

이윤보다 생명 2026

건강과 대안을 위한 보건의료운동 총회

2026. 4. 19. 서울여성플라자

건강권실현을위한보건의료단체연합 · 연구공동체건강과대안

목차

세션 1	건강보험 보장성 운동의 현재성과 향후 과제	
발제 1	건강보험 보장성 강화운동의 역사성 정형준 (건강권실현을위한보건의료단체연합 정책위원장)	4
발제 2	보건의료 규제 완화의 맥락과 공공성 이동근 (건강사회를위한약사회 부대표)	20
토론 1	치과 건강보험 급여 확대 전략과 한계 전양호 (건강사회를위한치과의사회 서울경기지부 회장)	32
토론 2	연대가 제도가 될 때 : 연대진료소와 건강보험 그리고 한의사의 역할 송수민(참의료실현청년한의사회 연대사업국장)	37
토론 3	건강보험 강화 투쟁에서 노동조합의 역할 강성권(국민건강보험노동조합 부위원장)	46
토론 4	인공지능 만능론과 의료영리화 전진한 (인도주의실천의사협의회 정책국장)	52
세션 2	지역의료공백 해결을 위한 지방정부와 중앙정부의 역할	
발제	지역의료공백 해결을 위한 지방정부와 중앙정부 역할론 이상운 (연구공동체 건강과대안 책임연구위원)	63
토론 1	지역의료 공백, 생명과 안전을 지키는 '지역'의 복원에서 답을 찾다 김미정 (원진녹색병원 전 원장)	74
토론 2	지역의 의료 공백 해결을 위한 제언과 대구의 경험 김동은 (인도주의실천의사협의회 대구경북지부 진료사업국장)	76
세션 3	치료에서 돌봄으로, 공공돌봄으로 지역사회 역할 찾기	
발제	치료에서 돌봄으로, 공공돌봄으로 지역사회 역할 찾기 김진석 (서울여대 사회복지학 교수)	90
토론 1	재택의료를 중심으로 조규석 (부천의료사회적협동조합 부천시민의원 원장)	104
토론 2	구강돌봄의 더 나은 미래를 위해 김의동 (건강사회를위한치과의사회 사업국장)	109
토론 3	토론문 현정희(공공운수노조 의료연대본부)	120

세션 1
건강보험 보장성 운동의 현재성과 향후 과제

발제 1

건강보험 보장성 강화운동의 역사성
정형준 (건강권실현을위한보건의료단체연합 정책위원장)

건강보험을 다시 생각한다.¹(초안)

정형준(건강권실현을위한보건의료단체연합 정책위원장)

1. 들어가며

- 국민건강보험은 시민들의 사랑을 받고 있다². 국민건강보험 대국민 만족도 긍정평가는 각종 조사에서 대략 80%가 넘고 있으며, 2020 년 7 월 코로나시기 한국리서치 조사에서는 92.1%가 ‘긍정적’이라고 답변을 한 바도 있다. 건강보험이 사랑받는 이유는 체감되는 효과가 크기 때문이다. 본인부담금 대비 의료서비스의 수준에 대해서 대체로 만족도가 높다고 판단된다. 하지만 이런 시민들의 체감이 건강보험제도의 과거와 현재 미래의 전망을 긍정적으로만 보기에에는 어려움이 크다.

- 한국의 건강보험은 사회보험제도로 설계되어 발전되어 왔다. 하지만 한국에서 건강보험은 해외의 건강보장제도와 다른 궤적을 거쳐왔는데, 그 변화는 노동유연화가 가속화된 1998 년 이후 여타 산업국가들(서유럽, 북유럽, 일본, 대만 등)의 복지확대와는 다른 사회 정책방향인 노동기반복지(workfare)에 기반을 뒀기 때문이다. 생산적 복지, 고용 복지 등은 신자유주의와 중도파적 정치체제, 제 3 의 길과 맥락을 같이 한다. 즉 복지체계형성 이전에 신자유주의적 복지개념의 확대와 정책도입으로 연금, 건강보험 등 핵심 복지제도가 확립이 되지 못했다.(이런 점에서 대만의 복지제도 도입은 1997 년-98 년 동아시아 경제위기시 충격이 적었던 것에 기인하는 듯 하다. 한국은 IMF 의 개입을 받는 외부의 신자유주의 개입 충격을 받았으나, 대만은 외부적 신자유주의적 정책전환이 없었던 점이 영향을 준 것으로도 볼 수 있다.)

- 우선 사회보험으로서 건강보험의 재정적 보장률(이하 건강보험 보장률)은 주요 선진국 수준에 턱없이 미달된다. 지난 20 여년간 보장률은 거의 답보상태다. 2000 년 건강보험공단 통합 당시 연구들을 보면 1999 년 평균 보장률을 48%로 보고 있고, 입원진료가 53% 정도라고

¹ 본고는 2026 년 4 월 19 일 ‘보건의료운동총회’ 발제문으로 기획되었다. 그래서 두가지 연관쟁점은 제외하고 기술한다. 하나는 시장중심 의료공급(민간병원 중심의 병원산업), 하나는 산업자본과 금융자본의 규제완화책이다. 특히 산업자본과 금융자본이 건강보험을 공격하기 위해 고안한 의료산업화정책, 시장자유화조치인 신의료평가간소화, 제약산업재편 등 건강보험제도와 뿔라야 뿔수 없는 쟁점인데, 이는 추가적인 발제와 토론이 준비되어 있다.

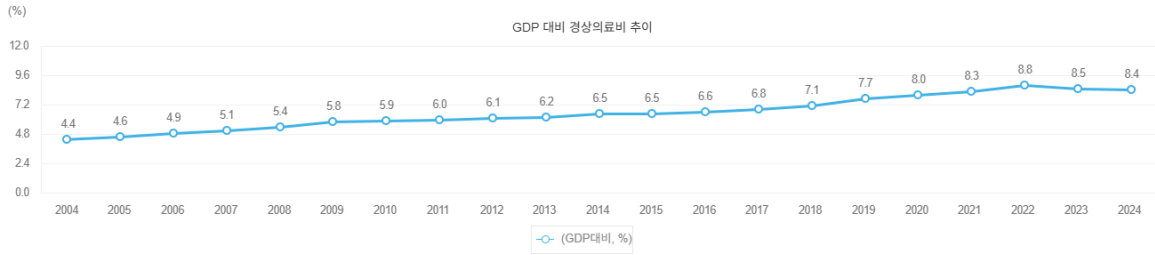
² 물론 조사기관에 따라 편향이 있을 수 있음. 의사협회 의료정책연구소가 2005 년 조사한 ‘건강보험제도에 대한 국민만족도 조사’를 보면 만족도가 11%임. 의약분업이후 건강보험에 대한 신뢰수준을 낮추기 위한 편향이 존재하는 보고서로 보임.

보고한다. 1999 년 당시 응답자의 44.5%가 ‘보험적용 범위가 너무 작다’ 고 응답했고, 73.8%가 본인부담금이 과중하다고 응답하였다.³ 건강보험공단이 통합되고 통계가 확립된 결과 2005 년 보장률은 정부공식 61.8%였다. 건강보험통합의 효과가 초기 보장성 강화에 반영된 결과다. 특히 산정특례제도 도입으로 암환자는 2004 년 전체 진료비의 50.4%를 본인이 부담했으나, 2005 년에는 33.9%를 부담하는 등 중증환자 중심의 보장성은 2005 년까지 일부 개선되기 시작했다. 하지만 20 년이 더 흐른 지금 정부통계를 보면 2022 년 65.7%로 상승했다가 2023 년 64.9%로 다시 보장성이 일부 하락하는 등 여전히 65%를 넘지 못하고 있다(주요 산업국가는 90%에 다다른다).

- 여기다 재난적 의료비 지출 비중도 여전히 높다. WHO(세계보건기구)에 따르면 한국은 2015 년 경 3.7% 수준(가처분 소득의 40% 이상을 의료비로 지출하는 가구 비중)으로 OECD 평균대비 2.5 배 수준이었으나, 정부통계에 따르면 2018 년 4.06%, 2022 년 6.98%로 재난적 의료비 가구가 급증했다. 주요 선진국은 연간 의료비 상한선이 있어 재난적 의료비 지출 가구가 거의 존재하지 않는다. 재난적 의료비 가구가 급증하자 한국 정부는 건강보험 보장성을 높이거나 연간의료비 상한제를 도입한 것이 아니고 신청주의적인 ‘재난적 의료지원금’제도를 도입했다. 이 제도는 소득 수준에 따라 본인 부담 의료비 50-80%까지 지원하고 연간 최대 3000 만원이 한계다.

- 그 결과 한국의 가계 직접의료비 비중은 OECD 최고수준으로 매우 높다. OECD 통계를 보면 가계지출에서 의료비 직접지출이 차지하는 비중은 한국이 1 위다.(한국 6.1%, 일본 2.4%, OECD 평균 3.3%)〈그림〉 건강보험공단노조는 이를 역산해 2025 년 발표했는데, “우리나라 건강보험 보장률(64.9%)이 OECD 회원국 평균 보장률(76.3%)로 확대 시 가계 최종소비지출에서 의료비본인부담 지출비중이 1/2 로 줄어들어 연간 약 30 조원의 가계 실질소득 증가효과가 있는 것으로 분석”했다. “건강보험 보장률이 1% 증가할 때 마다 약 2 조 6,300 억의 소비활성화 효과가 발생하는 셈” 이라고 지적한다. 즉 가계직접의료비를 줄일 수 있는 보장성강화를 방조한 결과 내수소비 일반에도 악영향을 미치고 있다.(노인들의 기초연금 대부분이 의료비로 지출된다는 연구보고가 있음) 이는 결국 노동자들의 실질임금을 저하시키는 효과를 불러일으킨다.

³ 국민건강보험의 과제: 보장성 강화, 월간복지동향, 2000 년 8 월



GDP대비 경상의료비 추이

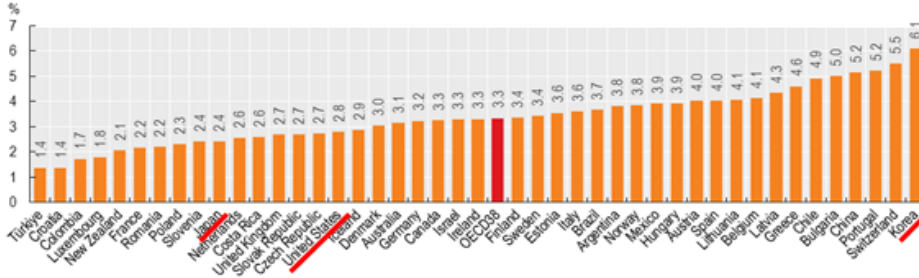
[단위 : 조원, %]

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
○ 경상의료비	44.2	49.7	55.7	62.3	69.7	78.3	83.5	88.3	93.8	101.6	112.5	121.6	131.4	143.3	157.0	165.2	185.0	205.5	203.4	213.1
- (GDP대비, %)	4.6	4.9	5.1	5.4	5.8	5.9	6.0	6.1	6.2	6.5	6.5	6.6	6.8	7.1	7.7	8.0	8.3	8.8	8.5	8.4
○ 정부, 의무가입제도	26.5	30.4	33.9	36.7	42.4	47.7	50.1	52.2	55.4	57.4	62.7	68.7	75.2	83.1	92.8	98.6	115.0	130.6	122.9	127.7
- (구성비, %)	58.4	60.2	60.0	58.4	60.9	60.9	60.0	59.1	59.1	56.4	55.8	56.5	57.2	58.0	59.1	59.7	62.1	63.6	60.4	59.9
○ 민간의료비	18.4	20.1	22.6	26.3	27.3	30.6	33.4	36.1	38.3	44.2	49.7	52.9	56.3	60.2	64.2	66.6	70.0	74.9	80.5	85.3
- (구성비, %)	41.6	39.8	40.0	41.6	39.1	39.1	40.0	40.9	40.9	43.6	44.2	43.5	42.8	42.0	40.9	40.3	37.9	36.4	39.6	40.1

<그림,표> GDP 대비 경상의료비 추이(2005년-2024년)

- 한국의 경상의료비는 OECD 국가중 가장 빠른 속도로 증가하고 있으나, 정부, 의무가입비중(건강보험재원과 의료급여등의 정부지원금을 합한 금액)은 지난 20년간 차이가 없다. 즉 한국의 의료문제의 대부분은 건강보험과 의료급여의 비중이 매우 낮다는 근본적 한계가 도정하고 있다. 왜 한국은 일본이나 대만처럼 정부의무가입비중이 80%를 넘지 못할까? 이에 대해서 대응하지 않고, 왜 건강보험재정의 지속가능성으로 포장된 건강보험재정운용과 관련된 협소한 논의와 지협적 쟁점에 치중하게 되었을까? 특히 건강보험이 가져야 할 당연한 목표인 '무상의료'는 왜 불가능한 쟁점, 혹은 환상처럼 다뤄지게 되었을까?
- 따라서 본고는 기존의 보장성강화 담론이나 건강보험개혁과제등을 다루기 보다는 왜 한국에서 건강보험제도가 가까운 일본처럼 확립되거나 대만처럼 개혁되어 적용되지 않고 답보상태에 있으면서 모종의 재정건전화의 대상이 되었는지를 고찰코자 한다. 이를 통해 건강보험개혁운동의 방향과 관련된 제언을 마련하는게 목적이다.

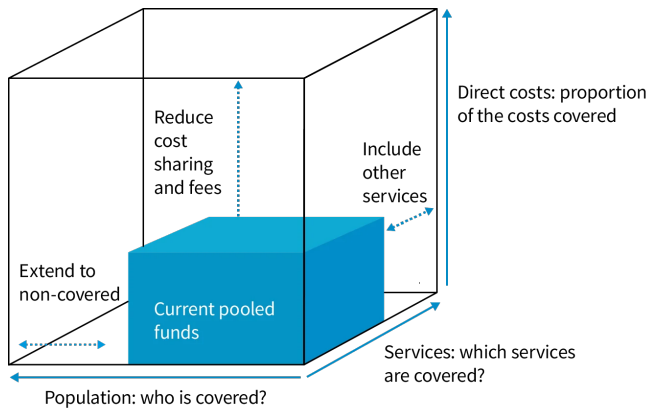
Out-of-pocket spending on health as share of final household consumption, 2021 (or nearest year)



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

〈그림〉 가계지출에서 직접의료비가 차지하는 비중. health at a glance 2023, OECD

2. '보장성' 정책구호의 소멸



The UHC Cube

〈그림〉 보편적 건강 보장(UHC) 큐브, 세계보건기구(WHO)

- 건강보험 보장성이란 건강보험으로 보장되는 영역, 비용, 인구집단을 총칭하는 단어다. 세계보건기구의 '보장성 큐브'(그림)에 따르면 한국에서 보장범위는 전국민건강보험 도입으로 강제가입을 통해 1988 년 완수했고, 보장비용과 보장서비스의 영역이 미완인 국가다. 이는 1990 년대 의료운동에서 흔히 말하는 '의료보험확대' 요구로 나타났다. 필수적인 의료서비스의 상당수가 급여가 되지 않아(비급여), 다수 대중들은 비급여 검사나 수술 처치의 상당수를 급여화 해달라고 요구했고 이는 지난 35년간 상당부분 반영되었다. 이런 요구를 그대로 반영해 각종 선거공약에는 '급여화 항목'들이 제시되었는데, 박근혜정부의 '임플란트 보험적용' 공약이나 'MRI, CT, 초음파검사 보험적용 확대' 같은 요구가 대표적인 예다.

- 의료보험확대, 건강보험적용이란 대중적 요구가 보건의료전문가, 정책입안자 등에서는 ‘보장성 강화’로 표현되었고, 확대되었다. 그 결과 어떻게 보장률을 높일까라는 질문에 대해서 대부분은 비급여를 급여화해 획기적으로 보장률을 높이자고 답변해왔다. 그 대표적 예는 문재인정부의 ‘비급여의 전면급여화’ 정책인 ‘문재인케어’다. 물론 이 정책은 그 수단인 ‘예비급여’를 도입조차 하지 못하고 수사(레토릭)로 끝났다. 보장률 강화가 드러나는 공약은 보건의료정책의 핵심 쟁점중 하나가 되었다. 그 결과 노무현정부의 보장성 80%(2008년 60% 중반으로 예측), 이명박정부의 80%(2013년 62%수준), 박근혜정부의 4대 중증질환 보장률 80%, 문재인정부 70% 등으로 대부분의 역대정권은 목표 보장률을 제시했다. 문재인정부는 정권 초 2017년 62.7%의 보장률을 2022년 65.7%까지 올리면서 약속한 70%에는 못 미쳤지만 역대정권 최대의 성과(?)를 남겼다. 하지만 이를 끝으로 20년간의 목표보장률을 제시하는 건강보험보장성장화대책은 소멸했다. 윤석열정부는 역대최초로 보장성축소안을 제시했고(‘보장성장화’를 ‘필수의료강화’로 대체했다), 이재명정부 역시 목표보장률 제시가 없다. 즉 이제 보장성장화는 목표도 없고 건강보험정책의 중심에서 사라져 버렸다(이를 대체한 것이 ‘필수의료’다).

<그림> 본인부담 너무 큰 기형적 ‘의보제’ 4조홍준, 1995년 1월 15일 한겨레

4 “첫째 가계를 경제적으로 보호할 수 있어야 한다. 이를 위해서는 본인부담금 수준을 현재의 최대 55%에서 30% 수준으로 낮추어야 하며, 진료비가 일정액을 초과할 때(월 50만원 정도)는 전액을 보상해주는 본인부담보상제를 확대해야 한다. 둘째, 보험적용범위를 확대해야 한다. 질병의 치료와 예방에 필수적인 서비스는 모두 보험이 적용되어야 한다. 컴퓨터촬영 등의 고가검사, 자궁암검진, 산전진찰 등의 예방서비스, 한방 침약, 상병수당, 병실료, 식대등의 보험적용이 이루어져야 한다. 셋째, 보험 적용일수의 제한을 없애 만성병 환자들이 마음 놓고 치료를 받을 수 있게 해야 한다. 이 정도의 최소 수준은 국민이나 정부의 추가적인 재정 투입 없이 재정의 통합일원화만으로도 얼마든지 가능하다는 사실을 다시한번 강조한다”

- 왜 보장성 강화정책은 건강보험개혁정책 중심에서 사라졌을까? 일단 시민들에게 ‘보장성’이란 뜻이 그다지 직접적으로 체감되는 쟁점이 아니다. 이 단어, 이 용어는 다분히 정책적 가치에서만 유용한 측면이 있다. ‘보장성’이 높아지면 의료보험의 급여범위가 넓어지고, 건강보험이 강화된다는 걸 알더라도 보장률 10%의 차이는 당장 체감되는 문제는 아니다. 앞서 봤듯이 애초에 보험확대가 더 와닿는 쟁점이다. 예를 들어 초음파, CT, MRI 보험적용확대는 체감이 크다.

- 이런 점에서 2000 년초 발표된 진보정당(민주노동당) 주도의 ‘무상의료’가 더 대중적으로는 체감될 수 있는 구호이고 내용이였다. 보수정부인 박근혜정부의 ‘4 대 중증질환 국가책임 100%’도 이런 면에서는 좀 더 대중적인 슬로건으로 보이고, 문재인정부의 ‘비급여의 전면급여화’도 보장성 70% 달성 같은 것 보다는 성격이 분명해 보인다. 즉 ‘보장성’이란 개념의 추상적 가치로 기인해 정책에서는 효용성이 계속 떨어져왔다. 이에 이재명대통령은 2022 년 대선때부터 ‘탈모약 급여화’를 내걸었고, 2025 년 12 월 16 일에 보건복지부 업무보고에서 ‘탈모약, 비만약 건보급여 가능성 검토하라’고 제안한 바 있다.

2 | 경향신문



<그림> CT 촬영 건보적용확대, 경향신문, 1996 년 10 월 15 일

- 이런 점에서 진보정치세력, 시민사회단체가 ‘무상의료’ 구호에서 ‘보장성강화’ 구호로 ‘후퇴’한 과정에 대한 고민이 필요하다. 우익과 자유주의세력⁵ 들이 ‘무상의료’를 모종의 포퓰리즘, 재정파탄론, 공산주의(빨갱이정책) 등으로 색깔론과 세금폭탄론 등의 논리로

⁵ “유시민 의원은 지난달 29 일 MBC 100 분 토론에서 민주노동당 노회찬 당선자에게 "현재 의료보험체계에서 국민이 부담하는 의료비가 전무한 무상의료가 실현되면 그 수요는 무한대로 증가할 것"이라며 무상의료에 소요되는 비용을 부유세로 충당한다는 계획에 대해서도 "상당히 무책임한 꿈"이라고 비난했다.” 의협신문 2004 년 4 월 29 일

공격하자, 실제 이 문제를 중심에 놓고 싸움을 벌이지 못했다. 실제 진보정당의 보건공약은 2004 년 총선 이후로 후퇴했다.⁶ 공약만 후퇴한 것이 아니고 2010년에는 ‘만천원의 기적’을 기치로 ‘건강보험 하나로 시민회의’라는 보험료인상을 통한 보장성강화 운동도 여러 사회단체의 참여속에 시작되었다. ‘만천원의 기적’이 등장한 배경은 무상의료에 대한 우파적 공격 즉 재정문제에 대한 화답이었다. 노동자·시민들이 보험료인상에 찬성해 재정부담을 받아들일테니 건강보험 보장성을 강화하자는 수세적인 재정운동으로 정책쟁점을 전환한 것이다. 문제는 ‘만천원의 기적으로 무상의료를!’ 도 아니고 ‘건강보험 하나로’ 였다는 점도 건강보장영역의 논쟁지점을 축소한 약점이라고 생각한다. 건강보험은 알다시피 본인부담금이 있고, 당시에는(실손보험 도입 초기) 민영보험 없이 건강보험 하나만 있으면 된다는 주장이 ‘비급여의 전면급여화’인지, 비급여를 어디까지 급여화 한다는 건지 애매한 측면이 있었다.

- 물론 ‘보장성’ 구호가 퇴색된 것은 사회단체와 전문가들의 정책후퇴 때문만은 아니다. 계속 늘어나는 시장부분의 비급여영역도 인식속의 영향을 줬다. 노동자·시민들은 그럼 어디까지 보장해 준다는 것인지를 궁금해 할 정도로 비급여가 지난 30여년간 계속 양산되었기 때문이다. 체외충격파, 도수치료, 고주파 암치료, 급여범위 외 항암제, 희귀질환치료제 등등 이 모든 것들 다 건강보험으로 해주겠냐는 의심이 있을 수 밖에 없었다. 정치공약의 상당수가 선언으로 끝나는 경우가 많았던 만큼, 지키지 못할 공약, 하나마나한 개혁과제로 치부될 수 있었다. 신의료기술평가가 2008년에야 도입되고, 이조차 평가유예, 신속등재, 제한적 신의료기술, 체외진단기기 우회, 시장즉시진입의료기기 등으로 무력화 되었다. 재생의료와 유전체검사도 느슨한 평가기준을 틈타 비급여시장에 불을 짚었고, 최근에는 AI, 디지털의료가 이런 비급여확대를 부추기고 있다. 즉 보장성강화를 체감하지도 못할 정도로 늘어나는 비급여와, 고도의료에 대한 의료산업화적 사회분위기가 건강보험 보장성강화를 불가능한 정책으로 느껴지게 만든 것이다.

- 추가로 20여년간 보장률이 담보상태에 머물면서 체감상 본인부담 비중이 비슷하게 느껴져 대중적으로 ‘적응’이 된 측면도 크다. 미국보다는 낮지만 유럽국가나 일본, 대만보다 못하다는 보장률도 의료비 폭탄국가인 미국이 있어 둔감해져 버렸다.(미국 유학생이나 이민간 친인척의 폭로등도 영향이 있었다.) 이런 점에서 건강보험의 보장률을 주요선진국 수준으로 올리지 못한 과정은 병원자본, 금융자본, 제약자본의 성공적(?) 지연전술의 효과로도 볼 수 있다. 의료산업화와 보장성을 동시에 충족할 수 있다는 의료산업화론자들의 주장은 실제로는 지연전술로 작동했다.

⁶ 자세한 내용은 ‘2000년 이후 국내 진보정당의 보건의료 공약’, 의료와사회 3호 를 참고하십시오

- 보장률이 낮아 보충형 민영보험(실손보험)이 도입될 명분이 있었지만, 결과적으로는 실손보험 전면화는 건강보험 단일체제를 만들어야 하는 당위를 소실시켰다. 실제로 높은 보장성의 국가들이 보장하지 않는 각종 선택적 치료도 실손보험이 보장하면서, 건강보험 + 실손보험 의 이중구조는 지난 20 여년간 임상현장과 시민들 사이에서 체화된 상태다. 실손보험의 지급거절 문제나 청구간소화가 지난 10 년전부터는 주된 쟁점이 되었고, 2023 년 10 월부터는 실손보험의 전산청구간소화가 시행되었으며, 실손24 앱이 개발되었고, 2024년 8 월 윤석열정부의 의료개혁특별위원회는 병원과 실손보험의 계약을 통한 미국식 의료보험제도를 도입하자는 안을 내기까지 했다. 물론 이런 과정에서 건강보험의 보장률이 높아져 실손보험을 가입할 이유가 없어지면 된다는 당연한 논리는 순환논법으로 회자되었다. 낮은 보장률이 실손보험의 구실이 되었다는 것인데, 이는 결과적으로는 실손보험으로 인해 보장성을 높일 이유가 없어졌다는 논리이기도 하다. 즉 정리하면 결국 민영보험의 도입자체가 보장률을 높일 이유를 없애고, 시장영역의 공급을 강화하면서 민영보험시장을 확대했다는 점에서 볼 때, 가장 근본적인 원인은 실손보험의 도입자체에 있었다고 볼 수 있다. 이런 점에서 실손보험 도입의 근거가 된 노무현정부의 의료산업화선진화위원회와 그 계획, 그리고 정권 말 2007 년은 건강보험의 재앙으로 기록되어 마땅하다.(최근 실손보험의 의료공급자 통제를 강화해 어차피 망가진 한국의료제도에서 최소한의 통제수단을 찾자는 주장이 있는데, 실손보험의 계약체계를 강화하고 이를 고착화하는 것이 어떤 악영향을 미칠지에 대한 고민이 더 필요할 것이다.)

- 결국 현재 탈모약, 비만약의 급여화 요청을 대통령이 공개석상에서 한 부분에서 보건의료운동은 깊은 고민이 필요하다. 기존 ‘보장성’구호가 얼마나 소모력이 있는 건강보험개혁구호인지, 건강보험의 복원할 가치인지도 판단이 필요하다. 다만, 건강보험을 강화할 수 있는 근본적인 대안이 좀 더 원칙적이고도 핵심적인 부분에서 나와야 할 시점이란 점도 분명하다. 이미 민영보험의 시장장악력이 상당해, 이제 건강보험의 보장성을 높이자는 주장만으로는 대중적 공감대가 얼마나 만들어질지는 미지수라면, 차라리 ‘무상의료’나 ‘국영책임의료’와 같은 좀더 선명한 대안으로의 회복이 요구되는 것은 아닌지 반문해 본다.

3. 건강보험 재정은 어떻게 확충해야 되는가?

- 건강보험 재정문제는 초기에는 보장성 강화 담론이 주도했으나, 의약분업 이후 한차례 재정파탄이 오고나서부터는 지속가능성을 담보하자는 ‘안정화론’이 대세가 되었다. 이는 실제로 재정 논의가 어떤 방식이 되더라도 시민들의 의료서비스를 확충하는 것이 아니라, 흑자나 적자 같은 재정안정성으로 귀착이 되면서 궁극적으로 보험영역의 확대나 보장성강화와 같은 개혁과제를 저지하는 프레임으로 작동하게 했다. 물론 충분한 재원확보는 건강보험에서

필수적이다. 현재 건강보험의 재정 구조는 보험료 수입에 대한 의존도가 높고(특히 대부분이 임금소득에 기반함), 국가의 책임 분담 비중이 미흡한 ‘수익자부담방식’이다. 이를 혁파하려는 노력은 다각도로 필요했으나, 앞서 살펴봤듯이 수익자부담원칙을 강화하는 이데올로기인 ‘만천원의 기적’ 등의 시민운동이 있었을 정도로 기업과 부자들의 부담으로 재정책대를 해야 한다는 주장은 주류에서 사라져버렸다. 그 결과 2010 년 이후에는 건강보험의 부과방식 개혁논의등의 지연적이고 그 조차 수익자부담원칙을 고착화하는 방향으로 재정논의가 진행되고 말았다. 정작 중요한 국고지원확대 주장조차 재정책론에서 중심에 있지 못하고 있다. 부유세등으로 무상의료를 실현하자는 초기 진보적 아젠다는 상실되고 건강보험 부과체계나 보험요율을 인상하자는 주장으로 후퇴되면서 건강보험의 재정정책과 관련된 주장도 난맥상이 지난 15 년이상 지속되었다.

- 우선 국고지원 확대 및 국가 책임 강화는 매우 중요한 과제다. 현행 「국민건강보험법」에 따라 국가는 건강보험 재정 지원을 하도록 규정되어 있으나, 역대 정부는 그 약속을 지킨 적 없다.(이 부분은 본고에서는 자세한 설명을 생략한다.) 특히 이재명정부는 공약에 선명하게 국고지원을 충실히 하겠다고 하고서도 여전히 이를 어겼다. 그럴 수 있는 이유는 건강보험재정이 여전히 흑자이고, 일반회계로 건강보험재정을 지원할 압박을 정부가 전혀 느끼지 않기 때문이다. 여기에 이제 보장성강화계획이 거의 없어진 마당에 고령화나 ‘필수의료지원’ 같은 선별적인 항목지원책을 제외하면 재원확대의 필요는 극히 줄어들고 있다는 점도 한 몫 했다. 이는 윤석열정부가 문재인케어를 공격하면서 장기적인 건강보험적자공포를 부추긴 맥락이나 2015 년 박근혜정부의 ‘2060 장기재정전망’에서의 건강보험재정적자 공포 유발의 효과이기도 하다. 건강보험이 1 년 단위 단기운용 사회보험이라는 점은 거의 드러나지 않고 있으며, 건강보험 흑자나 적자나 모두 단기계획의 실패라는 점도 알려지지 않았다. 이 점에서 이런 과정들도 여전히 자본의 선제적인 재정전략이 유효했고, 사회운동은 이를 부분적으로 대응하는데에 급급했다고 평가할 수 있다.

〈표〉 건강보장으로 사회보험제도를 운영하는 주요국가에서 보험재정에 대한 정부지원 비중

	일본	대만	프랑스	한국
국고지원비중	27.4%	23.1%	52.3%	13.2%
국고지원방식	후기고령자보험의 50% 지원	보험료수입의 최소 36%로 명문화	사용자보험료외 준조세형태의 세금부과	보험료예상수입 14% + 건강증진기금 6%
자료 : 손동욱, 박경선, 이수연, 김용빈(2019) 주요국의 건강보험에 대한 정부지원 배경과 시사점.				

- 무엇보다 따라서 세부 각론으로 보면 국고지원 법정 비율 준수 및 상향에 대한 주장은 좀더 공세적일 필요가 있다. 또한 OECD 평균 수준의 공적 재원 투입을 목표로 장기적으로 국고지원 비율을 상향하는 계획을 수립토록 압력을 행사해야 한다. 또한 건강보험재정에 대한 국고지원의 내용도 공공의료 확충 재정 분리등을 통해 모색할 필요가 있다. 감염병 대응, 취약계층 의료비 지원 등 국가가 책임져야 할 공공보건의료 영역의 비용을 건강보험 재정에서 분리하여 국가 일반회계에서 직접 충당하도록 해야 했다. 그런데 실제로는 정책사업인 난임부부지원이나 취약계층 의료지원등이 건강보험으로 넘어온 경우도 많았다. (공공부조 영역인 의료급여 부분의 재정문제는 본고에서는 논외로 함)

- 무엇보다 건강보험의 재정기반에 대한 사회목적세 형태의 부과와 대기업에 대한 부과, 사용자와 노동자의 현재 1:1 비율을 조정하는 문제등에 대한 공세적 논의가 없어지면서 '소득중심 부과체계'라는 협소한 쟁점이 주된 논의지점이 되어 버렸다. 국고지원을 확대해 자산부과 형평성을 높이고, 누진적 부과체계를 갖추지 않고서 소득중심의 단일 부과체계를 주장하는 것은 실제 건강보험의 사회연대원리를 근본부터 훼손할 수 있다. 특히 소득상한선이 있고, 자산불평등이 심각한 한국에서 드러나는 소득만으로 건강보험재원을 충당한다는 것은 앞서 이야기한 '수익자부담원칙'에 따른 것이고, 결국 일하는 사람들만 치료받을 권리가 있다는 '노동기반복지(workfare)'를 고착화시키게 된다.

- 건강보험통합 이후 적자국면은 실제로 정부가 공급자들을 달래기 위해(의약분업으로 약가 마진이 줄어든 의료공급자에 대한 당시 추가보상책으로 작동한) 빠른 속도로 수가를 인상한데 기인했다. 여기에 지불제도개편등을 하지 않고, 낭비를 방치함으로써 2001-2004 년 적자가 빠른 속도로 늘어났다. 당시 이 적자해결을 위해 정부는 부가증세나 기업부담증가, 사회목적세, 국고지원확대를 도모하지 않고, 의료공급자와 가입자를 한 테이블에 몰아넣고 재원과 수가를 같이 결정하게 하는 거버넌스체계(현재의 건강보험정책심의회위원회)를 마련했다. 이것이 거버넌스로 불릴 만한 자격이 있는지 모르지만, 결국 이 거버넌스는 건강보험을 노동자·시민의 필요에 따른 서비스제공과 그에 걸맞는 재원동원이라는 체계가 아니라, 공급자와 가입자가 수가를 중심으로 협상하면서 의료서비스의 양과 질의 문제를 노동자·시민들의 보험료부담으로 치환하는 재정구조로 변질시켰다. 이에 대해 시민사회단체들이 적절한 대응을 하지 못했을 뿐 아니라, 현재는 의료공급과 관련된 가입자대표들이 다수 참여해 실제로는 '건강보험정책심의회'가 아니라 '의료공급자심의회'라 불릴 수준으로 그 역할은 변질된 상태다.

- 결국 고령화로 인한 의료수요증가, 행위별수가제라는 행위량이 증폭되는 지불제도, 민간중심의 의료공급 등 건강보험재정을 악화시킬 요인은 매우 많음에도 재정책을 위한 로드맵이나 근본적 해결책은 전혀 없는 상태다. 재정관료와 보수언론의 건강보험재정적자

공포조장은 결국 재정책확대를 차단하려는 기전으로 작동하고, 건강보험재정 긴축을 조장하고 있다. 이런 상황에서 건강보험의 재정문제만을 우선하는 전략은 실제로 효과적일 수 없다. 특히 연금등이 이미 '세대갈등 프레임'으로 갈등을 겪으면서 재정고갈시기를 뒤로 미루는 것이 금지옥엽처럼 주장되는 현 상황에서는 '재정중립'이나 '지속가능성' 같은 내용은 일견 합리적으로 포장되고 있으나, 결론적으로는 경상의료비 전체에서 건강보험이 차지하는 비중을 획기적으로 늘려야하는 상황에는 맞지 않는 수세적 혹은 자본의 요구에 걸맞는 정책프레임이라고 할 수 있다.

- 현 시기 요구되는 재정담론은 실제로 건강보험재정의 획기적 증대를 어떻게 이룰 것인가? 경상의료비 50%에도 미치지 않는 건강보험재원을 늘릴 노동자·시민의 대안을 마련해야 마땅하다.

4. 작용과 반작용(반동시도)

- 지금까지 건강보험을 둘러싼 계급적 갈등은 매번 작용과 반작용을 불러왔다. 역사적으로 보면,

1) 노동자·민중투쟁으로 건강보험을 쟁취하고 1988년 전국민건강보험을 쟁취한 과정이 있었다. 하지만 이에 대해 자본일반(국가)은 수익자부담원칙을 고수하려 지역가입자에 대해서 국고지원을 하지 않으려했고, 이를 당시 운동(보험증 소각 등 대중운동)은 분쇄하고 조합방식의 건강보험으로 전국민대상 건강보험이 출범할 수 있었다. 하지만 자본은 약속한 지역가입자의 국고지원금액(50%가량)을 1989년 이후 지킨 적 없고, 2000년 건강보험이 통합된 이후에도 약속한 국고지원액(일반회계의 14%)을 한번도 지킨 적이 없다. 즉 국고지원누락은 건강보험은 노동자·시민들의 각출금으로 운영해야 한다는 이념을 반영하는 건강보험도입운동에 대한 반작용이다.

