

한국-GCC 헬스케어산업 협력방안

- 유망협력국으로 선정된 사우디아라비아를 중심으로 -

최윤희·빙현지·유태규·정기택

2014. 5.

차례

제1장 서론	7
1. 연구의 목적 및 필요성	7
2. 연구의 방법 및 구성	10
제2장 헬스케어 협력 수요 분석 및 우선 협력 국가 도출	13
1. GCC 헬스케어산업의 현황 및 특징	13
(1) 헬스케어산업의 지속적인 성장 추세	13
(2) 헬스케어산업의 높은 대외 의존도	16
(3) 정부 주도의 시장 형성과 재정 부담 확대	18
2. GCC 헬스케어산업 정책의 흐름	21
3. 한국 헬스케어산업의 경쟁력	25
4. 우선 협력 분야 및 국가 도출	31
(1) 우선 협력 분야	31
(2) 우선 협력 국가	33
제3장 유망협력국의 헬스케어산업: 사우디아라비아	38
1. 사우디아라비아 헬스케어산업의 특징	38
2. 사우디아라비아 헬스케어산업 구조	40
(1) 헬스케어서비스 전달체계	40
(2) 사우디아라비아 헬스케어 인프라 현황	44
(3) 사우디아라비아 헬스케어 정책 흐름	50
(4) 사우디아라비아 헬스케어 인력 현황	54

제4장 협력국의 수요에 기초한 새로운 협력 모델	68
1. 기존 한국-GCC 헬스케어산업 협력 사례 및 시사점	68
(1) 한국-GCC 헬스케어산업 협력 사례	68
(2) 기존 협력 사례를 바탕으로 한 진출 전략	76
2. IT·인력 융합 헬스케어 협력 모델의 필요성	79
3. IT·인력 융합 헬스케어 협력의 사우디아라비아에의 적용	82
(1) 1단계: 교류 지원 및 간접 투자	83
(2) 2단계: IT·인력 융합 헬스케어 인프라 구축	88
(3) 3단계: IT·인력 융합 헬스케어 협력 모델 완성	93
 참고문헌	 97

표 차례

〈표 2-1〉 GCC 국가의 헬스케어 인력 중 외국인 비중(2007)	17
〈표 2-2〉 GCC 국가 내 입찰 중인 헬스케어 프로젝트(2013년 10월 기준)	23
〈표 2-3〉 주요암 5년 생존율 비교	28
〈표 2-4〉 국가별 종합건강검진 항목 및 가격 비교	28
〈표 2-5〉 아시아 지역 국가의 정보통신기술 순위	30
〈표 2-6〉 GCC 헬스케어산업의 특징 및 경향	31
〈표 2-7〉 GCC와의 협력을 위한 한국 헬스케어산업의 SWOT 분석	32
〈표 2-8〉 GCC 국가의 헬스케어 시장 성장 가능성	34
〈표 2-9〉 한국과의 협력 가능성	35
〈표 3-1〉 정부의 보건·의료 지출 금액	39
〈표 3-2〉 사우디아라비아 의료서비스 전달체계	43
〈표 3-3〉 사우디아라비아 병원 및 병상 수	45
〈표 3-4〉 신규 건설 예정 병원	49
〈표 3-5〉 사우디아라비아 병원 의료시스템 현황	53
〈표 3-6〉 전자의료 비전목표(e-Health Vision Target State) 단계별 프로세스 ..	53
〈표 3-7〉 직종별 평균 월급(2012)	57
〈표 3-8〉 니타카트제도에 따른 기업규모별 등급	59
〈표 3-9〉 니타카트 등급별 제재 및 인센티브	59
〈표 3-10〉 사우디아라비아 의료인력의 국적별, 전공별 분류(2012)	62
〈표 3-11〉 보건의료인력 계획	64
〈표 3-12〉 보건의료 교육기관 확대 계획	65
〈표 3-13〉 직종별 사우디아라비아 평균 임금(2013)	66
〈표 4-1〉 한-사우디아라비아 보건의료분야 협력 현황	72

그림 차례

〈그림 2-1〉 1인당 평균 의료 지출 금액	14
〈그림 2-2〉 GCC 국가의 인구 증가율 전망	15
〈그림 2-3〉 20세 이상 인구 중 비만 인구 비율(2008)	16
〈그림 2-4〉 GCC 국가의 정부 운영 병원 및 민간병원 비중	19
〈그림 2-5〉 재원에 따른 GCC 국가의 헬스케어 지출(2011)	20
〈그림 2-6〉 현재 진행 중인 헬스케어 프로젝트(2013년 10월 기준)	23
〈그림 2-7〉 한국 의료산업화 경쟁력 비교	26
〈그림 2-8〉 헬스케어 분야 유망 협력 대상국 선정	36
〈그림 3-1〉 의료기관 이용 변화 추이	42
〈그림 3-2〉 의료기관별 증가율	46
〈그림 3-3〉 행정구역별 PHC 분포 및 인구 분포(2012)	46
〈그림 3-4〉 사우디아라비아 공공 및 민간 병원 분포도(2012)	47
〈그림 3-5〉 사우디아라비아 헬스케어 분야의 신정책 흐름	51
〈그림 3-6〉 사우디아라비아 실업률(2003~2012)	55
〈그림 3-7〉 직종별 사우디아라비아 의료인력 비율(2012)	60
〈그림 3-8〉 의료인력의 학력 수준별 국적 비율(2012)	61
〈그림 4-1〉 IT·인력 융합 헬스케어 협력 모델 수출의 단계별 추진 방안	83

제1장

서론

1. 연구의 목적 및 필요성

□ 연구의 목적과 범위

- 본 연구는 중동 걸프만협력위원회(Gulf Cooperation Council)에 참여하고 있는 6개 아랍 산유국의 헬스케어산업 현황을 분석하고, 분석 결과를 바탕으로 한국과 이들 국가 간의 산업협력 전략을 모색하고자 함.
- 연구의 지역적 범위는 걸프만협력위원회(Gulf Cooperation Council, 이하 GCC) 참여 6개 국가를 대상으로 함.
 - GCC는 1981년 6개 산유국(사우디아라비아, 아랍에미리트연합(United Arab Emirates, 이하 UAE), 쿠웨이트, 카타르, 오만, 바레인)이 결성한 역내 협력기구
 - GCC 6개 국가는 아랍어를 사용하고 이슬람교를 국교로 채택하고

있으며, 세습왕정 체제를 채택하고 있다는 공통점을 지님.

- 6개 국가 대부분 풍부한 석유자원을 기반으로 높은 소득을 누리고 있으며, 2012년 말 기준 전 세계 원유 매장량의 약 40%가 GCC 국가에 부존

○ 헬스케어산업은 의료서비스, 의료기기, 의약품과 함께 건강관리 서비스까지 포함하는 헬스케어산업 생태계 전체를 포괄하는 의미

- 헬스케어산업 생태계에는 의료 분야 기업뿐 아니라 병원, 대학, 연구소, 관광회사 등 다양한 이해당사자가 참여하고 있어 연구의 범위를 한정할 필요

○ 따라서 본 연구는 헬스케어산업의 범위를 의료서비스 및 관련 인프라로 한정

- 이는 한국이 강점을 가지고 있는 분야이자 GCC 국가에서 수요가 늘어나고 있는 분야라는 판단에 따른 것

□ 연구의 필요성

○ GCC 지역은 인구 증가, 가처분 소득 상승으로 인한 중산층 확대 등으로 한국 경제의 지속적 성장을 위한 협력 파트너로서의 중요성이 커지고 있음.

- GCC 국가의 경제 규모는 2000년대 이후 지속된 유가 상승에 힘입어 급속히 확대되어 2010년에 6개국의 GDP 규모가 1조 달러를 넘어서면서 한국을 추월

○ 기존의 대GCC 산업협력은 에너지 자원 확보와 플랜트 건설 수주

에 집중해 왔으나, 최근 이들 국가가 헬스케어산업 육성에 주력하고 있어 우리나라는 이 분야의 협력 방안을 적극적으로 도출 및 제안할 필요

- 한국의 대중동 수출 및 산업협력은 일부 품목에 지나치게 편중되어 있으며 중국, 터키, 인도의 저가품 공세에 위협을 받고 있는 상황
- 2013년 기준 주요 수출품목이 차지하는 비중은 수송기계(39.1%), 철강제품(7.9%), 석유화학제품(6.5%) 등으로 일부 소수 품목에 편중, 산업협력 분야도 건설, 플랜트, 에너지 등 전통적 협력 분야에 치중
- 헬스케어산업은 글로벌 저성장·고령화시대에 새로운 신성장동력 산업이며, GCC 지역은 급속한 인구 증가와 더불어 헬스케어 시장이 빠르게 성장하는 추세
- Alpen Capital¹⁾ 추산 자료에 의하면 GCC 헬스케어 시장은 2004년부터 연평균 18.8%씩 성장했으며, 2010~2015년 동안은 연평균 11.4%씩 성장해 2015년에는 시장 규모가 256억 달러에 달할 것으로 전망
- GCC 국가의 1인당 평균 의료 지출액은 2007~2011년 5개년 동안 연평균 5.9%씩 성장하여 2011년 기준 1,168달러이며, 이는 전세계 평균 수준으로 미국, 유럽, OECD 국가 평균 수준까지 성장할 잠재력을 보유하고 있음.

1) Alpen Capital(2012), "GCC Healthcare Industry Report", p.19.

□ 기존 연구와의 차별성

- 기존 중동 헬스케어산업 연구 사례들을 취합하고, 분석하여 GCC 지역에 보다 적합한 단계적 협력 모델을 제안함.
 - GCC 헬스케어산업 분석을 통해 협력에 대한 수요 우선 순위를 도출하고, 시장 전망 및 한국과의 협력 정도를 바탕으로 우선 협력 국가를 지정하고 단계적 협력 모델을 제안

2. 연구의 방법 및 구성

□ 연구의 방법

- 본 연구는 문헌 조사 및 통계 자료 연구를 통해 GCC 헬스케어산업에 대한 분석을 시도
- GCC 국가 중 시장 성장 가능성과 한국과의 협력 수요가 높은 국가를 우선적으로 진출하기 위한 유망협력국으로 선정
 - 통계 자료 분석을 토대로 GCC 국가들에 대한 매트리스 분석법을 적용해 유망협력국을 도출
- 유망협력국인 사우디아라비아의 헬스케어산업에 대한 분석을 위해 문헌 및 통계 자료를 활용
- 기존의 IT 병원 수출 모델을 사우디아라비아 및 GCC 국가에 보다 적합한 형태로 수정·보완해 IT·인력 융합 수출 모델을 도출

□ 연구의 구성

- 1장 서론에서는 연구의 목적과 범위, 방법 및 구성을 제시
- 2장에서는 GCC 헬스케어 협력 수요를 분석하고 우선 협력 국가를 도출
 - GCC 헬스케어산업의 특징 및 경향, 산업 정책 흐름에 대한 분석을 통해 이들 국가의 헬스케어산업 트렌드를 알아보고, 협력 수요를 발굴
 - 한국 헬스케어산업의 경쟁력 진단을 통해 GCC 국가의 헬스케어 수요와 한국이 강점을 가진 분야를 매칭해 우선 협력 분야를 도출
 - 마지막으로 유형화를 통해 한국과의 헬스케어산업 협력에서 잠재적 성공 가능성이 높은 우선 협력 국가를 선정
- 3장에서는 최우선 유망협력국으로 선정된 사우디아라비아 헬스케어산업을 분석
 - 사우디아라비아 헬스케어 시장 분석을 통해 협력 모델 적용을 위한 분석 근거를 제공
 - 사우디아라비아 헬스케어 인프라, 헬스케어서비스 전달체계, 정책, 인력 분석 등을 통해 산업 트렌드와 산업 구조에 대한 이해도를 제고
- 4장에서는 협력국의 수요에 기초한 새로운 협력 모델을 제시
 - 기존 한국-GCC 헬스케어산업 협력 사례 분석 및 시사점 제시를 통해 새로운 모델이 나아가야 할 방향을 살펴봄.

- 협력국의 수요 및 한국의 강점을 연계하여 IT 및 인력 융합 헬스케어 수출 모델을 제시

제2장

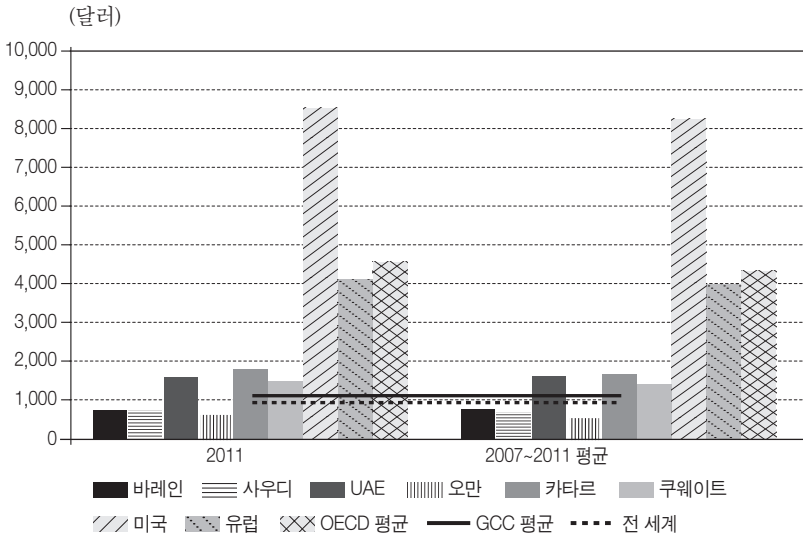
GCC 헬스케어 협력 수요 분석 및 우선 협력 국가 도출

1. GCC 헬스케어산업의 현황 및 특징

(1) 헬스케어산업의 지속적인 성장 추세

- Alpen Capital 추산 자료에 의하면 헬스케어산업은 2004년부터 연평균 18.8%씩 성장하였으며, 2010~2015년 동안 연평균 11.4%씩 성장해 시장 규모가 256억 달러에 달할 것으로 전망
- GCC 국가의 1인당 평균 의료 지출액은 2007~2011년 5개년 동안 연평균 5.9%씩 성장하여 2011년 기준 1,168달러로 전 세계 평균과 비슷한 수준이며, 미국, 유럽, OECD 국가 평균 수준까지 성장할 것으로 예상
- GCC 국가는 인구 증가율 및 청장년층 인구 비율이 높아 고령화 속도가 매우 빠르며, 이로 인해 헬스케어서비스에 대한 수요 역시 지

〈그림 2-1〉 1인당 평균 의료 지출 금액



자료 : World Bank 통계자료 활용.

속적으로 증가할 것으로 보임.

- UN자료에 의하면 GCC 국가의 2010~2015년 연평균 인구 증가율은 2.4%(전 세계 평균은 1.1%)

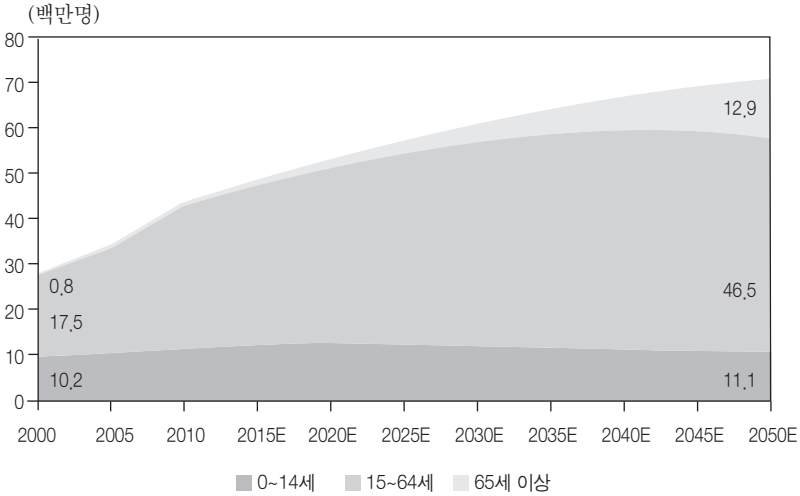
- GCC 고령 인구 비중은 2020년부터 서서히 높아져 2050년경에는 약 13%에 이를 것으로 예상

○ 1인당 가처분 소득 수준이 높아지고 생활 수준 역시 향상됨에 따라 헬스케어서비스에 대한 수요도 지속적으로 증가하고 있음.

- IMF는 2010~2014년 GCC 국가의 평균 GDP 성장률이 5.4%에 이를 것으로 추정

○ 중동 지역 특유의 건강하지 못한 생활습관으로 인해 비만율이 매

〈그림 2-2〉 GCC 국가의 인구 증가율 전망



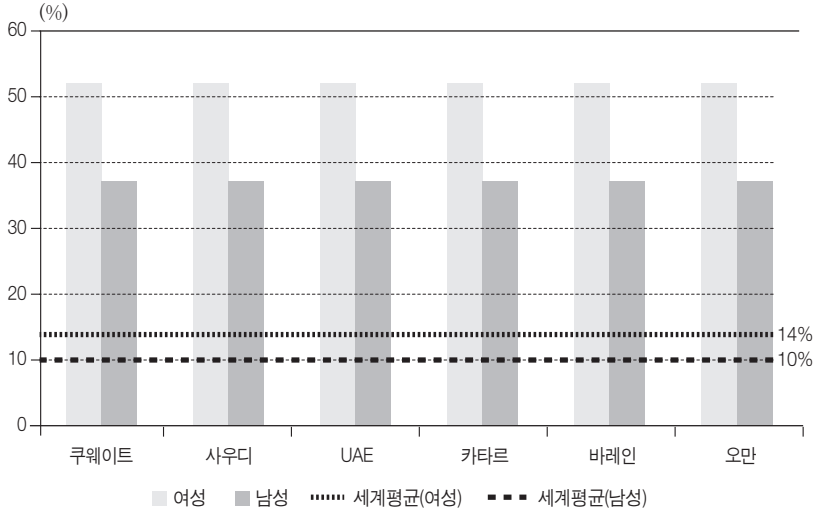
자료 : UN 통계자료 활용.

우 높고 성인병 인구 비중이 매우 높은 상황

- 25도에 이르는 높은 연중 평균기온(여름 기간 동안 30~50도)과 저렴한 연료비 덕분에 차량으로 이동하는 경우가 많으며, 이는 운동량 부족을 유발
- 패스트푸드 소비 증가 등 건강하지 못한 식습관 역시 비만을 확대
- 최근 연구 결과에 따르면 흡연보다 비만이 헬스케어시스템에 더욱 많은 비용을 부가하며, 비만 환자의 경우 평균적으로 2~3배 더 많은 의료비를 소모하는 경향을 보임.²⁾

2) Informa Exhibitions(2012), "Healthcare in the GCC", *Hospital Build & Infrastructure Magazine*, Issue 3.

〈그림 2-3〉 20세 이상 인구 중 비만 인구 비율(2008)



자료 : WHO 통계자료 활용.

