

의료공급체계의 성장과정과 개혁

한 달 선
한림의대 사회의학교실

<Abstract>

An Organizational Perspective on the Growth of Health Care Delivery System : Implications for Reform

Dal Sun Han

Department of Social and Preventive Medicine College of Medicine, Hallym University

There is general agreement that the Korean health care delivery system has two basic structural problems. One is the limited capacity and role of public hospitals, and the other is the absence of functional differentiation and referral arrangement between the clinics and hospitals of various technological sophistication levels. This study is intended to make an empirical observation of the system's growth process from the viewpoint of the population ecology model of organizations so as to understand the background of these problems and to find out ways of approaching them.

As predicted from the population ecology model of organizations, all the types of medical care facilities have expanded in response to the environmental changes for the past three decades or so, and the differences in the extent and pattern of expansion among the types are related to what have taken place in the environment. These findings suggest that the efforts for reforming the health care delivery system should be directed not only to medical care institutions but also to the environmental context under which

* 이 논문은 한림대학교 2003년도 교비연구비에 의하여 연구되었음

* 접수 : 2004년 9월 14일, 심사완료 : 2004년 11월 3일

† 교신저자 : 한달선, 한림의대 사회의학교실(011-9480-4445, hands@hallym.ac.kr)

they function.

It is believed that the usefulness of the population ecology perspective on organizations for studying the health care delivery system has been demonstrated. Thus further studies along this line based upon more strict design would improve systematic understanding of the system that is needed for developing policy approaches needed to increase its effectiveness.

Key Words : Health care delivery system, Population ecology model of organizations

I. 서 론

1. 연구의 목적

의료공급체계는 의료기관들을 주된 구성단위로 하는 사회체계로서 건강보험제도와 함께 국민의료를 위한 제도적 장치의 양대 축을 이룬다. 공공병원부문의 취약과 의료기관 종류들 간의 분업체제 미비가 우리나라 의료공급체계의 특징적 속성이자 문제점인 것으로 지적되고 있다.

영리법인의 의료기관 설립은 허용되지 않으나, 의원은 거의 전수를 의사가 개인적으로 소유, 경영하고 있으며, 병원과 종합병원의 대다수도 개인 또는 개인자본으로 설립된 민간법인이 소유, 경영하고 있어서 공공부문의 병상이 결핵병원 등의 특수병원을 포함해도 전체의 15%정도에 불과하며 많은 공공병원은 운영이 부실하다. 그런데 민간부문 의료기관들은 경상 운영비는 물론이고 투자재원도 전액을 진료수입으로 조달하고 있어서 이윤추구에 적극적일 수밖에 없으므로 의료서비스가 지나치게 상업화되고 공공성이 미흡하다는 것이다.

의원, 병원 및 종합병원 사이에 환자의뢰체계가 운영되고 있지 않을 뿐만 아니라 앞으로 운영될 전망도 불투명하다. 다시 말해서 의료기관 종류들 사이의 합리적 분업과 협업체계가 조성될 제도적 기반이 마련되어 있지 못한 형편이므로 기능중복이 적지 않고 갈등적 경쟁이 심하여 의료공급의 비효율과 의료이용의 불편을 초래하고 있다.

의료기관 종류별 기능분화의 미비에 대하여는 오래전부터 논의가 많았고 정부의 대응노력도 적지 않았으나 아직 성과를 거두지 못하고 있으며, 공공병원부문의 상대적 위축은 관심이 비교적 적은 의제로 되어 있다가 지난 대통령선거 공약에 포함됨으로써 참여정부의 출범과 더불어 핵심과제의 하나가 되었다. 이처럼 정책적 관심이 큰 과제들임에도 불구하고 효과적 접근을 마련하고 실행하는 바탕이 될 자료와 지식은 미흡하며, 특히 의료공급체계가 왜

이러한 속성들을 갖게 되었는지를 체계적으로 이해하려는 노력은 발견하기가 어렵다.

어떤 개체가 현재 갖고 있는 모습은 성장해온 과정의 결과로 볼 수 있는 부분이 많다 (Boulding, 1953).¹⁾ 그러므로 의료공급체계의 성장과정을 분석하는 것이 현재의 문제점이 나타나고 있는 이유를 이해하기 위한 접근의 하나가 된다. 의료공급체계의 성장은 추가적 의료 수요와 더불어 이에 대응하여 의료기관의 신설 또는 확장으로 공급을 확대할 수 있는 조직 역량이 있어야 가능하다. 그러므로 의료공급체계의 성장을 의료기관이라는 조직들에 의해서 이루어지는 과정으로 파악할 수 있고, 따라서 조직이론을 토대로 분석할 수 있는 것이다. 조직이론의 시각에서 우리나라 의료공급체계의 성장과정을 실증적으로 관찰하여 앞서 언급한 문제점들 즉, 공공병원부문의 취약성과 의료기관 종류별 기능분화의 불합리성이 조성된 배경과 이유를 이해하고, 그럼으로써 이들 문제를 겨냥한 개혁에 대하여 시사하는 바를 도출하는데 연구의 주된 목적을 둘 것이다. 그리고 의료공급체계에 대한 조직이론적 분석들의 효용을 탐색하는 것도 목적의 하나가 된다.

2. 연구의 이론적 배경

대부분의 조직이론이나 조직연구는 개별조직을 대상으로 한다. 그러나 조직군(組織群) 생태이론(population ecology model of organization)은 동일한 조직형태를 가진 조직들의 집합을 일컫는 조직군(population of organizations)을 분석단위로 할 수 있는 이론 틀을 제공한다(Hannan and Freeman, 1977; Aldrich, 1978; 김병섭 등, 2000; 이창순, 2001). 조직형태(organizational form)는 목표, 기능, 업무체계, 운영규범 등에 의해서 정해지는데 의료기관들을 분류하기에 따라서는 종류별로 조직형태를 달리할 것이며, 이 경우에는 각 종류를 별개의 조직군으로 간주할 수 있겠다. 이것은 의료공급체계가 조직의 집합임과 동시에 조직군들로 구성되었다고 볼 수 있는 측면도 있음을 뜻하므로 조직군 생태이론이 그 성장과정을 분석하는 틀로 사용될 수 있는 것이다.

조직군 생태이론에 따르면 조직군들은 상호 협동 또는 경쟁 관계에 있으며 이들의 분포 변화는 환경에 의한 조직형태의 선택과 도태에 기인한다. 다시 말해서 환경은 여러 가지 조직형태의 존속 확률에 영향을 미침으로써 환경조건에 적합한 형태의 조직들은 증가하게 되는 반면에 적합성이 미흡한 형태의 조직들은 감소하거나 성장이 지연되는 것이다. 의료기관에 선별적 선택의 논리를 적용함에 있어서 고려할 점의 하나는 의료기관의 종류가 변경되는 경우가 있다는 사실이다. 예컨대 의원이 병원으로 전환되기도 하고 공공병원이 민간병원으로

1) 혼동을 피하기 위하여 성장과 감소(역성장)를 되도록 구분하여 기술하겠지만, 원칙적으로는 성장이 감소(역성장)도 포함하는 개념으로 이해될 수 있겠다.

전환될 수도 있는데 이러한 현상은 전환 이전의 형태를 가진 조직이 소멸하고 새로운 형태의 조직이 생성된 것으로 본다면 일관된 논리로 설명할 수 있겠다(Hannan and Freeman, 1977).

의료기관의 환경은 분석목적에 따라서 경계를 다양하게 설정할 수 있다 (예를 들면 군, 시, 도, 직할시, 전국으로 구분하거나 도시와 농어촌으로 구분할 수 있는 것임). 그러나 어떻게 설정하든 의료기관의 환경은 의료서비스에 대한 수요, 의료기관 운영에 요구되는 자원, 그리고 수요와 자원에 영향을 미치는 개인, 집단, 조직, 제도, 정책 및 전반적 사회경제여건을 포함한다. 의료서비스에 대한 수요는 환자에 의해서 나타난다. 의료인력은 의료기관의 가장 중요한 자원이고, 재원은 환자, 건강보험 및 정부로부터 나온다. 환경을 구성하고 있는 이들 요소들에 의하여 의료기관 종류의 선택 또는 도태에 관한 기준이 정해지는 것이다. 의료기관들이 종류별로 조직의 형태와 특성이 다르다면 선택기준에 대한 적합도에 차이가 있게 마련이고 따라서 존속가능성도 달라지는 것이다.

의료기관들은 운영과정에서 서로 관계를 갖게 되며, 관계의 구체적 내용은 환자의뢰, 정보교환, 장비의 공동 활용 등의 상호협동 또는 환자와 의사 등에 대한 상호경쟁의 형태로 나타날 것이다. 이러한 상호작용은 개별 의료기관 수준에서 뿐만 아니라 의료기관 종류 즉 의료기관군(醫療機關群) 수준에서도 이루어진다고 볼 수 있다. 생태학적 견지에서는 군(population) 간의 상호작용은 한 군의 크기가 다른 군의 성장에 미치는 영향으로 나타난다. 다시 말해서 어떤 군의 성장은 다른 군들에 의하여 촉진될 수도 있고, 방해당할 수도 있으며, 영향을 받지 않을 수도 있다는 것이다.

