
의료민영화 저지와 무상의료 실현을 위한
무상의료운동본부

2015년 2월 2주차 보건의료동향

2015년 1월 31일 ~ 2015년 2월 12일

작성: 사회진보연대 보건의료팀(www.pssp.org)

주요 키워드

1. 건강보험료 : 건세 “정부 건보로 개편 방향, 결국 체납자 양산” “부담 능력 없는 이들 건보 가입자 포함시키는 것 문제” (2. 2)/이규식 건보로 부과체계개선기획단 위원장, 결국 사퇴 “정부, 무책임한 변명”...개선안 이행 촉구 (2. 3)/“300억 재산가도 소득하위로 적용...문제있는 건보부과체계” 50억 이상 재산 보유 직장가입자 1269명 소득하위층으로 분류 (2. 4)
2. 3대비급여 : “비급여 못잡으면 보장성 확대 하나마나” 복지부 “환자부담 큰 의료행위 공개 확대... 비급여 약순환 바로잡겠다” (2. 5)/효율성 없고 환자 부담만 늘리던 ‘선택진료’...2017년 폐지 올해부터 선택의사 지정 비율, 병원별로 기존 80%→30%로 축소 (2. 12)
3. 허가특허연계제 : 의약품-허가특허 연계제도 사건 우선 심판 적용 특허심판원 “6개월내 심판, 공방횟수 제한 ... 제약사 철저히 준비해야” (2. 10)/허가특허연계 독점판매제 도입, 결국 보류 9개월 잠정 합의 이뤘으나 결국 재논의키로 ... 24일 재논의 유력 (2. 11)
4. 약가/경제성평가특례제 : 약제 결정 조정기준, 어떻게 바뀔까? 이선영 보험약제과장 “제도의 정확성과 환자혜택 모두 잡을 것” (2. 4)/“약가규제 완화, 국민에게 부담 전가” 보건의료단체연합 “약가제도 개정안, 제약사 퍼주기 정책” (2. 3)
5. 기타 : 한의사-의료기기, 에볼라, 의료전달체계, ...

1. 보건의료정책

○ 법원, ‘사무장병원’ 임대해 준 건물주도 손해배상 책임 판결/사무장-건물주 ‘공동 불법행위’ (1. 31)

비의료인이 사무장병원을 운영하는 것을 도운 건물주인 사무장의 남편도 불법 행위로 인한 손해배상 책임이 있다는 판결이 나왔다. 서울고등법원은 최근 국민건강보험공단(이하 건보공단)이 일명 사무장병원 원장 등에게 제기한 ‘손해배상 청구소송’에서 1심 결과과 다르게 17억2500여만원을 사무장병원 원장 등이 배상해야 한다고 판결했다.

지난 2010년 11월 비의료인 A씨는 남편인 B씨의 의사 명의로 서울에 요양병원을 개설하고 이를 운영했다. 나아가 A씨는 의사와 한의사를 고용해 원장으로 내세워 요양병원을 운영했고 요양급여비도 청구했다.

하지만 건보공단은 지급의무가 없는 요양급여비용을 지출하는 손해를 입어 손해를 배상해야 한다며 소송을 제기했다. 이에 1심 재판부는 A씨와 의사 남편 B씨가 공동으로 불법행위를 했다고 보기 어렵다며

이들에 대한 청구 부분은 인정하지 않았다. 남편 B씨와 남편의 회사는 해당 병원에 필요한 시설이나 자금을 조달한 것에 불과하다고 판단한 것이다.

그러나 건보공단은 이를 받아들이지 않고 항소를 제기했고 2심 재판부는 1심의 판결을 뒤집었다. 2심 재판부는 “의료인이 아닌 A씨와 의사 남편 B씨는 함께 의사, 한의사와 공모해 그들의 명의로 병원을 개설하는 위법행위를 했고 요양급여비를 청구해 17억여원의 손해를 입게 했다”고 판시했다.

이어 “의사 남편 B씨는 실제로 자신의 소유 건물에서 고용한 의사와 임대차 계약을 한 것처럼 가장하고 실질적으로 자신과 배우자인 A씨가 함께 병원을 사용하게 하는 등 의료법 위반행위를 용이하게 했다”고 덧붙였다.

○ 간호사 약 조제 찬·반…법안 발의보다 약사 인력기준 개선이 ‘먼저’/병원약사회 “6년제 약사 활용할 수 있는 방안 모색해야” (1. 31)

병원 내 무자격자 불법조제 문제를 해결하기 위해 의료계와 약업계가 만났지만 대안을 놓고 상반된 입장차이를 보였다. 의료계는 약사법을 개정해 간호사도 조제를 허용하자는 입장이나 약업계는 의료법을 손질해 올해부터 배출되는 6년제 약사들을 활용하는 방안을 제시했다. 다만 의료기관 내 약사 인력 기준을 개선해야 한다는 데는 의견을 같이 했다...

○ 희귀질환치료제, ‘경제성평가 특례제도’ 도입 추진 신약평가 규정 개정안 사전예고 실시 (2. 2)

근거생성이 어려운 치료제에 대한 경제성평가 특례제도가 도입되고 보험등재 확대가 추진된다. 건강보험심사평가원(이하 심평원)은 희귀질환치료제 등에 대한 환자의 접근성 제고를 위해 이 같은 내용이 담긴 의약품의 건강보험등재 관련 평가 규정과 세부 평가기준에 대한 사전예고를 2일부터 21일까지 20일간 심평원 홈페이지를 통해 공개한다고 밝혔다.

신설한 경제성평가 특례제도는 선별등재제도의 취지를 훼손하지 않으면서 근거생성이 어려운 희귀질환치료제 및 항암제 중에서 임상적 필요도와 제외국의 등재수준 등을 고려하여 제한적으로 적용된다.

현재 건강보험에 등재되는 약제는 비용 대비 효과가 우수한 의약품만 선별등재하는 것을 원칙으로 하고 있어, 그동안 대체제가 없거나 환자 수가 적어 상대적으로 통계적 근거생성이 어려운 희귀질환치료제 및 항암제는 경제성평가가 곤란하여 보험등재가 지연되는 경우가 있었다. 이에 희귀질환치료제 등에 대한 대체평가 방안으로, 국가별 조정가 중 최저가 수준에서 경제성을 인정하고, 환자들의 과중한 의료비 부담을 경감하기 위해 제도 개선을 추진하게 된 것이다.

또한, 임상적 효과 등 개선을 입증한 경우에는 신약에 대해 적정 가치를 인정함과 더불어 등재절차 간소화도 함께 추진된다. 개선을 입증한 약제는 현행 대체약제 가중평균가 수준에서 급여적정성을 인정하고 있으나 비교약제 가격수준으로 상향하여 개선에 대한 가치를 반영하며 등재절차 과정에서 경제성평가 없이 대체약제 가중평균가를 수용하는 조건으로 급여적정성을 인정받은 약제는 ‘그 가격의 90% 약가’를 수용하는 경우 약가협상 절차를 생략한 신속등재절차를 거치게 된다.

한편 보건복지부는 약가제도 개선방안에 대한 제약업계 이해를 도모하고 제도 수용성을 높이기 위해 오는 3일 오전 10시부터 가톨릭대학교 성의회관 마리아홀에서 설명회를 개최할 예정이다.

○ 희귀질환 경제성평가 특례 무늬만 ‘특례’ A7 국가 등재 필수로 ‘그림의 떡’...선심성 정책의 표본 (2. 3)

정부가 희귀질환 치료제에 대한 경제성평가 특례사항을 공개한 것과 관련, 국내 신약개발기업들의 불멘소리가 이어지고 있다. 정부는 신약 개발을 위한 지원책을 마련했다 하지만, 현실은 너무 높은 허들로 인해 국내기업으로 하여금 어쩔 수 없이 경제성평가를 강제한다는 것이 이들의 주장이다.

지난 2일 건강보험심사평가원이 공개한 경제성평가 특례사항을 살펴보면 경제성평가 자료제출 생략이 가능한 약제의 조건 3개의 항목을 모두 만족시켜야 한다고 명시되어 있다. 공개된 항목 중 1번과 2번 항목은 일반적인 희귀질환치료제이거나 신약 트랙으로, 보통의 의약품 임상 항목에서 대조군이 없거나 3상 조건부 없이 허가를 받은 경우 등이 포함되어있다.

문제는 3번 항목으로 외국조정평균가 산출의 대상국가인 외국 7개국 중 3개국 이상에서 등재된 약제어야만 한다는 점이다. 여기에서 외국 7개국은 의료선진국가로 알려진 a7국가로 미국, 일본, 영국, 프랑스, 이탈리아, 독일, 스위스이다. 이 항목을 두고 업계 관계자들은 '국내에서 만들어 외국으로 수출하는 것이 아닌, 국내 제품을 역수출 받아야 하는 상황'이라고 지적한다.

3개국에 등재할 정도의 약제면 약가 산정의 평균값을 산출하기 위해 충분한 데이터가 쌓여 있는 점, 대부분의 신약들이 가교 임상을 넘어 현지 임상 데이터까지를 요구하는 점 등을 미뤄볼 때, 신약개발을 외국에서 하고 오라는 소리밖에 들리지 않는다는 것이 업계 관계자의 주장이다. 실제로 현재까지 국내에서 개발된 신약, 희귀질환 치료제의 경우 a7국가 중 3개국 이상 등재된 국가는 없는 것으로 알려졌다.

특히 이같은 경쟁 특례는 최근 신약으로 계속 허가받고 있는 세포치료제 등을 포함시켰을 때 더욱 문제가 커진다. 높은 생산 단가를 가지고 있는 세포치료제의 경우 경쟁이 다른 약제보다 어려워 경쟁 특례가 좀 더 절실함에도 불구하고, 세포치료제와 관련한 허가 프로토콜이 전세계적으로 들쭉날쭉해 신약 또는 희귀질환치료제로 허가받은 케이스 자체가 극히 드물다. 세포치료제·줄기세포치료가 차세대 희귀질환치료제의 블루오션으로 수차례 언급되고 있는 상황을 고려한다면 분명 마이너스적인 요소다. 다국적제약사의 희귀질환치료제 국내 진출도 고려해야 한다는 점 등을 들어 통상마찰이 빚어지지 않기 위해선 어쩔 수 없다는 분석도 제기되고 있지만, 국내 제약업계의 발전이란 측면에서 비춰 보면 이번에 정부가 공개한 특례사항은 '선심성 정책'의 일환이라는 것이 업계의 평이다.

이 때문에 희귀질환치료제를 개발해두고도 아직 약가를 받지 못한 기업들은 정부 정책에도 불구하고, 경제성평가 자료 제출을 준비하고 있는 것으로 확인됐다. 업계 관계자는 "제작년에 심평원 관계자들이 새로운 타입의 약제에 대한 경제성 평가 산정 스텐디를 했던 것으로 알고 있다"면서 "그 때의 마음가짐을 살려 최소한 업계의 사정을 이해라도 한다면 이런 '무늬만 지원책'은 나오지 않았을 것"이라고 아쉬워했다.

○ 이규식 건보료 부과체계개선기획단 위원장, 결국 사퇴 "정부, 무책임한 변명"...개선안 이행 촉구 (2. 3)

이규식 건강보험료 부과체계개선기획단 위원장이 사퇴 의사를 밝혔다. 이규식 위원장은 2일 '사퇴의 변'에서 "현 정부의 건강보험료 부과체계 개선 의지를 기대하기 어렵다고 판단해 기획단위원장직을 사퇴하고자 한다"고 밝혔다.

이 위원장은 "기획단이 2013년 8월23일 제1차 위원회를 개최한 후 거의 1년6개월을 논의했는데도 불구하고 충분한 시간을 갖지 못했다는 것은 무책임한 변명에 불과하다"고 지적했다.

기획단은 개선안에 대한 국민적 공감대를 얻기 위해 학자들만이 아니라 시민단체, 노조, 경제단체의 대표를 참여시켜 각 계의 의견을 반영했다. 지난해 6월에는 당시의 건강보험공단 김중대 이사장이 10% 표본을 시뮬레이션 한 결과를 공개, 여론을 살폈다.

이 위원장은 "지난해 9월11일 기획단 11차 회의 결과는 언론 보도 자료를 통해 여론의 긍정적 반응을 이미 검증받았다. 그럼에도 불구하고 국민적 공감대가 없다고 하는 것은 이해하기 어렵다"고 지적했다. 11차 위원회 회의에서 기획단은 부과대상 소득은 종합과세의 대상소득으로 근로자에게도 적용, 지역가입자 건보료 산정 기준에서 성·연령·자동차 등에 대한 보험료 폐지 등을 제시했다.

이 위원장은 "금년 자료를 사용해 시뮬레이션을 하겠다는 것은 내년에 다시 보험료 부과체계개선안을 만들고 공감대를 얻어서 후속 조치들을 마련하겠다는 것인데 이는 현 정권에서는 건강보험료 부과체계 개선을 하지 않겠다는 것으로 받아들여진다"고 말했다. 아울러 그는 "현 정부의 건보료 부과체계 개선 의지를 기대하기 어렵다고 판단해 기획단위원장직을 사퇴하고자 한다. 다만 지난해 9월11일 기획단 위원회의 마지막 결정사항의 이행을 정부에 강력 촉구한다"고 밝혔다.

○ 복지부, 취약계층 보험료 경감방안 마련...올해 시행 예정 "부과체계 개선 1단계, 2단계 구분 추진 아니다" (2. 3)

○ 심평원, 끊이지 않는 인사 파열음 ... 왜? 보이지 않는 손 작용하나? ... 찾아가는 인사서비스 이어 채용 공고도 특징인 낙점 의혹 (2. 3)

○ 건보 보장성강화 32개 중기 과제 확정 임신출산-신생아질환-정신질환-외상·결핵-MRI 등 급여 신설·확대 (2. 3)

앞으로 산모에 대한 초음파 검사나 출산시 상급병실료에 대한 건보 급여가 적용되고 선천성 질환의 조기진단 검사도 건보가 적용된다.또 동네의원의 교육상담서비스 제공 및 지역사회 건강서비스를 함께 제공하는 '통합치료모형'이 단계적으로 확대되고 병적인 고도비만 환자에게 실시하는 수술치료도 급여가 지급된다. 이와 함께 다빈도 질환인 근골격계 질환에 대한 mri 검사나 추나요법 등 한방물리요법에 대한 건보적용이 확대된다. 이외에도 정부는 선택진료비 등 3대 비급여 개선대책을 예고대로 꾸준히 추진하고 비급여 항목을 진료비 공개도 확대해 나기로 했다.

