

보건의료서비스 산업 발전과 응급의료체계 확충

*Development of Health Care Service and the
Strengthening of Emergency Care*



오 영 호 한국보건사회연구원 연구위원
조 재 국 한국보건사회연구원 선임연구위원
박실비아 한국보건사회연구원 연구위원

현 정부는 보건의료산업의 발전을 위한 의료기관의 자본조달의 다양화를 위해 지난 참여정부 때부터 추진해온 의료채권발행, 병원경영지원회사(MSO), 의료기관 합병과 제주특별자치도와 경제특구에 영리법인 의료기관 허용 등 다양한 방안들을 시행하고자 노력하고 있으며, 또한 일자리 및 고부가가치 창출을 위해 해외환자유치를 위한 구체적인 방안을 모색하고 있다. 이러한 정책을 수립하고자 할 때 보건의료의 고유의 특성상 시장경쟁원리나 효율성과 함께 건강권 확보와 의료의 공공성 측면에서의 접근도 아울러 고려되어야 한다. 즉, 정책도입의 판단기준으로 '어떤 제도가 국민에게 가장 혜택을 줄 수 있는 제도인가?' 또한 '어떤 제도가 국민에게 가장 저렴한 비용으로 적절한 의료서비스를 제공할 수 있는가?'에 우선 중점을 두어야 한다. 결론적으로 시장원리나 효율성제고와 함께 국민의 건강권 확보에도 차질이 없도록 응급의료 등 필수의료서비스 제공 및 의료의 안전망 확보방안 등이 이루어져야 할 것이다.

1. 서론

우리나라는 그동안 의료공급확대와 전국민 의료보험실시 등 다양한 정책을 통해 의료서비스의 양적 성장과 국민의 의료접근성을 확보해 왔다. 또한 의료급여를 비롯한 기초의료의 국가 보장체계를 강화하고 필수 의료서비스 제공체계 구축을 통하여 보건의료의 보편성을 확보하고자 노력하고 있다. 이러한 양적인 확대와 함께 제한된 자원으로 국민의 건강수준향상을 위해서는 보건의료 인력·시설·장비 등 보건의료자원의 적정공급과 이들 자원을 통해 제공되는 의료서비스가 적절히 이용될 수 있도록 재정

및 전달체계를 포함하는 합리적인 보건의료체계의 구축을 위한 정책이 필수적이라 할 수 있다. 따라서 현재 정부에서도 국민의 건강수준 향상이라는 보건의료의 목표를 달성하기 위하여 효율적이고 형평성 있는 그리고 의료서비스 질을 향상시킬 수 있는 보건의료체계 구축을 위한 다양한 노력을 기울이고 있다.

특히 현 정부에서는 보건의료정책의 방향을 보건의료의 선진화와 의료체계의 효율화와 함께 응급의료 등 필수의료제공체계 확립에 초점을 두고 다양한 정책을 수립하고 있다. 그러나 이러한 노력에도 불구하고 현재 우리나라 보건의료분야는 이해집단간의 인식차이로 의료시

장과 관련한 정책방향과 구체적인 내용에 대한 사회적 합의가 이루어지지 않는 등의 이유로 관련된 정책수립이 지연되고 있어 우리나라 보건 의료체계는 급증하는 국민의료비, 건강문제의 만성질환화 그리고 국가간 보건의료 개방과 경쟁의 심화, 보건의료산업의 낙후 등 다양화되고 증가하고 있는 보건의료문제에 적절히 대응하지 못하고 있다는 지적이다.

이러한 점에서 향후 저출산 및 고령화 등 인구구조의 변화, 경제위기로 인한 의료취약계층의 증가와 건강수준의 양극화, 급성질환에서 만성질환으로 질병구조의 변화, 의료시장 개방화와 고부가가치 산업인 바이오 산업 등 보건의료 산업분야의 시장선점을 위한 선진국의 투자 집중 등 대내외적인 보건의료환경의 변화에 따른 향후 보건의료부문의 정책이슈와 대응방안을 모색할 필요가 있다. 따라서 본고에서는 보건의료안전망 측면에서 필수의료서비스이면서 공공성이 강한 응급의료체계확립과 의료서비스 산업 경쟁력 강화방안의 하나로 거론되고 있고 논란이 가중되고 있는 영리의료법인 도입 등과 관련하여 현황과 문제점 그리고 대응방안을 모색해보고자 한다.

2. 해외환자 유치 현황과 정책방안

1) 우리나라 해외환자 유치 현황

우리나라 경제는 서비스산업 중심구조로 전

환 중에 있으며 특히 의료서비스는 대표적인 지식기반 서비스산업으로서 세계의료시장은 40조원 규모로 급팽창하고 있어 최대 규모산업 중의 하나로 발전하고 있다. 또한 동남아시아에서 싱가포르 등의 국가들은 국부증진 차원에서 전략적으로 해외환자 유치를 적극적으로 추진하고 있다.

우리나라의 경우 상당한 분야에 우수한 의료인력과 최고의 의료기술 및 장비를 보유하고 있으며, 특정한 분야(위암, 간암 수술 등)에 있어서는 국제적인 경쟁력을 보유하고 있다. 지난 정부에서부터 해외환자 유치를 통해 국제수지를 흑자로 전환하고 시장 자체 규모를 확대시켜야 한다는 필요성이 대두되어 왔다.

우선 지금까지의 해외환자 유치 관련 주요 경과에 대해 살펴보기로 한다.¹⁾

첫째, 2009년 5월 의료법의 개정으로 외국인 환자 유치 행위가 허용되면서 이에 맞추어 유치 기관 등록제도, 실적보고 의무 등 세부사항이 마련되었고 메디컬콜센터(5개 언어), 의료분쟁 사무국, 사고 예방 매뉴얼 보급 등 우리나라 의료에 대한 신뢰성 확보 노력을 기울이고 있다.

둘째, 같은 시기에 보건복지부 및 재정경제부 등 범부처 차원에서 신성장 동력과제를 선정하면서 추가경정예산을 배정하여 초기 시장형성을 지원하고 민간기관의 투자 촉진을 장려하였다. 즉, 대외 홍보 및 해외네트워크 구축을 위한 우리나라 의료 체험행사(6개국 11회), 로드쇼(6개국 7회) 등을 진행하였으며, 의료브랜드 'Medical Korea - smart care'를 개발하고 대표

1) 최근 보건복지부 내부 자료 참고

홈페이지(www.medicalkorea.or.kr)를 구축하였고, 의료전문 통역사(5개 언어, 61명), 병원국제 마케터(53명) 등 전문인력을 양성하였으며 국제 진료코디네이터 관련 표준프로그램을 개발하였다.

셋째, 국무총리실의 외국인환자 유치지원 태스크 포스, 보건복지부의 유관기관 실무자 회의 운영 등으로 신속하고 효율적인 행정체계를 운영하고 있다. 법무부의 경우 2009년 5월 외국인환자에 대한 메디컬비자제도를 개설하여 2010년 3월 기준으로 총 2,077건(단기 1,910건/장기 167건)의 비자를 발급하였으며, 한국관광공사의 경우 인천공항 및 한국관광공사 내에 “의료관광 원스톱 서비스센터”를 설립하여 운영하고 있다.