생태학적 상호작용양상은 관련 조직군의 규모와 조직형태 및 환경조건에 따라서 달라질 것이다. 예를 들면 두 종류의 의료기관들이 별개의 조직군으로 분류할 수 있을 만큼 조직형태는 다르지만 필요로 하는 자원의 내용은 부분적으로 겹치고, 가용자원을 소진시킬 만큼 많다면 환경조건에 대한 적합도가 높은 조직형태를 가진 종류의 의료기관들이 성장하는 반면에 적합도가 낮은 형태의 의료기관 종류는 역성장하는 경향을 보일 것이다. 그리고 수요와 자원은 한정되어 있으므로 의료기관의 성장에도 한계가 있게 마련인데, 주어진 환경조건에서 상호작용관계에 있는 모든 조직군들의 각각이 성장한계에 도달하고 조직군들이 서로 평형을 이루는 상태를 상정할 수 있으며 이와 같은 상태에서의 각 조직군의 크기를 평형수준규모라고 할 수 있겠다.²⁾ 조직군들이 평형상태에 있지 않을 때는 각 조직군은 평형수준규모를 향해서 증가하기도 하고, 감소하기도 할 것이다.

2) 환경조건이 계속 변화하기 때문에 조직군의 평형규모도 계속 달라지므로 실제로 관찰, 측정하기는 불가능할 것이다.

개별 조직은 변화에 저항하는 구조적 요소를 갖고 있는 것이 보통이며, 자원과 정보 유입이 완전하지 못하다는 사실 때문에 조직군은 평형수준규모의 변화에 즉각 대응할 수가 없고 시간적으로 지체되는 것이 보통이다. 투자재원을 확보할 수 없거나 의료서비스 수급상황에 대한 정보가 불완전할 수 있는 것이며, 의료기관의 개설, 폐쇄 또는 운영규모 조정에 시간이 필요할 것임은 말할 나위도 없다. 이와 같은 역동적 측면은 의료기관의 성장이 부분적으로는 평형수준의 변화에 대응하는 속도에 따라서 달라진다는 뜻이므로 의료기관들의 성장 분석에 중요하게 고려되어야 한다. 특정 의료기관 종류의 평형수준 변화에 대한 반응속도는 의료기관의 특성과 환경여건에 따라서 결정될 것이다. 개별 의료기관들이 적응력이 높은 구조를 갖고 있으며, 환경이 제공하는 자원이 풍부하고 저항이 적다면 환경변화에 빨리 대응할 것이다.

조직군 생태이론에 의하면 특정 종류 의료기관들의 증가 또는 감소는 환경의 변화에 의해서 야기되는 평형수준규모의 증대 또는 감축에 대응한 결과이다. 평형수준 변화의 크기와 대응속도가 의료기관 종류별로 다르고 종류 간에 상호작용관계가 있기 때문에 의료공급체계의 성장은 의료기관 종류별 구성을 비롯한 구조의 변화를 수반한다.³⁾ 결과적으로 의료공급체계의 성장과 구조변화는 환경에 적합하도록 이루어지는 것이다.

II. 연구방법

1. 분석대상

의료공급체계를 조직군 생태이론을 틀로 삼아서 분석하기 위한 조직군을 두 가지 측면에

3) 이와 같은 성장과정을 수식으로 요약하면 아래와 같다.

$$H_{it*} = \sum b_{ij}E_{jt} + \sum_{i \neq k} c_{ik}H_{kt}$$

t : 시점

H_{i*} : 종류 i 병원의 평형규모

H_i, H_k : 종류 i 또는 k 병원의 규모

E_j : 환경변수

b : 환경변수의 영향을 나타내는 계수

c : 병원종류간의 상호작용관계를 나타내는 계수

$$\Delta H_{it} = r_i (H_{it*} - H_{it-n})$$

n : 기간

$$\Delta H_{it} = H_{it} - H_{it-n}$$

r : 평형규모 변화에 대한 실제규모의 반응속도를 나타내는 계수

자료에 따라서는 모형의 각 계수를 추정함으로써 성장과정의 여러 가지 관계를 계량화하는 분석도 가능하다 (Nielsen and Hannan, 1977; Han, 1983).

서 정의하기로 한다. 하나는 의료공급기능의 주축인 종합병원, 병원 및 의원을 대상으로 하여 각각을 조직군으로 보는 것이고, 다른 하나는 의원을 제외하고 병원부문만을 대상으로 하면서 공공병원과 민간병원을 각각 조직군으로 간주하는 것이다. 분석대상의 이러한 설정은 의료기관 종류별 분업체제 미비와 공공병원부문의 상대적 취약이라는 의료공급체계의 속성이 형성된 배경의 이해가 이 연구의 목적이라는 점에서는 적절하다. 다만 대상 의료기관 종류들의 각각을 별개의 조직군으로 볼 수 있을 만큼 조직형태에 차이가 있는지에 대하여는 검토를 요한다.

의료법에서 의원, 병원 및 종합병원을 구분하는 일차적 기준은 규모와 진료과목편성이다. 종합병원이 가장 규모가 크고 다양한 진료과목을 설치하도록 규정하였는데 의료기관이 규모가 커짐에 따라서 업무의 복잡성과 분화가 증대하는 경향은 일반적 현상이기도 하다 (Starkweather, 1970; Moch, 1976). 그리고 종합병원은 통상 진료 이외에 전공의 수련을 비롯한 교육기능과 연구기능을 갖고 있으며, 개인이 경영하는 경우는 극히 적다. 간단히 말해서 종합병원은 복잡하고 업무절차와 통제방식의 공식화 정도가 비교적 높은 조직이다. 의원은 규모가 가장 작고, 공식조직 형성단계에 있다고 볼 수 있어서 복잡성, 공식화 정도가 모두 매우 낮고 기능도 단순하며 거의 모두를 개원의 개인이 경영한다. 병원은 기능, 규모 및 구조가 의원과 종합병원의 중간에 위치한다고 볼 수 있으며, 설립주체는 다양하지만 개인인 경우도 많은 편이다. 이처럼 종합병원, 병원 및 의원은 조직형태를 달리하고 있으므로 각각을 조직군이라 할 수 있다. 다만 이들 세 가지 종류의 의료기관들이 조직으로서의 속성에 있어서 완전하게 구별되는 것은 아니고 서로 유사한 부분도 적지 않다는 점은 염두에 두어야 할 것이다(송건용 등, 2001).

의료법에 의하면 의료인, 국가, 지방자치단체, 의료법인, 민법 또는 특별법에 의거해서 설립된 비영리법인, 정부투자기관, 지방공사 등이 의료기관을 개설할 수 있는데, 이들 개설자를 공공과 민간으로 대별할 수 있다. 공공병원과 민간병원은 조직형태를 결정하는 조직속성에 차이가 있다. 첫째는 병원조직의 주요 투입요소인 재원과 환자 특성이 다르다. 민간병원은 전적으로 자체자금으로 투자와 운영이 이루어지지만 공공병원은 국가나 지방자치단체의 재정지원을 받는다. 그리고 공공병원은 의료급여환자를 비롯한 저소득계층 환자의 구성비가 상대적으로 크다. 둘째로 운영목표에서 효율, 수익성 및 접근성을 중요시하는 정도가 다르다. 공공병원은 접근성을 강조하지 않을 수 없는 반면에 민간병원은 효율과 수익성에 무게를 둘 것이다. 셋째로는 공공병원은 정부를 비롯한 공공기관의 통제를 받으므로 민간병원에 비하여 조직구조와 관리절차 등의 표준화와 공식화의 정도가 높은 것이 보통이다. 공공병원과 민간병원 간에는 이처럼 조직형태가 적지 않게 다르기 때문에 각각을 병원부문을 구성하고 있는 별개의 조직군으로 볼 수 있는 것이다.

2. 자료와 분석

보건의료부문의 변화가 비교적 컸던 시기의 자료가 적합할 것이므로 보건개발에 대한 정책적 관심이 증대되기 시작한 1977년 이후를 관찰대상으로 하였다. 전국단위 자료를 사용하였는데, 이것은 일차적으로 수집편의를 고려해서이나, 우리나라 의료공급체계의 문제점들이 구체적으로는 지역에 따라서 얼마쯤 차이가 있지만 근원적인 것들은 전국적으로 공통이므로 이 연구의 목적과 과제에 비추어 별 문제가 없을 것이다.

조직군 생태이론의 관점에서는 의료공급체계의 성장이나 의료기관 종류별 구성을 비롯한 구조변화를 초래하는 근원적 요인은 환경의 작용이다. 의료공급체계의 환경은 전반적 사회경제여건, 의료정책, 의료수요 및 의료자원으로 대별할 수 있겠다. 사회경제여건은 의료기관의 종류별 성장과 구성에 직접 작용할 수도 있고 의료정책, 의료수요 및 의료자원에 대한 영향을 통하여 간접적으로 작용하기도 한다. 의료정책은 수요, 자원 및 공급체계의 현실을 고려해서 수정, 보완될 것이다. 그림 1은 이들 관계를 요약한 것으로 분석틀이라고 볼 수도 있는데, 자료의 제약 때문에 그림에 나타난 관계들을 명시적으로 분석하지는 못할 것이다. 이러한 점에서 이 연구는 탐색적 성격의 것이라는 제한점을 갖고 있다. 먼저 환경변화를 기술하고 이어서 의료공급체계의 성장양상에 대하여 환경변화와의 관계를 고려하면서 관찰할 것이다.

