

새정부에 바란다 더 이상의 후퇴는 없다 ② 보건의료 정책

새정부 정책 제안 연속 토론회

일시 | 2022년 4월 5일(화) 오후 2시

장소 | 참여연대 아름드리홀

주최 | 공적연금강화국민행동·무상의료운동본부·
민주사회를위한변호사모임·보건의료단체연합·빈곤
사회연대·좋은공공병원만들기운동본부(준)·참여연
대·

목차

목차	2
프로그램	3
발제 윤석열 정부의 보건의료 정책_정형준 보건의료단체연합 정책위원장	4
토론1_강경화 한림대 간호대학 교수	22
토론2_이경민 참여연대 사회경제2팀장	26
토론3_김준현 건강정책참여연구소 소장	31
토론4_정재수 보건의료노조 정책실장	34
토론5_박경득 전국공공운수노동조합 의료연대본부 서울지부장	45

프로그램

- 14:00 사회 나백주 좋은공공병원만들기운동본부 정책위원장
 서울시립대 도시보건대 교수
- 14:10 발표 윤석열 정부의 공공의료정책
 정형준 보건의료단체연합 정책위원장
- 14:40 토론 강경화 한림대 간호대학 교수
 이경민 참여연대 사회경제2팀장
 김준현 건강정책참여연구소 소장
 정재수 보건의료노조 정책실장
 박경득 전국공공운수노동조합 의료연대본부 서울지부장
- 15:30 종합토론
- 16:00 폐회

발제 : 윤석열 정부의 보건 의료 정책

정형준 보건 의료 단체 연합 정책 위원장

직접적, 우회적 의료 민영화 정책 추진.
공공 의료의 심각한 위기가 도래.
건강보험 '긴축'으로 민간 보험 시장 반사이익이 확대.
노동 유연화로 보건 의료 노동 조건 후퇴.
강력한 견제와 감시로 이러한 시도를 저지해야.

0. 윤석열 정부의 사회 정책 일반과 그 성격

노동 개혁

01 근로 시간의 유연성을 확대하고 근로자의 선택권을 보장하겠습니다.

현재

- ▶ 현행 근로기준법은 20세기 공장법 방식으로 획일적, 경직적인 근로 시간 및 임금 규정을 기본으로 하고 있어 일하는 방식의 근본적 변화에 대응 어려움
- ▶ 디지털 전환 시대에 따른 근무 시간 · 근무 장소의 해체, 성과 중심의 근무 방식 확대에 대응 필요

약속

- ▶ 선택적 근로 시간제의 정산 기간을 현행 1 ~ 3개월에서 1년 이내로 확대
 - 사무 연구직 등 선택적 근로 시간제를 선호하는 직무나 부서별로 노사 합의를 거쳐 1년 이내의 범위에서 선택적 근로 시간제의 정산 기간을 자율적으로 설정하여 주 4일제 등 다양한 근로 시간제를 선택할 수 있도록 장려
- ▶ 연간 단위 근로 시간 저축 계좌제 도입
 - 저축 계좌에 적립된 초과 근로 시간을 장기 휴가로 사용
 - 연장 근로 시간 총량 규제 방식으로 전환
- ▶ 정규직을 유지하며 '풀타임 ↔ 파트타임' 전환 신청권 부여로 일 · 생활 균형을 위한 근무 조건 조성
 - 전일제 근로와 시간제 근로를 자유롭게 전환하는 근로 전환 신청권 부여
 - 재택 근무제, 텔레워크, 모바일 워크 등 유연 근무 방식 적극 도입
- ▶ 연장 근로 시간 특별 업종 또는 특별 연장 근로 대상에 신규 설립된 스타트업 포함
- ▶ 전문직 직무, 고액 연봉 근로자에 대해서는 연장 근로 수당 등 근로 시간 규제 적용 제외

윤석열 당선인의 사회 정책에 대한 인식은 기본적으로 경제 정책에 부수적으로 종속된 것으로 선별적인 내용(취약 계층 일부분만 해당하는 제도 유지 등)이 다수임. 문제는 본 토론에서는 논외로 할 수 있는 친기업-반노동 정책은 차치하더라도, 기본적으로 기업 친화적인 사회 정책 때문에 본질적으로 '작은 정부'론¹을 기반으로 하고 있으며, 이는 공적 영역의 확대를 통해 기본 사회 서비스 제공을 확대하는데에는 심각한 제약이 되고 있음. 여기에서 가뜰이나 시장 중심적인 보건, 돌봄, 보육 등등 서비스 제공 문제를 더 악화시킬 방향성²을 내포하고 있음

사회 정책의 성격상 노동 정책에 연결될 수밖에 없는데, 우선 노동 유연화는 본 토론에서 논외로 하더라도 비노동 인력,

¹ “저는 하는 일에 비해서는 작은 정부, 효율적 정부를 지향한다.”, <윤석열 “작은 정부 지향 · 靑 초소... 2%-98% 갈라치기 중부세 완화”>, 관훈클럽 초청 토론회, 연합뉴스, 2021년 12월 14일.

² “(사회 복지)는 근본적으로 시장 경제로 갈 수 없는 것이기 때문에 사회 복지 서비스로 제공되는 것이지만, 그 안에서도 적절히 효율성을 제고하기 위한 정도의 인센티브를 부여하는 사고가 필요하다고 보고 있다.”, <윤석열, 사회 복지사를 만나 “민간화 · 경쟁 필요... 코딩 공부해야”>, 오마이뉴스, 2022년 1월 18일.

노동능력을 상실한 인구집단에 대한 대응은 최소한의 비용으로 유지하는 방향성이 분명해 보임.(돌봄정책에서 그러한 성격이 크게 드러나고 있음) 노동인력의 경우도 노동유연화로 언제나 사회정책의 대상이 될 수 있는데, 복지정책의 선별성과 제한성으로 연쇄적인 붕괴가능성도 높아보임. 특히 주거문제같은 문재인정부 최대 실책의 경우도 시장중심적 접근외에 공공적이고 공익적인 접근방법은 전혀 제공되고 있지 못함.

결국 기업친화성과 시장만능주의적 접근은 사회정책 전반의 분절화 및 선별적 공급구조를 강화시킴으로써 보건의료제도 및 보건의료공급체계 전반에 대해서도 이러한 방향성을 투영하게 됨. 즉 보건의료정책에서 기본적 특징은 1) 시장중심적 공급 2) 선별적 제도 도입 3) 재정긴축 으로 요약됨. 이에 대해서 각각의 정책과 방향에 대해서 생각해보는게 본 토론문의 목적임

1. 윤석열 정부의 보건의료정책

1) 의료민영화정책

윤석열 당선 이후 가장 논란이 된 문제 중 하나는 '의료민영화'임. 윤석열이 당선되면 의료민영화가 추진된다고 SNS등을 통해 전파된 내용에 대해 선거운동본부 정책위원장은 원희룡은 '괴담'이라고 이를 평가하며 진화에 나섰음. 실제로 윤석열 공약집에 '의료민영화를 하겠다'던가 '영리병원을 추진'한다든가 '건강보험을 축소'하겠다는 식의 명시적 공약은 당연히 없음. 거꾸로 '필수의료는 국가가 책임'지겠다던가, '공공의료 정책수가'를 도입하고, 국립대병원과 상급종합병원의 '공공성'을 강화하겠다는 등, 언사로만 볼때 대단히 공공적이고 국가중심적인 제도를 유지하겠다는 선언이 다수임.

그럼에도 이런 표면적인 언사, 정책에 대한 표식화(라벨링)의 내면과 맥락은 시장중심적인 성격이 노골적으로 드러나고 있음. 특히 선거공약집에는 드러나지 않았으나, 최근 다시 논란이 되고 있는 제주도 녹지병원(한국최초로 허가받은 영리병원)의 경우에서 보듯이 영리병원 건 하나도 제대로된 정리가 안되고 있는게 한국의 현실임. 이런 상황에서 제주MBC는 선거후보에게 영리병원관련 입장을 물었는데, 이는 다음과 같음.



2022년 02월 18일 제주MBC 보도에 따르면, 주요후보들의 영리병원 관련 공약에 대한 질의에 대해 이렇게 밝히고 있음. "최근 법원 판결로 다시 쟁점이 되고 있는 영리병원 문제. 이재명 후보와 심상정 후보는 명확한 반대의사를 밝혔고 윤석열 후보는 법원 판결의 취지를 검토하겠다고 사실통찬성을, 안철수 후보도 의료산업 육성 측면에서 적극적으로 볼 필요가 있다고 밝혔습니다."(2022년 2월 18일 제주MBC) 즉 영리병원관련된 공약이 없다고 해도, 영리병원 찬성론자가 대통령당선인(윤석열)과 인수위원장(안철수)이 되고, 한국 최초의 영리병원을 허가한 자(원희룡)가 윤석열 캠프의 정책위원장과 인수위원회 기획위원장을 맡고 있다는 점은 시사점이 큼.

영리병원은 직접적인 의료민영화 사안임. 국민 여론은 이제 영리병원을 허용하는 법조항을 폐기해 지난 20년간 불필요하게 소모된 영리병원허용사안의 종지부를 찍어야 한다는 데 있음. 이런 점에서 윤석열 당선인의 영리병원에 대한 입장은 국민 대다수의 의견과 배치되며 직접적인 의료민영화 찬성론을 견지하고 있다는 점을 확인할 수 있음.

여기다 당선인의 장모는 이미 불법영리병원인 사무장병원 운영에 관여한 혐의로 재판중으로 1심에서 유죄를 2심에서는 운영에 관여하지 않았다고 해서 무죄를 받은 상태임. 설령 병원운영에 관여하지 않았더라도 사무장병원을 운영하려는 세력에 투자한 점은 사실로 사법적 판단과는 별개로 병원을 영리적 사업의 목적으로 삼았다는 점에서는 반론의 여지가 없음.

약속

- ▶ **음압병실, 감염병 환자 중환자실, 응급실 확대 및 평상시 확보**
 - 음압병실 증설과 감염병 환자를 구분하여 운영할 수 있는 중환자실 및 응급실 시설 개조 비용 지원
 - 음압병실, 중환자실, 응급실 수가를 원가 보전해 평상시 확보 및 운영
- ▶ **공공정책수가를 적용해 필수의료 시설 확보 및 비상시 신속한 대응**
 - 국가 전체 필요 병상뿐 아니라 지역적 분포를 감안한 공공정책수가 적용
 - 코로나19 등 비상상황 발생 시, 사용량에 연동하여 평시보다 가산된 수가(정책수가)를 지급해 핵심인력(의사, 전문간호사) 이탈 방지, 유경험자 추가투입, 병상 부족할 경우 의료기관 소개해 음압병실, 감염병 전용 중환자실 및 응급실 확보
 - 국민생명과 건강을 지키는 필수 의료인 중증외상센터, 분만실, 신생아실, 노인성 질환 치료 시설에도 국민건강권 확보 차원에서 공공정책수가 도입

'공공의료정책수가'의 경우도 자세히 살펴보면, 공공의료기관의 인프라 투자 즉 공공병원 건립과 증축이 아니라 민간병원에 음압병상, 응급실, 중환자실, 투석실 등에 대한 인프라 투자를 하는 정책수가를 뜻함. 즉 공공부분의 확대가 아니라 민간부분의 확대를 위해 공적자금이 더 투입되는 정책임. 기존에 공공부분에 미흡했던 투자를 민간부분으로 확대하고 장려하는 건 '공공수가'가 아니라 '민간수가'가 정확한 단어사용임.

감염병 대응체계 강화

02 필수의료는 국가가 책임지겠습니다.

현재

- ▶ 코로나19가 드러낸 우리 사회의 취약점을 보완하고 팬데믹 위기에 선제적으로 대응할 필요
- ▶ 코로나19 팬데믹으로 시설은 있는데 중증환자를 돌볼 의료 인력이 부족하여 국민이 생명을 잃는 안타까운 일이 발생
- ▶ 현행 '행위별 수가체계'는 행위(수술, 진단, 처치, 투약 등)가 있어야만 비용을 지급하는 구조임. 응급실, 중환자실, 음압병상 등 특수시설이 항상 일정비율 이상 확보되어야 함
- ▶ 공공정책수가를 통해 의료기관에게 응급실, 중환자실, 음압병상 등을 설치, 유지할 수 있도록 하여 의료재난에 대비한 시설의 설치율을 높여 재난적 의료상황에 효과적으로 대비할 필요
 - 평시에는 일반 진료목적으로 사용하다가 위기상황에서는 감염병 시설로 전환

'필수의료 국가책임'의 경우도 기존에 국가책임의 광의의 의미에서 민간의료기관을 동원하여 국민의 건강과 보건을 유지하는게 중요하다 하더라도, 선언적으로 제기하기에는 민간의료기관을 중심에 놓을 수는 없는 정책임. 실제로 코로나19 시기 막대한 공적자금을 민간의료기관에 공급했지만, 수익성이 있는 부분이 아니라면 여전히 코로나진료에 민간의료기관은 소극적임(예를 들어 재택치료 및 진단키트, 전담병원 은 수익성이 있어서 하겠지만, 코로나확진자의 분만,투석,외상 서비스 제공에는 미온적이고 외면하는 태도가 만연함.). 이는 결국 민간의료기관 동원을 하려고 해도 인센티브만으로는 서비스편중만 가져온다는 예시임에도 '국가책임'이란 단어를 이런 민간동원정책에 붙일 정도로 민간공급중심적 사고를 윤석열 당선인은 보여주고 있음.

지역의료의 공공성 강화 방안도 국립대병원과 상급종합병원의 확대정책을 분명히 하고 있음. 실제 지역의료에 필요한 것이 대형병원인 경우도 있을 수 있으나, 더 중요한 부분은 필수의료중심의 거점공공병원임. 그리고 인력을 어떻게 충원할 지임. 상급종합병원으로 대표되는 대형병원이 더 나은 서비스를 제공하는 기반도 상대적으로 높은 인력구조인데, 이에 대한 대안제시 없이 나온 정책은 한술더 떠 공공병원을 대형병원에 위탁하는 안임. 위탁 대형병원에는 국립대병원을 끼워넣고 있으나 상급종합병원의 상당수가 민간병원이고, 민간대형병원의 일부는 이미 전국적인 네트워크화를 하고 있음. 따라서 공공병원 민간위탁은 의료공공성 파괴임.

요약해보면 소위 핵심정책인 '공공의료정책수가'및 '필수의료 국가책임' '지역의료 공공성강화'도 사실상 모조리 기존 공공영역을 민간영역으로 넘겨주거나 민간영역에 위탁한다는 점에서 '의료민영화'에 가까운 정책임. 이런 정책을 확대한다는 정책에 대해서 시민들이 '의료민영화'를 염려한다는 점은 너무나 타당하고 이를 단순히 '괴담'이라고 말할 수는 없을 것임. 그리고 한국에서 건강보험제도를 제외하면 이미 대부분의 의료공급이 시장화, 민간중심 되어 있다는 점에서 정확하게는 의료공급의 '의료민영화' 정책이라고 규정하는게 타당성이 있음.

III 공익의료 국가책임제 시행

1 현 황

- ☐ 우리나라에만 있는 '공공의료'
 - 공공의료 용어의 모호함
 - 공공의료기관만 지원하는 정책
- ☐ 정부 공공의료 강화방안의 문제
- ☐ 국립대병원의 공공성 부족 문제
- ☐ 공공병원 중심 의료공급체계의 의료의 질 문제
- ☐ 민간의료기관의 공익적 기능에 대한 보상과 지원 전무

거기다 이러한 계획은 민간의료공급자들을 대변하는 대한의사협회 산하 의료정책연구소의 이번 대선정책제안과 거의 흡사함. 즉 민간의료공급자 일반의 이해관계를 강하게 반영한 정책들로 앞으로 윤석열 정부 기간의 민간의료공급자의 주도적 위치를 엿볼 수 있음.

