

발간번호
2013-02-01

2013년도
이슈페이퍼

‘공간 이론’ 으로 본 한국 병원의 자본축적 분석

변혜진 (건강과대안 연구위원)



연구공동체 건강과 대안

연구공동체 건강과대안

주소 : 서울시 종로구 와룡동 119-1 동원빌딩 206호

전화 : (02)747-6887

팩스 : (02)3672-6887

홈페이지: <http://www.chsc.or.kr>

‘공간 이론’으로 본 한국병원의 자본축적 분석

변혜진(건강과대안 운영위원)

1. 들어가는 말

병원의 현대성은 ‘치료’라는 하나의 동질성을 가진 공간이라기보다 자본주의 생산양식을 가진 복합적 생산관계를 가진 공간이다. 병원은 사회적 공간이며 사회적 공간은 사회적 산물이다. 이렇게 생산된 공간은 통제의 수단, 따라서 지배와 권력의 수단이 될 수도 있다.

최근 의료산업화론이 대두됨에 따라 병원 공간 구성이 변화되고 있다. 보건의료를 기존 ‘복지’ 개념에서 ‘산업’으로 인식하는 산업화론은 치료 공간으로의 병원을 이윤 생산을 위한 공간으로 전환하려는 입장이라 할 수 있다. 이러한 인식은 병상 확장과 경쟁, 그리고 의료산업자본의 병원 투자, 병원의 의료 외 부대사업범위의 확대 그리고 최근 유헬스(U-health) 등으로 복합적인 병원 공간 재구성으로 나타나고 있다. 이러한 공간 재구성은 병원자본의 이윤 축적이 ‘공간의 생산’을 통해 살펴볼 것을 요구하고 있다.

한국 병원들은 1987년 노동자 대투쟁의 성과로 이어진 1989년 전국민건강보험 도입 이후 매우 빠른 속도로 규모의 성장을 이루었다. 1990년 초 삼성과 현대 등 재벌그룹의 거대 병상 신설로 공간 확장 경쟁이 시작되었고, 국가가 소유·운영하는 공공의료기관이 7%밖에 그치고 있는 기형적인 한국 의료제도 속에서 병원은 대기업 중심으로 점점 대형화되었고, 서울과 수도권 중심으로 편중되었다.

‘의료군비경쟁(Medical Arms Race)’로 일컬어지는 이러한 병원자본의 도시집중화와 대형화는 신자유주의정책과 맞물려 병원자본에 대한 규제해제와 무한경쟁을 초래했고, 의료비의 가파른 증가는 건강보험 비용 지불자인 국민들에 대한 수탈과 과잉진료로 인한 환자 수탈의 이중구조를 창출했다.

하지만 한국 의료제도가 가진 두 개의 공적 사회제도, 즉 모든 의료기관의 ‘건강보험당연 지정제’와 ‘비영리법인제도’는 병원이 자본주의적 원리로만 작동될 수 없는 제한조치로 작동되고 있다. 이러한 공적 규제 정책들은 결국 병원 공간을 자본주의적 이윤 공간으로만 작동되지 않도록 강제하고 있는 셈이다. 병원자본은 이러한 법적 제도적 규제들을 벗어나 점차 국가 규제를 받지 않는 의료제도 외부 사업으로 이윤 축적의 방식의 다각화를 모색했고, 이는 엄청나게 늘어난 병원 부대사업 허용과 건강보험 급여에서 제외되는 고가 의료장비 수입으로 대변되고 있다.

노무현 정부 시절부터 추진되기 시작한 정부의 ‘의료산업화’ 정책은 병원자본과 금융업, 보험업, IT산업 등의 다른 자본과의 긴밀한 연계를 허용하는 것이었다. 이러한 조건들은 병원

의 이윤 축적 방법의 변화를 가져왔다. 병원자본은 숙박업, 임대업, 유헬스(U-Health)산업 등으로 확장되었고, 정부의 병원 부대사업 허용범위의 지속적인 확장은 병원 공간을 멀티플렉스한 소비 공간으로 만들고 있다.

이 글은 고전적 의미의 병원 이윤 축적의 방식이 병원 공간 활용의 변화에 따라 어떻게 달라지고 있는지를 살펴보고자 한다. 기존의 많은 연구들은 병원 자본의 확장과 축적 보다는 법적 제도적 변화와 규제완화의 측면에서 의료의 상품화와 관련된 문제에 한정하여 논의 되어왔다. 하지만 이러한 분석들은 병원 공간에 대한 자본의 과잉투자의 문제들을 제대로 살펴보지 못하는 한계를 가지고 있고, 또 다른 측면에서 진행되고 있는 ‘기업도시’ 나 ‘첨단 의료복합단지’나 ‘유헬스’ 산업의 확장 문제들에 대한 일관성 있는 설명이론을 갖지 못하는 단면적 평가의 한계를 갖는 측면이 있다.

자본의 공간 활용의 변화에 따른 병원 자본의 이윤 축적의 변화를 고찰하는 것은 이러한 연구의 한계를 보완하여 보다 근본적이고 총체적인 분석을 시도해 보고자 하는 것이다.

2. 한국 병원자본의 특성과 이윤 축적의 변화

1) 한국 병원자본의 역사

한국 병원은 1980년대 후반 이후 본격적으로 규모의 성장을 이루었다. 보건의료계에서는 대체로 한국의 병원산업이 4단계(1977년 사회보험 형태의 의료보험 도입 → 1977년 의료보험 도입 이후 민간병원 건립지원 단계 → 1989년 전국민건강보험 도입 이후 병원 신설 및 병상 증축 규제 해제 단계 → 1990년대 후반 이후 의료계군비경쟁(Medical Arms Race) 단계)의 변화 과정을 통해 규모의 경제를 실현했다고 보고 있다.¹⁾

실제로 1990년 전후에 한국의 양대 재벌이 나란히 의료시장에 뛰어들면서 병원은 앞다투어 공간 확장에 나섰다. 1989년에 2000병상의 서울아산병원을 현대그룹이 지었고, 삼성이 1994년에 또 다른 대형병원인 삼성서울병원을 지었다. 이 두 병원은 불과 10년 사이에 100년이 넘는 서울대병원과 세브란스병원 등의 대학병원의 규모를 뛰어 넘었다.

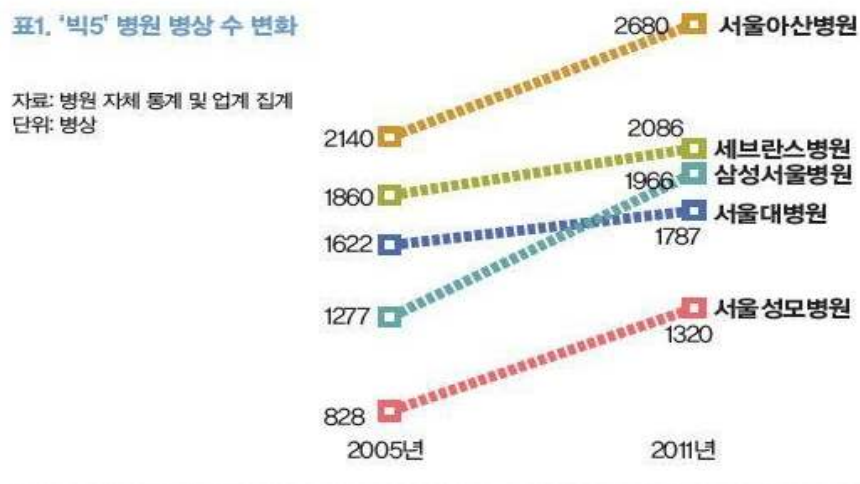
현대와 삼성이 지은 대형병원들은 전 세계적으로 가장 큰 병상 규모를 가진 병원들이 되었고 이들 병원을 따라잡기 위한 다른 대학병원들도 병원 공간을 확장하고 병상을 늘리는데 집중하고 있다. ‘만들면 팔린다’는 세이의 법칙(Say's law)²⁾이 병상 증축에 통용된 셈이다. 이러한 병상 과잉투자로 우리나라 병상은 2009년에 이미 포화상태를 넘어섰다. 전국 병상 수는 33만 개로 적정 규모(29만 2600병상) 보다 많다.(<그림 1> 참조)

1) 김종진, 『간접고용 활용 실태 및 근로자 근로실태 조사 분석』 국회입법조사처, 2011

2) 세이의 법칙(Say's law)은 프랑스 경제학자 장바티스트 세(Jean-Baptiste Say, 1767~1832)에 의해 제시된 주장으로, 흔히 말하는 “공급은 스스로 수요를 창출한다”(Supply creates its own demand)는 말로 요약할 수 있다. 경제전체적으로 봤을 때 일단 공급이 이루어지면 그만큼의 수요가 자연적으로 생겨나므로, 유효수요 부족에 따른 공급과잉이 발생하지 않음을 의미한다. 결과적으로 시장은 언제나 균형 상태를 유지한다. 세이의 법칙에 의하면 유효수요 부족이 발생하지 않으므로, 고전학과 경제학자들이 주장하는 공급중심의 경제정책을 주장하는 데 있어 중요한 논거가 되었다.(위키피디아)

이러한 병원들의 몸집 부풀리기 경쟁 상황을 두고 냉전시대의 군비경쟁 양상을 빗대어 의료군비경쟁(Medical Arms Race) 체제라고 부른다. 1960-90년대 미국에서 의료비 지출액이 연평균 11.5%로 폭발적으로 증가했다. 당시 의료비 지출이 늘어난 이유에 대해 유력한 설명 가운데 하나가 바로 의료비 군비 경쟁 현상이다. 미국 병원들은 더 많은 환자를 유치하려고 호텔처럼 쾌적하고 세련된 시설을 구비하고, 첨단장비를 서둘러 도입했다. 이런 경향은 병원 사이의 경쟁이 치열한 곳일수록 두드러졌다. 환자들은 의료 서비스에 대한 정확한 정보를 얻기 어렵기 때문에 규모가 크고 쾌적하며 고가의 장비를 갖춘 병원을 찾게 된다. 그리고 병원들은 투자비 회수를 위한 방법으로 진료비를 올리거나 병원 인건비를 줄이기 위해 인력 감축이나 노동 강도 강화 방법을 택했다. 이것은 국가 총 의료비 지출을 상승시키는 결과를 낳았다.