그 다음으로 해외환자 유치 실적에 대해 살펴보면 아래와 같다.²⁾

먼저 한국은행에서 발표하는 우리나라의 건강 관련 여행수지³⁾를 살펴보면 2009년의 경우 건강관련 여행수지 적자가 1천3백2십만불로서 전년도의 적자 5천9백2십만불에 비하면 4천6백만불이 감소한 수치이다. 이는 해외환자 유치 허용으로 외국인에 대한 진료수입 증대와 우리 국민의 해외진료 감소에도 일부 효과가 있었던 것으로 추정된다.⁴⁾

해외환자 유치기관의 등록 현황을 살펴보면 2010년 5월말 기준으로 총 1,806개소가 등록되어 있으며 이 중 의료기관 1,660개소(전체 의료기관의 3%)와 유치업체 146개소가 등록되어 있다. 의료기관 중별로는 의원이 895개소(전체 의원의 3.2%)로 가장 많으며, 상급종합병원은 39개소에 불과하나 전체 상급종합병원 중 88.6%(전체 44개)가 참여하고 있는 실정이다.

한편 2009년 외국인환자 유치 실적⁵⁾을 살펴보면 총 실환자수는 60,201명(2009년 목표 5만명, 국내실환자 4천4백만명)으로서 총 실환자 중 입원환자는 3,915명(6.5%)이고 외래환자는 56,286명(93.5%)이다. 국내거주 외국인 중 유치대상에 포함되는 미군은 4,576명(7.6%)이며 실환자 1천명 이상을 치료한 16개 기관에서 63.0%, 종합병원 이상에서 65.1%, 수도권(서울·경기·인천) 지역에서 87.8%를 유치하였다.

결론적으로 2009년 5월 의료법 개정이 외국인환자 유치사업 활성화에 기여한 것으로 분석되었는 바 의료법 개정 전후 비교 시 월평균 외국인 환자 유치실적은 12.4%가 증가한 것으로 나타났다.

국적별로는 미국(32.6%), 일본(30.3%), 중국

2) 최근 보건복지부 내부 자료를 참고하였음. 외국인환자에 포함되는 범위는 국민건강보험 가입자나 피부양자가 아닌 외국인으로서 국내 거주 외국인은 제외하며 국내 거주자의 의미는 외국인 등록이나 거소신고한 경우임. 또한 특수한 외국인으로서 주한 외교관, 외국공관의 직원과 그 가족 등의 경우 외국인등록이 의무사항이 아니므로 국내에 장기체류하더라도 외국인등록을 하지 않으면 유치대상이 될 수 있음. 외국국적의 동포(시민권자)로서 건강보험에 가입되어 있지 않고, 국내거소신고나 외국인등록이 안되어 있는 사람도 해당되고 국내 체류 자격으로 G1(외국인환자전용) 비자를 받은 외국인(외국국적동포 포함)의 경우에는 국내거소신고나 외국인등록을 하더라도 유치대상에 포함됨. 한편 재외국민(영주권자)은 우리나라 '국민' 이므로 의료법 제27조 3항 2호에서 말하는 '외국인' 에 해당할 수 없어 유치대상에 포함되지 않음.

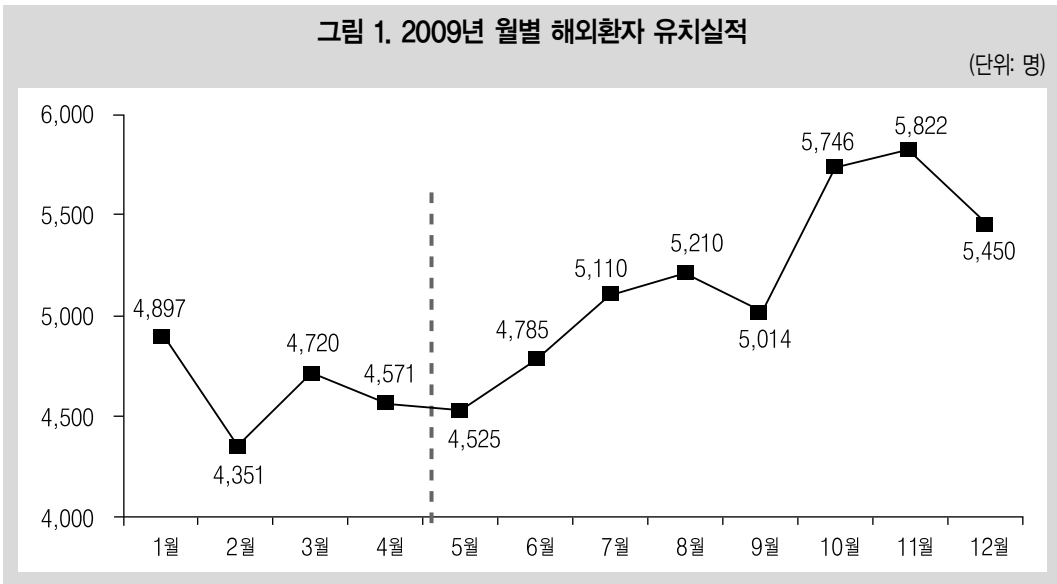
3) 건강 관련 여행수지는 1000불 이상의 환전 또는 카드거래로 파악

4) 우리나라 국민의 해외 진료에는 장기이식(주로 중국)과 원정 출산 등도 큰 비중 차지

5) 의료법 제27조의2제3항 및 의료법시행규칙 제19조의9에 의거 등록기관은 매년 3월말까지 전년도 실적 보고 의무

그림 1. 2009년 월별 해외환자 유치실적

(단위: 명)



(11%), 러시아(4.1%), 캐나다(2.3%), 몽골(2%), 중동(1.4%) 순으로 많았으며, 입원환자 상위국가의 경우 미국(40%), 중국(17.9%), 러시아(9.6%), 몽골(5.3%) 순이었다.

외국인환자의 총 진료수입은 547억원으로서 실환자 1인당 평균 진료비⁶⁾는 94만원이고, 입원환자 평균 진료비는 628만원, 외래환자 평균 진료비는 47만원이었다.⁷⁾

한편 의료기관의 경우 대외신뢰도 제고를 위한 방안의 일환으로서 JCI 인증 의료기관이 2008년에 1개소에서 현재 5개소로 확대(세브란스병원, 고대안암병원, 화순전남대병원, 가천길병원, 강남세브란스) 되었다. 외국인환자에 대한 진료 환경 개선을 위하여 한국국제의료협회 산하 17개 회원 의료기관에서 별도의 외국인진

료소를 운영하고 있으며, 유치기관의 해외마케팅활동도 활발히 이루어지고 있다. 현지사무소를 운영하면서 진료서비스를 제공하는 의료기관으로서는 서울대병원 LA사무소(2008. 11), 인하대병원 중국청도(2008. 12), 가톨릭대 서울성모병원 미국지소(2010. 01), 삼성서울병원 두바이메디컬 센터(2010. 04) 등이 있다. 또한 유치업체인 닥스투어는 블라디보스톡에 지사를 개소하여 운영하고 있고(2009. 09), 현대메디스는 현대그룹사와 연계하여 환자유치사업 및 보험개발 사업을 추진 중에 있다.

