

시민건강연구소 지역 순회 토론회 #1

대구경북지역 공공병원 사례에서 배우는
보건의료 공공성 강화 전략

일시 | 2023년 10월 23일(월) 저녁 7시
장소 | 혁신공간 바람 2층 상상홀 (시민공익활동지원센터)

* 원활한 행사준비를 위하여 하단 QR코드를 통한 사전 등록을 부탁드립니다.
* 기타 문의사항은 010-6369-2975 또는 people@health.re.kr로 연락주시길 바랍니다.



시민건강연구소 지역 순회 토론회 #1

대구경북지역 공공병원 사례에서 배우는
보건의료 공공성 강화 전략

일시 | 2023년 10월 23일(월) 저녁 7시
장소 | 혁신공간 바람 2층 상상홀 (시민공익활동지원센터)

* 원활한 행사준비를 위하여 하단 QR코드를 통한 사전 등록을 부탁드립니다.
* 기타 문의사항은 010-6369-2975 또는 people@health.re.kr로 연락주시길 바랍니다.

◆ 프로그램 구성

(1) 토론회 기획 의도 및 시민건강연구소 소개
(시민건강연구소 김성이)

(2) 발제1 : 보건의료 민영화의 실제
-대구경북지역 공공병원 사례와 관련 시민사회 운동의 과정과 의의
(대구경북 인도주의실천의사협의회 진료사업국장 김동은)

(3) 발제2 : 보건의료 민영화와 공공성의 정치경제
(시민건강연구소 이사장, 서울대학교 보건대학원 교수 김창엽)

(4) 지정토론 1 : 공공병원 속 의료상업화 실태
(대구경북 보건복지단체연대회의 대표/공공운수노조 의료연대본부 정책위원 이정현)

(5) 지정토론 2 : 지방의료원 위탁의 함의
(시민건강연구소 소장, 경상국립대학교 의과대학 예방의학교실 교수 정백근)

(6) 청중토론



이 행사는 시민건강연구소가 주최하고,
대구경북 인도주의실천의사협의회가 공동주관하였습니다.

발제 1

**보건의료 민영화의 실제 - 대구경북지역
공공병원 사례와 시민사회운동의 과정과 의의**

김 동 은

(대구경북 인도주의실천의사협의회 진료사업국장)

보건의료 민영화의 실제 - 대구·경북지역 공공병원 사례와 관련 시민 사회 운동의 과정과 의의

김동은(대구·경북 인도주의실천의사협의회)

들어가며

‘민영화’란 사회 구성원의 기본적인 필요를 충족시키는 과정에서 공공이라 할 수 있는 국가나 지방정부의 역할을 축소하거나 민간 또는 시장의 역할 또는 의존도를 증대시키는 모든 시도라 할 수 있다. 공공의 영역에서 민간의 영역으로 자산의 소유권이나 서비스의 운영권이 이전되는 현상을 뜻하기도 한다. ‘의료민영화’는 보건 의료체계를 조직하거나 운영하는 데 있어 시장원리나 시장 기제를 적용하는 ‘의료시장화’로 이해할 수 있다. 공공병원의 폐쇄 및 축소, 영리 병원의 허용 및 증대, 민간 보험의 확대, 본인부담금 증대, 병원 간의 경쟁 강화, 인센티브제 도입 등이 대표적인 ‘의료민영화’라 할 수 있다. 대구 경북지역 공공병원에서의 의료민영화 시도를 확인하고 관련된 시민 사회운동의 과정과 의의를 생각해 본다.

〈대구적십자병원 민간 위탁 시도〉

지난 2001년 대한적십자사는 적자를 이유로 대구적십자병원의 위탁경영을 추진했다. 당시 대구적십자병원은 입원환자의 65%, 외래환자는 30%가 의료 보호 환자였을 정도로 의료 사각지대에 있는 취약계층의 시민이 많이 이용하던 공공병원이었다. 이에 대구지역 25개 시민사회노동단체는 ‘국민건강권 확보와 의료 개혁을 위한 대구 경북공동대책위원회’를 발족하고 대구적십자병원 위탁경영에 반대했다. 결국, 대한적십자사는 시민 사회와 대구적십자병원 노조의 반대로 위탁경영 시도를 포기했다.

서영훈 대한적십자사 총재는 2001년 5월, 대구적십자사 대구지회장에 이동구 대구의료원 원장을 임명한다. 이러한 겸직의 배경에는 대구의료원 경영을 흑자로 전환한 이동구 원장에게 대구적십자병원 적자 문제 해결을 기대했다는 분석도 있었다. 이동구 회장은 취임 직후 대구적십자병원에 성과급제 도입을 추진하고 대구 중심가에 있는 대구적십자병원을 변두리로 이전하여 노인전문병원으로 전환하겠다는 계획을 밝혔다. 대구 시민 사회와 적십자병원 노조가 반대하자 병원의 경영 문제는 노동조합과 합의할 사항도 아니라고 해 비난을 받기도 했다. 대구적십자병원 이전 계획은 시민 사회의 반대와 병원 건립 비용의 문제 등으로 성사되지 못

했다.

〈대구의료원의 의료민영화 정책 논란〉

대구의료원은 1914년 대구 부립 병원 전염병 격리병사로 진료를 시작한 지역의 대표적인 공공병원이다. 1983년 지방공사 대구의료원으로 전환되었고 어렵던 시기 대구지역 취약계층의 건강권을 지켜왔다. 대구시는 1998년 처음으로 대구의료원 원장을 공채로 선발했고, 이동구 원장이 취임했다. 성공한 개원으로 명성이 높던 이동구 원장은 15년간 적자를 기록한 대구의료원을 취임 첫해 흑자 병원으로 만들었다. 병원 현대화 사업을 추진하여 라파엘 웰빙센터 및 국화원 장례식장을 설립하는 등 대구의료원의 규모를 확장했으며 병원 운영평가에 12년 연속 최우수기관으로 선정되기도 했다. 그러나 직원들의 반대에도 불구하고 ‘야간 진료제’를 도입해 8시까지 외래 진료실을 열었다. 의사들의 퇴직금을 정산하고 공공병원인 대구의료원에 연봉제와 성과급제(인센티브)를 도입했다. 노동조합 전임자도 인정하지 않았다. 그러나 대구의료원의 노·사간 갈등은 외부로 표출되지 않았고 오히려 16년 연속 노사평화선언을 하기도 했다. 지역 시민 사회와 노동계는 대구의료원 구성원의 별다른 움직임이 없는 상황에서 지역의 공공병원에서 진행되는 의료민영화 정책에 대해 대응을 하기는 현실적으로 어려웠다.

〈대구적십자병원 폐원〉

이명박 정부 초기인 2009년 1월, 대한적십자사 총재로 김영삼 정부에서 외무부 장관을 지낸 유종하 씨가 취임했다. 그는 임기 시작 직후인 2009년 1월 ‘경영합리화 추진 위원회’를 출범시켰다. 유 총재는 외부 용역을 통한 발전 방향 모색을 위해 같은 해 2월 삼정 KPMG에 컨설팅을 의뢰한다. 2009년 8월 발표된 컨설팅 최종 결과는 ‘대구 적십자병원의 경우 자립 가능성이 낮은 만큼 병원 사업 존폐에 대한 검토와 함께 부지의 부동산개발 사업 등을 통한 부채 해결’ 주문이었다. 대한적십자사는 같은 해 12월 ‘경영합리화 추진본부장’에 외부 인사인 기획예산처 출신의 경제통 김용현 씨를 임명해 경영 개선의 중책을 맡겼다.

유 총재는 지난 2010년 초, 한 언론과의 인터뷰에서 “적십자병원은 노숙자, 외국인 노동자 등 취약계층을 돌봐주다 보니 시장경제 여건하에서 흑자 경영을 할 수 없다. 그러나 취약계층의 의료지원이 필요하므로 병원 폐쇄는 바람직한 방향이 아니라고 생각한다.”라고 해놓고 사실상 대구적십자병원 폐원을 위한 ‘고사 작전’에 들어갔다. 2009년 말 계약직 간호사들을 무더기로 계약 해지한 데 이어 응급실을 폐쇄했다. 주요 진료과를 폐쇄해 2010년 초 의사가 2명밖에 남지 않았지만, 대한적십자사는 아무런 대책을 세우지 않았다. 2010년 2월 5일 대구적십자병원 폐원이 최종 결정되었고, 2010년 3월 31일 대구적십자병원은 역사 속으로 사라졌다.

대구적십자병원은 전국의 적십자병원 중 의료급여환자 비중이 가장 높았고 본인부담금이 가장 적을 정도로 의료취약계층을 위한 노력을 가장 충실히 해온 공공병원이다. 대구적십자병원의 의료비 본인 부담률은 20.8%로 일반병원의 절반 수준이었다. 전국 적십자병원의 의료급여 입원환자 비율이 31% 정도였으나, 대구적십자병원은 그 두 배인 61.5%에 이를 정도였다. 대한적십자사가 폐원의 이유로 든 대구적십자병원의 적자는 지역 취약계층 무료 진료, 공익적 의료서비스 과정에서 발생한 그야말로 ‘착한 적자’, ‘건전 적자’였다. 대한적십자사는 매년 전체 예산의 0.5% 수준에 불과한 금액만 전국의 적십자병원에 지원했다.

당시 대구시는 지역 취약계층의 시민이 주로 이용하던 대구적십자병원이 폐원되는 과정에서 무책임하게도 수수방관만 했다. 사실상 폐원이 결정된 후에야 대구의료원을 통해 취약계층 진료 서비스 강화하겠노라 발표했다. 그러나 당시 대구의료원은 경영합리화 전략을 강화하던 시기로 취약계층 환자의 입원율이 떨어지고 있었기에 실효성 있는 대책이라 할 수 없었다.

대구적십자병원 폐원이라는 용역 결과가 발표된 직후인 2009년 10월 ‘적십자병원 공공성 확대를 위한 시민대책위’가 꾸려졌다. 보건 의료 체계의 공공성 약화 및 취약계층의 의료 안 전망 약화로 이어질 것이 명확한 대구적십자병원 폐원에 반대하고 이 문제를 사회적 의제로 만들어 가기 위해 노력하였다. 대구 경북지역 시민 사회와 대구적십자병원 노동조합도 ‘대구적십자병원 폐원 반대 및 공공의료 강화를 위한 시민대책위원회’를 결성하고 폐원 반대 투쟁에 나섰다. 그러나 폐원이 강행되고 대구적십자병원 직원의 고용 문제가 해결되면서 폐원을 반대하던 연대 투쟁을 더 이어가기 어려워졌다. 그 당시 시민 사회와 노동조합의 공공의료 강화에 대한 인식과 의지가 다소 부족했던 점 역시 부인하기 어려웠다.

대구 적십자병원은 폐원 후 10여 년 동안 문이 닫힌 채 건물만 덩그러니 남아있었다. 대한적십자사는 지난 2015년 ‘도시관리계획 변경 결정 입안 제안서’를 대구시 중구청에 제출했다. 이 공문에는 종합의료시설 폐지 요구와 오피스텔 건립 등을 통한 수익사업 추진 계획이 포함되어 있었다. 이에 시민 사회는 대한적십자사에 영리형 오피스텔 건립 계획을 포기하고 대구적십자 병원 공간에 공익적 사업을 할 수 있는 새로운 방안을 제시하라고 촉구했다. 그러나 대구시 중구청은 대한적십자사의 요구를 들어주었고 매각의 길이 열렸다. 결국 대구적십자병원 건물은 2020년 초 한 건설업체에 매각되고 말았고 코로나19 1차 대유행으로 병상이 부족해 많은 시민이 고통받던 2020년 봄, 지상 33층, 지하 5층짜리 오피스텔을 건설하기 위해 철거 작업에 들어갔다. 지역 취약계층 건강권 보장의 마지막 보루였던 대구적십자병원은 설립 75년 만에 역사 속으로 사라지고 말았다.

〈대구시, 심뇌혈관질환 고위험군 등록관리 시범사업 중단, 스마트 케어 사업 추진〉

대구시는 2007년부터 3년간 「심뇌혈관질환 고위험군 등록관리 시범사업(일명 고혈압, 당뇨병

등록관리 사업)』을 펼쳤다. 고혈압이나 당뇨가 있는 환자를 대상으로 예방수칙 교육을 하고, 만 65세 이상 환자에게는 진료비와 약제비를 지원하는 일종의 보편적 복지 사업이었다. 2007년 말 2만 1천 명이던 등록 환자가 2009년 말 10만 명으로 늘 정도로 호응이 컸던 이 시범사업은 보건복지부와 대구시가 국비와 지방비를 각각 50%씩 부담해 진행했다. 그런데 3년간의 시범사업 후 대구시는 예산 문제를 들어 사업을 더 추진하지 않기로 했다. 국비 부담 비율을 70%로 올려달라는 요구를 보건복지부가 받아들이지 않은 것이 주된 이유였다. 이에 대구지역 시민 사회는 심뇌혈관질환 고위험군 등록관리 사업 중단을 반대하는 성명을 발표하고, 사업의 지속 추진을 대구시에 요구했다. 지역주민 536명의 서명을 받아 정책토론까지 추진했지만 결국 사업은 중단되고 말았다. 대신 대구시는 LG전자 컨소시엄과 연계해 약 4,000명의 고혈압, 당뇨환자를 원격 관리하는 스마트 케어 서비스 시범사업을 추진하겠다고 밝혔다. 3년 후인 2014년 개최된 스마트 케어 서비스 시범사업에 결과에 대한 정책토론에서 24억 3천만 원의 시비가 투입된 시범사업에 1차 병원 5곳, 총 28명의 환자만이 참여했음이 밝혀졌다. 아울러 원격의료의 안정성을 입증할 수 없었고, 성과마저 과장된 ‘기업에만 이윤을 준 의료산업정책’이라는 평가를 받았다.

〈대구시 ‘보건과’를 ‘첨단 의료산업국’으로〉

지난 2011년 김범일 대구시장은 보건복지여성국의 ‘보건과’를 신설되는 ‘첨단 의료산업국’에 포함하는 조직개편안을 대구시 의회에 제출했다. 첨단 의료산업국을 경제통상국, 신기술산업국과 함께 경제부시장이 관장토록 했다. ‘의료 관광’과 ‘의료 관련 산업’을 통해 수익을 창출하겠다는 ‘메디시티 대구’ 사업의 원활한 추진을 위해서는 의료서비스와 의료산업 기능의 일원화가 필요하다는 설명이었다. 시민의 건강보다 수익성과 효율성만을 우선시하는 의료산업화를 더욱 강화해 의료시장화를 가속하겠다는 의지를 대구시가 노골적으로 드러낸 것이었다. 2014년 7월, 권영진 시장 취임에 맞춰 시민 사회는 대구시의 보건의료 부서가 산업부서로 편입된 후 대구시의 건강증진 정책은 계속 후퇴하고 있음을 지적하며 보건의료 부서의 분리를 요구하기도 했다.

대구시는 지난 2008년 대한민국 의료 특별시 메디시티 대구를 선언했다. 대구의 의료 인프라를 이용해 의료 관광객을 유치하고 의료 관련 산업을 육성하겠다는 목적을 밝혔다. 코로나 19 1차 대유행 당시 메디시티라는 대구시가 의료 붕괴 직전의 위기에 빠지자 의료를 이용한 돈벌이에 관심을 두는 동안 지역의 공공의료 강화를 위한 별다른 노력이 없었다는 비난을 받기도 했다.

〈홍준표 대구시장, 제2 대구의료원 설립 계획 백지화〉

대구를 중심으로 한 코로나19 1차 대유행 당시 병상 부족으로 확진을 받고도 2,000명 이상의 환자가 자가 대기했다. 입원을 기다리다 제대로 치료를 받지 못한 채 사망하는 환자가 연이어 발생했다. 대구의료원이 코로나19 전담병원이 되자 평소 공공병원을 이용하던 취약계층은 마땅히 찾아갈 다른 병원이 없어 의료 공백의 고통을 겪었다.

수년 전부터 지역 정치권과 시민 사회가 요구하던 제2 공공병원 설립 요구가 코로나19 대유행을 계기로 분출했지만, 권영진 대구시장은 장기적으로 고려하겠다는 미온적인 태도만 보였다. 이에 대구지역 30여 개 시민단체는 ‘새로운 공공병원 설립 대구 시민행동’을 설립하고 감염병 대유행과 같은 재난에 대비하고, 대구지역 구군 간 건강 불평등 해소를 위해 제2 대구의료원 설립 운동에 나섰다. 결국 권 시장은 2022년 3월, 제2 대구의료원 건립 타당성 용역 결과 대로 지역에 새로운 공공병원을 건립하겠다는 발표를 했다. 2022년 시민 공론화를 시작으로 2027년까지 대구 동북권역에 제2 대구의료원을 설립하겠다는 구체적인 로드맵까지 발표했다.

