

토론회 자료집

감염병과 기후위기의 시대

제주 녹지국제병원 문제
해결 방안 모색 토론회

일시 | 2022년 7월 4일(월) 오후 2시

장소 | 제주도의회 도민카페

주최 | 의료영리화 저지 제주도민운동본부

무상의료운동본부

목차

제주 영리병원의 역사로 본 의료의 위기와 정치의 역할 / 우석균	4
제주녹지국제병원을 둘러싼 법제도 쟁점과 도의회의 과제 / 이찬진	25
녹지국제병원에 대한 두 번째 개설 허가 취소와 과제 / 오상원	45
제주지역 공공의료 강화 방안 / 양연준	51
제주 난개발 역사와 진단 / 홍영철	54
공공의료 확충을 위한 시민사회의 역할 / 이경민	57
감염병과 기후 생태 위기에 대응하는 의료공공성 강화를 위해 / 변혜진	60

프로그램

- 14:00 사회 양영수 의료영리화저지 제주도민운동본부 집행위원장
- 14:10 발제 1 제주 영리병원 역사로 본 의료의 위기와 정치의 역할
우석균 보건의료단체연합 공동대표, 의사
- 14:30 발제 2 제주 녹지국제병원을 둘러싼 법제도 쟁점과 도의회의 과제
이찬진 참여연대 사회복지위원회 실행위원, 변호사
- 14:50 지정토론 오상원 의료영리화저지 제주도민운동본부 정책기획국장
양연준 의료연대본부 제주지역지부 지부장
홍영철 제주참여환경연대 공동대표
이경민 참여연대 사회경제2팀장
변혜진 연구공동체 건강과대안 상임연구위원
- 15:40 종합토론
- 16:00 폐회

제주 영리병원 역사로 본 의료의 위기와 정치의 역할

우석균_보건의료단체연합 공동대표, 의사

제주 영리병원 역사로 본 의료의 위기와 정치의 역할

건강권실현을 위한 보건의료단체연합 우석균
2022. 7. 4



제주 영리병원 : 여전히 뜨거운 문제 제주영리병원 1심 판결 4월 7일자 보수일간지 사설들

The JoongAng

Opinion : 사설

한국의 혁신 수용성 잣대가 된 영리병원

병원의 90%가 민간 소유로 사실상 영리를 추구하고 있는데도 의료비 인상, 병원의 과당경쟁 등을 우려하며 영리병원에 반대하는 주장이 여전히 강하다. 새로운 시도조차 원천적으로 막는 건 부당하고 불합리하다. 제주도와 경제자유구역에 한정에 영리병원을 허용한다는 특별법이 있는데도 의료산업을 키우고 의료서비스를 다양하게 하며 일자리를 만드는 영리병원의 장점은 무시하고 의료의 공공성이란 이념에 지나치게 휘둘리고 있다.

변양호·임종룡 등 전직 관료는 지난해 펴낸 『경제정책 어젠다 2022』에서 기준국가제 도입을 통한 규제개혁을 주장했다. 미국·스웨덴 등 벤치마킹할 만한 기준 국가에서 허용한 사업은 우리도 할 수 있도록 하자는 아이디어다. 경제협력개발기구(OECD) 국가 대부분이 허용하는 영리병원의 문턱을 아직도 넘지 못하는 우리가 참고할 만한 제안이다.

≡ 매일경제

[사설] 제주국제병원 내국인 진료제한에 위법 판결 만시지탄

를 다시 유지해야 하는데 쉽지 않은 일이다. 투자개방형 병원은 김대중정부 시절인 2002년 경제자유 구역 안에 투자개방형 병원을 허용하는 법이 만들어지며 첫발을 뗐다. 노무현정부는 2006년 제주특별법을 제정해 외국인이 병원을 건립할 수 있도록 했다. 그로부터 9년이 지난 2015년 워디그들은 국내 첫 투자개방형 병원인 녹지병원 승인을 받았다. 이후 워디그들은 778억원을 투자해 2017년 서귀로 추진됐던 투자개방형 병원이 시민단체들의 막무가내 반대와 지자체의 무소신 행정에 발목이 잡힌 셈이 됐다. 한국에 대한 외국 투자자의 불신을 키우는 나쁜 선택으로도 남게 될 것이다. 그런데도 의료계와 시민단체는 법원의 당연한 판결에 불만을 나타내며 똑같은 주장을 반복하고 있으니 한심할 뿐이다.

▪ 같은날

- 동아일보 논설위원 칼럼
- 한국경제사설 등

2018년 공론조사 영리병원 반대 60% 후...

The JoongAng

Opinion : 양영유의 시사각각

원희룡이 비겁하다

둘째, 공론화 자체가 부적절했다. 신고리원전과 대입 개편과는 달리 중앙정부가 승인해 건물까지 지은 사업을 공론에 붙인 건 행정권 남용 아닌가.

셋째, 투자병원에 '영리 악마' 프레임을 씌워도 눈을 감았다. 세상에 영리를 취하지 않는 병원이 어디 있나. 동네 의원과 개인 병원, 강남의 성형병원도 다 영리병원이다. 턱뼈 깎고, 코 높여 주고 때돈을 번다. 일부는 국내에서 즐기세포 넷째, 47병상짜리 병원 하나가 공공의료를 무너뜨리지 않는다.

같았다. 급여 항목은 기존 병원처럼 똑같이 수가 규제를 받고, 비급여 항목만 자율이다. 물의 성형병원과 다를 바 없다. 원 지사가 모를 리 없다.

최종 결정권자인 원 지사가 '개원' 용단을 내려야 한다. '영리병원=원희룡' 꼬리표가 붙을 걸 걱정한다면 원희룡 스토리는 더 진화하기 어렵다. "리더가 결단력이 부족하면 반드시 그에 따른 대가가 따른다"고 했다(존 F 케네디). 원 지사가 새겨야 할 말이다. 안락한 방관(Comfortable inaction)으로 제주 도백에 머물 텐가, 정면 돌파해 중앙무대 리더 경쟁에 뛰어들 텐가.

- 공론화 자체가 부적절... 중앙정치무대에 뛰어들려면 공론조사결과 무시해야
- 이미 개인병원은 영리병원, 모든 병원이 영리추구...
- '47개 병상 병원 하나가 공공의료 무너뜨리지 않아
- 'OECD 모든 나라가 영리병원 허용'
- 고용창출, 일자리
- 산업발전
- 김대중정부, 노무현정부에서 허용

경총, 전경련도 : 영리병원 규제완화 요구 중 핵심과제

영리병원 설립 허용 • 의료산업 활성화로 인한 고용·부가가치 창출	원격의료 규제 개선 • 환자 후생 증가	의사, 간호사 인력 공급 확대 • 의료접근성 증대
인터넷전문은행에 대한 산본리 완화 • ICT, 핀테크 분야 일자리 창출	프랜차이즈 산업 규제 개선 • 창업활성화 및 고용 확대	산업과 경제의 디지털화에 따른 노동관계법 개정 • 새로운 유형의 일자리 창출 토대 마련
드럭스토어 산업 활성화 • 드럭스토어 산업 선진화 및 소비자 후생 증가	5G 투자에 대한 지원 확대 • 융합산업 성장 및 산업 효율성 증대	고령자에 대한 파견 허용업무 규제 폐지 • 고령자의 재취업 기회 확대

경총, 규제완화 9개 핵심과제 건의

- 경총, 문재인정부의 규제개혁과제 1번으로 영리병원 허용을 건의
- 2016.5.10 갈라파고스 7대규제의 하나로 영리병원 설립, 고용효과 18만명, 산업효과 26조

< 기본 전제 충족시 투자개방형 의료법인 도입의 시나리오별 경제적 효과 >

	내수시장지향형 (시나리오1)	의료관광산업화형 (시나리오2)	핵심산업화형 (시나리오3)
생산유발액	5조 9,000억원	10조 9,000억원	26조 7,000억원
부가가치유발액	2조 8,000억원	5조 1,000억원	10조 5,000억원
고용창출인원	4만 8,000명	10만 2,000명	18만 7,000명

자료: 현대경제연구원 자체 추정.

주: 각 시나리오별 경제적 추정 효과는 기본 가정의 충족이 전제되어야 함을 명확히 밝힘.

의료의 질이 높다? 영리요양시설 간호사 고용 적어 사망률, 입원율이 높다

Table 5
Hazard Ratios for Mortality (Cox-Proportional Hazard) Model at 3, 6, and 12 Months After Admission to For-Profit and Not-For-Profit LTC Facilities

Parameter Variable	Hazard Ratio (95% Confidence Interval)		
	12 mo	6 mo	3 mo
Ownership			
Not-for-profit	1.00	1.00	1.00
For-profit	1.10 (1.05–1.16) [†]	1.16 (1.09–1.24) [†]	1.20 (1.11–1.29) [†]

Table 6
Hazard Ratios for Hospitalization (Competing Risk) Model at 3, 6, and 12 Months After Admission to For-Profit and Not-For-Profit LTC Facilities

Parameter Variable	Hazard Ratio (95% Confidence Interval)		
	12 mo	6 mo	3 mo
Ownership			
Not-for-profit	1.00	1.00	1.00
For-profit	1.25 (1.21–1.30) [†]	1.33 (1.27–1.39) [†]	1.36 (1.28–1.43) [†]

- 장기요양시설에서의 사망률과 입원율이 영리시설에서 비영리시설보다 통계적으로 유의미하게 높음
- 5개 연구 메타분석. 5개 연구 모두 영리시설의 사망률과 입원율이 유의미하게 높음
- 영리시설이 재투자율이 낮고, 환자대비 간호사 등 스태프 비율이 낮음

Tanuseputro P, Mathieu Chalfoux. Hospitalization and Mortality Rates in Long-Term Care Facilities: Does For-Profit Status Matter? JAMDA Volume 16, Issue 10, 1 October 2015, Pages 874-883

코로나 발생률 사망률, 영리 장기요양시설이 높다

Table 2: COVID-19 outbreaks and deaths in Ontario long-term care homes, by profit status (Mar. 29 to May 20, 2020)

Measure	Profit status of LTC home			p value [†]
	No. (%) [‡] of for-profit LTC homes [§] n = 360	No. (%) [‡] of nonprofit LTC homes [§] n = 362	No. (%) [‡] of municipal LTC homes [§] n = 101	
COVID-19 outbreaks				
Any LTC home outbreak	154 (42.8)	73 (45.1)	41 (40.6)	0.77
Outbreaks involving both residents and staff	51 (14.2)	29 (17.9)	13 (12.9)	0.44
Outbreaks involving residents only	59 (16.4)	26 (16.0)	12 (11.9)	0.53
Outbreaks involving staff only	44 (12.2)	18 (11.1)	16 (15.8)	0.51
COVID-19 outbreaks involving residents				
Total no. of COVID-19 cases	3599	1239	380	-
Cumulative incidence of COVID-19 cases	85.1 per 1000	61.4 per 1000	23.4 per 1000	< 0.001
Homes with a resident outbreak	110 (30.6)	55 (34.0)	25 (24.8)	0.29
Percentage of residents infected per outbreak home, median (IQR)	4.8 (1.1–49.6)	5.6 (1.5–33.8)	1.1 (0.6–4.6)	0.01
No. of cases per outbreak home, median (IQR)	5 (1–55)	10 (1–35)	2 (1–10)	0.20
COVID-19 resident deaths				
Total no. of COVID-19 deaths	989	368	95	-
COVID-19 death rate	23.4 per 1000	18.2 per 1000	5.8 per 1000	< 0.001
Homes with any resident death	51 (14)	33 (20)	11 (11)	0.086
Percentage of resident deaths per home, median (IQR)	13.0 (5.1–19.6)	7.0 (2.4–12.7)	2.3 (1.0–6.8)	0.0019
Median no. of deaths per home (IQR)	14 (8–27)	10 (4–16)	3 (2–13)	0.013
Case fatality rate, %	27.5	29.7	25.0	0.14

Note: COVID-19 = coronavirus disease 2019, IQR = interquartile range, LTC = long-term care.
[†]Values otherwise specified.
[‡]Number of active residents in Ontario for-profit LTC homes as of Mar. 31, 2020: 40 732; number of beds: 42 210.
[§]Number of active residents in Ontario nonprofit LTC homes as of Mar. 31, 2020: 33 375; number of beds: 20 281.
[¶]Number of active residents in Ontario municipal LTC homes as of Mar. 31, 2020: 15 675; number of beds: 12 260.
[‡]Exact binomial test used for incidence, [†] test for categorical variables, and Kruskal-Wallis test for continuous, n = 0.05.

- 영리 비영리 주 장기요양시설 코로나 발생과 사망률 비교
- 영리 > 비영리 > 주 정부 통계적 유의미하게 코로나 발생률 높음 85.1 > 61.4 > 23.4 (per 1000)
- 코로나 사망률도 마찬가지로 유의미한 차이를 보임 23.4 > 18.2 > 5.8
- 새로운 표준시설 모델이 아니고 체인형 장기요양시설이 많음
- 영리 요양시설이 스태프 비율 낮고 간호스태프 비율 낮음. 스태프 비율 낮을수록 사망률 높음

Stall NM, Jones A. For-profit long-term care homes and the risk of COVID-19 outbreaks and resident deaths CMAJ 2020 August 17;192:E946-55. doi: 10.1503/cmaj.201197; early-released July 22, 2020

영리병원이 비용이 많이 든다 영리병원의 산업효과?=> 국민 의료비부담 증가

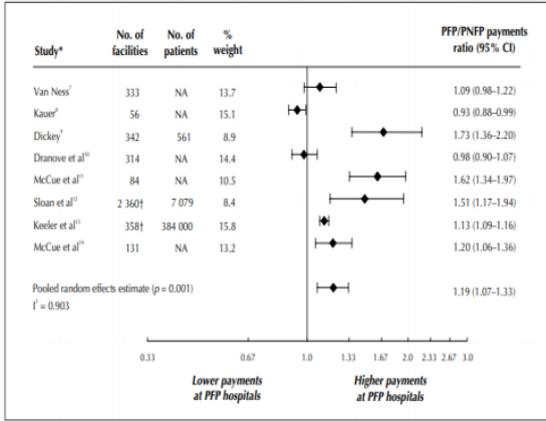


Fig. 2: Relative payments for care at private for-profit (FPF) and private not-for-profit (PNFP) hospitals. Note: CI = confidence interval.
*The studies are in chronological order by midpoint of the data collection period. †Approximation from investigator.

- 영리병원과 비영리병원의 비용에 대한 체계적 분석 8개 연구 메타분석
- 영리병원, 비영리병원보다 19% 비용 높음
- 투자자 분배 비용 10~15% 추산
- 경영비용이 높음 6% 추산
- 영리병원이 전체 병원의 50%가 될 경우 캐나다의 경우 연 3.6 billion 달러 비용 증가
- Devereaux PJ, Heels-Ansdell D, Payments for care at private for-profit and private not-for-profit hospitals: a sys CMAJ Jun 2004; 170 (12) 1817-1824; DOI: 10.1503/cmaj.104072tematic review and meta-analysis

보건산업진흥원 영리병원 보고서(2009년) 연 4.3조 의료비 상승, 92개 지역병원 폐쇄

유형	분석의 기본 가정과 필요병상수	산업효과 (※ 산업효과는 각 유형별로 상호 배타적이지 않으나, 일부 중복 혹은 시너지 발생 가능하므로 해석에 유의하여야 함) ¹⁾		국내 보건의료에 미치는 영향 (※ 국내 보건의료에 미치는 영향도 상호 배타적이지 않음)		검토 필요 사항
		생산유발 효과	고용창출 효과	국민의료비 증가규모	의사유출 규모 (해당 의료기관 개수 ²⁾)	
해외환자 유치량	• 해외환자유치 규모 : 300,000명/기준 • 입환비율=1:1 • 병상이용률(70%) • 필요병상수 2,700개	1.7조~4.8조원	13,152~37,939명	-	135~189명 (9~12개 의료기관)	해외환자 수요, 해외환자만을 대상으로 하는 영리병원의 수익성 등 실현가능성 분석 필요
고급의료서비스 수요충족량	• 인구의 3%가 수요자 (약150만명) • 필요병상수 6,000개	2.7조~3.5조원	21,081~27,464명	1.5~2.0조원	300~430명 (20~28개 의료기관)	임의비급여 서비스 외의 수익창출 모델 가능성 분석 필요
자본조달형 기능확충형	• 개인병원 중 20%가 영리병원으로 전환하는 것으로 가정 • 필요병상수 20,000개	1.3조~4.0조원	10,481~31,202명	0.7~2.2조원	998~1,397명 (66~92개 의료기관)	국민들이 필수 의료에 지불하는 진료비 상승에 의해 나타나는 효과이므로 행복가 목표 달성하는 산업효과로 보기 어려움
산업연계형	• 인구의 20%가 이용하는 것으로 가정 (927만명)	7.5조원	58,509명	4.3조원	-	Healthcare, 건강관리서비스 등 제도의 구축 후 검토 필요

주1) 도입유형별 산업효과는 상호 배타적이지 않으나, 일부 중복 또는 시너지 효과 발생할 수 있음; 또한 영리법인 허용 병상수에 따라도 산업효과가 달라질 수 있음. 따라서, 경쟁정책결정 여부 (특히, 영리법인 병상수 제한 등의 여부)에 따라 산업효과는 다르게 나타남. 국내 보건의료에 미치는 영향도 동일함

- 2009년 '투자개방형의료법인도입필요성연구' 보고서 (KDI, 보건산업진흥원이 보고서)
- 전제: 기존병원 영리병원전환금지, 당면지정제 및 수가적용, 대체형 민간보험 불가
- 의료비 2010년 연 1조5천억~2조원(3%가 고급의료이용) 증가 2021년 3.3~4.4조
- (개인병원 20% 영리병원 전환) 인력 이동으로 폐쇄되어야 하는 기관 300병상 이하 지역 중소병원 약 66개 기관~92개 폐쇄
- 디지털케어, 건강관리서비스 등 산업연계형일 경우 의료비 상승 연 4.3 조원, 132~184개 지역 중소병원 폐쇄 (2010년 기준) 2021년 9.5조
- 산업효과는 "국민들이 필수의료에 지불하는 진료비 상승에 의한 효과이므로... 산업효과로 보기 어려움"

태국의 영리병원 통한 의료관광 GDP 0.4% 증가 vs 연의료비 10~25% 상승, 지역불균형 초래



- 세계보건기구 Medical Tourism 인용논문
- 5가지 흔한 영역 (제왕절개, 충수절제술, 탈장수술, 무릎수술 등에서 의료비 상승)
- 2006~2008년 5가지 대표적 흔한 질환 의료비 모두 매년 10~25% 증가 (제왕절개, 충수절제, 탈장, 무릎수술 등)
- 사립병원에서의 의료비의 상승으로 중산층의 불만이 급속히 증가
- 동일기간 의료관광으로 GDP 0.4% 증가
- 외국관광 병원 의료인력 요구 증가, 지역간 불균형 특히 농촌병원 타격 (내부 두뇌 유출 internal brain drainage)

NaRanong A, NaRanong V. The effects of medical tourism: Thailand's experience. Bull World Health Organ 2011;89:336-344 | doi:10.2471/BLT.09.072249

코로나시기 영리병원들 문제 (1) : 영국

- 영국 NHS 코로나 위기를 맞아 영국의 영리병원들을 재정보상을 하고 100%의 시설과 인력을 동원하기로 계약.
- 잉글랜드 지역에서 2020.3~2021.3 까지 1년간 20억~40억 파운드(약 3조5천억~7조원) 지불하고 194개 병원 동원
- NHS 병원이 360만명을 보는 동안 영리병원들은 환자 중 0.08%만 담당
- 해당기간 중 39% 기간 동안 환자 1명도 받지 않았고 20%의 기간 동안 1명의 환자만 받음.
- 과소진료의 원인
 - 주로 비응급 수술 전문 병원이어서 중환자실이 없거나 코로나 환자를 볼 수 있는 시설 부재,
 - 의료진들 부족(파트타임, NHS 의사들 정규시간 외 근무 형태, 마취과 의사 부재 등)
 - 해당 병원들이 비응급 환자 골라 받음(cream skimming)
- NHS 병원들 환자 많아 심각한 상황, 비응급수술을 계속해 비판 받음

자료: CHI, For Whose Benefit? NHS England's contract with the private hospital sector in the first year of the pandemic. 2021 등

