

# 의료시장개방과 대응전략

정 상 혁(이화대의대 예방의학교실)

## I. 들어가는 말

세계경제의 가장 중요한 패러다임은 글로벌라이제이션이며, 외국인 직접투자는 이 패러다임내에서 중추적 역할을 담당하고 있다. 외국인 직접투자의 주체인 세계 4만여개의 다국적 기업들은 세계 상품교역의 70퍼센트 이상을 담당하고 있다(김인배, 1997). 글로벌라이제이션의 가속화를 위해 국가간 무역장벽을 제거하는 여러 협정이 세계 여러 국가간에 협의되고 체결되고 있는 실정이다.

세계화의 물결은 보건의료 산업에도 커다란 영향을 미치고 있다. 이런 문제들은 최근에 WTO DDA 협상이 진행됨에 따라 실질적인 문제로 우리들에게 다가오고 있고 앞으로 구체적인 협상이 진행됨에 따라 그 영향력은 더욱 급속히 진행될 전망이다.

WTO 체제와는 별도로 세계 경제는 지역경제 블럭화를 가속화 하고 있으며, 최근 한·칠레 자유무역협정후 한·중·일 경제자유구역 설정이 점차 가속화되고 있다. 우리나라를 동북아 비즈니스 중심국가로 육성하기 위한 방안의 일환으로 경제자유구역을 설정하고자 추진중에 있다. 경제자유구역내에서 생활하게 될 외국인들에게 친화적인 경영·생활환경을 조속히 마련해주고, 이를 제도적으로 뒷받침해주기 위한 목적으로 재정경제부는 '경제특별구역의 지정및운영에 관한 법률안'을 2002년 8월 19일 입법예고 하였으며, 2002년 10월 정부안을 국회에 제출하였다. 그러나 법률 검토 작업중 지역개발에 관한 이해관계의 대립, 국내인의 역차별 등을 이유로 많은 논쟁이 있었다.

그럼에도 불구하고 향후 외국인 투자 유치나 각 분야의 시장개방과 관련하여 경제특구의 지정은 불가피한 사항으로 결론 내리고, 더 많은 의견 수렴이나 구체적인 기준, 방안 등이 충분히 논의되지 못한 채, 2002년 11월 14일 14시에 법안을 일부 수정한 후 여야3당과 정부는 '경제자유구역의 지정및운영에 관한 법률안(이하 '경

제자유구역역법(‘으로 함)’을 합의, 의결하였다. 이 법안은 2002년 12월 30일에 법률 제6835호로 공포되었으며, 부칙에 2003년 7월 1일부터 시행하는 것으로 되어 있다.

여기에서는 세계경제의 흐름과 관련한 보건의료분야의 내용들을 검토하고자 한다. 우선 WTO체제에 대한 이해와 FTA(Free Trade Area: 경제자유구)의 의미를 이해하고 이와 관련된 법규의 문제점 등에 대하여 논의한 후 대응전략에 대하여 언급하고자 한다.

## II. WTO DDA

### 1. WTO DDA란 무엇인가?

2001년 11월 카타르 도하에서 개최된 WTO 제4차 각료회의에서 새로운 다자간 무역협상 출범을 선언하면서 개발도상국들의 주장을 받아들여 ‘라운드’라는 이름을 붙이지 않고 ‘도하개발아젠다(Doha Development Agenda, DDA)’라는 명칭을 사용하고 있다. DDA의 협상방식(modality)과 관련하여서는 모든 의제에 대한 협의를 동시에 진행, 동시에 종결하고, 모든 참가국이 협상결과를 수용하는 일괄 타결 방식(single undertaking, package deal)을 적용하기로 하였다. 기간은 2002년 1월 1일부터 2005년 1월 1일까지 3년간으로 하였다. 이에 따라 서비스협상에 대한 양허요구 시한은 2002년 6월 30일까지로, 양허안은 2003년 3월 31일까지 제출하기로 하였다.

이에 각국에서는 저마다의 양허요구안을 제출하고 또 현지조사와 검토를 거쳐서 양허안을 내는 등 다각적이고 활발한 노력을 하고 있다. 여기에서는 그동안 의료서비스 개방까지의 과정과 현황 그리고 향후의 변화 모습을 간략하게 검토하고자 한다.

## 2. 의료시장개방까지의 경과

### 가. GATT에서 WTO까지

1947년 10월 30일 발족한 GATT(General Agreement on Tariffs and Trade, 관세 및 무역에 관한 일반협정)체제는 제6차 케네디라운드(1964년~1967년)와 제7차 도쿄라운드(1974년~1979년)후 제8차 우루과이라운드(1986년~1994년)를 통하여 WTO를 설립하기에 이른다(표 1). 우루과이라운드(UR) 협상결과 1995년 1월 출범한 세계무역기구(WTO: World Trade Organization)는 이제 세계경제 전체를 규율하고 있는 주요 국제기구중의 하나가 되었다.

1986년 시작된 UR 협상에서 투자문제는 직접적인 협상 대상이 되지 못하였다. 그러나 1994년 4월 UR 협상의 종결을 알리는 마라케쉬 각료회의 폐회사에서 투자에 대한 문제를 UR 이후 주요 논의 사항중의 하나로 언급하였으며, 이 이후 WTO에서 투자와 서비스교역 등 많은 사안들이 직접 논의되게 되었다(김관호, 1997).

표 1. GATT 체제에서의 다자간 무역협상

회수	명칭	기간	참가국수	개최장소	주요의제
제1차	제네바라운드	1947. 4- 1947.10	23	Geneva (Swiss)	품목별 관세인하
제2차	아네시라운드	1949. 8- 1949.10	32	Annecy (France)	품목별 관세인하
제3차	토케이라운드	1950. 9- 1951. 4	34	Torquay (England)	품목별 관세인하
제4차	제네바라운드	1956. 1- 1956. 5	22	Geneva (Swiss)	품목별 관세인하
제5차	딜론라운드	1961. 5- 1962. 7	23	Geneva (Swiss)	품목별 관세인하
제6차	케네디라운드	1964. 5- 1967. 6	54	Geneva (Swiss)	일괄인하
제7차	동경라운드	1973. 9- 1979. 4	99	Tokyo (Japan)	관세조화
제8차	우루과이라운드	1986. 9- 1994. 4	117	Punta Del (Uruguay)	관세조화

출처: 한상덕, 도하개발아젠다의 출범에 따른 반덤핑협정 개정 대응방안, 통상법률 2001;42:10

#### 나. WTO의 체제와 기본원칙

##### 1) WTO 각료회의(Ministerial Conference)

WTO 기능수행에 필요한 모든 문제에 대한 의결권을 갖는 최고의 의사 결정기구로서 모든 회원국의 대표(각 국의 통상장관)로 구성한다. 2년에 1번 이상 개최기로 하고 있다.

