

사회진보를 위한 민주연대

People's Solidarity for Social Progress

서울특별시 마포구 연남동 259-12 3층 T.02-778-4001. F.02-778-4006 pssp@jinbo.net http://www.pssp.org

2014년 10월 2주차 보건의료동향분석

2014년 10월 10일 ~ 2014년 10월 22일

주요 키워드

1. **건강보험료** : 안철수 “정부 건강보험개편, 부자에게 너무 관대” (10. 13)
2. **원격의료** : “원격의료 시범사업, 정부 요식행위 불과” 개원내과의사회, 의료 수가 현실화 및 영리자법인 설립 즉각 철회 등 촉구 (10. 14)
3. **신의료기술** : “제한적 의료기술 평가제, 대책마련 시급” (10. 20)
4. **의료양극화** : 돈많은 사람은 이용하는 진료과목도 다르다 건강보험료, 고소득층이 더 많이 소비 ...치과-한방 집중 (10. 14)
5. **기타** : 에볼라, 국정감사, ...

1. 보건의료정책

○ **건강보험료 카드납부 댄 1% 수수료 발생 ... 일부 가입자 불만으로** (10. 10)

○ **“스텐트 협진 강요는 악법 ... 환자, 급사할 수도” 심혈관중재학회 “전문가 협의없이 일방적 고시 개정 ... 복지부가 책임져야”** (10. 10)

3개까지만 인정하던 스텐트 보험급여 제한을 폐지하는 대신, 심장내과와 흉부외과 의사가 협진을 통해 치료방침을 정하라고 규정한 고시개정안에 대한 논란이 뜨겁다.

보건복지부가 지난 9월30일 발표한 고시 개정안은 12월1일부터 ▲보호되지 않은 좌주관상동맥 질환 ▲다혈관 질환일 경우에는 심장통합진료(Heart care team approach)를 통해 치료방침을 결정하고, 이후 사례별로 영양급여를 인정한다는 내용이다. ‘심장통합진료’는 심장내과 의사와 흉부외과 의사가 동수로 하트팀(Heart care team)를 구성, 협진을 하는 것이다.

스텐트 개수 제한을 폐지하는 대신, 하트팀 협의를 거침으로써 스텐트 삽입술(PCI)이 과잉되는 것을 방지한다는 게 복지부의 설명이다. 그러나 스텐트 삽입술을 주도하는 의료진은 강하게 반발하고 있다. 대한심혈관중재학회는 “스텐트 무제한 급여화와 하트팀 운영을 하나로 결부시키는 것 자체가 비논리적”이라며, “협진을 의무화한 이번 고시안은 ▲의사의 진료권 제한 ▲응급환자 시간 지체 ▲부당삭감 빌미제공(사례별 급여 인정) ▲원격 진료 강요 등 임상현장에서의 수용성의 문제 등을 무시한 악법”이라고 비판했다. 이 같은 문제에 대한 책임을 주치의가 지도록 함으로써, 1차적으로 환자를 진단하는 심장내과 의료진이 모든 책임을 떠안아야 한다는 것이다.

중재학회는 개정안에 대한 회원들의 의견(대응 방안 및 시행시 발생하는 병원별 예상 사례)을 모아 복지부에 공개질의하고, 국민에게 이번 개정안에 대한 문제를 알리는 등 적극적으로 대응한다는 방침이다. 이번 개정안을 환영하고 있는 흉부외과학회 역시 조만간 공식 입장을 밝히겠다는 방침이어서, 개정안을 둘러싼 논란은 거세질 전망이다.

○ “상대가치 수가조정, 아랫돌 빼서 윗돌 괴는 식” 영상의학회 “2년전 30% 이어 또 40% 인하 … 환자진료 왜곡 불러올 것” (10. 10)
 대한영상의학회가 최근 검체 및 영상 수가를 낮추고 수술, 처치, 기능 수가를 높이겠다는 정부의 정책 방향에 우려를 표했다. 임태환 회장은 9일 코엑스에서 열린 ‘추계 학술대회’ 간담회에서 “영상수가를 인하할 때도 우리 학회는 별다른 목소리를 내지 않았다. 그랬더니 이제는 상대가치 수가 조정에서 영상수가를 삭감하겠다고 한다”며 “정말 답답하다. 이대로 가서는 우리 의료가 세계적 수준의 기조를 지속해 나갈 수 있을지 의문스럽다”고 말했다. 특히 한정된 재정 안에서 일부 진료행위 수가를 낮추고 다른 진료과의 수가를 올려주는 것은 ‘아랫돌 빼서 윗돌 막는 식’에 불과하다는 입장이다.

오주형 총무이사는 “2년 전 영상수가가 30% 강제 인하됐고 이번에 보장성 강화로 인해 선택진료가 축소돼 영상수가가 40% 정도 또 축소됐다”며 “그나마 다른 진료과들은 수가 보상차원에서 행위수가들을 50% 올려줬지만 영상의학과는 수가 보상도 없는 상태”라고 토로했다. 그는 “정부가 이러한 상황을 가장 잘 인지하고 있음에도 불구하고 영상수가를 추가 인하한 재정으로 수술 처치수가를 올리겠다고 하는 것은 공정하지 못하다”며 “상대가치 조정은 정확한 사실에 기초한 판단과 적절한 행위보상에 의거해 풀어나가야지 이런 식으로 흘러간다면 궁극적으로 영상의학과와 장비 교체를 지연시키고 환자 진료에 왜곡을 불러올 것”이라고 우려했다.

PET-CT 건강보험 확대 및 급여기준 개편에도 불만을 쏟아냈다. 임 회장은 “전문가의 의견이 반드시 피려돼야 할 보험급여영역에서 영상장비 전문가인 영상의학회가 참여하지 못한 것은 이해하기 어렵다”며 “급여기준을 개편하는 데 근거중심의 데이터를 기초로 한 적절한 인정 기준 정립, 전문가들의 참여 등이 보장돼야 한다”고 강조했다.

○ **희귀난치성 질환자 91% 건보료 경감혜택 못 받아 1인당 비급여 340만원 부담 (10. 10)**

희귀난치성 질환자 10명 중 9명은 건강보험료 본인부담금 경감혜택을 받지 못하는 것으로 나타났다. 국회보건복지위원 최동익 의원이 9일 공개한 자료에 따르면, 2013년 기준 전체 희귀난치성질환자(468만명) 중에서 본인일부부담금 산정특례(희귀난치성질환자로 확진받은 자가 등록절차에 따라 공단에 신청한 경우 본인부담률을 10%로 경감하는 제도) 혜택을 받지 못하는 환자(427만명)가 91%에 달했다. 현재 우리나라 질병관리본부에서는 1030개 희귀난치성질환에 대한 정보를 제공하고 있는데, 이중 398개 질환(39%)은 산정특례에 포함되어 있지 않았다. 120개 질환(12%)은 질병코드 자체가 없어 해당 환자가 얼마나 발생하는지 확인조차 할 수가 없는 실정인 것으로 분석됐다. 2013년 기준 전체 희귀난치성질환자 468만명 중 산정특례에 포함되지 못한 환자는 약 427만명으로 91%나 되는 것으로 나타났다.

희귀난치성 질환자가 산정특례 대상에 포함돼도 비급여 문제가 남는다. 희귀난치성질환자들은 평균적으로 340만원의 병원비에 대해 건강보험 혜택을 받지 못하고 있는 것으로 나타났다. 2013년 한 해 동안 건강보험심사평가원에 진료비 확인심사를 청구한 희귀난치성 질환자 656명의 데이터를 분석한 결과, 1인당 평균 비급여액은 340만원이었다. 1인당 평균 비급여액이 1000만원 이상인 희귀난치성질환자도 3.8%(25명)에 달하는 것으로 분석됐다.

최동익 의원은 “특정질환만을 선택해 지원해주는 정책은 건강보험의 원칙에 위배된다”며 “특정질환의 보장성을 강화하는 정책보다는 국민들의 소득수준과 부담해야 하는 실질적인 의료비를 고려해 지원해야 한다”고 지적했다.

○ **건강보험 무자격자 8월에만 3496명 적발 7월 적발인원 대비 24배 증가 … “신분 확인 위한 법적 근거 마련해야” (10. 10)**

올해 7월 ‘건강보험 무자격자 급여제한’을 실시함에 따라 건강보험 가입자 관리를 위한 신분 확인의 법적 근거를 마련해야 한다는 지적이 나왔다.

최동익 새정치민주연합 의원이 국민건강보험공단으로부터 제출받은 자료에 따르면, 올해 7월부터 “건강보험 무자격자의 건강보험 급여제한”을 실시한 결과, 두 달간 총3637명(총 2억1741만원)이 적발됐다. 특히 8월 한 달 동안 적발된 인원은 3496명으로 7월 141명 대비 24배 증가했다. 이 중 6회 이상 건강보험료를 체납해 급여제한이 됐음에도 병원에서 진료를 받아 공단부담금까지 전액 본인부담하게 된 인원은 82명(274만원)이다. 건강보험 자격이 상실되거나 급여가 정지됐음에도 진료를 받아 건보공단의 부담금이 지급되지 않은 인원은 3577명(2억1천만원)이다.

최 의원은 “건강보험 무자격자에게 건강보험혜택을 받지 못하게 하는 ‘건강보험 무자격자 급여제한’ 제도는 환영할 만하다”며 “건강보험 무자격자 확인을 지속적으로 강화해야 할 뿐 아니라 건강보험증 및 신분증 대여, 대용에 대한 대책을 마련하기 위해 건강보험가입자 본인임을 확인하도록 하는 법적근거 마련이 반드시 필요하다”고 말했다.

○ **“국립대병원 경영평가 교육부는 빠져라” 시민사회단체·전문가 “친 고객 정책 철회 … 수익성 위주 평가 벗어나야” (10. 11)**

교육부가 지난 4월 국립대병원을 대상으로 ‘2015년부터 공공기관 경영평가에 국립대병원을 추가하겠다’고 밝힌 가운데, 시민사회단체와 의료계 전문가들이 기존 경영평가를 국립대병원에 그대로 적용할 수 없다는 주장을 폈다.

시민사회단체와 전문가들은 민주노총 공공운수노조 의료연대본부가 최근 민주노총 대회의실에서 개최한 ‘국립대병원 경영평가의 쟁점 및 대응방안’ 워크숍에서 “국립대병원 경영평가는 기존 공공기관에서 실시하던 평가방식과는 달라야 하며, 전문성을 가진 부처가 공공병원의 원래 목적에 부합하는 진료·교육 등의 성과 기준을 제시해야 한다”고 목소리를 냈다.

사회공공연구원 김철 연구실장은 “국립대병원은 수익성 위주로 평가해서는 안 된다”며 “병원의 주 목적인 공공성을 중심에 뒀야 한다고 강조했다. 김철 실장은 이러한 사례로 보훈복지의료공단(보훈공단)의 평가를 들었다. 보훈공단이 고객의 요구에 부응하고 서비스별 연계를 강화하는 등 ‘친 고객’ 정책을 폈음에도 교육부가 수익성과 성과연봉제 등 효율성 위주의 전략을 지나치게 강조해 공단의 공공적 역할이 퇴행하고 있다는 것이다. 김철 실장에 따르면, 보훈공단은 2009년부터 ▲가정간호, 방문재활, 보장구 공급 서비스 등 개인별 연계필요 서비스 강화 ▲고령의 국가유공자들을 위한 주거복지가구 수 확대 ▲금성기·재활·만성질환 순의 맞춤형 진료서비스 ▲복지부 장기요양기관 평가 5년 연속 A등급 달성 등 보훈의료 서비스의 수준을 끌어올렸다는 평가를 받고 있었다.

그러나 정부는 보훈공단에 ‘성과연봉 비중 20% 이하’ 등의 이유로 기관 경영실적 평가 결과를 2009년과 2010년에는 D등급, 2011년도는 C등급, 2012년도와 2013년도에는 B등급으로 평가했다. 또한 해마다 의료적 목적의 투자나 고객(환자) 만족도 등의 비계량 평가의 가중치는 점점 낮게, 수익 및 경영관리 등의 계량평가 가중치는 높게 책정했다.

김철 실장은 이같은 평가가 직원 및 의사의 성과를 만들어 ‘수익성 위주의 행정’을 불렀다고 지적했다. 실제로 보훈공단은 지난 2012년 평가 이후 수익성을 위해 모 지방 보훈병원에 근무하는 산부인과 의사에게 실적을 달성하지 못했다는 이유로 사퇴를 권유하고 ‘진료 활성화계획’을 반강제적으로 작성하게 해 과잉진료를 부추긴다는 논란을 부른 바 있다.

그는 또한 정부가 국립대병원 경영평가를 파행적으로 추진하고 있다고 강하게 비판했다. 김철 실장은 “소관 부처인 교육부는 2014년 3월까지 평가기준과 방법이 담긴 편람을 작성해야 함에도 현재까지도 이를 작성하지 못했다”며 “나오지도 않은 평가편람을 가지고 2014년 운영에 대해 평가할 수밖에 없는 상황”이라고 지적했다.

건양대학교 의과대학 나백주 교수는 “이제까지 국립대병원의 공공의료운영평가가 미흡했다”며 “특히 보건의료전달체계, 국립대학병원으로서의 수련과 교육훈련, 연구 개발 등의 전반적 평가가 부족했다”고 말했다. 나백주 교수는 “국립대병원에 맞는 진료·교육·연구로 나눠 본래 국립대병원의 목적에 맞는 기준을 부합하는지 여부를 판단해야 한다”고 덧붙였다.

서울대학교 의과대학 문정주 교수는 “과거 내무부(현 안행정부)가 지방의료원 운영평가를 시행할 때 전문성 부족으로 복지부에게 평가 외주를 줬다”며 “전문성 없는 평가기관이 의료운영을 담당하는 것은 현실적으로 불가능할 것”이라고 주장했다. 그는 지난 2012년 시행된 지역거점공공병원 운영평가를 비전문성을 가진 기관의 문제적 평가사례로 꼽았다. 2012년 이뤄진 지역거점평가 기준은 ▲양질의 의료 ▲합리적 운영 ▲공익적 보건의료서비스 ▲사회적 책임 등이었으나 평가를 맡은 사설 회계법인은 수익성에만 더욱 높은 점수를 줬으며 지역주민의 보건의료를 담당하는 ‘비수익적’ 사업인 공공병원을 평가하는 데는 부적합했다는 것이다.

시민건강증진연구소 김명희 상임연구원은 “이번 상황을 계기로 국립대병원의 소관부처를 교육부에서 복지부로 이관할 것을 논의해야 한다”며 “경영의 관점에서만 보더라도 국립대병원의 경영아과에는 무리한 시설확장 등 방만경영을 승인해준 교육부의 책임이 가장 크다고 볼 수 있다”고 지적했다.

한편 이 자리에서 전문가들은 국립대병원 경영평가를 위한 방향과 방법에 대해 논의했다. 나백주 교수는 “국립대병원의 진료기능은 지역사회에서 해결하기 어려운 특화분과 전문의 진료기능으로 나타내야 한다”며 국립대병원 평가기준을 진료, 교육, 연구로 나눠 제시했다.

○ “해외 유입 감염병 진단에 구멍” 김제식 의원 “국내 진단가능 해외감염병 5종에 불과 ... 진단의뢰해도 25%만 병원체 파악” (10. 12)

해외 유입 감염병이 의심돼 국내 보건당국에 진단을 의뢰해도 원인 병원체를 파악하는 경우는 4건 중 1건에 불과한 것으로 나타났다. 국회 보건복지위원회 새누리당 김제식 의원이 질병관리본부로부터 제출받은 자료를 보면 2010년부터 2014년 8월까지 해외여행 귀국 후 진단을 의뢰한 환자 2990명 가운데 실험실 진단으로 원인병원체를 확인한 사례는 718명(24%)에 불과했다. 나머지 2272명(76%)은 불명열(unknown fever)로 진단받았다.

질병관리본부가 확인한 원인병원체는 뎅기열이 715건으로 가장 많았고 치쿤구니야(2건)와 웨스트나일열(1건)은 드물게 발견됐다. 황열과 에볼라의 진단 의뢰건수는 각각 63건과 1건이지만 확진 환자는 없었다. 김 의원은 “국내 감염병 검역시스템으로는 에볼라 바이러스 등 몇몇 바이러스 이외, 치사율이 높은 기타 바이러스에 대해선 감별진단 조차 못하는 것으로 나타났다”며 “세계적으로 연간 10만명에서 30만명의 감염자가 발생하는 라싸열, 치사율이 50%에 이르는 크리미언 콩고 출혈열, 지난 5월 동남아시아에서 1200명의 감염자가 발생한 지카열 등 대다수의 해외 감염병은 국내 기술로 진단할 수 없는 상태”라고 지적했다.

김 의원은 “미국 질병통제예방센터(CDC)는 해외 유입 불명 뇌염과 고위험군 바이러스 18종에 대해 검진 체계를 갖추고 있다”면서

“우리도 치사율이 높은 고위험 바이러스를 국내 유입 이전에 진단할 수 있도록 '국가진단 및 감시체계를 구축할 필요가 있다'고 강조했다.

○ “희귀난치성질환 지원, 대통령 공약 불구 감소” 새누리당 이명수 의원 “일본은 소비세로 의료비용 충당” (10. 13)

국회 보건복지위원회 새누리당 간사인 이명수 의원이 대통령의 공약에도 불구하고 희귀난치성질환 환자들에 대한 지원이 줄고 있다며 보건복지부를 질타했다.

이명수 의원은 13일 “대통령이 4대 중증질환과 관련하여 ‘암, 심장·뇌혈관·희귀난치’질환에 대한 지원 보장을 약속했다. 이에 2016년까지 의학적으로 필요한 부분은 모두 건강보험 영역에 포함하도록 추진 계획 수립하도록 했다”고 설명했다. 이 의원은 이어 “그러나 희귀난치성질환자에 대한 의료비는 2013년 315억원에서 2014년 280억원으로 오히려 감소되고 있다. 또한 4대 중증질환보장성 확대 중 희귀난치성질환자들에게 해당하는 항목은 극히 제한된 일부질환에 대한 일부 약제나 진단만 혜택을 주기 때문에 생색만 내고 있다는 지적이 있다”고 지적했다.