그러나 2022년 7월 취임한 홍준표 대구시장은 “대한민국 의료체계는 전부 공공의료다. 대한민국은 의료민영화가 없다. 제2 대구의료원 건립은 강성 노조 주장의 부화뇌동”이라며 추진 의사가 없음을 명확히 했다. 이에 ‘새로운 공공병원 설립 대구 시민행동’ 등 시민 사회는 기자회견 등을 통해 강력하게 항의하고 시민 서명 운동까지 벌였지만 제2 대구의료원 설립은 사실상 백지화되고 말았다. 홍준표 시장의 일방적인 제2 대구의료원 설립 중단 이후 시민 사회는 공공의료에 대한 시민들의 요구가 재추진의 동력이 될 수 있다고 판단하고 풀뿌리 자치 모임 등을 찾아다니며 공공의료 강화의 필요성을 알리는 작업을 진행하고 있다. 아울러 제2 대구의료원 재추진을 다양한 방법으로 요구함과 동시에 지역에서 지난 2008년부터 오랜 기간 보건 복지 관련 시민 운동의 중심이 되어온 대구·경북 보건복지단체 연대회의와 함께 홍준표 시장이 공약한 기존 대구의료원 강화 약속을 제대로 이행하는지 감시에 나서고 있다.

나가며

보건 의료 영역에서의 친기업, 친시장적 정책의 시도는 역대 어느 정권에서나 일관되게 계속되었다. 대구적십자병원 폐원, 진주의료원 폐원처럼 확연하게 드러나는 의료영리화 시도도 있었지만, 공공 의료의 외주화, 지방의료원 위탁경영 등 우회적으로 시도되는 정책들이 취약계층의 건강권을 위협하고 사회적 약자들에게 더 큰 고통을 주고 있다.

제2 대구의료원 설립을 무산시킨 홍준표 대구시장은 대구의료원을 경북대병원에 위탁하려는 방침을 발표했더니 지난해에는 코로나19 대응 과정에서 큰 역할을 한 시민 건강국을 해체하고 보건 의료 관련 부서를 복지국으로 통합시키며 감염관리과는 아예 폐지했다. 시민의 건강

을 위협하는 이러한 역주행을 막아야 할 대구시 의회는 견제 기능을 상실한 채 제대로 대응하지 못했다.

국가가 스스로의 책무를 저버리고 자본과 함께 의료영리화를 추진했던 역사적 변곡점마다 시민 사회는 반대의 목소리를 내고 나름 싸워왔지만, 역부족인 측면이 있었다. 하지만 어려운 여건 속에서 벌인 그동안의 투쟁이 있었기에 지금의 의료 환경이나마 유지하고 있는지 모른다.

이제는 의료 공공성을 무너뜨리려는 시도를 저지하는 투쟁에서 의료 공공성을 더욱 강화하는 운동으로 한 걸음 더 나아가야 한다. 그러기 위해서는 의료민영화가 어떠한 형태로 우리의 일상을 파고들고 있는지 시민들이 인식할 수 있도록 알리는 것이 무엇보다 중요하다. 아울러 의료민영화가 나의 삶과 동떨어진 문제가 아니라 각자의 건강권과 밀접한 관련이 있다는 사실을 공유할 수 있도록 시민들과 다양한 방식으로 만나야 한다. 의료민영화를 막아내기 위해 함께 싸워온 시민 사회는 앞으로 더욱 위장된 형태로 추진될 것으로 예측되는 국가와 자본의 의료민영화 정책을 저지하기 위한 전선에서 지난 시기의 평가와 반성을 토대로 더욱 연대해야 함은 물론이다.

발제 2

보건의료 민영화와 공공성의 정치경제

김 창 엽

(시민건강연구소 이사장, 서울대학교 보건대학원 교수)

보건의료 민영화와 공공성의 정치경제

김 창 업
(시민건강연구소)

앞으로 대구서는 '응급실 뱅뱅이' 없어진다

A | ● 등록일 2023.08.03 17:17 | ● 게재일 2023.08.04 | □ 19면 | ▢ 댓글 0



대구시가 그저께(2일) 대대적인 응급의료 시스템 개선책을 발표했다. 응급환자의 발생부터 이송, 진료까지 신속하고 안전하게 이뤄지는 시스템을 구축해 '응급실 뱅뱅이 사고' 재발을 방지하기 위해서다. 앞서 지난 3월 대구의 한 건물에서 추락한 10대 환자가 구급차를 타고 2시간30분가량 병원을 떠돌다 숨지는 안타까운 사건이 발생했었다.

대구시가 이날 내놓은 '책임형 응급의료대책'은 응급환자 현장 이송단계, 병원 단계, 전문분야 대응, 응급의료 기반 등 4개 영역으로 나뉘어 있다. 지금까지 가장 큰 문제점이 환자를 신속하게 이송하는 과정이었던 만큼, 대책도 이송단계에 집중돼 있다. 대구시는 지난달부터 이미 119 구급상황관리센터를 가동하면서 응급환자의 중증도에 따라 최적의 이송병원을 정하고 있다. 생명이 위태로운 초응급 중증환자의 경우 의료기관은 구급상황관리센터가 이송을 결정하면 이를 수용해야 한다. 기존에는 119구급대가 개별 병원에 전화로 일일이 응급환자 수용 가능 여부를 물어 이송했었다. 대구시는 구급상황관리센터 조직을 4개팀 21명으로 확대할 방침이다.



“생각건대, 전의감과 혜민서는 주례에 있는 질의(疾醫), 양의(瘍醫)이다. 그러나 그 관청이 가난한 까닭에 재정이 없어 끝이 말이 아니다. 그러므로 그 직무를 제대로 수행하지 못하고, 드디어 지극히 필요한 기관이 도리어 실속 없는 명칭만 남게 되었으니, 어찌 통탄할 일이 아니겠는가? 위에서 말한 세 기관(내의원, 전의감, 혜민서)이 이른바 삼의사(三醫司)이다. 의학은 나라의 큰 정사이니, 지금은 그 법을 연구하고 밝혀서 명목과 실상이 서로 부합하도록 할 것이며, 형편없는 지경으로 두어서는 안 된다”

정약용, 경세유표(經世遺表)

차례

- ‘민영화’인가 ‘사영화’인가
- 민영화의 차원 또는 스펙트럼
- 민영화의 정치경제적 동력(메커니즘)
- 권력 관계로 해석할 때
- 사회 권력 강화의 길

민영화인가 ‘사영화(私營化)’인가

- 개념의 명료성?
 - 공(公) vs. 사(私)
 - 사(私) vs. 민(民)
 - 공(公)과 연관: 국가, 정부,
 - 사(私)와 연관: 시민사회, 시장, 경제
- 방향(운동, 化)
 - 국가와 공 → ?
 - 시장/민(民)/사(私) → ?
 - 시장화, 경제화, 상품화, 영리화, 신자유주의화,...

민영화의 일반적 정의

- 좁은 의미의 (공기업) 민영화
 - 좁은 의미: 공기업의 주식 등 자산을 매각하거나 서비스 기능을 공공부문에서 민간부문으로 이전하는 것(소유권 이전)
- 넓은 의미의 민영화
 - “국가로부터 민간으로 활동과 기능을 이동(shift)”
 - “재화와 서비스 제공을 위해 재정 조달, 운용(공급, 생산, 전달/배분), 질 관리와 통제 등에서 민간 영역을 활용하는 것” (Kosar, 2006).

* Kosar, Kevin R. 2006. “Privatization and the Federal Government: An Introduction,” CRS Report for Congress. (<https://bit.ly/45ArNMI>)

(넓은 의미의) 민영화 방법들

- 매각
- 상품과 서비스 계약
- 아웃소싱
- 바우처
- 준 정부(공공) 기관 활용
- 제3자 자금 조달
- 기타: 보조금 제도, 포상경쟁제도, 자원봉사자 활용

(더 넓은 의미의) 민영화

- 정부 기능의 축소
- 공공부문에 민간 관리 방식 도입
 - 성과 중심 조직으로의 전환
 - 공공 서비스 전달 방식 변경(사용자 부담)
 - 민간 관리 방식으로 전환

민영화의 다차원적 목표

- 실용적, 행정관리 차원
 - 효율성
 - 관료주의에 대한 비판
 - 재정 관리
- 경제적
 - 시장과 자본 확대, 투자 유치,
- 정치적
 - 시장 원리 강화
 - 작은 정부, 효율적인 정부
 - 국제적 정치경제(세계은행, 국제통화기금 등)
- 통치와 이데올로기
 - 신자유주의 자본주의체제에 조응하는 이념, 담론, 문화

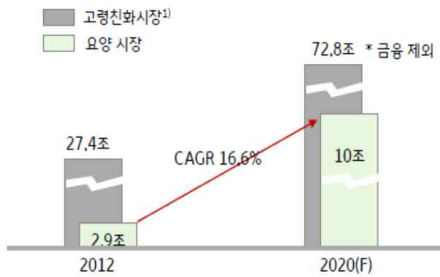
민영화의 정치경제적 동력(1) – 자본 축적

- 과거에는 주로 매각 방식을 통해
 - 공기업 민영화
 - 가장 직접적 방식
- 최근에는 시장의 조성 and 확대에 개입
 - 장기요양보험(?)
 - 연금
- 자본의 이윤율 저하 경향에 따라 민영화 압력이 더 강해질 가능성
 - 발전, 물, 교도소,

돌봄 시장과 경제

시장 규모 및 추이 (한국보건산업진흥원)

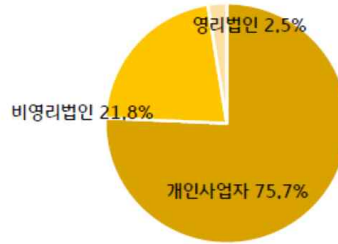
- 우리나라는 인구 고령화의 속도가 타 OECD 국가에 비하여 매우 빠르게 진행
 - 요양 시장은 2012년 2.9조에서 2020년 10조 규모로 연평균 16.6% 성장



1) 요양, 주거, 의약품, 의료기기, 식품, 화장품, 용품, 여가

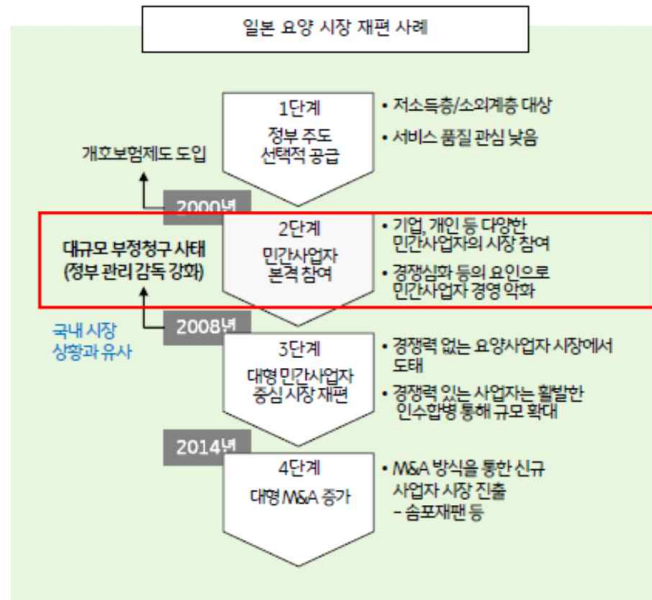
- 장기요양 기관 현황
 - 장기 요양기관은 현재 요양 시설(입소 시설) 5,806개, 재가 요양기관 19,725개(주야간보호 4,623개)
 - (보건복지부 추계) 장기요양 수급 대상자 증가 등에 따라 2022년까지 요양 시설 6,999개소, 주야간보호기관 5,020개소가 필요할 것으로 전망되어 수요 대비 공급 부족 예상

- 장기요양 운영기관 운영 주체
 - 장기요양 운영기관에서 개인사업자가 차지하는 비중은 75.7%로 매우 높음



- 요양시설 규모별 기관 현황
 - 30인 미만 69%, 30~70인 미만 16.7%, 70인 이상 14.3%

돌봄 '산업'의 자본 축적



자료: KB골드라이프케어. 국내 요양서비스 활성화를 위한 논의 자료. 2021. 7.

민영화의 정치경제적 동력(2) – 통치

- "사람들 일부나 전체의 품행을 형성·지도하거나 그에 영향을 끼치려고 하는 활동의 형태"
- "활동으로서 통치는 자기와 자기의 관계, 특정 형태의 통제나 지도와 관련된 사적 개인들 간의 관계, 사회제도와 공동체 내부에서의 관계, 그리고 마지막으로 정치적 주권의 행사와 연관된 관계 등과 모두 관련"
- "통치합리성은 통치 실천의 성질에 관한 사유 방식 혹은 사유체계를 뜻하며... 이는 통치자와 피통치자 양쪽 모두가 인식할 수 있고 실천할 수 있는 형태의 활동을 가능케 한다."
- "전부에 대한 통치이자 각자에 대한 통치이며, '전체화'하는 동시에 '개별화'하는 데 중점을 둔 정치적 주권 형태 쪽으로 발전"

『푸코 효과』, 15~17쪽

일본의 ‘사회보장’ 이념

全世代型社会保障改革について

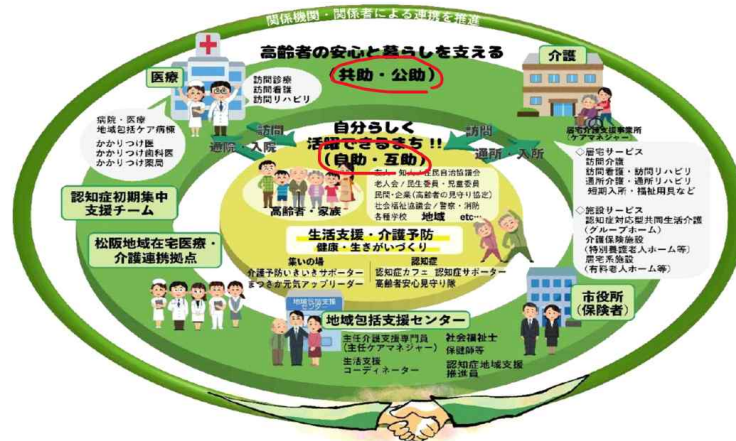
人生100年時代の到来を見据え、「**自助・公助・共助**」を軸として「絆」を軸に、お年寄りに加え、子供たち、子育て世代、さらには現役世代まで広く支えをえていく**全世代型社会保障**の構築を目指します。

<少子化対策>

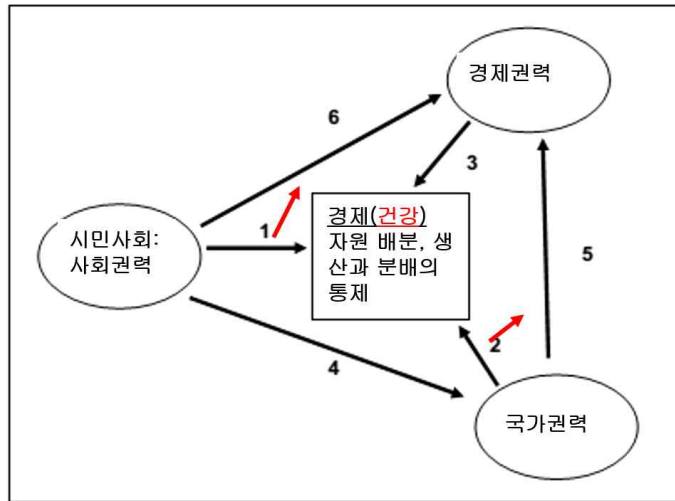
日本の未来を担うのは子供たち。長年の課題である少子化対策を大きく前に進めます。

(参考) 令和元年出生数: 86万5千人(過去最小)・合計特殊出生率: 1.38%、令和2年4月待機児童数: 12,439人

・不妊治療: 令和4年度から**保険適用**。助成制度は大幅拡充
(所得制限撤廃、助成額1回30万円に増額等) → **不妊治療が受けやすくなる**



민영화를 둘러싼 권력관계



‘수동적’ 민영화 – 공공서비스 부재 또는 방치*

THAT'S THE
STANDARD
TECHNIQUE OF
PRIVATIZATION:
DEFUND,
MAKE SURE
THINGS DON'T
WORK, PEOPLE
GET ANGRY,
**YOU HAND
IT OVER TO
PRIVATE
CAPITAL.**
NOAM CHOMSKY



토론토대학 강연(2011. 4. 7)
<https://chomsky.info/20110407-2/>

* De Costa, Ayesha, and Eva Johannson. 2011. "By 'default or design'? The expansion of the private health care sector in Madhya Pradesh, India." *Health Policy*, vol. 103, No. 2-3, pp.283-9. doi:10.1016/j.healthpol.2011.06.005

민영화의 탈정치화 효과

- 주권의 외주화(Verkuil 2007)
 - 시장이 책임을 지고 국가는 ‘숨은 행위자’
 - 공공민간협력 모델(협력적 거버넌스)
 - 국가 책임은 계약과 민간의 관리 문제로 좁아짐.
- 탈정치화를 통해 경제/시장, 효율성, 기술 문제로 치환
 - 민주주의 원리 훼손

* Verkuil, Paul R. 2007. *Outsourcing Sovereignty: Why Privatization of Government Functions Threatens Democracy and What We Can Do about It*. New York: Cambridge University Press.