병원자본의 과잉투자는 병상 회전률을 높이기 위한 과잉경쟁으로 나아갔고, 이는 1차 의료기관이나 지역병원 환자들을 도시에 있는 대형병원들로 몰리도록 유도했다. 3차 종합병원에서는 보지 않는 환자들도 모두 대형병원들로 몰렸고 대형병원들의 외래환자수를 빠르게 증가했다. '대형병원으로의 환자 쏠림현상'이라 불리는 이러한 현상은 국내 병원간 규모의 경쟁을 촉발시켜 서울대병원·서울아산병원·세브란스병원·삼성서울병원·서울성모병원 등 '빅5'들과 다른 병원 간 격차를 심화시켰다.



<그림 1> 빅 5 병원 병상수 변화 비교 (자료 : 대한병원협회)

병상 수 늘리기로 과잉 경쟁에 치달던 병원 자본은 한계에 부딪치자 2005년부터는 암센터, 심혈관계센터 등 전문 진료를 내세우며 다른 측면의 병상 확장 경쟁에 나섰고, 이러한 변화는 최근까지 건설업 붐과 함께 지속적인 병원 신축공사와 증설로 이어지고 있다.

2) 한국 의료제도의 특징

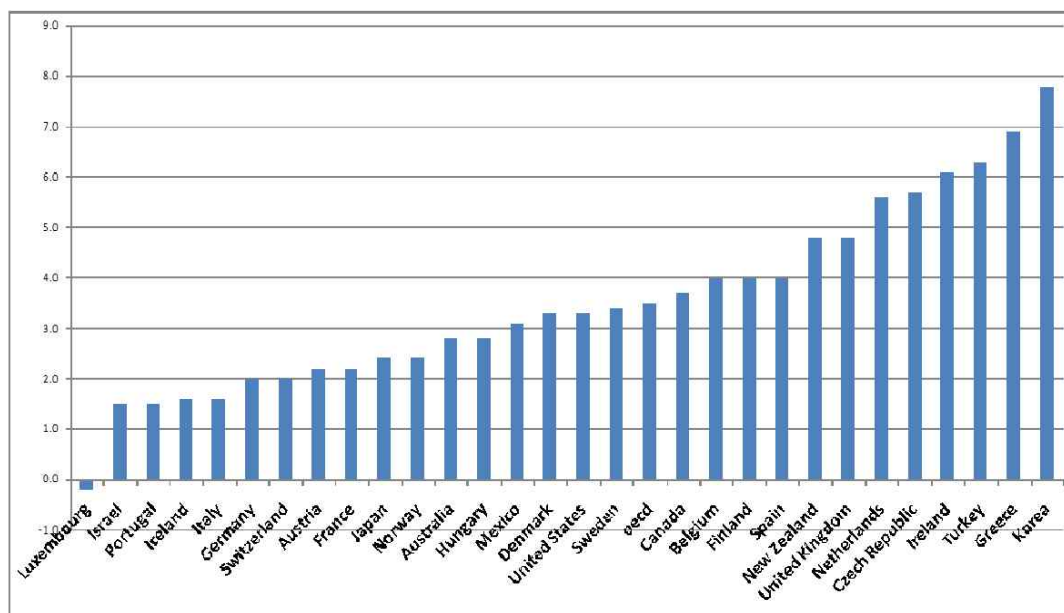
각국의 의료수준을 평가하는 가장 큰 두 축은 국가가 운영하는 의료보험의 보장성의 정도

와 국가 소유·운영의 공공병원의 비율이다. 이에 비추어 보면 우리나라 의료제도는 건강보험이 있지만 보장율은 55퍼센트로 절반을 넘는 정도이고, 공공병원은 대학병원을 합쳐서 7퍼센트밖에 되지 않는다. OECD평균 건강보험 보장성이 75퍼센트이고 공공병원 비율이 70퍼센트인 것에 비해, 우리나라는 보장성도 모자라고 공공병원은 멕시코보다도 못한 수준인 셈이다.

1977년 최초의 의료보험이 도입, 그리고 87년 노동자 대투쟁의 성과로 실질적인 전국민 건강보험 도입이 이루어진 이후 건강보험제도는 상대적으로 안착 되었지만 비용을 통제하고 표준 진료 모델이어야 할 국가 소유·운영의 공공병원에는 정부투자가 거의 존재하지 않았다. 군사독재 정부 이후 병원의 소유와 운영은 재벌들과 민간에 개방되어 전혀 규제 되지 못했다. 이 결과 우리나라는 공공병원이 거의 없다시피 한 기형적 구조를 가지고 있다.

민간위주의 의료공급 구조를 가지고 있는데다가 더해 한국 의료제도의 또 다른 구조적 문제는 진료비 지불체계조차 행위별 수가제를 가지고 있어 민간의료기관들은 의료행위(서비스)의 양을 최대화하려는 경향을 가지고 있다는 점이다. 행위에 따라 지불되는 진료비지불 제도는 의료공급의 무정부적 팽창과 의료비의 급속한 증가를 가져왔다.

이 결과 최근 10년간 한국의 의료비 증가 속도는 평균 7.8%로 OECD 평균 3.5%에 비해 두 배가 넘고 (최근 OECD 국가에 포함된 일부 동구유럽 국가들을 제외하면) 1위이다 [그림 2]. 심지어 최근 OECD에 포함한 동부유럽국가들이나 칠레 등을 포함해도 슬로바키아 공화국에 이어 2위에 해당한다.(이 때의 OECD 평균은 4%)



<그림 2> 최근 10년간 OECD 국가들의 연평균 의료비 증가율(2000~2009)

(자료: OECD data 2011. 최근 OECD 포함국가 제외.)

또 다른 한국의료의 모순은 건강보험 보장성이 절반 밖에 되지 않아 대부분이 민간의료보험에 의존한다는 점이다. 한국의 경우 개인의료비 부담률은 OECD 국가 평균에 비해 3배

이상 높은 것으로 나타난다. 낮은 국가 의료보장률 때문에 개인부담 의료비 지출은 가계에 큰 부담으로 작용하고 있다. 게다가 한국은 재벌병원들 대부분이 보험회사를 겸하고 있어, 의료제도를 개인부담형으로 재편하려는 움직임이 매우 강하다. 의료산업화나 의료선진화, 최근 의료민영화 정책은 모두 이러한 재벌병원과 재벌 보험회사들의 상품연계를 위한 일관된 흐름이다.

김창엽(2011)은 이러한 한국의료의 특징은 ‘무정부적 낭비구조’와 ‘개인부담형 보건의료’라고 지적한다. 한국 의료가 가진 구조적 모순이 의료를 둘러싼 주체들의 인식에도 영향을 미쳐 건강과 의료를 개인의 영역에 속하는 것으로 간주하게 되는 결과가 되었고, 이는 사회적 연대를 바탕으로 하는 국가 의료보장에서 개인의 책임을 강조하는 ‘시장적’ 방향으로 강조되는 것임을 의미한다.

3) 병원자본의 이윤 축적 방식의 변화

국가 책임형이 아니라 민간공급중심체계를 갖고 있는 한국 의료제도는 두 가지 공적인 규제를 가지고 있다. 건강보험당연지정제와 비영리병원제도다. 병원자본은 최근 이러한 공적인 규제가 한국 보건의료산업 발전에 저해가 되는 요인이라고 주장하며, 의료산업화론을 주장하고 있다.³⁾ 의료산업화론은 이러한 정책목표를 달성하기 위해 ‘영리법인 의료기관의 허용’과 ‘민간의료보험의 활성화’를 정책수단으로 제기하면서 의료서비스부문에 대한 민간자본의 투자를 촉진하고자 요구하고 있다.

의료산업을 첨단 고부가가치산업으로 육성하겠다는 정부의 정책의지도 이러한 의료산업화를 부추기고 있다. 정부의 의료시장화 정책은 여러 가지 방법을 통해 진행되었다. 첫째, 기업도시나 혁신도시, 첨단의료복합도시 그리고 경제자유구역 내 영리병원 허용 등으로 도시개발을 통한 의료산업화 정책이 그것이다. 첨단의료시설 설비를 상징으로 내세운 편리시설과 웰빙 문화생활을 위한 복합공간의 신설을 정책적으로 제시하는 방안이다. 경기침체와 부동산 개발 붐으로 시작된 복합도시나 혁신도시 건설은 민간 투자를 유치, 지역 경제를 발전시키고 고용 창출을 유도한다는 명목을 내세웠다. 이러한 혁신도시는 민간 기업이 토지 수용권을 가지고 주도적으로 개발하는 도시를 말한다. 미국 실리콘밸리, 일본 도요타시, 프랑스 니스 등이 대표적 기업도시다.

