

Special

## 공공보건의료 서비스 확충과 민간병원 발전과의 조화



글 · 정 상 혁  
이화의대 예방의학교실

### I. 들어가는 말

공공보건의료 확충에 대한 공청회가 2005년 5월 25일 개최되었다. 향후 5년간 4조 3천 억원의 재정을 투입하기로 관계부처와 합의를 봤다. 그리고 최근 이에 따른 각종 정책이 법률화되고 있다. 공공보건의료가 낙후한 우리나라의 현실에서 재정을 확충하고 이를 사용한다는 것은 매우 바람직한 일이다.

그러나 얼마 전 한 일간지에 게재된 국고로 운영되는 한 대학의 총장이 쓴 글이 마음의 한 구석을 차지하고 있다. 국민의 세금으로 우수한 인재들을 특별히 양성하는 것이 바람직한가? 하는 것이다. 우수한 인재들은 국민의 세금으로 양성되고, 또 이들은 우수한 직장을 가지게 되고... 일반 시민이 납부한 비용으로 특수계층에 있는 사람들의 미래가 더욱 발전할 수 있도록 해주는 것이 올바른 것인가? 이는 무언가 불합리한 일로 여겨진다.

국가는 세원을 조달하여 이를 사용하는 일에 올바른 도덕적 관념과 뚜렷한 철학을 가져야

한다. 그렇지 않으면 세금의 사용은 포퓰리즘을 추구하는 정치적인 집단의 낭비적인 요소로 자리매김 될 가능성이 높다. 국가가 세금을 사용하는 일에는 우선순위가 있어야 한다. 국가의 안보, 치안질서의 유지, 사회간접자본에 대한 투자, 극빈층에 대한 사회보장과 같은 내용들은 국가의 존속을 위하여 반드시 세금을 사용해야 할 영역들이다. 그러나 우리나라의 세금 사용을 보면 정말 사용해야 할 필수적인 영역들보다 불특정 다수를 위한 전시행정적인 영역, 공무원들의 자리를 늘리기 위한 불필요한 조직의 확대에 더욱더 열을 올리고 있는 경우가 허다하다. 그리고 작은 정부 구현을 위한 효율적 정치 행정구조 개혁의 노력을 게을리 하고 있다.

공공보건의료의 강화라는 것은 매우 조심스럽게 접근해야 한다. 한번 터지기 시작하는 보건복지 분야의 재정 지출을 막는 것은 세계 어느 나라의 경우에 있어서도 매우 민감하고 어려운 영역으로 존재하고 있기 때문이다. 미국 연방정부 재정에서 메디케어, 메디케이드 영역에 지출하는 비용이 연간 23%를 점하고 있으며, 이들의 연금 보조에 투입되는 비용은 25%를 차지하여 미국 연간 연방예산의 48%가 보건복지분야에 지출된다는 사실을 염두에 두어야 한다. 따라서 현재의 보건복지분야 정책은 미래사회에 많은 재정 지출을 가져올 수 있다는 것을 정확히 인식하여야 한다.

## II. 참여정부가 추구하는 공공보건의료 서비스 확충

보건복지부는 행정자치부가 관할하던 지방공사의료원을 최근 이관받았다. 보건복지부에서는 지방공기업법에 의하여 설립되던 지방공사의료원을 ‘지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률’ (법률 제7589호, 2005년 7월 13일 제정·공포, 2005년 9월 13일부터 시행)에 근거하여 설립, 운영할 수 있도록 하였다. 참여정부 들어서 그동안 주장하던 보건의료의 공공성 강화를 실천하기 위한 법률을 제정한 것이다.

향후 지방의료원을 중심으로 공공보건의료 사업을 적극적으로 전개할 수 있는 법적 근거를 마련한 것으로 볼 수 있다.

이 외에도 현재 추진 중인 공공보건의료 서비스 확충과 관련한 내용들을 보면,

- ① 국립의료원을 국가중앙의료원으로 개편
- ② 국립대병원에 노인전문병원, 어린이병원, 지역암센터, 전문질환센터 건립, 운영
- ③ 권역별 재활센터 건립
- ④ 시·도립치매요양병원 건립 지원
- ⑤ 공공병원인증제 도입
- ⑥ 민간 급성기 병상의 요양병상 전환 지원 등이 있다. 이와 같이 공공보건의료 서비스 확충의 주요 내용을 보면 국가 소유의 시설과 장비를 늘려간다는 내용들이 대부분이다.