- 성인병 인구 비율이 가장 높은 5개 국가 중 4개 국가가 GCC 국가³⁾

(2) 헬스케어산업의 높은 대외 의존도

○ GCC 국가 대부분에 숙련 의료인력이 부족한 상황

- GCC 국가의 인구 10,000명당 의료인력은 20명으로 의료인력을 영국, 미국 수준(10,000명당 27명)으로 확보하기 위해서는 18만

3) AME Info, "Middle East Moves Towards new Era in Challenge of Managing Cardiovascular Diseases", 2007.11.26. 13:37, <http://www.ameinfo.com/blog/environment-recycling-&-waste-management/pfizer/middle-east-moves-towards-new-era-in-challenge-of-managing-cardio-vascular-diseases/>

명의 추가 인력이 필요(2012년 기준)

- 치과 진료 인력은 인구 10,000명당 3.5명, 간호사는 인구 10,000명당 28.4명에 불과해 미국의 79%, 71% 수준에 불과(2012년 기준)

○ 의료 장비, 의약품 등을 대부분 수입에 의존하고 있으며, 의료인력 역시 많은 부분을 타 국민으로 충당

- Global Policy Advisory Council의 통계 자료에 의하면 2001~2002년 GCC 의료인력 중 의사의 경우 75%, 간호 인력의 경우 79%가 외국인⁴⁾

- 과거와 비교해 자국민 비율이 높아지고는 있으나 여전히 낮은 편

- Alpen Capital 자료에 의하면 외국 의료인력의 비중은 국가마다 조금씩 다르나 40~80%를 차지⁵⁾

〈표 2-1〉 GCC 국가의 헬스케어 인력 중 외국인 비중(2007)

단위 : %			
	의사	간호사	약사
바레인	20	48	2
UAE	80	92	46
카타르	74		
사우디	80	56	28
오만	73	41	51

자료 : Frost and Sullivan 시장 정보 활용.

4) Morshed, M., Hediger, V., Lambert, T., *Gulf Cooperation Council Healthcare: Challenges and Opportunities*, McKinsey & Co. Report, <http://www.weforum.org/pdf/Global-Competitiveness-Reports/Reports/Chapters/2-1.pdf>.

5) Alpen Capital(2011), "GCC Healthcare Industry", p.79.

- Al-Masah Capital에서 발간한 보고서⁶⁾에 의하면 이는 GCC 지역 대부분의 학생들이 공학이나 과학보다는 인문학을 전공하기 때문에 나타나는 현상
- 의료인력뿐 아니라 서비스도 부족해 각국 정부는 부족한 의료서비스를 수입으로 충당
 - UAE의 경우, 자국 환자 해외 송출에 2009년 20억 달러를 지출

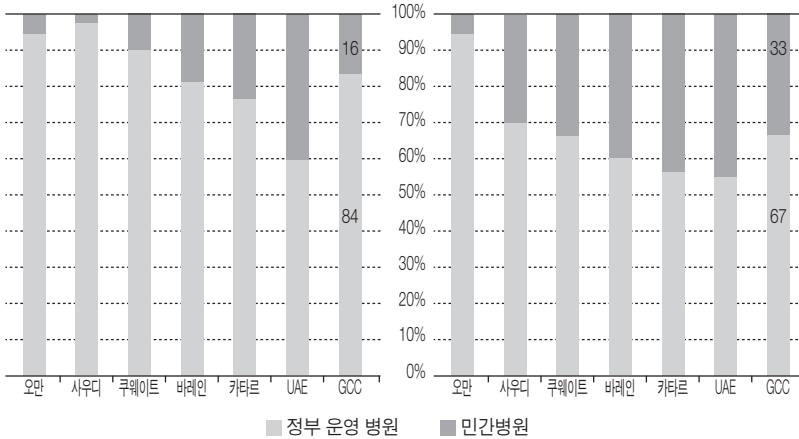
(3) 정부 주도의 시장 형성과 재정 부담 확대

□ 정부 주도의 시장 형성과 외국 자본 투자 현황

- GCC 국가에서는 민영병원이 설립된 역사가 길지 않으며, 사우디나 오만 같은 몇몇 국가의 경우 국영병원은 무료 의료서비스를 제공하기 때문에 민간 부문 성장이 더딘 상황
 - 정부 운영 병원에서 진료를 받을 경우 진료비 중 상당 금액을 정부에서 보조해주기 때문에 외국인 근로자들의 경우 공공 의료서비스를 보다 선호하는 경향
 - 걸프 지역 민영병원들은 특정 질환 전문 병원의 형태로 고급화된 서비스를 제공하는 것으로 국영병원들과 차별화를 시도
- 일부 국가의 경우 외국 자본이 의료시설에 투자하는 것을 제한하고 있어 민간 의료산업의 발전을 저해

6) Al-Masah Capital(2011), *MENA: The Great Job Rush*, p.18 참조.

〈그림 2-4〉 GCC 국가의 정부 운영 병원 및 민간병원 비중



자료 : Frost and Sullivans 시장 정보 활용.

주 : 왼쪽 그래프는 병원 수 기준, 오른쪽 그래프는 침상 수 기준.

- UAE는 규제를 풀어 외국 자본이 의료서비스를 제공하는 경우 한해 의료시설 투자가 가능함.

- 아부다비 Johns Hopkins Medicine, Cleveland Clinic은 외국 자본 의료시설 투자 사례

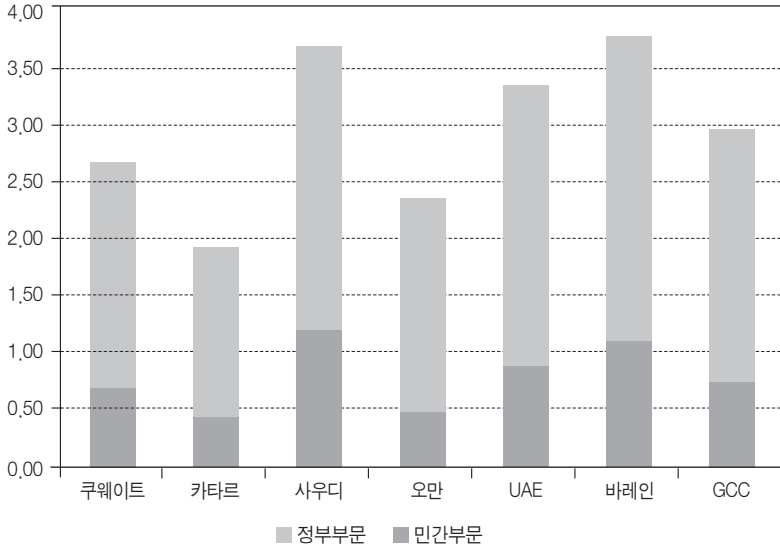
□ 헬스케어에 대한 정부 지원 비중이 높아 정부 재정 부담 확대

- GCC 지역 헬스케어 지출액 중 정부가 차지하는 비중은 2011년 기준 약 75%

- 각 국가마다 정도의 차이는 있으나 의료서비스의 정부 부담 비중이 여타 지역보다 높은 편

- 미국은 전체 헬스케어 지출액 중 정부가 차지하는 비중이 48%에 불과

〈그림 2-5〉 재원에 따른 GCC 국가의 헬스케어 지출(2011)



자료 : World Bank 통계자료 활용.

주 : 막대 그래프의 높이는 GDP에서 헬스케어 지출액이 차지하는 비중을 의미.

○ GCC 정부 재정에서 헬스케어 부문의 지출이 차지하는 비중은 평균 7~8%에 달함(1995~2011).

- 2012년 사우디아라비아 정부 재정에서 헬스케어 부문의 지출이 차지하는 비중은 8.9%로 이는 국방, 인적자원 개발, 정부 지출 다음으로 큰 비중을 차지함.

- 국민들의 복지에 초점을 둔 민심 안정용 정책들이 아랍의 봄⁷⁾이

7) 아랍의 봄(아랍어: الثورة العربية, 영어: Arab Spring)은 2010년 12월 이래 중동과 북아프리카에서 일어난 반정부 시위를 총칭하는 표현. 중동과 북아프리카의 반정부·민주화 시위는 집권세력의 부패, 빈부 격차, 청년 실업으로 인한 젊은이들의 분노 등이 원인이 됨. 2010년 말 시작된 튀니지의 반정부 시위는 2011년 1월 제스민혁명으로 변했고, 이집트는 2월 쿠사리혁명으로 각각 정권

후 계속되고 있으며, 이러한 경향은 당분간 지속될 것으로 예상

2. GCC 헬스케어산업 정책의 흐름

□ 정부 재정 부담을 줄이기 위한 의무보험제도의 확대

○ GCC 국가는 인구 증가, 높아지는 의료서비스 비용 등으로 인해 정부의 재정 부담이 점차 증가함에 따라 의무보험제도를 확대해 나가고 있음.

- 국민들에게 의료보험제도는 매우 낮은 제도

- GCC 지역에서는 정부가 풍부한 재정을 활용하여 의료서비스 비용의 대부분을 부담하여 왔기 때문에, 국민은 의료서비스는 정부가 당연히 제공하는 것으로 인식

○ 의료보험제도는 전 국민을 대상으로 하는 것에서 나아가 외국인 노동자로까지 적용을 확대하고 있는 중

- UAE는 2014년 초부터 두바이에 사는 모든 거주민과 방문자들이 의료보험에 가입하도록 요구

- 아부다비와 사우디는 각각 2006년, 2005년부터 외국인 노동자들에게 의무적으로 의료보험을 제공하는 내용의 법률을 제정

○ 정부는 의무보험제도 도입을 통해 재정 절감과 더불어 자국민 고용 확대 효과가 유발될 것으로 기대하기 때문에 보험제도는 지속

교체에 성공했으며, 이 외의 국가에서 크고 작은 규모의 반정부 시위가 발생함.

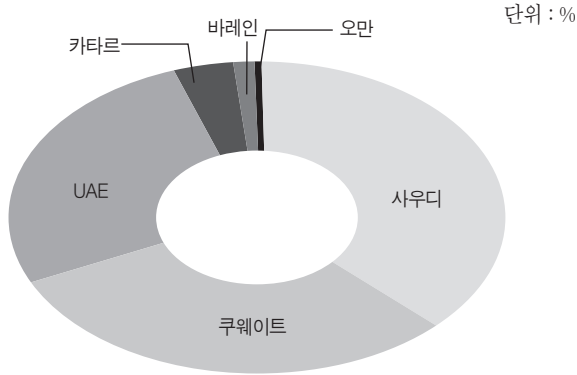
적으로 확대될 전망

- 대부분의 GCC 국가에서 국민들의 의료보험비는 정부가 제공하는 반면, 외국인 노동자들과 그들의 가족의 경우 고용주나 스폰서가 이들의 보험료를 지불
 - 외국인 노동자들에 대한 보험료 지불은 고용주들의 부담을 증가시켜 자국민 고용이 늘어날 것으로 기대
- 의무보험제도는 보험 시장 및 민간 의료서비스의 확대에 이어질 것으로 예상

□ 자국 헬스케어서비스의 질 향상을 위해 인프라에 집중적으로 투자

- 헬스케어서비스 수요가 증가하고 정부 재정 부담이 확대됨에 따라 자국 헬스케어서비스의 질 향상을 통해 자국 내 헬스케어산업의 육성을 유도
 - 국민들은 자국에서 치료받기를 원하고 있으며, 정부 입장에서도 해외에 환자를 송출하는 비용을 축소하고 자국을 의료허브로 육성하려는 의지를 표명
- GCC 헬스케어산업 정책은 국가마다 중점을 두고 있는 분야는 조금씩 다르나 의료도시를 중심으로 한 의료허브 육성에 초점을 두고 있으며, 허브 구축을 위한 인프라 확충에 상당한 금액을 투자 중
 - 2013년 10월 기준 GCC 국가에서 예정 중인 헬스케어 관련 프로젝트 총액은 약 258억 달러로 의료 도시 및 병원 건설에 대부분 투자될 예정

〈그림 2-6〉 현재 진행 중인 헬스케어 프로젝트(2013년 10월 기준)



자료 : MEED Project.⁸⁾

- 병원 건설은 비용 대비 효과가 가장 큰 소규모 클리닉 및 응급센터가 중심
- 사우디아라비아 보건부의 경우 의료장비와 의약품 구입에 가장 많은 비용을 투자하고 있으며, 보건부 계획 2010~2020을 통해 차

〈표 2-2〉 GCC 국가 내 입찰 중인 헬스케어 프로젝트(2013년 10월 기준)

	프로젝트명	금액(백만 달러)	완공연도
사우디	킹압둘라 의료 도시	1,067	2017
	킹칼리드 병원 시설 개선	35	2016
	샤끄라 대학 내 의과 및 병원	44	2016
	알-바하 지역에 23개 1차 진료소	45	2016
	킹칼리드 의료 도시	1,200	2019
쿠웨이트	소아과	700	2017
	이븐시나 병원	500	2017
	산부인과	500	2017
	물리치료 및 재활 병원	500	2017

(계속)

8) MEED(2013), "Healthcare Special Report", 25-31 October 2013, p.41.

	프로젝트명	금액(백만 달러)	완공연도
UAE	알-아인 병원	708	2018
	아부다비 재활센터	135	2016
	셰이크 칼리파 의료 도시	681	2018
	예방 및 검사 센터	50	2016
	4곳의 외래진료 센터	300	2025
	알-와간 병원 확충	30	2016
오만	신규 병원	50	2016
카타르	알-와브 지역 내 2곳의 의료 센터	100	2016
	알-와즈바, 무알테르 지역 내 2곳의 의료 센터	100	2017
	메살리드 지역 내 병원 및 센터	120	2015
	라스 라판 지역 내 병원 및 센터	120	2015

자료 : MEED Project,⁹⁾

국 의료서비스의 질 향상을 도모

- UAE나 카타르의 경우에는 자국 의료서비스의 품질 제고를 위해 의료도시를 중심으로 한 해외 선진 의료기관 유치에 보다 힘을 기울이고 있는 중

□ 최근 IT 헬스케어를 통한 비용 절감과 미래 헬스케어 수요 견인에 초점

- Frost and Sullivan이 2012년 12월 발간한 보고서¹⁰⁾에 의하면 GCC 국가는 첨단 병원 설립 및 e-헬스케어 정책을 추진하는 등 IT 헬스케어 육성에 힘쓰고 있음.

- 동 보고서는 역내 헬스케어 IT시장 규모가 2011년 4억 4,420만 달러에서 2015년 5억 5,090만 달러까지 성장할 것으로 전망

9) MEED(2013), "Healthcare Special Report", 25~31 October 2013, p.41.

10) Frost & Sullivan(2012), "Healthcare Information Technology in the GCC".

- IT 헬스케어 정책의 일환으로 GCC 6개국 국민들에게 공동으로 발급되는 단일 스마트 카드에 의료 기록을 저장할 수 있도록 추진 중¹¹⁾
 - GCC 국민들은 자국에서 스마트 카드를 발급 받아 여권 없이 GCC 국가 간에 여행이 가능
 - 스마트 카드에 의료 기록이 저장될 경우 6개국 어디에서나 의료 서비스를 받을 수 있게 됨.
- UAE 보건부가 추진하는 보건정보 시스템 구축 프로젝트 와리드 (Wareed) 프로젝트가 향후 역내 IT 헬스케어 수요를 견인할 것으로 예상
 - 와리드는 13개 국립병원과 67개 의료기관에서 수집된 데이터의 상호 연결을 통한 IT 헬스케어 시스템 구축 프로젝트로 2011년부터 본격적으로 추진
 - GCC 시장의 경우, 한 국가에서 프로젝트가 시작되면 유행처럼 번지는 경향이 있어 IT융합 헬스케어가 GCC 헬스케어 정책의 최선 주제로 자리 잡을 것으로 예상

3. 한국 헬스케어산업의 경쟁력

- 우수한 인력 및 기술을 보유하고 있으나, 투자규모와 제도 지원은 미흡
- 한국의 실질적 의료산업의 경쟁 국가라고 할 수 있는 싱가포르 및

11) Arabnews, "GCC to integrate expat health records", 2013.3.21. 1:09, <http://www.arabnews.com/news/445481>

일본과 비교했을 때 한국 의료산업의 강점은 의료인력, 진료기술 분야 정도

- 의료기술은 일본, 중국보다 경쟁력이 높은 것으로 평가되며, 한국의 IT 경쟁력을 바탕으로 한 융합 가능성과 정부의 육성 의지를 고려할 때 성장 잠재력이 매우 높은 분야

- 정부는 의료기술 분야 연구개발에 2013년까지 1조 8,000억 원의 예산을 지원할 계획

- 국내 의료산업화 관련 투자규모와 제도적 부분은 중국보다 낮은 수준으로 평가되어 개선이 절실한 상황

- 국내 의료기관들은 영리행위를 할 수 없는 비영리기관으로, 투자가 활발하게 이루어지지 않아 타 산업에 비해 발전이 더딘 편

- 건강관리서비스 및 U-Health 등의 분야는 시장이 점차 커지고 있으나 법·제도적 근거가 확립되어 있지 않아 기업 입장에서는 적

〈그림 2-7〉 한국 의료산업화 경쟁력 비교

	두뇌 우수성	진료 기술	HT	투자 규모	제도	공정성	종합
한국	A+	A-	B+	D	F	B	C-
일본	A-	A-	B-	A-	C	B+	B+
중국	C+	C	B-	A-	A-	A-	B
미국	A-	A+	A+	A+	A+	C+	A
싱가포르	A-	A-	A+	A+	A+	A+	A+

자료 : KDI(2009), 「서비스산업의 대외진출과 해외고용기회의 확대」, p.82 재인용.

극적인 진출이 어려운 상황

- 영리법인이 허용되지 않는 국내 실정에서 해외 환자 유치는 의료법 위반의 소지
- 우리나라의 성형 및 미용 분야는 높은 수준으로 평가되나 우리나라의 의료서비스에 대한 해외 인지도가 낮은 수준이며, 이를 해결하기 위한 적극적인 마케팅이나 홍보가 부족한 상황
 - Harvard, Cleveland Clinic 등 일류 병원에 비하여 서울대병원, 아산병원 등 국내 병원의 브랜드 이미지는 아직 낮은 수준
 - 이에 따라 정부 및 의료기관의 적극적인 해외환자 유치 노력에도 불구하고 낮은 성과를 나타내고 있음.
 - 국내 해외환자 유치실적은 2009년 기준 6만 200명, 진료수입은 547억 원으로 추계
- 한국이 선진국 수준의 경쟁력을 보유한 특화 분야는 고급 의료인력과 의료기술, 그리고 IT를 활용한 시스템 분야
- 우리나라 인구 10만 명당 의사 수가 2012년 최근 10년 동안 약 30%나 증가
 - 대한의사협회가 최근 발행한 ‘2012 전국 회원 실태 조사보고서’에 따르면 인구 10만 명당 의사 수는 2002년 164명에서 2005년 176명, 2007년 187명, 2009년 199명 등 꾸준한 증가세를 보여 2012년도에는 210명으로 10년 동안 28.0% 증가

〈표 2-3〉 주요암 5년 생존율 비교

단위 : %

	위암	간암	자궁암
한국	47.3	13.1	79.8
미국	23.2	9.7	73.3

자료 : 국가암정보센터 통계자료¹²⁾ 활용.

