

## '의사파업'과 국민이익

정재철(정책연구실 연구위원, 사회정책 박사)

정부의 의료영리화 정책에 대한 의사들의 집단 저항으로 의사파업이 시작되었다. 개원의가 중심인 의사협회는 정부의 의료영리화 정책이 의료공급체계의 왜곡을 심화시키고 의료의 영리화를 부추긴다며 파업에 들어갔다. 최근에는 의료영리화 정책을 저지한다는 소극적인 명분에서 벗어나 '의료제도 바로세우기'란 보다 확장된 명분으로 집단 저항을 강화하고 있고 보건의료단체들까지 파업찬성의 입장을 발표하는 등 의사파업은 쉽사리 진정될 기미가 보이지 않는다. 한편, 국민의 건강과 생명을 책임지는 의사란 특수전문직의 극단적 선택인 파업에 대해 국민은 당연히 불안해하고 있다. 그럼에도 불구하고 의사들은 왜 파업이란 극단의 '처방'을 내릴 수밖에 없었는가?

본고에서는 의사의 극단적 처방인 '파업'의 원인은 의료제도개선에 대한 정부의 책임방기에 있다는 전제하에 의사파업과 국민이익 간의 관계를 중심으로 간략히 검토한다.

### I. 현황

#### □ 의사파업의 '명분'

##### ○ 정부의 의료 '영리화' 정책

- 작년 12월 3일 관계부처 합동회의를 통해 정부가 발표한 '4차 투자활성화 대책'은 대학병원에만 허용해왔던 의료기관의 부대목적사업을 위한 자(子)법인 설립을 의료법인에도 허용하고 사업영역도 다각화시키며 인수·합병 규제를 완화하여 중소병원의 경영난을 해소하고 경쟁력을 강화하겠다는 것이 주요 내용
- 보건의료 분야의 투자활성화를 위한 기본적 법률을 규정한 '서비스산업발전기본법안'이 국회에 계류 중으로 보건의료분야를 유망 서비스산업으로 육성, 이를 위한 규제개혁을 철폐하여 경제의 새로운 성장 동력으로 발전시킬 계획<sup>1)</sup>

##### ○ 의사들의 요구

##### ① 의료 '영리화'에 대항한 의료 '공공성' 강화 요구

1) 정부의 의료영리화 정책에 대한 비판은 필자의 다른 글("의료영리화"의 문제점 및 대응방안', 이슈브리핑 (2014-2호)에서 자세히 검토했으므로 여기서는 생략함

- 대한의사협회는 병원이 자법인에 투자 → 자법인에 이익이 발생해 병원에 배당할 경우, 배당받은 부분을 또 자회사에 재투자하고 이것이 반복되면, 경영이 어려운 의료법인을 돕자고 한 자회사 설립은 의료법인(병원)의 서비스의 질을 향상시키는 데 사용되지 않고 투자자의 이윤만을 보장하게 되어 결국 국민부담이 가중될 것이며 장기적으로는 모법인인 의료법인 역시 이윤확대만을 위한 병원경영에 매달리게 되어 의료법인의 영리법인화로 이어질 가능성이 있어 반대
- 의사-환자 간 원격진료 역시 안전성 검증이 미흡한 상황에서 국민의 건강과 생명을 지켜야 할 의료인이 원격의료를 허용하는 의료법 개정안을 수용할 수 없으며 대신 보건의료발전특별법을 공동으로 추진하자고 제안
- 보건의료 분야를 서비스산업발전기본법안의 대상에서 제외하고 보건의료발전특별법을 공동으로 제정하자고 요구

## ② 건강보험제도 및 의료제도 정상화를 위한 요구

- 건강보험제도 개혁, 건강보험제도 관련 기구 조정, 경영개선, 기능재정립, 전공의문제, 3대비급여의 급여화 문제, 의사의 기본권 문제 등 총 18개 요구사항을 제시
- 당초 대한의사협회의 집단휴진에 소극적 태도를 보여 왔던 대한전공의협회의가 정부의 강경대응 일변도 태도에 강한 불만을 제기하면서 24일로 예정되었던 파업참여를 10일로 앞당기면서 의사파업 확대

