 의료법 개정을 통해 당시 의료법 제 30조에 원격의료 규정을 삽입하면서부터 시작되었다. 우리나라의 원격의료 관련 법규는 현행 의료법 제34조(원격의료)와 의료법 시행규칙 제29조(원격의료의 시설 및 장비)가 있다.

〈표 3-2〉 우리나라 원격의료 관련 법규

의료법 ¹⁾
<p>제34조(원격의료)</p> <p>① 의료인(의료업에 종사하는 의사·치과의사·한의사만 해당한다)은 제33조제1항에도 불구하고 컴퓨터·화상통신 등 정보통신기술을 활용하여 먼 곳에 있는 의료인에게 의료지식이나 기술을 지원하는 원격의료(이하 "원격의료"라 한다)를 할 수 있다.</p> <p>② 원격医료를 행하거나 받으려는 자는 보건복지부령으로 정하는 시설과 장비를 갖추어야 한다. <개정 2008.2.29., 2010.1.18></p>

- ③ 원격의료를 하는 자(이하 "원격지의사"라 한다)는 환자를 직접 대면하여 진료하는 경우와 같은 책임을 진다.
- ④ 원격지의사의 원격의료에 따라 의료행위를 한 의료인이 의사·치과의사 또는 한의사(이하 "현지의사"라 한다)인 경우에는 그 의료행위에 대하여 원격지의사의 과실을 인정할 만한 명백한 근거가 없으면 환자에 대한 책임은 제3항에도 불구하고 현지의사에게 있는 것으로 본다.

의료법 시행규칙²⁾

제29조(원격의료의 시설 및 장비) 법 제34조 제2항에 따라 원격의료를 행하거나 받으려는 자가 갖추어야 할 시설과 장비는 다음 각 호와 같다.

1. 원격진료실
2. 데이터 및 화상을 전송·수신할 수 있는 단말기, 서버, 정보통신망 등의 장비

자료: 1) 법제처 국가법령정보센터.(2014.09.23.), 의료법 제34조.

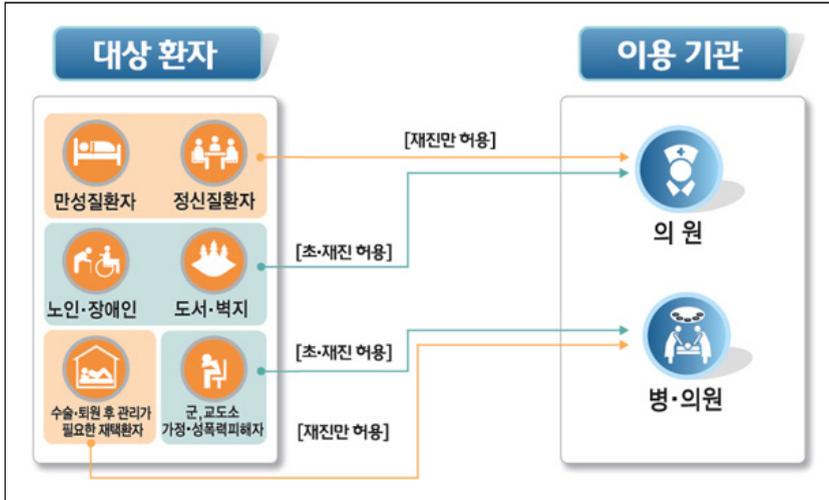
<http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=112763&efYd=20140101#0000>. 출력

2) 법제처 국가법령정보센터.(2014.09.23.), 의료법 시행규칙.

<http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=159664&efYd=20140919#0000>. 출력

2008년에는 U-healthcare 활성화를 위한 법률(안)이 제출되어 U-healthcare 정의, 종합계획, 의료취약지역 지원 근거를 마련하였으나 법안 상정은 이루어지지 않았다. 이후 2013년 12월 의사-환자간 원격의료를 허용하는 것을 골자로 하는 의료법 일부개정안(정부제출)이 국회계류중이다. 의사-환자간 원격의료 추진 계획의 내용을 보면, 원격의료 대상 환자는 의학적 위험성이 낮은 재진환자, 상시적인 질병관리가 필요한 환자, 의료 접근성이 떨어지는 환자이다. 원격의료 이용기관은 동네 병·의원으로, 대면진료를 대체하는 형태의 원격의료가 아닌 대면진료를 받고 있는 환자를 대상으로 고가의 장비 없이도 가능한 가벼운 질환을 대상으로 원격의료를 허용할 계획이다.

[그림 3-1] 원격의료 허용 기관 및 대상 환자



자료: 보건복지부. (2014.09.25.). 원격의료 허용 기관 및 대상 환자. http://www.mw.go.kr/upload/content_data/2013/medical_treatment_01.html. 출력

2013년 11월에는 의사-환자간 원격의료 도입 관련 의료법 일부개정 법률안 입법예고를 발표하였으며, 한달 뒤인 12월에는 의료계와 시민단체가 제안한 의견을 반영하여 개정안을 수정하였다. 추후 정부는 입법 추진과 함께 건강보험 수가, 책임소재 등 원격의료 시행에 필요한 부분을 구체적으로 검토할 계획이라고 밝혔다.

<표 3-3> 입법예고안 및 수정안 비교

구분	입법예고안	수정안
① 원격의료 전문기관 제한	규정 없음	원격의료만 행하는 의료기관으로 운영금지, 위반시 형사벌칙
② 대면진료 원칙	규정 없음	같은 환자에 대한 원격 진단·처방시 주기적인 대면진료 필요

구분	입법예고안	수정안
③ 초진제한	규정 없음	▶원격 진단·처방은 경증질환에 한정 ▶노인, 장애인은 대면진료로 건강상태를 잘 아는 의사
④ 이용 대상자	▶만성질환자 및 정신질환자 ▶도시 벽지 주민 ▶가정폭력, 성폭력 피해자 ▶군, 교도소 ▶수술, 퇴원 후 질병 상태 경과 관찰이 필요한 재택환자	▶(좌동) ▶수술·퇴원 후 신체에 부착된 의료가기 작동 상태 점검 및 육상관찰 등 지속적인 관리가 필요한 환자
⑤ 시범사업 및 시행시기	▶시범사업 근거 없음 ▶공포 후 1년 후 시행	▶시범사업 근거 규정 ▶공포 후 1년 6개월 후 시행

자료: 보건복지부. (2014.09.25.). 입법예고안 및 수정안 비교. http://www.mw.go.kr/front_new/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=294526. 출력

2. 원격의료 시범사업

원격의료 시범사업은 현재 까지 약 40여개가 넘는 사업들이 추진되어 왔다. 1988년 서울대병원과 연천보건소의 원격영상진단 시범사업을 시작으로 원격의료 시범사업이 시작되었으며, 시범사업 초기에는 전송속도 등 기술적문제 등이 일부 있었으나, 이후 40여개가 넘는 시범사업을 추진하였다.

〈표 3-4〉 원격의료 시범사업 현황

연도	지역	수행기관	내용
1988	경기 강원 경북	3개 대학병원(서울대병원, 춘천한림대병원, 경북대병원), 3개 보건의료원(연천/화천/울진 보건의료원)	◇ 원격영상진단 시범사업 - 우리나라 u-health 시범사업의 시작으로 볼 수 있으며, 대학병원과 3개 보건의료원간 원격의료시범사업이 실시
1996	서울	서울대 병원 치매센터	◇ 원격 치매진료 시범사업 - T1급 전용회선을 연결하여 치매환자 대상으로 상담, 재활교육 및 치매 전문인력양성 교육 등 실시

100 의료서비스산업 선진화를 위한 현안과 대응방안

연도	지역	수행기관	내용
2002	서울	연세세브란스 병원	◇ 상암동 주경기장과 연세 세브란스 응급진료센터와 화상을 통한 원격진료 실시 - 연세 세브란스병원이 한국통신과 정보통신부에서 지원 개발한 HMRET(high quality multimedia real time emergency telemedicine)을 활용
2003	서울	강남구 보건소	◇ 강남구 원격 영상진료 사업
2003	강원	강원도청, 한림대학교 원격관리 센터	◇ 강원도 만성질환 원격관리 시스템 사업
2004	전남	전남대병원, 전남곡성군	◇ 농촌지역 원격진료시스템 구축 - 원격화상진료시스템, 원격진료 DB 설계 및 개발, 원격 화상진료시스템 시범지역운영
2005	서울	노원구 보건소	◇ 노원구보건소 tele-PACS사업
2005	경기	의무사령부 6사단 의무대	◇ 군 원격진료시스템 구축 - 원격지 의사가 원격진료(혈압, 체온, 맥박, 혈당, 심전도 등)시범사업 실시
2005	경기	가천의대길병원	◇ 성남시 원격진료 사업
2005	경기	안양교도소	◇ 안양시 교도소 재소자 원격의료사업
2005	경기	수원시	◇ 수원시 u-지킴이 서비스 시범사업 - 독거노인 또는 치매노인은 지급된 시계를 통해 전달되는 맥박, 혈압 등을 담당 간호사나 병원 측이 수시로 체크함.
2005	안산	단원보건소	◇ 단원구보건소 원격영상진료 사업
2005	충북	충주의료원	◇ 충주의료원 원격진료 사업
2005	부산	동아대학교	◇ 동아대 항해 선박 원격진료사업
2006	서울	성북구 보건소	◇ 성북구보건소 유헬스케어 사업
2006	부산	부산시청, 강서보건소	◇ 부산시 u헬스 사업
2006	전남	행정안전부, 전남 신안군	◇ 도서지역 원격 u-Healthcare 시스템 구축 - 도서지역 주민 대상의 원격진료(혈압, 체온, 맥박, 혈당, 심전도 등) 서비스 제공
2006	전남	완도군 보건의료원, 조선대병원	◇ 전남 완도군 희망의 e-doctor 시스템 구축 사업
2006	전남	농림부, 한국농림수산정보센터, 고흥군 보건소, 화순전남대병원	◇ 전남 고흥군 원격화상진료 사업
2006	부산 대구	부산/대구 보건소, 요양시설	◇ 부산/대구 보건소, 요양시설 중심의 원격의료 서비스 - 부산광역시와 대구광역시의 보건소 및 요양시설 이용자 대상의 원격의료, 건강관리, 방문간호 등의 u-Health 서비스를 제공

연도	지역	수행기관	내용
2006	울릉도 독도 등 도서 지역	경찰병원, 대구의료원	◇ 도서지역 원격의료 서비스 - 독도경비대 ↔ 울릉군 의료원 ↔ 대구의료원간 원격협진 서비스도 추진
2006	대구	계명대학교 동산의료원	◇ 계명대 u헬스 모니터링 사업
2006		고려대학교 미래도시 유헬스사업단(서울시 산학연협력사업팀)	◇ 남극 세종기지 유헬스케어 사업
2007	서울	구로구 보건소	◇ 구로구 유헬스케어시스템을 이용한 만성질환관리 사업
2007	경기		◇ 산업장 근로자 대상 원격의료 서비스 - 건강관리, 방문간호 포함
2007	충남		◇ 병원선, 진료차량을 활용한 원격의료 서비스 - 건강관리, 방문간호 포함 ◇ 식생활, 운동량 관리 등 주민 건강을 위한 생활습관 관리 서비스
2007	경남	마산시청	◇ 독거노인 u-Care 시스템 구축사업 - 출입활동 감지 센서 등을 활용한 안전관리 서비스
2007	부산		◇ 방문간호 업무 프로세스 개선 등 u-방문간호 서비스 - 건강관리, 방문간호 포함
2007	부산		◇ 이동형 원격의료장비를 활용한 응급의료 서비스
2007	전남	신안군청, 목포중앙병원	◇ 전남 신안군 원격의료서비스
2007	충북	증평군청	◇ 충북 증평군 독거노인 원격관리 사업
2007		고려대 유헬스케어사업단	◇ 남극세종기지대원 유헬스케어 사업
2008	경기	성남시청	◇ 성남시 독거노인 u-Care시스템 시범사업
2008	충남	부여군청	◇ 충남 부여군 독거노인 u-Care시스템 시범사업
2008	충남	충남도청, 순천향대병원	◇ 충남 보령시, 청양군 원격영상진료시스템 사업
2008	충남	아산시 보건소	◇ 충남 아산시 U-맞춤형 건강프로젝트
2008	경북 충남 강원	행안부, 복지부, NIA, 강원/KT 컨소시엄, 경북/인성정보컨소시엄, 충남/SK텔레콤컨소시엄	◇ USN기반 원격건강모니터링 - 공공보건기관과 민간의료기관을 연계함. - 현장 중심의 업무효율성 증대를 위한 u-방문간호, 심의사 ↔ 환자 간 원격진료, 재택 건강관리, 의약품 택배 등이 포함됨.
2009	강원	동인병원, 보건진료소	◇ 강릉시 원격 의료서비스 시스템 구축
2009	제주	제주소방본부	◇ 제주 원격 화상시스템(응급의료) 구축
2009	서울	마포구 보건소	◇ 마포구 U-헬스 마을건강센터
2009	경북	영양군 보건소, 안동의료원, 영남대병원	◇ 영양군 원격의료서비스('09)

연도	지역	수행기관	내용
2010	서울 대구	서울과 대구의 6개 대학병원	◇ 스마트케어서비스 시범사업(본문내용 있음) - 스마트폰을 이용하여 건강상태를 모니터링하고 환 자들에게 지속적으로 건강관리를 지원함.
2010	충남	서산시청	◇ 충남 서산시 원격 건강모니터링시스템
2010	지자 체	지자체 헬스맥스	◇ u-Health 대사증후군 관리서비스

자료: 1) 이준영. (2008). 국내 u-Health 시범사업 추진현황 및 시사점. 정보통신정책, 20(21): 25-44.
2) 한국u헬스협회. (2013). 의사-환자간 원격진료 도입 현황, p.3-4.

가. 만성질환 원격관리 시스템

〈표 3-5〉 만성질환 원격의료 시범사업 현황

연도	서비스 유형	지역	대상	수가	내용
2003	의사-의사	강원	고혈압, 당뇨병 환자 (초진환자 제외)	무상	원격지의사에게 진료소견서를 받아 현지 보건진료원에서 환자를 진료함.

강원도는 2003년부터 농어촌지역의 보건의료 취약환경을 개선하기 위하여 의사-의사간 원격의료 시범사업을 수행하였다. 시범사업 대상은 강원도 지역의 16시군 72기관(보건진료소 42, 보건(지)소 26, 종합병원 4)이며, 현행 의료법 허용범위 내에서 의사와 보건진료원간의 원격진료를 허용하고 있다. 만성질환 원격관리 시스템은 원격지 의사가 원격으로 현지 의사에게 의료지식이나 기술을 지원하는 형태로, 의사로부터 확진 받은 고혈압, 당뇨병환자를 대상으로 하며 초진환자가 아닌 재진환자로, 고혈압이나 당뇨병으로 반복처방을 받은 환자가 포함된다.

고혈압, 당뇨병 환자가 현지 보건진료원을 방문하면 원격지 의사가 원격화상진료시스템을 이용하여 환자의 진료소견서를 현지 보건진료원에서 전송하여 이를 바탕으로 현지 보건진료원이 환자를 진료하는 방식으

로 진행된다. 만성질환 원격관리 시스템은 2012년까지 15시군에서 보건진료소 36곳, 보건(지)소 23곳, 종합병원 4곳 등 63개 기관이 참여하였다³⁵⁾.

나. USN기반 원격건강모니터링 시범사업

〈표 3-6〉 원격의료 시범사업 현황

연도	서비스 유형	지역	대상	수가	내용
2008	원격진료 (처방포함)	강원(강릉) 경북(영양) 충남(보령)	만성질환자, 의료취약계층	제공되는 서비스별로 상이하함	원격진료, u-방문간호, 재택건강관리

2008년 9월부터는 USN(Ubiquitous Sensor Network)기반 원격건강모니터링 시스템을 구축하여 운영하였으며, 강원(강릉), 경북(영양), 충남(보령)지역을 대상으로 시범사업을 시작하였다.

USN통신은 블루투스 등 무선근거리 기술을 활용하여 홈게이트웨이 또는 방문간호사의 모바일 PC등에 정보를 전송하는 기술로, 시범사업에서는 USN 기반 원격건강모니터링, 구체적으로 원격진료서비스, U-방문간호서비스, 재택건강관리서비스 등 3개 과제를 추진하는 것으로 계획을 수립하였다³⁶⁾.

원격진료서비스는 보건진료소에 위치한 원격진료실을 환자가 방문하여 생체정보를 측정하고, 무선 근거리 기술을 통해 보건소 또는 보건지소의 원격지 의사에게 전송한다. 환자는 화상을 통하여 원격지 의사의 진료/

35) 의협신문. 2014.12.03. 강원도 시범사업은 원격의료 추진 근거 안된다. <http://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=92145>.에서 2014.12.03. 출력

36) 보건복지가족부·보건의료정보과. (2008). 08년 USN기반 원격 건강모니터링 시스템 구축 시범사업 추진계획(안).

처방을 받고, 필요한 경우 약사로부터 의약품을 배달받는 형태의 서비스이다. U- 방문간호서비스는 보건소/보건진료소의 방문간호사/보건진료원이 가정방문을 통해 환자의 상태를 측정 및 파악한 후 의사의 지침을 전달하거나 의사의 지침에 따라 약을 처방하는 형태의 서비스이다. 마지막으로 재택 건강관리서비스는 가정내의 일반인이 직접 본인의 생체정보를 측정하여 원격지 의사에게 전달함으로써 건강모니터링이 가능하게 하고, 이에 기반하여 원격지 의사와 의학적 상담, 원격진료 및 처방이 가능하도록 하는 형태의 서비스이다.

USN 기반 원격건강모니터링은 현재 의료법에서 허용하고 있지 않은 의사-환자가 원격진료, 전자처방전 발송, 의약품 배송 등의 요소를 포함하고 있어 현재 정부가 도입하려고 하는 의사-환자간 원격진료와 매우 유사한 형태라 할 수 있다.

〈표 3-7〉 보건복지부 시범사업 허가내용(보건의료정보과-2329,2008.11.27.)

<p>【원격진료 및 처방 관련】</p> <p>① 환자의 범위</p> <ul style="list-style-type: none"> - 원격지 의사가 직접 대면하여 진료하였던 환자 중 또는 원격의료에 따른 의학적 위험성이 없다고 판단하는 경우로 제한 - 원격지의사는 의학적 판단에 따라 환자를 도와줄 의료인(간호사 등)의 지원요청 가능 <p>② 의료비 청구방법</p> <ul style="list-style-type: none"> - 시범사업 기간 내의 원격진료 및 처방에 대한 수가는 사업비 등에서 지원 - 환자 본인부담금도 기존의 대면진료 부담금과 동일한 금액을 납부 <ul style="list-style-type: none"> ※ 환자 본인부담금 납부방법 등 세부사항은 지자체가 자율적으로 결정 <p>③ 원격의료의 책임</p> <ul style="list-style-type: none"> - 원격지 의사는 환자를 직접 대면하여 진료하는 경우와 같은 책임을 집(현행 의료법 제34조의 규정에 따름)
--

【전자처방전 발송 관련】

① 보건기관-의료기관-약국-환자 사이의 발송 허용

※ 암호통신 등을 사용하여 안전한 방법으로 전송해야 함

【의약품 수령 관련】

① 의약품 대리 수령 가능

- 약사가 조제한 의약품을 환자가 지정한 대리자가 대리수령 가능

② 시범사업 협력약국(후보약국) 결정방법

- **지역 약사회에 추천**의뢰 등을 통해 의사-약사의 담합행위가 발생하지 않는 방식으로 결정

※ 예) 보건기관/의료기관의 의사가 추천한 약국을 선정하는 방식은 금지

③ 복약지도

- 약사는 필요 시 전화 등으로 추가적인 복약지도 실시

④ 약제비 청구방법

- 보험수가는 기존의 대면 판매하는 경우의 수가를 법제도 개선 전까지 **사업비 등에서 지원**

- 환자 본인부담금도 기존의 **대면판매 부담금과 동일한 금액**을 납부

※ 환자 본인부담금 및 배달비용 납부방법 등 세부사항은 지자체가 자율적으로 결정

【기타 사항】

① 환자의 의료정보가 저장되는 서버는 물리적으로 보건기관 또는 의료기관 내에 안전하게 보관되어야 함

자료: 충남넷. (2008). 원격 건강모니터링사업 구축 및 운영현황.

강원도, 충청남도, 경상북도의 일부시에서 시범사업을 시작하여 현재 까지 계속 진행 중이다. 강원도 강릉시에서는 보건진료소 6곳, 보건(지)소 3곳, 종합병원 2곳 등 총 11개 기관이 참여하였으며, 고혈압, 당뇨병, 치매, 비만 등의 환자를 대상으로 시범사업을 실시하였다.

〈표 3-8〉 USN기반 원격 건강모니터링 사업 개요(강원도 강릉시)

종 류	원격진료	u- 방문간호	재택건강관리
대 상 (현지)	3개 보건소·지소(치매), 6개 보건진료소 (고혈압, 당뇨병, 치매)	의료취약계층 4,500명	심장질환자 5명
서비스 내 용	-의사-보건진료원 원격협진 -의사-환자 간 원격진료 :현행 의료법에서 허용 하지 않는 원격처방전, 의약품 배달판매 허용 -u-허약노인 체력증진 (u-메디칼피트니스) :조기외병 예방관리	-보건기관의 방문간호사가 대상자의 가정을 방문하여 환자의 상태를 측정 후, 측정값을 도 원격관리센터 에 실시간 누적 관리 -보건기관 의사가 측정값을 모니터링 하여 적절한 지침 을 제공하는 서비스	-심장질환자의 가정에 생체 측정기기를 제공하여 환자 가 직접 생체정보를 측정 후, 측정값을 도 원격 관리센터에 전송 및 누적관리 -환자의 누적된 측정값을 전문가가 주기적으로 모니 터링, 상담, 치료관리
협력 체계	-고혈압·당뇨관리 :보건진료소 ↔ 보건소 -치매관리 :보건기관 ↔ 동인병원 -허약노인 체력증진 :보건기관 ↔ 춘천성심병원	-방문간호사 ↔ 보건기관	-재택 환자 ↔ 동인병원

자료: 강원도청. 2008.09.27. 보도자료: 의약취약환경 극복을 위한 u-health 서비스 선도 추진.
http://www.provin.gangwon.kr/gw/portal/sub08_07_02?mode=readForm&boardCode=BDCCGG01&articleSeq=64530.에서 2014.12.03. 출력

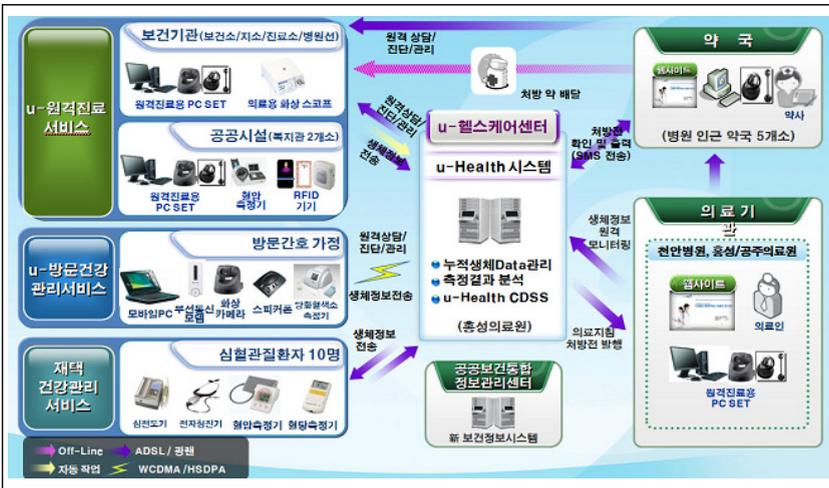
충청남도 보령시는 2008년에 USN기반 원격영상진료시스템 구축사업을 시행하였으며, 보령시 전 보건기관(68개소)를 대상으로 u-원격진료서비스, u-방문간호서비스, u-재택건강관리서비스를 제공하고 있다. 서산시는 2009년 7월부터 원격건강모니터링 시스템을 구축하였으며, 총 69개소 보건기관을 대상으로 원격진료, 방문간호, 생활습관관리서비스 등을 제공하고 있다. 그러나 재택 건강관리는 현재 환자 10여명이 이용하고 있을 정도로 활용수준은 낮은 편이다.

(표 3-9) USN기반 원격 건강모니터링 사업 개요(충청남도)

종 류	원격진료	u- 방문간호	재택건강관리
대 상 (현지)	취약지역에 거주하는 자	65세 이상의 독거노인이나 거동이 불편한 자	40대 심장질환자 가정
수가	[그림 3-4] 참조	무상	-
서비스 내 용	- 마을회관이나 경로당에 혈압기를 설치하고 수시로 측정할 수 있도록 하여 의료진이 정기적으로 방문하여 이상 징후가 보일 시 원격지 의사로부터 적절한 처방을 받으며, 처방에 따른 의약품은 약국을 통해 배달받는 서비스	- 의료진이 주기적으로 방문하여 생체정보를 측정하고 데이터를 누적관리	- 건강모니터링서비스와 원격상담과 내원을 통해 의료정보를 통합운영 및 전산화하고 이를 이용하여 의료서비스를 제공

자료: 충청남도 USN기반 원격건강모니터링 시스템구축사업. 2014.12.03.
<http://u-health.chungnam.go.kr> 에서 2014.12.03. 출력

[그림 3-2] USN기반 원격 건강모니터링 진행절차(충청남도)



자료: 충청남도. (2014). 원격 건강모니터링사업 구축 및 운영현황. www.chungnam.net 에서 2014.12.08. 출력

다. 스마트케어서비스 시범사업

〈표 3-10〉 스마트케어서비스 시범사업

연도	서비스 유형	지역	대상	수가	내용
2009	원격 모니터링 (장비기반)	서울, 대구	고혈압, 당뇨, 대사증후군	무상	만성질환자를 대상으로 전자기계를 활용하여 건강상태 모니터링.

스마트케어서비스 시범사업은 2010년부터 2013년 6월까지 진행하였으며, 서울과 대구의 6개 대학병원(대구지역 개원의 5, 경로당 3, 요양원 1)에서 실시되었다. 고혈압, 당뇨, 대사증후군 등 3개 질환을 가진 환자를 대상으로 스마트폰을 이용하여 건강상태를 모니터링하고 환자들에게 지속적으로 건강관리를 지원하며, 노트북, 스마트폰, 혈압기, 혈당기, 체성분기 등의 원격건강관리에 필요한 장비를 무상으로 지원할 뿐 아니라 원격의료에 소요되는 진료비, 검사비, 약품비를 지원한다.

라. 교도소 원격진료 시스템 구축

〈표 3-11〉 교도소 원격진료시스템 구축

연도	서비스 유형	지역	대상	수가	내용
2005 ~	원격진료 (처방포함)	교도소	수용자	해당없음	원격진료

교도소 원격진료 시스템은 외부병원 전문의사가 원격 화상시스템을 이용하여 교정시설 내 수용자(환자)를 직접 진료하거나 처방하며, 관련법령으로는 보건의료기본법 제44조(보건의료 시범사업), 의료법 제 34조(원격의료), 의료법 시행규칙 제29조(원격의료의 시설 및 장비), 법무부 교정

기관 원격의료 시범사업 허가 통보(보건복지가족부 보건의료정보과-417, 2009.2.5.)가 있다³⁷⁾.

교도소 내 원격진료 시스템은 2005년 안양교도소와 메트로병원이 처음으로 실시하였으며, 이후 서울구치소(샘안양병원), 대전교도소(유성선병원), 광주교도소(화순전남대병원), 춘천교도소(한림대춘천성심병원), 청송교도소(안동성소병원), 강릉(강릉동인병원), 순천(순천의료원) 등 25개 교정기관에서 시행하고 있다. 안양교도소는 안양 메트로병원과 협력하여 환자와 의사가 화상을 통해 진료하고 환자의 진료자료를 확인한 뒤 처방전을 발급하고 있다.

〈표 3-12〉 교도소 원격진료 시범사업 추진 경과

일시	내용
2005.10.26	안양교도소·메트로병원 간 원격진료 시범 실시
2007.02.09	서울구치소·안양샘병원 간 원격진료 실시
2008.01.31	대전교도소 등 4개 기관 원격진료 실시
2009.01.22	강릉교도소 등 6개 기관 원격진료 실시
2009.02.05	법무부 교정기관 원격의료 시범사업 허가 통보(보건복지부)
2009.04.27	서울대병원, 원격의료 MOU 체결
2010.11.30	대구교도소 등 4개 기관 원격진료 실시
2011.12.09	인천구치소 등 4개 기관 원격진료 실시
2012.11.30	부산구치소 등 3개 기관 원격진료 실시
2013.11.29	의정부교도소, 대전교도소 논산지소 원격진료 실시

자료: 대한민국정부. 2014.06.18. 원격화상의료시스템을 이용한 원격진료. <http://www2.korea.go.kr/govTask/govTaskDetailView.do?seq=261&govCode=1270000>.에서 2014.12.08. 인출.

