

# 보건의료의 이론과 역사

김태훈 | 보건의료팀

김동근 | 노동자운동연구소 연구원

이은주 | 보건의료팀

최윤정 | 보건의료팀

보건의료팀은 한국 보건의료운동의 과제와 전망을 밝히기 위한 보건의료팀의 입론을 마련하기 위해 2009년 세미나를 시작으로 2010년부터 교안을 작성하는 작업을 진행하였다. 교안의 구성은 크게 자본주의적 보건의료의 역사, 보건의료 분석의 이론, 한국 보건의료운동의 역사와 과제로 이루어진다. 『사회운동』에서는 지난 1~2월호부터 총 4회에 걸쳐 그간 작성한 교안을 축약하여 연재한다(축약되지 않은 교안 원본은 사회진보연대 자료실에 게시함). 이번 호에는 세 번째 파트를 연재한다.

## 기획연재 1

### I. 자본주의적 보건의료의 역사

1. 자본주의의 발전과 19세기 보건의료
2. 법일자본주의 발전과 20세기 보건의료
3. 한국보건의료체계의 역사 :1945년부터 1989년까지

## 기획연재 2

### II. 보건의료 분석의 이론

1. 자본주의 사회에서 질병의 원인
2. 자본주의적 의료 분석
3. 생태학적 관점
4. 페미니즘적 관점

## 기획연재 3

### III. 남한 보건의료운동의 역사

1. 보건의료의 신자유주의적 재편과 대안세계화 운동
2. 남한 보건의료운동의 시작과 발전
3. 남한의 신자유주의적 재편과 보건의료운동의 한계

## 기획연재 4

4. 신자유주의에 맞서는 보건의료운동의 모색
5. 보건의료운동의 현 정세와 과제

## 남한 보건의료운동의 역사

### 1. 보건의료운동의 시작과 발전

#### 가. 1987년 이전

1977년 500인 이상 사업장에서 의료보험제도가 실시된다. 이는 민중의 요구에 의한 것이라기보다는 1970년대 중반 중화학공업화를 추진하는 과정에서

안정적으로 노동력 재생산을 달성하고 북한과의 체제경쟁에서 우월성을 과시하는 등 국가와 자본의 경제적·정치적 필요에 의해 제도화된 것이라고 볼 수 있다. 그러나 1970년 전태일 열사 분신 이후 노동자운동의 고양으로 인해 지배계급은 일정한 양보를 하지 않을 수 없었다는 점에서 노동·자본 간 역학관계 역시 의료보험제도 도입에 큰 영향을 미쳤다. 노동자계급이 의료보험제도를 직접적으로 요구하지는 않았지만 직장의료보험제도의 시행은 자본의 양보와 타협의 의미로도 볼 수 있다.

노동안전보건제도의 도입 역시 국가·자본의 필요에 따른 시혜적 조치로 시작되었다. 거의 모든 노동자들이 산업안전보건법이 있다는 것 자체를 몰랐으며, 열악한 노동조건 속에서 산업재해에 노출되었다. 경제개발 시기 노동안전보건정책은 사후적 산재보상 중심이었으며, 산재 예방은 진폐와 난청을 중심으로 간단하고 비용이 저렴한 의료서비스를 집단검진을 통해 제공하는 것을 특징으로 했다.

이처럼 1987년 이전에는 건강과 보건의료의 문제는 민중의 요구로 제기되지 못하였고 보건의료운동 역시 서클적 연구와 의료봉사활동 수준에서 머물렀을 뿐 구체적인 형태로 나타나지 못하였다. 하지만 노동자운동이 재건되기 시작하였고, 1985년 구로동맹파업과 대우자동차 파업을 거치며 노동자들의 자주적 단결 및 학생운동 및 사회운동과의 연대가 강화된다. 급진화 한 노동자운동은 결국 87년 노동자대투쟁으로 폭발하였으며, 보건의료운동 역시 그 정세를 계기로 실체를 갖추고 발전하게 된다.

#### **나. 보건의료운동의 등장과 분화: 1987년~1995년**

##### 1) 보건의료운동의 등장

1987년은 민중운동이 사회적 계급관계에서 강력한 주도권을 장악하면서 사

회 개혁의 중대한 세력으로 등장한 해였다. 당시 진보적이고 양심적인 보건의료인들은 이러한 대열에 함께 참여하였으며 보건의료 문제를 인식하는데 있어 사회의학적 관점이 점차 중심이 되어갔다.

1980년대 말 보건의료운동의 주류를 이루었던 관점은 보건의료운동을 보건의료부문만의 문제가 아닌 사회 전체의 문제로 인식하는 것이었다. 이러한 문제의식은 1987년~1989년 각종 보건의료단체가 출범하면서 적극적인 실천으로 외화된다. <인도주의 실천 의사협의회>(이하 인의협) 등 같은 직종의 비교적 단일한 대중을 포괄하는 단체와 <교회 빈민의료협의회>, <기독교청년의료인회> 등 의사, 약사, 의료기사, 간호사 등 여러 직종이 모인 단체들이 출범하였다. 또한 노동안전보건 문제를 주된 과제로 하는 <노동과건강 연구회>, 보건의료정책을 연구하는 <보건과사회 연구회>가 창립되었다.

당시 보건의료운동의 주요한 실천 형태는 전문적 역량을 바탕으로 한 소수의 실천을 통해 민족민주운동의 요구에 부응하는 것이었다. 예를 들면 질병상담 활동, 1988년 <농어민의료보장대책위원회> 활동, 1990년 문경 진폐증환자 검진, 강경대/이철규 부검참여, <원진레이온 이황화탄소 중독증 환자 대책위원회> 활동, '산채추방운동, 반핵평화를 위한 보건의료대중단체 공동사업' 등이었다. 이러한 소수의 헌신적 활동은 보건의료인들을 포함하여 폭넓은 공감대를 얻을 수 있었는데, 이는 당시 민중운동이 1987년 민주화투쟁을 계기로 사회적 정당성을 확보하고 있었기 때문이었다.