코로나시기 영리병원들 문제 (2) : 미국, 호주

Table 2: PREDICTED FINANCIAL DISTRESS IN 2020

	2018 Observed	2019 Observed	2020 Predicted
All Hospitals	25.15%	28.09%	28.53% (1.63%)
For-Profit	32.44%	32.20%	39.13% (1.40%)
Non-profit	20.27%	22.64%	23.64% (1.07%)
Government	26.82%	32.11%	27.34% (2.70%)

- 미국의 영리병원
 - 수익성이 조직의 가장 중요한 가치
 - 의료진, 시설, 진료의 구성이 수익성 중심으로 조직되고 배치됨
- 코로나 시기 병원 재정안정성 크게 저하
 - 수익성이 큰 비응급 수술을 주로 하는 병원들이 많음
 - 코로나 위기 시기 비응급 취소되거나 지연
 - 코로나 환자 받으려 해도 응급실, 중환자실 부재
- 호주의 영리병원
 - 미국과 유사한 문제
 - 영리병원들 오스트레일리아 정부에 병원 폐쇄 경고
 - 정부 영리병원 재정지원

각국의 코로나 시기 영리병원 동원

Table 3: Contextual and Institutional Factors Related to the Financial Resilience of For-Profit Hospitals and the Vulnerability of Healthcare Systems

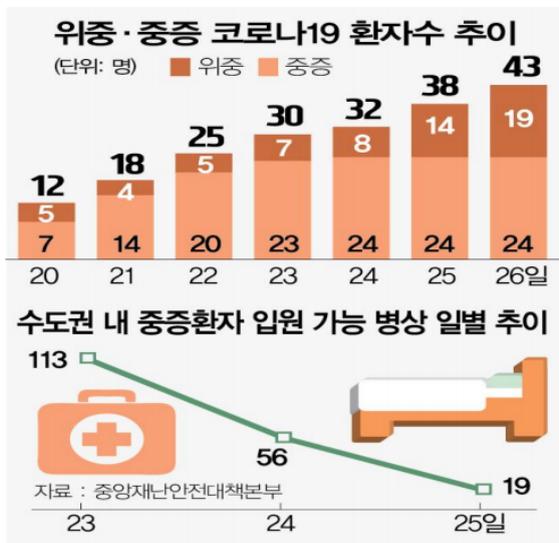
	United States	United Kingdom	Spain	Germany	Australia	Poland
1. COVID-19 prevalence on 29 April	1,012,583 cases, 58,955 deaths ¹⁰	161,146 cases, 21,678 deaths ¹¹	220,775 cases, 23,922 deaths ¹²	157,941 cases, 6123 deaths ¹³	6758 cases, 88 deaths ¹⁴	12,218 cases, 596 deaths ¹⁵
2. Private sector involvement in COVID-19 outbreak	For-profit hospitals are in the COVID-19 frontlines. They are highly obliged to treat patients in need for emergency care, regardless of ability to pay. ¹⁶ The increase of publicly funded patients (uninsured, Medicaid) will decrease profit margins because rates are substantially lower than private rates. ¹⁷	The NHS has block-bought the contracts of the private sector. The private sector receives a cost-covering price. ¹⁸	The government has taken a more extensive approach of placing private healthcare providers under their control, assuming charge of their buildings, human resources and material resources (e.g. respirators). ¹⁹	For-profit hospitals have joined forces against COVID-19 alongside public and non-profit hospitals. ²⁰ German hospitals receive a compensation of €250 per day for an empty bed. The government in addition made a federal budget available for ICU beds of €20,000 per bed. ²¹	The private hospital sector helps during the epidemic crisis on a cost-recovery basis after they warned the government that for-profit hospitals might need to close as a result of the suspension of most non-urgent elective surgeries. ²² The private sector received a cost-covering price.	The involvement of for-profit hospitals has been limited or blocked by the government. ²³
3. Share of for-profit hospitals in in-patient care	17.0% share in beds (2016) ²⁴	3.3% share in acute beds (2016) ²⁵	18.2% share in beds (2017) ²⁶	33.4% share in beds (2017) ²⁷	18.9% share in beds (2016) ²⁸	27% share in beds (2016) ²⁹
4. Share of for-profit hospitals in outpatient care services	The number of ASC (generally for-profit) has increased by an average annual rate of 1.5% between 2012 and 2018. ³⁰ 568 ASCs were providing treatments to Medicare patients in 2017. ³¹	In England, 6% of all NHS elective activity are done in ASCs (2017-2018). ³² However, they also provide care to private patients, hence, they play a larger role in the healthcare system than the 6%.	The private sector has 23% of surgical interventions in outpatient care in 2015. ³³	Most outpatient treatment centres are run by private practices. Yet, a small proportion of these treatments are provided by hospitals. ³⁴	The private sector provides most of the outpatient care in 2015, 2016, 2017 and 2018. Specialist outpatient care is predominantly provided by the private sector. ³⁵	
5. PE owned hospitals	PE investments expanded significantly in 2012. \$50 billion worth 1380 hospitals were made. Leverage increased from 30% to 34% in 2014. ³⁶	Although the involvement of PE funds in the US seems to be more active in the private care sector. They are also active in the hospital sector (e.g. Olive Health belongs to a PE firm. In 2019, they are merging with SSM Healthcare). ³⁷	The largest private hospital chain (Charité) was bought from two different PE firms to the German hospital chain, Fresenius. ³⁸	Between 2012 and 2018, 22% of the PE acquisitions in the healthcare sector were in the hospital sector. These accounted for 27 hospitals. ³⁹	Although it is difficult to obtain information for Australia, Australia is together with China and India the country with the highest activity of PE firms in the health care. ⁴⁰ In 2013, the second largest private hospital chain was taken over by Brookfield Asset Management. ⁴¹	The expansion of the private sector in Poland caught the attention of PE firms. E.g. the largest private provider of outpatient healthcare was owned by PE company (P&G Europe Partners). ⁴²
6. Market concentration in-patient care if possible, private hospital sector specific	80% of Metropolitan Statistical Areas had highly concentrated hospital markets in 2016. ⁴³	The four largest private hospital chains cover 40% of the total independent hospital sector. ⁴⁴	The private hospital market has especially in Bavaria strongly consolidated over the years. ⁴⁵	40% of hospitals operate in highly concentrated hospital markets. ⁴⁶	The four largest private hospital groups own 1.8% of the for-profit hospitals. ⁴⁷	The total hospital market is fairly concentrated. ⁴⁸

출처: Kruse FM, Jurjevs PPT For-Profit Hospitals Out of Business? Financial Sustainability During the COVID-19 Epidemic Emergency Response. Int J Health Policy Manag. 2020,9(10), 423-428

- 미국: 병상비중 17%, 응급환자 받을 법적 의무, 공적재정(비보험, 메디케어 메디케이드) 환자 늘어 수익감소
- 영국: 급성기 병상비중 3.3%, NHS가 비용에 해당하는 재정 지급하고 집단 동원
- 스페인: 병상비중 19.1%, 건물, 인력, 의료기기(인공호흡기 등) 정부 직접 통제 하에 둠
- 독일: 병상비중 33.4%, 공공-비영리 병원과 연합하여 대응, 정부는 빈 병상당 하루 560유로, 중환자 병상당 5만유로 지급
- 오스트레일리아: 병상비중 18.9%, 비응급수술 지연으로 병원폐쇄 정부에게 경고 후 정부가 이들 병원에 비용 지불 후 진료 참여
- 폴란드: 병상비중 12%, 정부 영리병원 질 참여 제한 또는 차단

코로나위기와 한국정부 대응

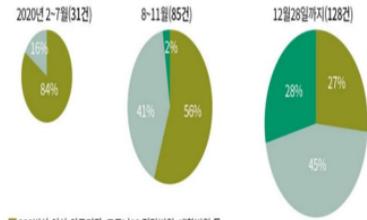
병상부족 반복 : 1~4차 및 오미크론 유행



- 2차 유행시기
 - 수도권 8월 중순 약 일주일간 세자리수 환자 발생, 병상 포화
 - 자택 대기 환자가 발생
- 3차 유행시기
 - 12월 17일 수도권 대기 환자 595명
 - 2020년 10월 말 사망자 464명
 - 2021년 3월 31일 사망자 1731명
 - 요양병원 사망자 급증
- 일일 확진자수 만명 발생한 나라들과 치명률 차이 없음

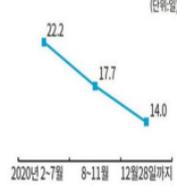
돌봄 : 요양 - 사회로부터 격리된 요양병원과 요양원

<그림 1> 코로나19 확진자 사망 발생 장소



■ 300명 이상 의료기관: 코로나19 전담병원, 대학병원 등
 ■ 300명 미만 의료기관: 중환자를 받기 힘든 규모의 코로나19 전담병원
 ■ 집단감염 발생 기관: 8-11월(요양시설 1건, 재활병원 1건), ~12월 28일(요양병원 36건)
 자료: 경기도 코로나19 긴급대응단

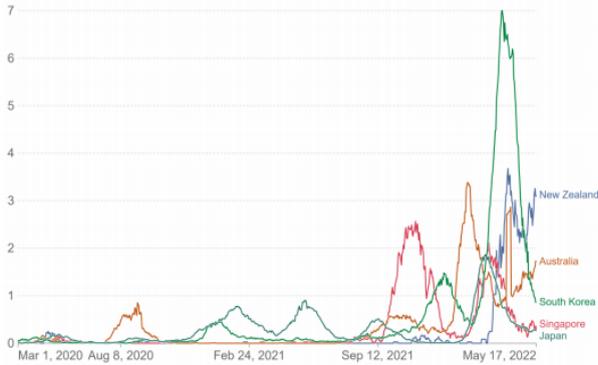
<그림 2> 사망자 생존기간(평균)



- 요양병원 1435개 26만 병상, 요양원 3,262개 15만명
- 요양병원과 요양원 물리적 거리두기 힘든 구조 : 10~20명(40명까지도)당 1인의 돌봄 노동자
- 사회적 격리 : 면회금지
- 대유행시기 요양원과 요양병원 집단발병 시 병원자체를 격리하여 적절한 치료 못 받고 집단사망
- 3차유행(2020 겨울) 이후 사망장소 중 요양병원이 급격히 늘어남
- 4차유행, 2021~2022 유행 중 요양병원과 요양원 사망 35~38%

한국의 오미크론 대응 : 사망률 비교

Daily new confirmed COVID-19 deaths per million people
 7-day rolling average. Due to varying protocols and challenges in the attribution of the cause of death, the number of confirmed deaths may not accurately represent the true number of deaths caused by COVID-19.



Our World in Data

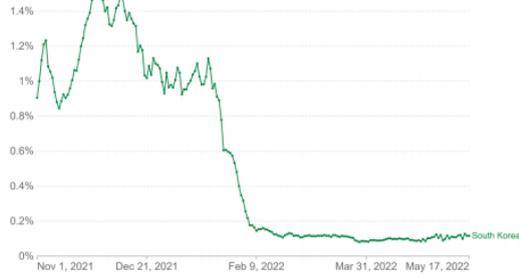
- 2021년 11월 이전 확산억제전략을 취할 때 사망자수가 확연히 적음
- 2021년 11월 이후 특히 오미크론 시기 확산억제국가군보다 인구당 사망자 2배 이상 발생 (오스트레일리아, 뉴질랜드, 싱가포르, 일본)
- 확산억제 전략에서 방역완화로 무원칙적으로 전략을 변화시킨 결과

오미크론 대응 : 치명률의 착시 현상 - 치명률 낮았으나 초과사망 매우 컸음. 2만명 사망자

한국의 오미크론 치명률

Moving-average case fatality rate of COVID-19

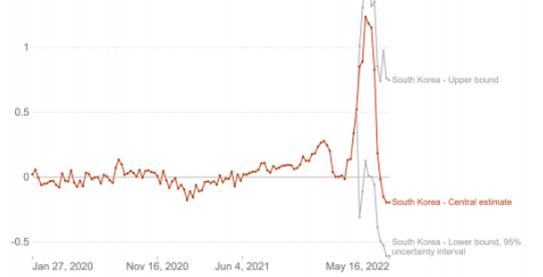
The case fatality rate (CFR) is the ratio between confirmed deaths and confirmed cases. Our rolling-average CFR is calculated as the ratio between the 7-day average number of deaths and the 7-day average number of cases 10 days earlier.



한국의 오미크론 초과사망

Estimated daily excess deaths per 100,000 people during COVID-19

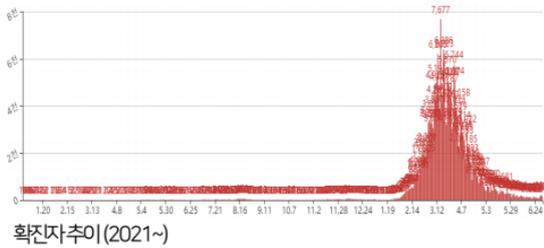
For countries that have not reported all-cause mortality data for a given week, an estimate is shown, with uncertainty interval. If reported data is available, that value only is shown. On the map, only the central estimate is shown.



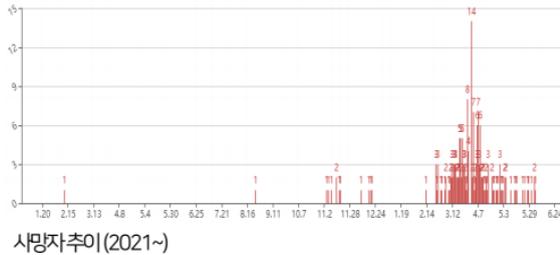
한국의 오미크론 대응 실패

- 확산억제전략에서 전면안화로 무원칙적 전환
- 의료대응 실패
 - 정부의 지표상 병실/중환자실은 남는데
 - 일선 의료현장에서는 적절한 병실에 입원하지 못하고 사망
 - 요양병원/요양원에서 사망한 환자들은 적절한 치료를 받을 수 있는 환경이 아니었음
- 요양원/요양병원/장애인 시설 등 요양, 돌봄체계 실패
 - 장기요양시설에서 대규모 사망: 오미크론 사망자 중 요양원과 요양병원 사망자가 35~38%
 - 시설격리 등 사회로부터 격리

제주도 : 코로나위기의 예외가 아니었음



- 오미크론 유행시기 감염과 사망 집중적으로 발생
- 제주 누적 코로나 발생률 35.669(인구 100명당)
 - 한국 누적 발생률 35.828 (31.7~37.7)
- 치명률, 사망률 :
 - 전국적으로 가장 낮은 편
 - 울산, 전남과 유사



제주 요양원/요양병원/기타시설 집단감염

제주 오미크론 대확산에 1000명 코호트 격리

요양병원·요양원 등 12곳 동일 집단 격리
올해 첫 코호트 모 요양원 한달째 발 류여

입력 : 2022. 03.03(목) 11:37

이상민기자 hasm@ihalla.com

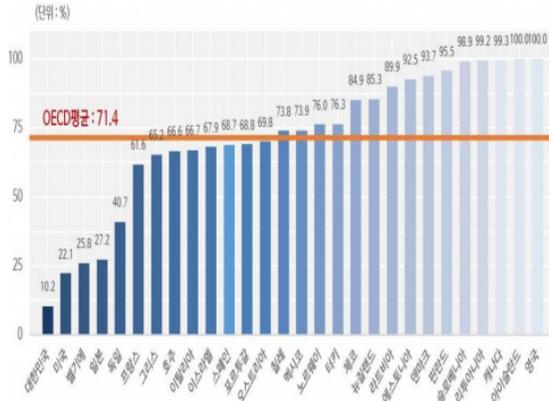
시설별로는 요양원 8곳, 요양병원 2곳 등 노인 입소·치료 시설이 대다수를 차지하고 있으며 사회복지시설 2곳에서도 동일집단 격리가 이뤄지고 있다.

제주도에 따르면 올들어 동일 집단 격리 조치는 오미크론이 본격적으로 확산한 2월 초 모 요양원 1곳에서 처음 이뤄졌으며, 이후 시설 내 집단 감염이 잇따르며 규모가 커지고 있다.

동일 집단 격리 조치된 인원은 환자 기준으로 1000명 가량으로 의료진과 종사자를 합치면 실제 격리된 인원은 더 될 것이라고 제주도는 밝혔다.

- 격리 시설에서 집단 감염이 오미크론 유행시기 감염의 특징
- 전국적으로 요양원 요양병원 장애인 시설 등에서 학생자가 가장 많이 발생
- 전국적으로 집계되지 않은 코로나 사망자가 다수 추정
 - 과소보고
 - 초과사망(4만~5만)과 추계된 코로나 사망자 수 차이가 큼

OECD 모두 영리병원 허용? 그 나라의 공공병원 수준은?



- 다른 나라는 공공병원 비중이 높고 비영리병원이 공공병원과 동일한 역할
- 한국과 유사한 의료체계인 일본은 영리병원 금지 일본도 공공병원 25%~30% 건보체계유지
- 미국은 공공병원 22% 영리병원 허용 => 미국 의료체계 OECD 최악
- 한국은 공공병원 5% 비영리병원이 수익성추구가 심각, 체인형 개인병원
- 이런 한국 상황에서 영리병원을 허용하면? 의료비 폭등, 지역병원 폐쇄, 건보재정고갈 → 미국식 의료민영화로 갈 가능성

코로나 위기시기 한국 민간병원의 대응(1)

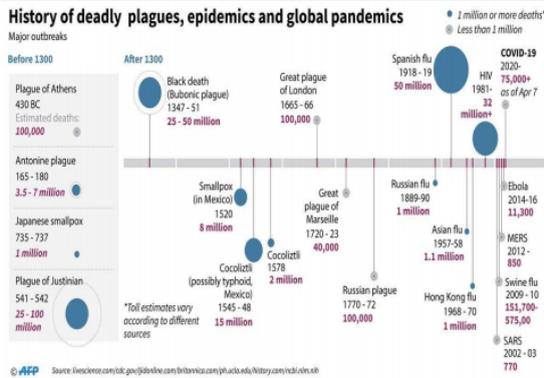
- 한국은 공공병상 10%, (공공병원의 중환자 병상비중 20%)
- 2021.11까지 코로나환자 70~80%를 10% 공공병원이 담당
 - 거점전담병원의 대부분 지방의료원 및 지역공공병원
- 사립 상급종합병원
 - 사립 상급종합병원(경인지역 22개 중 20개) 병상의 3~4% 동원
 - 위기대응진료체계로 전환하지 않음. 현재까지 평상시 진료체계유지
- 사립 2차병원 및 전문병원
 - 전문병원 : 영리형 병원이 대부분, 소수 제외 코로나 대응능력 없음
 - 2차 종합병원 : 일부병원 거점병원 역할 그러나 위기대응 역할 미비
- 90% 사립병원의 동원실패
- 대규모 유행시기마다 병상부족 병상대란 반복
- 오미크론 시기에도 적절한 병상 부족

코로나 위기시기 한국 민간병원의 대응(2)

- 요양병원 90%가 민간병원 10% 공공시설도 대부분 위탁운영
- 2021년 겨울~2022년 봄 요양병원/요양원 대규모 사망자 발생
 - 델타와 오미크론 시기 전체 사망자의 95% 이상 발생
 - 사망자 38% 요양병원/요양원 발생
- 요양병원/요양원
 - 요양병원 25만명, 요양원 15만명 거주 시설
 - 요양병원/요양원 한 사람 걸리면 전체 요양병원/요양원 감염
 - 밀집 환경 : 병실 당 환자 다수
 - 간호/간병인 1인당 환자 : 요양병원 6인 이상, 요양원 10~20인
- 민간 요양병원/요양원 시설 중심의 돌봄체계가 근본 문제

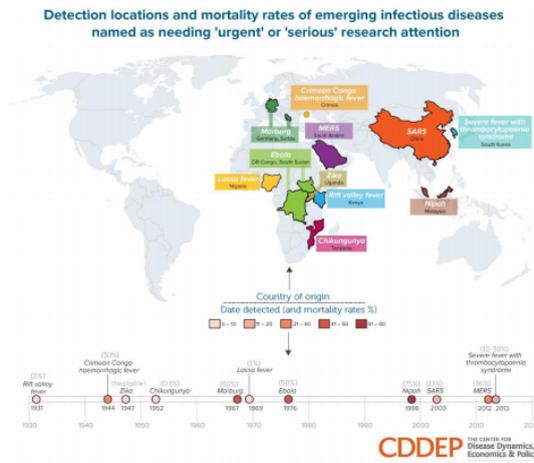
감염병과 재난의 시대: 정부와 지자체의 대응과제

더욱 자주 발생하는 팬데믹



- 2000년 이전 1세기에 2~3번 겪을 팬데믹이 20세기 말부터 현재까지 매우 빈번해짐
- 2000년 이후 6번의 팬데믹 : 사스, 신종플루(H1N1, swine flu), 에볼라, 메르스, 자카 그리고 코로나 19
- 코로나 19는 예외가 아님