대부분의 기업도시는 첨단 의료산업 및 연구 개발이 포함된다. 이러한 도시건설 계획은 의료자본에 대한 제도적 규제를 완화시키는 ‘경제특구’가 되었다. 의료정보기술 인프라와 유비쿼터스 서비스를 구현하기 위한 유시티(u-City)를 실현을 위해 의료가 산업으로 간주되어야 함을 역설하는 장치로 활용된 것이다. 첨단의료복합도시는 “고품격 도시 문화를 실현하기 위해 의료산업 활성화를 위한 첨단 기업 지원 서비스를 제공함으로써 고품격 의료 도시 신문화를 선도하는 u-기업 클러스터 정보도시가 비전”임을 제시하고 있다. 이듬하여 ‘의료산업도시’의 새로운 모델 창출이다.

둘째로 정부는 병원이 진료 외에 돈을 벌 수 있는 부대사업의 범위를 확장해주는 정책을

3) 노무현 정부 당시 경제부처에 의해 제기된 ‘의료산업화론’은 여러 가지로 변형되어 불려 왔다. 현재 의료산업화론은 ‘의료선진화론’으로, 때로 ‘의료 신성장 동력산업론’ 등으로도 일컬어진다.

통해 병원 공간 자체를 활용한 수익창출을 지원하고 있다. 정부는 2009년 의료법 개정을 통해 병원이 장례식장, 주차장, 커피숍, 레스토랑, 미용업, 숙박업, 서점, 제과점, 음식점, 슈퍼마켓, 자동판매기운영업, 꽃집, 안경점 등의 부대사업을 할 수 있도록 허용했다. 한국병원경영연구원에서 나온 자료를 살펴보면 병원 경영에서 새로운 수익 구조를 창출하기 위한 패러다임의 변화를 보다 확실하게 살펴볼 수 있다.

그 동안 국내병원들이 가장 흔히 채택하는 경영전략은 병상의 증설, 새로운 고가장비의 도입, 특수클리닉 설치, 응급실의 확장, 외래수술센터의 설치 및 홍보 전략의 수립 등이었다. 하지만, 병원에서 병상을 늘리면 입원환자수는 늘어나는 효과를 예상할 수 있지만 간호인력 등 관련 직원 수의 증가가 병행되어 수익성 호전의 순기능만 기대할 수는 없는 상황이다. 또한, CT, MRI, PET 등을 위시한 고가의 의료장비들은 도입초기에는 병원의 수익성에 기여했을 뿐 아니라 타 병원과의 경쟁에 있어서 많은 도움이 되었지만, 이제는 구입이전에 상당히 치밀한 타당성 조사를 행하지 않으면 수익을 기대할 없게 되었다. ……그러나 의료기관도 병원경영지원회사(MSO), 숙박업 등 부대사업을 통한 병원의 수익창출이 허용될 것으로 전망된다. 이 경우 국내 의료기관들의 경영전략은 새로운 전환기를 맞이할 것으로 예상된다. 따라서 향후 병원의 경영전략 수립방향은 의료부대사업의 통한 수익제고와 환자의 유통채널 확보를 통한 다양한 수익창출전략이 요구된다. 즉, 병원경영전략에서도 의료서비스와 연관된 해외유명브랜드 건강검진센터, 병원 내 웰빙형 shop-in-shop 운영, 건강상품판매사업 및 해외건강관광객 유치 등 다각화 경영전략 모색이 요구된다고 하겠다.⁴⁾

병원들은 부대사업을 통한 임대료 수익만이 아니라 종합 쇼핑센터 구축까지 내다보고 있어 병원의 부대사업 허용 확장에 따른 병원 공간의 재편과 증축은 또 다른 병원 공간의 변화를 가져올 것으로 보인다. 더욱이 이러한 부대사업 허용은 병원이 가지고 있던 환자 치료 공간으로의 위생과 안전 이미지를 부대사업 판매의 상품 마케팅 전략으로도 활용할 수 있는 유리한 측면이 있어 환자와 보호자 등의 '고객'을 유치하는 효과가 있을 것이라고 내다보고 있다.

마지막으로 정부 정책은 병원자본이 요구했던 다른 자본과의 연계 시스템을 지원하는 방향으로 나아가고 있다. IT산업자본과 병원자본의 요구로 유비쿼터스 헬스케어 사업에 관한 건강관리서비스 민영화 방안 추진이 그것이다. 최근에는 이러한 병원의 공간적 확장성은 유헬스(U-health)와 IT산업의 연계를 통해 첨단의료복합단지 창출로 이어지고 있다.

국내 빅5 대형병원들이 기업과 합작회사 형태로 유헬스케어 사업에 나서고 있다. 이에 따라 서울대병원, 삼성서울병원, 서울아산병원, 서울성모병원 등 이른바 빅5 대형병원 모두 유헬스케어 사업에 뛰어들고 있다. 유헬스케어는 정보통신기술을 이용해 환자가 병원에 내방하지 않고서도 진료가 가능케 하는 시스템이다. 원격 혈당관리 서비스 등을 통해 환자 생활 관리로 수익을 올리는 구조도 가능해진다. 병원으로서는 '원격 의료'를 통해 먼 곳에 있는 환자를 진료하면 사실상 환자수가 늘어나 수익성에 보탬이 된다.

삼성서울병원은 삼성전자와 손을 잡고 모바일 병원 시스템을 제작했다. 삼성그룹은 병원을 통해 생명보험과 전자산업이 연결되는 자본 축적 방식의 전환을 모색하는 것이다. 서울

4) 이용균, <병원경영의 패러다임 변화와 경영전략>, 한국병원경영연구원, 2011.

성모병원은 인성정보와 평화유헬스(C&I헬스케어)를 설립한 바 있다. 서울아산병원은 자체 U헬스센터를 운영하고 있다. 세브란스병원과 KT는 최근 의료와 정보통신기술 융합 사업을 추진하기 위해 '후헬스케어(H∞H Healthcare)' 설립 계약을 체결했다. 자본금 70억 원 규모의 이 회사에는 의료원이 51%, KT가 49%의 비율로 투자하기로 합의했다. 서울대병원과 SK텔레콤은 2012년 1월 '헬스커넥트'라는 합작회사를 만들었다. 이 회사를 통해 두 기관은 휴대기기로 환자와 의사를 연결하는 U헬스 사업을 본격적으로 실시한다. 산업조사 전문기관인 데이코산업연구소는 현재 3조원 규모의 국내 U헬스케어 분야 시장이 8년 후인 2020년에는 11조원 규모로 성장할 것으로 봤다.⁵⁾ 병원 자본입장에서 U헬스케어 사업은 황금알을 낳는 거위가 될 것이라는 전망이다.

3. 공간이론으로 본 병원자본 이윤 축적 분석

1) 병원 공간의 정치경제학

공간(空間, space)은 물리적 조건 혹은 경관으로서 한 체제의 정치경제적 특징을 집약적으로 보여준다. 또한 그것은 생활세계의 한 단면으로서 사람들의 삶이 영위되는 하나의 장(場)이기도 하다. 병원(病院)은 병자(病者)를 진찰, 치료하는 데에 필요한 설비를 갖추어 놓은 곳이라고 정의되고, 그 자체로 하나의 공간이다.

병원 공간은 근대적 공간 기획의 산물이기도 하다. 병원은 근대를 이루는 산업화와 공업화의 기초를 제공하는 건조 환경이 빚어낸 결과이다. 그리고 현대의학의 상징, 현대과학의 상징이기도 하다. 하지만 르페브르는 생산양식 개념의 소홀이 '현대성'이라는 이름으로 대신하게 되었다고 지적한다. 현대성은 동질성과 파편화 그리고 위계화의 특성을 지닌다.⁶⁾ 병원 공간 역시 인간의 신체를 치료한다는 동질성을 가지는 듯 상징되지만 병원 공간 안에서 이루어지는 생산관계는 동질성과 파편성, 그리고 위계화를 동시에 가진다. 병원 건축에 있어 위생과 치료는 동질성을 가지지만 자본에 의한 병원 경영과 효율의 파편성과 병원 통제와 감시시스템은 위계성을 갖는다. 따라서 병원 공간은 하나의 동질성을 가진 공간이라기보다는 자본주의 생산양식을 가진 하나의 생산관계의 형태를 가진다.

또한 자본주의 통치 공간으로의 병원은 체제 유지를 위한 정상성과 위생권력을 위한 훈육과 통제 공간이기도 하고 동시에 국가가 동원하는 노동력 재생산을 위한 공간이기도 하다. 카스텔은 “도시지역의 상품 생산과 더불어 노동력 재생산 기능을 위해 요구되는 집, 병원과 같은 기본 인프라라고 할 수 있는 집합적 소비재의 중요”성을 강조한 바 있다.(카스텔, 2011)

공간은 생산된 사회적 공간 안에서의 사회적 생산관계, 재생산관계의 실현이다. 또한 공간은 소유권과 관계를 맺고 있다. 교환, 제도, 문화, 지식 등과도 관계를 맺는다. 공간은 사고할 수 있다. 공간은 교환 가치와 사용 가치를 지닌다. 그러므로 사회적 공간의 개념과 공간 자체는 '토대-구조-상부구조' 식의 분류에 벗어난다. (르페브르, 2011 : 28) 치료를 위

5) 데이코산업연구소, <글로벌 스마트폰 개발전략과 시장전망>, 2010.