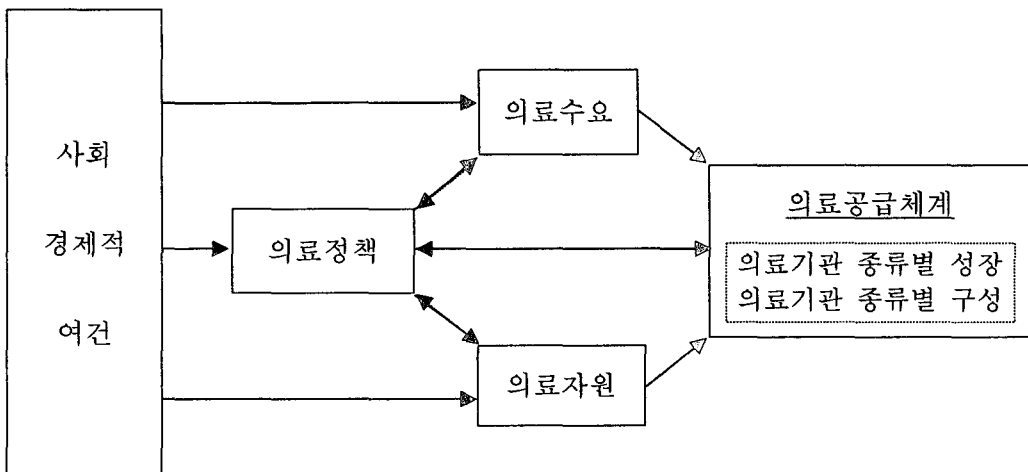


그림 1. 의료공급체계와 환경여건

의료공급환경에 대하여는 각 요소별로 몇 가지 변수를 임의로 선정하여 관찰기간 동안의 변화를 가늠할 것이다. 다만 의료정책에 대하여는 정책기조가 전환된 단계별로 주요 정책과

제의 내용을 살핌으로써 정책전개의 골자를 기술할 것이다.

조직군 개념을 엄격하게 적용하면 의료기관군 또는 의료기관의 종류별 성장은 기관수의 증가나 감소로 측정되어야 할 것이다. 그러나 여기서는 관심사가 일차적으로 의료역량이므로 Nielsen과 Hannan(1977)이 교육체계를 분석하면서 조직군의 규모를 학생수로 측정하였듯이 의료기관의 경우도 조직군의 규모를 종류별 병상수나 구성원수로도 나타낼 수 있을 것이다. 그러므로 의료기관의 성장은 종류별 기관수와 병상수를 기준으로 증가율과 구성비의 변화에 의하여 파악할 것이다.

III. 결 과

1. 의료공급체계 환경의 변화

의료공급체계의 환경에 대하여는 전반적 사회경제여건, 의료정책, 의료수요 및 의료자원으로 대별하여 의료공급체계의 성장에 작용하였을 지난 20여 년간의 변화를 중심으로 각 요소에 대하여 기술하기로 한다.

1) 사회경제적 여건

1960년대 이후에 빠른 속도로 계속된 경제성장과 더불어 사회 각계에서 급속한 변화가 진행되었다. 표 1에서 몇 가지 지표만 보더라도 변화를 실감할 수 있을 것이다. 인구 증가율이 감소했지만 총인구는 1980년의 약 3,700만에서 2000년에 약4,600만으로 증가했고, 같은 기간에 65세 이상 인구가 총인구의 3.8%에서 7.2%로, 시부인구가 57.3%에서 79.7%로 증가하여 인구의 노령화와 도시화가 급히 진전되고 있음을 알 수 있다. 같은 표에서 소득수준의 상승, 자동차와 전화 보급의 확대를 말해주는 자료를 통하여 국민생활의 수준과 양식이 아울러서 크게 향상 또는 변화하였음을 짐작할 수 있을 것이다.

사회경제적 여건이 전반적으로 의료수요와 의료자원의 증대를 비롯하여 여러 가지 측면에서 의료공급체계 성장에 유리하도록 변해왔다. 그리고 도시화가 진전되고 교통과 통신이 편리해짐에 따라서 의료기관들의 입지가 호전되고 확장된 측면도 있다.

2) 의료정책

국민의료의 발전해온 단계는 관점에 따라서 달리 구분할 수 있겠지만 정책기조의 전환에 초점을 맞출 경우에는 다음의 4개 단계로 나누어 볼 수 있을 것이다(한달선, 2004) : 1) 취약

<표 1> 사회경제적 상황

연 도	총인구 (1,000명)	시부인구 (%)	65세 이상(%)	1인당 GNI(US \$)	자가용 승용차 1대당 인구	전화보급률 (100명당 가입자)
1980	37,436	57.3	3.8	1,958	213.6	7.1
1985	40,448	-	4.3	2,229	90.9	16.0
1990	43,411	74.4	5.1	5,886	22.5	31.0
1995	44,609	78.5	5.9	10,823	7.8	41.2
2000	46,136	79.7	7.2	9,770	6.0	46.7

자료 : 통계청, 2003 한국의 사회지표

계층에 대한 공공의료 제공 단계(1948년 정부수립 - 1976년 제3차 경제개발 계획 종료), 2) 건강보험을 포함한 포괄적 의료발전정책의 시발과 추진 단계(1977년 제4차 경제개발 계획 시행 - 1989년 전국민건강보험 실현 이전), 3) 전국민건강보험 실현, 국가의 재정적 역할 확대 및 의료수급의 관리 강화 단계(1989년 전국민건강보험 실현 - 1998년 국민의정부 출범 이전) 및 4) 의약분업 실현을 비롯한 개혁 추진 단계(국민의정부 출범 - 현재). 단계별로 주요 정책과제의 내용을 살핍으로써 정책전개의 골자를 파악하기로 한다.

1970년대 중반까지는 공공의료시설을 통해서 취약계층에게 의료서비스를 제공함으로써 최소한의 사회안전망을 장치하는데 의료정책이 초점을 맞추어왔었다고 볼 수 있다. 일제 강점기에 설치된 독립병원과 의과대학 부속병원, 전후에 설립된 적십자병원, 종교재단병원이 의료체계 구축의 기반이 되었다. 1960년대부터 추진된 경제성장정책이 성과를 거두면서 소득수준이 향상되고 의료수요가 증가함으로써 의과대학이 증설되었고 개인의원과 민간병원이 확장되기 시작하였다. 공공의료부문의 투자는 크게 늘어나지 않았으며, 그 결과 민간부문에 비하여 상대적으로 위축되는 경향을 보였다. 그러나 민간의료와 공공의료의 조화를 포함하여 의료부문 전체를 어떻게 발전시켜가겠다는 전략이나 접근수단의 마련에는 소극적이었던 것으로 보인다.

1977년 제4차 경제개발계획의 시행과 더불어 의료보험제도와 의료보호제도를 출범시키고 보험적용대상을 점차 확대하여 1989년에 전국민의료보험을 실현하였다. 소득수준 향상과 의료보험 실시로 의료수요가 증가함으로써 의료공급능력을 확충하고 의료수급의 효율을 제고하는 일이 긴급한 과제가 되었다. 그러므로 의료정책은 공공부문과 민간부문 모두를 대상으로 의료체계의 설계, 투자, 관리 전반에 걸친 문제들을 포괄적으로 다루기 시작하였다. 의료보험은 국가의 재정적 역할을 최소화한다는 정책방향을 정하고 출발하였고, 국가의 재정책임 억제방안은 의료공급부문에서도 마찬가지였다. 의료공급능력을 확충함에 있어서 공공의료기

관을 증설하기 보다는 차관자금에 의한 금융지원을 비롯하여 재정적, 행정적 지원을 제공하는 방법으로 민간부문의 병원시설투자를 늘리는데 중점을 두었던 것이다. 의사양성을 늘리기 위해서 증설된 의과대학도 사립이 많았다. 의사수의 증가는 개인의원 증설로 이어지게 되고 사립의과대학들은 병원의 설립과 확장에 적극적이어서 민간부문 병원시설 확충에 중요한 역할을 하게 되었다.

1989년의 전국민의료보험 실현이후 지역보험에 대한 정부의 재정지원이 대폭 증가되었으며 보험급여 수준은 미흡한데도 보험재정이 불안정하고, 의료수급의 비효율 조짐이 적지 않게 나타나는 문제에 당면하게 되었다. 그리고 적용대상 확대가 완료되었으므로 급여를 확대하여 보험의 보장성을 강화해야 한다는 요구는 점차 강해지고 있었다. 그러나 정부는 재정책임을 최소화한다는 정책을 그대로 견지하면서 보험급여비 절감을 위하여 의료서비스 관리의 강화를 시도하게 되지만 성과가 기대에 미치지 못하였다.

1998년 국민의정부 출범 이후에 의료개혁이 비교적 활발히 추진되기 시작하여 오늘에 이르고 있다. 국민의정부는 정권교체 초기와 IMF체제의 개혁지지 분위기에서 여러 가지 개혁 조치들을 시도하게 되는데 도중에 좌절된 것들도 있으나 건강보험체계의 통합일원화와 의약 분업을 실현시켰다. 그리고 참여정부의 개혁계획으로서 건강보험통합의 완성과 공공의료 확충이 주목의 대상이나 성과에 대하여는 앞으로 더 지켜보아야 할 것이다.

우리나라의 경우 의료가 사회적 과제라는 인식이 전통적으로 매우 약한 편이었다. 그것은 의료가 건강문제 해결의 효과적 수단으로 발전하던 시기의 사회구조가 국민의 건강에 응분의 정책적 노력이 주어지기 어렵도록 되어 있었고, 이어서 일본의 식민통치, 해방후의 혼란, 전쟁과 빈곤의 시대를 거친 역사적 배경이 근원적 이유일 것으로 짐작된다(한달선, 2002). 이러한 바탕에서 출발한데다 경제개발이 성공적으로 추진되기 시작한 이후에도 성장과 안보가 선결과제로 강조되지 않을 수 없는 상황이 최근까지도 계속되었으므로 국민의료는 국정과제로서 우선순위가 뒤로 밀렸던 것이다. 의료정책의 이와 같은 기본방향은 의료공급체계의 성장과정에도 반영되었을 것이다.

