

한국 보건의료 환경의 변천 : 제도적 로직, 행위자, 거버넌스를 중심으로

김수진, 권순만, 유명순[†]

서울대학교보건대학원

<Abstract>

An Institutional and Ecological Analysis of the Healthcare Environment in Korea: Focus on Institutional Logics, Actors, and Governance structures

Sujin Kim, Soonman Kwon, Myoungsoon You

Graduate School of Public Health, Seoul National University

The primary goal of our study was to investigate the vast transformations of the healthcare sector in Korea during the past half century. Official data reported in the Korean statistical yearbooks and secondary data suggested by previous studies were used for institutional analysis of healthcare environment. Information on hospital released by the Korean Hospital Association was also used for ecological analysis.

Institutional analysis: We identified three distinctive eras based primarily on changes in institutional logics, institutional actors, and governance structures : ‘professional dominance (1952–1976)’, ‘government involvement (1977–1999)’, and ‘coexistence of competing institutional logics (2000–present)’.

* 접수 : 2011년 6월 15일, 최종수정 : 2011년 9월 19일, 게재확정 : 2011년 9월 20일

† 교신저자 : 유명순, 151-742 서울시 관악구 관악로 599, 서울대학교 보건대학원, Tel : 02-880-2774, 010-8576-5540, Fax : 02-762-9105, E-mail : msyou@snu.ac.kr

* 유익한 논평으로 연구의 완성도를 높이는데 도움을 주신 익명의 사독자들에게 감사의 말을 전합니다.

During the first era, physician association supported by Korean government comprised the primary governance regime. During the second era, the government became a major actor as a regulator and purchaser in health care sector, introducing of the 'mandatory national health insurance'. During the third era, making healthcare system sustainable and providing health care efficiently was overarching goals although it was hard to find a single central logic dominating this period.

Ecological analysis: Evidence from the analysis of hospital population suggested that the expansion of the bed capacity was made from different processes, shifting from the ecological process in 1980s to the adaptive process in 1990s. And Korean hospitals had changed following both 'directional process' and 'stabilizing process' over time.

Based on our results, we concluded that more studies to compare more organizational populations other than hospitals and to empirically test the effects of institutional changes on organizational changes and vice-versa, need to be conducted.

Keywords : institutional environment, population ecology theory, health care field, Korean hospital

I. 연구의 배경 및 의의

서적이거나 연구 논문, 심지어 신문 기사에 이르기까지 한국의 보건의료 환경을 서술하는 문장들은 거의 예외 없이 '급격'이나 '격변' 등의 수식어를 동반한다. 그러나 상투어에 가까울 정도로 흔히 보이는 그러한 표현, 예컨대 '한국 보건의료 환경은 급격한 변화를 겪는 중이다.' 따위의 진술은 그것을 뒷받침할 구체적인 논거를 바탕으로 하고 있는 것 같지 않다. 물론 의료비나 질병 및 인구 구조의 변모 같은 것들이 근거로 제시되곤 하나 이는 어디까지나 보건의료 환경을 드러내는 지표나 면모의 하나일 뿐, 그것을 곧 보건의료 환경의 통합된 상으로 보기는 어렵다. 그렇다면 보건의료 환경을 체계적으로 파악할 수 있는 개념과 틀은 어디에서 찾아볼 수 있는가?

조직학자들은 이 문제의 답을 찾는 과정이 쉽지 않을 것임을 예고했다. Scott 등

(2000)이 말한 것처럼, 거시적 환경이 보건의료라는 장(場) 혹은 필드에 속하는 행위자와 조직에 미친 영향을 다른 연구에 비해 거시 환경의 변화 그 자체를 분석의 대상으로 삼아 분석하려는 시도는 부족했기 때문이다. 그러나 새로운 행위 규칙, 신념 체계, 거버넌스 구조, 나아가 새로운 인력과 조직 유형이 출현하는 최근의 동향을 고려할 때 현 시점에서 보건의료 환경과 보건의료 필드에서 벌어진 변화의 함의를 이 둘 사이의 상호관계 속에서 통합적으로 규명하는 작업은 시기적절하며 그 의의 또한 적지 않으리라 생각된다.

이 문제를 다루기 위해 우리는 다음의 다섯 가지를 전제로 하였다. 첫째, 연구 의제는 제도 이론(institutional theory)의 시각에 따라 다룬다. 둘째, 제도 이론에 따라 보건의료 환경의 제도적 측면을 특별히 주목한다. 셋째, 분석의 틀은 Scott 등(2000)을 참고하여 제도적 로직, 행위자, 거버넌스를 중심으로 하고 추가로 조직군 생태학(population ecology theory)의 분석 틀을 적용한다. 넷째, 특정 시기가 아닌 1952년부터 2008년까지 50 여년에 걸친 장기간을 분석한다. 마지막으로, 개별 조직이나 특정 행위자가 아닌 조직 필드(organizational field)를 분석단위로 삼아 진행한다.

이러한 전제하에 본 연구는 두 가지의 목표를 가지고 이루어졌다. 우선은 보건의료필드가 변화해온 과정을 사안의 기술에 그치지 않고 제도 환경의 구성요소로 살펴봄으로써 시기를 관통하는 의미와 방향성을 밝히고자 하였다. 다음으로 특정 조직군에서 나타난 변화의 속성을 규명하고자 하였다. 본 연구의 분석대상이기도 한 보건의료필드에 대해 추가적으로 설명하자면 보건의료필드는 의료의 공급자와 소비자, 규제 기관, 감시와 평가를 담당하는 기관, 교육과 연구 기관, 기타 최종 산출물이 유사한 다른 많은 조직들이 '보건의료'라고 하는 인지된 영역을 구성하는 장(場)을 일컫는다(DiMaggio와 Powell, 1983).

연구 결과의 구성은 크게 두 부분이다. 먼저, 제도가구성요소를 중심으로 한국 보건의료 환경의 변천을 세 개의 시기로 구분하고 각 시기별로 거버넌스 구조, 로직, 행위자가 무엇이고 어떻게 변화해왔는지, 그리고 그러한 변화가 보건의료 필드에 미친 영향은 무엇인지를 밝혔다. 다음으로는 병원 조직군에 조직군 생태학 이론의 분석틀을 적용하여 병상수의 변화를 중심으로 변화의 속성을 규명하였다.

한국 보건의료 환경의 제도적 변천을 살펴본 선행 연구가 없지는 않다. 실제로 유사성인 확인된 일부 연구는 본 연구에 적극 반영되었으나 그 대부분이 보건의료 환경의 흐름을 시기별로 기술한 성격이 강하여 이론에 입각하여 보건의료 환경 변화를 구별 짓고 변화의 속성을 실증적으로 규명하고자 한 본 연구와는 차별성이 있었다. 이러한 점에서 우리는 과거 연구 성과의 명맥을 잇되 새로운 시각과 접근을 더했다는 점에서 본 연구의 또 다른 의의를 찾고자 한다.

II. 주요 개념 및 근거 이론

우리는 이하에서 크게 네 가지 내용을 고찰한다. 첫째, 조직 이론들은 조직과 환경의 관계를 어떻게 설명해 왔는가? 둘째, 본 연구가 주목한 제도이론은 이에 관해 어떠한 유용한 시각을 제시하는가? 셋째, 제도적 환경은 어떻게 분석 가능한가? 넷째, 이 문제를 다룬 한국 보건학계의 과거 연구들은 무엇을 말하고 있는가?

1. 조직 이론은 조직과 환경의 관계를 어떻게 설명해 왔는가?

가장 일반적인 의미에서 조직 환경이란 ‘조직을 둘러싼 것을 제외한 기타 모든 것’이다(Miles, 1980; 이창순, 2009). 그러나 이는 지나치게 광의의 정의로, 학자들은 사실상 자신들의 고유한 견해에 따라 다양한 정의와 유형을 제안해 왔다.

미국 등 서양 조직학의 1970년대 이전 문헌에서 조직은 독립적이고 자기충족적인 시스템으로 파악되었다(Scott과 Davis, 2007). 환경으로부터 폐쇄된 합리적 주체로 조직을 바라보는 시각이 주도적이었던 이 시기에 조직 환경이 별다른 탐구의 대상이 아니었음을 유추하기는 어렵지 않다.

조직-환경의 관계를 다룬 연구를 비교·검토한 Davis 와 Powell(1992)의 탁월한 통찰에 따르면 이 주제의 천착은 1960년대 이후로 하나의 흐름을 보인다. 초기의 연구들은 환경을 구성하는 영역(domain)을 일별하거나 환경 요소가 개별 조직의 구조, 설계, 성과에 미친 영향을 분석하였다. 현재 문헌이나 서적에서 흔히 보이는 개념들, 예컨대 Dill(1958)이 소개한 ‘과업 환경’(task environment)이나 Evan(1966)가 조직과 그 경계(organizational boundary) 바깥의 여건의 상호작용을 설명하면서 제시한 ‘조직적 집합’(organizational set) 등이 이 시기 연구의 성과라 할 수 있다.

이후 등장한 연구들은 조직-환경의 관계를 이해함에 있어서 ‘불확실성’을 중요시했다. 전자의 예로 Thompson(1967)의 상황적합 이론을 들 수 있는데, Thompson은 조직을 과업 기술, 관리, 제도 수준에서 환경을 상대로 불확실성을 줄이고 조직 통제와 의사 결정에서 자율성과 합리성을 높이려고 노력하는 존재로 정의하였다. 이러한 시각의 또 다른 대표 학자들인 Burns와 Stalker(1961)는 조직 환경을 ‘급변하는 환경’과 ‘안정적인 환경’으로 구별하고 전자의 조건에는 유기적 구조, 후자의 조건에는 기계적 구조가 효과적이라는 증거를 제시한 바 있고 Lawrence와 Lorsch(1967) 역시 『조직과 환경』을 통해 환경의 변화율, 환경을 파악할 정보의 명료성, 환경으로부터 피드백을 받기까지 소요되는 시간을 준거로 환경의 불확실성을 분석할 수 있다고 설명했다.

한편, 환경의 불확실성을 강조하는 점에서는 위와 유사하지만 조직 환경이란 외부에서 주어지는 것이 아니라 ‘조직이 감지하는 인지의 대상’이라고 설명한 학자들이 있다. 사회 심리학의 전통에서 분기된 것으로 보이는 이러한 견해는 Pfeffer와 Salancik (1978)의 ‘자원의존이론’(resource dependence theory)에서 잘 드러난다. 이들에 따르면 조직-환경의 관계는 환경으로부터 필수 자원을 공급받아야 하는 조직들이 자신들을 향해 통제력을 발휘하고 불확실성을 가중시키는 환경에 대해 취하는 ‘자원 의존도’의 함수로 이해할 수 있다. 지금도 널리 적용되는 환경 분석의 지표들인 조직 생존의 필수적인 자원의 집중도, 충분성(munificence), 및 조직연결망(network)에서의 상호의존성 등은 이 시기 이론적 성과에서 힘입은 바 크다.

여기서 한 가지 주지할 것은 지금까지 열거한 이론들 모두가 ‘조직은 불확실한 환경을 관리하고 통제할 수 있다’는 가능성을 전제하고 있다는 것이다. 그러나 이와는 대조적으로 조직의 환경 관리·통제 능력에 회의적이고 환경의 결정력을 크게 강조하는 견해들이 있다. 본 연구가 주요한 참고로 삼은 제도이론과 분석 과정에서 추가로 적용한 조직군 생태학 이론이 바로 여기에 속한다.

이론을 구성하는 내용의 뚜렷한 차이에도 불구하고 이 두 이론은 ‘환경이란 어떻게 구성되고 어떤 구조를 띠는가?’에 이론의 일차적인 관심을 둔다는 점에서 유사점을 보인다. 이밖에도 두 이론은 조직의 변화란 개별 조직의 적용과 대응의 결과라기보다는 조직군 단위의 구성이 달라지거나 정부, 전문가 집단, 기타 규제 주체 등이 설파하는 방향에 의거한다고 보며 환경과 조직을 이해하기 위해서는 역사적 고찰이 중요하다고 강조하는 점에서도 공통된 시각을 취한다. 바로 이러한 장점들이 한국 보건의료 환경을 분석하는 연구의 지표 이론으로서 이 두 이론을 고려하게 된 중요한 이유이다.

2. 제도이론은 조직-환경의 관계에 관해 어떠한 유용한 시각을 제시하는가?

‘제도이론’은 1970년대 이후 사회과학 연구의 초점이 개인이나 집단 현상에서 국가와 제도로 이동하면서 사회적 행위자들에게 미치는 제도의 힘을 강조하고 사회 현상을 ‘제도’를 중심 개념으로 설명하는 견해들을 통칭하는 이름이다(정용덕 등, 1999).

제도이론 자체를 논하기에 앞서 ‘제도’가 무엇인지를 설명할 필요가 있다. 제도 이론가들에 따르면 제도는 ‘장기간에 걸친 인간 행동의 정형화된 패턴’이며 ‘개인-집단의 행위에 대한 외적 제약 요인으로 작용하는 모든 사회적 이념과 장치’이다(Scott과 Davis, 2007). 이와 유사하게 Hall(1992)은 ‘정치와 경제 각 부분에서 행위자들 사이의 관계를 구조화시키는 공적 규칙, 순응 절차, 표준화된 관행이자 갈등 중재의 규정이며 규범’으로 제도의 의미를 설명한 바 있다.

제도가 구성하는 환경에서 조직은 제도를 당연시된 사실 구조로 채택하는 순응적 존엄과 동시에 제도적 맥락을 전달하는 전달자(carrier)이자 제도적 규칙을 만드는 중요한 주체(agent)이다(Scott 등, 2000). 이러한 시각은 능동적이고 합리적인 주체로서 조직을 설명하는 이론들과 크게 대조되는 것으로, 제도와 조직의 관계는 단면적 분석으로는 파악할 수 없으며 '과정'으로서 보아야 이해가 가능하다.