## □ 관련단체 및 정치권의 입장

- 보건의료공급단체(대한치과의사협회, 대한한 의사협회, 대한약사회, 대한간호협회, 전국보건의료산업노동조합 등 보건의료단체)는 ‘파업 지지’ 입장
  - 단, 의사협회의 파업이 단순히 수가인상만의 결과로 이어지지 않고 의료민영화저지 운동의 일부가 되어야 한다고 주장
- 정치권은 ‘국민의 건강을 담보로 한 의사파업에 대한 철회와 자제를 촉구’하고 있으나 ‘의료 영리화 저지’ → ‘의료제도 바로세우기’로 의사파업의 명분이 확장되면서 2000년의 ‘의료대란’이 재현될 가능성이 높아지고 있는 상황

## II. 의사파업의 근본 원인

### □ 낮은 의료수가는 ‘계약제’, 요양기관은 ‘지정제’

- 고시제에서 계약제로

- 1977년 의료보험법에 당연적용피보험자를 명시함으로써 요양급여비용에 대하여 보건사회부장관이 심의위원회의 심의를 거쳐 정한 기준에 의하여 산정한 금액으로 함으로써 의료수가는 ‘고시제’로 전환되어 정부의 통제 하에 들어감
- 1999년에 제정된 국민건강보험법에 따라 요양급여비용은 2001년부터 ‘계약제’로 전환<sup>2)</sup>

## ○ 요양기관 지정은 ‘계약’이 아닌 ‘강제’

- 수가결정은 의료서비스공급자와 보험자 등의 쌍무적 계약관계로 실시되고 있지만 정작 서비스를 제공하는 의료기관(의사)은 당연히 건강보험의 요양급여를 제공해야 할 의무를 지는 ‘당연지정제도’ 운영
- 당연지정제도는 법률의 규정에 의하여 일정한 요건에 해당하는 의료기관 등이 해당 의료기관의 의사와 관계없이 무조건 건강보험 요양급여를 행하는 기관이 되도록 지정하는 제도<sup>3)</sup>
- 헌법재판소는 강제지정제가 근본적으로 영업의 자유 및 직업수행의 자유 등 의료인의 기본권을 포괄적으로 제한하는 제도임을 인정하여 강제지정제를 유지하는 경우 수반되는 국가의 의무로서 ‘장기적 안목에서 공공의료기관을 확충하거나 보험급여율을 높이는 등의 다양한 방법을 통하여 민간의료기관이 건강보험체계에 자발적으로 참여할 수 있는 환경이 조성될 수 있도록 관계당국은 노력을 기울여야 한다’고 판시<sup>4)</sup>
- 요양기관의 당연지정제도의 법적 성격이 수가계약과 같은 쌍무적 계약이 아닌 국가에 의한 일방적인 지정(행정처분)은 국민건강보험제도가 조세를 통한 서비스가 아닌 보험방식의 제도임을 감안하면, 위의 헌법재판소가 판시한 국가에 대한 개선조치가 불충분한 상황이 개선되지 않는 한 ‘위헌인 채로 운영되고 있다’ 판단할 수 있음<sup>5)</sup>

