

중국의료시장의 최근동향과 정책방향



글·이 용 균 |
한국병원경영연구원 연구실장

1. 머리말

지난 2002년 11월 중국북경 인민대회당에서는 중국공산당 제 16차 전국대표대회가 열렸다. 매 5년마다 개최되는 당대회에서는 70대인 3세대 지도층에서 50~60대가 주류인 4세대 지도층으로 세대교체가 이루어졌다¹⁾.

중국의 16차 정당대회에서는 장쩌민이 제기한 공산당 헌장에 '3대 대표론'을 삽입하였다. 3대 대표론에서 중국 공산당은 그 역할을 첫째 중국의 선진적인 사회 생산력 발전을 주도하며, 둘째 선진문화를 창달하고, 셋째 중국의 광범위

한 인민대중의 근본적 이익을 대표한다는 것이다. 이는 그 동안 중국 공산당이 특정계급의 이익을 대표해 온 기존노선을 탈피하여 국가경제 발전을 주도하겠다는 의지를 보이고 있다.

즉, 중국이 국가거시경제 부문의 통제를 우선 시하면서도 시장경제를 중시하는 실사구시(實事求是)적 입장에서 '사회주의 시장경제' 체제를 표방한 것으로 해석할 수 있다. 이러한 중국식 사회주의는 덩소평노선의 표방 이후 지속적인 시장기능을 활성화시키기 위해서 1999년도에 개인사유재산을 법적으로 보장하였고, 2002년도

1) 삼성경제연구소, 제16차 전국공산당대회와 중국의 미래, 2002.11.28, p.2~3

이후부터는 계급투쟁노선을 버리고 국가경제발전 전을 최우선 목표로 하고 있는 것이다.

금번 당대회에서는 향후 중국의 경제발전 방향과 비전을 논의하였는데, 이 비전에 의하면 중국은 국가목표를 향후 20년간 연평균 7% 이상의 경제성장을 목표로 현재 국가GDP의 4배 수준인 4조 4,000억불 달성한다는 목표를 세우고 있다. 그리고 국가경제수준에 맞추어 사회발전단계를 원바오(溫飽)단계, 샤오강(小康)단계, 따통(大同)단계로 제시하고 있다.

원바오단계는 기본적인 의식주를 해결하는 단계이며, 샤오강은 의식주의 해결 이후 다소간의 여유로운 생활수준에서 국민 1인당 GDP 3,000불 수준으로 2020년도를 목표로 하고 있다. 즉, 1인당 GDP 3,000불 수준의 전면적 샤오강사회의 달성은 동부 연해지역 등 중국 일부지역에 집중적으로 전개되어 온 발전전략을 내륙지방과 농촌 등 중국 전지역으로 확대하겠다는 의지를 표현한 것으로 평가된다²⁾. 그리고 따통단계에서는 서구적인 복지사회수준의 발전단계로서 중국은 2050년도를 달성목표로 하고 있다.

1978년 개혁개방 이후 20여년, 그리고 1992년 사회주의 시장경제를 명문화 한지 10년이 경과하는 동안 중국경제는 소외계층의 증가, 정치적 욕구 등의 불만증대 등 크고 작은 문제점을 극

복하면서 ‘중국식 사회주의’를 통해서 발전해가고 있다. 중국지도자들은 이러한 사회적인 문제점을 체제의 모순으로 평가하지 않고, 實事求是의 입장에서 해석하고 운용하고 있으며, 중국의 일반 국민들도 이 체제를 인정하고 있는 입장이다³⁾.

2. 중국의료제도의 현황과 정책방향

2.1 중국의료제도의 개황

중국의 의료제도는 공산당 집권초기에는 국가보장의료체계를 유지했으나 1978년 이후 시장경제제도의 도입과 함께 사회보험으로 바뀌었다. 즉, 과거 공무원과 국유기업 근로자 1억 4천만명에게 제공하던 무료 의료복지제도를 없애고 일정 금액 이하는 자신이 부담하고 고액은 소속기관이 부담토록 했다. 즉, 중국은 공무원과 노동자는 국가가 주도하는 의료보험제도의 대상이 되지만 정부와 기업의 부담이 급증하면서 공무원·노동자도 10~20%의 보험부담금을 지불하도록 제도를 개편하였다.

또한, 과거 일원화돼 있던 의료시스템을 공공의료와 민간의료로 나누었으며, 민간의료 활성화를 위해 법령도 정비했다. 이와 함께 외국자본이 중국에 합자병원을 세우도록 했고 대주주가 되는 것도 허용했으며, 외국 의료면허소지자가 정부의 허가를 받아 의료활동을 할 수 있도록 허용했다. 그러나 지역별로 외국 병의원

2) 2001년도 일인당 GDP를 살펴보면 상해시(4,500불), 서부지역인 貴州 省(360불)로서 12배의 차이가 있음

3) 전계서, p.3

의 수를 제한할 수 있도록 하여 합자병원 의료진의 대부분을 중국인으로 채우도록 해 실익을 꾀하고 있다.

또한 전체 인구의 70% 이상을 차지하는 농민은 개혁과 함께 정부의 지원이 끊기면서 의료비를 모두 스스로 부담해야 형편에 놓이게 되면서 일부계층의 농민만 도시의 병원에서 제대로 진료를 받을 수 있으나 대다수는 경제적 어려움을 겪고 있다⁴⁾. 현재 중국정부는 농촌지역에 예방사업과 병원시설관리 및 의료요원교육에 필요한 재원만을 지원하고 있지만, 병원에 필요한 재원을 조달하도록 하여 병원간 경쟁을 유도함으로써 서비스경쟁을 유도하고 있는 실정이라서 경제적인 사정이 여의치 않는 농촌주민에게 오히려 진료의 문턱을 높이는 결과를 초래하였다.

