



묻기도 하고 따지기도 하는
의료자본 통제형
민중건강보험 가이드

무상의료에 대한 우리의 접근법

1. 무상의료, 민중건강권의 관점에서 바라보아야 한다

민중건강권이란 무엇인가

자본주의의 모순과 민중건강권의 위기

자본편향적 의료기술 발전의 사례: 심장내과중환자실의 도입과 확산

2. 민주당과 한나라당의 무상의료 논쟁, 무엇이 문제인가

민주당의 무상의료

한나라당의 세금폭탄론

무상의료의 진정한 쟁점

BOX 1. 무상의료 논의지형의 변천

3. 건강보험료는 오르는데 왜 의료비 부담은 줄지 않는가

의료비 지출 해부

BOX 2. 한국의 보건의료 체계: 낮은 보장성과 민간병원 비율

4. 우리가 아프면 그들은 웃는다

아픔으로부터 이윤을 창출하는 자본, 대형 제약회사

아픔으로부터 이윤을 창출하는 자본, 대형 병원과 의료기기 회사

이윤 창출을 위해 아픔을 '거부'하는 민간의료보험회사

BOX 3. 미국, 최악의 의료보험 국가

5. 병원의 민중적 통제 1: 규제가 필요하다

규제가 없는 한국의 병원

진료비 지불제도 개편의 한계

비급여 통제가 필요하다

6. 규제가 강화되면 의료기술 발전이 저해되고 의료의 질이 하락하는가 60

7. 병원의 민증적 통제 2: 공공병원이 필요하다 67

민간 중심의 의료공급체계를 확립한 한국 보건의료체계의 역사
국립중앙의료원 부지 매각 및 축소 이전
공공병원 재정위기의 원인
공공병원의 역할: 건강양극화 해소를 위한 선도적 모델
BOX 4. 신종플루 사태에 비춰 본 공공병원의 필요성

8. 공적 자원 마련의 원칙 75

9. 의료산업선진화·의료민영화 78

의료산업 선진화: 재벌의 생존 전략
BOX 5. 정부와 자본의 영리병원 추진 논리 반박

10. 의료자본의 해방구, 한미 FTA 84

‘의약품 허가-특허 연계제도’
의약품 독점을 더욱 연장하는 자료독점권
의약품 가격 결정에 대한 초국적 제약회사의 권한 강화
민간의료보험회사 규제 불가능, 개인질병정보 유출
의료비 상승, 의료양극화를 심화하는 영리병원과 원격의료서비스 허용

11. 민중건강권을 위한 운동의 방향 89

발간사

오바마 대통령은 한국의 건강보험체계가 부럽다고 했습니다. 파산하는 미국인들의 50% 이상이 의료비로 인해 파산하기 때문입니다. 그러나 한국 역시 파산의 원인 중 10~20%가 의료비 부채로 인한 것입니다. 또 우리나라 성인 중 의료서비스가 필요한 데 의료서비스를 받지 못하는 미충족률은 3~10%에 달합니다. 빈곤층의 경우에는 8~15%가 경제적인 이유로 치료를 받지 못하고 있습니다. 의료비 부담은 일부 가난한 사람들만의 문제가 아니라 국민들 대다수의 문제입니다. 암이나 심장 및 뇌혈관 질환 등 중병에 걸리면 치료비가 수천만 원이 들어 웬만한 중산층도 빈곤층으로 전락합니다.

‘의료비 가계 파탄’이라는 말이 언론 매체에 점점 더 많이 등장하고 피부에 와 닿는 문제가 되다보니, 민주당도 ‘무상의료’가 유권자들의 호응을 얻을 만한 얘기라고 생각한 것 같습니다. 민주당은 올해 1월 “실질적 무상의료 실현을 위한 건강보험 보장성 강화 방안”을 당론으로 확정하고 ‘전 국민을 대상으로 입원진료비 90% 보장(현재 입원진료비 보장률 약 62%), 환자 본인부담 상한 연간 100만원’을 내세웠습니다. 향후 총선과 대선을 겨냥한 공약이기에 한나라당과 주류 보수언론은 즉각적 비판에 나섰고 진보진영은 그간 시민사회에서 요구해왔던 정책방안들을 담고 있는 민주당의 무상의료안을 환영하거나 부족한 부분들을 지적하며 비판적 지지를 보내기도 했습니다.

그러나 민주당을 지지하고 정권을 교체하면 문제가 해결될 수 있을까요. 무상의료는 단지 의료비를 경감한다는 문제를 넘어 보건의료제도 전반의 개혁이 필요한 문제입니다. 따라서 가장 중요한 문제는 개혁의 방향입니다. 국민들의 보편적인 건강권 실현을 위해 존재해야 할 보건의료는 점점 더 삼성을 비롯한 재벌들의 시장 확대 영역으로 변질되어, 보건의료에서 자본의 지배는 더 강화되고 있습니다. 노동자 민중이 건강할 권리보다 병원, 제약, 민간보험 등의 의료자본이 '이윤을 추구할 권리'에 힘이 훨씬 많이 쏠려 있는 상태입니다. 민주당의 무상의료 정책이 그동안 시민사회 진영에서 요구했던 정책들을 반영하고 있다고 해서 민주당이 이러한 역관계를 바꿔야 한다고 생각하는 것은 아닙니다. 이는 정책의 함정이기도 합니다.

보건의료가 자본에 잠식되는 상황에서 정부는 건강권에 훨씬 더 많은 힘을 실어야 하지만 역대 정부는 자본을 제어할 능력도 의지도 부족했습니다. 오히려 자본의 지배를 방관하고 부추겼습니다. 이럴 때일수록 자본의 의도를 저지할 수 있는 노동자 민중의 대중적 운동이 중요합니다. 그러나 운동의 힘이 약하기 때문에 민주당과 협력해야 조금이라도 상황이 개선될 것이라 믿는 경우도 있습니다. 하지만 조금이라도 상황을 개선시키려면 자본에 맞설 수 있는 노동자민중의 독자적인 힘이 더 커져야 합니다. 민주당에 기대면 기댈수록 노동자 민중의 힘을 강화하려는 노력은 상대적으로 약화됩니다. 그리고 결과적으로 민주당을 압박할 정치적 힘도 줄어들고 말 것입니다.

2012년 총·대선을 앞두고 야권연합 프레임에 갇혀 노동자민중운동이 점점 더 우경화되고 있는 상황에서 노동자민중운동을 재건하기 위한 노력이 절실합니다. 이러한 관점에서 병원비 부담을 덜기 위해 보건의료제도에서 진정

바뀌어야 하는 부분은 무엇인지, 노동자 민중의 건강권을 쟁취하기 위해 무상 의료 운동이 요구해야 하는 것은 무엇인지, 이 소책자가 조금이나마 실마리를 제공하길 바랍니다.

2011년 11월 7일

사회진보연대 보건의료팀



무상의료, 민중건강권의 관점에서 바라보아야 한다

민중건강권이란 무엇인가

사람은 누구나 건강할 권리가 있습니다. 그것은 아프지 않을 권리와 아프면 치료받을 권리입니다. 사람이 아픈 것은 생물학적 요인으로만 설명될 수 없습니다. 사회적 조건, 이를테면, 주거환경, 소득수준, 교육수준, 직업에 따라 질병에 걸릴 확률도 달라지고, 같은 질병에 걸렸어도 얼마나 잘 회복되는지도 달라지기 때문입니다. 일반적으로 ‘사회적으로 더 불리한 사람들’이 더 많이 아프고, 더 빨리 사망하고, 질병 치료도 더 어렵습니다. 즉, 우리가 ‘아프지 않을 권리’라고 하는 것은 이러한 사회적으로 불리한 조건과 사회적 불평등으로 인해 아프지 않을 권리를 말하는 것입니다.

한국에서 ‘아프지 않을 권리’는 얼마나 위협을 받고 있을까요. 외국과 마찬가지로 한국에서도 교육수준이 낮을수록, 소득수준이 낮을수록, 생활수준 평가가 낮을수록, 직업이 육체노동자이거나 일용직·임시직일수록, 사망률 위험이 계단형으로 높아집니다. 이러한 건강 위협은 자녀 세대에까지 그대로 영향을 미칩니다. 아버지 학력과 어머니 학력이 낮을수록 저체중아 출생률이 높

아지는데 이런 저체중아 출생률의 격차는 해마다 점점 커지는 추세이며 특히 1997년 경제위기 이후 더 높아졌습니다. 또 부모의 사회적 지위가 낮을수록 어린이의 사망률이 높습니다. 비정규직은 정규직보다 건강하지 못합니다. 비정규직에서 급성질환, 만성질환, 혈압, 콜레스테롤 수치가 더 높은 것으로 나타났고 비정규직이 산업재해를 입는 비율이나 산재 사망률도 더 높습니다. 비정규직은 정규직에 비해 직업 불안정성이 높고 노동강도는 세며 사회적 지지도는 낮은 데다가, 불충분한 수면 등으로 더 많은 정신건강 문제가 발생합니다 (이창근, 2006). 단지 이뿐일까요. 우리는 일하다 다치고 아프고 죽는 노동자들을 수없이 많이 보아왔습니다. 2009년 건설현장에서만 606명의 건설노동자가 중대재해로 목숨을 잃었습니다. 같은 해 2,180명의 노동자가 산재로 사망했습니다. 일 년에 2,000여 명의 기업가나 교수, 정치인이 목숨을 잃었어도 사회가 이렇게 조용했을까요.

따라서 건강권에는 단지 중립적으로 ‘누구나 건강할 권리’를 넘어 누군가를 더 많이 아프게 만드는 사회적 불평등, 그리고 그 불평등의 격차를 더욱 심화하는 사회적 구조가 반영되어야 합니다. 그것은 ‘사회적으로 열악한 사람들이 건강할 권리’를 넘어 ‘건강하지 못하도록 하는 사회적 구조를 바꿀 권리’를 의미합니다. 그리고 보편적인 권리로서의 건강을 이윤의 대상으로 전락시키는 모든 시도들을 저지할 권리를 의미합니다. 그것을 우리는 ‘민중건강권’이라고 합니다.

만약 질병에 걸린다면 누구든 치료받을 권리가 있습니다. 하지만 질병 치료를 위한 비용의 많은 부분을 여전히 개인이 감당해야 합니다. 의료비를 많은 부분 개인적으로 부담해야 하다보니 경제수준에 따라 의료비 부담 정도도 달라지고 이용 가능한 의료서비스 수준도 달라집니다. 월평균 보험료가 낮을수록 세대 1인당 연간 평균 총진료비가 적고 그 격차는 더 벌어지고 있습니다. 3차 병원 이용률도 두 배 이상 차이가 납니다. 이는 3차 병원의 높은 본인 부담

으로 인해 저소득층 접근이 제한되기 때문입니다. 보건의료서비스 소비지출액은 저소득층에서 1997년부터 2005년 사이에 43% 줄어들었지만 고소득층은 21% 늘었으며 저소득층과 고소득층의 격차는 두 배에서 네 배로 늘었습니다.

아프면 치료받을 권리로서 의료서비스에 대한 접근권은 돈이 있으면 살 수 있거나 돈이 없으면 살 수 없는 상품이 되어버렸습니다. 건강과 의료에 대한 수요가 높아지면서 기업들은 이런 수요를 반영해 건강 관련 상품이나 의료서비스를 개발하며 이는 다시 더 많은 수요를 창출합니다. 이 과정에서 기업은 이윤을 최대화하기 위해 의료시장의 영역을 넓히고 보다 시장적인 방식으로 병원을 운영하길 원하고, 따라서 보건의료를 공공의 영역으로 제한하려고 했던 각종 법적 규제들을 철폐하길 원합니다. 정부는 의료영역에서의 산업 발전이 국민 경제에 기여한다는 명목으로 이러한 기업들의 계획을 지원하고 또 장려하기도 합니다.

제약회사는 ‘먹지 않으면 죽는 약’을 만들지만 바로 그런 점을 이용해 폭리에 가까운 약값을 책정합니다. 의료기기 회사 또한 첨단 장비들을 개발하고 이를 독점적 지위를 이용해 병원에 초고가에 판매합니다. 그러나 제약회사나 의료기기회사가 의약품 또는 의료기기를 개발하는 기준은 국민들의 보편적 건강을 향상시키기 위해서라기보다는 이윤을 가장 많이 창출하기 위해서이고, 따라서 신의료기술이 국민건강에 기여하는 바는 제한적이고 자본편향적입니다. 한편, 한국 정부는 병원들이 서로 경쟁하고 이윤을 추구하도록 내버려두기 때문에 병원들은 더 많은 환자들을 유치하기 위해 그러한 고가 장비들을 경쟁적으로 도입합니다. 그 비용은 국민들이 부담하는 건강보험 재정을 갹아먹거나 환자 개인 부담으로 전가됩니다. 의료기술이 민중들의 보편적인 건강을 증진시킬 수 있도록 개발되고 의료서비스가 필요한 사람들에게 장벽 없이 제공되도록 하는 것, 이 또한 민중건강권의 일부일 것입니다.

자본주의의 모순과 민중건강권의 위기

민중건강권을 쟁취해야 한다는 입장에서 보면 치료받을 권리를 침해하는 병원비 문제는 정말 기초적인 최소한의 권리입니다. 그런데 의료비 문제는 건강보험체계의 미비점을 정책적으로 해결하면 되는 기술적 문제로 사고되는 경향이 있습니다. 그러나 그것은 자본에 유리하게 구성된 보건의료체계 자체의 문제입니다. 또 질병 치료 뿐 아니라 교육, 보육 등 노동자들이 ‘자본을 위해’ 노동력을 재생산하는 비용조차 노동자에게 전가해버리는 자본주의 자체의 문제입니다. 유럽 복지국가들에서처럼 치료비의 책임을 환자 개인이 아닌 국가가 부담한다면 그나마 다행이지만 그렇다 하더라도 결국 자본의 비용을 국민들의 세금을 통해 부담해야 한다는 문제는 남습니다.

1) 유럽의 의료민영화

전후 성장기에 유럽 복지국가들이 국가재정으로 무상의료에 가까운 의료보장 체도를 실시했지만 의료비 증가는 한국 뿐 아니라 유럽 국가들에서도 문제가 되어왔고 국가재정에 점점 더 많은 부담을 야기하고 있습니다. 그 부담을 경제성장기에는 국가재정으로 충당할 수 있었지만 1970년대 말 경제위기 이후 그 부담은 점점 더 감당하기 어려운 것이 됩니다. 이에 따라 영국, 프랑스, 독일 등에서 의료민영화가 진행됩니다(김명희 외, 2010). 보건의료 영역을 당장 시장화하는 것은 아니었지만 공공병원 운영에 있어서도 점점 효율성, 경쟁과 같은 시장논리가 강조되기 시작합니다. 건강보험 보장성을 축소하면 국민들의 반발이 크기 때문에 그렇게 하지는 못하고 공공병원에 대한 재정 지원을 동결하거나 축소하는 방식으로 보건의료영역에서 정부재원의 증가율이 둔화됩니다.

공공병원의 질이 떨어짐에 따라 공공의료체계에 대한 불만이 누적되면서 민영화를 정당화하는 이데올로기가 확산됩니다.

한편 의료비가 계속 증가하고 공적 재정에 압박이 가중되면서 의료비 증가를 제어하지 않으면 안 되는 상황이 됩니다. 이에 따라 많은 유럽국들이 행위별 수가제에서 질병별(diagnosis related group, DRG) 포괄수가제와 총액 예산제로 전환을 합니다. 그러자 병원은 병원운영에 따라 적자를 낼 수도, 흑자를 낼 수도 있게 되면서 자동적으로 더 기업처럼 행동하게 됩니다(Brandt and Schulten, 2007). 물론 유럽의 경우, 전후 사회보장체계가 구축되어 있었기 때문에 의료민영화의 효과를 어느 정도 완충할 수는 있었습니다. 하지만 국가가 직접 운영하는 병원과 전국민 무상의료제도로 유명한 영국에서도 미국과 같은 방식으로 보건의료제도를 개편하는 흐름은 점점 더 거세지고 있습니다.

2) 자본주의의 모순이 야기하는 의료비의 상승

의료비 상승의 문제는 의료이용 증가 뿐 아니라 높은 비용의 신의료기술이 적용된 결과로서 미국 및 유럽 국가들이 동일하게 겪는 문제입니다. 의료기술 발전이 초국적 자본들에 의해 주도되는 현 상황은 의료비는 증가하는 반면, 민중들의 보전은 향상되지 않는 비효율을 낳고 있습니다. 새로운 기술, 의약품 혁신을 이끄는 기업의 동기는 이윤입니다. 더 많은 민중들의 건강을 위해서가 아니라 기업의 이윤을 위해 의료기술이 발전하는 것은 자본주의 고유의 모순입니다. 국가는 연구비 지원, 신기술을 도입하는 병원에 대한 재정적 지원이나 신기술에 대한 지지 등을 통해 혁신을 장려하고 대학병원의 임상교수들과 연구자들은 기술 개발에 참여하며 논문 발표와 언론 매체에서의 발언을 통해 그것의 확산을 촉진합니다(Waitzkin, 2003). 그러나 고비용의 기술혁신 효과에 대한 연구는 대개 역사적으로 기업에 유리하게 왜곡, 과장되거나 엄격하게 검증

되지 않은 경우가 많았습니다. 기술혁신의 도입은 자본의 지출을 야기하고 이는 의료비를 전반적으로 상승시킵니다. 기업의 판매 전략은 기술이 개발된 미국, 유럽국가를 넘어 아시아, 남미 등 해외 시장으로 확장되기 때문에 의료비의 증가는 이들 국가에도 ‘수출’된다고 할 수 있습니다.

한편 의료비 증가에 대한 우려가 제기되면서 의료기술의 비용효과성을 평가하기 위한 복잡한 방법론들이 등장합니다. 그러나 그러한 분석방법들은 특정 기술을 평가하는 데만 분석의 수준을 제한하면서 고비용, 비효율의 의료행태의 근본적 원인인 이윤 추구의 문제를 무시하거나 당연한 것으로 간주합니다. 비용 유발적이고 비효율적인 기술이 도입되고 확산되는 보다 광범위한 정치 경제적 맥락에 대해서 눈을 감은 채 의료비 증가의 문제를 정책적이고 기술적인 수준에서만 해결하려 한다면 의료비 증가의 문제에 대한 중요한 해결책을 간과하게 될 것입니다. 이는 한국 뿐 아니라 미국과 유럽 국가들 또한 해결하지 않으면 안 되는 문제입니다.

물론 유럽의 무상의료제도는 의료비 때문에 치료를 받지 못하는 현재 한국의 상황에 비추어보면 부러움의 대상이 틀림없고 이 점만 놓고 보면, 유럽의 제도를 지향해야 한다는 주장은 일견 타당합니다. 유럽과 비교해서 한국의 보건의료 부문 공적재원이 적고 건강보험 보장성이 낮기 때문에 이를 확대하기 위해서 더 많은 재정이 필요한 것도 진실입니다. 그러나 마치 유럽 국가들의 무상의료제도가 서서히 시장적 논리에 침식되어 가는 상황을 간과하고 그것만을 목표로 한다면 시간이 지났을 때 사회, 경제적 조건은 이미 그것을 허락하지 않는 상태로 변해있을 지 모릅니다. 예컨대 경제위기의 심화, 통제하기 더욱 어려워진 자본의 성장 메커니즘, 사회적 불평등의 악화로 인한 건강불평등의 심화 등이 그것입니다. 따라서 한국의 보건의료운동은 유럽의 복지국가들이 공적재원을 의료자본에 지불하면서 보건의료의 비효율을 낮아왔던 상황에서 교훈을 얻어 시민주의 무상의료를 넘어서는 대안을 모색해야 합니다. 대

표적으로 의료자본 통제의 필요성을 사회적으로 공론화하고 이를 위한 구체적인 방안을 모색해야 합니다. 또한 질병을 야기하는 노동조건을 개조하기 위한 노동안전보건운동과 지역에서 일차의료를 재건하기 위한 시도들이 결합되어야 할 것입니다.

자본편향적 의료기술 발전의 사례: 심장내과중환자실의 도입과 확산

자본이 주도하는 의료기술의 발전이 의료비 상승을 야기하는 사례로 하워드 웨이츠킨은 심장내과중환자실(Coronary Care Unit, 이하 CCU) 도입 과정에 대한 분석을 제시합니다(Waitzkin, 2003). CCU는 심장마비나 심근경색 후 초기 부정맥 등이 발생할 때 곧바로 치료할 수 있도록 심전도 등으로 모니터링하는 것이 주목적으로, 1960년대에 빠르게 확산되었습니다. CCU는 CCU 도입 전에 비해 도입 후 사망률이 감소했다는 것을 근거로 도입되었습니다.

그러나 CCU가 사망률 감소 효과가 있다는 것을 증명하려면 같은 시기에 환자들을 무작위로 CCU와 비CCU로 할당해 그 효과를 비교해야 합니다(이를 무작위대조연구(randomized controlled test, RCT)라고 합니다). 시간이 지남에 따라 의료의 질이 향상되고, 병원의 환경 및 환자군의 특성도 달라질 수 있기 때문에, 한 병원에서 CCU 도입 전후로 사망률이 감소했다는 것만 가지고는 사망률 감소의 원인이 순수하게 CCU 도입으로 인한 것인지 알 수 없기 때문입니다.

또 CCU에서의 치료가 환자에게 부작용과 심리적 스트레스를 야기할 수도 있고, 또 CCU 입원 이후 일주일, 한달 후, 그리고 중장기적인 삶의 질을 비교해

야 CCU의 객관적 필요성을 엄밀하게 평가할 수 있습니다. 1960년대 미국에서 CCU를 도입하는 데 한 병원 당 수백 만 달러의 비용이 소요되었습니다. 그 결과 CCU가 있는 병원은 그렇지 않은 병원보다 비용이 2~3배 이상이 들었습니다. 신기술을 도입할 때 그 효과를 엄격하게 검증해야 하지만 CCU는 충분한 검증 과정 없이 낙관주의 속에 계속 확산되었습니다.

CCU가 광범위하게 확산된 1970년대가 되어서야 CCU의 효과성에 대한 진지한 연구가 시작됩니다. 그 결과는 사뭇 모순적이었습니다(표1,2). 심근경색 환자를 CCU에 입원시키는 것이 일반병동에 입원시키는 것에 비해 이득이 없었습니다. 가정간호가 CCU보다 사망률이 적은 경우도 있었습니다. 그러나 CCU의 효과성을 둘러싼 논쟁은 여전히 진행 중입니다. 물론 이러한 비판적 연구의 결론이 이미 광범위하게 도입된 CCU를 모두 폐쇄해야 한다거나 의료기술 발전 자체가 의미없다는 것으로 모아질 수는 없습니다. 민중건강권을 향상하기 위한 의료기술 발전은 필요하기 때문입니다. 다만 우리가 주목해야 하는 것은 자본주의 사회의 고유 모순으로 인해 의료기술이 보편적인 민중건강의 향상이라는 목적보다 기업의 이윤 추구라는 목적에 우선해서 성장한다는 사실입니다. 이로 인해 비용이 엄청난 의료기술들이 도입, 확산되지만, 엄밀한 평가는 방해받게 됩니다.

