

연구보고서 2006-02

## 보건의료부문의 거버넌스 현황과 발전방향

정영호  
조형원  
감 신  
고숙자

한국보건사회연구원



## 머 리 말

그리스어인 *Kubernan*에서 기원한 *governance*(거버넌스)는 조종, 규칙제정, 키잡이와 동일한 의미를 지니고 있다. 이렇듯, 거버넌스는 조직에 전반적인 방향을 부여하기 위한 구조를 제공하고 외부에 있는 이해관계자들이 지니는 합리적인 책임감(*accountability*)에 대한 기대를 만족시키는 것으로 제시되기도 하고, 조직을 지시, 통제, 그리고 관리하는 과정으로 묘사되기도 한다. 거버넌스의 개념은 매우 다양하고 상이하게 해석되고 있으며, 이론적으로도 아직 정교하게 정립되지 않았지만, 일반적으로 한 사회 또는 조직 내에서 합의된 목표를 이행하기 위한 방안을 찾고 공동의 행동으로 모으는 것이 거버넌스가 지니는 핵심적 영역으로 볼 수 있다. 이러한 거버넌스의 개념은 글로벌 거버넌스에서 기업 거버넌스라는 범위에 이르기까지 광범위하게 적용되어 행정학, 경제학, 국제관계학, 조직학, 발전이론, 정치학, 정책학, 사회학 등의 다양한 학문분야에서 연구성과가 축적되고 있다.

한편, 1990년대 후반 이후 유럽을 중심으로 사회적 거버넌스(*social governance*)의 개념이 등장하면서 기업지배구조의 요소가 복지, 보건의료, 사회보장관련 제도와 같은 사회적 영역에도 적용하는 논의가 이루어지고 있다. 몇몇 선진 외국의 경우, 병원에 대해 양질의 의료, 효율성, 서비스 반응성, 접근성, 공정성(*fairness*), 공급자 도덕에 관한 성과를 증대하기 위해 거버넌스의 문제를 중요한 과제로 다루고 있으며, 이사회 구성, 정보공개, 감사, 지역주민과의 협의기관과 관련한 제도를 바람직하게 구축하도록 하는 노력을 기울이고 있다. 반면, 우리나라의 경우에는 의료기관에서의 거버넌스와 관련한 인식이 부족하고 경영의 투명성·사회적 책임성에 대한 고려가 미흡한 실정이라 할 것이다. 일반적으로 의료기관은 소유와 경영이 분리되어 있는 것이 아니어서, 소유자에 의한 경영자의 감시 및 규율의 측면에서 본 거버넌스의 필요성이 거의 인식되

지 않고 있다고 사료된다. 사회적 자본(social capital)으로서 보건의료부문의 사회적 역할 및 책임을 적절하게 수행하고, 경영의 투명성 및 경쟁력 강화 등을 위한 보건의료기관의 바람직한 거버넌스 구축이 요구된다 하겠다. 그러나 보건의료기관의 거버넌스와 관련한 국내의 연구는 미흡한 실정으로 동 주제와 관련한 기초 자료의 필요성이 절실하게 요구되고 있다고 할 수 있다.

이러한 필요성에 따라 본 원의 정영호 연구위원의 책임 하에, 조형원 건양대학교 교수, 감신 경북대학교 교수, 그리고 본 원의 고숙자 선임연구원이 참여하여 보건의료기관을 중심으로 한 보건의료부문의 바람직한 거버넌스 구축을 위한 기초연구를 수행하게 되었다. 본 기초연구의 결과가 향후 우리나라 보건의료기관의 거버넌스와 관련한 연구와 발전 방안 마련에 일조할 수 있기를 기대한다. 조형원교수는 법 거버넌스와 관련한 연구를, 감신교수는 공공의료기관의 거버넌스와 관련한 연구를 담당하였다. 바쁘고 어려운 여건 속에서도 연구에 참여해 주신 외부 교수들께 깊은 감사를 드린다. 본 연구진은 연구를 진행하면서, 워크숍과 검독과정에서 귀중한 조언과 논평을 해 준 정기택 경희대학교 교수, 강민아 이화여자대학교 교수, 그리고 본원의 조재국 선임연구위원, 오영호 연구위원께 감사한다.

2006년 12월  
한국보건사회연구원  
원 장 김 용 문

## 목 차

Abstract .....	11
요약 .....	13
I. 서론 .....	35
1. 연구필요성 및 목적 .....	35
2. 연구내용 및 방법 .....	37
II. 보건의료부문의 거버넌스 개념 및 필요성 .....	39
1. 이론적 고찰 .....	39
2. 보건의료 거버넌스 (Health Care Governance) .....	53
3. 거버넌스가 건강에 미치는 영향에 대한 실증 분석 .....	85
III. 보건의료의 법거버넌스 .....	94
1. 법거버넌스의 의의 .....	94
2. 법적 거버넌스의 관리 .....	98
3. 소결 .....	137
IV. 주요 외국 비영리 의료기관의 거버넌스 .....	138
1. 일본 비영리 의료기관(의료법인)의 거버넌스 .....	138
2. 미국 민간비영리병원의 거버넌스 .....	145
3. 프랑스 민간비영리병원의 거버넌스 .....	155
4. 네덜란드 민간비영리병원의 거버넌스 .....	159
5. 종합 및 시사점 .....	161

V. 우리나라 비영리의료기관의 거버넌스 현황 및 발전방향 .....	168
1. 우리나라 비영리의료법인의 위치 .....	169
2. 우리나라 비영리의료법인의 거버넌스 실태 및 문제점 .....	183
3. 우리나라 비영리의료법인의 거버넌스 발전방향 .....	187
VI. 우리나라 공공보건의료기관의 거버넌스 현황 및 발전 방향 .....	203
1. 공공보건의료기관의 현황 .....	203
2. 우리나라 공공보건의료기관의 거버넌스 현황 .....	217
3. 외국 보건기관의 거버넌스 .....	225
4. 공공보건의료기관의 거버넌스 발전 방향 .....	228
VII. 결론 .....	244
참고문헌 .....	248

## 표 목 차

〈표 II- 1〉 거버넌스 개념 .....	41
〈표 II- 2〉 UNDP의 좋은 거버넌스(Good Governance) 원칙 .....	45
〈표 II- 3〉 지속가능성을 위한 거버넌스 원칙 .....	46
〈표 II- 4〉 OECD의 기업지배구조 가이드라인 .....	52
〈표 II- 5〉 거버넌스 구조(governance structure)의 특성 .....	61
〈표 II- 6〉 거버넌스 실행의 분류 .....	63
〈표 II- 7〉 의사와의 관계에 의한 거버넌스 구조 분류 .....	65
〈표 II- 8〉 보건의료에서의 거버넌스 형태(mode) .....	66
〈표 II- 9〉 이사회 멤버십 모델 .....	80
〈표 II-10〉 자료원 .....	87
〈표 II-11〉 World Bank의 거버넌스 지표 .....	87
〈표 II-12〉 기술 통계량 .....	88
〈표 II-13〉 상관관계 매트릭스 .....	91
〈표 II-14〉 회귀분석결과: 종속변수가 기대여명(LE)인 경우 .....	92
〈표 II-15〉 회귀분석결과: 종속변수가 남성의 건강수명(HALE_m)인 경우 .....	92
〈표 II-16〉 회귀분석결과: 종속변수가 여성의 건강수명(HALE_f)인 경우 .....	93
〈표 III- 1〉 의료기관의 건립절차 .....	104
〈표 III- 2〉 적용되는 주요관계법령 .....	106
〈표 III- 3〉 설립구분별 병원의 현황 .....	115
〈표 III- 4〉 중소병원의 금융비용 등 감소효과(2002년도 상환금액기준) .....	137
〈표 IV- 1〉 일본 의료법인 구성별 분포 추이 .....	141
〈표 IV- 2〉 일본 비영리 의료법인의 거버넌스 .....	144
〈표 IV- 3〉 미국의 공공보건 거버넌스(public health governance) .....	147

〈표 IV- 4〉 미국 민간비영리병원의 거버넌스 .....	153
〈표 IV- 5〉 프랑스의 병원개설별 분포 및 공적병원활동 .....	156
〈표 IV- 6〉 프랑스 민간비영리병원의 거버넌스 .....	157
〈표 IV- 7〉 네덜란드 민간비영리병원의 거버넌스 .....	160
〈표 IV- 8〉 각 국 민간비영리병원의 거버넌스 비교 .....	162
〈표 IV- 9〉 캐나다의 병원 구조조정 및 거버넌스 .....	164
〈표 V- 1〉 영리, 비영리조직과 영리, 비영리사업의 구성 .....	172
〈표 V- 2〉 우리나라 비영리조직의 분류 .....	173
〈표 V- 3〉 비영리법인의 기관구성 비교 .....	174
〈표 V- 4〉 의료기관의 설립주체별 구분 .....	177
〈표 V- 5〉 의료에 있어서 비영리조직의 요건 .....	179
〈표 V- 6〉 우리나라 비영리의료법인의 특성별 비교 .....	182
〈표 VI- 1〉 공공병원의 설립형태 및 기능별 구분 .....	204
〈표 VI- 2〉 지방의료원의 연도별 입원환자 1인 1일당 진료수입 .....	235
〈표 VI- 3〉 정부직영형 및 민간위탁형 도시보건지소 설치목적과 필요성에 따른 평가 .....	241



## 그림 목차

[그림 II-1]	1인당 국민총소득과 기대여명간 상관관계 .....	89
[그림 II-2]	지니계수와 기대여명간 상관관계 .....	90
[그림 II-3]	거버넌스와 기대여명간 상관관계 .....	90
[그림 IV-1]	일본 의료법인 구성 .....	141
[그림 IV-2]	일본 의료법인의 거버넌스 구조 .....	145
[그림 IV-3]	미국의 설립자별 비영리병원 점유율 .....	151
[그림 IV-4]	미국의 민간비영리병원 조직도 .....	154
[그림 IV-5]	미국 비영리병원의 거버넌스 구조 .....	155
[그림 IV-6]	프랑스의 민간비영리병원 조직도 .....	158
[그림 IV-7]	네덜란드의 민간비영리병원 조직도 .....	161
[그림 V-1]	이사회 역할 및 상호관계 .....	189



Abstract

## A Study of Governance on Health Care

### Research Aims

- There is lack of attention on the awareness and transparency of health care governance.
- There is need to set up a framework for health care governance to fulfill public and social responsibilities.
- As there have been increasing discussions over the social roles of the public health sector as social capital, basic researches are required to provide good governance so that transparency and efficiency can be brought to the management and operation of health care organizations.

### Main Research Results:

- Observation on the concept and definition of social governance and suggestion on the necessity of application of the concept to the health care sector.
- Empirical analysis on the influence of the governance indicators on the public health.
- Laws governance of health care organizations in Korea.
- Lessons derived from a case study on health care governance of the selected countries.
- Current issues and policies of health care governance in Korea.
- Good governance of non-profit health care organizations.
- Good governance of public health care organizations.

Expected Results:

- To contribute in increasing competitiveness through consideration on the transparency and assessment of the management of health care organizations.
- To adopt the concept of governance to the health care sector and contribute in advancing the health care system.
- To provide a desirable basic ground for policy tuning for different views from various interest groups.

## 요 약

### I. 서론

#### 1. 연구필요성 및 목적

- 1990년대 후반 이후 유럽을 중심으로 사회적 거버넌스(social governance)의 개념이 등장하면서 기업지배구조의 요소가 사회시설(social institution)에도 적용하는 논의가 비교적 활발하게 이루어지고 있음.
  - 사회적 거버넌스는 기업 거버넌스에서와 같이 경제적 의미에서의 주주(shareholder)는 존재하지 않지만, 사회적 영역 즉, 복지, 보건의료, 사회보장관련 제도 등에 있어 매우 가치있는 개념이라 할 수 있음.
  - 개별 의료기관이 내적, 외적으로 시장원리에 충실할 수 있는 환경을 조성하는 한편, 공공적 성격 및 사회적 책임을 달성하기 위한 공정성, 투명성, 책임성에 관한 방안이 검토되고 논의되는 것이 필요함.
- 의료기관의 거버넌스에 관한 인식이 부족하고 경영의 투명성·사회적 책임성에 대한 고려가 미흡한 실정이라 할 것임.
  - 일반적으로 의료기관은 소유와 경영이 분리되어 있는 것이 아니어서, 소유자에 의한 경영자의 감시 및 규율의 측면에서 본 거버넌스의 필요성이 거의 인식되지 않고 있다고 사료됨.
  - 우리나라 의료법인은 법적으로 비영리조직이지만 실제 활동측면에서는 영리추구의 성격이 강하며 또한 경영효율성을 강조하면서 병원의 비영리성에 대한 의미가 축소되고 있다는 지적이 있음.
  - 이로 인해 병원이 지녀야 할 사회적 책임(social accountability)에 대한 역할과 실제 활동의 의미가 퇴색되고 있는 측면이 있음.

- 지역사회와의 우호적인 관계가 약화되고 있는 반면, 병원은 경영의 유지 또는 기관의 성장을 위한 이익 창출에 역량을 강화하고 있어 병원의 비영리적 활동이 체계적으로 이루어지지 못할 우려가 제기될 수 있음.

□ 따라서, 사회적 자본(social capital)로서 보건의료부문의 사회적 역할 및 책임을 적절하게 수행하고, 경영의 투명성 및 경쟁력 강화 등을 위한 보건의료 기관의 바람직한 거버넌스 방향을 위한 기초연구가 요구됨.

□ 본 연구는 다음의 목적으로 수행되었음.

- 첫째, 거버넌스의 개념 및 정의를 고찰하고, 보건의료부문에 적용되어야 하는 필요성 등을 제시함.
  - 이론적 고찰 분석을 보강하기 위하여 거버넌스가 건강에 미치는 영향에 대한 실증분석을 수행함.
- 둘째, 외국 의료기관의 거버넌스관련 사례연구를 수행하여 시사점을 모색하고자 하였음.
- 셋째, 병원을 포함한 보건의료조직이 이해관계자에 대하여 갖는 법적 책임인 법적 거버넌스를 논의하고자 함.
- 넷째, 민간비영리법인병원과 공공의료기관의 거버넌스 현황을 고찰하고 발전 방향을 모색하고자 함.

## 2. 연구내용 및 방법

□ 본 보고서는 다음과 같이 구성되어 있음.

- 서론인 I 장에 이어 II 장에서는 거버넌스의 개념을 논의하고 보건의료부문에서의 거버넌스 적용 및 필요성을 다룸.
- III 장에서는 병원을 둘러싼 출연자, 내외부 고객, 지역사회, 정부 등의 이해관계자에 대한 법적 책임인 법적 거버넌스 관리를 논의하였음.
- IV 장에서는 주요 외국 비영리 의료기관의 거버넌스 현황을 고찰하고 거

- 버넌스 구축에 따른 시사점을 보다 명료하게 하고자 하였음.
- V장은 우리나라 민간비영리의료기관의 거버넌스 현황과 적절한 수준의 공익성 확보, 투명성 제고를 중심으로 바람직한 거버넌스 구축을 위한 발전방향에 대하여 논의하였음.
  - VI장은 우리나라 공공의료기관의 거버넌스 현황을 살펴보고, 외국 공공보건의료기관의 거버넌스 현황을 파악하여 우리나라 공공의료기관 거버넌스 발전 방향을 모색함.
  - VII장은 결론부분으로 본 연구의 주요결과를 간략하게 정리하고 향후 연구과제를 논의하였음.

## II. 보건의료부문의 거버넌스 개념 및 필요성

### 1. 이론적 고찰

#### □ 거버넌스의 개념

- 거버넌스의 개념은 일반적으로 국정관리, 협치, 조정양식 등으로 이해되고 있음.
- 거버넌스는 한 사회 내에서 합의된 목표를 이행하기 위한 방안을 찾고 공동의 행동으로 모으는 것이 거버넌스가 지니는 핵심적 영역으로 볼 수 있음.

#### □ 좋은 거버넌스(good governance) 및 거버넌스 원칙

- 좋은 거버넌스(good governance)라는 개념은 World Bank가 많은 국가에서 경험하게 되는 공공부문 운영 및 관리에서의 취약성에 대한 문제를 설명하기 위해 도입함.
- ‘좋은 거버넌스’를 위해서는 사회경제적 자원을 투명하고 책임성 있는 최소한의 효율적인 국가에 의해서 관리되어야 한다고 제시하고 있음.

- 공공서비스에서의 좋은 거버넌스 원칙(Good Governance Standard for Public Services, 2004)에 따르면, 좋은 거버넌스는 다음과 같이 정리될 수 있음.
  - 서비스 사용자들을 위한 성과와 조직의 목표에 초점
  - 기능과 역할을 명확히 효과적으로 수행
  - 전체 조직의 가치를 촉진하고 경험을 통한 좋은 거버넌스의 가치를 표현하는 것
  - 투명한 결정과 리스크 관리
  - 수용력 및 정부의 효과적 역량을 발전시키는 것
  - 이해관계자들을 관련시키고, 실질적 책임감을 지우게 하는 것

기업 거버넌스(corporate governance)

- 기업 거버넌스에 대한 관점이 좀더 확대될 경우에는 좋은 거버넌스의 정의가 지역사회발전과 밀접히 연관됨.
- 즉, 기업의 사회적 책임을 강조하는 것으로, 기업이 주주(shareholder)뿐 아니라 기업이 속해 있는 지역사회에 대한 책임성에 이르기까지 확대됨.

2. 보건의료 거버넌스(Health Care Governance)

사회적 거버넌스(social governance)의 개념

- 비영리 부문의 경우에 기업 거버넌스의 개념과 같은 경제적 의미에서의 주주는 존재하지 않지만 이해관계자의 개념으로 확대하여 사회보장, 복지, 보건의료 등과 같은 사회 제도에 적용할 경우 사회적 거버넌스(social governance)라는 용어로 언급되고 있음.

병원에서의 사회적 거버넌스 적용

- 보건의료기관을 효과적으로 관리하고 컨트롤하기 위한 규정 및 방식에 관한 체계(system)이며,



- 다양한 이해관계자들에게 영향을 주거나 적당한 책임감을 부여하는 체계라 볼 수 있음.

□ 보건의료부문의 거버넌스 도입 근거

- 첫째, 현재 병원은 타산업과 비교해 볼 때 내외로부터 대부분 경영감시를 받고 있지 않음.
- 둘째, 환자 편의를 위한 서비스 제공 및 의료의 질 향상 등 비영리의료법인의 목적수행을 위해 거버넌스를 활용하여 비영리성을 강화할 수 있음.
- 다만 이와 관련하여 영리조직의 손익기준과 같은 명확한 평가기준이 없으므로, 미션수행(이익획득 프로세스에 관한 행위)에 관한 감시기능을 지역주민참가에 의한 거버넌스로 부여하는 것이 하나의 방안으로 고려해 볼 수 있을 것임.

□ 거버넌스 형태(mode)와 실행(practice)

- 거버넌스 형태(governance mode)에는 시장형(market)-계층형(hierarchy)-혼합형(hybrid), 영리-비영리, 민간-공공(시민)의 이해 연속체(interest continuum)로 구분됨.
- 거버넌스 실행(practices)은 조직 내에 전략 또는 행정적 계획의 스펙트럼을 나타내는 것으로, 이해관계자(또는 행위자) 그룹에 대한 언급과 이들 간의 명시적·암묵적인 계약에 관한 사항들임.
  - 분석 순서는 이해관계자간의 관계를 밝히고 분류하고 우선순위를 결정한 후, 이들의 계약적인 내용을 검토하는 것임.
- 거버넌스 실행(practices)은 형태(mode)와 병행해서 고려해야 하는데, 이는 거버넌스 실행의 활용 및 적용가능성은 소유구조, 기업의 법적 형태, 조직내 수익구조 등에 따르기 때문임.

□ 거버넌스 모델: 이사회의 역할 및 책임

- 조언형 모델(Advisory Board Model): CEO가 조직의 창설자인 곳에서 자주 나타나며, 이사회는 지원적 역할을 강조
  - 후원형 모델(Patron Model): 조언형 모델과 유사하지만, 이사회(board of director)는 고문단(advisory board)보다 조직의 영향력이 적으며, Patron board는 재원 확보의 목적으로 명목상으로 존재한다고 볼 수 있음.
  - 협력형 모델(Co-operative Model): 이사회는 이사회 임원, 스태프, 지원자(volunteer), 클라이언트(clients)로 구성된 단독 관리 조직(single managing/governing body)을 만들어 조직의 철학에 맞게 구성함.
  - 관리팀형 모델(Management Team Model): 이사회는 조직의 기능적 행정적 활동에 깊은 관여를 하게 되며, CEO, 스태프에 대해 지시하는 감독 형태를 취함.
  - 정책형 모델(Policy Board Model): 이사회는 CEO와 깊은 신뢰관계가 구축되어야 하며, 조직의 가치 및 미션에 공헌할 이사회 임원을 채용하게 됨.
- 효과적인 병원 거버넌스 구조의 구축을 위한 요소
- 거버넌스 원칙
  - 이사회 임원들의 역할 및 책임(responsibilities)
  - 임원 선출에 관한 가이드라인
  - 효과적인 기능 수행을 위해 적합한 이사회 규모 및 구성
  - 이사회 accountability
  - 커뮤니티를 위해 병원이 관계하도록 기회를 제공하는 조합적 멤버십(corporate membership)
- 효과적인 병원 거버넌스 프로세스의 구축을 위한 요소
- 이사회 각 영역에 대한 책임과 관련된 이사회 정책 개발
  - 매년 이사회 목표 및 운영 계획 개발
  - 이사회 회의를 위한 아젠다 및 지원문서(supporting documentation) 개발

- 개방형 이사회 회의방식(open board meeting)으로 논의
- 체계적이고 투명한 임원 선출을 위한 과정
- 신규 임원을 위한 효과적 오리엔테이션 프로그램 및 이사회를 위한 계속 교육 프로그램
- 효과적인 감시 및 병원운영을 모니터링하기 위한 성과 지표 수립
- 다른 조직과의 연계 강화를 위한 프로세스

### 3. 거버넌스가 건강에 미치는 영향에 대한 실증 분석

#### □ 거버넌스 지표가 건강에 미치는 영향에 대한 실증분석 결과

- 기존문헌에서 Gini 지수가 건강 자본에 중요한 영향을 미치고 있음을 제시하고 있지만 이외에도 거버넌스의 중요성도 고려되어야 함.
- 모형 1에서는 Gini 변수가 기대여명에 미치는 영향을, 모형 3에서는 거버넌스(GOV)가 기대여명에 미치는 영향을, 그리고 모형 2에서는 이 두 변수 Gini, 거버넌스를 모두 포함하여 회귀분석을 시행함.
- 회귀분석결과, 모든 계수들이 95% 신뢰구간에서 유의한 것으로 나타났으며 모형의 설명력은 거의 비슷한 수준이나, 특히 모형 2의 설명력이 다른 모형의 설명력보다 높은 것으로 나타남.
- 이와 같이 거버넌스 지표가 높은 국가에서 국민의 건강 수준이 높다는 것은 공공서비스를 내용적 측면에서 효율적 효과적으로 관리하는 국가는 사회 경제적 환경에 긍정적인 영향을 미치고 이는 결국 국민들의 건강수준을 높이는데 기여한다고 볼 수 있음.

### Ⅲ. 보건의료의 법거버넌스

#### 1. 법거버넌스의 의의

##### □ 법거버넌스의 정의

- 병원의 이해관계자에 대한 제도적·법적·윤리적 책임은 결국 법적 책임의 문제로 귀결될 것인바, 따라서 병원을 포함한 보건의료조직이 이해관계자에 대하여 갖는 법적 책임을 법거버넌스로 정의하고자 함.

##### □ 비영리성에 대한 논의

- 우리 민법은 비영리법인의 성립요건으로서 목적의 비영리성이라는 개념만을 두고 있으나 법기술적으로 법인은 공익을 위한 것, 구성원의 이익을 위한 것, 법인이라는 자격의 취득을 인정하기 위한 특정목적 등 다양한 원인으로 성립됨.
- 특히 공익성의 목적을 가지고 있는 단체와 구성원의 이익을 목적으로 하는 단체는 단순히 비영리법인으로 동일한 것으로 보기에 이미 그 성립에 있어 일정한 차이를 보인다고 할 것임.
- 완전한 비영리법인의 경우에 허용되는 수익사업의 경우에도 단순한 부수적 목적의 허용이라는 목적상의 한계 외에 본질적 한계로서 투기적 사업과 같은 비영리법인의 사회적 신용을 해하는 수익사업을 금지하고, 수익사업이 본질적인 목적사업으로 오인될 수 있는 과도한 규모의 수익사업은 아니어야하며 또한 본래의 사업에 지장을 주지 아니하는 것이어야 한다는 등의 구체적인 기준을 수립하여야 할 것임.

#### 2. 법적 거버넌스의 관리

##### □ 병원의 법적 거버넌스 관리

- 병원의 법적 거버넌스를 검토함에 있어서 그 관점은 관련업무의 법적 관리 측면과 관련업무의 법제도적 측면임.

- 병원을 둘러싼 규정들이 오늘날의 변화하는 상황에 부합되지 않는다는 지적이 많으며, 정부차원에서 병원에 필요한 법제도적 지원이 요망되고 있음.
  - 병원을 법적으로 규율하는 법규는 크게 첫째 병원정책과 관련된 법규, 둘째 병원내부관리에 관여되는 많은 관련법규로 나눌 수 있을 것이며 제대로 된 법적 거버넌스 관리를 위해서는 양자에 관한 균형적이고 충분한 이해를 해야만 함.
  - 병원운영과정상의 법적 거버넌스 관리
    - 의사사고 출발은 의사측에 의한 부분이 큼을 인식해야 함
    - 의료진과 행정직과의 원만한 관계 형성
    - 병원내 여타 인력관여의 필요성
    - 의료사고발생 및 의료분쟁으로의 비화 원인에 대한 적극적 규명과 재발방지를 위한 노력
  - 병원관리업무의 분야별 법적 책임
    - 환자관리의 법적 책임
    - 병원인력관리의 법적 책임
    - 병원물자 및 의료기술관리의 법적 책임
    - 병원재무관리의 법적 책임
- 복지행정국가의 요구가 커질수록 법거버넌스 관리에 대한 이해관계자의 관심이 증대되고 있는 현 상황에 대해 법적 거버넌스 관리에 대한 적극적인 자세로 이에 대한 해결책을 모색하는 길이 또 하나의 훌륭한 병원관리를 위한 중요한 관리 분야가 될 것임.
- 한편 처벌 위주의 법적 관리가 갖는 한계점도 명확히 하여야 할 것이며, 일반적으로 논의되는 법거버넌스의 정의로서 단순한 법적 책임을 뛰어넘을 수 있도록 해야 할 것임.

#### IV. 주요 외국 비영리 의료기관의 거버넌스

- 각 국가마다 모든 병원에 대해 양질의 의료, 효율성, 서비스 반응성, 접근성, 공정성(fairness), 공급자 도덕에 관한 기대가 증대되고 있고 이러한 기대는 보건의료서비스 공급자 뿐 아니라 건전한 거버넌스 구조, 정책, 과정, 책임을 지니고 있는 병원 이사회에서도 중요한 과제가 되고 있음.
  - 대상국가: 미국, 일본, 네덜란드, 프랑스
  - 거버넌스의 중심요소라 할 수 있는 이사회의 구성, 정보공개, 감사, 지역 주민과의 협의기관과 관련하여 규정 및 법률적인 측면에서 실행되고 있는 주요 외국이 지니고 있는 제도를 살펴봄.
  - 법률 또는 규정상에서 미국은 컨설턴트의 평가에 의해 중역보수를 제한하고 네덜란드는 가이드라인 또는 지역주민대표의 거버넌스를 통해 실질적으로 임원에게 배당되는 것을 방지하기 위한 장치를 둠으로써 각 국가들은 비영리민간병원이 비영리성을 유지하고 있음.
  - 또한 이사회 구성, 정보공개, 지역주민과의 협의기관을 두어 병원이 지역사회와 유기적인 관계를 유지할 수 있도록 외형적으로는 갖추어져 있다고 볼 수 있음.
  
- 각 국의 사례를 통하여 보건의료시스템 개혁 방향에 다음과 같은 함의를 제공해 주고 있음.
  - 첫째, 거버넌스 역할을 정의하고 병원이사회와 정부 상호간의 책임소재를 규정할 필요성이 있음.
  - 둘째, 병원의 **accountability**를 정부 및 지역사회와 차별화시켜 구체화시켜야 할 것임.
  - 셋째, 최선의 진료를 위한 병원거버넌스 구조 및 프로세스를 평가해야 함.
  - 넷째, 병원내에서는 이사회 및 CEO간 의사교환 메커니즘이 구축될 필요

가 있음.

- 다섯째, 병원간 그리고 병원과 지역사회 공급자간 서비스공유를 위한 공식적 협정, 지역주민과의 협의기관 및 거버넌스 구축이 필요함.

□ 외국 사례연구로부터의 시사점: 의료기관 중심

- 첫째, 제3자의 의견을 반영하는 조직으로써 외부의 인사를 의료법인의 감시기관에 포함하는 방안을 검토해 볼 수 있음.
  - 예를 들어, 지역주민대표나 관계자 등의 평의원제도를 도입하며, 멤버는 병원경영자층과 혈연관계에 있는 사람을 배제하고 이해관계가 없는 제3자를 가입하는 등의 방책이 있음.
- 둘째, 의사결정기관과 사무집행기관의 분리에 관해서는 우리나라의 동족성, 세습제의 풍토를 발본적으로 개정하지 않는 한, 실효성을 기대할 수 없으므로 감시역의 기능 강화가 요구됨.
- 셋째, 경영의 투명성을 의료에 관계하는 부분(의료기능평가기구등의 인정, 질병별 수술건수, 평균재원일수 등)과 회계 공개 등을 고려함.
- 의료법인은 공익성, 경영투명화를 요구하는 시대적 조류 등에서부터 향후 자발적으로 적극적으로 제3자 평가를 받는 자세가 필요.
  - 의료의 질이나 조직체제에 관해서만이 아니라 회계면에서의 평가, 예를 들어 감사를 받는 등의 검토도 요구됨.

## V. 우리나라 비영리의료기관의 거버넌스 현황 및 발전방향

### 1. 우리나라 비영리의료법인의 위치

□ 우리나라 비영리의료법인의 특성

- 같은 민간의료기관에서도 병원의 성격, 관련 법률, 법인 운영형태, 세제 혜택 등에서 차등화 되어 있음.

- 또한 각 법인마다 관계되는 법률이 다르고, 그에 따른 관리부서가 다르게 나타나고 있음.

## 2. 우리나라 비영리의료법인의 거버넌스 실태 및 문제점

- 합리적인 의사결정과 경영의 투명성을 보장하기 위해서는 조직의 계획 - 실행 - 모니터링 - 평가 기능에 대한 견제와 균형(checks and balances) 시스템이 확립되어야 하며 이러한 견제와 균형 시스템은 이사회의 독립성과 기능 활성화를 전제로 하고 있음.
- 우리나라 비영리의료법인의 거버넌스 문제점
  - 이사회의 독립성 부재
  - 리더십 및 경영능력 부족
  - 이사의 자격요건 및 장기간 재임기간
  - 재정 감시 소홀 및 자산 오남용
  - 조직 규정의 유연성
  - 지역 이사회(regional boards) 필요
  - 이사회 선출 또는 임명 방식

## 3. 우리나라 비영리의료법인의 거버넌스 발전방향

- 이사회의 책임 및 기능(역할) 명확화
  - 이사회는 이사회의 책임과 역할을 명확히 하여, 다양한 이해관계자그룹에게 나타나는 기회주의적 행동을 모니터링하고 조직의 공통 목표 달성이라는 틀 내에 조직이 유지되도록 조정 및 조화시킬 수 있는 방안을 모색하여야 할 것임.
  - 또한 지역사회 내 시민들에 대해 accountability를 고려하며, 다양한 관점을 조정하는 등의 역할을 해야 할 것임.



- 효과적인 이사회 구조 및 구성
  - 이사회 의 적정 규모
  - 이사장 자격요건 재고
  - 임직원 보수 등
  - 의사결정기관과 업무집행기관과의 분리
  
- 이사회 의 성과관리 및 유연성 강화
  - 이사회 가 개인 의 성과와 이사회 전체 의 성과를 측정하기 위한 도구를 제 공하도록 이사회 를 위한 성과 측정 의 가이드라인 이 개발 되어야 할 것임.
  - 이사회 내 에 부정 한 또는 소홀히 하는 행위 가 지속 되지 않게 하기 위해 서 개인 에 대한 패널티 가 보다 강화 되어야 함.
  
- 외부 감사와 정보 공개
  - 공인 회계사 등 에 의한 재무 제표 감사
  - 정보 공개: 의료 법인 은 재산 목록, 대차 대조표 및 손익 계산서 를 작성 하여 각 사무국 에 비치 함 으로서, 의료 법인 의 채권자 등 이해 관계자 가 서류 관 랐을 요청 할 수 있도록 정보 공개 규정 이 정비 되어야 할 것임.
  
- 비영리 의료 법인 의 공익성 높은 의료 서비스 제공 과 제도 확립
  - 향후 다가 올 사회 변화 를 고려 한다면, 행정 관여 하에 의료 서비스 를 제공 하지 않고 민간 비영리 부문 의 의료 법인 스스로 주체 적으로 이 러한 의료 서비스 를 담당 하도록 하여 지역 사회 가 요구 하는 의료 서비스 를 충족 해 나가는 것도 중요 한 방향 성이 될 것임.
  - 이를 위해 서는 행정 만이 아니라 의료 서비스 제공자, 환자 등이 포함 된 지역 사회 로의 참 가를 요구 하 면서, 지역 에 서는 공익 성이 높은 의료 서비스 를 구체 화 하는 절차 를 정비 해야 할 것임.
  - 공익 성 높은 의료 서비스 를 안정 적, 지속 적으로 제공 하기 위한 지원 방 안 을 검토 해야 할 것임.

□ 평의회와 같은 지역주민참여기제 마련

- 지금까지 의료법인은 적극적인 공익성이 요구되지 않아 지자체 설립 병원 등의 공적 의료기관이 지금까지 해온 공익성 높은 의료서비스를 공익성 높은 민간비영리부문 의료법인에도 실행하도록 하여 지역사회요구에 대응해 나가도록 하는 것이 필요하며, 새로 공익성 높은 의료법인제도를 구축하여 이러한 요구에 대응할 필요가 제기됨.
- 제3자의 의견을 반영하는 구조로서 외부 사람을 의료법인 감시기관에 영입하는 방안을 검토해 볼 수 있음. 예를 들어, 지역주민 대표나 관계자 등으로 구성된 평의원제도를 도입하고 멤버는 병원경영자층과 혈족관계 및 이해관계가 없는 제3자를 가입하도록 하는 등의 방책임.

□ 향후 의료법인과 의료법인을 감독하는 시·도와의 관계 고찰

- 향후 시·도의 역할은 스스로가 지자체 설립병원을 설치하여 직접적으로 의료서비스를 제공하는 역할에서부터 의료서비스 관련 규칙을 조정하는 역할, 의료서비스 안전성이나 접근성을 확보하는 역할 등으로 전환할 필요가 있음.
- 의료법인을 감독하는 시·도나 의료법인제도를 소관하는 중앙부처에 있어서 다음의 사항이 필요함.
  - 의료법인 설립인가나 합병 등의 사무에 관해서는 시·도 관할당국이 행하도록 하고, 설립인가 등에 관한 심사기준 및 심사에 요구하는 기일에 관해서 명확히 정해두어, 행정에 관한 불투명한 재량이 행사되지 않도록 하고, 민간비영리부문의 의료법인이 원활히 사업 전개할 수 있도록 하는 규정을 명확히 해야 할 것임.
  - 민간비영리부문의 의료법인이 향후 효율적으로 경영할 수 있도록 예를 들어, 요양환경 개선을 제한하는 합리적이지 못한 규제에 대해 행정적으로 개선하는 절차를 행해야 할 것임.
  - 의료법인 경영이 향후에도 투명성이 확보되고 효율적으로 추진되도록

록 의료법인제도를 개선해야 할 것임.

## VI. 우리나라 공공보건의료기관의 거버넌스 현황 및 발전방향

### 1. 공공보건의료기관의 현황

#### □ 공공보건의료기관의 개념적 범위

- 통상적으로 공공보건의료서비스는 법규에 따라 공공재원이 투입된 국가 소유의 기관에서 제공하는 보건의료서비스를 의미함.
- 실제적으로는 공공보건의료의 개념은 ‘다수의 공중을 대상으로 하는 보건의료서비스’, ‘개인의 편익보다 사회적 편익을 지향하는 보건의료서비스’, ‘정부기관 및 인력에 의해 제공되는 보건의료서비스’ 등의 다양한 개념을 포함하고 있음.

### 2. 우리나라 공공보건의료기관의 거버넌스 현황

#### □ 국립대학교병원과 지방의료원의 거버넌스 현황

- 국립대학교병원의 조직형태는 병원별로 약간의 차이는 있으나, 기본 형태는 최고 심의·의결 기구로 이사회가 있고, 병원장 산하에 병원운영을 위한 각종 위원회, 병원의 기획과 예산을 총괄하는 기획조정실, 의학연구를 총괄하는 의학연구소가 있으며, 집행기구로는 (치과)진료처, 사무국 등이 있고 별도로 감사실을 운영하고 있음.
- 지방의료원은 2005년 7월 13일 제정된 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」에 근거하고 있으며, 과거 지방공기업법에 의한 지방공사의료원에 비해 차이가 나는 것은 이사회에 소비자 관련 단체가 추천하는 자 1인이 포함되도록 되어 있어 주민참여 기전이 강화된 측면이 있으나 아직은 형식적인 면에 그치고 있는 실정인 것으로 평가되고 있음.

□ 보건소, 도시보건지소, 보건진료소의 거버넌스 현황

- 보건소는 지역보건법과 국민건강증진법에 의하여 주민의 참여가 규정되어 있으나, 실질적으로 주민의 참여가 이루어지는 것은 거의 없는 실정이고, 지역보건의료계획을 수립하는 경우 그 주요 내용을 2주 이상 공고하여 지역주민의 의견을 수렴하도록 하고 있으나 형식적일뿐 실질적인 의견 수렴이 되지 않는 것으로 평가되고 있음.
- 도시보건지소는 만성질환, 재활보건 등을 위한 민간과의 연계(역할의 분담과 전문가 위촉과 활용 등의 적극적인 연계를 의미)와 실질적인 의사결정을 지원할 수 있는 운영위원회 구성을 통한 기존의 연계 수준보다는 한 단계 높은 지역사회참여 실현을 통한 지역 밀착적 도시보건지소 운영이 목적임.
- 현재 도시보건지소는 시범사업 평가단을 구성하여 사업지원 및 평가를 하고 있는데, 이를 통하여 도시보건지소 운영에 지역사회참여가 비교적 활발히 이루어지고 있는 것으로 평가되고 있음.
- 보건진료소는 지역의 대표로 구성된 운영협의회가 구성되어 운영에 참여하므로 공공보건의료기관 중 주민의 참여가 비교적 활발한 기관임.

### 3. 외국 보건기관의 거버넌스

□ 미국의 지역보건센터(Community Health Center)

- 미국의 지역보건센터(CHC)는 미국의 의료취약지역(medically underserved areas: MUAs)에 위치해서 다른 의료기관을 이용할 능력이 없는 취약계층에게 포괄적인 1차의료서비스를 제공하기 위해 만들어진 기관임.
- 연방정부로부터 공적 자금을 지원받으면서도 지역주민이 이사회를 구성해서 지역보건센터의 방향 설정, 지역보건센터의 소장 선임, 사업의 모니터링을 담당하도록 한 것은 지역사회참여의 구체적인 모습을 보여주는 것이라 볼 수 있음.
- 다만 지역사회 참여가 재원 조달에서의 지역사회의 책임을 강화하는 방

향, 즉 연방정부나 주정부의 역할을 축소하는 방향으로 작용할 수도 있다는 점에 대해서 관심을 기울일 필요가 있음.

#### □ 일본의 보건소

- 일본의 보건소는 질병예방, 건강증진, 환경위생 등 공중위생활동의 중심적 기관으로서, 지역주민의 생활과 건강에 중요한 역할을 담당하고 있으며 도도부현, 정령에서 정한 시(정령시) 또는 특별구가 설치하고 있음.
- 조직육성과 관련하여 건강증진을 도모하기 위한 자조조직을 육성하고 지원하는 것은 지역사회참여를 통한 보건기관 거버넌스를 위하여 바람직한 것으로 생각됨.

