

# 한국 의료문제와 국가 자본주의.

멘봉박사

로깅이든 진보깅이든 한국 의료체계를 사회주의적 체계로 이해하고, 이렇기 때문에 코로나 시국을 넘어갔고 의사들은 밥그릇만 생각한다.라고 생각하시는 분이 있는 것 같아서 글을 씁니다.

결론만 말하자면 한국 의료체계는 사회주의라기 보다는 국가 자본주의에 가깝습니다. 그것도 매우 기형적이고 이상한 구조로 되어있죠.

현재 의료를 제공하는 국가의 방식은 크게 7가지 정도입니다. 그중에 알아두시면 쓸만한게 크게 3가지로 행위별 수가제, 포괄 수가제, 인두제입니다.

이 중 포괄수가제와 행위별 수가제는 자본주의적 의료에 가깝고, 인두제는 사회주의적 의료에 가깝습니다.

이제 3개를 자세히 설명해보죠.

행위별 수가제는 특정 행위를 하면 돈을 준다는 겁니다. 특정 약에 한 번, 특정 수술에 한 번. 이런식으로 특정 행위를 할 때 마다 돈을 주는 수가제입니다. 주로 대한민국하고 미국이 많이 합니다.

포괄 수가제는 무엇이나면 질환대로 돈을 줍니다. 예를 들면 백내장이 오면 약을 아무리 많이 쓰든 적게쓰든 그 병명대로 돈을 주는 수가제입니다. 대한민국에서 7분야에 대해 시행하고 있습니다.

인두제는 그 의사가 많은 인구 수 만큼 돈을 줍니다. 즉 환자가 안 아파도 돈을 줍니다.

여기서 사회주의 의료하고 자본주의 의료의 차이가 발생합니다. 사회주의 의료에서는 환자가 안 아파야 내게 이득입니다. 아픈면 치료해야하고 귀찮아요. 영국같은 경우는 그래도 의료장비 부분에서는 정당한 근거가 있으면 쓸 수 있도록 지원해준다고 들었습니다. 어쨌든 이렇기 때문에 의사는 미리미리 예방교육을 실행하고, 예방의학이 국가적으로 발전하게 됩니다. 그냥 안 아파서 오는게 제일이라는 거죠. 그래야 국가도 돈을 훨씬 덜 쓸 수 있으니까요.

반면 자본주의 의료에서는 환자는 원자재에 가깝습니다. 의사가 환자를 특정 행위로 치료를 하거나 고치면 돈이 됩니다. 즉 경제적인 입장에서 환자가 많으면 많을수록, 특정행위를 하면 할수록 이득입니다. 이러한 상황에서는 예방의학이 발전하기 힘든 구조를 가집니다.

소련과 영국 쿠바의 의료가 예방의학이 발달해있고 한국과 미국이 임상위주로 발달되는 것은 이러한 점에서 비롯됐을 수도 있습니다. (이 줄은 제 개인적인 의견입니다.)

이러한 점에서 그럼 우리는 미국과 한국의 차이점을 알아봐야 합니다. 왜 한국의 의료는 싸고, 미국의 의료는 비쌀까? 개인적으로 제 생각에는 미국은 거대기업형 자본주의이며, 한국은 국가자본주의 의료체계이기 때문입니다. 또한 그 의도와 목적이 다르다고 보고요.

우선 근본적으로 수가는 의사가 정하는게 아닙니다. 수가는 국가와 보험사가 정합니다. 즉 의사는 수가 행위를 하면 돈을 받는 구조입니다. 어느정도 고용된 프리랜서라고 생각하시면 편할 것 같습니다. 문제는 미국은 기업이, 한국은 국가가 운용한다는 것에 나타납니다. 기업의 제 1 목적은 돈을 버는 것입니다. 그렇기 때문에 미국은 돈 때문에 사람이 죽는 것이죠. 자 그럼 한국의 경우는 어떨까요, 국가 자본주의가 의료의 미래일까요? 슬프게도 여기에도 많은 모순점과 슬픔이 존재합니다.

