

공동 심포지엄

의료민영화와
보건의료현장의 변화

공공노조 의료연대
사회진보연대
진보전략회의
포럼 사회복지와 노동
한국노동안전보건연구소

2009년 10월 28일
민주노총 서울본부

공동 심포지움

“의료민영화와 보건의료현장의 변화”

노무현 정부시기 '의료산업화'란 이름으로 추진된 의료민영화, 의료시장화 흐름은 이명박 정부에 들어서서는 '의료선진화'란 이름으로 포장을 바꾸어 추진되고 있습니다. 의료채권법 도입, MSO 활성화, 건강관리서비스의 활성화, 의료법인간 인수합병 허용 등이 이미 입법 예고되어 있으며, 제주도에서 영리법인 도입 확정이 초읽기에 들어가 있는 상황입니다.

이에 대응하여 의료민영화에 대한 비판과 반대 흐름도 지속적으로 전개되고 있지만 보건의료 현장과 각 영역에 미치는 영향에 대한 검토는 미미하며, 의료민영화에 대한 비판을 넘어 대안 담론에 논의와 실천의 모색은 많은 한계를 안고 있습니다.

이에 신자유주의 보건의료와 의료민영화가 보건의료 현장 및 각 영역에서 야기하고 있는 모습에 대해 구체적으로 살펴보고 '공적 건강보험'과 '민간시장위주 공급시스템'이 결합된 현 한국사회 보건의료에 대한 대안담론을 모색하는 토론의 장을 만들어보고자 합니다. 이 토론을 통해 대중적 실천으로 나아갈 수 있는 계기를 형성할 수 있었으면 좋겠습니다.

2009년 10월 28일
공동 심포지움 준비단

프로그램

1부

18:00~18:10	인사말 강동진 (진보전략회의)
18:10~18:40	의료민영화와 보건의료의 신자유주의적 재편 최윤정(사회진보연대)
18:40~18:55	의료민영화와 일차의료 최용준(포럼 사회복지와 노동)
18:55~19:10	의료 민영화와 병원현장의 변화 현정희(공공노조 의료연대)
19:10~19:25	의료민영화와 지역개발 박형근 (제주대)

2부

19:25~20:30	토론
-------------	----

차례

07 의료민영화와 보건의료의 신자유주의적 재편

| 최윤정(사회진보연대)

25 의료민영화와 일차의료

| 최용준(포럼 사회복지와 노동) : 별도 문서

37 의료 민영화와 병원현장의 변화

| 현정희(공공노조 의료연대)

43 의료민영화와 지역개발

| 박형근 (제주대)

의료민영화와 보건의료의 신자유주의적 재편

최윤정 (사회진보연대)

현 시기 보건의료운동은 무엇을 목표로 해야 하는가. 보건의료운동의 전망을 밝히려면 현재 한국의 보건의료체계의 문제가 무엇인지 파악하고 그 문제를 야기하는 원인을 분석해야 한다. 운동의 전략 모색은 그로부터 출발할 수 있다. 지난 10여 년동안 보건의료영역의 시민단체, 학자들은 한국 보건의료체계의 핵심적 문제가 저부담-저보장-저수가 체계라고 지적해왔다. 저부담-저보장-저수가 모델은 보건의료제도에서 상정하고 있는 3주체, 피보험자(국민)-보험자(건강보험공단)-공급자(의료기관)를 기본으로 하는 것이다. 그러나 이 모델은 의료기관수 대비 92%, 병상 수 대비 85%의 의료공급체계를 지배하고 있는 민간자본과 확장되고 있는 민간의료보험의 존재를 반영하지 않는다¹⁾. 현 보건의료체계의 다양한 문제를 야기하는 원인에는 병원, 보험 자본(과 이들의 성장을 도모하는 국가)이 있다²⁾. 따라서 자본의 운동을 파악하는 것은 핵심적이다. 이 글에서는 김대중, 노무현 정부 시절부터 진행되어온 의료민영화를 이어받고 완성하려는 하는 이명박 정부의 의료민영화 정책들을 살펴보면서 그 함의를 파악하고 현 시기 요구되는 보건의료운동의 과제를 모색하는 계기를 마련하고자 한다. 특히 보건의료 영역에서 자본의 운동에 대해 정확히 인식하지 못함으로써 보건의료의 신자유주의적 재편에 적절히 대응하지 못했던 운동을 평가하며 현 시기 의료민영화의 실체를 보다 구체적으로 살펴보고자 한다.

1. 이명박 정부의 의료민영화 추진 경과

이명박 대통령은 취임 첫 해인 2008년, 기획재정부는 3월 10일 대통령 업무보고에서 영리의료법인 도입검토, 민간의료보험 활성화, 해외환자 유치 활성화 안을 발표하였다. 이어 2008년 3,4분기에 이를 위한 구체적인 방안을 제시하고 의

1) 여기에는 제약자본도 빼놓을 수 없지만 여기서 자세한 논의를 하지는 않음.

2) 현 보건의료체계의 핵심적 문제가 무엇인가에 대해서는 ‘한국 보건의료의 신자유주의적 재편과 보건의료운동의 과제’, 김태훈, <사회운동> 2009, 7-8월호를 참조.

료법을 개정하겠다고 발표하였다. 작년 촛불집회 정세로 이명박 정부는 의료민영화 추진 정책의 속도를 늦추었으나 촛불집회가 진행되는 와중에 2005년에 허용되었던 생명보험사의 실손형 민영의료보험 상품이 5월 12일부터 판매 개시되었다. 또 2008년 6월 3일에는 한승수 국무총리 주재로 개최된 제주특별자치도 지원위원회는 ‘의료개방선진화 테스트베드’를 제안하였다(외국영리병원설립 운영 규제완화, 방송매체를 통한 의료광고 허용, 국내영리병원 허용 검토 등). 이어 6월 10일에는 외국인 환자유지를 위한 유인 알선행위 허용, 의료법인간 합병 허용, 부대사업 범위 확장을 골자로 하는 의료법 개정안을 발표하였다.

올해 들어 이명박 정부는 작년에 촛불집회에 부딪혀 적극적으로 추진하지 못했던 의료민영화 정책을 본격적으로 재추진하고 있다. 2009년 1월 12일 기획재정부는 “미래 한국을 이끌 3대 분야 17개 신성장동력 선정”에 글로벌 헬스케어에 포함하였고 3월 6일 국가경쟁력강화위원회와 보건산업진흥원이 ‘의료제도 선진화를 위한 토론회’를 개최한 것에 이어 3월 13일 보건복지가족부와 한국개발연구원(KDI)은 ‘의료서비스산업선진화 무엇이 필요한가’를 주제로 토론회를 개최했다. 후자의 토론회는 기획재정부 주도 하에 구성된 ‘서비스산업 선진화를 위한 민관 공동 위원회’의 활동을 총괄하는 자리로서 의료민영화를 기정사실화하고 추진하는 것을 목표로 했다. 이 토론회의 핵심인 보건산업진흥원 이신호 전문위원의 ‘의료기관의 자본참여 다양화 방안’ 발표문은 의료산업의 신성장동력화를 위한 의료기관의 자본 조달 방안을 다양화하기 위해 영리의료법인, 의료채권제도, 경영지원회사(MSO)를 통한 경영효율성 증대 및 부대사업 확대를 제안하고 있다. 또 기존 비영리법인의 영리법인 전환은 인정하지 않되 영리의료법인을 도입하는 형태를 검토하고 있으며 제주특별자치도 등 제한된 지역에서 시범적 허용 후 허용지역을 확대하는 방안을 제시하고 있다.

한편 의료기관 순자산의 4배 이내로 채권을 발행할 수 있도록 하는 의료채권법은 작년 말부터 추진되어 올해 4월 국회에 상정되었다. 이어 올해 5월 8월 기획재정부는 서비스산업선진화방안 의료부문에서 고부가가치의 의료서비스는 높은 성장잠재력과 일자리 창출효과가 기대되나 현재 과도한 규제와 자본조달의 제약 등으로 성장이 부진하다고 진단하면서 의료 분야 서비스산업 선진화 방안을 내놓았다. 이 방안에는 새로운 의료서비스 시장 형성을 위해 의료법인의 경영지원사업의 법적 근거를 마련하는 것이 포함되어 있다. 또 의료산업 투자활성화를 위해 의료기관을 운영하는 비영리법인의 의료채권 발행을 허용하여 투자재원을 확보할 수 있도록 하고 투자개방형 의료법인 도입(2009년 10~11월) 및 의료법인간 합병 근거 마련(2009년 12월)을 위한 추진계획을 담고 있다.

기획재정부가 주도한 이러한 의료산업화 활성화 방안에 대해 보건복지가족부는 7월 29일 의료법 일부개정법률안을 입법예고했다. 개정안은 의료서비스산업의 경쟁력을 제고하기 위해 의료인 및 의료기관에 대한 불필요한 규제를 대폭 완화하는 것을 목표로 명시하고 있다. 그 주요 내용으로는 의료법인이 수행할 수 있는 부대사업 종류에 병원경영지원 사업(MSO)을 추가하고 의료법인 간 합병을

허용하는 것이다.

한편 영리법인 병원의 허용 여부는 먼저 제주도에 이를 허용하는 법안이 11월 정기국회에서 심의될 전망이다. 이와는 별도로 전국적으로 영리법인 병원을 허용하는 방안에 대해 정부가 산하기구에 연구를 의뢰한 상태이며 이에 대한 정부의 의사결정은 올 11월에 이루어질 계획이다.

이명박 정부가 인수위 시절부터 공언하였고 2008년 시도하였던 의료민영화의 대부분은 내용적으로 2007년 의료법 개정의 시도를 이어받는 것이다. 2008년 촛불집회로 상반기 정권이 위기를 겪으면서 의료민영화를 단기적으로 철회했지만 이것이 포기는 결코 아니었으며 현재의 재추진도 이러한 맥락에 있는 것이다. 이명박 정부의 의료민영화 추진은 이번 정권만의 일이 아니라 10여 년 전부터 꾸준히 추진되어왔던 것이다. 2000년대 초부터 진행된 의료민영화 추진의 경과를 간략히 살펴보면 김대중 정부는 2002년 1월 동북아 비즈니스 중심국가 실현 구상을 발표한 후 12월 ‘경제자유구역의 지정 및 운영에 관한 법률’을 통해 경제자유구역 내 외국인 전용 의료기관 설립을 허용한다.

정권을 이어받은 노무현 정부는 의료서비스 산업의 경쟁력 강화 방안을 마련하며 민간의료보험 활성화, 병원 영리법인화 등의 논의를 본격적으로 시작한다. 주된 논지는 신성장동력론이었는데 이는 자본의 이윤창출이 제약되며 새로운 투자처가 필요했던 상황을 반영한다. 2004년 10월 경제자유구역법 개정으로 외국의료기관의 내국인 진료를 허용하여 영리법인화와 당연지정제 폐지로 가는 기반을 닦았고, 2005년 10월 의료산업선진화위원회를 발족하여 이듬해 7월 ‘의료산업 선진화 전략’을 발표하였다. 2006년 12월에는 ‘1단계 서비스산업 경쟁력강화 종합대책’을 발표하며 MSO, 인수합병, 유인알선행위를 허용하고 실손형 민간의료보험을 활성화할 것을 제안하였다. 사전작업이 대체로 마무리되었다고 판단한 정부는 2007년 2월 의료법 개정안을 입법예고하는데, 이 법안은 그간 추진해온 의료민영화정책 중 당연지정제 폐지를 제외하고 거의 망라한 법안이다. 의료법 전부개정안을 통해서 부대사업의 범위 확대, MSO 허용 등을 시도하였으나 결국 의협까지 반대하면서 무산되었다. 결국 현재 이명박 정부가 추진하고자 하는 의료민영화 정책들은 노무현 정부가 추진하고자 했던 것을 이어받고 완성하고자 하는 것이다.

김 대 중 정부	2002년 1월	동북아 비즈니스 중심국가 실현 구상 발표
	2002년 12월	‘경제자유구역의 지정 및 운영에 관한 법률’; 경제자유구역 내 외국인 전용 의료기관 설립 허용
노 무 현 정부	2004년 10월	경제자유구역법 개정: 외국의료기관의 내국인 진료 허용
	2005년 10월	의료산업선진화위원회 발족
	2006년 7월	‘의료산업 선진화 전략’ 발표
	2006년 12월	‘1단계 서비스산업 경쟁력 강화 종합대책’ 발표:

		MSO, 인수합병, 유인알선행위 허용, 실손형 민간의료보험 활성화 제안
	2007년 2월	의료법 개정안 입법예고
이 명 박 정 부	2008년 3월	영리의료법인 도입검토, 민간의료보험 활성화, 해외환자 유치 활성화 안 발표
	2008년 6월	‘의료개방선진화 테스트베드’(제주특별자치도 지원위원회): 외국영리병원 설립 운영 규제완화, 방송매체를 통한 의료광고 허용, 국내영리병원 허용 검토
	2008년 6월	의료법 개정안 발표: 외국인 환자유치를 위한 유인알선행위 허용, 의료법인간 합병 허용, 부대사업 범위 확장
	2009년 1월	‘신성장동력’에 글로벌 헬스케어 포함
	2009년 4월	‘의료채권 발행에 관한 법률안’ 국회 상정
	2009년 5월	서비스산업 선진화 방안: MSO, 의료채권, 영리병원, 의료기관 간 인수합병
	2009년 7월	의료법 일부개정안 입법예고:MSO, 인수합병

표1. 신자유주의 정부의 의료민영화 추진 경과

2. 의료민영화 추진 법안의 내용

의료민영화의 두 축은 ‘병원의 영리법인화’와 ‘포괄적·공적 의료보험의 무력화를 동반하는 민간의료보험의 확대’이다. 비영리병원과 공적 의료보험 하에서 의료서비스분야의 주체는 의료기관으로 설정되고 보험제도는 의료비의 공적으로 집행하는 역할을 맡게 된다. 그러나 사적 보험사들이 의료영역을 주도하게 되면서 의료서비스 영역이 보험사들의 이윤을 확보하기 위한 분야로 되고 의료기관이 그 집행기관으로서 역할하게 된다. 더 진행되면 원래 비영리적 목적을 가지고 있던 의료기관도 영리화되며 보험회사를 중심으로 병원, 요양소, 건강검진센터 등이 수직적으로 통합된다. 미국의 경우 보험자본이 주도적으로 의료보험제도를 형성하면서 병원이 영리화되었으나, 우리나라는 이미 전국민의료보험이 존재하는 상황에서 영리병원 허용을 앞세워서 민간의료보험의 활성화로 나아가려고 하는 것으로 보인다. 현재 이명박 정부가 추진하는 의료민영화 추진 법안은 이러한 계획을 보여주고 있다.

1) 영리법인병원 허용

2004년 12월 경제자유구역법 개정, 2005년 제주특별자치도법 제정으로 경제자유구역 및 제주특별자치도 내에 영리법인 형태의 외국계 의료기관의 설립과 내국에 대한 진료가 가능하게 되었다. 처음에 경제자유구역 내의 병원 설립 계획은

상주할 외국인의 생활 편의를 도모할 목적으로 제시되었으나 점차 싱가포르와 같이 의료를 적극적으로 산업화하여 동북아 환자를 유치하는 의료허브로 발전시킨다는 논리로 발전해나갔다.³⁾ 작년 4월 기획재정부는 서비스산업 선진화 방안에서 의료관광산업 육성을 위해 국내 의료기관의 규제 대폭 완화안을 제시하였다.

영리병원 허용에 대해서는 네트워크병원 진영이 가장 적극적으로 찬성하고 있다. 네트워크병원은 영리법인화가 허용되면 곧바로 영리병원으로 전환하여 본격적으로 이윤을 추구를 할 수 있기 때문이다. 특히 대한네트워크병원협회는 복지부와 국회에서 준비 중인 의료법 개정 움직임에 개입하기 위해 발족된 단체로 56개 네트워크 회원들이 가입해 있으며 의료민영화 찬성 세력으로 적극적으로 움직이고 있다. 네트워크 병원은 2006년 말 10개 브랜드에 그쳤지만 작년 50개 가까이 늘었고 소속 병원은 450여개에 이른다. 이들은 의료시장이 점점 확대됨에 따라 네트워크 병원의 경영방식이 의료시장의 큰 흐름을 주도할 것이라고 전망하고 있다.

반면 대형 병원자본은 현재 국면에 대해서 특별한 입장을 표명하고 있지 않다. 영리법인이 허가된다고 해서 곧바로 영리병원으로 전환할 수 없기 때문이다. 따라서 대형 병원자본의 경우 의료채권 발행이나 MSO를 통한 간접적인 영리병원화를 계획하고 있다. 의료채권 발행의 경우 발행한 채권에 대한 이자 형태로 이윤의 외부유출이 가능해지고, MSO 허용의 경우 MSO에 대한 수수료 등의 형태로 이윤 유출이 가능해지며 MSO를 중심으로 병원 자본이 형성될 수 있다. 특히 1990년대 재벌병원의 진출로 의료전달체계가 와해되는 등 국내 보건의료체계가 큰 영향을 받은 바 사립 대형병원이 주력할 수 있는 의료채권과 MSO를 자세히 살펴볼 필요가 있다.

① 의료채권

의료채권 발행에 관한 법률안(이하 의료채권법)의 제안이유는 “「의료법」에 따른 의료기관은 금융권 차입 외에 자금을 조달할 수 있는 제도화된 수단이 없어 안정적인 자금조달에 어려움이 있는바, 의료기관을 개설한 비영리법인에 의료채권의 발행을 허용함으로써 신규 자금 수요, 유동성 위기 등에 효율적으로 대응하고 자금을 안정적으로 조달할 수 있도록 하여 의료기관의 경쟁력을 높이고 의료서비스를 개선하려는 것”이다. 그 내용을 보면 1)의료채권은 의료법인과 비영리법인에 한해서만 발행이 가능하고 개인이 설립한 의료기관과 공공의료기관은 의료채권을 발행하지 못한다. 2)채권 발행을 통해 모집한 자금은 의료기관의 개설, 의료장비 및 의료시설의 확충, 의료기관 소속 의료인과 직원의 임금, 의료나 의학에 관한 조사, 연구 등을 위한 목적으로만 사용할 수 있다. 3)채권발행 총액은 해당 비영리법인이 개설한 모든 의료기관의 순자산액 합계액의 4배를 넘지 못하도록 한다. 그런데 의료채권법은 여러 가지 문제를 안고 있다.