### 4. 공공보건의료기관의 거버넌스 발전 방향

#### □ 공공병원의 거버넌스 발전 방향

- 이사회
  - 이사회는 형식적인 역할을 넘어서 실제적인 운영에 책임을 가지도록 해야 하는데, 이를 위해서 이사회 임원들은 전문성을 지닌 사람으로 구성하여야 함과 아울러, 이사회 임원의 재교육프로그램 등이 개발되어 시행되어야 함
- 병원장
  - 공공병원 관리자의 주요 책임은 병원이 잘 관리되고 효율적으로 운영하며, 환자 중심으로 되어 수용가능한 결과를 달성하는 것임.
  - 지역사회에 대한 의무는 정부로부터 보다 많은 재원을 확보할 뿐 아니라 병원이 제공된 자원내에서 최선의 진료를 제공하고 있다는 것을 정부 및 지역사회에 보증하는 것임.
- 지역주민(환자)참여
  - 공공병원은 지역사회 중심의 경영이 필요하고, 지역주민의 니즈나 수요를 파악하여 협력, 지원을 하지 않으면 충분한 기능을 발휘하기

어려움. 지역주민과의 의견교환, 협의의 장으로서 평의원회와 같은 것을 설치하는 것을 고려해 볼 수 있음.

- 지역구성원 선출에 있어서 주민 측면, 병원 측면 양방이 신뢰할 수 있는 기준 등을 설정하는 것이 필요함.
  - 또한 평의원회는 병원에 있어서 지역정보센터 및 병원경영에 대한 견제력을 행하는 기관으로, 경영의 최고 의사결정기관 또는 집행기관이 아님을 명확히 할 필요가 있음.
- － 거버넌스를 위한 공공병원의 (민간) 위탁운영 방안에 대한 고찰
- 민간위탁 후 경영성고가 있다 하더라도 기관단위에서의 경영성고가 개선되는 것이지 국가 또는 지역차원에서의 거시적 효율과는 거리가 멀고 바람직한 미시적 효율과도 차이가 있는 것으로 생각됨.
  - 따라서 현재와 같이 우리나라 공공병원의 공공성이 아직 취약한 상태에서는 민간위탁운영은 경영성고에 치중하여 거버넌스 강화에 도움이 되지 않고 오히려 진료비상승 같은 부작용이 야기될 가능성이 높다고 할 수 있음.
- － 국립대학교병원의 소관을 교육인적자원부에서 보건복지부로의 이관 추진
- 발의 중인 법률안에 의하면 이전의 법과 같이 이사회에 지역주민의 대표가 이사로 참여하는 규정이 없으므로 향후 지역주민의 대표가 이사회에 참여할 수 있도록 하는 것이 바람직 할 것으로 생각됨.
  - 대학교병원의 설립목적 중 교육과 연구가 중요한데, 국립대학교병원의 보건복지부 이관에 대해 의과대학과 병원의 소관부처 이원화와 공공보건의료에 대한 부담의 증가로 교육·연구 기능의 위축을 우려하기도 함.
  - 따라서 교육·연구 기능을 활성화 할 수 있는 이사회 기능 강화, 교육인적자원부와 보건복지부간 연계체계 구축 등의 방안이 모색되어야 할 것임.

□ 보건기관의 거버넌스 발전 방향

- 지역주민의 건강을 위하여 보건의료사업을 수행하고 있는 보건기관에서 는 지역사회접근과 지역주민참여가 주요한 원칙이 되어야 함.
- 주민참여의 대표적인 전략으로는 주민들을 의사결정권이 주어진 실행이 사회나 위원회에 참여시켜 실질적인 대표가 되게 하거나 대표성을 가진 주민들을 자문기구에 참여시켜 활용하는 방안 등이 있음.
- 보건소의 운영과 사업에 지역주민 참여가 활성화 또는 강화되기 위해서는 비슷한 인적 구성과 기능을 하는 지역보건의료계획심의회와 건강 생활실천협의회를 통합하여 지역주민 대표가 실질적으로 참여하는 보건 소 운영협의회 등을 구성하는 것이 필요할 것임.

□ 공공-민간(관-민) 파트너십(public-private partnerships: PPP)

- 공공부문만으로는 지역사회 주민의 건강향상이라는 목적을 성취할 수 없 을 것이며, 또한 현실적으로는 우리나라와 같이 민간부문의 공급자가 광 범위하게 존재하는 경우에는 부분적으로 공공과 민간부문의 비생산적 갈등이 초래될 수 있으므로, 이 경우 최근 제안되고 있는 공공-민간(관-민) 파트너십(public-private partnerships: PPP)을 검토할 수 있음.
- 향후 보건의료부문의 환경은 급격히 변화하는데, 공공-민간 파트너십의 형성은 공공부문과 민간부문 의료기관 모두가 지역사회에 이익을 극대 화하는 하나의 방법임.
- 민간부문의 참여는 의료서비스의 질 향상, 주요 보건의료재와 서비스의 공급 확대, 정부의 불필요한 부담 제거, 보건의료 서비스의 이용 증가 등 잠재력을 가지고 있고, 보건의료사업에서 민간부문의 동기 유발이 가능함.

## VII. 결론

- 보건의료는 사회적 공동자본으로서 특정인의 이익보호라는 형태가 아니라 사회적 역할 및 책임에 부합할 수 있는 거버넌스 체계가 필요하다고 할 수 있으며, 이러한 맥락에서 사회적 거버넌스의 보건의료부문에의 적용은 그 타당성을 보유한다고 할 수 있음.
- 본 연구에서는 거버넌스의 개념 및 정의 등을 고찰하고 보건의료부문에의 적용 필요성을 논의하였음.
  - 우리에게 아직은 생소하다고 할 수 있는 거버넌스의 개념을 정리하는 것은 동 주제에 대한 이해도를 제고할 수 있고, 바람직한 거버넌스 방향 설정에 토대를 마련할 수 있음.
  - 특히, 거버넌스의 보건의료부문에의 적용과 관련한 본 연구의 내용은 기존 문헌이 매우 미흡한 우리의 실정에 비추어 향후 연구에 도움이 될 수 있는 기초자료로 활용될 수 있기를 기대함.
  - 한편, 거버넌스의 건강에 대한 효과를 실증분석을 수행하여 이론적 고찰을 보강하였음.
- 본 연구에서는 병원의 법적 거버넌스관리와 관련한 논의를 하였음.
  - 병원을 둘러싼 이해관계자들에 대한 책임은 제도적·법적·윤리적 책임의 다양한 형태로 나타나게 되는데, 이러한 것은 결국 법적 책임의 문제로 귀결됨.
  - 법적 거버넌스 관리에 대한 적극적인 자세로 훌륭한 병원관리를 위한 노력이 필요하며, 이를 위해서는 병원의 현실에 대한 정확한 진단과 이를 근거로 한 미래에의 바람직한 대책방안의 모색, 그리고 이를 일관성있고 체계적으로 관련 법안에 반영하거나 정부의 병원관련정책에 반영이 되어



야 할 것임.

- 비영리의료기관에 있어서의 거버넌스는 다음과 같은 중요한 측면이 있음.
  - 병원에서는 사원총회, 이사회 등이 설치되어 있지만 소유와 경영이 대부분 분리되어 있지 않고 경영감시를 하고 있다고 말하기 힘든 실정임.
  - 병원 외부에서의 의료제공자와 소비자(환자) 사이에는 정보 비대칭성이 존재하는 등으로부터 소비자에게 감시받는 수준을 고려해 볼 때 적절한 거버넌스의 구축이 필요하다고 할 수 있음.
  - 비영리조직의 환자편익을 제일로 하는 서비스 제공 및 의료의 질 향상 등의 병원의 미션을 수행하는데 있어서 거버넌스를 활용하는 것으로 보완할 수 있음.
  
- 외국의 경우, 병원에 대해 양질의 의료, 효율성, 서비스 반응성, 접근성, 공정성(fairness), 공급자 도덕에 관한 성과를 증대하기 위해 거버넌스의 문제를 중요한 과제로 다루고 있으며, 이사회의 구성, 정보공개, 감사, 지역주민과의 협의기관과 관련한 제도를 실행하고 있음.
  
- 각 국의 사례를 바탕으로 우리나라의 민간비영리의료기관 역시 이해관계자들의 사고와 견해를 반영하는 구조를 모색하고, 의사결정기관 및 업무수행기관과의 분리를 검토하며, 정보공개에 의한 기업경영의 투명성을 제고하는 노력을 더욱 경주할 필요가 있음.
  - 그러나 획일적으로 전 의료법인에 적용하는 것은 문제가 있을 수 있음.
  - 따라서 대규모병원, 급성기병원 등과 같은 사회자본성이 보다 높은 병원들부터 순차적으로 제도화 하는 방안을 강구하는 것이 바람직하다 할 것임.
  - 의료법인 역시 자발적이며 적극적인 참여가 필요한 데, 예를 들어 의료기능평가기구의 인지를 받거나 ISO 인정을 받는 등의 노력을 기울이는 한편, 경영투명성을 제고하는 등의 노력도 요구됨.

- 본 연구에서는 공공의료기관의 바람직한 거버넌스 방향을 논의하여 향후 관련 정책입안의 기초자료를 제시하고자 하였음.
  - 외국의 사례를 보면, 미국 지역보건센터의 경우에는 연방정부로부터 공적 자금을 지원받으면서도 지역주민이 이사회를 구성해서 방향 설정, 소장 선임, 사업의 모니터링을 담당하도록 하고 있으며, 일본의 오카야마시의 보건소의 경우에는 조직육성과 관련하여 건강증진을 도모하기 위한 자조조직을 육성하고 지원하는 것을 알 수 있음.
  - 이와 같이 공공 보건기관의 지역사회참여를 통한 거버넌스 노력을 엿볼 수 있는데, 우리나라 공공의료기관의 거버넌스도 공공서비스에서의 좋은 거버넌스 원칙을 반영하도록 하기 위하여 이사회는 조직의 목적을 설정하고 구체화하는 책임을 지도록 하며, 병원관리에 있어 그들의 대리인으로 만족할 만한 병원장을 선발하여 병원이 잘 관리되고 효율적으로 운영하며, 환자 중심의 수용가능한 결과를 달성할 수 있도록 해야 함.
  - 또한 지역주민참여 기제를 강화할 수 있도록 평의원회와 같은 것을 설치하는 것을 검토할 필요가 있음.
  - 보건기관의 거버넌스 발전을 위해서는 각각의 기관이 지니는 특성과 환경을 고려하여 각각에 적합한 유형(mode)을 적용하도록 하며, 공공-민간 파트너십을 강화하는 노력이 필요함.
  
- 향후 과제
  - 거버넌스 개념이 상이하게 해석되고 있고, 또한 이론적으로 아직 정교하게 정립되고 있지 못하다고 할 수 있음.
  - 보건의료기관에 좋은 거버넌스 원칙을 적용하는 것이 필요하다는 공감대가 보건의료기관들 사이에 폭 넓게 형성되는 것이 매우 중요한 과제일 것임.
  - 이를 위해서는 좋은 거버넌스 구축에 대한 인센티브 기제를 만드는 등의 제도적 장치가 마련되는 것이 요구됨.

# I. 서론

## 1. 연구필요성 및 목적

1990년대 후반 이후 유럽을 중심으로 사회적 거버넌스(social governance)의 개념이 등장하면서 기업지배구조의 요소가 사회시설(social institution)에도 적용하는 논의가 비교적 활발하게 이루어지고 있다(Verdeyen and van Buggenhout, 2003). 사회적 거버넌스는 기업 거버넌스에서와 같이 경제적 의미에서의 주주(shareholder)는 존재하지 않지만, 사회적 영역 즉, 복지, 보건의료, 사회보장관련 제도 등에 있어 매우 가치있는 개념이라 할 수 있다.

보건의료부문은 사회자본으로서의 역할을 추구하는 공익성을 보유하고 있으며, 의료를 가치재로 보는 합의하에 도입된 공적 보험, 사회적 연대 조직으로 지원된 제도 하에서 존재하고 있다고 할 수 있다. 따라서 특정인의 이익보호라는 형태에서의 감시 및 규율이 아니라, 사회적 역할 및 책임에 충실하도록 하는 제3자에 의한 감시·규율의 중요성을 제기하는 것에 타당성을 부여할 수 있을 것이다. 즉, 개별 의료기관이 내적, 외적으로 시장원리에 충실할 수 있도록 하는 환경을 조성하는 한편, 공공적 성격 및 사회적 책임을 달성하기 위한 공정성, 투명성, 책임성에 관한 방안이 검토되고 논의되는 것이 필요할 것이다.

그러나, 의료기관에서의 거버넌스와 관련한 인식이 부족하고 경영의 투명성·사회적 책임성에 대한 고려가 미흡한 실정이라 할 것이다. 일반적으로 의료기관은 소유와 경영이 분리되어 있는 것이 아니어서, 소유자에 의한 경영자의 감시 및 규율의 측면에서 본 거버넌스의 필요성이 거의 인식되지 않고 있다고 사료된다. 일본 의료법인의 경우, 사원총회, 이사회에서 출자비율에 의하지 않고 일인일표제이므로, 출자자인 경영자(이사장)는 지위안전을 위해 사원이나 이사를 친척, 지인 등으로 구성하려는 경향이 강하여 점차적으로 소유와 경영이 일

체화되고 있다. 또한, 자금조달에 있어서도 주식이나 채권과 같은 불특정다수로 부터 조달하는 방식을 취하지 않고 있기 때문에 정부 보조금 또는 기부금 등의 투자에 대한 설명책임이 미약하며, 제3자 및 외부이해관계자로부터 컨트롤 또는 규율, 감시되는 경우가 극히 제한적이다(財務省財務總合政策研究所, 2004).

우리나라 역시 일본의 경우와 크게 다르지 않을 것이라 판단되며 일본이 지니고 있는 의료기관의 거버넌스와 관련한 문제점이 우리나라에도 노정되고 있다고 보인다. 우리나라 의료법인은 법적으로 비영리조직이지만 실제 활동측면에서는 영리추구의 성격이 강하며 또한 경영효율성을 강조하면서 병원의 비영리성에 대한 의미가 축소되고 있다는 지적이 있다. 이로 인해 병원이 지녀야 할 사회적 책임(social accountability)에 대한 역할과 실제 활동의 의미가 퇴색되고 있는 측면이 있다. 지역사회와의 우호적인 관계가 약화되고 있는 반면, 병원은 경영의 유지 또는 기관의 성장을 위한 이익 창출에 역량을 강화하고 있어 병원의 비영리적 활동이 체계적으로 이루어지지 못할 우려가 제기될 수 있다.

따라서, 사회자본(social capital)으로서 보건의료부문의 사회적 역할 및 책임을 적절하게 수행하고, 경영의 투명성 및 경쟁력 강화 등을 위한 보건의료기관의 바람직한 거버넌스 방향을 위한 기초연구가 요구된다 하겠다.

이러한 필요성에 따라 본 연구는 다음의 목적으로 수행되었다. 첫째, 거버넌스의 개념 및 정의를 고찰하고, 보건의료부문에 적용되어야 하는 필요성 등을 제시한다. 이론적 고찰 분석을 보강하기 위하여 거버넌스가 건강에 미치는 영향에 대한 실증분석을 수행한다. 둘째, 외국 의료기관의 거버넌스관련 사례연구를 수행하여 시사점을 모색하고자 하였다. 셋째, 병원을 포함한 보건의료조직이 이해관계자에 대하여 갖는 법적 책임인 법적 거버넌스를 논의하고자 한다. 넷째, 민간비영리법인병원과 공공의료기관의 거버넌스 현황을 고찰하고 발전 방향을 모색하고자 한다.

## 2. 연구내용 및 방법

본 보고서는 다음과 같이 구성되어 있다. 우선 서론인 I장에 이어 II장에서는 거버넌스의 개념을 논의하고 보건의료부문에서의 거버넌스 적용 및 필요성을 다루고자 한다. 본 장에서는 일반적 의미에서의 거버넌스 개념을 고찰하고, 보건의료부문에의 적용 필요성을 사회적 거버넌스(social governance) 개념을 적용하면서 전개하고자 하였다. 좋은 거버넌스가 지니는 원칙과 공공서비스 제공에 있어서의 좋은 거버넌스 원칙을 소개하여 의료기관의 거버넌스 발전 방향의 키잡이로 활용하고자 하였다. 이어, 거버넌스가 건강에 미치는 영향에 대한 실증분석을 수행하여 이론적 고찰 내용을 보강하였다. 거버넌스의 개념 및 정의, 그리고 보건의료부문에의 거버넌스 적용 필요성 등은 주로 기존문헌 고찰, 인터넷 검색 등을 통하여 정리하였다. 그리고 거버넌스가 건강에 미치는 효과에 대한 실증분석은 World Bank, WHO 등에서 발표하는 자료를 활용하여 회귀분석을 수행하여 도출하였다.

III장에서는 법 거버넌스 관리와 관련하여 논의한다. 병원을 둘러싼 출연자, 내·외부 고객, 지역사회, 정부 등의 이해관계자에 대한 법적 책임인 법거버넌스는 매우 중요한 의미를 지닌다. 법적 거버넌스 관리에 대한 적극적인 대책과 바람직한 병원관리를 위한 기초자료를 생산하여 참고가 되도록 하였다. 이를 위하여 관련 법령 및 문헌 고찰 방법을 활용하였으며, 연구 내용에 대한 전문가 검토의견을 반영하여 현실성을 제고하도록 하였다.

IV장에서는 주요 외국 비영리 의료기관의 거버넌스 현황을 고찰한다. 조사 대상국은 민간비영리병원이 차지하고 있는 점유율을 고려하여 일본, 미국, 프랑스, 네덜란드를 선택하였다. 본 장에서는 각 국 비영리 의료기관의 이사회의 구성, 정보공개, 감사, 지역주민과의 협의기관과 관련한 규정과 법률적인 측면에서 실행되고 있는 주요 제도가 논의되고 있다. 이와 함께, 캐나다의 사례를 제시하여 거버넌스 구축에 따른 시사점을 보다 명료하게 하고자 하였다.

V장에서는 민간비영리의료기관의 거버넌스 현황 및 발전 방향에 대하여 논의한다. 우리나라 의료제공의 주요한 한 축을 담당하고 있는 비영리의료기관의

거버넌스는 매우 중요한 정책과제라 할 수 있다. 본 장에서는 비영리의료기관의 공익성의 적정한 수준 확보와 투명성 제고를 중심으로 논의하고 바람직한 거버넌스 구축을 위한 기본 방향을 제시하고자 하였다. IV장과 V장에서는 주로 문헌 고찰 및 인터넷 검색 등을 통하여 관련 내용을 정리하였으며, 자문회의에서의 자문을 활용하고자 하였다.

VI장은 공공의료기관의 거버넌스 현황과 발전 방향에 대한 내용으로 구성되어 있다. 본 장에서는 우리나라 공공보건의료기관의 설립형태 및 법령, 관리현황과 거버넌스를 살펴보고, 외국 공공보건의료기관의 거버넌스를 파악하여 우리나라 공공보건의료기관의 거버넌스 발전방향을 모색하였다. 각각의 공공의료기관 설립목적을 최대한 달성할 수 있도록 공공서비스에서의 좋은 거버넌스(good governance)의 원칙을 유지하면서 각 의료기관의 특성 등을 고려한 발전 방향을 제시하여 도움이 되도록 하였다. 우리나라 공공의료기관의 거버넌스 현황 파악을 위해 관련 법령과 기존 문헌을 고찰하였으며, 외국 공공의료기관 거버넌스 현황은 문헌고찰, 인터넷 검색, 외국 방문 경험자 자문 등을 활용하였다. 그리고 이러한 내용을 토대로 공공보건의료기관의 거버넌스 발전 방향을 모색한 후 전문가 자문을 통하여 보완하였다.

마지막으로 VII장은 결론부분으로 본 연구의 주요결과를 간략하게 정리하고 향후 연구과제를 논의하였다.

## II. 보건의료부문의 거버넌스 개념 및 필요성

### 1. 이론적 고찰

#### 가. 거버넌스의 개념

거버넌스의 개념은 일반적으로 국정관리, 협치, 조정양식 등으로 이해되고 있다. 주1) Hodges et al.(1996) 주2)은 의사결정(decision-making), 성과(performance), 조직통제(control of organizations)와 관련된 절차로, 조직에 전반적인 방향을 부여하기 위한 구조를 제공하고 외부에 있는 이해관계자들이 지니는 합리적인 책임감(accountability)에 대한 기대를 만족시키는 것으로 제시하고 있다.

Daft(1989)는 거버넌스를 조직을 지시(direct), 컨트롤(control), 그리고 관리하는 과정으로 보고 있다. Alexander(1991)는 조직의 거버넌스를 조직의 생존 및 웰빙을 위한 이사회 책임으로 제시하고 있으며, 거버넌스 활동은 경영(management), 감독(supervision)의 개념과 구분되는 것이라고 논의하고 있다. 이는 이사회로 대표되는 구조를 통해 조직목표를 설정하고 모니터링을 하며 이를 달성하기 위한 전략을 개발하는 과정이라 할 수 있다.

Rhodes(1996) 주3)는 최소국가, 기업지배구조, 신공공관리, 좋은 거버넌스, 사회적 사이버네틱 체제, 자기조직망과 같은 용법으로, Hirst(2000) 주4)는 좋은 거버

---

주1) 어의학적으로 거버넌스는 그리스어인 Kubernan(to pilot or steer)에서 기원하였고 이는 중세 라틴어인 gubernare로 이어졌는데, 조종(piloting), 규칙제정(rule making), 키잡이(steering)와 동일한 의미를 지니고 있음(임혁백, IT와 공공거버넌스의 새로운 패러다임, 정보통신정책연구원, 2005, p.16)

주2) Hodges R, Wright M, and Keasey K, Corporate governance in the public services: Issues and concepts, Public Money and Management, 1996; 16(2):7~13

주3) Rhodes RAW, the New Governance: Governing without Government, Political Studies 1996; 44: 652~667

주4) Hirst P, Democracy and Governance, In Ion Pierre, ed. Debating Governance. Oxford, Oxford

넌스, 국제제도 체제, 기업지배구조, 신공공관리, 네트워크 조정 등의 용법으로 제시하고 있다.

최근에는 지역사회를 관할하기 위한 중요한 개념으로 접근하기도 한다. 이사회는 지역사회를 위한 역할 및 기능에서 더 나아가, 의사결정과정에서 연계될 수 있는 적절한 메커니즘을 확보하여 지역사회와 파트너십을 구축하는 것을 강조한다(van Beveren, 1998).<sup>주5)</sup> 이러한 관점에서 본다면, 거버넌스는 이사회가 오너를 위해 조직을 보호하고 발전시키기 위한 일차적 책임과 함께, 서비스를 전달하는 지역사회에 대한 책임(accountability)을 포괄한다고 볼 수 있다.

한편, Baker(1992)는 거버넌스의 개념이 거버넌스 책임과 거버넌스 구조가 혼동되어 사용되고 있음을 지적하고 있다. 거버넌스 책임은 권한행사, 합법성 보증, 정책 개발과 관련된 것인 반면, 거버넌스 구조는 이사회의 역할 및 구성과 연관된다.<sup>주6)</sup>

거버넌스의 개념은 매우 다양하고 상이하게 해석되고 있으며, 이론적으로도 아직 정교하게 정립되어 있지는 않지만, 거버넌스 개념은 새로운 협력적 사회 체제를 구성하기위해 새롭게 제시되면서 개념과 분석틀이 행정학, 경제학, 국제관계학, 조직학, 발전이론, 정치학, 정책학, 사회학 등의 다양한 학문분야에서 활발히 적용되고 있다(김석준, 2002).<sup>주7)</sup> 이러한 거버넌스의 개념을 제시한 문헌을 정리하면 아래의 <표 II-1>과 같다.

이와 같은 거버넌스라는 용어는 기업 거버넌스(corporate governance), 보건의료부문에서의 임상거버넌스(clinical governance)<sup>주8)</sup> 등과 같이 상대적으로 좁은

---

University Press, 2000

주5) van Beveren A, Examining regional hospital governance: Exploring board structure and roles and their relationship to the community, Thesis for PhD in University of Toronto, 1998.

주6) Baker RG, Changing Patterns of Governance for Hospitals: Issues and Models, In Deber and Thompson (Eds.), Restructuring Canada's Health Service System. pp195-206. Toronto: University of Toronto Press, 1992.

주7) 김석준·강인호·김정렬 등, 거버넌스의 이해, 대명문화사, 2002, pp16

주8) 영국에서 특히 많이 사용되고 있는 clinical governance는 NHS가 지속적으로 서비스 질을 개선하고 우수한 진료환경을 만들어 진료표준(standard of care)을 보장할 수 있도록 하는 구조/framework)로 언급되고 있음(UK Department of Health, The new NHS, a first class service, London: HMSO, 1998). 지역별 의료의 질에 대한 편차가 나타나고 일부 진료성과(clinical



범위에서부터 글로벌거버넌스(global governance)와 같은 보다 넓은 범위에 이르기까지 다양한 방식으로 사용되고 있다.주9)

일반적으로 거버넌스는 한 사회 내에서 합의된 목표를 이행하기 위한 방안을 찾고 공동의 행동으로 모으는 것이 거버넌스가 지니는 핵심적 영역으로 볼 수 있다.

〈표 II-1〉 거버넌스 개념

자료원	개념
임혁백(2005)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ 연성 협치</li> <li>- 초국가, 국가, 시민사회, 기업, 지방자치체와 같은 다수의 행위자가 다중적으로 권력을 분점, 공유, 교환, 네트워킹하는 복합적, 연합적, 연성적 협치 또는 관리체제(경성권력 hard power ⇒ 연성권력 soft power)</li> </ul>
김근세(2000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ 국정관리체계</li> <li>- Peters(1996)의 4가지 국정관리체계 모형 인용. 시장모형(market model), 참여모형(participation model), 신축모형(flexibility model), 탈규제모형(deregulation model)</li> </ul>
조명래(1999)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ 네트워크 통치, 협력적 통치(협치)</li> <li>- 다원적 주체들 간의 협력적 통치 방식</li> </ul>
김석준 외(2000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Rhodes(1996) 인용: 자기조직적 네트워크</li> <li>▸ Jessop(1998) 인용: 국가나 시장과 구별되는 자연스런 조정양식의 원형</li> </ul>

performance)의 발표결과가 좋지 못해 이에 대한 우려로, 근거기반진료를 통해 의료의 질을 개선하고, 진료표준에 대한 성과관련 정보제공, 보건의료관계 종사자들에게 지속적인 교육 시행, 환자들의 불만을 시정하는 등에 초점을 두고 있음.

주9) Dodgson R, Lee K and Drager N, Global Health Governance: A Conceptual Review, London School of Hygiene & Tropical Medicine, World Health Organization, Discussion paper no1, 2002.

〈표 II-1〉 계속

자료원	개념
김용호(2005)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 글로벌 거버넌스</li> <li>- 세계적 규모의 협동관리 또는 공동통치. 기존의 국가 중심적 국제 관계에 대신하는 새로운 국제 질서의 개념</li> <li>· 인터넷 거버넌스</li> <li>- 현대 정보화사회의 필연적인 요구에 따라 등장한 개념</li> </ul>
이명석(2002)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 공통의 문제 해결을 위한 사회적 조정 방법</li> <li>· 신거버넌스</li> <li>- 네트워크를 강조하는 특수한 형태의 사회적 조정방법</li> </ul>
이현출(2001)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 정부중심의 공공조직과 민간조직의 경계가 모호해짐으로써 나타난 새로운 상호 협력적인 조정양식을 의미</li> <li>- 국가, 시장 그리고 시민 사회간의 수평적 네트워크의 구축과 파트너십을 통한 새로운 협력양식</li> </ul>
이종원(2002)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 행위자의 자율성, 네트워크적 관리, 체제의 목표지향성의 특성을 포괄하는 하나의 새로운 통치운영 양식</li> </ul>
송주희(2004)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 정책결정 문제를 다룸에 있어서 정부가 일방적이거나 정부 주도적으로 결정하고 문제를 해결하는 것이 아니라, 어떠한 문제나 정책에 대해 이해관계를 공유하는 모든 집단이나 관계자들이 함께 참여하고 결정하여 문제를 해결해 나가는 것</li> <li>- 공공서비스 전달의 효율성 및 효과성은 정부부문과 민간부문 및 비영리부문간 협력적 네트워크의 구축 및 관리에 크게 영향을 받게 됨. “정부에서 거버넌스로”(from government to governance) 또는 “정부없는 거버넌스”(governance without government)</li> </ul>
박영선(2003)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 사회를 통치하는 양식(mode of governing)이며, 다양한 행위주체가 참여하고 공공목적을 달성하기 위하여 행위주체들간의 권한 배분, 상호조정, 상호협력에 관한 개념</li> </ul>

〈표 II-1〉 계속

자료원	개념
박상필(2001)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Rhodes</li> <li>- 최소국가, 기업 거버넌스, 신공공관리, 좋은 거버넌스, 사회 인공시스템, 자기 조직화 네트워크 등을 의미</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Hirst</li> <li>- 경제개발, 국제기구와 체제, 기업 거버넌스, 신공공관리전략, 사회 거버넌스 등을 의미</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Pierre&amp;Peter</li> <li>- 정책네트워크, 공공관리, 경제의 섹터간 조정, 공사 파트너십, 기업 거버넌스, 좋은 거버넌스 등을 의미</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Stoker</li> <li>- 정부를 초월하는 기구와 행위자 조직, 경계와 책임의 모호함, 상호관계적 권력의존, 자율적 자기통치 네트워크, 명령과 권위를 넘어서는 새로운 통치도구</li> </ul>
Ostrom(1990)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 자치제도, 자치체계</li> <li>- 공동체적 자율관리체계</li> </ul>
UNDP(1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 모든 국가의 업무관리에서의 정치적, 경제적, 행정적 권위의 수행이며, 이해관계를 조정하고 권리와 책임을 수행하는 관계, 메커니즘, 프로세스, 제도의 총체</li> </ul>
Graham et al. (2003)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 사회단체(기구)가 자신의 주요정책을 형성하고, 정책결정과정에서 누구와 협력하며, 그 전 과정에서 책임을 수반하는 과정</li> </ul>

나. 좋은 거버넌스(good governance) 및 거버넌스 원칙

커뮤니티(community) 내에서 거버넌스에 대한 관심은 중·저소득 국가들의 거시경제적 개혁에 대한 성과가 불균등하게 나타나게 되는 1980년대 후반부터 시작되었다. 좋은 거버넌스(good governance)라는 개념은 World Bank가 많은 국가에서 경험하게 되는 공공부문 운영 및 관리에서의 취약성에 대한 문제를 설명

하기 위해 도입하였다(Dodgson, 2002).<sup>주10)</sup> 이때에 거버넌스 개념은 한 국가의 발전을 위하여 경제 및 사회 자원을 관리하는데 행사하는 권력(power)에서의 방식(manner)으로 정의하고 있으며, ‘좋은 거버넌스’를 위해서는 사회경제적 자원을 투명하고 책임성 있는 최소한의 효율적인 국가에 의해서 관리되어야 한다고 제시하고 있다.

반면, Leftwich(1993)는 World Bank가 제시한 좋은 거버넌스를 개념화하고 적용할 경우에 지니게 되는 다양한 문제점을 지적하고 있다.<sup>주11)</sup> 첫째, 이는 신자유주의를 기반으로 한 정책을 확대시킨 것이며, 이러한 신자유주의 기반 정책은 1980년대 이후에 많은 국가들에서 발생한 문제의 요인 중 하나이다. 둘째, World Bank는 공공부문 관리 및 운영의 성과라는 비교적 좁은 범위를 다루고 있어 민간부문, 자선단체 등에 대한 좋은 거버넌스의 중요성을 간과하는 측면이 있다. 셋째, 좋은 거버넌스의 요소가 정부를 중심으로 하고 있어 관료의 관점에서 정부가 어떻게 해야 하는지를 제시하고 있다.

좋은 거버넌스라는 용어가 정책에 중요한 요소로서의 위치를 차지하면서 이를 좀더 발전시키기 위해, UNDP(UN Development Programme)는 공공부문의 관리영역을 넘어, 합법성, 조합자유, 참여, 언론자유 등에 좋은 거버넌스를 개념화하였다.<sup>주12)</sup> UNDP가 제안한 ‘좋은 거버넌스’의 운영원칙(Governance and Sustainable Human Development, 1997)은 다음의 <표 II-2>와 같다.

주10) World Bank, Governance: The World Bank's Experience, Washington D. C.: IBRD, 1994.

주11) Leftwich A, Governance, Democracy and Development in the Third World, Third World Quarterly, 1993; 14(3):605~21

주12) UNDP, Reconceptualising Governance, New York: Management Development and Governance Division, 1997.

<표 II-2> UNDP의 좋은 거버넌스(Good Governance) 원칙

원칙	내용
Legitimacy and Voice	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 참여: 모든 사람들은 직접적으로, 또는 합법적 중재 기관을 통하여 정책결정과정에서 자신의 입장을 제시</li> <li>· 합의 지향: 좋은 거버넌스는 당사자가 최상의 이익을 보장받을 수 있는 범위 안에서 그리고 가능한 정책과 절차에 따라 폭넓은 합의에 도달할 수 있도록 상이한 이해관계를 조정</li> </ul>
Direction	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 전략적 비전: 리더와 공공영역은 인류발전과 좋은 거버넌스에 대한 폭넓은 장기 비전을 지니며, 이러한 발전은 사람들의 역사적, 문화적, 사회적 공통의 정서에 기반을 둠.</li> </ul>
Performance	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 모든 이해당사자들을 위한 제도와 프로세스</li> </ul>
Responsiveness	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 실효성과 효율: 최상의 자원 활용과 필요를 충족하는 결과</li> </ul>
Accountability	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 책임성: 정부, 사기업, 시민사회의 정책입안은 대중적 책임을 지니며 그 책임성은 그 조직의 지위와 결정의 범위(내부/대외적)에 따라 상이</li> <li>· 투명성: 정보의 자유로운 흐름을 위해 필요. 제도와 정보는 원하는 사람들이 언제든지 접근할 수 있어야 함</li> </ul>
Fairness	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 동등: 모든 사람들은 자신의 행복을 증진하고 유지할 기회를 가짐</li> <li>· 입법: 법적 프레임워크는 공정하고 편파적이지 않아야 함</li> </ul>

한편, 캐나다의 브리티시 콜롬비아 주에서는 지속가능성을 위한 거버넌스 원칙으로 책임성(Accountability), 확실성(Certainty), 경쟁력(Competitiveness), 지속적 개선 및 혁신(Continual Improvement and Innovation), 효율성(Efficiency), 참여(Inclusion), 통합(Integration), 과학기반 의사결정(Science-based decision-making), 책임공유(Shared Responsibility), 투명성(Transparency)를 들고 있으며 이에 대한 구체적인 사항은 다음의 <표 II-3>과 같다.

〈표 II-3〉 지속가능성을 위한 거버넌스 원칙

구분	정의	주요 사항(Key Questions)	관련 원칙
책임성	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 성과가 관리, 측정, 기록되는 방식에 관한 것</li> <li>- 정책, 표준, 성과를 개선하기 위해 표준(standards)을 설정하고 모니터링 및 강제사항을 구축하며 채택하는 것에 관한 것</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- accountability가 명확히 정의되었나?</li> <li>- 어떤 요소가 전문가 단체에 의해 관리되는가?</li> <li>- 정책의 성과계획이 명확한가?</li> <li>- 정책의 목적 및 결과가 측정가능한가?</li> <li>- 정책의 실행과정을 측정할 수 있는 메커니즘 또는 지표가 있는가?</li> <li>- 표준이 적용되는지 또는 모든 이해관계자에게 동등하게 적용할 수 있는 것인가?</li> <li>- 정책이 의도된 성과를 달성하는지 측정하는데 적합한가?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 책임공유</li> <li>- 투명성</li> <li>- 확실성</li> <li>- 지속적 개선 및 혁신</li> <li>- 과학기반 의사결정</li> </ul>
확실성	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 논리적이고 조직적이고 일관되며 예측할 수 있는 의사결정과정을 위한 구조에 관한 것</li> <li>- timeline(승인, 계획, 과정 등)이 명료해야 하고 정책적 요소에 모호한 단어는 없어야 함.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 정책 목적이 명확히 정의되었는가?</li> <li>- timeline이 명확히 정의되고 기술되었는가?</li> <li>- overlapping jurisdiction이 있는가?</li> <li>- accountabilities가 명료하게 정의되었는가(누가 분석, 승인 등에 대해 책임을 지는가?)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 책임성</li> <li>- 투명성</li> <li>- 경쟁력</li> <li>- 과학기반 의사결정</li> <li>- 참여</li> </ul>

자료: Ministry of Sustainable Resource Management of British Columbia, Governance Principles for Sustainability: Application Guidelines, 2004

〈표 II-3〉 계속

구분	정의	주요 질문	관련 원칙
경쟁력	- 경쟁자보다 비용, 질 등의 측면에서 좀 더 매력적으로 제품 또는 서비스를 제공할 수 있는지와 연관	- 제안된 정책이 규제, 세금을 증대시키거나 또는 생산성 및 비용에 부정적인 영향을 미치게 되는가? - 정책이 불필요하게 부가되어 자원 접근성을 떨어뜨리지는 않는가? - 정책이 생산자에게 비용을 심각하게 증가시키는 것은 아닌가?	- 확실성 - 책임공유 - 지속적 개선 및 혁신 - 효율성
지속적 개선 및 혁신	환경이 변화할 경우 새로운 접근방식, 사고방식, 기법 등을 활용하는 것에 관한 것	- 정책 방식과 결과를 분석할 프레임 워크 있는가? - 정책이 효과적이지 않더라도 채택될 수 있는가? - 정책이 목적을 달성하기 위한 최선의 방식을 결정할 기회를 제공하는가? - 정책이 혁신적인 실행을 위해 비전 또는 방향을 제공하는가?	- 책임공유 - 책임성 - 확실성 - 과학기반 의사 결정 - 경쟁력
효율성	- 편익을 최대화하고 비용을 최소화하는 것에 관한 것	- 정책이 경제적, 환경적, 사회적 요인들을 고려하는가? - 정책이 잠재적인 향후 영향력을 고려하는가? - 정책이 순편익을 최대화하려 하는가?	- 통합 - 지속적 개선 및 혁신 - 과학기반 의사 결정 - 경쟁력
참여	- 광범위한 이해관계자간에 새로운 경제적 기회를 찾고 이해관계를 이해하도록 하는 것과 연관	- 정책 또는 결정이 이해관계자의 이해에 영향을 미치게 되는가? - 만약 그렇다면 이해관계자가 참여하도록 하는 기회가 제공되었는가?	- 책임공유 - 확실성 - 통합

〈표 II-3〉 계속

구분	정의	주요 질문	관련 원칙
통합	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 다른 것들에 영향을 주지 않고서는 지속성을 위한 목표를 추구하는 것이 불가능함을 인식하는 것에 관한 것</li> <li>- 경제적, 환경적, 사회적 요소들이 어떻게 영향을 주는지에 관한 고려</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 정책이 지역내 또는 지역간 상이한 가치를 고려하는가?</li> <li>- 현재 또는 향후의 가치를 고려하는가?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 과학기반 의사결정</li> <li>- 효율성</li> <li>- 책임공유</li> </ul>
과학기반 의사결정	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 경제, 환경, 사회의 요소와 과학을 통합시키는 것</li> <li>- 의사결정이전의 위험관리에 관한 것</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 최선의 과학이 적용되는가?</li> <li>- 과학적 정보에 대해 어느 영역에서 갭이 존재하는가?</li> <li>- 주요한 과학적 정보가 활용되는가?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 책임성</li> <li>- 투명성</li> <li>- 효율성</li> <li>- 지속적 및 혁신 개선</li> <li>- 통합</li> <li>- 확실성</li> <li>- 참여</li> </ul>
책임공유	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 의사결정에 있어서 정부, 학계, 산업, NGO, 시민과 관련된 것</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 정책이 유사 이슈와 관련된 작업단의 결과를 고려하는가?</li> <li>- 정부 및 이해관계자들이 정책에 어떤 연관을 가지는가?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 참여</li> <li>- 통합</li> <li>- 확실성</li> <li>- 책임성</li> <li>- 경쟁력</li> <li>- 지속적 및 혁신 개선</li> </ul>
투명성	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 이해할 수 있는 정보를 제공하고 의사결정단계가 투명한 것에 관한 것</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 명확하고 이해가능한 의사결정 구조를 지니고 있는가?</li> <li>- 구조나 과정이 명확히 상호소통되고 있는가?</li> <li>- 구조나 과정에 관련단체가 접근할 수 있는가?</li> <li>- 결정에 관한 타당성이 명료한가?</li> <li>- 참여할 수 있는 적당한 기회가 부여되는가?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 효율성</li> <li>- 책임성</li> <li>- 확실성</li> <li>- 통합</li> <li>- 과학기반 의사결정</li> </ul>



한편, 공공서비스에서의 좋은 거버넌스 원칙(Good Governance Standard for Public Services, 2004)에 따르면, 좋은 거버넌스는 다음과 같다.