표1. 급성 심근경색에서 심장내과중환자실과 일반병동 치료 결과 비교

| | 일반병동 | | CCU | |
|----------|------|--------|------|--------|
| | 환자수 | 사망률(%) | 환자수 | 사망률(%) |
| 호프멘탈 병원 | 139 | 35 | 132 | 17 |
| 크리스찬슨 병원 | 244 | 41 | 171 | 18 |
| 힐 병원 | | | | |
| 65세 미만 | 186 | 18 | 797 | 15 |
| 65세 이상 | 297 | 32 | 200 | 31 |
| 아스바드 병원 | 603 | 39 | 1108 | 41 |

출처: Waizkin, 2003.

표2. 급성 심근경색에서 병원과 가정간호 치료 결과 비교

| | 병원 | | 가정간호 | |
|--------|-----|--------|------|--------|
| | 환자수 | 사망률(%) | 환자수 | 사망률(%) |
| 매더 병원 | | | | |
| 60세 미만 | 106 | 18 | 117 | 17 |
| 60세 이상 | 112 | 35 | 103 | 23 |
| 전체 | 218 | 27 | 220 | 20 |
| 힐 병원 | 132 | 11 | 132 | 13 |

| | CCU | | 일반병동 | | 가정간호 | |
|----------|-----|---------|------|---------|------|---------|
| | 환자수 | 사망률 (%) | 환자수 | 사망률 (%) | 환자수 | 사망률 (%) |
| 텔레피아니 병원 | 248 | 13 | 296 | 21 | 193 | 9 |

출처: Waizkin, 2003.

1) 기업 커넥션

자본주의 사회에서 자본은 이윤 최대화를 추구합니다. 이러한 경향은 의료영역에서도 똑같이 일어납니다. 미국의 거대기업인 워너램버트제약회사, 휴렛패커드사를 비롯해 85여 개 기업들이 CCU의 연구, 개발, 도입, 홍보, 확산의 모든 과정에 참여했습니다. 워너램버트사(이하 WL)를 예로 들어보겠습니다. WL의 여러 계열사들이 CCU 사업에 참여했지만, 그 중 가장 활발한 역할을 했던 것은 WL이 1967년 인수한 아메리칸옵티컬사(이하 AO)였습니다. AO를 인수한 후에 WL은 CCU를 대형병원에 광범위하게 도입하려고 했습니다. 이는 CCU의 효과를 검증하지 않은 채 진행되었습니다. 초기 제품들은 심전도 기계, 제세동기 등을 갖추고, 16명 환자들의 심전도, 심박동, 혈압 등을 동시에 모니터링하고 기록하며, 알람도 가능한 시스템이었습니다. 이는 현재 대형병원을 생각해보면 매우 익숙한 시설입니다. WL은 1968년에 심장이식용 심박조절장치를 개발했고 1969년에는 새로운 라인의 제세동기, 심장울동전환기를 개발하

고 병원에 확산시킵니다. 그리고 1970년대 초반에 걸쳐 판매량이 지속적으로 증가합니다. 모니터링 시스템에 대해 WL은 “처음 기대했던 것보다 훨씬 더 많이 도입되었다”고 보고하기도 했습니다.

그러나 이러한 성장에도 불구하고 WL은 ‘시장의 포화’라는 전형적인 문제에 직면합니다. CCU는 자본집약적이기 때문에 일정 규모 이상의 병원에만 도입할 수 있으므로 그 수요가 제한적이기 때문입니다. WL은 미국의 대형병원들이 CCU를 모두 도입하면 나중에는 성장이 둔화될 것이라고 전망했습니다. 따라서 WL은 첫 번째 전략으로 해외시장 진출을 모색합니다. 그리하여 아르헨티나, 캐나다, 콜롬비아, 프랑스, 독일, 일본, 멕시코 등에서 상당한 판매 실적을 기록합니다. 두 번째 전략은 심혈관계 치료 영역에서 상품을 다양화하는 것이었습니다. WL은 보다 작은 규모의 병원과 지역의 응급의료기관에서도 활용할 수 있는 이동형 제세동기를 개발했고 이례적으로 높은 수요를 창출했습니다. 세 번째는 심혈관계 치료기술을 다른 분야에 적용해서 대중적, 전문적 관심을 끄는 것이었습니다. 1970년대 예방의학의 강조에 따라 AO는 심혈관계 질환 입원환자를 넘어, 외래환자들에게 심근경색이나 부정맥을 모니터하고 초기에 경보를 울리는 심전도 모니터링 기구를 개발했고, 이를 노동안전보건분야에도 적용하도록 로비를 펼쳤습니다.

현재 전자제품으로 유명한 휴렛팩커드(이하 HP) 또한 비슷한 전략을 구사했습니다. 1966년 HP는 “미국 경제 성장률이 둔화되고 있지만 남미, 캐나다, 아시아 시장 진출로 이윤 감소는 상쇄될 것이다”고 전망했습니다. HP는 말레이시아, 싱가포르 등에서 “선구자적 지위”를 부여받았기 때문에 미국 정부는 HP가 이들 나라에서 취득한 수입에 대해 면세 혜택을 부여했습니다. HP는 “미국에서 48% 세금 적용을 받았다면 수익이 37% 줄었을 것이다”라고 분석하기도 했습니다.

2) 대학병원 커넥션

대학병원은 값비싼 의료기술의 연구와 개발에 중추적 역할을 해왔습니다. WL과 HP는 모두 기업 본사에서 가까운 병원에 근거지를 마련하고 대학 교수로 있는 심장내과 전문의들과 공동의 작업을 수행했습니다. WL 인수 전, 메사추세츠 주 사우스브리지에 본부를 두고 있었던 AO는 보스턴의 피터 벤트 브리그햄 병원과 협약을 맺었습니다. 그리고 제세동기와 심장을동전환기 개발에 있어 AO의 컨설턴트 역할을 했던 저명한 심장전문의를인 버나드 라운과 함께 작업했습니다. AO는 브리그햄 병원의 기술적 혁신을 지원했고, 다른 전문가나 투자자들에게 배포하기 위한 논문을 작성하는 데 병원의 임상 데이터와 영상을 활용했습니다. 라운과 그의 동료들은 의학 저널들을 통해, CCU를 활용한 진단 및 치료 기술에 관한 많은 논문을 발표했고 동시대 의료인들에게 많은 영향을 미쳤습니다. 라운은 또한 AO가 1960년대 말, 1970년대 초 사업을 다양화했던 시기에 외래환자들의 모니터 기구와 정보 분석 시스템의 효과를 지지했습니다. AO와 라운(및 동료들)과의 관계는 무엇을 보나 서로에게 이득이었습니다. AO가 이윤을 창출하고 라운이 세계적 명성을 얻는 것은 CCU의 효과에 대한 객관적이고 체계적인 평가를 하기에 최적의 조건은 아니었던 것입니다. HP와 스탠포드 대학의 도널드 해리슨 교수도 이와 비슷한 관계를 맺었습니다.

3) 사적 기부

CCU의 성장에 있어 기부의 역할은 두드러졌습니다. 기부의 동기는 인도주의적인 경우도 있었지만 의료기구나 의약품을 생산하는 기업의 CEO들이 기부 행사를 여는 등 이윤과 관련된 경우도 많았습니다. CCU에 대한 기부 중 중요한 부분을 차지했던 곳이 미국심장협회(AHA)였습니다. AHA는 심장질환 진단

및 치료 가이드를 제시하면서 CCU의 모니터링 시스템 개발을 위한 연구와 지역병원의 CCU 도입을 위해 재정적 지원을 했습니다.

4) 정부의 역할

정부 기관들도 CCU 확대에 중요한 역할을 했습니다. 미 공중보건서비스기관은 1960년대 초반 CCU 개발을 위해 의사들에게 상당한 재정적 지원을 했습니다. 보건교육후생부의 한 임원은 미래에 CCU로 살릴 수 있는 환자 수 “예측”치를 정확한 데이터 근거 없이 제공했고, 이는 이후 CCU를 홍보하기 위한 슬로건으로 쓰이기도 했습니다. 무작위대조연구에 의해 증명되지 않았음에도 불구하고 보건교육후생부의 컨퍼런스와 논문들은 1960년대 말 CCU에서의 진료 가이드라인을 구체화하는 데 쓰였습니다.

웨이츠킨에 따르면 이런 정부의 활동들은 자본주의 사회에서 국가의 공통적인 역할들을 명확히 보여줍니다. 먼저, 정부의 보건정책은 일반적으로 주요 산업의 이윤을 촉진할 수 있는 기술혁신을 장려함으로써 사적 기업을 ‘선택’합니다. 국가는 기업의 영리행위를 제한하기 위한 그 어떤 진지한 노력도 하지 않습니다. CCU의 고비용을 인식한다면 국가기구는 CCU의 수와 배치에 대해 엄격한 제한을 둘 수도 있었습니다. 예를 들면 보건교육후생부는 CCU 시설을 지역별로 할당(지역화)하고 그 이상의 확산을 제한할 수도 있었습니다. CCU의 사망률 개선 효과에 대한 연구에 따르면, CCU는 환자가 많은 대형병원에서 더 나은 결과를 보였습니다. 이는 지역화 정책의 근거를 제공하였습니다. 하지만 보건교육후생부의 정책은 그와는 정 반대로 갔습니다. 보건교육후생부는 더 첨단인 CCU 기술을 요구하는 가이드라인을 제출했고 CCU를 상대적으로 규모가 작은 대부분의 지역병원들에게까지 설치하도록 장려함으로써 기업의 이윤을 보장해주었습니다. 또 정부는 여러 연구들을 통해 기업의 전략을 지

원했습니다. 가령 재무부는 해외 의료시설, 병상, 의료인 등에 대해 자세히 분석하여, 기업들이 의료기기를 판매하기 가장 적합한 국가들을 지정해주시기도 했습니다.

다음으로, 정부의 두 번째 역할은 자본주의 정치 경제체계에 합법성을 부여하는 것입니다. 보건의료와 복지 프로그램의 역사는 사회불안의 시기에 정부 지출이 증가하고, 사회불안이 완화되면 감소한다는 것을 보여줍니다. 1960년대 미국은 사회적 소요의 시기였습니다. 민권운동, 베트남전 반대운동, 노동자투쟁이 활성화되었고 정부와 기업에 대한 대중들의 반감이 증폭되었습니다. 이렇게 정부와 기업이 정당성의 위기를 겪는 상황에서 정부는 보건의료와 복지에 적극 개입하는 경향을 갖습니다. 의료기술은 선진자본주의 국가의 정당성 위기를 극복하기 위한 “사회적 자본 투자”로 간주되었습니다. CCU와 같은 기술혁신은 정부가 공중보건에 대해 깊이 염려하고 있다는 메시지를 전달함과 동시에 대형 법인기업들에게 새로운 이윤창출 영역을 제공할 수 있으므로 정부지출을 정당화하기 편리했습니다.



민주당과 한나라당의 무상의료 논쟁, 무엇이 문제인가

민주당의 무상의료

민주당은 8월 29일 <민주당의 복지국가 구상>을 발표했습니다. 이 구상안에서 민주당은 무상의료와 관련해 2013년부터 2017년까지 5년간 단계적으로 전 국민을 대상으로 입원진료비를 90% 보장(현재 입원진료비 보장률 약 62%)하고 소득수준별 환자 본인부담 상한을 기존 200~400만원에서 연간 100~200만원으로 낮추겠다고 하였습니다. 또한 지불제도를 현행 행위별 수가제에서 총액계약제, DRG 포괄수가제로 개편한다는 목표도 제시했습니다. 실현방안으로 비보험 진료를 급여화하고 지역별 병상 총량제를 실시하며 공공병원을 신축하고 민간병원을 정부가 매입해서 공공병원으로 전환하는 등 양질의 공공병원을 늘리는 방안을 제시했습니다. 또 수도권 3차 병원의 환자쏠림 현상을 역전시킬 정도의 양질의 병원을 각 지역에 거점병원으로 배치하는 안도 제시했습니다. 이렇듯 민주당의 무상의료안은 긍정적인 요소들을 많이 담고 있습니다.

하지만 위와 같은 정책대안들은, 앞으로 이 소책자에서 설명하듯이, 의료비 증가를 야기하는 의료자본들을 통제하지 못한다면 결국 실현되지도, 유지되지도 못할 것입니다. 민주당이 병원자본을 통제할 수 있을지는 미지수입니다. 민주당의 무상의료안은 예컨대 필수 의료 중 비급여 의료를 전면 급여화하고자 할 뿐 병원이 이윤추구를 위해 부당하게 취하고 있거나 무한정 확대하고 있는 비급여를 통제하는 방안은 제시하지 않습니다. 또한 의료비를 상승시키고 건강보험 재정을 갉아먹는 초국적 제약회사를 통제하는 방안이 없습니다. 민간보험을 규제할 대책도 없습니다.

노무현 정부의 보건의료 공약은 현재의 민주당 무상의료공약과 큰 차이가 없었습니다. 건강보험보장성을 80%로 확대하고 10% 수준의 공공병상비율을 30%로 확대하며 수가제를 총액계약제로 바꾸고 본인부담금상한제를 도입한다는 공약을 내세웠습니다. 그러나 이 공약들은 어느 하나 제대로 시행되지 않았습니다. 공공병상 확충계획도 제대로 추진되지 못해 공공병상 비율은 의료기관 수 기준 2002년 8.01%에서 2006년 6.6%로 병상 수 기준 2002년 15.07%에서 2006년 12.32%로 오히려 감소했습니다. 노무현 정부는 오히려 서비스산업 선진화를 통한 경제발전이라는 ‘신성장동력론’을 제기하면서 영리병원 허용, 민간보험 활성화를 추진하였습니다.

현재 민주당은 노무현 정부와 다르지 않습니다. 올해 4월 국회 때만 해도 민주당 의원들이 제주영리병원을 통과시키려고 하다가 사회단체의 반발로 겨우 유예된 바 있습니다. 또 민주당은 한-EU FTA 비준 동의안에 사실상 합의해주었습니다. 한-EU FTA는 한미 FTA와 마찬가지로 초국적 제약회사의 독점권한을 연장해 약값 상승을 부추기고 민간의료보험 규제를 불가능하게 하며 영리병원 허용을 되돌릴 수 없게 만드는 의료민영화 폭탄이나 다름 없습니다. 한미FTA에 대해서도 민주당의 태도는 모순적입니다. 민주당은 참여정부 시절 자신들이 체결한 협정안은 별 문제가 없다고 하면서 작년 이명박 정부가 타결

한 재협상안은 ‘굴욕, 퍼주기 협상’이라고 비난하지만 2007년 민주당이 체결한 협정은 의료민영화 내용을 고스란히 담고 있습니다. 뒤에서 설명하겠지만 의료민영화와 FTA는 무상의료와 양립할 수 없습니다. 이런 점들을 볼 때 민주당이 생각하는 무상의료가 무엇인지 의아할 뿐입니다.

Box1. 무상의료 논의지형의 변천

민주당이 처음으로 무상의료를 제기한 것은 아닙니다. 사실 민주노동당은 2002년 대선과 2004년 총선에서 이미 무상의료라는 구호를 공약으로 내걸었습니다. 하지만 무상의료는 지난 10년간 진지한 논의의 대상이 되지 못했습니다. 2002년 당시 민주노동당이 제기한 무상의료는 경제적 지원 또는 재원조달(건강보험, 의료급여)에 국한되는 것이 아니라 보건의료서비스 공급체계의 공공적 개편을 포함한 보건의료체계의 전면적 개혁 방안을 담은 넓은 의미의 무상의료였습니다. 그러나 이어 진료비의 본인부담 문제는 국민들이 실감하는 문제이므로 좁은 의미의 무상의료인 보장성 강화에 강조점을 둘 필요가 있다고 주장했습니다. 2005년 건강보험 후자를 어떻게 사용할지 논의하는 과정에서 ‘암부터 무상의료’라는 구호가 동의를 얻어 중증질환에 부분적인 보장성 강화라는 성과를 남기기도 했습니다. 그러나 후자라는 특수한 국면에 수동적으로 대응한 측면이 컸고 질병별 접근 방식이라는 한계도 있었습니다.

2003년부터 노무현-이명박 정부가 영리병원 허용, 민간의료보험 활성화를 추진하자 보건의료운동은 보건의료영역을 이윤을 확보하는 수단으로 사유화하려는 자본과 정부의 공세를 지지하는 것에 총력을 기울이게 되었습니다. 이 과정에서 무상의료에 대한 논의는 거의 이뤄지지 않았습니다.

이명박 정부 집권 중반기에 접어들면서 보건의료운동 진영 일부에서는 ‘저지만이 아니라 대안이 필요하다’는 문제의식 하에 건강보험의 ‘확기적 보장성 강화’를 대안으로 제시하기 시작했습니다. 그러나 그 내용은 앞서 설명한 좁은 의미의 무상의료로 제한된 것입니다. 게다가 정부와 자본의 책임만을 강조하는 무상의료라는 구호는 비현실적이라면서 국민이 자발적으로 보험료를 더 내서 보장성을 올리도록 요구하는 것이 우선적 과제라고 주장했습니다. 그러자 보건의료운동의 연대체인 <의료민영화 저지 및 건강보험 보장성 강화를 위한 범국민운동본부> 내부에서 논쟁이 시작되었습니다. 보험료 인상이 운동적 요구가 될 수 있는지, 보험료를 인상하면 보장성이 정말 상승할 것인지, 시장적 성격의 보건의료체계는 어떻게 개선할 것인지 등이 논의되었으나 합의는 이뤄지지 않았고 결국 ‘(보험료 인상을 통한) 건강보험 보장성 강화’를 주장하는 세력은 독자적으로 ‘건강보험 하나로 시민회의’를 구성하게 됩니다.

이렇게 대안을 두고 운동사회 내부의 이견이 분분하던 와중에 여당 시절 의료민영화를 추진하여 보건의료운동의 투쟁대상이었던 민주당은 2011년 ‘실질적 무상의료’를 당론으로 내세웁니다. 그러자 보건의료 운동진영의 다수는 민주당을 파트너로 인식하게 되었습니다. 실제로 민주당의 무상의료 정책방안은 그동안 노동시민사회운동이 요구해왔던 정책안을 상당부분 반영하고 있습니다. 이에 따라 진보진영은 올해 5월에도 민주당과 함께 ‘무상의료 시민의 날’을 개최하였고 이를 바탕으로 ‘병원비 걱정없는 무상의료 국민연대’ 출범을 준비하고 있는 상황입니다.

한나라당의 세금폭탄론

한나라당 정책위원회는 무상의료에 필요한 추가 재원이 30조 원이며 국고 지원이 현재와 비슷한 수준이라고 가정하면 추가 보험료 부담이 25조 원이므로 보험료 부담은 2배로 오를 것이라고 추산합니다. 1인당 월 6만 8천 원 정도입니다. 국고지원을 늘린다고 하더라도 그만큼 세금이 증가할 것이라고 주장합니다. 민주당의 8조 원 추계와 4배가량 차이가 나는 이유는 도덕적 해이를 강조하기 때문입니다. 한나라당을 포함한 보수진영의 입장에 따르면 무상의료가 시행되어 비용에 대한 부담이 사라지면 실제로 건강한 사람도 치료를 받으려고 하거나 과잉 치료를 요구하는 등 환자의 도덕적 해이가 발생한다고 합니다. 이로 인해 의료비가 상승해서 이미 적자인 건강보험재정이 더 악화될 것이라는 것입니다.

그러나 환자의 도덕적 해이 문제는 근거 없는 과장입니다. 다른 상품들의 수요-공급 논리를 의료에 그대로 적용할 수는 없습니다. 의료는 가격이 내려간다고 무조건 수요가 많아지는 상품이 아니기 때문입니다. 만약 암수술비가 전액 보장된다고 하더라도 수술이 필요 없는데 수술을 받으려는 사람은 없습니다. 한 연구결과에 따르면 보장성이 80%가 되어서 가격이 20% 정도 하락하더라도 수요는 4%가량 증가할 뿐입니다. 현재 의료비에서 4조 원 정도입니다. 게다가 이렇게 증가한 수요는 그동안 돈이 없어서 수술을 못 받던 사람들이 수술을 받게되는 미충족 수요가 늘어나는 것이고 이것은 의료이용의 형평성을 증가시키는 긍정적 효과로 볼 수 있습니다.

조선일보는 2006년 '6세 이하 무상 입원비 정책' 도입 후 2007년 입원비가 39.2% 증가했다면서 이것이 무상의료의 폐해라고 주장했는데 이는 허위 보도입니다. 2007년의 갑작스런 증가는 비용 추계 방식의 변화에 따른 것으로 건강

보험공단이 당시 보도자료를 통해 해명한 바 있으며 실제 증가치는 전체 의료비 상승의 평균치에 가까웠습니다. 2008년에는 증가치가 다시 예년 수준으로 하락한 것으로도 알 수 있습니다. 즉 무상의료를 한다고 의료비가 증가하는 것은 아닙니다. 한나라당의 주장대로라면 무상의료를 시행하는 나라들이 그렇지 않은 나라보다 의료비가 더 증가해야 할 것입니다. 그러나 GDP 대비로 보나, 절대액으로 보나, 의료비가 압도적으로 높은 국가는 무상의료와는 정반대의 시장주의적 보건의료제도를 시행하는 미국입니다. 의료비를 국가 또는 사회가 책임지지 않고 의료를 통제하지 않기 때문입니다. 반면 무상의료 제도에 의료를 공공적으로 통제하는 국가들의 전체의료비가 더 낮게 유지되고 있습니다.

오히려 지적할 것은 환자의 도덕적 해이가 아니라 공급자의 도덕적 해이입니다. 약물 치료나 검사, 수술과 같은 의학적 처치는 언제나 부작용과 합병증이 있게 마련이므로 환자에게 가장 좋은 것은 적정수준의 의료입니다. 그런데 현실에서 자신에게 필요 없는 의료서비스를 환자가 원하는 이유는 의료지식이 부족하기 때문이고 이것을 의료인이 방조하거나 유인하고 있기 때문입니다. 이것이 공급자의 도덕적 해이입니다. 사실 이것은 도덕적 문제이기보다 구조적 문제의 측면이 큼니다. 한국은 병원의 대부분이 민간병원이기 때문에 의료인이 수익을 추구할 수밖에 없고 행위별 수가제라서 많은 검사와 치료를 할수록 돈을 더 벌 수 있습니다.

한나라당이나 보수언론이 ‘무상의료하면 세금폭탄 맞는다’고 주장하는 것의 진정한 의미는 ‘그렇기 때문에 의료민영화해야 한다’는 것입니다. 무상의료 하면 환자들의 도덕적 해이로 무상의료에 필요한 공적재원이 기하급수적으로 증가하므로 건강보험 재정이 모든 것을 포괄할 수는 없으니 민간보험으로 해결해야 한다는 것입니다.

