

보건의료분과 민·관협력공동사업

“수원시민의 건강할 권리 어떻게 할 것인가?”

한미FTA에 따른 사회적변화와 공공보건의료정책 강화를 위한 토론회

- 일 시 : '12. 9. 26(수) 14:00 ~ 16:00
- 장 소 : 장안구청 대회의실



수원시지역사회복지협의회



□ 개 요	1
□ 주제발표	
○ FTA에 따른 사회적 변화와 공공보건의료정책의 강화방안	3
우 석 균 (건강권실현을 위한 보건의료단체연합 정책실장)	
□ 지정토론	
○ 박찬병 (강원도 삼척의료원장)	35
○ 김수정 (국제사이버대학교 사회복지학과 교수)	41
○ 박봉희 (한국의료생협연합회 부설 교육센터 소장)	47
○ 김영동 (건강세상네트워크 대외협력팀장)	59
○ 김혜경 (장안구보건소장)	69
□ 수원시지역사회복지협의체 보건의료분과가 걸어온길	73

<토론회 개요>

“수원시민의 건강할 권리 어떻게 할것인가?”

FTA에 따른 사회적 변화와 공공보건의료정책 강화 방안 마련을 위한 토론회

○ 일 시 : 2012. 9. 26(수) 15:00 ~ 17:00

○ 장 소 : 장안구청 대회의실

○ 참여대상 : 수원시민 누구나, 보건의료분야 및 사회복지 관계자 등

○ 추진배경

- 2011년 수원시지역사회복지협의체 보건의료분과에서는 수원시 건강형평성 증진을 위한 학습과 토론회를 통한 지역사회 확산과 고민의 장을 마련하였음.
- “건강 형평성 증진을 통한 지역사회 행복실현”을 비전으로 2012년 보건의료분과에서는 한미FTA에 따른 사회적 변화, 의료민영화에 따른 변화 등을 학습하였음.
- 보건의료분과에서의 학습과정을 통해 수원시민이 건강한 삶을 영위하기 위해서는 공공 보건의료정책의 강화임을 인식하고, 지역사회에서의 공공보건의료 강화방안과 과제를 모색하기 위해 본 토론회를 개최하게 됨.

○ 주요내용

- FTA에서의 보건 및 복지분야의 주요 내용 및 사회적 변화
- 공공보건의료정책 및 서비스를 강화하기 위한 방안
- 지역사회에서의 역할과 과제

○ 발표자 및 토론자

- 좌 장 : 안병은(수원시자살예방센터장)
- 주제발표 : 우석균(건강권실현을 위한 보건의료단체연합 정책실장)
- 지정토론 : 박찬병(강원도 삼척의료원장)

김수정(국제사이버대학교 사회복지학과 교수)

박봉희(한국의료생협연합회 부설 교육센터 소장)

김영동(건강세상네트워크 대외협력팀장)

김혜경(장안구보건소장)

<주제발표>



FTA에 따른 사회적 변화와 공공보건의료정책의 강화방안

우 석 균

건강권실현을위한 보건의료단체연합 정책실장



FTA에 따른 사회적 변화와 공공보건의료정책의 강화방안

건강권실현을 위한 보건의료단체연합
정책실장 우 석 균

1. FTA에 따른 보건의료제도 변화.

올해 3월 15일 발효된 한미 FTA는 마치 한국에서 아무런 작동을 하지 않고 있는 듯이 보인다. 그러나 3월 이후 현재까지 한국사회에서 FTA는 이미 작동을 하고 있다. 3월부터 지금까지 KTX 민영화, 인천공항의 민영화 등 민영화 문제가 큰 사회 문제가 되었다. 공기업의 민영화와 FTAsms 아무런 상관이 없다고 주장하던 정부의 주장이 무색해지는 상황이 연출되었다. 론스타가 투자자-국가 중재제도에 의존하려 하고 있는 것이나 서울시 유일의 민자 지하철인 9호선의 요금인상 문제도 그 이면은 FTA와 연관되어있는 사안이다.

지하철요금과 FTA와 어떤 연관이 있는지 의아해 할 수도 있다. 그러나 한미 FTA 협정문에는 민영 지정독점기업은 물론 공기업도 요금을 매길 때 “상업적 고려”를 해야 한다. 즉 시장가격대로 받아야 한다는 것이다. 물론 정부가 공공요금을 정할 수는 있지만 이 또한 투자자의 이익을 침해하지 못하도록 되어있다. 예를 들어 민자유치를 한 서울시 9호선 지하철 요금은 박원순 시장이 가격지정권한을 갖고 있지만 이는 민자유치기업의 이익을 침해하지 않는 선에서만 가능하다. 이를 어기면 한미FTA 위반이다. 9호선 요금인상 문제가 한미FTA 직후 불거져 나왔다는 것은 결코 예상 외의 일이 아니다. 이러한 요금인상은 지방자치단체 수준에서는 전기, 가스, 수도 요금 등 공공요금 전체에 걸쳐 일어날 수 있다. BTL 등 민자유치가 공공사업에서 상당히 광범위한 현실에서 리스요금 등의 결정권한이 지자체장의 권한에서 사실상 기업의 권한으로 옮겨질 가능성을 염두에 두어야 한다.

의료부문에서도 한미FTA의 영향이 관철되고 있다. 우선 정부는 그동안 잠잠하던

영리병원 허용문제에 대해 공격적인 허용정책을 폈다. 현재로서는 인천시의 대응이 영리병원 유치에 그리 적극적인 것으로 보이지 않지만 한미FTA 이후 사실상 국내 영리병원 허용이 법적으로는 허용되었다는 점이 가장 큰 변화이다. 한미FTA 아래에서는 일단 영리병원이 허용되면 이를 되돌리기 힘들다.

보험영역에서도 커다란 변화가 진행중이다. 건강보험심사평가원이 자동차보험까지도 심사평가를 진행할 수 있게 되었다. 이 변화가 긍정적인가 부정적인가의 평가를 떠나 심사평가원이 민영보험에 대한 심사평가를 수행한다는 것 자체가 매우 큰 변화다. 민영보험사들은 이를 더 밀어붙여 심사평가원이 민영의료보험도 심사평가하도록 하자는 주장을 하고 있고 이는 현 정부의 민영의료보험 개선방안으로 구체화되고 있다. 이 민영의료보험 개선방안은 여기서 상세히 다루지는 않겠지만 만일 그대로 실현된다면 급여-건강보험/비급여-민영의료보험의 공공-민영의료보험 역할분담을 제도화하고 공고화할 가능성이 크다. 이는 한국의 건강보험의 미래가 밝지 않는 것을 뜻할 뿐만 아니라 건강보험의 영역이 더 이상 늘어나지 않을 수 있다는 것으로 보통 심각한 일이 아니다.

한미FTA는 당장 한국의 경제자유구역내에 허용된 영리병원을 영구화하는 문제에서 보이듯이 한국의 보건의료, 한국 국민의 건강에 대해 매우 큰 영향을 미친다. 약값과 의료기기의 가격을 인상시키고, 영리병원 허용을 영구화하며, 민영의료보험 규제를 어렵게 한다. 이 세가지만으로도 한국의 건강보험체계를 위협하는 협정이라고 말할 수 밖에 없다. 그런데 그것뿐이 아니다. 금연정책을 위협하고 유해물질 규제를 어렵게 하며 자동차 배기가스문제나 검역강화를 힘들게 한다. 국민건강에 대한 재앙이라 부를 만한 협정이다.

(1) 경제자유구역 영리병원의 영구화

미국과의 FTA는 서비스부문의 경우 유보목록에 들어가 있지 않은 서비스 모두를 개방하는 것을 특징으로 하는 협정이다. (네가티브리스트 방식 개방). 이러한 유보목록도 현재유보와 미래유보 (각각 부속서 1과 부속서 2에 적혀있다. 금융서비스는 부속서 3의 1절과 2절)로 나뉘어진다. 이 때 부속서 1에 들어가 있으면 역진방지(ratc

het)가 적용된다.

한미FTA는 부속서 2에 사람을 대상으로 하는 보건의료서비스를 넣어놓았다. 정부가 보건의료서비스는 예외라고 주장하는 근거다. 그런데 부속서 2 보건의료서비스분야에는 다시 단서조항을 달아 경제자유구역법과 제주특별자치도법에서 지정한 영리병원 허용과 원격서비스를 예외로 해놓았다. 즉 개방보류라는 ‘예외의 예외’로 정해 놓은 것이다. 이 때문에 경제자유구역과 제주도에서는 영리병원허용을 되돌릴 수 없게 되었다.

경제자유구역과 제주도가 인천, 대구, 부산 등 광역자치시 3개를 포함한 전국의 6개지역 18개 도시에 걸쳐있고, 이번 총선 직후 4월 17일 통과된 영리병원 시행령과 현재입법예고중인 시행규칙은 이 영리병원을 사실상 국내영리병원으로 규정한 것이므로 이는 전국적 영리병원 허용에 버금가는 효과를 가진다. 또 외국병원에 대한 차별적 우대라고 국내병원들이 전면적 영리병원 허용을 요구할 수 있는 근거가 될 것이다. 이미 병원협회가 이렇게 요구하고 있다.

영리병원은 여러 연구에서 드러나듯이 비영리병원과 비교하여 의료비가 약 20% 높고, 고용이 적고 비정규직 중심이며, 의료의 서비스질도 떨어진다. 한미FTA 발효 직후, 영리병원 시행령이 통과되었다는 것은 한미FTA와 공공서비스 민영화와는 아무런 상관이 없다는 정부의 주장이 전혀 사실이 아니라는 것을 보여준다.

(2) 약값 및 의료기기 가격의 인상

약가인상 문제는 한미FTA 협정내용 중 가장 중요한 내용으로 여러 번 강조된 바 있다. 약값은 건강보험재정의 약 30%를 차지하고 있어 작은 문제가 아니다. 약값을 올리는 한미FTA 제도는 허가과 특허를 연계시키는 제도, 모든 특허의약품의 혁신성 인정과 가격인상, 독립적검토키구의 구성 등이 포함된다.

1) 허가-특허 연계제도(approval-patent linkage)

지금까지는 약의 시판을 승인할 때 약의 효용성이나 안전성만이 심사대상이었으나 앞으로는 특허권자가 동의하지 않는 경우(예를 들어 소송을 제기하는 경우) 그

약의 시판이 일정기간동안 자동정지된다. 현재 소송이 진행중인 아이폰과 갤럭시탭의 경우 특허소송이 진행되어도 그 소송의 결과가 나오기전까지는 시판이 중지되는 경우는 없다. 그러나 의약품에만 특허소송을 제기하는 즉시 시판이 중지되는 것이 이 제도의 특징이다. 이는 미국의 1984년의 법률을 다른나라에 강제하는 것인데 이 때문에 이 허가-특허연계제도는 미국과 FTA를 맺은 나라외에는 존재하지 않는다.

이 제도 때문에 값싼 제네릭이 출시되는 것이 자동정지기간 만큼 늦어지게 되고 이 기간동안 국민들은 비싼 특허약품밖에 구입할 수 밖에 없게된다. 자동정지기간에 대해 한국정부는 아무런 제도를 갖추어놓지도 않은 상태에서 9-12개월이라고 주장하고 있지만 캐나다는 24개월 미국은 30개월이다.

2) 모든 특허의약품의 혁신성 인정과 ‘적절한’ 가격 인정

한미FTA 5장 <의약품 및 의료기기>는 제약회사에 대한 특혜 조항으로 가득차 있다고 해도 과언이 아니다. 이 중 혁신성의 접근이라는 5.2조에는 ‘특허의약품과 의료기기에 대한 가치를...적절히 인정한다’는 조항이 있다. 얼핏 보아서는 아무것도 아닌 조항으로 보이지만 바로 이 조항 때문에 오스트레일리아의 의약품제도가 미-호주 FTA 비준 3년후 큰 변화를 겪었다. 오스트레일리아는 기존의 약품과 비교하여 효용이 뛰어나지 않으면 가격을 동일하게 주는 <경제성 평가>에 기초하여 약가를 결정했는데, FTA도입으로 ‘혁신성’이 인정되면 그러한 비교없이 가격인상을 허용하게 되었다.

오스트레일리아의 의료전문가들은 이러한 제도의 변화를 일컬어 ‘공공의약품제도(PBS)의 붕괴’라는 표현까지 사용했다. 한국은 호주보다 더 악화된 협정문을 채택하여 혁신성과 특허의약품의 관계를 명시해놓지 않았다. 이 때문에 모든 특허의약품과 의료기기에 대해 가격을 인상시켜야할 상황에 놓이게 되었다.

3) 독립적 검토기구(independent review body) 설치 등 ‘투명성’ 조항

독립적이라는 것은 정부로부터 완전히 독립적인 것을 뜻한다. 정부의 공무원이나 건강보험공단, 심사평가원 등이 참여할 수 없다는 것이다. 이 검토기구(재심기구라고

번역하는 것이 더 맞을 듯 하지만)의 관여범위는 현재 정부가 결정하는 내용 전반에 걸쳐있다. 즉 의약품 및 의료기기에 대한 보험적용여부 및 범위, 가격결정과 관련한 모든 것이다. 정부는 원심변복기능은 없다고 말하지만 USTR은 원심변복기능까지 가져야 한다고 주장하고 있다. 정부가 약값을 결정한 후 다시 이 내용을 심사하는 별도의 기구 설립은 약값과 의료기기의 가격을 높이는 원인이 될 것이라는 점은 상식적 판단이다. 이 기구설치이외의 여러 투명성 조항들도 정부의 의약품 및 의료기기에 대한 결정에 대해 제약회사의 간섭할 권리를 부여하는 것이다.

4) 의료기기(medical device)의 FTA 협정 포함

한미 FTA는 전세계에서 의료기기가 포함된 최초의 FTA다. 의료기기는 진단용 CT나 엠알아이 등의 장비뿐만 아니라 인공관절 등의 치료용 의료기기까지 포괄한다. 의료기기는 가장 빠르게 그 비용이 증가하는 분야다. 건강보험재정은 3가지 즉 진료비, 약값, 의료기기관련 비용으로 지출되는데 의료기기가 포함되었다는 것은 진료비 이외의 나머지 모든 비용이 한미 FTA에 직접적인 영향을 받는다는 것을 뜻한다.

(3) 민영의료보험 규제의 어려움

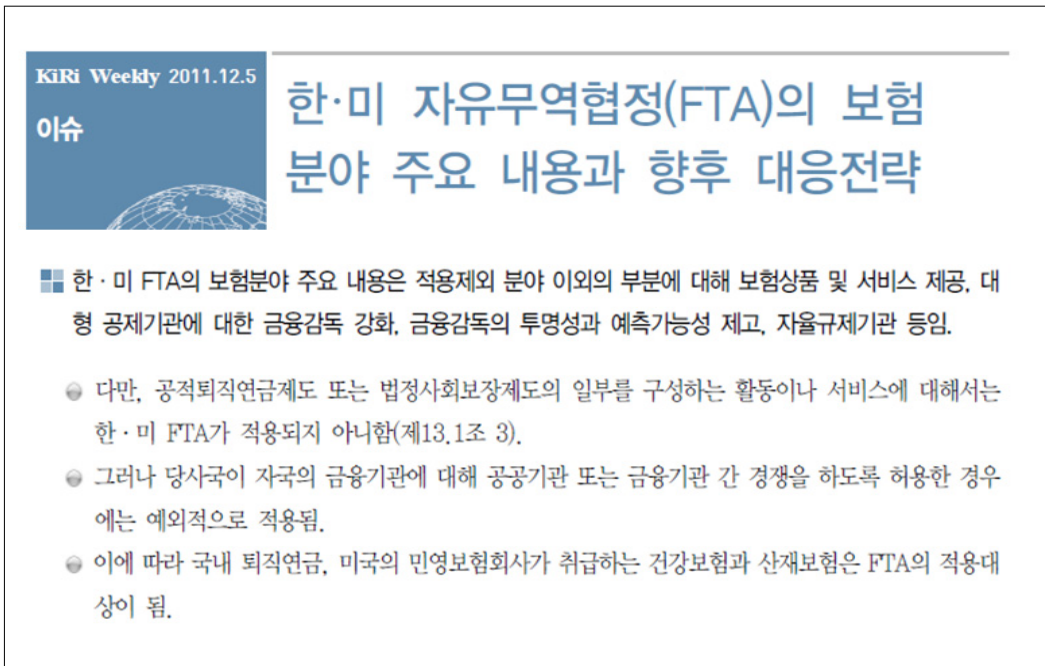
한미FTA와 의료제도와와의 관계는 단지 의약품 및 의료기기, 또는 보건의료서비스와 관련된 협정문에만 관련되어있는 것이 아니다. 무관한 듯이 보이는 ‘투자’ 또는 ‘금융’이라는 이름으로 경적 서비스와 의료문제를 규정한다. 예를 들어 금융서비스가 그렇다. 13장 금융서비스에서는 금융상품 즉 보험상품을 규정하는데 여기에는 민영의료보험도 포함된다.

