

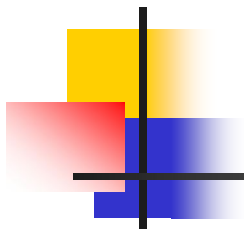


한국 보건의료체계의 모순적 구조와 보건의료 '개혁'의 충돌

2010년 4월 10일

김 용 익

서울대학교 의과대학 의료관리학교실



목 차

I. 한국 보건의료체계의 모순적 구조

II. 보건의료의 전개: 1975~2010년

III. 보건의료의 현 상황과 과제



문제의 제기

- **현 시기의 주요 상황**

- 보수진영은 보수 '개혁'을 시도 중
 - 민간의료보험 확대, 영리의료법인 도입, MSO 시행 등
- 진보진영은 진보 '개혁'을 시도 중
 - 건강보험의 획기적인 보장성 확대, 공공성 강화 등

- **보수와 진보의 대충돌이 일어나는 현 상황은 어떻게 형성되었는가?**

- **이 사태의 역사적인 뿌리는 무엇이며, 앞으로 어떻게 대처할 것인가?**

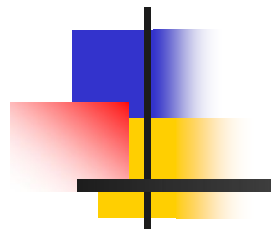


발표의 목적

- 현 시기의 주요 상황을 역사적으로, 구조적으로 이해하고자 함
- 보건의료 운동이 중점적으로 보강해야 할 부분을 파악하고자 함



I. 한국 보건의료체계의 모순적 구조



1. 보건의료공급체계의 모순



모순 1. 의사의 병원 소유

- **'의사의 병원 설립'은 일본-한국-대만의 독특한 특성**
 - 서양은 '국가'나 '사회'가 병원 설립
 - 비영리병원은 실제로 비영리적으로 운영
 - 의사의 병원 설립은 일본의 제도(메이지 유신)
- **의사가 병원을 설립·운영, 즉 소유·지배**
 - 의원 → 병원 → 종합병원 → 대학병원
 - 대다수 병원이 자본 축적의 중간 단계
 - 병원의 개인 기업적 성격, 법인병원도 사실상의 개인 지배
 - 한국 의사의 자본가적 성격 vs 서양 의사의 지식인적 성격

의료기관별 기관수 및 병상수

구분	의원		병원		종합병원		종합전문요양기관	
	기관수	병상수	기관수	병상수	기관수	병상수	기관수	병상수
없음	20,876	0	-	-	-	-	-	-
1-9	3,336	13,409	-	-	-	-	-	-
10-19	894	12,866	-	-	-	-	-	-
20-29	2,680	73,122	-	-	-	-	-	-
30-49	165	7,716	304	11,433	-	-	-	-
50-99	1	80	811	61,006	2	186	-	-
100-199	-	-	599	83,917	63	9,453	-	-
200-299	-	-	198	47,164	106	25,649	-	-
300-399	-	-	52	17,564	28	9,866	2	770
400-499	-	-	29	12,827	29	12,749	4	1,913
500-599	-	-	11	5,706	30	15,951	2	1,167
600-699	-	-	10	6,251	9	5,941	4	2,621
700-799	-	-	1	774	7	5,159	2	9,112
800-899	-	-	2	1,650	3	2,584	10	8,430
900-999	-	-	1	960	-	-	4	3,678
1000-	-	-	4	4,578	-	-	5	8,442
계	27,952	107,193	2,022	253,830	277	87,538	43	36,133

자료원: 건강보험심사평가원 의료기관현황자료(2008년) 재분석



모순 2. 병원과 의원의 기능 혼재

• 서양에서는,

- 의원(대개 개인 설립): 외래진료
- 병원(대개 정부와 비영리법인 설립, 300병상 이상): 입원진료

※ 의원과 병원의 시장 분할: 의원과 병원은 보완재 관계, 환자 의뢰와 협조 관계 구축

• 한국에서는,

- 의원과 병원의 기능 미분화
 - 일본의 제도가 그대로 이식: 일본은 병원을 의원의 확장으로 인식, 의원으로 돈 번 의사가 병원을 설립

※ 의원과 병원의 시장 중복: 의원과 병원은 경쟁 관계, 협조 불가능

의원 및 2차 병원의 병상규모별 기관수 및 병상수

- 300병상 미만 의료기관 기관 수 기준 90.6%, 병상 수 기준 70.0%

구분	의원		2차병원						총계	
			병원		종합병원		소계			
	기관수	병상수	기관수	병상수	기관수	병상수	기관수	병상수	기관수	병상수
1-29	6,910	99,397	-	-	-	-	-	-	6,910	99,397
30-49	165	7,716	304	11,433	-	-	304	11,433	469	19,149
50-99	1	80	811	61,006	2	186	813	61,192	814	61,272
100-199	-	-	599	83,917	63	9,453	662	93,370	662	93,370
200-299	-	-	198	47,164	106	25,649	304	72,813	304	72,813
소계	7,076 (100.0)	107,193 (100.0)	1,912 (94.6)	203,520 (80.2)	171 (61.7)	35,288 (40.3)	2,083 (90.6)	238,808 (70.0)	9,159 (97.7)	346,001 (77.1)
300-399	-	-	52	17,564	28	9,866	80	27,430	80	27,430
400-499	-	-	29	12,827	29	12,749	58	25,576	58	25,576
500-599	-	-	11	5,706	30	15,951	41	21,657	41	21,657
600-699	-	-	10	6,251	9	5,941	19	12,192	19	12,192
700-799	-	-	1	774	7	5,159	8	5,933	8	5,933
800-899	-	-	2	1,650	3	2,584	5	4,234	5	4,234
900-999	-	-	1	960	-	-	1	960	1	960
1000-	-	-	4	4,578	-	-	4	4,578	4	4,578
소계	0 (0.0)	0 (0.0)	110 (5.4)	50,310 (19.8)	106 (38.3)	52,250 (59.7)	216 (9.4)	102,560 (30.0)	216 (2.3)	102,560 (22.9)
총계	7,076 (100.0)	107,193 (100.0)	2,022 (100.0)	253,830 (100.0)	277 (100.0)	87,538 (100.0)	2,299 (100.0)	341,368 (100.0)	9,375 (100.0)	448,561 (100.0)

자료원: 건강보험심사평가원 의료기관현황자료(2008년) 재분석



모순 3. 전문의의 개원 허용

• 서양에서는,

- 개방형 병원(open hospital) + 전문의 개원
 - 미국
 - 전문의=병원 및 의원, 일반의=개원
 - 개원의사가 병원시설을 이용하도록 개방
 - 의원은 외래, 병원은 입원 → 병원과 의원은 보완적
- 폐쇄형 병원(closed hospital) + 일반의 개원
 - 영국, 스웨덴
 - 전문의=병원, 일반의=개원
 - 일반의는 검사, 입원을 위해 환자를 의뢰
 - 의원은 외래, 병원은 입원 → 병원과 의원은 보완적



• 한국에서는,

- 폐쇄형 병원(closed hospital) + 전문의 개원
 - 한국, 일본, 대만
 - 전문의=병원 및 의원, 일반의=개원
 - 의원은 병원 무관 → 각각 시설을 갖추어야 함(과잉투자)
 - 의원과 병원이 모두 외래, 입원 → 병원과 의원은 경쟁적

※ 전문의 제도 도입과 전문의 개원 허용

- 1951년 '의료업자 전문과목 표방 허가제'로 전문의 제도화
- 가정의 제도 도입 지체(1978년)와 개원의에서의 주도권 확보 실패
 - '일반의'를 '비수련의 저질 의사'로 인식



모순 4. 의사와 약사의 기능 혼재

- 서양에서는,

- 의약분업이 오래 전부터 정착
- 의사와 약사의 명확한 기능 정립

- 한국에서는,

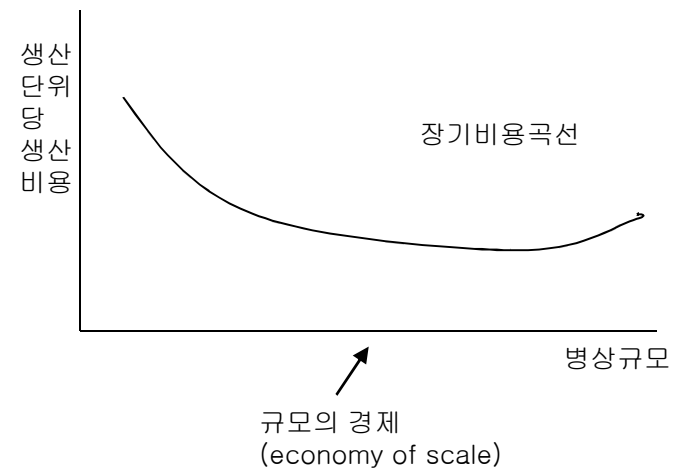
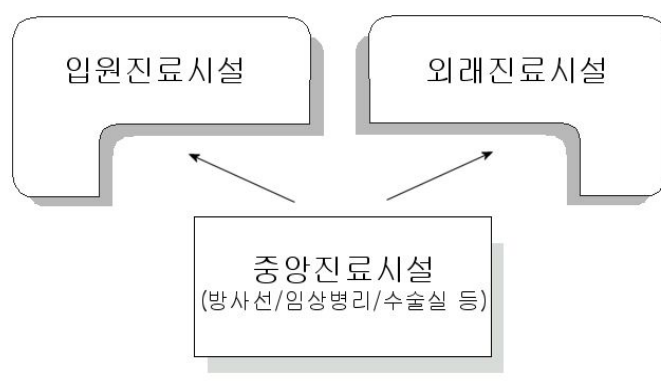
- 의사와 약사의 기능 혼재
 - 약사의 기능을 유보하고, 의사 조제를 허용(일본의 제도)
- 의료보험 이후, 낮은 수가와 높은 약가로 인해 의약품의 오남용과 비공식적 약가 거래 일상화