이명수 의원은 “중증질환 중 집에서 실시할 수 있는 호흡보조기는 여전히 비급여대상이라서 환자 및 환자가족에 대한 경제적 부담이 큰 상황인데, 환자 생존의 필수의료기구에 해당하는 이러한 항목이 보장성 강화에 포함되지 않는 이유는 무엇인가”라며 정부의 지원을 요청하기도 했다. 이명수 의원은 일본의 경우에도 지난해 ‘지속가능한 사회보장제도 확립을 위한 개혁 추진법률’이 제정됨에 따라 소비세(간접세) 수입으로 난치병질환자의 의료비용이 충당될 수 있게 됐다는 사실을 전한 뒤 “환자 및 가족들의 정신적·경제적 부담 감소를 위해 법률제정에 대한 정부의 적극적 관심이 필요하다”고 덧붙였다.

○ “일부 병원, 멸절한 노숙인 환자 둔갑시켜 돈벌이” 최동익 의원 “1년 동안 12차례 입퇴원 반복” (10. 13)

멸절한 노숙인을 환자로 둔갑시켜 입원시키는 병원들의 사례가 증가하는 것으로 나타나 정부의 철저한 조사와 엄중한 처벌이 요구되고 있다.

국회 보건복지위원회 소속 최동익 의원(새정치민주연합)이 국민건강보험공단으로부터 제출받은 자료에 따르면, D병원은 전체 진료인원 435명 중 136명(31%)이 노숙인이었으며, 건강보험급여비 24억728만원 중 5억8953만원(24%)이 노숙인으로 인해 발생했다.

‘나’병원은 전체 진료실인원 321명 중 노숙인이 91명(28%)으로, 병원의 건강보험급여비 5억1139만원 중 노숙인으로 인해 발생한 진료비가 2억1792만원(43%)이었다.

최 의원은 “노숙인 이용률 상위 병원의 노숙인 이용 형태를 살펴본 결과, 병원을 이용하는 노숙인의 이용 형태가 일반 환자와는 매우 다른 것을 알 수 있었다”고 밝혔다.

‘D’병원을 이용하는 노숙인 7명은 2013년 한 해 동안 입원과 퇴원을 12번을 반복했으며 ‘G’병원을 이용한 한 노숙인도 입원과 퇴원을 14번을 반복하며 362일동안 병원을 이용했다. 이 병원을 이용한 다른 노숙인 한 명은 입원과 퇴원을 14번 반복하며 361일 동안 병원을 이용한 것으로 조사됐다. 이처럼 노숙인들이 병원에서 입원과 퇴원을 반복한 것은 입원일수에 따라 수가가 달리 적용되기 때문이다. 입원 기간이 길수록 입원료가 적어지기 때문에 입원과 퇴원을 반복하고 있는 것.

최 의원은 “노숙인을 유인해 병원의 배를 불리는 문제는 단순히 병원 한 곳의 일탈이 아니다”며 “병원은 갈 곳 없는 노숙인을 정규 수입원, 즉 돈벌이 수단으로 생각하고 있다”고 꼬집었다. 그는 “복지부는 노숙인이 과다하게 이용하는 병원 현황을 분석해 문제가 있는 병원에 대한 실태조사를 즉각 실시해야 한다”며 “이 과정에서 문제가 드러난 병원을 일벌백계해 문제가 재발되지 않도록 해야 하며 장기적인 차원에서 노숙인의 주거지원 체계에 대한 장기적인 체계를 구축하는 것이 필요하다”고 강조했다.

○ “원격의료 확대하면 시스템 구축비용만 19조7천억” 새정치 안철수 의원 “허가없는 기기로 시범사업하는 것도 문제” (10. 13)

정부가 시범사업중인 원격의료를 확대하면 약 19조 7000억원에 달하는 시스템 구축비용이 발생해 ‘원격의료기기업체 배불리기’가 될 수 있다는 주장이 나왔다. 또 복지부가 식품의약품안전처의 유헬스 의료기기(원격의료기기)로 인정받지 못한 혈당계로 시범사업을 강행하고 있다는 지적이다.

국회 보건복지위원회 새정치민주연합 안철수 의원은 “보건복지부로부터 제출받은 자료를 분석한 결과, 정부가 발표했던 585만명에게 원격모니터링을 실시하면 2조1060억원이, 의사-환자 간 원격의료는 19조 6560억원의 비용이 필요하다”며 “이 비용은 환자가 부담하든 국가가 부담하든 ‘원격의료기기업체’에게 돌아갈 수밖에 없다”고 13일 밝혔다.

안 의원에 따르면, 고혈압 환자의 원격 모니터링을 위해서는 개인당 혈압계(12만원)·활동량계(10만원)·게이트웨이(15만원) 등 37만원이, 당뇨 환자는 혈당계(10만원)·활동량계(10만원)·게이트웨이(15만원) 등 35만원이, 모니터링을 진행하는 의료기관은 노트북(300만원), 백업디바이스(90만원) 등 총 390만원의 비용이 각각 필요하다. 이를 복지부가 발표했던 대상자 즉 전국적으로 585만명의 고혈압·당뇨

환자에게 적용하면 약 2조1060억원의 비용이 발생하는데, 이 비용은 환자 개인이 부담하던, 정부가 비용 보조를 하던 원격의료기기업체에 모든 이익이 돌아간다는 것이다.

또 의사-환자 간 원격의료 시 환자에게 노트북(컴퓨터) 비용 300만원 정도가 추가로 발생하며, 이 경우 정신질환자와 재택치료환자를 262만명을 제외해도 총 19조6560억원의 비용이 필요하다고 안 의원은 설명했다.

안 의원은 “시범사업에 쓰이는 혈당계 역시 문제가 많다”고 지적했다. 현재 식약처에서 유헬스 의료기기(원격의료기기)로 허가받은 혈당계가 없는데도 일반 의료기기로 허가 받은 혈당계 중 통신기능이 있는 것을 시범사업에 사용하려 한다는 것이 이유다.

실제로 식약처는 안의원에게 “원격의료 시범사업은 의료법, 즉 복지부 소관사항이며 원격의료의 여러 방식에 적합한 의료기기는 복지부가 지정해야 한다”면서도 “유헬스 의료기기는 안전성 및 성능 확보를 위해 일반 의료기기와 달리 6개 분야 22개 시험항목을 추가로 심사하고 있다”고 답한 것으로 알려졌다. 안 의원은 “정부가 추진중인 대표적 의료영리화 정책 중 하나인 원격 의료는 결국 원격의료기기업체에 모든 이윤을 돌리는 동시에 환자의 안전에도 위협받을 수 있다”고 말했다.

○ 안철수 “정부 건강보험개편, 부자에게 너무 관대” (10. 13)

정부가 추진하고 있는 건강보험 부과체계 개편 방향이 부자에게 너무 관대하다는 지적이 제기됐다.

새정치민주연합 안철수 의원은 13일 “저소득층의 삶의 터전인 전세가격과 최저임금 미만의 직장가입자에게 꼬박꼬박 보험료를 징수하는 정부가 2000만원 이하의 금융소득에 대해 보험료를 면제하려 한다”며 이같이 주장했다. 안철수 의원이 국민건강보험공단 및 국세청에서 받은 자료를 보면, 연간 금융소득(이자, 배당소득)이 2000만원 이하 100만원 이상인 가입자는 총 341만5310명(2012년 귀속분 기준)에 달한다.

참고로 이자율을 3%로 할 경우, 연간 100만원의 금융소득(이자소득)을 받기 위해서는 약 3300만원 이상이 통장 잔고가 있어야하고, 연간 2000만원의 금융소득(이자소득)을 받으려면 약 6억6000만원이 1년 동안 통장에 잔고로 유지되어야 한다.

이들의 연간 소득은 13조7783억1600만원에 달하는데, 정부발표대로라면 이 금액에 대한 건강보험료가 면제되는 결과로 이어진다. 하지만, 이처럼 높은 금융소득을 얻고 있는 가입자들의 건강보험료는 면제해 주면서, 정작 극빈층에 해당하는 이들로부터는 꼬박꼬박 건강보험료를 받아내고 있다는 것이 안 의원의 지적이다.

예를 들어 건강보험 지역가입자 중 전세 5400만원 이하에 살면서 전세금에 부과되는 건강보험료 납부하고 있는 186만2351세대에 대해 정부는 현재 월 858억6700만원의 보험료를 걷고 있다. 이들이 납부하는 평균 보험료는 4만6107원이다. 전세 5400만원은 국민기초생활수급자 재산 공제 금액으로 극빈층의 주거기준선에 해당한다.

또 직장가입자 중 최저임금 수준 이하 가입자가 총 167만7797명인데, 정부는 이들로부터도 월 428억1300만원의 보험료를 징수하고 있다. 이들이 납부하는 평균 보험료는 2만5517원이다.

○ “속초의료원, 응급실 근무표 허위작성 드러나” 김미희 의원 " 실제 근무 안하고도 근무한 것으로 기재" ... "막대한 혈세 낭비" (10. 13)

지역응급의료기관에서 지역응급의료센터로 전환을 눈앞에 두고 있는 속초의료원이 응급실 근무표를 허위로 작성하고 처방전을 조작하는 등 의료법을 위반하면서 막대한 혈세를 낭비하고 있는 것으로 드러났다.

13일 국회 보건복지위원회 소속 김미희 의원(통합진보당)은 박승우 속초의료원장이 2012년 11월부터 2013년 2월까지 4개월 동안 응급실에 월 1~2일 근무했으면서도 실제로는 7~15일간 근무한 것으로 응급실 당직의사 근무표를 조작했다고 밝혔다.

김 의원에 따르면, 박 원장은 2013년 1월의 경우 하루만 응급실 당직근무를 했으면서도 15일간 응급실 당직근무를 한 것으로 근무표를 조작했다. 속초의료원은 실제 당직의사 근무표와는 다른 1339 보고용 겸 감사보고용 당직의사 근무표를 이중으로 작성하고 있었다.

의사 뿐만 아니라 간호사 근무표도 조작된 것으로 확인됐다. 속초의료원은 2012년 9월부터 2014년 2월까지 18개월 동안 정모 간호과장과 정모 수술실 간호사, 김모 수술실 간호사가 실제 응급실에 근무하지 않았으면서도 응급실에 근무한 것처럼 조작한 근무표를 작성했다고 김 의원은 지적했다.

복지부는 지난 2011년 12월 속초, 고성, 양양, 인제 지역을 응급의료이 취약한 지역으로 지정한 뒤 2012년부터 매년 응급의료센터 구축에 필요한 인력 지원예산을 투입해오고 있다.

복지부는 속초의료원을 지역응급의료센터로 육성하기 위해 응급의료센터 리모델링과 필수장비 구입 등 시설 장비 지원금으로 15억 6000만원의 국비를 지원한 데 이어 응급의료센터 구축에 필요한 의료인력 인건비로 3억2500만원(2012년)과 3억6600만원(2013년)을 지원했다. 2014년에는 2억6000만원의 응급실 의료인력 지원 예산이 신청돼 있는 상태다.

김 의원은 “복지부로부터 응급실 의료인력 인건비를 지원받을 때 의사인력 4명, 간호사인력 10명 충원을 전제로 지원받고도 이를 제

대로 충원하지 않은 채 허위로 근무표를 작성하는 것은 혈세낭비이자 국고탕진이며, 환자에 대한 기만"이라고 목소리를 높였다.

그는 "박승우 속초의료원장은 자신이 실제 근무하지 않았으면서도 실제 근무한 의사가 아닌 자신의 이름으로 처방전을 작성했다는 증언도 있다. 이것이 사실이라면 이는 명백한 의료법 위반"이라며 "복지부는 박 원장이 실제 근무하지 않았으면서도 자신의 이름으로 처방전을 작성한 것이 사실인지 여부를 철저히 조사해 엄중 조치해야 한다"고 촉구했다.

○ 접수된 개인의견 4만3196건 모두 "의료민영화 반대" (10. 13)

'의료민영화' 논란을 일으킨 의료법시행규칙 개정안과 관련, 접수된 개인의견 4만3000여건이 모두 반대의견이었던 것으로 나타났다.

통합진보당 김미희 의원은 13일, 보건복지부 국정감사에서 복지부가 의약4단체를 비롯한 대부분의 보건의료단체와 노조, 시민사회단체가 의료법시행규칙에 대한 반대의견서를 제출했음에도 불구하고 강행처리했다고 지적했다. 김 의원은 "대다수 언론의 여론조사의 반대는 물론 보건복지부에서 취합한 입법예고기간 동안 접수된 개인의견 4만3196건 중 찬성의견은 한건도 없고 전원이 반대의견을 제출했다"며 "이토록 많은 반대의견서와 200만명의 반대서명을 일방적으로 무시한 복지부 장관은 더 이상 복지부의 수장이 될 자격이 없다"고 주장했다. 또 "지난 2007년 삼성경제연구소의 보고서가 발간한 '의료서비스산업 고도화의 과제'에서 제시한 '영리법인허용, 민간의료보험의 활성화'와 같은 내용과 궤를 같이 한다면 '투자활성화정책'은 결국 의료선진화를 명분으로 삼성 등 재벌을 위한 의료민영화정책"이라고 지적했다.

김미희 의원은 진주의료원 폐업과 관련, 문형표 장관과 복지부가 새누리당 홍준표 도지사의 눈치를 보며 문제를 해결하지 않았다고 비판했다. 김 의원은 "경남도가 당초 9월에 상정할 용도변경안을 8월 22일 예정에도 없이 도시계획위원회에서 급하게 처리하고 고시까지 해버렸고, 복지부가 사전에 용도변경문제를 인지했음에도 불구하고 전혀 손을 쓰지 않는 것은 대단히 잘못됐다"고 말했다.

또 "200억원의 국고를 지원받기도 진주의료원을 강제폐원한 것도 모자라 의료종합시설을 정부의 반대입장에도 불구하고 용도변경한 것도 있을 수 없는 잘못이지만, 용도변경사실을 알고도 이를 묵인하고 아무런 조치를 취하지 않는 것은 직무유기로 밖에 볼 수 없다"며 장관의 사퇴를 요구했다.

○ 野 "담배값 인상, 복지부가 기재부 시너노릇" "입법예고 4일은 졸속" ... 與 "돈으로 평가할 수 없는 효과 있어" (10. 13)

담배값 인상이 증세를 위한 꼼수라는 지적이 나왔다.

국회 보건복지위원회 소속 새정치민주연합 최동익 의원은 13일 열린 보건복지부 국정감사에서 담배값 증세에 대해 거세게 비판했다. 최 의원은 "담배값이 4500원이 될 때 추가세수가 2.7조원으로 가장 높은 금액이다. 서민증세를 하겠다는 기재부의 발표를 복지부가 시너노릇 한 것"이라며 "금연정책 등으로 금연을 주도해야지 개별 소비세 등 증세 등을 통한 금연정책은 복지부가 할 일이 아니다"라고 꼬집었다.

최 의원은 입법예고 기간에 대해서도 이해할 수 없는 처사라고 비판했다. 입법예고 기간이 4일에 불과했기 때문이다. 최 의원은 "입법예고는 특별한 사유가 없을 경우 40일을 하게 돼 있다"며 "담배값 인상과 관련해서는 입법예고 기간이 4일이었다. 서류상 4일이고 주말 빼면 이틀"이라고 말했다.

문형표 복지부 장관은 "정기국회 기간 내 법안을 제출하기 위한 조치였다"고 답변했다. 문 장관의 답변에 최 의원은 "정기국회 제출 안하면 법안소위를 안 해주고 맞추면 다 해주느냐"며 "땀땀하고 정당당당하게 해야 한다"고 강조했다.

다음 질의자인 새누리당 이명수 의원은 격앙된 분위기를 가리았으며 담배값 인상은 돈으로 평가할 수 없는 효과가 있다고 주장했다. 이 의원은 "청소년이나 여성은 담배값 인상으로 인한 금연효과가 매우 커 돈으로는 평가할 수 없다"며 "예산안 제출 시 같이 제출하라 (입법예고 기간과 관련해) 오해가 많았다"고 말했다. 그는 "앞으로 여야가 논의를 하겠지만 국민에게 무엇이 도움이 되는지 확실하게 파악하고 정부의 입장을 당당하게 제안해야 한다"며 "관련 부처들과 종합적으로 같이했어야 한다"고 말했다.

○ 분만취약지 지원사업 '빛 좋은 개살구' 문정림 의원 "분만율은 증가하는데 경영은 악화" ... "의료기관의 70%가 적자" (10. 14)

'분만취약지 지원사업 의료기관'의 관내 분만율은 해마다 증가하는데 비해, 막상 의료기관은 적자를 면치 못하는 등 경영은 악화되고 있는 것으로 드러났다. '분만취약지 지원사업'이란 분만 가능한 산부인과가 없어 발생하는 산모들의 불편을 해결하고 안전한 분만환경을 조성하기 위해 정부가 산부인과에 시설, 장비비, 운영비 등을 지원하는 것으로 지난 2011년부터 시행되고 있다. 정부는 '분만 산부인과'로 선정되면 연 5억원(국비50%, 지방비 50%)을, '외래지원 산부인과'로 선정되면 연 2억원의 운영비를 지원하고 있다.

국회 보건복지위원회 문정림 의원(새누리당)이 보건복지부로부터 제출받은 자료에 따르면, 2011년 선정된 강진의료원은 2012년 분만 실적이 112건에서 지난해 139건으로 1.2배 증가했고, 영동병원 83건에서 109건으로 1.3배, 예천권병원은 27건에서 42건으로 1.6배 증가했다. 또 지난 2012년 선정된 기관인 울진군의료원은 4.7배, 삼척의료원은 3.7배 증가했다.

지난해 관내분만율(해당 의료기관의 분만 수/해당 지역 내 전체분만 건수×100)은 강진의료원과 영동병원, 울진군 의료원이 각각 42.5%, 48.2%, 32.9%로 삼척의료원(19.4%), 예천권병원(19.0%)을 제외하고는 모두 30%를 넘었다. ‘분만취약지 지원사업’이 관내분만율을 높이는데 기여한 결과로 풀이된다.