‘경로’가 바뀔 것인가, 바꿀 수 있나

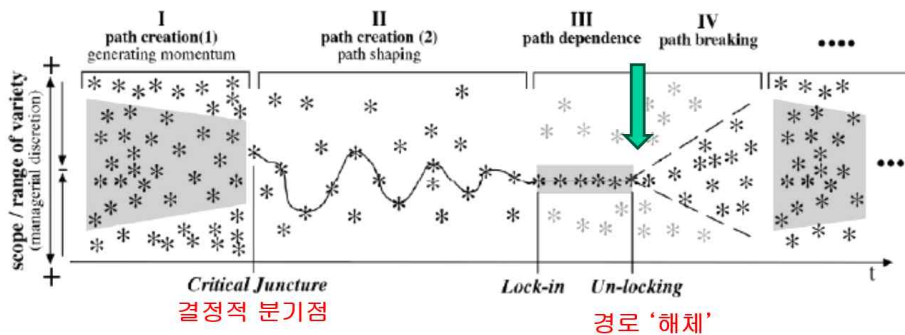


Figure 2: From path creation to path breaking (Sydow, Schreyoegg and Koch, 2005)

反-민(사)영화로서의 공공성 강화

- 공공 보건의료 ‘체계’
 - 재정, 인력, 거버넌스 등
 - 부문 간 관계
- 보건의료 ‘체계’
- 거시체계의 권력관계: 공공 ‘레짐’ 또는 공공성에 기초한 ‘건강레짐’
 - 국가의 통치성, 공공의 거버넌스
 - 공공성을 지향하는 사회권력의 크기
 - 문화, 가치체계, 행태 등

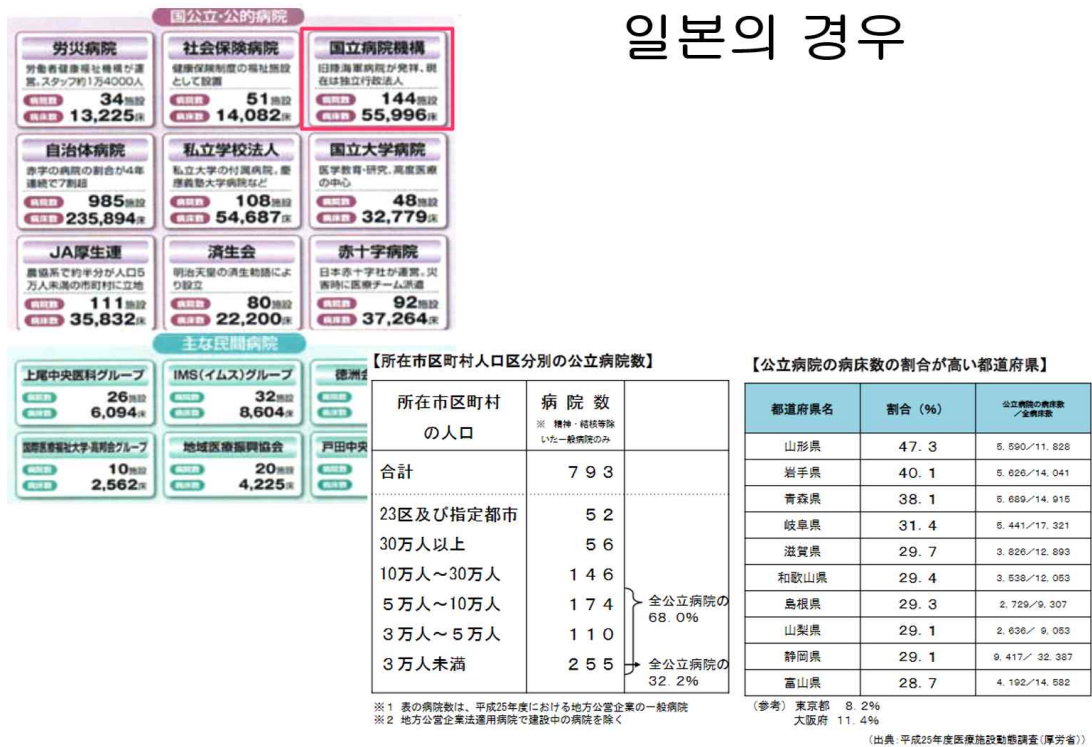
현실 체계(체제)에서 공공 병원/보건소/서비스의 의미

- 공공성을 감각할 수 있는 통로(가시성, 물리적, 경험, 상징과 기호)
- 예시적 정치(prefigurative politics)
 - 모범
 - 경험과 현실이라는 토대
- 체계와 ‘해방적 주체’ 형성의 거점
 - 국가
 - 지역
- 담론과 이론의 토대
 - (예) ‘의료 당국(health care authority)’이라는 개념

포스트 코로나 공공보건의료의 정치경제

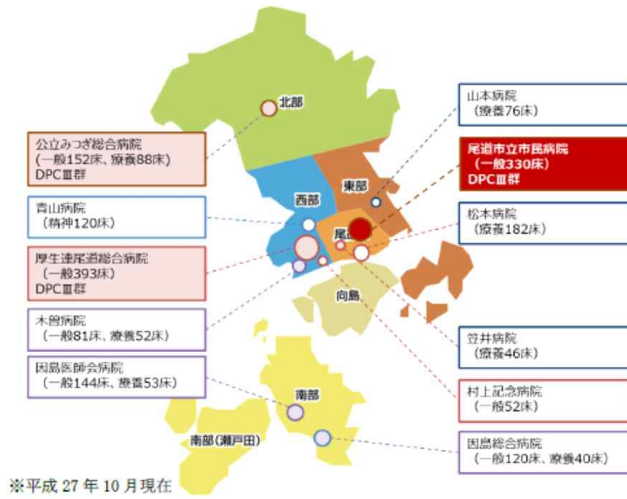
- 코로나19 (대응)을 어떻게 규정할 것인가?
- 문제 정의와 의제화의 권력관계
- 국가권력
 - 중앙정부는 주로 통치(governmentality) 또는 통치기술의 관점
 - 지방정부는 책임성 중요: 현재는 보건과 의료가 국가화, 중앙집중화
 - 관료제의 권력관계 또는 동기
- 경제권력
 - 흔히 '주류' 경제권력의 이해에 반함
- 사회권력
 - 기반 취약
 - “시민(지역 주민)에게 공공보건의료란?”

일본의 경우



일본 기초지자체의 경우

図表-6 尾道市の病院配置状況



히로시마현 오노미치시(인구 약 14만)

(포스트) 코로나의 의미

- 공공병원/보건소/서비스를 체화한 최초 사례
 - 일부 지역에서 공공병원의 ‘완충’ 기능이 부각
 - 부재(不在)가 만든 ‘존재론적 불안(absence of ontological security)*’ → 주민 요구의 분출과 조직화
 - 공공병원 경험과 담론의 지역화. 현재 진행형
- 국가 의제화?
 - 민간부문의 시장형 거버넌스와 비효율성은 은폐
 - 국가적으로는 ‘공공민간협력’ 모델을 상징화
- 국가(중앙집권) vs. 지역(분권)
 - 문제와 과제의 지역화
 - 지역의 역량과 준비, 책무성 구조, 국가 거버넌스의 부조화

* Giddens, Antony. 1991. *Modernity and Self-Identity*. pp.35-6. 현대성과 자아정체성, 제2장



서부경남 감염병 환자 동부 이송 언제까지

김희준 기자 (jgon@komin.com) | 2020년 05월 06일 수요일 | 댓글 0



경남지역 공공병원 17곳 병상 1개 1만 1200명 상당 전국 평균 대비 2배 많아
감염병 대응 등에서 나타난 진주의료권 과밀 공백 격차 서부권 병원 설립 속도 대야

코로나19 대응용으로 경남지역 공공의료 확충 필요성이 다시 떠올랐다. 특히 2019년 김제리 폐업의 진주 의료원의 빈자리를 지적하는 목소리도 잇따라 나왔다.

올해 가장 밀집 할당 중 지역의 코로나19 확진자 가운데 경증 환자는 마산의료원에 입원과 치료를 받아야 했다. 진주의료원이 있었더라면 돌리 할당까지 쓸 줄로는 없었을 것이다. 도립 2차 의료기관인 진주의료원은 서부경남지역 중증·가중환자 치료를 책임지고 있었다.



▲ 부산로 도중에 의해 지난 2019년 폐업한 진주의료원은 2009년 신동철을 유혈 암시... (text continues)

"병상 부족" 코로나19로 드러난 부산 공공병원 현실

부산CBS 박진용 기자 | 2021-02-18 06:00 | 뉴스프리 | 0 | 2 | 가 |

부산CBS 기획보도 - 김제병원 공공개발 현주소 ②
"코로나" 3차 대유행 때 고교생 확진자들 대구로 이송
부산 공공병원 비중 2.5%에 불과...전국 절반 수준
"공공병원, 재난 상황에 대응하는 곳" 필요성 인식 ↑




허태정 대전시장 "올해 공공의료체계 강화에 최선"

김일환 기자 | 임력 2021.01.18 14:30 | 수정 2021.01.18 15:30 | 댓글 0

울지대병원 방문, 감염병전담병원 현장 근무 의료인 격려
고온마음요양병원서 요양병원 비집축자 전원 격리시설 점검 등

광주지역 TV토론회, 공공의료기관 병상 높여야 한다

최소 20~30%까지 병상 비율 올려야 - 광주 전남지역 공공병원 결반이상 요양병원

최현준 기자 | 승인 2020.12.29 17:34 | 댓글 0

[의학신문·일간보사=최현준 기자] 광주지역 CMB방송에서 29일 개최한 '지역거점 공공의료기관 설립 필요성' 토론회에서 공공의료기관 병상 비율을 높여야 한다는 주장이 제기됐다.



광주권지역 거점 공공의료기관 설립 필요성 토론회 기념

이번 토론회에서는 코로나19 감염확산으로 드러난 공공의료의 문제점을 진단하고 지역거점(전남, 전북) 공공의료기관 설립 필요성과 강화 전략을 모색했다.

토론회 패널인 김경희 건강보험연구원 원가수 거연구센터장은 "우리나라와 유사한 사회보험 방식 국가인 일본은 27.2%, 독일은 40.7%의 공공의료기관의 병상 비율에 비해 우리나라는 9.6%에 불과하다."며 "최소 20~30%까지 병상 비율을 올려야 한다."라고 주장했다.



공공보건의료의 새로운 환경(기회) - 고령화와 돌봄

- 돌봄의 주류화
- 의료와 돌봄 체제의 물적 토대
 - 사회보험을 통한 자본 축적(예: 신약, 기기 등)과 구매력의 충돌
 - 자본축적 체제의 위기
- 기존 체계와 필요/요구/욕망의 부정합성
 - 현대 병원은 제조업 대 공장 모델에 기초(포디즘, 테일러리즘)
 - 비가시적 질, 휴먼 터치, 맞춤형, 반응성에 취약

지역보건의료 문제

- 지역 보건의료 구조의 근본적 변화
 - 고령화와 인구 축소
 - 의료 '시장'의 위축과 소멸
 - 공공 외 대안 불가능
- 국가(중앙)과 지역의 통치성, 책임성, 정당성 모순
 - 건강과 보건의료는 국가 책무로 이해. 지방정부의 책임, 책무, 과제가 아님.
 - 국가(중앙정부)에게 지역보건의료는 통치성 문제(예: 분만 취약지 지원 사업, 의대 정원 증원 등).
 - 보건과 의료 원리보다는 정당성, 가시성, 가능성 등의 원리가 작동
 - 건강보험 거버넌스 구조의 기여
- 가능한 선택지: '무의사결정(non-decision making)' vs. 공적 체계(통치 기술로서의)



언제나 서민 곁에서
함께해온 사람입니다.
저 장영갑이
약속 하겠습니다.



첫째, 군의원으로서 본분에 충실하겠습니다

1. 군민과 소통하겠습니다. 그리고 군정에 반영하겠습니다.
 - 주 1회 주민 만남의 날 운영
 - 지역구 순회 의견수렴
 - 문턱 없는 의회 운영
2. 군민을 위한 정책을 제안하고, 조례를 제 개정하겠습니다.
 - 사회적 취약계층 보호 및 농업인들 위한 농산물 최저가격
3. 예산을 적절하게 사용하도록 감시하고 견제하겠습니다.
 - 참여예산 편성, 예산의 투명성 확보
4. 복지사각지대 해소를 위한 정확한 실태조사 및 개선



둘째, 지방분권 시대에 맞는 생활 자치를

1. 주민 숙원사업을 챙기겠습니다.
 - 농촌 마을 인입 포장
 - 농수로 및 배수로 등 위험지역 가뭄동 설치
2. 주민생활과 직결된 문제를 최우선으로 해결하겠습니다.
 - 상하수도 및 마을 상수도 미설치지역 완료 개선행 추진
3. 도립의료원 위 의료시설 확충
4. 귀농, 귀촌인 대상으로 한정 민생서비스 강화

동아일보 | 사회

일사병 쓰러진 영암 70대, 30분 걸리는 나주 응급실 가던중 숨져

영암·나주=박성민 기자 | 최경원 인터넷기자 숙명여대 미디어학부 4학년
입력 2019-07-19 03:00 | 업데이트 2019-07-19 03:00

가 < >

무너지는 지방 응급의료 체계



30m²(약 10평) 남짓한 공간에 병상 12개가 덩그러니 놓여 있었다. 여느 병원 응급실에서 볼 수 있는 자동제세동기(자동심장충격기)나 인공호흡기 등은 찾아 볼 수 없었다. 60대 여성 환자 2명이 1시간째 누워 수액을 맞고 있었다. 17일 전남 영암군 영암병원의 옛 응급실 풍경이다. 3년 전 응급실 운영을 중단한 뒤 이곳은 주사와 수액을 맞거나 외래 환자들이 처치 후 회복을 기다리는 공간으로 쓰고 있다.