따라서 이러한 농촌사회의 의료불균형을 해소하기 위해서 중국정부는 농촌의 보건서비스를 개선하는 사업을 추진하고 있으며, 그 예로서 향(鄉), 진(鎭) 지역병원의 예방, 보건, 기초

의료서비스 기능을 강화하고, 농촌을 지원하는 도시의료기구를 조직하여 빈곤지역에서 순회 의료서비스를 시행하고 있다.

2.2 도시지역의 의료보험제도

중국의료보험은 국가간부, 교사 등 공무원에게 외래진료와 병원식대비를 제외한 모든 의료비용을 무료로 제공하는 정부의료보험을 운영하고 있으며, 이는 전체 인구의 2%가 수혜를 받고 있다. 그리고 중국에서 대도시와 진(도시의 말단조직)의 노동자들을 대상으로 의료보장 문제를 해결하기 위해 중국정부는 노동자 의료보험제도인 ‘공비(公費)의료제도’를 실시하고 있다.

이 ‘공비의료제도’의 특징은 의료비용을 채용업체에서 지불하고 개인부담금은 미미한 수준이었다. 이 제도의 가입자는 기관사업 단위, 국유기업과 집체기업에서 일하는 종업원들로서 1억4천만명 정도였다. 그러나 최근 중국의 사회, 경제발전과 더불어 공비의료제도는 다음과 같은 문제점을 드러내기 시작했다.

<표 1> 중국, 일본, 한국의 인구수와 기대여명

Classification	Total population (000)	Life expectancy at birth	
		male	Female
China	1 273 640	68.1	71.3
Japan	126 505	77.6	84.3
Korea	46 480	69.2	76.3

Source: WHO, the world health report(2000)

4) 농촌에서 병에 걸린 사람 가운데 20%가 병원에서 진료를 받지 못하는 실정으로 보고됨

첫째, 우선 공비의료제도의 보급은 제한성을 갖고 있었다. 즉, 1980년도 이후 중국의 도시와 진에서는 많은 민영기업체와 “삼자기업체”들이 출현했는데 이런 기업체들에서 일하는 종업원들은 국가에서 제정한 의료보장체계에 들어있지 않았기 때문에 의료보장을 받을 수 없었다.

둘째, 가입자 개인이 의료비용을 거의 부담하지 않는 공비의료제도 하에서 가입자들의 도덕적 해이(moral hazard)와 절약의식의 결핍이 의료비용을 지나치게 증가시키는 결과를 초래하였다. 예를 들면 1979년부터 1997년까지 중국도시와 진 종업원들의 의료비 지출은 27억위안에서 770억위안으로 늘어 28배나 증가하여 채용기업체에 경제적 부담을 안겨주었다.

즉, 공비의료제도는 공무원과 국유기업 근로자에게 제공하던 의료복지제도로써 가입자가 의료비용을 거의 부담하지 않는 의료제도임으로서, 의료보험의 수혜 대상인구가 제한되었고, 중국정부 재정과 기업체에 매우 큰 경제적 부담을 안겨주었다.

이러한 문제점을 해소하기 위해 중국정부는 새로운 보급 가능한 기본의료보험제도의 제정을 검토하기 시작하여 1999년부터 중국에서는 새로운 의료보험제도로써 노동의료보험제도를 전국적으로 보급하기 시작하였다. 현재 노동의료보험은 중국노동사회보장부가 도시와 진의 모든 인력채용단위, 기관을 포함한 사업단위와

기업체 종업원들을 이 새로운 보험제도에 참여토록 유도하고 있다.

이 제도의 기본적인 특징은 채용업체(단위)와 개인이 공동으로 의료보험 기금을 납부한다는 것이다. 즉, 현재 우리나라의 기업체처럼 중국기업체(단위)는 노임총액의 6% 수준을 보험료로 지불하며 종업원은 근로소득의 2%를 지불해야 한다고 규정하고 있다. 또한, 새 보험제도에서 단위 혹은 기업체 직원들의 의료비는 의료보험기금에서 지출되며, 외래진료비는 최고제한금액은 본인 1년 노임총액의 3.8%를 초과하지 못하도록 하였고, 매년 입원치료의 최고제한금액은 연 평균 노임총액의 4배를 초과하지 못하도록 규정하고 있다. 만약 의료비가 규정액수를 초과하면 초과부분은 본인이 부담하도록 규제하고 있으며, 중증환자이거나 년 의료비용이 규정한 보험기금 지불액수를 훨씬 초월할 가능성이 있는 환자의 경우에는 국가보조금으로 진료비 보조금을 지불하도록 하고 있다.

중국노동사회보장부의 의료제도개혁은 현재 특별히 기존 국가의료보장의 혜택을 받지 못하고 있던 민영기업과 “3자기업” 종업원들의 환영을 받고 있다. 비공식적인 통계에 의하면 현재 기본의료보험에 참가한 중국도시와 진 종업원들의 인원수는 2003년도 8천5백만명으로 추계되며, 이 새로운 제도의 최종목표는 2억에 달하는 도시와 진지역의 종사자가 기본의료보장의 혜택을 받는 것으로 추진하고 있다⁵⁾.