하지만 ‘분만취약지 지원사업 의료기관’의 경영난은 좀처럼 개선되지 않고 오히려 악화되는 경향을 보이고 있다. 지난해 ‘분만취약지 지원사업 의료기관’ 10개 중 예천권병원, 울진군의료원, 삼척의료원, 합천병원(외래), 고흥종합병원, 밀양제일병원 등 6개 기관은 최대 7600만원에서 최소 1600만원의 적자를 기록했고, 영월의료원(외래)은 전년도 보다 수익이 감소했다.

특히, 예천권병원은 지난 2011년 ‘분만취약지 지원사업’으로 선정된 이후 지난해까지 3년 연속 적자를 면치 못했고, 울진군의료원은 지난해 인건비를 2.5배나 올려 3300만원의 적자를 기록했다.

‘산부인과 외래지원’을 받고 있는 합천병원 역시 진료수입의 증가보다 인건비 상승이 많아 2년 연속 적자를 기록했다. 더군다나 거창 적십자병원은 올해 6월부터 간호 인력이 6명에 불과해 5개월간 간호인력 2명을 확보하지 못하고 있는 등 의료기관의 경영부담과 인력수급의 심각성이 드러났다.

문 의원은 “분만취약지 지원사업은 분만 취약지역 내 분만율을 30%이상 끌어 올려 안전한 분만 환경을 구축하기 위한 공공의 목적이 있지만 의료기관이 적자를 면치 못하는 상황에서 관내 분만율 30% 이상은 의료기관의 지속가능성이 적다는 점에서 반쪽짜리 성과에 불과하다”고 말했다. 현재 분만취약지 지원사업에서 ‘분만산부인과’에 대해 지원하는 5억원의 지원금은 산부인과 전문의 2명과 간호사 8명의 인건비의 70%정도 밖에 되지 않아 경영악화의 원인이 되고 있다는 것이 문 의원의 지적이다.

문 의원은 “분만취약지 지역은 산간벽지나 오지에 있어 의료 인력을 확보하기가 쉽지 않을 뿐만 아니라, 소아청소년과와 마취통증과 전문의 확보도 쉽지 않은 상황에서 인건비를 수익으로부터 충당하기가 어려워 적자가 나올 수 밖에 없는 구조”라며 “분만취약지 지원사업의 취지와 현실에 맞는 운영비를 고려한 지원금 지급을 검토해야 한다”고 강조했다.

결과적으로 지원금 규모를 확대해야한다는 말인데, 정부가 어떤 대안을 내놓을지 주목된다.

○ “복지부, 소득중심 부과체계 개편 크게 후퇴” “건강보험료 자동차에 부과 한국이 세계 유일” … “지역보험료 중 재산보험료가 차지하는 비중 일본 10% 미만, 한국 47.6%” (10. 14)

보건복지부가 추진 중인 소득중심 건강보험료 부과체계 개편이 당초 계획보다 크게 후퇴했다는 지적이 나왔다.

국회 보건복지위원회 소속 새정치민주연합 남윤인순 의원에 따르면, 보건복지부의 ‘보험료 부과체계개선 기획단’은 지난해 말까지 논의를 끝내고 건강보험정책심의위원회에 보고하기로 했지만 올해 3월, 6월, 9월 등 3차례 연기한 데 이어 또다시 연기하고 있다.

남윤 의원은 “보건복지부는 9월11일자 보도자료를 통해 9월말까지 보고서 작성을 완료하고 세부내용을 발표하겠다고 하였는데, 아직도 발표를 하지 않고 늑장을 부리고 있다”며 “보도자료에 따르면, 당초의 ‘소득중심 부과체계 개편’에서 크게 후퇴했다. 부과소득의 범위를 종합과세소득으로 한정해 분리과세소득이나 퇴직, 양도소득 등은 부과대상 소득에서 제외하고, 지역가입자의 재산보험료를 현행대로 유지하려 한다”고 비판했다. 남윤 의원은 급여기준은 하나인 반면 부과기준이 가입자별로 달라 개선이 필요하다고 주장했다.

남윤 의원은 “정부가 기획단까지 만들어 이런 문제를 근본적으로 개선하겠다고 했지만 또다시 시늉만 내고 끝내는 것 같아 크게 걱정”이라며 “그간 부과체계 개선을 참고 기다려왔던 민원인들의 불만이 엄청날 것”이라고 우려했다. 그는 “부과체계개선기획단에서 부과체계 개선이 반쪽짜리 개선에 그친 것은 지난 6월17일 보건복지부장관이 기자간담회를 통해 소득중심 부과체계의 방향은 맞지만 점진적으로 가야한다면서 미리 기획단 논의의 가이드라인을 제시했기 때문이 아니냐”며 의혹을 제기했다.

남윤 의원이 건강보험공단으로부터 제출받은 ‘지역가입자 부과요소별 보험료’ 자료에 따르면, 올해 1월 기준으로 부과요소별 보험료는 소득이 30.2%(과세소득 27.9%, 생활수준 등 소득 2.3%), 재산 47.6%(재산 41.2%, 생활수준 등 재산 6.4%), 자동차 11.0%(자동차 5.1%, 생활수준 등 자동차 5.9%) 등이었다.

남윤 의원은 OECD 회원국 중 한국 이외에 건강보험료 부과시 자동차에 부과하는 나라가 없으며, 재산에 부과하는 나라는 한국 일본 두 나라밖에 없다고 꼬집었다. 남윤 의원은 “일본의 경우, 재산을 지역보험료 부과에 적용하지만 재산보험료가 차지하는 비중은 10% 미만이고 점차 감소하는 추세”라며 “우리나라 지역가입자 부과요소별 건강보험료 중 재산은 47.6%, 자동차는 11.0%로, 재산과 자동차가 차지하는 비중이 60%에 달한다”고 말했다.

남윤 의원에 따르면, 지난해 건강보험공단의 민원 7158만9천건 중 자격·부과·징수가 차지하는 민원은 약 80%였으며 올해 7월까지의 민원 4만6295건 중 자격·부과·징수 민원도 80.0%에 달한다. 남윤 의원은 “실직이나 은퇴 등의 사유로 지역가입자로 전환되면 소득이 없음에도 불구하고 직장에서 소득이 있을 때보다 훨씬 많은 보험료를 납부하는 현행 부과체계를 제대로 개편해야 한다”며 “현행 부과체계는 건강보험의 지속가능성을 위협하는 요인으로 작용하기 때문에 보다 근본적인 개선이 필요하다”고 강조했다.

○ “4대 중증질환 보장성 강화, 상위계층이 혜택 더뵈” “저소득층, 의료비 부담때문에 이용 낮아” … “본인부담상한제는 형평성 문제” (10. 14)

4대 중증질환 보장성 강화 정책 시행되고 있는 가운데, 이 정책의 수혜자가 상위계층에 몰려있다는 지적이 나왔다.

국회 보건복지위원회 소속 새정치민주연합 안철수 의원이 보건복지부 및 국민건강보험공단으로부터 제출받은 자료에 따르면, 지난해 7월부터 올해 3월까지 9개월 동안 4대 중증질환으로 총 159만295명이 혜택을 받았다. 이 중 소득상위 10%의 고소득층이 17.3%인 27만4534명인 반면, 소득하위 10%인 저소득층은 7.6%인 12만1522명이었다. 소득 상위 30%는 41.5%인 66만535명이 소득 하위 30%는 19.9%인 31만6294명이 4대 중증질환 보장성 강화 혜택을 받았다.

구체적으로 살펴보면, 암질환의 경우 소득 상위 30% 계층이 53%인 47만6938명이, 소득 하위 30%는 19%인 17만912명이 혜택을 받았다. 뇌혈관 질환이나 심장질환, 희귀난치성질환도 고소득 계층이 더 많은 혜택을 받았다고 안 의원은 설명했다.

이런 현상이 나타난 주된 원인은 의료비 부담 때문이라고 안 의원은 주장했다. 보장성이 강화되더라도 본인부담과 비급여가 여전히 남아있어 저소득층일수록 의료이용에 큰 부담을 느낀다는 것이다.

안 의원은 국민의 의료비 부담 문제 해결을 위해 본인부담상한제를 운영하고 있지만 형평성에 문제가 크다고 지적했다.

본인부담상한제는 건강보험이 적용되는 의료비 중 환자가 부담하는 의료비(비급여 제외)가 일정 기준을 초과할 경우 전액 상환해주는 제도다.

안 의원은 “소득계층별 월평균 가치분소득과 본인부담상한액을 비교한 결과, 가장 소득이 낮은 계층인 1분위의 월평균 가치분 소득은 68만원인데 이들이 부담해야 할 의료비는 120만원으로 가치분 소득 대비 의료비 부담액이 1.8배”라며 “소득이 높은 10분위의 경우 월평균 가치분 소득이 837만원인 반면, 부담해야 할 의료비는 500만원으로 0.6배에 불과하다”고 말했다.

○ 돈많은 사람은 이용하는 진료과목도 다르다 건강보험료, 고소득층이 더 많이 소비 …치과·한방 집중 (10. 14)

고소득층이 저소득층보다 최대 3배가량 의료이용이 잦은 것으로 나타나 의료이용의 소득별 양극화가 심화되고 있는 것으로 나타났다.

새누리당 김현숙 의원이 공개한 국민건강보험공단의 ‘소득분위별 진료 실적’자료에 따르면 2013년 기준 전체 52개 진료과목에 대해 진료실을 찾은 인원은 총 1억7820만명이었다. 이로 인해 총 38조 310억원의 진료비가 발생했고, 이 중 27조7183억원(75.5%)이 급여비로 지급됐다. 이와 관련 건보공단은 지난 5월, 보험가입자가 납부한 건강보험료보다 평균 1.7배의 지원을 받았고, 소득하위 20%의 경우 5.1배의 혜택을 받고 있는 반면 소득상위 20%의 경우 1.1배의 혜택을 받고 있어 소득재분배 효과가 크다고 발표한 바 있다.

그러나 소득분위별로 분석한 결과, 전체 52개 진료과목 중 96.2%에 해당하는 50개 과목에서 소득상위 20%에 해당하는 계층이 소득하위 20% 계층보다 상대적으로 진료를 많이 받고 있는 것으로 파악됐다. 소득하위 20%, 소득상위 20% 각각 적용인구 분포를 기준으로 진료실 인원 분포를 감안하면, 소득상위 20% 계층에서 399만명이 진료실을 더 찾아 1조2550억원의 진료비가 더 발생한 것으로 나타났다.

김현숙 의원은 “저소득층의 경우 고비용에 따른 의료이용을 자제하거나 포기하는 반면, 고소득층은 의료이용에 주저하지 않을 뿐 아니라 삶의 질과 연관된 건강예방 진료에 열을 올리고 있기 때문”이라고 설명했다. 김 의원은 이어 “2013년도 급여비 지급 비율이 75.5%인 점을 감안하면 소득상위 20% 계층에 9463억원이 더 지급된 것으로 나타났다”며 “소득이 많은 자가 오히려 의료기관에 적극적으로 진료를 받음으로써 급여지원 역시 고소득자에게 집중되고 있다고 볼 수 있다”고 덧붙였다.

소득이 높은 계층의 의료기관 이용은 주로 특정 진료과목에 집중됐다. 고소득층은 보장성과 무관하게 고비용 진료과목을, 그리고 필수적인 진단 및 치료보다는 삶의 질을 개선시키는 건강 예방활동 중심의 진료과목을 중심으로 이용하는 경향을 보였다.

가장 격차가 큰 과목은 한방소아과로, 상위 20% 계층이 하위 20% 계층보다 무려 164.9%(2.7배)나 진료실을 더 찾은 것으로 나타났다... 대표적인 양극화 진료는 부정교합이었다. 2013년도 부정교합 진료 현황을 보면, 소득 상위 10%(10분위)가 하위 10%(1분위)보다 적용인구를 고려하더라도 54.2%(1.5배) 진료를 더 받은 것으로 나타났다.

특히 서울지역 각 구별 거주하는 환자를 보면 송파구(4,448명), 강남구(3,802명), 노원구(3,399명), 성북구(2,933명) 순으로 진료실을 많이 찾아 소위 부자 동네 거주자가 고비용 진료인 부정교합 진료에 활발한 것으로 드러났다. 치료목적으로만 급여가 지원되는 단신질환의 경우에도 적용인구를 고려하더라도 소득상위 10%(10분위)가 하위 10%보다 3.9배나 진료를 더 받는 것으로 나타났다. 서울의 경우 지난 5년 동안 강남구가 2627명이 진료를 받았고, 송파구(2578명), 노원구(2541명), 강동구(2250명), 성북구(2192명), 서초구(1849명) 순으로 나타났다.

김현숙 의원은 “부모의 경제력에 따라서 자녀의 의료이용 접근성의 차이가 발생하는 것은 보건의료상의 문제뿐만 아니라 사회적 갈등을 유발할 소지가 있는 만큼, 저소득층에 대한 보장성 확대와 의료이용 접근성 확대를 위한 노력이 필요하다”고 지적했다.

○ “90억 들인 BCG 백신 국산화 실패” 김현숙 의원 “일본 책임감 느끼고 국산화 성공시켜야” (10. 14)

지난 6년간 90억원을 투자한 BCG 백신(결핵 예방백신)의 국산화가 질병관리본부의 관리 부실로 인해 실패한 것으로 드러났다.

국회 보건복지위원회 소속 새누리당 김현숙 의원이 14일 공개한 자료에 따르면, 정부는 국산 BCG백신 사업을 위해 2009년 26억원, 2010년 31억원, 2011년 30억원 등 약 88억 8400만원을 투자하고, 유럽의 인프라를 도입했으나 아무런 성과를 내지 못했다. 87억 원의 예산을 들여 지난 2011년 완공한 BCG 백신 생산 공장에서는 BCG 백신 생산은 해보지도 못한 채, 수두백신을 생산하고 있는 것으로 밝혀졌다.

김현숙 의원은 “2009년 덴마크 SSI, 2011년 파스퇴르 등 2개 회사의 유능한 인프라를 고가에 도입했으나 성과를 내지 못했다”며 “그 실패의 원인을 살펴보면, 결과적으로 질병관리본부(일본)의 관리 부실과 관심 부족 탓에 시간과 국고를 낭비한 것”이라고 지적했다.

일본은 2009년 과도한 기술이전 비용을 사유로 덴마크 SSI와 기술이전 협약을 결렬했으나 협약 체결 당시 양해각서에 비용에 관한 내용이 상세히 명시돼 있었던 것으로 밝혀졌다.

인체 사용에 대한 안전성이 검증되지 않은 연구용으로 밝혀져 무산된 2011년 군주 생산 사업 역시 파스퇴르는 관련 내용을 명시했으나, 일본은 연구용이라는 사실을 인지하지 못하고, 2년 동안 2억원을 투자한 것으로 알려졌다.

김현숙 의원은 “지난달 15일 정부는 SSI의 BCG 백신 출하 지연으로 국내 공급 차질을 방지하기 위해 백신 수급조절 대책을 추진했는데, 이런 상황을 대비하기 위해 BCG 백신 국산화 사업을 시작한 것”이라며 “지난 6년간 아무런 성과를 내지 못한 일본은 책임감을 느끼고 빠른 시일 내에 국산 BCG 백신 개발이 성공할 수 있도록 힘써야 한다”고 촉구했다.

○ 문형표 장관 “수술실 압수수색 사건 금지조문” 사건 파악 전혀 못해 ... “보고 받은 바도 없어” (10. 14)

서초경찰서 소속 경찰관, 건보공단 및 민간 보험회사 소속 직원이 서울 강남의 한 이비인후과 수술실에 들어가 수술이 7분30초간 중단됐던 사건에 대해 보건복지부 장관은 전혀 파악하지 못하고 있던 것으로 나타났다.

서울 강남의 A이비인후과에 대한 경찰의 압수수색은 지난 8월 13일 허위 진단서 발급 혐의를 받던 A이비인후과에 서초경찰서 소속 경찰관, 건보공단 및 민간 보험회사 소속 직원이 해당 의료기관 수술실까지 들어가 자료를 요구하는 등 무리하게 수사를 진행하고, 이 과정에서 코기둥 절개로 출혈이 시작된 수면마취 중인 환자에 대한 수술이 7분 30초간 중단됐던 사실이 언론을 통해 알려지며 논란이 된 바 있다.

14일 보건복지부 국정감사에서 국회 보건복지위원회 소속 새누리당 문정림 의원은 수술실 압수수색이 절차적으로 정당했느냐는 것과, 압수수색 과정에 건보공단 직원, 보험회사 직원 참여가 적법한 것인지, 그리고 경찰-건보공단-민간 보험회사간 유착은 없었는지에 관해 복지부 장관에게 질의했다.

하지만 문형표 장관은 해당 사건을 전혀 파악하지 못하고 있어 질의를 한 문 의원을 당황케 했다. 문 장관은 사건에 대해 보고조차 받지 못한 것이다. 문 의원은 “질의를 하려 했지만 장관님은 사건을 전혀 모르고 있다. 매우 놀랐다. 현장에서 심각한 문제를 복지부는 우선적으로 취급하지 않는 것으로 보인다”며 “보고 의무가 있는 담당자는 어디까지 확인했는지 등을 오늘내로 보고해달라”고 질타했다.

그는 “공단 이사장과 함께 사건에 대해 반드시 확인해야 한다”며 “현지조사 전반에 걸쳐 유사한 문제로 진료중에 침해받는 사례가 없도록 확실한 조사를 해달라”고 강조했다.

문 장관은 “이런 수사가 진료에 차질을 빚고 있다면 있을 수 없는 일”이라며 “사건을 확인하지 못해 죄송하다. 공단 이사장과 함께 조사를 실시하도록 하겠다”고 말했다.

○ “5인 이하 사업장 건강검진 수검률, 전체의 절반” (10. 14)

5인 이하 소규모 사업장 및 지역가입자의 건강검진 수검률이 전체 대상자의 절반 수준에 불과한 것으로 나타났다.

국회 보건복지위원회 통합진보당 김미희 의원은 14일 이 같이 밝혔다. 김미희 의원이 국민건강보험공단에서 제출한 자료를 분석한 결과 1000명 이상 대기업 사업장은 건강검진 수검률이 93%가 넘는 반면 5인 미만 소규모 사업장의 수검률은 절반에 가까운 50%에 불과했다.

규모가 작은 사업장일수록 수검률이 낮은 것으로 나타났는데 5인 이하 사업장 외에 5인 이상 10인 미만 사업장도 약 65%에 불과했다. 이 같은 통계는 전체 사업장 평균 수검률 83%에 한참 못 미치는 상황이다.