코로나 19는 첫번째 팬데믹도 아니지만 마지막 팬데믹도 아님

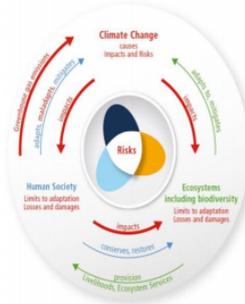


- 세계보건기구가 pandemic list 에 올린 질병 중 코로나19는 8번째 목록인 질병 X 였을 뿐임(Disease X)
- 열대우림의 농축산업을 위한 파괴, 공장식 밀집형 가축사육 등은 새로운 인수공통감염병(zoonosis)의 발생의 최적의 조건
- 코로나바이러스는 사스, 메르스에 이어 3번째 중간 장벽을 뛰어넘은 바이러스
- 코로나바이러스, 니파, 에볼라는 인간과 접촉할 일이 없던 박쥐에서 인간으로 전파
- 신종플루는 미-멕시코 접경지역의 돼지농장, 조류독감은 중국-동남아시아의 조류농장에서 발생

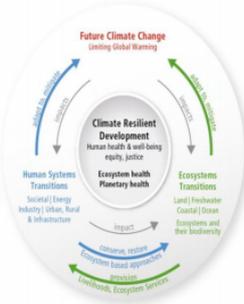
IPCC WGII 6차 평가 보고서 (2022)

From climate risk to climate resilient development: climate, ecosystems (including biodiversity) and human society as coupled systems

(a) Main interactions and trends



(b) Options to reduce climate risks and establish resilience

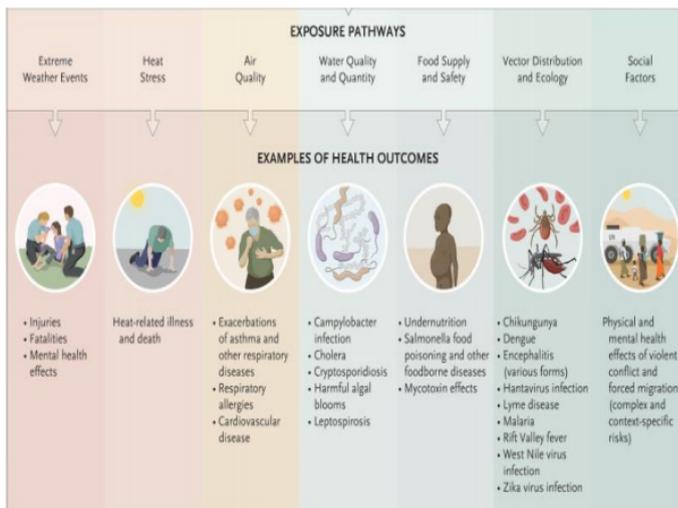


The risk propeller shows that risk emerges from the overlap of:



- 야생 동물의 착취와 자연 서식지의 황폐화
->야생 동물에서 인간 인구로 병원체가 '유출'될 기회가 증가
- 인수공통전염병 및 팬데믹 출현 증가(강력한 증거, 높은 동의)
- 기후 변화로 인한 동물 및 인간이주가 이러한 위험 증가에 추가 (중간 증거, 중간 동의)
- 온도, 강수량, 습도 및 극한 현상의 변화는 더 빈번한 질병 발병, 질병 발병률 및 심각성 증가, 야생 동물의 새로운 영역으로의 새로운 질병 및 매개체 출현과 관련
- 인간 사회: 생태시스템을 보전/재생하고 생태 시스템에 기반한 접근 방식으로 전환해야만 기후위험 감소, resilience 확보

기후위기로 인한 건강영향



- 극한 기후
- 열 스트레스
- 대기 오염
- 물 부족과 수질
- 식량 공급과 안전
- 매개체 분포와 생태
- 사회적 요인

출처: Haines, A., & Ebi, K. (2019). The imperative for climate action to protect health. *New England Journal of Medicine*, 380(3), 263-273

역대 정부의 영리병원 추진

노무현 정부	2004	재경부 필라델피아 인터내셔널 메디칼 서비스(PIMS)와 우선협상자 선정 및 MOU 체결. -> 무산
	2005	미 뉴욕장로병원(NYP) 송도국제병원 우선협상자 선정 및 MOU 체결. -> 2008년 최종 무산
이명박 정부	2008	김태환 제주도지사(여당) '도민 여론 과반 찬성이면 영리병원 추진' -> 여론조사 찬성 38.2%, 반대 39.9%로 중단
	2009	김태환 제주도지사 투자개방형 병원 도입 제주특별법 발의. 기재부와 복지부가 각각 영리병원 도입 연구. 복지부 '의료비 최대 4조원 증가, 중소병원 최대 92곳 도산'. 특별법 무산
	2009	존스홉킨스 서울대병원 송도국제병원 MOU 체결 -> 무산
	2010	인천 송도 국제병원 설립 연세의료원과 MOU 체결 -> 무산
박근혜 정부	2013	제주도 중국 천진하업그룹 서귀포시에 편입 영리병원. 제주도 중앙정부에 허가신청. 모기업 부도로 2014년 신청 반려
	2015	제주도 헬스케어타운에 중국 녹지그룹 녹지국제 영리병원 건설 허가 신청(편입병원과 거의 동일 내용). 허가사할 미흡 이유로 반려 -> 재신청 -> 정부 허가
	2017	제주도에 녹지그룹 영리병원 개설허가 신청
문재인 정부	2018	원희룡 도지사 지방선거 앞두고 공론조사 수용. 공론조사에서 국토부 공기업 IDC가 녹지병원 대리. 공론조사결과 반대 58.9%, 찬성 38.9%. 그러나 도지사 영리병원 조건부 허가
	2019	원희룡 도지사 탄핵여론 과반 넘자 허가 취소. 소송시작

- 영리병원 법적 허용은 민주당 정부에서 허용
- 영리병원 실제 추진 : 노무현 정부부터 지속적으로 추진
- 그러나 문재인 정부 초기 복지부장관 "현 정부하에서 영리병원 허용은 없다"고 언명.
- 실제로 영리병원 설립은 문재인 정부에서 추진되지 않음
- 물론 문재인 정부는 제주 영리병원 추진을 막지도 않음. 심지어 영리병원을 실질적으로 추진한 JDC는 국토부 산하 공기업
- 또한 경제자유지역법, 제주특별자치도법 개정하지 않아 영리병원 법적 근거 차단하지 않음. 언제라도 추진 가능.

역대 정부의 실제 영리병원 추진과정

노무현 정부	2004	재경부 필라델피아 인터내셔널 메디칼 서비스(PIMS)와 우선협상자 선정 및 MOU 체결. -> 무산
	2005	미 뉴욕장로병원(NYP) 송도국제병원 우선협상자 선정 및 MOU 체결. -> 2008년 최종 무산
이명박 정부	2008	김태환 제주도지사(여당) '도민 여론 과반 찬성이면 영리병원 추진' -> 여론조사 찬성 38.2%, 반대 39.9%로 중단
	2009	김태환 제주도지사 투자개방형 병원 도입 제주특별법 발의. 기재부와 복지부가 각각 영리병원 도입 연구. 복지부 '의료비 최대 4조원 증가, 중소병원 최대 92곳 도산'. 특별법 무산
	2009	존스홉킨스 서울대병원 송도국제병원 MOU 체결 -> 무산
	2010	인천 송도 국제병원 설립 연세의료원과 MOU 체결 -> 무산
박근혜 정부	2013	제주도 중국 천진하업그룹 서귀포시에 편입 영리병원. 제주도 중앙정부에 허가신청. 모기업 부도로 2014년 신청 반려
	2015	제주도 헬스케어타운에 중국 녹지그룹 녹지국제 영리병원 건설 허가 신청(편입병원과 거의 동일 내용). 허가사할 미흡 이유로 반려 -> 재신청 -> 정부 허가
	2017	제주도에 녹지그룹 영리병원 개설허가 신청
문재인 정부	2018	원희룡 도지사 지방선거 앞두고 공론조사 수용. 공론조사에서 국토부 공기업 IDC가 녹지병원 대리. 공론조사결과 반대 58.9%, 찬성 38.9%. 그러나 도지사 영리병원 조건부 허가
	2019	원희룡 도지사 탄핵여론 과반 넘자 허가 취소. 소송시작

- 인천 송도 경제자유구역 영리병원 유치 -> 필라델피아병원(PIMS), 뉴욕장로교병원(NYP), 존스홉킨스병원들과 협상 -> 투자 무산
- 제주도 1차 영리병원 추진(2008) 제주도민 여론조사 시행반대 39.9%, 찬성 38.2% 중단
- 제주도 2차 영리병원 추진(2013) 산일병원 모기업 부도로 중단
- 제주도 3차 영리병원 추진(2015~2019)
 - 2015년 사업계획서 승인 -> 녹지 측이 2017년까지 개설 허가 신청 안함 사드 설치 중국 한한령
 - 2017년 허가 신청 후 원희룡 도지사 선거 앞두고 공론조사 수용
 - 도지사 선거 후 공론조사: 반대 59.9% 찬성 39.9%
 - 조건부 허용 후 탄핵 여론 50% 넘자 다시 허가 취소

모든 정부가 직접적 · 우회적 영리병원 허용과 의료민영화 지속적 추진

김대중 정부	2002	경제자유구역법 '외국인 전용' 병원 허용
노무현 정부	2004	경제자유구역법 개정 통해 외국인병원에 내국인 진료 허용
	2006	제주특별자치법 제주도 외국인 영리병원 허용
	2007	외국인 투자비율 50% 이상인 국내법인합작 영리병원허용
	2007	제주도 보건의료특례등에 관한 조례제정 국내법인 합작 허용
이명박 정부	2009	의료법 개정으로 병원부대사업으로 병원경영지원(영리)회사 허용 추진, 병원재권발행 추진, 의료법인 인수합병허용 추진
	2010.11	건강관리서비스법 제정 추진 (무산)
	2012	(시행령 및 시행규칙) 경제자유구역내 영리병원 개설조건 외국 면허 소지자 50% 이상에서 10% 이상 확보로 완화
박근혜 정부	2014	의료법 시행령 개정으로 병원 수익사업 영리자회사 허용 추진 (무산)
	2015	(시행령 및 시행규칙) 경제자유구역내 영리병원 외국면허 10% 이상 규정 삭제
	2016	투자활성화 대책 건강관리서비스 가이드라인 추진 (무산)
문재인 정부	2019	보험업법 시행령 개정 보험회사 헬스케어 자회사 허용 건강관리서비스 1차 가이드라인 의료행위 보험회사 허용
	2021	건강관리서비스 가이드라인 2차 개정작업

- 영리병원 직접추진은 문재인 정부에서 중단했으나 영리병원 근거법은 여전히 남겨둬(안짜러도 추진할 수 있음)
- 우회적 영리병원화(병원경영지원회사 MSO, 병원 영리자회사, 보험회사의 의료행위 허용)은 양당이 모두 추진 중.
- 보험회사의 준 의료행위와 병원 지배를 가능하게 하는 건강관리서비스가 <가이드라인>으로 합법화됨

개혁정부라는 문재인 정부의 역설 박근혜 정부 정책 계승 : 보험회사 건강관리서비스 합법화

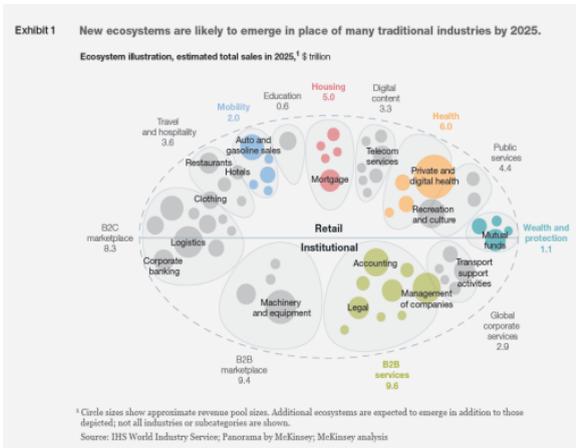
- 박근혜정부 보험회사에 건강관리서비스 허용 추진 : 미국식 관리의료모델
 - 건강관리서비스법 추진 : 건강관리민영화
 - 비의료서비스 구분 가이드라인으로 검진, 보건 교육 및 상담, 생활습관 관리분야의 영리기업 진출 길을 열
 - (영리병원 합법화 추진, 병원의 영리부대사업 합법화 추진 : 다행히 무산)
- 문재인정부 이를 청산하기는 커녕 발전, 계승
 - 한 걸음 더 나간 '비의료 건강관리서비스 가이드라인' 제정
 - 이 가이드라인을 기반으로 보험회사에 헬스케어 자회사 허용 (보험업법 개정)
- 보험회사가 콘트롤타워 뿐만 아니라 실제로 의료제공자로서의 역할까지 할 수 있게 됨
 - > 보험회사가 병원들을 통제하는 미국식 관리의료 모델로 발전할 가능성을 보다 크게 함

영리병원을 막은 것은 시민들의 민주적 결정



※ 2018년 7월 30일부터 10월 4일까지 3개월 넘게 걸린 여론조사와 16시간이 넘는 200명의 도민참여단 토론 진행
 ※ 최종 조사 영리병원 불허 58.9% 허가 38.9%

2025년 디지털헬스 산업 분야 (McKinsey & Co.) 디지털헬스와 보험, 바이오, 병원, 빅테크 자본의 융합



- 2025년 보건의료 산업분야 6조 달러(약 6,600조원)
- 12개 분야 규모 : 6경 달러 (6경 6천조원)
=> 전세계 기업매출의 30% 규모
- 보험회사가 그 주요 기업이지만 디지털 헬스는 여러 기업과 조직들의 목표
- 병원, 보험회사, 제약회사, 의료기기 등의 전통적 기업과 조직은 물론이고 핀테크기업들, 아마존, 구글, 애플 등 거대 IT기업들, 바이오벤처, 연구-기업조직
- 이 모든 기업들의 '조정자' (오케스트레이터)로서의 보험회사

Insurance beyond digital: The rise of ecosystems and platforms (McKinsey and Company, 2018)

미국식 의료민영화는 이미 진행 중

- 현재 진행중인 상황:
 - 사립병원 95% 공공의료 축소, 영리형 민간병원 체인화 진행중,
 - 보험회사에 대해 건강관리서비스 이미 허용(건강관리서비스 가이드라인)
 - 디지털 의료 대폭 허용 추진중
 - 건강보험공단 정보보험회사와 공유 추진중 (데이터 3법 개정)
- 병원-보험회사-기업간 연계 여러 경로로 발전 중 예) 마이 헬스데이터 사업
 - 세브란스병원 - kb손보 - 레몬헬스케어
 - 서울대병원 - 삼성화재 - 메디블록(- 삼성서울병원)
- 의료공공성 지키는 3기둥
 - 건강보험 당연자정제, 건강보험 의무가입제, 영리병원 금지
 - **이중 가장 약한 고리: 영리병원금지**

한국의 코로나 대응과 공공의료

- 2022년 11월 이전 한국의 코로나19 대응은 상대적으로 성공적
 - 엄격한 거리두기로 확산억제
 - 5% 공공병원이 70~80% 환자 감당: 민간병원 동원 실패
 - 보상 없는 거리두기와 방역인력, 필수노동자의 흑사노동: 지속불가능
- 보상 없는 거리두기로 방역저항-> 방역전면완화 불가피
- 델타, 오미크론 대응 실패
 - 90% 사망자가 델타와 특히 오미크론 유행 시 발생
 - 확산억제전력 국가들과 비교해서 높은 발생률과 인구당 사망자수
- 한국: 신자유주의 방역의 실패
 - 충분한 사회적 지원 없는 방역정책은 사회적으로 지속불가능
 - 사회적 생계지원, 유급병가 및 상병수당, 유급돌봄 휴가 등 사회정책적 지원 부재
 - 충분한 공공의료와 인력 없는 방역정책은 필연적으로 실패
 - 민간병원의 방역 동원은 돈이 너무 많이 들고 동원되지도 않음
 - 민간 요양시설 중심의 요양/돌봄체계는 코로나19에 부적절한 돌봄 체계로 판명

영리병원 허용, 의료민영화는 재앙

- 민주주의 부정
 - 국민여론의 절대적 반대
 - 제주도민의 공론조사 결과: 지역발전문에도 명확한 반대
- 극심한 불평등 초래
 - 국민들은 반대 그러나 전경련 등 재벌기업들 규제개혁 1순위
 - 대형 보험회사, 대형병원... 재벌들은 큰 이익
 - 국민들은 의료비 폭등, 지역중소병원 폐쇄 등으로 고통
- 건강보험제도 파탄 현실화, 미국식 의료민영화 현실화
 - 민간병원 95%, 공공병원 5%
 - 민영 실손의료보험 국민 80% 가입, 건강보험보장 60% 불과, 광범위한 비급여
 - 보험회사의 건강관리서비스 이미 허용된 상태
 - 비영리 대형병원들의 영리적 수익성 추구 현실, 영리형 병원네트워크 존재

과제 : 영리병원과 의료민영화 중단

- 영리병원 도입 허용 법 개정
 - 제주특별자치도법 개정
 - 경제자유구역법 개정
- 우회적 영리병원 도입 및 의료민영화 추진 중단
 - 보험회사의 사실상 의료행위 허용하는 건강관리서비스 중단
 - 병원 영리지회사 허용 중단
 - 건강보험공단 개인질병정보 보험회사에 넘기는 행위 중단

과제 : 공공의료와 공공요양/돌봄 체계

- 사회정책적 지원 필수적 : 재정긴축에서 탈피해야
 - 생계지원 및 주거지원
 - 유급휴가 및 상병수당 도입
 - 유급돌봄휴가 도입
 - 영세 자영업자 보상
- 공공의료 및 의료 공공화가 필수
 - 공공의료 10%를 최소 30% 이상 강화
 - 지역완결적 의료체계 및 공공적 의료체계 강화
 - 의료인력 최소기준 법제화
 - 민간병원 중심의 코로나우기에 대응 못하는 민간중심 의료체계 근본적 개혁
- 돌봄 및 요양체계의 공공화
 - 지역기반 요양체계로 전환
 - 밀집되고 인력부족한 사립 요양병원/원 중심 돌봄/요양시스템 근본적 개혁

제주녹지국제병원을 둘러싼 법제도 쟁점과 도의회의 과제

이찬진_참여연대 사회복지위원회 실행위원, 변호사

1. '영리병원' 법 제도 환경

법 제도화 과정 경과

- 경제자유구역의 지정 및 운영에 관한 법률 개정 법률(법률 제6835호, 2002. 12. 30, 제정, 이하 '경제특구법'이라 함)에 국내 최초로 외국인 전용이라는 제한된 용도 범위 내에서 영리병원 제도가 도입됨.
 - 즉 동 법 제23조(외국인전용 의료기관 또는 약국의 개설) ①외국인은 보건복지부장관의 허가를 받아 경제자유구역에 외국인전용 의료기관을 개설할 수 있다. 이 경우 외국인전용 의료기관의 종별은 의료법 제3조의 규정에 의한 종합병원·병원·치과병원 및 요양병원으로 한다.
 - ⑤제1항 및 제2항의 규정에 의하여 개설된 외국인전용 의료기관 또는 약국은 국민건강보험법 제40조제1항의 규정에 불구하고 동법에 의한 요양기관으로 보지 아니한다.
 - ⑦외국인전용 의료기관 또는 약국에 종사하는 의사·치과의사 또는 약사는 내국인을 대상으로 의료업 또는 약업을 행할 수 없다.
- 2005. 1. 27.자 법률 제7349호로 법률 일부개정 및 2005. 4. 28.자 시행된 법률 제23조에서는 외국인전용 의료기관을 폐기하고 "외국인이 개설하는 의료기관"이라는 개념으로 대체함.
 - 즉, 동 법 제23조(의료기관 또는 외국인전용 약국의 개설) ①외국인은 의료법 제30조제2항의 규정에 불구하고 보건복지부장관의 허가를 받아 경제자유구역에 의료기관을 개설할 수 있다. 이 경우 의료기관의 종별은 동법 제3조의 규정에 의한 종합병원·병원·치과병원 및 요양병원으로 한다.
 - ⑦외국인전용 약국에 종사하는 약사는 내국인을 대상으로 의약품의 조제 또는 판매를 할 수 없다.