최근에 관련 민간협회도 발족하여 운영되고 있는데 한국국제의료협회는 주로 대형병원들이 회원기관이고, 한국 글로벌 헬스케어협회와 전국글로벌의료관광협회에는 다양한 의료기관

6) 진료비 = 본인부담금 + 급여(비급여 제외)

7) 2008년의 경우 우리나라 국민 1인당 연간 진료비는 80만원이고, 국내 입원환자 평균 진료비는 217만원

표 1. 국가별 환자수 및 진료비

	입원	외래	총환자수	총진료비	평균진료비
미국	1,073명	12,903명	13,976명	169억원	120만원
일본	137명	12,860명	12,997명	76억원	60만원
중국	477명	4,248명	4,725명	57억원	120만원
러시아	257명	1,501명	1,758명	37억원	210만원
캐나다	79명	905명	984명	10억원	100만원
몽골	140명	710명	850명	17억원	200만원
중동	27명	587명	614명	7억원	110만원

과 유치기관 등이 참여하고 있다. 발족 초기로서 아직 다양한 활동을 하기에는 시간이 필요한 것으로 보인다.

2) 문제점⁸⁾

첫째, 의료기관 간 해외환자 유치에 대한 개념이 상이하다. 대형병원의 경우 병원 자체적인 유치 홍보에 대해 소극적인 병원이 상당수 있는데, 모 병원의 경우 홍보를 통하여 환자 유치를 하고 수익을 창출하는 자체를 달가와 하지 않고 있다. 즉, 일단 중증 질환 치료부문에서 세계적인 수준에 도달하는 것이 병원의 비전이고 그것이 달성되면 해외환자는 자동적으로 찾아오기 때문이라는 것이다. 이 경우 진료비 자체가 고액으로서 부가가치가 높을 것이다. 반면 대형병원 중에서도 일부 민간병원의 경우와 대부분의 전문병원 및 의원급의 경우 중증질환의 진료보다는 건강검진, 성형, 피부미용, 한방의료 등에 중점을 두어 홍보에 적극적이고 해외환자 유

치에도 적극적이거나 부가가치 측면에서는 다소 낮은 수준이라 할 수 있다.

둘째, 아직도 해외환자 유치와 관련된 인프라 구축이 미흡한 실정이다. 통역사 등 전문인력도 부족하고 이들에 대한 적절한 인건비 수준도 대부분의 의료기관의 입장에서는 높은 것으로 받아들여지고 있다.

셋째, 의료기관에서 환자 실적과 관련하여 보고의 미흡은 물론 기관 자체의 다양한 통계 자료 구축을 위한 노력이 미흡한 실정이다. 개정된 의료법에 따라 전년도 실적을 3월말까지 보고하게 되어 있으나 이와 같은 통계 자료 요청을 업무량 증가 요인 또는 심지어 간섭과 규제에 의해 오해하고 있는 경우도 있으며, 진료수입 보고를 수입의 노출 등으로 판단하여 정확한 보고를 꺼려하는 경우도 있다. 또한 해외환자의 작성 어려움 등이 예상되나 통계자료로서 필요한 사항을 보다 많이 수집할 필요가 있으며 병원별로 등록카드의 기재 내용이 상이한 경우가 있다. 실인원과 연인원의 구분과 초진 및 재진의

8) 최근 관련 협회, 의료기관, 기타 관련 기관 등의 방문을 통하여 정리한 내용에 근거

구분 등이 아직도 미흡한 실정이다.

마지막으로, 큰 문제라고는 할 수 없으나 메디컬 비자제도의 역효과가 나타나고 있다. 대부분의 사회적인 지위가 높은 사람들의 경우(우리나라와 마찬가지로) 진료정보의 공개 등으로 자국에서 진료받는 것을 꺼려하여 의료기술이 허용하는 한도 내에서 우리나라 같은 곳에서 진료를 받고 싶어 하는데 반드시 메디컬 비자를 받아야 한다면 입국하기 어렵게 된다. 이와 같은 잠재적인 고객들은 나름대로 많은 기여를 할 수 있으므로 별도의 고려가 필요하다고 할 수 있다.

3) 정책방향

이미 해외환자 유치와 관련하여 홍보 활동 강화, 관련 인력 양성 등 여러 가지 정책들이 시행되고 있으나 몇 가지 사항에 대해 언급해 보기로 한다.

첫째, 해외환자 유치와 관련하여 병원별 유치 방향 및 방법에 맞는 다양한 정책적 지원방안이 강구되어야 할 것이다. 물론 행정적인 처리 또는 인력의 지원 등에서 한계가 있을 수 있으나 규격화된 정책보다 실질적인 도움이 되는 단·중·장기의 다양한 지원책이 필요하다.

둘째, 해외환자의 국내진료 시장규모 및 성장 수준을 정확히 추정하기 위해서는 적절한 통계 자료의 구축 노력이 필요하다. 그간의 해외환자 유치 실적, 의료기관의 경영개선 효과, 내국민 진료 및 국내 의료전달체계에 미친 영향 등을

분석하여 각종 규제 완화 및 제도 개선에 활용하여야 한다. 또한 이와 같은 자료를 바탕으로 시장 규모 확대를 위한 민·관 차원의 단·중·장기적인 대안을 제시할 수도 있을 것이다.

셋째, 중국, 미국, 러시아, 인도, 싱가포르, 말레이시아, 태국 등 잠재적인 의료수요 창출국가를 비롯하여 경쟁국의 의료진, 환자, 의료관광 에이전트 등이 국내 의료환경에 대하여 어떤 생각과 정보를 가지고 있는지 자료 수집 및 분석이 필요하다. 즉, 외국에서 우리나라의 질병별 또는 의료분야별 기술 수준, 비용, 접근 용이성, 준비 상태, 강점과 약점 등에 대해 어떻게 평가하는지에 대한 정보 수집이 필요하다. 현재 관광공사에서 부분적으로 이와 같은 업무를 수행하고 있으나 보다 정교한 자료 수집이 요구된다.

마지막으로, 중장기적으로 국내에서 진료받은 외국 환자들의 후속적인 진료를 위해서는 현지 의료기관 설립 또는 현지 병원과의 네트워크가 필요하다. 이것이 발전하면 국내 의료기관의 해외 진출과 직결되는 것으로서 민·관의 협력이 요구되는 부분이다.

3. 의료기관 영리법인⁹⁾ 도입과 정책방향

1) 현황 및 문제점

의료산업화는 WTO DDA에 따른 의료시장

9) 최근 영리법인이라는 명칭의 거부감등으로 투자개방형 병원이라는 용어로 대체사용 되는 경우가 많으나 본 고에서는 의료기관 영리법인으로 통일함.

개방, 소득수준 향상으로 인한 고급의료서비스 수요 증가 그리고 의료서비스 산업의 경쟁력 미흡 등의 이유로 등장하였으며, 이러한 문제를 해결하기 위한 정책수단의 하나로 ‘영리법인 의료기관 허용’을 제시하면서 의료서비스 부문에 대한 민간자본의 투자를 촉진하고자 하였다.