## 2) WTO 각료 회의 개최일정

- 제1차 1996. 12 싱가포르
- 제2차 1998. 5 스위스 제네바
- 제3차 1999. 12 미국 시애틀
- 제4차 2001. 11 카타르 도하
- 제5차 2003. 9 멕시코 칸쿤

## 3) WTO의 기본 원칙

### ① 최혜국 대우(Most Favored Nation Treatment: MFN) 원칙

어떤 회원국의 특정 상품에 부여되는 특혜는 다른 회원국의 동종 상품에 즉시 그리고 무조건적으로 적용되어야 한다는 것으로 사실상 '무차별 동등대우'를 의미한다. 이를 부연하여 설명하면 우리나라 의료 인력이나 의료 시장에 있어서 특정국가와만 교류 또는 교역을 하고 싶어서 해당국가와 양허요구와 양허를 체결한다 하더라도 양허요구 또는 양허를 한 나라와 안한 나라에 대하여 차별을 들 수 없으므로 결과적으로는 한 국가에 대한 양허는 바로 모든 회원 국가에 대한 양허와 같다는 것을 의미한다. 즉, 예를 들면 미국과의 의료시장 개방은 WTO 모든 회원국들과의 의료시장 개방과 같다는 것을 의미한다.

### ② 내국민대우(National Treatment: NT) 원칙

수입국내에서 외국물품이나 외국기업을 국내의 그것과 동등하게 대우한다는 것으로 국내의 조세나 규제 등에 있어서 수입물품이나 외국기업을 국내 물품이나 국내기업보다 불리하게 대우해서는 안 된다는 것을 의미한다. 이는 향후 매우 복잡한 문제와 관련지워 생각할 수 있다. 외국계 자본이 국내에 들어와서 의료 시장에 관여될 때 국내의 매우 불합리한 규제들에 대하여 통상마찰을 유발할 가능성이 매우 높다.

#### 다. WTO의 주요영역

WTO체제하에서는 서비스교역에 관한 일반협정(GATS: General Agreement on Trade in Services), 무역관련 투자조치(TRIMs: Trade-Related Investment Measures) 및 무역관련 지적재산권(TRIPs: Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights) 등으로 그 영역을 넓혔다. GATT의 뒤를 이은 WTO 체제에서는 경쟁정책과 무역의 상호작용, 무역과 환경의 연계, 다자간 투자규범, 노동 기술, 정부규제, 부패 등 무역에 영향을 미치는 거의 모든 분야로 확대되어 새로운 통상문제가 논의되고 있다(신광식, 1998). 여기에서는 의료시장 개방과 관련한 GATS에 대하여만 언급하도록 하겠다.

GATS란 우루과이라운드 협상결과 도입된 WTO 체제하에서의 서비스교역에 관한 일반협정이다. 이는 '서비스 전 부문을 망라하여 서비스 교역의 자유화를 위해 만든 최초의 협약'으로서 정부당국(지방정부 포함)이 아닌 민간이 제공하는 모든 서비스의 교역에 대하여 각국이 취하고 있는 제한조치를 자유화하는 것을 목적으로 하고 있다(김인배, 1997). 이 협정의 대상이 되는 서비스공급의 형태는 국경간 이동(cross-border), 해외소비(consumption abroad), 상업적 주재(commercial presence), 자연인의 이동(movement of natural persons)의 네가지로 분류하고 있다.

이러한 네가지 형태의 서비스에 대하여 이 협정은 GATT의 기본 원칙을 승계하여 크게 3부분으로 구성되어 있다. 첫째, 일반적 의무사항으로 최혜국우대(最惠國待遇), 투명성 등의 의무를 규정하고 있다. 둘째, 서비스교역 자유화 추진에 관한 구체적 약속으로서, 서비스 각 부문에서 시장접근과 내국민대우(內國民待遇)에 관하여 각국의 양허(讓許)계획서로 구체화하고 있다. 셋째, 최혜국대우의 예외 및 자연인의 이동 또는 특정부문에 관한 보다 상세한 규정들로 구성된 부속서들이다(김관호, 1997).

#### 라. WTO DDA의 의미: 국제규범화를 향한 국가제도 개혁

국제통상의제가 이처럼 확대되고 있는 이유는 무엇인가? 이는 무역자유화와 시장개방이 지속적으로 이루어진 결과 이제는 국경무역장벽의 추가적인 축소, 제거보다는 무역에 영향을 미치는 국내정책, 제도의 국제적 조화와 수렴이 더 중요하도 필요하다고 인식되고 있기 때문이다. 이제 세계 경제는 하나의 시장으로 통합되어 가고 있다. 이러한 지구촌 경제에서 기업들이 어느 나라의 시장이든 자유롭게 접근하고 활동할 수 있는 '공정한 경쟁의 장'을 확보하는 방향으로 변화되고 있다. 이러한 '공정한 교역' 및 '평등한 경쟁의 기회'를 보장하기 위하여 국내정책이나 제도가 국제적 변화의 방향에 발맞추어 변화되어야 할 것이다. 즉, 국제규범화에 대한 준비를 차근차근 하지 않을 수 없는 상황에 직면하고 있다.

#### 마. DDA에서 언급하는 보건의료 서비스의 개요

서비스란 사람이나 물건을 변화시키는 경제행위로서 교사의 교육, 의사의 진료, 노동자의 노동, 상인의 매매활동, 교통·통신 등과 같이 물건이 아닌 것으로 사람에게 경제적으로 유용한 행위를 말한다. WTO에서의 보건의료서비스는 UN에서 정한 제품의 물리적 특징 또는 제공되는 서비스의 성질을 기본으로 정한 CPC(Central Product Classification)분류에 따르고 있다. CPC 분류에서 보건의료서비스는 93 Class(Health and Social Service, 보건복지서비스)에 속한다. 93 Class를 보면 표 2와 같다(신성균, 2002).

표 2. CPC 93분류의 내용

CPC 번호		설 명
93		Health and social services
	931	Human health services
	9311	Hospital services
	9312	Medical and dental services
	9319	Other human health services
	933	Social services
	9331	Social services with accommodation
	9332	Social services without accommodation

2001년 3월 합의된 협상방식(Guidelines for the Scheduling of Specific Commitment Under GATS, S/L/92)에서 보건의료서비스(medical and dental services)는 상업적 서비스(business service)중 전문서비스(professional services)로, 병원서비스(hospital services)는 보건관련 및 사회서비스(health related and social services)로 분류하였다(표 3).

표 3. WTO 의 보건의료관련 서비스 분류

설 명	CPC 번호
1. Business services	
A. Professional services	
h. Medical and dental services	9312
j. Services provided by midwives, nurses, physiotherapists and para-medical personnel	93191
8. Health related and social services (other than those listed under 1.A.h-j)	
A. Hospital services	9311
B. Other human health services(other than 93191)	9319



바. 서비스 무역의 4가지 공급방식(mode of supply)

① Mode 1(국경간 공급, cross-border supply)

한 국가에서 다른 국가로 공급되는 서비스를 의미한다.

(예) 원격진료서비스

② Mode 2(해외소비, consumption abroad)

한 국가의 개인 또는 기업이 다른 나라에서 서비스를 이용하는 것을 의미한다.

(예) 환자가 해외에 나가서 치료를 받는 것

③ Mode 3(상업적 주재, commercial presence)

외국기업이 다른 국가에 자회사나 지사를 설립하여 서비스를 공급하는 것을 의미한다.