금융서비스 장에서는 미국에서 허용된 보험상품은 한국에서는 이른바 ‘건전성 사유’외에는 모두 허가해주도록 규정하고 있는데 이는 사실상 미국의 민영의료보험상품으로 팔리고 있는 모든 보험상품을 허가하도록 하는 규정이다. 한국은 민영의료보험상품에 대한 소비자 보호조치가 부실해서 이에 대한 강화를 현 정부도 인정할 만큼 시급한 상황이다. 그런데 이러한 보호조치는 규제가 되어 어려워진다. 더욱이 전국민건강보험이 있는 한국은 민영의료보험중심의 미국과 전혀 다른 상황이다. 미국

처럼 병원과 직접 계약을 맺는 민영의료보험을 허용해야 한다면 이는 건강보험에 심각한 위협이 된다. 게다가 한국에서는 아직 민영의료보험을 보건의료서비스로 규정하고 있지 않아 예외라고 주장하기도 힘들다.

(4) 건강보험이나 국민연금, 산재보험등의 보장성 강화 문제

그림 1. 보험연구원 한미FTA 퇴직연금 및 민영보험 FTA 적용여부에 대한 보고서



한미FTA는 법정사회보장제도나 공적 연금제도는 한미FTA의 예외라고 규정했다. 그러나 이 규정에도 단서조항을 달아놓았는데 정부와 금융기관이 ‘경쟁적으로’ 공급하는 서비스는 예외가 아니라는 것이다. 국민연금이나 건강보험, 산재보험제도는 그렇다면 어떻게 되는 것일까? 한미FTA 적용대상이 아닐까? 필자의 견해가 아닌 보험회사들의 해석을 보자.

그림 1에서처럼 한국의 보험회사들의 연구기관인 보험연구원은 건강보험이나 국민연금과 경쟁하는 영역에서 상품을 팔고 있으면 민영의료보험이나 민영연금보험은 한미FTA 적용대상이라고 간주하고 있다. 이렇게 되면 건강보험의 보장성을 높여 민

영의료보험상품의 시장을 침해하면 이것이 한미FTA 위반이 되는가의 문제가 발생한다. 민영의료보험 회사 입장에서는 건강보험 보장성이 강화되면 자신의 상품시장이 좁아지는 것이고 이는 자신의 투자에 대한 침해라고 주장할 수 있고 기업의 입장에서는 FTA 위반이라고 판단할 수 있다는 뜻이다.

한국정부는 보건의료서비스는 예외라고 한다, 그러나 그 예외를 규정하는 관련의무에는 그림2에서 보듯이 5개 의무만 규정되어있을 뿐 <최소기준대우>와 <수용 및 보상> 의무는 빠져있다. 즉 보건의료서비스가 예외라 하더라도 최소기준대우와 수용보상의 의무는 져야한다는 것이다. (이는 모든 미래유보 사항이 다 마찬가지다.) 문제는 투자자국가중재제도(ISD)의 80%가 이 최소기준대우 즉 공정하고 공평한 대우라는 애매모호한 규정을 근거로 행해진다는 것이다. 국민건강보험 보장성을 강화하는 것조차도 한미FTA 위반이 될 가능성이 있고 ISD에 회부될 가능성이 있다는 것이다. 이는 국민연금도 마찬가지다.

물론 ISD 회부나 그 결과를 결정하는 것이 한국정부의 권한 바깥이라는 점은 잘 알려져 있는 문제다. 중재회부는 미국의 기업이 결정할 문제고, 그 결정은 국제중재기구에서 내려진다. 한미FTA는 이처럼 1개 기업이나 투자자에게 1국의 정부와 동일한 권력을 주는 협정이다. FTA나 ISD가 ‘투자자의 권리장전’이라 불리는 이유다.

그림 2. 한미FTA 협정문 보건의료서비스 미래유보 조항

분 야	사회서비스 - 보건의료서비스
관련의무	내국민 대우(제11.3조 및 제12.2조) 최혜국 대우(제11.4조 및 제12.3조) 이행의무(제11.8조) 고위경영진 및 이사회(제11.9조) 현지주재(제12.5조)
유보내용	<u>국경간 서비스무역 및 투자</u> 대한민국은 사람을 대상으로 하는 보건의료서비스와 관련하여 어떠한 조치도 채택하거나 유지할 권리를 유보한다.

(5) 금연정책이나 유해물질 규제 문제

최근 오스트레일리아 정부가 담배곽에 상품명만 적도록 하는 플레인패키지(민담배 포장 정책, plain packaging) 정책을 시행하자 필립모리스사가 오스트레일리아 정부를 상품권 침해 등을 이유로 ISD 에 회부했다. 이러한 예는 처음이 아니다. 이미 캐나다 정부와 우루과이 정부가 금연정책을 시행하려하자 담배회사들이 각국 정부를 ISD 중재에 회부하겠다고 위협하여 금연정책도입이 취소되었던 사례가 있다. 실제로 FTA 위반이 아니더라도 FTA 위반가능성 때문에 건강이나 환경정책의 위축효과(이른바 chilling effect)가 더 문제일 수 있는 것을 보여주는 사례다.

멕시코 지자체정부의 유해폐기물 규제를 무력화시킨 메탈클래드(Metalclad) 사의 ISD 사례나 캐나다의 망간함유 휘발유첨가제 규제를 무력화시킨 에틸(Ethyl)사의 사례는 이러한 유해물질 규제의 어려움이 단지 금연정책에만 해당하는 것이 아니라는 것을 보여주는 예다.

또한 배기가스 규제문제도 있다. 한미FTA는 대형자동차에 누진적으로 소비세를 부과하는 것을 금지했는데 이는 대형자동차의 세금을 부과함으로써 배기가스를 간접적으로 규제하는 정책이 무력화되었음을 의미한다. 그런데 이 대형자동차를 통해 이익을 보는 미국의 자동차회사만이 아니다. 한미 양국의 자동차 회사이고 또 대형자동차의 가격이 싸져서 이익을 보는 소비자도 극히 일부의 부유층이다. 그러나 피해자는 대기오염으로 인해 가장 피해를 크게볼 수 밖에없는 양국의 평범한 국민들이다. 다른 모든 사안과 마찬가지로 한미FTA가 1%의 기업과 부유층에게는 이익이지만 99%에게는 재앙이라는 점이 여기서도 드러난다.

(6) 미국산 쇠고기 수입과 FTA 선결조건

최근 다시 문제가 되고 있는 미국의 4번째 광우병 발견에 대한 정부의 대응도 한미FTA 문제다. 미국산 쇠고기 수입개방은 한미FTA의 4대 선결조건 중 하나였다. 이명박 정부는 집권 직후 캠프데이비드 방문과 맞바꾸어 한미FTA를 성사시키기 위한 조건의 하나로 미국산 쇠고기를 전면개방하는 수입위생조건을 체결했다. 만일 2008년 촛불시위가 없었다면 현재 미국산 쇠고기는 30개월 이상 쇠고기가 아무런 제한 없이 유통되고 있는 상황이었을 것이다. 촛불시위를 ‘촛불난동’이라 부르던 조중

동등 보수언론과, 촛불시위 참가자들에게 반성하라고 일갈하던 이명박 정부가, 현재 촛불시위의 성과인 30개월 미만 수입조건이라는 점을 미국산 수입쇠고기의 안전성 주장의 거의 유일한 근거로 내세우면서, 수입중단을 하지 않는 근거로 삼고 있는 것은 매우 아이러니 한 일이 아닐 수 없다.

(7) 지방자치단체의 역할

한미FTA는 보건의료제도 전반에 걸쳐 심각한 악영향을 미치는 협정이다. 거칠게 말하자면 국민건강보험제도는 국민들의 보험료와 세금으로 제약회사와 병원에 가능한 적은 돈을 주면서 효과는 크게 운영해야 하는 제도다. 또 현재 55~60%정도에 머물러 있는 건강보험의 보장성을 선진국 수준으로 높이려면 민영보험을 규제해야만 한다. 즉 제약, 병원, 민영보험 자본을 규제해야만 건강보험을 지킬 수 있다. 그런데 약값을 올리고, 영리병원허용을 영구화하며 민영의료보험규제를 거의 불가능하게 하는 것이 한미 FTA다. 한미FTA가 국민건강보험제도를 위협하지 않는다고 어떻게 주장할 수 있겠는가? 여기에 금연정책이나 유해물질 규제까지 어려워진다. 한마디로 한미FTA는 국민건강에 대한 재앙이다.

그러나 한미FTA 비준이 끝은 아니다. 오스트레일리아 정부는 담배회사의 ISD 위협에도 금연정책을 시행을 강행했고 이를 통해 국민들의 지지를 이끌어내어 이를 바탕으로 모든 무역협정에서 ISD를 제외하는 재협상을 추진중이다. 한미FTA 비준이 한미FTA 저지운동의 끝이 아니라 이제 다시 시작이라는 점을 분명히 보여주는 사례다.

지방자치단체의 역할도 있다. 최근 서울시가 시립병원의 보호자없는 병원 계획을 발표했다. 이러한 조치는 민간병원 중 영리병원이 존재한다면 곧바로 투자자-국가 중재제도의 대상이 되었을만한 공기업의 경쟁행위의 침해에 해당할 것이다. 서울시의 대형마트 일요일 운영조치에 대해 대형마트들이 저토록 대답하게 반대에 나서는 것도 한미FTA에 직접적으로 근거한다. 한미FTA는 지방자치단체의 규제행위를 재산권침해행위(간접수용)으로 보는 것을 가능하게 하기 때문이다. 멕시코의 메탈클래드사와 멕시코 주정부의 투자자-국가 중재제도 사건이 이에 해당한다. 물론 대형마트들의 반대운동 선봉에는 외국기업이 앞장선다. 홈플러스나 코스트코가 선두에 나서서 마치 외국의 투자자들이 나서는 것으로 보이지만 그 이익은 국내의 대기업들이

본다. 즉 기업에 대한 규제가 어려워 지는 것이 사실이다.

그러나 그렇다고 지방자치단체들이 아무것도 할 수 없는 것은 아니다. 앞서서도 오스트레일리아의 예를 들었지만 지방자치단체들은 한미FTA에도 불구하고 주민들의 이익을 지켜야 한다. 또 다른 예로는 유럽의 GMO 식품(유전자조작식품)에 대한 규제나 미국산 쇠고기 수입 규제를 들 수 있다. 유럽의 경우 국가별로는 GMO 규제를 해제한 국가가 상당수 존재하나 지방자치단체들이 유전자 조작식품을 막고 있는 경우가 많다. 아래 그림을 보면 한 국가내에서도 GMO 규제가 다른 것을 볼 수 있는 것은 바로 이러한 광역 및 기초 지방자치단체의 적극적인 정책 때문이다(그림 5 참조). 대표적인 규제가 GMO 청정지역 설정인데 GMO를 직접적으로 규제하지는 않으나 지방자치단체가 일반 곡물과의 거리를 1~2km 이상 확보하도록 하는 의무를 조례로 제정하여 실질적으로 GMO 곡물을 막고 있는 지역이 상당수다.

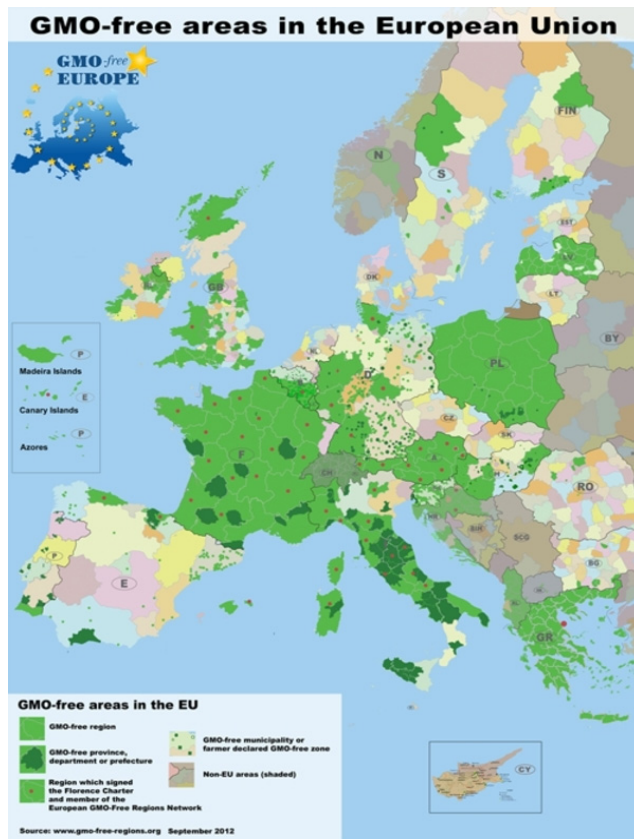


그림 3 EU의 유전자조작식품(GMO) 청정 지역

또한 유럽은 미국의 미국산 쇠고기 수입규제 문제에서 WTO 중재회부에서 패했음에도 수입규제를 지속하고 있다.

앞으로 FTA상황하에서 무엇을 할 수 있고 할 수 없는가에 대한 연구가 필요하다는 것을 알려준다. 그러나 무엇보다도 유럽의 사례나 오스트레일리아의 사례는 FTA 규정보다 더욱 중요한 것은 주민들의 의지와 그 의지를 관철시키는 지방자치단체의 정치적 의지라는 것을 보여준다.

예를 들어 물 민영화의 대표적 사례로 들어지고 있는 볼리비아 코차밤바의 물 민영화의 경우 벡텔사는 코차밤바 지방자치단체의 수도의 공립화에 반발하여 투자자-국가 중재제도에 호소하였다. 물론 볼리비아 정부가 졌으나 이 배상액은 상징적인 1달러에 그치고 말았다. 투자자-국가 중재제도도 다른 모든 소송과 마찬가지로 국제적인 여론의 눈치를 본다라는 것이다. 결국 주민들의 의지와 그 의지를 관철하려는 지방자치단체의 노력이 매우 중요하다는 사실을 볼리비아의 매우 극적인 사례에서도 확인할 수 있다.

2. 새로운 시대와 새로운 공공의료의 개념

한편으로는 한미FTA, 한EU FTA로 보건의료를 둘러싼 시대적 상황이 보건의료를 상업화, 영리화로 몰아가고 있는 있으나 다른 한편으로는 여야 대선후보나 모든 정당이 복지국가를 이야기하고 있는 상황에서는 그 어느때보다도 의료의 공공성을 더 키우고 국가와 지방자치단체가 의료를 책임져야 한다는 국민여론이 크다.

이에 대한 새로운 공공의료에 대한 담론이 필요하다고 보인다.

- 소극적 공공의료 개념에서 적극적이고 공세적인 공공의료 개념으로의 변화가 필요

(1) '공공의료'개념의 후퇴

- 최근 정부 문서나 일부 학계에서 주장하는 '공공의료'는 주변적, 보완적, 최소 개념으로 규정되고 있음.