3) 의료수요

사회의 일반적 상황과 의료정책이 의료수요의 증가를 유발하는 방향으로 변해왔다. 소득수준의 향상, 인구증가, 인구의 노령화, 도시화 및 교통과 통신의 발달, 건강보험의 확대 등이 모두 그러한 변화이다. 그리고 국민들의 건강과 의료에 대한 관심도 커지고 있어서 조사에 의하면 가장 중요한 생활 관심사가 무엇인가를 묻는 질문에 건강이라고 응답한 조사대상자가 가장 많아서 1998년에 36.7%, 2002년에는 44.9%나 되었는데, 이것은 두 번째로 많았던 경제라고 답한 대상자가 각 연도에 30.5%와 24.5%였던 것과 비교해도 차이가 크다.

의료이용도가 실제로 계속 증가했음은 건강보험 적용인구의 수진율 변화에서 관찰할 수 있다. 1985년과 2001년 사이에 1인당 외래수진건수는 2.824에서 7.002로, 입원수진건수는 0.061에서 0.101로 증가하여 외래이용은 세계적으로 가장 많은 편이고 입원의료이용도 의료 선진국 수준에 근접해가고 있다. 의료수요는 양적으로 늘어났을 뿐만 아니라 구조도 변화했을 것이다. 우선 질병양상이 변화하여 1992년과 2001년 사이에 급성질환 유병률은 18.0%에서 6.2%로 감소한 반면에 만성질환 유병률은 20.5%에서 46.2%로 증가한 것으로 조사되었다(맹광호, 2004). 그리고 보험적용은 의료이용의 소득계층간 차이를 줄이는 방향으로 작용했으며, 도시화, 교통 및 통신의 발달은 의료이용의 지역간 격차를 완화시켰을 것이다. 이와 같은 수요의 양적, 구조적 변화는 공급체계의 반응을 유발하기도 하였을 것이다.

4) 의료자원

의료자원 사정은 의료공급체계에 매우 중요한 환경요소이다. 표 2는 의사인력과 국민의료비의 변화를 보여주고 있다. 의료인력, 특히 의사인력은 의료자원의 핵심요소이며, 병원급 이상 의료기관의 진료기능에는 특히 전문의사가 중요한데 의사의 수나 전문의 비율이 모두 빠른 속도로 증가해왔으며, 앞으로도 그러한 증가경향이 지속될 전망이다. 일반적으로 소득수준의 향상은 국민경제에서 차지하는 의료비의 비중을 증가시키는 경향이 있는바, 우리나라도 유사한 현상을 보였으며, 국민의료비에서 공공의료비가 차지하는 비중은 OECD 국가들에 비해서는 적은 편이나 사회보장지출이나 정부지출이 모두 점차 늘어나는 추세이다(보건복지부·한국보건사회연구원, 2003).

<표 2> 연도별 의사인력과 국민의료비

연 도	의사 1인당 인구	전문의 비율(%)	GDP대비 의료비(%)	국민의료비 대비 공공의료비(%)*	국민의료비 대비 정부의료비(%)**
1980	1,690	37.3	-		
1985	1,379	50.0	4.0	28.1	5.9
1990	1,007	54.6	4.4	37.4	8.2
1995	789	56.0	4.4	38.1	9.8
2000	648	63.3	5.1	47.6	11.1

* 사회보장지출과 정부지출의 합계임

** 중앙정부와 지방정부의 지출 합계임

자료 : 의사인력자료 : 보건복지부, 보건복지통계연보

국민의료비 자료 : 보건복지부·한국보건사회연구원, 2001년 국민의료비 추계

2. 의료공급체계의 성장과정

의료기관의 경영환경이나 의료공급의 여건 변화가 미친 영향이 모든 종류의 의료기관에서 동일하지는 않았을 것이다. 의료기관은 종류별로 진료기능, 소요자원 등에 차이가 있기 때문에 환경의 변화가 의료기관의 평형수준규모와 실제 성장에 미치는 영향도 종류에 따라서 다를 수밖에 없다. 의료공급체계의 성장양상을 관찰함에 있어서 의원, 병원 및 종합병원을 비교하고, 이어서 공공병원과 민간병원을 비교할 것이다.

1) 종합병원, 병원 및 의원별 성장

표 3은 1977년부터 2002년까지 종합병원, 병원 및 의원의 기관수 변화를 보여주고 있는데, 모든 종류의 의료기관들이 계속해서 증가하였다. 가장 눈에 띄는 사항은 종합병원이 초기에 대폭 증가한 것으로서 1977년에 비하여 1982년에는 2배 이상 증가했고, 다음 5년간에는 약 85%의 증가를 보였으나 그 이후에는 증가율이 점차 둔화되었다. 병원은 1982년부터 1992년까지는 5년간의 증가율이 15.8% - 17.5%로서 주춤했으나 다른 기간에는 5년간 증가율이 35.9% - 43.2%였다. 의원은 1982년에는 1977년에 비하여 13.6%가 증가했으나 1982년 이후에는 계속 5년마다 35% 내외의 비교적 높은 증가율을 보여주었다. 증가율이 의료기관 종류별, 기간별로 달랐지만 일정한 경향을 발견하기는 어려웠다.

<표 3> 연도별 의료기관수와 증가율

연 도	종합병원		병원		의원	
	수	증가(%)	수	증가(%)	수	증가(%)
1977	52	-	192	-	6,008	-
1982	111	113.5	275	43.2	6,824	13.6
1987	205	84.7	323	17.5	9,089	33.2
1992	236	15.1	374	15.8	12,355	35.9
1997	255	8.1	566	51.3	17,041	37.9
2002	284	11.4	769	35.9	23,299	36.7

자료 : 보건복지부 통계연보

의료기관의 증설은 의료공급체계의 환경 변화와 부합되는 현상이다. 특히 1977년은 보건의료부문의 발전을 개발전략의 하나로 강조한 제4차 경제개발 5개년 계획이 시작되고, 그 일환

으로 사회보험방식의 의료보험제도가 출범한 해로서 이 때부터 보건개발에 대한 정책적 관심과 재정적, 행정적 지원이 과거에 비하여 점차 증대되었던 것이다. 그리고 의료보험은 적용대상을 점차 확대하여 1989년에는 전국민보험을 실현하였으므로 의료수요가 계속 늘어났다. 정부는 보험확대에 대비하여 의료기관 설립에 대한 정책지원, 의과대학 증설과 입학정원의 증원 등으로 보건의료서비스 공급의 확대를 추진하였다. 따라서 경제사회 전반에 걸친 발전, 건강보험 등에 의한 의료수요 증가, 의사인력의 증원, 보건의료부문에 대한 정책지원의 확대가 의료기관 설립이 늘어난 배경이라고 볼 수 있겠다.

표 4는 의료기관의 종류별 병상수의 구성비와 증가율을 정리한 것인데, 의원은 병상을 보유하지 않는 경우가 많으므로 병원이나 종합병원의 경우와는 병상수의 의미가 다르다는 사실을 염두에 두어야 하겠다. 병상수도 모든 종류 의료기관에서 계속 증가했으나 기관수의 증가경향과 약간의 차이를 보였다. 종합병원 병상은 1977년에서 1987년까지는 5년간 증가율이 100% 내외였으나 그 이후에는 점차 둔화되어서 1997에서 2002년 사이에는 13.9% 증가에 그쳤다. 관찰기간 중 병원 병상의 5년간 증가율은 35.9% - 72.2%였고 경향성은 일정치 않았으나 1992년 이후에 증가율이 높았다. 의원 병상의 5년간 증가율은 1997년까지 27.1% - 42.2%였다가 1997년과 2002년 사이에는 69.4%로 가장 높았다.

의료기관 종류별 병상의 구성비를 보면 1977년에는 의원병상이 가장 많았다가 그 이후에 의원병상의 구성비는 점차 감소하고 종합병원병상이 가장 많아졌으며 병원병상은 구성비의 변화가 적었다. 그러나 1997년과 2002년 사이에는 종합병원병상은 구성비가 다소 감소한 반면에 병원과 의원의 병상은 구성비가 증가하였다. 최근의 병원병상 증가는 정부가 정신병원, 노인전문병원, 치매전문요양병원 등의 특수병원 증설을 추진해온 결과일 것이다. 실제로 2002년 병원병상의 1/4 이상은 특수병원 병상이었다. 의원병상의 최근 증가는 의사수의 증가와 의학분업의 영향일 가능성이 있으며, 의원의 입원의료기능이 아직도 상당한 정도로 유지되고 있음을 시사한다.

모든 의료기관들이 수적으로나 병상수에 있어서나 계속 증가했다. 이것은 환경의 변화와 일치하는 현상으로서 우리나라의 의료기관 수용능력에 비교적 여유가 있었음을 뜻한다고 볼 수 있으며, 따라서 의료기관 종류별 경쟁이 심하지 않았을 것이므로 도태에 의해서 감소할 여지가 없었을 것이다. 정부가 노인전문병원 등의 특수병원 증설을 추진함으로써 병원이 늘어나고 있는 것은 조직생태학적 견지에서 의미 있는 변화이다. 인구의 노령화로 초래된 수요구조의 변화가 특수병원의 필요성을 증가시킴으로써 종합병원이나 의원이 차지할 수 없는 병원 고유의 적소(適所)가 확장되었음을 뜻한다고 말할 수 있을 것이기 때문이다.