- 개정 전 법률에서는 국내의 의료법 체계와 완전히 분리된 “외국인전용 의료기관”이라는 도구 개념을 설정하고, 이에 대하여는 내국인 진료를 불허함으로써 경제특구에서 외국인을 위한 전용 의료기관이라는 한도 내에서 의료기관 개설을 허용하는 것이었음.
- 외국인 전용기관이므로 국민건강보험법상의 당연요양기관의 예외 규정을 뒤서 동 기관은 건강보험 수가의 적용을 받지 아니하고 의료법 제37조에 규정한 의료보수 신고만을 적용받도록 되어 있었으나, 외국인 진료 수요만으로는 대규모 외국의료기관에 의한 의료기관 개설이 어렵게 되자 정부는 외국 의료기관에 대하여 내국인 진료를 허용함으로써 외국의료기관이 경제특구 내에 대규모의 의료기관을 개설할 수 있는 경제적 동기를 유발하고자 하는 목적으로 외국인전용의료기관이라는 도구개념을 폐기하고 외국인에게 경제특구 내에서 현행 의료법상의 의료기관 개설 관련 규정의 특례를 보장함과 아울러 국민건강보험법상의 요양기관에서도 제외하고, 내국인 진료를 무제한 허용하는 취지로 법률을 개정한 것임.

제주특별법

- 구 제주국제자유도시특별법법률 [제7157호, 2004. 1. 29. 일부개정(2006. 2. 21. 법률 제7849호 제주특별법 부칙 제3조로 폐지되기 전의 것), 이하 ‘제주특별법’] 제20조의4가 외국인의 ‘외국인전용’ 의료기관 개설에 관한 특례를 규정하여 제주도내에 외국인 전용 영리병원을 설치하는 근거가 법률상 최초로 도입됨. 이는 경제특구법의 입법례를 제주특별법 제정시 그대로 도입한 것임.
 - 즉, 제20조의4(외국인전용 의료기관 또는 약국의 개설)
 - ①외국인(외국인투자촉진법 제2조제1항제1호의 규정에 의한 외국인을 말한다. 이하 이조에서 같다)은 보건복지부장관의 허가를 받아 제주도에 외국인전용 의료기관을 개설할 수 있다. 이 경우 외국인전용 의료기관의 종별은 의료법 제3조의 규정에 의한 종합병원·병원·치과병원 및 요양병원으로 한다.
 - ⑤제1항 및 제2항의 규정에 의하여 개설된 외국인전용 의료기관 또는 약국은 국민건강보험법 제40조제1항의 규정에 불구하고 동법에 의한 요양기관으로 보지 아니한다.
 - ⑦외국인전용 의료기관 또는 약국에 종사하는 의사·치과의사 또는 약사는 내국인을 대상으로 의료업 또는 약업을 행할 수 없다.

- 제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법 (약칭: 제주특별법)[시행 2006. 7. 1.][법률 제7849호, 2006. 2. 21., 제정]이 제정되어 구 제주특별법을 대체하여 시행됨.(이 역시 ‘구 제주특별법’으로 칭함)
 - 구 제주특별법 제192조¹(의료기관 개설 등에 관한 특례) ① 「의료법」 제30조제2항의 규정에 불구하고 외국인(「외국인투자촉진법」 제2조제1항제1호의 규정에 의한 외국인을 말한다. 이하 같다)이 설립하여 제주자치도에 소재지를 둔 법인은 도지사의 허가를 받아 제주자치도에 의료기관을 개설할 수 있다. 이 경우 의료기관의 종별은 「의료법」 제3조의 규정에 의한 종합병원·병원·치과병원·요양병원으로 한다.
 - ②제1항의 규정에 의한 법인의 종류와 그 요건, 의료기관 개설요건에 관하여 필요한 사항은 도조례로 정한다.
 - ③제1항의 규정에 의하여 의료기관의 개설을 허가하고자 하거나 제2항의 규정에 의하여 도조례를 정하고자 하는 때에는 미리 보건의료정책심의위원회의 심의를 거쳐야 한다. 이 경우 도지사는 그 심의를 거치기 전에 보건복지부장관의 승인을 얻어야 한다.
 - ④제1항의 규정에 의한 의료기관은 「국민건강보험법」 제40조제1항의 규정에 불구하고 동법에 의한 요양기관으로 보지 아니한다.
 - 제194조 (의료기관·외국인전용약국의 법적용) 제192조 및 제193조의 규정에 의하여 개설된 의료기관 및 외국인전용약국에 대하여 이 법에서 정하지 아니한 사항은 「의료법」 및 「약사법」을 준용한다.
 - 2006. 2. 21. 제주특별법이 제정되어 2006. 7. 1. 시행되면서 의료기관 개설에 관한 특례 규정에서 ‘외국인전용’ 제한이 삭제됨. 이는 경제특구법 개정법을 제23조의 전례를 그대로 도입한 것이라고 할 수 있음.

영리병원의 입법적 근거

- 이와 같은 ‘경제특구법’, ‘제주특별법’에 따라 경제특구와 제주도 내에서 국민건강보험법상 당연요양기관으로서 건강보험환자에게 건강보험수가로만 의료서비스를 하여야 하는 내국인 개설 의료기관과 당연요양기관에서 제외되고, 건강보험 수가 적용도 없이 수가를 임의로 책정할 수 있는 외국인 개설 의료기관이 양립하게 됨으로써 의료서비스 제도와 관련하여는 국민들을 대상으로 “1國 兩制”가 법률에 의하여 실정법상의 제도로 구축되게 된 것임.

¹ 그 후 법률 전면개정시 307조로 조문 이동함.

- 이와 같이 외국의료기관의 내국인 건강보험환자 진료 허용이라는 제한적인 허용이 아닌, 전면적인 비급여 진료 허용은 내국 의료기관에 대한 심각한 역차별을 의미하는 것이며, 비록 특정 지역에 국한한 것으로서 국내 의료시장에 미치는 영향은 미미하다고 하나, ‘녹지병원’의 실증적인 사례에서 확인되듯이, 제도적인 역차별의 문제는 결과적으로 내국의료기관과 관련하여 공급자 측면에서 국민건강보험의 근간을 뒤흔드는 매우 예민한 사안일 뿐아니라 수요자 측면에서 국민들의 건강권과 관련한 차별적 접근을 제도적으로 허용함으로써 의료계와 정부, 국민들 3자간의 심각한 사회적 갈등을 유발할 수 있는 매우 예민한 사안이라고 할 수 있음.

2. ‘녹지병원’개설허가 및 취소 경과

- 2013.10.22. 녹지제주헬스케어타운 유한회사(이하 ‘녹지 제주’) 설립 : 서귀포시 동흥동과 토평동 일원 381,495㎡에서 3단계로 추진되는 ‘제주 헬스케어타운 조성사업’을 위해 설립
- ‘녹지 제주’, 2015. 6. 11.자로 제주특별자치도지사에게 의료기관 개설허가 사전심사청구 접수 및 ‘제주특별법’ 제307조 및 제주특별자치도 보건의료특례 등에 관한 조례 제16조에 따라 개설허가 전 보건복지부장관의 사업계획승인을 받기 위한 최종 사업계획서 제출
 - 동 사업계획서 p8에 진료 환자를 “제주도를 방문하는 중국인 등 외국인 의료관광객이 대상임” “제주도를 방문하는 외국인 의료관광객을 대상으로 성형미용/건강검진 서비스를 제공하는 외국 의료기관임”이라고 하여 외국인 환자를 대상으로 의료를 하겠다고 명시하여 사업계획을 제출함.

5.4 보건의료체계에 미치는 영향

※ 제주 의료기관/의료인력 현황

- 제주내 의료기관은 973개, 의료인력은 3,689명으로 인구대비 의료기관 및 의료진 수는 전국 평균수준 임

구분	전국	서울	제주
대상인구(의료보장적용인구)	51,448,491	10,191,527	595,639
의료진인원	298,676	81,653	3,689
의료진인원 / 1,000명당	5.81	8.01	6.19
의료기관개소	84,971	21,044	973
의료기관개소 / 1,000명당	1.65	2.06	1.63

자료 : 2013 건강보험통계연보

※ 녹지국제병원 의료서비스

- 녹지국제병원은 제주도를 방문하는 외국인 의료관광객을 대상으로 성형외과/건강검진 서비스를 제공하는 외국 의료기관 임

※ 보건의료체계에 미치는 영향

- 녹지국제병원은 비보험과목인 성형외과/피부과/건강검진을 운영하므로 국민건강보험에 미치는 영향이 없음
- 녹지국제병원은 제주도를 방문하는 중국인 등 외국인 의료관광객이 대상으로 공공의료에 미치는 영향이 없음
- 성형외과/피부과/건강검진의 수가는 국내에서 이미 시장경쟁 논리에 의해 결정되는 사항이므로 녹지국제병원이 국내 수가 결정에 영향을 주기 어려움

- ‘녹지제주’가 도지사에게 최종 제출한 위 사업계획서를 도지사가 보건복지부장관에게 제출하여 2015. 12. 18. 보건복지부장관으로부터 사업계획승인을 받음.
- 도지사는 이와 같은 사업계획승인에 따라 ‘외국의료기관(녹지국제병원) 사업계획서 승인사항 통보’라는 공문으로 2015. 12. 21.자로 ‘녹지제주’에게 통보

2. 위호와 관련 보건복지부에서 승인한 외국의료기관(녹지국제병원) 사업계획서에 대하여 제주특별자치도 보건의료 특례 등에 관한 조례 제16조 제3항 규정에 의거 승인조건 등을 다음과 같이 통보하오니 이행에 철저를 기하여 주시기 바랍니다.

다 음

가. 대상기관 : 외국의료기관(녹지국제병원)

나. 결정내용 : 승인(보건복지부장관)

다. 승인일 : 2015. 12. 18

라. 승인조건

- 1) 국내 허용되지 않은 의료행위 금지 등 현행 의료법 제반사항 준수
- 2) 승인된 사업계획서상 시행기간(2017.3월)을 2017.9월까지로 함(사업계획서 승인 행정절차 이행 소요기간인 6개월 연장). 끝.

* 제주특별자치도지사는 승인된 사업계획서대로 승인하면서 특별히 승인조건을 ‘1) 국내 허용 되지 않은 의료행위 금지 등 현행 의료법 제반사항 준수, 2) 승인된 사업계획서상 시행 기간(2017. 3.)을 2017. 9.까지로 함’을 부기함.

- ‘녹지제주’ 사업계획에 따라 ‘녹지병원’ 건물을 착공, 2017. 7. 28. 준공 후 도지사의 사용승인을 받은 후, 2017. 8. 28. 제주특별자치도에게 제주특별법 제307조 제1항에 따라 진료과목을 ‘성형외과, 피부과, 가정의학과, 내과’로, 개설예정일은 ‘2017. 10. 1.’로 하여 외국의료기관 개설허가신청을 함.
- 제주특별자치도는 2017. 9.경부터 2018. 3.경까지 6차례에 걸쳐 구비서류 검토, 보건의료정책 심의위원회 심의, 보건의료정책 심의위원회에서 제출한 종합의견의 심도있는 검토 등이 진행됨.
- 도민들의 영리병원 개설에 대한 반대여론이 비등하자 ‘제주도 속의형 정책개발심의위원회’가 2018. 3. 8. ‘녹지병원’ 의료기관 개설 허가 문제에 대하여 ‘속의형 정책개발’ 절차 회부 결정 및 2018. 3. 13. ‘녹지 제주’에게 속의형 정책개발 절차에 따른 결정이 있을 때까지 의료기관 개설허가에 관한 민원처리기간 연장 통지
- 속의형 공론조사위원회는 공론조사 절차를 거친 후 2018. 10. 4. ‘녹지병원’ 의료기관 개설 불허 권고를 하면서, 보완 조치로 이 사건 의료기관을 비영리병원으로 활용하도록 의견을 제시
- 제주특별자치도지사, 2018. 12. 5. 자로 아래와 같은 개설허가를 함.

가. 외국의료기관(녹지국제병원) 개설허가 사항

병 원 명	녹지국제병원		진료과목	성형외과, 피부과, 내과, 가정의학과
개 설 자	황민강		건물연면적	18,253㎡(지하 1층/지상 3층)
소 재 지	제주특별자치도 서귀포시 솔오름로 126(토평동) (제주헬스케어타운 내)			
병 상 수	47병상 (47실)	의료인력 등 종사자	* 총 134명 - 의사 9명, 약사 1명, - 간호사 31명, 간호조무사 13명 - 임상병리사 2명, 방사선사 2명 - 코디네이터 33명(통역 및 환자상담) - 기타 일반 행정 43명	

나. 허가일자 : 2018. 12. 5.

다. 허가조건 : 진료대상자는 제주도를 방문하는 외국인 의료관광객을 대상으로 함(내국인 진료제한).
(보건복지부에서 승인한 사업계획서 요약본 8페이지)

- 2019. 2. 14. ‘녹지 제주’ ⇒ 제주특별자치도지사, 내국인 진료 제한 조건의 취소 또는 개설허가 취소를 구하는 소송 제기(제주지방법원 2019구합5148호; 이하 ‘제1사건’이라 함.)
- 2019. 2. 15. 제주특별자치도지사 ⇒ ‘녹지 제주’, 개설 허가일로부터 3개월 이내 정당한 사유 없이 업무 시작하지 않을 경우, 개설 허가 취소 가능 안내. ‘진료 업무

미개시에 대한 정당한 사유 제출 또는 허가사항 변경허가 사유 발생시 변경 신청' 통지

- 2019. 2. 26. 제주특별자치도지사 ⇒ '녹지 제주', 진료개시일(2019. 3. 4.) 도래하여 2019. 2. 27 운영사항 현지점검하겠다는 안내문 발송.
- '녹지 제주' ⇒ 제주특별자치도지사, 현지점검 및 관련법에 따른 행정절차 진행 연기 요청(하루만에 현지점검 준비 시간 부족, 개원 지연에 정당한 사유 존재, 개원계획 재수립이행에 상당한 시간 소요 예상 주장)
- 제주특별자치도지사 ⇒ '녹지 제주', 2019. 3. 27.과 3. 5. 현지점검 시도했으나 '녹지 제주'가 응하지 않음(2019. 3. 5. 현지점검은 사전통지가 이루어지지 않음).
- 2019. 3. 26. 사전 청문
- 2019. 4. 17. 제주특별자치도지사 ⇒ '녹지 제주' 외국의료기관 개설허가 취소 처분
- 2019. 5.20. '녹지 제주' ⇒ 제주특별자치도지사, 제주지방법원에 외국의료기관 개설허가 취소처분 취소 청구의 소 제기(제주지방법원 2019구합5483 사건, 이하 '제2사건'이라 함.)

3. '녹지병원'을 둘러싼 소송 및 판결의 검토

가. 녹지병원 허가처분과 관련된 소송은 2개임

'제1 사건'(제주지방법원 2019구합5148호)

- 소송 계속 중 '제2 사건'이 제소되어 동 판결 확정시까지 재판을 진행하지 않다가 '녹지 제주'측의 승소확정되자 재판이 재개되어 2022. 4. 5.자로 '녹지 제주' 1심 승소판결이 선고됨

'제2 사건'

- '제1 사건' 진행 중, 제주특별자치도지사가 2019. 4. 17. '녹지제주헬스케어타운 유한회사'가 녹지병원 개설허가 후 3개월 내 업무를 시작하지 않았다는 등의 이유로 '개설허가 취소 처분'을 하였음. 이에 동일한 원고가 동일한 피고를 상대로 '외국의료기관 개설허가취소처분 취소 청구의 소'를 제기(제주지방법원 2019구합5483 사건. 이하 '제2사건' 1심).
- 1심에서는 피고(제주도지사)가 승소(의료기관개설허가 취소 처분 적법)하였으나, 원고(녹지) 항소 후 진행된 광주고등법원 (제주) 2020누1799(이하 "2심")에서 원고가

승소하였음(취소 처분 부적법). 그리고 동 판결은 2022. 1. 대법원에서 제주도측의 상고에 대하여 심리불속행 기각결정으로 판결이유 기재없이 패소 확정됨.

나. '제2사건'의 검토

1심 판결과 2심 판결은 녹지병원 개설허가 후 3개월 내에 업무를 시작하지 못한 것에 '정당한 사유'가 있는지 여부에 대해 판단을 달리하였음.

- 제주도지사의 녹지병원 개설허가 취소 처분의 사유는 2가지임.
 - 처분사유(1): 원고는 개설허가로부터 3개월 이내 정당한 사유 없이 업무를 시작하지 아니함(의료법 제64조 제1항 제1호)
 - 처분사유(2): 원고는 2회의 현지점검에 응하지 않아 관계 공무원의 직무 수행을 기피 또는 방해함(의료법 제64조 제1항 제3호)
- 1심은 위 처분사유(1)에 따른 처분이 적법하므로, 처분사유(2)에 대해서는 별도로 판단하지 않았고, 2심은 처분사유(1)과 (2) 모두 부적법하다고 보았음. 처분사유(2)는 절차적 부분(현장점검 전 7일 전에 사전통지를 하지 않았다는 점)에 대한 것이므로, 영리의료병원 허가 여부에 대한 사회적 쟁점과는 직접 관련은 없음.
- 2심의 요지는(처분사유(1) 관련), ① 녹지병원 사업계획부터 허가까지의 경과에 의할 때 '외국인+내국인' 대상으로 개설이 예정되어 있었으나, 제주도지사가 예상과 달리 '내국인 진료 제외(조건부)'로 허가하였으므로 '주된 허가사항이 변경'되었음. ② 허가 절차가 15개월 소요되며 인력이 과반수 이상 이탈하였음. ③ 따라서 '주된 허가사항 변경' 및 '인력 상황 변동'에 따라 개원 준비 계획의 변경이 불가피하고, 계획 변경과 이에 따른 개원에는 상당한 시간이 소요되며, 녹지병원이 계획 재수립 의사를 밝히는 등 개원을 위해 노력 했으므로, 3개월 내 개원하지 못한 데 '정당한 이유'가 있음.
- 그리고 이와 같은 2심 판결은 상고심에서 심리불속행으로 상고기각판결이 선고되어 '녹지 제주'가 승소확정됨.

확정된 2심 판결의 검토 및 문제점

- 1심 및 확정된 2심 판결의 쟁점별 판단을 구분하면 다음 표와 같음.

(표 :1심 및 2심 판결의 쟁점별 판단)

쟁점 (1심 판결 기준)	1심	2심
처분사유(1) 부존재 ①개설허가의 내국인진료 제한 조건 위법	-개설허가의 위법이 있더라도 당연무효(하자가 중대, 명백)가 아닌 이상 개설허가의 효력 존재하고, 당연무효의 사정은 없음.(개설허가의 구체적 위법사유 판단안함) ⇒개설허가에 따라 3개월 이내 업무시작했어야 함. 개설허가 허가 위법 다투는 관련소송 제기했다고 업무 거부 등은 안됨.	-허가조건의 위법성은 관련소송에서 판단해야 할 문제 -그러나, 허가 과정에서 ‘내국인 배제 허가 조건 부가될 것’이라거나 ‘ <u>개설허가가 15개월 지나서 이루어질 것</u> ’을 <u>예상하였다고 볼 사정 없음.</u> ⇒예상치 못한 허가 조건 및 인력 상황 변동으로 사업계획이나 개원준비계획 변경 불가피 ⇒그러나 피고는 개원준비계획 재수립 기회를 전혀 부여하지 않음. / 반면 원고는, <u>관련 소송 제기 또는 허가조건에 맞춰 개원 준비계획 재수립 의사를 표시하는 등 필요한 노력을 하였던 것으로 볼 수 있음.</u>
②내국인진료제한으로 경제성이 없어 안정적 운영 불가능	-인정증거 없음(원고의 사업계획당시 외국인의료관광객을 주요 이용객으로 상정. 공공의료에 미치는 영향이 없다고 명시하거나 건강보험 적용 안되어 <u>내국인 이용 안할 것 예상</u>) ⇒내국인 진료제한 조건만으로 업무 시작에 대한 불가항력적 외부 요인 존재한다 볼 수 없음.	-사업계획서 상 ‘외국인 의료관광객’이 대상이 예정되어 있음. -그러나 1) 사업계획서 상 ‘국내 건강보험 적용 받지 않는 의료서비스 제공 ⇒기존 보건의료체계 영향 미치지 않을 것’ 기재, 2) 제주도, ‘내국인 이용하더라도 건강보험 적용 제외 ⇒건강보험체계에 별 영향 없을 것’ 분석, 3) 공문조사, ‘내국인도 이용가능’을 전제로 논의 ⇒ 주된 이용대상이 외국인 의료관광객이나 <u>내국인 이용 배제하지 않는 방향으로 추진된 것으로 보임.</u>
③내국인진료거부로 의료법위반 등 형사처벌 가능성	-내국인진료거부를 하더라도 개설허가조건에 따른 것이므로 형사처벌 등 대상 된다고 보기 어려움 -내국인진료제한조건으로 응급의료까지 금지된다고 보기 어려우나, 응급실 등이 없어 현실적으로 응급의료법 위반문제 발생할 것이라 보기 어려움 ⇒형사처벌 등 우려로 업무 개시지연한 것은 아닌 것으로 보임	-
④개설허가신청의 연장으로 인력의 대거이탈	-개설허가 신청 후 허가까지 15개월 소요되고, 근로자 134명 중 70여명(의사 9명 전원 포함)이탈 사실은 인정되어 어려움을 겪었을 것으로는 보임. -그러나 관련소송 제기 외 <u>추가적인 인력채용 절차 진행하는 등 개원준비에 필요한 행위 안함</u> (공정력으로 개설허가 과정의 기간도과 등 절차적 하자는 별도로 판단 안함) ⇒근로자 이탈 사정만으로 업무 시작 지연의 정당한 사유 인정 안됨	-허가일로부터 3개월 내 추가 인력 채용절차 진행 등 개원 준비에 필요한 구체적 행위 착수한 것으로 보이지는 <u>않음.</u> ⇒그러나, 3개월 내에 다시 추가 인력 채용 절차 진행이 용이하다고 보이지 <u>않음.</u> ⇒‘주된 허가사항 변경’으로 사업계획 수정/개원 준비에 상당한 시간이 소요되므로, 3개월의 짧은 기간 내 <u>변경된 허가조건에 맞춰 구체적 절차까지 나갈 것 요구하기는 어려움.</u>
처분사유(1) ①재량권일탈남용	-상당한 경제적 손해가 발생할 것으로 보이기는 하나, 처분 후 6개월 경과하면 재차 개설허가 신청 가능, 개설허가 받은 후 소송 제기 외에 의료기관 운영을 위한 별다른 노력 없음, 처분이 의료관계 행정처분 규칙에 어긋나지 않음, 의료기관	처분사유 부존재로 처분이 위법하므로 별도로 판단하지 않음.