6) 앙리 르페브르, 《공간의 생산》, 양영란 옮김, 31쪽, 2011.

한 의료행위는 사회의 여러 가지 지식과 문화, 제도의 영향을 받는다. 사회적 공간으로의 병원은 상부구조이기도 하고 노동력 재생산을 위한 토대이기도 하다, 그리고 병원 공간 안에서는 이루어지는 치료 노동은 교환관계에 놓여진다.

병원은 사회적 공간이며 “사회적 공간은 사회적 생산물이다. 이렇게 생산된 공간은 행위에서도 도구 구실을 하는 동시에 생산의 수단이며, 통제와 수단의 수단, 따라서 지배와 권력의 수단이 될 수 있다”. 이러한 “공간은 추상적 공간인 동시에 현실적이다. 그리고 상품이나 화폐처럼 구체적인 추상이다.”(르페브르, 2011:71) 따라서, 병원 공간은 사회적 관계를 내포한다.

병원이라는 공간은 병원자본에게는 생산수단이며 병원노동자들에게는 임노동을 파는 공간이기도 하고 환자들에게는 건강을 얻기도 하지만 수탈의 공간이기도 하고 동시에 노동력 재생산의 공간이기도 하다. 이러한 측면에서 병원 공간은 생물학적 재생산과 노동력 재생산 그리고 생산의 사회적 관계의 세 개의 층위가 뒤엉키는 곳이다.

르페브르는 ‘추상적인 공간’이라는 개념을 마르크스의 ‘추상적인 노동’이라는 개념에서 빌어 왔다. 르페브르가 말하는 추상적인 공간이란 공간을 통해 여러 가지 건물, 장소, 활동들에서 객관적으로 드러난다. 따라서 추상적인 노동이 양적인 척도인 화폐로 환원되듯이 추상적인 공간도 빌딩 등으로 환원되는 것이다.⁷⁾ 병원이라는 공간 역시 위생과 치료노동 그리고 착취와 수탈이 동시에 이루어지는 공간이자 병동들 즉, 물리적 공간인 건물로 환원된다. 또한 병원자본은 “고전적인 유형의 생산, 즉 생산수단(기계)이나 소비재 생산을 떠나 공간의 생산으로” 자본을 축적했다. (르페브르 2011: 482) 그리고 이러한 공간의 생산으로의 이윤 추구는 병원 공간 안에서의 새로운 아케이드로 점차 확장되고 있다.

병원 자본은 한 국가에서 의료가 가지는 이데올로기적 성격 때문에 두 가지 모순을 가지고 있다. 의료는 국가가 의무적으로 제공해야 하는 공공재라는 인식과 동시에 공공부문에 속하는 경향 때문에 이윤을 생산하지 않는 비생산 부문이라는 것이다. 이러한 가치로서의 의료는 한국사회에서 병원이라는 공간에 대한 자본 분석을 가로막는다. 하비의 말처럼 자본의 축적은 시간상에 가치의 확대를 내포하고 공간은 이러한 분석에서 제외될 수 있는 것처럼 보인다 (하비, 1994 : 452) 하지만 하비의 지적처럼 사용가치와 화폐 양자에서 이루어지는 추상 노동이 무시될 경우 자본 축적 분석은 관념론적으로만 표현될 것이다. 따라서 병원자본 축적의 분석은 사용가치와 교환가치, 그리고 의료의 가치 간의 관계 속에서 논의되어야 한다.

르페브르의 구분에 따르면 병원 공간은 세 자기 층위가 뒤섞이는 공간이기도 하다. 병원은 질서 지워진 공간으로의 개념화된 공간, 선별된 의료 전문가들과 국가 기술, 관료들이 구축한 공간으로의 병원 공간재현(representation of space)이다. 병원 내 구획과 병동에 따른 구별과 병상의 배치 등이 이에 해당한다. 이러한 병원 안에서 환자와 보호자 그리고 의료인들의 일상적인 노동과 경험으로 체험된 공간으로의 재현공간(representational space)이기도 하다. 병원이라는 공간에서 사람들이 갖고 있는 유사한 행동과 패턴들로 보이는 공간의 실천들(spatial practices)은 체험된 인식을 기반으로 한 상상적 공간이고 물질적 공간이다. 병원 공간의 실천은 지각되는 공간에서 일상적인 현실과 다른 삶의 현실을 밀접하게 연결시킨다. 사회 구성원에게 주어진 병원 공간에서의 수행능력은 경험에 의해 검증된

7) 이득제, <공간, 계급, 그리고 로컬리티의 문화> 로컬리티 인문학, 2011. 10.

다. 의사나 병원 경영자들에게 의해 ‘구획’ ‘배열’ 된 공간에 의해 체험된 것이 이러한 수행 능력을 만든다. 병원 내 재현공간은 병원을 이용하는 환자와 보호자들 그리고 의료인 간의 행위들에 의한 공간이다. 이 공간은 지배받는 공간이자 각자 자기의 공간으로 길들이려고 시도하는 공간이기도 하다. 이 공간은 물리적인 공간까지도 내포하며 의료가 갖는 상징과 기호들의 체계화가 만들어지는 공간이 된다.⁸⁾ 이러한 공간의 층위들은 자본 운동에 따라 변화된다. 병원 공간의 재현은 더 많은 자본 축적을 위해 세분화되어지고 그 속에서 병원 공간의 이용자들은 경험하고, 이는 또 다른 병원 공간에서의 행위자들의 행동양식을 변화시킨다.

2) 병원 공간의 착취와 수탈

한 국가의 의료제도에 따라 병원 공간의 정치경제학적 의미는 차이를 가진다. 한 나라의 의료체계는 총 이윤에 영향을 미치는 요소가 된다. 잉여가치 창출이 자본가들의 주된 관심사임을 부인할 수 없다. 이로 말미암아 잉여가치를 즉 착취율을 극대화하려는 욕구가 노동력의 훼손을 가져온다. 훼손된 노동력의 재생산을 위한 비용이 증가할 경우 그 비용은 총 이윤율을 떨어뜨리는 결과를 초래한다. 따라서 보건의료 제공, 즉 건강유지를 위한 제도는 국가를 포함한 총자본의 입장에서 매우 중요한 문제가 된다. 국가가 보건의료의 제공을 완전하게 도맡는 나라와 자본에게 맡겨두는 나라의 의료제도의 차이에 따라 병원 공간에서 벌어지는 착취율과 수탈의 정도는 차이를 갖는다.

의료 공급 체계가 기업과 민간에게 좌우되는 한국 의료는 다양한 자본이 각축하는 공간이다. 1990년대 중반 이후 진행되어 온 병원들의 메디컬군비경쟁에 따른 병상 증축과 신축, 그리고 고가 의료 기기 도입은 의료노동자들과 환자들의 착취와 수탈 정도를 증가시킴으로써 이윤을 생산했다. 병상의 빠른 회전은 자본의 회전률을 의미하게 되었고, 의료기기와 설비에 대한 과잉 투자 낳았다.

이러한 병원자본의 불변자본에 대한 과잉투자와 경쟁은 병원 공간에서 이루어지는 노동과정에서 두 가지 결과를 낳았다. 첫 번째는 의료기기 과잉 설비 투자에 대한 이윤율 감소를 상쇄하기 위해 과잉검사, 불필요한 검사로 인한 환자들의 몸에 관한 수탈이고, 자본의 유기적 구성의 고도화로 인한 이윤율 감소를 상쇄하기 위한 의료노동자들에 대한 착취율의 증가다.

한국 대형병원의 자본 축적과정은 한편으로 재벌과 같은 소수 거대자본가에 의한 약소자본가의 수탈을 초래하는 과정이기도 했지만 다른 한편으로 점점 더 증가하는 광범한 국민대중으로부터의 수탈의 과정이기도 했다. 마르크스는 자본주의의 이른바 시초축적(始初蓄積)은 광범한 국민대중으로부터의 토지와 생활수단과 노동도구를 수탈하는 것이었고, 이러한 처참하고 가혹한 국민대중의 수탈이 자본의 전사(前史:pre-history)를 이룬다고 분석했다. 또한 이러한 수탈은 자본주의적 생산 자체의 내재적 법칙 작용을 통해, 즉 자본의 집중을 통해 수행된다.(마르크스, 2004 : 1049) 한국 재벌 병원들의 자본 축적 과정 또한 이와 동일한 폭력적 방법이 포함되어 있다.

8) 앙리 르페브르, 《공간의 생산》, 양영란 옮김, 88쪽, 2011.

텔런트 박주아 씨가 심장암으로 사망한 사건으로 인해 한국에 유명해진 다빈치 수술의 경우 안정성이 검증되지 않았음에도 불구하고 매우 높은 기기 보유율을 가지고 있다. 다빈치 로봇수술기계는 한 대에 30억 원이 넘지만, 2009년에 한국병원은 26대가 있고 지금은 30대가 넘는다. 아시아에서 일본보다도 월등히 많은 숫자를 한국 병원들이 보유하고 있는 것이다. 하지만 이 기계는 한국보건의료연구원이 "표준의료기술로 자리 잡기 위해서는 임상적 유용성을 검증하기 위한 추가 연구가 필요"하다고 할 정도로 비용대비 효과는 물론 안전성이 검증되지 않았다. 그러나 이러한 안전성이 검증되지 않은 첨단 의료기기 설비는 건강보험 적용이 안 되기 때문에 병원에서 부르는 수술 가격이 시장가격이 된다. 이는 자본에 의한 병원 공간의 불변자본에 투자되는 비용이 높을수록 환자들의 건강과 소득에 대한 이중수탈이 자행되는 것을 보여준다.

