

[종 설]

상호의료협약에 대한 고찰 -호주와 한국의 상호의료협약 가능성을 중심으로-

이효영¹, 박은옥²‡

¹동서대학교 보건의료계열 보건행정학과, ²제주대학교 간호대학, 간호학과

The Feasibility of Reciprocal Health Care Agreements between South Korea and Australia

Hyo-Young Lee¹, Eun-Ok Park²‡

¹*Department of Health administration, Dongseo University,*

²*College of Nursing, Jeju National University*

<Abstract>

Objectives : This study reviews the feasibility of Reciprocal Health Care Agreements (RHCA) between South Korea and Australia. **Methods** : A literature review was conducted using government reports and media articles. **Results** : In Australia, the Health Insurance Act enables health care agreements with other nations, but Korea has no similar legislation in place. Therefore, Korea must build a broader consensus on the need for RHCA, based on the precedent of Australia's RHCA with 11 nations, as well as on the Korean Pension Act, which has made reciprocal pension agreements with 28 nations through an exceptive clause. The active government involvement of the Ministry of Health and the Department of Foreign Affairs and Trade in Australia, and the Ministry of Health & Welfare and Ministry of Foreign Affairs in Korea, are essential for a successful RHCA process. **Conclusions** : RHCA between Australia and Korea would constitute a significant step forward in strengthening people-to-people links between these two trading partners in the spirit of health diplomacy.

Key Words : Reciprocal Health Care Agreement, Visas, Visitors, Health Service

* 이 논문은 2017년도 정부(교육부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 연구되었음 (NRF-2017S1A2A2031261)

‡ Corresponding author : Eun-Ok Park(eopark@jejunu.ac.kr) College of Nursing, Jeju National University

• Received : Oct 18, 2017 • Revised : Nov 22, 2017 • Accepted : Nov 29, 2017

I. 서론 : 상호의료협약 고찰 배경과 필요성

상호의료협력이란 상호의료협력을 맺은 국가의 국민들이 상대국을 여행하거나 방문했을 때 필수 의료서비스(essential medical treatment)를 국가 간에 제공하는 것을 의미한다[1]. 상호의료협력을 맺은 국가 간에는 상호 나라에 여행 시 또는 체류 시에 추가의 보험에 가입하지 않고 그 나라의 의료체계 내에서 의료서비스를 받을 수 있게 하는 것으로, 상호 교류가 지속적인 경우는 상호의료협약을 통해 두 국가 간의 교류를 강하게 지속시킬 수 있고 방문자의 보호 및 그들의 건강권을 보호할 수 있다. 한국의 경우는 아직까지 다른 어떤 나라와도 상호의료협약을 맺지 않은 상태이지만 호주는 현재 11개 국가와의 상호의료협력을 맺고 있으며, 그 나라들은 뉴질랜드, 영국, 아이슬란드, 스웨덴, 네델란드, 핀란드, 이탈리아, 벨지움, 말타, 슬로베니아, 노르웨이 등이다. 또한 상호 협약을 맺지 않은 나라에서 온 경우라도 호주에 거주하면서 은퇴 후 투자이민 비자(405 investor retirement visa)를 가지고 있거나 또는 1998년 이후에 발급된 투자 이민 비자(410 retirement visa)를 가지고 있는 경우에도 예외적으로 호주의 메디케어 시스템에 가입되어 의료서비스를 받을 수 있다[1].

상호의료협약에 대해 논의하기 이전에 왜 우리나라와 호주 사이의 상호의료협약이 제기되었는가에 대한 배경을 설명할 필요가 있다. 호주는 우리나라와 가장 먼저 워킹홀리데이 협정을 체결한 국가로, 2005년부터 현재까지 높은 최저임금으로 가장 많은 한국 워홀러(Working Holidays Visa)¹⁾들이 참가하고 있다[2]. 현재 한국의 많은 대학생들이 워홀러로 호주를 방문하는 경우가 계속 증가하

여, 그 수는 2005년에 약 만 8천 명 정도를 유지하다가 2009년에 거의 4만 명에 이르렀다. 2017년 현재는 많이 줄어 2만 2천 명 정도로 줄어들었으나, 이 수는 우리나라에서 워홀러로 나가는 전체 학생이 2017년 약 4만 명임을 고려해보면 여전히 그 수는 50%이상을 상회하고 있다[2]. 또한 우리나라를 방문하는 호주 국민도 2014년에 체결된 자유무역협정(Free Trade Agreement)의 영향을 받아 계속적으로 증가하고 있는 실정이다[2]. 양국의 방문자의 규모는 한국이 3배 정도 높은 수치로 그 수치는 아래 <Table 1>과 같다. 또한 호주에 입국하는 한국 국민의 수는 정확히 알 수 없으나, 2014년도 7월-2015년도 6월의 비자 신청 및 승인을 기준³⁾으로 비자를 신청한 수 중 3분의 2정도가 실제 방문을 하는 것으로 알려져 있다[3]. 호주비자를 신청한 사람의 3분의 2인 389,229명이 한 해 동안 호주를 방문하는 것으로 대략적으로 산출할 수 있으며, 이 수는 호주에서 한국 방문하는 사람의 경우보다 약 3배 정도 많은 것으로 나타났다.

