

# 의료재난 시기의 공공의료

- 한국 보건의료상황과 극우운동
- 윤석열표 구조조정의 향방, 의료민영화
- 공공의료운동의 전망

2025. 4. 10

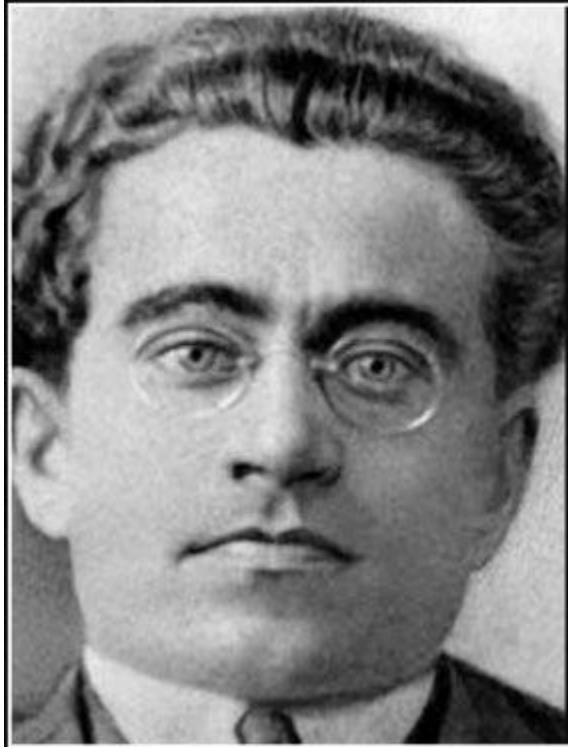
건강권실현을 위한 보건의료단체연합 정책위원장 정형준

의료의 공공성 강화를 위해  
최일선을 지켜온  
보건의료 전문가 3인의  
극약 처방



의료재난의 시대  
우리는 왜 공공의료를 외치는가

# 낡은 것은 가고 새 것은 오지 않은...



The old is dying and the new cannot be born. In this interregnum there arises a great diversity of morbid symptoms.

— Antonio Gramsci —

AZ QUOTES

"위기는 정확히 말하면, 낡은 것이 소멸해가고 있는데 새로운 것이 태어날 수 없다는 사실에 놓여 있다. 이러한 인터레그넘(부재공간)에서는 극히 다양한 병적증상들이 출현하게 된다."

(안토니오 그람시)

# 윤석열정부의 소위 ‘4대개혁’

- 노동개혁 : 주69시간제(**유연화**), **반노조정책**(노사법치주의), 최저임금 제도개악, **직무성과 중심 임금체계**, ‘노동약자 지원법’(**시혜적** 노동지원책, 노동시장 **이중화 고착법안**)
- 교육개혁 : 수월성교육(시장경쟁도입), **구조조정**(유보통합, AI디지털교과서, 사립대학), 교육시장화, **산업고도화에 맞춘 교육전환**시도(인문,사회대 폐교) / 역사교과서(**이념전쟁**)
- 연금개혁 : 더내고 덜받도록 **개악**, **금융자본과 경제관료**권력 유지(고갈시기 연기, 연기금 확대)
- 의료개혁 : **이중구조화**(부자보험(민영), 빈자보험(공보험)), 고도화, 바이오헬스산업화, **구조조정**(인력 효율화), **디지털라이제이션digitalization**

# 윤석열정부의 사회정책 방향

- “이 보편 복지에서는 적절한 자기 부담, 그 다음에 서비스 원칙, 사회서비스로서 제공한다는 원칙을 가지고 이것이 기술 발전과 또 성장의 선순환을 줘야 된다”(2023년 연두업무보고, 2023.1.9)
- 이 **사회보장서비스 자체가 하나의 경쟁이 되고, 시장화되면서 이것이 산업화된다고 하면**, 이거 자체도 우리 사회의 성장과 발전에 중요한 또 팩터(factor)가 되기 때문에 우리가 좀 많은 재정을 풀어서 사회보장을 부담을 해 주려고 하면, 그러면 **사회보장서비스 자체도 시장화가 되고, 산업화가 되고, 경쟁 체제가 되고 이렇게 가야 됩니다.** (사회보장 전략회의 모두 발언 2023.5.31)
- “사회적 약자와 취약계층에 대한 배려와 지원을 국가의 핵심 사회 정책으로 채택하여 정치 복지에서 **약자 복지로 재정 지출 기조를 과감하게 전환했습니다.**”(2023년 광복절 축사, 2023.8.15)

# 자기부담, 성장, 경쟁체제, 시장화, 산업화(민영화), 약자복지(선별), 재정 지출(긴축) → **민영화, 선별복지, 긴축**

# 2023년 5월 31일 사회보장전략회의



사회서비스에서 국가 기능 축소, 작은정부, 수급자책임 → 민영화

장기요양보험의 금융자본 침투 → 금융화

# 왜 ‘4대개혁’, 노동, 사회서비스 대상이었나?

- **착취율 상승** – 기간의 사회임금인 사회서비스를 축소, 개량화해 ‘낭비’를 줄이고, 이를 통해 자본의 수익(이윤율)을 상승시킴(즉 실질임금저하 + 사회임금하락)
- 국제경쟁력 – 아직 노동시장이 풍부 or 노동시장 위축전 (前) 조바심.
- 이데올로기 전쟁 – 수익자부담원칙, 시혜적 복지, 선별 복지, 워크페어workfare, 각자도생, 비노동인구에 대한 혐오확산(불필요한 사람 이데올로기) - 국가책임회피
- **사회서비스 노동자들의 급격한 증가에** 대한 고도화 압박, 서비스산업선진화
- 사회정책에서 국가 및 사회 영역 축소 → 시장확대 → 사회(보건)서비스 민영화

# 의사숫자는 과연 중요했나? 무엇을 위한 고통감내인가?

- 왜 의대증원에 우리는 찬성했나? – 지역의사부족, 내외산소 등 중요진료과 의사 부족 때문
- 그렇다면 어떻게 의사를 양성하는지가 더 중요한 것. 즉 숫자는 변수고 양성방식이 상수임.
- 윤석열의 증원안의 목적 - 1) 정치적 목적(기득권 타파와 진압하는 이미지 획득) 2) 의료민영화(의료산업화, 민영보험활성화, 건강보장축소) 3) 교육시장활성화(수월성교육 확대, 사립대 살리기) 4) 보건의료긴축계획(비타협적인 이유)
- 무엇이 중요한가? 올바른 질문을 던져야? – 어떤 의사를 양성할 것인가?
- 지역의사제를 기준 정원내에서도 적용해 공익적으로 의사를 양성하고, 공공의대를 설립해 공익적으로 활동할 의사(우군, 친사회적 의사집단)을 양성해야 됨.

# ‘의사’와 ‘의사수’는 왜 정치적 땔깜이 되었나? 불평등, 욕망..



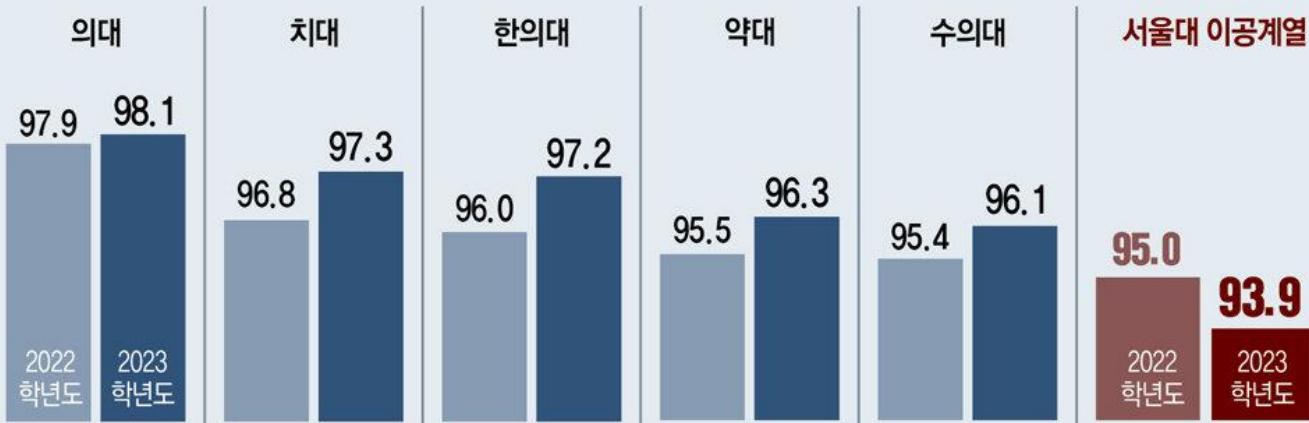
화교2명 펙트임?  
16분 전

7 40 0

세분중 두분이 화교라던데  
40분 전  
사실인가요?

# 의대입시 광풍

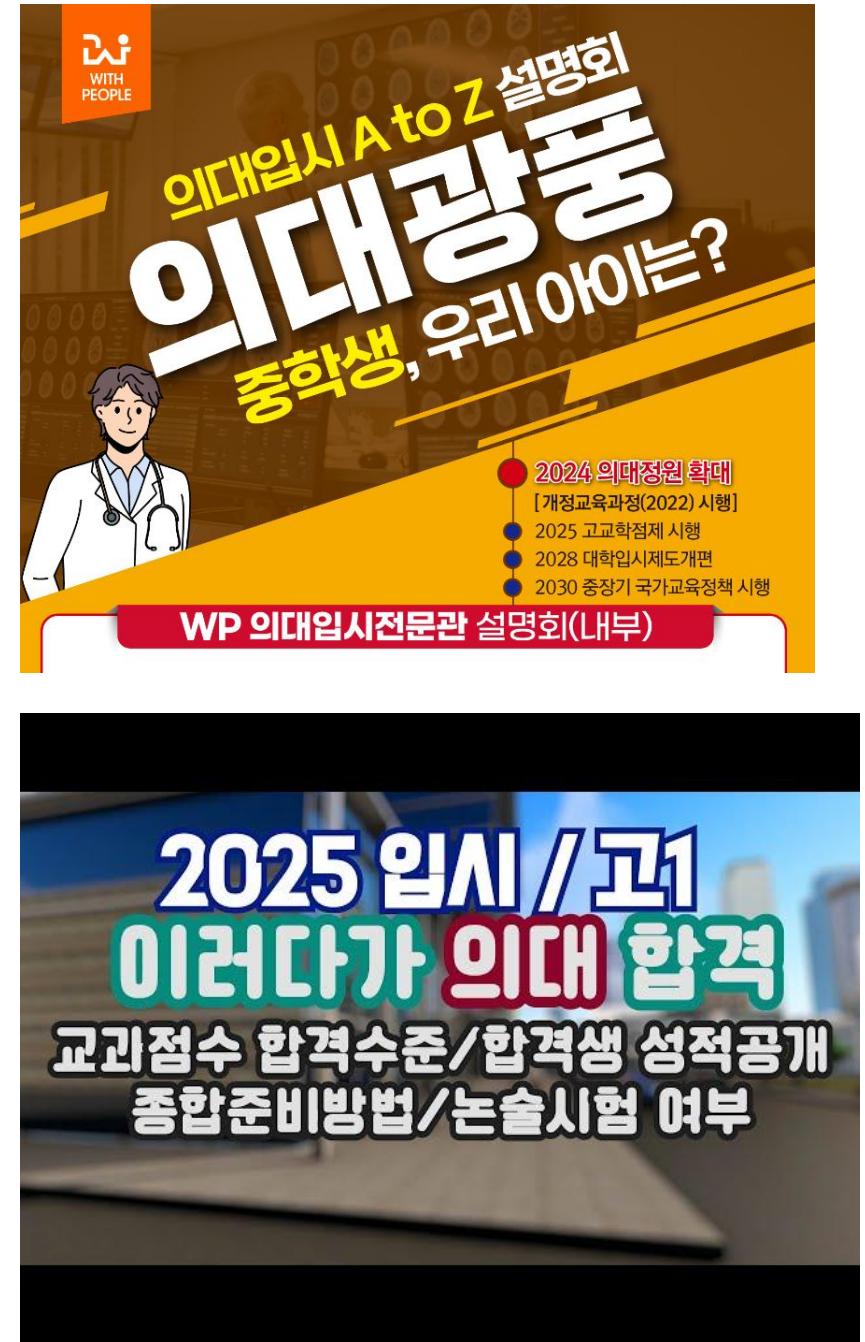
전국 의료계열 학과들과 서울대 이공계열 정시 합격점수



정시 일반전형만 분석. 서울대 지역균형 전형은 제외. 의료계열은 정시에서 국어, 수학, 영어, 탐구 2과목 반영하는 대학만 반영  
(전국 의대 25곳, 치대 9곳, 한의대 5곳, 약대 24곳, 수의대 8곳 등 총 71곳). 이공계열은 자연계열 학과 중 의료계열학과 제외한 나머지.

자료: 대입정보포털 '어디가'·종로학원

- 수의대의 약진이 가지는 의미?
- 왜 이공계가 쇠퇴했는가?
- 거론도 되지 않는 인문학과 전공은?



# 자본의 의도

朝鮮日報

## [사설] 나라 먹여 살릴 의사과학자 양성, 서울대 첫 문 열었다

조선일보

입력 2024.03.08. 03:16

가



정부의 의대 증원 발표 후 전공의 집단사직과 의대생 동맹휴학이 이어진 가운데 서울대학교 의과대학·대학원 학위수여식이 열린 지난달 27일 종로구 서울대의대에서 졸업생들이 기념 촬영하고 있다. /뉴스1

서울대가 내년도 의예과 입학 정원을 현재 135명에서 15명 늘리면서 이와 별개로 의사 과학자를 양성할 50명 정원의 '의과학과'를 의대 학부에 신설한다고 발표했다. 서울대는 "의과학과는 기초보건과 바이오·헬스 분야를 연구할 의사과학자를 양성할 것"이라고

평가 5등급 산출(석차 미기재)

- 대입구조 단순화
  - 사회통합전형·지역균형선발전형 통합(수시)로만
  - 지방의대 지역인재전형 법정의무 비율 폐지
- 대학의 학생선발 책무성 확보와 자율성 확대
  - 지나친 정성평가 지양, 채점자 실명제 및 수험 평가결과 제공 의무화

7 모닝와이드 날씨 <예상강수량> 경기남부 20~60mm / 서울·인천 경기북부 5~30mm 07:09

SBS NEWS 구독

교육개혁특별위원회 계획 2024.8.

03

**학생의 희망과 적성에 따른  
다양한 분야로의 진출이 가능합니다**

교育부

의대 교육과정의 다양화, 특성화를 통해 **임상의사**뿐만 아니라 **의사과학자, 의공학자, 의료기업가, 보건의료전문가** 등 다양한 분야로 진출할 수 있습니다.

※ 의대 교육혁신 지원(25) 대학별 교육과정 특성화 등 RISE체계와 연계해 551.5억 원 지원

대학의 강점을 살린 교육을 통해  
졸업 후 다양한 분야의 의료 인재로 성장할 수 있습니다.

# 노동능력 없다면 비용 혹은 임여..

“치료 못받아 사망한 환자 연간 3천명”

2024-11-06 13:00:03 게재

국가응급환자 진료정보망 분석결과 … “지역·질환별 맞춤형 대응 필요”



DRG 코드	질병명	전체 초과사망	상종 초과사망	종합병원 초과사망	일반병원 초과사망	요양병원 초과사망
U6032	기타 기질성 장애, 연령 >64세	2,479	-1	2	42	2,414
F6300	심부전 및 소크	300	21	157	42	75
B6312	신경계 신생물(방사선 치료를 받은 경우), 연령 >17세	293	6	9	-2	282
B7610	무산소성 뇌손상	109	64	38	-12	34
T6022	합병증을 미동반한 패혈증, 연령 >18세	109	-13	-101	-37	548
B6010	사지마비	91	-1	4	3	76
H6030	합병증을 동반하지 않은 간경변증	87	6	50	14	11
E0170	기타 흉곽 수술	84	17	54	10	1
Z6400	기타 건강상태에 영향을 주는 요소	81	16	146	7	-25
E5010	침습적 인공호흡기 96시간 이상(신대체요법 동반)	75	45	63	5	27
G6713	장관염, 연령 >65세	69	-5	37	30	7
G6030	소화기 악성종양(방사선치료 및 화학요법을 받지 않은 경우)	69	96	94	-114	125
E5020	침습적 인공호흡기 96시간 이상(신대체요법 미동반)	66	1	40	20	11
T6440	기타 감염 및 기생충 질환	55	1	7	5	22
H6510	자가면역성 간염	50	4	12	4	21
H6010	주요 합병증을 동반한 간경변증	50	12	34	2	2
B0410	두개외 혈관수술(뇌졸중 동반)	48	20	26	0	0
W6100	수술을 받지 않은 다발성 외상	47	15	4	5	30
I6822	비외과적 경부 및 척추 상태(통증관리 및 척수조영상 미실시), 연령 >65세	47	-2	14	10	41
I6532	병적 골절을 포함한 결합조직의 악성종양(방사선치료 및 화학요법을 받지 않은 경우), 연령 >10세	46	12	19	2	22

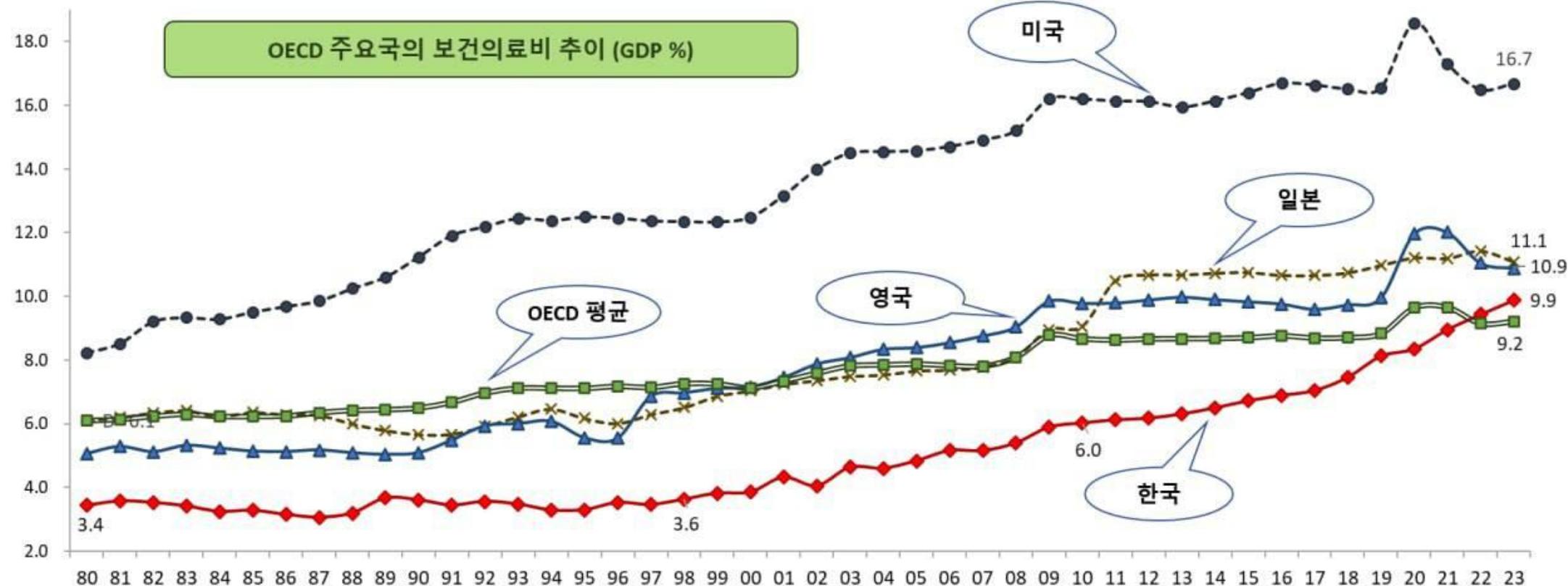
[자료]건강보험공단/김윤의원실재구성

김윤 "의료 공백 6개월간 '초과사망' 3,136명" 2025.2.