- 서비스 사용자들을 위한 성과와 조직의 목표에 초점
- 기능과 역할을 명확히 효과적으로 수행
- 전체 조직의 가치를 촉진하고 경험을 통한 좋은 거버넌스의 가치를 표현하는 것
- 투명한 결정과 리스크 관리
- 수용력 및 정부의 효과적 역량을 발전시키는 것
- 이해관계자들을 관련시키고, 실질적 책임감을 지우게 하는 것

이상에서 살펴본 바와 같이, 거버넌스는 다음과 같이 요약될 수 있을 것이다. 첫째, 공공 및 민간 기관이 보다 효율적으로 작동하기 위해 단점을 언급하고 문제를 해결하는 접근방식이다. 최근에 경영 및 경제이론으로 많은 영향을 받으며 발전된 좋은 거버넌스는 기존의 조직구조 내에 효율성 및 효과성을 강화하는 것과 일맥상통한다. 둘째, 전반적으로 사회의 요구를 반영하지 못하는 기존 거버넌스 형태를 찾아내어 변형할 수 있는 접근방식을 취하는 것이다. 즉, 새로운 위기 또는 기회에 직면할 때, 거버넌스는 사회적 요구를 효과적으로 반영하는 것으로 볼 수 있다.

#### 다. 기업 거버넌스(corporate governance)

본 연구에서의 분석의 주된 대상이 의료기관임을 고려할 때, 기업 거버넌스(corporate governance)의 기초적인 개념 등과 관련한 고찰이 필요하다. 판단 하에 여기에서는 기업 거버넌스에 대한 논의를 하고자 한다. 기업 거버넌스의 개념과 관련하여 대표적인 학자인 Williamson(1996)은 기업 거버넌스를 경제이론 중 거래비용접근방식으로 정의하고 있다.<sup>주13)</sup> 거버넌스는 경제적 생산 및

주13) Williamson O, The Mechanism of Governance, Oxford: Oxford University Press, 1996.

교환관계를 촉진시킬 수 있는 제도적 구조와 이에 수반되는 수행방식(예를 들어, 규정)을 고려하며, 좋은 거버넌스 구조는 위험을 효과적으로 감소시키고 적응을 용이하게 하는 것으로 보고 있다.

McRitchie(1998)도 기업 거버넌스(corporate governance)를 경제적 거래를 향상시키는 메커니즘으로 초점을 두고 있는데,<sup>주14)</sup> 그는 투자자에 대한 accountability와 투명성(transparency)이 기본적으로 전제되어 있는 좋은 기업 거버넌스는 정부에 의한 규제를 감소시키고, 국부창출과정을 증진시키는 것으로 제시하고 있다.

이와 같은 기업 거버넌스에 대한 관점이 좀더 확대될 경우에는 좋은 거버넌스의 정의가 지역사회발전과 밀접히 연관된다. 이러한 접근방식은 기업의 사회적 책임을 강조하는 것으로, 기업이 주주(shareholder)뿐 아니라 기업이 속해 있는 지역사회에 대한 책임성에 이르기까지 확대된다.

기업지배구조는 2가지 대비되는 모형 즉, 주주 모형(shareholder model)과 이해관계자 모형(stakeholder model)으로 구분하여 비교할 수 있다.

이 구분은 기업의 주권자를 누구로 보는가에 따른 것으로서, 전자는 주주를, 그리고 후자는 이해관계자를 기업의 주권자로 보는 것이다. 기업지배구조가 주권자에 의한 경영자의 규율(통제)로 정의될 때, 주주 모형은 소유자(주식보유자)로부터의 시장압력을 통해 기업규율이 이루어지는 시스템이고, 이해관계자 모형은 주로 기업내부의 계층조직과 기업의 이해관계자에 의해 지배가 이루어지는 시스템이다. 미국과 영국 등 앵글로색슨계 국가들이 주주자본주의 모형에 근접하고, 대부분의 유럽 대륙 국가들과 일본이 이해관계자 자본주의 모형에 가까운 것으로 평가되고 있다.

효율적인 기업지배구조는 선진국을 중심으로 기업경쟁력의 원천이자 장기적이고 안정적인 기업성장의 핵심 요건이라는 인식이 확산되고 기업 활동의 세계화와 자본시장의 국가간 통합이 진전됨에 따라 기업지배구조에 관한 국제규범의 필요성이 크게 대두되었다. 이러한 배경 하에 OECD는 1999년에 ‘기업지배

주14) McRitchie J, Corporate Governance, Enhancing the Return on Capital Through Increased Accountability, 1998

구조 기본원칙'을 제정하여 회원국의 기업지배구조 개선에 대한 증거로 제시하고 있다.<sup>주15)</sup>

OECD 기본원칙은 다음의 몇 가지 주요 내용으로 정리될 수 있다(표 II-4 참조). 첫째, 영미식 기업지배모형을 중심으로 하되 이해관계자의 역할과 권익도 인정하고 있다. 즉, 주주이익의 중시, 이사회 활성화, 자본시장의 역할제고 등 기본적으로는 영미식의 주주자본주의에 기초하고, 동시에 기업가치 극대화를 위한 이해관계자의 역할도 중시하여, 이해관계자의 법적 권익의 보호 및 기업 지배의 참여기회와 정보접근의 보장을 명시하고 있다.

둘째, 이사회 경영감독기능 및 책임강화를 기업지배구조의 핵심으로 간주하고 있다. 즉, 기업지배 과정의 핵심 역할자로서 이사회를 지목하고 이사회가 기업전략수립, 성과평가, 경영감독, 경영책임 확보 등 기업지배의 중추적인 기능을 담당하도록 하고 있다.

셋째, 기업관련 정보의 완전공개(full disclosure)를 지향하고 있다. 미래의 가능한 주요 경영위험(business risk), 개별 이사 및 집행임원에 대한 인적정보, 기업지배의 구조 및 정책, 종업원 및 기타 이해관계자에 관한 주요 사안 등에 관한 기업 내용이 완전하게 공개·제시할 것을 권고하고 있다.

넷째, 우수한 기업지배구조의 기본 틀이 갖추어야 할 기능으로서, ① 주주권리 보호, ② 모든 주주에 대한 동등한 대우, ③ 이해관계자의 권리 존중, ④ 정확한 정보의 적시 공개, ⑤ 이사회 권한과 책임 강화를 핵심적 요소로 지적하고 있다.

---

주15) OECD의 기업지배구조 기본원칙은 구속력은 없으며, 각국의 정부와 기업이 이러한 원칙을 참고하여 자신의 고유한 환경을 감안하여 기업지배구조를 발전시켜 나갈 것을 권고하고 있음. 이와는 별도로 개별국가차원에서 기업지배구조에 관한 표준관행이나 모범규약(best practice)을 제정하고 있는 추세임.

〈표 II-4〉 OECD의 기업지배구조 가이드라인

항 목	주 요 내 용
주주권리 보호	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 기업정보의 적시·정례적 획득, 의결권 행사, 이사 선임, 잔여이익분배 참여 등 주주의 기본적 권리 보호</li> <li>· 기업의 주요사항에 관한 의사결정에 주주 참여 보장</li> <li>· 특정주주에게 유리한 지배권을 인정하는 자본구조 및 협약(예 : 피라미드식 주식소유, 상호주식보유, 공동의결권행사를 위한 주주계약 등) 체결시 그 내용을 공시</li> <li>· 기업지배권 매매(M&amp;A)시장은 공정하고 투명해야 하며 경영자가 적대적 M&amp;A에 대한 방어수단을 사용하는 것을 억제</li> </ul>
주주에 대한 평등 대우	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 소액주주, 외국인 주주를 포함하여 동종의 주주에 대한 동일 의결권 보장</li> <li>· 실질주주와 합의된 방식에 의한 의결권의 대리행사 허용</li> <li>· 자기거래 및 내부자거래 금지</li> </ul>
이해관계자의 권리 존중	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 법에 의한 이해관계자의 권리 보호</li> <li>· 이해관계자의 권리 침해시 효과적인 시정요구 기회 마련</li> <li>· 이해관계자의 기업지배 참여시 관련 정보에의 용이한 접근 보장</li> </ul>
정확한 정보의 적시 공개	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 충실한 경영내용 공시 의무</li> <li>· 독립된 감사인에 의한 연례감사</li> </ul>
이사회 의 권한과 책임	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 이사는 선량한 관리자로서 기업이익을 최우선으로 하여 업무를 수행할 의무</li> <li>· 기업전략 및 주요목표 등 핵심기능 수행 책임</li> <li>· 경영자로부터 독립 보장</li> <li>· 이해상충여지가 있는 직무(예: 재무보고, 이사후보 지명, 집행임원의 보수 등)에 충분한 수의 능력있는 사외이사 배정</li> <li>· 이사는 자신의 책임을 수행하는 데에 충분한 시간을 할애하여야 하며 적시에 정확한 관련정보에의 접근 보장</li> </ul>

자료: OECD, 1999

## 2. 보건의료 거버넌스 (Health Care Governance)

### 가. 비영리부문의 기업 거버넌스와 사회적 거버넌스

#### 1) 사회적 거버넌스(social governance)의 개념

거버넌스는 권한이 행사, 컨트롤, 규제되는 모든 곳에 필요한 개념으로, 비영리 부문의 경우에 앞서 언급한 기업 거버넌스의 개념과 같은 경제적 의미에서의 주주는 존재하지 않지만 이해관계자의 개념으로 확대하여 사회분야에 적용할 수 있다. 이를 사회보장, 복지, 보건의료 등과 같은 사회 제도에 적용할 경우 사회적 거버넌스(social governance)라는 용어로 언급되고 있다(Verdeyen & van Buggenhout, 2004).

Denef(2000)는 기업 거버넌스를 영리부문뿐 아니라 비영리부문에 있어서 의사결정과정 메커니즘 및 통제, 책무 메커니즘을 관할하는 규율(rules) 모델로 제시하고 있다.<sup>주16)</sup> 이러한 규율은 ① 이해관계자들의 이해와 힘이 균형을 이루도록 보장해야하며, ② 앞서 언급한 메커니즘에 있어서 균형에 해가 미치는 영향력이 없어야 함을 강조하고 있다.

여기에서 규율은 정보공개, 개방, 투명성, 합법화, 참여, 견제와 균형 등의 원칙과 관계한다. 다양한 사회적 거버넌스 요소는 견제와 균형(checks and balance) 시스템을 추구한다. 다양한 이해관계자들은 명료하고 투명한 조직으로 구축되어야 하며, 이러한 조직은 이해관계자들에게 상호간 통제와 보완이 이루어질 수 있게 해야 한다. 또한 이해관계자 모델은 책임성에 대해 좀더 참여적인 접근방식이 요구되며, 이해관계자들이 아젠다(agenda) 설정에서 실행, 평가에 이르기까지의 모든 의사결정단계에 영향을 미치는 기회를 가지도록 하는 것이 필요하다. 따라서 사람들의 이해에 영향을 미치는 행동을 지시, 통제, 규율하도록 하는 권한이 행사되는 모든 곳에 사회적 거버넌스 모델을 적용할 수 있다.

영리기관의 주주들은 거버넌스에 동의하지 않을 경우 보유주식을 처분할 수

주16) Verdeyen & van Buggenhout(2004)에서 재인용

있지만, 비영리기관의 이해관계자들은 이와 유사한 제재 메커니즘을 가지고 있지 못하다. 다만, 위원회에서 해고, 지원중단, 보조금 지급 거부 등을 통해 조직의 경영에 대한 제재조치를 가할 수 있긴 하나, 이것이 항상 가능한 것은 아니다. 하지만, 앞에서 언급한 정보공개, 개방, 투명성, 합법화, 참여, 견제와 균형 등의 메커니즘은 이해관계자들의 대립을 다소 감소시키는데 중요한 역할을 할 것이라 기대할 수 있다.

## 2) 사회적 거버넌스와 보건의료

병원에서의 사회적 거버넌스는 ① 보건의료기관을 효과적으로 관리하고 컨트롤하기 위한 규정 및 방식에 관한 체계(system)이며, ② 다양한 이해관계자에게 영향을 주거나 적당한 책임감을 부여하는 체계라 볼 수 있다. 사회적 거버넌스는 병원의 상층 구조(top structures), 사회적으로 타당한 목적, 그리고 이러한 목적을 효과적·효율적으로 실현하는 것을 고려한다.

Van Hulle, Eeckloo 등이 제안한 모델에서 관리협약은 다양한 사회적 이해관계자들의 통합된 공고한 견해를 제공할 수 있음을 보여주고 있다. 이 모델이 제시하고 있는 기본 원칙으로는

- 사회적 정당화 향상
- 다양한 기관간 의무(duty) 분야를 투명하게 조직
- 의사들의 정책 연관
- 이사회 책임과 결정권간의 균형 현실화
- 병원에서의 데이터 투명성 및 질 향상

을 들고 있다. 총회, 이사회, 경영자측, 의사 등이 관리협약에 서명함으로써, 이해관계자간 협력과 정책계획에서의 투명성을 구하고자 한다.

벨기에의 경우, 병원의 사회적 거버넌스를 구축하기 위해 모든 병원에 의료부(medical department)를 설치하도록 하고 있다. 이는 medical chief of staff를 맡

하는 것으로, 병원조직에서 의사와 연관하여 그리고 의료서비스의 질을 유지 및 개선하는데 필요한 의견을 개진하는 역할을 한다. 의료 평의회 또는 협의회(medical council)는 의사로 구성하며 일반 의사모임을 의미한다고 할 수 있다. 의사결정에서 거부권을 행사할 경우 외부중재자에 의해 조정되는데, 이와 같이 medical council은 의사의 이해를 대변하며 경영에 관한 조언 및 컨트롤을 행하기도 한다.

이와는 달리 미국의 병원은 조직측면에서 수직적 통합 전략(vertical integration strategy)을 활용한다. 이는 병원과 관리의료(managed care)의 의료진의 협력을 증대시키고 비용을 통제하기 위함이다. 이러한 협력은 의료의 질 및 성과를 향상시키기 위해 의사들에게 의사결정에 있어 자발적 참여에서부터 권한 인정에 이르기까지의 다양한 계약관계를 제공하게 되는데, 사전에 결정된 지급액 내에서 보건의료공급과 관련된 재정적 리스크에 대한 책임을 지도록 계약적 동의를 이끌어내는 한 방법이다.

사회적 거버넌스(social governance)는 관리의료와 같이 효율적이고 효과적인 보건의료를 의미하는 좋은 거버넌스(good governance)를 추구하고 있다. 사회적 거버넌스 요소는 양질의 보건의료공급을 위한 변화를 기대할 수 있도록 메커니즘을 제공하게 되는데, 다양한 이해관계자들이 정책결정단체로 대표되고 의사결정에 참여할 수 있을 때 변화되고 있는 요구가 전해질 것이고 이러한 변화의 기대가 보다 용이해 질 것이며 이해관계자들의 참여, 경영 컨트롤, 결정의 동기, 책임, 공개 등과 같은 사회적 거버넌스 요소는 관리의료에 긍정적으로 영향을 미치게 될 것이다.

#### 나. 보건의료부문의 거버넌스 도입 근거

앞에서 논의한 사회적 거버넌스의 개념을 도입하는 필요성과 함께 보건의료 부문에 거버넌스를 도입하는 필요성을 좀더 구체적으로 논의하면 다음과 같은 중요한 근거를 제시할 수 있을 것이다. 보건의료는 사회적 공동자본으로서의 역할을 다하는 광의의 공익성에 있으며, ‘의료를 가치재로 보는 합의하에 도입

된 공적보협, 사회적 연대 구조에 기반된 제도'하에서 존재하는 점에 있다. 주식회사에서 특정인의 이익보호라는 형태에서의 체크가 아니라 사회적으로 본 건전하고 적절한 경영이 경영자에게 요구된다고 할 수 있다.

앞서 살펴본 바와 같이, 기업지배구조(corporate governance)는 기업경영자에 대한 감시 및 규율 방법 등으로 통설되고 있다.<sup>주17)</sup> 기업경영자를 감시 및 규율하게 되는 주체는 주식회사의 경우 주주가 이러한 역할을 담당하게 된다. 즉, 주주는 자기가 투자한 자산의 최대화를 위해 경영자를 감시 또는 규율하게 되는데, 이것이 기업지배구조의 기본적인 골격이라 할 수 있다. 그렇다면 이러한 감시 및 규율은 무엇을 위하여 또는 누구를 위하여 행하게 되는지를 고려해 볼 경우, 초기의 기업지배구조론에서는 그 대상자를 주주로 보았지만, 최근에는 주주예비군(상장회사의 경우) 즉, 소비자, 종업원, 거래처, 채권자, 지역주민 등의 기업 이해관계자로 생각의 범위가 확장되고 있다. 이와 같이 거버넌스의 대상 범위가 확장되고 있다는 것은 거버넌스의 형태 또한 변화한다는 것을 보여주고 있다.

기업에 있어서 거버넌스의 목적 즉, 기업경영자의 감시에 있어서는 크게 두 가지로 열거할 수 있다. 첫째, 경영의 불상사 방지(적법성 감시)에 있다. 순응 (compliance), 환경안전, 사회적 책임 수행 등에 관한 것이 포함될 수 있다. 둘째, 경영효율화 및 경쟁력을 도모하고 기업이 확대, 성장하도록 노력하고 있는가를 감시하는 데 있다. 즉, 효율성 감시로, 이는 달리 말하면 주주가치최대화에 대한 노력 여부를 감시하는 것을 말한다.

그런데, 거버넌스가 필요하게 되는 상황은 어떤 경우 발생하는 것인가? 주주가 경영자를 체크하는 경우에 있어서 주주=경영자인 오너경영회사는 주주를 위한다는 의미에서의 거버넌스는 필요하지 않다. 주주를 위해서라는 의미에서의 거버넌스는 소유와 경영이 분리되고 있는 상황이라는 조건이 있다.

더구나 앞서 말한 바와 같이 단순히 주주만을 위해서가 아니라 이해관계자 전반을 위해서가 목적이라면 소유와 경영이 분리되어 있지 않다고 하더라도 거

주17) 松原由美 & 田中滋, 醫療法人のガバナンスについて, in 醫療經營の非營利性に關する調査・研究, 厚生労働科學特別研究事業, 2004.



버넌스는 당연히 필요하게 된다. 다만 이 경우, 주주가 경영자를 체크하는 경우와 비교하여 이해관계자가 경영자를 체크하는 합리적인 근거를 명확히 해 둘 필요가 있다. 주주는 자기가 소유한 기업 운영을 경영자에게 위탁하는 한편, 경영자를 감시하는 근거는 비교적 이해하기 쉽다. 이에 비해 이해관계자들의 일부를 차지하고 있는 지역주민이 기업경영자를 감시한다면 합리성을 지닌 근거를 명료히 제시할 필요가 있을 것이다.

경영자를 감시할 필요성 조건이 있고, 감시에 합리적 근거가 존재한다면, 그 다음은 구체적으로 어떻게 감시할 것인지에 대한 과제가 남게 된다. 현재 일반적으로 볼 수 있는 방법론에는 다음의 3가지로 정리될 수 있다.

- 해당기업외의 제3자의 생각, 의견을 반영하는 구조
- 의사결정기관과 업무집행기관과의 분리
- 정보공개에 의한 기업경영 투명화

주주를 위한다는 필요라면, 소유와 경영 분리가 전제된다. 양자가 분리된 기업 대부분은 결정적 대주주가 존재하며, 공개회사이므로 일반적으로 대기업이 된다. 한편, 주주이외의 이해관계자를 위한 경우에는 사회의 공익이라고 말하는 것처럼 사회에 미치는 영향력이 큰 것인가에 전제되고 있어 이것도 역시 일반적으로 대기업이라 볼 수 있을 것이다.

한편, 중소기업 수준의 기업의 경우 소유와 경영이 분리되어 있지 않은 예를 들어 주식을 공개하더라도 통상 대주주로서 오너경영형태를 지닌다. 사회의 공익이라고 보는 수준에서 사회에 미치는 영향력은 일반적으로 인식되지 않아 중소기업에 있어서 거버넌스는 그다지 문제시되고 있지 않다고 할 수 있다.

이러한 중소기업은 거버넌스라는 형태에서는 경영이 체크되고 있지는 않지만 기업의 다양한 이해관계자로부터 자동체제적으로 체크되고 있다(시장의 감시). 일반산업의 중소기업의 경우는 소비자나 거래처 채권자 등과 같은 외부에서 항상 엄격히 체크를 받고 있다. 또한 금융기관, 거래은행이나 신용금고로부터의 감시도 엄격히 받고 있다.

비영리의료기관은 일반적으로 소유와 경영이 분리되어 있지 않아, 소유자에 의한 경영자의 감시 및 규율의 측면에서 본 거버넌스의 필요성이 잘 인식되고 있지는 않다. 특히 비영리의료기관은 사원총회, 이사회도 출자비율로 나누는 것이 아니라 일인일표제이므로, 출자자로 있는 경영자(이사장)는 지위안전을 위해 사원이나 이사를 친족 등으로 유지시키려는 경향이 강하여 점차 소유와 경영이 일체화되고 있다.

또한 자금조달에 있어서도 주식이나 채권 등의 불특정 다수로부터 조달한 재원을 사용하고 있지 않기 때문에, 투자자에게 설명책임이 부족하며 투자자로부터 체크되는 경우도 드물다. 다시 말해서 일반 기업 또는 중소기업에게 강하게 나타나는 것과 같은 시장에 의한 감시, 규율은 약하다 할 수 있다.

예를 들어, 의료제공자와 소비자(환자)간에 정보비대칭성이 존재하므로 소비자로부터 체크되는 경우는 일반기업과 비교해 볼 때 극히 드문 일이다. 거래처의 경우에도 의약품회사나, 병원급식, 세탁 등의 납품업자 경우이므로 거래처가 병원을 체크할 수 있다고 보기 어렵다.

금융기관에 관해서도 의료기관경영자는 지역 명사인 경우가 많으며 특히 지방의 경우 은행은 다른 큰 대출처가 없어 예금획득처로서도 중요고객이 되므로 경영이 악화되지 않는 한 경영내부에 관해 엄격한 지시를 하지 않을 것으로 생각된다. 개별적으로 은행이 엄격한 주문을 하는 예가 있긴 하지만 매우 드물며 병원이 여러 이해관계자에 대해 비교적 강한 입장을 지니고 있다고 볼 수 있다.

이와 같이 소비자, 거래처, 채권자 등 비영리의료기관 외부의 이해관계자로부터 체크되는 경우가 드물며, 주요 비영리의료기관의 경우 법인 내외의 감시자에 의해 제도적, 실제적으로 실행되고 있지 않다고 볼 수 있다.

요약하면, 비영리의료기관에 있어서 거버넌스는 다음의 2가지 측면에서 중요하다.

첫째, 현재 병원은 타산업과 비교해 볼 때 내외로부터 대부분 경영감시를 받고 있지 않으며 이에 대한 감시가 필요하기 때문이다. 타산업의 경우 상장기업과 같은 대기업은 소유와 경영이 분리되어 주주로부터 엄격하게 감시를 받고 있으며 시장으로부터도 항상 감시를 받고 있다.

소유자와 경영자가 동일하여 거버넌스가 작동하기 힘든 중소기업에 있어서도 소비자, 거래처, 금융기관 등의 이해관계자로부터 감시를 받고 있다. 예를 들어,

어떤 제품을 제조하는 회사에서 서비스 문제가 발생하면 소비자는 반품을 하게 되고 이 상품을 제조하는 기업이 납품 거래기업 요청을 수용하지 않는다면 거래중지를 당할 수 있다. 특히 하청기업의 입장에서 본다면 모기업에서 비용, 품질, 납품기한 등에 대해 항상 엄격하게 요구를 받고 있으며 또한 금융기관으로부터도 감시를 받고 있다. 매출액이나 수익이 낮으면 다양한 자료제출이나 설명을 요구하는 경우가 많다.

이에 대해 병원에서는 사원총회, 이사회 등이 설치되어 있지만 소유와 경영이 대부분 분리되어 있지 않고 경영감시를 하고 있다고 말하기 힘든 실정이다. 비영리법인의 경우 지분비율에 의하지 않고 일인일표제로 있어 출자자로 있는 경영자(이사장)는 지위보전을 위해 사원이나 이사를 친족 등으로 선출해 놓는 경향이 높아 사원총회나 이사회 등이 행해지기 어렵다. 이 때문에 1인 경영이 많다고 하는 것이 일반적으로 지적되고 있는 바와 같이 직원에 의한 경영층의 감시도 이루어지기 어렵다고 볼 수 있다.

한편, 병원의외부에서의 감시가 어떠한지를 본다면 의료제공자와 소비자(환자) 사이에는 정보 비대칭성이 존재하는 등으로부터 소비자에게 감시받는 수준을 고려해 볼 때, 일반기업보다는 현저히 낮다고 할 수 있을 것이다. 의약품회사, 병원급식, 청소 등 납품업자 입장에서 본다면 거래처에서부터 병원이 감시된다고 보기는 어렵다. 금융기관에 있어서도 경영이 매우 악화되지 않는 한 경영에 개입하는 경우가 드물다.

중요한 것은 병원이 법인 내외에 감시자가 제도적으로도 현실적으로 존재하지 않은 것이 문제가 되며 거버넌스 강화가 요구된다고 할 수 있을 것이다.

둘째, 비영리조직의 목적수행에 있어서 거버넌스를 활용하는 것으로 보완할 수 있다. 비영리조직의 목적은 영리를 목적으로 하는 것이 아니라 미션을 수행하는 것으로, 환자편익을 제일로 하는 서비스 제공 및 의료의 질 향상 등의 병원의 미션을 수행하는데 거버넌스를 통해 비영리성을 강화할 수 있다.

다만 이와 관련하여 영리조직의 손익기준과 같은 명확한 평가기준이 없다. 그래서 미션수행(이익획득 프로세스에 관한 행위)에 관한 감시기능을 지역주민참여에 의한 거버넌스로 부여하는 것이 하나의 방안으로 고려해 볼 수 있을 것이다.

다. 보건의료에 거버넌스 형태(mode)와 실행(practice)의 적용

#### 1) 거버넌스 형태(mode)와 실행(practice)

##### 가) 거버넌스 형태(governance mode)

거버넌스기반 조직이론<sup>주18)</sup>은 크게 거버넌스 형태(mode)와 거버넌스 실행(practice)으로 분류할 수 있다. 거버넌스 형태는 의사결정자가 경제적 관계자를 다른 것들과 조직하는 방식을 말하는 것으로, 실제 거버넌스 형태를 검토할 때 이를 세 가지 방식으로 해석할 수 있다.

첫째, 거버넌스 형태(mode)는 크게 시장형(market), 계층형(hierarchy), 혼합형(hybrid)으로 구분할 수 있다. 이는 거버넌스 형태가 관계의 결집력, 다수 이해관계자, 법적으로 결합된 조직과 같이 조직경계가 결정된 수준에 의해 분류되는 방식이다. 그래서 거버넌스는 시장-계층형의 연속선상(market - hierarchy continuum)에 따라 나타나고 이는 시장교환(market exchange), 네트워크(networking), 얼라이언스(alliance-building), 파트너(partnering), 조인트벤처(joint venturing), 위계형 거버넌스(hierarchical governance) 등의 형태를 취하게 된다.

시장형 거버넌스 구조(market governance structure)는 법적으로 독립적인 구매자와 판매자간 단기 계약으로 특성 지워진다. 이의 반대 스펙트럼에 있는 계층형 거버넌스 구조(hierarchical governance structure)는 합병 및 인수를 통한 자산의 통합과 관련된다. 혼합형 거버넌스 구조(hybrid governance structure)는 이 스펙트럼의 중간적 위치로 프랜차이즈, 조인트벤처와 같이 계약을 통해 관계를 맺고 관리하며 경영에 어느 정도 영향을 미치게 된다. 이들 구조가 가지는 특성을 요약 정리하면 다음의 <표 II-5>와 같다.

둘째, 거버넌스 형태를 수익창출을 위해 조직이 운영되는지에 따라 분류하는 방식으로 영리-비영리의 경제적 논리(economic logic)로 분류한다.

셋째, 조직 구조는 지역사회(community) 또는 시민 재량권(civic discretion)에

주18) 예를 들어, 대리인 이론, 거래비용이론, 소유권이론 등이 있음

따라 분석되기도 한다. 시민 재량권은 공공의 이익(public interest)에 구심점을 두는 것을 말하는데, 민간-공공(시민)의 이해 연속체(interest continuum)를 실현하는 것이 중요하다.

〈표 II-5〉 거버넌스 구조(governance structure)의 특성

속성/거버넌스구조	시장형	혼합형	위계형
최선의 산업환경	다수의 독립적인 개인들이 계약으로 시장에서 상호작용	불확실한 수요 급격한 기술 변화	확실한 수요 증가 급격한 수요 증가
최선의 조건	낮은 임금과 강도있는 작업 페이스를 수반하는 격렬한 경쟁에 대한 압력 자율적인 적응이 충분	다수의 플레이어가 있는 경쟁적 상황이 시장압력으로 부터 보호됨.	명성(reputation)이 평가되기 어려울 때, 재산권이 중요할 때, 그리고 예상치 못한 장애로 협력이 필요할 때, 자산특수성이 높을 때 등
status of parties	법적으로 독립된 당사자간 제한된 특수적이지 않은 관계	법적으로 독립적인 당사자가 full ownership, control보다 낮은 단계로 관계를 맺음.	행위자들은 한 조직내에 전부 참여하거나 합병, 인수, 수직적 통합으로 참여
유연성 - 신규계약의 자율 - 신속한 행위자간 조정 능력	- 높음 - 높음	- 보통 - 논의가능	- 낮음 - 논의가능
의사결정메커니즘	일방적	상호동의	명령
행정관리	없음	보통	강함
인센티브 강도	높음	보통	낮음
정보 불투명성	낮음	보통	높음
계약기간	단기	일회성 계약은 아님	예측가능한 미래에 대해 동일한 법적 실체 공유
형평성 공유수준	독립적	공유	통합
의사결정 공유수준	독립적	공유	통합

자료: Minyard, 1997.

## 나) 거버넌스 실행(practices)

거버넌스 실행(practices)은 조직 내에 전략 또는 행정적 계획의 스펙트럼을 나타내는 것으로, 이해관계자(또는 행위자) 그룹에 대한 언급과 이들 간의 명시적·암묵적인 계약에 관한 사항들이다. 분석 순서는 이해관계자간의 관계를 밝히고 분류하고 우선순위를 결정한 후, 이들의 계약적인 내용을 검토하는 것이다.

이해관계자 이론은 이해관계자 그룹을 규명하고(identifying), 분류하여(categorizing), 우선순위를 결정(prioritizing)하는 방법을 제공해 주고 있다. 또한 이 이론의 핵심 영역은 이해관계자 환경의 동태적 움직임을 보는 것이다. 예를 들어, 어떤 새로운 이해관계자가 등장하였으며 어떤 기존의 이해관계자가 소멸하였는지, 그리고 변화하는 상황에서 힘의 균형이 어떻게 변화하는지, 그리고 이는 향후 어떻게 변화할 것인지에 관한 내용이 핵심적이다.

이해관계자 영역이 규명되면 이해관계자간 관계의 계약적 측면이 검토되어야 한다. 이해관계자간의 인센티브를 이해하고 인센티브 형성의 근본원인, 인센티브의 비대칭성 등이 중요하다. 유효성이 큰 인센티브에는 금전적 보상(월급, 보너스, 스톡옵션 등)이 있고, 유효성이 낮은 인센티브는 정보공유, 위험분산, 수익분배 등이 있다. 보상 안의 대체재로 모니터링, 제재 등이 있다. 이외에도 재정상의 감시, 질 감시, 처벌 등이 있다.

아웃소싱의 시행여부를 분석하는데 거래비용이론이 유용한 개념적 도구의 역할을 하게 되는데, 직접 생산 또는 구매(make-or-buy), 외주화(outsourcing) 등의 결정요인은 거래비용을 따르게 된다. 재산권 방식에 의한 거버넌스 실행(governance practice)은 주주 가치 창조, 이사회 활동, 공급자 권리 등을 다룬다.

〈표 II-6〉 거버넌스 실행의 분류

구분	intellectual origin	예
· incentive practice	- agency theory	보상체계(보너스, 스톡옵션, ESOPs) 공유체계(정보, 리스크, 수익) 조직의 윤리규정 구축을 위한 투자
· monitoring and sanctioning practice	- agency theory - incomplete contracting	재정보고관행(practices) 질평가 모니터링 정책 동료그룹 모니터링 관행 모니터링 정보 시스템 패널티 시스템
· outsourcing practice	- transaction cost economics	거래비용균형분석 외주전략체계화 외주 비용편익분석
· ownership empowerment	- property rights theory - agency theory	주주가치창출 목표 소수/종업원 소유자에 권한 부여(이양) 기업지배 및 이사회 종업원 권한부여(이양) 관행 프로젝트/프로세스 소유 관행
· production function optimization	- neoclassical economics	생산최적화 프로젝트의 강행 프로세스-소유자의 권한부여(이양)
· legal practice	- nexus of contracts	계약관행 기업운영형태 관리 반독점관행 법률서비스 사용을 위한 관행

자료: Parvinen and Kujala, 2004

2) 보건의료부문에 거버넌스 형태 및 실행의 적용

보건의료분야에서 가장 중요한 제도적 환경은 보건의료관련 법, 규정(환자 안전성, 신뢰도, 보건의료공급 관련 법), 공공보건의료지출을 감내해 내는 사회 역량 및 의지, 지불구조, 규범, 가치 및 전통, 대중들의 견해, 정치적 상황, 전문가와 대표자(representatives)간 힘의 균형 등이다.

어떤 형태의 거버넌스 구조를 선택하는지에 대한 동기에 대해 다음의 몇 가지 이론적 접근방식이 있다. 제도 이론(Institutional Theory)에서는 의사결정자가 정치적, 사회적 또는 직업적 압력에 영향을 받게 되고 불확실성이 존재할 경우 다른 것들을 모방하는 경향이 있다고 본다. 자원의존이론(Resource Dependency Theory)은 의사결정자가 시장점유율을 얻고 불확실성을 감소시키기 위해 자원 접근성을 증가시키고자 하며, 학습 이론(Learning Theory)은 의사결정자가 지식 또는 혁신을 향상시키기 위한 거버넌스 구조를 선택한다고 보고 있다. 그리고 신뢰 이론(Trust Theory)은 계약을 이행하기 위해 상대방의 능력이나 의지에 대한 신뢰가 거버넌스 구조를 선택하는데 중요한 역할을 한다고 제시한다.

이를 의사와의 관계로 거버넌스 구조를 구분해 보면 다음의 <표 II-7>과 같다.



〈표 11-7〉 의사와의 관계에 의한 거버넌스 구조 분류

관계	설명	거버넌스 구조
<b>의사/병원</b>		
Admitting privileges only	의사와 병원간 관계가 Admitting privileges에만 한정	시장형
Services for physicians	의사에게 병원이 제공하는 특수 부가 서비스	시장형
Hospital management service organization	의사진료를 바로 시작할 수 있도록 관리, 운영하며 병원에 의해 소유	혼합형
Physician-hospital organization	병원 및 의사를 위해 payer와 협상하는 조직	혼합형
Foundation	병원, health system 또는 subsidiary가 의사진료라는 유무형 자산 소유	위계형
Salaried physician	의사가 병원 또는 foundation에 직접 고용됨	위계형
Hospital-based physician	마취전문의, 방사선의, 응급의 등의 의사	다양함
<b>의사/지불자</b>		
Fee for Service	의사들이 환자, 고용주, 보험업자, 정부에게 행위별 수가를 부과	시장형
Preferred provider physician	payer와 의사간 협상된 계약관계	시장형& 혼합형
Salaried physician	HMO이외에 근무하는 봉직의	위계형
Independent HMO physician	HMO 가입자에게 서비스를 제공함과 동시에 비가입 환자에게도 서비스 제공	혼합형
Group HMO physician	HMO 환자들에게만 서비스 제공	위계형
Staff HMO physician	HMO가 월급으로 의사 고용	위계형
<b>의사/의사</b>		
Solo practice	1인 의사 진료	시장형
Limited asset or service sharing arrangement	의사들이 사무실 공간, 장비 등 공유	시장형
Physician management service organization	의사진료를 바로 시작할 수 있도록 관리	혼합형
Independent practice association	구성원을 위해 구체적 이슈를 협상하는 지역의 법적 실체	혼합형
Group practice	의사진료라는 유무형 자산을 소유한 의사 조직	위계형

자료: Minyard, 1997

앞에서 제시한 거버넌스를 보건의료조직에 적용하여 거버넌스의 세 가지 형태별로 살펴보면 다음의 <표 II-8>에서 제시되는 바와 같이 시장형-위계형, 영리-비영리, 공공-민간의 스펙트럼으로 논의될 수 있을 것이다.

<표 II-8> 보건의료에서의 governance mode

	구분	예
Market-hierarchy (일차의료의 경우)	market exchange	의사 1인 소유의 진료
	closed market	의료보험회사와 계약에 의한 진료
	network	통합된 서비스 전달 네트워크
	coalition	지역협동조합
	alliance	업무공유 및 전문화를 목적으로 한 지자체 특수적 서비스 공급자의 연합
	partnership	일차보건의료공급자와 호스피스 서비스 공급자간 협력
	joint venture	규모의 경제를 얻기 위해 몇 개의 일차의료조직으로 설립된 대규모의 보건의료센터
Economic logic (입원치료의 경우)	hierarchy	특정 지리적 구획에 대해 인구구성원의 책임을 지는 대규모 보건의료조직
	for-profit	민간병원
	for-some-profit	보험회사 운영 병원
	not-for-loss	복미식의 공공병원
Public-private interest (전문수술의 경우)	non-profit	트러스트 병원
	profit-not-an-issue	스칸디나비아식의 공공병원
	private company	민간 클리닉
	public-private partnership	공공부문 이해관계자들에게 지리적/인구적 책임을 부여하는 민간운영 클리닉
	state-owned	공공부문이 과반수의 주식을 보유하는 민간운영 클리닉
	state-controlled enterprise	유일의 공공소유 또는 엄격한 법으로 공공의 이해에 의해 통제되는, 그러나 기업으로 운영되는 클리닉
	association	폭넓은 환자 또는 전문가 단체에 의해 소유 및(또는)통제되는 클리닉. 이들의 이해를 제공
	trust/foundation	특수 질환 또는 외상을 극복하기 위한 통상적이고 일반적인 이유로 트러스트에 의해 운영되는 클리닉
government organization	가능한 한 많은 환자들에게 필요로 하는 서비스를 제공하는 공공부문의 일부로 운영하는 클리닉	

자료: Parvinen and Kujala, 2004

보건의료부문에서 거버넌스 실행(practices)의 첫번째 단계는 이해관계자 분석이다. 앞서 언급한 바와 같이, 여기에서는 이해관계자들의 규명, 분류, 우선순위 설정이 수행된다. 보건의료산업의 특수적인 이해관계자 그룹(예, 정치집단, 관련협회, 지역보건당국, 보험급여국)의 영향력을 찾아내는 것이 중요하다. 그리고 윤리, 전통, 저항변화, 전문성 등에 관한 이슈는 이해관계자의 힘, 협력, 동력을 이해하는 것이 중요하게 작용한다.

이러한 거버넌스 실행(practices)는 형태(mode)와 병행해서 고려해야 하는데, 이는 거버넌스 실행의 활용 및 적용가능성은 소유구조, 기업의 법적 형태, 조직 내 수익구조 등에 따르기 때문이다.

#### 라. 거버넌스 모델: 이사회의 역할 및 책임

비영리 이사회는 다음의 다섯 가지 거버넌스 접근 방식 중 하나를 따르는 경향이 있다. 이들 각각의 접근방식은 이사회의 역할 및 책임에 차이점이 있으며, 이사회 임원과 스태프 간 관계에서의 차이를 제시하고 있는데, 이는 조직의 규모, 목적, 유래 등에서의 차이가 반영된 것으로 보인다. 거버넌스 모델을 크게 조언형 모델(Advisory Board Model), 후원형 모델(Patron Model), 협력형 모델(Co-operative Model), 관리팀형 모델(Management Team Model), 정책형 모델(Policy Board Model)로 구분하고자 한다.

##### 1) Advisory Board Model

이 모델은 CEO가 조직의 창설자인 곳에서 자주 나타나며, 이사회의 지원적 역할을 강조한다. 이사회의 역할은 주로 CEO에 조언자(helper/advisor)의 역할을 하는 것이다. 이사회 임원은 ① CEO에 의해 조언자의 역할, ② 조직에 필요한 전문적 역량, ③ 조직의 재정 문제에 대한 신뢰 및 대중과의 관계 목적을 구축하는데 도움을 받기 위해 채용된다.

개별 이사회 임원은 이러한 기능을 수행하는데 매우 적극적이며 조직에 대한 기여도가 높을 수 있다. 이사회 회의는 CEO가 개발한 아젠다를 가지고 비공식

적으로 수행하는 경향이 있다.