앞서 언급한 것처럼 우리나라와 호주 사이의 방문자 수가 증가하고 있어[4][5], 상호의료협약은 양국의 협력 강화와 동시에 방문하는 사람들의 의료서비스의 접근성을 높일 수 있는 매우 좋은 제도가 될 수 있을 것이다. 또한 상호의료협약은 우리나라의 생산 인구가 곧 진입될 인구의 건강을 보호하는 일이 된다. 우리나라에서는 호주로의 워홀러가 가장 많고 이들 중 대부분이 농촌의 농장이나 육가공 공장 등 다소 상해 위험이 있는 직종에 근무하게 된다[6]. 뿐만 아니라 이들은 우리나라로 대부분 1-2년 뒤에 귀국하여[2] 우리나라에서 경제활동에 참여하게 될 인력으로, 호주에서 체류하는 기간 동안 건강권이 제대로 보호되지 못했다면 귀국 후 우리나라 건강보험제도 내에서 해결해야 될

1) 워홀(워킹홀리데이)은 만 18~30세 청년들이 워홀 협정국에 체류하며 관광, 취업, 어학연수 등을 통해 현지 문화와 생활을 경험할 수 있게 한 제도이며, 워홀을 가는 사람들을 일컬어 워홀러라고 부른다.

2) 한국으로 들어오는 출입국 호주 국민의 수에서 승무원의 수는 제외되었다.

3) 호주는 회계 연도는 7월부터 다음해 6월까지 1년을 회계연도로 하고 있다.

수많은 의료 욕구를 가지고 있을 가능성이 높고 이마저도 시기를 놓쳐 해결이 불가능한 경우도 발생할 수 있다. 우리나라와 호주는 인구구조 및 인구의 연령구조, 출산율 저하와 평균 수명의 연장 등의 동일한 사회구조와 현상을 경험하고 있어 효율적인 보건의료서비스를 위한 보편적인 요구를 공유하고 있다고 해도 과언이 아니다[7]. 따라서 효율적인 보건의료서비스의 공급에 대한 전문성과 지혜들을 잘 공유하여 양국 모두 보다 더 발전적

인 보건의료서비스를 만들 수 있을 것으로 판단된다.

호주와 한국의 상호의료협력(Reciprocal healthcare agreement)은 정부, 학계, 비정부 조직 간에 효과적인 보건의료 서비스를 제공할 수 방법을 모색하기 위한 상호 교류를 증진시키고, 인구구조의 변화에 대응하기 위한 보건의료서비스에 있어서의 도전적인 과제를 모색하는데 큰 도움이 될 수 있을 것이다.

<Table 1> The number of Australians entry into Korea and departure from Korea

Australians visiting Korea, by entry and departure			
Entry (n)		Departure (n)	
2012 (year)	Tourists	102,011	2012(year)
	Overseas Koreans	5,317	
	Trade Businessmen	751	
	Other	13,716	
	Sub-total	121, 795	
2013 (year)	Tourists	95,802	2013(year)
	Overseas Koreans	5,661	
	Trade Businessmen	1,470	
	Other	11,173	
	Sub-total	114,106	
2014 (year)	Tourists	108,092	2014(year)
	Overseas Koreans	6,229	
	Trade Businessmen	2,370	
	Other	12,813	
	Sub-total	129,504	
The number of Koreans visiting Australia, by visa category			
Visa Categories		n	
Visitor		185,581	
Tourism visitor		166,592	
Business visitor ETA		18,989	
ETA tourist		164,991	
Business visitor		11,575	
Working holidays		20,661	
Student		13,435	
Work visa(subclass 457)		2,020	
Total		583,844	

Source: 1. : 1. Ministry of Trade, Industry, and Energy (Korean), 2014. 12.31. The number of Australians by stay qualification. 2. Australian immigration and border protection. Visitor visa report. 2015.6. <https://www.border.gov.au/about/reports-publications/research-statistics/statistics/visit-australia>

II. 연구방법

본 연구는 우리나라와 호주의 상호의료협약의 필요성과 가능성을 중심으로 관련 문서들을 고찰한 종설논문이다. 관련문서들은 호주 보건부, 호주 외교부, 호주 외교부의 한호재단, 주 호주 대한민국 영사관 및 대사관의 공식 자료들과 우리나라 외교부의 공식적인 문서 및 보도 자료 등을 중심으로 연구하였다. 상호협약의 배경과 필요성, 관련 근거, 우리나라와 호주의 의료제도의 비교와 현재까지의 호주가 맺은 상호의료협약제도를 보편적 보건의료(Universal Healthcare Coverage)의 관점에서 살펴보았다. 또한 상호협약과 유사한 국가 간 협약의 사례도 함께 확인하였다.