3) 임준, <이명박정부의 의료민영화 대책부 자료집>, 2009, 7.3.

먼저 전재희 보건복지부장관은 경영이 어려운 중소병원들을 육성하기 위해 의료채권을 발행하여 투자를 유치할 수 있도록 하겠다고 했다. 그러나 의료채권법 법안검토서에 따르면 “의료채권이 투자의 대상이 되려면 원리금 지급이 보장되어야 하고 중도환매가 가능하여야 한다.” 또 투자자를 보호하기 위해 채권발행 절차의 하나로 신용평가등급 부여를 들고 있는데 채권발행 시점의 기업의 재무상태를 정확하게 반영하기 위하여 2개 이상의 신용평가기관으로부터 채권에 대해 신용평가등급을 부여받을 것을 요구하고 있다. 신용등급 평가에서는 원금상환능력, 영업이익률, 성장가능성이 중요하다. 특히 원금상환능력 평가에 있어서는 부채비율이 중요하다. 그러나 경영이 어려운 중소병원들은 부채비율이 높고 영업이익률이나 성장잠재력이 낮을 가능성이 크다. 정작 재정지원이 필요한 병원들은 의료채권을 발행하기 어렵다는 것이다. 의료채권법으로 중소병원을 육성하겠다는 것 자체가 얼마나 기만적인가를 알 수 있다. 결국 의료채권은 재무상태가 건전한 대형병원자본들이 투자유치를 위해 활용될가능성이 높고 이 대형병원들이 더 많은 수익을 내고 대형화하는 데 기여할 것이다.

다음으로 채권발행을 통해 모집한 자금의 용도에 쟁점이 있다. 채권 발행을 통해 모집한 자금은 의료기관의 개설, 의료장비 및 의료시설의 확충, 의료기관 소속 직원의 임금지급 등 의료업 고유의 업무수행에 사용하거나 의료법 제49조에 따른 부대사업 중 의료업의 발전과 의료서비스의 확충을 위하여 필수적인 사업에 지출할 수 있다. 그러나 장례식장, 주차장, 음식점 설치, 운영 등 환자 또는 의료기관 종사자의 편의를 위하여 시행하는 사업에 자금을 사용하는 것은 금지하고 있다. 그런데 의료채권법 검토보고서가 제출된 것은 4월로 이 보고서에는 7월에 입법예고된 의료법 일부개정안이 반영되지 않았다. 의료법 일부개정안에 따르면 제49조에 부대사업으로 의료경영지원사업(의료경영지원회사, MSO)을 허용하고 있다. 의료경영지원사업을 장례식장, 주차장, 음식점 등 환자 또는 의료기관 종사자의 편의를 위하여 시행하는 사업으로 분류할지 아니면 의료업의 발전과 의료서비스의 확충을 위해 필수적인 사업으로 분류할 지는 충분히 자의적인 해석이 가능하다. 의료경영지원사업에는 병영 경영전반, 구매, 인력 관리, 진료비 청구 등이 포함되는데 이는 위에서 언급된 의료장비 및 시설의 확충, 직원 임금지급 등과 밀접하게 관련된 것으로 이를 필수적인 사업이라고 주장할 근거는 충분해 보인다. 즉 의료채권을 통해 조달한 자금을 의료경영지원사업에 지출하는 것이 가능할 수 있고 이는 곧 투자자가 의료경영지원사업에 투자를 할 수 있음을 의미한다. 이것의 함의는 아래 MSO 관련해서 더 설명할 것이다.

② 의료경영지원회사(MSO)

올해 7월 말 입법예고된 의료법 일부개정안은 “구매, 재무, 직원교육 등 의료기관의 경영을 지원하는 사업”을 의료기관이 할 수 있는 부대사업으로 인정하고 있다. 올해 5월 15일 국회입법조사처에서 제출한 영리병원 도입에 관한 현안보고서에 의하면 “현재 의료기관들이 영리병원으로 직접 전환하는 것은 의료법상

금지되어 있어 영리병원의 설립은 MSO의 활동을 통해 이루어질 것이다.” MSO를 구분하는 방식은 여러 가지지만 활동형태를 기준으로 보면 경영지원형과 자본조달형으로 구분된다. 경영지원형 MSO는 의약품, 의료기기 등의 구매 대행, 의료시설 등 자원공유, 인력관리, 마케팅, 법률/회계 등 경영활동의 아웃소싱과 진료연계를 통해 네트워크 병원들의 경쟁력 강화를 목표로 한다. 한편 자본조달형 MSO를 통해 외부 자본을 유치하여 병원시설 임대/리스, 경영위탁 등의 방법으로 의료기관에 대한 민간자본의 실질적 투자가 가능해진다. 현행 의료법상 영리법인 금지조항(제32조 제2항)으로 인해 의료법인 및 개인 병의원에 대한 외부자본의 투자는 불가능하다. 그러나 위 현안보고서에 따르면 MSO를 의료기관의 부대사업으로 인정하게 되면서 “의료기관은 MSO에 수수료를 지불하고, 외부자본을 유치한 MSO는 수수료 수익을 투자자에게 배분할 수 있다.” 즉 MSO를 매개로 병원에 대한 ‘간접적’ 투자가 가능해지는 것이다. 이와 더불어 위에서 설명했듯 의료채권으로 조달한 자금이 의료법 개정을 통해 MSO에 쓰일 수 있으므로 말하자면 의료기관으로 들어가는 자금이 의료채권으로 조달 가능하고 의료기관에서 의료기관 밖으로 MSO를 경유로 유출되는 것이 가능해지는 것이다.

특히 삼성의료원이 MSO를 적극 활용하려고 하는 것에 주목해야 한다. 삼성서울병원은 2008년 8월부터 각기 다른 재단 하에서 독립적으로 운영해온 삼성서울병원, 강북삼성병원, 마산삼성병원, 성균관의대, 삼성생명과학연구소, 인성의과학연구재단 등 6개 기관을 ‘삼성의료원’(삼성헬스케어그룹)으로 흡수, 통합 운영하기로 했다. 삼성의료원은 생명공학 벤처기업, 의료정보업, 건강증진 및 관리조직 등 신규조직 설립과 함께 의료경영지원회사(MSO)를 병원의 수익원 다각화를 위한 방안으로 적극 모색하고 있다. 삼성의료원장에 취임하는 이종철 삼성서울병원장은 작년 8월 말 기자간담회에서 “삼성의 헬스케어 사업을 주도하며 수익을 창출할 수 있는 모델을 만들 시점이 됐다... 병원경영지원회사(MSO)를 설립해 신사업 추진에 외부자본을 적극 도입하겠다”라고 밝혔다. 삼성의료원은 올해 초까지 MSO를 설립해 외부로부터 투자를 유치하고 이를 바탕으로 여러 사업을 추진할 계획을 세웠다.

2008년 삼성의료경영연구소에서 발간한 <MSO의 과제와 전망>은 현 의료법 체계 하에서 MSO의 역할은 병원 경영 및 소유와 비병원적 민간 자본의 연결 고리로서 중요한 역할을 할 것이라고 밝혔다. 병원에 투자한 자본이 만족할 만한 대가를 얻어내는 길은 MSO가 자본시장에 상장되어 안전하게 투자금을 회수하게 되는 것이 가장 이상적이다. 또 보고서는 현행 법 체계에서 병원 자체의 상장이 어렵기 때문에 MSO의 공개자본 시장으로의 상장 노력이 필사적으로 진행되고 있으며 MSO의 성패는 결국 MSO의 자본시장 상장 여부로 판명날 것이라고 전망하고 있다.

2) 민간의료보험 활성화

2006년 9월 24일 재정경제부가 국회 보건복지위 소속 장복심 의원에게 제출한 '민영의료보험 시장규모 추이' 자료에 따르면 민간의료보험 시장규모는 2005년 기준 정액형보험이 7조 2,648억원, 실손형보험이 1조 2,317억원으로 총 약 8조 5천억원 규모로 추정됐다. 이는 2003년 6조 3,453억원에 비해 33.9% 증가한 것이다(정액형보험은 31.8%, 실손형보험은 47.5% 증가추세). 2008년 기준으로 공적 건강보험 규모가 28조원일 때 민간의료보험의 성장추세를 감안하면 민간의료보험의 공적 건강보험의 30%에 달하는 규모인 것이다.

민간의료보험의 경과를 보면, 손해보험회사가 1963년 실손보상 상해보험을 국내 처음으로 도입한 이후 1977년 단체건강보험, 1978년 특약형태의 질병보험 등 의료실비를 보상하는 보험을 판매하기 시작했다. 그리고 1999년에 상해 및 질병으로 인한 의료비 중 본인부담분을 보상하는 의료비보상보험이 출현했다. 생명보험회사는 2003년 8월 보험업법 개정으로 질병, 상해, 간병 부문에서 단체실손보험 취급이 가능해짐에 따라 당해 11월부터 단체의료비실손보상보험을 판매하기 시작한다. 2005년에는 생명보험회사의 개인실손보험이 허가되어 2008년부터 판매가 개시되었다. 생보사는 그동안 암보험(1980년 12월부터), CI(Critical Illness, 중증질환) 보험(2002년 5월부터) 등 정액형 보험상품을 주로 판매해왔으나 앞으로 실손형보험은 더 크게 늘어날 전망이다.

기획재정부는 민간의료보험 활성화를 위한 정책들을 적극 추진 중이다. 2006년 금융감독원 시절부터 민간의료보험 활성화안들을 내놓았고 기재부는 2008년 11월 입법예고된 보험업법 일부 개정법률안에서 보험업 활성화를 위해 규제를 완화, 철폐하는 정책을 일관되게 제시하고 있다. 보험회사의 겸영업무 범위를 확대하고 부수업무를 원칙적으로 모두 허용하되 사후 감독을 하는 것으로 정했다. 또 보험상품을 자율상품으로 전환하여 사전 확인절차를 폐지하고 내부검증 절차만 거치면 보험상품을 자율적으로 개발, 판매할 수 있도록 보험상품 개발 절차를 간소하게 개편하였다. 단 사전 심사가 아니라 사후감독을 강화하는 방식으로 규제를 최소화하고 있다.

이런 정부의 기초 아래 작년부터 생보사의 실손형 보험이 출시되면서 생보사와 손보사 간의 형평성 논란 등으로 기존 생보사와 손보사의 보험상품에 대한 규제가 경쟁적으로 완화될 가능성도 배제할 수 없다. 1979년부터 실손형보험을 판매하기 시작한 손해보험사는 100% 보장 상품을 출시할 수 있었으며 생명보험사가 2005년 실손형보험 판매를 허용받고 작년부터 판매를 개시하기 전까지 실손형보험을 주도하고 있었다. 그러나 생명보험사가 실손형보험상품에 대해 80% 보장이라는 제한을 받게 되자 이에 대해 형평성 문제를 제기했고 이 갈등은 손보사, 생보사 모두 90% 보장으로 통일하는 것으로 귀결되었다. 한편 생보사의 질병보험상품은 보험기간과 가입한도, 만기환급금에 대한 제한에 없는 데 반해 손보사는 현재 질병사망의 경우 보험기간은 80세 만기, 가입 한도는 2억원, 만기환급금은 납입보험료 범위 내로 제한돼 있다. 이에 9월 초 손보사는 자신들의 질병보험상

품이 생보사가 판매하는 같은 보험상품에 비해 차별적 규제를 받고 있다며 금융당국에 시정요청을 하겠다고 했다.

생보사와 손보사가 경쟁하는 과정에서 민간의료보험은 더 많은 보장과 보험기간, 가입한도 등의 제한 철폐로 나아가고 있다. 이는 민간의료보험 시장의 더 많은 확장을 가져올 것이며 그 결과는 건강보험의 악화다. 특히 실손형 보험은 건강보험이 보장하지 않는 부분을 보장해주기 때문에 실손형 보험에 가입한 국민들은 건강보험의 보장성 확대에 대한 유인을 느끼지 않게 된다. 즉 민간의료보험의 확장은 건강보험의 확대 명분을 약화시킨다.

3) 의료민영화 정책 추진의 함의

의료민영화 정책들은 앞서 설명했듯이 서비스산업 선진화 방안의 일환으로 추진되는 것이다. 제조업 분야가 이미 많이 성장했고 이윤율 증가가 더딘 상황에서 유희자본이 새로이 투자할 영역으로서 외국에 비해 GDP 대비 지출이 낮고 성장 잠재력이 높은 보건의료 영역은 매력적인 투자처다. 건강할 권리로서 보건의료서비스를 접근하는 것이 아니라 자본 투자의 대상으로 보건의료 ‘산업’이 고려된 지는 이미 오래다. 실물 경제에서의 이윤율 저하를 극복하기 위해 금융 부문의 규제를 완화하고 금융경제를 부풀린 것이 미국의 전략이었듯이 한국 정부도 ‘실물 경제는 많이 성장했는데 금융산업이 그것을 따라가지 못하고 있다’는 논리로 금융산업을 활성화하려 하고 있다. 그러나 금융부문의 겸업화, 금융파생상품, 투기적 거래와 거품의 폭발이 2007년 서브프라임 모기지 사태를 위기로 한 세계금융 위기의 원인이었다. 신자유주의 금융세계화의 최전방이었던 미국조차 불가피하게 겸업화의 일부 해체를 고려하는 마당에 이명박 정부는 전 산업에 걸쳐 금융화를 더 심화시키고 경제구조를 더 불안정하게 만들려고 하고 있다.

영리법인병원, 의료채권, MSO 허용으로 인해 의료기관에 대해 직간접적으로 투자가 가능해지고 투자 수익을 투자자들에게 분배함으로써 수익을 의료기관의 외부로 유출하는 것이 가능해진다. 이로 인해 의료기관의 경영에는 투자자들의 이해가 반영될 수밖에 없고 따라서 이윤창출을 목적으로 한 의료서비스 공급이 이전보다 훨씬 심화될 것이다. 또 민간보험의 활성화는 건강보험을 상대적으로 축소시킬 수 있고 보험자본은 이를 최대화하기 위해 질병의 위험이 높은 이들의 가입을 제한하고 보상을 최소화하려는 경향을 갖는다. 그런데 이러한 자본의 의도를 비판하는 논리가 ‘보건의료 영역에서 수익창출 경향을 심화시키는 것’만으로 설명될 수는 없다. 자본이 수익창출을 극대화하려는 것은 자본의 상수다. 이에 더해 수익창출 방식이 이전과 어떻게 달라졌는지에 주목해야 한다. 이전에는 이윤 창출의 영역이 아니었던 것이 이윤 창출의 영역이 되고 공공서비스 민영화, 복지의 축소 등이 신자유주의의 대표적 특성으로 이야기되지만 그 핵심적 추동력은 금융화⁴⁾, 요컨대 금융활동의 거대한 발전이다.

금융자본과 실물자본이 비교적 분리되어 존재했다면 신자유주의 이후 이들 자본은 서로의 경계가 모호해지면 전통적인 산업자본도 금융자본을 설립하면서 금융 수익을 얻는 등의 경향이 강화되었다. 금융부문은 장기적 발전 전망을 가지기 보다는 주가상승을 위해 단기경영에 집중하게 되었다. 한국에서 보건의료영역도 이러한 경향으로 나아가려 하고 있다.

유념할 점은 의료채권, MSO, 보험업 등이 모두 ‘자본시장과 금융투자업에 관한 법률’(자본시장통합법, 이하 자통법)의 맥락 하에 놓이게 된다는 것이다. 자통법은 2005년부터 추진되어 올해 2월 4일부로 시행되었다. 자통법은 자본시장과 금융투자업에 관련된 기존의 6개 법⁵⁾을 통합하면서 관련 제도를 대폭 수정한 것으로 주요 내용은 금융업 간 겸업을 대폭 허용하는 것이다. 기존에 겸업이 제한되었던 증권회사, 선물회사, 자산운영회사, 신탁회사가 금융투자회사라는 이름으로 겸업하는 것이 가능해졌다. 또 금융투자상품 규제에 포괄주의를 도입함으로써 일정 조건을 충족하면 금융상품개발이 원칙적으로 모두 허용된다. 의료채권법은 의료채권이 자통법에 따른 채무증권에 속하는 것으로 규정하고 있다. 자통법 이전에 채권은 증권거래법의 규제를 받았는데 증권거래법에 열거되지 않는 채권은 같은 법의 적용을 받지 못했다(한정적 열거주의). 그러나 이제 의료채권은 포괄주의 규제를 받기 때문에 의료채권이 별도로 명시되어 있지 않아도 채권으로 인정받을 수 있다. 즉 의료채권의 발행이 자통법이 미리 시행됨으로써, 형식적으로는 정당화되기 더 용이해진 것이다.

한편 2008년 11월 금융위원회가 입법예고한 보험업법 일부 개정법률안은 보험회사의 겸영업무를 자통법 상 금융투자회사에 허용된 방식의 지급결제 업무를 겸영업무로 허용하고 있다. 자통법 이전에 증권회사가 운영한 증권종합계좌는 투자, 결제, 송금, 수시 입출금 등의 서비스 제공이 불가능했다. 그러나 자통법에서는 금융투자회사가 결제, 송금, 수시입출금 등 부가서비스 제공이 가능하도록 관련 법적 근거를 마련하고 있다. 즉 자통법을 바탕으로 보험업법 개정안 입법예고에서는 보험회사가 결제, 송금 등의 겸영업무를 할 수 있도록 허용하고 있는 것이다. 이를테면 자통법 이전이라면 금융투자회사는 투자액을 은행으로부터 조달해야 하고 투자자들은 금융 투자로 얻은 수익은 은행 계좌로밖에 받을 수 없다. 그러나 자통법 이후에 CMA를 통해서 투자자들은 증권투자회사의 증권계좌를 개설하고 증권투자회사는 자사 계좌의 금액을 직접 투자에 활용할 수 있으며 투자수익도 자사 계좌로 지급된다. 보험회사가 이처럼 지급, 결제를 겸영업무로 할 수 있다는 것은 보험가입자들이 낸 보험료를 투자에 직접 연동하고 투자 수익이나 손실을 보험가입자들에게 분배할 수 있는 상품을 개발할 수 있음을 의미한다.