(예) 해외 의료기관의 설립

④ Mode 4(자연인의 이동, movement of natural persons)

어떤 국가의 자연인(개인)이 다른 국가로 이동하여 서비스를 공급하는 것을 의미한다. 현재는 다른 방식의 서비스교역에 비하여 각국이 훨씬 제한적으로 양허하고 있는 상태이며, 서비스 협상의 여러 분야중 선진국과 개도국간의 이견이 분명한 사안이다. 그러나 향후 개도국들의 인력이동 자유화에 대한 요구가 강화될 것으로 예상된다.

(예) 전문의료인, 의료기관 경영진의 이동

3. 무엇이 변화하게 되는가?

WTO DDA 이전인 UR 당시에는 서비스 협상에 있어서 우리나라는 140개 분야 중 61개 이상의 양허국이었으나 보건의료분야의 양허는 한 분야도 없었다. 그러나 2001년 11월 이후 의료서비스 분야도 중요한 협상대상이 되면서 이에 대한 논의가

활발하게 진행되기 시작하였다.

표 4와 표 5는 보건복지분야의 주요 논의사항을 정리한 것이다. 향후 일정을 보면 제5차 WTO 각료회의 2003년 9월 10일~9월 14일 멕시코 칸쿤에서 개최 예정이다. 이 때까지 표에 제시한 내용들에 대하여 협상진전 상황을 점검하고 우리의 입장을 정리해야 할 것으로 보인다.

표 4. DDA 이후 가능한 Mode 별 협상내용

서비스 교역의 유형	의료서비스 교역의 유형	의료시장 개방수단
국경간 공급(M1)	원격의료	정보통신수단을 통한 진료 허용
해외소비(M2)	환자의 해외진료	해외진료환자에 대한 국민건강보험 인정
상업적 주재(M3)	국내의료시설, 약국, 의약품 도·소매업, 복지시설에 대한 외국인 투자	외국인 투자 완전 허용 영리법인 인정
자연인의 이동(M4)	외국 의료인의 의료서비스 국내 제공	면허의 상호인정

표 5. 직능별 예상 협상가능 내용 예측

	국경간 공급 (M1)	해외소비 (M2)	상업적 주재 (M3)	자연인의 이동 (M4)
의료(의사, 병원)	0	0	0	0
의료(한의사, 병원)	0	0	0	0
의료(간호사, 조산사)			0	0
유통(약품, 한약)	0	0	0	0
복지(노인, 아동)	0	0	0	

#### 4. 의료개방에 대한 정부의 준비

정부에서는 WTO DDA 대책을 세우기 위한 별도의 조직을 편성하여 이에 대응하고 있다. 미국, 뉴질랜드, 일본, 중국 등 여러 나라에 대한 현지조사를 실시하고 양허요구안 작성 및 양허에 대한 입장을 정리하고 있는 실정이다. 다만 한 가지 아쉬운 점은 의료계와 밀접한 논의를 통하여 연구하고 정리하고자 하는 적극적인 노력이 다소 미흡하다는 것이다. 의료서비스 개방에 대한 문제는 국내 사회의료보험체제로 운영되고 있는 우리나라 의료시스템에 대한 불안정성과 WTO의 최혜국대우라는 기본원칙 등 민감한 문제로 인하여 정부는 현재까지 명확한 입장을 표명하고 있지 않은 상태이다.

의료서비스 개방은 어느 한 국가라도 일정 기준으로 개방이 되면 그 기준은 모든 국가에 적용해야 하므로 국내의 양허요구 또는 양허 기준을 명확히 정하는 것이 중요하다. 무조건적인 의료서비스시장 개방불가도 세계화의 물결을 거슬리는 것이므로 안 되겠지만 우리나라 의료의 미래가 달린 문제이므로 여러 분야의 전문가들과 논의하여 매우 신중하게 결정하여야 할 것으로 판단된다.

#### 5. 의료개방에 대한 의료계의 입장

WTO DDA 협상으로 인하여 보건의료서비스 분야를 포함한 시장개방 논의가 본격화됨에 따라 의료계에서는 대한의사협회, 대한병원협회, 대한치과의사협회, 대한치과병원협회, 대한한 의사협회, 대한간호협회 등 관련 6개 단체가 연합하여 2002년 4월 의료공동대책위원회를 구성 발족하였다. 각 협회별로 보건의료서비스 개방에 대하여 각기 다소 상이한 의견을 갖고 있는 상태이다(WTO DDA 의료공동대책위원회, 2002).

대한의사협회에서는 2002년 5월까지 대한의사협회 산하 26개 학회, 18개 분과개원의 협의회 및 전 회원과 의과대학생을 대상으로 설문조사하였으나 정보의 부족과 참여율의 저조로 응답률은 저조하였다. 그러나 응답결과를 정리하여 보면 대략 그 경향은 파악할 수 있었다. 다음은 응답결과를 각 유형별로 정리한 것이다.

### 가. 국경간 공급(M1)

기본적으로 원격의료와 관련하여 외국에 대한 양허요구에 반대한다는 결론을 내렸다. 그러나 각 영역별로 각 학회별로 찬성과 반대에 대한 의견은 달랐으나 전체적으로는 근소하게 반대가 더 많았다.

구체적인 수치를 보면 원격상담의 경우 긍정 49.0%, 반대 49.8%였다. 원격처방의 경우 긍정 45.8%, 반대 51.4%였다. 원격검진의 경우 긍정 44.6%, 반대 52.4%였다.

### 나. 해외소비(M2)

환자의 치료를 외국에 의뢰하는 것에 대한 양허요구에 대하여 산하 26개 학회에서 모두 찬성의 의견을 표명하였다. 환자를 의뢰하는 국가의 순서는 미국, 일본, 캐나다, 중국, 독일의 순이었다.

### 다. 상업적 주재(M3)

#### 1) 의료계투자

비의료인의 의료계 투자에 관련한 외국에 대한 양허요구에 대하여는 찬성한다는 결론을 내렸다. 그러나 각 영역별로 각 학회별로 찬성과 반대에 대한 의견은 달랐으나 전체적으로는 찬성이 54.5%로 반대 44.3%보다 근소하게 더 많았다.

#### 2) 우리나라 병원의 외국 진출

우리나라 병원의 외국분원 형태 등으로 진출하는 것과 관련된 외국에 대한 양허요구에 대하여 상당수가 찬성을 하였다. 전체응답자의 75.8%가 찬성을 22.6%가 반대하였다. 외국에 분원을 세워 진출할 경우 그 상대국은 중국, 미국, 일본, 캐나다, 인도네시아의 순이었다.

#### 3) 우리나라 병원이 외국병원의 경영 참여

우리나라 병원이 외국병원에 투자하여 현지병원의 경영에 참여하는 형태로

외국에 대한 양허요구에 대하여 상당수가 찬성을 하였다. 전체응답자의 74.8%가 찬성을 22.6%가 반대하였다. 외국병원에 투자하여 외국의 병원경영에 참여할 경우 그 상대국은 중국, 미국, 일본, 캐나다가, 인도네시아의 순이었다.

#### 라. 자연인의 이동(M4)

의사의 외국진출과 관련하여 외국에 대한 양허요구에 대하여 적극 찬성하였다. 응답자의 90.6%가 찬성을, 7.3%가 반대를 하였다. 우리나라 의사들이 해외에 진출할 경우 그 선호국은 미국, 중국, 캐나다, 일본, 태국, 인도네시아의 순이었다. 우리나라 의사들의 해외진출을 위하여 상대국과 협상을 진행해야 하는 구체적인 내용으로는 국내의사면허증 인정(66.9%), 비자(15.2%), 보험대상(13.7%), 국내규제(10.5%)의 순이었다.