Advisory Board Model은 많은 조직에서 단기간동안에는 잘 수행할 수 있으나 이사회 임원에게 accountability 메커니즘을 제공하지 못하는 측면이 있어 상당한 책무(liability)가 수반된다. 따라서 CEO에 대해 우월적 지위를 유지해야 한다.

## 2) Patron Model

Advisory Board Model과 유사하지만, 이사회(board of director)는 고문단(advisory board)보다 조직의 영향력이 적으며, Patron board는 재원 확보의 목적으로 명목상으로 존재한다고 볼 수 있다. 많은 조직들이 자본유치(capital campaign)를 위해 그리고, 새로 설립된 조직의 신뢰성을 확보하기 위해서는 Patron board가 특히 도움이 된다. 그러나 비전 개발, 조직 계획, 프로그램 모니터링과 같은 거버넌스 임무를 수행하는 데는 한계가 따른다.

## 3) Co-operative Model

조직의 의사결정 구조가 'peer management' 또는 'collective management'로 되어 있으며, 모든 책임은 공유되고 CEO가 존재하지 않는다. 의사결정은 일반적으로 합의에 의해 도출되며 개인이 다른 사람에 대한 권한을 가지고 있지는 않다. 그래서 이사회는 이사회 임원, 스텝, 지원자(volunteer), 클라이언트(clients)로 구성된 단독 관리 조직(single managing/governing body)을 만들어 조직의 철학에 맞게 구성한다.

이 모델이 가장 민주적인 경영방식으로 보일 수 있으나, 모든 구성원들의 공유된 목적을 가지고, 다른 사람들의 업무에 대한 책임을 기꺼이 수용하고, 타협하는 것이 유지되기 힘들 것이다. Co-operative Model은 타협능력이 필수적인 요소이지만, 협력(cooperative)은 강한 이데올로기적 철학적 요소들을 수반하기 때문에 타협이 어려울 수 있다. 또한 효과적인 accountability 구조를 지니기에 어려움이 따른다. 이사회 구성원이 교체될 경우 개인의 그룹에 대한 이해가 변

화될 수 있으며 개인의 행동에 accountability가 유지되도록 보장하기 위한 효과적인 방법이 부재하다.

#### 4) Management Team Model

대부분의 비영리조직은 Management Team Model에 따라 작동되는 이사회에 의해 운영된다. 다소 큰 조직에서는 이사회 및 평의회 구조가 일반적으로 조직의 행정 구조를 반영한다. 인적 자원, 재정, 계획, 프로그램을 담당하는 스텝이 있는 것처럼 이사회는 평의회에게 이러한 영역에 책임을 부여한다.

Management Team Model로 운영되는 이사회는 조직의 기능적 행정적 활동에 깊은 관여를 하게 되며, CEO, 스태프에 대해 지시하는 감독형태를 취한다. 구조적으로는 다수의 위원회, 소위원회를 둘 수 있다. 운영이 원활히 될 경우에 임원선별은 전문영역에서의 지식 및 경험을 기준으로 삼거나 이해관계자를 채용하게 된다.

이 모델의 단점은 이사회역의 역할이 운영에 연관된 결정만 요구하는 것으로 여겨 실행은 스태프가 하도록 한다. 그래서 결정에 일관성이 부족하고 계획이나 책임(accountability)문제에 그다지 관심을 가지지 않게 된다.

#### 5) Policy Board Model

많은 조직에서 올바른 책임(accountability)을 유지하지 못하기 때문에 그리고 이사회에 대해 기대되는 역할이 제대로 수행되지 못하는 측면으로부터, 이사회역의 역할을 경영자의 역할과 차별화시켜야한다는 필요성이 제기되고 있다. CEO와 이사회간, 그리고 이사회와 지역사회간 관례, 이사회 역할에 대한 재검토가 시도되고 있다.

Policy Board Model에 있어서 John Carver는 이사회역의 역할을 다음과 같이 제시하고 있다. 1) 조직을 위한 원칙과 정책을 가이드하고 2) 원칙과 정책을 행하도록 맡은 자에게 권한과 책임을 위임하고 3) 원칙과 정책을 가이드함과 동시에 모니터링하며 4) 스텝, 이사회 등에게 성과를 책임지도록 하고 있다.

Policy Board Model에서 운영되고 있는 이사회는 CEO와 깊은 신뢰관계가 구축되어야 하며, 조직의 가치 및 미션에 공헌할 이사회 임원을 채용하게 된다.

#### 마. 효과적인 병원 거버넌스 구조의 구축을 위한 요소

거버넌스 구조(governance structure)의 측면에서 효과적인 병원 거버넌스 구축을 위한 요소를 정리하면 다음의 요소들이 포함되며, 이들 각 요소에 관해 중심으로 고려할 사항을 살펴보면 다음과 같다.

- 거버넌스 원칙
- 이사회 임원들의 역할 및 책임(responsibilities)
- 임원 선출에 관한 가이드라인
- 효과적인 기능을 수행하기 위해 적합한 이사회 규모 및 구성
- 이사회 accountability
- 커뮤니티를 위해 병원이 관계하도록 기회를 제공하는 조합적 멤버십 (corporate membership)

#### 1) 거버넌스 원칙

거버넌스 원칙은 처음에 거버넌스 책임에 대한 전반적인 철학 및 접근방식을 제시하는 이사회에 의해 설정된다. 거버넌스 원칙을 설정하는 가장 중요한 부분은 이사회가 활용할 수 있는 거버넌스 모델에 대한 검토와 조직에게 가장 적합한 신중한 의사결정 방식에 있다. 일반적으로 거버넌스 원칙에는 다음의 사항이 포함된다.

- 조직이 최선으로 운영되기 위한 이사회 fiduciary 의무
- 이사회 환자, 보건당국 등의 이해관계자에 대한 accountability
- 이사회가 활용하고 있는 거버넌스 모델
- 의사결정 접근방식 및 투명성 제공

## 2) 이사회 역할(roles) 및 책임(responsibilities)

거버넌스는 이사회가 어떻게 책임(responsibilities)을 수행하고 이들의 역할을 집행하는가로 정의된다. 효과적인 거버넌스(effective governance)는 중요한 의사결정을 적시에, 적합하게 정당한 과정을 거쳐 수행하는 것으로 정의된다(Alexander, 1990; Kovner, 1990, Pointer & Ewell, 1994).

이사의 역할 및 책임에 대해서는 다양한 저자들이 내적 역할 및 외적 역할에 대해서 제시하고 있는데, 이들의 내용에 공통적으로 나타나는 역할을 요약하면 다음과 같다. ① 위기 또는 이행기에는 직접 통제(direct control)를 행사, ② CEO 임면 및 성과평가, ③ 의사결정 검토, ④ 외부 인사 선출, ⑤ 경영 조언, ⑥ 전략적 계획, ⑦ 조직 명성 향상 (지역사회의 관리자가 됨)

Chenoy and Carlow(1993)는 이사회는 조직을 위한 윤리적인 원칙을 확립하고 자가 평가, 교육, 개발을 수행하는 등의 역할을 보유하고 있다고 제시한다. 또한 지역사회와 직접적인 연계성을 발전시킬 필요가 있으며 이를 효과적으로 달성하기 위해 의사결정에 지역사회와 공유해야 함을 강조한다.

Kovner(1990)는 이사회 역할을 이해하기 위해 다음의 세 가지 이론적 틀을 제안한다. 여기에는 ① 전략적 의사결정자로서의 이사회, ② 경영에 대한 합리적 조언자로서의 이사회, ③ 지역사회 관리자로서의 이사회가 포함된다. 이들 세 가지는 상호 배타적이지는 않지만, 이사회를 구분해서 바라보는 방식을 제공한다.

전략적 의사결정자로서의 이사회는 비전과 방향(direction)을 제공한다. 또한 이사회는 경영에 대한 조언의 역할을 한다. 이사회는 조언자의 역할을 함으로써 이사회 지위를 포기하는 것이 아니라 이사회와 경영자가 공동의 목표를 달성하기 위해 협력한다. 이러한 상황에서 CEO는 주도적인 역할을 하며, 이사회는 고용 및 해고에 관한 권한을 가져 CEO에게 영향력을 행사하게 된다. Kovner(1974)는 이사회 구성원들이 독자적인 정책결정을 하는데 시간 및 동기가 부족하며, 관리인(administrator)이 간헐적으로 이사회에 정보를 전달하여 아

젠다를 결정하게 된다는 것을 알아내었다. Kovner(1990)는 이사회역의 역할은 정책결정이며, 이사회역의 의사결정역량을 개선하여 경영을 지원할 수 있도록 권장하고 있다.

이사회역의 또 다른 역할은 지역사회역의 관리자 역할이다. 공공보건역의 관리자로서, 기관의 생존이외에 지역사회역의 보건역료 요구를 고려한다. 병원역이 지역사회역내의 병원역에서부터 실질적인 지역사회역 병원역으로 변화되어야 한다는 것이다. 그래서 병원역 이사회역는 자신의 이익을 유지하는 것에서부터 집단적인 이해를 제공하는 것으로 이행해야한다고 제시한다(Pointer and Ewell, 1995; Kovner, 1994).

이외에도 이사회역는 의료분야와 행정분야 또는 노조와 같은 기타 다른 그룹간 이해관계를 조정하는 역할을 한다. 이사회역는 이들 그룹에게 다양하게 나타나는 기회주의적 행동을 모니터링하고 조직의 공통 목표 달성이라는 틀 내에 조직이 유지되도록 조정 및 조화시킬 수 있는 방안을 모색한다.

이사회역는 조직의 목표 달성 및 전략적 계획이 강조되지만, 보건역료조직이 매우 다양하여 조직의 목표를 달성하기 위해서는 다양한 역할을 수행하도록 요구될 수 있으며, 이사회역의 역할에 대해서는 상이한 기대와 견해를 지닐 수 있다. Baker(1992)는 이러한 상이한 견해로 매우 독특한 accountability 구조와 관계(relationship)를 지닐 수 있음을 언급하고 있다. 전략적인 계획 역할은 장기 비전 및 방향설정에 관계하고, 경영에 대한 조언자로서 경영에 많은 임무를 부과한다. 또한 지역사회역 내 시민들에 대해 accountability를 고려하며, 다양한 관점을 조정하는 등의 역할을 한다.

Pointer & Ewell(1994)은 책임(responsibilities)을 거버넌스의 실질적인 측면으로 정의한다. 이는 이사회역가 조직의 이해관계자들에 대해 의무를 수행하도록 참여해야하는 특수한 문제이며, 이사회역가 책임을 다하기 위해 집행해야하는 기능 및 활동으로서의 역할을 말한다.

이외에도 기존 문헌에서 제시하고 있는 보건역료부문의 이사회역 역할 및 책임을 살펴보면 다음과 같다.



- ▶ Pointer & Ewell(1994)
  - 조직의 목표 형성: 비전, 미션, 목표
  - 집행 성과 보장
  - 환자에게 의료의 질 보장
  - 조직의 재정 건전성 보장
  - 이사회 성과 및 발전을 위한 책임
  
- ▶ Griffith(1992)
  - 집행부 임원 임명
  - 장기 플랜 확립
  - 연간 예산 승인
  - 의료진(medical staff)의 구성원 임명
  - 계획 및 예산에 관한 성과 감시
  
- ▶ Jordon(1990)
  - 자료 공개
  - 정책 결정
  - CEO 선별 및 평가
  - 후원
  - 조직의 재정적 지속성 보장
  
- ▶ Umbdenstock et al.(1990)
  - 미션 및 가치(values) 확인
  - 정책결정
  - 플랜 개발
  - 재정적 지속성
  - 질 평가 및 개선
  - 법 및 규제 순응

- 효과적인 소비자와의 관계

▶ Prybil & Starkweather(1976)

- 기업 목표 및 주요 제도적 정책 구축
- 계획 및 프로그램 개발 및 기업 목표와 상응하게 실행하도록 보장
- 이사회 업무를 실행하기 위한 건전한 절차 구축 및 유지
- 병원의 장기 재정적 지속성 제공
- 병원 성과 평가
- 병원 조직 구조 검토 및 승인
- 병원의 목표 및 성과에 대해 커뮤니티에 알림

Pointer and Ewell(1994)은 거버넌스의 책임과 역할 간에 중요한 차이점이 있음을 지적한다. 이사회는 궁극적인 책임을 행하기 위해 정책형성(policy formulation), 의사결정(decision-making), 그리고 감독(oversight)의 세 가지 역할을 수행할 것을 제안한다. 정책은 조직에게 방향을 제공하고 특수 임무 및 권한이 경영인 및 의료진에게 위임되는 수단이 된다. 또한 정책은 의사결정 및 행위를 가이드하거나 제한하고 이사회가 의사결정 역할을 수행하기 위한 프레임워크를 제공한다. 그래서 이사회는 정책을 제대로 따르며 바람직한 결과를 도출하도록 의사결정 및 행위를 평가, 감독한다.

Pointer and Ewell(1994)은 자원의존관점을 거버넌스에 처음으로 적용한 Zald(1969)의 작업을 재고찰하면서, 이사회에 내부통제(internal control)와 외부통제(external control)라는 두 가지 주요 기능을 가지고 있음을 지적하고 있다. 내부통제는 내부기능 감독에 관한 것이고, 외부통제는 이해관계자와의 연계를 개발하는 것에 관한 것이다. 이러한 연계는 조직이 필요한 자원을 성공적으로 확보할 수 있도록 하는 것이다. Zald는 다양한 요소들에서 이사회가 외부통제 및 내부통제 수행에 미치는 영향, 그리고 이사회가 조직 경영에 미치는 영향과 연관되어 있다고 본다. 이러한 요소에는 환경, 이사회 규모 및 구성(composition), 집행부 특성, 그리고 조직의 생애주기 단계(life-cycle stage) 등이 있다. Zald는

조직이 외부 자원에 의존하고 이사회가 이러한 자원에 접근한다면 경영에 영향을 미치는 이사회 역량이 더욱 커진다는 가설을 제시하고 있다.

자원의존관점(resource dependence perspective)에서 이사회에 관한 실증연구는 1970년대 Jeffrey Pfeffer에 의해 수행되었는데, 상업부문과 보건의료산업부문에서의 이사회를 연구하였다(Pointer and Ewell, 1994). Pfeffer(1972)는 80개 기업을 대상으로 이사회 규모/구성과 조직의 외부 환경의 자원특성, 성과의 관계를 분석하였는데, 환경적인 요구사항이 반영된 이사회 구성 정도에 따라 이사회가 조직의 성공에 영향을 미친다는 것을 제안하였다.

Provan(1988)은 이사회가 병원의 내부 의사결정에 미치는 영향력을 분석하였다. 239개의 비영리 community hospital 데이터(American Hospital Association Survey)를 활용한 분석결과, 병원의 규제에 대한 반응(response)이 클수록 내부 의사결정에 관한 이사회 영향력이 감소되며, 병원이 정부로부터의 재원 조달이 많을수록 이사회 내부결정에 대한 영향력이 커진다. 그리고 병원규모와 이사회 영향력은 역의 상관성을 지니며, 이사회가 경영자로부터 받는 정보의 양은 이사회 영향력과 직접적으로 연관된다. 이러한 결과는 병원이 multihospital system으로 있을 경우, 병원의 규제에 대한 반응, 재원의 외부의존성 정도에 따라, 이사회가 병원의 의사결정에 미치는 영향력이 상이하게 나타나게 된다.

보건의료 환경변화에 따른 이사회 구성에 미치는 영향에 대해서도 몇몇 문헌에서 제시하고 있다. Boeker and Goodstein(1991)은 이사회가 환경변화로 영향을 받게 되는 방식을 연구하기 위해 longitudinal approach를 활용하였다. 병상 수를 증가시키고 있는 병원에서는 병원 이사회에 의사 비율을 증가시키는 한편, 병상 수 증가에 대응하여 커뮤니티 내에 관리집행부 이사회 구성원의 비중을 증가시키는 것으로 나타나, 조직이 외부 환경변화에 영향을 받게 된다는 것을 제시하였다.

3) 이사회 규모 및 구성<sup>주19)</sup>

이사회 구성(*composition*)은 조직의 요구를 충족시키기 위해 주기적으로 검토 및 새로 선출된다. 가장 바람직한 방법은 임원을 새로 선출할 경우 필요한 자격을 갖춘 사람이 명확한 선출기준에 따라 선출되는 것이다.

이사회는 조직에 가이드를 제공하기 때문에 이사회 구조 및 구성이 기본적으로 중요한 영역을 차지하게 된다. 이사회가 능동적으로 현안에 대해 논의하고 합의를 이끌어내기 위해서는 적절한 수로 구성되어야 할 것이다. 이사회 수가 너무 적을 경우에는 현안을 보는 관점이 협소해질 수 있는 반면, 이사회 수가 지나치게 많을 경우에는 현안에 능동적으로 참여하지 않을 가능성이 높고 합의에 도달하는 과정이 어려울 수 있다. 이사회 의 이상적인 규모가 정해져 있는 것은 아니지만, Delbecq(1988)<sup>주20)</sup>은 서베이 과정을 통해 7명으로 구성된 이사회 조직이 이상적인 규모라고 제시하기도 하며, Pointer & Orlikoff(2002)<sup>주21)</sup>은 9명에서 19명 사이가 적절한 수로 권장하고 있다.

이사회는 조직 운영에서가 아니라 정책을 결정하는데 중심적인 역할을 하기 때문에 이사회 임원은 다양한 경험 및 능력을 보유하는 것이 중요하다. 또한, 이러한 경험 및 능력이 이사회 업무에 적합한 것이어야 한다.

이사회 내의 직무상 자격을 보유한 임원은 2명 또는 그 이하로 제한하거나 조직 운영 내부자와 직무상 자격을 보유한 임원은 25퍼센트 수준이 되어야 한다. 이사회 내의 CEO는 일반적으로 다른 이사회 임원과는 달리 직무 기간에 제한을 두고 있지 않으므로 이들의 영향력이 장기간에 걸쳐 미칠 수 있다.

이사회 임원이 조직의 고객이 될 경우에 이사회 구성에 또 다른 영향을 미칠 수 있다. 환자는 보건의료조직에 주요 고객이 되며, 마찬가지로 의사도 병원을

주19) Pointer D, Orlikoff J, The high-performance board: Principles of nonprofit organization governance 2002 John Wiley & Sons, Inc.을 주로 참고함

주20) Delbecq AL, Grill SL, Developing strategic direction for governing boards, Hospital & Health Services Administration, spring 1988; 33(1): 25-35

주21) Pointer D, Orlikoff J, The high-performance board: Principles of nonprofit organization governance 2002 John Wiley & Sons, Inc.

선택하는 고객이 될 수 있다. 고객이 이사회 구성원으로 있을 경우 조직 경영에 직접 접근할 수 있지만, 다른 이사회 구성원은 경영방침에 그대로 따라야만 한다. 따라서 이사회 구성원들의 역할 및 책임을 명확히 규정하여 모든 이해관계자들의 최선의 이해를 기반으로 의사결정이 이루어지도록 하는 것이 중요하다.

이사회 구성은 외부 규율에 의해 제한받을 수 있고 임원들이 선출되거나 또는 임명될 수 있다. 어떤 과정을 거치든 간에 이사회 임원들은 특정 관점을 대표하는 것이 아니라 모든 이해관계자를 대표하여 조직을 구성하는 구성원과 이해관계자의 이해가 균형을 이루도록 해야 한다.

이사회 임원들이 어떠한 방식으로 선출되든지 간에 임원간 대립되는 의견(conflict of interest)이 발생할 수 있다. 이사회 임원이 이사회 결정으로 개인적인 혜택이 주어지는 경우가 있다면 의사결정권을 제한하여야 한다. 또한 이사회 임원이 다른 조직의 이사회에 있는 경우가 있는데, 이때에 상충되는 의견이 다른 조직에 긍정적 또는 부정적인 영향을 미친다면 이 경우에도 의사결정권을 부여하는데 제한을 두어야 한다.

#### 4) 이사회 accountability

accountability는 ‘설명할 책임’ 또는 ‘설명책임’으로 번역된다. accountability론에서는 ① 회계 및 감사, ② 정보공개로 인식되고 있다. ①의 경우에는 회계학이나 감사론의 중심개념으로 accountability를 고려하게 된다. accountability는 재산관리자의 수탁자책임 여부를 전제하는 것으로, 수탁자의 책임 성립에서 해계에 이르는 프로세스를 회계적으로 설명하는 것이라 할 수 있다. 경제활동을 하고 있는 기업(영리조직), 비영리조직에서는 어떤 기간의 활동 또는 어떤 시점에서 의 상태에 관한 보고서를 외부에 공개하고 있다. 이의 목적은 기업의 경우, 자금을 제공하는 경제주체 즉, 주주, 은행, 채권 구입자에게 기업이 행한 활동에 대해 설명할 책임이 부과되기 때문에, 이러한 설명책임을 accountability라 할 수 있다.

유한 책임을 기반으로 한 주식회사제도의 경영 위탁 및 수탁 관계에서는 경

영자의 주주로부터의 수탁책임과 accountability가 있다. 회계는 재산운용의 수탁자가 위탁자에 대해 accountability를 하는 주요한 수단으로, 업무수행에 대한 평가가 된다.

한편 ②는 근대 시민사회에 있어서 자유와 평등의 개념과 밀접히 연결된다. 이는 회계뿐 아니라 정책수립, 재화 및 서비스 제공 등, 위탁자 책임수행, 공적 설명책임을 accountability라고 말할 수 있기 때문에, ①을 포괄하는 좀더 광의의 개념이라 할 수 있다. 즉, 의료의 경우에는 환자는 약자를 다루는 특성상, 약자로 있는 환자의 권리가 명확해야 한다. 예를 들어, 1973년에 미국병원협회에서는 ‘환자의 권리장전’을 발표하였는데, 여기서 환자가 알기 쉽게 그리고 인격을 존중받는 치료를 받을 권리가 있다고 제시하였다. 그리고 1991년에는 입원시 병원은 환자 자신이 자기결정권이 있다는 것을 전달할 의무를 부여하였다. 우리나라도 환자의 자기결정권 개념을 활용하여 환자중심 의료라는 이념을 토대로 인간으로서의 존엄을 지켜나가며 의료를 받을 권리를 적용할 수 있는 기제를 고려할 필요가 있을 것이다.

환자의 권리를 구체적으로 살펴보면, 1) 양질의 의료를 공평하게 받을 권리, 2) 인격을 존중받으며 의료제공자와 상호 협력관계 하에 의료를 받을 권리, 3) 진료에 관해 충분한 설명을 듣고 정보를 얻을 권리, 4) 치료방법 등을 자신이 선택할 권리, 5) 자기 진료기록을 공개하도록 요구할 권리, 6) 진료과정에서 얻은 개인정보의 비밀을 유지하여 사적 생활에 지장을 받지 않도록 할 권리, 7) 연구 중에 있는 의료에 관해 충분히 정보를 제공받고 그 여부를 결정할 권리 또는 어떤 불이익을 받을 경우 언제든지 거부할 권리가 있다.

또한 다음과 같은 환자의 책무도 강조하고 있다. 1) 의료제공자에 대해 환자 자신의 건강에 관한 정보를 제공할 것, 2) 의료 상 이해할 수 없는 것에 관해 질문할 것, 3) 다른 환자의 치료나 병원직원의 의료제공에 지장을 주지 않도록 할 것을 제시하고 있다. 즉, 환자로서의 권리가 인정되는 한편, 환자자신도 그에 상응하는 책임을 지니고 있다고 할 수 있다.

accountability라는 개념이 미국 의료서비스에서 주목받게 된 것은 1970년대이며, 그 이후에는 그다지 영향력을 가지고 있지 않다가 1990년대 이후

accountability 확보가 의료시스템에서 가장 중요한 과제 중 하나로 되었다. 이는 미국의료에서 1) 사회전체의 accountability에 대한 관심 증대, 2) 의료에 있어서 TQM 보급, 3) 관리의료(managed care)의 대두 및 진전, 4) 소비자운동 발전에 기인한다고 볼 수 있다.

accountability의 절차(procedures)에는 두 가지 구성요소가 있다. 첫째, 각 영역 기준에 대한 순응도(compliance/adherence) 평가이다. 둘째, 평가결과의 공개 및 평가결과에 대한 이해관계자의 설명(정당성 증명)이다. 순응도 평가와 결과공시 절차는 공식적인 것과 비공식적인 것이 있다. 공식적 평가절차에는 외부조직에 의한 인정, 평가(현지시찰 및 서류조사 등), 그리고 병원과 외과의 수술에 관한 사망율과 이환율 데이터 분석 등이 있다. 그러나 이와 같은 다양한 평가 및 분석방법이 현재에도 개발, 갱신 중에 있으며 아직은 완전한 수준에 이르고 있는 것은 아니다. 평가결과 공개와 설명에 관한 공식적 절차에는 대중 청취(public hearing), 자격인정, 리포트카드 등이 활용되고 있다.

의료에서의 accountability 확보에 관한 구체적인 절차, 기준 등은 미국에서도 정의가 없는 실정이다. 다만, 의료의 accountability에 관해 3가지 모델이 있는데, 1) 전문가 모델(professional model), 2) 경제 모델, 3) 정치모델을 들 수 있다.

전문가 모델(professional model)에서 강조하고 있는 것은 ‘의사는 동료의사 등과 환자에 대해 accountable해야 한다’라는 것이며, 이에 대해 경제모델에서는 ‘시장에서 소비자 자신의 니즈에 부합된 의료서비스 제공기관(provider)을 선택할 수 있어야 한다’는 것을 강조하고 있으며, 환자와 보험구매자를 시장에서 소비자로서 보는 한편, 보험뿐 아니라 의료기관이나 의사 등의 의료공급자에 의해 제공된 의료서비스를 상품으로 구매(교환)하고 있다.

정치모델에서는 커뮤니티 의사결정과정에서 시민으로서의 환자 및 의사를 참가하도록 하여 accountability가 확보되도록 하는 것을 강조하고 있다. 다른 모델과는 달리 정치모델에서는 주요한 accountability 영역이 정해져 있는 것은 아니다. 커뮤니티의 시민으로서 의사 및 병원, 환자 등의 견해를 듣고, accountability 영역과 그 특정 영역 등을 시민의 니즈에 부합되도록 하는 것으로 정의할 수 있으나, 결국은 시민의 승인을 목표로 하고 있다.

## 5) 지역사회와의 협력적 관계

병원 이사회는 의료서비스를 제공하는 지역사회의 대표적 역할을 할 뿐 아니라 이사회 자신의 업무를 지역사회에 개방하고 접근할 수 있는 방식으로 나아가는 것이 바람직하다고 볼 수 있다(Quigley & Scott, 2004). 즉 병원은 향후 지역사회의 accountability를 언급하기 위해 지역사회에 회원(membership)을 확대, 개방하는 방향으로 나아가야 한다.

이사회 회원을 선택하는 방식에 따라 다음의 <표 II-9>와 같은 모델로 구분해 볼 수 있다.

<표 II-9> 이사회 멤버십 모델

구분	내용
이사회 멤버십 모델 (board membership)	조직의 유일 멤버로써 이사회 멤버를 임명하여 멤버십을 유지하는 형태
개방 멤버십 모델 (open membership)	연회원비를 지불하는 사람이면 누구나 멤버가 될 수 있는 형태
지원에 의한 멤버십 (membership by application)	멤버가 되고 싶어하는 사람에게 지원서를 작성, 제출하도록 하되, 지원자가 멤버가 되기 이전에 이사회가 승인을 하는 형태
선출형 단체 멤버십 (electoral college membership) 또는 폐쇄형 후원자 멤버십 (closed constituency membership)	이사회가 다양한 이해관계자를 그룹별로 승인하고 임명된 총 멤버 중에 일부를 이 그룹에서 선출하여 특정 기간동안 멤버가 되는 형태

이사회 멤버십 모델(board membership model)은 지역사회와의 유기적 관계를 위해 회원을 개방하는 측면에서 제한점이 많다. 이에 반해 지원에 의한 멤버십(membership by application)은 병원의 관심(interests)과 목적을 후원할 수 있는 회원을 선택할 수 있으며 향후 이사회 입후보자 풀(pool)을 만들 수 있다는 장점이 있다. 선출형 단체 멤버십(electoral college membership) 또는 폐쇄형 후원자 멤버십(closed constituency membership)은 개방 멤버십 모델(open membership



model)보다는 다소 복잡하고 까다로운 측면이 있지만 이들 후원자 그룹이 조직의 방향설정을 위한 실질적인 투입요소(input)를 제공하고 지역사회와 관련된 문제에 대해 중요한 공헌을 하는 모델로 제시되고 있다.

예를 들어, 캐나다의 Centre for Addiction and Mental Health(CAMH)는 이러한 모델을 취하고 있는데, CAMH의 12개의 그룹(정신보건관련 소비자, 소비자 가족, 공공보건기관, CAMH 종업원, 지역사회 정신보건관련 기관 등)으로 구성된 70명의 회원을 보유하고 있다. 이들 회원은 일년내 이틀간의 회의에 초대되는데, 이 회의를 통해 회원들의 CAMH 활동을 개선하고, 다양한 이슈에 대해 회원들의 견해를 수집할 수 있는 기회를 제공하며, 회원간 정신보건 관련 문제에 대한 이해와 네트워크를 증대시키고자 하고 있다.

이와 같이 어떠한 모델을 선택하든지 간에 이사회는 지역사회에 대한 거버넌스 활동에 책임이 있으며, 이사회가 지역사회의 요구에 잘 반응하기 위해서는 이에 대한 이사회역의 역할과 책임이 효과적으로 기능할 수 있는 구조가 요구된다.

바. 효과적인 병원 거버넌스 프로세스의 구축을 위한 요소

병원이 효과적인 거버넌스를 구축하기 위해서 프로세스의 측면에서 고찰해 볼 수 있는 요소는 다음과 같다(Quigley and Scott, 2004).

- 이사회 각 영역에 대한 책임과 관련된 이사회 정책 개발
- 매년 이사회 목표 및 운영 계획 개발
- 이사회 회의를 위한 아젠다 및 지원문서 개발
- 개방형 회의 방식(open board meeting)으로 논의
- 체계적이고 투명한 임원 선출을 위한 과정
- 신규 임원을 위한 효과적 오리엔테이션 프로그램 및 이사회를 위한 계속 교육 프로그램
- 효과적인 감시 및 병원운영을 모니터링하기 위한 성과 지표 수립
- 다른 조직과의 연계 강화를 위한 프로세스

### 1) 이사회 각 영역에 대한 책임과 관련된 이사회 정책 개발

병원운영을 관리할 책임과 함께 방향을 제공하기 위한 정책개발에 이사회는 체계적으로 이사회 정책을 개발 및 수정해야 한다. 이사회는 책임, 예를 들어 목적, 경영성과, 질적 측면, 재정, 이사회 효과성, 파트너십 구축 등의 영역에서 개별적으로 이사회 정책을 만드는 것이 이사회에 심의과정을 제공하고 이사회 역할마다 정책의 중요성을 강화할 수 있다.

### 2) 매년 이사회 목표 및 운영 계획 개발

이사회는 조직의 성과 달성과 당해년도 성과를 평가하는데 기여하게 된다. 이사회는 실제 이사회를 수행하는 내용을 포함하는 이사회 운영계획(work plan)으로 전환된다. 또한 이사회 운영계획은 이사회 정책이 구체화되는 스케줄의 문제가 될 수 있다. 이사회 운영계획은 이사회 목표와 결합하여 이사회 역할 및 책임에 대한 성과를 평가하는 주요 지표를 제공해 준다.

### 3) 이사회 회의를 위한 아젠다 및 지원문서 개발

이사회 회의 아젠다의 구조 및 내용은 이사회 효과적 기능에 있어 중요하다. 이사회 회의의 효과성 및 효율성을 최대화하기 위해 필요한 사항은 다음과 같다.

- 연간 이사회 목표 및 운영계획으로 도출된 아젠다
- 정책 수립, 의사결정, 감시 등 이사회 역할을 구체화한 아젠다
- 관련 이사회 정책에 대한 구체적인 참고 자료
- 이사회 활동에 요구되는 문제와 정보항목 구분
- 아젠다 항목에 대한 구체적 시간 배분
- 의사결정 지원 보고서(decision-support documents)
- 이사회 논의사항에 대한 요약 보고서
- 회의 평가

4) 이사회 회의 공개

이사회 회의 장면을 공개하는 것은 이사회 투명성 및 accountability를 향상시킬 수 있는 긍정적 기능이 있다. 다만 이 경우에 다음의 사항이 고려되어야 한다. 회의장면을 공개함으로써 병원이사회가 지역사회에 대한 책임만 강조하고 중앙보건당국에 대한 책임은 약화될 수 있다는 오해가 증폭될 수 있다. 그리고 민감한 문제가 있을 경우에는 충분한 논의가 원활히 되지 않을 수 있으며, 내부 또는 외부 이해관계자들에 의한 이사회 회의에 참여율이 저조할 수 있다.

5) 체계적이고 투명한 director 선출을 위한 과정

Director 선출 또는 임명을 위한 추천과정은 투명하고 명확해야한다. 이를 위해서는 현 이사회 임원의 역량, 전문성, 2-3년에 걸친 임원의 승계 등에 대한 프로파일을 개발하고 이사회 지위에 적합한 이유를 구체화시킨 지원서를 완성하도록 하며, 이사회 선출에 대한 가이드라인과 비교하여 후보자들을 평가하는 등의 과정이 필요하다.

6) 신규 임원을 위한 오리엔테이션 및 이사회를 위한 계속교육 프로그램

임원 개인이 이사회 업무에 효과적으로 참여하기 위해서는 조직에 관한 정보 즉 병원 내 이사회 및 주위 환경에 대한 지식이 중요한 역할을 한다. 이러한 지식을 습득하는 과정은 이사회 임원 개인의 책임으로 주어지게 될 것이므로, 임원 추천과정과 같이 교육과정 또한 체계적이고, 포괄적이며, 투명한 과정이 필요하다.

7) 효과적인 감시 및 병원운업을 모니터링하기 위한 성과 지표 수립

조직의 성과를 감시 감독하는 이사회 역할의 맥락에서 이러한 역할을 수행하기 위한 적절한 성과지표를 개발하는 것이 필요하다. 즉, 관리운영성과, 질, 재

정, 효과성 등에 대한 이사회 책임 영역별로 성과지표를 만들고, 경영과 조화 되도록 이사회 거버넌스 책임을 계량화할 수 있는 몇 가지 지표도 구축하며, 주기적으로 성과를 모니터링하는 과정도 필요하다.

#### 8) 다른 조직과의 연계 강화를 위한 프로세스

최근에 병원 이사회들은 지역사회내의 다른 조직과의 연계가 필요하다는 인식이 수용되고 있다. 그러나 이를 위한 메커니즘이 잘 구축되어 있지 않으며 지역의 정책방향이나 가이드도 미흡한 실정이다. 따라서 보건의료서비스를 제공하는 이사회 및 CEO의 지역 네트워크를 만들어 서비스 개선을 위한 모임을 주기적으로 할 필요가 있으며, 또한 다른 조직의 이사회와 논의를 하는 포럼도 주기적으로 개최하는 것이 지역사회의 연계를 강화할 수 있는 프로세스이다.

#### 9) 거버넌스를 위한 표준(Standards)<sup>주22)</sup>

마지막으로, 병원이 효과적인 거버넌스를 구축하기 위해서 보건의료부문에 적용할 수 있는 거버넌스를 위한 표준(standards) 항목을 정리하면 다음과 같다.

- 조직의 가치, 미션, 비전을 명확히 정의하기 위한 프로세스
- 조직을 커뮤니티와 통합하기 위한 프로세스
- 조직의 목표 및 전략적 계획이 되는 전략적 방향(strategic directions)을 위한 프로세스
- 운영 및 사업 플랜 개발관련 파라미터를 구축하기 위한 프로세스
- 집행부들을 임명, 평가할 수 있는 프로세스
- 고위직에 있는 의사들을 임명, 평가할 수 있는 프로세스
- 의사 관리 관련 파라미터를 구축하기 위한 프로세스

주22) Newfoundland and Labrador Health and Community Services Association, Framework of accountability for regional health boards, A Presentation to the Government of Newfoundland and Labrador, 1999.

- senior staff 및 의사들이 관리조직(governing body/owners)에 조언할 기회를 제공할 프로세스
- 관리조직(governing body/owners) 구성원 교육을 위한 프로세스
- 관리조직(governing body/owners)의 의료 질, 치료, 서비스 전달에 대한 accountability
- 거버넌스와 연관된 성과지표
- 거버넌스 질 개선 및 평가에 대한 우선순위를 위해 선별되는 거버넌스 관련 프로세스
- 선별된 과정을 개선시키기 위한 프로세스
- 질 개선 활동의 성과에 대한 정보교환
- 선별된 프로세스 개선에 대한 지속적인 모니터링

### 3. 거버넌스가 건강에 미치는 영향에 대한 실증 분석

앞에서 보건의료에 거버넌스의 필요성에 대해 문헌 고찰을 통해 살펴보았다. World Bank는 거버넌스를 한 국가의 발전을 위한 경제 및 사회자원을 관리하는데 권한(power)이 행사되는 방식으로 보고 있는 바와 같이, 거버넌스는 경제 성장에 중요한 요소임이 인식되고 있다. 그러나 거버넌스가 경제 성장에 어떤 수준으로 영향을 미치는 지에 대해서는 실증적인 연구가 잘 이루어지지 못하고 있다. 이는 거버넌스라는 개념이 아직 명확히 정립되어 있지 않은 것에도 그 원인이 있지만 이를 경제 성장의 한 지표로 고려하기 위해 거버넌스를 계량화하여 분석하는 데는 아직 한계가 많기 때문에 여겨진다.

더구나 이러한 거버넌스가 한 국가의 건강자본(health capital)에 있어서 실질적으로 어떠한 영향을 미치는 지에 대해서는 아직 분석되고 있지 않다. 다만, Lazarova and Mosca(2006)<sup>주23)</sup>의 논문에서 governance가 사회발전에 미치는 영향

주23) Lazarova E, Mosca I, Does Governance Matter for Aggregate Health Capital? Applied Economic Letters, forthcoming, 2006.

력에 대한 분석을 시도하고 있을 따름이다. 이에 본 연구에서는 절대소득 및 상대소득이 건강에 미치는 영향을 분석한 Rodgers(1979)의 모델을 토대로 거버넌스가 한 국가의 국민 건강에 미치는 영향력을 분석하고자 한다.

Rodgers(1979)는 절대소득 및 상대소득이 건강자본에 미치는 영향을 분석하고 있으며, 이 후에 van Doorslaer 등(1997)은 소득 불평등이 건강에 미치는 영향을 분석하였고, 그 이후에 Kennely et al.(2003), Kennedy et al.(1996), Chiang(1999) 등의 연구가 진행되고 있다.

본 연구에서는 WB가 발표하고 있는 거버넌스 지표를 활용하여 회귀분석모형에서 Gini 지수를 대신하여 거버넌스 지수를 포함할 경우와 Gini 지수와 거버넌스 지수 모두를 포함한 분석모형에서의 통계적인 설명력에 대해 살펴보고자 한다. 이를 통하여 거버넌스가 건강자본에서 중요한 결정요인으로 작용하고 있음을 보여주하고자 한다.

## 가. 연구 방법

### 1) 자료원

본 연구에서는 거버넌스 및 지니계수 데이터의 가용성에 따라 2000, 2002, 2004년에 해당하는 121개 국가를 대상으로 하여 분석하였다. 분석을 위해 아래의 <표 II-10>에서 제시하는 바와 같이 WHO, World Bank 등의 자료가 활용되었다.

<표 II-10> 자료원

변수	설명	자료원
LE	기대여명 (2003년)	WHOSIS(WHO Statistical Information System) <a href="http://www.who.int/whosis/en/">http://www.who.int/whosis/en/</a>
HALE_m HALE_f	남/여 건강수명 (2003년)	WHOSIS(WHO Statistical Information System) <a href="http://www.who.int/whosis/en/">http://www.who.int/whosis/en/</a>
GNI	1인당 국민총소득 (US\$ PPP 2003)	The World Bank
Gini	지니계수	04 World Development Indicators
GOV	거버넌스 통합지표 (2000, 2002, 2004년)	The World Bank <a href="http://www.worldbank.org/wbi/governance/data">http://www.worldbank.org/wbi/governance/data</a>

World Bank는 거버넌스 지표를 다음의 <표 II-11>와 같이 6가지로 제시하고 있다. 그런데 Political Instability and Violence, Voice and Accountability의 경우 높은 값을 제시하는 것은 민주주의 국가 또는 독재국가와 같이 어느 한쪽으로 편향되어 있음을 나타내기 때문에 이들 두 변수는 높은 상관관계가 있을 것으로 판단하여, 회귀분석에서 제외하였다. 그리고 통합된 거버넌스 지표를 위해 나머지 네 개의 거버넌스 지표의 평균값으로 변수 GOV를 설정하였다.