현재 의료법에서는 자연인 의료인과 비영리법인만이 의료기관을 개설할 수 있도록 하고 있다. 의료기관 개설자격을 의료전문성을 가진 의료인이나 공적인 성격을 가진 자로 엄격하게 제한함으로써 의료질서를 확립하고, 영리목적으로 의료기관을 개설하는 경우에 발생할지 모르는 국민건강상의 위협을 방지하는 것이 그 입법취지이다. 그러나 현실적으로 의료법의 입법취지와는 달리 대부분의 비영리법인 의료기관이 운영 면에서 이윤을 추구하고 있으며, 영업이윤 등을 법인 대표 등에게 환원시키려는 과정에서 의료체계의 왜곡현상이 발생하고 있다. 더구나 사실상 영리를 추구하는 의료기관 임에도 불구하고, 비영리기관 관련법상 퇴출이 허용되지 않는 데다가 관리수단이 미흡함에 따라 의료법인의 편법적 이윤추구행위가 다수 발생해 시장의 불투명성이 심화되고 있다. 이러한 의료서비스시장의 불투명성은 신뢰를 기반으로 하는 의료서비스산업의 발전에 장애요인으로 작용하고 있다.

한편 우리 의료산업은 각종 규제 아래서 고급 및 첨단 의료서비스 개발에 필요한 자원 마련의 어려움을 겪고 있다. 의료 기술의 급격한 발달, 의료서비스 이용자들의 높은 서비스 요구수준은 의료기관에 지속적이고 대규모적인 장비 및 시설투자를 요구하고 있으나 금융시장은 의료기관 회계의 불투명성, 의료기관에 대한 다양한

법적 규제, 의료시장에 대한 전문성 부족 등으로 인해 의료기관에 대한 장기자금의 제공을 기피하고 있는 실정이다. 따라서 해외환자 유치사업의 활성화, 재정의 지속가능성을 확보하고 수혜자 만족도 제고를 위해 의료서비스 부문의 규제완화 및 민간참여 추진에 대한 목소리가 대두하였다.

2) 영리법인 의료기관 허용과 관련된 논란

(1) 영리의료법인 도입논의 배경 및 과정

우리나라에서 영리법인 의료기관의 허용문제 중의 하나는 대외적으로는 현 WTO 체제하에서 서비스부분이 다자간 협상의제의 하나로 논의되면서 시작하였다. 국내에서는 사회적으로 인구구조의 고령화와 소득양극화에 따른 추가적 지출이 가능한 중산층 이상 인구계층의 증가 및 고급의료서비스에 대한 수요증가, 산업정책적으로는 새로운 산업부분으로 서비스 산업의 경쟁력 강화정책을 중심으로 의료를 산업화하여야 한다는 논의로 발전되었다.

의료산업화론은 이러한 정책목표를 달성하기 위해 영리법인 의료기관의 허용과 민간의료보험의 활성화를 정책수단으로 제시하면서 의료서비스 부문에 대한 민간자본 투자를 촉진하고자 한다. 영리법인 의료기관 설립 허용을 둘러싼 사회적 논란은 지난 2006년 7월 『의료산업선진화위원회』가 영리법인 의료기관이 가지는 긍정적 효과와 부정적 효과가 모두 존재하는 만큼 충분한 시간을 두고 현재 시행중인 경제자유구역과 제주특별자치도에서 외국 영리법인

병원의 운영성과를 평가한 후 검토하기로 대통령에게 보고하면서 논의를 일단락 맺었다.¹⁰⁾ 이후 영리의료법인 설립문제는 공론화의 대상이 되었으나 논의를 발전시키지 못하였고, 이 문제를 둘러싸고 2009년 12월 재경부와 복지부가 공동용역 결과를 발표했으나 의견이 수렴되기는커녕 오히려 갈등만 커져가고 있다. 재경부는 최근 국회 재정위 업무보고에서 교육·의료 등 서비스산업의 경쟁력 강화를 위한 현안을 조속히 해결하겠다고면서 투자개방형 의료법인 도입 방안을 현안으로 명시했다. 이러한 상황에서 2010년 6월 발간된 경제협력개발기구(OECD)의 한국경제보고서에서는 의료부분 선진화 방안으로 투자개방형 의료법인 설립을 허용해야 한다고 하여 힘을 실어 주었다.

(2) 영리법인 의료기관의 정의

현행 의료법은 의료인, 의료법인, 민법 및 특별법에 의한 비영리법인만 의료기관 개설이 가능하다고 명시하고 경제자유구역, 제주자치도에 의료기관 개설특례를 인정하고 있다.

우리나라의 병원은 소유형태에 따라 국공립인 공공병원과 민간병원으로 구별되어지며 민간병원은 개인병원과 법인병원으로 구분된다. 공공병원은 국가에 의한 공공의료기능을 담당할 목적으로 국가나 지방자치단체에 의해 설립, 운영된다. 민간병원은 개인병원과 법인병원으로 구분되어지는데, 전자는 의사면허를 소지한

개인이 설립, 운영하는 병원으로 우리나라 전체 병·의원 중 90% 이상을 차지하고 있다. 개인 병원은 독립적인 권리 의무의 주체로서 법인격을 갖추고 있지는 않지만 세법적용과 취득 이윤의 자유로운 처분 등의 여러 측면에서 어느 정도 영리기관의 속성을 갖는다고 볼 수 있다. 법인병원은 의료법인이나 민간 또는 특별법에 의해 설립된 비영리법인이 세운 비영리병원이다. 현행 의료법상 영리법인 설립은 불가능하다.

영리법인은 영리를 목적으로 하는 사단법인을 말한다. 주로 구성원의 사익을 도모하고 법인의 이익과 과실을 구성원 개인에게 분배하여 경제적 이익을 구성원에게 돌아가게 하는 법인이다. 영리법인은 수익사업을 운영할 뿐 아니라 그 구성원에게 이윤의 배당이나 잔여재산의 분배 등을 결정할 수 있다. 같은 맥락에서 영리법인 의료기관이 설립되는 경우 병원의 목적은 이윤의 극대화와 투자자들의 경제적 이익을 증가시키는 데 초점이 맞춰지게 된다. 더 나아가 이윤의 일부를 투자자들에게 배분할 수 있으며 병원 해산 시 재산처분이 자유롭게 된다. 또한 세법상 일반 영리기관과 같은 법인세의 과세대상이 된다¹¹⁾.

(3) 영리법인의 외국의 사례

미국과 유럽에서는 영리의료법인이 허용되어 있다. 미국은 연방통상위원회의 연방독점금지법 위반 결정으로 주식회사 의료기관 설립을

10) 이용갑, 영리법인 의료기관 허용을 둘러싼 논의, 건강보험포럼, 2006, 가을호.

11) 김정화, 이경원, 권력의 두 얼굴, 경제와 사회, 통권 제82호, 2009년 여름호.