III. 연구결과

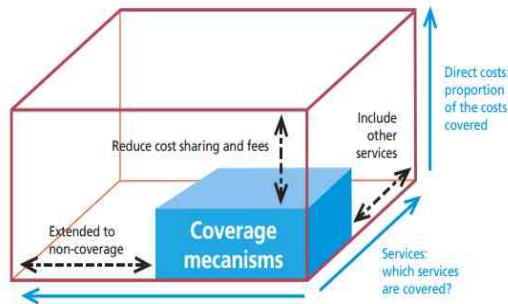
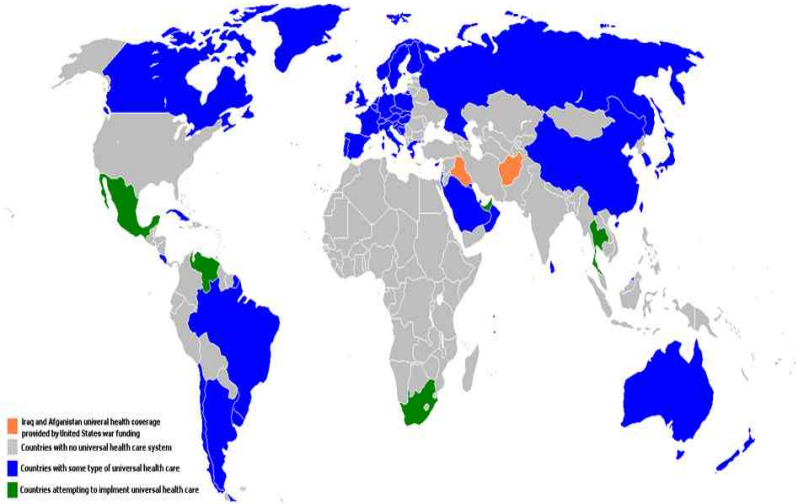
1. 호주의 일반적 현황과 보건의료제도

호주(Commonwealth of Australia)의 인구는 2015년 현재 약 2천 4백만으로 우리나라의 인구의 절반 정도를 나타내고 있으나, 면적은 한반도의 35배 크기이다. 민족구성은 앵글로색슨이 80% 정도를 차지하고, 유럽 및 아시아계가 18%, 원주민로 2%로 구성되어 있다. 종교는 67%가 기독교이고, 종교가 없는 경우도 26% 정도를 차지하고 있으며, 산업구조는 1차 산업(농업, 광업)과 3차 산업(금융, 서비스) 비중이 큰 전형적인 선진국형을 나타내고 있다[8][9]. 또한 보건의료제도에 있어서는 호주의 보건의료체계는 보편적인 의료서비스를 제공하는 국가보건의료서비스(National Health Service; NHS)로, 메디케어(Medicare)라는 전 국민 건강보험제도를 운영하고 있다. 또한 보건의료서비스는 연방정부와 6개의 주정부와 2개의 자치구가 함께 운영한다. 연방정부는 재정을 조달하며 주정부와

자치구는 연방정부의 재정지원을 받아 공공병원, 정신보건서비스와 지역사회보건서비스 등을 제공한다. 민간의원들은 건강보험, 병원 및 진단 지역 사회에서 의료와 치과 등의 의료를 제공하며, 병원 및 진단 분야에도 민간이 참여하고 있다. 공공 및 민간의 이해당사들과 함께 여러 부문에서 연방정부와 주정부 간의 협상에 의하여 보건의료시스템이 운영된다[10].

아래 <Table 2>은 한국과 호주의 보건의료제도를 비교한 것으로 전 국민을 적용대상으로 하며, 보편적 의료 보장을 하는 것은 기본적으로 같은 형태의 제도를 운영하고 있다. 크게 다른 부분은 호주의 경우는 1차 의료를 담당하는 일반의(General practitioner: GP)에 의해 불필요한 의료 자원의 사용을 통제하고 있다는 점이다[11].

호주와 우리나라는 보편적 의료보장을 하고 있는 나라이며, <Figure 1>은 양국이 보편적 의료보장을 하고 있음을 나타내고 있다. 기본적으로 상호의료협약을 할 수 있는 전제조건으로 제시되고 있는 것이 보편적 의료보장과 양국의 활발한 교류, 그리고 양국의 방문자수에 고려이다[10]. 한편, WHO(2013)는 보편적 의료보장(Universal Healthcare Coverage: UHC)을 하는 나라로 분류하려면 3가지 측면이 충족되어야 함을 제시하고 있다[12][13]. 전 국민의 의료보장과 포괄적 의료보장, 그리고 재정적 부담의 최소화 등이다. 따라서 보편적 의료보장의 수준을 평가할 때에는 3개의 요건에 대한 평가를 할 수 있다. 첫째, 누가 보장을 받는가? 둘째 어떤 서비스가 보장되는가? 셋째 어느 정도의 비용을 보장 받는가? 등이 평가되어진다<Figure 1>[13]. 현재 양국은 보편적 의료보장을 하고 있는 나라여서 두 나라의 상호 의료 협약 시 보편적 의료보장의 시각에서 보장의 정도를 얼마만큼 조율할 수 있을 것인가를 논의할 수 있을 것이다.



<Figure 1> World map of universal healthcare coverage (UHC) and a frame of assessing universal healthcare coverage: who, what, how

Source:
<https://www.theatlantic.com/international/archive/2012/06/heres-a-map-of-the-countries-that-provide-universal-health-care-americas-still-not-on-it/259153/>,
 WHO (2013). Arguing for Universal Health Coverage

2. 우리나라와 호주의 상호의료협약 가능성에 대한 선행 연구

Stephanie et al.[7]는 보편적 의료보장의 3가지 틀을 가지고 앞으로 우리나라가 호주와 상호의료

협약을 맺는다면 어떠한 형태로 이루어져야 할지를 연구하였으며, 이 과정은 양국의 주요 정책관련 자들과 주요 시민단체들과의 회의와 인터뷰를 통해 누가, 어떤 서비스를 어느 범위에서 받아야 하는지에 대해 논의하였다<Table 3>.