실제로 2013년 박근혜정부 집권이후 벌어진 영리자회사, 기술지주회사설립, 건강관리서비스도입 등도 박근혜정부에 의해서는 '의료민영화'가 아니라고 정부홍보물까지 제작된 바 있으나, 실제로는 그 내용이 '영리자회사' 하나만 봐도 영리병원의 우회로임이 드러나 당시 '의료민영화반대' 성명에 200만명이상이 서명했던 바 있음. '괴담'이 아니라는 반박은 '공공'이란 단어가 들어간 단어의 나열이 아니라, 코로나 시기 절실히 필요하다는 점이 입증된 공공영역을 얼마나 확대할 것인지에 대한 정책에서 드러나야 마땅할 것이나, 윤석열 정부는 이를 철저히 외면한다는 점에서 '의료민영화' 세력이란 비판을 받아 마땅함.

2) 코로나대응 정책

코로나대응 정책과 관련해 윤석열 정부의 입장은 매우 혼재되어 있음. 우선 문재인정부의 방역정책에 대해선 반대를 말하지만, 그 지점은 중요한 정책에 대한 보완이나 비합리성을 주장하는 것이 아니라, 거꾸로 더 정치적이고 비과학적인 입장을 제시하는 경우가 많음. 우선 당선후 인수위원장인 안철수가 직접 밝힌 7가지 과학방역³은 내용의 본질에 있어서 완화전략하에서 방역완화를 최근 추진한 문재인정부의 내용과 다르지 않으며, 나머지

³ 안철수 인수위원장은 22일 코로나19 비상대응 특별위원회 회의 결과를 설명하면서, △동네 병원 대면 진료 △고위험군 확진자 패스트트랙 치료 △백신 부작용 및 확진자 데이터 투명 공개 △일반국민 항체 양성을 샘플 조사 △5~11세 백신 접종 자율 선택 △코로나 경구 치료제 확보 △소상공인 대출 만기연장·상환유예 등 7가지 권고사항을 현 정부에 제시함.

내용에 있어서는 더 비과학적 접근을 보여주었음. 인수위가 말하는 과학방역의 정체가 새삼스러울 것은 없으나, 확진자가 급증하는 상황에도 방역완화에 대해서는 동의하거나 방조한다는 점에서는 ‘과학적’이지 않음.

윤석열캠프에 이름을 올린 주요 보건전문가⁴ 및 인수위 보건의료정책담당⁵의 경우 방역초기(2020년초) 극단적 반중정서에 기댄 국경폐쇄론을 거론하거나, 공공병원을 비워 민간병원을 보호해야 한다는 식의 비현실적인 대안(2021년말에는 이미 대부분의 공공병원이 코로나전담이었음에도 취약계층진료를 위해 소수의 병상만 유지하던 국립중앙의료원을 주된 공격타겟으로 삼은 정치적 주장을 하던)⁶을 주되게 주장했던 자들임. 거기에서 방역완화에 대해서는 오락가락 하는 정책을 내면서 방역으로 인한 사회정책(충분한 손실보상, 유급병가, 상병수당 등등)에 대해서는 거의 언급조차 없었음. 이는 여전히 코로나팬데믹을 협소한 중국발 신종감염병으로만 본다면, 코로나환자는 전담치료기관에서 격리치료하고 이는 단일의료기관이 독박으로 책임지는게 유리하다는 환원론적 사고에 기초하고 있음.

코로나19 위기는 보건위기일 뿐 아니라 무분별한 시장주의의 결과임. 무차별적인 자연파괴와 선별적 보건제도는 지난 수십 년간의 시장근본주의에 의해 조장되었음. 그 결과 지난 20여년간 수차례 신종감염질환(조류독감, 사스, 신종플루, 메르스 등)의 경고까지 받아왔음. 그 때마다 수익성과 시장자율에 맡겨진 사회시스템은 엉망이 되었고, 때문에 코로나19 시기 대부분의 선진국은 보건체계에 투자를 아끼지 않게 됨. 보수당이 집권한 영국조차 영국 국영의료체계 확대를 위해 증세를 하고, 스웨덴, 독일, 스페인, 이탈리아는 이미 막대한 보건재정을 투입했고, 투입할 예정임. 반면 윤석열 후보는 감세뿐만 아니라, 건강보험폭탄, 외국인 건강보험유용 등을 주장하며 건강보험체계 긴축을 부추기고, 불신과 편견만 조장했음. 세계적 추이에도 완전히 역행하는 셈임.

⁴ ◇ 박재홍> 이를테면 어떤 것이 비과학적인 선택이었습니까?

◆ 정기석> 저희가 이제 국민의힘 코로나19 대응위원회가 위원들이 한 열몇 명이 있는데요. 제가 뭐가 비과학적인지 정리해 보자고 했더니 너무 많아서 오늘 말씀 못 드리겠는데. 몇 가지만 드릴게요.

◇ 박재홍> 하나만 해 주세요, 대표적인 거 한두 가지만.

◆ 정기석> 첫째는 중국 입국 제한 안 하는 거예요. 이어졌지만 모기 논쟁으로 이어졌지만 모기는 물웅덩이에서 나오고 장구벌레가 물려드는 건데 거의 덮어야 되거든요? 안 했죠. 대표적으로 성공한 게 대만이죠. 똑같은 입지적 위치인데 대만은 제한해서 지금 아주 안정되게 살아가고 있고 우리는 지금 이렇게 됐죠.

<李측 "3차접종자 12시까지" vs 尹측 "中 안 막은 비과학"> CBS라디오, 2022년 2월 22일

⁵ 백경란 대한감염학회 이사장(삼성서울병원 감염내과 교수)은 26일 페이스북 글을 통해 “이제라도 외국인의 입국금지를 해주길 바란다”며 “(외국인들이) 일부러 치료받으러 국내에 들어온다고 하기도 한다. 우리 국민 치료도 힘들고, 의료진도 지쳤다”고 적었다. <감염학회 이사장 "의료진들 지쳤다, 외국인 입국 막아달라">, 중앙일보, 2020년 3월 26일

⁶ 국민의힘 중앙선대위 코로나위기대응위원회(위원장 정기석, 이하 코로나위원회)는 12일 서면 브리핑을 통해 “의료 시스템이 붕괴되고 있다”면서 의료시스템을 긴급 복구하라고 촉구했다. 그 일환으로 국립중앙의료원 등 공공병원의 전면적인 코로나19 환자 병상을 전환을 제한했다. <국힘 코로나위원회 "공공병원 코로나 병상 전환" 촉구> 메디컬타임즈 2021년 12월 12일

3) 공공의료정책

윤석열 정부의 공약에서 공공의료확대는 몇가지 지방공약⁷에서만 유효함. 이는 앞서 살펴본 민간의료중심체계와 모순된 측면이 큼에도 공약화되었는데, 아마도 대통령선거 이후 치러지는 지방선거를 고려한 공약으로 사료됨. 물론 그럼에도 이런 지역에서 약속된 공공병원설립은 의미가 있고, 지역주민들의 열망이 반영된 설립계획으로 꼭 성취되어야 함. 거꾸로 지역주민들이 지역마다 제대로 된 공공병원설립을 열망함에도 윤석열 후보는 이를 철저히 중앙보건정책에서 외면했는데, 이는 스스로 처한 모순점을 보여주는 것으로 볼 수 있음.

약속

▶ 지역 국립대병원·상급종합병원의 공공성을 강화해 지역 필수의료 부족 문제 해결

- 필수의료가 부족한 지역의 음압병실, 중환자실, 응급실, 중증외상센터, 분만실, 신생아실 등은 평상시에 확보해 운영
- 신속한 환자 이송과 치료를 위한 지역 응급의료체계 운영
- 지역 내 의료취약 지역에 국립대병원·상급종합병원分院 설치 공공병원 위탁 운영 확대
- 지역 내 필수의료와 의료취약지역 담당 의료 인력 확보 및 양성

▶ 상급종합병원이 없는 시도 상급종합병원 지정을 위해 지원 노력

- 상급종합병원 지정기준에 지역별 특성을 더 반영하도록 개정

▶ 27개 지역에 대해서는 지역 특성별 정책을 펼쳐 의료수준 향상

*다양한 서비스 전달 및 지불제도 모형을 평가할 수 있는 건강보험혁신센터 운영

특히 상급종합병원이란 제도는 한국의 의료전달체계상 기술의학적 축적과 거대화를 상징하는 것으로 높은 가산수를 배경으로 의료서비스의 질을 향상시킨다는 시장주의적 발상에서 시작된 정책임. 이 때문에 매년 수많은 병원들이 상급종합병원 기준에 맞춰 가산수를 받는게 나올지 그냥 종합병원에 머무는게 나올지 계산기를 두드리며, 상급종합병원 신청을 하는 상황임. 즉 경쟁적으로 이를 배정하고, 배타적인 권위와 경제적 인센티브를 배정해 독점적 역할을 수행하게 한 제도로 지속가능성도 없고, 필요에 따른 의료전달체계중심으로 개편이 필요한 제도로, 이를 더욱 강화하겠다는 계획은 결국 지역의료중심의 공공의료를 고사시키겠다는 뜻으로 해석해야 마땅함.

⁷ 인천 - 제2의료원 설립, 영종국제도시에 국립대학병원 유치, 해외유입 감염병 차단 위한 치료체계와 항공재난 대비 의료시스템 구축

충남 - 아산 경찰교육타운 부지 국립경찰병원 설립, 내포신도시 국립대학병원 유치

울산 - 도심권 상급종합병원(제2울산대병원) 건립 검토, 울산의료원 조속 설립 추진

광주 - 서남권 원자력의학원 건립 (첨단 방사선·원자력 의료센터 건립 : 방사선의학 R&D센터 설치, 방사선 융합 산업체 유치, 해외환자 유치 등 방사선의료기술의 산업화 지원·발전)

제주 - 제주대학병원 시설·장비·인력 확충, 상급종합병원으로 지정, 감염병 대응할 전문병원 설치 추진

부산 - 침례병원 공공병원화, 부산 권역별 거점 공공병원 확보 등 수준높은 의료서비스 체계 구축

앞서 살펴본 지역의료 공공성강화 측면에서도 공공병원의 위탁운영은 이미 실패한 정책임. 1990년대 김영삼정부들어 시작된 공공기관 효율화 와 IMF 이후 발생한 공공의료기관 경영평가는 수많은 지방의료원을 대학병원급에 위탁했으나, 이들 병원이 대형병원에 위탁되었을때 나타난 것은 지역기반의료서비스가 축소되고 의료인력은 대형병원 인력의 구조조정기지로 활용된 것임. 이대목동병원이 위탁운영했던 서울시립 서남병원의 경우도 지역주민이 필요로 하는 진료과 등을 전혀개설하지 않고 본원인력을 돌려막는 곳으로 사용해서 위탁이 취소되어 서울의료원이 운영하게 되었음. 그 외에도 양평국립교통재활병원도 카톨릭의대에서 위탁운영하면서 공공의료서비스에 준하는 인력충원등이 외면되면서 최근 서울대병원이 위탁운영하면서 정상화되었다는 평가를 받게 됨. 국립대병원으로 지방의료원을 위탁하는것도 별반 다르지 않다는 주장도 있음⁸.

공공병원을 늘리지 않는 것을 현상유지로 이해해서는 안 됨. 지금도 민간의료기관이 늘어나고 있고 특히 대학병원과 재벌병원들은 분원을 설립하면서 몸집을 키우고 있음. 공공병원을 늘리지 않는다면 지금도 10% 미만인 공공병상 비중은 더 감소할 것임. 특히 코로나19 기간 공공병원 대부분이 감염병 진료에 완전히 소진되어서 국가의 제대로 된 지원과 투자가 없으면 일상진료로의 복귀와 정상 운영이 매우 어려울 수 있다는 우려가 큼. 그 점에서 윤석열 정부의 공공의료 방치는 말 그대로 공공의료를 고사시키는 것으로 귀결될 수 있음.

결국 윤석열 정부의 공공의료 정책은 ‘공공의료의 시장화 정책’이 될 것이며, 공공병원 설립을 바라는 시민들의 열망은 향후 5년 난관에 부딪치게 될 것임. 기존 논의중인 공공병원 설립 계획도 재정당국의 방해가 더욱 거세지고, 정권에서는 이를 조장할 것이 예상됨.

4) 의료산업화 정책

윤석열 정부가 문재인정부의 보건의료정책을 그대로 계승할 것으로 보이는 지점으로는 의료산업화 정책을 들 수 있음. 공약집을 보면 개인건강정보를 집적화 운영하는 ‘헬스케어 주상담의’를 주장하고 있으며, 원격의료를 소외계층 대상으로 도입하여 ‘민간사업 활성화제도’와 연계한다고 밝히고 있음. 이는 이미 10여년전부터 논의되던 민간보험사 중심의 ‘건강관리서비스’ 및 원격의료 시범사업과 유사한 지점으로 민간보험사의 헬스케어 산업진출의 교두보로 논의되는 지점임.

⁸ 전국지방의료원연합회장을 맡은 조승연 인천의료원장은 “국립대병원도 수익을 올리지 못하면 병원이 존립하지 못해 사립대병원과 별 차이가 없다”며 “지방의료원을 국립대병원에 위탁 운영할 경우 수익성 중심으로 운영돼 공공성을 담보하기 어렵다”고 말했다. <공공의료를 민간병원 통해 확대...“의료 민영화 가속화할 것”> 한겨레신문 2022년 3월 22일

▶ (BT) 유전자통합제어 기술 및 산업

- 디지털과 바이오의 융합인 유전자편집기술 등 유전자통합제어 기술을 이용한 디지털의료바이오 산업을 적극 육성
- 유전자 통합제어로 희귀질환치료 등 국민 의료건강 향상에 획기적 해결방안 마련
- 디지털병원, 디지털의료 전문인력 양성 등을 위한 의료시스템 혁신도 병행 추진

▶ 서비스 혁신 및 민간사업 활성화 제도 도입과 자원으로 디지털 헬스케어 확대

- 개인 의료데이터 및 디지털 헬스케어 서비스를 관리할 '디지털 헬스케어 주상담의' 제도 도입
- 도서·산간 지역 및 소외계층 대상의 비대면 진료 시범사업 확대

▶ 첨단의료분야(재생의료, 정밀의료, 뇌과학, 노화, 유전자편집, 합성생물학 등) 바이오 디지털분야에 국가 R&D 확대

- 백만명 성인 코호트 사업에 전유전자분석 실시 및 백만명 제대혈 코호트 구축사업
- 데이터를 접목한 바이오 R&D 혁신방안 마련

또한 재생의료, 정밀의료 등은 과거 박근혜정부 시절의 재탕인데, 여전히 제대혈 등 연구과제를 주요 보건의료산업화 중심과제로 거론하는 점도 유사함. 유일하게 추가된 것은 데이터(건강정보)에 대한 강조인데, 이는 최근 의료산업화의 주된 추세로 윤석열 정부에서도 민간보험사 및 기업들의 데이터집적화 및 상업화에 대해서는 계속 추진할 것을 예상할 수 있음. 이런 데이터이용의 규제를 완화하고 조장하겠다는 계획에 비추어 개인정보보안이나 개인건강정보 보호를 위한 장치에 대한 공약사항은 거의 전무함.

5) 건강보험정책

윤석열 정부의 건강보험정책은 큰 틀에서 제기되는 정책이 아예 없음. 예를 들어 박근혜정부는 그나마 '4대중증질환 국가책임 100%' 같은 일부에 대한 보장성 강화 안이라도 제출을 한 것에 비해 윤석열 후보는 공약집에 이 정도의 건강보험정책도 없었음. 유일하게 언급한 것이 재난적의료비 지원제도를 조금 더 손보겠다는 것과 선별적 보장성 강화안을 몇가지 제시한 것임. 이는 건강보험제도에 대해 추가적인 확대나 선진국수준의 보장성강화를 포기했다는 것으로 읽힘.