① 사적의료가 외면하는 보완적 의료로 위치

- 대규모 전염병진료, 응급진료, 만성병질환관리, 건강증진, 재활 등 (영역의 제한)
- 저소득 계층 진료 (계층적 제한)

② 의료 공공성의 최후 담보자로서의 위치

- 국가 정책시행의 최후의 보루 (의사파업 등에 대한 담보)
- 의료비 양등에 대한 표준 의료 모델 개발 등 (사적의료의 이윤추구 제어)

③ 국가보건사업의 지역시행기관

- 의료기관에 대한 감독
- 예방접종 등 국가의 최소 보건사업기능 시행

(2) 공공의료 개념의 후퇴로 나타나는 문제점

① 개념에서부터 사적의료의 존재를 당연시함

- 이윤을 위한 의료의 인정
- 의료의 불평등한 의료를 인정

② 사적의료와의 보완관계를 당연시하며 스스로를 보조적 위치로 전락시킴

- 사적의료가 주된 상황인 현실을 개혁대상이 아니라 받아들여야 할 현실로 인정
- 스스로를 주변적이고 보조적인 위치로 위치지움

③ 공공의료를 주변화함으로써 사적의료의 팽창을 방조내지 조장

- 시장적 의료가 팽창할수록 더욱 주변화되는 악순환을 초래

(3) 대안적 의료체계로서의 공공의료 개념의 새로운 정립 필요

1) 모든 사람에게 평등하고 보편적으로 이용가능한 의료는 공공의료로만 가능

- 보편적 접근 (보편주의) 또는 평등한 의료 (건강불평등 해소) 등의 개념 도입 필요

2) 이를 위한 몇가지 개념을 정립할 필요가 있을 것으로 보임

인간과 생명을 위한 의료, 국민이 주인되는 의료,

- ① 무상의료 (free) : 경제적 장벽의 제거, 좁은 의미의 무상의료,
 - ② 적정의료 (optimal) : 자본의 이윤이 아닌 시민의 필요에 의거한 의료, 과잉 의료가 아닌 적정진료, 과소진료가 아닌 적절한 진료(인력문제)
 - ③ 지역에 기반한 의료 (community-based): 생활지역에서의 완결성, 지역적 접근 장벽의 제거
 - ④ 포괄적 의료 (comprehensive) : 치료만이 아닌 예방, 건강증진, 재활, 정신, 영양 등 전 영역에 걸친 포괄적 의료서비스
 - ⑤ 노동중심적 (labor-centered) 의료 : 병원노동자의 인간적이고 존엄한 노동에 기초한 의료
 - ⑥ 참여적 의료(participation) : 의사결정과정부터 정책결정까지 열린 의료
 - ⑦ 성인지적 의료 (gender sensitive) : 성인지적, 장애인 등 소수자에 대한 평등하게 열린 의료
 - ⑧ 환경친화적 (eco-friendly) : ‘의료화’에서 가능한 벗어난 의료, 예를 들어 방사선폭로를 최대한 줄이는 의료
- 3) 인간과 생명을 위한 평등의료
- 이러한 의료는 사적의료나 민간의료로는 포괄적으로 가능하지 않음
 - 여기서의 공공의료는 국가기관의 소유만이 아닌 협동적 소유도 포함(예를 들어 생협이나 진짜 비영리병원)
 - 관료적인 지배구조를 배제하기 위한 시민(주민), 혹은 노동자 참여가 필수적
- 4) 대안적 체제지향 의료

3. 한국의 의료공급체계 개괄

1) 현황과 문제점

병원이 점차 대형화되고, 수익성 사업중심으로 재편되고 있다. 이미 ‘이른바’ 빅5 병원(아산, 삼성, 성모, 세브란스, 서울대)들이 전체 암환자의 약 35%를 진료하고 있으며, 100병상 내외의 네트워크병원(우리들, 21세기, 힘찬, 튼튼 등등)이 우후죽순 생겨나면서 척추 및 관절수술의 총량이 비약적으로 증가하였다. 이와 함께 CT, MRI 같은 장비비율도 OECD 평균에 비해 인구대비 매우 과밀하다. 이 와중에 대형병원과 네트워크 병원등에서 각종 신의료기술을 건강보험 제외 영역에서 도입하여 수익성을 강화하는 방향으로 나아가고 있는 문제점이 이미 심각하고 더욱 더 심각해지고 있다.

의료서비스 전달체계속에서 그 역할이 달라야 할 대형병원과 동네의원이 같은 환자를 두고 경쟁하는 구조로 인하여, 최근 4년간 대형병원이 차지하는 전체 진료비중의 비중은 증가하고 동네의원은 감소하는 추세이다. 이로 인해 동네의원은 피부, 미용, 비만치료등 또 다른 건강보험제외 영역에 치중하는 문제가 발생하고 있다. 이 때문에 총진료비는 가파르게 상승하고, 동네의원은 환자들로부터 외면받는 문제점이 발생하였다.

의료공급의 증가에도 불구하고 의료 수요의 불균형은 여전하며, 건강보험재정은 비약적으로 증가하였으나, 보장성은 여전히 답보상태다. 무엇보다 이는 기형적인 민영의료기관 중심의 의료시스템에 기인하는 바 크다

표 1 주요 병원의 진료수익 (2010년)

병원	진료수익(억원)
서울아산병원	1조 2,479억원
삼성의료원	1조 1,685억원
서울대병원 (분당,보라매포함)	1조 534억원
연세의료원	1조 300억원
카톨릭의료원	1조 2,793억원

단적으로 아산사회복지재단(아산중앙병원) 의료수익이 2010년 1조775억원에서 1조2,479억원으로 전년대비 1,500억원가량 늘었다. 실제 1조원 2000억원 이상의 매출을 올리는 기업은 상위 100개 기업 정도임을 고려할 때, 단일병원의 수익이 의료산업화를 강제하는 수준에 도달하였다고 볼 수 있을 정도다. 여기에 실제 수익은 부대사업인 검진센터, 장례식장, 지하식당 및 점포 임대수익 등을 포함한다. 삼성경제연구소에 따르면 대형병원의 진료수익율이 10%, 부대사업수익율이 30% 이상 될 것으로 추정되는 상황에서, 서울 아산병원의 총매출은 상위 50개 기업에 들어갈 것으로 유추할 수 있다. 이런 매머드급 병원의 등장은 의료시장화를 가속화하고, 공공성 확보에 가장 큰 장애물 중 하나가 된다.

병원의 대형화는 여러 가지 문제를 낳게 된다. 예를 들어 의료기관은 교육(수련)수련병원이기도 하다. 의사의 경우 교육병원에서 수련받은 전문의들 역시 개업과 취직 가운데서 갈등하게 되는데, 개업하게 될 경우 교육병원에서 수련한 내용과는 상이한 1차진료 부분에서 진료하게 되는 경우가 흔하다. 또한 입원환자를 보더라도 합병증이 비교적 적고, 단일 질환으로 치료받는 경우에 국한되므로 수련내용과 진료내용이 다른 비효율적인 수련-진료 행태가 나타나게 된다. 또한 교육병원에서는 인기과에만 전공의가 몰리고, 전문의 중심 입원치료가 아닌 전공의로 병원 당직등을 운영하는 행태가 계속 나타나고 있다. 이 때문에 흉부외과나 일반외과는 2009년 수가를 일부 100% 인상하였으나, 전공의 지원자는 늘지 않았다¹⁾.

또한 의학전문대학원은 의과대학의 등록금을 천정부지로 올려놓았다. 의전원의 경우 한학기 등록금이 1,000만원에 가깝다.(의학대학원 총 등록금은 약 8,000만원에 달한다) 치대나 약대도 사정이 크게 다르지 않다. 이런 높은 등록금은 지불능력이 있는 부유한 가정의 일원이 아니라면, 의대생들을 학자금대출의 멍에 놓아두었다. 따라서 향후 공급되는 의사들의 이윤추구 동기는 학생 때부터 더 강화된다하더라도 과언이 아니다. 그리고 가난한 집의 자녀들은 의사가 되는 것이 더 어려운 일이 되

1) 흉부외과 등의 전공의 지원자가 적은 이유는 흉부외과 수련을 마친 후 갈 수 있는, 병원의 흉부외과 전문의 수요의 부족이 주된 이유로 보는 것이 타당할 듯하다.

었다. 이런 학생시절부터 시작된 경제적인 경쟁과 편중의 왜곡은 의료공급자를 사회의 일원이 아닌, 전문직 이기주의로 몰아가고 있다.

2) 요구 및 대안

일차의료 영역에서는 환자진료 서비스의 효율성과 잘못된 의료정보의 교정을 위한 환자-의사 동반 관계의 복원 즉 주치의제의 도입이 필요하다. 반면 병원급에서는 외래가 아닌 입원환자 중심의 진료가 정착되어야 한다.

병원과 의원의 역할을 분리하고, 병원도 성격에 따라 다시 분류하여 진료성격에 따라 접근할 수 있는 의료체계로의 전환이 필요하다. 이를 위해 현재 형해화 되어있는 의뢰시스템을 전면 복원하여야 한다.

대형병원과 전문 네트워크 병원의 검사와 치료, 신의료기술 및 비보험영역확대, 검사장비의 과잉과 지역별 불균형을 해소하기 위해, 병원의 건강보험 제외 영역, 장비, 병상, 신의료기술에 대한통제와 규제가 필요하다.

민간주도의 의료시스템을 변화시키기 위한 공공병상 및 공공병원확충 계획이 필요하다. 이를 위한 의원 및 중소병원의 질 관리에 기초한 병상관리 방안이 고안될 필요가 있다.

의사의 사회적 임무와 지역과 계층 분포를 고려하여 의과대학 및 의료공급자에 대한 우선적인 무상교육 프로그램을 즉시 도입해야 한다.

4. 의료서비스 전달체계의 변화를 통한 공공의료 및 의료공공성 강화

(1) 주치의제 및 의료인력

1) 현황과 문제점

가. 의사는 돈벌이만 한다는 의식이 사회적으로 팽배하다. 이러한 인식은 현재 민간주도 의료시스템에서 이윤추구 동기에 의한 의료시스템에 근본적인 원인이 있다. 따라서 의사-환자 관계 구축이 왜곡되어 전국민 건강보험이 있음에도, 환자는 손님, 의사는 업주 같은 이미지가 고착화 되고 있다.

- 나. 질환이나 기타 증상의 발생전의 예방 및 건강관리를 담당할 의료시스템이 부재하다. 따라서 검진 서비스와 같은 선택 진료를 전액 본인부담으로 환자들이 선택하고, 이러한 서비스가 시장에 맞겨지고 있어, 1차진료 영역에서 예방 및 건강관리가 배제되고 있다.
- 다. 현재 동네의원과 병원, 종합병원 사이의 전달체계는 본인부담금 차등화 같은 시장의존적 요소로만 구성되어 있다. 따라서 자본의 크기에 따라 힘이 작동하는 시장의 법칙에 따라, 그리고 정보의 불균형(asymmetry of information)이 존재하는 의료의 특성 때문에 의료시스템 전체를 의료공급자와 또 그 의료공급체계의 정점에 있는 대형병원이 주도하게 되며, 현재 대자본이 투자되어, 질적으로 우수함과 상관 없이, 잘 포장되어 있는 대형병원이 절대적으로 유리한 상황이다.
- 라. 현 상황에서 동네의원과 종합병원은 동일한 환자를 대상으로 시장에서 경쟁하는 상태이다. 이미 한국의 종합병원은 과도한 경쟁으로 각종 장비 및 병상 등 불변투자 부분에서는 대부분 과포화단계에 도달하였다.
- 마. 이에 반해 한국의 종합병원은 인력공급에서는 OECD 평균에 비추어 봐도 간호사, 의사등의 의료 인력이 절대적으로 부족한 상태다.
- 사. 동네의원과 종합병원의 무한경쟁은 전문의 제도를 상당부분 유명무실하게 만들었다. 전문의들은 수련기간 과정에서는 종합병원급 수련병원에서 교육 및 진료에 참여하면서 중증환자와 입원환자진료를 전문으로 하지만, 전문의 자격 취득 후에는 대다수가 동네의원으로 돌아오는 구조이다. 따라서 한국에서는 전문과목을 고시하면서 일차진료를 행하고, 동네의원의 경우 전문과목이 의미가 없는 경우가 흔하다.
- 그러나 역으로 환자들도 전문과목에 따라 의원을 방문하기 때문에 종합병원과의 차이를 크게 느끼지 못하는 경향이 있다. 독일의 경우 전문의는 대부분 입원환자 진료만 하며, 2005년 기준으로 병원 소속 의사의 7%만이 사회의료보험(SHI) 환자에 대한 외래진료를 인가받았다. 특수한 경우(응급의학 전문의, 안과전문의등)를 제외하면 전문의의 외래진료는 제한되어 있다.

- 아. 한국에서 환자-의사 관계는 의료 시장경쟁에 내몰려 있는 상황에서 유명 무실한 의료전달체계와 상업적 요소의 결합으로 와해되어 있다. 이 때문에 과잉진료로의 압박이 존재하고, 상대적으로 예방 및 건강관리는 과소진료 혹은 미충족 의료영역에 놓여 있다.
- 자. 또한 시장적 의료 환경에서 환자들의 의사고르기(이른바 닥터쇼핑)이 가능 해, 환자 유인책으로 빠른 치료와 증상완화 중심의 진료양상이 고착화되어 있다. 즉 예방서비스나 생활태도 변화등을 환자들도 받아드리기가 불가능한 환경이다. 여기에 시간대비 효율등의 문제로 왕진등은 고려 대상에서 제외 되고 있다.
- 차. 의료 인력의 지역 분포도 시장에 맡겨진 방식으로 이루어지고 있어 소득이 높고 인구밀도가 높은 수도권과 지방 대도시에 의료인력이 주로 편중되어 있다.

2) 요구 및 대안

- 가. 환자-의사 관계를 동반관계로 복원시켜야한다. 따라서 환자와 의사가 기초 진료에서 충분한 병력 및 가족력, 사회경제적 상태 등을 고려하는 것이 필요하며, 이를 위해서는 주치의제도의 도입이 시급히 필요하다. 또한 예방 및 건강관리에 대한 포괄수가 및 인두제를 부분 도입하여 주치의를 통해서만 서비스를 받을 수 있도록 설계하여야 한다.
- 나. 주치의제도는 단순히 종합병원 등으로의 환자의 이동을 막는 차단기제로서 기능하는 것이 아니라, 효과적인 의료정보와 환자정보의 연결을 위해 필요하다. 이를 위해 도입단계에서는 최근(2005년) 주치의제도를 도입한 프랑스 처럼, 지정의사(주치의)를 둔 환자와 의사에게 경제적 인센티브를 주는 방식을 고려하여 주치의제도의 자연스러운 정착을 고려할 수 있다.
이후 주치의제도와 의료인력 교육 시스템이 개혁되면 인두제를 기반으로 하는 주치의제로의 전환도 고려해야 한다. 또한 인두제 도입은 소아청소년, 임산부의 경우 우선 도입하는 방식을 고려할 수 있다.

- 다. 주치의제도는 그 도입목적에 걸맞게 자신에게 등록된 가입자에게 질병 예방, 교육 상담, 건강 증진, 전화 상담, 중점관리질환 서비스 등 특별한 서비스를 제공해야 한다. 특히 전화 상담과 왕진 등이 가능하고, 예방접종 및 건강증진, 교육/상담 등의 서비스를 받을 수 있도록 해 그간 국민들이 원하던 건강관리 서비스를 제공토록 한다.
- 라. 장기적으로 특정 의료부문을 특화해 수련을 받은 전문의의 경우 병원급에서 입원환자중심의 치료 및 처치를 우선으로 하는 것이 효과적이다. 현재 대학병원의 교수 의료진도 외래와 강의, 연구를 병행하는 구조를 바꾸어 외래부담을 줄이고, 자신의 연구와 전문의 수련 같은 특성을 최대한 살리는 방향으로 변화해야 한다. 이를 통해 양질의 의료가 가능하게 되며, 장기적으로 의원과 병원의 임무 분담에 기초해 프랑스, 독일, 영국의 경우에서처럼 전문의는 입원환자 중심으로, 주치의는 1차 외래 진료를 하는 방향으로 전환해야 한다.
- 마. 그러나 한국의 1차의료는 상당수 전문의들에게 맡겨져 있기 때문에, 초기에는 지역에서 개업해 1차진료를 하고 있는 전문의에게 주치의 문호를 개방하고, 예방과 건강관리에 대한 보수교육 등으로 주치의제도에 참여시켜야 한다. 그리고 이 과정에서 병원급 인력 재배치와 더불어 병원급으로 전문의가 충원되도록 주치의제도를 설계해야 한다.
- 바. 한국의 의료인력은 대형병원급에서 조차도 병상 대비 의료인력이 부족한 상태다. 장비와 병상은 비대해졌으나, 그에 걸맞는 질적 요소인 인력공급이 따르지 못했다. 이를 충원해야 하며 병원, 의원의 질 평가에서 인력 수 및 질 평가가 가장 중요한 잣대가 되어야 한다. 병상당 기준의료인력을 정해 기준이하의 병상 및 병·의원의 병상은 축소 및 허가취소해야 한다.
- 야. 의료인력 수급은 의료의 공공성 확보를 위해서 공공적으로 수행될 필요가 있다. 또한 의료인력 분포를 환자분포에 따라 배치하려면 공공성을 가진 의료인력을 양성해야 한다. 국공립대 의과대학에 대한 무상교육 프로그램을 도입하여 일정정도(50%)의 의대 신입생을 국가장학생으로 받아 무상의학교

육을 실시하고 약 10여년간 해당지역의 공공의료기관에서 근무하게 하는 등 의료인력공급 및 교육에서부터 공공성을 갖추도록 하는 수급계획을 도입해야 한다. 국공립대학에서 이러한 제도를 먼저 시행할 수 있다. 또한 같은 취지에서 이러한 의료인력의 공공적 육성은 모든 보건의료계열의 학과에서 시행한다.

