

의사 파업과 의료 영리화

- △ 발 표: 우석균 (보건의료단체연합 정책위원장)
- △ 토 론: 김태훈 (사회진보연대 정책선전위원)
정재수 (보건의료노조 정책국장)
- △ 사 회: 이명규 (한국노동사회연구소 연구실장)

- 일 시 : 2014년 3월 12일(수) 오후 4시
- 장 소 : 한국노동사회연구소(KLSI)
- 주 최 : 한국노동사회연구소(KLSI)
- 후 원 : 프리드리히 에버트 재단 한국사무소

발표

박근혜정부의 의료민영화 정책의 성격과 최근의 의사파업

우석균 보건의료단체연합 정책위원장

박근혜정부의 의료민영화 정책의 성격과 최근의 의사파업¹⁾

1. 들어가는 말²⁾

- 박근혜정부는 2013년 12월 13일 ‘보건의료분야 제 4차 투자활성화대책’(이하 ‘보건의료투자대책’, 또는 ‘투자대책’)을 발표함.
- 이 내용은 의료법인의 부대사업을 전면 확대하고 이를 영리자회사로 허용하며, 의료법인의 인수합병을 허용하고, 법인약국을 영리법인으로 허용하는 내용을 주된 내용으로 하고 있음.
- 이외에도 보건의료 투자대책은 신의료기술평가 이전에 신의료기술을 도입할 수 있도록 하고 신약판매심사기간을 단축하여 신약출시를 빠르게 하는 내용을 담고 있음. 또한 이외에도 정부는 의료인-환자 간 원격의료를 허용하겠다는 방침을 밝힌 바 있음.
- ‘보건의료투자대책’은 박근혜정부가 전면적인 의료민영화를 추진하는 조치로 볼 수 있음. 병원의 부대사업을 전면적으로 확대하여 영리자회사로 허용하고 병원의 인수합병을 허용하는 것은 비영리법인 의료기관에 대한 외부 수익배당을 허용하여 사실상 영리병원을 허용하는 것이고 인수합병을 가능하게 하여 체인형 기업영리병원을 허용하는 것임.
- 영리법인 약국은 기업형 체인약국을 만들 수 있는 조치이며 또한 추후 일반 영리법인 약국 도입을 위한 조치로 볼 수 있음.
- 환자-의료인 원격의료 허용 도입은 비용대비 효과 및 안전성이 검증되지 않은 원격의료를 800만 명을 대상으로 허용하는 것으로 일부 재벌 IT기업 및 대형병원 중심의 의료전달체계 개악을 초래함. 나아가 기업의 영리적 건강관리서비스를 허용하기 위한 조치로 건강관리서비스 민영화의 전 단계 조치임.
- 신의료기술평가를 추후에 하고 ‘신의료기술’을 도입할 수 있도록 하는 조치는 신의료기술의 안전성과 유효성 검증 없이 신의료기술을 환자에게 임상실험을 하는 것으로 위험천만한 조치이며 불필요한 부담을 환자에게 전가하는 것임. 신약허용기간을 단축하는 조치도 마찬가지임. 이는 병원 부대사업으로 바이오의료 기술 개발 및 응용, 의약품 개발을 허용하는 것과 맞물려, 병원에서 개발한 ‘신의료기술’ 및 ‘신약’을 충분한 검증과정 없이 환자를 대상으로 사용할 수 있도록

1) 이 글은 시론적인 성격의 글로서 단체의 의견을 대표하지 않습니다.

2) 이 글의 1장부터 6장까지는 2014년 1월 14일 민주당 주최, 5개 직능단체 후원으로 열린 ‘박근혜정부, 의료영리화 정책 진단 토론회’의 발제문을 옮긴 것임.

하는 것으로 검증되지도 않은 의료기술을 환자에게 임상실험을 하면서 그 비용까지 환자에게 전가시키는 것임.

- 사실상의 기업형 체인 영리병원 허용, 영리약국 허용, 재벌 IT 기업에 의한 원격의료 허용, 신의료기술 및 신약평가 생략 및 간소화 등은 병원 및 대기업에게는 새로운 투자처를 열어준다는 의미에서 투자활성화 대책이지만 환자들과 국민들에게는 의료서비스의 질이나 건강보험의 보장성 확대 없이 의료비 상승만 초래하는 것임.
- 또한 정부의 공익적 규제기능을 시장이나 사적 투자자에게 이전하는 것으로 의료민영화조치임. 또한 이 정책이 미칠 영향이 한국의 의료공급체계 전체의 성격을 근본적으로 바꾸는 조치이고 또한 이 정책이 초래할 의료비 상승이 건강보험마저도 위협할 정도의 조치라는 점을 고려해보면 보건의료투자대책은 박근혜 정부의 전면적인 의료민영화 조치라고 볼 수 있음.
- 보건의료투자대책 중 부대사업 전면 확대 및 영리자회사 허용은 의료법 취지를 근본적으로 바꾸는 것으로 이를 의료법 개정도 없이 추구한다는 것은 행정편의주의를 넘어 행정 독재임.

2. 병원 영리자회사 허용과 인수합병 허용이 미칠 영향

1) 부대사업 전면 확대를 통한 영리자회사 허용

< 현행 허용 부대사업 및 확대 방안(예시) >	
▶ 현행 허용 부대사업	
<ul style="list-style-type: none"> · 의료인 등 양성·보수교육 · 조사 연구, 의료정보시스템 사업 · 의료기기 임대·판매, 안경 조제·판매 · 은행업 	<ul style="list-style-type: none"> · 산후조리, 노인의료복지시설업 · 장례식장, 부설주차장업 · 구내식당, 이·미용업, 구내매점 · 숙박업·서점(시·도지사 공고 要)
⇒ 추가허용 사업 (예시)	
<ul style="list-style-type: none"> · 연구개발 활성화 : 바이오 등 연구개발 성과물 응용 · 구매·임대 : 의료기기 등 구매, 의료기관 임대 · 의료관광 : 숙박업(시도지사 공고→ 시행규칙 직접 허용), 여행업, 외국인환자유치업 · 의료연관분야 : 의약품 개발, 화장품·건강보조식품·건강식품·의료용구 개발·임대·판매, 의료기기 개발 · 기타 : 온천·목욕장업, 체육시설, 서점(시도지사 공고→ 시행규칙 직접 허용) 	

그림 1 ‘보건의료분야 4차 투자활성화대책’의 부대사업 확대 범위

- 박근혜정부의 보건의료투자대책은 병원의 부대사업 범위를 전면적으로 확대하여 산업적으로 ‘의료연관사업’으로 볼 수 있는 거의 모든 사업을 병원의 부대사업 범위로 확대했음. 또한 이를 영리자회사(상법상 법인, 즉 영리법인)로 만드는 것을 허용함.
- 확대되는 부대사업 범위에는 병원임대, 의료기기 개발 및 구매, 의료용구 개발·임대·판매, 바이오 등 연구개발사업 및 응용, 의약품 개발과 같은 직접적으로 의료행위와 연관된 사업이 포함되었음. 또한 건강식품·건강보조식품·화장품의 개발·임대·판매 등 의료행위와 간접적으로 연관된 사업 나아가 유사의료행위와 연관된 호텔, 온천, 헬스클럽까지 포함됨. 이렇게 전면 확대된 부대사업 전 범위에 걸친 영리자회사가 허용됨.
- 정부는 이러한 ‘영리자회사를 통해 병원의 수익이 늘어 병원의 의료업은 정상화’될 것처럼 주장하고 있음.
- 그러나 부대사업 범위가 병원임대, 의료기기구매·임대, 의료용구 개발·임대·판매, 바이오 개발 및 응용, 의약품 개발 등 직접적으로 병원의 진료행위에 직접적인 영향을 주는 사업임. 결국 환자들을 대상으로 돈을 벌 수 있는 영역을 모두 부대사업으로 확대하고 이를 영리기업으로 전환하겠다는 것임. 당연히 국민의료비가 증가함³⁾.
- 영리자회사가 병원임대를 통해 돈을 벌기 위해서는 병원의 임대료를 높여야 하고 의료기기 임대료를 높여야 함. 바이오 연구개발 응용도 그 대상이 병원 환자들임. 나머지 부대사업의 수익을 올릴 대상도 병원 환자들임.
- 정부는 이번 보건의료투자대책의 목적을 “자금조달·사업영역 면에서 의료산업의 경영여건을 실질적으로 개선” 부대사업 영리자회사 설립 목적을 “수익기반 확충을 위해 부대사업 범위 대폭 확대”라고 밝히고 있음. 그런데 병원의 수익은 결국 병원의 환자가 의료비로 부담하는 것임. 즉 병원의 수익이 늘어날수록 환자의 병원이용비용, 즉 의료비는 증가함.
- 가장 중요한 것은 병원의 영리자회사가 투자자에게 자금을 조달하고 그 이익을 수익에게 배당하는 통로가 된다는 점임. 자회사가 모병원의 자금 조달 및 이익 배당통로로 활용되면 병원자체가 영리병원화 되는 것은 당연한 귀결임. 즉 병원은 자기업 투자자의 수익극대화를 위해 이윤추구를 극대화할 수밖에 없게 강요되는 것임.

3) 정부는 의약품 및 의료기기는 모병원에 판매하지 못하겠다고 하나 현재 법으로도 금지되어있으나 지켜지지 않고 있는 부분임. 설령 타 병원에 판매해도 그 병원의 의료비는 올라감. 또한 병원임대, 의료기기임대, 의료용구 판매, 바이오 연구개발 성과물 응용 등 핵심적인 부분은 언급하지 않고 있음. 즉 이 사업은 모병원제로의 임대나 판매 등을 허용하겠다는 것으로 판단됨.

- 비영리병원과 영리병원의 차이는 투자자의 투자와 이윤배당이 허용되는가 여부에 있음. 이번 조치는 투자자의 투자와 이윤배당에 있다는 것을 스스로 밝히고 있고 이를 자기업으로 허용하던지 모병원으로 허용하든지의 차이는 본질적 차이가 아님. 결국 이번 조치는 사실상의 영리병원 허용조치이며 따라서 명백한 의료민영화 조치임.
- 상급병실료 상승, 엠알아이 등 고가 의료기기 비용 상승, 의료용구의 비급여화 및 비용상승 등 건강보험 비적용 의료비(비급여항목)의 비용상승은 물론이고 건강보험 적용 의료행위도 의료기관의 수익상승을 위한 과잉진료가 더욱 기승을 부리게 될 것임.
- 바이오 연구개발 및 응용의 경우 줄기세포치료 등이 환자에게 강요될 것임. 병원에서 의약품 개발을 하면 이 또한 환자에게 강요될 것임. 병원의 환자는 약자의 입장이므로 이를 울며 겨자 먹기로 사용할 수밖에 없음.
- 여기에 건강식품, 건강보조식품, 화장품 개발·판매 등의 대상도 결국 병원에서 약자인 환자가 될 것이며 온천 헬스클럽 등을 부대사업으로 하게 되면 현재도 문제가 되고 있는 치료효과가 불분명한 수(水)치료, 아로마썰라피, 운동치료 등의 상품이 치료명목으로 환자들에게 강요될 것임.
- 정부는 부대사업으로 번 돈으로 병원이 정상화 될 것이라고 이야기하는데 병원의 부대사업 수익은 결국 환자들을 대상으로 버는 돈이며 이는 의료비 상승이라는 매우 간단한 사실에 대해 말하지 않고 있음.

2) 의료법인의 합병 허용

- 현재는 의료법상 의료법인 합병은 재단법인에 관한 법률을 준용하게 되어있어 (의료법 50조) 합병이 불가능함. 정부는 이번 보건의료투자대책에서 의료법인간 합병을 위해 의료법 개정안을 제출하겠다고 밝힘.

(개선방안) 의료법인이 경영합리화를 위해 다른 의료법인과 합병할 수 있도록 근거 마련(의료법 개정안 제출, '14년 상반기)

그림 2 보건의료분야 4차 투자활성화 대책 의료법인간 합병 허용

- 의료법인 합병은 병원협회에서 지속적으로 요구했던 사항임. “병원계에 따르면 이번 의료법인 합병 허용은 복지부가...병원 활성화 대책을 논의하기 위해 마련

한 '상생발전협의체'를 통해 중소병원들이 강력하게 요구해왔던 사안”.

- “현재까지 비영리법인인 의료법인의 경우 법적으로는 매각할 수 있는 방법이 없기 때문에 경영이 어려워 문을 닫고자 한다면 국가나 지자체에 재산을 귀속시켜야...그러나 병원 설립에 막대한 돈을 투자했던 의료법인 대표들로서는 투자금을 한 푼도 회수하지 못한 채 국가에 재산을 헌납하기가 쉽지 않은 상황”이었으나 “대한병원협회관계자는...의료법인으로 설립돼 운영 중인 중소병원들의 퇴출구조가 없어 파산하거나 사무장병원 같은 음성적인 거래가 있어 왔는데 이를 예방하는 의미”라고 말함⁴⁾.
- 이번 의료법인 합병허용은 병원의 매각을 실질적으로 가능하게 하는 조치이며 의료법인간 신설합병 또는 인수합병이 허용되면 병원의 가격이 책정되게 되고 이에 따라 의료법인의 투자자본은 회수 가능한 자산으로 취급됨. 여기에 의료법인 자회사로 영리법인이 설립되면 자회사를 통한 투자자의 자산회수가 여러 방법으로 가능해질 것임.
- 의료법인간 합병 허용과 의료법인 영리자회사 설립은 체인형 병원설립이 가능해짐을 의미함. 즉 의료법인간 인수합병 또는 신설합병으로 체인형 병원을 설립하고 영리자회사를 통해 이 병원체인에 병원임대, 의료기기공급 및 임대, 의료용구 임대·판매 (및 인력공급 및 경영컨설팅) 등의 병원대상 영리사업을 하게되면 영리자회사가 지주회사가 되는 영리병원체인이 가능해짐.

3. 보건복지부 주장 및 해명의 문제점

- 정부는 부대사업 영리자회사 허용이 의료민영화가 아니라고 주장하고 있으며 또한 자회사의 남용방지책이 충분하다고 주장하고 있음. 그러나 이는 다음과 같이 근거가 없음.

① “병원 영리자회사 허용은 의료민영화가 아니다.”