5) 신화사, 2003.1.23일 자료 참조

이러한 의료보험 개혁으로 중국에서는 도시 지역의 국공 및 민영기업체 종업원들의 의료보장문제는 더 이상 채용 단위업체의 일만이 아닌 사회적인 강제보험으로 변화하게 된 전환기를 맞고 있는 것이다.

2.3 농촌지역의 협력의료제도

현재 중국 13억의 인구 중 8억이 농민이지만, 과거 1950년대와 1960년대 중국은 인구의 절대 다수가 농촌지역에 거주하였다. 이 기간동안 중국은 농촌지역에서 '합작의료제도'를 실시하여 수억에 달하는 농민의 진료문제를 해결한 경험이 있다.

그러나 최근 시장경제제도의 구축에 따라 협력의료체제에 대한 투자가 부족해져 점차 마비상태가 되었고, 절대 다수의 농민이 의료보호를 받지 못하게 되자, 새로운 '협력의료제도'를 시범사업으로 시행하게 된 것이다⁶⁾.

즉, 중국정부는 도시지역과 차별화가 심화되는 농촌지역의 의료문제를 개선하기 위해서 새로운 '협력의료제도' 도입키로 하고 2003년도부터 각 省별 2-3개 縣을 농촌협력의료제도를 확립할 시범장소를 개설하여 농촌 보건사업을 전면적으로 추진하고 있다.

이 협력의료제도는 중증 질병을 위주로 의료보험제도로써 농민의 개인비용부담, 단체지원 및 정부보조의 원칙에 따라 자금을 조달한다. 협력의료제도의 보험대상이 되는 기준은 농촌거주 주민이 질병으로 인해 입원한 경우에 한하며, 이 제도는 시범사업을 거쳐서 2010년에 전국적으로 시행될 것으로 계획하고 있다⁷⁾.

이 제도는 중앙중부의 재정적인 보조금은 협력의료에 참가하는 농민에게 매년 1인당 10위안의 협력의료보조금을 지원하며, 지방정부는 매년 1인당 10위안 이하의 보조금을 지원함으로써 농민들을 협력의료에 참여하도록 유도하며, 농민개인이 연간 의료부담금을 10위안을 부담할 경우 2만위안까지 입원진료비를 지급받을 수 있도록 계획하고 있다⁸⁾.

3. 중국의료 시장의 전망

2003년도 중국은 8.5%의 국내총생산(GDP) 성장률을 기록했다. 중국은 향후 미국을 능가하는 세계 최대 경제대국이 될 것으로 점쳐지고 있는데, 골드만삭스는 중국이 2041년 GDP 규모에서 미국을 추월할 것이라고 내다봤다⁹⁾. 골드만삭스는 이와 함께 2050년에는 중국이 선진 7

6) 국무원 발전연구센터의 보고서에 의하면 현재 농민의 의료비 90%는 개인부담하고 있지만, 도시지역 주민의 경우 60%수준인 것으로 보고하고 있다(신화사, 2003.1.23).

7) 자료 : www.korean.cri.com.cn 자료를 참고하였음

8) 현재 중국의 일부 지방은 융통성 있는 방식을 통하여 지역상황에 적합한 농촌협력의료체제를 모색하고 있으며, 입원의료비 지원한도는 각 성(省별) 차이를 두고 있음

9) 파이낸셜뉴스 2004년 02월 15일자

개국(G7)에 포함될 것으로 전망했으며, 현재의 GDP 증가율에 따르면 2050년엔 세계 최대 경제대국이 될 것이라고 전망하였다¹⁰⁾.

그리고 중국의 의료시장 규모는 2000년도를 기준으로 4,800억위안(한화 72조원)으로 추계되고 있으며, 제약시장 규모는 150억불, 그리고

1인당 의료지불비용은 45불 수준인 것으로 나타났다¹¹⁾. 그리고 의료서비스에 대한 평가는 의사인력수는 200만으로 추산되며, 이는 인구 1,000명당 1.3명으로 낮은 수준이다. 그리고 의료서비스는 치료중심의 진료시스템으로 기술과 서비스는 낙후되어 있으며, 장기간의 대기가 문제가 되고 있다.

<표 2> 중국의 보건의료분야의 주요지표 비교

(unit: \$)

Classification	Health system Performance ¹	Per capita total expenditure on health		Per capita government expenditure on health ²	
		2000	2001	2000	2001
China	144	45	49	17	18
Japan	10	2890	2627	2245	2046
Korea	58	577	532	256	236

Source: 1. Health system performance in all member states, WHO, the world health report(2000)
 2. WHO, the world health report(2003) 2. WHO, the world health report(2003)

하지만, 2000년도부터 시작된 의료보험 개혁으로 의료보험 적용대상 인구수가 매년 늘고 있으며 2004년도에는 보험적용 인구수가 3억명 수준으로 예상되고 있다. 이러한 의료보험 적용

인구확대를 통한 의료시장의 확대 및 의약품시장의 급격한 성장이 예상되며, 특히 차별화된 영리의료기관(주로 해외의료기관 합작기관)에 선호도가 높은 것으로 평가되고 있다.

10) 1996년도 구매력평가기준(PPP)에 의한 예측에 의하면 중국은 2020년도에 13조 6천억달러, 2050년 도에 78조달러로서 미국의 2020년도 13조3천억달러, 2050년도 30조달러로 2050년도를 기준으로 미국의 2배나 될 것으로 예측되고 있다(월간중앙, 2004년3월호, p.117).