자. 의료인의 교육내용에는 지역보건, 공중보건, 예방서비스와 타 직능 및 타 전공과의 공동협업에 대한 내용이 포함되어야 한다. 현재의 기능중심의 일정시간 원외봉사 및 타기관 방문이 아닌, 지역의료에 대한 좀더 많은 교육이 필요하다. 그리고 이러한 지역의료는 지역주민의 참여를 골자로 설계할 필요가 있다. 이후 주치의제도가 정착되면, 주치의와 단일전문과목의 사이의 교육환경을 재편할 필요가 있다.

(2) 의료서비스 전달체계와 의리체계

1) 현황과 문제점

세계보건기구(WHO) 일차보건의료 알마아타(Alma Ata) 선언(1979)의 정의에 의하면, 병원은 지역사회 주민의 예방, 치료 및 재활을 포함하는 포괄적 의료를 행하는 지역사회 의료체계의 중심기관이다. 또한, 지역사회 내 의료관계 종사자의 훈련과 생물·사회학적 연구를 수행하며, 지역사회 각급의 보건의료기관들이 효과적이고, 효율적으로 운영될 수 있도록 제반 지원을 수행하는 기관이다. 이는 효율적이고 효과적이며, 제공 가능하며, 평등한 서비스 제공을 위해서 병원을 지역보건의료체계에 통합시키는 것이 매우 중요하다는 점을 강조한다. 여기에, 이와 함께 병원에서 일차의뢰수준(first referral level)의 중요성이 매우 부각된다.

일차의뢰를 통해 병원의 외래는 의뢰받은 환자만을 진료하여 기본 보건의료기관과 불필요한 경쟁을 하지 않아야 한다는 것이다. 그러나 한국의 병원들은 외래중심의 입원치료를 하는 경쟁적인 병원들로, 소위 의뢰시스템은 이미 겉모습만 남았을 뿐이다. 한국에서는 의료전달체계는 환자의 선택권을 제한하고, 급여환자의 도덕적 해이를 최소화하기위한 장치로만 인식된다.

표 2 영양기관별 외래진료비 비중(%)

연도	2005	2009
상급종합병원	10.7	14.1
종합병원	11.4	12.8
병원	5.6	6.9
의원	52.5	47.9

출처 : 건강보험심사평가원

한국에서는 병원급 이상의 의료기관에서 이미 외래진료의 50%을 수행하고 있으며, 이러한 비율은 날로 증가하고 있다. 즉 병원급 의료기관에서 외래 및 입원을 동시에 수행하고 있는 것이다. 이는 의원은 외래, 병원은 의뢰에 기초한 입원이라는 기초에서 매우 벗어나 있음을 보여준다.

영국, 독일이나 프랑스 같은 대부분의 OECD 국가에서 병원 진료에서는 의뢰를 강조한 것은 병원과 지역의 의원(주치의)이 갖는 특성을 최적화 하고, 예방 및 치료, 재활까지의 포괄적 의료를 수행하기 위한 것이다. 의료시장의 특성상 ‘경쟁이 좋은 의료를 제공한다’는 주장은 전혀 사실이 아니다. 고비용의 미국식 영리시스템 의료가 계속 비판 받는 이유다. 자원공급의 공공적 배분이 중요하고, 의료의 공공적 성격에 걸맞는 체계적인 보건의료 공급시스템이 중요하다.

따라서 시장에 기초한 현재의 의료시스템에서 의료지식의 독점, 공급자의 도덕적 해이, 환자들의 닥터 쇼핑등을 효과적으로 제한하기 위해서는 무엇보다 의료전달체계의 확립이 시급히 필요하다.

2) 요구 및 대안:

가. 병원급 의료기관에 대한 실질적인 의뢰시스템을 조속히 구축해야 한다²⁾. 병원급 의료기관의 외래 이용에 대한 통제와 1차의료기관의 의뢰를 기반으로 한 의료전달체계를 복원함으로써 1차의료의 기반을 형성해야한다.

2) 응급진료, 미용, 성형등은 제외하며, 응급진료시스템, 휴일 및 야간진료 시스템 등은 지역에 충분한 거점네트워크를 만든다.

- 나. 1차의료에서 지정의사제(주치의제)를 확립하는 기반으로 의뢰시스템을 복원하여 동네의원과 병원이 외래환자에 대한 경쟁을 하는 상태를 개선해야 한다. 가입자는 지정의사(주치의)를 지정한 후 자신의 건강문제를 우선 그 의원에서 진료를 받아야 한다. 즉, 야간(오후 6시-익일 오전 9시)이나 응급, 특정 질환, 주치의의 휴무일 등을 제외하고는 지정의사(주치의)가 있는 의원을 우선 이용해야 한다.
- 다. 의뢰시스템을 제외한 경로로의 상급병원 이용은 불가피한 경우를 제외하고는 본인부담을 부여하는 등으로 이를 피하도록 하고, 지정의사제를 통한 의뢰경로에는 환자와 의사 모두에게 인센티브를 주는 방식으로 의뢰시스템에 안정화를 가져오도록 한다.

5. 공공의료강화의 조건으로서 병원급 병상과 장비에 대한 규제

1) 현황과 문제점 :

표 3 인구 1,000명당 급성기 병상수

	2002년	2007년
한국	5.7	7.1
일본	8.9	8.2
영국	3	2.6
프랑스	3.9	3.6
미국	2.9	2.7
OECD평균	4	3.8

출처 : OECD 2010

- 가. 현재 종합병원 이상 의료기관의 급성기 병상은 OECD 평균 보다 많은 인구 대비 포화상태이고 증가속도도 가파르다. 최근 3년간 급속히 늘어난 요양병원으로 인해 요양병상도 급속히 충원되었으나, 병상이 대체로 100병상 미만의 의원과 병원을 포함하는 관계로 질적인 면에서는 충분하다 할 수 없다. 병상수가 포화이나, 대형병원의 병상은 다인병실이 적어 본인부담금이 비싼 1,2인

병상이 유지되고 있다. 또한 지역적으로 병상의 불균형이 심해 수도권에 대부분의 병상이 몰려 있으며, 지방으로 갈수록 전문치료가 가능한 규모의 병원과 병상은 충분치 않다. 즉 지역, 입원치료의 질 등에서는 여전히 부족하고 불균형이 심하다.

박형근(2006)은 병원 간 경쟁수준을 측정하여 전국 854개 병원 중 병원급 이상 의료기관의 입원환자를 대상으로 분석한 결과 병원 간 경쟁수준이 커질수록 재원일당 평균진료비가 증가한 것을 보고하였다. 즉 과다한 병상경쟁은 질 문제 뿐 아니라, 진료비증가를 가져오는 부작용을 나타낸다.

- 나. 비보험영역이 병원의 주된 수입원으로 변화해 초음파, MRI와 같은 건강보험 제외 영역의 검사와 신기술처치(예를 들면 로봇치료, 자가혈장 주입술등)가 다른 나라에 비해 심각한 수준으로 남용되고 있다. 이 때문에 환자들의 부담이 늘어나고, 보장성이 악화된다.

건강보험제외 영역의 확대는 특히 임의비급여에서 심하게 드러난다. 임의비급여의 경우 병원마다 가격을 다르게 책정하기 때문에 병,의원사이의 가격경쟁의 한 축으로 자리 잡힌 상태이다. 예를 들면 대학병원, 수술전문 네트워크병원, 의원급에서 동일한 외과적 수술을 할 경우라도 총의료비용이 다른데, 이는 비보험 특히 임의비급여에 의존한 바가 매우 크다. 즉 대학병원급에서는 유명 대학교수의 시술임을 앞세워 검사나 처치에서 신기술이나, 비보험을 최대한 청구하고 이를 통해 수익을 극대화하는 식이다.

- 다. 또한 행위별 수가제로 인해 질환별 처치 금액이 날로 상승하고 있다. 입원시 부수적인 검사와 타 질환에 대한 불필요한 검사도 남용되고 있다. 이는 동네의원도 마찬가지이므로 동네의원을 방문할 이유가 점점 더 없어지고 있다.

- 라. 여기에 현재 선택진료비³⁾ 수익이 한해 총1조원을 넘어섰다. 선택진료비와 같은 시장의존형 의료접근 통제방식은 현실에서는 의료전달체계를 확립하는데 효과가 거의없고, 환자부담만 늘어나도록 만들고 있다.

3) 흔히 '특진비'로 불리는 비용으로, 대학교수등의 지도전문의에게 진료받을 경우 지불하는 추가금액을 말한다.

- 마. 대형병원의 기타 부대사업은 비영리법인에 준하는 세율을 부여하고 있으나, 이는 진료영역의 적자에 대한 보존차원이라는 명분과 달리, 병원들을 숙박업, 요식업, 장례업에 집중하게끔 만들고 있다.
- 바. 한국의 경우 OECD 평균과 비교하여 고가장비 보급율이 2배가 넘는 경우가 많다. 특히 의원급 및 100병상 미만 병원급 의료기관에도 CT가 상당수 보급되어 있다. 이 때문에 장비의 노후화 및 검사의 질도 유지되지 못하는 경우가 많다.
- 사. 의료 신기술에 경우 2007년부터 의료신기술도입허가 및 평가 제도가 도입되었으나, 이전에 도입된 임의비급여 신기술에 대해서는 소급 적용되지 않았고, 연구기술에 대해서도 본인부담으로 청구되는 문제가 있다.

2) 요구 및 대안

- 가. 병상의 지역불균형과 질적 불균등을 해소하기 위해서는 지역병상총량제 및 허가제를 시급히 도입해야 한다. 병상의 도입은 최소 광역시와 도 단위 지자체나 보건복지부등의 중앙정부가 허가 규제해야 한다. 그리고 질적으로 낮은 병상(의원 및 소규모 병원의 병상)들은 축소 및 퇴출해야 하며, 퇴거시에는 퇴거가 가능하도록 하는 구체적인 제도가 필요하다. 이와 함께 이후 필요 병상은 모두 공공병상으로 우선 배치하고 민간의 병상증설은 불허해야 한다. 시장주의가 의료의 주된 작동원리가 되고 있는 미국에서도 37개주에서 의료 자원 과잉공급을 막기 위한 ‘병상 등 신증설시 필요증명(CON, Certificate of Need)’을 받을 것을 요구한다. 미국의 경우 CON은 병원뿐 아니라 진단센터, 호스피스 시설, 장기 가정간호 프로그램등 모든 의료서비스에 대해 해당된다. 이는 주 단위의 병원심사계획위원회(State Hospital Review and Planning Council)등을 통해 수행된다.
- 나. 병상구조조정 및 퇴출과 관련해서는 개인병원의 비영리법인으로의 전환을 유도하는 방법도 포함될 수 있다. 그러나 이는 질관리에 우선하여 일정수준의 질(인력, 병상, 장비등)이 유지될 경우에 제한하여 시행하도록 설계할 필요가 있다.

- 다. 건강보험제의 영역처치에 대해서는 모든의료비를 건강보험적용이라는 원칙위에서 비급여항목을 삭제하는 방식이 주된 보장성 강화방안이다. 1단계로 비급여 항목은 법정 비급여 혹은 급여화를 통해 기존의 임의비급여 항목은 삭제해야 하며, 병원급에서는 조속한 총액계약제⁴⁾를 실시하여 입원치료에 대해 추가 지출되는 행위당 비용을 제한할 필요가 있다. 단기적으로 우선 선택진료비를 없애고, 주치의제 전환이나 동네의원 방문시의 환자-의사 인센티브를 주는 제도로 전환할 필요가 있고, 종합적으로는 총액계약제로 병원급 의료기관에 대한 지불제도를 전환해야한다.
- 라. 병원의 부대사업에 대해서는 영리법인에 준하는 세율적용을 고려해야 한다. 즉 병원에서 시행하는 불요불급한 검진 및 비급여항목(미용성형술 등)까지 수익에 대해서는 공개하고 세율에 대한 혜택을 주어서는 안된다. 연구와 환자진료 부분에만 세제혜택(비영리법인 세제)을 적용하여 비영리법인에 대한 세제혜택은 표준적인 의료행위에 대한 인센티브임을 명확히 할 필요가 있다.
- 마. 병상 및 인구대비로 각종 시술, 검사장비등도 지역별 총량 제한을 두고 대형병원의 장비를 단기적으로 소규모병원에서도 위탁을 받아 사용할 수 있도록 하는 방식을 추구해야 한다. 도입초기에는 민간병원에서는 힘들 가능성이 크므로, 공공병원에서 우선적으로 도입할 필요가 있다. 예를 들면 고해상도 MRI의 도입을 민간병원이 경쟁적으로 하는 것은 제한하고, 필요에 따라 지역공공병원등에서 우선 도입하여 검사위탁을 받고 민간도입은 총량관리를 통과하도록 하도록 해야 한다. 이는 추후 검사장비의 첨단화로 인해 지속적으로 증가할 의료비용증가분을 최소화하는 효과가 있을 것이다.
- 바. 의료 신기술에 대해서는 ‘연구기술’로 분류될 경우 환자부담이 아닌 연구자 부담으로 시술할 것을 원칙으로 해야 한다. ‘연구용 장비’ 사용도 연구자 및 의료제공자의 비용으로 검사되어야만 한다.

4) 총액계약제의 다양한 방식에 대해서는 논의와 합의가 필요하다. 또한 총액계약제의 조건으로 비보험의 최소화를 통한 병원지불액수의 투명한 공개가 전제되어야 한다.

6. 공공의료 확대 접근 방안

한국은 2010년 병원수 기준 7.3%, 병상수 기준으로 11.8%로서 공공병상이 없다시피 하다. 외국의 경우를 보면 우선 독일의 경우 공공병원으로 갈수록 종합병원이 많고, 민간 영리병원은 단과병원이 많으며, 모든 대학병원은 주립 병원이다. 프랑스도 병상의 3/4이상이 공공병원에 집중되어 있고 환자입원과 비용지출 등도 공공병원에서 주로 이루어지고 있어 입원진료에서 공공병원의 역할이 크다. 그러나 한국은 서울에 있는 유수의 대형병원이 대부분 민간병원으로 국공립대학병원을 제외하면 집중치료 및 중증환자도 모조리 민간병원에서 치료받고 있는 셈이다. 이 때문에 이윤동기주도의 의료시스템이 개혁되기 힘든 상황이 연출되고 있다.

표 4 설립주체별 민간과 공공의 병원비율(2010년)

구분	국공립병원	민간병원	소계(%)
종합병원	60(19.2)	252(80.8)	312(100)
병원	64(5.1)	1219(94.5)	1284(100)
요양병원	49(6.3)	730(93.7)	779(100)
소계(백분율)	174(7.3)	2201(92.7)	2375(100)

자료 : 병원협회(2010년도)

1) 현황과 문제점

가. 한국은 OECD 국가들과 비교할 때 공공병상이 1/10 수준이다. 특히 영리의료의 천국인 미국의 30%와 비교해도 1/3도 안되는 부끄러운 상황이다. 한국 보건의료체제의 기형적인 구조(국민건강보험에 공공성의 대부분을 의존하는 구조)는 근본적으로 공공병원과 의원, 공공병상이 없는데서 기인한 바가 크다. 그러나 이러한 현실에도 급성기병상 공급과잉을 추가하는 현재병상의 10%에 가까운 수의 병상이 민간에서 더 신설될 예정이다⁵⁾.