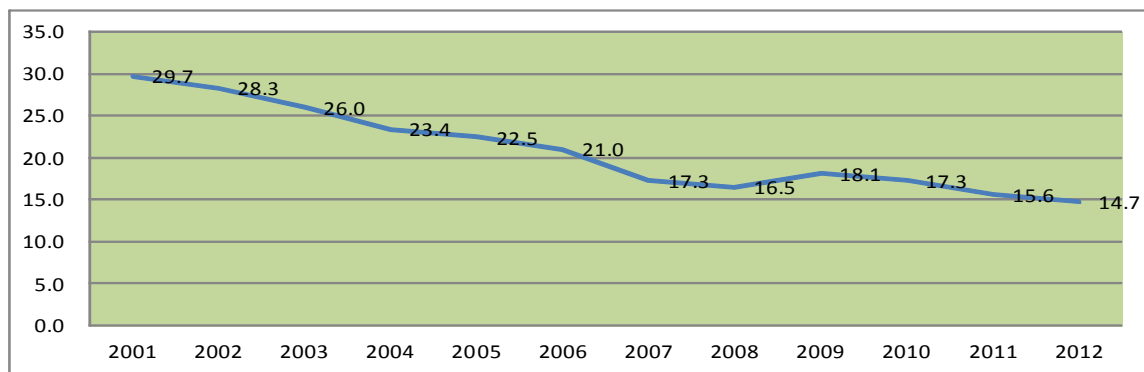
## □ 강제지정제도에 수반된 국가의 의무는 방기

- 2) 지영건(2008) ‘우리나라의 수가결정구조의 현황’ “계간의료정책포럼” 의료정책연구소, p.21
- 3) 의료기관에게 요양기관 당연지정을 강제함과 동시에 요양급여를 거부할 수 없도록 강제하고 있음에도 불구하고 요양급여 도중 발생한 불가항력적인 의료사고 등에 대한 책임은 요양기관이 전적으로 부담
- 4) 헌법재판소 2002.10.31. 선고 99헌바76, 이승우(2003) ‘요양기관 당연지정제에 대한 憲裁決定’ “계간의료정책포럼”, 의료정책연구소, p.47
- 5) 당연지정제도 폐지가 의료민영화로 연결된다는 주장은 지금은 설득력이 매우 떨어지는 주장이라고 판단됨. 당연지정제도 폐지가 의료민영화로 연결되지 않도록 하기 위해서는 공적가격(의료수가)을 적정수준으로 올리면서 계약방식으로 관리하고 의사에게 윤리규정을 강화토록 요구하면 됨(대부분의 선진국의 경우처럼). 따라서 이번 기회에 ‘당연지정제도 폐지=의료민영화’란 사고방식에 일부 수정을 가하지 않으면 저수가로 인한 비급여와 민간보험상품의 급성장, 이로 인한 저소득자들의 상대적 부담을 경감시켜 줄 수 없을 것임

## ○ 정부의 공공성 책임

- 의사들에게 공익성이 요구되는 것이 의료의 공공성 때문이라면, 정부에게도 역시 의료라는 공공서비스를 책임질 의무가 부과됨
- 그러나 한국의 의료서비스의 대부분은 민간에 의해 제공되고 있고 공공의료기관이 차지하는 비율(병상 수 기준)은 11%정도로 매우 낮은 수준(OECD, 평균 75.1%)의 현실에는 변화가 없음
- 건강보험 급여율 역시 2009년의 65%를 정점으로 지속적으로 하락하고 있어 2012년 현재 62.5%(OECD, 평균 80%)까지 하락한 상태(2012년 건강보험환자 진료비 실태조사)
- 이와는 반대로 건강보험에 대한 정부지원금은 2001년의 29.7%에서 지속적으로 하락하여 2012년 현재 14.7%까지 하락(〈그림 1〉 참조)

〈그림 1〉 국민건강보험에 대한 정부지원금 하락 추이 (단위: %)



출처: 김상우(2013)“건강보험 사업평가” 국회예산정책처, p.14

## ○ 공공성 후퇴

- 전체 의료공급체계 중 공공의료기관의 비율이 매우 낮고 급여율 역시 개선될 기미가 보이지 않음에도 불구하고 지역의료의 공공성을 책임지는 진주의료원을 ‘만성적자’란 이유로 폐업시키는 한국의 현실을 감안하면, 의료의 공공성 강화란 국가책임을 민간에게 전가하여 민간에게 강제로 공적 의무를 부과하는 것이며 이에 대한 의사들의 파업결정은 ‘국민의 생명 불모’가 아니라 의료 공공성에 대한 호소 그 자체임
- 또한 수가 역시 원가에도 못 미쳐 진료하면 할수록 손해를 보는 만성적자 구조가 개선되지 않고 있으며 따라서 자발적으로 건강보험체계에 참여할 수 있는 환경조성이 전혀 개선되고 있지 않음
- 의료의 공공성을 저해하는 정부의 의료영리화가 현실화될 경우, 국민의 건강과 생명에 심각한 위협을 가할 수 있다고 판단한 결과가 의사들의 피할 수 없는 선택인 의사파업임