4) 1세대 금융화가 은행이 주도한 것이라면 2세대 금융화는 기관투자자들 및 사적투자자들에 의해 주도된 것이다. 거기서 더 나아가 현재는 초국적 자본들이 보유한 현금을 금융 투자에 사용하면 생산력 투자보다 금융 투자를 통해 이자 배당으로 수익을 확보하려는 경향이 나타난다.

5) 증권거래법, 선물거래법, 한국증권선물거래소법, 간접투자자산운영법, 신탁업법, 종합금융회사법

삼성생명의 내부전략보고서는 삼성병원을 중심으로 1차, 2차 병원과 협력병원체계를 구축하고 삼성생명, 삼성화재와 계약을 통해 완전히 사적 지배가 가능한 대 중보건의료체계를 구축하려는 목표를 보여주고 있다. 전국민건강보험이 존재하고 당연지정제 폐지가 저항에 부딪히는 상황에서 이런 목표는 현실적으로 달성하기 어렵다고 판단할 수도 있다. 그러나 삼성이 작년 6개 기관을 ‘삼성의료원’으로 흡수, 통합 운영하기 시작한 것은 효율적 투자와 시너지 효과의 극대화를 염두에 두면서 위 목표를 달성하기 위한 과정의 일환으로 보여진다. 이미 삼성생명은 보험업계에서 시장점유율 1위를 차지하고 있으며 민간의료보험 시장에도 꾸준히 진출해왔다. 한편 서울삼성병원은 2009년 현재 1,900여 병상규모로 전국 4번째 규모이며 2007년 5월 기준 200병상 이상의 병원 중 전국 87개 병원, 200병상 이하 병원 중 전국 1243개 병원이 삼성과 연계된 병의원이다. 이는 독자적인 1,2,3차 의료전달체계를 마련하기 위한 발판으로 보아도 무리가 없다.

3. 미국, 유럽이 시사하는 바

1) 미국

1980~90년대 미국의 병원과 의사그룹들은 시장논리에 따라 엄청난 조직적 재편이 일어났다. 인수합병, 구조조정, 의료기관/집단 간의 새로운 관계 형성이 전례 없이 빠르게 진행되었다. 새로운 관계는 크게 병원 간의 수평통합, 의사들 간의 수평적 통합, 그리고 병원과 의사그룹 간의 통합으로 나누어 볼 수 있다⁶⁾. 이들 형태는 많은 부분 일종의 MSO로 볼 수 있다.

① 1989~1996년 사이 두 개 이상의 병원이 합병되어 하나의 소유권 아래 형성된 그룹이 190여개 생겨났다. 또 한편으로 병원들은 네트워크를 형성하기도 했는데 이들은 각 병원이 소유권을 유지하면서 동맹이나 계약관계를 맺어서 상호 공통의 목표를 달성하기 위한 것이었다.

② 의사들 간의 수평적 통합에는 공동개업, IPAs, 의사진료관리회사(physician practice management companies, PPMCs)가 있다. 1980년대에서 11,000개의 공동개업이 있었고 1995년 19,500개로 늘었다가 1997년에는 19,800개로 증가세는 둔화되었다. 1997년 의사들의 32%가 공동개업에 참여하였는데 이들의 절반은 3~9개의 의사들이 모여 형성된 것이다. IPAs는 공동개업과는 약간 차이가 있는데 중앙에서 행정기능을 담당하고 보험회사와 계약을 관장하는 형식이다. PPMCs는 서비스의 통합을 위해 필요한 자본과 경영 및 조직구조를 의사에게 제공할 수 있는 기업가와 벤처 투자자에게 기회를 열어주었다⁷⁾. 이들은 의사진료관리수수료로부터 이윤을 창출했는데 이들의 최종목표는 성장과 수익으로 제

6) Two decades of organizational change in health care: what have we learned? Gloria J. Bazzoli, Linda Dynan, Lawton R. Burns and Clarence Yap, Medical Care REsearch and Review 2004; 61:247 et al.

공자가 아닌 투자자를 위한 자본이익과 평가차익을 개발하는 것에 초점이 맞추어졌다. 투자자의 목표는 최단 시간 내에 가장 방대한 양의 의사 수입에 대한 통제력을 확보하고 주식상장을 통해 기업공개에 필요한 수입의 수준에 도달하는 것이었다. 주식상장이 달성되면 이들의 목표는 수익률이 되는데 수익률 증대를 위해서 이들이 사용하는 방법은 소유한 의사집단이 더 많은 수입을 올리는 방법을 강구하고 더 많은 의사집단을 끌어들이는 것이었다. PPMCs는 1990년대 중반에 급격히 증가했다가 1990년대 말 다시 급격히 감소했다.

③ 병원과 의원그룹들은 다양한 형식의 새로운 조직을 만들었다. 미국병원협회(AHA)는 7가지 형태를 발견했는데 이들에게는 독립적 의사 조직과 병원 조직 간의 느슨한 계약관계부터 소유권에 기반한 더 밀착한 결합(의사가 봉직의로 고용되는 형태)을 이루는 형태까지 포괄한다. 그중 대표적인 것이 PHO(Physician Hospital Organization) 형태인데 이는 병원과 의사들이 의료기관 경영이나 의료보험과의 계약을 위해 합작투자를 하는 것이다.

이러한 움직임은 국가의 지지를 받고 있는데 미 연방정부는 공법에서 병원의료의 통합적 조정과 지원서비스의 공동이용을 위한 다병원체제 개발을 권장하고 있다. 또 독자적인 경영방식보다 공동사업 및 다수병원체제를 업무수행체제로 적극 권장하고 있다⁸⁾. 그러나 이런 체계가 적절한 의료서비스의 제공하는데 적절한가 하는 의문이 제기되고 있다. 시장 경쟁 속에 놓인 의료기관 및 보험 자본들은 너무 다양한 모습으로 변화하는데 이 과정은 어떻게 자본을 투자해서 최대의 수익을 올릴 것인가를 기준으로 이루어지기 때문에 대중들에게 보편적이고 통합적인 의료체계를 형성하는 목표를 달성할 수 없다는 지적이다.

의료공급자들의 무절제한 이윤추구와 환자들의 의료쇼핑과 자본에 대한 접근성 향상은 대중들에 대한 적절한 의료서비스의 공급이라는 보건의료제도의 목표를 성취하는데 도움이 되지 않았다.⁹⁾ 그럼에도 불구하고 어떤 이들은 경쟁으로 인해 시장은 유연성을 제공하고 소비자들이 더 많은 선택권을 가질 수 있었다고 말하는데 그것은 어디까지나 시장이 ‘더 좋은 선택지’를 제공할 때에나 가능한 일이다. 이를테면 미국의 수많은 보험 선택지보다 독일의 몇 종류 안 되는 보험이 보장성이나 보험료면에서 더 우수하다. 보건의료영역에서 자본의 자유로운 이동은 수익이 나는 영역으로 한꺼번에 몰려가서 거품을 만들고 수익이 떨어지면 자본이 회수되는 식의 거품-거품폭발의 주기를 반복했다. 이는 곧 특정 의료기관의 불균형한 개설과 폐업의 결과로 나타났다: 수익성 있는 병원의 과잉공급 vs. 수익성 없는 병원(필요한 의료서비스임에도 불구하고)의 폐업. 이를테면 수익성이 높다는 전문병원들(척추전문병원, 정형외과수술전문병원, 영상의학전문센

7) 의료경영지원회사, 박웅섭, 허영혜, <이명박정부의 의료민영화 대책부 자료집>, 2009, 7.3.

8) 의료기관 네트워크를 통한 경영효율성 제고방안, 박재산, 대한병원협회지, 2007년 3-4월호

9) Markets and medical care: the United States, 1993-2005, Joseph White, The Milbank Quarterly, Vol. 85, No. 3, 2007(pp. 395-448)

터 등)이 폭증했지만 이들이 전체 의료서비스 공급을 향상시켰는지는 의문이다. 특히 이런 전문병원의 개설은 종합병원에서 응급병동, 감염병동, 아동병동과 같은 필수 서비스 제공으로 인한 적자를 메꿔주는 영역이었던 척추/관절 수술, 영상의학 부문을 종합병원에서 분리함으로써 수익성을 최대화하고자 한 것이었다. 이런 시스템이 대중들에게 필수적인 의료서비스를 지속적으로 공급하는 의료체계 형성에 오히려 해가 되었다. 결국 개별 자본에는 이익추구가 더 나은 의료체계의 구축에는 도움이 안 되는 것이다.

2) 유럽

미국이 위와 같이 엄청나게 다양하고 분절적인 의료체계를 가지게 된 것은 전국민보장보험이 없었기 때문에 가능한 것이기도 하다. 미국의 사례를 참조하면서 한국의 의료민영화에 대해 경각심을 가지는 것에 대해 혹자는 ‘한국은 미국과 달리 전국민의료보험이 있기 때문에 미국과 같이 되지는 않을 것이다’고 주장하기도 한다. 그러나 전국민의료보험이 있다는 것이 믿을만한 안전판이 될 수 있는 것은 아니다. 한국보다 훨씬 견고한 공공의료체계를 갖추고 있는 유럽 선진국들도 전세계적인 신자유주의적 공세에서 자유롭지 않으며 이들 체계도 서서히 침윤되고 있는 모습이 보이기 때문이다.

대부분의 유럽 국가들은 국가가 의료서비스의 공급과 재정을 부담했으나 1990년대부터는 대부분의 유럽 국가들이 보건의료제도를 개혁하기 시작한다.¹⁰⁾ 지속적으로 상승하는 의료비를 부담할 수 없게 되자 유럽 국가들은 의료비 증가를 감축할 수 있는 방안을 모색하는데 그 주요 방안은 병상 수를 줄이고 재정 체계를 바꾸는 것이었다. 대부분의 유럽 국가들은 국가가 병원 운영에 대한 비용을 모두 부담하는 체계였으나 1990년대부터는 총액예산제나 DRG 포괄수가제를 도입하면서 병원 재정 체계의 더 근본적인 개혁을 하기 시작했다. 그러자 미리 책정된 재정을 두고 어떻게 병원을 운영을 하는가에 따라 병원들은 적자가 나거나 수익을 낼 수 있게 되었고 이에 따라 병원들은 서로 경쟁하며 기업처럼 행동하게 되었다. 병원의 재정체계의 변화는 민간 자본이 보건의료를 매력적인 투자영역으로 고려하게 되는데 주요한 조건을 창출했다. 1990년대 이래로 유럽국가들에서는 대규모의 민간병원/의료자본이 출현하면서 더 많은 보건의료의 더 많은 민영화를 요구하게 되었다.

많은 경우 민영화는 세탁, 식당, 청소, 경호, 행정 업무 등의 비의료적 활동을 외주화하는 형태를 띠었다. 어떤 경우는 진단검사업무가 외주화되기도 했다. 또 공공병원의 투자활성화를 위해 민관제휴의 형태로 사적 자본이 유입되기 시작했다. 국가 당국은 기업과 계약을 맺고 병원의 건설, 개조, 운영 비용을 부담하는 대신 장기 대출을 받고 공공병원과 구매계약을 맺는 식이다. 이런 민관제휴는 영국에

10) Liberalisation and privatisation of public services and the impact on labour relations: A comparative view from six countries in the postal, hospital, local public transport and electricity sectors, Torsten Brandt and Thorsten Shulten, www.pique.at

서 PFI(Private Finance Initiative)라는 이름으로 널리 퍼졌다. 이런 변화가 유럽 국가들에서 의료의 질 하락, 형평성의 하락으로 이어졌다는 연구결과들이 존재한다.

의료민영화는 특히 보건의료노동자에게 아주 해악적인데 보건의료는 인력이 2/3에서 많게는 3/4까지 차지하는 노동집약적 부문이기 때문에 병원들은 수익을 창출하기 위해서 노동비용의 절감에 가장 우선순위를 둔다. 노동비용을 절감하기 위해 사용된 가장 흔한 방법은 외주화였는데 이는 곧 임금과 노동조건의 하락으로 이어졌다. 영국의 병원 노조는 모두 NHS와 단체교섭을 하는데 외주화된 노동자들은 단체교섭의 적용에서 배제되었다.¹¹⁾

4. 현 시기 보건의료운동이 나아가야 할 방향

1) 1990~2000년대 보건의료운동의 교훈

1997년 외환위기 이후 한국보건의료체계 역시 본격적으로 신자유주의적 재편을 시작한다. 대형 병원의 확대와 함께 제도 역시 재정비된다. 의료보험재정통합과 의약분업이 그 예다. 1988년 농민들의 보험료 납부 거부 투쟁에서 출발한 의료보험통합추진운동은 형식적으로는 직장보험과 지역보험의 재정, 운영통합이라는 제도적 변화를 요구했지만 내용적으로는 민중의 보편적 권리로서 건강을 보장받을 수 있는 총체적 사회관계의 변화를 목표로 한 것이었다. 이는 지역보험의 불안정성과 취약한 보장성에 대한 대중적 불만에서 출발했기 때문이다. 지역보험과 직장보험으로 나뉘어져있던 당시 보험체계에서 지역보험의 재정이 상대적으로 열악했고 그로 인해 보장성이 낮았으며 국고의 보조가 필요한 상황이었다. 도시노동자를 기반으로 상대적으로 재정이 여유로운 직장보험이 지역보험과 통합된다면 지역보험 가입자의 보장성을 강화하는 한편 보험 운영비를 절감할 수 있었다. 1988년부터 민중운동의 주요 요구사항이었던 의료보험 통합은 1999년 노사정위원회를 통해 결정이 되고 각 보험조합은 순차적으로 통합되기 시작했다.

통합과정에서 지역보험 가입자 보험료의 50%를 국고로 지원하고, 심사평가제도를 통해 공급체계 통제 기제도 확보하며, 건강보험으로 이름을 바꾸면서 예방 및 건강증진 사업에도 기금을 활용하기로 하는 등 운동진영의 요구를 관철시키는 성과도 있었다. 그러나 정부는 공기업의 효율성, 국고 부담의 감소를 개혁 근거로 내세우며 의료보험통합을 신자유주의적 이데올로기를 강화시키는 용도로 활용하였다. 게다가 여전히 공급체계는 민간 중심적이었으므로 병원은 이윤을 확보하기 위해 대형화, 고급화하는 전략을 택하였다. 이러한 추세를 재벌 병원들이 주도하면서 의료비는 지속적으로 상승하였다. 즉, 운동이 정책적 측면에서는 소기의 성과를 달성했지만 자본의 운동은 정확히 인식하지 못함에 따라 보건의료

11) 영국의 병원 노조는 “동일임금 캠페인”을 벌였고 2005년 공공부문에서 외주화를 폐지하는데 성공했다.

의 신자유주의적 재편에 제대로 대응하지 못한 것이다.

의약분업을 추진한 근거는 약물 오남용 감소를 통한 국민 건강 증진과 약물 사용 감소를 통한 약제비 절감이었다. 당시에 주로 비판받은 문제는 약제비가 정부 고시가상환제¹²⁾로 보상되는 상황에서 고시가보다 저가로 거래를 하면서 획득하게 되는 제약회사의 음성적 약가마진과 이를 분배하기 위해 의사, 약사에게 주는 리베이트였다. 정부는 의약분업을 통해 이 문제를 해결하고자 했고, 이것을 뒷받침하기 위해 약제비를 개별실거래가상환제¹³⁾로 바꿨다. 이 경우 의료기관이 저가약품을 사용할 동기는 사라지고 의사들이 보다 검증됐다고 생각하는, 그러나 더 비싼 초국적 제약기업의 오리지널 의약품을 처방하게 된다.

의약분업은 결과적으로 약품 남용 문제는 해결되지 못하고, 초국적 제약기업들에게 막대한 이윤을 가져다주었다. 실제로 초국적 제약기업들은 연합조직을 만들어 적극적인 로비와 압력을 행사하면서 의약품 관련 정책에 개입했다. 의약분업도 그러한 요구 중 하나였다. 그들은 또한 고가 수입의약품의 보험 등재를 요구했고 약가 결정에 있어서 연구개발가치의 인정과 투자비용의 회수가 가능한 가격 기준이 제시되어야 한다면 선진국 수준과 동일한 약가기준을 요구하는 A-7 가격결정제를 도입시켜 폭리에 가까운 약가를 관철시켰다. 한편 비공식적 수입인 리베이트가 줄어든 만큼 의약계의 수입보전을 위해 수가가 인상되었다. 이러한 의약분업의 결과는 초국적 제약기업의 비약적 성장과 건강보험 재정의 악화로 이어졌다. 이에 대한 추가적 재정분담은 보험료 인상으로 이어져 그 부담을 민중에 전가하게 되는 결과를 초래했다.

개혁의 성격과 운동진영의 대응방안에 대해 많은 논쟁을 야기한 의료보험통합과 의약분업과정은 한국 의료체계의 신자유주의적 재편에 맞서기 위한 보건의료운동의 방향이 어떠해야하는지 보여준다. 개혁에 참여했던 보건의료운동진영은 의료재정체계의 확대를 통해 의료 서비스 이용의 형평성을 확대하고, 의료공급체계에 대한 공적 통제를 확대하여 적은 비용으로 국민의 건강을 확보하는 거시적 효율성도 달성하려 했으나 이것은 제대로 이행되지 못했다. 보건의료운동이 착목하고 대응하지 못한 두 가지 흐름이 있었기 때문이다. 첫째는 민족국가의 통제를 벗어나 의료공급체계를 왜곡하는 초민족적 자본의 활동이고 둘째는 노동 불안정화, 규제 완화, 빈곤으로 인해 발생하는 불건강 자체의 확대다. 결국 김대중-노무현 정부로 이어지는 신자유주의 개혁 정권 기간 동안 민중의 건강은 더욱 악화되었다.

2) 정책과제와 자본에 대한 비판의 결함이 필요하다.

최근 논의되고 있는 ‘획기적 건강보험 보장성 강화’ 운동은 새로운 대안을 통해

12) 고시가상환제란 정부가 의약품 가격을 정해 놓고, 실제 의료기관이 정해진 가격 이하로 의약품을 구매하더라도 고시된 가격만큼 보상을 해주는 제도다.