허용하여, 1980년대 이후 영리법인 의료기관이 증가하여 전체 병상의 11%를 영리법인(공공병상 24%, 비영리법인 병상 65%)이 차지하고 있다. 유럽 복지국가의 경우 영리법인 의료기관을 허용하고 있지만 대부분의 의료기관은 공공의료기관이라는 점이다. 특히 조세방식으로 재원 조달을 하는 대부분의 북유럽국가들은 병원의 90% 이상이 공공병원이고, 사회보험방식으로 재원조달을 하는 대부분의 유럽국가들은 병원의 50% 이상이 공공병원이다.¹²⁾ 반면, 일본 및 대만 등 아시아 국가에서는 현실적으로 영리법인 의료기관 설립을 허용하지 않고 있는데, 이러한 배경에는 의료의 공공성 등 보건의료의 고유한 특성을 고려하고 아시아적 가치의 유교 문화권에서는 의, 법, 신학이 서구유럽과 같은 단계를 거치면서 발전하지 못하였기 때문으로 판단된다. 일본의 경우 현행법상 영리법인의 의료기관 경영은 금지되어 있으나 법인 해산시 출자자의 지분은 인정하는 “지분 있는 의료법인”은 허용되고 있었지만 2007년부터 이러한 형태의 병원설립은 더 이상 허용되지 않고 있다.¹³⁾

(4) 영리법인 의료기관의 긍정적 및 부정적 측면

영리법인 의료기관 설립허용의 긍정적인 효과들로는 다음과 같다. 첫째, 영리법인 의료기관의 설립이 가능해진다는 것은 자본시장을 통해 의료산업으로의 자본조달이 가능해 진다는 것을 의미한다. 영리법인의 설립을 통해 주식이

나 채권발행과 같은 제도를 통해 자본조달이 합법화 된다. 따라서 거대자본의 의료시장 참여를 유도할 수 있다. 우리나라의 경우 공공부분에의 투자여력이 미흡하고 비영리의료법에 의한 출연만으로는 의료자본 확보에 어려움이 있다. 영리법인의 도입을 통해 이러한 자본투자의 걸림돌을 제거함으로써 의료산업의 성장을 가능케 한다는 것이다. 현재의 의료법상의 명시와는 달리 비의료인에 의한 의료기관의 설립이나 투자가 가능해지기 때문에 의료시장에서 비의료인에 대한 진입장벽이 제거되고 의료시장에서 경쟁을 자극함으로써 병원산업의 효율성을 도모할 수 있다. 둘째, 다양한 형태의 국내외 법인의 의료시장 진출을 허용하면 의료시장의 활력이 증진되고 경쟁을 통해 질 낮은 의료서비스를 제공하는 병원은 시장에서 도태되어 의료서비스의 전반적인 질적 향상을 가져올 수 있게 될 것이다. 이는 국민들의 선택의 폭이 넓어짐은 물론 의료서비스 공급체계를 시장 순응적으로 전환하여 공급의 비효율성을 줄이고 의료산업에도 활력을 불어 넣어 더 많은 일자리가 창출될 수 있을 것이다. 셋째, 의료시장의 글로벌화가 진행되고 있는 상황에서 의료기관의 대외경쟁력 확보를 위한 준비가 될 수 있다. 추후 의료시장 개방 시 외국 의료기관과 효과적으로 경쟁할 수 있도록 할 뿐만 아니라 비의료분야 투자 유인효과와 해외시장에서의 고급의료 수요의 국내소비로의 대체효과를 발생시킬 수 있을 것이다. 넷째, 영리법인 의료법인의 허용으로 고

12) 감신, 영리법인 의료기관 설립 허용의 문제점, 예방의학회지, 제37권 제2호, 2004, 5.

13) 오영호 외, 외국의 보건의료분야 전문자격사제도 연구와 정책방안, 보건복지부, 한국보건사회연구원, 2009.

급의료를 추구하는 일부 계층에 대한 의료의욕의 욕구를 대체할 수 있는 효과를 기대할 수 있다는 주장이 있다. 즉 부유층에 대한 해외 유명 병원 고급의료 욕구를 만족시켜 줌으로써 의료비 명목의 외화유출을 방지할 수 있다고 한다.

반면 영리법인 의료기관의 문제점을 지적하는 목소리도 만만치 않은 실정이다. 첫째, 경제적 관점에서 병원의 수익률은 그다지 높은 것이 아니기에 영리법인 의료기관이 허용된다 해도 국내자본이 일시에 대거 유입되기 어렵다는 주장이 있다. 영리법인 의료기관이 허용되더라도 영리추구에 제한을 가하는 경우 대규모의 외부 자본의 유입은 기대하기 어려워진다. 결과적으로 일부 지명도를 가진 대형병원을 제외하고는 병원산업에의 자본투자를 기대하기란 쉽지 않다. 둘째, 의료서비스의 질적인 향상의 측면에서도 영리병원의 경영효율화가 비영리병원과 비교하여 경쟁에 따른 병원의 원가절감과 질적 향상으로 이어졌다는 가설이 검증된바 없다는 비판이 제기된다. 특히 의료의 질과 관련하여 영리병원이 비영리병원에 비해 질적으로 우월하다는 사례는 보고되지 않고 있으며, 오히려 영리추구로 인한 효율성의 강조가 의료비 상승과 더불어 의료의 질적 수준을 낮춘다는 결과가 보고되기도 한다. 영리법인 의료기관의 부정적 효과의 핵심은 의료의 공공성에서 찾을 수 있다. 공공성과 관련된 문제는 의료의 접근성, 질, 그리고 비용의 관점에서 평가해 볼 수 있다. 영리법인 의료기관은 그 성격에서 주식회사의 형

태를 띠고 투자자의 이익을 우선적으로 고려해야 하기 때문에 이익의 극대화를 목표로 삼게 될 것이다. 따라서 영리병원은 이윤을 창출하기 위해 비보험분야에 더 많은 관심을 보이고, 이는 추가적 의료행위나 진료의 강도를 불필요하게 높여 의료비의 상승을 가져올 것이다. 아울러 수익성이 떨어지는 필수의료나 사회적 저소득층의 진료를 기피하는 현상을 가져올 수 있다는 우려가 제기된다¹⁴⁾.

3) 정책방향

‘영리법인과 비영리법인 의료기관 중 어떤 형태가 더 좋은가?’라는 질문에 단적으로 답할 수는 없다. 보건의료기관은 그 나라의 보건의료체계와 사회·문화체계에 영향을 받기 때문이다. 영리법인 의료기관의 허용여부와 허용정도는 의료의 특성과 각 국가의 사회·경제·문화 및 종교적인 환경과 추구하는 가치에 따라 다른 모습을 하고 있다. 이 중 의료기관 설립형태에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 보건의료의 특성이다. 보건의료분야는 시장의 실패가 일어나는 대표적인 분야의 하나로 시장경쟁의 원리가 지배하는 시장에 재화나 서비스의 생산, 소비, 분배를 맡길 수 없으며, 효율성(Efficiency)과 형평성(Equity)을 제고하기 위하여 불가피하게 정부는 정치적, 경제적, 법률적 개입을 통해 규제정책과 촉진정책을 실행한다. 또한 의료는 국민의 생존권적 기본권의 하나로 대두되어 국가가 국

14) 전형준, 의료서비스에 대한 영리의료법인과 민간의료보험 도입의 문제점 및 개선방향-해외사례를 중심으로, 산업경제연구 제20권 제호, 2007. 2.

민의 건강을 유지·증진시키는데 책임을 져야 한다는 데에는 이론의 여지가 없으며, 이제는 단순한 의료의 '제도적 보장'의 개념을 넘어 '국민의 건강'을 보장하는 개념까지 진전되었다. 보건의료서비스시장에서 보이지 않은 손이 아니라 정부의 적절한 규제와 관리가 필요한 이유가 바로 여기에 있다. 이러한 특성 때문에 대부분의 국가들은 영리医료를 허용하지 않고 있으며, 허용하더라도 필수의료서비스에 대한 공급체계와 의료 안전망을 구축하고 의료의 보장성과 형평성 등을 보장할 수 있는 체계를 갖춘 이후, 국민의 건강권을 해치지 않는 범위 내에서 허용하고 있다.