전국에 민간의료시설과 장비가 부족하지 않음은 정부뿐만 아니라 국내 보건의료계에 있는 모든 사람들이 아는 사실이다. 그럼에도 불구하고 공공보건의료 서비스 확충이라는 정책이 국가 소유의 자산을 늘리는 것이라는 개념을 가진다는 것은 공공보건의료 서비스 확충의 근본적인 철학과 접근방법을 제대로 인식하지 못한 것으로 판단된다. 최근 지방의 국립 의과대학 부속병원과 사립의과대학 부속병원이 함께 존재하는 곳을 가보면 그 발전 속도의 차이가 확연히 드러나고 있다. 원가에도 못 미치는 건강보험 수가에 경영이 허덕이는 사립 의과대학 부속병원은 과거의 혼티를 벗지 못하고 위축되어 가고 있는 반면에 국립의과대학 부속병원은 국고에 의하여 시설과 장비가 신축, 투입되고 있으며, 의료 인력이 늘어나고 있는 것을 볼 수 있다.

국세는 누구를 위해 사용되어야 하고, 무엇이 진정 국민을 위한 효율적인 보건의료 정책인지 정책당국에 물어보지 않을 수 없다. 정부 행정부처 공무원들이 세금의 진정한 의미가 무엇인지를 정확히 인식하지 않는 한 대한민국의 미래는 존재할 수 없다. 세금은 최극빈 층부터 단계별로 국가의 재정이 허락하는 한 점차적으로 확대해 나가는 방법 외에 다른 방법은 보건복지 분야에 존재하지 않는다. 시설과 장비의 국유화가 공공보건의료 서비스의 확충이 아니다. 누구 소유의 시설과 장비를 이용하던 간에 공공보건의료 서비스가 극빈자 계층에게 제공되는 것이 공공보건의료 서비스의 확충이다.

### III. 보건의료 취약 계층에 대한 정의와 공공보건의료 서비스의 접근원칙

#### 1) 취약계층의 개념과 접근성

일반적으로 취약계층을 지칭할 때, 저소득층 또는 절대빈곤층을 일컫는 경우가 많으나 공공보건의료 영역에서 취약계층의 개념은 보건의료 취약계층의 개념에 입각하여 포괄적으로 접근할 필요가 있다. 보건의료 취약계층은 절대빈곤층을 포함하되, 절대빈곤층에 속하지 않더라도 질병 등으로 인한 과도한 의료비 지출이 생계유지에 장애를 주거나 의료서비스를 이용하는데 장애를 초래하게 되는 계층으로 정의될 수 있다. 경제적 장애 외에도 신체적, 정신적 건강장애로 인한 보건의료서비스 요구도가 높는데 반해 이를 충족하지 못하는 계층도 보건의료취약계층에 속한다고 볼 수 있다. 이를 구체적으로 열거하면 경제적 접근도 측면에서 장애를 느끼는 절대빈곤층 및 저소득계층, 그리고 신체적 접근도에서 장애를 느끼는 노인계층과 신체장애인, 그리고 정신장애인 등이 포함될 수 있다.

이와 같이 보건의료 취약계층은 매우 다양하며, 지리적으로도 광범위한 영역에 펼쳐져 있음을 알 수 있다. 국가가 아무리 많은 보건의료시설을 소유한다고 할지라도 사회주의 보건의료체계를 갖지 않는 한 이러한 보건의료 취약계층에 대한 공공보건의료 서비스의 제공, 이들의 공공보건의료 서비스에 대한 접근은 결코 향상될 수 없다.

현재도 보건소 주변의 일부 계층들만이 보건소의 공공보건의료 서비스를 제공받고 있다. 대부분의 보건소가 해당지역의 주요 소재지에 있으며, 이러한 지역은 대체로 그나마 경제적 수준이 좋은 사람들이 거주하는 지역이라는 것은 참으로 아이러니한 일이 아닐 수 없다. 누구를 위한 공공보건의료 서비스 제공 체계인지를 근본적으로 검토해야 할 시점에 놓여 있다.

민간의료 시설은 광범위한 지역에 분포되어 존재하고 발전하여 왔다. 지역 거점의 공공

보건의료시설이 몇 개 더 지어지고 국공립 보건의료기관이 들어선다고 하여 광범위한 지역의 보건의료 취약계층에 대한 공공보건의료 서비스가 제공될 수는 없다. 따라서 광범위한 지역에 소재하는 민간 보건의료시설을 이용한 공공보건의료 서비스 제공체계의 확립은 접근성 측면에서 실현성이 매우 높다고 볼 수 있다.