# 한국 보건 상황(2024)

# 경상의료비(총의료비) 가파른 증가

<OECD 주요국의 GDP 대비 보건의료비 비중 추이>



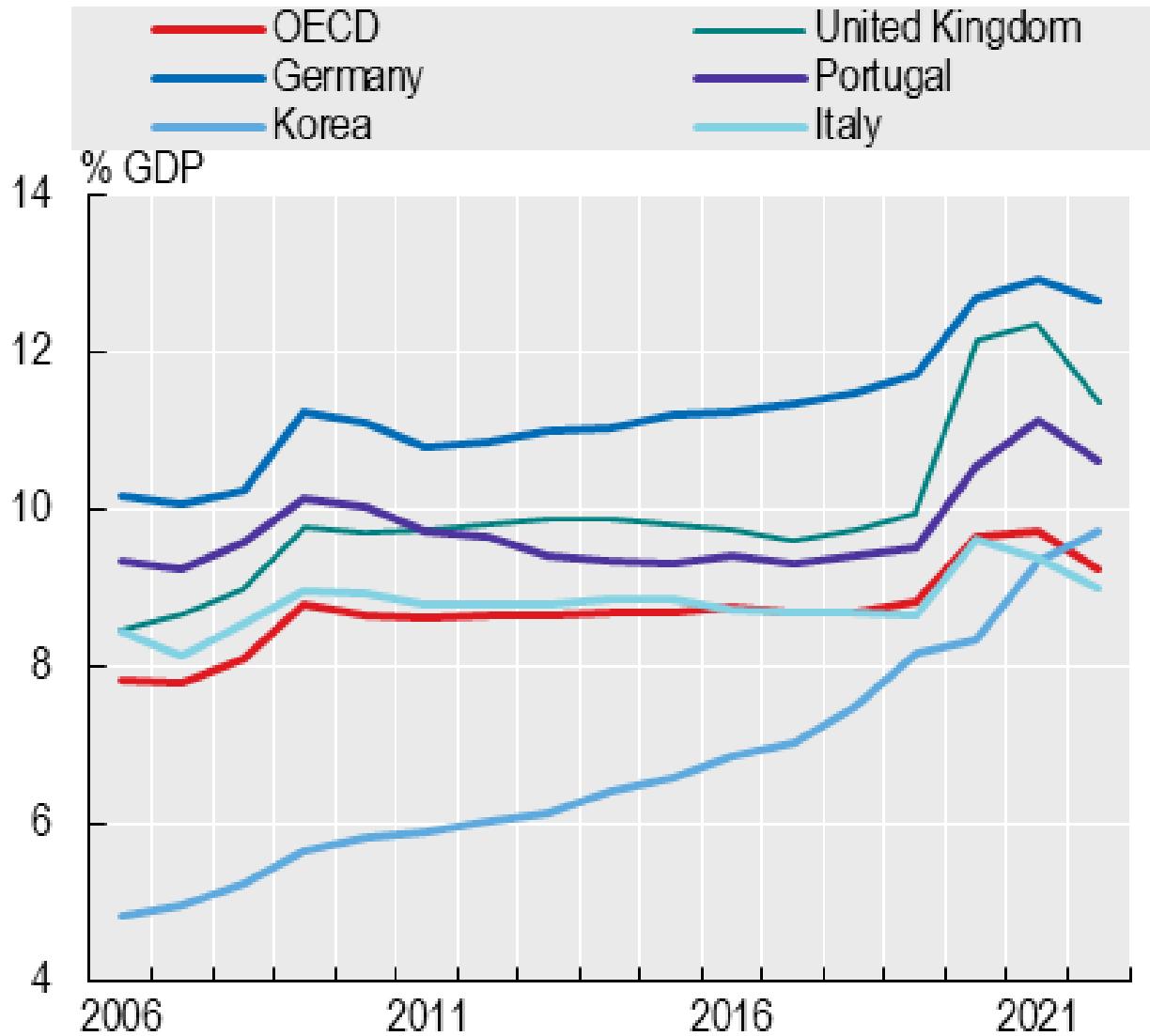
주: 그림에서 평균은 OECD 회원국 38개국의 GDP 대비 보건의료비 지출 비중을 단순평균한 값(필자 계산)에 기초한 것임. 그림에 표시된 나라들의 2023년 수치는 모두 추정치이며 일본은 2022년도 수치도 잠정치임.

출처: OECD (2024a), Health Expenditure and Financing, OECD Explorer (<https://data-explorer.oecd.org>).

남찬섭 (2025.1.8)

## Health expenditure as a share of GDP, selected countries, 2006-22

	OECD	United Kingdom	Germany	Portugal	Korea	Italy
2006	7.82	8.48	10.18	9.35	4.85	8.44
2007	7.81	8.67	10.05	9.25	4.96	8.14
2008	8.10	8.97	10.25	9.58	5.25	8.53
2009	8.78	9.77	11.24	10.13	5.66	8.95
2010	8.66	9.71	11.10	10.03	5.82	8.92
2011	8.63	9.72	10.78	9.73	5.92	8.77
2012	8.66	9.81	10.85	9.65	6.03	8.78
2013	8.67	9.87	11.00	9.41	6.15	8.78
2014	8.68	9.86	11.03	9.34	6.40	8.87
2015	8.70	9.80	11.19	9.32	6.59	8.86
2016	8.76	9.73	11.24	9.39	6.87	8.73
2017	8.69	9.60	11.34	9.31	7.05	8.68
2018	8.70	9.73	11.48	9.41	7.49	8.68
2019	8.84	9.96	11.72	9.51	8.18	8.66
2020	9.64	12.16	12.69	10.55	8.35	9.63
2021	9.71	12.37	12.93	11.14	9.33	9.38
2022	9.22	11.35	12.66	10.62	9.72	9.00



Source: OECD Health Statistics 2023.

# 대응은 건강보험 긴축 선언(2022)

- 지난 5년간 보장성 강화에 20조 원을 넘게 쏟아 부었지만, .. 인기 영합적 포퓰리즘 정책은 재정을 파탄시켜(2022.12. 국무회의, 대통령)
- 앞으로 정부는 국민들께서 적정하게 이용 중인 건강보험 혜택은 유지하되, 건강보험의 지속 가능성을 확보할 수 있도록 **재정 효율화를 추진**할 계획이다. 이를 통해 절감된 재정은 ▶국민 생명과 직결된 필수의료와 국민 부담이 큰 ▶재난적 의료비 지원 등에 투입하고자 한다.(2022.12. 보건복지부, 건강보험 지속가능성 제고.. 방안(안))
- “MRI 등 고가의 영상검사에 대한 급격한 보장성 강화로 일부 불필요한 검사가 남용된 측면이 있다”라며, “이번 고시 개정을 통해 고가 영상 검사는 **꼭 필요한 경우에 한해 건강보험으로 보장**될 것이며, 이를 통해 절감된 재정은 중증, 필수 의료 등 가치 있는 분야에 투입될 수 있도록 **건강보험을 내실화**해나가겠다”(2023.7, 정윤순 건강보험정책국장)

→ 재정 절감을 통한(위한) ‘필수의료’ ‘재난적의료비’ 부분에 ‘만’ 투입, 즉 건강보험 재정 긴축  
→ ‘필수의료 및 재난적 의료비’는 건강보험 긴축을 위한 언어, 프레임이었음.

# 건강보험 재정파탄론

- 건강보험 재정 공포 조장 / 건보료 폭탄론 / 재정프레임
- 건강보험재정이 문제인가? 국민의료비 부담이 문제인가?
- 누구를 위한 건강보험 재정이었나?
- 건강보험재정 국민부담 증가는 누가 원흉인가?
- 건강보험 지속가능성은 포기

## [대통령실 설명]

윤석열 정부 '건강보험 개편'에 대해 '정치 보복을 위해 아픈 국민의 치료비를 깎는 것'이라는 더불어민주당 의원들의 주장은 전혀 사실이 아닙니다.

'문재인 케어'가 시행된 지난 5년간 건강보험 재정은 위기를 맞았습니다. 2040년 누적적자가 678조에 이를 것으로 전망되고, 박근혜 정부 당시 0.99%에 불과했던 연평균 '보험료율 인상률'은 문재인 정부 동안 2.7%를 넘어섰습니다.

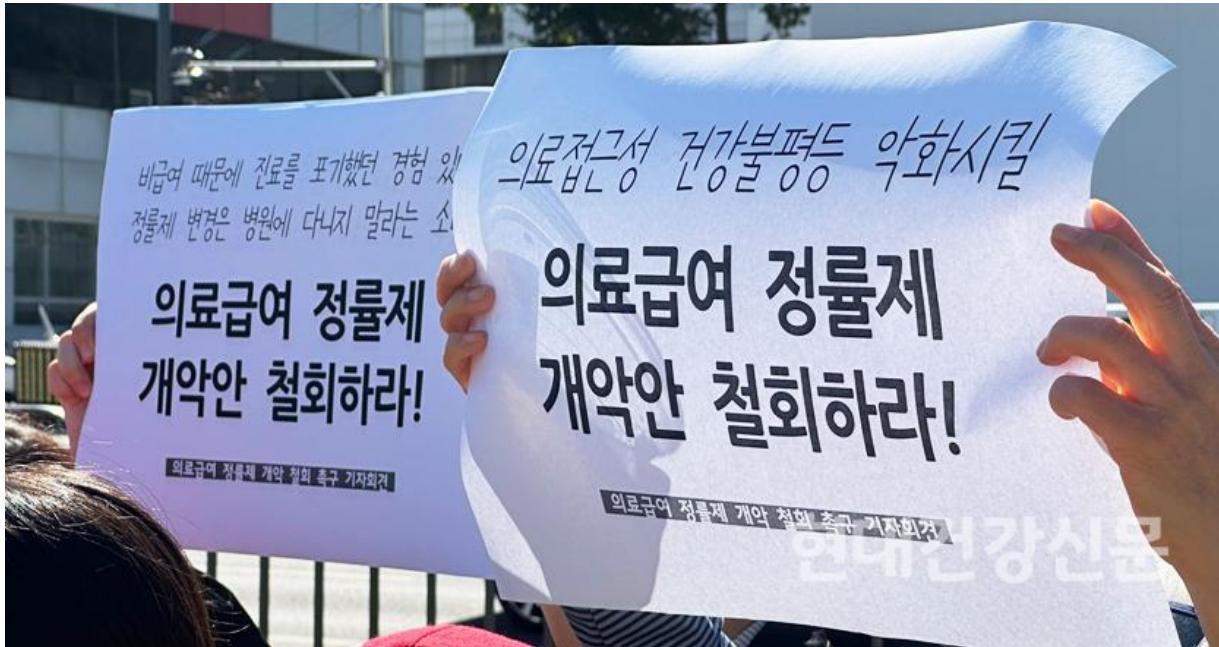
초음파와 MRI는 문재인 케어 적용 첫 해인 2018년 1,800억 원에서 지난해 1조8,000억 원으로 3년 새 10배나 급증했습니다.

'문재인 케어가 대다수 국민을 위해 보장성을 확대할 것'이라던 약속과 달리, 실제로는 외래진료 이용 횟수 상위 10명이 1년간 각 1,200~2,000회의 외래 진료를 받았습니다. 외국인 무임승차나 자격도용도 실효성이 있게 막지 못했습니다.

민주당 의원들은 '김건희 여사의 코바나컨텐츠 대표 당시 직장가입자 건강보험료'를 언급하며 건강보험의 문제점을 감추려고 하나, 건강보험을 지금 개혁하지 않으면 국가 재정에 심각한 타격을 줄 것입니다.

김건희 여사는 코바나컨텐츠 대표이사 시절 직원들 월급을 주기 위해 대표이사 월급을 200만 원으로 낮췄고, 그에 맞춰 부과된 직장보험료를 성실히 납부했습니다.

# 저소득 취약계층 공격



## 외국인 내년부터 6개월 체류해야 건강보험 피부양자 된다

송고 2023-10-26 06:01

日本語

中文



서한기 기자

+ 구독

주한 외교관·주재원의 배우자·자녀 등은 제외

건강보험법 개정안 공포 후 3개월 뒤 시행…내년초 입국 외국인부터 적용



윤석열

1월 30일 오후 1:11 ·

팔로우

...

국민이 잘 차려놓은 밥상에 숟가락만 없는 외국인 건강보험 문제 해결하겠습니다.

2021년말 기준 외국인 직장가입자 중 피부양자를 많이 등록한 상위 10명을 보면, 무려 7~10명을 등록했습니다. 한 가입자의 경우 두 아들과 며느리, 손자들까지 등록해 온 가족이 우리나라 건보 혜택을 누립니다.

외국인 건강보험 급여지급 상위 10명 중 8명이 중국인으로 특정 국적에 편중되어 있으며, 이 중 6명이 피부양자였습니다. 가장 많은 혜택을 누린 중국인은 피부양자 자격으로 약 33억원의 건보급여를 받았으나, 약 10%만 본인이 부담했습니다.

외국인 가입자는 한국에서 6개월 이상 거주 등 요건을 갖춰야 하지만, 등록된 피부양자는 거주기간과 관계없이 혜택을 받을 수 있습니다. 치료만 받으러 왔다 바로 출국하는 '원정 진료'가 가능한 이유입니다.

우리 건강보험제도는 지난 40년 이상 국민이 피땀 흘려 만들어낸 소중한 자산입니다. 정당하게 건보료를 내는 외국인에 불합리한 차별이 있어서는 안 되겠지만, 피부양자의 등록 요건을 강화하고 명의 도용을 막는 등의 국민 법감정에 맞는 대책이 필요합니다.

우리 국민이 느끼는 불공정과 허탈감을 해소할 방안을 면밀히 검토하겠습니다.

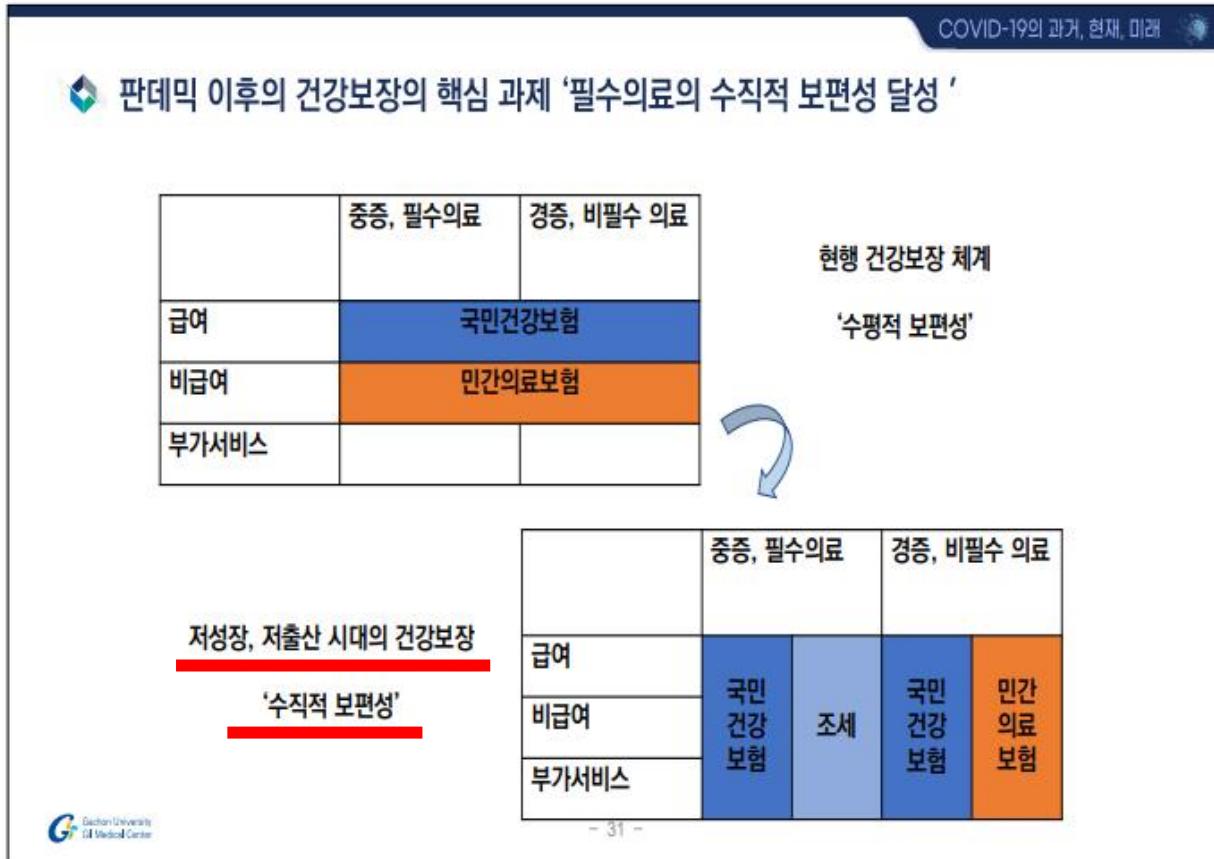
좋아요

댓글 달기

공유

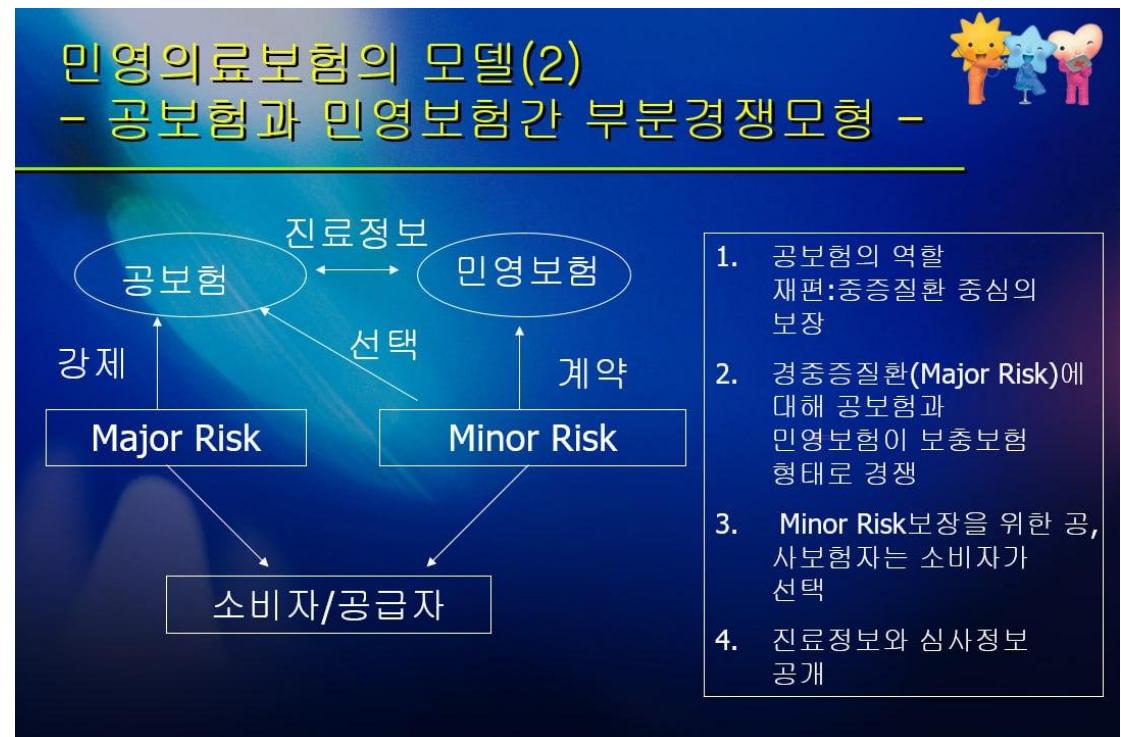
9.3천명

# ‘의료비 관리’를 핑계로 ‘필수의료’ 프레임?



1) 지속가능성을 위해 재정여력을 ‘필수의료’에만 집중하자.