우리나라에서도 영리법인 의료기관을 도입하고자 할 때 우선 고려해야 하는 점은 의료 안전망과 의료의 형평성 보장이다. 이런 측면들이

수반된다면 영리법인 의료기관의 도입을 긍정적으로 검토해볼 수 있다. 영리법인 의료기관을 도입하는데 있어 다음 두 가지 방안을 검토할 수 있을 것이다. 첫 번째 방안은 영리법인 의료기관 도입의 주목적 중의 하나인 자본조달을 할 수 있는 방안인 의료채권 발행¹⁵⁾을 허용하거나, 병원경영지원회사(MSO·Management Service Organization)¹⁶⁾ 설립을 허용하는 방안 또는 병원 M&A 허용방안 또는 출자법인을 허용하는 방안이다.¹⁷⁾ 두 번째 방안은 영리법인 의료기관을 허용하는 방안인데, 1단계는 제주특별자치도와 경제자유구역에 내에서 영리법인 의료기관 설립을 허용하여 시범적으로 운영하는 단계이다. 2단계는 경제자유구역과 제주특별자치도에서의 영리병원 운영성과를 평가한 후 전국적인 확대여부를 결정하는 방안이다.¹⁸⁾ ¹⁹⁾ 어떤 방

15) 이 법안은 금융권 대출 외에 다른 자본조달 수단이 없는 비영리법인 의료기관이 신용에 따라 회사채 성격의 의료채권을 순 자산액의 4배까지 발행할 수 있도록 규정하고 있다. 채권발행으로 조달한 자금은 의료기관 개설과 의료장비 및 의료시설 확충, 의료인과 직원의 임금, 의학에 관한 조사연구 등에만 사용할 수 있도록 규정하고 있음.

16) 병원경영지원회사(MSO)는 병원경영, 시설, 의료인력을 대신 관리해주는 회사를 의미함.

17) 의료채권 발행, 병원경영지원회사 허용 그리고 의료법인 M&A허용은 보건복지부가 의료서비스산업의 경쟁력 제고를 위해 의료법 개정 추진 중이지만 시민단체 등에서 '의료민영화'로 보고 반대의견을 표명하고 있는 상황임.

18) ○ '경제자유구역의 지정 및 운영에 관한 특별법' 개정안(이한구 의원 대표 발의)이 지난 3월 국회에 제출되어 관련 상임위원회(보건복지위, 기획재정위 등)에 회부되었으나 아직 상정이 되지 않아 심의를 하지 못하고 있는 실정이며, 외국의료기관과 관련된 개략적인 개정안 내용은 다음과 같음.

- 경제자유구역에 외국의료기관을 개설할 수 있는 법인의 요건 중 외국인투자비율을 100분의 30 이상으로 낮춤.
- 외국의료기관 종사자로 외국의 간호사 및 의료기사 면허소지자를 추가
- 외국의료기관에 대하여 자금을 지원

- 외국인전용 약국에 종사하는 약사는 외국의료기관에서 처방전을 받은 내국인을 대상으로 의약품을 조제하거나 판매 가능

○ 한편 2008년 11월에 제출된 '경제자유구역의 외국의료기관 등 설립·운영에 관한 특별법안(황우여 의원 대표 발의)은 지난 2월 보건복지위원회 법안심사소위 4차 회의에 상정된 이후 계류 중인 상태이며, 주요내용은 다음과 같음.

- 외국의료기관을 개설하려는 자는 사업계획서를 보건복지부장관에게 제출하도록 하고, 보건복지부장관은 사업계획서의 타당성을 검토한 후 지식경제부장관과의 협의와 경제자유구역위원회의 심의·의결을 거쳐 외국의료기관의 개설·운영에 적합한 자인지를 결정하도록 하며, 외국의료기관의 개설·운영에 적합한 자로 통보받은 자는 3년 이내에 외국의 의사·치과의사 면허소지자 종사비율 등의 요건을 갖추어 외국의료기관 개설허가를 받도록 함.

- 외국인전용 약국을 개설하려는 외국인인 약국 개설에 관한 시설기준을 갖추어 보건복지부장관에게 개설등록을 하도록 하고, 외국인전용 약국에 종사하는 약사는 외국의료기관에서 처방전을 받은 내국인을 대상으로 의약품을 조제할 수 있도록 함.

안으로 추진되든 간에 분명히 해야 하는 점은 의료는 하나의 상품이 아니라 인간이 누려야 할 기본권이라는 점이다. 이러한 권리를 보호하기 위해 건강보험 보장성 확대와 함께 필수의료서비스이면서도 민간이 회피하는 서비스 등을 공공부분이 제공할 수 있도록 하기 위한 공공보건의료체계 확충이 필요하며, 또한 공익적 목적 달성을 위해 비영리법인으로 남은 의료기관에 대해 공공보건의료 기능을 확대하도록 유도하기 위한 제도적인 장치를 마련하는 것이 필요할 것이다.

4. 응급의료 현황과 정책방안

1) 현황 및 문제점

응급환자는 언제 어디서든 발생할 가능성이 있으며 국민 누구나 그 당사자가 될 수 있다. 응급환자는 초기의 적절한 대응 여부에 따라 생과사의 갈림길이 달라질 수 있으므로 신속한 서비스가 필수적이며, 제한된 시간 내에 필요한 처치와 서비스가 제공될 수 있도록 질적 수준을

확보하는 것도 매우 중요하다. 또한 국민 누구나 응급상황에 직면 시 시간과 장소, 신분이나 경제력의 차이에 관계없이 응급의료서비스를 받을 수 있도록 보장성이 전적으로 확보되어야 한다.

우리나라는 2003년 응급의료기금 확충(2002년 7억 → 2003년 441억) 이후 응급의료체계의 인프라가 강화되어 질 향상의 토대가 마련되었으나 아직 선진국 수준에 미치지 못하며 응급실의 예방 가능한 사망률이 33%에 이른다.

응급의료는 크게 병원 전단계와 병원단계, 그리고 응급의료 전반을 아우르는 관리체제로 나눌 수 있으며 각각을 중심으로 주요 현황과 문제점을 살펴보겠다.

(1) 병원 전단계

응급환자가 발생한 현장에서 병원까지 이송하는 병원 전단계의 적절한 처치는 응급환자의 생존율을 높일 수 있는 핵심적 단계이다. 그러나 현재 병원 전 이송구급 서비스는 질적으로 낮은 수준에 머물러 있다.

현재 응급환자 이송업체는 합법단체와 불법

-
- 외국의료기관 또는 외국인전용 약국에 종사하려는 외국면허소지자는 보건복지부장관의 허가를 받도록 하고, 종사하고 있는 외국의료기관이나 외국인전용 약국을 변경하려는 경우에도 허가를 받도록 함.
 - 보건복지부장관은 외국의료기관이 수입하는 의약품 등에 대하여 의약품 수입품목 허가기준 등을 완화하거나 면제할 수 있도록 하고, 외국의료기관이나 외국인전용 약국은 수입한 의약품 등을 해당 외국의료기관에서 진료받은 환자나 외국인전용 약국에서 조제를 받는 환자에게만 사용하도록 함.
 - 외국의료기관에서 사용하는 특수의료장비의 설치·운영 기준을 완화 또는 면제할 수 있도록 하며, 외국의료기관은 일정 범위에서 영리를 목적으로 환자를 유치하기 위한 행위를 할 수 있도록 하고, 진단서 및 진료기록부 등을 외국어로 기재할 수 있도록 하는 등 의료 관계 법령의 특례를 규정함.