	개설 관련 행정의 적정성 확보 등 공익상 필요가 큼.	
②신뢰보호원칙위배	원고가 주장하는 신뢰는 개설허가에 내국인 진료제한 조건 부과 여부이지, 3개월 이내 업무 시작하지 않음을 이유로 한 이 처분에서 직접적인 고려대상 아님.	
처분사유(2) 부존재 ①사전통지가 없는 위법한 행정조사	처분사유(1)이 적법하므로 별도 판단 안함	행정조사기본법에 따른 사전조사통지(7일 전) 절차를 흠결하여 위법
②직무수행의 방해 또는 기피 의도 부존재	“	위법한 현장점검에 응하지 않았다고 관계 공무원의 직무 수행을 기피 또는 방해했다고 볼 수 없음.

확정된 2심 판결의 문제점

- 당초 사업계획 단계에서 허가과정까지 ‘내국인 이용 배제하지 않는 방향으로 추진’되었나? (1심 판결과 동일한 사업계획 등에 대해 판단을 달리한 부분)
- 주된 허가사항이 변경되어, 개원 준비계획이 새로 수립되어야 했나? (2심 판결에도 기재되었듯이 ‘주된 이용 대상이 외국인 관광객 대상’이었으므로, 주된 허가사항의 변경이라거나 전면적인 사업 계획의 변경이 필요한 상황이었다고 볼 수 없음)
- 허가 조건을 다투는 소송 제기 또는 허가조건에 맞춰 개원 준비계획 재수립 의사를 표시하는 것이 개원을 위해 필요한 노력을 했다는 근거가 될 수 있나? (계획 재수립이 필요했다 하더라도, 3개월 동안 재수립 하겠다는 의사 표시를 한 것만으로 필요한 노력을 다한 것으로 볼 수 없음. 2심도 ‘채용절차 진행 등 구체적인 개원 준비 행위에 착수한 것으로 보이지 않는다’고 인정하였음).
- (같은 맥락에서) 사업계획 수정을 통해 개원 준비에 상당한 시간이 소요된다 하더라도, 3개월 동안 채용절차 공고 등 인력채용을 위한 기본 절차도 밟을 수 없었나? (복지병원은 국내 모 의료기관의 인력이 배치되어 개설을 준비하다가 ‘복지제주’가 명목상의 외국투자법인이고 실질은 국내의료기관의 영리병원의 성격을 갖고 있다.는 비판이 제기되자 모 의료기관 인력의 철수로 장기간 인력 부재 공백상태로 방치되어 있었고, 그 후 별도의 인력배치노력이 없었음. 한마디로 개원의 의지가 없었다고 보임. 2심은 ‘구체적인 절차에 나아갈 것은 요구하기 어렵다’고 하였으나, 구체적인 절차의 ‘착수’조차 하지 않은 행위는 내국인진료가 가능한 내용으로 허가가 변경되기 전에는 개원할 의사가 없었다는 의사로 보아야 함).

제2사건 판결 중 ‘조건부 개설허가’판단의 문제점

- 제2사건의 판단의 대상은 ‘제주도지사의 허가취소 처분이 적법한지 여부’였으므로, ① 당초 제주도지사의 복지병원 설립 허가 자체가 적법한지 또는 ② 복지병원 설립

허가에서 조건부로 내국인 진료 배제를 부가한 것이 적법한지에 대한 판단과는 직접 관련은 없음(후자의 경우 '관련사건'에서 판단이 예정되어 있음).

- 그런데 2심 판결에서 피고의 개설허가에 기재된 사항이 비록 직접적으로 '조건부 개설 허가'가 적법한 지에 대한 판단을 하고 있지는 않으나, '사업계획승인'과 다른 '(새로운) 조건(이) 부(가된) 개설 허가'임을 전제로 하여, '사업계획, 제주도 분석, 공론조사 등에서 내국인 이용을 배제하지 않는 방향으로 추진된 것으로 보인다고 한 점, 이로 인해 제주도지사가 조건부 허가를 할 것을 예측할 수 없었다고 한 점'이 인정된다.면서 이를 근거로 제주도 측에 의하여 '주된 허가사항 변경'이 있었으므로 사업계획 수정/개원 준비에 상당한 시간이 소요되므로, 3개월의 짧은 기간 내 변경된 허가조건에 맞춰 구체적 절차까지 나갈 것 요구하기는 어려움.이라면서 허가취소처분의 위법성 판단 근거로 실시하여 '녹지 제주'에게 승소 판결을 선고하였음.
- 이 부분은 결국 '녹지 제주'가 제주특별자치도에 사전심사청구를 하면서 보건복지부장관의 승인을 받기 위하여 제출한 사업계획서와 이에 따른 보건복지부장관의 사업계획승인의 법적 효력과 이에 따른 제주도측의 개설허가의 성격이 무엇인지에 대한 판단을 일탈하고 이를 그르친 위법을 범한 것으로 판단되나, 유감스럽게도 제2사건에서 이 부분이 직접적인 쟁점으로 공방되어 판단되지 않은 부분은 큰 흠결이라고 판단되며, 이러한 잘못된 판단이 제1사건의 판단에 잘못된 영향을 초래한 것으로 보임.(구체적인 사항은 제1사건 검토에서 다루기로 함.)

다. 제1사건의 검토

판시요지

- '이 사건 허가조건'이 독립된 행정처분인지 여부에 관하여 '이 사건 허가조건은 "내국인진료금지"라고 하여 그 문언상 원고가 이 사건 병원을 운영할 때 내국인에 대한 진료를 제한하는 내용으로서 원고에게 일정한 부작위의무를 부담하도록 하는 것.으로 이 사건 개설허가에 부수하여 원고에게 일정한 의무를 부과하는 부담에 해당하므로, 그 자체로서 독립하여 행정소송의 대상이 될 수 있다'면서 처분성을 인정하고 피고의 주장을 배척함.
- 의료기관 개설허가의 법적 성질에 관하여 '기본적으로 일반적 금지의 해제라는 허가의 성질을 가지고 있으므로 의료법 및 의료법 시행규칙 등 관계 규정이 정하는 요건에 합치하는 때에는 특별한 사정이 없는 한 이를 허가하여야 하고, 다만 모든 국민이 수준 높은 의료 혜택을 받을 수 있도록 국민의료에 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 건강을 보호하고 증진한다는 의료법의 입법목적에 비추어

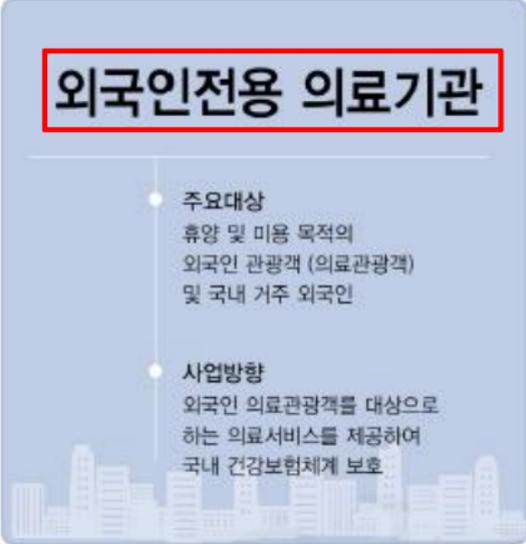
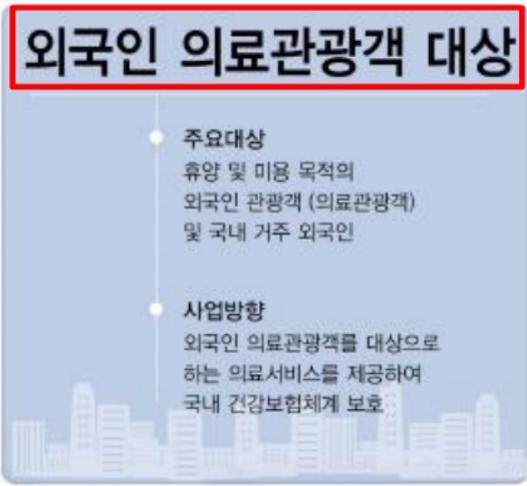
중대한 공익상 필요가 있는 경우에만 예외적으로 그 허가를 거부할 수 있다고 보아야 한다. 따라서 의료기관 개설허가는 기속재량행위의 성질을 가진다고 할 것이다.’

- 이 사건 허가조건은 부관을 붙일 수 없는 기속재량행위인 이 사건 개설허가에 붙인 것이거나 또는 피고가 아무런 법령상 근거 없이 붙인 것이어서 위법함.

문제점

사전심사승인 및 보건복지부장관의 사업계획승인의 효력

- ‘녹지제주’는 여러 차례에 걸쳐서 사전심사제출자료 ‘사업계획서’를 제출하였는데 처음에는 내용상 목차에 “외국인전용 의료기관”이라는 제목을 붙였다가 최종사업계획서에는 “외국인 의료관광객 대상”이라는 표현으로 바꿨으나 주요 대상은 “휴양 및 미용 목적의 외국인 관광객(의료관광객) 및 국내 거주 외국인 “사업방향”으로 “외국인 의료관광객을 대상으로 하는 의료서비스를 제공하여 국내 건강보험체계 보호”라고 명시하고 있음.

2015. 1. 18.자 사전검토용 사업계획서	최종 사업계획서
	

- 보건복지부장관은 이와 같은 사업계획서를 심사하여 ‘녹지 제주’의 사업계획을 승인하였고, 이에 따라 제주특별자치도 역시 2015. 12. 21.자 사업계획서 승인사항 통보 공문을 통하여 나. 결정내용 “승인(보건복지부장관)”으로 명기하고, 라. 승인 조건에 1) 현행 의료법 제반사항 준수 2) 승인된 사업계획서상 시행기간 6개월 연장“을 기재하였는 바, 1)의 내용은 제주특별법 제309조의 규정상 당연히 의료법을 준수하여야 하는 것을 표기한 것으로서 별도의 조건이라고 할 수 없고, 2)기재 부분은 도 조례 제16조 제3항에 따라 ‘녹지 제주’에게 유리하게 시행기간을 6개월 연장해주는 조건을 부과하는 것에 불과함. 이와 같이 보건복지부장관이나

제주특별자치도지사는 ‘녹지 제주’가 신청한 사업계획대로 승인하고 사전심사승인처분을 한 것이며, 사업계획서에는 분명히 “주요대상” 및 “사업방향”기재를 통하여 동 외국의료기관이 “내국인을 대상으로 하지 않음”을 분명히 한 것임을 분명히 확인할 수 있음.

- 이러한 사전승인처분은 특별한 사정이 없는 한 제주특별자치도로 하여금 특별한 위법사항(의료법상의 시설기준과 ‘보정심’의 심의결과 위법사유 확인 등)이 발생하지 않는 한 사전승인 내용대로 외국의료기관의 ‘개설허가’를 하도록 구속하는 효력이 발생함.
- 만일 ‘녹지 제주’가 내국인진료까지 포함하는 내용으로 외국의료기관개설허가를 받고자 한다면 도 조례 제16조 제6항에 따라 “미리 승인 받은 사업계획의 내용의 일부를 변경하고자 하는 경우 제1항에 따른 사업계획 승인을 받아야 한다.”는 규정에 따라 사업계획변경승인신청을 하고 보건복지부장관의 승인을 받아 도지사의 변경 사전심사승인처분을 받으면 되는 것임.
- 이와 같은 사업계획서의 기재 내용, 보건복지부장관의 사업계획승인처분과 도지사의 사전심사승인처분에서 확인되는 기속력과 처분문서인 사업계획서상의 기재 내용을 비추어 볼 때, 이 사건 사전심사 승인 및 개설허가 전까지의 일련의 당시 원희룡 제주도지사의 내국인진료가 가능함을 전제로 한 발언이 있었다고 한들, 이로써 사업시행자의 사업계획서에 명시한 진료대상과 사업방향의 기재에 반하여 이 사건 사업계획서와 사업계획승인이 ‘내국인진료포함’으로 사업계획을 제출하고 승인을 받은 것으로 해석될 여지는 없으며 이는 행정처분의 공정력 내지 확정력과 문리해석에도 정면으로 반하는 해석론으로 이 점에 있어서 1심 판결의 판단은 큰 흠결이 있는 것으로 판단됨.

개설허가 사항 중 ‘다. 허가조건’ 기재의 성격

- 제주특별자치도지사의 2018. 12. 5.자 개설허가 중 “다. 허가 조건 : 진료대상자는 제주도를 방문하는 외국인 의료관광객을 대상으로 함(내국인 진료제한)(보건복지부에서 승인한 사업계획서 요약본 8페이지)라고 기술된 부분이 과연 1심 판결이나 제2사건의 2심에서 판시하는 바와 같이 “조건부 허가” 나아가 “부담” 부과인지에 관하여 판단할 때 위와 같은 선행처분의 기속력 내지 공정력과 문리해석의 법리를 비추어 보면, 동 기술내용은 선행승인처분에서 사업시행자인 ‘녹지 제주’가 신청한 사업계획에 기재된 진료대상과 사업방향에 기술된 내용대로 기재된 내용에 불과하고, 별도로 개설허가신청인인 ‘녹지 제주’에게 새로운 의무를 부과하는 처분으로 보기는 어렵다는 것을 알 수 있음. 이 점에서 제2사건의 2심판단이나 제1사건의 1심 판단은 법리적으로 문제가 있다고 판단됨.

의료기관의 개설허가의 법적 성질에 관한 판단에 관하여

- 1심은 일반론적인 의료기관 개설허가의 법적 성격을 ‘기속재량행위’라고 판단하면서, 이를 전제로 하여 ‘외국의료기관’의 경우에도 동일한 잣대로 의료법상의 시설 기준 등에 부합되면 내국 의료인이나 의료법인의 신청과 같이 기속재량행위로서 허가하여야 한다는 판시를 하고 있으며, 여기에 덧붙여 의료법상의 ‘진료거부행위금지’의무 규정 때문에 ‘내국인진료 제한’은 위법하다는 듯한 판시를 하고 있음.
- 이와 같은 1심 판단은 현행 제주특별법상의 입법이 다소 미흡한 점에서 기인한 부분이 있지만, 이와 같은 해석론은 내국의료기관과 외국의료기관이 동일한 법적 지위를 갖고 있음을 전제로 한 심각한 흠이 있음. 이는 국내법상 병의원이 ‘비영리’로 국민건강보험의 당연적용을 받는 요양기관당연지정제의 규율을 받아 의료인들이 국민의 건강권 보장이라는 보다 공익적 목적에 따라 직업수행의 자유를 제한받고 의료행위(급여)의 내용 및 급여비용도 법정화하여 허용된 요양급여행위를 벗어나서는 안되며, 보상도 법정 수가 그 이상을 지급받지 못하게 강제하고 있는 우리나라의 의료공급체계라는 법제도 현실에 대한 이해부족에 기인한 것으로 보임.
- 이러한 해석론이 확장될 경우 내국인에 대하여는 직업수행의 자유를 심각하게 제한하여 놓고서 외국영리병원에 대하여만 건강보험의 의료행위 및 수가 제한 체제를 벗어나 자유롭게 허용하여 주는 결과가 되는 바, 이는 ‘다른 것은 다르게’라는 헌법상의 평등의 원칙을 심각하게 위반하여 내국 의료인 및 내국 의료기관을 차별하는 위법한 해석론이 될 것임.
- 나아가, 외국의료기관의 특성상 내국인진료금지 의료기관으로 개설될 경우 방문한 내국인 환자에게 진료를 제공하지 못한다고 하여도 이는 법령에 따른 허가기준에 기한 것으로 진료거부행위에 해당되지 않기 때문에 이러한 해석론 역시 잘못된 것으로 판단됨.
- 특히 (내국)의료기관과 외국의료기관은 의료법 제33조 제4항 병원 이상의 의료기관 개설 시 제36조에 따른 시설 기준과 제60조 제12항에 따른 기본시책과 제2항에 따른 수급 및 관리계획에 적합하지 아니한 경우의 해석에 있어서도 의료기관의 종별, 과별 역내 병상수와 건강보험환자수 등을 종합적으로 고려하여 내국의료기관의 건강보험수급자인 환자들이 진료에 영향을 미치지 않는 범위에서 병상수나 지역적 배치의 조정을 수반할 수 있으므로 동 규정의 해석 역시 기계적으로 동일한 잣대로 해석하기 어려운 공공보건의료정책적 판단 내지 국가의료주권의 관점에서 판단되어야 할 보다 상위의 보호법익 차원에서 해석되어야 할 것인 바, 원심의 내국의료기관에 대한 처분의 ‘기속재량행위성’을 외국의료기관에 그대로 적용하는 것은 잘못된 것으로 판단됨.

라. 제주특별자치도의 2차 개설허가 취소 및 항소심 전망

개설허가 취소 경위

- 제1사건 판결 선고 전인 **2022. 1.** ‘제주 녹지’법인은 병원 건물과 토지 소유권을 국내 법인인 디아나서울에 양도하여 소유권을 이전함.
- 또한, 지난 **3월** 현장 실사를 진행한 결과, 의료 인력과 장비 등도 갖추지 못한 것으로 파악됨.
- 결국 개설허가 장소로 신청한 주소지의 건물과 부지는 이미 타인의 소유로 이전되었고, 동 장소에 구비되어야 할 의료기관으로서 갖추어야 할 인력과 장비도 부재한 상태에서 **2022. 4월** 제주도 보건의료정책심의위원회는 녹지국제병원의 영리병원 개설 허가 취소 절차를 진행해 위원 전원 찬성으로 안건을 가결했고, **5월** 녹지 측의 의견을 제출받아 청문절차까지 진행한 결과, 최종적으로 **2022. 6. 21.**자로 개설 허가 취소 결정을 내림.

2심 사건에 대한 영향

- 확정된 제2사건은 ‘개설허가 취소처분’을 취소한 것으로 외국인전용의료기관으로서 개설허가 상태가 유지되는 법률효과가 있는 것이고, 제1사건은 이와 같은 개설허가가 유지된 상태에서 ‘외국인전용’이라는 부분이 위법한 ‘부담’부과인지 여부를 판단하는 재판임.
- 그런데, 이와 같은 재판 과정- 특히 1심 판결 선고 전에 개설허가된 제주녹지병원 자체에 대한 물적, 인적 시설을 처분하여 허가 대상이 멸실된 상태가 되었으므로, 결과적으로 ‘외국인 전용’이 ‘위법한 공법상의 부담부과’인지 여부에 대한 다툼의 전제인 **2018. 4.자** ‘개설허가’처분이 후행 취소 처분으로 취소된 상태가 되므로, 그 위법, 취소를 구할 법률상의 이익은 없게 될 것임. 따라서, 녹지국제 법인 측은 새로운 처분에 대한 불복 행정소송을 함은 별론으로 하고, 항소심에서 다투야 할 ‘처분’이 소급하여 소멸된 이상 항소심에서 소의 이익이 없어서 ‘각하’되어야 할 것으로 예상됨.