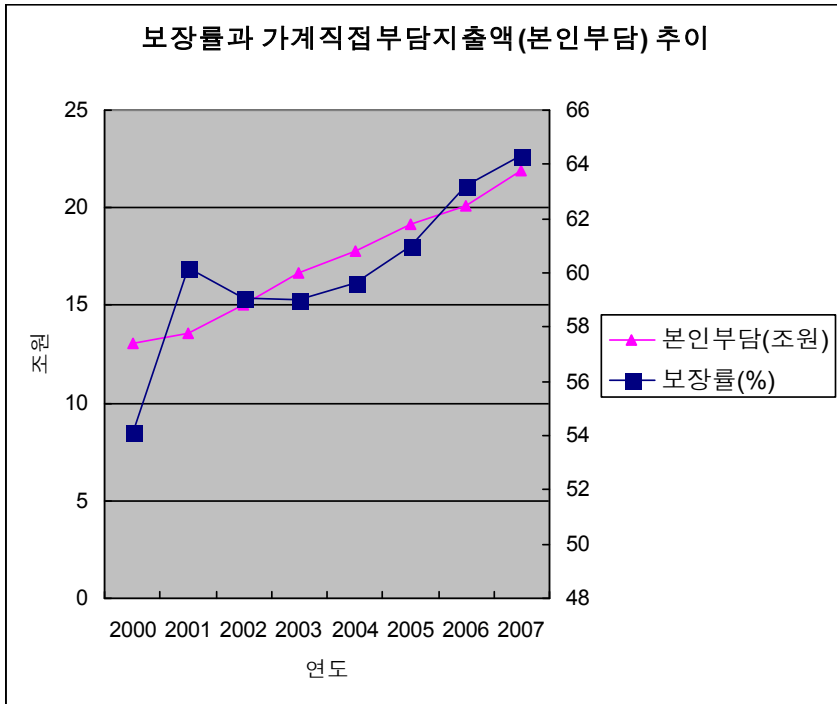
13) 개별실거래가상환제는 개별 의료기관의 실제 구입가격을 취합해 실구매가격만큼만 보상을 해주는 제도다.

의료민영화 논쟁의 국면을 바꾸고자 시도하고 있다. 제안 내용은 한국 의료체계의 개혁을 가로막는 고질적인 저부담-저보장-저수가 체계를 해결하기 위해서 민간보험 가입 동기를 제어할 만큼 높은 수준의 보장성과 포괄수가제, 지역별 병상총량제, 주치의 제도 등 공급체계의 개혁을 쟁취해보자는 것이다.

공적재원으로서 건강보험의 양적 확대는 분명 의료공급체계를 제어할 수 있는 수단 중 하나이긴 하지만 의료공급체계의 구조변화와 동반되지 않을 경우 매우 한계적일 수 있다. 지금의 의료공급체계에서는 공적재원이 오히려 대형병원과 민간보험, 그리고 초국적 제약기업의 이윤을 늘려주는 데 집중되기 때문이다. 현재 병원들이 이윤 추구에 몰두하고 민간보험이 활성화되며 폭리를 취하는 상태에서는 건강보험에 투입한 공적재원이 자본을 키워주는 역할을 할 것이다. 공적재원의 지원을 받으며 몸집을 불린 병원, 보험, 제약 자본들은 계속 어떻게든 노동자 민중을 위해 존재하는 건강보험과 보건의료의 공공적 성격을 파괴하려 할 것이다.

앞서 밝힌 의료보험통합운동이 대응하지 못했던 맹점들을 다시 반복해서는 안 된다. 결국 현실적으로 병원, 보험자본의 이윤추구를 억제하지 않고 민간의료시장을 위축시키지 않는 선에서 이러한 요구가 부분적인 정책 변화로 수렴될 경우 보건의료체계의 이윤추구적 경향은 제어되지 못하고 민중의 부담만 가중될 위험도 있다. 이를 테면 주치의 제도나 의료전달체계의 합리화는 1차 치료를 담당하는 네트워크 병원들과 대형 재벌 병원의 수가 합리화를 통해 가능할 수도 있다. 즉 자본의 이해 침해를 최소화하면서 보건의료체계를 정책적으로 합리화하는 것이 가능할 수도 있다는 것이다. 보장성 강화로 인해 해당 병원들도 그만큼 수가를 받을 수 있고 비급여 진료의 확대 가능성은 여전히 넓게 열려있기 때문에 보장성 강화가 자본과 정면으로 충돌하는 것은 아니다. 실제로 건강보험 보장성은 그동안 지속적으로 확대되었지만 병원자본과 보험자본도 동반 성장했다. 사실 이는 공적 재정체계와 민간 공급체계의 결합이 빚어내는 당연한 결과일 것이다.

특히 2004년부터 2007년까지 건강보험 보장성은 59.6%에서 64.3%로 증가했지만(국민건강보험료는 47,800원에서 66,200원으로 인상되었다) 연간 가계 부담액은 37만원에서 45만원으로 증가했다. 이는 물가상승률을 훨씬 상회하는 것이다. 보장성 강화가 본인부담의 경감으로 이어지지 않은 것이다. 이는 보장성 강화로 인해 증가하는 의료서비스에 대한 수요를 억제할 수 있는 제도적 장치가 미비하기 때문이기도 하지만 무엇보다 근본적인 문제는 의료기관이 영리를 추구하는 방식으로 운영되기 때문이다. 보장성이 강화될수록 비급여 부문은 줄어들는데 이윤 창출이 목적인 병원들은 더욱 더 비급여 진료를 강화하고 다양한 방법을 동원해 어떻게든 환자들의 돈을 자신들의 호주머니로 빼앗으려 한다. 이런 상황이 바뀌지 않는 이상 보장성이 조금씩 높아지더라도 우리가 병원에 가서 직접 내야 하는 본인부담금은 계속 늘어만 갈 것이다. 본인부담이 증가하는 한 민간의료보험에 대한 수요는 줄어들지 않을 것이고, 특히 본인부담부분에 대해 보상해주는 실손형의료보험은 대중들 입장에서는 가입 이유가 줄어들지 않는다.



현 시기 가장 위협적인 것은 건강을 민중의 권리가 아닌 자본투자의 대상으로 삼는 자본의 운동과 그것을 지지, 옹호하는 정부의 정책이다. 현 시기 보건의료 운동이 민중의 권리로서 보건의료를 금융자본에 종속시키려 하는 자본의 의도를 폭로하고 금융자본에 대한 비판적 인식을 확산시키지 못하는 한 정책적으로 보장성 강화, 의료전달체계 합리화, 주치의 제도 등을 달성하더라도 그것은 제한적일 수밖에 없다. 의료민영화 문제를 금융자본 중심의 신자유주의 개혁이라는 관점에서 파악하지 못하고 개별적 국면에서의 복지의 진보나 후퇴라는 관점에서 파악해서는 적절한 인식과 대응이 불가능하기 때문이다. 물론 이데올로기 투쟁만으로 운동의 조직은 어렵기 때문에 현실적인 제도 개혁을 목표로 하는 것은 필요하다. 그러나 보장성 강화, 의료전달체계 합리화, 주치의 제도 등을 목표로 하는 운동이 병원, 보험 자본의 공세를 저지하는 투쟁과 결합되는 것이 관건이다. 저부담-저보장-저수가 체계는 한국 보건의료체계의 개혁을 가로막는 근본적 원인이 아니다. 저부담-저보장-저수가 체계가 고착될 수밖에 없는 한국 보건의료체계의 이윤추구성이 문제다. 보험자, 공급자, 소비자가 모두 만족할 수 있는 보건의료제도란 허상에 불과하다. 보건의료체계에서 자본과 민중의 이해관계는 첨예하게 대립되기 때문이다. 자본은 보건의료체계를 이윤창출의 영역으로 구축하려 하고 민중은 보편적 권리로서 건강을 보장받을 수 있는 체계를 원하기 때문이다.

보건의료의 신자유주의적 재편 이후 계급 간 건강불평등은 더 확대되었다. 건강에 대한 민중의 불만은 드러나지 않고 조직되지 않았을 뿐 이미 만연해있다. 확대되는 건강불평등의 원인으로서는 의료민영화의 실체를 알려내고 병원, 민간의료보험, 제약자본에 대 노동자, 민중이라는 전선을 확실히 하는 것이 현 시기 보건 의료운동이 나아가야 할 방향일 것이다. <끝>

최용준 (포럼 사회복지와 노동)

1. 머리말

최근 인구에 회자되는 대표적인 의료 민영화 정책을 열거해 보면 영리 법인 의료기관 개설 허용, 민간 의료보험 활성화, 의료 법인 부대사업 범위 확대, 의료 체권 제도 도입, 의료 경영 지원 회사 설립 활성화, 건강 관리 서비스 제공 활성화, 원격 의료 활성화 등이 눈에 띈다. 영리 법인 의료기관 개설 허용처럼 누가 보더라도 의료 민영화의 부정적인 영향을 직관적으로 알 수 있는 정책이 있는가 하면, 건강 관리 서비스 제공이나 원격 의료 활성화처럼 그 영향을 쉽게 가늠할 수 없는 것도 있다.

한 가지 분명한 점은 일차의료가 당장의 의료 민영화 정책의 직접적인 대상에서 벗어나 있다는 점이다. 물론 향후 전개될 의료 민영화 과정에서는 달라질 수 있겠으나 현재의 정책 표적에서는 분명 벗어나 있는 것으로 보인다. 그런데 사실 일차의료는 김영삼 정부 이후의 ‘근대적’ 보건의료 정책의 전개 과정에서 진지한 의제가 된 적이 거의¹⁴⁾ 없었다. 의약분업이 일차의료에 미치는 영향이 적지 않았으나 정책의 내용을 따져 볼 때 그것이 일차의료의 강화나 약화를 목표로 삼았다고 보기는 어렵다. 결국 일차의료는 실제 보건의료 정책에서는 대단히 부차적이고 잔여적인 정책 대상에 불과하였고 의료 민영화 정책에서도 그 점은 다름 없어 보인다.

이 글은 이러한 전제 위에서 현재 한국의 일차의료가 어떠한 상황에 놓여 있는지를 살피고 의료 민영화 정책이 일차의료에 미칠 영향을 내다보는 것을 목적으로 삼는다. 또 그러한 예측을 바탕으로, 의료 민영화를 이겨 내고 좋은 의료 체도를 만들기 위해서 일차의료가 어떤 방향으로 바뀌어야 하는지에 대하여 부족한 소견을 밝히려고 한다. 덧붙일 것은 이 글이 인용하는 통계나 근거로 제시하는 자료들은 엄정한 검토를 거친 것이 아니므로 해석에 유의해 주시기 바란다는 점이다. 필자 스스로 새로운 근거를 만들어 제시하지 못한 점에 대해서도 미리 양해를 구한다. 멀지 않아 조금 더 보완한 글을 내놓을 수 있도록 노력하겠다.

14) 1990년대 전반 주치의 등록 시범 사업이 준비된 적이 있었으나 결국 시행되지 않았다.

2. 일차의료

오늘 심포지엄 자리에는 보건의료 분야에 직간접적으로 관여하는 분들이 많을 것이라고 짐작한다. 그러나 이 분야에 익숙하지 않은 분들도 있을 것이므로 이 글의 논의 대상인 일차의료에 대하여 짧게나마 언급하는 것이 좋을 것이다.

일차의료란 ‘primary care’라는 영어 표현을 한국어로 옮긴 것이다. 이때 영어 단어 ‘primary’에는 여러 뜻이 있지만 일차의료에서 중요한 것은 두 가지다. 하나는 순서로 따져 ‘첫째’라는 뜻이다. ‘일차’의료가 있다면 ‘이차’의료, ‘삼차’의료도 있지 않겠는가? 그렇다. 그래서 일차의료에는 보건의료 시스템으로 통하는 ‘첫째’ 관문이라는 의미가 담겨 있다. 이때 일차의료는 ‘이차 병원’, ‘삼차 의료기관’ 등과의 관계 속에서 제 자리를 찾는다. ‘primary’의 또 다른 의미는 중요성 면에서 ‘근본적’이라는 것이다. 이것은 여러 전문가들이 일차医료를 전체 보건의료 시스템의 기반이라고 보기 때문이다. 직관적으로도 몇 가지 이유를 금세 떠올릴 수 있다.

앞서 말했듯이 일차의료는 보건의료 시스템으로 통하는 첫 관문이다.¹⁵⁾ 여기에서 건강 문제가 잘 해결되면 좋은 일이다. 일차의료가 문제를 바로 해결해 주지 못하더라도 알맞은 상급 의료기관을 제대로 안내해 준다면 그것도 좋은 일이다. 보통 사람들이야 어디로 가야 할지 정확하게 판단할 수 없기 때문이다. 의료비도 적게 들고 시간 비용이나 교통비 등 간접비도 줄일 수 있다. 그래서 개인에게도, 사회적으로도 좋은 일차의료는 전체 보건의료 시스템을 효율적으로 만들 수 있는 지렛대 노릇을 한다. 사람들이 아플 때 처음 의료인을 만나는 곳이므로 일차의료는 한 나라의 보건의료 시스템의 인상을 결정짓는다는 의미도 있다. 대부분의 사람들이 의료기관을 찾는 것은 흔하고 가벼운 병 때문이다. 평생 동안 가장 많이 보는 의사는 대학 병원 교수가 아니라 동네 의원의 의사임은 두말할 나위가 없다. 환자-의사 관계의 형성과 파탄, 의사 집단의 사회적 이미지 형성 등이 대체로 일차의료 수준에서 먼저 일어나는 것이다.

스타필드(Barbara Starfield) 같은 학자들은 실증 연구 결과들을 종합하여 더 엄정한 방식으로 일차의료의 의의를 설명한다. 그가 제시한 일차의료에 대한 몇 가지 명제는 여러 학자들이 일차의료의 중요성을 강조하는 근거이기도 하다. 그는 일차의료는 질병과 사망을 예방하며, 전문의료(specialty care)¹⁶⁾에 비하여 건강 형평성과 깊은 관계가 있다고 한다. 또 일차의료는 좋은 나라들의 국민의료

15) 일차의료는 ‘보건의료 시스템으로 통하는’ 첫 관문이므로 시스템에 이르기 전까지 여러 건강 문제에 사람들이 스스로 대처하는 과정이 선행된다. 이미 이 단계에서 건강 수준이 결정되는 경우가 많다. 건강 결과만 놓고 본다면 대체로 보건의료 시스템의 영향은 다른 사회 경제적 요인에 비하여 미미하다.

16) 일차의료와 대조적인 의미로, 일차의료는 환자의 건강을 두루 살피는 분야인 데 반해 전문의료는 인체의 특정 기관이나 질병을 전문적으로 다룬다. 이를테면 내분비내과, 흉부외과 등을 들 수 있다.

비 수준이 상대적으로 더 낮다고 한다.¹⁷⁾

하지만 어떤 나라든 일차의료에 해당하는 의료 수준은 있기 마련이다. 문제는 그 일차의료의 어떤 일차의료냐 하는 것이다. 그래서 여러 학자들은 좋은 일차의료, 바람직한 일차의료의 어떤 특성을 지니고 있는지를 밝히고 그 개념 속에 이런 특성을 반영하려고 한다. 예를 들어 우리나라의 몇몇 학자들은 일차의료의 개념을 다음과 같이 정의한 바 있다.

건강을 위하여 가장 먼저 대하는 보건의료를 말한다. 환자의 가족과 지역 사회를 잘 알고 있는 주치의가 환자-의사 관계를 지속하면서, 보건의료 자원을 모으고 알맞게 조정하여 주민에게 흔한 건강 문제들을 해결하는 분야이다. 일차의료 기능을 효과적으로 수행하기 위해서는 여러 분야 보건의료인들의 협력과 주민의 참여가 필요하다.¹⁸⁾

이론적으로 말하자면 좋은 일차의료는 최초 접촉, 가족과 지역사회 기반, 지속성, 조정성, 지역사회 참여 등의 특성을 지녀야 한다는 것이다. ‘좋은 일차의료라면 모름지기 이러저러한 것이 되어야 한다.’는 점에서 이 정의는 규범적인 성격을 띤다. 따라서 이러한 정의는 현실의 일차의료의 나아갈 방향을 가리키는 나침반 구실을 하는 셈이다. 그렇다면 오늘날 한국의 일차의료, 그 현실은 어떠한지 살펴볼 차례다.

3. 한국 일차의료의 현실

1) 규범적 정의에 비춘 일차의료의 현실

앞서 보았던 일차의료의 개념이 규범적인 성격을 지녔다는 얘기는 현실의 일차의료에 그에 미치지 못한다는 점을 시사한다. 다소 도식적이지만 앞서의 개념 정의가 내포한 좋은 일차의료의 성질에 비추어 오늘날 한국 일차의료¹⁹⁾의 현실을 간단하게 짚어 보자.

17) Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457-502.

18) Lee JH, Choi YJ, Volk RJ, Kim SY, Kim YS, Park HK, Jeon TH, Hong SK, Spann SJ. Defining the concept of primary care in South Korea using a Delphi method. *Fam Med.* 2007 Jun;39(6):425-31.

19) 다만 여기서 ‘일차의료’라는 표현으로 가리키는 것은 ‘의원급 의료기관’, 말하자면 ‘동네 의원’이다. 환자를 입원시켜 진료하기보다는 주로 통원 진료를 담당한다. 예외가 없지 않으나 대체로 의사 1~2명과 간호사 또는 간호조무사 1~3명, 때로 사무원 1~2명이 일하는 곳이다. 진료실과 주사실, 접수대, 물품 창고, 진료 대기 공간 정도가 시설의 전부다. 의료기관을 위한 별도의 건물을 짓기보다는 기존의 일반 빌딩의 사무 공간을 필요에 맞게 개조하고 필요한 장비나 집기, 비품을 들여 놓는다. 그러므로 시설은 임대료를 내고 대여하여 쓰는 것이 보통이다.

‘최초 접촉’이라는 일차의료의 특성은, 일차의료기관이 사람이 아플 때 가장 먼저 찾는 의료기관이어야 한다는 것이다. 실제로 대다수의 사람은 증상이 쉽게 나아지지 않으면 의원을 먼저 찾게 된다. 주로 감기 같은 급성 질환이 여기에 해당한다. 그러나 모든 사람이 그런 것은 아니다. 큰 병원에서 수술을 받거나 진료를 받는 사람들은 일차의료 수준에서 해결할 수 있는 건강 문제를 자기가 다니던 큰 병원에서 해결하려는 경향이 있다. 일반적으로 큰 병원에서 진료를 받는 것이 낫겠다는 생각 때문일 수도 있고, 최근의 증상이 원래 갖고 있던 병과 관련이 있을까봐 두려운 생각에서 그러는 면도 있을 것이다. 제도적으로는 의원과 상급 의료기관 사이의 의뢰-회송 또는 역의뢰 관계가 형성되지 않은 탓이 크다. 흔히 말하는 의료 전달 체계의 미비다.