▶ **재난적의료비 재원 및 지원 확대**

- 전전년도 보험료 수입의 1/1000의 상한선(2022년 625억원)을 1/100로 점진적 상향
- 현재 6대 중증질환으로 제한하고 있는 의료진료비를 모든 질환으로 확대
- 의료비 부담액이 가구의 연소득 대비 15% 초과시 지원을 10% 초과로 변경
- 연간 지원한도 3,000만원을 5,000만원으로 상향
*신청기간 완화, 대국민홍보 강화, 신청절차 간소화

유일하게 공약집에서 한페이지를 할애해 주요하게 거론하는 부분은 재난적의료비제도 확대임. 이 조차 재난적의료비에 대한 기준이 여전히 애매하고, 사실 건강보험 보장성강화를 통해 ‘총의료비상한제’ 나 본인부담을 급감시키면 되는 문제를 마치 발생하는 재난적의료비는 국가와 사회가 어쩔 수 없는 문제인양 방치하는 게 더 문제임. 근본적인 질문은 왜 재난적의료비가 주요선진국에 비해 많이 발생하는가임. 그리고 그 대안을 제시하는게 정부에 역할이나 여전히 의료비문제로 가계의 가처분소득을 급감시키는 방향성에 대해서는 일말의 대책을 마련하고 있지 못함.

여기에 보장성강화가 담보인 이유는 이제 더 이상의 항목별 보장성 강화로는 한계에 봉착했음을 보여주는 것임(문재인케어의 실패이유이기도 함.) 결국 지불제도를 입원은 총액예산제기반으로 변경하거나 아니면 일본식 혼합진료금지를 도입하는 방식으로 의료공급의 구조적 개혁을 이뤄야만 주요선진국수준의 의료보장에 도달할 수 있을 것임. 하지만 윤석열 정부는 민간의료공급자가 가장 선호하는 지불구조인 행위별수가제를 기본전제로 깔고 추가로 ‘정책수가’까지 배정한 만큼 보장성강화는 더욱 요원하다고 볼 수 있음.

추가로 윤석열당선인 본인의 건강보험에 대한 인식도 매우 후진적인데, 우선 건강보험료를 일방적으로 ‘건보료 폭탄’이라고 주장하며 재정불신을 조장한 바 있음⁹. 소득중심 부과로 개편하겠다고 하면서 고자산가와 고액소득에 대한 문제, 국고지원문제등을 전혀 주장하지 않아 그냥 부자감세 프레임에 건강보험정책을 동승시켰음. 이는 매우 천박한 인식임. 여기에 그치지 않고, 외국인의 건강보험 이용내역에 대해서도 혐오조장의 문제제기를 했음¹⁰. 사실 외국인은 건강보험 재정에 흑자를 남기고 있으며, 건강보험 재정건전성을

⁹ “모든 국민의 건보료가 내년 1월부터 1.89% 인상되는데 지속 불가능한 포퓰리즘 ‘문(재인) 케어’가 결국 국민 부담을 가중시키고 있다”<윤석열 “건보료 폭탄 올해가 마지막... 소득중심 부과로 개편”> 동아일보 2021년 11월 20일

¹⁰ “외국인 건강보험 급여지급 상위 10명 중 8명이 중국인으로 특정 국적에 편중되어 있으며, 이 중 6명이 피부양자였다”며 “가장 많은 혜택을 누린 중국인은 피부양자 자격으로 약 33억원의 건보급여를 받았으나, 약 10%만 본인이 부담했다”<윤석열 “중국인이 건강보험 30억 혜택”에 이재명 “외국인 혐오”> 조선일보 2022년 2월 1일

위협하는 것은 정부의 국고지원이 매년 법이 정한 바에 미달한다는 점임. 누적 미지급금이 30조원에 육박함.

결국 윤석열 당선인 본인의 건강보험에 대한 인식은 그냥 민간보험과 비슷한 수준의 수익자부담구조로 운영되는 공적보험으로 사회보험이 가져야 할 약자보호, 누진부담 등에 대해선 전혀 인지하지 못한다는 사실을 보여줌. 이는 앞으로 건강보험재정효율화가 전적으로 ‘긴축’정책 중심으로 전개될 것임을 예상하게 함. 건강보험을 재정학적으로 접근해 최대한 지출을 줄여 흑자폭을 늘리고, 국고지원확대압박에서 벗어나려는 전략은 이미 박근혜정부 당시 재정당국이 보여준 ‘사회보험재정건전화’ 계획에서 드러난 바 있음. 이러한 재정당국중심의 건강보험정책은 결국 건강보험을 여전히 ‘의료비 할인제도’ 수준에서 관리하게 될 것임을 암시함.

6) 보건의료인력문제

윤석열정부의 후보시절 보건의료인력문제는 공약집을 보면 대부분 간병문제에 대한 것으로 집중됨. 간호간병통합서비스를 확대하고 요양병원 간병비 지원을 확대하는 내용이 포함되어 있음. 문제는 의료의 질과 간병수준을 결정하는 중요요소인 병상당 간호인력확충방안이 전무하다는 점임. 현재의 간호간병통합서비스는 병원내에서도 단물빨기(간병수고가 덜하고 독립적으로 생활이 상당부분 가능한 환자들을 주로 간호간병병실에 배정하는 형태)가 만연함. 그 이유는 ‘병상당 간호인력기준’이 없이 인력충원모델에 따라 인센티브를 주는 방식의 병상당 간호인력 기준을 가지고 있기 때문임. 이 때문에 병원전체를 간호간병병동화 한다던가, 간호간병병동 중심으로의 공급구조가 더디게 진행되고 있음. 이런 중요한 문제를 윤석열 정부는 외면하고 있는데다가, 전반적인 노동유연성을 강조하는 방침이 있어 향후 간호인력과 관련되어 제대로 된 개혁이 가능할지는 의문임.

약속

▶ 환자 특성별 맞춤형 간병 지원

- 일반 병원 입원 환자 간병은 간호간병통합서비스 확대로 국민건강보험 지원 확대
- 중증환자의 요양병원 간병비 지원 확대 및 품질인증제 신설
- 요양병원 간병비의 건강보험 급여화 시범사업 실시

▶ 요양 - 간병 가족돌봄 휴가·휴직 기간 확대

- 요양 - 간병 가족돌봄 휴가·휴직 기간 확대 등 돌봄가족에 대한 포괄적 지원 강화

▶ 가족돌봄자 지원 확대

- 요양보호사 자격증이 없는 가족돌봄자의 소득손실 등과 관련하여 장기요양보험 재가서비스의 본인부담금에 대한 감면 혜택 강화
*현행 40~60%(소득수준에 따른 차등) 감면에서 추가 확대
- 요양보호사 자격증이 있는 가족돌봄자 대해 일반 요양보호사와 동일한 수가인정 및 휴일 또는 야간 가산 적용

여기다 요양보호사 문제를 품질인증이나 평가를 통해 해결하는 방안을 제시하고 있는데, 현재 요양보험사의 정도관리가 되지 않는 원인은 주요 요양보호사 공급을 전적으로 민간에서 하고 있기 때문임. 이 때문에 사회서비스원(공단)등의 공적돌봄공급기관의 필요성을 주장해왔으나 이를 외면하고, ‘품질인증제’ 같은 추가적인 평가기관과 인증제도도입만 언급하고 있는데, 이에 대해서는 구체적인 사안에 대한 추적관찰이 요구됨.

요양병원의 간병비에 대해서 건강보험 급여화 사업을 공약집에서 언급했는데, 공약집의 내용이 구체적이지 않아 전반적인 평가에 한계가 있으나, 간병비 급여화를 위한 대상이 불분명하고, ‘요양병원’을 언급한 점에서 사실상 현행 ‘간호간병서비스’보다 낮은 수준의 보상체계와 자원배치를 기정사실화 한다면, 적절한 서비스가 담보될 수 없을 것임. 이 보다는 현실적으로 제기되고 있는 요양병원의 의료서비스는 건강보험으로 지불하고 돌봄서비스는 장기요양보험으로 지불하는 이중구조등도 고려되어야 함.(현실적인 한국의 돌봄서비스 상황에 비추어 볼때)

가족간병에 대한 인센티브는 가족간병 조장책임. 가족돌봄자의 소득손실을 재가서비스 본인부담금 감면을 하거나 가족간병자가 요양보호사 자격증을 따고 일정 수가를 배정받으며 간병을 하라는 것은 사실상 가족간병을 더욱 조장하는 행위임. 돌봄은 가족돌봄기반이 아니라 사회서비스기반으로 이행이 되어야 하고, 사적이해관계로 지속가능한 돌봄서비스가 창출될 수 없음. 또한 이런 접근은 비용절감적인 측면만 고려하는 지극히 과거지향적인 정책임.

7) 일차보건의료

약속

- ▶ 마을주치의 제도 도입 및 농어촌지역 이동형 방문진료 확대
- ▶ 농어촌 지역 병원에 필수의료분야(내과, 외과, 산부인과, 소아청소년과) 의사 유치를 위한 지원 확대

마을주치의 제도 도입은 의미있는 정책이 될 수 있음. 하지만 구체적인 계획이 없고 이런 공급구조를 민간에 비용을 지불해 추진하겠다는 계획이라면 공염불에 끝날 가능성이 높아보임. 민간에서 농어촌지역 이동형 방문진료를 하기 위해서는 막대한 예산이 투입되어야 하고 지속가능성을 위해서는 여러가지 장치도 마련되어야 하는데, 그럴 예산과 자원투입이라면 애초에 공공주치의 중심의 방문진료 클리닉 등이 나은 선택일 수 있음.

거기다 ‘주치의’를 돌봄계획의 중심역할로 상정하는 것은 의료서비스가 돌봄서비스를 좌지우지 할 수 있어서 올바른 모델이 아닐 뿐더러, 동네의원(주치의)의 대부분이 민간공급인 한국의 현실에서 돌봄서비스의 왜곡도 부추길 수 있음. 현재의 방문간호체계와 여타 방문돌봄서비스가 제대로 작동하지 않는 이유는 결국 경제성이 낮고, 보상이 적다는 점인데 이를 해결하려면 ‘돌봄정보센터’등의 정보가 문제가 아니라 막대한 예산이 뒷바침이 되어야 함. 이를 위해 한국이 가지고 있는 복지예산과 자원은 매우 한정적이란 점에서 윤석열정부가 주장하는 ‘작은정부론’과 돌봄확대는 모순되는 상황임.

약속

- ▶ 주치의가 돌봄계획을 작성하고, 커뮤니티 헬스케어의 중심적 역할을 수행
 - 아동·청소년, 노인, 만성질환자, 장애인 등이 선택한 주치의 중 의료뿐 아니라 지역사회 케어가 필요한 경우 주치의가 돌봄계획을 수립
 - 돌봄계획에 따라 커뮤니티 헬스케어 서비스를 제공
- ▶ 주치의의 돌봄계획 수립을 지원하기 위해 돌봄정보센터를 운영

이러한 모순점을 이해하지 못하고, 관리효율화만으로 문제를 해결할 수 있다고 생각한 정책이 바로 ‘주치의 중심 커뮤니티 헬스케어’ 발상이라고 할 수 있음. 이는 또한 ‘의료중심’이라는 점에서 보다 상품화된 지역사회복지제도 도입을 상정하고 있다고도 해석할 수 있음.

8) 보건의료사회정책

상병수당 즉각 도입은 공약사항으로 높게 평가할 수 있음. 다만 어떤 형태로, 언제부터 시행될 지에 대한 구체적인 방안이 더 중요한 정책인 만큼, 제대로 된 방안이 나와야 함. 문재인정부식의 차일피일 도입시기를 늦추거나 턱없는 수당배정(시범사업에서 1일 4만원대 - 최저임금수준도 안됨)으로 구체화시킨다면, 상병수당즉각도입 공약자체가 대국민사기극이었다고 봐야 할 것임.

특히 노동시장 유연화를 조장하면서 상병수당을 도입하고, 유급병가등을 만든다는 것이 또 역시 모순적인 정책의 표본임. 아마도 윤석열정부의 노동정책의 기초상으로는 상병수당과 유급병가가 도입되더라도 유연노동을 통해 이를 상당부분 상쇄하려 할 수 있음.(예를 들어 유급병가를 유연노동에 의해 사실상 무급병가로 바꾸는 방식등등) 여기서, 상병수당의 경우 소득대비 보상체계와 정액체계등 지급방식과 기간등의 정책에 따라 다르지만, 기본적으로 정규노동기반에서 작동되는 기본구조가 튼실할 필요가 있음. 따라서 보건의료사회정책에서 그간 시민사회노동단체들이 제기한 ‘상병수당’문제도 노동시장의 유연화 하에서는 제대로 작동할 수 없다는 점이 우선적으로 문제제기 되어야 함.

9) 보건부 독립

정부조직개편안 관련 보도에서 보건복지부를 보건부분과 복지부분으로 분리하자는 주장이 연일 나오고 있음. ‘보건부독립’ 주장은 과거에도 많았음. 초기에는 보건부처의 역할과 복지부처의 역할이 다르다는 맥락에서 시작했지만, 메르스와 코로나19등의 신종감염질환을 겪으면서 보건만 다루는 독립적인 관리부처가 필요하다는 당위성으로 최근 지지가 늘고 있음. 나름 타당한 주장으로 사료됨.

반면 ‘보건부독립’은 보건정책을 복지(공공)정책에 예속시키지 않으려고 하는 보건시장주의자들도 주장해왔음. 주로 병원협회나 의사협회같은 공급자단체와 제약기업, 의료기기기업의 주장은 이런 시각이 우세해 보임. 이런 시각은 보건부독립으로 보건정책이 ‘의료’복지가 아니라 보건산업화문제 중심으로 관리되어야 한다고 생각하는 관점임. 때문에 ‘보건부독립’이란 주제는 단순히 코로나대응을 위한 개편 일환으로만 접근 할 수는 없다.

특히 한국 보건복지부는 실제 자신의 손발이 될 수 있는 의료조직을 거의 가지고 있지 않음. 알다시피 국립중앙의료원이나 국립암센터, 국립재활원, 국립정신보건센터 같은 중앙병원을 제외하면 보건소가 그나마 유일한 정책구현 통로임. 거기다 국민들이 크게 의지하는 공공병원인 국립대병원은 교육부산하이고, 보훈병원, 산재병원, 적십자병원등은 모두 통제부처가 달라, 이를 통합하자는 요구가 수십년간 있었음. 여기서 지방의료원은 지방정부 산하이면서 상황도 열악함.

노무현정부도 국정과제로 국립대병원 복지부이관을 추진했으나 이조차 아직 안되고 있는 상황임. 즉 보건부독립을 하게되도 현재는 바이오산업정책 부처를 제외한 의료진료자원은

여전히 거의 민간과 타부처에 의존해야 함. 국립대병원을 위시한 여타 의료자원의 이관문제도 해결이 안되고 있음. 따라서 보건부독립을 통해 신종감염질환의 컨트롤 타워 필요성을 충족하고, 국민의 보건의료환경을 개선하고자 한다면 우선적인 전제는 보건부가 통제할 수 있는 손발을 많이 확보하는 일이 되어야 함. 그렇다면 첫째 과제는 OECD국가 최저의 공공의료기관 확대고, 공공병원 확대계획이 기본이 되어야 함. 하지만 앞서 보았듯이 윤석열 당선인의 기조는 민간의료기관 중심 체계임. 이런 정책방향성에서는 보건부가 독립한들 국민건강증진과 보건서비스 향상에 기여하기 보다는 제약산업, 의료기기산업체를 위한 전담부처화 되거나, 민간의료기관에 흡수해 보건위기를 대응하는 부처가 되고 말 것임.