11) WHO, the world health report 2003(www.who.org.int)

〈표 3〉 중국의료시장규모 전망

구분	현황(2000년기준)	향후예측치
의료시장규모 (중국위생부)	4,800억위안 (72조원)	2025년: 6조위안(900조)
계약시장 (미국계약협회)	150억달러 (18조원)	2006년도: 600억달러(72조원)

주: 중국 위인화는 고정환율제도로써 지난 8년간 '8.3위안=1달러' 수준임

또한, 중국의 보험감독관리위원회 보고에 의하면 향후 5년내 중국 건강보험 시장규모는 1500억위안(180억불)을 초과할 것으로 전망하고 있으며, 중국 위생부가 발표한 통계 수치에 의하면 2002년도 의료보험비용 총지출은 5,300억 위안으로서 주로 개인지출을 위주로 하고 있다. 이와 함께 중국의 민간의료보험업도 비교적 빠른 발전을 하고 있는데, 연간 총보험비를 기준으로 30%씩 증가하고 있다¹²⁾.

4. 중국의료시장의 해외의료기관 진출

4.1 해외의료기관 진출 현황

중국정부는 중국민의 생활수준 향상으로 인한 고급의료서비스에 대한 욕구 증대와 중국내 15,000여개 국가의료기관의 의료 질 향상 효과를 감안하여 해외의료기관의 문호를 개방하였다. 중국정부는 2002년 초부터 자본합작을 조건

으로 외국계 병원설립과 이익금의 해외송금을 허용했다¹³⁾. 이에 따라 미국, 캐나다, 일본 등 외국 병원의 활발한 진출 움직임을 보이고 있으며, 베이징, 상하이 등지에서 최첨단 시설을 자랑하는 30개 이상의 합자병원이 성업중이며, 2003년 12월말 중국의 중외 합자병원수는 200여 개로 잠정적으로 추산되고 있다.

상하이시의 경우 현재 영리의료기관(private hospital)은 79개소로서 상하이시 전체 병원수(430개소)의 18.4%를 차지하고 있지만, 영리병원들의 병상수가 평균 20~100병상의 중소규모이기 때문에 공급병상비율은 상하이시 공급병상수 70,000병상의 5.7%를 차지하고 있다. 그리고 상하이시의 경우 현재 의료보험 혜택자(social medical insurance)는 600백만명으로 전체 상하이시 인구 1,600만명의 37.5% 수준인데, 현재는 소수의 영리의료기관만 계약을 통해서 의

12) www.korean.ori.co.m.cn

13) 중국 보험감독관리위원회는 해외의료기관의 투자를 호혜협력 입장에서 국내 의료기관의 전문화와 국제화 경영을 적극적으로 추진한다고 천명하고 있음.

료보험적용이 되고 있지만, 향후 지속적으로 증가가 예상되는 의료보험 적용인구의 확대는 영리의료기관들에게는 새로운 시장기회요소로 되고 있다¹⁴⁾.

이러한 추세와 함께 지정학적으로 인접해 있는 국내 의료기관의 중국시장 진출은 2003년

도 이전에는 한중클리닉, 한성의원, 서울치과 등 3곳에 불과했지만, 최근 국내 전문병의원들의 중국 진출이 활발해 지고 있다. 현재 진출 지역은 북경, 상해, 심양 등 중국 대도시를 중심으로 진행되고 있는데, 지난 2003년 한해동안에 국내 의료기관의 중국진출 현황은 다음과 같다.

<표 4> 중국진출 국내 병의원

진출형태	진출일자	국내 진출병원	진출 지역
의료법인 동방 기술합작	2003.6	마리아병원, 예치과, 클린업피부과 파랑새의원, 조이비뇨기과	심 양
상해 용화의원 합작	2003.9	염낙천 성형외과	상 해
영리법인설립 (홍콩법인 SK China합작)	2003.11	새빛성모안과, 예치과, 초이스피부과, 탐성형외과, 유니온이비인후과	베이징
중국의 원내병원형태	2003.12	압구정동 성형외과(압구정동 성형외과 북경 Korea)	베이징

자료 : Biz & Issue 제33호, 2003.7.3일자 일부수정

이 밖에 척추전문병원, 피부과의원, 성형외과 등 전문화된 병의원들이 중국측 투자파트너와 함께 중국의 대도시지역에 병의원 설립을 추진하고 있다.

4.2 중국의료시장의 진출조건

한국에서도 SK(주)와 SK텔레콤이 최근 국내 병의원과 연계해 베이징에 중국 정부와의 합자

로 아이캉(愛康)병원을 설립한 것을 비롯해 수십 개의 병의원이 진출했다.

의료에 대한 중국의 정책은 비영리의료기관에 대해서는 재정보조, 의료서비스 가격책정 및 세금우대정책을 시행하고, 영리의료기관은 의료서비스 가격자율과 자율경영이 가능하지만 납세강화정책을 도입하고 있다.

14) HU YAN, "Shanghai wants more private capital in healthcare sector," China Daily. (North American ed.). New York, N.Y.: Nov 6, 2003. p.3

현재 중국 내 외국인 독자 투자형태의 병원 설립은 불허하고 있으며, 외국인과 내국인의 합자형태 법인설립만 허용하고 있다. 합자 및 합작의 비율은 중국 30%, 외국 70% 형태로서

병원면적은 309평 이상으로 규정하고 있으며, 허용되는 투자방식과 형태를 살펴보면 다음과 같다.