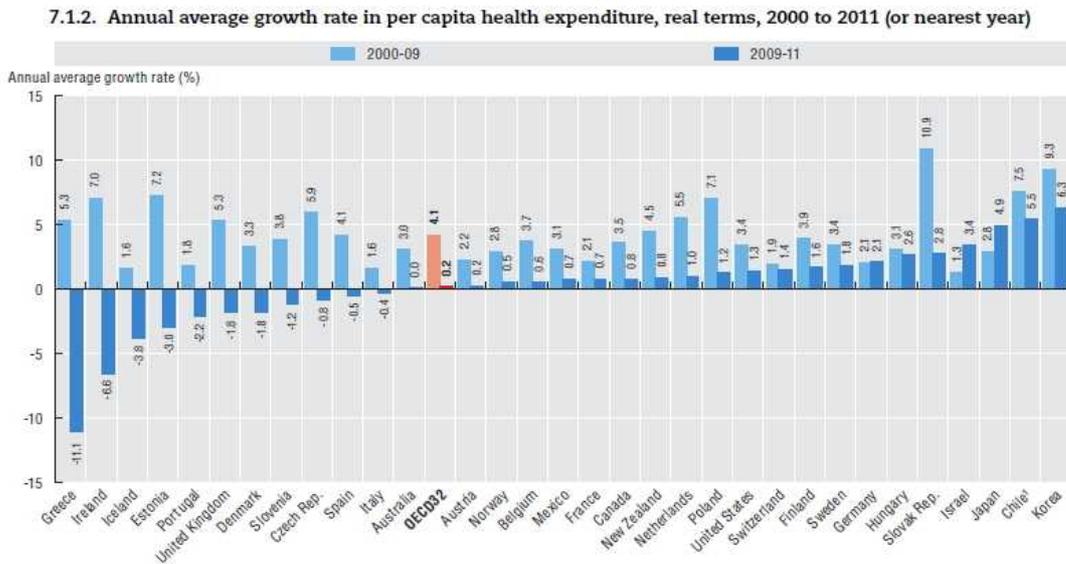
- 정부는 의료민영화가 정부의 소유나 기능의 포기가 아니므로 의료민영화가 아니라고 주장하고 있음. 이미 의료기관 중 사립기관이 94%이므로 정부가 더 민영화 할 것이 없다고 말함. 또한 국민건강보험제도를 그대로 유지하므로 의료민영화가 아니라고 함.
- 그러나 바로 그 이유 즉, 한국은 공립병원이 6%(병상수로는 10%)밖에 안되어

4) 청년의사, 의료법인 '합병' 허용 받기는 병원계... "반대 이유 없어". 2013.12.14

사립병원에 대한 정부의 공익적 규제기능이 극히 중요함에도 불구하고 보건의료투자대책은 이를 포기하고 시장과 기업에 넘기는 것이기 때문에 의료민영화라는 것임. 한국의 의료제도에서 의료공급체계에 대한 규제는 정부의 사립병원에 대한 공익적 의무 부과이며 영리추구 규제임. 영리자회사 허용은 이러한 공익적 규제기능을 포기하고 이를 시장과 투자자에게 전가하는 것으로 명백한 의료민영화임.

⑤ “국민건강보험제도는 유지되므로 의료민영화가 아니다.”

- 정부는 국민건강보험에 영향을 미치지 않을 것이라는 주장을 계속하고 있음. 건강보험 강제가입제와 병원 건강보험 당연지정제를 유지할 것이라는 이유임.
- 그러나 현재 한국의 의료비 증가속도는 2000~2011년 기간 동안 OECD 국가 중 1위임.



1. CPI used as deflator.
Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

그림 3 OECD 국가의 의료비 지출 증가율 (OECD Health at a glance 2013)

- 보건산업진흥원은 2009년 보고서에서 개인병원의 20%가 영리병원으로 전환되면 국민의료비 부담 증가가 연 0.7조~2.2조 원 증가할 것이라고 추정한 바 있음⁵⁾. 이는 영리병원 병상이 6.8%에 해당할 때의 의료비 증가의 추정치임. 지금 박근혜정부가 추진하고 있는 병원 영리자회사 허용정책은 현재의 비영리법인

5) 보건산업진흥원, 한국개발연구원, 투자개방형 의료법인(영리의료법인) 필요성 연구, 제 4장 4. 영리병원도입 전제조건이 국내보건의료에 미치는 영향. 2009.12

병원은 물론이고 법인병원으로 전환할 개인병원이나 심지어 국립대병원까지도 해당하는 것임. 따라서 2009년, 즉 5년 전 의료비 추정치를 기준으로 계산하더라도 현재의 의료민영화정책을 통한 의료비증가는 천문학적 수치임.

- 따라서 박근혜정부의 보건의료투자정책은 국민건강보험재정에 심각한 악영향을 미쳐 건강보험 보장성의 약화를 동반할 것임. 한국은 현재 공적의료보장률 55%로 전체 가구 중 80% 이상이 민영의료보험을 들고 있음. 의료비증가는 건강보험재정에 심각한 부담을 초래할 것이고 이는 건강보험재정에 악영향을 미쳐 가뜩이나 낮은 의료보장성을 더욱 악화시킬 것임. 의료보장률이 50% 미만으로 떨어지기 시작하면 건강보험당연지정제도나 의무가입제가 지켜져도 공적 건강보험제도가 유명무실해짐. 멕시코가 이러한 상황임.

유형	분석의 기본 가정과 필요병상수	산업효과 (※ 산업효과는 각 유형별로 상호 배타적이지 않으며, 일부 중복 혹은 시너지 발생 가능하므로 해석에 유의필요함) ^{주1)}		국내 보건의료에 미치는 영향 (※국내 보건의료에 미치는 영향도 상호배타적이지 않음)		검토 필요 사항
		생산유발 효과	고용창출 효과	국민의료비 증가규모	의사유출 규모 (해당 의료기관 개수) ^{주2)}	
해외환자 유치형	<ul style="list-style-type: none"> • 해외환자유치 규모 : 300,000명기준 • 입원:외래=1:1 • 병상이용율(70%) • 필요병상수 2,700개 	1.7조~4.8조원	13,152 ~ 37,939명	-	135~189명 (9~12개 의료기관)	해외환자 수요, 해외환자만을 대상으로 하는 영리병원의 수익성 등 실현가능성 분석 필요
고급의료서비스 수요충족형	<ul style="list-style-type: none"> • 인구의 3%가 수요자 (약50만명) • 필요병상수 6,000개 	2.7조~3.5조원	21,081 ~ 27,464명	1.5~2.0조원	300~420명 (20~28개 의료기관)	임의비급여서비스 외의 수익창출 모형 가능성 분석 필요
자본조달형 + 기능특화형	<ul style="list-style-type: none"> • 개인병원 중 20%가 영리병원으로 전환하는 것으로 가정 • 필요병상수 20,000개 	1.3조~4.0조원	10,481 ~ 31,202명	0.7~2.2조원	998~1,397명 (66~92개 의료기관)	국민들이 필수의료에 지불하는 진료비 상승에 의해 나타나는 효과이므로 정부가 목표·지향하는 산업효과로 보기 어려움
산업연계형	인구의 20%가 이용하는 것으로 가정 (927만명)	7.5조원	58,509명	4.3조원	-	u-Healthcare, 건강관리서비스 제도화 구축 후 검토 필요

그림 4 영리병원 허용 시 영향 추정 (보건산업진흥원, 2009)

< 자법인 남용방지 장치 (예시) >

- ▶ 국내 자법인의 수행가능 사업은 부대사업으로 제한 (환자진료는 금지)
- ▶ 자법인 수익의 고유목적사업 재투자 의무 부과
- ▶ 모법인의 의료사업이 훼손되지 않도록 모법인의 순자산의 일정비율 (예: 30%)까지만 자법인 출자를 허용
- ▶ 자법인 설립이 사익추구의 수단으로 남용되지 않도록 부당 내부거래 제한, 회계 및 지배관계 기준 명확화
- ▶ 자법인의 위험이 모법인에 전이되지 않도록 자법인 채무에 대한 모법인 보증금지, 이사의 겸직금지 등 방화벽(Firewall) 설치

그림 5 보건의료투자대책의 자법인 남용방지장치

③ “자회사의 수익으로 병원이 정상화 될 뿐 병원의 의료비는 오르지 않는다.”

- 병원의 영리자회사의 수익추구대상은 그 부대사업의 성격상 병원 환자들을 대상으로 함. 병원 자회사가 병원에 건물을 임대하고 의료기기를 임대하고 그 외 온갖 사업을 환자들을 대상으로 영리를 추구하는데 병원의 의료비가 오르지 않는다고 주장하는 정부의 주장이야 말로 괴담임.
- 건강보험 적용이 되지 않는 비급여 치료는 자회사를 수익을 위해 더욱 늘어날 것이고 그 비용은 고스란히 환자 본인부담 증가로 이어질 것이다. 또한 이러한 비급여 진료 영역은 더욱 견잡을 수 없이 증가하여 건강보험의 보장성이 증가되지 못하는 걸림돌로 작용하게 될 것임.
- 또한 바이오 치료와 신약 또한 병원 자회사가 개발할 수 있고 신의료기술평가를 건너뛸 수 있고 신약허가절차가 간소화됨으로서 불필요하고 검증되지 않은 신의료기술과 신약을 활용한 치료도 가능해 짐. 이 또한 비급여 영역에 해당됨.
- 이에 더해 건강식품, 화장품등의 사용을 강요받을 수 있으며 수(水)치료, 아로마 테라피, 운동치료 등 검증되지 않은 치료비용 등을 병원 자회사에 의해 강요받는 일들이 일어날 것임. 이는 모두 비급여 영역이며 이 또한 환자들 의료비 증가 요인이 됨.
- 또한 자회사는 병원의 수익을 자회사를 통해 빼돌릴 수 있는 통로가 됨. 현재 영리자회사가 허용되지 않은 상황에서도 불법 또는 편법적으로 운용되는 대학 병원의 의료기기, 의약품 공급 도매상들은 시장가로 약이나 의료기기를 구매하고 보험상한가로 병원에 이를 납품하여 막대한 이익을 남기고 이를 리베이트

형태로 병원에 돌려주고 있음.⁶⁾

- 부대사업 범위가 전면적으로 확대되고 병원의 영리자회사들이 허용되면 병원의 영리자회사의 영리추구행위는 병원의 의료행위 및 의료와 연관된 행위를 수익극대화 추구로 몰아가게 됨. 또한 이러한 수익을 임대료나 수수료, 관리비 명목으로 합법적으로 자회사로 빼돌릴 수 있게 됨. 영리자회사는 병원의 수익이 합법적으로 투자자에 배분할 수 있는 통로가 될 것임. 투자자가 병원에 직접 투자하고 이익을 배당받는 것과 자회사에 투자하고 이익을 배당받는 것과 다를 바가 없음. 즉 병원 영리자회사 허용은 영리병원 허용과 다르지 않음.

④ “자법인 남용장치방지로 병원의 영리행위 추구를 방지한다.”

- 부대사업 영리자회사 허용은 그 자체로 병원의 의료행위를 수익극대화로 내몰게 됨. 따라서 자회사로 인해 발생할 병원의 수익성 추구를 별도의 방법으로 방지한다는 것은 단적으로 말해 ‘도둑질을 허용해놓고 도둑질 남용방지장치를 마련한다는 것’과 다르지 않음. 또한 정부가 제시하는 남용방지장치 매우 허술하기 짝이 없음.
- ‘자법인의 고유사업재투자 의무부과’는 제한 규정이 되지 못함. 만일 자회사의 이익을 투자자에게 분배하지 않고 병원에 재투자하도록 강제하면 이 자회사는 투자자의 투자를 받지 못할 것임. 투자자는 자선투자가가 아님. 더욱이 자회사의 이익을 모법인에게만 투자하도록 강제하는 것은 투자자의 이익을 해치는 배임행위로 불법임.
- 모법인의 자산의 일정지분만 투자하도록(예시 30%) 하는 것 또한 과거 2008년 의료법 전부개정안의 50%에 비해서는 제한을 둔 것이지만 이 또한 그 제한이 너무 허술함. 예를 들어 1000억 원의 자산을 가진 병원이 부대사업에 300억 원을 투자한다면 자회사의 규모는 600억 원이 됨. 즉 모병원은 700억 원(1000억 원-300억 원) 규모이고 자회사는 600억 원 규모임. 병원의 합병이 가능해지면 모병원의 규모가 커질수록 자회사의 규모도 같이 커지게 되어 자산제한은 의미가 없음.
- 회계 및 이사겸직 금지 등의 조항은 실질적인 방지 조항이 되지 못하는 것은 지금의 병원의 편법적 자회사 운영에서도 잘 드러나고 있음.

⑤ “병원의 자회사 설립으로 모병원의 경영이 좋아질 것이다”

- 병원의 경영실적이 좋아지는 것은 병원의 의료업을 통해서이건 부대사업의 비용

6) 2013년 4월 보건복지부가 이러한 내용으로 검찰수사를 의뢰하였음

증가를 통해서이건 환자들의 의료비가 더 늘어난다는 것을 뜻함.

- 또 자회사 설립은 모병원의 경영실적 향상으로 곧바로 나타나지도 않음. 즉 영리자회사는 모병원 수익을 투자자에게 이익을 분배할 수 있는 통로가 될 가능성이 더 큼.



그림 6 정부투자대책의 자법인 설립형태 예시

- 시민경제연구소장 홍현호는 자회사 설립이 민자투자사업에서 대주주들이 돈을 빼 돌리는 전형적인 수법이라고 지적하고 있음. “SOC 민자 사업에서 민간 자본들이 했던 수익 빼돌리기 방식을 그대로 따를 겁니다. SOC 민자 사업자들처럼 자법인을 상대로 고금리 사업을 할 가능성이 매우 높습니다. 즉 자법인이 대주주의 돈을 높은 금리로 빌려가게 해서 수익을 빼돌리는 겁니다.”⁷⁾
- 영리자회사 설립은 그 자회사 설립으로 인한 수익이 모병원으로 돌아가던 아니면 투자자에게 분배되건 어떤 경우에도 국민들에게는 의료비 상승으로 나타남.

⑦ “(성실)공익법인으로 한정하여 재벌병원의 영리자회사 참여 제한을 둔다.”

- 정부는 공익법인 제한을 통해 재벌병원 등이 영리자회사를 둘 수 없다고 주장하고 있으나 삼성의료원의 설립법인인 삼성생명공익재단과 아산병원의 설립법인인 아산사회복지재단은 이미 공익법인임. 예를 들어 삼성생명 공익재단은 삼성생명 주식을 4.86%를 가지고 있어 정부가 주장하는 계열사 주식 5%를 초과하고 있지 않음. 따라서 공익법인 제한은 재벌병원이 영리자회사를 설립하는데 아무런 제한을 가할 수 없는 규정임.
- 물론 의료법인은 공익법인 또는 성실공익법인 모두에 해당함. 의료법인에 대해

7) 홍현호, [정책쟁점 일문일답] 미국식 의료 체계 향한 치명적 일탈 멈춰야, 2014.1.11

서는 아무런 방지대책도 되지 못함.

⑧ “재단법인이나 사회복지법인과 의료법인간 인수합병은 불가능하다.”

- 재벌이 병원을 인수합병을 하는 것은 현재 운영하는 병원을 통하지 않더라도 가능함. 자회사에 투자자로 참여할 수도 있고 별도의 의료법인으로 전환하거나 만들 수도 있음. 인수합병으로 체인형 영리병원의 규모가 커지면 이를 재벌이 직접 인수할 수도 있음.⁸⁾

4. 영리법인 약국 도입이 미칠 영향

- 정부는 헌법 불합치 판정을 근거로 법인약국 도입을 한다면서 영리법인 약국도 입을 주장하고 있음. 또한 영리법인 약국을 도입하면 약국경영 효율화, 처방약 구비, 심야·휴일영업 활성화 등 약제서비스의 질 제고가 이루어진다고 주장하고 있음.
- 우선 헌법 불합치 판정은 법인약국 도입을 말하는 것이지 '영리'법인 약국 도입을 말하는 것이 아님. 따라서 정부의 영리법인 약국 도입 허용은 헌법재판소의 판정을 자신의 의도대로 왜곡하는 것임.
- 현재 약국의 수입이 대부분 건강보험에 의한 조제료와 건강보험 적용에 의한 의약품 판매에서 발생하므로 약국 또한 의료기관과 마찬가지로 만일 법인약국을 허용해야 한다면 비영리법인 약국으로 허용하여 공익적 기능을 수행하도록 하는 것이 옳바르다고 판단됨.
- 영리법인약국 도입의 경우 유한책임약국으로 한다면이라도 기업형 체인약국의 도입이 그 자체로 가능하고 또한 이후 일반영리법인 약국 도입의 전단계로 가능하게 되므로 영리법인약국은 현재 한국의 비영리법인 공급구조에 적합하지 않음.
- 영리법인 약국은 그 수익추구 극대화 속성으로 약값인상, 리베이트의 강화, 끼워 팔기 등을 통해 의약품 남용, 부당청구 등의 요인이 될 가능성이 큼.
- 심야약국이나 처방약 구비 등은 공공약국 운영, 의약품 유통과정의 공공성 확보 등으로 해결해야 함. 영리법인 약국은 수익추구를 위해 인건비 절약을 위해 심야약국의 운영을 꺼릴 가능성이 오히려 크고 처방약 구비는 고가의 처방약 구

8) 미국의 현재 거대 영리병원 체인은 초기 영리병원 형태인 의사소유 영리병원들을 인수합병하여 만들어졌음. 미국의 최대 영리병원 체인인 HCA는 미트롬니가 대주주인 사모펀드인 베인캐피털(Bain and Co.)이 소유하고 있는데 이 영리병원체인도 이런 인수합병과정을 통해 만들어졌음.