또 하나의 성질인 ‘지속성’에는 여러 종류가 있다. 먼저 ‘정보’의 지속성이 있다. 환자를 진료하는 의료진이 누구든 환자의 건강 상태나 질병 정보를 공유할 수 있어서 환자의 필요에 맞는 진료 계획을 세우고 실천할 수 있어야 한다는 것이다. 이런 지속성은 낮은 편이다. 어떠한 이유에서건 환자가 다른 의사를 찾을 때 그 의사는 이 환자가 다른 의사에게 어떤 진료를 받았는지 정확하게 알 수 없다. 환자에게 물어 알 수 있는 것도 있지만, 환자가 의료 전문가가 아닌 이상 얻을 수 있는 정보는 제한적이다. 진료 의뢰서를 통해 확인할 수 있는 경우도 있으나 자주 있는 일도 아니고 거기에 들어 있는 정보도 많지 않다. 환자가 자신의 의무 기록 전체를 통째로 복사하여 다른 의사에게 건네는 경우도 있지만 큰 병이 아닌 이상에야 드문 일이다. 그렇다고 전자건강카드 같은 전자 기록 매체를 활용하고 있는 것도 아니다.²⁰⁾ 건강 기록의 표준화가 이루어지고 이것을 전산망을 통해 의료진들이 공유할 수 있는 여건이나 제도가 갖추어져 있는 것도 아니다.²¹⁾ 정보의 지속성 수준이 낮으므로 진료의 지속성이 담보될 수 없다.

전통적으로 진료의 지속성은 ‘관계’의 지속성, 특히 환자와 의사의 대인 관계의 지속성을 통해 보장되는 것이 보통이다. 진료의 지속성을 제도화한 것이 유럽의 여러 나라와 미국의 일부 관리 의료(managed care) 조직에서 도입하고 있는 주치의 시스템이다. 그러나 우리나라에는 제도로서 이런 주치의 시스템이 도입되지는 않았다. 물론 현실에서 사람들은 늘 다니던 의원을 주로 이용한다. ‘의사 장보기’ 문제를 제기하지만 그것의 크기나 정도는 오히려 과장된 면이 있다. 예컨대 당뇨병 환자의 경우 당뇨병 진료 때문에 이용한 의료기관의 수는 2개소를 넘지 않는다고 한다. 이용하는 의료기관이 거의 정해져 있다는 얘기다. 물론 정해진 의료기관을 이용한다는 사실 자체가 규범적 의미의 진료 지속성이 보장하는 것은 아니다. 지속성의 편익²²⁾을 누릴 수 있는 의사의 역량과 진료 인프라가 요구

20) 전자 건강 카드 같은 매체를 도입해야 한다는 취지가 아니다.

21) 일부 대형 병원이나 보건기관과 연계하여 시범 사업 형태로 운영되는 것이 있지만 지역적으로 제한되어 있거나 일부 질병이나 집단에 국한되어 있을 뿐이다.

22) 예를 들어 어린이 청소년의 경우 꾸준히 한 의료기관을 이용하면 입원의 위험을 30~40% 정도 줄일 수 있다는 연구 결과가 있다.

되는 것은 물론이다.

현실 일차의료의 ‘조정성’은 극히 취약하다. 일차의료기관이 환자의 의료 이용을 효과적으로 안내할 수 있으려면, 의료 제공의 중심 기관이어야 한다. 이를 테면 동네 의원의 의사가 주치의로서 환자들의 복잡한 의료 필요를 충족시키는 길잡이 역할을 할 수 있어야 한다. 입원이 정말 필요한 것인지, 다른 전문의료가 필요한 것인지, 의료 외적인 다른 서비스가 필요한 것은 아닌지, 판단할 수 있는 능력이 있어야 하고 그럴 만한 권한이 있어야 한다. 그러나 한국의 동네 의원은 우리가 흔한 건강 문제가 있을 때 그때그때 방문하여 도움을 얻는 그 이상도 이하도 아니다. 일차의료의 조정성을 발휘하려면 동네 의원이 주치의, 주치 기관으로서 자리매김해야 하는데 제도적으로 보장이 되지 않은 상태다. 제도적 필요가 없으니 의사들의 역할을 개발할 필요성도 반감될 수밖에 없다. 현실 일차의료의 조정성이 취약한 이유다.

일차의료는 포괄적 서비스를 제공하고 있는가? 역시 그렇지 못하다. 동네 의원에서 근무하는 이른바 ‘개원의’들의 상당수가 ‘단과’ 전문의다.²³⁾ 전문성이 강조되면 포괄성이 희생되기 마련이다. 좋은 일차진료의사는 흔한 건강 문제를 폭넓게 알고 있고 그에 대한 진료 경험이 있어야 한다. 특정 기관의 질병을 고치는 것이 아니라 여러 문제를 안고 있는 사람을 돕는 것이기 때문에 적절한 대인 관계를 형성하고 환자의 말을 주의 깊게 듣고 알기 쉽게 설명할 수 있는 능력을 갖추어야 한다. 대부분의 전문의 수련 과정은 그런 내용이 없다.

표. 우리나라 의사 수의 변화 추이(2000~2007년)

	면허의사	전문의	일차의 [†]	가정의	개원의	보건기관
2000	72,503	45,870	14,548	3,906	-	762
2001	75,295	49,044	15,568	4,087	23,724	807
2002	78,609	52,045	16,482	4,255	26,412	821
2003	81,328	54,864	17,416	4,446	27,534	856
2004	81,998	55,948	17,609	4,334	28,482	910
2005	85,369	58,807	18,655	4,631	29,637	874
2006	88,214	61,191	19,529	4,824	30,627	906
2007	91,475	64,034	20,558	5,083	31,462	894

자료: 보건복지통계연보, 각 년도.

[†] 내과와 소아청소년과, 가정의학과 전문의를 합친 것임.

수련 과정에서 그런 능력을 기를 수 있는 최소한의 교육 과정을 갖추고 있는 분야가 가정의학과인데, 이쪽은 전공의 정원이 그리 많지 않다. 전체 전문과목 전공의 정원을 병원협회가 정하기 때문이다. 병원협회가 어떤 곳인가? 병원들의 이익단체다. 회원 병원들이 유지될 수 있을 만큼 전문과목별의 전공의가 필요하

23) 내과 전문의, 소아청소년과 전문의, 산부인과 전문의를 흔히 ‘단과’ 전문의라고 부른다. 여기서 한걸음 더 나아가 내과 전문의가 호흡기 내과 전문의, 소화기 내과 전문의, 심장(순환기) 내과 전문의 등으로 세분되면 그것을 ‘분과’ 전문의라고 부른다.

다. 왜 그런가? 상대적으로 전공의의 임금이 싸기 때문이다. 수련을 빌미로 장시간 노동이 가능하기 때문이다. 가정의학처럼 통원 환자의 전인적 진료에 관심을 둘 이유가 없기 때문이다.²⁴⁾ 앞 페이지 표를 보면 가정의학과 전문의 수가 아주 적은 것은 아니지만 그렇다고 다른 단과 전문의 수에 비해 충분하다고 볼 수는 없다. 유럽의 여러 나라뿐 아니라 미국 같은 나라와 비교하였을 때에도 마찬가지다.

일차의료기관이 구조적 영세성을 띠고 있다는 점도 서비스의 포괄성을 가로막는다. 제 아무리 가정의, 가정의학과 전문이라 할지라도 환자의 필요를 충족시킬 수 있는 모든 역량을 갖춘 것은 아니다. 또 모든 일을 의사가 하는 것은 바람직하지도 효율적이지도 가능하지도 않다. 그러나 앞서 보았듯이 우리나라 일차의료기관은 의사 1~2명이 중심의 진료 ‘사무실’ 수준을 벗어나지 못한다. 영양 상담을 하거나 방문진료를 하는 것은 꿈도 꾸지 못한다. 인력이 없고 역량이 부족하니 환자의 필요를 적극적으로 평가할 리 없는 것이다. 환자 필요를 적극적으로 평가하지 않으니 서비스가 포괄성을 떨 리 만무하다.

환자와 가족을 중심에 놓고 진료하는 것도 좋은 일차의료의 특성이다. 환자를 중심에 두고 진료한다는 것은 흔히 말하는 ‘환자에게 최선을 다한다.’는 것과 다른 의미가 있다. 진료 과정에서 환자의 의견을 존중하고 적극적으로 의견을 구하여 함께 진료 방침을 정하고 실천한다는 뜻이다. 영국의 유명한 일차진료의사인 하트(Julian Tudor Hart)의 말을 빌자면 ‘환자와 의사는 건강의 공동 생산자(co-producer of health)’라는 얘기가. 이 점에 비추어 보면 현실 일차의료의 ‘환자 중심성’은 그 본질에 충실하다고 보기 어렵다. 환자도 의사도 준비되지 않기는 마찬가지다. 더 나아가 ‘가족 중심성’을 따진다면 더 말할 것이 없다. ‘가족 주치의’란 표현은 그럴 듯하지만 실제로 온 가족이 단골인 경우는 드물다. 어린이는 소아청소년과로, 어른은 내과로, 또 병에 따라서 이런저런 전문의를 찾기 마련이다. 의사는 의사대로 부담스러울 것이다. 소아청소년과 개원의가 손자녀의 할머니를 자신 있게 진료할 수 있을까?

지역사회에 기반을 둔 일차의료기관이 되려면, 일차의료기관이 지역사회의 중심적 역할을 담당해야 한다. 아니 ‘중심적’ 역할까지 가지 않더라도 무엇인가 지역사회에 기여하는 바가 뚜렷해야 한다. 예컨대 요즘 같은 때라면 동네 의사들이 합심하여 인근 주민들을 모아 놓고 신종 인플루엔자에 대하여 자세히 설명해 줄 수 있지 않을까? 근처 학교의 교의(校醫)로서 학생들의 보건 교육이나 건강 상담에 적극 나설 수는 없을까? 동네 아파트 단지 놀이터의 안전성을 따져 보고 의견을 내어 시설을 개선하는 데 이바지할 수는 없을까? 그러나 그럴 이유도 없고 그럴 수도 없다. 누구도 그런 일을 요구하지 않고 권한을 주지도 않는다. 오는 환자 막지 않고 가는 환자 붙잡지 않으면 그만이다. 일차의료의 지역사회에 기반을 두고 있다고 보기 어렵다.

24) 대학 병원 가정의학과가 환자 유입 경로로 악용된다고 비판하면서 그 무용론을 주장하는 이들도 있다.

2) 일차의료를 둘러싼 물적 토대의 변화

마르크스(Karl Marx)의 말을 단순화하여 이해하자면 자본주의에서 계급은 부르주아와 프롤레타리아트로 양극화된다. 한편 그 사이에 있는 중간 계급들은 지속적으로 생성되지만 몰락과 분해 과정을 거치면서 어느 한쪽 계급으로 편입되어 간다. 사회 전체를 놓고 보았을 때 마르크스의 예측이 오늘날에도 적실성을 지니고 있는지에 대해서는 나로선 단언할 수 없다. 그러나 한국의 일차의료 현실만을 놓고 보았을 때 마르크스의 진술은 적어도 비유적 의미에서만만큼은 적절성을 지니고 있다고 생각한다. 중간 계급의 생성, 그러나 그보다 더 광범위한 몰락과 분해, 한국 일차의료의 현실은 바로 그런 과정에 있다고 생각한다.

최근 있었던 국정 감사에서 민주당 전현희 의원은 흥미로운 몇 가지 통계를 제시하였다. 이것을 의료계 전문지와 몇몇 일간지에서 보도했다. 의사협회가 펴내는 KMA times가 뽑은 머리기사 제목 ‘동네 병의원이 무너지고 있다.’, ‘동네 의원 몰락한다.’는 주로 개원의로 구성된 이 단체의 시각을 반영한다. 10월 16일치 KMA times의 보도 기사 일부를 인용한다.

전현희 의원이 공개한 자료에 따르면 하루 평균 진료 건수 1~10건 미만인 의원 수가 지난해 2258곳에 달했다. 이는 전체 의원 2만 6973곳의 8.37%에 해당한다. 진료 10건 미만 의원은 2006년 1993곳에서 2007년 2166곳, 2008년 2258곳에 이어 올 9월까지 1840곳 등 해마다 늘어났다 하루 평균 하루 30명 미만의 환자를 보는 의원이 올해 상반기까지 총 6996곳(전체 의원 중 약 27%)이나 됐다. ‘하루 평균 환자 30명’은 의료기관으로서의 명맥을 간신히 유지할 수 있는 최소한의 기준. 결국 우리나라 의원의 열 곳 중 세 곳은 언제 도산할지 모르는 살얼음판 위를 하루하루 걷고 있는 셈이다.

사실 전현희 의원이 공개한 국민건강보험공단의 자료는 조금 더 엄밀한 분석이 필요하다. 예를 들어 진료 건수가 10건 미만, 30건 미만인 의원의 구성을 살펴봐야 한다. 전문과목에 따라서는 진료 건수가 중요한 것이 아니라 진료비 수준이 더 큰 의미가 있을 수 있고, 건강보험 비급여 위주의 진료를 하는 의원과 그렇지 않은 의원의 진료 건수는 그 의미가 다를 수 있기 때문이다. 병상이 있어 입원 진료를 하느냐 그렇지 않느냐도 영향을 미칠 수 있는 요인이다. 그러나 만약 이들 대다수가 건강보험 진료를 위주로 하는 내과, 소아과, 가정의학과 의원들이라면 전현희 의원의 말대로 전체 의원의 10%에 가까운 의료기관이 심각한 재정 상태에 놓여 있는 것만은 틀림없다고 할 것이다. 또 다른 기사를 보자.

건강보험심사평가원이 국회에 제출한 자료에 따르면 지난해 폐업한 의원급 의료기관이 2061곳(폐업률 7.75%)에 달한다. 동네 의원 폐업 수는 2006년 1795곳(6.96%)에서 2007년 2015곳(7.70%) 등 해마다 늘어나고 있다. 불과 5년 전인 2004년 폐업률 6.55%(2만4301곳 중 1593곳)와 비교하면 동네 의원의 폐업에 얼마나 가속도가 붙고 있는가를 알 수 있다.

이 통계 역시 다른 각도에서 볼 수 있다는 점은 마찬가지다. 예를 들어 ‘폐업한 의원이 다 어디로 가겠나. 다른 곳에서 다시 개업했겠지.’ 같은 반응이 대표적이다. 맞는 얘기다. 개업과 폐업, 휴업, 재개업, 취업 등 의사들의 이동 경로를 파악해야만 정확한 실태를 파악할 수 있다. 그럼에도 불구하고 이 통계는 일차의료기관인 동네 의원들의 경영 실태를 어느 정도 반영한다. 의사협회 의료정책연구소의 한 연구 보고서²⁵⁾에 실린 조사 결과에 따르면 평균 개원 소요 비용이 53,893원으로 1억 원 미만, 5억 원 이상이 각각 15.8%를 차지하였고 2~5억 원이 42.1%로 가장 많았다고 한다. 억 단위를 넘어서는 개원 비용은 개원의로서도 큰 부담이 아닐 수 없다. 즉 이들이 폐업 후 재개원을 하였다 하더라도 적지 않은 재정 부담을 안게 되는 셈이다. 환자의 처지에서조차 진료의 지속성을 감안한다면 결코 바람직한 현상은 아니다.

이와 같은 현상들의 등 뒤에는 병원급 이상 의료기관의 비중이 커지고 동네 의원의 비중이 상대적으로 축소되는 상황이 있다(다음 페이지 표 그림). 치과 진료에 비급여가 많다는 점을 감안하면 의원급 의료기관의 진료비 증가율은 중별 요양기관 중에서 가장 낮은 편인 셈이다. 물론 이 통계도 병원으로 묶인 여러 유형의 의료기관을 나누어 봐야 하고 비급여 진료의 비중을 감안해야 한다. 그럼에도 불구하고 의원 비중 축소의 경향 자체는 분명하다.

25) 임금자, 최진우. 의원 경영 실태 조사. 서울: 의료정책연구소; 2009년 3월. 59쪽.

〈표3〉 종별 요양기관 급여비용 현황(단위:백만원, %)

(자료-건강보험심사평가원)

종별	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	비고
[병원]	5,668,553	6,209,036	7,283,127	7,977,738	8,882,204	10,702,069	12,902,286	14,569,583	
증가율		9.50%	17.30%	9.50%	11.30%	20.50%	20.60%	12.90%	평균증가율 14.5
점유율	31.80%	32.60%	35.50%	35.70%	35.80%	37.50%	40.00%	41.60%	
[의원]	5,846,913	5,963,801	5,874,023	6,110,975	6,633,162	7,387,768	7,908,181	8,246,865	
증가율		2.00%	-1.50%	4.00%	8.50%	11.40%	7.00%	4.30%	평균증가율 5.1
점유율	32.80%	31.30%	28.60%	27.30%	26.80%	25.90%	24.50%	23.50%	
[치과]	932,362	923,323	942,436	985,587	1,027,463	1,072,280	1,109,362	1,142,308	
증가율		-1.00%	2.10%	4.60%	4.30%	4.40%	3.50%	3.00%	평균증가율 2.9
점유율	5.20%	4.80%	4.60%	4.40%	4.10%	3.80%	3.40%	3.30%	
[한방]	678,386	795,642	878,668	983,032	1,085,794	1,214,910	1,304,429	1,361,832	
증가율		17.30%	10.40%	11.90%	10.50%	11.90%	7.40%	4.40%	평균증가율 10.5
점유율	3.80%	4.20%	4.30%	4.40%	4.40%	4.30%	4.00%	3.90%	
[약국]	4,574,298	5,056,479	5,435,365	6,167,663	7,033,331	8,035,769	8,885,087	9,561,027	
증가율		10.50%	7.50%	13.50%	14.00%	14.30%	10.60%	7.60%	평균증가율 11.1
점유율	25.70%	26.50%	26.50%	27.60%	28.40%	28.10%	27.50%	27.30%	
총요양 급여비용	17,819,470	19,060,636	20,533,559	22,355,887	24,796,776	28,557,969	32,258,975	35,036,562	평균증가율 10.1
총증가율		7.00%	7.70%	8.90%	10.90%	15.20%	13.00%	8.60%	71.3

의원은 주로 통원 진료, 즉 외래 진료를 주로 하기 때문에 전체 진료비에서 차지하는 비중보다는 외래 진료비 비중이 더 많은 정보를 줄 수 있다. 아래 표 그림에서 보듯 2001년에 비해 의원 외래 진료비 비중은 약 15% 포인트 정도 줄어들었다. 병원급 의료기관의 외래 비중이 그만큼 커진 셈이다(다른 각도에서 재분석이 필요하다는 점은 여기서 재론하지 않는다.).