전국민의료보험이 시행된 이후인 1991년부터 보험진료비의 의료기관 종류별 점유율을 살펴봄으로써 의료서비스 공급에서 이들이 차지하고 있는 상대적 역할을 가늠하기로 한다(표 5

<표 4> 년도별, 의료기관 종류별 병상수, 구성비 및 증가

연 도		종합병원병상	병원병상	의원병상	합 계
1977	수	13,762	12,377	25,252	41,391
	구성비(%)	33.2	29.9	36.8	100.0
	증가(%)	-	-	-	-
1982	수	27,286	17,219	21,694	66,199
	구성비(%)	41.2	26.0	32.8	100.0
	증가(%)	98.3	39.1	42.2	59.9
1987	수	57,863	26,798	27,861	112,522
	구성비(%)	51.4	23.8	24.8	100.0
	증가(%)	112.1	55.6	28.4	70.0
1992	수	76,619	36,425	35,418	148,462
	구성비(%)	51.6	24.5	23.9	100.0
	증가(%)	32.4	35.9	27.1	31.9
1997	수	101,615	62,707	49,586	213,908
	구성비(%)	47.5	29.3	23.2	100.0
	증가(%)	32.6	72.2	40.0	44.1
2002	수	115,779	106,179	83,987	305,945
	구성비(%)	37.8	34.7	27.5	100.0
	증가(%)	13.9	69.3	69.4	43.0

자료 : 보건복지부 통계연보

참조). 입원진료비에 있어서 종합병원의 몫은 1991년 79.0%에서 1995년에 80.2%까지 증가했다가 감소세로 돌아서서 2001년에는 72.0%였고, 병원의 경우는 1991년의 10.9%로부터 계속 조금씩 증가하여 2001년에는 15.8%였으며, 의원은 1991년에 10.0%에서 1995년에 8.4%까지 감소했다가 증가세를 보여 2001년에는 12.3%가 되었다. 외래진료비 점유율은 종합병원이 1991년에 25.0%로부터 1997년에 32.4%까지 증가하였다가 감소하여 2001년에는 19.8%였으며, 병원은 1999년까지 6.3 - 6.5%였다가 2001년에는 5.3%로 감소하였고, 의원의 경우에는 1991년 68.7%에서 1997년에 61.3%까지 감소했다가 1999년에 61.4%, 2001년에는 74.9%로 크게 증가하였다. 결과적으로 총진료비의 점유율은 종합병원이 45%이상을 유지하다가 2001년에 39.7%로 비교적 많이 줄었고, 병원은 1997년까지 8.0% - 8.5%였다가 1999년에 9.4%, 2001년

에 9.3%로 약간 늘어났으며, 의원은 1999년까지는 40.7% - 45.7%였으나 2001년에는 51.0%로 큰 폭의 증가를 나타냈다. 1990년대 이후에는 의료기관 종류별 보험진료비 점유율에 입원이나 외래 모두 큰 변화가 없다가 최근에 의원과 병원, 특히 의원의 점유율이 약간 증가하였다. 1999년과 2001년 사이에 총진료비에 대한 종합병원의 점유율이 9.3% 포인트 감소한데 반하여 의원부문의 점유율은 9.4% 포인트 증가한 것은 의약분업 시행이 의원부문에 유리했다는 통설과 일치하는 현상으로서 흥미로운 결과이다. 외래진료비에서 증감의 차이가 더 두드러졌지만 입원진료비에서도 같은 경향이 관찰되었다.

<표 5> 연도별 의료기관 종류별 보험진료비 구성비(%)

연 도		종합병원	병 원	의원	합계(금액, 1,000원)
1991	입원	79.0	10.9	10.0	100.0(1,153,346,974)
	외래	25.0	6.3	68.7	100.0(1,790,009,642)
	계	46.2	8.1	45.7	100.0(2,943,356,616)
1993	입원	80.0	10.7	9.3	100.0(1,571,057,423)
	외래	27.6	6.3	66.2	100.0(2,407,026,040)
	계	48.3	8.0	43.7	100.0(3,978,083,463)
1995	입원	80.2	11.3	8.4	100.0(2,179,876,047)
	외래	29.3	6.5	64.2	100.0(3,282,512,801)
	계	49.6	8.4	41.9	100.0(5,462,388,848)
1997	입원	79.5	12.0	8.5	100.0(3,030,962,841)
	외래	32.4	6.3	61.3	100.0(4,740,163,283)
	계	50.8	8.5	40.7	100.0(7,771,126,124)
1999	입원	76.2	14.1	9.7	100.0(3,820,436,644)
	외래	32.2	6.5	61.4	100.0(6,162,943,233)
	계	49.0	9.4	41.6	100.0(9,983,379,877)
2001	입원	72.0	15.8	12.3	100.0(4,399,684,796)
	외래	19.8	5.3	74.9	100.0(7,105,444,802)
	계	39.7	9.3	51.0	100.0(11,505,129,598)

자료 : 의료보험연합회, 국민건강보험공단, 통계연보

의원부문의 진료기능이 범위가 넓어서 입원의료에서도 역할이 크고, 한편 병원과 종합병원 들은 외래진료에서도 적지 않은 비중을 차지하고 있다는 점이 우리나라 의료공급체계가 갖고 있는 특징적 현상이며 문제점의 하나인데 이와 같은 현상이 변하고 있다는 조짐이 아직 보이지 않고 있다. 의원, 병원, 종합병원의 구분을 진료기술적 복잡성보다는 규모와 진료범위의 차이로만 인식하는 바탕에서 형성된 의료기관 선택 관행이나 환자의퇴체계에 관한 제도적 장치가 운영되지 않는 상태임을 고려하면 당연하다 할 것이다. 그리고 의료수요와 의료자원 사정 때문에 병원급 이상 의료기관의 설립이나 운영이 어려웠던 시기에 의원들이 비교적 넓은 범위의 진료서비스를 행한 것은 자연스러운 현상이었다고 볼 수 있다.

의료공급체계가 성장을 계속하고 있으나 표 6에서 보듯이 대부분의 OECD국가들에 비하여 의원병상을 포함할 경우 우리나라 급성병상이 적지 않은 편이고, 이들 나라에서는 감소하고 있는 경향을 감안할 때 머지않아 감축이 불가피하리라 예견된다.⁴⁾ 이 경우에는 단지 의료기관의 수나 병상의 감소뿐만 아니라 의료기관 종류별 구성의 조정과 기능의 개편을 포함한 의료공급체계의 구조조정이 요구될 것이다. 의료기관들의 성장양상은 종류별로 차이가 있

<표 6> 인구 1,000명당 일반병상수의 변화추이

국 가	1980	1990	1995	2000
오스트랄리아	6.0	6.4	-	3.8
캐나다	4.6	4.0	3.4	3.3*
프랑스	6.2	5.2	4.6	4.2
독일	7.7	7.5	6.9	6.4
이태리	7.9	6.2	5.5	4.5*
네덜란드	5.2	4.3	3.8	3.5
스웨덴	5.1	4.1	3.0	2.4
영국	3.5	2.8	2.5	3.3
미국	4.4	3.7	3.3	3.0
한국	-	2.7	3.8	5.2

* 1999년 자료임

자료 : OECD Health Data, 2002

표6을 여기쭈에

4) 급성병상과 만성병상을 구분하는 기준이 나라마다 다를 수 있고, 우리나라는 만성질환자 시설의 설립이 시작된 단계에 있으며, 의원은 기관당 병상수가 소수이기 때문에 점유율이 낮게 마련인 점 등이 국제비교의 결과 해석에 감안되어야 할 것임.

고, 환경여건에 기인하는 부분이 큰 것으로 보인다. 따라서 의료공급체계의 구조조정은 환경여건의 변화조치와 함께 추진되어야 한다. 예컨대 의원이 일차진료에 국한하도록 하는 일은 병원과 종합병원의 진료기능 조정을 위한 제도적 접근과 더불어 적어도 의사들의 전문화추세에 대한 조치가 병행해서 추진되어야 기대한 성과를 거둘 수 있을 것이다.

2) 공공병원 및 민간병원별 성장

병원과 종합병원은 설립주체에 따라서 국립대학을 포함한 국가기관, 지방자치단체, 지방공사 및 특수법인에 의하여 설립된 공공병원과 의료법인, 사회복지법인, 재단법인, 학교법인, 사단법인 및 개인에 의하여 설립된 민간병원으로 구분할 수 있다.⁵⁾ 지방공사나 특수법인은 정부기관이 아니지만 지방자치단체 또는 국가로부터 지원과 통제를 받으므로 공공병원으로 분류되는 것이다. 한편 민간으로 분류되고 있는 각종 비영리법인과 개인을 동일 범주로 간주하는 것이 적절한가에 대하여는 의문의 여지가 있으나 일단 통상적 분류를 따를 것이다.

표 7은 1977년부터 2002년 사이에 공공, 민간병원별로 기관수의 추이를 보여주고 있는데, 모두가 증가하기는 했으나 공공병원부문은 민간부문에 비하여 성장의 속도나 폭이 훨씬 못 미친 것으로 나타났다. 1977년에는 공공병원의 수가 74개소로 41.3%에 달했고, 그 이후에도 증가하여 2002년에는 109개소였지만 민간병원이 훨씬 더 많이 설립되었기 때문에 구성비는 11.2%로 대폭 감소하여 상대적으로는 공공병원부문이 점차 위축되었던 것이다. 그리고 이 과정에서 시립 및 도립 병원의 대다수는 지방공사로 전환되었으며, 국립대학병원들도 대부분 특수법인체로 전환되었다. 국립대학 병원은 국립 또는 특수법인이지만 다른 국공립병원과 여러 가지 측면에서 차이가 있음을 감안하여 별도로 집계하였는데 그 비중은 점차 감소하였음에 유의할 필요가 있다. 일부 농촌지역 보건소에 보건의료원이 설치되었으며, 최근에 정신병원, 노인전문병원, 치매전문요양병원 등이 국가와 일부 지방자치단체에 의해서 설립되어 공공병원의 수가 약간 증가하였다.