〈표 5〉 중국진출 외국의료기관 투자형태

구분		방 법
투자	합자방식 (Equity Joint Venture)	- 한중 쌍방 현금직접투자방식 - 소유지분 투자비율 동등 - 합자 쌍반간의 역할 동등
	합작방식 (Contract Joint Venture)	- 계약조건에 따라 투자방식 - 계약조건에 따라 자산지분 - 계약성립조건에 따라 역할
원내원방식 (Clinics in Hospital)		- 중국병원내 한국인 의사집단의 클리닉 개원형태
계약고용방식		- 중국병원에 한국의료진의 고용계약 형태로 클리닉 개원형태

중국정부의 해외의료기관의 구체적인 투자조건은 2000년7월 시행된 <중외합작의료기구관리 집행법>에 규정하고 있다¹⁵⁾. 동 법에 의하면 중국 합작의료기구의 설립은 중국과 외국의 양측 투자법인만 허용하고, 다음과 같은 조건에 부합되어야 한다고 명시하고 있다(법률 제8조).

- (1) 설립된 중외합자, 합작병원은 반드시 독립적인 법인이어야 한다
- (2) 투자 총 금액은 2000만위안(한화 30억)보다 낮아서는 안된다
- (3) 합자, 합작하는 중국 측이 중외합자, 합작병원에서 차지하는 비율 혹은 권익은 30%

보다 낮아서는 안된다
(4) 합자, 합작기한은 20년을 초과하지 못하며, 기타 성(省)급 이상 위생행정관리부문에서 규정한 기타 조건을 만족시켜야 한다고 규정하고 있다.

그 동안 중국에 진출한 병원전문가에 의하면 대부분 <법률 8조>의 객관적 허가조건을 충족하면 병원설립 허가를 득할 것 같지만, 중국의 특수성으로 인해서 <법률 제7조>의 추상적인 허가조건이 설립을 결정한다는 의견이 지배적이다. 즉,

15) 자세한 것은 관련법규 문항 참조

- (1)국제적으로 선진적인 의료기구 관리경험, 관리패턴과 서비스패턴을 제공할 수 있어야 한다
- (2)국제적으로 앞선 수준의 의학기술과 설비를 제공할 수 있어야 한다
- (3)현지의 의료서비스 능력, 의료기술, 자금과 의료설비 방면의 부족한 점을 보충하거나 개선할 수 있어야 한다 등이다.

그리고 중국은 전문병원의 설립을 한개의 성(省)에 2개만 허가하며, 외자계 병원은 기존의 전문과목의 운영권을 보유하고 있는 병원과 합작해야만 설립이 가능하다는 점 등 눈에 보이지 않은 진입장벽이 있다는 것이다.

5. 결론 -중국의료시장 개방의 시사점

현재 중국의 의료수준은 한국에 5~10년 뒤떨어져 있는 것으로 평가되지만, 지금처럼 외국 자본과 기술이 물밀듯이 들어가면서 경쟁력이 급속히 향상되고 있다. 따라서 10년 후면 중국이 한국과 일본을 제치고 아시아의 의료 중심국이 될 가능성이 크다는 전망까지 나오고 있다. 또한, 중국은 자국의 의료시장 개방을 바탕으로 상호주의 원칙에 따라 한국에 대해서도 시장 개방을 요청하고 있어 한국으로서도 거부할 명분이 약한 실정이다.

최근 상공회의소 주관으로 '국내기업의 해외


공장 이전에 대한 의식조사' 결과 68.0%가 해외로 공장 이전계획을 가지고 있으며, 이전 대상 국가로 65.2%가 중국을 지목하였다. 그리고 최근 국내 의료전문지의 Cover Story를 보면 의료계 차이니즈드림 "만리장성을 뚫어라"를 타이틀로 하고 있다.

이처럼 중국의료시장의 급속한 성장은 우리 의료계에 기회와 위협의 양면이 동시에 부각될 것 같다. 먼저 그 기회는 잠재적인 중국의료시장에 대해 지형적으로 인접한 우리 의료의 진출의 기회를 제공할 수 있을 것이다. 특히 일본에서 몇 년 전에 '중국위협론'이 제기되었을 때 미국의 투자자문회사 모건스탠리는 '중국의 경제성장을 위협으로 보는 일본보다 이 시장을 이용하려는 한국이 전망이 더 밝다'고 평가한 바 있다.

그러나 한국 보건정책 결정에 핵심 역할을 하는 보건복지부의 상당수 공무원과 일부 학자들은 한국의 의료 실정이 중국과 달라 의료시장을 개방하고 규제를 철폐했을 때 공공의료 분야가 급격히 몰락한다며 선부른 개방에 반대하고 있다. 즉, 공공의료가 활성화될 때까지 의료의 상업적 측면을 제한해야 한다는 논리이다¹⁶⁾.

그러나 우리가 시장기능이 작동치 않는 국가 주도형의 의료제도를 향후 5~10년간 고수한다면, 중국은 이 기간동안 선진외국의 첨단의료기술과 경영기법으로 무장하여 국내 의료시장 진

16) 한국은 현재 재정경제부와 외교통상부 등에서는 영업법인의 병원 설립, 영업이익의 해외송금 허용을 통한 외자 유치, 민간보험 도입 등을 요구하고 있다(동아일보, 중국, 한국의료시장 넘본다, 2004.1.4일)

입을 시도할 가능성이 높다. 중국이 해외의료기관과 협작을 허용하면서 '국제적으로 앞선 수준의 의학과 기술과 설비를 제공할 수 있어야 한다'는 조항은 국내 의료계와 한국정부가 주목할 만한 대목이라 하겠다. 