- 국내 의료기술은 선진국 의료기술의 80~90% 수준으로 특히 암, 장
기이식 및 성형기술은 세계적 수준의 경쟁력을 보유
 - 2005년 대한의학회 조사결과 한국의 의료수준은 미국의 의료수
준 대비 80.1점으로 평가되며, 일부 암치료의 생존율은 선진국에
비해 높은 것으로 나타남.
- 국내 건강검진, 성형, 척추·관절 분야는 선진국 수준의 기술력 및
가격경쟁력 보유
 - 현재 국내를 찾는 의료관광객 중 50%가 내과, 건강검진센터, 피
부 및 성형외과 진료를 위해 방한
 - 한국의 종합건강검진은 주변국에 비해 수준이 높을 뿐만 아니라

〈표 2-4〉 국가별 종합건강검진 항목 및 가격 비교

단위 : 만원, 개

	한국 K병원	태국 B병원	싱가포르 R병원	일본
가격	153	262	188	222
항목 수	38	28	16	35

자료 : 한국관광공사(2010), 「2010 의료관광 실무 매뉴얼」, pp.11~60 참조해 작성.

12) http://www.cancer.go.kr/mbs/cancer/subview.jsp?id=cancer_040105000000

가격이 저렴하고, 항목 수가 많다는 장점을 보유

- 국가별 종합건강검진 항목 및 가격 비교에서 가격은 153만원으로 가장 저렴하며, 건강검진 항목은 38개로 가장 많은 것으로 나타남.
- 이러한 기술력을 바탕으로 국내 병원은 2008년 서울대병원을 시작으로 검진센터를 기반으로 해외에 진출
 - 서울대병원은 2008년 국내 병원 최초로 LA사무소를 열고 검진프로그램을 운영
 - 서울아산병원은 LA(2009), 뉴욕(2010년 초)에 검진센터 사무소를 설치하였으며, ‘일반 건강검진(General Screening)’부터 ‘고급 건강검진(Premium Screening)’까지 다양한 프로그램을 제공
- 한국은 세계적 수준의 IT 네트워킹 인프라를 바탕으로 저비용·고효율 보험 시스템이라는 장점을 보유
 - 국내 44개 대학병원 중 전자의무기록(EMR), 의료영상저장전송장치(PACS), OCS 등을 보유한 IT융합 병원 비율은 100%
 - GDP 대비 의료비 비율은 6.2%로, OECD 평균(11%)에 비해 저비용·고효율의 보험 시스템을 보유
- 국내 병원은 EMR, PACS, EDI와 같은 IT 청구 보급 및 활용률이 세계적으로 가장 높음.
 - 유방촬영장치와 PET은 OECD 평균보다 2배 이상 보유
 - 국내 44개 대학병원은 전자의무기록(EMR), OCS, 의료영상저장전송장치(PACS) 등을 100% 보유

- 한국 IT 기술을 활용한 IT융합 헬스케어산업은 성장성과 경쟁력을 보유
- 우리나라는 세계 최고 수준의 정보기술(IT) 경쟁력을 보유하고 있어 IT와 융합된 의료의 세계 시장 선점이 가능
 - 우리나라는 세계 최고 수준의 Consumer Electronics(CE) 기술과 IT 인프라를 보유
 - 이러한 CE 기술을 의료기관에 적용한 Healthcare Electronics (HE)¹³⁾ 개발도 가능
- 세계적 수준의 IT(정보기술)·BT(바이오기술) 융합을 통한 의료기기와 u-Health 시스템의 경쟁력 확보도 가능
 - 우리나라의 정보화 수준은 세계 최고 수준
 - 보건복지부는 u-Health 시스템의 경쟁력을 확보하기 위해 2010년부터 2012년까지 3년 동안 약 521억 원 규모로 ‘스마트케어 서비스 시범사업’을 추진

〈표 2-5〉 아시아 지역 국가의 정보통신기술 순위

역내 IDI 순위	아시아 지역	세계 순위
1	한국	1
2	중국	12
3	뉴질랜드	14
4	일본	16
5	호주	21

자료 : International Telecommunication Union(2013), *Measuring the information Society 2012*, p.48.

13) Healthcare Electronics : 의료현장에서 활용되는 전자기기(의사·환자 단말기, 의료용 surface computer 등).

- IT·BT 기술의 융합으로 생체정보 기반의 고부가가치 산업 기술력 확보 가능
- 사회적으로 시간과 공간을 뛰어넘는 u-Healthcare 실현 가능
- 고부가가치 산업의 활성화를 통해 고용창출 및 수출 증대 기대효과

4. 우선 협력 분야 및 국가 도출

(1) 우선 협력 분야

□ GCC 헬스케어산업의 특징 및 정책 환경에서의 시사점

○ GCC 헬스케어 시장은 지속적인 성장이 예상되며, 만성질환자의

〈표 2-6〉 GCC 헬스케어산업의 특징 및 경향

현상	특징	경향
<ul style="list-style-type: none"> - 높은 가치분 소득 - 높은 인구 증가율 - 높은 만성질환 비율 - 외국인들에게 보험 제공 시작 	<ul style="list-style-type: none"> - 높은 헬스케어산업 성장률 	<ul style="list-style-type: none"> - 헬스케어산업의 지속적인 성장 예상
<ul style="list-style-type: none"> - 의료 전문 인력의 부족 - 의료 재정의 상당 금액을 환자의 해외 송출에 사용 	<ul style="list-style-type: none"> - 인력, 서비스 등 자국 부족분의 수입 의존도가 높은 상황 	<ul style="list-style-type: none"> - 자국 헬스케어 산업 육성을 위한 노력 제고
<ul style="list-style-type: none"> - 의료 지출 중 정부부문 지출은 약 75% - 대부분의 의료서비스를 정부 주도로 제공 중 - 1, 2차 진료기관 위주로 정부 투자가 이루어지고 있는 상황 	<ul style="list-style-type: none"> - 정부 주도의 시장으로 서비스 질이 높지 않은 상황 	<ul style="list-style-type: none"> - 정부 재정 부담을 줄이기 위해 복지형 의료 모델에서 시장 모델로 변화

비율이 높음. 또한 정부 부문 주도로 서비스가 제공되고 있으며, 수입 의존도가 높은 시장

- 정부가 부담하는 서비스 비중이 커, 재정에 부담이 되고 있으며 이에 따라 자국 민간 의료 부문을 육성하려는 강한 의지를 보임.
- 자국 민간 의료산업 육성을 위해 의료 도시를 중심으로 한 인프라 구축과 IT융합 의료산업에 초점을 맞추고 있음.
- GCC 헬스케어산업의 성장에 가장 큰 장애물은 의료인력의 부족이나, 이에 관한 구체적인 복안이 없는 상황

〈표 2-7〉 GCC와의 협력을 위한 한국 헬스케어산업의 SWOT 분석

한국 헬스케어산업의 강점	한국 헬스케어산업의 약점
<ul style="list-style-type: none"> - 높은 수준의 의료 수준 및 기술 - U-Healthcare 환경 구축과 관련된 IT 기술 보유 - 우수한 의료 인적자원 - 기술대비 가격 경쟁력 우위 	<ul style="list-style-type: none"> - 낮은 자본 투자 규모 - 높은 규제 장벽 등 제도적 문제 - 국내 의료서비스의 낮은 대외 인지도 - 세계적 수준의 의료 R&D 성과 및 의료기술 개발 미흡
GCC 시장의 기회	GCC 시장의 위협
<ul style="list-style-type: none"> - GCC의 풍부한 자금력 - 높은 인구 증가율 및 만성질환 비율 - 늘어나는 1인당 의료 지출액 - 개선되고 있는 의료 인프라 - 아랍의 봄 이후 확대되고 있는 헬스케어 예산 - 정부의 적극적인 산업 육성 의지 - 보험 가입자의 확대 - 민간 의료 시장의 확대 - 의료 및 관련 산업 인력 부족과 의료인력 양성 기관 부족으로 인한 기회 확대 - 정부의 헬스케어 재정 부담이 늘어남에 따라 IT를 활용한 의료 효율화 수요가 증대 	<ul style="list-style-type: none"> - GCC 헬스케어 시장 선점을 위한 글로벌 경쟁이 심화됨에 따라, 시장 선점이 어려울 경우 도태될 가능성 상존 - 전후방 연계 산업의 부재로 인해 산업 성장에 어려움 - 정부 헬스케어 서비스에 비해 민간 헬스케어 서비스 비용이 상당히 높아 수요 확대에 어려움으로 작용할 가능성

- 한국은 의료인력 및 기술, IT 융합 시스템 분야에 경쟁력 보유
 - 앞서 살펴본 GCC 헬스케어산업 시장과 한국 헬스케어산업의 경쟁력 진단을 통해 다음과 같은 SWOT 분석 결과를 도출
 - 한국 헬스케어산업의 강점, 약점 요인을 파악하고, GCC 헬스케어산업의 환경 변화에 초점을 맞추어 한국 헬스케어산업의 기회와 위협 요인을 분석

- 한국·GCC 협력 분야는 인력 및 IT 융합 시스템 분야가 유망
 - 선진국에 비해 의료서비스에 대한 대외 인지도가 낮으므로 IT 인지도를 내세운 IT 융합 시스템 협력과
 - GCC 국가의 부족한 의료인력 양성에 도움을 줌으로써 상호 윈-윈할 수 있는 협력 모델이 가장 적합할 것으로 전망

(2) 우선 협력 국가

- 헬스케어산업 협력 성공 가능성이 높은 국가 선정을 위한 지수화
 - 해당 국가의 시장 성장 가능성을 파악하기 위해 인구 수, 인구 성장률, 1인당 GDP, GDP 성장률, 1인당 헬스케어 지출액, 병상 수(1,000명당)를 기준으로 각국 수준을 지수화
 - 인구 수, 인구 성장률을 바탕으로 시장의 크기를 측정하였으며, World Bank의 2012년 통계자료를 기준으로 평가
 - 시장의 구매력을 측정하기 위해 1인당 GDP, GDP 성장률, 1인당

〈표 2-8〉 GCC 국가의 헬스케어 시장 성장 가능성

	인구 수	인구 성장률	1인당 GDP	GDP 성장률	1인당 헬스케어 지출액	병상 수	헬스케어 지출액 (2010~2015)	시장 성장률 (2014~2018)
사우디	10	2	2	9	4	3	10	10
카타르	1	6	7	9	6	6	5	3
바레인	1	1	1	4	3	4	3	1
오만	1	7	1	1	1	5	7	1
UAE	3	2	3	6	7	4	9	4
쿠웨이트	1	3	4	8	6	2	8	2

자료 : World Bank 통계자료, Alpen Capital 및 Icon Group International의 전망 수치를 활용.¹⁴⁾

주 : - 모든 수치를 10개 등급으로 구분하여 지수화.

- 인구 수, 인구 성장률 자료는 World Bank 2012년 통계자료를 활용.

- 1인당 GDP는 World Bank 2012년 통계 기준, 쿠웨이트, UAE, 오만, 바레인, 카타르는 2011년 통계 기준.

- GDP 성장률은 World Bank 2012년 통계 기준, 쿠웨이트, 오만은 2011년 통계 기준.

- 1인당 헬스케어 지출액은 World Bank 2011년 통계 기준, 바레인만 2012년 통계 기준.

- 병상 수는 2009년 통계 기준, UAE, 바레인은 2010년 통계 기준.

- 헬스케어 지출액은 Alpen Capital, 시장 성장률은 Icon Group International의 전망치를 사용.

헬스케어 지출액을 계산하여 이를 지수화

- 시장 성장 가능성 전망에 대한 공신력을 높이기 위해 타 기관에서 분석한 시장 전망치를 지수화하여 이를 계산에 포함

- 한국과의 협력 가능성을 파악하기 위해 기존 협력 정도를 파악하여 이를 지수화

14) <http://data.worldbank.org/>

Alpen Capital(2011), "GCC Healthcare Industry", p.19.

Philip M. Parker(2013), "The 2013-2018 Outlook for Healthcare Services in Europe and the Middle East", Icon Group International.

〈표 2-9〉 한국과의 협력 가능성

	수출액	수입액	투자 금액	건설 수주
사우디	10	10	10	10
카타르	2	7	3	3
바레인	1	1	1	1
오만	1	2	3	2
UAE	6	5	4	5
쿠웨이트	1	5	3	4

자료 : 무역협회, 해외건설협회, 수출입은행 통계 자료 활용.¹⁵⁾

주 : 1) 모든 수치를 10개 등급으로 구분하여 지수화.

2) 2009년부터 5개 연도 평균을 바탕으로 산출.

- 한국과의 기존 협력 정도가 향후 협력 가능성과 정확히 비례하지는 않을 가능성이 있으나, 기존 협력 정도가 높은 국가일수록 국가 인지도가 높은 점, 협력이 지속될 가능성이 보다 높다는 점 등을 고려할 때 협력 가능성 전망을 위한 참고 자료로 활용할 수 있을 것

□ 유망 협력 제1순위 국가로 사우디아라비아 선정

- 1분면에 위치한 사우디아라비아는 시장 성장 가능성과 협력 가능성 모두 가장 높은 점수를 기록해, 가장 매력적인 협력 국가로 판단
- 3분면에 위치한 UAE와 카타르, 쿠웨이트는 한국과의 협력 가능성이 사우디보다는 낮은 것으로 평가되나, 헬스케어 시장 성장 가능

15) <http://kita.net/>

<http://www.koreaexim.go.kr/kr/work/check/edcf/stati.jsp>

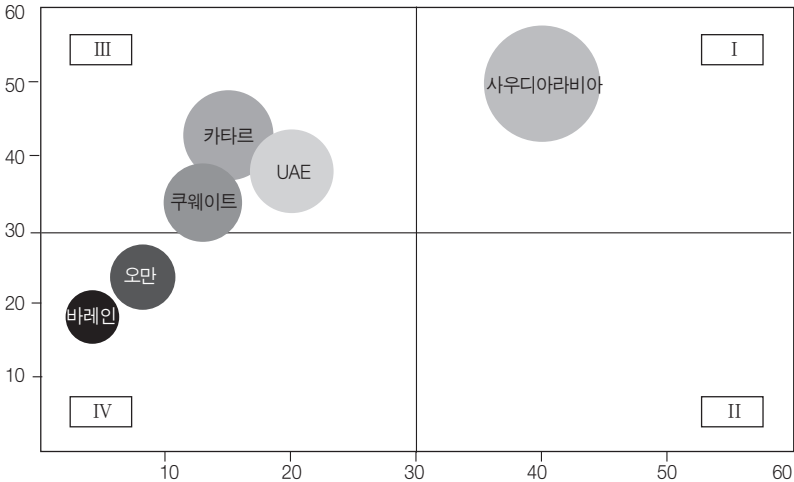
http://www.icak.or.kr/sta/sta_0101.php

성이 높은 국가이므로 중장기적으로 보았을 때 진출이 유망한 국가군

- 이들 국가군에 대해서는 사우디아라비아와의 협력을 기반으로 점차적으로 헬스케어 협력을 확대해 나갈 필요
- 앞서 밝힌 바와 같이 GCC 시장은 유행 경향이 존재하므로, 우선 협력 대상 국가를 중심으로 협력 모델을 성공시킨 뒤, 이를 확대해나가는 전략이 주효

○ 4분면에 위치한 오만과 바레인 은 시장 성장 가능성과 한국과의 협력 가능성 모두 낮으므로 상황을 관망할 필요가 있는 국가군

〈그림 2-8〉 헬스케어 분야 유망 협력 대상국 선정



주 : 가로축은 한국과의 협력 가능성, 세로축은 시장 성장 가능성을 나타냄.
 원의 크기는 협력 가능성과 시장 성장 가능성 합계를 의미함.

- 따라서 다음 장에서는 유망 협력 대상국으로 선정된 사우디 헬스케어 산업에 대해 보다 자세히 분석하고자 함.
- 국별 분석을 통해 GCC 국가들의 전반적인 경향 외에도 사우디만의 특징 및 수요를 파악해 이를 협력 모델에 반영

제3장

유망협력국의 헬스케어산업: 사우디아라비아

1. 사우디아라비아 헬스케어산업의 특징

- 인구의 급증과 고령화로 인한 헬스케어 수요 증가가 예상
- 사우디아라비아 인구는 2004년 이후 CAGR 기준으로 매년 3.15%씩 증가하고 있으며, 2012년 기준 인구규모는 대략 2,919만 명에 달함(사우디아라비아 통계청).
- 사우디아라비아는 기대수명 증가로 노령 인구가 점차 증가하고 있으며, 인구의 31%를 차지하는 15세 미만 인구가 노년층이 되는 2050년경 본격적인 노령화 사회로 진입할 것으로 예상
 - 세계보건기구(WHO) 자료에 의하면, 2008년 사우디아라비아 남성 76%와 여성 84%의 수명은 65세 이상이었고, 평균 기대수명은 73.8세
 - 사우디아라비아 통계청 자료에 의하면(2012년 기준) 15세 이하

인구 비율은 30.37%, 16~64세 인구 비율은 67%

□ 만성질환의 증가로 의료비 지출액이 점차 늘어나고 있는 상황

- 사우디아라비아 경제의 발전과 변화로 인해, 비만, 고혈압, 2종 당뇨병 등 생활 습관과 밀접한 관련이 있는 비감염성 만성질환(NCD) 비율이 증가하는 추세
- 심장 및 신장질환의 원인인 당뇨병은 괴사로 인한 절단 치료와 합병증 발생 등 만성치료비용의 증가로 이어져, 사우디아라비아 의료시스템의 부담을 가중시키고 있는 상황
 - 최근 10년간 사우디의 보건·의료 지출액은 지속적으로 증가함.
 - 사우디아라비아 정부 총지출에서 의료비가 차지하는 비중은 약 9%에 달하며(2013년 사우디아라비아 중앙은행 기준), 총보건지출 중 공공부문이 차지하는 지출 비중은 약 70%(2012년 세계은행 기준)
- 세계보건기구(WHO)가 발표한 사우디아라비아 남녀의 체질량지수(BMI)는 2010년 각각 26.6kg/m²과 28kg/m²로 대다수의 국민들이 비만위험군임을 보여주고 있음.

〈표 3-1〉 정부의 보건·의료 지출 금액

단위 : 백만 리얄

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
지출액	17,971	23,057	26,798	31,010	34,426	40,426	46,600	52,447	61,284	70,938

자료 : 사우디아라비아 중앙은행 통계연감 활용.