보건복지부는 3일 오후 건강보험정책심의위원회(건정심)의 심의를 거쳐 2018년까지 단계적으로 추진하는 '건강보험 중기보장성 강화계획'을 확정, 발표했다. 이번 '2014~2018년 중기보장성 강화계획'은 '모든 국민의 형평적 건강보장을 위한 의료비 부담 완화 및 건강수준 향상'을 목표로 수립됐으며 생애주기별 핵심적인 건강문제의 필수의료 보장, 고액비급여의 적극적 해소와 관리체계 도입, 취약계층과 사회적 약자에 대한 의료지원 강화 등 3대 방향의 32개 세부과제로 구성됐다. 이 중 4대 중증질환, 3대 비급여 등 7개 세부과제를 제외한 25개 과제가 신규로 편성돼 2015년부터 2018년까지 단계적으로 추진된다...

○ 의료기관 협진 수가 개발한다 유방재건술 선별급여...초음파·전파 절삭기 급여화 (2. 3)

의료기관 간 협진 급여화를 위한 시범사업이 추진되고 유방재건술, 초음파·전파 절삭기 등에 대해 선별 급여가 적용된다. 보건복지부(장관 문형표)는 3일 '제3차 건강보험정책심의위원회(이하 건정심)'을 개최, 의료기관 협진 수가 개발 방안을 논의하고 유방재건술, 초음파·전파 절삭기 등에 대한 선별급여 적용을 의결했다.

먼저 유방암 발생이 증가함에 따라, 유방 상실에 대한 여성의 사회·심리적 문제 등으로 인하여 사회적 요구도가 높았던 '유방재건술'은 본인부담률 50%를 적용해 급여키로 결정했다. 또한 수술이 불가능하거나 위험성이 높아 개흉술이 어려운 대동맥관협착증 환자의 치료를 위해 '경피적 대동맥관 삽입술'을 본인부담률 80%를 적용해 급여키로 했다. 다만, 해당 시술이 난이도가 매우 높은 수술임을 감안해 일정 요건을 갖춘 의료기관에서 실시하도록 했다.

이 외에도 뇌종양 등에 의한 간질 수술의 정확성을 높이는 '뇌자기파 지도화검사' 2항목 및 외과적 수술 시간을 단축시킬 수 있는 '초음파·전파 절삭기'도 본인부담률 80%로 급여를 결정했다.

이번 급여 확대는 관련 고시 개정을 거쳐 4월부터 순차적으로 시행될 예정이며, 유방재건술 1만명, 초음파·전파 절삭기 12만명, 뇌자기파 검사 2항목 2000명, 경피적 대동맥관 삽입술 200명 등 총 약 13만 2000명의 환자가 혜택을 받게 되고 약 450억원의 보험재정이 투입될 예정이다. 이와 함께 이날 건정심에서는 의료기관 간 원격 협진 건강보험 시범 적용 방향도 논의됐다.

현재는 의료기관 간 협진에 대해서는 건강보험 수가가 마련되어 있지 않아, 응급 환자 등에 대한 협진을 활성화하기 위해 건강보험을 적용하기로 했다. 협진 시범 적용은 응급의료기관 간 응급 협진과 일반 의료기관 간 의뢰·회송 과정의 협진 두가지 모형으로 추진할 예정이며, 각 모형별 시범 수가안을 마련하고 참여 대상 기관을 모집, 약 1년간 적용을 통해 협진 모형, 적정 수가 수준, 세부 기준 등을 마련해 정식 수가로 제도화 할 예정이다.

시범 수가는 전화 협진, 화상 협진 두 가지 형태로 설계되는 것으로 알려졌다. 기관 간 협진체계가 비교적 활성화 된 응급의료기관 부터 시범 적용 참여 대상을 1월 말 모집 중이며, 2월 중 대상 기관을 선정해 3월부터는 응급 협진에 대해 수가를 시범 적용한다.

정부 관계자는 "기관 간 협진이 활성화돼 응급 환자에 대한 신속한 전문 응급진료가 가능해지는 등 의료서비스의 질적 수준이 제고될 수 있고, 환자 이송 등 응급의료체계도 보다 개선될 수 있을 것으로 기

대된다"고 밝혔다.

○ 의료기사 업무, 법률로 규정 추진 포괄 위임된 의료기사의 범위 구체화 (2. 3)

의료기사의 업무영역을 법률로 규정하는 법안이 국회에 제출됐다. 새정치민주연합 이목희 의원은 이와 같은 내용이 담긴 '의료기사 등에 관한 법률 일부개정법률안'을 대표 발의했다고 3일 밝혔다.

개정안에 따르면 의료기사들의 업무 영역을 개략적으로 법률로 정의하고 구체적인 업무의 범위와 한계는 대통령령으로 정한다. 이 의원은 "의사, 치과의사, 한의사, 간호사, 조산사 등의 업무 범위는 의료법에서 규정하고 있지만 의료기사의 경우 '의료기사 등에 관한 법률'에서 포괄 위임되어 있다"고 설명했다. "'의료기사 등에 관한 법률'에서 의무기록사와 안경사의 정의를 규정하고 있으나, 정작 의료기사들의 법정 정의는 부재한 상황이라 이를 보완하기 위해 법안을 발의했다"고 덧붙였다.

○ 건보 부과체계 개편 중단관련 긴급 토론회 개최 5일 오전 10시 국회의원회관 제2소회의실서 (2. 3)

○ 종합병원, 병상수·의료인력 확대...병원들은 축소 의료기관 폐업을 증가 추세" (2. 4)

○ 외국인 유학생 건강보험 가입 의무화 복지부, 3~4월 한시적 지역가입자 자격 부여 (2. 4)

오는 3월1일부터 외국인 유학생은 건강보험을 포함한 의료보험 가입이 의무화된다. 외국인 유학생이 건강보험료를 소급해서 내는 불이익을 받지 않도록 하기 위한 조치다.

보건복지부는 4일 이같은 내용을 담은 '장기체류 재외국민 및 외국인에 대한 건강보험 적용기준' 일부 개정안을 고시하고 오는 3월 1일부터 시행한다고 밝혔다. 개정안은 우수 외국인 유학생을 유치하고자 2015년 1학기부터 외국인 유학생의 건강보험 등 의료보험 가입을 의무화했다.

지금까지는 외국인 유학생이 지역가입자로 가입하기 위해 신청할 경우 건강보험료가 소급 부과돼 외국인 유학생의 선택권을 제약한다는 지적이 제기돼 왔다. 복지부는 이런 문제를 해결하고자 지역가입자 자격취득 시기 특례 조항을 신설했다. 외국인 유학생에 대해 오는 3월1일부터 4월30일까지 2개월간 한시적으로 건강보험 지역 가입 신청 때 신청한 당일에 지역가입자 자격을 취득하도록 한 것이다.

앞서 정부는 지난해 3월초 국가정책조정회의를 열어 당시 권장사항인 유학생 의료보험 가입을 2015년부터 의무화하는 내용의 '전략적 유학생 유치 및 정주 지원 방안'을 확정해 왔다.

○ 약제 결정 조정기준, 어떻게 바뀔까? 이선영 보험약제과장 "제도의 정확성과 환자혜택 모두 잡을 것" (2. 4)

오는 16일 입법예고절차가 끝나는 '국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙' 일부개정안과 '약제의 결정 및 조정 기준' 일부개정안 내용에 대한 설명회가 열렸다. 3일 가톨릭대학교 성의회관에서 열린 이 행사에서 보건복지부 보험약제과 이선영 과장은 약가 결정시 임상적 유용성 개선 가치 반영 희귀질환치료제 경제성평가 특례제도 신설 협상 절차 생략으로 등재기간 단축 복합제 가산적용 없이 53.55% 약제 급여목록 등재단위 등 재정비 돌입 사용량 약가 연동제, 환급 조건 추가 등에 대해 설명했다. 다음은 이날 복지부가 설명한 항목별 세부내용이다.

#. 약가 결정에 임상적 개선 여부 반영 = ...약제급여평가위원회 심의를 거쳐 해당 약제의 비교약제 대비 효과의 개선이 있는 경우, 효과가 떨어지지 않으면서 안전성·편의성이 개선된 경우 등이 해당된다...

#. 희귀질환치료제 경제성평가 특례 신설

#. 협상 절차 생략으로 등재기간 단축 = 60일간 진행되는 국민건강보험공단의 상한가 협상을 생략하는 방안도 이번 개정안에 포함됐다. 복지부는 등재절차 개선을 통해 신청약제와 대체약제 비교 시 임상적 유용성이 유사한 수준으로 '대체약제 가중평균가'에 맞춰 급여 적정성을 인정받으면, 제약사가 대체약제 가중평균가(특성별 90%~100%) 금액을 수용할 경우 상한가 협상을 생략한다는 계획이다. 그러나 예상 청구금액 협상은 등재 후 실시하고 사용량·약가연동제 등 사후관리는 지금과 같다. 산정기준은 해당 약제의 등재일로부터 1년 이내의 요양급여비용 실 청구금액 등을 고려해 마련할 예정이며 구체적인 산정기

준은 향후 복지부 장관 공고 계획에 있다. #. 복합제 가산적용 없이 53.55% 적용 = 2012년 이후 등재 복합제는 단일제의 53.55% 함으로 복합제 가격을 산정하게 된다. 지난 2007년부터 2011년 사이에 등재된 복합제의 경우 제네릭 진입 시 가산적용으로 약가인하가 이뤄지지 않는 부분이 있어 이 기간에 등재했던 복합제의 제네릭 진입시 1년 가산적용 없이 53.55% 수준으로 조정한다는 방침이다. 이 같은 개정안은 단일제가 제네릭 등재로 약가가 인하됐음에도 복합제는 높은 약가를 유지하는 경우가 있어 약가 조정을 연동하기로 한 것이다. 그러나 산정기준에 대해서는 우선순위를 두기로 했다. 약제결정 및 조정 기준 제2호 나목의 53.55%의 합, 함량산식에 따라 산정된 금액 합산, 기 등재된 복합제에 성분 가감, 유사조성 복합제 순으로 적용하게 된다.

#. 약제급여목록 등재단위 재정비 등 표준화 작업 진행 = 현재 약제급여목록은 등재단위, 표기단위 등이 혼재돼 있다. 이로 인해 액상제·외용제·주사제 등 일부약제의 경우 고가의약품으로 추정됨에도 불구하고 최소 단위로 등재돼 저가의약품으로 보호되는 불합리가 발생하는 등 문제가 지적 돼 왔다. 이러한 내용을 개선하기 위해 총 함량 및 단위당 함량이 같은 제품으로 동일제제를 분류하고 계량단위 등 표시 방법을 표준화하기로 했다...

#. 사용량 약가 연동제에 환급 조건 추가 = 정부의 제약 산업 육성 5개년 계획 보완조치의 일부 조건을 만족한 품목은 사용량 약가 연동제를 유예하고 환급 해 주는 방식으로 협상을 진행할 계획이다. 환급은 최대 3년간 약가인하 수준의 환급을 계약하고 환급기간 종료 후 약가인하가 진행되며, 1회에 한해 3년의 추가계약을 인정, 최대 6년까지 환급받게 된다. 그러나 이는 혁신형 제약기업이 개발한 신약 등 일부 기준을 충족시킨 경우에 한해 적용된다.

이 과정은 "그동안 복지부는 제도 정확성향상과 조화를 위한 고민을 거듭했고 업계와 정부가 협의체를 구성해 장기적으로 목록을 어떻게 정비할지 검토한 결과 이번 입법예고가 이뤄졌다"며 "이번 약가제도의 취지는 규제 완화도, 강화도 아니고 제도의 정확성을 높이고 환자의 우수한 약에 대한 접근성을 높여 혜택을 빨리 보도록 하는데 목적이 있다"고 전했다.

○ 복지부, 달빛 어린이병원 올해까지 20개소 늘린다 달빛 어린이병원 이용만족도, 평균 80.7% (2. 4)

보건복지부가 달빛 어린이병원을 확대한다. 4일 보건복지부(이하 복지부)는 야간·휴일 평일 밤 23~24시 소아청소년과 전문의가 진료하는 '달빛 어린이병원'을 올해 20개소까지 두 배로 늘리겠다고 밝혔다.

복지부에 따르면 지난 2014년 9월부터 4개월간의 시범사업 결과 야간·휴일 달빛 어린이 병원 이용자는 10만명을 넘어섰다. 매일 2만7000명이 야간·휴일에 진료받고 있으며 평일 저녁 49%, 토·일·공휴일 35%, 야간 16%의 분포를 보이고 있다. 이용도 만족도 조사결과 달빛 어린이 병원 시범사업이 도움이 됐다는 의견은 94%였으며 다른 지역으로도 확대돼야 한다는 의견이 95%로 나타났다.

방문한 달빛 어린이병원의 이용만족도도 평균 80.7%로 비교적 높게 나타났으며 특히 의료진의 전문성과 친절도, 상대적으로 저렴한 진료비가 높은 평가를 받았다. 반면 원무 행정이나 대기시간에 대한 만족도는 상대적으로 낮았다. 이용자는 야간·휴일에 아이가 아프거나(51%) 맞벌이로 평일에 시간이 나지 않는(35%) 등의 불가피한 사유로 야간·휴일에 진료를 받았다.

또한 대부분 응급실 방문경험이 있고(85%), 달빛 어린이병원이 없었다면 응급실을 이용했을 것(77%)이라고 응답했다. 응급실을 방문한 경험이 있는 이용자일수록 달빛 어린이병원의 만족도가 3%p 더 높게 나타났다.