참 / 고 / 문 / 헌

- 구분민, 중국진출 : 이것만은 알고하자, 삼성경제연구소, 2004. 2
- 삼성경제연구소, 제16차 전국공산당대회와 중국의 미래, 2002. 11. 28
- 삼성경제연구소, 일본의 중국위협론, issue paper, 2002. 9. 16
- 병원경영연구원, 병원서비스 시장개방 대응방안연구(2차), 2003. 2
- 비즈 & 이슈 제33호, 의료계 차이나이즈드림, 2003. 7. 3일자
- 월간중앙, 중국 한반도 대공습, 2004년 3월호, 2004. 3
- HU YAN, "Shanghai wants more private capital in healthcare sector," China Daily, (North American ed.). New York, N.Y.: Nov 6, 2003. p.3
- WHO, The World Health Report 2000 (www.who.int)
- WHO, The World Health Report 2003 (www.who.int)
- www.korean.cri.com.cn
- www.oecd.org

<부록 1>

《중외합자 합작의료기관관리 잠정 실행 법규》

제 1 장 총 칙

제1조 개혁개방의 수요에 더 적응하며, 중외합자 및 합작 의료기관에 대한 관리를 강화하고, 우리나라 의료 위생 사업의 건강한 발전을 촉진하고자 <중화인민공화국 중외합자경영 기업법>, <중화인민공화국 중외합작경영 기업법>, <의료기관관리법규> 등 국가 관련 법률, 법규에 근거하여 본 법규를 제정한다.

제2조 본 법규에서 이르는 중외합자 및 합작 의료기관이란 외국 의료기관, 회사 기업과 기타 경제조직(이하 합자, 합작 外方이라 칭함)이 평등호조의 원칙에 따라 중국정부주관부문의 비준을 거쳐 중국 국경 내(홍콩, 마카오 및 대만 지역은 제외함)에서 중국의 의료기관, 회사, 기업과 기타 경제조직(이하 합자, 합작, 中方貿部라 칭함)과 합자 혹은 합자의 형식으로 설립한 의료기관을 말한다.

제3조 중국 국경 내에 중외 합자, 합작 의료기관 설립 신청에 본 법규를 적용한다.

제4조 중의 합자, 합작 의료기관은 반드시 국가 관련 법률, 법규와 규정을 준수해야 한다. 중의 합자, 합작 의료기관의 정당한 경영활동 및 합자, 합작 쌍방의 합법적 권익은 중국법률의 보호를 받는다.

제5조 위생부와 대외무역경제협력부(이하 外經과 칭함)는 각자의 직책 범위 내에서 전국 중의 합자, 합작 의료기관에 대하여 책임지고 관리한다. 현(縣)급 이상 지방인민정부 위생행정부문(한의/한약 주관부문 포함)과 대외무역경제 행정부문은 각자의 직책범위 내에서 본 행정구역 내의 중의 합자, 합작 의료기관의 일상감독관리를 책임진다.

제 2장 설립조건

제6조 중의 합자, 합작 의료기관의 설립과 발전은 반드시 현지 구역위생기획과 의료기관설치기획에 부합되어야 하며 아울러 위생부에서 제정한 <의료기관 기본표준>을 집행해야 한다.

제7조 중의 합자, 합작 의료기관의 설립을 신청한 중의 쌍방은 독자적으로 민사 책임을 질 수 있는 법인이어야 한다. 합자, 합작 중의 쌍방은 직접 혹은 간

접적으로 의료위생투자와 관리에 종사한 경험이 있어야 하며 아울러 아래 요구사항 중 하나에 부합되어야 한다.

- (1)국제 선진 수준의 의료기관 관리경험, 관리모델과 서비스 모델을 제공할 수 있어야 한다.
- (2)국제 선두직 지위를 차지하는 의학기술과 설비를 제공할 수 있어야 한다.
- (3)현지의 의료서비스능력, 의료기술, 자금과 의료시설 방면의 부족을 보충하거나 혹은 개선할 수 있어야 한다.

제8조 설립된 중의 합자, 합작 의료기관은 반드시 아래 조건에 부합되어야 한다.

- (1)반드시 독립적인 법인이어야 한다.
- (2)투자 총액이 2,000만원(인민폐)보다 적어서는 안 된다.
- (3)합자, 합작 中方이 중의 합자, 합작 의료기관에서 차지하는 주식 소유량 혹은 주주 권리가 전체의 30%보다 낮아서 안 된다.
- (4)합자, 합작 기한은 20년을 초과하지 않는다.
- (5)성(省)급(한국의 도에 해당함)이상의 위생행정부문에서 규정한 기타 조건.

제9조 합자, 합작 中方은 국유자산으로 투자에 참여하되(가치평가 출자를 포함

혹은 합작조건으로) 해당 주관부문의 허가를 받아야 하며 국유자산가치 평가관리 관련규정에 따라 국유자산관리부문의 인정을 받은 평가기관에서 투자하고자 하는 국유자산에 대하여 가치평가를 진행한다. 성급 이상의 국유자산관리부문에서 확인한 가치평가 결과는 투자하고자 하는 국유자산의 가치평가근거로 사용될 수 있다.

제 3장 설립심사비준과 등록

제10조 중의 합자, 합작 의료기관의 설립은 우선 먼저 현지 시급 위생행정 부문에 신청해야 하며 다음 서류들을 제출해야 한다.