주요 선진국에서 보건부가 독립해서 유지되는 이유는 그 나라의 보건환경이 매우 공공적이기 때문임. 보건부독립에 앞서 공공병원 확충과 의료공공성 확대계획부터 밝히는게 순리.

2. 윤석열 정부의 보건의료정책에 대한 대응

정리하면 한국의 공공의료는 시민사회가 제대로 대응하지 않으면 심각한 위기에 봉착하게 될 것임. 윤석열 정부 하에서 공공의료 방향성은 완전히 역행할 것이고, 건강보험 보장성강화도 재난적의료비 지원 정도로만 포장될 것임. 끝으로 보건의료인력 확충은 시장화된 방식으로 추진될 것이며, 따라서 실제 인력확충은 요원할 것임. 문재인정부에서처럼 간호인력 실질적 확충 없이 간호대정원만 늘어난다면 산업예비군만 확대하는 결과가 유지될 것임.

강력한 의료민영화 반대 투쟁이 필요. 윤석열 정부의 시장주의적 정책을 저지할 유일한 대안은 강력한 ‘의료민영화 반대투쟁’에서만 찾을 수 있음.

공공의료확대는 풀뿌리 공공병원설립운동으로 진행하면서 지역기반으로 유리한 고지를 점령할 필요가 있음. 특히 윤석열 정부가 공공의료를 외면하게 될 경우, 윤석열 정부의 가장 큰 실패는 공공의료기관을 늘리지 않은 것으로 규정할 수 있는 대중압력이 필요함. 추가로 좋은 공공병원은 여성친화적, 기후친화적, 친환경먹거리, 지역화된 병원으로 지속가능한 방식의 발전적 모델이 될 수 있는 공공병원운동도 요구됨.

일차의료체계 확립에서 ‘주치의’의미를 명확히 해야하며, 의사중심보다는 다학제적 접근과 방문진료중심의 인력개편과 공공클리닉 등의 공공일차의료공급에 대한 모델과 대안을 제시해야 함.

인력기준의 핵심으로 ‘병상당 간호인력기준’부터 법제화하고 기준외 병상퇴출계획이 기본이 되어야 함.

바이오헬스 규제개혁은 감시가 필요함. 디지털화, 비대면의료는 기술발전수준에 따라 도입해야 함. 근거없는 원격의료는 반대하고 특히 불평등 양산할 원격의료는 반대해야 함. 그리고 가장 중요한 지점은 일차의료는 원격으로 할 수 없음. 방문진료와 방문간호를 확대하고 공공클리닉(공공일차의료기관) 중심의 방문진료체계를 갖추고 방문진료인력을 확충해야 함.

<참고자료> 윤석열 정부 기타 보건의료공약



**골다공증, 우울증
국가건강검진 강화**



**연속혈당측정기
건강보험**



**재활로봇 보행치료
활성화 지원확대**

-  산후 우울증 진료 지원 확대
-  자궁경부암 백신 접종 비용 지원
-  보육시설 알레르기 대처 인력 확대 배치
-  인공와우 수술 지원 확대
-  영유아 발달장애 정밀검사 비용 확대 지원



약속

- ▶ **난임 치료비 지원 확대**
 - 난임부부 치료비 지원 사업의 소득 기준 폐지해 모든 난임부부로 확대
 - 체외수정은 신선배아나 동결배아 유형과 관계없이 최대 20회 지원, 45세 이상인 경우 자부담 50%를 45세 미만과 동일하게 자부담 30%로 통일
 - 사실혼 부부의 난임시술 지원 조건(1년간 사실상 혼인관계 유지 등) 완화
 - 난임부부 치료에 대한 비급여 진료 지원 확대(프로게스테론, 남은 배아 냉동보관 비용 등)
 - 남편 난임 검사비용 무료 지원
- ▶ **유급 난임치료휴가 기간을 현행 3일에서 7일로 확대**

02 65세 이상 어르신들에게 대상포진 예방접종을 무료로 실시하겠습니다.

현재

- ▶ 대상포진은 만성통증과 합병증 등으로 환자의 삶의 질을 현저히 저하시키고, 사회·경제적으로 상당한 질병부담을 유발
- ▶ 우리나라 대상포진 환자는 2015년 약 66만명에서 2019년 약 74만명으로 급증
- ▶ 대상포진 예방접종은 질병예방 효과가 크며, 특히 발병했을 경우 소요되는 비용에 비해 예방접종을 했을 경우 비용 절감 효과가 큰 것으로 조사되고 있어 영국, 독일, 캐나다, 호주 등 주요국에서는 대상포진 예방접종을 국가필수예방접종 대상에 포함

약속

- ▶ 발달장애인 도전적 행동 지원 AI 모델 확대
 - AI 학습을 통해 발달장애인의 도전적 행동에 대한 패턴을 인지하고, 예방할 수 있는 알고리즘 개발 및 확대
- ▶ 장애인 건강 주치의 제도 활성화, 방문재활물리치료사 양성
 - 장애인 주치의 수가 현실화, 방문진료서비스 확대, 의료진 교육 확대 등을 통해 장애인 주치의 제도 활성화
 - 기존 물리치료사 교육 과정에 장애인 물리치료 교육을 추가해 장애인 물리치료사 양성
- ▶ 장애인을 위한 치과와 건강검진센터 확대
 - 장애인 치과 병원 확대
 - 장애유형별 건강검진 확대, 공공의료기관 장애인화 건강검진기관 지정 등 장애 친화 건강검진센터 확대

약속

- ▶ 65세 이상 어르신들에게 대상포진 예방접종 무료 실시

약속

- ▶ 대체 의약품이 없는 항암제, 중증질환 치료제(희귀 질환 포함) 등에 대해서 건강보험 등재과정을 단축
 - 심평원 선평가 후에 조건을 충족한 경우 심평원 후평가와 건보공단 약가 협상을 병행하도록 하여 등재 일수를 대폭 감소
- ▶ 신속 등재된 의약품에 대해 위험분담제도를 활용하여 약가 협상 및 환자와 보험자의 부담을 경감

1. 시민의 건강권 보장을 위해 지역기반 공공의료체계 구축(완성)의 필요

발제내용의 윤석열 정부의 보건의료 정책 방향에 대한 우려와 염려에 대해 상당 부분 공감함. 공약 내용에 포함되어 있는 민간의료기관의 공익적 기능을 강화와 재정적으로 보상, 위기 상황에서 민간의료기관을 참여를 위해 공공정책 수가 적용 등에 대한 평가에 부정적일 수 밖에 없는 이유는 우리는 이미 과거 공공병원의 민간병원 위탁 운영의 실패를 경험하였고, 또한 이번 코로나 19 팬데믹 대응과정에서 민간병원이 공공의료 기능을 수행하도록 하는 데는 한계가 있음을 확인하였음.

우리나라는 OECD 37개국 중 가장 빠른 ‘저출산·고령화’ 속도로 초고령 사회로 진입하고 있으며 이로 인한 전문화된 치료와 통합돌봄의 요구가 증가하고 있음. 출생에서 죽음에 이르기 까지 전 생애과정 동안 건강과 관련하여 일상생활에서 안전의 요구에서부터 질병상태에서 치료와 일상으로 회복 요구까지 다양함(대표적 필수의료는 산모, 신생아, 어린이 관련 의료, 지역사회 건강관리-만성질환·정신·장애인, 중증의료-응급·외상·심뇌혈관, 감염병관리).

이러한 요구에 대한 논의가 보건의료 실무자, 시민사회, 학계, 정부와 정치권에서 오랜 시간 있었고 그 결과 합의된 방향과 내용을 정부는 ‘공공보건의료 기본계획’에 담아 발표하기도 하였음. 제1차 기본계획(2016년~2020년)에 대한 성과평가를 통해 제2차 기본계획(2021년~2025년)에는 약 4조 7,000억원을 투입하여 공공의료를 확충하는 내용을 담고있음. 계획대로 사업이 추진된다면 적어도 지역의 필수의료 수요에 대한 충족과 감염병 등과 같은 위기상황에서 기본적 대응체계는 갖출 수 있을 것임.

현재 경험하고 있는 코로나 19 팬데믹은 건강 또는 보건의 문제가 우리 사회 전반에 어떠한 영향을 미치는가를 보여 주고 있음. 이러한 감염병 또는 재난 상황으로 인한 위기 상황이 반복될 것이라는 예측에 대체로 모두가 공감하고 있고, 위기상황에서 공공병원이 절대적 역할을 할 것이라는 기대가 있음.

전 세계적 감염병 위기상황 대응에서 세계 여러나라의 공공병원은 핵심적 역할을 담당하였음. 우리나라는 전체 병원 가운데 공공병원 비율은 5.4%, 전체 병상 수 가운데 공공병상 비율이 9.7%에 불과하며 이는 OECD 회원국 평균 공공병원 및 공공병상 비율이 55.2%, 71.6%와 비교할 때 매우 낮은 수준임(<http://stats.oecd.org>; <http://kosis.kr>). 그럼에도 불구하고 우리나라 공공병원은 지난 2년간 코로나 19 입원 환자의 68.1%를 치료하였고

감염병 전담병원의 71.3%(전제 87개소 중 62개소)가 치료 및 진단을 제공함으로써 주요한 역할을 감당하였음. 이 긴박한 과정에서 시스템과 운영 상 결핍이 있는 부분은 필수보건의료인력의 헌신으로 채워지며 견뎌 왔음도 모두가 알고 있는 사실임. 지속적으로 필수보건의료인력의 헌신을 요구할 수는 없음

따라서, 반복되는 위기 상황이 일상이 될 수도 있는 현실에서 우리는 이를 감당할 수 있도록 공공의료체계를 정비하여 기초 역량을 강화할 필요가 있음. 이를 위해 정책의 일관성과 추진의 지속성이 보장되어야 할 것임. 시민의 건강권 보장의 기본인 생명과 직결된 필수의료에 대한 요구를 감당하기 위해 삶의 터전인 지역에 기반하여 보건의료관련 기초 역량을 갖추는 것이 매우 중요함.

2. 지역 공공병원의 역할과 간호간병통합서비스(간호서비스 제공 모델) 확대_지역 주민이 기꺼이 찾고 필수보건의료인력이 일하고 싶은 매력적인 공공병원이 되려면

공공병원은 시민들의 접근성이 높고, 의료서비스(진료, 간호, 검사, 치료 등) 제공의 모델병원, 지역거점 공공의료기관, 전염병 및 재난 등 위기상황의 의료기관, 국가 및 지방자치단체의 정책 집행 기관의 역할을 수행해야 함.

지역 공공병원은 모든 입원병동을 간호간병통합병동으로 운영하여 간호서비스의 표준모델을 제시할 수 있어야 함(간호간병통합서비스 확대는 당선인의 공약에 포함된 내용이기도 함). 간호간병통합서비스는 입원 환자가 간호를 제공받는 방식이기도 하지만 간호인력을 배치하고 간호사와 돌봄인력이 함께 일을 하는 방식이기도 함. 환자와 간호사를 동시에 만족시키는 모델로 발전할 가능성이 높음(현재 운영 의료기관에서는 긍정적 평가).

긍정적 평가 이면의 측면을 살펴보면, 간호간병통합병동을 일부 병동에만 적용하는 의료기관은 간호간병서비스가 적극적으로 필요한 환자가 배제되기도 함. 간호필요도가 높은 다시말해 중증도가 높은 환자들은 일반병동에서 사적으로 간병인 또는 보호자의 간병을 받게 되고 중증도가 상대적으로 낮은 환자들이 간호간병통합병동으로 배치되기도 함.

이러한 현상이 발생하는 이유는 현 간호간병통합서비스의 간호인력 배치 수준이 환자(시민)의 요구(환자의 상태에 따라 필요한 간호서비스)를 충분히 반영되지 않았기 때문임. 현 간호간병통합서비스의 간호인력 배치 수준을 상향 조정할 필요가 있다는 지적에 대한 검토 필요. 따라서, 공공병원은 간호간병통합병동을 전면적으로 운영하고 현실적인 인력배치 가이드라인 개발 및 표준 모델 개발 등을 통해 보건의료 정책 수립의 중추적 역할을 수행할 수 있음.

3. 돌봄사회에서 간호인력 확보(간호사 수 부족 문제) 정책의 부재

우리사회는 이미 돌봄사회로 이행하였고 간호와 돌봄인력의 역할이 매우 중요함. 그러나, 발제자의 지적대로 윤석열 당선인의 공약에서 간호인력과 돌봄인력 배출 및 확보 등에 대한 내용은 찾아보기 어려움

우리나라의 간호사 수 부족은 만성적 문제로 전체 활동간호사의 수가 부족한 것 뿐만 아니라 지역간 격차가 심하고 지역의 의료기관 운영에 치명적 어려움을 초래하게 함. 활동간호사 수가 부족한 이유는 간호사의 업무량이 많고, 임금이 낮으며, 업무 수행에 필요한 교육이 충분하게 제공되지 않고, 승진을 포함한 보상이 공정하지 않고 업무수행시 인권침해를 상당히 많이 당하고 있는 등 다양한 요인이 복합적으로 작용하여 이직률이 높기 때문임

코로나 19 팬데믹 대응과정에서 간호사는 우리 사회의 뜨거운 관심과 응원을 받았으나 근무환경의 개선없이 요구되는 사회적 책임과 요구에 탈진 상태로 어렵게 견디고 있거나 사직하고 있음. 특히, 2021년 10월 코로나 19 병상 간호사배치 기준을 마련하고 적용하고자 하였으나 현장에서는 전혀 적용되지 않은 실정임. 의료현장에서는 병상이 확보되어도 숙련된 간호사가 부족하여 병상을 운영하기 어려운 상황을 경험하고 있음

시민의 건강권 보장을 위한 양질의 간호서비스 제공이 가능하려면 의료기관에서 충분한 간호사 수 확보가 우선적으로 필요함. 간호사 한 명이 담당하는 환자의 수가 적어야 간호서비스의 질이 향상될 수 있음. 의료기관의 간호사 확보에 영향을 미치는 대표적인 정책으로 의료법에 의료기관 간호사의 정원을 규정하고 있으나 종합병원과 병원급의 상당수 의료기관이 이를 준수하지 않고 있음. 또 다른 정책은 '간호관리료 차등제'로 의료기관별 간호사 확보 수준에 따라 건강보험 수가에 가산을 적용하여 보상해 주는 정책임. 대표적인 이 두가지 정책은 개정되어야 할 필요가 있음

간호사 배치수준은 의료법 시행규칙 제38조 별표5에 간호사 1명당 입원환자 2.5명을 담당하는 것으로 규정되어 있음. 한 조사결과 2021년 2분기 의료기관 종별 간호등급은 표2와 같다. 등급구분의 경계치에 있는 경우 판단이 애매하기는 하나 대략 종합병원의 42.9%, 병원의 78.7%는 법을 준수하지 않은 것을 알 수 있다. 이는 해당 법규를 위반해도 의료기관을 통제할 규정이 없기 때문임. 따라서, 간호사 배치수준은 **“근무조별 간호사 1인당 환자 수”**로 개정하고 이 규정을 위반하는 의료기관에 대하여 강력한 통제가 필요함

[표1] 간호관리료 차등제(일반병동)의 등급 기준

	상급 종합 병원	기타 요양 기관
1등급	2.0:1 미만	2.5:1 미만
2등급	2.0:1이상 ~ 2.5:1 미만	2.5이상 ~ 3.0:1 미만
3등급	2.5:1이상 ~ 3.0:1 미만	3.0:1이상 ~ 3.5:1 미만
4등급	3.0:1이상 ~ 3.5:1 미만	3.5:1이상 ~ 4.0:1 미만
5등급	3.5:1이상 ~ 4.0:1 미만	4.0:1이상 ~ 4.5:1 미만

6등급	4.0:1이상	4.5:1이상 ~ 6.0:1 미만
7등급		6.0:1이상

[표2] 2021년 2분기 의료기관 간호등급 분포

	상급종합병원 (n=45)	종합병원 (n=317)	병원 (n=1453)
1등급	62.2	57.1	21.3
2등급	37.8	13.2	6.5
3등급		8.5	5.8
4등급		4.1	4.1
5등급		1.6	4.2
6등급		6.0	8.1
7등급		8.8	33.9
미신고		0.6	16.2

출처: 조성현(2021). 2021년 한국간호행정학회 춘계학술대회 자료집, p19

‘간호관리료 차등제’는 1999년 시행된 이후 의료기관들이 간호사 확보수준을 높이는 데에 일정 정도 기여하였음. 그러나 제도 도입 후 20여년의 흐른 지금, 변화하는 의료환경에 대응하여 간호업무의 내용과 양이 달라졌으니 등급별 기준을 상향조정해야 한다는 의견이 있고, 의료법 시행규칙을 위반한 의료기관에도 직전 하위등급 입원료의 10%~15%를 가산하여 보상이 되고 있다는 점이 문제점으로 지적되고 있음

지역 의료기관에서 간호사 확보를 위해 임금수준을 높이고, 승진 및 보상 체계 개선, 기숙사 제공, 교육체계 개선 등 간호사 근무환경 개선을 위한 다양한 노력을 하고 있음. 성공적 모델을 발굴하여 확산하는 정책이 필요함

들어가며

코로나19 위기는 감염병 초기부터 취약계층에게 집중되었고, 그 어느때보다 불평등과 빈곤 등 사회적 위험에 대한 체감도는 높아지고 있음. 문제는 재난으로 인한 피해가 불평등하게 영향을 미친다는 것임.