### III. FTA

#### 1. FTA의 의미

FTA(Free Trade Area: 자유무역지대)는 WTO체제와는 별도로 각 국가간의 합의로 형성된다. 회원국간에는 무관세를 유지하나 비회원국으로부터의 수입품에 대한 관세는 국가마다 다르게 적용할 수 있다는 점에서 WTO체제와 그 차별성을 들 수 있다. 어떻게 보면 협상대상국가가 서로 가장 유리한 점들만을 모아 구체적인 협상이 이루어진다는 측면에서 보면 이는 맞춤형의 형태와도 흡사할 것이다. 이 때문에 1995년 이후 WTO에 보고된 지역무역협정의 95% 이상이 자유무역협정이다. 1995년 이전의 FTA에 비하여 이후의 FTA는 외국인의 직접투자 유치를 주목적으로 하고 있으며, 상품뿐만 아니라 서비스부문까지 확대되었다는 점이 특징적이다.

#### 2. FTA의 필요성

1995년 이후 세계통상질서는 WTO체제의 다자주의와 지역주의가 혼재되는 현상을 보이고 있다. 그 이전 우리나라의 무역은 주로 다자주의적 측면의 접근을 통하여 성장을 거듭하여 왔다. 그러나 1990년대 초반 EU의 통합, NAFTA가 설립되어 지역주의적 경제발전이 가속화되는 시점에 놓이게 되면서 우리나라의 다자주의적 무역정책기조는 위협을 받게 되었다.

WTO체제에서의 다자협상에 의한 무역자유화가 회원국의 증가, 협상범위의 확대 등으로 인하여 쉽게 추진되지 않고 있으며, 각 국가의 제도적 장벽문제가 협상의 걸림돌로 작용하면서 혼전을 거듭하고 있는 실정이다. 이에 따라 우리나라에서도 지역주의적 접근방법에 대한 필요성이 절실한 시점에 놓여 있다. 향후 WTO체제를 통한 다자주의적 접근의 지속, FTA정책의 추진, 아시아권에 대한 무역우위유지를 위한 접근, 지속적인 국내 산업구조조정, 세계적 규범으로서의 국내 제도 마련을 위한 법률 개정 등 경제 개혁이 필요한 시점이다.

## IV. 경제자유구역의 지정 및 운영에 관한 법률 중

### 보건 의료 관련 내용 검토

#### 1. 개요

‘경제자유구역의 지정 및 운영에 관한 법률’(이하 ‘경제자유구역법’으로 함) 법안 중 보건 의료 측면에서의 내용들을 검토해 보면 2003년 초 영종도, 송도, 김포매립지 등에 지정될 경제자유구역 내에 “외국인 전용 의료기관 또는 약국 개설”을 허가하고 있다. 그러나 의료기관과 의료인력에 대한 내용이 구체적으로 확정되지 아니하고 서둘러 법안이 의결됨에 따라 많은 문제를 내포하고 있다. 따라서 국회, 의협 등 여러 기관에서 이의를 제기하고 있는 내용을 검토하여 향후 올바른 법률로 기능을 다하기 위해서는 이에 대한 다각적인 검토 후 세부 법안이 마련되어야 할 것으로 판단된다.

또한 경제자유구역은 외국인만 거주하는 공간일 수 없으므로 내국인들의 투자 또한 원활히 이루어져 내외국인들이 어우러져 살 수 있는 지역으로 발전되어야 할 것이다. 따라서 경제자유구역으로 긍정적인 발전을 하기 위해서는 경제자유구역에서 실시되는 법령은 내외국인 모두 동일하게 적용되도록 형평적으로 만들어져야 할 것이다. 이 연구에서는 현재 법령이 갖고 있는 보건 의료 분야의 법률 내용들을 검토하여 경제자유구역에 거주하거나 이 지역을 이용하는 사람들의 건강을 위하여 안전하고도 원활한 보건 의료 서비스 공급과 이용에 대한 방향을 제시하고자 한다.

#### 2. 법안 검토

##### 가. 의료기관 또는 약국의 개설

경제자유구역법의 적용대상이 되는 외국인 투자기업은 경제자유구역법 제2조 제4호에서 ‘외국인 투자기업은 외국인 투자촉진법 제2조 제1항 제6호에서 규정한 기업’으로 명시하고 있다. 이 규정에 따르면 외국인 투자기업은 외국인 투자촉진법 제2조 제1항 제4호에서 정의한 외국인 투자가 이루어진 기업으로 정의를 하고 있다.

그 구체적인 투자금액은 외국인투자촉진법 시행령 제2조 제2항에서 밝히고 있는데 요점은 다음과 같다.

외국인투자기업은 외국인의 투자금액이 1인당 5천만원이 넘으면서 출자총액의 10% 이상 지분을 소유한 경우가 해당된다. 하지만 주식 지분의 10% 미만이라 하더라도 임원을 파견하거나, 1년 이상의 납품 또는 구매계약을 체결하는 경우, 기술 제공이나 공동 연구개발 계약을 체결하는 경우, 기술제공이나 공동 연구개발 계약을 체결하는 경우도 외국인투자기업에 포함된다.

이는 의료기관이나 약국의 경우에도 동일한 조건이 주어질 것으로 판단된다. 의료기관이나 약국의 경우 최소 5천만원 이상의 투자가 이루어지는 바 의료기관이나 약국의 개설이 이루어질 가능성은 매우 높다고 판단된다. 다만 의료기관이나 약국의 수익성 조사 등을 통하여 그 기대수준에 도달할 경우 투자가 이루어질 것으로 판단된다.

현재 세계적인 암전문병원인 미국의 엠디앤더슨병원이나 세계최고의 존스홉킨스병원 등 4곳에서 이미 투자의향을 보내왔다고 한다. 국내에서도 이들에 걸맞는 병원들이 경제자유구역에 유치되어 이들 병원들과 경쟁하는 모습이 보여져야 할 것으로 보이며, 경제자유구역은 이제 대한민국의 의료전문단지에서 동아시아나 동남아시아의 의료중심지로 자리를 잡도록 해야 할 것이다.

#### 나. 외국인투자기업의 경영활동 지원

경제자유구법 제15조(조세 및 부담금의 감면)와 제16조(세제 및 자금지원)에서는 경제자유구역 개발사업을 원활히 하고 외국인투자기업의 경영활동을 지원하기 위하여 세제감면 및 자금지원을 규정하고 있다. 제15조 제1항에는 '국가 및 지방자치단체는 경제자유구역 개발사업을 원활히 시행하기 위하여 필요한 경우에는 개발사업시행자에 대하여 조세특례제한법·관세법 및 지방세법이 정하는 바에 따라 법인세·소득세·관세·취득세·등록세·재산세 및 종합토지세 등의 조세를 감면할 수 있다.'로 되어 있으며, 제16조 제1항에서는 '국가 및 지방자치단체는 경제특별구역에 입주하는 외국인투자기업에 대하여 조세특례제한법·관세법 및 지방세법이 정하는 바에 따라 국세 및 지방세를 감면할 수 있다'로 되어 있고, 제2항에서는 '지방자치



단체는 외국인투자기업을 유치하기 위하여 외국인 투자기업에 임대하는 부지의 조성, 토지 등의 임대료 감면, 의료시설·교육시설·주택 등 각종 외국인 편의시설의 설치에 필요한 자금을 지원할 수 있다'로 되어 있고, 제3항에서는 '국가는 지방자치단체가 제2항의 규정에 따라 자금을 지원하는 경우 대통령령이 정하는 바에 따라 이를 지원하여야 한다'고 되어 있다.