37) 대한민국정부. 2014.06.18. 원격화상의료시스템을 이용한 원격진료. <http://www2.korea.go.kr/govTask/govTaskDetailView.do?seq=261&govCode=1270000>.에서 2014.12.08. 출력

마. 해양 경비함정 원격진료 서비스

해양 경비함정 원격진료는 응급환자 발생시 화상을 이용하여 환자의 정보를 전달하여 의사에게 의료지도를 받아 경비함정의 응급구조사가 환자에게 적절한 응급조치를 제공하는 서비스다. 경비함정(139개)과 해안 지역 병원(부산, 인천(길병원), 동해(동인병원), 포항, 여수, 목포(신안군 보건소) 등)간 해양원격응급의료체계를 구축하여 이동시간이 긴 응급환자 처치에 활용하였다³⁸⁾.

바. 도서지역 원격의료 서비스

〈표 3-13〉 교도소 원격진료 시범사업 추진 경과

연도	서비스 유형	지역	대상	수가	내용
2009	원격진료 (처방포함)	울릉도, 독도	독도경비대, 울릉도 및 독도 거주자	무상	원격진료 및 의약품 배달

2006년 대구의료원과의 협력체계를 시작으로 울릉도 및 독도에 거주하는 만성질환자와 노인들에게 웨어러블 컴퓨터 및 원격의료기기를 이용하여 울릉도 및 독도 주민들에게 원격의료를 제공하였다. 또한 2008년에는 울릉도와 독도경비대에 원격화상진료시스템을 무료로 지원하였다. 2009년에는 독도와 경찰병원이 협력을 맺어 독도경비대, 독도 거주자, 관광객을 대상으로 경찰병원 의료진이 원격으로 진료를 하며 의약품 배달도 허용했다. 독도 거주자에게는 정기적인 상담도 이루어졌다. 이에 더 나아가 2011년에는 울릉도 보건의료원과 계명대 동산병원이 협력을 맺

38) 보건복지부 보도자료. (2014). 응급환자에 활용되는 원격의료: 신속한 치료에 큰 도움.

어 심장병 관련 원격진료를 무료로 시행하였다.

울릉도와 독도 뿐 아니라 대부도에서도 원격의료를 시행하고 있다. 대부도는 의료기관이 보건지소 1개소로 의료이용 접근성이 떨어져 안산 단원구보건소와 협력을 맺어 거주자를 대상으로 원격의료를 제공하고 있다. 단원구보건소의 의사는 원격화상을 통해 환자를 진찰하고 보건지소에 상주하는 의료인이 처방전을 받아 진료를 제공하고 있다.

제3절 해외 사례

1. 미국

가. 원격의료 추진배경 및 유관 기관

미국은 클린턴 정부 때부터 초고속 통신망을 전국적으로 확산하였으며, 그 사업의 파생 사업 중 하나로 원격의료가 성장하기 시작하였다. 원격의료가 발전하면서 연방 예산법(Balanced budget act of 1997)에서 최초로 원격의료(원격자문에 한함)에 대한 보험적용 규정을 삽입하였고, 주정부에서는 주별로 가이드라인 또는 원격의료 관련 법령을 도입하기 시작하였다(캘리포니아의 경우, 원격진료개발법(Telemedicine Development Act of 1996) 제정). 1997년에는 미국 회계 감사원(GAO)에서 투자 유인을 위한 연방차원의 전략이 필요하다는 보고서를 발간하였다(“Federal Strategy is needed to guide investment”, GAO, 1997).

원격의료 추진을 위한 활발한 움직임과 함께 원격의료가 민간 또는 공공보험에서 보험급여가 시작되기 시작한 것은 대략 1990년 대 후반부터

이다. GAO(1997, P.66) 보고서에 의하면 메디케이드(Medicaid)에서는 이미 이미 당시 12개 주에서 원격의료에 대해 보험급여를 하고 있었지만, 보건부산하의 연방의료보장청(Health care Financing Administration)은 원격상담을 급여하기 시작하면 메디케어 재정소요가 급증할 것이라는 우려로 매우 보수적인 입장을 취하고 있다고 지적하고 있다. 그러나 1997년 8월의 원격진료법(Balanced Budget Act)이 제정되면서 메디케어 분야에서 원격의료 보험급여가 지급되기 시작하였다. 1999년 1월부터 매우 제한적인 범위였지만 메디케어를 통해 보험급여가 지급되기 시작하였고, 거의 2년 후인 2000년 9월에는 301건의 원격상담에 대해 약 2만 달러가 지급되었다고 한다.³⁹⁾ 2013년 현재 메디케어에서 보상하는 원격의료 보험급여는 11.8백만 달러에 달하는 것으로 보고하고 있다.

연방에서 운영하는 메디케어 외에도 각 주별로 운영하는 메디케이드에서도 원격의료 보험 프로그램이 운영되고 있다. 미국은 전체 51개주 중에서 47개주가 메디케이드에서 원격의료와 관련한 보험프로그램을 가지고 있다. 이외에도 민간 보험회사에서 운영하는 원격의료 보험프로그램이 있다. 현재 민간 보험에서 원격의료를 제공할 수 있도록 21개 주에서 parity law를 가지고 있다. Parity Law는 대면서비스와 같은 수준에서 원격의료서비스에 대한 보험금 지급을 하도록 하는 법안이다.

미국 의사협회(AMA)는 원격의료에 대해 비판적이었으나 최근 미국의 사협회차원의 가이드라인을 만드는 등 원격의료를 수용하는 자세이다 (Report 7 of the council on medical service, Coverage of and payment for telemedicine, AMA)⁴⁰⁾. 특히 P.6에서는 “1994년에는

39) Dena S.Puskin (2001), Telemedicine: Follow the money

40) AMA, “Report 7 of the council on medical service, Coverage of and payment for telemedicine”, 2014, P.71(출처 <http://mb.cision.com/Public/373/9600400/99c2f1db96d7fec3.pdf>, 2014.1.16.일 발췌)

의료인들에게 원격의료 제공을 금지하였으나, code of medical ethics 를 업데이트하겠다”고 적고 있다. 가이드라인에서는 원격의료의 대면진료서비스에 비해 질적 수준이 떨어져서는 안된다는 점을 강조하고, 이를 위해서는 대면진료와 원격진료에서 동일한 표준진료(same standards of care)가 지켜져야 하는 등 일정한 안전장치가 필요함을 지적하고 정책 제안을 하고 있다. 주요정책 제안 내용은 1) 원격의료이전에 환자와 의사 사이에 유효한 관계형성이 반드시 필요 2) 환자 주소지의 주로 부터의 면허필요 3) 원격의료에서 환자의 의사 선택권 보장 4) 환자의 원격의료 방문이전에 의사에 대한 정보제공 5) 대면진료와 일관성 있는 원격의료 서비스 표준 6) 근거기반 진료 가이드라인 준수 7) 서비스 제공 이전에 환자와 의사의 식별, 비용분담 내용, 원격의료에서 처방 제한된 의약품 등 투명성 8) 환자의 이전 진료정보 수집 9) 기존 일차의료기관(medical home) 등과의 care coordination 10) 응급후송 프로토콜 수립 등을 제시하였다.

미국의 원격의료 관리 기관으로는 국립원격의료정책정보센터(National Telehealth Policy Resource Center)⁴¹⁾가 있으며, 각 주의 원격의료 법령 및 규제 정보를 제공하고 있다. 또한 국립원격의료정책정보센터의 하위 부서로 건강정책연결센터를 개설(Center for Connected Health Policy, CCHP)⁴²⁾하였다. 보건복지부는 원격의료 발전을 위하여 원격의료 정보센터(Telehealth Resource centers, TRC)⁴³⁾를 설립하였다. TRC는 미국 보건복지부 산하기관으로 원격의료와 관련된 법적 쟁점, 교육 프로그램, 마케팅, 제공되는 서비스 등을 제공한다.

41) National Telehealth Policy Resource Center. (2014.09.25.). www.telehealthpolicy.us. 출력

42) 건강정책연결센터. (2014.09.25.). www.cchpca.org. 출력

43) 원격의료정보센터. (2014.09.25.). www.telehealthresourcecenter.org. 출력

미국의 원격의료협회(American Telemedicine Association, ATA)는 비영리 단체로 1993년에 설립되었으며, 워싱턴 DC에 본사를 두고 있다. 원격의료협회는 원격의료 가이드라인 개발, 환자와 전문가를 위한 정보 제공, 원격의료 발전을 위한 연구지원 등을 담당하고 있다.

나. 원격의료 현황

1) 메디케어

메디케어의 보험적용을 받기 위해서는 전문의 부족지역(HPSA, Health Professional Shortage Area)이거나 도시통계지역(MSA, Metropolitan Statistical Area) 이외의 지역(인구 50,000명 이하)에 위치한 자격을 갖춘 시설에서 제공되는 24개의 특정 서비스로 제한하고 있다. 자격 시설로는 개원의 사무실(The offices of physicians or practitioners), 병원(Hospitals), 거점병원(Critical Access Hospitals (CAH)), 농촌진료소(Rural Health Clinics), 연방헬스센터(Federally Qualified Health Centers), 인공투석센터(Hospital-based or CAH-based Renal Dialysis Centers), 전문요양시설(Skilled Nursing Facilities (SNF)), 지역정신보건센터(Community Mental Health Centers (CMHC)) 등으로 한정하고 있다. 공급자는 의사(physicians) 이외에 전문간호사(nurse practitioner), 보조의사(doctor assistant), 조산원(nurse-midwives), 임상간호사(clinical nurse specialist), 임상심리학자(clinical psychologists), 임상사회복지사(clinical social workers), 임상영양전문가(registered dietitians 또는 nutrition professionals) 등이다.

- 보험 적용 서비스

보험적용서비스는 쌍방향 실시간 통신(real time communication)의 경우에만 허용하며 실시간이 아닌 저장 후 전송(store and forward) 방식은 Alaska와 Hawaii의 경우에만 인정하고 있다.

1997년 8월의 균형재정법(Balanced Budget Act)이 제정될 당시에는 원격자문(consultation)에 한하여 보험적용하였으나, 이후 2000년 사회보장법(§1834 of Social security act)를 개정하여 원격의료 방문 (office visit), 개인심리치료(individual psychotherapy), 약물치료 (pharmacological management)으로 보장범위를 확대하였다. 2003년 이후로는 정신과 진단(psychiatric diagnostic interview examination), 말기투석 관련 서비스(end-stage renal related services), 영양치료(medical nutrition therapy)등이 포함하였다⁴⁴⁾.

〈표 3-14〉 2014년 메디케어 원격의료 서비스

2014년 메디케어 원격의료 서비스
1) Telehealth consultations, emergency department or initial inpatient
2) Follow-up inpatient telehealth consultations furnished to beneficiaries in hospitals or SNFs
3) Office or other outpatient visits
4) Subsequent hospital care services, with the limitation of 1 telehealth visit every 3 days
5) Subsequent nursing facility care services, with the limitation of 1 telehealth visit every 30 days
6) Individual and group kidney disease education services
7) Individual and group diabetes self-management training services, with a minimum of 1 hour of in-person instruction to be furnished in the initial year training period to ensure effective injection training

44) Centers for Medicare&Medicaid Service. (2014.09.25.). <http://www.cms.gov/O Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/downloads/TelehealthSrvcsfctst.pdf>. 출력

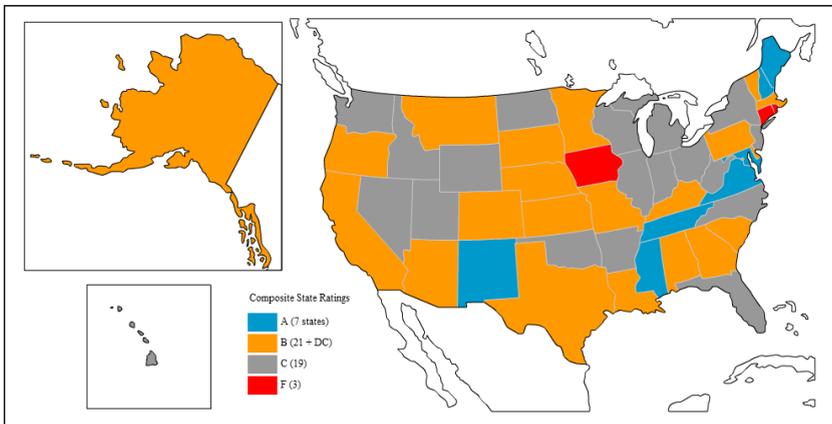
2014년 메디케어 원격의료 서비스
8) Individual and group health and behavior assessment and intervention
9) Individual psychotherapy
10) Telehealth Pharmacologic Management
11) Psychiatric diagnostic interview examination
12) End-Stage Renal Disease (ESRD)-related services included in the monthly capitation payment
13) Individual and group medical nutrition therapy
14) Neurobehavioral status examination
15) Smoking cessation services
16) Alcohol and/or substance (other than tobacco) abuse structured assessment and intervention services
17) Annual alcohol misuse screening, 15 minutes
18) Brief face-to-face behavioral counseling for alcohol misuse, 15 minutes
19) Annual depression screening, 15 minutes
20) High-intensity behavioral counseling to prevent sexually transmitted infection; face-to-face, individual, includes: education, skills training and guidance on how to change sexual behavior; performed semi-annually, 30 minutes
21) Annual, face-to-face intensive behavioral therapy for cardiovascular disease, individual, 15 minutes
22) Face-to-face behavioral counseling for obesity, 15 minutes
23) Transitional care management services with moderate medical decision complexity (face-to-face visit within 14 days of discharge) (effective for services furnished on and after January 1, 2014)
24) Transitional care management services with high medical decision complexity (face-to-face visit within 7 days of discharge) (effective for services furnished on and after January 1, 2014)

미국 메디케어의 경우 실제 원격의료 활용수준은 낮은 편이다. 미국 CMS에서 발간한 논문에 의하면 2009년 한해 기준 38,000건의 메디케어 원격의료 보험청구건이 발생하였으며, 10회 이상 원격의료 메디케어 보험급여를 수령한 의료진은 369명 수준. 이중 정신건강관련 의료진 (49%)이 가장 비중이 높았으며, 19%는 비의사집단(전문간호사 13% 등)이 차지함⁴⁵⁾.

2) 메디케이드

현재 미국에서는 주 별로도 원격의료에 대한 규정이 있어 원격의료의 정의, 자격요건, 의료사고 발생시 손해배상 책임여부, 보험 적용 여부 등이 주별로 모두 다르다. 2014년 미국 원격의료협회(ATA)는 원격의료관련 정책을 분석하여 원격의료에서의 현지의료인 참여여부, 의료보험 보장을 등 13가지 기준을 이용하여 원격의료 지원수준을 4가지 category로 분류하였다. 기본적으로 원격의료의 대면진료를 대체하는 수준과 원격의료에 대한 보험적용 수준에 의해서 등급을 결정하도록 계량화 하였다. 정책적으로 지원수준이 높은 주부터 순서대로, A 등급 7개주, B등급 21개주+DC, C등급 19개주, D 등급 3개주가 선정되었다.

[그림 3-3] 미국 원격의료 주별 지원 수준⁴⁶⁾



자료: Latoya Thomas&Gary Capistrant (2014), p.1

45) Centers for Medicare&Medicaid Service. (2014.09.25.). http://www.cms.gov/mrr/Downloads/MMRR2013_003_04_a04.pdf. 출력

46) Latoya Thomas&Gary Capistrant. (2014) state telemedicine gaps analysis coverage&reimbursement, American telemedicine association.

〈표 3-15〉 미국 주별 원격의료 지원 수준⁴⁷⁾

등급	주명(state name)
A (지원수준 가장 높음)	Maryland, Maine, Mississippi, New Hampshire, New Mexico, Tennessee, Virginia
B	Alaska, Alabama, Arizona, California, Colorado, DC, Delaware, Georgia, Kansas, Kentucky, Louisiana, Massachusetts, Minnesota, Missouri, Montana, Nebraska, Oregon, Pennsylvania, South Carolina, South Dakota, Texas, Vermont
C	Arkansas, Florida, Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana, Michigan, North Carolina, North Dakota, New Jersey, Nevada, New York, Ohio, Oklahoma, Utah, Washington, Wisconsin, Wyoming, Wisconsin
D	Connecticut, Iowa, Rhode Island

자료: Latoya Thomas&Gary Capistrant. (2014) 재인용

- 공급자/수요자 제한

메디케이드의 경우에도 시골지역 또는 전문의가 부족한 지역으로 장소를 제한(Location of service)하거나, 이용 시설(type of facility)을 제한하는 경우가 많다. 예를 들면, 캘리포니아 주의 경우 장소나 시설에 대한 제한이 없으나, 오클라호마의 경우 메디케이드에서 보상받기 위해서는, OHCA(Oklahoma Health Care Authority, 메디케이드 관리기관)의 결정에 따라야 하지만, 시골지역(일반적으로 인구 5만명 이하의 도시를 의미), 전문의가 부족한 지역으로, 개업의 사무소, 병원, 학교 등으로 제한하고 있다.

또한 일부 주의 경우 원격의료 수행자격과 관련한 별도 면허규정을 두고 있다. 뉴멕시코, 오클라호마 등에서 의료행위를 하기 위해서는 해당 주에서 발급한 의료면허를 발급받아야 하나, 원격의료 면허를 소지한 경

47) Latoya Thomas&Gary Capistrant. (2014) state telemedicine gaps analysis coverage&reimbursement, American telemedicine association.

우 뉴멕시코 주에서 면허를 발급받지 않았더라도 원격 의료행위를 제공할 수 있음. 뉴멕시코주에서 의사면허를 받은 사람은 원격의료를 위해 별도의 면허가 필요하지 않음. 이러한 원격의료 면허 발급주는 Alabama, Louisiana, Montana, Nevada, New Mexico, Ohio, Oklahoma, Oregon, Tennessee, Texas 등 10개주이다.

미국 50개 주 중 대면 서비스에 비해서 원격의료의 제한 정도를 원격의료 현장에서 현지의료인(telepresenter)이 반드시 참여하여야 하는지 여부를 기준으로 분류할 경우 현지에 의료인이 필요가 없는 경우가 콜로라도 등 26개주와 D.C. 이고, 현지에 의료인이 참여하여야 한다고 규정하고 있는 주는 알라바마를 포함하여 21개주에 달하였다.

〈표 3-16〉 미국 메디케이드 원격의료의 현지 의료인 관련 규정

현지 의료인 관련 규정	주명
현지에 의료인이 필요가 없는 경우 (26개주+D.C)	Colorado, Delaware, D.C., Hawaii, Idaho, Indiana, Kansas, Kentucky, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Mississippi, Montana, Nebraska, New Hampshire, New Mexico, New York, Ohio, Oregon, South Dakota, Tennessee, Vermont, Virginia, Washington, Wisconsin, Wyoming
현지에 의료인이 참여하여야 하는 경우 (물리적으로 한 공간에 있어야 할 필요는 없음) (21개주)	Alabama, California, Georgia, Minnesota, Missouri, Nevada, New Jersey, North Carolina, Utah, West Virginia, Alaska, Arizona, Arkansas, Florida, Illinois, Louisiana, North Dakota, Oklahoma, Pennsylvania, South Carolina, Texas

자료: Latoya Thomas&Gary Capistrant. (2014) 재인용⁴⁸⁾

주: 기타 규정이 존재하지 않은 주(3개주): Connecticut, Iowa, Rhode Island

- 보험적용서비스

보험에서 보상이 되는 가장 일반적인 형태는 실시간 화상전화(Live

48) Latoya Thomas&Gary Capistrant. (2014) state telemedicine gaps analysis coverage&reimbursement, American telemedicine association.

video)형 원격의료이며, 주에 따라 보상하고 있는 서비스의 범위가 매우 제한적(아이다호주의 경우 정신과적 진료(mental health), 발달장애(developmental disability) 서비스에 한정)이거나 매우 광범위한 의료 서비스에 까지 보상하는 경우(캘리포니아주) 등 다양하다. 저장 후 전송(store and forward) 방식의 원격의료에 대해서도 보험지급을 하고 있는 주는 9개주(Alaska, Arizona, California, Illinois, Minnesota, New Mexico, Oklahoma, South Dakota, Virginia)가 있으나 일반적인 형태는 아니다. 환자 모니터링 서비스(Remote monitoring service)에 대해 보험지급을 하고 있는 주는 11개 주가 있으나, 보험지급 대상 질환의 종류를 제한하거나, 장소를 한정하는 방식으로 일부 허용하고 있다.

3) 민간보험

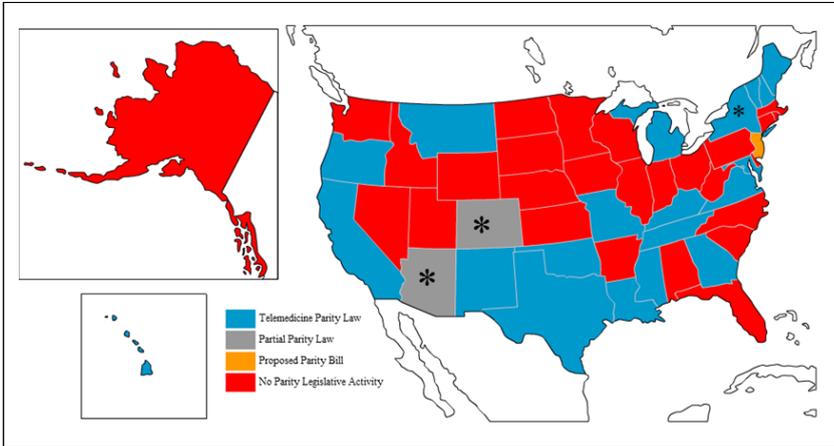
미국은 민간보험에서 원격의료를 제공할 수 있도록 21개 주에서 parity law를 가지고 있다. Parity Law는 대면서비스와 같은 수준에서 원격 의료서비스에 대한 보험금 지급을 하도록 하는 법안이다. 예를 들면 Montana주의 경우 “원격의료는 의료기관이나 의료서비스 제공자가 대면을 통해 보상되는 범위와 상응하는 수준에서 보상하여야 한다”라고 원격의료와 관련한 법안에서 규정하고 있다.⁴⁹⁾ 민간보험의 원격의료 관련 정책은 회사별로 다양하기 때문에 Parity Law를 적용한다고 하더라도 모든 회사가 동일한 수준에서 보상할 수 있는 것은 아니지만 Parity Law를 통해 원격의료의 보험급여를 규제할 수 있다는 점에서 의미가 있으며, 이를 통해 의료이용자의 원격의료에 대한 접근성이 늘어났다고 볼 수 있다.

Atena는 2006년 RelayHealth라는 원격의료 회사와 협약을 맺어 원

49) Buttrey 하원의원 발의 법령 제270조 (http://leg.mt.gov/bills/2013/sb0299/SB0270_2.pdf)

격의료를 제공하기 시작한 이후로, Wellpoint는 American well회사와, Highmark는 Teladoc회사와 파트너십을 맺었다. 보험회사 회원인 경우 협약 원격의료회사에 전화 또는 인터넷 접속을 할 경우 수 분 내에 의사로부터 return call을 받는다. 민간보험회사들은 원격의료를 통해 격외 지등에 위치한 환자뿐만 아니라 일반인에게도 일차의료의 제공수단으로서 유용할 것이라는 인식하에 서비스 제공을 시작하고 있다. Wells Fargo Insurance의 예측에 의하면 원격의료이용자 수는 2013년 현재 기준 35만명 수준에서 2018년 7백만명까지 이용자수가 증가할 것으로 예측하였다.

[그림 3-4] 민간보험회사에서 Parity Law 시행 주⁵⁰⁾



자료: ATAwiki. (2015). States with Parity Laws for Private Insurance Coverage Telemedicine. (출처: http://atawiki.org.s161633.gridserver.com/wiki/index.php?title=State_law에서 2015. 01.21 인출)

50) Arizona(2013), California(1996), Colorado(2001), Georgia(2006), Hawaii(1999), Kentucky(2000), Louisiana(1995), Maine(2009), Maryland(2012), Michigan(2012), Mississippi(2013), Montana(2013), New Hampshire(2009), New Mexico(2013), Oklahoma(1997), Oregon(2009), Tennessee(2014), Texas(1997), Vermont(2012), Virginia(2010), District of Columbia(2013)

2. 일본

가. 원격진료 추진 배경⁵¹⁾

일본의 원격진료는 1997년 12월 후생성의 건강정책국(厚生省健康政策局)이 의사법 제20조의 조문에 대한 해석(“의사법 제20조의 해석 및 원격진료에 대한 알림”)에서 원격진료를 진료의 범주에 포함하면서 원격진료가 공인되었다는 것이 일반적인 해석이다⁵²⁾ 53).

1997년 이전의 시기는 일부 현을 중심으로 필요에 따라 시범적으로 행해졌으며, 1971년 와카야마현의 오지에 CCTV와 전화선을 이용하여 의료서비스를 제공한 사례가 최초 사례로 인용되고 있다. 일본은 고령화 수준이 높고, 대지진 등 자연재해가 빈번하게 발생하고 있으며, 섬으로 된 나라이기 때문에 원격진료의 필요성이 높다고 할 수 있다. 실제로 고령화가 진행되면서 인구 밀집도가 낮은 섬이나 산간 지역에 사는 노인 환자들의 병원 방문이 감소하였으며, 2011년 3월 일본대지진 이후에 방사선 오염 지역이 생기면서 의사가 없는 의료 소외지역이 증가하였다.

원격의료는 또한 산업발전의 전략으로서 추진된 측면도 있다. 2000년대 이후 일본정부는 5년 안에 세계 최첨단 IT국가를 목표로 하는 e-Japan 전략과 e-Japan II 전략을 수립하였으며, 추진과정 중 의료분야를 포함한 7개 분야(의료, 식품, 생활, 중소기업/금융, 교육, 고용, 행정서비스 등)에 대한 선도적인 IT 이·활용에 대한 계획을 발표하였다(이윤태,

51) 일본은 원격의료 중 의사-환자간 비대면 진료를 통해 재택등에서 요양하는 환자를 진료하는 것을 원격진료로 구분하고 있음 (일본원격의료학회)

52) 송태민. (2003). 일본의 원격의료 동향. 보건복지포럼, p. 101

53) Takashi Takahashi. (2001). The present and future of telemedicine in Japan, p.135

2011). 원격의료의 활성화 될 경우에 영상통신장비, 무선통신 및 광대역 통신 등이 발전할 수 있는 부수효과가 있기 때문에 이를 정책적으로 추진하고 있는 것이다.

일본의 원격진료는 1990년대 후반 이후 진보한 측면이 있으나 활발하게 발전하고 있다고 말하기는 어려운 것으로 판단됨. 현재까지 이용실적에 대한 통계도 존재하지 않는다. 이에 대한 원인으로 Takashi Hasegawa(2013, P.49)⁵⁴⁾는 원격진료에 대한 정책홍보의 부족, 임상연구 결과 축적 미흡, 이에 따른 의료보험 적용 부족 등을 지적하고 있다.

나. 일본 원격진료 현황

일본 원격진료의 현황은 1997년 12월 후생성의 통지문에서 원격의료의 기본 개념과 유의사항 등을 기술하고 있어 정부에서 정한 가이드라인이 되고 있기 때문에 이를 중심으로 살펴보고자 한다. 동 통지문은 2011년 3월 일부 내용이 개정되었는데, 후생노동성이 개정한 전문 통지 내용을 살펴보면 아래와 같다⁵⁵⁾.

1) 후생노동성 원격진료 가이드라인

최근 정보통신 기기의 개발·보급에 따라 정보통신 기기를 응용 진료지원 이용하는 이른바 원격진료의 가능성이 높아지고 있다. 지금까지 원격진료는 의사 또는 치과의사가 환자의 병리이미지 등을 전문의에게로 전

54) Takashi Hasegawa. (2013). The promotion of telemedicine what is problem?. Japanese Telemedicine and Telecare Association.

55) 후생노동성 홈페이지. (2014.09.28). <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/johoka/dl/h23.pdf>. 출력

송하고 진료의 지원을 받는 등 의료기관과 의사 또는 치과의사 상호간의 것을 중심으로 이미 일부 실용화되고 있다. 이와 함께 향후는 주로 치료 의사 또는 치과의사의 직접 대면 진료를 받는 것이 곤란한 상황에 있고, 화상 이미지 등을 통해 진료를 하는 형태로 원격 진료가 실현될 것으로 예상 되는 등 원격진료의 형태는 점점 더 다양화 될 것으로 여겨진다.

원격진료 중 의료기관과 의사 또는 치과 의사 상호간에 이루어지는 원격의료는 의사 또는 치과의사가 환자와 대면진료를 할 것이기 때문에 의사법 제20조와 문제가 발생하지 않지만, 환자와의 원격진료는 의사법 제 20조가 문제가 된다.

가) 기본개념

진료는 의사 또는 치과의사가 환자와 직접 대면하여 행하는 것이 기본이며, 원격진료는 어디까지나 직접 대면진료의 보완적인 성격이어야 한다. 의사법 제 20조의 “진단”은 문진, 시진, 촉진, 청진 등의 수단을 불문한 진단을 뜻하며, 현대 의학에서는 질병에 대해 일단 진단을 내리는 것을 말한다. 따라서 직접 대면 진료에 의한 경우와 동등하거나 대체할 수 있을 경우, 환자의 심신 상태에 대한 유용한 정보를 얻을 수 있는 경우 원격진료를 실시하는 것은 의사법 제20조에 반하는 것이 아니다. 또한 원격진료의 적정한 실시를 위하여 아래의 유의사항을 준수해야 한다.