저임금과 비정규직을 중심으로 소득 감소 현상이 두드러지게 나타났고, 사회적 보호가 필요한 이들은 사회안전망에서 배제되었음. 특히 보건의료와 돌봄 영역에서의 공적 인프라가 턱없이 부족하다는 점이 여과없이 드러났지만 이에 대한 근본적 대안은 마련되지 않았음. 더구나 우리 사회의 지속가능성에 대한 점검과 대안이 논의되어야 하는 시점인데도 대선 국면에서 사회정책의 아젠다는 핵심 의제로 대두되지 못했음.

대선 공약도 실망스러운 수준이었음. 불평등과 양극화가 더욱 가속화되고 있는 상황에서 시민들의 삶을 돌보는 근본적인 대책은 찾아보기 어려웠음. 특히 감염병이 지속되는 상황에서 보건의료 정책에 귀추가 주목되었으나 윤석열 당선자는 이렇다할 의미있는 정책을 공약으로 내놓지 않았음. 반면 민간대형병원 분원 확대, 공공정책 수가 등 민간의료 중심 체계의 정책을 제시하고 있어 우려가 되는 상황임.

윤석열 당선자의 시대 상황에 조응하지 못하고, 미흡한 공약은 국정과제를 논의하는 인수위원회에서 반드시 시정되고, 개선되어야 함.

1. 공공의료 정책

1) 공약

- 윤석열 당선자의 공공의료 관련 공약은 시대 역행적임. 감염병 상황의 장기화로 공공의료 강화의 중요성이 강조되고 있는데도, 공공인프라를 확대하기 보다는 상급종합병원 지정 확대 및 국립대병원과 상급종합병원 분원 설치, 공공병원 위탁 운영 확대, 국립의료원 등을 중환자전담병원으로 신속 전환하고 모든 병상을 투입 등 민간대형병원 중심의 공약을 내놓음.

2) 추진방향 제언

- 감염병 재난 상황에서 우리나라의 열악한 공공의료 현실을 마주했음. 새 정부는 공공병원을 확대해 의료취약지에 있는 국민들의 건강권을 보장하고, 인력을 확대하는 등 공공의료 인프라 확충을 위한 정책을 내놓아야 함.
- 공공병원 확대
 - 우리나라 병상수는 인구 1천 명당 12.3개로 OECD 평균 4.7개의 2.6배나 되고, 병상수도 점차 증가하고 있는 추세임. 그러나 2018년 기준 우리나라의 전체 의료기관 3,937곳 가운데 공공의료기관 수는 224곳으로 전체의 기관 수 대비 5.7%임(국립중앙의료원, 2020). 공공병상 비중도 OECD 회원국 평균 71.4%에 크게 못 미치는 10.2%로 최하위임. 인구 1천명 당 공공병상은 OECD 평균 3.0개인 반면 우리나라는 1.3개로 절반도 미치지 못하는 것으로 확인됨. 이 때문에 의료취약지역에 거주하는 시민들은 감염병 상황뿐만 아니라 평상시에도 의료서비스를 제대로 받지 못하는 실정임. 그러나 이런 상황에도 정부의 공공병원 신축 계획은 3개소(대전, 울산, 진주) 설치만 내놓음.
 - 중진료권 70개 지역 중 공공병원이 없는 약 30개 지역에 공공병원 2개 이상 설치를 목표로 로드맵을 제시해야 함.
- 공공의료관리청 설립
 - 공공의료기관을 통합관리하는 체계가 부족하여, 가뜰이나 부족한 공공의료기관이 유기적으로 기능하지 못하고 분절적으로 관리, 운영되고 있으며 이는 부족한 공공의료자원의 효율적 활용을 제한하는 문제가 있음.
 - 공공의료관리청 신설로 공공보건의료기관 연계체계를 확립하고, 코로나19와 같은 보건위기상황에서 방역체계에 걸맞는 진료체계를 제공하는 컨트롤타워로 기능할 수 있도록 함.

2. 건강보험 정책

1) 공약

- 윤석열 당선인의 건강보험 정책 공약을 살펴보면, 재난적 의료비 지원 확대, 중증·희귀암 치료제 건강보험 신속등재, 요양병원 간병비 급여화 시범사업 실시 이외 다른 내용은 찾아보기 어려움. 체계적인 건강보험 정책 공약이 부재함.

- 재난적 의료비 공약은 의료비 부담액이 가구의 연소득 대비 **15%** 초과시 지원을 **10%초과**로 변경하고, 연간 지원한도를 **3,000만 원**에서 **5,000만 원**으로 상향하는 내용임.

2) 추진방향 제언

- 국민건강보험은 국민들의 의료접근성을 높이고, 질병으로 인한 가계비 부담을 방지하여 국민들의 사회보장 증진을 위해 도입되었음. 제도 도입의 취지에 맞게 국민들의 의료비 부담을 낮추고 양질의 의료서비스를 받을 수 있도록 하는데 초점을 맞춰 건강보험 정책을 설계해야 함.
- 따라서 새 정부는 건강보험 보장률을 높이기 위한 목표와 이에 따른 구체적인 방안을 내놓아야 함.
 - 역대 정부는 낮은 건강보험 보장성 문제 해결을 위해 건강보험 보장성 정책을 주요 과제로 내세운 바 있음. 박근혜 정부는 4대 중증질환자 국가책임을 내놓았고, 문재인 정부는 ‘문재인 케어’를 내걸고 30.6조 원의 재정을 투자하여, 임기 내 보장률 70%를 약속했음.
 - 그러나 2020년 기준 우리나라 건강보험 보장률은 65.3%밖에 되지 않고, 여전히 OECD 국가 평균 80%에 한참 미치지 못함.

<표1> 연도별 건강보험 보장률 (단위 : %)

	‘11	‘12	‘13	‘14	‘15	‘16	‘17	‘18	‘19	‘20
보장률	63.0	62.5	62.0	63.2	63.4	62.6	62.7	63.8	64.2	65.3
법정본인부담률	20.0	20.3	20.0	19.7	20.1	20.2	20.2	19.36	19.7	19.5
비급여본인부담률	17.0	17.2	18.0	17.1	16.5	17.2	17.1	16.6	16.1	15.2

출처 : 건강보험공단(2021)

- 우리나라 건강보험 보장률이 낮은 이유는 건강보험이 저부담-저급여 방식으로 도입되어 운영되고, 급여의 통제기제 없이 비급여를 확장 허용하게 됨에 따라 결국 환자가 직접 의료비를 높게 부담하게 되었기 때문임. 이 문제를 해결하기 위해서는 발제자가 지적했듯이 지불제도개편, 혼합진료금지 등을 도입해야 함. 또한 상병수당과 같은 소득보장급여의 제도화도 필요함. 상병수당은 재난적 의료비가 발생하는 상황을 방지할 뿐 아니라 안정적인 치료와 재활을 가능하게 할 수 있음.
- 재난적 의료비 지원이 현실적으로 필요는 할 수 있음. 다만 애초 재난적 의료비가 발생하지 않을 수 있도록 하는 제도적 장치가 필요함.

- 건강보험 국고지원 확대

- 건강보험 국고지원은 1999년 단일화된 국민건강보험을 전국민 대상으로 시행할 때, 지역가입자 중 저소득층의 보험료 부담을 해결하기 위해 전체 재정의 20%(국고보조 14% + 국민건강증진기금 6%)를 보조하기로 하는 사회적 합의를 반영한 것임. 이러한 사회적 합의를 고려하여 정부는 건강보험의 국고비율을 준수해야 함에도 약 14%정도 밖에 지원하지 않고 있음. 근거 법률도 계속 한시적으로 연장하고 있는 상황임¹¹.
- 법률적 근거를 확실히 마련하고, 국고지원 비율도 확대해야 함.

- 민주적 거버넌스 확립 필요

- 건정심은 민간의료기관 중심으로 의료서비스가 구축된 우리나라에서 건강보험이 적용되는 범위와 수가, 보험료를 심의하여 결정하는 최고의 의사결정기관임. 그러나 현재 건정심은 건강보험의 중대한 결정을 하고, 보험료(정부부담 포함)와 의료비 모두를 국민들이 부담하고 있는데도 보험료 결정, 보험급여의 범위 및 수가 결정의 지배구조에서 국민들은 배제되고 있음.
- 건정심 위원회는 위원장인 보건복지차관을 제외하고 총 24인의 위원으로 구성되어 있으며 정부측 지명 몫 8명, 의료계 지명 몫 8명, 공익 지명 8명임. 그러나 정작 국민들의 권익을 대표하는 위원은 형식적으로 3분의 1밖에 되지 않으며 그나마도 2-3명 정도만 적정한 보험료와 의료보장을 위한 입장을 대변하고 있음. 박근혜 정부 말에 총연맹을 제외하고, 양대 노총 산하기관으로 변경된바도 있음.
- 위원회 민주적 거버넌스의 운영이 어렵다보니 건강보험료를 자의적으로 결정하는 문제, 폐쇄적 운영 문제가 심각함. 건정심의 가입자 권한을 강화할 수 있도록 가입자 위원 확대와 위원 추천을 국회에서 하는 방안을 고려해야 함.
 - 코로나19 국면에서 환자 치료비는?
 - 건강보험 가입자의 건강권을 보장하기 위해 제도가 제대로 이용되고 있는가?

3. 의료영리화 저지

- 윤석열 당선자는 헬스케어 규제혁신 및 재정지원, 개인 의료데이터 및 디지털 헬스케어 서비스를 관리할 '디지털 헬스케어 주상담의' 제도 도입, 도서,산간 지역 및 소외계층 대상의 비대면 진료 시범사업 확대 등 보건의료 분야에서의 규제를

¹¹ 국민건강보험법 제108조 : 부칙 제2조의 규정에 의하여 이 조는 2022년 12월 31일까지 유효함.

완화하는 공약을 내놓음. 이는 국민들의 건강권 보장을 위한 규제완화라기 보다 그동안 민간기업들의 요구에 의한 규제 완화 정책으로 우려가 됨.

- 문재인 정부가 의료영리화는 추진하지 않겠다고 했지만 그러나 실제 보수 정부에서 행정입법으로 추진하던 의료영리화, 규제완화 정책을 법제화함. 특히 코로나19가 유행하던 시점에도 공공의료 강화 정책 대신 원격의료 추진, 건강관리서비스, 보험업법 개정, 서비스산업발전기본법 등을 계속해서 추진한바 있음. 새정부 또한 보건의료 분야에서의 규제 완화 공약을 내세우고 있음.
- 복지부와 보건부의 분리?
 - 복지정책이 통합적으로 이루어지고 있는 상황에서 부처의 분리는 복지제도의 분절화, 사회보험의 분절화를 야기할 가능성이 높음.
 - 그러나 정의당도 이번 대선에서 보건을 분리해 국민건강부를 만들겠다고 밝힘. 부처의 분리는 신중히 접근해야 함.

1. 공공의료 및 필수의료보장

- 코로나 19 발생 초기 이미 경험하였듯이 공중보건학적 위기 상황에서도 공공의료전달체계는 제대로 작동되지 않았으며 이로 인해 시민들의 건강권이 위협받는 상황이 발생.
 - 우리나라는 전체적으로 병상 자원이 과잉임에도 실제 가용할 수 있는 병상 부족 등 공공의료 공백에 따른 미충족 의료 발생
 - 감염병에 대비하는 중앙·권역 감염병 전문병원을 중심축으로 하는 전문 치료체계가 가동되었다가 보기 어려우며, 지역 거점 공공병원에서도 전문병상(음압병상)부족 문제가 해소되지 않았음
- 수익성을 기반으로 하는 민간 의료기관의 기본적인 특성상 공공성을 담보하기 어려운 구조이며 차기 정부에서 제시하는 공공정책수가 등 민간 의료기관에 인센티브를 제공하는 방식이나 상급종합병원의 지역 분원 설치의 결국 또 다른 민간 인프라의 확장 계획과 별반 다르지 않음. 보건의료의 공공성을 담보하는 방식이라고는 보기 어려움.
 - 기본적으로 건강보험 수가(공공정책수가)를 통한 병상 및 시설 확충은 민간의료기관의 자본비용을 건강보험재정인 공적자산으로 보상하겠다는 의미임. 이것이 가능하려면 민간 병원의 지배구조나 운영방식에 정부가 적극 개입하거나 국가 주도형으로 전환하는 것이 전제가 되어야 함. 건강보험의 재원조달 방식 또한 국가 책임이 강조되는 조세 방식으로 전환 하여 자본비용 보상에 상응하는 재정 운영방식을 채택해야 함. 이것이 전제되지 않은 이상 건강보험재정으로 필수의료라는 명목으로 민간의료기관에 자본비용을 보상해주는 수가운영방식은 타당하지 않으며 공공의료 확충과 결부되기 어려운 정책수단임.
 - 공공정책수가나, 상급종합병원의 지역 분원 설치의 민간 의료기관의 또 다른 규모 확장 경로로 활용될 가능성이 높음. 민간자원에 의존하는 방식이 아닌 별도의 공공의료계획이 제시될 필요가 있음. 지역간 균등한 공공의료 자원 확충 및 배분과 중앙·지역간 원활한 공공의료전달체계 설계 등 차기정부의 공공의료 확충 계획은 재수정이 요구된다고 볼 수 있음.

2. 건강보험 운영 관련

- 건강보험 재정 현황을 보면 최근 내원일수가(코로나 19등에 따른 영향)급격하게 감소 되었으며 이러한 경향은 2020년 이후에도 일정기간 지속될 개연성이 있어 보임.