2) 이에 부자조합과 빈자조합의 재정불균형과 가입자에 대한 차별문제, 낮은 보장성의 문제등을 해결하기 위해 1990년대 '의료보험통합일원화와 보험 적용 확대를 위한 범국민연대회의'(의보통합연대회의)가 발족하고 그 투쟁의 성과로 2000년에는 단일보험자로 국민건강보험공단이 출범한다. 하지만 당시 의약분업등을 둘러싸고 의사단체들의 집단진료거부(이를 당시 우익이 지원하였으며) 등이 있었고, 건강보험의 보편적 건강보장제도로의 진화를 막기위한 사보타주가 시행된 바 있다. 의약분업으로 인한 약가 마진문제가 쟁점으로 의사들이 집단적 저항을 한 것으로 역사는 기록하고 있으나, 크게 보면 의사들의 집단저항은 우익들이 건강보험통합에 반대하기위한 저항책(반작용)으로 강구된

맥락이 크다.(이는 2020 년 문재인정부의 400 명 의사증원안에 대한 의사협회의 저항을 우익들이 집단적으로 지지한 맥락과도 비슷하다.)

3) 하지만 진보정당, 시민사회노동단체는 2000 년대를 들어 이런 우익적 반동시도에 대해 ‘무상의료’를 주장하면 보편적 건강보장을 획기적으로 올리기위한 정치,사회적 운동에 돌입했다. 이 압력은 매서웠는데, 2004 년 무상의료,무상교육을 핵심정책으로 제시했던 ‘민주노동당’은 단숨에 원내진입해 영향력을 행사할 수 있었다. 특히 무상의료에 대한 대중적 친화도는 급증하여 2011 년에는 민주당조차 무상의료를 공약화하기에 이른다.(당시 3 무정책으로 불리는 무상급식,무상의료, 무상보육을 말한다. 물론 2012 년 대선을 기점으로 이를 포기한다.) 하지만 이에 대해 자본은 의료산업화론(노무현정부의 의료산업화선진화위원회 구축), 재정폭탄론 등으로 반동적 대응을 했고, 특히 금융자본은 보충형보험으로 낮은 보장률을 해결할 수 있다고 주장하며 2008 년 실손의료보험을 전면적으로 판매하도록 규제를 완화시켰다.(이런 실손보험에 대한 대응은 앞서 살펴봤듯이 수세적인 선보험료인상운동인 ‘만천원의 기적’이었는데 이는 매우 실망스러운 결과를 초래하고 말았다.) 즉 대중의 무상의료정책에 대한 자본의 반동적 대응이 보충형보험인 실손보험이라고 봐야하며, 이는 매우 성공적인 반동정책으로 자리를 잡았다고 평가해 마땅하다.

4) 추가로 2003 년 무상의료의 구체적인 정책제시가 이뤄졌는데, 보편적 건강보장과 관련된 주장은 전술적 정책으로 ‘암부터 무상의료’등이 제시되어 2005 년부터 산정특례로 암에 대한 본인부담금이 낮아지는 효과를 거뒀으나, 이는 선별적 보장률 조정에 매몰되는 결과도 초래했으며, 이를 이후 차용해 박근혜정부는 ‘4 대중중질환 국가보장 100%’라는 선별보장체계로 전환을 이뤘다. 박근혜정부는 국가보장 100%를 위해 급여의 보장범위와 보장금액을 높이는 전략이 아니고 비급여의 일부를 ‘선별급여’로 만들어 본인부담율을 차등화 하는 전략을 채택했다. 이는 현재까지 본인부담차등 급여구간이 존속하는 근거가 되었고, ‘필수의료’가 등장하고, 최근 실손보험사의 과당청구 행위를 위한 ‘관리급여’ 도입까지 나아갔다. 즉 보편적 보장을 요구하는 요구에 자본이 선별적이고 지엽적 땀뺀식 조치를 남발하면서 20 여년이상 급여화 정책은 누더기가 되고 지연된 상태다.

5) 이런 점에서 무상의료에 대한 자본의 대응으로 발전된 보충형 민간보험(실손보험)은 반동적 성격이었을 뿐 아니라 현재 보편건강보장을 주장하는 세력을 축소시켰고, 건강보장운동의 헤게모니를 와해시켰다고 볼 수 있다. 따라서 2007 년은 건강보장에서 매우 중요한 지점이다. 문제는 현재는 20 여년이 흐르면서 이런 선별적 보장계획, 보충형 민영보험체계 등이 새로운 합리성으로 고착화되었다는 점이다. 그 결과 최근 보충형보험을 확대해 의료공급자를 통제하자는 주장(의사단체와 민영보험사의 계약을 승인하자는 제 3 자 승인건으로 이미 2024 년 윤석열정부의 의료개혁특위안에 제시된 바 있음)이 대안으로 제시되거나, ‘보충형공제조합’을

통해 본인부담금이나 비급여 부담을 해결하자는 대안(이는 민영방식이 아니라 조합방식으로 2 중의 보험구조를 고착화하자는 주장)이 제시되고 있다. 끝으로 이런 상황에서 건강보험공단이 공적보충보험을 제안하자는 대안도 나온다.(이는 미국의 메디케어 A,B,C 같은 옵션상품과 유사함) 즉 보편건강보장을 중심으로 하는 무상의료 주장에 대한 반동적 시도(2007 년 실손보험으로 대표됨)는 이미 임상현장, 대중적 체감도, 대안정책 전반에서 성공을 거두고 다음단계의 반동적 정책을 도입하려는 단계에 있다.

- 건강보험 거버넌스도 조합방식에서 단일보험자로 발전했으나, 재정관료와 병원자본, 제약자본, 금융자본이 합세해 의료공급자(의사단체)와 가입자(보험료를 내는 노동자·시민 대표)를 모아 보험요율(보험료를 얼마나 낼지)와 수가(공급자에게 얼마를 지불할지)를 같이 논의하는 기형적 위험분담구조를 만들었다. 이런 건강보험정책심위원회 구조는 당시는 한시적이라는 꼬리표라도 붙었으나, 20 여년이 지난 지금은 이것이 ‘뉴노말’인 양 운영되고 있다. 이는 대만의 경우를 보더라도 단일보험자⁷로 건강보험공단이 가진 힘으로 재정을 획기적으로 확충하면서 국민들의 의료비를 절감시키는 것을 기피한 거버넌스구조로 막았다고 평가하는게 옳다. 특히 이 위원회(건강보험정책심위원회)와 정부는 실제로 한 통속을 이루면서 지속가능성, 정부의 정책지원등을 건강보험재정을 동원해 일방적으로 하고 있다.(대표적으로 윤석열정부에서는 상급종합병원 구조조정을 위한 명분으로 정부재원이 아니라 건강보험재원으로 3년간 10 조원을 지원한다.)

- 이런 작용(운동)과 반작용(반동)을 역사적 맥락에서 볼 때 자본의 반동적 대응에 대해 노동자·민중 즉 가입자 일반은 대체로 2007 년 이후로 수세적으로 대응하면서 의료시장화와 반작용에 대해 포섭되고 있다고 볼 수 있다.(그 이유는 좌파의 무능, 분열, 자유주의자들의 침습등으로 구체화 할 수 있으며, 본고에서는 자세한 설명을 생략한다.) 좀더 냉혹하게 이야기하면 건강보험으로 이 정도 보장을 받고, 우리가 내는 보험료로만 운영되는 건강보험에 대해서 내재적 만족을 하는 것이 새로운 합리성으로, 뉴노멀로 인식되기에 이른 것이다. (이는 반동적 시도의 한시적이지만 성공이라고 표현할 수 있겠다.) 다만 이런 주장을 구체적으로 해도 현재 상황에서 대중적으로 건강보험제도가 OECD 등으로 표현되는 주요산업국가 수준에 도달해야 된다는 점이 절실한 요구나 정치적 쟁점이 될지는 미지수다. 그런 점에서 현재 실제로는 실손보험을 동반한 높은 본인부담율을 감수하는 한국의 이중적 건강보험제도(two tier healthcare)는 고착화되었다고 평가할 수 있다.

⁷ 심의의결기구는 전민건강보험회로 해당 위원회는 가입자 대표 20 인(가입자 14 명, 사용자 5 명, 예산담당자 1 인), 의료공급자 대표 10 인(병원협회 4 인, 의사협회 2 인, 치과협회 1 인, 중의사 협회 1 인 등), 전문가 및 학계 7 인, 관계기관 대표 2 인으로 구성

5. 고착화된 현재를 돌파할 방안은 없을까?

- 일단 본고에서는 자세히 다루지 않았으나 현재 의료체계의 근본적 배경 중 하나인 민간의료 공급체계(민간병원이 95%, 병상의 90%를 공급하는 구조)는 실제 이 모든 건강보험제도 난맥상의 원흉이라고 할 만하다. 1988년 전국민건강보험 도입이후로 미충족의료를 모조리 재벌병원과 민간병원들이 수용하고, 일차의료를 시장중심으로 방치한 결과 건강보험으로도 의료공급자를 통제하거나 규율할 방법이 실제로 거의 없다. 그리고 보장성을 높이려해도 밀빠진 독에 물 붓기 식으로 민간의료공급자의 수익성만 강화할 공산이 크다보니 민간의료공급자와 가입자의 상호 싸움판만 가중되고 있다. 여기서 정부와 금융자본(민영보험), 제약자본 등은 가세해 의료산업화, 시장화 논의에 불을 붙였다.(영리병원도입논리도 실제로 한국의 병원의 50% 가량인 개인병원이 영리를 추구한다는 점에 기인했다.) 여기다 2000년 의약분업개혁에 대한 집단진료거부 이후 2020년 의사증원안에 대한 진료거부 그리고 2024년 윤석열정부의 이천명 의사증원안에 대한 집단진료거부 등 의료공급자의 강력한 집단행동도 민간의료공급구조에서 고착화되어버렸다.

- 최소한의 공적의료공급이 없다면 실제로 어떠한 국가의 건강보험발전계획은 작동할 수도 수립할 수도 없다. 건강보험제도를 자신의 밑밥으로 생각하는 민간의료공급자 다수의 이해관계를 조율하고 규율할 공적의료공급이 확충되어야 하는 것은 기본적인 과제다.(앞서 살펴본 국가의 건강보험발전계획 실종 - 건강보험 통합이후 공급자와 가입자 사이에서 책임전가, 건정심의 고착화, 건강보험의 한시적 기능만 방치, 그 결과 선별적 급여항목 논의 지속, 비급여 양산되자 선별급여 도입, 비급여 통제 불가능하자 관리급여 도입 등은 모조리 이런 민간의료공급기반에서 가능했다.) 따라서 노동자·민중의 투쟁으로 쟁취한 1988년 전국민건강보험, 2000년 건강보험통합, 그리고 진보세력이 주도한 2000년대 무상의료운동 모두가 다음 단계로 나아가지 못하고 반동에 직면한 이유는 의료공급체계를 개편해내지 못했기 때문이기도 하다. 이 민영의료공급체계가 최대의 반동적 시도인 보충형 민간보험(실손보험)도입의 토대가 되었고, 이들의 대중장악력을 극대화시켰다.

- 그리고 좌파의 무상의료 주장에 대한 반동으로 등장한 실손보험(보충형 보험)은 금융자본의 힘을 증대시켰다. 그리고 실손보험에 대한 대응책은 ‘만천원의 기적’, 보장성강화운동에 따른 ‘4대중증질환으로 보장성부분 축소(4대중증질환 국가보장 100%⁸)’ 등은 매우 비약했다. 결국 보장성강화에 대한 대중 요구로 박근혜를 탄핵하고 촛불정부를 자칭하며 등장한 문재인정부는 문재인케어(비급여의 전면급여화)를 내놓았다. 하지만 이에 대한 반동적 시도도 결국 필수의료전략으로 귀결되었다. 결국 현재 필수의료전략에 대한 대응은 이론적으로는 매우

⁸ 박근혜정부의 공약이 당시 보편, 선별 복지논쟁의 일환이었다고 하지만 당시 ‘무상의료’에 대한 대중적 열망의 반응이라는 점에서 성과로 보는 것이 맞다고 필자는 생각한다.

중요하다. ‘필수의료’란 건강보험의 보편적 보장을 확대하는게 아니라 선별적으로 지원을 하겠다는 것일 뿐 아니라, 건강보험이 보장해야 하는 의료가 ‘필수의료’가 아니라는 인식을 심어준다. ‘필수의료’라는 단어를 사용하고 ‘필수의료’를 보장해야 한다는 주장은 결국 건강보험은 고위험·비수익 부분을 보장하고, 민영보험은 저위험,경증을 보장하면 된다는 이중구조를 당연시하게 만든다. ‘필수의료’에 대한 대응은 따라서 건강보험강화를 위한 즉각적인 선결대응과제다.

- 구호와 슬로건은 보편건강보장을 추진할 수 있는 담론수준을 회복해야 한다. 최소한 ‘암부터 무상의료’와 같은 명시적인 보편건강보장을 선명하게 드러낼 구호와 운동이 필요하다. 이를 우리는 ‘입원부터 무상의료’ ‘중증질환부터 무상의료’ ‘어린이부터 무상의료’ ‘노인부터 무상의료’ ‘실손보험없는 세상, 무상의료’ ‘국가책임 무상의료’ 등으로 표현해 볼 수 있다.

- 재정전략은 이제 ‘소득중심 보험료체계’니 보험요율 인상여부 등의 프레임에서 벗어나야 한다. 조세기반 보험제도로 넘어가자는 주장이 필요하다. 프랑스식 사회복지세를 도입하거나, 대만식으로 기업이 더 건강보험료를 부담하자고 해야 한다. 국고지원확대도 ‘확대’가 아니라 국고지원법을 대만식으로 36%이상으로 만들어야 한다. 그런데 이런 주장이 있었고, 국회에도 2016 년이후 입법논의가 있었음에도 수행되지 않은 이유는 무엇보다 재정프레임 자체가 현재 건강보험이 흑자이고 장기적으로는 적자가 예상되니 긴축을 하자는 주장이 선행되었기 때문이다. 결국 건강보험재정전략에서는 ‘긴축’을 막을 대중적 급여화 전략이 동반될 필요가 있다. 그렇다면 비만약, 탈모약도 급여화 하자는 이재명대통령의 주장을 자원배분의 우선순위등을 거론하면서 재정관료도 아닌데 우리가 마다할 이유가 없다. 국민들이 필요로 하는 건 다 급여화하자. 의학적 초음파, MRI 당연히 급여화해야 한다. 급여화에 두려워하지 말자. 재정이 우선이 아니고 급여화가 우선이다.

- 왜 보험이 안돼요? “그냥 나라(심평원이나 국가)에서 정한 것이니 따르세요” 라는 식의 답변으로는 문제를 해결할 수 없다⁹. ‘아리까리한’ 의료영역(grey area) 문제도 민영보험기반의 영리의료에 맡길 수 없다. 다 건강보험이 해결해야 한다. 그러려면 노동자·시민들이 원하는 의료서비스를 빨리 급여화하자고 발걸할 필요가 여전히 있다.(과거 식비, 차등병실료, 암치료 등) 그리고 급여화와 재정여력을 연동시키지 말아야 한다. 구호는 선명할 필요가 있다.

⁹ 여기에 대해서는 사실은 급여와 비급여를 혼용할 수 있는 구조를 정리해야 한다. 즉 혼합진료금지가 정책적으로 필요하다. 다만 급여화가 일정수준으로 완료되어, 대중적 호응이 상승했을때 신의료기술이나 고도의료부분에 대해서 로드맵으로 진행해야 하며, 혼합진료금지에 대한 다양한 주장은 여러 연구를 참고하기 바란다.

6. 소결

- 1) 공공의료강화 없는 건강보험전략은 불가능하다. 공공의료를 최소 현재보다 2 배 이상 늘려야 건강보험 보장성 강화전략 수립이 가능하다.
- 2) 무상의료 구호의 부활이 절실하다. ‘입원부터 무상의료’, ‘필수적 의료서비스부터 무상의료’, ‘어린이부터 무상의료’, ‘노인부터 무상의료’ 등이 필요하다.
- 3) 조세기반 보험재정 로드맵이 필요하다. ‘보험료인상이 아니라 국고지원’, ‘사회목적세 신설’, ‘모두를 위한 건강보험은 부자증세’ 등의 대안이 필요하다.
- 4) 대중적 급여화 과제를 광범하게 논의하고 요구사항으로 전개해야 한다.

보건의료 규제 완화의 맥락과 공공성
이동근 (건강사회를위한약사회 부대표)

이윤보다 생명 2026, 보건의료운동 총회

건강사회를위한약사회

2026 보건의료운동 총회 보건의료 규제완화의 맥락과 공공성

건강사회를위한약사회 이동근
2026년 4월 19일

보건의료 규제완화의 맥락과 공공성

2000년대 시작된 의료민영화 투쟁: 무엇을 막아왔고, 지금은 어떻게 되었을까?



2026 보건의료운동 총회



노무현 정부의 의료민영화

차세대 국가성장 동력으로서, 의료서비스

경제자유구역내 외국병원 내국인 진료 허용

2004.11.16 [가](#) [+](#) [-](#) [목록](#)

인천, 부산·진해, 광양만권 등
할 수 있게 된다.

또 경제자유구역청은 조직·인
부여된다.

정부는 16일 이해찬 국무총리
지정및운영에관한법률' 개정안

의료산업선진화위원회 출범

노무현 대통령, "지역혁신, 수도권 발전에도 필요" 등

2005.10.05 [가](#) [+](#) [-](#) [목록](#)



[SET_VOD]

정부가 의료산업 육성을 위해 의료 제도 등을 정비하기로 했습니다.
정부는 10월5일 `의료산업선진화위원회` 출범식과 1차 회의를 열어 의료산업발전과 의
료제도 개선방안 마련에 들어갔습니다.

- 의료서비스를 선진화한다는 명목으로 경제자유구역 외국 영리병원의 내국인 진료 허용하고 의료산업선진화위원회가 출범함.
- 환자치료 및 보건복지적 관점의 의료에서 차세대 국가성장동력 및 수익 창출의 도구로서 전환
- 기재부 주도로 보건복지 정책 재편

이명박 정부의 의료민영화

전면적 의료민영화 추진과 저항

기타기관

'건강보험 당연지정제 폐지' 논란

의협, 법개정 추진...네티즌 '건보 폐지' 반발

홍성익 기자 입력 2008.01.29 08:11 | 댓글 0

이 당선인측 '실게 결정할 일 아니다'
건보공단 노조 '총선 前 반대 집중투쟁' 전개

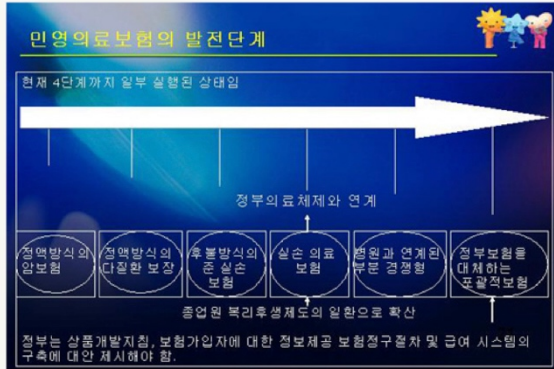
이명박 대통령 당선인이 선거 과정에서 대한의사회에 밝힌 '건강보험 당연지정제 전면 재검토' 방침이 뚜렷한 실
체도 없이 건강보험 폐지 논란으로 번지고 있다.

- 이명박 정부 초반 건강보험 당연지정제 폐지 및 민영보험 활성화, 영리병원 전면 허용을 추진하였음.
- 하지만 2008년 촛불집회 이후 강력한 국민적 반발 직면
- 2008년 의료민영화 저지 및 건강보험 보장성 강화운동 시민사회 연대단체 출범



이명박 정부의 의료민영화

국민적 저항을 받은 뒤, 은폐된 민영화 지속



- 실손형 민간의료보험 활성화
- 외국인 환자 유인 및 알선 전면 허용
- 줄기세포치료 등 세포치료 규제완화
- 국민건강보험 의료데이터의 민간보험 공유

박근혜 정부의 의료민영화

투자활성화 대책으로 등장한 병원의 돈벌이

ChosunBiz

재테크 증권 부동산 IT 금융 산업 중소기업·벤처 바이오 유통 정책 정치

[4차 투자 활성화 대책] [의료] 병원 M&A는 가능... 기업형 '법인 약국'도 허용

병원, 영리 자회사 설립 - 투자 받고 채권도 발행, 숙박업 등 부대사업 확대
 '1약사 1약국' 체제 변화 - 여러 약사가 대형약국 운영
 의료·약사계 강력 반발 - "의료 민영화 前단계"

병원형 기자 이지혜 기자
 입력 2015.09.15 14:00

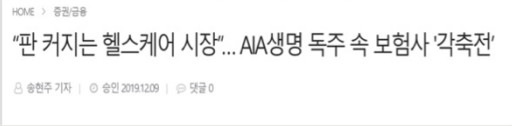
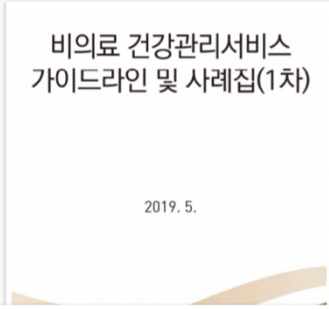
긴급 기자회견
 보건의료분야 6차 투자활성화 대책 분석과 묻

박성민 이상훈 이규진 무석균 이은경 최형준

- 비영리법인 병원의 메디텔(화자 숙박 시설) 등 부대사업 전면 확대 및 영리 자회사 허용
- 제주 영리병원 설립 추진
- (의료법 개정 우회한) 비의료 건강관리 서비스 추진
- 원격의료 시범사업 추진

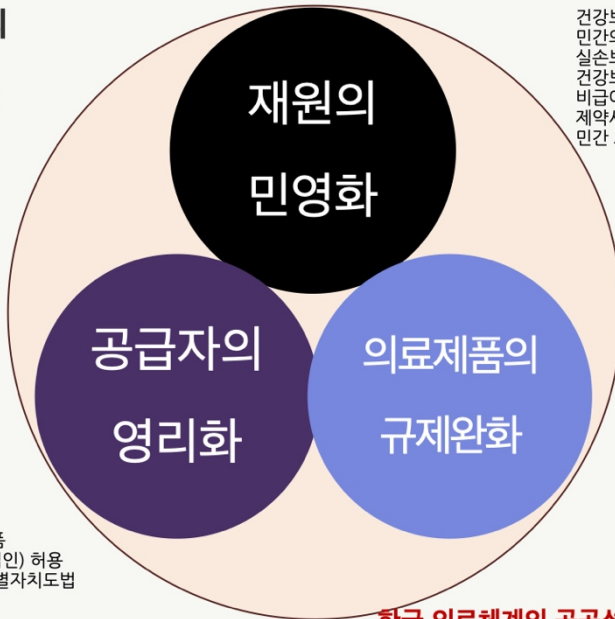
문재인 정부의 의료민영화

4차 산업혁명을 위한 의료민영화



- 비의료 건강관리서비스 확대, 민간 보험사의 헬스케어 전문 자회사 허용
- 인보사 사태와 첨단재생바이오법 제정
- 혁신 의료기기 지원법 제정 및 체외진단기기 시장진입 절차 간소화
- 보건의료 빅데이터의 상업적 활용을 담은 데이터 3법 제정
- 코로나19 팬데믹이 진정된 이후에도 원격의료 지속 추진
- 공공병원 설립 요구는 외면

세 가지 범주의 의료 상품화 (의료 민영화)



의료기관 영리자회사 허용 (보건의료기술 진흥법)
영리법인 약국 허용
의료관광사업 활성화
영리적 원격의료 중개 플랫폼
영리병원(투자개방형 의료법인) 허용
☑ 경제자유구역특별법, 특별자치도법

건강보험 보장성 축소
민간의료보험 역할 확대
실손보험 청구 간소화 (보험업법 개정)
건강보험 데이터의 영리적 사용
비급여 진료비 관련 실손보험 심사
계약사 약가 우대
민간 보험사의 건강관리 서비스 허용

신의료기술평가 면제 및 유예
시장즉시진입 의료기술
의약품 독점권 강화
약가제도 규제완화
첨단재생의료 규제 완화
의약품 조건부허가 확대

한국 의료체계의 공공성 훼손



현행 의료민영화 정책: '윤석열 정부'가 기획하고, '이재명 정부'가 실행한다

데이터&재정의 민영화, 실손보험 강화

영리적 원격의료, 제2의 경제자유구역법

환자 안전보다 의료제품 개발기업 육성



재원의 민영화: 실손보험 강화

실손보험 청구 간소화

금융위원회 보도자료 *국민의 건강과 안전을 위한 최선의 조치*

보도시점 2024.10.25.(금) 11:00 배포 2024.10.24.(목) 15:00

**'24.10.25일부터
'창구 방문 없는', '복잡한 서류 없는'
실손보험 청구 전산화
순차적으로 시행됩니다.**

- ◆ '24.10.25일부터 병원급 의료기관(병상 30개 이상)과 보건소를 대상으로 실손보험 청구 전산화 시행
- 현재까지 총 4,223개 요양기관(병원 733개 및 보건소 3,490개)이 참여를 확정 (참여율 54.7%, 실손보험 청구건수 비중(수정) 56.9%)하였고, 오늘 210개 병원 부터 순차적으로 시행 예정

• 14년만에 민간보험사의 요구였던 '보험업법 개정안'의 국회 본회의 통과

• 표면적 이유: 환자 편의성 증진

• 문제점:

- ① 민간보험사들이 의료기관으로부터 방대한 환자 청구/진료 데이터를 축적하기 위한 방안
- ② 전송된 개인건강정보를 민간보험사가 출자한 기관이 관리



재원의 민영화: 건강보험 재정의 민영화

혁신형 제약기업 약가 우대

		현행	11월 발표안	최종안
약가 우대	수준	혁신형 제약: 68%	① 혁신형 제약 상위 30% : 68% ② 혁신형 제약 하위 70% : 60% ③ R&D 성과 낸 벤처 : 55%	① 혁신형 제약 : 60% ② 혁신형 제약 준하는 기업 : 50%
	기간	1+2+2년 (통상 1년)	3 + α년	1 + 3년
대상 기업 수		48개	약 50여개 내외	약 60여개 내외

- 14년만에 제네릭 약가제도 개편
- 표면적 이유: 국내 제약기업 혁신 촉진
- 문제점:
 - ① 기존 건강보험 재정 중 연간 500억원 규모로 제약기업 약가우대에 사용됨. 이번 개정으로 더 증가됨.
 - ② 국민들은 오랜기간 제약산업 육성을 이유로 세계에서 가장 비싼 제네릭을 사용하고 있음.
 - ③ 이번 발표로 제네릭 가격 인하 이뤄진다고 하지만 실질적으로는 제약기업 신약개발 촉진으로 변질



재원의 민영화: 건강보험 재정의 민영화

사회적으로 수용가능성과 무관한 신약 가격 올리기

□ 개선안

- (신속 급여화) 급여적정성 평가 및 협상 간소화를 통해 희귀질환 치료제의 신속 등재 추진 (現 최대 240일 → **改 100일 이내, '26~**)

품목 허가	급여기준 설정 (약평위 등)	약가·총액제한액, 공공의무 협상	건정심 등
신약처	심평원 (최대 150일 → 12개월)	건보공단 (최대 60일 → 12개월)	복지부 (1개월)

* 약가 예) 제외국 평균가의 일정 수준으로 산정
 ** 허가·평가 병행 등 세부 운영방안에 따라 단계별 소요기간은 탄력적으로 운영

□ 개선안

- ① **단기(ICER 개선) ICER 임계값을 적정 수준으로 상향**
- (방향) 생존위험 질환 등 질병의 위중도, 치료적 이익, 재정영향 등을 고려한 **가중치 도입**하여 ICER값 탄력 적용 시 반영
- * (일정) ICER 임계값 설정 원칙과 가중치 도입 방식 검토를 위한 정책연구 실시('26) → 연구결과 토대로 합리적 방안 마련 적용('27~)

- 희귀질환 치료제의 약가협상 간소화 신약 가격 기준이 되는 ICER 값 인상
- 표면적 이유: 환자 접근성 개선
- 문제점:
 - ① 최근 신약 가격이 계속 오르는 이유는 제약기업의 독점권과 시장지배력이 증가하기 때문임. 원칙없는 약가 인상은 나중에 돌이키기 어려움.
 - ② 신약 가격 인상은 일시적 효과가 아닌 누적적 효과임.
 - ③ 환자 접근성 제고가 아닌, 제약산업 육성을 위한 가격체계임.

재원의 민영화: 건강보험 재정의 민영화

이중약가제 대상 확대

③ 가형약가 유연계약제 도입

□ **(필요성)** 신약 접근성 제고와 국내개발 의약품 대외 경쟁력 강화를 위해 **보다 유연한 약가 체계 운영**할 필요성 제기

* 수출 비중 높은 바이오시밀러의 글로벌 가격 협상력 제고를 위해서는 약가 유연제 대상으로 검토 필요하다는 의견도 제기

○ 또한, 현행 **약가환급제**(위험분담제)는 본인부담금 환급 등 행정 절차에 따른 **환자 불편** 존재

● **(약가환급제 적용 확대)** 동제 신약, 특허 만료된 기 동제 오리지널, 위험분담 환급 종료 신약, 개량신약, 바이오시밀러 등 포함(26.2분기)

* 운영(안): (표시가) A8 조정최고가 이내 수준으로 제약사 요청가 (별도계약 금액) 건보공단과 별도 합의한 상한금액

- **(본인부담금) 환급액 발생하지 않도록** 별도계약 금액 기준으로 부과·운영하여 환자 불편 최소화

• 의약품 실제가격을 숨기는 이중약가제

• 표면적 이유: 환자의 신약 접근성 제고

• 문제점:

- ① **가짜 가격과 진짜 가격을 분리하여 약가 투명성을 해치는 국제적 결의사항 위반.**
- ② **환자의 신약 접근성과 아무 관련이 없는 특허만료 기등재 오리지널, 개량신약(복합제 또는 서방형 제제), 바이오시밀러 등을 포함하여 수출목적 제약기업의 편의성 증대 정책**
- ③ **국민들이 실제 약값을 알지 못하는 행정적 불투명성 증가**

재원의 민영화: 건강보험 재정의 민영화

건보 국고지원 축소, 기업육성 예산 확대

건강보험재정 국고지원금 현황 (단위: 조원)



*국고지원금 정부 지원기준: 건보료 예상 수입액의 20%

건강보험공단 노동조합 자료

• 2026년 건강보험 국고지원 비율은 법정 지원율인 20%에 한참 못 미치는 14.2%로 결정

• 국정과제로 이미 건강보험 재정 국고 지원을 확대하겠다고 명시했지만, 윤석열 정부보다 못미치는 수치임.

• 반면에 국민건강보험료율은 인상함.

• 의료 AI 경쟁력 확보, 의료제품 개발 기업 연구개발 지원금을 대폭 증액한 것과 비교됨.



재원의 민영화: 데이터 민영화

건보공단 빅데이터 개방



- 공식 회의에서 여러 차례 건강보험 개인건강정보 기업 제공 방안 논의
- 표면적 이유:
 - 첨단산업 육성을 위한 데이터 활용
 - 추후 정보 유출 시 징벌적 손해배상
- 문제점:
 - ① 국민들이 생산한 개인건강정보를 기업의 상업적 이익을 위해 사용됨.
 - ② 고위험 개인건강정보 유출로 인한 피해는 돌이킬 수 없음.

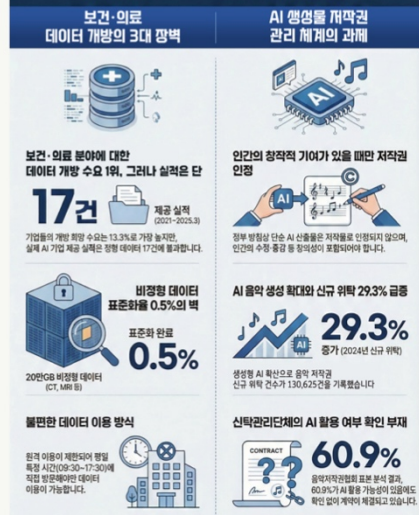


재원의 민영화: 데이터 민영화

감사원 인공지능 실태감사

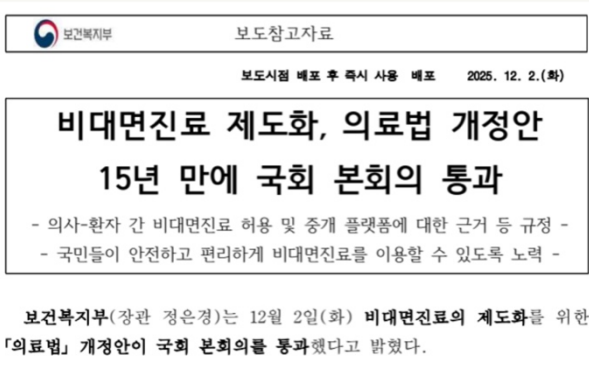
- 감사원의 보건의료 및 저작권 관리 분야 인공지능 대비 실태를 감사한 결과 발표(3/24)
- 지적사항: 건강보험공단, 건강보험심사평가원, 국립암센터의 기업제공 공공데이터 실적 부진/ 치료과정에 생산된 비정형데이터 자료제공 부진/ 재식별 위험 낮은 정보 반출 확대 필요
- 문제점:
 - ① 공단과 국민들이 생산한 데이터의 영리적 수단화
 - ② 개인 질병정보 및 건강정보의 공공성 검토 부재
 - ③ 가명정보라도 재식별 위험 높아 개인정보 유출 우려

대한민국 인공지능(AI) 대비 실태 보고: 보건의료 데이터 및 저작권 관리



공급자의 영리화: 영리적 비대면진료 플랫폼 도입

영리적 비대면진료 플랫폼 도입



- 15년 만에 원격의료 제도화 (26년 12월 시행 예정)
- 표면적 이유: 환자 편의성 증진
- 문제점:
 - ① 영리적 비대면 진료 중개 플랫폼 기업이 수익화하는 과정에 발생할 부작용을 막을 규제장치 미비
 - ② 배달앱 처럼 중개수수료 등의 방식으로 수수료에 의한 의료비 증가
 - ③ 비만, 탈모 등 피부·미용 분야의 비급여 처방을 유도하는 의료 남용

공급자의 영리화: 제2의 경제자유구역법

영리병원 조항 담은 대구경북행정통합특별법



- 아직 법사위에 계류된 대구경북통합법에 특별시장의 권한으로 경제자유구역을 지정하고 영리병원 개설이 가능하게 한 조항이 담겨 있음.
- 특별시장이 지정한 글로벌미래특구는 경제자유구역 지정되는 효과
- 참고로 2022년에 강원도 특별자치도법에 영리 의료기관 개설 관련 조항을 개정하는 법안 발의되었으나 임기 만료로 폐기됨.

의료제품의 규제완화: 환자 안전보다 의료제품 개발기업 육성

신의료기술평가 유예를 넘어 시장즉시 진입



- 시장즉시진입제도는 안전하지, 기존 기술보다 우수한지 살펴보는 신의료기술 평가 무력화
- 기존에도 일부 신의료기술평가 유예 제도 시행했지만, 안전하지 않거나 효과없는 의료기술 유예됨에도 통제하지 못하고 있음. 하지만 이를 더 신속하고 빠르게 허가하는 제도 도입
- 환자는 비싼 비급여 비용 지불하며 미검증 의료기기의 실험대상이 되어야 함.

의료제품의 규제완화: 환자 안전보다 의료제품 개발기업 육성

제2의 인보사? 첨단재생의료 규제 완화

보건복지부 보도자료 *국민의 안전과 건강을 위한*

2024. 2. 19.(수) 보도시점 행사 시작(14:00) 이후 배포 2025. 2. 19.(수) 08:00

첨단재생의료 치료제도 시행으로 희귀·난치 질환자에게 새로운 치료기회 제공

- 전문가심의 등 거쳐 치료
- 재생의료기관, 세포자

보건복지부 보도자료

2025. 12. 29.(월) 오전 보도시점 2025. 12. 28.(일) 12:00 배포 2025. 12. 26.(금)

치료 패러다임의 전환, 첨단재생의료와 함께 한발 더 다가서다

- 10월 16일 제2차 핵심규제 합리와 전략회의 후속조치 -
- 첨단재생의료 규제 개선 시행 -

보건복지부는 지난 10월 16일 개최된 제2차 핵심규제 합리와 전략회의의 후속조치로, 첨단재생의료 임상연구 활성화 및 치료 실시 촉진을 위한 규제 개선 방안을 마련하고 이를 첨단재생의료 및 첨단 바이오의약품 정책위원회에 보고하였다.

- 2024년 임상연구자가 환자에게 돈을 받고 미검증 치료법을 제공할 수 있는 첨단재생 의료 치료제도 시행
- 2025년 12월 치료제도 활성화를 위해 가능한 질환 범위를 대폭 확대
- 문제점:
 - ① 임상연구 수준의 기술을 적용할 수 있는 난치질환 범위가 당뇨병, 무릎 골관절염까지 확대됨.
 - ② 체내에 장기간 체류하는 세포/유전자 치료의 특성상 심각한 질환 유발 가능성 높음.
 - ③ 퇴행성관절염 등 정부 재정 지원 확대

의료제품의 규제완화: 환자 안전보다 의료제품 개발기업 육성

임상시험 규제완화

보도자료

• **발행일:** 7월 30일 (금) 15시

• **주최:** 식품의약품안전처

• **담당:** 의료안전국 임상정책과

• **문의:** (02)43-719-1856

• **주소:** 서울특별시 중구 남대문로 1가 187-1

신속한 임상 진입을 위한 중앙IRB
(임상시험심사위원회) 정식 출범!
다기관 임상시험 통합심사 등 개발지원 체계 본격 가동

□ 식품의약품안전처(처장 김강립)는 코로나19 백신과 치료제 등의 신속한 임상시험 진입을 지원하는 중앙임상시험심사위원회(이하 중앙

IRB Institution 구적인 협조 에서 출범식	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024. 10월
1상	19 (3%)	78 (19%)	113 (23%)	129 (19%)	97 (37%)	52 (22%)	48 (16%)
2상	113	50	66	139	83	100	100
3상	494	262	298	387	76	62	122
기타	59	23	7	15	5	20	35
합	685	413	484	670	261	234	305

• 임상시험의 신속한 진입을 위해 제한적으로 운영했던 중앙 IRB를 2022년부터 전체 임상시험으로 확대하여 기관 IRB를 대체할 수 있도록 함.