외국인이 설립하는 의료기관 및 약국에 대하여 투자유치 및 경영활동 지원을 이유로 앞서 언급한 법조항에 따라 재정지원이 이루어지게 된다면 이는 국내의 의료기관 및 약국의 설립에 대한 절차와 달리 많은 특혜가 주어지게 된다. 다른 경제분야와의 형평성 측면에서도 그러하지만 특히 그동안 민간 자본에 의존하여 국민의료가 지탱되어 온 점을 감안하여 볼 때 이에 대한 논란거리가 상당히 존재할 수 있다. 따라서 경제자유구역의 발전을 위하여 내외국의 보건의료인들에 대한 차별성 없는 투자유치와 세제혜택이 함께 이루어져야 할 것이다.

현재 우리나라의 의료수준은 세계적인 위치를 점하고 있다. 그러나 날로 열악해지는 의료환경으로 인하여 의료기관들이 스스로 재투자를 할 수 있는 자생력을 잃고 있다. 경제자유구역의 경영환경이라면 우리나라의 주요 병원들도 향후 세계적인 경쟁력을 가진 병원들로 자리매김할 수 있을 것으로 판단된다. 따라서 향후 내국인들에 대한 역차별 없이 동등한 조건으로 투자유치와 세제혜택이 이루어질 수 있도록 해야 할 것이다.

#### 다. 외국인 전용 의료기관 또는 약국의 개설

경제자유구역법 제23조에 외국인전용 의료기관 또는 약국의 개설에 대하여 규정하고 있다. 이 소절에서는 규정된 법조문 하나 하나가 가지고 있는 의미를 분석하고, 이에 대한 문제점을 지적해 보고자 한다.

- ① 외국인은 보건복지부장관의 허가를 받아 경제특별구역에 외국인전용 의료기관을 개설 할 수 있다. 이 경우 외국인전용 의료기관의 종별은 의료법 제3조의 규정에 의한 종합병원·병원·치과병원 및 요양병원으로 한다.
- ② 외국인은 보건복지부장관에 등록하는 경우 경제특별구역에 외국인전용 약국을

개설할 수 있다.

제1항과 제2항에 대한 내용을 보면 의원급 의료기관에 대한 개설내용이 없다. 전 세계적으로 단순한 질병은 의원급 의료기관에서 진료를 받는 것이 보편적인 행태인데 이를 병원급으로 한정하였다는 것은 향후 마찰의 소지가 매우 많을 것으로 판단된다. 따라서 의원 및 치과의원의 설립도 허가해야 할 것으로 판단된다.

③ 보건복지부장관은 제1항의 규정에 따라 외국인전용 의료기관을 허가하는 경우에는 경제특별구역위원회의 심의·의결을 거쳐야 한다.

④ 이 법에 의하여 개설된 외국인전용 의료기관 또는 약국은 의료법 또는 약사법에 의하여 개설된 의료기관 또는 약국으로 본다.

의원과 약국의 설립인 경우 국내법의 절차에 따르게 되므로 허가사항이 아닐 것이다. 따라서 외국인전용 의원이나 약국의 경우 설립 자체의 난맥상을 보일 가능성도 높다. 그리고 외국인 전용으로 의원이나 약국을 운영하고 이를 감시한다는 것은 거의 불가능할 것으로 판단된다.

⑤ 제1항 및 제2항의 규정에 의하여 개설된 외국인전용 의료기관 또는 약국은 국민건강보험법 제40조제1항의 규정에 불구하고 동법에 의한 요양기관으로 보지 아니한다.

⑥ <제6항 별도 기술>

⑦ 외국인전용 의료기관 또는 약국에 종사하는 의사 또는 약사는 내국인을 대상으로 의료업 또는 약업을 행할 수 없다.

⑧ 외국인전용 의료기관 또는 약국 개설자는 시설의 내·외부에 내국인들이 동 의료기관 또는 약국이 외국인이 전용으로 이용하는 시설임을 알 수 있도록 명확하게 표시하여야 한다.

⑨ 보건복지부장관은 외국인전용 의료기관 또는 약국 중 관련 규정의 적용을 위하여 필요한 사항을 별도로 정하고자 하는 경우에는 경제특별구역위원회의 심의·의결을 거쳐야 한다.

외국인전용 의료기관과 약국을 국가가 감시하면서 내국인을 이용할 수 없게 하는 것은 현실적으로 불가능할 것으로 판단된다. 의료라는 것은 응급상황도 있을 수 있으며, 경제특구 내에 외국인들만 거주하게 되는 것이 아니므로 내국인들이 가까운 의료기관을 이용할 수밖에 없는 경우도 있고, 외국인 전용 의료기관내에 종사하는 근무자들의 경우에는 당연히 그 기관을 이용할 수 밖에 없을 것이며, 동일 외국인 회사에 근무하는 사람의 경우 외국인전용 의료기관을 이용하도록 할 수 밖에 없기 때문이다. 더 더욱이 외국인들만을 대상으로 해서는 의료기관이나 약국의 경우 경영수지를 맞출 수 없기 때문에 외국인 전용 의료기관 및 약국이 외국인들만을 대상으로 의료서비스 및 약국운영을 제한하는 것을 문제 삼을 것이다.

이에 따라 ‘건강보험법 제40조 제1항의 규정에도 불구하고 동법에 의한 요양기관으로 보지 아니한다’라는 법조항을 신설한 것은 건강보험 재정 지출을 외국인전용 의료기관에는 하지 않겠다는 의도로 해석될 수 있을 것이다. 건강보험재정 건전화를 위하여 그렇게 할 수밖에 없으며, 만일 의료보험수가가 현재와 같이 낮게 책정되어 있다면 이는 외국인이 운영하는 의료기관과의 끝없는 마찰이 빚어질 것이 틀림없기 때문이다.

이와 같은 경우를 상정한다면 외국의 의료보험회사가 국내에 진출하게 될 것이고, 외국인 근로자들을 위한다고 만들어진 외국인 설립의 의료기관들에서 많은 내국인들이 진료를 받게 될 것이고 이는 결국 많은 외화가 국외로 반출될 수 밖에 없는 통로를 만들 것이다. 더 더욱이 낮은 수가로 인하여 연구개발 및 시설환경개선 투자 비용을 마련하기 힘들어 열악해져 있는 우리나라의 병원계에 더 많은 악영향을 미칠 것이다.