공공보건의료 서비스 제공의 실질적 관점에서 볼 때 국가소유의 시설과 장비를 늘리는 것이 아니라 실제로 이들 취약계층에게 공공보건의료 서비스가 제공되어지는 것이 합목적적이라고 볼 수 있다. 이미 선진외국은 보건의료서비스의 아웃소싱이 효율적임을 인식하고 공공분야는 재정조달, 기획과 평가기능을 가지고 실제 서비스 제공은 민간이 그 기능을 담당하도록 하고 있다. 공공보건의료시설을 운영할 때 소요되는 비용은 국민건강보험제도하에서는 동일한 가격으로 설정될 수 밖에 없다.

따라서 민간 의료자원이 넘쳐나는 시점에 또 다른 시설을 건립하여 자원의 중복투자와 낭비를 초래하는 것 보다 이들 시설들을 활용한 실질적 공공보건의료 서비스 제공이 더욱 바람직할 것이다.

## 2) 공공보건의료 서비스 프로그램의 필수요소

공공보건의료 서비스 프로그램은 최우선순위로 볼 때 취약계층의 건강을 보전하기 위한 접근을 의미한다. 이러한 접근에 있어서 필수요소는 다음과 같이 네 가지로 나누어 볼 수 있다.

- ① 적절한 영양의 공급
- ② 환경위생에 대한 안전성 확보
- ③ 일상생활 유지
- ④ 필수 의료서비스 제공

이상의 네가지 필수요소를 고려한다면 공공보건의료 서비스 제공은 보건과 사회복지서비스의 총괄적 접근을 하여야만 한다. 따라서 공공의료시설을 중심으로 한 공공보건의료 서비스 확충 프로그램의 기본방향은 합리적이지 않다. 현재 보건복지부의 추진방향은 보건과 복지가 따로 추진되고 있는 데에 가장 큰 문제점이 있다고 볼 수 있다. 공공복지사업의 주대상자로 볼 수 있는 노인계층의 경우 80%가량이 보건의료의 수요자임에도 불구하고 이를 함께 통합 운영하는 시스템을 구축하지 못한다는 것은 매우 부적절한 정책 집행으로 볼 수 있다. 민간 보건의료사업자들은 유연한 조직을 통하여 보건과 복지의 두 가지 문제를 함께 해결할 수 있다. 따라서 현재 보건의료기관을 규정하고 있는 규제를 완화하여 합리적이고 효율적으로 사업을 집행할 수 있는 환경마련이 시급히 필요한 것으로 보인다.

### 3) 취약계층 공공보건서비스 프로그램 운영의 기본 방향

취약계층 공공보건서비스 프로그램 운영의 기본 방향을 정리하면 다음과 같다. 프로그램은 복지와 관련된 내용도 포함하고 있다.

#### ① 대상자 중심의 포괄적인 접근 필요

취약계층이 안고 있는 복합적인 보건의료 수요에 부응하기 위해선 개별 사업대상자들이 필요로 하는 복합적인 수요에 따라 사업간 유기적인 연계 필요

#### ② 보건복지의 통합적 접근 필요

취약계층이 공통적으로 안고 있는 과제로서 빈곤원화와 사회적 지원은 보건의료서비스 제공의 효과성을 높이고 건강의 질을 높이는데 중요한 관건이 되므로 지역 현장에서 이를 통합하여 접근

#### ③ 수요자 중심의 접근을 통한 반응성 제고

보건사업에도 고객중심의 철학과 사고를 도입. 변화하는 욕구에 적극적으로 부응하기 위한 고객만족도 조사, 고객중심의 제공방식 및 과정을 모색하여 취약계층의 반응성 제고

## ④ 서비스 제공능력의 전문성 제고

정신보건, 재활보건, 만성질환관리 등의 경우, 실질적인 효과를 거두기 위해서는 서비스 제공의 기술적 수준을 높여야 하며, 이를 위해 효과적인 프로그램 개발 및 제공인력의 전문성 중요. 이를 해결하기 위한 가장 효율적인 접근은 해당 직접서비스를 민간에 위탁을 주고 보건기관은 기획, 평가하는 관리능력 제고

## ⑤ 사업특성에 따라 사업주체와 사업방식을 다양화

취약계층을 위해 다양한 사업들이 수행되고 있는데 사업간 특성과 세부 대상자들의 요구에 차이가 있음. 사업효과를 높이기 위해서 사업특성에 따라 다양한 사업주체나 접근 방식을 활용하여 사업 특이적 접근전략 수립

## ⑥ 실적기준에서 결과중심에 이르는 다양한 기획과 평가 실시

사업 기획과 평가가 주로 실적지표 중심으로 이뤄지고 있으나 사업의 효과성과 유연성을 높이기 위해선 결과중심의 평가가 필요. 이에 따른 다양한 기획 및 평가 방법 도입