- 2000년 의약분업으로 부분적 해결

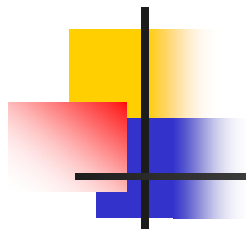
모순의 결합

- 의료자본 축적 과정으로 의원과 병원이 연속선상에 존재
- 병원은 소규모로 난립, 의원과 병원은 경쟁
- 의원과 병원이 모두 독자적으로 중복되는 시설 투자

<적정규모에 미달하는 중소병원>



- 300병상 미만 병원의 병상: 병원의 90.6%, 병상의 70.0%



- 의사는 '의료전문가'인 동시에 '의료자본가'
- 의원은 전문과목으로 분립, 1차 의료의 문지기 기능 상실
- 전문의는 의원과 대형병원으로 양분, 중소병원은 전문의 구인난



2. 건강보험 제도의 모순



한국 의료보험의 태생적 모순

• 한국 의료보험의 역사

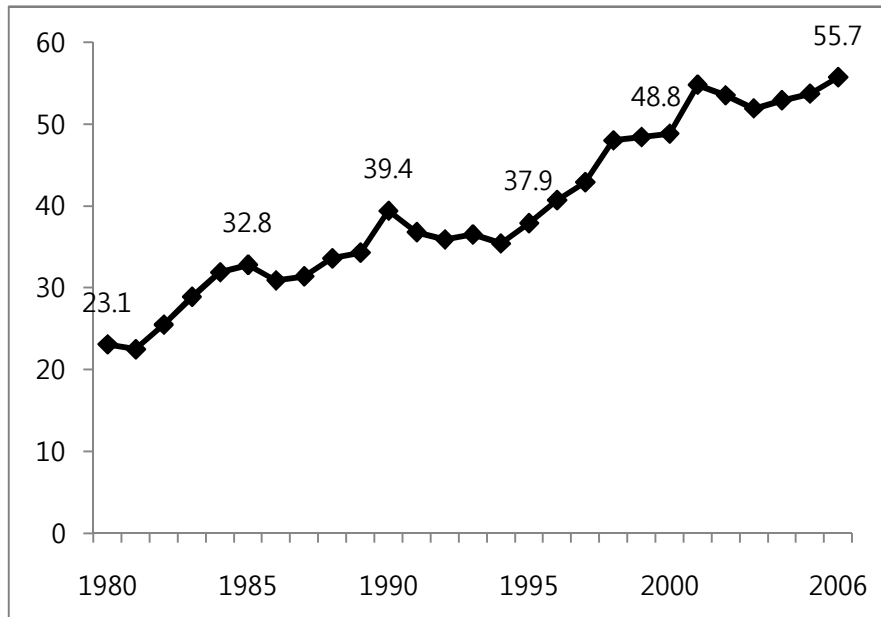
- 1977년 500인 이상 대기업 근로자 대상으로 시작
- 1989년 전국민 의료보험 실시
- 2000년 전국민 단일 보험체계 구축

• 그러나, 한국 의료보험은 출발부터 심각한 모순 내포

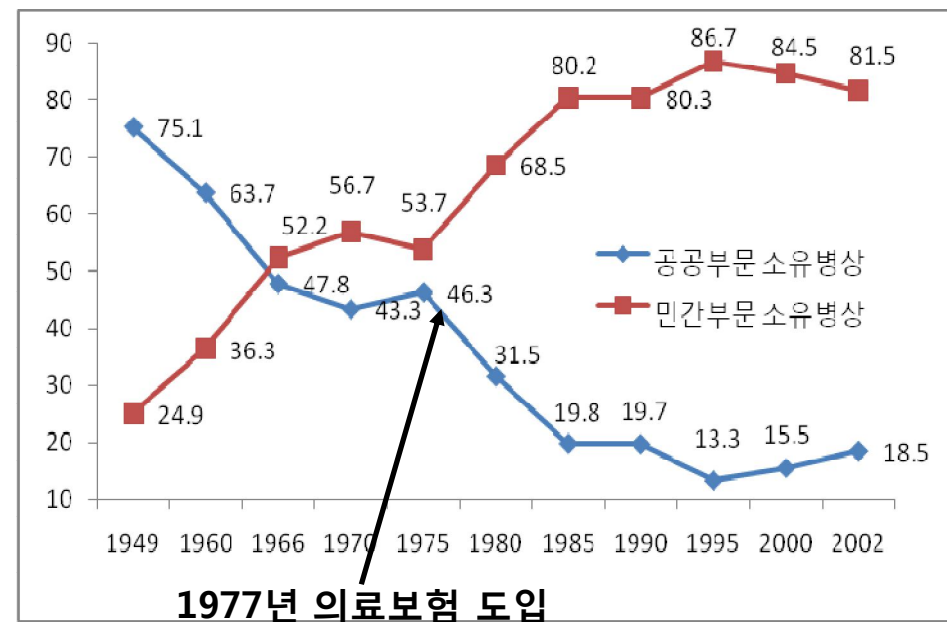
- 향후 한국 보건의료체계 형성에 결정적 영향을 미침

모순 1. 공공자원 - 민간공급

- **보건의료재정의 변화**
 - '전적으로 민간자원' → '공공자원'
- **보건의료공급체계**
 - 민간 중심 - 공공 보완



<국민의료비 중 공공재정 비율, %>



<공공병상과 민간병상의 비율, %>



모순 2. 재정 보호 vs 재정 악화

• 의료보험 재정 보호를 위해,

- 낮은 수가
 - 77년 당시, 관행수가의 절반 수준으로 수가 책정
- 높은 본인부담률
 - 07년, 진료비의 약 35%
- 세밀한 진료비 심사
 - 07년, 약 10억 건의 진료비 심사청구

• 의료보험 재정 악화 유발

- 진료량 확대를 유도하는 '행위별 수가제' 유지



모순 3. 적용 인구와 급여의 제한

• 의료보험 적용 인구의 순차적 확대

- 비용 부담 능력이 있고, 관리가 용이한 대기업부터 시작, 중소 규모 사업장, 자영자 순으로 확대
- 의료보험 적용 인구집단과 미적용 인구집단이 공존
(인구집단 전체가 '비급여')

• 의료보험 적용 항목의 제한

- 취약한 재정으로 인해 보험 적용 항목 제한
- 낮은 수가를 보전하는 우회로로 '비급여'를 묵인

※ 의료보험이 적용되지 않는 '비급여'를 구조화

- 1989년 전국민 의료보험 실시로 적용 인구 문제는 해결



모순 4. 조합방식의 운영체제와 급여 확대

- 조합방식으로 의료보험 순차적 구성

- 대규모 사업장 단독조합 → 중소기업 사업장 공동조합 → 자영자 지역조합
- 재정이 안정적인 직장조합과 열악한 지역조합
 - 재정이 열악한 조합에 맞춘 급여 확대 → 급여 확대의 결정적 장애 요인으로 작용

- 2000년 의료보험 통합, 국민건강보험 출범

- 조합방식으로 인한 급여 확대 장애 요인은 해소
- 2000년 이후 본격적인 건강보험의 보장성 확대 정책 시행
- 그러나, 오랜 저급여 체계의 유지로 여전히 보장성은 취약



모순의 결합

- '공공재원의 확대'와 '민간병원의 증가'는 정면 충돌
- '보험재정 보호형 제도'와 '보험재정 악화형 제도'는 정면 충돌
- '보험 적용 인구, 급여항목'과
'보험 미적용 인구('89까지), 비급여 항목'의
이중 가격 구조 형성
→ 비용 전가 방식이 고착화



바람직하게는...