<Table 2> Comparison of healthcare system between Australia and South Korea

	Australia		South Korea
System	National Health Service (NHS)		National Health Insurance (NHI)
Beneficiary	The whole nation - Citizens of Australia and New Zealand - Permanent visas holders & applicants for permanent visas		The whole nation - Korean citizens - Residents in Korea (foreign registration ID holders, who are employees of Korean companies) are mandatory and others can apply for NHI.
Coverage	Universal coverage: In-patient 75-100%	Out-patient 85-100%	Universal coverage (About 62%)
Finance	Tax, Medicare levy		NHI Fees, Government subsidy
Payments	-Public hospital: Diagnosis related group (DRG) by total amounts of medical services -All forms of hospitals except public hospitals: Fee for service		-General: Fee for service (93%) -Partial: DRG (3%), Flat rate per day (4%)
Delivery system	(General care) In charge of primary health care: general practitioner(GP) (Specialized care) by a referral of GP / through using emergency room services		Without any referrals, everyone accesses medical services, except 43 upper scale general hospitals
Benefits	In-kind benefit		In-kind benefit (98.1%), Cash benefit (1.9%) *Cash benefit: Appliance expenses for the disabled, Pregnancy & childbirth examination expense
Co-payments	-Public hospitals: None -Private hospitals (in-patient): 25% of medical costs+ Gap*, accommodation fee, cost of surgery room use, medication -Out-patient: None by GP/ 25% of medical costs+Gap* by medical specialists		-Inpatient: 20% / outpatient: 30-60% / pharmacy: 30% -Rare or incurable diseases: 5-10% *Gap: When medical costs are higher than government guideline, the difference between two costs is called "Gap." Gap should be charged from patients.

<Table 3> The feasible conditions of Reciprocal Healthcare Agreements (RHCA) between two countries

	Policy makers		Civil society organization	
	Australia	Korea	Australia	Korea
Who	<ul style="list-style-type: none"> •Australians who visit and reside in Korea •Need more scientific evidence: Number of Koreans who go to Australia; numbers and types of visa categories 	<ul style="list-style-type: none"> •Socially disadvantaged groups and young populations •Students with working holiday visas (about 20,000) 	<ul style="list-style-type: none"> •Business persons •Priority: English teachers and students 	<ul style="list-style-type: none"> •People with travel visa and/or working holidays visa •Students with OHCS
What	<ul style="list-style-type: none"> •Accidents related to car or sport, infectious disease treatment •Additional care and medical trip will be excluded 	<ul style="list-style-type: none"> •Accidents and injuries •Basic services that are provided within Medicare, emergency service 	<ul style="list-style-type: none"> •Need some research for health problem •Provide some information for receiving health services •Interpretation service 	<ul style="list-style-type: none"> •GP service, subscription of medication •Interpretation service •Accident support •Admission fees
How	<ul style="list-style-type: none"> •Requires support approval from Ministries of Health and Immigration •Easy access for information and process of RHCA •Communication problem is a challenge; language barrier must be considered 	<ul style="list-style-type: none"> •Must be done in the form of a treaty •Requires approval by Korean Parliament •Limit the hospitals to provide the service •Co-payment 	<ul style="list-style-type: none"> •Co-payment: especially, injuries or inpatient services •Assistance: when fees are excessive 	<ul style="list-style-type: none"> •Limit the hospitals to provide the service •Co-payment •Need active participation by Korean Government

Source: Stephanie Short, Hyo-Young Lee, Mi-Joung Lee, Eun-ok Park (2015-2016). The Feasibility of a Reciprocal Health Care Agreement (RHCA) between Australia and Korea. Australia-Korea Foundation.

기본적으로는 통계적인 근거를 산출하는 것이 우선이라고 지적하며[7], 현재는 양국방문자의 수와 이들의 연령대와 의료 요구량, 그리고 의료서비스 사용에 대한 자료가 없으므로 이 부분에 대한 통계적인 수치를 확인하는 것이 상호의료협약을 위한 가장 우선적인 절차라고 밝히고 있다. 또한 양국의 이익의 조화가 이루어지는 선에서 이루어져야 하며, 비용면제원리(cost-waiver principle)⁴⁾ 하에서 양국의 행정비용이 없는 선에서 이루어져야 한다고 언급하고 있다. 이는 상호의료협약의 기본적인 전제이며, 이 부분에 대한 부담이 많거나 행정적인 절차가 너무 복잡하다면 협약의 가능성은 줄어들 것이라고 지적하고 있다. 또한 서비스 제공 시에도 제공방법에 있어서 많은 고려가 필요하며, 만약 양국의 비용 균형이 맞지 않는다면 일부 본인 부담금을 활용하는 것도 많은 도움이 될 것이라고 하였으나, 형평적인 의료보장이 이루어질 수 없다면 보장수준과 수혜자의 범위를 조정하는 것이 필요하다고 하였다[7].

<Table 3>은 양국의 정책입안자들과 재외국민 단체에서 상호의료협약에서 보장되어야 할 우선순위에 있는 사람들과 보장되어야 하는 서비스, 그리고 어떻게 서비스를 제공할 지에 대해 조사한 결과이다[7]. 한국의 경우는 수혜자의 범위를 거의 동일하게 제시하고 있으며, 취약계층, 학생 등의 젊은 사람을 가장 우선시되어야 한다고 하였으나, 호주는 모든 한국에 거주하는 호주사람을 포함하여 사업을 하는 사람, 학생들과 영어 교사들이 우선순위에 포함되어야 한다고 하였다. 포함되어야 하는 서비스로는 한국의 경우는 사고와 상해, 응급 서비스를 비롯한 기본적 의료서비스, 그리고 입원비 등이 포함되어야 한다고 하였고, 호주의 경우는 통역 서비스를 포함하여 의료관련 정보를 제공하는 일차적 서비스와 사고, 감염성 질환의 치료가

필요하나 의료관광이나 기본적 서비스가 아닌 경우는 제외하여야 한다고 하였다. 또한 여기에는 추가적인 건강문제에 대한 조사가 필요하다고 언급하였다.