• 치료목적 사용승인 건수 점차 줄어들면서 규제완화

- 제약사 신청 치료목적 사용 및 원가수준의 비용 청구에 관한 기준 완화
- 2024년 국외 승인 임상시험 약까지 확대

• 문제점:

- ① 임상 승인단계에서만 중앙IRB 적용 되므로 임상시험 진행 중 환자 안전관리 방안은 부재
- ② 치료목적 사용승인제도가 점차 신약 마케팅 수단으로 변질

한국의료 공공성 회복과 의료민영화 정책을 막기 위해

과거 이명박, 박근혜 정부 때 막으려 했던 의료민영화 정책이 반복해서 등장함.

언론 및 미디어를 통해 AI 등 새로운 기술, 새로운 신약에 대한 사람들의 환상 높아짐.

영리적 수익추구가 사회 공공성을 침탈하고, 국민안전을 위협하는 구체적 사례 발굴 필요

많은 사람들이 사용하는 실손보험 및 비대면진료 플랫폼에 직접 공공성을 요구하는 운동도 모색해야

건강보험과 보건의료체계가 가지는 공공성의 가치에 대한 논의 확대

토론 1

치과건강보험 급여 확대의 전략과 한계 전양호 (건강사회를위한치과의사회 서울경기지부 회장)

1. 치과건강보험 급여 확대에 대한 요구

- 2000년대 중반 건보재정이 어느정도 안정이 되면서 보장성 강화에 대한 시민사회의 요구 확대 => 암부터 무상의료
- 특히, 치과의 경우 2006년 기준 치과의료비의 본인부담 비중이 83% (OECD 국가 평균 59%, 전체 국민 의료비는 44.7%)에 이를 정도로 건강보험의 보장성이 취약하였음.
- 2005년 건강보험공단에서 실시한 급여확대 항목에 대한 의견조사에서 16개 전체 급여확대 항목 중에서 5개가 치과의료 서비스일 정도로 국민들의 요구가 높았음

2. 건치의 노력과 전략

- 취약 계층의 치과의료 접근성 확대
- 국민 구강건강 증진과 구강건강 불평등 해소

1) 실천적 활동을 통한 급여 확대 모델 실험

- 무료 틀니 사업
- 턱움과키움 사업(아동청소년치과주치의제) ; 건치 회원 치과와 지역아동센터가 결연을 맺고 센터의 아동들에게 예방 중심의 치과의료서비스 제공. 이후 지자체를 중심으로 이 사업을 모델로 한 아동청소년치과주치의제 확대, 현재 건강보험 시범사업 진행중

- 2012년 ; 서울특별시 6개구(학생), 25개구(아동)
- 2013년 ; 울산광역시 북구(아동), 인천광역시 남동구(아동)
- 2014년 ; 광주광역시 5개구(아동), 전라남도 목포시(아동)
- 2016년 ; 경기도 성남시(학생), 부산광역시 16개구(군)(학생)
- 2019년 ; 경기도(학생), 인천시(학생), 울산시(학생), 목포시(학생)
- 2021년 ; 보건복지부 시범사업(광주,세종)

- 예방 관리 중심의 치과주치의 네트워크 사업 ; 치과주치의협회 창립, 의료진 교육 및 세미나, 덴탈시그널, 전자차트 제작

2) 시민사회와의 연대 - 치과건강보험 확대 캠페인(2008 년, 치과도 보험해주세요)

- 아동청소년 주치의제 도입, 성인 스케일링 급여화, 노인 틀니 급여화 등 연령별 치과 건강보험 확대운동

- 건강세상네트워크, 경실련, 참여연대, 한국장애인단체총연맹, 참교육을 위한 전국학부모회, 의료소비자시민연대 등 참여

3) 치과의사 집단의 설득

- 적정 수가 보장과 내원 환자의 증가

3. 급여확대

- 상대적으로 작은 재정 규모, 시민사회의 노력, 국민들의 높은 요구에 대한 정치권의 호응, 치과의사협회의 협조 등으로 인해 2009 년 치아홈메우기를 시작으로 항목별 급여화가 빠르게 진행되었음.

- 특히, 재정 부담에 대한 우려와 진료의 질에 대한 우려, 치과의사들의 거부감 등을 극복하고 노인틀니 급여화가 안착하면서 비교적 무리 없이 급여화가 진행되었음.

- 적용연령 및 급여 대상의 단계적 확대, 본인부담률의 단계적 인하를 통해 재정 안정성 도모

항목	급여 대상	비고
치아 홈메우기 (실런트)	만 18 세 이하 제 1,2 대구치	'09 년 보험적용 '13 년 연령 확대(만 18 세 이하) '17 년 본인부담률 인하(10%)
치석제거 (스케일링)	만 19 세 이상	'13 년 보험적용(만 20 세 이상) '17 년 연령 확대(만 19 세 이상)

레진	만 12 세 이하 영구치	'19 년 보험적용 '20 년 급여기준 개선
치아교정	선천성악안면기형	'19 년 구순구개열 보험적용 '21 년 선천성악안면기형으로 대상 확대
틀니	만 65 세 이상 무치약 (7 년에 1 회)	'12 년 레진상 완전틀니, '13 년 부분틀니, '15 년 금속상 완전틀니 보험적용 '15 년 연령확대 (70 세 이상) '16 년 연령확대(65 세 이상) '17 년 본인부담률 인하(50%→30%)
치과임플란트	만 65 세 이상 부분무치약(평생 2 개)	'14 년 보험적용 '15 년 연령확대(70 세 이상) '16 년 연령확대(65 세 이상) '18 년 본인부담률 인하(50%→30%)
아동치과주치의	2021 년 기준 초등학교 4 학년(광주, 세종시)	'21 년 아동치과주치의 건강보험 시범사업

4. 성과와 한계

1) 국민 구강건강 지표의 변화

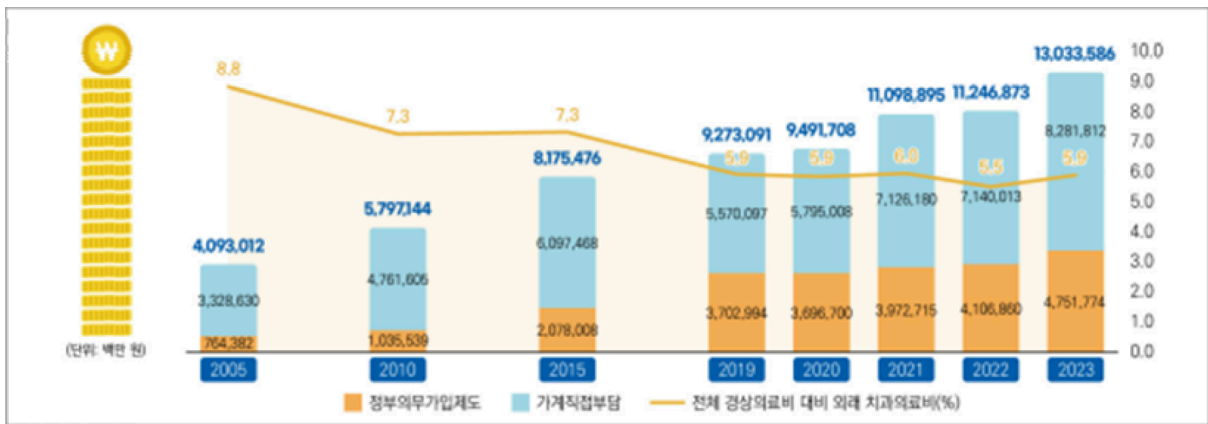
- '24 년 12 세 아동의 우식경험영구치지수는 1.94 개 '00 년 3.30 개에서 '24 년 1.94 개로 감소추세이나, 최근 5 년간 증감을 반복함. '03 년 3.25 개에서 '06 년 2.17 개로 급격히 감소. 이는 1997 년 구강보건팀 설치 2000 년 구강보건법 제정 등에 힘입어 학교를 중심으로 광범위하게 시행된 구강보건사업과 불소치약 사용의 확대에 의한 것으로 보임.

- '16~18 년 성인의 치주질환유병률은 30.5%.'12 년 22.7%로 감소하다가 '13 년 이후 꾸준히 증가 추세임

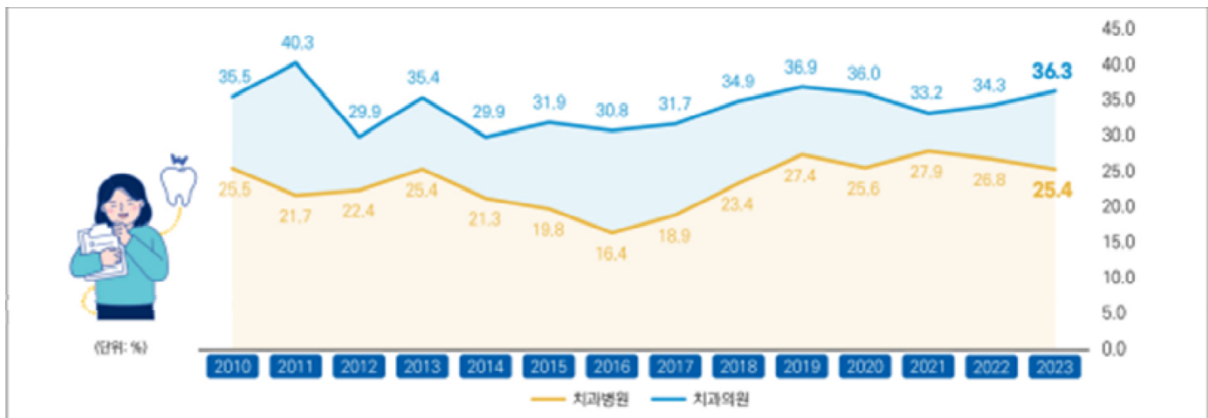
- '23년 65세 이상 노인의 저작불편 호소율은 29.6% '07년 56.1%에서 '14년 46.6%, '23년 29.6%로 변화하였고, 증감을 반복하지만 전체적으로 감소 추세임.

2) 치과의료비, 치과건강보험 보장성

- 외래 치과의료비는 '05년 4조 93억에서 '23년 13조 336억으로 증가. 정부의무가입제도는 4조 7,518억원, 가계 직접부담금은 8조 2,818억원. 전체 경상의료비 대비 치과의료비는 '05년 8.8%에서 이후 감소 추세로 '23년 5.9%로 나타남



- '23년 치과 건강보험 보장률은 치과의원 36.3%, 치과병원 25.4%. 보장률이 '16년부터 '19년까지 꾸준히 상승하다가 이후 증감을 반복



출처: 건강보험환자 진료비 실태조사, 국민건강보험공단

3) 구강 건강 불평등 해소

- 소득수준별 치과의료 미충족률은 2010 년 최하위와 최상위계층간 격차가 17.5%였으나, 2022년에는 11.5%로 완만하게 감소함(국민건강영양조사)

	하(%)	중하(%)	중상(%)	상(%)	격차(하-상)
2010년	45.1	38.2	33.4	27.6	17.5
2013년	39.8	33.5	29.1	24.2	15.6
2016년	36.4	31.8	28.5	23.3	13.1
2019년	37.1	32.5	28.4	24.3	12.8
2021년	36.8	33.1	29.5	25.2	11.6
2022년	35.4	31.8	28.2	23.9	11.5

- 소득수준별로 임플란트 건강보험 이용률의 차이를 보면, 소득수준이 낮을수록 이용률이 상대적으로 낮은 경향을 보임.



* 출처 : 국민건강보험공단 DB 분석

토론 2

연대가 제도가 될 때 : 연대진료소와 건강보험 그리고 한의사의 역할
참의료실현 청년한의사회 박주석 정책국장, 송수민 연대사업국장

1. 연대진료소는 보건의료운동의 방법론이었다

내일, 4월 20일은 장애인차별철폐의 날입니다. 장애인들은 2001년부터 장애인도 이동하고, 교육받고, 노동하며, 감옥 같은 시설이 아닌 지역사회에서 건강하게 함께 살자고 외쳐왔습니다. 그리고 청년한의사회는 장애인독립진료소 운영을 통해 장애인 건강권 운동을 함께해왔습니다.

참의료실현 청년한의사회는 1990년 창립 이후 36년간 연대진료소를 운영해왔습니다. 노동자, 농민, 장애인, 십대여성, 성소수자. 이 목록은 단순한 진료 대상의 열거가 아닙니다. 각 시대가 어느 인구집단을 의료에서 배제하고 있었는지를 보여주는 지도입니다. 모든 연대진료소의 의의는 그 진료소의 해체에 있습니다. 현장이 제도가 되는 것, 그 자체가 목표입니다. 진료소는 당장의 필요를 채우는 것을 넘어, 제도화를 위한 모델을 발굴하고 그 모델을 지지할 정치적 주체들을 조직하는 현장입니다. 청년의 연대진료소들은 소수자 커뮤니티와 함께하며 커뮤니티의 구체적인 필요를 중심으로 진료를 해왔습니다.

먼저 장애인독립진료소는 17년간 누적 4,000명 이상을 진료하며, 노들장애인야학·발바닥행동과 함께 의료·복지·사회운동이 통합된 커뮤니티케어의 실천 모델을 구축해왔습니다. 2015년에는 사회복지공동모금회 장애인 주치의 사업에 참여하여 방문진료 200여 건을 수행하기도 하였습니다.¹

다음으로 나무진료소는 2018년 십대여성일시지원센터 '나무'와 함께 시작되어 8년간 총 242회 진료를 수행했습니다. 나무센터를 찾는 (위기) 십대여성청소년들의 수요에 맞추어 쿼어 프렌들리 예진 문항을 한의계 최초로 도입하고, 진료진 전원을 여성으로 구성하며, 성매매·마약 노출 등 민감한 사회력을 진료 상담 과정에서 자연스럽게 파악해 법률·의료 지원으로 연결하는 인권 친화적 진료 모델을 구축했습니다.²

연대진료소는 '현장에서 모델을 발굴하고, 그 모델을 제도화'하는 보건의료운동의 방법론입니다. 그 제도화의 핵심 기제는 바로 건강보험 보장성입니다. 소수자 건강권 실현을 위해 보건의료인들이 제공할 필요가 있는 영역을, 건강보험을 통해 공급자의 부단한 노력 없이도 자연스럽게 제공하도록 할 수 있기 때문입니다. ※ 연대진료소 전체 연혁과 세부 활동은 [별첨 1], 장애인독립진료소와 나무진료소의 세부 기록은 [별첨 2~3]을 참조해 주십시오.

2. 건강보험 보장성은 왜 핵심인가: 공적 통제의 문제

급여화는 단순히 환자의 비용 부담을 줄이는 것을 넘어, 심사평가원의 모니터링과 공급자 책임 등 의료 행위를 공적 관리 체계 안에 두며 의료공급자를 공적으로 통제하는 기제입니다. 하지만 한의계는 첩약 등 핵심 영역이 여전히 비급여에 머물러 있고 이는 한의 의료가 공적

¹ 장애인독립진료소 17년 운영 기록, chunghan.org/?page_id=1109. 재진율 86.9%, 한의사 주치의 참여 의향 94.8%.

² 나무진료소·아웃리치 8년 기록, chunghan.org/?page_id=1106. 이용자 만족도 4.8/5 점.

제도 내에서 제 역할을 다하지 못하게 만드는 근본 원인이 됩니다.

낮은 건강보험 보장성과 함께, 한국 의료의 구조적인 문제로 뽑는 것 중 하나는 의사 수 부족이기도 합니다. OECD Health at a Glance 2023에 따르면, 한국의 인구 1,000명당 활동 의사 수는 한의사 제외 시 2.1명으로 OECD 평균 3.7명의 57%에 불과하며, OECD 국가 중 최하위입니다.³ 서울을 제외한 모든 지역에서 활동 의사 수가 OECD 평균에 미달합니다.⁴ 의사가 절대적으로 부족한 상황에서, 이미 일차의료 GP로 활동하는 한의사 67%(14,798명)는 즉시 투입 가능한 의료인력 자원입니다.⁵ 그러나 건강보험 제도의 한계 및 역할과 권한의 한계로 인해 이들의 공공의료적 기여가 가로막혀 있는 상황입니다.

※ 의사 수 부족 관련 상세 통계는 [별첨 4]를 참조해 주십시오.

3. 한의사의 현실: 공공의료에서의 구조적 배제

한약 건강보험 보장률은 한방병원 41.7%, 한의원 59.6%로 전체 평균 64.9%에 크게 미달합니다. 한방병원 환자는 총 진료비의 58.3%를 직접 부담합니다. 한의 비급여의 핵심인 한약첩약(1,209억 원, 76.7%)은 급여화 시범사업이 진행 중이지만, 여전히 비급여 영역에 놓인 한약은 공적 통제의 사각지대에 있으며, 이는 보장성 강화 운동이 한약 영역에서 특히 시급한 이유입니다.⁶

더 심각한 문제는 새롭게 만들어지는 공공의료 제도들에서 한의사가 명시적으로 배제되는 패턴입니다. 장애인주치의, 치매주치의, 재택간호통합센터, 방문간호·가정간호, 회복기 전문 재활 병원, 국공립병원에서 한의사는 모두 배제되어 있습니다. 국민건강보험공단이 운영하는 일산병원에서는 한의과 설치 타당성 연구에서 한의과 설치가 필요하다는 결론이 나왔으나 미설치되었습니다. 장애인주치의의 경우, 한국한의학연구원 연구에서 한의사 참여 수요 94.8%, 장애인·보호자 96.5%가 도입을 긍정적으로 평가했음에도 4단계까지 진행된 시범사업에 한의사 참여가 이루어지지 않고 있습니다.⁷

청년한의사회의 장애인독립진료소가 17년간 축적한 경험 — 커뮤니티 기반 진료, 사례관리 회의, 인권교육, 주치의 사업 참여 — 은 장애인주치의제도의 모델 그 자체입니다. 그러나 현장에서 모델이 발굴되었지만, 제도 설계 과정에서 한의사가 배제됨으로써 '현장이 제도가 되는' 경로가 차단된 것입니다. 이것은 연대진료소의 방법론이 제도화에 실패한 대표적 사례입니다.

한의사가 공공의료에서 배제되는 주요 원인으로 필요한 역할을 할 수 없다는 것이 꼽히지만, 이는 실제로 역량이 부족해서라기보다 정치적 선택에 의해 역할과 권한이 제한되었기 때문인 측면이 큼니다. 대법원 2022년 전원합의체 판결은 '의료행위의 개념은 가변적인 것'이라는 의료행위 가변성 원칙을 천명하고, 한의사의 초음파 진단기기 사용을 허용했습니다. 이처럼 법원에서는 한의사 의료행위 확대가 이야기되는데, 건강보험 급여 체계에서는 한의사 역할 확대가

³ OECD Health at a Glance 2023. 의사인력수급추계위원회는 2035년 최대 4,923명, 2040년 최대 11,136명 부족 전망.

⁴ KIHASA, "Regional Health Care Workforce Challenges in the Era of Population Decline", 2025.

⁵ Cha 등, Integrative Medicine Research, PMC5381420, 2017. 한의사 22,074명 중 67.0%가 GP 활동.

⁶ 건강보험심사평가원, 2024년 건강보험환자 진료비 실태조사, 2025.12.

⁷ KIOM, 「한의분야 장애인 건강관리의사제도 도입방안 연구」; 장충련 성명, 2025.6.

반영되지 않고 있습니다.⁸ 이는 행정부의 정치적 선택의 문제입니다. ※ 제도별 배제 현황과 판결 비교는 [별첨 5]를 참조해 주십시오.

4. 선의가 아닌 제도가 좋은 의료를 보장하도록

청년한의사회는 이 문제를 직능 이기주의가 아닌 보건의료운동의 공통 과제로 제시하고자 합니다. 한의사가 공공의료에서 배제될 때, 지역 일차의료의 인력 풀은 줄어들고 결국 공적인 역할을 할 수 있는 보건의료인의 수 또한 줄어듭니다.

따라서 장애인주치의·치매주치의·방문간호통합센터 등 지역사회 보건의료제도에 한의사 참여를 명시적으로 포함해야 합니다. 이 과정에서 재택·일차의료 현장에서의 한의사 역할과 권한이 재구성되어야 합니다. 그리고 협약 급여화 본사업 전환과 같은 보장성 강화를 통해 비급여 영역이 많았던 한의 의료가 공공의료에 기여할 수 있도록 해야 합니다.

청년한의사회 연대진료소의 역사는 소수자 커뮤니티와 함께하며 현장의 구체적인 수요를 반영한 제도화의 모델을 발굴해온 과정이었습니다. 하지만 이러한 모델을 국가적 차원의 책임으로 확장하기에 현재 한의사의 공적 역할은 개별 의료진의 희생에만 의존해야 할 만큼 제한적입니다. 낮은 보장성과 의사 인력 부족이라는 공공의료의 구조적 위기 속에서, 한의 의료의 건강보험 보장성을 강화하고 일차의료 인력으로서 온전히 기능하도록 그 역할과 권한을 재구성하는 것은 실질적인 해법이 될 수 있습니다. 따라서 한의사들에게 합당한 공적 역할을 부여하는 것은, 선의가 아닌 제도가 공공성을 담보하고 소수자의 건강권을 실현하게 하는 데 지름길이 될 것입니다.

▼ 청년한의사회 연대진료소 자세히 보기

<p>장애인독립진료소 chunghan.org/?page_id=1109</p> 	<p>나무진료소 chunghan.org/?page_id=1106</p> 
--	---

⁸ 대법원 2022. 12. 22. 선고 2016도 21314 전원합의체 판결, 2024. 6. 18. 최종 확정.

[별첨 1] 연대진료소 전체 연혁 (1990-2026)

연도	주요 사건	분류
1990.02.18	참의료실현 청년한의사회 창립	창립
1991.04.15	산돌 노동자진료소 개소	노동
1991.10.12	「한의사를 위한 직업병 안내서」 발간	노동
1995.04.01	구로한의원 개원 (산재직업병 전문)	노동
1997.06.08	농민한의원 개원 (완주군 용진면)	농민
1997.09.09	한방 산재보험 요양기관 지정 운동	노동
1997.04.14	성남 외국인노동자진료소 개소	노동
농민한의원	농촌질환연구소 설립 / 농부증 개념 정립 / 농약중독 연구 / 구급 상황 한방 처치 프로토콜	연구
2007.11.04	이주노동자한의원 개원	노동
2009	장애인독립진료소 개소 — 마로니에 팔인 농성 계기	장애인
2014.02	장애인독립진료소 청한 운영 시작	장애인
2015	사회복지공동모금회 장애인주치의사업 참여	장애인
2017	보건복지부 '장애인 한의약 건강증진 프로그램 개발' 연구 참여	장애인
2018.03	나무진료소 개소 (십대여성일시지원센터)	여성
2022.07	성소수자와 함께하는 한의사/한의대생 모임 흥진단 창립	성소수자
2022.10-12	강북노동자복지관 한방진료소	노동
2023.05	장애인독립진료소 15주년 기념식	장애인
2023.07	성소수자 대상 한방의료기관 인식조사 실시	성소수자
2024-25	행성인 × 흥진단 한의진료소 운영 (4회 이상)	성소수자
2025	나무진료소 종결 — 서울시 지원 중단	여성
2025.01	한국성소수자의료연구회 창립총회 참석(흥진단)	성소수자
2026.01	전국장애인차별철폐연대 출근길 선전전 1000일	장애인

[별첨 2] 장애인독립진료소 세부 기록

개요

누적 진료인원	운영 기간	첨약 처방	운영 주기
4,000+명	17년 (2009~)	700+제	격주 일요일

연혁

시기	내용
2009.6-8	마로니에 팔인 농성 — 석암재단 인권침해 맞서 탈시설 장애인 8인 62일간 노숙 농성. 들풀이 찾아가 한의진료 연대 시작. 서울시 탈시설 정책 수립의 직접적 기반.
2009-2013	들풀 시기 — 5년간 891명 진료. 노들야학·발바닥행동 공동운영. 격주 일요일 체제 안착.
2014.1~	청한 운영 시작. 약 150명 정회원·후원회원 기반. 2014-2022 9년간 2,559명 진료, 첨약 625제, 한약제제 9,132일분 처방.
2015-2017	사회복지공동모금회 장애인 주치의 사업 참여. 방문진료 200여 건. 환자 65.7%가 한의사를 주치의로 선택. 인식도 43.4%→66.2%.
2017	보건복지부 '장애인 대상 한의약 건강증진 프로그램 개발' 연구 참여. 장애인 진료 인권교육 개발, 한의사 보수교육 자료 활용.
2020~	코로나19 팬데믹 중 거주지 배송으로 의료공백 최소화.
2023	개소 15주년. 누적 4,000명 달성.

진료소의 의의

구분	내용
장애인 인권운동 연대	4·20 집회 의료지원단 파견, 광화문 농성 건강관리, 장애인 진료 인권교육·의료기관 지침 개발
장애인 건강주치의 근거	17년 임상 데이터·주치의 시범사업 참여. 재진율 86.9%, 주치의 참여 의향 94.8%
커뮤니티케어 모델	청한(의료) × 노들야학(코디네이터) × 발바닥행동(인권연대). 의료·복지·사회운동 통합
진료 원칙	1인 1실 원칙, 30분 예약 간격, 당사자와 직접 소통 최우선

[별첨 3] 나무진료소·아웃리치 세부 기록

개요

운영 기간	누적 진료 횟수	총 이용자	만족도
8년 (2018-2025)	242회	142명	4.8/5점

과목별 진료 분포

과목	비중	비고
근골격계	35.5%	높은 굽 신발, 노동, 생활 환경이 주요 원인
정신과	21.9%	우울·공황·수면장애 — 예상보다 훨씬 높은 비중
호흡기	12.4%	
소화기	9.9%	
면역질환	9.5%	
피부	2.9%	
부인과 외	7.9%	

주요 특징

항목	내용
퀴어 프렌들리 예진	한의계 최초 도입. 실명 대신 활동명 사용, 진료진 전원 여성 구성
인권 친화적 진료	성매매·마약 노출 등 민감 사회력을 진료 상담에서 자연스럽게 파악 → 법률·산부인과 연계
경의선 아웃리치	2025년 홍대 경의선숲길 '지뢰계' 서브컬처 청소년 대상 찾아가는 진료
종료 사유	2025년 서울시 예산 삭감으로 나무센터 운영 종료. 11.22 마무리 보고회

[별첨 4] 한국 의료 지속가능성 위기 — 의사 수 부족 중심

지표	내용
인구 1,000명당 의사 수	한 의사 포함 2.6명 / 한 의사 제외 2.1명 (OECD 평균 3.7명, 고소득 OECD 최하위)
의대 정원	2006년 이후 3,058명 동결 (19년간)
의사 부족 전망	2035년 최대 4,923명, 2040년 최대 11,136명 부족 (의사인력 수급추계위)
지역별 격차	서울 제외 모든 지역에서 활동 의사 수 OECD 평균 미달 (KIHASA, 2025)
1인당 외래진료 횟수	17.9회/년 (OECD 평균 6.0회의 약 3배)
건보 적자 전망	2025-26년 적자 시작, 2028-30년 적립금 고갈 (국회예산정책처)
한 의사 GP 비율	22,074명 중 67.0%(14,798명)가 일차의료 GP 활동 (Cha 등, 2017)
한의 공중보건의	2001년 38명 → 2015년 1,026명 (Shin 등, 2016)

[별첨 5] 한의사 배제 현황 및 판결 비교

제도별 배제 현황

제도/사업	포함 여부	비고
재택의료센터 시범사업	조건부 포함	의사(한의사) 명시. 192개 기관. 만족도 94%
장애인주치의	배제	수요 94.8%. 장애인건강권법 시행령 '의사'로만 규정
치매주치의	배제	
재택간호통합센터	배제	
방문간호·가정간호	배제	한의사 지시권 미인정
회복기 전문 재활병원	배제	재활의학과 정치적 반대
국공립병원 한의과	부재	일산병원 타당성 연구 '필요' 결론, 미설치
ICT·TENS	자보만 적용	자동차보험 급여 / 건강보험 비급여

보장률 비교 (2024)

구분	보장률	비고
전체 평균	64.9%	
한의원	59.6%	전체 대비 -5.3%p
한방병원	41.7%	비급여 42.0% + 법정 16.3% = 환자 부담 58.3%

판결 비교

치과의사 보톡스 판결	한의사 초음파 판결 (2022)
의료행위 범위는 가변적 / 안면부는 치과의료행위이며 의과와 중첩 / 의료기술 발전과 소비자 선택 가능성 감안	학문적 원리 기준 폐기 → 새로운 3단계 기준 수립 / 보건위생상 위해 우려 없으면 사용 허용 / 의료행위 가변성 원칙 천명

주요 출처

1. OECD Health at a Glance 2023 / 보건복지부 「OECD 보건통계 2025」
2. KIOM, 「한의분야 장애인 건강관리 의사제도 도입방안 연구」
3. 건강보험심사평가원, 「2024년 건강보험환자 진료비 실태조사」
4. 대법원 2016도21314 전원합의체 판결 (2022.12.22.)
5. Vickers AJ et al., J Pain, 2018; 19(5):455-474
6. NICE NG193, Chronic pain in over 16s, 2021
7. WHO TM Strategy 2025-2034, WHA78 (2025.5.26)
8. Cha 등, Integrative Medicine Research, PMC5381420, 2017
9. Baek GG et al., BMJ Open, 2025; 15(8):e094099
10. KIHASA, Regional Health Care Workforce Challenges, 2025
11. 장애인독립진료소 — chunghan.org/?page_id=1109
12. 나무진료소 — chunghan.org/?page_id=1106

토론 3

건강보험 강화 투쟁에서 노동조합의 역할 강성권 (국민건강보험노동조합 부위원장)

국민건강보험노동조합 보장성 강화 투쟁

국민건강보험노동조합(이하 건보노조)은 투쟁의 현장에서 발언에 앞서 “탄압과 항전의 신화”, “국민들이 병원비 걱정 없이 진료받을 수 있도록 투쟁하는 조직”이란 말을 많이 해왔음. 노동조합은 지난 수 십년간 조직 내부에서는 민주노조 건설을 위한 파업투쟁이 반복되었고 외부로는 정부의 의료민영화 정책에 효과적으로 대응하기 위해서 건강보험의 보장성을 획기적으로 확대하고 의료와 공공성을 강화하는 투쟁을 하였음. 건보노조의 투쟁은 자본과 정권이 추진하고자 하는 의료민영화, 영리화 정책을 저지하는 투쟁임. 그 과정에서 노동조합은 수많은 희생자가 발생하였음.

1. 노동조합 태동기

- 공무원과 직장인들만을 대상으로 하던 의료보험이 1988 년 농어촌, 1989 년 도시지역으로 확대되면서 1989 년 7 월 1 일자로 전 국민을 대상으로 하는 의료보험 시대가 열리게 되었음. 전국의 시·군·구 단위로 설립된 의료보험조합에서 설립준비를 위하여 전국의 동사무소 한구석에서 저임금을 감수하던 의보 노동자들은 88년 10월 30일 경기지역을 시작으로 8개 도 지역 단위노조를 결성, 수습 기간임에도 불구하고 89 년 5 월 3 일 인천노조를 시작으로 4 개 광역시 단위노조를 결성하고 1989 년 10 월 마침내 전국을 아우르는 「지역의료보험 노동조합 전국협의회(지노협)」를 결성하였음. 지역노조(사보노조) 초기에는 사측을 상대로 관리운영체계, 근무형태, 임금 및 노동조건, 후생복지 등 민주노조 건설을 위한 투쟁이었다면 2000 년 의보통합 이후에는 건강보험 보장성 강화, 의료민영화 저지와 같은 사회 공공성 투쟁에 더욱 집중할 수 있었음.

- 그에 앞서 1977 년 500 인 이상 사업장을 대상으로 직장의료보험을 시작으로 생긴 직장의료보험조합은 87 년 노동자 대투쟁의 영향으로 각 조합마다 민주노조가 결성되었음. 하지만 당시 수백 개의 독립된 기업별 노조 형태로 조합이 흩어져 있었으며, 각 사업장이나 지역별로 '조합'이 분리되어 있었기 때문에, 노조 역시 해당 조합 내에서만 활동하는 구조였으며 정상적인 임,단협 구조가 만들어지지 못하고 전국조직으로 확장하지 못한채 사측의 회유와 압박으로 와해 수준의 침체기를 견게 됨. 지역노조와 다르게 직장노조는 상대적으로

임금과 복지 등이 양호하여 투쟁에 적극적이지 않았으며 1998 년 의보통합 과정에서 규모가 작은 직장조합이 규모가 큰 지역조합에 흡수통합 될 경우 생존권의 위기로 나타날 것을 우려하여 98 년 전국노조로 재결성되며 의보통합 찬반을 놓고 지역노조와 격하게 대립함. 의보통합 이후 보장성 강화투쟁으로 조직이 방향이 전환되었고 이후 양노조의 반목은 사측 그리고 자본과 정권에 유리하다는 양노조 조합원들의 정서가 맞아가며 통합노조로 나아감.

2. 노동조합 발전기

- 1989 년 10 월 24 일 의보통합 관철 요구 파업, 1991 년 5 월 9 일 의보통합, 보험료인상 반대 파업 이후 조직 강화를 위한 논의진행, 10 월에 「전국의료보험노동조합총연맹(의보총련)」 결성, 1994 년 11 월 3 일 13 개 시도 지역 단위노조를 통합 단일노조를 건설하면서 「전국지역의료보험노동조합」을 전국의료보험노동조합」으로 명칭 변경. 2000 년 3 월 10 일 전국사회보험노동조합으로 명칭 변경. (4 대보험 (의보,연금,산재,고용) 통합노조를 지향). 2006 년 11 월 1 일 공공서비스노동조합으로 산별 전환(조합원 68.6%찬성으로 가결). 11 월 30 일 전국공공서비스노동조합 전국사회보험지부로 전환됨. 2013 년 9 월 30 일 국민건강보험공단 직장노동조합과 노.노 통합을(조합원 72.75% 찬성으로 가결)으로 결의함. 2014 년 10 월 1 일 국민건강보험노동조합(통합노조) 규약과 규정을 제정(조합원 75%찬성)하고 완전한 통합노조를 건설하여 2014 년 10 월 28 일 국민건강보험노동조합 설립신고를 완료함.

3. 건강보험 보장성 강화 투쟁

의료보험 통합

- 2000 년 의료보험 완전통합으로 분산된 조합주의 타파와 재정 효율성, 보장성 강화, 국가책임 강화의 기틀을 마련하였고 노동조합의 투쟁으로 의료보험 통합을 대한민국 제 1 의 사회적 의제로 등극시킨 역사적 사건이었음.

- 또한 노동조합은 IMF 경제위기 이후 빈곤층이 급증하자, 정부에 기초생활보장제도의 실질적인 운영과 사회안전망 확충을 위한 예산 증액을 강력히 요구했음. 당시 남북 관계의 개선(2000 년 6·15 공동선언 등) 분위기 속에서, 소모적인 군비 경쟁을 줄이고 그 예산을 국민 건강보험 재정 지원과 공공 의료 확충에 우선적으로 투입해야 한다고 주장했음. 노조는 건강보험 통합 과정에서 정부가 약속했던 '국고 50% 지원' 이행을 촉구하며, 재원 마련 방안으로 군축 예산 활용을 구체적인 대안으로 제시하여 '국가책임에 기반한 보편적 복지'를 실현하고자 했음. 이 주장은 노동조합의 이익을 넘어 평화 단체, 시민단체와 연대하는 계기가 되었으며 군비를 줄여 복지를 늘리자는 논리는 당시 노동운동이 경제적 투쟁에서 정치적·사회적 가치 중심의 투쟁으로 외연을 확장하는 상징적인 장면이었음.

이명박 정부 의료민영화 저지 <식코(Sicko)> 보기 운동

- 이명박 정부의 영리병원 도입 및 민영보험 활성화 시도에 맞서, 노조는 마이클 무어 감독의 영화 <식코(Sicko)> 보기 운동을 전개. 2008 년 3 월 18 일 국회 시사회를 시작으로 전국적인 “함께봐요 식코” 캠페인으로 국민들과 함께 의료민영화 저지 투쟁 실시

- 영화 식코는 국민들에게 미국 민영 의료 체계의 비극을 시각적으로 알림으로써 "의료민영화는 곧 국민 생존권의 파괴"라는 인식을 대중적으로 확산시켰고, 이명박 정부의 의료민영화 정책에 강력한 제동을 걸게 됨.