제도적 환경에 관한 제도이론의 설명은 이전의 이론적 시각보다 통합적이다. 제도이론가들은 조직 환경을 실증 분석의 목적에서 바라본다면 물질-자원 환경과 제도적 환경으로 양분될 수 있지만 사실상 물질-자원 환경은 제도적 맥락에 의해 크게 영향 받는다고 말한다(Scott 등, 2000). '무엇이 필요 자원을 구성하는가?'의 문제는 기본적으로 사회적인 판단이며, '어떤 자원이 어떻게 사용되는가?'의 문제 또한 제도적으로 정당성을 인정받은 당대의 규범 체계에 의거하기 때문이다.

그렇다면 제도적 환경은 어떻게 구성되고 변화하는가? Scott 과 Davis(2007)은 이러한 제도화(institutionalization)를 '개인이나 개별 조직이 사회적 실체에 대한 정의를 공유해 가는 사회적 과정'이라고 설명한 바 있다. 병원이라는 조직을 예로 든다면, 병원이라는 조직을 직무와 권한의 구조물로 보고 의료 환경과의 관계를 시스템 유지와 목표 달성의 측면에서 분석하는 과거 구조기능주의적 입장이나 의료 전문직-비전문직 간 권력 관계의 장으로 파악하는 권력론의 입장과 달리, 제도이론의 초점은 병원 조직의 목표, 구조, 조직화 과정이 사회의 기대에 부응하는 방식으로 어떻게 변화대체되어 가는지의 과정을 이해하는 것에 있다.

여기서의 제도화와 마찬가지로 중요한 것이 탈제도화(de-institutionalization)이다. 제도는 변화를 이끌고 변화의 성질 또한 결정하는 강력한 힘의 원천이지만 그 힘 역시 시간에 따라 변한다. 이러한 탈제도화 압력은 자동적이고 즉각적인 분열을 일으킨다기 보다는 기존의 제도와 상호작용하면서 사회적 해석의 과정을 거친다. 즉, 새로운 제도화는 기존의 규범과 관행이 실패하고 새로운 규범과 관행이 정당화되는 긴 과정으로, 새로운 규범과 관행이 더 많은 정당화를 얻을 때 완성된다(Dacin 등, 2002).

제도이론의 발전에 크게 기여한 Selznick(1953)의 테네시강 개발청 사례 연구는 조직 변화가 효율과 효과에 바탕을 둔 합목적적인 혁신 구도가 아니라 관행과 규범에 깃든 제도의 가치를 내재하는 제도화의 과정임을 보인 대표적인 성과로 꼽힌다. 이후 등장한 '신제도이론' 학자들, 예컨대 Meyer와 Rowan(1977), DiMaggio와 Powell(1991), Tolbert와 Zucker(1983) 등은 조직이 사회적 환경에서 생존하고자 할 때 물질-자원 환경에 성공적으로 적응하는 것을 넘어서 제도 환경으로부터 '정당성(legitimacy)'을 입증받아야 한다는 초기의 견해에서 나아가 제도의 문화-인지적 측면을 강조하는 이론을 전개했다.

이들의 연구는 조직 필드에서 벌어지는 새로운 관행이나 혁신의 확산이 제도화 이전에는 합리적·기술적 고려에 의거하지만 제도화 이후에는 조직의 선택 범위를 제한하는 압력으로 작동하며 이에 따라 의례적 동조(ceremonial conformity)가 나타난다는 가설을 뒷받침하는 근거를 제시하였다. Westphal 등(1997)의 연구 역시 이 가설을 지지하였는데, 저자들은 미국의 보건의료 필드에서 초기에는 기술적 효율성을 근거로 TQM이라는 혁신의 수용과 전파가 개별 조직에 맞추어진 형태로 진행되었지만(customization) TQM이 당연시되는 관행이 된 이후에는 정당성 획득이 더 큰 동기로 수용되는 순응(coformity)의 과정이었음을 실증적으로 밝혔다.

이상의 논의를 종합하여, 우리는 보건의료 환경의 제도적 측면, 혹은 제도적 환경을 이해함으로써 그 영향 아래 존재하는 개인, 집단, 조직의 변화를 다음과 같은 가정 하에 더 잘 이해할 수 있다는 결론에 도달한다. 먼저 개인이나 조직의 이익이나 선호는 사실상 제도에 의해 형성된다. 또한 집단과 조직의 생존은 사회로부터의 정당성을 확보하는 것에 달려있으므로 한 시기에 제도화된 규범이나 규칙들 예컨대 면허나 자격 제도, 학위제도와 학과 프로그램, 조직 경영의 관행과 인력 충원 제도 등을 파악하고 그 변화를 주시함으로써 조직 변화의 본질을 더 잘 이해할 수 있다.

3. 제도적 환경은 어떻게 분석이 가능한가?

앞서 밝혔듯이 우리는 한국 보건의료 환경을 세 측면에서 분석하고자 한다. 제도적 로직, 행위자, 거버넌스를 중심으로 장기간에 걸친 환경의 변천을 구분하여 보는 것이 하나이고 제도적 환경 변화에 따른 보건의료 조직군의 동태를 살피는 것이 다음이며 조직 규모에 해당하는 병상수의 변화 분포를 따지는 것이 분석의 마지막 측면이다. 이러한 접근이 기존의 보건학계에 아주 널리 알려지지 않는다는 판단 하에 아래의 지면을 빌어 이 내용 하나하나를 간단하게 고찰하고자 한다.

1) 제도적 환경의 구성 요소 분석

Scott 등(2000)에 따르면 제도적 환경은 (1)로직, (2) 행위자, (3) 거버넌스 체계로 구성된다. 여기서의 제도적 로직이란 조직화의 규칙(organizing rules)이자 조직과 개인들을 동화시키게 하는 관행(material practice)이다(Friedland 와 Alford, 1991). 제도적 로직이 중요한 것은 이것이 행위자의 반응을 가이드하고 그 행위에 의미를 부여하는 일종의 인지적 지도(cognitive map)이자 조직과 집단의 행위에 사회적 의미를 부여하는 상징적인 구조(symbolic construction)로 작동하기 때문이다(Scott 등, 2000). 간단히 말해, 마땅하며 정당한, 따라서 지배적인 논리인 것이다.

제도적 행위자는 바로 그런 지배논리의 형성과 구현 및 재생산에 참여하는 개인과

집합을 통칭한다. 예를 들어 정부와 의료 전문직 집단은 전통적인 보건의료 필드의 제도적 행위자에 속하며 시민단체는 최근에 진입한 행위자이다. 이들은 의료서비스의 소비자와 공급자로서 물질-자원 환경에 참여할 뿐만 아니라 제도적으로 인준된 권리와 책임을 통해 보건의료의 제도적 환경에 영향을 미친다(Krasner, 1988). 마지막으로 거버넌스 구조는 제도 환경을 감시하고 평가하는 공식적 비공식적 지배구조로, 주로 규범과 규제의 조합을 의미한다. 흔히 거버넌스를 사회적으로 합의된 목표를 이행하기 위해 방안을 찾고 노력하는 공동의 통치 구조로 보지만(정영호 등, 2006), 제도이론에서 말하는 거버넌스 구조는 '지배구조'를 강조한다는 점에서 이와는 다른 개념이다.

여기서 거버넌스 구조의 유형화에 대한 연구를 살펴볼 필요가 있다. 기존의 연구들은 주로 공동체(community), 시장(market), 국가(state)라는 3가지 형태로 거버넌스 구조를 제시하였는데 Streeck과 Schmitter 등(1985)은 결사체(association) 모델을 추가하였다. 각 모델의 특징을 살펴보면 우선 공동체 모델은 자발적 연대(spontaneous solidarity)를 특징으로 한다. 공동체를 중심으로 형성된 관습적 규범이 지배적인 힘을 가지며 조직단위들은 신뢰에 기반 하여 교환하거나 계약을 맺는다. 다음으로 시장모델은 분산된 경쟁을 특징으로 하는데 각 단위들은 자원 획득을 위해 상대방과 경쟁한다. 국가 모델은 위계적 통제를 특징으로 한다. 통치기구가 강압적인 제재 권력에 의해 지지되는 합법적인 통제를 특정 영역에 대해 행사한다. 마지막으로 결사체모델은 사적 이익 정부라고 명명되기도 하는데 독점적 지위를 갖는 이해 결사체가 특정 관할권에 대해 규범적이고 법적인 통제를 행사한다. 결사체들은 해당 영역 내에서 이해들을 조정하며 다른 영역의 그룹들과 조약을 맺기도 한다.

로직, 행위자, 거버넌스 구조라는 세 요소들 사이에는 상호작용이 존재한다. 과거의 제도적 행위자들은 자신을 지지하는 제도적 이데올로기의 토대 없이는 지배적인 행위자를 지속할 수 없다. 따라서 한편으로는 지배논리를 충실히 실행하면서 동시에 자기 이해와 정당성을 높이기 위해 끊임없이 거버넌스 구조를 바꾸려는 시도를 보인다. 그러나 거버넌스 구조는 그 틀을 통해 당대의 지배적인 로직을 드러내고 관철시키려는 관성을 갖고 있기 때문에, 이로부터 로직, 행위자, 거버넌스 사이의 상호작용은 시간에 따라 변화되, 그 속도가 서로 다르게 나타나리라는 것을 유추해낼 수 있다. 실제로 학자들은 제도 환경의 변화는 로직에서의 변화가 가장 먼저 일어난다고 설명한다. 이때 제도적 로직을 구성하는 아이디어는 한 필드 내에서 만들어질 수 있지만 외부에서 들어올 수도 있다. 일단 진입한 새로운 아이디어가 폭넓게 받아들여지고 개혁 프로그램이나 기타 사회적 운동의 토대가 될 만큼 안정화에 성공할 경우, 더 이상 단순한 아이디어가 아니라 이전의 믿음을 대체할 만큼 합리적인 것이 되고 이 새로운 논리와 사회적 행위자들이 상호작용하여 거버넌스 구조를 만들게 된다(Scott 등, 2000).

3) 제도 환경의 변화에 따른 조직군의 변화

한 사회의 그 어느 단위도 변화를 피하지 못한다는 점에 관해서는 이견이 없으나 사회학자들은 그러한 변화의 속성을 어떤 개념으로 어떻게 규명하는가를 둘러싸고 매우 다양한 견해를 제시해왔다. Van de Ven과 Poole (1995)의 유형론에 따르면 이를 크게 네 부류로 묶을 수 있다. 첫째는 생애주기 모형으로 이 견해에서 보는 변화란 내재적인 것이며 성숙이다. 반면 변화를 설정한 목표를 향해 목적의식적으로 추구해 가는 합목적적인 과정의 반복으로 파악할 수도 있다(Teleological theories). 이러한 견해에서 보자면 변화란 목표 설정-수행-평가-목표 수정의 지속적인 과정이다.

세 번째는 변화를 변증법적으로 파악하는 견해로, 변화란 한 분야에서 경쟁하는 주체들이 서로간의 권력과 헤게모니의 균형 및 불균형 상태로 인해 벌어지는 것이다. 마지막으로 생태-진화론적 견해에 따르면 환경의 변화는 맹목적이며 결정론적이다. 일단 환경에 자리를 잡게 되면 개인이나 집단 혹은 조직들은 변화에 저항하는 관성이 생겨나 자원과 제도 환경에서 나타나는 새로운 요소들, 예컨대 새로운 규칙, 역할, 조직 등에 쉽게 적응하지 못한다. 따라서 변화는 조직의 적응 능력이 아니라 환경의 변이-선택-잔존 혹은 퇴출이라는 과정에 따르는 것이다(Hannan 과 Freeman, 1977).

이 연구가 주목한 마지막 생태적 관점은 한 필드를 구성하는 다양한 조직들 안에는 구조적 관성을 낳게 하는 수많은 요소와 과정이 있으며 이로부터의 압력이 강할수록 조직의 환경 적응력은 낮아진다는 입장에 있다(Hannan 과 Freeman, 1977). 조직군 생태학 이론이 주목하는 변화는 개별 조직이나 행위자가 아니라 그들이 집합체인 개체군이다(Hannan 와 Freeman, 1977). 여기서 말하는 개체군 혹은 조직군은 일반적으로 조직의 기본 형태, 즉 조직의 설계도(blueprint)에 해당하는 공식적 구조나 필수 자원을 기준으로 나누어지는데 이와 함께 산업을 단위로 조직군을 구분하는 경우도 있다. 어느 정의에 따르던, 바로 이 조직 개체군의 분포와 수, 그리고 환경의 변이에 따라 드러나는 조직군 변모의 양상이 조직군 생태학의 주요 관심사인 점은 분명하다.

조직군의 변화는 크게 적응적(adaptative) 변화와 생태적(ecological) 변화의 조합으로 규명할 수 있다. 적응적 변화는 기존 조직이 새로운 방식으로 새로운 것 혹은 오래된 것을 이루어내는 것(transformational)이요, 생태적 변화는 새로운 유형의 조직이 기존의 조직을 대체하는 것이다. 그러나 조직에는 감지된 환경의 변화에 신속히 대응하지 못하는 구조적 관성(structural inertia)이 존재하기 때문에, 대개 적응적 변화는 생태적 변화에 비해 실현이 어렵고, 이는 기술적 핵심(technical core)에 가까운 변화일수록 더욱 그러하다(Hannan 와 Freeman, 1984).

관성의 문제와 함께 환경의 성질 역시 조직군 변화를 예측할 때 고려할 점이다. 관성의 수준은 당시 제도적, 물질적 환경의 요구가 어떤 것이냐에 따라 달라질 수 있기 때

문이다. Hannan 와 Freeman(1984)는 이 점을 다음과 같이 설명했다. 즉, 변화의 속도가 안정적이고, 변이를 일으킬 만큼의 파문이 적거나 충분한 사이를 두고 나타나는 잔잔한 환경에서는 생태적 변화가 조직군 변화를 주도하지만 급변하는 환경, 즉 격동이 시기가 도래하면 조직들은 외부 영향에 쉽게 반응하지 못하는 관성을 극복하고 변화를 시도하기 때문에 적응적 변화가 뚜렷해진다.