- 남녀 모두 25kg/m² 이상이면 과체중으로 분류
- 사우디아라비아 당뇨 및 내분비 질병 협회(SDEA) 발표 자료에 의하면 사우디아라비아 국민의 70% 이상이 비만으로 분류(2010)
- 당뇨와 관련된 응급 환자 사례도 보건부 산하 병원 기준으로 56만 4,642명에 달하며, 이들 당뇨병 응급 환자 가운데 90.4%인 51만 629명은 사우디아라비아 내국인
- 당뇨 등 만성질환 비중 증가 및 높은 인구 증가율로 사우디아라비아 정부의 의료재정기금에 부담이 예상되며, 이는 전반적인 GCC 국가와 동일한 패턴

2. 사우디아라비아 헬스케어산업 구조

(1) 헬스케어서비스 전달체계

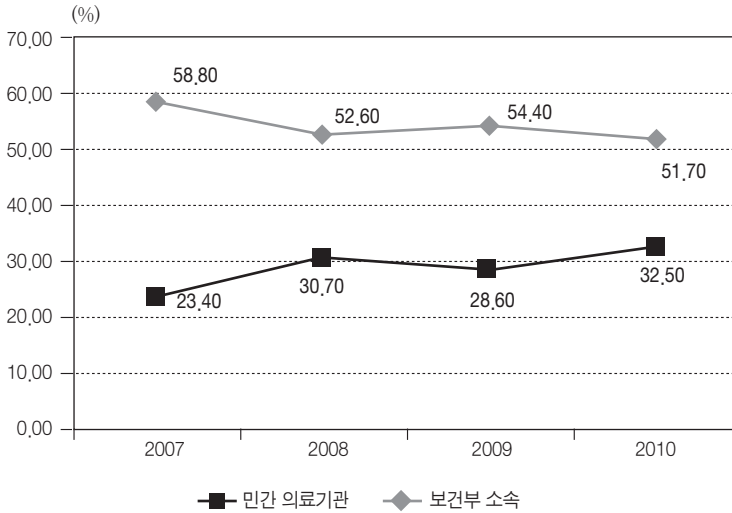
- 공공의료 중심의 정부 주도 헬스케어 체계이나, 민간 영역이 지속적으로 확대
- 내국인은 주로 공공의료를 이용하며, 민간부문 종사 내국인 및 외국인인 민간보험을 통해 의료서비스를 이용¹⁶⁾
- 사우디아라비아 보건부에서 60% 이상의 의료서비스를 제공하고, 그 외 40% 정도를 다른 정부기관 및 민간에서 제공

16) 건강보험심사평가원(2013), 「사우디아라비아 출장 결과보고」, p.16.

- 나머지 40% 중, 20%는 군인, 에너지 부문 근로자 등 공무원들에게 국가 기관에서 의료서비스 제공
- 그 외 나머지 20% 정도가 순수하게 민간에서 의료서비스 제공
- 보험 및 별도의 지불시스템으로 운영되는 민간 의료서비스와 달리 공공 의료서비스는 일반 조세에서 비용이 지불되어 사우디아라비아의 국가 재정에 부담
- 이에 따라 사우디아라비아 정부는 2008년부터 다음의 대상에 대해서는 의료보험제도를 의무화¹⁷⁾
 - 민간부문에 일하는 외국인 근로자 및 그의 가족
 - 사우디에 거주 중인 민간부문 실직자 및 그의 가족
 - 민간부문에 종사하는 사우디아라비아 국민 및 그의 가족
 - 정부부문에 종사하는 외국인 중 정부에서 보험을 제공해주지 않는 근로자와 그의 가족
 - 즉, 특별한 경우를 제외하고 모든 외국인 근로자는 의무 가입 대상
 - 사우디인의 경우, 회사와 근로자가 각각 9%를 부담하고 나머지를 정부가 지원
- 사우디아라비아 국민들은 점차 정부 소속의 의료기관보다 민간의

17) KSA Cooperative Health Insurance Council Secretariat General(2008), "Implementing Regulations of the Cooperative Health Insurance Law in the KSA(Amended)", p.5, <http://www.cchi.gov.sa/en/Rules/Documents/Rules%20and%20Regulations.pdf> 참조.

〈그림 3-1〉 의료기관 이용 변화 추이



자료 : KOTRA(2012), 「2012 주요 서비스 분야별 해외진출 가이드」, p.127 참조.

료기관의 서비스를 선호하는 것으로 보임.

- 보건부 소속의 의료기관 이용 비중은 2007년 58.8%에서 2010년 51.7%로 감소한 반면, 민간 의료기관의 경우 2007년 23.4%에서 2010년 32.5%로 증가

□ 사우디아라비아 보건부가 공공·민간 의료 및 병원의 관리 감독을 담당

○ 보건부는 의료서비스를 4개 범주로 나누어(1~3차 의료서비스 및 민간 의료서비스), 이 중 3개 범주를 보건부가 직접 관리

○ 보건부는 1차, 2차, 3차 의료서비스를 직접 관리 및 제공

- 1차 의료서비스인 PHC(Primary Healthcare Center)는 예방과 치

료를 포괄하는 기관으로 사우디아라비아 보건의료체계의 대표 기관

- PHC는 진료 이외에도 관할 구역 내의 인구 조사, 환자기록 보관, ‘Health Friends’로 명명된 위원회 구성, 학교 조사, 가정 방문 등의 역할도 담당
- 전문적인 치료가 필요한 환자는 2차 의료서비스 기관인 공공병원으로 이송
- 보다 복잡한 치료가 필요한 환자는 3차 의료서비스 기관인 특수 병원이나 중앙병원으로 이송

○ 보건부는 20개 지역으로 나누어 각 지역 의료기관들을 관리·감독

- 사우디의 13개 행정구역 외에 유동인구가 많거나, 외국인 노동

〈표 3-2〉 사우디아라비아 의료서비스 전달체계

정부 관리	보건부	1차 의료센터	- 사우디는 2,094개의 1차 의료센터를 보유 - 1,925(2006) > 2,037(2009) > 2,094(2010)
		2,3차 의료서비스 기관	- 병원은 249개, 병상 수는 3만 4,370개 - 2만 2,734명의 의사들이 근무 중 - 내국인과 외국인의 수는 각각 4,699명과 1만 8,035명
	비보건부	정부 산하 의료기관	- 병원과 병상의 수는 각각 11개와 1만 939개 - 1만 2,968명의 의사들이 근무 중
민간 관리	민간 의료시설		- 병원은 127개, 병상은 1만 2,817개, 진료소는 2,021개, 민간 클리닉은 199개 - 2만 1,134명의 의사들이 근무 중

자료 : KOTRA(2012), 「2012 주요 서비스 분야별 해외진출 가이드」, pp. 118~126에서 참조 및 수정하여 작성.

자들이 많은 상업지역 및 국경 부근 7개 지역(비샤(Bisha), 하페르 알-바틴(Hafer al-Batin), 핫사(Hassa), 젓다(Jeddah), 쿤푸사(Qunfotha), 타이프(Taif))를 더해 20개 관리 구역으로 분류

- 20개 지역마다 보건부의 감독을 받는 보건지역종합부서(DGHA, Directorate General of Health Affairs)가 있으며, DGHA는 보건지역부서(PHD, Provincial Health Directorate)를 통해 지역 내 종합병원, 의료센터, 학교 내 보건교육, 민간 부문 관리 감독 등을 담당¹⁸⁾
- 20개 보건총국은 인력채용, 복지, 훈련, 감독, 평가 등 상당 부분에 대한 재량권을 가지고 있으며, 보건부는 필요할 경우에만 개입

(2) 사우디아라비아 헬스케어 인프라 현황

□ 보건 인프라는 꾸준히 증가하고 있으나, 지역별 격차가 큰 상황

- 정부 소속 보건 인프라 및 민간시설 모두 병원 및 병상 수가 증가 중
- 가장 높은 증가율을 보이는 기관은 PHC로 정부 입장에서 선제적인 질병 예방 관리를 통해 향후 보건 비용 감소가 가능하고, 투자 비용 대비 효율성이 높기 때문임.
- PHC는 병원에 비해 투자 비용이 적으나, 1차 진료소이기 때문에 투자에 대한 효과를 빠르게 체감할 수 있음.
- 사우디 정부는 인구가 많지 않은 외진 지역에는 소규모 비용으로

18) M. Al-Yousuf et al.(2002), "Organization of the Saudi Health System", *Eastern Mediterranean Health Journal*, Vol. 8, Nos 4/5, p.647.

〈표 3-3〉 사우디아라비아 병원 및 병상 수

단위: 개

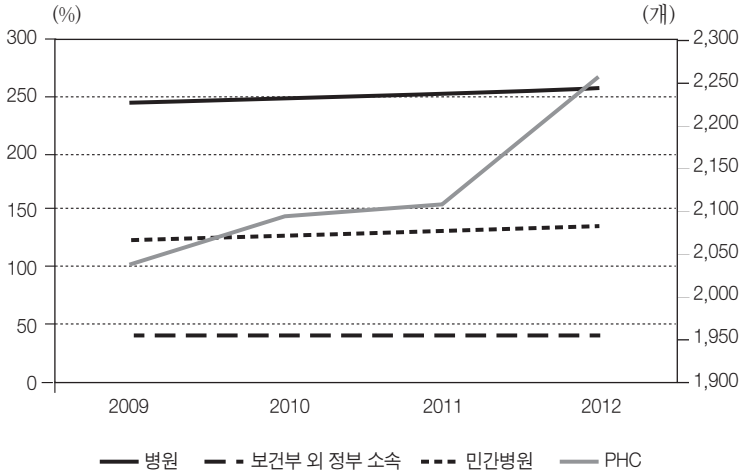
		2009		2010		2011		2012	
		개수	병상 수	개수	병상 수	개수	병상 수	개수	병상 수
정부	PHC	2,037	-	2,094	-	2,109	-	2,259	-
	병원	244	33,277	249	34,370	251	34,450	259	35,828
	보건부 소속 외	39	10,822	39	10,939	39	10,948	39	11,043
민간병원		125	11,833	127	12,817	130	13,298	137	14,165
합계		2,445	55,932	2,509	58,126	2,529	58,696	2,694	61,036

자료: MOH(2013), 「Health Statistics Annual Book」 통계자료 참조.

운영 가능한 PHC 설립을 통해 의료서비스를 제공

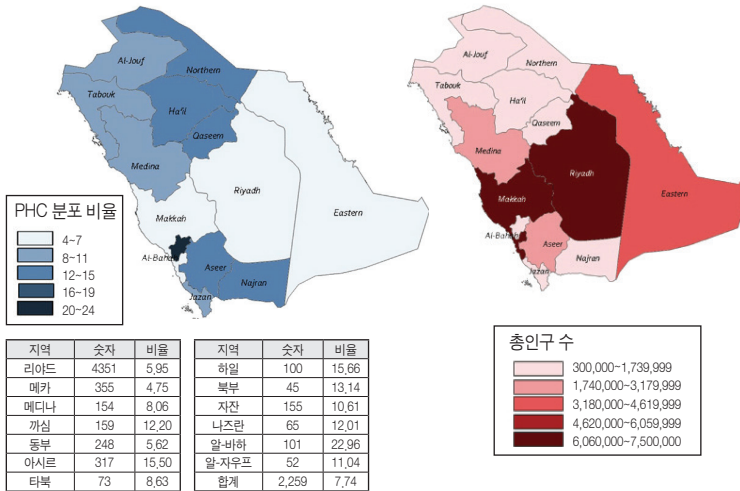
- 보건부 소속 병원과 민간병원 증가율은 병원 수와 병상 수 모두 비슷한 수준으로 상승하였으며, 기타 정부기관 소속 병원은 병상 수만 소폭 증가하는 데 그침.
- 병원 수 대비 병상 수 비율은 다음과 같은 특징을 보임.
 - 보건부 소속: 병원 수 = 병상 수
 - 정부 산하: 병원 수 < 병상 수
 - 민간병원: 병원 수 > 병상 수
- 이를 바탕으로 정부 산하 병원들은 다인실 비중이 높으며, 민간 병원은 정부 산하 병원과 특화된 고급 서비스를 제공하고 있다고 유추해 볼 수 있음.
- PHC는 2012년 기준 전국에 2,259개 지소가 있으며, 평균 1만 3,455

〈그림 3-2〉 의료기관별 증가율



자료 : 〈표 3-2〉 통계를 바탕으로 작성.

〈그림 3-3〉 행정구역별 PHC 분포 및 인구 분포(2012)



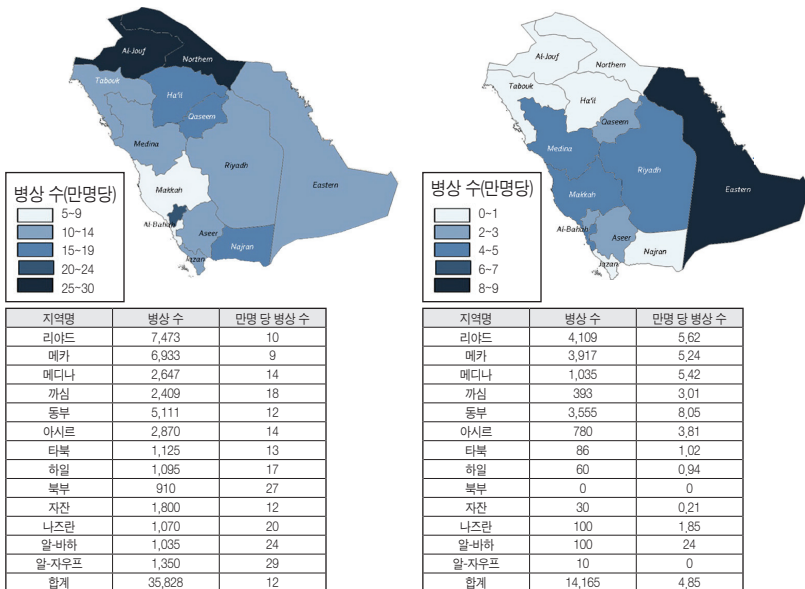
자료 : MOH(2013), 「Health Statistics Annual Book」, p.27 및 p.45 참조.

주 : 왼쪽이 PHC 분포를, 오른쪽이 인구 분포를 나타냄.

명의 사람들에게 서비스를 제공

- 2007년(1,925개 지소)과 비교해 지소 수가 17.4% 증가
- 2012년 기준 행정구역별 PHC 분포를 살펴보면, 인구 수가 적은 주에 주로 PHC가 분포함을 알 수 있음.
- PHC가 집중 분포한 지역은 외국인 인구가 많은 지역이기도 함.
- 이들 지역은 외진 지역이라 인구 수가 적고, 소득 수준이 낮은 지역들이 대부분이어서 민간병원이 이윤을 남기기가 쉽지 않기 때문으로 파악

〈그림 3-4〉 사우디아라비아 공공 및 민간 병원 분포도(2012)



자료 : MOH(2013), 「Health Statistics Annual Book」, p.55 및 p.75 참조.

주 : 왼쪽이 공공병원, 오른쪽이 민간병원을 나타냄.

- 민간병원은 동부주 및 리야드, 메카, 메디나, 알-바하 주에 주로 위치
 - 민간병원 위치 지역은 가장 많은 인구가 살고 있는 상위 4개 지역이자 사우디인 거주민이 가장 많은 상위 4개 행정 구역
 - 이는 민간병원의 주요 공략층이 외국인 노동자들에 비해 소득이 높은 사우디인들로 이들을 대상으로 한 차별화된 서비스 제공을 꾀하고 있는 것으로 보임.
- 특이할 만한 사실은 메카주에서 운영 중인 공공병원 수는 37개로, 인구 10만 명당 병원 수는 0.5에 불과해 인구 수당 병원 수가 가장 적은 주
 - 메카주는 사우디아라비아 13개 주 중 질환자 수가 가장 많은 주이며, 상해자 수도 리야드 다음으로 높은 주
 - 이는 성지순례 기간 동안 많은 수의 외지인들이 메카를 방문하는 것과 관련이 있을 것으로 파악
- 이에 따라 사우디아라비아 정부는 인구 대비 부족한 병원시설 확충을 위해 보건·의료 시설에 대한 투자를 늘려나갈 계획
 - 제9차 경제개발 5개년 계획기간(2010~2014년) 중 공공의료에 배정된 금액은 647억 달러로 전체 투자지출 계획의 16.8%를 차지
 - 9차 5개년 개발 계획에는 117개의 종합병원과 750개의 PHC 신설에 대한 내용이 포함
 - 2011년 다섯 개의 의료 도시 건설계획을 발표¹⁹⁾

19) Royal Decree No. A/66(13/4/1432H)

- 리야드 내 킹파하드 의료 도시, 메카 내 킹압둘라 의료 도시, 동부주 내 킹칼리드 의료 도시, 남부 지역에 킹파이잘 의료 도시, 북부 지역에 무함마드 빈 압둘아지즈 빈 압둘라만 알-사우드 왕자 의료 도시
- 2012년 초 사우디아라비아 정부는 병원건설, 의료기기, 약품제조 및 공급, 병원 및 연구소 장비 설치 등 민간부문과 8억 달러에 이르는 헬스케어 분야 계약을 다수 체결
- 2013년에도 보건 및 사회복지 부문에 약 267억 달러, 전체 예산의 12.2%를 책정했으며, 이는 2012년 대비 16% 증가한 금액
- 사우디아라비아 보건부는 2013년 4월 22개 신규 병원 건설에 재정지원 의사를 밝혔으며²⁰⁾, 완공 시 7,400개의 병상이 추가될 예정

〈표 3-4〉 신규 건설 예정 병원

	병원명	지역	병상 수
1	란야 병원	메카	200
2	알-쿠르마 병원	메카	200
3	알-꾼푸다 병원	메카	500
4	모자병원	메디나	400
5	미정	메디나	200
6	미정	알-마즈마	300
7	미정	샤루라	300
8	알-끼타 알-자발리 병원	자잔	300
9	모자병원	아시르	200
10	알-까티프 병원		500

(계속)

20) Royal Order No. 22005(11/06/1434H).

	병원명	지역	병상 수
11	미정	알-아흐사 지역	500
12	미정	서부 담맘	500
13	의료 복합단지	리야드	1000
14	의료 복합단지	젯다	1000
15	알-까마 병원, 알-바락 병원	아시르	300
16	행동장애 센터	리야드	
17	행동장애 센터	메카	
18	행동장애 센터	동부 지역	
19	투로바 병원	메카	100
20	알-마흐드 병원	메디나	200
21	카미스 무샤이트 병원	아시르	500
22	이스트 아시르 병원	동부 아시르	200

자료 : 보건부 홈페이지, <http://www.moh.gov.sa/en/Ministry/Statistics/Pages/Projects.aspx>²¹⁾

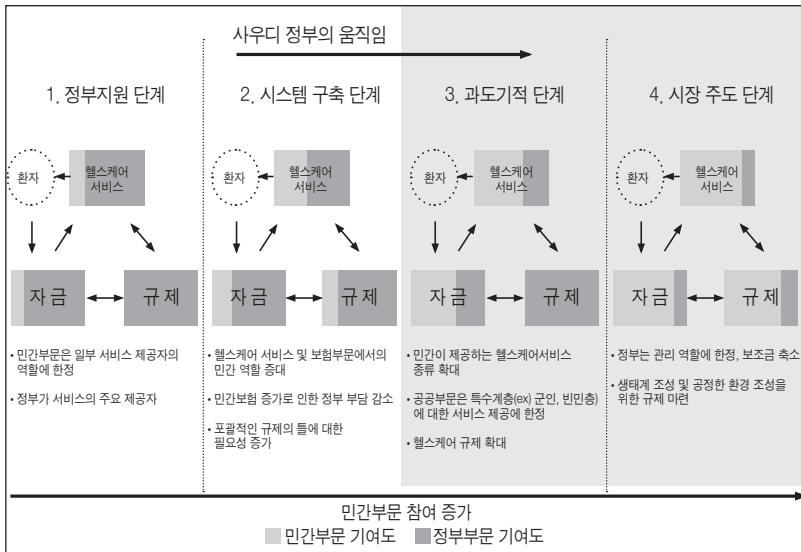
(3) 사우디아라비아 헬스케어 정책 흐름

- 사우디아라비아 보건부는 자금 및 의료서비스 제공자에서 관리, 감독 기능으로 이동
- 민간부문에 자금 및 의료서비스 제공의 역할을 넘기고, 정부는 관리, 감독 및 군인, 사회 보호계층 등 일부 계층에게 의료서비스를 제공하는 역할로 변모하려 노력 중
- 보건부의 헬스케어 정책은 다음과 같이 변화하고 있음.
 - 보건부의 헬스케어서비스 제공은 예방 및 1차 진료에 집중

21) 접속일자, 4월 16일 기준.