2) 경증, 비필수 의료는民間으로 넘기자 → 지불능력이 있는 경우에만 공급하자.



# ‘필수의료’의 허상과 기만... 학술, 행정용 어도 아님...

경남도민일보

아침을 열며



최원호

외과의사

모든 진료과·직역 텁니처럼 맞물려 운영  
주먹구구·입맛대로 정책 말고 두루 똑디

“요즘 의료에서 가장 핫한 세 가지는 지역, 공공, 필수. 고향 마산으로 돌아와 경남 유일 의료원의 유일한 외과의사인자라 본의 아니게 이 셋을 다 겸비한, 내가 변하면 주변이 변하고 그러면 세 상도 변할 거라 믿는 좌충우돌 낭만주의자 최 아무개를 시다.”

어디가 소개할 일이 있으면 종종 뱉는 너스레. 이렇듯 나도 입에 붙어 자주 쓰지만 사실 ‘필수의료’란 없다. 이리 이름하면 뭔가 응급하고 중한 상태를 필수로 다루는 진료과나 의사가 따로 있는 것 같지만 사람의 몸도 상태도 그에 따른 의료도 그리 딱딱 나누지 않거든. 봄바, 외과하면 당연히 필수과다 싶지만 어디 만날 응급 수술만 하나? 단지 거슬릴 뿐 갖고 살아도 아무 문제가 되지 않는

## 필수의료는 없다

2025년 04월 09일  
08면 (오피니언)

피지 주머니도 파고 지방 덩이도 떼고 하지. 거꾸로 성형외과는 필수는 아니다 싶지만 원래 재건과 보형은 미용 이전에 기능을 보전하고자 발달한 거거든. 얼굴에 심한 화상으로 굳어 입이 안 움직일 때 먹고 말하기 위한 성형수술은 살기 위한 필수겠지. 또 평소 귀나 파고 감기약이나 받는 줄 알던 이비인후과에서 코에 혹이 있어 간단히 뗐는데 조직검사에서 암이 나왔다 쳐. 그럼 코에서 혹 떼는 모든 수술은 암일 가능성이 있으니 다 쳐 음부터 필수인가? 아니면 암이 나오면 막 비필수에서 필수로 트랜스포머 하나?

게다가 어떤 수술이든 마취해 줄 마취과도 필수고 CT 등을 찍으면 판독해 줄 영상의학과도 필수고 피검사를 관리·해석해 줄 진단검사의학과도 필수고 조직검사로 최종 진단해 줄 병리과도 필수로 필요한데, 이들 과가 없으면 응급이든 긴급이든 ‘김사부’든 ‘백강혁’이든 수술을 시작조차 할 수 없는데, 대부분 정책이나 언론 보도에서 필수의료를 다룰 때 이들 과는 언급되는 경우를 못 봤으니.

결국, 필수는 비필수도 상정하지. 하지만, 세상 많은 일이 그러하듯 의료도 텁니바퀴처럼 서로 맞물려 돌아가니 그 텁니가 크든 작든 둥글든 뾰족하든 하나가 빠지면 모두가 설 수밖에 없으니 해당초 필수와 비필수를 나누겠단 시도 자체가

난센스. 비단 진료과만이 아니다. 의사, 간호사, 기사, 여사, 직원 ‘요원’ 등등 병원 내 모든 직역도 마찬가지. 당장 청소만 못 해도 병원이 정상으로 돌아가겠냐고?

한데 필수의료를 살리겠다며 특정 과나 특정 행위 그리고 특정 직역에만 돈을 몇천억 쓰겠다더군. 윤석열식 필수의료 살리기 였지. 그렇게 응급실 대문에만 빼까번쩍 금질 하느라 정작 안에서 수술기구는 썩어가도 모르더라고. 더 요상한 건 의사도 못 가릴 이런 필수의료를 환자들한테 가려서 응급실로 오라고.

사실 정확히 정의하지 않고 주먹구구 이뤄지는 모든 정책이 다 이런 식이더라. 탄핵 인용으로 어느새 옛일이 된 게임도 자기들 눈에만 불순한 세력을 입맛대로 정의해 ‘처단’을 들먹였으니. 그전의 적폐척결이니 토착화구니도 마찬가지. 앞으로 내란세력 ‘우짜고’도 또 그럴랑가? 제발 여든 약든 진보든 보수든 두루 똑띠 돌아보자고. 여튼.

그럼에도, 해법은 있다. 전체 보장성 강화. 엄격한 적응증 적용으로 행위량 통제, 그야말로 교과서적 진료, 의사들이 늘 외치던. 그리고 1·2·3차 전달체계 강화. 끝으로 응급인지 아닌지 또 어디서 진료받는 게 적절한지를 환자가 판단하지 못하니 평소를 알던 의사가 쟁기자는, 그게 바로 주치의제. 그 각각에 대해서는 검색 필수.

- ‘필수의료’는 건강보험의료 를 회피하기 위한 기만용어
- ‘필수’는 국가가 책임지고 나머지는 개인책임이라는 책임회피, 재정간축용
- 한국에서는 ‘필수’가 essential, basic 모두 해당될 수 없는 정체불명의 개념
- ‘필수의료’의 시초가 민간의료기관이 공공적이고 공익적인 의료를 제공할 수 있다는 타협에서 출발
- ‘필수의료’를 따라서 거부해야 함.
- 모든 건강보험 진료는 ‘필수’이고 국가 책임이어야 함.
- 건강보험을 강화하는게 ‘필수’의료서비스를 강화하는 길임.

# 드러나는 속내, 노골적 민영화 추진?

## ① 소비자 중심 의료정보 제공 혁신 후속 검토

- ① (정보제공 확대) 건보공단, 심평원 등 정부 보유 정보 활용, 소비자·환자가 쉽게 알 수 있는 **의료정보 플랫폼** 구축

< 제공 항목 예시 >	
▶ 의료기관	- 의료 질 평가, 적정성 평가 등 각종 평가 결과 - 각 의료기관별 보장을 - 행정처분 이력 - 개원 일자, 주소지 이전 여부 등
▶ 의료인:	전체 의료인 수, 의료인별 전문의(전문과목) 및 일반의 여부 전체 표시, 경력 표시 등
▶ 비급여:	의료기관별 항목 단가, 세부 진료비 정보(최소/최대/평균/중간), 안정성·유효성·의료質 평가 결과, 상병별 총진료비, 대체가능 진료 등

- **주요 포털**(네이버지도, 카카오 등) 연계 ⇒ 국민 정보 접근성 개선  
- 체계적 정보 제공을 위해 **정보 연계·공개 근거 마련**(의료법 개정)

- ② (명칭표시제 정비) 전문의 여부에 따라 다른 **의료기관 명칭 표시제**를 국민이 알기 쉽게 개편\*

\* 현행 규정 : 의원 개설자가 전문의인 경우, 고유명칭 앞에 전문과목 및 전문의를 함께 표시하거나 의료기관의 고유명칭과 의료기관의 종류 명칭 사이에 인정받은 전문과목을 삽입 표시 가능

## ② 신규 실손보험 상품 구조 개혁

- ① (비급여 적정 보장) 의료 남용 방지 및 실손보험료 부담 완화를 위해 **비급여 보장범위·수준 합리화** 검토 후속 검토

\* 예: 비중증 과잉 비급여, 신의료기술의 본인부담률 인상/보장 제외/한도 신설 등

- ② (비급여 기준·가격심사) 적정진료 유인을 위해 보험사-의료기관간 협의에 따른 **비급여 기준·가격 설정 및 실질적 심사방안** 검토 후속 검토

\* (現) 양자 구조(환자-보험사) → (改) 3자 구조(환자-보험사-의료기관) 전환

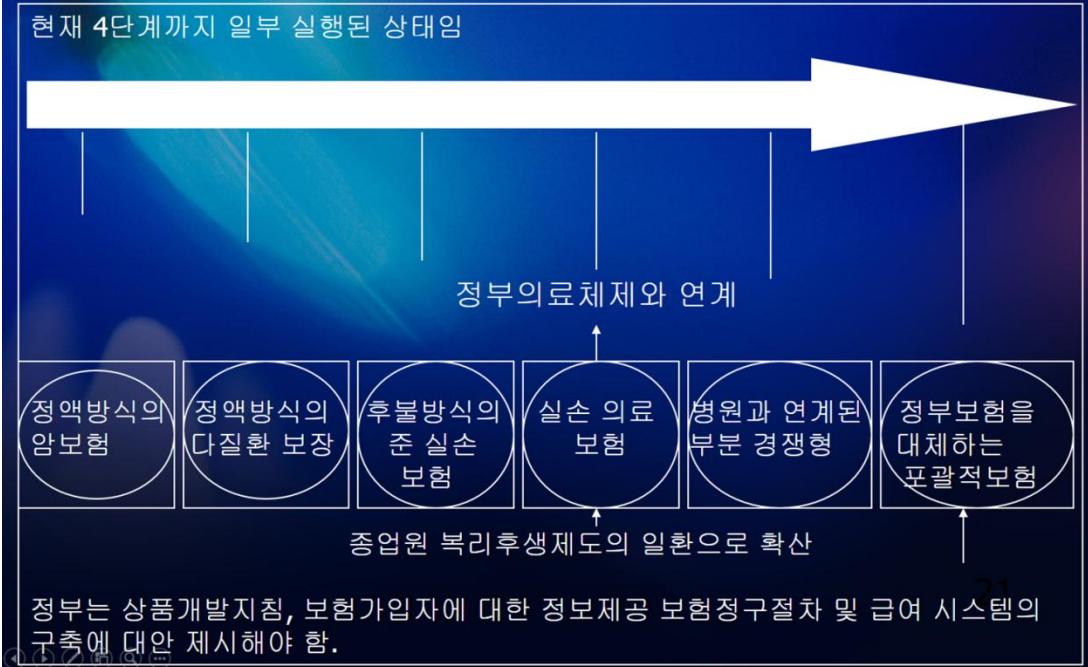
- (청구) 가입자가 아닌 **의료기관이 진료비를 보험사에 청구**  
- (기준·가격) **보험사와 의료기관간 의료기준·가격 협의·설정**  
- (심사) 별도 **전문기구를 통한 보험금 심사·지급**

1차 의료개혁 실행방안 2024.8, 보건복지부

## 민영의료보험의 발전단계



현재 4단계까지 일부 실행된 상태임



삼성생명, 민영건강보험의 현황과 발전방향, 2005

## 사실상 의료민영화



### 민영의료보험의 발전 방향 - 의료비 지급방식의 개선



## "보험료 적게 내면 공공의료, 많이 내면 민간의료 받는 등급제 도입해야"

2024.11.26 17:45



6일 오전 서울 용산구 대한의사협회에서 의료정책 좌담회 '의료개혁의 시작, 무엇부터 할 것인가'가 열리고 있다. 연합뉴스 제공

현행 국민건강보험 제도를 부담할 보험료를 선택하고 이에 따라 차등적인 의료서비스를 제공하는 방식으로 전환해야 한다는 주장이 의료계에서 제기됐다.

의료정책좌담회, 2024.11.26 대한의사협회 의료정책연구원

### 가. 급여 : 주계약

#### “ 일반질환자와 중증질환자 \*를 구분하여 급여 자기부담률 차등화 ”

\* (중증질환자)암, 뇌혈관·심장질환, 희귀난치성질환, 중증화상, 중증외상 등 국민건강보험법상 산정특례 등록자

##### 1. 일반질환자 급여의료비

- 실손보험 자기부담률을 건강보험 본인부담률과 동일 적용(단, 최저 자기부담률 20% 적용 병행)

##### 2. 중증질환자 급여의료비

- 선별급여(50~90%)에도 최저 자기부담률(20%)만 적용

##### 3. 임신·출산 급여의료비 신규 보장

- 실손보험에서 임신·출산(O코드) 신규 보장

실손보험 개혁방안, 금융위원회, 2025.1.9.

### 1-2. 집중 관리가 필요한 비급여는 '관리급여' 신설

#### ● 남용 우려가 큰 비급여에 대해

관리급여 전환하여 진료기준·가격 등 설정하여 관리

##### 대상

비급여 보고 등 모니터링 통해  
진료비·진료량·가격 편차가 크고 그 증가율이 높은 비급여 항목 우선 적용

##### 적용

100분의 95 또는 90 등 높은 본인부담률 적용

\* 「국민건강보험 시행령」, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」, 「별표 1] 평가기준 등 개정 필요

비급여관리계획, 보건복지부, 2025.1.9.

# 민영보험의 불평등성.

(표 6-2-10) 민간의료보험 가입률(가구 기준)

(단위: %)

구분	전체	저소득	일반
가입	77.54	42.41	91.22
미가입	22.46	57.59	8.78
계	100.00	100.00	100.00

주: 가구원 중 민간의료보험 가입 건수가 1건 이상이면 민간의료보험 가입으로 처리함.

# 보장률 결국 떨어지는데, 비급여 탓만?(25.1.7)

보도시점 배포 후 즉시 사용 배포 2025. 1. 7(화)

## 비중증 과잉 비급여는 집중 관리하고, 중증·학구질환 등 필수의료 보장은 지속 강화한다

- 2차 의료개혁 실행방안 통해 비급여·실손보험 개혁 방안 발표 계획 -

2023년도 건강보험 보장률이 전년도 65.7%에서 64.9%로 0.8%포인트 하락한 것으로 나타났다.

의원의 경우 독감 질환 관련 비급여 주사·검사의 급증\* 등 비급여 증가로 보장률이 3.4%포인트 하락한 57.3%로 나타나 전체 보장률 하락을 주도 한 것으로 분석되었다.

병원은 골수흡인농축물관절강내 주사('23.7월 신의료기술 고시) 등 신규 비급여 발생 및 치료재료 중심의 비급여 증가로 1.2%포인트 하락한 50.2%로 나타났다.

# 목적을 이뤘는가? (건강보험진축, 구조조정)

\* 전년대비 급여비 증가율('24.1~11월 지급기준) : 수련병원 △3.3%, 비수련병원 8.7%

※ 보험급여비 증가율 : ('21) 5.4% → ('22) 9.8% → ('23) 6.8% → ('24) 7.3%

## ◆ 요양기관종별 급여비 증가율(1~11월 지급기준)

- 상금종합병원 : ('21) 9.9% → ('22) 5.2% → ('23) 25.1% → ('24) △8.2%
- 종합병원 : ('21) 5.9% → ('22) 6.8% → ('23) 10.6% → ('24) 6.6%
- 병원 : ('21) 2.3% → ('22) 7.1% → ('23) 2.1% → ('24) 7.6%
- 의원 : ('21) 8.9% → ('22) 25.2% → ('23) 5.9% → ('24) 6.0%

## < 2024년도 건강보험 재정현황 >

현금흐름 기준 (단위: 억 원, %)

구 분	2024년(A)	2023년(B)	전년대비(A-B)
총수입	계 990,870	949,113	41,757 (4.4)
	◦ 보험료수입 839,520	815,180	24,340 (3.0)
	◦ 정부지원금 121,658	109,702	11,956 (10.9)
총지출	◦ 기타수입 29,692	24,231	5,461 (22.5)
	계 973,626	907,837	65,789 (7.2)
	◦ 보험급여비 952,530	887,961	64,569 (7.3)
수지	◦ 기타사업비 등 21,097	19,876	1,221 (6.1)
	당기 17,244	41,276	△24,032
	누적 297,221	279,977	17,244

※ (기타수입) 기타징수금, 이자수입 등 / (기타사업비 등) 심평원부담금, 인건비 등

# 경상의료비 증가를 ‘이중구조’로 해결한다?

- 낮은 공공지출(정부의무지출)를 높여 높은 민간부분지출(직접의료비 + 민영보험) 을 줄이는 계획은 수립할 의지도 계획도 없음.
- 수익성이 낮고(손해율이 높고), 지불능력외 건강보험진료량을 증가시키는 경증환자대상의 긴축에는 대략적 합의가 이뤄진 듯 함.
- 특히 건강보험재정의 확대 및 보장확대는 중단(혹은 후퇴)하고 민영보험이 비급여영역을 통제하겠다 는 ‘**이중구조 건강보장two tier medical care**’을 고착 확대하는 과정으로 윤석열정부 건강보장정책 은 전면 수정된 것임.
- 의료시장화론자들이 프레임으로 ‘의료민영화’ 논란을 벗어나고자 ‘필수의료’를 제기하고 여기에 정치 권, 주요학자들과 언론이 조응한 결과 2023년 11월 실손보험청구간소화가 ‘보험업법개정안’으로 국 회통과됨. 이후 민영보험활성화를 위한 각종조치가 순차적으로 시행.