2) 농민들의 의료보험 요구와 의료보험통합일원화 운동: 1988년~1989년  
1988년 1월 농어촌지역에 의료보험제도가 전면적으로 실시된 후 2월부터 농민들의 저항이 시작되었다. 의료보험제도는 500인 이상 사업장부터 적용되는 등 역진적 방식으로 출발한데다 수익자부담 원칙하에 노동자를 분할통제하기 쉬운 조합주의 방식으로 운영되었다. 집단에 따라 분할 운영되는 각 조합의

의료보험 가입자간 불평등을 완화하는 제도적 장치나 국가의 지원이 없었기 때문에, 농민들이 가입되었던 지역의료보험은 직장의료보험에 비해 보험료가 과도하게 비싸고 진료권이 제한되는 등 문제를 안고 있었다.

당시 농민들은 과도한 보험료 부과에 반대하여 의료보험증을 불태우는 등 의료보험제도 자체를 거부하였는데, 자연발생적인 저항운동은 농민단체들과 연계되며 전국으로 확산되었다. 여기에 1987년 이후 결성되었던 보건의료단체들이 결합하면서 지역보험과 직장보험을 통합하지는 의료보험통합일원화 운동으로 발전하게 된다. 1988년 6월 <전국의료보험대책위원회>가 결성되었고 전국 40여개 군 단위 의료보험대책위원회와 농민단체, 보건의료단체 등 48개 단체가 결합하였는데, 당시 대책위원회의 주체는 농민, 도시빈민, 진보적 의료관련단체의 의료인들이었다.

이 시기 의료보험통합일원화운동은 보건의료에 대한 과학적 분석을 기반으로 한 운동이라기보다는 극단적 모순을 보여주던 한국 보건의료에 대한 과편적 투쟁에 가까웠다. 하지만 이 운동은 의료보장쟁취를 둘러싼 민중운동진영의 전국적 조직화와 국민의료보장법안의 구체화를 통해 사회복지제도에 계급적 관점을 관철하는 경향을 드러낸 것이었으며, 보건의료제도에 대한 고민이 처음 구체적인 실천으로 이어졌다는 점에서 의미를 가진다.

의료보험법안을 둘러싼 각계의 요구는 통합을 골자로 한 국민의료보험법으로 가시화되었고, 1989년 3월 임시국회에서 만장일치로 통과되었다. 그러나 당시 노동자운동에 대한 지배층의 탄압 기조에 따라 노태우 당시 대통령은 거부권을 행사했고 이후 수년간 의료보험통합일원화운동은 중단되었다.

### 3) 노동조합의 보건의료운동

지역의료보험조합의 노동자들 또한 의료보험통합을 요구하는 핵심적 주체 중 하나였다. 지역의보 노동자들의 폭발적인 조직화와 투쟁이 가능했던 이유

는 시대적 배경이라는 주체적 요인과 지역의료보험의 비민주성, 중첩적 관리 통제체제의 문제도 있지만 무엇보다 직장의료보험 노동자와의 임금 격차라는 문제가 가장 컸다. 지역의보 노동자에게 차별철폐는 곧 통합을 의미했다.

농어촌에서 지역의료보험이 시작된 1988년 거의 모든 군지역조합의 노동자들이 노동조합에 가입하였고, 1989년 3월 파업을 통해 국민의료보험법 국회 통과 과정에서 대중적 동력이 되었다. 그러나 대통령의 거부권 행사로 통합은 무산되고, 도시지역 의료보험 업무가 시작되기도 전인 1989년 5월부터 노조 건설이 이루어져 1989년 9월 도시, 농어촌을 총망라한 총파업 투쟁으로 이어진다. 다시 국회에 상정되어진 의료보험통합법의 통과를 요구로 시작된 총파업은 11월 야3당 당시농성 등을 거쳐 12월까지 이어졌으나 국회통과를 이루어내지는 못하였다. 그러나 이 투쟁을 통해 조직력과 문제의식을 확보한 지역의보노조는 이후 의보연대회의에서 주도적 역할을 하면서 의료보험통합을 이루게 된다.

병원노동조합도 형성된다. 1987년 노동자대투쟁의 성과로 70개 노동조합이 참여한 <전국병원노동조합협의회>가 구성되었으며 이를 토대로 1988년 93개 노동조합이 <전국병원노동조합연맹>(이하 병원노련)을 창립하였고, 병원 노동자의 권익 향상과 의료민주화를 연맹의 주요 과제로 추진했다.

당시 병원노동조합운동은 보건의료 전반에 관한 의제보다는 임금 및 노동 조건을 중심으로 전개되었다. 의료영역의 부정부패를 폭로하는 ‘의료민주화’ 투쟁을 전개하였고, 환자의 편익을 위한 운동을 전개하기도 하였지만, 전체 보건의료체계를 개혁하기 위한 투쟁에는 형식적으로 결합한 측면이 있었다. 당시 병원노련은 산별노조 전환과 산별교섭 쟁취를 실질적인 목표로 설정하였기 때문에 보건의료 개혁을 운동의 중요한 축으로 삼기에는 조직적 한계가 있었다. 병원노련의 활동은 1998년 산별노조인 <전국보건의료산업노동조합>(이하 보건의료노조)의 결성으로 이어진다.

#### 4) 민족보건의료운동론과 청년의사

1990년대 초반 보건의료학생운동 일각에서 민족보건의료운동론이 제기되었다. 남한 변혁 운동의 성격을 민족 해방 운동으로 규정하는 민족보건의료운동론은 '자주적인 민족 보건의료 체계의 수립을 통한 민중의 건강권 확보'를 기치로 내건다. 이들은 이후 <<청년의사>>라는 신문을 발간하면서 의료계의 대중적 운동으로 발전한다. 청년의사 그룹은 의료현장을 중심으로 한 보건의료 운동을 주창하면서, 의사들을 생산직 노동자로 규정하고 전공의들의 열악한 노동현실에서 착취의 개념을 이끌어내며 대형병원 중심의 전공의 조직을 대중운동의 틀로 상정한다.

전문가 중심의 초기 보건의료운동이 가진 한계에 비추어 볼 때 청년의사 그룹의 문제제기는 의미가 있다. 보건의료운동에 기여하기 위해 전문가가 되어야 한다는 편향은 활동가로서 대중적 기반을 어떻게 확장시켜 나갈지에 대한 고민의 축소로 이어졌고, 많은 사람들이 전문가가 되기 위해 활동전선에서 이탈했기 때문이다. 그러나 청년의사 그룹은 그 대안으로 보건의료인(의사)들의 지위와 처지에 기반한 조합적 운동으로 스스로를 한정지음으로써 사회 전체의 건강 및 보건 문제에 대한 인식을 축소시키는 오류를 범했다. 이후 청년의사 그룹은 변혁적 사회운동으로서 보건의료운동이라는 역할을 스스로 배제하게 된다.