또 지역가입자의 건강검진 수검률도 절반에 불과한 것으로 나타났다. 지역가입자 검진대상자 430만명 중 수검자는 절반을 조금 웃도는 230만명에 불과했다. 지역가입자의 보험료 구분별 수검현황도 소득이 낮은 계층일수록 수검률이 떨어지는 것으로 나타났는데 1만원 이하 납부자는 46%에 불과해 15만원 이상 납부자의 56%에 비해 10%나 떨어지는 것으로 나타났다.

김 의원은 “지역가입자와 소규모 사업장의 수검률이 떨어지는 것은 생활수준과 열악한 노동환경과 밀접한 관련이 있다”며 “특히 5인

이하의 열악한 사업장은 건강검진조차 눈치받으며 받을 수밖에 없는 상황이며 사용자입장에서도 건강검진으로 인한 인력공백의 어려움을 겪기는 마찬가지"라고 지적했다. 그는 "암을 비롯한 중증질환의 조기발견이 중요하다. 건강검진 수검률을 100% 보장하기 위해 정부는 소규모사업장에 대해 건강검진으로 인한 유급휴가비를 지원하거나 권역별로 찾아가는 출장검진을 실시하는 등의 노력이 필요하다. 또한 지역가입자 수검률 향상을 위해 건강검진 대상자에 대한 다양한 홍보와 인센티브 부여 등 유인책이 필요한 시점"이라고 강조했다.

○ 20만원 없어 틀니 못하는 가난한 노인들 (10. 15)

급여혜택이 있지만, 20~30만원의 본인부담금이 없어 틀니치료를 받지 못하는 의료급여 환자가 많은 것으로 나타났다. 저소득층 노인에게는 무상틀니를 제공해야 한다는 의견이 나온다.

통합진보당 김미희 의원이 노인 틀니 급여청구현황을 분석한 결과, 건강보험대상자(2013년 기준 75세 이상·총 217만 8648명)의 11%(23만 9651명)가 틀니 급여혜택을 받는데 반해 의료급여 대상자(총 24만 3652명)는 1%(2436명)만이 혜택을 받은 것으로 나타났다. 김미희 의원은 "의료급여대상자들의 경우 어려운 경제·사회적 환경으로 인해 구강상태가 건강보험대상자에 비해 훨씬 나쁜 편임에도 불구하고 의료급여 대상자의 틀니 급여에 대한 접근성이 현저히 떨어지는 것으로 나타났다"며 "이는 생계도 어려운 의료급여대상자들에게 본인부담금 20~30만원은 금전적 부담이 커 틀니급여혜택을 받을 생각조차 못하고 있기 때문"이라고 설명했다.

2014년 건강보험 수가(의원급) 틀니 급여는 총 의치 102만 8280원, 부분틀니 125만 990원이다. 이 중 건강보험대상자는 50%(약 50만원), 의료급여 1종은 20%(약 20만원), 의료급여 2종은 30%(약 30만원)를 본인이 부담해야 한다.

김 의원은 "건강보험대상자 10명 중 1명만이 틀니급여를 받아 재정은 절반 이상이 남아돌고 있다"며 "정부는 틀니급여혜택 대상연령을 대폭 낮추고, 저소득층 노인들에게 무상틀니를 제공해야 한다. 나이가 65세 이상 노인에게 무상틀니를 제공하도록 중장기적인 대책을 마련하라"고 촉구했다.

○ 선택진료비 감소, 경영악화 부르나? 병원계, 이익 감소 가능성 예의주시 ... "당장 영향은 없을 것" (10. 15)

정부가 8월부터 선택진료비를 평균 35% 줄이는 내용의 '선택진료 개선에 따른 수가 개편 방안'을 시행중인 가운데, 이 기간 상급종합병원과 종합병원의 총 진료비가 감소한 것으로 나타났다. 병원계는 선택진료비 감소가 병원 경영에 미칠 영향을 예의주시하고 있다.

건강보험심사평가원(심평원)이 지난 13일 공개한 '8월 진료동향 분석'에 따르면, 올해 8월 상급종합병원의 총 진료비는 전월(9158억원) 대비 17.1%가량 감소한 7592억원이었다. 병원급 역시 7월에 기록된 7791억원보다 약 17% 감소한 6506억원으로 나왔다. 병원들은 이같은 소식에 '8월은 병원 이용자가 적기 때문'이라고 입을 모았지만, 총 진료비의 감소가 선택진료비의 감소 때문으로 보는 시각도 적지 않았다.

A상급종합병원의 한 관계자는 "8월은 워낙 휴가 등 변수가 많아 환자가 감소한 것은 어느 정도 짐작했다"면서도 "선택진료비 감소도 조금은 영향을 끼쳤을 것"이라고 말했다. 이 관계자는 "대부분의 대학병원은 선택진료비의 비중이 높다. 수익을 보전하기 위해 마련된 고도수술·처치·기능검사 같은 의료행위의 수가는 높아졌지만, 외래·검사·영상 등의 행위로 인한 수익이 많아야 안정적으로 유지되는 것도 사실"이라며 "경과를 봐야겠지만 앞으로는 선택진료비의 인하로 인한 진료비 감소도 어느 정도 각오해야 할 것 같다"고 덧붙였다.

B종합병원의 한 관계자는 "선택진료비 감소로 인한 병원의 경영 악화가 클 것이며, 상급종합병원보다 종합병원이 더 큰 손실을 볼 수도 있다"고 우려했다. 이 관계자는 "병원 내부에서 이 부분(선택진료비)을 매우 걱정하고 있다. 실제로 병원에서 어느 정도 이익이 감소했다는 말이 나도는 상황"이라고 말했다. 그는 "상급종합병원은 그나마 어려운 수술도 하고 중증 환자를 세심하게 돌볼 수 있는 환경이지만 종합병원들은 그렇지 않은 경우가 많다"며 "고도의 수술이나 처치를 받을 수 있는 곳은 상급종합병원 중에서도 일부에 지나지 않는다. 환자들이 일부 대형병원으로 몰리면 그 피해는 고스란히 종합병원이 떠안을 수도 있다"고 덧붙였다.

물론 선택진료비 감소가 당장 병원경영에 큰 영향을 미치지 않을 것이란 전망도 일부에서 나오고 있다. C상급종합병원의 한 관계자는 "선택진료비 감소로 인한 병원의 이익 손실의 가능성은 충분히 있으나 그 효과가 바로 드러나지는 않았을 것"이라며 "고도수술·처치로 인한 이익 보전 역시 상황을 지켜봐야 한다"고 말했다. 이 관계자는 "선택진료비 감소가 일선 병원에 영향을 끼칠 수 있지만 심평원의 1개월 통계만으로 당장 그 영향이 미쳤다고 말하기는 어려운 점이 있다"고 분석했다. 그는 "자료를 확인해보면 환자의 수와 입원일 수가 많이 떨어졌다. 진료비 감소는 환자의 감소로 인한 것이라고 말해야 더욱 설득력 있을 것"이라며 "선택진료비 감소와 고도수술 및 처치는 몇 달 더 지켜봐야겠다"고 언급했다.

한편 복지부는 지난 7월 열린 건강보험정책심의위원회에서 진찰·입원·검사 등의 선택진료비의 징수비율을 낮추고 건강보험이 적용되는 병상을 '6인실'에서 '4인실' 이하로 확대하는 내용의 '선택진료·상급병실 개선에 따른 수가 개편 방안'을 심의·의결했다. 이에 따라 8월부터 선택진료비 인하를, 9월부터는 4·5인실 이하 병상의 건강보험 적용을 실시했다. 다만 병원의 수익 손실을 보전하기 위해 ▲입원료 수가 2~3% 인상 ▲4·5인실 입원료 수가를 기본입원료의 160%(4인실), 130%(5인실)로 인상 ▲격리실 수가 10~150% 인상 ▲신생아실

및 모자동실(어머니와 아이가 같은 방을 쓰는 병실)·모유수유 관리료 인상 ▲고도수술·처치·기능검사 수가 13~50% 인상 ▲암환자 공동 진료 및 집중 영양치료 수가 신설 등을 함께 시행하고 있다.

○ 입원환자 335명인 병원에 약사는 1명뿐? 상급병원 절반 이상 약사 고용 정원 미달 (10. 15)

하루 평균 입원환자가 335명인 병원에 약사가 1명만 배치되는 등 병원약사가 턱없이 부족한 것으로 나타났다.

국회 보건복지위원회 새정치민주연합 최동익 의원이 건강보험심사평가원으로부터 제출받은 자료를 분석한 결과, 2013년 말 기준 상급 종합병원의 55.8%(43곳 중 24곳), 500병상 이상 종합병원의 38.4%(52곳 중 20곳), 300병상~500병상미만 종합병원의 39.0%(64곳 중 25곳)는 정원기준보다 약사가 부족한 것으로 나타났다. 300병상 미만 병원과 요양병원은 약사 부족문제가 더욱 심각했다.

의료법 시행규칙에 따르면 의료기관은 연평균 1일 입원환자를 병원 당 인원수 (상급병원 30명, 500병상 이상 종합병원 50명, 300병상 이상 종합병원 80명 등)으로 나눈 수와 외래환자 원내조제 처방전을 75매로 나눈 수를 합한 수 이상의 약사를 뒤탈어야 한다. 예를 들어, 일일 평균입원환자수가 1145명이고, 일일평균 외래 원내조제건수도 234.6건인 상급종합병원의 경우 약사 정원은 41명이다.

최동익 의원은 “필요한 약사 수는 41명인데, 실제 근무하는 약사가 13명뿐인 병원의 경우 약사 1인당 1일평균 입원환자가 약 88명으로 상급종합병원 기준(약사1인당 1일평균 입원환자 30명)과 비교했을 때 약 3배 정도 많은 셈”이라며 “이런 상황에서 제대로 된 약을 조제할 수 있겠냐”고 의문을 제기했다. 약사 부족문제는 300병상 미만의 종합병원과 요양병원에서 더욱 두드러지는 것으로 나타났다. 300병상 미만의 종합병원과 병원은 정원 기준 없이 약사 1인 이상이면 되기 때문이다.

실제로 100병상이 넘는 한 B병원은 일일 평균 입원 환자 수는 335명, 일일 원내조제건수는 56건임에도 불구하고, 약사는 1명뿐이었다. 약사 한 명이 335명 입원환자와 56건의 외래환자가 복용할 의약품을 매일 조제하고 있는 셈이다. 요양병원의 경우 약사가 없는 기관도 13곳이나 됐다. 현행법상 200병상을 초과하는 요양병원은 약사를 반드시 1명 이상 뒤탈어야 한다.

최동익 의원은 “병원에 약사가 이렇게 없음에도 불구하고, 작년 한 해 동안 약사정원 미달로 시정명령 받은 병원은 39건 뿐”이라고 지적했다. 복지부 자료에 따르면, 2013년 기준 시정명령은 상급종합병원이 20건으로 가장 많은 받았지만, 종합병원은 500병상 2건, 300병상 이상 1건 등 총 5건에 불과했다.

최 의원은 “병원약사부족은 약화사고로 이어질 우려가 높고, 이로 인한 피해는 결국 환자에게 올 것”이라며 “이를 예방하기 위해 전국 의료기관의 약사정원 충족에 대해 조사하고, 300병상 미만의 종합병원과 병원 급 의료기관들(요양병원 포함)에 대해서도 합리적인 약사 정원기준을 도입해야 한다”고 제언했다.

○ 김종대 이사장 “건보료, 상한선 이상 소득 파악 무의미” “건강보험 부과체계 개선안 후퇴” 비판에 간접해명 (10. 16)

국민건강보험공단 김종대 이사장은 15일 자신의 블로그를 통해 “대가성이 없는 조세와 달리 건강보험료는 의료비보장이라는 특별한 대가가 있다”며 “이 때문에 상한선이 존재하고, 그 이상의 소득을 파악하는 것은 의미가 없다”고 밝혔다. 정부의 건강보험료 소득 중심 부과체계 개선안이 후퇴했다는 지적에 대해 간접적으로 해명한 것이다.

건강세상네트워크 김준현 위원은 지난 2일 보건복지부 산하 건강보험료 부과체계 개선 기획단이 내놓은 개선안에 대해 “개선안이 퇴직·양도·소속·중여 등 모두 경제력이 있는 사람들로부터 파생되는 소득을 제외하고 보험료를 부과하도록 했다”며 “본래의 취지에 맞지 않고, 형평성에 어긋난다”고 지적한 바 있다.

김 이사장은 이와 관련, 건강보험료는 상한선 소득금액만큼만 부과되므로 상한선(직장가입자 월 소득 7810만원, 지역가입자 월 소득 4158만원) 이상의 소득을 파악하는 것은 무의미하다는 입장이다.

김종대 이사장은 “납부하는 보험료의 크기는 돌려받는 대가의 크기와 연동돼야 하기 때문에 무한정 많은 보험료를 부과할 수 없어 상한선을 적용한다”면서 “또한 보험은 사회연대의 속성을 갖기 때문에 이를 실현하기 위해 각 참여자가 보험료를 각출하는 것”이라고 말했다.

실제로 각 나라들은 사회적인 합의에 따라 건강보험료의 상한선을 정하고 있다. 대부분의 국가는 상하한선 배수가 10배 이하이다. 독일은 9.4배, 대만은 9.8배, 일본의 직장가입자는 20.8배 수준인데 반해 우리나라는 직장은 279배, 지역은 634배로 높은 편이다.

김 이사장은 “조세는 상한가 없이 세금을 부과하므로 무한정 재산과 소득에 대한 파악이 이뤄져야 한다”며 “보험료 상한선의 관점에서 볼 때, 소득과 파악의 문제는 건강보험료의 영역이 아니라 조세의 영역”이라고 선을 그었다.

○ 복지부 “피부미용사, 의료기기 사용 합법화 검토” 의료기기와 구분되는 미용기기 관리체계 마련 ... 의료계 반발 심할 듯 (10. 16)

앞으로는 피부미용실에서 의료기기를 사용하는 것이 합법화될 것으로 보인다. ‘미용목적으로’ 라는 단서를 달았지만, 의료기기로 분류돼 있는 미용기기 사용을 의료인이 아닌 미용사에게 허용한다는 점에서 주목된다.

보건복지부는 16일 현행 공중위생관리법을 개정해 의료기기에 해당하지 않는 미용기기에 대한 관리·감독체계를 따로 마련, 피부미용실에서 미용기기를 쓸 수 있도록 제도화하는 방안을 검토하고 있다고 밝혔다.

의료기와 구분되는 미용기기에 대한 별도의 정의를 내리고, 관련품목과 규격 등을 신설하겠다는 것이다. 복지부는 “안전하면서도 소비자의 수요를 맞출 수 있는 이·미용서비스를 제공하려면 미용기기 사용에 대한 관련 법 규정을 만들 필요가 있다”고 말했다.

2012년 전자부품연구원의 조사결과에 따르면 국내에서는 96%에 이르는 거의 모든 피부미용업소가 고주파 자극기, 저주파 자극기 등 의료법상 의료인만이 사용할 수 있는 의료기기를 보유, 사용하고 있다. 피부미용업소를 찾는 고객의 50% 이상이 미용기기를 이용한 서비스를 선호해 처벌의 위험을 감수하고 사용하는 것이다.

의료인이 아닌 사람이 의료기기를 사용하면 공중위생관리법상 행정처분을 받고, 의료법상으로는 무면허의료행위에 해당해 처벌받는다. 주요 선진국은 미용기기를 별도의 범주로 분리하지 않고, 대체로 의료기기 또는 공산품(전기기기류)로 관리하고 있다. 미국은 대체로 미용사의 의료기기 사용을 금지하고 있다. 다만, 콜로라도주 등 일부 주는 의사의 감독 아래 사용하는 것은 미용사의 자격에 따라 허용하기도 한다. 일본은 미용목적의 일부 의료기기에 대해 특수목적법인(일본에스테틱기구)의 인증을 거쳐 피부미용업소에서 사용할 수 있도록 하고 있다. 유럽 대부분 국가 역시 미용사의 의료기기 사용을 엄격하게 제한하지만, 독일은 일부 비침습 의료기기를, 영국은 제모기를 각각 쓸 수 있게 하고 있다.

복지부가 미용기기를 의료기기에서 따로 분리해 미용사들이 사용할 수 있도록 허용할 경우, 의사들의 반발이 만만치 않을 것으로 보인다. 의료계는 한의사들의 현대의료기기 사용에 대해서도 강한 거부감을 표하고 있다.

○ “대형병원 ‘경증환자 본인부담 차등제’ 편법 시행” 최동익 의원 “대다수 상급종합병원 및 종합병원 적발 … 15개월동안 10만건” (10. 16)

대형병원 환자쏠림현상을 막기 위해 경증질환자가 대형병원 외래이용시 약국 본인부담비율 높이는 ‘경증 외래환자 약국 본인부담 차등제’가 병원들의 편법시행으로 제도 시행효과를 거두지 못한다는 지적이 나왔다. 대형병원들이 처방전에 경증환자로 표시하지 않는 사례가 부지기수였던 것이다. 국회 보건복지위원회 새정치민주연합 최동익 의원은 16일 국민건강보험공단·건강보험심사평가원 국정감사에서 이 같이 밝혔다.

보건복지부는 2011년부터 52개 경증질환 환자의 외래진료시 환자의 약국 약제비 본인일부부담률을 기존 30%에서 종합병원은 40%로, 상급종합병원은 50%로 상향조정하는 ‘경증 외래환자 약국 본인부담 차등제’를 시행하고 있다. 그러나 대형병원들이 경증외래환자들이 예전처럼 대형병원을 이용해도 약국 본인부담률이 30%만 적용되도록 편법을 쓰기 때문에 환자쏠림 현상이 계속되고 있다고 최 의원은 지적했다.

건강보험심사평가원이 이 제도가 시작된 2011년 10월부터 2012년 12월까지의 15개월 진료분배에 대해 조사한 결과, 총273개 대형병원이 경증외래환자임을 표시하지 않고 원외처방전을 발급하다 적발건수가 무려 10만4769건(5억3400만원)이나 되는 것으로 나타났고, 현재까지 전액 미환수됐다. 특히 상급종합병원의 경우 46개 기관(9223건)이 적발되었는데, 2013년 말 기준으로 상급종합병원이 43개 임을 고려하면 종합병원과의 중복지(상급종합병원이었다가 현재 종합병원으로 된 기관들)를 고려하더라도 거의 대부분의 상급종합병원에서 이러한 부당행위를 하다가 적발된 것이다.