무상의료의 진정한 쟁점

민주당과 한나라당의 무상의료 공방은 무상의료를 위해 필요한 재원이 얼마인지, 그 재원을 어떻게 마련할 것인지에 대한 논의로만 집중되어 있습니다. 그러나 이러한 논의는 한국 보건의료체계의 본질적 문제를 은폐합니다. 정말 중요한 것은 국민의 의료비가 대형재벌병원, 초국적 제약회사들의 호주머니 속으로 들어갈 것인지 아니면 누구나 성취 가능한 최고수준의 건강을 향유하는 것에 사용될 것인지 결정하는 것입니다. 보건의료체계의 성격에 대한 논의를 회피하는 민주당, 한나라당을 보면 이들의 논쟁은 선거를 위한 일회적인 수준에 그칠 가능성이 높습니다. 무상의료 논쟁의 진정한 쟁점은 보건의료체계의 상업적·이윤추구적 속성을 통제할 것인가, 허용할 것인가입니다.



건강보험료는 오르는데 왜 의료비 부담은 줄지 않는가

OECD의 <Health Data 2009>에 따르면 1998~2007년 기간 동안 한국의 한해 평균 보건의료 지출 증가율은 8.7%로 OECD 30개 회원국 평균인 4.1%를 훨씬 웃도는 수치입니다. 2008년 보건복지부 발표에 따르면 2005년, 2006년, 2007년에는 각각 11.2%, 11.6%, 11.8%로 두 자리 수 증가율이 계속되다가 2008년에는 7.9%로 증가세가 약간 둔화되었습니다. 그러나 이는 2007년 경제성장률 5.1%, 2008년 2.3%을 훨씬 상회하는 수치입니다.

국민의료비는 증가하는데 공공재정은 그에 비해 부족하기 때문에 정부는 건강보험재정을 확충한다는 이유로 그동안 건강보험료를 매년 인상해왔습니다. 건강보험 하나로 등을 비롯한 일부 논자들은 건강보험료를 올려서 보장성을 확대하자고 주장하지만 세대당 평균 건강보험료가 2004년 47,787원에서 2009년 66,916원으로 약 40% 증가하는 동안 전체의료비 중 건강보험공단에서 지불해주는 비율인 건강보험 보장률은 그 10분의 1인 4.2% 가량 증가했을 뿐입니다. (더 나아가 2010년 세대당 보험료는 70,989원, 2011년 보험료는 77,623원으로 각각 6.1%, 9.3% 증가했습니다. 한편 올해 상반기 상용근로자 임금총액 상승률은 -1.2~-1.3%였습니다.)

표 2. 세대당 월평균 보험료와 보장률 추이(2004-2009년)

| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 연 평균 증가율 | 5년 간 누적증가율 |
|-------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----------|------------|
| 세대 당 월 평균 보험료 (원) | 47,787 | 50,080 | 53,773 | 59,278 | 66,217 | 66,916 | 7.03% | 40.03% |
| 보장률 | 61.3% | 61.9% | 64.4% | 64.6% | 62.2% | 63.9% | 0.87% | 4.24% |

출처: 2011년 상반기 건강보험주요통계, 국민건강보험공단.

왜 이런 현상이 발생했을까요. 건강보험에서 부담하는 절대액수가 늘어나더라도 전체 의료비가 함께 증가하기 때문에 그 비율은 크게 변하지 않는 것입니다(그림1, 2). 급여에 해당하는 진료에서는 전체 진료비 중 환자가 부담하는 비율이 일정하게 정해져 있습니다(예를 들어 1차 의료기관의 경우 30%). 따라서 전체 진료비가 증가하면 건강보험공단 부담과 본인부담이 모두 증가합니다. 보험 적용이 되지 않는 비급여까지 포함시켜 보면 보장률은 건강보험부담/(건강보험부담+법정보인부담+비급여본인부담)이므로, 비급여본인부담이 크게 증가하면 건강보험부담이 증가하더라도 보장률은 하락할 수도 있는 것입니다.

그림 1. 건강보험보장률의 정의

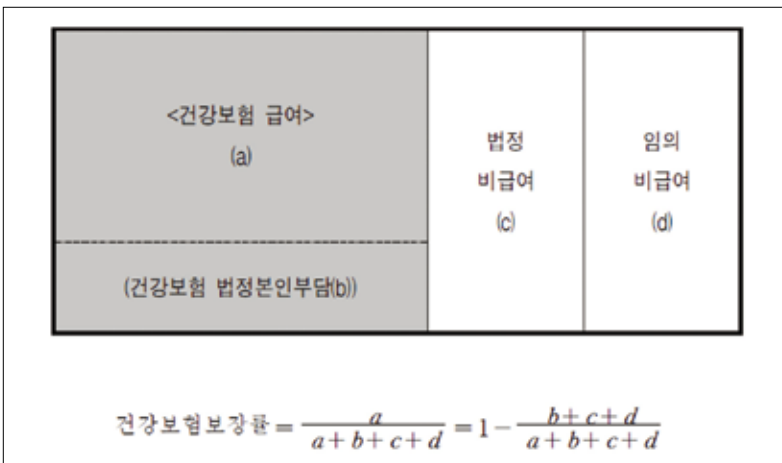
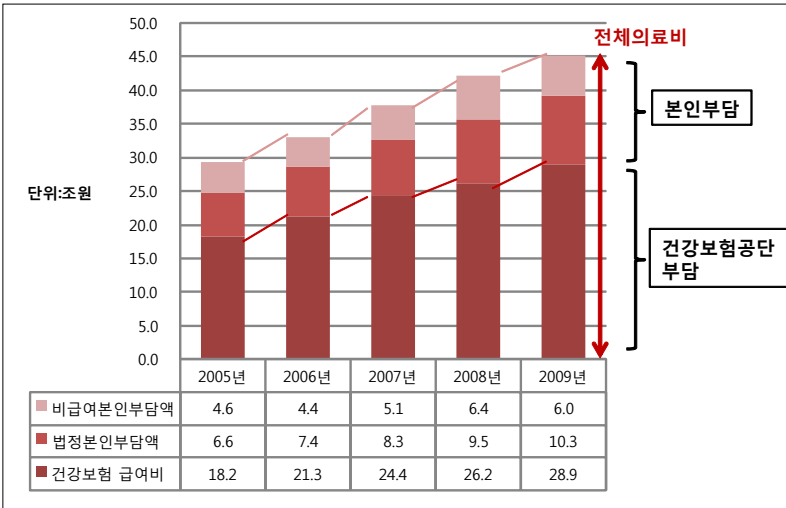


그림 2. 국민건강보험환자의 의료비 부담



출처: 2010년 건강보험주요통계, 2011년 상반기 건강보험주요통계, 국민건강보험공단.

Box 2. 한국의 보건의료체계

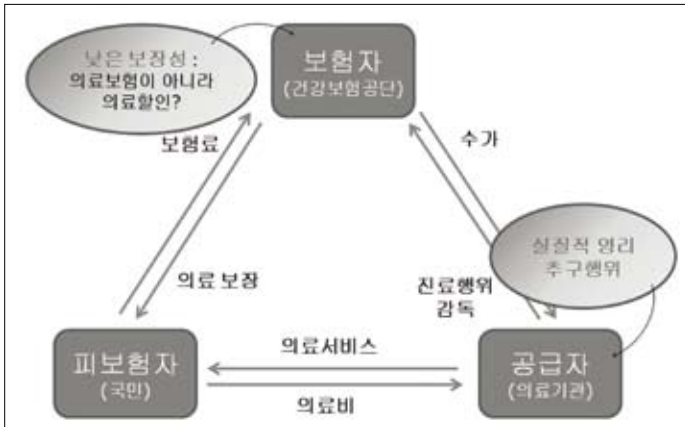
- 낮은 국민건강보험 보장성과 높은 민간병원 비율

보건의료체계는 크게 의료재정체계와 의료공급체계로 구성됩니다. 의료재정체계는 의료서비스를 이용하는데 드는 비용을 조달하여 필요한 때에 적절히 지출하고 관리하는 국가적 체계를 의미합니다. 의료공급체계는 의료자원을 개발하여 의료서비스를 생산하고 이를 필요로 하는 국민들에게 전달하는 일련의 시스템입니다.

보건의료재정을 담당하는 국민건강보험의 체계는 아래의 보험자-피보험자-공급자의 사이클과 같습니다. 피보험자(국민)는 국가가 만든 건강보

험공단에 누구나 보험료를 냅니다. 피보험자가 병원에 가서 의료서비스를 받으면 의료행위 중 건강보험이 적용되는 급여항목에 대해 일부는 건강보험공단에서 병원에 정해진 수가를 지급하고 일부는 환자가 병원에 법정본인부담금을 냅니다. 이 수가가 바로 그림1의 a이며 전체 의료비 중 a의 비율이 건강보험보장률입니다. 한국의 건강보험보장률은 62%로 OECD 국가 평균인 80%보다 매우 낮습니다.

한편 의료공급체계는 민간중심적입니다. 현재 한국에서 영리법인의 의료기관 개설은 금지되어 있지만 실제로 의료기관 대부분이 이윤을 추구하는 의료행위를 하고 있습니다. 의료공급체계의 성격을 잘 말해주는 중요한 지표는 공공병상 비율입니다. 국가 지자체 또는 기타 대통령령이 정하는 공공단체가 설립해 운영하는 보건의료기관을 공공병원이라 하고 국립대병원, 지방공사의료원, 보건소 등이 이에 속합니다. 한국의 의료공급체계는 공공병상의 비율이 매우 낮은 특징을 갖고 있습니다. 공공병상 비율은 전체 병상의 11% 수준으로 70%에 달하는 OECD 국가들에 비해 한참 못 미치는 수준입니다.



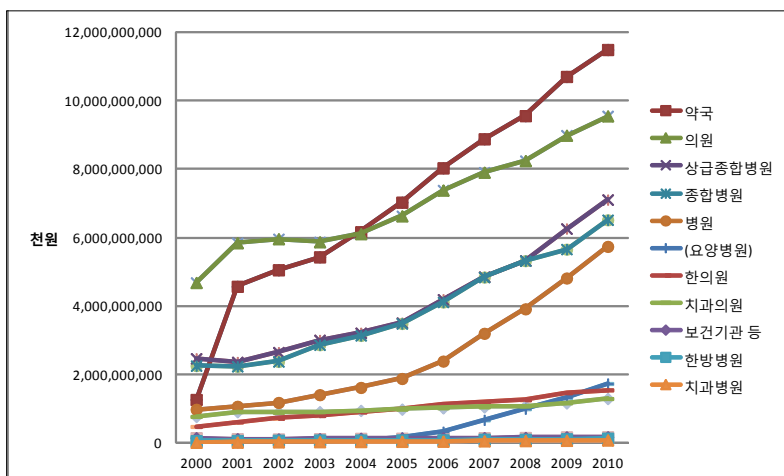
의료비 지출 해부

1) 급여부분

의료비가 증가하는 요인에는 경제성장률과 의료기술의 발전, 노인인구 증가율도 있겠지만 여기서는 보건의료제도로 시야를 좁혀 보겠습니다. 급여부분에서 건강보험공단과 본인부담의료비가 가장 많이 지출되는 곳, 또 가장 빠르게 증가하는 부분은 어디일까요. 그림 3을 보면 2010년 기준으로 약국(25%)이 가장 많고 다음으로 의원(21%), 대학병원급의 상급종합병원(16%), 그리고 종합병원(14%), 병원(13%) 순입니다. 이들 중 가장 빠르게 증가한 곳은 단연 약국입니다. 이는 건강보험 재정에서 약국에 지불하는 돈이 가장 많고 또 빠르게 증가하고 있다는 의미입니다. 약국에 지불하는 돈은 약품비와 조제료로 이 둘을 합한 것을 약제비라고 합니다.

건강보험 재정에서 약국 다음으로 비중을 많이 차지하는 곳은 의원이지만 증가율은 2002년부터 2010년까지 매년 평균 5.7%로, 병원(20.7%), 상급종합병원(13.1%), 종합병원(12.7%)에 비하면 낮은 편입니다. 또한 유의해야 할 것은 약국과 의원에 지불하는 비용이 전체 건강보험재정에서 차지하는 비중은 높지만 의료기관 수가 병원급 이상의 의료기관보다 훨씬 많고, 환자 1인의 입장에서는 큰 병원에 가서 드는 비용보다는 의원에 가는 비용이 부담이 적다는 것입니다. 상급종합병원, 종합병원, 병원을 모두 합치면 건강보험재정(+법정 본인부담)에서 43%를 차지하며 한번 방문했을 때 드는 비용이 매우 크므로 환자 1인에게는 큰 부담이 됩니다. 한편 요양병원은 현재 비중은 크지 않지만 놀라운 속도로 증가하고 있으며 인구 고령화와 함께 향후 큰 비중을 차지하게 될 것으로 보입니다.

그림 3. 의료기관별 요양급여 비용(공단급여비 + 환자법정본인부담)

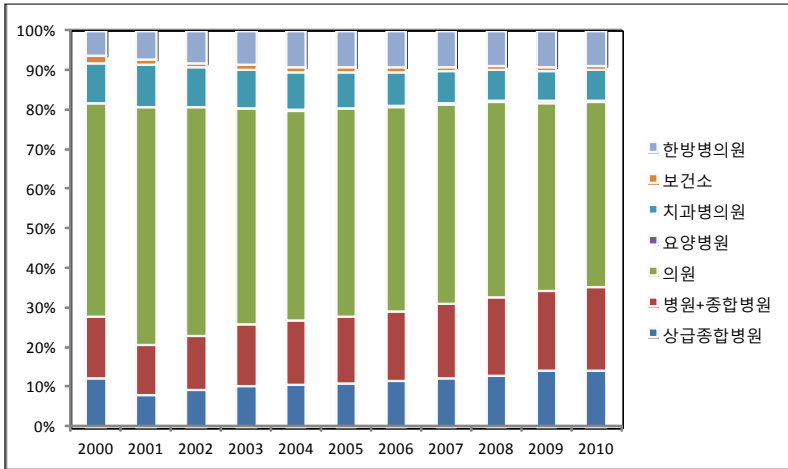


출처: 건강보험심사평가원 2010 진료비 통계

그런데 의원에 지불하는 비용의 증가율이 낮은 데는 한 가지 중요한 요인이 있습니다. 의원에서 봐야 할 외래환자들이 자꾸 큰 병원으로 가는 문제입니다. 그림 4를 보면 외래부문 지출에서 의원의 비중이 매년 감소하는 반면 병원의 외래부문 비중은 증가하고 있음을 볼 수 있습니다. 지역에서 접근성이 높은 의원에서는 일차적으로 환자들의 질병을 감별하여 입원이나 수술이 필요할 경우 병원으로 전원하고 만성질환 관리를 하는 반면 병원에서는 입원, 수술 등 중증질환 환자를 치료하는 것이 효율적입니다. 이렇게 역할 분담을 하는 것을 의료전달체계라고 합니다. 그런데 한국에서는 의원에서 치료받아도 될 환자들이 큰 병원으로 몰리면서 의료전달체계가 점점 왜곡되고 있습니다. 이를 완화하기 위해 최근 대형병원 외래환자 약가 인상 제도를 도입했지만 이는 경제력이 없는 환자들만 의원으로 내몰 따름입니다. 또 약가가 인상된 상병명(진단명)이 정해져 있기 때문에 진료 시 상병명을 더 중한 질환으로 입력하면

피해갈 수 있기도 합니다. 이는 근본적으로 한국에서 의료공급기관을 공적인 목적으로 적절히 통제하지 못하기 때문에 발생한 것입니다. 이에 대해서는 7장. 병원의 민중적 통제 2. 지역별 공공병원이 필요하다에서 다룹니다.

그림 4. 외래 부문 요양급여비용 의료기관별 비중



출처: 건강보험심사평가원 2010 진료비 통계

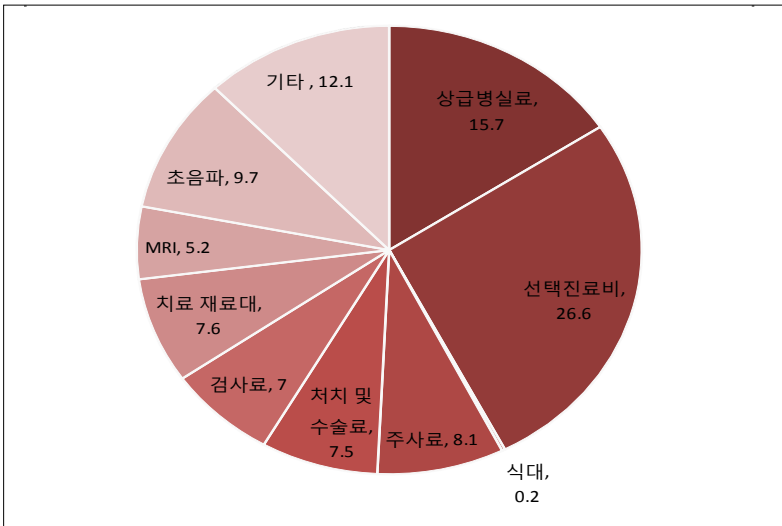
2) 비급여 부분

여기까지는 그림2에서 '건강보험급여비 + 법정본인부담'의 지출 상황을 본 것입니다. 그런데 그림2의 전체의료비에서 '비급여본인부담'이 차지하는 비중도 상당합니다. 한국에서도 외국처럼 본인부담상한제를 실시하고 있는데 소득수준에 따라 200만-400만 원 이상은 부담하지 않는다는 것이 그것입니다. 그런데 왜 사람들이 200만-400만원을 훨씬 넘는 의료비를 지출하는 일이 허다할까요. 그것은 본인부담상한제가 위에서 살펴본 '급여부분'에만 해당하는 것이기 때문입니다. 천만 원, 이천만 원 넘어가는 의료비는 결국 모두 비급여 때문

에 발생하는 것입니다. 비급여에는 어떤 것들이 있을까요. 그림5를 보면 비급여에서 가장 많은 비중을 차지하는 것은 상급병실료와 선택진료비입니다.

5인실 이상 다인병실은 보험이 적용되어 하루에 6,700원(2003년 기준)을 지불하면 되지만 2인실 및 1인실과 같은 상급병실의 경우 비용이 평균 15만원(2003년 기준)까지 되어 큰 부담이 됩니다. 문제는 상급병실의 경우 환자가 좀더 쾌적한 환경을 위해서 상급병실 비용을 지불하면 몰라도 대부분의 경우 다인병실이 부족해서 환자들이 울며 겨자먹기로 상급병실을 이용해야 한다는 것입니다. 이를 악용해 병원들에서 다인병실을 줄이고 상급병실을 늘려 문제가 된 적이 있습니다.

그림 5. 2009년 법정 비급여 항목별 구성비(%)



출처: 비급여 실태 조사와 관리 방안, 국민건강보험공단 2007.

선택진료비는 소위 ‘교수님 특진비’인데 대학병원에서 교수의 진료를 받을 때 진료비 외에 검사, 수술비에 추가로 붙는 금액을 말합니다. 하지만 대학

병원에 가는 것은 당연히 교수를 보려고 가는 것인데 추가로 비용이 붙는다는 것은 좀 이상하죠. 이러한 문제 또한 병원이 공적으로 통제되지 못하기 때문에 발생하는 것입니다. 이런 비용들이 건강보험료를 더 내도 보장성이 강화되지 않는 이유가 됩니다.

그런데 비급여가 여기까지만이라면 그나마 다행이라고 하겠습니다. 그러나 이게 끝이 아닙니다. 그림5가 보여주는 것은 ‘법정비급여’일 뿐입니다. 법에서 ‘이것은 보험 적용대상이 아니다’라고 규정한 비급여라는 것입니다. 하지만 비급여에는 법에 규정된 것 외에, 병원이 아무런 기준 없이 도입하고 환자에게 병원 ‘임의대로’ 부담시키는 임의비급여라는 것이 있습니다. 이 중 신의료기술과 신약이 중요한데, 위독한 환자와 환자의 가족들은 비용이 아무리 높더라도, 지푸라기 잡는 심정으로 신의료기술이나 신약에 대한 대가를 지불합니다. 이에 따라 가계 경제가 파탄나게 되거나, 일찍이 치료를 포기하게 됩니다. 의학적으로 효과가 있고 필요하다고 판단이 되는 임의비급여라면 국가에서 부담을 해주어야 하지만, 지금은 환자 개인이 많으면 몇 천만원까지 비용을 부담하고 있는 실정입니다.

한편, 의학적으로 확실히 검증되지 않았는데도 제약회사·의료기기회사·병원은 ‘최신 의료기술·의약품’이라는 이유로 그 비용을 환자에게 부담시키기도 합니다. 그러한 검증되지 않은 의학기술이나 의약품에 대한 비용은 그것을 개발한 회사가 연구·개발 비용으로 부담해야지 환자 개인에게 부담시켜서는 안 될 것입니다. 사람들은 아프면 치료받을 권리가 있고 환자들은 치료받느라 가계경제가 ‘파탄나지 않을’ 권리가 있습니다. 건강해지기 위해 빈곤해져야 한다면 이는 국가와 사회의 책임 방기일 것입니다.



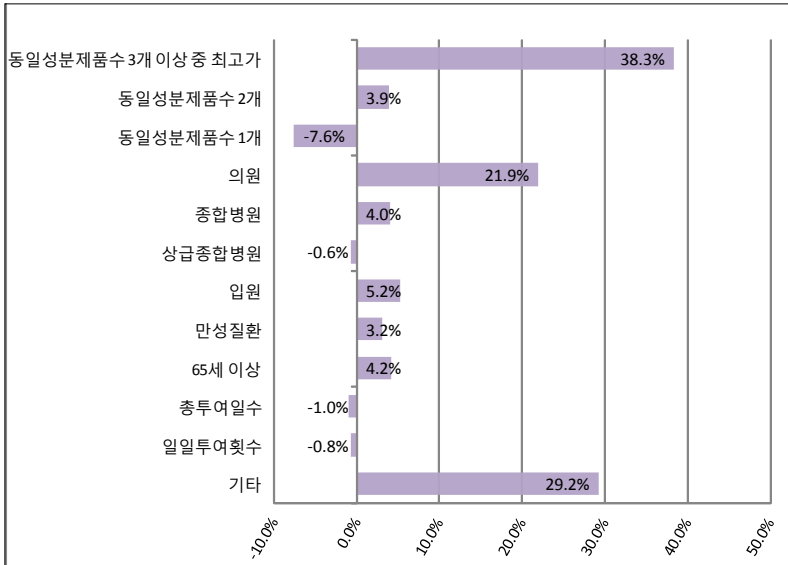
우리가 아프면 그들은 웃는다

아픔로부터 이윤을 창출하는 자본, 대형제약회사

그림3에서 보았듯이 건강보험 재정 지출에서 가장 많은 비중을 차지한 것이 약제비였습니다. 건강보험 약제비는 약품비와 진료행위료에 포함되는 조제료의 합으로 2008년 기준 총진료비의 36.17%를 차지(12조 6738원)했습니다. 이는 OECD 평균인 17%에 비해 매우 높은 수치입니다. 2003~2008년 건강보험 약제비는 총진료비(70.63%)보다 빠르게 증가(74.35%)하였으며, 약품비의 경우 더욱 빠르게 증가(84.55%)하였습니다. 약제비 중 약품비의 비중은 81%(전체진료비 중 29.4%)이고 조제료의 비중은 19%(전체의료비 중 6.47%)이므로 결국 약품비 증가가 약제비 증가를 주도했다고 볼 수 있습니다. 그렇다면 약품비 증가 요인은 무엇일까요.