많이 본 뉴스

1. 김용, 유동규에 “총출석 말고 산에 열을 숨어라”... 정진상은 “개인비리...”
2. 박성중 “MBC 간부 전부 민노총 출신...공극적으로 민영화 돼야”
3. 생방송 어깨병에 스킨십까지...카타르 레퍼포터 “실지않네요”
4. [단독]“권순일, 변호사 개업엔 국민적 비난 따를것”... 변법, 등록 신청...
5. [단독] 김병현 도주 당일 모습 공개... 도야준 2명도 구속
6. 경제전문기 97% “한국경제 위기상황”... 절반은 “매우 큰 위기”
7. ‘김건희 여사 조영 사용’ 주장 장경태, 명예훼손으로 고발당함
8. [단독]한국형 사드, 미사일 요격시험 성공

(다시) 공공보건의료의 의미

- 예시적 정치(prefigurative politics)
 - 모범
 - 경험과 현실이라는 토대
- 체계 구축과 해방적 주체의 초점인 동시에 네트워크(‘번역’의 주체)*
 - 국가
 - 지역
- 담론과 이론의 토대
 - (예) ‘의료 당국(health care authority)’이라는 개념
- ‘되어 가기’의 과정
- **통치 기술로서의 효과성, 정당성, 수용성**

* Latour, Bruno. 2005. *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network Theory*. p.108, Oxford Univ. Press

공공보건의료의 ‘권력 만들기’라는 과제

- 관점의 전환
 - 기관 중심으로부터 체계로
 - 국가 체계 또는 ‘나라 만들기’로부터 사람과 지역 중심으로
 - 국가와 중앙정부로부터 지역과 분권적 접근으로
 - 국가 정책과 제도 변화로부터 국가권력-경제권력-사회권력의 ‘관계(relational)’로
- 키워드
 - 정치경제(‘기회의 창’)
 - 사람 중심
 - 지역화
 - 사회권력과 국가권력의 관계
 - 지식과 이론이라는 토대
 - 실천의 (정치적) 주체

감사합니다

의견, 문의:



cykim@health.re.kr

지정토론 1

공공병원 속 의료상업화 실태

이 정 현

(대구경북 보건복지단체연대회의 대표, 공공운수노조
의료연대본부 정책위원)

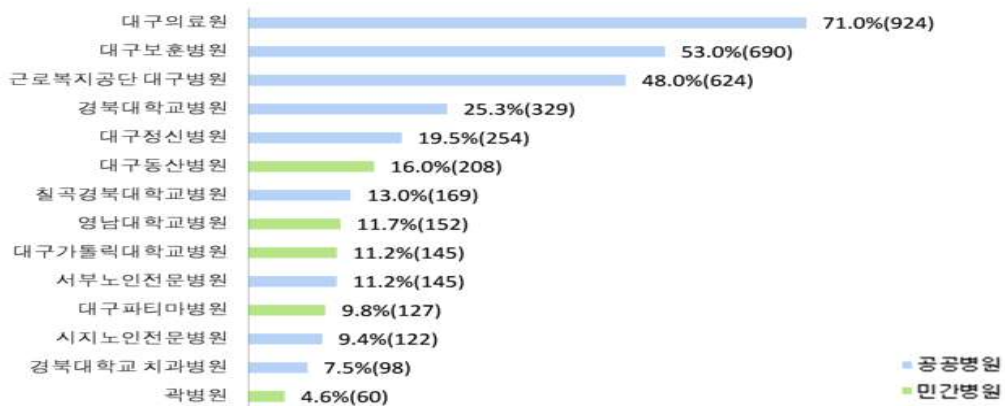
공공병원 속 의료상업화 실태

이정현(공공운수노조 의료연대본부 정책위원)

○ 공공병원에 대한 대구시민 인식

대구시와 대구시 공공보건의료지원단이 2020년 대구 시민 1,300명을 대상으로 공공의료 시민 인식도 온라인 조사를 실시결과에서 **공공병원이라고 인식하는 병원으로 대구의료원(71.0%)**이 가장 높게 나타났으며, 대구보훈병원(53.0%), 근로복지공단 대구병원(48.0%), **경북대학교병원(25.3%)**, 대구 정신병원(19.5%) 등으로 조사되었다.

[그림 6] 공공병원이라고 인식하는 병원 (중복응답, 단위 : %, n)



○ 2021년 김승미 대구의료원장 언론 인터뷰

Q. 대구의료원과 경북대병원 같은 공공의료기관인데 왜 지금까지 공조하지 않았을까?
 A. 실제로 대구의료원에 오는 환자군이 과연 경대병원에 갔을 때 진료와 치료를 충분히 우리 병원처럼 받을 수 있겠냐는 의문이 든다. 환자 상태에 따라서 또 분류하고 있기때문에 지금 우리 의료 체계상 어려움이 있다. 그래서 경대병원에서 감당하기에는 한계가 있을 것 같다.
 ○ (대구의료원 직원 설문조사) 우리 병원은 국립대병원인 경북대병원과 공공의료전달체계가 잘 되고 있다. **긍정 36.2 부정 63.8**

1. 국립대병원 의료상업화 실태

▶ 국립대병원 (기타 공공기관) 경영평가 기준이 의료상업화를 더 촉진.

국립대병원에 대한 수익성 위주의 경영평가는 병원을 상업화시키고 있다.

- 교육부가 기타 공공기관 국립대병원 경영평가 기준을 의료수익 증가율, 환자 증가율, 비용 대비 의료수익 비율, 인건비 및 관리업무비 등을 중심으로 구성된 기준으로 평가. (수익성 중심 성과관리 지표)

공공의료의 주요 주체인 국립대병원을 경영실적을 근거로 평가하는 것은 국립대병원으로 하여금 민간병원과 다를 바 없이 수익성 경쟁에 뛰어들라고 하는 것이고 이는 고스란히 국민들의 병원비 상승으로 이어질 수밖에 없다.

- 성과연봉제 서울대병원은 초진환자 특진비 100%, 재진환자 특진비 50%, 검사비 10%를 교수들에게 성과급으로 지급하고 있다. 이런 돈벌이 인센티브제도는 당연히 의료의 질 상승이 아니라 과잉검사와 과잉진료로 이어졌다. 더 많은 환자를 보기위해 1분 진료를 서슴지 않았고, '성과'를 위해 야간과 공휴일을 가리지 않고 수술이 이루어졌다. 또한 경영실적을 개선하기 위해 싸구려 의료재료들이 사용되었다.

-



▶ 서울대병원 의사차등성과급 및 진료실태 폭로 기자회견

- 일시 : 2012년 7월 18일(수) 오전10시30분
- 장소 : 서울대병원 시계탑 앞
- 주최 : 민주노총 공공운수사회서비스노동조합 의료연대본부

[기자회견문] 환자 부담만 가중시키는 의사 성과급제는 폐지되어야 한다.

의사 성과급제는 환자 부담을 늘리고, 의료를 왜곡하고, 의사와 병원 노동자 모두를 괴롭혀

의료의 질을 떨어뜨린다. 이는 전체 국민의 의료비 부담을 늘릴 뿐 아니라 의료를 돈의 흐름에 좌우되는 상품 논리로 접근하게 만드는 제도다. 그러므로 의사 성과급 제도는 당장 폐지되어야 한다.

○ 의사 성과급 제도는 의료를 왜곡시키고 의사의 전문적 자율성을 침해한다. 매출과 행위량에 비례하여 의사 보수가 결정되므로, 의사들은 교과서적이지 않은 진료로 내몰리기 십상이다. 환자당 진료시간을 1분 이내로 줄이면서까지 외래 환자수를 늘리게 된다. 수술 실적을 늘리기 위해 꼭 수술이 필요하지 않은 환자도 수술하려는 유혹에 빠지게 된다. 꼭 하지 않아도 되는 검사, 오히려 위험성이 높아 피해야 하는 검사도 실적 때문에 하게 된다. 교과서적 의료는 필요 없는 검사, 수술은 최소화하는 것이고, 환자 1인당 진료 시간을 충분히 가지는 것이다. 그런데 이러한 원칙이 병원의 경영 방침 때문에 무너진다. 이 와중에 의사들은 자신들의 전문적 자율성을 침해받게 되고, 단순 매출에 의해 병원 내 의사의 서열이 정해지는 덜떠름한 현실을 수동적으로 받아들여야 하는 상태가 된다.

○ 의사 성과급 제도는 병원 노동자의 노동 강도를 강화시켜 의료의 질을 떨어뜨린다. 의사가 의료량을 늘리고 환자수를 늘리게 되면 당장 일이 더 많아지는 것은 병원 노동자들이다. 인력은 늘어나지 않는 상태에서 환자수, 검사수, 수술수만 늘어나면, 병원 노동자들은 쉬는 시간도 없이 일하게 되고, 전체적인 노동시간과 야간 노동도 늘어나게 된다. 이는 병원 노동자의 노동과 삶의 질에 직접적 악영향을 끼치지만 그것으로 끝나지 않는다. 병원 노동자의 노동 강도가 늘어나고 노동시간이 증가하여 병원 노동자가 불건강하게 되면 의료의 질도 떨어지게 된다. 병원의 의료서비스 질은 병원 노동자들이 제공하는 인적 서비스 질에 전적으로 좌우되기 때문이다.

----- 중략

정부도 국립대병원과 공공병원이 의사 성과급을 폐지하고, 이윤 중심의 출혈 경쟁에 나서지 않도록 제반 환경을 조성하고, 과도한 상업적 의료 행태에 규제를 가해야 한다. 그래야 지속적으로 늘어가는 국민의 진료비 부담을 줄일 수 있고, 의료의 질을 높일 수 있으며, 의사와 병원 노동자의 노동과 삶의 질을 높일 수 있다.

[관련 자료]

▶ 국립대병원별 선택진료비 및 선택진료비 중 의사성과급 비율

- 2011년 국정감사 자료(민주당 김유정 의원실)

- 2010년 서울대병원의 선택진료비 수입은 540억 원, 이 중 48.6%인 260억 원이 의사 성과급으로 지급됨
- 2010년 기준으로 선택진료비가 높은 순서는 서울대병원, 부산대병원, 전남대병원, 경북대 병원, 전북대병원 순
- 2010년 기준으로 선택진료비 액수가 하위3위인 병원을 제외하고 선택진료비 중 의사성과 급 비율이 높은 순서는 서울대병원, 부산대병원, 충남대병원 순



구분		2008년		2009년		2010년	
		선택진료 수익	의사 성과급	선택진료 수익	의사 성과급	선택진료 수익	의사 성과급
서울대	액수(백만원)	47,481	18,941	51,118	24,402	54,088	25,998
	비율(%)		39.9		47.7		48.6
부산대	액수(백만원)	18,445	7,769	26,910	10,709	33,674	13,563
	비율(%)		42.1%		39.8%		40.3%
전남대	액수(백만원)	22,876	5,071	25,782	6,088	26,226	6,570
	비율(%)		22.2		23.6		25.1
경북대	액수(백만원)	15,831	6,541	18,556	7,322	19,307	7,374
	비율(%)		41%		39%		38%
전북대	액수(백만원)	15,456	4,032	17,285	4,053	19,008	6,185
	비율(%)		26%		23%		33%
충남대	액수(백만원)	13,162	5,199	14,841	5,857	16,275	6,601
	비율(%)		39%		39%		40%
경상대	액수(백만원)	10,833	2,816	11,258	3,642	12,112	3,875
	비율(%)		26.0%		32.4%		32.0%
충북대	액수(백만원)	7,565	3,313	8,605	3,698	9,017	3,933
	비율(%)		43.8%		43.0%		43.6%
강원대	액수(백만원)	1,867	978	2,391	1,169	2,956	1,457
	비율(%)		52.4%		48.9%		49.2%
제주대	액수(백만원)	163	592	322	772	2,474	1,611
	비율(%)		363.2%		239.9%		65.1%

▶ 의사 1인당 의사성과급액수와 검사비 매출액수의 상관관계

- 2011년 국정감사 자료(민주당 김유정 의원실)

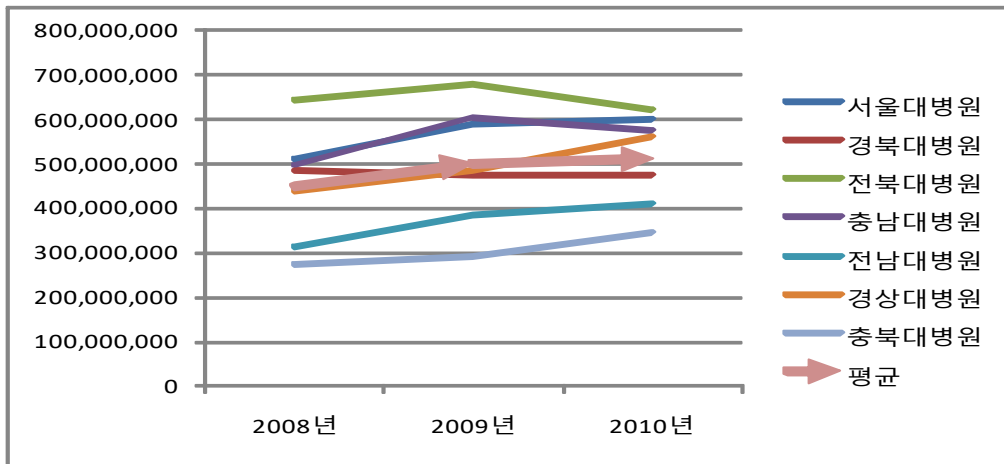
○ 선택진료를 수행하는 의사1인당 검사 매출 총액은 지난 3년간 증가하고 있는 양상

- 이는 선택진료를 수행하는 국립대병원 의사들이 지속적으로 검사를 더 많이 수행한다는 사실을 확인시켜주는 결과임

[표] 병원별 선택진료를 수행하는 의사1인당 연간 검사비 매출 총량(연간)

(단위 : 원)

구분	2008년	2009년	2010년
서울대병원	511,940,938	588,603,266	600,683,727
경북대병원	484,986,301	473,974,359	474,556,962
전북대병원	642,918,283	680,605,625	621,460,514
충남대병원	496,615,385	603,763,636	575,222,222
전남대병원	313,861,555	383,984,422	408,992,137
경상대병원	440,610,972	484,189,263	560,417,308
충북대병원	272,380,952	292,155,556	345,243,902
평균	451,902,055	501,039,447	512,368,110

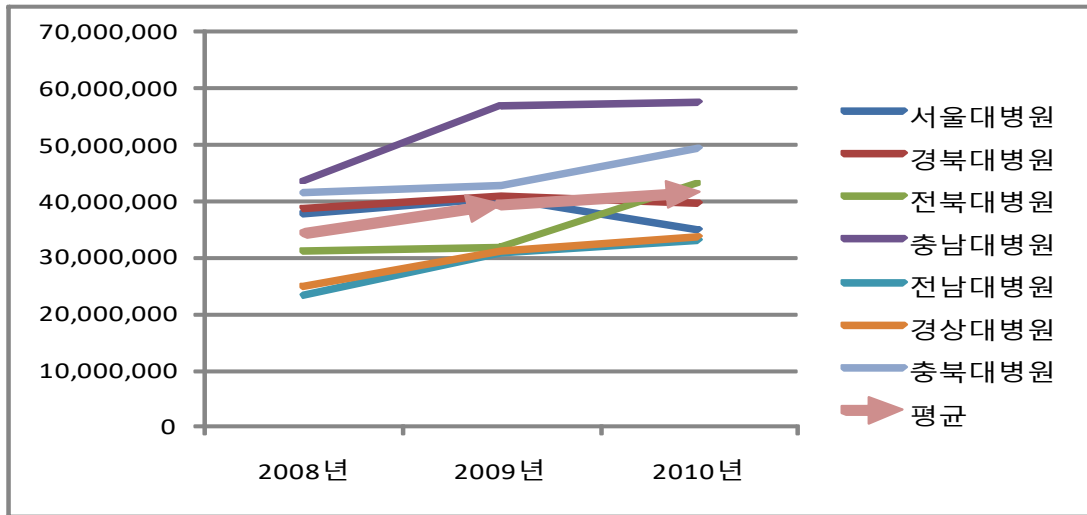


○ 선택진료를 수행하는 의사들의 선택진료로 인한 성과급 총액 역시 같은 비율로 증가하는 것을 볼 수 있음

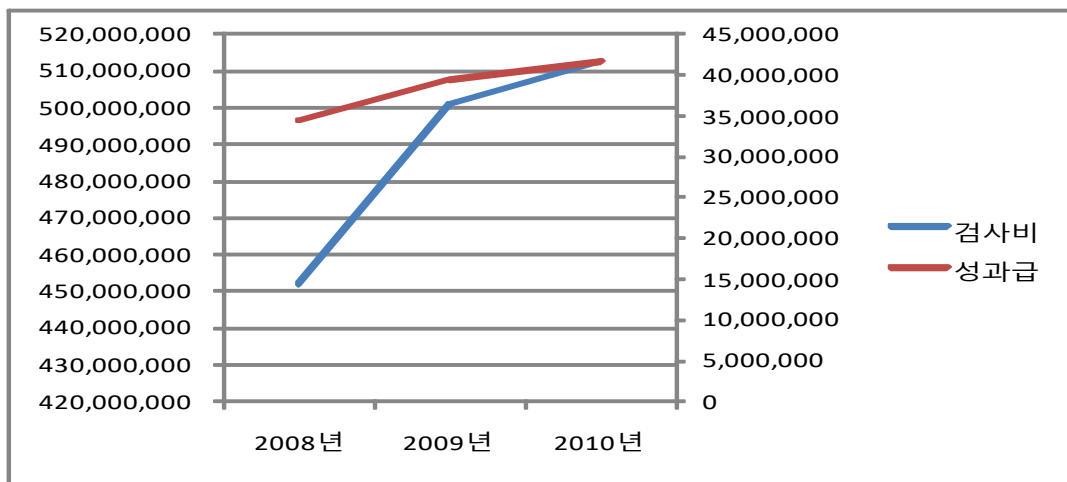
[표] 병원별 선택진료를 수행하는 의사1인당 선택진료로 인한 성과급 총액(연간)

(단위 : 원)

구분	2008년	2009년	2010년
서울대병원	37,713,805	40,560,227	34,874,193
경북대병원	38,716,411	41,065,308	39,716,494
전북대병원	31,227,150	31,960,672	43,073,000
충남대병원	43,545,156	56,990,485	57,655,132
전남대병원	23,233,131	30,809,501	33,011,225
경상대병원	25,040,671	31,051,157	33,842,399
충북대병원	41,428,571	42,777,778	49,536,585
평균	34,414,985	39,316,447	41,672,718



○ 검사비와 성과급과의 관계를 보다 명확히 보기 위해 둘 사이의 관계만을 그래프로 그리면 아래와 같이 아주 명확히 그 관계가 드러남



○ 선택진료비를 선택진료를 수행한 의사들에게 ‘성과급’ 형태로 지급하는 것은 과도한 경쟁을 낳아 과잉 검사 혹은 검사비 증가의 부작용을 낳음

▶ 병원의 성과급제 운영 실태

- 문영전 등, 병원의 성과급제 운영실태 및 활성화 전략, 보건의료산업학회지, 2011년3월.