#### 5) 정책운동으로의 전환

1992년 경 인의협으로 대표되는 의사들은 보건의료운동의 과제를 다음과 같이 상정하였다. 첫째로 전문가중심 조직에서 대중조직으로 전환하는 것, 둘째로 운동의 내용이 의사들의 경제적 이해관계가 아닌 노동자계급을 지향해야 한다는 것이었다. 인의협은 이러한 문제의식에 기반하여 정책대안에 의한 운

동을 돌파구로 삼았다. 이러한 방향으로의 전환은 1992년 대선 무렵 <건강사회를 위한 보건의료인 연대회의>(이하 보건의료연대회의)가 결성되고 '건강사회를 위한 보건의료'라는 정책안이 만들어지면서 현실화되었다.

이러한 전환은 보건의료단체의 그간 활동성과를 총결산하는 의미가 있었으며, 민중운동의 요구에 수동적으로 반응하던 것에서 '사회 전체의 일부로서의 보건의료'를 개혁하기 위한 구체적인 안을 제시하고 이를 실현하려 했다는 점에서 발전적이었다. 보건의료 문제에 대해 체계적으로 분석하고 대안을 제시하려는 시도가 시작되었으며, '시장 중심의 한국보건의료'라는 문제에 대한 관심이 집중되고 공공의료의 중요성이 부각되기 시작됨으로써 이후 전개되는 보건의료운동의 담론 형성에 거름이 되었다는 점에서 정책운동의 성과는 컸다고 할 수 있다.

그러나 보건의료운동이 정책운동으로 제한되면서 운동의 주체 역시 보건의료인으로 제한되었으며, 정책운동의 내용과 전문직중운동이라는 규정 사이에 긴장을 유발하기도 하였다. 당시 보건의료연대회의는 정치적으로는 중립을 지향하고 정책 설명회와 토론회 등을 개최하였는데, 이러한 활동은 민중적 주체 인식이 없고 물계급적이라는 비판을 외부로부터 받았으며, 한편으로는 직종별 단체 위상으로부터 벗어나는 과도한 활동이라는 비판을 단체 내부로부터 받았던 것이다. 이는 구소련의 붕괴와 문민정부의 등장으로 계급적 관점이 운동단체 내부에서 흔들리고 있었던 상황, 그리고 청년의사 그룹으로 인한 이데올로기적 효과인 '직종 내의 요구를 수렴해야 한다'는 부담이 증대되었던 상황을 반영한다. 결국 보건의료운동은 이 시기를 지나면서 과거의 전문성 강화로 회귀하거나 구강보건사업, 공동체약국사업 등 직종 내부의 의제로 눈을 돌리는 '직종전문운동'으로 양분화된다.

한편 김영삼 정권은 1994년 초 보건의료부분의 우루과이라운드 협상이 끝날 즈음 의료보장개혁위원회를 만들어 의료부문의 전반적 개혁에 대한 계획



을 발표한다. 정부가 보건의료시장을 강화하겠다는 의도를 드러냄에 따라 <의료보험통합일원화와 보험적용 확대를 위한 범국민 연대회의>(이하 의보연대회의)가 결성되고 의료보험통합일원화운동이 다시 시작되었다. 의보연대회의에는 보건의료단체를 비롯하여 <전국노동조합대표자회의>, <전국농민회총연맹>, <도시빈민단체협의회>, <전국연합>, <통일시대민주주의국민회의>, <경제정의실천시민연합>, <YMCA>, <여성단체연합> 등 총 77개 단체와 6개 지역 연대회의가 참여하여 보건의료 문제를 중심으로 하는 광범위한 운동체가 출범하게 되었다. 의보연대회의는 의료보험의 재정과 관리운동을 통합일원화하고, 보험료는 소득에 따라 차등부과하며, 보장성을 높이고, 의료보험과 의료보호를 통합하자는 안을 제시하였다.

이것은 보건의료연대회의의 성과를 실천적으로 계승하는 측면이 있었고, 동시에 보건의료운동 내 정책운동이 직종전문운동에 비해 정치적으로 여전히 우위에 서 있음을 보여주는 것이었다. 이 시기 이후 현재까지 보건의료운동은 대체로 정책운동, 그 중에서도 의료보험제도라는 단일 의제를 중심으로 하는 운동의 양상을 띠게 되었다. 또한 이 시기를 거치며 형식적 참여에 머물렀던 노동자운동의 참여가 강화되었다.

#### 6) 노동안전보건운동의 등장

노동안전보건운동 역시 1987년 민주노조의 폭발적인 성장 속에서 출발하였다. 1988년 수은중독으로 인한 문송면 군의 사망과 이황화탄소중독으로 인한 원진레이온 노동자의 사망을 계기로 산재, 직업병에 대한 문제 제기와 개별적 보상중심의 활동이 시작되었으며, 1980년대 후반부터 노동조합 내 안전보건 부서 신설과 사업장 차원의 산업안전보건위원회 건설 요구가 이어졌다. 또한 1989년 산업안전보건법 개정 투쟁을 거치면서, 산재추방운동에서 노동조합 교육 및 지원이 주요한 사업으로 자리 잡게 되었다.

이런 과정을 통해서 1989년 산업안전보건법의 전면적인 개정이 이루어졌고, 안전보건에 대한 참여권이 일부 보장되는 등의 성과를 남길 수 있었다. 그러나 이후 노동안전보건운동은 예전 정책에 대한 근본적이고 질적인 변화가 없이 단지 물량적인 확대를 중심으로 하는 한계를 보였다.

한편, 1990년대 들어서 노동안전보건운동에서 노동조합이 그 주체가 되어 갔다. 대부분 노동조합에 산업안전부서가 설치되었으며, 활동의 범위도 사후 처리에만 매달리던 것에서 벗어나 산재피해자의 복지와 산재 예방을 위한 활동으로 확대되어 갔다. 1995년 <전국 민주노동조합 총연맹>(이하 민주노총)이 출범하면서 노동안전보건운동에서 노동조합이 중심적 위치를 차지하게 되었으며 산재추방운동은 노동조합 지원과 산재제도 개선을 위한 정책 개발활동으로 범위가 축소되었다.