1) 약품비 증가 원인

그림 6. 2003-2008년 약품비 증가 요인별 기여도(%)



출처: 약제비 증가요인 및 관리방안, 건강보험공단, 2009.

건강보험공단 정책연구원이 제출한 ‘약제비 증가요인 및 관리방안’에 따르면 2003-2008년까지 약품비 증가요인 중 가장 기여도가 높은 것은 ‘같은 성분으로 세 개 이상 제품이 있는 경우 최고가 약’으로 이는 대부분 초국적 제약회사의 오리지널 제품과 국내 제약회사의 고가 제네릭입니다(그림6). (예를 들어, 혈전용해제인 클로피도그렐(dopidogrel)이라는 동일한 성분으로 유통, 생산되는 상품이 43개가 있는데 회사마다 가격은 513원부터 2,014원까지 다양합니다. 이 중 최고가약은 사노비아벤티스라는 초국적제약회사에서 판매하는 플라빅스정75mg으로 한 알당 가격이 2,014원입니다. 이에 반해 비교적 자주 처방하는 피도글정75mg(한미약품)은 899원입니다.) 의약분업이 시행된 이후 특허로 독점을 보장받는 오리지널 고가약 위주의 처방이 이뤄지면서 오리지널 의약품을 주로 판매하는 초국적제약기업은 매년 평균 30-40%의 성장을 기

록했습니다. 그 후 2004년에서 2007년까지 많은 오리지널 의약품의 특허가 만료되면서 제네릭 시장이 성장하고 국내 제약회사 또한 두 자릿수의 매출 신장을 기록하게 됩니다.

약품비 증가요인으로 기여도가 두 번째로 높은 것은 의원 처방인데 이는 만성질환 관리를 위해 약품 사용량 및 총투여일수가 증가했을 뿐 아니라 만성질환 진료 건당 평균가격이 상승했기 때문입니다. 고혈압, 당뇨 등 만성질환 진료 건당 평균가격이 상승한 것은 이 분야에 도입된 신약의 확산과 관련이 있습니다. 종합병원급 이상에서도 고가 제품 처방비중이 증가함으로써 진료건당 평균가격이 상승한 것으로 나타났습니다.

2) 초국적 제약회사의 폭리

약값이 비싼 것에 대해 제약회사는 여러 가지 이유를 대지만 과장되고 왜곡된 경우가 많습니다. 신약을 하나 개발하기 위해서 많은 연구 개발 비용이 든다고 하지만 신약을 판매하기까지 드는 비용에서 연구개발에 투자되는 비용은 11%이고 오히려 마케팅 비용이 27%로 더 높습니다. 또 신약개발을 위한 많은 기초의학 연구는 공적재원으로 지원됩니다. 대부분의 에이즈 약은, 심지어 임상시험까지 모두 공적재정을 통해 개발되었습니다. 그리고 가장 잘 팔리는 상위 5개 의약품 개발을 위한 기초, 응용과학 부문의 연구에 든 비용의 85%가 세금으로 지원되었습니다(Katz, 2007).

노바티스가 판매하는 백혈병 약인 글리벡을 예로 들면 노바티스가 주장하는 부풀려진 연구개발비를 인정해도 1년 반 만에 그 연구개발비를 모두 회수하였습니다. 하루에 4-8알을 먹어야 하는 약이고 한 알의 생산원가는 760원인데도 노바티스는 전 세계적으로 똑같이 한 알에 25,000원이라는 높은 가격을 고수했기 때문입니다. 다른 산업은 이윤 마진이 평균 7%인데 반해 제약산

업은 18%인 상황입니다. 지금도 다국적 제약회사들은 특허기간을 늘리고 약값을 비싸게 유지하기 위한 노력을 하고 있습니다. 그리고 그 비싼 약값은 건강보험 재정과 환자들의 주머니에서 빠져나가고 있습니다.

약값을 낮게 책정하려면 결국 초국적 제약회사의 이해와 상충할 수밖에 없는데 정부가 초국적 제약자본과 협상을 제대로 하기에는 역부족인 것이 사실입니다. 더군다나 낮은 약가를 관철하려고 하면 제약회사가 약 공급을 거부하기도 하기 때문에 정부나 환자 개인은 비싼 약가를 수용해야 합니다. 결국 다국적 제약회사가 원하는 약값이 관철되면 건강보험재정에서 그 돈이 모두 새어나가는 것입니다.

3) 정부의 약가인하 정책

2011년 8월 12일 보건복지부가 약가 인하 관련 정책을 발표한 데 대해 제약회사들의 반발이 심해지고 있습니다. 약가인하 정책은 약가산정방식 변경(동일 성분, 동일 상한가격 부여, 계단형 약가산정방식 폐지, 기등재약 약가조정 등)을 통해 약품비를 절감하고 연구개발 중심으로 제약산업을 선진화한다는 내용입니다. 제약산업 선진화 방안은 혁신형 제약기업을 선정해 약가 우대 등 인센티브를 제공하고 연구개발비에 대한 세액공제 비율 상향조정 등 세제지원, 자금조달 금융비용 지원 등을 하겠다는 계획입니다. 또 제약기업의 인수-합병(M&A) 촉진을 위해 법인세, 취득세 감면 등을 함께 추진하고 있습니다. 즉 이를 통해 국내 제약회사의 글로벌 진출 역량을 강화한다는 것입니다.

하지만 변경된 약가산정 방식은 오리지널 의약품을 판매하는 초국적 제약회사나 국내 대기업보다는 중소기업에 큰 타격을 줄 것입니다. 반면 제약산업 선진화 방안의 혜택은 거의 국내 대규모 제약회사들로 집중될 것입니다. 결국 약가인하 정책의 핵심은 중소기업들을 고사시키면서 대형 제

약회사의 덩치를 불리고 이윤을 집중하도록 도와주는 제약산업 구조조정입니다. 또 제약산업 구조조정 과정에서 발생하는 실업에 대해서 정부는 해결책을 제시하지도 않습니다. 약가인하 정책 발표 후 이미 제약회사들에서 정리해고가 시작되고 있습니다.

뿐만 아니라 정부는 제약회사의 연구개발에 국가재정을 지원하겠다고 하지만 공적 지원을 대가로 제약회사들의 공공적 책임을 요구하지는 않습니다. 국내에 규모의 경제에 미달하는 비효율적인 중소 제약회사들이 많은 것이 문제라면 의약품 공공성 실현을 위해 정부가 이들 회사를 통합해서 국영제약회사를 설립하는 방안을 고민해볼 수도 있는 문제입니다.

약가인하로 건강보험 재정은 절약되겠지만 제약회사의 세금감면 만큼 국가재정은 축소됩니다. 보건복지부는 건강보험 재정 국고지원 확대에는 소극적이면서, 제약자본에는 국가재정을 퍼 주는 정책을 추진하고 있는 것입니다. 더불어 정부는 국내 제네릭 약의 도입을 지연시켜 약가 인상을 초래할 한-EU FTA를 이미 발효한 데 이어 한미 FTA도 발효할 계획입니다. 약가인하 정책을 펼치면서 동시에 약가인하를 불가능하게 만들 더 큰 정책들을 모순적으로 배치하고 있는 셈입니다. 이로 인해 약가인하 정책의 효과는 상쇄될 것입니다.

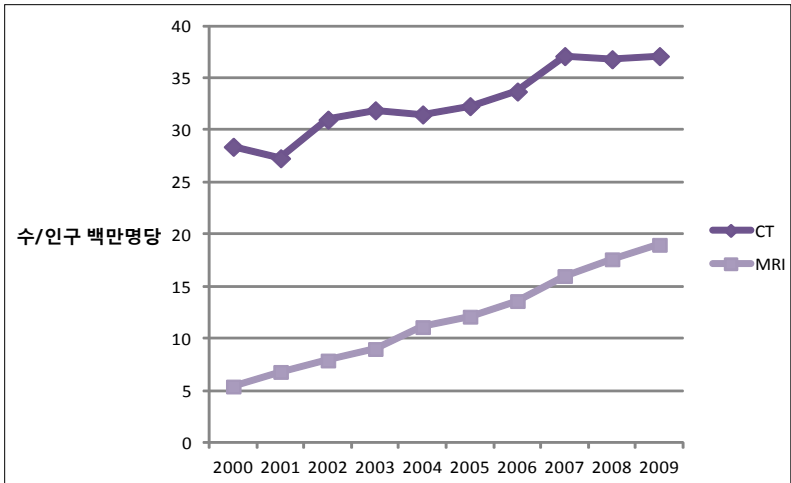
아픔로부터 이윤을 창출하는 자본, 대형 병원과 의료기기 회사

다른 산업들에서는 경쟁이 가격 하락을 유도하지만 의료에서는 그렇지 않습니다. 의료에서 병원들간의 경쟁은 보다 최신의 고가 의료장비, 더 고급화된 의료서비스를 추구하게 하므로 비용이 더 상승합니다. 병원은 비싼 장비에 투

자를 했으니 투자비용을 회수하기 위해 그만큼 더 많은 검사를 하려는 유인이 생기고 그 비용은 결국 건강보험 재정이나 환자들의 본인부담금으로 전가됩니다.

최근 10년간 한국에서 CT는 1.3배, MRI는 3.5배로 늘어났습니다(그림7). 2007년 고가장비 공급현황을 보면 한국, 일본, 미국이 높은 것을 알 수 있습니다(표2). 이들 국가들은 고가장비 설치를 통제하지 않았습니다. 반면 지역의료 계획에서 고가장비 도입을 통제하고 있는 독일, 프랑스 등은 CT, MRI 도입 정도가 OECD 평균보다 낮습니다.

그림 7. 국내 CT, MRI 설치 증가 현황



출처: OECD Health Data 2010.

표 2. 인구 백만 명당 고가장비 수 현황 (2007년 기준).

| | 캐나다 | 프랑스 | 독일 | 네덜란드 | 영국 | 미국 | 일본 | 한국 |
|--------|------|------|------|------|------|------|-------|------|
| CT(대) | 12.7 | 10.3 | 16.3 | 7.8 | 7.4* | 34.3 | 97.3* | 37.1 |
| MRI(대) | 6.7 | 5.7 | 8.2 | 7.6 | 5.6* | 25.9 | 43.1* | 16 |

출처: OECD Health Data 2010. (*는 2008년 수치)

최근 텔런트 고 박주아씨 사망과 관련해 논란이 됐던 로봇수술 또한 2005년 식품의약품안전청 승인 이후 시술 건수가 약 24건에서 2010년 6,426건으로 급격히 증가했습니다. 로봇수술은 집도의가 환자로부터 멀리 떨어져 3차원 영상을 보면서 손가락 동작을 하면 환자 곁에 있는 로봇이 의사가 조작하는 대로 수술을 대신하는 것입니다. 한국은 세계에서 4번째로 많은 다빈치(수술로봇)를 보유하고 있으며 아시아 국가 중에서는 최다 보유 국가입니다. 100만 명당 보유 현황으로 봤을 경우 한국은 0.56대로 미국(4.20대)과 이탈리아(0.79대)에 이어 3위이며 인구대비 시술 건수 또한 세계 3위(추정치)에 올라 있습니다.

고가의 첨단장비가 많으면 더 좋은 치료를 할 수 있고 더 선진국이 아닌가 하는 생각이 들 수도 있지만 비싼 첨단 의료기술로 의료비가 높아진다고 해서 이와 비례하여 국민의 건강수준이 좋아지는 것은 아닙니다. 이에 대해서는 '6장. 규제가 강화되면 의료기술 발전이 저해되고 의료의 질이 하락하는가'에서 다룹니다. 수술 로봇이 많다는 것 또한 꼭 자랑할 거리는 아닙니다. 로봇수술은 높은 가격에 비해 효능이 뛰어나게 높은 것도 아닌데 병원들이 경쟁적으로 다빈치를 도입하다보니 수지 타산을 맞추기 위해 환자에게 로봇 수술을 권하기 때문입니다. 다빈치 로봇 한 대당 가격이 약 30억~40억 원에 달하고 연간 유지비용만 약 2억~2억 5000만 원에 이릅니다. 병원으로서는 초기 도입비용을 제하더라도 연간 150~200건(월평균 15건) 이상 수술을 해야 유지비를 충당할 수 있습니다. 로봇수술 건수를 늘리려다 보니 여러 질병에 확대 적용하게 되는데 로봇수술의 원조 국가인 미국에서조차 로봇수술을 다른 분야로 확대 도입하는 것을 꺼리고 있습니다.

이렇게 비용에 비해 효과적이지 않은 고가의 의료기기들이 무분별하게 도입되고 사용건수가 증가하는 중요한 원인은 병원에 대한 규제가 거의 전무하기 때문입니다. 이에 대해서 '5장. 병원의 민중적 통제1: 규제가 필요하다'에서 다룹니다.

그림 8. 다빈치 로봇수술 장면



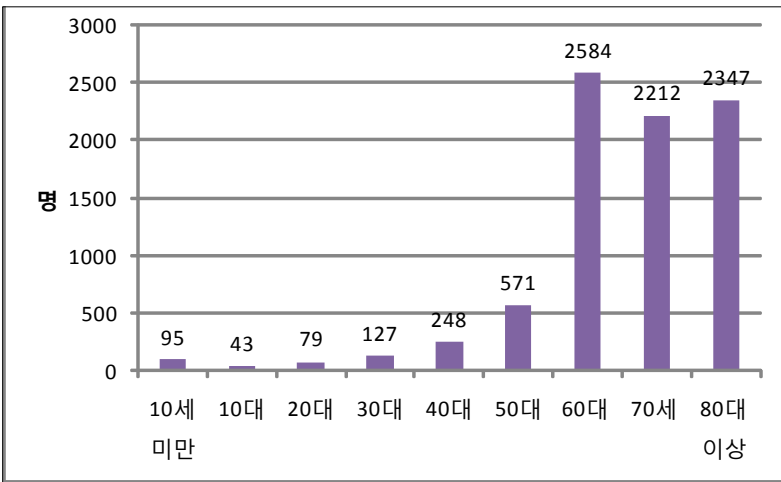
이윤 창출을 위해 아픔을 ‘거부’하는 민간의료보험회사

한나라당을 비롯한 보수진영, 삼성과 같은 자본은 “건강보험은 지키되, 건강보험에서 보장해주지 않는 비급여에 대해서는 민간의료보험을 적용하자”고 말합니다. 하지만 이는 건강보험을 축소하는 것에 반대하는 사회적 여론을 의식해서 민간보험을 마치 건강보험을 보완하는 것으로 얘기하는 것일 뿐 민간보험을 확장하기 위한 전략일 따름입니다. 비급여 영역을 민간보험이 보장해주면 건강보험 보장성을 확대해야 할 유인이 줄어들고 비급여를 통제하지 않는 이상 비급여는 계속 늘어날 것이기 때문에 민간보험의 시장도 커지게 마련입니다.

니다. 결국 건강보험이 축소되는 효과를 낳고 민간보험이 건강보험을 대체하게 될 수도 있습니다. 하지만 민간보험은 가입자에게는 ‘손해보는 장사’입니다. 왜 그럴까요.

1) 가입자에게 왜 손해인가

그림 9. 연간 300만 원 이상 고액진료 환자수(1만 명당)

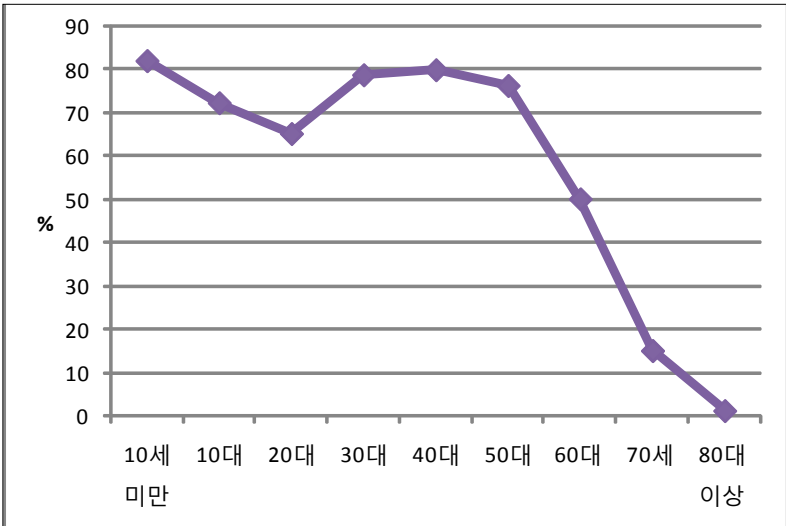


출처: 국민건강보험공단, 2008.

건강보험이 100원을 내면 기업과 정부의 분담금을 포함해 158원을 급여비로 돌려주는 구조라면 민간보험은 100원을 내면 기업이 40원을 가져가고 60원을 급여비로 돌려주는 구조입니다. 민간보험은 건강보험에서는 지출하지 않는 각종 마케팅, 광고, 행정 비용을 상당히 지출하는 데다 이윤을 남겨야 하기 때문에 여러 가지 조건을 달아 급여비를 지급하지 않으려고 하기 때문입니다. 또 민간보험은 의료보장이 가장 필요한 사람들에게 의료보장을 제공하지 않습니다. 그림9를 보면 고액진료는 노인층에서 급격히 증가합니다. 하지만 바로

그 이유로 민간보험회사는 그림 10에서 보듯이 노인층 가입을 거부하고 질병의 위험이 낮은 건강하고 젊은 사람들만 가입시키려고 합니다. 병력이 있으면 가입 거부 대상이 됩니다. 또 경제적으로 어려운 사람들은 보험료 부담 때문에 가입할 수 없습니다. 실제 의료보장이 가장 필요한 사람은 노인, 질병 경력이 있는 사람, 그리고 경제적으로 어려운 사람들인데 말입니다. 이는 자본의 입장에서 보면 지극히 타당한 논리이지만 민중건강권을 요구하는 입장에서는 의료보험이 이윤을 추구하는 민간에 의해 운영된다는 것 자체가 모순입니다.

그림 10. 민간의료보험 가입자 연령대별 비율(%)



출처: “한국의료패널로 본 민간의료보험 가입 실태”, 한국보건사회연구원, 2011.

특히 2010년 보험료를 최대 39% 인상한 미국의 앤섬(Anthem) 보험회사의 사례는 민간 보험제도의 기본적인 취약성을 그대로 보여줍니다. 2007-2009년 금융위기 시 보험료가 부담스러워지자 건강한 보험 가입자들은 보험을 탈퇴하게 됩니다. 남아 있는 가입자들은 상대적으로 덜 건강하므로 보험회사 평균 지불 부담은 커집니다. 결국 보험회사는 보험료를 올려야만 합니다. 이렇게 보

협료가 올라가면 남아 있던 가입자 중에서 상대적으로 건강한 사람들이 또 탈퇴하고 이는 다시 보험료 인상으로 이어집니다.

하지만 민간보험이 이처럼 가입자들에게 불리하고 구조상 취약하다고 해서 가입하지 않기도 어려운 것이 현실입니다. 현재 건강보험이 광범위한 비급여를 포괄하지 못하고 있고 따라서 민간보험이라도 가입하지 않으면 의료비 ‘폭탄’에 그대로 노출되기 때문입니다. 물론 민간보험 가입은 보험료를 감당할 수 있는 사람들에 한해서 가능합니다.

Box 3. 미국, 최악의 의료보험 국가

미국은 메디케이드(Medicaid)와 메디케어(Medicare)를 통해 빈곤층 및 노년층에게 선별적으로 의료보장을 제공합니다. 메디케이드는 빈곤선 기준소득 120% 이내의 극빈층에게 제공되는 의료보장으로 인구의 12% 가량을 포괄합니다. 메디케어는 65세 이상이 되면 의료보장을 제공하는 제도로 미국 노인인구의 30%가 메디케어의 혜택을 받고 있습니다. 하지만 미국은 전 국민을 대상으로 한 의료보장제도가 없고 시장을 통한 자유 경쟁원리에 기초한 5,000여개의 민간보험회사가 있습니다. 그러나 극빈층 바로 위의 4,800만 명은 건강보험이 아예 없습니다. 미국의 개인파산자 중 60% 이상이 의료비 때문에 파산합니다.

미국은 한국과 같은 단일한 국민 건강보험체계를 갖추지 못하고 다수의 영리-비영리 보험기관을 통해 의료보장을 제공함으로써 비효율성이 증가합니다. 행정 비용에도 많은 예산이 낭비되고 고가의 오리지널 약 처방, 불필요한 검사나 수술 등으로 연간 2,000억~3,000억 달러가 낭비되고 있습니다. 미국의 건강보험개혁을 지지하는 학자들은 건강보험 일원화만

이 보험간접비용과 관료주의로 낭비되는 수천억 달러를 절약하는 방법이라고 말합니다.

2) 민간의료보험회사의 성장전략

건강보험 보장성을 올려서 비싼 병원비를 낮추는 것이 올바른 해결방법이지만 민간보험은 이런 상황을 활용해 이익을 얻으려 합니다. 삼성생명에서 유출된 보고서에 따르면 정액방식의 보험(특정 질병에 대해 보장)에서 출발해 실손의료보험(발생한 의료비에 대해 모두 보장), 건강보험을 대체하는 포괄적 보험으로 차근차근 보험의 형태를 포괄적으로 바꾸어나가려는 전략을 세우고 있습니다. 실제로 실손의료보험이 노무현 정부 때 허용되었습니다. 2008년 기준 민간보험의 시장규모는 12조 원으로 건강보험료 수입의 48%에 달했고 민간의료보험료 증가율은 연평균 15%에 이릅니다. 민간보험자본은 이에 그치지 않고 지속적으로 자신의 영역을 넓히려 하고 있습니다.

① 리스크 관리와 의료비 통제

발생하는 의료비에 대해 모두 보장을 해 줘야 하는 실손형 보험이 확대되자 민간보험회사에서 손해율이 증가하는 경향이 나타납니다. 이에 대해 보험회사는 가입신청자의 질병위험률을 보다 엄격하게 산출하여 가입여부를 결정하거나 보험료를 책정해서 리스크를 줄여야 할 필요성이 높아집니다. 보험회사들이 건강보험의 개인질병정보에 접근하려고 하는 이유는 이 때문입니다. 또 병원이 진료를 많이 할수록 보험회사는 손해이기 때문에 병원을 직접 통제

하고 싶어 합니다. 그 예가 제3자 지불제도입니다. 현재 실손형 보험은 가입자에게 급여를 지불하고 있는데 이를 환자를 거치지 않고 직접 병원에 지불하면 가입자 입장에서 일일이 보상 신청을 하지 않아도 되니 편리하다고 주장합니다. 하지만 그렇게 되면 이제 보험회사는 병원이 과잉진료를 하면 진료비 지불을 하지 않겠다는 식으로 병원을 통제할 수 있게 되고 결국 병원의 진료가 민간보험회사에 종속되는 효과가 나타납니다. 미국이 현재 이런 체계입니다. 제3자 지불제도 도입은 지금은 제동이 걸린 상태이지만 민간보험회사는 앞으로 이를 계속 요구할 것으로 보입니다.