<표 II-11> World Bank의 거버넌스 지표

지표	내용	분석포함 여부
Government Effectiveness	정부 역량 및 공공서비스 전달의 질적 내용	○
Regulatory Quality	사회적 거래를 촉진 또는 저해하는 정책 수준	○
Rule of Law	제재 시스템 및 계약 강제의 효율성	○
Control of Corruption	사적인 이득을 위해 공적 힘(public power)을 행사하는 수준	○
Voice and Accountability	정치, 시민권, 인권 등	×
Political Instability and Violence	사회적 위협 또는 변화	×

## 2) 기술통계량

WB에서 발표되는 거버넌스 지표의 범위는 대략 -2.5에서 2.5의 범위에 놓이게 되며 수치가 높을수록 우수한 거버넌스를 지니고 있다는 것을 나타낸다. 본 연구에서 활용된 데이터는 아래의 <표 II-12>에서와 같이 -1.49에서 2.17의 범위에 있으며 가장 낮은 거버넌스 지표를 가지고 있는 국가는 Turkmenistan이며 가장 높은 수치를 나타내는 국가는 싱가포르이고 그 다음으로 핀란드, 룩셈부르크 등의 순이었다. 우리나라는 본 연구에 포함된 121개국 중 33번째, OECD 국가 중 25번째의 순인 것으로 나타났다. 그리고 기대여명이 가장 낮은 국가는 Botswana이고 가장 높은 국가는 일본이었다.

<표 II-12> 기술 통계량

변수	관측치	평균	표준편차(SD)	최소값	최대값
LE	118	65.700	12.927	36.02	81.68
HALE_m	119	56.059	11.406	27	72
HALE_f	119	59.479	12.560	30	78
GNI	116	9746.293	10100.98	530	37910
Gini	121	40.231	10.531	24.4	70.7
GOV	121	.0883	.968	-1.493	2.172

## 3) 분석 모형

본 연구에서는 지니(Gini) 데이터가 시계열로 있지 않아 데이터를 패널로 구축할 수 없어, OLS(ordinary least squares) 모델을 활용하였다. 건강자본(health capital)에 지니(Gini)가 아니라 거버넌스도 상당히 영향을 미치고 있을 것이라는 판단 하에 Rodgers(1979)가 제시하고 있는 방정식(1)과 지니(Gini) 대신에 거버넌스가 포함된 방정식(2)와 비교분석하였다. 모든 데이터는 STATA software package version 9.0을 사용하여 분석하였다.



$$LE_i = \beta_0 + \beta_1 \frac{1}{GNI_i} + \beta_2 Gini_i + \epsilon_i \quad \dots\dots\dots(1)$$

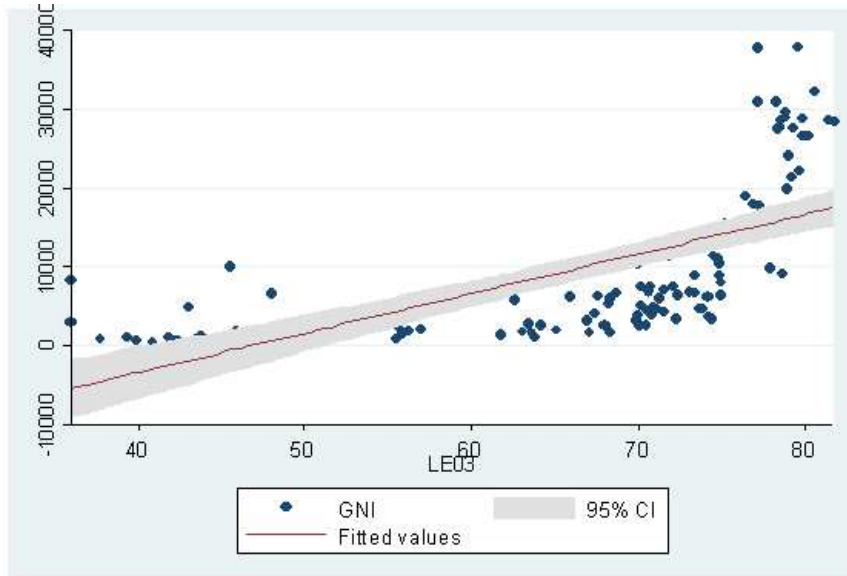
$$LE_i = \beta_0 + \beta_1 \frac{1}{GNI_i} + \beta_2 Gov_i + \epsilon_i \quad \dots\dots\dots(2)$$

나. 분석 결과

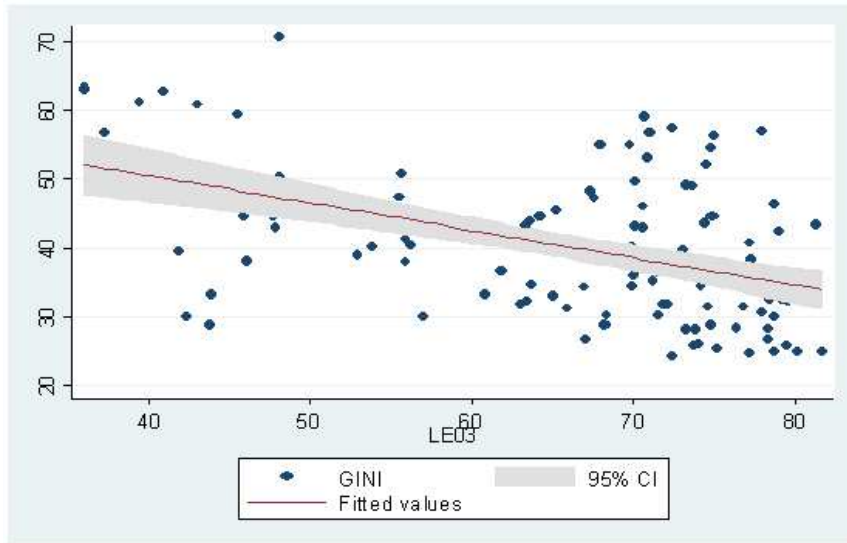
1) 상관분석결과

아래의 그림은 기대여명과 1인당 국민총소득, 지니 지수, 거버넌스 지표와의 상관관계 및 95%신뢰구간에서의 예측선을 보여주고 있다. 1인당 국민총소득과 기대여명간에는 강한 정(+의 관계가 있으며, 지니계수와 기대여명간에는 부(-)의 상관관계가 그리고 거버넌스 지표와 기대여명간에는 정(+의 상관관계가 있음을 알 수 있다.

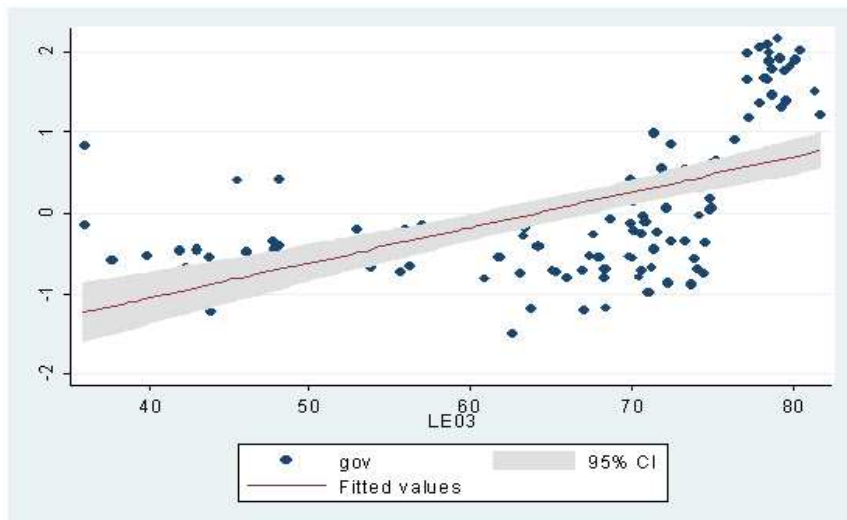
[그림 II-1] 1인당 국민총소득과 기대여명간 상관관계



[그림 11-2] 지니계수와 기대여명간 상관관계



[그림 11-3] 거버넌스와 기대여명간 상관관계



다음의 <표 II-13>에서는 상관관계 매트릭스를 제시하고 있다. 기대여명과 GNI가 가장 높은 상관성을 보이며 상대소득과는 가장 낮은 상관성을 보이고 있다.

<표 II-13> 상관관계 매트릭스

	LE	HALE_m	HALE_f	Gini	GNI	GOV
LE	1.0000					
HALE_m	0.9751	1.0000				
HALE_f	0.9786	0.9857	1.0000			
Gini	-0.4725	-0.4908	-0.4842	1.0000		
GNI	0.6419	0.7161	0.7019	-0.3993	1.0000	
GOV	0.5760	0.6549	0.6270	-0.2953	0.8926	1.0000

## 2) 회귀분석결과

본 연구의 주요 가설은 Gini 외에 거버넌스도 건강 자본에 중요한 영향을 미치고 있다는 것을 제시하는 것이다. 이를 위해 모형 1에서는 Gini 변수가 LE에 미치는 영향을, 모형 3에서는 GOV가 LE에 미치는 영향을, 그리고 모형 2에서는 이 두 변수 Gini, GOV를 모두 포함하여 회귀분석을 시행하였다.

회귀분석결과는 <표 II-14>에 제시되어 있다. 모든 계수들이 95% 신뢰구간에서 유의한 것으로 나타났으며 모형의 설명력은 거의 비슷한 수준이나, 특히 모형 2의 설명력이 0.6918로, 다른 모형의 설명력보다 높은 것으로 나타났다.

〈표 II-14〉 회귀분석결과: 종속변수가 기대여명(LE)인 경우

변수	model 1	model 2	model 3
Constant	88.4629** (33.00)	86.3000** (30.87)	72.8111** (65.73)
1/GNI	-21430.19** (-12.77)	-19054.26** (-9.78)	-19958.26** (-9.27)
Gini	-0.3698** (-5.59)	-0.3412** (-5.16)	
GOV		1.9977* (2.29)	2.8527* (2.99)
Adj R <sup>2</sup>	0.6800	0.6918	0.6199

주: 괄호는 t 통계량임.

\*\* 99%신뢰구간에서 유의, \* 95%신뢰구간에서 유의

한편, 건강을 나타내는 지표로 기대여명은 건강의 질적인 내용을 포함하고 있지 못한 한계를 지니고 있기 때문에 종속변수로 건강수명(HALE)을 선정하였으며, 여성과 남성으로 구분하여 분석하였다. 남성 및 여성의 건강수명을 종속변수로 활용한 결과, 모든 계수가 유의하게 나타났으며 기대여명(LE)을 종속변수로 하는 것보다 건강수명을 종속변수로 하는 것이 더 높은 설명력을 보여주었다.

〈표 II-15〉 회귀분석결과: 종속변수가 남성의 건강수명(HALE\_m)인 경우

변수	model 1	model 2	model 3
Constant	77.1560** (33.61)	73.6148** (32.09)	61.6071** (67.55)
1/GNI	-18984.14** (-13.26)	-15397.48** (-9.76)	-16080.46** (-9.06)
Gini	-0.3514** (-6.20)	-0.3021** (-5.59)	
GOV		3.0072** (4.25)	3.8588** (4.95)
Adj R <sup>2</sup>	0.7012	0.7410	0.6703

주: 괄호는 t 통계량임. \*\* 99%신뢰구간에서 유의, \* 95%신뢰구간에서 유의

〈표 II-16〉 회귀분석결과: 종속변수가 여성의 건강수명(HALE\_f)인 경우

변수	model 1	model 2	model 3
Constant	82.3917** (33.57)	79.2896** (31.49)	66.0789** (65.98)
1/GNI	-21290.09** (-13.91)	-18148.17** (-10.48)	-18899.58** (-9.70)
Gini	-0.3756** (-6.20)	-0.3324** (-5.61)	
GOV		2.6343** (3.39)	3.5713* (4.17)
Adj R <sup>2</sup>	0.7166	0.7411	0.6701

주: 괄호는 t 통계량임

\*\* 99%신뢰구간에서 유의, \* 95%신뢰구간에서 유의

이와 같이, 거버넌스 지표가 높은 국가에서 국민의 건강 수준이 높다는 것은 공공서비스를 내용적 측면에서 효율적 효과적으로 잘 관리하는 국가는 사회 경제적 환경에 긍정적인 영향을 미치고 이는 결국 국민들의 건강수준을 높이는 데 기여한다는 것이라 하겠다.

### Ⅲ. 보건의료의 법거버넌스

#### 1. 법거버넌스의 의의

##### 가. 법거버넌스의 정의

보건의료분야 그 중에서도 중요한 기능을 담당하는 병원에 있어서 거버넌스 기능은 병원의 경영진이나 조직의 행동에 대한 책임에 초점을 맞추고 있으며 나아가서 경영진에게 조직의 활동을 이끌어 나가는 데 있어 전반적인 전략적 방향을 제시하게 된다. 환자의 치료 결과, 치료의 효율성, 환자의 만족도, 그리고 자원의 윤리적 사용 등의 책임성에 대한 집중하는 압력은 병원조직의 거버넌스 기능의 중요한 문제들이다.<sup>주24)</sup> 결국 병원의 거버넌스 기능은 이해관계자에 대한 책임으로 나타난다. 이해관계자는 출연자, 내외부 고객, 지역사회, 정부 등이 있을 것이다. 이러한 이해관계자에 대한 책임은 제도적·법적·윤리적 책임의 다양한 형태로 나타날 것이다. 제도적 책임의 문제는 제도가 정비되어 명시화되면 결국 법규범의 형태로 나타날 것이다. 예를 들면 병원의 인사방침을 공개적이고 예측 가능성이 있도록 하려면 관련 인사지침이나 인사규정으로 나타나는 것이다. 또한 윤리적 책임의 문제 역시 법과 윤리의 관계를 최소화 혹은 최대화로 언급하고 있듯이 법적인 문제와 무관하지 않다. 결론적으로 병원의 이해관계자에 대한 제도적·법적·윤리적 책임은 결국 법적 책임의 문제로 귀결될 것이다. 따라서 병원을 포함한 보건의료조직이 이해관계자에 대하여 갖는 법적 책임을 법거버넌스로 정의하고자 한다.

병원을 비롯한 보건의료조직은 그 법적 권한 및 제한을 도출시키는 법적 실체이다. 보건의료 조직과 권한을 이해하기 위해서는 법적 실체에 대해 익숙해

---

주24) 김한중 외, 병원조직관리론, 가톨릭대학교출판부, 2003.3, 22면.

질 필요가 있다. 병원이나 여타 보건의료실체는 공공기관, 비영리 법인, 영리법인, 동업 및 단독개업의 다섯 개의 유형으로 분류된다. 어떤 경우는 병원이나 여타 보건의료조직은 명확한 법적 실체가 아니고 소유형태이거나 이들 유형 중의 어느 하나의 부분 조직일 수도 있다. 어떤 유형이 되었든 대부분의 보건의료조직은 이사회와 최고 의사결정권자로 구성되어 있다.

#### 나. 비영리성에 대한 논의

의료법 제30조제2항에서 규정하고 있듯이 의료기관의 개설권자를 자연인으로서는 간호사를 제외한 의료인(제1호), 국가 또는 지방자치단체(제2호), 정부투자기관·지방공사 등(제5호) 그리고 의료법인이나 비영리법인 만으로 한정하고 있다. 따라서 의료기관은 개인병원의 형태가 아닌 한 국공립, 공익법인 및 비영리법인의 형태로만 운영이 가능하게 되어 있다. 상법의 적용을 받는 영리법인은 전혀 인정되지 않고 있다.

비영리법인이면서도 학교법인과 의료법인간의 세금혜택의 차이가 있다거나 세금부과에 있어서 별 혜택없이 영리법인처럼 다룬다는 병원 측의 불만이 팽배해 있는 상황이다. 또한 현실적으로 병원에 자본이 투자됨에도 잉여금분배금지나 잔여재산처분제한에 묶여 있으나 실제로는 재단의 구성원인 이사에 대한 과다 임금 지급 등의 형태로 나타나는 등의 문제가 노정되고 있다. 앞에서 비영리성에 대한 개념 등을 논의하였지만, 본 절에서는 비영리성에 대한 법적 검토를 하고자 한다.

민법상의 비영리성의 개념은 불명확하다. 따라서 상법상 영리법인에 대한 명확한 영리개념이 확실하게 확보되어 있다면 이를 통해서 민법상의 비영리성의 개념을 파악해 볼 수 있을 것이다.<sup>주25)</sup> 영리성에 대한 논의는 다양한데, 일반적으로 영리는 이익을 얻을 목적을 의미하는 것으로 본다.<sup>주26)</sup> 즉 수익성의 개념

주25) 양재모, 비영리법인 성립요건으로서 비영리성, 법과 정책연구 4집2호, 2004.12, 408면.

주26) 이철송, 상법총칙·상행위, 박영사, 1994. 60면 이하; 이기수, 상법학 총칙·상행위, 박영사, 1996. 95면; 정동윤, 상법총칙·상행위법, 법문사, 1996. 81면 등.

과 유사하게 되나 법인의 경우는 영리성이 인정되기 위해서는 이익을 사원에게 분배할 것을 요건으로 한다.<sup>주27)</sup> 일반적 견해와 달리 영업을 유상성으로 인정하는 경우는 법인의 계속 반복적인 유상계약이 모두 영리성이 인정되는 문제가 있을 것이나 사원에게 이익을 분배하는 것이 요건으로 되어있으면 영리성을 인정하는데 문제가 없다. 결론적으로 어떤 이론에 의하든 법인의 영리성은 이익 분배라는 측면에서 논의되고 있음을 볼 수 있다.

기타 법률규정에 대해서도 살펴보면 첫째, 법인세법상 비영리법인에 있어 비영리성이 무엇인지에 관해서 규정을 두고 있지 않다. 둘째, 상속세법상에서는 공익법인으로 「사회복지사업법」의 규정에 의한 사회복지법인이 운영하는 사업(상속세 및 증여세법 시행령 제12조 제3호), 「의료법」 또는 「정신보건법」의 규정에 의한 의료법인 또는 정신훈료법인이 운영하는 사업(동조 제4호), 공중위생 및 환경보호에 현저히 기여하는 사업으로서 영리를 목적으로 하지 아니하는 사업(동조 제7호) 등이 보건의료분야 관련된 사업으로 인정받아 상속세가 부과되지 않는다(상속세 및 증여세법 제16조). 셋째, 조세법에서도 비영리법인에 관한 규정을 두고는 있으나 구체적 기준이 아닌 예시규정을 두고 있어 영리성에 대한 명확한 기준은 제시되고 있지 않다.

오늘날 비영리법정도 영리법인과 마찬가지로 조직의 재정자립도 등의 확립을 위하여 수익사업을 확대하고 있다. 그 결과 비영리법인에 의한 재화와 용역의 공급이 빠르게 증가하고 있다. 비영리법인의 상업화, 시장화는 피할 수 없는 방향으로 나아가고 있어 비영리법인의 존재의의 및 비영리 영역에 대한 영리법인의 개입가능성여부 등을 심도있게 검토할 필요성이 제기되는 시점이 되었다<sup>주28)</sup>.

그러나 현재 우리민법은 민법상 법인의 주된 대상은 비영리법인이며 비영리법인은 설립의 전제조건으로서 학술, 종교, 자선, 기예, 사교 기타 영리 아닌 사업을 목적으로 하는 비영리성을 가져야 한다고만 규정하고 있다(민법 제32조). 즉, 민법상 비영리법인으로 성립하기 위한 전제조건으로서 목적의 비영리성이

주27) 양재모, 앞의 논문, 408면.

주28) Burton A. Weisbrod(ed.), To Profit or Not To Profit, Cambridge University Press, 1998.



요구되며, 이에 따라 비영리를 목적으로 하지 아니하는 법인은 민법상의 설립 요건이 아닌 상법상의 요건 등에 따라 설립되어야 한다. 그러나 이처럼 상법의 영리법인과 구별하여 민법의 비영리법인을 규정하여 비영리법인 설립, 사업의 감독과 규율을 하고자 하나 현행 입법은 비영리법인의 수익사업과 영리성의 차이가 무엇인지, 어느 정도의 수익사업이 비영리성에 해당하는지, 법인 자체의 재산증가는 영리목적에 해당하는 것인지 등에 대하여는 규정을 두고 있지 않다.

특히 비영리법인의 경우 일정사업에 의하여 수익을 얻는 것을 절대적으로 금하는 것이 아니어서 재정적 자립도를 높이기 위하여 비영리법인이 유상의 서비스를 제공하는 등의 수익사업을 행하는 것이 세계적인 추세여서 영리법인과 비영리법인의 차이를 더욱 어렵게 하고 있다.<sup>주29)</sup>

즉 민법상에서는 영리성의 개념을 명확히 도출할 수가 없다. 영리성의 개념에 관해서 미국, 독일, 일본 등 외국에서는 일반적으로 잉여금분배금지의 원칙, 잔여재산분배금지의 원칙을 택하고 있다. 그러나 이것만으로 영리성을 판단하는 것은 매우 어려운 문제이다. 잉여금분배금지의 원칙은 과거로부터 현재까지 비영리판단의 중요요소이기는 하지만 잉여금분배금지원칙을 강조할 경우 재단의 경우에 실제적인 활동은 영리를 목적으로 하고 그 이익을 재단의 구성원인 이사 등에게 임금의 형태로 과다하게 지급하는 경우 이를 통제할 현실적인 방법이 없기 때문이다.<sup>주30)</sup>

또한 더 나아가 잔여재산분배금지의 원칙까지 인정하는 경우 민법상의 법인 제도를 악용하여 공공의 신뢰를 영리추구목적으로 악용하는 결과를 허용하게 된다. 그렇다고 잔여재산분배원칙을 전면적으로 금지하는 경우 다양한 법인형태의 존재를 무시하는 결과를 가져오게 될 것이다.

현재 우리 민법상 비영리법인의 개념이 사용되거나 유사한 개념을 상정하고 있는 법률이 다수 존재하는데 공익법인의 설립 및 운영에 관한 법률상의 공익법인, 법인세법상의 비영리 내국법인, 상속세법상의 공익단체, 지방세법상의 비영리사업자 등으로 다양하다.<sup>주31)</sup> 미국의 비영리공익법인, 일본의 중간법인의

주29) 양재모, 앞의 논문, 406면.

주30) 위의 논문, 423면.

경우의 예에서 볼 수 있는 것처럼 법인유형의 다양성에 기초하여 제한적이기는 하지만 잔여재산분배가 허용되는 경우가 있다.

우리 민법은 비영리법인의 성립요건으로서 목적의 비영리성이라는 개념만을 두고 있으나 법기술적으로 법인은 공익을 위한 것, 구성원의 이익을 위한 것, 법인이라는 자격의 취득을 인정하기 위한 특정목적 등 다양한 원인으로 성립된다. 특히 공익성의 목적을 가지고 있는 단체와 구성원의 이익을 목적으로 하는 단체는 단순히 비영리법인으로 동일한 것으로 보기에는 이미 그 성립에 있어 일정한 차이를 보인다고 할 것이다.<sup>주32)</sup> 의료기관에 있어 의료법인, 회사법인, 사단·재단법인 등이 설립한 경우와 국·공립이나 공익법인이 설립한 경우는 그 현실적인 차이가 있을 것이다. 즉 전자의 경우처럼 구성원의 이익을 위한 의료기관은 전체적인 목적이 비영리적이라 할지라도 구성원의 이익 그 자체의 개념으로 인해 현실적인 이익분배가 배제될 가능성은 전무하다할 것이다. 따라서 이들의 경우 제한적이거나 이익분배를 인정하고, 대신 완전한 비영리법인의 경우는 그 비영리의 기준을 엄격히 적용하여야 할 것이다. 따라서 완전한 비영리법인의 경우에 허용되는 수익사업의 경우에도 단순한 부수적 목적의 허용이라는 목적상의 한계 외에 본질적 한계로서 투기적 사업과 같은 비영리법인의 사회적 신용을 해하는 수익사업을 금지하고, 수익사업이 본질적인 목적사업으로 오인될 수 있는 과도한 규모의 수익사업은 아니어야하며 또한 본래의 사업에 지장을 주지 아니하는 것이어야 한다는 등의 구체적인 기준을 수립하여야 할 것이다.

## 2. 법적 거버넌스의 관리

### 가. 병원의 법적 거버넌스 관리

거버넌스 기능은 병원의 경영진이나 조직의 행동에 대한 책임에 초점을 맞추

주31) 위의 논문, 420면.

주32) 위의 논문, 424면.

고 있으며 나아가서 경영진에게 조직의 활동을 이끌어 나가는 데 있어 전반적인 전략적 방향을 제시하게 된다. 환자의 치료 결과, 치료의 효율성, 환자의 만족도, 그리고 자원의 윤리적 사용 등의 책임성에 대한 점증하는 압력은 병원조직의 거버넌스 기능에 중요한 문제들이다.<sup>주33)</sup> 결국 병원의 거버넌스 기능은 이해관계자에 대한 책임으로 나타난다. 이해관계자는 출연자, 내·외부 고객, 지역사회, 정부 등이 있다. 이러한 이해관계자에 대한 책임은 제도적·법적·윤리적 책임의 다양한 형태로 나타난다. 제도적 책임의 문제는 병원의 제도가 정비되어 명시화되면 결국 법규범의 형태로 나타날 것이다. 예를 들면 병원의 인사방침을 공개적이고 예측 가능성이 있도록 하려면 관련 인사지침이나 인사규정으로 명문화시켜야 할 것이다. 또한 윤리적 책임의 문제 역시 법과 윤리의 관계를 서로에 대해 최소화 혹은 최대화로 언급하고 있듯이 법적인 문제와 무관하지 않다. 결론적으로 병원의 이해관계자에 대한 제도적·법적·윤리적 책임은 결국 법적 책임의 문제로 귀결될 것이다.

병원의 법적 거버넌스를 검토함에 있어서 그 관점은 두 가지 측면으로 나뉘게 된다. 첫째는 관련업무의 법적 관리 측면이다. 명시적 혹은 비명시적 규정에 부합된 관리의 내용들이다. 물론 공공병원 직원의 주인의식이나 민간병원 직원의 의식 같이 때론 법적 기준 이외의 부분에 대한 논의도 필요할 것이다. 둘째는 관련업무의 법제도적 측면이 된다. 병원산업은 점점 어려워지고 이에 병원의 법적 기반 및 그 운영에 있어 변화에 대한 요구가 크다 할 것이다. 오늘날 한국의 병원은 보건의료 환경의 급격한 변화 속에 많은 변신을 통한 적응이 요구되고 있다. 그러나 병원을 둘러싼 규정들이 오늘날의 변화하는 상황에 부합되지 않는다는 지적이 많다. 일방적으로 병원의 희생만을 강요할 수는 없을 것이다. 정부차원에서 병원에 필요한 법제도적 지원이 요망되고 있다.

#### 나. 병원의 개념

오늘날 보건의료의 대부분은 병원에서 이루어진다. 의료가 법과의 관련성을

주33) 김한중 외, 앞의 책, 22면.

갖지 않을 수 없는 것이라면 병원에서 이루어지는 의료에 대해 법의 규제가 많이 가해질 수밖에 없는 것이다.

### 1) 병원의 법적 기초

한국병원의 법적 기초는 의료법에 그 근거를 두고 있다. 의료법 제3조 제1항에 의하면 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정다수인을 위하여 의료·조산의 업(의료업)을 행하는 곳을 말한다고 규정하였다. 의료기관이 수행하는 의료업은 의료법 제12조 제1항 전단의 의료인이 행하는 의료·조산·간호 등 의료기술의 시행(의료행위)을 그 실체적 내용으로 하게 된다. 결국 의료법에 의하면 의료기관인 병원의 법적 기초는 의료업의 중심적 내용을 이루는 의료행위에 있다. 의료행위는 의료인만이 수행할 수 있는 의료인의 전속적 권리이다(의료법 제25조 제1항). 한편 의료인은 의료법에 의한 의료기관을 개설하지 않고는 의료업을 행할 수 없어(의료법 제30조 제1항 전단) 의료기관의 개설이 의료업 수행의 필수적 요건이 되어 있다.

의료기관은 의료인에 의한 의료행위를 중심으로 의료업을 수행하게 되는데, 의료행위의 수행을 위해서는 의료기관이 개설되어야만 한다는 것을 알 수 있다. 병원의 법적 기초는 이러한 틀 속에서 찾아질 수 있다.

병원은 의료인에 의해 수행되는 의료행위와 이를 지원하는 행정체계로 이루어졌다. 그러나 그 출발은 의료행위에서 이루어진다. 병원의 진료수입 및 환자의 관리가 모두 의료행위를 기반으로 하기 때문이다. 의료행위는 병원운영의 법적 기반이 된다.<sup>주34)</sup> 첫째 병원의 진료수입이 의료행위를 통해 나타나기 때문이다. 병원의 진료수입은 환자에게 이루어지는 의료행위의 내용에 따른 환자 1인당 평균진료비와 의료행위의 양을 나타내는 환자수와의 곱에 의해 결정된다. 둘째 병원의 실제적 운영은 의료행위를 전속적으로 수행할 수 있는 의료인에 의해 이루어지기 때문이다. 의료법 제25조 제1항에 의하면 의료인이 아니면 누구든지 의료행위를 할 수 없으며 의료인도 면허된 이외의 의료행위를 할 수

주34) 조형원, 한국병원의 법적 기초와 운영, 의료법학 제5권제1호, 2004.7, 495면.

없다고 규정하고 있어 의료인만이 의료행위에 대한 전속적 권리를 갖는다. 의료기관의 개설권자가 자연인의 경우는 의료인으로만 제한되어 있음(의료법 제30조 제2항 제1호)도 의료행위의 기반성을 강조해주고 있다. 셋째 의료업의 핵심적 내용이 되는 의료행위를 수행하기 위해서는 의료기관의 개설이 필수적 요건이기 때문이다(의료법 제30조 제1항). 넷째 의료과오를 비롯하여 병원이 환자에 대하여 법적 책임을 부담하는 사유는 역시 대부분 의료행위에서 비롯한다. 의료행위 수행시 원치 않던 악결과 발생은 흔히 의료사고 및 의료분쟁을 불러일으키게 된다. 이 경우 과실이 인정되면 병원의 책임문제가 대두된다. 의료분쟁의 해결책을 모색함에는 의료 및 의료행위의 개념에 대한 파악의 전제를 필요로 한다. 의료의 개념을 파악하면 의료의 사회적 특성을 도출할 수가 있으며, 이에 따른 법의 개입의 필요성을 인정하지 않을 수 없을 것이다. 특히 의료행위 시에 기대했던 목표에 이르지 못한 경우, 그 원상회복 등의 손해복구를 요구하는 의료분쟁이 유발된다. 그러므로 의료행위의 기준 설정을 어디에 둘 것인가. 그리고 이렇게 개념화된 기준에 입각하여 그 의료과오의 원인 내지 손해의 복구 즉 건강권 회복요구 등의 당부문제가 제기된다.

#### 다. 병원의 법적 거버넌스 관리의 의의

병원은 보건의료의 제공에 있어 가장 중요하고도 큰 역할을 담당하는 기관이라 할 것이다. 한국의 전체 의료인의 과반수가 병원에 근무하고 있고, 건강보험 급여비청구액의 35%가 병원에서 소모되고 있는 것만 보아도 알 수 있다.<sup>주35)</sup> 병원은 인력, 시설 및 진료와 관리의 제측면을 운영하는 데 있어 매우 복잡한 조직이기 때문에 병원의 운영과 관련된 법적 문제점들이 많이 있다. 이는 다양한 법의 적용을 받고 있고 또 받아야 함을 의미한다. 이처럼 병원운영에는 다양한 법이 복잡하게 적용된다. 병원에서 발생하는 일들 하나하나가 국민의 생명 및 건강과 직결되는 문제가 있기 때문이다. 흔히 의료인들이 자신과 법과는 상관없는 것으로 여길 수 있으나 일정부분에서 법의 규제를 받을 수밖에 없음

주35) 위의 논문, 503면.

을 인식하여야 할 것이다. 이는 의료인의 계층이해보다는 국민의 이해라는 대의를 먼저 생각해야하며, 한편 법의 규정이 있으므로 의료인들도 자신의 권리와 법적 보호를 보장받게 되는 것이기 때문이다.

이러한 문제에 맞닥뜨려서 병원관리에 있어서 법적 거버넌스 관리의 역할은 무엇인가 하는 점을 생각해볼 수 있다. 병원관리란 병원에서 미리 설정된 목표를 달성하기 위하여 자원을 활용하여 공식조직 내에서 이루어지는 사회적, 기술적 과정의 상호작용적 집합이라 정의될 수 있다. 병원은 첫째 고도의 자율성을 갖는 의사, 간호사 등 다수의 전문인력의 근무로 일반적인 관리개념의 적용이 어려우며, 둘째 투입자원의 종류가 많고, 전환과정이 복잡할뿐더러 그 산출이 다양하다는 특성을 갖는다. 따라서 타 조직에 비해 효율적인 관리의 필요성이 무엇보다 크다. 병원관리를 위한 제원리로서 조직행태(Organizational Behavior), 운영연구(Operations Research), 재무관리(Financial Management), 법적 거버넌스 관리(Legal Management) 등을 들 수 있다.<sup>주36)</sup> 이들 원리는 나름대로 병원의 합리적이고 효율적인 운영을 위하여 중요한 관리영역이 될 것이다. 그 중에서 법적 거버넌스 관리는 흔히 규제적인 속성을 보이지만 그 반면 허가·조장적인 특성을 갖기도 하는데, 특히 병원경영방침 등의 명확한 설정을 통해 구성원들에게 예측가능성을 높임으로써 후자의 기능의 장점을 살릴 수 있는 예에서 볼 수 있는 것처럼 적극적으로 활용하여야 할 것이다. 또 병원의 환자에 대한 법적 책임의 공방이 있을 때 의료법에 대한 이해가 전제되면 분쟁결과에 대한 예측가능성을 높여 합리적인 의료분쟁의 해결에도 도움이 될 것이다.<sup>주37)</sup>

따라서 병원의 법적 거버넌스 관리는 명백히 다른 관리분야와 같이 그 중요성이 인정되어야 하는 것이다. 이 때 병원을 법적으로 규율하는 법규는 크게 첫째 병원정책과 관련된 법규, 둘째 병원내부관리에 관여되는 많은 관련법규로 나눌 수 있을 것이다. 제대로 된 법적 거버넌스 관리를 위해서는 양자에 관한 균형적이고 충분한 이해를 해야만 한다.

주36) Arnold D. Kaluzny et. al., *Management of Health Services*, Prentice-Hall, Inc., 1982, 14~18면.

주37) 조형원 등, 「의료분쟁의 해결을 위한 입법방향에 관한 연구」, 『보건행정학회지』, 제5권, 제1호, 1995.6.

병원운영의 구체적인 법적 거버넌스 관리는 여러 가지 측면에서 검토가 가능할 것이다. 병원운영의 모든 단계에서 법의 규율을 받아야 한다. 설립단계부터 신고 및 허가의 법적 절차를 거치도록 하고 있다. 의원급 의료기관은 신고를 하도록 하고 있고, 병원급 의료기관은 허가를 득하도록 하고 있어, 사회적 중요성의 정도의 차이를 두고 있다. 이는 병원을 폐쇄해야 하는 경우에도 병원급이상의 의료기관에 대해서는 폐쇄의 예외로 인정하고 있음을 통해서도 알 수 있다.

한편 법적 규율은 신고의 경우라 하더라도 관계기관에서 신고접수를 받지 않는 방법으로 법적 규율을 하고 있다. 의료광고 등의 사항에 대하여 실제적인 규율을 하고 있음을 알 수 있다. 병원이 설립되는 과정에서도 건축법 등 다양한 법적 규율을 받는다. 병원이 설립된 이후에도 다양한 법적 규율을 받는다. 또한 의료사고가 발생되지 않도록 하든지 의료법상의 의무규정을 준수하기 위한 노력을 해야 함을 의미한다.

병원경영환경으로 보건의료정책을 생각할 수 있는데, 이들 정책은 범규범의 형태로 나타나 병원을 법적으로 규율하게 된다. 대개 환경의 지배를 받는 면이 일반적이다. 병원관련정책과 같은 병원환경의 변화에 대하여 예측을 하여야 한다든지 하는 점이다. 그러나 바람직하지 못한 법적 환경에 대해서는 이를 지적하는 용기와, 개선을 위한 구체적 노력이 필요하다. 헌법소원을 통한 특정 규정의 문제점을 지적하기 위한 노력의 예를 볼 수 있다.

이상에서 언급한 것처럼 병원을 운영함에 있어서는 다양한 측면이 법적인 거버넌스 규율의 문제로 귀결된다. 이곳에서는 업무과정상의 법적 관리, 병원운영 주체별 법적 거버넌스 관리 및 업무의 내용별 관리 등으로 나누어 그 각각의 구체적인 내용을 살펴보고자 한다.

## 라. 병원운영과정상의 법적 거버넌스 관리

### 1) 병원개원절차의 법적 관리

병원의 설립절차는 대략 기획, 계획, 실시, 개원 전 준비 및 평가의 5단계를

거친다. 그의 구체적인 내용은 <표 III-1>과 같다.

<표 III-1> 의료기관의 건립절차

단 계	주 요 내 용	관계법령	세부내용	
기 획 (Brief)	설립주체 확정(의료법인 설립 등)	의료법	의료법인 등의 설립절차, 요건	
	대지확보안, 자금확보안, 토지이용종합계획안 작성	지적법, 도시계획법, 건축법	토지이동, 건축여부검토 등	
	계획팀 구성 및 임무 부여			
계 획 (Planning)	각종 계획안 작성(진료, 운영, 조직인력, 재무, 의료기기, 정보시스템)	의료법, 예산회계법	인력기준, 진료관련사항, 지역의료계획, 예산안 작성기준	
	건축설계지침 작성	건축법, 도시계획법, 기타 관련법	시설기준, 건축 관련사항	
실 시  건축설계 (Design) 및 시공 (Construction)	각 부문 시스템 설계	의료법, 예산회계법, 전기통신법	운영관리·의료기기·정보시스템 설계 및 구축	
	건축설계 및 시공	설계자 선정 기본설계 실시설계 시공입찰 계약 시공 및 감리	건축법	사전결정, 건축허가, 착공신고, 중간검사, 사용검사
			건축물의 설비기준 등에 관한 규칙	에너지절약계획서의 제출
			도시계획법, 수도권 정비 계획법	도시계획시설의 결정, 수도권 정비 심의
			도시교통정비촉진법	교통영향평가 및 심의, 교통유발부담금 부과관련사항
			환경개선비용부담법	환경개선부담금 부과 관련 사항
			수질환경보전법	배출시설의 설치허가
			대기환경보전법	배출시설의 설치허가
			소방법	소방동의, 위험물 취급 등
			수도법	위생상의 조치, 저수조의 설치 등
			하수도법	배수시설의 설치신고
			오수분뇨 및 축산폐수의 처리에 관한 법률	배출시설의 설치신고, 준공검사, 분뇨처리시설의 설치승인
			원자력법	방사선동위원소 및 발생장치 사용신고 또는 허가
고압가스안전관리법	가스안전관리, 저장소 설치 허가 등			



단 계	주 요 내 용	관계법령	세부내용
개원 전 준비 (Commissioning)	개설허가·신고·지정	의료법, 국민건강보험법, 의료급여법 등	개설허가·신고, 건강보험(의료급여)지정, 수련병원지정, 응급의료센터 등의 지정
	건물 시운전		열·전기·물·통신·방재 등 기계설비시운전, 관리매뉴얼에 의한 관리체계 점검
	환자모의진료 등		환자모의진료, 진료지원부서의 모의지원훈련
	병원홍보활동		개원전 홍보, 지역의료체계에 편입활동공개
평가 (Evaluation)	자체 평가 법인사무의 검사·감독, 의료기관평가	의료법	

자료: 한국의료관리연구원, 의료기관 건립절차 및 시설기준 편람, 1995.11. 3면.

위의 표의 다양한 규정내용은 방대한 범위에 걸친다. 그 중 하나의 예를 들어 병원의 설립주체의 확정에 관한 규정으로, 의료기관의 개설은 자연인은 의료인에 한하고, 여타 의료법인, 국가, 지방자치단체, 비영리법인, 정부투자기관, 지방공사, 한국보훈복지공단 등의 단체만 의료기관을 개설할 수 있도록 하고 있다(의료법 제30조제2항). 의료기관의 개설권자를 제한하고 있는 것은 비의료인이 의료인을 고용한 다음 의료기관을 개설하는 길을 사전에 봉쇄하여 의료의 질을 관리하고 건전한 의료질서를 확립하고자 하는 이유 때문이다.<sup>주38)</sup>

이러한 법적용을 병원급 의료기관과 의원급 의료기관으로 나누어 살펴보면 <표 III-2>와 같다.