최 의원은 “이렇게 다수의 대형병원들이 경증외래환자임을 표시하지 않고 원외처방전을 발급하면 환자는 예전처럼 약국에서 약제비의 30%만 부담하고 약을 받을 수 있어 정부의 대형병원 쏠림완화 정책이 무력화될 수밖에 없다”고 꼬집었다.

최 의원은 “아무리 좋은 의료정책을 마련하더라도 정부가 이렇게 허술하게 정책을 실행하면 실패할 수밖에 없다”며 “우선 이번에 적발된 대형병원들에 대한 환수방안을 검토하고, 앞으로 대형병원들이 원외처방전에 경증임을 표시하지 않고 발급하는 것을 제어할 수 있도록 의료법 시행규칙개정 등 법적근거 마련이 시급하다”고 촉구했다.

○ “건보료 체납 진료자 급여제한 실효성 없어” 통합진보당 김미희 의원 “체납보험료 환수율 1.3% 그쳐 … 고소득자 급여제한 강화해야” (10. 16)

국민건강보험료(건보료)의 체납환수율이 미미한 수준에 머물고 있어 정부와 국민건강보험공단(건보공단)의 진료자 급여제한제도의 실효성이 떨어지는 것 아니냐는 지적이 나왔다.

국회 보건복지위원회 통합진보당 김미희 의원은 16일 “건보공단에서 받은 자료를 분석한 결과, 최근 4년간 6개월 이상 체납자의 환수율이 매우 저조했다”며 “진료자 급여제한제도가 고의적 보험료 체납을 막을 수 없다”고 주장했다. 국민건강보험법 제53조 및 동법 시행령 제26조에는 ‘6개월 이상보험료 체납자의 경우, 보험급여를 제한할 수 있다’는 규정을 뒤 가입자의 보험료 납부 의무를 강제하고 있으나 위 사항이 잘 지켜지지 않고 있다는 것이다.

김 의원에 따르면, 최근 4년간 건보료 체납환수율은 2011년 2.9%, 2012년 5.2%, 2013년 0.5% 등으로 나타났으며, 4년간 평균 환수율은 전체 고지금액 1조2700억원 중 1.3%인 97억에 불과했다.

김 의원은 건보료의 체납환수율이 저조한 이유로 ▲건보공단의 표준징수절차가 제대로 실효를 거두지 못한 점 ▲고소득층 보험체납자에 대한 기준과 통계가 부실한 점 ▲의료기관에 미리 통보하여 보험급여를 중지시키는 사전급여제한제도가 부실하게 운영되는 점 등을 지적했다. 김 의원은 “특히 고소득층 체납자에 대한 사전급여제한기준이 너무 높게 정해졌다”고 꼬집었다.

올해 급여제한자수 147만4000명 중 사전급여제한자는 1749명(0.08%)에 불과하며, 이는 정부가 제한기준을 연소득 1억과 재산기준 20억으로 과도하게 높게 설정돼 제도 자체가 유명무실해졌다는 것이다.

김 의원은 “정부와 건보공단은 지금처럼 1700여명만을 위한 실효성도 없는 급여제한제도를 운영하면 안된다”며 “고소득 체납자에 대한 강력한 징수조치로 환수율을 높여 건보재정을 강화하는 것은 물론 저소득층 체납자의 부담금 완화와 수급권 보호에 힘써야 할 것”이라고 말했다.

○ “노인 의료비 폭증하는데…건보공단은 강 건너 불구경?” 이목희 의원 “건보공단은 지금 대책 마련해야” (10. 16)

고령화 사회로 진입하면서 노인 의료비는 증가하고 있는데, 이에 대한 국민건강보험공단의 대책이 미온하다는 지적이 나왔다. 국회 보건복지위 소속 새정치민주연합 이목희 의원은 16일 “현재 우리나라는 급격한 인구고령화로 인해 노인의료비 역시 재난적으로 증가하고 있는데, 책임기관인 국민건강보험공단은 강 건너 불구경을 하고 있다”고 꼬집었다.

국민건강보험공단은 ▲ 보험료 부과체계 개선 ▲ 보험료를 현실화 ▲ 건강보험 지출체계 개편 등 원론적인 수준의 대책만을 내놓고 있는 반면 올해부터 일부 노인만을 위한 노인 임플란트 건강보험 적용처럼 시급하지 않은 노인 질환에 건강보험 재정을 낭비하는 행태를 보이고 있다는 것이 이목희 의원의 설명이다.

이목희 의원이 국민건강보험공단의 자료를 분석한 결과, 2009년 12.5조원 이었던 노인 의료비는 2013년 18조원으로 5년 새 44% 증가했다. 이 같은 추세가 이어지면 2060년에는 노인 의료비에 따른 건강보험 적자가 131조원 이상 예상되는 것으로 나타났다. 이는 2013년 건강보험 총 급여비(38조원)와 비교했을 때 4배가량 높은 수치다. 2011년 통계청 장래 인구 추계에 따르면, 노인인구 비중은 2010년 전체인구의 11.0%에서 2030년 24.3%, 2060년 40.1%로 확대된다.

이목희 의원은 “노인 의료비의 대부분은 만성질환으로 인한 것으로, 지속적으로 의료비 지출이 이뤄질 수밖에 없는 구조”라며 “치료보다 관리가 이뤄질 수밖에 없는 질환인 만큼 증상이 나타나기 전에 예방에 집중해야만 국민 보건 향상과 의료비 절감이 가능하다”고 설명했다.

2013년도 기준 노인 의료비 상위 5개 질환은 ▲ 본태성 고혈압 ▲ 알츠하이머병에서의 치매 ▲ 만성 신장질환 ▲ 뇌경색증 ▲ 무릎관절증 등으로 나타났다. 이들 상위 5개 질환의 의료비에만 3조 7200억원이 소요됐다.

이 의원은 “인구 고령화 속도가 빨라지고 있는 지금 바로 대책을 마련하고, 해결에 나서야 한다”면서 “대책을 고민하지도, 실행하지도 않고 있는 건보공단의 자세는 큰 문제다. 노인성 질환 자체를 선제적으로 줄여나가는 한편 정부가 제대로 납입하지 않고 있는 국고보조금을 정상화하고 확대해가는 방안을 마련해야 한다”고 촉구했다.

○ “건보공단, 정부 압박 때문에 의료영리화 홍보 지출” 김종대 이사장 “결코 아니야” (10. 16)

국민건강보험공단 국정감사에서 정부 압박 때문에 건강보험을 정부 정책 홍보에 지출했다는 의혹이 제기됐다. 김종대 이사장은 건보공단의 판단에 의한 것이라고 해명했다.

국회 보건복지위원회 소속 김성주 의원은 16일 국정감사에서 “의료영리화 정책에 대한 건보공단 이사장의 견해를 물었을 때는 정부 투자 활성화 정책에 이사장이 논의하는 것이 적절하지 않다고 밝혔다”면서 “그런 의료영리화 정책에 대한 홍보에 국민보험료 5700만원 을 왜 지출했느냐”고 질의했다.

김종대 이사장은 “의료영리화 정책에 대해 동의한다는 측면에서 보험료를 지출한 것이 아니다”라며 “복지부의 요청에 따라 건강보험 서비스의 질 향상의 측면을 보고 홍보에 지출한 것”이라고 설명했다. 하지만 김성주 의원은 “건보제도와 의료영리화 홍보가 무슨 연관이 있느냐”며 “논란중인 사업을 보건복지부가 요청해서 했다는 것이 솔직한 것 아니냐. 국민을 위한 건보공단이 정부 정책 홍보에 지출한 것 아니냐”고 재차 질의했고, 김 이사장은 “결코 그런 일은 없다”라고 맞섰다. 김 이사장은 그러면서 “복지부의 강제에 의해 한 것이 아니라 (건보공단 차원의) 판단에 따라 의료영리화가 의료의 질 향상이라는 측면에 부합하는 면에 공감해 홍보한 것”이라고 거듭 해명했다.

김 이사장의 해명에도 김성주 의원은 “건보공단의 의무는 자격관리와 건강 증진 등으로 정부 의료 영리화와 연관된 것은 없다”며 “공단은 국민을 위해 일해야 한다”고 밝혔다.

○ “검·경, 의료정보도 맘대로 본다” 새정치 김용익 의원, 국정감사서 주장 … “건보공단, 개인 진료내역 마구잡이 제공” (10. 16)

검찰이 카톡과 같은 SNS를 검열한 것으로 밝혀져 논란이 일고 있는 가운데, 검찰과 경찰 등 수사기관이 건강보험공단에 집적된 개인 의료정보를 수시로 들여다보고 있다는 주장이 제기돼 논란이 예상된다.

국회 보건복지위 소속 새정치민주연합 김용익 의원은 “건보공단이 수사목적이라는 이유로 영장도 없이 병원진료 내역과 의약품 구입 내역 등 개인 의료정보를 마구잡이로 제공하고 있다”며 “건강보험 의료정보 제공을 엄격히 제한해야 한다”고 주장했다.

김용익 의원이 건강보험공단(건보공단)으로부터 제출받은 ‘건강보험공단 개인정보 외부 기관별 제공현황’을 분석한 결과 지난 4년 6개월 동안(2010년 1월부터 2014년 6월까지) 총 435만 1507건의 건강보험 의료정보가 검찰과 경찰에 제공된 것으로 드러났다. 김용익 의원은 “건보공단은 내사와 수사착수 단계에서부터 의료정보를 제공할 수 있도록 내부 지침까지 만들어 운용 중인 것으로 드러나 영장이 있어야 제공되는 금융거래 정보와 통신감청 등과 비교할 때 문제가 심각하다”고 지적했다.

실제로 지난해 국정완검찰 등의 통신감청 건수는 2492건으로 일평균 6.8건이었고, 수사기관의 금융계좌 추적은 2012년 34만 8000건으로 일평균 953건이었다. 이에 비해 건보공단이 검찰과 경찰에 제공한 건강보험 의료정보는 2649건(검찰 일평균 537건, 경찰 일평균 2112건)으로 계좌추적의 2.8배, 통신감청의 389배에 달하는 것으로 나타났다. 검경은 수사목적에 한해 ‘형사소송법’과 ‘경찰관 직무집행법’상 자료요구를 할 수 있지만, 정보 공개 결정여부는 건보공단이 결정한다. 현재 계좌추적이나 통신정보는 법원의 결정이나 혐의가 확정된 상태에서만 제공하고 있다.

이러한 지적에 대해 건보공단 김종대 이사장은 “보험사기 때문에 그 부분만 볼 수 있도록 하는 것”이라며 “적법한 과정에 걸쳐서 하는 것으로 개인정보법 위반의 소지는 없다”고 해명했다.

김용익 의원은 “종합국감 때까지 적법하게 했다는 것을 입증하라”며 “의료정보 검열은 제 2의 카톡 사태가 될 수도 있다. 건보공단은 지금 해명할 것이 아니라 의료정보 제공 후 사후통지 의무화 등 의료정보를 철저히 보호할 수 있는 방안을 마련하라”고 촉구했다.

김춘진 보건복지위원장은 “대통령 역시 건강보험으로 진료를 받으면 기록으로 남는다”며 “의료정보는 국가기밀이라고도 할 수 있다. 철저히 보호해야 한다”고 강조했다.

○ 건보공단, 납부 능력 있는 체납자도 의무 면제 해줘 (10. 16)

국민건강보험공단은 8월1일~11월10일 체납 건강보험료를 완납하지만 하면 체납자의 재산규모와 관계없이 급여제한기간 중 진료로 발생한 부당이득금의 납부 의무를 면제해주고 있다. 그런데, 납부 의무 면제가 능력이 있는 체납자 대상으로도 적용된다는 지적이 나왔다.

새누리당 김정록 의원은 16일 “건보공단이 납부능력이 충분함에도 불구하고 고의적으로 체납을 일삼아 이른바 ‘특별징수 대상자’로 분류된 2642세대까지 부당이득금 면제 대상자에 선정했다”고 주장했다.

김 의원이 공개한 ‘부당이득금 면제 대상자 중 고액재산보유세대 재산총액 및 부당이득금 현황’에 따르면 총 고액재산보유세대 1018세대의 재산총액은 총 1800억7700만원(1가구 평균 1억7689만원), 이들에게 면제되는 금액은 26억5600만원(1가구 평균 261만원)에 달한다.

자진납부제도의 목적은 체납자의 대부분을 차지하는 생계형 체납자(전체 체납자 중 69%)에게 부당이득금만이라도 감해주기 위한 납부 독려다. 그러나 38억원의 재산을 보유한 체납자에게 3만원을 면제해 주고, 16억원대 재산가가 94만원만 납부하면 369만원을 면제해주는 등, 본래 취지를 잃어버리고 있다는 것이 김 의원의 지적이다.

김정록 의원은 “고의적 악성체납자에게까지 부당이득금을 면제해주는 것은 성실하게 납부 의무를 이행한 선의의 납부자의 신뢰를 저버리는 정책결정”이라며 “생계형 체납자에게는 체납료를 경감해주어 납부를 독려하더라도, 특별징수대상자에게는 부당이득금을 전액징수토록 하여 건전한 납부의식이 확립되도록 해야 한다”고 말했다.

○ “제한적 의료기술 평가제, 대책마련 시급” (10. 20)

국회 보건복지위원회 새누리당 문정림 의원은 20일 한국보건 의료연구원 국정감사에서 희귀·난치질환자를 위해 시범운영되고 있는 ‘제한적 의료기술 평가제도’의 확대와 안정적 사업운영을 위한 대책 마련을 촉구했다.

‘제한적 의료기술 평가제도’란 신의료기술 평가결과 안전성은 있으나 효과성에 대한 근거가 일부 부족해 탈락한 의료기술 중 대체기술이 없는 질환이거나, 희귀질환 치료를 위해 필요성이 인정되는 기술(Ⅱ-b 등급)을 한시적으로 사용 가능하도록 하는 제도다.

문 의원에 따르면, 2014년 10월 현재, 신의료기술로 신청된 1609건 중 ‘신의료기술평가위원회’에서 제한적 의료기술평가 대상 의료기술로 선정한 것은 총 12건인데, 이 중 ‘자가혈소판 풍부혈장 치료술’과 ‘심근경색증에서의 자가말초 줄기세포 치료술’ 단 2건의 기술만이 8개 의료기관에서 시범사업으로 수행되고 있다.

문 의원은 “나머지 10건의 기술을 제한적 의료기술평가 대상 의료기술로 선정해 놓고도, 그대로 방기하고 있는 것은 제도 도입 취지를 살려 운영하겠다는 복지부가 적극적인 의지가 없음을 보여주는 것이라며 보의연은 이에 적극적 시행의지를 가져야 한다”고 촉구했다. 그는 “일부에서, 유효성이 검증되지 않은 의료기술에 대해 환자가 비용을 부담하고 진료를 받는 것에 대한 윤리적 문제나 환자 안전 문제에 대한 우려를 제기하고 있는 것으로 알고 있다”며 “이러한 우려를 불식시키기 위해, 환자에게 위해가 있을 것으로 예상되는 기술들은 원천적으로 배제해야 한다”고 강조했다.

그는 또 “치료기간 동안 예상치 못한 상황에 대비, 별도의 보험 가입비를 전액 지원하는 등 환자 안전대책에 만전을 기해야 한다”며 “보의연은 복지부와 기재부 등 유관 정부부처와의 적극적인 업무협의를 통해, 원활한 사업 수행을 위한 전담 전문인력 충원, 대상기술 확대를 위한 예산 확보를 위해 노력하라”고 주문했다.

○ 남윤인순의원 “의료기술 쏠주기 평가관리해야” “의료기술 시장 진입 후 사후관리체계 미흡” … “재평가 통해 안전하고 비용효과적 평가정보 제공해야” (10. 20)

신의료기술에 대한 평가뿐만 아니라 사후관리(재평가) 등 보건의료기술의 전주기적 평가관리를 해야 한다는 주장이 나왔다. 국회 보건복지위원회 소속 새정치민주연합 남윤인순 의원은 20일 “의료기술은 발전주기(개발→허가도입→확산→적정사용→쇠퇴)에 따라 보건의료체계 내에서 안전성 및 유효성 등에 대한 가치가 달라질 수 있다. 각 단계마다 의료기술에 대한 정기적이고 체계적인 모니터링 평가가 필요하다”고 강조했다.

보건의료연구원의 ‘주요국의 의료기술 재평가 현황’에 따르면 영국, 캐나다, 호주, 스페인, 스웨덴의 경우 국가 수준 혹은 지역 수준의 의료기술 재평가 프로그램을 운영, 대부분 의료기술평가의 연속선상에서 의료기술 재평가를 수행하고 있다.

특히 호주의 경우, 의료기술 재평가를 통해 제한적으로 보험을 적용하는 항목과 보험급여 삭제 항목의 사례가 보고되고 있다. 남윤 의원은 보건의료기술에 대한 재평가와 정책화방안에 대해 “상용화된 기술에 대한 안전성 문제 발생 시 환자의 안전을 보장하고, 기술간 비교평가를 통해 비용-효과 대비 편익이 큰 의료기술을 사용함으로써 의료기술 사용의 최적화 및 의료자원 재분배 기전으로 활용할 수 있다”고 말했다. 그는 “재평가 결과를 토대로 건강보험 급여 여부, 규제, 예산 재투자, 임상지침 등을 수정·보완할 수 있기 때문에 의료기술의 사후관리를 위한 제도적 보완이 필요하다”며 “의료기술 재평가 시스템 도입 시 환자, 의료계, 산업계 등 이해관계가 다를 수 있어, 한국보건의료연구원의 재평가 시범사업의 결과를 공유하고 각계 의견수렴을 통해 사회적 수용성을 제고할 필요가 있다”고 덧붙였다.

남윤 의원에 따르면, 전 세계적으로 의료기술이 발전, 보건의료기술에 대한 정부 R&D 투자도 증가하고 있지만 개발·연구 중인 의료기술의 안전성·유효성·비용효과성 평가 정보는 체계적으로 공유되고 있지 않은 것으로 나타났다.