비 비용을 환자들에게 전가할 가능성이 큼. 심야약국운영은 공공적 지원으로 공공심야약국 개설이 거의 유일하게 가능한 방법임. 처방약 구비는 의약품 유통체계를 공공화하여 이를 해결하는 방법이 국민약제비를 절감하는 방법임.

- 기업형 체인약국은 미국이나 유럽에서 드러난 것처럼 제네릭 처방의 감소, 약값 증가, 장사 안 되는 지역의 약국 폐쇄 등을 통한 약국접근성의 감소로 이어질 가능성이 더욱 큼. 간단히 말해 기업형 체인약국은 재벌들의 약국 진출로 이어져 국민의료비 중 약제비의 인상 및 결과적인 약가 인상, 의료비 인상으로 이어질 것임. 이는 미국과 유럽의 예에서 이미 확인된 것임.
- 한미FTA나 TPP 등과 관련하여 생각해보면 의약품 유통과정에 자본이 참여하는 것은 전반적인 약가인상을 초래할 가능성이 클 수 있고 역진방지조항에 따라 이를 다시 공공적인 의약품 유통체계로 되돌리는 것이 불가능함(한미FTA 부속서 1 및 2). 일단 영리법인약국을 허용하면 이는 앞으로 정부가 문제점이 발생해도 이를 되돌릴 수 없는 의료체계의 문제점으로 남게 될 것임.
- 동네약국의 재벌주도 체인약국으로의 편입과 몰락은 현재 의약분업 체제하에서는 그 자체로 한국 1차 의료의 재벌의존도가 높아지는 것이고 동네의원도 영향을 받을 것임.

5. 원격의료, 신의료기술평가 및 신약허가과정 간소화가 미칠 영향

1) 신의료기술 평가 및 신약허가과정 건너뛰기 및 간소화

- 현재 신의료기술 평가는 약 1년간에 걸쳐 신의료기술의 안전성 및 비용대비 효과를 검증하는 과정임
- 신의료기술 평가는 새롭게 제기된 신의료기술이 실질적으로는 안전성이 담보되거나 또는 그 비용대비 효과가 떨어지는 경우가 많아 국민들의 안전과 비용 대비 효과 검증을 통한 유효성과 적절한 비용평가를 위해 도입된 것임. 연구에 따라서는 신의료기술 중 초기 1-2년간 검증시기에 그 안전성과 유효성면에서 적절하지 않은 것으로 판정되는 비율이 80%라고 보고하고 있음.
- 한국의 신의료기술평가 결과를 보면 2007년 신의료기술평가제도 도입 이래 총 1,253건이 신청되었는데 반해 아예 평가 비대상 결정 건으로 반려된 의료기술이 724건이나 되었음(57%). 529건이 최종 평가 완료 되었으며, 이 중 395건이 안전성·유효성이 인정되어 신의료기술로 고시되었음. 즉 전체 신청건수의 31.5%

만 신의료기술로 인정되었음. 신의료기술평가가 없었다면 의학적 근거가 없거나 신의료기술로 정의될 수도 없는 수많은 의료기술들이 ‘신의료기술’이라는 이름으로 환자에게 시술될 수 있었다는 것을 뜻함.

- 따라서 신의료기술평가 과정을 생략한 채 환자에게 신의료기술을 적용한다는 것은 안전성이 검증되지 않은 의료기술을 환자들에게 임상실험을 행하는 것으로 매우 위험한 행위임. 또한 비용대비 효과가 검증되지 않은 것으로 대부분 건강

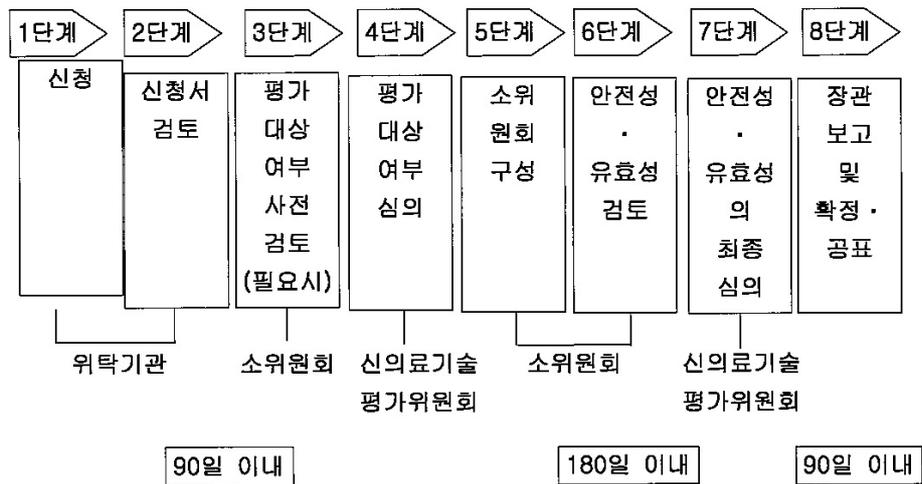


그림 7 신의료기술 평가위원회 평가절차

보험 적용이 될 수가 없으므로 안전하지도 않은 임상실험을 환자의 부담으로 시행하는 것임.

- 병원의 바이오 등 연구개발 및 응용이 자회사로 허용되면 이러한 바이오 ‘신의료기술’이 평가가 생략된 채 환자에게 적용될 수 있는 문제를 낳게 됨.
- 신약 허가절차 간소화도 마찬가지임. 이러한 신약허가 절차의 간소화는 안전성 및 유효성의 검증이 어려워짐. 이는 국민들의 안전성과 비용부담을 대가로 제약 회사의 이익을 도모하는 것임. 현재도 신약허가절차를 간소화할 수 있는 규정들이 이미 있음.

2) 의료인-환자 간 원격의료 도입

- 원격의료는 보건의료투자대책에서는 상세히 다루어지지 않았으므로 이 발제문에서는 간략히만 다루도록 하겠음
- 현재 원격의료 허용은 박근혜정부의 창조경제의 핵심 사업으로 추진되고 있음.

- 이를 위한 의료법 개정안이 국무회의를 통과하였고 조만간 국회에 상정될 것임.
- 원격의료의 문제점은 간단히 그 문제점을 지적하면 비용은 크지만 이에 비해 효과가 불분명하다는 점, 즉 의료비가 상승할 수 있다는 점이 우선 지적될 수 있고 둘째로 아직 기술발전이 되지 않아 원격진료의 안전성이 입증된 바 없다는 것으로 요약될 수 있음.
 - 정부의 말을 빌더라도 원격의료를 위한 다른 인프라, 즉 고성능 컴퓨터, 광케이블 등이 이미 갖추어져있는 상태에서 생체계측기기만 1기당 약 80만 원이 소요된다고 보고하고 있음. 건강보험공단은 내부검토결과 이 기기의 가격이 120만 원이 소요된다고 보고 있음. 물론 이러한 생체계측기기도 대규모 임상시험을 거치지 않아 그 안전성은 보장할 수 없음. 정부의 발표대로 원격의료가 시행될 경우 그 대상이 800만 명이라는 것을 생각해 볼 때 4명중 1명만 생체계측기기를 구입해도 그 구입비만 2조 원임. 이 비용은 누가 댈 것인가에 대해 정부는 이야기하지 않고 있음.
 - 생체계측기기의 구입비만 비용으로 드는 것이 아님. 원격지나 오지는 컴퓨터부터 광케이블 설치와 같은 기본적 인프라 비용이 더 들 것임. 이에 더해 원격의료의 유지비용 및 이용비용은 고려하지 않은 것임. 이를 모두 더하면 그 비용은 천문학적 비용일 것임.
 - 문제는 이러한 수십조 원에 달하는 비용을 들인다 하더라도 그 효과가 나타날 것인가가 전혀 알 수 없고 현재로서는 안전성조차 확인되지 않은 상태임. 즉 EU에서 내린 결론대로 비용대비 효과가 검증되지 않았고 그 안전성이 미지수이므로 전통적인 대면의료를 대체할 수준이 아님.
 - 분만시설이나 응급의료시설이 없는 전국 지자체의 1/5에 해당하는 지역에는 원격의료가 아니라 원격의료에 소요되는 비용으로 공공의료서비스를 제공하는 것이 필요함. 또 정부가 말하고 있는 교도소 등지에는 정부가 책임지고 공공의료서비스를 제공해야할 곳임.
 - 이 때문에 유럽의 경우 노르웨이나 북유럽지역의 인구희박지역에서 전통적인 서비스에 더하여 원격의료가 매우 소규모로 시범적으로 진행되고 있음. 인도네시아나 필리핀 등 섬이 많고 경제성장이 덜 된 나라에서 시행되는 원격의료는 우리나라가 본받을 모델이 아님. 일본에서 원격의료는 복지서비스의 일환으로 극히 제한된 영역에서만 전통적 방문 의료·복지서비스의 보충적 형태로 제공되고 있음.
 - 오직 미국에서만 일부 기업들과 민간보험회사들이 젊은 성인들을 대상으로 비싼 의사진료 서비스를 대체하기 위해 비용절감차원에서 시험적으로 도입하고 있음.

이는 인구 밀집지역이고 전국민 건강보험이 시행되는 한국의 의료상황과는 크게 다른 상황임. 의사진료서비스가 너무 비싸 원격의료라도 이용해야 하는 미국의 상황과 동네의원이 산재해있는 한국의 상황을 등치시키는 것은 곤란함.

- 특히 지금 정부가 추진하고 있는 것처럼 원격의료를 건강관리서비스 기업허용 문제와 연결시키고 이를 민영보험회사에게 겸업하도록 허용하는 것은 건강관리회사(HMO, Health Management Organization)를 허용하여 병원-보험회사-HMO 형태의 영리기업 중심으로 이루어지고 있는 미국식 의료체제로 한국의료체계를 변화시키자는 주장, 즉 미국식 의료민영화를 주장하는 것으로 극히 위험함.
- 정부가 제시하고 2008년 및 2012년의 서비스발전방안에서 제시하고 있는 원격의료도입, 건강관리서비스 도입은 바로 이러한 민영화된 미국식 의료체계를 모델로 하고 있음. 이는 서비스산업발전 기본법이 도입될 경우 정부가 보다 강력하게 추진할 방향이기도 함.
- 원격조제도 마찬가지로. 미국의 경우 원격조제를 담당하고 있는 영리기업들은 일반 약국에 비해 제네릭 약품을 덜 사용하고 소비자의 편의보다는 리베이트를 많이 주는 의약품을 처방한다는 것이 연구논문들에 의해 밝혀지고 있음. 또한 부당청구나 약품조제상의 과오발생이 더 많음. 즉 원격의료의 비용 상승 및 안전성 문제가 원격조제에서도 동일하게 발생하고 있음.
- 원격의료는 일부 재벌 IT 기업과 대형병원, 재벌 의료기기 회사들에게는 엄청난 이익을 가져다주겠지만 일반 국민들에게는 의료비 상승과 안전하지 못한 의료를 가져다 줄 뿐임.

6. 보건의료투자대책의 문제점과 대안

1) 문제점

- 보건의료투자대책은 한국의 의료공급체계를 비영리법인병원 중심체계에서 부대사업 영리자회사라는 편법으로 영리병원 중심체제로 변화시키려는 것임. 이는 정부의 의료공급체계의 공공성 유지 기능을 포기하고 이를 기업과 시장에 맡기는 것으로 전면적 의료민영화임.
- 비영리법인과 영리법인의 차이는 외부자금조달과 이익의 외부배분이 영리법인에서는 허용되고 인수합병이 허용된다는 점임. 이번 보건의료투자대책은 비영리

의료법인에 대해 영리자회사를 통한 자금조달과 수익금배분 및 인수합병을 허용하는 조치로 사실상 영리병원을 허용하는 조치임. 이는 국내외 연구에서의 결과에서 추정하듯이 환자들의 의료비 폭등을 초래할 것임.

- 정부는 자회사 허용이 진료행위와는 관련이 없는 것처럼 주장하고 있으나 이는 사실과 다름. 병원 부대사업 확대를 통한 자회사가 병원임대, 의료기기 임대 및 판매, 의료용구 임대 및 판매 등이 포함되어 있어 병원 자회사의 수익추구는 진료왜곡과 국민이 부담하는 개인의료비 상승의 요인이 될 수밖에 없음.
- 결과적으로 영리자회사 허용과 의료법인 인수합병을 통한 체인형 병원의 탄생은 의료비를 대폭 증가시켜 건강보험재정을 위기에 빠트려 건강보험제도까지 위협할 것임. 게다가 비급여진료 분야의 과잉진료가 자회사 수익을 위한 발판이 될 수 있음. 이러한 측면에서 이번 보건의료투자대책은 건강보험 보장성을 강화시키는 방안과는 역행하며 건강보험제도를 위협하는 조치이기도 함.
- 바이오 연구개발 및 응용, 의약품 개발 등이 부대사업에 포함되어 있음. 이 또한 신의료기술 및 신약으로 인한 환자들의 의료비 부담 증가의 원인으로 작용될 수 있음. 게다가 ‘신의료기술 및 신약평가의 생략 및 간소화’는 필수적인 검사를 생략하거나 간소화하는 것으로 검증되지 않은 불필요하고 위험한 의료기술이 도입돼 국민을 대상으로 한 임상시험이 자행될 우려가 있음.
- 그 외 부대사업도 모두 환자들을 대상으로 한 사업들임. 건강식품 및 화장품, 헬스클럽, 목욕장, 온천장 등은 약자일 수밖에 없는 환자들을 대상으로 강요될 수 있는 사업이며 치료효과가 불분명한 갖가지 유사치료가 환자에게 강요될 가능성이 큼.
- 영리법인 약국 허용도 법인 약국 허용이 꼭 영리법인이어야 할 법적 필요성이 없고 영리법인 약국은 기업주도 체인형 약국으로 귀결되어 국민 약제비 인상을 불러올 것이므로 법인약국을 설립하려면 비영리법인 약국으로 그 방향을 모색하여야 함.
- 원격의료의 도입은 아직 그 안전성이나 비용대비 효과가 인정된 바 없음에도 일부 재벌 IT 기업들의 이해를 우선시하는 것임. 이를 의료소외계층에게 먼저 적용하는 것은 현실성도 없고 오히려 의료소외계층에게 필요한 것은 공공의료의 확대임.