4) 조직 규모 변화

조직의 규모는 조직의 다른 중요한 특징과 강하게 연관되어 있다는 점에서 조직 연구의 전통적인 관심 대상이었다. 조직군 생태학 이론가들 역시 이 문제를 주요하게 다루어왔다. 조직의 해체와 생성, 즉 조직군의 변화는 조직 규모와 연령에 따라 달라진다. 조직은 필수 자원을 안정되게 공급받아야 하는데, 이러한 안정성은 대개 조직의 연령이나 규모와 함께 증가한다. 큰 조직은 작은 조직에 비해 더 큰 구조적 관성을 띠기 마련이고, 이는 그 조직에게 환경이 야기하는 여러 충격을 견딜 수 있는 자원(slack)이자 정당성을 부여한다. 즉, 큰 규모 조직은 변화에 빨리 적응하기는 어려울지 모르나 그 과정에서 쉽게 흔들리거나 사라지지 않을 가능성이 높다(Pherson, 1983).

조직 크기에 해당하는 특정 속성의 총합이나 평균치의 변화는 조직군 내의 분포가 변한 것에서 기인한다. 조직군 생태학에서는 이러한 조직군 분포의 변형을 안정적(stabilizing), 방향 지시적(directional), 분열적(disruptive)의 세 가지 유형으로 구분하였다(Amburgey 등, 1994). 병원 조직군을 예로 들어 설명해 본다면 다음과 같다. 만일 병원의 규모에 적정선이 있다면 너무 작거나 큰 병원들은 제거되어 양극단 값이 제거되는 안정적 변화를 겪게 되고 병원이 특정 규모를 갖는 것이 생존에 유리하다면 조직군의 한쪽 끝이 압력을 받게 되어 한쪽 끝 값이 제거되는 방향 지시적인 변화를 겪게 된다. 그러나 중간 크기의 병원들이 작거나 큰 공급자들과 경쟁을 하면서 불이익을 받게 된다면 평균의 주위에 있던 조직군이 압력을 받아 평균 주변에 있는 값이 제거되는 분열적 변화가 나타난다.

4. 이 문제를 다룬 한국 보건학계의 과거 연구들은 무엇을 말하고 있는가?

선행 연구가 제시한 내용은 본 연구의 분석 과정에 상세히 반영되었으므로, 여기서는 과거 연구에서 확인된 특징과 공통점에 한정하여 고찰한 결과를 제시하고자 한다.

한국 보건의료 환경의 변천을 연구 주제로 삼은 몇몇 선행 연구들이 있다(표2). 이를 시기 순으로 살펴본다면, 우선 조병희(1994)의 연구가 있다. 이 연구는 ‘의료 전문직의 형성’과 ‘전문직 권력’을 주요어로 삼아 한국 보건의료 환경의 변천을 크게 세 시기로 구분하였다. 첫 시기는 일제하 국가 보호기(~1945)이며 개인 의원이 주도하여

의료 서비스를 공급한 개업체제 확립기(1945~1970년대 중반), 마지막 시기는 대규모 자본의 영향력이 증대된 의료 전문직의 위기기(1970년대 말~연구가 발표된 당시)였다. 이어 발표된 성장기(1995)의 논문은 주로 ‘병원의 성장’을 중심으로 서구 의학이 도입되어 주도하게 된 시기(1910~1945), 해방 후 미국식 의학 및 제도에 따라 한국 의료체제가 재편·발전되는 시기(1945~1977), 의료보험제도의 도입 등으로 의료부문의 규모가 급속도로 성장하는 시기(1977~1980년 말), 기업의료의 본격적으로 대두·성장하기 시작하는 시기(1980년대 말 이후)로 앞선 조병희(1994)의 연구보다 세분하여 기술하였다(표 1).

표 1. 한국 보건의료제도 관련 시기를 구분한 선행연구

	기간	구분	구분기준
조병희 (1994)	-1945	일제 하 국가보호기	의료전문직의 형성
	1945-70년대 중반	개업체제 확립기	
	1970년대 말-현재	의료전문직의 위기	
성장기 (1995)	1910-1945	서구의학의 도입과 주도적인 의학으로 자리잡는 시기	병원의 성장
	1945-1977	미국식 의학 및 제도에 따라 재편·발전되는 시기	
	1977-80년대 말	의료보험제도 도입 이후 의료부문 성장시기	
	1980년대 말-	기업의료의 본격적으로 대두·성장하는 시기	
김용익 등 (2002)	1945-1961	위생방역의 시기	보건의료체계
	1961-1977	보건의료기반 구축 및 경제개발의 시기	
	1977-1989	의료보장 및 사회개발의 시기	
	1989-현재	보건의료체계의 구조적 왜곡과 위기발현의 시기	
유승흠과 장후선 (2008)	1948-1961	혼란기	의료정책
	1961-1976	과도기	
	1977-1991	정착기	
	1992-현재	발전기	

1990년대에 발표된 이 두 연구가 공히 의료 전문직의 위기가 닥치고 기업 의료의 본격적으로 대두·성장하는 시기라고 내다본 2000년대에 두 편의 논문이 추가로 발표되었다. 김용익 등(2002)은 고찰을 위해 ‘보건의료 체계의 발전’을 키워드로 삼았고 유승흠과 장후선(2008)은 의료정책을 중심으로 시대를 살폈다. 이 두 연구는 해방 이후의 한국보건의료 분야를 대상으로 삼아 시기를 구분한 점에서 유사한데, 이는 성장기(1995)를 제외한 전 편에서 확인된 특징이다. 의료보험제도의 도입을 한국 보건의료 변천을 가르는 중요 사안으로 제시하고 있는 것과 보건의료에 시장의 영향력이 확대되기 시작한 1990년대를 또 하나의 시기로 구분하려 한 점 역시 공통점이다.

III. 분석 자료 및 방법

앞에 제시한 제도적 환경 분석에서 로직, 행위자, 거버넌스 구조라는 구성요소를 이용한 제도 환경의 규명, 제도환경에 따른 조직군의 변화, 조직규모의 변화라는 세 가지 문제를 다루기 위해 각각 다음과 같은 자료를 활용하였다. 먼저, 보건의료 환경의 시대적 변천은 보건사회통계연보(1952-1994), 보건복지통계연보(1995-2008), 국가통계포털, 정부 예산안 자료 및 선행 연구에 제시된 자료를 종합하여 사용하였다. 둘째, 보건의료 환경에서 벌어진 병원 조직군 변화의 속성을 규명하는 분석은 대한병원협회에서 발간하는 <회원병원명부> 중 종합병원 자료를 활용하였다.¹⁾

회원병원명부에는 전국 모든 병원의 명칭, 주소지, 병상수 등의 정보가 담겨 있는데 본 연구는 병원 조직군 변화의 속성을 규명하기 위하여 1980년부터 2005년까지를 5년을 단위로 종합병원을 대상으로 자료를 수집하였다. 이 과정에서 일부 병원의 이름과 주소지가 달라진 경우를 발견하였다. 이때는 각 병원의 연혁을 확인하여 연혁에 과거 병원명이 기록되어 있으면 동일 병원으로 간주하였다. 또한, 자료 입력 연도에는 누락되어 있으나 그 전후 연도의 명부에는 포함된 병원들은 병원명과 주소지, 기타 정보가 일치한 경우 기록상 누락된 것으로 보고 해당 연도의 병상수를 '관찰치 결손'으로 처리하였다.

본 연구의 두 번째 부분인 병원 조직군 변화 분석은 우선 변화의 원인이 생태적 변화로 인한 것인지, 적응적 변화로 인한 것인지를 살펴보았다. 이전 시점과 비교하여 신규 증설된 병원의 병상수에서 폐업한 병원의 병상수를 뺀 값을 생태적 변화로 보았고 기존에 있던 병원의 병상수의 변화 수치를 적응적 변화로 보았다. 다음으로 병상수 분포의 변화는 병상수에 자연로그(ln)를 취한 뒤 각 연도별로 평균과 표준편차를 계산한 값을 구하여 비교하였다.

IV. 분석 결과

1. 한국 보건의료 환경의 시대적 변천

위의 자료를 활용하여 우리는 제도적 행위자,²⁾ 로직, 거버넌스 구조를 중심으로 한국

1) 모든 병원들이 대한병원협회에 회원으로 가입되어 있지는 않으며 주로 전공의수련기관 지정을 받기 위해 상대적으로 규모가 큰 병원들이 가입하고 있다.

2) 본 연구에서 행위자는 공동의 목적 추구를 위해 결성된 의사협회, 병원협회, 그리고 의료 전달 기관인 의원과 병원, 제약회사와 민간의료보험회사와 같은 산업자본, 이용자 집단으로서의 시민단체, 마지막으로 중앙정부, 의료보험조합, 건강보험공단, 건강보험심사평가원과 같은 정부기관을 중심으로 살펴보았다.

보건의료 환경을 ‘전문직 권위의 제도화(1952~1977)’, ‘정부 개입의 확대’ (1978-1999), ‘의료자본의 성장과 과거 로직 사이의 긴장 증가’ (2000-현재)의 세 시기로 구분하였다(표 2).

표 2. 본 연구의 3가지 시기별 보건의료 영역에서 주요한 행위자, 로직, 거버넌스 구조

시대	주요정책	제도적 행위자	제도적 로직	거버넌스구조
1952 -1977	의사국가고시제도	의사협회 중앙정부 의원	전문직권위 적법성	의사전문직협회(의사협회) 정부의 면허교부 임의적 의료전달
1978 -1999	의료보험	중앙정부 의료보험조합 병원 병원-의사협회	의료의 접근성	규제에 의한 통제 (수가설정, 건강보험진료비심사) 강제적 보건기획
2000 -현재	의약분업과 의료보험통합	국민건강보험공단, 건강보험심사평가원 대형병원 민간보험회사 다국적제약회사 시민단체	의료의 보장성과 제도의 지속가능성 의료부문의 산업화 및 선진화 조직단위의 효율성과 서비스의 질	건강보험급여결정 규제완화 (진료권 및 병상규제 폐지)

의사국가고시제도 실시(1시기), 의료보험 도입(제2시기), 의약분업과 의료보험 통합(제3시기) 등 의료분야에 강력한 영향을 미친 법과 규제 정책은 시기 구분의 주요 기준이 되었는데 전문직 관리, 보건계획, 건강보험과 수가설정, 시장화와 효율성의 측면에서 살펴본 보건의료 규제정책은 그림 1과 같았다.³⁾ 또한, ‘의료는 어떻게 만들어지고 전달되어야 하는가?’에 관한 규범과 지배구조가 누구로부터 나오는가를 고려하였을 때에도 이와 유사한 시기 구분이 가능했다. 즉, 한국의 의사들이 의사협회를 구성하여 의료체계 전반에 걸쳐 권위를 입증하고 규범을 확립한 첫 번째 시기는 협회 모델로, 정부주도로 의료보험을 강제 실시하고 주로 규제를 통해 지배구조를 달성한 두 번째 시기는 전형적인 국가주의 모델로, 의료자본이 축적되고 ‘민간화’와 ‘시장원리’를 지지하는 논리가 확대되어 이전의 의료분야의 주요 이념형과 상충하게 되는 마지막 시기는 시장 모

3) 몇몇 연구들(박재용, 2001; 김민식, 2002)에서 전국민건강보험이 시작된 1989년을 중요한 분기점으로 제시하고 있다. 건강보험 발전의 역사로 본다면 이러한 시기구분이 유효할 수 있으나 본 연구에서는 건강보험을 포함한 보건의료필드 차원에서의 제도환경을 규명하고자 하였다. 또한 본 연구의 이론적 틀이면서 시기 구분의 기준이기도 한 로직, 행위자, 거버넌스 구조라는 제도환경의 구성요소라는 차원에서 보더라도 전국민건강보험의 도입이 이러한 요소들에서의 변화를 만들었다고 보기는 어렵다. 즉, 전국민건강보험의 실현은 제도환경의 구성요소라는 점에서 본다면 의료의 접근성이 주요한 로직이었고 중앙정부가 거버넌스 구조에서 핵심적인 역할을 하였던 2시기에 해당된다.

델로 제도적 로직을 설명해 볼 수 있는 것이다. 이러한 내용을 관련 자료와 함께 아래에서 보다 상세히 논의하고자 한다.

	전문직관리	보건계획	건강보험과 수가설정	시장화와 효율성
1950	51 국가시험통한면허부여			
	52 전문의제도도입			
		56 보건소법제정		
	59 전문의수련의제도공인			
1960	62 의사들의 중앙회가입 및 정기신고의무화	62 보건소설치		
	62 지정업무종사명령제도(-65)			
	64 전문의수련병원인정제도		63 의료보험법	
1970		72 수련의 무의지역파견(-79)	70 의료보험법개정안	
		73 병원개설허가제		
		78 무의지역근복무, 보건진료소제도	77 의료보험, 의료보호법, 수가고시제	
		78 취약지역병원설치및투자계획	79 요양기관강제지정제도	79 보충형보험판매
1980	81 의사보수교육의무화	80 민간병원시설및투융자계획	81 지역의료보험법	
		80 농어촌보건의료를 위한 특별조치법		
		85 지역별의료기관개설허가제한(-90)		
			88 농어촌, 도시자영자지역의료보험	
1990		95 지역보건법		95 의료기관서비스평가
	96 식품의약품안전관리본부	95 국민건강증진법제정	97 DRG시범사업(-2001)	
	98 식품의약품안전청			
				99 실거래가상환제도 99 규제정비계획
2000		00 의약분업	00 의료보험통합	02 경제자유구역의 지정 및 운영에 관한법률
		00 보건의료기본법	01 수가계약제	03 보험업법개정: 실손형보험판매

그림 1. 보건의료 규제정책, 1952-2008.

제 1시기: 전문직 권위의 제도화 (1952~1977)

행위자와 거버넌스 구조: 이 시기에 결성된 ‘대한의학협회’는 의사들의 전문직 권위를 확립하고 의료규범과 통제구조의 원형을 제시한 가장 강력한 제도적 행위자였다. 일반적으로 의료 전문주의가 성립되려면 지식 및 기술의 유용성의 인준 및 독점의 제도화가 필요한데 의사 집단은 수혈과 마취 기술에 관한 수요가 높았던 한국전쟁을 거치며 전자를 인정받았고 6년제 의대졸업, 인턴-레지던트 과정 수료, 의사국가고시 합격 등

이 법으로 규정되면서 독점의 권한 역시 확고히 할 수 있었다(신오성, 1989).