② 사업 다각화

보험개발원이 제출한 「보험산업의 비전과 대응과제」(2005)를 보면 보험자본은 시장을 넓히기 위한 다양한 모색을 하고 있습니다. 고령화 추세에 주목하면서 고령인구를 보험소비자로 끌어들이기 위한 전략으로 노인 대상 병원, 실버타운 등에 투자하는 것이 그 예입니다. 삼성생명만 유료노인요양시설인 '삼성노블카운티 너싱홈'을 건설하고, 2001년 4월부터 운영 중에 있습니다. 보험업법 상 민간보험회사가 노인복지 관련 시설투자를 하는 것은 문제가 없으나 노인전문병원을 설립할 수는 없습니다. 그래서 보험회사들은 의료법 상 법인 설립 자격에 대한 제약을 없애야 한다고 주장합니다.

또 다른 새로운 시장은 단체보험 시장인데 이 부분은 건강관리서비스와 연계가 될 수 있습니다. 국내 민간 건강관리회사들은 이미 은행, 카드회사, 국내외 민간보험사 등과 협력체계를 구축하고 개인 회원에 대한 판매보다는 기업 임직원이나 민간보험상품 가입자를 대상으로 한 판촉이나 지방자치단체 서비스 위탁에 주력하고 있습니다. 이런 측면에서 보험회사는 건강관리서비스업과 연계해서 단체보험 시장을 확대하는 것이 가능합니다. 그러나 민간보험이 확장되면 될수록 국민건강보험의 입지는 축소될 수밖에 없습니다.

③ 금융화

또한 보험회사는 보장영역의 확대 뿐 아니라 보험상품의 다양화를 노리고 있습니다. 정부는 각종 금융상품의 판매에 관한 업무영역 규제를 점진적으로 완화해 왔습니다. 은행의 경우 이미 1997년 보험자회사 설립이 개방되어 자회사로 생·손보사를 설립, 소유할 수 있습니다. 그러나 산업자본계 보험회사는 은행법 및 보험업상 규제 때문에 은행을 소유할 수 없어 종합금융서비스를 제공하는 데 제한이 있습니다. 보험회사는 이 규제를 완화하기 위해 은행업 겸업을 요구하고 있으며 이는 2008년 11월 금융위원회가 입법예고한 보험업법 일부 개정안에 포함되어 있습니다. 자본시장과 금융투자업에 관한 법률(자통법) 시행 이후 금융투자회사는 결제, 송금, 수시입출금 등 부가서비스 제공이 가능해졌는데 보험회사는 자신에게도 이를 허용해달라고 하고 있습니다.

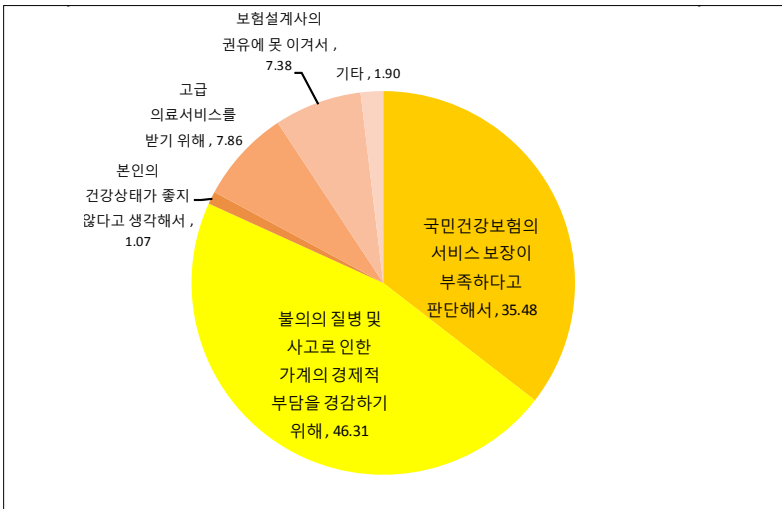
그러나 보험회사가 지급, 결제 등 겸영업무를 할 수 있게 되면 보험가입자들이 낸 보험료를 투자에 직접 연동하고 투자 수익이나 손실을 보험가입자들에게 분배할 수 있는 상품을 개발할 수 있습니다. 이렇게 되면 투자에서 손실이 발생했을 때 이를 가입자들에게 전가할 수 있을 뿐 아니라 금융위기 시 위험이 보험회사로 전이되는 또 하나의 연쇄고리를 만드는 식으로, 금융 불안정성이 높아집니다. 보험업법 개정안 역시 현재는 제동이 걸려 있지만 민간보험회사는 개정을 계속 원할 것이고 특히 한미FTA가 통과되면 보험업 규제 완화는 매우 신속하게 진행될 것입니다.

3) 민간의료보험에 들지 않아도 되려면

민간의료보험에 가입하는 가장 주된 이유는 ‘예측할 수 없는 고액의 의료비’에 대한 불안과 걱정 때문입니다(그림11). 두 번째 이유인 ‘건강보험의 보장성 부족’ 또한 비슷한 맥락에서 해석할 수 있을 것입니다. 그래서 무상의료를 제시

하는 민주당이나 여러 정책전문가들, 시민단체들은 병실료, 선택진료비를 비롯한 주요 비급여 항목을 급여화해야 한다고 주장하는 것입니다. 그런데 병실료와 선택진료비는 사실 원래 존재하던 것이 아니라 정부가 계속 규제를 완화하면서 그 규모와 범위가 커진 것입니다. 때문에 당장 병실료나 선택진료비에 대해 보험 적용을 해서 의료비 부담이 줄어든다 할지라도 병원이 기존의 다른 비급여를 늘리거나 또 새로운 비급여를 창출하려는 시도에 대해 정부가 병원을 제대로 규제할 준비가 되어 있지 않다면 민간보험 가입 유인은 줄어들지 않을 것입니다.

그림 11. 민간의료보험 가입 이유(%)



출처: 민간의료보험 가입실태, 보건사회연구원, 2011.

실사 건강보험 적용 범위가 넓어지더라도 ‘비급여의 확장(새는 수도꼭지)’이 환자에게는 큰 부담으로 작용합니다. 따라서 정부가 새로운 비급여에 대해서 심사를 통해 필요한 경우에는 급여화해주고, 의학적 타당성이 부족한 경우 규제를 해서 병원이 임의로 비급여를 이용하여 환자에게 고비용을 전가하지 못하도록 해야 합니다.



병원의 민중적 통제 1 규제가 필요하다

규제가 없는 한국의 병원

병원들이 과잉진료를 하고 고가장비를 제한 없이 도입할 수 있는 이유는 한국에 병원의 고가장비 설치에 대한 규정이 없기 때문입니다. 대형병원들은 고가의 의료기기 도입, 병상 수 증가, 병원 규모 확대 등으로 대형화, 고급화 경쟁을 하고 있습니다. 이는 정부가 지속적으로 규제를 완화하는 정책을 펴왔기 때문입니다. 한국 정부는 의료진달체계를 무력화하고 있는, 전 세계적으로도 유례가 없는 재벌병원의 확대를 규제하기는커녕 이를 부추기는 정책으로 일관했습니다. 1990년 진료권역별 병상 수 상한제를 폐지하고 병상 신증설 절차를 완화하고 1998년 진료권역을 폐지한 것이 대표적 사례입니다. 그 결과 '빅4 병원'(서울대병원, 삼성의료원, 세브란스, 서울아산병원)이 건강보험재정에서 지급받은 금액은 2001년 4,068억 원에서 2006년에는 9,685억 원으로 5년 만에 2.4배로 늘어났습니다. 건강보험재정 총지출이 62% 증가하는 동안 재벌병원의 급여비가 240% 증가한 것입니다.

이렇게 병원 설립, 병상 수 확대, 고가장비 설치 등에 대한 규제가 없는 나라는 OECD 중 체코, 그리스, 핀란드, 폴란드를 제외하고는 없습니다. 그러나 이들 국가들은 한국에 비해 공공병상 비율이 압도적으로 높습니다(표3). 공공 병원은 국가의 지침에 따라 운영할 수 있기 때문에 규제가 용이한 측면이 있습니다. 그런데 한국은 규제장치도 없고 동시에 공공병상 비율도 2008년 기준 4.2%로 이례적으로 낮습니다. 시장중심적 의료체계를 가진 미국조차 공공병상이 33.2%를 차지합니다. 네덜란드는 OECD 국가들 중 예외적으로 공공병상 비율이 0%이지만 병원 설립은 중앙정부 계획 하에 이루어지며 병상 수는 지방정부 수준에서 계획이 이루어지고 있습니다. 공공병상 비율도 현저히 낮고 규제장치도 없는 국가는 OECD 국가들 중 한국이 유일합니다.

병원 설립, 병상 수 조절을 정부 계획이 아니라 민간의 자율에 맡기면 병원 신설과 병상 수 증가가 경제력이 있는 곳에 편중되어 과잉 공급되고 그렇지 않은 지역에는 공급이 부족하게 되어 의료서비스 접근의 비형평성이 나타납니다. 예컨대 서울시에서 조사, 공개한 의료기관 수 및 병상 수 현황(2011년 6월 30일 기준)에 따르면 강남구의 의료기관 수는 하위 5개 구(용산, 금천, 도봉, 중로, 성동)의 합보다 많았습니다. 인구가 많은 노원구, 강서구, 관악구 인구의 합은 약 193만 명으로 강남구의 약 57만 명의 세 배를 웃돌지만 의료기관 수의 합은 1,981개로 강남구의 2,320개보다 적었습니다.

각 병원이 제공하는 의료서비스에 대한 규제도 마찬가지로인데, 중증 질환을 주로 관리해야 할 대형병원이 외래 진료에 투자를 많이 하자 동네의원에서 치료해도 충분한 환자들이 대형병원으로 몰리게 되었습니다. 상황이 이렇게 되자 동네의원은 살아남기 위해 영리추구에 더욱 골몰하게 되었고 결국 보험적용이 되지 않고 병원수익이 높은 미용분야로 의료 인력이 쏠려서 일차의료 기능이 약화되고 있습니다. 이에 환자들은 영리를 추구하는 의사와의 신뢰를 형성하지 못한 채 여러 의원을 찾아 전전하는 ‘의료 쇼핑’을 선택하기도 합니다.

표 3. OECD 국가 공공병상 비율과 병원 통제방안 현황(2009년)

| | 전체 병상 중 공공병상의 비율 (%) | 병원 및 기타 기관 설립 | | | 병상 수 조절 | | | 특정 서비스의 공급 | | | | 고가장비 설치 | | | |
|-------|----------------------|---------------|---------------|---------------|--------------|--------------|----------------|------------|---------------|---------------|----------------|--------------|----------------|---|---|
| | | 규제 없음 | 지역 수준 기관 수 제한 | 전국 수준 기관 수 제한 | 중앙정부 계획 하 설립 | 지방정부 계획 하 설립 | 중 앙 정부 계획 하 설립 | 규제 없음 | 지역 수준 기관 수 제한 | 전국 수준 기관 수 제한 | 중 앙 정부 계획 하 설립 | 지방정부 계획 하 설립 | 중 앙 정부 계획 하 설립 | | |
| 호주 | 69.6 | ○ | ○ | | ○ | ○ | | ○ | ○ | | | ○ | ○ | | |
| 오스트리아 | 71.5 | | ○ | ○ | | ○ | ○ | | ○ | ○ | | | ○ | ○ | |
| 벨기에 | | | ○ | ○ | | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ |
| 캐나다 | | ○ | ○ | | ○ | ○ | | ○ | ○ | | | ○ | ○ | | |
| 체코 | 86.5 | ○ | | | ○ | | | ○ | | | | | ○ | | |
| 덴마크 | 95.6 | | | ○ | | | ○ | | | | ○ | | | ○ | |
| 핀란드 | 95.7 | ○ | | | ○ | | | ○ | | | | ○ | | | |
| 프랑스 | 64.5 | | | ○ | | | ○ | | | ○ | | | | ○ | |
| 독일 | 40.8 | | | ○ | | | ○ | | | ○ | | | | ○ | |
| 그리스 | 69.0 | ○ | | | ○ | | | ○ | | | | ○ | | | |
| 헝가리 | 97.0 | | | ○ | | | | ○ | | | ○ | ○ | | ○ | |
| 아일랜드 | 97.1 | | | ○ | | | | ○ | | | ○ | | | ○ | |
| 이탈리아 | 68.3 | | ○ | ○ | | ○ | ○ | | ○ | ○ | | | ○ | ○ | |
| 일본 | 26.7 | | ○ | | ○ | ○ | | ○ | | | | ○ | | | |
| 한국 | 14.2 | ○ | | | ○ | | | ○ | | | | ○ | | | |
| 룩셈부르크 | | | | | ○ | ○ | | | | | ○ | | | ○ | |
| 멕시코 | 75.8 | | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ |
| 네덜란드 | 0.0 | | | ○ | | ○ | | ○ | | | | ○ | | | |
| 뉴질랜드 | | | | ○ | ○ | | | ○ | | | | ○ | | | |
| 노르웨이 | 90.4 | | ○ | | | | ○ | | | | ○ | | | ○ | |
| 폴란드 | 79.5 | ○ | | | ○ | | | ○ | | | | ○ | | | |
| 포르투갈 | 73.7 | | | ○ | | | ○ | ○ | | | ○ | | | ○ | ○ |
| 스페인 | 66.3 | | | ○ | | | ○ | | | ○ | | | | ○ | |
| 스웨덴 | | | | ○ | ○ | | | | | ○ | ○ | ○ | | | |
| 스위스 | | | | ○ | | | ○ | | | ○ | ○ | | | | |
| 터키 | 87.8 | | | ○ | | | ○ | | | ○ | ○ | | | | |
| 영국 | 100 | | | ○ | ○ | | | ○ | | | | ○ | | | |

출처: Paris, V. 외, 2010.

이는 곧 의료비 상승과 연결되며 악순환을 형성합니다. 한편 대형 병원의 이윤추구 경향이 증가할수록 의료인력은 최소로 줄어들어 남아 있는 의료인력의 업무부담이 과중해집니다. 3분, 아니 1분도 채 되지 않는 시간동안 진료를 받는 환자는 자신의 상태를 설명할 여유도 없고, 특히 복잡한 응급실에서는 자기가 제대로 치료 받을 수 있을지 불안해합니다. 병원비는 자꾸 비싸지는데 간호사, 의사가 자신의 건강을 위해 적절한 진료를 하는지 불신하게 됩니다.

결국 병원이 영리를 추구하는 경향을 제어할 장치들, 즉 공공병상 증대, 병원 설립, 병상 증설, 특정 의료서비스 및 고가장비에 대한 규제 등이 없으면 이런 많은 부작용들이 생깁니다. 따라서 지역별로 균형 잡힌 의료서비스 공급을 위해 지역별 병상 총량제가 부활되어야 하고 특정 서비스나 고가장비 설치에 대한 규제 장치가 마련되어야 합니다.

진료비 지불제도 개편의 한계

특정 의료서비스나 고가장비 사용을 통제하기 위한 방안으로 지불제도 개편이 거론됩니다. 현재 한국의 지불제도는 행위별수가제이기 때문에 검사나 시술을 할 때마다 비용을 청구할 수 있으므로 검사시술 건수를 늘리는 유인이 생깁니다. 이를 해결하기 위한 대안으로 제시되는 것이 질병별 포괄수가제와 총액예산제입니다. 포괄수가제는 동일한 질병에 대해 일정한 수가를 정해놓고 지불하는 방식입니다. 그러면 병원 입장에서는 꼭 필요하지 않다면 되도록 검사나 치료 비용을 아끼려는 유인이 생기게 됩니다. 총액예산제는 각 의료기관별로 1년 예산을 정해서 지급하는 방식입니다. 그러면 의료기관은 주어진 예산 안에서 진료를 해야 하므로 비용을 절감하려는 노력을 하게 됩니다. 그동안 시민사회운동과 전문가들은 지불제도 개편을 보건의료제도 개혁의 중요한

과제로 제시해왔습니다.

1) 질병별 포괄수가제

의료비 증가 경향을 제어하기 위해서 지불제도 개편은 중요한 과제 중 하나입니다. 하지만 의료공급체계의 성격과 구조에 따라서 지불제도 개편은 성공할 수도, 실패할 수도 있습니다. 이미 대다수의 병원들이 상업적으로 운영되는 한국 상황에서 지불제도 개편은 신중함을 요합니다. 예컨대 미국의 경우 진료비 지불 방식으로 포괄수가제가 가장 광범위하게 적용되고 있습니다. 하지만 포괄수가제가 과잉진료의 제어를 통해 병원의 영리추구를 통제하는 역할을 하지 못하고 의료행위의 통제를 통해 민간보험자본의 이윤추구를 극대화하는 역할을 하고 있는 것이 현실입니다. 한국에서도 의료기관의 영리추구적 성격으로 인해 질병별 포괄수가제가 왜곡될 여지가 많습니다. 예를 들어, 미국에서는 단순 폐결핵을 복합 폐결핵으로 진단명을 상향조정함으로써 진료비를 더 타내거나 심장 수술처럼 이윤이 많이 남는 환자들을 유인합니다. 반면, 복합상병이나 만성질환으로 손해가 예상되거나 장기 입원이 필요한 환자들을 회피하는 일들이 벌어졌습니다. 환자들을 가능한 한 빨리 퇴원시키는 방법도 동원되었습니다. 포괄수가제 적용을 하면서 이를 관리하기 위해 1983-1988년 사이 병원 관리자의 숫자가 두 배나 늘었다고 합니다(김명희 외, 2007).

2) 총액예산제

총액예산제는 1970-80년대 많은 유럽 국가들이 진료비 급등을 경험했을 때 진료비 억제 정책으로 사용했던 방법입니다. 총액예산제 도입을 통해 물가상승을 보정한 의료비 증가를 9-17% 하락시킬 수 있었다고 합니다. 그러나 병원

의 대부분이 공공병원인 유럽과 달리 영리추구적 성격이 강한 한국의 의료공급체계 하에서는 총액예산제 도입이 포괄수가제와 비슷한 부작용과 왜곡을 낳을 수도 있습니다. 특히 비급여가 통제되지 않는다면 포괄수가제나 총액예산제를 도입하더라도 의료비 부담을 해결할 수 없습니다. 보험연구원은 「의료시장 변화에 따른 민영실손의료보험의 대응 보고서」(2011.8.31.)를 통해 지불제도가 총액예산제로 전환되더라도 “급여부문에서 의료공급자에 대한 적절한 보상이 이뤄지지 않는 경우 비급여 진료의 증가 가능성이 있다”고 진단했습니다. 현재 건강보험체계가 “비급여 부문에 대한 가격통제기능의 부재로 인해 급여부문의 의료비통제가 결국 비급여부문의 가격상승으로 이어질 수밖에 없는 구조”이기 때문이라는 것입니다.

결국 포괄수가제나 총액예산제가 비급여 통제를 담보하지 않으며 따라서 ‘낭비적 지출구조의 문제’를 다 해결해주리라 생각할 수 없습니다. 운동진영이 만약 이러한 정책대안을 관철시키고자 한다면 정책도입 자체에 매몰되기보다 병원의 이윤추구 경향을 제어할 필요성에 대한 사회적 공감대를 형성하고 제도 도입의 정치적 의미를 환기시키는 데 집중해야 할 것입니다. 한국에서는 노무현 정부 당시 보건복지부가 2004년 상반기 공공의료기관을 대상으로 시범사업을 실시할 계획이었으나 대한의사협회 등의 강한 반발로 무산된 바 있습니다. 매년 건강보험정책심의위원회에서 병원의 수가인상에 합의해왔던 과정을 상기한다면 총액예산제가 도입되더라도 결국 병원자본의 이해와 상충되는 과정을 어떻게 극복할 것이냐가 문제가 될 것입니다.

비급여 통제가 필요하다

1) 법정비급여

포괄수가제와 총액예산제가 비급여 통제를 보장하지는 않습니다. 결국 이를 위한 별도의 방안이 필요합니다. 법정비급여 중 선택진료비와 상급병실료는 모두 그동안 규제가 지속적으로 완화되면서 ‘부당하게’ 늘어왔던 비용입니다. 선택진료제도는 1963년에 특진제도라는 이름으로 개원의에 비해 소득이 낮은 국립대 병원 의사들의 수익을 보전하는 방편으로 시작되었습니다. 특진제도가 1991년 지정진료제로 바뀌면서 허가 병상 수 400 이상인 대형병원과 치과대학병원 등에 한해 의사 개인의 진료 건수 가운데 70% 한도 안에서만 허용되었습니다. 그러나 현재는 한 병원 내에서 선택진료가 가능한 의사 비율이 80%를 넘지 않는다면 의사 개인의 선택진료 건수는 무제한으로 허용되었고, 또한 병원급 이상 의료기관에서는 모두 선택진료가 가능하도록 변화하였습니다. 의료기관의 주 수입원으로 활용될 수 있도록 규정이 계속 완화된 셈입니다.

상급병실료의 경우, 1982년까지는 다인병실의 부족으로 인하여 환자가 상급병실에 입원하게 된 경우 병원은 상급병실료 차액을 받을 수 없었으나 2004년부터는 그 차액을 받을 수 있게 되었습니다. 이런 식으로 비급여에 대한 규제가 점차 완화되는 현실에서는 총액예산제, 포괄수가제를 도입해도 비급여는 확대될 수 있습니다. 따라서 별도의 규제장치가 필요합니다.

2) 임의비급여

우리나라의 국민건강보험 체계 내에서는 법정비급여 진료를 제외하고는 모두 국민건강보험에서 급여적용을 받게 되므로 엄밀하게 말하면 임의비급여 진료는 합법적이라고 할 수 없습니다. 그러나 급여기준을 초과하지만 의학적 판단,

필요에 의해 추가로 진료하거나 미신고 신의료기술 및 신의료기술 평가에서 반려된 항목 등에 대해 임의비급여라는 이름으로 환자에게 비용을 부담하게 하기도 합니다.

임의비급여는 진료 현장에서 불가피하게 발생할 수 있으나 법에 위배된다는 측면에서 의료공급자의 입장에서는 갈등의 요인으로 작용할 수 있습니다. 또한 의료소비자인 국민의 입장에서는 원하는 진료를 받기 위해서 많은 비용을 추가로 지불해야 하므로 부담이 됩니다. 보건복지부와 국민건강보험공단은 임의비급여가 전체비급여 및 의료비에서 차지하는 비율을 정확하게 파악하지도 못하고 있습니다. 일선 의료기관에서는 전체 의료비 중 3-5%정도가 임의비급여일 것으로 추정하고 있지만 임의비급여가 불법적인 성격이라 이에 대한 노출을 꺼리고 있어 규모 추정이 어려운 상황입니다.