# 건강보험 재정악화의 원인은 정부와 기업

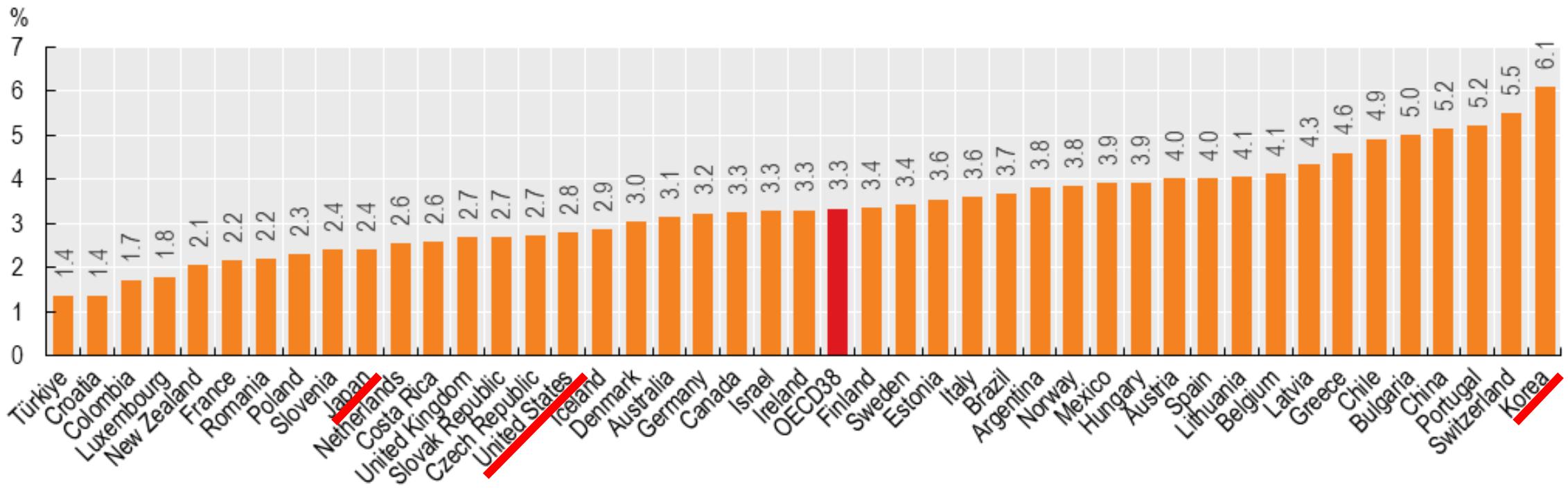


	일본	대만	프랑스	한국
국고지원비중	27.4%	23.1%	52.3%	13.2%
국고지원방식	후기고령자보험의 50% 지원	보험료수입의 최소 36%로 명문화	사용자보험료 외 준조세형태의 세금부과	보험료예상수입 14% + 건강증진기금 6%

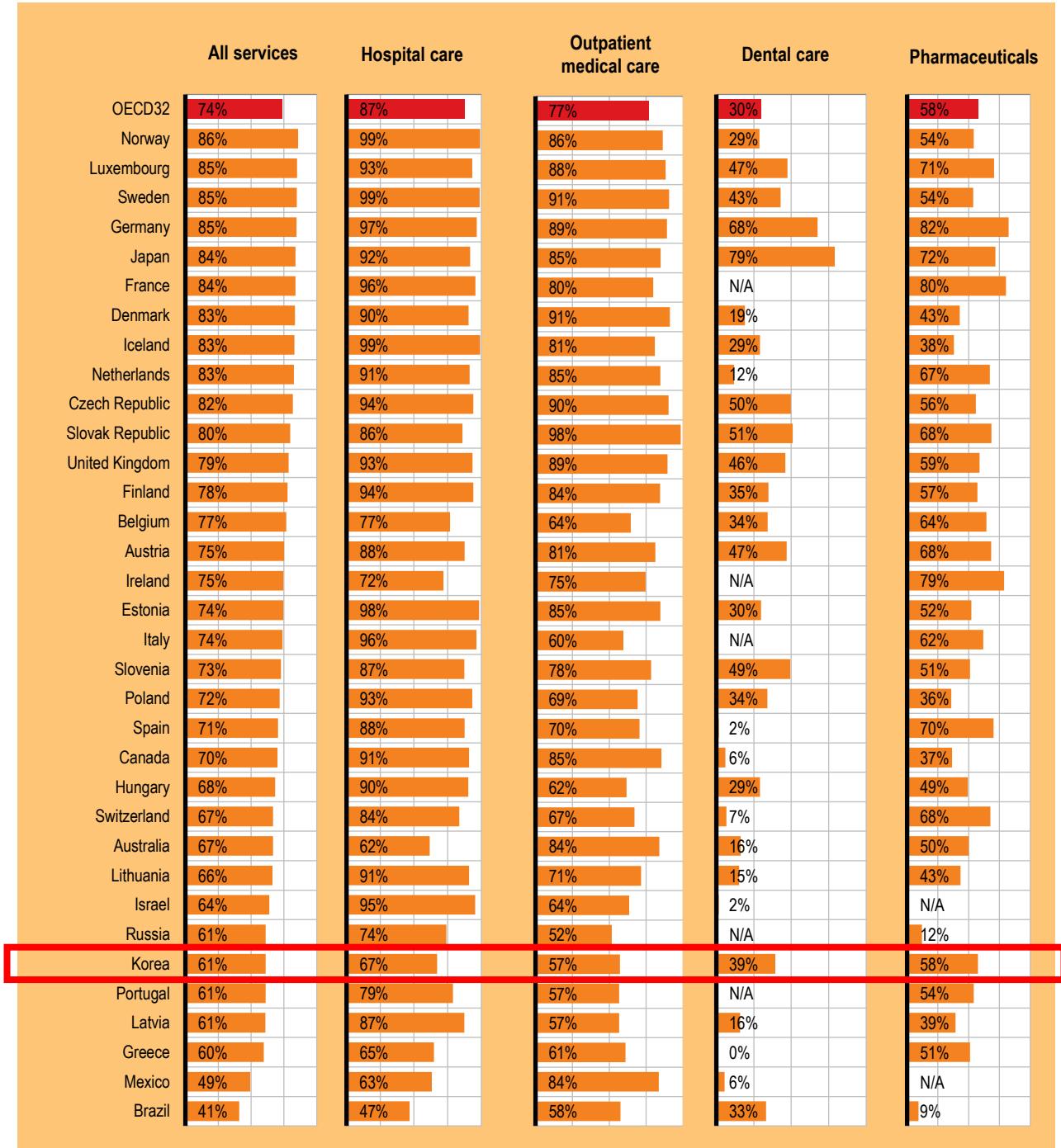
자료 : 손동욱, 박경선, 이수연, 김용빈(2019) 주요국의 건강보험에 대한 정부지원 배경과 시사점.  
<표1> 건강보장으로 사회보험제도를 운영하는 주요국가에서 보험재정에 대한 정부지원 비중



# Out-of-pocket spending on health as share of final household consumption, 2021 (or nearest year)



Sources: OECD Health Statistics 2023, OECD National Accounts Database.



# 낮은 보장수준(2022)

- 한국의 건강보장의 재정보장율: 총 61%, 입원 67%, 외래 57%, 치과 39%, 약제 58%
- 비슷한 지불제도와 경로를 가진 일본의 (총 84%, 입원 92%, 외래 85%, 치과 79%, 약제 72%) 경우와 비교됨.
- 결국 재난적의료비(7.5%)로 일본의 2.4%와 비교됨.(WHO 2019)
- 현금급여인 상병수당 문제까지 포함하면 심각한 보장수준 임.

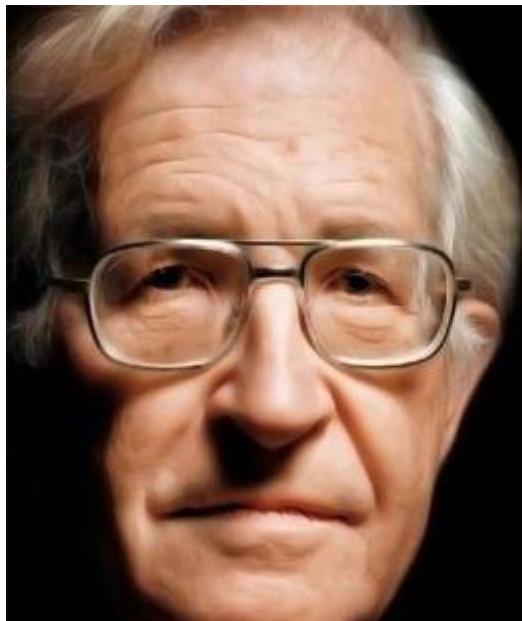
Source: OECD Health Statistics 2022.

# 의료비 폭등의 이익은 누가 보고 있는가?

- 낮은 공공지출(정부의무지출) = 높은 민간부분지출(직접의료비 + 민영보험)
- 즉 낮은 보장성에도 총의료비가 증가하는 상황은 **직접의료비 영역과 민간보험의 이익을 팽창시키고 있음.**
- 높은 가계직접의료비, 민영보험료를 **노동자, 서민의 가치분소득을 떨어뜨림**. 즉 생활조건을 더 팍팍하게 만들고 있음.
- 반면 민간보험, 제약, 의료기기, 시장친화적 의료공급자(공공의료 및 급여진료중심의 공급자 제외)는 **막대한 초과이익을 거두고 있음. 이는 바이오헬스산업 투기의 배경**
- 특히 금융자본은 직접적인 민간보험시장의 팽창 외에도 임대료, 이자, 특허사업 등의 **부수적인 금융화로 인한 이익도 취하고 있음.**
- 국가도 의료산업발전(보건복지부)와 금융산업발전(금융위원회 등)의 2개의 축으로 이를 지지 후원해 왔으며, 그 기조는 건강보험 이 도입된 1987년 이후 지난 38년간 바뀐바 없음

의료민영화는 괴담인가?

# 위험과 비용은 사회화, 이윤은 사유화



A basic principle  
of modern state  
capitalism is that  
costs and risks are  
socialized to the  
extent possible,  
while profit is  
**privatized.**  
—Noam Chomsky

현대 자본주의 국가의 기본원리는 비용과 위험은 광범하게 사회화하고, 반면 이윤은 사유화 하는 것이다. – 노암 촘스키

(This) shameless corrupt government wants  
to **privatize** anything and everything including our  
highways, education, health care system, water supply  
and probably the air we breathe.

파렴치하고 부패한 정부는 거의 모든 것, 고속도로, 교육, 보건/의료 체계, 상하수도 뿐만 아니라 우리가 숨쉬는 공기까지도 **사유화**하고 싶어한다.

노암 촘스키 「누가 무엇으로 세상을 지배하는가」 中

# 의료기기 규제완화(시장 즉시 진입 의료기기) – 사기기업 활성화(2023~)

첨임2 새로운 의료기기의 시장진입 절차 개선방안 공청회 포스터

## 새로운 의료기기의 시장진입 절차 개선방안 공청회

2024.09.24(화) 14:00

국회의원회관 제1세미나실

참석대상  
의료계, 산업체(의료기기 업체)를 해당 분야 관계자

세부일정

시간	내용	발표자
14:00~14:10 10'	인사말씀	서명석 의원(국회 보건복지위원회)
14:10~14:20 10'	신의료기기 시장진입 절차 현황 및 해외 사례 소개	문화연 원장(한국보건산업진흥원)
14:20~14:40 20'	• 새로운 의료기기와 시장진입 절차 개선방법 • 의료기기 임상평가제도 개편방향	보건복지부 식품의약품안전처
14:40~15:25 45'	회고도록	진행을 교수(자진)
15:25~16:00 35'	질의 답변	-
16:00	폐회	-

유의사항

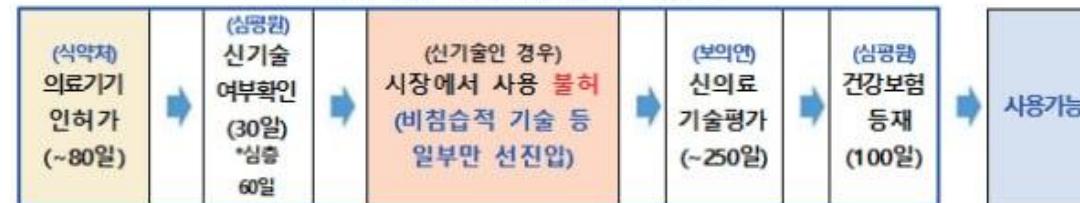
\*세부일정 및 발표자는 변경될 수 있습니다.

\*별도의 주차권 발급이 불가능하오니 대중교통을 이용하여 주시기 바랍니다.

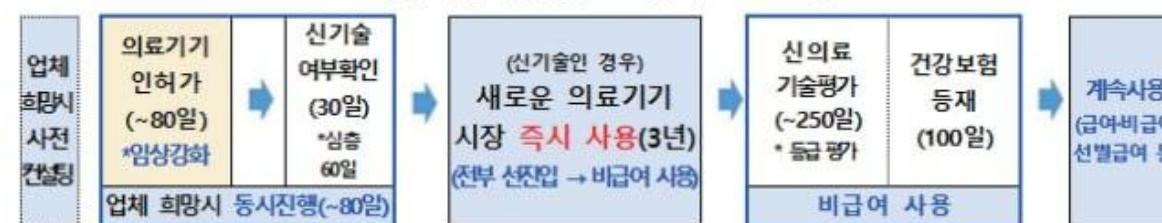
## 시장 즉시 진입 의료기기 제도 개선 추진

- 의료기기 허가·신의료기술평가·건강보험 등재 절차 전반의 제도 개선(안)

<현재 시장 진입 절차: 4단계, ~490일>



<향후 시장 진입 절차: 1~2단계, 80~140일>



국민들이 마루타인가? 기업의 임상시험 비용을 국민에게 전가? 효용성없는 의료기기는 수출은 되나?  
탈과학이 산업화인가? 비급여확대가 결국 방향인데... (2024.9.24)

# 줄기세포 사기꾼들



'암 완치 사기' 병원장 아들 처벌



의사 A씨

“모든 암의 근본원리 발견했고,  
부친의 상태가 나쁜 편이 아니다”

“줄기세포 이용해 3달 동안  
치료하면 된다”

오늘 밤 11시  
LIVE

13:20 날씨 강릉- 구름조금, 낮 최고 7°C

원/위안 177.63 ▼0.55



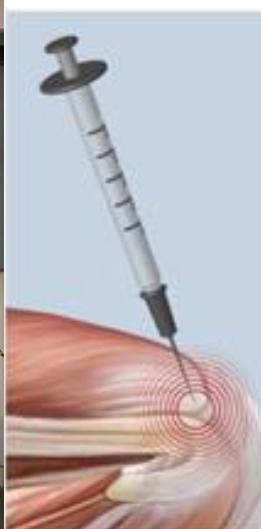
카페 B

## 운동장애 '파킨슨병'... 유도만능줄기세포로 극복한다

네이처셀  
'조인트스템'  
관련  
논란 일지

- 2017년 1월 퇴행성 관절염 줄기세포 치료제  
'조인트스템' 2b 임상시험 완료
- 6월 네이처셀, 식품의약품안전처에  
조인트스템 조건부 판매 허가 신청
- 2018년 3월 16일 식약처, 조인트스템 조건부  
허가 신청 반려
- 네이처셀 주가 최고가(6만4,600원) 기록
- 6월 7일 검찰, 네이처셀 본사 압수수색
- 7월 18일 라정찬 네이처셀 회장 구속, 네이처셀  
주가 급락(1만650원)

# 가짜약 인보사(2019)



## '인보사' 가격 구조

환자 처방비용(비급여) 600만~700만원

시술 등 제반비용  
+이윤 225만원  
  
먼디파마 판매대행비  
190만원(40% 가정 시)  
  
남품가격  
475만원  
  
생산원가+인건비+  
해외 품질 검증비+  
연구개발비 등 285만원

## 무릎 연골 치료 가격 (단위=원)

메디포스트 '카티스ーム' (비급여)	900만 ~1,000만
코오롱생명과학 '인보사'(비급여)	600만 ~700만
인공관절 전치환술 (급여)	200만 ~250만
LG화학 '시노비안' (급여)	3만 ~4만



유전체검사가 지양되어야 할 조건.

- 1) 건강한 사람에게서 미래의 질병을 예측할 목적으로 이용되는 검사
- 2) 유전자 검사만으로 독립적으로 질병 이환 여부를 확정될 수 없는 검사
- 3) 민감도가 낮고 양성 예측도가 낮은 검사
- 4) 치료수단이나 예방수단이 이용 가능하지 않거나 효과적이지 않은 경우
- 5) 유병율이 높은 질환에 대한 검사
- 6) 집단검진(screening)을 위한 검사
- 7) 특정 집단에 유병율이 높은 질환에 선택적으로 이용 될 수 있는 검사

**건강**

내 유전자 검사 결과

TOP3	유전율	상위%	등급
상위 백분율 값이 1%에 가까울수록 뛰어난 항목이에요			
	알코올 의존성	상위5%	
	코엔자임Q10 농도	상위5%	
	지방산 농도 (오메가-3)	상위6%	

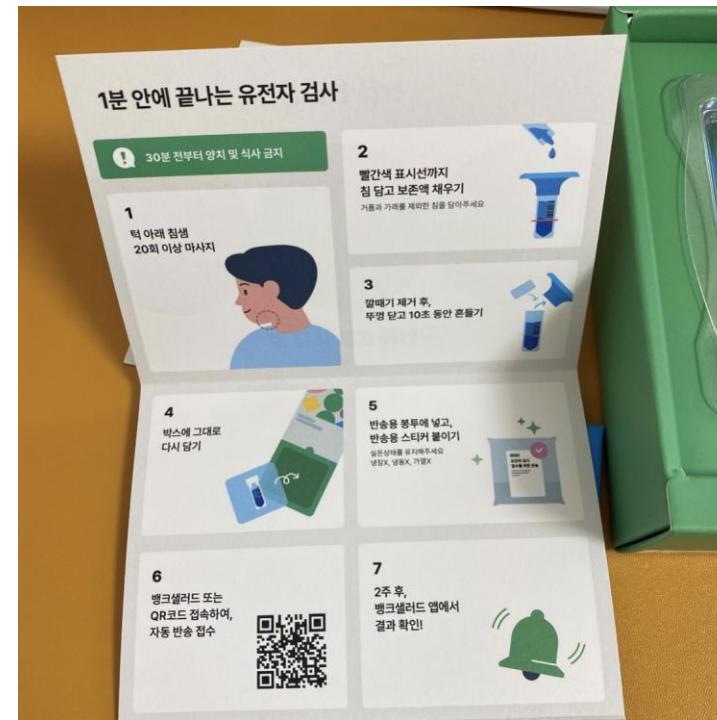
[전체 보기](#)

**건강**

내 유전자 검사 결과

TOP3	유전율	상위%	등급
뱅sal님의 타고난 능력 3가지에요			
	내 지방은 좋은 지방	지방산 농도 (오메가-3)	
	비브라늄 빠	칼슘 농도	
	스프린터	단거리 질주 능력	

[전체 보기](#)



# 건강검진 산업화



## Korea's Thyroid-Cancer "Epidemic" — Screening and Overdiagnosis

Hyeong Sik Ahn, M.D., Ph.D., Hyun Jung Kim, M.P.H., Ph.D., and H. Gilbert Welch, M.D., M.P.H.

The Republic of Korea has provided national health insurance to its 50 million citizens since the 1980s. Although health care expenditures in South Korea's single-payer system are relatively low — accounting for 7.6% of the country's gross domestic product — the system is technologically intensive; among the

countries in the Organization for Economic Cooperation and Development, it ranks second in acute care beds per million population, fifth in computed tomography (CT) scanners per million population, and fourth in magnetic resonance imaging (MRI) machines per million population. The country also has a well-devel-

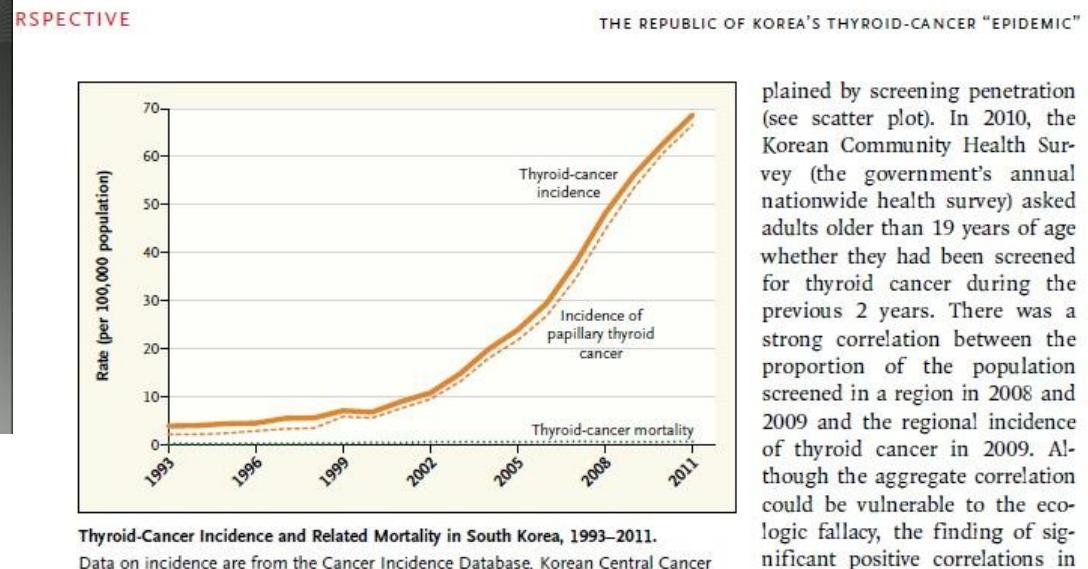
oped data infrastructure for both vital statistics (Statistics Korea) and cancer incidence (Korean Central Cancer Registry).