박근혜 정부 성과연봉제 저지 총파업 투쟁

- 노동조합은 2015 년 박근혜 정부의 공공기관 임금피크제 도입 관련 노동계의 쓰라린 패배를 반면교사 삼음. 건보노조는 2016 년 공공기관 성과연봉제 도입은 의료민영화, 공공부문 민영화 시도라는 이유로 민주노총 공공운수노조 총파업에 선도투쟁으로 참여. 박근혜 정부의 '공공기관 정상화'라는 명목의 공공기관 성과연봉제 강제 도입과 수익성 요구는 건강보험 공공성과 보장성 강화란 공익적 가치는 무너질 수밖에 없음. 조합원들은 87.8% 찬성율로 파업을 결의함.

- 9.27 성과연봉제 공공부문 노조 총파업은 건보노조 전국 지역본부 순환 파업이 총파업의 시작이었음. 집행부의 구속과 해고를 각오한 건보노조의 선도 투쟁은 공공부문 노동자들의 관망을 저항과 참여로 이끌어내었음.

- 공공기관이 자본의 논리에 휘둘리지 않고 국민에게 보편적 서비스를 제공해야 한다는 '공공기관의 사회적 역할'을 사수하기 위한 성과연봉제 파업투쟁은 10 월 박근혜 정부 “최순실 국정농단”과 맞물리며 촛불집회의 시작이 되었음.



사진 1. 건보노조 성과연봉제 총파업 2. 총파업 당시 지하철에 붙은 시민들의 지지글
3. 건보노조 원주 본사 철야 농성장에서 발언하는 김영훈 철도노조 위원장(현 고용노동부 장관)
4. 새누리당사앞 수도권 운영위원 노숙투쟁 5. 각 지부(지사)에 게시된 총파업 지침

윤석열 정부 건강보험 빅데이터 민간개방 저지 공동행동 결성

- 건강보험 보장성 강화를 포퓰리즘이라고 규정한 윤석열 정부는 임기 내내 건강보험 약화와 민강보험 활성화 정책을 추진한 역대 최악의 정부였음. 그중 윤석열 정부는 산업화를 이유로 “개인정보가 돈인데 왜? 민간에 개방하지 않느냐며” 건강보험 빅데이터 민간개방을 지속적으로 추진하였음.
- 건보 노조는 지난 수 십년 간 건강보험 개인정보 민간개방은 국민의 민감 건강 정보를 자본의 돈벌이 수단으로 전락시키는 ‘의료민영화’로 규정하였고 이를 저지하기 위해 투쟁하였음.
- 건보노조는 정권을 상대로 투쟁을 위해 진보 4 당, 노동시민사회와 연대하여 500 여개 노동시민사회가 참여하는 「건강보험 빅데이터 민간개방 저지 공동행동」을 결성하였음. 현재 이재명 정부에서 AI를 이유로 건강보험 빅데이터 압박이 거세지는 상황에서 공동행동은 또다시 활동을 재개하고 있음.



사진 1. 건보공단 서울본부에서 열린 건강보험 빅데이터 개방 관련 간담회 저지
2. 민주노총 총파업 결의대회 건강보험 국가책임강화 요구

4. [사회연대] 자본의 탐욕에 맞선 환자 생명권 사수하기 위한 투쟁

- 1994 년 ~ 1999 년 「의료보험 통합일원화와 보험적용확대를 위한 범국민연대회의(의보연대회의)」와 함께 의료보험통합일원화 달성, 보험적용일수를 180 일에서 360 일로 확대, CT 등의 보험적용을 확대하는 투쟁.
- 1999 년~2003 년 「국민건강권 확보를 위한 건강연대(건강연대)」와 함께 보험재정 안정화를 위한 국고지원 50% 법제화 운동, 건강보험의 공공성을 강화하기 위한 민간의료보험 도입 반대, 예방사업을 위한 건강증진사업 도입, 병·의원의 부당청구근절을 위한 현지조사권(실사권) 공단 위탁 방안, 공단의 위상재정립을 통한 보험자 역할 재정립 등을 정부와 국회에 정책 제안투쟁
- 2004 년~2005 「의료연대회의」 활동을 통하여 암 등 중증질환자에 대한 본인부담률 인하, 건강보험 보장성 확대를 위한 비급여의 전면급여화, 영리병원 금지 등을 포함한 의료법 개악 반대, 주치의제 도입, 암부터 무상의료 등을 정책적으로 제안

- 2009 년~2010 년 「모든 병원비를 국민건강보험 하나로」 활동을 통하여 비급여의 전면급여화, 보호자 없는 병원, 의료민영화 저지 등을 시민사회 단체와 연대하고 일산병원에서 보호자 없는 병원 시범 사업을 시행하였음.
- 글리백(Gleevec) 투쟁 (2003): 2003년 당시 글리백은 보험 적용이 제한적이라 환자들이 매달 약 300 만 원에 달하는 비용을 전액 부담해야 했음. 당시 노동조합은 조합원들이 십시일반 모금한 1,500 만 원을 한국백혈병환우회에 전달하였으며, 일회성 기부에 그치지 않고, 조합원 1인당 매달 1,000 원씩 급여에서 공제하는 방식을 통해 지속적인 환자 지원 기금을 마련했음.
- 노조는 시민단체들과 함께 '글리백 공대위' 등에 참여하여 보건복지부와 다국적 제약사(노바티스)를 상대로 보험 적용 범위 확대와 약가 인하를 강력히 촉구하였고, 2003 년 3 월 1 일 글리백의 보험 등재됨

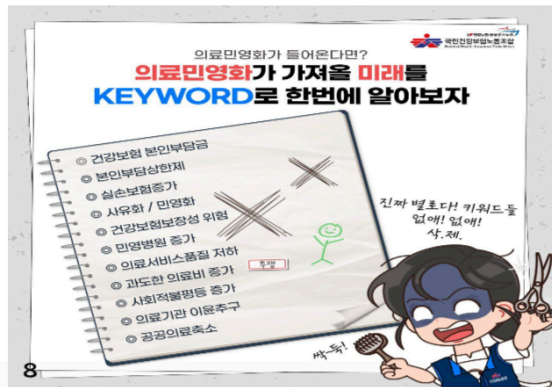


사진 1. 공공운수노조 총파업 결의대회 건강보험 보장성 강화 요구
 2. 건강보험 정부지원확대, 일몰제 폐지 국회앞 노숙 농성장 3. 건강보험 정부지원확대 100 만인 서명운동 4. 의료민영화 저지 전조합원 교육자료



5. 마석 모란공원 열사묘역 최진욱 열사 추모제 6. 마석 모란공원 열사묘역 박동진 열사 추모제



7. 공공운수노조 총파업 결의대회
8. 건강보험 보장성 강화 광화문 선전전

5. 노동조합의 역할

- 보장성 강화투쟁, 의료민영화 저지 투쟁 등에서 노동조합과 시민사회는 '현장 투쟁 동력'과 '대국민 여론 형성'이라는 축을 중심으로 긴밀하게 역할을 분담
- 노동조합은 업무 현장의 실질적인 주체로서 직접적인 행동을 통해 정책 추진에 제동을 거는 역할 수행, 노조는 파업과 같은 실력 행사를 통해 의료민영화 정책의 위험성을 공론화하고 정부를 압박하는 역할과 업무현장에서 확인되는 문제점(정부 정책, 영리화 징후 등)을 강력한 조직력을 바탕으로 대규모 집회나 농성을 주도하여 투쟁의 지속성을 담보함.
- 시민사회는 전문가 그룹으로 의료 소비자이자 주권자인 국민의 목소리를 대변하며 투쟁의 외연을 - 확장하는 역할 수행. 정부의 의료민영화 등이 일반 시민의 의료비 부담에 미치는 영향을 알기 쉽게 설명하고 공감대를 형성하여 단순한 반대를 넘어 '공공의료 확충'과 '건강보험 보장성 강화' 등 대안적인 보건의료 모델을 설계하고 제안.

6. 노동조합의 투쟁은 멈추지 않는다.

- 국민건강보험 노동조합은 건강보험의 지속가능성을 위해 혼합진료금지, 지불제도개편, 성분명 처방 시행 등을 통한 건강보험 재정 절감, 국가책임 확대, 일몰제 폐지와 OECD 수준의 건강보험 보장성 강화, 자본과 정권의 의료민영화를 저지하기 위해 노동조합과 뜻을 같이하는 노동시민사회와 연대하여 끝까지 투쟁할 것임.

토론 4

인공지능 만능론과 의료영리화
전진한 (인도주의실천의사협의회 정책국장)

인공지능 만능론과 의료 영리화 - ‘AI 기본의료’라는 환상, 어디를 향하는가?

정부가 'AI 기본사회'를 내걸고 있다. 이재명 대통령은 지난해 12 월 5 일 손정의 소프트뱅크 회장을 만난 자리에서 이렇게 말했다. "상수도나 하수도, 도로처럼 인공지능 인프라를 모든 국민이 누리는 'AI 기본사회'를 만들 것"이라고. 손정의 회장은 이에 화답하며 초인공지능을 언급했다. 그는 "이제는 인류가 금붕어가 되고 AI 가 인간이 되는 모습이 펼쳐질 것"이라고 말했다.

인류를 금붕어로 만든다는 AI 환상 끝에 유토피아가 있을까? 이에 대한 답은 이 글 전체를 통해 해보고자 한다. 우선은 정부가 앞세우는 ‘AI 기본사회’ 개념부터 살펴볼 필요가 있다. ‘기본사회’는 본래 이재명 정부의 기치였다는 점에서 혼란을 준다. ‘기본사회’와 ‘AI 기본사회’는 어떤 관계일까? 이 질문에 하정우 청와대 AI 미래기획수석은 이렇게 답했다. 정부의 목표는 누구나 기본적으로 AI를 누릴 뿐 아니라, 기본사회를 AI로 구현케 하는 것이라고. 그는 의료를 예로 들었다. 의료 AI를 통해 지금의 '지역, 필수, 공공의료' 문제도 해결할 수 있다는 것이다¹⁾.

‘AI 기본의료’는 올 2 분기까지 정부가 기본방향을 마련한다고 밝혔다. 그런데 대략의 내용은 공개되어 있다. 지난 2 월 국가인공지능전략위원회가 방향을 제시했고²⁾, 지난 3 월 ‘공공의료 인공지능 전환(AX)의 함의와 필요성’이라는 보건사회연구원 발표³⁾가 ‘AI 기본의료 전략’의 큰 틀로 사실상 확정된 상태라고 보도되고 있다.

이에 따르면 정부는 앞서 말한 대로 우리가 겪는 응급의료 붕괴와 지역 의료공백, 취약한 감염병 대응역량 문제를 AI로 해결하겠다는 목표를 가진 것으로 보인다. 그 계획은 첫째, AI로 건강을 관리한다는 것이다. AI 기반 건강관리서비스, 개인 맞춤형 질병 예측과 예방으로 사람들을 건강하게 만들어 의료 수요를 줄인다고 한다. 둘째, 의료기관과 인력 부족 문제를 AI로 해결한다는 것이다. AI 진단 보조기술로 지방 의원도 상급병원 수준의 판단력을 갖추고 의사 1 인이 커버하는 환자 수를 확대하겠다고 한다. 셋째, 의료자원 배분과 조정을 최적화하겠다는 것이다. 병원 간 정보를 교류해 병상점유율 등을 고려·예측해서 환자를 배분하고, 중증도 분류체계를 마련해서 응급이송에 도움을 주는 체계 등을 갖추겠다고 한다.

기술을 활용해 생명을 살리고 건강을 증진하는 것은 바람직한 일이다. 그런데 ‘AI 기본의료’는 그 대가로 여러 반대급부를 요구할 듯하다. 먼저 ‘공공의료 AX’라는 비전⁴⁾에 따르면, 의료 취약지에 공공병원을 늘리고 의료 인력을 공공적으로 양성해 배치해달라는 ‘기존 접근’은 낡고

한계가 많다. AI 를 활용하면 병원 건립 없이도 기존 의료기관 역량을 즉시 증폭할 수 있기 때문에 그럴 필요가 없다고 한다.

또 정부는 AI 고도화를 위해 학습데이터가 필요하다고 한다. 개인의 건강정보를 방대하게 축적한 공공기관과 병원 등이 당사자의 동의 없이 이를 가명화해서 기업에 넘기거나, 마이데이터라는 이름으로 실명정보를 개인이 기업에 손쉽게 넘길 수 있어야 한다고 정부는 촉구한다. 이 ‘건강정보 민영화’를 체계적으로 하기 위해 ‘디지털헬스케어법’을 제정하려 한다.

‘디지털헬스케어법’에는 기업에 건강관리 사업을 허용하는 내용도 있다. 본래 공적 영역인 건강관리를 기업에 열어준다는 점에서 이는 ‘건강관리 민영화’다. 그런데 만성질환 관리 등은 의료행위와 같같이 구분하기 어렵다. 그래서 ‘의료민영화’이기도 하다. 민영보험사를 필두로 한 기업들은 오래전부터 이 모호한 영역을 비집고 의료에 진출하려 해왔다⁹⁾. AI 를 활용한 개인 맞춤형 건강관리가 가능해졌다는 주장이 이를 추동하는 새로운 명분이 되고 있다.

정부는 또 유망한 AI 기술 기업에 기회를 준다는 명목으로 아직 검증되지 않은 기술을 의료 현장에 진입시키는 ‘선진입’ 제도를 한층 과감하게 도입하고 있다. 안전과 효과 등이 불분명한 기술로부터 환자를 보호하는 검증 제도를 무력화해가고 있다.

이처럼 AI 를 명분으로 한 ‘의료 시스템 대전환’은 분명 새로운 무언가를 제시한 것이기는 하지만, 그 이면을 자세히 보면 결국 기존에 기업들과 정부가 추진해온 각종 의료영리화 정책 드라이브에 정당성을 부여하고, 의료 공공성 강화 책임을 다하지 않을 새롭고 그럴듯한 프레임으로 작동하고 있는 측면이 강하다.

그런데 긴축과 민영화를 정당화하는 ‘AI 의료로의 전환’이 사람들에게 그럴듯해 보이는 것은 바로 AI 에 대한 환상이 대중에 만연하기 때문일 것이다. 우리의 생명과 건강 문제를 해결해준다는 AI 의 장밋빛 약속은 정말 실현될 수 있는 것인가?

의료 AI 환상과 실체

의료 AI 모델이 의사보다 정확한 판단능력을 보였다는 연구가 앞다퉈 발표되고 언론에 무비판적으로 보도되고 있어서, 오늘날 이것은 마치 상식으로 굳어지는 모양새다. 그러나 실제 의료 AI 는 통제되거나 제한된 연구 환경에서만 높은 성능을 자랑할 뿐이지, 실제 임상 현장에서는 약속한 성능을 발휘하지 못한다는 연구 결과들이 많다.

예를 들어 2021 년 연구에 따르면 CT 영상에서 경추골절을 찾아내는 AI 는 미국 FDA 허가를 받을 당시 민감도가 91.7%라고 했지만, 실제 위스콘신-매디슨 대학병원에서 1904 명의 환자를 대상으로 확인한 결과 민감도는 54.9%로 동전 뒤집기 확률과 크게 다르지 않게 나타났다¹⁰⁾.

이런 사례는 예외가 아니다. 오히려 너무나 보편적으로 드러나고 있어서 이제 학계에서는 의료 AI 의 일반화 가능성에 근본적 의문을 제기하는 형편이다 ⁷⁸⁾. 특정 환자군과 병원 환경에서 성능이 좋아도, 다른 병원, 다른 의료진, 다른 환경, 다른 시간에서는 동일한 성능을 내지 못한다는 것이다. 이런 ‘재현 실패’는 비단 의료 AI 에서만이 아니라 모든 AI 분야에서 벌어지고 있는 공통적 현상이다 ⁹⁾.

정부는 이런 사실을 제대로 알리기보다는 오히려 더 기여하는 것으로 보인다. 최근 국가인공지능전략위원회 서준범 기본의료팀장은 서울대학교에서 열린 ‘한국형 의료특화 AI 개발 공동 세미나’에서, 의료 AI 의 발전상을 언급하며 몇몇 사례를 들었다. 그 중 하나가 당뇨병성 망막증을 구글 AI 가 전문가만큼 진단한다는 2016 년 연구였다 ¹⁰⁾.

그런데 이는 실험실에서만 잘 작동하는 AI 의 전형 같은 모델 중 하나였다. 구글은 몇 년 후 똑같은 모델을 태국에서 전향적 연구로 검토했다. 그 결과 이 모델은 조금이라도 흐릿하거나 어두운 사진을 아예 판독하지 못했는데, 이 비율이 약 21%나 됐다. 산동체를 쓰지 못하는 환경, 조명의 문제 등 때문이었는데 인간이 판독하기에는 아무 문제가 없는 사진이었다 ¹¹⁾.

〈의료와 사회〉 2023 년 겨울호에서 필자는 AI 가 부정확한 의사결정으로 사람들의 건강과 생명을 위협할 수 있고, 불평등과 차별을 강화할 수 있다고 주장했다 ¹²⁾. 이른바 ‘AI 공동체’는 아마도 AI 의 발전 수준이 너무 급격해서 ‘오늘날은 다르다’고 반박할지도 모르겠다. 그러나 정부 AI 전략위 팀장이 10 년 전 오류를 고스란히 들고나온 데서도 엿볼 수 있듯이, 전례 없는 발전속도를 보인다는 신화와 다르게 AI 는 최근까지도 별다른 개선을 이루지 못했다 ¹³⁾.

근본적으로 신경망 AI 가 현상의 메커니즘을 이해하지 못하고 패턴 분석에 거의 전적으로 의존하는 데 원인이 있다고 보인다. 인간은 본 적 없는 케이스나 완전히 새로운 환경에 놓이더라도 기존 지식을 동원해 유연하게 대처할 수 있지만, AI 는 학습된 데이터 분포(벤치마크 데이터셋)에서 조금만 벗어나도 엉뚱한 결론을 내린다.

예컨대 AI 는 ‘허위 상관관계’를 학습한다. 환자의 병변이 아니라 특정 병원에서 촬영한 영상의 폰트(Font)나 중환자실·응급실 특유의 표식을 보고 중증도를 판정한다. 2025 년 한 연구진은 흉부 X-ray 에서 병변이 있는 폐를 완전히 마스킹해서 봤을 때 오히려 폐가 있는 사진보다 AI 가 높은 진단 정확도를 나타냈다는 사실을 밝힌 바도 있다 ¹⁴⁾. AI 가 병변이 아닌 다른 엉뚱한 무언가를 보고 ‘판독’을 하고 있다는 뜻이다. 우리가 이런 웃지 못할 결론을 접하게 되는 이유는 AI 가 X-ray 등을 볼 때 무엇이 심장이고, 폐이고, 뼈인지 해부학적 이해를 가지지 않고, ‘까마귀 날자 배 떨어졌다’는 격으로 맥락 없이 특정 상관관계를 포착할 뿐이기 때문이다.

AI 가 특정 집단에 대한 차별적 결론을 내리는 일도 마찬가지 이유 때문이다. AI 는 특정 인종이 의료이용을 적게 한다는 상관관계의 자료를 학습해서, 이들이 의료이용이 덜 필요하다고 잘못된 인과관계의 결론을 내린다 ¹⁵⁾. 의료나 복지의 제공 같이 사람들에게 필수적인 자원을 배분하는 등의 문제에서 AI 는 이 같은 문제들을 반복하고 있다. 결국 데이터가 부족해서가 아닌 것이다. 오히려 불평등한 사회를 학습하면 할수록 그 패턴을

강화하는 AI 의 작동방식이 문제다. AI 를 무비판적으로 사용하면 사회적 약자들이 가장 먼저 피해를 본다.

같은 이유 때문에 AI 는 허위 정보에도 취약하다. 2026 년 4 월 <네이처>에 의하면, 연구자들이 일부러 가짜 질병을 만들어 논문을 발표하자 챗 GPT 등이 그 질병을 이용자들에게 경고하기 시작했다. 가짜 논문은 ‘사이드쇼 밥’(심슨에 나오는 악당) 교수 재단과 ‘반지 원정대’ 대학의 지원을 받은 연구라고 밝혔고, 논문 내에는 조작을 암시하거나 직접 명시한 문구들이 있었다. 하지만 AI 는 진위를 판별하지 못했다 ¹⁶⁾. 대규모 언어모델(LLM)도 인간이 사용하는 텍스트의 패턴을 학습할 뿐이다. 현실에서 무슨 일이 일어나는지, 그리고 스스로 무슨 말을 하는지를 이해하지 못 한다.

끝으로 의료기술은 ‘정확성’뿐 아니라 ‘임상적 유용성’ 검증이 중요하다. 아무리 설계된 대로 작동해도 환자의 합병증과 사망률을 줄이고 임상 결과를 호전시킨다는 증거가 없으면 ‘성능은 좋지만, 쓸모없는’ 기술에 그친다. 예를 들어 의사면허시험에서 높은 점수를 얻었다는 AI 는 많지만, 실제 병원에서 의사가 하는 일이 하루 종일 5 지선다형 면허 시험문제를 푸는 일은 아니다. 실제 의료현장의 구체적 필요와 맥락에 부합해야 한다. 이를 위한 방법론 연구도 이미 많이 축적되었다 ¹⁷⁾. 이 짧은 글에서 그 깊은 학술적 성과물을 논할 수는 없다. 지적하고자 하는 것은 유용성 검증은커녕, 약속한 정확성 지표를 현실에서 충족하는 AI 도 매우 드물다는 것이다. 갈 길이 매우 멀다는 뜻이다.

우리는 지금까지 영상진단보조 AI 를 주로 많이 샀다. 왜냐하면 패턴분석만으로 AI 가 가장 잘 할 수 있는 영역이고 그래서 제일 많이 연구됐기 때문이다. 미국에서는 허가받은 의료 AI 의 약 77%가 영상의학(Radiology) 영역이고 ¹⁸⁾, 한국도 의료기관에 도입된 의료 AI 의 73.9%가 영상 판독 AI 다 ¹⁹⁾. 그런데 이 부문조차 쓸모가 있으려면 아직 오랜 연구와 검증이 필요한 것이 의료 AI 의 현 수준이다.

정부, AI 과장 광고의 주범

그런데도 왜 미국 FDA 나 한국 식약처를 통과했다는 AI 의료기술이 그토록 많고, 또 실제 병원 현장에서 AI 가 도입돼 사용돼 환자에게 비용도 받고 있다는 말을 우리는 듣는 것일까?

우선 FDA 나 식약처 허가가 매우 부실하게 이뤄지기 때문이다. 사람들은 보통 FDA 허가를 받은 AI 의료기기라고 하면 충분히 검증되었을 거라고 믿지만, FDA 에서는 매우 불투명하고 부족한 데이터만으로 승인된다 ²⁰⁾. 한국 식약처도 마찬가지다.

일반적으로는 신의료기술평가(HTA²¹⁾)까지 통과해야 적절한 검증절차를 거쳤다고 본다. 모든 의료기술은 이 절차를 거쳐야 의료 현장에서 사용할 수 있다. 한국에서 HTA 를 통과한 AI 기술은 단 하나도 없고, 세계적으로도 거의 없다.

그런데도 이미 많은 진단보조 AI가 한국의 의료 현장에서 사용되는 이유는 기업들의 규제완화 요구에 따라 역대 정부들이 미검증 의료기술을 진입시키는 ‘선진입’ 제도를 만들었기 때문이다. 식약처 허가만 받으면 신의료기술평가 없이 약 4년간 환자에게 쓸 수 있게 하는 제도다.

선진입 제도는 기업이 시간과 돈을 들여 임상시험을 하는 대신에, 환자들이 ‘진료’ 명목으로 돈을 내면서 미검증 기술의 실험 대상이 되게 만든다. 기업은 검증하면 좋고, 못 해도 손해 볼 것이 없다. 약 4년 간 판매할 수 있기 때문이다. 신기술의 주기가 짧기 때문에 4년이면 사실상 기업들이 이윤을 회수할 대로 회수하고 철수할 수 있는 시간이다.

실제로 약 4년 간의 선진입 기간 동안 소위 리얼월드데이터(Real World Data)를 모으고도 정식으로 신의료기술평가를 받겠다는 기업이 거의 없다고 알려져 있다. 무엇 하러 엄격한 검증 절차를 거치겠는가? 또 다른 포장지를 둘러 만든 어떤 제품으로 문턱 낮은 ‘선진입’ 제도를 활용해 돈벌이하는 손쉬운 선택지가 있는데 말이다.

정부와 기업은 의료 현장에서 더 많은 데이터를 얻으면 AI가 ‘혁신’을 이룰 수 있다고 말하지만 실제로는 비급여 돈벌이로 단기 수익을 얻으려는 기업들의 땅 짚고 헤엄치기 식 돈벌이만을 돕고 있다. 병원도 수혜를 보고 있다. 대학병원에서 원무과 직원이 교수에게 AI를 이용하라고 강권하고, 이것이 병원의 새 비급여 매출원이 되고 있다는 보도가 나온다²²⁾.

기업들은 계속 검증 문턱을 낮춰달라고 요구하고 있는데, 최근에는 유망한 AI 기술을 조기에 진입시켜야 한다는 명분으로 압박하고 있다. 이재명 정부는 집권하자마자 그런 기업 요구에 따라 '시장 즉시진입 의료기술' 제도를 허용했고, 기존보다 훨씬 더 쉽게 미검증 기술을 의료 현장에 도입할 수 있게 했다.

미검증 기술의 현장 사용을 앞장서 허가하고 그런 기술에 ‘혁신’ 포장을 씌워주는 정부야말로 AI 과장 광고로 잇속을 채우려는 기업들의 가장 든든한 우군이 되고 있다.

자본주의와 AI 신화

일론 머스크는 앞으로 10~20년 안에 ‘노동은 선택사항’이 되고, ‘돈은 쓸모 없어질 것’이며 ‘빈곤은 종식될 것’이라고 말했다. 대다수 사람들이 정원 가꾸기나 비디오 게임을 즐기듯이 노동은 취미가 되는 사회가 온다는 것이다.

그러나 AI가 아무리 잘 작동해도 자본주의 사회에서 그런 일은 생기지 않을 것이다. 마르크스가 말했듯이 "그 누구의 수고를 덜어 준다는 것은 자본주의적으로 사용되는 기계의 목적이 결코 아니다. ... 기계는 잉여가치를 생산하기 위한 수단이다"²³⁾

자본주의에서 AI는 모두의 소유와 통제 하에 있지 않고 일론 머스크 같은 소수 기업주들의 사적 소유물이다. 자본주의 역사에서 반복돼왔듯이 신기술의 도입은 평범한 사람들을 자유롭게

유택하게 만들기는커녕 감시와 통제, 노동강도 강화 등을 낳았다. 기술은 계속 발전했지만 자본가들의 부의 축적은 동시에 빈곤의 축적을 낳았다.

또 역사적으로 자동화와 기계화에 의한 노동 대체 전망은 늘 과장돼왔다. 신기술은 산업을 재편하고 일부 부문의 일자리를 줄이지만, 경우에 따라 오히려 해당 산업이 팽창해 일자리가 늘기도 하며 신규 분야 산업이 등장하면서 새로운 노동 부문이 생겨나기도 했다. AI 도 마찬가지로 일 것이다.

그러나 AI 는 다르다는 주장이 팽배하다. ‘인류의 패러다임을 바꿀 혁명’이자 ‘인간의 마지막 발명품’일 것이라는 등등의 주장을 우리는 흔히 접한다. 일종의 과장 광고다. 그런데 이 글에서도 간단히 살폈듯이 AI 는 결코 만능이 아니고 한계가 많은 기술이다. AI 가 어떻게 작동하는지를 알면 우리는 기술을 객관적으로 볼 수 있고 불필요한 환상이나 두려움을 갖지 않을 수 있다. 그러나 사람들이 AI 에 대해 함의적으로 이해하기란 결코 쉬운 일이 아니다. 그것이 자본주의 사회의 정치·경제 권력자들의 이해에 부합하지 않기 때문이다.

기업들은 AI 에 대한 환상을 불러일으키기 위해 체계적이고 의도적인 언사를 늘어놓는다. AI 환상은 오로지 이윤 극대화만을 추구하는 기업 활동의 어느 정도는 비의도적인 부산물이기도 하다. “AI 공동체는 AI 가 어떻게 잘 작동하는지 그 이유를 과학적으로 설명하기보다 벤치마크 데이터세트(학습된 데이터)에서의 AI 성능개선에 주로 초점을 맞춘다. … 그러다 보니 새로운 기술은 마치 마법처럼 느껴진다.” “유일한 증거는 현실에서의 평가가 아닌 벤치마크 데이터세트에만 있을 뿐인데도 [그들은] 이들 도구의 독해력이 인간과 같은 수준이라고 말한다.”²⁴⁾

AI 에 대한 과장이 사람들을 현혹할 수 있는 이유는 몇몇 AI 기술이 빠르게 개선되기 때문이다. AI 를 단일 과학기술처럼 여기는 경향이 흔하지만 AI 는 다양한 기술을 포괄하는 광범한 개념이다. 어떤 환경에서 어떤 업무를 어떻게 적용하는지에 따라 AI 각각의 유용성은 천차만별이다. <AI 버블이 온다>라는 책에서 컴퓨터과학자인 저자들은 AI 가 ‘탈 것’과 마찬가지로 지적한다. 탈 것에는 자전거, 자동차, 비행기, 우주선 등이 있다. 누군가는 자전거를, 누군가는 우주선을 떠올리며 우리 사회가 ‘탈 것’에 대해 논의하는 것과 마찬가지로 상황이라는 것이다.

AI 는 어떤 분야에서는 유용하지만 여러 분야에서 아직 한계가 많은 평범한 보통의 기술들 중 하나일 뿐이다. 그런데도 기업과 정부는 AI 자체를 신비화하고 AI 가 산업에 미치는 영향을 실제보다 과장해 기술도입을 ‘숙명’으로 여기게 만든다. 이를 통해 노동자들을 위축시키고 공공적 사회정책에 대한 전통적 요구를 낡고 뒤쳐진 것으로 만드는 이데올로기적 효과를 누린다.

AI가 아니라 병원과 인력을!

2026년 2월에도 조산 통증을 겪던 쌍둥이 임신부가 응급수술 병원을 찾지 못해 거리를 헤맸다. 결국 한 아이는 사망했고 다른 한 아이는 중태에 빠졌다. “근본 원인은 의료 공급과 인력 양성을 오직 시장 논리에만 맡겨둔 공공의료 부재 때문이다.”²⁵⁾ 또 지난 5년간 의료비로 파산한 사람이 1만 5천여명에 달하는 것으로 드러났다²⁶⁾. 공공병상 수와 건강보험 보장성이 모두 OECD 최저수준으로 낮아 생기는 고통은 계속되고 있고 해결되지 않고 있다.

이런 상황에서 정부는 미래성 위에 'AI 기본의료'를 쌓고 있다. 가장 단순한 진단보조 AI도 유용한 도구가 되기까지 오랜 검증이 필요한데, 그보다 훨씬 복잡한 응급환자 예측, 중증도 분류 및 자원 연계, 질병 예측 등의 분야까지를 정부가 당장 올해부터 2028년 사이 구축하거나 실증에 들어간다고 한다.

250개 시군구 중에 77곳에 분만실이, 34곳에 응급실이 하나도 없는 나라다. 제아무리 AI가 발전해도 내가 갑자기 아플 때 갈 수 있는 병원이 자체가 전혀 없는 문제를 해결할 도리는 없다. 그런데 검증된 것 하나 없는 AI가 할 수 있는 것이 대체 무엇이겠는가.

AI에 투자해서 나올 수 있는 성과는 미지수인 반면, 지역마다 공공병원을 짓고 인력을 공공적으로 양성해서 배치하는 데에, 그리고 건강보험 보장성을 확대하는 데에 정책과 자원을 투자하면 확실히 수많은 사람들의 건강과 생명을 지킬 수 있다. 그런 방법은 외면하며 AI에 정부의 전방위적 재정과 역량을 투입시킨다는 이런 정책은 과연 누구를 위한 것일까?

올해 보건의료 예산은 5,148억 원 증가했는데, 이 중 의료 AI 산업 투자액만 약 1,222억 원에 달한다. 반면 올해 건강보험 국고지원 비율은 지난해 윤석열 정부 때보다 축소됐고, 재난적 의료비 지원사업 예산은 28.5% 감소했으며, 공공병원 신·증축 예산은 전혀 편성되지 않았다. 권역책임의료기관에 지원한다는 명목의 예산 중에서도 142억은 'AI 진료시스템 도입'에 할당되었다.

기술 낙관론 뒤에 숨은 이 무책임한 도박을 정부는 아마도 멈추지 않을 것이다. 민주당 정권은 자유주의적 민주주의를 추구한다는 면에서는 권위주의 우파와 구분되지만, 사회경제 정책에서는 우파와 별다를 것 없는 신자유주의를 추구해왔다. AI 기본의료는 '위험의 사회화와 이익의 사유화'의 한 전형이 될 것이다. 설익은 기술 도입으로 인한 위험은 약자들에게 전가되는 반면, 그 과정에서 발생하는 상업적 이득과, 환자의 위험을 시행착오 삼아 학습해 고도화할 기술과 축적하는 개인 데이터들은 오직 기업에 귀속될 것이기 때문이다.

보건의료 노동자들에게도 장기적으로 큰 영향을 미칠 것이다. 의료기관이 기술 도입을 명목으로 업무량을 늘리면서 인력을 충원하지 않거나 오히려 감축한다면 AI 도입은 오히려 노동자를 더욱 소진시킬 것이다. 인력 충원 없이 AI를 도입하면 환자 감시와 기록 노동만이 증가할 뿐 돌봄 시간은 오히려 줄어들 수 있다. 또 사용자들은 AI로 훨씬 더 연속적이고 자동화된 방식으로 병원노동을 통제하고 감시를 강화할 수 있다. 사용자들이 이를

성과평가·인력배치·징계·해고 결정에 연동하게 되면 노동자들은 항시적 자기감시와 경쟁에 놓이게 될 것이다²⁷⁾.

건강보험 제도에도 충격을 줄 수 있다. 이미 미검증 AI 기술이 갈수록 손쉽게 의료현장에 진입하면서 비급여가 늘어나고 있다. 특히 이 같은 비급여는 장치 보장성 강화를 위해 급여화해야 할 대상이 아니라 애초 미검증으로 진입이 차단됐어야 하는 기술이란 점에서 '악성' 비급여라 할 수 있다. 이를 어떻게 통제할 것인지를 두고 건강보험공단 등은 이미 곤란을 겪고 있다.

정부가 이런 AI의 부작용과 허상을 모르지 않을 것이다. 그런데도 정부가 의료뿐 아니라 사회 각 부문에서 AI에 대한 강박을 보여주는 까닭은, 강박적 축적이 자본주의의 본질이기 때문이다. 최근에 특히 AI는 자본축적의 새 첨병이 됐다. 갈수록 격화하는 자본주의 국가 간 경쟁 속에서 각국 정부는 AI에 고도화에 사활을 걸고 있다. AI 개발은 경제적 문제일 뿐 아니라 군사적 지배를 확립하는 문제이기도 하다. 그래서 AI 거품이 위험 수준이라는 경고도 쏟아지지만 각국의 기업과 정부들은 브레이크 없는 질주를 멈추지 못하고 있다²⁸⁾.

이를 막을 힘은 자본의 논리에는 없다. 오직 저항하는 사람들한테 희망이 있다. 그런 영감을 미국 간호사 노조(National Nurses United)의 투쟁이 우리에게 준다. 미국 병원 경영자들은 팬데믹 비상사태를 틈타 인력부족 사태를 '해결'한다며 검증되지 않은 AI 기술을 도입했다. 그러나 AI가 환자의 중증도를 판단하고 필요 간호시간을 예측한 결과는 간호사들의 평가와 일치하지 않았다. AI가 환자와 가족의 교육적, 심리사회적, 정서적 요구를 고려하지 않기 때문이었다. 환자 중증도가 제대로 반영되지 않은 AI의 판단에 따라 실제 필요한 간호사보다 적은 인력이 환자 곁에 배치되었다. 간호사들은 "환자 옹호자로서 우리는, AI가 의료현장을 보완하거나 치료의 질을 향상시킬 것이라는 근거 없는 마케팅(marketing)성 주장에 의문을 제기해야 할 의무가 있다"며 투쟁했다. "Trust Nurses, Not AI(AI 말고 간호사를 믿으십시오)", "Patients are NOT Algorithms(환자는 알고리즘이 아니다)"가 노동자들의 구호였다²⁹⁾.

자본과 정부가 말하는 AI 유토피아는 우리의 삶과 생명을 결코 지켜주지 못한다. 오히려 그들은 인간 노동과 데이터의 축적물일 뿐인 그것에 이제 신비의 외피를 두르고는 세계 곳곳에서 우리 삶의 조건을 자신들 마음대로 재편하려 하고 있고 의료도 영리화·민영화하고 있다.