## □ 반복되는 ‘국민의 생명권 VS 의사의 행복추구권’ 프레임에 대한 저항

- 의사과업은 성격상 생명을 담보로 할 수밖에 없어 생명을 담보로 한 모든 과업이 부당한 것이라면, 결국 생명을 담보로 할 수밖에 없는 이번 과업도 그 자체 부당한 행위로 어떠한 경우에도 불가능한 것이 됨
- 그러나 현장의 의사들은 국민의 생명권과 의사의 행복추구권 사이에서 망설임 없이 단연 국민의 생명권을 우선해야 한다고 생각하고 있으며 국민 역시 이러한 믿음과 신뢰에 기초하여 자신의 몸을 맡기고 있는 것임
- 따라서 대부분의 의사들은 국민의 생명권이 다른 무엇보다 우선되어야 한다는 윤리의식을 가지고 있으며 이 같은 윤리의식에서 일시과업 및 준법과업 등을 순차적으로 진행하고 있으며 국민의 생명권 보장 VS 의사의 행복추구권 보장'이란 대항(對抗)관계를 넘어 국민의 생명권 보장과 의사의 행복추구권의 상생을 도모하자는 것이 이번 과업임<sup>6)</sup>

## □ 벼랑 끝에 선 의사

### ○ 자살로 내몰리는 개원의

- 2012년 현재 전국 의원 수는 28,033개로 종합병원(322개)이나 병원(1421개)과 비교할 때 압도적 다수(94%)를 점하고 있는 것이 개원의임
- 전문적인 권한을 갖는 의료전문가, 병원을 경영하는 관리자란 두 가지 역할을 겸임해야 하는 한국 의사(개원의)는 의료행위를 하는 의사가 경영자의 역할도 겸해야 함
- 과중한 업무에 낮은 수가로 인한 경영실패<sup>7)</sup>, 지방의 소규모 의원과 의료사고 위험성이 높은 진료과(산부인과 및 외과)를 담당하는 의사들의 잇따른 자살은 귀중한 의료자원의 희생이며 ‘국민의 공통자산’을 소실하는 것임

## □ 전문직에 대한 일방적 ‘관리·통제’

### ○ ‘업무개시명령’이란 행정지침

- 의료법 제59조 제2항은 ‘보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 의료인이 정당한 사유 없이 진료를 중단하거나 의료기관 개설자가 집단으로 휴업하거나 폐업하여 환자 진료에 막대한 지장을 초래하거나 초래할 우려가 있다고 인정할 만한 상당한 이유가 있으면 그 의료인이나 의료기관 개설자에게 업무개시 명령을

6) 김한길 대표와 안철수 위원장은 9일 오전 국회에서 공동기자회견을 갖고 “의사들의 집단휴진이 현실화되는 것은 국민 누구에게도 도움이 되는 일이 아니다”며 “어떤 명분도, 어떤 정당한 요구도 환자의 건강과 생명에 우선할 수는 없다. 의료계의 집단휴진 자체를 호소한다”고 강조

7) 2013년 상반기에만 의원 822곳이 폐업했으며 리스크가 큰 산부인과와 외과에서는 개업의료기관보다 폐업 의료기관의 수가 더 많은 ‘개폐업 역전현상’이 수년째 반복되면서 전체 의원 수가 지속적으로 줄어들고 있는 것이 현실(의협신문, 2013년 8월 27일)

할 수 있다'고 규정하고 있으며 동조 제 3항에서는 '의료인과 의료기관 개설자는 정당한 사유 없이 제2항의 명령을 거부할 수 없다'고 규정하고 있음

- 그러나 당연지정제도를 빌미로 의료의 공공성 강화를 위한 적극적 노력을 방기하고 있는 정부의 직무태만으로 인해 자살과 폐업, 의사와 환자간의 신뢰관계가 붕괴되고 있고, 저수가 보전책으로 환자로부터 직접 의료서비스비용(비급여)을 징수토록 방기하는 정부정책에 대한 적극적 개선조치요구(집단휴진)은 환자의 건강과 재산을 보호하려는 충분히 '정당한 사유'이며 오히려 '업무개시명령'의 정당성이 의심받아야 할 것임
- 국민건강보험제도는 강제가입방식을 채택하고 있지만 보험자와 피보험자 간의 계약을 근거로 한 보험방식을 채용하고 있으며 보험자와 서비스제공자(의사 및 의료기관) 역시 '수가계약'을 통한 진료서비스계약 방식을 채용하고 있음
- 따라서 당연지정제도의 법적 성격은 건강보험의 요양기관으로 계약에 근거한 의료서비스를 당연히 제공하지 않았을 경우에 계약위반이 되어 행정처분의 대상이 되는 것으로 한정할 필요가 있다고 판단됨<sup>8)</sup>