〈표5〉 외래진료비 상대 점유 비율 현황(단위:백만원, %)

연도	외래 총진료비 합계(100%)	종합전문병원	종합병원	병원	의원
2001	7,111,904	703,339 (9.9%)	723,182 (10.2%)	379,083 (5.3%)	5,306,300 (74.6%)
2002	7,528,645	849,608 (11.3%)	836,762 (11.1%)	437,159 (5.8%)	5,405,116 (71.8%)
2003	7,744,860	971,597 (12.5%)	1,012,257 (13.1%)	508,905 (6.6%)	5,252,101 (67.8%)
2004	8,199,954	1,066,448 (13.0%)	1,110,758 (13.5%)	577,347 (7.0%)	5,445,402 (66.4%)
2005	9,028,682	1,202,921 (13.3%)	1,276,613 (14.1%)	647,418 (7.2%)	5,901,730 (65.4%)
2006	10,170,191	1,448,238 (14.2%)	1,480,634 (14.6%)	743,934 (7.3%)	6,497,384 (63.9%)
2007	11,079,414	1,672,793 (15.1%)	1,665,909 (15.0%)	873,771 (7.9%)	6,866,941 (62.0%)
2008	11,910,856	1,870,800 (15.7%)	1,897,937 (15.9%)	992,877 (8.3%)	7,149,242 (60.0%)

결국 일차의료기관은 제 나름대로 ‘살 길’을 강구할 수밖에 없는데 이에 대하여 앞서 말한 연구 보고서는 다음과 같이 쓰고 있다.²⁶⁾

현재의 의원이 경영난에 처해 있고 앞으로 (더) 어려워질 것이라고 전망하지만 개원의들은 의원 경영난을 타개하기 위해 노력하고 있으며, 그 전략으로서 진료 시간 연장 및 업무 영역 확대를 선택한 것으로 조사되었다. 그러나 의원을 운영하는 각 개인이 경영난 타개를 위해 할 수 있는 방안이 별로 없어 그 업무 영역 확대 범위는 여전히 대체 의학 기술이나 타과 진료, 비만 클리닉 운영 등 의료 서비스 영역 내에 머물러 있었다.

의원들의 ‘경영난’²⁷⁾ 타개책이 규범적인 일차의료의 특성이나 역할에 비추어 바람직하지 않은 것은 물론이다. 그 자체가 바람직하지 않을뿐더러 일차의료의 본원적 기능을 발휘는 데 걸림돌이 된다는 점에서 좋은 일이 아님은 역시 마찬가지다. 이런 상황들에 비추어 볼 때 ‘동네 의원의 위기’는 간과해서는 안 될 지점이다. 그런데 이런 상황이 도대체 의료 민영화 정책과 관련이 있을까? 필자는 그렇다고 생각한다. 물론 일부 직접적인 영향도 있겠지만 주로는 간접적인 방식으로 일차의료의 현 상황을 빚어내는 데 영향을 미쳐왔고 앞으로도 그러리라 본다.

4. 의료 민영화 정책의 영향

머리말에 썼듯이 일차의료는 김영삼 정부 이후의 ‘근대적’ 보건의료 정책의 전개 과정에서 진지한 의제가 된 적이 거의 없었다. 정책 우선순위가 아니었다는 얘기다. 그러지 않아도 유독 보건의료 영역에서는 이렇다 할 정책 수단이 없는 정부다. 정책론의 견지에서 볼 때 동네 의원은 성가신 존재다. 수도 많고 다양하다. 개원의라는 동질성을 바탕으로 의사협회라는 전문가들의 이익단체로 뭉쳐 있다. 정책 당국으로서는 의약분업 당시의 뼈아픈 기억도 남아 있다. 시장에 맡겨 놓으면 국민들이 ‘알아서’ 의료기관을 선택할 일이므로 그대로 놔두는 것이 낫다. 이들은 동질적이지만 동시에 이질적인 성격도 있어 동네 의원의 일화(逸話)적 사례가 진지한 정책 의제가 되기 어렵다. 반면 병원은 다르다. 수가 적고 다양성이 크지 않다. 병원협회는 전문가 단체라기보다는 일반적인 기업 회원 단체에 가깝다. 오래 전부터 이들에게 직간접적인 재정 지원이 이루어지고 있었다. 그에 대한 발언권도 어느 정도 있다고 보아야 한다.

26) 임금자, 최진우. 의원 경영 실태 조사. 서울: 의료정책연구소; 2009년 3월. v 쪽.

27) 의료기관의 ‘경영난’이 사회적 평균에 비추어 과연 ‘경영난’인가 하는 점은 여기서 논외로 한다.

이런 배경에서 대다수의 보건의료 정책들은 모두 병원급 이상 의료기관을 정책 대상으로 삼는 것이다. 의료 민영화 정책도 마찬가지다. 영리 법인 의료기관 개설 허용, 민간 의료보험 활성화, 의료 법인 부대사업 범위 확대, 의료 채권 제도 도입, 의료 경영 지원 회사 설립 활성화, 건강 관리 서비스 제공 활성화, 원격 의료 활성화 등 거의 대부분의 정책이 그렇다. 개원의 중심의 의사협회에서 여러 의견을 내지만 부차적이고 스스로도 직접적인 이해관계에 있다고 보지 않는다. 예를 들어 앞의 연구 보고서는 이렇게 쓰고 있다.

그동안 논란이 많았던 사항들 중 영리 의료 법인의 도입에 대해서는 부정적인 의견(42.1%)이 긍정적인 의견(26.6%)보다 많았다. 개원의의 견해 중 특이한 점은 의료 시장의 개방에 대해 긍정적인 견해(35.8%)가 부정적인 견해(30.6%)보다 많다는 것이다. 그동안 지속적으로 정부 정책의 전환을 요구하였지만 그 한계에 부딪혀, 극단적인 방법으로서 외부 충격에 의한 의료 시장의 변화를 요구하는 것으로 풀이된다. 민간 의료보험의 활성화와 의료분쟁조정법의 제정에 대해서도 긍정적인 의견이 부정적인 의견보다는 많았다.

이 점에서 의료 민영화 정책이 일차의료에 영향을 미친다는 것은 이들 정책이 보건의료 정책의 우선순위를 점함으로써 결과적으로 일차의료에 대한 정책 투입 요소가 줄어들을 통해서다. 어떤 의미에서든 정책 투입 요소는 제약되어 있으므로, 병원급 이상 의료기관을 향한 투입이 늘어나면 늘어날수록 일차의료는 정책적으로 방치 상태에 놓이게 된다.²⁸⁾ 결국 의사들의 반응은 막연하고 극단적인 의견 이상이 되기 어렵다. 동네 의원들이 겪는 재정적인 어려움이 커지면 커졌지 나아질 이유가 없는 것이다. 설령 사정이 나아지더라도 그것은 보편적인 현상이 아니라 일부 의료기관에 국한될 수밖에 없을 것이다. 빈익빈 부익부 현상이 가일층 심화될 뿐이다.

물론 의료 민영화 정책이 직접 일차의료에 영향을 미칠 가능성을 근본적으로 배제할 수는 없다. 가깝게는 원격 의료나 건강 관리 서비스 시장의 활성화가 잠재적인 일차의료의 기능을 결과적으로 축소할 수 있고, 멀게는 민간 의료보험 활성화에 따라 동네 의원의 다양한 재편이 일어날 수 있다. 의료 경영 지원 회사의 업무 범위가 확대되어 일부 치과 의료나 한방 의료, 비급여 중심의 의료 영역에서 가능성이 엿보이듯 기업형 의원 체인 같은 것이 생기지 말란 법은 없다. 그러나 이에 관한 충분한 정보가 없어 아직은 개연성의 수준에서만 예측할 따름이다.

5. 맺음말

28) 별다른 정책을 내놓지 않기로 한 의사 결정(power as non-decision making).

이명박 정부의 의료 민영화 정책은 일차의료의 어려움을 가중시킬 것이다. 그 과정에서 일차의료는 본원의 규범적 역할을 확립해 나가기 커녕 그 물적 토대마저 취약해질 공산이 크다. 기존의 문제점은 심화될 것이고 여기에는 건강상의 위험, 비효율성, 불편과 불신이 따르게 마련이다. 그러나 일차의료에 대한 정책 투입 요소는 전문하다시피하기 때문에 개원의들은 외부적 충격에 막연한 기대를 건 채 전망이 뚜렷하지 않은 경영난 타개책에 매몰되어 있는 상황이다. 이러한 상황은 동네 의원에게도, 시민에게도, 사회 전체적으로도 결코 바람직하지 않은 것이다.

거시 정책 면에서 이에 대한 처방은 분명하다. 포괄적으로는 일차의료에 대한 정책 투입 요소를 늘려야 한다. 그러나 투입 요소 증대는 의료 제공 체계 개선, 진료비 지불제도 개편, 의사 인력 수급 정책 변화 등을 요구하는 중장기적인 정책으로 연결되어야 하므로 정책의 일관성과 정책을 조정할 수 있는 정치적 역량도 필요하다.

정책의 콘텐츠 면에서는 일차의료에 배분하는 건강보험의 재원 크기를 늘려야 한다. 일차의료에 주치의 제도를 도입하고 진료비 지불제도도 바뀌어야 한다. 일차의료기관의 영세성을 극복하는 방향으로 인센티브가 제공해야 한다. 일차진료의사를 기술적으로 지원하는 방안을 마련하고 의사 인력 수급 정책도 바뀌어야 한다. 그에 따라 의학 교육 과정의 개혁도 불가피하다. 이렇게 정책 콘텐츠를 열거한 순서는 논리적인 순서일 따름이다. 그러나 정책 조합은 시기적으로 겹칠 수도 있고 한참 후에 따라올지도 모른다.

정치적으로는 한나라당으로 대표되는 보수 정치 세력의 집권하에 이들 정책이 실행되는 것이 수용성이 높을 것이나 현실적으로 기대하기 어렵다. 그렇다고 정권이 바뀔다고 하여 호조건이 형성되는 것은 아닐 것이다. 따라서 현재로서는 가능할까 의심스럽지만 시민 사회와 의료계의 합의와 연대가 필요하다. 정부의 역량에 비추어 기술 관료적 뒷받침은 기대하기 어렵지만, 말 그대로 ‘제한된 합리성’의 범위 안에서 개혁의 큰 방향을 정해 나가는 것이다. 시민 사회와 의료계가 똑같이 원하는 것을 무시하기는 어렵다.

여기에 전통적인 ‘운동’의 역할이 있을까? 스스로 풀지 못하고 있는 의문이다.

의료민영화가 병원현장에 미치는 영향

현정희 (공공노조 의료연대)

□ 돈벌이에 혈안이 된 서울대병원

○ 병원인지 쇼핑몰인지 구별이 안되는 시립보라매 병원

시립보라매병원은 서울시민의 세금 1,800억원을 들여 370병상이 들어있는 화려한 신관건물을 열었다. 신관건물에는 각 병동의 42개 병상 중 다인병실이 20개(47.6%)로 줄어들고, 하루 30만원 비용의 1인병실과 5만원하는 4인병실이 더 확대되었다. 다인병실 부족으로 어쩔수 없이 4인병실에 입원한 환자의 경우 5인실에 입원한 환자보다 한달에 120만원을 더 지불해야 한다. 신관건물 1층~3층에는 식당, 편의점, 커피전문점, 건강식품점, 안경점, 의료용품점 등 부대시설이 CJ와 계약하여 대거 들어와 있다.

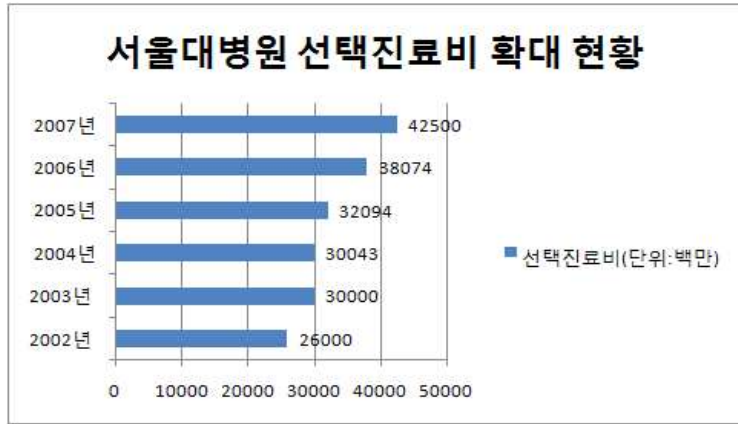
○ 2인실이 다인실(기준병실) 병실료의 12.5배로 상급병실료

서울대병원의 2009년 2인실 병실료는 하루에 136,930원으로 한 달 입원할 경우 병실료만 400만원이 넘는다. 다인병상 보유율이 51%로 국립대병원 및 종합전문 병원중에서 가장 다인병실이 적은 서울대병원은 09년 조사결과 따르면 입원하는 환자의 2명중 1명은 상급병실로 입원하는(58.5%) 현실속에서 2인실을 포함한 상급병실료 인상은 돈벌이에 혈안이 된 서울대병원의 단면을 보여준다.

○ 병원의 수입을 확실하게 보장하는 선택진료비

서울대병원은 국립대 병원 중 선택진료비 비중이 역시 최고로 높다.

서울대 병원의 선택진료비 수입 규모는 5,122억원의 진료비 중 425억원(8.31%)이다. 서울대병원 입원진료비 2,932억 중 287억원(9.8%)이 선택진료비이다.(2007년기준)



A, 소아병동에서 일어난 일

얼마전 소아병동에서 수술이 끝날 때 좀 선택진료 의사가 수술실 뒷문으로 들어가는 것을 발견하고 환자보호자가 항의하여 선택진료비를 되돌려 받았다. 만약 환자보호자가 항의를 하지 않았다면 병원은 당연히 선택진료비를 받아 챙겼을 것.

B, 의료급여 환자에게 선택여지 없는 진료비 부과

4월 1일부터 외래나 입원시 선택진료에 대한 사인을 해야 한다. 의료급여/중 환자에게 설명도 없이 선택진료에 사인을 하게 했다. 무척 많이 나온 병원비를 보고 의료급여환자는 병원에 항의했지만 병원은 요지부동, 결국 의료급여 /중 환자는 선택진료비를 지불하고 퇴원..

C 의사와 절친한 친분이 있으면 피해 갈 수 있는 선택진료

모 병동 의사 친구의 딸이 병원에 입원해 수술을 받았다. 선택진료비 청구하지 말라는 의사의 말 한마디로 이 환자는 선택진료비를 내지 않고 퇴원..

[사례2]

다음 사례는 09년 2월 00 일 ~ 4월 00일 까지 서울대병원에 입원한 의료급여 /중 환자의 진료비 명세표입니다. 의료급여 /중 환자임에도 비급여라 선택진료비로 인해 두어달 병원비로 3,729,351원을 납부해야 합니다. 환자부담 총액중 선택진료비 비중은 31%나 차지하고 있습니다.

항목	보험급여 ①+②	비급여 ③	선택진료 ④	
필수 항목	진찰료	94,650	70,560	60,750
	입원료	3,044,000	1,554,000	379,370
	식대	440,290	164,820	
	투약 및 조제료	2,120,073	6,784	
	주사료	1,575,151	58,906	
	처치료	970,559	120,855	
	수술료			

	마치료			
	검사료	4,828,412	346,958	568,035
	방사선료	356,551		45,145
	치료방사선료			
	치료재료대	234,465	44,597	
	전액본인부담			
선택 항목	재활 및 물리치료료	149,548		
	정신요법료			
	CT	1,291,917		95,501
	MRI	422,124		38,070
	초음파진단료		150,000	
	보험, 보정료			
	수혈료			
	제증명료			
계	15,527,740	2,542,480	1,186,871	
	환자부담총액 ③+④		3,729,351	

○ 병원의 수입을 위해서 성과급 도입과 각종 구조조정 진행 중

이런 상황에서 서울대병원은 의사성과급을 도입하여 더욱 더 돈벌이 경쟁으로 몰아 넣고 있다. 진료를 많이 해서 수익을 내는 의사와 그렇지 못한 의사를 가려내려 하고 있으며 또한 직원들 역시 그 평가의 도구로 전락시키고 있다. EMR이 도입되고 ERP를 적용하면서 부서통합 등 각종 구조조정과 비정규직화를 진행시키려 하고 있다. 한편 정부차원에 서도 2008년부터 국립대병원들을 ‘공공기관운영법’에 의거 기타공기업으로 분류하여 ‘겸직교수만 제외하고 대졸이상 초임 9.2% 삭감 및 인턴사원제를 도입하였고, 이후 연봉제, 임금피크제 도입을 앞두고 있다.

□ 더욱 더 돈벌이에 혈안이 될 서울대병원

○ 무한 경쟁에서 살아남으려면 규모를 키우고, 자본을 유치하라

서울대학교병원 지하복합진료공간사업을 임대형민간투자사업(BTL)으로 추진중이며 1,000억원대의 공사를 전액 민간자본을 유치한다는 계획으로 10월 19일자로 사업자 신청 마감을 하였다.

원금 및 이자를 갚고 이윤을 남기기 위해 돈벌이는 더욱 강화될 수 밖에 없다.

[관련기사]

서울대병원, 민자로 지하공간 개발 나선다 자료등록 : 한국경제 등록일 : 2009/07/15

쇼핑몰·식당가에 진료시설도 5만6100㎡규모...내년초 착공

서울대병원이 민자 사업으로 부지 내 지하 공간을 개발해 편의시설을 대폭 확충한다. 새 건물을 짓고 싶어도 장기간의 진료 공백이 우려되고 대학로 인근 땅값이 워낙 비싸 신규 부지 확보가

사실상 불가능한 데다 창경궁 관련 건축물 고도제한까지 받아 고심해 왔던 이 병원이 고객 만족도를 높이고 수익도 창출하기 위해 내린 결정이다.