#### 7) 보건의료정치운동

1987년 국면에 보건의료운동에 막 입문한 좌파들은 민족보건의료운동론이 제기되었을 당시 이를 비판하며 민중적 보건의료운동론을 제창하였다. 이들은 민족보건의료운동론이 이론적 허점과 과거 운동에 대한 평가 절하, 의사 외 부문에 대한 무지, 이데올로기적 우편향을 보이고 있다고 비판하였고, 대중 운동과 변혁 운동의 통일로서 보건의료운동이 필요함을 주장하였다.

이후 좌파는 뚜렷한 전망을 찾지 못하고 있다가 1992년 대통령 선거에서 민중후보운동을 중심으로 결집하게 된다. 이들은 1980년대 보건의료운동의 성과를 집단 이기주의 운동으로 전락시키려는 청년의사 그룹을 비판하고, 보건의료연대회의의 활동이 보여주고 있던 탈계급주의라는 한계를 비판적으로 평가하면서 보건의료정치운동을 제창하였다. 이러한 흐름은 대선 투쟁을 경과 하면서 결성된 <민중의료협의회>(이하 민의협)의 논의 과정을 거쳐 <보건의료정치조직 건설을 위한 의료인 연대>(이하 정의련)의 결성으로 이어졌다.

민의협과 정의련의 출범은 보건의료운동의 내용을 전체 사회변혁의 전략 전술의 문제와 연관시켜 구체적으로 논의한 새로운 경향의 보건의료운동이 출현하였음을 의미한다. 정의련은 전체 운동과 결합하면서 보건의료 문제를 계급적 정치투쟁으로 조직해내는 것을 보건의료운동의 새로운 방법론으로 제시하였다.

정의련은 이러한 문제의식을 가지고 전체 운동과의 연대를 추구하고 당시 <민중정치연합>(이하 민정련)과 조직적인 관계를 설정한다. 이후 민정련의 해체에 뒤이은 정의련 일부 운동가들의 이탈과 분리를 통하여 <민중의료연합>(이하 민의련)이 출범하게 되었다. 민의련은 보건의료운동의 전략으로 보건의료의 공공화 및 사회화를 채택하고, 보건의료정치운동을 활동의 방법론으로 채택한다.

1994년 의보연대회의 활동을 통하여 많은 민중 단체가 보건의료 문제에 참여하기 시작하였으나 여전히 그 참여는 참관의 수준이었다. 이는 전체 민중운동의 통합적 과제의 일환으로 보건의료운동이 사고되는 것이 아니라 정책운동이 주도하는 운동적 모형이 유지되고 있음을 반영하는 것이었다. 게다가 이미 이 당시 정책운동은 보건의료 개혁의 방향을 서구 복지국가 모델 혹은 케인즈주의 모델로 설정하기 시작하였다. 민의련의 출범은 보건의료를 전체 사회의 문제로 인식하는 초창기 보건의료운동의 문제의식을 다시 한 번 강조하고, 보건의료운동을 변혁운동의 일부분으로 사고하는 발전적 문제의식을 반영하는 것이었다.

1994년 당시 정의련은 김영삼 정부의 의료부문 개혁 시도를 의료시장 개방화를 예비하는 사적시장 강화로 규정하고, 의보연대회의가 의료보험체계에 만 집중하고 있다는 점과 의료보험통합안의 보험료부과방식이 분배의 형평성

에 미달하고 있음을 지적하였다.<sup>1)</sup> 정의련은 의료보험통합안을 넘어서는 대안으로 단기적으로는 공공의료 강화를 위하여 지역사회의 노동자민중의 주민자치조직을 주체로 세워야 함을 제시하였고, 장기적으로는 의료의 생산과정에서 노동자계급의 자주적인 참여와 분배의 형평성이 달성되어야 함을 제시하였다. 그러나 이 당시 정의련의 의료개혁방안은 원칙적으로는 의보연대회의의 한계를 극복하려는 것이었으나 실제 정책으로 도입될 수 있을 만큼 구체적이거나 상세하지는 못하였다.

## 2. 보건의료의 신자유주의적 재편과 대안세계화운동

1997년 이후의 남한 보건의료운동에 대한 평가는 현 정세에 대한 인식에 따라 달라질 수 있다. 앞서 자본주의적 보건의료의 특징과 모순을 분석하고, 자본주의 생산양식의 변화에 따라 변모해온 보건의료체계의 역사를 살펴보았다. 이러한 마르크스주의적 관점에 입각해서 현재 보건의료체계의 문제와 이에 맞서는 보건의료운동의 과제를 도출하고자 한다. 본 장에서는 세계적 차원에서 신자유주의 금융화에 따른 보건의료의 변화와 이에 맞선 민중의 저항을 살펴본다.

### 가. 보건의료의 금융화

의료비용의 지속적인 상승은 경제위기와 결합하면서 ‘보건의료의 위기’로 가시화되었다. 비효율성이 위기의 주범으로 지목되면서 공적 의료서비스는 사

---

1) 정의련은 의보연대회의에 참가하였으며 내부자적 입장에서 의보연대회의의 한계점을 지적하였다.

적 의료자본에 의해 대체되는 동시에 사적 의료자본의 금융적 변모가 시작된다. 제약병원 등 사적 의료자본은 세계적 차원의 인수합병과 직접투자를 통해 수익성을 최대화하는 전략을 추구하며, 보험자본과 같은 금융자본의 영향도 증대된다. 이른바 ‘보건의료의 금융화’가 진행되는 것이다.

보건의료의 금융화는 두 가지 경로로 진행된다. 의료자본이 금융화의 추구로 축적전략을 변경하는 경로와 보험자본과 같이 외부에서 보완적인 역할을 담당하던 금융자본이 보건의료에 직접 개입하는 경로이다. 전자는 초민족적 제약자본, 후자는 관리의료가 대표한다. 그리고 대중보건의료의 금융화는 세계무역기구와 세계은행과 같은 국제금융기구를 매개로 가속화된다.

#### **나. 초민족적 의료자본의 금융화: 제약자본**

서구의 보건의료는 19세기 후반부터 식민보건정책과 의료선교를 통해 주변부로 확산되면서 식민지 주민을 서구적 생활양식에 적응시켜 보건의료의 잠재적 구매자로 변화시킨다. 그 결과 탈식민화 이후에도 서구의 의료기술과 제도는 제3세계 국가들의 기본모델로 채택된다. 1980년대부터 신자유주의적 금융세계화가 진행되면서 서구의 의료기술과 행위는 병원, 제약회사, 의료장비, 원격의료-재택치료 등과 같은 기타 의료서비스 부문으로 분화되는 동시에 초민족적 의료자본으로 발전한다. 그러나 이는 얼마간 불균등하게 진행된다. 공급자가 직접 소비지로 진출할 수밖에 없는 병원의 초민족화는 민족국가의 제도적-경제적 장벽으로 인해 제한되는 반면 제약-의료서비스자본은 성공적으로 초민족화를 진행시키기 때문이다.