[건강보험]

- 내원일수(q): '10~'19년 연평균 증가율(1.88%), '19~'20년(-11.5%)
- 내원일당 급여비(p): '10~'19년 연평균 증가율(6.00%), '19~'20년(13.5%)
- 급여비(p×q): '10~'19년 연평균 증가율(8.00%), '19~'20년(3.1%)

[의료급여]

- 적용인구: '10~'19년 -1.3% 감소, '19~'20년 2.5% 증가(서울시는 3.9%)
- 내원일수(q): '10~'19년 연평균 증감율(1.32%), '19~'20년(-3.5%)
- 내원일당 급여비(p): '10~'19년 연평균 증가율(4.70%), '19~'20년(9.1%)
- 기금부담금; 급여비(p×q): '10~'19년 연평균 증가율(6.09%), '19~'20년(5.3%)

* <참고>2020 건강보험 및 의료급여 통계연보

- 내원일수 감소는 건강보험과 의료급여 모두 동일한 상황으로 내원일수의 급격한 감소에 따른 미충족 의료가 우려되는 상황.
 - 의료급여의 경우에는 적용인구에 영향을 줄 만한 정책적 변화가 없음에도 불구하고 적용가입자 수는 감소 추이에서 벗어나 2020년 기준 전년대비 2.5%증가(서울시의 경우 50~59세 장년층과 25~34세 청년층 증가 경향). 반면 내원일수는 -3.5% 하락하여 의료필요도에도 불구하고 의료접근성이 제약되는 미충족 의료 발생 추정됨.
- 전반적으로 코로나19 및 빈곤율 증가 추이 등을 고려하여 미충족 의료에 초점을 두고 건강보험을 포함한 의료보장 대책을 재점검 할 필요성이 있음.
 - 건강보험 보장성과 관련해서는 지난 정부와 마찬가지로 목표 보장률을 제시하지 않아 여전히 정책수행에 있어 가변적인 영역으로 분리하고 있음.
 - 차기정부에서는 비급여 통제를 느슨하게 가져갈 여지도 있어 보임. 의료비 발생의 선제적 통제 방식 보다는 재난적의료비 지원 중심의 사후적 보상에 중심을 두고 있음(혼합진료금지 적용되어야 함)
 - 연령 및 세대별, 소득계층에 따른 미충족 의료 발생 현황을 종합적으로 판단하고 보장성 대책 등 의료접근성 개선 방향을 제시해야 할 필요가 있음(재정운영 관점에서 건강보험의 내원일수 감소에 따른 재정 절감분은 응당 국민들의 몫으로 돌아가야 할 성격임).

- 한편, 기초생활보장급여에서 의료급여에만 적용 되고 있는 부양의무자 기준은 차기 정부에서는 폐지되어야 할 것임(2022년 생계급여 완전폐지와 연동하여 의료급여도 전면 폐지).

“의료 불평등 해소” “정의로운 건강 대전환”을 위한

새정부의 과감한 정책변화가 있어야 한다

- 코로나19 감염병 위기의 2년, 공정하고 정의로운 사회에 대한 국민들의 열망은 그 어느때보다 높아지고 있음
- 결코 공평하지 않았던 코로나19 사태는 감염병으로부터 국민의 생명과 건강을 지켜내고, 공공의료의 확충 등 필수의료제공에서의 국가적 책임을 강화하며, 노동이 가치가 반영된 정의로운 산업 전환을 실현하는 일은 더 늦출 수 없는 국민적 요구이자 시대적 과제이며, 우리 사회가 함께 해결해야 할 사회적 책임이 다시 한번 확인

- 지난해 9.2 노정합의는 이러한 맥락에서 마련
- 9.2 노정합의 전문 中
 “전국보건의료산업노동조합과 보건복지부는 코로나19로부터 국민의 생명과 건강을 지켜내고, 새로운 감염병 대응체계를 튼튼하게 구축하는 것이 코로나19 의료재난 극복을 위한 국민적 요구이자 국가적 과제 ... 노정이 함께 해결해야 할 사회적 책임을 상호 확인...이러한 공동 인식을 바탕으로 보건의료노조와 보건복지부는 코로나19 극복과 감염병 대응체계 구축, 공공의료 확충과 보건의료인력 확충 방안을 성실하게 협의...코로나19 환자 치료와 돌봄에 희생·헌신해 온 보건의료노동자가 보다 나은 근무환경에서 환자를 돌볼 수 있도록 보건의료인력 확충과 처우개선 과제를 심도있게 협의...이에 보건의료노조와 보건복지부는 2021년 5월 31일부터 9월 1일까지 13차례의 협의를 통해 아래와 같이 합의하고, 상호 신뢰를 바탕으로 성실하게 이행할 것을 약속”

- 9.2 노정합의를 통해 확인된 정부의 귀환
- 국민의 생명을 지켜내는 일은 국가적 과제이자 책무 : 이를 위해 감염병대응체계의 구축과 공공의료 확충, 보건의료인력 확충 방안을 마련하는 문제가 국가의 역할임을 재확인

- 무엇보다도 공공의료의 확충, 보건의료인력 문제 해결에 보이지 않던 정부의 “귀환”이 이루어져

<9.2 노정합의 주요 합의사항>

공공의료 확충 및 감염병 대응

- ① 감염병전문병원 조속한 설립
- ② 중진료권마다 공공병원 없는 지역 300-500병상 공공병원확충
- ③ 공공병원의 필수운영경비와 공익적 적자 지원
- ④ 공공병원 신축 및 증축 등 예비타당성 조사 제도 개선 및 국비지원 확대
- ⑤ 사립대병원 및 민간중소병원 공공적 역할 강화
- ⑥ 감염병대응인력기준과 생명안전수당
- ⑦ 정신의료기관 및 정신건강복지센터 기능 정립 및 인력기준개선
- ⑧ 국립중앙의료원 강화 및 공공보건의료개발원 설립

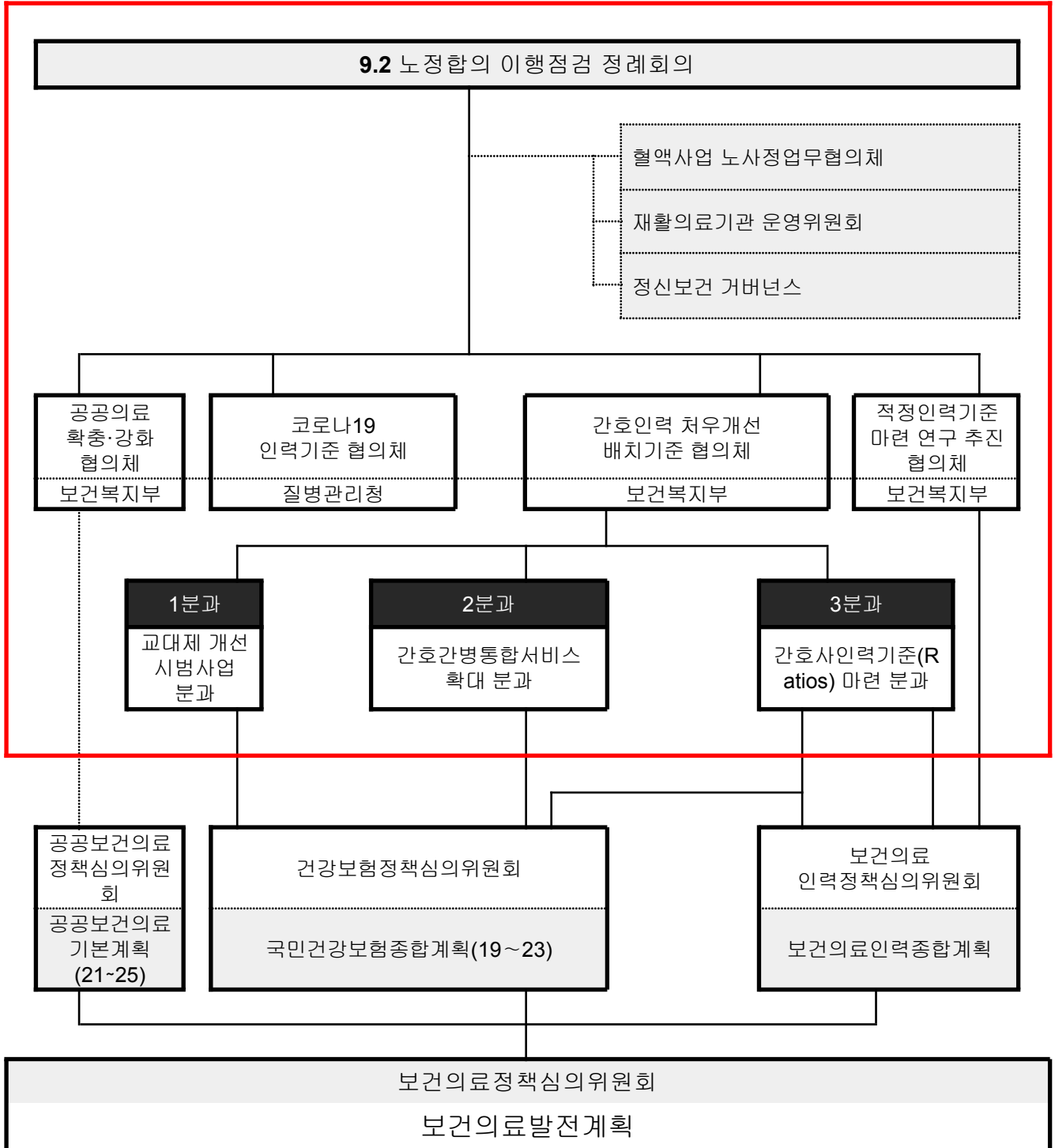
보건의료인력 처우개선 등

- ① 직종별 인력기준마련
- ② 간호등급제도 개선(Ratios) 및 간호간병통합서비스 전면 확대
- ③ 교육전담간호사제도 확대
- ④ 불법의료 근절
- ⑤ 교대제 개선 및 비정규직제도 개선

● 9.2 노정합의 이행 체계

감염병 대응체계 구축, 공공의료 강화, 보건의료인력 지원을 위한

9.2 노정합의 이행 체계



- 이행점검 정례회의를 통해 각 협의체 논의를 총괄

- 공공의료 확충강화 협의체, 코로나19 인력기준 협의체, 간호인력 처우개선 배치기준 협의체, 적정인력기준 마련 연구추진 협의체 등을 통해 노정합의 세부과제를 지속 점검
- 중국적으로는 노정합의의 이행에 대한 세부 사항이 공공보건의료기본계획과 국민건강보험종합계획, 보건의료인력종합계획에 각각 담겨 국가적 과제로 지속 확인 점검될 필요성
- 현재까지의 9.2 노정합의 이행 추진사항 점검

구분 (합의 내용)	추진사항 및 이후 계획								
감염병 전문병원 ① 2024년까지 권역 4개소 설립 운영 ② 37개소 추가 확대 노력	○ (추진 상황) 건축설계 준비를 위한 공공건축(회) 연구용역 시작 * 사업계획 적정성 재검토(21.11.9, 한국조세재정연구원) : 5월까지 종료 목표 - 22 상반기 설계 착수를 위한 예산(17억원) 확보 ○ (향후 계획) 중앙감염병병원 사업 적정성 재검토 완료 및 설계 공모 추진* (22상) ○ (추진 상황) 미지평 권역에 1개소 신규 구축 (22년) 예산 반영 - (수도권) 공모* 실시 '21.12~22.1) 및 대면평가계획 수립 중 * 인천성모병원, 분당서울대병원 등 공모 참여 - (제주권) 연구용역 계획 수립 중 포괄적 정책연구용역(제정형 예산) 요청 중 ○ (향후 계획) 수도권 권역감염병전문병원 선정절차 완료(2월)								
감염병 대응 인력기준 마련 ① 인력기준 마련 ② 실행방안 마련 ③ 손실보상 조정 ④ 정책연구 추진	○ (추진 상황) - 코로나19 간호인력 배치기준 안 마련 * 코로나19 간호인력기준 협의체3차 회의 9/28) <table border="1"><thead><tr><th></th><th>중증 병상</th><th>준중증 병상</th><th>중등증 병상</th></tr></thead><tbody><tr><td>가동병상(환자) 당 간호사 수</td><td>1.80</td><td>0.90</td><td>0.36~0.2</td></tr></tbody></table> - 간호인력 배치기준안 등 안내(11.2) 및 대표성 자진 의료기관의 배치현황 등 1차 조사(11.18~30) * 서울대병원, 국립중앙의료원, 일산병원, 서울특별시 보라매병원 등 9개 의료기관 - 가이드라인 안내 전·후 비교를 위해 9개 병원 2차 조사(사전조사)* 진행 중 * 일자별근무조별 간호사 및 환자 수, 지정병상 유형 및 병상 수, 보조인력 운영 여부 등 - 코로나19 대응 관련 지방의료원 인력 운용 재량권 확대 권고 * (보건복지부 공문) 지방의료원 인력 운용 재량권 확대 관련 협조 요청/ 2022.1.14 / 수신 : 광역자치단체 차단체) * 지방의료원의 코로나19 특별수당의 경우, 코로나 대응에 기여한 정도를 감안한 내부 기준 마련·지급 * 지방의료원 경영평가 시, 특별수당 지급에 따른 불이익이 없도록 적절한 사전 조치 이행 * 지자체별 일정한 원칙하에 지방의료원 재원을 강화하여, 탄력적인 인력 운용이 가능하도록 협조 - 실태조사 결과 등을 바탕으로 관련 단체 등과 논의 추진, 실태조사 결과 공유 및 의견수렴(2월) - 질병관리청 내부 정책연구용역비를 활용하여 신종감염병 대응 등을 위한 연구용역 수행 추진 * '감염병 위기대응 병상자원관리체계 구축 및 의료인력 운용방안 마련' 연구용역(22억원) '22년 예산 국회 심의시 마련' 예정 ○ (이후 과제) 코로나19 인력기준 적용방안 마련 및 손실보상 조정방안 마련		중증 병상	준중증 병상	중등증 병상	가동병상(환자) 당 간호사 수	1.80	0.90	0.36~0.2
	중증 병상	준중증 병상	중등증 병상						
가동병상(환자) 당 간호사 수	1.80	0.90	0.36~0.2						
생명안전수당 ① 제도화 ② 2022년 1월 시행	○ (추진 상황) - 제도화 완료 : 2021. 11. 감염병예방법 개정 - 지급대상, 범위를 포함한 지급계획 마련 중 : 22. 1. 20. 노조에 최종안 회람 - 감염병관리수당 지급계획(안) 중대본 인건보고 (* 22.124. 월) - * 감염관리수당 지급지침 * 의료기관 안내 및 시행 (* 22.126. 수) ○ (이후 과제) 감염관리수당 지급범위 재조정 : 간접고용노동자 등								
공공병원 확충 및 강화 ① 70개 중진료권 공공병원설립 추진 ② 중증계획수립시행 ③ 공공의료확충 및 강화 추진협의체 구성(8.상반기)점진 ④ 예비타당성조사 면제를 위한 국가지원사업 개편안 통과 ⑤ 70개 중진료권에 예비타당성 면제 추진	① 70개 중진료권 공공병원설립 추진 현황 ○ (추진 상황) - 지역거점공공병원 기능보강사업 22년 예산 1420억~1220억 반영, 2차 사업 선정 평가 실시 * 21.8월 1차 사업선정평가 실시, 1420억 중 800억 예산 배정 - 공공병원 신축 이전신축 우선추진지역 추진 상황								