임의비급여는 설사 그것이 전체 의료비에서 차지하는 비중이 낮을지라도 환자 1인에 가중되는 의료비가 매우 높은 경우가 많기 때문에 심각한 문제입니다. 더군다나 병원들은 임의비급여 가격을 적절한 기준 없이 말 그대로 '임의'로 결정해버립니다. 환자들은 비급여 진료에 대해 설명을 듣지 못한 경우가 대다수고 설명을 듣는다 해도 비급여 치료를 하지 않으면 결과가 안 좋다는 식의 설명이기 때문에 선택의 여지가 없는 경우가 많습니다. 또 사안별로 의사가 의학적·임상적 소견서와 근거자료를 첨부하면 급여가 가능한데도 병원이 절차상의 번거로움 등을 이유로 이를 환자에게 부담하게 하는 경우도 허다합니다.

신의료기술을 적용할 때는 시행 후 30일 이내에 급여에 대한 신청을 하도록 되어 있지만, 신청을 하지 않고 비급여로 진료하는 경우 이를 찾아낼 수 있는 방법이 없고 이를 위반하였을 때도 처벌할 수 있는 근거가 없습니다. 따라서 신의료기술 최초 시행 후 급여여부를 신청하지 않는 경우 처벌규정을 마련하여 신의료에 대한 신고의무가 실효성을 가질 수 있도록 해야 한다는 의견도

있습니다. 또 안전성·유효성이 떨어지는 신의료기술을 병원이 비급여를 통한 수익 창출의 목적으로 시행하는 것을 강력히 규제해야 합니다.

비급여는 병원의 이익 뿐 아니라 대학병원의 교수들의 연구실적과 관련이 있기도 합니다. 예컨대 초국적 제약회사나 의료기기회사가 신약이나 신의료장비를 제공하고 교수가 그것이 환자치료에 얼마나 도움이 되는지에 대해 임상시험 결과를 논문으로 제출하는 것입니다. 그리고 환자가 임의비급여라는 명목으로 치료비를 부담합니다. 그러나 임상시험 비용부담은 기술을 개발하는 기업의 몫입니다. 환자가 더 비싼 치료나 완전히 검증되지 않았더라도 최신 의료를 선택할 자유는 있지만, 그렇지 않은 경우에 환자에게 비용을 전가해서는 안 되는 것입니다. 또 의학적으로 유효하고 타당한 치료에 대해서는 급여를 확대해 환자가 고비용을 부담하지 않도록 해야 합니다. 하지만 의학적으로 타당하다고 검증하기 위한 자료조차 제약회사, 의료기기회사의 지원을 받거나, 커넥션이 있는 경우가 많아 그 객관성을 엄밀히 봐야 합니다.

하지만 임의비급여 통제가 쉽지는 않을 것으로 보입니다. 작년 4월 국회에서 열린 ‘임의비급여 개선방안 모색 토론회’에서 의료계는 “임의비급여는 의사 및 의료기관과 환자간의 사적계약이니 정부가 통제해서는 안된다”고 주장한 바 있습니다. 병원은 이제 영리를 추구하는 기업처럼 행동하고 있습니다. 병원 자본의 이러한 주장에 대해 환자들은 의학적으로 필요한 치료를 받느라 가정경제가 파탄나지 않을 권리가 있다고 말해야 합니다. 그 부담은 국가와 사회의 부담이어야 하고 병원은 건강을 담당하는 기관으로서 공적 기능을 회복해야 할 것입니다.



규제가 강화되면 의료기술 발전이 저해되고 의료의 질이 하락하는가

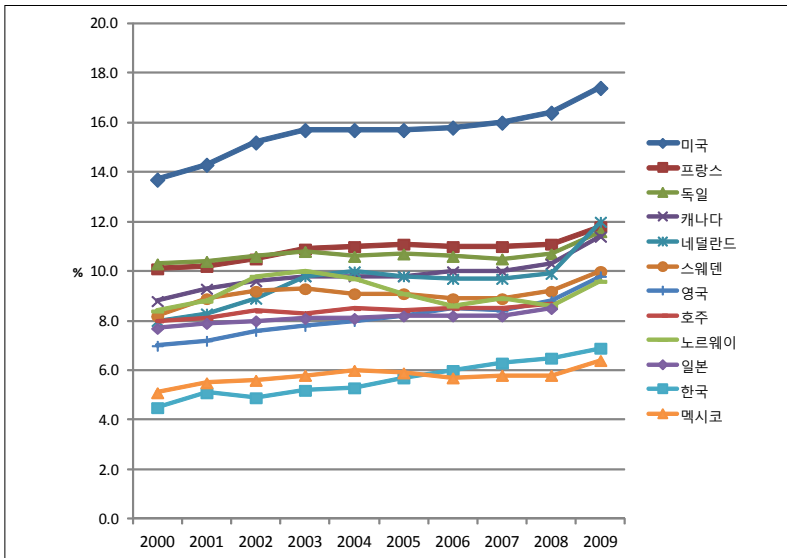
그런데 이렇게 특정 의료시술이나 고가장비 도입에 대한 규제와 신의료기술 도입과정에서 발생하는 임의비급여의 규제를 강화하면 의료기술 발전이 저해되어 의료의 질이 떨어진다고 주장하는 사람들이 있습니다.

그러나 규제를 강화한다고 의료기술 발전이 저해되는 것은 아닙니다. 미국은 신의료기술을 무분별하게 도입하는 것에 대해 규제가 적습니다. 그러나 미국보다 규제가 강한 유럽 국가들에서 의료기술 발전이 뒤쳐진 것은 아닙니다. 장기이식술, 심장혈관수술, 뇌 수술 등 첨단 의료기술 5개 분야를 비교해 본 결과, 미국과 유럽의 무상의료를 시행하는 국가들 사이에서는 기술의 차이가 없었거나 오히려 미국이 낮은 분야도 있었습니다. 첨단 의료기술 분야의 발전은 국가가 기초분야에 대한 연구개발에 얼마나 투자를 하는가에 달려있지 무분별하게 신의료기술을 도입하고 환자에게 비용을 전가하는 것과는 관련이 없는 것입니다.

신의료기술에 대한 규제가 적은 결과 미국에서는 의료비 증가 현상이 나타납니다. 미국은 OECD 국가들과 비교해 의료비가 압도적으로 높습니다(그림 9). 여러 연구들을 종합하면 미국에서 1940-1990년까지 실질 의료비 상

승 원인 중 의료기술 개발, 도입이 차지하는 비중은 38~62%에 달했습니다 (Ginsberg, 2008). (참고로 인구고령화의 기여도는 2% 정도로 생각보다 높지 않고, 소득 증가가 5~18%, 행정비용 증가가 3~13%를 차지했습니다.)

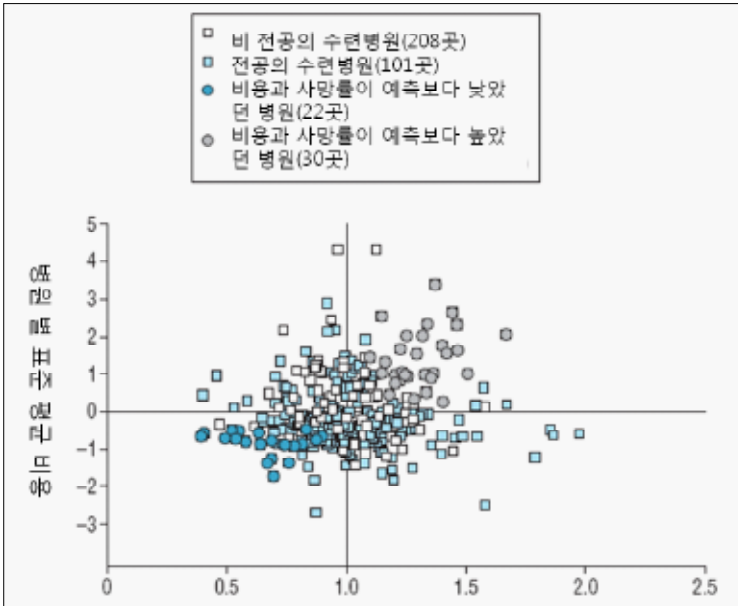
그림 9. GDP 대비 의료비 지출 비중(%)



출처: OECD Health data, 2010.

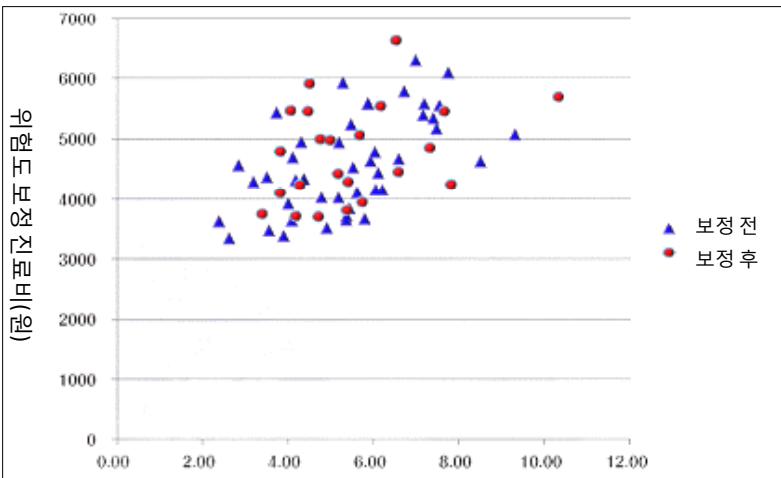
비싼 의료기술이라고 해서 반드시 의료의 질이 높다고 할 수는 없습니다. 예컨대 패혈증이나 급성심장혈관질환으로 인한 사망률과 각 병원에서 해당 질병 치료를 위해 사용한 비용 간에는 인과관계가 없었습니다(그림 10, 11). 돈을 많이 들인다고 생존률이 반드시 높아지는 것은 아니라는 것입니다. 따라서 비용효과성에 대한 평가가 필요하고 그러한 기준을 충족하지 못하는 신의료 기술은 도입과 확산에 있어 규제가 필요한 것입니다.

그림 10. 병원 별 표준 사망률



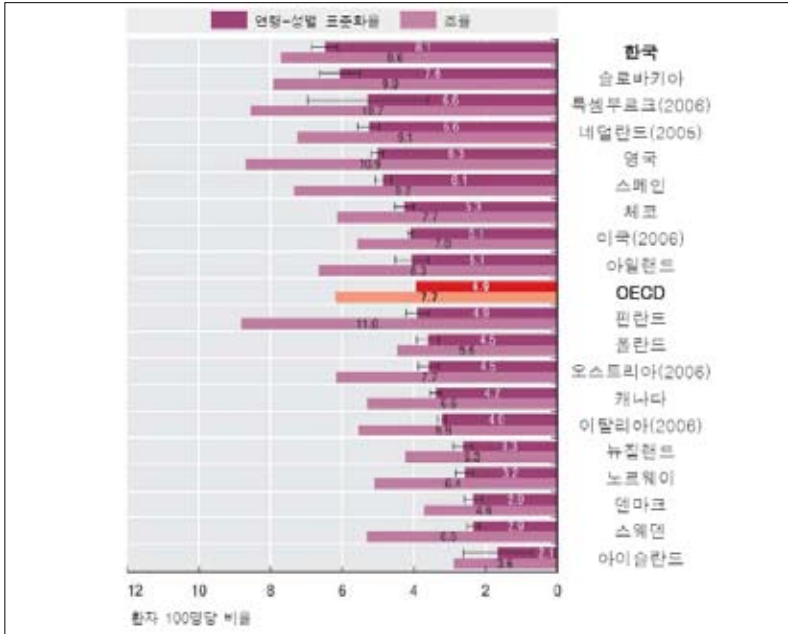
출처: Lagu, T, 외, 2011.

그림 11. 급성 심혈관계 질환 위험도 보정 사망률-진료비 분포



출처: 김윤, 2010

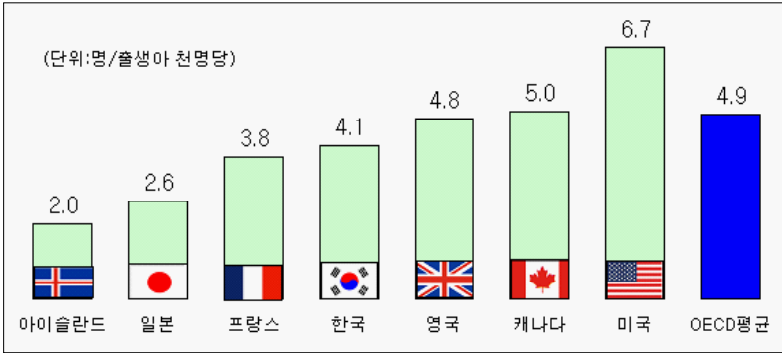
그림 12. 급성심근경색증의 입원 30일 이내 원내 사망률, 2007년



출처: 「한눈으로보는 OECD 보건지표 2009」, 보건복지부, OECD, 2009.

미국의 의료비 지출은 OECD 국가들 중에서 압도적으로 많지만 고가의 신 의료기술에 대해 많은 부담을 한다고 해서 미국인들이 더 건강해지거나, 의료의 질이 반드시 좋아지는 것도 아닙니다. OECD 국가 간 보건의료 질 비교 결과를 보면, 2007년 미국의 급성심근경색증 입원 30일 이내 원내 사망률은 OECD 평균 수준이었습니다(그림 12). 국가의 건강수준을 잘 보여주는 지표인 영아사망률을 살펴보면 미국은 OECD 평균보다 훨씬 높은 6.7명이었습니다(그림 13). 또 허혈성 및 출혈성 뇌졸중 입원 30일 이내 원내 사망률은 각각 OECD 평균 수준이거나 OECD 평균보다 높았습니다(그림 14).

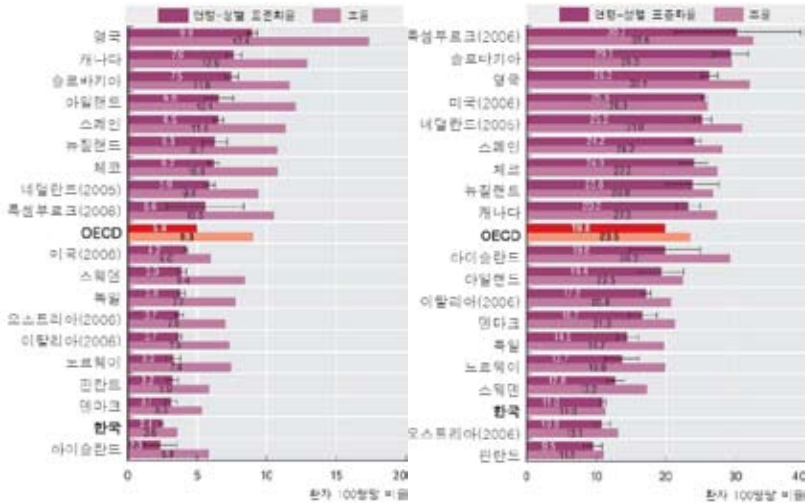
그림 13. 2007 OECD 회원국 영아 사망률 비교



출처: OECD Health Data 2009.

그림 14. 뇌졸중 환자의 입원 30일 이내 원내 사망률, 2007년

(좌: 허혈성, 우: 출혈성)

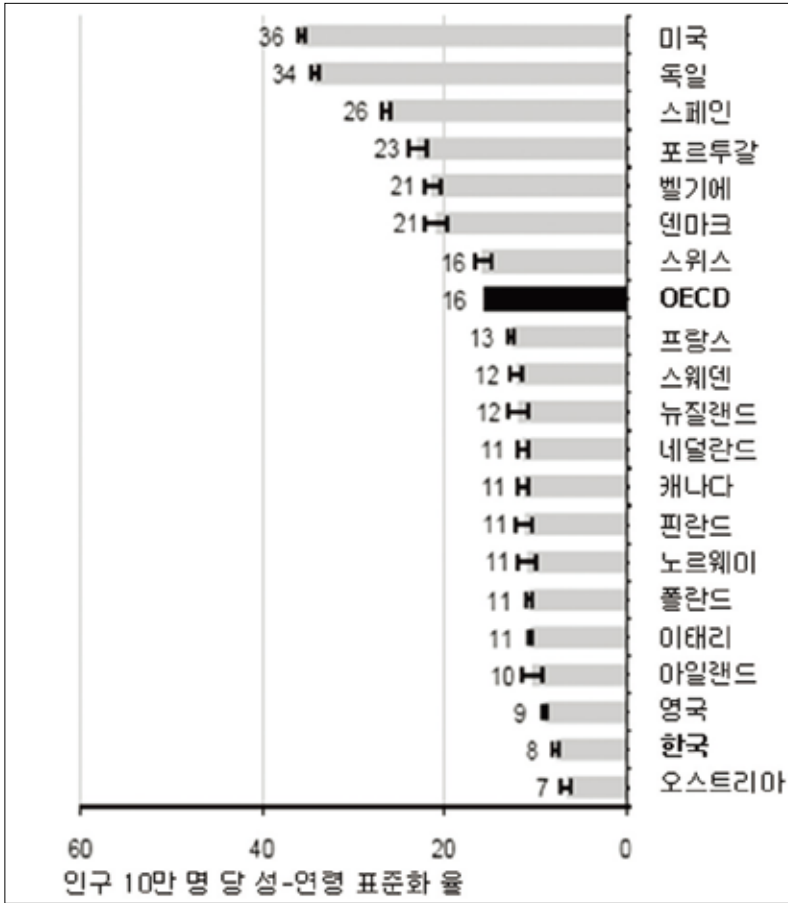


출처: 「한눈으로보는 OECD 보건지표 2009」, 보건복지부, OECD, 2009.

일차의료 수준도 열악합니다. 하지절단을 비롯한 당뇨의 합병증은 관리를 잘 해주면 예방할 수 있기 때문에 일차의료의 질을 보여줍니다. 미국은 당뇨

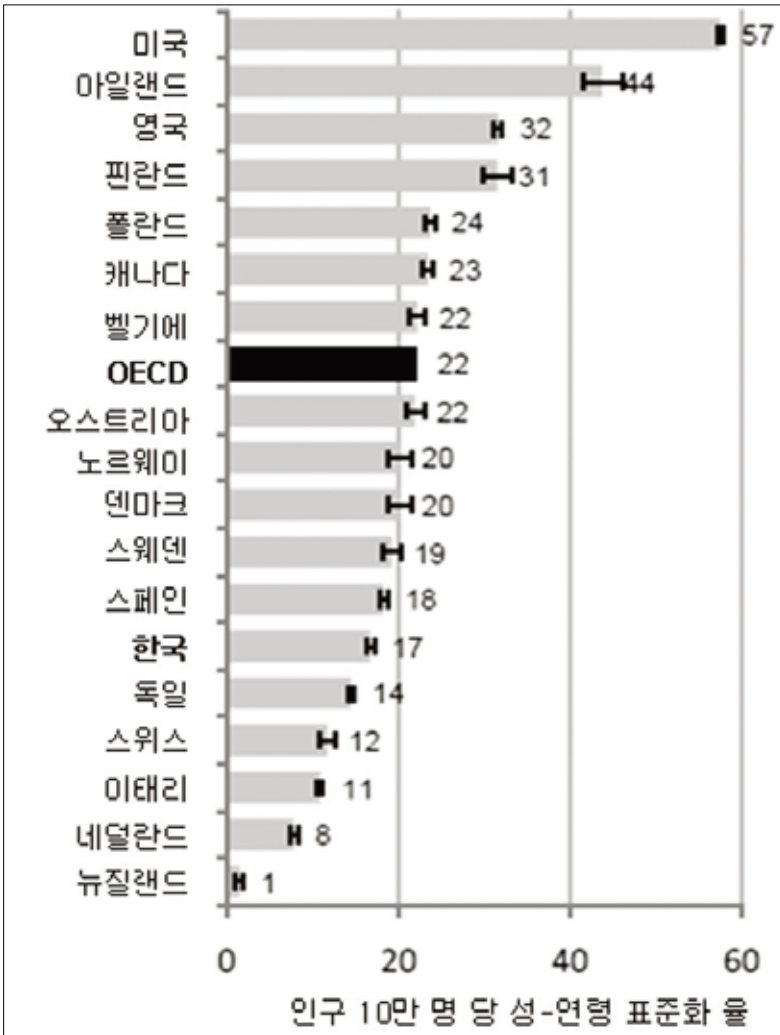
관리에서도 최하위입니다(그림 15, 16). 이러한 사실은 미국이 기본적인 의료에 얼마나 취약한지 보여줍니다. 사람들의 건강을 좌우하는 것은 신의료기술의 도입보다 경제적 장벽 없이 누구나 의료서비스를 받을 수 있는 보편적 보건 의료체계라는 것을 알 수 있습니다.

그림 15. 피할 수 있는 당뇨 하지절단율 입원율(15세 이상)



출처: 「한눈으로보는 OECD 보건지표 2009」, 보건복지부, OECD, 2009.

그림 16. 피할 수 있는 당뇨 합병증 입원율(15세 이상)



출처: 「한눈으로보는 OECD 보건지표 2009」, 보건복지부, OECD, 2009.



병원의 민증적 통제 2 공공병원이 필요하다

과잉진료, 시설·장비 경쟁으로 인한 비용 증가, 비급여로 인한 환자 부담의 증가. 이러한 문제들을 해결하기 위해 앞에서 언급한 것처럼 규제가 필요하지만, 그것만으로는 많은 한계가 있습니다. 따라서 민간병원들의 이윤추구 행위를 간접적으로 통제할 수 있는 공공병원이 필요합니다. 실제로 공공병원은 민간 병원보다 입원환자 중증도는 높은 반면, 평균 진료비는 낮았고 재원기간도 짧았으며 처방전 당 약 품목수도 더 적었습니다. 지역별로 적정 진료를 하고 의료의 질을 담보하며 지역주민들에게 믿음을 줄 수 있는 병원이 있다면 주변 민간병원들이 마음대로 환자에게 부담을 전가하는 것을 완화할 수 있습니다.

김창엽(2004)은 『공공병원 확충방안 개발에 관한 연구』에서 “국가중양의료를 정점으로 1-2-3차 의료제공의 각 단계에서 공공의 비중을 높여 가면서 교과서적인 표준 진료를 전파, 확산시켜 내지 않는다면 국민의료비의 낭비적 증가는 통제가 불가능하며 장기적으로 공급자 행태를 정상화하기 위한 수가의 인상 등도 계획하기 어렵다”고 제언했습니다. 공공병원이 교과서적 진료(과소 및 과잉진료가 아닌 적정진료)를 민간병원에 전파하는 역할을 하려면 최소 30% 이상의 시장점유율이 필요한데, 현재 한국의 공공병상은 2008년 기준 전체 병상의 14.2%로 OECD 평균인 70%보다 현저히 적습니다.