의사의 전문직 권위가 제도화되는 과정에서 체계적이고 강력한 정부의 지원과 지지가 결정적인 역할을 수행하였다. 정부는 보건의료 부문에 투자하는 등 직접 개입 방식 보다는 한국 의료제도의 틀을 마련하는 과정에서 면허권 부여 등 의사 집단의 이해가 관철된 정책을 시행하는 방식으로 의사의 권위를 인정하였는데, ‘의사국가고시제도’ 도입(1952)과 의사들의 의사협회 가입 및 정기 신고를 의무화한 ‘의료법’ 도입(1962)이 이를 대표하는 제도적 장치들이다(성창기, 1995).

의사와 의사협회, 중앙정부 이외에 개인의원 역시 이 시기 주요한 제도적 행위자였다. 소규모 개인의원이 조직화된 의료의 다수를 차지한 것은 의료수요가 크지 않고 따라서 입원보다는 외래이용이 선호되었으며 질병구조 측면에서도 전염병 관리가 더욱 중요했던 시기적 특성이나 당시 보건의료 분야의 물질-자원 환경이 풍족하지 못한 점을 이유로 들 수 있다.⁴⁾ 1977년 이전 시기의 의원과 병원의 병상수를 확인하는 것은 어려우나 1977년 시점에 의원의 전체 병상수가 2만5천개, 병원의 병상수가 3만개로 비슷한 수준이었음을 확인할 수 있다. 그러나 진료의 독립권과 수익의 자율성이 보장되는 자영업 형태의 개인 소유의 진료소를 선호한 의사들로부터 그 이유를 찾는 것이 타당해 보인다(신오성, 1989).

제도적 로직: 그림 2에서 볼 수 있듯이 이 시기에는 ‘부정 의료업자 척결’이 대대적으로 벌어졌다. 또한, 일정한 수련을 받은 ‘한지의사’들에게 정규 의사면허를 부여하는 내용이 포함된 국민의료법 개정안이 ‘대한의학협회’의 반대로 부결되었고,⁵⁾ 약사법이 제정, 공포되어(1953) 무허가 업자와 무허가 제품에 대한 단속이 강력하게 이루어지기도 했다. 당시 의사들은 ‘대한의학협회’를 중심으로 무면허 의료 행위자들로부터 자신들을 엄격히 분리시키면서 동시에 전문직으로서의 규범을 확립하고자 했고, 의료기관 영입제 면제(1963)와 의료불간섭 원칙 명문화 등의 정부 정책은 이러한 논리를 굳히는 것에 일조했다. 이를 통해 이 시기 보건의료 환경을 지배한 논거가 전문직의 권위에 의한 의료의 질, 즉 ‘의료의 적법성’에 있었음을 엿볼 수 있게 한다. 따라서 ‘무면

4) 60년대 주요한 의료문제는 전염병의 관리였다. 당시 외국과 전염병 사망률을 비교해보면 인구 10만명 당 결핵사망율은 한국 160.0, 필리핀 84.5, 일본 32.0, 미국 6.1 로 다른 나라에 비해 우리나라가 훨씬 높았다. 전염병의 통제라는 측면에서 무의면 해소가 중요하였고 따라서 의료부문에 대한 예산은 보건소 등에 집중되었고 이와 또 다른 한축으로 의사수를 늘리는 정책을 시행했다(김윤수, 2007).

5) 한지의사(Limited Physician)는 일제하에서 만들어진 제도로 고등학교졸업생으로 의과대학을 졸업하지 않았거나 의사국가 시험에 합격하지 않은 사람으로서 정부에 의해 의사가 없거나 그 수가 적은 제한된 지역내에서 의사개업을 허락받는 의사를 말한다(신오성, 1989).

한지의사제도는 1985년 폐지되게 되는데, 이 때 비로소 한지의사들이 정규의사 면허로 갱신할 수 있는 기회를 얻게 되었다. 이는 1시기의 주요한 로직이 의료의 적법성에 있고 의사전문직의 권위를 강화하는 것이었다면 제도적 환경이 변화하면서 동일한 정책이 시대별로 다른 결론에 이르게 됨을 보여준다.

히' 의료행위는 불법이자 부적절한 것이 되었고 이제 사람들은 몸이 아프면 면허를 가진 의사를 찾아가 정해진 절차에 따라 진료를 받는 것을 당연하게 여기게 되었다.

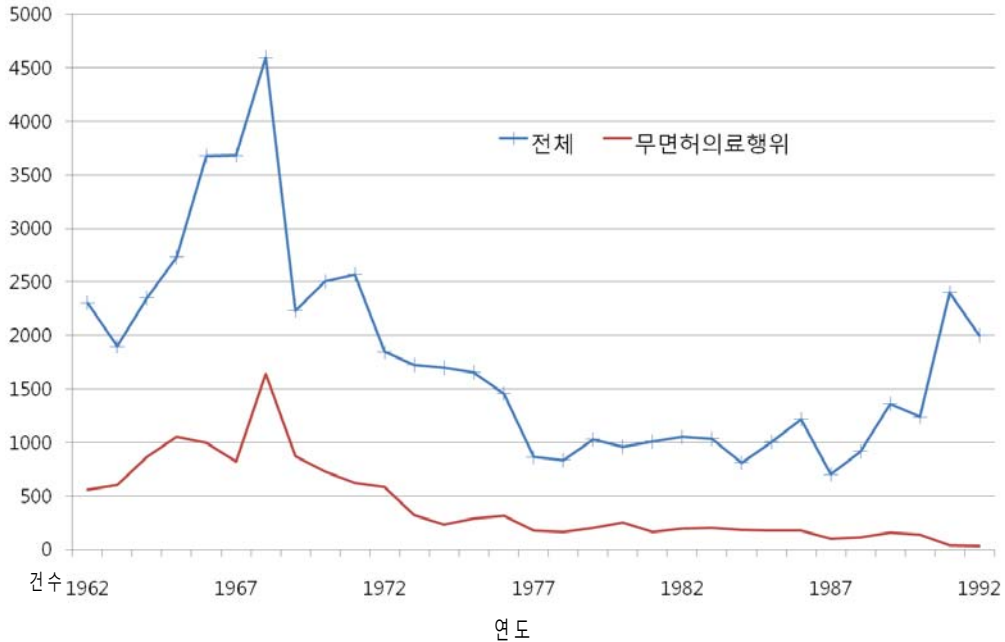


그림 2. 부정 의료업자 단속건수(1962-1992).

자료: 보건사회통계연보(1962-1992)

*1993년부터는 의료인과 의료기관으로 나누어 조사되어 1992년까지만 포함함.

변화의 전조: 이 시기 전반에 걸쳐 의사 전문직 권위가 안정된 제도화를 이루었고 의사협회가 이 시기의 의료 지배체제를 대표했지만 시간이 흐름에 따라 다음 시대를 예고하는 몇 가지 변화가 확인되었다. 그 첫 번째는 한국전쟁을 통해 미국식 서양의학이 알려지면서 전문화된 진료과목을 표방하며 개원하려는 의사들이 많아진 것이다(신오성, 1989). 실제로 이들의 수가 증가함에 따라 전문의 제도 도입 논의가 정식으로 이루어졌고,⁶⁾ 정부는 우선적으로 '전문과목표방 허가제도'를 공표하였다. 이 정책은 의사들에게만 전문과목을 표방하는 자격을 부여하였기에 의사들의 독점권이 다시 한 번 제도적으로 인정된 것으로 볼 수 있지만 다른 한편으로는 의사협회라는 거버넌스 아래에서 과거 의사들의 보여준 정치적 결속과 통합에 경쟁과 분열이 생길 것을 예견하는 것이기도 했다.

6) 전문의 수는 지속적으로 증가하여 1985년에는 전문의 수가 일반의 수보다 더 많아졌다.

또 하나의 전조는 의료문제의 해결에 정부가 이전보다 더 많은, 적극적인 역할을 해야 한다는 사회적 분위기가 확산된 것에서 찾아볼 수 있다. 1970년대에 접어들면서 국민소득이 증가하였고 이에 따라 의료수요 역시 증가 추세를 보였다. 그러나 저소득층은 여전히 의료를 이용하기 어려웠으므로 입원보증금이나 치료비 문제로 위독한 환자들이 제대로 치료를 받지 못하는 경우가 늘어나게 되었다. 당시의 병의원들은 영리에 치우쳐서 도시지역에 집중적으로 설립되었고 경쟁적으로 의료비를 올려 저소득층의 의료이용을 더욱 부담스럽게 만드는 이유를 제공했다 (김용익 등, 2003; 김윤수, 2007). 결국 이 문제에 관한 정부의 적절한 개입 및 통제의 부재가 사회적인 비판과 비난의 대상이 되면서 점차 의료의 접근성 문제가 제도적 이슈로 부상하게 되었다.

제 2시기: 정부의 개입 확대 (1977~1999)

행위자와 거버넌스 구조: 이 시기의 서막은 1963년에 이루어진 의료보험 법안 도입이다. 당시 정부는 억압 위주의 정책을 부분적으로 보완하고 수출지향의 경제개발 정책 추진을 위해 노동시장을 안정시킬 수 있는 정책으로 눈을 돌리게 되었고 1977년에 이르러 의료보험의 강제 실시를 결정하였다.

이후 정부는 보건의료 분야에서 구매자와 규제자의 두 가지 역할을 동시에 강력히 수행하면서 제도적 지배력을 행사하였다. 일반적으로 정부 재정은 보건의료 부문에 속해 있던 여러 기관들의 중요한 물질-자원의 출처가 되는데, 정부 재정이 무엇을 우선순위에 두느냐에 따라 관련 연구, 인력, 프로그램이 늘거나 줄어들고 의료기관의 구조까지도 변경되거나 신설되게 된다(조병희, 1993; Scott 등, 2000). 정부의 역할은 의료보험료 수납과 급여지불을 수가를 통해 직접 통제하고 모든 의료기관들이 보험환자를 진료하도록 요양취급기관으로 강제 지정하는 것에서 확연히 드러났다. 이제 정부는 의사들이 자율적으로 정한 의료수가를 표준에 따라 대체하였고 그 기준에서 벗어난 진료행위에 관해서는 진료비 청구를 삭감하거나 기각하는 힘을 발휘하였다(조병희, 1993). 의료보험 도입은 그로 인해 일견 정부에 의해 강력히 지지되었던 의사전문직의 자율권이 침해될 것처럼 비추어졌지만 정부가 의료보험 적용이 어려운 부분에 관해서는 의사 전문직의 권한을 보장하였고 여기에 의료보험 실시로 전보다 의료이용이 크게 증가하리라는 전망까지 결합되어 의사집단의 심한 반대 없이 실시되었다(김윤수, 2007).

이밖에도 새로운 제도적 행위자로서 정부가 다른 여러 보건기획안에 직접 개입하여 지배력을 발휘한 예들이 있다. 그 하나로 병상증설 및 억제 기획안을 들 수 있다. 의료보험제도의 실시로 의료수요가 증가하자 정부는 의료의 접근성 개선을 근거로 '병상증설계획'을 수립하였다. 의료취약지구와 공업단지에 의료기관을 설립하여 병상확보를

높여서 의료시설의 지역별 균형을 이루자는 것인데(김한중, 1991), 민간의료기관에 차관 등을 지원하는 방식으로 진행되면서 이러한 정책이 시행된 1980년과 1990년을 전후하여 보건복지 예산에서 차관수입이 발생하였다(그림 3). 다른 한편, 의료기관이 수도권 등을 중심으로 집중되는 경향을 보이자 정부는 1985년에 지역별 의료기관 개설허가 제한지역을 고시했고(유승흡과 장후선, 2008), 39개 지역을 대상으로 병원, 종합병원의 신·증설을 제한하는 정책을 시행하여 수도권 및 대도시의 병상증설을 억제시키려 하였다(김한중, 1991).⁷⁾

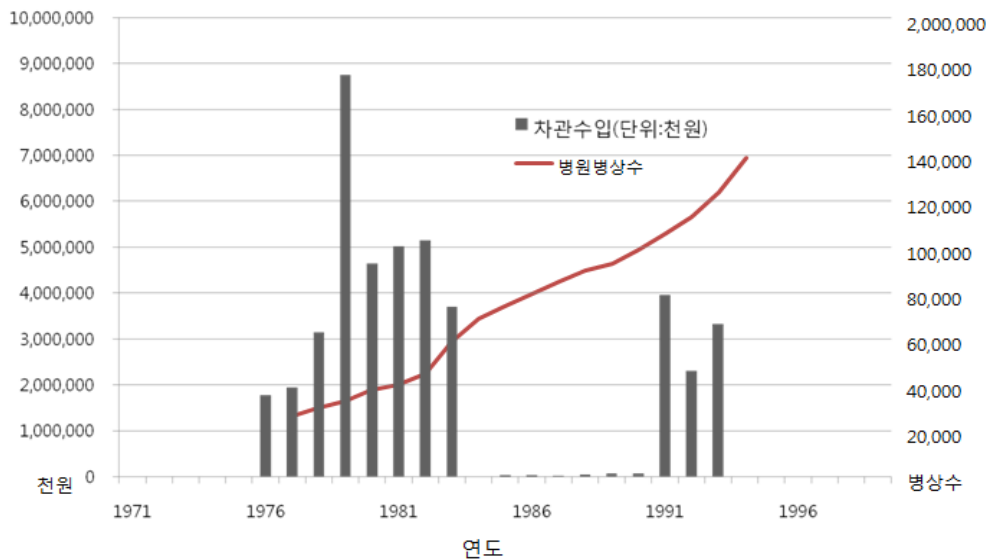


그림 3. 보건복지 일반회계 중 차관수입 현황 및 병상수 증가

자료: 정부재출예산안, 일반회계확정예산안, 보건사회통계연보

선행 연구와 과거 자료를 종합해 본 결과 정부 이외에 병원과 병원협회가 이 시기에 이르러 주요한 제도적 행위자로서 자리매김한 것을 알 수 있다(조병희, 1994; 성장기, 1995; 김용익 등, 2002). 이 현상은 우선 의료의 사회적 수요의 변화로부터 이유를 찾을 수 있다. 의료보험 실시와 소득증가의 여파로 입원의료이용 욕구가 유효수요로 전환되면서 입원수요가 증가하였는데, 이러한 요구를 충족하기에는 시설, 장비, 및 기타 여러 부분에서 개인의원보다는 병원이 선호되는 분위기가 조성된 것이다. 주요 질병구조가 급성 전염병에서 만성질환으로 차츰 이동하게 된 것도 이러한 여건 변화에 일조

7) 병상부족현상이 심화되자 1990년 이후 병상규제조항을 폐지하고 장기적인 병상확충계획을 마련하는 것과 함께 대학병원의 신·증설 처리지침을 개선하고 병원개설지역도 관할 시도지역에서 해당 대진료권내로 증설이 가능토록 완화하였다

했을 것이다. 여기에 당시 정부의 병상신축 및 증설 장려와 지원 정책 등이 복합적으로 작용하면서 보건의료 필드에서 병원의 수와 규모가 확장되었고 이에 따라 병원이라는 조직군이 의료생산의 중심을 형성하면서 중요한 제도적 행위자로 등장한 것이다. 실제 자료를 살펴보다라도 의사들의 종합병원 취업비율이 점차 증가한 것을 확인할 수 있다 (그림 4). 즉, 개업의와 의원들은 의료보험 실시 이후 어느 정도까지는 성장세였으나 사실상 병원의 성장으로 위기상황을 맞은 것으로 보인다.