종합병원의 부문별 성과급제 실시율

○ 의사의 성과급제 실시율이 타직종에 비해 월등히 높음

부문	의사	간호	사무행정	의료기사
실시율	75.6%	14.2%	16.7%	16.7%

병원구분별 성과급제 실시 여부

- 공공병원이 민간병원에 비해 실시율이 높음
- 대학병원이 비대학병원에 비해 실시율이 높음
- 소재지별로는 차이가 없음
- 병상 규모별로도 차이가 없음

단위: 병원수, %

구 분	성과급제 실시여부		계	χ²	p 값		
	미실시	실시					
설립형태	공공	빈도	1	17	18	4.545	0.033
		%	5.6	94.4	100.0		
	민간	빈도	30	72	102	0.538	0.463
		%	29.4	70.6	100.0		
소재지	대도시	빈도	14	47	61	1.522	0.217
	(서울/광역시)	%	23.0	77.0	100.0		
	중소도시이하	빈도	17	42	59	3.675	0.055
		%	28.8	71.2	100.0		
병상규모	500병상미만	빈도	21	49	70	1.522	0.217
		%	30.0	70.0	100.0		
	500병상이상	빈도	10	40	50	3.675	0.055
		%	20.0	80.0	100.0		
기관종별	대학병원	빈도	6	34	40	3.675	0.055
		%	15.0	85.0	100.0		
	비대학병원	빈도	25	55	80	3.675	0.055
		%	31.3	68.8	100.0		
계		빈도	31	89	120		
		%	25.8	74.2	100.0		

성과급제 실시 방법

○ 500병상 미만 중소병원은 대부분 수입실적 기준, 500병상 이상 대형병원은 지정진료수입

을 주로 하고 여기에 수입실적을 더하는 형태로 지급

- 비대학병원은 대부분 수입실적 기준, 대학병원은 지정진료수입을 주로 하고 여기에 수입 실적을 더하는 형태로 지급

단위: 병원수, %

구 분	성과급 실시방법					계	χ ²	p 값		
	수입실적 기준	지정진료수입 기준	금일봉 형태	경영진결정 지급	기타					
설립 형태	공공	빈도 9	6	-	1	1	17	3.036	0.552	
		% 52.9	35.3	-	5.9	5.9	100.0			
민간	빈도 36	15	3	10	8	72	100.0	5.217	0.266	
		% 50.0	20.8	4.2	13.9	11.1				100.0
소재 지	대도시 (서울/광역시)	빈도 19	11	3	6	6	45	100.0	5.217	0.266
		% 42.2	24.4	6.7	13.3	13.3	100.0			
중소도시 이하	빈도 26	10	-	5	3	44	100.0	19.248	0.001	
		% 59.1	22.7	-	11.4	6.8				100.0
병상 규모	500병상 미만	빈도 35	7	-	5	3	50	100.0	19.248	0.001
		% 70.0	14.0	-	10.0	6.0	100.0			
500병상 이상	빈도 10	14	3	6	6	39	100.0	21.044	0.000	
		% 25.6	35.9	7.7	15.4	15.4				100.0
기관 종별	대학병원	빈도 8	14	3	3	4	32	100.0	21.044	0.000
		% 25.0	43.8	9.4	9.4	12.5	100.0			
비대학병원	빈도 37	7	-	8	5	57	100.0	19.248	0.001	
		% 64.9	12.3	-	14.0	8.8				100.0
계	빈도 45	21	3	11	9	89	100.0			
		% 50.6	23.6	3.4	12.4	10.1				100.0

성과급제의 자원

- 연간총예산 및 선택진료비에서 재원을 마련하여 의사 성과급 지급

단위: 병원수, %

구 분	성과급의 자원					전체	χ ²	p 값		
	연간 총예산	선택 진료비	초과 달성분	원가 계산	기타					
설립 형태	공공	빈도 11	1	2	3	-	17	5.503	0.239	
		% 64.7	5.9	11.8	17.6	-	100.0			
민간	빈도 28	18	14	10	2	72	100.0	3.398	0.494	
		% 38.9	25.0	19.4	13.9	2.8				100.0
소재지	대도시 (서울/광역시)	빈도 20	12	7	6	2	47	100.0	3.398	0.494
		% 42.6	25.5	14.9	12.8	4.3	100.0			
중소도시이하	빈도 19	7	9	7	-	42	100.0	3.389	0.495	
		% 45.2	16.7	21.4	16.7	-				100.0
병상규모	500병상미만	빈도 23	7	10	8	1	49	100.0	3.389	0.495
		% 46.9	14.3	20.4	16.3	2.0	100.0			
500병상이상	빈도 16	12	6	5	1	40	100.0	4.812	0.307	
		% 40.0	30.0	15.0	12.5	2.5				100.0
기관종별	대학병원	빈도 13	11	4	5	1	34	100.0	4.812	0.307
		% 38.2	32.4	11.8	14.7	2.9	100.0			
비대학병원	빈도 26	8	12	8	1	55	100.0			
		% 47.3	14.5	21.8	14.5	1.8				100.0
계	빈도 39	19	16	13	2	89	100.0			
		% 43.8	21.3	18.0	14.6	2.2				100.0

<2012.11.05.> 서울대병원 심야수술 3년 만에 65% 증가.. 의사차등성과급제 때문..

종합검진수익 700억 달해.. 방사능 노출, 과잉진료 양산

서울대병원은 의사들에게 차등으로 성과급을 지급하고 있습니다. 아시다시피 그 재원은 환자로부터 받는 선택진료비입니다. 병원은 성과급을, 즉 돈을 많이 줘야 인기 의사들을 서울대병원에 잡아둘 수 있다고 이야기합니다. 국립대병원이라는 간판 아래 교수라는 이름의 자영업자들이 손님으로부터 벌어들인 돈 만큼을 챙겨가고 있는 꼴입니다.

서울대병원은 수술장이 확대되었음에도 불구하고 도저히 정규시간에 끝낼 수 없는 수술스케줄이 매일 잡힙니다. 정규수술은 밤까지 이어지고 낮 근무자들은 항상 초과근무를 하고 있습니다. 저녁 6시에서 다음날 아침 6시까지의 심야수술은 2008년에 2,201건에서 2011년 3,650으로 4년 만에 1,449건, 즉 65%가 증가했습니다. 이는 총 수술건수 증가율인 20%의 3배가 넘는 수치입니다.

또한, 비응급수술을 야간과 주말, 공휴일에도 버젓이 시행하고 있고, 정작 응급수술이 발생하면 인력과 수술방이 배정되기 어려운 현실입니다. 주5일제는 말뿐이고, 직원들의 피로도 한계에 달했습니다. 이에 대해 병원은 “수술 대기일수가 몇 개월, 혹은 해를 넘기기도 한다, 그래서 수술을 더 많이 할 수 밖에 없다”라고 말합니다. 바로 그것이 문제입니다. 초과 진료, 초과 환자 발생이 초과 수술건수를 만들어 냈습니다. 의사차등성과급제가 바로 이 고리의 발단입니다.

의사차등성과급제로 인해 의사들뿐만 아니라 전 병원이 24시간 체제가 되어가고 있습니다. 병상회전률은 해마다 짧아지고 있습니다. 입원기간을 줄이고 더 많은 외래환자를 받기 위해 조기 출근, 시차제 근무, 24시간 근무 형태를 도입하고, 심지어는 국내 최초로 병리과까지도 24시간 운영을 시도하는 등 의료의 질보다는 ‘더 빨리, 더 많이’에만 초점을 맞추어 모든 시스템을 변경하고 있습니다. CT, MRI 검사실은 응급환자들 때문에 3교대로 운영하고 있지만 실제로는 야간근무시간에 비응급 환자들의 검사를 시행하고 있습니다. 낮에는 외래환자를 받아야 하기 때문에, 입원 환자들은 심야나 새벽에 검사를 보냅니다. 안정을 취하고 건강을 회복해야 할 입원환자들이 잠을 자지 못하고 밤 12시, 1시에 MRI를 찍기 위해 병원을 돌아다니는 것입니다.

서울대병원은 입원 대기 적체를 해소한다는 이유로 진료과와 상관없이 아무 환자나 무조건 올리면 입원시키는 병동, 즉 중앙병상을 운영하고 있습니다. 그리고 일반 병동에서도 타과의 환자를 받고 있습니다. 많이 기다리지 않고 입원해서 좋아해야 할까요? 이러한 병동에서 정상적이고 전문적인 의료행위가 이루어질 수 없는 것은 이미 많은 사례를 통해 밝혀졌습니다. 해당 진료과가 아니기 때문에 의료가기도 제대로 구비되어 있지 않고 환자들은 방치 됩니다.

현재 이러한 중앙병상은 본원 30, 소아 8, 보라매 15, 총 53개의 병상에 달하고 있습니다.

이러한 문제를 야기하는 의사차등성과급제의 규모는 해마다 급속도로 커지고 있습니다. 국립서울대병원의 의사성과급 총 지급액은 2008년 17억 4천만원에서 2011년 36억 8천만원으로 3년 만에 두 배가 넘었습니다. 의료에 있어서 ‘성과’가 어떤 의미인지, 그것을 돈으로 환산하는 현 상황이 앞으로 어떤 미래를 불러올지 심각하게 생각해봐야 합니다.

대형대학병원들이 돈벌이 각축전을 벌이고 있는 건강검진시장에서도 국립서울대학교병원은 그 위상을 드러냈습니다. 강남센터라는 고급형, 고비용 검진센터를 가장 앞장서서 개원하였습니다. 지난해 전체 검진 시장 수익은 8,000억 원을 넘어섰으며, 서울대병원의 종합검진 수익은 700억원에 달했습니다. 수백만원에서 심지어 천만원이 넘는 검진상품에는 전신 Fusion-PET 등, 검진수준을 넘어서는 검사까지도 포함되어 있습니다. 종합검진으로 CT검사를 하는 국가는 우리나라가 유일합니다.

전신 CT검사를 받을 경우 방사선 총 피폭량은 약 17mSv. 이런 검사가 몇 년간 반복될 경우 방사선암 위험 기준치인 100mSv를 초과할 수 있습니다. 증상이 없는 일반인이 하루에 여러 건의 영상촬영검사를 받는 것은 불필요한 방사능 노출과 과잉진료를 양산하는 것입니다. 게다가 올해 임단협 교섭에서 밝혀진 바에 의하면, 검진센터 직원의 절반이 비정규직이고, 월 60만원을 받고 실습교육 중인 임상실습사에게 정규직 업무를 시키는 등 인력 운영에서도 문제점이 드러났습니다. 최소한의 비용으로 최대의 이윤을 내기 위한 방법으로 의료의 질은 무시되고, 노동자들은 불행하며, 이 도미노의 마지막에 서 있는 환자들은 그 피해를 고스란히 떠안게 되는 것입니다.

▶ **보도자료** 2015.4.9. 공공운수노조 의료연대본부 서울대병원분회

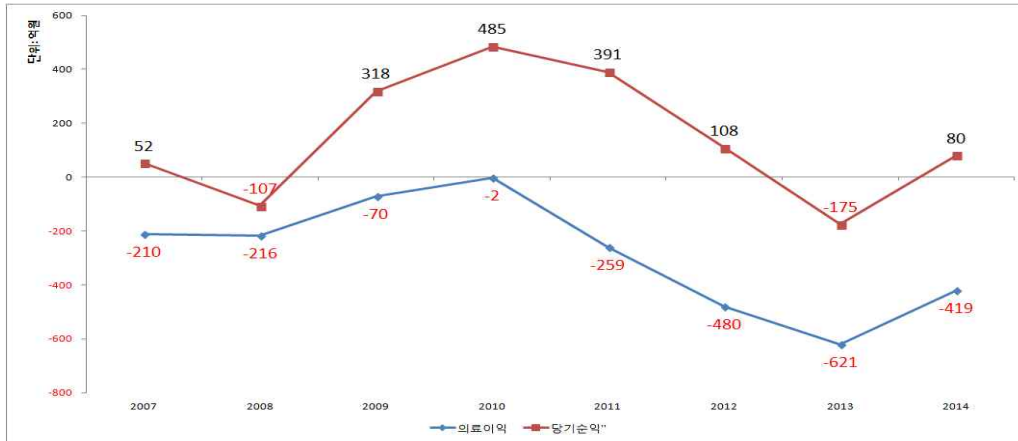
서울대병원, 2014년 환자 1인당 진료비 대폭 상승

- 서울대병원, 당기순익 80억원 흑자 -

- 입원환자 줄어도 입원 진료수익은 증가 -

□ 최근 공개된 서울대병원 결산서에 따르면, 서울대병원의 경영실적은 2013년에 비해 대폭 상승되었으며 2010년부터 점차 감소되었던 경영이 개선된 것으로 드러났음.

서울대병원 의료이익 및 당기순익 현황



○ 서울대병원은 2014년 의료부문에서 419억 원의 손실을 기록하여 2013년 621억 원 손실에 비해 200억 원 이상 개선되었으며, 당기순익은 2014년 80억 원 흑자를 기록하여 2013년 175억 원 적자에 비해 역시 200억 원 이상 개선되었음.1)

□ 서울대병원의 경영 개선에는 의료수익 증가, 특히 환자 1인당 의료수익 증가가 큰 영향을 미쳤음. 결국 내원한 환자에게 더 많은 진료비를 받음으로써 병원 수익을 증대시킨 것.

○ 2014년 서울대병원의 의료수익은 8,715억 원을 기록, 2013년에 비해 5.3% 증가했음(2013년 2.9% 증가). 입원부문 의료수익은 5.2% 증가했으며(2013년 2.9% 증가), 외래부문 의료수익은 6.4% 증가했음(2013년 2.5% 증가).

○ 의료수익 증가에는 환자 1인당 진료비가 대폭 증가한 것이 결정적인 영향을 미쳤음. 특히 입원부문의 경우 환자 수가 전년 대비 1.1% 줄었음에도 불구하고 환자 1인당 의료수익은 6.4% 증가했음(2013년 증가율 2.5%). 외래부문 역시 환자 수는 1.9% 증가한데 비해 1인당 의료수익 증가율은 4.8% 증가했음(2013년 증가율 1.7%).

○ 서울대병원은 2013년 비상경영 선포 당시에도 저질 의료재료 사용 등 환자를 상대로

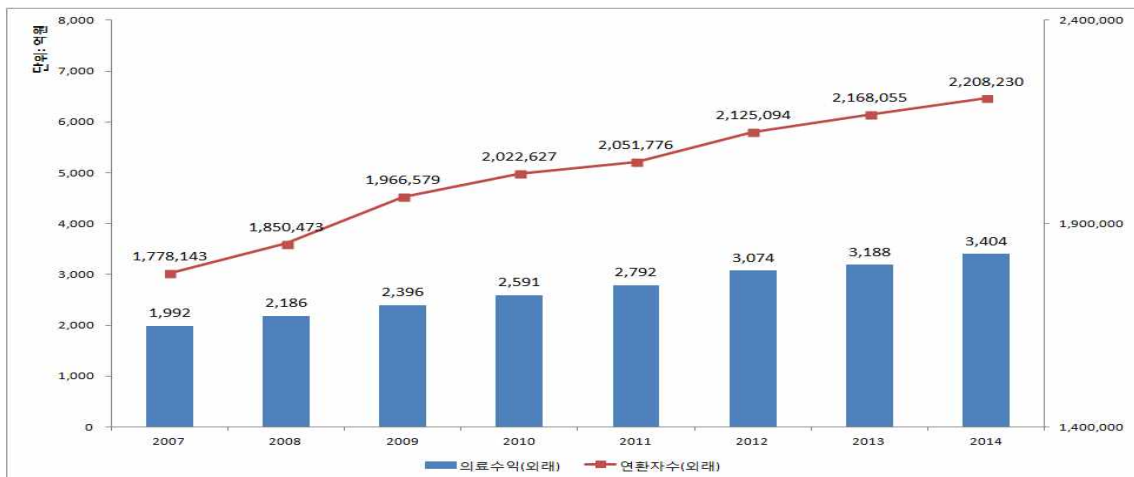
1) 당기순익 현황은 ①고유목적사업준비금 및 의료발전준비금 순진입액을 비용에서 제외하고, ②국가 보조금 수령 현황에 따라 감가상각비를 조정하여 분석한 것임. 고유목적사업준비금 및 의료발전준비금은 실제 지출되지 않는 비용이므로 비용에서 제외해야 하고, 국가보조금이 투입된 건물이나 의료장비는 감가상각을 하지 않는 것이 합리적이므로 이에 따라 감가상각비 항목을 조정해야 함. 해당 내용은 현재 의료기관회계기준의 불합리한 부분으로, 감사원이 지적하고 보건복지부가 인정한 바 있음. 보건복지부는 2013년 9월 '재무제표 세부 작성방법 고시 개정(안)'을 행정예고하고 고시를 준비 중임.