⑥ 외국의 의사(치과의사를 포함한다. 이하 같다) 또는 약사 면허자는 보건복지부장관이 정한 기준에 적합한 경우 경제특별구역에 개설된 외국인전용 의료기관 또는 약국에 종사할 수 있다. 이 경우 외국의 의사는 의료법 제2조에 허용된 의료인 중 별 업무범위를 벗어날 수 없다.

이 조문은 향후 의료인력의 국가간 상호교차 인정과도 매우 밀접한 관계가 있으며 이 연구에서 핵심적으로 다루게 될 분야이다. 적어도 국내의 의료 인력의 수

준을 감안하여 정하여야 할 것이다. 또한 의료기관이나 약국에서 종사하게 될 많은 각종 인력에 대한 규정도 향후 별도로 마련되어야 할 것이다.

### 3. 경제자유구역에 대한 설정과 의료 분석

#### 가. 경제자유구역에 대한 분석

경제 자유구역은 11월 14일 법률 의결시 ‘국제공항, 국제항만’을 포함하고, 소규모지역에 대한 간이 경제자유구역개발계획 규정을 삭제함에 따라 처음 입안된 법률의 방향과 같이 송도, 영종·용유·무의도, 김포 등으로 결정될 것으로 보인다. 각 경제자유구내 면적과 거주 예상인구를 살펴보면 표 6과 같다.

표 6. 각 경제특구 내 면적과 거주 예상 인구

	송도	영종도/ 용유·무의도	김포
개발방향	국제교류 거점 및 첨단산업·정보 도시	항공 물류 및 관광 거점 도시	국제금융과 첨단화훼·레저 중심 도시
면적	535만평	570만평 / 213만평	542만평
상주인구	18만명	11만 8천명 / -	8만 9천명

#### 나. 경제자유구역내의 의료환경 분석

현재 세계 최고의 의료기관들이 이 지역에서의 의료기관 설립의 타당성을 면밀히 검토하고 있는데 이들 기관들이 염두에 두는 것은 경제자유구역내에 거주하는 인구들만을 대상으로 하는 것이 아닐 것이다. 적어도 대한민국과 더 나아가 중국 등을 비롯한 동아시아나 동남아시아를 겨냥하여 의료시장의 교두보를 마련하려는 것으로 분석된다. 그렇다면 현재 법령이 안고 있는 외국인 전용 의료기관이라는 것은 이미 처음부터 성립되지 않을 뿐만 아니라 그럴 경우 의료기관의 형성자체가 불가능할 것이다.

의료시장도 매우 중요한 경제시장이다. 따라서 정부에서는 경제자유구역을 다각적인 시장개방의 형태로 간주하여 국내의 보건의료관련 시장이 이 지역에 설립되어 국제적인 경쟁력을 갖도록 유도하는 것이 미래를 위해 더 나을 것이다.

#### 다. 경제자유구역내 의료수요 분석

경제자유구역의 기본 모습을 보면 초기에는 그다지 많은 의료수요가 발생할 것으로 보이지 않는다. 특히 보편적으로 건강한 연령대에 있는 사람들이 생활하게 될 것으로 보이는 바 특별한 경제적 수익성이 없는 환경이라면 외국인 투자가들에 의한 외국인 전용 의료기관들이 입주할 것으로 보이지 않는다. 그렇다고 인구가 10만이 상주하게 될 이 지역내에 의료기관이 없다면 이 또한 앞뒤가 안 맞는 이야기가 된다. 따라서 어떠한 의료기관이든지 설립될 것으로 보이는데 앞 소절에서 분석하였듯이 향후 정책방향이 매우 주목된다.

#### 라. 경제자유구역내 의료수요 및 공급 추계

경제자유구역내의 의료수요를 추계하기란 그리 간단하지 않다. 그러나 간단한 몇 가지 지표만을 사용하여 대략적인 수요를 추계하여 향후 공급측면의 준거틀을 삼을 수는 있을 것이다.

경제 자유구내 의료수요를 10만명, 15만명, 20만명 거주시로 나누어 추계하여 보았다(표 7). 이는 경제자유구역내에 거주하는 사람들만을 대상으로 진료를 한다는 가정에서 추계된 것이므로 다른 조건들이 변화될 때에는 변동이 있을 수 있다.

표 7. 경제자유구역내 의료수요 추정

	연평균 일인당 내원일수 <sup>#</sup>	거주인구수	입원일수 또는 외래방문일수	연간 진료일수 <sup>*</sup>	일일 입원병상 또는 외래방문자수
10만명 거주시 입원 외래	0.876 10.757	100,000 100,000	87,600 1,075,700	365 250	240 4302.8
15만명 거주시 입원 외래	0.876 10.757	150,000 150,000	131,400 1,613,550	365 250	360 6454.2
20만명 거주시 입원 외래	0.876 10.757	200,000 200,000	175,200 2,151,400	365 250	480 8605.6

# 2001년도 12월 우리나라 건강보험공단에서 발간된 통계연보를 이용하였음

\* 입원의 경우 병상당 연간 가동일수를 365일, 외래의 경우 연간진료일수를 250일로 가정

이 결과를 보면 일일 외래방문자수는 4,300명에서 8,600명가량으로 추계되었으며, 입원병상수는 240병상에서 480병상으로 추계되었다. 그러나 입원병상수는 병상 가동률을 감안하여 약 20%정도 초과하는 290병상에서 580병상 정도로 유지하는 것이 바람직하다.

입원병상의 규모를 보면 대략 한개의 종합병원규모의 수준이다. 그러나 외래방문자수를 감안하여 볼 때, 한개의 종합병원을 개설하여 입원과 외래를 전부 소화해내기는 불가능할 것으로 보인다. 입원병상수에 비하여 외래환자가 지나치게 많기 때문이다. 따라서 외래진료에 치중하는 의원급의 개설이 이 지역에서 이루어져야만 지역 의료시스템의 효율성을 꾀할 수 있을 것으로 판단된다.

의사공급수는 여러 가지 측면에서 복잡하게 계산될 수 있다. 그러나 가정을 간단하게 하여 추계할 경우 일일 외래 환자 25명당 의사 1인, 일일 입원환자 10인당 의사 1인으로 하는 것이 적절할 것으로 판단된다. 물론 여기에서 사용하는 가정에 따라 의사의 공급수는 매우 달라질 수 있다. 앞서 언급한 가정을 따를 경우 의사인력의 공급수는 대략 약 200명에서 400명 가량의 의사인력이 공급되어야 할

것으로 판단된다.

이는 우리나라의 의료보험 수가기준으로는 상상도 할 수 없는 가정임에 틀림없다. 만일 우리나라에서 이 정도의 의사인력 공급을 하여 병의원을 운영한다면 바로 병의원 문을 닫아야 할 정도로 의료보험 수가가 낮기 때문이다. 그러나 외국인들에 대하여 선진국 수준으로 진료한다고 이 가정은 그리 호사스러운 것은 아닐 것으로 생각한다. 아마 경제자유구역에서는 외국인 의료보험 회사가 들어오거나 국내 생명보험회사들이 의료보험 상품을 개발하여 의료기관과 계약을 맺을 가능성이 높다. 이 경우 이러한 가정들을 감안하여 보험료가 책정되고 이에 상응하는 의료서비스를 요구할 가능성이 매우 높다.