민간병원들은 소득수준 향상, 건강보험제도 실시, 의사의 수적 증가와 전문화, 도시화 등의 병원 경영환경여건 호전에 신속히 반응하였고, 정부의 금융지원을 비롯한 민간부문 병원시설 확대 정책의 도움도 성장요인의 하나로 작용하였던 것이다. 민간 병원 중에서 개인병원, 의료법인병원 및 학교법인병원의 증설이 특히 눈에 띈다. 의료법인병원보다 개인병원이 훨씬 많은 것은 짚어보아야 할 현상이다. 개인병원은 발생한 이윤의 사용이나 자산의 처리 등에 있어서 영리법인과 동일하므로 개인병원이 많다는 사실은 의료법이 영리법인의 병원 설립을 금지하고 있는 취지와 모순 되는 점이 있다고 말할 수 있기 때문이다. 의료법인 및 사회복지

5) 설립주체와 경영주체가 반드시 동일해야 하는 것은 아니나 우리나라에서는 그렇지 않은 경우는 극히 적으므로 별도로 고려하지 않아도 무방할 것이다.

<표 7> 연도별 설립주체별 병원수와 구성비(%)

설립주체	1977	1987	1997	2002
공공병원 소계	74(41.3)	82(15.4)	89(11.5)	109(11.2)
국립 (국립대학)	16(5.6) (6)	8(1.5) (6)	12(1.6) (2)	12(1.2) (3)
시·도·군립	45(25.1)	7(1.3)	21(2.7)	30(3.1)
지방공사	-	34(6.4)	34(4.4)	33(3.4)
특수법인 (국립대학)	13(7.3) (-)	26(4.9) (1)	20(2.5) (6)	31(3.2) (6)
민간병원 소계	105(58.7)	449(84.6)	682(88.5)	866(88.8)
의료법인*	6(3.4)	79(14.9)	185(24.0)	274(28.1)
사회복지법인	-	10(1.9)	15(1.9)	39(4.0)
재단법인	48(26.8)	50(9.4)	54(7.0)	36(3.7)
학교법인	16(8.9)	38(7.2)	60(7.8)	72(7.4)
개인	29(16.2)	266(50.1)	362(47.0)	439(45.0)
기타**	6(3.4)	6(1.1)	6(0.8)	6(0.6)
합 계	179(100.0)	531(100.0)	771(100.0)	975(100.0)

* 소수의 의료법인병원은 대학과의 관계가 학교법인병원과 유사함

** 사단법인 4, 미상 2

자료 : 1977년과 1987년 자료 : 송건용 등, 의료자원과 관리체계에 관한 조사연구, 한국인구보건연구원, 1987

법인 병원 중에도 대학과의 관계나 실질적 설립주체가 학교법인병원과 유사한 것들이 있는데 2002년에 이러한 병원이 13개소로서 72개 학교법인병원을 합하면 사립대학과 관련되어 있는 병원이 85개소였다. 이 중에서 의과대학이 없는 학교법인 병원이 몇 군데 있기는 하지만 전국에 사립의대가 32개교임을 감안하면 사립대학과 연계관계를 가진 병원의 상당수는 적어도 학부교육을 주된 기능의 하나로 삼고 있다고 보기는 어렵다.

표 8은 설립주체별로 병원과 종합병원의 병상수 추이를 보여주고 있다. 1977년에는 공공병상수가 13,582개로 전체병원병상의 53.2%나 되었지만 2002년에는 37,839개로 늘어나기는 했으나 구성비는 18.0%에 불과하였다. 민간병원 병상이 훨씬 급속도로 늘어난 탓이다. 민간병원 중에서 개인병원이 기관수는 가장 많았으나 규모가 작은 편이기 때문에 의료법인 병원이 병상수는 가장 많아서 공공병상을 포함한 전체의 1/3에 가까웠다. 병원의 규모는 진료범위,

전문화정도, 고가장비 보유상태와 밀접한 관계가 있으며, 결과적으로는 서비스의 질이나 효율의 차이로 연결될 것이다.

<표 8> 연도별 설립주체별 병상수와 구성비(%)

설립주체	1977	1987	1997	2002
공공병원 소계	13,582(53.2)	25,329(29.7)	29,714(18.8)	37,839(18.0)
국립 (국립대학)	8,504(32.3) (1,911)	10,570(12.5) (3,962)	9,294(5.9) (1,442)	10,696(5.1) (1,904)
시·도·군립	4,123(16.2)	1,615(1.9)	4,545(2.9)	4,615(2.2)
지방공사	-	6,093(7.2)	6,966(4.4)	7,499(3.6)
특수법인 (국립대학)	955(3.7) (-)	7,051(8.3) (NA)	8,909(5.7) (5,314)	15,029(7.1) (6,178)
민간병원 소계	11,941(46.8)	59,841(70.3)	127,946(81.2)	172,392(82.0)
의료법인	810(3.2)	15,185(17.8)	42,255(26.8)	67,753(32.2)
사회복지법인	-	NA*	3,609(2.3)	10,062(4.8)
재단법인	5,847(22.9)	10,318(12.1)	14,774(9.4)	8,628(4.1)
학교법인	3,306(13.0)	14,091(16.5)	31,914(20.2)	37,055(17.6)
개인	1,606(6.3)	18,679(21.9)	34,592(21.9)	48,369(23.0)
기타**	372(1.5)	1,568(1.8)	802(0.5)	525(0.3)
합계	25,523(100.0)	85,180(100.0)	157,660(100.0)	210,231(100.0)

* 기타에 포함되어 있음

** 1987년 이외의 경우에는 사단법인과 미상

자료 : 1977년과 1987년 자료 : 송건용 등, 의료자원과 관리체계에 관한 조사연구, 한국인구보건연구원, 1987; 1997년과 2002년 자료 : 대한병원협회, 병원명부

병원부문은 지난 1970년대 중반부터 매우 빠른 속도로 성장하였는데 민간병원이 성장을 주도하였다. 정부는 민간부문을 지원하면서도 직접투자로 의료기관을 설립하여 관리하는 일에는 소극적이었다. 우리나라의 경우 의료의 사회적 과제라는 인식이 전통적으로 약하여 정부가 보건의료에 관한 역할과 책임을 한정적으로 설정한 것이 공공병원부문이 위축된 근원적 배경이라고 볼 수 있겠다. 현실적으로는 표 9가 말해주듯이 1976년에 끝난 제3차 경제개발 5개년계획까지도 산업화의 기반구축과 추진에 국가역량을 집중하여 왔으므로 보건의료부문 투자에는 소홀하였던 탓에 의료공급능력은 취약했었다. 그러한 상황에서 시작된 제4차 계

획부터 보건의료개발에 무게가 주어지면서 의료공급을 시급히 확대해야 할 형편이 되었으나 정부의 직접투자로 해결하기가 불가능했을 것이다. 이와 같은 형편에서 투자소요가 큰 병원 시설의 확충과 병원운영에 따르는 재정부담을 민간부문에 의존하는 방안으로 해결한 것은 불가피한 선택이었다고 보아야 할 것이다.

<표 9> 제1차 - 제4차 경제사회 발전계획의 기초와 전략

계 획	기초와 전략
1차 계획 1962 - 1966	주요 애로부문의 타개 - 사회간접자본의 투자 - 기초산업 육성 - 소비재 수입대체
2차 계획 1967 - 1971	대외지향적 공업화 - 소비재 수출증대 - 소비재 및 중간재 수입대체 - 사회간접자본의 확충
3차 계획 1972 - 1976	성장, 안정, 균형 - 농어촌 경제의 개발 - 중화학공업의 건설 - 중간재 및 건설재 수출 실현
4차 계획 1977 - 1981	성장, 능률, 형평의 조화 - 경제성장의 자립구조확립 - 사회개발과 형평의 증진 - 기술혁신과 능률향상

정부가 공공병원의 증설에 소극적이었던 이유의 다른 하나는 병원을 정부기관으로 운영하는 방안의 타당성에 의문스러운 측면이 있다는 인식 때문이었을 것이다. 1980년대 초부터 지방자치단체 병원들은 지방공사로 그리고 국립병원들은 특수법인체로 전환된 경우가 많았는데, 이것은 정부기관의 관료제적 조직형태가 병원기능에 적합하지 못하여 도태되고 조직형태

가 변형된 공공병원이 출현했다고 해석할 수 있는 현상이다. 병원은 고객중심의 전문서비스가 주된 기능이고, 전문직이 인력의 주축을 이루는 조직이라는 점을 고려하면 정부기관의 조직형태가 적절하다고 보기 어려운 것이 사실이다.

IV. 고찰

1960년대 초에 시작된 경제개발정책이 성공적으로 추진되면서 의료수요가 증가하고 의료자원 사정이 호전되는 등 의료기관의 증설, 확충에 좋은 여건이 조성되었고, 1970년대 중반부터 보건개발을 국가발전 전략의 일환으로 강조하기 시작함으로써 오늘날까지 수요와 공급이 모두 빠른 속도로 확대되어왔다. 다시 말해서 의료공급체계는 환경여건의 변화에 맞추어 성장을 지속한 것이다. 그러나 의료기관의 종류별로 성장양상이 달랐는데 그 차이는 환경변화의 작용이 의료기관 종류별 조직형태에 따라서 차이가 있었기 때문에 나타난 것으로 설명할 수 있겠다. 환경은 앞으로도 변할 것인바, 현실적 상황과 예견되는 변화를 고려하면서 전술한 분석결과가 의료기관 종류들 간의 기능분화 미비와 공공병원부문의 취약으로 인한 의료공급체계의 문제점들을 겨냥한 개혁정책과 관련해서 시사하는 바를 검토하기로 한다.