2) 대안

- 병원경영이 과거보다 어려워졌다면 이 원인을 밝혀야 할 것임. 만일 병원의 수

익성이 과거보다 악화되었다면 한국은 2000년부터 OECD 국가 중 의료비 증가율이 1위로 OECD 평균에 비해 2.3배에 달했고 인구당 병상수가 증가한 유일한 나라이며 현재 OECD 평균보다 인구당 병상수가 2배 이상인 국가라는 점을 볼 때 이러한 무분별한 지역불균형적인 과잉투자가 현재 병원수익성이 떨어진 원인이 될 수 있음.

- 그러나 정부의 보건의료투자대책은 이러한 병원경영의 문제점을 의료의 공공성을 강화함으로써 해결하는 것이 아니라 정부기능을 아예 포기하여 환자들의 의료비부담을 늘리고 병원으로 하여금 외부자금을 조달하고 이를 배분토록 하여 제한 없는 수익성 추구를 허용하겠다는 사실상의 영리병원 허용을 그 해법으로 제시하고 있음. 이는 병원경영을 위해 환자들의 의료비를 증가시키는 반서민적 해법임.
- 영리자회사 허용뿐만 아니라 병원의 인수합병을 허용함으로써 재벌주도의 영리체인병원으로 귀결될 정책이 이번 보건의료투자대책임. 결국 보건의료투자대책이 추진된다면 한국의 의료공급체계는 재벌주도의 영리체인병원 중심의 의료공급체계로 귀결될 것이며 이는 1차 의료의 몰락을 포함한 의료전달체계의 붕괴를 낳을 것임.
- 현재 정부가 걱정해야 할 것은 병원의 경영상태가 아님. 올해 2년째 흑자를 건강보험 재정이 11조의 기록적 흑자를 낸 것에서 보아듯이 국민들은 아파도 병원에 못가고 있음. 지금 정부가 해야 할 일은, 병원이 어렵다면 병원을 정부가 인수하여 공공병원을 확충하는 것이며 의료보장성을 강화하여 의료비를 낮추어 환자들의 의료이용을 정상화 하는 것임. 11조 원이면 공공의료를 강화하고 의료보장성을 당장 강화할 수 있음.
- 또한 한국의 보건의료체계에 중대한 변화를 가져오고 의료법의 근본 취지를 바꿀 병원 부대사업확대와 영리자회사 허용 정책을 국회에서 법 개정도 없이 법 개정을 거치지 않고 행정부 가이드라인만으로 통과시키려는 것은 행정편의주의를 넘어 행정독재임.
- 민생과 복지를 강조하며 당선된 박근혜정부가 할 일은 한국의 의료공급체계를 근본적으로 영리추구로 바꾸는 의료민영화가 아니라 국민건강보험제도를 강화시키고 병원의 영리화·상업화를 중단시키는 일이어야 함. 무엇보다도 국민 의료비 부담을 가중시키고 국민건강보험제도를 위기에 빠뜨릴 보건의료투자대책의 추진을 즉시 중단하여야 함.

7. 3월 10일 의사파업의 경과와 요구사안

1) 의사파업까지의 경과: 의정협의결과를 중심으로

- 1월 17일부터 2월 16일까지 보건복지부와 대한의사협회는 6차례 회의를 가지고 2월 18일 협의결과를 공동으로 발표함 (그림 8 참조)

배 포 일	2월 18일 / (총 13 매)		
의사협회 간사	이 용 진 부회장	전 화	044-202-2422
보건복지부	성 창 현 팀장		

의료발전협의회 협의결과 발표

- 원격의료, 국회논의과정에서 협의, 왜곡된 의료민영화 논란 유감 표명 -
- 의료계 요구 제도개선 사항, 신속하게 논의해 이행해 나가기로 -

보건복지부와 의사협회는 원격의료, 투자활성화대책, 의료제도 개선 등 의료발전협의회를 통해 협의된 협의결과를 2. 18일 한국 언론재단에서 공동발표함

○ 의료발전협의회는 국민입장에서 의료 현안문제 해결과 우리 의료 발전을 위한 제도개선 논의가 필요하다는 공감대를 바탕으로 구성되어,

- 의료 주요현안 및 제도개선 사항에 대한 협의를 준비모임을 포함 하여 모두 6차례 회의를 진행한 바 있음

○ 협의과정에서 정부는 의료계 요청사항에 대한 의견을 진솔하게 청취 하고, 협의기간 중 의료법 개정안의 국회제출을 이루는 등 진정성 있게 노력해 왔고,

- 의사협회도 협의회에서 의료계의 입장을 전달하고, 결론 도출을 위해 노력하였음

* (참고) 협의체 구성원

- 의협(4명) : 임수흠단장(서울시의사회장), 이용진 간사(의협 기획부회장), 송후빈위원(충청남도의회사회장), 이원표위원(대한개원내과의사회장)
- 복지부(4명) : 보건의료정책관, 보건의료정책과장, 보험정책과장, 일차의료개선팀장

그림 8 의료발전협의회 협의결과 발표 보도자료

- 이 협의결과는 원격의료, 투자활성화대책, 의료제도개선의 3가지 항목에 관한 것이었음.

가. 원격의료

- 먼저 원격의료에 대해서는 의사-환자 간 원격진료에 대해 양측의 입장 차이를 확인하였으나 실제 내용은 원래 의사협회의 주장에서 후퇴한 것임.
- “의사-환자 간 원격모니터링 및 원격상담에 대해서는 그 필요성을 인정함”이라고 명시해놓아 사실상 원격진료를 인정하였음. 또한 원격의료 사안은 의료법 개정사안임에도 불구하고 국회에서 법률논의를 거치기로 한다는 것은 어떠한 합의내용도 아님. 또한 의정협회가 국회 논의 이전의 이해당사자간 협의라는 점에서 이를 국회에서의 논의로 대체하기로 한 것은 의정협회가 단지 의례적 절차였음을 인정한 것임 (그림 9 참조)
- 다른 한편 원격진료 및 처방에 대한 시범사업도 이미 이명박 정부 시기 지경부가 350여억 원을 들여 이미 시범사업을 하였고 이 결과 비용대비 효과가 의미가 없고 대면진료에 비해 원격진료가 우수하다는 근거가 없다는 것이 이미 밝혀져있어 의사협회의 시범사업 주장은 애초에 그 근거가 희박함.

(1) 원격의료와 의료정보보호

□ 협의내용

- ① 원격진료 및 처방에 대해 **의사협회는 시범사업을 통해 타당성을 검토한 후 법안이 개정**되어야 한다는 입장을 명확히 하였으며, **정부는 의료법 개정후 법에 근거하여 시범사업**을 추진하자는 입장이었음
- ② 의료의 질적 수준 개선과 국민의 의료이용의 접근성 향상을 위해 **의료서비스 중심의 IT 기술활용의 필요성**에 공감함
 - 현행 법률이 허용하고 있는 의료인간 원격의료가 활성화되도록 함
 - 대면진료를 대체하지 않고 지원하는 **의사-환자간 원격모니터링 및 원격상담**에 대해서는 **그 필요성을 인정함**
- ③ 의료정보 보호체계 강화를 위해 **필요한 관련 법령의 정비 등 제도개선** 노력을 함께 추진하기로 함

□ 이행방안

- 원격의료 개정 법안에 대해서는 **국회 논의과정에서 양측의 입장차이를 충분히 논의해** 나가기로 함

그림 9 원격의료에 대한 의정협약의결과

나. 투자활성화대책

- 제 4차 투자활성화대책의 보건의료분야 내용은 비영리법인병원의 부대사업확대 및 영리자회사허용, 인수합병허용, 영리법인약국 허용, 신의료기술 평가 및 신약 허가절차 생략 및 간소화 등이었음. 또한 이 중 부대사업 및 영리자회사 허용은 법 개정 사항이 아니라고 한 바 있음.
- 정부는 4차 투자활성화대책 발표 시 영리자회사의 남용을 막기 위한 장치를 통해 편법행위를 막기로 발표한 바 있고 또한 보도해명자료를 통해 영리자회사가 병원의 수익이 외부로 빠져나가는 것을 막을 방침이라고 발표한 바 있음

[2] 투자 활성화

□ 협의내용

- ① 의료서비스가 공공성과 특수성을 가진다는 점을 확인함
- ② 의사협회는 협의과정에서 서비스산업발전기본법에서 의료분야를 제외해 줄 것과 (가칭)의료서비스발전법을 별도로 제정할 것을 요청하였음
- ③ 공공성을 유지하면서, **양질의 일자리 창출과 의료기관의 해외진출 및 해외환자 유치, 의료 연구개발 활성화** 등이 필요하다는 인식을 같이 함
- ④ 일차의료기관과 병원간의 **경쟁을 유발하는 방식은 지양**되어야 함
- ⑤ 최근 불거진 일부 왜곡된 의료민영화 논란에 대해서는 **공동의 우려를 표명**함

□ 이행 방안

- 투자활성화 정책은 의료법인 자본유출 등 편법이 발생하지 않도록 병협·의협 등 관련단체 의견을 충분히 수렴하기로 함
- **(속칭) 사무장병원과 의료질서를 왜곡하는 일부 의료생협** 등에 대한 규제대책은 별도로 마련하기로 함

* 환자에게 피해를 줄 수 있는 불법 가격할인, 환자모집 행위 등 포함

그림 10 의정협의결과 중 4차 투자활성화대책 관련 내용

- 그러나 의정협의결과는 “의료법인 자본유출 등 편법이 발생하지 않도록 병협·의협의 의견을 충분히 수렴하기로 함”이라고만 서술함으로써 사실상 정부의 영리자회사 허용방안이나 신의료기술 평가 생략, 병원 인수합병 부분을 모두 수용한 것임 (그림 10 참조)
- 이에 더해 “최근 불거진 왜곡된 의료민영화 논란에 대해서는 공동의 우려를 표

명함”이라고 언급함으로써 시민사회단체 및 노동조합의 의료민영화 주장에 대해 정부와 공동대처하기로 함으로서 노동조합 및 시민사회진영을 적대시하는 문구를 포함시킴.

다. 수가결정구조 및 수가인상 등: “의료제도개선”

- 의정협의결과의 3번째 항목은 이른바 의료제도개선 사안임. 이는 주로 수가결정 구조 및 수가인상에 대한 것임.
- “경증외래 환자가 의원급 의료기관을 이용하도록 유도하기 위해 수가및 본인부담 제도의 조정, 의뢰회송 제도 개선 등을 개선”, “이해관계자 및 전문가가 참여하는 협의체” “상급종합병원 지정기준 개선, 보건소 역할정립 등을 우선 검토” “수가결정 과정에서 협상 결렬로 건정심에서 수가를 결정하는 경우, 가입자 및 공급자 등이 함께 참여하는 중립적 조정소위원회 구성” “건강보험정책심의위원회 구조개선에 대한 논의는...보건의료정책심의위원회 등에서 논의” 등 모호한 어구로 표현됨.
- 그러나 핵심은 수가인상에 정부와 의사협회가 합의했다는 점이 드러난다는 것임. “의원은 외래, 병원은 입원이라는 기능재정립 원칙하에 각 종별의 기능에 맞는 분야 위주로 보상체계를 개선...추가적 재원을 지원하는 방안도 강구” “전문 교육상담에 대한 보상 등 일차의료 기능을 강화하고 서비스수준을 높이기 위한 논의를 추진” 등이 그것임. 이는 입원에 대한 병원의 수가인상, 외래에 대한 의원의 상담수가 신설 및 인상 등이 그 내용임.(그림 11 참조)

이행방안

- **현행 수가체계의 불균형 해소** 등을 위해 **건강보험정책심의위원회 산하 상대가치기획단에서 논의하여** 개선방안을 마련하기로 함
 - 수가체계 불균형과 관련한 사항으로는 기본진료 중심의 급여체계, 상대가치, 각종 가산제도 등을 논의하기로 함
- 상대가치기획단은 전문과별 협의구조인 상대가치위원회의 연구를 지원하고, 논의결과를 존중하기로 함
- **전문 교육상담에 대한 보상** 등 일차의료 기능을 강화하고 서비스 수준을 높이기 위한 논의를 추진하기로 함

그림 11 의정협의결과 의료제도 개선사항 중 수가관련 내용

다. 의정협의 결과

- 이러한 내용은 “의협이 정부안을 받아들인 대신 정부는 수가 신설 등 반대급부를 약속했다. 복지부는 원격의료 수가 도입과 함께, 동네병원이 환자에게 건강상담을 해주는 데 대한 '전문상담수가'도 신설하기로 했다. 또 현재 1만3,580원인 1차 의료기관의 초진수가 인상도 검토하고 있다.
- 또한 건강보험공단과 의료기관 간 수가협상이 결렬될 경우 건강보험정책심의위원회(건정심)에 맡기도록 돼 있는 수가 결정을, 조정소위원회에서 조정하도록 하자는 방안도 나왔다. 조정소위원회는 의료기관과 건강보험 가입자 대표가 동수로 참여함으로써 수적으로 열세인 건정심보다 의료계에 유리하다는 판단이다.” (한국일보 2014.2.18)라는 기사에서 보이듯이 사실상 정부의 원격의료 및 투자 활성화대책을 받아들이고 수가결정구조변화 및 수가인상을 받아들인 것으로 밖에 볼 수 없음.
- 이는 참여연대, 보건의료단체연합 등 시민사회단체와 치과의사협회, 약사회, 한의사회, 보건의료노조 등의 비난을 받았음. 예를 들어 대한치과의사협회와 대한한의사협회, 대한약사회는 “보건복지부와 대한의사협회가 ‘원격의료 입법’을 합의하고, 일고의 논의 가치도 없는 ‘의료영리화 정책’을 추가로 논의키로 한 것에 대하여 분노를 금할 수 없으며, 이는 명백한 ‘밀실야합’임을 선언한다. 대한의사협회와 보건복지부는 2월 18일, ‘원격진료 입법’과 ‘의료법인 자회사 설립’에 대하여 지금까지 국민건강을 위해 이를 공동으로 반대해왔던 타 보건의약단체 및 시민단체와 어떠한 논의와 협의도 하지 않은 채 일방적으로 모든 합의가 이루어진 양 합의안을 발표했다. 특히 합의 과정에서 대한의사협회는 많은 국민들의 우려대로 의사들의 건강보험 수가인상이라는 자신들의 이익을 위하여 국민건강 증진이라는 의료인의 책무를 팔아넘기는 이기주의의 극치를 보여주었다.”라는 성명을 발표하였음.
- 의사협회 내부에서도 수가인상은 불분명한데 원격진료에 사실상 합의하였다는 비판에 직면하면서 의사협회 비상대책위원장을 겸임하였던 의사협회장 노환규 씨가 비대위원장을 사퇴하고(의사협회장 유지) 이에 대한 회원 총투표에 투표참여 및 3.10 파업찬성을 위한 홍보에 나서기 시작함.

2) 의정협의결과에 대한 의사협회 전 회원 투표와 의사협회 상임이사회의 요구

- 애초 의정협의 또는 의정협의 결과는 회원 총 투표에 붙이기로 되어있었고 또한 이 결과를 바탕으로 3월 10일 총파업 찬반을 묻기로 비대위에서 결정되어있

있음. 또한 전회원의 50% 이상 투표와 과반수 찬성이 투표성립의 조건이었음.