해외에서는 유럽국가들을 중심으로 신개발 의료기술에 대한 모니터링 및 영향력 분석을 위한 상시 탐색기구들을 설립·운영해 연구개발 동향을 분석하고 정책결정자, 보험자 및 국민들에게 정보를 제공하고 있다.

남윤 의원은 “한국보건의료연구원에서는 국내의 개발단계, 허가, 임상연구 중인 의료기술 등의 정보를 선제적으로 분석·연구해 보건의료 서비스 제공자, 정책결정자 및 관련 산업계에 맞춤형 정보 제공하고 있다”며 “하지만 질병치료를 위한 의료기술의 안전성에 문제가 있거나 비용효과가 떨어지는 의료기술의 정보를 국내외 공유·탐색하는 기전이 아직 미흡하고, 해외에서 안전성·부작용 문제가 보고된 의료기술에 대한 국내 정보공유 시스템도 없어 의료기술의 불확실성이 더욱 커지고 있는 실정”이라고 피력했다.

그는 “정부 관계부처와 협의하여 관련 시스템을 정비하여, 의료기술의 전주기 평가관리의 실효성을 담보해 국민들에게 보다 안전하고 비용효과적인 의료기술의 평가 정보를 적극적으로 제공해야 한다”며 “보건의료정책의 합리적인 의사결정을 지원할 수 있도록 한국보건의료연구원의 위상을 제고할 필요가 있다”고 조언했다.

○ “보건복지부 산하기관 고용 불안정” 복지개발원 비정규직 여성 전체의 34% … 보의연 비정규직의 80%는 연구직 (10. 20)

지난해 국정감사에 이어 올해 국정감사에서도 보건복지부 산하 한국보건복지정보개발원(복지개발원)과 한국보건의료연구원(보의연)의 고용이 불안정하다는 지적이 나왔다.

국회 보건복지위원회 통합진보당 김미희 의원은 22일 “복지개발원은 전체 직원의 45.5%가 비정규직이며, 그 중 75.7%가 여성”이라며 “보의연은 전체 직원의 34%가 비정규직인데, 이중 81%가 연구직”이라고 지적했다.

한국보건복지연구원은 지난해 국감 이후 비정규직의 무기계약직 전환절차 등을 마련했지만 큰 성과를 거두지는 못했다는 지적이다. 김 의원은 “복지개발원은 무기계약직 전환은 단계적인 과정이므로 최종적으로 호봉인정하고, 수당 등의 복지여건이 좋아질 수 있는 정규직으로 전환해야 한다”며 “보의연은 비정규직 연구원을 우선 적으로 전환하고, 공개채용에서 가산점을 부여해 연구직의 고용 안정성을 담보해야 한다”고 촉구했다.

○ 장기입원환자 본인부담률 큰 폭으로 오른다 건정심, 포괄간호서비스 건강보험 적용 추진 (10. 21)

앞으로 입원일이 31일을 초과하는 장기입원 환자의 경우 입원료 본인부담률이 40%로 오르고, 포괄간호서비스에 대한 건강보험이 적용된다.

보건복지부는 21일 제17차 건강보험정책심의위원회(이하 ‘건정심’)를 열고 입원기간에 따라 본인부담이 단계적으로 증가하도록 입원료 본인 부담 비율(20%)을 16~30일 입원한 경우에는 30%, 31일 이상 입원한 경우에는 40%로 하고, 산정특례환자의 경우에도 동일하게 적용하는 내용을 논의했다

이번 논의에서는 의학적으로 장기입원이 불가피한 중환자실 등 특수병상 입원 환자, 질병 특성상 입원기간이 긴 희귀난치질환자, 입원기간 연장이 필요하다는 의사 소견이 있는 경우 등은 제외하는 방안이 포함됐다. 복지부는 추가적으로 관련단체 등의 의견을 수렴하여 개선안 세부 내용을 조정할 후, 관련 법령 개정을 추진할 예정이다.

현재 28개 병원을 대상으로 추진 중인 포괄간호서비스 시범사업(예산지원 방식)에 내년부터 건강보험을 적용하는 안도 건정심에서 논의됐다. 포괄간호서비스는 급성기 병원에서 보호자나 사적고용 간병인 대신 간호인력이 간병을 포함한 포괄적 간호서비스를 제공하는 방식이다. 복지부는 2015년부터 2017년까지 서울지역, 상급종합병원을 제외한 지방 중소병원을 대상으로 건강보험을 적용하고 단계적으로 확대할 계획이다. 포괄간호서비스 병동은 현재보다 약 2배 이상의 간호인력이 필요하므로 병원의 부담을 줄이기 위해 세부 간호인력 배치기준을 만들 때 다양한 모델을 설계하고, 포괄간호병동 입원료도 차등 산정했다는 것이 복지부의 설명이다.

복지부 관계자는 “종합병원 기준 입원료 본인부담은 일당 약1만2000원~1만6000원으로 현행 부담보다 약 3000원~6600원이 증가한다”며 “인력배치 기준과 포괄간호병동 입원료 수가는 지난 2년간 시범사업을 통해 실제 투입되는 간호 인력과 소요되는 원가를 고려해 산정한 것”이라고 말했다. 이 관계자는 “앞으로 병원 등으로부터 의견수렴을 거쳐 연내 확정할 예정”이라며 “추후 시범사업 등을 통해 적정성을 평가해 필요시 조정할 계획”이라고 덧붙였다.

○ “저가약 대체조제 한해 3천억 절감” (10. 22)

효능이 같은 저가약으로 대체조제를 하면 한해 3000억 정도의 건강보험재정 절감효과를 거둘 수 있다는 분석이 나왔다.

국회 보건복지위 새정치민주연합 최동익 의원은 건강보험심사평가원이 제출한 ‘2013년도 대체조제 가능 의약품 청구현황’을 분석한 결과, 이같이 나타났다고 22일 밝혔다. 최 의원에 따르면 현재 대체조제할 수 있는 같은 효능의 보험등제약은 총 237개 성분에 이른다. 최 의원이 이들 성분의 최고가 약물 한 품목을 나머지 저가의약품들(이하 동일성분 상대적 저가 약)의 평균 청구금액으로 계산한 결과, 최고가 약물 총 청구금액의 27% 수준인 약 3425억원이 절감될 것으로 분석됐다.

그런데 이 약물과 성분 및 효능이 같지만, 상대적으로 가격이 낮은 저가 약들로 대체 조제를 해서 1개당 실제 평균청구금액(3996.7원)으로 청구한다고 가정하면, 총청구금액은 1108억(2772만개×3996.7원)으로 낮아졌다. 대체조제에 따른 절감액은 518억(1626억~1108억)에 달한다는 계산이 나온다.

최 의원은 “의사의 고가 약 처방과 약사의 대체조제 기피 현상은 결국 건보재정에 악영향을 주고 있다”면서 “현재 0.1%에 불과한 저가 약 대체조제비율을 획기적으로 올리는 방안을 시급히 추진해야 한다”고 말했다.

건보재정은 매년 확대되는 건강보험 보장성 강화정책으로 2016년 처음으로 약 1조4000억원에 달하는 당기적자가 발생하고 이후 계속 해서 적자상태를 벗어나지 못할 것으로 우려되고 있다.

2. 보건의료산업/기술

○ “싼얼병원은 사기꾼 병원” 야당 의원, 문형표 장관에 집중 포화 ... 여당 의원은 침묵 (10. 13)

13일 오전 보건복지부 국정감사의 뜨거운 감자는 ‘싼얼병원’이었다. 많은 야당 의원들이 싼얼병원과 관련, 문형표 복지부 장관에게 집중포화를 쏟아냈다.

싼얼병원은 지난 2012년 10월 제주도에 투자개방형 외국병원 설립이 허용된 후 이듬해 2월 설립을 신청했으나, 복지부가 병원의 줄기세포 시술에 대한 관리·감독이 어렵고 응급의료체계가 미비하다는 이유를 들어 승인을 보류한 바 있다.

하지만 복지부는 지난 8월 대통령 주재 무역투자진흥회의에서 9월 중 싼얼병원에 대한 승인 여부를 결정기로 하고 2017년까지 해외 환자 50만명을 유치하기 위해 경제자유구역내 투자개방형 외국병원 설립 규제를 완화한다고 밝혔다. 결국 복지부는 지난 9월 싼얼병원

사업계획서를 불승인하기로 최종 결정했다. 모기업의 재정상황이 어렵고 모기업 대표가 구속상태에 있는 등 투자적격성이 미흡했기 때문이다.

여러 야당 의원들은 오전 국감에서 싼얼병원의 이런 상황들과 관련해 문 장관을 거세게 비판했다.

가장 먼저 포문을 연 것은 새정치민주연합 인재근 의원이었다. 인 의원은 “졸속의 완결판이 싼얼병원”이라며 “2013년 8월 보류시켜놓고 올해 9월 갑자기 입장을 바꾼 이유가 궁금하다. 청와대가 무서워 진실을 말하지 못한 것 아니냐”고 질의했다. 그는 “이런 국가 문란에 있어서는 여야가 있을 수 없다”며 “관련기관 및 관련자를 처벌해 일벌백계로 삼아야 하고 복지부 장관의 사과가 있어야 한다”고 말했다.

최동익 새정치민주연합 의원도 지난 8월 복지부가 싼얼병원의 포기의사를 받은 바 없다는 해명자료를 배포한데 대해 청와대의 압박이 있었던 것 아니냐며 의혹을 제기했다. 최 의원은 “8월말 동아일보가 싼얼병원 관계자 구속 등과 관련해 보도하자 싼얼병원이 영리병원 신청을 포기한적 없다는 해명자료를 곧바로 배포했다”며 “9월 불승인 할때에도 공식 포기의사를 받지 않았는데 왜 동아일보의 기사에 그런 해명자료를 냈느냐”며 목소리를 높였다. 그는 “기재부와 청와대가 무서워서 포기의사가 없다는 보도자료를 배포했거나 최경완 장관이 경제 활성화 방안으로 영리병원을 내놓았는데 동아일보가 관련 내용을 보도하자 급하게 해명한 것 아니냐”며 “건물 임대업 등 문제가 많다고 의원들이 지적했는데 법제처로 보냈다. 국회 의견은 고려대상이 아니냐”며 거세게 비판했다.

김성주 새정치민주연합 의원은 싼얼병원 문제에 대한 책임소재를 확실히 해야 한다고 주장했다. 김 의원이 “영리병원 1호가 될 뻔했던 싼얼병원 무산은 누구의 책임이냐”며 “복지부는 문제가 대두되니 투자적격성이 없었다고 말하는데 올해 8월 MOU파기된 것을 알고도 청와대 회의에 안건을 올렸지 않았느냐”고 질책했다. 그는 “승인하지 않을 것을 왜 청와대 회의에 올린 것이냐”며 “작년10월 문제가 있어 보여 제주도예 통보했지만 제주도에서 문제가 없다는 답변을 받고 정책을 계속 추진한 것 아니냐”며 “8월 이후 각 언론사에서 문제가 있다고 하니 결국 보류한 것 아닌가? 누군가는 잘못된 판단을 한 것”이라고 말했다.

문 장관은 “9월 승인하겠다는 것이 아니라 승인 여부를 밝히기로 한 것”이라며 “재정상태 등 투자적격성을 빨리 파악하지 못한 것은 유감”이라는 유사한 답변을 계속했다. 한편, 싼얼병원과 관련해 여당 의원들은 침묵을 지켰다.

3. 제약업계

○ “식품회사는 제약사 명칭 못쓴다” 짙은 제약사, 속은 식품회사 ... 인재근 의원, 혼란 야기 상호 사용금지 추진 (10. 10)

제약회사가 아닌 업체가 제약사 관련 상호를 사용하는 것을 금지하는 법안이 발의됐다. 식품이나 건강기능식품을 생산·판매하는 업체가 제약 또는 약품이라는 회사명을 사용함으로써, 소비자들에 혼란을 주고 있다는 판단에서다.

법안이 통과될 경우 비제약업종 기업은 물론, 현재 제약회사로 등록해놓고 실제로는 식품이나 음료로 사업을 영위하는 기업들에게도 영향을 미칠 것으로 보인다. 국회 보건복지위원회 소속 새정치민주연합 인재근 의원은 최근 이런 내용을 포함한 ‘약사법’ 일부개정안을 대표·발의했다. 인 의원에 따르면, 현재 우리나라는 의약품과 무관한 식품 또는 건강기능식품을 제조·판매하면서 제약회사 또는 이와 유사한 명칭을 사용하는 기업체가 많아 소비자가 의약품을 생산·판매하는 기업으로 오인하는 사례가 많다. 이로 인해 예상치 못한 피해가 발생할 수 있는데, 현행법상 이를 규제할 법적 근거는 미비한 상태이다. 세월호 사태로 세간의 주목을 받은 한국제약의 경우가 대표적이다.

한국제약은 제약회사라는 상호를 사용하고 있어 의약품 생산기업으로 착각하는 국민들이 많았지만, 실은 유병언 회장의 구원파가 운영하는 식품 및 화장품 관련 회사로 뒤늦게 알려졌다. 이번에 발의된 약사법 개정안은 의약품의 제조업 허가, 품목허가·품목신고, 의약품 수입업의 신고·허가 또는 판매업의 허가를 받지 않은 경우 상호명에 제약·약품 또는 이와 유사한 명칭을 사용할 수 없도록 했다. 이를 위반할 경우 3년 이하의 징역 또는 최고 1000만원의 벌금에 처하도록 했다.

○ CSO 불법 리베이트 차단될 수 있을까? 김성주 의원, 이달 중 약사법·의료법·의료기기법 개정안 발의 ... “사각지대 없애겠다” (10. 14)

CSO(영업전문대행사)가 의약품 불법 리베이트의 창구로 악용되고 있다는 지적이 일고 있는 가운데, 새정치민주연합 김성주 의원이 CSO 관련 리베이트 규제법을 이달안으로 입법 발의할 예정이어서 국회 통과여부에 관심이 쏠리고 있다.

김성주 의원은 13일 국정감사에서 이달 안으로 CSO 리베이트를 처벌할 수 있는 약사법, 의료법, 의료기기법 개정안을 대표 발의할 방침이라고 밝힌 바 있다. 김 의원실 관계자는 이날 헬스코리아뉴스와의 통화에서 “CSO를 포함한 누구든 의약품 판매행위를 하는 데 있

어 금전적 행위를 제공할 때 처벌받을 수 있는 내용을 명시하도록 확대하는 것"이라며 "CSO를 명시할지, 대상 범위를 폭넓게 정할지 고민하고 있다"고 설명했다.

이 같은 내용으로 확대되는 조항은 약사법의 경우 제47조 '의약품등의 판매질서'에 해당한다. 47조는 의약품 제조자, 수입자, 도매상이 의료인이나 약사에 금전적 이익을 제공할 경우 처벌을 받도록 규정하고 있다.

그러나 CSO는 처벌근거가 없다. 일부 CSO는 도매상 형태로 운영되고 있지만, 상당수 CSO의 경우 일반사업자로서 의약품 보관 창고 보유 의무가 없다. 이 때문에 CSO는 법적으로 도매상의 지위를 갖고 있지 않아 리베이트를 줬다고 하더라도 처벌할 수 있는 근거가 없는 것이다.

김 의원측은 CSO를 통한 리베이트 처벌 법안을 올해 안에 반드시 통과시키겠다는 방침이다. 의약품 리베이트 금지는 야당은 물론, 복지부 등 정부와 여당도 공감하고 있는 사안이어서 정치적 변수가 없는 한 연내 통과가 가능할 것으로 보여진다.

김 의원실 관계자는 "해당 조항에 살짝 관련 내용을 추가하고, 명시하는 수준"이라며 "CSO 사각지대를 없앨 수 있는 방향으로 입법을 준비하고 있다"고 말했다.

한편, CSO를 통한 리베이트는 지난 7월 '리베이트 투아웃제'가 시행된 이후에도 기승을 부리는 것으로 알려졌다.

제약사-CSO-병의원 간 불법 리베이트는 외형상 CSO와 영업대행이라는 계약형태를 갖추고 있지만, CSO가 의료인에게 처방액의 20~40%를 리베이트로 제공할 것을 은밀히 약속하고, 병·의원 처방통계를 제약사에 건네주면, 제약사는 대행료 명목으로 리베이트를 포함한 현금을 CSO에 주고 있다는 것이 김 의원측의 설명이다. 약은 제약사에서 병·의원과 약국으로 직접 건네지고, CSO를 통해서만 오가다 보니, CSO가 굳이 의약품을 보관할 필요가 없고 처벌도 할 수 없다는 것이다.

김성주 의원은 13일 국정감사에서 "제약사는 우회적인 방식으로 의사·약사에 리베이트를 제공하기 위해 CSO를 활용하고 있는 상황"이라며 "설령 리베이트가 적발되어도 제약사가 CSO 리베이트 제공과 무관하다고 하면 그만이다. 의약품 불법 리베이트 근절대책에 커다란 허점이 생겼고, 그 규모조차 가늠할 수 없는 실정"이라고 지적했다.

○ 복지부, 스티렌 유용성 평가 거부 ... 회의록도 '미공개' 스티렌 급여제한 취소처분 11월13일 판결 ... 동아ST "지침이 지고한 원칙이나" (10. 14)

스티렌 급여제한 사건에 대한 재판에서 결국 보건복지부는 임상적 유용성 평가를 진행하지 않고, 급여제한 결정을 내린 건강정책심의위원회의 회의록도 공개하지 않았다. 결국 스티렌의 임상적 유용성에 대한 결과는 확인되지 못하고 판결을 기다리게 됐다.

14일 오전 서울행정법원에서 동아ST가 제기한 '약제급여기준변경처분취소청구'의 3번째 변론이 진행됐다. 재판부는 이번 변론을 마지막으로 11월13일 오전 9시 판결을 내린다.

동아ST측은 "오늘 스티렌의 임상적 유용성에 대한 평가가 나올 줄 알았는데 나오지 않아 실망했다"며 "임상적 유효성에 대한 평가가 나오면 급여를 인정해 줄 수밖에 없기 때문에 갖고 나오지 않은 것"이라고 비꼬았다. 또 "임상시험이 지연된 사례가 동아ST 외에도 있었다"며 굳이 동아ST에만 기한 내 임상 종료라는 규칙을 강요할 필요가 없음을 주장했다.