- (1)의료기관 설립 신청서.
- (2)합자, 합작 쌍방 법인대표가 서명한 의향제안서 및 중의 합자, 합작 의료기관 설립 가능성(feasibility) 연구보고서.
- (3)합자, 합작 쌍방 각자의 사업자등록(사본), 법인대표의 신분증명(복사본)과 은행에서 발급한 자금신용 증명.
- (4)투자하고자 하는 국유자산의 가치평가보고서에 대하여 국유자산관리부문에서 인정 발급한 확인서류.현지 시급 위생행정부문에서는 신청인이 제출한 자료에 대하여 일차 심사

를 진행한 후 지역 위생기획과 의료기관설립기획에 근거하여 일차 심사 결과를 발표하며, 아울러 신청서류, 현지 위생기획안과 의료기관설립기획안과 함께 현지 성급 위생행정부문에 올려 심사비준을 받아야 한다.

제11조 성급 위생행정부문은 신청서류 및 시급 위생행정부문의 일차 심사결과에 대하여 심사 확인을 한 후 위생부에 올려 심사 비준을 받아야 한다.심사비준을 받고자 할 때, 반드시 성급 위생행정부문에서 아래 서류들을 위생부에 제출하여야 한다.

- (1)신청인의 설립 신청 자료
- (2)설립지역의 시급 인민정부에서 비준 발표 및 실시하는 <의료기관설립기획> 및 시급과 성급 위생행정부문에서 발표한 설립하고자 하는 중의 합자, 합작 의료기관이 현지 지역위생기획과 의료기관설립기획 부합여부에 대한 심사결과.
- (3)성급 위생행정부문에서 발표한 해당 중의 합자, 합작 의료기관의 설립에 대한 심사결과, 그 중에는 설립하고자 하는 해당 중의 합자, 합작 의료기관의 명칭, 주소, 규모(병상, 치과용 의자의 수량), 진료과목과 경영기한 등에 대한 의견도 포함되어야 함.
- (4)법률, 법규와 위생부에서 규정한 기타 자료. 위생부에서는 접수한 날로

부터 45일(근무일 기준) 내에 비준 혹은 기각의 서면결정을 내려야 한다.

제12조 중의 합자, 합작 한의의료기관(중의 합자, 합작 한의 서의 종합의료기관과 중의 합자, 합작 민족의료기관을 포함)의 설립을 신청한 자는 본 법규 제10조와 제11조의 요구에 따라 현지 시급 위생행정부문의 일차 심사와 성급 위생행정부문의 심사를 거친 후 국가한의약관리국에 올려 심사를 받는다. 그리고 나서 다시 위생부에 올려 심사 부준을 받아야 한다.

제13조 신청인은 위생부의 설립허가를 획득한 후 관련 법률, 법규에 따라 대외무역경제합작부에 신청해야 하는데 다음 서류들을 제출하여야 한다.

- (1) 설립신청에 관련된 심사 받아야 할 자료들과 비준허가문건.
- (2) 중의합자, 합작 中方과 外方의 법인대표 혹은 그 권한을 위탁받은 대표가 서명한 중의 합자, 합작 의료기관의 계약과 장정.
- (3) 설립하고자 하는 중의 합자, 합작 의료기관의 이사회 회원 리스트 및 합자, 합작 中方과 外方의 이사 위임서.
- (4) 공상행정관리부문에서 발급한 의료기관 명칭 심사하거통지서.
- (5) 법률, 법규와 대외무역경제합작부에서 규정한 기타 자료. 대외무역경

제합작부에서는 접수한 날로부터 45일(근무일 기준) 내에 비준 혹은 기각의 서면결정을 내려야 한다. 비준된 자에 한하여 <외국인투자기업허가증서>를 발급한다. 설립허가를 획득한 중의합자, 합작 의료기관은 대외무역경제합작부에서 발급한 <외국인투자기업 허가증서>를 받은 날로부터 한 달 이내에 해당 증서를 국가공상행정관리부문에 제시하여 등록수속 절차를 밟아야 한다.

제14조 우리나라 증서부지역 혹은 낙후지역에 중의합자, 합작 의료기관의 설립을 신청했거나 혹은, 설립을 신청한 중의합자, 합작 의료기관이 제공하는 의료서비스범위와 내용이 국가에서 지원하고 격려하는 범위에 속하는 것일 때에는 제7조와 제8조에서 규정한 조건을 적당히 완화할 수 있다.

제15조 설립허가를 받은 중의합자, 합작 의료기관은 <의료기관관리조례>와 <의료기관관리조례 실행세부규칙>에서 규정한 의료기관 업무실행에 관한 절차와 요구사항에 따라 현지 성급 위생행정부문에서 정한 위생행정부문에 등록을 신청하여 <의료기관영업허가증>을 발급 받아야 한다. 성급 위생행정부문은 중의 합자, 합작 의료기관의 유형과 규모에 근거하여

성급 위생행정부문 혹은 해당 지역의 시급 위생행정부문을 정하여 중외합자, 합작 의료기관 사업자등록 신청을 접수 처리토록 한다.

제16조 중외 합자, 합작 의료기관의 명칭은 반드시 위생부에서 발표한 <의료기관관리조례 실행세부규칙>의 규정에 따라 명명되어져야 한다. 중외 합자, 합작 의료기관의 명칭은 현지 지명, 식별명과 통용명의 순서로 구성된다.

제17조 중외 합자, 합작 의료기관은 분사 기구를 설립하지 못한다.

제 4 장 변경, 연기와 종료

제18조 이미 설립된 중외 합자, 합작 의료기관이 기구의 규모(병상, 치과용 의자의 수량), 진료과목, 합자, 합작 기한 등을 변경하고자 할 때에는 반드시 본 규정의 제3장에서 규정한 심사절차에 따라 원 심사비준기관의 심사비준을 거쳐 원 등록기관에 가서 상용한 변경등록수속 절차를 밟아야 한다. 중외 합자, 합작 의료기관의 계약, 장정의 조항에 관련된 변경은 현지의 대외무역경제합작부문에서 대외무역경제합작부에 올려 비준을 받아야 한다.