5) 서울지역 5389병상, 인천,경기지역 6462병상 이상, 부산,경상지역 4209병상의 증설이 조만간 예정되어 있다. “대형병원 병상확대 전쟁” 임술, 메디칼업저버, 2010.3.16

- 나. 현재 지방의 인구 비밀집지역 의료는 보건소와 보건지소가 담당하고 있으며, 이는 공중보건으로 거의 충당되고 있다. 그러나 의료시장화 압력과 의료인력 양성이 사적으로 되어 있어 이마저도 인력의 충원이 불안한 상황이다. 또한 3년 단위의 잦은 의료진의 교체가 문제가 되고 있다.
- 다. 지방의료원과 시립병원등은 낮은 경쟁력과 장비 등으로 인해 환자들의 외면을 받고 있으며, 국립대병원과 일부 시립병원(보라매병원)은 병상과 장비 등을 리모델링하였으나, 의료수익압력으로 타 민간대형병원과 비교해서 공공성을 특별히 관찰하기 어려운 상태이다. 또한 의원과 대형병원사이의 중소병원들이 대부분 민간병원인 관계로 아급성기 치료등의 분야에서 공공의료는 거의 전무하다시피 하다.
- 라. 여기에 요양병원과 간병서비스등도 모조리 민간주도로 되어 있어, 서비스가 비용에 비해 질이 낮은 문제가 있다. 또한 요양병원은 포괄수과제(DRG) 모델이나 만성환자가 가지고 있는 중증질환등은 급성기 병원에서 행위별수가로 추가지출되고 있어, 건강보험에 이중의 부담이 되고 있다. 그리고 만성환자의 의료전달체계상의 역할을 수행할 지역별 3차 재활병원이 거의 없다.

2) 요구 및 대안

- 가. 이제 양질의 공공병원을 확충하여 의료의 공익성과 의료서비스의 질을 같이 향상시켜야 할 필요가 있다. 이를 위해 지역별로 있는 국립대병원과 국공립병원 전체를 연계하여 통합 공공병원체계를 만들고, 추가되는 민간병상을 규제해야 하며, 지역별 병상부족분은 일정 병상(300병상)이상의 공공병원으로 확충하는 것을 확고한 방침으로 해야 한다. 이와 함께 의원급의 병상을 단계적으로 줄여가는 것이 필요하다. 의료서비스가 잘 조직되어 있는 영국의 병상수 규모를 살펴보면, 병상수의 80% 이상이 300병상 이상의 병원에 위치한다.
- 나. 국립대학병원, 국립의료원, 국립암센터를 추축으로 한 국가중앙의료원 네트워크(또는 콘소시움)를 구축하여 명실상부한 질적으로 최고의 의료기관을 구축할 필요가 있다. 또한 이런 질적 기반을 공공의료시스템에 포함된 의원과 병원경유 환자가 우선 이용할 수 있도록 해야 한다.

- 다. 서울대병원 및 지역 국립대병원은 단일 법인화 하지 않고 전체 공공병원체계 하에서 관리하여 연계성을 갖도록 해야 한다. 추가되는 공공병원을 협진등에서 우선 수용할 수 있는 체계를 가지고 신설공공병원을 지원하는 국공립병원 의료전달체계를 구축할 필요가 있다⁶⁾.
- 라. 공공병원 건설비용은 단기적으로는 국민건강보험과 국고에서 반반으로 출자하여 연간 1조원 정도를 전국적으로 투여하는 방법이 있다. 1조원을 3년간 지원할 경우 300 병상의 종합병원을 30개 정도 지을 수 있다. 향후 주치의제 및 병원의 입원치료중심방향이 정해지면 국고 100%로 병상을 확충하여 공공병상 비율을 높여나가야 한다.
- 마. 요양병원에 대해서는 요양, 재활치료를 위한 의료전달체계구축을 단계적으로 이루어야 한다. 경영에 어려움이 있는 병원의 요양병원 전환을 정부가 유도한 결과, 100병상 이하급 요양병원들의 난립으로 질 관리가 되지 않은 상황에서 요양병상만 급증하였다. 여기에 만성기 치료환자의 급성기 병원치료가 병행되면서 이중의 의료비용 부담이 발생되었다.
- 300병상 이상의 만성기, 재활 거점병원이 민간자본주도로 아직 충분히 도입되지 않은 상황이다. 이는 공공병상 도입계획의 관점에서는 급성기 병원보다는 재활병원 등에서 공공병상을 먼저 도입할 수 있는 환경이다⁷⁾. 현재 민간이 충분히 진출하지 않은 만성기병원(재활,요양병원)과 병상의 공공성을 빠르게 확보하면서 만성기환자 의료전달시스템을 공공에서 우선적으로 구축해야한다.
- 바. 장기적으로 공공병상의 질 확보를 위해 간병서비스는 급성기와 만성기, 재택으로 구분하여 공공부문에서 확대해야 한다. 우선적으로 만성기 전달체계에서부터 간병서비스까지 포괄적으로 공공의료체계에서 제공하는 체계를 시범적으로 시행할 필요가 있다.

6) 이는 서울대 및 지역의 국립대 병원이 가지고 있는 의료의 권위를 활용하는 것으로 공공병상 및 병원 확충에서 질과 수요를 일정수준이상 유지할 수 있는 기반이 될 것으로 판단된다.

7) 현재 5개 권역에서 권역별 재활병원을 도입하였으나, 일부는 국립대 수탁이고, 일부는 지자체 수탁으로 전달체계확립이 되지 않은 상황에서 지역 민간 재활병원과 경쟁하는 환경이 될 공산이 크다. 요양,만성기 전달체계가 확립되어야 하고, 공공 재활병원이 만성환자치료의 주도권을 쥐도록 설계하는 것이 필요하다.

사. 공공병원과 지역보건소등의 정책 및 의사결정에는 국민들이 참여할 수 있어야 한다. 국공립병원 운영위원회등의 1/3은 지역 주민 혹은 환자들이 참여할 수 있도록 설계하고, 사립병원의 경우 개방형 이사제를 도입해야 한다. 이를 통해 지역사회에 한발 더 다가갈 수 있는 병원이 되어야 한다.

<지정토론 1>



수원시민의 건강할 권리 어떻게 할 것인가?

박 찬 병
강원도 삼척의료원장



수원시민의 건강할 권리 어떻게 할 것인가?

강원도 삼척의료원장
박 찬 병

1. FTA 체결과 의료상황

- 한미 FTA와 한EU FTA와는 보건의료서비스에서 다를 것이다. 미국은 완전 자유 시장적 의료시스템인 반면, 유럽은 대부분이 공공의료시스템으로 운영하고 있기 때문이다.
- 주제 발표는 주로 미국과의 FTA에서의 문제점을 지적하고 있으며, 대부분 공감하는 문제들임.
- 과연, 미국식의 보건의료서비스 체계는 우리 국민에게 도움이 되는 가를 생각하면, 매우 걱정됨. 현재의 사회양극화의 상태에서 보건의료서비스마저 시장주의로 접근하게 되면, 미국처럼 OECD국가 중 가장 건강상태가 나빠지게 될 것이 분명함.

2. 보건의료서비스의 상업적 거래의 부도덕함

- 보건의료서비스는 과연 상거래의 대상으로, 더구나 국가 간의 무역교류처럼 이루어지는 것이 적정한가에 대하여 개인적으로 매우 우려스러움.
- 필수의료서비스 제공은 헌법적 국가의 의무(국민 보건권)임에도 자칫 개인의 책임으로, 개인의 경제적 격차에 의한 보건의료서비스가 차등화 될 것임.
- 또한, 생명을 담보로 하는 상업적 거래에 대하여 국민적 동의가 어려울 것임. 우리 국민들의 평등의식에 비추어볼 때 사회적으로 심각한 문제를 야기할 것임.

3. 국가별, 지역별 건강수준 편차의 문제

- 국가간 또는 지역간의 상당한 건강수준의 편차가 존재함. 이는 보건의료체계와 정책에 따른 것으로 미국은 결코 우리의 모델이 아닐뿐더러, 오히려 미국이 우리의 체계를 본받으려 하고 있는 상황임.
- 국가 또는 자치단체는 이런 격차를 해소하기 위해 노력해야 함에도, 영리병원 등 사회적 격차를 벌리는 정책들이 도입되고 있는 것임.
- 민간에 이런 역할 맡겼을 때 오는 문제들은 성남시의 사례를 봐도 알듯이, 경제적 격차로 인한 사회 괴리감이 더욱 커지게 될 것임.

4. 공공의 역할

- 결국, 민간의 영리 목적상의 행위들에 대한 보완적 또는 적절한 보건의료서비스 제공과 민간에 대한 적절한 통제 장치로 지역사회의 공동체적 위상을 확보해야 삶의 질이 개선될 것.

5. 이상적인 보건의료서비스 모델

- 모든 국민들이 질병 예방과 치료로 인한 비용으로 고민하지 않아야 한다.
- 보건의료서비스가 분명한 근거에 의하여 제공되어야 한다. 과잉진료나 부당청구 등이 없이 근거가 분명한 보건의료서비스만을 제공받아야 한다.
- 서비스 제공과정이 명확하고, 투명하게 제공되어야 한다. 국민이 주인된 병원의 모습으로 환자의 알권리와 서비스 선택권이 보장되어야 한다.

6. 공공의료서비스 강화 방안

- 직접서비스 제공이나, 간접서비스 제공이나의 문제는 이미 많은 검증이 이루어졌음
- 좋은 의사들과 적자를 걱정하지 않는 공공병원만이 근거에 의한 적절한 의료서비스를 제공할 수 있음.

7. 지역사회에서의 대응 방안

- 현재의 상황에서 FTA의 체결 자체를 부정하거나, 당장에 체결취소를 기대하기는 쉽지 않을 것임. 따라서, 제한적이긴 하지만, 장기적인 안목에서 영리병원 문제, 의약품 사용의 문제나 의료기기의 문제 등에 대한 지역적 차원의 대응은 다음과 같은 방식으로 검토할 필요가 있음.
- 소비자 운동의 활성화
 의료소비자 운동이 우리나라에선 매우 취약함. 환자의 권리가 보장되는 방식으로 시민의 참여가 보장된 환자권리 운동이 보편화되어야 함.
 진료 선택권리, 검사 동의권리, 각종 설명을 제대로 들을 권리, 의료사고에 대한 감시와 조사권리, 진료비 적정성에 대한 감시권리, 시민으로서 경영내역에 대한 감시권리 등을 수행하기 위하여 전문가를 포함한 시민단체가 결성되어 각 병원에 대한 참여가 이루어져야 함.
- 공공병원의 설립
 성남의 모델로 수원시의 규모에 맞는 수원시 직영 공공병원이 설립되어야 함. 현재의 경기도의료원 수원병원 만으로는 부족함. 공공병원을 통하여 시민단체를 중심으로 병원의 구조와 운영원리를 참고하여 민간병원에 대한 요구로 확대해 나가야 함.

<지정토론 2>



지역사회 차원에서 무엇을 할 수 있을까?

김 수 정

국제사이버대학교 사회복지학과 교수



지역사회 차원에서 무엇을 할 수 있을까?

국제사이버대학교 사회복지학과 교수
김수정

- 영화를 좋아하는 본인이 유일하게 안 보는 종류가 바로 공포영화임. 그 이유는 서바이벌 형식으로 다른 사람이 죽지 않으면 내가 죽어야 하는 그 상황이 너무 싫고, 어떤 괴물인지 몰라서 퇴치방법을 찾을 수 없고 그로 인해 두려움에 사람들이 서로서로 불신하는 것이 너무 끔찍하기 때문임. 한미 FTA(이하 'FTA')는 본인에게 있어서는 그러한 공포영화와 같은 느낌으로 다가왔음
- FTA에 가장 큰 타격을 받는 부분은 보건의료 부분이라고 함. 사회복지가 인간다운 생활을 보장하기 위한 제도들로 구성되어 있기에 보건의료부분의 문제는 사회복지의 문제로 이어지고 이는 결국 인간다운 생활을 보장해줄 수 없는 사회로 귀결된다고 볼 수 있음. 따라서 FTA는 보건의료와 사회복지 모든 부분에 있어서 국민들이 인간다운 생활을 할 수 없도록 만들게 됨
- 현재 FTA와 관련 있는 국내의 법들이 정비되고 있고 이것은 지방자치단체의 범위를 벗어나는 것이기에 지역사회(기초자치단체) 차원에서 할 수 있는 방법은 찾기 힘들 수 있음. 하지만 그럼에도 불구하고 지역사회 차원에서 무엇을 할 수 있을지, 아니 무엇을 해야만 하는 지에 대한 논의가 필요하고 실행방안을 찾을 때가 되었다고 생각함
- 본인은 지역사회인 수원시 차원에서 할 수 있는 일은 크게 4가지라고 생각함

1. 공공의료보건체계 강화

- 발표자도 제안하셨듯이 본인도 지역의 공공의료체계를 강화시켜야 하는 것이 가장 필요하다고 생각함. 이를 위해서는 우선 현재 수원의 공공의료보건체계 현황을 정확히 진단하고 장기적, 단기적 계획을 수립해야 함

- 지난 2011년 보고서¹⁾에 따른 수원시 보건의료 자원분석은 다음과 같음. 보건의료인력은 양호한 수준이며, 일차의료를 담당하는 의원과 치과 병의원은 높은 자원을 분포를 보이나 종합병원급 의료기관은 낮은 수준을 보임. 공공보건의료기관은 전국 및 경기도 수준과 비교하여 매우 낮은 수준. 응급의료와 정신보건서비스 등 수원시의 건강위험이 되고 있는 질환들에 대한 보건의료자원과 대응도 비교적 낮은 수준임. 결국 공공자원의 부족이 민간기관에 대한 부담으로 이어지고 있으며, 건강위험이 높은 취약계층과 노인계층의 건강결과를 더욱 악화시킬 수 있음을 보여줌
- 또한 구별로 격차가 존재한다는 것도 문제임. 주관적 건강수준 인지율의 경우 권선구, 장안구에서 더 낮게 나타나며, 60세 이상 노인층의 경제적 이유로 미충족 의료발생 분율도 장안구와 팔달구가 높은 수준을 나타내고 있음
- 수원시에서 적극적인 의지를 가지고 공공의료보건체계의 현황을 파악하고 이를 강화하기 위하여 조례 정비, 예산 증대 등 필요한 방안을 모색하여야 함. 2013년에 지역사회복지계획과 지역의료보건계획을 위한 실태조사를 수행해야 하는 상황이므로 이러한 조사와 계획 수립에 FTA와 관련된 대책 방안을 위한 내용들도 포함하여야 할 것임

2. 사회적 취약계층을 위한 안전망 강화

- FTA의 영향은 사회적 취약계층에게 가장 먼저 그리고 가장 크게 나타날 것임. 그리고 이로 인한 양극화 현상이 더욱 심해질 것으로 예상되고 있음. 따라서 사회적 취약계층을 위한 사회적 안전망을 정비하고 강화하여야 함
- 사회적 취약계층을 위한 돌봄 등의 사회서비스를 강화해야 함. 독거노인 가정, 장애인 가정, 한부모 가정 등에게 취업과 생활유지를 위한 사회서비스가 제공될 수 있도록 서비스를 확대하여야 하고 전달체계를 잘 갖추어야 함. 이러한 것들

1) 김용익·이진석·박종현(2011). ‘휴먼서비스 센터’ 중심의 보건·복지서비스 연계, 연구. 수원시·서울대 산학협력단

은 현재 공공 전달체계인 ‘희망복지지원단’과 ‘수원시 휴먼서비스센터’ 및 민간기관들과 연계하는 통합적이고 효과적인 사례관리를 통해 이루어질 수 있어야 할 것임. 또한 주택문제 및 사회적 일자리 사업도 확충되어야 할 것이며, 현재 지속적으로 노력하고 있는 보건·복지 연계를 더욱 강화해야 함