In 1999, the government initiated a national screening program for cancer and other common diseases. This program now provides screening for breast, cervical, colon, gastric, and hepatic

N ENGL J MED 371;19 NEJM.ORG NOVEMBER 6, 2014

1765

The New England Journal of Medicine  
Downloaded from nejm.org by BEAT MUELLER on November 5, 2014. For personal use only. No other uses without permission.  
Copyright © 2014 Massachusetts Medical Society. All rights reserved.



plained by screening penetration (see scatter plot). In 2010, the Korean Community Health Survey (the government's annual nationwide health survey) asked adults older than 19 years of age whether they had been screened for thyroid cancer during the previous 2 years. There was a strong correlation between the proportion of the population screened in a region in 2008 and 2009 and the regional incidence of thyroid cancer in 2009. Although the aggregate correlation could be vulnerable to the ecologic fallacy, the finding of significant positive correlations in



jihojang77  
DoctorNow APP



좋아요 321개

jihojang77 대통령님과 함께 방미 경제사절단으로 워싱턴 dc에 갑니다.

대통령께서 직접 말씀하신 것이 기억이 납니다.

"벽을 깨고 연결한다는 것은 국민을 위해서 지대 추구와 기득권을 깨는 것이다. 정보가 모든 사람에게 오픈되고 누구나 비용을 안 들이고 이 정보에 접근할 수 있게 되면 저절로 이 카르텔은 깨진다"

특히, 정보의 오픈과 지대추구라는 단어 기억에 남습니다.



# 의료플랫폼

= 의료판 배달의 민족, 카카오택시

12:06 12:06 12:06 12:06

**닥터나우**

비대면 진료실 진료 상세

원하시는 진료를 받아보세요

진료과목으로 의사선생님을 찾아보세요

내과 가정의학과 소아청소년과

내과 피부과 신경과 비뇨의학과

0 원

약국

닥터나우약국 별남점 서울특별시

배송

주문자 : 박건태 배송지 : 전북 남원시 주천면 호가리 476-1, 000-0000

진행 과정

선택한 치한 증상입니다.

건강보험에 적용되지 않아요

감기/목살 복통 탈모 사후피임

건강보험에 적용돼요

내과 치과 응급의학과

내과 산부인과 미야마이자 치과

내과 천장 내과 미야마이자 치과 응급의학과

원하는 약 처방받기 담아두기

BEST 약품

피나온정 1mg 30정, 약 11,100원 1정 기준 약 370원 탈모 피나스테리드

남성형 탈모치료 전문제 피나온정 1mg, 30정

약 11,100원 1정 기준 약 370원 탈모 피나스테리드 카피악 구매단위 30정 복약방법 1일 1회 복용 제조/수입사 독립바이오제약

프로페시아정 1mg 28정, 약 50,000원 1정 기준 약 1,786원 탈모 피나스테리드 오리지널약

아보다트 연질캡슐 0.5mg 30캡슐, 약 25,000원 1캡슐 기준 약 833원 탈모 두티스테리드 오리지널약

피나온정 1mg 30정, 약 11,100원 1정 기준 약 370원 탈모 피나스테리드 카피악

두타원 연질캡슐 0.5mg

약 설명 듣고 가세요! 성인남성(만18-44세)의 남성형 탈모증의 치료제예요. 모든연령층의 여성에게 복용을 금지하는 약물이에요.

상비약도 닥터나우에서 챙겨두자

본 설명은 의약품에 대한 광고가 아니며, 설명서의 내용을 전달한 것일 뿐 자세한 약의 설명에 대해서는 의사/약사와의 상담을 추천드려요.

담아두기 진료비

약 34,100원 약품금액

진료 후 협의 진료 후 약 받기

- 거대 중계업
- 약배송 + 원하는 약을 처방?
- 상비약도 챙겨두자?

# 시범사업과 가산 – 건강보험재정이 문제라면서?

수가 적용 : 전화상담·처방시에는 대면진료와 동일한 진찰료 및 가산(야간, 공휴, 1세미만, 6세미만 등), 의료질평가지원금 산정

\* 다만, 전화상담 참여 유인 제고 드을 위해 이워그 이르기과제 하해 저히사단과기리(지찬근이 30%) 시선 전료

청렴韓 보건복지부



보건복지부



구분	외래환자 진찰료	
상급종합 병원	초진	재진
종합 병원	19,490원	15,110
전문 병원	17,770원	13,320
병원	15,920원	11,530
의원	16,140원	11,540

## ③ (수가) 시범사업의 특성상 추가되는 업무 등 고려, 관리료 추가 지급

- (의료기관) 진찰료 + 비대면 진료 시범사업 관리료(진찰료의 30% 수준)
- (약국) 약제비 + 비대면 조제 시범사업 관리료(약국관리료, 조제기본료, 복약지도료의 30% 수준)

관련 협조 요청

의 노고에 감사드립니다.

.5.30)와 관련하여 비대면진료 시범사업 추진방  
사업의 시행에 따른 안내를 요청 드린바 있습니다

여 아래와 같이 안내드리니 일선 의료기관 등에  
하기 바랍니다.

사 래 >

	현행
관리료 금	초진진찰료 + 비대면진료 시범사업 관리료
관리료 금	재진진찰료 + 비대면진료 시범사업 관리료

원·병원금, 초·재진 점수 40.34점 동일  
페이지-알림-공지사항-공고」에서 '비대면진료'  
니다. 끝.

## 3 실행 방식

### ① (진료방식) 화상진료 원칙, 예외적으로 음성전화 가능

- 환자·의사가 상호 본인 여부를 확인할 수 있도록 화상진료 원칙
  - 다만, 화상통신 사용이 곤란한 환자(노인, 스마트폰이 없는 경우 등)에 대해서는 음성전화로도 가능
  - 유·무선 전화가 아닌 문자메시지, 메신저만으로 비대면 진료 불가

# 플랫폼(원격장비) 비용은 누가 내는가?

- 1) 코로나 시기 이미 30% 가산(기존 진찰료에 전화상담관리료 30% 추가)
- 2) 건강보험재정 혹은 개인부담 → 국민의료비부담 상승.(설사 상승할 이유가 있더라도 여타 진료영역과의 우선순위에서 비다면 진료비에 재원투입이 합리적인가?)
- 3) 플랫폼 업체는 어떤 수익을 고려하고 있을까?(데카콘을 꿈꾼다?)

“우리는 원격 의료 합법화에 베팅합니다”…돈 들고 찾아간 VC

등록 2022-06-30 오후 1:59:39



[글로벌 스탠더드에서 답을 찾다]②  
원격의료 스타트업 '닥터나우' 2000억원 가치 인정받아  
"엔데믹 이후 진료 건수 꺾인것은 사실…피할 수 없는 방향성"

[이데일리 이광수 기자] 비대면 의료 중에서도 원격의료는 현재 국내 협행법상 불법이다. 하지만 시장은 벌써부터 원격의료 합법화를 기대하고 있다. 특히 최소한 펀드 청산 시점 안에서 유의미한 변화가 있을 것이라고 전망하는 벤처캐피탈(VC) 등 투자자들은 비대면 의료 스타트업에 공격적인 투자를 진행하고 있다.

29일 업계에 따르면 원격의료 서비스 스타트업 닥터나우는 이달 초 시리즈B 투자유치를 마무리했다. 인정받은 기업가치는 2000억원 이상으로 알려졌다. 이번 라운드로 닥터나우가 확보한 자금은 400억원이다.

닥터나우 시리즈B 투자자를 보면 국내는 물론 해외 유수의 투자자들이 이름을 올렸다. △소프트뱅크벤처스 △새한창업투자 △해시드 △크립벤처스 △프라이머사제 △미래에셋캐피탈 등 기존 투자자와 △앤파트너스 △굿워터캐피탈 △스마트스터디벤처스 △스프링벤처스 등 신규 투자자들이 참여했다.

# 인공지능?

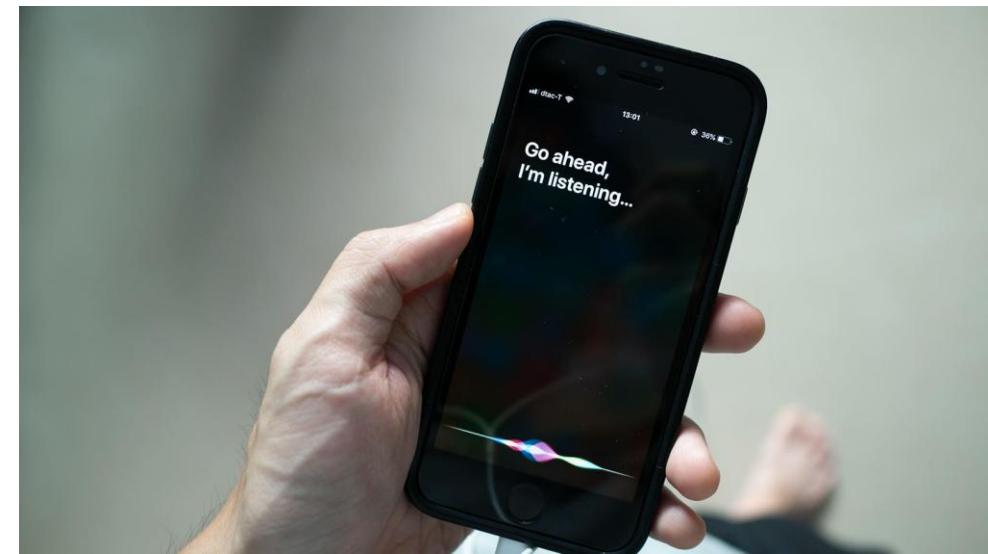
Opinion > Second Opinions

## Hey Siri: Is Health Info From Voice Assistants Accurate?

— This technology must prioritize advice from peer-reviewed and respected sources

by Atul Sinha, MD July 6, 2022

- Apple의 Siri, Google Assistant, Amazon Alexa, Microsoft의 Cortana와 같은 가장 인기 있는 음성 비서에게 대장암에 대한 일차진료에서 환자로부터 가장 많이 받는 일반적인 질문 5가지를 물어보았음.
  - 대장암 검사는 언제부터 시작해야 하나요?
  - 대장암 검사는 얼마나 자주 받아야 하나요?
  - 대장암에 대한 다양한 검사는 무엇입니까?
  - 대장암 위험을 줄이려면 어떻게 해야 합니까?
  - 대장암의 증상은?
- 실험 결과는 다음과 같음
  - Amazon Alexa는 3개만 올바르게 응답했고 Cortana는 2개 질문에만 정확한 정보를 제공했음.
  - Google Assistant의 경우 타겟광고가 지나치게 많았음. 예를 들어 45세 이상의 사람에게 대장내시경 검사를 권장하기 전에 대장암 선별 상품인 Cologuard를 광고했음.
  - 또, 4명의 음성비서 중 누구도 이용자에게 의사와 상담하도록 지시하지 않았음.



# 소위 '혁신 의료기기' 투기조장



# 건강개인정보 민영화도 빼먹을 수 없다

## ❶ 건강보험 빅데이터 활용 확대 및 관리 강화

- 개인정보 보호를 확실히 하면서도, 공익적·과학적 연구 목적으로 폭넓게 활용될 수 있도록 건강보험 빅데이터 개방 확대

As-Is	To-Be
<ul style="list-style-type: none"><li>• '의명자료' 형태의 분석 결과만 반출 가능<ul style="list-style-type: none"><li>* (의명정보) 다른 정보를 사용해도, 더 이상 개인을 식별할 수 없는 정보 → 의명정보는 추가분석 어려움</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 공익적·과학적 연구의 경우, 관련 법령에 따라 <u>가명자료</u> 반출 허용<ul style="list-style-type: none"><li>* (기명정보) 개인정보의 일부를 삭제·대체하는 등 가명 처리를 통해 개인을 식별할 수 없게 한 정보 → 가명정보는 필요 시 추가분석도 가능</li></ul></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• 일부 기업(보험사 등)에 대한 데이터 제공 제한<ul style="list-style-type: none"><li>* 보험사의 경우 특정 개인에 대한 보험가입 거절, 보험료 인상 등에 활용 우려</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 공익적·과학적 연구로 정보주체 침해 우려 등이 최소화될 수 있는 경우에는 데이터 제공 확대</li><li>• 데이터 악용 방지를 위한 대안 마련<ul style="list-style-type: none"><li>* ▲데이터 왜곡 방지, ▲국민에게 불이익을 주는 방식으로 활용 금지 등을 위한 사전조치 강화 검토</li></ul></li></ul>

## ❷ 자기 주도 건강정보 관리 지원

- '건강정보 고속도로' 구축·운영을 통하여 요양기관별로 흩어져 있는 건강정보를 통합·활용할 수 있는 기반 마련
- 수집된 정보 기반으로 자기 주도 건강관리 및 맞춤형 처방 지원

\* (예) ▲건강정보 기반 위험요인 알림 및 질환 예측, ▲운동 및 식이조절 방법, ▲다제약품 관리 안내 등

## 기업의 탐욕과 윤석열의 천박한 인식 꼴라보

"데이터 산업을 키우는데 지금 이 보건의료 데이터를 활용하는 데 어려운 점이 많다, 하여튼 풀겠습니다. 그리고 제가 개인정보보호위원장을 임명할 때, 환경부장관을 임명할 때, 여기 와 계시지만 이 분들이 무슨 개인의 정보보호니 또 환경에 대해서 어떤 절대적인 보호주의자라면은 저 아마 이분들을 장관이나 위원장으로 제가 임명을 안 했을 겁니다."

활용을 할 수 있어야 됩니다. 자연이라고 하는 것도 우리가 환경을 보존해가면서 자연을 잘 활용을 할 수 있어야 되는 거지, 절대적인 보존만이 환경이다 이렇게 생각을 하면은 그러면 인류가 발전할 수가 없죠. 정보도 마찬가지입니다. 개인정보라고 해서 그거를 비식별화를 시켜 가지고 여기에 대해서 얼마든지 경제적인 가치를 창출해 나가야지, 어 개인정보보호라는 거는 '절대 개인동의의 없이 못 쓴다' 이러면 언제 개인 동의를 받아가면서 이 정보를 활용하겠습니까? 이게 다 데이터가 돈입니다. 이제는.(하략)"

강원도 민생토론회 윤석열 마무리발언(2024.3.11)

[단독] '선 넘은' 보험사들...카·몸무게부터 수술기록 까지 건보공단에 요청

김윤주 기자 · 2024. 10. 7. 20:25



건보공단 "국민이익 침해 우려" 미승인  
전문가 "보험사 유리한 상품 개발 등 우려"

# 돈만되면 다 한다....

정책건의

## ③ 노인복지주택 내 의료행위(건강관리 서비스) 제한

노인복지주택 내 양호실 운영이 불법? 혈압 측정, 찝질 등 기초서비스 허용 필요

## 서비스산업 활성화를 위한 30대 규제개선 과제

2024. 9

### ㉙ 서비스산업발전기본법 제정

취업자 70% 종사 서비스업 지원법, 10년 넘게 표류 중

#### 1. 제안배경

- [현황] 서비스산업 발전을 위한 법·제도 기반 미비
- 우리 정부가 오랫동안 서비스산업 육성을 표방했지만 서비스산업의 발전을 위한 법적 제도적 기반이 마련되어 있지 않은 상황
  - 서비스산업 발전은 장기 비전하에 지속적·체계적 접근을 통해 달성 가능
  - 서비스발전기본법은 2012년 최초 발의 후 현재까지 표류
- ※ 관련법령 : 서비스산업발전기본법

#### □ [문제점] 통합 법률 부재로 관련 산업 발전 저해

- 서비스산업은 내수기반 확충, 일자리 창출 등 우리 경제의 지속가능한 성장을 뒷받침할 핵심 산업 분야
- 서비스산업 고용 창출 효과는 제조업의 2배로, 제조업-수출에 편중된 한국경제 구조 개선과 질적 도약을 위한 돌파구가 될 수 있음
  - \* 취업유발계수(명/10억원) : (제조업) 6.26, (서비스업) 11.52  
(출처 : 한국은행, 2020년 산업연관표 기준)
  - \* 선진국의 경우 부가가치의 70~80%를 서비스업에서 창출하고 있으나, 한국은 10년간 60% 내외에서 정체
    - \* 서비스업 부가가치 비중 : 韓 62.5%, 美 80.1%, 佛 70.2%, 日 69.5%, 獨 63.0%  
(출처 : OECD, 2021년 기준, 미국·일본은 2020년 기준)
- 한국의 서비스업 고용 비중(70%) 또한 주요국 대비 저조한 편
  - \* 서비스업 고용 비중 : 韩 70.0%, 英 81.0%, 美 79.2%, 佛 78.0%, 日 73.1%, 獨 71.1%  
(출처: ILO, 2021년 기준)
- 서비스산업 발전을 위한 정부 지원의 법적 기반 마련 필요

#### 2. 건의과제

- 서비스산업발전기본법 조속 제정

□ 의료인-환자 간 원격의료를 원격의료 대상에 추가하고, 의약품을 비대면으로 수령할 수 있도록 허용

○ 의료법상 원격의료에 의료인의 환자 진료 추가하여 제도 안정성 제고

현행 (의료법)	개선안
<p>제34조(원격의료) ①의료인(의료업에 종사하는 의사·치과의사·한의사만 해당한다)은 제33조제1항에도 불구하고 컴퓨터·화상통신 등 정보통신기술을 활용하여 먼 곳에 있는 의료인에게 의료지식이나 기술을 지원하는 원격의료(이하 "원격의료"라 한다)를 할 수 있다.</p> <p>&lt;신설&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 의료인에 대한 의료지식이나 기술 지원</li> <li>2. 의료기관 밖에 있는 환자에 대하여 건강 또는 질병의 지속적 관찰, 진단, 상담, 내원 안내 및 처방</li> </ol>	<p>제34조(원격의료) ①의료인(의료업에 종사하는 의사·치과의사·한의사만 해당한다)은 제33조제1항에도 불구하고 컴퓨터·화상통신 등 정보통신기술을 활용하여 먼 곳에 있는 의료인 <u>또는</u> 의료기관 밖에 있는 환자에게 다음 각 호의 원격의료(이하 "원격의료"라 한다)를 할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 의료인에 대한 의료지식이나 기술 지원</li> <li>2. 의료기관 밖에 있는 환자에 대하여 건강 또는 질병의 지속적 관찰, 진단, 상담, 내원 안내 및 처방</li> </ol>