- '공공'재원 - '공공'공급

- 의료보험 도입과 '공공병원 및 공익적 민간병원'의 확충

- ➔ 자연스럽게 비용 절감

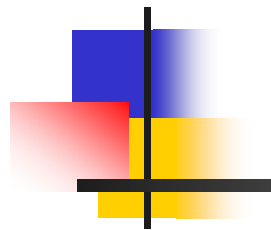
- ➔ 수가 인상, 급여 확대, 본인부담 인하, 수가제도의 변경이 수월했을 것이고

- ➔ 보건의료서비스가 포괄적으로 구성, 거시적 효율성이 제고 되었을 것임



보건의료공급체계와 건강보험 모순의 결합

1. 의사가 병원을 설립·경영, 소규모 병원 난립, 약국-의원-병원이 모두 경쟁하는 상태에서 보건의료공급을 민간에 일임하고,
2. 부분적 인구 적용, 제한적 급여 범위, 조합주의 방식, 낮은 수가, 행위별 수가제를 결합함으로써,
3. 병의원은 부당청구, 비보험 수가 책정, 비보험 항목 추가 등을 당연시하고, 병원을 기업 방식으로 운영, 병의원은 보수화
4. 한편, 병원 신증설을 위한 병원의 자금 지원과 의료보험으로 인해 증가한 의료수요로 이윤을 남긴 병원은 빠른 속도로 병상 증가, 민간 병의원 팽창. 공공병원의 비중 축소
5. 공공재원인 의료보험 도입이 역설적으로 대규모의 보수집단을 형성하는 계기로 작용