SF 소설가 테드 창은 “과학기술에 대한 두려움은 자본주의에 대한 두려움”이라고 했다. 정상적인 사회라면 인간 노동을 대신해주는 기계에 두려움을 느낄 그 어떤 이유도 없을 것이다. 문제는 기술이 아니라 인류가 오랫동안 쌓아온 지식과 노동의 축적물을 일부가 통제하며 이득을 누리는 사회 체제에 있다. 잘못된 정부의 우선순위에 맞서 삶의 조건을 지켜야 할 뿐 아니라, 기술을 민주적으로 통제해 모두가 진정으로 함께 누릴 수 있는 사회를 만들어야 할 이유다.

- 1) 'AI 시대 사회변화 대응을 위한 국가 AI 전략위원회 - 시민사회 간담회', 2026. 2. 9.
- 2) 국가인공지능전략위원회, <대한민국 인공지능 행동계획>, 2026.2.25.
- 3) 신현웅, 공공의료 AX의 함의와 필요성 - AI 기본의료 실현을 위한 공공의료 디지털 전환, 2026.3.17.
- 4) 신현웅, 앞선 자료
- 5) 변혜진, 건강관리서비스 가이드라인 제정의 문제점 - '건강계층화'와 '의료민영화'의 다른 이름, 2016.6.1. 월간복지동향
- 6) Voter et al. AJNR Am J Neuroradiol 2021;42(8): 1550-1556
- 7) Futoma et al. Lancet Digit Health 2020;2(9):e489-e492
- 8) Van Calster et al. MBC Med 2023;21(1):70
- 9) 아르빈드 나라야난, 사야시 카푸르, <AI 버블이 온다>, 2025, 월북
- 10) Gulshan V, Peng L, Coram M, et al. Development and Validation of a Deep Learning Algorithm for Detection of Diabetic Retinopathy in Retinal Fundus Photographs. JAMA. 2016;316(22):2402–2410.
- 11) Emma et al, A Human-Centered Evaluation of a Deep Learning System Deployed in Clinics for the Detection of Diabetic Retinopathy, 2020.4.23. ACM digital library
- 12) 전진한, 인공지능이 의료를 바꾼다? '디지털 헬스' 장밋빛 환상 뒤 낡은 규제 완화, 2023.11. 의료와사회 13호
- 13) AI는 잘못 알려진 것과 달리 매우 천천히 발전해온 기술이다. 최초의 신경망 AI는 1957년에 개발돼 수십년 간 굴곡을 거쳤다.
- 14) Sourget, T., Hestbek-Møller, M., Jiménez-Sánchez, A. et al. Mask of Truth: Model Sensitivity to Unexpected Regions of Medical Images. J Digit Imaging. Inform. med. 39, 767–784 (2026). <https://doi.org/10.1007/s10278-025-01531-5>
- 15) Alexander d'Elia etc, Artificial intelligence and health inequities in primary care: a systematic scoping review and framework, BMJ, 2022
- 16) Chris Stokel-Walder, Scientists invented a fake disease. AI told people it was real, 2026.4.7. Nature
- 17) 박성호, 선진입 의료기술에서 임상적 유용성과 불확실성을 관리하는 HTA의 역할, 2026.4.7. 2026년 한국보건의료연구원 연례학술회의
- 18) Muralidharan et al. NPJ Digit Med 2024;7(1):273
- 19) 허성규 기자, 의사 90% AI 써봤다 용도는 정보탐색...병원 도입률은 19%, 메디컬타임즈, 2025.8.13.
- 20) Muralidharan et al. 같은 논문
- 21) Health Technology Assessment
- 22) 홍은심 기자, 입원 환자에 "AI 기술 써보세요"... 의료적 판단인가 매출 품수인가, 2025.11.26. 동아일보
- 23) 카를 마르크스, 『자본론』 I, 비봉출판사
- 24) 아르빈드 나라야난, 사야시 카푸르, 위의 책

- 25) 김규현, 신소윤 기자, "의사·병상 없다"...4 시간 걸려 대구서 분당 간 산모, 쌍둥이 한 명 잃어, 2026.4.8. 한겨레
- 26) 허윤희 기자, 지난 5년간 '의료비로 파산' 1만 5천명...가계 부담 해마다 증가, 2026.3.10. 한겨레
- 27) 이상윤 외, 인공지능 혁명과 공공 미래, 노동의 전략 연구, 2025.12. 사회공공연구원
- 28) 크리스티아노 사비유, 미래는 AI의 시대가 될 것인가?, 2025.2.7. 노동자연대
- 29) National Nurses United, National Nurses United survey finds A.I. technology degrades and undermines patient safety. 2024.5.15.

세션 2
지역의료공백 해결을 위한
지방정부와 중앙정부의 역할

발제

지역의료공백 해결을 위한 지방정부와 중앙정부 역할론
이상윤 (연구공동체 건강과대안 책임연구위원)

지역의료 공백 해결을 위한 지역 정치와 사회운동의 역할

한국의 지역의료 공백 문제는 점점 더 심각해지고 있습니다. 문제의 심각성에 대한 논의는 적지 않습니다. 그러나 그에 비해 해결의 실마리는 좀처럼 보이지 않습니다. 의료는 결국 사람이 하는 일인데, 지역 보건의료인 부족 문제를 풀 뾰족한 방법이 없다는 무력감이 가능성의 지평 자체를 좁히고 있습니다. 그 답답함 속에서 최근에는 사람 대신 기술로, 의사 대신 기계로 문제를 해결해 보려는 시도까지 등장하고 있습니다.

오늘 저는 그 논의의 틀 자체를 조금 다른 곳에서 시작하려 합니다. 보건의료인 공급, 의료기관 증설, 의료 질 향상, 의료 전달 체계 개선, 예산 확보, 행정 및 관리 체계 정비 등 흔히 '의료 정책'이라 불리는 영역에서 새로운 해법을 제시하려는 것이 아닙니다. 그것은 제 전문 영역이 아니기도 하거니와, 솔직히 말씀드리면, 그것보다 더 근본적인 논의가 먼저 필요하다고 생각하기 때문입니다.

제가 오늘 이야기하고 싶은 것은 이것입니다. 지역의료 공백 문제를 계기로, 지역 정치를 어떻게 활성화할 것인가. 사회운동의 주체를 어떻게 세울 것인가. 그리고 서로 다른 힘들 사이의 연대와 단결을 어떻게 이루어낼 것인가.

오늘 발제는 주로 왜 그것이 중요한가에 집중합니다. 그것을 어떻게 현실화할 것인가, 구체적으로 무엇을 할 것인가는 오늘 토론의 몫입니다. 발제가 문제의식을 날카롭게 하고, 토론이 그것을 행동으로 이어가는 자리가 되기를 바랍니다.

1. 왜 지역의료인가: 극우의 성장과 지역 정치의 위기

극우는 지역에서 자란다.

오늘 우리가 지역医료를 이야기하는 것은 의료 서비스 접근성 문제를 해결하기 위한 것만은 아닙니다. 물론 그 문제도 중요하지만, 현재와 같은 정치 상황에서는 더 큰 정치적 문제에서 출발해야 한다고 생각합니다.

지금 전 세계에서 극우가 성장하고 있습니다. 유럽, 미국, 라틴 아메리카뿐 아니라 우리 사회에서도 마찬가지입니다. 그런데 극우의 성장 지도를 들여다보면, 그 진원지는 대도시가 아니라 중소도시와 농촌, 탈산업화된 지역, 공공서비스가 무너진 지역인 경우가 많습니다.

한국은 좀 다를 수 있지만, 미국과 유럽의 경우 지역의 탈산업화가 극우 정치세력의 성장으로 이어지고 있다는 점을 확인할 수 있습니다. 독일의 경우를 보면 더 선명합니다. 통일 이후 구동독 지역에서 극우 정당 AfD 가 가장 강세를 보이는 곳은 일자리가 사라지고, 젊은이들이 떠나고, 병원이 문을 닫고, 대중교통이 줄어든 곳입니다.

이것은 우연이 아닙니다. 독일의 사회학자들과 공중보건 연구자들이 공통으로 확인한 것은, 공공서비스의 부재가 단순히 생활 불편을 넘어 소외감, 박탈감, 국가와 기성 정치에 대한 불신을 만들어낸다는 것입니다. 그리고 그 불신과 불안이 극우의 자양분이 됩니다.

여러 연구에 따르면, 가난한 이들의 건강 악화와 의료 접근성 제약은 광범위한 제도 불신과 극우 투표로 이어진다고 합니다. 과거에는 열악한 의료 상황이 진보 진영 지지로 이어졌지만, 지금은 극우 지지로 이어집니다. 진보 진영이 그 지역에서 대안을 보여주지 못하기 때문입니다.

극우의 전략: 안전과 치안의 논리

극우가 이 공간에서 어떻게 작동하는지를 이해하는 것이 중요합니다. 극우는 경제적 박탈감과 공공서비스 붕괴로 생겨난 불안을 포착하지만, 그것을 경제적 구조의 문제로 설명하지 않습니다. 대신 그것을 안전, 치안, 박탈의 언어로 번역합니다.

병원이 없는 것은 서울 때문입니다. 응급실에 과부하가 걸린 것은 가난한 이들과 이주민이 의료를 빼앗아 가기 때문입니다. 우리 동네가 나빠진 것은 이방인들이 들어왔기 때문입니다. 극우의 정치적 언어는 이처럼 경제적·사회적 불안을 문화적 위협과 치안 문제로 전환합니다. 이것이 극우가 탈산업화된 지역에서 효과적으로 작동하는 이유입니다.

이에 맞서는 진보 진영의 언어는 무엇이어야 합니까. 이전 시기 극우와 싸웠던 역사는 중요한 단서를 줍니다. 1880년대부터 1920년대까지 유럽과 미국에서 사회주의자들이 지방 권력을 장악했던 시기, 그들이 한 일은 추상적인 계급 투쟁 선언이 아니었습니다. 물을 공급하고, 병원을 세우고, 학교를 만들고, 아이들에게 무상 급식을 시행하고, 공원을 조성했습니다. 실제로 사람들의 삶이 나아졌습니다.

지역 주민의 삶이 구체적으로 좋아지는 경험, 그리고 그것이 진보 정치와 연결되어 있다는 지역의 문화적 자긍심이 만들어질 때 진보 진영은 유리합니다. 반대로 불안, 소외감, 박탈감이 누적됨에도 불구하고 진보 진영이 대안을 보여주지 못할 때, 그 공간을 극우가 채웁니다.

지역 정치는 실력 경쟁이다.

이것이 우리가 지역의료 문제에 주목해야 하는 정치적 이유입니다. 지역의료는 의료 서비스 접근성 문제를 넘어섭니다. 그것은 극우와의 지역 정치 경쟁에서 진보 진영의 실력을 입증하는 핵심 무대입니다.

대부분의 나라에서 지방 권력은 대표성이 높고 지역 풀뿌리와 밀착되어 있다는 평가를 받아왔지만, 최근에는 오히려 불평등을 강화하는 경향을 보입니다. 지역은 지역 자체로 긍정적이거나 민주적이지 않습니다. 지역은 민주적 공간이 될 수도 있고, 불평등 재생산의 공간이 될 수도 있습니다.

지역 정치는 문화예술, 교육, 의료, 주택 등을 둘러싼 실력 경쟁입니다. 진보 세력이 이 분야에서 실질적이고 구체적인 성과를 만들어낼 때, 지역 주민들은 그것을 자신들의 삶과 연결합니다. 지역 문화에 대한 자긍심이 클 때 진보 진영이 유리하고, 불안과 박탈감이 클 때 극우가 유리합니다. 이것은 감정이나 문화의 문제가 아니라 물질적 현실의 문제입니다. 좋은 학교, 접근할 수 있는 병원, 살 수 있는 주택이 있는 지역에서 사람들은 현재를 방어하고 미래를 기획합니다. 그것이 사라진 지역에서 사람들은 분노와 두려움으로 적을 찾고 무엇이든 지금보다는 낫다는 생각으로 현실에서 도피합니다.

따라서 의료 영역에서 대안을 만들어내는 것은, 의료 이슈를 넘어 지역 정치의 헤게모니를 누가 쥐느냐의 문제입니다.

2. 진보 정치 없이 평등한 의료는 없다.

의료 공백은 우연적인 결과가 아니라 필연적 구조다.

지역의료 공백을 지역 정치의 맥락에서 이해했다면, 이제 그 구조를 해부해야 합니다.

우리가 지역의료 공백을 이야기할 때 흔히 나오는 설명이 있습니다. 의사가 부족하다, 병원 경영이 어렵다, 예산이 모자란다. 틀린 말은 아닙니다. 그러나 이 설명은 근본적인 질문을 회피합니다. 왜 그 부족과 어려움은 언제나 지역의 몫인가?

이 문제 해결을 위해 권한과 재정을 지역으로 이관하는 논의가 지방선거 맥락에서 이루어지고 있습니다. 하지만 여기에 더 중요한 변수가 있습니다. 바로 만성적으로 과소화된 보건의료 재정 투입과 긴축 재정 문제입니다. 긴축 재정 환경에서는 중앙에서 재정을 지원하는 형태든 지역에서 자체적으로 재정을 마련하는 형태든 모두 의료의 상업화와 사유화로 귀결되는 경향이 강합니다. 신자유주의적 정책이 관철되는 상황에서는 중앙집권이냐 지방분권이냐는 별로 중요하지 않습니다.

긴축 재정의 맥락에서는 중앙집권이건 지방분권이건 지역의료 공백 문제를 해결할 수 없습니다. 행정이나 재정 구조를 바꾸는 것만으로는 부족합니다. 다른 차원의 접근이 필요합니다.

분권화 언어의 함정

이 자리에서 한 가지 중요한 구분을 할 필요가 있습니다.

"지역의료 강화", "지방 분권화"라는 언어는 매우 다른 두 가지 목적으로 사용될 수 있습니다. 하나는 중앙이 재원에 대한 책임은 유지하면서 지역 주민의 의사결정 권한을 강화하는 것입니다. 다른 하나는 재원 조달 책임 자체를 지방으로 떠넘기고 중앙정부는 책임에서 빠져나가는 것입니다.

지방 분권화라는 언어는 더 민주적이고 풀뿌리에 밀착해 보이지만 꼭 그렇지만은 않습니다. 분권화는 종종 지방 엘리트와 토호, 중앙 권력의 지방 후원 세력의 권력 강화에 이용됩니다. 분권화 자체가 중요한 것이 아니라, 누구의 통제 아래 어떤 목적으로 분권화되느냐가 핵심입니다.

한국에서도 "지역의료 자율화", "지역 거점 병원에 대한 지방정부 책임 강화"와 같은 논의가 등장할 때, 우리는 이것이 지역 주민을 위한 것인지, 아니면 공공 의료에서 국가가 받을 빼는 수단인지를 날카롭게 물어야 합니다.

보수 세력도 의료 공백 문제를 해결할 수 있지만 기반이 불안정하다.

여기서 한 가지 복잡한 현실을 짚어야 합니다. 지역의료 문제에 대한 정책적 대응이 반드시 진보 세력을 통해서만 오는 것은 아닙니다.

보수 정치 역시 지역의료 문제를 다룰 수 있습니다. 아니, 때로는 보수 정치가 시혜의 논리로, 혹은 선거를 앞둔 정치적 계산으로 긍정적인 방향의 의료 정책을 펼 수도 있습니다.

그러나 보수 세력의 의료 개혁 패키지는 민주적 책임을 강화하는 것이 아니라, 기술관료 엘리트에게 권한을 넘기는 것인 경우가 많습니다. 시민 참여는 오히려 줄고, 보건의료인과 환자 단체는 정책 결정에서 배제되는 것입니다. 정치인들이 내세우는 의료 정책의 본질을 봐야 합니다.

보수 정치세력의 정책이 단기적으로 일부 성과를 낼 수 있지만, 그 기반은 본질적으로 불안정합니다. 보수 정치에서 지역의료 정책은 이념적 핵심이 아닙니다. 그것은 선거 계산이나 여론 관리의 수단입니다. 따라서 정치적 상황이 바뀌면 정책도 바뀝니다. 복지 국가와 보편적 의료는 노동자 운동과 진보 정치의 장기적 압력 없이는 유지되지 않습니다.

우리의 목표는 보수 정치가 기술적, 관료적으로 의료 공백 문제를 해결하려는 정책을 펼 때 그것도 아무것도 안 하는 것보다는 나으니 손뼉 치고 응원하는 것은 아니라고 생각합니다. 지역医료를 진보 정치의 핵심 의제로 만들어, 어떤 정치세력도 이것을 외면할 수 없는 구조를 만드는 것이 중요하다고 생각합니다.

3. 지역 정치와 의료를 연동시키는 전략

중앙정부의 역할: 자원 풀링과 형평적 배분

중앙정부에 대한 우리의 요구는 명확해야 합니다.

중앙정부의 핵심 역할은 두 가지입니다. 첫째, 지역의료 재정에 대한 중앙 풀링 구조를 유지하고 재정 규모를 늘리는 것. 둘째, 그 배분이 형평성 기준에 따라 이루어지도록 법제화하는 것. 이를 위해 지역별 의료 필요도를 반영한 형평에 맞는 배분 공식이 필요합니다.

의료 인력 문제도 중앙 계획 없이는 해결되지 않습니다. 의대 졸업 후 지역 의무복무, 지역 의사 확충, 지역 필수 의료 수가 체계 개편은 모두 중앙 정책의 영역입니다.

그러나, "근거 + 정치적 의지 = 좋은 정책"이라는 공식은 작동하지 않습니다. 중앙정부가 이것을 자발적으로 할 것이라고 기대하는 것은 순진한 생각입니다. 정치적 압력 없이 정책은 만들어지지도 않고 잘 집행되지도 않습니다.

지방정부의 역할: 실험의 거점이자 압력의 기지

지방정부는 지역의료 문제에서 두 가지 역할을 동시에 수행할 수 있습니다.

하나는 실험의 거점입니다. 공공병원 설립과 유지, 지역 응급의료 체계 구축, 취약 계층 의료 접근성 지원, 예방 보건 프로그램 운영에서 지방정부는 좋은 모범을 창출할 수 있습니다.

다른 하나는 중앙 정책에 대한 압력의 진원지로서 역할입니다. 유럽과 미국의 경우 역사적으로 지방 사회주의는 단순히 지역 문제를 해결하는 것이 아니라 더 큰 정치적 의제를 만들어가는 공간이었습니다. 개별 지자체가 아니라 여러 지자체가 연대할 때, 이 압력은 훨씬 강해집니다.

그러나 지방정부의 한계도 직시해야 합니다. 지역의료 캠페인이 "우리 지역 병원을 살려라."라는 수준에 머물면, 그것은 지역 이기주의로 치부되고 전국적 연대를 만들지 못합니다. 지방정부 수준의 대응이 보편적 의료보장이라는 더 큰 틀과 연결될 때만 더 큰 힘을 발휘할 수 있습니다.

사회운동과 보건의료인의 역할: 연대의 조직

이제 가장 어려운 질문에 도달했습니다. 사회운동과 보건의료인은 무엇을 해야 하는가.

우선 보건의료인의 역할부터 이야기합니다. 2016 년 영국 주니어 닥터 파업에서 젊은 의사들의 98%가 파업을 지지한 것은 단순히 자신들의 계약 조건이 나빠서만은 아니었습니다. 그 파업은 NHS 전체의 미래에 대한 공적 논쟁이 되었기 때문에 의사들이 뭉쳤고, 시민들이 지지했습니다. 의사들이 "우리의 노동 조건"만이 아닌 "환자와 지역사회의 의료 권리"를 중심에 두었기 때문입니다.

지역의료 공백의 원인이 구조적이라면, 보건의료인이 그 구조에 대해 공개적으로 발언하고 정치적 언어를 사용하는 것은 보건의료인으로서 전문적 의무이기도 합니다. 보건의료인이 이 정치적 언어를 공개적으로 사용할 때, 운동의 신뢰성과 전문성이 함께 높아집니다.

사회운동의 역할에 관한 연구에서 공통으로 발견할 수 있는 교훈이 있습니다. 보편적 서비스를 방어하고 주장할 때는 교차적 계급 연대가 가능하지만, 특정 집단의 이해관계만을 방어할 때는

연대가 분열됩니다. 지역의료 문제를 "가난하고 소외된 지역의 특수한 문제"가 아니라 "우리 모두의 보편적 권리문제"로, 사회정의와 평등의 문제로 프레임화해야 합니다.

4. 하지만 현재 한국에서 의료 문제로 대중의 열망을 끌어낼 수 있을까?

정책과 제도만으로는 부족하다.

지금까지의 논의는 중요하지만 한 가지 근본적인 질문이 남았습니다.

지역의료 공백 문제를 해결하기 위해 좋은 정책, 제도, 프로그램을 설계하는 시도가 끊임없이 있어 왔습니다. 충분히 논리적이고 합리적인 정책 제안도 제출된 바 있습니다. 그런데 왜 번번이 실현되지 못하는가. 왜 좋은 연구와 좋은 보고서는 서랍 속에 잠들어 있는가.

미국이 보편적 의료를 갖지 못하는 것은 좋은 아이디어나 정책이 없어서가 아닙니다. 기업 자본이 선거를 좌우하고, 노동자 계급이 의회에서 과소 대표되고, 민주주의 제도 자체가 구조적으로 왜곡되어 있기 때문입니다. 정책 설계의 문제가 아니라 권력의 문제인 것입니다.

그렇다면 권력관계를 바꾸는 것은 무엇입니까. 대중의 열망과 행동입니다. 그리고 여기서 핵심적인 질문이 나옵니다.

의료 이슈로 대중의 열망을 모아낼 수 있을까?

지역의료 문제는 대중이 일상생활의 맥락에서 자발적으로 나서 해결을 염원하는 열망을 끌어내는 이슈인가? 쉬운 질문이 아닙니다.

의료 문제는 사람들이 직접 경험하는 절박한 생활 문제입니다. 응급 환자가 두 시간을 달려야 하는 현실, 소아청소년과가 없어 아이를 데리고 도시까지 가야 하는 현실, 암 진단 후 치료를 위해 고향을 떠나야 하는 현실. 이것은 분명히 대중의 삶과 직결되어 있습니다.

그러나 역설적으로 의료 문제는 종종 집합적 분노보다 개인적 체념이나 대응으로 이어집니다. 병원이 없는 것을 "우리 지역은 원래 이래"라고 받아들이거나, "내가 어떻게 하겠어"라며 포기하게 만듭니다. 아니면 개인적 역량을 동원한 해결을 하게 만듭니다. 신자유주의적 맥락에서 의료 문제는 개인화·기술화·탈정치화되고 있기 때문에 그러한 양상은 더욱 심해집니다. "어떤 의사를 찾아가야 하는가?"는 개인의 선택 문제가 되고, "왜 의사가 없는가?"는

행정의 효율성 문제가 되며, "누가 이익을 보고 누가 피해를 보는가?"라는 정치적 질문은 사라집니다.

열망을 끌어내는 정치화

그렇다면 어떻게 의료 문제를 대중의 열망과 연결할 수 있는가. 이것은 이론적 답변이 아니라 운동의 실천적 과제입니다. 여기서는 대략의 방향만 얘기할 수 있을 듯합니다.

첫째, 구체적 피해와 구체적 요구를 연결해야 합니다. 추상적 정치 선언만으로는 실질적 성과를 내기 어렵습니다. 구체적 조치의 결과로 그 성과가 가시적으로 드러났을 때, 사람들은 그 운동 세력을 지지하게 됩니다. 지역의료 문제도 마찬가지입니다. "지역의료 강화"라는 추상적 구호보다 "올해 안에 ○○군에 산부인과를 만들겠다.", "다음 해까지 ○○지역 응급실 24 시간 운영을 확보하겠다"라는 구체적 목표와 구체적 성과가 대중의 신뢰를 만듭니다.

둘째, 의료 문제를 다른 생활 문제와 연결해야 합니다. 지역에서 의료 공백은 홀로 존재하지 않습니다. 가족 센터가 문을 닫고, 버스 노선이 줄고, 일자리가 사라지는 것과 함께 옵니다. 이것들은 모두 긴축의 다른 이름입니다. 의료 문제를 이 더 큰 그림 속에서 제기할 때, 그것은 단일 이슈 캠페인을 넘어 생활의 총체적 방어라는 더 강력한 동원의 계기가 됩니다.

셋째, 보건의료인이 운동의 신뢰할 수 있는 목소리로 지도력을 발휘해야 합니다. 보건의료인은 대중이 신뢰하는 전문가 집단입니다. 물론 한국적 상황에서 의사들도 과연 그러한가에 대해 비관적인 인식이 있을 수 있습니다. 하지만 정치인보다 보건의료인의 말을 신뢰하는 사람이 많습니다. 보건의료인이 "지역에 의사가 없는 것은 구조적 문제"라고 공개적으로 말하는 것, 그리고 그 말이 지역 주민의 분노와 결합할 때, 정치화의 계기가 만들어집니다.

5. 더 큰 운동을 향해: 연계와 연대의 전략

긴축 맥락에서 개별 이슈 운동의 한계

이제 이 발제의 가장 중요한 결론에 도달했습니다.

긴축 재정의 맥락에서는 중앙집권이건 지방분권이건 지역의료 공백 문제를 해결할 수 없다고 우리는 이미 확인했습니다. 그렇다면 무엇이 필요할까요.

하나의 연구를 소개하겠습니다. 2007~2016 년 영국에서 NHS 민영화에 맞선 의료 캠페인과 사회보장 삭감에 맞선 복지 캠페인을 비교했을 때, NHS 캠페인은 성공했고 복지 캠페인은 고전했습니다. 왜 그랬을까요.

NHS 는 보편적 서비스였습니다. 모든 계층이 이용하는 서비스이기에 교차적 계급 연대가 가능했습니다. 반면 실업급여와 장애급여는 특수화된 급여였고, 수혜자들에 대한 낙인과 사회적 편견이 연대를 분열시켰습니다. 심지어 노동조합 내부에서도 실업자와 현역 노동자 사이의 분열이 생겨났습니다.

지역의료 문제는 어느 쪽에 가깝습니까. 보편적입니까, 특수화되어 있습니까. 현재로서는 중간 어딘가에 있습니다. "지역의료 공백"은 지역의 문제로 특수화되어 있습니다. 도시 중산층은 이 문제를 자신의 문제로 느끼지 않습니다. 이것이 지역의료 운동이 아직 충분히 넓은 연대를 만들지 못하는 이유 중 하나입니다.

그렇다면 전략은 명확합니다. 지역의료 공백을 보편적 의료 접근권의 문제로, 사회정의와 평등의 문제로 재프레임화해야 합니다. "지역 주민의 특수한 문제"에서 "어디에 살든 보장받아야 할 모든 사람의 권리"로 전환해야 합니다.

다른 투쟁과의 연계

더 중요한 것은, 지역의료 운동이 고립된 단일 이슈 캠페인으로 남아서는 안 된다는 것입니다.

1880 년대부터 1920 년대까지 유럽과 미국의 지방 사회주의가 성공한 것은 그것이 고립된 의료 운동이나 교육 운동이었기 때문이 아닙니다. 노동조합, 협동조합, 사회주의 정당, 선출직 정치인들이 유기적으로 연결된 광범위한 운동 생태계 속에서 지방 의료, 교육, 주택, 노동 조건 개선이 동시에 추진되었기 때문입니다.

오늘 우리에게 필요한 것도 마찬가지입니다. 지역의료 운동이 연결되어야 할 다른 투쟁들이 있습니다.

노동 운동과의 연대: 지역 병원은 지방 소도시에서 가장 큰 고용주 중 하나입니다. 병원이 문을 닫는 것은 의료 문제인 동시에 고용 문제입니다. 보건의료 부문 노동조합이 지역 주민과 연대하는 것은 자연스러운 일입니다. 보건의료 부문 노동조합이 지역에서 더 큰 역할을 할 수 있도록 설득하고 추동해 내야 합니다.

기후·환경 운동과의 연대: 기후 변화와 환경 오염이 건강 불평등을 심화시킵니다. 폭염, 미세먼지, 환경 파괴에 가장 취약한 사람들이 가장 의료 접근성이 낮은 지역에 삽니다. 건강과 기후 정의, 환경 파괴는 연결되어 있습니다.

반극우 운동과의 연대: 극우의 성장을 막으려는 모든 운동이 지역의료 문제에 관심을 가져야 합니다. 그리고 지역의료 운동은 자신을 반극우 투쟁의 한 부분으로 위치시켜야 합니다.

어떤 정치화가 필요한가: 운동의 조직 형태에 관한 질문

마지막으로 운동의 조직 형태 문제를 이야기하고 마치려 합니다.

오늘의 지방 진보 정치 프로젝트에는 과거처럼 국제적으로 조율된 프로그램이나 대중 조직 내부의 활발한 이론 논쟁이 없습니다. 그것은 아쉬운 일입니다. 그러나 동시에, 오늘의 운동은 시민 조직과 사회운동을 정당과 선출직 정치인과 더 유연하게 결합하는 방식을 실험할 수 있습니다.

지역의료 운동의 정치화를 위해 우리가 고민해야 할 조직 형태의 질문들이 있습니다.

지방선거에서 의료 이슈를 어떻게 중심 의제로 만들 것인가. 보건의료인과 시민이 함께 지방 의료 계획 수립에 실질적으로 참여하는 구조를 어떻게 만들 것인가. 개별 지역의 캠페인을 전국적 연대로 묶어내는 조직 형태는 무엇인가. 보건의료인 조직, 노동조합, 지역 시민단체, 진보 정당이 어떤 분업과 협력의 구조를 가질 것인가.

이것들은 이 발제가 답을 제시할 수 있는 질문이 아닙니다. 이것은 바로 오늘 이 자리의 토론이 이어가야 할 질문들입니다.

결론 — 발제를 마치며

발제를 세 문장으로 요약하겠습니다.

첫째, 지역의료 공백은 극우가 자라나는 조건입니다. 불안과 박탈감이 쌓이는 지역에서 공공의료가 무너질 때, 그 공간을 채우는 것은 치안과 안전의 언어로 무장한 극우입니다. 지역의료 문제는 의료를 넘어 지역 정치의 헤게모니 문제입니다.

둘째, 정책과 제도만으로는 부족합니다. 긴축 재정의 구조 아래서 중앙집권도 지방분권도 답이 되지 않습니다. 대중의 열망과 기대를 끌어내는 정치화와 동원, 그리고 보건의료인과 지역 주민의 연대가 필요합니다.

셋째, 지역의료 운동은 더 큰 운동과 연결되어야 합니다. 교육, 노동, 기후, 반극우 투쟁과 연계하여 긴축에 맞서는 더 큰 연대를 만들어야 합니다. 지역에서 시작하되, 보편적 권리의 언어로 전국적 연대를 구축해야 합니다.

감사합니다.

토론 1

지역의료 공백, 생명과 안전을 지키는 '지역'의 복원에서 답을 찾다
김미정 (원진녹색병원)

지역의료의 공백이 단순히 복지의 문제를 넘어 민주주의의 위기로 직결될 수 있다는 지적에 깊이 공감합니다. 과거 구동독 지역에서 극우 정당이 강세를 보였던 곳들의 공통점은 일자리가 사라지고, 젊은이들이 떠나며, 병원이 문을 닫고 대중교통마저 끊긴 곳들이었다는 지적이 맞습니다. 의료 공백은 결국 삶의 기본권이 무너진 자리에 소외와 분노가 자라나 극우의 온상지가 되기 쉬운 환경을 조성합니다.

우리는 흔히 '지역'과 '지방'이라는 용어를 혼용하지만, 그 차이를 들여다봐야 합니다. 우리가 마주한 현실은 '지방의료의 공백'에서 시작됩니다. 서울과 수도권을 제외한 모든 곳을 의미하는 '지방'은 이제 소멸의 시대를 맞이했습니다. 지난 30여 년의 민주화와 경제 성장 과정에서 우리 사회는 눈부신 발전을 이뤘으나, 그 결실은 철저히 서울로 집중되었습니다. 기술을 담당하던 지식인들은 관료화되고 제도권에 안주하는 동안, 성장의 낙과가 닿지 않은 지방에는 남은 것이 별로 없습니다.

이러한 맥락에서 '지역의료'라는 개념을 통해 의료 공백을 메꾸려는 시도는 매우 시의적절하며 지지하는 바입니다. 그동안 이른바 '빅 5'를 포함한 수도권 상급종합병원들이 전국 단위로 병상을 확대하며 의료의 블랙홀 역할을 해왔습니다. 그러나 메르스와 코로나 19 같은 감염병 팬데믹을 거치며 우리가 확인한 것은 거대 병원의 역할을 아우르는, 지역 단위 의료 대응의 절실함이었습니다. 중앙안전재난대책본부의 지휘 아래 각 도시의 상황을 매일같이 살피며, 우리는 삶의 현장을 지키는 의료 체계의 중요성을 실감했습니다.

제가 근무하는 구리원진녹색병원의 경험 역시 이를 뒷받침합니다. 감염병 유행이라는 국가적 위기 앞에서 보건소로 달려가 지역의 대응 체계를 함께 고민하고 환자들을 진료했던 동력은 거창한 시스템이 아닌 사명감이었습니다. 놀라운 점은 우리 병원뿐만 아니라 이름 없는 의사와 간호사들이 마치 '의병'처럼 지역 곳곳에서 나타났다는 사실입니다. 지역에서 오랫동안 뿌리 내리고 활동해온 이들이 재난의 최전선에서 스스로를 던졌습니다.

재난이 지나간 지 4년이 흐른 지금, 우리는 다시 질문을 던져야 합니다. 그토록 헌신적이었던 의료인들이 지역을 떠나지 않고 계속해서 그 자리를 지키게 할 방법은 무엇인가. 저는 그 해답이 '생명'과 '안전'을 지키는 '운동'의 복원에 있다고 봅니다. 2014년 세월호 참사 이후 우리

사회는 안전에 대해 끊임없이 성찰해 왔습니다. 산불, 홍수, 폭발 사고와 같은 지역의 재난 상황에서 여러 시민사회단체가 대책을 논의하고 수습해 나가는 과정에 보건의료인들이 실천적으로 결합해야 합니다.

결국, 서울과 수도권에 집중된 관료화된 지식인들을 대신해, 지혜로운 사람들이 지방에, 그리고 '지역'에 남을 수 있는 토대를 만들어야 합니다. 지역의료 공백을 메꾸는 일은 단순히 의사 숫자를 늘리는 기술적 문제를 넘어, 지역 공동체의 생명력을 회복하고 그곳에 사람을 남기는 정치적이고 철학적인 실천이 되어야 할 것입니다.

토론 2

지역의 의료 공백 해결을 위한 제언과 대구의 경험
김동은 (인도주의실천의사협의회 대구경북지부 진료사업국장)

우리가 맞닥뜨린 지역의 의료 공백은 우연적 결과가 아니라 필연적 구조라는 발제자의 지적에 공감합니다. 모든 국민의 건강권 보장과 지역 간 의료 격차 해소라는 국가의 당연한 책무를 방기한 채 의료마저 시장에 맡겨 온 결과가 오늘의 지역의료 공백을 초래했다고 생각합니다.

경상북도의 의료 공백은 심각합니다. 경상북도에 속한 10개 시와 12개 군 중 15곳이 응급의료 취약지이며 11 곳에는 소아청소년과 의원이 없습니다. 2024 년 기준 서울의 인구 1,000 명당 의사 수는 4.67 명에 달하지만, 경상북도는 2.26 명으로 두 배 이상의 차이를 보입니다. 공중보건의 감소로 의료 공백은 더 커졌습니다. 2022 년 287 명이었던 경상북도의 공중보건의는 2025 년 153 명으로 47%나 감소했습니다. 읍,면 단위 농촌 지역에서는 의료 접근성이 더 제한되어 ‘무의촌 화’ 되어가고 있습니다.

지역의사제 시행으로 이러한 지역의 의사 부족 문제에 다소 숨통은 트이겠지만 근본적인 해결을 기대하기는 어렵습니다. 의사 수는 꾸준히 늘어왔지만, 수도권 쏠림 구조는 점점 더 고착되어 왔기 때문입니다. 현재와 같은 민간이 주도하는 시장 중심의 의료체계에서는 수익성이 낮은 지역의료에 투자하기를 기대하기는 어렵기에 근본적인 대책 없이는 지역의 의료 공백은 쉽게 해결되기 어려울 것으로 보입니다.

시장 중심의 의료체계를 공공의료 중심으로 전환하는 것이야말로 근본적인 의료 공백의 해결책이라 생각합니다. 우리나라의 공공의료 기관의 비중은 OECD 국가 평균에 비해 현저히 낮은 수준입니다. 따라서 공공병원의 역할과 기능이 제한적일 수밖에 없었습니다. 공공의료가 지역, 필수 의료 공백을 보완하는 ‘최후의 보루’로 기능해야 함에도 규모와 인력, 그리고 역량에 한계가 있어 제대로 된 역할 수행에 어려움이 있었습니다.

따라서 70 개 중 진료권 중 공공병원이 없는 지역에는 서둘러 공공병원을 설립해야 합니다. 응급, 중증 환자 치료가 가능한 규모와 역량을 갖춘 공공병원 확충을 통해 안정적인 의료 인프라를 보장해야 합니다. 이는 전 국민 의료 안전망 구축의 측면은 물론이고 지역 균형 발전의 관점에서도 우선 해결해야 할 핵심 과제입니다.