#### 4. 경제자유구역내의 의료기관 및 약국의 설립 방향

##### 가. 경제자유구역내 상주하는 내국민의 건강권과 역차별 금지

국회 재정경제위원회 수석전문위원인 김문희위원의 검토 보고(2002. 10)에 의하면 '외국인 전용 의료기관에서 내국민이 진료를 받지 못하도록 하는 것은 다양하고 질 좋은 의료서비스를 받을 선택의 기회를 원천적으로 제한하는 것이며, 경제특구내의 외국교육기관에는 내국민의 진입을 허용하면서 외국인 의료기관에는 이를 제한하는 건은 형평성의 측면에서 부당하다'고 되어 있어 이에 대한 추가검토를 요청하였다. 그러나 이에 대한 적절한 법령의 개정 없이 법률이 선포되었다.

경제자유구역은 외국인들만 사는 곳이 아니며, 또한 그래서 안된다. 따라서 이 곳에 거주하는 내국민들이 외국인들에 비하여 역차별을 받아서는 안된다. 똑같은 외국인 회사에 근무하면서 외국인들은 양질의 의료보험에 가입하고 내국민들은 국내 사회의료보험에 가입하게 하는 역차별을 가져오게 해서는 안될 것이다. 따라서 내국민들도 똑같이 경제자유구역내에 있는 모든 의료기관과 약국을 이용할 수 있는 권한을 가져야 한다. 그러므로 외국인 전용 의료기관이라는 것은 애시 당초 합리적인 방향이 될 수 없다.

#### 나. 내국 보건의료인 역차별 금지

국내에서 활동하고 있는 많은 보건의료인들이 외국인들을 대상으로 얼마든지 진료를 할 수 있는 능력과 자격을 갖추고 있다. 따라서 이들이 경제자유구역내에 들어가서 의료기관과 약국을 개설할 수 있는 여건을 마련해 주어야 한다. 향후 경제자유구역은 미래 의료의 방향을 제시하는 여러 가지 시도가 이루어질 것으로 판단된다. 따라서 여러 외국의 선진의료와의 경쟁을 통해 의료산업이 발전할 수 있는 발판을 마련하도록 국가는 정책방향을 수립하여야 할 것이다. 또한 이 지역에 투자하는 내국인 보건의료시설도 외국인들과 동등한 특혜를 받을 수 있도록 정책적으로 허용해 주어야 할 것이다.

#### 다. 보건의료인들에 대한 자격관리 강화

경제자유구역은 세계 각국의 매우 첨단산업과 다국적 기업들이 활동하는 곳이 될 것이다. 이러한 곳에서 근무하는 사람들이 건강에 대하여 보장받을 수 있는 의료환경을 조성하여야 하며, 보건의료를 공급하는 사람들도 소비자들이 안심하고 이용할 수 있는 자격을 갖추도록 해야 할 것이다. 이에 대해서는 적절한 운영위원회를 만들고 엄정한 심사를 통하여 의료시장을 개방해야 할 것이다.

#### 라. 보건의료시설에 대한 관리 강화

경제자유구역내에서 개설하는 보건의료기관은 시설과 장비 또한 지역의 소비자들이 안심하고 이용할 수 있도록 엄정하게 관리되어야 할 것이다. 투자규모나 시설의 쾌적성, 장비의 안정성 등이 충분히 검토되어야 할 것이다. 이는 경제자유구역내에 건립될 수 있는 보건의료시설의 수가 상당히 독점적인 성격을 가질 수 있기 때문이다. 다행히 많은 보건의료기관이 설립되어 저마다의 시장 경쟁을 한다면 그나마 다행이지만 초기에는 그럴 가능성이 희박해 보이기 때문이다.



#### 마. 보건의료시설의 다양한 공급

법에는 의료기관으로는 병원급 의료기관의 개설만 허가하는 것으로 되어 있는데 의료수요의 추계 결과 거의 현실성이 없는 계획임에 틀림없다. 따라서 의원급 의료기관의 개설이 분명히 허용되어야 하며, 외국계 기업들과 별도로 상주하게 될 내국인만을 위한 보건의료시설의 공급도 정책적으로 배려되어야 할 것이다.

### 5. 향후 바람직한 법률 개정

경제자유구역법 제23조에 한하여 일단 조속한 법률 개정이 필요할 것으로 판단되며, 그 구체적인 사항은 다음과 같다. 주요 사안은 의원개설 허용과 역차별 금지에 관한 사항인데 이는 앞서 검토한 바와 같이 현실성이 없기 때문이며, 미리 법령이 개정되지 않는다면 향후에 거주 외국인이나 외국기업으로부터 상당한 문제가 제기될 소지가 높다. 또한 거주 내국인으로부터 많은 민원이 제기될 것으로 판단된다.

#### 가. 의원개설 허용

① 외국인은 보건복지부장관의 허가를 받아 경제자유구역에 외국인전용 의료기관을 개설할 수 있다. 이 경우 외국인전용 의료기관의 종별은 의료법 제3조의 규정에 의한 종합병원·병원·치과병원 및 요양병원으로 한다.

→ 외국인은 보건복지부장관의 허가를 받아 경제자유구역에 의료기관을 개설할 수 있다. 이 경우 의료기관의 종별은 의료법 제3조의 규정에 의한 종합병원·병원·의원·치과병원·치과의원 및 요양병원으로 한다.

#### 나. 차별 및 역차별 금지

⑥ 외국의 의사·치과의사 또는 약사면허 소지자는 보건복지부장관이 정하는 기준에 적합한 경우 경제자유구역에 개설된 외국인전용 의료기관 또는 약국에 종사할 수

있다. 이 경우 외국의 의사·치과의사 면허소지자는 의료법 제2조에 허용된 의료인 종별 업무범위를 벗어날 수 없다.

→ 외국의 의사·치과의사 또는 약사면허 소지자는 보건복지부장관이 정하는 기준에 적합한 경우 경제자유구역에 개설된 의료기관 또는 약국에 종사할 수 있다. 이 경우 외국의 의사·치과의사 면허소지자는 의료법 제2조에 허용된 의료인 종별 업무범위를 벗어날 수 없다.

⑦ 외국인전용 의료기관 또는 약국에 종사하는 의사·치과의사 또는 약사는 내국인을 대상으로 의료업 또는 약업을 행할 수 없다.

→ 삭제

⑧ 외국인전용 의료기관 또는 약국 개설자는 시설의 내·외부에 외국인전용 의료기관 또는 약국임을 내국인이 알 수 있도록 명확하게 표시하여야 한다.

→ 삭제

## 6. 요약

경제자유구역내 의료수요는 10만명 거주시 일일 입원 290병상, 외래 4,300명 정도가 될 것으로 추정된다. 의료공급 측면에서 분석해 보면 이 결과는 300병상 규모의 한 개 병원으로 외래를 모두 소화해 내기는 어려울 것으로 판단되는 의료수요 추정량이다. 따라서 경제 자유구내에 병원급에 대해서만 허용하는 의료기관을 의원급으로 확대해야 할 것으로 판단된다. 또한 의사인력의 공급은 선진국 수준의 진료를 한다고 가정하면 의사인력이 약 200명정도가 필요할 것으로 보여진다. 이러한 의료수요 및 공급 추정과 법안 검토결과 다음과 같은 조치가 필요할 것으로 보인다.