달빛 어린이병원으로 지정되면 연간 평균 1억8000만원의 보조금이 지원되고 야간·휴일 안정적으로 환자를 확보할 수 있도록 충분한 홍보지원이 병행된다. 아울러 달빛 어린이병원에 대한 보조금은 의료진 수당으로 사용되며 야간·휴일 진료시간에 비례해 차등 지급된다. 올해부터는 전년대비 진료시간이 크게 늘어나면서 가산금이 추가될 예정이다.

복지부에서는 2015년 달빛 어린이병원 참여기관을 공모하고 있다. 참여를 희망하는 병의원은 지자체와 협의해 오는 23일까지 사업계획서를 제출해야 한다. 한편, 복지부는 달빛 어린이병원 인근에 달빛 어린이약국을 함께 지정해 운영하고 있다.

○ 2018년까지 건보 보장율 5.5% 올린다 복지부, '건강보험 중기보장성 강화 계획' 수립 (2. 4)

정부가 오는 2018년까지 건보 보장율을 68%대로 올린다는 목표로 보장성 강화 과제를 발표했다. 보건복지부(이하 복지부)는 건강보험 중기보장성 강화계획을 수립해 지난 3일 '제3차 건강보험정책심의위원회'에 보고하고 주요 내용을 발표했다. 2014년부터 2018년까지의 중기보장성 강화계획은 '모든 국민의 형평적 건강보장을 위한 의료비 부담 완화 및 건강수준 향상'을 목표로 수립됐다.

구체적으로 ▲생애주기별 핵심적인 건강문제의 필수의료 보장 ▲고액비급여의 적극적 해소와 관리체계 도입 ▲취약계층과 사회적 약자에 대한 의료지원 강화 등 3대 방향의 32개 세부과제로 구성돼 있으며 박근혜 정부의 '의료비 경감' 국정과제의 일환으로 계획을 수립해 2015년 연두업무보고에서 개략적인 내용을 보고한 바 있다.

이 중 4대 중증질환, 3대 비급여 등 7개 세부과제는 주요 국정과제에 포함돼 2014년부터 이미 종합계획을 수립해 실행 중이고 이를 제외하면 25개 과제가 신규로 편성돼, 2015년부터 2018년까지 단계적으로 추진된다. 생애주기에 따라 국민들이 직면하는 건강상의 핵심문제에 대해 의료보장을 충실하게 제공하기 위한 보장성 강화 과제를 추진한다는 것이다.

우선 국민생명을 보호하기 위한 안전 관련 의료의 보장이 강화된다. 오는 2017년까지 중증외상 환자를 위한 권역별 외상센터를 전국 17개소 설치하며 내년 중으로 외상센터 이용 중증 외상환자의 본인부담을 암환자 수준인 5%로 경감한다. 나아가 고액 중증질환에 대해서 두터운 의료보장을 강화해 나가기 위해 4대 중증질환의 필요한 의료서비스는 기 발표한 계획에 따라 모두 건강보험 적용하며 오는 2018년까지 다빈도 질환인 근골격계 질환에 대하여 국민 요구도가 큰 MRI 검사, 한방 물리요법의 건강보험 적용이 확대된다. 아울러 임신·출산 지원을 대폭 확대하여, 의료비 부담이 없는 출산 환경을 조성한다.

산모의 부담이 큰 초음파검사, 출산시 상급병실 등에 대해 건강보험을 적용하고, 제왕절개 본인부담을 5~10%로 경감하고 고위험 임신부 약 13만명에게 더욱 지원을 강화해 입원본인부담을 10%로 경감하고, 임신성 당뇨 진단 검사·관리 소모품도 지원한다. 이외에도 선청성 기형과 신생아에 대한 의료지원을 강화하며 청소년, 청장년 핵심질환의 조기관리를 위한 건강보험의 지원을 강화한다.

복지부 관계자는 "이로 인해 국민의 의료비 부담이 전반적으로 크게 완화되고, 특히 고액의료비가 발생하는 중증질환자의 의료비 부담이 크게 줄어들 것으로 기대된다"고 전했다. 그는 이어 "건강보험 보장률은 2012년 기준 62.5%에서 계획이 완료된 2018년에는 68%대로 진입하여 5.5%p 이상 개선될 것으로 보이며 1인당 고액진료비 상위 50위 이내 질환의 보장률은 주요 선진국 수준인 평균 80%대 이상으로 개선 가능할 것으로 예상된다"고 강조했다.

○ "300억 재산가도 소득하위로 적용...문제있는 건보부과체계" 50억 이상 재산 보유 직장가입자 1269명 소득하위층으로 분류 (2. 4)

건강보험 부과체계가 직장과 지역에 따라 달라 고액재산가가 소득하위층으로 분류되는 경우가 발생한다고 지적됐다. 새정치민주연합 최동익 의원은 4일 잘못된 '건강보험 본인부담상한제'로 인해 50억 이상 재산이 있는 직장가입자 1269명이 소득하위층 분류됐다고 질타했다.

건강보험 본인부담상한제는 의료비 부담을 덜어주기 위해 1년동안 병원이용 후 환자가 부담한 금액이 가입자의 경제적 능력에 따라 분류된 본인부담 상한액을 넘는 경우 그 초과금액을 전부 환자에게 돌려주는 제도이다. 예를 들어 월건강보험료가 6만3000원인 직장가입자는 소득하위층으로 분류되어 200만원이 상한액기준이기 때문에 1년 동안 본인이 부담한 금액이 230만원일 경우 국민건강보험공단(이하 건보공단)에서 30만원을 환급해준다. 하지만 현재 건강보험 부과체계는 가입자에 따라 부과기준이 달라 직장가입자의 경우는 재산은 고려하지 않고 소득에만 건보료가 부과된다.

따라서 '건강보험료'만으로 평가하게 되면 고액 재산이 있는 저소득 직장가입자는 보험료가 적게 부과돼 소득하위층으로 분류되지만 동일한 지역가입자는 고액재산으로 인해 보험료가 많이 부과되어 소득상위층으로 분류될 수 있다는 것이다.

최 의원이 건보공단부터 제출받은 자료를 분석한 결과, 건강보험 본인부담상한제에서 50억 이상 재산이 있는 직장가입자 중 1269명은 소득하위층으로 분류되고 있다. 이 중 300억 이상 재산이 있는 직장가

입자는 12명이나 되는 것으로 드러났지만 50억 이상 재산이 있는 지역가입자 중 소득하위층으로 분류된 가입자는 6명에 불과한 것으로 조사됐다.

직장과 지역에 따라 부과체계가 다른 건강보험 부과체제로 인해 고액재산가가 소득하위층으로 분류되는 건강보험 본인부담상한제가 지금도 운영되고 있는 것이다...

○ “비급여 못잡으면 보장성 확대 하나하나” 복지부 “환자부담 큰 의료행위 공개 확대 ... 비급여 악순환 바로잡겠다” (2. 5)

정부가 의료기관의 무분별한 비급여 진료 행위에 제동을 걸고 나섰다. 건강보험의 보장성을 아무리 확대해도 비급여진료를 잡지 못하면 국민들이 체감하지 못하고 건보재정에 대한 신뢰마저 떨어질 수 있기 때문이다.

보건복지부는 5일 의료현장의 비급여 진료현황을 정확히 파악하기 위해 비급여 의료행위를 질병별, 환자별로 표준화하고 분류 코드를 부여해 관리하는 비급여 정보관리시스템을 올해 안에 구축할 것이라고 밝혔다. 이를위해 현재 전문가 그룹과 함께 비급여 의료행위를 정의하고 항목별로 분류하는 연구개발 작업을 진행하고 있다. 이 시스템을 통해 다양한 비급여 진료의 가격과 빈도 등 정보자료를 수집해 감독을 강화하겠다는 것이 정부 방침이다.

국민들의 관심이 많은 비급여 진료항목에 대한 공개범위도 확대하기로 했다. 복지부는 오는 4월까지 연구용역을 끝내고 국민의 공개 요구수위가 높은 질병과 수술을 중심으로 비급여 진료비용을 포함한 총 진료비를 공개하는 방안을 검토하기로 했다.

복지부는 2013년부터 대학병원 등 상급종합병원을 대상으로 상급병실료 차액, MRI(자기공명영상) 진단료 등 37개 항목의 비급여 진료비용을 공개하도록 했다. 지난해 12월부터는 전체 종합병원 이상의 의료기관과 치과대학 부속 치과병원에 위수면내시경 검사비 등 32개 항목의 비급여 진료를 각 의료기관이 안내판을 설치하거나 인터넷 홈페이지 배너에 게재하도록 해 국민이 쉽게 비급여 진료를 비교할 수 있도록 했다. 이같은 조치는 환자의 선택권을 강화하기 위한 것이기도 하지만, 무엇보다 비급여 진료행위로 인한 국민들의 부담이 크게 늘고 있다는 판단에서다.

예컨대 보험 당국이 비급여 진료를 건강보험 적용을 받는 급여항목으로 전환해 환자 부담을 덜어주고 나면, 의료기관은 또 신의료기술이나 최신 의료기기를 개발하거나 들여왔다며 또 다른 비급여 의료를 양산하기 일쑤였다. 하나를 해결하고 나면 또 다른 하나를 해결야하는 악순환이 꼬리를 물고 있는 것이다. 이 때문에 복지부가 건강보험 보장수준을 아무리 높이려고 애써도 보장률은 2008년 62.6%에서 2012년 62.5%로 정체상태다. 보장성 강화 정책의 추진속도보다 비급여 진료영역이 더 빠르게 확대된 탓이다. 실제로 2008~2012년 법정본인부담률은 1.6%가 감소했으나, 비급여 부담률은 1.7% 증가하면서 보장률 상승효과를 잠식했다.

복지부는 비급여 진료영역이 급속히 확대되는 일을 막고자 카메라 내장형 캡슐 내시경 등 경제성과 의학적 필요성은 뚜렷하지 않지만, 환자부담이 큰 최신 의료기술에 대해 ‘선별급여 제도’를 적용해 비용의 일부(20~50%)를 건강보험이 부담하고 나머지는 환자 자신이 책임지는 방안을 시행하고 있다.

○ ‘요양병원 일당정액제 개선해야’ 의료정책연구소 보고서, ‘설립·폐쇄 반복’ 설립기준 강화 필요 (2. 5)

전국 요양병원의 무분별한 설립과 폐쇄가 의료비용 낭비로 이어진다는 점을 고려해 요양병원 설립기준을 현재보다 더 강화해야 하며 현재 요양병원의 일당정액제 수가가 서비스 과소제공 가능성이 있어 지불제도 개선이 필요하다는 연구결과가 나왔다.

대한의사협회(의협) 의료정책연구소는 5일 발간한 ‘요양병원의 운영현황 및 실태조사에 관한 연구’ 보고서에서 요양병원 운영에 있어 시설, 장비, 인력 등의 구조적 문제뿐만 아니라 의료서비스 질적 측면에 있어 개선책이 무엇인지에 대한 정책적 대안이 필요하다고 밝혔다. 보고서는 우선 1983년 처음 개설된 요양병원 수는 2013년 3/4분기 기준 약 1,206개소로 급격히 증가했고, 병상당 인력수도 2005년 3.4명/100병상에서 2013년 기준 7.1명/100병상으로 증가했다고 분석했다. 특히 지난 7-8년간 요양병원 수가 연간 30% 이상 증가율을 보여 상급종합(2.8%), 종합병원(1.9%), 병원(7.6%)에 비해 증가속도가 빠르다고

지적했다. 보고서는 연도별로 요양병원의 20% 가량이 신규 개업과 폐업을 반복해 의료비 낭비를 초래하고 있다고 지적하고 보다 엄격한 설립기준 마련이 절실하다고 밝혔다.

이와함께 요양병원 여성환자의 서비스 개선을 위한 질지표가 필요하다고 지적했다. 2013년 한해 요양병원 입원 여성 환자 수는 약 91만3,972명으로, 여성 환자 비율이 남성 환자 보다 높은 것으로 조사됐다. 전국 7개 요양병원 520명 여성 환자의 의무기록을 바탕으로 요양기관 여성 환자의 부인과적 질병 상태를 파악한 결과 부인과 질병을 1개 동반한 경우가 44%, 2개 동반한 경우가 19%, 3개 동반한 경우가 7%로, 전체의 75% 이상의 환자가 부인과적 질병을 한개 이상 동반하고 있었다.

이들 여성환자들의 서비스 질이 산부인과 의사 존재유무에 따라 큰 차이를 나타낼 가능성이 높다고 보고서는 지적했다. 무엇보다 요양병원에 일당정액제 수가 도입됨에 따라 서비스 과소제공 가능성이 있다고 밝혔다. 요양병원형 일당정액제란 건강보험에서 요양병원이 입원환자에게 지원하는 진찰, 입원료, 약값 등의 평균 비용을 미리 정해 일당 정액 선불방식으로 지급하는 제도. 부인과 동반질환에 대해 적정한 급여가 책정되지 않아 요실금, 변실금 등 여성질환에 대해 적절한 서비스 제공이 이뤄지지 않을수 있다며 지불제도의 개선이 필요하다고 밝혔다. 보고서는 국외연구자료를 보면 요실금 또는 변실금 등의 유병률이 일반 급성기 의료기관에 비해 장기요양기관이 높다고 전했다.

요양병원의 적정 의료인력 수준의 배치정책도 시급하다고 보고서는 지적했다. 요양병원의 유병률을 고려해 주상병 및 부상병에 따른 적정 전문 인력의 배치가 필요하고, 정부는 이에 근거한 전문의사 인력 배치 방안에 대한 중장기 계획을 수립해야 한다고 보고서는 밝혔다.

○ 대형병원 환자 '쏟림현상' 갈수록 심화 상급종합병원 기관당진료비 2006년~2013년 97.5% ↑ (2. 6)

의료전달체계의 도입과 의료기관 기능재정립 대책 등의 시행에도 불구하고 대형병원 환자쏟림 추세는 큰 변화가 없는 것으로 나타났다. 특히, 특별한 제약없이 자유롭게 공급자를 선택할 수 있는 특징과 함께 동일한 규모와 시설 수준을 갖추고 있다 하더라도 수도권 대형병원과 지방소재 의료기관 간의 의료서비스의 질적인 차이가 있다는 환자의 '인식'이 작용하고 있다는 지적이다.