### III. 대응방안

#### □ 공적보험의 확대와 의사의 윤리규정 강화

##### ○ 공정가격(수가)의 적정화를 통한 공급 총량확대

- 공공중심의 의료공급체계가 아닌 민간중심의 공급체계에서 의료의 공공성을 강화하기란 사실 대단히 어려운 과제
- 그러나 공정가격이 적용될 수 있는 진료범위(Q)를 넓히고 단가(p)를 인상하여 의료서비스 총량에서 차지하는 공정가격 비율을 높이는 최선의 방법은 수가를 통한 공정가격의 확대를 통한 사적부담의 사회화로 단일 보험자 방식에서 보험료를 주재원으로 하는 한국의료의 공공성을 강화하는 최선의 방안임
- 아플 때 사용하기 위해 미리 납부해 둔 국민건강보험료는 질병리스크가 같은 피보험자간의 '보험적 재분배'만 있는 민간보험 상품과 달리 부담능력(소득수준)에 비례하여 부담하고 있어 고소득자에서 저소득자로의 '수직적 재분배'와 건강한 일반국민에서 병약자로 이전되는 '리스크집단 간 재분배'기능을 가지고 있음
- 따라서 '수가의 적정화를 통한 공적 의료서비스 공급 총량 확대 = 사적부담(자기부담 및 민간보험 구입비용) 축소' 방향임을 국민에게 설득하는 과업이 되어야 국민이익으로 연결될 수 있음

8) 정부의 의사면허 취소 검토 등의 발언이 어려운 수련의 과정을 겪고 있는 전공의의 의료제도 전반에 대한 불만을 자극하여 파업참여에 불을 지폈다고 판단됨

## ○ 의사윤리규정 제정 및 강화

- 최근 대한의사협회는 KMA(Korean Medical Association) Policy를 제정하겠다고 발표. 여기에는 보건의료현안에 대한 대한의사협회의 입장은 물론 의사윤리에 관한 협회의 입장도 포함될 예정
- 늦은 감은 있으나 성형이나 피부 등 주로 건강보험급여대상 외 진료과에서 벌어지는 상식 이하의 의사들의 의료행위, 사무장병원에서 벌어지는 과잉진료 및 의료수가 부당청구 등에 대해 국민불만과 불안이 최고조에 달하고 있음을 감안하면, 향후 ‘의료제도 바로세우기’와 함께 의사들의 자체 윤리규정의 제정에 그치는 것이 아닌 자체 규율을 대폭 강화할 필요가 있음
- ‘건강보험심사평가원의 지침서가 아니라 학문적으로 검증된 전문의학지식과 의사의 양심에 따라 진료’하기 위해서는 의사윤리규정 가이드라인 제정과 강한 구속력을 겸비한 자체 규율강화책이 필요하며 그럴 때만이 전문가집단으로서의 의사는 그에 상응하는 ‘자율성’을 획득할 수 있을 것임

## □ 정부의 공공의료 책임 강화

### ○ 당연지정제도 재검토와 보험의료 총량의 확대방안 검토

- 당연지정제도는 저수가 정책 하에서 의료기관이 보험자와의 계약에 의하여 요양기관으로 지정되어도 큰 이점이 없어 의료기관을 강제적으로라도 공적의료보험의 서비스제공 주체로 편입시켜 당연 지정하는 정책을 취할 수밖에 없었음
- 그러나 당연지정제도의 합헌성은 공공의료기관의 증설 및 보장률의 개선 노력의 전제하에서 인정되는 것으로 당연지정제도는 정부의 개선노력에 대한 긴장감을 떨어뜨리고 태만을 조장하고 있다고 판단됨
- 당연지정제도가 계약방식으로 전환되면, 의료의 영리화가 가속된다는 주장이 많으나, 개원의 절대다수가 의료수가에 의존하고 있고 병원 및 종합병원이 보험자인 국민건강보험공단과 서비스제공계약을 체결하지 않을 것이라고 보기 어려움
- 문제는 수가에 불만을 가진 의료공급자의 계약거부로 인한 보험진료 거부와 이에 따른 의료수가 인상이 불가피할 것이라는 예측일 것으로 판단되나, 이것 역시 비급여(임의비급여)를 포함한 전체적인 공적 의료서비스의 확충을 위해서는 겪어야 할 과정(사적 부담의 공적 부담 전환)이며 공적서비스 확대를 위한 보험자, 서비스제공자, 피보험자(실질적 부담자) 간의 협상능력에 크게 의존하는 문제라고 판단됨
- 따라서 정부의 공공의료개선 노력과 보장률 개선노력에 긴장감을 주고 공적의료보험 서비스 총량을 늘리는 방법으로 당연지정제의 일부 수정을 검토할 필요가 있음
- 이러한 공적서비스 총량의 확대는 능력에 따라 부담하고 필요에 따라 이용하는 의