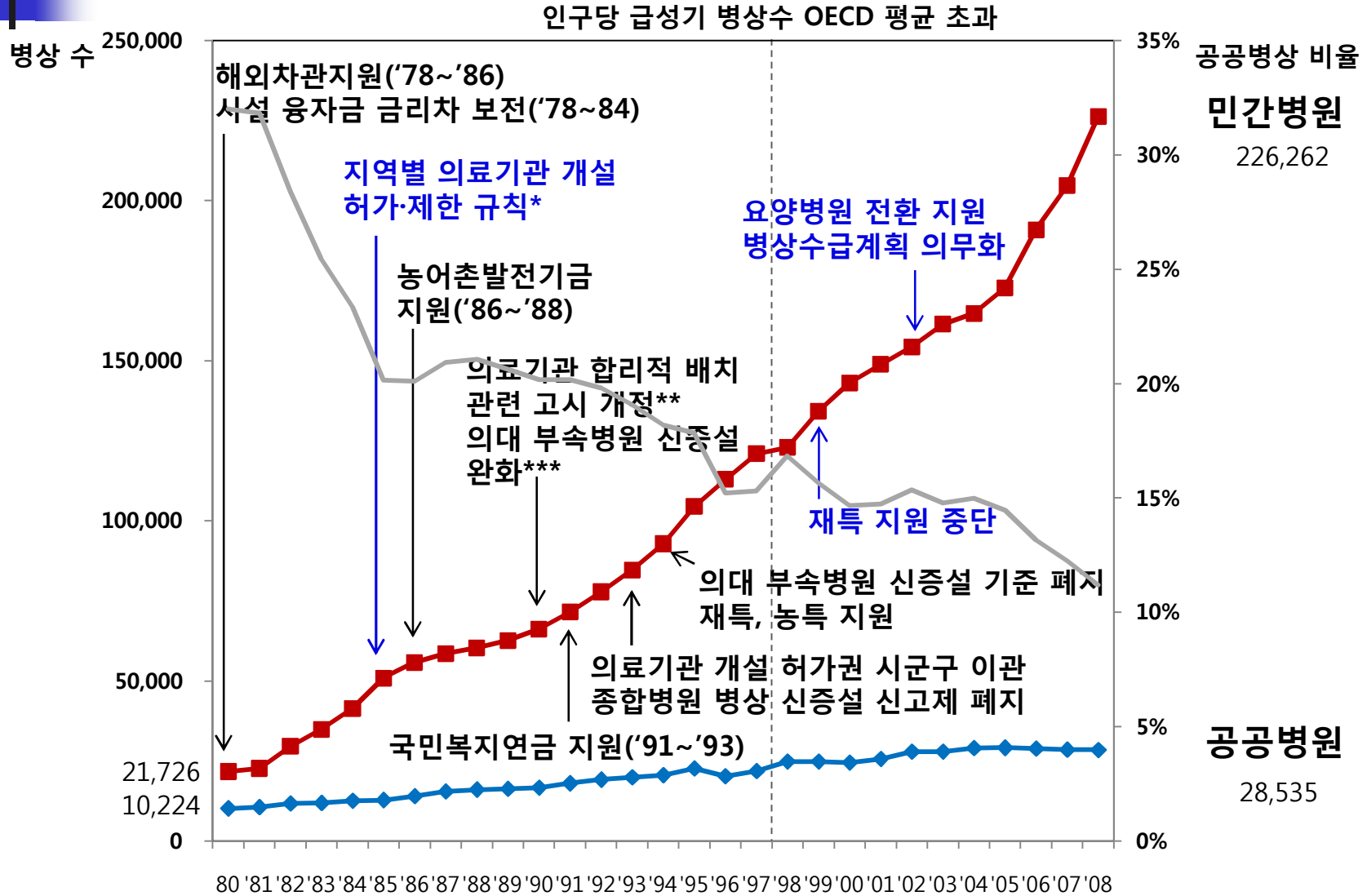


II. 보건의료의 전개: 1975 ~ 2010년



1. 보건의료공급체계와 재정의 변화

병원의 변화: 병상 공급정책



* 병상 신증설 금지구역, 제한지역, 권장지역 장관 고시

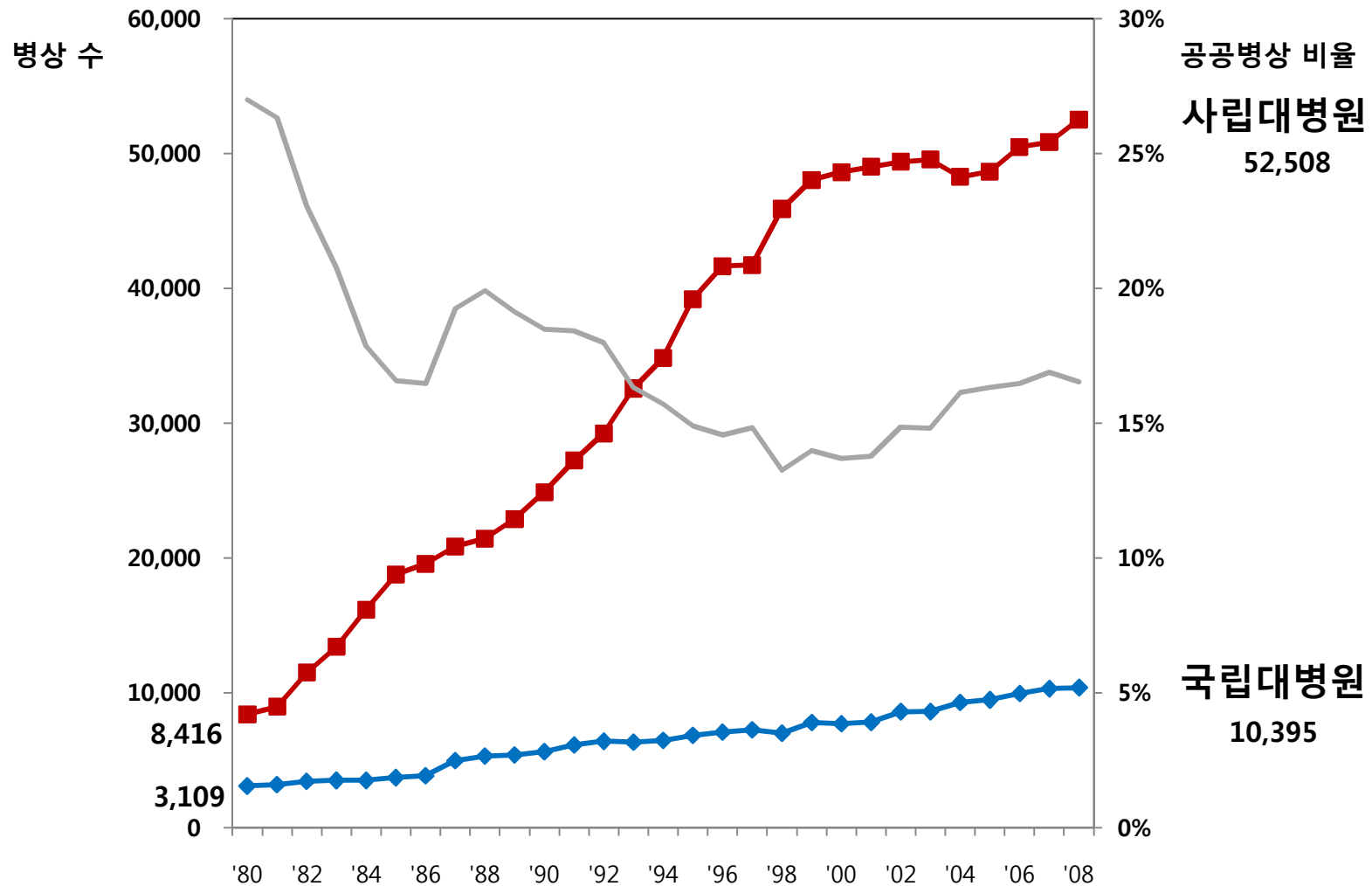
** 대진료권 병상 상한제 폐지, 병상 신증설 기준 완화

*** 대진료권 내 개설 및 신증설 기준 완화

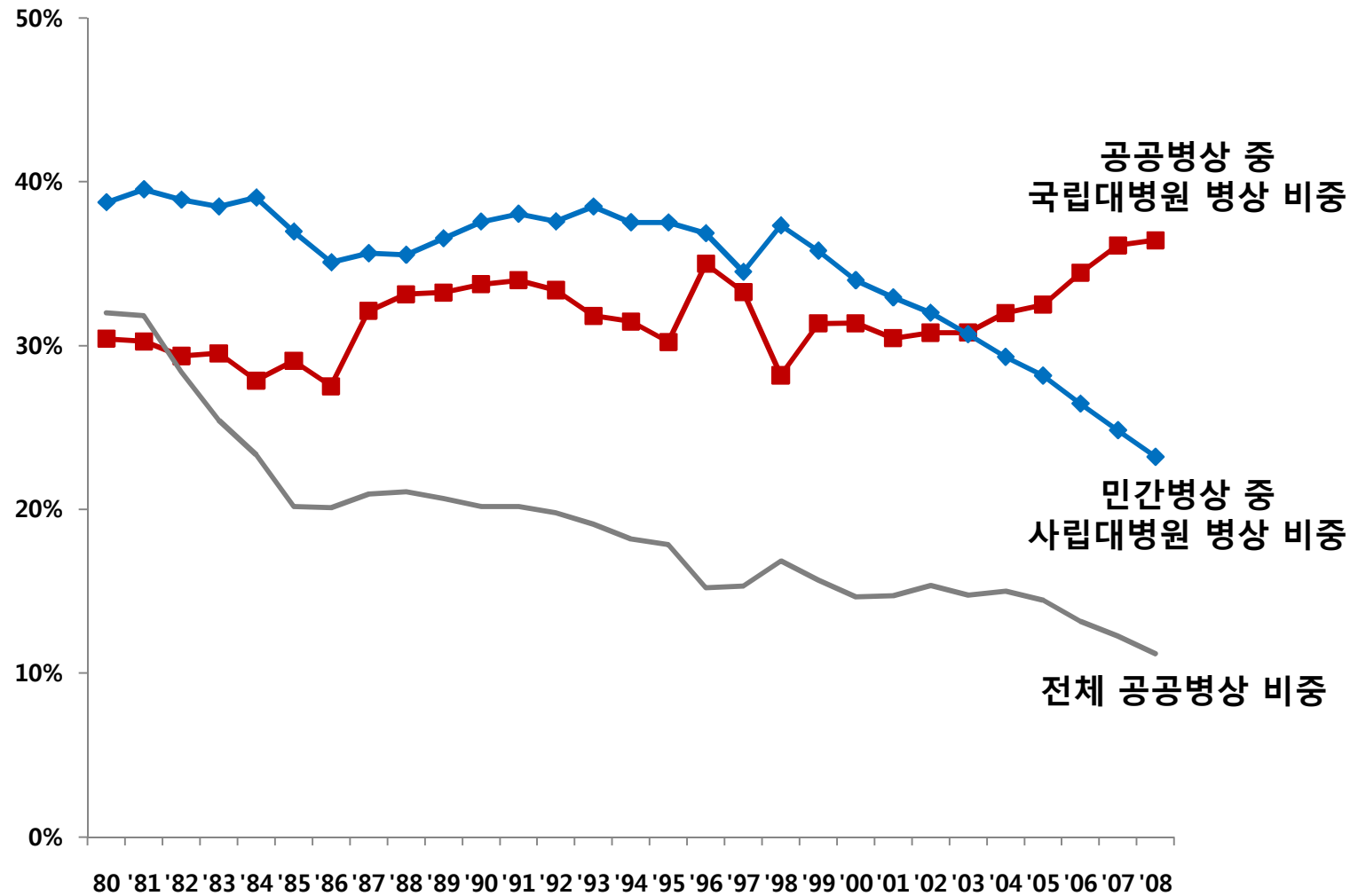
자료: 각 연도 전국병원명부

* 특수병원(정신, 결핵, 나), 요양병원, 군병원 제외

병원의 변화: 국립대병원과 사립대병원

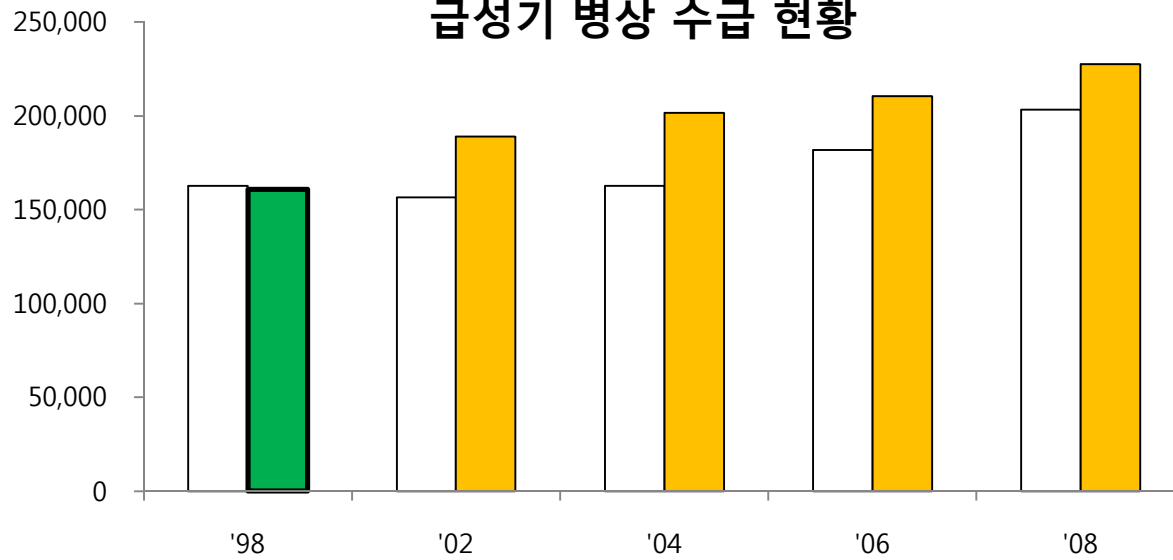


병원의 변화: 국립대병원과 사립대병원 비중



병원의 변화: 병상 수급

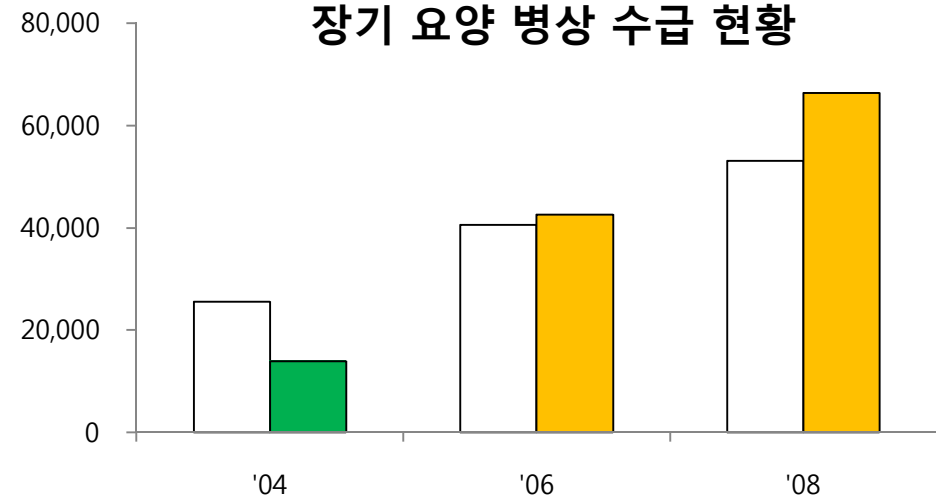
급성기 병상 수급 현황



□ 수요 ■ 공급

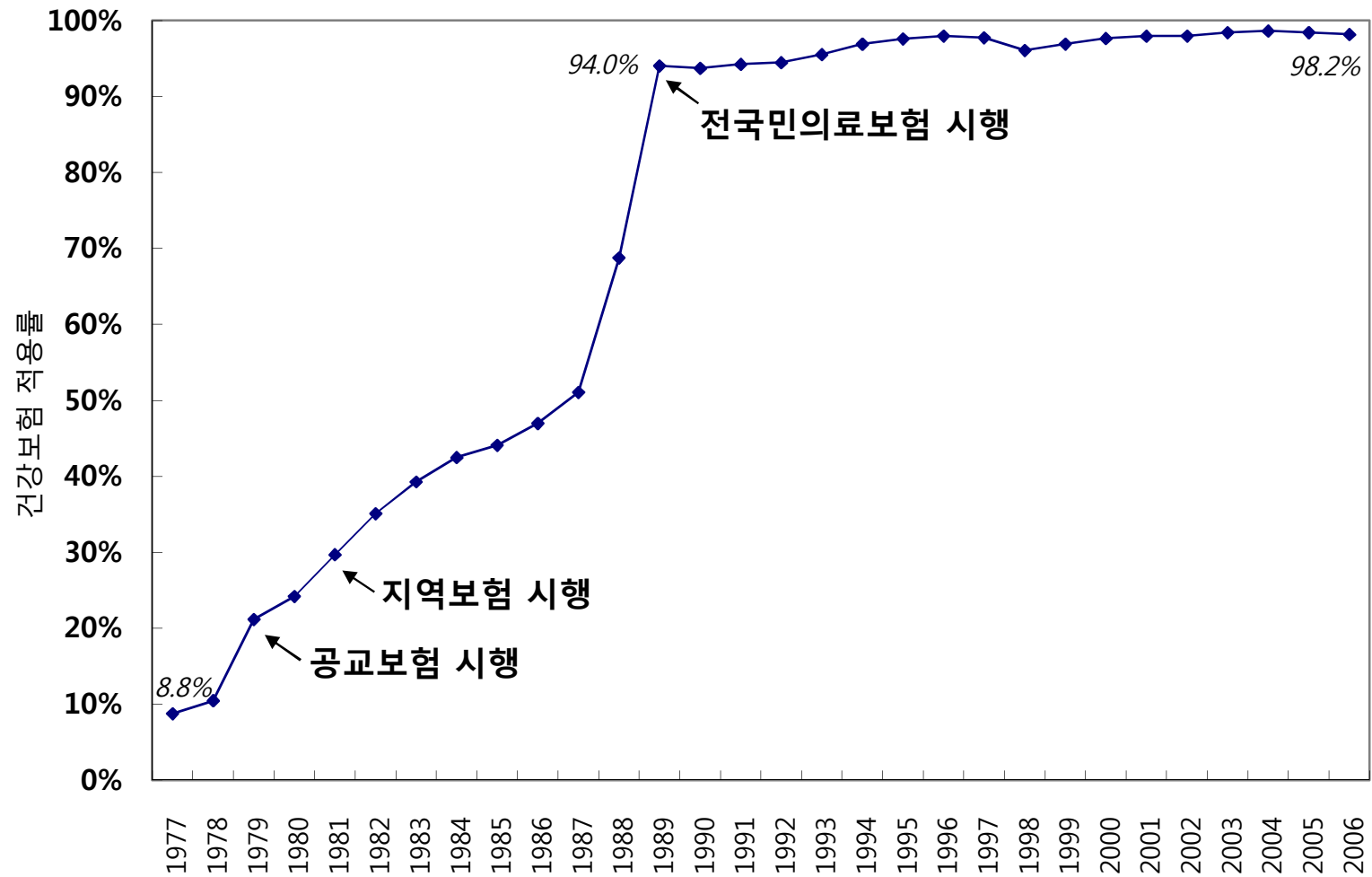
자료: 각 연도별 한국보건산업진흥원 추계 결과

장기 요양 병상 수급 현황