○ 약사법의 의약품 판매 장소제한 예외 조항으로 비대면 진료 발급처방전 포함

현행 (약사법)	개선안
<p>제50조(의약품 판매) ①약국 개설자 및 의약품 판매업자는 그 약국 또는 첨포 이외의 장소에서 의약품을 판매하여서는 아니 된다. 다만, 시장·군수·구청장의 승인을 받은 경우 &lt;신설&gt;에는 예외로 한다.</p>	<p>제50조(의약품 판매) ①약국 개설자 및 의약품 판매업자는 그 약국 또는 첨포 이외의 장소에서 의약품을 판매하여서는 아니 된다. 다만, 시장·군수·구청장의 승인을 받은 경우 및 의료법 제34조제1항제2호에 의한 원격의료로 처방받은 경우에는 예외로 한다.</p>

□ 첨단재생의료 저위험도 시술에 대한 연구계획 승인 절차 면제

○ 저위험도 시술에 대해서는 연구계획의 승인 절차를 면제해 환자의 접근성 증진

현행 (첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률)	개선안
<p>제12조(첨단재생의료 연구계획에 대한 심의 및 승인) ① 재생의료기관이 첨단재생의료 임상연구를 하기 위해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 연구에 관한 실시계획(이하 "첨단재생의료 연구계획"이라 한다)을 작성하여 제13조제1항에 따른 첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 심의위원회(이하 "심의위원회"라 한다)의 심의를 받아야 한다.</p> <p>② ~ ⑤ &lt;생략&gt;</p>	<p>제12조(첨단재생의료 연구계획에 대한 심의 및 승인) ① 재생의료기관이 첨단재생의료 임상연구를 하기 위해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 연구에 관한 실시계획(이하 "첨단재생의료 연구계획"이라 한다)을 작성하여 제13조제1항에 따른 첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 심의위원회(이하 "심의위원회"라 한다)의 심의를 받아야 한다. 다만 법 제2조 3호, 다른에 해당하는 저위험 임상연구는 승인 절차를 생략할 수 있다.</p> <p>② ~ ⑤ &lt;현행과 동일&gt;</p>

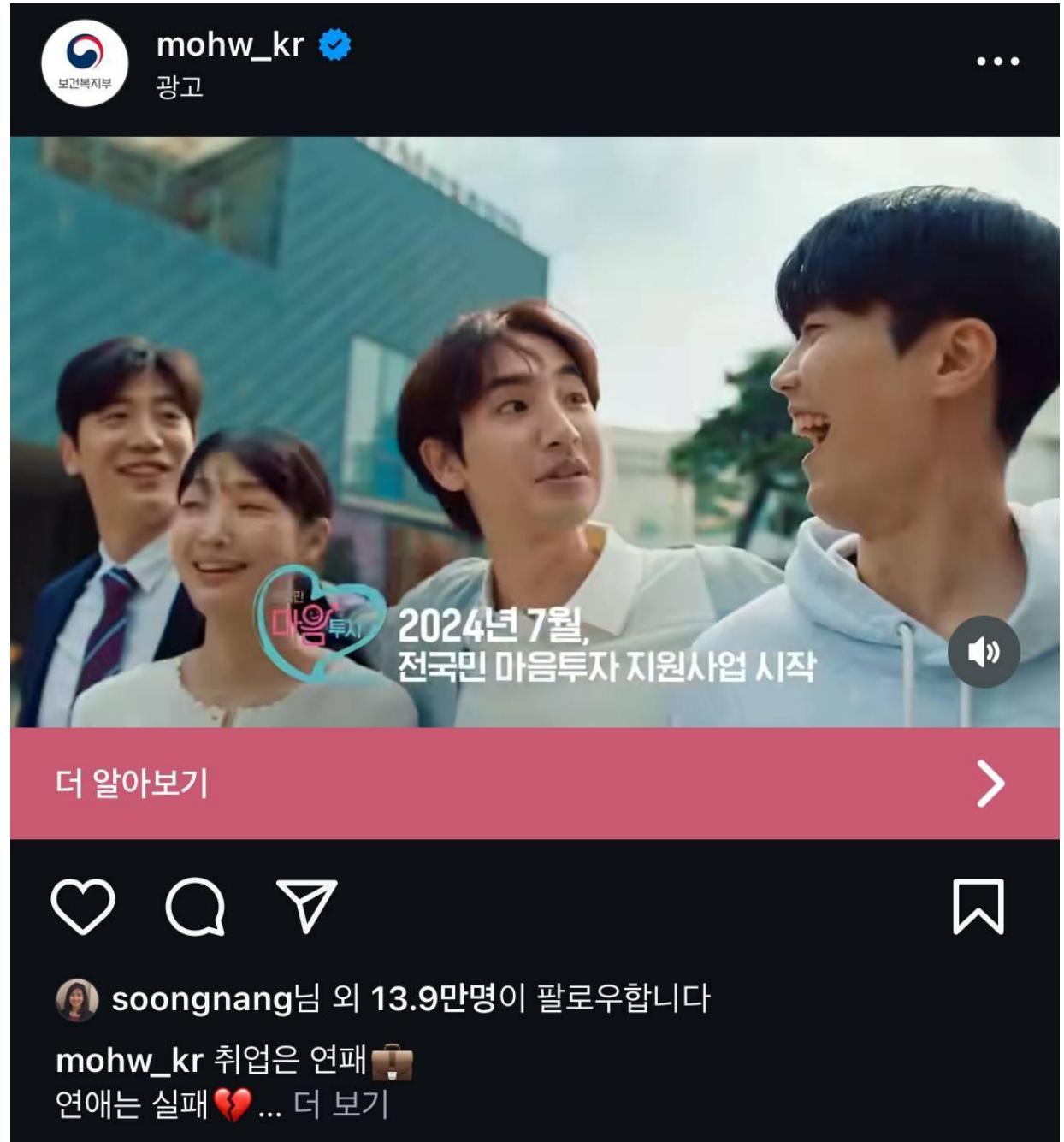
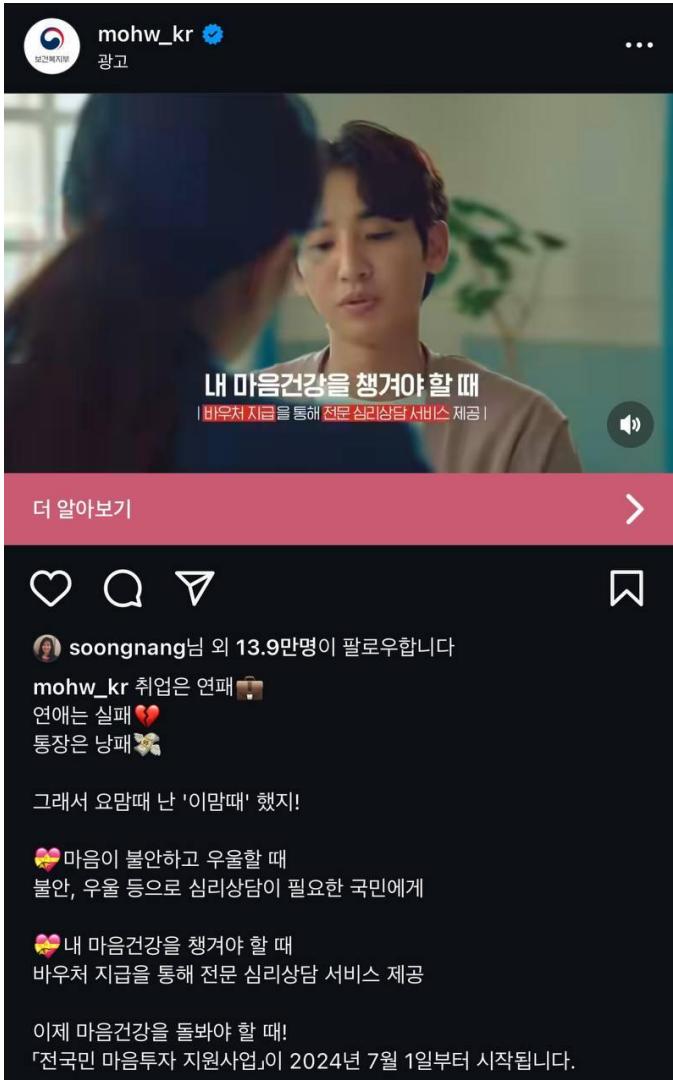
□ 첨단바이오의약품 제조 및 시술 허용 기관 확대

○ 첨단바이오의약품의 시술과정 중 병원뿐만 아니라 허가받은 병원외 관리시설(GMP)을 활용할 수 있도록 허용

- 첨단바이오의약품을 국내 제약사, 세포치료제 연구소 등 관련 기술을 보유해 식약처 허가를 받은 기관·시설이 위탁을 받아 제조할 수 있도록 허용
- 환자의 치료 접근성 개선, 병원의 무리한 GMP 시설 투자 방지, 병원 외 GMP 시설의 활용 증대 등

현행 (첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률)	개선안
<p>&lt;신설&gt;</p>	<p>제23조의2(첨단바이오의약품의 위탁 생산) 제조업자는 첨단바이오의약품 제조의 일부 또는 전부를 대통령령으로 정하는 시설 기준에 따라 필요한 시설을 갖추고 식품의약품안전처장의 허가를 받은 기관이나 시설에 위탁할 수 있다.</p>

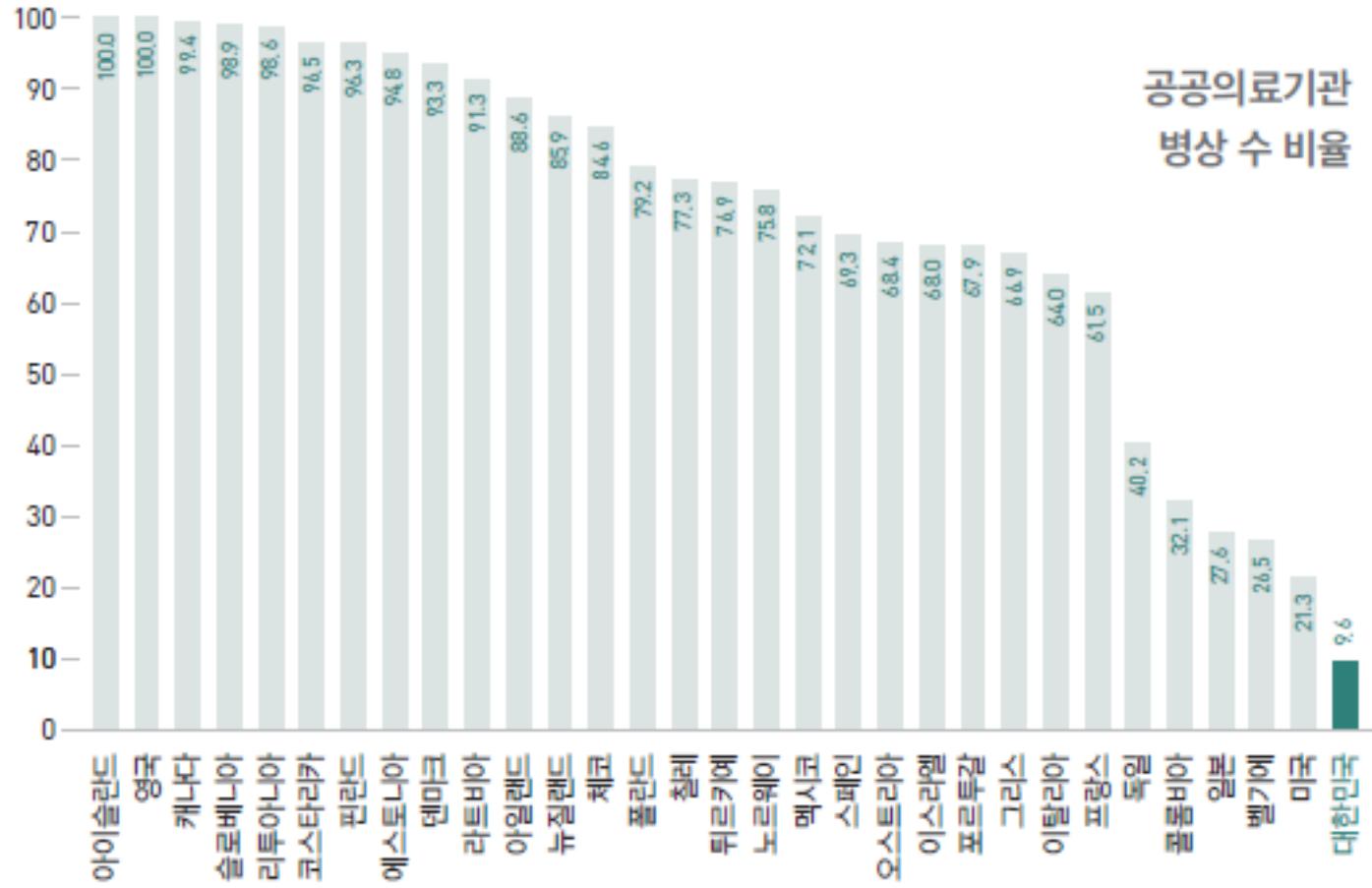
# 누군가에겐 사업



## 시장공급의 한계

- 허상인 '전문의 중심 병원'
- 공공의료 없는 어떠한 계획  
도 이젠 미봉책도 될 수 없어

# 최악의 공공의료



공공의료기관  
병상 수 비율

시사IN

## 현신의 대가로 수령에 빠진 공공병원, 그리고 외면하는 정부

코로나19 유행 기간에 감염병 전담병원으로 복무했던 지방의료원들이 심각한 위기에 내몰리고 있다. 6개월 회복기 손실보상금 외에 정부가 마련한 대책은 없다.

시사IN

## “윤석열 정부에선 ‘공공병원’이란 단어가 사라졌다”

공공병원 지원 예산은 줄어들고 신규 건립 사업은 무산되었다. 나백주 교수는 “공공의료 강화는 거스를 수 없는 시대적 과제”라고 말한다. 지방 소멸과 고령화 때문이다.

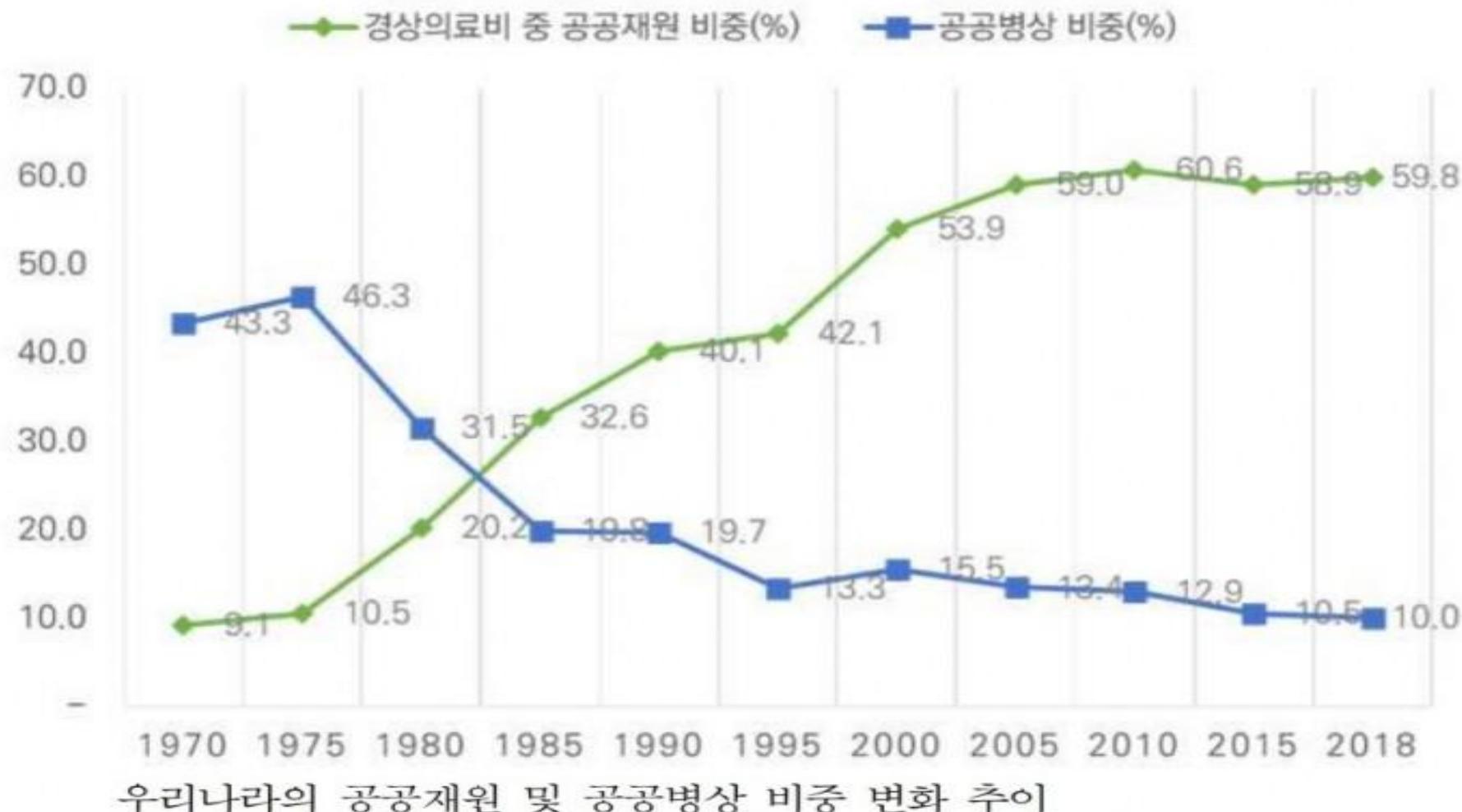


김연희 기자 다른기사 보기 > | 입력 2023.10.06 13:14 839호



# 한국 공공재원 및 공공병상 비중 변화 추이

공적보험의 수요를 민간이 모조리 흡수함 → 시장방치



# 위험의 외주화 / 공공병원은 잉여병원?

- 위험독박체계, 공공병원이 위험의 사실상 외주화된 형태였음. 이는 기존의 료체계와의 이분화되어 있는 체계를 강화시킨 효과가 발생하게 되었음.
- 코로나19를 거치면서 공공병원은 신종감염질환대응이나 재난대응을 위한 자원이란 인식이 커지고 있으며, 반면 민간의료기관들은 일상적인 진료 및 첨단진료를 행하는 ‘정상의료기관’으로 고정되고 있음
- 이런 체계는 위험부담이 높고 수익성이 낮은 부분만 떼내서 공공에 이양하는 양태를 확대했는데, 이런 구조가 의료공급에서는 엄청난 비효율을 놓고 있음

# 목숨값과 시간값, 인간생명가치, 예비타당성

〈표 V-3〉 환자들의 시간 당 경제적 가치 추정

연령대	건강보험 급여실적 외래내원일수	내원일수 비중: A	연령대 평균 시간 가치: B	C=A×B
0세	4,064,692	0.0051	1,298	6.6
1 ~ 4세	58,872,926	0.0734	1,662	122.1
5 ~ 9세	44,466,970	0.0555	2,486	137.9
10 ~ 14세	31,454,204	0.0392	3,674	144.2
15 ~ 19세	26,246,762	0.0327	5,130	168.0
20 ~ 24세	21,752,669	0.0271	6,769	183.7
25 ~ 29세	33,404,778	0.0417	8,440	351.7
30 ~ 34세	40,409,887	0.0504	9,942	501.2
35 ~ 39세	45,399,559	0.0566	11,067	626.8
40 ~ 44세	49,601,690	0.0619	11,640	720.2
45 ~ 49세	58,354,513	0.0728	11,567	842.1
50 ~ 54세	71,025,870	0.0886	10,862	962.4
55 ~ 59세	63,137,137	0.0788	9,638	759.1
60 ~ 64세	58,407,239	0.0729	8,080	588.7
65 ~ 69세	65,435,424	0.0816	6,401	522.5
70 ~ 74세	60,803,537	0.0759	4,791	363.4
75 ~ 79세	40,664,214	0.0507	3,389	171.9
80 ~ 84세	19,445,178	0.0243	2,265	54.9
85세 이상	8,657,279	0.0108	884	9.5
평균시간가치(원) ( $\Sigma V \times R$ )			7,236.9	

〈표 V-6〉 연령별 기대여명 및 연평균임금, 2010년

연령	기대여명 (년)			근로자 연평균임금 (만원)		
	전체	남성	여성	평균	남성	여성
0	80.8	77.2	84.1			
5	76.1	72.6	79.4			
10	71.2	67.6	74.4			
15	66.2	62.6	69.4			
20	61.3	57.8	64.5	1074.5	1152.9	1047.4
25	56.4	52.9	59.6	1775.8	1797.5	1760.7
30	51.6	48.1	54.7	2240.5	2414.8	1976.1
35	46.8	43.3	49.9	2557.4	2866.4	1962.8
40	42.0	38.6	45.1	2710.9	3274.3	1821.7
45	37.3	34.0	40.2	2705.8	3346.7	1792.9
50	32.7	29.5	35.5	2594.3	3299.1	1599.5
55	28.3	25.2	30.8	2450.2	3096.8	1446.8
60	23.9	21.1	26.2	1835.2	2345.2	1153.3
65	19.7	17.2	21.6	1256.9	1569.9	816.2
70	15.8	13.5	17.3	918.9	1256.8	610.4
75	12.2	10.3	13.3	596.8	718.3	522.6
80	9.1	7.6	9.8			
85	6.6	5.5	7.0			
90	4.8	4.0	5.0			
95	3.5	3.0	3.6			
100	2.6	2.3	2.7			

주: 1) 각 세별 자료 중 위 연령에 대해서만 보고함.