19세기 후반부터 등장한 제약 산업은 치료의학혁명과 분자생물학 및 유전공학의 기술혁명을 경험하면서 1970년대까지 꾸준히 성장한다. 제약자본은 대학연구소를 지원하고 생명공학전문기업과 제휴함으로써 이들의 연구개발

성과를 상업화한다. 이러한 경로의 신약 개발은 엄청난 규모의 연구개발 비용이 투자되는 대신 특허권에 기초하여 일정 기간 동안 독점이윤율이 보장된다. 제약자본은 20년 이상 보장받은 특허기간 동안 의사를 대상으로 한 대규모 마케팅을 통해 이윤을 최대화한다.

특허기간이 만료된 제네릭(복제약)은 연구개발비가 낮은 대신 가격 경쟁이 심해서 이윤율이 낮다. 따라서 특허약은 초민족자본이 지배하고 제네릭은 주로 민족자본이 담당하는데, 대중보건의료가 세계적으로 확산되면서 제네릭 시장의 중요성이 점차 증가한다. 제네릭 시장의 확대와 함께, 정부의 의약품 가격통제와 제네릭 생산 장려를 통한 경쟁유발은 연구개발과 마케팅에 대규모로 투자하는 초민족적 제약자본의 수익성을 악화시킨다. 이러한 상황 속에서 초민족적 제약자본은 1980년대 후반부터 직접투자와 인수합병으로 대응하면서 금융화를 추구하는 전략으로 선회한다. 이것은 생산과 판매에 의한 이윤 획득이 아니라 시장지배력을 확보하여 기업 가치를 높히려는 금융적 이익을 대표한다.

#### **다. 금융자본과 보건의료: 관리의료**

성장기동안 보건의료의 대중화에 기여했던 보험 자본은 이제 보건의료의 구조조정을 강제하면서 이 부문을 자본집중의 계기로 활용한다. 그 전형적인 사례가 미국에서 발전되어 세계로 수출되는 ‘관리의료’다. 국가의료보험이 발전하지 못한 미국에서 의료비지출이 급격히 증가하면서 관리의료는 효과적인 대안으로 제시되었고, 이를 바탕으로 하는 사적 보험이 의료시장을 장악하게 되었다.

관리의료는 하나의 조직에 보험·진달·지급기능이 통합된 선불제도이며, 관리의료조직이 환자가 이용하는 의료서비스에 대한 공식적 통제를 수행한다.

이는 공급자선택제한(문지기주치의제도), 사례관리, 이용도심사의 형태로 이루어진다. 공급자선택제한이란 피보험자가 관리의료조직이 고용한 의사나 여기에 가입한 의사에게 치료를 받을 경우에만 보험적용을 받는 것을 의미한다. 따라서 주치의는 과잉의료를 방지하고 2차 의료에 대한 보험회사의 지출을 최소화하는 역할을 담당한다. 사례관리란 잦은 입원경력이나 만성질환을 가진 환자에게 사례관리자를 배치시켜 병의 악화를 막거나 자가 치료 및 예방교육을 실시하는 것이다. 마지막으로 가장 핵심적인 이용도심사는 환자에게 제공되는 의료서비스의 적절성 여부를 보험회사가 판단하는 것이다. 특정 치료가 과잉의료행위로 판정되면 보험료 지급을 거부한다.

관리의료는 단순한 의료보험의 기능을 넘어 보험회사가 의료과정에 개입하면서 비용절감을 주도한다. 병원과 개업의는 관리의료조직에 가입하지 않으면 다른 병원과의 가격경쟁에서 살아남을 수 없기 때문에 보험자본의 의료 비용 절감 압력을 감수해야 한다. 이러한 과정을 통해 보건의료는 금융자본의 이익에 종속된다.

뿐만 아니라 관리의료는 보건의료 부문이 급격하게 영리화·상업화되는 길을 열어놓았다. 대형 상업보험회사들이 관리의료에 참여함으로써 보건의료의 영리부문에서뿐만 아니라 비영리부문에서도 이윤추구·인수합병·경영다각화를 모색하는 흐름이 나타나기 시작했다. 이 과정에서 영리추구를 목적으로 하는 의료법인이업이 성장하여 보건의료산업의 관련 분야를 포괄적으로 결합하는 이른바 '의산복합체(medical-industrial complex)'가 출현했다.

미국 내 관리의료조직들 사이에 경쟁이 격화되고 수익성이 하락하면서 보험자본은 관리의료를 수출하기 시작한다. 1990년대 라틴 아메리카의 금융위기를 계기로 이 지역의 보건의료체제를 관리의료의 형태로 재편한 것이 대표적인 사례다.

관리의료와 의산복합체의 출현은, 보험을 매개로 병원을 보편적인 의료기

관으로 확립했던 대중보건의료가 보험으로 대표되는 금융자본의 이해에 따라 재편된다는 것을 의미한다. 관리의료와 의산복합체는 지속적 비용 상승에 따른 보건의료의 위기에 대한 금융적 해법이다.

## 라. 국제기구와 보건의료의 금융화

세계무역기구(WTO), 세계은행(WB), 국제통화기금(IMF)과 같은 국제기구들은 세계적 무역 질서를 새로운 방식으로 재편함으로써 초민족적 의료자본의 이익을 보장할 수 있는 조건을 마련한다.

세계무역기구는 보건의료와 관련하여 두 가지 중요한 협정을 주도하는데 서비스무역에관한일반협정(GATS)과 무역관련지적재산권협정(TRIPs)이 그것이다. 서비스무역에관한일반협정의 핵심 내용은 보건의료서비스를 포함한 공적 서비스를 상품으로 규정하고 이에 대해 자유무역의 원칙을 적용하는 것이다. 무역관련지적재산권협정은 지식에 대한 소유권을 기반으로 초민족적 의료자본에게 최소 20년간 독점이윤을 보장한다.