나) 유의사항

- ① 초진 및 급성질환에 대해서는 원칙적으로 직접 대면 진료를 해야 함.
- ② 직접 대면진료를 할 수 있는 경우, 기타 의료 기관과 연계하여 직접 대면진료를 해야 함.
- ③ 위의 ①, ②의 항목에도 불구하고 다음 각호의 경우에는 환자의 요

청에 따라 직접, 대면진료를 적절히 조합하여 실시하는 경우 원격진료가 가능함.

- 직접대면진료가 곤란한 경우(원격진료가 아니면 당장 진료를 할 수 없는 경우),
- 최근까지 진료를 받은 만성질환 환자의 요양환경 개선이 인정되는 경우.

- ④ 원격진료 시작 전 환자와 가족에게 충분한 설명과 이해를 얻은 후 시행 실시. 특히 정보통신기기의 사용방법, 특성등에 대해서는 상세한 설명이 필요함.
- ⑤ 환자상태 이미지를 전송하는 경우 환자의 개인정보보호에 신중한 배려가 필요함. 특히 환자의 영상 촬영정보 보관방법에 대해 환자에게 충분한 동의를 구함.
- ⑥ 정보통신기기에 이상이 발생한 경우의 대체방법에 대해 미리 인지하도록 하며, 이와 관련하여 인근의 의사와 사전에 협의 또는 동의가 필요함.
- ⑦ 진찰 등의 기재에 대해서는 의사법 제24조 및 치과의사법 제23조의 규정에 적용되며 직접대면진료의 경우도 유사함.
- ⑧ 원격진료의 실시와 관련한 책임은 진료를 실시한 의사 또는 치과의사가 부담함.
- ⑨ 원격진료를 시행하며 환자와 가족에게 상응되는 지침으로 진료를 하였음에도 불구하고, 주의사항을 따르지 않아 환자에게 피해가 발생한 경우 그 책임은 환자에게 있음을 충분히 설명해야 함.

통지 내용에서 원격진료 대상으로 제시한 환자는 재택환자 중 산소주입이 필요한 환자, 난치병, 당뇨병, 천식, 고혈압, 아토피성 피부염, 욕창 환자 등이다.

〈표 3-17〉 원격진료 대상과 내용

원격진료의 대상	내용
재택산소요법을 하고 있는 환자	재택산소 요법을 하고 있는 환자에게 화상 전화 등 정보통신 기기를 통해 심전도, 혈압, 맥박, 호흡수 등의 관찰을 실시해 재택 산소요법에 대한 지속적인 조언과 지도를 한다
재택 난치병 환자	재택 난치병 환자에게 화상 전화 등 정보통신 기기를 통해서 심전도, 혈압, 맥박, 호흡 수 등의 관찰을 하고 난치병의 요양에 필요한 지속적인 조언과 지도를 한다.
재택 당뇨병 환자	재택 당뇨병 환자에게 화상 전화 등 정보통신 기기를 통해 혈당 등의 관찰을 실시해 당뇨병 요양상의 필요한 지속적인 조언과 지도를 한다.
재택 천식환자	재택 천식 환자에게 화상 전화 등 정보통신 기기를 통해 호흡기능 등의 관찰을 실시해 천식 요양상의 필요한 지속적인 조언과 지도를 한다.
재택 고혈압 환자	재택 고혈압 환자에게 화상 전화 등 통신기기를 통해 혈압, 맥박 등의 관찰을 실시하여 고혈압의 요양에 필요한 지속적인 조언과 지도를 한다.
재택 아토피성 피부염 환자	재택 아토피성 피부염 환자에게 화상 전화 등 정보통신기기를 통해 아토피성 피부염등의 관찰을 실시해 아토피성 피부염의 요양에 필요한 지속적인 조언과 지도를 따른다.
육창 있는 재택 요양 환자	재택 요양환자에 대해 TV 전화 등 정보통신 기기를 통해 육창 등의 관찰을 실시해, 육창의 요양에 필요한 지속적인 조언과 지도를 한다.
재택 뇌혈관 장애 요양환자	재택 뇌혈관 장애요양환자에 대해 TV 전화 등 정보통신기기를 통해 운동기능, 혈압, 맥박 등의 관찰을 실시해 뇌혈관장애의 요양에 필요한 지속적인 조언과 지도를 한다.
재택 암환자	재택 암환자에게 화상 전화 등 정보통신 기기를 통해 혈압, 맥박, 호흡 수 등의 관찰을 실시하여 요양상의 필요한 지속적인 조언과 지도를 한다.

2) 원격의료학회 가이드라인⁵⁶⁾ (재택환자 대상 원격 진료 실시 지침 (2011년도 판))

후생 노동성이 2011년 3월 31일에 원격 진료에 대한 법 해석 통지의 개정판을 발행한 것에 대해 원격의료학회 차원의 지침을 마련하였다. 후생 노동성에서 통지가 발행되었더라도 원격 진료 방법에 대한 정보가 없다면, 통지가 효력을 발휘하지 못하기 때문에 이에 맞춰 공개했다. 산업계의 자율규제 전통이 강한 일본에서는 정부의 가이드라인 이외에 민간에서 제정한 지침이 실제적인 진료지침이 될 수 있어 이를 살펴볼 필요가 있다⁵⁷⁾.

지침의 서두에서 밝힌바와 같이 원격진료는 그 유용성에도 불구하고 적용 경험이 아직 적어, 미경험자에게는 대면진료에 비해 불안이 남아 있는 것이 사실이다. 또한 원격 진료의 대상이 되는 주요 질환 및 합병증 치료 방침과 내용, 가정에서 사용하는 의료 기기, 통신 환경 등에는 개별적으로 다양한 변동성(variation)이 있어, 이러한 지침을 수립함으로써 원격 진료를 실시하고자하는 의료기관 및 의사에게 일정수준 이상의 진료의 질이 확보될 수 있도록 한다는 데 의미가 있다.

일본에서 원격 의료는 통신 기술을 활용하여 떨어진 두 지점 사이에서

56) 일본원격의료학회. (2011). 재택 등 원격진료 시행 지침. (<http://jta.umin.jp/pdf/14/indicatro07.pdf>)

57) 원격 의료의 지침으로 전문 학회가 만든 것에는 다음 3가지가 있다. 또한 가이드 라인에 준하는 것이 하나있다. ②와 ③은 진단 지침이며 특정 질환이나 특정 진료 방법을위한 것이 아니다. ① 재택 의료에 특화된 것으로, 화상 전화 진료 전반의 것, 혹은 통신 기술에 대한 것은 아니다. ④는 원격 의료의 근원적 문제에 관한 것이다.

① 재택 환자에게 원격 진료 지침 (한국 원격 의료 학회)

② 텔레 라지 오로지 지침 (한국 의학방사선 학회)

③ 텔레빠소 로지 지침, 원거리 사이트 로지 지침 (일본 텔레빠소 로지 가상 마이크로 스 복사 연구회)

④ 의사의 윤리 (원격 의료) (일본 의사 회, 내용은 한국 원격 의료 학회 집필)

행해지는 의료 활동 전체를 의미한다. 원격 진료는 원격 의료 중 의사가 원격지에서 재택 등으로 요양하는 환자의 진료 및 연속적인 일련의 진료를 하는 것을 의미한다. 소위 의사 - 환자 간 비 대면 진료이며, 현재 지침의 대상이 되는 것이다. 여기에는 간호사 등 의사 이외의 의료진이 보조하는 형태도 원격진료 안에 포함한다.

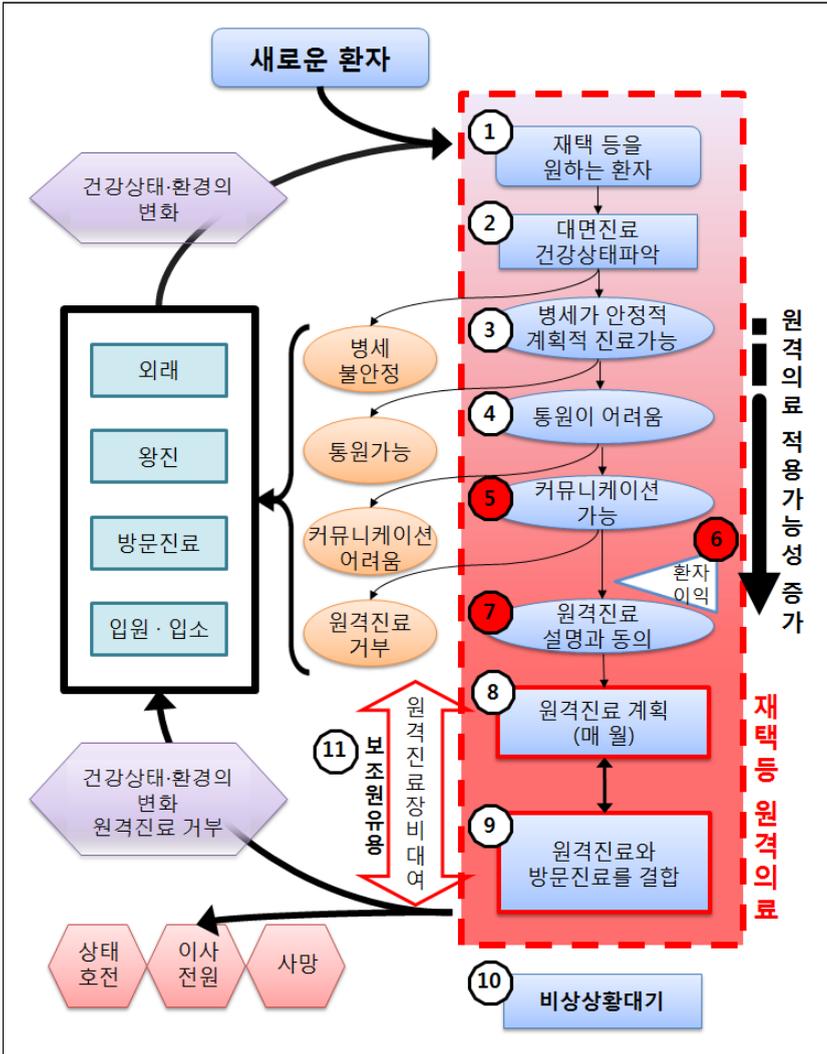
재택 등의 환자를 의사가 멀리서 통신과 음성 설비를 이용하여 실시간 쌍방향성을 확립 한 후 진료하는 것을 원격 진료라 정의하고 이렇게 할 경우의 지침을 작성했다. 본 지침에서 언급 한 것들 중 요점을 간결하게 기술한다. 모두 적절한 운용 하에서 원격 진료가 발전을 이루는 것을 의도 하고 있는 것이며, 결코 원격 진료를 제한하는 취지의 것은 아니라고 적고 있다. 지침을 요약하면 다음과 같다.

1. 원격 진료의 장점과 단점을 이해 한 후에 실시하는 것이 중요하다.
2. 원격 진료를 시작하는 경우에는 방문 진료와 동일한 조건을 추가해서, 원격 진료 기기를 통해 환자와의 의사소통이 가능한지가 관건이다.
3. 원격 진료가 환자에게 이익이 되는 것이 중요하다.
4. 사전 동의는 환자와 가족에게 실제 기기류를 조작 해 주면서 동의를 얻는 것이 중요하다.
5. 진료 기록은 원격 진료 세션의 개시·종료 시간을 명확히 하고, 일반 진료에서 요구되는 상응하는 양과 질이 필요하다. 원격 진료의 특징을 살리기 위해 음성·영상 기기에서 나오는 정보를 어떻게 기록할 것인가 방법을 강구하는 것이 필수적이다.
6. 의사나 의료진은 평소에 원격 진료에 대한 기술과 지식의 탐구가 필수적이다.

원격진료를 개시할 때 의사가 고려해야할 절차에 대해서도 원격의료학회에서 설명하고 있다. 그 절차를 보면 ① 재택 등에서 치료를 원하는 환자가 내원한 경우, 여기서 대상 환자는 재택뿐만 아니라 노인홈 또는 의사의 상주를 필요로 하지 않는 시설에 있는 환자가 된다. 본인 뿐 만 아니라 가족전체가 재택 의료를 희망하고 있으며, 가족 간에 협력 관계가 되어 있는 것이 바람직하다. ② 우선 대면진료로 충분한 진찰을 한 후 ③ 건강상태가 안정되고 계획적인 진료가 가능하고 ④ 게다가 통원이 어려운 상황이라면, 방문진료나 원격진료의 대상이 된다. ⑤ 원격진료 디바이스를 통해 환자와 커뮤니케이션이 가능한 상황하고 ⑥ 환자에게 이익이 되는 요인이 있으면 ⑦ 환자와 가족에게 원격진료의 설명과 동의를 얻는다. ⑧ 원격진료 계획을 월단위로 구상한다. ⑨ 방문진료와 원격진료를 적절히 조합한다. ⑩ 비상대응 상황을 고려한다. ⑪ 원격진료시 환자 몸상태가 가능하다면 간호사 등을 환자자택에서 보조하도록 한다.

만약 대면 진료 건강상태 파악 결과 건강상태가 불안정하다든지, 통원이 가능한 상황이고, 원격의료 디바이스를 통해 환자와 커뮤니케이션이 어렵거나 원격진료에 대해 환자 또는 가족이 거부할 경우 전통적인 방식에 따라 외래, 왕진, 방문진료, 입원 등의 요양서비스를 받는다. 원격진료를 받는 과정이라도 건강상태가 변화하거나 원격진료를 더 이상 원하지 않을 경우 기존의 전통적인 서비스를 받을 수 있도록 하고 있다.

[그림 3-5] 원격진료를 진행할 때 의사가 고려해야 할 절차⁵⁸⁾



자료: 일본원격의료학회. (2011). 재택 등 원격진료 시행 지침. (<http://jtta.umin.jp/pdf/14/indicatro07.pdf>), p.6

58) 일본원격의료학회, 재택 등 원격진료 시행 지침, 2011 (<http://jtta.umin.jp/pdf/14/indicatro07.pdf>)

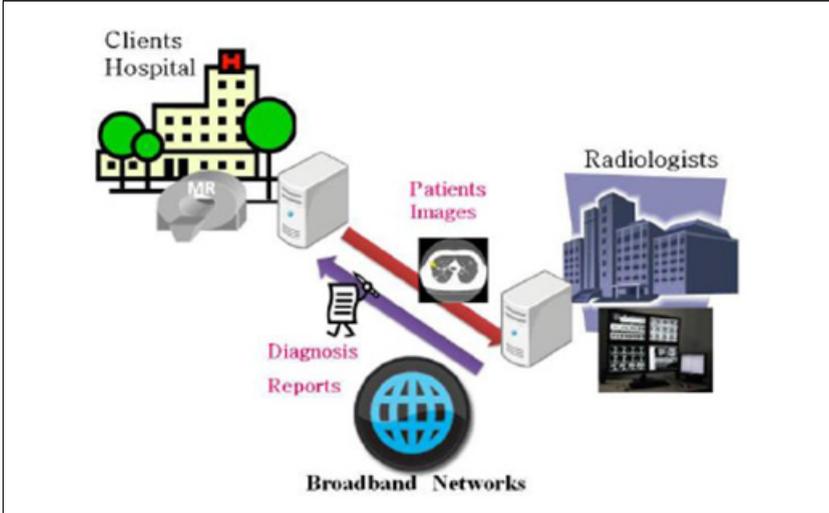
일본의 원격의료 사례로 일본 원격의료협회(Japanese Telemedicine and Telecare Association)에서 소개한 사례 중 두 가지를 소개하면 아래와 같다.

다. 사례

1) 군마대학병원; 원격의료영상판독(Teleradiology)

원격의료영상판독은 원격의료의 초기 발전의 기초로, 현재 군마대학병원은 일본에서 가장 큰 원격의료시스템을 갖추고 있다. 군마대학병원의 통신기술은 DICOM(Digital Imaging and Communications in Medicine)으로 정보통신기술 및 디지털이미지 송신 시스템이며, 기본적인 접근방식은 영상진단장치(MRI, CT 등)에 컴퓨터를 연결하고 컴퓨터 네트워크에 클라이언트의 병원 및 전문의료기관을 연결하여 전송한다. DICOM은 1990년대 초에 일본에서 사용되었으며, 초기에는 일반적인 이미지 전송만 가능하였으나, 1990년대 후반 초고속 인터넷의 형태로 전환한 후 네트워크 및 영상진단기기 연결이 간편해졌다. 정보를 수신하면 전문가가 진단하고, 요청의료기관에 보낼 자료를 만든다. 원격의료영상판독서비스 제공업체는 크게 두 가지 형태로 구분되는데 대학병원 또는 여러 전문가들과 대형병원의 방사선과 부서 및 개인 사업자로 나눌 수 있다. 또한 National fee는 원격의료에도 적용 가능하다(진료비에는 두 가지 유형이 있음).

[그림 3-6] 원격의료영상판독 진료 절차



자료: Telemedicine in japan. (2013). Japanese Telemedicine and Telecare Association, p.11

2) 이와테 현 병원 산부인과

임신한 여성을 대상으로 자택에서 실시 가능한 원격진료클리닉을 개설 하였으며, 심박동 모니터링을 이용하여 원격의료를 실시하고 있다. 산부인과 시설이 없는 지역의 임신부의 가정을 방문하여 심박동 모니터링을 제공하고 있으며, 의사는 휴대전화로 태아의 건강상태와 자궁수축에 대한 정보를 전달받는 동시에 조산사는 웹상의 전자의료기록을 통해 태아 검진결과를 입력한다. 조산사와 산부인과 의사는 실시간으로 건강진단 데이터를 모니터링하거나 입력할 수 있으며, 웹비디오 통신기술로 의사와 조산사는 임신부의 상태를 웹카메라를 통해 확인하고 보건지도를 할 수 있다.

심박동 모니터링을 이용하여 자택에서 조산관리를 하기 위해서 산모는

자료송신은 사전에 3번 실시, 착용시간은 40분, 하루에 한번 자료를 전송, 착용은 타인의 도움 없이 할 수 있어야 함, 자궁수축이 시작하는 경우에도 자료를 전송, 이상이 있는 경우 의사와 직접 대면하여 진료를 받아야 함, 태아의 초음파 영상 전송 등을 필수적으로 해야 한다.

[그림 3-7] 임신여성을 위한 원격진료클리닉



자료: Telemedicine in japan. (2013). Japanese Telemedicine and Telecare Association, p.19, 20, 22

제4절 원격의료의 임상적 효용성 및 경제성 연구

원격의료의 도입과 관련하여 가장 궁금한 점은 원격의료의 임상적 효용성이나 경제성일 것이다. 그러나 기존 문헌고찰을 보면 이에 대해 아직 까지 확고부동한 결론이 나 있지는 않은 실정이다. 그 원인은 원격의료의 효과가 치료유형(type of care), 판단기준(criteria)에 따라 다를 수 있기 때문이기도 하지만, 전반적으로 연구의 질적 수준, 즉 샘플 크기, 연구의 디자인에서 엄밀성 부족, 방법론상의 일관성 부족 등의 원인도 큰 것으로 지적 되고 있다. 본 연구에서는 임상적인 효과와 경제성에 대한 기존 문헌들의 연구결과를 고찰하고 향후 원격의료와 관련한 연구에서 고려되어야 할 사항 등에 대해 논의하고자 한다.

1) 임상적 결과(clinical outcomes)

체계적 문헌고찰의 결과를 종합해 보면 임상적 결과 -건강수준 향상(health outcome), 삶의 질(quality of life), 안전(safety) 등 -에 대해서는 명확한 결론이 나있는 상태는 아니다. California Telemedicine and eHealth Center (2009, P.2)는 “원격의료가 기존의 전통적인 의료 이용방식에 비해 임상적 효과가 더 낮다거나 더 나쁘다고 단정적으로 이야기 할 수 없다”고 하고 있다. 또한 Hersh, W. et al. (2001, P.3)에서도 “원격의료가 다양한 영역에서 사용되고 있지만 원격의료에 의해 제공된 서비스가 대면진료에 비해 더 낮다고 결론지을 수 있는 근거는 많지 않다”라고 하고 있다. 삶의 질(quality of life)의 측면에서도 McLean, S. et al. (2013, P.6)은 “원격의료로 삶의 질이 향상되었다고 보고하고 있는 문헌들이 있지만, 삶의 질이 향상되지 않았다는 논문들도 작지만 상당수 존재 한다”라고 기술하고 있다.

전반적인 평가는 그러하더라도 원격의료를 통해 제공되는 서비스에 따라 효과적인 분야도 존재한다. 특히 원격정신치료(telepsychiatry)나 일부 재택 프로그램의 경우 그 효과성이 상당히 입증된 경우이다. California Telemedicine and eHealth Center (2009, P.4)는 “원격정신치료의 경우 치료에 대한 접근성을 높이고, 전문인의 상담이 가능하도록 함으로써 긍정적인 효과가 크다”고 하였다. 동 보고서에서는 통상적인 진료에 비해 효과가 동등하거나 더 높다고 명확하게 근거를 제시한 논문이 하나이상 있는 전문분야 21개를 다음과 같이 제시하였다.

- 노인케어(Geriatrics care)
- 집중치료(Intensive care)

- 홈케어(Homecare/self-monitoring)
- 원격방사선진단(Radiology)
- 정신질환 (Mental health/psychiatry)
- 심박동 그래픽 이미지 (Echocardiographic images)
- 피부과(Dermatology)
- 원격자문(Consultations, inter-provider)
- 신체검사Physical exam/health history)
- 순환기 내과(Cardiology)
- 안과(Ophthalmology), 치과(Dentistry)
- 신생아학(Neonatology)
- 고혈압(Hypertension (homecare))
- 에이즈(AIDS (homecare))
- 응급(Emergency)
- 외과(Surgery)
- 당뇨(Diabetes/glucose monitoring)
- 신경외과(Neurosurgery)
- 천식(asthma)

Norwegian Centre for Integrated Care and Telemedicine (2011, p.7)은 21개의 논문 리뷰를 통해 긍정적인 효과를 치료적 효과, 의료서비스 이용의 효율성 증가, 기술적 신뢰성으로 나누어서 세부분야를 제시하였다.

○ 치료적 효과

- 온라인 심리치료(Online psychological interventions)

- 만성심장질환 관리 프로그램(Programmes for chronic heart failure that include remote monitoring)
 - 호흡기 질환 홈 모니터링(Home telemonitoring of respirator conditions)
 - 금연프로그램(Web and computer based smoking cessation programmes)
 - 관상동맥 심장질환 이차 예방(Telehealth approaches to secondary prevention of coronary heart disease)
 - 정신과치료(Telepsychiatry)
 - 불안장애 치료(Virtual reality exposure therapy (VRET) or Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety disorders)
 - 상지 근위부 치료 (Robot-aided therapy of the proximal upper limb)
 - 당뇨, 심장질환, 만성폐쇄성 폐질환에 대한 홈케어(Home telehealth for diabetes, heart disease and chronic obstructive pulmonary disease)
 - 신체활동 증재(Internet based physical activity interventions)
- 의료서비스 이용의 효율성 증가
- 바이탈 사인 모니터링 (Vital signs monitoring at home with telephone follow-up by nurse)
 - 천식환자 교육 프로그램 (Computerized asthma patient education programs)
 - 재택 당뇨환자 모니터링 (Home monitoring of diabetes patient)

○ 기술적 신뢰성

- 환자 데이터 원격판독 (Remoter interpretation of patient data)
- 스마트홈 기술 (Smart home technologies)
- 심장질환환자 홈 모니터링 (Home monitoring of heart failure patients)

원격의료의 임상적 효용성에 대해 체계적 문헌고찰에서는 판단을 유보하고 있는데, 측정의 문제, 연구 디자인의 robustness 등에서의 문제가 큰 것으로 지적되고 있다. 결국 다양한 연구결과들에 대한 평가는 효과성에 대한 증명을 위한 기준을 얼마나 바르게 세웠느냐에 따라 결론이 난다고 할 수 있다. 임상적 효과에 대해서도 사망률, 유병률, 입원 빈도, 치료를 위한 재원일수 등이 최종 판단을 위한 기준이 될 수 있으나, 대부분의 연구가 이들 변수의 대리변수들을 사용하고 있는 점도 임상적 효과성을 판단하는데 어렵게 한다.

2) 경제성 분석 결과(cost-effectiveness)

임상적 효용성에 대한 평가에서와 같이 기존의 체계적 문헌고찰은 경제성에 대한 평가에 대해서도 유보적이다. 외국의 체계적 문헌고찰 논문들은 원격의료의 경제성이 있는지에 대해 즉답을 피하고, 명확하게 판단을 내리지 않고 있다. 원격의료의 경제성 분석은 주로 미국, 노르웨이, 호주, 캐나다 등에서 연구가 있지만 연구수가 많지 않고, 연구의 방법론에서도 문제점이 많이 지적되고 있다.

원격의료의 비용효과성에 대한 체계적 문헌고찰은 Whitten P. et al(2002)이 대표적이다. 원격의료의 비용과 관련한 연구 총 600개 중 55

개의 연구만이 비용효과성을 다뤘고, 이중 24개만이 실제 데이터를 사용하여 측정한 반면, 나머지는 가상실험이나 모델링 연구에 그쳤다. 총 24개의 논문 중 대부분이 특정 서비스 분야에 대한 연구이며 오직 4개의 논문만이 전체 사회적인 관점에서 논의를 진행하고 있다고 밝히고 있다. Ohinmaa et al(2001)은 “대부분의 연구결과가 시범사업을 대상으로 하고 있고 매우 단기적인 효과만 제시하고 있어 그 효과에 대한 과학적 검증으로는 부족하다”라고 언급하고 있다. 이 후 논문에서도 상황은 크게 개선되지 않았음을 보여준다. Saliba et al (2012, p.802)는 “국가간 원격의료(cross border telemedicine)를 통해 비용을 감소시키고 효율성을 늘릴 것이라는 생각에서 출발하지만, 비용효과성에 대해서는 더 사실정립이 필요하다” 라고 하고 있다.

McLean, S. et al. (2013, P.5)은 의료이용과 관련하여 “전반적으로 원격의료(telehealthcare)가 입원을 줄이는 사례가 많은 것으로 나타나고 있지만, 중재(intervention)의 성격에 대한 더 자세한 기술이 필요하다.” 고 하고 있다.

원격의료의 효과에 대한 근거부족은 정부의 올바른 정책방향을 세우는데도 장애요소가 되고 있다. 원격의료의 임상적 및 경제적 효과가 있는지, 있다면 어느 정도까지 있는지, 어떤 전문분야에서 효과가 있는 것인지에 대한 지식이 없다면 다른 치료법에 비해 원격의료의 우수성을 주장할 수 없으며, 도입의 필요성에 대해서도 의문을 제기할 수 있다. 선행연구 결과도 도움이 되겠지만, 의료환경과 의료전달체계가 상이한 국가 간에 원격의료의 효과는 차이가 있을 것이기 때문에, 국내에서도 원격의료의 임상적 효과 및 경제성에 대한 제대로 된 연구가 필요하다.

원격의료에 대한 의미 있는 결론을 도출하기 위해서는 샘플사이즈를 키우거나, 평가기준에 대한 명확한 설정이 필요하다. 원격医료를 평가하

는데 방법론적인 문제에 대해 지적하는 체계적 문헌고찰이 상당수 존재한다. Ekeland, A.G., Bowes, A. & Flottorp, S. (2012)은 원격의료에 대한 평가 방법으로 실증주의적 전통(positivist traditions)과 자연주의적 전통(naturalistic traditions)으로 구분하고 있다. 실증주의적 전통은 무작위 대조시험(randomized controlled trial)을 통해 인과관계를 밝히고, 시험대상의 효과를 추정하는 것을 목적으로 한다. 자연주의적 전통은 새로운 기술이나 산업이 형성되어 가는 과정을 다양한 이해관계자의 상호작용으로 보고 연구대상의 context를 중시하는 질적연구이다. 원격의료의 임상적 효용 및 경제성 평가를 위해서는 실증주의 연구방법론이 엄격하게 적용되어서 그 효과에 대한 추정이 이루어져야 한다고 사료된다.

제5절 정책방향

1. 수요자와 공급자 제한

원격의료의 활성화되기 위해서는 의료진의 수용성이 관건일 것으로 전망된다. 그러나 보다 근본적으로는 원격의료의 대면서비스에 비해 환자편익이 높고, 의료진에게 (기회)비용이 적은 경우에 가능할 것으로 사료된다. 그러나 이를 시장의 보이지 않는 손에 맡기기에는 위험부담이 크다. 주요국의 사례에서도 수요자와 공급자 제한을 통해 원격의료의 허용 범위를 한정하고 있다.

미국 메디케어의 경우 원격상담에서부터 시작하여 허용서비스의 범위를 순차적으로 확대하는 방법을 취하였다. 또한 체계적 문헌고찰의 결과

미국을 포함한 주요국의 경우 원격의료의 임상적 치료효과가 큰 분야로는 정신 및 불안장애 등 심리치료, 일부 질환 홈 모니터링(심장질환, 호흡기질환 등), 만성질환 관리, 건강행태 관련 프로그램(금연, 운동 등) 제시하고 있다. 미국에서 정신 건강 등 전문가와의 물리적인 접촉이 상대적으로 적은 의료영역에서 활성화 되어있는 것은 실제로 이 분야 환자의 효용이 상대적으로 높고 의료진에게 서비스 제공에 따른 기회비용도 적다는 점을 시사한다.