갑상선 수술의 경우도 마찬가지다. 유두종결절의 암일 경우 0.5~1센티미터 미만이면 두고 보는 것이 교과서에 나오는 치료방법이지만 과잉 검사의 대표적 예로 갑상선 초음파 검진을 통해 갑상선암이 나오면 이 수술을 무조건 다빈치로봇기계로 하는 식의 과잉치료가 행해진다.⁹⁾ 일반적 수술방법으로 하면 100만 원 남짓인 치료비가 다빈치 로봇수술로 하면 1500만 원이 든다.(우석균, 2011) 한국에서 2007년 시행된 척추수술은 일본의 일곱 배 정도다. 원인은 척추전문병원의 급증과 척추수술의 급증이 정확하게 비례한다는 점에서 드러난다. 이러한 예는 최근 급증하는 무릎수술이나 갑상선 암 수술에서도 마찬가지다.¹⁰⁾

더욱이 환자 입원 후 어느 시점부터는 환자를 퇴원시키고 대기환자를 받는 것이 병원 이윤율을 높인다. 이것을 ‘병상회전률’이라고 하는데 병상회전률을 빨리 돌릴수록 병원의 수익은 높아진다. 따라서 입원 초기에 각종 검사 및 처치를 하고 조기 퇴원시키는 방법을 강요하고 있다. 병원에서 일하는 의료인들은 병원 공간에서 이루어지는 “환자들을 미친 듯이 넣고 빼는 행위는 환자안전에 위협한다”고 지적한다. 시간과 상관없이 이루어지는 이러한 병상회전률 경쟁은 야간노동일 경우 의료행위의 오류를 자주 불러일으킨다는 지적이다. 결국 환자 신체의 안전을 위협하는 행위가 병상회전률 경쟁으로도 나타나고 있다는 것을 보여준다. 병원자본은 노동대상으로서의 환자의 몸과 의료노동자들이 노동을 모두 교환가치로 만든다.

병원 공간의 추상 노동을 하는 의료노동자의 경우 수탈만이 아니라 노동과정에서의 착취도 증가한다. 마르크스는 상품 재생산이 이루어지는 부분을 필요노동시간이라고 부르며, 이 시간 중에 수행하는 노동을 필요노동이라고 불렀다. 이 노동이 노동자에게 필요한 것은 그의 노동의 특수한 사회적 형태와는 무관하며, 이 노동이 자본과 자본가적 세계에 필요한 것은 노동자의 계속적인 생존이 자본의 세계의 토대이기 때문이라는 것이다. 노동과정의 제2의 기간은 노동자가 노동력을 지출해 노동하지만 자기 자신을 위해서는 아무런 가치도 창조하지 않는다. 그는 잉여가치를 창조하는데 노동일의 이 부분을 잉여노동시간이라고 부르며, 이 시간 중에 수행하는 노동을 잉여노동이라고 부른다.¹¹⁾ 따라서 가변자본에 대한 잉여가

9) 갑상선 의학회에서는 0.5cm 미만 종양은 지켜보는 것이 옳다고 지침을 내리고 건강보험심사평가원에서 갑상선 수술이 너무 많다고 지적을 하고 있다. 다른 나라에 비해 수술이 몇 배나 많이 행해지고 또 그것도 로봇수술로 행해진다.

10) 많은 대학병원 의사들이 매일 자기가 본 환자들 숫자와 번 돈을 통보받고 버는 돈에 따라 인센티브를 받는다. 이러다 보니 과잉진료, 과잉검사 등이 흔한 일이 되었고 국민들이 부담해야 할 의료비가 물가상승률의 3.5배 속도로 늘어나 OECD 국가에서 가장 빠른 속도로 증가하고 있다

11) 칼 마르크스, 《자본론》 1권[상], 김수행 옮김, 286쪽, 2004.

치의 비율은 필요노동에 대한 잉여노동의 비율과 같다. 다시 말해서 자본가에 의한 노동자의 착취도의 표현이다.

2011년에 발간된 KB 경영보고서에 따르면 우리나라의 병원은 고유목적사업준비금을 비용에서 제외할 경우 2008년 기준으로 순이익률이 9.1%에 달한다. 제조업의 평균 순이익률이 대략 3~4%선이라는 것을 고려하면 병원의 이익률은 매우 높은 수준이다.¹²⁾ 마르크스에 따르면 노동생산성의 측면에서 볼 때, 자본의 가치량이 증대할 수 있는 것은 그것에 의하여 상대적 잉여가치가 증대하거나 불변자본의 가치가 감소하는 경우뿐이다. 더욱이 이윤율이 상승이 노동에 대한 수요의 증대를 일으키는 한에서는, 노동생산성의 상승은 노동인구 즉, 착취재료를 증대시키는 작용을 한다.¹³⁾ 병원의 이익률의 매우 높은 수준은 의료노동자에 대한 병원자본의 착취도가 증가했다는 것을 보여준다.

마르크스는 또한 대공업에서의 생산력의 비약적 증대는 다른 모든 생산부문들에서 노동력에 대한 내포적 및 외연적 착취의 강화를 수반하는데, 이로 말미암아 노동자계급의 더욱더 많은 부문이 비생산적으로 고용된다고 지적한 바 있다.¹⁴⁾ 일면적으로 병원 공간에서 추상노동을 하는 의료 노동자들의 경우 비생산적 고용형태의 성격을 가지게 되는 것 또한 이런 의미라고 볼 수 있다. 최근 병원 공간의 확장을 통한 공간의 생산은 이러한 의료노동자들의 착취도를 더 증가시키는 경향을 가진다.

본질적으로 자본주의하의 노동과정의 전반적인 경향은 노동을 비숙련화시키는 것이며 산노동을 죽은 노동으로 대체하는 것이다. 이러한 경향성이 병원 공간에도 적용되었지만 ‘치료’와 ‘돌봄’ 노동의 특성상 죽은 노동의 비율이 높아져도 대부분이 산 노동에 기초해 생산과정이 이루어져야 한다는 특성을 가진다. 따라서 이러한 이윤 극대화를 위한 죽은 노동의 지속적인 증가는 동시에 병원 노동자들의 노동 강도 강화로 나타난다.

병원 공간에서의 추상노동은 현대에 있어 몇 가지 특징을 가진다. 첫째 병원은 발전된 현대 자본주의 하에서도 가장 노동집약적 작업장 중 하나이다. 르페브르에 의하면 중앙집중식의 집약적 공간 조직은 이익을 극대화함으로써 정치권력과 물질생산을 위해 봉사한다. 사회계층은 점유된 공간의 위계를 중요하게 여기며 변장도 마다하지 않는다.(르페브르, 2011 : 34) 병원이라는 공간에서 고용된 전공의나 간호사 등이 행하는 치료 노동에 대한 헌신의 강요도 이런 변장에 해당한다.

규모가 크고 그에 따라 관료적 관리 시스템이 자리 잡은 대형 병원일수록 그 노동과정은 전형적인 테일러·포드주의적 노동과정으로 변형된다. 이 경우 의료 서비스 공급의 핵심적인 기술적 주체인 의사들부터 일상화된 과밀노동에 처하게 되고, 과밀노동은 간호사 및 여타 병원 노동자들에게도 당연한 것으로 간주되어 요구된다.(임영일, 2008) 제조업 분야에서 인건비(임금)가 차지하는 비율은 11-13 %를 넘지 않지만¹⁵⁾ 병원의 경우에는 인건비(임금)가 차지하는 비율은 전체 매출액의 평균 40%를 넘는다. 병원이 노동집약적 공간임을 보여주는 일례다. 사람의 신체를 돌보는 일은 이전이나 현재나 기계로는 대체 불가능한 인간노동으로 가능한 일이기 때문이다.

12) KB 금융지주경영연구소 《국내 병원사업 현황 및 재정운영 분석》, 2011. 8. 3

13) 칼 마르크스, 《자본론》 3권[상], 김수행 옮김, 298쪽, 2004.

14) 칼 마르크스, 《자본론》 2권[하], 김수행 옮김, 598쪽, 2004.

15) 한국 제조업 분야의 임금은 IMF 이전 13%에서 1998년 11퍼센트 대에서 별로 변함이 없다.

한국은행 ‘2010 기업경영분석결과’ 참고.

<http://public.bokeducation.or.kr/ecostudy/publishList.do?bbsId=30&mode=view&contentId=200004036>

둘째, 병원 공간은 24시간 운영되는 특수 사업장이다. 이로 인해 의료 노동자들 다수는 교대제라는 근무형태 속에서 일하고 있다. 이 중 간호사 직무는 병원 교대제가 돌아가게 하는 핵심 인력에 해당한다. 2010년 보건의료산업노조가 인력확충 연구를 위해 조사한 결과 병원에 근무하는 간호사들의 약 90%가 주 40시간 이상 근무를 하고 있었고, 전체 간호사의 88%가 교대근무자였는데, 교대 근무 간호사들의 37.4%가 노동시간이 48시간을 초과하는 것으로 조사되었다.¹⁶⁾ 이러한 노동 착취는 불변자본에 대한 투자를 높여 더 많은 이윤을 빼내려는 자본 운동에 따라 만들어진다. 값비싼 의료기기 도입을 통해 더 많은 수익을 얻으려는 병원자본의 경영형태는 24시간 운영되는 작업장의 특성을 바탕으로 낮에는 치료, 밤에는 검사 패턴을 만들어냈다. 밤과 새벽의 검사들은 모든 의료 노동자들의 야간 근무 노동에 전가된다. 멈추지 않는 죽은 노동을 위해 산 노동의 착취가 이루어지는 공간이 바로 병원이다.