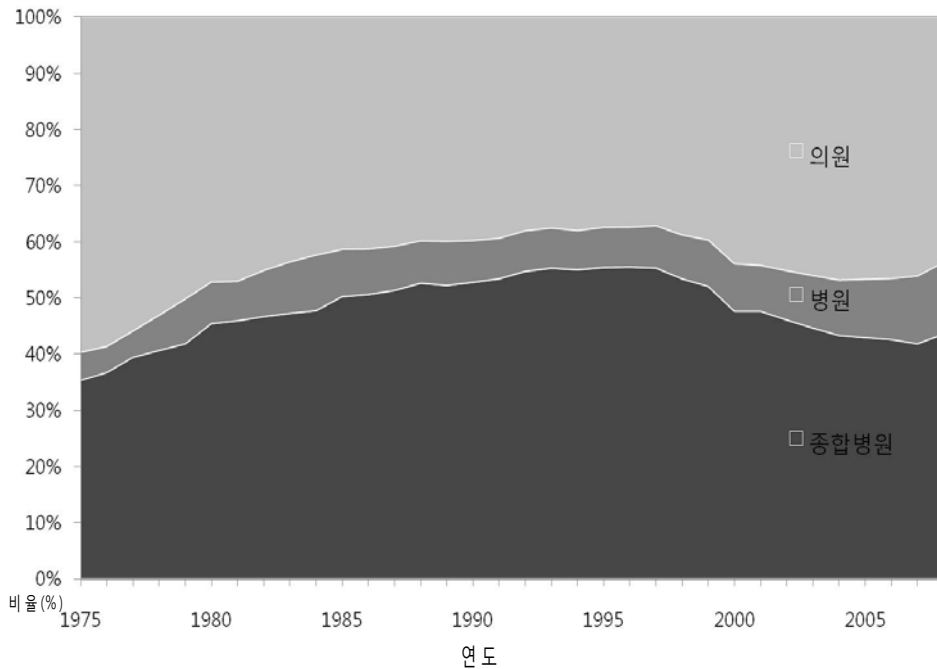


그림 4. 의사의 의원과 병원, 종합병원 취업 비율.

자료: 보건사회통계연보(1976-1992), 보건복지통계연보(1993-2008)

제도적 로직: 의료보험 도입은 경제적 문제로 인한 의료에 대한 접근성을 개선하였다. 모든 국민에게 의료서비스의 접근을 용이하게 하고 도시와 농촌간 의료인력 및 시설의 불균형을 해소하고자 하였다. 이에 따라 농·어촌 의료취약지역에 공중보건의사를 배치하는 공중보건의사제도를 실시하였고 의료취약지역에 의료기관 설립을 지원하였다. 또한 1989년에는 전국민의료보험이 이루어지게 된다. 한편 대도시 지역의 의료기관 신증설을 억제하는 정책을 시행하여 의료시설의 지역별 균형을 이루고자 하였다. 민간 기업들도 1970년대 후반부터 ‘의료시혜 확대’, ‘사회복지증진’이라는 명분으로 의료 취약지에 재단법인이나 의료법인 형태의 소규모 병원들을 건립하였다.

변화의 전조: 다음 시대를 예고하는 변화들은 크게 질병구조의 변화, 대외시장개방, 생활수준 향상, 건강보험 재정적자를 배경으로 관찰되었다. 우선 질병양상이 크게 변화하였다. 1960년대까지만 해도 감염성 질환이 주된 사망원인이었으나 1970년대부터는 순환기계 질환과 암과 같은 비감염성 만성퇴행성질환들이 주 사망원인을 차지했다(오영호 등, 2001). 국민건강증진법(1995) 제정 및 의료보험이 건강보험으로 명칭을 변경하고 이를 반영한 건강증진의 중요성을 강조하게 된 점 등은 앞으로 보건의료가 변해갈 변화의 방향성을 예고하는 것이었다.

둘째, 무엇보다 중요한 변화의 예고는 대기업 자본이 의료산업에 참여하게 되는 환경이 조성된 것이다. 대기업 자본은 1970년대 후반부터 재단법인이나 의료법인의 형태로 의료 취약지에 소규모 병원들에 의한 ‘의료시혜 확대’, ‘사회복지증진’이라는 명분으로 등장하였으나 1989년부터는 양상이 변화하여 대규모 종합병원들이 본격적으로 설립되었다(조병희, 1997).⁸⁾ 이러한 변화의 배경 중 하나로 의료서비스 분야를 투자 제한 업종으로 규정하는 조항이 1995년부터 폐지되어 외국자본의 진출이 가능해지리라는 기대를 들 수 있다(성창기, 1995).

셋째, 경제발전과 생활수준의 향상으로 고급 의료서비스에 대한 사회적 수요가 생겼고 의료의 질 향상에 관한 사회적 관심이 커진 것 역시 이후 보건의료 지배구조와 주요 담론이 변화하게 될 것임을 예고하였다. 실제로 이 시기에 의료보험 및 의료전달체계를 개선하기 위한 의료보장위원회가 발족하였고 의료기관의 불친절을 없애고 서비스의 질을 높이기 위해 의료계에 경쟁개념을 도입하자는 논리가 설득력을 얻게 되었다. 이에 따라 1995년부터 1999년까지 35개 대형병원에 대한 병원서비스 평가제를 실시한다는 방침이 발표되었다(김윤수, 2007). 이러한 변화는 의사 전문직의 전통적인 상징체계를 약화시키면서 반대로 환자와 일반시민들의 권한을 강화시키는 결과를 낳았다.

마지막으로, 건강보험 재정 불안정이 문제시되면서 의료비 절감이 중요시된 것 역시 다음 시기 보건의료의 지배논리를 내다보게 하였다. 실제로 건강보험 재정은 1996년부터 당기 지출이 당기 수입을 초과하여 당기 적자를 보이기 시작하였고 이 크기는 매년 증가하여 1995년에 4조 1190억원이던 누적적립금 역시 97년 3조786억원, 그리고 99년에 2조257억원으로 지속적으로 감소하였다(권순만, 2001). 따라서 현행 행위별수가제에 기인할 수 있는 의료의 낭비적 요소를 예방하고 보험재정을 안정화시키는 다양한 방안이 모색되었다. 1999년에 실시된 DRG 제도 시범사업은 바로 이러한 제도적 노력의 일레이다(유승흠과 장후선, 2008).

8) 대기업(현대, 삼성)이 설립한 병원당 평균 병상수는 1977-1986년에 약 180병상에서 1987-1996년에는 780여 병상으로 증가하였다(성창기, 1995).

제 3시기 의료자본의 성장과 과거 로직들 사이의 긴장 (2000-현재)

행위자와 거버넌스 구조: 2000년에 실시된 ‘의약분업’은 좁은 의미에서는 의사와 약사의 역할을 분리하는 것이었으나, 이 제도의 실시는 사실상 한국 보건의료의 지배구조의 전반적 변화를 야기한 중요한 함의를 가졌다. 우선, 의약분업 이후 더욱 악화된 건강보험 재정 문제는 앞서 제시한 새로운 로직, 민간의료보험 도입에서부터 시장 확대의 논리에 힘을 실어주는 결과를 낳았다(이경표, 2008).⁹⁾ 실제로 1999년 규제정비계획이 도입되어 기존의 규제관련 법안들에 대한 검토가 이루어졌고, 새로운 규제관련 조치들은 도입 전 심사를 받게 되었다(손명세, 2000). 심지어 의료기관 기능의 정립을 통한 효율성 제고를 목적으로 실시되었던 의료전달체계 중 진료권의 개념이 규제완화라는 새로운 정책방향에 의거하여 폐지되었다(조우현, 1998).

마지막 시기에 새로이 등장한 제도적 행위자들로 다국적 제약회사와 대규모 병원 조직군을 꼽을 수 있다. 대기업들은 주로 고급화된 의료서비스 제공을 표방하는 대형병원 중심의 의료기관 설립과 민간의료보험 참여로 영향력을 확장하였는데(조병희, 1997), 이 과정에서 재벌자본을 기초로 한 대형 병원군이 빠르게 성장하였다. 다국적 제약회사들 역시 시장개방과 함께 수입의약품이 건강보험 급여 대상에 포함되면서 영향력을 가진 제도적 행위자로 등장하였다. 이들 모두는 철저히 경영의 원리에 따라 의료조직을 운영하면서 낙후된 의료서비스의 수준의 개선에 기여한다는 논리로 자신의 정당성을 입증하였고, 점차 다른 보건의료 조직들에게 이러한 거버넌스 구조에 동조하게 만드는 압력을 행사하기 시작했다.

또다른 제도적 행위자로 시민단체가 새롭게 등장하였다. 한약분쟁(1993)에 일부 시민단체가 개입한 바 있고 이후에 정부 산하 기구에 시민단체들의 참여는 있었지만 이러한 활동은 일정부문에 대한 의견제시에 머물러있었다. 1990년대 이후 의료체계의 모순이 심화되고 시민사회가 성장하면서 시민단체들은 의약분업문제에서 정책수립을 주도하였다. 이들은 현상적으로는 의약품 오남용 문제를 제기하였지만 이에 국한되지 않고 직능간 역할 분리와 의료전달체계 개선에 대한 문제에 이르기까지 의료체계 전반의 무질서와 부조리에 대한 의견을 개진하며 정책결정 과정에 개입하였다. 이는 의료개혁에 있어서 시민단체가 중요한 주체로 등장하게 되었음을 의미한다(조병희, 2000).

한편 의사들은 치열해지는 경쟁 속에서 과거의 결속력을 유지하기 어려운 상황에 직면하였다. 임상중심의 진료제공을 중시하던 기존의 규범에도 변화가 생겨 고급화된 서비스를 표방하는 의료기관에 합류하기를 원하는 의사들이 늘어났다. 과거의 권위주의적

9) 건강보험 재정 문제는 의약분업 자체의 효과라기보다는 의약분업 과정에서의 수가인상을 비롯하여 수입 의약품 보험급여 확대 등과 같은 의약분업을 전후로 하여 이루어진 다양한 정책들의 효과이다(보건의료단체연합 의약분업 평가위원회, 2010).

인 의사-환자 관계 역시 소비자의 알권리 강화로 약화되었다(정기택, 2002). 한약분쟁과 의약분업과정에서 나타난 직능간 갈등 문제, 의약품을 둘러싼 리베이트 등 비리 문제, 불투명한 병의원 경영상태 문제들 역시 의사 전문직의 권위와 규범을 약화시키게 만드는 사회적 압력을 형성하였다. 무엇보다, 이 시기에 이르러 의료가 더 이상 특화된 영역이 아니라 일반 서비스에 가깝다는 인식이 확대되면서 의료가 이전과 달리 경영의 대상으로서 상시 평가와 관리 대상이 되었음을 알 수 있다.

마지막으로 의료보험 통합으로 단일 보험자 체제가 시작되면서 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원의 지배력이 커진 것과 함께 의약분업을 기점으로 보건의료 문제의 형성과 해결에 시민단체가 중요한 주체로 부상하게 된 것을 주목할 필요가 있다(조병희, 2000). 최근 들어 건강보험 급여확대 우선순위 선정에서 당사자인 시민들의 참여에 기반하여 정책을 수립해야 한다는 취지의 시민위원회 도입 논의가 점차 확산되는 것은 이러한 주체군 변화를 보여주는 한 예이다(권순만 등, 2010). 사실상 이 시기 제도적 로직의 한 축을 형성하는 의료의 접근성과 보장성 강화라는 논리는 의료보험통합과 의약분업 과정에서 주요한 행위자였던 시민단체들이 그 이후에 지속적으로 지지해 온 로직이기도 하다.

제도적 로직: 두 번째 시기를 지배한 의료의 접근성 문제는 세 번째 시기에 이르러 급여혜택에서의 보장성을 높여야 한다는 제도적 로직으로 이어졌다. 개혁적인 정권의 등장과 함께 일련의 정책이 추진되었다. 그러나 이와 동시에 건강보험재정적자 증가 문제가 불거진 사회적 우려와 불만으로부터 넓게는 보건의료 제도 전반, 구체적으로는 건강보험제도의 지속가능성 역시 중요한 사회적 이슈로 부상하였다(권순원, 2001; 김진현, 2002; 이원형, 2003). 이에 관해 경제부처와 경제전문가들을 중심으로 한 일각에서 제도화에 성공한 보건의료체제의 과거 질서, 즉 정부 규제 중심의 통제방식에 근본적인 의문을 제기하고 시장의 역할을 보다 강화하는 것이 위기를 타개할 방도라는 주장이 제기되었고, 점차 설득력을 얻게 되었다(이용갑, 2009).

2000년대 초반부터 본격화된 이러한 규제 완화와 외국자본에 대한 시장개방의 제도적 논리가 갖는 영향력은 2003년 보험업법이 개정되면서, 본인부담금을 지급해주는 실손형 민간의료보험 판매가 생명보험사에게도 허용되고 2005년 말부터는 개인을 대상으로 하는 실손형 민간의료보험의 판매를 할 수 있게 되면서 민간의료보험의 시장규모가 확대된 과정을 통해 확인이 가능하다(그림 5).