19) 제주자치도의 영리병원은 주민 투표에서 통과된 제주특별자치도의 영리병원 설립과 관련하여 보건복지부는 건강보험 당면지정제 유지 등 일정 조건하에서 제주특별자치도 투자개방형 의료법인 수용을 발표하였으며(2009. 10. 1), 제주특별자치도 지원위원회를 통하여 제주도에 재화와 용역에 대한 부가가치세 면제, 투자개방형 병원 도입 등을 의결함(2009. 12. 29).

단체가 공존하고 있으며, 어느 국가기관에서도 민간 이송업체의 정확한 실태를 파악하지 못하고 있다. 즉 이송업체의 이송 실적, 법적 기준 준수 여부, 인적 구성, 재정상황 등 모든 부분에서 제대로 관리되지 못하는 실정이다.

병원간 이송 단계에서도 응급환자가 적절한 응급처치를 받지 못하고 전원되거나, 적절한 수준의 병원으로 전원되지 못함으로써 전원 중에 환자의 상태가 악화되거나 적절한 진료를 받지 못하는 경우가 많다. 이송단계에서 적절한 처치를 할 수 있는 인력의 역량은 절대적으로 부족한 수준인데, 119 구급대원 중 법적으로 생명을 좌우하는 응급처치를 할 수 있는 1급 응급구조사의 비율이 16.7%로 매우 낮고, 119 구급대원 중 유자격인력(응급구조사, 간호사)은 56.9%에 불과하다(2004년 기준).²⁰⁾ 119구급대에 의한 응급환자의 이송 건수가 매년 100만명을 넘어서며 증가하는 추세이나 이와같이 의료적 역량이 매우 부족하고, 이송 중 119구급대에 대한 응급 처치 의료 지도율은 2007년 3% 수준에 그쳤다. 이에 보건복지부 지원으로 현재까지 100명의 응급의료 지도의사가 양성되었으나 전국을 담당하기에는 부족한 숫자이다.

한편 신속하고 적절한 이송을 위해 관련 조직의 유기적 협력과 응급의료 정보통신체계의 효과적 운영은 매우 중요하다. 현재 응급환자의 신고와 출동은 주로 119구급대가 하고 응급환자 상담 업무는 1339 응급의료정보센터가 수행하고 있는데, 119구급대는 소방방재청에 소속

되어 있고 1339 응급의료정보센터는 보건복지부에 소속되어 있어 서로간에 유기적인 협조체계가 이루어지지 않고 있으며 두 조직 간의 통신망 연결체계가 취약한 상태이다.²¹⁾

응급환자는 환자의 의학적 상태에 따라 적절한 진료를 받을 수 있는 응급의료기관으로 이송되는 것이 특히 중요하나, 적절한 의료기관으로 이송되는 비율이 매우 낮다. 이는 응급의료기관으로 이송 시 응급의료센터의 선정은 구급대의 판단이나 보호자의 요청에 따라 이루어지고 있으며 응급의료기관으로부터 병상정보의 제공에 관한 협조도 미흡하기 때문이다. 요컨대 병원 전단계의 구급차와 응급의료기관, 통신체계 운영기관(119 및 1339) 간의 정보 교류 및 의사소통이 부진하여 정확하고 신속한 응급의료서비스 제공에 한계가 있다.

(2) 병원 단계

병원 단계의 응급의료 자원 배치의 핵심은 일정 수준 이상의 인프라를 갖춘 응급의료센터가 전국에 고르게 분포하는 것이다. 그런데 우리나라의 응급의료기관은 수적으로는 과다하며 지역적으로는 불균형하게 배치되어 있는 실정이다. 특히 대도시 지역은 공급과잉인 반면 농어촌 지역은 공급부족 현상을 보여 취약지가 상존하고 있다.

양적으로 많은 응급의료기관이 존재함에도 불구하고 중증 응급환자를 24시간 최종 치료할

20) 이신호 외, 응급의료체계구축에 의한 사회적 비용편익분석, 한국보건산업진흥원, 2008.

21) 대한응급의학회, 고객만족형 응급의료체계 구축방안, 2008

수 있는 응급의료기관은 부족하여 선진국에 비해 치료성적이 저조하고 지역별, 요일별 적절한 응급처치 제공률에 큰 차이가 있다. 상당수의 응급의료기관이 적절한 응급처치 능력을 갖추지 못하고 있음에도 불구하고 대부분이 민간기관으로 이에 대한 투자가 미흡하다.

응급의료기관은 응급의료에 관한 법률에 따라 일정 수준 이상의 시설 및 인력, 장비와 같은 구조적 기준에 따라 지정하고 있으나 응급의료기관으로 지정된 후에는 사후관리가 충분히 되지 않고 있다. 2009년 응급의료기관 평가 결과 시설, 인력, 장비 등 필수적인 요건을 제대로 갖추지 못한 기관이 60% 수준으로 매우 많았다. 응급의료기관 간의 질적 수준 차이가 상당히 크에도 불구하고 수가 및 응급의료기금의 차등 지원 규모가 미미하여 응급의료기관이 질을 향상시킬 동기가 부재한 실정이다.

응급의료이 이루어지는 응급실이나 현장, 이송 과정은 과밀화, 시설 낙후, 자원 부족 등 매우 열악한 수준이다. 응급실의 과밀화 문제는 특히 대형병원의 응급실에서 심하게 나타나고 있는데, 암환자나 경증환자의 입원통로로 응급실이 활용되어 중증 응급환자가 오히려 적시에 치료받지 못하는 문제가 발생하고 있다. 그 외 응급실 시설 환경이 낙후되어 개인의 안위와 사생활 보호가 되지 않으며 응급실 체류시간도 매우 길다. 2007년 국민의 응급의료서비스 만족도 조사 결과 응급실 진료에 대한 만족도 수준이 38.8%로²²⁾ 영국 71%에²³⁾ 비해 턱없이 낮았다.

응급 단계에서 응급의료의 주요 인력은 응급의학 전문의, 기타 응급실 당직 의사, 응급실 근무 간호사, 진료지원부서의 24시간 근무인력 등인데 전반적으로 인력이 부족하여 서비스의 질 향상에 근본적인 제한이 있을 수 밖에 없다. 응급의학 전문의는 2009년 7월 현재 736명에 불과하여 24시간 전문의 진료체계 마련에 장애가 존재하고 환자의 응급실 체류시간이 길다.

응급의료의 질 향상을 위하여 수가체계를 이용할 수 있으나, 현재 우리나라의 응급의료 수가는 원가에 미치지 못하는 낮은 수준으로 병원들이 응급실에 인력, 시설, 장비의 투자를 기피하게 하는 요인이 되고 있다.