- 보건부에서 기존에 소유하고 있던 병원들의 자산을 이관하여 새로운 기관인 공공병원 기구(GOH, General Organization for Hospitals)를 창설할 예정. GOH는 보건부에서 분리하여 운영될 예정이며, 헬스케어 분야의 민·관 협력(PPP) 활성화를 장려하기 위한 기관
- 재정부 산하에 국가 보건 기금(National Health Fund)을 조성해 의료서비스를 위해 사용될 예정, 기금 역시 보건부에서 독립된 형태로 운영할 계획
- 앞으로 3년 내 초기 과정을 마칩과 동시에 국가의 전반적인 IT 인프라 및 새로운 헬스케어 규제의 틀을 제정할 예정

〈그림 3-5〉 사우디아라비아 헬스케어 분야의 신정책 흐름



자료 : Booz & co(2007), *Investing in the Saudi Arabian Healthcare Sector*, p.5.

□ 의료서비스 질 및 행정 능력 제고를 위한 2010~2020 헬스케어 계획 (2009년 제정)

- 모든 지역에 고품질 의료서비스를 제공하고 각 지역의 의료 수요를 역내에서 해결하도록 하는 것이 주요 목표

- 알-야마니 킹파하드 의료 도시 CEO에 의하면 킹파하드 의료 도시를 중심으로 동, 서, 남, 북 4곳에 의료 도시가 신규 건설될 예정²²⁾

- 2010~2020 헬스케어 계획은 의료서비스의 질 향상에 대해서 다음과 같은 내용을 담고 있음.

- 보건부 및 보건지역종합부서의 재정 및 행정 절차 개선, 보건부 내 5개의 위원회를 포함한 이사회 신설, 훈련 프로그램의 강화, 의료 도시의 이사회 신설, 의료 기록 프로그램의 제고, 처방전 작성의 표준화, 보건부 내 긴급 콜센터 설치, 의사 면허 평가를 위한 위원회 설립, 병원의 심각한 오류를 발견할 수 있는 프로그램 설치, 사인 규명을 위한 검토 프로그램 도입, 의사들의 성과 관리 프로그램, 병원 침상 운영 관리 프로그램 등

□ 전자의료(e-Health)는 2010~2020 헬스케어 계획의 핵심 목표

- 전자의료(e-Health)는 의료서비스의 질 향상을 위해 사우디아라비아 정부가 역점을 두고 있는 중요 분야

- 사우디아라비아 정부는 IT를 이용한 의료서비스 제공으로 비용

22) The Economist(2014), "Healthcare in Saudi Arabia: Increasing Capacity, Improving Quality?", p.6.

〈표 3-5〉 사우디아라비아 병원 의료시스템 현황

의료기관	규모	IT 관련 의료시스템
킹파하드 의료 도시 (King Fahd Medical City)	- 1,095병상 - 수술실 30개 보유	- 진료기록을 서면으로 작성
킹파이잘 특별 병원 (King Faisal Specialist Hospital & Research Center)	- 936병상	- e-Health 부서가 자국 내 원격의료(Telemedicine) 를 담당 - 화상회의를 통해 정보 교환 및 환자의 타국 이송 시간과 비용을 절감

자료 : 건강보험심사평가원(2013), 「사우디아라비아 출장 결과보고」, pp.13~14 내용을 바탕으로 작성.

을 절감하고, 의료서비스에서 소외된 외곽 지역에 의료서비스를 제공하며, PHC와 병원 간 의료 정보 연결을 꾀하고 있음.

- 정부 및 민간 의료기관, 특수 의료기관 사이에 정보시스템은 아직 통합되지 않고 있으나, 이를 개선하기 위해 각국의 자문 기관, IBM

〈표 3-6〉 전자의료 비전목표(e-Health Vision Target State) 단계별 프로세스

	1년	3년	5년	10년
	핵심	기반 기술	고급 기술	
환자진료	Clinical Automation	I-HER	iEHR	
의료산업 개혁	Enterprise Standards	Quality Analytics	Clinician Quality & Productivity	
의료인력 양성	Skills Development	Internal Capability	Performance Culture	
정보체계 개선	Connectivity & Data Centers	Integration	Vertical Integration	
보건부 혁신	Resource Management	Resource Optimzation	Health Economics	

자료 : 사우디아라비아 보건부 홈페이지, <http://www.moh.gov.sa/en/Ministry/nehs/Pages/The-Roadmap-of-Projects.aspx>

사 등과 협력해 전자의료 전략(e-Health Strategy) 및 5개년 로드맵을 개발

- 로드맵은 병원 단위와 PHC 단위에서 나누어 추진

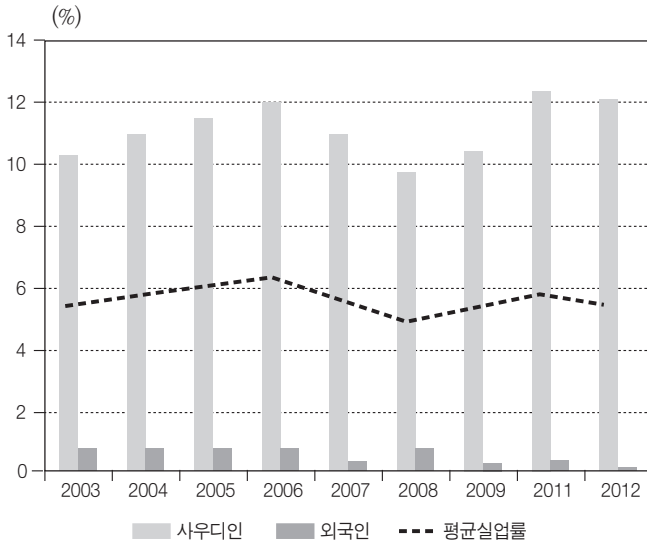
- 그러나 보건부 산하 기관의 전자 의료시스템 도입은 더딘 편이며, 지역 의료국과 중앙 병원들에서는 다수의 정보 시스템을 운영 중
 - 중동에서 가장 큰 의료센터 중 하나인 킹파하드 의료 도시에서조차 진료기록을 아직 서면으로 작성(2013년 기준)

(4) 사우디아라비아 헬스케어 인력 현황

1) 사우디아라비아 인력 수급 현황

- 높은 자국민 실업률 및 청년 실업률은 사우디아라비아 경제에 큰 부담
- 에너지 의존도가 높은 경제 구조로 산업 구조상 고용창출에 문제점을 내포
 - 에너지산업이 사우디아라비아 GDP에서 차지하는 비중은 약 45.1%에 달하나 고용 기여도는 20%가 되지 않는 상황(2012년 사우디아라비아 중앙은행 통계자료 기준)
- 사우디아라비아 공식 실업률은 5.5%에 달하나 외국인 실업률은 0.08%에 불과하며, 자국민 실업률은 12.1%에 달함.
 - 이 중 청년 실업률은 30% 이상
 - 전문가들은 실제 실업률은 공식통계 대비 3~4배에 달할 것으로 추정

〈그림 3-6〉 사우디아라비아 실업률(2003~2012)



자료: 사우디아라비아 중앙은행 통계 자료 활용.

- 사우디인 실업자는 1999년 22만여 명에서 2009년 44만여 명으로 10년간 100%가량 증가하였으며, 동 기간 내 외국인 고용은 88% 증가

□ 사우디아라비아는 민간부문 일자리 확대가 절실한 상황

- 사우디는 정치적 목적에 의한 공공부문 확장으로 인해 공공부문 고용 및 임금이 지속적으로 늘고 있는 상황
 - 2008년 경제위기 당시 민간부문 일자리는 줄었음에도 공공부문 고용은 오히려 증가
 - 2005년 압둘라 국왕 취임 당시 공무원 급여를 15% 인상하였고,

- 2006년 물가 수준에 따라 재차 인상, 이후 2008년 다시 30% 인상
- 2011년도 중동지역 민주화 사태에 따른 민생 안정 정책의 일환으로 공무원 급여 15% 인상 및 최저 임금을 월 3,000리얄로 인상하는 방안을 발표
 - 근로자도 사회적 위신, 임금 및 기타 혜택이 민간부문에 비해 높은 공공부문을 선호
 - 공공부문 근로시간은 대부분 오전 7시 30분부터 오후 2시 30분까지 7시간, 주 5일 근무이나 민간부문은 1일 8시간, 주 5~6일 근무
 - 또한 실업 구제 프로그램인 하피즈(Hafiz)에서 제공하는 실업 수당이 월 2,000리얄로, 일부 민간부문에 종사하는 사우디아라비아 노동자(전체의 약 30%)가 받는 월급보다 높은 수준이라는 점도 사우디아라비아인들의 구직 의지를 저하시키는 원인 중 하나
- 민간기업은 사우디인의 고임금, 계약 경직성 등으로 사우디인 고용 기피
- 사우디인은 비슷한 학력, 경력 보유에도 외국인보다 1.5~2배 높은 월급을 받고 있어 민간기업에서 외국인을 선호하는 원인이 됨.
 - 외국인 노동자들은 카팔라(Kafala)제도라 불리는 스폰서제도²³⁾에 따라 정해진 기간 동안만 고용 가능하며, 고용 해고도 상대적으로 용이

23) 스폰서는 자신이 고용한 노동자의 출입국을 책임지며, 그 대가로 정기적으로 스폰서 수수료를 받음.

〈표 3-7〉 직종별 평균 월급(2012)

단위 : 달러

	사우디인	외국인
사무직(중간관리자)	3,500	3,000
생산직(엔지니어)	2,500	2,000
사무직(일반)	1,700	1,300
사무직(비서)	1,200	900
생산직	1,000	650

자료 : 코트라 무역관 실사 조사 자료 및 기타 자료 종합 정리 후 재인용, http://www.global-window.org/quasar_jsp/inc/gw_downloadpdf.html?fileName=/gw_files/NationPDF/101109/101109_131_5004703.pdf

- 사우디인의 경우 해고가 용이하지 않을 뿐 아니라 쉽게 직장을 바꾸는 경향이 있어 민간기업에서 외국인 근로자를 보다 선호
- 스폰서제도로 인해 사우디아라비아 근로자들은 기업운영과 일은 외국인들에게 맡기고 이익만 챙기는 관행이 자리 잡음.
- 민간부문에서 요구하는 직업기술과 근로자들이 실제로 보유한 기술 간 불일치 문제도 심각
 - 대부분의 업종에서 외국인 노동자들이 사우디아라비아 근로자들에 비해 숙련도가 높음.
- 민간부문의 외국 노동력 의존은 공공부문에 비해 낮은 민간부문의 임금 수준을 더욱 하락시키고 있어, 사우디인들의 민간부문 취업 의지를 저하시킴.
 - 소득 수준이 높아짐에 따라 3D 업종 취업 기피현상이 발생
 - 또한 사우디인들은 사회적 지위와 직업을 연결하는 경향이 있어

인문대학 진학률만 높아지는 상황

- 특히 상당한 지식과 숙련도를 요구하는 의료 분야의 경우, 이러한 괴리가 더욱 심각
- 이에 따라 압둘라 국왕 취임 이후(2005년), 사우디인들의 교육 수준이 높아졌음에도 대부분 인문학 전공자들이라 의료 분야 인력 공급이 어려운 상황

□ 사우디아라비아의 자국민 고용정책인 '니타까트(Nitaqat) 정책'으로 민간기업 부담 가중

- 사우디 정부는 자국민의 고용 확대를 위해 '니타까트' 정책을 도입
- 니타까트는 아랍어로 '범주, 범위'라는 뜻으로 기업 규모·직종별로 의무적으로 고용해야 할 사우디인 비율을 다르게 지정
 - 기업규모가 클수록 높은 비율의 사우디인 의무고용 비율을 적용하고 이행 정도에 따라 제재와 인센티브를 부여
 - 니타까트제도는 모든 산업군 및 기업에 적용되며, 예외를 인정받기 위해서는 위원회 심의를 통과해야 함.²⁴⁾
- 민간기업의 사우디아라비아 인력 의무채용제도도 많은 경우 악용되어, 서류상으로만 고용되어 일하지 않고 일정액의 보수만을 받는 식의 관행이 암암리에 형성

24) AME info, "No industry exempt from Nitaqat, says Saudi labour ministry", 2012.3.7. 12:04, <http://www.ameinfo.com/blog/manufacturing-and-industry/no-industry-exempt-from-nitaqat-says-saudi-labour-ministry/>

〈표 3-8〉 니타카트 제도에 따른 기업규모별 등급

단위 : %

기업규모(종업원 수)	레드	옐로우	그린	블루
10~49	0~3	4~9	10~39	>=40
50~499	0~4	5~16	17~38	>=40
500~2,999	0~9	10~23	24~39	>=40
3,000~	0~9	10~23	24~39	>=40

자료 : 기획재정부(2013), 「2012 경제협력국가와의 경제발전경험 공유사업: 사우디아라비아」, p.136.

〈표 3-9〉 니타카트 등급별 제재 및 인센티브

블루	<ul style="list-style-type: none"> - Yellow, Red 기업주의 동의서 없이 외국인 근로자 스카우트 가능 - 두 달에 한 번 이상 노동부 웹사이트를 통해 외국인 근로자 비자 발급 및 채용 가능 - 두 달에 한 번 외국인 근로자 채용 직종 변경 가능 및 2년 미만 근무 외국인 근로자 스카우트 가능 (사우디아라비아 외국인 근로자는 첫 직장에서 2년 이상 근무해야 아직 가능)
그린	<ul style="list-style-type: none"> - Yellow, Red 기업주의 동의서 없이 외국인 근로자 스카우트 가능 - 두 달에 한 번 새로운 외국인 근로자 비자 신청 가능 - 외국인 근로자 2명이 귀국했을 경우 새로운 비자 1개 취득 가능 - 외국인 근로자 채용 직종 변경 가능 - 외국인 근로자 이카마 기한 3개월 이상 남았을 경우 비자 갱신 가능 - 수입증명 및 종교세 납부 기한 6개월 유예
옐로우	<ul style="list-style-type: none"> - Yellow 선정 후 3개월 이후부터 새로운 외국인 근로자 비자 신청 불가 - 6년 이상 근무 외국인 근로자 비자 갱신 금지 - 외국인 근로자 2명 귀국 시 새로운 비자 1개 취득 가능 - 타 기업에서 외국인 근로자 스카우트 불가, 외국인 근로자 채용 직종 변경 불가 - 유예기간 : 9개월
레드	<ul style="list-style-type: none"> - 새로운 외국인 근로자 비자 신청 불가 - 외국인 근로자 비자 갱신, 스카우트, 채용 직종 변경 불가 - Commercial Registration 갱신 금지 및 지점 개설 금지 - 유예기간 : 6개월

자료 : 기획재정부(2013), 「2012 경제협력국가와의 경제발전경험 공유사업: 사우디아라비아」, p.137.

2) 사우디아라비아 헬스케어 인력 수급 현황

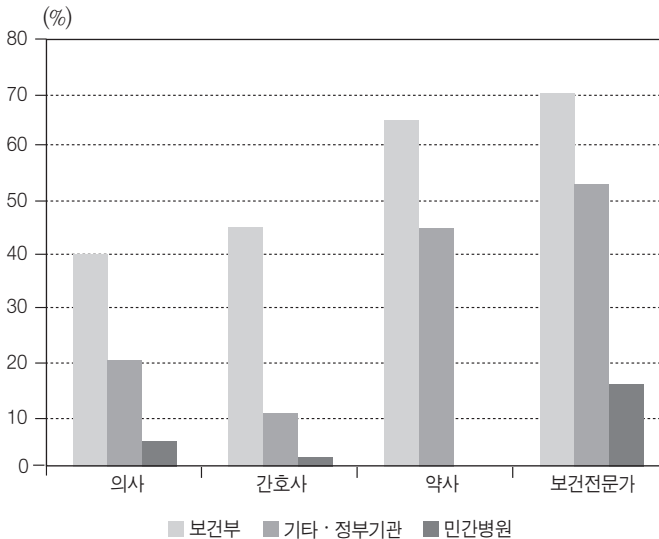
□ 전체 의료인력의 약 76%를 외국인력으로 충당

○ 마취과를 비롯한 몇몇 과의 경우 자국인 비율이 20%에도 미치지 못하는 상황

- 이는 교육 기관의 정원 제한 문제 및 해외 연수 활성화에 따른 영향으로 볼 수도 있지만 국민들의 직업선호도와 불충분한 보상체계가일 가능성이 더 큼.

○ 사우디아라비아의 타 산업 분야와 같이 대부분의 사우디인들은 공공 의료기관에서 일하고 있는데, 민간병원의 경우 사우디인을 고

〈그림 3-7〉 직종별 사우디아라비아 의료인력 비율(2012)

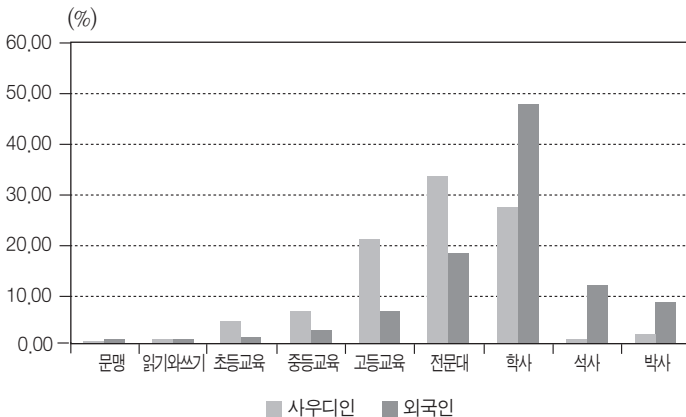


자료 : MOH(2013), 「Health Statistics Annual Book」, p.91 참조.

용해야 할 유인이 부족함.