세계은행·국제통화기금 등 국제금융기구들은 외채위기를 겪고 있는 국가에 가입하여 차관조건과 채무지불협상을 지렛대로 삼아 신자유주의적 정책개혁을 강제한다. 또한 채무국의 공적 서비스를 사유화하고 연금제도를 개혁함으로써 채무국의 보건의료부문을 초민족적 의료자본을 위한 시장으로 변모시킨다. 이들이 주도하는 다자간협정체제가 주변부 국가의 저항을 받아, 최근에는 미국을 중심으로 자유무역협정(FTA)과 같은 쌍무협정체제로의 전환이 시도되고 있다. 경제적으로 불평등한 두 당사국 사이의 협정으로 주변부 국가의 보건의료부문은 초민족적 의료자본에 더욱 개방·종속된다. 강제실시권과 같은 무역관련지적재산권협정의 예외 조항에 엄격한 제한을 가하고, 특히기간도 20년 이상으로 연장하는 무역관련지적재산권협정플러스(TRIPs+)가 대표



적이다.

#### 마. 보건의료의 금융화의 영향

공적으로 관리되던 보건의료부문이 사유화를 통해 초민족적 자본에게 종속되면서 수요자의 지불 능력에 따라 서비스의 내용이 차별화되어 건강불평등이 확산된다. 초민족적 제약자본은 의약품을 상품으로 간주하는 동시에 지적재산권을 무기로 독점적 지위를 강화하기 때문에 보건의료에 대한 대중의 보편적 접근을 차단한다. 뿐만 아니라 제약자본은 수익성이 높은 미국·유럽·일본 시장의 수요에만 맞추어 약품을 개발하기 때문에 저개발국의 고유한 질병에 대해서는 더 이상 기술개발을 하지 않거나 규모를 대폭 축소한다.

서비스무역에 관한 일반협정은 공적 의료서비스의 사유화를 진행시키는 동시에 세계적 수준에서 보건의료의 불평등을 심화시킨다. 서비스부문의 무역자유화에서 주변부 국가에게 특히 문제가 되는 것은 인력 유출의 형태로 나타나 주변부 국가의 건강상태의 전반적인 질적 저하를 초래한다.

초민족적 제약자본의 이윤추구전략과 무역협정의 체결이 세계적 수준에서의 불평등으로 귀결된다면, 관리의료의 확산은 민족적 수준에서의 공공성의 약화와 불평등을 야기한다. 라틴아메리카에 진출한 관리의료는 피보험자에 대한 사용자분담금의 도입을 요구하는데, 이는 보험가입을 제한하는 장벽으로 돈이 없는 사람들을 공적병원으로 집중시킨다. 또한 심각한 환자는 공적 부문으로 묶어두는 대신, 비교적 건강한 환자만을 유인하는 경향이 있다.

#### 바. 대안세계화 운동

1990년대 들어 건강을 파괴하는 신자유주의 금융화를 비판하고 보건의료에

대한 민중의 자기결정을 강조하는 새로운 사회운동이 형성된다. 2000년 75 개국에서 1400여명이 참석한 1차 민중건강총회(People's Health Assembly)는 보건의료에 대한 세계화의 영향, 건강권 등 폭넓은 주제로 세미나를 개최하고 건강을 위한 세계행진(Global March for Health)을 진행한다. 또한 알마아타 선언의 이념을 현실화할 것을 요구하는 민중건강헌장(People's Charter For Health)<sup>2)</sup>을 채택한다.

1차 민중건강총회의 준비·개최 과정을 통해서 민중건강운동(People's Health Movement)이라는 국제연대체가 조직된다. 민중건강운동은 세계사회포럼에서 <건강을 위한 세계사회포럼(World Social Forum on Health)>을 개최하면서 보건의료운동과 노동자운동의 연대를 추구하는 동시에 보건의료운동이 대안세계화운동의 부문운동임을 선언한다.<sup>3)</sup>

민중건강운동은 건강을 기본권으로 인정하고 이를 보장하는 제도적 장치로서 보편적 1차 보건의료를 주장한 알마아타 선언의 이념에서 출발한다. 그리고 더 나아가 건강권 개념을 보건의료에 대한 민중의 능동적인 참여를 전제하는 동시에 민중의 사회적·문화적·정치적 변화를 함축하는 것으로 발전시킨다. 즉 민중은 스스로를 정치적 주체로 구성하는 동시에 건강에 대한 권리를 실현시켜야 하며, 이러한 요구는 인간 생활의 기본조건과 항상 관련되어 있기 때문에 즉각적인 형태로 제기되어야 한다는 것이다. 알마아타 선언의 슬로건은 민중건강운동에 의해 '바로 지금, 만인에게 건강을'이라는 요구로 확장된다.

민중건강운동이 주도하는 새로운 사회운동은 기본적 인권으로서의 건강

2) 민중건강헌장 전문은 <http://www.phmovement.org/files/phm-pch-korean.pdf>에서 볼 수 있다.

3) 2005년 2차 민중건강총회가 개최되었으며, 2012년 7월 6일~11일 남아프리카공화국에서 3차 민중건강총회가 개최된다. 사전 프로그램으로 보건의료운동을 위한 학교, 남아프리카공화국 건강총회 등이 기획되고 있으며 본행사는 다음 네 가지를 핵심적 주제로 치러진다. (1)건강의 국제적, 정치경제학적 맥락, (2)건강을 파괴하는 사회적, 물리적 환경들, (3)포괄적, 통합적인 보건의료체계 내에서의 보편적이고 평등한 건강보장, (4)위기를 넘어: 만인의 건강을 위한 노력.

권, 신자유주의적 금융세계화 비판, 건강에 관한 생태적 관점이라는 세 가지 핵심적 의제를 주장한다. 이 세 가지 의제의 실현을 위해 민중건강운동은 민중의 시민교육을 강조한다. 이들은 건강문제에 대해 지역사회가 스스로 대처할 수 있는 능력을 고양하고 신자유주의적 금융세계화와 보건의료의 위기의 관련성을 민중이 스스로 인식할 것을 목표로 지역사회에 기초한 다양한 시민교육 프로그램을 개발한다.