## ⑦ 집중화와 분권화의 조화

수요자의 변화하는 요구에 신속하게 부응하고 지역실정에 맞는 접근을 위해 기초자치단체 수준의 특성화된 접근 필요. 또한 기술능력의 제고와 전체 사업의 효율성 및 효과성을 높이기 위해 광역단위에서의 중앙화된 접근과 지원 필요. 따라서 사업특성과 진행 단계에 따라 적절히 집중화와 분권화가 이루어질 수 있는 로드맵 필요

## ⑧ 핵심역량의 집중화와 다각화

지역보건법(제9조)에 명시된 기초단위 보건소의 역할은 16개 항목이며, 서비스 대상자 범위도 지역주민 모두에 해당. 제한된 인력과 예산을 고려할 때, 이들 기능을 제대로 수행하는 것은 현실적으로 불가능하여 전시행정적인 역할 수행. 취약계층에 대한 서비스 기능 역시 백화점식 나열보다는 지역사회진단을 통해 취약계층의 지역적 요구도가 높은 전략적 사업영역들을 선정하고, 핵심역량을 집중. 이후 지역단위별 독자적인

특성사업을 다각화해가는 전략 병행. 특성 사업영역들은 광역단위와 기초단위에서 각각 별도로 선정 가능

⑨ 경쟁원리 도입을 통한 기관의 동기유발

기초자치단체 보건기관별로 보건사업에 대한 열의나 성과에 차이 존재. 따라서 성과와 동기부여가 높은 기관에 대한 인센티브 지원, 기관별 성과에 따라 차별적으로 예산과 사업비를 배분하여 후발 기관의 동기 진작

IV. 우리나라 병원의 도산 현황에서 얻는 교훈

2004년 현재 병원이상급 의료기관의 수는 1,196개이며, 그중 종합병원은 284개, 병원은 912개에 이르고 있다. 최근 7년간 병원급 이상의 도산율을 보면 종합병원의 경우 1.4%~3.2%인데 비하여 병원급은 4.3%~12.4%에 이르고 있다. 특히 병원급의 도산율은 2000년을 전후하여 그 이후 매년 10%를 상회하거나 근사하는 도산율을 보이고 있다(표 1).

〈표 1〉 최근 7년간 의료기관 종별 도산 추이 (단위 : 개)

연 도	종 합 병 원			병 원			합 계		
	도산	전체	백분율	도산	전체	백분율	도산	전체	백분율
1998	7	268	2.6	22	508	4.3	29	776	3.7
1999	10	273	3.1	44	557	7.9	54	830	6.5
2000	9	279	3.2	56	596	9.4	65	875	7.4
2001	4	278	1.4	80	663	12.1	84	941	8.9
2002	9	276	2.2	87	699	12.4	93	975	9.5
2003 <sup>1)</sup>	7	280	2.5	80 <sup>2)</sup>	769	10.4	87	1,049	8.3
2004	4	284	1.4	84	912	9.2	88	1,196	7.4

주 : 1) 출처: 한국보건산업진흥원. 중소병원 경영지원센터 운영사업계획(2004. 7)

2) 2003년도 도산병원 중 2개 병원은 요양병원임

도산하는 병원들의 특성을 살펴보면 최근 개인병원의 도산율이 법인병원의 도산율의 2배에 이르고 있음을 알 수 있다(표 2). 이에 비하여 국공립병원의 도산율은 극히 미미한데 그



원인은 적자에 대한 부분을 국비 또는 도비로 보전하고 있기 때문이다.

〈표 2〉 최근 7년간 의료기관 설립형태별 도산 추이 (단위 : 개)

연 도	개 인 병 원			법 인 병 원 <sup>1)</sup>			국 · 공립병원		
	도산	전체	백분율	도산	전체	백분율	도산	전체	백분율
1998	17	361	4.7	12	249	4.8	0	166	0.0
1999	33	348	9.5	21	302	7.0	0	180	0.0
2000	45	416	10.8	21	327	6.4	0	132	0.0
2001	62	459	13.5	22	333	6.6	0	149	0.0
2002	65	443	14.7	27	377	7.2	1	155	0.6
2003 <sup>2)</sup>	31	493	6.3	18	405	4.4	0	151	0.0
2004	65	586	11.1	21	394	5.3	2	216	0.9

주 : 1) 의료법인, 재단법인, 학교법인

2) 2003년도 자료는 2003년 1월 1일부터 2003년 9월 30일까지의 자료임

이와 같은 결과는 국가소유의 보건의료시설이 많아지면 많아질수록 국가의 비용부담이 더욱 가중될 가능성이 높다는 것을 시사하는 것이다. 비효율적인 조직도 폐지할 수 없이 국가가 운영해야만 하는 어려운 상황에 처할 수 있음을 의미한다고 볼 수 있다. 따라서 공공보건의료시스템은 기획과 평가 기능을 극대화하여 비효율적인 민간병원과의 계약을 해지하고 효율적인 조직과의 계약관계를 수립하는 전략을 가져가는 것이 향후 국고 낭비를 줄일 수 있을 것으로 판단된다.