새로운 공공병원 설립에 있어 가장 큰 걸림돌은 예비타당성 조사입니다. 공공병원이 없는 울산광역시와 광주광역시에서 공공병원 설립을 추진했지만, 기획재정부의 예비타당성 조사의 높은 벽을 넘지 못했습니다. 투입 비용 대비 경제적 편익이 낮다는 이유로 부적격 판정을 받았습니다. 공공병원의 존재 이유와 가치를 무시한 결정이 아닐 수 없습니다. 정부는 지역

주민의 생명을 살리는 공공의료의 가치를 ‘수익성’으로만 평가하는 예비타당성 조사를 중단해야 합니다.

지난 1 월 열린 울산광역시 타운홀 미팅에서 예비타당성 조사 관련 질문을 받은 이재명 대통령은 ‘국가에 의존하지 않고 지자체의 돈으로 지으면 예비타당성 조사를 피해 공공병원을 설립할 수 있다’라고 했지만 쉽지 않은 일입니다. 1980 년대 이후 정부는 지방의료원 운영을 지자체로 이양하면서 재정 지원을 대폭 줄이고 공공병원 자체 수익으로 운영하도록 했습니다. 따라서 공공병원에서 어쩔 수 없이 발생하는 ‘착한 적자’도 지자체의 몫이 되었습니다. 지자체가 공공병원 설립을 꺼리는 이유입니다. 정부는 공공병원에 대한 ‘독립채산제’의 구조적 족쇄를 풀고 병원 설립과 운영에 필요한 충분한 예산을 지원해야 합니다.

지역필수의료법이 국회를 통과해 연 1 조 1 천억의 특별 회계가 신설되었습니다. 지역간 의료 격차를 해소하기 위한 예산이 일부의 우려처럼 필수 의료를 내세우는 대형 병원의 수익을 늘려주는데 사용되어서는 안됩니다. 많은 예산이 지역 의료 인프라 구축과 의료 인력 확보 및 시스템 구축에 쓰여야 합니다. 의료 공백으로 고통받는 지역의 주민들의 건강권을 보장하는 일이야말로 현 시점에서 가장 필수적인 의료이기 때문입니다.

지역의료 공백의 책임이 정부에만 있는 것은 아닙니다. 지자체의 책임도 적지 않습니다. 지역의 의료 공백이 충분히 예상되었음에도 국가의 대책만 바라보며 책무를 방관한 측면도 있기 때문입니다. 지역의 가용 의료 인프라, 의료 수요, 그리고 의료 공백 상황은 지자체에서 가장 잘 파악할 수 있습니다. 지역의 의료 공백을 해결하고 건강한 의료 생태계를 구축하기 위한 구체적인 계획을 이제는 해당 지자체가 중심이 되어 세워야 합니다. 공공병원 설립에는 많은 시간과 예산이 필요하므로 읍, 면 단위 지역에는 지자체에서 운영하는 ‘공공 의원’ 등 소규모 공공의료 기관 설립도 필요합니다. 아울러 보건진료소, 보건 지소, 지역 보건소와 상급 병원과의 연계 시스템을 지자체가 만들어야 합니다. 곧 시행될 지역의사제를 통한 의료 인력 수급에 있어 지역에 필요한 의료 인력에 대한 지자체별 중장기적 예측을 통한 지역 의사 양성이 꼭 필요합니다.

2020 년 2 월 코로나 19 1 차 대유행이 대구를 강타했습니다. 대구는 병상이 많은 도시임에도 입원할 병상이 부족해 시민들이 고통을 겪어야 했습니다. 제대로 된 공공병원 역할을 하는 병원이 대구의료원 하나밖에 없었기 때문입니다. 대구의료원이 코로나 전담 병원이 되자 취약 계층 환자들의 의료 공백 또한 심각했습니다. 제 2 공공병원 설립에 대한 시민들의 요구가 분출했습니다. 제 2 대구의료원 설립 타당성에 대한 용역 조사를 거쳐 새로운 공공병원 설립이 확정되었지만, 홍준표 대구시장이 취임하면서 백지화되고 말았습니다. 시민사회는 강력히 항의하며 대구시 의회에 ‘제 2 대구의료원 설립 촉구 결의안’ 채택을 요구했으나 받아들여지지 않았습니다. 국민의 힘이 독식한 대구시 의회는 홍준표 대구 시장의 독선에 제대로 된 역할을 하지 못했습니다.

새로운 공공병원 설립에 있어 시민들의 요구와 함께 지역 정치권의 의지가 중요하다는 점을 실감할 수 있었습니다. 국회의원 선거, 지방 선거 때마다 후보들에게 제 2 대구의료원 설립 공약을 요청하고 있습니다. 공공의료 강화에 대한 의지가 있는 후보를 선거를 통해 선출하는 것 또한 공공의료 강화를 위해 매우 중요한 일이라 생각합니다.

코로나 팬데믹 당시 약 30 여개 시민 사회단체가 모여 '새로운 공공병원 설립 대구 시민행동'을 결성하고 제 2 대구의료원 설립 운동에 나섰습니다. 캠페인을 벌이고 시민 1 만 7,000 여 명이 서명한 서명지를 대구시와 대구시 의회에 전달하기도 했습니다. 시민 사회의 연대를 통해 시민 서명 운동, 정책 토론회, 공공의료 캠페인 등 다양한 활동을 펼쳤지만, 시민의 힘만으로 제 2 대구의료원 설립을 이룰 수는 없었습니다. 당시 여론조사 결과 80% 이상의 대구시민이 공공의료 확충을 요구하고, 60% 이상의 시민이 제 2 대구의료원 설립에 동의했지만, 코로나 19 가 잦아들면서 공공 의료에 관한 관심은 서서히 줄었습니다. 이러한 상황에서 공공병원 설립을 위한 시민 운동을 어떻게 지속해 갈 것인가에 대한 고민은 숙제로 남았습니다.

새로운 공공병원 설립 운동 과정에서 공공의료 확충에 대한 시민들의 인식과 절박함이 매우 중요하다는 점을 느낄 수 있었습니다. 한 번도 공공병원인 대구의료원을 이용한 경험이 없는 시민들을 대상으로 공공병원의 필요성을 설득하기가 쉽지는 않았습니다. 코로나 19 대유행 때 공공병원이 감당했던 소중한 역할에 대한 시민들의 기억이 공공의료에 대한 공감대를 형성할 수 있어 다행이었습니다.

따라서 의료 공백 해결을 위한 공공병원 설립 운동에 있어 시민들과 공공의료의 필요성에 대해 공감하고 소통하는 장을 펼치는 것이 무엇보다 중요하다고 생각합니다. 지역에서 활동 중인 풀뿌리 시민 조직 구성원들을 직접 만나 지역 의료 공백 상황의 심각성을 공유하고 공공의료 강화 등 대책을 함께 이야기하는 것이 필요한 시점이라 생각합니다.

아울러 의료 공백을 해결하기 위한 공공의료 강화 정책들이 제대로 시행되기 위해서는 의료계, 학계, 시민사회 등 관련 주체 간의 충분한 소통과 협력이 꼭 필요합니다. 제 2 대구의료원 설립 운동이 펼쳐질 때 지역 일부 의료인들의 반응은 결코 호의적으로만 느껴지지는 않았습니다. 공공의료에 대한 정부와 지자체의 지원이 충분하지 못한 상황에서 기존 대구의료원 구성원들의 고민 또한 적지 않았습니다. 지역 의료 공백 해소와 공공의료 강화를 위한 정책의 취지와 필요성에 대한 사회적 공감대를 먼저 형성하고, 정책 시행 과정에서 나타나는 문제점들을 함께 논의하고 개선해 나가려는 노력이 병행되어야 합니다.

지역 의료 공백에 대한 제언과 대구의 경험

대구경북 인도주의실천의사협의회

김동은

인구 1000명당 의사 수(2020~2024)

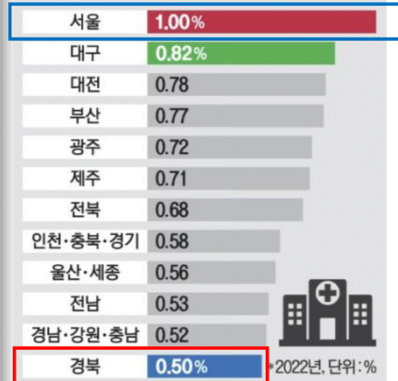
구분	2020	2021	2022	2023	2024
OECD	3.6	3.7	3.8	3.9	3.8
전국	2.49	2.55	2.61	2.66	2.71
서울	4.51	4.70	4.82	4.97	4.67
부산	3.42	3.52	3.61	3.68	3.62
대구	3.52	3.63	3.73	3.79	3.64
인천	2.54	2.58	2.65	2.73	2.74
광주	3.74	3.73	3.83	3.91	3.83
대전	3.62	3.68	3.74	3.76	3.57
울산	2.37	2.42	2.46	2.53	2.52
세종	1.93	1.94	2.01	2.10	2.17
경기	2.45	2.50	2.61	2.66	2.67
강원	2.61	2.65	2.65	2.68	2.58
충북	2.39	2.41	2.44	2.44	2.43
충남	2.36	2.39	2.38	2.41	2.40
전북	3.08	3.11	3.15	3.19	3.11
전남	2.56	2.63	2.64	2.63	2.63
경북	2.15	2.15	2.16	2.21	2.26
경남	2.49	2.53	2.57	2.60	2.57
제주	2.54	2.57	2.62	2.67	2.70

자료: OECD Health Data, 국가지표체계

지역별 인구 1,000명당
소아청소년과 전문의 수
2022년 기준, 평균 0.80명



■ 시도별 인구 1000명 당 개인병원 수 비율



*2022년, 단위: %

의료 취약지, 경상북도

환자도 의사도 “서울로”...지방의료 붕괴 ‘악순환’

입력 : 2026-04-17 17:00 | 수정 : 2026-04-17 17:00

농민신문

서울, 부산, 대구, 인천, 광주, 대전, 울산

전체 임상 의사의 55.1 %

(59,503명 / 107,976명)

서울, 경기, 인천

전체 임상 의사의 54.1 %

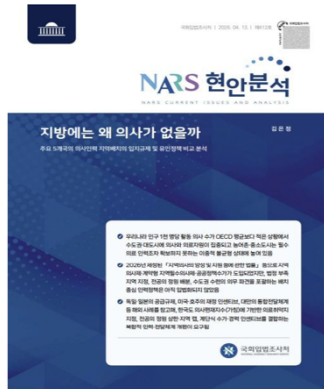
(58,443명 / 107,976명)



경상북도 10개 시, 12개 군 중 15곳

지방에는 왜 의사가 없을까 ?

의사의 사명감 부족으로 책임을 돌리고 개인의 희생과 헌신에 호소할 일일까?



국회입법조사처 보고서(2026.4.13)

- 구조적인 인력 부족으로 인한 높은 당직 부담 및 업무 강도
- 소수 의료진에 기인한 과도한 의료사고의 위험과 책임
- 수도권에 비해 뒤쳐진 의료 인프라, 첨단 장비, 지원 인력
- 낮은 수가와 불안정한 재정구조
- 전공 경력 단절의 우려, 경력 개발이 아니라 리스크로 인식
- 수도권과 비교해 상대적으로 열악한 정주여건

WHO, 의사의 지역 분포는 개인적 요인뿐 아니라 사회적, 경제적, 환경적 요인이 반영

우리나라 의사의 근무지역 불균형 유발 요인 분석

임선미¹ · 박정훈¹ · 임지연² · 김계현³
¹대한의사협회 의료정책연구소
²고려대학교 일반대학원 법학과

Analysis of factors affecting the unbalanced distribution of physicians' working regions in South Korea

Sun Mi Lim, PhD¹ · Jeong Hun Park, MPH¹ · Ji Yeun Lim, MS² · Kye Hyun Kim, PhD³
¹Research Institute for Healthcare Policy, Korean Medical Association, Seoul, Korea
²Department of Law, Graduate School, Korea University, Seoul, Korea

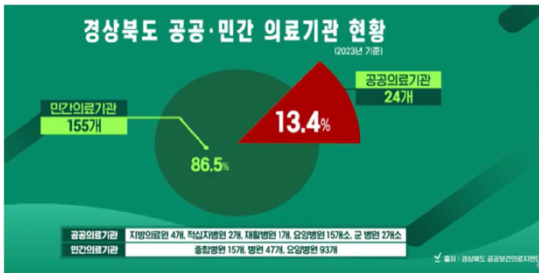
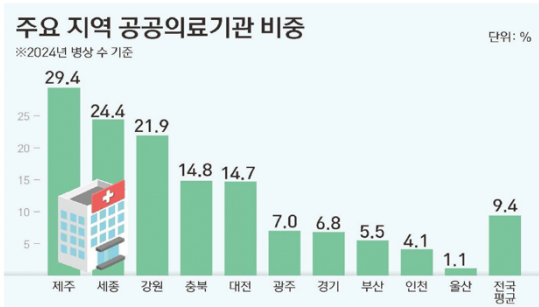


의사의 지역 근무에 영향을 미치는 요인

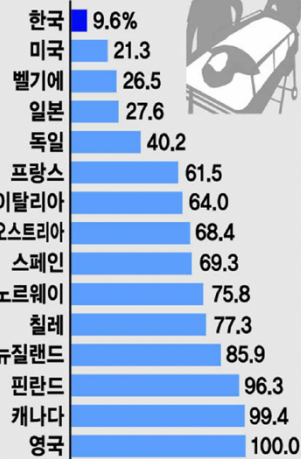
성장(출신)지역, 의대 졸업지역, 전문의 수련 지역

WHO, 의료 취약지 출신 학생 선발, 의료 취약지 관련 교육과정 강력하게 권고

공공의료 중심 의료체계 전환이 지역의료 공백 해소의 시작



OECD 주요 국가별 공공병상 비중



지역 의료 공백 해결을 위해 중앙 정부가 해야 할 일



공공병원 '독립채산제' 구조적 족쇄 풀고 착한 적자에 대한 충분한 예산 지원

공공병원 설립 시 예비타당성 조사 면제

코로나 사태 전후 35개 지방의료원 경영 상황

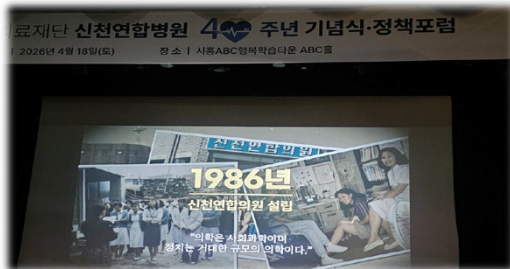
2019년		2023년	
292억원 흑자	경영 실적	3156억 적자	
80.5%	병상 가동률	46.4%	
789명	일평균 외래 환자 수	613명	

※ 병상 가동률·외래 환자 수는 2023년 1-6월 기준.

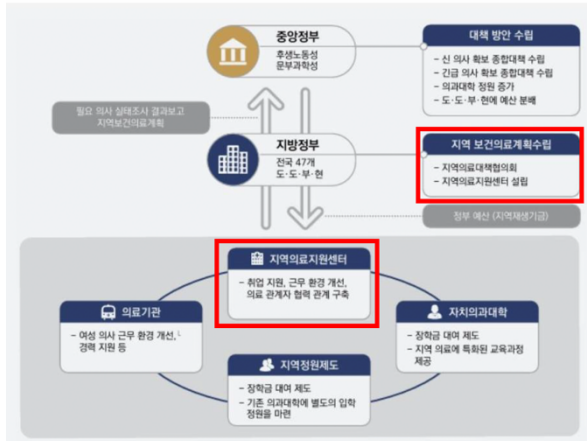
자료=전국보건의료산업노동조합·보건복지부



지역 의료 공백 해결을 위해 지방 정부가 해야 할 일



지역 의료 공백 해결 위해 지방 정부가 해야 할 일



일본의 지역 의료인력 확보 대책 운영 체계



나가사키 의대 지역의료인재 지원센터



섬마을에서 임상 실습중인 의대생 (2개월)

홍준표 대구시장 제2대구의료원 백지화



“대한민국 의료는 모두 공공의료다.
대한민국에 의료민영화라는 것은 없다”

홍준표 대구시장 당선자





새로운 공공병원 설립 대구시민 행동 발족(2022.1)



김승미 대구의료원장 후보자" 감염병 막기 위한 제2의료원 반드시 필요"

남승렬 기자
2020.10.13 오후 05:31

정치/행정

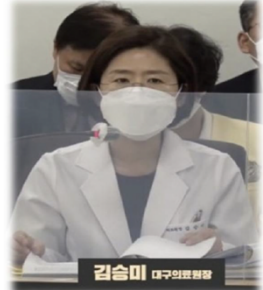
“제2대구의료원 건립되면...” ‘천덕꾸러기 신세’ 대구의료원의 고민

글쓴이 이상원 · 2020-11-18 17:47

“솔직히 말씀드리면 대구시 재정이 넉넉지 않은 상황인데, 만약 제2의료원이 생기면 우리 의료원 지원이 어려워지지 않을까 하는 걱정이 앞선다”

김승미 원장 “제2대구의료원 설립보다 의료원 기능강화 우선”

황보문옥 기자 · 1 일력 2022.12.07 15:19 | 수정 2022.12.07 15:58



공공병원 종사자, 의료계, 학계, 시민 사회와 지속적으로 소통해야

우리 동네 보건소 의사 선생님 어디 가셨나요

농어촌 의료 위기 극복을 위한 비상대책

- 의료 취약지 우선 지원
- 지역 의료 취약 대응



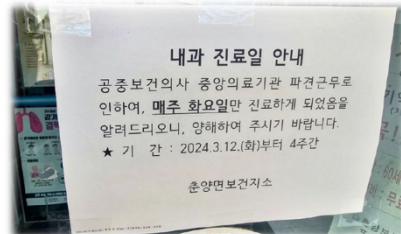
의료취약지 집중지원
547곳을 집중 관리하고
보건인력을 배치하여
현장 대응을 강화합니다



98명	22%	593명
올해 신규 배정	총원율	현재 전체 인원
작년 250명에서 절반 아래로 급감	나가는 450명 중 98명만 총원	2017년 2,000명 이상에서 대폭 감소

대책 ② 보건진료전담공무원이 지킵니다

91종 약 처방 가능	예방접종 시행	151개 보건지소 배치
감기, 고혈압 등 일상적 질환에 필요한 약을 직접 처방합니다.	필수 예방접종을 빠짐없이 진행합니다.	의사 공백 지역에서 진료가 끊이지 않도록 상시 대응합니다.

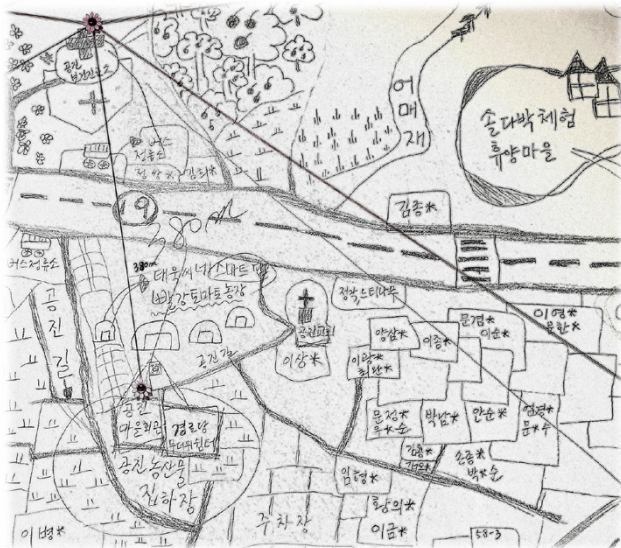




박도순 무주군 공진보건진료소 소장



보건진료소 벽에 그려진 마을 지도



Since 1986.7.7
Gongjin Primary Health Core Post

1. 1986.7.7 ~ 1999.3.5 박신영 소장
2. 1999.3.6 ~ 2011.1.25 이경숙 소장
3. 2011.1.26 ~ 2018.12.31 김경숙 소장
4. 2019.1.2 ~ 현재 박도순 소장
- 5.

윤영정 의뢰 & 마을건강원, 주민자치회 감사

2020년 주민	세대	가구	의문	의문
금진	89	162	의문	22
미안	47	98	의문	17
주교	45	101	의문	452
김마	22	48	의문	2
주장	52	84	(계)	493
(계)	255	493		

보건진료 전담공무원 신규 임용자 직무교육

보건진료 전담공무원 신규 임용자 직무교육 2025.12.23

의료 취약지에서 접하는 이비인후과 질환

계명대학교 동산병원 이비인후과
김등은

2. 코피를 호소하며 60대 주인이 보건진료소로 찾아왔다. 그동안 코피의 과거력은 없었다. 출혈량은 많지 않았고, 주로 앞쪽으로 흘렀다. 보건진료소에서의 가장 적절한 응급치료법은?
 - 1) 환자가 고개를 약간 숙인 자세를 취하게 하고 코피가 나는 비강 쪽 비중격 앞쪽에 거즈나 탈지면을 단단하게 만들어 넣은 후 5~10분간 양 손가락으로 압박한다.
 - 2) 얼음주머니를 만들어 이마와 콧등에 올린다.
 - 3) 코피는 시간이 지나면 저절로 중단되므로 경과 관찰만 한다.
 - 4) 일단 침대에 반듯하게 눕혀서 안정을 취한다.

외이 이물(foreign body)

알코올 등으로 벌레 죽인 후 제거해야 외이도 외상 피함



직무 교육 강화, 지역 보건소, 의료원, 상급병원과의 연계 강화

**시·도 지역·필수·공공의료
협업체 출범**

'각자도생'에서 '함께 대응'으로

지역필수의료법
현행필수의료기관

5극 3특 권역별
연이구주로 전국을
균형 있게 맞춥니다.

보건복지부

지역필수의료 특별회계

“수도권에서 멀어질수록, 정책은 더 가까이”
수도권에서 멀어질수록 정책은 더 가까이 가야 한다.

<핵심 과제>

응급실 공백	분만실 감소	소아진료 부재
지방 응급실 부족으로 골든타임 내 처치 불가	지역 산부인과·분만실 지속 폐쇄	소아과 의사 부족으로 필수 진료 공

2027년 3월까지 — 지금이 골든타임

- ◆ 2026년 3월 10일- 지역필수의료법 공포
- ◆ 2026년 3월 17일- 중앙지방 협업체 공식 출범
- ◆ 2026년~2027년- 매월 협업체 운영, 하위 법령 정비
- ◆ 2027년 3월- 지역필수의료법 본격 시행
- ◆ 2035년- 지역완결적 의료체계 완성 목표

10년 뒤, 달라진 의료 지도를 함께 만들어 갑니다
어느 지역에 살더라도 골든타임 내 응급 처치를 받고, 분만·소아 진료를 우리 동네에서 해결할 수 있는 나라. 지역 필수의료법이 그리는 10년 뒤의 풍경입니다.

골든타임 보장	분만·소아 접근성	의료 격차 해소
전국 어디서나 응급 처치를 제때 받을 수 있는 체계 구축	지역 내 필수 진료 서비스 원점, 원정 진료 종식	5극 3특 권역별 균형 의료 자원 배분 실현

지역 필수의료법 통과로 연 1조 1천억의 특별회계 신설
: 시민 참여 보장, 공공의료 집중 투자로 지역의료 공백 해소해야



우석균 선생님의 완쾌를 기원합니다.



건강권 실현을 위한
보건의료단체연합



경청해 주셔서 감사합니다.

세션 3
치료에서 돌봄으로,
공공돌봄으로 지역사회 역할 찾기

발제

치료에서 돌봄으로, 공공돌봄으로 지역사회 역할 찾기
김진석 (서울여대 사회복지학 교수)

배경: 인구위기, 재생산위기, 돌봄위기

지금 한국사회에는 돌봄이 문제다. 물론 돌봄이 유일한 문제는 아니지만 비로소 돌봄이 문제가 되고 있다. 그리고 돌봄의 문제는 지금 여기 한국사회가 당면하고 있는 다종다기한 문제들과 얽혀있다. 이런 상황이라면 돌봄의 문제를 돌봄 그 자체만으로 접근해서는 풀어내기가 쉽지 않다는 얘기다.

무엇보다도 돌봄의 문제는 우리 사회가 지금 통과하고 있는 인구구조와 가족구조의 변화 양상과 연결되어 있다. 한국 사회가 20년 넘게 유지하고 있는 초저출산국가의 지위는 극심한 인구 감소와 초고령화를 유발하는 심각한 저출산 상태를 의미하는 것으로 이와 같은 상태를 이처럼 오랫동안 벗어나지 못하고 있는 사례는 한국이 유일하다. 인구구조와 가족구조의 변화야 어느 사회나 일정 정도 수준에서 경험하게 마련이지만, 현재 한국 사회가 경험하고 있는 특히 인구구조 변화의 양상은 그 속도의 측면에서 유례를 찾아보기 어려운 수준이라는 데에 문제의 심각성이 있다.

이와 같이 지속되고 있는 초저출산, 그리고 이로 인해 더욱 급속하게 다가온 초고령화 현상은 특히 노인 돌봄의 영역에서 적절한 사회적, 제도적 대응 방안을 마련할 틈도 없이 노인 돌봄의 문제를 코앞에 마주하고 있는 셈이다. 다른 한 편 개인과 가족에 맡겨진 채 오랜 기간 동안 유지되어온 우리 사회의 돌봄 관련 정책 지형에서 가족구성원에 대한 돌봄의 문제는 가족관계 안에 위치한 성인 모두의 주요한 문제가 되어가고 있으며, 이와 같은 일상적인 돌봄 부재의 경험은 이들로 하여금 가족의 구성과 출산을 포기하게 만들거나 최소한 지연하게 만드는 다양한 요인들 가운데 부인할 수 없는 한 요인으로 작동하고 있다. 정리하자면 돌봄의 문제는 한국사회가 경험하고 있는 인구구조의 급속한 변화에 따른 결과이기도 하지만, 다른 한편으로는 한국사회에 초저출생의 문제가 지속되는 요인으로도 작용하고 있는 셈이다.

가족 및 가구 구조의 근본적 변화 양상도 돌봄의 문제와 연결되어 있는 것으로 보인다. 한국에서는 이미 1인 가구가 가장 보편적인 가구형태가 된 지 오래이며, 다른 한 편에서는 비친족동거가구의 비율이 급속히 증가하고 있다. 또한 맞벌이 가족의 비율은 여전히 OECD 평균에 비해 10%p 가량 낮은 수준이지만 우리 사회 인구구조의 변화와, 그럼에도 불구하고 우수한 노동력을 필요로 하는 자본의 요구를 고려했을 때 이민자의 증가와 더불어 여성의

사회경제적 활동에의 참여는 장기적으로 증가할 것으로 예상되며, 이와 함께 맞벌이 가구의 비율도 증가할 것으로 예상된다. 이와 같은 가구 및 가족 구조의 변화는 기존의 가족 구성원의 돌봄 문제를 가족 내에서 감당하고 해결하던 전통적 가족돌봄 모형이 더 이상 작동하기 어려운 상황임을 의미한다.

인구구조의 급격한 변화는 자본의 입장에서 보면 안정적인 사회 재생산을 통한 노동력의 안정적인 공급 구조에 상당한 동요가 생기는 것을 의미한다. 저출생의 문제가 미시적인 차원에서는 결혼과 출산, 가족의 구성에 대한 선택과 결정의 문제에 해당하지만 거시적 차원에서는 사회와 자본의 생산체계 운영을 위한 필수재로서 노동력의 안정적인 공급 체계에 균열이 생기는 문제에 해당한다. 전통적으로 가족 구성원, 주로 여성의 무급 노동에 기대어 가족 구성원에 대한 돌봄과 재생산의 비용을 가족에게 전가해온 자본에게 가구 및 가족구조의 급격한 변화와 맞벌이 가구의 증가 등에서 드러나는 소위 여성돌봄전담자 모형의 붕괴 징후는 새로운 대안을 모색할 필요성을 제기한다. 기존 가족화된 돌봄을 돌봄의 사회화를 통해 탈가족화하려는 경향은 위에 언급한 바와 같이 재생산노동의 책임과 비용 부담을 둘러싼 재생산 구조의 근본적인 변화 양상을 반영한 것으로 이해된다. 다만 이와 같은 돌봄의 탈가족화와 사회화의 국면에도 개별 국가와 사회는 시장화와 재가족화, 공공화 등 다양한 모형을 활용해왔고, 한국 사회의 경우 민간과 영리에 의존한 공급구조와 공공의 비용 부담이라는 고유한 모형을 운영해온 바 있다. 하지만 돌봄 및 사회서비스의 사회화 국면에서 한국사회가 채택한 모형은 ‘최소한으로 적정화된 질’을 추구하는 민간주도 공급구조가 가지는 비효율성과 비민주성, 반노동적 특성으로 인해 사람들에게 존엄함 삶을 보장하고 이를 통해 안정적인 사회적 재생산 체계의 구축이라는 애초의 정책목표를 제대로 구현하지 못하고 있는 실정이다.

인구구조 및 가구/가족구조의 급속한 변화와 재생산 구조의 위기라는 조건들과 돌봄의 위기라는 현재적 상황은 이렇듯 원인과 결과의 측면에서조차 복잡하게 얽힌 상태에서 마땅한 해결의 실마리를 찾지 못하고 있는 실정이다. 이 발제문은 우리 사회가 직면하고 있는 돌봄의 위기를 고찰하고 이에 대한 사회적 대응의 측면에서 커뮤니티케어의 의의와 정책적 개입 방안을 논의하고자 한다. 이 글은 돌봄의 현황에 대한 분석에 있어 사회정책적 접근을 활용한다. 사회정책은 고전적인 경제활동의 영역, 즉 생산과 분배, 소비에서 ‘생산’과 ‘소비’의 영역을 제외하고 분배의 영역을 포함하며, 이에 더하여 재생산의 영역을 포괄한다. 이 글의 주된 주제인 돌봄과 사회서비스는 위의 구분에서 재생산의 영역에 해당한다. 여기서 분배는 시장소득의 분배에 해당하는 1 차 분배와 이 과정에서 발생하는 소득격차와 불평등의 문제에 대응하는 2 차 분배, 혹은 재분배로 구분할 수 있다. 사회정책은 분배의 문제에 더하여

재생산의 영역을 주요한 의제로 포괄한다. 재생산은 생산에 필요한 노동력의 사회적 재생산을 의미하며, 이는 다시 생물학적인 세대간 inter-generational 재생산의 문제 뿐만 아니라 노동자에 대한 재충전과 노동력 유지관리를 의미하는 세대내 intra-generational 재생산의 문제를 포괄한다. 특히 세대내 재생산의 문제는 돌봄과 의료, 재활 등 주요한 사회서비스와 직접적으로 연결되어 있다고 할 수 있다.

한 가지 유념할 점은 1 차 분배와 2 차 분배, 그리고 재생산의 영역이 일견 독립적인 원리와 규범에 의해 작동하는 듯하지만, 사실상 사회적 재생산의 다양한 요소와 유형들은 1 차 분배와 2 차 분배 체계와 밀접히 연관되어 있다는 점이다. 나아가 사회적 재생산 체계는 생산관계의 핵심인 자본 축적 시스템의 중심에 위치하고 있다는 점이다. 뿐만 아니라 사회적 재생산 활동은 생산과 재생산, 그리고 경제적 활동과 비경제적 활동을 매개하는 역할을 하고 있으며, 나아가 사회적 재생산 체계의 변화는 생산의 재구조화를 동반한다는 점을 고려하도록 한다.

현황: 우리 사회 돌봄의 현황과 특징

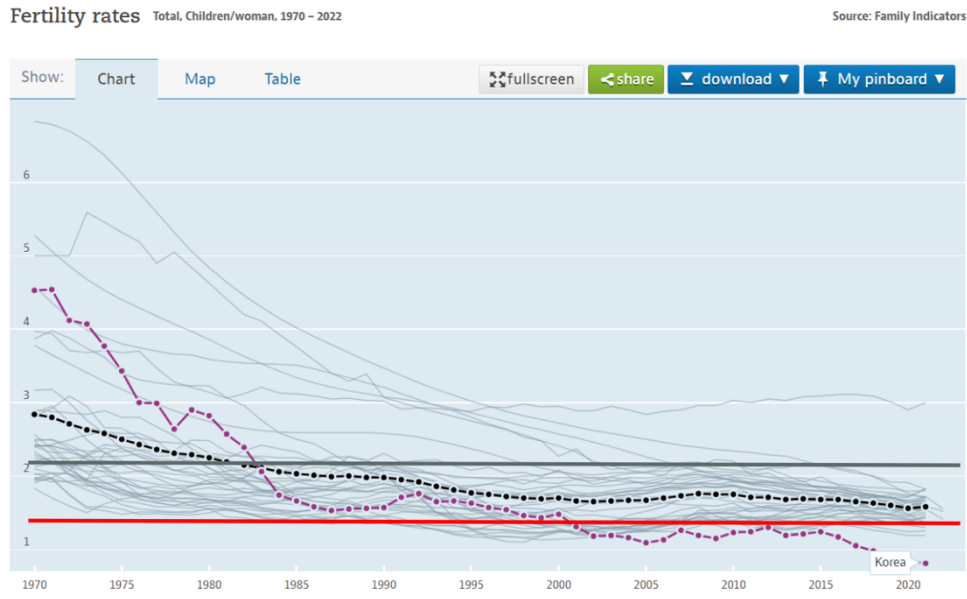
여기서는 우리 사회 돌봄과 사회서비스의 현황과 특징을 공급과 수요, 그리고 전달체계의 측면으로 구분하여 고찰하였다.

수요 측면

수요의 측면은 인구구조와 가족구조의 변화 등 재생산 관련 정책 수요에 영향을 미치는 요인을 의미하며, 공급의 측면은 돌봄과 의료 등 수요에 대응하는 정책적인 수단과 관련된 지표들을 의미한다.

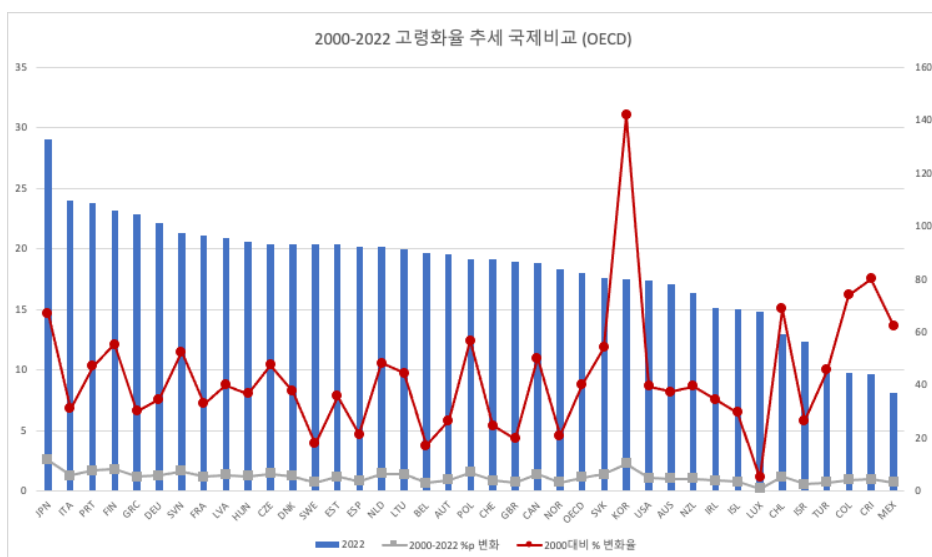
우선, 세계적으로 유례가 없는 낮은 출산율의 수준과 지속기간은 우리 사회 재생산 문제의 심각성을 단적으로 보여주는 지표이다. 그림 1 에 보인 바와 같이 우리나라는 2002 년 초저출생국가의 기준에 해당하는 합계출산율 1.3 아래로 내려간 이후 현재까지 20 년 넘게 초저출생국가에 머무르고 있는 유일한 OECD 국가이다. 2025 년 현재 이미 초고령화사회에 접어든 우리나라는 노인인구의 비율 자체도 주목해야 하지만, OECD 국가 가운데 가장 빠른 고령화의 속도에도 주목해야 한다. 아래 그림 2 에 보인 바와 같이 최근 20 여 년 동안 고령화율의 변화가 OECD 국가들 가운데 가장 빠른 속도를 보여주고 있는데, 이는 사회정책적 대응의 측면에서 문제의 심각성이 더하는 요소이다.

그림 1. 주요국가 합계출산율 추세



출처: OECD, 2024. Population database.