한국보건사회연구원 윤강재 연구위원 등은 6일 '한국의료전달체계의 쟁점과 발전방향' 연구보고서에서 이런 내용의 의료전달체계의 문제점(의료기관 양극화와 대형병원 환자 쏟림현상)을 내놓았다. 연구팀은 보고서에서 상급종합병원 쏟림현상은 소위 '빅5병원'으로 불리는 서울 시내 대형병원들에 의해 주도되고 있다며, 지난 2013년 빅5병원의 진료비는 2조2903억원으로 전체 의료기관 진료비의 7.8%, 상급종합병원 진료비의 35.7%를 차지했다고 밝혔다... 의료기관 선택에 대한 강한 규제수단이 없는 상황과 대형병원에 대한 높은 선호도가 관측되는 상황에서 의료전달체계에 대한 개편이 없다면 가격부담의 감소는 상급종합병원으로의 환자쏟림을 고착화시킬 가능성이 높다. 연구팀은 상급종합병원 기능에 부합하는 중증질환이 아니라 경증 질환자가 상급종합병원을 선호하거나 일정한 치료를 마친 환자들이 재원 기간을 연장하면서 지역사회 또는 일차의료기관으로 복귀하지 않는 상황이 반복되면 양극화는 더욱 심화될 것이라고 지적했다. 따라서 연구팀은 의료서비스 제공체계에서 중소병원을 아급성 치료기관으로 특화, 하향적 회송체계의 연계를 구상하고, 양적 보상을 빼대로 하는 현재의 지불보상제도를 보완해 성과에 따라 보상하는 지불제도와 가치기반의 성과보상제도를 적극 검토할 필요가 있다고 주장했다.

○ 복지부 “장기 입원료 인상 예외규정 마련 중” 복지부 “구체적 인정 범위 검토 중 ... 의협·병협은 구체적 사례 명시 원해” (2. 6)

보건복지부가 5일 장기입원환자의 입원료 본인부담률을 인상하는 '국민건강보험법 시행령' 일부개정안을 입법예고한 가운데, 의사가 환자의 장기입원이 필요하다고 판단할 경우에는 입원료가 인상되지 않을 전망이다... 개정안에 따르면, 일반 입원실에 16일 이상 입원하는 환자는 요양급여비용 총액 중 입원료의 일부를 본인이 부담해야 한다. 입원 기간이 16일 이상 30일 이하인 경우에는 입원료의 100분의 30을, 31일 이상인 경우에는 입원료의 100분의 40을 본인이 내야한다...다만, 16일 이상 장기 입원이 불가피한 환자의 경우, 고시에 별도 규정을 마련, 입원료 인상 대상에서 제외키로 했다. 복지부는 장기 입원이 불가피한 사유에 '의사가 환자의 장기입원이 필요하다고 판단하는 경우'를 명시할 계획이다. 복지부 관계자

는 "의사는 장기입원이 필요하다고 판단하는데 단순히 고시의 구체적인 사례 기준에 맞지 않다고 본인 부담을 더하는 것은 불합리하다"며 "따라서, '의사가 장기입원이 필요하다고 판단하는 경우'를 예외 조항에 추가할 것"이라고 말했다.

하지만 대한의사협회와 병원협회는 의사의 판단 대신 구체적인 사례만을 고시에 명시해주길 바란다는 것이 복지부의 설명이다. 장기입원 판단에 대한 부담이 있기 때문이다...

○ 의료분쟁조정 관련 '신해철법' 개정 놓고 시민단체-중재원 '설왕설래' 의료소비자시민연대 "조정 신청자, 의료소비자로 제한해야" (2. 9)

국회가 피신청인의 동의와 상관없이 조정절차가 개시되는 법안을 추진하고 있는 가운데 의료소비자시민연대·의료사고상담센터 등이 반대의 입장을 보이고 있어 사회적 논의가 필요할 것으로 보인다.

지난해 10월 27일 강남 S병원에서 심장 이상으로 수술을 받은 가수 신해철 씨가 수술 후 사망하는 사고가 발생했다. 이후 화장 장례를 앞두고 의료사고 여부를 확인하기 위해 유족은 부검을 의뢰했고 이에 대한 결과를 한국의료분쟁조정중재원(이하 중재원)과 대한의사협회(이하 의협)가 각각 발표했다.

한국의료분쟁조정중재원(이하 중재원)에 따르면 "신 씨의 소장과 심낭에서 천공이 발생한 것 자체만으로 의료과실이라고 단정할 수는 없지만 수술 후 적절한 후속조치가 이뤄졌는지 여부가 더 중요하다"고 지적했다. 이어 "해당 병원이 흉부 엑스레이 검사, 혈액검사 백혈구 수치 변화, 복부 압통 반발통 확인, 복부 CT 등을 반복적으로 확인했어야 한다"고 의료인의 과실 여부를 언급했다.

의협도 "수술 중 의인성 손상에 의해 심낭 천공이 발생했으며, 수술 중 또는 수술 후 소장 천공과 이에 따른 복막염이 발생한 것으로 판단된다"고 전했다. 이어 "이 천공은 10월 20일 이전에 생긴 것으로 추측되며 심낭 천공과 소장 천공은 수술 중 발생할 수 있는 합병증으로 천공이 의료과실로 판단하기 어렵다. 심낭 천공 발견 이후 조치가 미흡했던 것으로 판단된다"고 설명했다. 의협과 중재원 모두 의료인의 과실에 대해 인정을 한 것이다. 이와 같은 사건을 계기로 이전에 국회에 제출된 '의료사고 피해구제 및 분쟁조정 관련 법'에 관심이 모아지고 있으며 신해철씨 사망이후 일명 '신해철 법'이라고 불리고 있다.

조정원에 따르면 지난 2012년 4월부터 지난해 9월 말까지 총 3335건이 접수된 가운데 조정·중재가 개시된 것은 절반이하로 1380건 42.4%이고 각하된 것은 1871건으로 56.1%에 달한다. 나아가 조정절차가 완료된 1160건 중 중재판정·조정성립이 779건으로 조정성립율이 89%를 기록했다.

이에 따라 지난해 3월 새정치민주연합 오세재 의원은 '의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률' 개정안을 대표 발의했다. 개정안에 따르면 조정원의 업무에 대해 신청인이 조정을 신청하면 피신청인의 동의 여부에 상관없이 조정절차를 개시하도록 한다. 또한 조정부부는 조정신청이 이유 없다고 인정되는 경우나 조정신청의 남용에 해당하는 경우 조정을 하지 않고 사건을 종결할 수 있도록 한다.

이외에도 ▲손해배상금 대불청구 대상 국내 법원 확정판결에 한정 ▲조정 절차 중 당사자 또는 이해관계인의 진술이나 생성된 감정서 등을 민사소송에서 원용하지 못함 ▲조정중재원의 사무국은 조정중재원의 사무만 처리 등의 규정들이 포함됐다. 당시 오 의원은 "해당 규정을 뒤 조정업무의 효율성을 제고하며 감정위원의 자격요건을 강화해 의료사고 감정의 전문성과 공정성을 확보하고자 이 법안을 발의했다"고 말했다.

이에 중재원은 "의사나 의료기관들의 조정참여율 저조라는 현실적 어려움을 극복하기 위한 불가피한 조치이며 의료사고 피해자나 의료소비자의 권리 또는 권익 보호를 위한 개정이다"고 환영의 입장을 보였다.

하지만 의료사고 피해자나 의료소비자의 권익을 보호하기 위한 '신해철 법'이라거나 '예강이 법'이라는 주장에 결코 동의할 수 없다는 의견이 있어 법안 통과에 난항이 예상된다. 의료소비자시민연대(이하 의시연)는 소비자원과 달리 조정중재원의 조정신청은 신청자가 제한되지 않는다고 지적했다. 의시연은 "결국 의료기관이나 의사도 언제든 조정 신청이 가능하다는 것이고, 지금은 주로 의료사고 피해자가 신청하고 있으나 머지않아 상황이 역전되어 중재원이 그들에게 간택될 경우, 분쟁이 발생하게 되면 예외 없이 조정이나 중재를 신청하게 되고 오히려 의료사고 피해자나 소비자의 선택권이 제한받게 될 것이

다”고 분석했다. 나아가 현재 조정참여율은 우려하는 것보다 결코 낮지 않으며 임의조정은 지난 20년 동안 의료소비자들이 줄곧 요구해 오던 것이었다고 강조했다. 이 법 제정 논의 당시 의료계는 조정을 반드시 거치게 하는 필요적 조정전치를 주장했고 이에 반해 시민단체나 소비자 단체들은 임의조정 방식을 요구한 바 있다. 의시연은 “임의조정 방식은 의료소비자가 조정이나 소송을 선택함에 있어 제한도 받지 않고 선택할 수 있도록 하고 상호 선의의 경쟁과 견제를 통해서 소비자의 권리를 지키기 위한 기본적인 조건이 된다”고 전했다.

끝으로 진정한 ‘신해철 법’ 이 되기 위해서는 신청자를 의료소비자로 제한하는 규정을 반드시 도입해야 한다고 부연했다. 의시연은 “이를 전제로 할 때 비로소 의료소비자 또는 의료사고 피해자의 권인을 보호하기 위한 진정한 ‘신해철 법’ 이 될 수 있다”고 언급했다.

○ 복지부, ‘비급여 의료비용 정보’ 공개 강화 추진 비급여 진료비용 공개 사이트 구축 예정 (2. 9)

정부가 비급여 의료비용 고지체계를 강화하고 정보 공개를 확대할 방침이다. 보건복지부는(이하 복지부)는 최근 ‘2014년~2018년 건강보험 중기보장성 강화계획’을 통해 이와 같이 밝혔다...

○ ‘제한적 의료기술평가’ 확대시행 나선다 신의료기술 허가 前 예외적 비급여치료 허용 (2. 9)

신의료기술로 최종 인정되기 전에도 일부 의료기관에 한해 예외적으로 진료를 할 수 있게 하고 조건부 비급여를 인정하는 ‘제한적 의료기술평가제도’가 올해부터 확대 시행된다.

10일 한국보건의료연구원(원장 임태환, 이하 neca)에 따르면 ‘제한적 의료기술평가제도’는 희귀·난치질 환환자의 권익 보장 및 유망한 의료기술의 임상현장 적용을 촉진하기 위해 작년 4월 도입된 제도로, 신의료 기술평가 과정에서 ‘연구단계 의료기술(ii-b)’로 평가된 의료기술 중 안전성은 확인됐으나 임상적 유효성에 대한 입증에 어려웠던 유망의료기술을 선별해 제한적 의료기술로 인정, 예외적 진료를 허용한다. neca는 이 같은 환자의 치료기회 확대 및 유망 의료기술의 근거창출 지원을 위해 ‘제한적 의료기술평가제도 설명회’를 10일 neca 컨퍼런스룸에서 갖고, ‘제2차 제한적 의료기술평가’ 대상기술 소개와 함께 제한적 의료기술평가 신청절차 및 방법 등을 공유할 방침이다...제한적 의료기술 실시기관으로 선정되면 공표된 범위 안에서 해당 의료기술을 비급여로 진료할 수 있을 뿐 아니라, 진료결과를 입력할 수 있는 전자증례기록서(e-crf) 개발 지원·관리, 진료환자에 대한 보험가입료, 검사지원비 등 연구를 위한 국고지원비가 지급된다. 의료기술 도입의 시급성 및 안전성, 근거창출 가능성, 신청 의료기관의 진료환경 및 연구역량 등에 대해 신의료기술평가위원회 심의를 거쳐 제한적 의료기술이 평가되며, 제한적 의료기술 평가를 받은 의료기관은 환자 치료 결과를 주기적으로 제출해야 하고 해당 의료기술의 효과성에 대한 근거자료를 제출해야 한다.

주기적 점검을 통해 관련 자료를 제출하지 않거나 치료 과정에서 예상치 못하게 부작용이 발생했는데 보고하지 않는 경우 등에는 제한적 의료기술평가가 취소될 수 있고, 제한적 의료기술의 시술기간이 종료되면 의료기관이 제출한 근거자료를 포함해 의료기술의 안전성과 효과성을 최종 검증하게 된다.

한편 지난해 제1차 제한적 의료기술평가 신청 공모에서는 △심근경색증에서의 자가 말초혈액 줄기세포 치료술(3개 의료기관) △자가 혈소판 풍부혈장 치료술(5개 의료기관)이 선정, 고시된 바 있다. 현재 ‘자가 혈소판 풍부 혈장 치료술’의 경우 4개 의료기관에 환자가 등록돼 시술 중이며, ‘심근경색증에서의 자가 말초혈액 줄기세포 치료술’은 환자 모집 중에 있다.

제2차 제한적 의료기술 실시기관 선정을 위한 신청 공고는 복지부 및 neca, 신의료기술평가위원회 홈페이지에서 2월 중 진행될 예정이다.

○ 수술 환자 안전 대폭 강화된다 의원급 수술실 기준 의무화·미용성형수술 안전성 평가 도입 (2. 11)

최근 미용성형수술사고 등으로 환자 안전 강화 방안 요구가 거세지고 있는 가운데 복지부가 의원급 수술실 기준 의무화·수술동의서 표준양식 마련 등 수술 환자안전을 대폭 강화하는 대책을 마련, 추진한다...

○ 시민사회단체 “입원료 본인부담금 인상? 정부가 국민 기만” (2. 11)

최근 정부가 환자의 입원료 본인부담률을 높이는 ‘국민건강보험법 시행령 일부개정령안(건강보험법)’을 입법예고한 것과 관련, 시민사회단체가 본인부담금 인상은 환자에게 노골적으로 의료비 부담을 떠넘기는 국민기만 정책이라는 주장을 폈다.