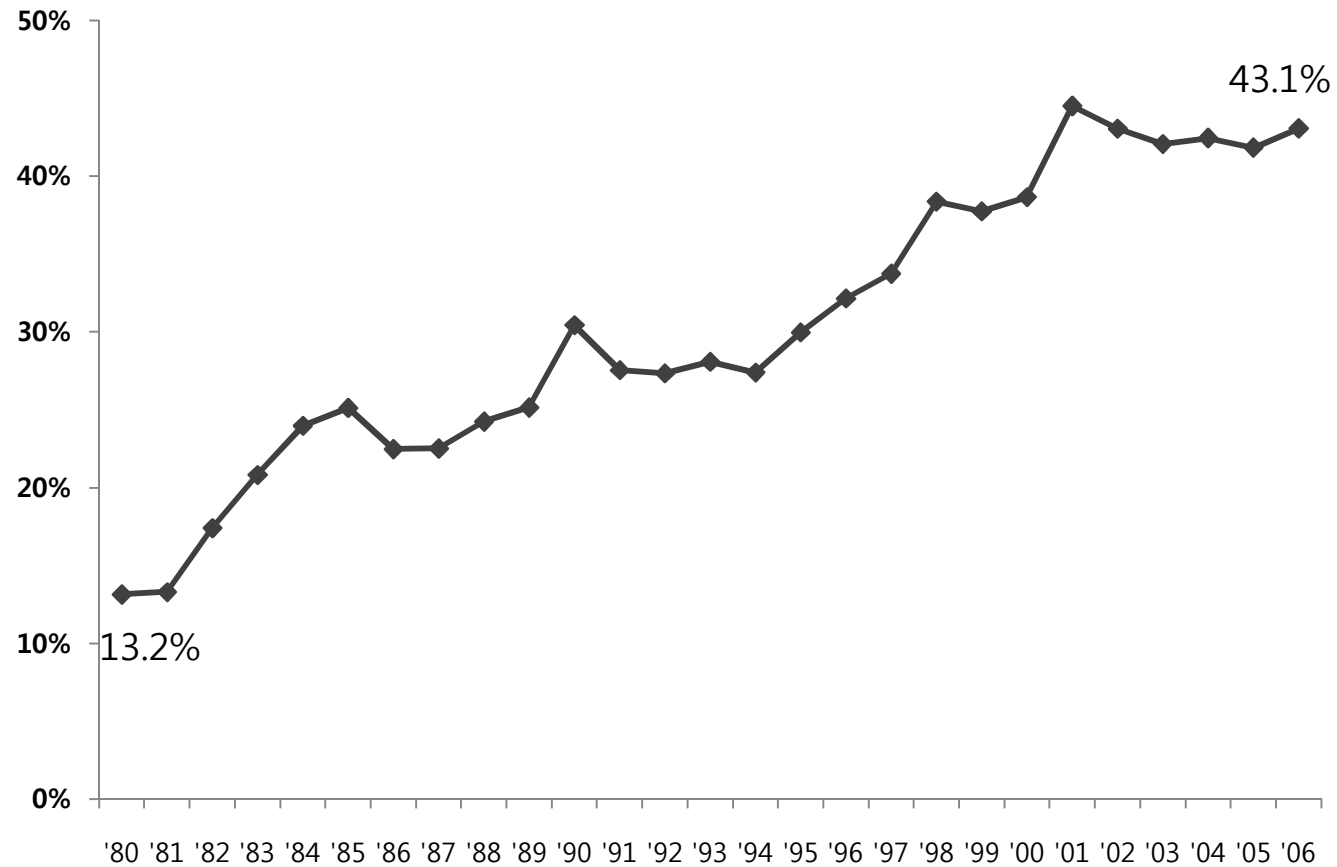
□ 수요 ■ 공급

재정의 변화: 건강보험 적용률



자료: 국민건강보험공단

재정의 변화: 국민의료비 중 건강보험재정의 비율



자료: OECD Health Data 2008



재정의 변화: 민간의료보험의 시장 형성

◆ 정액형 민간의료보험 상품

- '78년, 생명보험의 특약으로 정액형 질병보장 상품 판매
- '97년, 질병을 기본계약으로 하는 상품 판매

◆ 실손형 민간의료보험 상품

■ 손해보험사

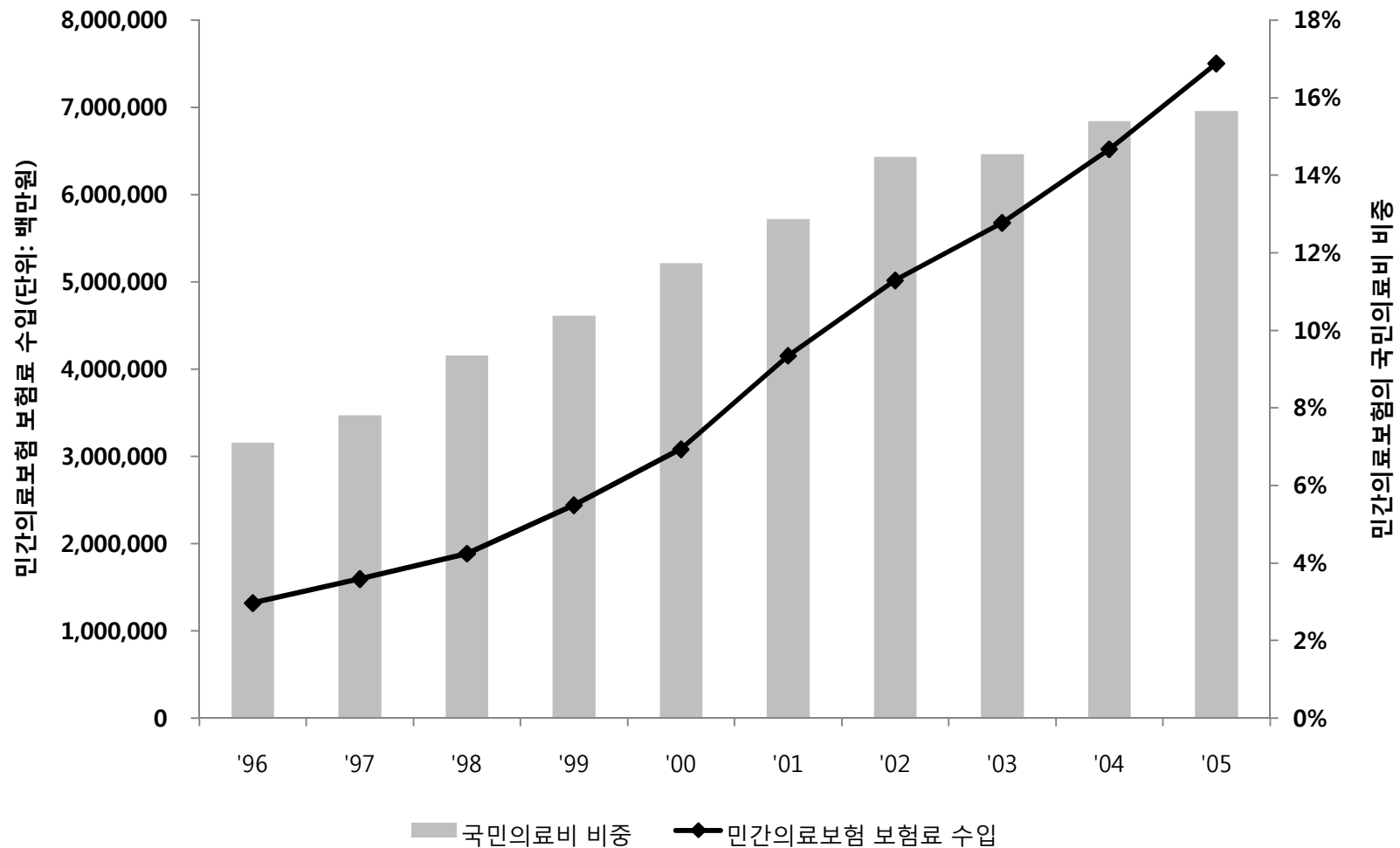
- '71년, 단기 손해보험 상품으로 질병보험 판매
- '92년, 장기 손해보험 상품으로 질병보험 판매

※ 손해보험사의 민간의료보험 시장 점유율은 15% 이내로 유지

■ 생명보험사

- '03년, 단체 실손상품 판매
- '08년, 개인 실손상품 판매

재정의 변화: 민간의료보험의 팽창



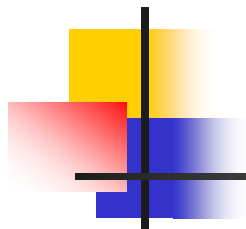
자료: OECD Health Data 2008

정기택. 효율적 의료보장체계 구축을 위한
민영건강보험 활성화 방안. 2007