- 특히 수원은 다른 지역보다 노숙인 관련 지원에 더욱 많은 노력을 기울여야 할 것으로 생각됨. 지난 1997년 IMF 사태에서도 나타났듯이 사회경제적인 어려움은 많은 사람을 노숙으로 내몰게 되므로 향후 FTA로 인한 노숙인의 증가도 많아질 것으로 예상할 수 있음. 따라서 노숙인에 대한 대비책 마련도 준비해야만 함

3. 공동체 의식 강화를 통한 사회적 지지 확보

- 앞서 제시했던 ‘공공의료보건체계 강화’ 및 ‘사회적 취약계층을 위한 안전망 강화’는 수원시민들의 지지를 얻지 않으면 이루어질 수 없음. 왜냐하면 이와 같은 내용들은 예산 확보가 필수적인데, 한정된 예산 속에서 이러한 내용들이 우선순위로 인정되어야만 예산 확보가 가능하기 때문. 이를 위해서는 수원시민들의 공동체 의식 강화를 통한 사회적 지지를 확보하는 것이 필요함
- 언론이 왜곡되고 다양한 비판과 의견을 받아들이지 않는 현재의 한국사회에서는 올바른 정보 제공이 이루어지지 않고 있어 불행히도 수원 시민들이 FTA에 대한 정보와 문제에 대해 잘 모르고 있거나 관심이 없다고 보여 짐. 따라서 올바른 정보제공과 다양한 논의를 통해 사회적 합의를 이끌어 내고 사회적 지지를 확보해야 함. 이러한 과정은 필수적으로 공동체 의식의 중요성을 인식하게 될 것이며 결국 지역의 공동체 의식의 강화를 통해서 사회적 지지를 확보할 수 있게 될 것임
- 이를 위해 가장 시민 밀착적인 방법이 이루어져야 하기에 동을 중심으로 한 단위에서의 교육과 논의가 있어야 한다고 생각함. 그래서 주민복지협의체 위원, 자치위원, 복지위원 등의 교육과정에 이러한 내용들이 포함되어야 하고, 현재 진행 중인 마을만들기 사업에서도 이와 관련된 교육이 필요함. 이를 위해 지역의 시민사회단체들과의 협력이 절실히 요청됨

- 공무원들의 생각과 협조가 큰 관건임. 정부에서 진행하고 있는 FTA이기 때문에 이에 대한 문제들을 제기하기가 쉽지는 않을 거라고 생각됨. 그러나 시민들의 건강과 안전을 위해서는 대비책을 마련해야하는 것이 또한 공무원들의 의무임. 따라서 공무원들도 FTA에 대한 내용과 문제를 알고 수원시 차원의 대비책들을 만들 수 있도록 공무원들의 보수교육 과정과 특강 등에 FTA 관련 내용을 포함해야 함

4. 중요한 투표에 반드시 권리 행사

- 대의민주주의 사회이기 때문에 정책결정은 대표자 즉 투표로 선출된 정치인들이 결정함. FTA로 인한 정책을 마련하고 예산을 투입하는 것의 결정 역시 정치인들에 최종 결정권이 있음. 따라서 투표로 선출되는 수원시 의회 의원들과 수원 시장에게 끊임없이 FTA에 대한 문제제기를 하고 대책 마련을 요구해야 함
- 더불어 경기도 의회 위원, 경기도지사, 국회의원, 대통령 선거 등에서 시민 스스로 가지고 있는 투표권을 적극적으로 행사해야 함. 정책을 점검하고 인물이 걸어온 길을 살펴보고 진정으로 인권을 생각하고 사회적 취약계층을 위한 일을 할 수 있는 사람을 선택하여야 함. 그리고 그 사람이 공약으로 제시했던 일들을 지키려고 노력하는 지 계속 점검하여 다음 선거 때 심판할 수 있어야 함
- 가까이 2012년 12월 19일에 대통령 선거가 있고, 2014년에 수원시장을 비롯한 지방자치단체장과 위원들을 뽑는 선거가 있음. 따라서 이러한 선거에 적극적으로 자신의 권리를 행사하여 투표하여야만 함. 참여하지 않고는 절대로 나를 보호하는 정책을 만들 수 없고 세상을 바꿀 수 없음

<지정토론 3>



FTA에 따른 사회적 변화와 공공보건의료정책의 강화방안

박 봉 희

한국의료생협연합회 부설 교육연구센터 소장



FTA에 따른 사회적 변화와 공공보건의료정책의 강화방안

한국의료생협연합회 부설 교육연구센터 소장
박 봉 희

1. 들어 가며

- 요즘 누구나 사회적기업, 사회적경제 생태계를 얘기하고 있음. 또한 사회적경제의 쌍생아라고 할 수 있는 협동조합을 주목하고 있다. 지난 7월, 서울시 지하철에 게시되어 있는 ‘협동조합의 해 난장 한마당’ 포스터를 보며 협동조합운동에 참여해온 입장에서 만감이 교차함. 개인적으로 협동조합을 처음 출발하던 당시를 떠올려 보면, 80년대 후반 우리가 바라던 민주화는 이루었는데, 지역의 변화는 이뤄지지 않았다. 그래서 풀뿌리 민주주의에 관심가지며 지역의 변화를 이뤄내지 않으면 안된다는 절박함이었다. 민간참여에 의한 공공의료 강화라는 보건의료운동으로 출발했던 의료생협운동은 협동방식으로 발전시켜왔다. 지역사회 전체를 건강하게 하는 것, 돌봄과 사회안전망, 건강마을공동체를 만들어가는 것은 국가 권력이 미처 준비하지 못한 민의 참여에 의한 고령사회준비이기도 했다.
- 의료생협이 한국사회에서 민간영역의 공공의료강화를 위한 활동이 시작된지 어언 18년.

그간의 공익적 활동이 반영되어 2011년 협동조합기본법 제정과정에서 사회적협동조합이 탄생하게 됨. 최근 서울시와 의료생협연합회가 함께 지역사회 건강증진 협력모델을 위한 토론회, 더 나은 고령사회준비를 위한 건강마을공동체를 위한 토론회, 시민참여 연구 설문조사 실시 등 지자체와 전문가의 의료생협에 대한 관심이 증폭되고 있으며, 공공의료의 민관협력 모델을 시도해 볼 수 있는 가능성이 열려짐.

2. 토론 주제에 관하여

○ 토론에 앞서 공공보건의료정책의 목표와 추진과제에 대해 다시 한번 환기해보면,

목표: 1. 국민의 건강권 보장에 기여

2. 차별없이 모든 사람에게 접근하기 위하여

- 양질의 보건의료서비스 제공, 국가적 차원의 보건의료정책을 수용

- 의사소통을 통한 지역주민의 이해와 요구 반영

추진 과제: 1. 국민의료비 절감

2. 사회 양극화를 극복한 의료 안전망 확립

3. 공공의료 강화를 위한 합리화와 및 효율화

4. 민간의료의 공공성 강화

○ 오늘 발제한 우석균정책 실장의 'FTA에 따른 보건의료제도 변화에 대한 문제의식' 부분에 대부분 동감함. 사실 일반 시민 입장에서 FTA가 우리와 무슨 상관이야? 어떤 연관이 있지? 질문하게 되는데, 잘 모른다. 어렵다. 보건의료제도와 연관지어서는 더욱 그렇다. 그런데 지하철 요금과 FTA 연관성으로 우리가 피부로 느낄 수 있는 생활 언어로 정리한 것에 감탄하게 됨. 그런데 문제의식만 따라가다 보면, 그래서 우리가 할 수 있는 일이 뭐지? 조금은 암울하다.

그나마 오스트레일리아 정부가 담배회사의 ISD 위협에도 금연정책을 강행했고 이를 통해 국민들 지지를 이끌어내어 무역협정에서 ISD를 제외하는 재협상을 추진하는 사례가 있다니 다행이다 싶다. 이와 같이 시민들의 적극적 참여가 정부 협상력을 뒷받침할 수 있고 재협상이 가능하다면, 2008년 촛불시위의 경험으로 미국산 30개월 이상 쇠고기가 제한 없이 유통되는 상황을 막았다는 적은 성과를 충분히 공유하고 이를 알려내는 것이 필요하지 않았을까?

그래서 오늘 발제자가 제안한 FTA 상황하에서 무엇을 할 수 있고 할 수 없는가에 대한 연구가 필요하다는 데 동감함. 그런데 이런 제안들이 이런 토론의 장에서 일회성으로 끝나는 것에 회의가 있음. 발제자는 이러한 연구가 가능하도록

구체적인 제안을 해주면 좋을 것 같음.

이 질문과 연동해서 오늘 토론회를 주최한 수원시지역사회복지협의회 보건의로 분과에서는 수원시 건강형평성 증진을 위한 학습과정에서 한미FTA에 따른 사회적 변화, 의료민영화에 따른 변화에 주목하게 됨. 결국 공공보건의료가 강화되어야 한다는 결론을 가지고 지역사회에서의 공공보건의료 강화방안과 과제를 모색하기 위해 본 토론회를 개최하게 되었다고 배경으로 설명하고 있음. 그렇다면 오늘 토론회 이후 전략은 있는지 주최 측에게도 묻고 싶음.

○ 새로운 공공의료 개념부분에서

- ‘소극적 공공의료에서 적극적이고 공세적인 공공의료 개념으로의 변화가 필요하다’

- 민간주도의 의료시스템을 변화시키기 위한 공공병상 및 공공병원 확충 계획이 필요하다... 의사의 사회적 임무와 지역과 계층 분포를 고려하여 의과대학 및 의료공급자에 대한 우선적인 무상교육 프로그램을 즉시 도입해야 한다.

는 주장은 웬지 좀 공허하게 들림. 구체적이고 단계적인 전략이 필요하지 않을까?

○ 2011년 초, 김용익(참여정부 시민정책실, 현 국회의원)이 의료생협을 방문하여 참여정부 시절, ‘공공의료 30% 공약, 재원도 조직도 있었는데 왜 하지 못했는가?’라는 근본적 질문을 가지고 방문하였음.

- 공약, 슬로건만으로 안된다. 바닥이 준비되어 있지 않으면 허상이다.

- 보건의료단체 단체 활동의 재편이 필요하다. 전방위적 노력이 필요하다.

- 공공성 강화와 더불어 민간영역의 공공성 강화 방안 모색이 이루어져야 한다.

여기의 문제의식에 대한 의견을 듣고 싶음.

○ 한국의료생협연합회는 2006년부터 2011년에 걸쳐 시민단체분야(경실련, 건강세상네트워크)의 평가자로 지역거점 공공병원 운영 평가단에 참여하였음. 지역거점 공공병원 평가에 시민단체가 참여하게 된 것은 의료원운영에서 민주적 참여와 공공적인 보건의료활동에 대해 실제 의료의 주체이자 소비자인 시민사회에서 직접 확인하고 평가한다는 점에서 매우 의미있는 일이었음. 이 경험을 토대로

의료생협연합회내에서는 의료생협간 내부 질 관리를 위한 평가시스템 일환으로 현재 상호교류단이 3년차 진행되고 있음.

그런데 최근 평가기관이 복지부 산하 공공보건의료지원 팀에서 회계법인으로 이관되어진 사실을 확인하게 됨. 이는 그동안 공공병원이 지역사회에서 공공성을 어느 만큼 실현하는지, 시민참여가 어느 정도 이뤄지고 있는지, 취약계층의 지원이 어느 정도인지, 민간영역을 어느 정도 선도하는가 가 평가의 기준이었다면, 이제 경영안정성이란 이름으로 영리를 더욱 추구하는 방향으로 평가를 하게 되리라는 건 불을 보듯 뻔하게 보임. 그나마 10% 수준에 머물고 있는 공공병원도 제대로 역할을 할 수 있을지 의문임.

다음은 1)2009 지역거점 공공병원 토론회에 참석하여 토론을 했는데 이를 소개함으로 지역거점 공공병원의 현황에 대한 현장감을 갖고자 함.

3. 나가며

- 최근 서울시의 박원순 시장 선출 이후 변화가 이뤄지고 있음. 2)지난 7월, 서울시는 “건강서울 36.5”라는 서울시 건강전략 (이하 ‘건강전략’)을 발표했다. 시민들과 전문가 등 1천여 명이 참여하여 총 1백회가 넘는 의견수렴 과정을 거쳤고, 보건소와 시립병원, 보건의료 단체들과의 정책은 물론 정부 부처 내외의 협의 끝에 만들어진 것이라고 한다. “아파도 치료받지 못하는 사람 없는, 모두가 건강을 누리는 서울을 만들겠습니다”는 야심찬 인사말과 함께 “건강수명은 늘리고! 건강격차는 줄이고” 라는 핵심 슬로건이 제시되었음.
- 기존의 보건정책이 대개 “보건의료서비스” 제공 확대에 치중했던 것에 비해, ‘건강전략’은 진일보한 면을 보이고 있다. 지방자치단체 수준에서 종합적인 건강전략을 마련했다는 것 자체가 긍정적이며, 또한 그 과정에서 다양한 행위자들과 상당한 정도로 소통했음은 괄목할 만함.

1) 2009, 지역거점 공공병원 발전계획 공청회, 토론자료

2) 김명희, 서울시 공공의료마스터플랜 ‘건강서울 36.5’ 어떻게 볼 것인가, 토론회

- 서울시의 “건강서울 36.5”라는 서울시 건강전략 (이하 ‘건강전략’)에 참여형 보건지소 마련, 의료생협과 건강복지센터를 평가하고 지원하겠다는 내용의 발표가 포함되었음. 이는 의료생협연합회에서 전문가 간담회에 참여하여 시민참여 기전에 대한 내용을 포함시키라는 적극적 문제제기, 한국의료생협연합회가 성공회대, 도시연대와 함께 진행하고 있는 시범적인 민관협력모델사업(강북구 건강카페) 지원 경험에 근거한 정책적 제안으로 가능하였음. 서울에서 건강수준이 가장 취약한 지역에서 보건소와 지역주민의 참여로 실험되는 건강카페가 성공한다면 생협형 민관협력모델이 만들어질 전망이다. 이와 같은 서울에서의 시범적인 민관협력모델 성공은 전국적인 확산의 출발로서 의미가 있을 것임.
- 2012년 12월 발효되는 협동조합기본법 체제는 협동조합의 7번째 원칙인 ‘지역사회기여’를 보다 중심에 두는 사회적협동조합 법적 틀임. 조합원 중심이라는 한계를 극복하고 보다 공익적인 활동, 사회적 역할, 지역사회의 다양한 자원과 연계할 수 있는 합법적 틀로서 의미있음. 현재 의료생협연합회 소속 회원들은 사회적협동조합 전환을 준비하고 있으며, 영리형을 추구하는 의료생협과 차별화 전략을 꾀하고자 함. 이러한 법체제는 민간영역의 공익적 활동을 활성화할 수 있는 새로운 모색을 해 볼 수 있는 기회가 될 것임.

별첨 :

○ 시민단체 참여 부분에 대한 전체 평가

지역거점 공공병원 평가의 목적은 1) 지역거점 공공병원 육성 2) 공공병원의 효율성 제고를 위한 평가, 관리 강화에 두고 있습니다. 그러나 공공성강화와 효율성제고라는 다른 가치를 한 평가에 두고 진행함으로써 평가의 결과 경영이 상대적으로 안정된 곳은 더 지원되고 낙후된 곳은 더 사기가 떨어지는 방향으로 진행되는 측면이 있습니다.

따라서 공공성은 공공성대로 평가하여 본래의 목적을 더 잘 달성하도록 하는 방안과 효율성에 따른 평가는 별도로 하여 공공성을 훼손받지 않는 선에서 효율성을 어떻게 달성할 것인지 하는 지원방안이 필요합니다.