정부는 지난 5일 환자의 입원료 본인부담률을 현행 20%에서 추후 40%까지 높이는 내용의 건강보험법 일부 개정안을 내놨다. 그러나 이는 당초 정부가 국정과제로 약속했던 ‘의료비 절감’보다는 노골적인 의료비 증가 정책이라는 것이다.

건강권 실현을 위한 보건의료단체연합(보건의료단체연합)은 10일 성명을 통해 "이 법령이 통과되면 한 달 이상 입원 시 환자의 입원료는 최대 두 배로 늘어나게 된다"며 "아파서 입원한 환자에게 노골적으로 의료비 부담을 떠넘기는 매우 퇴행적인 정책"이라고 비판했다. 보건의료단체연합은 "의료 보장성을 높이겠다던 정부는 여지껏 각종 의료민영화 추진으로 건강보험을 약화시키고 의료비 경감 공약도 누더기로 만들었다"며 "그런데 이제는 보편적으로 보장되는 입원비마저 모든 환자에서 올리려 한다"고 지적했다. 또 이번 개정안은 불필요한 장기입원 문제의 책임을 환자들에게 떠넘기려고 하는 것일뿐더러, 공공의료 확충과 병원 인력 개선 등의 근본적 대안 대신 환자들의 본인부담금을 높여 가난한 사람의 의료이용만을 막는 얼토당토않은 방법이라는 것이 보건의료단체연합의 설명이다.

보건의료단체연합은 이 밖에도 이번 개정안을 시행하면 환자본인부담률이 높아져 가난한 사람들이 퇴원이 빨라지고 병원들의 병상가동률만 높아지는, ‘대형병원’만을 위한 정책이라고 주장했다. 그러면서 "이번 정책은 이런 시대의 당면과제에 완전 역행하는 민생과탄핵"이라 천명하며 "정부는 국민의료비부담 증대가 아니라 12조 건강보험 흑자를 당장 국민들의 의료비 경감을 위해 사용해야 한다. 입원 법정본인부담금 증가정책은 즉시 철회되어야 한다"고 밝혔다.

○ 효율성 없고 환자 부담만 늘리던 ‘선택진료’…2017년 폐지 올해부터 선택의사 지정 비율, 병원별로 기존 80%→30%로 축소 (2. 12)

‘특진’이라 불리며, 질 높은 의료 서비스 대신 높은 비용만 부담하게 한다는 비판이 컸던 ‘선택진료’가 대폭 축소·폐지된다. 11일 보건복지부(이하 복지부)는 전액 환자부담인 선택진료비를 2017년까지 단계적으로 축소, 폐지하고 모두 건강보험을 적용하기로 했다고 밝혔다.

현재 병원은 의사의 80%까지를 선택진료 의사로 지정할 수 있는 상황이다. 즉 병원내 전문의 대부분을 해당 의사로 지정할 수 있어 환자의 비용 부담이 컸다. 하지만 복지부는 2017년부터 환자가 비용의 50%를 부담하는 조건으로 선택진료비에 건강보험을 적용하기로 했다. 또한 올해부터 2016년까지는 선택의사 지정 비율을 병원별로 기존 80%에서 진료과목별 30%로 대폭 줄일 예정이다. 앞서 복지부는 지난해 선택진료 비용을 진료항목별로 기존 20~100%에서 15~50%로 줄이는 방식으로 평균 35% 축소한 바 있다.

선택진료제는 전 세계에서 우리나라가 유일하다. 진찰뿐 아니라, 입원, 검사, 마취, 방사선치료, 정신 요법, 처치수술, 한방의 부황이나 침 등 총 8가지 항목에서 선택진료 의사에게 의료 서비스를 받으면 환자가 선택진료비를 부담해야 한다.

실제로 지난해 8월 선택진료비 축소 이후 암환자 등이 부담해야 할 의료비가 줄어든 것으로 나타났다. 복지부는 국립암센터 진료 환자의 의료비 분석 결과 실제 체감할만한 환자 부담 의료비 감소 효과가 있는 것으로 파악했다...

○ ‘사회보장급여법’으로 유명무실해진 ‘사회복지사업법’ 그대로 둘 것인가? 국가의 관리, 감독 등에만 치우친 법으로 전락 (2. 12)

지난해 12월 9일 정기국회에서 일명 ‘송과 세모녀법’으로 불린 국민기초생활보장법 개정안과 더불어 긴급복지지원법 개정안 등이 통과되면서 사회복지사업법의 전면적 개정을 이뤄 질 것으로 보인다. 이에 따라 사회복지사업법에서 몇 개의 조항이 빠져나가거나 국가의 민간에 대한 편리한 지도, 감독을 하기 위한 관리 조항들로 채워진다는 지적이 있다.

현재 우리나라는 5대 사회보험과 공공부조 그리고 사회서비스제도를 기본으로 사회보장체계를 갖추고 있다. 이 중 사회복지사업법은 개별 복지법령의 근간을 이루는 법률로서 사회복지의 헌법과도 같은 지위를 갖는 법률이다.

하지만 '사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률'(이하 사회보장급여법)의 제정으로 기존 사회복지사업법의 일부 내용이 사회보장급여법에 흡수됨에 따라 복지부는 사회복지사업법의 개정을 추진했다. '사회보장급여법' 제정으로 '사회복지사업법'상 공공사회복지전달체계에 관한 사항은 '사회보장급여법'으로 이관되고 '사회복지사업법'에는 사회복지법인, 사회복지시설 등 민간사회복지전달체계에 관련된 내용만 남았다.

이로 인해 사회복지사업법은 사회복지서비스를 제공하는 민간 법인, 시설에 대한 관리·감독을 주된 기능으로 하는 내용만 남게 돼 결국 사회복지법인과 사회복지시설에 대한 관리, 감독 위주의 수준으로 낮아졌다.

사회복지급여법을 개정하면서 복지부는 “사회복지 전달체계의 미비점 보완하고 사회 서비스에 부합하는 복지급여 제공하며 종합정보체계의 원활한 운영을 통한 지역사회단위의 종합 맞춤형 서비스 제공한다”고 제정 취지를 전했다. 하지만 이로 인한 한계점도 분명하게 나타난 것이다.

서울대 최성재 명예교수는 “사회보장 급여 전반에 관한 내용을 담고 있지 못하며 전달체계도 공공기관 전달체계에 한정돼 있다”고 설명했다.

사회보장급여이용 법률 제정과 관련해 현재 우리나라 사회복지사업법, 사회보장기본법, 등의 사회복지 관련 법안들은 체계적인 논의나 검토가 많이 부족한 상태에서 임기응변식으로 제정되는 경우가 다반사라고 지적했다. 한국노인종합복지관협회 이호경 회장은 “복지부는 현재 사회복지사업법을 헌법에 근거한 복지증진이라는 보다 큰 목적보다는 관리, 감독을 주된 기능으로 인식하는 매우 소극적 견해를 유지하려는 입장이다. 그러나 이는 복지국가를 지향하고 있는 우리 미래사회를 생각할 때 건강하지 못한 사고이다”고 말했다. 그는 이어 “개정되는 법안은 관리, 감독 기능보다는 민간사회복지를 증진시키고 발전·협력하는 제도가 우선 되어야 하며 법체계의 문제와는 별도로 사회복지사업법 상의 사회복지서비스 개별법에 대한 재정비 전제의 합의가 필요하다”고 덧붙였다.

아울러 한국사회복지시설단체협의회(이하 복지시설단체협)은 시대적 복지욕구를 반영하는 미래지향적 법안으로 추진돼야 한다는 입장을 전했다. 복지시설단체협은 “사회복지사업법 개정 작업은 시간이 없다거나 급하다고 해서 졸속으로 추진되거나 또는 임시방편으로 개정을 추진하면 안 되고 사회복지법인과 민간시설의 활성화를 위한 유기적인 민관협력 체계로 개정 돼야 한다”고 전했다. 이어 “현재 법에서 보장하고 있는 시설이나 서비스의 내용을 축소하거나 왜곡하는 일이 없어야 하며 기존 법안을 보강하거나 확충하되 시대적 복지욕구를 반영하는 미래지향적 법안으로 추진돼야 한다. 또한 이번 법 개정은 사회복지에 대한 국가의 책무와 민간의 역할을 명확히 하고, 민간영역의 전문성 강화를 지향하는 차원에서 추진이 돼야 한다”고 덧붙였다.

구체적으로 ▲지역사회 복지자원 발굴 및 연계 ▲사례관리 ▲보건·복지·고용 등을 연결한 통합서비스 제공 ▲지역사회 단위의 마을·복지·행정 조직 간의 네트워크 활성화 ▲사회복지 인력에 대한 자격과 안전·인권·처우개선 등 다양한 민간복지 영역의 과제들을 담아내야 한다는 것이다.

이와 같은 지적에 복지부도 사회복지사업법 보완에 착수하는 등 빠르게 대응하고 있다. 복지부는 “사회복지 현장 근무자 및 사회복지 법령 전문가 의견 수렴을 위해 전면 개정 계획을 세우고 이와 관련된 연구용역을 실시하고 있다”고 설명했다.

2. 보건의료산업/기술

○ 제2호 글로벌 제약육성펀드 1,350억 규모로 출범 2일 행사 개최...3~4개 제약사에 600억대 투자 예정 (2. 2)

지난 2013년 1000억원 규모의 제약펀드에 이어 제약산업의 글로벌 진출 및 경쟁력 강화에 특화 지원하는 「제2호 글로벌 제약산업 육성펀드」가 공식 출범했다. 보건복지부(장관 문형표)는 작년 12월 23일 설립 총회를 통해 총 1350억원 규모로 조성된 「제2호 글로벌 제약산업 육성펀드(이하 제2호 제약펀드)」가 1월 30일 금감원의 정식 등록을 마치고 2월 2일 공식 출범한다고 밝혔다...

○ 부산-대구, 지자체 최초 광역권 의료관광 클러스터 구축 장기 체류형 의료관광 상품 개발 모색 (2. 6)

전국 지자체 최초로 부산과 대구가 손을 맞잡고 광역권 의료관광 클러스터를 구축한다. 부산시는 6일 시청 7층 국제의전실에서 대구시 및 한국관광공사와 전국 지자체 최초 '광역권 의료관광 클러스터 구축'을 위한 의료관광 상호 협력 MOU를 체결한다.

부산의 4700여 개의 의료기관, 해운대 등 '해양관광자원, 백화점 등의 쇼핑 인프라 등 의료관광 장점'에 대구의 '모발이식 및 한방산업 분야 등'과 한국관광공사의 '글로벌 마케팅 능력'을 연계한다는 계획이다. 이를 통해 장기 체류형 의료관광 상품을 개발하고 해외 의료관광 관계자 초청 팸투어, 해외 설명회 등 해외프로모션을 공동으로 실시하게 된다.

의료관광산업 분야의 수도권 편중현상은 매우 심각한 수준. 실제로 한국보건산업진흥원이 발표한 2013년 전국 해외환자 유치 통계를 보면 서울, 경기, 인천 등 수도권 비율이 약 80%로 집중돼 있다. 따라서 수도권과의 격차를 줄이기 위해서는 지자체간의 장점을 서로 연계해 경쟁력을 높이는 광역권 연계가 필요한 시점라는 것이 부산시의 설명이다...

3. 제약업계

○ 리베이트 약제, 약가인하→급여제한 처분 강화 동일 약제 위반행위 두가지 이상인 경우, 정지기간 합산해 처분 (1. 31)

리베이트 약제가 약가인하에서 급여제한으로 처분이 강화된다. 보건복지부는 최근 이 같은 내용을 골자로 한 '리베이트 약제 요양급여 적용 정지·제외 및 과징금 부과' 세부운영지침을 고시했다.

복지부에 따르면 지난해 7월2일 국민건강보험법이 개정·시행된 이후 리베이트로 적발된 약제는 요양급여가 제한된다. 시행령에 따라 행위 주체는 ▲품목허가를 받은 자 ▲수입자 ▲의약품 도매상이다. 만약 급여적용이 정지됐던 약제가 또 다시 정지대상이 된 경우에는 총 정지 기간, 위반 정도 등을 고려해 요양급여에서 제외된다.

또한 가중 처분된 약제의 정지기간이 12개월을 초과하거나 5년 이내에 다시 정지대상이 된 경우에 요양급여에서 제외된다. 요양급여의 적용을 정지하거나 제외하는 경우 국민 건강에 심각한 위협을 초래할 것이 예상되는 경우, 이에 대해 과징금을 부과한다. 동일한 약제에 대한 위반행위가 둘 이상인 경우 각각의 위반행위에 대한 처분 기준에 따른 정지기간을 합산해 처분한다. 이 경우 정지기간을 합한 기간이 12개월을 초과하는 경우 약제의 요양급여 적용 제외 처분한다. '동일한 약제에 대한 위반행위가 둘 이상인 경우'란 요양급여 적용정지 등의 처분발령일(처분 공문시행일) 전에 반복해 같은 사항을 위반한 경우에 적용한다. 또한 '각각의 위반행위에 대한 처분 기준'은 각각의 위반행위에서의 부당금액에 대한 1차 위반기준에 따른 정지 기간을 각각 산출해 해당 정지기간을 합산한다. 만약 정지기간을 합한 기간이 12개월을 초과하는 경우, 1차 처분은 12개월의 요양 급여 적용정지 처분, 2차 이상의 처분시 요양급여 적용 제외 처분을 한다.

○ CSO·선지급 등 리베이트 집중 감시 제약 CP 관리자모임, 상시 모니터링 등 필요성 제기 (2. 2)

제약업계가 자체적으로 불법 CSO 동원, 금품 선지급, 무분별한 법인카드 사용 등 주요 리베이트 제공 행위를 집중 감시한다는 방침아래 본격적인 논의에 들어갔다. 제약업계 스스로 준법영업 시대 밑거름을 마련하겠다는 의지로, 리베이트 투아웃제 시행 이후 업계 전반에 자율공정경쟁규약이 자리잡기 시작한

것과 함께 자정노력이 보다 구체화되고 있는 것. ...