1975-2010년의 변화에 대한 해석

- **민간병원의 양적 확대는 한계에 달함**
 - 2000년 경에 이미 수요를 넘어서 전반적 공급 과잉 상태
 - 2008년 공공병상 비중은 11.2%로 더 이상 줄어들이기 어려움
- **진료량 증가, 의사 성과급제, 비보험 진료, 비보험 수가 인상, 건강검진 등으로 수익 증대를 도모**
 - 민간병원의 근본적인 돌파구는 아님
 - 최근에는 그나마 한계에 도달



- ◆ **민간병원의 질적 변화를 통한 성장을 도모해야 하는 상태에 도달**
 - 영리의료법인 (이윤추구가 자유로운 공급자 형태)
 - 민간의료보험 (영리의료법인을 위한 추가 자원)
 - 해외환자 유치 (영리의료법인의 새로운 시장 개발)
 - 의료소비자의 이익은 도외시
 - 보건의료비의 팽창과 거시적 효율성 악화는 간과



2. 보건의료에서 진보와 보수의 형성

진보적 변화: 주체의 형성

70년대
학생운동
지역사회의학
일차보건의료

80년대 초반
진보적 사회운동

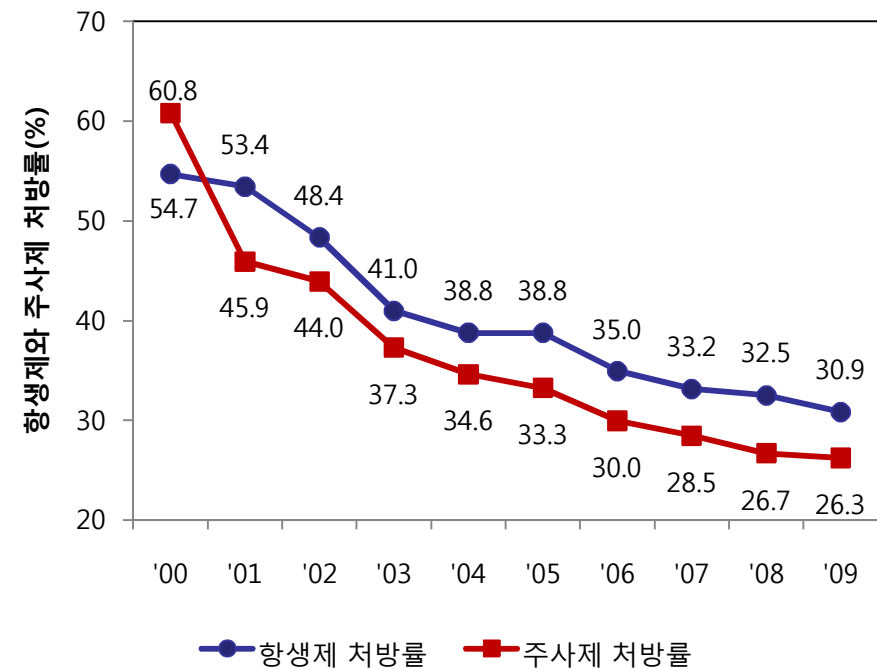
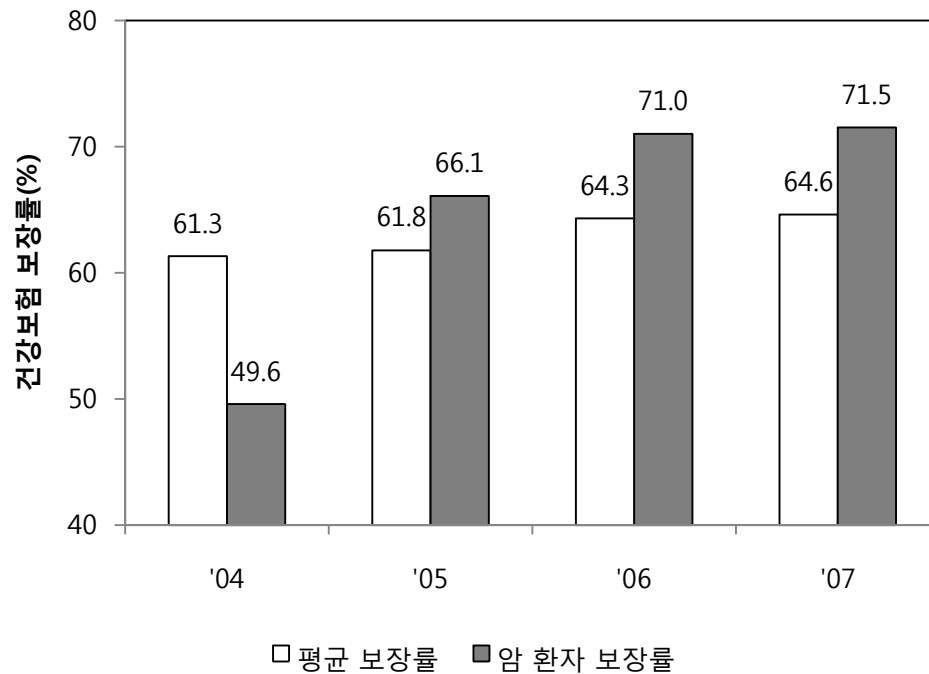
보건의료를 과제로 재설정