- 특히 장례식장 운영 등 부대사업 운영에 대한 평가가 많은 비중을 차지하는 것은 제고되어야 합니다.
- 이사회에 소비자단체가 참여하는 것은 매우 바람직한 구조이나 실질적인 운영이 되기 위해서는 환자 입장에서 병원의 공공성 확보라는 목적을 이해하고 견인할 수 있는 단체가 참여할 수 있도록 조건을 마련하는 것이 필요합니다.
- 작은 규모의 병원은 상시적인 인력난이 존재하는데 큰 병원과 같은 수준의 각종 위원회를 만들고 운영하는 것이 자칫 비현실적이어서 오히려 역할부담만 가중시킬 수 있습니다. 실제로 각 위원회의 참여인원은 동일인인 경우가 많고 형식적으로 운영되는 경우가 적지 않습니다. 따라서 병원의 규모에 따른 적절한 위원회의 숫자와 내용이 연구되는 것이 필요하겠습니다.
- 공공병원 개선방향이 시설설비의 개선과 확장에만 관심이 가 있는 것이 아니라 가지고 있는 조건을 최대한 효율적으로 운영하는 방안이 필요합니다. 이에 대한 지원으로 기획력, 마케팅, 조직운영방안의 제고 등 인적자원에 대한 지원이 필요합니다.
- 지역거점 공공병원의 정확한 개념이 어떤 것인가는 그 지역의 의료 및 건강문제 수요에 대한 파악이 기초가 되어야 합니다. 그에 대한 근거가 약하므로 바람직한 방안이 제시될 필요가 있겠습니다.
- 민주적 경영은 노동자와 사용자, 시민 세 축의 협력과 견제가 잘 어우러져야 합니다. 그러나 평가서의 경우 회의의 개최 여부만 묻도록 되어있어서 실질적인 운영이 반영되기에는 미약합니다. 세 축의 활동 역학이 공공성 강화, 민주적 경영, 생산성향상에 미치는 영향이 연구되어야 합니다.
- 자원봉사자는 부족한 일손을 단순히 채워 주는 사람이 아니라 지역주민 참여 통로이며 병원이 지역사회의 애정과 인정을 받을 수 있는 중요한 토대입니다. 그러나 그런 측면을 인식하지 못하고 외부 봉사단체에 위탁하듯이 운영하는 것으로 보입니다. 병원이 직접 자원봉사자를 관리하여 병원은 스스로가 주민들에게 열려있는 창구로 인식하고 자원봉사자는 주인의식을 가질 수 있도록 운영하는 것이 바람직합니다.

- 장애인 편의시설에 관하여는 시설의 유무만을 평가하는 것으로는 부족하고 비상벨의 위치, 미끄럼 방지턱의 불편함의 해소 등 실질적인 평가가 되어야 합니다.

○ 평가시에 발굴된 좋은 사례를 취합하고 보급하는 일 필요

- 군산의료원 day care center 운영 사례, 장터, 상시 갤러리 등을 여는 것, 속초의 료원이 소식지를 발행함으로써 지역주민과 밀착하려는 노력을 하는 것, 삼척의 료원의 자원봉사자 관리 등은 지역주민에게 열려있는 활동의 모범일 수 있습니다.
- 적십자병원은 직원의 아이디어로 잔반이 남지 않으면 식판과 디저어트를 맞추는 사례도 참신한 사례입니다.
- 위와 같은 내용을 좀 더 면밀히 검토하고 취재하여 바람직한 사례로 보급하는 것이 필요합니다. 일시에 전국적인 규모에서 평가가 이루어지는 만큼 평가후에는 각 의료원의 좋은 사례가 자연스럽게 공유되도록 하는 시스템이 필요합니다.

□ 현재까지의 평가부분에서 지역거점 공공병원으로서의 역할 수행 충실, 민간병원에서 제공하기 어려운 필수 공익의료서비스 만족도가 높아지는 긍정적 요소가 결국 적자 경영으로 나타나는 바, 이 긍정적 요소는 사회적 가치로 환산할 필요가 있는데, 반영이 되고 있다고 보는가?

□ 지역거점공공병원 발전계획의 기본 방향에서 제시된 1. 민간병원과 차별화되는 공공의료기능 수행과 2. 선택 및 집중에 의한 재정지원으로 지속가능한 발전 지향 두 가지는 상호 모순 됨.

첫째, 민간의료기관이 제공하기 어려운 재활훈련, 호스피스 서비스제공확대와 질병예방, 만성질환관리, 가정간호와 같은 의료취약지역에 대한 투자를 강화하겠다는 것은 수익이 발생되지 않는 공공의료기능을 수행하겠다는 것인데, 재정지원은 운영평가 결과가 우수하고 경영 개선의지 있는 병원을 선택하여 집중적으로 지원하겠다는 것으로 표현되어지고 있음. 앞서 현장에서의 제안처럼 공익성과 수익성이란 다른 가치를 한 가지 잣대로 재단하고 있는 격임. 따라서 평가보완이 필요 함.

- 재정지원 역시 대부분 하드웨어 적인 건물의 신, 증축에 집중적으로 지원하겠다는 것으로 표현되어지고 있음. 재활훈련, 호스피스, 만성질환, 가정간호 같은 대인서비스의 질 향상과 같은 평가는 경영 개선에서 제외될 소지가 많음으로 공공 의료기능으로서의 수행을 지속하기 어려워질 것임.
- 경영개선 의지와 공익의료서비스 수준 등을 평가하여 기준에 미달하는 지역거점 공공병원은 지원대상에서 배제하겠다는 것은 일정수준 이하의 의료원을 포기하겠다는 의미인가? 가이드 라인 이하의 경영에 대한 평가 분석 후 경영개선 지도와 같은 포지티브 방식의 전략을 세워 균등한 발전방향으로 나아가야 하는 것은 아닌가?
- 지역거점 공공병원의 개념이 모호하다. 주로 경영상태를 평가하는 것이라면 공공병원 종사자들의 사기를 높이는 방안이 나오기 어렵다. 우수 의료인력 확보 역시 공공적 역할을 분명히 하고 불합리한 의료현실을 극복하는 리더로서의 역할을 하고 있다는 사명감을 높이기 는 것이 중요함. 수익중심, 치료중심, 서비스제공자 중심의 의료 환경을 개선하는 지역거점공공병원의 역할이 분명해져야 가능할 것임. 장기적으로 의과대학생 장학금 선발 지원 후 일정기간 봉사의무제와 같은 방법 모색되어져야 함.
- 경쟁력이 떨어지는 병원을 특성화병원으로 전환한다는 것은 위치상 이미 지역민들과 유리된 병원일텐데 치매, 뇌졸중 환자의 재가방문, 주간(단기)보호 서비스를 제공한다는 것이 실효성이 있을까 의문.
- 끝으로 올 해 평가단에 참여한 의료생협연대 소속 평가위원의 후기를 통해 지역거점 공공병원의 현실을 다시 상기하면서 마치겠습니다.
“의료의 문제는 국가에서 책임졌으면 좋겠다는 생각을 가지고 있기에, 국민의 세금이 투입된 공공의료원들은 어떤 모습일까? 무지 궁금한 마음으로 평가단에 참여하였고, 의미있는 경험이었습니다.
두 마리 토끼(공공성과 수익성)를 잡아야 하는 공공의료원의 현실은 많이 힘들어 보였습니다. 의료진의 문제, 직원 체불임금, 낙후된 시설, 공공의료의 구체적인

사업영역 미미, 두 마리 토끼를 잡기 위해서 무엇을 해야 할 것인지가 통일되어 있지 못 하고, 직원들의 의기소침 등 평가단원들과 의료원 직원들에게 의료생협 이야기를 많이 했습니다. 국가지원 없이도 시민들 스스로가 자발적으로 공공의 영역에서 활동하고 있는 의료생협도 있으니, 열심히 해서 살아남으라는 격려도 했습니다.“

“일부 의료원의 경우 상대적으로 높은 임금체계에도 불구하고 직원들의 사기와 의지가 꺾여있는 모습은 낙후된 시설과 체불임금 때문은 아니었습니다. 절차상으로는 민주적 참여가 보장되는 것처럼 보이지만, 병원운영위원회 등에서 병원 운영과 관련한 논의는 원장과 일부 관리부직원들이 전담할 뿐이고, 노조나 노사협의회 등의 근로자측은 병원의 운영과 관련하여서는 상당부분 논의에서 배제되고 있었습니다. 또한 전반적으로 낙후된 시스템이기에 내부구성원인 직원들의 개선 제안 시스템은 단순히 몇 가지 개선을 위해서가 아니라 직원 스스로가 해당 의료원의 주인으로서 운영하고 있다는 것을 구체적으로 느끼게 해주는 것이기에 더욱 중요합니다만, 직원들은 그런 시스템에 대해 상당히 회의적으로 생각하거나 소극적으로 받아들였습니다. 좋은 생각은 널리 쓰이고 퍼뜨려야 됴에도 불구하고 말이죠. 전반적으로 긍정적 에너지를 활용하는 데 있어서 많은 아쉬움이 있었습니다.

병원운영과 관련한 노사의 파트너십 문제는 ‘이사회의 지역주민 참여’부분에서도 크게 다르지 않은 양상을 보여주고 있습니다. ‘지방의료원 설립 및 운영에 관한 법률’에 의해 지역주민의 참여가 보장되고는 있지만 실질적으로는 정책과 의사결정에 있어서 기대한 역할을 하고 있지는 않았습니다. 이사회는 매번 참여하고는 있지만 비중있는 발언이 엿보이지는 않았습니다. 상시적으로 의료원에 대해 관심을 두고 있지 못한 상태에서 1년에 몇 회 되지 않는 이사회에만 참석하기 때문입니다.

조심스럽지만, 인건비 비중이 과다한 부분에 대해서는 어떤 식으로든 개선이 되면 좋겠다는 생각을 했습니다. 임금체불도 심각한 문제이기는 하지만, 넓게 생각해 보면 해당 의료원의 주인으로서 의료원의 수입과 지출이 수시로 공유된다면 피크임금제의 도입처럼 탄력적으로 생각해볼 여지가 있지 않을까 합니다.“

<지정토론 4>



공공보건의료 강화를 위한 지역과 시민사회의 역할

김 영 동

건강세상네트워크 대외협력팀장



공공보건의료 강화를 위한 지역과 시민사회의 역할

건강세상네트워크 대외협력팀장

김영동

1. 총론 : 건강문제에 대한 종합적 접근법 필요

- 공공의료의 강화는 시민들이 건강한 삶을 누리지 못하는 사회·경제적 요인들에 대한 개선과 함께 해야!

① <서울시 공공의료마스터플랜>을 통해 살펴보는 접근법의 문제

[표 1] 서울시의 “건강 36.5” 사업목록

1	서울시민 건강관리서비스 실시	시민의 건강관리를 지원하는 건강서울	I. 질병예방 건강관리
2	시민건강 point 도입		
3	응급환자를 돕는 시민능력 향상(교육확대 및 재난의료지원)		
4	정신건강 서비스 강화		
5	약국에서 건강관리 받으세요 - 건강증진협력약국		
6	영유아와 산모의 건강을 돌보는 방문건강관리서비스	어린이의 건강을 돌보는 건강서울	
7	아동치과주치의제 실시		
8	필수예방접종 무료 및 선택예방접종 확대		
9	토요어린이건강클럽운영		
10	어린이 정신건강을 위한 ‘마음건강학교’ 운영	고령사회를 준비하는 건강서울	
11	고령사회를 대비하는 어르신 건강돌봄체계		
12	노인 구강건강 지원 서비스		
13	보호자 없는 병원으로 간병부담을 덜어드립니다	시민에게 다가가는 서울형 의료서비스	II. 질높은 공공보건의료제공
14	마을 주민의 건강을 돌보는 서울형 보건지소		
15	야간휴일에도 의료를 이용할 수 있습니다.		
16	급할때 바로 연결되는 서울건강콜 서비스		
17	서울특화 응급진료센터 운영		
18	공공산후 조리원 설치·운영		
19	시립병원관리감독 시스템마련과 강화	시립병원을 개선하는 건강서울	
20	시립병원 공공의료 특성화 및 차별화		
21	시립병원 건강생활권역 인프라 확대		
22	공공의료인력 확보 및 역량강화	소외계층의료이용을 지원하는 건강서울	
23	의료취약계층 건강관리 시스템 구축·운영		
24	노인, 중증장애인에게 찾아가는 치과진료		
25	외국인근로자, 이주민 입원과 수술비지원에 간병, 통역서비스까지		

26	휴직·퇴직 의료인의 '건강서울 36.5' 참여	시민이참여하고 함께 만드는 건강서울	III. 건강을 지원하는 환경조성
27	시민참여에 의한 지역건강네트워크 구축		
28	민간의료봉사단체 지원		
29	환자권리옴부즈만		
30	서울시민 건강회의개최		
31	건강마을, 건강도시		
32	암 없는 서울만들기	건강환경을 만드는건강서울	
33	신종플루, 조류독감, 결핵 등 감염병대응센터 설치운영		
34	인권피해자 치유센터(트라우마치유센터)운영		
35	함께 살아가는, 자살없는 서울		
36	금연을 지원하는 환경		
37	건강한 먹거리(채소과일늘리기와 나트륨줄이기사업)		
38	과도한 음주로 인한 건강피해, 절주운동으로 시민건강확보		
39	시민밀착형 신체활동 활성화 프로젝트	보건정책을 선도하는건강서울	
40	의료비 부담해소를 위한 서울시 -국민건강보험공단 협의체 운영		
41	제3세계 의료지원		
42	서울시 의료급여 관리 및 개선		

▶ 문제점

- 서울시의 ‘건강전략’은 대부분 개인에게 제공되는 보건의료 및 공중보건 서비스, 행태변화를 위한 교육프로그램에 집중하는 한계
- 건강 불평등 문제를 해결하기 위해서는 일상적인 삶의 조건을 개선해야!

: 삶의 평등한 출발, 건강한 공간 만들기, 공정한 고용과 괜찮은 일자리, 생애 과정에 걸친 사회적 보호, 보편적 보건의료 서비스 등 필요, 권력-돈-자원의 불공평한 분포 개선

〈세계보건기구 건강의 사회적 결정요인 위원회(CSDH) 보고서 「Closing the gap in a generation - Health equity through action on the social determinants of health」 (2008년 9월)〉

② ‘런던스타일’

< 런던 건강불평등 완화 전략 보고서의 목차 >

1부: The case for action

- 1.1. 왜 런던은 건강불평등 전략을 필요로 하는가?
- 1.2. 도전과제: 런던의 건강불평등
- 1.3. 건강불평등을 완화시키기 위해 무슨 일이 일어나야 하는가?
- 1.4. 이 전략을 통해 우리는 무엇을 달성하고자 하는가?

2부. 시장의 전략 목표

- 2.1. 목표1: 개인과 지역사회의 역량강화
- 2.2. 목표2: 양질의 보건 및 사회서비스에 대한 공평한 접근
- 2.3. 목표3: 소득불평등과 건강
- 2.4. 목표4: 건강, 일, 안녕
- 2.5. 목표5: 건강한 장소

3부. 전달과 평가

- 3.1. Cross-cutting commitments
- 3.2. 핵심 파트너들
- 3.3. 리더십과 전달
- 3.4. 지식과 학습
- 3.5. 수도와 런던시민들 사이의 리더들에 대한 시장의 도전

2. 지역 자치단체는 무엇을 할 것인가

- ① 보건의료 이익 단체들의 이익이 아닌 시민의 이익을 지켜 나갈 수 있는 체계 구축
 - 보건의료 정책에 전문가, 보건의료 종사자, 특히 지역주민의 광범위한 참여 틀 만들기

➔ 이윤논리에 종속되지 않는 의료 환경 조성

<사례>

▷ 영국 국가보건서비스(National Health Service, NHS) 산하기관 National Institute for Health and Clinical Excellence(이하 NICE) 시민위원회(citizen council)

: 중요한 자원배분이슈에 대해 논의하고 시민의 관점을 제시하기 위해 구성된 기구. 시민위원회는 영국 잉글랜드와 웨일스 지역을 대표하는 30명의 일반 시민으로 구성되는데, 이들은 이 지역의 인구분포를 반영하여 선정된 보통시민들. 일정한 임기를 보장받은 시민위원들이 보건 분야 자원배분과 관련한 주제들에 대해 심도 있는 토론을 하고, 그 결과가 NICE의 의사결정에 공식적으로 반영되는 구조.

시민위원회에서 지금껏 논의한 주제는 주로 NICE 의사결정의 근간을 이루는 윤리적 태도에 대한 것이었다. 예를 들어 희귀질환에 대해 특별한 우선 순위가 부여되어야 할지, 혹은 환자의 연령에 따라 보건의료자원배분의 우선 순위가 달라져야 하는지와 같은 질문들이다.