일본의 경우 원격医료를 대면진료의 보완 수단으로 활용하고 있으며, 의사 대 환자 원격의료의 경우, 예방, 건강상담 등은 보험수가에서 인정하지 않고, 임상데이터 등을 통해 의료의 질이 향상되었음을 입증하는 경우에만 가능하도록 제한하고 있다, 의사-환자간 원격의료의 대상이 되는 서비스도 9가지로 한정하고 있다. 일본의 원격의료는 1990년대 후반 이후 진보한 측면이 있으나 활발하게 발전하고 있다고 말하기는 어려운 것으로 판단된다. 현재까지 이용실적에 대한 통계도 존재하지 않는다.

원격의료와 관련한 현재의 의료법 개정안에서 원격의료의 수요자와 공급자를 제한하고 있다⁵⁹⁾. 수요자와 공급자는 비용효과성과 임상적 유용성 등을 감안하여 순차적으로 확대하여도 좋을 것으로 보인다. 원격의료

59) 원격의료의 현재 의료법 개정안에는 공급자는 원칙적으로 모든 의료기관에서 원격의료 가 실시 가능하다고 명시하고 있으나, 재진환자로서 만성질환자 및 정신질환자/도서, 벽지 거주자 및 노인, 장애인/ 기타 보건복지부령으로 정하는 경증환자의 경우에는 의원급 의료기관만 공급할 수 있도록 제한하고 있다. 수요자는 원격지 의사가 의학적으로 위험성이 낮다고 판단한 환자, 의료기관 방문에 상당한 시간을 요하는 등 의료기관 이용이 어려운 환자, 성폭력 피해자 및 가정폭력 피해자로 제한하고 있다. 의학적 위험성이 낮다고 판단하는 재진환자는 1) 상당기간에 걸쳐 진료를 받고 있는 고혈압당뇨 등 만성질환자 및 정신질환자, 2) 입원하여 수술치료를 받은 이후 질병상태에 대해 지속적으로 경과를 관찰할 필요가 있거나, 가정간호 등 의료기관 이외의 장소에서 지속적인 치료와 관리가 필요한 환자로 규정하고 있다. 의료기관 이용이 어려운 환자는 1) 도서벽지 거주자 등 의료기관까지의 거리가 먼 사람, 2) 거동이 어려운 노인, 장애인, 3) 교정시설의 수용자, 군인 등 의료기관 이용이 제한되는 사람, 4) 기타 의료기관 이용이 어렵다고 보건복지부령으로 정하는 사람으로 규정하고 있다.

의 허용범위와 관련하여서는 원격의료 서비스의 임상적 및 경제적 효율성 뿐만 아니라 효과성, 접근성 등의 문제와 함께 기술적, 윤리적, 법률적 문제까지 함께 고려되어야 할 것이다.

또한, 우리나라의 경우 현행 국민건강보험법상 원격의료행위에 대해서는 아직까지 건강보험 급여가 인정되지 않고 있다. 그러나 선진국의 경우에서와 같이 원격의료를 건강보험 급여에 포함시키기 위해서는 원격의료의 비용효과성과 임상적 유용성 등을 고려하여 보험수가를 정하여야 할 것이다. 이를 위해서는 어떤 환자에게 효과적인지, 얼마나 효과적인지, 왜 효과적인지, 효과적이지 않다면 왜 그런지에 대한 근거기반 데이터 창출이 필요할 것이다.

2. 원격처방

현행 의료법에서는 원격자문(의료지식이나 기술지원) 이외에 원격 진찰이나 원격처방은 허용하지 않고 있어 원격처방전 발급은 금지하고 있으나(의료법 제17조), 의사-환자간 원격의료가 도입될 경우, 이를 허용하여야 할 것이다. 또한 의약품 배송 문제에 대한 논의도 동시에 이루어져야 한다. 도서, 벽지 환자들의 경우 의료법 개정으로 전자처방전을 발급받을 수 있다 하더라도 환경적 여건상 약국에의 접근이 어려운 경우에는, 의약품의 원격조제, 판매, 배송이 가능하도록 할 필요가 있다. 이 경우 의약품 배송 중 발생할 수 있는 문제(습도 유지 등)에 대한 논의도 필요하다.

3. 의료사고 발생 시 책임 전가 문제

현행 의료법은 원격의료에서 발생하는 의료사고에 대하여 환자를 직접 대면하여 진료하는 경우와 같은 책임을 진다고 명시되어 있으며, 단서조항으로 원격지외사의 과실을 인정할만한 명백한 근거가 없는 경우 환자에 대한 책임은 현지외사에게 있는 것으로 본다. 원격지외사의 과실을 인정할만한 명백한 근거에 대한 입증은 현지외사에게 있어 원칙적으로는 원격지외사가 책임을 지도록 보이나 원격지외사의 치료행위에 대한 의사결정의 구속력이 없다고 볼 수 있다. 의료법 개정안은 위 법안과 유사하나 원격지외사의 책임을 확대하였으며, 환자가 원격지외사의 지시를 따르지 않은 경우와 장비의 결함으로 인한 의료사고에 대한 항목을 추가하였다.

현행 의료법	의료법 개정안
<p>제34조(원격의료) ③ 원격의료를 하는 자(이하 "원격지외사"라 한다)는 환자를 직접 대면하여 진료하는 경우와 같은 책임을 진다.</p> <p>④ 원격지외사의 원격의료에 따라 의료행위를 한 의료인이 의사·치과의사 또는 한의사(이하 "현지외사"라 한다)인 경우에는 그 의료행위에 대하여 원격지외사의 과실을 인정할 만한 명백한 근거가 없으면 환자에 대한 책임은 제3항에도 불구하고 현지외사에게 있는 것으로 본다.</p>	<p>원격지외사는 환자를 직접 대면하여 진료하는 경우와 같은 책임을 진다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 대해서는 그러하지 아니하다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 환자가 원격지외사의 지시를 따르지 않은 경우 2. 환자가 갖춘 장비의 결함으로 인한 경우 3. 원격지외사의 원격의료에 따라 의료행위를 한 의료인이 의사·치과의사 또는 한의사로서 그 의료행위에 대하여 원격지외사의 과실을 인정할 만한 명백한 근거가 없는 경우

또한 의료행위지를 어디로 보느냐에 따라 문제가 발생할 수 있다. 의료행위지를 의료인을 중심으로 보는 원격지, 또는 의사보다는 환자 중심으

로 보는 현지 중 어느 곳으로 판단하느냐에 따라 법적 문제가 발생할 수 있다. 이는 국내 원격의료 뿐 아니라 국가간 원격의료시 발생하는 의료사고에도 민감한 사안이며, 현재 우리나라 의료법으로는 타국 의료인이 내국인 원자에게 원격의료를 실시하는 경우 무면허 의료행위로 간주하고 있다.

4. 개인정보 노출 위험

원격의료 도입은 정보통신 네트워크를 통해 환자의 정보가 이동하므로 환자의 개인건강정보가 노출될 위험성이 높다. 현행 의료법에는 의료기관 내에서만 환자의 개인정보를 보관할 수 있다고 명시되어 있으나, 원격의료 시행 시 환자의 정보를 교환해야 하며, 이를 위한 원격의료 장비 중 개업자를 거친다면 환자의 개인정보는 추가적으로 위험에 노출될 수 있다. 환자의 건강정보는 민간 보험회사와 민간 기업들에게 오용 또는 남용될 소지가 있으므로, 의료정보 처리사업자에 대한 법적 근거와 정보보호 대책 마련이 필요하다.



제4장

의료서비스무역 현안과 대응방안

제1절 의료서비스 무역의 특징

제2절 의료서비스 무역 모드 별 주요 쟁점

제3절 의료서비스 무역제한지수의 산출

제4절 정책방향

4

의료서비스무역 현안과 대응방안 <<

제1절 의료서비스 무역의 특징

성한경 외(2009)의 연구에 의하면 의료서비스 무역은 다른 산업의 무역과는 다른 특징을 나타내고 있다. 서비스 무역은 상품 무역처럼 명확하고 간단하지 않다. 상품 무역은 관세로 무역의 장벽을 측정할 수 있지만, 서비스 무역은 국가의 제도, 정책 및 규제에 따라서 무역의 장벽이 결정이 되고, 유사한 규제라 하더라도 국가가 처한 환경에 따라서 다른 모습으로 영향이 나타날 수 있다. 또한 서비스 무역은 그 형태가 매우 다양하게 나타나고, 관련된 통계 자료도 상품 무역에 비하여 매우 부족하여 그 정도를 파악하는 것이 상대적으로 어렵다. 몇몇 국제기구에서 국가별 서비스 무역에 대한 통계를 산출하려는 시도를 하고 있지만, 이 역시 국제기구 별로 사용하는 정의나 통계량이 일관되지 않아서 국제 표준으로 삼기에는 문제가 있다. 서비스 무역의 특성상 인력의 이동에 의한 서비스의 수요와 공급이 빈번하게 일어나는데 이를 국가 단위로 이를 종합하고 분석하는 것도 현실적으로 매우 어렵다(성한경 외, 2009).

의료서비스를 포함하여 전문직서비스는 다른 서비스 산업과는 구별되는 몇 가지 특징이 있다. 먼저, 전문직서비스는 개인의 지적능력, 경험, 기술 등 개인의 노동력이 중요하며 일반적으로 서비스의 가치가 높게 평가 된다. 이러한 개인의 전문성을 확보하기 위하여 대부분의 국가에서 전문직 서비스 공급자를 양성하기 위한 교육과정과 자격시험 제도를 유지하고 있다. 자격인정제도는 국가에서 인위적으로 공급을 조절할 수 있도록

록 하는 기능을 하며 일반적인 수요-공급의 시장경제 원리를 적용할 수 없도록 하여 국가 간의 교역에서 중요하게 고려해야 할 요소가 된다. 마지막으로 개인 단위뿐 만 아니라 법인의 형태로도 서비스를 공급할 수 있기 때문에 노동과 자본 등의 이동도 전문직서비스 무역에서 중요한 고려 요소가 된다. (성한경 외, 2009)

의료서비스는 여타 전문직서비스에는 없는 특징들을 가지고 있다. 의료서비스는 국민의 건강과 직결되어 있기 때문에 일반적인 산업으로 인식할 수는 없고, 외국으로부터의 서비스 유입에 대해서 대부분의 국가에서 신중한 태도를 취하고 있다. 국가마다 의료서비스를 바라보는 시각의 차이가 있고, 의료서비스를 바라보는 국민의 정서도 차이가 있다. 국가마다 보건의료체계나 제도가 천차만별로 다른 것을 보면 그것을 알 수 있다. 의료서비스 무역이 다른 전문직 서비스의 무역보다 보다 복잡한 이유가 여기에 있다(이중현, 2011). 2001년 WTO의 주관으로 도하개발아젠다(DDA) 협상의 시작으로 의료서비스 시장 개방에 대한 논의가 진행되었지만 위에서 설명한 바와 같은 의료서비스 시장의 특성 때문에 협상에서 큰 성과를 거두지는 못하였다. 현재는 다자간의 무역보다는 양자 간의 자유무역협정(FTA)이 활발하게 진행 중에 있고, 의료서비스 분야에 대해서도 새롭게 논의가 될 가능성이 있는 것으로 보인다.

위와 같은 서비스 무역의 특징을 고려하였을 때, 국가 별 서비스 무역의 현황을 파악하기 위하여 무역의 형태를 분류하는 공통된 기준이 필요하다. 서비스 무역에서 폭 넓게 사용되는 기준은 WTO의 서비스무역에 관한 일반 협정(General Agreements on Trade in Service. GATS)이다. GATS에서는 4가지의 공급형태(mode)를 제안하는데, 각 모드에 관한 설명은 아래와 같다. (성한경 외, 2009)

〈표 4-1〉 GATS 서비스 공급형태

구분	주요 내용
Mode 1: 국경 간 공급 (cross-border supply)	한 회원국의 영토로부터 그 밖의 회원국의 영토 내로의 서비스 공급, 수요자가 인터넷, 국제전화 등을 통해 해외업체와 서비스를 거래하는 경우
Mode 2: 해외 소비 (consumption abroad)	한 회원국의 영토 내에서 그 밖의 회원국의 서비스 소비자에 대한 서비스 공급, 수요자가 해외에서 직접 소비하는 경우
Mode 3: 상업적 주재 (commercial presence)	다른 회원국 영토 내에서의 상업적 주재를 통해서 서비스를 제공하는 경우의 공급형태; 공급자가 자회사, 지사 등을 설립하여 현지에 주재하면서 서비스를 공급하는 경우를 의미함
Mode 4: 자연인의 이동 (presence of natural person)	다른 회원국의 영토 내에서의 자연인의 주재를 통해서 서비스를 제공하는 경우의 공급 형태; 자연인이 외국으로 이동하여 서비스를 공급하는 경우

자료: GATS 제1조 제2항; 정종인 외(2006); 정 철 외(2008); 성한경 외(2009)

의료서비스 분야에서도 GATS 분류 기준을 적용하여 무역의 형태를 구분할 수 있고, 이를 바탕으로 주요국의 정책 및 제도를 분석하는 것은 국가 간의 개방정도의 비교나 종합적인 개방정도의 판단을 용이하게 한다.

제2절 의료서비스 무역 모드 별 주요 쟁점

1. Mode 1 : 의료서비스 국경 간 공급

의료서비스의 국경 간 공급은 의료 서비스 공급자와 소비자가 다른 영토에 속하며 원격으로 의료서비스가 공급자로부터 소비자로 제공되는 공급형태를 의미한다(송준현, 2013). 국경을 넘어 서로 다른 국가에서 수행되는 원격의료라고 생각할 수 있다.

우리나라는 의료법 제34조⁶⁰⁾에 원격의료에 관한 조항을 마련하고 있다. 의료법 제 33조 제1항⁶¹⁾에 의해 의료기관 이외의 장소에서 의료행위를 할 수 없지만, 의료법 제34조에서는 컴퓨터 등 정보통신기술을 활용하여 원격으로 타지역에 있는 의료인에게 의료지식이나 기술을 지원하는 행위 - 이를 '원격의료'라고 함 - 할 수 있다고 명시하였다. 현행 의료법상 원격지의사가 현지환자에 직접적인 진료나 처방을 내릴 수는 없고, 반드시 현지의사가 함께 있어서 현지의사를 통하여 의료행위를 수행해야 한다.

국가 간 원격의료는 원격지의사의 면허 소지 여부에 따라서 불법적인 의료행위로 간주될 수 있다. 원격지의사와 현지 환자 사이에 현지 의사가 개입이 되면 의료 사고가 발생하였을 때 책임소재를 가리는 것이 상당히 어렵고, 국가마다 의료법과 체계가 다르기 때문에 처벌 규정을 어떻게 적용할 수 있는지도 고려해야 한다.

-
- 60) 제34조(원격의료) ①의료인(의료업에 종사하는 의사·치과의사·한의사만 해당한다)은 제33조 제1항에도 불구하고 컴퓨터·화상통신 등 정보통신기술을 활용하여 먼 곳에 있는 의료인에게 의료지식이나 기술을 지원하는 원격의료(이하 "원격의료"라 한다)를 할 수 있다.
 ②원격医료를 행하거나 받으려는 자는 보건복지부령으로 정하는 시설과 장비를 갖추어야 한다. <개정 2008.2.29., 2010.1.18.>
 ③원격医료를 하는 자(이하 "원격지의사"라 한다)는 환자를 직접 대면하여 진료하는 경우와 같은 책임을 진다.
 ④원격지의사의 원격의료에 따라 의료행위를 한 의료인이 의사·치과의사 또는 한의사(이하 "현지의사"라 한다)인 경우에는 그 의료행위에 대하여 원격지의사의 과실을 인정할 만한 명백한 근거가 없으면 환자에 대한 책임은 제3항에도 불구하고 현지의사에게 있는 것으로 본다.
- 61) 제33조(개설) ①의료인은 이 법에 따른 의료기관을 개설하지 아니하고는 의료업을 할 수 없으며, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 외에는 그 의료기관 내에서 의료업을 하여야 한다. <개정 2008.2.29., 2010.1.18.>
 1. 「응급의료에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 응급환자를 진료하는 경우
 2. 환자나 환자 보호자의 요청에 따라 진료하는 경우
 3. 국가나 지방자치단체의 장이 공익상 필요하다고 인정하여 요청하는 경우
 4. 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 가정간호를 하는 경우
 5. 그 밖에 이 법 또는 다른 법령으로 특별히 정한 경우나 환자가 있는 현장에서 진료를 하여야 하는 부득이한 사유가 있는 경우

2. Mode 2 : 의료서비스의 해외소비

의료서비스의 해외 소비는 보건의료서비스 분야에서 경제적 규모가 가장 큰 서비스 공급방식으로서, 많은 국가에서 해외환자유치, 의료관광 활성화 등으로 정책적으로 육성하고 있는 의료서비스 공급방식이다. 환자들이 본국에서 진료를 받지 않고 여러 가지 이유로 해외에 나가서 의료서비스를 공급받는 방식인데 이 방식은 다른 모드의 공급 형태보다 보편화되어 있고, 의료서비스 무역의 개방과 관련하여 제한점이 많지 않다. 이종현(2011)의 연구에 의하면 환자가 의료서비스를 받기 위해 해외로 가는 형태를 크게 두 가지로 구분할 수 있다. 먼저, 난치성 질환 치료 등 최상의 의료서비스를 받기 위하여 개발도상국의 부유층이 선진국으로 이동하여 진료를 받는 형태가 있을 수 있고, 다른 한 가지 방법은 선진국의 국민이 의료서비스 비용이 비싼 자국을 피해 보편화된 서비스로서 서비스 수준의 큰 차이가 없지만 비용이 저렴하거나 이용이 용이한 개발도상국으로 이동하여 서비스를 받는 형태가 있을 수 있다. (이종현, 2011)

가. 해외환자 유치 관련 국내 관련법 검토

우리나라는 의료법 제27조의 3항⁶²⁾에서 환자유치를 금지하고 있지만,

62) 의료법 제27조3항

③ 누구든지 「국민건강보험법」이나 「의료급여법」에 따른 본인부담금을 면제하거나 할인하는 행위, 금품 등을 제공하거나 불특정 다수인에게 교통편의를 제공하는 행위 등 영리를 목적으로 환자를 의료기관이나 의료인에게 소개·알선·유인하는 행위 및 이를 사주하는 행위를 하여서는 아니 된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위는 할 수 있다. <개정 2009.1.30., 2010.1.18.>

1. 환자의 경제적 사정 등을 이유로 개별적으로 관할 시장·군수·구청장의 사전승인을 받아 환자를 유치하는 행위
2. 「국민건강보험법」 제93조에 따른 가입자나 피부양자가 아닌 외국인(보건복지부령으로 정하는 바에 따라 국내에 거주하는 외국인은 제외한다)환자를 유치하기 위한 행위

2호의 예외 규정을 두어 외국인 환자 유치에 대해서는 허용하고 있다. 하지만 4항⁶³⁾에서는 보험회사 등의 외국인 환자 유치 활동은 금지함으로써 국내 보험회사의 해외 환자 유치 활동을 억제하고 있다.

국내 보험회사들은 해외보험회사와의 형평성을 들며 이 규정에 대한 개정을 요구하고 있다.⁶⁴⁾ 외국 보험회사는 해외 환자를 국내로 유치할 수 있고, 실제로 <표 4-2>와 같이 다수의 국내 병원들이 외국 보험회사와 협약을 체결하여 환자를 유치하고 있다.

<표 4-2> 외국 보험회사와 국내병원 간 주요 협약체결 현황

외국 보험회사명	협약체결한 국내 병원
미국 AIG	세브란스병원, 우리들병원
미국 UHI	세브란스병원
MSH-China ¹⁾	세브란스병원, 서울성모병원, 가천길병원, 우리들병원, 인하대병원, 안양샘병원, 좋은강안병원
미국 CIGNA ²⁾	세브란스병원, 가천길병원, 서울성모병원, 강남세브란스병원, 서울대병원, 서울대치과병원, 세종병원, 인하대병원, 청심국제병원, 한양대의료원, 화순전남대병원
동경화재보험	자생한방병원

주: 1) 2010년 7개 병원과 진료비 직불계약 체결

2) 2012년 1월 11개 병원과 진료비 직불계약 체결(이들 의료기관이 자사 보험상품 가입자를 진료하고 진료비를 청구하면 30일 이내에 원화로 대금 지급)

자료: KiRi Weekly 포커스, 보험회사의 외국인 환자 유치 필요성, 보험연구원, 2012.

하지만 다른 한 편에서는 국내보험회사의 해외 환자 유치를 본격적으로 허용하게 되면, 민영보험회사와 특정 병원의 연계가 활성화 될 수 있고 이로 인해 공공보험제도가 약화될 수 있다는 우려도 제기 되고 있다 (이창우, 2012).

63) 의료법 제27조 ④ 제3항제2호에도 불구하고 「보험업법」 제2조에 따른 보험회사, 상호회사, 보험설계사, 보험대리점 또는 보험중개사는 외국인환자를 유치하기 위한 행위를 하여서는 아니 된다. <신설 2009.1.30.>

64) 이창우, 보험회사의 해외환자 유치에 대한 의견, 생명보험협회보 통권38호, 2012.

의료법 제27조의 2⁶⁵⁾에는 의료기관이 외국인환자를 유치하기 위하여 갖추어야 할 요건에 대해서 규정하고 있다. 현행 규정에는 상급종합병원은 보건복지부령으로 정하는 병상 수를 초과하여 외국인 환자를 유치할 수 없도록 하고 있다. 현재 보건복지부령으로 정한 기준은 병상수의 5%이다.⁶⁶⁾

나. 국내 해외환자 유치 현황

의료법에 의해 일정한 요건을 갖춘 의료기관에서 외국인환자를 유치할 수 있도록 하고 있다. 외국인 환자를 유치하는 의료기관들을 등록하여 관리함으로써 무분별한 유치행위를 방지하고, 질 높은 서비스 제공을 보장

65) 제27조의2(외국인환자 유치에 대한 등록 등) ① 제27조제3항제2호에 따라 외국인환자를 유치하고자 하는 의료기관은 보건복지부령으로 정하는 요건을 갖추어 보건복지부장관에게 등록하여야 한다. <개정 2010.1.18.>

② 제1항의 의료기관을 제외하고 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 유치하고자 하는 자는 다음 각 호의 요건을 갖추어 보건복지부장관에게 등록하여야 한다. <개정 2010.1.18.>

1. 보건복지부령으로 정하는 보증보험에 가입하였을 것
2. 보건복지부령으로 정하는 규모 이상의 자본금을 보유할 것
3. 그 밖에 외국인환자 유치를 위하여 보건복지부령으로 정하는 사항

③ 제1항에 따라 등록한 의료기관 및 제2항에 따라 등록한 자(이하 "외국인환자 유치업자"라 한다)는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 매년 3월 말까지 전년도 사업실적을 보건복지부장관에게 보고하여야 한다. <개정 2010.1.18.>

④ 보건복지부장관은 의료기관 또는 외국인환자 유치업자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 등록을 취소할 수 있다. <개정 2010.1.18.>

1. 제1항 또는 제2항에 따른 등록요건을 갖추지 아니한 경우
2. 제27조제3항제2호 외의 자를 유치하는 행위를 한 경우
3. 제63조에 따른 시정명령을 이행하지 아니한 경우

⑤ 제1항에 따른 의료기관 중 상급종합병원은 보건복지부령으로 정하는 병상 수를 초과하여 외국인환자를 유치하여서는 아니 된다. <개정 2010.1.18.>

⑥ 제1항 및 제2항에 따른 등록절차에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2010.1.18.>

66) 의료법 시행규칙(시행 2014.8.6.) [보건복지부령 제254호, 2014.8.6., 타법개정] 제19조의5(상급종합병원의 외국인환자 유치 제한) 법 제27조의2제5항에서 "보건복지부령으로 정하는 병상수"란 법 제3조의4에 따라 지정된 상급종합병원(2010년 1월 31일 전에는 「국민건강보험법」 제40조제2항에 따라 종합전문요양기관으로 인정된 의료기관을 말한다)의 병상수의 100분의 5를 말한다. <개정 2010.3.19>

할 수 있다(2012 외국인환자 통계, 2013). 한국의료를 이용한 외국인 환자 통계는 아래 표와 같다.

〈표 4-3〉 한국의료를 이용한 외국인 환자

	2009	2010	2011	2012
환자수	60,201명	81,789명	122,297명	159,464명
총 진료수입	547억원	1,032억원	1,809억원	2,673억원
방문국가수	141개국	163개국	180개국	188개국

자료: 한국보건산업진흥원, 2012 외국인환자 통계, 2013

2012년 유치한 외국인 환자수 159,646명은 2011년 대비 30.4% 증가한 수치이고, 2009년 이래로 연평균 38.4% 증가하고 있다. 2012년 총 진료수입은 2011년 대비 47.7% 증가하였다. 2012년 12월 31일 기준으로 의료기관 2,521개소, 유치업자 568개소가 등록되어 있다(2012 외국인환자 통계, 2013). 통계에 포함된 해외 환자의 요건은 1) 국적이 한국이 아닌 외국인, 2) 국민건강보험의 가입자·피부양자가 아닌 외국인, 3) 외국인등록을 하지 않은 외국인과 국내거소신고를 하지 않은 외국국적동포, 4) 기타 주한미군·외교관 및 그의 가족이다.

진료유형별 외국인 실환자의 현황은 아래 표와 같다.

〈표 4-4〉 진료유형별 외국인 실환자 현황

(단위: 명)

구분 \ 실환자수	2009년	2010년	2011년	2012년	연평균 증가율 ²⁾ (%)
	입원	3,915	7,987	11,945	
외래	56,286 ¹⁾	63,891	95,810	128,711	31.7
건강검진		9,911	14,542	15,944	26.8
계	60,201	81,789	122,297	159,464	38.4

주: 1) 2009년은 건강검진을 구분하지 않고 외래에 포함하여 조사

2) 외래 및 건강검진은 '10년부터 '12년까지의 연평균 증가율

자료: 한국보건산업진흥원, 2012 외국인환자 통계, 2013

〈표 4-5〉 진료유형별 외국인 연환자 현황

(단위: 명)

연환자수 ¹⁾ 구분	2009년	2010년	2011년	2012년	연평균 증가율 ²⁾ (%)
입원	26,707	54,057	92,758	184,782	90.6
외래	135,931	170,203	251,649	290,157	29.6
계	162,638	224,260	344,407	474,939	43.7

주: 1) 1명의 환자가 복수의 외래진료 및 입원을 한 경우, 모든 진료일수 및 입원기간을 합산

* 대부분의 의료관광 주요구(싱가포르, 태국 등)은 외국인환자수를 실환자가 아닌 연환자수로 집계

** 한국은 의료기관에서 치료받는 환자를 중심으로 외국인환자의 범위를 엄격하게 규정하고 있는 반면, 타 국가는 거주외국인 및 휴양(스파, 마사지 등) 방문객까지 외국인환자로 포함하고 있어 국가간 단순 비교는 적합하지 않음

자료: 한국보건산업진흥원, 2012 외국인환자 통계, 2013.

병상수의 5% 제한을 받는 상급종합병원의 경우 현재까지 0.992%의 점유율을 보이고 있다⁶⁷⁾(보건복지부 보도해명자료, 2014). 규정상 병상수의 제한이 있지만 아직까지는 외국인 환자를 위한 병상 수 제한으로 인한 어려움은 없는 것으로 보인다.

〈표 4-6〉 상급종합병원 외국인환자의 병상 점유율

구분	등록 기관 수	병상 수	병상수*365 [A]	외국인 입원환자 수	외국인 입원환자 입원일수 [B]	병상 점유율 [(B/A)*100]
2009	29	29,097	10,620,405	2,334	15,683	0.15
2010	41	35,324	12,893,260	4,397	24,510	0.19
2011	43	42,029	15,340,585	6,350	67,874	0.44
2012	43	42,199	15,420,635	6,928	96,950	0.63

자료: 한국보건산업진흥원, 2012 외국인환자 통계, 2013

67) 보건복지부, 7월 8일 매일경제 '보험회사 외국인 유치금지, 메디텔 지지부진' 보도에 대한 설명자료, 2014.

국적별로 국내 의료서비스를 이용한 환자수를 분류하면, 중국, 미국, 일본 환자수가 많고, 러시아, 몽골, 베트남 등에서 온 환자도 상당 부분을 차지한다는 것이 나타났다.