4. 1국 양제의 영리병원의 근본적 해결방안

가. ‘녹지 제주’ 판결의 중요성

- ‘녹지 제주’ 사건을 통하여 사법부의 제주특별법상의 외국의료기관 개설허가에 관한 1차적인 사법적 판단의 기준이 제시되고 있는 바, 이와 같은 법률해석론의 문제점은

이와 같은 잣대가 적용될 경우 내국의료기관 역시 헌법상 평등의 원칙 관점에서 영리병원을 허용하고, 건강보험상의 수가 및 의료행위 법정제한 시스템에서 벗어날 자유를 보장하는 방향으로 기계적 해석론을 적용하여 한국의 공적 의료체계에 심각한 혼란을 초래할 위험이 사법적으로 발생하였다는 점에서 이 사안은 매우 중대한 사안이라고 할 수 있음. 따라서 제1사건은 항소심에서 ‘각하’판결을 통하여 더 이상의 사법적 법률 판단 결과물이자 주요한 선례로 작용하지 않도록 노력해야 함.

- 근본적으로 의료소비자의 의료기관 선택권이 각자의 주소지로 제한되지 않고 전국 어느 지역이든 보장되고 있는 자유로운 대한민국 의료체계에서 특정지역에 외국의료기관에만 건강보험적용을 배제하고, 따라서 수가체계나 법정의료행위 제한 체계를 벗어나 임의적인 진료행위가 자유로이 허용되고, 의료서비스의 댓가 역시 공급자 자율로 결정하도록 내국의료기관과 다른 특혜를 제공하여 주는 현행 ‘경제특구법’ 및 ‘제주특별법’상의 ‘외국영리의료기관’제도는 아래 나항과 같은 심각한 문제를 초래할 수 있음.

나. 외국영리병원이 당연요양기관제 및 기타 건강보험에 미칠 영향

- 첫째, 경제특구나 제주자치도 내에서 외국인이 개설한 의료기관에 대하여 내국인 진료를 할 경우 대한민국 내에는 비록 시장 점유율이 현저히 낮기는 하겠지만 건강보험의 적용을 받지 않는 고가진료 시장(비보험,비급여)과 국민 대다수의 보험급여 시장으로 의료서비스 시장이 2원화할 것으로 예상됨. (비록 ‘녹지 제주’가 현실적으로 탁월한 능력을 갖는다고는 예상되지 않지만 이를 인수하는 주체에 따라서는 달라질 수 있을 것임)
 - 이러한 상황에서 재벌그룹 계열 및 몇몇 국공립대학병원 등 외국의 의료 서비스 수준에 근접한 의료기관들과 의료기술상 고가진료로 경쟁력을 확보할 수 있는 일부 의료기관들을 중심으로 하여 또 다시 당연요양기관제 폐지 내지는 적용 제외의 요구가 발생할 것이고, 최소한 경제특구나 제주특별자치도 내에 외국의료기관과 동일하게 비요양기관인 의료기관의 개설을 허가하여 줄 것을 요구할 것으로 예상됨.
 - 실제로 경제특구법 개정 당시에든 당연요양기관제 폐지와 관련하여 움직임이 조직적, 체계적으로 이루어져 왔으며 한편으로는 경제특구법 개정과 맞물려서 2004. 12. 15.자 보건복지부 연금보험국에서는 “신뢰받는 건강보험제도- 2005년도 주요업무계획”중 제7호 항목으로 “요양기관 당연지정제 폐지 및 계약제 도입방안”을 장관에게 보고하기까지 한 사례가 있었음.

- 둘째, 경제특구 내의 외국의료기관의 의료보수 수준은 결국 건강보험 내의 보험수가에도 크게 영향을 미치게 될 것임. 현행 의료급여비용을 산정하는 기준에 있어서 외국의료기관이 의료보수 체계는 기술적으로 사실상 차이가 없는 내국의료기관의 수가 산정시 중요한 참고자료가 될 것이며 이를 통한 수가의 대폭적인 인상 압력과 이에 따른 보험료 증가 및 의료비 증가와 관련한 심각한 사회적 갈등이 초래될 수 있으며, 이에 따른 국민의 고통과 부담의 증가는 심각한 정치적 위기로까지 연결될 것임.
- 셋째, 만일 충분한 고가 의료시장이 형성될 경제적 가능성이 확인될 경우 경제특구 내에는 다수의 외국의료기관이 진출하게 될 수 있을 것임. 이는 한미FTA나 한중FTA에서 보장한 내국인 대우, 최혜국 대우 보장과 여기에 한미FTA의 미래 유보 조항과 역진방지 조항까지 아울러 보면, 충분히 예상될 상황임. 아마도 참여 정부가 법률 개정의 필요성을 역설하였던 논거 중의 하나인 ‘의료허브로의 육성’ 주장이 여기에 기대하는 것으로 판단되지만 그것이 정부가 기대하는 중국 등 주변국 환자들의 유치와 같은 소기의 목적보다는 내국인에 대한 외국의료기관의 비급여 진료를 통한 고가의료시장 형성의 기대감으로 내국 의료기관에 대한 심각한 역차별 결과만을 초래할 수 있음.
- 넷째, 의료시장 개방을 앞둔 우리 나라의 현실에서 국민건강보험법상의 당연요양기관제는 자본력을 갖춘 외국의료기관의 국내 진출을 사실상 어렵게 하여 내국 의료기관을 상대적으로 보호하는 측면도 있었다고 할 수 있는데, 경제특구에 예외적인 법제가 시행될 경우 외국의료기관의 비급여 시장 개방 요구는 실정법상의 근거 하에 그 설득력을 더하게 될 것이며, 결국 전면적인 비급여 시장개방이라는 악 결과를 초래할 가능성도 배제할 수 없음.
- 다섯째, 비급여 고가진료시장이 일정 부분 형성될 경우 건강보험의 효용성에 대한 의문으로 말미암아 강제보험으로서의 건강보험에 대한 고소득층을 중심으로 한 탈퇴압력이 강화될 것이며, 한편으로는 민간의료보험이 이를 대체하는 상황으로 전개될 것인 바 사회연대성이 핵심인 건강보험의 건강성은 크게 훼손될 것임.
- 여섯째, 이러한 제반 양상들은 ‘경제특구’가 대한민국의 헌법 및 법률의 적용이 배제되는 치외법권 지역이 아닌 한, 근본적으로 국내의료기관에 대하여 헌법상의 평등권을 침해하는 결과가 될 것이며, 이렇게 될 경우 정부는 경제특구법상의 외국의료기관의 내국인 진료를 폐지하거나 아니면 국민건강보험법상의 당연요양기관제를 폐지하고 요양기관 계약제를 채택하여야 하는 선택의 상황에 내몰리게 될 것임. 특히 필자는 국민의 정부가 법률개정 작업을 하면서 당연요양기관제를 지켜 내기 위하여 범 정부적 차원에서 대응하였던 2002년도와 참여정부 당시의 상황을 비교할 때 건강보험에 있어서의 당연요양기관제를 폐지할 수 있는 제반 여건이 변화하지 않은 상황에서 결국 당연요양기관제의 폐지에

귀결되는 이와 같은 경제특구법 개정과 '제주특별법' 개정을 하였다든 것을 논리적으로도, 정서적으로도 이해할 수 없음.

- 일곱째, 이와 같은 외국영리병원을 근거로 한 내국의료공급체계의 혼란 및 영리병원 체제 도입이 현실화된다면, 여기에 실손형 민간의료보험이 크게 확대된 상황에서 현재와 같은 전국민을 대상으로 하는 강제보험인 건강보험하의 당연요양기관제와 보험수가제를 전제로 한 전국민 의료보장의 근간이 흔들려 비급여 고가진료와 보험환자를 중심으로 한 저가진료 시장으로 시장이 양분될 위험이 크며, 이 경우 사회보험으로서의 건강보험은 그 근간에 있어서 붕괴되거나 심각한 붕괴의 위기로 치달을 것으로 예상됨.

다. 외국의료기관 근거법률조항의 폐지가 근본적인 해결방안임

- 실제로 이 사건 판결 이후 대한의사협회 등 의료공급자 단체들의 심각한 문제제기와 의료·시민사회계 및 시민들 다수의 외국영리병원 특혜 폐지 요구는 헌법상의 평등권의 관점이나 국가 의료주권의 관점에서도 부합되는 것임. 허황된 '의료허브'를 목적으로 한 지난 18년의 실험과 그 유일한 사생아 격인 외국의료기관 개설허가의 최초의 실증적 사례로서의 중국자본의 '녹지 제주'가 과연 '의료허브'에 맞는지 '의료선진서비스의 국내 도입'을 통한 '국민건강권 확대'에 부합되었는지 이 제도를 도입한 과거의 참여정부, 그리고 현재 이를 목도하면서도 침묵한 채 무책임하게 임기를 마친 문재인 정부는 그 책임을 통감하여야 할 것이며, 따라서 국회 과반수를 구성하고 있는 민주당은 그 책임주체로서 '경제특구법' '제주특별법'상의 '외국의료기관' 근거규정의 폐지입법을 책임지고 통과시켜야 할 것임. 적어도 1國 兩 制의 현재와 같은 법과 제도는 폐지되어야 앞서 본 국민 건강보장을 둘러싼 위험을 근본적으로 해결하는 방안이 될 것임.
- 한중FTA에는 미래유보조항이 없으므로, '녹지 제주'의 문제가 해결되면 경제특구법 및 제주특별법 상의 외국의료기관 특례 규정들의 폐지는 문제될 리 없으며, 미국 투자자에 의한 경제특구와 제주자치도 내 외국의료기관이 도입되지 않은 현 시점에서 한미FTA에 따른 미래유보조항이 작동될 리도 없기 때문에 새로운 분쟁이 야기될 여지도 없는 현 시점이 외국의료기관 특례를 폐지할 수 있는 마지막 기회가 될 것임.
- 문재인 정부가 국민들의 정보인권마저 침해화하여 민감정보인 건강정보를 보건 의료 빅데이터로 산업화를 한 현실에서 외국의료기관이 도입될 경우 전국민을 대상으로 집적된 건강보험상의 진료정보가 외국의료기관에 대하여 연구 또는 산업화 목적으로 동등하게 제공되어야 하는 웃지 못할 또 다른 위험에 직면하게 될 것임. 전 세계적으로 각종 질병 관련 진료정보가 범 국가 차원에서 가장 많이 집적된 우리나라의 국민의 건강정보들이 외국 자본의 보건 의료 산업화용으로 무상으로

이용되는 위험을 방지하는 차원- 의료주권을 넘어서 보건의료빅데이터를 중심으로 한 보건의료산업 주권 차원에서라도 외국의료기관 제도는 시급히 폐지되어야 함.

- 또한, 새로운 정부 역시 보건의료 빅데이터 산업화를 지속하고 있으므로, 우리의 주권마저 훼손하는 ‘돌연변이’ 제도인 ‘외국의료기관’에 대한 성찰을 통하여 국민들의 보편적 건강권 보장과 내국 의료인에 대한 차별을 야기하는 ‘외국의료기관’ 법률근거규정의 폐지에 신속하게 앞장서야 할 것임.

5. 도의회의 과제

- <제주특별자치도 보건의료의 특례에 관한 조례>의 개정이 시급함.
 - 제주특별법 제307조 제1항 및 제2항에 의하면 외국인투자 촉진법 제2조제1항제1호에 따른 외국인이 설립한 법인은 도지사의 허가를 받아 외국의료기관을 설립할 수 있고, 외국의료기관 개설법인의 종류와 요건 등은 조례로 정하도록 위임하고 있음.
 - 이에 따라 제정된 제주도 보건의료 특례 등에 관한 조례 제14조 제1항은 법인의 종류를 주식회사와 유한회사로 제한하고 제3항은 동 법인의 외국인 투자비율은 100분의 50 이상이어야 하며 이를 산정함에 있어서는 「외국인투자촉진법 시행령」 제25조제1항 단서에 따른다고 규정하고 있음.
 - 그런데, 외국인투자촉진법 시행령 제25조(외국인투자지역의 지정 등) 제1항은 외국인 투자지역의 지정에 관한 조항으로, 외국인투자법인에 관한 규정이 아닐 뿐아니라, 해당 조항은 단서가 없으며, 후문 규정만 있음.²
 - 또한, 외국의료기관 개설 주체가 될 수 있는 법인의 자격에 관하여도 동 법인 산하에 영리병원만 운영하는 법인과 다중 복합사업들을 영위하는 법인의 경우도 다양하게 있을 수 있으므로, 현재와 같은 규정으로는 영리병원을 개설하고자 하는 외국인투자법인의 자격을 엄격하게 관리하기 어려운 문제가 발생함.
- 제주복지법인 측이 병원 부지 및 건물 일체를 제3자에게 매각함으로써 영리병원 개설허가 그 자체에 관한 분쟁은 종결 국면으로 진행될 것으로 예상되지만, 나아가 한중FTA에 따른 수용과 보상 절차에 의한 국제 중재 이슈로 비화할 가능성을 배제할 수 없음. 따라서 건설교통부를 포함한 중앙정부, 제주자치도가 유기적으로 연계하여

² 령 제25조 ① 법 제18조제1항제2호에서 “대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 외국인투자”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 외국인투자를 말한다. 이 경우 외국인투자금액을 산정할 때 대한민국국민(제3조에 해당하는 사람은 제외한다)이나 대한민국법인이 주식이나 출자지분을 직접 또는 간접으로 소유한 외국법인의 경우에는 「조세특례제한법 시행령」 제116조의2제11항 및 제12항의 계산방법에 따라 산정한 소유비율에 상당하는 금액은 산입하지 않는다.<개정 2009. 9. 9., 2010. 10. 5., 2013. 3. 23., 2013. 6. 11., 2014. 10. 15., 2016. 7. 28., 2017. 3. 29., 2020. 7. 28., 2020. 8. 5., 2021. 1. 5., 2021. 6. 22.>

제주복지 측과 분쟁을 종결할 수 있는 노력도 제주도 및 도 의회가 함께 모색할 필요가 있을 것임.

녹지국제병원에 대한 두 번째 개설 허가 취소와 과제

오상원_의료영리화저지제주도민운동본부 정책기획국장

중국녹지그룹 측의 귀책 사유로 발생한 두 번째 개설 허가 취소

제주도는 지난 6월 21일 녹지국제병원에 대한 두 번째 개설 허가 취소를 결정했다. 최종 취소일은 6월 22일이다.

이번 녹지국제병원에 대한 두 번째 개설 허가 취소는 중국녹지그룹 측의 귀책 사유로 발생한 취소다. 중국녹지그룹은 지난 1월 19일 (매매일은 2021년 8월 4일) 국내 법인인 (주)디아나 서울에 녹지국제병원의 토지와 건물 전체를 매각했다. 이후 녹지국제병원 매각 사실 확인을 위한 제주도의 현장실사에서는 방사선 장비 등 의료 장비까지 멸실된 사실이 추가로 확인되기도 했다.

일부 언론매체에서는 중국녹지그룹과 (주)디아나 서울 간의 지분 관계가 75:25라는 보도가 있었지만, 객관적으로 확인할 자료는 나오지 않았다. 따라서 녹지국제병원의 실체를 확인할 수 있는 것은 녹지국제병원 허가 당시 존재한 토지와 건물, 그리고 의료 장비를 기준으로 외국인 투자 비율을 확인할 수밖에 없을 것이며, 사실상 녹지국제병원의 실체인 토지와 건물이 100% (주)디아나 서울로 매각된 상황에서는 녹지국제병원은 개설 허가요건을 갖추지 못했다고 판단하는 것이 옳을 것이다.

시민단체, 개설 허가 취소 위해

보건의료정책심의위원회 조속히 개최 요구

이에 제주도 보건의료정책심의위원회 위원 단체인 '(사)제주참여환경연대'는 지난 2월 21일 제주도에 '녹지국제병원 개설 허가 취소를 위하여 보건 의료정책 심의위원회 개최 요구의 건' 공문을 발송하고 "제주특별자치도 보건의료 특례 등에 관한 조례 제19조 (의료기관 개설 허가의 취소) 1항에 따라 녹지국제병원이 의료기관 개설 허가의 실질적 요건을 갖추지 못하였다고 판단되므로 녹지국제병원에 개설 허가 취소를 위한 보건의료정책심의위원회 회의를 조속히 개최할 것"을 요구하였다.

하지만 제주도는 회의 개최 요구일로부터 20여 일 지나서야 답변을 보내왔다. 그것도 공문에 대한 답변을 재촉하며 받아낸 답변이었다. 내용은 다음과 같다. "외국의료기관의

실질적 요건을 갖추지 못하였다는 문제점 등에 대하여는 전문가의 법률 자문 및 내부적으로 신중히 검토 후 제주특별법 및 관련 조례의 규정에 따라 행정절차를 이행해 나갈 예정임을 알려드립니다.”

외국의료기관개설 허가조건 취소 청구 소송, 1심 패소 원인은?

제주도는 위와 같은 내용의 공문을 시행하고, 약 한 달이 지난 4월 12일이 돼서야 녹지국제병원 개설허가 취소를 위한 보건의료정책심의위원회를 개최했다. 하지만 약 일주일 전인 4월 5일, 녹지국제병원에 대한 제주도의 내국인 환자 진료 제한 조건 역시 위법이라는 제주지방법원의 판단이 나온 뒤였다.

제주도는 녹지국제병원 관련 외국의료기관개설 허가조건 취소 청구 소송에서(2019구합5148) “이미 이 사건 병원의 부지와 그 지상 건물 일체를 제삼자에게 매도하여 그에 관한 소유권이전등기까지 마치고 말았으므로, 그 즉시 이 사건 조례 제17조가 정한 시설기준을 갖추지 못한 상태에 빠졌고, 이는 이 사건 조례 제19조 제1항이 정한 개설 허가 취소 사유에 해당한다. 사회 통념상 위와 같은 상황에서 원고가 이 사건 병원을 개설 및 운영하는 것은 기대하기 어렵고, 이 사건 개설 허가는 취소를 면할 수 없는 상태가 되었으므로, 결국 이 사건 소는 소의 이익이 없어 부적법하다.”고 주장했다.

하지만 법원은 제주도의 주장을 받아들이지 않았다

“제주특별법 제307조 제5항 및 이 사건 조례 제19조 제1항은 ‘외국의료기관이 이 사건 조례 제17조에서 정한 외국의료기관 개설에 관한 요건을 갖추지 못하게 된 경우 피고가 제주특별자치도 보건의료정책심의위원회의 심의를 거쳐 외국의료기관 개설 허가를 취소할 수 있다’고 규정하고 있을 뿐이므로, 현재까지 이 사건 개설 허가가 취소되지 않은 이상, 이 사건 개설 허가는 유효하게 존재한다고 할 것이다.”

“따라서 원고로서는 이 사건 개설 허가에 부가된 이 사건 허가조건의 취소를 구할 법률상 이익이 있다고 봄이 타당하므로, 이와 다른 전제에 선 피고의 이 부분 주장도 받아들이지 않는다.”

녹지국제병원의 소유권이 이미 넘어가 버린 1월 19일 직후나 참여환경연대에서 요구한 2월 21일 직후 제주도가 보건의료정책심의위원회를 열어 개설허가 취소를 결정했다면 녹지국제병원 관련 외국의료기관개설 허가조건 취소 청구 소송의 결과도 달라졌 수도 있다.

2019년 녹지국제병원에 대한 첫 번째 취소 당시 제주도는 개설불허 사유 발생일인 2019년 3월 4일로부터 약 한 달 반 만에 개설 허가 취소를 결정했다. 하지만 이번 개설허가 취소 과정에서는 약 다섯 달의 시간이 소요됐다.

국민의 건강권 훼손 논란이 있고, 경우에 따라 천문학적 금액의 소송전에 휩싸일지도 모르는 영리병원 문제 대해 제주도가 안일한 대응을 하며 외국의료기관개설 허가조건 취소 청구 소송 1심 승소라는 소중한 기회를 놓치게 된 것은 아닌지 되짚어 봐야 한다.