- 2월 21일부터 2월 28일까지 진행된 투표는 예년의 의협회장선거 투표율에 비추어 투표율이 50% 이상이 넘지 않을 것이라는 전망이 있었음에도 시도의사회 등록회원기준(69,923명) 69.88%, 2013년 심평원 등록회원 기준(90,710명) 53.87%가 투표에 참여하였고(48,861명) 이중 37,472명(76.69%)이 과업에 찬성하였음.
- 시도의사회 등록기준 투표율이 50%를 넘어갈 시점인 2월 26일 의사협회 상임이사회는 대정부 요구사안을 확정하여 발표하였다. 이는 다음과 같다.

2014 의료제도 바로 세우기 대정부투쟁 관련 대한의사협회의 입장 및 대정부 요구사항		
1. 원격의료 및 의료영리화정책에 대한 의사협회의 입장 및 요구		
	의협 입장	의협 요구사항
원격의료	원격진료 반대 입법 후 시범사업 불가 선시범사업 평가 후 재논의	원격진료 입법예고법안 철회 보건의료발전특별법 공동 추진
제4차 투자활성화대책	반대	의료분야 철회
서비스산업발전기본법	반대	의료분야 제외 후 보건의료발전특별법 공동 추진
2. 건강보험제도 및 의료제도 정상화를 위한 요구		
	의협 요구사항	설명/이유
건보제도 개혁	건보제도개선특위 설치	의사에게 싼값진료 강요하고 환자에게는 높은 비급여 진료비를 부담시키는 왜곡된 저부담/저보장/저수가제도에 대한 개선 필요
기구조정	건강심구조 변경	지불자와 공급자 동수로 구성
	수가결정구조 변경	협상 결렬시 전년도 물가상승률 기준 적용
경영개선	보건의료정책심의위원회 개정	의료관련 고시/정무입법예고 등 제도개선 사전논의
	차등수가제 폐지	의료수가 현실화전까지 폐지
	초재진료 일원화	이원화된 초진료/재진료 초진료 기준으로 일원화
	노인정액제 개선	10년 넘게 1만5천원으로 묶여 있는 정액상한선 3만원으로 상향조정함으로써 노인진료비 부담 경감
기능재정립	입차의료살리기협의회 아젠다 이행	29개 항목 개선작업 이행
	의료생활 비조합원 진료금지	사실상 사무장병원으로 과잉진료 등 부작용 방지
	보건소 기능재정립	진료기능 폐지, 예방기능 집중 필요, 불공정 경쟁
	의약분업 재평가	의약분업 이후 단 한 번도 재평가 없었음
전공의	저가약대체조제 장려금 폐지	국민건강 위협
	유급제도 폐지	부실수련환경 개선이 급선무
	PA합법화 추진 중단	부실수련 초래, 의료의 질 저하
	근무환경 개선	전공의 근무환경개선 미이행시 병원처벌 근거 마련
3대 비급여 급여화	병원신임평가주체 이관	의협으로 이관
	3대 비급여 급여화 시범사업 후 평가	3대 비급여 급여화 국립병원 선시범사업 후시행
기본권	원외처방약제비환수 폐지	의사 기본권 침해

그림 12 의사협회 대정부 요구사항 (2월 26일)

- 이 요구사항을 보면 이번 의사과업의 성격을 어느 정도 이해할 수 있음.
- 우선 원격의료 및 의료영리화 정책에 대한 의사협회의 요구는 원격의료철폐, 제 4차 투자활성화대책 의료분야 철회, 서비스산업발전기본법 의료분야 철회로 노동조합 및 시민사회단체의 요구나 진보정당의 요구와 대체로 일치함. 이 부분은 비록 의사협회가 아직까지 의정협의결과가 원격의료수용이나 투자활성화대책의 수용이라는 점을 인정하지 않거나 부인하는 등의 불분명한 태도를 보이고 있지만 의사협회의 요구가 보다 분명해진 것이라는 점을 보이고 있음.
- 그러나 건강보험제도 및 의료제도 정상화를 위한 요구를 보면 단지 수가인상 요구만이 아니라 상당히 광범위한 요구를 담고 있고 일부 요구는 공공의료축소, 건강보험 수가결정구조에서의 가입자 배제, 정부의 수가결정 권한 축소 등의 협소한 전문가적 시각 및 이른바 ‘관치의료거부’라는 의사협회가 가지고 있던 입장의 연장선에서 이해할 수 있는 요구들이 포함되어있음.
- ① 건보제도개선특위 설치: 저부담/저수가/저보장 제도의 개혁을 그 내용으로 하고 있음. 이러한 요구는 국민들의 비급여로 인한 비싼 의료비부담을 해결을 전제로 하는 요구이기는 하나 노동자들과 서민들의 건강보험료 인상 요구임. 이 요구는 ‘복지국가소사이어티’ ‘내가 만드는 복지국가’의 요구내용이기도 하며 보건의료산업노동조합의 요구내용이기도 함.
- ② 건정심 구조변경: 건정심 구조는 현재 가입자 8인, 공급자 8인, 정부 4인 및 공익대표 4인으로 되어있으나 이를 보험자 8인 및 공급자 8인으로 바꾸자는 것으로 가입자를 배제하고 있음
- ③ 의료생협 비조합원 진료금지: 현재 이른바 사이비 의료생협이 존재하기는 하지만 이 요구는 의료생활협동조합의 운동근거를 박탈하는 것임
- ④ 보건소기능재정립: 보건소의 진료기능폐지 요구로 공공의료축소 요구임
- ⑤ 의약분업재평가: 의약분업 철회라는 기존요구 보다는 나아진 것으로도 평가할 수 있으나 의약분업 평가가 이루어지고 있음에도 ‘재평가’라는 단어를 쓴 것은 여전히 의약분업제도의 철회 내지 후퇴를 요구하는 것으로 판단됨
- ⑥ 저가약 대체조제 장려금 폐지: 의사들의 처방에 대한 저가약 대체조제에 대한 거부로 이는 현재 생물학적 동등성이 인정된 약만 대체조제를 인정하고 있음에도 이러한 대체조제 거부는 의사들의 전문가적 권력의 강화 요구이기도 하지만 대형 제약기업에 대한 이윤보장 요구이고 약가절감을 통한 건강보험재정 절감노력에 대한 방해이며 또한 특허의약품의 제네릭 대체를 방해할 수 있는 것임.
- ⑦ 병원 신임주체 의협이관: 병원평가기구의 민영화 요구임. 이는 병협의 요구임

⑧ 급여화 시범사업 후 평가 : 3대비급여 급여화 국립병원 선 시범사업 후 시행 요구로 이는 비급여의 급여화라는 저부담/저수가/저보장 요구와 모순되는 요구로 보장성확대의 진정성을 의심하게 하는 요구이며 보장성 확대에 반하는 요구임. 이 요구 또한 병협외의 요구임

- 이처럼 1번 요구를 평범한 수가인상요구로 본다 하더라도 의료제도개선요구는 18개 중 7개가 노동자와 민중의 요구사항과 배치되는 요구임. 물론 나머지 요구 또한 수가인상 요구로서 의사협회는 주장할 수는 있으나 노동자가 동의하기는 어려운 요구임.
- 의정협의결과에 대한 반대투표가 높은 것은 한편으로는 원격진료, 의료영리화에 대한 반대의 의미도 있으나 다른 한편으로는 의사들의 수가인상요구가 받아들여지지 않은 것에 대한 반대가 있음. 이에 더해 투표 중간에 결정된 의사협회의 의사파업의 대정부요구는 반노동자적 요구가 다수 포함되어있음.
- 이 때문에 의사파업에 대한 노동자들이나 시민단체들의 입장은 원격진료반대, 투자활성화대책 철회에 대한 요구는 지지하지만 나머지 요구에 대해서는 지지할 수 없다는 입장일 수밖에 없음.
- 그러나 의사협회가 자신의 요구를 대외적으로 널리 알리지 않고 있기 때문에, 즉 의료영리화 반대 투쟁으로 내세우고 있기 때문에 이러한 의사협회 대정부요구의 모순적인 내용이 잘 알려지고 있지 않음.

8. 간략하게 살펴보는 의사파업의 사례와 의사파업을 바라볼 때 고려할 점

1) 캐나다 새스커처원 의사파업

- 1959년 CCF는 선거 공약으로 병원 서비스에만 적용되던 무상 의료 제도를 새스커처원의 모든 의료 서비스로 확대하는 메디케어의 설립을 제시한다. 이것은 1944년 첫 집권 때부터 이미 입원 서비스에 적용하였던 무상 의료를 이제 전체 의료 분야로 확대하는 것이었음. 그러나 의사들은 무상 의료의 전면적 시행이 이루어지면, 이러한 “사회주의 의료”아래서는 “획일적인 진료”를 강요당하며 의사들은 “노예노동”을 하게 되며 “의사-환자관계가 침해”될 것이라고 주장.
- 토미 더글러스가 주지사 직을 후임 로이드에게 이양하고 신민당 당수직을 맡은 이후로 법 집행이 미루어지고 의사들의 파업 위협에 따른 협상을 벌이는 사이 새스커처원 의사협회는 파업과 캠페인을 조직할 시간을 벌 수 있었음. 이 시간

동안 의사협회와 정부에 반대하는 자유당과 보수주의자들은 “우리 의사를 지키자” 위원회를 새스캐처원 전지역고 캐나다 전지역에 구성. 이 위원회의 지도자들은 주로 자유당 인사들과 그 지지자들로 이루어짐.

- 새스캐처원 의사협회는 미국의사협회의 조직방식을 학습하여 주요 의사를 중심으로 소그룹으로 의사들을 조직. 새스캐처원 정부는 영국에 특사를 파견하여 파업이 실행될시 의료공백을 메꿀 의료진을 모집함. 이 의료진 중 일부는 파업 전에 새스캐처원에 도착하기도 함.
- 이 캐나다의 의사파업은 새스캐처원 뿐만 아니라 캐나다를 넘어 미국 전역의 이목을 집중시킴. 1962년 5월은 미국의사협회가 케네디의 의료개혁에 반대하는 캠페인을 전개하고 있을 때였기 때문임. 1960년 6월 30일 파업 하루전 캐나다와 미국의 모든 신문이 의사들 파업 전야라는 기사를 1면에 실음.
- 의사들의 파업은 23일간 지속. 이 파업은 “우리 의사를 지키자” 위원회의 지원과 특히 새스캐처원에서의 자유당 당수인 대처를 포함한 전폭적 공개적 지지, 자유당 당수의 캐나다 의사협회의 공개적인 재정지원, 보수언론의 공개적지지 속에 준비되고 전개. 행진, 청원 공개토론 및 광고가 동시에 전개됨. 이들의 행진에서는 “유태인의 코, 중국인의 변발, 중세풍의 옷을 입은 의사”를 그린 “새스캐처원 정부 수입 의사”라는 전형적인 인종주의적 캐리커처가 등장함.
- 그러나 파업 첫날부터 9개월 된 아기가 의사들을 찾아다니다가 사망하는 사건이 일어났고 이 기사가 뉴욕타임스에 실림. 그들의 의사들과 친밀한 관계에 있던 주민들이 하루 만에 의사들에게 압박을 가하기 시작했고 스스로가 조직하여 새로운 의사를 찾아 나서기도 하는 등 주민들이 의사파업에 반대함. 의사협회와 자유당이 조직한 6월 11일의 행진이 애초 주최 측이 기대한 10분의 1에 불과한 4,000명밖에 모이지 못하자 (그리고 여기에는 간호사와 약사, 의대생들과 같은 의사협회가 동원한 사람들이 상당수였음) 파업은 계속 진행되었지만 의사들이 소리없이 복귀하기 시작하여 문을 여는 병원도 늘어났고 복귀하는 의사가 늘어나면서 응급실을 열고 있던 병원도 점점 그 숫자가 늘어남. 응급실을 지키던 의사들의 탈진에 대비한 응급의료 지원 의료지원팀이 캐나다와 미국의 여러 도시에서 조직됨. 가장 중요하게는 새스캐처원의 주민들과 캐나다 주민들의 압력이 시간이 지날수록 더욱 강력해져 의사파업은 동력을 잃음.
- 영국 무상의료제도 도입의 조력자였던 의사 테일러 경이 영국에서 돌아와 의사협회와 새스캐처원 의사협회와 중재에 나서면서 23일간의 파업은 종결됨. 물론 이 파업으로 끝은 아니었음. 68년 캐나다 전역에 무상의료제도가 도입될 때에도 캐나다 의사협회는 반대를 하고 반대캠페인을 전개했지만 다시 파업을 일으

키지는 못함.

- 새스캐처원의 CCF는 1964년 선거에서 자유당에 패배함. 이 선거의 패배는 의사들의 파업이 하나의 원인이었다고 평가되기도 함. 그러나 이 선거의 패배조차 CCF가 이루어낸 무상의료제도의 지속을 막지 못했고 파업지지에 앞장섰던 자유당조차 64년 집권 후에 이 무상의료제도를 다시 되돌리지 못함. 그리고 1970년대에는 캐나다의 다른 모든 주가 새스캐처원의 무상의료제도를 도입하여 연방차원의 무상의료제도 도입이 완성됨.

2) 스페인 공공의료 민영화 반대 ‘흰 물결’과 의사파업

- 2012년 스페인의 인민당이 정부가 운영하던 공공병원 6개, 특수클리닉 4개, 27개 보건소를 매각하려하자 이에 대한 항의운동이 벌어짐. 이 운동은 2012년 12월 마드리드 프린케싸 병원을 노인센터로 바꾸려는 정부의 조치에 대항하여 병원직원들과 환자들 및 지역주민들이 무기한 농성에 들어가면서 시작됨.
- 이 농성은 정기적 대중행진과 보건의료 총파업의 시발점이 됨. 공공병원 매각이 철회될 때까지 마드리드의 ‘하얀 물결’은 매달 세 번째 일요일에 행진을 조직했고 정부가 항복 결정이 내려지기 1주 전까지 15번의 지속적인 행진이 이루어짐.
- 마드리드 사회당과 마드리드 전문의협회(AFEM)의 민영화 반대 소송을 재판부가 받아들임으로서 2014년 1월 27일 집권인민당 정부는 공공병원 민영화 정책을 연기하기로 결정했고 보건부장관이 사퇴했음. 스페인 사법부는 민영화가 시민들의 헌법적으로 보장된 보건의료접근권의 평등을 위협한다고 판시했음.
- 마드리드 정부는 이때까지 공공병원을 민영화된 사립 중기 및 장기 요양시설로 바꾸기 시작했고 약 3500여명이 해고되었음. 이러한 민영화 반대운동의 승리는 보건의료노동자, 병원 환자, 지역조직, 좌파정당, 민영화 반대운동진영의 연대운동의 성과였음. 하얀 물결(white tide)로 알려진 이 운동은 보건의료전문인들과 그 지지자들은 공공부문 교육노동자들의 교육건축재정에 반대하는 이른바 “녹색물결”의 예를 따른 것임. 15개월의 투쟁동안 매우 강력한 운동이 펼쳐졌는데 파업, 농성, 행진, 공공장소에서의 집회와 세미나, 청원, 정부청사에서의 시위 및 법원바깥에서의 시위 등이 이루어짐.
- 마드리드 시 의회가 집권인민당이 절대다수였음에도 불구하고 일한 보건의료노동자와 환자, 연대조직들은 강력한 사회적 다수를 형성하였음. 이 투쟁은 병원의 다양한 직원들의 지지를 받았는데 민영화계획이 알려지자 AFEM은 의사들

의 무기한 파업을 호소했고 이 의사파업은 5주동안 지속되었음. 한편 인민당의 민영화계획의 보건의료 부문의 패배는 집권 인민당의 위기를 심화시켰음.