의료서비스의 제공 및 보장 범위에 있어서는 호주의 경우에는 기본적으로 정부의 적극적 지지를 통해 협약이 이루어지면 국민들이 상호의료협약을 하고 서비스를 받을 수 있다는 사실을 인지하게 하는 것이 필요하다고 하였다. 또한 언어적 장벽을 해결하는 부분이 필요하며 사고나 입원서비스에 있어서는 본인부담금을 받게 할 수 있으나 너무 과도한 비용 부분은 지원되어야 한다고 하였다. 한국의 경우에는 조약 형태로 한국 의회의 승인이 제일 먼저 이루어져야 하며 서비스를 받을 수 있는 병원은 모든 병원이 아니라 일부 선정되어야 한다고 의견을 제시하고 있다. 또한 방문자의 의료비용이 과도할 경우에는 본인일부부담금을 활용할 수 있을 것이며, 여기에도 정부의 적극적 참여가 요구된다고 보고하고 있다[7].

3. 호주의 상호의료협약 사례의 내용과 범위

현재 호주와 상호의료협약을 맺은 나라들은 노르웨이를 제외하고 대부분 영국 연방 국가(Commonwealth Countries; 영국, 몰타, 뉴질랜드)와 유럽연합국가(Europen Union; 아일랜드, 스웨덴, 네델란드, 핀란드, 이탈리아, 벨기에, 말타 슬로베니아)이다[1]. 노르웨이는 1905년 스페인으로부터 분리·독립한 이후 1905년부터 외교관계를 형성해 오고 있으며, 현재 상호의료협약이 그대로 발효 중에 있다. 이 협약을 통하여 양국을 방문하는 방문자는 필수의료처지, 즉 부상이나 특정 질병으로 귀국 전 치료를 받아야 하는 경우에는 자국민과 동일한 의료서비스를 받으며, 의약품은 여기에 해당되지 않는다. 또한 국가별로 수혜자와 수혜범위, 그리고 방법 등은 상이한 차이를 보이고 있다 <Table 4>[1].

4) 호주는 11개 나라들과 상호의료협약을 맺고 양국 간의 어떤 비용의 지불이 거의 없이 상호 나라에 방문한 사람들의 의료서비스를 협약된 범위 내에서 제공해 주고 있다.

<Table 4> Australia's Reciprocal Health Care Agreements by countries

Country	Year	WHO is covered	WHAT services are covered	WHAT services are NOT covered	HOW costs are reduced
UK	1986	During the whole stay (Ordinary UK residents): Visitors	<ol style="list-style-type: none"> 1) Medical treatment and other services by a doctor 2) In-patient treatment: medicine, nursing care, and accommodation in the public ward of an NHS hospital 3) Outpatient (treatment in an NHS hospital) 4) NHS prescription (small fee could be charged) 5) Ambulance service 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Doctors can request a private consultation fee (when rebate is not available) 2) Non-subsidized medicine from retail pharmacies 3) Dental care 	Subsidize; small fee could be charged.
New Zealand	1986	During the whole stay: Holders of health care / prescription subsidy card	Only in-patient treatment and accommodation at a public hospital during your stay	<ol style="list-style-type: none"> 1) Outpatient care; children's services are charged at a reduced rate 2) Prescription medicine (20 prescriptions in a year, paid) 	Pay fees at a reduced rate
Sweden	1990	During the whole stay	<ol style="list-style-type: none"> 1) Benefits for medical, hospital, and some ancillary services 2) Medical treatment by any doctor or out-patient department of a hospital(private doctors: cost slightly more) 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Small daily fee for hospital in-patient care 2) Prescription medicine (full price) 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Refunded by National Social Insurance Board of Sweden 2) Varying charges ; reduced for children
Nether-lands	1987	Free access up to 12 months (could be extended); passport + Medicare card (from Department of Health)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Third-class accommodation 2) May choose your doctor 3) Cost of medicine 	<ol style="list-style-type: none"> 1) First-class or second-class accommodations (just pay the difference) 	Refundable medicine, ambulance, taxi charges partially
Finland	1998	If born 1956 or later: a small fee charged (free services for children under 15)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Private doctor or dentist 2) Prescription medicine cost 3) Some in-patient treatment/ accommodation fee 4) Outpatient treatment by specialists 5) Dental services for people born before 1956 6) Necessary out-patient service 7) Dental services available in some centers 8) Treatment at any out-patient department of a hospital 9) In-patient, out-patient 	Other services not mentioned	Subsidized, Refunds (a local insurance office; listed in the telephone book)
Belgium	-	-405 and 410 Retirement visa holders during the whole stay -SIS card holders (Belgium citizens) registered to receive Medicare cards. -If more than one year, register; health insurance card www.inami.fgov.be	<ol style="list-style-type: none"> 1) Hospital, medical, pharmaceutical, some allied services, ambulance 2) Inpatient service; but charge for admission, a small daily fee and co-payment 3) Some pharmaceutical medicines 	Other services not mentioned.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pay 25-40% of the cost - partially reimbursed (hospital services) 2) Reimbursement of pharmaceutical medicines 3) 33% subsidy for ambulance service