외국의료기관개설 허가조건 취소 청구 소송, 남은 과제는?

개설 허가 취소로 인한 실익 없음 적극 주장, 소송대리인 일관성 유지해야

민선 8기 오영훈 제주도정 출범을 앞두고 제주도 인수위원회가 지난 6월 29일 전임 도정의 업무보고 평가 보도자료를 냈다. 보도자료에 따르면 제주도정이 각종 현안에 제대로 대응하지 못하고, 공직사회 내 일부 무사안일주의 형태로 부작용이 발생하고 있다고 지적했다.

특히 녹지국제병원 대응과 관련해서는 “녹지국제병원 관련 소송 문제는 수백억 원 대의 세금을 투입해야 할 것으로 우려되고 있지만 법적 대응은 미흡”하다고 지적했다.

오영훈 제주도지사는 공식적인 영리병원 정책공약을 발표하진 않았지만, 후보 시절과 당선인 시절 언론매체를 통해 “녹지국제병원 소송 강력 대응과 영리병원 원칙적 반대, 제주특별법 내 영리병원 특례조항 폐지”를 약속했다.

외국의료기관개설 허가조건 취소 청구 소송의 항소심부터는 오영훈 제주도정이 맡게 된다. 녹지국제병원 소송에 대해 강력 대응을 천명한 만큼 빈틈없는 재판 준비가 이루어져야 할 것이다.

특히 중국녹지그룹측의 병원매각으로 인해 제주특별법과 제주도 보건의료 특례 등에 관한 조례에 의거, 보건의료정책심의위원회를 개최하고 녹지국제병원의 개설 허가 취소를 재확정한 만큼, 제주도는 외국의료기관개설 허가조건 취소 청구 소송을 통해 중국녹지그룹 측이 거둬 소송의 실익이 없음을 적극적으로 주장해야 할 것이다.

아울러 제주도정의 변호인단 구성에도 심혈을 기울여야 할 것이다.

외국의료기관 개설 허가취소처분 취소 소송 당시 제주도의 소송대리인이 자주 변경된 점은 짚고 넘어가야 할 부분이다. 1심은 법무법인 우리와 제주지역의 변호사가 맡았다. 항소심은 정부법무공단, 상고심은 법무법인 엘케이비앤파트너스가 맡으며 소송 대리인의 일관성을 견지하지 못하는 모습을 보여줬다.

반면 중국복지그룹 측은 재판 초기부터 국내 1~2위를 다투는 대형 법무법인인 태평양을 소송대리인으로 선임하여 소송을 대응해 갔다. 결국 개설 허가 취소처분 소송에서 중국복지그룹이 최종 승소했고, 외국의료기관 개설허가조건 최소 소송 1심에서도 중국복지그룹이 승소했다.

제주도는 이와 같은 문제를 뒤늦게야 느꼈는지 외국의료기관개설 허가조건 취소 청구 소송 항소심은 대형로펌인 법무법인 광장에 소송대리를 맡겼다. 무슨이유로 소송대리인이 매번 바뀌었는지는 알 수 없다. 하지만 분명한 사실은 제주도는 지금부터라도 복지국제병원관련 소송대리인의 일관성을 유지하여 소송전의 전문성과 신뢰성을 높여야 한다는 것이다.

도민의 선택은 영리병원 반대! 위성곤의원,

영리병원 특례 폐지 법안발의

제주도민들은 2018년 10월, 공공의료의 약화 등을 이유로 지방자치단체 1호 공론과정을 통해 복지국제병원 개설허가 반대를 결정했다. 하지만 원희룡 전 도지사는 이를 무시하고 조건부 개설허가를 강행했다.

대선을 앞두고 진행된 제주 MBC, 제주 CBS, 제주일보, 제주의 소리 여론조사에서도 60.3% 대 33.4%로 영리병원 반대 여론이 압도적으로 높았다.

지방선거를 앞두고 진행된 뉴제주일보, KCTV제주방송, 제주투데이, 헤드라인제주 주관의 영리병원 여론조사에서도 56% 대 34.5%로 영리병원에 반대하는 도민 의견이 두 배가량 많았다.

이러한 도민의 의견에 부응하고자 서귀포시 위성곤 국회의원(더불어민주당)은 지난해 9월 제주특별법 내 외국의료기관 개설에 대한 특례 등을 삭제하는 '제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성에 관한 특별법' 개정안을 대표 발의했다.

위성곤 의원이 대표로 발의한 특별법 개정안은 제주특별법 307조와 308조에 규정된 의료기관 개설 등에 관한 특례를 폐지하는 것이 핵심이다. 세부적으로는 ▲도지사의 허가를 받아 외국인이 설립한 의료기관 개설 조항 폐지 ▲외국의료기관 건강보험 당연지정제 배제 조항 폐지 ▲외국인 전용 약국 개설 조항 폐지 ▲외국의료기관에 종사하는 의료인의 원격의료 특례 폐지 등을 담고 있다.

제주도, 외국인 전용병원 주장 철회하고,

특별법 영리병원 특례조항 폐지에 나서야

하지만 국회 행정안전위원회 정성희 수석전문위원은 해당 개정안에 대한 검토보고서를 통해 사실상 ‘부정적’의견을 제출했다.

해당 보고서에 따르면 “보건복지부에서는 현재 영리병원 관련 논의는 그 설립·운영의 필요성이나 실익에 비해 사회적 논란이 더 큰 사안으로 입법 취지에 공감하며, 영리병원의 추가적인 설립·확대에 신중한 입장을 지속해서 견지해 오고 있어 개정안을 수용하는 입장이나, 일차적으로는 제주특별자치도의 의견을 수렴할 필요가 있다는 의견을 개진함.”

“한편, 제주특별자치도는 제주 의료산업 활성화를 위해서 외국의료기관 등 개설 특례를 전부 삭제하기보다는 문제를 최소화하는 방향으로 개정이 필요하며, 「제주특별법」 도입 취지를 훼손하지 아니하는 범위 내에서 의료기관 허가 과정에 발생한 “내국인 진료 제한” 문제를 해결하기 위해 ‘외국의료기관’을 ‘외국인 전용 의료기관’으로 용어를 변경하는 방안에 대해 검토 중이라고 밝힘.”으로 보고되어 있다. 사실상 제주도가 위성곤 의원의 개정안에 반대의견을 제출한 셈이다.

게다가 제주도는 현재 추진 중인 제주특별법 8단계 제도개선 과제에 외국의료기관의 내국인 진료 제한을 명시해 영리병원을 유지하겠다는 입장을 견지하고 있다. 오영훈 제주도지사의 ‘특례조항 삭제’ 약속과 정면으로 배치되는 것이다.

제주도의 이런 고집으로 위성곤 의원이 발의한 영리병원 특례 제주특별법 개정안은 국회 상임위 논의조차 진행되고 있지 못한 실정이다.

또한 제주도의 내국인 진료 제한을 통한 외국인 전용 영리병원 유지 주장은 과거로 회귀하자는 주장과 같다. 제주도의 주장은 2004년 제주국제자유도시특별법 일부개정 법률에 처음 담겨있던 법안이다. 이 당시엔 외국의료기관은 외국인만을 대상으로 한다고 명시돼 있었다.

하지만 이후 규제 완화와 외국의료기관 활성화 등을 이유로 외국의료기관의 내국인 진료 제한 부분은 삭제된 채 현행 제주특별법으로 법안이 변경된 것이다. 제주도의 내국인 진료 제한을 통한 외국인 전용 영리병원 유지 주장이 설득력이 떨어지는 이유이다.

제주특별법 시행 17년째이다. 영리병원 시도는 무수히 많았지만 단 한 차례도 영리병원은 설립되어 운영된 적이 없다. 더 이상 영리병원 특례를 제주특별법에 안고 갈 이유가 없다.

제주도는 제주도민의 영원대로 제주특별법 내 영리병원 특례조항 삭제 의견을 즉각 국회에 제출하여 제주특별법 개정안이 국회 통과되도록 적극적으로 협조해야 한다.

코로나19 사태가 보여주듯 공공의료를 강화해야 한다는 사회적 목소리는 강하다. 지금 제주도가 고집부려야 할 것이 있다면 영리병원 존치가 아닌 공공의료 강화를 위한 고집이어야 할 것이다.

제주도민은 영리병원을 반대한다.

제주도민을 섬기는 길이 어떤 길인지 이미 답은 정해져있다.

도민 위에 군림하는 도정이 아닌 도민을 섬기는 도정으로 거듭나길 바란다.

제주지역 공공의료 강화방안

- 공공의료기관을 중심으로

공공운수노조 의료연대제주지부장양연준

녹지국제병원과 제주도민

제주도민 여론 분석

- 영리병원을 꾸준히 반대함. 반대의견이 항상 높음
- 찬반토론쟁점-도민의 원하는 보건의료 이용요구 충족여부
- 반대이유-의료비증가, 건강보험체계
- 전도민적 토론이 장기간에 걸쳐 진행되었음
- 제주지역 언론의 꾸준한 관심과 여론조사, 기획기사, 토론회 진행

제주지역 공공의료 강화방안

제주지역 상황

- 인구고령화
- 섬-타시도 이동시간, 생활권
- 보건의료자원의 효율적 이용
- 1 대학병원, 2 지방의료원(1 요양병원), 1 권역재활병원
- 상급종합병원 논의 및 공약

제주지역 공공의료 강화방안

제안

- 공공보건의료가 특별한 제주도
- 도내 보건의료 전달체계 확립 및 공공병원 확대 전문화-경쟁이 아닌 협력
- 상급종합병원 도입에 따른 의료전달체계 확립
 - 대학병원-위급환자, 중증환자, 의료인력 교육, 경험 및 배출
- 제주지역 재활 체계 확립-급성(제주대학교병원)-아급성(권역재활병원)
 - 제주권역재활병원을 중심으로 재활체계를 만들어야 함
- 보건의료노동자 지원조례 제정
- 환자급식, 돌봄급식을 공적영역으로-학교급식 참조
- 공공병원에 대한 도민사회 참여

제주지역 공공의료 강화방안

제안

- 건강한 삶 자체가 주요한 사회목표
- 공공보건의료의 개념 확장
- 걷기, 대중교통
- 단일경제권 -아간노동 줄이고, 심신이 건강한 (회복하는) 문화
- 물(수질, 수량) 관리보존, 기후위기대응
- 달라지는 환경, 그에 맞는 운영원리 변화가 필요하다-상상력

제주 난개발 역사와 진단

홍영철_제주참여환경연대 공동대표

제주 최초의 대규모 관광개발이었던 제주중문관광단지 개발사업을 추진하였던 한국관광공사가 펴낸 ‘제주중문관광단지 개발백서’에는 이런 구절이 나온다.

“제주도 개발은 도민에 의해서, 도민을 위해서 이루어진다는 점을 적극 홍보해 지역 주민이 자발적으로 호응하고 참여시킬 것.”

1978년 중문관광단지 개발사업에 착수한 이후, 한국관광공사는 1980년까지 1단계 개발을 마무리하고, 2단계 개발을 추진하면서 대규모 토지수용을 예고한 후, 2단계 개발계획에 포함된 대포마을에서 450명이 운집한 반대 집회가 열리고 난 뒤에 정부 고위자가 한 말이다. 같은 백서에는 중문관광단지 개발의 목적으로 ‘외화 수입 증대’라고 밝히고 있으며, 대규모 숙박시설, 스포츠 시설, 위락시설, 마리나시설 등으로 채워진 중문관광단지 개발 계획은 전혀 도민을 위한 사업도 아니고, 도민에 의해 이루어질 수 없는 사업임을 고백하고 있다.

중문관광단지 2단계 개발에 대한 도민의 저항은 외화수입이 중요했던 군부정권 앞에서 부질없이 무너졌고, 별이 내리는 냇가라는 뜻을 가진 한적한 어촌 마을인 ‘베릿내 마을’은 중문관광단지 개발로 진짜 어촌마을이 허물어지고, 가짜 어촌마을 호텔로 태어났다. 베릿내 마을 사람들의 수난을 담은 극단 ‘하라산’의 마당극은 땅을 뺏기고, 울분에 겨워 술로 나날을 보내는 아버지의 모습과 사정을 하여 자리를 얻은 골프장에 다니는 딸이 몸종 취급을 당하는 현실을 아프게 그리고 있다.

제주도 사람들을 위한, 제주도 사람에 의한 개발은 그 이후로도 없었다.

1991년 12월 31일 통과된 ‘제주도개발특별법’의 목적에는 ‘도민 복리 증진’이라는 문구가 들어있지만, 수백만 평에 달하고 수백억 원이 들어가는, 제주도민이 범접할 수 없는 골프장 개발이 줄을 이었다. 골프장은 제주도민들이 절대적으로 의지하는 지하수 함양대이자, 오름과 꽃자왈, 초원이 펼쳐진 중산간 지역을 차지하였다. 중산간 지역은 제주의 환경과 제주도민의 생존에 절대적으로 필요한 곳이지만, 개발을 위해서 제주도특별법은 거침이 없이 빗장을 풀었다. 거저나 다름없이 땅을 매입해서 개발 승인을 받는 순간 이미 땅값은 수십배 뛰었다. 상당수의 개발업자들이 땅만 팔고 사라지는 이른바 ‘먹튀’가 판쳤다. 그 와중에 제주 마을마다 하나씩 가지고 있었던 마을공동목장들이 사라지고, 마을사람들은 주인에서 내려와 골프장 잔디 관리 자리를 얻으려 다투는 신세가 되었다.

2002년 ‘국제자유도시종합계획’이라는 법정계획이 세워지고, 2006년에는 ‘제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법(이하 제주도특별법)’이 제정된다. 이 때 ‘국제자유도시’라는 생소한 단어가 출현한다. 국제자유도시의 정의는 이렇다. ‘사람·상품·자본이 자유로운 곳.’ 다소 추상적이다. 구체화하면 사람이 자유로운 곳은 ‘노비자’를 의미한다. 상품은 ‘노택스(무관세)’, 자본은 ‘무규제(규제완화)’를 의미한다. 제주도는 ‘노비자’ 지역이고, 제주도특별법의 목적이 ‘규제완화를 통한 국제자유도시 조성’이다. 제주도 전역이 무관세 지역이 아니지만, 제주의 관광수익의 거의 절반이 면세점 수익이니 사실 제주는 국제자유도시가 실현된 것이나 다름없다.

그러면, 국제자유도시 제주는 어떨까? 제주는 우리나라의 보물섬이라 불린다. 유네스코가 지정한 생물권보전지역, 세계자연유산, 세계지질공원이 제주에 있다. 세계적으로 아끼고 지켜야 할 섬에 매년 1천 5백만 이상의 관광객이 밀려온다. 제주도보다 15배나 큰 면적의 섬인 하와이보다 1.5배 많은 관광객 수(코로나 펜데믹 이전 2019년 기준으로 제주는 1,528만, 하와이는 1,042만)다. 30곳에 이르는 골프장이 있고, 특급호텔들이 즐비하다. 화려한 모습이다. 반면, 제주도민 임금소득 전국 최하위, 강력범죄 발생률 전국 1위, 쓰레기 하수 포화, 서울 다음으로 비싼 아파트 값, 지하수 고갈, 교통 정체 등 제주도민의 삶의 질은 전국 최하위다. 과잉관광과 난개발이 그 원인이다.

과잉관광과 난개발은 국제자유도시와 맞닿아 있다. 자본의 속성은 최소 투자하여, 빨리 많은 이익을 내는 것을 지상과제로 한다. 요즘 ESG경영이 대세라고 하지만, 자본이 숭선수범하여 이루어지는 것이 아니다. 자본에 무한 자유를 주면 가장 빨리 많은 이익을 낼 수 있는 방법을 찾는다. 2013년 경부터 중국자본이 제주땅을 사들여, 부동산 영주권제(부동산투자이민제: 5억 이상의 분양형 숙박시설을 외국인이 구입하여 5년을 소유하면 영주권을 주는 제도)를 이용하여, 중국인들에게 매우 비싸게 파는 사업이 유행을 했다. 외부에서는 제주도민들이 왜 그것을 막지 못하느냐, 도지사를 잘못 뽑아서 그런 것이다, 왜 중국자본에 땅을 파느냐하는 우려와 원망의 목소리가 크게 나온 적이 있다. 당시 제주도에 중국 총영사로 있던 사람은 중국자본이 왜 제주땅을 싹쓸이하듯 사느냐는 원망에 “제주에 땅말고 투자할 것이 있느냐?”라는 말로 대꾸하여 충격을 준 적이 있다. 망언이었지만 사실을 반영한 말이다. 제주도 땅을 싹값에 사서, 분양형 숙박시설을 지어 비싼 값에 팔고, 그 이익으로 초대형 카지노를 포함한 복합리조트를 지어 빠른 이익 회수를 바라는 투자자들에게 돌려준다. 국제자유도시라는 이름으로 이러한 투자가 허용된다면 투자하지 않는 것이 기이한 일이다.

그러면, 국가는 이러한 폐해를 몰라서 방관하고 있을까? 아니다. 국가는 1963년 ‘제주자유항구상’부터 줄곧 국가의 이익을 위해 적극적으로 특정자유구역 정책을 펴고 있다. 국가의 이익은 때로는 ‘외화 수입’이었다가 ‘세수증대’였다가 바뀌긴 했지만, 제주를 사들인 자본들과 같이 돈이 목적이었다.

제주의 진통은 여전히 계속되고 있다. 제주공항에 내린 관광객들이 ‘제주도 공기가 달라’라고 하던 감탄은 사라졌다. 하수처리도 쓰레기 처리도 안되는 상황에 공항을 하나 더

지어서 관광객을 더 받겠다는 전제주도지사가 국토교통부장관이 되었다. 필리핀의 보라카이섬은 하수처리가 안되자 관광객을 전면통제하고 하수처리 시설을 갖추고 문제를 반복하지 않기 위해, 관광객수를 제한하여 입도하는 정책을 취하고 있다. 이런 와중에도 유네스코 삼관왕이라 자랑하는 제주도는 유네스코 세계자연유산과 100미터 떨어진 곳에 하수처리장을 증설하려고 하고, 이를 막으려는 해녀분들이 200일간 노숙농성을 하며 공사를 막고 있다. 하수량이 많아 하수처리장을 늘린다는 것이 일견 타당해보이지만, 하수처리장을 늘리더라도 빗물과 하수가 분리되지 않는 현재의 상황 때문에 비가 많이 오면 처리하지 않은 하수를 바다로 방류해야 하는 상황이다. 지속가능하려면 관광객을 제주도의 수용력에 맞추어 줄이는 방향으로 정책을 전환해야 하는데, 늘어나는 관광객에 맞추어 난개발을 확대 재생산하는 제주의 잔혹사는 계속되고 있다.

공공의료 확충을 위한 시민사회의 역할

이경민_참여연대 사회경제2팀장

들어가며

- 윤석열 정부는 5년의 국정운영 설계도를 제시하면서 민간주도, 시장중심을 강조했음. 감염병으로 인해 불평등, 양극화가 극심한 위기 상황으로 사회보장 정책이 지금보다 더 촘촘히 설계되어야 함. 그러나 새정부는 국가가 책임지는 복지정책에 대한 언급은 하지 않음.
- 감염병 위기 상황에서 공공의료 확충에 대한 사회적 공감대가 형성되었고, 공공의료 전달체계와 거버넌스의 재편이 강조됨. 그러나 정부는 이런 사회적 요구는 외면하고, 대신 국립대병원과 상급종합병원의 확대 정책만 내놓았고, 민간병원에 인센티브를 주는 정책을 공공정책수사로 포장해 제시하기도 함. 여기에 더해 비대면 진료라는 이름으로 포장된 원격의료 도입, 건강데이터 활용, 헬스케어 규제혁신 등 ‘의료’를 산업화하겠다는 정책 일색임.
- 코로나19 상황에서 공공의료 인프라 확충은 더없는 기회였음. 그러나 문재인 정부는 이를 활용하지 못했고, 결국 지난해 제2차 공공보건의료기본계획에서 단 3곳만 공공병원을 신설하겠다고 발표함. 이마저도 이미 추진이 되었던 지역에 불과한데, 대선과 지방선거 이후 공공병원 설립 추진에 어려움을 겪고 있음.
- 윤석열 정부가 민간중심의 의료서비스 강화를 주장하고 나선 상황에서 공공인프라 추진은 어려울 것으로 보임. 또한 의료산업화 정책은 민간중심의 의료서비스 공급을 확대하는 것뿐만 아니라 건강보험의 보장성을 약화시키는 것으로 귀결될 가능성이 높음. 또한 제주 녹지국제병원을 둘러싼 잇단 소송의 결과가 전국민 의료보장체계에 미칠 영향이 크기 때문에 우려가 됨.
- ‘민간’ 중심 복지를 강조하는 정부집권하에서 우리는 무엇을 어떻게 해야하는가?