〈표 4-7〉 주요 국적별 외국인환자 실현자수 현황

(단위: 명 (%))

연도 국가	2009년	2010년	2011년	2012년	연평균 증가율 (%)
중국	4,725 (7.8)	12,789 (15.6)	19,222 (15.7)	32,503 (20.4)	90.2
미국	13,976 (23.2)	21,338 (26.1)	27,529 (22.5)	30,582 (19.2)	29.8
일본	12,997 (21.6)	11,035 (13.5)	22,491 (18.4)	19,744 (12.4)	15.0
러시아	1,758 (2.9)	5,098 (6.2)	9,651 (7.9)	16,438 (10.3)	110.7
몽골	850 (1.4)	1,860 (2.3)	3,266 (2.7)	8,407 (5.3)	114.7
베트남	327 (0.5)	921 (1.1)	1,336 (1.1)	2,231 (1.4)	89.7
필리핀	356 (0.6)	957 (1.2)	1,178 (1.0)	1,787 (1.1)	71.2
카자흐스탄	128 (0.2)	346 (0.4)	732 (0.6)	1,633 (1.0)	133.7
사우디아라비아	218 (0.4)	380 (0.5)	920 (0.8)	1,082 (0.7)	70.6
우즈베키스탄	113 (0.2)	298 (0.4)	491 (0.4)	824 (0.5)	93.9
인도네시아	183 (0.3)	283 (0.3)	424 (0.3)	689 (0.4)	55.6
아랍에미리트	17 (0.0)	54 (0.1)	158 (0.1)	342 (0.2)	172

자료: 한국보건사업진흥원, 2012 외국인환자 통계, 2013.

진료과별 외국인 환자 수 통계에 따르면 외국인 환자가 2012년에 가장 많이 이용한 진료과는 내과이고 뒤를 이어 검진센터, 피부과, 성형외과, 산부인과이다. 성형외과의 연평균 증가율은 77.3%로서 다른 진료과목에 비해서 가장 높은 증가율을 나타내었다.

〈표 4-8〉 진료과별 외국인환자 실환자수¹⁾ 현황

(단위: 명 (%))

연도 국가	2009년	2010년	2011년	2012년	연평균 증가율 (%)
내과 ²⁾	18,398 (28.5)	23,632 (23.3)	34,330 (22.2)	45,994 (22.2)	35.7
검진센터	8,980 (13.9)	13,272 (13.1)	19,894 (12.9)	23,898 (11.5)	38.6
피부과	6,015 (9.3)	9,579 (9.4)	12,978 (8.4)	17,224 (8.3)	42.0
성형외과	2,851 (4.4)	4,708 (4.6)	10,387 (6.7)	15,898 (7.7)	77.3
산부인과	3,965 (6.2)	5,656 (5.6)	7,568 (4.9)	10,905 (5.3)	40.1
정형외과	3,196 (5.0)	4,975 (4.9)	6,876 (4.4)	9,643 (4.7)	44.5
한외과	1,897 (2.9)	4,191 (4.1)	9,793 (6.3)	9,464 (4.6)	70.9
안과	1,921 (3.0)	4,507 (4.4)	5,821 (3.8)	7,933 (3.8)	60.4
이비인후과	2,484 (3.9)	3,549 (3.5)	5,080 (3.3)	7,313 (3.5)	43.3
치과	2,032 (3.2)	3,828 (3.8)	5,220 (3.4)	7,001 (3.4)	51.0
일반외과	1,903 (3.0)	2,793 (2.7)	4,304 (2.8)	6,530 (3.2)	50.8
비뇨기과	1,760 (2.7)	2,629 (2.6)	4,027 (2.6)	5,616 (2.7)	47.2
소아청소년과	1,354 (2.1)	2,566 (2.5)	3,030 (2.0)	5,387 (2.6)	58.5
신경외과	1,674 (2.6)	2,177 (2.1)	3,053 (2.0)	5,144 (2.5)	45.4
신경과	879 (1.4)	1,486 (1.5)	2,443 (1.6)	3,870 (1.9)	63.9
영상의학과	0 (0)	1,516 (1.5)	2,478 (1.6)	2,195 (1.1)	-
그 외 진료과	5,155 (8.0)	10,528 (10.4)	17,534 (11.3)	23,044 (11.5)	64.7
계	64,464 (100)	101,592 (100)	154,816 (100)	207,059 (100)	47.5

주: 1) 진료과별 실환자 : 1명의 환자가 복수의 진료 과를 방문한 경우, 방문한 진료과별로 1명으로 표기

2) 내과 : 일반내과, 감염내과, 내분비대사내과, 류마티스내과, 소화기내과, 순환기내과, 신장내과, 알레르기내과, 혈액종양내과, 호흡기내과, 가정의학과

자료: 한국보건산업진흥원, 2012 외국인환자 통계, 2013.

외국인 환자의 의료기관 종별 이용현황을 〈표 4-9〉에서 살펴보면 상급 종합병원이 전체 약 40%를 차지하고, 뒤를 이어 의원과 종합병원이 약 20%를 차지하는 것으로 나타났다.

158 의료서비스산업 선진화를 위한 현안과 대응방안

〈표 4-9〉 의료기관 종별 외국인 실환자수 현황

(단위: 명(%))

국가	연도	2009년	2010년	2011년	2012년	연평균 증가율(%)
상급종합병원		27,657 (45.9)	35,382 (43.3)	47,000 (38.4)	60,262 (37.8)	29.6
종합병원		11,537 (19.2)	16,787 (20.5)	26,495 (21.7)	33,933 (21.3)	43.3
병원		8,407 (14.0)	6,937 (8.5)	11,016 (9.0)	16,269 (10.2)	24.6
치과병원		467 (0.8)	1,285 (1.6)	2,219 (1.8)	3,382 (2.1)	93.5
치과의원		716 (1.2)	1,432 (1.8)	1,299 (1.1)	1,778 (1.1)	35.4
한방병원		1,217 (2.0)	2,216 (2.7)	4,822 (3.9)	5,597 (3.5)	66.3
한의원		926 (1.5)	1,952 (2.4)	5,607 (4.1)	3,995 (2.5)	62.8
의원		9,274 (15.4)	15,798 (19.3)	24,370 (19.9)	34,166 (21.4)	54.4
기타		0 (0)	0 (0)	9 (0.0)	82 (0.1)	-
계		60,201 (100)	81,789 (100)	122,297 (100)	159,464 (100)	38.4

자료: 한국보건사업진흥원, 2012 외국인환자 통계, 2013.

2012년 외국인 환자의 총 진료수입은 2,673억 원이고, 1인당 평균 진료비는 168만원으로 나타났다. 이 중 입원환자의 총 진료수입은 1,347억원, 1인당 평균 진료비는 910만원으로 나타났으며, 외래환자의 경우 총 진료수입은 1,181억원, 1인당 평균 진료비는 92만원으로 나타났다. 건강검진의 경우 총 진료수입은 145억원, 1인당 평균 진료비는 91만원이다.

〈표 4-10〉 외국인환자 진료수익 현황

(단위: [총진료수입] 억원, [평균진료비] 만원)

구분	2009년		2010년		2011년		2012년	
	총 진료수입	1인당평균 진료비	총 진료수입	1인당평균 진료비	총 진료수입	1인당평균 진료비	총 진료수입	1인당평균 진료비
입원	256	656	520	666	756	662	1,347	910
외래	291	54	432	70	950	100	1,181	92
건강검진	-	-	81	87	103	71	145	91
계	547	94	1,032	131	1,809	149	2,673	168

자료: 한국보건사업진흥원, 2012 외국인환자 통계, 2013.

〈표 4-11〉과 같이 내국인환자 대비 외국인환자 1인당 평균 진료비는 2009년부터 2012년까지 시간이 흐름에 따라 증가하는 추세를 나타내고 있다.

〈표 4-11〉 내국인환자 대비 외국인환자 1인당 평균 진료비 비교

연도	구분	내국인환자 ¹⁾	외국인환자	내국인 대비 외국인
2009년		87만원	94만원 ²⁾	107.5%
2010년		96만원	131만원 ²⁾	136.4%
2011년		101만원	149만원 ²⁾	147.5%
2012년		104만원	168만원 ²⁾	161.5%

주: 1) 2012 건강보험 주요통계, 건강보험공단(2013)

2) 진료비 보고된 환자들의 평균 진료비

다. 외국의 해외환자 유치 사례

1) 싱가포르 (이재호, 박나리, 2012; 한국의료관광 총람 2012, 2011)

□ 싱가포르의 외국인환자 유치 현황

2006년 싱가포르를 찾은 의료관광객은 55만 5천으로 집계되었고, 2010년에는 72만 5천명이 방문한 것으로 나타났다.

□ 외국인 환자 유치를 위한 주요 정부 정책

싱가포르는 의료관광, 즉 외국인 환자 유치를 위하여 관광청과 보건부를 중심으로 정책을 개발해가고 있다. 관광청은 의료‘관광’에 초점을 맞추어 실무정책과 경쟁력 강화를 위한 프로그램을 운영하고 있고, 보건부에서는 보다 장기적으로 의료기술의 발전과 의료서비스 개선에 초점을 맞추어 정책을 시행하고 있다. 싱가포르 정부는 2001년에 경제검토위원

회(Economic Review Committee) 산하에 의료서비스작업반(HSWG: Healthcare Services Working Group)을 설치하여 자국의 의료서비스 산업을 분석하고 발전전략을 수립하도록 하였다. HSWG는 다음과 같은 7가지의 정책 조언을 발표하였다.

- ① 국가적 마케팅 계획 추진
- ② 가격 및 의료규범에 대한 투명성 제고를 위해 의료부문 소비자 포럼 개최
- ③ 의사, 간호사 및 관련 전문인력 공급 활성화를 통해 수요 충족
- ④ 의료기술 전문성의 활용을 최적화하기 위해 공공·민간 부문과 전문가·환자 간 소통 활성화
- ⑤ 의료기관의 관련 연구지원
- ⑥ 보다 많은 투자와 능력배양을 도모하기 위해 인센티브 적용
- ⑦ 의료서비스산업 촉진 및 상기 계획들을 이끌 수 있는 기구 운영

7대 정책은 2002년에 발표되었고, 약 10년 동안 대다수가 이행되었다. 1대 정책의 일환으로 싱가포르 의료관광의 고유브랜드인 ‘싱가포르 메디신(SingaporeMedicine)’을 개발하였다. 싱가포르는 의료관광 공식 웹사이트를 운영하고 있고, 관련 정보를 원스톱으로 이용할 수 있도록 하고 있다. 특히 ‘국제환자를 위한 가이드(The International Patient’s Guide)’를 통하여 방문 전 준비사항, 공항이동서비스, 숙박 관련 정보, 사후 관리 등의 정보를 제공하고 있고, ‘의료서비스공급자(Healthcare Service Provider)’에서는 외국인 대상 의료서비스를 제공하는 병원 명단을 제공함으로써 외국인 환자들이 싱가포르에서 원하는 의료서비스를 제대로 이용할 수 있도록 돕고 있다. 또한 외국인 환자를 유치하기 위하

여 의료관광객들에 대해서는 입국절차를 간소화하고 있다. 별도의 의료 전문비자를 요구하고 있지 않고, 입국 시에 사증허가서를 이용하여 도착 비자를 발급받을 수도 있다. 병원에서 대행서비스도 제공하고 있고, 복수 비자도 신청이 가능하다.

□ 싱가포르의 의료제도

싱가포르 의료제도는 메디세이브(Medisave), 메디실드(Medisshield), 메디펀드(Medifund)의 3M을 축으로 구성되어 있다. 메디세이브는 전국민을 대상으로 하는 의료적립금 제도이고, 메디실드는 고액 의료비가 필요한 상황에 대비하여 임의가입할 수 있는 공적의료보험이며, 메디펀드는 저소득자를 위하여 정부 예산으로 창설한 기금이다(보건산업진흥원, 글로벌 보건산업동향, 2014).

싱가포르 병원은 국공립병원과 민간병원으로 구분할 수 있다. 공립병원은 80년대 이후 민영화되어서 주식회사로 운영되지만 주식은 모두 정부가 보유하고 있다(보건산업진흥원, 글로벌 보건산업동향, 2014). 민간 병원은 금융기관과 일반투자자가 지분을 소유할 수 있는 영리병원으로서 현재 6개의 의료지주회사가 상장되어있고, 독자적으로 의료비 설정이 가능하게 되어있다(보건산업진흥원, 글로벌 보건산업동향, 2014;한국의료관광 총람 2012, 2011).

2) 태국

□ 태국의 외국인환자 유치 현황

태국은 최근 의료관광산업의 수입증가율이 연평균 15~20%에 이를 정도로 빠르게 성장하고 있다. 태국은 전통적인 관광대국으로서 관광산업을 해외환자 유치에 활용하고 있다. 2003년에 태국을 방문한 해외 환자

는 73만명, 연간 수입은 3억 8570만 달러 규모를 기록하였고, 3년 후인 2006년에는 태국을 방문한 해외환자가 133만명으로 증가하였고, 수입은 9억 6,009만 달러로서 3년 새 2.5배가 증가하였다. 하지만 2006년 이후 주변의 의료관광 후발 주자들이 등장하면서 의료관광산업 성장이 둔화되었다. (한국의료관광 총람 2012, 2011; 신장섭, 2010)

□ 외국인 환자 유치를 위한 주요 정부 정책

태국의 의료관광산업은 정부의 주도가 아닌 민간의 자발적인 노력으로 성장할 수 있었다. 태국의 병원들은 1997년 금융위기를 겪으며 본격적으로 해외환자유치 사업을 벌이기 시작하였다. 태국 정부는 이미 갖춰진 다양한 관광 인프라와 의료서비스를 결합하여 관광객들의 태국 의료 이용을 장려하였다. 2004년에는 5개년 계획을 세워 태국을 아시아의 건강수도(The Health Capital) 발전시킨다는 목표를 설정하였고, 뒤이어 제2차 5개년 전략계획도 마련하였다. 의료관광의 범위를 확장시켜서 의료서비스 뿐만 아니라 스파와 타이마사지, 건강제품 등을 포함하는 헬스서비스와 타이허브제품의 3가지 부문으로 분류하여 정책적으로 육성하였다. 또한 해외 환자들의 신뢰를 얻기 위하여 병원품질인증원을 조직하였고, 병원인증제도를 도입하여 서비스 품질을 체계적으로 관리하기 위한 노력을 시도하고 있다. 태국도 싱가포르와 마찬가지로 해외환자들을 위한 태국 의료관광 소개 홈페이지를 운영하여 필요한 정보를 제공하고 있다. (신장섭, 2010; 한국의료관광 총람 2012, 2011)

의료이용을 목적으로 입국하는 해외 환자들에게 별도의 의료전문 비자를 발급하고 있지는 않고, 공항도착 비자 발급을 통해 자국 내로의 입국을 용이하게 하고 있으며, 출입국관리소에서 정기적으로 주요 병원으로 직접 현장 근무를 나가서 비자 연장 업무를 처리하고 있는 등의 편의를 제공하고 있다. (한국의료관광 총람 2012, 2011)

태국은 1997년에 의료서비스 시장을 개방하여 외국 자본의 투자를 허가하였다. 외국인들이 국내 병원의 지분을 49%까지 소유할 수 있고, 13개의 병원이 주식시장에 상장되어 있다. 또한 민간병원은 자유롭게 영리 활동을 할 수 있고, 가격규제를 받지 않고 있다. 현재까지는 해외환자의 의료서비스 이용과 관련하여 법제화된 규제는 존재하지 않는 것으로 알려져 있다. (한국의료관광 총람 2012, 2011)

3) 일본

일본의 해외환자유치사업은 동남아시아의 여러 국가들에 비해서 늦게 시작되었다. 일본 정부는 해외환자유치사업, 즉 의료관광을 신성장전략 사업으로 설정하고 2020년에 외국인 의료관광객을 43만명 유치할 것을 목표로 하였다. 일본은 높은 수준의 의료기술을 가지고 있음에도 불구하고 기존에는 자치단체 위주로 산발적으로 의료관광을 추진하는 수준에 머무르고 있어서 국가적으로 의료관광이 활성화 되지 않았다. 하지만 2010년 6월 발표한 정부의 신성장전략에 ‘국제의료교류(외국인환자수용)’을 포함시키면서 정부가 주도적으로 해외환자유치를 위하여 활발한 지원활동을 펼치기 시작하였다. 2011년에는 MEJ(Medical Excellence Japan) 법인을 설립하여 해외환자를 유치하는 창구로 사용하고 있다. 영어, 중국어, 러시아어 등 다양한 언어로 상담서비스가 제공된다. 해외 환자의 자국 의료서비스 이용 편의를 위하여 관광청 내에 의료관광 추진실을 설치하여 해외 환자들을 대상으로 활발한 홍보활동을 진행하고 있고, 의료관광 코디네이터의 자가 체크 매뉴얼을 개발하고, 해외 박람회 참가 등의 활동을 하고 있다. (한국의료관광 총람 2013)

일본은 의료서비스를 제공받기 위하여 일본으로 입국하는 관광객들을 대상으로 최장 6개월 간의 체류를 허용하고, 3년 복수비자의 발급요건을

완화하여 주고 있다. 의료비자는 환자 본인 뿐만 아니라 동반입국자도 동반인으로 인정된다. (한국의료관광 총람 2013)

라. 해외 의료서비스 이용 관련 쟁점

해외에서 의료서비스를 이용하는 경우 건강보험을 통한 의료비 지불 여부가 주요한 쟁점사항이다. 특히 해외 의료 이용을 위한 주된 목적이 난치병 치료를 위한 첨단 의료 서비스 이용이 아닌 합리적인 비용으로 질 높은 의료서비스를 이용하는 것인 최근의 추세를 미루어 보았을 때 건강보험을 통한 해외 의료서비스 비용 지불 가능 여부가 해외 의료서비스 이용 결정과 관련하여 중요한 요소가 될 것이다.(이종현, 2011)

이종현(2011)의 논문에 의하면 민간 보험회사가 해외 의료 이용에 대하여 보험금 지불여부를 결정할 때 다음의 2가지 사항을 고려하게 된다. 먼저, 해외 의료서비스 제공자의 수준과 이에 따른 의료 사고의 발생 가능성을 고려한다. 제공자의 의료서비스 수준이 낮아서 의료사고가 빈번하게 발생할 수 있기 때문에 의료서비스의 수준을 확신할 수 없는 경우 선부르게 보험 적용여부를 결정할 수 없게 된다. 해외 환자를 활발하게 유치하는 국가의 병원들이 JCI 인증과 같은 국제적인 인증을 받기 위해 노력하고 있는 것은 바로 이러한 맥락과도 이어져 있다. 또한 의료서비스의 수준 뿐 아니라 국가마다 의료제도가 상이하기 때문에 의료사고와 관련하여 책임소재를 명확히 가리는데 어려움이 있다는 사실을 고려해야 한다. 또 다른 고려사항은 해외 병원들과 제휴를 맺을 시 이들 병원을 감시하기 위한 비용이다. 해외 의료서비스 이용은 관광의 성격을 띠기 때문에 과소비를 하게 될 가능성이 크고, 보험회사는 이들의 의료이용을 면밀하게 감시해야 하는 필요성이 생기게 된다. (이종현, 2011)

3. Mode 3 : 의료서비스의 상업적 주재

GATS 하의 모드3. 의료서비스의 상업적 주재는 병원이 외국에 진출하여 그 곳에 주재하며 해외 환자들에게 의료서비스를 공급하는 형태를 의미한다. 상업적 주재는 법인의 구성, 현지 법인의 인수, 지사나 대표사무소의 창설 등을 포함한다. 의료서비스 분야에서 상업적 주재라 함은 외국인 혹은 외국 법인의 투자를 받아 외국에 의료법인 혹은 지사를 설립하여 보건의료서비스를 제공하는 형태를 나타낸다. 1990년대 이후로 서비스 분야에 대한 외국인 직접 투자는 크게 증가하였지만, 공공재의 성격을 지닌 의료기관과 같은 의료서비스 공급시설들에 대해서는 많은 국가에서 규제를 통해 외국 자본의 진입을 억제하고 있다(이종현, 2011). 정부는 경제자유구역 특별법을 시행하여 전국의 8개 경제자유구역에 한하여 투자 개방형 의료법인 설립을 허용하고 있다. 하지만 현재까지 실제로 국내에 설립된 투자개방형 의료법인은 없다.

가. 해외 병원의 국내 진출 규정 현황

국내 의료인 면허를 소지한 외국인의 경우 얼마든지 의료기관을 개설할 수 있다. 하지만 의료인 개인이 아닌 경우 의료법인 혹은 비영리법인을 통해서만 의료기관을 설립할 수 있도록 하고 있고, 의료법인을 통한 이익을 외국으로 송금할 수 없도록 하고 있고, 이는 의료서비스가 갖는 공공재적 특징이 반영된 결과로 볼 수 있다.

우리나라는 경제자유구역에 한하여 외국의료기관 또는 외국인전용 약국의 개설을 허용하는 규정을 마련하였다. 관련 규정은 아래 <표 4-12>와 같다.

〈표 4-12〉 경제자유구역 내 외국의료기관 설립 관련 규정

<p>□ 경제자유구역의 지정 및 운영에 관한 특별법</p> <p>제23조(외국의료기관 또는 외국인전용 약국의 개설) ① 외국인 또는 외국인이 의료업을 목적으로 설립한 「상법」상 법인으로서 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 법인은 「의료법」 제33조제2항에도 불구하고 보건복지부장관의 허가를 받아 경제자유구역에 외국의료기관을 개설할 수 있다. 이 경우 외국의료기관의 종류는 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 종합병원·병원·치과병원 및 요양병원으로 한다. <개정 2009.1.30., 2010.1.18.></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 경제자유구역에 소재할 것 2. 「외국인투자 촉진법」 제5조제1항에 따른 외국인투자비율이 100분의 50 이상일 것 3. 그 밖에 자본금의 규모 등 대통령령으로 정하는 사항을 충족할 것 <p>② 외국인은 시·도지사에게 등록하는 경우 경제자유구역에 외국인전용 약국을 개설할 수 있다. <개정 2010.1.18., 2011.4.4.></p> <p>③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 외국의료기관의 개설을 허가하는 경우에는 경제자유구역위원회 의 심의·의결을 거쳐야 한다. <개정 2010.1.18.></p> <p>④ 이 법에 따라 개설된 외국의료기관 또는 외국인전용 약국은 「의료법」 또는 「약사법」에 따라 개설된 의료기관 또는 약국으로 본다.</p> <p>⑤ 제1항 및 제2항에 따라 개설된 외국의료기관 또는 외국인전용 약국은 「국민건강보험법」 제42조제1항에도 불구하고 같은 법에 따른 요양기관으로 보지 아니한다. <개정 2011.12.31.></p> <p>⑥ 외국의 의사·치과 의사 또는 약사 면허 소지자는 보건복지부장관이 정하는 기준에 적합한 경우 경제자유구역에 개설된 외국의료기관 또는 외국인전용 약국에 종사할 수 있다. 이 경우 외국의 의사·치과 의사 면허 소지자는 「의료법」 제2조에 허용된 의료인 종별 업무범위를 벗어날 수 없다. <개정 2010.1.18.></p> <p>⑦ 외국인전용 약국에 종사하는 약사는 내국인을 대상으로 의약품을 조제하거나 판매할 수 없다.</p> <p>⑧ 외국인전용 약국 개설자는 시설의 내부와 외부에 외국인전용 약국임을 내국인이 알 수 있도록 명확하게 표시하여야 한다.</p> <p>⑨ 이 법에서 정한 것 외에 외국의료기관 또는 외국인전용 약국의 개설·운영에 관하여는 「의료법」, 「약사법」 또는 따로 정하는 법률에 따른다.</p> <p>[전문개정 2009.1.30.]</p> <p>□ 경제자유구역의 지정 및 운영에 관한 특별법 시행령</p> <p>[시행 2014.1.1.] [대통령령 제25050호, 2013.12.30., 타법개정]</p> <p>제20조의2(외국의료기관의 개설요건 등) ① 법 제23조제1항제3호에서 "자본금 규모 등 대통령령으로 정하는 사항"이란 다음 각 호의 사항을 말한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 자본금이 50억원 이상일 것 2. 외국의 법률에 따라 설립·운영되는 의료기관과 운영협약 체결 등 협력체계를 갖추고 있을 것 3. 법 제23조제6항에 따른 외국의 의사·치과 의사 면허 소지자를 보건복지부령으로 정하는 비율 이상 확보할 것 <p>② 제1항제1호의 자본금에 관한 사항은 「상법」 중 자본금에 관한 규정에 따른다.</p>
--

③ 제1항제2호에 따른 협력체계 및 법 제23조제1항에 따른 외국의료기관의 개설허가절차에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

[전문개정 2012.4.20.]

□ 경제자유구역 내 외국의료기관의 개설허가절차 등에 관한 규칙

[시행 2012.10.29.] [보건복지부령 제164호, 2012.10.29., 제정]

제2조(외국의료기관의 개설허가 신청 등) ① 「경제자유구역의 지정 및 운영에 관한 특별법」(이하 "법"이라 한다) 제23조제1항에 따라 경제자유구역에 외국의료기관을 개설하려는 자는 별지 제1호서식의 외국의료기관 개설허가 신청서(전자문서로 된 신청서를 포함한다)에 다음 각 호의 서류(전자문서를 포함한다)를 첨부하여 보건복지부장관에게 제출하여야 한다. 이 경우 법인인 신청인에 대해서는 보건복지부장관은 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 법인 등기사항증명서를 확인하여야 한다.

1. 개설하려는 자가 외국인인 의료업을 목적으로 설립한 「상법」상 법인인 경우: 법인설립허가증 사본, 정관 및 사업계획서

2. 개설하려는 자가 외국인인 경우: 면허증 사본(법 제23조제6항에 따른 의료인만 해당한다) 및 사업계획서

3. 건물평면도 및 그 구조설명서

4. 진료과목 및 진료과목별 시설·정원 등의 설명서

5. 법 제23조제1항제1호부터 제3호까지의 요건을 갖추었음을 증명하는 서류

② 보건복지부장관은 제1항에 따라 외국의료기관의 개설허가 신청을 받으면, 「의료법」 제33조·제36조 및 법 제23조에 따른 허가기준을 충족하는지를 종합적으로 검토하여 허가 여부를 결정하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 외국의료기관의 개설허가를 하였을 때에는 지체 없이 별지 제2호서식의 외국의료기관 개설허가증을 발급하여야 한다.

제3조(외국의료기관 개설허가의 사전심사) ① 법 제23조제1항에 따라 경제자유구역에 외국의료기관의 개설허가를 신청하려는 자는 제2조제1항에 따른 허가 신청 전에 「민원사무처리에 관한 법률」 제19조제1항에 따라 사전심사를 청구할 수 있다.

② 제1항의 사전심사를 청구하려는 자는 별지 제3호서식의 외국의료기관 개설허가 사전심사 청구서에 다음 각 호의 사항이 포함된 사업계획서를 첨부하여 보건복지부장관에게 제출하여야 한다.

1. 개설할 외국의료기관의 명칭, 대표자, 규모, 위치 및 개설 시기

2. 개설할 외국의료기관의 인력, 시설, 의료장비 등을 포함한 의료기관 세부 운영계획

3. 투자 규모, 재원 조달 방안 및 투자의 실행 가능성

4. 제4조제1호에 따라 운영협약을 체결한 의료기관의 국제적 명성도를 증명할 수 있는 내용

5. 부대사업을 할 계획이 있을 경우 그 사업계획

6. 그 밖에 보건복지부장관이 요청하는 사항

③ 보건복지부장관은 제2항에 따른 사전심사 청구를 받았을 때에는 60일 이내에 심사를 하고 결과를 통보하여야 한다. 다만, 사실관계 확인 등을 위하여 필요할 때에는 30일 이내에 서 그 기간을 연장할 수 있다.

제4조(외국의 법률에 따라 설립·운영되는 의료기관과의 협력체계) 「경제자유구역의 지정 및 운영에 관한 특별법 시행령」(이하 "령"이라 한다) 제20조의2제1항제2호에 따른 협력체

계는 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 외국인이 의료업을 목적으로 설립한 「상법」상의 법인은 외국의 법률에 따라 설립·운영되는 의료기관과 운영협약을 체결할 것
2. 제1호에 따른 법인의 정관에는 법 제23조에 따라 개설하는 외국의료기관의 진료에 관련된 의사결정기구의 구성 및 운영에 관한 다음 각 목의 사항을 포함할 것
 - 가. 의사결정기구의 장은 외국의료기관의 장으로 할 것
 - 나. 의사결정기구는 의사결정기구의 장을 포함하여 7명 이상으로 구성할 것
 - 다. 의사결정기구의 장과 의사결정기구 구성원의 50퍼센트 이상을 운영협약을 맺은 외국의 법률에 따라 설립·운영되는 의료기관에 소속된 외국의 의사 또는 치과의사로 할 것

자료: 경제자유구역의 지정 및 운영에 관한 특별법, 경제자유구역의 지정 및 운영에 관한 특별법 시행령, 경제자유구역 내 외국의료기관의 개설허가절차 등에 관한 규칙.(국가법령정보센터, 2014. 10. 20 인출).

규정에 따르면 설립하고자 하는 의료기관의 외국인투자비율은 50%이상이 되어야 하고, 자본금이 50억 원 이상이어야 하며, 외국의 법률에 따라 설립·운영되는 의료기관과 운영협약 체결 등 협력 체계를 갖추고 있어야 한다. 이러한 요건을 갖추고도 최종적으로 보건복지부장관의 허가를 받아야 의료기관을 개설할 수 있다.