## 료서비스 성질상 서민층에게 유리하게 작동할 것임

〈표 1〉 설립주체별 공공기관과 민간의료의 분포(2010년)

구분	국공립병원	민간병원	소계(%)
종합병원	60(19.2)	338(80.8)	398(100)
병원	65(5.1)	1219(94.5)	1284(100)
요양병원	49(6.3)	730(93.7)	779(100)
소계(%)	174(7.3)	2201(92.7)	2375(100)

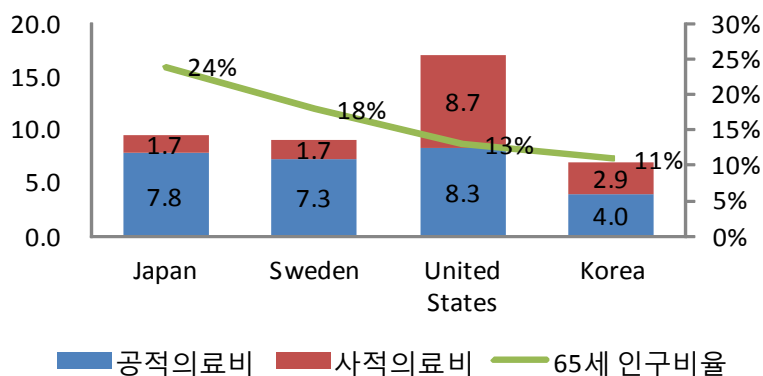
주) 병상 수 기준으로 공공병원(11.8%), 민간병원(88.2%), 자료) 병원협회(2010년도)

- 2012년 정부는 ‘공공보건의료에 관한 법률’을 전면 개정하여 민간 위주의 의료공급체계 하에서 기존에 견지했었던 국공립의료기관이라는 ‘소유’ 중심에서 나타난 공공의료정책의 비효율성을 인정하고 소유형태가 아닌 ‘역할’과 ‘기능’ 중심의 공공의료를 시행하고 있으나 의료취약지나 공급이 원활하지 않은 전문진료 분야 등에 한정되어 있어 공공의료기관의 적극적 확충이라고 평가하기 어려움

### ○ 정부의 공적의료비 지원 강화 필요

- 〈그림 2〉에서 보듯 일본과 스웨덴의 경우, 공적의료비가 GDP에서 차지하는 비율은 각각 7.8%, 7.3%인 반면, 사적부담은 1.7%로 매우 낮은 수준. 이에 반해 한국의 공적의료비(대GDP비율)는 4.0%로 일본, 스웨덴의 1/2 수준에 불과
- 부끄러운 것은 의료영리화의 대국인 미국조차 공적의료비의 대GDP비가 8.3%로 한국의 2배 이상 공적의료비를 지출하고 있다는 사실
- 한 국가가 만들어 낸 부가가치 중 의료비에 사용하는 비율이 ‘식코(SICKO)의 나라’로 알려진 미국의 절반에도 못 미친다는 것은 공공의료서비스 확충과 건강보험에 대한 국고지원금 관련 법규정의 개정을 통해 국민건강에 대한 국가책임의 강화가 시급한 과제임을 시사하는 것임

〈그림 2〉 GDP에서 차지하는 의료비 비율과 고령화율(2010년)



자료: OECD "health data" 에서 필자 작성

♣ 이 글의 내용은 집필자의 의견이며, 민주정책연구원의 공식 견해가 아님을 밝힙니다.