2) 각 연령은 만 나이임.

3) 기대여명 - 통계청 인구/가구 완전생명표(각 세별), 연평균임금 - 통계청 2010년 지역별 고용조사의 월평균임금 추정치에 12을 곱하여 계산함.

# 기업과 자본은 의료를 어떻게 보는가?

- 자본은 노동력의 가치와 치료비용의 가치를 견줘(편익) 선택 (병원 예비타당성 조사의 경우 등)
  - 산업예비군, 노동력이 풍부한 지역 → 생산성 측면에서도 보건의료서비스는 자본에게는 후순위 문제
  - 즉, 한국이 이런 경우임
    - 노동력이 풍부(언어문제로 국외 이주도 쉽지 않음)
    - 기본의료서비스도 선별해 노동시장이 파괴되지 않을 수준까지만 유지함.
    - 나머지는 서비스산업으로만 활성화. 돈벌이 수단화.
- 행위별수가제, 개업자율성유지(전체병원의 50%가 개인병원), 혼합진료허용, 민영보험활성화, 의료상품화, 의료광고확대, 의료관광추진, 병원M&A, 건강관리서비스 도입 등

# 개원이 늘어남. 의원 + 전문병원...

[표 3-6] 의료기관 종별 개원시기

구분	단위: 개소, %			
	종합병원*	병원	요양병원	의원
~1979년	41 (11.0)	10 ( 0.7)	0 ( 0.0)	264 ( 0.8)
1980년대	112 (30.1)	54 ( 3.9)	3 ( 0.2)	1,482 ( 4.3)
1990년대	72 (19.4)	117 ( 8.4)	19 ( 1.3)	5,387 (15.6)
2000~2004년	43 (11.6)	151 (10.8)	70 ( 4.8)	5,888 (17.0)
2005~2009년	41 (11.0)	283 (20.3)	419 (28.7)	5,172 (15.0)
2010~2014년	30 ( 8.1)	309 (22.2)	439 (30.1)	5,042 (14.6)
2015~2019년	23 ( 6.2)	325 (23.3)	424 (29.0)	7,217 (20.9)
2020년~	10 ( 2.7)	145 (10.4)	86 ( 5.9)	4,110 (11.9)

\*주: 상급종합병원 포함

\*출처: 병원정보서비스(2022.6기준), 건강보험심사평가원

[표 3-11] 병상 규모별 의료기관 수

구분		2011년	2015년	2019년	연평균증감율
종합병원	500병상이상	51	53	53	0.5%
	300~499병상	64	67	73	1.7%
	100~299병상	160	174	188	2.0%
병원	100병상이상	658	660	578	-1.6%
	30~99병상	717	836	911	3.0%
요양병원	300병상이상	31	102	129	19.5%
	100~299병상	598	1,003	1,238	9.5%
	30~99병상	359	267	210	-6.5%

\*주: 상급종합병원 제외

\*출처: 국민보건의료실태조사, 보건복지부

# 개원은 늘어났으나 급여비는 종병이?

[표 3-17] 의료기관 종별 입내원일수-외래

구분	종합병원	병원	요양병원	의원	단위: 백일, %
2000년	431,153 (11.2)	184,221 ( 4.8)	-	3,244,479 (84.1)	
2005년	565,450 (10.7)	302,860 ( 5.7)	-	4,420,259 (83.6)	
2010년	831,172 (13.0)	483,854 ( 7.6)	28,078 ( 0.4)	5,030,452 (78.9)	
2015년	962,244 (14.3)	620,022 ( 9.2)	29,231 ( 0.4)	5,118,184 (76.1)	
2019년	1,115,346 (15.3)	670,333 ( 9.2)	33,267 ( 0.5)	5,471,473 (75.1)	

\*출처: 건강보험통계, 국민건강보험공단

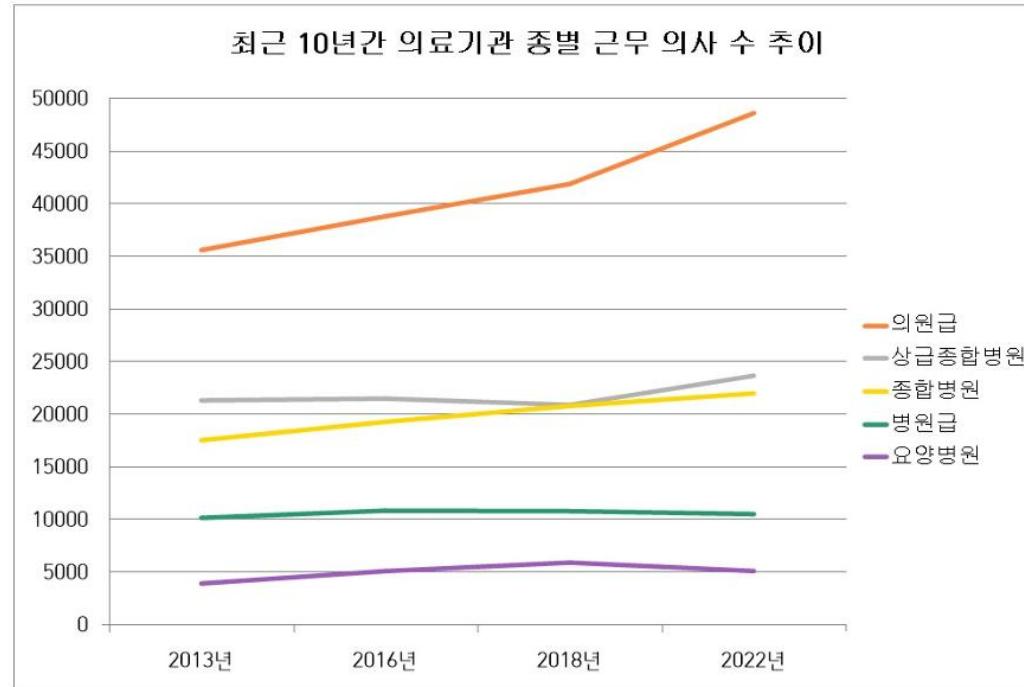
[표 3-15] 의료기관 종별 진료비 구성비

구분	종합병원	병원	요양병원	의원	단위: %
2000년	45.8	9.5	-	44.7	
2005년	45.2	12.1	-	42.7	
2010년	47.1	13.8	6.0	33.1	
2015년	46.1	13.9	10.6	29.4	
2019년	49.4	12.6	9.9	28.1	

\*주: 입원, 외래 포함

\*출처: 건강보험통계, 국민건강보험공단

# 그 많던 개원은 어디서 하나?



서울시 개인병원, 어떤 과목이 가장 많고 어디에 많을까? 서울연구원, 2023.5.

- ◆ 중증환자 비중 : 現 50% → 改 70% (또는 현행 비중의 50% 상향)
- ◆ 일반병상 감축 : 5~15% 감축 (서울: 1,500병상 이상 병원 일반병상 15% 감축)
- ◆ 전문인력 중심 : 전문의 + 진료지원 간호사 (전공의 현원비중 40→ 20% 단계적 감축)
- ◆ 권역 내 의료기관 간 협력 증추 ◆ 전공의에게 밀도있는 수련

현재의 비상진료체계라는 위기를 기회로 삼아, 지속가능한 중증·응급 중심의 진료체계를 확립하고 바람직한 의료전달체계를 확립할 수 있도록 진료, 진료협력, 병상, 인력, 전공의 수련 5대 분야의 상급종합병원 구조 전환 지원사업을 추진한다.

예) 서울대병원(전공의 740, 전문의 863)(전공의 비율 46.2%)

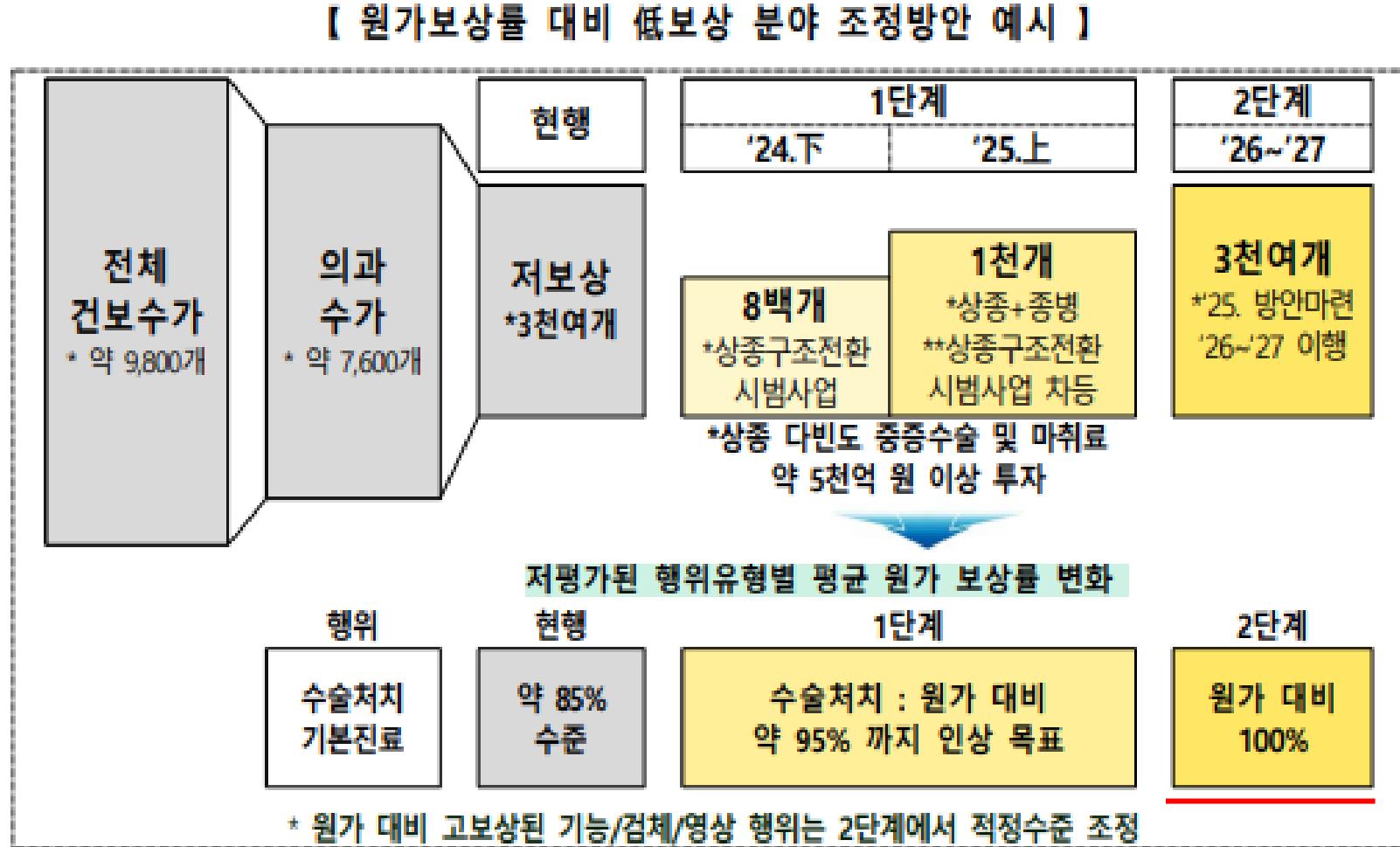
시나리오 1(병상증축) : 전공의 유지하고 전공의 비율 20%로 → 전문의 2960명 필요. 즉 **2100명** 가량 추가 전문의 구인이 필요함.(단기 중기 불 가능)

시나리오 2(병상감축) : 전문의 유지하고 20%로 전공의 감축 → 전공의를 216명으로 감축, **522명** 전공의 감원.(전공의 파업의 역설) → **구조조정, 감원**

시나리오 3(병상유지) : 전공의 일부 줄이고, 전문의 일부 늘리고, 나머지는 PA등으로 채우는 방안. 전공의 390명(350명 감원), 전문의 1163명 (300명 증원), PA 400명(전문의증원 + PA = 700). → 인력 비용은 보수적으로 잡아도 1155억 가량 증가, **수가인상(빅5에서만 6~8% 인상필요)**

# 구조조정, 고도화

# 비급여 통제(급여화) 없는 수가인상?



- 1) 행위별수가제에서 원가계산이 의미가 있나?
- 2) 현행 85%를 100%로 수가인상하면, 건강보험보상만 17.6% 이상하는 셈.
- 3) 재정은 어디서?(그냥 아랫돌 빼서 윗돌 고기?)
- 4) 보장성강화에 쓸 재정을 수가인상에?

# 한국 의료공급의 중요 모순지점

- 저임금 보건의료노동 : 전공의에 의존한 병원산업(빅5 총 의사노동의 55%를 전공의가 담당)이 만든 대자본과 소자본(개원)의 경쟁과 숙련노동의 효율화 붕괴 문제, 간호유휴노동의 문제
- 행위별수가제 : 보건의료산업에게는 상품화를 위해 효과적이나 산업자본일반과는 경쟁적 문제
- 보건의료공급의 초과이윤에 대한 인정 : 초과이윤에 대한 타 산업의 평균이윤율로의 회귀압력, 특히 대형병원이 아니라 개인병원, 의원이 이를 받고 있고, 갈등의 소지가 됨
- 수도권 무한쏠림 : 수도권내 경쟁의 격화
- 과도한 의료상품화 : 의료비폭등의 원인이고 수출중심, 제조업기반의 국가로써 한계에 봉착
- 의료공급에서의 시장방식 퇴출과 구조조정 : 의료기관적자의 방치와 의료기관 폐쇄는 지역(정주 시설)붕괴로 갈등의 소지가 큼(과거 경제성장기의 빠른 전환과 달리)  
→ 시장의료체계 자체에 대한 구조조정시도를 미봉책으로 선택한 결과가 소위 윤석열표 '의료개혁'

# 공공 공급을 배제한 편법은 이미 ‘실패의 실패’

- 공적공급이 이제는 병원급 뿐 아니라 의원급에 까지 대규모 확충되어야 함.
- 사적공급은 의료공급보다는 선택적 의료시장화에 촉발제가 되고 있음.
- 공적공급이 없다면 자영업자가 된 의사들을 복귀 시킬 방법은 없음
- 소위 ‘필수의료수가’ ‘수가인상’은 비급여, 신의료기술, 혼합진료로 인해 작동하지 않아
- 보건의료부분의 시장실패를 한국만 이길 수 있는 것은 ‘망상’

# 한국 의료공급구조 모순과 한계

- 1) 민간의료공급이 주도하는 수준을 넘어서 절대적 수준에 도달
- 2) 병원 사업의 팽창과 자본의 고도화
- 3) 시장만능주의적 의료공급과 함께하는 민영보험의 확대
- 4) 시장의료공급 속 의료공급자 개개인의 영리적 인지부조화가 촉발
- 5) 영리적인 병의원, 민영보험, 영리화된 의사집단과 결합한 강력한 의  
료민영화 조치들의 등장

# 해외의 사례 (공공의료, 사회보험 봉고)

# 해외의 의료제도 - 칠레(이중 보험)

## 1. 1968년전 상황

50개의 의료보험시스템이 난립 인구의 27.0%가 아무런 보험혜택도 받지 못하는 상황  
3개의 보험체계 유지 / SERMENA – 공무원, 사무직노동자들(48년 예방, 68년 치료) : 20% 정도를 포괄, FFS 채택, 사립의료기관 대상, 1/3정도의 본인부담금 / SNS – 생산직노동자들 : 47% 정도 포괄, 무료였으나 공적보건의료자원의 한정으로 의료이용에 큰 장애 / 나머지 5%는 경찰과 군인 보험체계.

## 2. 아옌데 정권시절

아옌데 개혁(예방과 필수의료강화) : 전국민강제가입과 국가건강보장체계(FONASA)의 도입 - 민영보험과 의사들의 피의 저항.

## 3. 1973년 이후 피노체트시기 개악

이분화 구조로 민영의료보험을 선택할 수 있도록 함.