우리나라는 아래 <표 4-13>와 같이 현재 전국에 걸쳐 8개의 경제자유구역을 지정하고 있지만, 아직까지 경제자유구역 내에서 실제로 외국의료법인이 설립된 사례는 없다.

<표 4-13> 경제자유구역 지정 현황

경제자유구역	위치	면적	비전	지정일
인천경제자유구역	인천광역시	169.5km ²	경제수도 인천	2003. 08. 11.
부산진해 경제자유구역	부산광역시 경상남도	83.1km ²	항만중심의 물류거점화 추진	2003. 10. 30
광양만권 경제자유구역	전라남도 경상남도	83.63km ²	세계 최고 수준의 산업물류 중심도시	2003. 10. 30
황해경제자유구역		13.84km ²	첨단기술산업의 국제협력거점 조성	2008. 5. 6
대구경북 경제자유구역	대구광역시 경상북도	30.04km ²	동북아 지식기반산업의 Hub	2008. 5. 6

경제자유구역	위치	면적	비전	지정일
새만금·군산경제자유구역	전라북도	50.4km ²	동아시아의 미래형 신산업과 관광레저산업의 허브	2008. 5. 6
동해안권 경제자유구역	강원도	8.25km ²	첨단녹색소재산업 육성으로 환동해권 경제중심지	2013. 2. 4
충북경제자유구역	충청북도	9.08km ²	친환경 BIT 융복합 비즈니스 허브	2013. 2. 14

자료: 경제자유구역 웹페이지⁶⁸⁾; 이종현, 2011 재구성

4. Mode 4 : 자연인의 이동에 의한 의료서비스 공급

GATS 상 모드 4에 해당하는 영역은 다른 국가에 거주하고 있는 자연인이 일시적으로 국경을 넘어서 다른 국가에 거주하고 있는 소비자에게 의료서비스를 제공해주는 서비스 방식을 의미한다. GATS에서 ‘일시적’이라고 규정하는 이동 방식에 대하여는 구체적이고 통일된 정의가 있지 않고, 회원국마다 다양한 해석을 하고 있지만 일반적으로 두 개의 상태로 구분한다. 첫 번째는 사업상 방문자로서 서비스를 제공해주는 국가에서 비용을 지급받지 않고 약 3개월 이하의 방문을 하는 경우이고, 두 번째는 외국법인의 직원으로서 영구적 이동이 아닌 수년간 파견되어 서비스를 제공하는 국가에서 비용을 지불 받으며 활동하는 경우를 의미한다. 전문 인력이 국경을 넘어 활동할 수 있는 방법은 첫째, 본국에서의 자격여부와 관계없이 서비스를 제공하려고 하는 상대 국가의 자격기준을 충족하는 방법, 둘째, 한시적으로 임시 면허를 제공받는 방식, 마지막으로 상대국과 전문인 자격 상호인정 협정을 체결하는 것이다. 의료인력은 국가의 보건의료체계에서 매우 중요한 요소이므로 의료인력 개방과 관련하여 조심스러운 입장을 취하는 것이 일반적이다. 특히 의료 인력을 양성하는 시스

68) www.fez.go.kr에서 2014. 10. 20 인출

템이 잘 갖춰진 선진국에서는 그렇지 않은 국가에서 교육받은 의료인력의 자격을 쉽게 인정할 수 없는 측면이 있다. 개발도상국에서는 의료인면허의 상호인정을 강하게 요구하는 반면, 선진국에서는 보다 조심스러운 입장을 취하고 있다. (송준헌, 2013; 이종현, 2011; 김정곤, 2006)

세계적으로 주요한 의료인력 송출국은 필리핀, 인도, 동유럽 등이고, 의료인력 수입국은 영국, 미국, 호주 등으로 이들의 공통점은 국내에서 공급하는 의료인력 만으로는 의료 수요를 만족시킬 수 없다는 점이다. (김정곤, 2006)

주요 국가의 해외 보건의료 자격 인정 여부 및 상호인정협정 체결현황은 아래 표와 같다.

〈표 4-14〉 주요 국의 해외 보건의료 자격 인정 여부 및 상호인정협정 체결현황

국가	외국 의료 자격 인정 여부	의료인 자격 상호인정협정 체결 여부
영국	인정 (EU 회원국 인정, 비EU회원국은 개별 자격심사로 인정)	체결 (EU 회원국 및 일부국가)
폴란드	인정 (해당기관으로부터 인정 요구)	체결 (체코, 루마니아, 헝가리 등)
미국	불인정	미체결
캐나다	불인정	미체결
중국	인정 (소정의 시험합격 후 단기간 활동 가능)	미체결
일본	불인정	미체결
호주	인정 (일부 국가, 호주의료협회 시험 통과 요구)	체결 (영국, 아일랜드, 뉴질랜드)
뉴질랜드	인정 (의료행위를 위한 기초요건의 심사통과 요구)	체결 (호주)
싱가포르	불인정 (미국 의사의 경우 6년간의 조건부 등록기간을 거친 후 정규면허 취득 가능)	미체결

자료: 김준동 외(2003); 김정곤 (2006)

영국은 EU 회원국에 대해서 의료자격증을 인정하며 상호인정협정을 체결하였고, 비EU 국가에 대해서도 심사를 통해 상호인정여부를 결정하고 있다. 싱가포르와 미국은 협상을 통하여 미국 의료 자격을 갖춘 의료 인력에 대해서 싱가포르에서 6년간 조건부 등록을 거친 후 정식으로 면허를 취득할 수 있도록 하고 있다(김정곤, 2006).

가. 우리나라 의사 면허 상호 인정현황

현재까지 우리나라는 다른 국가와 의료인 면허 상호인정협정을 맺고 있지 않다. 우리나라에서 의사 면허를 취득하기 위한 방법은 아래 <표 4-15>에 명시되어 있다.

<표 4-15> 의사면허 취득과 관련된 의료법

<p>□ 의료법</p> <p>제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허) ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다. <개정 2010.1.18.></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자 2. 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자 3. 보건복지부장관이 인정하는 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자 <p>② 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.</p> <p>[전문개정 2008.10.14.]</p> <p>제9조(국가시험 등) ①의사·치과의사·한의사·조산사 또는 간호사 국가시험과 의사·치과의사·한의사 예비시험(이하 "국가시험등"이라 한다)은 매년 보건복지부장관이 시행한다. <개정 2008.2.29., 2010.1.18.></p> <p>②보건복지부장관은 국가시험등의 관리를 대통령령으로 정하는 바에 따라 시험관리 능력이 있다고 인정되는 관계 전문기관에 맡길 수 있다. <개정 2008.2.29., 2010.1.18.></p>
--

③보건복지부장관은 제2항에 따라 국가시험등의 관리를 맡긴 때에는 그 관리에 필요한 예산을 보조할 수 있다. <개정 2008.2.29., 2010.1.18.>

④국가시험등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제77조(전문의) ①의사·치과의사 또는 한의사로서 전문의가 되려는 자는 대통령령으로 정하는 수련을 거쳐 보건복지부장관에게 자격 인정을 받아야 한다. <개정 2008.2.29., 2010.1.18.>

②제1항에 따라 전문의 자격을 인정받은 자가 아니면 전문과목을 표시하지 못한다. 다만, 보건복지부장관은 의료체계를 효율적으로 운영하기 위하여 전문의 자격을 인정받은 치과의사와 한의사에 대하여 종합병원·치과병원·한방병원 중 보건복지부령으로 정하는 의료기관에 한하여 전문과목을 표시하도록 할 수 있다. <개정 2008.2.29., 2009.1.30., 2010.1.18.>

③전문 의 자격 인정과 전문과목에 관한 사항은 대통령령으로 정한다.

[법률 제9386호(2009.1.30.) 부칙 제2조의 규정에 의하여 이 조 제2항 단서의 개정규정 중 치과의사에 대한 부분은 2013년 12월 31일까지, 한의사에 대한 부분은 2009년 12월 31일까지 유효함]

자료: 국가법령센터, 의료법(2014. 10. 20 인출)

의료법 제5조에 명시된 대로 의과대학이나 의학전문대학원 졸업하고 국가에서 주관하는 시험을 통과한 사람들에게 의사 면허를 부여한다. 원칙적으로 외국의 의과대학을 졸업하여 의사 자격증을 취득한 사람들에게 보건복지부의 인정을 거쳐서 국가시험을 응시할 자격을 부여한다. 외국 의사 자격을 가진 사람이 국내에서 의료 면허를 취득하기 위해서는 이처럼 국가에서 주관하는 면허 시험에 응시하여 합격해야 한다.

나. 의사 면허 상호인정 관련 쟁점사항

이종현(2011)의 연구를 바탕으로 의사 면허 상호 인정과 관련된 쟁점 사항을 살펴보고자 한다. 의료인력 송출국의 경우 의사 면허를 상호 인정하게 되면 보다 나은 노동환경을 가진 선진국으로 고급 의료 인력이 대거 이주하여 개발도상국에서의 brain-drain 현상이 발생할 수 있다. 하지만 이러한 의료인력이 영구적인 이동이 아닌 일시적인 이동일 경우에는 선

진국에서 해당 분야의 전문성을 익히고 본국으로 돌아와서 본국의 의료 서비스 산업 발전에 기여할 수 있다. 반면에 의료인력 수입국의 경우에는 의료인력의 질 관리를 제대로 할 수 없게 되어 국가 전반적인 의료서비스의 질이 떨어질 수 있고, 국민의 건강 상태에 위협이 될 가능성이 존재하지만, 자국의 부족한 의료 인력을 보충할 수 있으며 내국인 의료서비스 제공자와 외국인 의료서비스 제공자 사이의 경쟁 유발로 낮은 비용으로 의료서비스를 이용할 수 있는 장점이 있을 수 있다(이종현, 2011).

제3절 의료서비스 무역제한지수의 산출

1. 서비스 무역 제한지수(STRI)

OECD 국가들에서 서비스 산업이 국가 경제에서 차지하는 비중은 56% 이상이고, 한국에서도 제조업의 2배의 수치인 58%를 차지하는 것으로 발표되었다.⁶⁹⁾ 차지하는 비중에 비해서 서비스 무역액은 상품 무역액의 약 23% 수준에 불과하고, 이는 국내 서비스 시장을 보호하기 위한 다양한 규제정책에 기인한다. 이에 따라 서비스 무역을 제한하는 장벽을 확인할 필요성이 대두 되고 있다. 서비스 무역의 장벽은 상품 무역처럼 관세를 통해서가 아닌, 국가 별로 시행하는 규제와 정책, 제도에 의해서 설정이 된다. 이러한 장벽은 질적 정보로서 관세처럼 양적 수치로 표현되지 않기 때문에 국가 간의 비교에 어려움이 있었다. 2007년 OECD에서는 34개 회원국에서 시행 중인 서비스 무역 관련 규제 등의 질적 정보를 양적 정보로 수치화한 서비스 무역제한지수(Service Trade Restrictiveness

69) OECD, 2011: OECD 서비스무역제한지수 개발현황과 시사점, 한국무역협회, 2013 재인용

Index, STRI)의 구축을 선언하였다. STRI의 구축을 통하여 국가 간 서비스 무역 협상의 참고자료를 제공하고, 서비스 무역 장벽 관련 연구에 대한 기초자료를 제공할 것을 기대하였다. 지수 산출을 위하여 각국의 규제 관련 파일을 받아 점수를 산정하고, 중요도에 따라 가중치를 부여한다. 사업, 건설, 통신 등을 시범적으로 선정하여 STRI를 구축하였고, 대상 국가는 OECD 회원국으로 한정하였다. 2009년에 위의 3개 분야에 대한 STRI 산출 결과를 발표하였다. 최근에는 운송·택배, 유통, 시청각 서비스 등이 새롭게 제안되어 추가 여부를 논의 중에 있고, 중국, 러시아 등과 같은 비 OECD 회원국에 대해서도 규제정책 관련 데이터베이스를 구축하려는 시도를 하고 있다. (성한경 외, 2009; OECD, 2011; 한국무역협회, 2013)

STRI 프로젝트는 두 개의 도구로 구성되어 있다. 하나는 서비스무역 규제 데이터베이스(Services Trade Regulatory Database)이고 다른 하나는 서비스무역제한지수(Services Trade Restrictiveness Index)이다. STRI 데이터베이스는 회원국의 서비스 무역에 영향을 주는 규제 정책들을 모아 놓은 것으로서, STRI 항목코드(code), 정책분야(policy area), 규제항목(measure), 답변(Answer), 출처(source), 의견(comment)이 구성요소이다. 서비스무역제한지수는 규제 데이터베이스로부터 얻은 질적 정보들을 양적정보로 변환한 값이고, 이 변환 과정에서 순위와 가중치 방법을 이용한다. 서비스 무역의 장벽에 대한 측정 도구를 제공함으로써 제한의 정도를 한 눈에 볼 수 있도록 하며, 이를 통해 정책입안자들에게 그들의 강점과 약점을 한 눈에 파악할 수 있도록 도와준다. STRI의 특성은 다음과 같다. (남상열 외, 2012; OECD, 2011)

- STRI는 0부터 1사이의 값을 가지며, 0은 해당영역의 무역에 대하여 완전히 열린 상태, 1은 완전히 닫힌 상태를 의미한다.

- 지수는 국가 내에서 영역 별로, 혹은 국가 간의 비교가 가능하다.
- STRI가 제도화 되어 지속적으로 측정이 된다면 시간에 따른 지수의 변화를 파악할 수 있다.

OECD STRI는 5개의 정책분야(policy area) - 외국인 지분 및 시장 진입 제한, 일시적인 인력이동의 제한, 기타 차별적 조치, 경쟁 장벽, 규제 투명성 - 와 각 정책분야의 하위 규제항목들을 포함하여 이를 평가하고 지수화 하는 방식으로 작성되었다. 지수화 작업은 3단계를 거쳐서 진행이 되는데, 먼저 데이터베이스의 규제항목 별로 점수를 부과하고, 정책분야별 가중치를 부여한 이 후, 마지막으로 수치를 합산하고 지수를 생산하는 과정을 거치게 된다. 점수는 규제가 전혀 없을 때 0점, 가장 높은 수준의 규제일 때 1점을 기준으로 0~1 사이에서 부여된다. 전문가의 판단에 따라 정책분야들 간의 가중치를 책정하였다. (남상열 외, 2012)

2. 의료서비스 무역 제한지수의 산출

OECD의 STRI 프로젝트에는 의료서비스 영역이 포함되어 있지 않다. OECD의 STRI 프로젝트가 진행되기 전인 2006년에 Richard Smith는 무역제한지수 산출 방법을 이용하여 의료서비스 무역의 개방정도 및 제한 정도를 측정하는 방법을 고안하였다. Richard Smith(2006)는 영국의 2차 병원에 대하여 제안한 방법을 적용하여 의료서비스 무역 제한지수를 산출하였다.

Richard Smith(2006)는 두 단계 과정을 거쳐서 의료서비스 무역제한 지수를 산출하였다. OECD의 STRI 산출 방법과 유사하게 먼저, 의료서비스 무역과 관련된 정책과 규제를 분석하고, 각 규제에 대하여 가중치를

고려하여 점수를 부여하는 방식을 이용하였다. OECD의 STRI 프로젝트와 다른 점이 있다면 OECD에서는 5가지의 정책영역으로 구분하였지만, Richard Smith(2006)는 GATS의 네 개의 모드를 기준으로 정책을 분류하였다. 의료서비스 무역을 기준으로 GATS의 네 개의 모드를 재구성해 보면 아래와 같이 나타낼 수 있다.

〈표 4-16〉 의료서비스 무역 제한지수 산출과 관련된 GATS하의 주요 내용

구분	주요 내용
Mode 1: 국경 간 공급 (cross-border supply)	<ul style="list-style-type: none"> - 생산요소(인력, 자본)와 소비자(환자)의 이동없이 서비스만 국경 간 이동 - 서비스 자체의 국가간 이동(원격진료) - 관련된 규제는 지역의 공급기관 설치, 멀리 떨어진 서비스 제공자에 대한 자격부여 여부, 원격의료 기술 여부 등
Mode 2: 해외 소비 (consumption abroad)	<ul style="list-style-type: none"> - 서비스 수요자가 다른 나라로 이동하여 서비스 이용 - 소비자의 국가 간 이동 및 해외 진료 - 관련된 규제는 의료보험의 적용여부, 비자요건, 대기시간 등이 있음
Mode 3: 상업적 주재 (commercial presence)	<ul style="list-style-type: none"> - 서비스 수요국 내에 공급주체를 설립하여 서비스 공급 - 자본의 국가 간 이동이 가능하여, 해외 의료기관의 설립과 운영이 가능해짐 - 교역 규모에서 가장 큰 중요성을 갖는 모드임 - 관련된 규제는 해외 투자 허용 여부, 합작투자 허용 여부, 현지인 혹은 외국인 고용 가능 여부 등이 있음
Mode 4: 공급자의 이동 (presence of service providers)	<ul style="list-style-type: none"> - 서비스 수요국 내에 공급인력 주재 - 서비스 공급자의 국가 간 이동 - 모드 3이 규모 면에서 가장 중요하지만, 모드 4가 인력과 관련된 부분이기 때문에 개방에서 가장 근본적인 수준이라고 할 수 있음

자료: Richard Smith(2006) 재구성

각 모드에 대하여 정책 및 규제를 파악하고 분류하였다면, 각 규제에 대해서 무역에 미치는 영향을 고려하여 점수를 책정한다. 무역에서 가장 제약이 없는 경우를 0점, 제약이 가장 심한 경우는 1점으로 설정하고, 규제가 여러 단계로 나타날 경우 0점과 1점 사이의 값을 부여한다. 이 후 각

규제의 중요도에 따라 가중치를 부여하고, 정책 별로 점수와 해당하는 가중치를 곱한 값을 구하고, 이들의 합으로 지수를 산출한다.

Richard Smith(2006)가 의료서비스 무역제한지수 산출 시에 사용한 정책별 점수 및 가중치를 번역한 표는 아래와 같다.

〈표 4-17〉 의료서비스 무역 제한 지수 산출 기준표

	모드와 제한조치	점수	가중치
모드 1	의료서비스의 국경 간 공급		0.1
1-1	현지 지사 운영 (Require establishment of local operations)		0.02
	1) 현지 주재 및 파트너십이 필요함 (local presence/partnership required)	1.00	
	2) 제한 없음 (No restriction)	0.00	
1-2	자격 인정 여부		0.02
	1) 외국 의사에 대한 자격 불인정 (Non-recognition of foreign qualifications)	1.00	
	2) 동등한 자격 시험에 통과한 경우에 한하여 자격 인정 (Recognitions, but required to pass 'equivalence exam')	0.40	
	3) 외국 의사에 대한 자격 인정 (Full recognition)	0.00	
1-3	기술 수준 및 기술의 통제 (Control/level of technology)		0.06
	1) 정보통신기술 수준이 낮음 (Telecommunications technology low level)	0.80	
	2) 정부가 기술을 통제함 (Government control of technology)	0.40	
	3) 높은 수준의 기술을 민간에서 공급함 (Private provision of high level technology)	0.00	
모드 2	의료서비스의 해외소비		0.30
2-1	건강보험의 이동성 (Portability of health insurance)		0.14
	1) 공공/민간 보험 사용 가능함 (Public and private insurance accepted)	0.00	
	2) 공공 보험만 사용 가능함 (Reciprocal with public insurance schemes only)	0.60	

178 의료서비스산업 선진화를 위한 현안과 대응방안

	모드와 제한조치	점수	가중치
	3) 민간 보험만 사용 가능함 (Private insurance only)	0.60	
	4) 해외 보험 허용 안 됨 (No arrangements)	1.00	
2-2	비자유건 (Visa requirements)		0.08
	1) 비자 기간에 제한이 있음 (Limit of length of visa)	0.30	
	2) 자격에 따라 다름 (Subject to recognition of qualifications)	0.20	
	3) 비자 기간에 제한이 없음 (No restriction)	0.00	
2-3	대기시간 (Waiting lists/times)		0.08
	1) 해외환자들은 추가적인 대기시간 소요됨 (Extra time faced by foreign patients)	0.80	
	2) 국내 환자들과 동일한 시간 소요됨 (Domestic times apply)	0.35	
	3) 해외환자들을 위한 fast-track 존재함 (Fast-track for foreign patients)	0.00	
모드 3	의료서비스의 상업적 주재		0.40
3-1	최대/최소 투자 수준 (Minimum/Maximum level of investment)		0.15
	1) 외국인 투자 허용 안됨 (No foreign equity permitted)	1.00	
	2) 외국인 투자 비율은 50% 이하가 되어야 함 (<50% equity permitted)	0.50	
	3) 외국인 투자 비율은 50%-75%이어야 함 (50% to 75% equity permitted)	0.25	
	4) 투자비율에 제한 없음 (No restriction)	0.00	
3-2	합작투자/현지 파트너 필요여부 (Joint venture/partnership requirements)		0.13
	1) 합작투자를 통해서만 진입가능함 (Entry allowed only through joint venture)	0.60	
	2) 제한 없음 (No restriction)	0.00	

	모드와 제한조치	점수	가중치
3-3	현지 인력의 고용 요건 (Requirements for proportions of local employment)		0.12
1)	90% 이상을 현지 인력으로 고용해야 함 (Staff must be >90% local)	0.95	
2)	50% 이상을 현지 인력으로 고용해야 함 (Staff must be >50% local)	0.65	
3)	25% 이상을 현지 인력으로 고용해야 함 (Staff must be >25% local)	0.40	
4)	제한 없음 (No restriction)	0.00	
모드 4.	자연인의 이동에 의한 의료서비스 공급		0.20
4-1	비자 요건 (Visa requirements)		0.04
1)	비자 기간에 제한이 있음 (Limit of length of visa)	0.30	
2)	자격에 따라 다름 (Subject to recognition of qualification)	0.20	
3)	비자 제한 없음 (No restriction)	0.00	
4-2	국내 활동 가능한 외국인 의사 수의 제한 (Limits on overall numbers admitted to the country)		0.10
1)	외국인 의사 활동 불가능 (No admission permitted)	1.00	
2)	활동 가능한 외국인 의사 수 전체 10%로 제한함 (Restricted to 10% workforce)	0.75	
3)	제한 없음 (Unrestricted)	0.00	
4-3	자격 인정 (Recognition of qualifications)		0.06
1)	외국 의료 면허 인정 안함 (Non-recognition of foreign qualifications)	0.75	
2)	국내에서 동등한 자격시험을 통과한 경우에 한하여 외국 면허 인정함 (Recognitions, but required to pass 'equivalence exam')	0.30	
3)	외국 의료 면허 인정함 (Full recognition)	0.00	

자료: Richard Smith(2006)

각 모드 별로 기준이 되는 3개의 정책 - 총 12개의 정책-이 제안되었고, 개방 및 규제 정도에 따라서 최소 0점부터 최대 1점까지 배점이 되었다. 정책의 중요도에 따라서 가중치가 결정되었고, 각 정책의 가중치의 총합은 1로 지정이 되었다.

Richard Smith(2006)가 제안한 기준에 의하면, 모든 정책 영역에서 최고 수준의 규제가 이뤄지고 있다면 의료서비스 무역제한지수는 0.7718⁷⁰⁾이 되고, 반대로 최저 수준으로 규제가 이뤄지고 있다면 의료서비스 무역제한지수는 0이 된다.

Richard Smith(2006)는 영국의 2차 병원을 대상으로 시범적으로 의료서비스 무역제한지수를 산출하였는데 산출 결과는 다음과 같다.

〈표 4-18〉 영국 2차 병원에 대한 의료서비스 무역 개방 제한지수

모드와 제한조치	지수
모드 1	0.008
현지 지사 운영 - 2) 제한 없음	0.000
자격 인정 여부 - 2) 동등한 자격 시험에 통과한 경우에 한하여 자격 인정	0.008
기술 수준 및 기술의 통제- 3) 높은 수준의 기술을 민간에서 공급함	0.000
모드 2	0.128
건강보험의 이동성 - 2) 공공 보험만 사용 가능함	0.084
비자유건 - 2) 자격에 따라 다름	0.016
대기시간 - 2) 국내 환자들과 동일한 시간 소요됨	0.028
모드 3	0.000
최대/최소 투자 수준 - 4) 투자비용에 제한 없음	0.000
합작투자/현지 파트너 필요여부 - 2) 제한 없음	0.000
현지 인력의 고용 요건 - 4) 제한 없음	0.000
모드 4	0.026
비자유 요건 - 2) 자격에 따라 다름	0.008
국내 활동 가능한 외국인 의사 수의 제한- 3) 제한 없음	0.000
자격 인정 - 2) 국내에서 동등한 자격시험을 통과한 경우에 한하여 외국 면허 인정함	0.018
총 계	0.162

자료: Richard Smith(2006)

70) $(0.02*1) + (0.02*1) + (0.06*0.8) + (0.14*1) + (0.08*0.3) + (0.08*0.8) + (0.15*1) + (0.13*0.6) + (0.12*0.95) + (0.04*0.3) + (0.10*1) + (0.06*0.75) = 0.7718$

Richard Smith(2006)가 제안한 방법을 이용하면 종합적인 무역 제한 지수를 산출할 수 있을 뿐만 아니라 각 모드 별로 구분하여 파악할 수 있기 때문에 영역 별 무역제한지수를 파악할 수 있는 장점을 가지고 있다. 하지만 각 정책 영역의 가중치 선정 기준이 명확하게 드러나 있지 않고, 규제 수준 별로 책정된 점수를 결정하는 기준도 명시하지 않아서 무역의 제한정도를 측정하는 정확도에 한계를 지니고 있다. 또한 최근 무역 협상이 양자 간의 협상으로 많이 진행되면서 한 국가의 의료서비스 무역제한 지수가 하나의 값으로 통일되지 않고, 상대국에 따라서 다르게 나타날 수 있는 측면을 지니고 있다.

3. 우리나라 의료서비스 무역제한지수의 산출 및 비교

본 장에서는 Richard Smith(2006)의 모형을 근거로 우리나라의 의료서비스 무역 제한 지수를 측정하고자 한다.

1) Mode 1 : 의료서비스의 국경 간 공급

외국 의료 면허를 가진 외국인 의사들의 자격을 인정할지 여부가 외국인 의사의 원격진료 허용여부 판단에 중요한 결정요소가 된다. 우리나라는 현재 의료 면허를 상호 인정하고 있는 나라는 없기 때문에 외국인 의사에 의한 내국인 환자의 직접적인 원격진료는 불가능한 것으로 판단할 수 있다. 우리나라 의료법 제34조71)에 의하면 원격지 의료인과 현지의료

71) 제34조(원격의료) ①의료인(의료업에 종사하는 의사·치과의사·한의사만 해당한다)은 제 33조제1항에도 불구하고 컴퓨터·화상통신 등 정보통신기술을 활용하여 먼 곳에 있는 의료인에게 의료지식이나 기술을 지원하는 원격의료(이하 "원격의료"라 한다)를 할 수 있다.

② 원격의료를 행하거나 받으려는 자는 보건복지부령으로 정하는 시설과 장비를 갖추어

인간의 의료지식 또는 기술을 지원하는 내용을 원격의료로 정의하고 있다. 기준1-1에서 현지 의사의 필요 여부와 관련된 문항은 “현지 주재/파트너십이 필요함”을 선택할 수 있다.(Score = 1.00) 의료면허 상호 인정 여부를 묻는 기준 1-2는 보건복지부 장관이 인정한 외국 의과대학을 졸업한 사람들이 우리나라에서 주관한 국가고시를 통과한 경우에 국내 의사 면허를 부여한다는 의료법에 근거하여 “동등한 시험을 통과한 사람에 한하여 의사 면허 인정”을 선택할 수 있다.(score = 0.40) 모드1의 마지막 기준은 기준의 기술의 통제, 기술의 수준과 관련된 문항이다. 우리나라는 높은 수준의 정보통신 기술을 바탕으로 원격의료를 제공하기에 충분한 기술력을 보유하고 있다. 또한 이러한 기술을 민간에서 제공할 수 있기 때문에 “높은 수준의 기술력을 민간에서 제공 가능함”을 선택할 수 있다.(score = 0.00)

각 문항의 가중치를 고려하여 위에서 기술한 모드1에 대한 점수를 합하면 0.028점을 도출할 수 있다.

2) Mode 2 : 의료소비자의 해외소비

모드 2에 대한 지수를 산출하는 기준은 외국인 환자의 국내 의료서비스 이용 환경이다. 다른 문헌⁷²⁾에서는 내국인의 의료서비스 해외 소비를

야 한다. <개정 2008.2.29., 2010.1.18.>

- ③ 원격의료를 하는 자(이하 "원격지의사"라 한다)는 환자를 직접 대면하여 진료하는 경우와 같은 책임을 진다.
- ④ 원격지의사의 원격의료에 따라 의료행위를 한 의료인이 의사·치과의사 또는 한의사(이하 "현지의사"라 한다)인 경우에는 그 의료행위에 대하여 원격지의사의 과실을 인정할 만한 명백한 근거가 없으면 환자에 대한 책임은 제3항에도 불구하고 현지의사에게 있는 것으로 본다.

72) Holly Jarman, 2007, Trading lives : democracy, health care, and trade in services, Americans for Democratic Action Education Fund.

기준으로 작성하기도 하였다.