구분 (협의 내용)	추진사항 및 이후 계획																																
	<table> <tr> <th>구분</th><th>대상</th><th>진행상황</th></tr> <tr> <td rowspan="3">신축</td><td>대전</td><td>사업계획 적정성 검토 통과(11.3) 사업계획 적정성 검토 통과 및 후속 절차 진행* 21.11월~ * 22년 예산 설계비 각 10억 반영</td></tr> <tr> <td>서부산</td><td>사업계획 적정성 검토 통과(11.3) 사업계획 적정성 검토 통과 및 후속 절차 진행* 21.11월~</td></tr> <tr> <td>서부산남</td><td>예비타당성 면제 결정 및 사업계획 적정성 검토 착수* 21.12월~</td></tr> <tr> <td rowspan="4">이전신축</td><td>영월</td><td>자체 타당성 조사 연구용역* '22.2월</td></tr> <tr> <td>적십자</td><td>자체 타당성 조사 연구용역* '22.12월 및 부지확보 관련 지자체 협의 중* * 거창 적십자병원, 삼주적십자병원, 통영적십자병원</td></tr> <tr> <td>삼척</td><td>87L 실시협약 체결 '21.11월 및 도지보상 협의 등 후속 절차 진행 확공예정(22. 2분기)</td></tr> <tr> <td>외장부</td><td>내부검토 중</td></tr> <tr> <td rowspan="6">우선추진</td><td>광주</td><td>타당성 재조사 절차 착수* 22.1월~ * 22년 예산 설계비 10억 반영</td></tr> <tr> <td>울산</td><td>타당성 재조사 절차 착수* 22.1월~ * 22년 예산 설계비 10억 반영</td></tr> <tr> <td>안원</td><td>자체 타당성 조사 연구용역 발주 예정* '22.2월~</td></tr> <tr> <td>대구</td><td>설립 타당성 연구용역* '22.3월</td></tr> <tr> <td>동부산</td><td>부지 매입 예정* '22.2월, 보형자병원 유치 병행검토 중</td></tr> <tr> <td>제천</td><td>추진사항 없음</td></tr> </table>	구분	대상	진행상황	신축	대전	사업계획 적정성 검토 통과(11.3) 사업계획 적정성 검토 통과 및 후속 절차 진행* 21.11월~ * 22년 예산 설계비 각 10억 반영	서부산	사업계획 적정성 검토 통과(11.3) 사업계획 적정성 검토 통과 및 후속 절차 진행* 21.11월~	서부산남	예비타당성 면제 결정 및 사업계획 적정성 검토 착수* 21.12월~	이전신축	영월	자체 타당성 조사 연구용역* '22.2월	적십자	자체 타당성 조사 연구용역* '22.12월 및 부지확보 관련 지자체 협의 중* * 거창 적십자병원, 삼주적십자병원, 통영적십자병원	삼척	87L 실시협약 체결 '21.11월 및 도지보상 협의 등 후속 절차 진행 확공예정(22. 2분기)	외장부	내부검토 중	우선추진	광주	타당성 재조사 절차 착수* 22.1월~ * 22년 예산 설계비 10억 반영	울산	타당성 재조사 절차 착수* 22.1월~ * 22년 예산 설계비 10억 반영	안원	자체 타당성 조사 연구용역 발주 예정* '22.2월~	대구	설립 타당성 연구용역* '22.3월	동부산	부지 매입 예정* '22.2월, 보형자병원 유치 병행검토 중	제천	추진사항 없음
구분	대상	진행상황																															
신축	대전	사업계획 적정성 검토 통과(11.3) 사업계획 적정성 검토 통과 및 후속 절차 진행* 21.11월~ * 22년 예산 설계비 각 10억 반영																															
	서부산	사업계획 적정성 검토 통과(11.3) 사업계획 적정성 검토 통과 및 후속 절차 진행* 21.11월~																															
	서부산남	예비타당성 면제 결정 및 사업계획 적정성 검토 착수* 21.12월~																															
이전신축	영월	자체 타당성 조사 연구용역* '22.2월																															
	적십자	자체 타당성 조사 연구용역* '22.12월 및 부지확보 관련 지자체 협의 중* * 거창 적십자병원, 삼주적십자병원, 통영적십자병원																															
	삼척	87L 실시협약 체결 '21.11월 및 도지보상 협의 등 후속 절차 진행 확공예정(22. 2분기)																															
	외장부	내부검토 중																															
우선추진	광주	타당성 재조사 절차 착수* 22.1월~ * 22년 예산 설계비 10억 반영																															
	울산	타당성 재조사 절차 착수* 22.1월~ * 22년 예산 설계비 10억 반영																															
	안원	자체 타당성 조사 연구용역 발주 예정* '22.2월~																															
	대구	설립 타당성 연구용역* '22.3월																															
	동부산	부지 매입 예정* '22.2월, 보형자병원 유치 병행검토 중																															
	제천	추진사항 없음																															

- ⑥ 지방비 부담완화방안 금년 내 마련
- ⑦ 공익적 적자 해소방안 2022 상반기까지 마련
- ⑧ 특수목적 공공병원의 개선지원방안 마련
- ⑨ 예비타당성 면제, 공익적 적자지원 관련은 당정 협의를 통해 추진

* <참고> 공공병원 설립 절차에 따른 공공병원 추진 정도

추진 절차		추진 현황	
〈지방병원 기본계획 수립〉 통상 연구용역 실시(통상 8개월 가량 소요)		동부산, 외장부	
〈지방병원 자체 타당성조사 실시〉 외부기관 RC분석 연구 의뢰 (통상 8개월~1년 가량 소요)		영월, 적십자(거창·삼주·통영), 안원, 대구	
지자체 - 복지부 협의 (복지부 - 기재부 협의 동시 추진) (신규사업의 예산 결정) (신규사업)			
타당성 재조사 (종과사)	예비타당성 조사 신청 (종과사) 예비타당성 조사실시 (KD)	광주·울산(타당성 재조사) 서부산남(적정성 검토 중)	
	예비타당성 조사 면제신청 (국무회의) (종과사) 사업계획 적정성 검토		
	통사협의 결정		
	기본설계설계에 예산 반영		
		대전, 서부산(적정성 검토 통과)	
		삼척	

- (의료운영체계 연구) 신축·이전신축 추진 중인 공공병원 대상으로 공간배치, 주요시설 동선, 진료·운영 계획 등에 대해 설계 전 실시하는 연구로서, 지원 가능한 지방의료원부터 우선 추진

* 지방의료원(신축·이전신축) 11개소(22억, 국비 50%), 적십자병원(이전신축) 3개소(4억, 국비 100%)

② 예비타당성조사 개선 추진 상황

○ (추진 상황)

- 지방의료원의 공공성을 확대하는 방향으로 예비타당성 제도 개선기재부 재정사업평가위원회, '21.11월
- * 경제성 분석의 편익 확대 및 정책성 분석의 특수평가항목 반영 등

<주요내용>

- ◇ 경제성·정책성·지역균형발전의 기준치 등 현행 예비타당성제도의 틀을 유지하면서, 공공의료·지방의료원 역할 특수성을 반영하도록 개편
- 감염병 대응·의료 격차 해소 등을 특수평가항목정책성에 신설① 경제성 편익을 발굴·추가②

① (특수성 평가)

- 지방의료원이 제공할 수 있는 특성화된 의료서비스 등을 정책성 평가 내 '특수평가 항목' (정책성 평가의 20~30%)에 신설 반영
- ① 대규모 감염병 대응 ② 의료 취약계층 지원 효과 신설

구분 (별의 내용)	추진사항 및 이후 계획
	* ① 코로나19 등 대규모 감염병에 대한 환자 격리 및 집중치료, 감염병 확산 억제 효과 등 ② 지역 내 의료취약계층에 대한 필수의료서비스 제공 등 ② (경제성 분석) 지방의료원 특성에 맞는 경제적 편익항목을 발굴하여, B/C 분석 시 추가 반영 * (가중) 원거리 의료시설 이용 대비 이동시간 및 교통비 절감 편익, 응급환자 사각지대 개선 효과 등 → (추가 반영 예시) 지역사회 내 만성질환·당뇨 등 만성질환 관리 등 보건사업 추진 효과, 병명 초기 집중관리를 통한 재원일수 감소 효과, 감염병 치료 및 관리에 따른 편익 등 ** 예비타당성 수행과정에서 사업별 특성에 따른 편익항목을 발굴·반영
	③ 지방비 부담완화방안 마련을 위한 세부계획 ○ (추진 상황) - 차등보조 등 지방비 부담완화 방안 계획안 마련 연구'10.15~12월 말 연구수행자 국립중앙의료원 1차 의료원센터 진행 중 - (국고 부담) 지방의료원 신·증축 시 국고 보조를 상향 적용 * (현행) 50% → (개선) 60%, 도·특별자치도·시군구에 대해 3년 한시 적용 * 기재부의 지역거점공공병원 기능보강사업 증축 한도액 상향 협의 중 (현행) 국·도비 200억 → (개선) 국·도비 400억 (+200명상 증축 기준) ④ 공약적 적자 해설행안 ○ (추진 상황) 지방의료원 적자분석에 관한 연구'7월~12월말 종료 * 1월 28일 2차 공공(의료)확충강화협의체 보고 ○ (이후 계획) - 「지방의료원 적자분석에 관한 연구」(간보공단 수행 결과 토대로 공약적 적자지원 방안 마련

구분 (별의 내용)	추진사항 및 이후 계획
	* (가재부 등 관련 부처 협의 병행)
국립중앙의료원 기능 강화 ① 상동 규모의 최종 국가중앙병원 설치 운영 ② 공공보건의료인력 DB 구축 등 ISP 전략 수립 ③ 공공보건의료개발원 설립추진 및 연내 연구용역 착수	○ (추진 상황) - (국립중앙의료원 이전신축) 부지 변경(원지동-성산동) 및 기부금5천억에 따른 총사업비 조정으로 적정성 재검토 중(조세연 '21.10-'22.5월) - 국정부 소유 '미 공영단 부지' 유상 관리 전환 착수('21.3.22) → 서울시와 협의 각서 체결('21.4.15) → 5,000억 가부('21.4.28) → 총사업비 확대(5,700억 → 19,000억 원에 따른 가재부 사업계획 적정성 재검토 진행' 21.10월~) - 건립위원회' 구성·운영, 문화재 조사, 환경 정화 등 동시 진행 중 - 건립위원회 발족식' 22.10. 장정) 및 건립위원회 운영 규정 마련' 22.3월~) - (국립중앙의료원 BMR) 국립중앙의료원 이전신축과 함께 병원정보 시스템(RHIS)과 병행 구축 '23년 ISP 출연금 예산 확보 추진 - '22년 지방의료원 정보화 전략 계획(ISP) 수립 예산: 5.8억 - (공공보건의료개발원 설립 관련 연구용역 「공공보건의료개발원 설립 타당성 및 운영에 관한 연구」 실시' 21.12-'22.7월, 한국행정연구원, 88백만원)
국립자연과학대학원 설립 ① 공공화사업의 영향성 ② 지역이사회 도입	○ 별도 추진사항 없음
국립대병원 소관부처 이전	○ 별도 추진사항 없음
시립대병원, 민간토종 공공성강화	○ 별도 추진사항 없음
공공보건의료 거버넌스 참여 ① 공공보건의료정책심의위원회 노동자단체 참여 ② 시도 공공보건의료위원회에 노동자단체 참여방안 강구	① 공공보건의료정책심의위원회 ○ (추진 상황) - 공공보건의료정책심의위원회 위원 구성 완료 - 공공보건의료정책심의위원회, 시·도 공공보건의료위원회에 노동자 단체 참여할 수 있도록 조치 이에 따라 각 단체에 공공보건의료정책심의위원회 위촉직 위원 추천 요청 (11명, '21.12.20) - 「공공보건의료법」 제6조 및 시행령 제6조의2에 따라 관계부처 차관 등 당면직 9명 + 위촉직 11명수 요자 대표 / 공공자 대표 / 전문가 등으로 구성 ② 시도 공공보건의료위원회 ○ (추진 상황) - 공공보건의료위원회 위촉 현황 : 울산위촉, 경남위촉 예정, 충남위촉 - 공공보건의료위원회 관련 조례 제개정 상황 - (제개정) 울산, 경기, 충북, 전남, 경남, 충남, 제주 - (입법예고) 인천, 대전, 세종, 광주
의료인력강 구축 ① 재난적 의료비 지원강화 ② 상병수당 신설 ③ 본인부담 상한제도 개선 등 추진	○ (추진 상황) 상병수당 사립사업 추진 예정
직장별 연차기준 마련 ① 보건의료인력에 대해 실태조사 및 연구를 통해 2022년부터 연차기준 마련 ② 의료기관종사자에 대해 휴가논의 ③ 보건의료인력 통합정보시스템 2022년 내 구축	① 직장별 연차기준 마련을 위한 연구 진행 ○ (추진 현황) - 직장인력 기준 연구 예산 확보 - 보건의료인력에 대한 통합적인 정보시스템 구축 예산 2억 포함 10억원 반영 - 보건의료인력에 대한 통합적인 통계공개시스템 구축 예산 2억 포함 10억원 반영, 연구용역 추진방향 등 1차 협의 - 복지부, 지원기관(건강보존), 노조간 직장인력기준 마련 연구 간담회 진행 : 연구 위한 추진체계 마련 협의(12.8) ○ (이후 계획) - 연구 추진계획 마련 및 노조 협의(2월), 연구 공유(2월말) ② 보건의료인력 통합정보시스템 2022년 내 구축 ○ (추진 현황) - (통계공개시스템 구축 신규 정보화 사업 사전검토 추진(1월) - 통계공개시스템은 건보공단 홈페이지 구축예정이며 1억원 이상 신규사업은 정보화사업 사전검토 필요

구분 (별의 내용)	추진사항 및 이후 계획
	○ (이후 계획) - (통계공개시스템 구축) 보건의료실태조사 완료* '22 1분기), 결과 공표 '22상 및 통계정보공개 시스템 구축 '22하)
간호등급제 개편 ① 현재 간호등급 차등제를 '간호사 1인당 실제 환자수 기준' 으로 상향 개편 ② 개편방안을 2022년 내 마련, 2023년 시행 ③ 시행시기는 건강보험정책위원회 회에서 최종 확정 ④ 간호등급 미신고의료기관의 현황 분석 및 감산폭 조정	① 현재 간호등급 차등제를 '간호사 1인당 실제 환자수 기준' 으로 상향 개편 ○ (추진 현황) - 간호사 1인당 적정 환자 수 △제외국 현황 분석을 등을 위해 ' 22년 上 연구추진계획 실무강의' 21.7) - 간호등급제 3분기 신고 이후, 미신고기관 대상 현황조사 및 분석10~11월 ○ (이후 계획) - 간호근로로 차등제 개편 관련 연구 추진(1분기) - 간호등급제 미신고기관 현황 및 분석결과 간담회 보고* 22.1) ② 간호등급 미신고의료기관의 현황분석 및 감산폭 조정 - 2022년 논의 예정 - 2023년 논의 예정
간호간병통합서비스 확대 ① 참여를 희망하는 300병상 이상 급성기병원에 대해 2022년 상반기 중 확대방안 마련 ② 2020년까지 전면 확대 시행	○ (추진 현황) - 간호간병통합서비스 병상확대 로드맵 관련 전문가 의견수렴 * 전문가 협의회 5회* 21.8~12) 운영 ○ (이후 계획) - 전문가 회의 결과 및 연구* 223월)를 통해 구체적 방안 마련 예정 * 300병상 이상 급성기병원 전면 확대방안 및 입원서비스 질 제고방안 등 검토
고치제 개선 ① 2022년 내 예측가능하고 규칙적인 고치근무 포함 시험사업 방안 마련, 2022년 3월부터 시행 ② 병원에 간호계 노동계 참여하는 시험사업 실무협의체 구성 운영	① 고치제 개선 시험사업안 마련 ○ (추진 현황) - 계획안 마련을 위해 실무협의체2회, 전문가(110) 및 간담회 위원 대상 간담회(120) 실시 - 1월 27일 건강보험정책심의위원회 심의 - 사업 공모선정 중 - 자료 제출 및 평가 시스템 구축(5월)
의료진입원간호사제 확대 ① 국공립의료기관 급성기 수준으로 지원 ② 민간의료기관은 고치제 근무 시험사업에 포함하여 2022년부터 시행 후 전면 확대 ③ 당정 협의를 통해 추진	○ (추진 현황) - (국공립 의료기관) '22년 사업계획 공모 중(22.12~20) - (민간의료기관) 계획안 마련을 위해 실무협의체2회, 전문가(110) 및 간담회 위원 대상 간담회(120) 실시 ○ (이후 계획) - (국공립 의료기관) 지원대상 의료기관 선정 및 지원(2월) - (민간의료기관) 간담회 안건 상정(1월 또는 2월) 후 사업 공모선정(2~4월 또는 3~5월)
아견간호로 및 아견간담간호사 경력로 ① 2022년 1월부터 상공을 포함한 모든 의료기관에 적용 ② 아견간호로 등 인력이 지원은 개업기관이 총액인건비 관련 규정 적용 여부를 신청하면 인정 ③ 총액인건비 적용제하는 당정 협의를 통해 추진	○ (추진 현황) - 11월 건강보험정책심의위원회 의결 : 2022년 1월부터 시행 - (진행상황) 급이기준 확대* 고시 개정 완료* 22.11. 시행, 아견간호로 등을 총액인건비 예외로 인정하도록 기재부 협조 요청 * 아견간호로 대상 중립상급종합병원, 아견간담간호사관리로 대상 중립상급종합병원 및 서울지역 확대 ○ (이후 계획) - (향후계획) 총액인건비 적용 제외 관련 소관부서, 기획재정부 간 협의 추진
불법의료 근절 ① 대치차량 등에서 차질시술, 수술, 초음파 및 복막지도 등 불법 의료행위 근절 ② 의사와 진료지원인력의 연하에 따른 업무 범위 규정, 공청회 등 의료현장의 적용 가능성 검토 후 2023년부터 적용 ③ 의료인 경력사유 확대 등 처벌강화 및 근절대책 마련	○ (추진 현황) - 보건의료실태조사에 통해 연하 범위 외 의료행위 근절을 위한 방안 논의(21.9월) 및 의협 등 관련 협회 협조 요청(21.10월) - 진료보조인력에 관한 정책방향 수립을 위한 공청회 개최(10.27) * 의료계·노동계·간호계 논의, 불법의료 근절대책 마련 - 진료지원인력 시험사업타당성 검증 추진 중 * 대상병원 모집 공모 중
의료기관 주 5일제 정착 ① 중립병원급 이상 의료기관에 토요 의료진로 현황 파악 및 개선 방안 마련	○ (추진 현황) - 토요 의료진로 현황* 조사 및 취합 완료(10.18~20), 분석 중 * 토요 의료 진료시 근무 의료인수, 진료환자, 진료비 청구액 등