여기서 한 가지 주지할 것은 이와 같은 지형의 변화가 보건의료 분야 내부에 연유를 둔 특별한 것이 아니라는 것이다. 즉 규제 완화와 효율의 추구, 시장의 확대와 정부 개입의 축소는 한국 사회 전반의 지배논리로, 보건의료라고 하는 조직의 장(場)은 한 영역으로서 전체 사회의 변화를 공동으로 겪은 것이다.

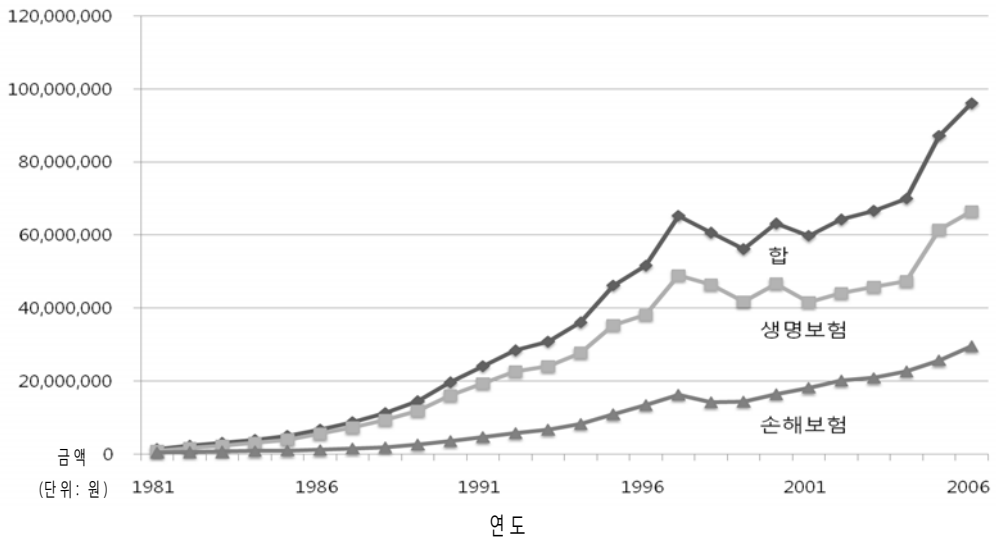


그림 5. 연도별 생명보험 및 손해보험 전체 보험료 현황.

자료: 국가통계포털(KOSIS)

이 점을 잘 보여주는 것이 의료의 산업화와 선진화론이다. 2001년 WTO 각료회의에서 사회서비스의 시장개방이 협상의제로 선정되면서 이후 사회서비스의 대외 경쟁력 강화정책의 일환으로 사회서비스 시장개방 정책들이 추진되었다. 이 여파로 보건의료분야에서 ‘의료서비스산업선진화론’이 등장하게 되었고 보건의료부문에서 민간자본의 투자를 촉진시키기 위한 영리법인 의료기관의 개설 허용 및 이를 가능하게 하는 ‘국민건강보험 요양기관 당연지정제 폐지’ 및 ‘실손형 민간의료보험의 활성화’ 등이 논의되면서 의료의 접근성과 형평성 및 보장성 등 앞에 제시한 기존의 로직들과 충돌하면서 혼란과 긴장을 빚는 원인을 제공하였다(이상기 등, 2005).

거시적인 조직 필드 수준뿐만 아니라 여러 개별 보건의료 조직 수준에서도 시장, 경영, 경쟁, 서비스 관리 등의 새로운 논리의 영향이 확인되었다. 1990년 이후 한국 언론에는 보건의료를 시장과 경영, 규제완화 등의 측면에서 다루는 내용이 급격히 증가하였다(그림 6).¹⁰⁾ 대학들도 의료경영 혹은 보건경영학과를 신설하거나 명칭을 개편하여 이러한 논리를 교육, 재생산하는 과정에 뛰어 들었다. 1997년까지 이와 같은 명칭을 가진 학과들은 없었으나 1998년부터 만들어지기 시작해 2010년에는 의료경영 혹은 보건

10) 조선일보 기사검색(<http://search.chosun.com/search/main.search>)에서 ‘의료’라는 검색어를 이용하여 나온 문헌을 의료관련 기사로 간주하였다. 다시 ‘의료’와 ‘시장’, ‘의료’와 ‘경영’, ‘의료’와 ‘규제완화’가 들어간 기사를 검색하였다. 각 연도별 의료관련 기사 중 각각의 검색어가 포함된 기사의 비율을 구하였다.

경영학과가 15개로 증가하였다. 의료는 점차 의료서비스로 당연시되었고 시장지향의 물질-자원 환경 변화는 치료의존의 방식에서 벗어나 고객관리 전문화, 업무 효율성 향상, 의료마케팅 등 경영원리에 충실한 것이 양질의 의료 제공을 하는 운영구조임을 규범적으로 인정하게 되었다(정희태, 2010).

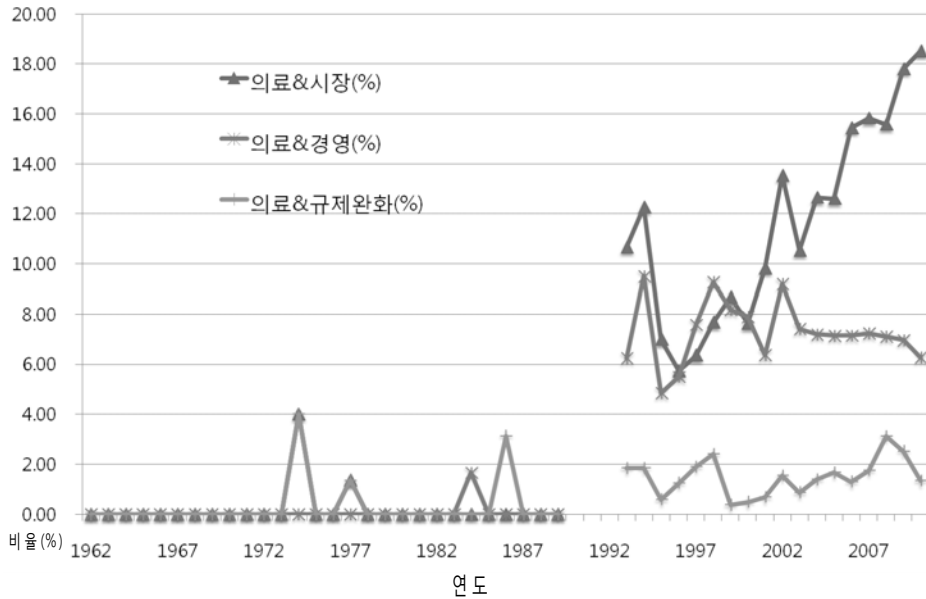


그림 6. 관리-시장 관련 문헌수.

자료: 조선일보 기사검색 (<http://search.chosun.com/search/main.search>)

2. 병원 조직군 변화의 속성 규명

1) 생태적 변화와 적응적 변화

장기간에 걸친 종단적 분석을 통해 생태군 이론가들은 필드 단위에서 벌어지는 변화의 과정은 크게 생태적이거나 적응적이라는 결론을 제시하였다. 전자는 조직의 구조적 관성으로 인해 기존 조직이 해체되거나 새로운 유형이 등장하는 방식으로 변화하는 것을 말하고 후자는 기존 조직이 혁신이나 변화를 통해 필드에 등장한 새로운 규칙과 질서에 적응하는 것이다. 그렇다면 지난 50 여 년간 한국의 보건의료 조직들은 ‘어떻게’ 변화했는가?

보건사회통계연보와 국민건강보험통계연보를 이용하여 전체 병상수에서의 변화를 확인한 결과 그림 7이 보여주는 것처럼 80년대 초와 90년대 초와 말, 그리고 2000년대

말에 전체 병상수에서의 급격한 증가가 관찰되었다. 이러한 변화가 과연 기존 병원에서 병상을 확대하여 만들어진 적응적 변화인지 병원의 신설로 인한 생태적 변화인지를 확인하기 위해 대한병원협회 회원병원명부의 종합병원자료를 이용하여 병상수의 증가 원인을 나누어 살펴보았다. 신규 증설된 병원의 병상수에서 폐업한 병원의 병상수를 제외한 증가량을 생태적 변화로 인한 것으로 보았고 기존에 있던 병원의 병상수의 변화량을 적응적 변화로 인한 것으로 보았다.

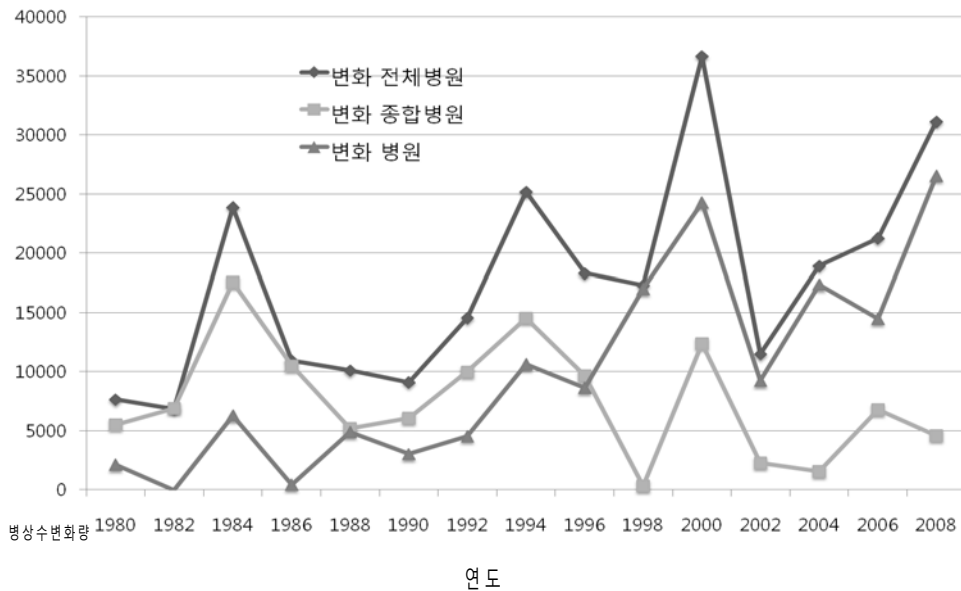


그림 7. 전체 병상수 및 종합병원 병상수 변화, 1979~2008.

자료: 보건사회통계연보(1980-1992), 보건복지통계연보(1993-2008)

분석 결과 우리는 1980년대 초반에는 생태적 변화가, 1990년대 초반에는 생태적 변화와 적응적 변화가 모두 관찰되었으나 적응적 변화가 더 많았고 2000년대 초중반에는 두 가지 변화의 양상이 비슷하게 관찰된 것을 확인하였다(그림 8). 생태적 변화에서 적응적 변화로의 경향을 드러낸 이 결과는 환경의 특성 자체를 고려하여 해석할 수 있다. 이론적으로 볼 때 적응적 변화는 조직의 구조적 관성으로 인해 일어나기 어려울 수 있지만 환경의 요구가 어떤가에 따라 달라질 수 있기 때문이다. Hannan 과 Freeman(1984)는 불확실성이 덜하고 예측 가능한, 즉 잔잔한 환경에서는 생태적 변화가, 급변하는 불확실한 환경에서는 적응적 변화가 유리하다는 예측을 한 바 있다. 다만, 세 번째 시기로 가면서 한국의 보건의료 환경이 더욱 불안정해지고 변화의 속도

또한 빨라진 것을 인정할 수 있으나 본 연구에서는 2000-2005년에 종합병원 병상수의 증가가 둔화되고(그림 7), 생태적 변화와 적응적 변화를 보기위해 사용한 5년 단위의 자료에서도 병상수의 증가가 미미하여 현재의 결과만으로는 그 양상을 확연히 파악하기 어렵다(그림 8).

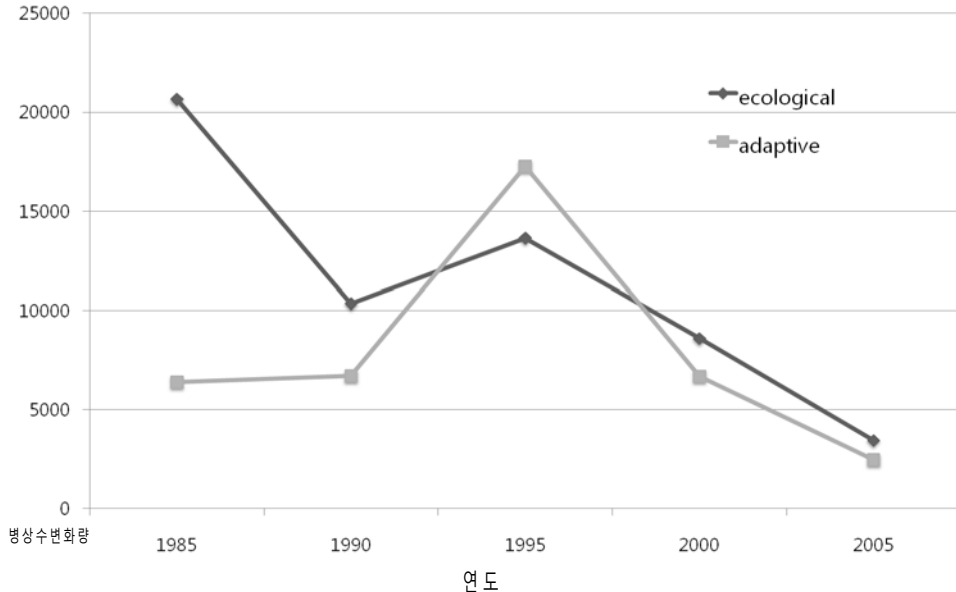


그림 8. 종합병원 병상수에서 생태학적 변화와 적응적 변화, 1985~2005.