<Table 4> Australia's Reciprocal Health Care Agreements, by country, year, who is covered, what services are (NOT) covered & how costs are reduced (continued)

Country	Year	WHO is covered	WHAT services are covered	WHAT services are NOT covered	HOW costs are reduced
Italy	1988	Up to 6 months	1) Medical treatment (including specialist services) at public or other authorized hospitals and clinics 2) Immediate dental services at public hospitals	1) Some medicine, diagnostics, and other tests	1) Medical health services: medical treatment of participating hospitals, clinics, and authorized medical centers; go to nearest health center
Malta	1988	Up to 6months from arrival	1) Medical service /nursing care at a health center (in government service) 2) In-patient: operations, medicine, nursing care, accommodation and meals 3) Out-patient: consultations by specialists' in government service 4) Immediate dental care 5) Ambulance (accidents and emergencies)	1) Dental prostheses 2) Appliances	Cost of fillings: When you need medical treatment go to the nearest health center
Norway	-	During the whole stay	1) Medical treatment from a GP or outpatient department 2) Specialist services 3) Hospital in-patient treatment 4) Ambulance service 5) Emergency dental treatment 6) Prescription medicine (cap till \$250 in one year) 7) Children's are free(under 7 years old) 8) Inpatient service	1) NIS registered doctors charge a reduced fee 2) If you had medical treatment from unregistered doctors you will be charged a full fee 3) Specialist medical services if you are not referred by a doctor	Reduced fees ; free services for children under 7years Always inform the doctor that you want to be treated
Republic of Ireland	1987	During the whole stay	Public hospital & medical service Hospital treatments during stay Out patient Emergency	Private medical service Prescription medicine	Available for a small fee; a small fee for first 10 days of your stay, and then free
Slovenia	1998	During the whole stay: Passport+ Medicare card:	1) Essential medical treatment during your stay 2) Benefits for hospital, medical, pharmaceutical, dental, and ambulance services 3) In hospital, health centers, pharmacies, private GP's, dentist, pharmacies 4) Ambulance service -70% pay	1) Medical treatment by GPs, specialists, or dentists who are not contracted to the HIS 2) Pharmaceutical medicines in the negative category	1) Co-payment (depends on medical necessity) 2) Subsidized medical treatment (under HIS): 3) Reimbursement of prescription (depends on category); by HIS-Health Insurance Institute of Slovenia

4. 우리나라 상호 사회보장협정 사례

의료에 있어서의 상호협약을 맺은 것과 유사한 사례를, 사회보장협정에서 살펴볼 수 있다. 협정을 체결한 연도와 세부 내용은 다르지만 2015년 6월

현재 사회보장협정에 28개국⁵⁾이 우리나라와 협정

5) 2015년 6월 현재 사회보장협정에 따라 우리나라와 협정이 체결된 국가는 이란, 캐나다, 영국, 미국, 독일, 네덜란드, 일본, 이탈리아, 우즈베키스탄, 몽골, 헝가리, 프랑스, 호주, 체코, 아일랜드, 벨기에, 폴란드, 불가리아, 슬로바키아, 루마니아, 오스트리아, 덴마크, 인도, 중국, 스페인, 스웨덴, 스위스, 터기이다.

을 맺고 있다[14]. 이 제도는 협정 상대국으로 일정기간동안 파견되거나(파견이 연장되는 경우 포함) 국내에 주로 거주하여 상대국에서 자영 활동을 하는 등 양국에서 동시에 사회 보험료를 납부해야 되는 경우 협정에 의해서 상대국 보험료를 면제 받도록 하는 제도이다. 또한 외국에 체류하면서 외국 연금(사회)보험료를 납부한 경우 외국연금을 청구할 수 있도록 하고 있다. 이 협정에 따라 국가간의 차이는 있지만 28개국 중 호주를 포함한 19개국의 경우 사회보험 납입 기간도 함께 합산이 되며, 우리나라는 호주와 2008년 10월부터 이 협정에 의하여 현재 상호연금 수혜를 받고 있다.

외국연금을 청구 자격요건은 사회보장협정국가에서 일정 기간 동안(예: 미국 18개월) 연금 보험료를 납부하였고, 해당국에서 사회보장번호를 부여 받은 적이 있으며, 외국연금 수급 개시연령에 도달한 경우는 가능하다. 예를 들면 미국에서 연금을 받기 위한 최소기간 10년에 미치지 못하였지만 귀국 후 한국에서 국민연금을 15년 납부하여, 미국의 연금 수령 최소기간을 충족한 경우는 미국과 우리나라 양국에서 연금을 수령할 수 있다. 사회보장협정은 양국의 제도 및 인적교류 현황 등의 자료를 교환하는 사전 정보교환단계, 양국의 실무 대표 간 협상을 진행하는 실무교섭단계, 양국 간 협정서명과 발정발효를 위한 국회 비준동의 등 국내절차를 밟는 협정체결 및 발효단계로 구분된다[15]. 따라서 우리나라는 상호의료협약의 선례는 없지만 사회보장협정과 같이 양국의 국민을 보호하기 위한 협약을 가지고 있어 상호의료협약을 위한 앞으로의 논의는 가능할 것으로 판단된다.