3) 한국의 2000년 의사파업 등

- 전 세계적으로 의사파업은 항상 상당한 논란이 되고 있음. 한국의 2000년이 의약분업을 둘러싼 의사파업도 예외가 아니었음. 그러나 2000년의 의사파업은 의약분업 시행 반대를 내세움으로서 시민들의 지지를 얻는데 실패하였음.
- 이 의사파업을 통해 7% 이상의 수가인상이 이루어졌으나 의사파업 이후 설문 조사결과 전체 응답자중 5.8%만이 의료분업 후 의사에 대한 이미지가 좋아졌다고 응답한 반면, 52.9%는 나빠졌다고 응답하였음. 조사결과를 ‘매우 좋아졌다’ 100, ‘매우 나빠졌다’ -100, ‘변화가 없다’ 0 으로 재 코딩한 결과 평균 변화는 -32.54로서 전반적으로 의사의 이미지는 나빠졌음, 응답자의 특성에 따른 차이를 보여 지위가 높고, 지식수준이 높은 대도시의 젊은 주민의 경우 의사들에 대한 이미지 악화가 두드러졌는데, 이는 성찰적 능력과 비판적 능력을 갖춘 사람들일수록 위상변화를 그만큼 체감하고 있는 것으로 이해됨.⁹⁾
- 가장 악명이 높은 의사파업은 칠레의 의사파업이었음. 이때의 의사파업은 칠레의 아옌데 정권에 대한 반정부 파업으로 기업가들의 공장폐쇄, 운수사업자들의 운송망 마비 등과 함께 이루어져 ‘가진 자의 파업’으로 불림. 이러한 파업은 결국 피노체트의 쿠데타로 이어졌고 이후 칠레의 의사들 중 일부는 칠레의 장기 간에 걸친 군사독재정권의 고문에 참가하는 등 현재까지도 부끄러운 역사적 유산이 청산되지 못하고 있음.

4) 의사들의 수가인상 요구

- 현재 의사들의 관심사는 주로 수가문제임. 수가는 현재 개원의들의 수익의 원천이고 병원자본의 수익임. 따라서 노동자의 임금문제와는 다름. 이 때문에 수가인상 요구는 병원자본의 요구, 혹은 자영업자의 요구이며 노동자의 요구는 아님.
- 현재 한국의 수가구조상 개원의들의 수가만 올릴 수 있는 방법을 찾지 못한다면 개원의들의 수가가 오르면 병원자본의 수익도 같이 오름. 또한 의료보수 지불체계를 개편하여 병원노동자의 임금에 해당하는 보의료보수지불이 별도의 항목으

9) 송호근 등. 의약분업에 대한 국민의식 조사연구. 서울대학교 사회과학연구원 사회발전연구소, 2001.3

로 분리되지 않는 이상 병원노동자의 임금인상과 병원의 수가는 직접 연관되지 않음. 따라서 현재한국 상황에서 수가인상의 요구는 병원자본과 자영업자의 요구임.

5) 의사파업의 성격

- 스페인의 경우 공공병원에 대한 민영화 반대 요구였고 노동자와 연대한 것이 가장 큰 특징이었음. 스페인의 최근의 의사파업은 이러한 의미에서 긍정적인 의미의 파업이었음. 또한 스페인의 경우 공공병원에 근무하는 의사들의 경우 상당한 정도로 노동자로서의 지위를 지닌다고 볼 수 있음.
- 반면 캐나다의 의사파업은 무상의료제도 도입에 대한 반대 파업이었고 대다수 주민들과 적대관계에 놓일 수밖에 없었음. 이 경우 의사파업은 긍정적으로 볼 수 없음.
- 따라서 의사파업의 경우 그 요구사안의 공공적 성격으로서 그 긍정적 성격과 부정적 성격을 나눌 수 있음. 또한 의사파업이 성공하는가의 여부 또한 노동자와 지역주민들과 연대할 수 있는가에 달려있다는 것도 볼 수 있음.
- 한국의 의사협회의 요구는 앞에서 살펴보았듯이 단일하지 않으며 상호 모순적이고 복잡함. 원격의료의 저지나 의료영리화의 저지는 노동자나 민중들이 지지할 수 있으며 당연히 긍정적임. 또한 이러한 요구에는 노동운동이나 사회운동이 연대할 수 있음. 그러나 수가인상의 경우 이는 설령 개원의들이 요구한다 하더라도 이는 또한 병원자본의 요구이기도 하고 건강보험재정이 고정되었다고 본다면 수가가 오르면 건강보험의 보장성은 악화될 수 있음. 따라서 노동자가 개원의나 병원자본의 수가인상 무조건적으로 지지할 수는 없음. 다른 한편 의사협회의 건정심 개편요구나 보건소의 진료기능 폐지 요구등은 노동자의 이익에 반하는 요구임.
- 따라서 현재 의사파업의 요구는 그 요구가 의료민영화 반대가 주요측면이 될 때에는 노동운동과 사회운동은 이를 비판적으로 지지할 수 있음. 현재로서는 의사파업의 요구가 의료민영화 반대요구가 주요한 측면이므로 이를 비판적으로 지지할 수 있는 상황임. 반면 앞으로 의사파업의 요구가 변화하면 노동운동과 사회운동은 이에 대해 다시 판단해야 할 것임.

토론 1 :

김태훈 사회진보연대 정책선전위원

〈의사 파업과 의료 영리화〉 토론문

1. 보건의료부문 투자활성화 대책 비판

- 발제에 대해 대부분 동의하고, 논의를 풍부히 하기 위해 실제 사례를 통해 영리자회사 허용 시 예상 가능한 시나리오를 소개하고자 함.¹⁰⁾ 이를 통해 이번 영리자회사 허용이 사실상의 영리병원 허용 정책이라는 사실을 실증할 수 있음.

1) 차병원그룹

- 정부는 의약품, 의료기기, 화장품, 건강보조식품, 의료용구 등 의료행위와 밀접히 연관된 광범위한 부대사업을 영리자회사가 할 수 있도록 허용할 계획. 이 경우 이러한 의료연관산업에 자본과 기술을 확보하고 있는 의료법인이 경쟁에서 우위를 차지하게 될 것임. 차병원그룹은 그 대표적인 예.
- 차병원 그룹의 계열사에는 병원뿐만 아니라 코스닥 상장사인 (주)차바이오앤디오스텍(차바이오)을 포함하는 광범위한 의료연관산업 사업체들이 있음. 이 사업차의 사업 분야는 연구소, 제약회사, 화장품 회사, 식품회사, 의료정보시스템, 임상시험대행, 창업투자회사, 콜센터까지 다양한 범위에 걸쳐있음 (표1 참조)

<표 1> 차병원 그룹 계열사 현황 (사업보고서, 회사 소개, 신용평가, 언론보도 참조)

부문	계열사	사업/병상수	매출액(원)
1. 병원	차움(Chaum)		총 국내 매출 5000억 (2010년)
	강남 차 병원	400병상	
	차 병원 여성의학연구소 IVF 센터		
	분당 차 병원	950병상	
	분당 차 여성병원	149병상	
	구미 차 병원	505병상	
	대구 차 여성병원	100병상	
	LA 할리우드 장로병원/ LA 불임센터	1560병상	1조 3000억 (2010년)
2. 연구기관	차움 국제줄기세포 임상시험센터	100병상	
	차 백신연구소	연구소	
	차 바이오그룹 판교 종합연구원	연구소	
3. 의료연관산업	차바이오 앤 디오스텍	광학/바이오/병원	4784억(2012년)
	차병원 제대혈 은행		
	차바이오메드	건강식품, 대체의학	22억
	차케어스	IT, 사업서비스업	113억(2010년)
	차바이오F&C	식품, 화장품	
	서울CRO	임상시험 대행	
	솔리더스 인베스트먼트	창업투자회사	
	(주)CMG제약	제약회사	162억(2012년)

10) 사회진보연대 정세보고서, 『의료민영화 쟁점 분석- 의료법인 자회사 허용의 수혜 기업은?』 참고.

- 특히 병원을 제외한 의료연관산업의 지주회사 격인 차바이오에 주목해야 함. 차바이오의 연 수익은 4610억 원.(2012년 기준) 이는 강남, 분당, 구미, 대구에 걸쳐있는 국내 차병원의 총 매출에 육박하는 규모임
- 2012년 사업보고서에 따르면 현재 차바이오는 차씨 일가 및 계열회사와 비영리법인 24명이 30.52%의 지분율을 소유하는 방식으로 지배구조를 형성. (최대주주인 차광렬 총괄회장의 지분율은 6.41%, 성광의료재단은 0.44%, 학교법인 성광학원은 4.24% 등임) 차바이오는 다시 11개의 자회사를 가짐. 자회사 중에는 제약회사(스카이뉴팜, 현 CMG제약), IT의료기기(차케어스), 건강식품 판매회사(차바이오메드), 해외의료수출(CHA Health Systems. Inc) 등 정부가 부대사업범위로 확대해 줄 예정인 사업 대부분을 포괄하고 있음. CHA Health Systems. Inc는 미국 LA장로병원의 병원경영지원회사(MSO)로 차바이오는 실질적인 미국 영리병원 지주회사임.
- 더 큰 문제는 차바이오가 국내에서도 병원을 운영하고 있다는 사실. 청담동의 최고급 건강검진센터인 차옴. 사업보고서에는 부대사업에 한정해서 운영하고 있다고 하지만 의료서비스와 부대사업 서비스가 차옴이라는 같은 건물에서 같이 제공되고 있어서 실제로 구분되지 않음. (주)차바이오앤디오스텍 홈페이지는 차옴을 ‘치료를 넘어 예방으로 지금껏 볼 수 없었던 미래형 병원’이라고 소개.
- 차옴은 클리닉, 건강검진과 같은 병원만 할 수 있는 의료서비스를 하고 있음. 성광의료법인 차병원이 설립한 차옴의원이 제공하는 것임. 그러나 차옴은 이러한 의료서비스 뿐만 아니라 스파, 피트니스, 푸드테라피(식품치료) 등 포괄적인 건강관리 서비스를 제공함. (이 건강관리 서비스는 투자활성화대책에서 추가적으로 병원의 부대사업으로 허용하려는 사업들임) 한 건물 안에 두 가지 사업체가 서비스를 제공하면서 실제로는 전혀 구분되지 않는 차옴이라는 하나의 병원으로 운영하면서 멤버십으로 운영. 보증금 1억에 연회비 500만 원을 받으며 주치의를 통한 진료 및 건강검진과 헬스컨설턴트, 테라피스트, 식품영양사, 운동처방사를 통한 각종 서비스(피부관리, 피트니스, 스파 등)가 동시에 제공됨.
- 투자활성화 대책이 현실화되면 (주)차바이오앤디오스텍은 차병원그룹의 실제 지주회사 격인 성광의료법인의 자회사가 될 수 있음. 가장 큰 문제는 기형적 형태로 운영되고 있는 차옴을 합법화한다는 것. 지금도 차옴은 우회적 영리병원이라고 볼 수 있고, 사회적 논의가 필요한 상황. 차바이오는 이미 신주발행 등으로 통해 차옴에 투자한 바 있음. 성광의료법인이 차바이오를 자회사로 만들게 될 경우 차옴은 성광의료법인이 실질적으로 운영하게 됨. 의료법인이 실질적인 영리병원을 운영하게 되는 것.

2) IT의료기기, 제약, 병원물류산업에 진출하는 재벌들

- 재벌은 보건산업에 진출해서 시장지배력을 높여가고 있음. 연 매출 2조원 수준의 차병원그룹은 하나의 구체적인 예일 뿐, 총매출 연 300조 원이 넘는 삼성그룹이 보건의료체계에 미칠 영향은 비교가 되지 않을 것. 삼성은 이미 병원(서울삼성병원)과 보험(삼성생명)에서 지배적 역할을 하고 있고, 삼성전자 등 그룹의 자본력을 동원해 보건산업에 공격적으로 진출하고 있음.
- 삼성은 의료기기와 바이오제약을 5대 신수종 사업을 선정한 뒤, 국내 1위 의료기기업체인 메디슨과 레이플 인수하고, 송도에 대규모 공장을 건설 중인 삼성바이오로직스는 최근 삼성전자와 삼성에버랜드로부터 6천억 원 투자를 받는 등 공격적으로 사업을 확장하고 있음. 또한 삼성물산은 병원건립 및 의료물품 도소매업(케어캠프)에 진출하고, 삼성SDS는 의료 전산 시스템에 진출하고 있음. 정부가 말하는 의료연관산업의 성장은 삼성의 성장과 동의어인 것.
- 서울대병원과 SK가 헬스케어트라는 자회사를 공동 투자해 설립한 것처럼, 의료법인 영리자회사가 허용되면 보건산업에 진출한 재벌들은 병원들의 자회사에 지분 참여할 수 있게 됨. 의료서비스-제약-IT의료기기의 융복합에 적절한 사업 모델을 구축하는 길이 생기는 것. 의료기관과 의료연관사업의 융복합 촉진으로 새로운 부가가치와 시장을 창출하겠다는 의료법인 자법인 허용 계획은 곧 재벌에게 새로운 먹거리를 제공하겠다는 것과 같은 의미.
- 또한 의료법인 자회사에 대한 공동 출자를 통해 민간의료보험자본-병원자본-의료연관산업자본 간 이해관계가 일치하게 되면, 이해관계가 갈리면서 비용을 부담하는 주체는 결국 환자와 건강보험이 될 수밖에 없음. 설령 의료와 관련한 기술들이 융복합을 통해 생산성, 효율성이 높아져서 부가가치를 형성한다고 하더라도 이것이 국민 건강의 향상, 건강보험의 재정 절감으로 이어지는 것이 아니라 재벌의 이윤로 빠져나갈 것. 물론 재벌들은 이윤창출을 보장받지 못하는 기술투자보다 투기적 행태, 내수 시장 점유율 강화를 통한 자산가치 상승 등 금융적 이윤추구를 강화할 가능성이 더 클 것. 또한 의료기기, 의약품의 부가가치 창출은 건강보험 수가 원가로 책정되는 장비비, 재료비를 높이게 되어 건강보험 지출을 확대하게 될 것임.
- 민간의료보험-병원자본-의료연관산업을 포괄하는 의산복합체는 환자로부터 최대한의 의료지출을 유인할 뿐만 아니라 의료 외 지출까지 유인하게 될 것. 이미 이것이 미국의 현실임. SBS 다큐멘터리 <최후의 권력>에서는 아픔을 참을 때 쓰라고 안겨 주는 테디베어 인형이 7~21만 원, 약을 먹을 때 4~5일 동안 쓴 작은 컵 값이 530만 원이라고 찍힌 미국의 의료비 청구서를 보여줌.