○ 의약품-허가특허 연계제도 사건 우선 심판 적용 특허심판원 “6개월내 심판, 공방횟수 제한 ... 제약사 철저히 준비해야” (2. 10)

오는 3월15일 의약품 허가특허연계제도가 시행되는 가운데, 제약사들이 오리지널 제약사를 상대로 심판을 청구하는 경우, 일반 심판 기간보다 짧은 시간 내에 심결을 받을 수 있을 전망이다. 다만, 공방 횟수가 제한되기 때문에 심판을 준비하는 제약사들의 철저한 준비가 필요할 것으로 보인다.

특허심판원은 10일 의약품 허가특허연계제도 관련 사건을 우선심판 대상에 포함한다고 밝혔다. 특허심판원에 따르면, 심판은 심리가 성숙된 청구 순으로 처리하는 것이 원칙이지만 긴급히 처리해야 할 필요가 있다고 인정되는 경우에는 다른 사건에 우선해 심판할 수 있다. 우선심판의 경우 일반적인 심판에 비해 심판 기간도 어느 정도 단축된다.

현재 일반적인 당사자계 심판은 심결까지 약 7개월의 기간이 소요된다. 특허청은 올해부터 이 기간을 6개월로 단축할 방침이다. 따라서, 우선심판 대상이 되는 허가특허연계 제도 관련 심판의 경우 처리기간이 6개월 보다 짧아질 전망이다.

우선심판보다 빨리 진행되는 ‘신속심판 제도’도 존재하지만, 특허권자 등의 보호를 위해 적용하지 않았다는 것이 특허심판원의 설명이다. 신속심판의 경우, 심판청구일부터 4개월 안에 심판처리가 가능하다. 특허심판원 관계자는 "심판이 너무 빨리 진행될 경우 무효를 청구하는 쪽이 아닌 특허권자의 불만이 많다"며 "특허권자가 답변서를 준비하기 어렵기 때문에 신속심사는 적용하지 않기로 했다"고 말했다. 우선심판은 심판의 청구인과 피청구인 사이의 공방 횟수도 제한된다. 일반 심판은 당사자 사이의 공방이 지속돼도 큰 제한을 두지 않는 반면, 우선심판의 경우 공방 횟수가 약 2회로 제한되는 것.

특허심판원 관계자는 "우선심판이 적용되면 공방 횟수가 제한되기 때문에 상대적으로 적은 공방 서류 및 구술심리를 근거로 단기간에 결론을 지어야 하는 심판관 입장에서 큰 부담이 된다"며 "우선심판을 진행하는 제약사들은 공방 기회가 적은 만큼 철저한 준비가 필요하다"고 말했다.

○ 허가특허연계 독점판매제 도입, 결국 보류 9개월 잠정 합의 이뤘으나 결국 재논의키로 ... 24일 재논의 유력 (2. 11)

허가특허연계제도에 따른 우선품목허가제의 독점판매 보장제 도입이 불투명해졌다. 다만, 찬반 양쪽의 의견이 어느 정도 합의가 이뤄진 만큼 조만간 다시 소위원회가 열려 합의를 이끌어낼 가능성도 배제할 수 없는 상황이다.

국회 보건복지위원회는 11일 법안심사소위원회를 열고 식품의약품안전처와 새정치민주연합 김용익 의원이 각각 발의한 약사법 개정안을 병합심사했다. 이날 법안소위는 남희섭 변리사 등 전문가들을 통한 약식 공청회를 여는 등 심도 깊은 논의를 진행했다. 가장 쟁점이었던 독점판매 보장 기간은 개정안은 당초 식약처가 12개월, 김용익 의원은 금지 및 대안을 제시했으나, 결과적으로 김용익 의원이 먼저 9개월을 제안함으로써 무난하게 잠정 합의를 마쳤다.

또 다른 쟁점이었던 생물의약품의 포함 여부, 즉 바이오시밀러에 대한 독점판매권 인정 역시 김용익 의원이 "산업통상부장관이 포함시키는 것이 타당하다는 의견을 보내 왔다"며 정부안대로 통과시키는 것이 좋겠다고 한발 물러서면서 역시 통과가 유력해졌다. 다만, 같은 당 남인순 의원이 미국에서 바이오시밀러의 독점판매권을 인정하지 않는다는 사실을 상기시켜 논의 여지를 남겼다.

하지만 이날 결국 여야간의 합의가 이뤄지지 않아 독점판매권의 도입 여부는 추후 논의하는 것으로 결론지어졌다. 무엇보다 식약처가 독점권 보장 기간으로 할지에 대한 시뮬레이션 결과가 없었던 것이 이유였다는 후문이다.

한편, 복지위는 다시 한번 법안심사소위원회를 열고 도입 여부를 결정지을 예정이다. 소위 개최일은 설이 지난 24일이 유력하다.

허가특허연계제도란? = 말 그대로 의약품의 허가와 특허를 연계시키는 제도로 원래 미국이 갖고 있는 법제도다. 한미FTA가 시행되면서 국내에서도 오는 3월15일 전면 실시될 예정이다. 이 법에 따르면 식약

처에 특허가 끝나지 않은 의약품의 제네릭(복제약)이 허가 신청을 하면 오리지널 의약품에 대한 권리를 갖고 있는 제약사에 알려주도록 하고 있다. 그리고 특허를 가진 제약사는 제네릭 제약사가 특허를 침해한 것으로 판단하면 식약처에 해당 제네릭의 판매 허가 제한을 요청할 수 있다. 이 법의 부가 내용 중 하나가 바로 이번 법안심사소위에서 논의된 독점판매권 보장이다. 독점판매권은 오리지널이 갖고 있는 특허에 도전, 특허 회피에 성공한 제약사에 제네릭 생산 독점권을 보장해 주는 제도다. 미국은 독점 판매권을 6개월 동안 보장해 주고 있는 것으로 알려졌다.

원래 이 안은 한미FTA에 포함된 내용은 아니지만 식약처 및 대형 제약사들을 중심으로 국내 제약사의 특허 도전을 장려하기 위해 국내에서도 도입해야 한다는 주장들이 있어 왔다. 다만, 독점판매권이 특허 회피에 도전할 수 있는 능력이 있는 대형 제약사에 특권을 주는 것 아니냐며 반대하는 여론이 김용익 의원 및 중소제약사들 중심으로 형성돼 있었다. 특히 기존에 미국과 FTA를 체결한 나라들이 독점판매권까지 도입한 전례가 없다는 이유로 반대 목소리가 높았다.

○ 제네릭독점권 등 약사법개정(안) 보류 우선판매제한 9개월·복합제 인정여부 검토 등 (2. 12)

의약품 허가특허연계와 관련, 우선판매품목허가제도 도입 등이 포함된 약사법 개정안 국회 논의가 오는 24일로 미뤄졌다. 우선판매품목허가에 따른 판매제한 기간이 9개월로 합의·제안 됐으며, 복합제 인정 여부는 앞으로 추가 검토기로 했다.

국회 보건복지위원회는 지난 11일 본관 소회의실 654호에서 법안심사소위원회를 열고 허가특허연계제도 관련 식약처 약사법 개정안과 김용익 의원 개정안을 병합 심사했다.

우선 우선판매품목허가제도(제네릭 독점권) 도입시 판매제한 기간은 9개월로 의원 간 합의가 이뤄졌다. 당초 식약처에서 발의한 개정안에서는 그 기간을 12개월로, 김용익 의원의 개정안은 도입 금지로 법안이 상충하는 상황이었다. 법안소위가 주관한 공청회에서 의원들은 제네릭 독점권을 허용하면서 그 기간을 6개월로 제안했다. 식약처는 제네릭 시장침투율을 감안해 10개월 정도가 필요하다는 입장을 밝혔다. 논의 끝에 김용익 의원이 독점판매권 기간을 9개월로 합의하자고 제안하면서 오전 소위가 마무리됐다.

두번째로 복합제 범위에 관한 사항이 논의됐다. 당초 독점판매권에 대한 약제 범위 중 복합제에 대한 부분이 별도로 제한돼 있지 않은 상황이다. 오리지널에 대한 단일제 제네릭은 독점권을 인정하되, 복합제까지 인정하는 것은 너무 포괄적이라는 지적이 나왔다. 김 의원은 "우선판매권(독점판매권) 약제 범위 중 복합제에 대해서는 식약처와 재검토를 해보기로 할 것"이라고 말했다.

마지막으로 개정안에 포함된 대상을 합리적으로 조율해야 한다는 의견이 제시됐다. 현재 김용익 의원안에서 신설된 제89조의3(손해배상책임)에서 적용된 주체가 '특허권 등재자' 또는 '등재특허권자' 두가지로 표기 돼 있다.

김 의원은 "손해보상문제는 판매제한 기간 중에 발생하는 손해라는 점을 명시하고, 그부분에 대해 오리지널사는 제외하고 경쟁 특허권자로 한정을 하는지 건보법에 상응하는 법안을 만들어서 의원들과 협의토록 하겠다"고 밝혔다.

보건복지위는 해당 사안들을 수정해 오는 24일 오전 법안소위를 열고 재논의를 진행기로 결정했다.

4. 의업단체

○ “한의사 엑스레이 사용, 법 개정 없이 가능하다” 한의협, 5개 로펌 법률자문 결과 공개 (2. 2)

○ 건세 “정부 건보로 개편 방향, 결국 체납자 양산” “부담 능력 없는 이들 건보 가입자 포함시키는 것 문제” (2. 2)

정부의 '연소득 500만원 이하 건강보험료 부담 경감책'이 '건강보험 체납세대를 또 다시 양산하는 조치'라는 주장이 나왔다. 건강세상네트워크(건세)는 2일, 성명서를 통해 “정부나 건강보험공단은 소득중심 부

과체계 개편의 개혁성을 강조해 왔다. 그러나, 이 같은 조치는 오히려 건강보험 체납세대를 또 다시 양산하는 조치일 뿐 개혁방향이라고 볼 수 없다"고 주장했다.

또 "전 재산인 현금 70만원을 집세와 공과금으로 남겨놓고 극단적인 선택을 할 수 밖에 없었던 '송파세 모녀'의 현실에서 말해 주듯이, 기본적으로 연소득 500만원 이하인 세대는 보험료를 낼 수 없는 무소득 세대가 주를 이루고 있다"며 "부담 능력이 없는 사람들을 건강보험 가입자에 포함시키는 것이 문제"라고 지적했다.

건세측에 따르면 건강보험 지역가입자 전체 790만 세대 중 소득이 없는 세대는 430만 세대에 이른다(2012년 1월 기준). 약 과반수가 보험료 지불 능력이 없는 세대다. 여기에는 정부가 지역가입자에게 부과하겠다는 정액보험료 1만6000원도 부과하기 어려운 보험료 1만5000원미만 세대가 약 12%를 차지하며, 6개월 이상 장기 보험료 체납자도 지역가입자 중에 10%에 이른다.

건세 관계자는 "공공부조의 영역에서 의료보장을 담보하는 것이 국가의 역할인데 이를 방치한 책임을 여전히 묵과하고 있다. 전체 인구 중 저소득층은 10%를 초과하는데 의료급여 수급권자는 매년 줄어 현재 약 2%에 불과하다는 것을 간과해서는 안 된다"며 "건강보험 부과체계개편 논란 이면에 숨어있는 정부의 꼼수에 더 이상 농락당해서는 안된다"고 말했다.

○ '한의사 현대의료기기' 문제점 토론회 연다 5일 의협회관, 국민건강 위협성-의료체계 혼란 지적 (2. 3)

한의사의 의료기기 사용을 놓고 의료계와 한의계가 갈등을 빚고 있는 가운데 의료계가 한의사의 현대 의료기기 사용이 국민 건강에 미칠 위험을 지적하는 토론회를 연다...

○ 약사회, 보험사에 환자 개인정보 요구 자제 촉구 약국에 환자 개인정보 요청 사례 급증에 따른 조치 (2. 3)

대한약사회(회장 조찬휘)는 지난 1월 29일 손해보험사와 생명보험사 48개 업체(이하 보험사)를 대상으로 실손보험 관련 약국에 환자의 질병정보, 조제내역 등 개인정보 요구 자제를 촉구하는 협조 공문을 발송했다고 밝혔다.

최근 실손보험 가입자 증가로 보험사에서 환자의 질병정보와 조제내역을 확인하기 위해 약국에 환자의 개인정보를 요청하는 사례가 급증하고 있는데 따른 조치이다. 약사회는 보험사가 요구하는 환자의 질병정보, 조제내역 등은 개인정보로써 환자의 동의 없이 제3자에게 제공할 수 없으며, 이를 위반하는 경우 개인정보를 제공한 약국 뿐만 아니라 제공받은 자 또한 처벌을 받게 된다는 점을 분명히 했다...

○ "약가규제 완화, 국민에게 부담 전가" 보건의료단체연합 "약가제도 개정안, 제약사 퍼주기 정책" (2. 3)

건강권 실현을 위한 보건의료단체연합은 3일 '제약회사를 위한 박근혜 정부의 약값 규제완화 규탄 기자회견'을 개최하고 "제약회사에 건강보험료를 퍼주는 약값인상 특혜정책을 철회하라"고 목소리를 높였다.

단체는 이날 오전 서울 카톨릭대학교 의과대학 정문 앞에서 "약값 규제 완화는 신약의 약값 상승으로 이어지고, 결국 국민들과 환자들에게 또 다른 부담을 전가시켜 제약사들을 배불릴 것"이라며 이같이 요구했다. 이어 "정부는 지난해 12월 '제약산업 육성 5개년 계획 보완조치'라는 이름으로 제약사들의 입맛에 맞춘 온갖 정책들을 발표했다"며 "입법예고된 약가제도 개정안은 약값을 결정하는 기본 원칙인 '경제성 평가'와 공단의 '약가협상'에 온갖 예외를 적용해 기존 원칙을 누더기로 전락시키고 있다"고 주장했다.