IV. 고찰

호주와의 교류 증가와 워홀러들의 증가, 자유무역협정의 체결 등은 보편적 의료보장을 하고 있는 두 나라의 의료체계에서 사회보장협정의 예처럼

상호의료협약의 가능성도 한번 모색해 볼 수 있게 한다. 하지만 이를 논하기 전에 몇 가지 선결되어야 하는 과제들이 있다.

첫째, 상호의료협약에 대한 이해와 합의가 우선되어야 한다. 그러기 위해서는 단순한 교류와 방문자의 증가뿐만 아니라, 의료 서비스를 제때 받지 못하여 문제가 생긴 사례와 유형들을 상세히 살펴보고 이를 근거로 만드는 과정과 함께 이를 공유하여 상호의료협약의 필요성을 모두 공감할 수 있도록 하여야 한다.

둘째, 양국 방문자의 체류기간과 그들이 가지고 있는 의료서비스에 대한 견해와 실제 요구되는 의료량과 유형 등에 대한 상세한 통계자료들이 확인되어야 한다. 현재 호주 워홀러의 경우 의료 보험에 대한 강제조항이 없어 실제 보험을 들지 않고 워홀에 참여하는 젊은이들이 대부분이고, 실제 가입한다고 하더라도 낮은 보장 범위의 사보험으로 문제가 발생하였을 시 도움이 되지 않는 경우가 많다[2][7].

셋째, 양국은 동일한 보편적 의료보장을 하고 있으나, 일정 부분의 차이점을 가지고 있으므로 이에 대한 고려도 충분히 이루어져야 할 것이다. 현재 우리나라와 호주의 의료서비스에서 가장 큰 차이는 문지기(gate keeper)인 일차보건의 (GP: general practitioner)가 있어서 의료의 과잉 사용을 막을 수 있는 장치를 가지고 있다는 것이 기본적으로 다른 점으로 여러 차이점을 고려하여 상호의료협약의 범위나 내용에 대한 고려 등 향후 추진을 위한 방향 모색하여야 할 것이다.

넷째, 양국의 상호의료협약을 고려할 때는 반드시 양국의 이익이 균형을 이루어야 하며, 과도한 행정 비용이 소모되지 않도록 다양한 측면에 대한 고민이 필요하다. 호주가 처음 상호의료협약을 맺는 과정에서 다양한 고민을 하였으며, 이 논의에서는 가장 우선되는 것은 양국이 보편적 의료보장(Universal healthcare coverage)을 갖추고 있어야

하며, 상호국가에 어떠한 돈의 지불이 없는 형태로 이루어져야 한다는 것이다[16]. 유학생의 경우는 국가가 지원하는 다양한 민간보험으로 다른 외국인 거주자에 비해 의료서비스에 다소 쉽게 접근할 수 있으나, 다른 형태의 거주자의 경우의 경우에는 민간보험을 통해 좀 더 제한된 의료서비스를 받게 되어 있으며, 워홀러로 오는 젊은이들은 경제적인 사정이 넉넉하지 못하여 의료서비스에 접근이 제한되는 부분이 있다[2][17]. 2016년 현재 유학생 보험의 경우는 1년 동안 본인이 내는 보험료는 \$437 (Australian dollars)이며 의약품과 구급차 서비스 이외에는 다 보장이 되고 있으며, 대표적인 보험회사인 Australian Health management, BUPA Australia, Medibank Private, Allianz Global assistance, nib OSHC가 담당하고 있다[17].

다섯째, 서비스 전달 방식, 보장범위, 수혜자 등에 대해서도 고민해 보아야 한다. 상환제 방식일 경우에 과도한 행정 부담을 수반하게 되고, 양국의 이익이 균형을 맞추지 못하는 경우에는 보장범위와 수혜자의 범위, 또는 본인일부부담금을 활용하는 방법 등에 대해 논의해 보아야 한다. 우리나라와 호주의 방문객의 수가 달라[2][4][5], 상호의료협약 시 형평성에 대한 부분도 함께 고려하여야 한다. 예를 들어 일정 금액을 목적적인 의료비로 호주 국민과 동일한 비용을 내고, 호주의 메디케어 시스템에 들어오게 하는 것이며, 방문자 전체를 다 포괄할 수 없다면 취약계층만을 대상으로 메디케어 수혜를 받게 하는 것도 하나의 방법이 될 수 있을 것이다. 우리나라 국민 중 호주를 방문하는 방문자 전원이 혜택을 받을 수 없다면 워홀러와 방문자가 유학생보험으로 저렴한 가격으로 운영되고 있는 것과 유사하게 저렴하게 가입하고 혜택을 받을 수 있는 보험이 운영될 수 있도록 정부 차원의 배려가 필요할 것이다.

여섯째, 이 모든 과정에는 양국의 보건복지부와 외교통상부의 긴밀한 협조와 많은 논의가 이루어

져야 할 것이다. 상호의료협약은 미시적으로는 워홀러를 포함하여 다시 한국으로 돌아오는 자국민의 보호를 통해 건강보험에 과다 부담을 유발하는 문제를 해결하고, 거시적으로는 양국의 비즈니스, 경제 부분, 교육 부분 등의 다양한 교류를 더 촉진시키는 계기가 될 것이며, 이는 또한 양국의 관계를 견고하게 만들어 줄 것이다.