주38) 한국의료법학회 보건의료법학 편찬위원회, 보건의료법학, 동림사, 2004.2, 276면.

〈표 III-2〉 적용되는 주요관계법령

관계법령	항목	세부내용	적용여부		
			병원*	의원*	
의료법	법인설립	의료법인등의 설립절차, 요건	△	△	
	개설허가	병원급의 개설허가 절차, 요건	○	×	
	개설신고	의원급의 개설신고 절차, 요건	×	○	
국민건강보험법	건강보험취급지정	건강보험 취급기관의 지정 절차, 요건	○	○	
의료급여법	의료급여 지정	의료급여 지정 절차, 요건	△	△	
전문의 수련 및 자격인정 등에 관한 규정	수련 병원. 기관지정	수련병원, 기관지정 절차, 요건	△	×	
혈액관리법	혈액원의 개설허가	혈액원의 개설허가절차 및 요건	△	△	
마약법	마약관리자 면허	절차 및 요건	○	△	
의료기관 세탁물 관리규칙	세탁물 처리, 시설 기준, 처리 업자 지정 등	처리 방법, 시설기준, 처리업자 지정요건 등	○	△	
향정신성의약품 관리법	향정신성의약품 취급 관리자 지정	절차 및 요건	○	△	
응급의료관리 운영규칙	센터·병원지정	응급의료센터 등의 지정 절차· 기준 등	△	△	
	구급차 신고	구급차 기준, 운행신고	○	△	
도시계획법	도시계획시설결정	도시계획시설 관련사항의 심의 및 허가	△	×	
수도권정비계획법	수도권정비심의	수도권정비계획법 관련사항의 적용	△	×	
도시교통정비 촉진법	교통영향평가 및 심의	해당 부과대상건물에 적용	△	×	
	교통유발부담금	해당 부과대상건물에 적용	△	×	
환경개선비용 부담법	환경개선부담금	폐수배출시설 설치시 허가요	△	×	
수질환경보전법	배출시설의 설치허가	필요시 적용	○	△	
대기환경보전법	배출시설의 설치 허가	대기오염물질 배출시설 설치시 허가요	○	△	
건축법	사전결정 건축허가 착공신고 중간검사 사용검사	건축법상 적용대상건물에 모두 적용	필요시 적용	×	△
			필요시 적용	○	△
			필요시 적용	○	△
			필요시 적용	○	△
			필요시 적용	○	△
건축물의 설비기준 등에 관한 규칙	에너지절약계획서의 제출	일정 규모 이상 건물에 적용	△	×	

관계법령	항목	세부내용	적용여부	
			병원*	의원*
소방법	소방동의(협의), 위험물 취급 등	동의내용, 위험물 안전관리자 선임 등 (건축허가 시 일괄처리)	○	△
	위생상의 조치	대상 건축물 및 시설요건, 조치내용, 저수조설치 요건 등(건축허가 시 일괄처리)	○	△
저수조의 설치	○		△	
배수시설의 설치신고	○		△	
오수, 분뇨 및 축산폐수의 처리에 관한 법률	관련시설의 설치신고	건축허가 시 일괄처리	○	△
	관련시설 설치 등의 준공검사		○	△
	분뇨처리시설의 설치 승인		○	△
원자력법	방사선동위원소 사용	해당 원소 사용 시 허가요	△	△
	방사선 발생장치	해당 장치 설치 시 신고 또는 허가요	○	△
고압가스안전관리법	가스안전관리	저장소설치 허가, 사용신고, 안전관리자 선임	○	△

자료: 한국의료관리연구원, 의료기관 건립절차 및 시설기준 편람, 1995.11. 3면.

주: \* 종합병원·병원·치과병원·한방병원

\*\* 의원·치과의원·한방의원

○: 적용 △: 선택적용 ×: 적용되지 않음

## 2) 병원운영에 관한 법적 관리

병원을 운영함에 있어서는 다양한 법적 문제들이 지속적으로 발생된다. 병원장이 병원관리책임자로서 법정증인 출두지시에 응해야할 것인지, 진료비분쟁에 어떻게 대처할 것인지, 병원시설물관리상의 책임문제, 응급환자에 대한 조치문제, 병원뉴스취재기자와 관련된 문제, 치료의 동의형식, 낙태, 법적구비서류문제, 진료차트복사요구 등 실로 다양한 법적 문제가 있다. 특히 오늘날 병원 내 진료과정상에서 원치 않던 약결과 발생의 결과로 비화되는 의료분쟁의 문제는 그 문제의 심각성과 해결의 어려움으로 많은 부담을 안겨주고 있다. 의료분쟁의 해결책이 병원 내외적 차원에서 원만하게 이루어져야만 한다. 먼저 병원 내부적으로는 병원종사자의 의료분쟁해결을 위한 역할이 제고되어야 할 것이다. 첫째, 대부분의 의료사고의 출발은 의사측에 의한 부분이 큼을 인식해야 한다.

환자에 대한 친절과 성실성이 요구된다. 오랜 시간 불편한 몸을 이끌고 의사를 기다리던 환자에게 의사로서 바쁘고 힘들고 또 반복되는 일과지만 환자는 「기다리시느라 수고하셨습니다. 어떻게 오셨어요. 어디가 불편하십니까」라는 식의 성의있는 환자응대자세를 요구한다는 점을 명심해야 할 것이다. 둘째, 의료진과 행정직과의 원만한 관계가 형성되어야 한다. 의료행위의 당사자인 의사는 의료분쟁을 피해나갈 수 없다 하더라도 의료행위와 직접적으로 연관되지 않은 행정직, 또 의료행위에 있어 의사가 시키는 대로 밖에 할 수 없는 간호사, 약사 여타 많은 의료기사<sup>39)</sup>는 의료분쟁과 무슨 상관인가. 의료분쟁문제에 있어 의사에 대해 행정직의 불만이 많이 있을 수 있다. 의사가 환자에게 불친절하고 설명 잘 안 해준 것이 문제의 발단이 되고, 의무기록의 작성은 부실하고, 나중에 몇 번의 독촉 끝에 마지못해 형식적인 기록 작성 후 정작 사건의 당사자인 의사는 잠적하면 그 뒷처리를 행정직이 담당해야 해야 하는 상황에서 행정직이 굉장히 당혹스러울 수 있다. 한편 의료사고에 있어 과실이 인정되면 의료행위자 본인은 물론이고 그를 고용하고 있는 병원에 대해서도 「사용자책임」을 묻는 다든지, 의료법상의 양벌규정이 있어 조직도 책임으로부터 자유롭지 못하다. 결국 이의 실무적인 책임의 해결을 행정직이 감당해야 할 뿐만 아니라 환자와의 분쟁문제의 해결전략상 의료행위자를 직접 환자측과 접촉하지 않도록 해야 할 필요가 많아 의료분쟁해결은 그 자체의 성격상 행정직의 관여의 필요성이 크다 할 것이다. 이처럼 전략상 행정직을 의료분쟁해결의 전면에 내세우지 않을 수 없다고는 해도 의사와의 사전 교감 및 신뢰가 없는 속에서 행정직만이 사건의 방패막이 역할을 부여받는 것은 이들의 불만을 노정시킬 수밖에 없을 것이다. 셋째, 병원내 여타 인력관여의 필요성이 있다. 여타 의료인력의 법적 책임이 인정되는 경우가 적고, 책임이 인정되는 경우라 할지라도 책임의 정도는 작을 테지만, 이들이 법적 책임으로부터 전적으로 자유로울 수는 없는 것이므로 역시 이들의 협조적인 노력도 몹시 중요하다. 넷째, 의료사고발생 및 의료분쟁으로의 비화의 원인에 대한 적극적인 규명과 재발방지를 위한 노력을 기울여야 한다.

주39) 때에 따라선 레지던트, 인턴 등의 경우에 있어서도 보라매병원사건으로 전공의의 책임에 대해 별도로 생각해 봐야 하는 것 아니냐하는 분위기가 있었다.

이때 중요한 점은 병원내의 의료사고는 특정 의료인만의 문제가 아닌 경우가 많다는 점이다. 여러 의료인력의 협조와 다양한 의료장비나 부서의 도움 속에서 체계적으로 이루어지는 만큼 병원내 의료체계가 문제되는 경우가 많다는 점이다. 이에 대한 근본적인 해결책을 강구하는 것이 바람직하지 특정 개인을 문제의 희생양으로 삼아서는 안될 것이다. 다섯째, 병원차원의 대비책이 필요하다는 점이다. 병원개원 초기 등에 경제적인 이유로 위험이 발생할 가능성이 높은 상황을 방지하면 안 될 것이다. 또한 새로운 시술법들의 적용에 있어 충분한 준비가 필요하다. 예컨대 개심술(open heart surgery)시행시 숙련된 인력의 준비와 이들의 확실한 협진체계를 구축하여야 하며, 뿐만 아니라 장비의 철저한 준비 역시 반드시 필요한 일들이 된다. 이외에도 병원의 의료분쟁발생 방지를 위한 집담회가 필요하다. 과별 혹은 질병별 혹은 진료단계별 심층 검토가 필요할 것이며, 학생들을 위한 적절한 커리큘럼에 대한 제안 역시 필요할 것이다.

병원관리자는 의료분쟁의 문제를 위시한 위의 다양한 문제들에 대해 법적 주요쟁점이 무엇이며 대응미숙시 초래될 최악의 결과는 무엇인지, 어떻게 대응하는 것이 합리적인지를 숙지하여야만 할 것이다. 의료법상에도 진료의 거부금지 의무 등(법 제16조)의 의료인의 의무에 관한 많은 규정이 있으며 의료법 제4장에 의료광고 및 제5장의2 분쟁조정에 관한 규정 등에 위배되지 않도록 하는 노력 등이 중요하다.

### 3) 병원운영결과에 대한 법적 관리

국민들의 의료의 질에 대한 관심이 높아지고 있다. 정부도 의료의 양적 확대도 중요하지만 무엇보다 제대로 된 의료가 제공되어야 한다는 점에 많은 관심을 갖고 있다.

첫째, 시·도지사는 의료법인의 감독에 필요하다고 인정될 때에는 의료법인에게 관계서류·장부·참고자료의 제출을 명하거나, 소속공무원으로 하여금 의료법인의 사무 및 재산상황을 검사하게 할 수 있도록 하여(의료법 시행규칙 제42조), 법인사무의 검사·감독에 관한 규정하고 있다.

둘째, 최근에는 의료의 질에 대한 본격적인 관심의 표명차원에서 의료기관평가에 관한 실정법적 근거를 갖게 되었다. 의료법제47조의2에 의료기관평가에 관한 근거규정을 두었다. 동 규정을 보다 자세하게 논의하면 ① 보건복지부장관으로 하여금 의료의 질 향상을 촉진하기 위한 의료기관에 대한 평가(의료기관평가)를 실시하도록 하는 강행규정을 두고 있다(동조 제1항). ② 의료기관평가에 관한 업무의 관계전문기관 또는 단체에 대한 위탁 규정을 두고 있다. 물론 이 경우 필요한 예산을 지원할 수 있도록 하고 있다(동조 제2항). ③ 의료기관평가의 결과를 공표할 수 있도록 하여 국민들의 알권리를 충족시켜주고 있다(동조 제3항). ④ 의료기관평가 결과가 우수한 의료기관에 대한 행정적·재정적 지원의 근거규정을 두어 의료기관간 제도수용에 대한 경쟁력을 발휘할 수 있도록 하고 있다(동조 제4항). ⑤ 의료기관평가대상 의료기관의 장은 특별한 사유가 있는 경우를 제외하고는 의료기관평가에 응하여야 한다고 하여 의료기관의 제도수용의 의무를 부과하고 있다(동조 제5항). ⑥ 의료기관평가의 시기·범위 및 절차 그리고 평가결과에 대한 공표 등에 관한 자세한 내용을 하위법을 통해 규정하고 있다(동조 제6항).

의료법 시행령 제20조에서는 의료기관평가의 대상 및 평가구분에 대하여 규정하고 있다. 종합병원 및 300병상 이상의 병원을 의료기관평가대상기관으로 하고 있으며(동조 제1항), 평가는 정기평가와 수시평가로 구분하여 실시한다(동조 제2항). 또한 의료기관평가의 대상이 아닌 의료기관이 의료기관평가를 신청한 경우에도 당해 의료기관에 대하여 의료기관평가를 실시할 수 있도록 융통성을 부여하고 있다(동조 제3항). 동시행령 제20조의2에서는 의료기관평가의 기준 및 방법을 규정하고 있다. 의료기관평가의 기준은 1. 의료기관을 이용하는 환자의 권리와 편의에 대한 만족도 2. 의료인의 업무수행과정 및 성과 3. 시설·장비 및 인력 수준 4. 그 밖에 의료기관의 운영실태에 관한 사항 등으로 한다(동시행령 동조 제1항). 의료기관평가는 서면조사와 현지조사로 구분하여 실시한다(동시행령 동조 제3항). 동시행령 제20조의3에서는 의료기관평가 업무의 위탁에 대하여 규정하고 있다. 보건복지부장관으로 하여금 의료기관평가의 업무를 1. 한국보건산업진흥원법에 의한 한국보건산업진흥원 2. 국민건강보험법 제55조의

규정에 의한 건강보험심사평가원 3. 정부가 설립하거나 운영비용의 전부 또는 일부를 지원하는 의료기관평가업무와 관련된 비영리법인 4. 그 밖에 의료기관 평가에 관한 전문인력과 능력을 갖춘 비영리법인 중에서 보건복지부장관이 정하는 기준에 적합한 기관 또는 단체에게 위탁할 수 있도록 하고 있다.

의료법 시행규칙 제46조에서는 의료기관평가의 시기·범위 및 절차를 규정하고 있다. 정기평가는 3년마다 실시하고, 수시평가는 정기평가를 받은 의료기관이 그 평가결과에 따른 평가수준을 지속적으로 유지하고 있는지를 확인할 필요성이 있는 경우에 실시한다(동시행규칙 제1항). 의료기관평가의 범위는 평가대상기관의 시설·장비 및 인력 등의 현황, 의료서비스 제공과정 및 환자만족도 등으로 한다(동시행규칙 제2항). 의료기관평가 절차는 1. 평가대상 의료기관의 선정 2. 평가실시 전문가의 구성 및 교육 3. 서면·현지조사 및 평가 4. 평가결과분석·통보 및 공표 등의 순서에 의한다. 동시행규칙 제46조의2에는 의료기관평가의 방법·결과통보 및 이의신청에 대해 규정하고 있다. 보건복지부장관으로 하여금 의료기관평가를 실시하고자 하는 때에는 평가실시 3개월 전에 해당 의료기관의 장에게 의료기관평가의 일정을 통보하도록 하고 있으며, 다만 수시평가의 경우에는 이를 생략할 수 있도록 하고 있다(동시행규칙 동조 제1항). 서면조사의 경우 해당 의료기관의 인력, 시설 및 장비, 진료실적 및 병상운영 등에 대하여 해당 의료기관에서 평가반에 제출한 자료를 중심으로 진행하여야 한다(동시행규칙 동조 제2항). 현지조사는 평가반이 해당 의료기관에서 의료기관의 편의에 대한 이용환자의 만족도, 의료인의 업무수행 과정 및 성과, 그 밖에 운영실태 등에 대하여 실시한다(동시행규칙 동조 제3항). 보건복지부장관은 의료기관평가를 실시한 후 그 결과를 지체없이 해당 의료기관별로 통보하여야 한다(동시행규칙 동조 제4항). 의료기관의 장은 통보받은 결과에 대하여 이의가 있는 경우에는 의료기관평가의 결과를 통보받은 날부터 30일 이내에 이의신청 내용 및 사유가 포함된 이의신청서를 보건복지부장관에게 제출하여야 한다(동시행규칙 동조 제5항). 보건복지부장관이 위의 이의신청을 받은 경우에는 그 이의신청내용에 대하여 조사한 후 그 결과를 해당 의료기관의 장에게 통보하여야 한다(동시행규칙 동조 제6항). 동시행규칙 제46조의3 제1항에서는 의료기관평가

의 결과에 대하여 평가 기준별 분석결과를 종합하여 대중매체 등에 공표할 수 있도록 하고 있다. 공표의 내용 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시하도록 하고 있기도 하다(동시행규칙 동조 제2항).

보건복지부가 수년간의 의료기관서비스평가 시범사업을 거쳐 2004년 처음으로 종합전문요양기관 42곳과 500명상 이상 종합병원 36곳 등 총 78개 병원을 대상으로 의료기관평가를 실시하여 18개 영역별로 우수, 양호, 보통, 미흡 등 4개 등급별 성적을 2005년 4월 14일 공개했다. 평가내용이 서비스를 중심으로 환자들의 만족도와 시설, 장비 등에 초점이 맞춰져 있어 많은 문제점이 지적되고 있다. 고난이도 수술 등에 투자해서는 현행 제도 하에서는 좋은 점수를 받을 수 없어 의료의 질보다는 친절교육과 시설에 초점을 맞추게 될 가능성이 지적되었다. 현재의 의료기관에 대한 객관적인 정보가 전무한 상황에서 경영사정과 상관없이 좋은 점수를 받기 위한 투자의 감행으로 의료의 왜곡현상도 일어날 수 있음도 지적된다. 대한병원협회는 성명서를 통해 병원들을 등급화·서열화해 의료체계를 심각하게 훼손할 수 있으며, 수도권 대형병원으로의 환자집중 현상을 고착화하고 의료전달체계를 붕괴할 것이라고 밝혔다.<sup>주40)</sup> 의료인력의 수준이나 의료기술 등 임상적 평가부분이 시급히 반영되어야 할 것이다. 뿐만 아니라 2005년 의료기관평가는 300명상 이상의 종합병원을 대상으로 확대되어 실시되었는데, 규모에 따른 평가기준의 이원화가 요구되었다. 평가요원에 대한 교육의 부족 및 평가요원별 눈높이의 차이에 따른 점수 차이를 극복할 수 있는 노력도 있어야 할 것으로 지적되었다.

그간의 의료기관평가에 대해서는 여러 가지 문제가 지적되고 있다.<sup>주41)</sup> 첫째, 정책목표의 적절성이 의심스럽다는 점이다. 의료기관 평가의 근본적 취지와 국내 의료기관들의 취약한 질관리 구조의 현실적 상황, 첫 번째 평가로서 갖게 되는 기술적 한계 등을 고려하여 단계적인 정책목표 설정과 달성과정을 설계했어야 함에도 현실적 기반은 도외시한 채, 질적 수준의 변별력에 정책 초점을 맞추고 정비되지 못한 결과를 외부공표라는 정책수단에 연계함으로써 평가의

주40) 병원신문 제1756호, 2005년 4월 18일, 3면.

주41) 이선희 외, 의료기관 평가제도의 문제점과 개선방안, 이화여자대학교 예방의학교실, 2006.3.



긍정적 효과를 반감시켰다. 둘째, 전반적인 운영체계의 문제점이 노정되었다는 지적이다. 평가정책의 기본 틀 부재 및 평가체계에 대한 절차의 비체계성 등의 문제와 더불어 평가절차의 예측성과 투명성 미비, 평가 후 보완작업의 미비, 평가추진체계의 문제점 등의 평가과정의 문제가 있었다. 셋째, 지침서 배부시점에 따른 기관 간 형평성의 문제, 피 평가대상병원 공지내용과 공지과정 등의 혼란상 노정, 조사요원의 교육미비, 평가 후 이의제기에 대한 수용여부의 공식적 확인기전 부재 등 평가단계별 문제도 많이 나타났다. 넷째, 시설요건 등의 구조관련 항목이 많거나, 환자와 면담직원 수가 많고, 평가항목의 중요성과 평가 투입자원과의 연계성이 낮은 등의 평가도구 및 항목의 문제점도 많았다.

2006년을 마지막으로 1주기 평가가 끝나고 2007년 2주기 평가를 앞두고 있다. 환자를 비롯한 지역사회 주민들이 관심을 갖는 방향으로 바뀌어져야 할 것이다. 물론 내부고객관리도 이를 통하여 이루어져야 할 것이다. 한편 의료기관의 일방적 책임만을 묻는 차원에서 벗어나 여건을 조성해주고 나서 개별 병원이나 의료인이 개인적 책임의 귀속사유로 문제가 되는 것에 대한 책임을 묻고, 여건이 조성되지 않은 속에서의 책임추궁은 무과실책임을 묻는 것과 마찬가지로의 상황이 될 수 있을 것으로 여건의 조성 과 책임의 추궁이 조화를 이루어야 할 것이다.

셋째, 의료법 제49조의2에 의료기관회계기준에 관한 규정을 두고 있다. 의료기관에 적용되는 회계기준을 정하도록 의료법이 개정(2002. 3. 30, 법률 제6686호)됨에 따라 의료기관회계의 투명성을 확보하기 위한 의료기관회계기준의 적용범위, 재무제표의 작성 등 회계의 작성에 필요한 사항을 정하기 위해 「의료기관회계기준규칙」이 2003.9.15 보건복지부령 257호로 제정되었다. 그 주된 내용은 첫째, 회계기준의 적용대상을 종합병원으로 하되, 2004년도에는 300병상 이상의 종합병원, 2005년도에는 200병상 이상의 종합병원, 2006년도에는 100병상 이상의 종합병원으로 단계적으로 시행하도록 하며(제2조 및 부칙), 둘째, 병원의 재무상태와 운영성과를 나타내기 위하여 작성하여야 하는 재무제표는 대차대조표·손익계산서·기본금변동계산서·현금흐름표로 하고 그 계정과목을 정하며(제4조, 제6조 내지 제10조), 셋째, 병원의 회계연도는 정부의 회계연도에 의

하되, 학교법인이 병원의 개설자인 경우에는 사립학교의 학년도에 따르도록 한다(제5조).

넷째, 이상의 내용 외에도 의료법 제5장의 감독 편에 제48조 지도와 명령, 제49조 보고와 업무검사 등, 제50조의 시정명령 등, 제51조의 개설허가의 취소 등, 제52조 면허의 취소 및 재교부, 제53조 자격정지 등, 제53조의2 과징금처분, 제53조의3 행정처분의 기준 및 제54조 의료지료원 등의 많은 관련 규정이 존치한다.

한편 국민건강보험법 제85조 제1항과 제2항에 의한 과징금 처분도 있다. 병원이 직장보험·지역조합·국민건강보험공단에 진료비, 즉 보험급여비용을 청구함에 있어서 요양급여기준 또는 요양급여비용의 산정기준을 위반하여 부당하게 보험급여를 하였거나 보험급여비용을 청구하였다는 이유로, 국민건강보험법 제85조가 정한 과징금의 최고범위인 보험급여비용의 5배에 상당하는 과징금부과 처분을 종종 받는 현실이다. 이러한 처분이 과연 정당한가하는 문제가 실무상 자주 문제로 지적되고 있다.주42)

다섯째, 우리나라 병원 병상의 양적 확대도 국가적 차원에서 질적인 내용이 충족되는 방향으로 이루어져야 할 것이다. 가장 큰 문제는 영리법인을 확대되기 위해선 그 전제조건으로서 공공병원의 병상확충이 시급히 이루어져야 한다는 점이다. 영리법인이 인정된다면 공공의료의 기반이 필수적으로 전제되어야 하기 때문이다. 보건복지부가 2005년 현재의 공공의료의 취약상황을 감안하여 공공의료 확충방안을 발표했으나 여러 가지 점에서 의문이 제기되고 있다. 2008년까지 4조원의 예산을 투입하겠다는 보건복지부의 발표에도 불구하고 보건기관과 의료기관, 거점병원, 대학병원 간 현실적 연계가 제시되지 않고 있으며, 민간의료건제와 기피분야 보완 등 공공의료기관의 존재의 이유와 투자를 위한 기능과 역할을 명확히 수립해야 할 것이 지적되고 있다.주43)

주42) 범경철, 의료분쟁소송-이론과 실제-, 법률정보센터, 2003.8, 181면.

주43) 보건복지부, 공공보건의료확충 종합대책 공청회자료집, 서울교육문화회관, 김강희 지정토론회, 2005.5.25(병원신문 제1768호, 2005, 6, 2, 4면) ; 허대석, 공공보건의료 확충 종합대책안에 대한 우려(병원신문 제1768호, 2005, 6, 2, 11면).

마. 병원의 운영주체별 법적 관리

1) 병원의 운영형태

병원은 크게 국·공립병원, 법인병원 및 개인병원으로 나뉘볼 수 있다. (표 III-3)에서 보면 병원의 경우 개인병원이 471개로 전체 805개의 절반을 훨씬 넘는 것을 볼 수 있고 종합병원과 합친 전체 숫자로만 봐도 520개로 전체 병원수 1082개의 절반에 육박하는 것을 볼 수 있다. 개인병원 형태의 운영에 대한 선호도가 높다할 것이다. 국·공립병원은 지방공사를 포함해서도 종합병원 31개 및 병원 51개로 전체에서 차지하는 비율이 낮은 것을 알 수 있다.

국·공립병원은 VI장에서 상세히 논의할 것이므로, 본 장에서는 법인병원과 의료법인을 중심으로 다루고자 한다.

〈표 III-3〉 설립구분별 병원의 현황

	병원 수	국·공립					법인병원							개인
		국립	시립	도립	공립	지방공사	특수법인	학교법인	사단법인	재단법인	사회복지법인	회사법인	의료법인	
종합병원	277	3	2	0	0	26	25	62	0	22	3	0	85	49
병원	805	11	9	8	14	9	8	10	2	23	25	1	214	471
합계	1082	14	11	8	14	35	33	72	2	45	28	1	299	520

자료: 2004 대한병원협회 전국병원명부

2) 법인병원

의료법 제30조 제2항 제4호의 의료법인 및 제5호의 민법 또는 특별법에 의하여 설립된 비영리법인이 의료기관의 개설자가 되는 경우가 법인병원에 해당하는

다. 현재 우리나라의 병원은 영리법인으로 설립할 수 없고 비영리법인으로만 설립할 수 있게 되어 있다. 결국 법인병원은 개인병원과 마찬가지로 민간병원에만 해당된다. 민간병원으로 운영을 하더라도 의료기관의 공공성에 비추어 의료법에 의료기관의 개설권자로 규정되고 있는 만큼 법에 의한 일정한 제약을 받게 된다.

「보건복지부및그소속청소관비영리법인의설립및감독에관한규칙」을 통해 민법의 규정에 의하여 보건복지부장관 또는 그 소속청장이 주무관청이 되는 비영리법인의 설립 및 감독에 관한 필요사항에 대하여 규율한다(동 규칙 제1조). 동 규칙을 통하여 비영리법인의 설립허가, 법인사무의 검사 및 감독 등에 관하여 다른 법령에 특별히 규정된 것을 제외하고는 규율된다. 일정한 서류를 제출하여 보건복지부장관 또는 그 소속청장 등의 주무관청에 설립허가의 신청을 하여야 하며(동 규칙 제3조), 주무관청은 일정한 기준에 적합한 경우에 한하여 법인설립을 허가할 수 있다(동 규칙 제4조). 법인은 매 사업연도 종료 후 2월 이내에 사업실적 및 사업계획 등의 서류를 주무관청에 제출하여야 하며(동 규칙 제7조), 주무관청은 민법 제37조의 규정에 의한 법인사무의 검사 및 감독을 위하여 불가피한 경우에는 법인에게 관계서류·장부 기타 참고자료의 제출을 명하거나 소속공무원으로 하여금 법인의 사무 및 재산상황을 검사하게 할 수 있도록 하여 법인사무의 검사·감독에 대하여 규정하고 있다(동 규칙 제8조제1항)

그동안 특히 일부 사회복지법인 형태의 병원이 법인의 실체적 내용은 부실한 채로 법인설립허가를 위한 형식적 요건만으로 충족하여 허가를 얻어, 노인환자들을 대상으로 본인일부부담금을 받지 않는 형태로 병원을 운영하면서 실제적인 이익을 챙겨왔던 바람직하지 못한 현상들이 있어왔다. 이에 의료법 제25조 제3항은 누구든지 국민건강보험법 또는 의료급여법의 규정에 의한 본인부담금을 면제 또는 할인하는 행위, 금품 등을 제공하거나 불특정 다수인에게 교통편의를 제공하는 행위 등 영리를 목적으로 환자를 의료기관 또는 의료인에게 소개·알선·유인하는 행위 및 이를 사주하는 행위를 하여서는 아니된다. 다만, 환자의 경제적 사정 등 특정한 사정이 있어 관할 시장·군수·구청장의 사전승인을 얻은 경우에는 그러하지 아니한다라고 2002. 3. 30 법률 제6686호로 개정하였다.

### 3) 의료법인

비영리법인 중에서도 특히 의료법인에 대해서는 별도의 규정을 두고 있는 만큼 별도의 논의를 필요로 한다. 1973년 2월 16일 의료법개정 이후 의료법인제도가 인정되었다. 의료법인의 성질은 특수재단법인의 한 형태라 할 수 있을 것이다.<sup>주44)</sup> 어느 분야의 사업이든지 그 사업을 1차적 또는 고유의 목적으로 하는 개인과 법인이 존재하는 것과 마찬가지로 의료업을 고유의 목적으로 하는 의료법인이 생기게 된 것은 자연스러운 현상의 하나일 것이다.

그러나 의료법인은 의료법시행령의 규정에 의하여 그 성격이 비영리법인으로 규정됨에 따라 세제상의 혜택을 받는 측면이 없지 않으나 출연자에 대한 이윤 분배나 재산의 처분이 엄격히 규제되고 일부 세제에 있어서는 다른 법인들에 비해 불공평한 취급을 받게 되어 의료업의 발전이나 공익성의 신장에 오히려 부정적 요인으로 작용하는 측면도 없지 않다. 그 단적인 예로서 우리나라에서 비영리병원이라 할 수 있는 공공 병원과 민간비영리병원의 수를 조사해보면 1999년 현재 전체병원의 52.6%를 차지하고 있는데 일본은 1996년 현재 약 80%이고, 미국은 1994년 현재 약 89%인 점을 들 수 있다. 이러한 사실은 우리나라의 의료공급체계가 민간주도형의 구조를 갖고 있음과 동시에 영리적 성격이 비교적 강한 구조로 편성되어 있음을 보여 주는 것이라고 말할 수 있다.<sup>주45)</sup>

#### 가) 의료법인의 목적과 사명

의료법인은 의료업을 목적으로 의료법에 의해 설립된 법인이라 정의할 수 있다(의료법 제30조 제2항). 의료법은 의료시행의 주체, 의료기관의 개설, 의료업무의 범위, 위법·부당한 의료행위와 이에 대한 처벌내용 등 적정의료의 시행에 필요한 사항을 규정함으로써 궁극적으로 국민의 건강을 보호 증진할 목적으로 제정된 국민의료의 기본법이다. 의료법인은 이 법이 정하는 바에 따라 의료기

주44) 문정두, 판례중심 의료소송-특히 의료과오를 중심으로-, 1982, 50-52면.

주45) <http://kihm.kha.or.kr/>(황인경, 의료법인제도의 문제점과 개선방향)

관을 개설하고, 의료업을 시행하는 법인이다. 의료업은 의료·조산·간호 등의 의료행위를 통하여 질병이나 부상을 예방 또는 치료할 목적으로 시행되는 사업이라고 정의할 수 있다. 의료법인은 의료사업 외에도 의료인·의료관계자의 양성·보수 교육이나 의료·의학에 관한 조사연구 등의 부대사업을 시행할 수 있다. 그러나 기본적으로 그 설립목적이 의료업을 시행하는데 있다는 점이 민법이나 다른 특별법에 의하여 설립된 법인의 목적과 다른 점이라고 말할 수 있다.

의료법인은 공익성의 추구를 그 사명으로 하고 있다. 이와 같이 말할 수 있는 근거는 의료법 시행령 제18조에서 의료법인은 의료업과 부대사업을 시행함에 있어 공중위생에 기여하고 영리를 추구하여서는 아니된다고 규정한 데 있다. 영리추구 금지의 규정은 두 가지의 의미로 해석할 수 있다. 첫째, 의료법인이 의료업이나 부대사업의 결과로 이익을 실현하였을 때 이를 출연자에게 귀속시키지 못하고 그 사업에 재투자하여야 한다는 의미이다. 둘째, 의료법인은 의료업이나 부대사업을 시행함에 있어서 의료기관의 생존유지나 성장·발전에 필요한 적정이익의 추구는 인정되나 위법·부당한 행위에 의해 과도한 수익이나 이익을 추구하는 행위는 인정하지 않는다는 의미이다. 이 중에서 첫째 의미의 관점에서 의료법인은 그 성격을 비영리법인이라고 규정할 수 있으며, 이익을 출연자(들)에게 배당하지 않고 재투자해야 한다는 점이나, 위법·부당한 수익이나 이익을 추구하지 않아야 한다는 점에서 그 사명을 공익성의 추구라고 말할 수 있다.

이상에서 언급한 의료법인의 목적과 사명은 의료법인이 지니는 매우 독특한 특성이라고 말할 수 있다. 의료법 이외의 다른 특별법이나 민법에 의해 설립된 법인들은 교육, 사회복지, 선교, 자선 등 법인의 설립목적 달성을 위하여 의료기관을 개설하게 되지만 의료법인은 의료업 그 자체의 목적을 위하여 의료기관을 개설하게 된다. 의료법인은 그 설립목적이 이와 같이 의료업 그 자체임에도 불구하고 의료법의 규정에 의해 출연자에 대한 이익의 분배가 금지되고 있다. 이러한 규정은 민법에서 영리를 목적으로 하는 사단의 경우에 상사회사설립의 조건에 따라 이를 법인으로 할 수 있다는 영리법인의 허용원칙에 대하여 예외적 금지규정이라는 점에서 의료법인이 지니는 고유한 특성이 된다고 말할 수 있다.

## 나) 의료법인의 설립, 운영 및 해산

의료법인을 설립하기 위해서는 의료법인설립허가신청서에 의료법시행규칙에서 정하는 서류(설립발기인의 인적 사항, 설립취지서, 정관, 재산목록, 사업계획서, 수지예산서 등)를 첨부하여 그 소재지를 관할하는 시·도지사에게 제출하고 허가를 받아야 한다. 만약 의료기관을 둘 이상의 시·도에 개설하여 의료업을 시행하고자 할 경우에는 설립허가신청서를 시·도지사를 거쳐 보건복지부장관에게 제출하고 허가를 받아야 한다(의료법 제41조). 이러한 절차는 설립 동기, 임원 선임 등의 조치를 취하고 그 결과를 보고할 경우뿐만 아니라 법인 운영과정에서 정관 변경, 기본재산 처분 등의 허가를 신청할 경우, 그리고 법인의 해산과 잔여재산의 처분에 대한 허가를 신청할 경우에도 동일하게 적용된다. 설립허가 신청서류의 심사 과정에서 장관이나 시·도지사는 필요하다고 인정될 경우 신청인에게 기간을 정하여 필요한 서류를 제출하게 하여 보정하거나 설명을 하게 할 수 있다.

의료법에서는 의료법인이 그 운영과정에서 재산을 처분하거나 정관을 변경하는 경우에도 민법에 의해 설립된 다른 법인과는 달리 시·도지사나 보건복지부장관의 허가를 받도록 엄격히 규정하고 있다(의료법 제41조 제3항). 이 규정에 대해서는 과거에 헌법상 평등의 원칙에 위배되지 않느냐 하는 논란이 있었으나 대법원은 그렇지 않다고 판결한 바 있다. 즉, 이 규정은 의료법인이 그 재산을 부당하게 감소시키는 것을 방지함으로써 항상 그 경영에 필요한 재산을 갖추고 있도록 하여 의료법인의 건전한 발달을 도모함으로써 의료의 적정을 기하고 국민건강을 보호·증진케 하려는데 목적이 있으므로 합리적 근거가 있다고 할 수 있고, 따라서 헌법상 평등의 원칙에 위배되는 것이라 할 수 없다고 판결하였다. 보건복지부장관이나 도지사는 의료법인의 운영과정에서 감독상 필요하다고 인정될 경우에는 의료법인에게 관계서류·장부·참고자료의 제출을 명하거나 소속 공무원으로 하여금 의료법인의 사무 및 재산상황을 검사하게 할 수 있다.

의료법인의 설립, 운영, 해산 등에 관하여 의료법에서 정하지 아니한 사항에 대해서는 민법 중 재단법인에 관한 규정이 준용된다. 민법은 제31조~제97조에

서 법인의 설립, 기관, 해산, 벌칙 등에 관하여 규정하고 있는데 의료법인에 관하여 의료법에서 정하지 아니한 사항들에 대해서는 이들 규정이 적용된다. 의료법인은 해산시 민법의 규정에 의하여 다른 법인과 마찬가지로 출연자들에 대한 잔여재산의 분배가 허용되지 않는다. 즉 병원을 해산할 때 의료법인병원은 민법 제80조(잔여재산의 귀속의 규정)에 의해 남은 재산을 다음과 같이 처리해야 하며 재산처분의 자유가 인정되지 않는다.

① 해산한 법인의 재산은 정관으로 지정한 자에게 귀속한다.

② 정관으로 귀속권리자를 지정하지 아니하거나 이를 지정하는 방법을 정하지 아니한 때에는 이사 또는 청산인은 주무관청의 허가를 얻어 그 법인의 목적에 유사한 목적을 위하여 그 재산을 처분할 수 있다.

③ 위 2)항과 같이 처분되지 아니한 재산은 국고에 귀속한다.

최근에 의료법인 등 비영리법인만의 운영의 한계 속에서 영리법인의 도입에 대한 논의가 활발하게 이루어지고 있다.

#### 바. 병원관리업무의 분야별 법적 책임

##### 1) 환자관리의 법적 책임

환자관리란 병원에 외래 및 입원진료를 받고자 내원한 환자에게 만족할만한 진료가 제공되도록 환자진료 및 진료지원업무를 원활히 운영하기 위한 업무를 말한다. 환자의 법적 관리란 환자의 법적 미비사항 지적 및 병원의 부당한 요구에 대한 환자의 이의제기를 적절히 수용하는 등으로 병원이 환자관리에 있어 법적 요구사항을 충실히 수행하는 것을 의미한다.

환자관리를 함에 있어 진료의 질에 대한 환자의 높은 기대치와 치열한 병원 경쟁상황으로 인하여 환자만족경영의 중요성이 그 어느 때보다 커지고 있다. 이 경우 환자의 법적 관리를 잘 하는 것이 환자만족경영으로 연결됨을 재인식해야 할 것이다. 환자들이 건강보험의 요구사항 등에 대해 숙지를 하고 병원을 찾는 만큼 병원도 이에 대해 노력해야 함을 의미한다.



비교적 최근에 의료법의 개정을 통하여 환자의 진료의사의 선택권을 보장하고 있으나(의료법 제37조의2), 환자의 진료 선택권이 제대로 지켜지지 않는 문제점이 지적될 때마다 보건복지부가 이에 대한 법률위반에 대해 처벌을 강화하겠다는 보도가 나오는 상황이다. 좀 더 근본적이고 체계적인 제도의 정착이 아쉽다.

적절한 질의 관리를 통해 환자관리가 이루어지도록 하기 위한 차원에서 병원 감염의 예방에 관한 규정 두고 있다(의료법 제37조의3). 시설이 좋고 병원감염에 많은 관심을 갖고 적극적인 관리사업을 실천하고 있는 미국의 경우도 병원감염의 1/3은 예방가능한 병원감염인 것으로 전국조사에서 확인되고 있어서 우리나라의 경우는 예방가능한 병원감염 사례가 훨씬 더 많이 있을 것으로 추측된다.<sup>주46)</sup> 이처럼 환자관리를 제대로 하기 위한 규정이 현실적으로 잘 이행되지 않는 문제점이 발생하고 있어 이의 극복이 시급한 과제가 되고 있다. 일반적으로 병원감염은 감염경로가 복잡하고 법적 입증이 용이하지 않아 재판이 제기되는 경우가 드물었으나 우리나라에서도 병원감염에 관한 판례가 처음으로 형성된 바 있다. 이외에도 의료법상의 많은 의료인의 의무에 관한 규정들을 통해 환자에 대한 좀 더 나은 진료가 이루어지도록 하고 있다할 것이다.

의료법 제32조의 의료기관의 운영에 관한 사항 및 요양병원의 입원대상 환자·입원절차 등에 관하여 필요한 사항 규정에 근거한 동법 시행규칙 제27조 「개설자 또는 관리자의 준수사항」 규정과 제28조의4의 「요양병원의 운영」 규정 역시 적절한 환자관리를 위해 마련된 규정들이라 할 것이다. 전자의 규정에서는 의료기관을 개설·운영하는 개설자 또는 관리자로 하여금 1. 입원실의 정원을 초과하여 입원시키지 아니할 것 2. 입원실은 남·여별로 구별할 것 3. 입원실이 아닌 장소에 환자·임산부 또는 해산부를 입원시키지 아니할 것 4. 정신병환자는 정신병 입원실외에는 입원시키지 아니할 것 5. 전염의 우려가 있는 환자와 기타의 환자를 동일한 입원실에 입원시키지 아니할 것 6. 전염의 우려가 있는 환자가 입원하였던 입원실 및 그 피복·침구·식기 등은 완전히 소독한 후가 아니

주46) 김정순, 병원감염-역학과 관리의 실제-, 수문사, 1988, 27면.