의료법 제27조의2 제3항 제2호73)에 따르면 국민건강보험 가입자나 피부양자가 아닌 외국인 환자를 유치하기 위한 행위는 용인이 되지만, 보험회사, 상호회사, 보험설계사, 보험대리점 또는 보험중개사는 외국인환자를 유치하기 위한 행위를 할 수 없도록 제한하고 있다. 의료법 시행규칙 제19조의3, 제19조의4, 제19조의 574)에는 외국인환자 유치를 위한

73) 제27조의2(외국인환자 유치에 대한 등록 등) ① 제27조제3항제2호에 따라 외국인환자를 유치하고자 하는 의료기관은 보건복지부령으로 정하는 요건을 갖추어 보건복지부장관에게 등록하여야 한다. <개정 2010.1.18.>

② 제1항의 의료기관을 제외하고 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 유치하고자 하는 자는 다음 각 호의 요건을 갖추어 보건복지부장관에게 등록하여야 한다. <개정 2010.1.18.>

1. 보건복지부령으로 정하는 보증보험에 가입하였을 것
2. 보건복지부령으로 정하는 규모 이상의 자본금을 보유할 것
3. 그 밖에 외국인환자 유치를 위하여 보건복지부령으로 정하는 사항

③ 제1항에 따라 등록된 의료기관 및 제2항에 따라 등록된 자(이하 "외국인환자 유치업자"라 한다)는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 매년 3월 말까지 전년도 사업실적을 보건복지부장관에게 보고하여야 한다. <개정 2010.1.18.>

④ 보건복지부장관은 의료기관 또는 외국인환자 유치업자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 등록을 취소할 수 있다. <개정 2010.1.18.>

1. 제1항 또는 제2항에 따른 등록요건을 갖추지 아니한 경우
2. 제27조제3항제2호 외의 자를 유치하는 행위를 한 경우
3. 제63조에 따른 시정명령을 이행하지 아니한 경우

⑤ 제1항에 따른 의료기관 중 상급종합병원은 보건복지부령으로 정하는 병상 수를 초과하여 외국인환자를 유치하여서는 아니 된다. <개정 2010.1.18.>

⑥ 제1항 및 제2항에 따른 등록절차에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2010.1.18.>

[본조신설 2009.1.30.]

74) 제19조의3(외국인환자 유치 의료기관의 등록요건) 외국인환자를 유치하려는 의료기관은 법 제27조의2제1항에 따라 외국인환자를 유치하려는 진료과목별로 법 제77조에 따른 전문의 1명 이상을 두어야 한다. 다만, 진료과목이 「전문의를 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정」 제3조에 따른 전문과목이 아닌 경우에는 그러하지 아니하다.

[본조신설 2009.4.29.]

제19조의4(외국인환자 유치업자의 등록요건) ① 법 제27조의2제2항제1호에서 "보건복지부령으로 정하는 보증보험에 가입하였을 것"이란 다음 각 호를 모두 충족하는 보증보험에 가입한 경우를 말한다. 다만, 그 보증보험에 가입한 후 외국인환자에게 입힌 손해를 배상하여 보험계약이 해지된 경우에는 1개월 이내에 다시 가입하여야 한다. <개정 2010.3.19.>

1. 외국인환자를 유치하는 과정에서 고의 또는 과실로 외국인환자에게 입힌 손해에 대한 배상책임을 보장하는 보증보험일 것

의료기관, 유치업자의 등록요건, 상급종합병원의 외국인환자 유치 제한 규정을 기술하고 있다. 국내 보험회사들의 외국인 환자 대상 영업은 현행 의료법 상 불법이지만, 외국 보험회사들과 협약을 맺고 이들 외국 민간 보험을 통한 외국인 환자 진료비 지불을 허용하고 있다. 실제로 국내 일부 병원에서는 외국 보험회사와 협약을 체결하여 병원비를 직불할 수 있도록 하고 있다.(<표 4-2> 참조)

위에서 기술한 내용에 근거하여 외국인 환자가 보유한 건강보험의 이동성에 대한 기준 2-1은 직불 계약을 체결한 일부 병원에 한정되기는 하지만 “민간보험만 적용 가능”으로 판단할 수 있다. (score = 0.60)

우리나라는 의료관광을 활성화하기 위하여 외국인 환자에 대하여 비자를 간소화하고 의료비자(C-3-3, G-1-10)를 발급하고 있다. 이 비자에는 체류기간의 90일과 1년으로 정해져 있다. 따라서 비자 요건에 대한 기준 2-2는 “비자 기간의 제한이 있음”을 선택할 수 있다.(score = 0.30)

외국인 환자의 국내 의료서비스 이용 대기 시간 단축을 위한 fast-track의 구비 여부는 병원에 따라 다른 형태를 보이고 있다. 해외환자 유치에 적극적인 병원에서는 외국인 환자를 위한 fast-track을 마련하고 있고(e.g. 세브란스 병원 등), 대형병원을 중심으로 이런 경향성이

-
2. 해당 보험회사가 「보험업법」 제4조제1항제2호라목의 보증보험에 대하여 금융위원회의 허가를 받은 보험회사일 것
 3. 보험금액이 1억원 이상이고, 보험기간을 1년 이상으로 하는 보증보험일 것
 - ② 법 제27조의2제2항제2호에서 "보건복지부령으로 정하는 규모"란 1억원(다만, 「관광진흥법」 제4조 및 같은 법 시행령 제2조제1항제1호가목에 따라 일반여행업 등록을 한 경우에는 0원)을 말한다. <개정 2010.3.19., 2012.4.27.>
 - ③ 법 제27조의2제2항제3호에서 "보건복지부령으로 정하는 사항"이란 국내에 설치한 사무소를 말한다. <개정 2010.3.19.>

[본조신설 2009.4.29.]

제19조의5(상급종합병원의 외국인환자 유치 제한) 법 제27조의2제5항에서 "보건복지부령으로 정하는 병상수"란 법 제3조의4에 따라 지정된 상급종합병원(2010년 1월 31일 전에는 「국민건강보험법」 제40조제2항에 따라 종합전문요양기관으로 인정된 의료기관을 말한다)의 병상수의 100분의 5를 말한다. <개정 2010.3.19.>

[본조신설 2009.4.29.]

확대되어 가고 있다. 따라서 기준 2-3의 외국인 환자의 대기시간에 대한 문항은 “외국인 환자를 위한 fast-track을 구비함”을 선택할 수 있다.(score = 0.00)

모드 2에 대해서도 가중치를 고려하여 세 문항의 점수의 합을 구해보면 0.108의 지수를 산출할 수 있다.

3) Mode 3 : 의료서비스의 상업적 주재

우리나라는 전국 8개의 경제자유구역과 제주도에 한하여 외국 의료법인 설립을 허용하고 있다. 우리나라의 모드 3에 대한 무역 개방 제한지수는 전국 8개 경제자유구역을 기준으로 산출하기로 한다. 경제자유구역에서 외국 의료법인을 설립하기 위해서는 외국인 투자 비율이 50%이상 되어야 하고, 자본금은 50억 원 이상이 되어야 한다. 또한 외국외사를 10% 이상 고용해야하고, 병원장/진료의사결정기구의 50%이상 이 외국인이 되어야 한다는 조건⁷⁵⁾도 있다. 위와 같은 우리나라의 규제는 내국인의 영리 의료법인 설립을 제한하기 위한 규정들이다. 의료서비스 무역 제한 지수를 산출하는 기준이 되는 문항은 외국인에 대한 제한 조치를 다루고 있으므로 규제의 방향성이 다르다. 그럼에도 불구하고 문항 그대로 선택을 한다면, 기준 3-1은 “외국 자본의 최대 비율 제한 없음”을 선택할 수 있고, 이는 우리나라는 외국 자본의 최대 투자 비율이 아니라 최소 투자 비율에 제한을 두고 있기 때문이다. (score = 0.00) 기준 3-2는 합작 투자 요건에 대해서 질문을 하고 있는데 이 역시도 내국인의 참여가 반드시 필요한 것은 아니고, 오히려 외국인의 최소 비율을 유지해야하므로 “합작 투자와 관련된 제한은 없음”으로 선택하는 것이 타당하다.(score = 0.00) 현지

75) 기획재정부 보도자료, 투자활성화 대책 ‘유망서비스산업 육성 중심’, 2014. 08. 12.

인력의 최소 비율을 묻는 기준 3-3에 대해서도 최소한의 외국인 의사 비율을 정해놓고 있기 때문에 “내국인 고용의 최소비율 제한 없음”으로 선택한다. (score = 0.00)

모드 3에 대하여 가중치를 고려하여 의료서비스 무역 개방 제한지수를 산출하면 0.000으로 구할 수 있다. 이는 우리나라 전체에 해당하는 지수가 아니라 경제자유구역 내에 외국 의료법인 설립을 기준으로 산출한 지수임을 밝힌다.

4) Mode 4 : 자연인의 이동에 의한 의료서비스 공급

우리나라는 외국과 의료인 면허 상호 인정 협정을 맺고 있지 않다. 외국 의과대학을 졸업하고 의사 자격을 갖춘 사람이 우리나라에서 의료행위를 하기 위해서는 보건복지부 장관의 인정을 받아 국가고시를 통과해야 한다. 외국의료인의 비자 면제에 대한 규정은 따로 존재하지 않으므로 비자 요건에 대해서 묻고 있는 기준 4-1은 “기간이 제한된 비자를 발급함”으로 선택할 수 있다.(score = 0.30) 기준 4-2는 우리나라에서 일할 수 있는 외국인 의사(국내 의료 면허를 취득한 경우로 해석)의 비율 제한에 대한 질문인데, 국내 의료면허를 취득한 경우에 외국인 의사 비율에 대한 제한을 두고 있지 않으므로 “제한 없음”을 선택할 수 있다.(score = 0.00) 마지막으로 기준 4-3은 자격 인정 여부에 대한 질문인데 위에서 언급한 것처럼 “국내에서 자격 시험을 통과한 경우에만 인정함”을 선택할 수 있다.(score = 0.30)

모드 4에 대해서 가중치를 고려하여 의료서비스 무역제한지수를 산출해보면, 0.030의 지수를 얻을 수 있다.

5) 종합

네 개의 모드로부터 얻은 모드별 의료서비스 무역 개방 제한 지수를 종합하면, $0.028 + 0.108 + 0.000 + 0.030 = 0.166$ 의 종합적인 지수를 산출할 수 있다. 모든 영역에 대해서 제한적이라고 가정했을 때 얻을 수 있는 지수의 최대 값이 0.7718이므로 우리나라에 해당하는 지수를 100 점 기준으로 환산하면, 21.5점을 얻을 수 있다. (0점이 가장 열린 상태, 100점이 가장 닫힌 상태임)

제4절 정책방향

1. 국내 정책현황

가. 외국인환자유치사업 추진 경과

우리나라는 2009년 5월 의료법을 개정하여 외국인환자 유치⁷⁶⁾ 행위를 허용하며 관련 제도를 마련하였다. 2009년 12월에는 한국의료 대표브랜드로서 Medical Korea-Smart Care를 개발하였고, 한국의료의 안전성,

76) “외국인 환자 유치란 ① 영리를 목적으로 의료기관이 외국인환자와 진료계약을 하는 것 ② 의료기관 및 유치업자가 타 의료기관에 외국인환자의 진료계약을 알선(주선)하고 대가로 수수료를 지급받는 것(수수료 거래가 없으면 유치행위로 볼 수 없음) ③ 숙박알선, 항공권 구매 및 사증발급 대행을 통해 의료기관과 외국인환자의 진료계약을 알선(주선)하는 것 ④ 외국인환자에게 국내에서 제공하는 제반 비의료서비스(입국에서 출국까지 제공하는 컨시어지 서비스)와 국내외에서 행해지는 외국인환자 유치 의료기관 홍보활동(옥외간판 설치, 외국어홈페이지 개설, 일간지, 책자, 팸플릿 등 외국인 환자 유치 의료기관 홍보활동(옥외간판 설치, 외국어홈페이지 개설, 일간지, 책자, 팸플릿 등 외국어 간행물 제작 및 배포 포함)으로 의료기관과 외국인환자의 진료계약을 알선(주선)하는 것”을 의미함(외국인환자유치 정보시스템(medicalkorea.khi야.or.kr에서 2014. 10. 23. 인출)

높은 질, 합리적인 가격을 중점적으로 포지셔닝하였다. 국무총리실 주재로 복지부, 문화부, 법무부 기재부, 외교부, 관광공사, 진흥원, KOTRA, 병원협회, 국제의료협회 등으로 TF를 구성하여 효율적인 행정체계를 구축하였다. 개선된 외국인환자 유치사업 제도에는 외국인환자 원내조제 허용, 메디컬 비자 제출서류 간소화, 여행업자에 대한 규제완화, 공항 내 환지이송 활성화, 국제의료관광코디네이터 국가기술자격증 도입, 해외 홍보 및 유치역량 강화 등의 내용이 포함되어 있다. 이러한 정책의 성과로 시행 첫해인 2009년 60,201명의 해외환자를 유치하였고, 총 547억 원의 진료 수입을 얻었다. 2012년에는 실환자 기준으로 159,464명의 해외 환자를 유치하였고, 진료비 수입은 2,673억 원이고, 방문국가 수는 188개국이었다. 메디컬코리아 컨퍼런스의 참석자 수는 2010년 총 34개국에서 600명, 2012년에는 총 22개국에서 800명이었다. 해외환자가 증가하였을 뿐만 아니라 해외에서 한국의료에 대한 이미지가 개선되어 UAE, 몽골 등과 환자송출, 의료인교류 등의 국가간 MOU를 체결되었고, 한국医료를 이용하는 보험 상품이 개발되어 국내 의료기관과 해외 보험회사 간에 직불계약이 체결되었다. 2011년 4월말 외국인환자 유치기관 총 2,159개소가 등록하였고, 의료기관 중에서는 1,934개소가 유치기관으로 등록하였다. 또한 국제적 기준인 JCI 인증을 받은 기관이 2011년 15개 기관으로 확대 되었다.(보건의료미래위원회, 2011; 한국보건산업진흥원, 외국인환자유치 정보시스템(medicalkorea.khidi.or.kr)에서 2014. 10. 23 인출)

나. 의료기관 해외진출 지원 사업 추진 경과

한국보건산업진흥원은 의료시스템 해외진출의 개념을 다음과 같이 설명하고 있다.

“한국 의료법에 따른 의료인 또는 의료기관이 해외에서 병원을 설립하거나 한국인이 해외의 현지법에 따라 직접 병원을 설립·운영함으로써 의료서비스를 해외 현지에서 직접 제공하는 행위”

그리고

“병원건설·의료장비·의약품·의료정보시스템 등 병원진출과 연관되어 이루어지는 보건의료산업 전반에 걸친 수출 또는 그에 준하는 국제교역”

(한국보건산업진흥원, 2014년 의료시스템 해외진출 지원사업 소개 발표자료 중 발췌, 2014)

으로 설명하고 있다.

과거부터 현재까지 한국의료시스템의 해외진출을 3단계로 구분해 볼 수 있다. 1세대⁷⁷⁾는 2000년까지 해외 원조와 봉사 위주의 사업들로 해외에 진출한 형태이고, 2세대⁷⁸⁾는 2000년부터 2010년까지 민간에서 자발적으로 해외에 진출한 초기 개척 단계이며, 3세대⁷⁹⁾는 2010년 이후로 현재까지 정부가 정책적으로 지원에 나서며 민관협력으로 체계적인 인프라를 구축하기 시작한 단계를 의미한다. (한국보건산업진흥원, 2014년 의료시스템 해외진출 지원사업 소개 발표자료, 2014)

2011년 정부는 10대 “신성장 동력 사업” 중 하나로 병원해외진출 지원 사업을 선정하였고, 한국보건산업진흥원이 주축이 되어서 사업을 진행하고 있다. “2020 Medical Korea 비전”에는 2020년 HT 산업 세계 7대 강국으로 도약한다는 비전과 의료시스템 글로벌 진출을 200개 확대하고, 해외환자 100만명 유치를 목표로 설정하였다. 의료시스템 해외진출

77) 주요 사례 : 연세의료원의 몽골울란바타르연세친선병원(1989), 카자흐스탄 알마티 알마티-동산의료원(1985), 에티오피아 명성기독병원(2004)

78) 주요 사례 : 함소아한의원 미국진출(2003), 오라클피부성형외과 중국진출(2007), 우리들병원 중국진출(2008)

79) 주요사례 : 보바스병원 UAE 두바이 재활센터 위탁운영(2012), 사우디 의료IT 쌍둥이 프로젝트 등(2013)

사업의 연도별 주요 추진 실적은 아래 <표 4-19>와 같다.

<표 4-19> 연도별 의료시스템 해외진출 사업 추진 실적

연도	추진 방향	주요 사업 추진 실적
2010	전략국가 시장조사 및 진출현황 파악	<ul style="list-style-type: none"> · 수요발굴을 위한 기초시장조사 및 분석 · ODA 등 유무상 원조사업에 대한 컨설팅 등 수행 · 주요 전략국가 선정 및 민간 의료기관 해외진출 지원
2011	국가별 진출전략 수립 및 체계적 지원체계 마련	<ul style="list-style-type: none"> · 전략국가 확대 및 시장조사 분석을 통한 국가별 진출 전략 수립 및 기반조성 · ODA 등 유무상 사업의 체계적 추진체계 구축 및 연 관산업 동반진출 확대 · 민관 합동 협의체 구성 및 홈페이지 등 구축을 통한 체계적 지원체계 구축 · 해외진출에 필요한 법·제도·금융 지원 개선 및 검토
2012	해외진출 종합지원체계 확립 및 현장 밀착형 사업 강화	<ul style="list-style-type: none"> · 유관기관 공조를 통한 정보공유체계 확립과 법제도 금융지원방안 마련 · 수요창출을 위한 글로벌 네트워크 구축 및 거점국 의료인력 교육으로 친한국적 의료환경 조성 · 해외진출 프로젝트의 발굴 및 지원사업의 본격 추진을 통한 성공사례 다수 창출 · 정부간 협력채널 구축, MOU 추진 등을 통한 의료기관 해외진출 환경 개선
2013	G2G 보건의료 협력사업 발굴 및 지속적 현장밀착형 사업 강화	<ul style="list-style-type: none"> · ‘병원수출 프로젝트 발굴, 지원사업’ 지속적 현장밀착형 특화 지원사업으로 해외진출 성공모델 창출 · 정부(G2G)간 보건의료 협력 강화 및 협력사업 발굴, 수행 · 수요창출을 위한 글로벌 네트워크 구축 및 거점국 의료인력 교육으로 친한국적 의료환경 조성 · 국제의료 활성화를 위한 법, 제도, 금융지원방안 수립

자료: 한국보건산업진흥원, 2014년 의료시스템 해외진출 지원사업 소개 발표자료, 2014

한국보건산업진흥원에서는 의료시스템 해외진출 지원 사업의 일부로 2011년부터 2013년까지 총 39개의 프로젝트를 지원하였고 이에 대한 설명이 아래 <표 4-20>에 제시되어 있다.

〈표 4-20〉 연도별 의료시스템 해외진출 프로젝트 지원사업 현황

구분	2011년	2012년	2013년
지원 사업 명	전략기획사업	병원서비스 글로벌진출 지원사업	병원수출 프로젝트 발굴지원사업
예산 (원)	3억 6천만원	17억 6천만원	10억
사업수행기간	2011. 03 - 2011. 05	2012. 03 - 2012. 08	2013. 07 - 2014. 02
기관당 지원금	4천만원 동일	최소 5천 - 최대 1억 8천	최소 6천 - 최대 1억
지원프로젝트	9	18	12
국가수	6	13	7

자료: 한국보건산업진흥원, 2014년 의료시스템 해외진출 지원사업 소개 발표자료, 2014

이러한 정부의 노력에도 불구하고 의료기관이 해외에 진출하는 데에는 여전히 많은 어려움이 존재하는데, 진출국의 의료 관련법과 제도 등의 정보부족, 국내 의료법인의 해외투자 근거의 부재 및 과실송금 가능여부에 대한 논란, 병원진출에 특화된 금융조달체계의 부족, 의료시스템 수출을 지원할 수 있는 전문인력의 부족 등의 애로사항을 호소하고 있다.

현재의 의료서비스 해외 진출의 한계점을 보완하기 위하여 보건복지부에서는 제도개선, 마케팅 강화 및 정보·네트워크 구축, 해외진출 역량 강화의 영역으로 지원방안을 마련하고 있다. ‘국제의료사업 육성 지원 특별법(가칭)’의 제정을 검토하고 있고, 정부 간 협력외교의 강화 노력을 하고 있다. 또한 해외 진출 비즈니스 모델을 마련하고, 민·관 합동 TF 및 범정부·공공기관의 ‘국제의료사업단’을 운영하는 방안을 검토하고 있다. 2014년에는 전주기 통합지원체계 지원사업의 시범사업을 실시하기로 하였다(한국보건산업진흥원, 2014).

2. 향후 정책 방향

가. 의료관광

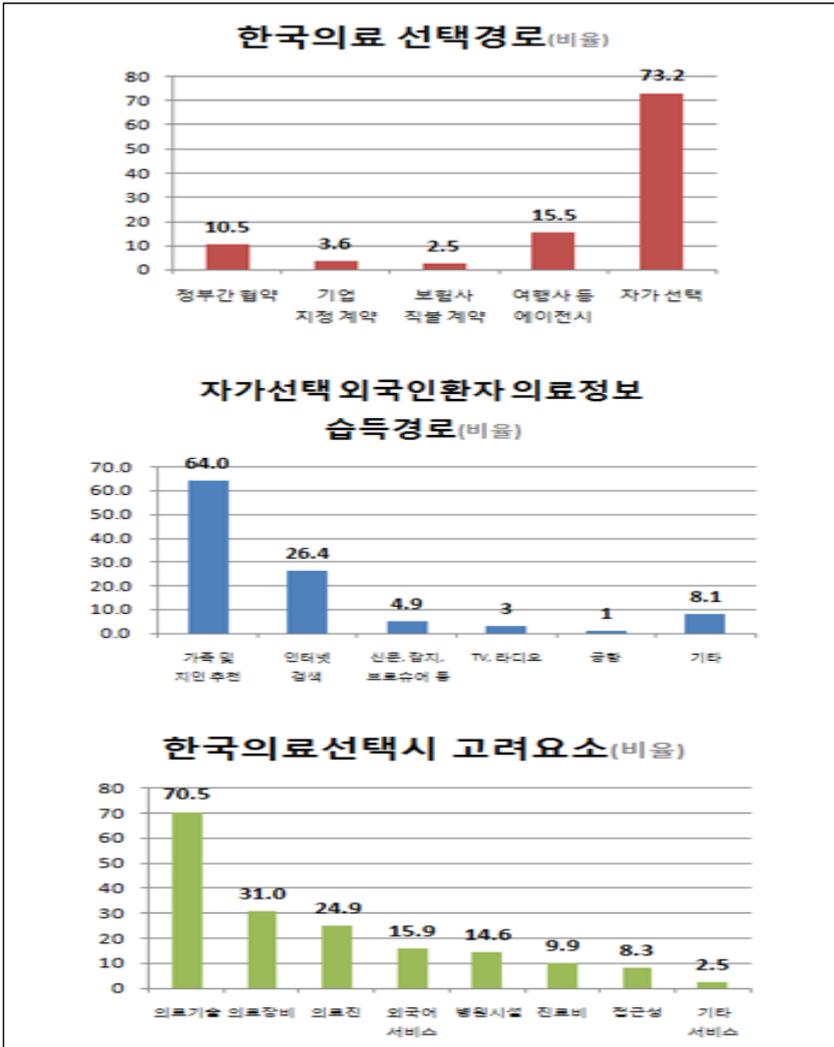
외국환자의 우리나라 선택경로는 여행사 등 에이전트나 정부간 협약보다 자가선택의 비중이 월등히 높은 것으로 나타났다(그림 4-1 참고). 자가선택을 하는 외국인 환자의 경우 의료정보의 습득 경로가 가족이나 지인의 추천에 의해 이뤄지는 경우가 64%로 가장 높게 나타났다. 이는 인터넷 검색이나 신문, 대중 매체를 통한 접촉보다 더 높은 수치이다.

우리나라를 선택할 때 고려요소는 의료기술을 가장 중요한 요인으로 제시하였다. 반면 우리나라 의료의 단점으로 비싼 진료비, 예정보다 긴 대기시간, 병원시설안내의 외국어 미표기 등을 지적하였다. 요약컨대, 우리나라에 오는 외국인 환자는 의료기술 수준에 대한 높은 평판에 따라 주로 가족 및 지인의 추천으로 우리나라를 선택하고 있어 국가차원의 정보 제공이나 마케팅활동에 의한 효과는 미흡한 것을 추론할 수 있다. 따라서 보험사 직불계약, 정부간 협약을 보다 내실있게 강화할 필요가 있다. 또한, 국가간 계약 체결 등을 통해 의료사고 대응 매뉴얼 또는 외국인 환자에 대한 원격의료 등 후속케어 관련 규정 마련도 필요하다.

의료관광의 활성화는 분명 기회요인과 위험요인이 공존한다. 정부목표대로 외국인 환자 100만명 시대가 될 경우 우리나라 의료시스템의 전달 체계, 의료인력에 대한 문제, 자원조달과 관련한 문제 외에도 각종 새로운 규제와 가버넌스가 필요할 것이라고 보인다. 수출국의 입장에서 위험요인으로는 의료시스템이 이원화가 위험요인으로 지적되고 있다. 외국인환자와 내국인 화자가 분리되어 외국 환자에 대한 투자가 증가하고 상대적으로 내국인 환자에 대한 접근성을 떨어트릴 위험이 있다. 또한 개도국에서는 공공병원에서 민간병원으로의 인력이동에 따른 공공의료서비스의 질

저하에 대한 우려도 있다. 따라서 의료관광과 관련하여서는 먼저 의료관광활성화가 국내 의료시스템에 미칠 영향에 대한 검토가 필요하다.

[그림 4-1] 한국의료 선택 경로 및 선택시 고려요소



자료: 한국보건산업진흥원, 2013년 외국인 환자 만족도 조사

의료관광의 목적지로는 아시아 국가 주도 속에 남미, 유럽국가들이 시장에 진입하고 있는데 태국의 경우 2010년 150만명, 싱가포르 72만명, 인도 73만명, 말레이시아 50만명을 유치한 것으로 의료관광 전문기관에서 보고한 바 있다(www.nwtourism.com).

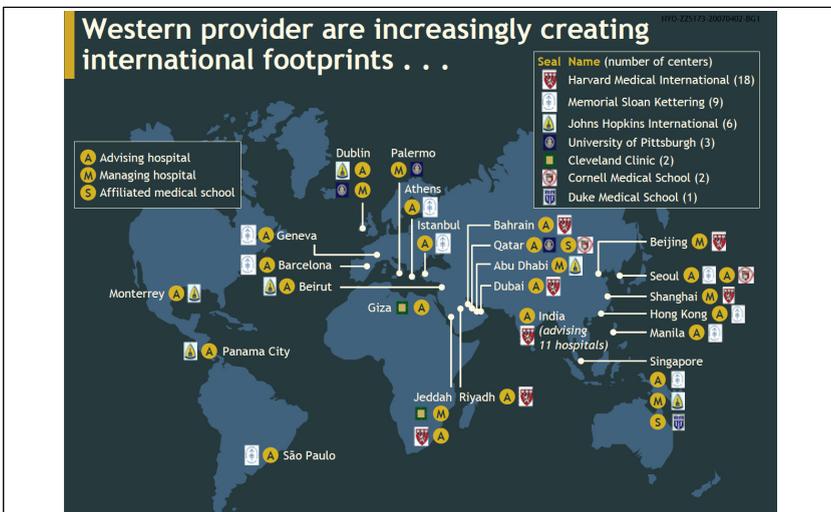
국가별로 의료관광 전략은 다양하다. 일반적으로 관광중심의 의료관광과, 질환치료 목적의 의료중심 의료관광을 육성하는 국가로 구분을 하여 볼 수 있다. 싱가포르의 경우 의료서비스의 차별화 정책으로 다양한 의료서비스를 개발하여 의료서비스의 질 제고에 비중을 두고 의료환자 유치를 하고 있다. 그 대표적인 사례가 삼쌍둥이 수술로 유명한 래플즈 병원이다. 태국의 경우 1997년 외환위기 이후 전세계 여행업 agent 에게 대대적인 홍보를 통해 처음에는 민간주도로 발전했지만 정부차원의 지원정책을 수립하는 방향으로 발전하고 있다. 태국을 찾는 가장 큰 목적이 esthetic의 목적이지만 점차로 증증질환 치료와 같은 분야로 발전하고 있다. 인도는 대체의료나 전통치료 기법이 개발되었는데 인도도 처음에는 민간주도로 발전했지만 최근 정부차원의 유치를 활발히 진행하고 있다. 영국은 NHS 중심으로 의료관광 유치활동을 하고 있는데 최근 순수입국가에서 순수출국가로 전환되었다고 보고하고 있다. 다른 나라 국가처럼 의료서비스 수출 관련 합작투자 기관이 healthcare UK를 설립하여 활발히 유치하고 있다. 일본의 경우에도 후발주자로 2010년 이후 비자 요건을 완화하고 민간정부 합동의 의료관광 기구를 발족하여 2020년 까지 43만명을 유치하겠다는 목표를 세우고 의료관광을 활성화 전략을 마련하고 있다.