제19조 중외 합자, 합작 의료기관의 합자, 합작 기한 20년이 만료될 시점에 특수한 상황으로 인하여 확실히 합자, 합작 기간을 연장할 필요가 있을 때에는 쌍방이 기한 연장을 신청할 수 있다. 단, 만료 90일 전에 연장 신청을 해야하다. 성급 위생행정부문과 대외무역경제합작부문의 심사동의를 거친 후 위생부와 대외무역경제합작부에 올려 심사비준을 받아야 한다. 심사비준기관은 접수한 날로부터 45일(근무일 기준) 내에 비준 혹은 기각의 서면결정을 내려야 한다.

제20조 심사비준을 거쳐 설립된 중외 합자, 합작 의료기관은 심사비준기관이 규정한 기한 내에 관련 등록수속절차를 미쳐야 하며, 기한이 지나도록 등록수속절차를 마치지 못한 경우에는 심사비준기관의 심사를 거쳐 해당 합자, 합작 항목을 취소한다.

제 5 장 (의료)영업

제21조 중외 합자, 합작 의료기관은 독자법인실체로서 손익을 자부담하고 독립적으로 경영하며, 아울러 독립적 신분으로 민사책임을 진다.

제22조 중외 합자, 합작 의료기관은 반드시

〈의료기관 관리조례〉와 〈의료기관관리조례 실행세부규칙〉의 업무실행에 관한 규정을 집행해야 한다.

제23조 중의 합자, 합작 의료기관은 반드시 의료기술준입(准入)규범과 임상진료기술규범을 집행해야 하며, 신기술, 신설비 및 대형의료설비 임상응용에 따른 관련 규정을 준수해야 한다.

제24조 중의 합자, 합작 의료기관에서 의료사고가 발생하면 국가 관련법률, 법규에 따라 처리한다.

제25조 중의 합자, 합작 의료기관에서 외국 국정의 의사, 간호사를 고용하고자 할 때에는 〈중화인민공화국 의사법〉과 〈중화인민공화국 간호사관리법규〉 등 관련 규정을 따라야 한다.

제26조 중대한 재해, 사고, 질병유행 혹은 기타 예측치 못한 상황이 발생했을 때 중의 합자, 합작 의료기관 및 그에 소속된 위생기술인원은 위생 행정부문의 파견에 복종해야 한다.

제27조 중의 합자, 합작 의료기관에서 자신의 의료광고를 내보낼 때에는 〈중화인민공화국광고법〉, 〈의료광고관리법규〉를 따라야 한다.

제28조 중의 합자, 합작 의료기관의 의료비용 가격결정은 국가관련규정에 따라 책정한다.

제29조 중의 합자, 합작 의료기관에 대한 과세정책은 국가관련규정을 따른다.

제6장 감 독

제30조 현급 이상 지방의 각 급 위생행정부문은 본 행정구역내의 중의 합자, 합작 의료기관에 대하여 일상감독관리를 진행한다. 중의 합자, 합작 의료기관의 〈의료기관영업허가증〉은 해마다 한 번씩 검사를 받아야 하며 이 검사는 의료기관영업등록관리기관에서 행한다.

제31조 중의 합자, 합작 의료기관은 반드시 국가에서 외국인투자기업에 대한 관련 규정에 따라 국가 관련부문의 감독을 받아야 한다.

제32조 중의 합자, 합작 의료기관이 국가 관련법률, 법규와 제도를 위반하였을 때 관련 주관부문에서 법에 따라 처리한다. 본 법규를 위반한 중의 합자, 합작 의료기관에 대하여서는 현급 이상의 위생행정부문과 대외무역경제합작부문에서 관련법률, 법규와

제도에 따라 처벌을 가할 수 있다.

제33조 지방위생행정부문과 지방대외무역경제합작부문에서 본 법규의 규정에 어긋나게 중의 합자, 합작 의료기관의 설립과 변경을 마음대로 심사비준 하였을 경우 법에 따라 관련 책임자의 책임을 추궁한다. 中方과 外方이 위생부와 대외무역경제합작부의 비준을 거치지 않고 중의 합자, 합작 의료기관을 설립하여 의료활동을 전개하거나 혹은 계약방식으로 진료항목을 경영할 경우 불법 의료행위로 간주하여 <의료기관관리조례>와 <의료기관관리조례 실행세부규칙> 및 관련 규정에 따라 처벌한다.

제7장 부 칙

제34조 홍콩특별행정구, 마카오 특별행정구, 대만지역의 투자자가 중국대륙에 합자, 합작 의료기관을 투자 설립할 경우 본 법규를 참조하여 집행한다.

제35조 중국 국경 내의 외국인 독자 의료기관 설립 신청에 한하여서는 비준허가를 하지 않는다.

제36조 각 성, 자치구, 직할시 위생, 대외무

역경제합작 행정부문은 본 법규에 근거를 두고 현지 실제상황과 결부시켜 구체적인 규정을 제정할 수 있다.

제37조 본 법규에 대한 해석권한은 위생부와 대외무역경제합작부에 있다.

제38조 본 법규는 2000년 7월 1일부터 실시한다.

1989년 2월 10일에 발포한 위생부의료[89]제3호 문건과 1997년 4월 30일에 발포한 [1997]대외무역경제합작부발 제292호 문건은 동시에 폐지한다.