기업은 돈을 원합니다. 그러면 자본주의 정부는 무엇을 원할까요. 시민의 건강과 행복? 아이들의 행복과 복지? 만약 그랬으면 로자도 열렬한 사민주의자가 되었을 것입니다.

제가 생각하기에 정부가 원하는 것은 정부의 안정과 정권 재창출입니다. 애당초 한국이 의료보험을 만든 이유도 체제의 안정 때문이었고요.

자 여기서 괴리가 발생합니다. 정권을 재창출 하기 위해서는 표를 획득해야합니다. 그러기 위해서는 인기있는 정책을 하며, 인기 없는 정책을 삼가해야 합니다. 그러면, 가장 중요한 건싼 값에 질 좋은 의료를 제공하는 것입니다.

대부분의 로깅러들은 여기서싼 값에 질좋은게 뭐가 나빠라고 하시겠지만 다시 한번 곰곰히 생각해 보세요.싼 값에, 질 좋은 서비스.....? 어디서 많이 들어본 말 아닙니까? 기억이 안나면 예를 하나 들어보죠. 유니클로는 그 불황의 일본에서 싸고 질 좋은 옷을 제공하는 것으로 이름을 날렸습니다. 심지어 돈도 잘벌지요. 그럼 어디가 문제인 걸까요?

[https://ilyo.co.kr/?ac=article\\_view&entry\\_id=58835](https://ilyo.co.kr/?ac=article_view&entry_id=58835)

바로 노동자를 갈아서 만든다는게 문제입니다. 네, 말그대로 의료인력을 갈아서 한국의 의료정책을 유지하고 있습니다.

[https://www.chosun.com/site/data/html\\_dir/2019/02/14/2019021402032.html](https://www.chosun.com/site/data/html_dir/2019/02/14/2019021402032.html)

<https://www.solmedix.com/post/%EA%B3%BC%EB%A1%9C%EA%B0%80-%EC%9D%BC%EC%83%81%EC%9D%B8-%EC%9D%98%EC%82%AC%EB%93%A4-%EC%9D%98%EC%82%AC%EC%88%98-oecd-%EA%BC%B4%EC%B0%8C%EC%97%90%EB%8F%84-%EC%A7%84%EB%A3%8C%EB%9F%89%EC%9D%80-1%EC%9C%84>

<http://m.medigatenews.com/news/2742452054>

<https://www.fornurse.co.kr/news/articleView.html?idxno=144>

쉽게 말하면 상대적으로싼 보상을 더 많이 일하게 해서 돈을 더 벌게하는 한국의 전통 방식으로 해결하고 있습니다.

물론 이렇게 그냥 의료인력이 이렇게 힘들게 일해요 ㅜㅜㅜ 정부 나빠요 ㅜㅜㅜ 라고 말하는게 아닙니다. 단지 이것은 어떻게 운용되어지고 있는가만 판단하는 겁니다. 물론 저희들에 대해 지지해주고 공감해주셨으면 하나 그러나 이건 어디까지나 의료인력의 고통이고 시민들에게 직접적인 고통이나 피해는 가지 않습니다. 적어도 단기적으로는요.

오히려 가장 큰 문제는 의료가 왜곡된다는 점입니다. 제가 생각하기에는 크게 3가지로 왜곡되어있습니다.

첫째 한국 의료수가는 장기환자, 만성질환자를 보면 이득이고, 희귀질환이나 사고환자를 보면 손해로 수가구조가 짜여져 있습니다. 즉 암환자를 보면 불수록 이득이 나오고, 중증외상환자의 경우는 손해가 나오는 구조입니다. 이렇기 때문에 대부분의 병원에서는 중증외상환자가 오면 큰병원으로 보냅니다. 돈도 돈이거니와, 애당초 이러한 치료 장비를 구비해놓지 않았기 때문에 환자를 받을 수가 없습니다. 왜 이런 구조로 짜여진 걸까요? 정답은 바로 표입니다. 암환자나 당뇨, 고혈압같은 질환은 5년 생존률이 매우 높습니다. 또한 대부분이 한 번 짚은 걸리는 질환이죠. 즉 다음 투표를 할 수 있는 다수의 존재들입니다. 반면 희귀질환자나 사고환자는 생존률이 비용대비 생존률이 크지않고, 비용대비 투표율도 별로입니다. 서양에 비해 10퍼센트 정도 더 사는데 그 확률로 내가 더 살았다해서 후 내가 긴급의료를 안받았으면 죽었을거야, 무조건 투표해야겠어! 라는 생각은 잘 안합니다. 무조건 죽는 경우도 있고요. 또한 이러한 희귀질환이나 산재같은 사고는 저소득층에게 더욱 치명적이라는 점도 문제가 됩니다.