2. 의협 집단휴진의 의미와 전망

- 대한의사협회는 그동안 2000년 의약분업 반대부터 시작하여 최근의 포괄수가제, 만성질환관리제 등 정부와 대립해 갈등을 만들어 왔지만, 의료영리화와 관련해서는 뚜렷한 입장이 없거나, 당연지정제 폐지 요구처럼 사실상 찬성하는 입장을 가져왔음. 그러나 박근혜정부가 의료민영화 정책을 강력히 추진하면서 의사협회는 원격의료·영리병원(영리자회사) 반대로 입장을 일정부분 선회함. 여기에 의사의 이익과 관련된 기존의 요구가 혼재된 상황.
- 의정협의를 시도했던 의협이 결국 집단 휴진을 결정하게 된 것은 박근혜정부 의료정책의 재벌친화성이 얼마나 심각한지 보여준다고 할 수 있음. 그러나 의사협회가 원격의료 중단, 투자활성화 대책, 서비스산업발전기본법 저지를 진정으로 요구한다면 투쟁 시기부터 방식까지 노동조합, 시민사회와 함께 조율해야 함. 스페인 마드리드의 의료민영화 저지 투쟁을 참고해야 함. 만약 의료민영화 저지는 포기하고 수가 인상, 정책 결정 권한 강화 수준의 성과만 챙긴다면 현재 심화되는 의료기관의 양극화, 편법적 영리 추구 경쟁으로 인한 전문성 침해와 자존감의 파괴 등으로 인해 의사들이 느끼는 불만과 불안은 해결되지 못할 것임.
- 의료인(전문성)이 재벌과 그 이해를 대변하는 정부(영리성)와는 선을 긋고, 민중의 건강과 이해(공공성)에 발맞춰 나갈 때만, 계속될 의료민영화 추진을 근본적으로 저지하는 보루를 형성할 수 있을 것임. 대안적인 공공적 발전 모델을 제시하고, 국민들에게 지지받고, 검증받으면서 의료인들의 자리를 확보해야 할 것. 물론 현재 한국의 의사에게 이렇게 적극적 역할을 기대하는 것은 난망함. 보건 의료노조를 포함한 노동시민사회의 역할이 중요한 것도 이러한 현실적 한계 때문임. 의료민영화 저지 범국민이 중심을 잡고 포괄적이고 강력한 연대 투쟁을 통해서 대안적 주체를 형성해 나가야 할 것임.

토론 2 :

정재수 보건의료노조 정책국장

<토론문> 박근혜 정부의 의료민영화 정책과 의사집단휴진에 대한 이해

1. 정부의 투자활성화 대책을 둘러싼 논란에 대한 입장 및 견해

1) 의료규제 완화와 민영화 논란

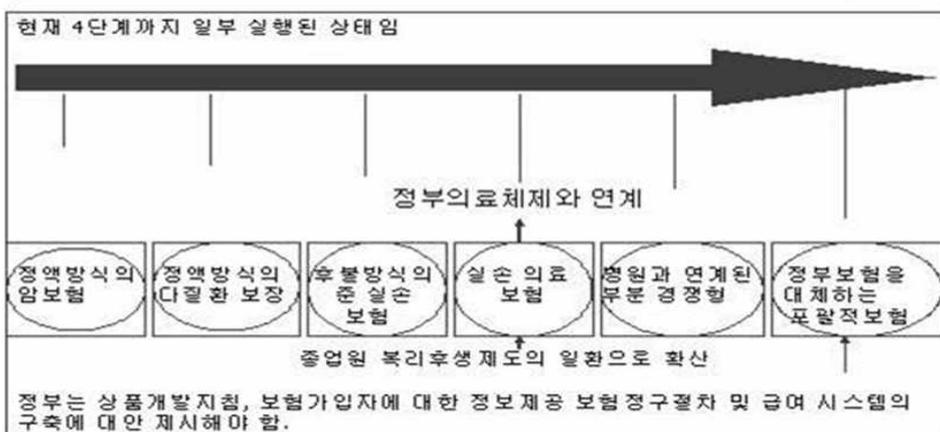
- 그동안 의료분야는 많은 규제 설정, 이러한 규제는 각각의 의미를 가지고 있음.
- 예컨대, 환자유인행위의 경우만 하더라도
의료행위가 일반 상품판매, 서비스제공과 같이 단순히 영리를 대상으로 여겨질 경우 의료행위가 왜곡될 수 있고
환자유인행위를 위하여 소용된 비용은 결국 환자를 위한 최선의 진료 및 서비스를 위한노력과 비용에서 충당할 수 있기 때문에
국민의 건강을 보호하고 증진하고자 하는 의료법의 목적(제1조) 등에 따라 제정된 것.
- 의료기관의 개설문제도 마찬가지임
의료법상 의료기관의 개설 문제를 규제하고 있는 것도 같은 우려에서의 법취지인 것.
때문에 상법상의 법인, 즉 영리법인병원의 허용은 현행법상에서도 외국인환자를 대상으로 하기 위한 경제자유구역과 제주특별자치도에만 허용하고 있는 상황.
- 부대사업에 대한 규제도 역시 같은 취지 속에서 출발
현행 의료법상 부대사업의 대상이 8개로 한정되어 있는 것은 병원의 의료활동을 위한 최소한의 부대사업만을 허용하여 무분별한 영리활동을 규제하고자 하는 의미임.
- 그런데 이번 4차 투자활성화 대책은 이러한 각종 규제를 완화하겠다는 정책임.
- 의료법에서 정한 많은 규제에도 불구하고 이를 완화하겠다는 이유로 정부는 투자활성화대책의 서두에 그 목적을 ▲ 의료기관의 수익기반을 강화하여 경영여건을 개선하고 ▲ 국내시장의 경쟁에서 벗어나 해외수출로 새로운 시장을 개척하겠다는 것에 둬.
- 말 그대로 의료의 문제를 투자적 관점, 상업적, 영리적 관점에서 해석한 것.
- 그 내용으로 영리활동을 극대화할 수 있도록 하기 위하여 ▲ 자법인(자회사)의 설립 ▲ 부대사업의 전면적 확대 ▲ 상업화 극대를 위한 병원 간 인수합병 ▲ 외국인환자 유치에 위한 의료광고의 허용 ▲ 안정성이 확보되지 않았음에도 불구하고 의료기술 심사의 규제완화 등을 하겠다는 것.

- 이는 자법인(자회사)와 부대사업의 확장(의료기기, 의료용구, 화장품, 건강식품, 온천, 목욕, 숙박업까지)을 통해 외부자본이 투입되어 환자를 대상으로 돈벌이를 할 수 있는 경로를 전면적으로 개방한다는 점에서 매우 우려스러운 것.
- 또한 병원 간 인수합병을 가능케 함으로써, 의료기관들을 자본과 시장의 논리로 던져 놓음으로써 현재 심화되고 있는 지역과 수도권 간, 대형병원과 중소병원 간 의료기관의 양극화를 더욱 심화시키는 방향으로 제시하고 있음.
- 이러한 의료를 투자적 관점으로 대하고 그 방향에서 정책을 결정하는 것은 결국 공공성을 약화시키고 의료의 영리화를 극단적으로 추진하기 위한 정치적 시그널을 주는 것으로 의료공급체계를 더욱 황폐화시키고 막대한 국민의료비의 증가를 불러오게 될 것.

2) 의료민영화가 아니라는 정부 주장에 대해

- 의료민영화에 대한 논란은 지난 ▲ 2004년 삼성경제연구소의 경제도약을 위한 10대 긴급제언, ▲ 2007년 삼성생명 전략보고서, ▲ 2010년 의료서비스산업의 고도화를 위한 방안과 과제 등을 통해 구체화됨.
이들 보고서와 전략방안의 주요 내용은 ▲ 영리병원 도입 ▲ 국민건강보험 당연 지정제 폐지 ▲ 광고, 환자유치, 부대사업 확대 등의 내용을 포함하는 의료기관 각종 규제완화임.
- 이 시점부터 정부의 의료정책은 같은 프레임을 통해 영리병원 허용, 부대사업 확대, 병원경영지주회사 설립 허용시도, 의료관광 활성화 등 지속적으로 확대되어 오는 과정임.
- 이처럼 삼성의 전략보고에 수록되어 있는 최종 단계는 ‘기존 공보험과 의료전달 체계를 대체하는 삼성의료체계’ 구축으로 상정하고 있음.

민영의료보험의 발전단계

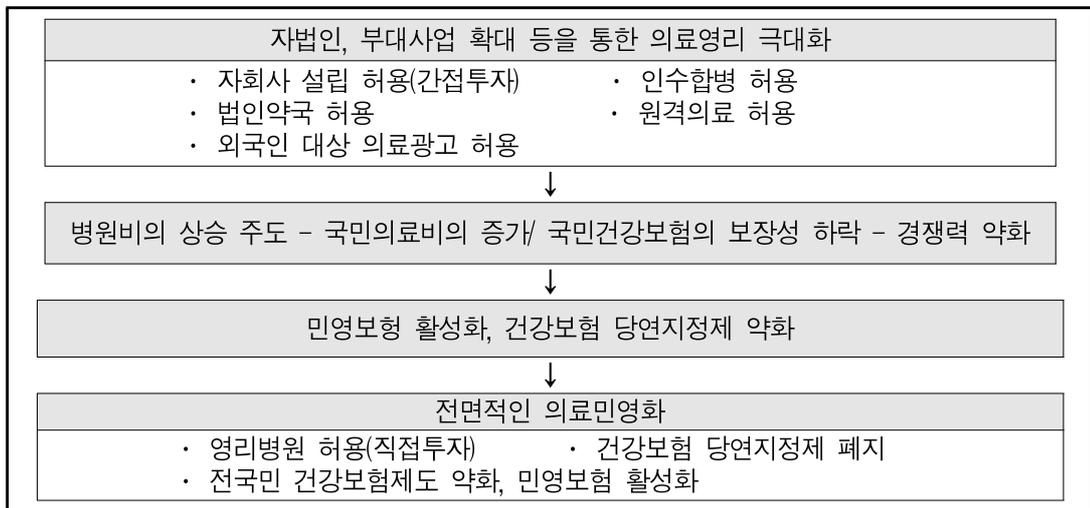


삼성생명
전략보고서(2007)

한국의료의 상당한 우려와 문제로 지적되고 있는 ▲ 의료실비보험의 확대, ▲ 삼성의료원의 등장과 함께 시작한 의료계 Big5 등장, ▲ 의료준비경쟁은 우연이 아니라, 자본의 전략과 정부정책의 보조 속에서 이루어진 결과물임.

정부의 의료서비스 산업화 정책은 이 같은 삼성의료체계 구축을 뒷받침하는 형태로 구성.

- 또한 매년 벌어지는 영리병원 도입 논란, 의료관광 활성화 논란, 부대사업 확대 논란과 쟁점들은 이러한 배경 속에 진행되는 것임.
- 이는 최종적으로 다음과 같은 과정과 절차를 통해 완성.



- 이것이 우리가 민영화라고 부르는 실체임.
- 결국 의료를 국가가 책임져야 하는 영역으로 두는 것이 아니라, 거대자본과 시장의 논리에 맡기게 되는 상황을 우리는 의료민영화라고 규정하는 것이며, 이를 반대하는 것임.

규제완화 → 의료의 상업적 이용의 확대 → 민영화인 것.

2. 박근혜 정부의 의료민영화 정책 검토

1) 박근혜 정부의 의료민영화 정책 주요 내용

- 정부가 발표한 의료민영화 정책 현황

항목	내용
자법인 설립 허용	<input type="checkbox"/> 의료법인의 자법인 설립을 허용함. <input type="checkbox"/> 자법인의 형태는 상법상 회사(영리를 추구할 수 있는 회사)로 외부자본을 조달하거나 의료 연관기업과 합작투자가 가능함. <input type="checkbox"/> 자법인의 설립 목적은 부대사업과 해외의료 수출임.
부대사업 범위확대	<input type="checkbox"/> 현재 허용되고 있는 부대사업(△의료인 등 양성·보수교육 △조사 연구, 의료정보시스템 사업 △의료기기 임대·판매, 안경 조제·판매 △은행업 △산후조리, 노인의료복지시설업 △장례식장, 부설주차장업 △구내식당, 이·미용업, 구내매점 △숙박업·서점(도지사 공고 필요) <input type="checkbox"/> 앞으로 추가 허용될 부대사업 (△바이오 등 연구개발 성과물 응용 △의료기기 등 구매 △의료기관 임대 △여행업 △외국인환자 유치업 △의약품 개발 △화장품, 건강보조식품, 건강식품, 의료용구 개발·임대·판매 △의료기기 개발 △온천·목욕장업 △체육시설 △시행규칙을 통해 숙박업·서점 허용 등)
의료법인간 합병 허용	<input type="checkbox"/> 현재는 의료법인끼리 합병할 수 없음. <input type="checkbox"/> 앞으로 의료법인이 다른 의료법인을 합병할 수 있도록 함.
법인약국 허용	<input type="checkbox"/> 현재는 약사 또는 한의사만이 약국을 개설할 수 있음. <input type="checkbox"/> 앞으로 약사면허 소지자들이 사원으로 참여하여 책임지는 '유한책임회사' 형태로 영리법인약국 설립을 가능하게 함. 기업형 영리법인약국 가능
신의료기기 출시 지원	<input type="checkbox"/> 현재는 신의료기기 품목 허가(식약처, 80일) → 신의료기술평가(한국보건의료연구원, 1년) → 경제성평가(건보심평원, 90일) → 요양급여대상 지정 고시(보건복지부, 60일) 등을 거쳐야 출시 가능함. <input type="checkbox"/> 앞으로는 식약처가 품목을 허가하면 신의료기술평가 이전에 보건복지부의 요양급여 심사를 거친 후 출시하여 조기 판매할 수 있도록 허용함.
해외환자 유치 촉진	<input type="checkbox"/> 현재 상급종합병원은 병실 종류와 관계없이 총 병상수의 5%까지만 외국인환자 유치가 가능함. <input type="checkbox"/> 앞으로는 12%까지 외국인환자 유치를 할 수 있도록 함.
의료광고 허용	<input type="checkbox"/> 현재는 외국인환자 유치를 위한 국내광고는 금지하고 있음. <input type="checkbox"/> 앞으로는 외국인 관광객 밀집지역에 외국어 표기 의료광고를 할 수 있도록 허용 <input type="checkbox"/> 외국인환자 유치를 위한 의료광고를 공항·항만, 공항·도심간 도로, 공항철도, 지하철, 도심지, 주요관광지 등에 폭넓게 허용
보건의료 인력 양성	<input type="checkbox"/> 의료관광 전문인력 양성 : 2014년~2016년 200억원을 투자하고, 2015년에 '글로벌 헬스케어 인재양성센터'를 설립하여 연간 약 5천명 의료관광전문인력(의료통역사, 국제진료코디네이터 등) 배출 <input type="checkbox"/> 전문자격 활성화 : 미술심리상담사, 음악심리지도사, 놀이재활사, 인지행동심리상담사 등 민간 자격을 국가공인 추진 <input type="checkbox"/> 한방 물리치료사 도입 : 기존 물리치료사 양성 과정에 한방 물리치료과정 포함
U+Health 활성화	<input type="checkbox"/> U+Health 관련 유망 R&D 분야 Pilot Project를 선정('14.1/4분기)하여 사업추진 <input type="checkbox"/> 시범사업, 인력양성 등 U+Health 기반을 구축하기 위해 유기적인 협업체계 기동

2) 보건의료서비스산업 육성방안은 전면적 의료민영화 영리화 정책

가. 의료법인의 자법인(子法人) 설립 허용은?