이처럼 민중건강운동은 보건의료운동에 대한 대안적인 가능성을 내포한다. 이 운동은 대안세계화운동과 결합하면서 국가에 의존하지 않는 아래로부터의 세계보건의료운동을 제안한다. 그리고 보건의료에 대한 민중의 자기결정을 강조하면서 자본주의적 보건의료 자체를 건강권의 원리에 따라 변혁할 것을 요구한다. 이는 물론 자본주의적 생산관계의 변혁을 전제하는 것이다. ‘또 다른 세계는 가능하다’는 대안세계화운동의 구호가 핵심적 내용으로 등장한 2차 세계사회포럼의 선언문은 바로 이러한 전망을 명시적으로 보여준다.

### 3. 한국의 신자유주의적 재편과 보건의료운동의 한계

#### 가. 신자유주의 개혁과 민중운동

1990년대 후반은 이른바 ‘신자유주의 개혁’이 본격화된 시기였다. 자본은 정리해고제, 변형근로제, 근로자파견제 관철에 총력을 기울였다. 민주노총의 총파업투쟁이 1997년 초까지 지속되었지만 외환위기를 맞이하면서 민중운동의 요구는 수세적 상황에 몰리게 되었고, 민주노총은 정리해고제 합의를 담은 사회협약을 조인하기에 이른다. 또한 2003년 노동시간단축과 장시간에 걸친 변형근로제 도입을 결합하는 방식으로 노동법 개정이 이루어지고, 민주노총은 공언했던 총파업을 조직하지 못하는 무기력에 빠진다.

이는 노동자운동을 포함한 민중운동 전반이 신자유주의 개혁의 본질을 명확히 인식하고 대응하는 데 실패함으로써 벌어진 결과이다. 김대중 정권이 주도적으로 구성한 노사정위원회는 국가경쟁력 강화를 목표로 해서 노동조합에게는 실질적인 이익 없이 사회적 대화 파트너라는 형식적 지위만을 부여하는 허구적 코퍼러티즘에 불과했다. 따라서 이러한 현실을 극복하기 위한 노동자운동의 주체적 대응책 수립, 핵심적으로는 노동조합의 대안적 이념과 활동을 확립하려는 노력이 시급했다.

김대중 정부는 신자유주의 정책개혁의 실행을 위해 NGO의 역할에 주목했다. 많은 시민단체는 기업구조조정, 부패감시와 정책개혁, 협력적 노사관계와 ‘생산적 복지’의 수립 등 다방면에서 정부와의 상호협력을 모색하며 조응했다. 시민운동의 포섭과 함께 노동자운동은 ‘실리주의·조합주의’ 노선을 채택하며 민중운동은 위기를 맞게 된다.

#### **나. 보건의료의 신자유주의적 재편: 의료보험통합위원회, 의약분업, 공공부문 구조조정**

김대중 정부의 특성은 보건의료부문에 도 그대로 반영되었으며, 한국 보건의료의 신자유주의적 재편이 본격화된다. 새정치국민회의 정책기획단은 보건의료 개혁의 원칙을 ‘민주적 시장 경제’로 표현하고 있는데, 그 핵심 내용은 ‘보건의료에서 무질서한 경쟁을 질서 있는 경쟁’으로 바꾸자는 것이었다. 이 과정에서 정부의 역할은 보건의료체계가 시장질서에 따라 합리적이고 효율적으로 운영될 수 있도록 개입하는 것으로 규정되었다.

김대중 정부의 보건의료정책은 ‘대중보건의료의 효율화’라는 명분 아래에서 신자유주의적 재편이 이루어진 것으로 평가할 수 있다. 이 시기 보건의료의 효율성과 합리성을 제고하는 일련의 프로그램들이 추진되었는데, 의료보험통

합일원화로 대표되는 의료보험 관리운영 조직의 개편, 의약품 실거래가 제도, 병원경영 투명성 제고, 의약분업 등이 대표적이다. 이와 동시에 김대중 정부는 공공부문 개혁이라는 명목으로 공공병원 민영화 추진과 인원감축, 비정규직 확대를 통한 비용절감 등의 방식으로 구조조정을 진행해 나갔다. 한편 대선 공약이었던 ‘보건복지예산 확충’은 전체 정부예산 중에서 보건의료부문 예산이 차지하는 비중이 역대 정권 중 최하위인 0.29%를 기록함으로써 유명무실화되었으며, 보충적 민간의료보험을 도입하여 건강보험의 공백을 시장화 정책으로 해결하는 토대를 마련하였다.

#### 1) 의료보험통합일원화

김대중 정부 출범 이후 보건의료부문에서 가장 먼저 나타난 가시적 변화는 의료보험통합일원화였다. 1999년 국민건강보험법 제정, 2000년 통합의료보험 체계인 국민건강보험공단 출범으로 완성되었는데, 이 과정에서 의보연대회의는 성명서, 토론회, 선전전 등의 방식으로 통합의료보험 관철을 위한 활동을 지속하였다. 또한 의보연대회의를 계승한 건강연대는 직장의료보험노동조합과 한국노총이 주축이 되어 전개하였던 의료보험통합 반대운동을 저지하고 국민건강보험법 개정안이 국회를 통과하는 데 중요한 역할을 하였다.

보험료 부담의 공정성이 어느 정도 확보되었고, 적립금 운용의 공공성이 강화될 수 있는 토대가 마련된 것은 보건의료운동의 성과로 평가할 수 있다. 또한 국고지원을 명시하고, 공급체계 통제를 위한 심사평가제도, 예방 및 건강증진 사업에도 기금을 활용하기로 하는 등 운동진영의 구체적 요구를 관철시키는 성과도 있었다. 그러나 의료보험제도의 비합리성은 어차피 정부 입장에서도 해결하고 넘어가야 할 부분이었으며, 김대중 정부는 이러한 합리화에서 더 나아가 의료보험통합을 ‘추가적인 재원조달 없이 의료보험관리운영조직의 내적 효율화’를 도모하는 수단으로 인식하였다.

1988년 농민들의 보험료 납부 거부 투쟁에서 출발한 의료보험통합추진운동은 단순히 합리적인 제도를 얻기 위한 운동이 아니라 의료보장의 실질적 확대를 통해서 건강 문제에 대한 사회적·국가적 책임을 대중들이 요구하는 방향으로 확대되어야 했다. 그러나 정부는 공기업의 효율성, 국고 부담의 감소를 개혁 근거로 내세우며 의료보험통합일원화를 신자유주의적 이데올로기를 강화시키는 용도로 활용하였으며, 이로 인해 통합 일원화 논의 또한 사회보험의 본질적 의미를 강화하는 것보다는 효율적인 방식을 추구하는 방식으로 왜곡되었다.