- 민간부문에 고용된 사우디인들 중 보건 전문가의 비율이 현저히 높는데, 이는 보건 전문가에 대한 높은 수요일 가능성도 있지만 니타카트 규정 때문인 것으로도 예상
- 니타카트 기준 비충족 시 민간기업들은 상당한 불이익을 감수해야 하기 때문에, 이들이 실질적인 의료인력이기보다는 행정직, 물리치료사 등 비교적 단순한 업무에 종사하며 인력 비율을 맞추기 위한 허수일 가능성이 높기 때문임.
- 공공부문에 종사 중인 의료인력 비중도 약사와 보건전문가 비율이 의사, 간호사 비율에 비해 훨씬 높음.
- 고급 의료인력으로 갈수록 외국인력 비율이 높는데, 이는 높은 기술을 요하는 분야보다는 행정 인력 등 상대적으로 위험도가 낮고,

〈그림 3-8〉 의료인력의 학력 수준별 국적 비율(2012)



자료: 사우디아라비아 중앙은행 통계자료 활용.

적은 기술을 요하는 직종 종사자가 많음을 의미

- <그림 3-8>을 살펴보면, 학사 이상의 학력을 소지한 의료인력은 외국인 비율이 월등히 높음.

○ 사우디아라비아 보건부에 의하면 약 400명의 외국인 의사들이 서부 지역에서 무면허로 활동하고 있음.²⁵⁾

- 사우디아라비아 내 의료서비스 수요는 점차 증가하고 있으나, 의료인력의 공급이 부족해 이러한 현상들이 늘어나고 있는 것으로 보임.

<표 3-10> 사우디아라비아 의료인력의 국적별, 전공별 분류(2012)

단위 : 명, %

	사우디인	외국인	총계	사우디인 비율
일반의	2,977	7,689	10,666	27.91
치과	2,597	7,405	10,002	25.96
내과	1,018	3,752	4,770	21.34
외과	1,191	3,978	5,169	23.04
정형외과	308	1,553	1,861	16.55
비뇨기과	213	755	968	22.00
심장흉곽외과	70	235	305	22.95
신경외과	127	310	437	29.06
성형외과	101	216	317	31.86
이비인후과	352	1,200	1,552	22.68

(계속)

25) Arabnews, "Unlicensed doctors raise health concerns", 2012.11.23, 04:35, <http://www.arabnews.com/unlicensed-doctors-raise-health-concerns>.

	사우디인	외국인	총계	사우디인 비율
안과	551	1,157	1,708	32.26
산부인과	784	3,919	4,703	16.67
심장내과	195	973	1,168	16.70
호흡기내과	69	413	482	14.32
피부과	353	982	1,335	26.44
신경학과	146	204	350	41.71
공중보건과	84	195	279	30.11
전통의학	62	107	169	36.69
방사선과	415	1,478	1,893	21.92
연구	198	1,467	1,665	11.89
마취과	257	2,131	2,388	10.76
물리치료과	61	304	365	16.71
소아과	1,308	4,373	5,681	23.02
정신의학과	247	633	880	28.07
법의학과	20	56	76	26.32
가정의학과	1,297	2,982	4,279	30.31
응급의학과	441	2,487	2,928	15.06
집중치료과	227	930	1,157	19.62
신장내과	116	656	772	15.03
소아외과	55	179	234	23.50
혈액질환과	73	103	176	41.48
소화기내과	91	158	249	36.55
내분비과	116	130	246	47.15
종양내과	108	264	372	29.03
혈관외과	29	84	113	25.66
기타	1,019	784	1,803	56.52
합계	17,276	54,242	71,518	24.16

자료 : MOH(2013), 「Health Statistics Annual Book」, p.92 참조.

- 고등교육부(MOHE, Ministry of High Education) 의료인력 역량 강화 노력
 - 의과대학은 6년제 학제로 기본 의학 과정 3년, 임상 실험 3년, 이후 1년의 인턴십 과정으로 구성.
 - 사우디아라비아 의대는 영국 의료교육제도를 도입하고 있으며, 졸업 시 BMBS(Bachelor of Medicine, Bachelor of Surgery) 학위를 수여하며, 남·녀를 구분해 교육
 - 사우디아라비아 정부는 의료인력이 일정 기간의 수학과정을 이수할 경우 라이선스를 발급
 - 정확한 통계자료는 구할 수 없으나, <그림 3-8>을 바탕으로 유추해보면 학사 이상 인력 중 사우디인 비율은 35% 정도에 불과
 - 사우디아라비아는 보건인력 확대 계획과 더불어 의료인 양성을 위

〈표 3-11〉 보건의료인력 계획

단위 : 명, %

	8차 계획 (2005~2010)		9차 계획 (2010~2015)		10차 계획 (2015~2020)	
	총인원	사우디인 비중	총인원	사우디인 비중	총인원	사우디인 비중
의사	38,104	23	42,300	28	46,846	33
치과인력	4,572	53	5,076	61	5,739	67
약사	10,830	33	12,269	42	13,315	49
간호사	46,573	31	86,756	38	96,131	44
기술인력	51,049	62	57,837	72	64,087	81
합계	181,128	39	204,238	47	226,118	53

자료 : 건강보험심사평가원(2013), 「사우디아라비아 출장 결과보고」, p.24.

〈표 3-12〉 보건의료 교육기관 확대 계획

	2011년 기준		계획		
	수	인원	수	인원	목표연도
의과대학	10	1,861	2	120	2013
치과대학	4	373	2	74	2013
약학대학	4	6,258	3	150	2012
간호대학	43	9,813	8	1,600	2010~2015
준의료인 대학	4	1,220	2	120	2012

자료 : 건강보험심사평가원(2013), 「사우디아라비아 출장 결과보고」, p.24.

한 대학 및 의료기관 설립 계획을 세우고 있음.

- 2008년 기준, 사우디아라비아 내 의과대학 수는 26개
- 2005년 국립교육 평가 및 인증 위원회(NCAAA, National Commission for Academic Assessment and Accreditation)가 설립되었고, NCAAA가 고등교육 기관을 인증
- NCAAA에서 인증한 준의료대학에서 의대, 약대, 치대, 간호대, 의료 기술자를 양성
- 최근 사우디아라비아 의료기관들은 세계적 교육기관들과의 협정 및 교류를 강화해 나가고 있음.

□ 의료 직종의 낮은 사우디인 비율은 임금 수준, 영어 커리큘럼 등이 원인

○ 사우디아라비아 보건·의료 종사자의 평균 월급은 1만 7,480리얄로 평균 월급 1만 6,328리얄과 비교할 때 조금 높은 수준에 불과해 의

〈표 3-13〉 직종별 사우디아라비아 평균 임금(2013)

단위 : 사우디아라비아 리알

직업군	평균 월급	직업군	평균 월급
청소, 가정부	3,787	회계	14,887
행정, 비서, 접수	6,086	IT	14,921
운송, 배달	6,525	제조업	15,071
환경	7,500	설비 관리, 수리	15,247
요리, 관광	7,973	건설	15,482
부동산	8,431	도소매	15,585
전자제품 관련	8,798	상담	15,800
차량 관련	9,686	인적자원 관리	16,186
아동 및 노인 돌보미	10,000	보험	17,118
무역업	10,396	보건 및 의료	17,480
농부, 어부, 정원사	10,422	구매	18,850
품질관리	10,755	통신	19,281
고객서비스, 콜센터	10,901	건축	19,407
광고, 그래픽디자인	11,409	에너지	21,606
홍보	11,444	패션, 의류업	24,000
교육	12,772	경영기획	24,356
계약, 바이오	12,993	항공	26,089
마케팅	13,185	은행	27,079
방송, 연예계	13,553	법률	28,500
과학기술 서비스	14,129	임원, 이사	35,769
엔지니어링	14,846	통역	38,625

자료 : Salary Explorer 설문조사 자료, <http://www.salaryexplorer.com/salary-survey.php?job=2&jobtype=1&loctype=1&loc=191>

료 부문의 소득적 유인이 높지 않음.

- 사우디 자국민이 선호하는 직종인 공공부문 및 경영 직종의 경우 보건 및 의료 분야보다 월급 수준이 50% 이상 높음.

- 또한 자국민들이 평균 월급이 10,000리얄 이하인 블루칼라 직종 보다는 화이트칼라 직종에 대부분 종사하고 있기 때문에 이러한 경우를 상정해 보았을 때, 의료서비스 종사자와 타 산업 종사자의 임금 격차는 더 적을 것으로 예상됨.
- 또한 사우디아라비아 내 모든 의과대학 수업이 영어로 진행되고 있다는 점도 학생들의 입학에 저해하는 요인 중 하나일 것으로 추측

제4장

협력국의 수요에 기초한 새로운 협력 모델

1. 기존 한국-GCC 헬스케어산업 협력 사례 및 시사점

(1) 한국-GCC 헬스케어산업 협력 사례

- 두바이 정부와 재활전문병원인 보바스기념병원 위탁운영 계약 체결
- 2012년 5월, 두바이보건청과 4년간 ‘두바이 재활센터(Dubai Rehabilitation Center)’ 위탁운영 계약을 체결하고, 같은 해 8월부터 본격적인 운영을 시작
 - 두바이 재활센터는 UAE 내 최초로 건설된 재활전문병원으로 주로 뇌졸중 및 외상성 뇌손상, 뇌성마비 등과 같은 뇌신경계 환자의 재활치료와 입원환자 및 외래환자의 건강관리 프로그램을 제공
 - 두바이 재활센터(Dubai Rehabilitation Center)는 1인실로만 구성

된 30병상 규모이며, 환자와 보호자의 사생활과 편의를 철저히 보장하는 최고급 의료서비스 제공에 초점을 맞추는 등 미국 및 유럽계 전문병원의 시스템을 표방

- 보바스기념병원은 재활치료 전문가를 포함한 총 17명의 의료진이 현지에 진출하여 병원을 운영하고 있으며, 위탁운영자로 센터 유지 및 운영에 필요한 병원경영 프로그램 및 시스템을 담당하기 때문에 재정 부담이 타 진출 기관에 비해 낮은 편

- 보바스기념병원 파견 구성인원은 전문의 3인, 물리치료사 5인, 수치료사 2인, 기타 4명으로 구성

- 4년간의 위탁운영으로 보바스기념병원이 얻는 수익은 경영비용 72억 원(600만 달러), 우리나라 의료진 인건비 120억 원 등 총 200여억 원으로 전망

- 보바스 사례는 국내 병원이 외국 정부와 체결한 최초 계약이자 해외 공공병원의 위탁운영자로 선정된 첫 사례

□ 아부다비 정부와 우리들척추센터 10년 위탁운영 계약 체결

- 2011년 1월 척추전문병원인 ‘우리들병원’은 아부다비 정부가 설립한 국영기업인 ‘무바달라(Mubadala) 헬스케어’와 ‘우리들척추센터(Wooridul Spine Centre)’를 10년간 위탁운영하는 계약을 체결

- UAE는 최근 비만 인구가 증가함에 따라 비만 합병증인 척추 및 관절 질환의 유병률이 증가하였으나 UAE 현지를 포함한 GCC

지역 내 척추전문병원이 없어 적절한 치료가 어려운 상황이
있음.

- 무바달라(Mubadala) 헬스케어는 UAE 국내에서 척추 및 관절 질환의 수요를 충족시키기 위해 우리들척추센터를 두바이에 설립하기로 결정

- 우리들병원은 미국의료관광평가협회(Medical Travel Quality Alliance)가 선정한 ‘의료관광객을 위한 세계 10대 병원(The World’s Best Hospitals for Medical Tourists)’에서 2010년, 2012년 각각 8위와 4위에 오른 척추 부문의 세계적인 전문병원

○ 무바달라(Mubadala) 헬스케어 측은 우리들척추센터에 대한 인프라를 제공하고, 우리들병원은 의료진, 의료기기, 병원경영 프로그램 및 시스템 등을 포함한 현지 운영을 담당

□ 두바이 인덱스홀딩사 공동으로 삼성의료원 두바이 메디컬센터 설립 및 지분 매각

○ 2010년 삼성의료원은 두바이 기반의 다국적 투자컨설팅 기업인 ‘인덱스홀딩(INDEX holding)’과 공동으로 두바이 헬스케어시티 내에 ‘삼성의료원 두바이 메디컬센터’를 설립

- 센터는 삼성의료원에서 파견된 내과 교수 2명, 간호사 2명, 의료기사 1명이 상주하는 의원(clinic) 규모로 운영

○ 삼성의료원과 두바이보건청이 체결한 MOU에 따르면 두바이보건청이 환자를 모집하여 동 센터에 공식적으로 진료를 의뢰하는 내용 등이 포함되어 있어 개원 전 많은 기대를 모았으나 환자 유입

이 저조하였음.

- 삼성의료원 두바이 메디컬센터는 특정 진료과목이 아닌 내과 등 일반적인 진료과목으로 진출하였기 때문에, 두바이에 이미 진출한 하버드대 메디컬센터(Harvard Medical School Dubai Center), 보스턴대 치과병원(Dubai School of Dental Medicine Clinic), 캐나다안 병원(Canadian Specialist Hospital) 등 유명 병원과의 경쟁에서 어려움을 겪었던 것으로 예상됨.
 - 또한 현지에서 치료 가능한 과목이 제한적이었기 때문에 환자송출에 의존했고 이는 내원 환자 감소로 이어지는 등 수익 창출 구조를 만드는 데 어려움을 겪음.
 - 결국 삼성의료원은 삼성의료원 두바이 메디컬센터의 자체지분을 모두 인덱스홀딩(INDEX holding) 측에 매각하여, '인덱스 메디컬센터(INDEX Medical Center)'로 바뀌어 운영 중
- 2013년 한국-사우디아라비아 보건협력시행협약에 서명했으나 이후 후속 조치 미흡
- 2012년 2월 한국 보건복지부는 사우디아라비아 정상방문을 계기로 양국 보건부 간 추진되어 온 '보건의료분야 협력을 위한 시행계획서*'에 서명
 - 동 시행계획서는 양국 간 체결한 경제기술협정*이행방안의 하나로 2009년부터 추진되어 온 사항

〈표 4-1〉 한-사우디아라비아 보건의료분야 협력 현황

	내 용
2012.2.9	양국 보건부 간 “보건의료분야 협력을 위한 시행계획서” 체결*
2013.4.9	‘한-사우디아라비아 의료 쌍둥이 프로젝트’ 추진*
2013.9.17	한-사우디아라비아 보건의료협력 시행협약 체결식*
2013.9.24	가천대, 사우디아라비아 킹파하드 왕립병원(KFMC)에 뇌 영상·과학연구센터 시스템 구축 합의, 의향서(LOI) 교환
현재	정부 간 협약 대신 경쟁 입찰로 진행

자료 : 보건복지부 및 관련 기사 내용 정리.²⁶⁾

〈참고〉 보건의료협력 Executive Program 주요 내용²⁷⁾

○ 한-사우디 간 공동 관심 분야 및 협력사업 제안

- (공동 관심 분야)

- ① 보건 정책 및 보건 관리, ② 병원의료서비스, ③ 의료 및 의료기기의 신기술, ④ 만성 비전염성 및 전염성 질환의 진단 및 치료, ⑤ e-Health, ⑥ 대체의학, ⑦ 의료, 제약 정책 및 연구, ⑧ 세계적 유행병 대응 조치, ⑨ 건강 증진 및 질병예방, ⑩ 약물 남용의 예방 및 관리, ⑪ 생명공학 기술의 연구, 개발 및 산업화

- (협력사업)

- ① 정보교류, ② 대표단 및 전문가 교류, ③ 양국 우선 분야에 대한 경험 교류, ④ 회의 및 기타 행사의 참석, ⑤ 보건의료, 의학, 제약분야의

(계속)

26) 보건복지부 보도자료, “중동의 메카 사우디아라비아, 한국과 의료협력 희망”, 2012.2.8; 뉴스와이어, “진영 장관, 한-사우디 보건의료협력 시행협약 체결식 및 세계군중의학 컨퍼런스 참석차 출국”, 2013.9.17. 14:47, <http://www.newswire.co.kr/newsRead.php?no=714348>; 보건복지부 보도자료, “의료시스템 수출, 창조경제의 핵심 엔진이 되다!”, 2013.9.23.

27) 보건복지부 보도자료, “중동의 메카 사우디아라비아, 한국과 의료협력 희망”, 2012.2.8.

공동프로젝트 및 인력 훈련

- (기술교류 등 확대) 의과학, 신기술 발전 및 신의료기기 분야에 대한 정보 및 경험뿐만 아니라, 보건의료분야 활동과 관련된 법규 교류
- (의료기관·인적 교류 확대) 양해각서하에 추진되는 활동에 소요되는 비용은 각자가 부담
 - 시행계획서하에서 수행되는 협력활동 비용은 쌍방의 합의에 의해 부담
 - 영어로 프로그램을 개발하고 과건 1개월 전에 타방국가에 송부
- (전담부서) 시행계획서 이행을 위해 전담부서 지정
- (분쟁해결) 쌍방간 협의를 통해 원만히 해결
- (효력 및 기간) 한·사우디공동위원회가 승인한 날부터 5년간 효력 발생, 기간 만료 6개월 전에 서면 통보가 없을 경우 자동으로 5년 연장, 쌍방 합의에 의해 개정 가능
- (언어) 국어, 아랍어, 영어 각 2본 서명, 이견이 있을 경우 영어본 사용

- 2013년 4월 양국 보건부는 보건의료 6개 분야에 대하여 포괄적 협력을 합의
 - ① 의료인 교육·연수 프로그램, ② 의료 정보기술, ③ 의료기관 간 쌍둥이 프로젝트, ④ 보건의료 R&D, ⑤ Visiting Physician Program 및 전문가 상호 방문, ⑥ 병원 설계 및 건립
 - 쌍둥이 프로젝트는 사우디아라비아 보건부 산하 공공병원의 경영, 의료시스템·서비스의 질 향상을 위하여 한국 의료기관과 사우디아라비아 병원을 매칭, 사우디아라비아 내로 한국 의료기관의 의료기술, 지식시스템, 문화 등을 그대로 전수하는 협력사업을 의미

○ 2013년 9월 한국 보건복지부 대표단이 사우디아라비아를 방문하여 실무협의를 통해 결정된 3개 분야를 우선 협력 분야로 결정하고, 제2차 합의의사록에 서명하여 공동 발표

- ① 의료인 교육·연수 프로그램, ② 의료 정보기술, ③ 의료기관 간 쌍둥이 프로젝트 3개 분야를 우선 협력 분야로 선정

- 합의의사록에는 양국 실무 협의 끝에 정해진 의료 IT 시행협약(Executive Agreement)을 합의의사록 서명 후 2개월 이내에(사우디아라비아 보건부의 법률 검토가 마무리되는 즉시) 체결하기로 합의하는 내용이 포함

*시행협약(Executive Agreement)은 통상의 양해각서(MOU)와 달리 체결기관 간에 이행에 대한 법적 구속력이 발생하는 문서로 용어 자체는 사우디아라비아 보건부가 외국과 체결하는 문서를 지칭

〈참고〉 보건의료협력 시행협약 주요 내용²⁸⁾

○ 한국 측이 사우디아라비아 국가 보건의료 정보화 프로젝트 이행을 사실상 맡아하기로 양국 장관 합의

- 사우디에 있는 모든 보건소의 정보시스템 구축사업과 1개 권역 내에 있는 공공병원의 병원정보시스템 구축사업을 한국 측이 맡기로 함.