그림 2. 주요국가 고령화율 및 추세 비교



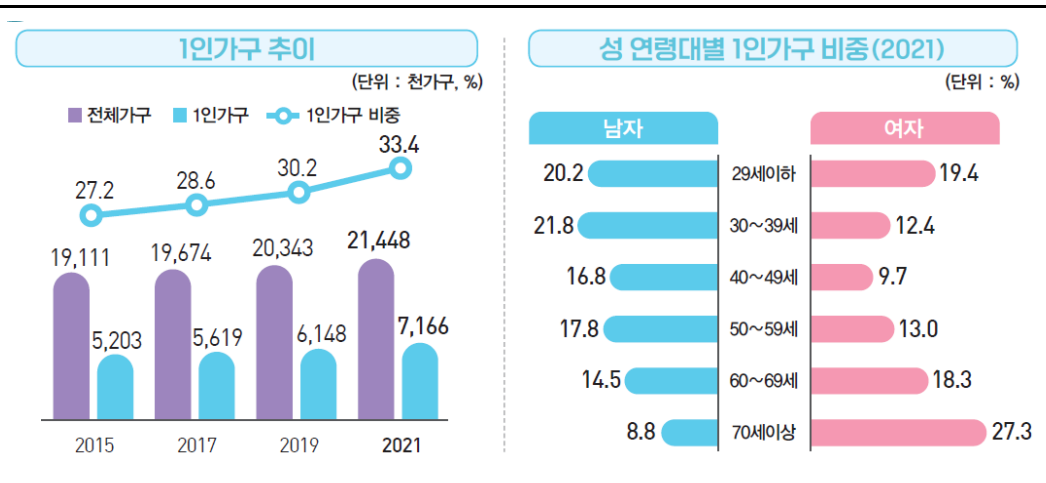
출처: OECD, 2024. Population database.

재생산의 최소 단위인 가족과 가구의 구조 변화도 주목을 요한다. 우선 1인 가구, 특히 청년과 노인들의 1인 가구 증가가 두드러지고 있으며 이미 1인 가구가 가장 흔한 가구 형태가 된 지 오래다 (그림 3). 규모의 측면에서는 1인 가구만큼 눈에 띄지는 않지만 가족이 아닌 주거

동반자인 비친족 가구의 숫자와 비율이 급속히 증가하고 있는 점도 눈여겨봐야 한다 (그림 4). 마지막으로 맞벌이 가구의 비율인데 절반에 미치지 못하고 있는 이 규모는 여전히 비교대상 국가들에 비해 낮은 수준이다 (그림 5). 하지만 사실상 인구 감소의 추세로 접어든 우리나라 노동시장은 지속적으로 여성의 노동시장진출을 통해 탈출구를 모색할 것으로 보이며, 향후 빠른 속도로 OECD 평균 수준인 65% 수준까지 이를 것으로 보인다.

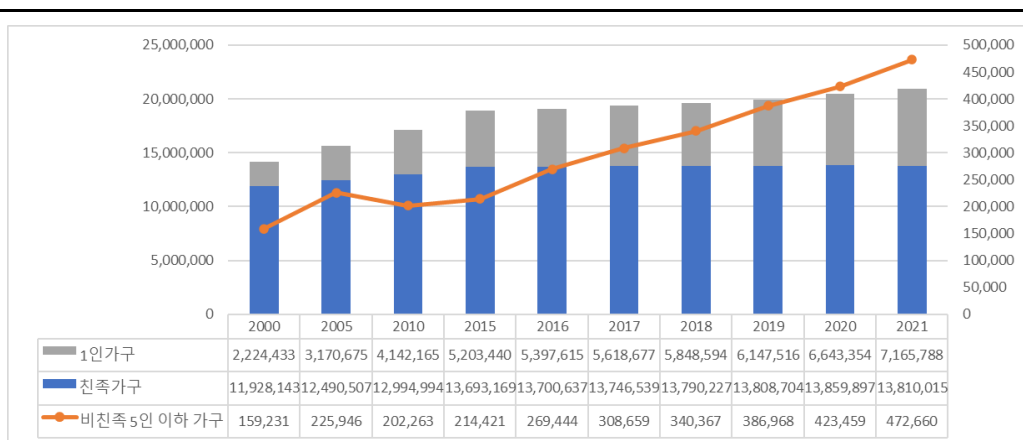
이와 같은 인구학적인 지표들을 종합적으로 정리한다면, 우리 사회는 전통적인 가족내 돌봄을 포함한 가족 체계에 의한 재생산 체계가 작동하기 어려운 구조임을 가리키고 있으며, 이와 같은 경향은 당분간 더 심화될 것으로 보인다.

그림 3. 1인 가구 현황



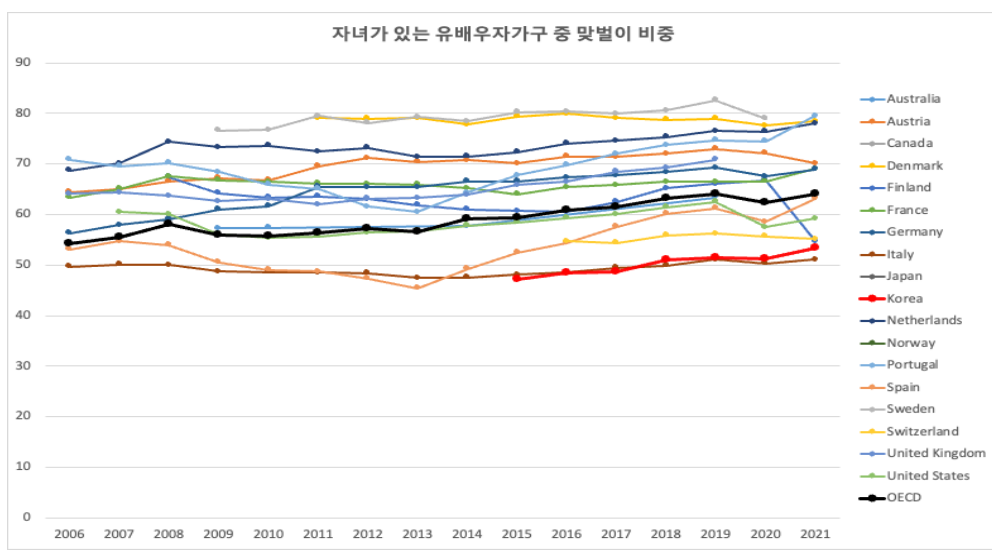
출처: 통계청 (2022). 2022 통계로 보는 1인 가구

그림 4. 비친족가구 현황



출처: 국가지표체계 누리집 (저자 작성)

그림 5. 맞벌이 가구 현황



출처: OECD family data 이용 저자 작성

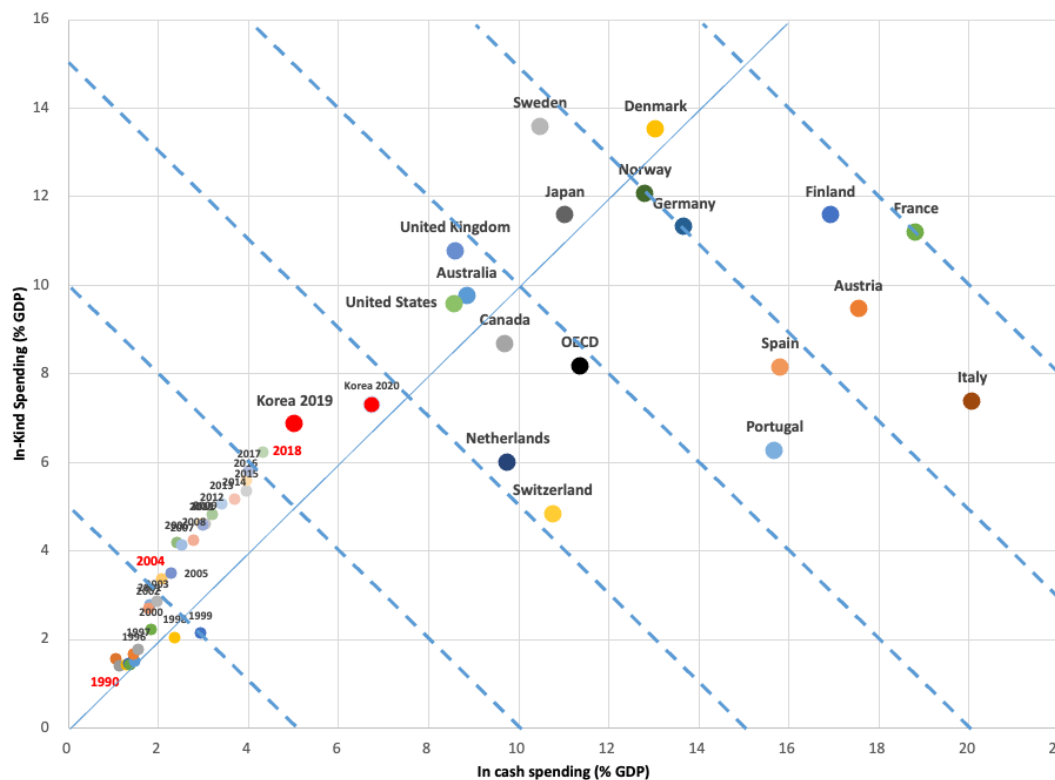
공급 측면

다음으로 공급의 측면을 살펴보자. 가족내 재생산 체계를 보완 및 대체해야 할 사회적 재생산 체계는 여전히 부족하거나, 파편적이거나 비효율적이다. 주민들이 체감하는 돌봄과 사회서비스는 여전히 빈 곳이 많다. 정부가 주기적으로 실시하는 사회서비스 수요실태조사에 따르면 2023년 현재 사회서비스 영역별 필요 대비 이용률에서 방과 후 돌봄 서비스(69.6%), 영유아 돌봄 서비스(68.8%), 아동 교육지원 서비스(65.6%), 출산지원 서비스(63.7%) 등의 경우 50% 이상의 필요 대비 이용률을 보여 그나마 상대적으로 높은 수준을 보였다. 하지만 노인 돌봄(32.5%), 기타 성인 돌봄(15.6%) 등 성인, 특히 노인을 위한 서비스 영역은 필요대비 이용률이 상대적으로 50%에도 미치지 못하고 있었으며, 특히 정신건강 서비스(8.8%), 주거지원 서비스(15.6%), 고용 서비스(14.8%) 등 상대적으로 취약한 계층과 대상을 위한 서비스의 경우 이용률이 매우 낮은 수준으로 나타났다. 서비스를 필요로 하고 있음에도 불구하고 이용하지 못한 경우 그 이유를 살펴보면 문제의 심각성이 드러난다. 예를 들어 노인 돌봄 서비스를 필요로 하지만 이용하지 못한 이유에 대해 서비스 이용 자격이 되지 않아서(28.3%)와 서비스 비용이 부담스러워서(21.5%)로 가장 높은 비율을 차지했지만, 관련 서비스에 대해 정보가 부족해서(15.9%), 믿을만한 서비스가 없어서(12.9%), 서비스 대기가 길어서(8.9%), 관련 서비스가 없어서(7.7%), 주변에 이용 가능한 기관이 없어서(4.2%) 등 서비스 공급과 관련한 문제로 인해 사용하지 못하는 경우도 거의 절반에 가까운 것으로

나타났다. 이와 같은 공급 부족과 관련한 문제는 정신건강 서비스나 주거지원 서비스, 고용 서비스 등의 영역에서는 더욱 심각한 수준이다.

주민들이 체감하는 사회서비스 부족의 문제를 공적 사회지출 규모의 문제로 환원하는 것은 무리가 있다. GDP 대비 공공 사회지출 public social expenditure 비율을 놓고 봤을 때 우리나라는 2000 년 4.4% 수준에서 2022 년 14.8%으로 증가한 것으로 나타나 같은 기간 동안 17.3%에서 21.1%로 증가한 OECD 국가들 평균과 대비를 이룬다. 특히 문재인 정부 기간의 공공사회지출 증가는 괄목할만하다. 또한 가장 최근 자료인 2020 년 기준 현금급여에 GDP 의 6.7%, 현물급여에 7.3%를 지출하는 것으로 나타나 현물의 비중이 더 크긴 하나 상대적으로 두 영역간 균형을 이루고 있는 것으로 보인다 (아래 그림 6 참조). 우리나라는 OECD 국가들 가운데 지난 10여년 동안 사회지출 증가 속도가 가장 빠른 국가에 해당하며, 이와 같은 변화는 급속한 인구구조 노령화에 연금 및 의료 등 영역의 지출 증가 요인을 고려하면 한동안 지속될 전망이다.

그림 6. 현금 및 현물 사회지출 현황



출처: OECD, 2024. Social expenditure database 이용 저자 작성

좀 더 구체적으로 사회적 돌봄의 측면에서 주요한 영유아, 노인, 장애인, 의료 등 주요 영역의 현황을 살펴보면, 우리나라는 영유아 (그림 7)와 의료 (그림 8)의 측면에서는 이미 OECD 평균 수준을 넘어섰으며, 노인 장기요양 부분은 여전히 OECD 평균에 미치지 못하고 있으나 (그림 9) 최근 급속한 노령화에 따라 지난 10 년 사이 증가율이 가장 높은 국가에 해당한다. 주요한 사회적 돌봄 영역 가운데서는 장애인 영역이 OECD 평균 지출 수준에 미치지 못하는 점 (그림 10)을 제외하고 대부분의 영역에서 OECD 평균을 넘어섰거나 빠르게 근접하고 있는 것을 확인할 수 있다. 이상에서 살펴본 바를 정리해보면, 우리나라 돌봄을 포함한 재생산 영역의 공급은 비용의 측면에서 이미 적게 쓰고 있지 않으며, 인구구조의 변화 양상을 고려했을 때 앞으로 당분간은 빠른 속도로 증가 추세가 지속될 것으로 전망된다.

그림 7. 영유아 돌봄 서비스 사회지출 국제 비교

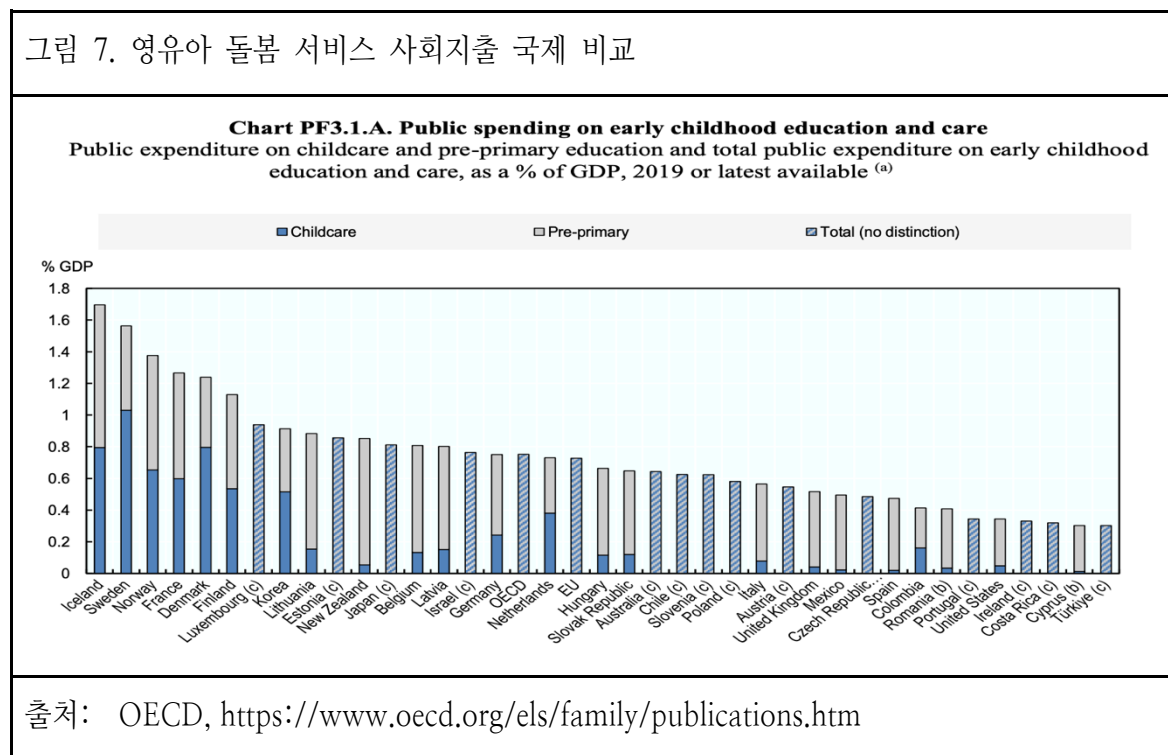
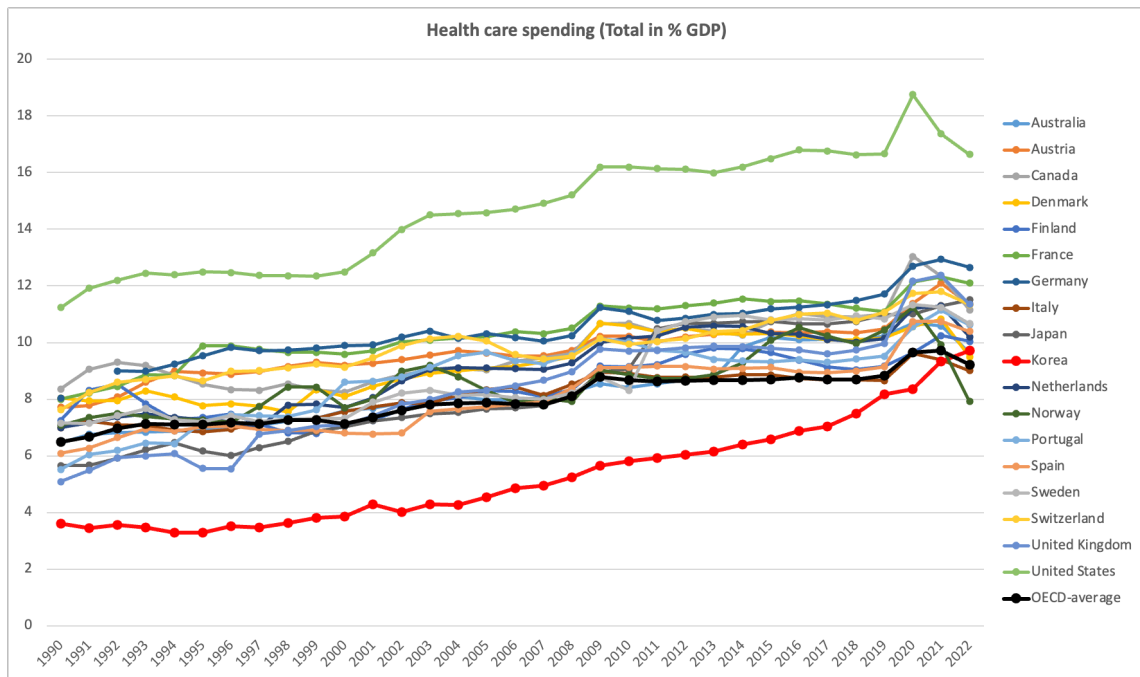
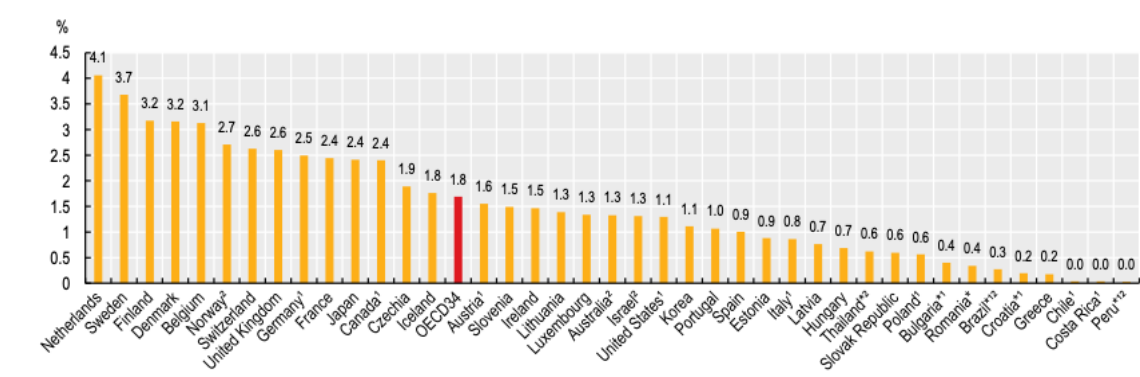


그림 8. 의료 분야 사회지출 국제 비교



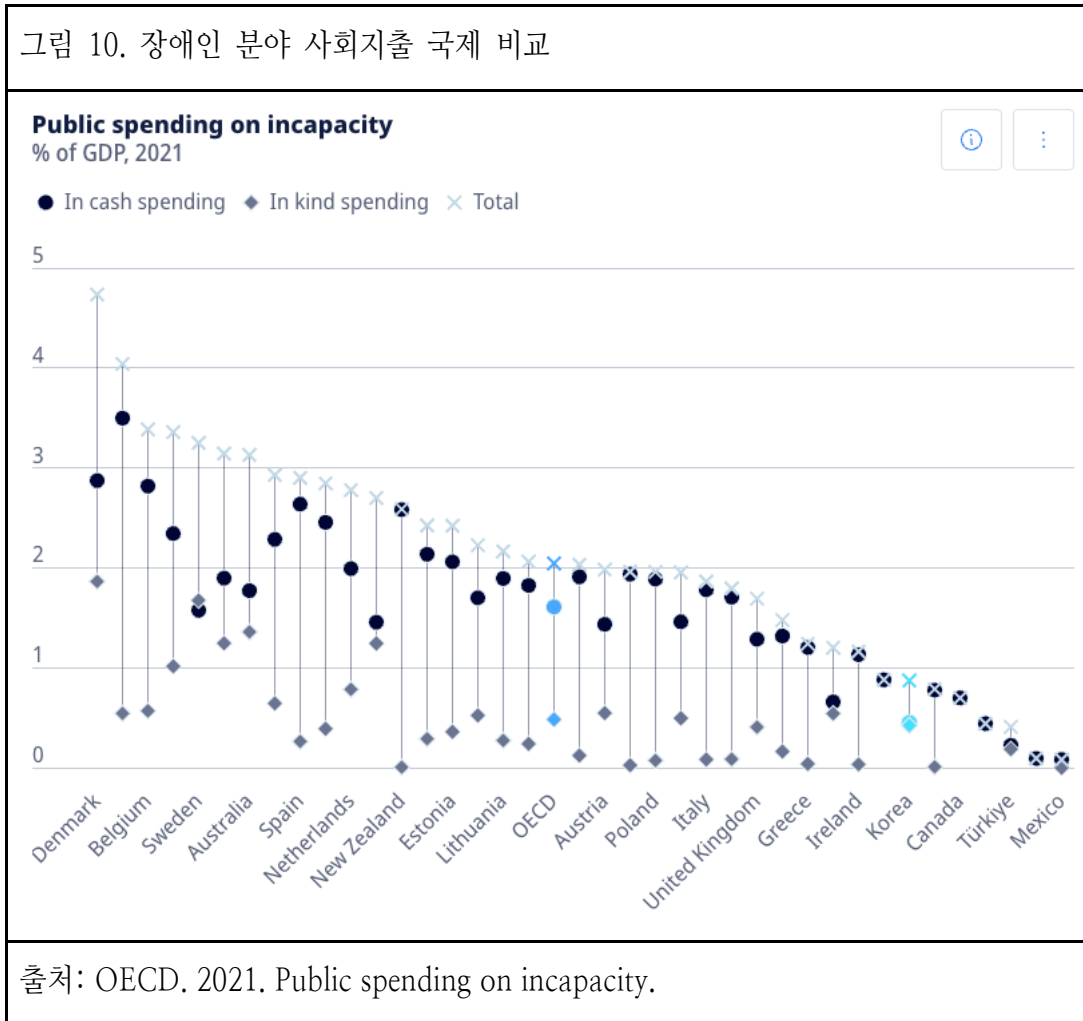
출처: OECD, 2024. Health expenditure database 이용 저자 작성

그림 9. 노인 장기요양 분야 사회지출 국제 비교



출처: OECD, 2025. Health at a glance 2025.

그림 10. 장애인 분야 사회지출 국제 비교



전달체계 측면

정책과 사람이 만나는 체계로서 전달체계는 특히 돌봄이나 사회서비스와 같은 영역에서 현금급여에 비해 정책목표의 달성에 미치는 영향력이 더하다. 한국의 돌봄과 사회서비스 관련 사회정책에서 전달체계적 특징으로는 공공책임성의 부재, 사회서비스 전달체계의 파편성, 그리고 민간의존 공급구조를 들 수 있다. 돌봄 영역에서 공공책임성의 부재가 여실히 드러나는 부분은 민간 공급자 주도의 공급체계의 비효율성, 비민주성 등에 대한 문제제기가 수십년에 걸쳐 논의되었음에도 불구하고 여전히 해결되지 않고 있는 민간 공급자 주도성의 문제이다.

다음으로 사회서비스 전달체계의 파편성과 이로 인한 중복과 누락 등 비효율성이 가중되고 있는 점이다. 돌봄과 사회서비스는 중앙정부 차원에서는 부처와 사회보험으로 구분되며, 부처의 경우는 동일한 서비스 대상자와 욕구에 대해 복지부, 여가부, 노동부, 농림부, 국토부, 교육부 등 다양한 부처가 개별적으로 정책을 기획하여 실시하고 있으며, 이들 사업의 대부분이

지방자치단체를 통해 집행되고 있는 실정이다. 개별 부처들이 각각의 정책목표에 따라 다른 사업을 기획한다고 하더라도 실제로 제도가 집행되는 지방자치단체 수준에서라도 통합적인 운영과 집행이 이루어지면 파편성의 문제가 경감될 수 있다. 하지만 실제로는 중앙정부가 지방자치단체에 내려주는 사업과 관련 예산에는 명확하고 구체적인 “꼬리표”가 붙어있는 관계로 지방자치단체에서조차 정책 집행의 파편성과 이에 따른 비효율성은 오히려 가중되는 경향을 보이고 있다. 이와 같은 파편적인 집행구조와 전달체계 안에서 정책과 재정의 운영은 공급자 중심으로 이루어지며 이용자의 욕구보다도 공급자의 가용 서비스와 자원의 양이 우선 고려되는 문제를 낳는다.

이와 같은 공급자 중심의 사회서비스 전달체계에서 사람이 받을 수 있는 서비스의 양과 질은 이용자의 욕구보다도 이용자가 지역사회의 정책적 자원과 지역 정책 인프라에 대해 가지고 있는 정보 접근성에 의해 결정되는 경향이 있다. 마치 가게에서 음료수를 사듯이 이용자가 알아서 가용한 정책 자원과 정책 인프라를 찾아내서 필요한 서비스에 대한 판단을 하는 구조에서는 이용자의 정보력과 사회관계망이 이용자가 받을 수 있는 서비스의 양과 종류, 질을 결정하게 되고 이 과정에서 서비스에 대한 필요와 욕구가 있으나 정보력이나 사회관계망이 부실하여 필요한 서비스에 이르지 못하는 경우가 필연적으로 존재한다. 사각지대의 문제이다. 이 문제를 더욱 심각하게 하는 것은 이와 같은 사각지대가 주로 사회경제적 지위가 낮은 사람들에 집중된다는 점이다. 앞서 언급한 정보력과 사회관계망을 기반으로 필요한 정책적 자원을 용이하게 동원할 수 있는 사람들은 상대적으로 사회경제적 지위가 높은 사람들일 경향이 있으며, 반대로 그렇지 않아 사각지대에 남는 사람들은 사회경제적 지위가 낮은 취약계층일 경향이 있다. 돌봄과 사회서비스에서조차 ‘역진적 선별성’의 구조가 작동하게 되는 장면이다.

공공돌봄과 지역사회돌봄 community care

지역사회돌봄은 위에 언급한 한국사회 돌봄의 위기에 대한 사회적, 정책적 대응의 측면에서 주요한 방안으로 고려되고 있다. 이 장에서는 지역사회돌봄의 구성요소에 대해 설명하고 공공돌봄과 지역사회돌봄의 관계에 대해 기술하였다.

지역사회돌봄 구성요소

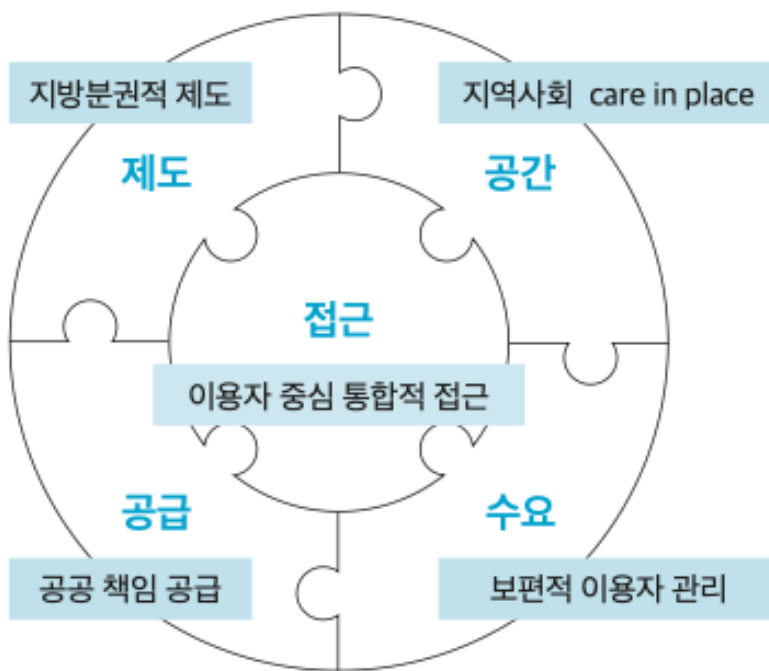
지역사회돌봄의 주요한 구성요소를 아래 그림 11에 정리하였다.

첫째, 지방분권적 제도의 운영이다. 현금정책과 달리 돌봄과 사회서비스는 지역기반성을 갖고 있다. 같은 돌봄 정책이라고 할지라도 인프라가 풍부한 인구밀집 대도시 지역과 인프라가

부족한 비도시 지역에서는 다르게 접근해야 한다는 뜻이다. 지역의 환경과 조건에 맞게 정책목표를 구현하기 위해서는 지역사회돌봄에 대한 권한과 이에 따른 책임은 지역과 지방자치단체에 포괄적으로 부여하는 것이 적절하다. 행정과 재정에 있어서의 분권 뿐만 아니라 돌봄 관련 정책적 의사결정 권한의 분권을 의미하는 정치적 분권에 이르기까지 지방자치단체에 포괄적으로 부여했을 때에만 그 결과에 대한 책임도 자연스럽게 분배가 가능할 것이다.

둘째, 공급에 있어서 공공 책임성이다. 지역사회돌봄의 구현을 위해서는 해당 지역사회에 가용한 서비스 공급의 충분성이 보장되어야 가능하다. 서비스 공급의 충분성은 양과 질에서 뿐만 아니라 해당 지역의 욕구에 맞는 다양한 서비스의 개발 및 맞춤형 제공에 이르기까지 종류의 충분성도 포함한다. 양과 질, 종류의 충분성을 모든 지역에서 구현하는데 민간과 시장의 역할만으로는 한계가 존재하고, 그 한계는 비도시 지역에서 더욱 심화되는 경향이 있다. 이런 점을 고려했을 때 지역의 돌봄을 책임지고 있는 지자체가 책임지고 양과 질, 그리고 종류까지 모든 측면에서 돌봄 서비스 제공의 충분성을 보장할 책임을 지는 것이 필요하다.

그림 11. 지역사회돌봄 구성요소



[그림 5-1] 한국 사회 커뮤니티 케어의 원리와 구성 요소

출처: 김진석 등, 2025. 우리는 어떻게 서로를 돌볼 것인가? 헤이박스

셋째, 보편적 이용자 권리로서 수요를 보장해야 한다. 원칙적으로 지역의 모든 사람들을 잠재적 돌봄 이용자로 규정하고 이들의 돌봄권을 보장하도록 한다. 이는 이용자의 고용상의 지위, 지불능력, 가족 관계 등 인구사회경제적 특성과 무관하게 지역사회돌봄에 대한 권리를 인정함을 의미한다. 우선적으로 노인, 장애인, 정신질환자, 주거취약 계층 등을 집중 이용집단으로 설정할 수 있지만 중장기적으로는 아동, 여성, 국외출생자까지 서비스 이용자 집단을 확장할 필요가 있으며, 서비스 분야의 측면에서도 전통적인 요양 등 돌봄과 보건의료 뿐만 아니라, 주거, 고용, 여가, 교육, 문화에 이르기까지 생활 전반에 걸쳐 통합적인 서비스가 이루어질 수 있도록 한다.

넷째, 공간의 측면에서 시설이 아닌 지역에서 돌봄을 받을 수 있어야 한다. 이는 지역에서 나이들기(aging in place: AIP)로 통용되는 원칙의 구현을 의미한다. 여기서 지역사회란 본인에게 친근한 물리적 공간으로서의 지역사회일 뿐만 아니라 본인에게 익숙한 사회적 관계로서의 지역사회를 포함한다. 대부분의 경우 사람들의 주거공간이 위치한 근린지역을 의미하는 지역사회는 대부분의 경우 주거, 이동, 식사 등 필수적인 일상생활 뿐만 아니라 사회적 관계의 형성 및 유지, 일체의 서비스 제공이 지역사회에서 이루어지는 것을 의미한다.

마지막으로, 이용자 중심의 통합적 접근이 필요하다. 이 요소는 앞서 언급한 네 개의 요소들을 하나로 묶어주는 요소로서 특히 중요한 역할과 기능을 하는 요소라 할 수 있다. 퍼즐의 마지막 조각이자 가장 핵심적인 조각이라 할 수 있다. 무엇보다도 기존의 공급자 중심의 전달체계에서 이용자 중심 통합적 전달체계로의 전환이 필요하다. 이를 위해서는 전문직 공무원과 같은 공적 책임성과 권한을 가진 전문가들로 구성된 공적 전달 조직이 해당 시군구에서 가동하고 있어야 한다. 이들 전달조직과 전달요원들이 이용자의 사례 신청에서부터 사례 사정, 사례 계획, 사례 관리, 공급자 관리에 이르기까지 전 과정에서 이용자 사람과 함께 이용자의 돌봄 욕구가 실현되고 지역사회 안에서의 존엄한 삶이 이어지도록 한다.

공공돌봄과 지역사회돌봄

오랜 기다림 끝에 지역사회통합돌봄 정책이 비로소 전국적으로 시행되었다. 지역사회통합돌봄은 앞서 언급한 지역사회돌봄을 한국 사회에 구현하기 위한 정책으로서 시설이 아닌 지역사회라는 aging in place 의 공간적 원칙 뿐만 아니라, 제도의 분권적 운영, 서비스 공급을 포함한 제도적 인프라 측면에서 공공의 책임성, 보편적 권리로서의 돌봄과 이용자 중심의 통합적 접근을 필수적인 요소로 하고 있다.

지역사회통합돌봄의 시행은 공공사회서비스 직접 제공 기관으로서 사회서비스원 본연의 역할과 기능이 더욱 강화되어야 할 제도적 조건과 환경을 제공한다. 지역사회통합돌봄의 맥락에서

사회서비스원은 기존의 역할과 기능에 더하여 다음과 같은 추가적인 역할을 할 것으로 기대된다.

첫째, 무엇보다도 지역사회통합돌봄 제도 운영의 책임을 지고 있는 시군구의 전략적 파트너의 역할이다. 사회서비스 민간 의존성 극복이라는 애초의 기능을 넘어, 지역사회통합돌봄에서 공공책임 서비스 공급의 정책 환경을 조성하고, 구체적인 정책적 수단을 제공하는 역할이 추가되는 것이다.

둘째, 지역사회내 서비스 공급의 충분성을 책임지는 역할을 할 것으로 기대된다. 지역사회통합돌봄의 정책 목표 달성을 위해서는 지역사회내 서비스의 충분성이 절대적으로 필요한 성공요인 중 하나이다. 중앙정부 중심으로 주요한 제도들을 설계하고 운영할 수 있으나, 지역사회통합돌봄이 성공적으로 사람들의 돌봄 욕구를 충족하기 위해서는 지역차원의 맞춤형 돌봄 서비스를 선제적으로 기획하고, 설계하고, 필요에 따라 직접 제공하는 돌봄 서비스 인큐베이터 기능을 필요로 한다. 안정적인 고용조건과 노동환경을 바탕으로 사회서비스원은 지역사회통합돌봄을 책임지고 있는 지자체와의 전략적 파트너십에 기반하여 이와 같은 인큐베이터 기능을 수행할 수 있는 유리한 조건과 역량을 갖추고 있다.

셋째, 한국사회 돌봄경제 활성화의 중추적인 기회가 될 지역사회통합돌봄의 장에서 양질의 사회서비스 일자리 창출과 전환을 통해 고품질 사회서비스를 안정적으로 공급할 수 있는 환경을 확보해야 한다. 양질의 돌봄경제를 위해서는 돌봄 노동자에 대한 적절한 보상과 이들의 노동권을 보장하는 고용환경의 조성이 필수적임을 ILO 는 반복적으로 강조해오고 있는데, 공공 영역의 사회서비스원은 한국사회 돌봄노동의 영역에서 이와 같은 돌봄경제의 모형을 창출하는 역할을 수행할 수 있다.

결론

돌봄과 관련하여 지역은 무엇인가? 무엇이어야 하는가? 이와 같은 근본적인 질문에 간명하게 답하기는 쉽지 않다. 다만 앞서 언급한 바와 같이 돌봄이 지역에서, 시설이 아닌 지역에서, 각 개인에게 익숙한 공간에서, 익숙할 뿐만 아니라 의미있는 사회적 관계를 유지할 수 있는 공간으로서의 ‘지역’에서 이루어져야 함을 강조하였다. 즉 지역은 돌봄의 공간이 되어야 한다.