1. 의원, 병원 및 종합병원의 기능적 분화와 관계 개편에 대한 시사

의료기관들이 종류별 기능분화가 제도화되어 있지 않은 상태에서 환자유치와 의료진 확보 등을 위해 경쟁하고 있어서 여러 가지 문제점들이 나타나고 있는 것으로 지적되며, 대응방안으로 의원은 일차진료만 행하고 병원과 종합병원은 입원진료를 위주로 하면서 외래진료는 의원이 의뢰한 환자들만 대상으로 하는 것을 원칙으로 하는 의료기관 종류별 분업체제 모형이 제안되고 있다. 의원이 전체병상의 1/4 이상을 보유하고, 입원환자 보험진료비의 12% 이상을 점유하며, 병원과 종합병원이 외래환자 보험진료비의 1/4 이상인 상황에서 제안된 모형이 실행되면 의료기관들과 의료이용자들에게 주는 충격이 매우 클 것이고, 따라서 개편에 대한 저항이 적지 않게 마련이다. 정부가 의료보험을 전 국민에게 확대하면서 보험급여체계와 연계하여 시행한 의료전달체계가 이러한 모형을 지향한 조치의 예가 된다(보사부, 1989). 이 조치는 시행초기에 얼마쯤 효과가 나타난 것으로 평가되었으나(명재일과 정영철, 1991; 한달선 등, 1991), 시간이 지나면서 점차 실효성이 없는 제도가 되고 말았는데, 실패한 이유로 여러 가지를 들 수 있지만 근원적으로는 의료기관들과 의료이용자들의 저항이 걸림돌로 작용하였을 것이다.

의료기관 종류별 기능분담체제의 개편이 결코 용이하지 않은 일이지만 개편 압력은 강해

질 전망이다. 첫째, 급성질환이 감소하고 있으며 의료선진국들에서는 이미 지난 10여년 이상 급성병상이 줄어들고 있는 사실에 비추어 우리나라도 머지않아서 급성병상을 감축해야 할 상황에 당면하리라 내다보인다. 둘째, 만성퇴행성질환의 증가를 비롯한 질병양상과 의료수요 내용의 변화에 따라서 의료서비스 기능과 공급체계 구조의 조정필요성이 커질 것이다. 셋째, 국제적 체험에 비추어 국민의료비 억제를 위한 정책적 노력의 강화가 불가피할 것이며, 그 일환으로 의료공급체계의 개혁을 적극적으로 검토, 추진해야 할 것이다.

의료공급체계의 구조 개편은 의료기관들의 진료기능 조정을 비롯한 조직형태의 변화를 요하므로 개편된 체제가 원만하게 정착되려면 달라진 조직형태가 이전의 형태에 비하여 환경에 대한 적합도가 대등하거나 더 높아야 할 것이나, 현재의 의료공급환경에서는 그렇지 못한 측면이 적지 않음을 몇 가지 예에서 알 수 있다. 첫째, 의료기관의 핵심자원인 의사의 수급 상태는 매우 중요한 환경요소인데, 신규의사의 90% 가까이 중국에는 전문의가 된다는 사실은 의원들이 그 기능을 외래 중심의 일차진료에 한정하는 것과 부합되지 않는 상황이다. 둘째, 의료기관들이 수익성을 추구해야 하고, 성과불 방식의 지불보상제도가 시행되고 있어서 의료기관들은 진료의 양을 늘려야 할 유인의 작용아래 운영되고 있으며, 따라서 환자들은 의료기관들이 다른 기관으로 의뢰가 필요한 경우에도 지연시킬지 모른다는 불안감을 가질 수 있어서 처음부터 여러 영역의 수준 높은 진료능력을 갖춘 의료기관을 찾는 등의 불합리한 의료추구행위가 나타날 수 있는 것이다. 셋째, 만성퇴행성질환자들은 초진단계에서 종합적 진단검사가 필요한 경우가 많은데 이런 환자들에게도 엄격한 단계적 의료이용이 적합할지 의문을 제기할 여지가 있고, 인터넷 등에 의하여 환자의 지식과 정보가 크게 향상되고 있다는 점을 고려할 때는 더욱 그러하다.

의료공급환경의 현실과 변화전망을 고려할 때 우리가 지향해야 할 것으로 널리 인정되고 있는 모형의 기본원칙에 대한 재검토가 필요한 부분도 있고, 구체적 설계와 운영방안에 관해서도 유의해야 점들이 많은 것이다. 예를 들면 진료내용이 의사와 환자의 개인특성, 진료여건 등의 의학외적 요인에 연유하는 부분도 적지 않다는 사실을 고려하여(Hillman, 1990; McPherson, 1990; Sandier, 1990), 진료비지불방법, 보험급여관리 등을 통한 유인과 규제로 의원 진료의 질적, 양적 적절성을 높여서 환자의 신뢰를 얻도록 하는 일이 환자의뢰체계의 효과적 작동을 도모하고 의료기관들의 협동적 분업체제를 구축하는데 중요한 전제의 하나가 되는 것이다. 그리고 정보통신기술의 발달로 의료기관들의 기능적 연계방법이 다양해지고 있다는 사실을 개편모형의 개발에 감안할 필요가 있겠다(Sultz and Young, 2001).

의료기관들의 종류별 기능분담체제는 현재 의료서비스의 효율, 품질 및 이용편의도 등의 측면에서 분명히 적절치 못하다. 현행체제의 개편은 의료기관의 기능조정을 비롯한 조직형태 변화를 수반하게 마련이며, 따라서 새로운 조직형태가 환경에 적합하지 않으면 실행이 어렵

고 기대한 성과를 거둘 수 없는 것이다. 의료기관 종류별 기능적 분업체제의 개편을 중요한 정책과제로 설정한지가 오래지만 아직 해결의 실마리도 확실하게 풀지 못하고 있는 것은 환경과의 관계를 적절히 조정하지 못한 탓이 큰 것으로 보인다. 효과적 개편을 위해서는 계획 단계에서 의료기관들이 처해 있는 환경의 현실과 전망을 다각적으로 충분히 고려하고, 경우에 따라서는 환경의 변화를 동시에 추진해야 할 것이다.

2. 공공병원부문의 확충계획에 대한 시사

참여정부는 의료서비스의 공공성이 미흡하여 의료를 통한 사회안전망 기능이 부실하고, 자원배분의 왜곡 등에 의한 비효율이 초래되며, 진료표준 제시 기능 미흡으로 인한 질적 결함이 심하다는 문제의식을 근거로 공공병상의 비중을 약 30%로 증가시킬 계획임을 밝힌바 있다. 공공병원 증설의 기대성과에 대한 전망과 평가는 이 연구의 범위에서 벗어나므로 논외로 하고, 공공병원부문이 오늘의 모습을 갖게 된 배경이 증설계획의 추진에 대하여 시사하는 점을 짚어볼 것이다.

건강보험제도의 본격적 출범과 의료보호제도의 시행으로 의료수요가 증가하기 시작하고 이에 대응하여 의료공급능력 확충에 대한 정책적 지원이 강화되기 시작한 1977년부터 민간병원이 급속히 성장함으로써 공공병원은 상대적으로 점차 더 위축되었다. 우리나라는 전통적으로 의료를 개인의 문제가 아닌 사회가 공동으로 해결해야 할 과제라는 인식이 약한 편이었고 정부의 투자 의지나 역량이 미흡했으리라는 점은 앞에서 언급한바와 같다. 이처럼 정부의 병원의료 확충을 위한 의지나 능력이 약한 형편에서 핵심자원인 의사인력이 부족하였던 시기에 공공병원의 조직형태와 관리방식으로서는 유능한 의사 확보경쟁에서 민간병원에 비하여 심히 불리하였음에 틀림없다. 공공병원들의 이러한 근원적 어려움은 경영부실로 이어짐으로써 환자의 신뢰를 잃고 정부의 투자 의지를 더욱 약화시키는 악순환을 형성하게 되었던 것이다.

오늘날에는 상황이 공공병원에 유리한 방향으로 많이 달라져 있다. 의료에 대한 정부의 역할이 확대되는 경향이고, 의사가 수적으로나 전문의 비율에 있어서나 크게 증가하여 충원이 용이해지고 있다. 공공병원의 대부분을 지방공사, 특수법인 등으로 전환시켜 기업성과 자율성을 확대함으로써 공공성을 약화시킨 부작용이 지적되기도 하지만 민간부문에 대한 경쟁력이 강화되었다고 보아야 한다. 그리고 인구의 노령화로 인하여 요양의료서비스 수요가 늘어나고 있으나 민간병원들의 관심이 적은 편이어서 이미 공공요양병원이 증설되고 있으며 앞으로 더 증가할 요인이 되고 있다. 그러나 공공병원 증설에 신중을 기해야 할 필요성을 적시하는 사실들도 있다. 첫째, 기존 공공병원들의 경영이 부실하고 급성질환이 감소하고 있는데

급성병상이 의원병상을 제외하더라도 OECD 국가들과 비슷한 수준으로서 성장 한계에 도달해가고 있으며, 둘째로 정부지출 의료비가 증가하는 추세이나 아직도 국민의료비의 11% 남짓한 정도에 불과하다. 이러한 사실들은 급성병원부문에서 공공병원들이 민간병원들과의 경쟁에서 우위를 확보하여 효과적으로 기능하기가 결코 쉽지 않을 것임을 시사한다. 따라서 우선은 기존의 공공병원을 활성화하는데 주력하는 한편, 요양병원부문에서 정부가 적절한 수준의 역할을 확보하는데 힘쓰는 것이 합리적 접근이 될 수 있을 것이다.