자료: 대한병원협회 회원병원명부

2) 병상수에서의 안정화 지향성과 방향 지시적 변화

조직군 생태론자들은 위에 제시한 생태적 변화와 적응적 변화의 교차 패턴을 분석하는 것 말고도 병상수의 평균과 총 숫자의 변화 분포를 살펴보면서 보건의료 필드의 환경 변화가 어떠했는지를 파악할 수 있다고 했다. 이는 크게 안정화 과정, 방향지시적 과정, 분열적 과정의 세 가지 경향으로 드러난다.

병상수에 자연로그를 취한 뒤 연도별로 평균과 표준편차를 구해 분석해 본 결과, 1980년 이후 한국 보건의료 필드의 전체 병상수 평균은 증가를 보였다. 즉, 변화의 양상이 병원의 크기가 커지는 방향 지시적이었다(Pherson, 1983). 이를 전체 병상수의 표준편차로 분석하여 살펴본 결과, 1990년까지는 증가하다가 그 이후부터는 지속적으로 감소하였다. 즉, 1980-90년에는 분열적 과정이 관찰되었고 90년 이후에는 평균을 중심으로 모이는 안정화 과정이 관찰되었다(그림 9).

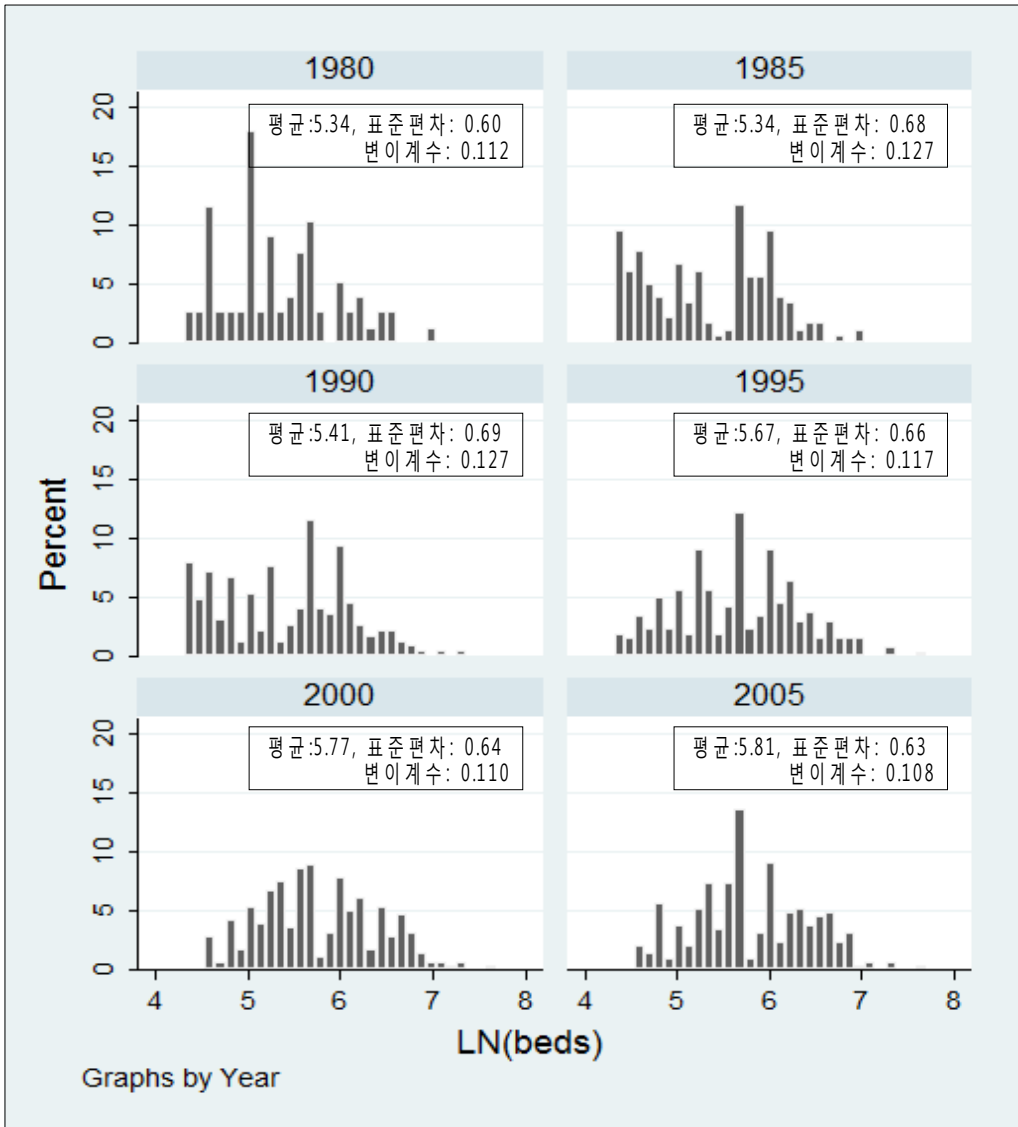


그림 9. 종합병원 병상수 분포에서의 변화.

자료: 대한병원협회 회원병원명부

1980년대의 분열적 과정은 해당 시기가 의료 영역이 확대되면서 병원이 성장하는 시기였다는 점에서 주요한 행위자들이 대형병원을 설립하는 과정에 기인한 것으로 보인다. 이후 1990년대와 2000년대에 나타난 안정화 과정은 평균보다 크거나 작은 양 꼬리 부분이 사라지는 것이며 이는 다소 크거나 작은 조직들이 감소함을 의미한다. 표준편차의 감소는 병원들이 적절한 크기로 규모를 증가시키거나 감소시킨다는 보건경제

학자들의 규모의 경제학 주장과 일치하는 것이다. 그러나 이러한 안정화 경향성을 대형 병원들의 등장 이후 병원조직들이 적절한 기관 규모로 순응한 결과라는 제도적 견해로 설명할 수도 있다(DiMaggio 와 Powell, 1983).

마지막으로, 방향지시적 과정이 드러난 것은 기술적, 제도적 요구에 따른 결과일 수 있다. 즉, 초기 분포가 규모의 경제학에서 말하는 적절한 규모보다 작기 때문에 크기를 키웠거나 대형 병원이 규범적, 인지적 정당성을 획득하면서 규모가 작은 병원들에 제도적 압력이 행사된 것일 수 있다. 이것은 환경이 불안정할수록 규모가 큰 조직이 유리하다는 조직군 생태학의 견해와도 일치하는 것으로, 병원조직군의 변화가 새로운 유형의 조직군의 등장이 아니라 기존 병원이 병상수를 키우는 방식으로 적응적 변화를 추구한 것으로 볼 수 있다.

V. 결 론

1. 연구 결과 요약 및 고찰

우리는 ‘우리가 속한 보건의료 환경은 지금 어떠한지, 어떻게 분석할 수 있는가?’ 라는, 일견 매우 기본적인 질문을 던지며 이 연구를 시작하였다. 이어서 우리는 이 물음의 답은 여러 방식으로 찾아볼 수 있음을 인정하되, 현재는 과거에서 이어진 것이므로 과거를 통해 현재를 파악할 때 거기에서 미래를 내다볼 통찰이 나온다는 가정을 세우게 되었다. 따라서 연구의 초점을 단면적 분석보다는 장기간에 걸친 변동과 그것의 함의를 이해하는 것에 두었고, 물질-자원 환경과 함께 제도적 환경을 강조하는 제도이론과 조직군 생태학의 시각을 따라가면서 분석을 진행하기로 결정하였다.

이러한 취지를 이루기 위해 구체적인 두 가지의 연구 목표가 설정되었다. 하나는 보건의료 분야의 변화란 개인, 집단, 조직 즉 ‘제도적 행위자’와 이들 주체들의 행위를 지시하고, 동기를 부여하며, 정당성을 제공하는 주된 논리, 즉 ‘제도적 로직’, 그리고 한 시대의 지배적인 규제 및 규범 체계에 해당하는 ‘거버넌스 구조’의 세 가지 요소 각각과 이들 사이의 상호작용을 따지는 것이고, 다른 하나는 병원 조직군과 병상수를 기준으로 변화의 속성을 두 가지 측면에서 추가로 규명하는 것이었다. 즉, 우리나라 보건의료의 제도적 환경에서 장기간에 걸쳐 벌어진 변화는 조직들로 하여금 새로운 유형이 출현하여 기존의 유형을 대체하는 생태론적 변화를 경험하게 했는지 아니면 기존의 조직 유형이 원형을 고수하면서 환경에 적응하는 방식을 취하게 했는지를 알아보고, 그 변화가 분열적이었는지, 방향성을 보였는지, 아니면 안정을 추구하는 방식으로 진행되

었는지 역시 알아보고자 하였다.

분석에 앞서 제도 이론 및 조직군 생태학 이론을 체계적으로 고찰하고 유사한 주제를 다룬 선행 연구 역시 폭넓게 살펴본 뒤에 이용 가능한 다양한 자료를 수집하여 분석을 수행한 결과, 우리는 우선 크게 세 부류의 제도적 행위자가 장기간에 걸쳐 보건의료 필드에 영향력을 발휘한 것을 확인하였다.

의료 전문직, 구체적으로 의사 집단은 장기간에 걸쳐 의료의 규범 틀을 마련하여 사회로부터 자신들의 전문직 권위를 입증 받을 수 있는 강고한 토대를 마련하였다. 정부 기관들은 주로 규제를 통해 영향력을 발휘한 경우로 초기에는 전문직의 헤게모니를 강화하는 정책을 폈으나 점차 독자적으로 통제력을 발휘하였다. 반면 대기업, 다국적 제약 회사, 시민단체 등은 최근의 보건의료 필드에 등장한 주요 행위자들이다.

제도적 로직은 보건의료가 어떻게 구성되어야 하는가의 문제에 상징적인 의미를 가질 뿐만 아니라 보건의료의 실제 운영에 기준을 제시하는 관행과 원리를 통칭하였다. 지배논리라는 말로도 일컬을 수 있는 제도적 로직은 보건의료 환경에 속하는 개인과 집단 및 조직에게 무엇이 적절한 의료인가, 무엇이 좋은 의료인가의 판단에 기준을 제공하는 인식의 근거이자 믿음의 체계를 뜻한다. 이와 같은 제도적 논리들과 한 시기의 주요한 규범과 규제의 질서에 해당하는 거버넌스 구조를 고려하여 아래와 같은 세 가지 시기 구분이 가능하였다.

- 제 1시기, 의사 전문직 권위의 제도화 (1952-1976): 의사국가고시제도의 실시는 이 시기의 특징적인 제도였다. 이 시기 동안 국가의 체계적인 지원을 받은 의사 전문직 협의체는 보건의료의 규범을 세우고 필드 전반에 걸쳐 지배력을 발휘하였다. 이 시기의 보건의료의 중심 가치는 면허를 가진 의사가 제공하는 의료의 적법성이었다.
- 제 2시기, 정부의 직접 개입 확대 (1977-1999): 의료보험 도입이 이 시기를 구별짓는 중요한 정책이었다. 이제 국가는 가장 강력한 규제자이자 구매자 보건기획자로서 역할을 수행하게 되었다. 의사집단과 의사협회의 영향력은 여전히였으나 전문화의 심화와 경쟁 증가로 인한 내부 분열과 다른 의료 전문직의 성장 등으로 사회적 권위에 도전을 받게 되었다. 의료의 접근성 문제는 이 시기 보건의료 전달 및 배분의 가장 중요한 가치가 되었다.
- 제 3시기, 의료자본의 성장과 기존 로직들 사이의 긴장 (2000-현재): 의약분업 실시 이후 보건의료 필드에 합리성, 효율성, 질 향상이라는 새로운 규칙이자 가치를 등장시키는 계기를 제공한 중요한 제도였다. 정부는 강력한 규제 대신 규제 완화와 시장의 논리를 직접적, 암묵적으로 지지하는 쪽으로 정책의 방향을 바꾸기

시작했고 대기업과 다국적 제약회사, 재벌 병원들이 필드의 주요 행위자로 새로이 등장하였다. 이 시기에 이르러 ‘효율성’이 보건의료체제의 최우선 가치로 자리를 잡았으나 동시에 의료의 보장성 및 의료의 질이라는 가치와 긴장의 역관계를 이루고 있다.

마지막으로 우리는 추가 분석을 통해 제도적 환경이 1980년대에는 생태적 변화의 경향을 보이다가 1990년대에는 적응적 변화로 이행하였고 그 과정은 병상 규모를 확대하는 방향성을 띠면서 안정화를 보이는 변화였다는 결과를 얻었다.

2. 연구의 의의와 한계

1) 연구의 의의

좋은 이론적 분석 틀은 그로부터 독특한 견해를 이끌어낼 수 있으면서도 실증 연구의 흐름과 잘 연결되어 있어야 한다. McKinley 등(1999)은 이를 위해서는 참신성(novelty), 연속성(continuity), 범위(scope)의 세 차원에서 어떤 연구가 적용한 이론적 분석 틀을 점검할 필요가 있다고 하였다. 여기서의 참신성은 기존의 접근들이 취한 틀에 비해 다르고, 새롭고, 독특한 것을 의미하며, 연속성은 일종의 유사성으로 기존 학풍의 이론적 틀과의 연결의 가능성을 말한다. 마지막 범위는 그 연구가 적용한 이론이 포괄하는 현상의 범위를 의미한다. 이 세 가지 기준에 근거하여 이번 연구가 제시한 결과를 다음과 같이 평가해 볼 수 있다.

(1) 참신성

앞서 선행 연구 고찰에서 언급했듯이 이미 발표된 연구 대부분은 주요 법제 및 정책이 실행된 유의미한 시점을 중심으로 보건의료체제의 시기를 구분하였다. 이와 달리 우리의 연구는 ‘제도란 필드 내 공식적 규칙이지만 동시에 비공식적이고 당연시되는 문화적 준거틀, 규범, 인지기기도 하다’는 DiMaggio와 Powell(1991)의 이론적 가정에 제도의 세 가지 구성 요소별로 보건의료 필드에 미친 영향을 분석하고, 덧붙여 병원 조직군을 대상으로 변화의 속성과 변화의 과정을 분석했던 점에서 이전과 다른 새로운 접근을 시도했다고 생각한다.