서울대병원 고위 관계자는 15일 "본관과 행정동(시계탑 건물),어린이병원,암센터(공사 중) 사이의 타원형 공간에 지하 6층 규모로 식당 쇼펍몰 등 편의시설과 약간의 진료시설이 들어서는 신규 건축물 공사를 내년 초 착수한다"며 "이달 말께 입찰 공고를 낼 예정"이라고 밝혔다.

이 관계자는 "지하 공간은 연면적 5만6100㎡ 규모로 1000억원의 공사비가 투입될 것으로 예상된다"며 "BTL(건설 후 임대 민자사업) 방식으로 진행될 이 사업에 삼성 대우 등 5개 국내 대형 건설사들이 참여 의사를 밝혔다"고 설명했다. 이 공사는 연내 설계를 끝내고 내년 초 착공,2012년 하반기에 마무리될 예정이다.

[서울대병원이 밝히는 BTL사업의 목적]

서울대학교병원 지하복합진료공간사업을 임대형민간투자사업(BTL)으로 추진함에 있어서 기획, 설계, 건설, 유지·관리 측면에서의 민간 창의성과 효율을 최대한 유도함으로써 쾌적한 의료 환경과 주차, 편의시설을 보충하여 고객중심의 의료서비스를 제공하고...

○ 무한 경쟁에서 이기려면 고객만족도를 높이고 병원이 시키는 대로 해라

병원에서는 고객 만족도를 주기적으로 조사하고, 각 부서별, 개인별, 평가를 진행하여 인사고과에 반영하고 싶어하고 있다. 서울대병원측이 발주한 '엘리오 컨설팅' 자료에 의하면 지속적인 평가를 하되 하위 10%는 퇴출하라고 되어 있다. 당장 이렇게 되지는 않겠지만 현재 정규직 운영기능직도 고용불안을 심각하게 느끼고 있다. 온갖 탄압과 심지어는 읍소까지 동원하여 조합원들의 탈퇴를 증용하고 노조약화 및 단체협약 무력화를 시도하고 있다.

○ 돈벌이 중심으로 병원 구조와 진료시스템을 바꿔라!, 시설관리도 가급적 외주, 용역으로

- 병원은 돈벌이 되는 검사, 돈되는 환자중심의 진료로 바꾸고 있다. 기존에 했던 검사중에 수가가 낮은 검사는 없애고 있다.
- 의료급여 환자는 고액진료비 등의 압박을 미리 주어서 중대질환이라도 다른 병원으로 옮겨가도록 유도하고 있다.
- MRSA, VRE, 신종플루 등의 심각한 병원감염 문제에 대해서도 고지의무, 적정규모의 격리병동 및 격리병실 마련, 전염병 예방관리 업무 등도 제대로 하지 않고 있다.
- 청소 등 시설관리가 거의 외주화 되어 있어 보건안전교육 미비한 상태
- 서울대병원이 건강증진센터 운영. 강남 건강증진센터의 경우 고액 건강검진으로 높은 수익 창출, LA 진료소에서 건강검진 소개하여 강남이나 분당, 본원으로 건강검진 오기도 함.

- 암센터, 첨단세포유전자센터, 분당병원 증축, 오산병원 예정, 보라매 병원 신축-그러나 인력확대 계획은 전무
- 물자절약-페이퍼 타올~마스크에 이르기까지, 1회용 마스크 재활용하다 노동조합 항의 받기도 함.
- 어린이병원 환자식사까지 외주화
- mystery patient, 전화응대 모니터링 등
- 다인용 숫자 모자라니 4인용 병실에 침대하나 더 넣고 다인용 행세
- 다른 환자 머리위에서 산소가 뽀글뽀글, 환자 이송하려면 침대를 넣었다 뺐다, 자던 환자보호자 깨우기 일쑤 !

□ 가속화되는 의료상업화에 대한 우리의 대응은?

○ 현 상황에 대한 입장을 잘 정리하여 대중적으로 어떻게 공유할 것인가?

의료민영화에 따른 변화(의료공급자, 이용자생각, 의료체계, 보험제도 등)를 둘러싸고 벌어지는 다양한 견해들에 대해 우리는 혼란스러운데 반해 자본과 정권은 어떤지?

김윤선생님 칼럼(‘늘어가는 의료비 가계파탄과 거꾸로 가는 건강보험 비급여 정책병’)에 공감.

서민들, 노동자들 중심에 놓고 병원의 돈벌이 행태와 제도에 대한 고리를 잘 잡고 싶다.

○ 병원노동자 등 의료현장에 있는 사람들과 어떻게 소통할 것인가?

병원노동자는 재벌병원 및 대형대학병원의 병상확대와 의료민영화 진행을 보면서 구조조정 문제와 연결되어 더욱 더 위축되고 있다. 이런 경쟁에서 살아남아야 할 것 같기도 하고 이렇게 되면 안될 것 같기도 하고...

환자와 노동자가 같이 살 수 있는 방법을 적극적으로 찾아서 작은 실천이라도 할 수 있도록 해야 할 텐데...

○ 공공병원 확대와 의료공공성 강화를 가지고 새판을 짜야 하지 않을까?

그동안 공공병원과 노조가 잘하지 못한 탓도 있겠지만 반성과 더불어 한국사회의 대안적인 의료공급체계와 내용에 대해 접근 방법을 다시 찾아야 하지 않을까? 병원현장에서 단체협약으로 쟁취한 ‘공공의료 강화에 대한 노사 합의서’(참고 1. 첨부)도 공공의료에 대한 전체적인 방향과 내용 없이는 일회용이 되거나 심리적 위안의 효과뿐인 휴지조각이 될 수 있다.

참고 1.

09년 의료연대서울지부 서울대병원분회의 공공의료 강화에 관한 노사 합의 사항

- 병원은 국가중앙병원으로서 다음과 같이 공공적 역할을 강화하고 교육·연구·진료를 통하여 의학 발전과 국민보건 향상에 적극 기여한다.
- 병원은 국공립병원의 공공의료 발전 및 의료서비스 향상을 위하여 국공립병원 네트워크 구축에 노력한다.
- 병원은 국가중앙병원으로서의 공익적 역할을 강화하기 위하여 보건복지가족부와 교육과학기술부에 예산확보를 위해 노력하고 의료 낙후 및 소외지역에 대한 공공의료사업을 지속적으로 확대하여 추진한다.
- 병원은 정부지원을 확보하여 병원계 의료서비스 향상과 발전을 위하여 의료교육센터 등 교육인프라 구축사업을 추진한다.
- 병원은 정부지원을 확보하여 국민보건사업의 공공적 역할을 수행하기 위한 국가격리병동 및 외상전문치료센터 설치에 적극 노력한다.
- 병원은 의료전달 및 협진체계 구축을 통하여 관련 협력병원의 의료의 질 향상에 적극 지원한다.
- 병원은 현 병원장 임기 중에 영리법인 도입을 위한 채권발행을 하지 않는다.
- 병원은 보건복지가족부와 협력하여 ‘국립대병원의 공공의료에서의 역할에 관한 연구(공공보건의료 교육·훈련 지원, 저소득층 진료지원체계 구축 등)’ 사업을 적극 추진한다.
- 보라매병원은 리모델링 완료시 다인용병상이 70% 수준을 유지하도록 한다.

박형근 (제주의대 의료관리학교실)

1. 들어가며

2008년 6-7월 의료민영화 논란의 핵심 쟁점이었던 제주 내국인 영리법인병원 허용 건은 제주도 당국이 추진한 제주도민 여론조사 결과 찬성 38.2%, 반대 39.9%로 과반의 찬성을 얻지 못하고 일단락된 바 있다. 2009년 김태환 도지사 주민소환 사유가 된 강정마을 해군기지 건설 건도 도민 여론조사에서 50%가 넘는 찬성이 있었다는 점을 이유로 강행되었던 전례가 있었기에 적어도 김태환 도지사의 이번 임기 동안에는 내국인 영리법인병원 허용 건을 재추진 하지 않는 것이 행정의 일관성 측면에서 타당하다는 지적이 많았다. 그런데 2008년 말 김태환 도지사는 영리병원이라는 이름 자체가 거부감을 불러일으킨다는 이유로 ‘투자개발형병원’으로 이름까지 개명하면서 2009년 법 개정을 재추진 하겠다고 밝혔다. 2008년 여름 실패한 여론조사 방식은 되풀이 하지 않겠다는 기준은 일찍부터 세워 놓았고, 차분한 분위기 속에서 도내 언론매체를 통한 광고와 홍보, 방송용 의료관광 특집 프로그램 제작 지원, 공무원을 통한 대민 교육 등이 지속적으로 이루어져 왔다. 그리고 도의회의 동의(도의원 재적인원의 2/3이상 찬성)를 도민 동의로 간주하겠다는 입장을 밝힌 이후 제주특별자치도 4단계 특별법 개정의 도민 숙원 사업인 국세의 자율권 부여, 자치재정권 강화, 녹색성장산업 육성, 관광객 전용카지노 도입을 영리법인병원 허용과 하나의 동의안으로 묶어 도의회 동의를 요청하는 방식으로 도의회 통과를 위한 사전 정지작업을 마무리하였다. 그리고 2009년 7월 21일 이루어진 도의회 전체회의에서 찬성 29명, 반대 9명, 기권 3명으로 재적의원의 2/3 이상의 찬성을 얻어 내었다. 영리법인병원 허용을 간절히 바라는 현 정부의 입장과 영리법인병원 허용에 조심스러운 입장을 견지하고 있는 전재희 보건복지가족부 장관조차도 제주와 경제특구에 내국인 영리법인병원을 허용하는 것에는 반대하지 않겠다는 입장을 밝힌바 있기에 쉽게 정부 입법으로 제출될 것이며, 예정된 일정대로라면 내년 초 국회에서 처리될 것으로 보인다. 이제 의료민영화 논란의 핵심 정책인 내국인 영리법인병원 설립 허용 건이 제주를 시발로 가시권 안에 들어온 셈이다. 제주 내국인 영리법인병원 허용이 미칠 파급효과를 살펴보기 위해서 제주에서 진행된 그간의 논의 과정 및 쟁점과 전망에 대해 짚어보기로 하자.

2. 제주 의료서비스산업육성 전략과 관련 쟁점 분석

1) 영리법인병원을 통한 의료산업육성: 서비스산업 육성인가? 혹은 토건사업인가?

제주도가 의료산업에 관심을 갖게 된 것은 제주특별자치도 출범 준비과정에서 의료관광을 통한 부가가치 창출이라는 경제부처의 제안을 수용하면서 부터다. 제주의 아름다운 자연경관과 고급 의료 인프라가 맞물리면 해외환자 유치에 있어 경쟁력을 갖추게 될 것이고, 이를 통해 상당한 부가가치를 창출할 수 있을 것이라는 게 핵심 논리였다. 제주 실정 상 의료관광이라는 명함을 내밀기 위해서는 도내 의료 인프라의 대대적 혁신이 필요한 상황이었고, 구체적 실천전략으로는 자본시장으로부터 자본을 조달해 투자하는 영리법인병원 허용 방안이 채택되었다. 이후 제주도 당국과 제주국제자유도시개발센터(JDC) 등 관계기관들은 영리법인병원 설립 허용을 제주 미래를 좌우할 핵심과제의 하나로 지속적으로 선전·홍보하면서 영리법인병원을 지역발전의 핵심 의제로 부각시켜왔다. 여기서 한 가지 주목할 만한 점은 의료관광 전문기관들을 유치하기 위한 ‘헬스케어타운’이라는 단지조성 계획이다. 제주도 남서부 중산간 산림지역을 개발하여 투자자에게 부지를 분양하여 의료관련 시설을 특정 지역에 집중시켜 경쟁력 있는 전문 단지로 육성하겠다는 전략이다. 의료라는 전문 서비스산업육성 추진계획에서조차 ‘어떻게 양질의 의료서비스를 효율적으로 생산하고 제공하게 할 것인가?, 제주 의료산업의 경쟁력 제고 방안은 무엇인가?, 나아가 마케팅 전략을 어떻게 세워나갈 것인가?’ 등에 초점을 맞추기보다는 영리법인병원이라는 외부 자본조달 기전을 활용한 대규모 단지조성 및 건설사업, 즉 토건사업에 전력을 기울이는 양상으로만 나아갔다는 점이다. 외양은 의료서비스산업육성인데 사업추진방식은 주택단지개발방식 그대로다. ‘영리법인병원만 허용해주면 서비스 질이 좋아지고, 해외환자들이 몰려들겠느냐?’라는 추궁에는 관련 규제만 풀어주면 이윤창출을 목적으로 하는 영리법인병원들이 다 알아서 할 것이라는 간단하면서도 무책임한 답변으로 일관해왔다. 즉, 제주도 당국의 역할은 관련 규제를 풀고 단지를 조성하여 관련 기관을 유치하는 데까지이고, 나머지는 당사자들이 알아서 할 일이며 틀림없이 성공할 것이라는 주장이다. 관련하여 짚어볼 문제는 네 가지다. 첫째, 영리법인병원 허용 이후 제주에 과연 투자할 병원이 있겠는가? 둘째, 신설될 영리법인병원이 과연 좋은 병원이겠는가? 셋째, 해외환자 유치가 기대만큼 이루어질 것인가? 넷째, 국민건강보험제도 등 기존 의료제도에 미칠 부정적 영향이 없겠는가? 이와 관련된 문제가 영리법인병원 허용 논란의 주된 쟁점이었다.

2) 제주 영리법인병원 논란의 쟁점 분석

① 제주에 투자할 영리법인병원이 있겠는가?

2006년 7월 제주특별자치도 출범과 동시에 이미 제주에 외국인 영리법인병원은 설립이 가능하였다. 하지만, 다른 경제자유구역과 마찬가지로 투자실적이 전무하고, 현재 협의 중인 곳도 하나도 없다. 경제자유구역이나 제주도에 영리법인병원 허용을 위한 입법 당시 의료관광의 시장성이 아주 좋기 때문에 규제만 풀어주면 투자자가 줄을 설 것처럼 이야기 했지만 실제 투자실적은 전무한 상태이다. 아직은 중간 평가이긴 하지만 시장성이 없기 때문이라고 봐야한다. 이러한 상황에서 전망이 어두운 외국인 영리법인병원 유치 대신에 제주도 당국은 내국인 영리법인병원 허용론을 본격적으로 꺼내들었다. 제주에서 내국인 영리법인병원이 허용되면 투자할 의향을 내비치는 병원이 여럿 있고, 아산병원이나 삼성병원 같은 서울의 초대형 병원의 분원을 유치할 수 있으며, 제주도민들도 서울에 가지 않고 제주에서 치료받을 수 있는 세상이 올 것이라는 논리를 펴기 시작했다.

투자 의향이 있다는 병원사업자를 접촉한 도내 의료인이 전하는 바에 따르면 실제 제주에서 병원사업을 하는 데 관심이 있기보다는 제주 영리법인병원을 자본조달 창구로 삼아 서울 등 제주 이외 지역 소재 의료기관에 투자하기 위한 투자 자본을 확보하는 것이 제주 영리법인병원에 관심을 갖는 근본 이유라고 한다. 현재로서는 피부, 성형, 치과, 관절수술 전문 등 소규모 영리병원들의 진출 전망 밖에는 없는 것이고, 다른 경제자유구역 등으로 내국인 영리법인병원 허용범위가 확산되거나 전국적 허용 국면에 이르면 ‘떡튀’ 자본이 될 공산이 큰 곳들뿐이다. 제주도 당국에서는 규제만 풀리면 적극적인 유치활동을 벌여 반드시 성과를 내겠다고 공언하고 있다. 하지만, 영리법인병원 전국적 허용 여부가 이미 공론화된 상황이고, 비영리법인병원에도 부대사업으로 주식회사 형태의 MSO 설립을 허용해주겠다고 공식화한 마당에 과연 제주에 투자할 병원이 있을 것인지 의문스럽다. 제주도가 영리법인병원 전국화의 물꼬만 터주고 헛물켜는 꼴이 될 가능성도 배제하기 어려운 상황이다.

② 신설될 영리법인병원은 과연 좋은 병원이겠는가?

아직 국내에 영리법인병원 사례가 없기 때문에 외국의 경험을 토대로 유추해볼 필요가 있다. 영리법인병원의 성과는 의료보장체계와의 관계에서 두 가지로 나누어 볼 수 있다. 영리법인병원이 비영리병원이나 공공병원과 민간이든 공공이든 의료보험자로부터 동일한 대우를 받는 경우이다. 미국이 대표적인 사례인데, 영리법인병원이든 비영리병원이든 관계없이 개별 병원이 갖고 있는 시장 지배력

(market power)에 따라 보험회사로부터 받는 보상수준이 결정된다. 규모와 수준이 비슷한 영리법인병원과 비영리병원을 비교해보면 보험회사로부터 비슷한 수준의 진료비 보상을 받는 것이 일반적이다. 수입이 비슷하다는 뜻이다. 반면, 지출구조를 비교해보면, 비영리병원은 상당한 세금감면 혜택을 받고 있지만 영리법인병원은 세금감면이 없고, 투자자에 대한 수익배당과 주식가치 상승의 부담으로 인력의 양과 질에서 비영리법인병원보다 떨어진다. 이로 인해 기존 미국에서 이루어진 영리법인병원과 비영리병원 간의 성과(performance) 비교 연구를 종합해보면 영리법인병원의 의료서비스 질이 비영리법인병원에 비해 떨어지고, 의료비는 높다는 평가가 압도적이다. 반면, 태국이나 인도와 같이 그 나라 일반 국민들에게 적용되는 의료보장제도와 관계없이 자국이나 인근 국가의 상류층과 장기체류 외국인들 그리고 선진국 의료소외 계층을 상대로 병원이 자유롭게 의료비를 결정할 수 있는 나라의 영리법인병원들은 기존 공공병원이나 비영리병원보다 아주 높은 의료수준을 유지하기도 한다. 이러한 현상은 전국민의료보장제도가 갖추어져 있지 않은 개도국, 특히 최근에 의료관광에 두각을 나타내고 있는 나라들에서 전형적으로 나타나고 있는 모습이다.