한 돈벌이 운영으로 논란을 불러일으킨 바 있음. 실제 2014년 서울대병원은 환자들에게 더 많은 진료비를 받음으로써 의료수익을 증대시킨 것으로 드러남.

서울대병원 의료수익 및 연환자 수 현황(입원)



서울대병원 의료수익 및 연환자 수 현황(외래)

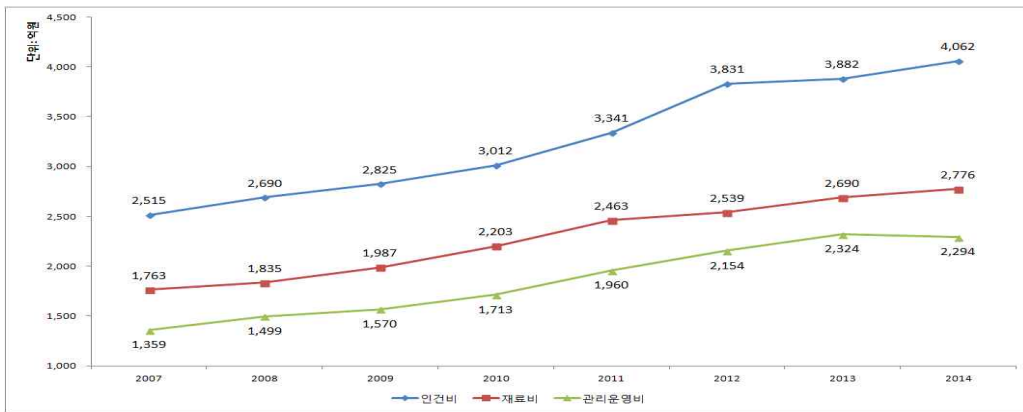


□ 한편, 서울대병원은 환자에게 더 많은 진료비를 받음과 동시에 관리운영비를 대폭 삭감함으로써 이익을 증가시켰음.

○ 서울대병원의 관리운영비는 2007년부터 2013년까지 연 평균 9.9% 가량 증가해왔는데, 2014년에는 처음으로 2.0% 감소했음. 병원 규모가 지속적으로 증가하는 과정에서 관리운영비가 오히려 감소한 것.

- 여비교통비, 통신비, 세금과공과금, 지급임차료, 환경관리비, 수선비, 차량유지비, 교육 훈련비, 도서인쇄비, 행사비, 연료비, 연구비, 광고선전비, 피복 및 침구비, 포상비, 잡비 등 관리운영비에 해당하는 대부분 항목에 대한 지출이 줄었으며, 복리후생비 역시 2014년 들어 0.7% 상승에 그쳤음. 많은 항목이 의료서비스의 질, 혹은 근무환경에 영향을 주는 것들임.

서울대병원 의료비용 현황



- 서울대병원은 2013년 비상경영을 선포했으며, 2014년 “비상경영을 통해서 162억 원의 성과를 냈다”고 성과를 과시했음. 그러나 서울대병원이 소위 비상경영을 통해서 거둔 성과는 환자들에게 더 많은 진료비를 받거나, 병원 운영에 필요한 지원을 줄이는 등 환자와 직원들의 희생을 통해서 거둔 것임이 드러났음.

- 서울대병원 노동조합은 서울대병원의 경영 위기는 민간기업의 자금을 무리하게 끌어들이면서까지 무분별하게 진행한 시설확장, 헬스커넥트와 같은 의료민영화 사업 추진 등 병원 경영진의 잘못된 전략과 방만한 운영으로 인한 것임을 수차례에 걸쳐 지적한 바 있음.

* 서울대병원은 2008년 말부터 2012년 말 사이 유형자산 규모가 2,122억 원 증가하여 같은 기간 거둔 1,302억 원 흑자의 1.6배에 이룸. 특히 2013년에는 175억 원의 당기순손실을 기록하는 와중에도 유형자산이 310억 원 증가했음.

* 또한 원격의료와 건강관리서비스 등 의료민영화 사업을 위해 만든 헬스커넥트는 3년 동안 누적적자액이 190억 원에 이르며, 서울대병원에 97억 원의 손실을 입혔음.

- 2012년 청년의사(<http://www.docdocdoc.co.kr>)

서울대병원은 국립대병원을 포함, 공공의료기관 중 유일하게 2003년부터 의사성과급제를 도

입해 운영하고 있다. 의사성과급 지급대상은 겸직교원, 임상교수요원, 진료·연구교수 등이다. 서울대병원은 ▲신규 환자 ▲타과 초진 선택진찰료 전액 ▲재진 선택진찰료의 절반 등을 해당 의사의 '공헌수익'으로 보고 그 중 일부를 성과급으로 지급하고 있다.

이에 서울대병원은 지난해 총 516명에게 14억5,880만원을 성과급으로 지급했다.

이를 두고 국회 예산정책처는 “의사성과급제의 내용을 보면 교수 1인당 공헌수익 및 수익증가율, 병상이용률, 신규환자 수, 실입원 수 등이 높을수록, 그리고 장기재원환자가 적을수록 성과급을 받도록 설계돼 있다”며 “외부고객만족도만이 병원 수입 증대와 직접적인 관련이 없는 지표인데, 해당 지표의 가중치는 전체의 10%에 불과하며 임상진료과에만 적용된다”고 지적했다.

실제로 교수 1인당 공헌수익은 임상진료과의 경우 45%의 가중치를 적용받는 반면 장기재원환자 수는 20% 감소된다.

병상이용률은 25%, 교수 1인당 신규환자수와 실입원 수는 각각 20% 등의 가중치를 적용받는 반면 외부고객만족도는 전체의 10%에 불과하다.

○ 2012년 매일노동뉴스(<http://www.labortoday.co.kr>)

본부 서울대병원분회 관계자는 "의사는 환자당 진료시간을 1분 이내로 줄이면서까지 외래 환자수를 무리하게 늘리고 실적을 늘리기 위해 꼭 수술이 필요하지 않은 환자도 수술하게 만드는 유혹에 빠지게 된다"며 "병원 인력충원이 없는 가운데 의료량과 환자가 늘어 병원노동자들의 노동권이 파괴되고 있다"고 지적했다.



▶ 도를 넘은 경북대병원의 돈벌이중심 운영 2015년 사례

2014년 박근혜정권 시기 경북대병원 조병채병원장 취임이후 그동안 진행되어온 무분별한 병원확장(칠곡경북대병원 임상실습동 건립)에 따른 부채상환과 국립대병원 경영평가, 수익중심 경영정책을 더욱 강화시켜 가는 비상경영을 선포하고 노골적인 돈벌이 중심 경영을 진행했다.

제2소위원회 (비용절감)	<p>· <u>비용절감 10대 과제 채택</u></p> <p>- 휴일근무 금지, 미사용 휴일감축, 온라인 교육 이수독려, 무산정 진료재료 안전재고 관리, 잔반캠페인, 임대장비 및 시약구매 효율화, 일회용소모품 절약, 전기센서 조정으로 에너지 절감, 의료폐기물 처리비용 절감, EMR 간소화, 코인빨래방 운영</p>
------------------	---

- ♦ 10대 비용절감 정책 으로 현장에 일어나고 있는 현안들
- 인건비 절감 정책 (생리휴가 미부여, 휴일근무 금지, 미사용 휴일감축, 근무당 인력축소, 간호조무사 이송반, 인력축소, 병가불인정, 진단서 축소) 신종플루 감염직원 병가 불인정, 진단서
- 외주화 추진으로 비용절감 (응급실 청원경찰, 새마을 금고, 환자식당, 원무창구, 이송반
- 용역단가 축소 -비정규직 인원축소 - 정부 용역노동자 보호지침 위반 (집단해고)

1. 저질 진료재료 구입과 인력축소로 환자 위험
2. 미사용 연차 수당을 줄이기 위해 진단서, 병가를 축소시키고 있음.
3. 병원업무 외주 용역화 환자질병정보 유출 위험까지 - 응급실 원무과, 보안업무, 콜센터, 환자식당,
4. 상시업무에 6년 동안 비정규직으로 돌려막기
5. 수익증대를 위한 전체 의사 성과급 도입 - 환자부담 과잉처방
6. 메르스 정부지원금13억원으로 6억원 잉터리 사용 (CCTV 181구입)

1) 비용절감을 위해 환자, 직원 안전 위협

- ① 미사용 연차 수당을 줄이기 위해 진단서, 병가를 축소시키고 있음.
 - 16년 2월 3월 신종플루 유행시 감염된 직원들에게 진단서 미발급, 병가를 주지 않고 개인 연차를 사용하도록 함(8명의 간호사, 간호조무사 직원) 그래서 제대로 된 격리 조치를 취하지 않고 심지어 일부 의사와 간호사는 신종플루에 감염된 상태로 마스크만 하고 환자를 진료하여 환자를 감염위험에 노출시킴
 - 지역방송과 jtbc 방송언론에 나오기도 했다. (16년 2월29일, 3월28일)

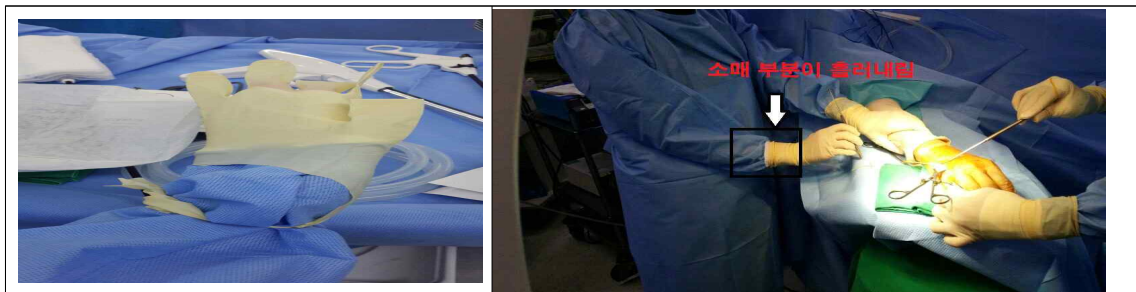
- ② 환자부담 과잉처방,저질 진료재료 구입과 인력축소로 환자 위험
 - 환자 숫자가 줄었다는 이유로 심장중환자실 간호사를 줄였다.
 비용절감을 이유로 심장수술환자, 심근경색증환자 등을 치료하는 중환자실 의료인력을 마음대

로 감축한 것이다. 상급종합병원은 중증도 높고 위급한 환자를 제대로 치료하는 것이 본연의 임무로, 환자 수와 무관하게 필요한 시설과 인력을 갖추고 위급한 상황에 대비해야 하는 것은 기본이다. 그러나 경북대병원은 수익성 향상만을 지상 목표로 두고 최소한의 책임마저 외면하고 있다. 응급심폐소생술 환자가 언제든지 발생할 수 있는 심장중환자실의 이 같은 인력 감축은 심각하게 우려스럽다.

- 무산정(보험급여 적용) 진료재료는 (수술장갑등) 저질 싸구려를 구입하여 감염위험에 노출시키고 있다.(사진참조)

그림 52. 경북대병원 수술용 장갑 교체 내역
- Glove 기존, 변경 차이점 -

종 류	사이즈	기존 (보험적용가)	사이즈	변경(보험적용가)
no powder	6.0~8.0	1,379원	6.0~8.0	1,089원
powder free	6.0 (수술실용)	625원	6.0~8.0	516원
	6.5~8.0	212원		
Micro Grip	6.0	1,379원	6.0~8.0	1,298원
	6.5~8.0	1,400원		



비급여 재료 사용 2015년 4월부터 유리파편을 여과하여 안정성을 높일 수 있다는 장점을 이유로 개당 980원인 필터주사기를 전체 환자에게 일괄적으로 사용하라는 지침을 내렸다.(그림3) 또한 기존에 사용하던 테이프를 개당 2,000원이 넘는 의료용 테이프로 교체했다. (그림 4) 경북대병원은 이러한 조치를 ‘무산정 진료재료 안전재고 관리’, ‘일회용소모품 절약’이라는 등으로 포장하면서 비상경영의 효과로 선전하고 있다. 그러나 그럴듯한 말과는 달리 실제로는 의료서비스 질을 하락시키고 환자에게 더 많은 비용을 부담하게 하는 것일 뿐이다. 실제 병원측 내부 문건을 통해 이러한 비급여 재료 사용, 저가재료 교체 등으로 병원 수익이 얼마나 증가하는지 구체적으로 계산한 내역이 밝혀지고 있다.(그림6)

그림 55. 경북대병원 의료용 테이프 교체 내역

Silicon Tape 입고 공지	Kind Removal Silicon Tape(3M)이 입고되었습니다. 용도: 고정을 위한 테이프용(IVLine, Dressing, 튜브 고정 등) 규격 : 2.5cm*1.3m 상품코드 : 2770S-1 급여여부 : 법정비급여 처방코드 : E47100003														
시행전 	시행후 														
수가 : 0원	<table border="1"> <thead> <tr> <th>수가코드</th> <th>보험EDI코드</th> <th>분류번호</th> <th>처방명</th> <th>보협</th> <th>일반</th> <th>한글명</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>E47100003</td> <td>BM2008EA</td> <td>-</td> <td>Kind Removal Silicon Tape...</td> <td>비급여</td> <td>2,470</td> <td>Kind Removal S...</td> </tr> </tbody> </table>	수가코드	보험EDI코드	분류번호	처방명	보협	일반	한글명	E47100003	BM2008EA	-	Kind Removal Silicon Tape...	비급여	2,470	Kind Removal S...
수가코드	보험EDI코드	분류번호	처방명	보협	일반	한글명									
E47100003	BM2008EA	-	Kind Removal Silicon Tape...	비급여	2,470	Kind Removal S...									

그림 57. 경북대병원 필터주사기 일괄 교체 내역

간 호 계 시 판	Ampule주사 제 사용시 Filter주사기 사용 관련 공지	*유리로 된 Ampule주사제의 경우 개봉 시 발생하는 유리파편 등 이 인체에 유입되거나 감염의 원인으로 작용할 수 있습니다. 이를 방지하고자 Filter주사기를 사용하도록 하고자 공지합니다 *Ampule주사제 처방시 filter주사기 매핑되어 자동 발생 -- 조건 -- 가. Ampule주사제 처방 시 매핑된 filter 주사기1개가 처방 수정 가능하 도록 발생 나. 발생된 필터 주사기 처방은 삭제 및 횟수 등 수정 변경 가능 다. 필터 주사기 단독, 별도 처방가능 라. 외래는 제외한다 마. saline과 ampule주사제가 매핑되어 있는 경우도 제외한다 → Ampule주사제 처방시 발생된 filter주사기는 수정·삭제·변경 가능														
시행전 단가		시행후														
1cc주사기 1개 41원 2cc주사기 1개 38원 5cc주사기 1개 45원 10cc주사기 1개 66원		<table border="1"> <thead> <tr> <th>수가코드</th> <th>보험EDI코드</th> <th>분류번호</th> <th>처방명</th> <th>보협</th> <th>일반</th> <th>한글명</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>E45150011</td> <td>BM1304UO</td> <td>-</td> <td>Micro Filter Syringe II 23G, ...</td> <td>비급여</td> <td>980</td> <td>Micro Filter Syringe II...</td> </tr> </tbody> </table>	수가코드	보험EDI코드	분류번호	처방명	보협	일반	한글명	E45150011	BM1304UO	-	Micro Filter Syringe II 23G, ...	비급여	980	Micro Filter Syringe II...
수가코드	보험EDI코드	분류번호	처방명	보협	일반	한글명										
E45150011	BM1304UO	-	Micro Filter Syringe II 23G, ...	비급여	980	Micro Filter Syringe II...										