셋째, 병원 공간은 감시 통제의 공간이기도 하다. 병원은 노동조직상 위계적이고 권위주의적·가부장적 노사관계가 형성되어 있다. 의료분야의 공공성과 전문성을 위한 장치로 마련된 병원 소유와 설립에 있어 의료법인과 의료인만이 해당되는 한국의 의료법은 병원의 소유와 경영을 의사로 한정해 놓았다. 이러한 구조는 병원 소유와 경영 양면에서 의사 면허자들이 위계의 상층부에 위치해 있도록 했다. 병원 노동조직에서 의사들은 의료노동의 핵심 노동자이자 관리 노동의 역할도 한다는 측면을 가지고 있다. 그리고 이들은 중간계급 상층으로 병원 자본의 이윤과 경영 측면에서 자본의 입장과 분리되지 못하는 주객관적 조건을 갖고 있다.

병원 경영자들은 감시와 통제체제 구축을 위해 제조업 분야에서만 사용하던 신경영전략을 병원에 도입했다. 자본가들은 주어진 기간 동안만 노동자들의 노동할 능력에 대한 통제권을 사는 것이기 때문에, 자본가들의 주된 관심은 주어진 기간 동안 노동자들을 최대한으로 기업을 위해 노력을 기울이도록 ‘감시와 통제체제’를 구축하는 것이다.(신광영,1998)

신경영전략은 신자유주의에 주요 토대를 두고 있다. 서구의 기업들은 저하되어온 이윤율을 증가시키기 위해 작업장에서의 통제권 회복을 지향하는 새로운 경영기법들을 개발했다. 아울러 노동자에 대한 관리가 종래의 일상적이고 운영적 차원의 인사관리를 넘어서서 기업의 전략에 통합되어 실행되어야 한다는 관점이 ‘전략적 인적자원관리’라는 이름으로 확산되어 왔다. (윤영삼·심여옥·손현일, 2010:281)

병원 공간에 도입된 신경영전략의 대표적 제도는 전자의무기록(EMR), 전사적자원관리(ERP)제도이다. 세계의 노동자들이 ERP를 ‘Early Retired Person’라고 하는데, 이를 풀어 해석하면, ERP가 결국에는 ‘조기퇴직자’를 양산시키는 시스템이라는 뜻이다. 컴퓨터 시스템이 사람을 대신함으로써 인력 구조조정의 무기가 될 뿐만 아니라 생산성을 향상시키기 위해 개발된 이 프로그램은 병원 공간 전체에서 노동자들의 일거수일투족을 감시하는 효과를 가지기 때문이다. 인간 노동을 기계화 하는 것과 다름없는 ERP제도는 병원 공간 안 노동 강도 강화와 병원 공간의 감시 통제의 효과를 모두를 갖는다.

또한 인사관리의 측면에서도 병원 자본은 노동조합과 집단적인 노사관계보다는 개별노동자들을 직접적으로 관리하는 정책인 인적자원관리에 더 많은 노력을 투자하고 집중하고 있다. 이러한 성과주의 인사제도 도입은 다양한 직종으로 구성되어 있는 의료 노동자들을 더

16) 전국보건의료산업노동조합, <병원 인력 확충 연구 보고서>, 2010.

욱 다층적으로 분절화시킨다. 노동조합을 통한 의료노동자 전체의 이해보다는 일부 우수한 성과를 내는 개인들에게 보상을 몰아주는 방식이기 때문이다. 성과주의 인사제도가 많이 도입된 병원일수록 노동자들이 경쟁적일 수밖에 없다.

이러한 신경영전략은 수익성과 효율성을 최우선으로 두고 병원노동자들이 환자의 몸을 제조업의 상품처럼 찍어내는 공간으로 만들고 있다. 병원 공간의 구획과 구별의 중심에 이윤이 있다면 그 주변부에는 자본의 폭력과 점유에 따른 비극과 수탈이 존재한다.

3) 공간의 변화를 통한 이윤 축적 방식의 변화

공간의 생산은 진행 중이다. 병원은 기존 공간, 예전에 빚어진 공간을 자신의 목적에 맞게 점차로 변화시킨다. 이러한 변화는 노동과정을 통한 착취와 수탈을 통해서 매우 서서히 진행되기도 했지만, 최근 한국의 병원의 공간변화는 매우 급격하게 이루어졌다. 이는 의료상업화가 급격히 진행되면서 병상의 급격한 확대, 새로운 고가 진단기계의 빠른 도입과 이에 따른 시설의 재배치, 1인용 병실 등 상급병실의 확대, 로비공간의 확대 및 화려한 외장화, 부대공간시설의 급격한 확대 등을 통해 이루어졌다.

이는 앞서 지적했듯이 한국의 대형병원들이 영리법인 형태로 전환되지 못하고 비영리법인 형태로 존재해야 한다는 점과 건강보험당연지정제에 따라 건강보험의 적용을 받을 수밖에 없다는 점을 염두에 두어야 한다.

첫째, 한국의 대형 병원들은 비영리법인 병원이기에 병원에서 얻은 이윤을 이윤배분형태로 투자자에게 나누어줄 수 없고 병원 자체에 다시 투자해야 한다는 점 때문에 병원 병상을 늘리거나 고가장비를 도입하는 등의 투자를 계속할 수밖에 없었다는 점이 그 하나의 이유이다. 이 때문에 병원들이 병상을 늘리는 것은 규모의 경제를 추구해서이기도 하지만 투자를 자매병원을 짓거나 자신의 병원을 늘리는데 쓸 수밖에 없다¹⁷⁾.

둘째, 한국의 대형 병원들은 건강보험당연지정제의 규제를 받기 때문에 건강보험적용을 받는 치료행위에 대해서는 그 횟수를 늘리는 방법으로 수익창출을 늘릴 수는 있으나 이는 물리적 한계가 존재한다. 따라서 이른바 비급여항목이라 불리는 건강보험이 적용되지 않는 의료행위를 더욱더 추구하게 되는데 이는 6인실 이상의 병실(즉 건강보험수가에 따른 병실료를 징수할 수밖에 없는 병실)이 50%이상이어야 한다는 규정을 준수하면서 그 이외의 병실료, 즉 '상급병실료'로 수익을 얻기 위해 병실을 4인용, 3인용, 2인용 등 다양한 병실로 구분하여 수익을 추구하고 1인용 병실도 세분화하여 특A, 특B 식으로 고급화하는 전략을 채용한다.

또 다른 건강보험적용 예외 의료비 항목이 고가진단 및 치료 장비이다. 한국에서는 의료기술이 승인(health technology assesment)되는 것과 이 기술의 건강보험적용이 동시에 행해지는 것이 아니기 때문에 고가의 첨단의료기술이 도입되면 이는 대부분 건강보험이 적용되지 않아 그 가격을 병원이 자율적으로 정할 수 있다. 여기에 한국의 고가의료장비가 가장

17) 의료법상 의료기관은 국가나 지방자치단체, 의사, 또는 민법에 의한 법인, 즉 비영리법인만 설립할 수 있도록 규정되어있다. 예를 들어 삼성병원은 삼성생명공익재단이라는 비영리법인이 설립한 병원이고 현대병원은 아산의료재단이라는 비영리법인이 설립한 병원이다. 또 다른 대부분의 대형병원들은 대학교라는 사학재단이 설립한 병원들이다. 비영리법인은 투자자에게 이윤배분을 할 수 없다.

빨리 도입되고 이 이용률이 높은 이유가 있다. 예를 들어 아시아 전체에 로봇수술기계가 31대가 있을 때 한국에만 그 로봇수술기계가 28대가 도입되었다.

셋째, 건강보험당연지정제에서 건가보험적용을 받지 않는 것은 의료행위가 아닌 비의료행위이다. 이것이 바로 부대시설을 통한 수익추구가 늘어나는 이유이다. 병원은 자신의 수익 극대화를 위해 비의료행위를 늘리려는 노력을 지속적으로 추구했고 이는 의료법상 엄격하게 규정되어있는 부대사업의 범위를 끊임없이 확장하고 이를 통해 수익을 추구하려는 행태를 보여 왔다. 이것이 부대사업 확장을 통한 소비 공간의 창출이다.

현재 병원 부대사업은 주차장, 장례식장, 미용업, 숙박업, 식당, 커피숍, 서점 등 대형마트에다 수영장과 헬스장을 갖춘 스포츠센터와 여행사까지 거의 모든 범위를 허용하고 있다. 이러한 부대시설의 확장은 단순히 병원을 찾은 환자나 보호자를 위한 최소한의 서비스 제공 차원을 넘어 이제는 건강에 관심을 갖는 일반인도 병원으로 끌어들일겠다는 적극적인 개념의 종합헬스센터를 추구한다. 특히 장례식장, 주차장 등 천편일률적인 부대사업을 뛰어넘어 건강이라는 테마와 관련된 것이라면 무엇이든 흡수하겠다는 병원의 멀티플렉스화가 속도를 내고 있다.

이를 보다 자세히 살펴보면 다음과 같다.