앞서 보건복지부는 지난해 12월 △신약 약가 기준을 '대체약제 가중평균가'에서 '비교약제 가격'으로 상향 △'대체약제 가중평균가의 90%'를 수용하는 신약은 협상 생략 △희귀질환치료제 경제성평가 특례 신설 △수출 신약 사용량약가연동제 유예 등의 내용을 담은 시행규칙과 고시 개정안 등을 입법예고했다. 단체는 이에 대해 "건강보험 재정에서 약값 비중이 30%에 달하고 약가 산정기준은 추후 등재될 신약뿐만 아니라 제네릭 의약품에도 영향을 미치게 되는 점을 감안하면 이번 개정안이 미칠 영향은 크다"면서

"그럼에도 복지부는 국민을 배제하고 제약사 의견만을 수렴해 입법예고하고 또다시 제약사만 초청해 설명회를 열었다"고 규탄했다.

회견에는 건강권 실현을 위한 보건의료단체연합 (건강사회를 위한 약사회, 건강사회를 위한 치과의사회, 노동건강연대, 인도주의 실천 의사협의회, 참의료실현 청년한의사회), 건강세상네트워크, 경제정의실천시민연합, 약계 현안을 고민하는 약계모임(건강사회를 위한 약사회, 늘봄약사회, 새물약사회, 약사의 미래를 준비하는 모임), 전국보건의료산업노동조합 등이 참여했다.

○ 의협 한특위 “한의사 엑스레이 사용 가능하다는 법률자문은 엉터리” 2011년 대법원 판결, 한의사는 X-선 사용 불가 (2. 4)

○ “현대의학과 닮은 한의학 대승적 접근해야” 의협 포럼 참석자들 “음양오행이 전부 아니야 ... 뿌리는 의학, 가지는 한의술” (2. 6)

대한의사협회가 최근 불거진 ‘한의사의 의료기기 사용 허용’ 논란과 관련, 5일 의협회관에서 개최한 포럼에 ‘의료계가 현대 한의사를 알고 새로운 방향의 접근을 해야 한다’는 주장이 나왔다. 의료계가 알고 있는 ‘음양오행’ 등의 원론적 접근이 아닌 ‘현대의학과 닮은 한의학’에 대승적 대처를 해야 한다는 것이다.

김민식 대한개원의협의회 의무이사는 "미세한 부분보다는 세부적인 부분을 봐야 한다"며 "한의사들이 왜 의사처럼 되고 싶어 하는지를 이해해야 한다"고 말했다. 김 이사는 "2002년 한의계에서 만든 ‘한의학 대사전’에서는 단순한 음양오행이나 태극 등이 아닌 현대과학과 의학적인 개념을 도입해 한의학을 정의하고 있다. 뿌리는 의학을 두되 가지는 한의술을 적용하겠다는 것이다. 이것이 현대 한의학자들의 생각"이라고 덧붙였다.

김 이사는 "한의사들이 원하는 한의학, 현재의 한의학을 이해하고 이 난국을 타개해야 한다"며 "의협과 한의협의 회원 참여율, 회비 수납율, 열성도를 비교해보자. 누가 더 한국 사회를 설득하는데 열심인지를 봐야 할 것"이라고 강조했다.

조병희 서울대 보건대학원 교수는 "한의사의 현대의료기기 사용만을 보는 것보다 ‘한의학적인 리딩(판독)’을 하고 있느냐를 따져야 한다"며 "단순히 원론적으로 안 된다는 것은 무리가 있다"고 말했다. 조 교수는 "다만 한의학적 시술이 아직 현대의학처럼 전문적이고 심오하지는 않다. 의사에 비하면 (치료행위의) 범위가 적은 것으로 보인다"며 "현대 한의학은 융합의학(Hybrid Medicine)의 개념이다. 20~30년 전에 비해 의학에 굉장히 가까워졌다. 지엽적 문제에 의료계가 흔들려서는 안 된다"고 덧붙였다.

남은경 경실련 사회정책팀장은 "이번 문제는 소매점에서의 상비약 판매 문제와 비슷하다"며 의료계의 주장이 국민들에게 어렵게 비춰질 수 있다는 점을 지적했다. ‘국민의 건강을 지킨다’는 명분에도 불구하고, 의료계가 제시하고 있는 주장은 국민의 피부에 닿기 어려워 한의계의 주장보다 설득력이 떨어져 보인다는 것이다.

그는 "현재 두 단체의 주장은 매우 극단적이고 일방적이다. 합리적인 의미를 파악하기 어려운 것"이라며 "이는 의료계를 불신하게 만드는 계기가 될 수 있다. 이제 의협이 생산적으로 논의를 발전시켜 국민들에게 어떤 주장을 해야 할지 고민해야 한다"고 강조했다.

○ 보건의료노조 “진주의료원 의료장비와 물품 공개매각 중단하라” “앞뒤 맞지 않는 ‘이울배반’이며 경남도민 속이는 ‘이중행동’” (2. 7)

보건의료노조가 경상남도의 진주의료원 의료장비와 물품 공개매각을 반대하고 나섰다. 전국보건의료산업노동조합(이하 보건의료노조)은 6일 성명서를 통해 이 같이 밝히며 진주의료원 폐업무효소송이 진행중인데 진주의료원 의료장비와 물품을 공개매각하는 것은 법적 판단과 지역주민의 민주적 의사결정을 무시하는 행정폭력이라고 주장했다.

보건의료노조에 따르면 지난 3일 경상남도는 진주의료원 의료장비와 물품을 공개매각하겠다는 공문을 경남 도내 병원급 의료기관에 보내 “진주의료원은 2013년 5월29일 폐업신고와 7월2일 해산 등기를 거쳐

9월25일 청산종결 등기가 완료됐다"며 일반 경쟁 입찰과 전자입찰을 통해 진주의료원 의료장비와 물품을 공개매각하겠다고 밝혔다. 이에 보건의료노조는 "홍준표 도지사가 앞에서는 대법원의 판결에 따라 진주의료원 재개원 주민투표 청구인 대표자 증명서를 교부해놓고 뒤에서는 진주의료원 의료장비와 물품을 팔아치우는 것은 앞뒤가 맞지 않는 이율배반이며 경남도민을 속이는 이중행동"이라고 지적했다.

아울러 "진주의료원의 의료장비와 물품은 홍준표 도지사에 의해 매각처분 돼서는 안되며 경남도민에게 양질의 공공의료서비스를 제공하는 데 사용돼야 한다. 홍준표 도지사는 진주의료원 의료장비와 물품 공개매각을 즉각 중단하라"고 촉구했다

○ 의협 "미검증 의료기기 사용으로 국민건강 위협" (2. 8)

대한의사협회(이하 의협)는 전국 300여 곳의 한의원과 일부 병원에서 사용 중인 'SCIO'(이하 스킨오)라는 의료기기가 실상은 미국 FDA에서 2009년부터 의료사기에 해당하는 기기로 '자동압류조치(DWPE)'하도록 공지가 된 제품이라는 일부 언론보도에 대해 충격적이라고 8일 밝혔다.

의협은 식약처에서는 스킨오를 '바이오피드백장치', 즉, 근육 이완이나, 재활 훈련, 긴장성 두통 조절 등에 사용되는 장치로 허가했지만, 수입업체와 이를 사용하는 의료인들은 '거의 모든 질병을 진단할 수 있다'고 홈페이지를 통해 주장하고 있다고 설명했다. 또 스킨오를 파동치료, 에너지의학, 양자의학이라는 이름으로 홍보하면서 이를 이용해 류마티스, 자폐는 물론이고 암의 진단과 치료도 가능하며, 상당수의 한의원과 일부 병의원은 이 제품을 성장클리닉, 류마티스 치료는 물론이고 암도 진단하고 치료할 수 있는 제품이라고 홍보하고 있다고 덧붙였다.

의협은 스킨오는 윌리엄 넬슨이 1989년에 개발한 바이오 피드백 장비로, 알리지부터 암에 이르기까지 모든 병을 고칠 수 있는 만병통치 장비로 과대광고를 해 1996년 사기혐의로 기소 당했을 뿐만 아니라, 2007년 미국 '시애틀 타임스'의 대대적 탐사보도 결과, 미국식약청에 의해서 이 장비는 판매가 중단됐다고 밝혔다. 이어 의협은 심지어 이 장비를 사용해 사망에 이른 피해자들이 여러명 발생할 정도로 미국 내에서도 큰 문제가 됐던 사이버 장비가 우리나라에 이미 300여대 이상 수입돼 환자들에게 사용되고 있다며 큰 우려를 표했다.

의협은 한의사들과 보완대체의학을 표방하는 일부 의사들이 현대과학을 가장한 사기 의료기기를 무분별하게 수입해 환자들에게 사용하면서 부당한 이익을 취하고 있다고 지적했다...

○ 선택분업 둘러싼 의약사 진흥당 서울시의사, 병원·약국 왕래 불편 등 흠집내기 (2. 9)

서울시의사회가 선택분업을 주장하는 신문광고를 또다시 게재하는 등 선택분업 여론몰이에 박차를 가하면서 일선 약사들의 우려가 쏟아지고 있다. 서울시의사회는 지난달 15일에 이어 지난 4일에도 '의약분업 15년! 혜택은 충분히 누렸습니까?'라는 제목으로 주요 일간지에 지면광고를 게재했다. 광고는 의약분업으로 인해 병원과 약국을 번갈아 오가야 하는 환자들의 불편사례를 소개하는 형식으로 설득력을 더했다. 또 '의약분업 이후 15년 동안 약국관리료, 조제기본료, 복약지도료, 조제료, 의약품 관리료란 다섯 가지 명목으로 약값을 빼고 약국에 지불한 돈이 무려 30조 원이다. 국민 10명 중 7명이 선택분업을 원하고 있다'는 내용을 담고 있다.

이에 서울시약사회도 잇따라 성명서를 발표하면서 강력 반발하고 나섰다. 서울시약은 서울시의사회가 일간지에 지면광고를 낸 지난 4일 당일 성명서를 통해 "선택분업 신문광고가 몰염치하고 안하무인식 선거몰이용 작태"라며 임수흠 서울시의사회장 자질 부족 지적과 함께 선택분업 주장에 대한 강력 대응을 경고했다.

그러나 이미 서울시의사회장은 선택분업TFT를 구성하고 개인 페이스북에 '임수흠의 세 번째 약속, 의약분업 재평가! 선택분업 쟁취 투쟁!'을 제목으로 글을 게시하는 등 선택분업 쟁취를 위한 본격적인 활동에 나섰다. 차기 의협회장 선거 공약으로 내세우기도 했다.

이에 일선 약사들은 서울시의사회장 움직임이 대한의사회회장을 노린 선거 공약이라는 점에 불편한 심기를 드러냈다. 경기지역 한 약사는 "선택분업은 약사사회 근간을 뒤흔드는 중대한 문제임에도 약사회는 적극적인 대응을 하지 않고 있다"며 "단순 성명서만 발표하는 소극적인 자세에서 벗어나 행동을 취

해야 할 때"라고 말했다. 이 약사는 "만일 서울시의사협회장이 대한의사협회장으로 당선될 경우 선택분업 추진에 더욱 박차를 가할 것"이라며 "사태가 더 커지기 전에 싹을 잘라야 한다"고 목소리를 높였다.

이에 대해 약사회는 서울시사회장의 선택분업 주장은 단순 선거용 발언으로 대응할 가치가 없다는 입장을 고수하고 있다. 약사회 관계자는 "의사단체가 매 선거 때마다 선택분업을 공약으로 내걸고 있지만 이는 단순 선거용일 뿐"이라며 "정부가 건강보험재정 절감을 위해 대체조제를 활성화 하려는 시점에 이를 벗어나는 선택분업을 고려할 리는 절대 없다"고 회원들에 안심할 것을 당부했다.

○ 서울시의사회 '진료 피해사례 수집' 규탄 한방 과학화 이루려면 한의사가 이성적 주문 (2. 10)

의료계는 최근 한의계가 의사의 의료행위로 인한 국민건강 피해사례나 자료를 수집하겠다고 선언한데 대해 실소를 금할수 없다며 규탄하고 나섰다.

앞서 한의사협회는 현대의료기기 사용과 관련 의학계에서 근거없이 한의사 및 한의학에 대한 폄훼와 무조건적인 반대만을 얘기하고 있는 것에 대응하기 위해 의사의 진료로 인한 피해사례 등을 수집하겠다고 밝혔다.

서울시의사회(회장 임수흡)는 10일 성명서에서 참으로 실소를 금하지 않을 수 없다며 한의사들이 불법 시술을 하기위해 의사의 의료행위 결과를 검토한다는 것이 도무지 앞뒤가 맞지 않다고 비판했다. 서울시의사회는 의사들로 인한 국민건강 피해사례가 이렇게나 많으니 한의사들도 현대의료기기 좀 써서 국민피해를 줘도 괜찮지 않느냐는 얘기를 하고 싶다는 것인가? 안타까운 인식 수준이라고 지적했다.의사회는 지금이라도 한의사들이 이성을 되찾기를 바라며, 한방의 과학화를 이루자면 한의사들 스스로 이성적이 되어야 하는 게 먼저일 것이라고 주장했다.

의사회는 몇 년 전 구당 김남수 사태 때 '무면허 진료행위는 반드시 사라져야 한다'고 한의사협회에서 밝혔던 발언을 상기하라고 밝혔다.

○ 보건의료노조 "공공병원, 법적 인력기준조차 못 지켜" "정부의 총정원제·총액인건비 규제... '비정규직 둘러막기' 횡행" (2. 11)

우리나라 공공의료를 책임지고 있는 공공병원들이 법적 인력기준조차 지키지 못하고 있다는 주장이 제기됐다. 전국보건의료산업노동조합(이하 보건의료노조)은 11일 성명서를 통해 이 같이 밝히며 보건의료 인력은 환자의 안전과 생명을 직접적으로 다루는 업무에 종사하는 만큼 환자안전과 의료서비스 질을 담보하기 위한 최소한의 인력기준을 법적으로 정하고 있으나 다수의 공공병원들이 인력기준조차 준수하지 못하고 있다고 주장했다.