- 영리병원 허용의 전단계로서 사실상 영리병원을 허용하는 통로를 만드는 것.
- 의료기관이 자법인을 만들어 외부자본을 조달할 수 있도록 하고, 의료연관기업과 합작투자도 할 수 있도록 하겠다는 것은 자회사라는 우회로를 통해 외부자본 투입 → 영리사업 → 이윤 배분 등 영리병원 운영체제를 갖추겠다는 것임.
- 정부가 주장하는 자법인의 성격은 명백한 상법상 영리회사임. 그 설립 자격을 성실 공익법인에 해당하겠다고 했지만, 의료법인은 수익이 거의 없어 대부분 이에 속함. 한편, 의료법인의 이름으로 여러 개의 병원이 개설 가능해지고, 의료법인은 건물 임대료, 인력 파견에 따르는 인건비, 의약품 독점 납품에 따른 약품대금, 장비 독점공급에 따른 리스비, 의료소모품 독점 공급에 대한 재료비 등으로 영리 자법인을 통해 투자 비용 회수가 가능해짐. 궁극적으로 네트워크 병원을 합법화할 우려.
- ※ UD 치과(의학적 판단보다 경영상의 판단으로 발치, 과도한 임플란트 시술, 환자 유인 알선, 중금속 자재 사용) 와 같은 사례를 확대 재생산할 우려
- 물론, 국내 자법인이 수행할 수 있는 사업의 범위를 부대사업으로 제한하고, 수익을 의료분야에 재투자하도록 하는 등 자법인 남용방지책을 마련하겠다고 하지만, 부대사업의 범위가 대폭 확대되는데다 자법인 남용방지를 위한 각종 규제들도 사실상 실효성 없음.

<자법인의 남용 방지 5대 장치의 실효성 문제>

자법인 남용방지 장치	문제점
자법인의 사업은 부대사업으로 제한	부대사업 만으로도 충분히 수익 창출 가능
수익의 고유 목적사업 재투자 의무화	재투자 비율을 법으로 규제하거나 강제 하는 것은 한계가 있음
모법인 순자산의 일정 비율까지만 자법인 출자 허용	자산이 아닌 다른 형태(인력 파견, 무상 임대, 공간 임차 등)로 모법인의 편법 출자 가능
내부거래 제한, 회계 및 지배관계 기준 설정	문제가 가시화, 표면화 되기 전에는 파악하는 것에 한계(동양그룹의 사례)
자법인 채무에 대한 모법인의 보증 금지	채무 보증이 아니어도 다양한 형태의 담보 제공 등이 가능

- 기 의료기관 설립 자회사의 문제점

- 서울대 병원의 지법인 헬스 컨넥트 : 모바일 헬스케어 소프트웨어 개발 회사(자본금 200억원, 서울대 50.5%, SK 텔레콤 49.5% 지분, 이철희 분당서울대병원장이 대표이사)
- 서울대 병원의 투자법인 이지케어텍(시스템 통합 사업, 지분율 41.85%)
- 서울대 병원의 투자법인 이지메디컴 (의료품 구매 대행, 지분율 5.5%) 불필요한 의료장비 구매를 하도록 해서 병원에 손해 끼침. 담당자 구속
- 연세대 병원의 지법인 안연케어 : 구 제중상사가 대표이사과 상호를 바꾸어 1992년 출범(비싼 가격으로 세브란스 병원에 의약품 공급, 불법 리베이트 제공 등으로 공정거래법 위반)
- 직영 도매상을 통해 모법인에 기부는 결국 환자의 부담 증가와 의료비 증가 초래
 - 안연케어 117억원 수익에 119억원 연대원에 기부(2008년)
 - 성모병원 보나에스 : 388억원 수익 중 130억원을 재단에 기부(2007)
 - 고대병원 수창양행 : 16억 수익 중 20억 고대병원과 일민문화재단(김성수 기념)에 기부

나. 부대사업 허용 범위 확대는?

- 부대사업의 범위를 연구개발, 의료관광, 의료연관사업으로 대폭 확대할 경우 부대사업이 무제한으로 늘어나고, 돈벌이 영리행위가 기승을 부리게 됨.
- 보건복지부가 명시한 사례만 보더라도 △의료기기 등 구매 △의료기관 임대 △여행업 △외국인환자 유치업 △의약품 개발 △화장품, 건강보조식품, 건강식품, 의료용구 개발·임대·판매 △의료기기 개발 △온천·목욕장업 △체육시설 △시행규칙을 통해 숙박업·서점 허용 등 부대사업의 범위는 대폭 늘어나게 되고, 의료연관사업은 제한할 수 없을 정도로 많음.
- 부대사업 허용 범위가 이렇게 확대될 경우 의료기관들은 의료서비스의 질을 높이는 데 투자하기보다는 환자를 대상으로 돈벌이를 할 수 있는 각종 부대사업에 투자를 집중할 것임.
- 부대사업 유치를 위한 치열한 경쟁이 벌어질 것이고, 부대사업에 대한 투자를 빌미로 또다시 노동자들에게는 임금인상 억제, 인력 미충원, 비정규직 확대, 노동강도 강화 등의 희생과 고통을 강요할 것임.

다. 의료법인간 합병 허용은?

- 의료법인간 합병을 허용함으로써 의료기관간에도 기업사냥, 먹튀와 같은 인수합병전쟁이 벌어질 것이고 의료기관 수직계열화, 규모 키우기 경쟁, 양극화 현상은 더 심화될 것임.
- 특히, 재벌들이 자본력을 앞세워 인수합병을 통해 전국 주요도시에 거점병원들을 계열화시키고 의료시장을 독식하려 할 것임. 52개 병원과 2000개 의료기관, 500개 약국, 4000명의 의사를 거느린 인도 아폴로병원과 같은 사례가 남의 일

이 아니게 됨.

- 의료기관간 경쟁은 더욱 치열해지고, 의료양극화는 더욱 심해지게 됨.

라. 법인약국 허용은?

- 법인약국을 허용할 경우 약사들의 자본이 참여한 기업형 대형약국, 2개 이상의 약국, 체인점 약국이 등장하게 될 것임.
- 대형약국법인이 문어발식으로 약국을 개설하여 독과점구조를 만들면 동네약국은 폐업위기에 내몰리게 될 것임.
- 약사만으로 이루어진 약무법인뿐만 아니라 약사가 아닌 사람들의 자본이 투입되는 법인이 약국을 개설할 수 있게 될 경우 약사뿐만 아니라 의사, 기업가들까지도 법인약국을 만들 수 있게 되고, 영리약국이 급속하게 확산되게 될 것임.

마. 의료광고 허용은?

- 의료광고를 허용함으로써 과잉의료를 부추기게 될 것이고, 특정의료기관 환자쏠림현상을 더 심화시키게 될 것이며, 국민들의 의료비 부담을 늘리게 될 것임.
- 비록 외국인환자 유치에 위해 외국인관광객 밀집지역에 외국어로 표기된 의료광고를 허용한다고 하지만, 외국어로만 표기한다고 하더라도 어느 병원인지는 누가 봐도 쉽게 파악할 수 있을 것이며, 외국인관광객 밀집지역이란 개념이 모호하여 공항, 항만, 공항철도, 지하철 뿐만 아니라 도심지, 백화점, 터미널, 철도역, 시장, 주요관광지 등 사실상 모든 곳으로 의료광고 허용지역이 확산될 것임.
- 결국 국내 환자 유치를 위한 의료광고 허용 직전단계까지 가게 될 것임.

바. 신의료기기 출시 지원은?

- 새로운 의료기기를 출시할 경우 현재는 반드시 신의료기술평가를 거치도록 했으나 앞으로는 신의료기술평가를 거치지 않고도 조기 판매가 가능하도록 하고, 사용 후 문제점이 발견되면 개선하는 쪽으로 출시 절차를 바꾸겠다는 것임.
- 안전성이 검증되지 않은 의료기기가 출시되어 환자를 실험대상으로 만드는 결과를 낳게 될 것임.

2) 의료민영화 정책의 추진일정(4차 투자활성화 대책 정부발표를 중심으로)

- 진행 중인 의료민영화 입법 추진 현황

목적	개정 필요 법률		현 형	변 화
해외환자유치	의료법 개정	5.30. 입법발의 국회계류	보험사의 해외환자 유치 행위가 금지	보험사의 해외판매 보험상품과 연계한 환자 유치 활동 허용
	의료분쟁조정법 개정	-	배상공제조합 설립 주체로 보건의료인단체·보건의료기관단체만 규정	'외국인환자 유치의료기관'을 배상공제조합 설립 주체에 추가
메디텔 허용	관광진흥법 시행령 개정	10.26 국무회의 통과	현행 의료법상 유치업무는 소개·알선·유인행위로 규정되어 숙박알선 등의 유치업무 범위 포함 여부 불명확 했는데 관공진흥법 시행령 개정을 통해 의료관광호텔업(메디텔)을 신설에 대한 법적근거 마련	
부대사업 확대	의료법 개정	-	장례업, 슈퍼마켓, 산후조리업, 이 용업, 안전조업 등 병원 운영과 관련된 87지 부대사업 허용	의료법인이 여행·관광업, 공중목욕탕, 숙박업, 신약개발사업 등 '돈벌이' 사업에 진출할 수 있도록 허용.
건강생활서비스 시장형성 및 관련투자 활성화	건강생활서비스법 제정	-		건강증진과 질병예방을 위한 건강상태 점검, 생활습관 개선 등에 대한 상담·교육, 영양 운동 등 지도·훈련, 건강상태 모니터링 등의 서비스
원격의료 허용	의료법 개정	10.29 입법예고	의료법상 의사-환자간 원격의료 불가능	의사-환자간 원격의료 도입 허용
MSO 병원간 인수합병	의료법 개정	-	병원간 인수합병 불가능	해외진출 때는 국내외에서 증권을 발행해 자금을 조달할 수 있게 허용 : 해외진출시 특수 목적회사(SPC)를 만들어 투자자들을 모집할 수 있게 함. 병원들의 해외 자회사에 대한 외부 투자자들의 인센티브 확대. 외국에 진출하는 병원에 대한 세금 혜택 검토. 해외에 진출하는 병원에 대해서는 사실상 영리병원을 허용. 병원 간 인수·합병(M&A) 허용 해외 병원에서 벌어들인 자금을 국내에 송금할 수 있도록 하기 위해 보건복지부 주도로 국가 간 MOU 추진.
의료채권 허용	의료법 개정	-	비영리병원은 자체적으로 주식이나 채권을 발행할 수 없음	의료채권 발행 등 합법화
영리병원 도입	의료법 시행령 개정·시행규칙 제정	12.12.9. 국무회의 통과	현행법상 영리병원 도입은 경제자유구역법과 제주특별자치도법에 의거 경제자유구역 및 제주특별시에 한해 이미 허용. 송도 영리병원에 대한 계속된 추진 있었지만 현재 중단된 상태. 2월 중국천진화업그룹, 제주도에 싼알병원 설립 신청서 제출 - 승인 무기한 보류	
	경제자유구역법 개정	-	외국법률에 의해 설립·운영되는 의료기관과 운영협약 체결, 의사결정 기구의 50% 이상 해당기관 소속 의사로 구성	외국 의료기관의 투자 비율 50% 이상이 되도록 한 기준 완화 : 국내의 합작병원 설립 가능
	시행령·시행규칙 개정 - 규제완화	-	(현행) 외국의 의사 치과의사 면허 소지자 최소비율 10%	외국인 의사 10% 이상 고용 기준 폐지 외국병원 병원장은 반드시 외국인이어야 하는 기준 폐지

- 12/13(금) 4차 투자활성화대책에 따른 법개정 추진 상황

1. 의료기관의 부대사업 목적 자법인 설립 허용		
<1> 의료기관의 자법인 설립 가이드라인 제정	복지부	'14.6월
<2> 의료법인 부대사업 범위확대(의료법 시행규칙 개정)	복지부	'14.6월
<3> 공공성이 높은 의료법인 세제 인센티브 강화(조특법 개정)	기재부	'14년
2. 진출입·영업규제 개선		
<1> 의료법인간 합병 허용(의료법 개정안 국회제출)	복지부	'14.6월
<2> 법인약국 설립 허용(약사법 개정안 국회제출)	복지부	'14.6월
<3> 신의료기기 출시 지원(국민건강보험 요양급여에 관한 규칙 등 개정)	복지부 식약처	'14년
<4> 신약 건강보험 등재 소요기간 단축(총리령, 심평원 자체내규 정비)	복지부 식약처	'14.6월
3. 해외환자 유치 촉진		
<1> 상급종합병원 외국인환자 유치비율규제 완화(의료법 시행규칙 개정)	복지부	'14.6월
<2> 국내 외국인 밀집지역 의료광고 허용(의료법 개정안 국회제출)	복지부	'14.6월
4. 보건의료인력 양성 및 자격제도 개선		
<1> 글로벌 헬스케어 인재양성센터 설립	복지부 고용부	'15년
<2> 의료통역사 자격증화 검토	복지부 고용부	'14년
<3> 폴리텍대학 보건의료 신규과정 신설·학과 개편	복지부 고용부	'14년~
<4> 의료기기산업 특성화 대학원 추가설립·지원	복지부	'14년~
<5> 유망 민간자격의 국가공인자격화 추진	복지부 고용부	'14.6월
<6> 한방물리치료사 제도 도입(의료기사법 개정안 제출)	복지부	'14.6월
5. U-Health 활성화 기반 마련		
<1> U-Health 관련 유망 R&D 분야 Pilot Project 선정	미래부 산업부	'14.1분기
<2> U-Health 관련 유망 의료기기분야 기술 개발 및 판촉 지원	미래부 산업부	'14년
<3> U-Health 기술 표준화 로드맵 및 전략 수립	기표원	'14.1월
<4> U-Health 기술의 국가표준화 체계정비	산업부	'14.6월
<5> U-Health 산학연계 교육프로그램 개발	산업부	'14년~

3. 의사 집단휴진에 대한 이해

- 2월 18일 보건복지부와 의사협회는 6차례의 의정협의체 논의를 바탕으로 협의 결과를 발표
 - : 사실상 정부의 원격의료의 필요성에 대해 인정하면서 원격의료 도입을 합의함.
 - : 투자활성화 대책에 대해서도 의료민영화 논란에 대해 공동의 우려를 표명한다는 것으로 사실상 인정함.
 - : 수가제도에 대한 언급을 통해 원격의료와 투자활성화 대책을 인정하면서 수가 인상에 대한 여지를 만듦.
- 의사협회 내부의 논란으로 의사협회 노환규 회장 비대위원장을 사퇴와 회원 총투표 돌입.
- 회원 총투표의 결과 : 2/21일~28일까지 파업찬반투표 실시
 - △ 투표 참가 : 4만 8861명

△ 투표율 : 69.8% (시도의사회 등록회원 6만 9923명 기준), 53.8%(건강보험 심사평가원 등록기준 의사수 9만 710명 기준)

△ 3/10일 과업 : 찬성 76.69%(3만 7472명), 반대 23.28%(1만 1375명), 무효 0.03%(14명)

- 3/10 1차 의사집단휴진 돌입
- 의사협회 집단휴진의 성격
 - : 의협 내부의 논란을 정리하기 위한 시도 : 노환규 집행부와 협상단의 불협화음에 대한 입장정리
 - : 원격의료철회, 제 4차투자활성화 대책 폐기, 서비스산업발전기본법 반대
 - : 건강보험제도 및 의료제도 정상화 : 수가인상에 대한 의협의 전통적(?) 입장 고수
- 원격의료, 투자활성화대책이라는 의료민영화 정책을 반대하는 것에 대해 환영
 - : 의사들의 집단휴진이 의사협회에 대한 국민적 정서와는 일정한 지지를 얻는 현상.
- 다만, 의사협회의 내부의 논란이 여전히 존재하고 집단휴진의 성격의 중요한 내용에 수가인상 등에 대한 내부적 목표가 여전히 존재하는 한, 경계해야 하는 대목임.
- 한편, 현재 의료민영화 정책을 둘러싼 대결구도가 정부-의협간의 갈등으로 정리되는 문제를 경계해야 함.