2009년 국내 종합병원 매출 1위를 차지한 서울아산병원은 부대사업으로 수익률을 올린 대표적인 병원으로 평가받고 있다. 병원 부지가 국내 최대 규모라는 점을 활용하여 진료 외 부대시설을 대규모화 한 것이 이윤율을 높인 것이다. 2009년 국세청이 조사한 바에 따르면 서울아산병원은 총 수입금은 1조2026억1286만5000원이다. 이 중 의료수입은 1조775억5417만4847원이고, 의료외 수입은 1250억4928만6316원으로 집계됐다. 의료 외 수입에는 의료부대 수입을 포함, 배당금수입, 외환차익, 이자수입 등이 포함돼 있다. 이 중 부대수입은 680억1122만6403원으로 의료외 수입 대비 54.4%를 차지했다. 부대사업이 서울아산병원의 효자노릇을 톡톡히 하고 있는 셈이다.

현대그룹 소유의 서울아산병원은 동·서관과 신관을 중심으로 지하층에 이발소, 미용실, 의료용품점, 마사지점, 은행, 증권사, 대형마트(H마트)를 비롯해 여행사, 안경점, 휴대폰 대리점, 서점 등 병원 건물 지하를 종합 쇼핑몰로 공간을 재구성했다. 대부분 임대료를 받고 위탁운업을 하는 형태인데 식당의 경우 현대그룹 계열사인 현대푸드시스템이 맡고 있으며, 대형마트인 H마트는 현대F&G가 운영한다. 동관 18층에는 한강이 내려다보이는 병원의 좋은 조망을 살려 호텔에나 있을 법한 고급 양·한식 전문식당인 스카이라운지도 있다. 신축 건물인 신관에는 수영장과 헬스장, 에어로빅 교실 등 종합건강센터 등을 운영 중이다.¹⁸⁾

아산병원의 뒤를 이어 가톨릭대학교의료원, 연세대학교의료원, 서울대병원, 삼성생명공익재단 순으로 총 수입이 높았다. 의료외 수입 중 부대사업이 차지하는 비중도 이와 비슷했다. 다만 삼성은 의료수입과 의료외 수입에 대한 공개를 하지 않았다.

병원 공간 내 부대사업의 입주는 다른 공간의 입주에 비해 임대료가 높는데, 이는 통상 5년이라는 긴 계약기간 동안 안정적 수입을 올릴 수 있다는 점과, ‘건강을 지키는 곳’인 병원에 입주를 한다는 점에서 위생과 안전의 이미지를 부가로 얻을 수 있다는 점에 기인하는 것으로 보인다. 입주 업체들에 따르면 병원 공간 내 입주는 브랜드 홍보 차원에서 최적의 장

18) 서울아산병원 홈페이지 중 ‘부대사업 및 편의시설’을 참고하라.

http://medical.amc.seoul.kr/medservice/hospitalinfo/subFacilities03_05.jsp

소로 평가 받는다. 그러나 이런 높은 임대료는 고스란히 상품 가격으로 매겨져, 병원 내 입주해 있는 업체들의 상품이나 서비스 가격은 평균 시장가격보다도 높게 된다. 사실상 입원 환자들이나 보호자들을 위한 편의시설 제공이라는 병원의 입장은 사실과 거리가 먼 것이다.

	총수입금액	의료수입	의료외 수입	의료외 수입 중 부대수입	의료외 수입 대비 부대수입
아산사회복지재단	1,202,612,865,000	1,077,554,174,847	125,049,286,316	68,011,226,403	54.4%
가톨릭대학교의료원	1,172,718,725,225	1,145,194,406,235	27,524,318,990	9,403,105,449	34.2%
연세대학교의료원	1,122,061,613,000	1,060,050,423,535	46,036,458,112	11,346,910,672	24.6%
서울대학교병원	875,732,170,000	856,587,779,489	64,187,597,159	12,837,350,300	20.0%
삼성생명공익재단	828,262,688,000				

<그림 3> 2010년 국세청 조사에 따른 5개 병원 총수입금액과 의료외 수입비교 (자료: 데일리메디 기사 참고)

마르크스는 자본주의적 생산양식과 부르주아 사회에는 두 가지가 아니라 세 가지 요소, 세 가지 양상 또는 ‘요인’이 존재한다고 설명한다. 토지, 자본, 그리고 노동이다. 다시 말해서 임대 수입(지대), 이자, 임금의 세 가지다. 지대의 경우 전통적으로 공간조직의 문제와 당면하게 된다. 지대가 공간조직에 대한 사회적 통제의 다양한 통제들과 자본주의 발달을 위한 기반을 제공하고 있으며, 토지는 단순히 생산수단으로서뿐만 아니라 “어떤 토대, 즉 작업들의 기반을 제공하는 장소와 시간으로서 기여하기 때문이다.”(하비, 1994 : 446)

병원 자본 분석에서도 이와 마찬가지로 부지를 이용한 지대 수입을 포함시켜야 한다. 앞서 언급한 진료 외 부대사업을 통한 지대수입뿐만 아니라 입원환자들의 상급병실료(비보험 입원비는 곧 숙박비와 다름없다) 이나 주차장, 장례식장 등 의료이용의 필수적으로 이용되는 공간에도 적용된다. 연세의료원의 경우 병원 정문에 신축한 병원 본관만한 건물하나가 주차장에 해당한다는 것을 보아도 병원이 진료 외 지대를 통해 얻는 수익이 얼마나 중요한 역할을 하는지 잘 알 수 있다. 또한 최근 숙박업이 포함됨에 따라 병원 건물을 개조해 호텔로 재건축을 진행하고 있다. OECD 국가에 비해 간호 인력이 1/4 에 해당하는 인력 부족 문제를 보호자의 간병으로 해결하고 있는 한국의 특성을 살려 이를 위한 보호자 편의시설로 요구된 것이지만, 병원 보호자들에 대한 이중적 수탈 공간으로 활용되는 것도 사실이다.

병원들은 기존 환자 휴게실이나 직원들의 휴식 공간도 부대사업의 영역으로 재편하고 있다. 서울대병원의 경우 어린이병원 내 어린이 환자와 보호자의 휴게공간을 임대료 수익을 얻기 위해 CJ프레시웨이와 임대계약을 체결한 바 있다. 서울대병원 어린이병동 1층에 있는 ‘아프리움’은 서울대병원 내 어린이병원을 개보수 한 후 확보된 작은 휴식 문화 공간이었다. 의료연대 서울지역지부(이하 노동조합)는 서울대병원에 ‘아프리움’공간을 어린이 병원을 찾는 환자, 보호자들의 휴식·문화공간으로 활용할 것을 요구해 왔다. 노동조합의 항의에도 불

구하고 병원은 경비와 직원을 동원해 업체 설명회 장소의 철문까지 봉쇄하며 입찰심사를 강행시켰다. 게다가 노동조합은 병원에 들어온 부대시설의 가격이 시중가보다 비싸 밖의 출입이 불편한 환자, 보호자는 울며 겨자 먹기 식으로 이용을 할 수밖에 없는 상황이라고 지적하고 있다. 노동조합은 “병원은 환자, 보호자를 위한 공간이 너무 없다. 그들을 위한 휴게공간이 필요하다는 요구에는 병원 내 단 한 뼘의 공간도 없다고 하면서 임대수익을 챙기는 부대사업을 위해서는 자투리 공간도 내주고 있다”고 비판한다.¹⁹⁾

몇 해 전 인터넷을 통해 병원에서 근무하는 의사가 ‘한 말단 봉직의사가 다른 봉직의사들에게’라는 편지글을 통해 상업화에 몰든 국내 의료현실을 꼬집었던 바 있다. 그는 의료기관의 부대사업 확장에 대해 “당장 병원은 지하에 온천장이나 목욕탕, 숙박시설을 만들어 여관업을 하려 할 것” 라며 “특히 관광지역의 경우 일부 공간만 진료를 담당하고 대부분의 시설 공간은 온천, 마사지, 피부 미용, 숙박을 위한 공간으로 활용하는 ‘무늬만 병원’이 등장할 수 있다”고 우려했다.²⁰⁾ 이러한 우려는 몇 해 사이에 매우 급격하고 난폭한 방식으로 실현되었다.

이러한 병원 내 쇼핑 공간의 재현은 치료 공간 중심이어야 할 병원 공간을 상품소비의 공간으로 변화시켰고, 이러한 변화는 병원 공간을 이용하는 사람들의 평가 기준도 함께 변화시켰다. 치료의 상정보다는 세련되고 다양한 부대시설이 존재하는, 자본의 규모가 큰 대형 병원 쏠림현상을 가중되었고, 수도권 집중의 의료불균형은 점차 더 심화되고 있다. 병원은 “국가 생산수준에서 개인들의 몸을 ‘생산-기계’로 바꾸는 훈육 메커니즘이 작동” 되는 공간이자 ‘소비-기계’로 훈육시키는 공간으로도 변화되고 있다. (박영균, 2009 : 162)

삼성경제연구소는 “의료서비스산업은 전체 보건산업 가치사슬의 중심으로 의료서비스의 생산주체이며 동시에 제품 및 기술의 소비주체라고 할 수 있으며 진단 및 치료기술혁신으로서 생명공학, 신약, 첨단의료기기 등 고부가가치” 창출의 잠재력을 보유하고 있다고 주장한다.²¹⁾ 이러한 주장들은 최근 FTA를 통한 지적재산권 강화와 생명공학 벤처기업들의 주식시장에 강력한 테마로 부상하면서 더 확산되고 있다. 의료자본의 가공적인 요소를 활용한 이러한 전략들은 관광산업과의 복·융합화라고 하는 새로운 패러다임을 형성하면서 새로운 상품을 개발하고 있다. 첨단의료복합단지 조성과 경제자유구역 내 의료기관에 대한 부대사업 허용범위가 확대됨에 따라 의료, 웰빙, 관광, 요양, 스파, 회의 서비스 등이 복합된 새로운 형태의 패키지화된 의료관광 상품이 개발되고 있다. 삼성물산과 삼성전자가 경제자유구역의 영리병원의 새로운 투자자로 선정되면서 이러한 의료복합도시나 경제 특구를 통한 의료상품화 전략은 병원의 새로운 이윤 축적 방법으로 시도되고 있다.