(3) 응급의료관리체계

공공보건서비스인 응급의료체계를 구축하기 위해서는 응급의료서비스에 대한 질 평가 및 모니터링, 응급의료 관련 지침 개발, 응급의료관련 기관 간 긴밀한 네트워크와 협조체계, 지역 및 국가 차원의 응급의료관리체계가 균형있게 갖추어져야 한다. 그런데 현재 중앙-광역-기초 조직간 정책 수립 및 집행 체계가 체계화되지 못하고 있으며 병원 전단계와 병원 단계의 단절이 심각한 상태이다. 응급의료에 관한 정책 기획 및 집행, 관리 등은 중앙정부에 집중되어 있으며 지자체의 응급의료정책에 대한 기획 및 평가, 개선노력이 미흡한 실정이다. 응급의료에 대한 전문지원부서로 중앙응급의료센터가

22) 중앙응급의료센터. 대국민 응급의료서비스 인지도 및 만족도 조사, 2007.

23) NHS Patient survey. Emergency department, 2008.

2000년부터 신설되어 운영 중이나 기술적 지원 기능으로 한정되어 있고 분절화되어, 효과적인 응급의료 정책 수립 및 집행에 어려움이 있다.

응급의료관리체계를 효과적으로 구축하기 위해서는 구급차 이송시의 기록에서부터 응급실의 진료기록, 통신기록, 응급환자 및 진료기관의 병상기록 등의 모든 응급의료 정보체계의 구축이 요구되나 아직까지 응급환자에 대한 정보는 119 구급체계와 1339 응급의료정보센터로 이원화되어 있어 통합적인 정보체계가 구축되지 못하고 있다.²⁴⁾ 또한 응급의료와 관련한 정보 통신체계도 응급환자진료정보망(NEDIS), 국가응급의료이송정보망(NAIS), 심정지 등록체계, 5대 중증 응급질환 등록체계 등으로 분산 및 중복되어 효율적인 통신체계의 정비가 필요하다.

2) 정책 추진방향

2009년 10월 정부는 「2010~2012년 응급의료 선진화 추진계획」을 발표하였다. 이것은 2008년 12월 응급의료법이 개정되면서 2010~2012년 한시적으로 응급의료기금이 대폭 확충되어(400억원→1,900억원 규모) 3개년의 특별계획을 수립하여 마련된 것이다.

정부는 이 계획을 통하여 최종적으로 응급의료서비스의 질 향상 및 국민의 생명과 건강을 보호하는 것을 목표로 하며, 구체적인 목표는 다음 세 가지로 요약된다. 첫째, 전국 어디서나 30분 이내에 응급의료서비스를 수혜받는 비율을 현재 73%에서 2012년 100%로 높인다. 둘

째, 응급실의 예방 가능한 사망률을 현재 33%에서 2012년 25%로 낮춘다. 셋째, 이송 중 적정 응급처치율을 현재 37%에서 2012년 50%로 높인다.

이상을 목표로 3년간 추진될 응급의료 선진화 추진계획의 주요 내용을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 응급의료의 사각지대를 해소한다. 이를 위해 농어촌 이송 취약지역에 119 구급 지원센터를 신설하고, 낙도 및 오지 지역을 위해 헬기·선박을 이용한 환자 이송체계를 구축한다. 그리고 응급의료기관이 부재한 시군구 43개의 의료기관에 응급의료기관을 지정, 육성하고, 6개 취약 응급진료권에 지역응급의료센터를 확충하여 응급의료기관 취약지를 해소한다.

둘째, 선진국 수준의 응급의료기관을 육성한다. 현재의 응급의료기관 평가를 질 중심으로 개편하고 결과에 따라 지원을 차등화한다. 다음으로 응급실의 과밀화를 해소하여 응급환자 진료의 질을 높이기 위하여 중증환자만 응급센터에 들어가고 경증환자는 응급외래와 관찰병상으로 처리하는 차세대 응급센터 모델을 개발한다. 응급의료의 전반적 질 제고를 위하여 응급의학 전공의 정원을 지속적으로 증원하고 응급실 간호서비스를 강화하기 위하여 가산수가의 적용을 검토한다.

셋째, 핵심 응급질환에 대한 전문응급체계를 구축한다. 전국의 3~5대 권역에 최고수준(level 1)의 외상센터(24시간 즉시 수술이 가능한 센터)를 건립하고, 전국적으로 20~30개 내외의 응급의료센터를 level 2(응급처치후 1시간 이내 수

24) 이신호 외. 응급의료체계구축에 의한 사회적 비용편익분석. 한국보건산업진흥원, 2008.

술이 가능한 센터) 외상 전문응급의료센터로 특화 육성하여 한국형 외상 전문응급의료체계를 구축한다. 권역별 심뇌혈관센터를 정점으로 하여 지역 심뇌혈관센터를 분산 배치하는 국가 심뇌혈관질환 관리체계를 구축한다. 신속한 독극물 응급처치를 위해 정보센터를 설치하고 특수 질환 및 대상에 대한 특화센터를 육성한다.

넷째, 응급환자 이송의 신속성과 전문성을 강화한다. 119구급대 등 응급구조사에 대한 전문 교육을 확대하여 이송 시 응급처치 수준을 향상시키고, 응급환자의 적합 의료기관으로의 이송을 촉진하기 위하여 전국 정보망을 구축한다. 구급차 등 이송장비를 확충하여 양질의 이송서비스를 제공한다. 오지의 응급환자 수송을 위한 소방청, 해경청, 국방부 등 관계부처의 헬기 활용을 개선하기 위하여 신고접수-출동체계를 마련한다.

다섯째, 국민의 응급처치 능력을 향상시킨다. 인구 유동이 많은 공공기관 및 다중공공이용시설 등의 장소에 자동제세동기를 확대 설치한다. 그리고 경찰관, 소방관 등 응급처치의 필요가 있는 직업군에 응급처치 교육을 확대하고 대중매체를 이용하여 대국민 응급처치 교육 및 홍보를 강화한다. 의료급여 및 의료보장 사각지대에 있는 내·외국인에 대해서는 응급의료비용 대불지원을 확대한다.

여섯째, 응급의료 관리체계를 강화한다. 이를 위해 응급의료종합계획을 수립하고 연도별 평가체계를 도입한다. 조직적으로는 보건복지

부 및 중앙응급의료센터 등 중앙의 정책조직을 강화하고, 지자체의 정책기획 강화를 위해 행정안전부 지자체 응급의료사업 합동평가를 도입한다.

5. 결론

현 정부는 보건의료산업의 발전을 위한 의료기관의 자본조달의 다양화를 위해 지난 참여정부 때부터 추진해온 의료채권발행, 병원경영지원회사(MSO), 의료기관 합병과 제주특별자치도와 경제특구에 영리법인 의료기관 허용 등 다양한 방안들을 시행하고자 노력하고 있으며, 또한 일자리 및 고부가가치 창출을 위해 해외환자 유지를 위한 구체적인 방안을 모색하고 있다. 이러한 정책을 수립하고자 할 때 보건의료의 고유의 특성상 시장경쟁원리나 효율성과 함께 건강권 확보와 의료의 공공성 측면에서의 접근도 아울러 고려되어야 한다. 즉, 정책도입의 판단 기준으로 ‘어떤 제도가 국민에게 가장 혜택을 줄 수 있는 제도인가?’ 또한 ‘어떤 제도가 국민에게 가장 저렴한 비용으로 적절한 의료서비스를 제공할 수 있는가?’에 우선 중점을 두어야 한다. 결론적으로 시장원리나 효율성제고와 함께 국민의 건강권 확보에도 차질이 없도록 응급의료 등 필수의료서비스 제공 및 의료의 안전망 확보방안 등이 이루어져야 할 것이다. 보건복지