우리나라의 경우 서울 소재 대형병원들은 상대적으로 경쟁력이 높기 때문에 증증치료 중심으로 방향을 설정하여 외국인 환자 유치전략을 세우고, 전문병원 혹은 대형 의원들은 피부과 성형외과 척추질환 등과 같은 틈새시장에서 경쟁력을 갖고 있으므로 이를 고려한 전략 마련이 필요하다.

나. 의료기관 해외진출

의료기관 진출을 가장 활발하게 진행하고 있는 미국의 경우 다양한 방식으로 진출을 하고 있는데 단독투자에서 자본투자 없이 의료인력, 기술투자 및 브랜드만을 수출하는 운영컨설팅 유형 등 다양한 형태가 존재한다. 하버드병원 같은 경우에는 자회사인 Harvard Medical International을 설립하여 전 세계 18개 센터를 운영하고 있다. 의과대학과 연계하여 교육, 훈련과 관련된 사업을 하기도 하지만, 직접 병원을 운영한다든지 컨설팅을 하는 경우도 있다. 존슨 홉킨스의 경우에도 존스홉킨스 international을 설립하여 초기 해외환자 유치에 초점을 맞추다가 현재는 전략적 협력 프로그램, 병원간 제휴, 병원경영지원 등을 하고 있다. 이들 병원의 특징은 컨설팅 지원이나 QI 평가지원 등을 통해 신뢰를 형성한 뒤 사업을 진출하고 확장하는 선순환을 통한 점진적 확장을 하고 있다는 것이 특징이다.

[그림 4-2] 미국 의료기관 진출 사례



자료: McKinsey&Company(2007), Global provider trend, IFC presentation, April 2007, p. 15

의료기관 해외진출의 경우 글로벌 병원의 성공요인을 보면 진출초기 상대국 정부 및 이해관계자들과의 신뢰관계형성에 주력하고 인적 네트워크 구축에 나서면서 장기적 시각에서의 사업을 추진하고 있는데 이런 부분에 대한 고려가 필요하다. 또한 병원플랜트 수출과 같은 하드웨어적 중심 접근에서 교육이나, 컨설팅, QI 지원 등 소프트웨어 차원에서의 접근과 같은 다양한 비즈니스 모델 개발이 필요할 것으로 보인다.



제5장

결론 및 고찰

우리나라 의료서비스 산업은 그동안 괄목할 만한 발전을 이루어왔으나, 선진국 대비 국민경제에서 차지하는 보건의료분야 비중이 낮고, 수요자 중심의 서비스 개발도 미흡하다. 이는 우리나라 경제의 산업구조에서 서비스업이 충분히 발달되지 못한 점이 원인으로 지적 된다.

그동안 추진되어 온 의료서비스 산업의 선진화 정책은 다음과 같이 요약할 수 있다. 첫째, 의료 서비스산업이 고부가가치를 창출하는 산업으로 성장할 수 있도록 환경을 조성하고 정책적 지원을 하자는 고민에서 출발하였다. 구체적으로 의약품 및 의료기기 분야에서 원천기술을 확보할 수 있도록 병원의 역할을 강화하고, 의료기관 해외진출, 해외환자 유치를 통해 새로운 부가가치 창출하는 것이 주요 전략이라 할 수 있다. 둘째, 국민들의 욕구변화와 IT 기술 발전 등 환경변화로 인한 새로운 형태의 의료서비스 수요를 충족할 수 있도록 제도를 개선하는 것을 골자로 한다. 예방, 치료, 만성질환 관리 등 생애주기별 평생건강관리 체계의 구축, IT 융합형 의료서비스 제공, 포괄간호서비스 등 입원서비스의 질적 개선 등이 그 내용이라 할 수 있다(윤희숙·권용진, 2008).

본 연구에서는 의료서비스 산업의 선진화를 위해 추진되었던 주요 정책들을 살펴보고 정책방향을 제시하는 것을 목적으로 하였다. 연구 결과를 요약하면, 먼저 의료기관 자본참여 및 부대사업 확대와 관련하여서는 의료기관 합병 등 구조개혁 지원은 적극적으로 추진할 필요가 있다. 우리나라의 경우 비영리병원은 설립자가 병원이나 법인을 해산하게 되면 그 법인이 소유하고 있는 재산은 국가 또는 지방자치단체에 귀속된다. 이에

따라 취약한 자본구조와 수익구조를 보이는 병원의 경우 시장에서의 자발적인 구조조정이 이루어져야 하나 시장에서 이러한 기능이 작동하지 못하고 있다. 이를 해결하기 위해 의료기관의 합병절차 등에 대한 전향적인 제도개선이 이루어져야 한다.

의료기관 채권제도 도입 등 자본조달 개선을 위한 정책은 실제 의료기관의 자금 필요도와 자금 조달과의 미스매치가 발생하는지, 발생한다면 어느 정도 인지에 관한 심층연구가 필요한 것으로 보인다. 의료기관의 자금조달 활성화(financing constraints의 완화)가 의료기관 정책의 궁극적 목적-적절한 의료비로 의료서비스 이용하여 국민들의 건강수준향상에 기여-에 부합하는 방향으로 이루어 질 것인지에 대해 알려진 바가 없다. 의료법인의 자법인 설립과 부대사업 확대와 관련하여서는 공공의료서비스가 상대적으로 취약하다는 평가이기 때문에 차제에 일본식 사회의료법인 제도를 도입하여 의료법인에게 공공의료서비스를 제공하는 대신 수익사업을 인정하고 채권발행도 인정하는 방안도 고려해 볼 수 있을 것으로 사료된다.

‘의사 대 환자’ 원격의료의 경우 1990년대 후반 미국, 일본 등 주요 선진국은 이미 제도화하여 시행하고 있다. 국가마다 허용 수준은 다르지만 일찍부터 환자진료와 IT를 접목해오고 있다.

미국의 메디케어의 경우 원격의료 보험 적용분야를 지정하여 단계적으로 확대한 바 있다. 최근에는 민간보험회사들이 원격의료회사와 협약을 맺어 보험회사 회원인 환자가 원격의료회사에 전화 또는 인터넷 접속으로 상담을 요구하면 수분내에 return call를 받을 수 있는 수준에 까지 이르렀다. 아직까지는 원격의료 이용자 수가 2013년 기준 35만명 수준으로 많지 않지만 이용자수가 늘어날 것으로 전망하고 있다. 미국 의사협회(AMA)도 최근 원격의료 도입의 불가피성을 인정하고 그 동안의 반대기

조를 수정하여 원격의료 가이드라인의 자체 제정 등 수용하는 입장이다.

반면 일본의 경우 원격진료는 어디까지나 직접 대면진료의 보완적 성격이며, 초진 및 급성질환에 대해서는 원칙적으로 직접 대면 진료를 하도록 하고 있다. 대면진료를 통해 건강상태를 파악하여 병세가 안정적이고 계획적 진료가 가능하며, 통원이 어렵지만 원격으로 커뮤니케이션이 가능하고, 원격진료에 대해 환자와 가족의 동의가 있는 경우 재택 원격진료를 가능하도록 하여 그 요건을 매우 까다롭게 정하고 있다.

선행연구를 보면 원격의료를 통해 제공되는 서비스에 따라 비용효과적인 분야가 존재하며, 특히 정신 및 불안장애 등 심리치료, 일부질환 홈 모니터링(심장질환, 호흡기질환 등), 만성질환관리, 건강행태관련 프로그램(금연, 운동 등)에서 효과가 큰 것으로 알려져 있다.

우리나라는 노인들의 건강 모니터링 및 원격진료, 성인병, 만성질환 등 환자건강 상시 점검, 개인 맞춤형 건강관리서비스 등 의료서비스 시장의 요구는 진화하고 있는 데 제도적인 진입장벽으로 이에 부합하는 서비스 제공이 이루어지고 있지 못하고 있는 측면이 있다. 물론 원격의료를 시행하기 이전에 원격의료의 안전성과 비용효과성을 세밀하게 따져 제도를 도입하여야 할 것이다. 우리나라의 경우에도 비용효과성이 높고 임상적 효용성이 높은 분야부터 단계적으로 확대하는 전략을 취하는 것이 좋을 것으로 사료된다.

의료서비스산업의 글로벌화와 관련한 정책은 국내 의료시스템에 미치는 영향이 다른 정책에 비해 상대적으로 적어 민관협력하에 활발히 진행되고 있다. 다만, 아직까지 외국인 환자의 우리나라의 선택경로가 여행사 등 에이전트나 정부간 협약보다 자가선택의 비중이 높아 국가차원의 정보제공이나 마케팅활동에 의한 효과는 미흡한 것으로 있다. 보험사 직불계약, 정부간 협약을 보다 내실있게 강화할 필요가 있다.

의료서비스산업의 선진화는 일자리 창출 등 국민경제에 기여하고, 질 높은 서비스로 국민이 더욱 건강한 삶을 영위하는데 기여할 것으로 사료된다. 본 연구에서는 주요 의료서비스산업 선진화 관련 국내외 정책을 살펴보고 개략적으로나마 정책방향을 제시하였다. 의료서비스산업의 선진화를 논의할 때 규제완화로 인한 의료상업화의 폐해도 우려되고 있으나, 향후 이를 이념적 프레임에 가두어두기 보다는 다양한 실증 연구를 통해 정책의 효과 등이 논의되기를 기대해 본다.

참고문헌 <<

- 강원도청. 2008.09.27. 보도자료: 의약취약환경 극복을 위한 u-health 서비스 선도 추진. http://www.provin.gangwon.kr/gw/portal/sub08_07_02?mode=readForm&boardCode=BDCCGG01&articleSeq=64530. 에서 2014.12.03. 출력.
- 건강정책연결센터. (2014.09.25.). www.cchpca.org. 출력
- 경제자유구역 웹페이지 <http://www.fez.go.kr>
- 경제자유구역의 지정 및 운영에 관한 특별법, 국가법령정보센터(www.law.go.kr), 2014. 10. 20 인출
- 경제자유구역의 지정 및 운영에 관한 특별법 시행령, 국가법령정보센터(www.law.go.kr), 2014. 10. 20 인출
- 경제자유구역 내 외국의료기관의 개설허가절차 등에 관한 규칙. 국가법령정보센터(www.law.go.kr), 2014. 10. 20 인출
- 고영선·윤희숙·정완교·이운태·김시연·강대욱 외 6인.(2009). 투자개방형 의료 법인 도입 필요성 연구, 한국개발연구원·한국보건산업진흥원.
- 관계부처 합동. (2013). 4차 투자활성화 대책 요약(2013. 12.13.).
- 국무조정실의료산업발전기획단. (2007). 의료산업선진화위원회 활동백서.
- 국민건강보험공단·건강보험심사평가원. (2013). 건강보험통계연보(2013).
- 금융감독원 전자공시시스템(DART). 각 기업 감사보고서(2013.12). <http://dart.fss.or.kr/>.
- 김대정. (2010). 법인법 개정해설, 법무부 주체 법인 시효제도 개선을 위한 민법 개정안 공청회 서울. pp.5-29
- 김대중. (2013). 보건의료자원 배분정책의 발전방안: 프랑스 사례를 중심으로, 한국보건사회연구원 Issue and focus.
- 김정덕, 이용균, 서민정. (2009). 영리법인병원 도입 유형과 비영리법인병원 지원 방안에 관한 연구(2009.11). 한국병원경영연구원.

- 김정곤. (2006). 의료인력 자격 상호인정을 위한 정책방향: 한미 면허관리체계 비료를 중심으로. 대외경제정책연구원.
- 김종명. (2009). 건강관리서비스 활성화의 문제점. 복지동향.
- 김준동, 정영호, 최병호, 안덕선. (2003). DDA 서비스협상 보건의료 분야의 주요 쟁점 및 정책과제. 대외경제정책연구원.
- 김진수. (2007). 기부문화 활성화 및 공익법인의 투명성 제고방안, 한국조세연구원.
- 김진현. (2014). 보건의료산업 활성화 정책의 쟁점에 관한 논의: 보건의료산업 활성화 정책의 반대 2014년 한국보건경제정책학회 추계학술대회.
- 남상열, 고혜진, 김성웅, 박승중. (2012). OECD 통신서비스 무역장벽지수 (STRI) 분석과 무역투자자유화에의 시사점. 정보통신정책연구원.
- 대한민국정부. 2014.06.18. 원격화상의료시스템을 이용한 원격진료. <http://www2.korea.go.kr/govTask/govTaskDetailView.do?seq=261&govCode=1270000>.에서 2014.12.08. 출력
- 문화체육관광부, 한국관광공사. (2011). 한국의료관광 총람 2012.
- 문화체육관광부, 한국관광공사. (2012). 한국의료관광 총람 2013.
- 박수근. (2010), 프랑스법에서의 민사법인에 대한 규율 -공익성이 인정된 사단 및 재단법인을 중심으로, 경희법학.
- 법제처 국가법령정보센터, 상속세 및 증여세법, <http://www.law.go.kr/lsSc.do?menuId=0&p1=&subMenu=1&nwYn=1§ion=&query=%EC%83%81%EC%86%8D%EC%84%B8+%EB%B0%8F+%EC%A6%9D%EC%97%AC%EC%84%B8%EB%B2%95&x=0&y=0#liBgcolor0>, 2014.08.05. 출력.
- 법제처 국가법령정보센터.(2014.09.23.), 의료법 제34조. <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=112763&efYd=20140101#0000>. 출력
- 법제처 국가법령정보센터.(2014.09.23.), 의료법 시행규칙. <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=159664&efYd=20140919#0000>. 출력
- 법제처 국가법령정보센터, 상속세 및 증여세법 시행령, <http://www.law.go.kr/lsSc.do?menuId=0&p1=&subMenu=1&nwYn=1§ion=&query>

=%EC%83%81%EC%86%8D%EC%84%B8+%EB%B0%8F+%EC%A6%9D%EC%97%AC%EC%84%B8%EB%B2%95&x=0&y=0#liBgcolor1, 2014.08.05. 출력.

법제처 국가법령정보센터, 공익법인의 설립운영에 관한 법률, <http://www.law.go.kr/lsSc.do?menuId=0&p1=&subMenu=1&nwYn=1§ion=&query=%EC%83%81%EC%86%8D%EC%84%B8+%EB%B0%8F+%EC%A6%9D%EC%97%AC%EC%84%B8%EB%B2%95&x=0&y=0#liBgcolor0>, 2014.08.05. 출력.

법제처 국가법령정보센터, 의료법, <http://www.law.go.kr/lsSc.do?menuId=0&p1=&subMenu=1&nwYn=1§ion=&query=%EC%83%81%EC%86%8D%EC%84%B8+%EB%B0%8F+%EC%A6%9D%EC%97%AC%EC%84%B8%EB%B2%95&x=0&y=0#liBgcolor6>, 2014.08.05. 출력.

법제처 국가법령정보센터, 의료법 시행령, <http://www.law.go.kr/lsSc.do?menuId=0&p1=&subMenu=1&nwYn=1§ion=&query=%EC%83%81%EC%86%8D%EC%84%B8+%EB%B0%8F+%EC%A6%9D%EC%97%AC%EC%84%B8%EB%B2%95&x=0&y=0#liBgcolor7>, 2014.08.05. 출력.

법제처 국가법령정보센터, 의료법 시행규칙, <http://www.law.go.kr/lsSc.do?menuId=0&p1=&subMenu=1&nwYn=1§ion=&query=%EC%83%81%EC%86%8D%EC%84%B8+%EB%B0%8F+%EC%A6%9D%EC%97%AC%EC%84%B8%EB%B2%95&x=0&y=0#liBgcolor8>, 2014.08.05. 출력.

법제처 국가법령정보센터, 사립학교법, <http://www.law.go.kr/lsSc.do?menuId=0&p1=&subMenu=1&nwYn=1§ion=&query=%EC%83%81%EC%86%8D%EC%84%B8+%EB%B0%8F+%EC%A6%9D%EC%97%AC%EC%84%B8%EB%B2%95&x=0&y=0#liBgcolor0>, 2014.08.05. 출력.

법제처 국가법령정보센터, 사회복지사업법, <http://www.law.go.kr/lsSc.do?>

menuId=0&p1=&subMenu=1&nwYn=1§ion=&query=%EC%83%81%EC%86%8D%EC%84%B8+%EB%B0%8F+%EC%A6%9D%EC%97%AC%EC%84%B8%EB%B2%95&x=0&y=0#liBgcolor0, 2014.08.05. 출력.

법제처 국가법령정보센터, 국립대학병원 설치법, <http://www.law.go.kr/lsSc.do?menuId=0&p1=&subMenu=1&nwYn=1§ion=&query=%EC%83%81%EC%86%8D%EC%84%B8+%EB%B0%8F+%EC%A6%9D%EC%97%AC%EC%84%B8%EB%B2%95&x=0&y=0#liBgcolor0>, 2014.08.05. 출력.

법제처 국가법령정보센터, 지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률, <http://www.law.go.kr/lsSc.do?menuId=0&p1=&subMenu=1&nwYn=1§ion=&query=%EC%83%81%EC%86%8D%EC%84%B8+%EB%B0%8F+%EC%A6%9D%EC%97%AC%EC%84%B8%EB%B2%95&x=0&y=0#liBgcolor0>, 2014.08.05. 출력.

보건복지가족부·보건의료정보과. (2008). 08년 USN기반 원격 건강모니터링 시스템 구축 시범사업 추진계획(안).

보건복지부. (2014). 7월 8일 매일경제 '보험회사 외국인 유치금지, 메디텔 지지부지' 보도에 대한 해명자료.

보건복지부. (2014.09.25.). 원격의료 허용 기관 및 대상 환자. http://www.mw.go.kr/upload/content_data/2013/medical_treatment_01.html. 출력

보건복지부. (2014.09.25.). 입법예고한 및 수정안 비교. http://www.mw.go.kr/front_new/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=294526. 출력

보건복지부 보도자료. (2014). 응급환자에 활용되는 원격의료: 신속한 치료에 큰 도움.

보건의료미래위원회. (2011). 2020 한국의료의 비전과 정책방향

류시원, 이재국, 김경희. (2009). 국내 유헤스 현황 분석과 발전방향. J Korean

- Med Assoc, 52(12), 1141-1147.
- 성한경, 박혜리, 남호선, 양주영. (2009). 주요국의 서비스 교역장벽 측정과 정책 시사점. 대외경제정책연구원.
- 송준헌. (2013). 자유무역협정과 보건의료인력의 국제이동: 일본의 사례. 通商法 律, 2013-4, pp. 129-166.
- 송태민. (2003). 일본의 원격의료 동향. 보건복지포럼, p. 101
- 송태민, 장상현. (2011). u-Healthcare 이슈 및 연구동향. 보건복지포럼.
- 신장섭. (2010). 동남아 전략산업 분석: 의료관광 - 현황과 정책적 시사점. 대외 경제정책연구원.
- 원격의료정보센터. (2014.09.25.). www.telehealthresourcecenter.org. 출력
- 윤희숙, 권용진. (2008). 의료서비스산업의 쟁점과 정책방향, 한국경제학회 의료법. 국가법령정보센터(www.law.go.kr). 2014. 10. 20. 인출
- 의협신문. 2014.12.03. 강원도 시범사업은 원격의료 추진 근거 안 된다. <http://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=92145>. 에서 2014.12.03. 출력
- 이근찬, 송태균, 강대욱, 이운태, 이신호(2006), 의료기관에 대한 자본참여 활성화 방안 연구: 한국보건산업진흥원.
- 이운태, 김시연. (2008). u-healthcare 활성화 중장기 종합계획 수립, p.205-208.
- 이운태·김시연·강대욱·박수범·박재산(2009), 투자개방형 의료법인 도입 필요성 연구, 한국보건산업진흥원.
- 이운태, 김시연, 이상구, 박재산, 박수범, 박성숙, 현정희. (2009). 건강서비스 시장 활성화 방안 연구. 서울: 한국보건산업진흥원.
- 이운태·박재산·황주희·황준원·김은영·김지은 외 7인. (2013). 의료법인의 공공성 제고방안 연구. 한국보건산업진흥원.
- 이재호, 박나리. (2012). 싱가포르의 주요 산업 - MICE, 의료관광을 중심으로. 대외경제정책연구원.
- 이종현. (2011). WTO 체제에서의 의료서비스에 관한 연구 - 한국의 의료시장

- 개방을 중심으로. 고려대학교 대학원 학위논문(석사).
- 이준영. (2008). 국내 u-Health 시범사업 추진현황 및 시사점. 정보통신정책, 20(21): 25-44.
- 이창우. (2012). 보험회사의 외국인 환자 유치 허용 필요성. KiRi Weekly 포커스 2012. 7. 16. 보험연구원.
- 일본원격의료학회. (2011). 재택 등 원격진료 시행 지침. (<http://jtta.umin.jp/pdf/14/indicatro07.pdf>)
- 일본 후생노동성(2014). <http://www.mhlw.go.jp/topics>.
- 정종인, 김진용, 황문우. (2006). 우리나라 지식기반서비스업의 현황 및 발전방향. 한국은행 조사국.
- 정철, 김정렬, 김혁황, 성한경. (2008). 한국의 교역구조와 경상수지 변동요인 분석. 대외경제정책연구원.
- 정현석(2014), 발표자료 : 의료산업 선진화를 위한 현안과 대응방안 세미나, 한국보건사회연구원.
- 조선비즈, "[일문일답] 정은보 차관보 "의료법인 영리화는 아니다", 2013.12.13. 일자, http://biz.chosun.com/site/data/html_dir/2013/12/13/2013121300945.html
- 주지홍, 왕상한, 조형원, 박민, 이범룡.(2003). 의료정보화산업의 활성화를 위한 법제도 정비방안 연구. 정보통신정책연구원. p.13
- 충청남도. (2014). 원격 건강모니터링사업 구축 및 운영현황. www.chungnam.net.에서 2014.12.08. 출력
- 충남넷. (2008). 원격 건강모니터링사업 구축 및 운영현황.
- 통계청. (2014). 산업별 취업자수.
- 프랑스 보건부 통계국(DREES). (2012) 의료기관 연간통계(SAE). http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/Collecte_2012/doc/078_12_Diffusion_SAE_PNM.pdf
- 한국무역협회. (2013). OECD 서비스무역제한지수(STRI) 개발현황과 시사점. 한국무역협회 국제무역연구원. Trade Brief(2013. 7. 17, No. 18).한국

- 보건산업진흥원. (2013). 2012 외국인환자통계.
- 한국보건산업진흥원. (2014). 2014년 의료시스템 해외진출 지원사업 소개 발표 자료.
- 한국보건산업진흥원. (2014). 글로벌 보건산업 동향(2014. 5. 16) Vol. 108.
- 한국보건산업진흥원. 병원경영분석(보건산업통계),
http://www.khiss.go.kr/treeManager.do?task=treeFrm&vw_cd=MT_ITITLE&list_id=358_E&htxt_code=125369725751510746110771881221239, 2014.09.01. 출력.
- 한국보건산업진흥원. (2010). 성공적 건강관리서비스 도입방안 심포지움 자료집.
- 한국보건산업진흥원. 외국인환자유치정보시스템(medicalkorea.or.kr) (2014. 10. 23. 인출).
- 한국u헬스협회. (2013). 의사-환자간 원격진료 도입 현황, p.3-4.
- 후생노동성 홈페이지. (2014309.28). <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryou/johoka/dl/h23.pdf>. 출력
- AMA. (2014). "Report 7 of the council on medicinal service, Coverage of and payment for telemedicine", 2014, (출처<http://mb.cision.com/Public/373/9600400/99c2f1db96d7fec3.pdf>, 2014.1.16.일 발췌)
- Arrow, K.J. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review* 53(5): 941-973.
- ATAwiki, (2015). States with Parity Laws for Private Insurance Coverage Telemedicine. (출처: http://atawiki.org.s161633.gridserver.com/wiki/index.php?title=State_law 에서 2015. 01.21 인출)
- Buttrey 하원의원 발의 법령 제270조 (http://leg.mt.gov/bills/2013/sb0299/SB0270_2.pdf)
- California Telemedicine and eHealth Center. (2009). A Literature Review on Clinical Outcomes, Cost-Effectiveness, and Reimbursement for Telemedicine. <http://www.caltrc.org/wp-content/uploads/2013/10/literature-review.pdf> 출력

- Carpenter, C. E., et al. (2003). "The hospital bond market and the AHERF bankruptcy." *Journal of Health Care Finance* 29(4): 17-28.
- Centers for Medicare&Medicaid Service. (2014.09.25.). <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/downloads/TelehealthSrvcsfctsh.pdf>. 출력
- Centers for Medicare&Medicaid Service. (2014.09.25.). http://www.cms.gov/mmrr/Downloads/MMRR2013_003_04_a04.pdf. 출력
- Dafny, L. (2014). Hospital Industry Consolidation — Still More to Come? *New England Journal of Medicine*, 370(3), 198-199.
- Daly, R. (2014). Hospital Consolidation: Hospital Consolidation Trend to Continue. *Healthcare Financial Management*, 68(7), 11-13.
- Dena S.Puskin. (2001). Telemedicine: Follow the money.
- Ekeland, A.G., Bowes, A. & Flottorp, S. (2012). Methodologies for assessing telemedicine: A systematic review of reviews.
- Ernst and Whinney. (1982). *Corporate Reorganization: a survey of hospitals that have reorganized*. Cleveland, Ohio
- Federal Trade Commission. (2004). *Improving health care: A dose of competition*. Washington, DC.
- GAO. (1997). "Federal Strategy is needed to guide investment".
- Gayle J.Batchelor. (1985). *Corporate restructuring of nonprofit, tax-exempt hospitals, nursing economics*, July/august.
- Hersh, W. et al. (2001). Clinical outcomes resulting from telemedicine interventions: a systematic review, p.3
- Holly Jarman. (2007). *Trading lives : democracy, health care, and trade in services*, Americans for Democrtic Action Education Fund.
- Internal revenue code 4943조, Taxes on excess business holdings: <http://www.irs.gov/Charities-&-Non-Profits/Private-Foundatio>

- ns/Taxes-on-Excess-Business-Holdings.
- Latoya Thomas&Gary Capistrant. (2014). state telemedicine gaps analysis coverage&reimbursement, American telemedicine association.
- McKinsey&Company. (2007). Global provider trend, IFC presentation, April 2007, p. 15
- McLean, S. et al. (2013). The Impact of Telehealthcare on the Quality and Safety of Care: A Systematic Overview, p.6
- Ministry of Health, Labor and Welfare, Japan. White report, <http://www.mhlw.go.jp>.
- National Telehealth Policy Resource Center. (2014.09.25.). www.telehealthpolicy.us. 출력
- New York Times, A wave of hospital mergers. August 12, 2013, http://www.nytimes.com/interactive/2013/08/13/business/A-Wave-of-Hospital-Mergers.html?_r=0.
- Norwegian Centre for Integrated Care and Telemedicine, Department of Applied Social Science University of Stirling Scotland, Norwegian Knowledge of Centre for the Health Services. (2010). Effectiveness of telemedicine: A systematic review of reviews. Helsebiblioteket's Research Archive. http://hera.openrepository.com/hera/bitstream/10143/116446/2/Ekeland_011010_Eff.pdf 출력, p.7
- OECD. (2011). Services Trade Restrictiveness Index (STRI): Opening the way for services trade liberalisation.
- OECD. (2013). OECD Health data.
- Ohinmaa, A., Hailey, D. and Roine, R. (2001). Assessing telemedicine: a systematic review of the literature. Canadian Medical Association Journal 165(6): 765-771.
- Richard G.Frank and David S.Salkeer. (2000). Market Forces, Diversification of activity, and the mission of not for profit

- hospitals, University of Chicago Press
- Richard Smith. (2006). Measuring the globalization of health services: a possible index of openness of country health sectors to trade. *Health Economics, Policy and Law*, 1; 323-342.
- Saliba, V., Legido-Quigley, H., Hallik, R., Aaviksoo, A., Car, J., McKee, M. (2012). Telemedicine across borders: A systematic review of factors that hinder or support implementation.
- Takashi Takahashi. (2001). The present and future of telemedicine in Japan, p.135
- Takashi Hasegawa. (2013). The promotion of telemedicine what is the problem?. Japanese Telemedicine and Telecare Association.
- Telemedicine in Japan. (2013). Japanese Telemedicine and Telecare Association
- Whitten PS et al. (2002). Systematic review of cost effectiveness studies of telemedicine interventions. *BMJ*;324(7351):1434-1437
- WHO. (2010). Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth. World Health Organization. p.9
- WHO. (2010). Telemedicine: Opportunities and developments in member states. p.67
- World Health Organization. (2010). Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth. World Health Organization
- Wong-Hammond, L., & Damon, L. (2013). financing strategic plans for not-for-profits. *Healthcare Financial Management*, 67(7), 70-76.
- アイテック株式會社. (2012). 「近年行われた病院の合併再編成等に係る調査研究」報告書: 厚生労働省 委託研究
- 厚生労働省. (2014). 「持分なし医療法人」への移行を検討しませんか?.