## 2) 의약분업

1996년 김영삼 정권은 문민정부를 표방하며 그 개혁 정책의 하나로 의약분업 실시방침을 정하였으나 의사회와 약사회의 반대로 무산되었다. 외환위기 후 국제통화기금과 세계은행은 신자유주의 개혁의 일환으로 보건의료의 구조적 개혁과 확충을 요구하였고, 김대중 정부는 이를 계기로 의약분업을 단행하였다.

정부는 약물 오남용 감소를 통한 국민건강증진과 약물 사용 감소를 통한 약제비 절감을 근거로 의약분업을 추진하였다. 정책 운동을 중심으로 하는 보건의료운동진영과 경실련, 참여연대 등 시민운동진영은 김대중 정부의 의약분업 추진 초기부터 완료에 이르기까지 중요한 역할을 했다. 의약분업추진협의회에의 참여, 시민대책위를 통한 활동 등 의약분업안의 마련과 중재에 깊숙이 개입했으며, 약가차액조사결과 발표, 음성적 약가마진의 문제 등을 폭로하며 사회적 동의를 이끌어내고 의사와 약사 집단을 압박하는 등 의약분업을 추진하는데 중심적 역할을 했다.

의약분업은 보건의료체계, 특히 광범위한 임의조제와 음성적인 약가마진 등으로 대표되는 의약품 유통구조의 무질서함을 합리화하는 제도로서 언젠가

는 시행되었어야 할 정책이다. 그러나 합리적 제도로서 의약분업이 그 자체로 민중의 건강권에 긍정적 영향을 미치는 것은 아니며, 더 중요한 것은 제도가 어떠한 맥락과 의도에서 추진되는가 하는 점이다.

의약분업을 통해 정권이 의도한 것은 ‘보건의료 질서의 효율화’를 통해 의료비 상승을 억제하여 정부 재정부담을 축소하고, 비효율적 제도와 구조의 효율화를 통해 시장질서의 전면화를 예비하는 것이었다. 따라서 국민건강증진을 위해 더 긴급한 과제였던 의약품 유통구조의 단일화와 의약품에 대한 보험 재정 지원의 확대, 나아가 국가의 재정지원 증가를 통한 본인부담의 경감과 공공의료기관의 확충 등은 고려되지 않았다. 이러한 정세에서 의료계의 반발이 격화되자 의료수가를 대폭 인상하고 의사정원의 감축과 특권적 지위 보장을 제시하는 등 국민건강과 관련된 원칙부터 폐기한 정부의 행태는 어찌 보면 당연한 것이었다.

보건의료운동은 김대중 정권 하 보건의료 개혁의 양면성을 인식하고 의약분업 논의를 의료보험제도의 전면적 개편과 민간중심의 자유방임적 의료공급 체계에 대한 문제제기로 전화시켰어야 했다. 그러나 의약분업 시행에 적극적으로 참여한 보건의료운동진영은 의약분업의 개혁성을 과대평가하고 의약분업의 실시 자체를 운동의 원칙으로 사고하는 오류를 범했다. 결국 의약분업은 이후 보건의료체계의 개혁과 관련하여 긍정적인 계기가 되지 못하였으며, 약제비 폭등과 과도한 수가 인상으로 인한 건강보험의 재정위기는 노동자·민중에게 일방적으로 전가되었다.

의약분업과 개별실거래가상환제는 의도와 반대로 약제비 폭등을 불러왔다. 의약분업의 최대 승자는 제약자본, 그 중에서도 초국적 제약자본이었다. 리베이트 등 음성적 마진을 얻을 수 있었던 제네릭 의약품 처방이 줄어들고 대신 마케팅으로 환자들에게 잘 알려진 오리지널 의약품 처방이 늘어나게 되었기 때문이다. 실제로 초국적 제약기업들은 연합조직을 만들어 적극적인 로비

와 압력을 행사하면서 의약품 관련 정책에 개입했으며 의약분업도 그러한 요구 중 하나였다. 또한 그들은 의약분업의 과정에서 고가 수입의약품의 보험 재를 요구했고 약가 결정에 있어서 연구개발가치의 인정과 투자비용의 회수가 가능한 가격 기준이 제시되어야 한다면서 선진국 수준과 동일한 약가기준을 요구하는 A-7 가격결정제를 도입시켜 폭리에 가까운 약가를 관철시켰다. 실제로 의약분업과 개별실거래가상환제의 도입 이후 초국적 제약기업의 약진은 두드러졌다. 초국적 제약기업의 의약품시장 점유율은 1999년 9.6%에서 2000년 22.7%로 1년 만에 두 배 이상 증가했다.

### 3) 공공부문 구조조정과 병원노동자운동

1998년 산별노조인 보건의료노조 결성 직후 보건의료노동자운동은 중대한 기로에 서게 된다. 김대중 정부가 신자유주의적 보건의료 개혁 방침을 전면화하고 공공부문 구조조정을 추진함에 따라 국공립병원과 지방공사의료원 등 보건의료노조의 핵심 단위들에서 직접적으로 고용안정 문제가 부각되기 시작했기 때문이다.

당시 제기되었던 공공의료기관 구조조정은 단순히 고용 문제에만 국한된 것이 아니었다. 공공의료의 역할과 위상 등 보건의료체계의 대안이라는 쟁점을 제기한다는 측면에서 보건의료노동자운동의 역할에 대한 중요한 갈림길이 되었던 것이다. 병원노동조합의 위기는 한편으로 보건의료노동자운동이 노동조합운동을 넘어서서 보건의료 개혁의 주체로 자리매김할 수 있는 기회이기도 했다.

그러나 보건의료노조는 공공의료기관이 본질적으로 이윤추구라는 목표를 추구해서는 안되며, 공공의료기관 개혁의 방향이 구조조정이 아니라 대중의 건강 증진에 기여하는 방향이 되어야 함을 제기하지 못했다. 대신 불공정한 이사장 선임과 이로 인한 무책임 경영이 문제의 핵심이라고 주장하며 구조조



정에 대해 수세적으로 대응하였는데 이는 효율적인 경영을 목표로 하는 정부의 이데올로기를 극복할 수 없었다. 결국 정권의 공공부문 구조조정은 대체로 그 의도가 관철되었으며 보건의료노조는 고용안정을 조건으로 노동조건의 후퇴 및 비정규직화를 수용하게 된다. 