복지부측은 이같은 동아ST측의 주장에 "과거 사례를 확인해 봐야 한다"고 답했다. 이와 관련, 재판부는 마지막으로 판결일을 정하며, 복지부측에 과거 기일을 늦춰 등재된 사례가 있는지 제출할 것을 요구했다.

'세부지침'에 따라 임상 기간 내 종료를 못하면 급여목록에서 삭제해야 한다는 피고(복지부)측의 주장에 대해서는 "세부지침이 '지고지순'(至高至純, 더할 나위 없이 높고 순결)한 것이 아니고, 상위법이 더 중요하다"며 임상적으로 유효성이 있으면 급여목록에 남아 있는 것이 옳다는 논리를 폈다.

동아ST측은 더 나아가 "복지부가 제약사에 특혜를 준다는 의혹을 살 것 같아 (건정심에) 책임을 넘긴 것 같다"며 "임상 유용성과 경제성이 있으면 재등재 하는 것이지 원칙은 없다. 특혜는 본인들 자괴감일 뿐"이라고 비판하기도 했다. 이 밖에 또 "자문회의에서는 제약사가 임상을 오래 끌었다고 하는데, 결과적으로 보면 심평원이 결정권을 갖고 있었던 것이 지난 변론에서 밝혀지지 않았느냐"며 "심평원이 인정한 임상 방법도 인정하지 않고 자문회의측의 의견으로 돌렸다"고 덧붙였다.

복지부측은 철저하게 '방어 전략'을 고수했다. 스티렌의 임상적 유용성을 판단할 수 있는 논문에 대해서도 판단을 보류했고, 건정심 회의록도 공개하지 않았다. 다만, 재판부에는 회의록을 판결 전에 공개할 예정이다. 대신 복지부는 스티렌의 등재 자체가 잘못됐다는 쪽에 입장을 집중했다. 원래 임상적 유용성이 없어 입증기한을 두고 진행했다는 것이다.

참고인으로 나온 심평원 관계자는 스티렌의 보험 등재 자체가 과도기에 이뤄져서 가능했던 것이라고 증언했다. 과거 네가티브 시스템에서는 특별한 문제가 없으면 등제시켜 주는 시스템이었으나, 포지티브 시스템으로 바뀌면서 임상·경제성 평가가 제대로 이뤄지지 않았다는 것이다. 이 관계자는 이어 "당시 스티렌의 동아ST뿐만 아니라 상당수 제약회사들이 참여해 기준을 준수하지 못한다면 일괄적으로 처리할 수 밖에 없었다"며 이 때문에 일정기간을 두고 임상·경제성을 입증하라는 조건부 등재를 했다고 설명했다.

또, 동아ST측이 제출한 자료에 대해서도 제출 후 “1주일만에 논문에 실렸다”며 “심사가 정당하게 이뤄졌는지도 의문”이라고 지적했다. 논문 심사 자체가 정당하게 이뤄지지 않았을 가능성까지 제시한 것이다.

다만, 심평원 관계자는 재판부가 “1주일만에 통과되면 안되는 것이냐”는 질문에는 “근거를 갖고 이야기 한 것은 아니다”라며 한 발 물러난 입장을 취했다.

○ 법제처, 허가특허연계제도 왜 수정했나? 급여의약품 독점권, 허가일로부터 14개월 “독점권자-오리지널사 담합 여지 있어 수정” ... 허가신청 통지기간 20일은 삭제 (10. 16)

내년 3월 시행되는 ‘허가특허연계제도’에 따라 식품의약품안전처가 준비한 ‘약사법’ 개정안이 법제처 심사를 거치며 일부 수정됐다. 식약처가 의도한 바와 법조항들 사이에 차이가 있거나 세부적인 미비점이 있어 이를 보완하기 위해서라는 것이 식약처의 설명이다.

기준에 입법예고했던 ‘약사법’ 개정안이 어떤 이유로 수정됐는지 식약처 관계자를 통해 알아보았다. 법제처 심의에서 수정된 주요 내용은 ▲급여의약품 독점권(우선판매권) 기간 ▲제네릭 품목허가 신청사실 통지 기간 ▲인터넷 정보 공개 대상 ▲‘허가특허연계’에 대한 정의 등이다.

기준 약사법 개정안에 따르면, 제네릭 독점권은 허가일로부터 12개월간 부여한다. 퍼스트제네릭이 급여의약품일 경우 허가일 대신 급여개시일로부터 12개월 동안 독점권을 부여한다. 법제처는 급여대상 제네릭의 독점권 시작일을 일반 제네릭 독점권 시작일과 동일하게 허가일로 변경하는 대신 최대 2개월간 독점권 기간을 연장할 수 있도록 수정했다.

식약처 관계자는 “(제네릭의 경우) 허가로부터 급여개시일까지 통상 2개월이 걸리기 때문에 (급여개시일로 인해) 불확실한 기간을 일률적으로 2개월로 적용한 것”이라며 “허가를 받고 급여개시까지 걸리는 시간이 2개월 미만인 의약품의 경우에는 그 기간에 대해서만 연장할 수 있지만 2개월을 초과할 경우에는 일률적으로 2개월까지 연장할 수 있다”고 말했다. 이 관계자는 “급여개시일부터 독점권을 부여했을 때 독점권자(퍼스트제네릭)가 의도적으로 급여절차를 지연시켜 버리면 오리지널사가 가장 이득을 본다”며 “여기에서 독점권자와 오리지널사 사이에 담합의 여지가 생기기 때문에 허가일로부터 2개월로 수정해 권리를 충분히 보장하면서도 빠르게 출시하도록 했다”고 설명했다.

기준 약사법 개정안은 제네릭 품목허가를 신청할 경우 신청일로부터 20일 내에 신청사실을 특허권자에게 통지하도록 하고 통지가 없는 한 허가를 받을 수 없도록 했다. 다만 법에 명시돼 있지는 않지만 통지 기간을 지키지 못할 경우 식약처가 따로 기간을 정해 통지하게 할 예정이었다. 늦게라도 통지하면 허가받을 수 있다는 것이다. 법제처는 조항에 명시된 20일의 기간에 문제가 있다며 통지 기간을 삭제했다. 법 해석상 20일 내에 통지가 없을 경우 품목허가 신청 자체가 효력을 상실하기 때문이다.

식약처 관계자는 “20일이라는 기간을 명시할 경우 20일이 체척기간이 돼서 이 기간 내 통보를 하지 않으면 품목허가 신청 자체가 효력이 없어진다”며 “신청자체가 없었던 것이 되기 때문에 통지의무도 발생하지 않고 당연히 허가도 받지 못한다. 법해석상 다시 신청하는 수밖에 없기 때문에 삭제한 것”이라고 말했다.

기준 약사법 개정안은 특허권자 등과 품목허가 신청을 통지한 사실을 인터넷에 공개하도록 했다. 법제처는 우선판매의약품이 확정될 경우 이에 대한 사실도 공개하도록 법안을 수정했다. 식약처 관계자는 “총리령으로 세부적으로 정하겠지만 우선판매의약품이 있다는 사실을 인지할 수 있는 정도만 공개할 것”이라며 “업체명이나 세부정보는 공개되지 않는다”고 말했다.

기준 약사법 개정안에는 “‘의약품허가특허연계’란 제31조제2항 또는 제3항에 따라 제조판매품목허가를 받은 의약품의 의약품특허목록 등재와 등재된 의약품의 안전성·유효성에 관한 자료를 근거로 제조판매품목허가를 신청한 의약품의 허가 및 판매와 관련된 사항을 말한다”고 허가특허연계에 대한 정의가 명시돼 있었다. 하지만 법제처 심사를 거치며 삭제됐다. 식약처 관계자는 “‘의약품허가특허연계’라는 단어가 약사법에 사용이 되지 않는다”며 “정의가 처음에 나오는데 뒤에 관련 단어가 거론되지 않기 때문에 혼동 가능성이 있어 삭제했다”고 말했다.

이 관계자는 “이 밖의 수정사항들은 단순히 문구를 고치거나 법 조항 순서를 변경, 위임사항 등을 구체화한 것”이라고 덧붙였다.

○ 리베이트 투아웃제 영향 처방약 시장 위축 3분기 0.2% 감소한 2조2125억원 ... 상위 10대 제약사 하락폭 커 (10. 17)

○ 약사 “제약사, 일방적 일반약 가격인상 안돼” (10. 17)

대한약사회(회장 조찬휘)는 16일 제10차 상임이사회를 열고, 제약사의 일방적인 일반의약품 가격 인상 방식에 대한 시정을 요구하기로 했다고 밝혔다.

제약사의 일반의약품 가격 인상은 원가절감을 위한 자구노력 없이 원가인상으로 발생할 손해를 국민들에게 전가시키겠다는 것으로, 국민의 건강 증진을 위해 노력하는 제약기업의 태도로 볼 수 없다는 것이 약사회의 주장이다. 일반의약품 가격인상은 국민뿐 아니라 약사

에게도 영향을 끼치는 것으로 알려졌다.

약사회 관계자는 “인상된 가격에 따른 불만이 약사에게 전가된다”며 “뿐만 아니라 일정기간동안은 가격 인상 전후의 제품이 동시에 판매돼 가격 차이가 발생하고, 이로 인해 약국에 대한 불신이 증가한다”고 말했다. 약사회는 “제약사가 불가피하게 일반약의 출하가를 인상할 경우, 국민들에게 충분한 홍보가 이루어 질 수 있도록 하는 방안을 강구할 것”이라며 “약사회와도 사전에 의약품 포장 변경과 물가상승율을 감안한 적정 인상을 합의해 소비자의 불만을 최소화 할 수 있도록 할 것을 요구할 것”이라고 밝혔다.

한편, 약사회는 생산·수입·공급 중단 의약품 사전 신고와 같이 의약품의 안정적 공급을 위한 다양한 방안을 추진할 계획이다.

4. 의업단체

○ “원격의료 시범사업, 정부 요식행위 불과” 개원내과의사회, 의료 수가 현실화 및 영리자법인 설립 즉각 철회 등 촉구 (10. 14)

대한개원내과의사회가 “정부의 원격의료 시범사업이 요식행위에 불과하다”며 비난하고 나섰다.

개원내과의사회는 14일 결의문을 통해 “복지부는 본인들이 먼저 약속을 파기한 의정합의 사항 이행이라는 말도 안되는 명목하에 원격의료 시범사업을 졸속으로 강행하려 하고 있다”며 “하지만 기간이 6개월에 불과하고 참여 의원도 6곳에 불과해 원격의료를 허용하기 위한 요식행위에 불과하다”고 지적했다. 이들은 “시범사업은 결국 보건소 주도의 시범사업으로 전락할 가능성이 매우 높은 사업으로 시범사업이라는 말을 붙이기가 민망할 지경”이라며 “결국 원격의료 관련 대기업만 배불리고 의료전달 체계를 왜곡할 것이 자명하므로 즉각 중단해야 한다”고 강조했다.

더불어 의료법인의 영리자회사 설립 허용은 의료민영화의 시작단계로 대기업과 영리 자본들의 이익을 늘려줄 뿐, 1차 의료의 붕괴와 국민의 의료비 부담이 가중될 것이므로 절대 불허해야 한다는 입장을 밝혔다.

내과개원의사회는 “지난 의정합의 시 양측에서 모두 개선의 필요성을 공감하였지만 정부가 이와는 아무런 관계가 없는 원격의료 시행을 전제조건으로 앞세워 개정을 미루고 있는 초재진 산정기준과 현실에 맞지 않는 노인정액제도 즉각 개선해야 한다”며 “원격의료 시범사업 추진 및 영리자회사 설립 허용을 즉각 철회하라”고 말했다.

한편, 개원내과의사회는 최근 법원이 의료생협을 불법으로 설립하고 이를 이용해 다수의 사무장병원을 운영한 사무장에 실형을 확정해 그 불법성을 다시 한 번 명확히 한만큼, 불법 의료생협과 사무장병원에 대한 대대적인 단속과 처벌을 촉구하기도 했다.

○ 의협-병협, 의료계 현안 공동 대처기로 (10. 15)

대한의사협회(의협)와 대한병원협회(병협)가 의료계 현안에 공동 대처하기로 했다.

의협과 병협은 15일 오전 의협회관에서 ‘제1차 병·의협 정책협의회’를 열고 의료현안에 적극적인 공조를 펼쳐나가기로 의견을 모았다. 정책협의회는 지난 7월과 9월 두 차례에 걸친 양 단체 회장과 임원진들과의 만남에서 구성과 운영에 대해 확정된 바 있다. 제1차 정책협의회에서는 보험현안을 비롯 국회에 계류중인 의료관계법령에 대한 폭넓은 의견교환과 향후 정책협의회 운영방향 등 다양한 안건에 대해 논의했다.

이날 양 단체는 먼저 건강보험정책심의위원회 운영 방식의 문제와 적정성 평가제도 개선 문제 등을 심도 깊게 논의하고 적극적인 대응과 공조가 필요한 현안에 대해서는 정책협의회를 통해 대처해 나가기로 했다. 또 국회나 정부에서 발의하거나 준비 중인 보건의료관계법령에 대해서도 의료계에 미치는 영향력을 검토해 의료계 발전을 위해 공동 대응방안을 모색하기로 했다.

○ 의협 “문형표 장관 노인정액제 개선 의지 환영” 진료비 3배까지 올라 의료현장 마찰 빈번 ... "논의체 구성해 개선해야" (10. 15)

대한의사협회(의협)가 정부의 노인 외래본인부담정액제 개선 의지에 환영한다는 입장을 밝혔다.

현재 65세 이상 노인들은 외래 진료시 진료비가 총 1만5000원 이하일 경우 본인부담금 1500원만 내면 되지만, 진료비가 1만5000원이 초과되면 본인부담금을 30% 지불하는 정률제가 적용된다. 그러나 실제 노인들의 경우 약 70% 이상이 복합적인 질환으로 의료기관을 찾고 있으며, 물리치료나 주사 등 추가적 처방 및 야간 시간대 진료가 많아 진료비가 정액제 상한선인 1만5000원을 초과하는 경우가 빈번해 의료현장에서 노인환자들의 불만과 민원이 많았다.

예를 들어, 노인환자가 야간(오후 6시 이후)에 감기증상으로 동네의원에서 진찰 및 약 처방을 받은 경우, 진료비는 총 1만6950원으로 이 노인환자는 정액제 구간(1만5000원)을 초과했기 때문에 본인부담금의 30%인 5000원을 내야 한다. 이 같은 문제들로 인해 노인 환자들은 일부 진료를 포기하거나 전보다 최소 3배 많은 본인부담금을 지급하며 진료를 받게 돼 의료에 대한 접근성이 심각하게 저하돼

왔다.

이와 관련, 국회 보건복지위원회 소속 양승조 의원(새정치민주연합)은 지난 14일 복지부 국정감사에서 긴 시간동안 기준 조정이 없었던 노인 외래본인부담정책의 실효성에 대한 문제를 제기했고, 문형표 보건복지부 장관은 제도 개선에 긍정적인 답변을 내놓았다.

신현영 의협 대변인은 “의협은 정액구간 상한액 상향조정 등 관련 제도개선을 수차례 촉구하여 왔지만 복지부는 건강보험 재정상의 문제로 제도 개선에 선뜻 나서지 못했다”며 “빠른 시일 내에 이해관계자가 참여하는 논의체가 구성돼 노인 외래본인부담정책을 개선할 필요성이 있다”고 말했다.

○ 의협 집행부-비대위, 갈등 재점화되나? 추무진 회장, 조인성 비대위원장 발언 질타 ... "비대위 공식입장일 땐 특단 조치" (10. 16)

추무진 대한의사협회(의협) 회장이 집행부의 의정합의 이행추진단 협의 내용을 전면 부정한 조인성 비상대책위원회(비대위) 공동위원장의 발언을 두고 강한 반감을 표했다. 이로써 의협 집행부와 비대위의 갈등이 재점화될 전망이다.

추 회장은 15일 의협회관에서 긴급 기자회견을 갖고 최근 벌어진 비대위의 의정합의 이행추진단 협의에 대한 전면 부정 발언을 강하게 질타했다. 앞서 조인성 위원장은 지난 13일 복지부에서 가진 기자회견에서 “의협 집행부에서 의정합의이행추진단 이름으로 협의를 한 것은 그 과정이 대단히 부적절했다”며 “이 내용들을 다시 비대위가 원점에서 다시 시작해야 한다”고 언급한 바 있다.

이와 관련, 추 회장은 “오늘 있었던 상임이사회에서도 조 위원장의 발언에 대해 비판 여론이 많았다”며 “가장 큰 문제는 이행추진단을 꾸린 집행부가 정부와 협의했던 내용을 비대위가 전면 부정하는 것이다. 이는 집행부 자체를 부정하는 발언과 같다”고 꼬집었다. 그는 “지난 3월 10일 총과업 후 3월 17일부터 20일까지 진행된 전회원 투표에서도 회원 62%가 의정합의안에 찬성했다”며 “조인성 위원장의 발언은 의정합의안 이행을 공약으로 내세우고 당선된 38대 집행부의 정통성을 모두 부인하는 것”이라고 지적했다.

또 “의정합의가 원천 무효라는 주장은 있을 수 없다. 신뢰를 깨뜨리는 일”이라며 “합의를 원천무효라고 하면서 다시 협상하자고 하면 누가 나오겠는가. 정부와 대화를 진행해야 하는 집행부 입장에서는 매우 심각한 발언”이라고 질타했다.

그러면서 이 발언이 비대위 공식 입장이라면 특단의 조치를 강구하겠다고 밝혔다. 추 회장은 “과연 조 위원장의 단순한 개인 생각인지 아니면 비대위 전체의 생각인지 정확한 입장을 정리해달라고 요청했다”면서 “만일 비대위 전체의 공식 입장이라면 집행부에서 파견한 비대위원의 철수나 교체, 예산 동결 등 특단의 조치를 강구하겠다”고 못박았다.

○ 원격의료저지, 동네병원이 나선다 대개협, 원격의료 투쟁체 구성 ... 개원의 대표 50명 실행위원 구성 (10. 20)

동네병원으로 불리는 전국 개원가 의사들이 정부가 추진하는 원격의료 저지와 시범사업 철회를 위해 나선다.