③ 비용절감이유로 A형 계절독감 감염직원 병가 진단서 묵살

- 경북대병원은 신종플루감염 직원에 대해 신속한 진료, 병가진단서로 환자로부터 빠른 격리조치를 취하지 않음.

- 경북대병원 직원들은 고열로 온몸이 아파서 가까운 동네 병원에서 계절독감 확진을 받고 난후 다시 아픈 몸을 이끌고 마스크를 하고 경북대병원 알레르기 내과진료를 받으러 와야 한다. 왜? 경북대병원은 병가진단서를 타병원 진단서는 인정하지 않고 본원진단서만 인정하기 때문이다. 병원은 비용절감정책으로 직원들이 웬만히 아파서는 진단서 발급을 하지 않고 있다.

○ 감염 경과

- 피부과 레지던트 이00 신종플루 확진 받고 진단서 발급받고 병가(격리)
- 2/17 피부과 레지던트 이00 아내인 내과 레지던트 신종플루 확진 받고도 병가(격리) 안들어가고 외래환자 진료, 내시경 검사 등 진료행위 계속함
- 2/19 내시경실 강00 간호사 경대병원 응급실에서 신종플루 확진받고 응급실에서 병가(격리)를 위한 진단서 요구했으나 병원 발급안함 ==> 개인 연차로 자가격리
- 2/22 내시경실 또다른 간호사 신종플루 확진 ==> 기존 감염자 강00에게 출근강요
- 간호과장 “마스크끼고 일하라” 지시 / - 내시경실 또다른 직원 감염확인
- 병가 들어가도 연차로 처리한다는 소문
- 2/29 tbc에서 병원 접촉 후 병원계시판으로 직원에게 지침전달 ==> 외래 “알레르기 감염 내과”에서만 진단서 발급 ==> 병가 인정
- 고열로 응급실을 찾은 또 다른 직원이 신종플루 확진을 받아 진단서 발급을 위해 다시 “알레르기 감염내과”로 접수해서 진단서 발급받아야 됨(시간, 비용발생)

◆ 신종플루(A형 계절독감) 병가 불인정 사례

- 경대병원에서 진단서발급 거부해서 개인휴가로 격리사례

○ 사례1 > 강00 (000부서)

지난 2월 19일(금요일) 고열과 감기증상으로 우리 병원 응급실을 방문.
 신종플루(계절독감) 진단.
 감염내과 의사는 5일동안 타미플루를 복용하면서 쉬라고 하길래 의사에게 진단서 발급을 요구했지만 진단서 발급이 안된다고 함.
 두통과 전신통증이 너무 심해 일을 할 수 없었고, 무엇보다 환자에게 옮길까 걱정되어서 개인연차를 사용해서 쉬어야겠다고 생각함.
 그런데 22일(월요일) 새벽 같은 부서의 간호사에게서 전화가 와서 비슷한 증상으로 도저히 출근을 못하겠다고 나에게 출근의사를 물어와서 몸이 아프고 쉬고 싶었지만 동료간호사가 너무 아프다고 해서 어쩔 수 없이 출근을 하려고 했습니다.
 그런데 몸이 너무 아파서 나갈수 없어서 부서의 책임 간호사에게 도저히 나갈수 없다고 전화를 했더니 인력이 없어서 도저히 안되니 오후에는 나오라고 얘기했습니다.
 아픈 몸을 이끌고 나왔고 환자에게 옮기는 것이 걱정되어 담당과장에게 얘기했더니 마스크 두개 끼고 일하라고 얘기해서 병가못하고 금토일 3일 개인휴가후 월요일 오후 출근함.

○ 사례2> 김00 (00과)

가정의학과에서 신종플루 양성 진단을 받았지만 감염내과에서만 진단서를 끊어준다고 해서 다시 감염내과 접수해서 진료를 본후 5일의 진단서를 받았다.

그런데 대신 근무해줄 인원이 없어서 1일 연차로 쓰고 이들은 마스크를 낀채 일하고 주말오프를 했다. 봐줄사람이 없으니 아프지만 계속 일할 수밖에 없었다.

○ 사례3> 박00 (00부서)

2월초 복직후 고열로 본원 응급실에서 신종플루 진단받았으나 본원 감염내과 진단서 다시 받아야 된다고 하고 부서 책임자가 '신종플루로 5일 진단서 받아도 나중에 연차로 바꾼다. 요즘은 병가하지 않고 연차하는 분위기'라고 얘기해서 개인휴가 7일하고 출근함

○ 사례4> 성00 (00병동)

2.5일(금) 고열과 식은땀 나서 다음날 동네병원에서 신종플루(A형 독감)진단 받고 관리자에게 물어보니 우리병원에 입원을 해야 병가가 인정된다고 함.

입원할 형편이 안되어 병동 수간호사에 얘기하니 설연휴 달아서 5일 개인 휴가함.

○ 사례5> 이00 (00병동)

3월초 임신부가 고열로 동네 병원에서 신종플루 진단받았으나 일주일 이하 병가는 연차로 삭감한다고 하면서 병가 안해준다는 분위기 때문에 병가 신청도 못하고 휴가로 4일 정도 씬

◆ 타병원 진단서 받고 다시 본원 진단서 발급후 병가인정 사례

○ 사례 6 > 박00(00과)

3월 1일 집앞 병원에서 flu test 상 A1, H1N1 둘다 검출되어 1주일 안정가로 진단서를 받았으나 본원 진단서외엔 병가 인정 안된다고 해서 38.9 상태로 본원 감염내과 내원하여 검사를 다시하고 진단서 5일받고 병가를 들어가려하는데 간호부 정0이쌤이 진단일이 7일 이하면 병가를 들어가도 나중에 연차로 바꿀 거라고 이야기했다.

그때는 너무 아프고 정신이 없어 흘러듣고 들어갔었는데..

5일 병가를 마치고 나오니 다시 연차로 바꿀 거라고 말했다.

그럴 것 같으면 침부터 개인병원 갔다가 바로 연차로 3일을 쉬라고 하지 뭐하러 진단서를 끊어주냐.. 진료비, 진단서비, 검사비만 이중으로 발생하고 아픈상태로 병원에 다시와서 고생시키고 돈받아먹는 것이냐..

=> 노조의 문제제기로 5일미만도 연차사용이 아닌 병가로 인정

○ 사례 7 > 김00(000과)

고열과 몸살로 집앞 병원에서 신종플루(A형 계절독감) 진단받고 진단서 제출했으나 외래 책임 간호사가 본원 감염내과 진단서 끊어내라해서 다시 본원 감염내과 진단서 5일 제출했으나 일단 병가는 들어가고 나중에 연차처리 할지도 모른다고 얘기했다.

그후 다시 총무과 직접 확인하니 연차로 처리하지 않고 병가 인정해준다 했다.

○ 사례 8 > 김00(00 중환자실)

다른 병원 진단서 받았으나 본원 진단서 필요하다고 해서 칠곡병원 가서 진단서 5일 받고 병가 들어갔다. 간호부 담당 과장왈 '니는 제주도 좋다. 진단서도 다 받아오고... 총무과에서 병가 5일은 나중에 연차로 바꾼다고 했다'

=> 노조의 문제제기로 5일미만도 연차사용이 아닌 병가로 인정

2) 병원업무 외주 용역화 환자질병정보 유출 위험까지

- 2013년 칠곡병원환자식당 외주화 된것을 직영전환 약속하고도 불이행
- 16년 1월 응급실 경비업무 외주화시킴
- 16년 6월 응급실 수납업무 외주화 시킴 (환자정보가 유출될 위험이 높음)
- 8월경 병원 콜센타까지 외주화 계획을 세우고있음 (환자질병정보가 포함됨)
- 국립대 공공병원에서 원무과 업무를 외주화 하는 곳은 경북대병원이 유일
- 전남대는 외주화 했다가 다시 병원 직접 업무로 변경함

5) 수익증대를 위한 전체 의사 성과급 도입

- 과잉진료, 과잉 처방으로 돈벌이 하도록 의사를 내몰고 있음

경북대병원은 경영실적보고서에서 ‘진료활동 활성화를 통해 의료수익을 증대’ 시켰다고 밝히고 있다. 그러나 보고서에 그럴듯하게 포장된 ‘진료활동 활성화’는 의사들에게 추가검사를 유도하고 더 많은 환자를 외래진료로 끌어들이도록 유도하며, 나아가서 의사들이 벌어들이는 수익과 직접적으로 연동된 성과급을 지급하여 의사성과급제를 실시하며 각과별 교수를 ‘소사장’으로 만들고 있다.

비상경영선포 직후인 2014년 10월 신설된 초진진료수당은 의사가 초진환자에게 추가검사를 할 경우 추가 수당을 지급하여, 노골적으로 추가검사를 유도하고 있다.(그림1)

또한 2015년 개편된 선택진료수당은 의사별로 벌어들인 수익에서 비용을 제외한 후 일정비율을 성과급으로 지급하여, 경북대병원의 교수들을 도급업체의 소사장과 동일하게 취급하고 있다. 더 많은 성과급을 받기 위해서는 환자치료를 더 잘하는 것이 아니라 더 많은 비급여 진료, 더 많은 검사를 통해 돈을 벌어야 하며, 비용을 줄이기 위해 인력을 줄이거나 비정규직으로 채워야 하게 된 것이다.(그림2)

- 24시간 수술하는 날을 정하여 정규수술을 심야시간에도 수술을 진행함.

■ 공공성 훼손 경영(1인당 진료비 + 의사성과급)

- 2014년 비상 경영 선포 후 의사성과급 도입
- ◆ 15년 의사성과급 강화 (소사장제) - 선택진료위원회 의사성과급 활성화로 진료활성화
- 초진환자 진료 시 추가 수당 지급

1) 초진진료수당

가) 초진환자 : 초초진환자, 과초진환자

나) 추가지급액 : 월 50만원 한도

구분	진료내용	1인당 금액	비고
초진환자	상담 및 투약	5,000원	진찰료만 발생시
	추가검사 발생	10,000원	추가수납 있는 경우

- 선택진료 수당 전체 의사에게 확대적용

▶ 의사를 '기사장'으로 만드는 성과급

성과분	× 요율	+ 정액급		+ 한도의 실적분
수익 - 비용	2.3%	직급분 (0.6492525%)	기본급	초진진료수당 금요가산금
하한 70만원, 상한 450만원				

○ 의사 선택진료수당 성과급 경쟁 (5월 선택진료위원회 회의)

-> 진료공간 크면 (1평 6만원) 많이 삭감 , 신 장비(감가상각비) 많이 삭감 , 고연차직원 (고인건비) 많이 삭감

- 선택진료위원회 회의록

**<주성과급
산정 방식>**

1)수익: 의사별 병원수익을 적용
= (본원 수익 + 칠곡 수익)
-(삭감액 + 수익 불인정액)

2)비용
= 공간사용료 + 장비비용 산정액
+ 인건비 산정액

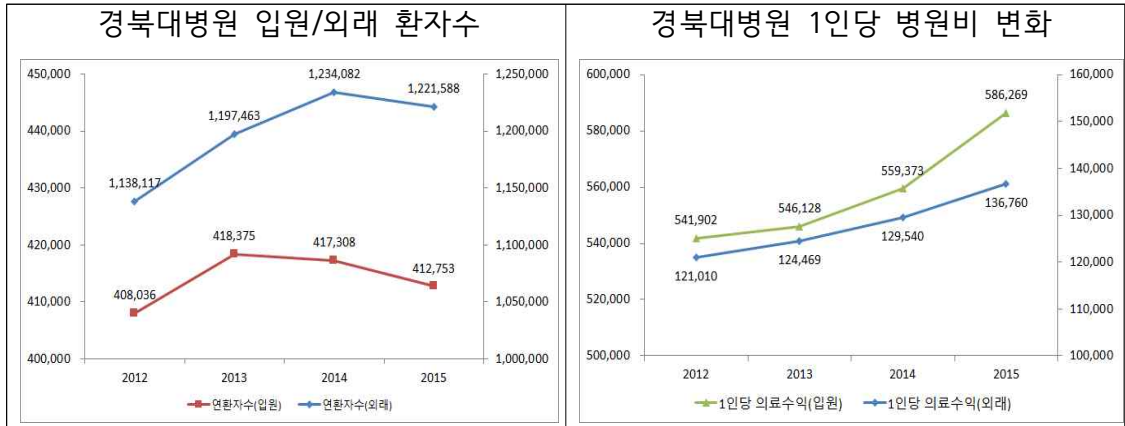
**<추가 수당
산정 방식>**

1)초진진료수당
가)초진환자 : 초초진환자, 과초진환자
나)추가지급액 : 월 50만원 한도

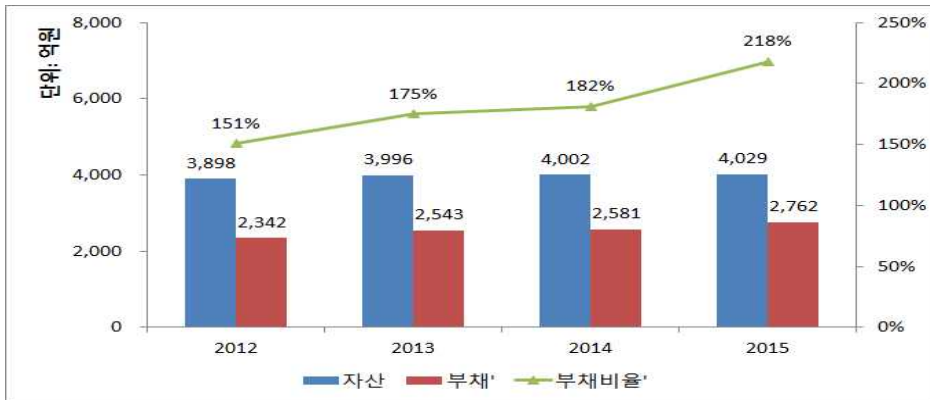
○ 2015년 환자수가 감소했음에도 의료수익은 160억원 증가

- 1인당 병원비 대폭 증가
- 의료수익은 늘었으나 칠곡병원, 임상실습동 등의 무리한 확장으로 인해 발생한 부채의 증가로 인해 사상 최악의 188억 적자 기록

<그림> 환자수 감소, 1인당 병원비 증가 그래프



경북대병원 부채 및 부채비율 변화



2. 지방의료원에도 의료상업화를 정부와 정치권은 강요하고 있지만...

▶ 정부가 지방의료원 운영을 수익중심 운영요구

○ 2013 지방의료원 육성을 통한 공공의료 강화 방안 발표

- 지역거점 병원으로서 지방의료원이 효율적으로 운영 4대 목표
- ① 의료원장 책임 경영체계 확립,

- 공익적 기능수행에 따른 비용을 제외한 일반 비용에 대해 의료원이 책임지도록 명시되어 있어서 착한 적자 외에도 지방의료원을 기본적으로 운영시키기 위해 불가피하게 부담해야 하는 재정에 대해서는 부담할 수 있는 방법이 없다.

그래서 지방의료원-지자체간 경영 성과계약 체결로 오히려 원장과 의료원이 모든 것을 책임 지도록 되어있다. (대부분 지자체장과 병원장간 성과계약을 체결)

- 지자체가 지방의료원 원장 대상 성과계약 체결하고 운영 수치 개선과 같은 경영 성과 관련 내용이 포함되어있다 그래서 수익성 추구를 할 수밖에 없는 구조이고 대부분 병원이 성과 급규정과 제도시행을 하고 있다. 대구의료원도 시행하고 있음.

- 지자체의 경영개선 요구는 진료실적 압박하는 목표관리제이고 매출증가를 강요받고 있다.
- 매년 의회 감사에서 경영개선, 경영실적을 요구받고 있다.

○ **지방의료원 운영 문제에 대한 정부의 입장(감사원, 2014)**

- 감사원은 2014년 9월 「공공의료체계 구축 관리실태 감사결과 처분요구서」를 통해 지방의료원 운영 문제에 대한 포괄적인 대책을 제시.