- 국가 단위 보건의료 정보화 프로젝트에서도 기발주된 프로젝트를 제외한 모든 프로젝트에 한국이 우선 참여하여 진행하기로 함.

* HIE(진료정보 교류), Blood Bank(혈액관리시스템), Telemedicine(원

(계속)

28) 보건복지부 보도자료, “의료시스템 수출, 창조경제의 핵심 엔진이 되다!”, 2013.9.23.

격 진료), POC(현장 진료) 프로젝트 등

- 양국간 협력 프로젝트의 이행관리 등을 담당할 합작법인(Joint Venture)을 양국 공동 투자로 사우디아라비아 내에 설립·운영하기로 함.

- 한국의 보건의료정책·제도 및 보건의료 정보시스템의 구축·운영 노하우 공유 및 관련 경험을 전수하기로 합의

- 협약 기간은 5년 + 5년으로 함(5년 후 양측 협의하여 5년 갱신 가능).

○ 사우디아라비아 의사가 미국, 캐나다, 프랑스에 이어 세계 네 번째로 한국에서 유료 연수를 받는 시행협약 체결

- 국내 5개 의료기관이 2014년 3월부터 10년간 사우디아라비아 의사 1인당 1개월 기준 3,000달러를 지불 받고, 팔로우업 과정·단기 연수 과정 등을 제공

* 연수수행기관: 삼성서울병원, 서울대병원, 서울성모병원, 서울아산병원, 연대세브란스병원

○ 의료기관 간 쌍둥이 프로젝트의 일환으로 삼성서울병원과 킹파하드왕립병원(KFMC)이 뇌 조직은행(Brain Tissue Bank) 구축사업 협약을 체결

* KFMC: King Fahad Medical City, 수도 리야드 소재, 현대건설이 1993년 건립

* 뇌조직은행: 환자들의 수술로 얻게 되는 뇌 조직을 보관하는(얼려놓은) 곳으로, 뇌종양의 치료 및 치매 등의 치료제 개발에 활용

- 향후, 2015년까지 삼성서울병원은 KFMC에 뇌조직은행 시설과 장비를 구축하고 KFMC의 의료진 교육, 컨설팅 및 기술이전을 하기로 결정

- 이를 조속히 시행하기 위하여, 양국 보건부 장관은 사우디의 10월 하지(hajj) 기간 직후에 뇌신경분야 인력에 대한 교육연수를 즉시 시행하기로 함.

(2) 기존 협력 사례를 바탕으로 한 진출 전략

□ 한국-GCC 기존 협력 사례의 시사점

- 우리들병원은 UAE 의료 인프라 구축에 도움을 주었다는 점 및 장기계약을 통한 투자 안전성 확보가 성공의 주요 요인으로 작용하였다고 평가
- 삼성의료원의 경우 유명 병원과 진료과목이 중복되었다는 점이 결정적인 실패 원인으로 지적
 - 또한, 두바이지역 보건의료 인프라를 제고할 수준의 의료서비스 제공이 어려웠던 점 및 인력 부족과 현지화가 미흡했다는 점 등을 실패 원인으로 파악
- 보바스기념병원 성공 사례를 통해 위탁운영을 지속하기 위해 장기 파견인력구성이 중요함을 확인할 수 있음.
- 우리들병원은 UAE 진출에서 가장 애로사항이 의사면허 취득이라고 언급하면서, 언어적 장애를 해결하기가 가장 어려웠다고 밝힘.²⁹⁾
 - 면허 취득을 위해서는 언어, dhcc standard 준수, WHO가 후원하는 트레이닝 센터를 다녀야 하는 등 대부분 미국, 영국 기준에 맞춰져 있어 많은 애로사항 존재
 - 구술시험의 경우, 문제 대부분이 제공하는 서비스와 상관없는 일반적 내용에 대해 묻고 있어 영어가 모국어가 아닌 경우 통과가

29) 산업연구원(2013), 「UAE, 카타르 신산업 조사」, 해외출장보고서.

어려운 상황

- 정부 차원에서 우리나라 의료인력이 현지 자격을 취득하기 위한 절차의 간소화를 지원할 필요³⁰⁾
- 한국-사우디 협력사업의 경우, 기존 협력사업의 문제점을 보완할 필요성 대두
 - 한국-사우디아라비아 장관 협약서는 합의의사록에 서명한 수준으로 법적 구속력이 없으며, 현재 사우디아라비아 측은 특별한 사유 없이 우리나라 논의에 응하지 않는 것으로 알려짐.
 - 양국 장관 교체로 인한 사업지체, 의료수출사업 대표 선정 문제³¹⁾ 등 여러 가지 문제점이 제기되고 있는 상황
 - 현재 정부 간 협약 대신 공개경쟁입찰 형태로 사업이 쪼개져서 발주된 상태
 - 사우디아라비아 의사 인력 훈련은 병원들의 사정 및 중동지역 지원자 부족으로 2014년 1월까지 방문자가 없는 상황
 - 한국 정부는 협약 추진이 백지화된 것은 아니며, 수의계약사업이 많을 것으로 발표하였지만, 현재로서는 가시화된 성과물은 없는 것으로 평가

30) 산업연구원(2013), 「UAE, 카타르 신산업 조사」, 해외출장보고서.

31) 시사메디IN, “복지부 비리공무원 정부 의료수출사업 대표 임명 논란”, 2013.12.10. 10:46:21, <http://www.sisamediin.com/news/articleView.html?idxno=1590>.

- 기존 협력의 문제점을 보완하기 위해서는 인력 양성과 IT 활용에 초점을 맞추는 전략이 필요
 - GCC 헬스케어산업 현황 및 협력 사례에서도 알 수 있듯이 GCC 지역에서 가장 시급한 문제로 여기고 있는 것은 인력 양성 및 의료 인프라 확충
 - 따라서 인력 및 의료 인프라 확충 쪽으로 협력의 초점을 맞추되 대부분의 중동 국가들이 한국이 IT 분야에 강점을 가지고 있다고 평가하고 있으므로, IT를 활용한 협력 방안을 추진하는 것이 효율적

- GCC 내 한 국가에서 프로젝트가 시작되면 GCC 지역 전체에 번지는 경향이 있어 한 국가에서의 성공 사례를 기반으로 GCC 전체에 진출이 가능
 - GCC 헬스케어 시장은 의료시장의 유사성과 지역적 연결성을 보유하고 있어 이를 바탕으로 한 진출 전략 수립이 가능
 - 따라서 한국이 비교 우위를 보유한 IT와 GCC 국가들의 우선 수요가 존재하는 IT·인력 융합 수출 모델을 성공시킨 뒤, 이를 확대해 나가는 전략이 주효
 - 각 국별 정책, 인력 수급, 기술 수준의 차이 등이 있기 때문에 IT·인력 융합 수출 모델이라는 큰 틀에서 세부적인 국별 조정이 필요
 - IT·인력 융합 수출에서 핵심은 한국이 GCC 국가들의 헬스케어산업 발전에 도움을 주는 과정을 통해 동반 성장을 이루는 것이며, 이를 위한 핵심 선결 과제 해결을 위해 상대 정부의 협력이 필요

- 한국형 IT·인력 융합 수출 모델이 제대로 자리 잡기 위해서는, 헬스케어시스템의 제도 개선 전반에 대한 한국 정부의 정책 자원이 필요

2. IT·인력 융합 헬스케어 협력 모델의 필요성

- 기존 협력 방식으로는 타 국가와의 경쟁이 어려운 상황
- 단순 병원 건설 분야의 경우 중국, 터키, GCC 업체들과 원가 경쟁이 어려움.
 - 특히 산업 다각화를 위해 GCC 각국 정부가 자국 건설기업 육성에도 힘쓰고 있기 때문에 앞으로 경쟁이 더욱 치열해질 것으로 예상
- 단순 의료기기 수출만으로도 선진권 국가와 경쟁이 어려운 상황
 - GCC 국가들의 주요 의료기기 수입국은 미국, 독일, 네덜란드, 프랑스 등 선진 국가이며, 주요 수입 분야도 고부가가치 제품군이 대다수를 차지
 - 한국의 대GCC 주요 수출국인 사우디 의료기기 수출액은 2012년 기준 2,200만 달러에 상당하며, 이는 사우디아라비아 의료기기 수입액의 1.4%에 불과
- 한국 입장에서 GCC지역 내에서 계속적으로 협력 확대가 요구되고 있는 ‘한국의료(MEDICAL KOREA)’에 대한 구체적인 역할 정립

이 필요한 시기

- 국내 병원의 우수한 임상기술을 바탕으로 한국으로의 해외환자 송출을 활성화하고 나아가 국내 병원 및 의료기기산업의 GCC 진출을 적극적으로 모색하기 위해 모멘텀이 필요

□ 헬스케어 수출 경쟁우위를 위해 한국이 강점을 가진 IT 분야 활용 중요

- 두바이 보건청장 이사 알-마이두르는 한국이 경쟁력을 보유한 분야가 IT 분야이며, IT기반 헬스케어 분야의 협력이 바람직하다는 의견을 피력한 바 있음.³²⁾
- UAE, 사우디아라비아를 선두로 GCC 국가들은 전자의료(e-Health) 시스템 활용을 점차 확대해 나가고 있으며, 여러 병원과 의료기관에서 전자의료 및 전자 정보시스템을 도입
- GCC 국가는 기존의 주요 협력 국가이던 서구권 국가와의 의료 IT 협력이 성공적이지 못하다고 평가하고 있음.
 - 서구권 국가는 GCC 국가의 의료시스템 분야 등 다양한 IT 분야에서 협력해 왔으나 초기 비용에 비해 지나치게 높은 업그레이드 비용 및 지나친 고사양의 고가 제품 판매 등으로 이에 대해 불만족하고 있는 상황³³⁾이므로 이를 활용할 수 있을 것
- 자국 의료 발전과 전자의료에 높은 관심을 보이고 있는 GCC 측 수

32) 산업연구원(2013), 「UAE, 카타르 신산업 조사」, 해외출장보고서.

33) 산업연구원(2013), 「UAE, 카타르 신산업 조사」, 해외출장보고서.

요에 부응하기 위해서는 한국이 강점을 가지고 있는 IT 경쟁력이 융합된 헬스케어서비스 모델 수출에 주력

□ 의료인력 양성 협력은 동반 구축이 반드시 필요

○ 인력 양성은 GCC 국가들의 최우선 선결과제로 헬스케어산업의 발전의 필수 요건일 뿐만 아니라 의료 장비 및 인프라 수출 확대에 핵심 요소이기 때문

- GCC 국가는 자국 의료인력의 역량 제고를 위해 자국 의료인력의 해외 연수를 적극 활용하고 있어, GCC권 의사 대부분이 유럽으로 의학연수를 떠나고 있음.

- 이는 GCC권에서 일하는 의사들이 유럽 장비 등에 익숙하고 호감을 가지게 하는 주요 원인

○ 또한 의료인력 양성은 GCC 국가들이 가장 필요성을 느끼는 분야이자 가장 어려움을 겪고 있는 분야

- GCC 정부는 자국인 의무고용제도와 학제 내 직업훈련시스템, 민간기업과의 고용훈련 등을 추진하고 있음에도 젊은 층의 실업률은 점점 증가 추세

- 따라서 보다 지속적이고 발전적인 협력 관계를 구축하기 위해서는, GCC 자국 내 의료인력 양성이 활성화되도록 지원할 필요

○ 한국 측도 의료인력 고용훈련 연계프로그램을 통해 GCC정부로부터 세제 지원 등 실질적 혜택 지원도 기대

- 사우디정부의 경우 젊은층의 고용확대를 위해 자국인을 대상으로

로 한 훈련프로그램을 운영하거나 훈련 후 고용하는 회사에 한하여 세금혜택을 지원할 수 있는 입법안을 마련

- 사우디아라비아 투자청은 외국자본이 투자되고, 해당 지역에 사업을 설립하고자 하는 회사에 한하여 사우디아라비아 인력을 훈련시키고 고용하는 경우 세금혜택을 제공
- 인력훈련 및 고용비용에 대하여 50%, 연구 및 개발비용에 대하여 50%, 자본투자금에 대하여 50%의 세금경감 혜택을 제공

3. IT·인력 융합 헬스케어 협력의 사우디아라비아에의 적용

- 'IT-인력 융합병원' 모델은 기존의 IT 융합병원에 비해 인력의 중요성을 보다 강조하고 수출 모델의 발전에 맞추어 인력의 동반 진출을 기술한 모델
- 이는 자국 인력 양성을 강조하고 있는 GCC 및 사우디아라비아의 최근 추세와도 부합되는 모델임.
- 따라서 한국·GCC 헬스케어 협력은 IT·인력 융합 헬스케어 협력 모델을 단계적으로 구축하는 관점에서 사업을 기획하고 추진하고자 함.
- 본 연구에서는 IT·인력 융합 헬스케어 협력 모델을 다음과 같이 3 단계로 나누어 추진하는 방안을 제시

〈그림 4-1〉 IT·인력 융합 헬스케어 협력 모델 수출의 단계별 추진 방안



(1) 1단계: 교류 지원 및 간접 투자

- IT·인력 융합 헬스케어 모델 진출 기반 마련을 위한 정부 차원의 교류
 - 인력 및 정책 노하우 중심 교류를 적극적으로 추진하여 한국 이미지를 제고
- 해외 환자 유치
 - 정부가 앞장서 환자송출 프로그램의 확대를 유도
 - 해외 환자 유치 확대를 통해 한국 의료서비스에 대한 인식을 제고
 - 선진국 의료서비스에 비해 한국 의료서비스에 대한 사우디아라비아 국민들의 인식이 높지 않으므로 해외 환자 유치를 통한 입소문 효과를 기대

□ 원격의료센터 구축

- 원격진료나 판독을 할 수 있는 센터를 사우디아라비아 현지에 구축
- 국내에서는 이해당사자(의료인) 간 갈등으로 의료법 개정이 어려워 원격진료의 실현이 어려운 측면이 존재
- 하지만 의료인이 부족하고 의료재정 문제가 매우 심각한 사우디아라비아는 우리나라와 달리 정부의 원격의료 도입 의지가 매우 강하고 지역 내 공급자·수요자 저항이 거의 없는 상황
 - 사우디아라비아 내 만성질환 환자가 늘어남에 따라 의료지출이 급속히 증가하는 추세
- 따라서 원격의료센터는 사우디 정부의 의료재정 부담을 감소하고, 지형적으로 외진 지역이 많은 사우디 현실에 적합
- 원격의료센터의 도입은 1차 보건의료센터를 보완하는 측면에서 시작하는 것이 가장 현실적이고 바람직
 - 1차 보건의료센터를 중심으로 꾸준히 관리가 필요한 만성질환에 대한 원격진료시스템을 도입해 현 의료시스템의 질을 향상시키고, 비용을 감소할 수 있을 것
- 또한 한국 입장에서 한국이 가진 IT 기술을 활용하여 원격진료나 원격판독을 하는 사업은 다수의 의료인력 진출 없이도 쉽게 시작이 가능
 - 특히 원격판독센터의 경우, 원격의료센터에 비해 비교적 진출이

용이해 성공 가능성이 높을 것으로 예상

- 원격의료센터의 수출은 한국 진단기기에 사우디인들이 자연스럽게 접근하게 하는 기회가 될 수 있음.
- 관련 사업에 대한 정책적 지원이 필요
 - 중기적으로는 사우디아라비아 정부와의 협약을 기술인력 연수 프로그램으로 확대해 사우디 자국 인력 교육 및 훈련에 참여할 필요

□ 기술인력 훈련

- 사우디아라비아 정부는 자국 인력 양성에 지대한 관심을 가지고 있으므로 사우디아라비아 니즈에도 맞아떨어지는 분야
- 훈련과정이 복잡하고 장기간이 걸리는 의료인력 훈련보다는 판독 센터 등에 필요한 기술인력 중심의 인력 양성 훈련 코스를 개발하고 이를 점차 확대
 - 의료인력 부족은 물론 중요한 문제이나 이는 사우디아라비아 국민들의 의식 및 국가 정책 변화가 수반되어야 하는 미묘하고 장기적인 차원의 문제이므로 한국과의 우선 협력 분야로는 적절하지 못함.
 - 따라서 한-사우디아라비아 의료인력 협력은 기존 인력들의 훈련을 통해 의료 품질을 제고하는 방향으로 나아가야 함.
- 양성된 기술인력이 한국의 원격의료센터에 취직할 수 있도록 함으로써 자국 인력의 실업률 해소를 한국이 도울 수 있음.