둘째 한국의 이러한 문제를 보조금으로 해결하려고 합니다. 이는 포괄수가제와도 관련이 있습니다. 보조금이든 포괄수가제든 문

제점은 딱 한번 돈을 준다는 겁니다. 어느 환자든 공평하기 딱 한번 돈을 줍니다. 이 안에서 해결하라는 것입니다. 이래서 이국중 교수님과 아주대가 싸우는 것입니다. 이국중 교수님은 일을 너무 잘하고 사명감도 있습니다. 그래서 환자에게 아낌없이 의료 기기를 붓죠. 적자는 미친듯이 쌓여만 갑니다. 그래서 아주대 병원은 그만하라고 외칠 수 밖에 없습니다. 안그러면 모두 망하게 생겼으니까요.

포괄 수가제도 마찬가지입니다. 환자에게 필요한 조치를 취하기에는 돈이 더 많이 들 수도 있는데, 굳이 그 병을 안 봅니다. 그게 적자일지 흑자일지 까보는 넥슨식 가차를 자기가 일해서 할만한 명칭이 없다고 전 생각합니다. 누가 일하기 전에 너가 일하면 나에게 돈을 받을 수도 줄 수도 있어, 일 하고 싶지.라고 말하면 하는 노동자는 없을테니까요.

마지막으로 위에서 나온 이득이 나오는 질환조차 공공의 이익을 해할 수 있다는 겁니다. 결국 공동체에서의 의료는 한정자원입니다. 영화속에서는 한 생명을 살리기 위해서 수천억조를 부을 수 있겠지만 현실에서는 그게 불가능합니다. 그래서 한국은 심평원이 만든 가이드라인이 존재합니다. 문제는 이 가이드라인이 교과서와 최신 논문과는 다르다는 것입니다. 즉 case by case로 이루어지는 근거중심의학을 불가능하도록 막는 역할을 합니다. 이는 건강보험료를 지키는 쪽으로도, 망가뜨리는 쪽으로도 작용합니다. 먼저 지키는 쪽으로 보죠. 특정 약물 a가 있다고 합시다. 문제는 이 환자에게 효염이 없습니다. 이러면 교과서에서는 b약을 쓰라고 나와있다고 합시다. 그러나 심평원 가이드라인에서는 무조건 a약을 6개월 이상 쓴 후에 b약으로 넘어가게 되어있습니다. 아니면 특정 추가 질환이 있을 경우에만 b약으로 넘어가도록 되어있죠. 그러면 의사는 결국 범을 어겨 몰래 특정 질환을 있다고 거짓보고 한 후 b약을 쓰거나 아니면 정말 환자가 아파하는 것을 6개월간 지켜봐야합니다. 이번엔 망가뜨리는 쪽을 살펴보죠. 최근 mri가 수가화 되었습니다. 수가가 괜찮죠. 그러니 뭐만 하면 mri를 찍자고 하고 환자도 그걸 원합니다. 즉 필요이상의 과잉 의료가 나타나며, 특히 이러한 의료는 정작 필요한 사람들의 대기를 만들어 버립니다. 사실 이러한 과잉의료를 막기위해서 나온 것이 포괄수가제입니다.

여기까지 해서 한국의 간략한 의료문제에 대해 써봤습니다. 이것 말고도 훨씬 많은 점이 있고 제가 모르는 부분이나 틀린 부분도 있겠지만 지금 쓰고 싶은건 여기까지네요.