영리병원 허용 조항 전면 삭제

- 앞서 발제자가 지적했던 것처럼 현행 ‘경제자유구역의 지정 및 운영에 관한 특별법(이하 경제자유구역법)’ 과 ‘제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법 일부개정법률안(이하 제주특별법)’상의 영리병원 설립 근거조항을 삭제하는 개정이 필요함.
- 지난해 9월 더불어민주당 위성곤 의원은 관련 법 개정안을 발의함.
 - 2022.09.07. 제주도특별법 : 제307조~제313조 삭제 등

- 그러나 관련법이 발의된 이후 소관 상임위원회에서 단 한번도 논의된적이 없음. 현재 국회에서 더불어민주당이 다수의 몫을 차지하고 있지만 실제 영리병원 근거조항 삭제를 위해 나서줄지는 미지수. 시민사회는 연대하여 투쟁할 수 있을지?

공공의료 확충을 위한 지역에서의 감시 활동

- 현재 공공의료관련 예산 항목은 일반회계 지역거점병원공공성 강화 사업이 유일함. 2022년 기준 1,657백만 원 수준이고, 지방의료원의 기능보강 등의 사업으로 쓰이고 있음.

<표1> 지역거점병원 공공성 강화 예산 추이 (단위 : 억 원)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
예산	576	633	1,134	1,651	1,433	1,657

- 실제 중앙차원에서 공공의료의 예산 편성은 미미한 수준임. 코로나19 국면에서 공공의료 예산 확보를 위한 논의들이 이어짐. 공공의료확충을 위한 여러가지 재정 확충방안이 제시되는 것은 의미가 있음.
 - 국민건강증진기금 활용: 건강보험 국고지원을 일반회계로 일원화하여 법적으로 명시된 금액(20%)을 책임을 질 수 있도록 하고, 공공의료 예산을 확보.
 - 순세계잉여금 활용 : 보조금으로 반환되지 못하는 순세계잉여금이 광역과 기초지자체 합계 31.7조 원인 것으로 확인됨(2019년 결산 기준)
 - 공공의료기금 신설 : 지방분권 차원에서 건강증진기금 내 공공의료확충 계정을 만들어서 지방에 주자는 의견. 더불어민주당 이용빈 의원이 개별소비세법에 따라 담배에 부과하는 개별소비세 총액의 55%에 해당하는 금액을 공공의료기금으로 활용한다는 내용으로 2021년 11월에 「공공보건의료에 관한 법률 일부개정법률안」 개정안을 발의함.
 - 지역개발기금과 재난관리기금, 담배소비세 일부를 ‘공공보건의료특별회계’를 신설하는 방안.
- 지역에서의 제대로 된 공공의료 기관은 운영과 신뢰를 높이기 위해서는 공공의료 예산 확보, 감시활동이 필요함.

<표> 제주도 분야별 지출 현황

(단위 : 억 원, %)

분야	2021년		2022년		증감	증감률
	예산액	구성비	예산액	구성비		
총계	58,299	100.0	63,922	100.0	5,623	9.6

사회복지	13,366	22.9	14,296	22.4	930	7.0
보건	796	1.4	1,043	1.6	247	31.0

시민들이 참여하는 민주적 공공의료거버넌스 확보

- 지난해 3월 공공보건의료에 관한 법률을 개정하고, 공공보건의료 관련 내용을 심의하는 공공보건의료정책심의위원회(이하 공정심), 시·도공공보건의료위원회(시·도공정심)를 두기로 함.
- 그러나 6월 관련법 시행령, 시행규칙이 입법예고 되고, 위원이 확정됨.
 - 공공보건의료법 제5조에 의거해 공정심은 위원장인 보건복지부장관을 포함한 20명으로 구성하게 되어 있으나 이 중 8명이 각 정부 부처 차관(기획재정부, 교육부, 과학기술정보통신부, 법무부, 국방부, 행정안전부, 고용노동부, 국가보훈처)으로 구성되었고, 특정 정부 부처가 지정된 이유도 명확하지 않음³.
 - 또한 나머지는 11명은 공공보건의료 수요자를 대표하는 사람, 공공보건의료 공급자를 대표하는 사람, 공공보건의료에 관한 학식과 경험이 풍부한 사람으로 모호하게 제시했음. 그리고 결국 위촉직 11명 중 6명은 공급자 단체로 지정하고, 단 3명만 수요자 단체로 선정함. 공정심은 우리나라 공공보건의료의 전반적인 시책을 논의하고 심의하는 기구인데도 정부가 시민들의 참여를 제한하고, 정부와 의료공급자 중심으로 위원을 구성한 것임.
 - 수요자 대표도 총연맹이 아닌 산별에서 대표성을 가지고 참여하는 것은 문제임. 입법기관(국회)에서 위원을 추천할 수 있도록 하여 행정부 중심의 위원 구성을 견제해야 함.
- 법에 따라 시·도에서도 공정심을 구성토록 하고 있음. 따라서 지역에서는 지역주민의 요구에 부응하고 지역의 시급한 정책 우선순위를 파악할 수 있는 실질적 대표성이 보장되는 방향으로 지역주민의 참여를 확대해야 함. 이에 대한 감시와 견제가 필요함.

³ 보건의료기본법 제4조_보건의료정책심의위원회 : 기획재정부차관, 교육부차관, 미래창조과학부차관, 행정자치부차관, 환경부차관, 고용노동부차관, 국무조정실 국무1차장, 국가보훈처차장, 식품의약품안전처장

감염병과 기후 생태 위기에 대응하는 의료공공성 강화를 위해

변혜진_연구공동체 건강과대안 상임연구위원

특권과 영리병원 체제

코로나19 팬데믹 기간 동안 미국 비영리병원과 영리병원의 기여도에 관한 여러 논문을 분석한 결과 영리병원이 비영리병원보다 사망률이 더 높았다. 요양시설 메타분석의 결과 역시 영리시설이 비영리시설보다 사망률이 더 높았다. 이유는 영리병원은 환자 치료를 위한 의료인력과 시설에 투자하는 돈보다 투자자와 경영진 배분 몫이 더 컸기 때문이다⁴. 영리병원 사망률과 투자자들에게 돌아간 이윤 몫은 정 비례했던 것.

코로나19 환자의 치료 기여도도 매우 낮았는데, 주로 비응급 전문병원으로 중환자실이 없거나 코로나 환자들 돌볼 수 있는 의료 본연의 시설이 부재했으며, 의료진이 안정적 고용 형태가 아니어서 응급환자를 보살필 수 있는 상시 인력이 부족했다. 그럼에도 불구하고 팬데믹 재난 대응을 위해 국가가 영리 병상을 사용하는데 드는 단위당 비용은 더 비싼 가격에 흥정됐다.

결국 국가적 재난 상황 앞에서도 ‘선출된 권력’이 ‘선출되지 않는 권력’을 제압하지 못해 생명과 비용의 저울질이 시작됐고 누군가는 죽음에 이르도록 하는 비 선택의 강요된 ‘선택’이 합리적 상식이 되는 상황이 됐다. 돈과 생명의 저울질, 이런 위장된 선택은 영리병원도 없음에도 불구하고 민간의료기관 중심의 의료공급체계를 가진 우리나라에서 지속적으로 목도하고 있는 일이다. OECD 국가 중 가장 많은 병상을 가지고 있지만 늘 ‘병상 부족’ 국가가 한국.

제주 영리병원의 정치적 쟁점은 이런 맥락 속에서 있다. 영리병원은 어떤 특정 의료기관에게는 국가적 재난과 응급 상황에서도 의료의 사회적 역할을 하지 않아도 된다는 예외를 허용하는 것이며 동시에 누군가는 배제해도 된다는 권력 즉 특권을 부여하는 것이다. 이런 예외적 허용과 특권에 대한 ‘물꼬 트기’ 효과는 의료의 본질을 왜곡시켜 마치 ‘인간이 시장의 피조물’ 이라고 전제하는 신자유주의 가치를 상식화하는데 기여한다. 제주에 들어서는 단 하나의 영리병원은 그래서 건강과 의료의 정치경제학을 영리(profit)로 다시 쓰는 일이다. 사회적 조건에 따라 어떤 생명에는 저가의 시장 가격을 매길 수도 있고, 돈이 없으면 아파도 치료받을 권리는 없다고 사회가 인정하는 것이며, 건강을 경제 효과에 따른 ‘산업 부산물’ 로 치환하는 정치이론에 사회를 내맡기는 것이다. 이런 정치이론들은

⁴ ‘코로나위기 시대, 영리병원 허용의 의미와 전망’, 우석균, 왜 다시 영리병원인가 토론회 자료집, 2022

매번 실패하는 시장의 무책임을 개인 책임으로 떠넘기고 더 많은 개인책임론을 끝도 없이 촉발시켜 사회전체의 불안을 가중시키고 그 불안과 경쟁의 일상화로 인해 의료와 건강을 사고파는 상품으로 '관리 의료'로 변질시킨다.

영리병원을 둘러싼 정치 쟁점은 이제 단 하나다. 영리병원이라는 체제가 한국 사회에 필요한가? 라는 것. 영리병원은 도덕적으로도 보건의학적으로도 사회 대다수의 필요에 부응하지 않는다. 그렇다면 누가 이 영리병원 체제를 갈망하고 지속하고 버리지 않으려 하는가? 영리병원 체제로 누가 이득을 보는가?

분명해 보이는 것은 원희룡 현 국토부 장관은 민주주의 기초까지 어기며 영리병원을 강행 허가한 장본인이기에 영리병원 체제로 얻을 이익이 있는 분명한 자이며, 녹지자본은 재허가만 나면 영리병원 체제를 운영하겠다 하니 녹지자본에게도 이윤 몫이 있을 것이며, 관련해 이런 입장을 견지하는 녹지자본을 대리하는 태평양 법무법인도 몫의 배당이 있을 것이다.

그렇다면 과연 우리 사회는 이들의 이득을 위해 불평등주의에 기반한 특권과 예외적 허용을 인정해 주어야 할까? 게다가 이들이 얻는 이득이 '몫 없는 이들의 몫'을 강탈해 얻는 '사적 이익'이라면 우리는 그 사적 이익을 법적으로 인정하는 정치에 동의해야 할까? 다른 사람에게 비용을 전가함으로써 원하는 것을 더 많이 얻을 수 있는 특권은 결국 권력의 문제이며, 민주주의 사회는 이런 권력을 용인하지 않는다.

제주도정과 녹지자본 간의 법적 다툼으로 영리병원 체제는 결정될 수 없다. 영리병원 체제는 이미 다수 제주도민과 시민들에 의해 거부되었다. 아니 애초에 받아들여진 적도 없다. 영리병원 체제는 원희룡 전 제주지사와 같은 정치인들의 '특권적 무책임'이 만든 결과일 뿐이다. 정치의 역할은 이런 특권적 무책임이 만든 또 다른 특권들을 타파하는 일이다.

복합위기와 의료공공성

전대미문의 감염병, 전대미문의 식량 위기, 전대미문의 기후 재난이 하루가 멀다 하고 뉴스를 채운다. 자본주의 체제가 낳은 구조적 문제들이 불평등한 제도들에 얽히고 우크라이나 전쟁이나 감염병 들로 촉발돼 복합위기가 되고 있다. 하루 50도에 이르는 폭염, 석달을 넘게 타는 산불, 학교를 향한 폭격, 멈출 줄 모르는 곡물 가격, 급성 기아의 증가, 뉴스들은 더는 지구도 인간도 버틸 수 없는 상황에 이른 것 같지만 위기의 시대에 걸맞은 사회 체제 전환 논의는 턱없이 부족하다. 그야말로 '낡은 것은 가고 새 것은 아직 오지 않은 시대'이며 정치적 진보세력이 신자유주의 헤게모니에 투항하는 과정에서 '진보적 신자유주의자'들의 패퇴는 정치 (운동)의 진공을 초래하고 있다. 이런 상태가 오래될수록

취약 집단의 삶은 사회 구성의 ‘비 선택지’가 되어 사회 담론 밖으로 사라지고 만다. 부의 축적만큼 위기가 쌓였고, 이 위기들은 이제 가장 취약한 이들에게 퍼펙트 스톰이 되고 있다.

그 중 기후변화는 세계 공중 보건에 대한 “가장 큰 위협”이다. 기후 위기는 자가 격리가 불가능하다. 기후 위기는 백신이나 치료제 개발이 가능한 위험도 아니며 장기적인 위험을 동반하는 위험이다. 기후 변화로 인한 생물다양성의 위기는 건강을 넘어 인류 생존의 문제를 제기하고 있기도 하다. 이를 위해서는 의료를 기후위기 대응 완화와 적응을 위한 체계로 재편하는 것이 필요하다.

기후 변화는 폭염, 폭우 등의 극단적 기후현상에 의한 직접적인 건강 위해와 사망부터 가뭄 등에 의한 물 부족과 식량손실, 기후에 민감한 감염병의 확산, 사회안전망 붕괴로 인한 건강 악화, 대기오염, 해수온도 상승으로 인한 수자원 변화, 곤충 매개성 감염병 등의 그 영향이 막대하다.⁵

지난 20년 동안 65세 이상 인구의 열 관련 사망률은 50% 이상 증가했다. 세계보건기구는 2030~2050년 사이 연간 250,000명의 사람들이 기후 변화 영향으로 사망할 것이라고 예측한다.⁶

2021년 4600만명이 넘는 의료전문가들은 200개 이상의 의학 저널이 전례 없는 공동 성명을 발표해, 세계 지도자들에게 “돌이킬 수 없는 건강의 치명적인 재앙”을 피하기 위해 온실가스 배출을 줄이기 위한 모든 행동을 촉구하기도 했다.⁷

최근 5년간 지구온도는 가장 더운 해로 기록되고 있다. 지구 온도는 1850년부터 2019년까지 1.2도 뜨거워졌다. 지금 이대로 온실가스 배출을 유지한다면 2050년 내로 1.5도에 도달할 것이라는 예측이 지배적이다. 기후변화는 거주 지역과 사회적 조건 그리고 건강위험 노출에 따라 그 건강영향이 불균등하다는 것에 비춰볼 때 제주 지역의 특성을 따로 면밀히 살펴볼 필요가 있다.

제주지방기상청의 제주도 기후변화 특성 분석에 의하면 지난 106년(1912-2017년)동안 한반도 기온상승 1.8℃에 비해(최근 30년과 과거 30년을 비교했을 때 평균 1.6도 상승), 지난 95년(1924-2018년)동안 제주는 2.19℃의 기온상승을 보였다.⁸ 2021년은 제주 기상관측 이래 역대 가장 더운 해로 연 평균 기온인 17.2 도였으며, 아열대기후에 진입한 것으로 나타났다.

국립재난안전연구원의 폭염위험도 산출 결과에 따르면 제주는 포항, 경주 등과 함께 폭염위험도가 가장 높은 지역으로 집계 됐다.⁹ 지난 2010-2018년 폭염사망자는 518명으로

⁵ 이상윤. "기후 위기는 건강 위기이고, 사회 불평등을 증가시킨다." 월간 복지동향 277 (2021): 56-60.

⁶ WHO, 기후변화와 건강, 2021

⁷ [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)01915-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01915-2/fulltext)

⁸ 제주도 기후변화 특성 분석집, 제주지방기상청, 2019

⁹ 폭염일수, 농림어업 종사자수, 열대야일수, 독거노인수 등과 상관관계가 있는 것으로 파악할 때 제주고령화 및 초고령화의 높은 분포가 영향을 미칠 것으로 보인다

집중호우(95명), 태풍(42명)에 의한 사망자 수보다 압도적으로 많다. 행안부의 온열질환 감시체계 기준과 사망자 과소추계 논란 속에서 수정된 질병관리청의 공식 발표 자료로 보면 역사상 가장 높은 기온을 기록한 2018년 여름 162명이 폭염으로 사망했다. 여름철 폭염일수는 점차 증가하고 있다. 폭염 사망에서도 불평등과 소외의 원칙은 고스란히 드러나 폭염으로 인한 사망 비율은 저소득, 고령, 에너지 빈곤층 비율이 높다.¹⁰

국내 사망 통계 연구 결과 폭염 시기 평균 사망률이 3배 증가하는 것으로 조사된 바 있다. 폭염 노출은 온열질환 외 심혈관질환 당뇨 등 기저질환이 악화 요인이 된다.¹¹ 인구학적으로 높은 온도는 미숙아 출산과 사산위험을 높이는 것으로 나타나 임산부와 노인과 아동 영향이 특히 영향이 크다. (예를 들어 여성, 고령 노인 인구집단의 경우 기후 정보에 대한 접근성 부재와 이로 인한 대피 행동 지연, 대비 이동 수단 부재 등이 복합적으로 발생) 뿐만 아니라 폭염으로 인한 정신질환과 폭력과 범죄 증가 사이의 상관 관련성도 드러나고 있다.

노동 직업군별 기후변화 건강영향에 따르면 열과 기온상승에 따른 건강악화, 대기오염, 매개체 질병 등에 폭염 스트레스에서 자신의 노동을 통제할 수 없는 저소득 비정규직 노동자들이 더 큰 영향을 받는 것으로 나타났다. 전기가스수도사업, 농림어업, 광업, 건설업 순으로 온열질환 발생율이 높으며 건강 영향도 큰 것으로 나타났다.¹² 작물재배 및 어업 외 관광을 위한 조경업 등도 폭염위험도가 높다. (온도변화로 인한 곤충 서식의 변화로 인한 제초제 사용량의 증가 고농도 제초제에 대한 노출 증가 등)

제주는 섬 지역이라는 지역적 특성, 해수면에 면해 있다는 특성, 초고령 인구의 가파른 증가, 농림어업 인구 종사자 인구가 많다는 점 등을 고려해 볼 때 기후위기를 건강의 위기로 인식하고 기후적응력이 있는 보건의료체계 구축으로 전환해야 한다. 도민의 생명과 건강에 직결되어 있는 보건의료체계는 기후재난 대응의 일차적 중요도를 지닌다.

공공의료기관은 지역사회 민주적 거버넌스와 촘촘한 일상의 연계가 가능한 매우 유용한 지역사회 공공 자산이다. 공공병원은 의료 외 다른 사회정책과의 통합과 연계를 통해 마을 단위의 기후-건강 영향에 대응하는 장기적이고 보다 체계적인 적응 계획을 마련할 수 있다. 지역사회 내 기후 위험에 대한 대처 지식을 공유하고 교육하며, 기후 재난의 불균등성과 건강 불평등 완화 정책을 통합시켜 '이중 감축 이중 적응'의 실질적 역할을 할 수 있다. 과잉의료를 부추기는 영리병원 체계와 상업화된 의료체계는 온실가스 감축에도 바람직하지 않다. 돈벌이를 위한 불필요한 낭비의료를 줄이는 것은 건강에도 기후회복력에도 좋다.

감염병과 기후위기의 시대, 구조적 불평등이 그 피해를 더욱 심화시키는 시대에 우리는 살고 있다. 지금 우리는 영리병원이 아니라 제주를 건강하고 지속가능한 "탄소배출 없는 섬"으로 향하기 위한 논의들과 실천들에 집중해야 한다. 또한 제주의 특성에 맞는 재난 예측

¹⁰ '폭염 불평등 리포트', 환경정의, 2021

¹¹ 주영수. "시론: 기후변화와 건강." Korean Journal of Medicine 75.5 (2008): 489-491.

¹² 2020 폭염영향 보고서, 환경연구원, 2020

대응 시스템을 구축해야 한다. 지역 주민들이 자신의 건강과 안전을 지키기 위해 참여하는 지역사회 재난 대응 네트워크 구축은 결국 돌봄 체계를 구축하는 것과 같다. 이제 돌봄은 재난, 위기 대응의 핵심이 되어야 한다. 돈버는 국가, 돈버는 제주라는 서사는 제주의 땅과 바다를 그리고 제주 도민의 건강을 착취함으로 얻어지는 체계다. 이제 돌보는 국가, 돌보는 제주도정의 역할과 책임 부여를 통해 공동체와 지역사회 회복을 마련할 때다.

감염병과 기후위기의 시대,
제주녹지국제병원 문제 해결 방안 모색 토론회

발행일 2022. 07. 04

담당 02-723-5056

공동주최 의료영리화 저지 제주도민운동본부

무상의료운동본부