이론화의 정교성의 측면에서 본다면, 환경을 제도적으로 증대한 사건이나 변화를 중심으로, 즉 ‘제도적 시대(institutional era)’로 구분하여 분석하는 것이 최상의 접근이라고 말하기 어려울지 모른다. 그러나 지배구조나 신념들은 대개 특정한 시기에 수렴의 경향을 띠다가 더 많은 시간이 흘러감에 따라 그 구성과 의미에 차이를 드러내기 마련이므로, 전체 분석을 이루는 한 부분으로서 시대적 변천을 살피는 것은 충분히 유용한 작업일 수 있을 것이다. 또한 지난 오랜 시간을 사안의 기술에 그치지 않고 로직, 행위

자, 거버넌스의 요소로 집락(cluster) 시킬 수 있다면 그 사실들을 관통하는 의미와 방향성을 규명해 보면서 향후 가설을 검증하는 실증 연구를 위한 영감을 제공할 수도 있기 때문에 이러한 작업의 의의는 결코 작지 않으리라 생각된다.

(2) 지속성

이번 연구를 위해 문헌을 고찰하면서 한국 보건의료 환경의 변동을 장기간에 걸쳐 다룬 연구의 숫자가 너무나 미미하다는 것을 확인하였다. 의사학, 법학, 또는 사회학계의 지극히 일부 학자들이 이 주제를 다루고 있으나 2000년 이후에 발표된 학술 논문은 한 손에 꼽힐 정도이다. 그러므로 우리는 아직까지 한국의 보건의료 환경이 ‘격변’ 혹은 ‘근본적 변화’를 겪고 있는지 여부 자체를 판단할 틀이나 관련 자료, 사태를 설명할 논거 모두 매우 부족한 상태라는 결론에 도달한다. 이 연구는 바로 이러한 점에서 연구의 맥을 잇고 한편 확장하는 기여를 했다고 판단된다.

(3) 범위

이번 연구는 특정 시기의 개별 사업이나 프로그램 혹은 특정 기관이 아니라 보건의료 필드를 분석의 기본 대상으로 설정하였다. 보건의료 필드는 의료의 공급자와 소비자, 규제 기관, 감시와 평가를 담당하는 기관, 교육과 연구 기관, 기타 최종 산출물이 유사한 다른 많은 조직들이 ‘보건의료’라고 하는 인지된 영역을 구성하는 장(場)을 일컫는 개념이다(DiMaggio와 Powell, 1983). 분석의 수준을 여기에 두었기 때문에 이 연구는 개인이나 개별 기관이 아니라 부문 혹은 분야의 범위에서 의원, 병원 등의 의료 공급자는 물론 이들의 결합체인 의사협회, 병원협회, 대기업과 다국적제약회사, 시민단체, 그리고 정부기구 등 보건의료 제도의 영향을 받는 전달자이자 환경에 영향을 미치는 행위자를 전체를 체계적으로 분석할 수 있었다. 분석 시기 역시 1950년대부터 2000년대 후반까지 길게 다루었기 때문에 분석의 결과가 포괄하는 현상이 한층 넓었다고 볼 수 있다.

2) 연구의 한계

위와 같은 의의에도 불구하고 이 연구는 분명한 한계를 드러냈다. 첫째, 조직과 제도를 분석하는 다른 여러 좋은 방법들, 예컨대 사례조사나 인터뷰 기법을 적용하여 주장하고자 하는 바를 더 잘 뒷받침하고 궁극적으로 연구의 질을 높일 수 있는 노력을 기울이지 못했다. 둘째, 조직군 생태학이나 제도이론에 근거한 연구를 수행하려면 다양한 조직군들을 조사하는 것이 좋고 특히 각 조직군의 설립 시기와 초기 경과를 알 수 있는 자료를 분석에 포함하는 것이 중요한데, 이번 연구에서는 자료 접근의 어려움과 초기 연구라는 한계로 인하여 이러한 요건들을 충족시키지 못했다. 이로 인해 병원 조직군 변화의 속성 분석에서도 종합병원만을 대상으로 하였다. 향후 연구에서는 다양한 조

직군들에 대한 영향을 분석할 필요가 있다.

그러나 이번 연구의 더욱 중요한 한계이자 동시에 향후 연구로 극복되어야 할 것은 이번 연구 안에서는 세 가지로 구별된 시기를 보다 체계적으로 분석할 틀을 제시하지 못한 것이다. 하나의 대안으로 로직, 행위자, 거버넌스 구조 사이의 관계를 이론에 따라 가설로 유도하여 향후 실증연구를 시도하고 평가하는 연구를 생각해 볼 수 있을 것이다. 그러나 우리가 생각하기에 보다 우선되어야 하고 더욱 의미가 있으리라 생각하는 대안은 보건학계에서 ‘제도’를 중심에 두는 논의와 논쟁이 많아져서 거기서 다양한 식견과 통찰이 축적되는 것이다. 현재 보건학계의 주요 문제들은 경제학과 의과학이라는 두 축에 거의 전적으로 의존하여 설명되고 있다고 해도 과언이 아니다. 그러나 우리는 보건의료계의 많은 실제 현상들은 이보다는 규범적이고, 관습적이며 제도적인 영향력 아래에서 벌어지고 진행되어 간다는 사실을 이미 잘 알고 있다. ‘구조는 전략을 따른다’는 학자의 말처럼 이번 연구의 여러 약점을 극복할 향후 연구를 기대하려면 이러한 논의와 연구가 의미 있고 필요하다는 인식의 제고가 우선되어야 한다고 생각된다. 우리의 이번 연구가 그러한 방향으로의 인식의 전환에 작지만 의미 있는 기여가 되기를 바란다.

참 고 문 헌

국가통계포털(<http://www.kosis.kr>)

권순만. 건강보험재정위기의 원인과 정책과제. 한국정책학회보 2001;10(3):177-198.

권순원. 건강보험의 구조개혁 필요성: 재정안정화 방안을 중심으로. 보건경제와 정책연구 2001;7(1):1-38.

김민식. 의료보험 행정의 역사적 변천 과정 소고. 한국행정사학회보 2002; 11: pp. 261-291

김용익, 감신, 강윤식, 고광욱, 김남순, 김석범 등. 보건의료시장개방에 대비한 보건의료체계 공공성 강화방안 연구. 서울: 국회보건복지위원회; 2002.

김용익, 박기동, 도영경, 이진용, 박재현. 병상자원관리기준 및 체계개발. 병상자원관리정책개발연구 보고서. 서울: 한국보건산업진흥원;2003.

김윤수. 한국 건강보험 제도변화에 관한 연구 : 역사적 제도주의 분석을 이용하여 [박사학위 논문]. 서울:성균관대학교 대학원; 2007

김진현. 건강보험 보장성 강화와 지속가능한 재정구조 구축을 위한 제도 개선방향. 경제

- 정의실천시민연합 토론회 자료집. 서울: 경제정의실천시민연합;2002.
- 김한중. 4장 의료시설의 수급과 정부의 역할. 한국보건행정학회 편. 국민의료와 정부의 역할. 서울: 한국보건행정학회; 1991. 쪽 73-102. 대한병원협회 연구비 지원.
- 박재용. 건강보험의 제도변화와 재정 안정화. 한국사회보장학회 학술대회 연제집. 서울: 한국사회보장학회; 2001.
- 보건복지통계연보 1994~2008
- 보건사회통계연보 1952~1993
- 보건의료단체연합 의약분업 평가위원회. 의약분업 10년, 그 평가와 과제. 건강보험통합10년, 의약분업10년 기념토론회 자료집 2010.
- 성창기. 우리나라 서구식 병원의 발전과정에 관한 연구[석사학위 논문]. 서울: 서울대학교 대학원; 1995
- 손명세. 보건의료법제의 변천: 그 평가와 전망. 법제 2000;511:3-22
- 신오성. 한국전쟁 전후의 보건의료에 대한 연구, 1945-1959[석사학위 논문]. 서울: 서울대학교 대학원; 1989
- 오영호, 오진주, 지영건. 만성질환실태와 관리방안. 서울: 한국보건사회연구원; 2001.
- 유승흠, 장후선. 대한민국 보건의료 60년. 대한민국60년, 보건의료60년-향후 보건의료 발전방향 포럼 자료집. 서울: 보건복지가족부대한민국의학한림원; 2008. 쪽 1-28
- 이경표. 한국 의료체계의 신자유주의적 개편 : 의약 및 보험체계의 변화와 다국적 자본 [석사학위 논문]. 서울: 서울대학교 대학원; 2008.
- 이상이, 전창배, 이용갑, 허순임, 서남규. 의료의 산업화와 공공성에 관한 연구-의료산업화를 위한 바람직한 정책방안 모색. 서울:국민건강보험공단; 2005
- 이용갑. 민간의료보험 활성화 정책 결정과정 연구. 보건과 사회과학 2009;26;5-39
- 이원형. 건강보험제도 개혁특별위원회 설치 및 운영등에 관한 특별법 제안. 건강보험개혁과 특별법제정을 위한 공청회 자료집. 서울:한나라당 정책위원회;2003
- 이창순. 조직. 서울:박영사;2009
- 정기택. 신제도주의 관점에서 본 의약분업 이후의 의료공급 행태 및 구조변화. 한국보건행정학회 전기 학술대회 연제집. 서울:한국보건행정학회;2002
- 정영호, 조형원, 감신, 고숙자. 보건의료부문의 거버넌스 현황과 발전방향. 서울: 보건사회연구원;2006
- 정용덕, 권용주, 김영수, 김종환, 배병룡, 염재호 등. 신제도주의 연구. 서울:대영문화

사;1999

정희태. 병원 코디네이터 도입이 병원경영성과에 미치는 영향분석. 한국 시스템다이내믹스 연구 2010;11(4):5-23

조병희. 의료보험제도의 실시와 의료체계의 변화. 사회과학논총 1993;12:323-344.

조병희. 한국의사의 위기와 생존전략. 서울:명경출판사;1994.

조병희. 재벌병원과 의료체계의 변화. 보건과 사회과학 1997;1(1):65-87

조병희. 의약분업정책과 사회적 갈등. 생명윤리 2000;1(2):35-52

조선일보 기사검색 <http://search.chosun.com/search/main.search>

조우현. 정부의 의료제도 개혁과 병원의 구조조정. 한국병원 경영학회 추계학술대회 연제집. 서울:한국병원경영학회;1998.

Amburgey YL, Dacin T, Kelly D. Disruptive selection and population segmentation: interpopulation competition as a segregating process. In: Baum JAC, Singh JV, editors. Evolutionary Dynamics of Organizations. New York: Oxford University Press;1994. pp.240-256

Burns T, Stalker GM. The Management of Innovation. London:Tavistock;1961.

Dacin MT, Goodstein J, Scott WR. Institutional Theory and Institutional Change: Introduction to the Special Research Forum. The Academy of Management Journal 2002;45(1): 43-56.

Davis G, Powell W. Organization-Environment Relations. In: Dunnette M, editors. Handbook of Industrial and Organizational Psychology vol. 3. CA:Consulting Psychologists Press;1992.

Dill WR. Environment as an Influence on Managerial Autonomy. Administrative Science Quarterly 1958;2(4):409-443.

DiMaggio PJ, Powell WW. The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. American Sociological Review 1983;48:147-160.

DiMaggio PJ, Powell WW. Introduction. In: Powell WW, DiMaggio PJ. The New Institutionalism in Organizational Analysis. Chicago and London: The University of Chicago Press; 1991. pp.1-38.

Evan WM. the organization set: toward a theory of interorganizational relations. In: Thomson JD, editors. Approaches to Organizational Design. PA:

University of Pittsburgh Press;1966. pp. 173–88.

- Friedland R, Alford RR. Bringing Society Back In: Symbols, Practices, and Institutional Contradictions. In: Powell WW, DiMaggio PJ, editors. *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: University of Chicago Press; 1991. pp. 232–63.
- Hall PA. The Movement from Keynesianism to Monetarism: Institutional Analysis and British Economic Policy in the 1970s. In: Steinmo S, Thelen K, Longstreth F, editors. *Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press;1992.
- Hannan M, Freeman J. the Population Ecology of Organizations. *American Journal of Sociology* 1977;82:929–64.
- Hannan M, Freeman J. Structural inertia and organizational change. *American Sociological Review* 1984;49:149–164.
- Krasner SD. Sovereignty: an Institutional Perspective. *comparative political Studies* 1988;21:66–94.
- Lawrence P, Lorsch J. Differentiation and Integration in Complex Organizations. *Administrative Science Quarterly* 1967;12:1–30.
- McKinley W, Mone MA, Moon G. Determinants and development of schools in organization theory. *Academy of Management Review* 1999;24(4):634–648.
- Meyer JW, Rowan B. Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology* 1977;83(2):340–363.
- Miles RH. Findings and implications of organizational life cycle research: A commencement. In: Kimberly JR, Miles RH, and Associates, editors. *The Organizational Life Cycle: Issues in the creation, transformation and decline of organizations*. CA: Jossey–Bass; 1980. pp. 430–450.
- Pfeffer J, Salancik GR. *The External Control of Organizations*. New York: Harper & Row; 1978.
- Pherson MM. The Size of Voluntary Organizations. *Social Forces* 1983 ;61(4):1044–1064.
- Scott WR, Ruef M, Mendel PJ and Caronna CA. *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*.

Chicago and London: The University of Chicago Press; 2000.

Scott WR, Davis GF. Organizations and Organizing: Rational, Natural, and Open System Perspectives. New Jersey: Pearson International Edition; 2007.

Selznick P. TVA and the grass roots: a study in the sociology of formal organization. Berkeley: Univ. of California Press; 1953.

Streeck W, Schmitter PC. Community, market, state and associations: the prospective contribution of interest governance to social order. European Sociological Review. 1985;1(2): 119-138

Thompson JD. Organizations in Action. New York: McGraw Hill; 1967.

Tolbert PS, Zucker LG. Institutional sources of change in the formal structure of organizations: the diffusion of civil service reform, 1880-1935. Administrative Science Quarterly 1983;28:22-39.

Van de Ven AH, Poole MS. Explaining development and change in organizations. Academy of Management Review 1995;20:510-40.

Westphal JD, Gulati R, Shortell SM. Customization or conformity? An institutional and network perspective on the content and consequences of TQM adoption. Administrative Science Quarterly 1997;42(2):366-394.