공공병원의 증설은 그 자체가 목적이 아니라 의료의 공공성 강화를 위한 수단인 것이다. 그러므로 정부는 민간병원의 공공기능 확대방안을 적극 모색해야 한다. 의료서비스 공급에 관해서는 민간부문의 역할이 지배적이지만 건강보험을 비롯한 공공부문이 재원관리를 주도하고 있으므로 의료서비스 수급에 작용할 수 있는 강력한 영향력을 갖고 있다. 이와 같은 영향력을 활용한다면 병원의 경영환경, 경영방식 및 환자행동의 변화를 이끌어내기 위한 효과적 수단이 마련될 수 있는 것이다. 건강보험의 보장성 강화로 공공재원의 비중과 영향력이 커지면 더 다양한 접근의 개발이 가능할 것이다. 다시 말해서 공공병원 증설에 의한 기대효과와 상당부분은 민간병원들의 환경여건 변화를 통해서 얻을 수 있을 것으로 믿는다.

3. 추가연구에 대한 시사

이 연구는 자료의 제약 등을 고려한 탐색적 성격의 분석이었지만 조직군 생태이론이 의료공급체계가 오늘날의 모습을 갖게 된 배경과 이유를 이해하는데 효과적인 토대가 될 수 있음을 보여주었다. 그러므로 이 연구를 몇 가지 각도에서 보완하여 추가적으로 시도할 필요가 있다고 믿는다. 첫째, 의료기관들은 비교적 한정된 지역 내에서 경쟁한다는 사실을 고려하여 전국단위 자료가 아닌 진료권단위 자료를 이용하거나 시계열 자료에 의한 분석을 시행하면 성장과정을 계량적으로 나타낼 수 있을 것이다. 둘째, 의료기관을 전문과별 의원, 규모별 병원, 설립주체의 세부 분류별 병원 등으로 분류를 달리하여 조직군을 정의함으로써 의료공급체계의 여러 가지 측면을 관찰할 수 있을 것이다. 셋째, 의료기관의 조직형태와 환경여건의 구체적 특성을 측정하여 상호관계를 상세하게 파악하기 위한 심층 분석방안을 생각할 수 있다. 이 밖에도 추가적 연구의 과제와 방법이 있겠지만 조직군 수준에서 환경의 작용에 초점을 맞추고 있는 조직군 생태이론적 접근의 제한점 때문에 단위조직을 대상으로 한 연구의 결과들과 통합되어야 의료공급체계에 대한 조직이론적 이해가 충실해질 수 있으리라는 사실도 지적해 두어야 하겠다.

V. 결 론

공공병원부문의 취약과 각급 의료기관간 분업체제 미비가 우리나라 의료공급체계의 특징이며 문제점이다. 일반적으로 어떤 개체가 나타내고 있는 모습은 성장해온 과정의 결과이므로 의료공급체계의 성장과정 분석이 이러한 특성들이 형성된 이유를 이해하기 위한 접근의 하나가 된다. 의료공급체계의 성장은 의료수요와 이에 대응하여 공급을 확대하기 위한 조직역량이 있어야 가능하므로 의료기관이라는 조직들에 의하여 이루어지는 과정으로 파악할 수 있고, 따라서 조직이론을 토대로 분석할 수 있는 것이다. 이와 같은 관점에서 조직군생태이론의 시각으로 우리나라 의료공급체계의 성장과정을 관찰하여 문제점들의 배경을 이해하고 개혁에 대한 시사점을 도출하고자 시도하였다. 의료공급체계를 구성하는 조직군은 연구 과제를 고려하여 두 가지 측면에서 정의하였다. 하나는 의료공급기능의 주축인 종합병원, 병원 및 의원을 대상으로 하여 각각을 조직군으로 보았고, 다른 하나는 의원을 제외하고 병원부문을 대상으로 하면서 공공병원과 민간병원을 각각 조직군으로 간주한 것이다.

의료공급체계의 환경은 지난 30년 가까이 비교적 빠른 속도로 의료기관의 증설과 확장에 유리하도록 변해왔다. 이에 맞추어 모든 종류 의료기관이 성장해왔으나 성장양상은 종류별로 달랐고 환경의 변화와 연관이 있었다. 그 동안 의료기관 수용능력은 비교적 여유가 있었으나, 머지않아 주로 수요와 국민의료비 측면에서 한계에 도달할 전망이다. 환경의 수용능력 한계는 의료공급체계에 개혁압력으로 작용하는 한편 개혁계획의 전제가 되기도 할 것이다.

의원, 병원 및 종합병원의 기능분담체제 개편은 일부 또는 모든 종류 의료기관의 진료기능을 비롯한 조직형태의 변화를 요한다. 그러므로 개편체제가 정착되려면 새로운 조직형태가 환경여건에 적합해야 하며, 따라서 개편노력은 의료기관만 대상으로 할 것이 아니라 인력수급정책, 보험급여 관리 등의 환경여건 변화를 위한 조치도 아울러 고려해야 할 것이다.

공공병원들은 고립된 상태에서 운영되는 것이 아니고, 민간의료기관들과의 기능적 협력 또는 경쟁 관계를 갖게 마련이며, 정부의 다른 부문이나 사업과도 예산 확보 등을 위한 경쟁이 불가피하다. 이것은 공공병원의 신설이나 확충을 위한 투자는 공공병원 강화의 첫 단계 조치에 불과하고 이 병원들이 원활히 기능하여 의료의 공공성 제고라는 목적을 달성하도록 하려면 추가적 조치들이 요구될 것임을 뜻한다. 구체적으로는 공공병원들이 범정부적 지원을 받으면서 환자만족도를 높이고 우수인력을 비롯한 자원 확보 경쟁에서 민간병원들과 대등한 역량을 갖출 수 있도록 우호적 환경을 조성하는 일이 중요할 것이다.

의료공급체계에 대한 조직군 생태이론의 시각이 유용함은 탐색적 성격의 이 연구를 통해서도 인정될 수 있으리라 믿는다. 따라서 정교한 설계로 적절한 자료를 수집하여 심층 분석한다면 의료공급체계에 대한 지식의 축적과 정책적 접근의 개발에 크게 도움이 될 것임에

틀림없다.

참 고 문 헌

- 김병섭, 박광국, 조경호. 조직의 이해와 관리. 서울 : 대영문화사; 2000. 쪽 189-204.
- 맹광호. 21세기 한국사회의 새로운 건강관리 패러다임. 박재갑, 강윤구 편. 보건복지정책 : 과제와 전망. 경기도 고양시 : 국립암센터; 2004. 쪽 240-248.
- 명재일, 정영철. 의료전달체계 운영성과의 분석. 서울 : 한국보건사회연구원; 1991.
- 보건복지부 · 한국보건사회연구원. 2001년 국민의료비 추계. 2003.
- 보건사회부. 보건사회. 1989. 쪽 120-126.
- 송건용, 문옥륜, 권순만, 오영호, 도세록, 정우진 등. 의료기관 종별 표준업무 개발. 서울 : 보건복지부·한국병원경영연구원; 2001.
- 송건용, 정영일, 조유향, 김영임, 정진호, 박연우 등. 의료자원과 관리체계에 관한 조사연구. 서울 : 한국인구보건연구원; 1987.
- 이창순. 조직 : 구조와 과정. 서울 : 박영사; 2001. 쪽 114-115.
- 한달선, 김병익, 이영조, 배상수, 권순호. 보험진료체계 개편의 효과에 대한 연구. 예방의학회지 1991; 24 : 485-495.
- 한달선. 의료위기의 본질과 과제. 사회보장연구 2002; 18:1-35.
- 한달선. 의료정책의 이념적 시각. 박재갑, 강윤구 편. 보건복지정책 : 과제와 전망. 경기도 고양시 : 국립암센터; 2004. 쪽 13-25.
- Aldrich HE. Organizations and Environments. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall; 1978. pp. 108-109.
- Boulding KE. Toward a general theory of growth. The Canadian Journal of Economics and Political Science 1953; 19:326-340.
- Han DS. A formal theory of bed capacity change in American community hospitals. 보건학논집 1983; 35:81-95.
- Hannan MT, Freeman J. The population ecology of organizations. American Journal of Sociology 1977; 82:929-965
- Hillman BJ, et al. Frequency and costs of diagnostic imaging in office practice : A comparison of self-referring and radiologist-referring physicians. New England Journal of Medicine 1990; 323 : 1604-1608.

- McPherson K. International differences in medical care practice. In : OECD. Health Care Systems in Transition. Paris : OECD; 1990. pp. 17-28.
- Moch MK. Structure and organizational resource allocation. Administrative Science Quarterly 1976; 21 : 661-674.
- Nielsen F, Hannan MT. The expansion of national educational systems : Tests of a population ecology model. American Sociological Review 1977; 42:479-490.
- Sandier S. Health services utilization and physician income trends. In : OECD. Health Care Systems in Transition. Paris : OECD; 1990. pp. 29-40
- Starkweather DB. Hospital size, complexity and formalization. Health Services Research 1970; 5 : 330-341.
- Sultz HA, Young KM. Health Care USA. Gaithersburg, Maryland : Aspen Publishers; 2001. pp. 162-163.