## V. 민간인여 자원을 이용한 공공보건의료 서비스의 공급

현재 우리나라의 병상수는 인구 10만명당 543개로 세계보건기구 권고수준인 300개를 훨씬 초과하고 있다. 요양병상의 수는 인구 10만명당 12개에 불과하여 선진국들(노르웨이 970개, 영국 420개, 일본 170개)에 비하여 매우 적은 수준이라고 한다. 그러나 현재 병상수(543개)에서 권고 병상수(300개)를 빼면 인구 10만명당 243개라는 수치가 나온다. 이 수치는 일본의 요양병상 170개를 상회하는 수치이다. 따라서 중소병원들의 병상 활용에 대해 더 많은 관심을 가져야 한다.

앞서 언급한 바와 같이 공공보건의료 서비스의 확충은 부족한 요양시설을 확충하고 장비를 보강한다고 되는 것이 아니다. 보건의료비용을 부담할 수 없는 취약계층에 대한 보건의료 비용 지원에 관한 문제이다. 공공보건의료시설이 지어진다고 해서 그 기관의 운영비가 따로 하늘에서 뚝 떨어지는 것이 아니다. 어차피 또 국가가 그 운영비용을 지원할 수밖에 없는 상황에 봉착하게 되고, 그 지원에 관하여 또 서로가 책임을 회피하려고 할 것이다. 현재 법인형태로 운영하고, 재정을 독립하라고 해서 해결될 문제가 아니다. 취약계층의 진료를 중심으로 할 수 밖에 없는 공공보건의료기관의 입장에서 적자가 발생하는 것은 당연한 일이고 이를 국가가 책임지지 않는다는 것은 더욱더 말이 안 되는 이야기이기 때문이다.

따라서 지금부터는 시설과 장비의 보강보다는 국가가 공공의 책임을 다하기 위한 보건의료 비용 지원 프로그램을 어떻게 수립하고 운영할 것인가? 하는데 초점을 맞추고 정책을 수립하는 것이 중요하다. 가장 효율적인 프로그램은 민간시설을 이용한 공공보건의료 서비스 확충 프로그램의 운영일 것으로 판단된다. 이는 공공보건의료의 국가적 책무를 다함과 동시에 낭비되고 있는 국가 보건의료자원의 효율성을 극대화할 수 있기 때문이다.

## VI. 맺음말

저출산 고령화로 이어지는 미래사회에서 과연 대한민국의 지속적인 성장은 가능하겠는가? 라는 질문을 던질 수 있다. 얼마 전 발표된 한 보고서의 결론은 우리에게 씩씩한 마음을 가지게 한다. 성장도 채 되기 전에 저출산 고령화와 함께 생산성 하락으로 인하여 지속적 경제성장이 어려울 것이라는 보고이다.

우리는 불특정 다수를 위한 분배정책에 사회복지분야의 비용을 낭비하고 있지는 않은가? 에 대한 냉철한 질문을 던지고 정책을 수립해야 한다. 취약계층을 보호하자는 것에는 누구라도 이의를 제기하지 않을 것이다. 그러나 취약계층 이외의 계층들은 무한 경쟁의 시장에서 끊임없는 자기계발과 효율성 극대화를 위한 노력을 경주하지 않으면 안된다. 전 세계의 모든 선진국들은 효율성을 극대화하기 위한 몸부림을 치고 있다.

이제 민간 의료시장이 순기능을 가질 수 있도록 대폭적인 규제 완화와 함께 공조직과 민간조직이 무한 경쟁으로 나아가야 한다. 국세를 가지고 공조직의 확장에 힘을 쓰는 한 국가의 미래는 없다. 민간 보건의료자원을 이용한 공공보건의료 서비스의 확충이라는 민간위탁형 재정지출 프로그램을 수립하여 추진하는 길만이 대한민국의 미래를 담보할 수 있다는 것을 행정당국은 깊이 인식하여 주길 바란다. **KHA**