의료법상 간호사 정원은 연평균 1일 입원환자 2.5명당 1명의 간호사를 두도록 돼있다. 간호등급제에 따르면 병원(상급종합병원, 종합병원, 병원)의 경우 최소 3등급(환자대 간호사 2.5:1~3:1) 이상이 돼야 법적 기준을 충족할 수 있다. 그러나 보훈병원의 경우 보훈중앙병원을 제외한 ▲부산보훈병원 ▲광주보훈병원 ▲대구보훈병원 ▲대전보훈병원 등은 4등급이고 근로복지공단 산하 산재병원들도 4~6등급이며 지방의료원의 경우 마산의료원(4등급)과 ▲대구의료원(4등급) ▲삼척의료원(6등급) ▲순천의료원(7등급) 등 대부분 4~7등급 수준에 머무르고 있다. 적십자병원도 3~5등급 수준이고 원자력의학원은 2등급을 유지하고 있지만 최근 인력 감축 구조조정을 추진하면서 간호등급이 법적 기준 이하로 하락할 우려가 크다. 이처럼 국립중앙의료원(3등급)과 ▲서울대병원(1등급) ▲서울대치과병원(1등급) ▲국립대병원(2~3등급) ▲건강보허공단 일산병원(2등급) 등을 제외한 대부분의 공공병원들이 법정 기준 이하의 간호인력으로 가동되고 있다.

보건의료노조 측은 양질의 공공의료서비스를 제공해야 할 공공병원이 법적 기준에도 못 미치는 인력으로 운영되고 있는 것은 정부가 총정원제나 총액인건비를 통해 공공병원의 인력을 통제하고 있기 때문이라고 지적했다. 인력확충의 필요성과 간호등급 상향에 대해서는 공공병원 경영진에서조차 공감하고 있으나 총정원제와 인건비 규제로 인해 실질적 확보가 어려운 실정이다. 이에 따라 공공병원에서는 정원 기준을 넘는 필요인력을 확보하기 위해 상시지속업무임에도 불구하고 비정규직 사용을 통해 인력부족 문제를 해결하고 있는 상황이라는 것.

보건의료노조는 “보훈병원의 경우 지난해 6월 총정원은 3181명임에도 불구하고 정규직은 3131명에 불과했다. 보훈병원은 정규직 인력부족을 해결하는 대신 비정규직(직접고용 비정규직 741명, 간접고용 비정규직 496명)을 사용하고 있다”고 밝혔다. 정규직 업무에 비정규직을 편법으로 사용하고 있다는 것. 아울러 “총정원제와 총액인건비 통제로 인해 비정규직을 무기계약직으로 전환하라는 정부지침조차도 제대로 지켜지지 않고 있는 게 현실”이라며 “부산대병원의 경우 2014년 10월 방만경영 정상화와 함께 무기계약직 151명에 대한 호봉상승을 인정하기로 합의했으나 이로 인한 인건비 상승을 이유로 상시지속적 업무를 수행하고 있는 단기계약직 254명을 전원 계약해지하고 새로운 계약직을 사용하려하고 있다”고 말했다.

이어 “총정원제와 총액인건비 통제로 상시지속적 업무를 하는 비정규직을 정규직으로 전환하지 않고 무기계약직 전환지침마저 어긴 채 계약직을 해고하고 그 자리에 다시 계약직을 채용하는 이른바 ‘비정규직 돌려막기’가 횡행하고 있다”고 주장했다.

또한 “공공병원의 경우 여성이 많은 만큼 육아휴직과 출산 등으로 상시적인 휴직이 발생하고 있으나 총정원제와 총액인건비 통제로 묶여 상시적인 휴직인력을 정원에 산정하지 못하고 있다. 상시적 결원인력을 정원기준에 반영하지 않고 기간제나 계약직, 단시간 근로인력으로 충원하고 있어 비정규직 양산의 주요요인이 되고 있다”고 밝혔다.

5. 질병/기타

○ 에볼라 대응 ‘해외긴급구호 의료대’ 3진 파견 오는 7일 출국해 4주간 의료활동 진행 (2. 2)

에볼라 대응과 관련해 세번째 ‘해외긴급구호 의료대’가 파견된다. 보건복지부(이하 복지부)는 에볼라 대응 긴급구호대 의료대 3진이 오는 7일 출국해 영국에서의 훈련 및 시에라리온 현지 훈련 이수 후 23일부터 4주간 의료활동을 진행한다고 2일 밝혔다.

긴급구호대 3진은 1, 2진과 달리 의사 2명, 간호사 3명 총 5명으로 파견될 예정이며 이는 최근 시에라리온내 에볼라 감염자가 급감함에 따라, 우리 긴급구호대가 활동중인 에볼라 치료소의 운영주체인 이머전시축이 파견인원의 감축을 권고해 이뤄진 결정이다. 긴급구호대 3진의 인력구성은 정부관계부처 협의 결과 파견으로 인해 생업에 영향을 받는 민간인 대신 군 인력을 중심으로 파견키로 결정됐으며 3진은 2일부터 3일 간의 국내 훈련 이수 예정이다.

한편 긴급구호대 1진은 지난 1월 26일 귀국 후 별도의 장소에서 3주간 격리 관찰중에 있으며, 현재까지 특별한 에볼라 감염 증상 없이 모두 건강한 상황이고 2진은 1월 26일부터 2월 20일까지 현지 의료활동 후 오는 23일 귀국할 예정이다. 아울러 정부는 우리 긴급구호대가 파견된 가더리치 에볼라 치료소내 다국적 의료진의 활동을 지원하기 위해 긴급구호대 1, 2진의 건의를 수용하여, 국산 테블렛 PC 5대 및 전자청진기 2기를 이머전시축에 제공했다. 또한 긴급구호대 보건인력 활동을 지원하기 위한 정부관계부처 담당관으로 구성된 지원대도 현지에서 계속 활동중이며 보건인력 3진의 활동을 지원하기 위한 정부합동지원대는 2월 11일 시에리리온으로 출국할 예정이다.

복지부에 따르면 에볼라 대응 긴급구호대의 시에라리온 현지 활동은 3월 21일 종료되며 3진의 국내 격리 및 관찰이 완료되는 4월 12일에 우리 긴급구호대 활동 전체가 공식적으로 종결될 계획이다.

○ “에볼라 치료제 개발 더 이상 못해” 발병환자 감소로 임상시험 지원자 ‘뚝’ ... 치메릭스, 약물개발 중단 선언 (2. 3)

에볼라 바이러스 치료제 개발 계획이 차질을 빚고 있다. 환자 부족으로 임상시험 자체가 중단되는 등 위기를 맞고 있다. 미국 노스캐롤라이나주 더럼시에 있는 치메릭스사(社)는 자사가 개발한 에볼라 항바이러스제에 대한 라이베리아 몬로비아에서의 임상시험을 참여자 부족으로 중단하기로 했다고 선언했다.

치메릭스사의 개발 담당자인 미셸 버레이 박사는 지난 1일 뉴욕타임스(NYT)와의 인터뷰에서 "140명분

의 치료제를 라이베리아로 보냈으나 지난달 2일 치료제 시험이 시작된 이후 10명도 안되는 환자들이 임상시험에 참여했다"며 "결론을 내릴 정도의 충분한 환자가 없어 임상시험을 계속하기 어렵게 됐다"고 말했다. 이처럼 임상시험 참여자가 적은 것은 라이베리아, 기니, 시에라리온 등 서아프리카 지역에서 에볼라 감염자 수가 지속적으로 줄어들고 있기 때문이다. 세계보건기구(WHO)에 따르면, 에볼라 환자가 가장 많은 3개 국가에서 지난해 6월 이후 처음으로 1주일 신규 감염자 수가 100명 미만으로 떨어졌다. 특히 라이베리아의 경우, 지난달 25일로 끝나는 주에는 단지 4명의 환자만 추가로 발생했다.

보건전문가들은 에볼라 종식이라는 측면에서 환자수 감소는 반가운 일이라고 밝히고 있지만, 이참에 치료제를 개발하지 못할 경우, 차후 질병이 재발할 경우에 대비하지 못할 것을 우려하고 있다.

○ “의료전달체계변화 위해 ‘환자중심 의료연계체계’ 구축해야” 서울, 의원 간 경쟁도 가장 높아…의원당 잠재 수입 손실액도 가장 커 (2. 7)

현행 의료전달체계를 변화시키기 위해서는 ‘환자중심 의료연계체계’를 구축해야 한다는 주장이 나왔다. 한국보건사회연구원 강희정 연구위원은 대한의사협회 의료정책 연구소 ‘의료정책포럼’에 기고한 ‘환자중심 의료연계체계 구축’에서 이 같이 밝혔다.

국민건강보험공단의 연도별 진료비 지급통계에 따르면 2006년 2만5780개소였던 의과 의원은 2012년 2만 8033개소로 증가했다. 반면, 의원당 적용인구수는 감소했다. 특히 서울에 위치한 의원의 비중이 2006년 655개소에서 2012년 7427개소로 늘었지만 같은 기간 의원당 연간 적용 인구수는 1563명에서 1376명으로 감소했다. 또한 의원에 대한 진료비 총액이 2005년 5조9194억원에서 2012년 9조1854억원으로 55% 증가했지만 상급종합병원의 경우 1조2016억원에서 2조8893억원으로 140%나 올랐다. 같은 기간 외래 진료비 비중도 의원은 65.5%에서 56.7%로 감소한 반면 상급종합병원은 13.3%에서 17.8%로 증가했다.

강 연구위원은 “서울에 위치한 의원의 비중이 2006년 25.4%에서 2012년 26.5%로 증가하고 있고 지역별로 2005년 대비 2012년의 의원 수 증가비와 의원당 의료보장적용인구의 증가비 간에 격차가 가장 크다. 이는 서울에서 의원 간 경쟁도가 가장 높고 그로 인한 의원당 잠재 수입 손실액도 가장 크다는 것을 알 수 있다”고 말했다. 또한 “단계적 의료를 위한 종별의료기관 간 기능 미정립, 환자 당 서비스 량을 증가시켜야 진료수입을 보전하는 행위별 수가제, 민간 의료기관에 의존하는 수익성 중심의 의료자원 배치는 의료시스템을 경험하는 환자들에게 결과와 상관없이 불필요한 비용을 부담시키고, 의료제공자들로 하여금 필요 이상의 시설과 장비에 비용을 투자하게 한다”며 “시스템 총합에서 보면 서비스 량 중심의 경쟁은 국가적으로 의료에 대한 불필요한 지출만 증가시키는 ‘네거티브 씬 경쟁’이고 환자의 치료결과 또는 질의 향상에는 ‘관심을 갖지 않는 나쁜 경쟁’이다”라고 지적했다.

강 연구위원은 이어 “‘환자중심 의료연계’가 현행 의료전달 체계를 변화시키는 핵심적 방향이고 공동의 목표가 돼야 할 것”이라고 주장했다. 환자 중심 의료연계는 일차의료기관에서 외래 관리의 지속성을 증가시켜 불필요하거나 계획되지 않은 고비용 지출을 예방할 수 있으며 일차의료 기능 향상은 자연스럽게 단계적 진료환경을 조성함으로써 효율적이 의료전달체계 구축을 가능하게 할 것이라고 강 연구위원은 설명했다.

그는 “환자중심 의료연계 체계는 환자가 의료를 제공받는 장소에 관계없이 관련된 의료공급자로 하여금 이전에 환자가 경험한 서비스와 처방내역을 확인해 연속성을 갖도록 하며 필요시 적시에 다음 단계 의료로 연계해주는 조정자 역할을 하도록 장려하는 시스템 설계를 의미한다”고 덧붙였다.

○ 질병으로 인한 사회적 손실, 한해 120조7000억원 달해 4년간 24.2% 증가 (2. 9)

○ 보건의료연구원 ‘제한적 의료기술평가제도 설명회’ 개최 (2. 9)

○ 심평원, 노사갈등 해결 투쟁 ‘종료’ 채용공고 전년도와 동일…2016년 이후 추진 검토 (2. 10)

기존 직원과 신규 채용 직원간 형평성 논란이 있었던 심평원이 전년도와 동일한 채용방식으로 급선회, 노사 갈등을 해결했다. 건강보험심사평가원(원장 손명세)은 지난 2일 공고한 ‘2015년도 정규직 채용공고’

중 일부 내용을 10일 변경 공고했으며, 이에 따라 노조 측은 투쟁을 종료할 예정인 것으로 알려졌다.

변경된 내용은 채용 직급 및 자격조건을 전년도인 2014년도와 동일하게 수정한 것이며, 당초 채용공고를 통해 의도했던 장기적 조직 발전방안 및 전문성 제고 등과 관련한 사안은 향후 충분한 내·외부 의견수렴을 거친 후 2016년 이후 추진할 예정이다. 심평원 노조 측은 심평원이 올해 채용 공고에서 기존 6급으로 채용된 직원들이 있음에도 5급채용을 강행하는데다 3·4급 채용 시 외부 인사 채용을 시행하는 등 심평원 조직 전반의 위계와 신뢰를 무너뜨리는 행위라고 주장, 심평원 1층 로비에서 투쟁을 진행 중이었다.

심평원의 금년도 채용 공고가 작년도 방식으로 회귀함에 따라 노조 측은 투쟁 장소였던 1층 로비 시설물을 오후 중 철거할 예정인 것으로 알려졌다. 다만 2016년 이후 재추진 의사를 밝힌 심평원 측과 지속적인 채용공고 철회를 요구했던 노조 측의 줄다리기가 향후 관계 악화의 불씨가 될 것이라는 일각의 주장도 제기된다.

또한 급작스러운 채용공고 변경으로 인해 과태료가 부과될 가능성도 있다. 채용절차의 공정화에 관한 법률에 따라 구인자가 정당한 사유 없이 채용광고의 내용을 구직자에게 불리하게 변경한 경우 고용노동부로부터 500만원 이하의 과태료가 부과된다.

이에 대해 심평원 측은 법적인 판단 문제라 확단하기 어려우나 내부적으로는 조직 발전을 위한 불가피한 선택이라고 답했다.