첫째, 경제자유구역내에 상주하는 내국민의 건강권에 대하여 역차별을 갖지 않도록 해야 한다.

둘째, 내국 보건의료인에 대한 역차별을 갖지 않는 법안이 만들어져야 한다.

셋째, 적절한 운영위원회를 구성하여 보건의료인들에 대한 사전 및 사후 자격관리를 강화해야 한다.

넷째, 보건의료시설에 대한 사전, 사후 관리가 강화되어야 한다.

다섯째, 보건의료시설에 대한 다양한 공급을 지향해야 한다.

여섯째, 경제자유구역법 제23조 1항에 ‘외국인 전용’을 삭제하고, ‘의원급’을 포함시켜야 하며, 6항은 ‘외국인 전용’을 삭제하고, 7항과 8항은 전체를 삭제하는 형태가 되어야 한다.

## V. 의료시장 개방에 대한 대응전략

# <토의>

### <참고문헌>

- 권영성. 헌법학개론. 법문사, 1999
- 권율. 베트남의 외국인투자유치정책과 제도분석. 대외경제정책연구원 지역정보센터, 1993. 10
- 김경욱. 경제특구의 개발. 나라경제, 2002. 8
- 김관호. WTO 주요논의 동향과 대응과제, 제5장 WTO 투자규범의 논의동향과 한국의 대응방향. 대외경제정책연구원, 1997
- 김동희. 행정법I. 박영사, 1998
- 김문희. 경제특별구역의 지정 및 운영에 관한 법률안(정부제출) 검토보고. 국회 재정경제위원회, 2002.10
- 김인배. WTO 주요논의 동향과 대응과제, 제1장 '97 WTO 금융서비스 협상의 의의와 대응과제. 대외경제정책연구원, 1997
- 김현중. 경제자유구역의 지정 및 운영에 관한 법률안 추진경과. 재정경제부 조정2과, 2002. 11. 11
- 남궁영. 북한 경제특구 정책: 운용 및 성과. 국제정치논집 2000; 40: 231-255
- 민동석. WTO 서비스 협상 동향과 보건의료서비스. 대한의사협회 WTO DDA 정책 토론회, 2002.4.17
- 박변순. 한국의 FTA 전략. 삼성경제연구소, 2003
- 박병원. 동북아 물류·비즈니스 중심국가 비전의 배경과 의의. 국토, 2002. 9
- 박상기. 형법각론. 박영사, 2002
- 박영삼. 경제특구는 한국경제의 무덤될 것. 말, 2002.10

- 산업자원부. DDA 협상동향 및 대응방안. 산업자원부, 2002.12
- 송건용, 정기택. WTO DDA 병원서비스 시장개방 대응전략연구. 한국병원경영연구원, 2002
- 신광식. WTO 시대의 신통상의제: 정책함의와 대응, 제1장 세계경제통합과 신통상의제. 한국개발연구원, 1998
- 신성균. 보건의료서비스 시장개방 논의 현황과 대응. 한국보건산업진흥원, 2002
- 신성균. WTO 도하개발아젠다 대응전략 연구. 한국보건산업진흥원, 2002.8
- 안덕선, 왕상한. WTO DDA 보건의료서비스 분야 협상 관련 예상 주요쟁점 분석 및 국내 의료계의 대응 방안. 대한의사협회, 2002
- 안덕선, 이경환, 정상혁. 경제자유구역의 지정 및 운영에 관한 법률에 의한 외국의 사 면허관리체제 개선방안에 관한 연구. 보건복지부, 2003
- 안덕선. 의료인력 관리에 대한 외국의 사례 및 국내 현황. 대한의사협회지 2002; 45(9): 1098-1104
- 안양수. 시장개방에 대한 의협의 작업경과 및 대응방안. 대한의사협회지 2002; 45(9): 1105-1109
- 양재모. 공중보건학강의. 수문사, 1992
- 양춘희. 북한의 경영관리적 접근법-경제특구를 중심으로-. 통일논집, 1997.2
- 예방의학과 공중보건 편집위원회. 예방의학과 공중보건. 계축문화사, 1995
- 오승렬. 중국의 경제특구 모델과 개성특구의 개발방향. 통일과 국토, 2003
- 왕상한. WTO DDA와 보건의료서비스 협상. 대한의사협회지 2002; 45(9): 1080-1089
- 외교통상부. 2002년도 하반기(9-12) DDA 협상 논의 동향. 외교통상부, 2003.1
- 의협신보, 2003.2.10, 16면
- 이경재. 경제특별구역의 지정 및 운영에 관한 법률안에 대한 수정안. 국회, 2002.11.14
- 이인성. WTO DDA 협상과 보건의료서비스 분야의 주요 쟁점. 대한의사협회지 2002; 45(9): 1090-1097
- 이재상. 형법총론. 박영사, 2002
- 이재상. 형사소송법. 박영사, 1999
- 이해중, 정형선, 이규식 등. WTO/DDA 의료시장 개방논의에 따른 병원산업 발전방

- 안. 보건복지부, 2003
- 정영호, 박순찬, 고숙자 등. WTO 체제하의 보건의료서비스 분야 개방협상 동향 및 정책적 시사점. 한국보건사회연구원, 2002
- 정형곤. 경제특구를 통한 중국의 개혁 · 개방정책과 시사점. 북한조사연구 2001; 5(2): 195-213
- 최대권. 헌법학강의. 박영사, 1999
- 최희주. WTO 서비스 협상 동향과 보건의료서비스. 2002년도 간호행정학회 춘계학술세미나, 2002.6.18
- 한건우. 현대행정법I. 도서출판 인터백, 1999
- 한국의료법학회. 보건의료법학. 동림사, 2002
- 한동관, 박윤형. 보건의료법전. 한국의학원, 2001
- 한상덕. 도하개발아젠다의 출범에 따른 반덤핑협정 개정 대응방안. 통상법률 2001; 42: 10
- 허영. 한국헌법론. 박영사, 1995
- WTO DDA 의료공동대책위원회. 보건의료서비스 개방과 대응방향. WTO DDA 의료공동대책위원회, 2002
- 경제자유구역역의 지정 및 운영에 관한 법률(법률 제6835호).
- 외국인투자촉진법(법률 제6643호)
- 鈴木 庄亮. 久道 茂. 衛生公衆衛生學. 南江堂, 2002
- 眞野 喜洋. 公衆衛生學. 文光堂, 2002
- Aguila JM. The politics on free trade in Latin America. Emory Law Journal 2001; 50: 759-767
- Elements of a Modern State Medical Board. The house of delegates of the Federation of State Medical Boards of the United States. 1998(May)
- Gostin LO. Public health law and ethics. University of California Press, 2002
- Gostin LO. Public health law. University of California Press, 2000
- Pew Health Professions Commission. The center for Health Professions. 1989-1999
- Richard EP., Birkhead GS. Bloodborne and sexually transmitted infections.

Law in Public Health Practice, Oxford University Press, Inc., 2003

[http:// www. gmc-uk. org/probdocs/probdocs. htm](http://www.gmc-uk.org/probdocs/probdocs.htm)

[http:// www. hpc-uk. org/docs/faqs.](http://www.hpc-uk.org/docs/faqs)