면 사용하지 아니할 것 7. 변질·오염·손상되었거나 유효기간 또는 사용기한이 경과된 의약품은 진열·사용하지 아니할 것 등을 요구하고 있다. 쾌적하고 안전한 진료환경의 조성을 통해 적절한 환자관리를 하기 위한 조치라 할 것이다.

후자의 규정에서도 제1항에 입원대상은 노인성질환자·만성질환자 및 외과적 수술후 또는 상해후의 회복기간에 있는 자로서 주로 요양을 필요로 하는 자로 하고, 정신질환자(노인성치매환자를 제외한다) 및 전염성질환자는 입원대상으로 하지 아니하도록 하여 순수한 요양진료 환자만의 수용을 요구하고 있다. 동시행규칙 제2항에서는 각급 의료기관이 환자를 요양병원에 이송한 경우에는 환자 이송과 동시에 진료기록사본 등을 당해요양병원에 송부하도록 하여 의학적으로 정확한 환자진료가 이루어지고 환자의 진료비부담도 덜 수 있도록 하고 있다. 동시행규칙 제3조에서는 요양병원의 개설자는 요양환자의 상태가 악화되는 경우에 적절한 조치가 가능하도록 환자후송 등에 관하여 다른 의료기관과 협약을 맺거나 자체 시설 및 인력 등을 확보하여야 한다고 규정함으로써 제대로 된 요양진료의 내용을 담보하고 있다 하겠다.

최근의 가정간호에 관한 규정을 두어 환자에게 한걸음 더 나아가는 병원상을 구현하기 위한 법적 환경을 조성하고 있다 하겠다. 의료법 제30조 제1항 제4호에서는 가정간호의 실시의 경우를 당해 의료기관내에서 의료업을 행하여야 하는 원칙의 예외로 인정하고 있다. 의료법 시행규칙 제22조에서는 가정간호의 범위, 가정간호실시 간호사 등에 관한 내용을 규정하고 있다.

의료법 시행규칙 제28조의7에서는 입원시설을 갖춘 종합병원·병원·치과병원·한방병원 또는 요양병원은 「의료기관의 급식관리기준」(별표 5)에서 정하는 바에 따라 환자의 식사를 위생적으로 관리·제공하여야 한다는 급식관리에 관한 규정을 두어 적절한 환자관리의 보장을 위한 노력을 하고 있음을 알 수 있다.

## 2) 병원인력관리의 법적 책임

### 가) 병원인력관리책임

병원의 업무가 제대로 이루어지도록 관련법을 통하여 인력관리를 하고 있다.

이는 법정인력의 정원책정 및 이들 의료인이 일정한 자질을 유지하도록 하기 위한 보수교육의 시행으로 초점이 맞춰진다. 그 외에도 타 분야에 대한 국가적 차원의 정책적인 배려가 병원에도 적용되는 「의료기관 등에서의 의무고용비율」에 관한 규정도 있다.

먼저 병원의 법정인력 정원에 대하여 의료법 제32조와 시행규칙 제28조의 6 별표4에 규정되어 있다. 의료인의 정원기준은 연평균 1일 입원환자와 외래환자를 기준으로 정하고 있다. 이러한 의료인력기준은 과거에 제정된 것으로 이후 시대에 변화를 따르지 못하고 있고, 의료기관의 종별에 따른 차이가 인정되지 않는 등의 문제가 있다.<sup>주47)</sup>

둘째, 의료인에게는 보수교육을 받을 의무가 주어져 있다. 각각의 중앙회를 통하여 회원의 자질향상을 위하여 필요한 보수교육을 실시하여야 하고 의료인은 보수교육을 받아야 한다(의료법 제28조 제2항, 제3항). 구체적으로 중앙회는 보수교육을 매년 1회 이상 실시하여야 하고, 교육시간은 연간 8시간 이상으로 한다(동법 시행규칙 제21조의 2 제1항). 물론 일정한 자에게는 보수교육을 면제하는 예외가 적용되기도 한다(시행규칙 제21조의2). 보수교육을 받지 아니한 자에 대하여는 1백만원 이하의 과태료에 처한다(동법 제71조). 보수교육에 대한 예산의 부족과 보수교육 미이수자에 대한 관리나 제재가 미흡한 것 등이 충실하지 못한 보수교육의 사유로 지적된다.<sup>주48)</sup>

셋째, 의료기관 등에서의 의무고용비율이 국가유공자 예우 등에 관한 법률과 장애인 고용촉진법에 의해 각각 전체 고용인원의 5%까지(동법 시행령 49조)와 2%의 고용의무(동법 제35조와 동법 시행령 제34조)를 부과하고 있다.

## 나) 병원인사관리

병원은 기업조직이나 여느 사회조직에 비해 복잡한 특성을 갖고 있다. 병원

주47) 박윤형, 장욱, 이인숙, 「우리나라 의료기관 규제관련 법률에 관한 연구」, 『한국의료법학회지』, 제7권제1호, 54면.

주48) 위의 논문, 55면.

조직의 복잡성이 주로 구성인력의 다양성과 직무의 전문성에서 비롯되므로 병원인사관리는 병원경영에 있어서 중요하면서도 어려운 과제로 인식된다.

병원의 인사, 복무규정 등의 제정 시 근로기준법, 노동조합 및 노동관계조정법, 직업훈련기본법, 근로자참여 및 협력증진에 관한 법률, 산업재해보상보험법 등 상위법규에 위배되지 않도록 해야 한다. 예를 들어 병원노조도 헌법 제33조 제1항에 따라 파업을 행사할 수 있음은 당연하다. 그러나 병원사업은 공익사업으로 분류되는 「공중위생 및 의료사업」과 달리(노동조합 및 노동관계조정법 제71조제1항) 그 업무의 정지 또는 폐지가 공중의 일상생활을 현저히 위태롭게 하거나 국민경제를 현저히 저해하고 그 업무의 대체가 용이하지 아니한 필수공익사업으로 분류된다(동법 동조 제2항). 따라서 공익사업에 적용되는 긴급조정 절차(동법 제76조) 외에도 추가적으로 강제중재제도(동법 제74조, 제75조)라는 법적 제한을 받게 된다.

개개병원이 규정하고 있는 많은 인사관리 규정이 상위법에 위배되고 있는지의 여부에 대한 검토가 있어야 할 것이다.

### 3) 병원물자 및 의료기술관리의 법적 책임

병원에서 진료를 하기 위해서는 의료시설, 의료장비 및 의료정보시스템 등의 다양한 물자가 활용된다. 특히 의공학적인 지식의 발전 및 IT기술의 발전 등에 힘입어 병원사용물자 및 의료기술의 발전은 눈부시다. 이들의 활용에 있어 무엇보다 중요한 것은 진료의 적정성과 안전성을 확보하는 문제이다.

#### 가) 병원시설에 관한 규제

의료기관의 종별에 따르는 시설·장비의 기준·규격, 의료인의 정원 기타 의료기관의 운영에 관한 사항 및 요양병원의 입원대상환자·입원절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다(의료법 제32조). 이에 따라 구체적인 사항으로 종별에 따른 의료기관의 시설기준 및 규격(동 시행규칙 제28조의2), 환자와 의료관계인 기타 의료기관 종사자의 안전을 위한 의료기관의 안전관리

시설(동 시행규칙 제28조의3), 요양환자의 후송 등에 관한 요양병원개설자의 자체 시설 확보의무(동 시행규칙 제28조의4 제3항), 보건복지부장관의 고가의료장비의 설치·운영기준에 부합한 설치·운영의 의무(동 시행규칙 제28조의5), 「진단용방사선발생장치의 안전관리에 관한 규칙」 등을 규정하고 있다. 이외에도 앞의 (표 III-2) 「적용되는 주요관계법령」의 다양한 법규에 따른 시설기준을 준수해야 한다.

보건의료정책목표의 관철을 위해 의료시설로서의 의료기관의 개설 장소를 제한하는 규정을 두기도 한다. 즉 의약분업 후 의약분업의 취지를 무색하게 하거나, 의료기관과 약국이 담합하여 탈법행위를 하는 것을 방지하기 위하여 의료기관을 개설할 수 있는 자라 하더라도 아래에 해당하는 경우에는 의료기관을 개설할 수 없도록 하였다(의료법 제30조제8항). 1. 약국의 시설 내 또는 구내인 경우 2. 약국의 시설 또는 부지의 일부를 분할·변경 또는 개수하여 의료기관을 개설하는 경우 3. 약국과 전용의 복도·계단·승강기 또는 구름다리 등의 통로가 설치되어 있거나 이를 설치하여 의료기관을 개설하는 경우 등이 이에 해당한다.

#### 나) 의료기술에 관한 규제

병원에서의 의료기술은 의료행위를 전제로 거론될 수 있는 개념이다. 원래 의료행위는 고도의 전문성을 필요로 하는 행위로서 의학의 과학적 원리에 의해 규율될 수 있을 뿐 사회적 통제를 목적으로 하는 법이 규율할 대상이 아니다. 따라서 의료인이 행하는 의료·조산·간호 등 의료기술의 시행에 대하여는 이 법 또는 다른 법령에 특히 규정된 경우를 제외하고는 누구든지 이에 간섭하지 못한다(의료법 제12조)라고 의료기술등에 대한 보호에 관한 규정을 두고 있다. 또한 의료인만이 의료행위를 할 수 있는 전속적 권리를 갖는다(동법 제25조). 그러나 의료행위 수행상의 과실이 있어서 환자에게 손해를 발생시키는 경우는 예외가 된다.

한편 의료행위는 수행과정상 의료장비의 의존도가 높는데, 이들의 안전성이 의료행위의 적절성으로 직결된다 하겠다. 한편 의료장비들은 고도화된 IT기술

로 무장되어 있는 것이 일반적 추세이다.

### (1) 진료심사 및 평가

오늘날 우리나라의 의료는 전국민 의료보험 체계의 틀 속에서 이루어지고 있어 의료인 및 병원의 의료행위는 심사평가원에 의한 심사를 받게 된다. 행위별 수가제(fee-for-service)하에서 양질의 서비스가 가능한 장점이 발휘되지만 수입 증대를 위한 행위량 증가가 수반되므로 적정진료여부에 대한 심사의 필요성이 생긴다. 양질의 의료로 위해서는 의료행위의 의학적 기술성도 충족해야 하지만 의료제공의 경제적 측면을 고려한 효율성도 충족되어야 하는 것으로, 이의 연장선상에서 의료행위에 대한 심사 즉, 의료기술에 대한 평가가 이루어져야 하는 것이다.

요양급여비용의 청구를 하고자 하는 요양기관은 제55조의 규정에 의한 건강보험심사평가원에 요양급여비용의 심사청구를 하여야 하며, 심사청구를 받은 건강보험심사평가원은 이를 심사한 후 지체없이 그 내용을 공단 및 요양기관에 통보하여야 한다(국민건강보험법 제43조). 심사평가원은 요양급여비용의 심사, 다른 법률의 규정에 의하여 지급되는 급여비용의 심사 또는 의료의 적정성 평가에 관하여 위탁받은 업무 등의 심사업무를 관장한다(동법 제56조 제1항 제1호 및 제5호). 요양기관에서 청구한 요양급여비용 심사 시 내용의 적합성 및 비용의 적합성 여부를 확인함에 있어서 그 실제적 판단기준으로 「진료비 심사기준」이 적용된다. 이는 국민건강보험법상의 심사기준과 기타의 심사기준이 종합적으로 적용된다. 전자는 국민건강보험법 제39조의 요양급여의 기준, 국민건강요양급여의 기준에 관한 규칙, 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항, 동법 제42조의 규정에 의한 정해진 요양급여비용의 내역 등이 해당되며, 후자는 보건복지부 행정해석, 심사평가원장이 진료심사평가위원회의 심의기준을 거쳐 정한 요양급여비용의 심사기준(심사지침) 등이 해당된다.

이외에도 최근 급속히 증가하는 신의료기술 등에 대한 보건복지부의 업무에 대해서도 심사평가원이 지원하고 있다. 신의료기술 등을 건강보험급여대상 혹은

비급여대상으로 결정하는 전문평가위원회(의료행위·약제·치료재료)를 운영한다.

한편 2000년 7월부터 양질의 요양급여(의료급여) 제공 및 국민건강 증진을 위하여 심사평가원은 평가업무도 수행하고 있다. 즉 의료의 질 향상 및 비용부담의 적정화를 도모하기 위하여 부적절한 진료방법을 최소화하고, 진료의 오·남용을 방지하며, 부작용 예방으로 진료의 질을 향상하고자 하며, 효과대비 경제적인 진료활동이 되도록 하고자 함이다.

## (2) 의료정보의 법적 관리

의료정보는 원격의료, 전자처방전 및 전자의무기록 등에 적극적으로 활용됨으로써 그 유용성이 어느 때보다 커지고 있다. 그러나 원격의료 및 u-Health 등으로 개인정보의 활용범위가 넓어지면서 오히려 개인정보의 보호가 그 어느 때보다 위험한 상황에 빠질 수 있음도 부인할 수 없게 되었다. 기존의 의료인 뿐만 아니라 원내 정보관련자 및 외부의 통신사업자 등으로 정보유출을 할 수 있는 가능자의 범위도 더욱 넓어지고 있다. 그 어느 때보다 의료정보의 거버넌스 기능이 강화되어야 할 시점이다.

먼저 원격의료는 의료법 제30조의2의 제1항에서 통신 등 정보통신기술을 활용하여 원격지의 의료인에 대하여 의료지식 또는 기술을 지원하는 것으로 정의하고 있다. 원격의료의 안전과 신뢰성을 확보하기 위해 원격医료를 행하거나 이를 받고자 하는 자 모두가 원격진료실과 데이터 및 화상을 전송·수신할 수 있는 단말기, 서버, 정보통신망 등의 장비를 갖추도록 하고 있다(동법 시행규칙 제23조의3). 원격의료와 연관된 책임에 대하여 상당한 비중을 두고 규정하였다. 원격医료를 시행하는 자는 환자에 대하여 직접 대면하여 진료하는 경우와 동일한 책임을 지는 것으로 규정하여(동법 동조 제3항) 원격의료라도 일반적인 의료행위에 비하여 책임이 경감되지 않는다는 것을 천명하고 있다. 그러나 이러한 원격의료의 일반적인 책임원칙의 특별규정으로서 원격지 의사의 원격의료에 따라 의료행위를 한 의료인이 의사·치과의사 또는 한의사(이하 "원격의사"라 한다)인 경우에는 당해 의료행위에 대하여 원격지 의사의 과실을 인정할 만한

명백한 근거가 없는 한 환자에 대한 책임은 제3항의 규정에 불구하고 현지의사에게 있는 것으로 본다(동법 동조 제4항)고 규정하고 있다.

원격의료에 대하여는 원격의료의 개념과 범위의 확대, 원격의료의 자격 및 외국 의사의 원격의료, 원격의료의 책임 규정, 원격의료의 시설·장비에 대한 규정, 원격의료의 건강보험 적용문제, 원격의료의 관할권 및 준거법 문제 및 원격의료와 개인정보 보호 기타 쟁점에 대한 법안 등의 법적 문제점이 지적되고 있다.<sup>주49)</sup>

둘째, 병원에서 종이의무기록의 한계를 극복하고자 최근에는 전자의무기록이 적극적으로 활용된다. 현행법에는 의료인 또는 의료기관의 개설자는 진료기록 부등을 전자서명법에 의한 전자서명이 기재된 전자문서(전자의무기록)로 작성·보관할 수 있다고 규정하고 있다(의료법 제21조의2). 의료법 제21조에 의하여 진료기록부 등은 최종적으로 서명이 되어야만 유효하게 된다. 전자서명법 제3조제1항에 의해 전자의무기록이 유효한 서명으로 인정받기 위해서는 전자문서에 공인전자서명이 있어야 할 것이다. 물론 동법 동조 제2항에 의해 공인전자서명이 있는 전자의무기록의 경우에 전자서명이 서명자의 서명, 서명날인 또는 기명날인이고, 당해 전자문서가 전자서명된 후에는 그 내용이 변경되지 않은 것으로 추정효력을 받는다. 그러나 전자서명을 할 때마다 정보인증회사의 인증을 받아야 하는 방식을 의료기관내 전자의무기록 시스템에 그대로 적용할 수는 없다. 따라서 별도의 전자의무기록에 대한 기준이 마련되어야 할 것이다.<sup>주50)</sup>

법에 의해 진료기록부의 유효한 형태로 전자의무기록이 인정된 만큼 전자의무기록의 효력, 의무기록의 검색·분석을 위한 전자의무기록의 보존 및 관리, 진료정보의 공동활용을 위한 모든 의료기관간의 표준화된 양식의 개발·보급과 의학용어의 통일 등 소프트웨어상의 여건 마련 및 의료정보와 비밀보호 등을 위한 하위규정이 필요할 것이다. 그러나 2003.10.1 개정을 통해 의료법 시행규칙 제18조의2로 의료인 또는 의료기관의 개설자가 전자의무기록을 안전하게 관리·보존하기 위하여 갖추어야 할 장비로 1. 전자의무기록의 생성과 전자서명을

주49) 주지홍, 왕상환, 조형원, 박민, 이범룡, 『의료정보화산업의 활성화를 위한 법제도 정비방안 연구』, 정보통신정책연구원, 2003.12, 118~131면.

주50) 강성홍 등, 『보건정보관리학』, 청구문화사, 2001, 106면.



검증할 수 있는 장비 2. 전자서명이 있는 후 전자의무기록의 변경여부를 확인할 수 있는 장비 3. 네트워크에 연결되지 아니하는 백업저장시스템 등을 지정하는 규정만을 두고 있을 뿐이다. 업무의 효율화 및 진료정보 공동활용의 활성화의 측면과 전자문서의 보안성을 적절히 고려한 추가적인 입법이 필요하다.<sup>주51)</sup>

셋째, 의료영상저장 및 전송시스템(Picture Archiving Communication System, PACS)은 기존 필름 중심의 환경에서 나타나는 문제점을 극복하고 디지털 방식으로 영상을 획득, 전송 및 출력함으로써 의료현장에서 그 유용성이 탁월하게 발휘되고 있다. PACS를 의료용구로 볼 것이냐 소프트웨어로 볼 것이냐의 논란이 있다.<sup>주52)</sup>

#### 4) 병원재무관리의 법적 책임

병원관리자는 병원의 재정적 안정 상태를 유지할 책임이 있다. 동원가능한 자원의 범위 내에서 적절한 진료비 청구, 의료보험청구, 비용절감노력, 적절한 자본관리와 자산의 보호 및 세금감면노력 등의 일상적인 활동을 하여 이러한 책임을 완수해야 한다. 이들은 병원재무관리활동과 관련된다.

병원재무관리란 병원의 활동을 원활히 하기 위하여 자원을 조달하는 업무와 절차에 따르는 여러 문제와 그 조달된 자본의 운용을 계획·통제·조정하는 것을 말한다. 재무관리를 수행해내는 관리수단은 예산통제, 이익계획 및 경영분석 등이 된다. 좀 더 구체적으로 보면 병원의 투자사업분석, 자금관리, 현금관리, 유가증권관리, 의료미수금관리, 재고자산관리 및 병원경영분석 등이 이들에 해당한다. 병원의 재정상태는 이들 재무관리를 어떻게 하느냐에 달려있다.

병원의 세제와 관련해서도 다양한 법적 문제가 관련된다. 예컨대 개인병원을 의료법인으로 전환할 경우 이에 따른 세제상의 혜택이 실제적인 관심사가 된다. 상속세, 소득세 또는 법인세, 지방세, 양도소득세 등에서의 세제상의 혜택을

주51) 조형원, 전자의무기록의 법적 검토, 광운비교법학 제3·4호, 광운대학교 법과대학 비교법연구소, 2003. 12, 307~308면.

주52) 주지홍, 양상환, 조형원, 박민, 이범룡, 『의료정보화산업의 활성화를 위한 법제도 정비방안 연구』, 정보통신정책연구원, 2003.12, 158~163면.

따져볼 수 있어야 할 것이다. 또 의료법인에 법인세를 부과하는데 과세의 타당성이 있는가의 문제도 따져봐야 한다.

다만 이곳에서는 병원비용 조달의 일반적 내용과 대출을 통한 비용조달을 중심으로 논술한다.

### 가) 병원비용의 조달

병원의 수입은 대부분이 진료비 수입이 된다. 특히 우리나라는 건강보험에 의해 진료비가 이루어지고 있어 진료비를 적기에 상환받는 것이 병원자금의 유동성 확보차원에서 중요하다.

#### (1) 진료비 청구

병원은 환자에게 진료를 해준 반대급부로서 환자에 대하여 진료비지급청구권을 갖는다. 진료의무와 진료비지급청구권은 쌍무계약에 따른 대가의 관계에 있는 것이다.

환자에게 의료를 제공해준 의사나 의료기관은 환자에게 진료비의 지급을 요청할 수 있다. 이에 응하지 않았을 때는 일반적인 채무이행의 청구절차에 따라 채권을 확보할 수 있다. 반대로 진료를 환자에게 제공하지 않으면 진료비를 청구할 수 없을 것이다. 진료상의 주의의무의 해태가 인정되어 의료과실 판정을 받은 병원에 대해 진료비지급청구권이 없다고 판시한 바 있다.<sup>주53)</sup> 한편 간혹 환자들이 특진비를 내고 특진을 못 받은 상황에서 불만을 제기하는 경우가 있을 수 있다.<sup>주54)</sup>

#### (2) 의료보험진료비 청구

환자는 의사의 진료에 대한 보수를 지급해야 한다. 환자가 의료보험에 가입

주53) 서울민사지법 남부지원 1985. 12. 10 선고 84가합1378(본소)·84가합2303(반소)판결(신현호, 의료소송총론, 육법사, 1997, 161면 재인용).

주54) 한겨레 4099호 2001. 4. 12(목), 최재천의 의료법률.

하여 의료비가 보험자에 의해 전부 또는 일부가 직접 지급되는 경우에도 진료 계약의 당사자는 환자이지 보험회사가 아니다. 단, 의료비지급의무에 관해서만은 의사와 보험회사사이의 기초계약으로서 보험회사가 환자의 의료비지급의무를 전부 또는 일부 면책적 채무를 인수한 것으로 해석할 수 있다.<sup>주55)</sup>

그러나 의료보험진료비 청구와 관련해서는 엄밀하게 논술할 문제가 많다. 보험의료의 경우에는 보험급여의 의무자가 보험자라는 점, 지정의료기관을 보험자가 지정한다는 점, 의료기관은 진료보수를 보험자에게 청구한다는 점, 그리고 피보험자도 진료비의 일부는 스스로 부담하고 또 지정의료기관을 스스로 선택하고 전환할 수 있다는 점 등에서 그 법률관계의 파악이 어렵다.<sup>주56)</sup> 그러므로 이에 대하여 여러 견해가 대립되고 있다.<sup>주57)</sup>

다양한 학설상의 대립은 의사의 채무불이행책임을 보험자와 의사 중 누가 지는가와 관련이 되어 있다. 생각건대, 의사와 환자의 관계를 이행보조자와 수령자 관계로 파악하거나 낙약자와 수익자 관계로 파악하는 학설은 모두 보험의료의 측면만을 강조하는 것이다. 의료계약의 내용, 방법이 환자 본인의 의사와 관계없이 정해질 수 있다는 문제가 생긴다. 또한 보험의료를 초과하는 부분에 관하여 새로이 자유진료관계가 성립한다고 하여 그 문제를 해소시킨다고 하지만 의료관계를 통일적으로 파악하지 못한다는 문제가 있게 된다. 우리나라는 아직 영국의 국민보건서비스(National Health Service, NHS)와 같이 의료가 완전히 공영화되지 않았기 때문에 현재의 의료보험체제 아래에서는 이를 채택하기 곤란하다. 한편 의사와 환자의 관계를 직접의 계약관계로만 파악하는 관점은 환자측의 계약자유만을 강조하는 것이다. 비록 일반적으로 의료는 타인의 개입을 환영하지 않는다는 특질을 갖고 있다 하더라도, 의료보험전달체계가 수립되어 일정한 범위에서 의료이용에 제약을 받는 등의 기본적인 보험의료의 특성을 전면적으로 무시하는 것이다. 그러므로 이러한 문제들을 합리적으로 조정, 해결하기 위하여 의사와 환자 사이에 낙약자와 수익자의 관계 및 직접 계약관계가 병

주55) 이은영, 『채권각론』, 박영사, 1993, 706-707면.

주56) 서광민, 「의료과오의 법적 구성」, 『민사법학』, 1989. 8. 3, 46면.

주57) 조형원, 「의료분쟁과 피해자구제에 관한 연구」, 한양대 박사논문, 1994, 108~110면.

존한다고 파악하는 것이 가장 타당하다고 본다.

### (3) 보상받지 못하는 진료비

병원의 진료는 「선진료후진료비청구」라는 특성을 갖는다. 응급의료의 상황은 말할 것도 없고 일반진료에 있어서도 먼저 진료를 하고 나중에 진료비를 청구하는 입장이다 보니 환자측에게 지불능력이 없는 경우 진료비를 지불받지 못하는 상황이 발생할 수 있다. 의료법 제16조에서도 일반환자 진료에 대해서 「...정당한 이유없이 이를 거부하지 못한다」고 하고 있으며 응급환자 진료에 대해서는 「... 응급의료에 관한 법률이 정하는 바에 따라 최선의 처치를 행하여야 한다」고 규정하고 있다. 진료를 거부할 수 있는 정당한 사유에 환자측에서 진료비가 없는 점은 포함되지 않는 것으로 일반적으로 해석된다.<sup>주58)</sup> 따라서 진료비를 받을 수도 없는 상황에서 진료를 강제하는 법규정(의료법제16조제1항)의 법적 타당성이 논의될 수 있다. 몇 년 전에 발생한 보라매병원사건에서도 이러한 문제가 불거진 바 있다.

### 나) 대출자금의 조달

모든 조직이 마찬가지이지만 병원도 필요한 자금을 조달함에 있어서 자기자본이 부족할 경우가 있을 뿐더러, 타인자본의 조달이 유리한 경우에는 채무를 인수하는 것도 합리적 병원경영을 위해서 바람직한 일이다. 한국병원의 대출자금의 조달방안을 살펴본다.

주58) 문국진, 『의료의 법이론』, 고려대학교출판부, 1982, 95면.; 물론 의사가 진료를 거부할 수 있는 정당한 이유에 진료비를 지불하지 않는 등의 문제가 포함되느냐의 여부에 대해서 정당한 이유를 넓게 해석하자는 쪽의 논거와 반대쪽의 논거가 있겠는데, 전자의 입장에서는 위의 경우도 포함시켜 의료인인 진료거부금지 의무에 위배되는 상황이 아니라고 해석할 수 있을 것이며 후자의 입장에서는 반대로 이 경우도 정당한 이유에 포함되지 않아 진료비미지불을 이유로 진료거부를 할 수 없다고 해석이 될 것이다(이상돈, 의사의 의무 - 의사의 형법상 의무를 중심으로 -, 고려대학교 의사법학연구소 특강자료). 응급의료의 경우는 위의 어떤 입장의 경우라 할지라도 진료비미지불을 이유로 진료를 거부할 수 없을 것이다.

(1) 개원자금의 조달

개원자금은 첫째 자기자본으로 조달하는 방법으로 개원 전 본인이 보유하고 있던 자금 혹은 재산을 개원자금으로 사용하는 경우이고 둘째 부채, 즉 타인자본을 조달하는 방법으로 개원자금의 일부 혹은 전부를 개인이나 금융기관 등의 타인에게 빌려서 사용하는 것이다. 첫째는 자신의 자본액의 비율을 자신의 판단 하에 적절한 재무포트폴리오하에서 정해야 할 것으로 이곳에서는 관심사가 아니다. 문제는 후자의 경우로 어떤 것이 더 유리한가의 문제를 따져야 할 것이다. 타인자본을 개인과 금융기관으로부터 조달할 수 있는데 그 경우의 장·단점을 알아야 할 것이다. 다음의 점을 주의하여 결정하여야 할 것이다.<sup>주59)</sup> ① 개인(친지 등)에게 자금을 차입할 경우 이자율은 당사자의 협약에 따라 정하여지고 지급한 이자를 세무상 비용으로 처리하려면 이자소득세 원천 징수차원에서 이자 지급 시마다 지급한 이자에 일정률을 떼어 상대방의 이자 소득에 대한 세금으로 납부해야 한다. ② 금융기관에서 차입할 경우 이자율은 거의 금융기관 측의 정해진 규정에 따라야 하며 통장정리 내역 등과 같이 이자지급사실만 증명하면 별도의 원천 징수없이 이자에 대한 세무상 비용처리가 가능하다. ③ 친지나 친구 등 친분이 두터운 경우이외에는 개인적 차입, 소위 사채는 절대 사용하지 않는 것이 좋다.

(2) 병원운영자금의 조달

일반대출은 차입처별 혹은 담보종류별로 매우 다양하다. 차입처별로는 제1금융권(은행), 캐피탈, 중금, 보험사 등 제2금융권, 리스회사, 할부금융사 및 카드사 등의 다양한 대출처가 있다. 대출금의 성격 및 대출금리 등을 적절히 고려한 재무포트폴리오의 작성이 요구된다. 큰 규모의 병원에서는 전문적인 재무관리 담당자가 필요하다할 것이다. 담보종류별로는 개인의 신용을 담보로 대출하는 신용대출과 부동산 등을 담보로 대출하는 담보대출 등이 있다.

주59) [http://www.opendocors.net/economy/guide/index.html?code=1\\_1](http://www.opendocors.net/economy/guide/index.html?code=1_1)

한편 채무자의 법적 성질에 따라서는 첫째 일반 개인(자연인)에 대한 가계자금 대출, 둘째 영리목적법인에 대한 기업자금 대출, 셋째 비영리목적 재단, 사단 법인 등에 대한 공공 및 기타자금 대출 등이 있다. 의원급 의료기관에서는 첫째 내지 둘째의 방식의 대출이 해당될 것이며 병원급 이상의 의료기관에서는 주로 셋째 방식의 대출이 이루어질 것이다.

국가의 공익목적에 뒷받침하기 위한 공적 자금의 대출도 있다. 그 중에서 대표적인 것이 「재정융자특별회계자금(재특자금) 및 농어촌특별세관리회계자금(농특자금) 융자」가 있다. 정부는 1995년부터 매년 농어촌 지역중 의료기관이 없거나 부족한 지역에 병원신축, 노후시설 개·보수, 중소병원의 전문화 등을 지원해 왔으며, 의료취약지역 주민에 대한 상대적인 의료서비스 불균형 문제를 해결하기 위하여 위의 자금의 융자·지원을 계속해왔다. 금액은 연도마다 차이는 있으나 1998년에는 738억원, 2000년에는 70억원을 융자하였고 2004년에는 83억원의 예산을 책정해놓고 있다.

그동안 재특자금의 경우 지난 94년부터 99년까지 408개 의료기관에 대해 4천 9백50억원을 지원했고, 농특자금은 95년부터 99년까지 534개 의료기관에 대해 1천5백62억원을 지원했다. 2004년 기준<sup>주60)</sup>으로 농어촌지역병원 병상확충 및 기능보강 융자사업계획(농특)에 있어 첫째 융자조건은 연리 5.5% 로 5년거치 10년 상환의 장기저리로 신·증축의 경우 의료기관당 20억원, 시설 개·보수는 10억원, 의료장비는 5억원의 범위 내에서 융자하며 예산규모는 83억이다. 둘째 융자대상기관의 선정은 사업시행가능성, 병상수급 적정성, 시설 및 의료장비의 노후도, 의료기관의 운영기간 등을 고려하여 선정하게 된다. 셋째 재정융자특별회계자금에 의해 시행하고 있는 요양병상확충을 위한 기능전환사업도 농어촌지역 의료기관에 한하여 농특자금으로 시행할 계획이다. 넷째 융자신청절차는 병상 신·증축, 개·보수, 의료장비 융자신청은 신·증축지 등 융자대상 사업지를 관

주60) 2004년 기준으로 보건복지부에서 활용하는 농특 및 재특자금의 규모는 각각 1070억과 490억이다. 농특 1070억은 사회보험에 797억, 보건위생에 270억 5천만원, 사회복지에 2억5천만원이 활용되며, 재특 490억원은 보건위생에 150억이, 사회복지에 340억이 쓰일 예정이다 (보건복지부 내부자료).

할하는 시·도지사 보건위생과나 위생과에 신청하며, 요양병상 확충을 위한 기능전환 용자신청은 복지부로 직접 접수하도록 하고 있다. 다섯째 용자신청 기간은 2004. 6. 1부터 2004. 6. 30까지로 한다. 여섯째 용자대상 지역은 군지역(광역시 군지역 포함), 인구 10만명 이하의 일반시지역, 도농 통합시로 하되 인구 30만명 이상의 통합시 지역과 남양주, 파주, 이천, 용인, 김포, 춘천, 창원지역(통합시안의 읍·면 지역은 포함)은 제외한다.

재특자금 및 농특자금은, 대학병원 등에 대하여 의료시설 및 설비개선을 위해 지원된 OECF 자금과 함께, 우리나라의 의료환경개선 및 병상확충을 위하여 기여한 공로는 충분히 인정된다. 하지만 교통의 발달에 따라 의료수요의 형태가 점점 더 대형병원을 선호하고 있고, 진료기능의 전문성이 강조되어지고 있으며, 더구나 OECF 자금을 용자받았던 소도시 및 농어촌의 대부분의 병원들이 심각한 재정적자에 허덕이고 있는 현실(의료시설이 부족한 공단 및 농어촌등 의료취약지역이 일본 및 독일에서 차관을 들여와 지원한 67개 차관지원 민간병원들 가운데 10개 병원만이 상환을 완료함)을 감안해 볼 때 재특 및 농특자금 운용의 재검토가 요망된다.<sup>주61)</sup>

즉, 대상병원 선정에 있어 병원의 병상확충·의료시설 및 설비개선에 대한 용자보다는 농어촌 중소병원의 응급의료체계구축이나 노인(치매)병원·요양병원 등 특화된 전문병원으로 기능전환시 이를 위한 소요 및 설비자금으로 지원함이 장기적인 중소병원 지원정책으로 필요하다 하겠다.

최근에는 중소병원을 노인병원으로 전환시 지원을 하고 있다. 2004년도의 구체적인 내용은 다음과 같다.<sup>주62)</sup>

보건복지부는 장기요양환자 및 노인환자 등의 장기요양서비스 수요를 충족시키고, 중소병원의 병상가동을 제고를 통한 병원경영 활성화를 위하여 일반병원의 병상일부를 요양병상으로 전환하는 사업과 요양병원 신축사업에 대하여 용

주61) <http://www.hospitallaw.or.kr/tax&finance-loan.html>(김일권 "병원관리에 관한 관계법규의 문제점 및 개선방안 연구", 1999)

주62) [http://www.mohw.go.kr/services/service.jsp?itn=tbdata&sa=14&c\\_code=A006&face=03&btype=3&page=4](http://www.mohw.go.kr/services/service.jsp?itn=tbdata&sa=14&c_code=A006&face=03&btype=3&page=4)

자사업(재특) 시행한다.

지원내용은 전국의 100병상 이상~400병상 이하의 종합병원 및 병원에 대하여 허가병상 수의 50%~70% 이내의 개보수를 통해 요양병상으로 전환하는 사업에 대한 용자와, 연면적 1,000평 이상 요양병원 신축예정자에 대한 용자사업이다.

용자조건은 장기저리인 5년거치 10년상환의 변동금리(현재 4.63%)이고, 총사업비는 120억원 규모이며, 용자취급 금융기관은 농협과 중소기업은행이다. 용자신청은 신청서를 보건복지부로 직접 신청하거나 우편으로 접수가 가능하며, 신청기간은 2004.4.26부터 6.25까지 2개월간이다.

한편 최근 특히 중소규모 병원의 운영이 어려워지면서 이에 대한 지원책의 모색이 절실해졌다. 1999년 6.5%, 2000년 7.4%이던 병원의 부도율은 2001년에는 8.9%에 이르고, 특히 300병상 미만인 중소병원의 부도율은 약 11%를 넘는 등 중소병원의 경영상태가 크게 악화되고 있는 것으로 파악되었다. 이에 정부는 병원시설 확충용 정책자금(재정용자특별회계자금)의 상환기간을 종전의 5년에서 10년으로 5년간 연장하고, 고정금리로 타정책자금에 비해 고율의 이자율을 적용하고 있던 일부 자금(8%의 고정금리를 적용하던 94년도와 95년도 지원분)에 대하여는 변동금리(2002년 2/4분기 현재 6.18%)로 조정하는 등 상환조건을 완화하였다. 이러한 상환기간 연장 등의 조치에 따라 전국 300여개 중소병원의 2002년 상환부담액은 총 392억원에서 180억원으로 조정되어 212억원이 줄어들 것으로 추정된다. 그 구체적인 내용은 (표 III-4)에서 볼 수 있는 것처럼 첫째 상환기간 연장 효과가 19,738백만원(종전 상환금액 36,654백만원에서 16,738백만원으로 19,738백만원 경감)이고 둘째 금리인하 효과는 1,521백만원(종전 이율 적용시 2,566백만원에서 1,045백만원으로 1,520백만원 감소)이다.

정부는 이러한 상환조건 완화조치로 경영난에 어려움을 겪고 있는 중소병원이 지역주민을 위한 보건의료서비스 제공의 중추적 역할을 다해 줄 것으로 기대하고 있다.



〈표 III-4〉 중소병원의 금융비용등 감소 효과 (2002년도 상환금액 기준)

구분	종 전	변경후	경감 효과
원금	36,654,081,851원	16,915,921,851원	19,738,160,000원
이자	2,566,205,304원	1,045,403,970원	1,520,801,334원
계	39,220,287,155원	17,961,325,821원	21,258,961,334원

### 3. 소결

한국의 병원은 병원의 경쟁적 상황 및 병원관련정책의 불리한 여건 속에서 많은 어려움을 안고 있다. 최근의 변화되는 상황은 영리법인의 도입문제 및 의료시장의 개방 등의 문제까지 맞물려 모든 것이 불투명한 상황이다. 아무쪼록 이러한 상황을 현명하게 개척하는데 병원의 현실에 대한 정확한 진단과 이를 근거로 한 미래에의 바람직한 대책방안의 모색, 그리고 이를 일관성있고 체계적으로 관련 법안에 반영하거나 정부의 병원관련정책에 반영하는 노력이 필요하다.

병원관리에 있어 법적 거버넌스 관리는 그 실행의 어려움 여부와 상관없이 이제는 이미 중요한 업무내용이 되어 있다. 이에 대한 적극적인 대책의 마련이 없이는 병원의 성장은 기대할 수 없는 시대상황에 처했다고 해도 지나친 말이 아니다. 다양한 이해관계자가 많은 관심을 갖고 병원관리의 상황을 지켜보고 있기 때문이다. 복지행정국가의 요구가 커질수록 법거버넌스 관리에 대한 이해관계자의 관심이 증대될 수밖에 없다. 법적 거버넌스 관리에 대한 적극적인 자세로 이에 대한 해결책을 모색하는 길이 또 하나의 훌륭한 병원관리를 위한 중요한 관리 분야임을 다시금 깨달아야 할 것이다. 한편 처벌 위주의 법적 관리가 갖는 한계점도 명확히 하여야 할 것이다. 일반적으로 논의되는 법거버넌스의 정의로서 단순한 법적 책임을 뛰어넘을 수 있도록 해야 할 것이다.<sup>주63)</sup>

주63) Jack Flanagan, John Little and Ted Watts, Beyond Law and Regulation: A Corporate Governance Model of Ethical Decision-Making,

## IV. 주요 외국 비영리 의료기관의 거버넌스

조사대상국으로서는 의료시장에서 민간비영리병원이 차지하고 있는 점유율의 분포에 따라 일본, 미국, 프랑스, 네덜란드를 선택하였다. 프랑스와 미국은 영리병원이 존재하므로 영리병원과 비영리병원이 공존하는 상황에서의 거버넌스를 보기 위해, 그리고 네덜란드는 100% 민간비영리 분포를 보이고 있으며, 일본의 경우 의료제도상 우리나라와 유사점이 많은 국가로 생각되어 민간비영리병원의 경영과제를 살펴보기 위해 선택하였다.

### 1. 일본 비영리 의료기관(의료법인)의 거버넌스

#### 가. 일본의 비영리부문에 대한 정부정책<sup>주64)</sup>

일본은 비영리부문이 그다지 활성화되어 있지 못하며 사회전반에 있어 시민참여가 활발하지 못하다고 할 수 있다. 일본은 비영리부문 활성화를 위하여 1998년 ‘특정비영리법인촉진법’을 공포하여 실행하고 있으나 아직 큰 성과를 거두지 못하고 있다.