마지막으로 상호협약을 위한 체결 절차는 사회보장협정의 체결 절차를 바탕으로 정부부처와 관련기관 간 실무적 협의가 이루어져야 할 것이다. 이전의 사회보장협정에서는 크게 3가지 단계로 이 절차를 진행하였다[11]. 첫 단계는 사전 정보교환 단계로 양국의 제도 및 인적교류 현황 등의 자료를 교환하는 단계이며, 둘째는 양국의 실무대표 간 협상을 준비하는 단계이며, 셋째는 협정 체결 및 발효단계로 양국 간 협정서명과 협정발효를 위한 국회 비준동의 등 국내 절차를 밟는 과정이다. 협정과 관련해서는 필요시 예비회담을 실시하며, 외교부, 복지부, 국민건강보험공단 등의 대표 등이 참여하는 회의가 필요하다. 또한 실무교섭회담에도 예비회담의 대표들이 다 모여야 하며, 정식서명은 외교부장관과 주재국의 대사가 함께 참석하여야 한다. 이러한 과정들이 원활하게 이루어졌을 경우에 협약이 이루어질 수 있을 것이다.

V. 결론

본 연구는 호주와의 자유무역협정으로 인한 양국의 교류 증가와 다수의 호주 워홀러 등으로 인해 우리나라와 호주 간의 상호의료협약의 필요성과 가능성을 논한 종설으로 양국의 외교부와 보건부의 각종 문서 등의 정부 발간 자료 및 선행연구를 중심으로 그에 대한 가능성을 확인해 본 연구이다.

호주는 건강보험법(the Health Insurance Act) 제정 이후 상호의료협약이 이루어지고 있으나, 한

국의 경우에는 상호의료협약이 현재는 운영되고 있지 않다. 하지만 호주와 2004년 상호 사회보장협정을 체결하였고, 이 협정에는 현재 28개국의 국가가 함께 참여하고 있으며, 이 협정은 상호협약이 연금에 있어서 이루어진 형태로 우리나라의 경우는 전혀 이러한 형태의 협정이 이루어지지 않았다고 할 수는 없다. 우리나라와 호주는 보편적 의료보장이라는 의료체계를 갖추고 있으며, 의료료 바라보는 시각의 유사성과 인구구조의 유사성 등으로 상호의료협약을 위한 기본 전제를 갖추고 있다. 하지만 이러한 상호의료협약 체결을 위해서는 상호의료협약의 필요성에 대한 국민적 합의가 먼저 필요하며, 여기에는 양국 외교부와 보건부의 적극적인 노력과 함께 다양한 노력들이 필요할 것이다. 상호의료협약은 단순히 의료에만 영향을 미칠 것이 아니라 양국의 관계를 더욱더 돈독히 하고 더 다양한 상호 교유의 촉진제가 될 수 있을 것으로 판단된다.

REFERENCES

1. Department of human services in Australian government(2017), <https://www.humanservices.gov.au/individuals/services/medicare/reciprocal-health-care-agreements#group-340>
2. Ministry of Foreign Affairs Working Holiday Info Center(2017), <http://whic.mofa.go.kr/board.do?menuNo=12&page=2&boardConfigNo=41&action=view&boardNo=100002>
3. Embassy of the Republic of Korea to the Commonwealth of Australia(2017), <http://aus-act.mofa.go.kr/korean/as/aus-act/hello/know/index.jsp>
4. Ministry of trade, industry and energy(Korean) (2014), The number of Australian by stay qualification, pp.1-10.
5. Australian immigration and border protection, Visitor visa report(2015), <https://www.border.gov.au/about/reports-publications/research-statistics/statistics/visit-australia>
6. <http://www.yonhapnews.co.kr/bulletin/2016/10/18/0200000000AKR20161018044200093.HTML>.
7. Stephanie Short, H.Y. Lee, M.J. Lee, E.O. Park (2015-2016), The Feasibility of a Reciprocal Health Care Agreement (RHCA) between Australia and Korea, Australia-Korea Foundation, pp.1-100.
8. Embassy of the Republic of Korea to the Commonwealth of Australia(2015). Information of Australia, Unpublished documents in Embassy of the Republic of Korea to the Commonwealth of Australia, pp.1-7.
9. Australian Bureau of Statistics(2015), <http://www.abs.gov.au/websitedbs/D3310114.nsf/home/home?opendocument#from-banner=GT>
10. G. Palmer, S.D. Short (2013), Health Care And Public policy_ An Australian analysis, Palgrave Macmillan, pp.1-150.
11. Ministry of Health and Welfare(2016). Comparison of Healthcare systems in South Korea and Australia, Unpublished documents in Ministry of Health and Welfare, p.1.
12. World map of universal healthcare coverage(UHC)(2016), <https://www.theatlantic.com/international/archive/2012/06/heres-a-map-of-the-countries-that-provide-universal-health-care-america-still-not-on-it/259153/>
13. WHO(2013), Arguing for Universal Health Coverage, pp.1-43.
14. National Pension Service(2015), The reciprocal pension agreements, www.nps.or.kr
15. Ministry of Health and Welfare(2017), The process of reciprocal pension agreements, Unpublished documents in Ministry of Health and Welfare, pp.1-6.

16. B. Simon(1990), Reciprocal health care agreements and Australian health policy, Australian Health Review, Vol.14(4);413-421.
17. Australian Government, Department of Health (2016), Overseas Student Cover, <http://www.health.gov.au/>