- 한국 기업 입장에서 강화된 니타카트 규정을 준수할 수 있으며, 양질의 인력을 받을 수 있음.
 - 훈련된 인력들이 한국 장비에 익숙해짐으로써 한국 의료기기 수출업체도 반사이익을 누릴 수 있음.
- 첫 단계는 현지 병원 혹은 원격의료센터 내 기술인력의 훈련 코스를 개설해 시범 케이스로 운영하는 것이며, 이후 이를 사우디에서 직업훈련을 담당하는 기관인 국립공동교육시스템(NSJT)에 의료기술인력 과정을 개설하는 것이 목표
 - NSJT(National System for Joint Training)는 교육시스템이 민간 부문의 수요를 따라가지 못한다는 지적에 따라 특정 직업에 대한 공동 교육 제공을 위해 2005년 설립
 - 교육기간 동안 25%의 이론교육과 75%의 실기교육을 병행
 - 과정마다 최소 4개월에서 최장 12개월까지 교육이 진행되며, 훈련 완료 시 업종별로 전문대학, 고등학교, 초등학교 졸업증서를 부여
 - 현재 사우디아라비아 NSJT 내 의료 관련 훈련과정은 없는 상태이며, 일부 다국적 의료기기 회사를 중심으로 사우디 인력의 조립 라인 투입에 대한 교육과정이 진행되고 있는 것으로 파악
- 기술의료 인력 양성이 성공하기 위한 두 가지 핵심 전제 조건은 두 가지로 적절한 임금 수준에 대한 보장 및 교육인력에 동기를 부여하는 것
 - 이를 위해 한국 정부 차원에서 사우디 정부에 훈련과정 개설에 대

한 전제로 다음 정책을 권고할 수 있을 것

- 임금 수준 보장을 위해서 기술의료 인력의 취업 시 정부에서 보조금을 지급하여 적절한 임금 수준을 맞춰 주는 등의 정책을 유도하여 자국민들의 기피현상을 피할 수 있도록 유인할 필요
- 인센티브, 불이익 등 평가제도 도입을 통해 자국 인력의 노동 의지를 키울 수 있도록 프로그램을 구성할 필요
 - 홈페이지에 의하면 NSJT 전체 직업군의 평균 미수료율은 29.5%이며, 취업률에 대한 구체적인 정보는 제공하지 않음.
 - 한국의 경우는 미수료 시 교육 금액을 본인이 지불해야 하거나 다른 프로그램 등록에 있어 우선 순위를 박탈하는 등의 불이익을 주고 있으나 사우디의 경우 그렇지 못한 것으로 파악
 - 취업률 정보가 제공되지 않아, 정확히 얼마만큼의 인원이 취업에 성공했는지를 알 수 없으며, 취업률이 높아질수록 프로그램 제공 기관에 인센티브를 부여하는 등 훈련기관에 부여되는 유인도 부족한 것으로 보임.
- 이를 위해 훈련기관이나 병원들에 고용된 사우디 인력에 대한 평가권을 주는 것도 하나의 방안으로 제시해 볼 수 있음.
 - 현재의 니타카트 제도는 고용 인력의 양적 평가만 하고 있으나 질적 평가도 필요.
 - 고용된 인력들에 대한 평가 등을 통해 양질의 인력을 교육했거나 만족도가 높다고 평가되는 기업들에는 의무고용 인원 수를 감축해 주거나 보다 많은 유인책을 주도록 사우디 정부에 권고할 수

있을 것

(2) 2단계: IT·인력 융합 헬스케어 인프라 구축

□ IT·인력 융합 헬스케어 협력 모델 수출을 위한 인프라 구축

- 1단계에서 진출한 인적 혹은 물적 네트워크 및 의료정책을 기반으로 IT·인력 융합 병원의 현지 건설에 돌입하고, 민간 부문의 점진적 투자 확대를 모색하는 단계
 - 1단계가 한국의 이미지를 제고하는 단계였다면, 이 단계에서는 정부정책 방향에 대한 자문 및 교류를 통해 한국 의료시스템의 특징을 이식하여 정책의 이질성을 상쇄해야 함.
- 의료기관들은 초기에는 비교적 안정적인 투자회수가 가능한 정부 주도의 공공의료기관 건설 프로젝트에 우선적으로 참여(시공 등)

□ 의료서비스 교류

- 한국 환자 유치, 원격의료센터 구축 등으로 한국 의료서비스에 대한 이미지를 제고한 상태에서 서비스 교류에 나설 필요
- 본격적인 의료인력 훈련 협력에 앞서 인적 네트워크를 구축하고, 한국 의료서비스에 익숙해질 수 있도록 하는 단계
- 한국 정부가 의료진을 사우디아라비아 현지에 파견하여 선진 의료 기술을 전수하거나 사우디아라비아 의료진들을 한국의 의료기관에 초청하여 연수하는 방안을 모색

- 한국 병원들의 적극적인 참여를 위해 동기 부여가 필요
 - 과거 한-사우디 보건의료협약에 따르면 사우디아라비아 의사 1명당 1개월 기준 3,000미달러를 지급 받기로 되어 있으나, 이들에 대한 숙박시설 제공, 교육 프로그램 제공 등 모든 것을 병원에서 일괄적으로 부담하기에는 금전적인 부담이 있을 것으로 예상
 - 한국 병원 및 의료진 입장에서는 사우디와의 서비스 교류가 매력적이지 못할 가능성이 큼. 따라서 정부 입장에서 이들에게 유인을 제공할 필요

□ IT·인력 융합 거점병원 설립

- 사우디아라비아 정부와 협의하여 의료 수요가 필요한 지역에 IT·인력 융합 거점병원을 설립
- 병원은 한국 IT융합 시스템 및 의료서비스를 사우디인들이 누려볼 수 있도록 구축되어야 함.
 - 국내 44개 대학병원은 모두 EMR, PACS, OCS를 보유한 IT융합 병원으로서 높은 수준을 보유하고 있음.
 - 이러한 국내 병원의 IT융합 병원의 노하우를 사우디아라비아 병원에 전수해줄 수 있음.
- 한국이 곧바로 사우디에 IT·인력 융합 병원을 수출하기에는 인지도 및 신뢰도가 그리 높지 않기 때문에, 시범 사업으로 정부 주도의 IT 융합 거점병원을 설립해 이미지 상승을 꾀할 필요

- 정부는 한국 의사 및 간호사, 기술인력 등이 현지에서 근무할 수 있는 자격증을 취득하도록 정부 간 협의를 통해 절차를 간소화하는데 도움을 줄 수 있을 것
- 병원 설립을 위해 복지부의 해외 거점병원 육성사업 추진 계획을 적극적으로 이용하며, 여러 곳의 한국 병원들이 컨소시엄 형태로 참여
 - 컨소시엄 형태로 참여할 경우, 인력 풀이 넓어져 파견 의료인력에 대한 부담을 줄일 수 있으며 다양한 전문가들이 참여 가능하고, 중동 지역 실태에 대해 경험해 볼 수 있는 점 등 다양한 장점이 존재
 - 정부 입장에서도 특정 병원을 지원하지 않고, 특정 컨소시엄을 지원할 수 있다는 장점

〈참고〉 해외 거점병원 육성사업

- 복지부는 2012년 IT융합 의료 해외진출을 위해 해외 거점병원을 위한 육성사업 및 Global Medical Partnership 업무계획을 발표함.
- 거점병원 육성을 위한 시범사업을 위해 거점국가별 전담 컨소시엄을 구성 및 운영하며, 한국형 진출모델(Pilot Project)을 창출하기 위한 전략을 수립함.
 - Package형 병원플랜트 진출 이행을 위해 전략지역별 지원체계 구축 및 전문포럼 발족
 - 국가별 맞춤형 지원을 통해 시범사업 시행으로 조기 성공사례(pilot

(계속)

case)를 발굴하고, 거점병원화하여 현지화 전략 추진

- 또한 거점병원 육성을 위해 GCC, 신흥개도국 등 진출 전략국가에 검진센터 등 특화 전문병원을 설립하고 컨설팅을 실시할 계획임.
 - 진출 전략국가 내 검진진단센터 등 설립, 운영컨설팅 사업추진을 위해 5개국 대상 시범사업추진 신규 예산 20억 반영
- 또한 복지부는 정부와 주요국들 간 MOU 체결을 통해 Global Medical Partnership을 구축하겠다고 발표함.
 - 정부 차원의 사업 안정화 지원 및 보건의료사업 관련 규제 완화 등의 제도개선 협의 및 면허인증제도 협의, 국내외통관절차 개선, 의료분쟁 해결, 이중과세방지 협의
 - 의료기관 해외진출 전담 정보지원센터 설치, 정보화, 정보제공사업, 의료기관 해외진출 web 구축, 민간의료기관 진출 해외마케팅 등 등 정보지원 및 컨설팅 체계 구축
 - 해외의료 시장조사 지원사업 및 민간컨설팅 서비스 제공, 팸투어, 시장개척단, 국제 컨퍼런스 및 박람회 참가
- 저개발전략 국가 대상 Seoul Project를 통해 의료선진화 지원사업을 추진함.
 - 파트너 기관별 MOU 체결 및 의료기관 종사 의료인력 양성
 - 2012년 정부 예산 중 20억을 병원시스템, 의료제도, 의료기술 전수 등에 반영
 - 이를 통해 전략국가별 파트너 의료기관 간 협력적 동반자 관계 구축의 효과를 기대함.

□ 의사 및 간호 인력 훈련

- 거점병원을 의료인력 훈련의 중심 센터로 육성할 필요
- 한국 방문을 꺼려하는 사우디아라비아 의료인력의 흡수뿐 아니라 타 중동 국가에서 사우디로 근무하러 온 의료인력들의 훈련도 가능
 - 보다 친숙한 환경에서 이들 인력에 대한 교육 및 훈련이 가능
- 중동 전체에 한국 의료서비스 및 기술에 대한 이미지 제고 가능
 - 이들 인력의 교육뿐 아니라 연수 프로그램을 거점병원에서 시행함으로써 교육과 훈련이 모두 시행가능하며, 한국 의료시스템 및 서비스에 친숙해지는 기회를 제공
- 기술자 인력 훈련과정과 마찬가지로 우수 졸업생에게 병원 근무 기회를 주는 등 인센티브 체계 마련이 필요
 - 선진화된 의료기술 제공 및 의료시스템 제공으로 근무하고 싶은 환경을 마련해 주어야 함.
 - 월급과 같은 현물 인센티브를 사우디아라비아 정부와 협의해 근로 의욕을 고취시킬 필요
 - 미국 의과대학을 졸업한 의사가 적용 가능한 의료수가에 비해, 사우디 의대를 졸업한 의사의 경우, 많아야 1/3 정도의 의료수가만이 인정
 - 결국 사우디아라비아 정부와의 협의를 통한 고용훈련과정이 이루어지더라도 의료분야에서 실질적인 보상체계(의료수가 및 직업

수행의 자유)가 완화되지 않을 경우, 고용훈련 과정생을 모집하는 것이 쉽지 않을 수 있음.

- 따라서 한국 의료 훈련 프로그램 과정이 미국 의과대학 졸업생에 비해 크게 뒤쳐지지 않음을 증명하는 시험제도 도입을 통해 의료수가 상승 등 이들에 대한 경제적 인센티브를 사우디 정부와의 협의를 통해 얻어낼 수 있어야 함.

(3) 3단계: IT·인력 융합 헬스케어 협력 모델 완성

□ 민간기업의 IT·인력 융합 병원, 시스템, 의료기기 등 수출 참여 유도

- 기획-설계 및 시공, 병원 IT 인프라 구축, 장비 구입 및 설치, 진료서비스, 교육 및 훈련-운영관리, 금융프로그램까지 병원 설립 및 운영을 위한 Total Solution을 제공하는 것이 필요

□ IT·인력 융합 헬스케어 시스템 관련 서비스 수출

- 사우디아라비아 헬스케어 시스템 전산화를 한국 정부가 적극적으로 지원할 필요
 - 현재 사우디의 건강보험체계는 미국과 같은 민영 보험회사 체제로 운영 중
 - 외국인들의 경우 의료보험 가입 없이는 거주중 연장이 되지 않아, 외국인들의 의료 기록은 비교적 잘 관리되고 있으나, 자국민들의 정보 관리는 잘 이루어지지 않는 상황

- 국내 주민등록 전산화 및 심사평가원의 전산화 경험을 토대로 스마트 건강카드 제공 사업도 지원 가능
 - GCC 6개국 국민들에게 공동으로 발급되는 단일 스마트 카드에 의료 기록을 저장할 수 있도록 추진 중³⁴⁾이기 때문에 성공적인 사우디아라비아 시스템 구축은 GCC 수출에 밑거름이 될 수 있음.
- 또한, 산업통상자원부((구)지식경제부) 스마트케어사업과 같은 만성질환자관리를 위한 u-Healthcare Network 구축을 지원하여 사우디에 선진 헬스케어모형을 선제적으로 제시
 - 더불어 한국 정부의 국책 사업으로 IT Hospital Digital Network 사업을 지정하고 사우디에서 시범 사업을 시작할 수 있을 것
- 헬스케어서비스 측면에서는 IT·인력 융합 헬스케어 시스템을 통해 만성질환자의 전자의료 관리 및 개인 맞춤형 치료를 제공할 수 있을 것으로 기대
 - 국내 u-Health 시범사업을 시행하고 있는 산업부 지원을 통해 u-Health를 통한 만성질환 관리 제공
 - 질병관리본부 지원을 통해 DNA 진단 및 IT병원을 활용한 개인 맞춤형 치료 지원 가능
- 사우디아라비아 내 진료비를 심사·평가하는 시스템의 구축이 미흡하여 적정 진료비 관리가 이루어지지 않고 있으며, 증가하는 의

34) Arabnews, "GCC to integrate expat health records" 2013.3.21. 1:09, <http://www.arabnews.com/news/445481>.

료비가 문제점으로 대두

- 의료서비스를 정확하고 적절하게 파일화할 수 있는 기술이 부재
- 데이터 분석을 통한 체계적인 비용 자료 취합이 이뤄지지 않고 있음.
- 환자 생애주기(Life-Cycle)를 고려하여 예산을 추정하는 시스템이 관리에 도움을 줄 수 있을 것으로 판단
- 따라서 100% 전산으로 청구하고 심사와 지불이 이루어지는 국내 건강보험심사평가원의 진료비 심사·평가 시스템의 구축 지원을 통해 효과적이고 효율적인 의료시스템 운영이 가능할 수 있음.
- 심평원은 연간 13억건의 진료비 청구를 EDI로 처리하고 있으며 ISO 9001인 국제적 인증을 받음.

○ 이를 통해, IT·인력 융합 의료기기 수출 확대와 정부 의료체계 구축에 필요한 조달 프로젝트 참여 등 민간부문의 직접 투자 확대가 가능해질 것

□ 추진 정책의 평가 및 보완 방안 마련

- 의료전달체계 운영에 대한 평가 및 재검토를 통해 IT융합 헬스케어 해외진출을 위한 방향성을 재정비하는 등 관련 정책 보완 방안을 마련
 - IT의료기기, 의료기관 연계 및 패키지 형태의 IT융합 헬스케어산업의 본격적인 수출과 민간 참여를 유인하기 위해 관련 사업의 다각화 및 관련 마케팅 확대

- IT·인력 융합 헬스케어모델 수출의 거점인 사우디아라비아를 중심으로 타 중동 국가로 진출하는 토대를 마련

참고문헌

- 건강보험심사평가원(2013), 「사우디아라비아 출장 결과보고」.
- 기획재정부(2013), 「2012 경제협력국가와의 경제발전경험 공유사업: 사우디아라비아」, 정부간행물.
- 뉴스와이어, “진영 장관, 한-사우디 보건의료협력 시행협약 체결식 및 세계군중의학 컨퍼런스 참석차 출국”, 2013.9.17. 14:47.
- 보건복지부 보도자료, “중동의 메카 사우디아라비아, 한국과 의료협력 희망”, 2012.2.8.
- _____, “의료시스템 수출, 창조경제의 핵심 엔진이 되다!”, 2013.9.23.
- 산업연구원(2013), 「UAE, 카타르 신산업 조사」, 해외출장보고서.
- 시사메디IN, “복지부 비리공무원 정부 의료수출사업 대표 임명 논란”, 2013.12.10. 10:46:21, <http://www.sisamediin.com/news/articleView.html?dxno=1590>.
- KDI(2009), 「서비스산업의 대외진출과 해외고용기회의 확대」.
- KOTRA(2012), 「2012 주요 서비스 분야별 해외진출 가이드」.
- Al-Masah Capital(2011), “MENA: The Great Job Rush”.
- Alpen Capital(2012), “GCC Healthcare Industry Report”.
- _____(2011), “GCC Healthcare Industry”.
- AME Info, “Middle East Moves Towards new Era in Challenge of Managing Cardiovascular Diseases”, 2007.11.26. 13:37, <http://www.ameinfo.com/blog/environment,-recycling-&-waste-management/pfizer/middle-east-moves-towards-new-era-in-challenge-of-managing-cardiovascular-diseases/>
- _____, “No industry exempt from Nitaqat, says Saudi labour ministry”, 2012.3.7. 12:04, <http://www.ameinfo.com/blog/manufacturing-and-industry/no-industry-exempt-from-nitaqat-says-saudi-labour-ministry/>
- Arabnews, “GCC to integrate expat health records”, 2013.3.21. 1:09, <http://>

www.arabnews.com/news/445481.

- _____, “Unlicensed doctors raise health concerns”, 2012. 11. 23. 04:35, <http://www.arabnews.com/unlicensed-doctors-raise-health-concerns>.
- Booz & co(2007), “Investing in the Saudi Arabian Healthcare Sector”.
- Frost & Sullivan(2012), “Healthcare Information Technology in the GCC”.
- Informa Exhibitions(2012), “Healthcare in the GCC”, *Hospital Build & Infrastructure Magazine*, Issue 3.
- International Telecommunication Union(2013), “Measuring the information Society 2012”.
- KSA Cooperative Health Insurance Council Secretariat General(2008), “Implementing Regulations of the Cooperative Health Insurance Law in the KSA(Amended)”.
- M. Al-Yousuf *et al.*(2002), “Organization of the Saudi Health System”, *Eastern Mediterranean Health Journal*, Vol. 8, Nos 4/5.
- MEED(2013), “Healthcare Special Report”, 25-31 October 2013.
- MOH(2013), *Health Statistics Annual Book*.
- Morshed, M., Hediger, V., Lambert, T., “Gulf Cooperation Council Healthcare: Challenges and Opportunities”, McKinsey & Co. Report, <http://www.weforum.org/pdf/Global-Competitiveness-Reports/Reports/Chapters/2-1.pdf>.
- Philip M. Parker(2013), “The 2013-2018 Outlook for Healthcare Services in Europe and the Middle East”, Icon Group International.
- The Economist(2014), “Healthcare in Saudi Arabia: Increasing Capacity, Improving Quality?”, <http://www.newswire.co.kr/newsRead.php?no=714348>.

- 국가암정보센터 통계 Database.
- 무역협회 통계 Database.
- 수출입은행 통계 Database.
- 코트라 무역관 실사 조사 자료.

- 해외건설협회 통계 Database.
- Frost and Sullivan 시장 정보 활용.
- MOH(사우디 보건부) 홈페이지.
- Salary Explorer 설문 조사 자료.
- SAMA(사우디아라비아 중앙은행) 통계 Database.
- UN 통계 Database.
- WHO 통계 Database.
- World Bank 통계 Database.

■ 저자 약력

최윤희

- 서울대학교 공학 박사
- (현) 산업연구원 미래산업연구실 연구위원

| 주요 저서 |

- 바이오경제시대의 정책과제(2013, 공저)
- 바이오산업 표준분류체계 개정방안(2013)
- 기업의 R&D 글로벌 협력과 정책과제(2012, 공저)

빙현지

- 한국외국어대학교 국제지역대학원 석사
- (현) 산업연구원 국제산업협력실 연구원

| 주요 저서 |

- 이란 신정부 출범 이후 대이란 교역 전망(2013)
- 세계경제의 구조변화와 산업자원협력(2013, 공저)
- 중동의 구조 변화와 한·중동 산업협력 전략(2013, 공저)
- 중동 GCC 산업다각화 전략과 한국의 협력(2012, 공저)

유태규

- 서울과학기술대학교 정책학 박사
- (현) 남서울대학교 노인복지학과 교수

| 주요 저서 |

- 보건의료관광행정(2013)
- 보건의료서비스지원관리(2013)
- 보건의료관광마케팅(2013, 공저)

정기택

- 미국 펜실베이니아대학교 워튼스쿨 경영학 박사
- (현) 경희대학교 경영대학 교수

| 주요 논문 |

- 국민건강보험공단 지사의 효율성 분석과 추세 변화-DEA/Window 분석을 중심으로(2013, 공저)
- 유헤스케어의 의료서비스 질 향상 및 효과인식에 관한 연구(2012, 공저)
- Variations in process and outcome in inpatient palliative care services in Korea(2011, 공저)

정책자료 2014-212

한국-GCC 헬스케어산업 협력방안

- 유망협력국으로 선정된 사우디아라비아를 중심으로 -

인쇄일 2014년 5월 27일

발행일 2014년 5월 30일

발행인 김도훈

발행처 산업연구원

등 록 1983년 7월 7일 제6-0001호

주 소 130-742 서울특별시 동대문구 회기로 66

전 화 02-3299-3114

팩 스 02-963-8540

문 의 자료·편집팀 02-3299-3151

인쇄처 이호문화사

값 4,000원

ISBN 978-89-5992-665-7 93320

내용의 무단 복제와 전재 및 역제를 금합니다.