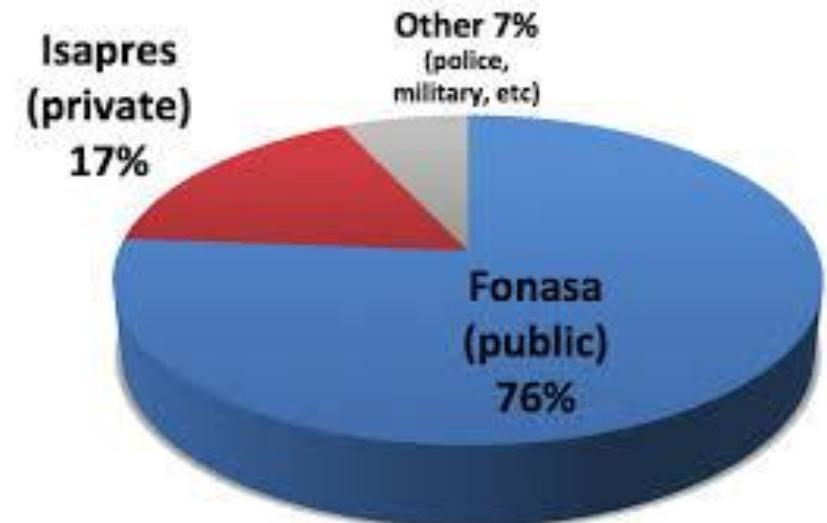
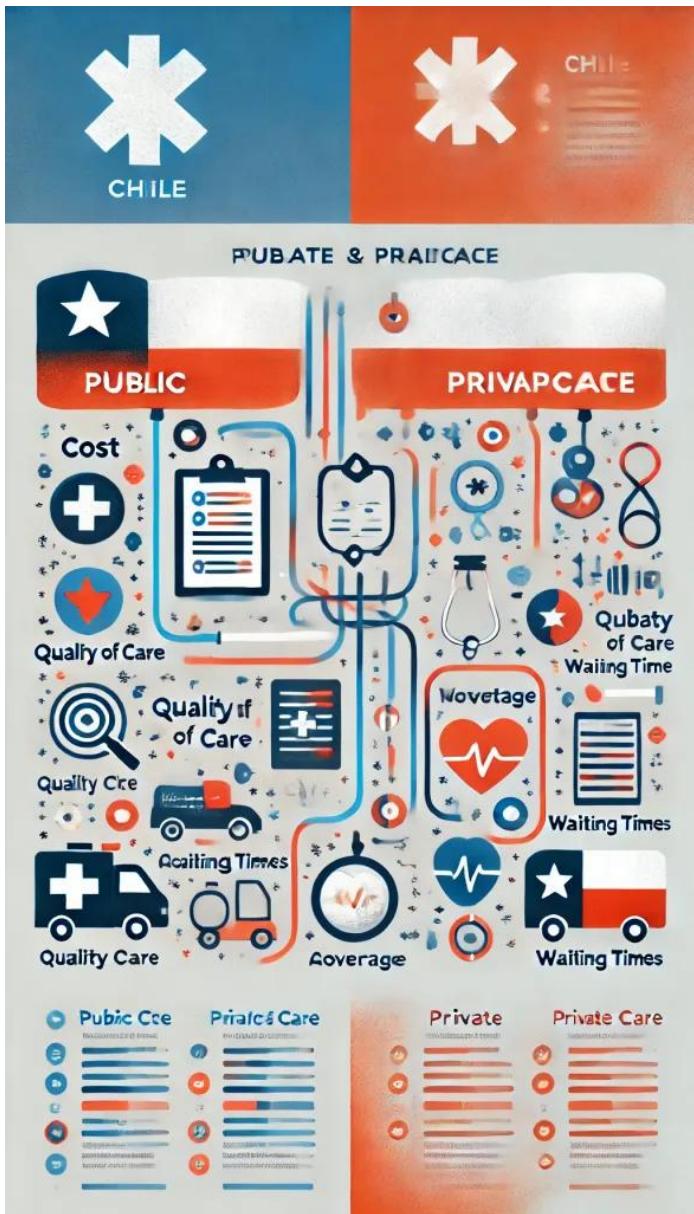
국가건강보장체계(FONASA) – 강제 건강보험 인구 66% 포함(98년). 73%(2009년)

민간의료보험(ISAPREs) – SNS를 해체 분화시킨 민간보험으로 33%(98년). 15.9%(2009년) 점유율

→ 사적의료비비중 54%(2006), 민간보험의 경우 본인부담 59% 임, 부자들은 민간보험, 빈자는 FONASA / 민간의료기관은 FONASA가 계약한 기관에서는 이용가능.

- 공공의료기관은 46%, 민간의료기관이 54%이나, 전체병상이 인구 1000명당 2.1병상으로 OECD최저임.

# 이중 보험 구조 - 칠레



# 재앙의 미국

## 미국 제3자 채권추심 항목별 비중

(2022년 1분기 자료)



자료=보험연구원

대한데일리  
DAEHAEN DAILY



"최근 건강상의 문제로 많이 힘들어하던 내 여동생이 마침내 진찰을 받을 수 있었는데, 올었다는 이유로 40불을 청구하더라고요."

Camille Johnson @OffbeatLook · 5월 18일

My little sister has been really struggling with a health condition lately and finally got to see a doctor. They charged her \$40 for crying.

[이 스레드 보기](#)

ember ID: [REDACTED]

Group Name: [REDACTED], Inc

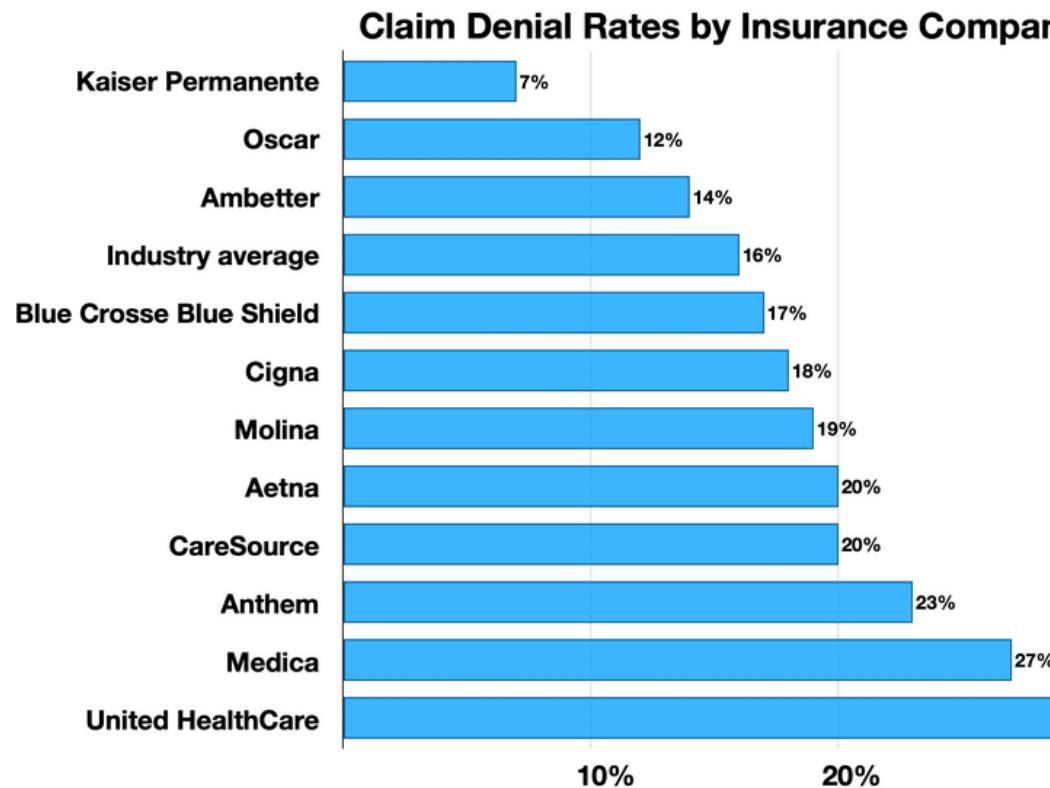
Policy/Group #:

Claim Number:

Date of Service	Provider	Description	Provider Billed	Net
01/21/22	[REDACTED]	VISUAL ACUITY SCREEN	\$20.00	\$18.00
01/21/22	[REDACTED]	HEMOGLOBIN	\$15.00	\$13.50
01/21/22	[REDACTED]	PT-FOCUSED HLTH RISK ASSMT	\$30.00	\$27.00
01/21/22	[REDACTED]	CAPILLARY BLOOD DRAW	\$30.00	\$27.00
01/21/22	[REDACTED]	BRIEF EMOTIONAL/BEHAVIORS ASSESSMENT	\$40.00	\$36.00
01/21/22	[REDACTED]	PREV VISIT EST AGE 18-39	\$350.00	\$315.00

[How to File an Appeal](#)

# 재앙의 미국



## 응급 처치 관련 청구 내역

청구 항목	청구 비용	* 협상 할인	보험 커버	개인 부담
스파로 병원 (응급 처치)	\$ 7143.87	\$ 5988.45	\$ 1067.19	\$ 88.23
메리디안 차터 타운십 (앰뷸런스)	\$ 808.25	0.00	\$ 767.84	\$ 40.41
랜싱 방사선학 (CT 촬영)	\$ 261.00	\$ 146.33	0.00	\$ 114.67
응급실 방문	\$ 1165.00	\$ 902.12	\$ 249.74	\$ 13.14
합계	\$ 9378.12	\$ 7036.9	\$ 2084.77	\$ 256.45

\* 협상 할인 : 보험회사가 청구자와 협상을 하여 할인한 금액



# 미국은 왜 유럽 국가들과 다른 경로를 가지게 되었는가? 남미는 왜?

독일: 19C 후반, 수공업, 광산, 공장노동자대상공제제도→질병보험('83), 산재('84), 연금('89), 장기요양보험('94)[사민당과 비스마르크 시절 사회보험입법]

영국: '11년 국민사회보험법 제정, '12년 NHI, '48년 NHS[전후

노동당집권(국유화정책)과 TUC 전후재건계획, 베버리지 보고서]

프랑스 : 질병, 모성보험제도 도입(~'30년)

미국: '20년대 후반 New Deal정책, '35년 사회보장법 제정 실패 → Blue Cross, Blue Shield → '65 Medicare, Medicaid[민주당의 '위대한 사회']

: 강력한 노동조합, 진정한 진보정당의 유무? / 민주당에 대한 노동조합과 노동자의 비판적 지지의 결과 / 선별주의적 복지개념의 문제 / 노동계급의 폐배 / 금융화와 서비스산업의 결합(금융자본의 우위?) / 풍부한 노동력?

# 요약과 대안

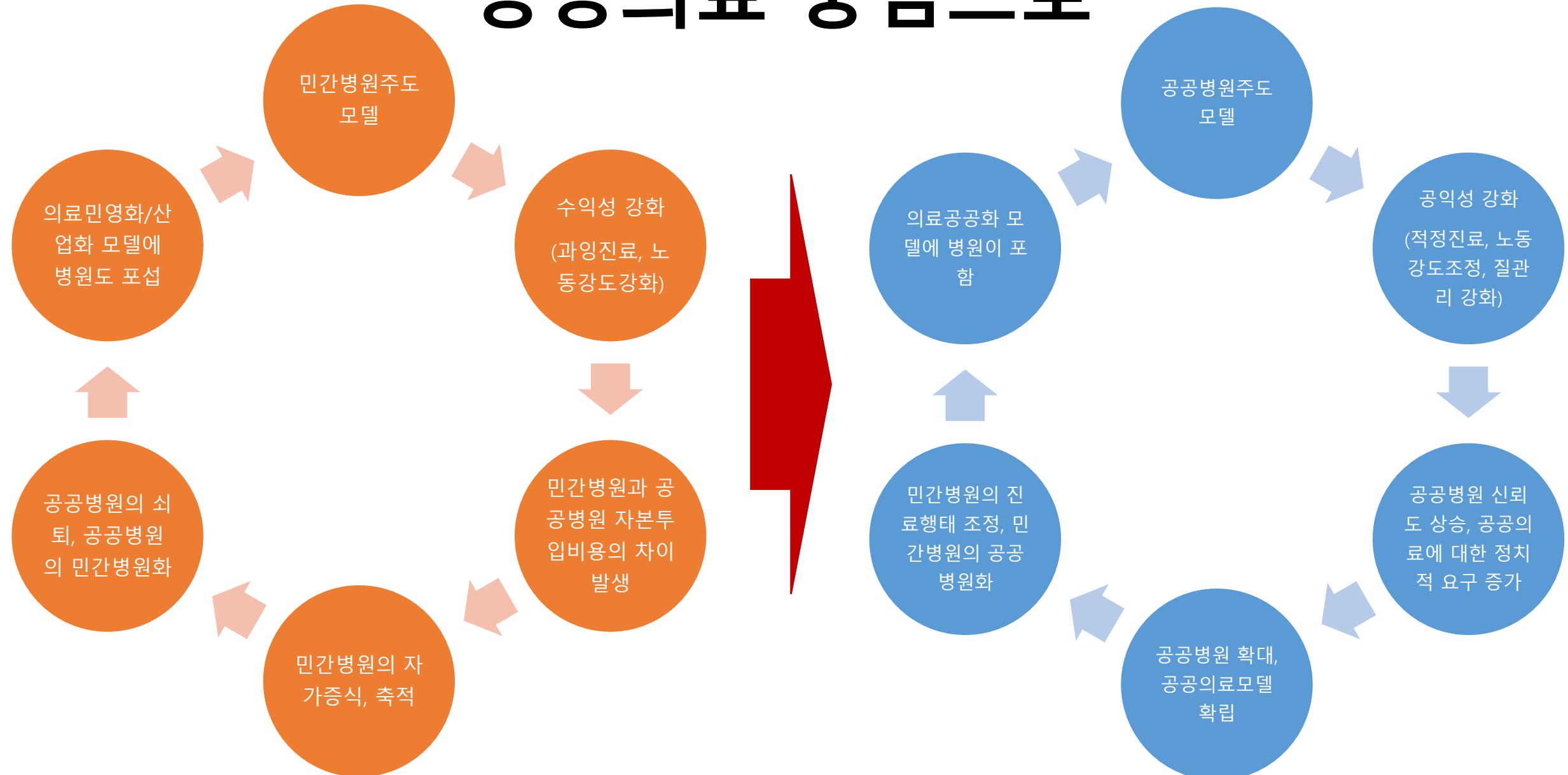
# ‘의료서비스에서의 시장 실패’는 상식임

시장실패	결과	교정수단	최종대안
병원 독점(과점) / 지역쏠림	이윤과다, 질 저하, 고가 기술의 학 확대	병상총량제, 총액예산제, 의료질기반 지불제	계획적 공공병상공급
기술발전에 의존한 정보장벽	쇼닥터, 의료광고 범람, 과다검진	주치의제, 환자등록제	지역사회기반 일차의료체계
약품, 의료기기의 담합 / 낮은 근거의 진입	약한 경쟁, 고가 약품과 의료기기의 확산	참조가격제, 신의료기술평가(HTA)	공적 공급
의료공급자(의사)의 독점적 권한	수요유발, 차등가격도입, 고가기술의 확산, 질저하, 과도한 이윤	심사평가, 동료평가, 인두제, 총액예산제, 월급제 등의 의사보상제도 변경	공공의사 양성

# 지난 3여년 윤석열 시기에 대한 소결

- 윤석열표 의료정책은 철저하게 **대형병원 중심의 의료산업개편 논의**로 진행. 그 결과 사회적 합의 없는 2000명 증원안, 그리고 공공의료, 지역의료 없는 상급종합병원 구조개혁, 그리고 민영의료보험 활성화와 비대면진료 활성화 정책으로 귀결. **보건의료 긴축정책으로 입완되어 언사와 달리 반동적**
- 그간 한국에서는 '오마바도 부러워하는 건강보험'이란 이데올로기로 건강보험의 우수성만을 강조했지만, 한국의 건강보험은 공보험 답지 않게 주요국가들의 건강보장에 비추어 이행기준임. 보장을 보면 거의 OECD 꼴지고, 공공병원의 비중도 꼴등임. 가까운 일본, 대만과 비교해 턱없이 낮은 건강보장제도를 가지고 있음.
- 이런 공공의료와 공적보험의 부실로 인해 제대로된 의료공급구조개혁과 건강보험 강화가 되지 못하고, 그 빈틈을 타고 **민영보험과 영리적 민간의료기관이 범람하는 상황**임.
- 윤석열이 파면된 현 상황에서 이제 윤석열표 보건의료정책을 전면 철폐하고, 시장의료전반을 공공의료와 공보험(건강보험) 중심으로 전환시키는 대전환이 필요함.

# 공공의료 중심으로



# 1) 가칭) “NEW 건강보험 하나로 운동”

- 건강보험으로 모든 진료와 간병, 상병수당 등을 해결하는 ‘하나로’ 운동이 필요
- 결국 노동자, 시민 일반의 이해를 위해서는 사회보험(건강보험)과 공공의료의 확대만이 노동자, 시민의 공통 이해관계라는 점을 강조하고, 보편사회보장에 대한 대중적 운동으로 ‘필수의료’가 아니라 ‘건강보험’이란 점을 재인식하는 운동으로
- ‘민영보험이 아니라 건강보험 하나로’ (보장성강화) ‘국가가 책임지는 건강보험 하나로’(공공의료) ‘모든 진료는 건강보험 하나로’(혼합진료금지)
- 지불제도개혁과 의료전달체계개편, 주치의제도입 등의 로드맵을 포함하는 보건의료개혁 패키지로 도입해야 함. ‘건강보험 하나로’는 혼합진료금지, 병행진료금지 를 뜻해야 함.
- 재정은 예를 들면 80% 보장성까지는 국고지원확대와 사회목적세 등의 조세로 보장을 확대하는 운동이 되어야 함. 과거와 같은 선보험료인상운동(선언) 등의 재정운동은 아님.

## 2) 가칭) “공공의료 하나로”

- 지역완결형 의료전달체계와 의료취약지 필수서비스의 일환으로 ‘공공의료’를 공급하자는 선언이 필요함. 공공클리닉, 임대형 공공의원, 임대형 공공병원 등 **광범한 공공의료공급**을 위한 계획으로 전개되어야 함.
- 좋은 공공병원을 만들기위한 기본조건으로써 필수서비스로써 균등하고 보편적 의료공급을 위한 기본인프라 구축 운동으로 범사회적 운동역량을 취합할 필요가 있음.
- **공공의료기금, 지방보건의료 교부금(의무), 주치의제, 지역의사제, 공공의대** 등과 연계해 전개 / 의사인력을 비롯한 공공 보건의료인력 양성 측면에서 증원안과 교육제도를 연계
- 공공의료확충계획을 보건의료인 교육, 배치, 인프라 등을 총괄하는 패키지로 입안하고 예산도 확보. **국가의 보건의료예산을 획기적을 확충해 경상의료비 상승을 억제하고, 가계 직접 의료비 부담을 경감시키는 효율화 과정으로 인식되어야 함.**

### 3) 의료민영화 반대

- 보건의료 시민사회 노동운동이 그간 성공한 지점. 낮은 건강보장과 시장의료범람으로 운동필드가 역설적으로 확대되어 왔음.
- ‘의료민영화’ 반대 여론을 기반으로 ‘건강보험 하나로’와 ‘공공의료 하나로’를 구축해 의료민영화의 토대가 되는 시장영역을 축소시키는 것이 필요.
- 개인건강정보 민영화, 건강관리서비스, 비대면진료, DTC 유전체검사등 디지털라이제이션에 대한 구체적인 대응
- 영리병원, 영리자회사, 병원부대사업, 병의원광고 등에 대한 규제와 민간병원의 영리추구를 막는 방법도 꾸준히 지속
- 따로 또 같이, 꾸준히, 선전과 선동

의료의 공공성 강화를 위해  
최일선을 지켜온  
보건의료 전문가 3인의  
극약 처방



의료재난의 시대  
우리는 왜 공공의료를 외치는가

감사합니다.

**Health for All**