연도	단체
1987	인도주의실천의사협의회/병원별 노조 설립
1988	전국병원노동조합연맹/건강사회를 위한 약사회/노동과 건강 연구회
1989	지역의료보험노동조합 전국협의회 건강사회를 위한 치과의사회/참의료실현 청년한의사회
1993	평등사회를 위한 민중의료연합
1994	의료보험통합일원화 및 보험적용확대를 위한 범국민연대회의 (민주노총, 전농, 경실련, 참여연대, YMCA, 여연 등 노동, 농민, 시민, 보건의료인 등 총 77개 단체, 6개 지역연대회의)
1995	진보와 연대를 위한 보건의료운동연합
1998	전국보건의료산업노동조합
1999	건강연대 의약분업 실현을 위한 시민대책위원회(경실련, 녹소연, 참여연대, 한국소비자연맹, YMCA)
2001	건강권 실현을 위한 보건의료단체연합/노동건강연대
2003	건강세상네트워크
2006	전국공공서비스노동조합 전국사회보험지부
2008	비판과 대안을 위한 건강정책학회
2009	의료민영화 저지와 건강보험 보장성 강화를 위한 범국민운동본부 (민주노총, 한국노총, 한농연, 참교육을위한전국학부모회 등 83개 단체)

진보적 변화: 보건의료개혁의 성과

건강보험 통합과 보장성 강화

의약분업



진행 중인 과제

공공의료 강화

- 공공병원 30% 확충 노력
- 성남/대전 시립병원 운동
- 보건소의 기능 강화
- 도시보건지소 확충 ('09년, 전국 27개소)

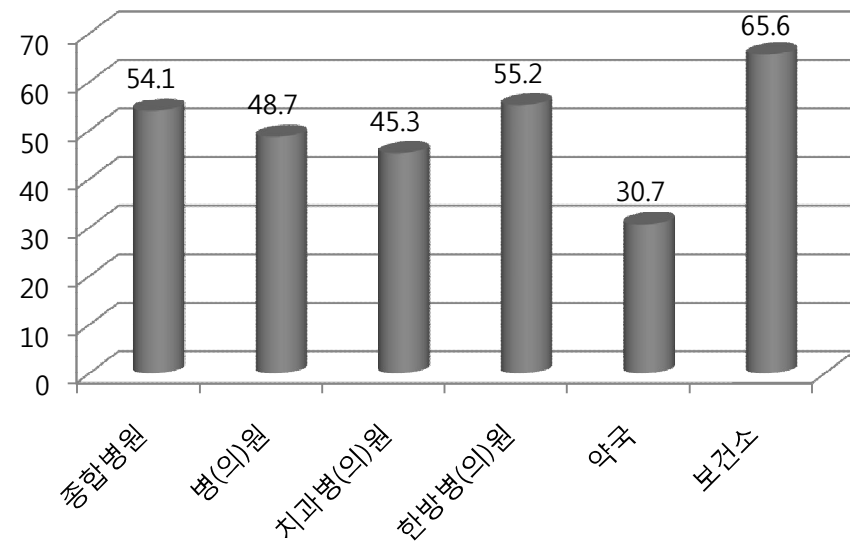


<김천시 도시보건지소 개소식>

주치의 제도 도입 운동

DRG 도입 노력

의료민영화 저지 운동



<의료기관 유형별 만족도>

자료: 통계청, 사회통계조사, 2008



보수적 변화: 보수 단체의 형성

- 의료보험: 의협의 정부 정책에 대한 반대 정서 형성과 고착
- 의약분업: 의협의 보수화 가속
- 의협 외 보수단체의 형성

연도	단체
2000	건강복지사회를 여는 모임
2004	의료와 사회 포럼
2005	국민건강수호연대
2006	뉴라이트 의사연합
2007	약과사회포럼 건강복지공동회의/건강복지정책연구원 (건강복지사회를 여는 모임, 국민건강수호연대, 뉴라이트 바른 정책 포럼, 메디칼 와이즈멘즈 포럼, 바른 사회 보건의료 선진화 특위, 선진자유연합, 약과 사회포럼, 연구소2020통일한국, 의료와 사회 포럼, 자유시민연대, 한국방송지킴이연대, 한국복지문제연구소)



보수세력의 주장

- **의약분업 철회 → 전면 재평가**
- **건강보험 보장성 강화에 대한 문제제기**
 - 식대 급여, 중증질환자 보장성 강화의 우선순위에 대한 문제제기
 - 건보 재정 악화 원인으로 '의약분업', '건강보험 보장성 강화' 지적
- **의료민영화 요구**
 - 요양기관 당연지정제 폐지
 - 영리의료법인 허용
 - 민간의료보험 활성화: 개인 질병정보 활용, 세제 혜택 확대
 - 의료 분야의 규제 완화: 의료광고 확대, 부대사업 범위 확대
- **공공의료 강화에 대한 문제제기**
 - 보건소 진료 축소 주장, 도시보건지소 신설 반대, 공공병원 확충 반대

보건의료에서 진보와 보수의 충돌

1987

진보

보수

2010

● 한계에 봉착한 진보세력

- 건보, 의약분업의 성과에도
- 민간의보, 병상의 지속적 확충

● 새로운 돌파구

- 획기적인 보장성 강화
- 공공보건의료체계의 강화

● 한계에 봉착한 보수세력

- 급성병상의 과잉 공급
- 진료량 증가, 비보험 진료의 한계
-

● 새로운 돌파구

- 영리의료법인
- 민간의료보험
- 새로운 시장 개척



3. 보건의료 정책의 혼선

정부의 보건의료정책 변화

	진보적 정책	보수적 정책
전두환 노태우 김영삼	<ul style="list-style-type: none"> • 의료보험적용 확대 • 전국민의료보험('89) 	<ul style="list-style-type: none"> • 보사부: 민간병원의 양적 팽창 지원 • 문교부/내무부: 소관병원에 영리추구 종용 • 현대, 삼성, 대우 등 재벌병원 설립 허용 <p>(민간부문에서 민간의보 판매 시작)</p>
김대중	<ul style="list-style-type: none"> • 의료보험 통합 • 의약분업 시행 • 공공보건의료에관한법률 제정 	<ul style="list-style-type: none"> • 복지부: 민간병원의 양적 팽창 지원 • 교육부/행자부: 소관병원에 영리추구 종용
노무현	<ul style="list-style-type: none"> • 건강보험 보장성 강화 • 보건소 기능 강화 • 도시보건지소 신설 	<ul style="list-style-type: none"> • 경제부처: 동북아 의료허브 → 외국인 전용병원 → 영리의료법인, 민간의료보험 • 복지부: 소극적 대응 <p>(영리법인 논의 본격화, 민간의보 팽창)</p>



의 문

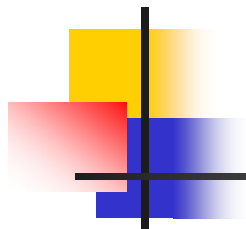
- 왜 정부는 공공재정의 확충에 반하는 민간병상의 급증을 조장했을까?
- 왜 공공병원 확충의 주장은 무시되었을까?
- 왜 영리의료법인, 민간의보 확충의 정책이 나왔을까?



가설적 해답

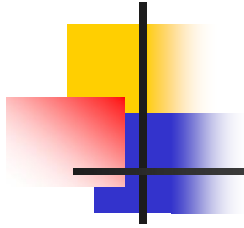
● 보건의료공급에 대한 역사적 담론

- 70년대 후반, 보건의료제공은 “보건의료 제공은 민간이 위주, 공공은 민간의 기능을 보완”해야 한다는 것이 보편적인 이론
- 의료보험으로 늘어나는 의료수요를 민간병원으로 충족한다는 것이 기본 정책. 당시 공공병상의 확충은 전혀 고려되지 않았음
- 이후 민간병상 의존은 역사적 경로를 형성
- 공공병원은 빈민진료, 보건소는 예방사업의 역할로 민간의료에 대해 보완적인 것으로 이해
- 보건소는 90년대 중반 질병관리, 건강증진으로 부활하였으나
- 병상공급 과잉 상태에서 공공병원은 확충의 논리를 잡을 수 없게 됨