- 감사원은 지방의료원 운영의 문제점에 대해
 - ① 지방의료원의 공익적 역할에 대한 예산지원체계 미비,
 - ② 지방의료원 단체협약 체결 지도 감독 부적정,
 - ③ 지방의료원 성과급제 운영에 대한 지도 감독 부적정,
 - ④ 지방의료원 수당지급 지도 감독 부적정,
 - ⑤ 의료장비 심의 활용관리 부적정,
 - ⑥ 치료재료 구매업무 관리 감독 부적정 등을 지적.

- ‘지방의료원의 공익적 역할에 대한 예산지원체계 미비’ 항목을 제외한 나머지 모든 항목은 지방의료원 운영에 대해서 더욱 수익성을 높일 수 있도록 하는 방안, 그 중에서도 특히 비용을 절감하기 위한 조치들을 강조하고 있음.

특히 단체협약, 수당 등 인건비 절감 방안을 주요하게 제시하고 있는데, 이는 현재도 지방의료원이 안정적인 인력 수급에 어려움을 겪고 있다는 점을 감안할 때, 지방의료원의 의료서비스 질을 저하시킨 요인이 됨.

가) 그림 66. 공익적 역할 수행에 따른 재정 지원방안(감사원, 2014)



지방의료원의 수익성 중심 운영을 더욱 강화하는 한편, 민간병원과의 수익성 경쟁에서 살아남지 못하는 지방의료원에 대해서는 공공적으로 책임지지 않겠다는 입장을 밝힌 것.

▶ **2021년 대구의료원 구성원 설문조사 (보건복지단체연대회의, 대구의료원노조공동조사)**

○ 어느 영역에서 공공성이 높은 병원이라고 생각하는가 ?

- ◇ 환자권리 및 안전을 제대로 보장한다. 긍정 94.2(375) 매우긍정 26.9
- ◇ 과잉진료를 하지않고 적정진료를 한다. 긍정 93.7 매우긍정 26.6
- ◇ 경영실적에 압박을 크게 받지 않는다. 긍정 39.1 부정 60.9
- ◇ 저소득층,취약계층을 차별하지 않다. 긍정 96.8 매우긍정 49.4

○ 우리 의료원이 수행하고 있는 것에 대해 평가.

- ◇우리 병원은 의사들에 대해 차등성과급제(인센티브제등)를 시행하고 있다. 긍정 74.9
- ◇우리 병원은 진료수익 외에 주차장, 장례식장 등 부대사업으로 수익을 많이 올린다. 긍정 78.1 매우긍정 20.1
- ◇ 우리 병원은 병원장 혹은 경영진이 수익추구중심의 경영을 한다. 긍정 54.7
- ◇ 우리 병원은 필요한 치료재로나 처치재료도 아낀다. 긍정 41.9 부정 58.2

지정토론 2

지방의료원 위탁의 함의

정 백 근

(시민건강연구소 소장, 경상국립대학교 의과대학
예방의학교실 교수)

지방의료원 위탁의 함의

정백근(시민건강연구소, 경상국립대학교)

윤석열 대통령은 ‘국립대병원 및 상급종합병원에 공공병원 위탁운영 확대’라는 공약을 내걸고 집권하였음.

공공병원 위탁운영 확대를 공약으로 내건 정권 하에서 지방의료원 위탁과 관련된 움직임은 매우 자연스러운 것으로 해석할 수 있음. 뿐만 아니라 현재 지방의료원 위탁 운영을 추진하는 지자체의 장이 속한 정당이 대통령의 정당과 동일하다는 점에서는 특히 그러함.

하지만 정작 지금까지 중앙정부는 지방의료원 위탁운영에 대한 구체적인 정책을 추진하고 있지 않았음.

위탁은 조직의 수직적 연계의 종류 중 하나로서 제휴보다는 강력하고 통합법인보다는 약한 연계임.

문재인 정부 이후 추진되고 있는 권역책임의료기관-지역책임의료기관-기초 단위 보건의료기관 간 공공보건의료협력체계 역시 수직적 보건의료체계로 볼 수 있음. 그러나 현재 상태의 공공보건의료 협력체계는 협력병원과 비슷한 제휴 상태의 수직적 체계라고 할 수 있음.

현재 성남시를 제외한 대구, 경북, 충남 서산은 모두 국립대병원을 위탁운영의 주체로 설정하고 있음. 그러므로 형식은 공공병원이 공공병원을 위탁운영하는 형태임.

특히 문재인 정부 이후 공공병원 간 협력을 강조한다는 맥락에서 위탁운영은 제휴보다는 연계의 강도가 크다는 점에서 현재의 공공보건의료정책과 그 맥락을 같이 하는 것이라는 평가를 할 수 있음.

또한 이들 지역에서 위수탁이 거론되고 있는 국립대병원과 지방의료원은 모두 권역책임의료기관과 지역책임의료기관이라는 점에서 책임의료기관 중심의 공공보건의료 협력체계를 강화하기 위한 조치라고 해석할 수 있는 여지도 있음.

국립대병원이 지방의료원을 위탁 운영하는 경우 지방의료원의 운영 전반에 직접 개입할 수 있으며 지방의료원에 대한 인력 파견과 기술 지원이 상대적으로 쉬울 수 있음. 또한 행정인력의 파견과 교류를 통하여 병원 경영에 필요한 지식과 기술 및 자원 등을 지원 및 감독하고 병원 운영의 전문성과 효율성을 향상시킬 수 있음. 또한 현재 제휴 수준의 수직적 연계보다는 더욱 강력한 연계체계이기 때문에 국립대병원이 공공보건의료의 중심기관으로서의 위상과 역할이 확보된다면 효과적인 진료협력, 인력 교육, 기술지원시스템을 마련할 가능성도 없다고 할 수 없음.

실제로 현재 지방정부가 제시하는 지방의료원 위탁 운영 논리를 살펴보면 과거처럼 위탁운영 추진의 논리로 ‘경영 정상화’, ‘적자 해소’를 전면에 내세우지 않음.

의료서비스의 질 향상, 의료진 수급의 어려움 해소, 국립대병원과 지방의료원 간의 진료협력 강화와 같은 긍정적인 측면들을 위탁운영의 목적으로 제시하고 있음.

이런 논리들은 위탁운영을 선별적 운영 전략이 아닌, 공공보건의료 강화, 지방의료원의 위상과 역할 정립을 위한 보편적 운영 전략으로 진화시킬 위험성이 있음.

실제로 현재 건립이 추진되고 있는 경상남도 의료원 진주병원의 경우 시작 단계부터 위탁운영을 전제로 진행되고 있음.

지방의료원의 주요 수탁기관으로 거론되고 있는 국립대병원의 상황을 보면 국립대병원들도 의사 인력이 충분하지 않고 특히 지방 국립대병원은 교수요원을 채용하기도 어려운 상황임.

전반적인 의사 인건비가 증가하는 상황에서 기존 국립대병원 교수들이 더 나은 조건을 찾아가는 과정에서 국립대 병원을 떠나고 있음.

수도권 6000병상 증설로 인하여 이런 이탈은 더욱 가속화될 가능성이 높음.

국립대병원의 교수요원을 지방의료원과 지역 공공병원에 파견하기 위해서 실시한 공공임상교수제 시범사업도 사실상 실패하고 있는데 이런 맥락에서 국립대병원의 운영 자체가 위기를 맞고 있음. 그러므로 현 단계에서 국립대병원의 지방의료원 위탁 운영은 사실상 실현될 확률이 매우 낮음.

위탁운영이 현실적으로 이루어질 수 있는 상황이 아닌데도 위탁운영이 지속적으로 거론되는 상황은 지방의료원을 포함한 공공보건의료의 역할 강화, 양적, 질적 확충과 관련된 논의의 우선순위를 계속 낮추는 효과를 야기함.

실제 윤석열 정부 출범 이후 지방의료원 신축 및 증축 목표가 이전 정부보다 실제로 축소되었고 지난 8월에 발표된 병상수급 기본시책에서는 병상 공급이 과잉 또는 조정 지역으로 분류된 경우 기본적으로 병상 공급을 제한한다는 발표를 하였음.

병상수급 기본시책에 의하면 급성기 병상 공급이 필요한 지역은 제주특별자치도가 유일하며 나머지 지역은 모두 병상 과잉 및 조정지역으로 분류되어 있음. 중진료권으로 보더라도 인천 남부, 수원, 성남, 안양, 춘천, 구미, 서귀포를 제외하면 모두 병상 과잉 및 조정 지역임. 이 경우 현재 이전신축과 증축이 추진되고 있는 지방의료원 양적 확충은 불가능할 가능성이 높음.

또한 코로나 19 손실보상금 지원 중단과 지역거점 공공병원 공공성 강화 예산의 지속적 축소는 지방의료원의 지속가능성을 낮추는 중요한 요인으로 작용하고 있음. 필수의료 강화를 위한 공공정책수가 역시 사실상 민간의료로 통한 필수의료 지원 방안임.

이런 상황 속에서 지난 10월 19일 발표된 필수의료 혁신전략에서는 국립대병원과 지방의료원에 의미있는 영향을 미치는 다양한 조치들이 발표되었음.

필수의료 혁신전략에서는 권역책임의료기관의 공공병원 위탁 운영을 공공보건의료 협력모델로 규정하고 있고 이를 공공인프라 혁신의 차원으로 추진하겠다는 방침을 밝혔음. 권역책임의료기관에는 울산대병원, 길병원과 같은 사립대학교 병원도 존재한다는 점에서 윤석열 대통령이 후보시 공약으로 내세웠던 ‘국립대병원 및 상급종합병원에 공공병원 위탁운영 확대’가 정부의 공식적인 정책으로 추진된다는 것을 의미함.

뿐만 아니라 이 전략에서는 지역 필수의료 위기 극복을 위한 돌파구를 마련하지 못한 주요 이유가 공공병원 확충 위주의 접근 때문이었다고 명시하고 있음. 또한 이번 대책에서는 중진료권 지역책임의료기관 개념이 중진료권별 우수한 지역 종합병원으로 표현됨으로써 사실상 지역책임의료기관이 지정되지 않은 중진료권의 민간병원을 육성하겠다는 의지를 밝혔음. 당연한 이야기이지만 지방의료원을 포함한 공공병원 확충 계획은 없음.

이런 맥락에서 공공병원의 확충은 이번 정권에서 사실상 불가능할 뿐만 아니라 현재까지와는 달리 향후 위탁운영 담론이 더욱 힘을 받을 가능성이 높음.

또한 이번 대책에서는 국립대병원의 권역책임의료기관으로서의 역할 강화를 강조하고 이와 관련된 정부의 지원책을 제시하고 있으나 동시에 국립대병원에 대한 규제를 완화함으로써 사실상 국립대병원을 사립대병원처럼 운영할 수 있도록 할 방침을 세웠음. 특히 인건비 및 정원에 대한 규제를 완화하겠다는 의지를 보이고 있음. 이는 국립대병원의 운영 방향에 근본적인 변화를 야기하는 국립대병원의 민영화 계획임.

이는 최근 국립대병원들이 정부에 공공기관 지정 해제를 건의하고 의사인건비를 총액인건비에서 제외해 달라는 요구와 맞닿아 있음.

그러므로 민영화가 심화된 국립대병원이 지방의료원을 위탁운영하라는 것이 이번 혁신전략의 핵심적인 내용 중 하나이며 이는 지방의료원의 민영화, 전체 공공보건의료의 민영화와 연관되어 있음. 그러므로 이는 공공보건의료 협력으로 위장된 공공보건의료 민영화로 연결될 가능성이 높음.

이와 같이 국립대병원을 규정하는 규제가 완화된다면 지방의료원 위탁운영에 대한 국립대병원의 태도가 변화될 확률이 높고 지방정부 역시 중앙정부의 정책 방향에 따라 위탁운영을 보다 적극적으로 고려할 가능성이 높음.

이런 맥락에서 국립대병원을 포함한 권역책임의료기관의 지방의료원 위탁 운영은 공공보건의료 민영화를 완성하는 핵심 경로 중 하나일 가능성이 높음.

향후 국립대병원의 공공성 강화, 지방의료원 위탁 운영 반대가 지역 시민사회와 노동진영의 중요한 운동의제로 설정되어야 할 필요성이 증가하고 있음.

시민건강연구소는

모두가 건강한 사회를 만들어가기 위하여
진보적 연구자와 활동가를 배출하는 연구공동체이자
건강과 보건의료에서 최선, 최고의 대안을 제시하는 싱크탱크로 활동하고 있습니다.

2006년 창립 이래

보건의료 관련 주요사안의 현황과 추세를 살피고, 활동과 정책을 평가하며,
다양한 대안을 모색하는 동시에 수준 높은 교육프로그램을 제공하고
건강사회를 위한 대안 담론을 만들어가며 시민사회운동에 참여하고 있습니다.

회원과 시민, 활동가를 대상으로 하는 서리플학당을 비롯하여
월례세미나, 센터별 세미나, 해외연자초청 특별세미나, 고건강독, 리딩클럽, 웨비나 등을
열었고, 연구보고서와 이슈페이퍼로 발간했던 연구성과들을 회원보고회, 국회토론회, 공
청회, 학회 등을 통하여 발표해왔습니다.

또한 매주 발간하는 <시민건강논평>과 <서리플연구통>등을 진보적 언론/출판 매체와의
협업을 통하여 정기적으로 기고하고 있습니다. 노동, 젠더, 기후위기, 이주, 지역보건, 민
주주의, 보건의료정책 등 각종 사회현안에 대하여 노동조합 및 많은 시민사회단체들과
함께 다양한 연대활동을 해오고 있습니다.

회원에 대한 책무성을 다하기 위하여 각종 회원모임을 개최하고
여러 소셜미디어를 통해 연구소의 활동을 알리고 있으며,
월간 <PHI뉴스레터>와 연간<시민건강실록>(2016년부터)을 발행하고 있습니다.

시민건강연구소는

정부나 기업의 지원을 받지않고 회원들의 후원으로만 운영하는 비영리독립연구소입니다.
튼튼한 연구조직으로 나아갈 수 있도록 여러분의 후원을 부탁드립니다.

후원계좌 : 하나은행 199-910004-60804 (사)시민건강연구소

시민건강연구소의 활동 범주

철학적 기반

건강권과 건강 정의, 건강 불평등의 철학적 기반 모색



진단과 비판

보건의료 주요 의제의 추세 분석과 이론화

변혁 전략

대안건강체제를 향한 이론과 실천 탐색

대안

건강사회를 위한 다양한 대안 모색과 근거 창출

연구분야

본 연구소는 다음과 같은 주제를 핵심 연구과제로 합니다. 그러나 이 연구주제에 한정되지 않고, 연구소의 설립목적에 부합하는 주제를 폭넓게 연구합니다.

건강권의 기초이론

- ① 건강권
- ② 윤리와 정의, 불평등과 형평성
- ③ 공공과 민간, 경제와 시장, 경쟁, 인센티브, 이윤, 효율성 등

보건의료 정책과 결정과정

- ① 정당(정치)과 보건의료: 이념, 공약, 활동
- ② 입법: 과정, 결과, 성과
- ③ 사법: 사법적 판단과 보건의료, 민주화
- ④ 행정: 정책행태, 정책결정, 공공부문
- ⑤ 예산: 추세분석, 평가(건강권, 형평 등의 기준으로), 대안적 예산편성

시민사회와 보건의료

- ① 민주주의와 건강권
- ② 시민참여와 소비자주권
- ③ 사회운동, 노동운동, 전문직운동과 보건의료 정책 결정

연구분야

지역사회와 경제

- ① 균형발전, 삶의 질, 주민참여, 지역정치
- ② 지역보건, 일차의료, 의료화, 자원배분과 우선순위, 스스로 돌보기(self-care)
- ③ 의료산업, 상업화/영리, 자본축적, 경쟁력, 환경, 연구개발(r&d), 기술발전

건강불평등과 소수자의 건강권

- ① 건강불평등과 빈곤: 윤리와 정의, 정책분석, 지역사회, 문화
- ② 소수자와 취약계층: 노인, 어린이, 여성, 노동자, 이주민 등

보건의료 정책현안 분석

- ① 의료민영화, 민간의료보험, 비교의료제도 등
- ② 우리나라 건강보장체계의 문제와 개선 과제 등

시민건강연구소

시민건강연구소 활동에 참여하는 방법

1 함께 공부하기

- 서리플화당
- 세미나와 워크숍, 센터 소모임
- 월례세미나
- 고전읽기모임



2 함께 글쓰기

- 서리플 연구통 필진으로 참여하기
- 이슈페이퍼 집필



3 함께 일하기

- 단기 방문연구원 프로그램
- 영펠로우 프로그램
- 지부 활동



4 회원 활동하기

- 연구소 의사결정과 회원행사에 참여하기
- 후원하기