NICE는 평범한 보통의 납세자들이야말로 공적 자금을 어떻게 사용하여야 할지에 대해 말할 수 있는 최적의 전문가라고 보았다.

▷ 현재 캐나다 몬타리오주에서도 NICE의 시민의회와 비슷한 형태의 시민의회가 구성되어 활동하고 있다.

▷ 미국 오리건주에서는 시민 참여의 새로운 형태로 Citizen's Initiative Review (CIR)라고 하는 프로그램을 시험 가동한 바 있다. 이는 오리건주 유권자들이 실제 투표하게 될 정책안을 소규모의 시민패널이 미리 검토하고, 그 결과를 유권자들에게 전달하여 유권자들의 판단을 돕고자 한 시도였다. 시민패널은 오리건주 시민들 중에서 무작위로 선발하며, 이들은 다양한 정보를 제공받고 이를 바탕으로 주어진 정책에 대해 판단한다. 예를 들어 2010년 8월 9일부터 13일까지 개최된 CIR 패널에서는 반복되는 흉악 성범죄와 음주운전 재범 케이스에 대해 최소형량을 높이는 안을 검토하였고, 이어진 또 다른 CIR 패널에서는 마리화나를 의료적

으로 이용하는 경우의 유통체계, 지원, 연구 프로그램, 그리고 마리화나 판매 허용량을 정하는 건을 검토하였다. 패널리스트들은 논의 결과를 정리하여 선거 팸플릿에 게재하는데, 평가결과 일단 팸플릿에 실린 보고서를 본 사람들은 보고서의 내용이 투표에 영향을 미쳤다고 응답하였다. 그리고 이 보고서로 인해 해당 안전에 대해 더 많은 정보를 얻게 되었다고 응답하였다.

▷ 우리나라의 경험

우리나라에서도 몇 차례에 걸친 시민 참여 경험이 있다. 1998년 유전자조작식품의 안전과 생명윤리를 주제로 한 시민합의회의가 유네스코한국위원회 주최로 개최되었고, 1999년에는 생명복제를 주제로 한 시민합의회의가 개최된 바 있다. 2004년에는 참여연대 시민과학센터 주최로 원자력 중심의 전력정책에 대한 시민합의회의가 있었고, 음식물 자원화시설 설치를 주제로 한 울산북구시민배심원제도 있었다. 보건의료분야의 경우 국민건강보험공단의 의뢰로 진행된 연구에서 건강보험 보장성을 주제로 한 시민위원회가 2007년과 2010년에 각각 열린 적이 있다.

- 민간병원운영에 있어서도 노동조합, 지역주민의 참여가 가능하도록 이사회 구성 변화 필요

② 질 좋은 공공병원을 위한 지원 강화

- 오해 : ‘공공병원은 효율성이 떨어지고 재정적자가 난다’

공공병원의 역할을 고려하지 않은 채 민간병원처럼 수익성을 강요받는 상황을 고려하지 못하기 때문에 발생하는 편견!

예> 재정적자로 인해 폐업 결정이 나온 대구 적십자병원

이용자의 68.4%가 의료급여 환자. 민간병원과 비슷한 비율로 일반 환자를 받았다면 적자는 거의 발생하지 않았을 것이라는 분석. 대한적십자사에서는 적십자병원에 적십자회비의 1%에도 미치지 못하는 돈을 지원.

취약한 의료 상황에 처해있는 의료급여 환자의 진료, 그리고 지역거점 병원으로서의 공중보건활동 등 공공의료기관의 역할을 하는 과정에서 발생하는 적자를 무조건 탓할 수는 없는 것이며 공적 재정 투여가 필요할 수밖에. 적자를 줄이라는 말은 공공병원의 역할을 포기하라는 말과 같음. 공공병원 적자에 대한 비난은 사회적 취약계층에 대한 안전망의 역할, 국가보건 정책의 선도적 실행자로서의 공공병원의 역할에 대해서 간과한채 수익만을 강조하는 잣대를 들이밀어서 생기는 일.

- ‘쿠바의 보석’이라 불리는 지역사회 기반 일차의료서비스.

쿠바는 GNP의 7%를 국민건강에 투여.

쿠바인의 98%가 의료서비스 혜택을 받고 95%는 같은 마을에 사는 의사와 간호사에게 진료받는다. 쿠바 국민 180명당 1명의 의사, 미국은 480명당, 영국은 450명당 1명의 의사를 갖고 있다. 한국은 500명당 1명의 의사가 있다.(2012년 6월 보건복지부 발표 자료)

- 우리나라 국민의료비에서 공적재원이 차지하는 비중 2010년 58.2%.

85% 이상인 덴마크, 네덜란드, 노르웨이와 비교하면 낮은 수준.

인구 1천명 당 간호사 수도 4.6명으로 OECD 평균(8.7명)보다 적었다. (이상위의 보건복지부 자료)

- 예산 배분은 어떤 가치를 우선시 할 것인가의 문제.

의료 지원은 주민들의 의료비 결손을 보완하여 사회양극화 완화 효과도 있다.

③ 건강한 보건의료 노동환경 조성

- 보건의료서비스를 제공하는 사람들의 노동조건은 그 자체로도 중요할 뿐 아니라 공공의료의 질에 심대한 영향을 미친다.

보건의료 종사자의 고용안정과 적정임금 및 안전하고 건강한 노동현장을 보장하는 것 중요.

3. 시민 사회는 무엇을 할 것인가

- 기성 정치권의 복지 구호에 의존현혹 말아야.

① “자본의 이윤이 아니라 민중의 건강권을 위한 보건의료제도가 필요하다”는 사회적 문제의식을 확산시켜야.

: 의료비 문제를 해결하기 위해 필요한 것은 의료의 영역에서 이윤을 창출하면서 의료비 증대를 야기하는 자본에 대한 통제

② 보건의료에서 자본의 전략을 효과적으로 비판하고 이를 저지할 수 있는 주체로서 병원노동자의 조직화 필요

③ 공공의료 확충 지역에서 직접 공공의료에 대한 요구를 만들어야.

예> 성남시립의료원 투쟁, 지역의 의료생협, 건강보험통합운동, 백혈병 환자들이 스스로 살 권리를 외쳤던 글리벡 의약품접근권운동, 노동조합과 시민사회단체가 함께 연대해 싸웠던 의료민영화반대운동 등등...

➔ 이윤지상주의에 대한 비판과 대안이 결합하기 위해 지역과 현장의 다양한 주체들이 접점을 찾고 아래로부터의 공통의 요구를 모아내는 시도가 필요.

<사례>

- 라틴아메리카 사회의학

“의료는 사회과학이고, 정치는 넓은 의미에서의 의료에 다름 아니다” (루돌프 비르호)

1960년대 후반 라틴아메리카에서는 예방적 모델에 기초를 둔 의학 이데올로기가 점점 더 지지를 얻게 되었고, 의학에 대한 사회적 이론이 구체화되기 시작했다. 사회과학의 관점에서 건강을 분석하는 이러한 시도는 의학 학부 과정의 일

부로 진전되었고, 이후 여러 국가에서 대학원 과정의 구체적인 사회의학 프로그램으로 발전하였다.

- 민중건강운동(People's Health Movement)

민중은 스스로를 정치적 주체로 구성하는 동시에 건강에 대한 권리를 실현시켜야 하며, 이러한 요구는 인간 생활의 기본조건과 항상 관련되어 있기 때문에 즉각적인 형태로 제기되어야 한다는 인식의 확산 및 건강권을 침해하는 주요 원인인 세계무역기구, 세계은행, 국제통화기금이 지원하는 신자유주의적 세계화에 맞선 저항 조직

- 지역사회에 기초한 다양한 시민교육 프로그램

중앙아메리카의 지역사회에 기초한 보건의료활동가들은 지역사회건강증진위원회를 조직하여 전통적 치료방법과 자생적 보건의료활동 경험을 교환한다. 또한 국제민중건강평의회는 지역주민을 대상으로 ‘발견법’에 기초한 다양한 교육프로그램을 발전시킨다.(이 방법은 참가주민들에게 각자가 생각하는 건강 문제를 하나씩 말하게 하거나 그림으로 표현하도록 한다. 그리고 이렇게 제기된 개별적 건강문제들 사이의 관련성과 인과성 등에 관해 토론하게 함으로써 주민들 스스로 건강 문제의 근본 원인과 사회의 대응방안을 모색하는 계기를 제공한다.) 이는 건강 문제의 원인이 세계적 변화에서 기인하고 있음을 지역주민 스스로가 인식하게 한다.

<지정토론 5>



지역사회의 공공보건의료 강화 방안

김 혜 경
장안구보건소장





수원시지역사회복지협의체 보건의료분과가 걸어온길



수원시지역사회복지협의체 보건의료분과가 걸어온길

【 2006년 】

- 제1기 수원시지역사회복지계획, 보건복지연계부분 계획 수립
- 2007년도 수원시 지역사회복지 시행계획 수립



【 2007년 】

- 보건복지연계 우수 사례지역 벤치마킹
(부천시지역사회복지협의체 보건복지실무네트워크팀)
 - 일 시 : '07. 7. 10(화) 09:00 ~ 13:00
 - 장 소 : 부천시 원종종합사회복지관
 - 참석자 : 8명(분과위원 5명, 부천시협의체 3명)
 - 내 용 : 지역사회 통합 사례관리체계를 통한 보건복지연계사업
보건소, 협의체, 복지관 등 지역사회기관 네트워크를 통해 사례관리 추진



○ 효율적인 보건·복지서비스 연계방안 모색을 위한 보건·복지 연계 정책 세미나

- 일 시 : '07. 10. 18(목) 15:00 ~ 18:00
- 장 소 : 수원청소년문화센터 은하수홀
- 참석자 : 총 91명
- 내 용
 - ▶ 주제강연 : 보건복지 연계 방안 (홍선미 / 한신대 교수)
 - ▶ 사례발표 1(최명희 / 팔달구주민생활지원과)
 - ▶ 사례발표 2 (신동춘 / 청솔노인복지회관)
 - ▶ 사례발표 3 (김영희 / 수원시정신보건센터)



○ 2007년도 수원시 지역사회복지 시행계획 평가

【2008년】

○ 수원시 재난구호 의료지원체계 구축

- 사업기간 : 3월 ~ 12월
- 수원시 재난구호시스템중 의료부분 세부계획 수립
- 수원시 보건·의료 자원봉사 네트워크 구축을 위한 참여기관 의사 확인 (31개 병원, 협회, 대학 등)

○ 수원시 보건·의료 지원체계구축을 위한 기관 간담회 개최

- 일시 : '08. 12. 3(수), 10:00~12:00
- 장소 : 수원시청 영상회의실
- 참석인원 : 18명
- 주요내용
 - 보건·의료지원체계의 목적설명
 - 참여기관 자원파악 및 참여의사 확인
 - 향후 방향 논의



○ 2008년도 수원시 지역사회복지 시행계획 평가

【2009년】

○ 보건복지 연계를 위한 병의원 관계자 간담회

- 일 시 : 2009. 3. 31(화) 10:30~12:00
- 참석인원 : 11명
- 주요내용 : 병의원 자원파악 및 복지와 연계방법, 참여의사 논의

○ 선진지 벤치마킹

- 일 시 : 2009. 5. 12(화) 11:00~19:00
- 주요내용
 - 인권중심 정신보건 선진지 견학
 - 이천 성안드레아병원, 성남 고운누리 사회복지시설



○ 지역사회 자원연계를 통한 수원역 노숙인 무료진료 및 상담연계 사업

- 일 시 : 2009. 10. 22(목) 17:00~22:00
- 참여인원 : 약 80명
- 참여기관 : 보건소, 수원의료원, 마음샘정신재활센터, 건강보험공단, 다시서기상담센터, 협의체

• 주요내용

- 수원역 노숙인 신종플루 예방 물품지원, 양말지원
- 무료진료, 자활상담, 건강보험, 스트레스 상담 등



【2010년】

○ 수원역 노숙인 무료진료 및 상담 연계

- 일 시 : '10. 11. 4(목) 17:00 ~ 20:00
- 장 소 : 수원역 광장
- 대 상 : 총 70명(수원역 노숙인)
- 내 용 : 무료진료, 알콜상담, 정신보건 상담 등



○ 보건복지연계 우수지역 벤치마킹

- 구로건강복지센터 장애인 치과치료, 의료생협

- 일 시 : ‘10. 11. 17(수)
- 장 소 : 구로건강복지센터
- 대 상 : 총 6명(보건의료분과 위원 및 간사)
- 내 용 : 보건복지 연계 시스템 벤치마킹



【2011년】

○ 보건의료분과 자문교수 참여

(한신대 홍선미 교수 자문 교수 위촉 및 참여)

○ 복지기관 및 의료기관 의료서비스 연계 현황 및 욕구 조사

- 조사 양식 개발 : ‘11. 5~6월
- 보건의료 기관 및 복지기관 조사 : ‘11. 7~9월
 - ※ 보건의료기관 조사 : 수원시의사회, 수원시치과의사회 협조
- 조사기관 : 복지기관 27개, 보건의료 24개

○ 건강불평등 완화를 위한 건강증진 전략 및 사업개발 학습

- 기 간 : 2011. 3월 ~10월
- 방 법 : 실무분과 위원별 발제 통한 학습

○ 수원시 취약계층 건강 불평등 완화를 위한 토론회

- 일 정 : '11. 10. 19(수) 16:00 ~ 18:00
- 장 소 : 장안구청 대회의실
- 참여인원 : 보건의료 및 복지 관련 공무원, 민간 종사자 약 100명
- 주요내용
 - 1) 토론회 좌장 : 안병은(우리동네병원/ 前수원시정신보건센터장)
 - 2) 주제강연
 - 취약계층 건강불평등 완화를 위한 건강증진 전략
(수원시를 중심으로) / 신영전(한양의대 예방의학교실 교수)
 - 3) 지정토론
 - 김혜경(장안구보건소장)
 - 안주희(경기도의료원 수원병원 내과과장)
 - 한동근(새날의료생협 이사장)
 - 박연옥(아노가너싱홈 원장)
 - 강근수(우만지역자활센터장)



수원시지역사회복지협의체 보건의료분과 위원 명단

번호	구분	성명	소속
1	위원장	남희숙	장안구보건소 지역보건팀장
2	위원장	진기욱	경기도의료원 수원병원 공공사업과 과장
3	총무	목진용	사회복지과 서비스연계팀 주무관
4	위원	김민정	수원시알코올상담센터 팀장
5	위원	우태옥	팔달구보건소 지역보건팀 주무관
6	위원	김정원	영통구보건소 건강증진팀 주무관
7	위원	문승주	버드내노인복지관 과장
8	위원	박연옥	수원시간호사회 회원 (아노가너싱홈 원장)
9	위원	서소라	아주대병원 사회사업팀 의료사회복지사
10	위원	박세라	장안구청 사회복지과 주무관
11	위원	오숙희	수원시방문보건센터 팀장
12	위원	이현미	권선구보건소 지역보건팀
13	위원	조용준	서호노인복지관 복지과장
14	위원	김세현	SK청솔노인복지관 사회복지사
15	위원	송명은	명은전문요양센터장
16	위원	성도규	우만종합사회복지관 과장
17	위원	홍진화	수원시장애인종합복지관 사회복지사
18	위원	이숙희	가로와세로 시설장
19	위원	최명희	수원시휴먼서비스센터 정신보건간호사
20	위원	한동근	수원새날의료생협 이사장
21	위원	최은혜	마음샘정신재활센터 팀장
22	위원	장동환	국민건강보험공단 수원동부지사 보험급여부장

* 담당 : 임복희(수원시지역사회복지협의체 팀장)

2012년 수원시지역사회복지협의체 보건의료분과 민관협력 공동사업
**『한미FTA에 따른 사회적변화와
공공보건의료정책 강화를 위한 토론회』**

발행일 : 2012. 9. 26.

발행처 : 수원시지역사회복지협의체(보건의료분과)

수원시 권선구 권선로 768

전 화 : (031) 898-9851~4

전 송 : (031) 248-1906