국내에 내국인 영리법인병원이 허용되더라도 국민건강보험 당연지정제를 적용받을 것이라는 입장을 정부당국에서 지속적으로 이야기하고 있는 것으로 보아 향후 국내에 설립될 영리법인병원들도 건강보험수가를 동일하게 적용받게 될 것이다. 미국과 같은 조건에서 영리법인병원들이 새롭게 시장에 진출한다는 뜻이다. 영리법인병원이 부담해야할 법인세, 이익배당, 주식가치 상승을 위한 인건비 부담 최소화 등으로 인해서 일반적으로 비영리병원이나 공공병원에 비해 양질의 서비스 제공을 위한 원가 부담여력이 적을 수밖에 없다. 이러한 조건에서 영리법인병원이 비영리병원이나 공공병원과 경쟁에서 살아남을 수 있는 방법은 초기의 비용부담을 감수하고라도 지명도 높은 의사를 다수 확보하여 보다 많은 환자를 끌어들이는 방법밖에 없다. 이 과정에서 과잉진료나 비급여 진료의 확대를 통해 의료수익을 높이고 의사 이외의 인력에 대한 인건비 부담을 최소화하는 길을 선택할 가능성이 크다. 이 과정에서 왜곡된 진료행태가 지금보다 더 만연해지고 기존 비영리병원과의 경쟁이 가속화되면서 영리법인병원의 출현이 의료비 상승을 부치는 요인으로 작용할 것으로 보인다. 서울을 중심으로 한 수도권에 영리법인병원이 허용된다면 이러한 양상의 확산 속도가 빠르게 전개될 공산이 크다.

문제는 우수 의료진 확보가 지금도 쉽지 않은 상황에 있는 제주와 같은 지방이다. 의사의 지명도나 병원 브랜드에 의지한 경쟁전략이 불가능한 조건에서 영리법인병원이 이윤을 확보하는 동시에 양질의 서비스 제공을 위한 비용부담을 감내할 방법이 마땅치 않다는 데 있다. 과잉진료 혹은 비급여진료 확대나 저비용으로 활용 가능한 개도국 의료인력 활용에 의존할 가능성이 크다. 결론적으로 제

주에 내국인 영리법인병원을 허용하더라도 제주도 당국이 주장하는 것과 같은 좋은 병원이 들어설 가능성은 대단히 희박한 실정이다.

③ 해외환자 유치에 기대만큼 이루어질 것인가?

내국인 환자 유치 전망이 어렵더라도 대규모 해외환자 유치 성사가 가능하면 헬스케어타운 단지 조성의 성공을 기대해 볼 수 있다. 제주도 당국이 내국인 영리법인병원 허용 명분으로 해외환자유치를 끝까지 고집한 것도 이 때문이다. 태국이나 인도와 같은 나라도 의료관광으로 1년에 수십만 명에서 수백만 명까지 유치한다고 하는데 제주와 같은 아름다운 경관을 갖춘 우리가 못할 이유가 없다는 것이 핵심 근거였다. 한마디로 표현하면 영리법인병원을 매개로 한 의료서비스 수출단지 조성사업인데, 생산, 유통, 소비가 동일한 곳에서 이루어지는 의료서비스 특성상 소비자인 환자가 직접 이동해야 하기 때문에 내수에 미치는 파급효과가 더 크다는 점이 집중 부각되었다.

해외환자 유치사업의 전망을 가늠하기 위해서는 최근 급격하게 성장하고 있는 의료관광(medical tourism) 시장에 대한 정확한 이해가 선행될 필요가 있다. 최근 빠르게 성장하고 있는 의료관광은 암에 걸린 우리네 재벌회장님들이 치료차 미국 일류병원을 찾아가는 의료관광과는 전혀 다른 양상으로 발전하고 있다. 결론부터 이야기하면, 인건비가 낮고 부대비용이 저렴한 개도국들이 영리법인병원이라는 특화된 소수 기관에 자국의 우수 인력과 고가장비를 집중하여 미국 등 선진국 의료보장 소외계층을 대상으로 양질의 수준 높은 서비스를 미국 의료비 대비 10~30% 수준으로 제공하며 빠르게 성장하고 있다는 게 핵심이다. 초기에 입소문에 의지해서 확산되던 것에서 이제는 텔레비전 등 언론 매체를 통해 실제 사례가 소개되고 인터넷을 통해 무수한 경험담이 전파되는 단계를 이미 넘어섰다. 의료관광 소개 및 알선 전문업체가 활발히 활동하고 있으며 외래와 응급은 미국 의료기관을 이용하고 입원치료는 태국의 영리법인병원을 이용하는 것을 조건으로 하는 저렴한 보험 상품이 출시되어 상당한 관심을 끄는 단계로까지 발전하고 있다. ‘태국이나 인도의 영리병원들이 70년대 일본 자동차회사들이 지엠(GM)과 포드(Ford)에게 했던 짓을 반복할 위험이 있다’는 미국의 저명한 보건경제학자인 라인하트(Leinhardt) 교수의 지적처럼 개도국의 영리법인병원들이 미국 내 병원들을 위협하는 상황까지 발전하고 있다²⁹⁾. 또한, 개도국 영리법인병원들은 저렴한 양질의 서비스를 무기로 선진국 의료보장 소외계층 이외에도 중동이나 러시아 등 의료보장제도와 의료 인프라가 취약한 나라의 일부 부유층들까지 시장을 넓혀나가고 있다.

29) Unmesh Kher, Outsourcing your heart, Time magazine, 2006 May 21. Available from: URL: <http://www.time.com/time/magazine/article/0,9171,1196429,00.html>

이들 시장은 양질의 서비스를 기본 조건으로 한 ‘가격경쟁’ 구조이다. 누가 더 양질의 서비스를 보다 저렴한 가격으로 내놓을 수 있는가에 따라 경쟁력이 결정된다. 서비스 질은 기본 조건이고, 가격이 경쟁력의 관건이라는 점이다. 의료관광을 떠나는 미국인들이 세계 최고의 병원들이 미국에 있다는 것을 몰라서 멕시코 국경을 넘고, 태국이나 인도 행 비행기에 몸을 싣는 것이 아니라는 사실이 이를 단적으로 대변한다. 97년 아시아 외환위기 이전까지만 해도 동남아 의료관광시장을 주도하던 싱가포르가 2000년대 초반 저렴한 인건비, 부대비용, 관광인프라를 무기로 빠르게 부상한 태국에 주도권을 넘겨준 이유도, 최근에 의료관광 강국으로 빠르게 성장하고 있는 인도가 갖고 있는 잠재력도 여기에 있다. 물론 선진국 의료보장 소외계층을 유인하기 위해 영리법인병원에 투자 유치 권한과 자율적인 의료비를 결정권을 부여하고, 자국의 일반 국민들이 이용하는 공공병원 간에 차별화 정책을 인정하고 있는 태국이나 인도와 같은 나라에 문제가 없는 것은 아니다. 우수 인력이 영리법인병원에 몰리면서 기존 공공병원의 인력수급이 어렵고 질적 수준이 떨어진다는 문제제기가 있지만 그 사회 내 양심적 일부의 비판적 목소리에 그칠 뿐 대세에 큰 영향은 없어 보인다³⁰⁾. 우리나라가 70~80년대 제조업 노동자의 저렴한 인건비에 의지해 경제 성장의 발판을 이룬 것처럼, 고수익이 보장만 된다면 어디든 투자할 준비가 되어 있는 넘쳐나는 자본과 발달된 항공운송 인프라를 기반으로 태국이나 인도와 같은 나라들이 저렴한 인건비와 부대비용을 기반으로 외화벌이를 하고 있는 셈이다.

이제 우리나라의 의료관광 경쟁력에 대해 짚어보자. 병원서비스 원가의 절반가량이 인건비인데, 병원서비스 노동자 임금 비교의 근사치로 제조업 노동자 평균 임금을 비교해보면 2003년 한국제조업 노동자 월평균 인건비를 100으로 보면, 태국은 9.6%, 인도는 1.4% 불과하다³¹⁾. 우리나라가 간호사 1명을 쓸 비용이면 태국은 10명, 인도는 50명을 쓸 수 있다는 계산이 나온다. 그리고 기존 국내 병원들이 선진국이나 태국, 인도 등의 영리법인병원에 비해 매우 적은 인력을 활용하여 서비스를 제공하고 있다는 점과 국내의 높은 부대비용을 고려하면 태국이나 인도와 경쟁이 어렵다. 국내 신발산업, 섬유산업이 중국이나 동남아에 밀리는 것과 똑같은 이치이다. 국내에 의료관광 실상이 잘못 알려진 부분과 ‘의료’라는 첨단 이미지 때문에 쉽게 수궁하기 어려운 논리일 수 있겠으나, 최근 부상하고 있는 의료관광 시장의 성공 비결을 곰곰이 생각해보면 쉽게 이해할 수 있을 것이다.

한마디로 우리나라의 의료관광 성공 가능성은 그리 높지 않다. 그런데, 왜 국

30) Garud, A. D., Medical tourism and its impact on our healthcare, National Medical Journal of India. 2005;18(6):318-319

31) 박형근. 의료기관의 해외환자 유치에 관한 논의. 건강보험포럼 2006; 5(4):29-41

내에서는 해외환자유치 사업에 대한 기대가 이렇게 높은 것일까? 싱가포르 의료관광 사례가 본격적으로 소개된 2003년 당시만 해도 국내·외적으로 의료관광 실상에 대한 정확한 이해가 일천한 시절이었다. 의료를 통해 외화벌이를 할 수 있다는 사실에서 영감을 얻어 의료기술 수준에 비해 만족도가 낮은 체감 서비스의 고급화만 이루어진다면 우리도 충분히 승산이 있다는 단순한 사고가 뿌리 깊게 자리를 잡았고, 이를 기반으로 경제자유구역, 제주도의 영리법인병원 설립 허용, 해외환자 유인알선 허용 등 정책으로 구체화되는 과정에서 확대 재생산 되었기 때문이다. 국내외 문헌을 통해 의료관광 실상에 대한 소개가 본격화된 것도 2006년 말부터이었기에 의료관광에 대해 잘 몰랐던 탓이 가장 크다고 하겠다³²⁾³³⁾.

제주에서도 2008년 제주 영리법인병원 허용 논란과 2009년 도의회 동의과정에서 의료관광 실체에 대한 문제가 주된 논쟁거리였다. ‘제주도가 의료관광의 경쟁력을 확보할 수 근거와 구체적 방안은 무엇인가?, 향후 시장전망에 대한 구체적 전망자료라도 있는가?’에 대해 제주도 당국과 찬성론자들은 영리법인병원이 들어서면 해외환자들이 들어올 것이라는 이야기만 앵무새처럼 반복할 뿐이었다.

④ 국민건강보험제도 등 기존 의료제도에 미칠 부정적 영향이 없겠는가?

영리법인병원 허용이 기존 국내 의료제도에 미칠 영향과 관련한 핵심 쟁점은 의료비 인상과 건강보험제도의 지속 가능성 여부 두 가지다. 과잉진료나 비급여 진료로 인한 의료비 상승은 일반인들도 쉽게 수긍하는 부분이니 굳이 언급할 필요는 없을 것이다. 문제는 현 시점에서 건강보험제도 유지의 핵심인 당연지정제도에 미칠 영향이다. 2002년 건강보험 당연지정제 위헌 소송에 대해 헌법재판소 판결문의 관련대목부터 살펴보자.

‘일정 비율의 의료기관에게 일반의(一般醫)로서 진료할 수 있는 예외를 허용한다면, 의료공급시장의 자유경쟁에서 살아남기 힘든 의료기관은 건강보험에 편입되기를 원할 것이고, 보다 양질의 의료행위를 제공할 수 있는 경쟁력 있는 의료기관이나 의료인은 요양기관으로서의 지정에서 벗어나 일반의로서 활동하게 되리라는 점이 쉽게 예상된다. 이렇게 되면 보험진료는 결국 2류 진료로 전락하고, 그 결과 다수의 국민이 고액의 진료비를 지불해야 하는 일반진료를 선호하게 되고, 이는 중산층 이상의 건강보험의 탈퇴요구와 맞물려 자칫 의료보험체계 전반이 흔들릴 위험이 있다. 따라서 강제지정제의 예외를 허용한다면,

32) M.D. Horowitz, J.A. Rosensweig, Medical Tourism-health care in the global economy, THE PHYSICIAN EXECUTIVE 2007;Nov.-Dec:24-30

33) Laura Carabello, A medical tourism primer for U.S. physicians, Medical Practice Management 2008; Mar.-Apr:291-294

의료보장체계의 원활한 기능 확보가 보장될 수 없다는 판단이 가능하고, 입법자의 이러한 예측이 명백히 잘못되었다고 할 수 없으므로, 강제지정제에 대한 예외를 허용하지 않은 것은 최소침해의 원칙에 위반되지 않는다.’

문제는 영리법인병원이라는 주식회사 병원이 생산하는 서비스의 생산범위와 가격을 건강보험이라는 제도를 통해 하나하나 규제하는 것이 헌법의 기본정신에 위배되지 않는다고 할 수 있겠느냐는 것이다. 대형마트의 영업시간 규제도 위헌소송 때문에 어렵다는 게 행정부 수장의 판단이라는 점을 비교해 보면 쉽게 답을 얻을 수 있을 것이다. 초기에 영리법인병원은 건강보험을 자양분 삼아 성장해야 하기에 초기부터 위헌소송이 제기되지는 않겠지만 영리법인병원의 양과 규모가 일정 수준이상 성장하고 민간의료보험 활성화가 어느 정도 진전되면 행정부의 어떠한 조치 없이도 위헌소송을 통해 건강보험당연지정제의 틀을 벗어날 수 있을 것이다. 결론은 행정당국이 영리법인병원을 허용하면서 건강보험당연지정제를 고수하겠다는 주장은 앞뒤가 맞지 않는 주장이라는 점이다.

이러한 반론에 대한 영리법인병원 허용을 주장하는 도 당국의 주장은 대통령이 직접 당연지정제 폐지는 없다고 수차례 공언해왔다는 점과 당연지정제 폐지를 우리 국민들이 그냥 지켜만 보지 않을 것이라는 정치적 판단으로 같음해 왔을 뿐 영리법인병원의 위헌소송이나 다음 정부에서의 정책 변화 가능성에 대해서는 구체적으로 대응하는 것을 보지 못하였다.

3. 제주 영리법인병원 이후의 전망과 과제

OECD 주요 국가 중 민간 비영리병원(not-for-profit private hospital)의 비중이 높은 네덜란드, 캐나다, 일본, 한국을 제외하고는 영리법인병원의 설립이 허용되어 있다. 영리법인병원이 허용된 나라라고 해서 보편적 의료보장체계가 흔들리거나 붕괴된 것도 아니다. 영리법인병원이 허용된 보건의료체계의 제도적 맥락과 보편적 의료보장체계에 대한 사회적 합의와 신뢰에 따라 결정될 문제라고 보는 게 보다 객관적이고 정확한 해석일 것이다.

문제는 우리나라 보건의료체계의 현실에서 영리법인병원을 수용한 이후에도 건강보험제도 틀의 훼손 없이 안정적인 의료비 관리가 가능하겠는가에 대해 자신하기 어렵다는 데 있다. 병원의 90%가 이윤추구 경향이 강한 민간병원이고, 병원 간 경쟁이 심화되면서 대다수 민간병원들이 건강보험이 아닌 민간보험과의 자율적 수가계약을 통해 보다 높은 수준의 보상을 희망하는 상황에서 신규로 진입할 영리법인병원 허용이 안정적으로 건강보험제도에 머물기만을 바란다는 것은 지나치게 순진한 사고일 뿐이다. 참여정부 시절부터 의료서비스산업 선진화

방안의 하나로 줄기차게 제기되고 있고, 실제 일부 보험회사를 중심으로 의료보험시장에 본격적으로 뛰어들어 건강보험과 경쟁하거나 대체하는 시스템을 검토하고 있는 상황이다. 실제 건강보험공단이 보유한 개인 질병정보의 공사보험 공유를 허락하여, 민간의료보험회사들이 건강보험과 전면적으로 경쟁할 수 있는 상품출시가 가능한 능력을 갖추게 되면 영리법인병원을 비롯한 상당수 의료기관들이 민간의료보험과의 자율계약을 선호할 가능성이 높다. 이 정도까지 상황이 발전되면 건강보험제도의 축소나 존폐에 대한 근본적 문제제기가 이루어질 것이고, 아주 빠른 속도로 미국과 같은 의료제도로 변화하는 것이 불가피할 전망이다.

4. 나오며

제주 영리법인병원 허용 건은 구체적 입법단계에 들어섰다. 그리고 11월이면 영리법인병원 전국적 허용 여부를 둘러싼 치열한 논쟁이 예고되어 있다. 2005년부터 시작된 제주영리법인병원 논쟁과 논란의 과정에서 주요 쟁점의 대부분이 다루어졌다. 그러나 제주도를 비롯한 정부당국은 설정된 정책을 경제 활성화를 명분으로 밀어붙이려고만 할 뿐 세부 추진내용의 문제점과 정책 추진 이후 초래될 부작용에 대해서는 귀를 기울이지 않고 있다. 더욱 안타까운 것은 지방정부일수록 의료의 문제를 의료시장이나 의료서비스를 중심으로 접근하지 않고 의료를 매개로 한 지역개발 측면에서만 접근하고 있다는 점이다. 그러다보니 이미 수립된 정책의 집행을 위한 단순한 주장과 명분만 나열할 뿐 근거에 기초한 합리적 대화와 논쟁, 새로운 대안의 모색이 이루어지지 못한 점이 무척이나 아쉽다.

오늘 11월 중앙정부 차원에서 영리법인병원 허용 여부와 허용 범위를 결정한다고 한다. 또한, 이번 정기국회에서는 비영리법인병원에 부대사업으로 주식회사 형태의 병원경영지원회사를 허용하는 법안 개정이 처리될 예정이다. 그리고 내년 상반기 국회에서는 제주에 내국인 영리법인병원을 허용하는 법안 논의가 이루어질 가능성이 크다. 하나하나가 기존 의료제도와 국민건강보험제도에 미칠 파장이 만만치 않은 내용들이다. 남은 시간은 많지 않지만, 우리 사회의 진지한 대화와 고민을 기대해 본다.