민간 중심의 의료공급체계를 확립한 한국 보건의료체계의 역사

그렇다면 왜 한국에는 공공병원이 이토록 적은 걸까요. 이것은 하루아침의 일이 아니라 한국에서 보건의료제도가 생길 때 첫 단추부터 잘못 꿰어진 결과입니다. 1977년 박정희 정부는 ▲노동·생활 조건의 변화에 따른 의료수요에 부응해야 할 필요성 ▲대중의 정치적 불만을 무마하기 위한 통치성 확보 ▲발전주의 시기 중공업 발전에 필요한 숙련 노동자의 건강을 일정정도 확보해야 할 자본의 필요 등에 따라 500인 이상 사업장을 대상으로 의료보험제도를 도입합니다. 그 후 1979년 300인 이상 사업장, 1981년 100인 이상 사업장, 1988년 5인 이상 사업장, 1979년 공무원, 교직원, 1988년 농어민으로 대상이 확대되어 1989년에 전 국민 의료보험이 달성됩니다. 이에 따라 의료수요가 증가하게 됩니다.

그런데 증가하는 의료수요에 대한 대응으로 정부는 공공의료기관 공급을 확대하기 위한 재정부담을 늘리지는 않고 민간에 대한 차관과 금융지원을 통해서 민간의료기관 위주의 공급체계를 촉진했습니다. 반면 1970년대 후반부터 공공병원은 매각, 운영권 이양 혹은 외주, 독립채산제 도입, 시장자유화, 규제 철폐, 국가제공의 후퇴 등으로 민영화가 이루어집니다. 시·도립병원도 1981년 이후 지방공사체제로 전환되는데 이러한 지방공사의료원화는 독립채산제를 통해 비록 공공병원이지만 수익성을 고려한 운영을 하게 되어 민간병원과 별 차이가 없어졌습니다. 비슷한 흐름으로 1978년 국립 서울의대 부속병원의 특수법인화, 1987년 시립 영등포병원 민간위탁 등이 이루어졌습니다. 이러한 민간 중심의 의료자원 개발을 지원한 결과, 1977년에서 1987년까지 국공립 병상 비율이 53.2%에서 29.9%로 줄어들었습니다.

전 국민 건강보험 가입으로 이윤획득의 가능성 및 투자의 안정성이 보장되면서 1980년대 말 이후부터는 재벌기업이 병원 산업에 진출하게 됩니다. 1989년 현대아산병원, 1994년 삼성의료원 설립으로 상업화 경쟁이 촉발됩니다. 대우는 1994년 아주대병원을 개원하고, 한진재단은 1996년 인하대학교병원을, 두산그룹은 2008년 중앙대학교병원을 인수합니다. 다른 대학병원들도 재벌병원을 쫓아가는 양상이 전개되면서 병상 시설 확충, 현대화를 위한 투자를 하게 됩니다. 1990년 의료기관수는 21,701개소에서 2006년 51,268개소로 증가하고, 의사수도 2배 이상 증가하고 병상 수도 2배 이상 증가합니다. 특히 500병상 이상의 대규모 병원이 증가합니다. 2000년에 지역별 병상 총량제가 폐지되는 등 신자유주의 기조 속에서 병상과 고가 의료장비에 대한 규제가 풀린 것이 원인입니다. 김대중 정부에서 공공병원 민영화가 다시 시작되면서 지방공사 의료원 민간위탁, 목포결핵병원 매각, 국립의료원 책임운영기관화 등이 시도됩니다.

OECD는 한국의 의료체계에 대하여 ‘민간분야에 의해서 주도되고 있으며 민간부문이 대부분의 병상과 의사를 보유하고 있다’고 평가합니다. 또 ‘정부는 의료서비스 제공자로서 한정된 역할을 수행하고 있으며 민간의료시장 규제에 있어서 자유방임정책을 유지하고 있다’고 이야기합니다. 그리고 법으로 병원의 영리활동이 금지되어 있지만 실제로는 이윤추구적인 경향을 가지고 있어서 영리기관과 다르지 않다고 평가합니다. 다시 말해서 한국 보건의료체계가 지나치게 이윤을 추구하는 경향이 있지만 이를 해결하기 위한 정부의 역할은 미약하다고 보는 것입니다. 이 과정에서 공공병원 역시 수익성을 강요받게 되었고 정부의 방관 속에서 공공병원으로서의 역할을 설정하지 못한 채 존재가치를 위협받게 된 것입니다.

국립중앙의료원 부지 매각 및 축소 이전

그런데도 정부는 공공병원을 강화하기는커녕 현재 14%도 안 되는 공공병원마저 축소하려 합니다. 그 예가 최근 국립중앙의료원 축소 이전 시도입니다. 국립의료원은 2010년 4월 2일 특수법인 국립중앙의료원으로 전환되었고, 같은 해 오세훈 서울시장과 강재규 당시 국립의료원장은 ‘국립중앙의료원 신축 이전에 관한 협약서’를 체결했습니다. 올해 6월 나경원 국회의원이 주최한 ‘국립중앙의료원 발전방안 수립을 위한 정책토론회’에서 보건산업개발진흥원(준정부기관) 수석연구원은 “원지동에 국립외상센터를 설립하고 을지로에 있는 국립중앙의료원을 노인전문종합병원으로 특성화하는 것을 추천한다”는 연구 결과를 공개했습니다.

그러나 보건의료노조 서울지역본부에 따르면 “원지동 부지는 입지조건상 고속도로에 인접해 소음이 심하고 도로에서의 가시성이 떨어지며 도로형태가 복잡해 의료원 진출입로 용도로서 불리한 점 등을 비롯해 환자접근성이나 대중교통 접근성도 현저히 떨어”집니다. 국립의료원의 환자들은 의료급여 수급권자가 전체 환자의 35.5%로 다른 공공병원보다도 3배 이상 높고 환자 중에는 비혼모나 다문화가정 등 의료소외계층도 많은데 이들의 의료접근권이 현저히 떨어지게 되는 것입니다.

2008년 한국보건산업진흥원의 연구결과에 따르면 국립중앙의료원의 최적 병상규모는 일반진료 병상, 임상연구센터 병상, 사스와 신종플루 등 예비 병상, 국립한방병원 병상, 중앙응급의료센터 150병상 등 총 1420병상에 3만 6400명이 필요합니다. 또 이와 함께 희귀난치성질환센터, 노인병 및 노화연구 시설, 장기이식관리센터, 의료기술지원센터 등 연구 지원시설과 회의시설, 숙

소, 에너지공급시설, 주차장 등에 필요한 2만 4398평을 합치면 총 건축연면적은 6만 798평이 필요하다는 것이 진흥원의 연구결과입니다. 하지만 서초구 원지동 부지의 적정 병원 연면적은 1만 6614평~1만 9936평으로서 475병상-570병상 정도를 수용할 수 있을 뿐입니다.

결국 국립중앙의료원 축소 이전은 국립중앙의료원으로서의 발전은커녕 그 위상을 해체하는 것이나 다름 없습니다. 국립중앙의료원이 어떻게 설계되어야 하는지 방안이 있음에도 불구하고, 보편적이고 포괄적인 서비스를 제공하는 공공병원이 아니라 수익이 나지 않아서 민간병원들이 기피하는 외상 치료 등 민간중심 의료공급체계의 공백을 메우는 잔여적인 공공병원으로 그 위상을 후퇴시키려는 것입니다.

공공병원 재정위기의 원인

한편 '공공병원은 효율성이 떨어지고 재정적자가 난다'는 식의 편견이 있습니다. 그러나 이런 편견은 공공병원이 제대로 역할을 설정하지 못한 채 민간병원 처럼 수익성을 강요받는 상황을 고려하지 못하기 때문에 발생하는 것입니다. 재정적자로 인해 폐업 결정이 나온 대구 적십자병원이 전형적인 경우라고 할 수 있습니다. 대구적십자 병원은 이용자의 68.4%가 의료급여(국민기초생활보장 수급자등 생활이 어려운 국민을 위해 국가가 치료비의 전액 또는 일부를 지원해 주는 제도) 환자였습니다. 의료급여 환자의 경우 우선 본인부담이 적을 뿐더러 국가에서 부담하는 진료비가 심사에 걸리는 기간 등으로 인해 보통 체불되는 경우가 많습니다. 대구 적십자병원의 경우에도 10억 원 이상의 진료비 체불이 있었습니다. 이런 점에서 적자는 어느 정도 예상될 수밖에 없습니다. 그런데 민간병원과 비슷한 비율로 환자들을 받았다면 적자는 거의 발생하지

않았을 것이라는 분석도 있습니다. 게다가 대한적십자사에서는 적십자병원에 적십자회비의 1%에도 미치지 못하는 돈을 지원합니다.

취약한 의료 상황에 처해있는 의료급여 환자의 진료, 그리고 지역거점 병원으로서의 공중보건활동 등 공공의료기관의 역할을 하는 과정에서 발생하는 적자를 무조건 타할 수는 없는 것이며 공적 재정 투여가 필요할 수밖에 없습니다. 여기서 적자를 줄이라는 말은 공공병원의 역할을 포기하라는 말과 다르지 않습니다. 공공병원 적자에 대한 비난은 사회적 취약계층에 대한 안전망의 역할, 국가보건 정책의 선도적 실행자로서의 공공병원의 역할에 대해서 간과한 채 수익만을 강조하는 잣대를 들이밀어서 생기는 일입니다.

공공병원의 역할: 건강양극화 해소를 위한 선도적 모델

공공병원은 주로 저소득계층이 많이 오는 곳으로 인식되는 경향이 있습니다. 공공병원이 의료취약계층의 접근성을 강화해야 하는 것은 당연하지만 의료취약계층이 민간병원 문턱이 높아서 공공병원으로 몰리는 것은 바람직하지 않습니다. 공공병원이 ‘저소득층 의료기관’이 되어버리면 사실상 민간병원에서 수익이 적은 부분을 공공이 해결해주면서 민간의 이윤을 최대화해주는 효과를 낼 뿐입니다. 2006-2008년 삼성병원, 서울대병원, 세브란스병원, 아산병원 등 4대 대형병원의 전체 암환자 중 46.7%가 상위소득 20% 이내의 부유층이었습니다. 또 소득수준 상위 50%가 전체 암환자의 76%를 점유한 반면 하위 20%의 저소득층은 9.3%에 그쳤습니다. 대형병원들이 ‘저소득층 환자 무료 봉사’ 프로그램 등을 운영하면서 취약계층에도 의료서비스를 제공하려고 노력하는

것처럼 보이지만, 의료취약계층에게 소득과 무관하게 병원에 대한 접근권을 보장해야 하는 일이지 진료봉사를 확대한다고 될 일은 아닙니다.

공공병원은 수익성을 목표로 하는 것이 아니라 환자들에게 믿음을 줄 수 있는 적정진료의 예시를 보여주면서 경쟁력을 확보하고 이를 통해 민간병원도 적정진료를 하도록 유도하는 역할을 해야 합니다. 이를 위해서는 공공병원이 현대적인 시설과 장비, 우수한 인력을 갖추어 수 있도록 정부의 충분한 지원이 필요합니다. 특히 지방에도 수도권 대형병원 수준의 공공병원이 육성되어야 합니다. 암 환자의 30-50%가 서울로 원정 치료를 떠나는 등 수도권의 병상 집중 문제가 해결되지 않고 있습니다. 병원급 공공의료기관과 공익적 보건의료사업을 시행하려는 병원급 이상의 민간의료기관을 '지역거점의료기관'으로 지정하고 국가, 지방자치단체가 지원하여 지역 간 병원공급불균형을 해소하고 지역사회에서 공공적 역할을 수행하도록 해야 합니다.

지역의 보건소와 같은 1차 공공의료기관의 강화 및 민간동네의원의 주치의 제도를 통해 일상적인 건강관리가 자신이 살고 있는 지역에서부터 이루어져야 합니다. 또한 민간병원운영에 있어서 노동조합, 지역주민의 참여가 가능하도록 이사회 구성이 변해야 합니다. '사회적으로 형성된 필수적인 또는 기본적인 보건의료 요구에 부응하는 정도'를 높이기 위한 운영을 공공적 운영의 기본적 방향으로 설정하고 구체적 대안을 계속 만들어가야 할 것입니다.

하지만 공공병원의 확충, 강화만으로 충분한 것은 아닙니다. 미국의 경우 공공병상 비중이 33.4%이지만 국민의료비는 현저하게 높은 것을 보면 결국 규제와 통제가 매우 중요하다는 것을 알 수 있습니다. 공공병원을 통해 민간병원에 적정수준의 치료를 유도할 수 있지만 그것은 어디까지나 전체 의료시스템을 공공적으로 개혁하려는 의지와 계획 속에서 효과가 있는 것입니다. 의료민영화나 한미FTA 등을 통해 규제가 지속적으로 철폐된다면 공공병원을 확충

해도 그 효과는 상쇄될 것입니다.

Box 4. 신종플루 사태에 비춰 본 공공병원의 필요성

2009년을 강타했던 신종플루 대응에 있어서 공공병원의 역할은 상당히 중요했습니다. 심각한 전염병의 창궐에 대응하기 위해서는 정부의 적극적인 정책과 함께 이를 실행하면서 뒷받침할 수 있는 공공병원의 역할이 필요합니다. 그러나 공공병원이 턱없이 부족한 우리의 경우 거점병원 선정에서부터 혼선이 발생하는 등 많은 차질이 빚어졌고 이는 신종플루 사태를 초기에 방지하지 못한 중요한 원인 중의 하나로 지적되었습니다. 신종플루 대응 성공사례로 WHO에서 직접 언급했던 쿠바와 비교한다면 문제는 더욱 명확해집니다. 쿠바에서는 신종플루의 진원지인 멕시코와 지리적으로 가까운데도 불구하고 그 피해는 경미했습니다. 이에 대해 AP통신은 쿠바의 공공모니터시스템과 의료체계가 그 원동력이라고 평가했고 WHO 사무총장은 쿠바의 뛰어난 공공의료체계를 배우고 싶다고까지 했습니다. 의료체계의 차이가 이렇게 상반된 결과를 가져온 것입니다.



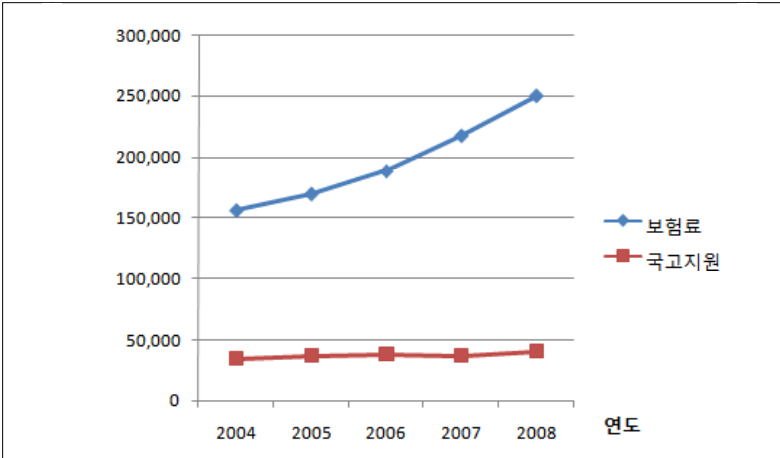
공적 자원 마련의 원칙

의학적으로 필요한 비급여 항목을 급여화하고 공공병원을 확충하려면 재원이 필요합니다. 건강보험 재정 확충은 국가의 책임을 확대하고 누진율을 강화하는 것으로부터 시작해야 합니다. 현재 건강보험법은 건강보험료 예상수입의 20%를 국고에서 지원하도록 정하고 있습니다. 그러나 예상수입은 매년 실제보다 적게 추산되었고 결과적으로 2002년부터 현재까지 5조 원이 미지급되었습니다. 기획재정부는 국고지원 부족분을 채우기 위한 사후정산을 절대 할 수 없다는 입장입니다. 더욱이 이러한 '건강보험에 대한 국고지원 규정'은 올해로 시효가 만료되는데 기획재정부는 추후 개정 법안에서는 현재 20%인 국고지원 비율을 줄여야 한다는 입장입니다. 물가는 상승하고 실질임금은 감소하고 있는데 오히려 국가는 책임을 회피하면서 노동자민중에게 건강보험료 부담을 전가하려는 것입니다(그림 17).

또 정부는 조세가 부족하다고 하지만 한국은 OECD국가들에 비해 국방비 비중이 압도적으로 높고 보건의료 지출비는 낮기 때문에 장기적으로 조세지출 비중을 대폭 조정할 필요성이 있습니다. 일례로 2005년 민주노동당은 '군비 축소, 무상의료'라는 구호를 걸기도 했습니다. 올해 보건의료단체연합이 주최

한 ‘한국, 무상의료로 가는 길’ 토론회에서도 군비축소 운동과 같은 반전평화운동과 보건의료운동의 결합 가능성이 제시되기도 하였습니다.

그림 17. 보험료와 국고지원 인상 현황 (단위: 억 원)



출처: 2008년 건강보험 통계연보

한편 조세의 경우 소득이 증가할수록 부담 비율이 높아지는 반면 건강보험은 소득대비 일정 비율로 부과하는 체계입니다. 이런 점에서 건강보험 부과 체계는 조세보다 ‘역진적’이라고 할 수 있습니다. 따라서 소득 대비 일정 비율이 아니라 소득이 높아질수록 건강보험료 부담 비율이 높아지는 누진율을 적용해야 합니다. 사회보장제 형식 내에서 보더라도 한국의 사회보험료에 의한 재원조달은 사회보험 방식을 채택하고 있는 다른 나라들보다 더 역진적입니다. 그 원인 중 하나는 소득이 일정 금액 이상인 경우 일정한 보험료를 책정하는 건강보험료 상한제 때문입니다. 소득이 월 4,980만 원인 가구는 보험료로 109만 4,740원을 내며 그 이상 아무리 소득이 증가하여도 최대로 납부해야 하는 보험료가 일정하여 사실상 정액제 보험료와 같습니다. 한편 보험료 하한을 두고 있어 월 30만 원 미만의 소득에서는 소득이 그보다 낮더라도 표준 보수월

액인 28만원 기준, 6,030원의 보험료를 납부해야 합니다. 또 다른 요인은 현재 건강보험료가 근로소득에만 부과되고 이자소득, 배당소득 등에는 부과되지 않는다는 점입니다. 이러한 금융소득에서 건강보험료를 부과하는 방안을 도입해야 합니다. 현재 이미 역진적인 건강보험료 부과 체계를 그대로 둔 상태에서 보험료를 인상한다면 상대적으로 노동자 민중의 부담이 더 많이 늘어나는 것은 필연적입니다.



의료산업선진화 의료민영화

의료산업 '선진화': 재벌의 생존전략

의료산업 선진화나 의료민영화는 재벌이 '추가로' 더 많은 돈을 벌려는 요구이기도 하지만 다른 분야에서 수익성이 점차 하락하는 상황에 대응하기 위한 재벌의 사회적 요구이기도 합니다. 이러한 맥락에서 자본은 병원, 의료정보통신회사, 의료기기회사 등 관련 산업을 포괄하는 의산복합체를 형성하기 위한 전략을 추진해왔습니다. 삼성은 최근 국내 최대 의료장비 업체인 메디슨을 인수했으며 치과용 엑스레이 장비 업체인 레이도 인수했습니다. 또한 300여억 원의 연구개발비를 투입해 혈액검사기를 출시하기도 했습니다. 삼성전자가 의료기기 산업에 본격적으로 진출한 것입니다. 또 스마트 케어 시범사업에 맞춰서 '스마트 병원 구축을 위한 태스크 포스'를 구성하였는데 여기에는 삼성전자, 삼성물산, 삼성SDS, 삼성의료원 등 4개 계열사가 참여하고 있습니다. SK도 SK제약과 SK텔레콤이 소프트웨어 중심으로 사업을 확장하고 있습니다. SK케미칼은 메디슨의 사내벤처로 출발한 유비케어를 2008년 인수했으며, 건강검진과 평가, 건강관리 등 토탈케어 사업을 추진하는 등 헬스케어 사업 분야를 확

대하고 있습니다. LG그룹 역시 LG텔레콤의 LG유플러스를 중심으로 헬스케어 산업에 진출하고 있습니다.

삼성은 HT(Health Technology) 산업 선진화를 위해 정부 차원의 대규모 R&D가 필요하다는 보고서를 발표하여, 의료서비스의 미래 트렌드로서 글로벌체인화 된 영리병원을 제시하는 등 의료민영화를 기정사실화하고 있습니다. 또한 아직까지 공적 체계가 마련되어 있지 않고 기준도 정해지지 않은 원격의료 시장, 건강관리서비스 시장으로 진출해서 더욱 포괄적인 의료민영화를 추구하고 있습니다. 지금까지 삼성병원과 삼성생명이 영리병원과 건강보험 민영화로 대표되는 의료민영화를 요구했다면 앞으로는 의료기기, 정보통신 산업에 진출한 삼성전자와 향후 진출하게 될 삼성 계열 바이오 제약회사가 수직적으로 결합되어 예방, 건강증진을 포함하는 더 넓은 범위의 의료민영화를 추진하게 될 것입니다. 이런 추세라면 보건의료체계가 삼성의 이윤추구 행위와 사업계획에 종속되는 경향이 더욱 심화될 것입니다.

그러나 이렇게 자본이 보건의료 영역에서 이윤을 확보하면 할수록 의료행태나 의료기술이 자본의 이해에 따라 편향적으로 발전하는 경향은 더욱 심화될 것입니다. (앞서 '1장 2절, 자본주의의 모순과 민중건강권의 위기'에서 살펴 보았듯이) 이는 비용은 증가하지만 민중의 보편적인 건강은 향상되지 않는 보건의료의 위기를 더 심화시킬 것입니다. 즉 의료자본은 보편적 건강권이 아니라 이윤을 위해서 고비용의 의료기술을 개발하고 확산시킵니다. 그런데 증가된 보건의료비용을 국가가 담당한다면 국가재정의 위기를 초래할 것이고 현재 한국처럼 개인이 부담하게 된다면 의료서비스 접근권이 제한될 것입니다.

Box 5. 정부와 자본의 영리병원 추진 논리 반박

2008년 촛불시위로 잠시 주춤했던 의료민영화 시도가 최근 다시 불붙었습니다. 또한 2008년 도민 여론조사 결과 반대의견이 우세해 영리 병원 설립이 좌절된 바 있는 제주도에서는 ‘제주특별자치도법’ 개정을 통해 영리병원 재추진에 힘을 쏟고 있습니다.

이에 따라 제주에 내국인 영리병원을 허용하는 특례 조항을 근거로 송도와 첨단의료복합단지 같은 경제특구-의료특구에도 예외를 허용하는 법제화가 시도될 전망이다. 한편 인천 송도에서는 삼성이 2조 1천억 원을 바이오산업에 투자하겠다고 발표하고 연구기관-제약회사-영리병원 설립에 본격적으로 뛰어들었고, 인천시는 존스홉킨스 병원과의 양해각서(MOU) 체결, 송도영리병원 허용 등으로 장단을 맞추고 있습니다.