구분 (협의 내용)	추진사항 및 이후 계획
비정규직 고용 등 ① 비정규직 고용이 줄어들 수 있도록 제도개선 방안 마련	○ (이후 계획) ○ 상급종합병원 지정 기준, 의료기관평가인증 기준, 의료질 평가 지원금 기준 등 마련 논의 - 상급종합병원 평가 협의회, 의료기관평가인증원, 건강보험정책심의위원회 등을 통한 논의 추진
부처협의 사항 ① 재활요양병원 운영개선 ② 정신보건서비스 질 강화 ③ 혈액수급 안정화 및 헌혈문화 조성	○ (추진 현황) ○ 재활 요양 분야 후속 논의 추진 - 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 개정(11. 5) 입법 예고 기간 종료 : 재활의료기관 운영위원회 해당 노동계에서 추천하는 사람 1명을 추가해 전체 위원 수 14명으로 확대 ○ 정신보건기관 및 센터 후속 논의 추진 ○ 혈액사업 실무협의체 구성 논의

- 평가해 보면,
 - 우선 시급하게 필요한 조치들은 우선 추진 중
 - 보다 중요하고 중장기적인 과제는 2022년내 주로 시행되는 만큼, 적극적인 정책추진 의지를 가지고 지속적인 대응 필요
 - 예산확보 및 제도적 보완이 필요한 사항들이 다수 존재하는 만큼, 합의 이행을 위한 포괄적인 대응 필요
 - 특히 공공의료부문에 대해서는 지방정부의 역할 부각, 지역차원의 동력 형성 필요
- 무엇보다도 정부의 차원에서 보면,
 - 국민들의 요구로 공급이 확대하기를 기대해왔던 공공보건의료 부분의 영역에 대해서 구체적인 공급확대의 계획을 수립하고, 바람직한 공공보건의료전달체계의 구축 및 민간의료에 대한 의료공공성 견인할 수 있어야
 - 고질적인 숙제로 제기되고 있는 보건의료 인력 확보 및 처우개선의 문제를 해결하기 위한 종합적인 계획을 수립하고 접근할 수 있어야
- 문제는 새정부가 9.2 노정합의를 성실하게 이행할 것인가 하는 점

<윤석열 새정부의 의료분야 주요 공약과 입장>

분야	내용
바이오헬스	○ 바이오헬스 분야 5대 메가테크로 육성 - 보건안보 확립과 국부창출의 새로운 길 - 국무총리 직속 '제약바이오혁신위원회' 설치 ○ 의약품, 의료기기의 상품화 및 시장 형성에 필요한 건강보험 등재 및 보상 확대 - 임신성, 성인 당뇨병 환자 연속혈당측정기 건강보험 지원 - 재활로봇을 활용한 보행치료의 의료수가 상향 및 건강보험 적용 - 재활로봇 관련 분야 연구 및 산업 지원 강화 - 대체 의약품이 없는 항암제 및 중증질환 치료제(희귀질환 포함) 등에 대한 건강보험 등재 과정 단축
디지털 헬스케어	○ 디지털 헬스케어 확대 - 개인 의료데이터 및 디지털 헬스케어 서비스 관리 : 디지털 헬스케어 주상담의 제도 도입 - 도서/산간 지역 및 소외계층 대상의 비대면 진료 시범사업 확대 ○ 4차 산업혁명 먹거리산업 육성 - 유전자통합제어 기술 활용 디지털의료바이오 산업 적극 육성 - 디지털병원, 디지털의료 전문인력 양성 등 위한 의료시스템 혁신 추진 ○ 헬스케어, ICT 기업에 대한 연구 개발 및 서비스 개발에 대한 정책적 지원

R&D 지원	○ 바이오헬스 한류 시대, 백신/치료제 강국 도약 - 백신/치료제 주권 확립, 백신허브 구축을 위한 R&D 지원 확대 ○ 첨단의료분야(재생의료, 정밀의료, 뇌과학, 노화, 유전자편집, 합성생물학 등) 및 바이오 디지털 분야에 국가 R&D 확대
공공의료	○ 공공의료 확충 - 공공정책수가 도입을 통해 민간병원의 공적 역할 보상 공공성 기능과 역할 수행 ○ 공공병원을 민간에 위탁
의료인력	○ 의사, 간호사 등 보건의료분야의 발전을 위해 관련 인력 활용방안과 인력 양성계획 구축 ○ 보건의료 인력에게 적정 수준의 업무를 보장하고, 역할에 따른 적정 보상을 받을 수 있도록 근로 환경 개선 ○ 안철수 : 간호인력 확충과 의사 증원은 직역 단체와 협의해 단계적으로 충원
영리병원	○ 영리법인 도입은 신중 검토
간병보험 제도	○ 간병보험제도 제도화 및 표준 간병비와 본인부담금의 정책적 관리 ○ 공적 간병보험과 민간보험사의 간병비 보험 활성화에 따른 투트랙 정책으로 간병비 부담 절약정책
행정 개편	○ 보건부와 복지부를 분리 신설 ○ 의과학적 지식이 정부 정책과 행정에 반영될 수 있는 대책

- 윤석열 당선인이 내놓은 공약에 비추어보면, 바이오헬스, 디지털헬스케어 등 의료의 상업화 정책이 강력하게 추진될 것으로 전망. 한편, 이러한 정책에 기반해 의료공공성이 후퇴하고, 의료영리화 정책이 전면화 될 것에 대한 우려
 - 노정함의 이행의 동력을 마련하여 정부의 정책의지를 지속적으로 강제해 내는 것 필요
 - 새정부에 대한 보건의료노조의 요구(2022. 3. 23. 대통령직 인수위원회 전달)
- *보건의료노조의 위드 코로나, 일상회복 9.2 코로나 극복 노정함의 전면 이행을 위한 요구

감염병 대응 의료체계 구축, 감염병 전문병원 조속한 건립 <1> 2024년까지 7개 권역별 감염병 전문병원, 2026년까지 중앙감염병 전문병원설립 완료 <2> 감염병 대응 인프라 구축 및 인력기준, 생명안전수당 제도화에 따른 재정지원 확대 공공의료 확충과 공공의료체계 강화 <3> 2025년까지 전국 70개 중진료권 공공의료 확충으로 지역의료 불평등 해소 <4> 공공의료 확충을 위한 관련 법 개정 <5> 공공의료 확충 예산 확보 위한 공공의료기금 확대 <6> 공공의료 통합 체계 구축 및 공공의료기관 기능과 역할 강화 <7> 사립대병원, 민간중소병원의 공공적 역할과 기능 강화 보건의료인력 확충과 처우개선 <8> 2022년부터 직종별 적정인력 기준 도입으로 모든 보건의료노동자의 좋은 일자리 창출 <9> 2023년 간호인력 Ratios 제도화 및 2026년까지 간호간병통합서비스 전면 시행 <10> 2023년까지 PA 무면허 불법의료 근절 및 업무범위 명확화 <11> 야간 교대근무제 전면 개선과 보상 강화를 통해 간호사 이직률 대폭 축소 <12> 의사, 간호사 인력 OECD 수준으로 대폭 확충 의료안전망 전면 확대 <13> 촘촘한 의료안전망 구축 : 재난적 의료비 확대, 의료급여 부양의무자 기준 폐지
--

박경득 전국공공운수사회서비스노동조합 의료연대본 서울지부장

시민의 권리, 간호사 수

위기

주기적 감염병, 기후 위기, 간호사 사직률, 공공병원 부족, 간호간병통합서비스 확대 부진, 의료시장화

간호인력 상황

감염병동: 인력기준 없음

간호간병통합서비스: 부족한 인력기준

일반병동: 일반병동 간호관리료 차등제, 일반 중환자실 간호관리료 차등제 문제점

저항

기획재정부; 공공기관 정원 통제

지역 간호사 수급 문제

병원 영리화

시민의 건강할 권리와 감염병, 기후위기 대응을 위한 전환

인력 기준 법제화 및 강제 집행

지역 간호사 처우 개선

병원 기후위기 대응 제도 마련

에너지 절감, 의료폐기물을 포함한 폐기물 저감, 기후위기에 대한 교육, 먹거리체계 전환

※ 의료연대본부 공동요구안

1. 감염병동 간호사 인력 기준

단계	환자 상태	중대본 (20.12.28.)	의료연대본부 중증도 구분 및 인력기준안	
8	사망	사망	최중증(중환자실) 1:0.5	
7	다기관손상/ 에크모/ CRRT	위중증		
6	침습인공호흡기(invasive ventilation)			
5	비침습인공호흡기/고유량산소요법 (non-invasive ventilation/high flow O2)		최중증(일반병동) 1:1	
4	산소마스크(O2 with facial mask)	중등증	정신,와상(O) 최중증 1:1	정신,와상(X) 중증 1:2.5
3	비관산소치료(O2 with nasal prong)			
2	일상생활에 지장이 있으나 산소치료 불필요	경증이하	-	
1	일상생활 지장 없음			

비교> 코로나19 병상 간호인력 배치기준(9.28)

<병상 근무조당 간호사 배치기준>

	중증 병상	준중증 병상	중등증 병상
가동병상(환자) 당 간호사 수	1.80	0.90	0.36~0.2

2. 간호사 1인당 환자수 법제화

의료기관의 장은 의료기관 간호사 배치 시 병원의 다음 영역에서 직접 간호를 수행하는 간호사를 항상 다음에서 명시된 수 이상으로 배정하여야 한다.

일반병동의 경우 병원 종별과 상관없이 간호사 1인당 환자수 1:12를 하한선으로 한다. 응급상황 대처와 환자안전 보장을 위해 환자수와 상관없이 병동단위 근무조별 간호사수는 최소 2명이어야 한다.

중환자실은 환자 2명당 간호사 1명을 하한선으로 하되, 안정적인 의료서비스 제공을 위하여 간호사 최소인원은 3명으로 한다.

외상 응급실 1:1, 수술실 1:1(최소 1명의 추가 간호 인력이 수술 보조로 배치되어야 함), 신생아 집중치료실/관상동맥환자집중치료실 1:2, 응급실/소아과 병동/분만실 1:4 의료기관별 간호사배치위원회를 두고 노사동수로 구성한다. 배치현황은 정부 주무부서(또는 기관)에 보고하고, 환자를 포함한 일반인에게 공개한다.

위의 사항들을 지키지 않을 시에 대한 처벌규정을 마련한다.

간호관리료 차등제 개선

간호관리료 차등제 기준을 근무조별 간호사 1인당 환자수로 변경한다. 간호사수는 실제 환자를 직접 간호하는 인원으로 계산한다. 즉 병동 또는 중환자실에서 직접간호를 수행하지 않는 간호관리자와 의사 진료행위를 지원하는 간호사(PA 등)는 간호사수에서 제외한다.

간호관리료 차등제의 구체적 기준과 입원료 가감산은 아래와 같이 변경한다.

상급종합병원과 종합병원, 병원 모두 의료법 기준($2.5 \times 4.8 = 12$ 명)을 기본등급을 하고, 기본등급보다 낮은 배치수준, 즉 의료법을 준수하지 않은 기관에는 입원료를 감산한다.

미제출 기관은 입원료를 지급하지 않는다.

일반병동 간호관리료 차등제

등급	상급종합병원		종합병원, 병원	
	근무조별 간호사 1인당 환자수	입원료 가감산	근무조별 간호사 1인당 환자수	입원료 가감산
1등급	1:7 이하	2등급의 20%	1:8 이하	2등급의 20%
2등급	1:7 초과 ~ 1:8 이하	3등급의 20%	1:8 초과 ~ 1:10 이하	3등급의 20%
3등급	1:8 초과 ~ 1:10 이하	4등급의 20%	1:10 초과 ~ 1:12 이하	기본등급
4등급	1:10 초과 ~ 1:12 이하	기본등급	1:12 초과 ~ 1:14 이하	3등급의 20% 감산
5등급	1:12 초과	4등급의 50% 감산	1:14 이상 ~ 1:16 이하	4등급의 20% 감산
6등급	-		1:16 초과	5등급의 20% 감산
등급 외 (미제출기관)	-			3등급의 100% 감산 (입원료 미지급)

일반 중환자실 간호관리료 차등제

1등급 기준을 0.35:1 미만으로 하고 등급기준을 아래와 같이 조정한다

등급	상급종합병원	종합병원, 병원 치과병원, 한방병원, 요양병원
	근무조별 간호사 1인당 환자수 기준	근무조별 간호사 1인당 환자수 기준
1	1.5 미만	1.5 미만
2	2.0 미만 1.5 이상	2.0 미만 1.5 이상
3	2.5 미만 2.0 이상	2.5 미만 2.0 이상
4	3.0미만 2.5 이상	3.0미만 2.5 이상
5	3.0 이상	3.0 이상
적용안함		

3. 간호간병통합서비스 확대 및 인력기준 강화

의료서비스 질을 향상시키고 병원노동자의 노동조건을 향상시킬 수 있는 실질적인 간호 인력 확충 (간호사와 간호보조인력 포함)

간호간병통합서비스 시행 병동 인력기준 상향조절, 중증도별 인력기준 마련, 실근무인력으로 인력비율 적용

병원 규모	간호사 : 환자 수	간호보조인력 : 환자 수
상급종합병원		
1000병상 이상	1:3	1:20
500-1000병상	1:4	1:30
종합병원		
500병상 이상	1:5	1:30
300-500병상	1:5	1:40

토론회자료집

【새정부 정책 제안 연속 토론회 ②】
더 이상의 후퇴는 없다_보건의료 정책

발행일 2022. 04. 05.

공동주최 공적연금강화국민행동·무상의료운동본부
민주사회를위한변호사모임·보건의료단체연합
빈곤사회연대·좋은공공병원만들기운동본부(준)
참여연대·한국노총·한겨레경제사회연구원