대한개원의협의회(대개협)는 19일 오후 그랜드힐튼호텔에서 열린 제 14차 추계연수교육 행사장에서 기자회견을 갖고 ‘원격의료 저지를 위한 투쟁체’ 발대식을 개최했다. 이번 비대위 발족은 의협 ‘의료정상화를 위한 비대위’의 전국적인 투쟁체 구성 제안을 대개협이 받아들여 이뤄졌다. 투쟁체는 김일중 대개협 회장이 위원장을, 20개 각과개원의협의회(의사회) 회장이 부위원장을 맡으며, 회장과 회장이 추천하는 인사 및 대개협 임원진 중 일부가 실행위원으로 참여하는 등 50여명 규모로 구성됐다.

김일중 대개협 회장은 “범정부 차원의 원격의료 정책추진 목표는 다름 아닌 의료비 절감과 사회경제적 비용감소 등 경제 산업적 파급효과”라며 “국민의 생명을 다루는 의료부문에 국민 건강과 안전보다는 비용감소 등 경제적 목적만을 추구한다는 것에 협의회는 분노하고 있는 것”이라고 말했다. 특히 의사-환자 간 원격의료를 허용하는 원격의료법안은 진료를 보완하는 제도가 아니라 환자의 얼굴을 직접 대하는 대면진료를 대체하는 제도로, 의료의 본질을 바꾸고 의료체계 전반에 크나큰 혼란을 초래할 것이라고 꼬집었다.

그는 “환자를 직접 대면하는 진료에서 전화 진료 혹은 컴퓨터나 핸드폰을 이용한 진료로 대체하는 것은 오진의 가능성을 높인다”며 “그 책임은 과연 누가 질 것인가. 이는 의약분업 이상의 파장을 초래할 것”이라고 목소리를 높였다.

이날 함께 발족식에 참여한 이철호 의협 비대위 위원장은 “회원들의 뜻을 모아 보다 강력한 투쟁을 전개해 나가겠다”고 선언했다. 이 위원장은 “원격의료는 의료가 아닌 불량의료”라며 “의료는 통신판매 가능한 상품이 아닌 진료의 보조적 수단이지 진료 자체를 절대 대체할 수 없다. 어떤 상황에서도 산업이 국민의 건강보다 중요할 수는 없으며, 불량의료를 의사와 국민에게 강요하는 것은 윤리적으로도 옳지 않은 일”이라고 비판했다.

이 위원장은 “정부는 이제라도 늦지 않았으니 엉터리 원격의료 시범사업을 즉각 중단하고 국민의 건강과 안전을 지킬 수 있도록 현재의 위험천만한 원격의료 정책에 대해 국민과 의료계와 소통해 원점에서부터 협의해야 한다”며 “국회는 원격의료 법안의 불안전과 위해성에 대해 살펴주고 의사들의 진정성을 이해해 달라”고 촉구했다. 그는 “전국에 지역 비대위가 90% 이상 만들어졌고, 대개협과 전공의 협의회 등 지역조직들도 투쟁할 준비가 됐다”면서 “앞으로의 투쟁은 지난 의협 투쟁과는 사뭇 다른 투쟁이 될 것이다. 전 회원의 위기의식과 분노를 담은 굳건한 투쟁이 될 것”이라고 전했다.

○ 보건당국, 초·재진 수가산정 개선 ‘강 건너 불구경(?) 일선 진료 현장 혼란 거듭 … 개원의들 불만 가득 … 복지부 “우리도 할말 있어” (10. 20)

동네병원의 초·재진 수가산정 기준이 모호해 개선이 필요하다는 지적이 일고 있는 가운데, 진료 수가를 심사하는 건강보험심사평가원과 복지부는 여전히 기준 개선에 미온적이어서 진료현장의 혼란은 당분간 불가피할 전망이다.

특히 지난 2007년 국민건강보험공단이 초·재진료 오류와 관련, 53만 건에 대해 의료기관 환수조치를 취한 이후, 매년 의료단체와 학계의 민원이 끊이지 않고 있음에도 복지부와 심평원은 구체적 논의조차 하지 않고 있어 사태를 방관하고 있다는 비판을 받고 있다.

경기도의 한 도시에서 소아청소년과를 운영중인 개원의 A씨는 “심평원의 초·재진 수가 산정 기준은 여전히 애매모호하다”는 말을 먼저 꺼냈다. 현재 심평원은 만성질환자 혹은 신경계질환, 악성신생물 등은 해당 기관의 동일한 의사에게 초진 후 90일 이내에 진료를 받을 경우 재진으로 평가하고 있는데, 상병에 따라 재진이 아닌 초진으로 판단해야 할 경우에도 상병의 종류가 무엇이든지 간에 재진 수가를 적용하고 있어 수가기준을 잘 지키려는 의사를 ‘나쁜 의사로 만들고 있다’는 것이다.

A씨는 “갑상선암 환자가 재진을 왔는데 갑상선암과 상관없는 배탈임에도 같은 병원의 같은 의사에게 진료를 받았다는 이유로 심평원은 ‘재진’으로 평가한다”며 “심평원은 기준과 상관없이 무조건 ‘재진’이라고 한다. 기준이 모호해 정확하게 수가를 평가받지 못하는 것이 사실”이라고 토로했다. A씨는 “내가 돈을 더 받으려고, 초·재진 기준을 어기려고 하는 것도 아니다. 기준 적용이 각각 달라 그런 것”이라며 “현행 초·재진 제도에서 발생하는 문제점을 결국 멸절한 의사에게 뒤집어씌우는 꼴이다. 이게 행정편의주의가 아니고 뭐겠느냐”며 성토했다.

서울시에서 내과를 운영하는 개원의 B씨는 “초·재진 진료의 수가가 다르다는 것이 납득이 가지 않는다”며 “기준도 제대로 안주면서 삭감을 하니 어떻게 해야 할지 모르겠다”고 털어놨다. B씨에 의하면, 대부분의 개원의들은 원무관리프로그램을 통해 ▲상병을 구분하고 ▲일반 환자는 30일, 만성질환자와 신생 악생물·신경정신계 질환자 등은 90일 이전까지를 재진으로 설정하고 있는데, 상병 우선으로 처리할 경우 기간 이전에도 재진이 초진으로 청구되는 경우가 있다. 또 프로그램의 오류를 바로잡기 위해서는 정부의 초·재진 산정기준을 세분화해 프로그램에 넣어야 함에도 기준이 명확하지 않아 프로그램이 아무리 패치(프로그램의 문제점을 바로잡거나 새로운 기능을 넣는 것)를 해도 초·재진 판정이 명확히 되지 않는다는 것이다. 결국 재진 환자 중 일부는 의사나 원무과에서 초·재진 여부를 하나씩 수정해 놓고 있는데, 하루에 60~80명 이상의 환자를 관리하면서 현실적으로 모든 환자의 초·재진 여부를 정확히 입력하기는 쉽지 않다는 것이 그의 설명이다. B씨는 “사정이 이렇다보니 이제는 심평원에서 삭감을 적게 하면 ‘그런가보다’하고 넘어간다”며 “삭감이 많이 된 경우에만 심평원에 직접 전화를 해서 설명을 하고 있다”고 말했다. B씨는 “초·재진의 기준을 택시에 적용해보자. 서울에서 택시를 탔는데 부산이나 강남이나 똑같은 요금을 받으라고 하면 누가 좋아하겠느냐”며 “한번 진찰을 할 때 소요되는 노력은 초진이나 재진이나 각기 다르다. 초진이어도 쉬운 경우가 있고 재진이어도 어려운 경우가 있다. 재진이면 다 쉽다고 생각하는 심평원의 의도가 이상하다”고 꼬집었다.

심평원은 이같은 개원의들의 불만에 ‘특수한 사례를 일반화시킬 수는 없다’는 입장이다. 심평원의 한 관계자는 “일반적으로 초진은 환자의 병력과 가족력 등을 자세히 보는 것으로 알고 있다”며 “상대적으로 재진비용은 이미 환자에 대한 기존 병력을 획득한 상태이기 때문에 초진 비용보다 적게 책정될 수밖에 없다”고 말했다.

이 관계자는 ‘전혀 다른 상병임에도 재진으로 수가기준을 삼는 이유’에 대해 “물론 청구내역을 확인해야 하는 문제지만, 재진시에는 환자가 가진 질병도 보고 새로운 상병도 보는 것이 일반적”이라며 “일부 특정한 사례를 가지고 이를 초진으로 평가하기에는 어려운 점이 있다”고 덧붙였다. 또 “만약 고혈압을 가진 환자가 90일 이내에 같은 의료기관에 감기 증상으로 방문했다. 그런데 처방전에 고혈압 약이 있다면 초진으로 볼 수 있겠느냐”며 “초진이나 재진이나의 경우는 청구 목록 등 다양한 점을 봐야 하기 때문에 의사 각각의 특수한 경우를 적용하는 것에는 무리가 있다”고 주장했다. 그러나 ‘초·재진 기준의 재설정’이 필요한 것 아니냐’는 물음에는 “해당 사항은 우리가 할 수 없는 일이다. 복지부가 해줘야 하는 일”이라고만 답했다.

복지부는 초·재진 수가 청구 기준이 모호하다는 것에는 공감하지만, 여러 이해 당사자들의 상황을 감안해야 하기 때문에 기준 재설정이 쉽지 않다는 입장이다. 복지부의 한 관계자는 “복지부 내부적으로도 ‘초·재진 기준 재정립의 필요성에는 공감한다’며 “상병마다 판단하는 기준이 너무 달라 어떤 때는 우리도 헷갈린다. 정리가 필요한 부분”이라고 말했다.

그는 “학회나 협회 등에서 이와 관련한 건의가 많다”며 “하지만 과마다 다른 목소리를 낸다. 어떤 과는 기준을 간략하게 하길 원하지만 다른 과는 기준을 세부적으로 나누자고 해 기준을 재정립하기에 어려운 점이 많다”고 토로했다.

이 관계자는 또 “일부에서 주장하는 초·재진 수가청구기준 일원화의 경우, 의료인의 목소리만큼이나 환자들의 의견도 고려해야 한다”며 “일반적으로 재진비가 초진비와 동일하면, 만성질환자들은 의료비 부담이 늘어날 수밖에 없다. 의료인과 국민 모두를 아우를 수 있는 기준 마련이 쉽지 않다”고 고충을 털어놓았다. 그는 향후 초·재진 기준을 의료계 전문가들과 논의할 생각은 없느냐는 질문에 “내부 검토 중이다. 그러나 아직 구체적으로 정해진 것이 없다”고 답했다.

복지부 답변은 한마디로 너무 다양한 사례가 나올 수 있기에 특정한 기준을 적용하기 힘들다는 의미로 풀이된다.

○ “국내 에볼라 바이러스 의협이 막겠다” 홈페이지 내 에볼라 관련 게시판 신설해 최신 동향 공유 (10. 21)

○ 의협 집행부, 비대위 파견 위원 철수 결정 22일 상임이사회서 결정 ... "일방통행식 의사결정 지켜볼 수 없다" (10. 22)

회무처리, 조인성 비대위원장 발언 등으로 갈등의 골이 깊어졌던 대한의사협회(의협) 집행부와 비상대책위원회(비대위)가 결국 갈라섰다. 의협은 22일 오전 상임이사회를 열고 비대위에 파견한 상임이사 4명과 전문위원 2명의 철수를 결정했다.

비대위에 파견된 집행부 인사는 이철호 부회장(비대위 공동위원장), 송후빈 부회장 대우 보험이사, 유태욱 부회장 대우 정책이사, 김근모 보험이사 등 4명과 장성환 법제이사, 최재욱 의료정책연구소장 등 2명의 전문위원을 합쳐 모두 6명이다.

이날 파견 비대위원 철수 안건에 대해서는 참석 임원 19명 중 13명이 찬성한 것으로 전해졌다. 상임이사회는 이 같은 결정은 비대위의 일방통행식 의사결정과 예산집행 과정 등의 행보를 더 이상 지켜볼 수 없다는 판단하에 이뤄졌다.

이는 대정부 투쟁은 물론 협상의 전권을 요구해 온 비대위와 사사건건 부딪혀 온 의협 집행부가 더 이상 비대위 내부에서 의견을 개진하는 것은 소모적이라고 판단한 것으로 보인다.

의협 관계자는 “앞으로 집행부는 파견 비대위원을 철수시킨 후 입법 저지를 위한 대국회 활동에 대해 세부 계획을 수립할 계획”이라며 “비대위는 앞으로 투쟁 준비에 만전을 기해달라”고 말했다.

원격의료 저지 등 굵직한 사안을 앞두고 있는 의협 집행부와 비대위가 갈등을 잘 봉합할 수 있을지 귀추가 주목된다.

5. 질병/기타

○ 보건연구원, 새로운 에이즈 치료제 가능성 제시 (10. 15)

질병관리본부 국립보건연구원은 15일, HIV 바이러스 증식을 조절하는 유전인자를 발견, 새로운 에이즈 치료제의 개발가능성을 제시했다. 연구원 윤철희 박사와 공동연구진은 Tat 단백질(HIV 바이러스 유전자 발현을 촉진하는 전사 활성화 단백질)과 직접 결합해 HIV 바이러스 증식을 조절할 수 있는 새로운 세포내 단백질 NUCKS1을 발견하고, 이에 의한 Tat 기능조절 메커니즘을 규명하였다.

세포내 NUCKS1은 HIV 바이러스 LTR 프로모터(전사를 활성화시키기 위해 전사인자가 결합하는 부위) 부위에 Tat 단백질을 축적시킴으로서 전사 활성화 및 바이러스 복제를 유도하는 것으로 밝혀졌다.

연구진은 HIV 바이러스가 잠복해 있는 세포에서 NUCKS1 발현이 현저히 감소되는 현상도 발견했다. 이 현상은 바이러스 증식 억제를 통해 세포내에서 오래도록 잠복하도록 하는 역할을 하는 것으로 추정됐다.

윤철희 박사는 “에이즈 바이러스의 전사과정을 이해하고 에이즈를 치료하기 위한 새로운 치료 표적물질의 작용 기전을 밝혀낸 것”이라며 “현재 사용하고 있는 역전사 효소 억제제나 단백질분해효소 억제제와는 전혀 다른 개념의 새로운 에이즈 치료제 개발에 중요한 단서를 제공할 것”이라고 말했다. 한편, 이 연구결과는 바이러스학분야 학술지 Retrovirology(레트로바이러스학) 최신호 온라인 판에 실렸다.

○ 에볼라 지원, 사상 첫 해외 의료지원팀 파견 박 대통령, ASEM 전체회의서 밝혀 ... 전문인력 10여명 파견 검토 (10. 17)

○ 노인의료비 폭발적 증가 ... 2060년 전보적자 132조원 (10. 19)

○ 의료사고 절반 이상, 예방 가능했다 (10. 20)

의료민사사건 중에서 예방 가능했던 사건이 절반이 넘는 것으로 나타났다.

새정치민주연합 양승조 의원이 20일 공개한 한국의료분쟁조정중재원의 ‘예방적 관점에서의 의료분쟁 관례 분석 보고서(2013년, 용역 : 인하대학교 산학협력단)’에 따르면 2000년 이후 의료민사사건 중에서 대법원 판결과 서울고등법원 중결 판결 등 1249건 중 예방 가능한 위해사건이 55.3%(690건)에 달했다.

불가항력으로 판단한 적신호사건이 32.4%(405건)으로 예방 가능한 위해사건 다음으로 많았으며, 부주의에 의한 위해사건 10.0%(125

건), 근접오류 1.7%(21건), 환자안전문제로 인한 사고는 0.6%(8건)에 불과했다.

의료사고를 일으킨 주체는 보건의료인이 97.6%(1219건)로 압도적으로 많았으며 환자가 주체인 의료사고(자살, 자해 등)는 14건뿐이었다. 진료과목별로 의료분쟁 건수가 많은 순서는 산부인과(19.3%), 정형외과(12.8%), 신경외과(11.3%), 외과(10.2%), 내과(10%) 등 이었다.

양승조 의원은 “비슷한 유형의 의료사고가 일어나는 것을 막으려면 보고와 조사를 통한 예방책 마련과 시행이 가장 중요하다”며 “의료기관에서 발생하는 환자안전사건, 근접오류(니어미스), 환자안전사건이 발생할 수 있는 안전하지 않은 환경에 대한 정보의 수집·분석·환류 기능을 갖출 수 있도록 복지부와 한국의료분쟁조정위원회의 정책협의를 필요하다”고 지적했다.

○ 식약처 “동서식품 시리얼, 대장균군 없어” (10. 21)

식품의약품안전처 조사 결과 동서식품의 시리얼 전체품에서 대장균군이 없는 것으로 나타났다.

식품의약품안전처는 21일, 동서식품 진천공장에서 시리얼 18개 전품목, 총 139건을 수거검사한 결과, 모든 제품에서 대장균군이 검출되지 않았다고 밝혔다. 이번 조사는 자가품질검사 결과 대장균군이 검출된 완제품을 섞었다 적발된 시리얼 제품들(3개품목, 26건)에서도 대장균군이 검출되지 않았다.

잠정 유통판매금지 제품들 중 ‘오레오 오즈(유통기한 2014년 11월6일)’는 시중에 유통제품이 없어 검사 대상에서 제외됐다.

그러나 자가품질검사 결과 부적합된 제품을 다른 제품의 원료로 사용한 행위는 식품위생법을 위반한 것으로 시정명령하고, 부적합 사실을 보고하지 않은 행위도 식품위생법을 위반한 것으로 판단해 관할인 진천군에 과태료를 부과하도록 지시했다.

또, 부적합 사실을 알고도 다른 제품의 원료로 사용한 행위에 대해서는 현재 수사기관에서 수사 중이며, 수사결과에 따라 위법사실이 확인되면 추가 조치를 취할 예정이다.

한편, 동서식품은 잠정 유통판매금지된 4개 품목의 경우 유통기한에 상관없이 2014년 10월17일 이전에 생산된 모든 제품을 자체적으로 회수하겠다고 식약처에 통보해 왔으며, 식약처는 진천군 등을 통해 적극적으로 회수 점검토록 할 예정이다.