이러한 전략은 유헬스(U-health)도입으로 포괄된다. Ubiquitous Health Technology 는 IT기술과 선진의료기술이 결합된 고부가가치 융복합산업이라고 정의된다.²²⁾ 유헬스는 한국 보건사회연구원에 따르면 이러한 기술을 의료산업에 접목함으로써 질병의 예방, 진단, 치료, 사후관리뿐만 아니라 건강관리 등 필요한 보건의료서비스를 무구속, 무자각 환경에서 언제 어디서나 제공하는 서비스를 의미한다. 유헬스산업 추진론자들이 가장 강력하게 이 산업을 추진하려는 이유는 “의료서비스를 중심으로 관련 산업 및 연계서비스에의 막대한 파급효과

19) 서울대병원노동조합 성명서(2009년 4월 20일자)를 참고하라.

20) 메디컬투데이 2007년 6월 20일자 기사를 참조. <http://www.mdtoday.co.kr/mdtoday/index.html?no=26424>

21) 김윤경, <의료서비스산업진흥을 위한 의료관광 사례 연구 및 발전방향>, 삼성경제연구소, 2011. 6.

22) 박성훈, <u-health 산업의 추진전략>, 경기개발연구원. 2009.

에 대한 기대 때문이다”.²³⁾

하지만 유헬스를 뒷받침해야 할 건강관리서비스 민영화는 많은 반대에 부딪쳐 법적 허가를 받지 못하고 있다. 하지만 앞서 언급했듯이 유헬스는 사실상 병원자본, 보험자본, 제약자본, IT산업자본의 융합을 꾀한 시도이자, 자본입장에서는 황금알을 낳는 거위로 신봉되고 있어 매우 강력한 드라이브가 걸리고 있는 상황이다. 또한 보험자본과 제약자본이 병원자본과 결합이 되는 종합적 의료민영화가 진행된다면 한국 의료제도는 이제 완전한 시장주의 의료로 전락된다. 정부와 의료자본들은 자본의 연계가 가격 계약을 통한 할인이 가능하고 의료정보를 다양화해 소비자의 선택지를 높이고 경쟁을 통한 의료비 절감을 가져올 것이라고 주장한다. 하지만 사실은 전혀 그렇게 될 가능성이 없다. 의료는 정보가 공급자에게 집중되어 있고 독점적 성격이 강해 가격 결정을 시장에 맡겨 두었을 때, 수요와 공급에 의한 ‘합리적’ 시장 가격을 형성하기는커녕 가격 상승을 불러온다는 사실은 보건경제학의 기초이다.

비급여 의료 행위가 시장에서 ‘합리적’ 가격을 형성하기 위해서는 소비자인 환자들이 각 병원의 의료서비스에 대해 평가할 수 있는 정보를 충분히 가지고 있어야 한다. 그래야 가격 대비 서비스 질에 따라 합리적 선택을 할 수 있기 때문이다. 더불어 공급 주체도 다양하게 선택할 수 있어야 한다. 그러나 의료는 그렇지 않다. 설사 가격이 공시된다고 해도 병원의 서비스 질을 판단할 수 있는 객관적 정보가 환자에게는 없다. 이런 상황에서는 의료산업자본들이 담합하여 결정하는 가격이 곧 시장 가격이 될 수밖에 없다. 그리고 이것은 필연적으로 가격 상승을 초래한다. 의료자본들의 연계를 추구하는 자본들이 노리는 바는 바로 이러한 의료민영화 그 자체다. 누가 아프고 누구나 다치고 누구나 치료받아야 한다는 의료의 공공재적 성격을 이용해 부문별 자본의 한계를 타개하려는 시도가 바로 의료민영화다. 자본이 요구하는 것은 병원산업화를 위한 ‘의료클러스터’지만 이것은 ‘환자 착취의 카르텔’의 탄생을 의미하는 것이다.

4. 맺음말

의료산업화론자들에 의한 의료의 시장화는 병원 공간을 자본이 점령하고 자본을 낳는 공간을 생산하기 위한 곳으로 재편하고 있다. 공간의 생산은 병원 자본의 생존에 있어서 중심적인 강령이 되었다.

병원 공간은 적정진료를 위한 공간으로 보다는 이윤을 최대화하는 공간으로 변화하고 있다. 이는 병원이 환자들의 건강을 거꾸로 수탈하는 과정을 생산하고 인건비 감축을 위한 병원 노동자들의 노동 강도 강화와 비정규직화를 양산한다.

병원의 자본 조달 구조를 보면 병상증축에 따른 과잉투자로 또 다른 불변자본의 시설설비 투자를 가능하게 하는 부대사업 확장으로 재편되고 있다. 부대사업이란 환자들의 편의시설로 포장되어 있지만 병원 진료를 위해 방문한 환자와 보호자를 대상으로 진료 외의 상품을 파는 돈벌이 사업이다. 이러한 변화는 병원 내에 머물러 있어야 할 입원환자와 환자 보호자들을 이중적으로 수탈하는 구조로 재생산되고 있다.

병원 공간에 대한 재구성은 자본 착취와 수탈의 구조를 재편하기 위해 필수적이다. 또한

23) 이상영, <원격의료의 경제성 분석>, 한국보건사회연구원, 8월호 25쪽, 2005.

공간적 실천은 잉여가치의 분배와 사회의 집단적 이익, 즉 ‘공공 서비스’가 되어야 할 사회적 잉여 생산 부분의 분배를 변화시킬 수 있다. 따라서 공공서비스가 이루어지는 공간으로서의 병원은 그 공간 계획과 건물 건축 그리고 모든 공간의 구획과 점유권에 병원 노동자들과 환자들 그리고 지역 주민들의 참여가 보장되어야 한다. 공간은 사회적 관계를 내포하며 재현한다. 따라서 이러한 병원 공간의 민주화가 이루어질 때 보편적인 건강권의 회복도 가능할 것이다.

또한 의료산업화와 의료민영화를 반대하는 운동 속에도 사회적 공간으로의 병원 공간의 재편이 중요하게 요구되어야 한다. 이윤 축적의 공간으로 복무했던 병원 공간의 재전유를 위한 싸움 속에서 의료자본의 본질은 보다 더 총체적으로 드러날 것이기 때문이다. 따라서 병원 공간분석은 병원을 교환가치가 지배 공간에서 사용가치의 공간으로 되돌리는 시작이 될 것이라고 보인다. <끝>

□ 참고문헌

- 장내희, 《금융파생상품의 작동 원리와 문화적 효과》, 마르크스주의 연구, 2012. 제 9권 4호
- 김종진, 《간접고용 활용 실태 및 근로자 근로실태 조사 분석》 국회입법조사처. 2011
- 김윤경, 《의료서비스산업진흥을 위한 의료관광 사례 연구 및 발전방향》, 삼성경제연구소, 2011. 6
- 김창엽, 《건강보험 재정위기, 그 원인과 대책》.한국사회복지학회 춘계학술대회 발표문 2001.
- 데이비드 하비, 《자본의 한계 : 공간의 정치경제학》, 최병두 옮김, 1994.
- 《희망의 공간》, 최병두 옮김, 2000.
- 《자본이라는 수수께끼》, 이강국 옮김, 2012.
- 박성훈, 《u-health 산업의 추진전략》, 경기개발연구원. 2009.
- 신광영, 《서비스사회와 계급구성의 변화》, 《동향과 전망》, 68호, 2005.
- 앙리 르페브르, 2011, 《공간의 생산》, 양영란 옮김
- 우석균, 《복지는 권리다-의료부문》, 오마이뉴스, 2011. 9. 20.
- 윤영삼, 심여옥, 손언일 《병원공공성에 대한 신경영인사제도의 역할》, 산업노동연구, 2010. 16권 2호
- 이득재, 《공간, 계급, 그리고 로컬리티의 문화》 로컬리티 인문학, 2011. 10.
- 이용균, 《병원경영의 패러다임 변화와 경영전략》, 한국병원경영연구원, 2011.
- 이상영, 《원격의료의 경제성 분석》, 한국보건사회연구원, 2005. 8월호 25쪽
- 임영일, 《산별노조운동의 경험과 극복과제》, 경상대 사회과학연구원, 2007.
- 최병두, 《신자유주의의 기원과 발전, 그리고 종말?》, 마르크스주의 연구, 제 6권 2호, 2009.
- 칼 마르크스, 《자본론》 1, 3권, 김수행 옮김, 2004.
- 데이코산업연구소, <글로벌 스마트폰 개발전략과 시장전망>, 2010.
- 전국보건의료산업노동조합, <병원 인력 확충 연구 보고서> 2010.