● 인식의 현 상태

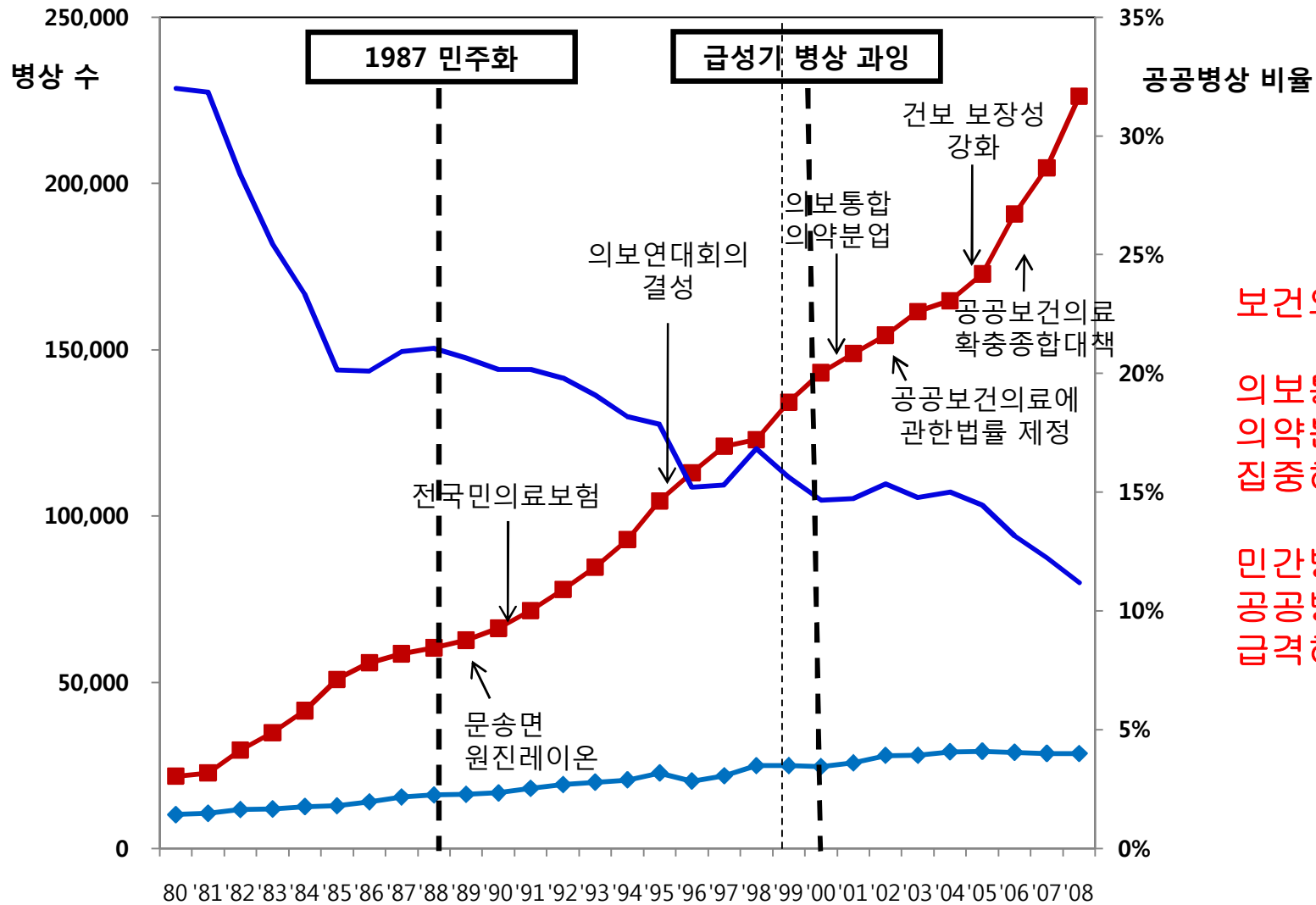
- 보건의료 재정과 공급체계에 대한 통일적 인식의 부족. 모순된 구조와 정책 방향을 모순으로 인식하지 못함
- 병원의 형식적 비영리성과 내용적 영리성에 대한 사회적, 정책적 용인. 이제 둘 중의 하나로, 즉 '영리' 또는 '비영리'로 안팎을 통일해야 할 한계에 도달
 - 공공재정과 민간공급의 충돌
병원의 영리적 실체와 비영리적 형식의 충돌
 - 이를 통일하려는 보수개혁과 진보개혁의 충돌



● 보건의료의 진보진영은 이 경로를 수정하지 못했음

- 의료보험 통합, 의약분업 당시 제기된 주요 과제들로 보건의료 공급체계에 운동의 우선순위를 높게 부여할 수 없었음
- 보건의료 공급의 공공성에 대한 담론이 약한 상태에서 정부 정책이 변화는 나타나지 않음.
- 이제 역으로 영리성이 강한 보건의료공급체계가 건강보험의 공공성을 압박하고 있는 상황
- 보건의료공급 부분의 공공성 강화 없이는 재정의 공공성도 방어하기 어려울 것임.

보건의료운동의 시기별 중심과제



보건의료운동이

의보통합과
의약분업에
집중하는 동안

민간병상은 늘고
공공병상 비중은
급격히 위축



Ⅲ. 보건의료의 현 상황과 과제



보건의료체계 모순의 심화

- ❖ **의료기관의 양적 팽창과 경쟁 가속화**
 - 의료공급체계에 대한 공적 개입 부재, 현 상황을 방치
 - 개별 병원은 몸집 불리기에 몰두
- ❖ **공공의료 강화와 의료전달체계 개편 계획 부재**
 - 공공의료의 양적 확충 중단
 - “주치의 제도는 10년 내에 불가능하다”는 주무 과장의 발언
- ❖ **소극적인 건강보험 보장성 강화**
 - '09년 건강보험료 동결 → 건강보험 재정난 가중
 - 이전 정부와 비교할 때, 매우 소극적인 보장성 강화 계획



의료민영화 관련 정책 추진 현황과 전망

• 요양기관 당연지정제 폐지

- '08년 촛불시위와 건강보험 민영화 논란을 거치며, 현 정부의 정책 의제에서 제외
- 현 정부 임기 내에 정책적으로 추진할 가능성은 낮지만, 향후, 영리 의료법인과 민간의료보험 활성화 수준에 따라 다시 수면 위로 부상할 가능성

• 영리의료법인 설립 허용

- 제주, 경제자유구역, 과학비즈니스 벨트 중심으로 허용 → 향후 전국적 확대
- 전국적 확대가 되더라도, 기존 개인병원, 신규 중소병원과 전문병원 중심으로 영리의료법인 설립 전망
 - 그러나, 1990년대, 재벌병원 설립처럼 의료 전반에 영향을 미칠 것

"양적으로는 작지만, 질적으로는 큰 변화"



● 병원경영지원회사(MSO)

- 경쟁적 시장 환경에서 불가피한 선택 vs 비영리병원의 영리화
- 이미 다양한 형태의 MSO 활동, 국민건강에 미칠 부정적 영향을 설득력 있게 제시하지 못하면 대응이 쉽지 않을 것

● 건강관리서비스

- 非의료기관까지 참여하는 건강관리서비스 허용 추진 중
- '공공'서비스로 인식하던, 건강증진·질병관리 서비스까지 상업화

● 민간의료보험 활성화

- 개인 질병정보 활용 등을 시도했으나 현재는 중단, 가시적인 민간의료보험 지원 정책은 아직까지 제시되지 않음
- 그러나 소극적인 국민건강보험 보장성 강화 정책이 민간의료보험 활성화의 가장 강력한 경제적 기반
 - 최근, 몇 년 사이에 민간의료보험 시장은 매년 15% 이상씩 시장 팽창



진보세력의 주요 과제

- **의료민영화 저지 운동**

- 영리의료법인, 건강관리서비스, 민간의료보험 활성화 등

- **건강보험의 보장성 강화**

- 공공재원의 획기적 확충 → 보장성 강화의 기반 & 의료공급 체계에 대한 공적 개입을 가능하게 하는 재정적 수단
- '저부담-저급여-저수가'의 악순환을 선순환 구조로 전환

- **의료공급체계의 공공성 강화**

- 지역 거점 공공병원, 도시보건지소, 보호자 없는 병원, 민간병원의 공공의료사업 참여, 주치의 제도



담론의 형성과 전파

- 진보적 보건의료 담론을 모든 진보 언론, 단체가 이해하고 있다면 오산
 - 무상의료 찬성. 그러나 보험료를 50% 올리자고 하면?
 - 공공의료 30%? 의미를 이해하는지?
- 진보 과제에서 보건의료의 순위는 낮은 편
 - 공공의료 vs 공교육
- 근원적 과제와 당면 과제의 혼란
 - 노조의 경영참여 (근본적이지만 당면과제로 등장)
- 담론의 형성과 전파는 운동의 성패를 좌우



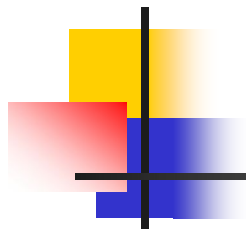
진보적 대안의 구성

- **진보담론과 일치하는 방향성**
 - 장기적 이익과 단기적 이익은 상충될 수도 있음
- **현실과 일치하는 과학성**
- **실현 가능한 단계적 전략**
- **추진 세력의 형성**
 - 정책은 추진할 주체와 결합되지 않으면 실현 불가능
 - 진보정책이 진보세력의 이해와 상충할 수도 있음



선택과 집중, 취약부분의 강화

- 건강보험 보장성 강화 & 민간의보 확대 저지
(적극적, 근본적) (소극적, 당면)
- 보건의료 공공성 강화 & 영리법인 도입 저지
(적극적, 근본적) (소극적, 당면)
취약- 강화 필요
- '보장성' 및 '공공성' 강화에 대해서는
대규모 조직 구성과 10년의 장기활동 계획이 필요



감사합니다