토론 1

치료에서 돌봄으로, 공공돌봄으로 지역사회 역할 찾기 - 방문진료를 중심으로
조규석 (부천의료사회적협동조합 부천시민의원 원장)

1. 기존 사업을 짜깁기해 부풀려 포장했을 뿐, 실질적 재정 지원도 없이 방문진료 하나만 덧붙인 빈 껍데기 사업인 지역사회 통합돌봄

○ 2026년 3월 돌봄 통합지원법 시행

- 배경은 ①초고령사회 진입에 따른 돌봄 수요 증가 ②의료·요양 재정 부담 증가 ③살던 곳에서 건강한 삶을 원하는 돌봄 패러다임 변화
- 도입기(2026년)에는 30종, 고도화기(2030년)에는 60여종의 돌봄 서비스를 제공한다고 함
- 이를 두고 돌봄의 패러다임의 변화, 돌봄 혁명이라고도 함
- 치료에서 돌봄으로, 공공돌봄에 관련된 사업에 대한 계획은 없음

○ 통합돌봄의 4가지 영역

- 보건의료 분야 중 방문진료와 퇴원환자 지원을 제외하면 기존 사업을 나열한 것이며, 퇴원환자 지원사업은 지역별로 필요성이 다르며, 인프라를 고려하지 않음
- 건강관리 분야 중 스마트기기 기반 건강관리만 추가된 것이며 이 역시 효과성 및 접근성 검증 부족
- 장기요양 분야 중 장기요양 재택의료 외 구조적 변화 없음
- 일상돌봄 분야 중 중간집을 제공한다고 하지만 국토부와 협업이라 사업 진행을 장담할 수 없음
- 단, 지방자치단체는 신청자의 욕구를 종합적으로 파악해 의료·요양·돌봄을 아우르는 개인별 지원 계획을 수립하고 맞춤형 서비스를 연계하는 인력을 둔다는 것이 달라진 점

	보건의료	건강관리	장기요양	일상생활돌봄
노인 (287개)	<ul style="list-style-type: none"> 방문진료 • 왕진버스^{농림부} 정신건강관리 퇴원환자 지원 치매발견·기본관리 치매전문관리 만성질환관리 통합재택간호 임종케어 	<ul style="list-style-type: none"> 보건소방문건강관리 스마트기기 기반 건강관리 노인운동프로그램 복약지도 보건소노쇠예방관리 	<ul style="list-style-type: none"> 방문간호 • 방문요양 방문목욕 주야간 단기시설보호 장기요양 재택의료 통합재가 방문영양 방문재활 병원동행 	<ul style="list-style-type: none"> 긴급돌봄지원사업 독거노인응급안전 중간집^{국토부임업} 등 주거 지원, 주거환경 개선 노인맞춤돌봄 스마트홈 돌봄
장애인 (217개) 65세 미만	<ul style="list-style-type: none"> 장애인 건강주치의(일반치과) 장애 친화 산부인과 장애 특화 구강진료 장애인 공공재활 프로그램 	<ul style="list-style-type: none"> 지역사회중심 재활서비스 장애인 체육시설, 장애인 스포츠강좌이용권^{문체부} 장애인체력인증센터^{문체부} 발달재활서비스 장애인 건강검진 장애인 통합건강관리 지원 		<ul style="list-style-type: none"> 응급안전안심서비스 주거지원, 주거환경개선 가사간병 방문지원 이동지원 활동지원서비스 보조기기 지원 장애인 주간이용시설 장애인 보육·교육 언어발달지원 • 수어통역 장애인 가사도우미 파견
정신질환자 (117개)	<ul style="list-style-type: none"> 병원기반 사례관리 낮병동 프로그램 	<ul style="list-style-type: none"> 정신건강복지센터 건강관리 중독관리통합지원센터 중독관리 자살예방센터 사례관리 트라우마센터 사례관리 심리상담바우처 		<ul style="list-style-type: none"> 주간재활시설 주거지원 서비스 동료지원서비스 동료지원쉼터

* 통합돌봄 1단계에서는 검은색 서비스(30개) 중심 제공, 파란색 서비스(30개)는 추후 확충 또는 도입 필요

지역사회 통합돌봄 추진 로드맵 (출처: 보건복지부)

2. 요구 대비 크게 부족한 예산과 읍면동 사례관리팀 인력조차 절반에 못 미치는 현실

○ 시민사회단체는 작년에 2,132 억 원의 예산을 요구했으나, 914 억 원만 반영되었고 그중 지자체의 돌봄 사업비는 620 억 원에 불과. 시군구 당 평균 2.7 억 원 정도로 체계 구축이 불가능함

- 사례관리팀 인력 부족, 읍면동 기준 필요 인력 대비 절반 수준, 팀장·사회복지사·간호사 최소 구성도 미충족

- 돌봄 재정 획기적 확대 공동행동(가)에서는 2027 년 예산에 돌봄 예산 3,067 억 원을 반영하고, 돌봄 인프라 투자 예산 1 조 1,310 억 원을 요구

○ 통합돌봄이 자본의 새로운 먹거리, 의료와 복지가 더욱 영리적으로

- 잘못 설계된 건강보험 제도와 시장경제에 내맡겨진 의료체계로 인해 건강불평등이 악화되고, 왜곡되며, 구조적 불균형으로 고착화

- 돌봄 정책의 핵심인 통합돌봄이 부족한 공공 투자, 과도한 시장 개입, 노인 건강을 개인 책임으로 전가하는 정책 기조 속에서 돌봄의 빈곤과 계층·지역 간 격차를 확대 가능성

[공적 서비스만으로는 재택 고령자의 다양한 돌봄 수요를 충족하기 어려운바, 지역사회 통합돌봄 구현의 선결 요건은 급여·비급여를 포괄하는 재가서비스 공급 인프라를 생활권 단위로 확충하는 것임]

[보험회사는 비급여 재가서비스 비용 및 가족의 일·돌봄 양립 지원을 내용으로 하는 정책 정합적 보험상품을 제공하며, 다양한 비급여 재가서비스 공급망을 구축·운영함으로써 지자체의 통합돌봄 인프라 확충에 기여할 수 있음]

-돌봄통합지원법 시행과 보험회사의 역할- KIRI 보험연구원 2025.09.15.

3. 돌봄의 가치와 존엄성을 지키는 핵심 사업인 만큼, 왜곡된 방향은 반드시 바로잡아야

- 의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률의 제 4장 통합지원 정책의 추진 및 지원
 - 제 15조(보건의료), 제 16조(건강관리 및 예방 등), 제 17조(장기요양), 제 18조(일상생활돌봄), 제 19조(가족 등 지원) 5가지로 구성되어 있음
 - 제 18 조(일상생활돌봄) 내용 중 가사, 이동, 보조기기, 주거, 정보통신기술, 복귀 지원 서비스는 의료 요양 돌봄이 이루어지기 위한 기본적인 토대



일본 지역포괄케어 시스템 5 개의 구성요소 (출처: 일본 후생노동성)

- 제 19 조(가족 등 지원) 가족, 보호자 등의 신체적·정신적 건강 유지·관리가 법에는 있으나 실행 영역에는 제외됨. 이는 가족 간병비의 합리적이고 현실적인 지원이 이루어져야 함
- 제 17 조(장기요양) 장기요양을 확대 연계만 언급됨. 요양보호사는 단순 돌봄 인력이 아니라, 지역사회 통합돌봄을 실제로 작동시키는 핵심 보건인력이며 이에 맞는 대우와 훈련이 필요함. 요양보호사 방문시간을 대상자의 필요도에 따라 3시간에서 8시간까지 확대하는 방안을 모색
- 제 15 조(보건의료) 방문진료(의사, 한의사, 치과 의사), 간호, 재활, 호스피스, 구강관리, 복약지도, 요양병원 서비스를 확대하고 연계. 현재 의사와 한의사의 방문진료, 간호서비스만

인정, 그 외 다학제 방문진료는 수가가 책정되지 않음. 하지만 방문진료도 지역별로 인력, 이용률 격차가 큼, 재택의료센터는 전국 229 개 시군구에 설치됐지만, 이용률 3% 수준과 인력 부족으로 실제 활성화된 지역은 10~20% 수준에 불과함, 다학제 방문진료에 대한 방문진료 수가 책정을 필요하며, 재택의료센터 확대를 위해 거점 공공병원, 일본 지역포괄지원센터와 같이 상담 및 네트워크 연계를 주도하며, 소규모 지역 단위(일상생활권)에서 24 시간 대응하는 재택 의료 및 케어 서비스 플랫폼 개설

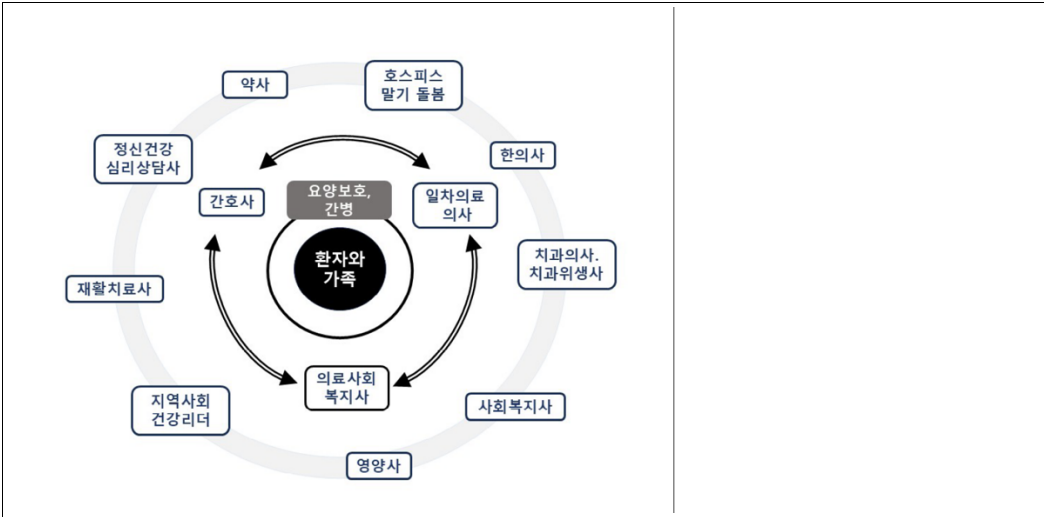
- 제 16조(건강관리 및 예방 등) 노쇠, 노인성 질병, 만성질환, 장애, 정신질환 등을 예방하거나 완화하고 일상생활을 지원하며 건강관리를 위해 노력해야 한다고 하고 주된 역할을 보건소 중심으로 설정함. 과거 보건소의 건강관리 사업은 의사 참여가 부족하고 일회성이 많아서 노쇠·만성질환 예방과 악화 억제를 달성하기 어렵고, 낮은 이용률과 제한적 효과에 그칠 가능성이 높음.

○ CHW(community health worker), 지역사회 건강리더

- CHW 란? 지역사회 주민 속에서 활동하며 건강관리·예방·연계를 수행하는 ‘지역 기반 보건 인력’ 비의료인, 지역을 가장 잘 아는 “현장 연결자”, 의료·복지·생활을 이어주는 중간 매개자
- CHW의 핵심 역할 : 건강관리·예방, 조기 발견·위험군 발굴, 서비스 연결
- CHW 정착 조건 : ①공식적인 제도화 필요, ②교육·훈련 체계, ③통합돌봄 팀 연계, ④활동에 대한 보상
- CHW는 지역주민 속에서 건강문제를 조기에 발견하고 의료·돌봄을 연결하는 핵심 인력으로, 예방 중심 통합돌봄 체계 구축의 출발점

○ 거점 공공병원

- 국가 및 지방자치단체는 지역사회 통합돌봄의 원활한 수행을 위하여 시·군·구 단위로 1 개 이상의 지역거점 공공병원을 지정하여야 한다.
- 지역사회 통합돌봄에서 공공병원의 역할
 - ① 의료 최종 책임 (Back-up 기능):재택환자 악화 시 입원, 응급 대응, 퇴원 후 재택 연계
 - ② 방문진료·재택의료 지원 : 방문진료팀 운영 또는 지원, 교육·지침 제공, 전문의 자문
 - ③ 다학제 협력 플랫폼 : 의사, 간호사, 사회복지사, 재활 등
 - ④ 지역 인력 양성: 방문진료 교육, CHW, 간호사, 영양 인력 훈련



- ▶핵심팀 : 환자와 보호자의 요구와 목표를 충족하기 위해서는 간병을 요청하는 사람의 목소리를 존중
- ▶확장된 일차의료팀 : 거동 불가능한 경우 일차의는 다직종 전문가의 진료를 요청함

토론 2

구강 돌봄의 더 나은 미래를 위해
김의동 (건강사회를위한치과의사회 사업국장)

구강 돌봄의 더 나은 미래를 위해

건강사회를위한치과의사회
사업국장 김 의 동

통합돌봄 제도 개요

법령 상 근거 의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률, 시행령, 시행규칙(2026년 3월 27일 시행)
- 법령에 따른 각 지자체별 조례(2026년 3월 27일 시행)

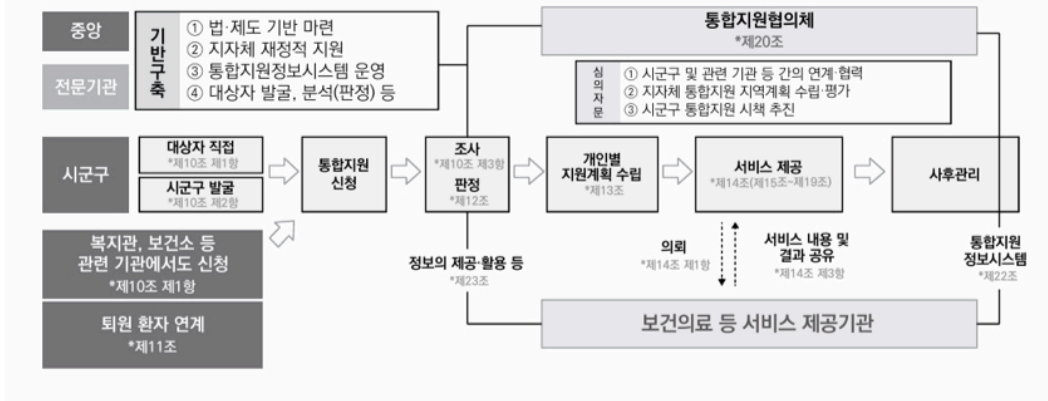
목적 일상생활에 어려움을 겪는 사람이 살던 곳에서 건강한 생활을 영위하도록 의료·요양·돌봄서비스를 통합·연계하여 제공

대상자 노쇠·장애·질병 등으로 일상생활 유지에 어려움 있어 복합적 지원 필요한 노인, 장애인 및 지자체장이 필요성 인정하는 사람

절차 지자체가 중심이 되어, 사업신청부터 모니터링까지 순과정수행



의료·요양·돌봄 통합지원 체계 개념도



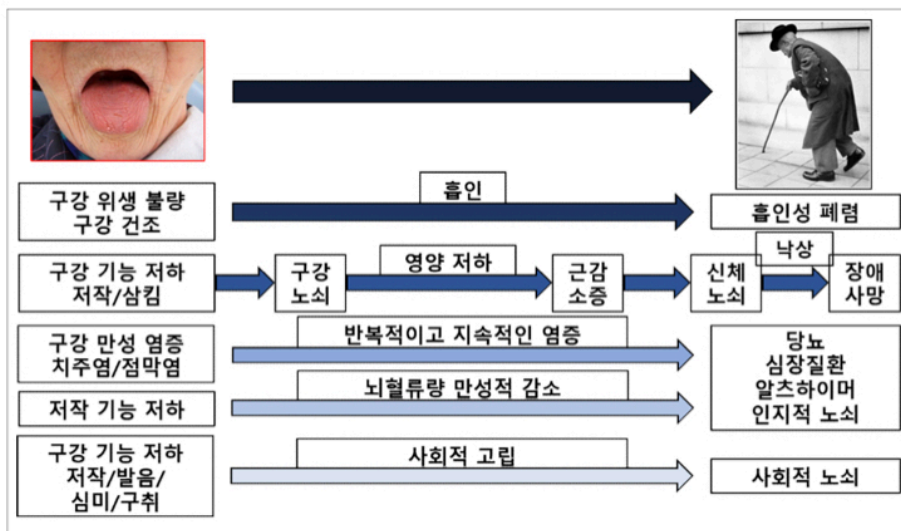
출처: "의료·요양 등 지역돌봄의 통합지원에 관한 법률 설명자료", 보건복지부, 2024.

돌봄에서 공공의 역할(4조)

- 1. 예방적 건강관리부터 생애 말기 돌봄까지 필요 서비스를 포괄적으로 제공할 수 있는 지원체계의 구축
- 2. 재가 완결형 통합지원 연계 체계의 구축
- 3. 지역주민 참여를 바탕으로 하는 생활권 단위의 충분하고 지속 가능한 통합지원 생태계의 조성
- 4. 통합지원 대상자가 통합지원의 내용, 이용 방법 등에 관하여 충분한 설명을 들은 후 이용 여부나 범위, 방식 등을 스스로 결정할 수 있도록 자기결정권을 보장

돌봄에서 공공의 역할(4조)

- 5. 각종 서비스 등의 제공 시 공공성을 높일 수 있도록 할 것
- 6. 대상자를 돌보는 가족과 보호자에 대한 지원과 보호를 제공
- 7. 시·도지사는 통합지원 체계를 구축하고 확산할 수 있도록 인프라 및 재원을 확보하여 시·군·구에 대하여 필요한 지원 이행
- 8. 국가는 지자체가 위의 사항을 실현하기 위하여 필요한 행정적·재정적 지원 이행

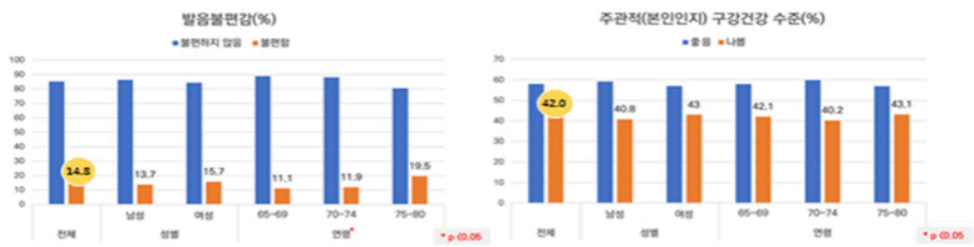


노인 건강 관리에서 구강 건강의 중요성

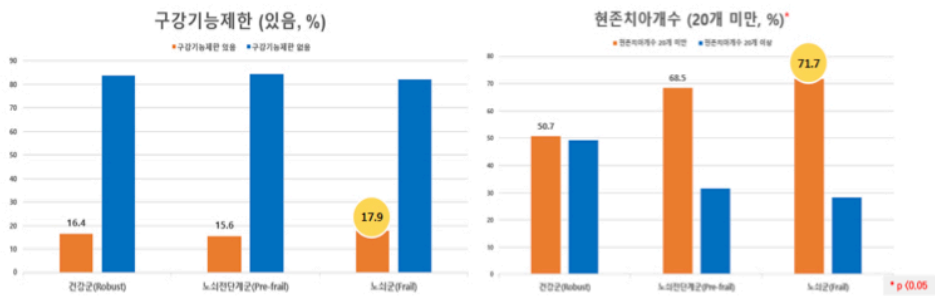
• 구강건강 및 기능상태 (65세 이상 노인)

42.0%
구강건강 수준 불만족

잠재적 치과진료 수요 구강건강 불만족을 잠재적 치과진료 수요로 볼 때, 65세 이상 노인의 42%가 해당함



• 구강건강 및 기능상태 (한국노인노쇠코호트) (지역사회 거주 70세 이상 노인 대상)



항목	일차의료 방문진료 수가 시범사업	장기요양 재택의료 시범사업
재원	건강보험	장기요양보험
대상	거동이 불편한 국민 모두 (일반환자도 가능, 본인부담 100%)	장기요양 대상자 1~5등급
방문횟수	의사당 월 60회 환자당 주 3회	의사당 월 100회 환자당 주 1회
수가 (청구)	방문진료료 I (행위/투약 포함) 방문진료료 II (행위/투약 별도)	방문진료료는 일차의료 방문진료 수가 재택의료기본료 (월 1회)

방문의과진료 시범사업 제도



방문치과진료 체계 구축 개요

구분	네트워크형 방문의료 다학제팀 연계 네트워크형 방문치과진료팀	의료기관형 방문의료 다학제팀 참여형 방문치과진료팀
구성 주체	시·군·구 내 방문치과진료 참여 희망 치과의원들의 다양한 네트워크	재택의료센터 설치 의료기관 내 치과 또는 참여를 희망하는 지역 치과의원
운영 방식	네트워크형 방문의료 다학제팀과 긴밀히 연계하되 1:1 매칭 방식으로 운영	의료기관형 다학제팀에 참여하되 병립형 모델에 따라 독립적 운영
특징	<ul style="list-style-type: none"> 지역 치과의원들의 자율적 네트워크 형성 재택의료센터의 지원 또는 주관 가능 요양시설 계약치과의사 교육 이수자 적극 활용 의료복지사회적협동조합 네트워크 활용 가능 	<ul style="list-style-type: none"> 병립형 모델 기반 치과의사, 치과위생사, 치과기사 등 다직종 구성 의료기관 내 치과진료실 우선 활용

방문치과진료팀 구성 방안

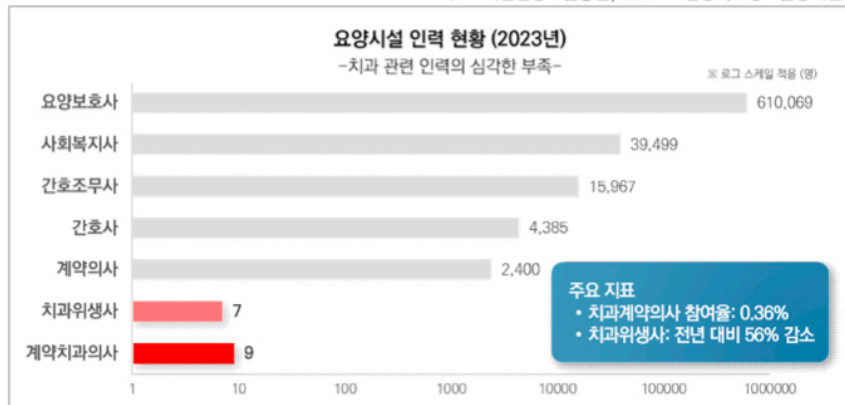
구분	내용
자격 요건	의료 및 복지 분야 통합교육을 이수한 간호사 또는 사회복지사
핵심 역할	<ul style="list-style-type: none"> 방문의과진료팀과 방문치과진료팀 간 연계 구강문제 발생 시 방문치과진료 연결 치과의사협회 지부와의 업무 협력
구강 관련 교육 영역	<ul style="list-style-type: none"> 구강위생관리 능력 평가 구강건조증 평가 저작기능 평가
연계 체계	<ol style="list-style-type: none"> 구강문제 파악: 돌봄 노인의 구강문제 발견 또는 접수 치협 지부 연결: 방문치과진료 전담위원회 의뢰 → 방문치과의사 배정·추천 치과의사 연결: 치협 지부에서 방문치과의사에게 사례 전달 현장 진료: 방문치과의사가 돌봄 노인 보호자, 요양보호사, 간병인 등과 소통하며 진료 진행

통합돌봄 매니저 제도 개요

거주지	재택	요양시설 (비의료기관)	요양병원 (의료기관)	호스피스병동 (의료기관)
적용 법률	돌봄통합지원법	노인장기요양보험법	의료법	의료법
치과의료 현행 제도	방문구강관리 방문치과진료	계약치과의사제도	제도적 장치 부재	제도적 장치 부재
실제 접근성	법적 근거 마련	활동 실적 저조	치과 개설 1.3% (20/1,500개소)	실질적 지원 체계 부재
주요 문제점	• 시범사업 미시행	• 의과 중심 제도 • 적정 수가체계 부재	• 요양병원 내 치과 부족 • 협력 치과의사제도 부재	• 생애말기 돌봄 미반영
개선 방향	• 방문치과진료 체계 구축	• 재택의료센터 연계 병립형 모델 도입 • 계약의사 제도 개선	• 방문치과진료팀 연계	• 네트워크 방문의료팀 치과 참여

돌봄 노인 거주지별 치과의료 현황

자료: 국민건강보험공단, 2023 노인장기요양보험통계연보



장기요양기관 평가지표(2025년)

- 구강관리 항목 추가(2점)
- 1. 급여제공직원에게 구강건강을 위한 교육을 반기별 1회 이상 실시한다. (0.5점)
- 2. 청결한 구강서비스 제공을 위해 개별 구강관리 도구를 위생적으로 관리한다. (0.5점)
- 3. 구강상태에 문제가 있는 수급자에 대하여 적절한 조치를 취한다. (1점)

구강 돌봄의 과제

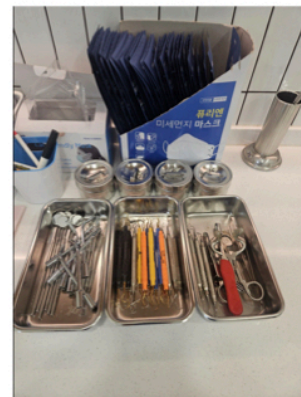
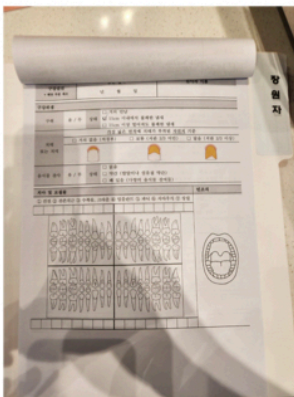
1. 장기요양기관 입소 시 구강검사의 의무화
2. 장기요양기관 입소 노인 구강건강 실태조사
- 사회복지시설 출장 구강검진 가능(2026. 1. 7)
3. 요양시설 계약의사(촉탁의) 문제의 해결
4. 통합지원정보시스템의 구축
5. 다학제적 접근 방식 위주의 방문치과진료 체계화, 지속화
6. 적정 수가의 마련
7. 방문 구강관리와 방문 구강진료의 적절한 역할 분담과 연계
8. 지자체와 방문진료기관의 긴밀한 논의와 협력 체계의 마련
9. 구강건강관련 교육 받은 통합돌봄 매니저 제도의 신설
10. 적절한 시범사업의 시행

서울시립남부요양원 구강보건실 진료

- 스마일 재단이 추진하는 요양시설 내 구강건강 증진사업 일환
- 경기도 군포시 소재
- 서울시 소유, 사회복지법인 위탁운영, 190명 정원, 136명 3교대 근무
- 8개 구강보건실 설치, 그 중 하나를 건치와 치위협이 맡아 진행
- 월 2회(매월 2, 4주 목요일 오전) 진료
- 신규 입소자 구강검진, 스케일링, 간단한 틀니 조정, 충전 등
- 치위생사 구강위생관리가 매우 효과적이고 반응 좋음
- 방문 간호와 유사한 방문구강관리의 적절한 배치와 활용 필요
- 시범사업의 효율적 설계와 조속한 시행 촉구
- 방문치과진료팀의 연내 시범적 구성 목표

서울시립남부요양원 구강보건실 진료







구강 돌봄의 더 나은 미래를 위해

- 공공 중심의 체계와 역할 분담 촉구와 감시, 여론의 환기
- 민간 참여를 유도할 수 있는 수준의 적정 수가 체계 마련 지원
- 치과위생사의 역할 강화와 효과적인 역할 분담 체계의 확보
- 지역의 유기적이고 통합적인 거버넌스의 모범의 개발과 확산
- 지속가능한 방문치과진료와 방문구강관리의 제도와 실제적인 내용의 구체화, 관련 교육의 강화
- 바람직한 시범사업의 조속한 시행과 적극적인 동참, 피드백 제공을 통해 본 사업의 안착 유도
- 신청하지 못하는 사각지대의 발굴과 지원 체계의 구축

토론 3

현정희(공공운수노조 의료연대본부)

‘지금 한국 사회는 돌봄이 문제고 이 문제는 그 자체만으로 풀어내기가 쉽지 않다.’라는 발제 내용에 동의하면서 공동체적인 삶에서 볼 때 이것은 오래된 미래이기도 하다. 한국 사회가 당면하고 있는 다양한 문제는 그 근본적인 원인이 총체적 자본주의 시스템에서 발생한 문제이기 때문이다. 자본은 인종화된 인구집단의 부를 먹잇감으로 삼을 뿐 아니라 ‘돌봄’을 폭식하고 있다고 주장하는 낸시 프레이저의 말에 적극적으로 공감하면서 돌봄의 문제를 어떻게 풀어야 할지 같이 고민해보자.

돌봄 활동은 오랫동안 자본주의 시스템에서 ‘생산적’이라고 부르는 노동을 생산하고 있지만 ‘돌봄’ 그 자체는 ‘비생산적’인 것으로 간주되어왔다. 이제 더 이상 그렇게 하기 어려울 지경에 왔다. 한국은 워낙 위기가 많은 사회라서 웬만한 위기는 이제 덤덤해지고 있는 현실이 더 위기로 느껴진다. 인구 문제와 돌봄 위기 또한 오랫동안 거론된 위기지만 정권이 바뀌어도 이에 대한 정부 정책은 별로 달라지는 것이 없다. 그사이 돌봄 문제는 급속한 고령화, 가족구조의 붕괴, 여성 노동과 돌봄노동의 저평가와 공공돌봄의 부재 속에서 더욱 심각한 문제가 되고 있다. 이 문제는 공공돌봄 시스템 부재와 핵가족화로 인해 성인뿐 아니라 아동과 청소년에게도 돌봄 책임이 전가되고 있다.

‘돌봄’ 위기는 자본주의 속에서 필연적으로 발생하는 문제다. 가족 구성원, 주로 여성의 무급 노동에 기대어 가족 구성원에 대한 돌봄과 재생산의 비용을 가족에게 전가해온 자본은 가구 및 가족구조의 급격한 변화와 맞벌이 가구의 증가 등에서 ‘여성돌봄전담자’ 모형의 붕괴와 동시에 돌봄을 상품화하였다. 자본과 국가에 의해 만들어진 ‘돌봄 시장’은 국가의 책임은 뒤로한 채 또 다른 착취와 수탈을 진행하고 있다.

한국 사회가 채택한 돌봄 및 사회서비스의 사회화모형은 ‘최소한으로 적정화된 질’을 추구하는 민간 주도 공급구조가 가지는 비효율성과 비민주성, 반노동적 특성으로 인해 사람들에게 존엄함 삶을 보장하고 이를 통해 안정적인 사회적 재생산 체계의 구축이라는 애초의 정책목표를 제대로 구현하지 못하고 있다는 발제 내용에 동의하면서 이러한 정책은 이미 그 시작부터 애초의 정책목표가 달성 불가능한 것이었다.

한국 사회의 돌봄 문제는 자본주의에 내재한 근본적인 문제에 더해 현실적인 인구구조의 문제로 인해 더 심각하다. 이런 문제는 근 20 여 년 동안 지속되고 있는데 왜 정책적 대응은 달라지지 않고 있는가? 수요는 어느 정도 예측이 가능한데도 불구하고 왜 부족하고 파편적이고 비효율적인가?

발제에서 보면 노인 돌봄(32.5%), 기타 성인 돌봄(15.6%) 등 성인, 특히 노인을 위한 서비스 영역은 필요 대비 이용률이 상대적으로 50%에도 미치지 못하고 있으며, 특히 정신건강 서비스(8.8%), 주거지원 서비스(15.6%), 고용 서비스(14.8%) 등 상대적으로 취약한 계층과 대상을 위한 서비스의 경우 이용률이 매우 낮은 수준으로 나타났다. 서비스를 필요로 하는 주민들이 있음에도 불구하고 이용하지 못한 경우 그 이유가 결국 대부분 정보 부족을 포함한 공급 문제이다. 우리나라는 OECD 국가들 가운데 지난 10 여 년 동안 사회지출 증가 속도가 가장 빠른 국가임에도 불구하고 그 지출들은 주민들이 필요로 하는 돌봄 서비스로 제대로 돌아가고 있는 것인지를?

발제문에서도 한국의 돌봄 전달체계 문제를 공공 책임성의 부재, 사회서비스 전달체계의 파편화, 그리고 민간 의존 공급구조를 지적하고 있는데, 이런 문제가 결정적인 문제라고 볼 수 있다. 즉 돈벌이가 되지 않으면 언제든지 공급이 중단될 수 있는 민간 의존 공급구조 문제가 근본적인 이유일 것이다. 민간 주도의 공급체계의 비효율성, 비민주성 등에 대한 문제 제기가 수십 년에 걸쳐 논의되었는데도 불구하고 여전히 해결되지 않고 있는 이유는 자본화된 돌봄이 점점 더 커지고 있는 가운데 비해 정부는 점점 손을 놓고 있기 때문이다.

올해 3 월 28 일부터 발효된 “의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률(‘지역 돌봄 통합지원법’)은 의료기관에서만 아니라, “가정과 사회복지시설에서 제공하는” 진료, 간호, 재활, 호스피스, 방문 구강 관리, 복약지도 서비스 등을 확대하고 다른 서비스와 연계를 강화하도록 국가와 지방자치단체가 노력하여야 할 것을 규정하고 있다. 또한 이 법은 노쇠, 노인성 질병, 만성질환, 장애, 정신질환 등의 예방, 완화, 일상생활 지원, 건강관리를 위하여 노력하여야 할 것도 규정하고 있고, 전국의 시도와 시군구에서 지역사회 돌봄을 의무화하도록 만들어진 법이다. 지역 주민들에게 정말 중요한 법이다. 그러나 정부는 이 중요한 법에 대해서 국민에게 제대로 홍보하지 않았다.

6 월 지방선거를 앞두고 후보들의 가장 중요한 공약과 사업이어야 할 이 법은 지방선거 운동에도, 언론에도 그다지 관심을 받지 못하고 있다. 한편 정부는 2026 년 지역돌봄서비스 예산을 시범사업 때의 절반에도 모자라는 시군구별 2.7 억 원으로 예산을 삭감하였고, 전담

인력은 6 개월 한시적인데다가 인건비에 대한 국비 지원은 30-50%에 그치고 있다. 만약 지역의 주민들이 이 법에 있는 대로 요구한다면 도저히 법대로 운영할 수 없는 예산과 인력이다. 이래서 정부는 이 법을 홍보조차 하지 않고 있는 건 아닌지? 통합돌봄이 필요한 사람이라 하더라도 사람들은 이런 제도가 시행되는지도 모른 채 이전과 같은 어려움을 고스란히 개인이 견디고 있을 것이다. 전문가들도 공공돌봄과 공공의료 인프라가 절대적으로 부족한 한국의 현실에서 이 법이 제대로 실행될 수 있을지에 대한 우려가 크다.

공공돌봄과 지역사회돌봄은 둘이 아니라 하나가 되어야 좋은 돌봄이 가능하다. 아프거나 돌봄이 필요한 사람들이 도시로 찾아다니는 돌봄이 아니라 자기가 살던 지역에서 시민적 권리로서 돌봄을 받을 수 있어야 한다. 그렇게 되기 위해서는 정부만 믿고 있어서는 안 될 것이다. 돌봄은 지방분권적 운영이 당연히 필요하지만, 중앙정부의 정책과 재정지원 또한 매우 중요하다. 또한 보편적 이용자 권리로서 수요를 보장해야 한다는 점에 적극적으로 동의하면서 지역에서 생활 전반에 걸쳐 통합적인 서비스가 되어야 하고 인간다운 삶과 존엄한 죽음을 맞이할 수 있도록 해야 한다.

그것이 가능하기 위해서는 이용자 중심의 통합적 접근이 필요하다. 공급자가 알아서 일방적으로 제공하는 파편화된 돌봄 서비스가 아니라 이용자 중심 통합적 전달체계가 되려면 전문직 공무원과 같은 공적 책임성과 권한을 가진 전문가들로 구성된 공적 전담 조직이 해당 시군구에서 가동하고 있어야 하고 통합적인 돌봄 서비스가 가능한 공공돌봄 인프라(시설과 인력 등)가 무엇보다도 중요하다. 그런 의미와 더불어서 지역사회통합돌봄의 시행은 공공사회서비스 직접 제공 기관으로서 사회서비스원 본연의 역할과 기능이 더욱 강화되어야 한다는 것에 적극 동의한다. 지역사회통합돌봄이 제 역할을 하기 위해서는 그 책임을 지고 있는 시군구와 함께 구체적인 세부 정책을 마련하고, 공공서비스 공급을 확대하고 지역의 인프라를 발굴, 연결하여야 한다. 발제자의 제안처럼 사회서비스원이 기존의 역할에서 더 확장하여 지역 차원의 맞춤형 돌봄 서비스를 선제적으로 기획하고, 설계하고, 필요에 따라 직접 제공하는 돌봄 서비스 인큐베이터 기능을 모범적으로 하는 것일 것이다. 이렇게 되기 위해서는 안정적인 고용조건과 돌봄 노동자에 대한 노동권이 보장되도록 하여야 한다. 돌봄 노동이 이윤을 위한 착취와 수탈의 대상이 아니라, 산 노동을 만들어 내고, 탈 자본주의로 갈 수 있는 인간의 참된 노동이 되는 과정을 우리가 만들어 가야 한다.