현재 상황은 2000년대 초반 경제자유구역 내 영리병원 허용 문제가 처음 제기될 때 우려했던 시나리오와 정확히 똑같습니다. 외국인이 설립하여 외국인만 진료하게 한다면 것이 지금은 내국인도 합작 형태로 참여할 수 있으며 내국인도 진료가 가능하게 되었습니다. 제한적으로 추진하겠다는 경제자유구역은 현재 인천, 부산-진해, 광양만권, 황해권, 대구-경북, 새만금-군산으로 끝도 없이 확대되고 있습니다. 정부가 절대 그럴 일 없다고 했던 것들이 모두 이루어지고 있는 것입니다.

정부는 이런 의료민영화 정책들을 추진하면서 그것이 기업의 경쟁력뿐만 아니라 국민에게도 이득이 된다고 선전합니다. 먼저, 해외 환자를 유치해서 국부를 창출할 수 있다고 주장합니다. 의료관광은 최근 서비스산업선진화라는 미명하에 정부에서 강력하게 추진하고 있습니다. 의료민영화와 영리병원이 성공한 태국이나 인도의 예를 들며 의료관광이 엄청난 경제성장

의 원동력이 될 듯 얘기합니다. 하지만 성공가능성은 매우 불투명합니다. 태국이나 인도의 의료관광이 발전한 것은 값싼 임금과 부대시설비용으로 인해 비행기 값, 숙박비를 포함해도 본국에서 치료받는 것보다 더 저렴한 비용으로 치료받을 수 있기 때문입니다. 주 고객은 미국의 의료보장 소외계층과 의료보장제도가 없는 동남아 국가의 중·상류층들입니다. 태국의 제조업 평균 임금은 한국의 1/10 수준입니다. 한국에서 태국과 비슷한 수준의 의료서비스, 비행기 값, 숙박비를 합치면 태국의 4-5배 수준일 것입니다. 태국도 국제적 수준의 서비스 질을 가지고 있기 때문에 경쟁이 되지 않습니다. 의료관광을 활성화시키기 위해서는 병원노동자들의 임금을 1970년대 정도로 후퇴시켜도 경쟁이 될까 말까인 것입니다. 게다가 의료관광으로 인해 태국의 보건의료체계는 많은 문제를 야기하고 있습니다. 도시 영리병원으로 의료인력이 몰리면서 중소도시, 농촌의 의료가 마비되었습니다. 사회계층간의 의료서비스 이용의 불평등도 심화되고 있습니다. 공공병원이 80%나 되지만 정부의 투자가 부진해지면서 서비스의 질이 낮아지고 있기 때문입니다.

둘째, 산업이 확대되면서 일자리가 생긴다고 얘기합니다. 영리병원을 만든다는 것은 아무리 좋은 말을 갖다 붙인다고 해도 결국 이윤 추구를 가장 큰 목적으로 하는 것입니다. 병원 입장에서 비용은 줄이고 수익은 늘리려고 할 것입니다. 병원이 비용을 줄이는 가장 손쉬운 방법은 일하는 사람들을 줄이는 것입니다. 일례로 미국 비영리병원은 100병상 당 의료 인력이 522명이지만 영리병원은 352명밖에 안 됩니다. 민간의료보험이 가장 발달해 있는 미국에서는 입원환자 1인당 간호사 수보다 보험청구 담당 직원 수가 더 많습니다. 일자리가 늘어나도 간호인력은 오히려 줄어들고 행정인력이 증가하는 것입니다. 게다가 늘어나는 일자리조차 안정적이지 않은 일자리가 대부분입니다. 병원 공급 과잉 상태인 한국은 의료민영화가 진행되면 새로운

병원의 일자리가 생기더라도 기존의 병원의 파산, 위기로 인한 정리해고가 더 많을 것입니다. 이에 따라 좋은 일자리는 줄어들고 노동강도는 필연적으로 강화될 것입니다.

셋째, 경쟁을 통해 의료비가 하락한다고 주장합니다. 영리병원 허용 시 누구나 병원을 세울 수 있기에 의료 공급이 늘어나면서 병원 간 경쟁이 심해 집니다. 문제는 의료 부문에서는 경쟁 심화가 다른 시장과 달리 (성형·미용 등 일부를 제외하면) 가격을 오히려 올린다는 점입니다. 의료 부문은 의료인과 국민들 사이의 정보가 비대칭적이고 생명이 달린 절박한 문제이기 때문에 가격보다 공급자 측의 실력과 명성, 규모가 더욱 중요하기 때문입니다. 이에 따라 의료시장의 경쟁 심화는 가격 인하가 아니라 시설·장비의 고급화·대형화·전문화 및 우수 인력 유치로 이어집니다. 그리고 이 같은 변화는 의료비 상승을 동반하는 것이 일반적입니다. 또한 이렇게 상승된 의료비가 의료서비스 강화에 쓰일 것인가도 의문입니다. 미국의 예를 들면 전 세계에서 가장 많은 의료비를 지출하는 나라이지만 국민의 건강수준은 낮습니다. 미국의 메디케어 환자의 의료비로 비교해본 결과 영리병원은 비영리병원에 비해 비쌌으며, 게다가 그 원인이 양질의 의료서비스 때문이 아닌 대부분 행정비용, 즉 비진료부문에 들어간 비용 때문이었습니다.

넷째, 소비자들의 의료 선택의 폭이 넓어지고 의료서비스의 질이 상승한다고 말합니다. 비용을 더 부담하는 대신 의사에게 자세한 진료를 받고 쾌적한 환경에서 치료받을 수 있게 되는 점을 이유로 듭니다. 물론 호텔과 같은 입원시설에서 첨단장비로 의료서비스를 제공하는 병원이 늘어날 것입니다. 하지만 이는 비용이 엄청나서 소수의 사람들만 이용이 가능합니다. 또한 재벌병원의 거대화·고급화에 따라 지방 병원의 우수 인력 유출과 부실화가

심각해질 것이고 이는 지방 거주민과 저소득층의 병원 접근성 감소로 이어질 것입니다. 결과적으로 의료서비스의 양극화가 심화되는 것입니다. 또한 미국에서 의료서비스의 질을 반영하는 중요한 지표인 환자의 사망률 또한 영리병원이 더 높다는 연구결과가 많습니다. 게다가 의료민영화가 진행되면 외환은행을 인수했었던 미국계 해지펀드인 론스타와 쌍용자동차를 인수했었던 중국의 상하이자동차 등 외국 자본의 ‘먹튀’ 행위가 발생할 수도 있습니다. 병원과 의료부문에 대한 투자가 일정한 수익을 거두지 못한다고 판단하면 급격하게 자본을 철수하는 것입니다.



의료자본의 해방구, 한미 FTA

한미 FTA는 한국의 보건의료부문에 큰 변화를 주는 조항들을 담고 있습니다. 첫째, 초국적 제약회사의 오리지널 의약품에 대한 독점권 강화로 제네릭 의약품(복제의약품) 생산이 제한되면서 의료비가 크게 증가하고, 국민들의 의약품에 대한 접근이 어려워집니다. 둘째, 민간의료보험회사를 규제할 수 없고, 개인질병정보의 유출을 막을 수 없게 됩니다. 셋째, 영리병원의 설립으로 의료비 증가, 의료양극화가 발생하더라도 이를 되돌릴 수 없습니다.

‘의약품 허가-특허 연계제도’

식품의약품안전청(이하 식약청)의 본래 역할은 신청된 의약품이 안전성·유효성 기준에 적합한지 판단하여 시판허가 여부를 결정하는 것입니다. ‘의약품 허가-특허 연계제도’는 제네릭 의약품 제약회사가 시판허가를 신청하면, 식약청이 이 사실을 오리지널 의약품 제약회사(특허권자)에게 통보하도록 하고, 특허기간 중 제네릭 의약품 시판을 금지하는 제도입니다. 특허권은 그것을 통해

얻는 이익이 오로지 특허권자 개인에게 돌아가는 사적 권리이므로 어느 의약품이 자신의 특허를 침해하였는지를 조사할 의무는 특허권자에게 있습니다. 결국 '허가-특허 연계 제도'는 특허권자가 비용과 시간을 들여서 할 일을 세금으로 운영하는 식약청에서 대행하도록 하는 것입니다.

게다가 한국에서 2000년에서 2008년까지 유효약리성분의 물질특허에 대한 무효 심판에서 제네릭 의약품 제약회사가 오리지널 의약품 제약회사를 상대로 승소율은 77.1%에 달합니다. 오리지널 의약품의 유효약리성분의 물질특허의 상당수가 근거 없이 발급되고 있는 것입니다. '의약품 허가-특허 연계 제도'는 이렇게 남발된 특허권을 식약청이 무조건 인정하고 제네릭 의약품 생산을 일단 금지하는 것입니다. 결국 소송에서 특허약이 무효로 판명될 때까지 제네릭 의약품을 생산할 수 없게 되어서 그 동안 약값을 절약하는 것이 불가능해집니다. 이로 인해 증가하는 약값은 건강보험과 환자들이 모두 부담해야 합니다.

외교통상부는 '의약품 허가-특허 연계제도'로 제네릭 의약품 시판이 9개월 지연되며 이로 인한 국내 제약업계의 기대매출 손실액은 연간 367억~794억 원이라고 합니다. 그러나 제네릭 의약품 시판이 지연되는 기간은 9개월이 아니라 최소 30개월(미국의 평균 소송 기간)에서 최대 특허권 존속기간인 20년(특허권자가 묵인하는 경우, 미국은 28%)으로 보아야 하므로 손실 규모는 위의 추정치를 훨씬 초과할 것입니다.

또 '의약품 허가-특허 연계제도'가 도입되면 특허권자가 스스로 특허 침해를 감시하거나 소송하지 않아도 후발의약품의 시장 진입이 자동으로 막히기 때문에 하나의 의약품을 약간 변형하여 새로운 특허를 계속 등재함으로써 특허가 늘 살아있게 하려는 유인을 갖게 됩니다. 이러한 에버그리닝 전략 (evergreening strategy)을 통해 특허기간은 더욱 연장되고, 그만큼 의료비는 증가하게 됩니다.

의약품 독점을 더욱 연장하는 자료독점권

한미 FTA는 “안전성 또는 유효성 정보를 제출한 인의 동의 없이는 다른 인이 그 정보에 기초하여 동일하거나 유사한 제품을 최소한 5년간 시판하지 못”하게 하고 있습니다. 이러한 자료독점권은 특허권과 별개로 초국적 제약회사의 의약품 독점 생산 기간을 연장해주는 것으로, 의료비를 증가시키고 환자들의 의약품 접근권을 심각하게 침해합니다. 한국의 기존 제도와 비교해보면 이는 의약품 자료독점권을 전면적으로 인정하고, 그 범위를 동일의약품에서 유사 의약품에까지 확대하며, 식약청 고시에 불과했던 것을 협정문에 명시하여 되돌리거나 변경할 수 없도록 한 것입니다. 이러한 유사의약품 자료독점에 의한 국내제약업계의 피해액은 연 2,545억 원으로 추산됩니다.

의약품 가격 결정에 대한 초국적 제약 회사의 권한 강화

뿐만 아니라 한미 FTA는 직접적으로 의약품 가격 결정과 관련한 조항을 통해 초국적 제약회사의 이익을 극대화하고 있습니다. △특허의약품 모두를 혁신적이라고 규정하여 모든 특허의약품에 높은 약값을 책정하고 △특허의약품 의료기기의 가격을 시장 가격에 기초하거나 초국적 제약회사가 원하는 급여액을 적절히 인정하며 △급여액 결정이 내려진 후에도 다시 더 높은 급여액을 신청할 수 있게 합니다. 또 △의약품·의료기기의 가격산정 시 초국적 제약회사가 의견을 제시할 수 있게 하고 △중앙정부의 보건의료 당국으로부터 독립적

으로 가격과 급여 결정을 검토하는 기구를 설치할 수 있게 함으로써 사실상 초국적 제약회사에게 한국 정부의 결정을 거부할 권한을 주고 있습니다.

민간의료보험회사 규제 불가능, 개인질병정보 유출

초국적 제약회사의 이윤이 극대화될수록 국민건강보험 재정은 악화됩니다. 이것은 민간의료보험회사에게는 좋은 기회입니다. 민간의료보험회사는 궁극적으로 건강보험을 대체하여 직접 의료기관을 통제하는 것을 목표로 하고 있기 때문입니다. 게다가 한미 FTA 금융서비스장에서는 “(건전성 사유 외에는) 신금융서비스에 대한 규제를 할 수 없”도록 규정하고 있습니다. 이에 어떤 형태의 민간의료보험 상품에 대해서도 규제가 불가능해짐으로써 민간의료보험회사가 건강보험을 잠식하는 형태의 보험 상품을 판매하면 건강보험은 더욱 악화될 것입니다. 또 국민의 건강 증진이라는 목적을 가진 건강보험과 달리 이윤의 극대화라는 목적을 가진 민간의료보험회사가 보험료 대비 급여비를 30~60%(건강보험은 158%)로 매우 낮게 지급하고 질병에 걸릴 위험이 높은 사람들의 가입을 거부하고 여러 가지 조건을 달아 급여비를 지급하지 않더라도 이러한 행태를 규제할 수 없게 됩니다. 뿐만 아니라 한미 FTA 금융서비스장의 부속서에 따르면 금융기관의 정보를 ‘자국 영역 안과 밖으로 전자적 또는 그 밖의 형태로 이전하는 것을 허용’함으로써 개인질병정보의 국내의 유출을 막을 수 없게 됩니다.

의료비 상승, 의료양극화를 심화하는 영리병원과 원격의료서비스 허용

현재 한국에서 영리법인병원은 의료법상 금지되어 있습니다. 영리병원이 허용되면 병원 경영을 통해 얻은 이윤을 주주들에게 배당할 수 있게 됩니다. 투자를 유치하려면 주주들에게 많은 이윤을 배당해야 하기 때문에 영리병원은 환자로부터 최대한의 이윤을 얻는 것을 목적으로 하게 됩니다. 한미 FTA는 보건의료서비스를 유보 항목으로 두었지만 경제자유구역과 제주도에 대해서는 예외로 하고 있습니다. 정부는 경제자유구역과 제주도에 영리병원을 허용하기 위한 전략을 꾸준히 추진하고 있습니다. 2011년 현재 경제자유구역은 인천, 부산진해, 광양만권, 황해, 대구경북, 새만금군산 총 6개로 전국에 걸쳐 있습니다. 따라서 경제자유구역을 중심으로 전국적으로 영리병원이 설립되어 의료비 증가와 의료양극화의 부작용이 발생하더라도 한미 FTA를 폐기하지 않는 한 이를 되돌릴 수 없게 됩니다.



민중건강권을 위한 운동의 방향

현재 무상의료 담론은 재정 추계와 재정 마련 방안에 방점이 찍혀있습니다. 지불제도 개선이나 공공병원 등에 대한 이야기도 없는 것은 아니지만 모두 '무상의료 정책' 또는 '무상의료를 위한 보건의료 제도 개혁'이라는 정책 패키지의 맥락에서 제기됩니다. 지금까지 보건의료운동과 진보적 학자들이 포괄적이고도 구체적인 정책안들을 만들어왔고 그것은 소중한 성과입니다. 하지만 문제는 '정책 방안은 있는데 정책을 실현시킬 방안'이 없다는 것입니다. 현재 운동의 다수는 그 실현 방안이 정권교체라고 보고 있는 것 같습니다. 무상의료를 지지하는 정권을 내세우면 그것이 자본을 옹호하는 정권일지라도 정책 개혁을 추진할 수 있다는 낙관을 하면서 야권연대를 위한 정권교체에 운동의 모든 역량을 쏟고 있습니다.

하지만 의료비 문제를 해결하기 위해 필요한 것은 의료의 영역에서 이윤을 창출하면서 의료비 증대를 야기하는 자본에 대한 통제입니다. '자본에 대한 비판'이라는 목표는 너무 거대해서 실현 가능성이 없으므로 구체적인 정책에서부터 시작해야 한다는 주장도 있습니다. 하지만 중요한 것은 그 구체적인 정책, 또는 그것을 요구하는 운동이 '자본에 대한 비판'의 맥락에 있는가, 그리고

‘자본의 이윤이 아니라 민중의 건강권을 위한 보건의료제도가 필요하다’는 사회적 문제의식을 확산시킬 수 있는가입니다.

DRG 포괄수가제나 총액예산제를 도입한다해도 병원들은 비급여 가격을 올리거나 비급여 목록을 확장할 것이고 그렇게 되면 사람들은 계속 민간보험에 가입할 수밖에 없습니다. 비급여 통제를 위해 신의료기술 도입 기준을 보다 명확히 하고 기준에 미달하는 것은 금지하는 정책을 설계한다 해도 자본은 또 그 기준에 적응해서 다른 전략으로 우회할 수 있습니다. 정책이 무용하다거나, 혹은 정책을 최대한 세밀하게 설계해야 한다는 얘기가 아닙니다. 다만, 의료자본들이 결과적으로 비용을 건강보험이나 환자 개인에게 전가하는 문제를 위로부터의 정책들이 해결해 줄 수 없다는 점이며 결국 아래에서부터 비용의 전가를 반대하는 힘이 필요하다는 것입니다.

‘의료공급의 시슬’에서 의료자본은 기술발전을 통해 비용을 상승시키고 그 비용을 병원과 의료인에게 전가하며 병원과 의료인은 최종적으로 건강보험(또는 세금)이나 환자 개인에게 그 비용을 전가합니다. 그리고 각 단계에서 공급 주체들은 이윤을 흡수합니다. 결국 가장 피해를 보는 것은 국민들입니다. 이렇게 아래로 비용이 전가되는 흐름을 위로 역전시켜낼 힘이 필요합니다. 그 힘은 투표를 통해 한나라당이 아닌 다른 신자유주의 정권을 세워서 좋은 정책을 시행해주시라 기대하는 것으로 만들어지지 않으며 국민들이 돈을 모아서 정부가 의료자본들에게 지불하도록 도와주는 것으로 만들어지지 않습니다. 그 힘은 정책개혁의 권리를 정부에 위임하고 정책을 청원하는 것이 아니라 노동자 민중 스스로 ‘의료비를 환자에게 전가하지 말라’, ‘치료를 받느라고 가게 경제가 파탄나지 않을 권리가 있다’는 선언을 하는 것으로부터 나옵니다. 임의로 고가의 의료비를 환자에게 부담시키는 병원의 행태에 대해서 국가가 통제하라고 요구해야 합니다.

보건의료에서 자본의 전략을 가장 효과적으로 비판하고 이를 저지할 수

있는 주체는 노동자 민중입니다. 농촌 산간지역, 장애인 등의 의료 사각지대 해소를 명분으로 보건복지부는 자본의 요구대로 원격의료를 추진하려고 하지만 농민과 장애인 주체들은 “우리가 필요로 하는 것은 병원과 의사이지 영상을 통한 허접한 원격의료가 아니다”라고 발언했습니다. 공공병원 확충 또한 무상의료 정책 패키지를 제시하는 정당이 집권하면 되는 문제가 아니라 지역에서 직접 공공병원에 대한 요구를 만들어야 합니다. 성남시립의료원 투쟁이 그래왔고 앞으로 국립중앙의료원에 대한 요구와 투쟁도 그래야 합니다. 외래 환자들이 계속 대형병원들로 몰리고 있는 상황에서 일차의료의 대안을 만들어간 것도 지역의 의료생협이었습니다. 농어민의 불만에서 출발한 건강보험 통합운동, 백혈병 환자들이 스스로 살 권리를 외쳤던 글리백 의약품접근권운동, 노동조합과 시민사회단체가 함께 연대해 싸웠던 의료민영화반대운동 등, 주체들이 투쟁했던 운동이 항상 보건의료체계를 바꾼운 동력이 되었고 현실이 되었습니다. 그리고 치료받을 권리 이전에 아프지 않을 권리를 제기해온 것도 노동자민중이었습니다. 근골격계 질환을 양산한 신자유주의 노동강도 강화에 맞선 노동자들의 집단요양 투쟁이 그랬고 백혈병을 만든 삼성에 대한 투쟁이 계속되고 있고 장시간노동과 야간노동에 대한 문제제기가 계속되고 있습니다. 아프게 되는 사회적 요인에 대해 분석하고 지역주민들에게 알리면서 건강권을 실현하기 위한 단초를 만들어보려는 지역운동의 흐름이 있습니다.

이제 여기서 한 걸음 더 나아가 이러한 주체들이 서로 만나야 합니다. 자본의 전략에 대한 비판과 대안이 결합하기 위해 지역과 현장의 다양한 주체들이 접점을 찾고 아래로부터의 공통의 요구를 모아내는 시도가 필요합니다. 지역에서 병원노동자와 의료생협과 농민과 장애인이 만나야 하고 일차의료와 노동자건강권이 만나야 합니다. 또 의료기술을 민중건강권의 관점에서 해석하고 비판할 수 있는 의료인과 의료비에 고통받는 환자가 만나야 할 것입니다. 그러한 만남의 시작으로부터 또 다른 대안이 도출될 수 있을 것입니다. 2012년

총·대선 시기, 신자유주의 정부를 세우기 위한 야권 연대의 전선이 아니라 자
분에 맞선 노동자민중의 투쟁의 전선에서 만납시다.

참고문헌

- 김윤(2010), “의료의 질 관리”, 서울대학교 의과대학 의료관리학 교실 발표 자료.
- 김명희 외(2010), 『의료사우회의 불편한 진실』, 후마니타스
- 김창엽, 김용익, 감신(2004), 공공병원 확충방안 개발에 관한 연구, 보건복지부 보고서.
- 이창근 (2006), 한국의 건강불평등과 정책방향, 『아세이연구』제49권 1호, p66-103.
- Brandt, T. and Schulten, T. (2007), *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*. Privatisation of Public Services and the Impact on Quality, Employment and Productivity (PIQUE) report (funded by the European Commission's 6th Framework Programme).
- Ginsberg, P. (2008), *High and rising health care costs: demystifying U.S health care spending*, The synthesis project, Robert Wood Johnson Foundation.
- Katz, A.(2007), “The Sachs Report: Investing in health for economic development- or increasing the size of the crumbs from the rich man's table?,” *Neoliberalism, globalization and inequalities: Consequences for health and quality of life*, Baywood Publishing Company Inc.
- Lagu, T., Rothberg, M., Nathanson, B., Pekow, P., Steingrub, J., Lindenauer, P. (2011), “The relationship between hospital spending and mortality in patients with sepsis,” *Internal Medicine* Vol,171 2011:292-299.
- Paris, V., M.Denaux and L.Wei(2010), “Health systems institutional characteristics: A survey of 29 OECD countries”, OECD Health working papers, No.50, OECD Publishing.
- Waitzkin, H.(2000), “Technology, health costs, and the structure of private profit,” *The Second Sickness*, Rowman & Littlefield Publishers; 2nd edition edition, p 83.