국가주도적 사회·경제 발전을 추구하여 온 일본은 비영리조직에 대한 정부의 시각이 상당히 가부장적이어서 정책집행의 수단으로 이용되는 경향이 강하였다. 따라서 비영리조직의 주요한 특성인 비정부성, 독립성, 자주관리와는 동떨어진 행정주도하의 비영리조직으로 운영되는 경향이 강하다. 비영리조직의 재정부문에 있어서 사회복지의 경우 재정지출의 90% 이상이 정부의 지원을 받고 있으며, 보건의료의 경우 약 65%가 정부의 지원으로 충당된다.

자발성이 강해야 할 비영리조직은 기부금에 대한 의존도가 높아야 함에도 불

주64) 조성한, 「공익법인으로서의 재단 육성 및 규제정책」, 『한국정책논집』 제2권 2002. 30~47.

구하고 일본 비영리조직의 경우 전체 재정의 1.3%만이 민간 기부금에 의해 충당하고 있으며 재정지출의 총당금 중 가장 큰 부분은 각종 서비스에 대한 수익자 부담금의 사업소득으로 약 60%를 차지하고 있다.

‘특정비영리법인촉진법’이 발효되기 이전에 비영리법인을 설립하기 위해서는 민법에 의해 재단 또는 사단이어야 했다. 사단법인은 정관을 작성하고 재단법인은 기부행위를 해야 하며, 주무관청의 허가를 얻어 등기하였다. 따라서 영리 또는 완전한 공익을 목적으로 하지 않는 중간법인은 특별법(사립학교법-학교법인, 사회복지법-사회복지법인, 종교법인법-종교법인, 의료법-의료법인)에 의한 경우를 제외하고는 설립할 수 없었다.

비영리조직은 법인설립허가를 받기 위해 주무관청에 허가를 신청하는데, 이에 대한 결정은 주무관청의 자유재량이며, 목적이 2개 이상일 경우 각 목적과 관련하여 복수허가, 중복감독을 받아야 하였다. 이러한 행정적 제약을 해소하기 위해 ‘특정비영리법인촉진법’을 제정하여 비영리부문이 활성화되도록 제도적 환경을 조성하고 있다.

‘특정비영리법인촉진법’에 의한 특정비영리법인은 매년 전년도 활동에 대해 주무관청에 보고서를 제출해야하며, 보고서에는 당해 사업계획과 예산, 전년도의 예산지출내역, 전년도 사업, 자산목록 등을 포함해야 한다. 법인활동, 재정, 사업계획, 관리자명부 등의 내용을 투명하게 공개하기 위하여 매년 당해연도 시작의 3개월 내에 보고서를 작성하여 회원이나 기타 관련인이 열람을 요구할 경우 합당한 사유가 없는 이상 공개하게 함으로써 법인에 대한 통제를 정부통제에만 국한한 것이 아니라 시민의 감시도 포괄하도록 하고 있다.

#### 나. 일본의 의료법인 구성

의료법인은 의료서비스라는 국민건강유지를 목적으로 한 공익성 있는 서비스를 제공하고 있다. 또한 의료서비스부문은 정보의 비대칭성 문제가 있기 때문에 이익을 추구하는 영리기업이 의료서비스를 제공하면, 비용을 격감시키고 질을 낮추는 서비스를 제공하려는 등의 바람직하지 못한 결과가 발생할 가능성

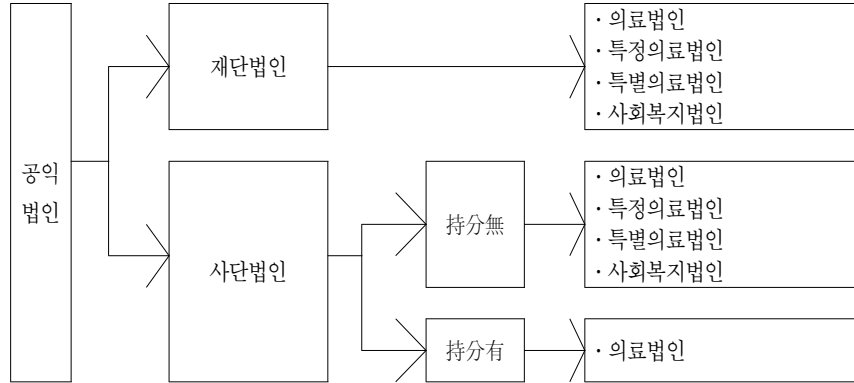
이 있다. 이로 인해 의료법인은 비영리법인으로서 영리성을 부정하고 잉여금 배분(배당)이 금지되고 있다. 그러나 다른 공익법인에게 주고 있는 세제상의 우대조치는 없이, 법인세가 보통법인과 동일한 세율로 부과되고 있다. 이것은 의료법인제도가 의료기관의 경영에 영속성을 가지도록 하고 또한 개인 경영에 의한 파행을 억제하기 위함인데, 의료서비스 제공이 충분한 이익을 얻고 있는 것을 전제로 하고 있는 것으로 고려된다.

특별의료법인은 1) 재단 의료법인과 지분이 정해지지 않은 사단의료법인으로, 2) 법인의 재산이 개인에 귀속되지 않고 사회복지법인과 동일하게 공적 운영이 확보되고 있는 것을 말한다. 또한 특정의료법인은 1) 재단 의료법인과 지분이 정해지지 않은 사단의료법인으로, 2) 사업이 의료보급 및 향상, 사회복지로의 공헌, 기타공익 증진에 현저히 기여하며 공적으로 운영되는 것을 말한다. 구체적으로는 정령(조세특별조치법시행령 제39조 25) 및 대장성령(조세특별조치법시행규칙 22조의 15)에 정한 기준에 적합한 것, 3) 재무대신의 승인을 얻은 의료법인이다. 이외에는 치과 의사 1인 또는 2인이 상근하는 즉, 일인 의사 의료법인이 있다. 이러한 종류별 의료법인 수는 다음의 <표 IV-1>과 같다.

일본 병원의 대부분을 차지하고 있는 ‘지분있는 사단의료법인’을 중심으로 특정의료법인, 특별의료법인, 사회복지법인으로 구분된다.

기본 요건을 검토해 보면 다음과 같다. 소유권에 있어서는 특정의료법인, 특별의료법인, 사회복지법인에서는 개인에 해당법의 재산이 귀속되지 않고 소유권이 배제되어 있으나, 특정 사단의료법인에서는 재산이 개인에 귀속되며 소유권이 배제되고 있지 않다.

[그림 IV-1] 일본 의료법인 구성



자료: わが國法人の組織形態とガバナンス: 非營利法人を中心に, 財務省財務總合政策研究所研究部, PRI Discussion paper no04A-13, 2004.5

<표 IV-1> 일본 의료법인 구성별 분포 추이

연도	의료법인						특정의료법인			특별의료법인		
	계	재단	사단			1인 의사 의료 법인	계	재단	사단	계	재단	사단
			계	지분 있음	지분 없음							
1999	30,956	398	30,558	30,334	224	24,770	248	64	184	-	-	-
2000	32,708	399	32,309	32,067	242	26,045	267	65	202	8	2	6
2001	34,272	401	33,871	33,593	278	27,504	299	65	234	18	3	15
2002	35,795	399	35,396	35,088	308	28,967	325	67	258	24	5	19
2003	37,306	4.3	36,903	36,581	322	30,331	356	71	285	29	7	22
2004	38,754	4.3	38,351	37,977	374	31,664	365	67	295	35	7	28
2005	40,030	392	39,638	39,257	381	33,057	374	63	311	47	8	39

자료: 후생노동성 조사

#### 다. 일본 의료법인 거버넌스 실태

일본 병원의 대부분을 차지하고 있는 ‘지분있는 사단의료법인’과 특정의료법인, 특별의료법인, 사회복지법인으로 구분하여 거버넌스에 대한 실태를 살펴본다(표 IV-2참조).

배당금지에 관해 살펴보면, 매주기별 배당은 모든 의료법인에서 금지되고 있지만, 지분있는 사단의료법인에서는 사원탈퇴시나 해산시에 재산청구권이 인정되고 있다. 실질배당방지책으로서 임원보수제한에 관해서는 특정, 특별 의료법인의 경우 연 수입 3,600만엔 이하로 규정하고 있다. 사회복지법인에서는 금액 제한은 없으나 업무감사가 있어 많은 액수의 경우는 불가능하게 되어 있다. 한편, ‘지분있는 사단의료법인’에서는 규정사항을 가지고 있지 않다.

임원구성에 관한 친족지배에 있어서는 특정의료법인, 특별의료법인, 사회복지법인에서의 임원 중 1/3이하로 제한하고 있다. 그러나 지분이 있는 사단의료법인에서는 임원에 대한 친족비율에 대한 규제가 없으며 친족지배에 관한 방지책도 존재하고 있지 않다.

정보공개에 있어서 지분있는 사단의료법인, 특정의료법인, 특별의료법인은 사원, 채권자에게 공개의무가 있다. 사회복지법인은 사업보고서를 사무소에 비치해두어 이용자가 이용하기 쉽도록 정보공개의무를 부과하고 있다. 그러나 사회복지법인 이외에는 정보공개가 의료법인에서 행해지고 있지 않다.

감사는 의료법인, 특정의료법인, 특별의료법인에서 어떤 규정도 없으나, 사회복지법인에서는 사업, 회계에 관한 행정이 감사되고 있다.

영리사업에 대한 규율에 관해서는 지분있는 사단의료법인과 사회복지법인의 경우에 법적으로 특단의 규정은 없다. 다만 사회복지법인의 경우 의료법인 이상으로 사업운용에 대해 엄격한 행정감사가 행해지고 있어 이러한 측면을 고려해 본다면 강하게 규제되고 있다고 할 수 있을 것이다. 특정의료법인, 특별의료법인의 경우에는 영리사업에 대한 규율이 정해져 있는데, 자유진료 및 차액병상<sup>주65)</sup>으로부터의 수익을 억제하기 위해서 사회보험진료에 의한 수입이 전체

주65) 특정의료법인에서는 특별요양환경에 관한 병상(차액병상) 수가 당해의료시설 병상수의

수입의 8할이상이 되도록 하고 있으며, 자비 환자는 사회보험진료와 동일기준으로 회계하도록 하고, 의업수익은 의업비용의 1.5배 범위에 있도록 하고 있어 이익추구에 일정수준의 제한을 정해놓고 있다.

지역주민과의 협의기구 설정(평의원회 등)에 관해서는 사회복지법인은 평의원회가 설치되어 있다. 모든 사회복지법인에서 평의원회가 설치되어 있으나 지분있는 사단의료법인에 있어서 어떤 규정도 없으며, 지역주민 등의 협의기구설치가 독자의 판단에 맡겨지고 있다. 그래서 현재로는 설치이유도 명확하지 않아 대부분 이러한 기구가 설치되어 있지 않다고 볼 수 있다.

이상의 내용을 살펴보면, 지분있는 사단의료법인은 특정의료법인, 특별의료법인, 사회복지법인과 비교해 볼 때 가장 거버넌스의 요소가 낮은 수준에 머물러 있다.

한편, 비영리성과 연관해서 공적지원 현황을 보면, 지분있는 사단의료법인에서는 보조금은 원칙적으로 없고 우대세제도 없어(영리기업과 동일하게 30%, 상속세는 개인 지분에 대해 과세대상), 공적지원이 제공된다고 하기 어렵다. 특별의료법인도 상속세가 지불되어 특정의료법인과 동일하다. 사회복지법인은 보조금이 부여되며 비과세가 주어지고 공적지원 규모도 크다.

---

30%이하가 되도록 하고 있음.

〈표 IV-2〉 일본 비영리 의료법인의 거버넌스

	지분있는 사단의료법인	특정의료 법인	특별의료 법인	사회복지 법인
- 주기별배당금지 - 해산및탈퇴시 배당금지	○ ×	○ ○	○ ○	○ ○
실질배당방지책 (중역보수제한)	×	연 3600만엔 이하	연 3600만엔 이하	실무 감사
임원구성에서의 친족규제	×	○	○	○
정보공개	△ 사원, 채권자에 공개	△ 사원, 채권자에 공개	△ 사원, 채권자에 공개	○ - 사업보고서 등 사업소에 비치 - 이용자가 이용하기 쉽도록 정보제공노력 의무
감사	×	×	×	○
영리사업에 대한 규율	×	○	○	○
지역주민과의 협의기관	×	×	×	○
공적지원	보조금	×	×	○
	우대세제	×	○	○

자료: 全日病ニュースダイジェスト, 2004.12.15号, 全日本病院協會

病院經營をはじめとした非營利組織の經營に関する調査研究報告書, 明治安全生活福祉研究所, 2005.3

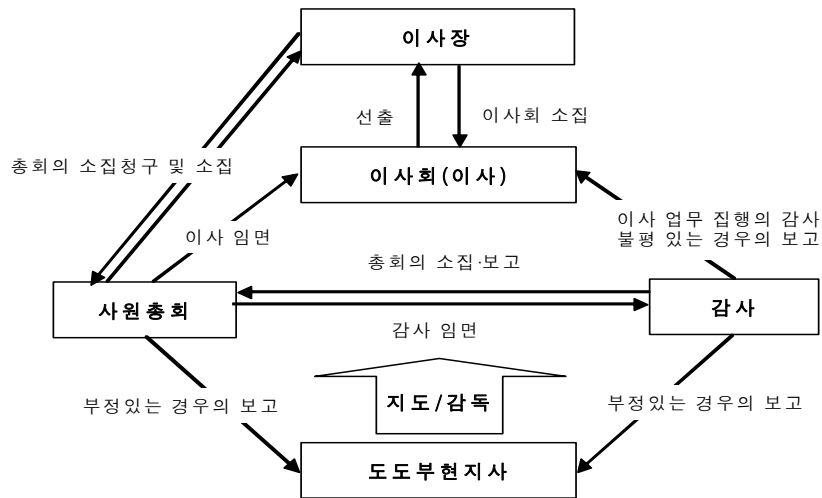
의료법에서 이사를 3인 이상, 감사를 1인 이상 두도록 의무를 부여하고 있으나, 이사(회)나 감사 직무, 권한 등이 명확히 규정되고 있지 않다.

일본에서는 의료법에 [그림 IV-2]와 같이 명확히 규정하여 기업 거버넌스 (corporate governance)를 강화해야한다고 하고 있다. 이와 같이 사원총회나 감사 기능이 강화되거나, 실효성 있기 위한 정비가 필요하다는 견해가 제기되고 있다. 의료법인 다수가 사원=이사로 있어 소유와 경영이 일치되어 있다. 상근은



이사장이며 이사 대부분이 비상근으로 있어 이 경우 이사회가 전혀 기능하지 못하여 이사장 권한이 집중된다. 이에 일본은 이사회 기능을 높이기 위해서 이사를 친족으로 차지하지 못하도록 하고 상근하고 있는 각 부문의 책임자를 이사로 하며, 지역주민 대표 등 외부 이해관계자를 비상근 이사로 하는 방법이 제기되고 있다. 또한 감사에 있어서도 감사기능을 높이기 위해 재무에 관한 지식을 가진 인재를 선임하며, 지역주민 대표, 학식경험자, 종업원대표 등으로 구성된 평의회를 설치하여 기능 분화 또는 감시기능을 높이는 것 등의 방법이 제기되고 있다.

[그림 IV-2] 일본 의료법인의 거버넌스 구조



자료: 岡澤 照彦, JAMIC Journal 2006.3, [www.izai.net/jyaoka.html](http://www.izai.net/jyaoka.html)

## 2. 미국 민간비영리병원의 거버넌스

### 가. 미국의 비영리부문에 대한 정부정책

미국은 정부기관의 적극적 역할보다는 자발적 조직에 대한 참여가 활성화되고 있다. 미국의 비영리부문은 정부의 공공지원이 확대된 1960년대부터 급속히 성장하였는데, 이는 미국인들의 연방정부에 대한 직접적인 서비스 전달에 부정적인 태도를 반영하여 결국 연방정부가 지방정부 및 민간단체에게 서비스전달을 위임하게 되었기 때문이다. 이에 따라 40%안팎의 정부의 서비스 업무를 위한 자금이 비영리부문에 유입되고 있으며, 정부의 비영리부문에 대한 재정적 지원은 비영리부문의 재정의 약 30%를 차지하고 있어 주요 수입원이 되고 있다.

예를 들어, Public Health Institute(2002)에서는 주(state)의 공공보건의료 리더십과 거버넌스에 대한 관계에 관심을 가지면서 미국 전역에 걸쳐 주단위의 공공보건의료 거버넌스에 대해 전반적으로 검토하고 일부 주를 대상으로 거버넌스의 실제 동태적 흐름에 대해 고찰하였다.

우선 공공보건을 위한 권한이 주 당국(state agency)에 집중되어 있는지 아니면 지방당국에 분권화되어 있는지에 대해 검토한 결과, 10개 주에서는 state and local level에서 공공보건서비스를 제공하는 집중화된 형태를 지니고 있었으며, 21개 주에서는 지역 정부단위에서 조직, 운영되고 있는 대리기관(agency)이 공공보건서비스를 제공하는 분권화된 형태를 지니고 있었다(표 참조). 나머지 18개 주에서는 혼합형의 권한구조를 지니고 있어, 일부 사안에 대해서는 주당국이 직접 운영하는 기관에서 공공보건서비스를 제공하는 한편, 일부는 지방정부단위에서 운영되는 공공보건서비스를 제공하고 있었다.

또한 30개 주에서 주 보건부(State Health Department)를 독립적으로 설치해 두고 있었으며, 나머지 주에서는 보건부(Health Department)가 보다 큰 조직, 예를 들어 Health and Welfare Agency의 일부 조직으로 이사회의 조직적 책임을 바탕으로 공공보건을 위한 정책을 실행하는데 실제적인 제한이 따르는 것으로 나타났다.

20개 주에서는 보건 이사회(board of health)를 두고 있는데, 이 중에 12개는 정책결정의 권한을 가지고 있으며, 나머지는 조언의 역할을 하고 있었다. 그리고 17개 주에서는 보건자문단(health council) 또는 이와 유사한 조직을 두어 보건당국의 정책 및 실행에 공공성이 포함될 수 있는 기회를 제공하고 있었다.

〈표 IV-3〉 미국의 공공보건 거버넌스(public health governance)

주 (State)	주보건부와 독립형/조직 일부		주 보건당국(SHA) 구조			지역 (local) 보건 이사회	주 보건 이사회			Health Council
	독립형	일부	혼합형	집중형	분권형		유/무	정책	조언	
Alabama		◆	◆				Y	◆		
Alaska	◆		◆				N			
Arizona	◆				◆		N			◆
Arkansas	◆			◆			Y		◆	
California		◆	?				N			
Colorado	◆		◆			비활동	Y	◆		
Connecticut		◆	◆				N			
Delaware		◆			◆		N			◆
Florida		◆	◆				N			◆
Georgia		◆			◆		N			
Hawaii	◆			◆		◆	Y		◆	
Idaho		◆	◆				Y			
Illinois	◆				◆	◆	Y		◆	
Indiana	◆				◆	◆	Y	◆		
Iowa	◆				◆		Y	◆		
Kansas		◆			◆		N			
Kentucky	◆				◆		N			
Louisiana		◆		◆			N			
Maine		◆	◆				N			
Maryland	◆		◆				N			◆
Massachusetts		◆	◆				N			◆
Michigan	◆				◆	◆	N			◆
Minnesota	◆				◆	◆	N			◆
Mississippi	◆			◆			Y	◆		
Missouri	◆				◆		Y		◆	
Montana	◆				◆		N			
Nebraska	◆				◆		Y		◆	

자료: Public Health Institute, 2002.

〈표 IV-3〉 계속

주 (State)	주보건부 독립형/조직 일부		주 보건당국(SHA) 구조			지역 (local) 보건 이사회	주 보건 이사회			Health Council
	독립형	일부	혼합형	집중형	분권형		유/무	정책	조언	
Nevada		◆	?				Y			
New Hampshire		◆			◆		N			
New Jersey	◆				◆		Y	◆		
New Mexico		◆		◆		◆	N			
New York	◆		◆				N			◆
North Carolina		◆			◆		N			◆
North Dakota	◆				◆	◆	Y	◆		
Ohio	◆		◆				N			◆
Oklahoma	◆		◆			◆	Y	◆		
Oregon		◆	◆				N			◆
Pennsylvania	◆		◆			◆	N			◆
Rhode Island	◆			◆			N			◆
South Carolina	◆			◆			Y	◆		
South Dakota	◆			◆			N			◆
Tennessee	◆		◆				N			◆
Texas		◆	◆				Y	◆		
Utah	◆				◆		N			◆
Vermont		◆		◆			Y		◆	
Virginia	◆		◆			◆	Y	◆		
Washington	◆				◆		Y	◆		
West virginia		◆			◆		N			◆
Wisconsin		◆			◆	◆	N			◆
Wyoming	◆						N			◆

미국은 비영리조직에 관해 연방수준에서의 법률은 없고 주법을 따르고 있다. 미국은 비영리조직을 설립할 때 주(state)의 소관부서에 법인 등록을 해야하며 이때 공익법인/공공법인의 여부, 명칭, 활동목적, 존속기간, 소재지, 창립자의 이름, 사원 유무 및 해산시의 재산분배방법 등을 정관에 기재하여 제출해야한다. 미국의 비영리조직은 법적으로 배당금지의 원칙을 지켜야 한다. 즉 활동에서 얻은 이익을 설립자나 출자자 또는 이사나 회원에게 분배하지 않고 그 전액을 목적 활동에 투자하는 것을 의미한다. 주당국에 등록할 경우에는 이러한 원칙에 대한 서약이 명시적으로 나타나야 한다.

일반적으로 비영리법인은 당연히 세제상의 혜택을 받는 것으로 이해하고 있으나 미국의 비영리조직은 법인격을 획득한다고 해서 자동적으로 세제상의 혜택을 받는 것은 아니다. 법인으로서의 등록과 세제상의 혜택은 별개의 기준에 의하고 있으며, 법인이라 하더라도 세제상의 혜택을 받지 못할 수 있는 반면, 법인이 아니라도 비영리조직의 사업이 세제상의 감면규정에 적합할 경우 세제상 혜택을 받을 수 있다.

이와 같은 비영리조직은 주무관청의 장관, 법원 내지는 주의 법무장관이 경찰권의 일환으로 감독권을 가진다. 그리고 비영리법인은 감독기관에 재정 및 활동내용에 대한 연차보고서를 제출해야한다. 연방국세청은 비과세승인 후 \$25,000의 수입이 있는 비영리조직에 대해 연간자금보고서의 제출의무와 심사, 연간보고서의 공개의무, 방문조사 실시, 위반의 경우 비과세자격 박탈 등의 감독의무가 있다.

비영리조직의 경영체는 Association, Trust, Corporation이 있는데, Association은 소규모 단체이며, Trust는 유산관리 등으로 이용되고, 병원의 경우는 주로 corporation으로 운영되고 있다. corporation은 세법상 과세조직 또는 비과세조직으로 나뉘며 비과세조직은 공익적 활동을 추구하는 public charity와 특정계층의 활동단체인 private foundation으로 나뉘는데, 병원은 공익적 활동을 하는 public charity로 볼 수 있다.

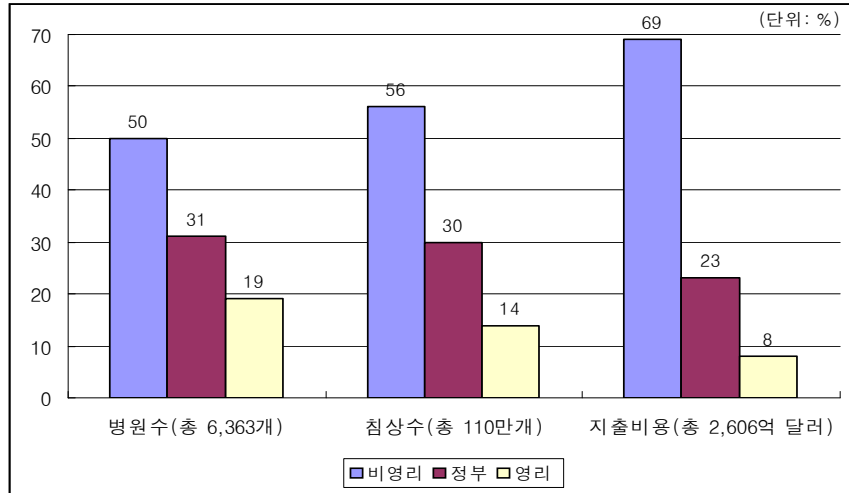
#### 나. 미국 민간비영리병원의 구성

미국 의료제도의 특징을 다른 선진국과 비교해보면 의료에 있어 시장중시의 사고가 반영되어 있다고 볼 수 있다. 미국은 국민전체를 대상으로 사회보험제도는 존재하지 않으며 국민다수는 민간의료보험에 가입하고 있고 보험료 및 진료보수가격도 시장의 자율가격으로 형성되고 있다. 병원의 설비투자, 임원 급여 등도 제한을 두고 있지 않아 다른 선진국과 비교해서 규제가 다소 적은 편이라 할 수 있다.

미국 병원은 지역의 사회적 약자를 자선의료(charity care)로서 적극적으로 대응하는 등 지역지향적인 사고가 강하다. 지역주민도 기부, 봉사활동 등의 지원에 적극적이다. 즉, 병원의 지역공헌과 더불어 지역주민의 지원이라는 관계가 자연발생적으로 생성되어 오늘에 이르고 있다. 공적 지원 및 지역주민의 지원으로 민간비영리병원이 약 60%를 차지하고 있어 의료제공의 주요 역할을 담당하고 있다.

아래의 [그림 IV-3]에서 제시되고 있는 바와 같이 미국 병원전체의 약 50%가 비영리 기관으로 구성되어 있으며, 이들 비영리병원은 전체 침상수의 56%, 총 병원지출의 70%를 차지하고 있다. 정부는 병원 자금 지원의 주요 재원이 되는데, 전체 지원액(1996년 기준) 중에서 연방정부 지원이 전체 병원 수입의 51%, 주와 지방정부가 11%를 차지하며 나머지 약 38%는 민간재원, 즉 민간 수수료와 보험료로 34%, 민간 자선과 수익사업으로 4%가 충당된다.

[그림 IV-3] 미국의 설립자별 비영리병원 점유율



자료: 레스터 설러만(2000)에서 재인용

미국의 민간비영리병원은 크게 공공소유비영리병원(public owned nonprofit hospital)과 민간비영리병원(private nonprofit hospital)으로 구분된다. 공공소유비영리병원은 시립병원 등 공립병원을 나타내는 것이 아니라, 말 그대로 민간비영리병원으로 주민 기부 등을 토대로 설립된 병원이다. 민간비영리병원은 종교관계병원 등이 해당된다.

#### 다. 미국 민간비영리병원의 거버넌스

미국의 민간비영리병원은 많은 교회, 자선단체가 만든 구빈시설로 출발하였다. 이러한 역사로부터 미국의 민간비영리병원은 소유자가 존재하지 않고 이익 분배가 이루어지지 않기 때문에 실제 비영리이다. 이러한 미국 민간비영리병원 에 있어서 어떠한 거버넌스가 발휘되고 있는지 개관하고자 한다.

미국의 민간비영리병원에서는 급여의 상한에 대해 정해져 있지는 않지만, 과도한 급여지급은 제한되고 있다. 실무적으로 보면 병원은 급여결정시 컨설턴트

를 활용하여 법외의 급여지급은 제한하고 있다. 컨설턴트는 해당 지역이나 전국의 직업별(CEO, CFO, 의사, 간호사 등) 급여를 수집하여 해당지역의 병원 위치(예, 병상수, share, 수익률, 체인 또는 단독병원 여부)로부터 해당병원의 전략 등을 검토하여 급여가 평균치보다 높은 것이 좋은지 아니면 낮은 것이 좋은지에 대해 조언한다. 의료기관은 컨설턴트회사에 자신의 직업별 급여데이터를 제출하는 대신, 해당지역이나 전국 직업별 평균급여를 참조하는 것이 가능하다. 이와 같이 의료수입과 비교하여 임원 급여가 지나치게 높은 경우는 거의 발생하지 않게 되는 시스템을 지니고 있다.

미국병원에서는 감시기관으로서 이사회가 기능하고 있으나, 이사장은 친족이 아니며 세습되지도 않는다. 이사멤버는 병원이사장, CEO 등 병원내부자, 지역 주민(사업가, 자산가 등의 지역명사 또는 지역 사회단체 등)으로 구성되어 있다. 이러한 측면에서 우리나라와 크게 다른 점이 있다고 할 수 있다. 외부 board 멤버는 보수를 받지 않으며 지위는 명예직이다.

영리사업에 대한 규율에 있어서는 어떠한 규정도 없다. 시장에 위탁되어 적자 생존원칙이 의료에서도 적용되기 때문에 자선의료와 같은 공익적 업무를 제외하고는 비영리라 하더라도 수익최대화를 목표로 하는 경영행태를 지니고 있다.

정보공개에 있어서 직접적으로 주민에 대해 수행해야할 의무는 법적으로 지니고 있지 않다. 다만 501(c) 3개 조직(비과세조직)은 비과세조직단체의 홈페이지 상에 간단한 재무내용을 공개해 두어 주민이 자유롭게 관람할 수 있다.

지역주민과의 협의회는 반드시 설치하도록 되어 있으며 회계감사에 관해서도 주 수준에서 의무사항으로 되어 있다.

또한 모든 병원은 아니지만 면세병원채로 불특정다수로부터 자금조달을 하고 있으며 자격부여 등 회계면에서도 제3자의 체크를 강화하는 기능을 하고 있다.

JCAHO의 인정을 받지 않으면 메디케어로부터 보험상환을 받을 수 없다. 또한 NCQA에 의한 민간보험회사 체크에 있어 병원이 데이터를 제출하지 않으면 보험회사와 계약을 맺을 수 없는 등 병원경영이 법적으로 문제가 없는지 의료의 질이 보장되고 있는 조직적 구성을 취하고 있는 지 등 외부기관에 의해 세밀하게 체크되고 있다.



또한 비과세로 되기 위해서는 IRS가 인정한 501(c)3<sup>주66)</sup>조직에 인정받아야 하며 이러한 인정을 받고 유지하기 위해서도 이사장에게 과도한 급여지출 등은 원칙적으로 불가능하도록 구성되어 있다. 이와 같이 정보공개나 제3자 평가는 우리나라보다 상당히 진전되어 있으며 경영 투명성을 도모하고 있다.

〈표 IV-4〉 미국 민간비영리병원의 거버넌스

	민간비영리법인
- 주기별배당금지 - 해산및탈퇴시 배당금지	○ ○
실질배당방지책 (중역보수제한)	× 단, 컨설턴트에 의한 평가, 지역주민대표에 의한 거버넌스 존재
임원구성에서의 친족규제	○
정보공개	○ 지역주민대표에 의한 거버넌스 존재 비과세조직협회 인터넷에 의한 공개
감사	○
영리사업에 대한 규율	×
지역주민과의 협의기관	○
운영비 공적 지원	×
책무보증	×
우대세제	○

민간비영리병원의 일반적 조직도는 아래의 [그림 IV-4]와 같다. 공공소유비영리병원의 경우 Board 멤버는 주민 선거로 결정하는 반면, 민간비영리병원의 board 멤버는 board 멤버가 스스로 결정한다.

이사회 멤버는 지역기업 사장, 대학교수, 회계사 등 지역명사로 구성되며 무보수이다. 이사회 멤버하에 CEO, CEO 하에 관리부문과 의료부문이 설치된다.

CEO는 이사회 멤버에 의해 선출된다. 이러한 조직체계에 관한 법적 규제는

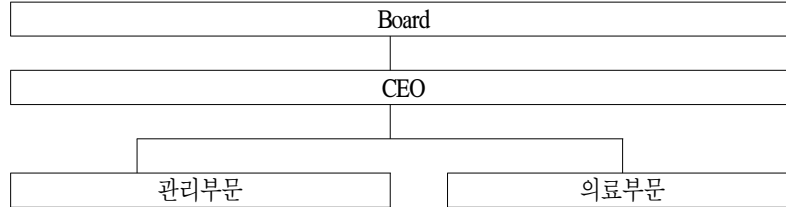
주66) 비영리법인의 기본적인 요건으로, 1) 개인이익에 귀속되지 않은 공익사업 수행 2) 정치활동, 정치헌납, 로비활동 금지 3) 자산분배 및 과잉의 급여지급 금지 4) 해산시 개인자산 배분 금지가 이에 해당됨.

없으나 이와 같이 지역주민에 의한 경영감시체제를 구축하는 것이 일반적이라 할 수 있다.

이사회 멤버는 지역주민과 자신들의 병원이라는 의식을 가지고 있어 기부나 지원자 등의 지원이 많이 이루어지고 있다. 이 때문에 민간비영리병원은 지역주민의 소리를 듣지 않을 수 없는 구조라 할 수 있을 것이다. 미국 민간비영리 병원에 있어서 거버넌스 최대의 특징은 지역주민에 의해 거버넌스가 잘 작동되고 있다는 점에 있을 것이다. 지역주민이 항상 미션 달성에 대해 감시하고 있다고 할 수 있다.

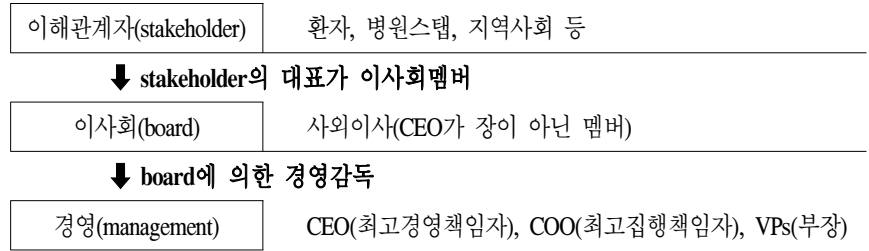
한편, 민간비영리병원의 의사 상당수는 개업의가 병원과 계약하고 병원에 종사하고 있기 때문에 병원과 의사가 상호 감시하는 체제로 있어, 의료종사자의 직업윤리가 보호되기 쉬운 체제라 볼 수 있을 것이다.

[그림 IV-4] 미국의 민간비영리병원 조직도



미국 비영리 의료기관의 이사회에 지역사회대표가 참가, 비과세혜택, 지역 수익환원 경영의 구조를 취하고 있으며, 이사회가 경영·운영 감독을, 관리측은 경영·운영 수행이라는 양자가 분리되어 경영감시와 경영건전화에 도모되고 있다. 특히 환자, 스텝, 지역대표의 의견을 표명하는 기회를 가질 뿐 아니라 이사회의 일원으로 원장 임명권을 가지며 병원경영에 관한 중요사항에 대해 최종 결정권을 가지게 된다(그림 IV-5 참조).

[그림 IV-5] 미국 비영리병원의 거버넌스 구조



### 3. 프랑스 민간비영리병원의 거버넌스

#### 가. 프랑스 민간비영리병원의 구성

프랑스 병원의 설립형태는 공립, 민간비영리, 영리의 3가지 형태로 존재한다. 병상별로 본다면, 공립 65.5%, 민간비영리 14.7%, 영리 19.8%로 공립이 가장 많은 비중을 차지한다. 따라서 공립과 민간비영리 병원을 합하면 약 80% 정도에 이르고 있다.

기능별로 보면, 공립병원은 종합병원으로 특히 중증도가 높은 외과수술과 연구에 중점을 두고 있다. 이외에 장기요양 전문병원도 있고 응급 등 초급성기에서 장기요양까지를 포함하고 있다. 민간비영리병원은 공립병원처럼 고도의 의료를 제공하지는 않지만 응급에서 장기요양까지를 커버하고 있다. 이에 대해 영리병원은 소수의 상장된 종합병원 등이 있으나, 대부분은 단과병원으로 경미한 외과수술, 산과 등 부유층 대상으로 하고 있다.

〈표 IV-5〉 프랑스의 병원개설별 분포 및 공적병원활동

	공립병원	민간비영리병원		영리병원	계
		PSPH	non-PSPH		
병상수	309,047	52,637	16,326	93,511	471,521
%	65.5	11.2	3.5	19.8	100.0

공적병원 활동 참가 병원  
76.7%

자료: SAE Drees(2001)

프랑스에서는 공적병원활동참가병원이라고 하는 제도가 있다. 공적 병원활동이라는 것은 24시간 응급, 모성보건, 의학교육, 연구, 예방의학 등의 활동을 말한다. 공립병원 전체는 공적병원활동참가병원이 되지만, 민간비영리병원도 24시간에 걸쳐 환자를 진료한다는 조건으로 지방병원청에 신청하여 허가를 받을 경우에 공적병원활동참가병원(PSPH: establishments participant for service public hospitals)으로 인정받게 된다. 민간비영리병원의 PSPH를 포함하여 76.3%가 이에 해당한다. 이와 같이 프랑스 병원의 대부분은 공익성에 대해 명확히 의무를 부여하고 있다고 볼 수 있다.

#### 나. 프랑스 민간비영리병원의 거버넌스

프랑스 민간비영리병원의 경우 개인 소유권에 대해 법률로 금지하고 있지는 않지만 민간비영리병원 대부분이 개인에게 자산이 귀속되어 있지 않다. 배당문 제에 있어서도 주기별 배당뿐 아니라 해산 및 탈퇴시에도 금지되고 있다. 다만 설립시 정관에 정해놓을 경우, 해산 및 탈퇴의 경우 출자상당분을 지급받는 경우도 있으나 대부분은 소유권이 없어서 일반적으로 나타나는 현상은 아니다.

프랑스에서는 급여상한을 설정해두고 있는데, 예를 들어 민간비영리병원의 경영자 층에서 출자자가 경영자(CEO)로 있는 경우 사회보험료 상한의 3배(약 700만원/월)가 상한으로 되어 있다. 한편, 경영에 있어서 친족지배를 규제하기 위해 법률상으로 규정해 두고 있지는 않지만 대부분 개인소유가 아니기 때문에

일반적으로 나타나지 않는다.

정보공개 의무에 있어서 프랑스 DRG를 근거로 의료활동내용, 재무내용, 투자계획 등의 제출이 의무시 되어있다. 직접 주민에 대해 공개하는 것은 아니지만 지방병원청이 홈페이지 상에 개별병원별 총액예산, 투자계획, 질병이환율 등을 공개하여 주민이 정보에 접근할 수 있도록 의무화되어 있다. 또한 지역주민과의 협력기관은 반드시 설치해 두어야 한다.

〈표 IV-6〉 프랑스 민간비영리병원의 거버넌스

	민간비영리법인
- 주기별배당금지	○
- 해산및탈퇴시 배당금지	○
실질배당방지책 (중역보수제한)	○
임원구성에서의 친족규제	○
정보공개	○ 지역주민대표에 의한 거버넌스 존재
감사	○
영리사업에 대한 규율	○
지역주민과의 협의기관	○
운영비 공적 지원	○
책무보증	×
우대세제	○

프랑스 병원의 일반적 조직도는 아래 [그림 IV-6]으로 표시할 수 있다. 카운셀러는 최고 의사결정기관으로 주요 기능은 CEO 및 이사 선임, 경영감시이다. 이 멤버는 지역주민대표(지역수장, 기업사장, 회계사, 교수 등의 지역 명사)로 구성되며 주로 자발적인 무보수로 운영된다.

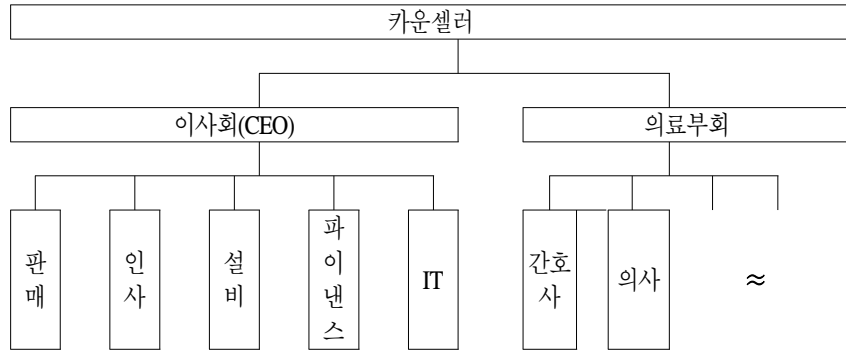
이와 같이 카운셀러는 지역주민에 의한 프런티어로 무보수로 있어 거버넌스에 실효성이 있는지 어떤지를 보기는 어렵다. 다만 지역주민대표의 감시가 포함되므로, 지역을 위한 의료기관으로서의 역할, 기능을 의식한 지역밀착경영방

침을 선택하는 등의 영향이 있을 것으로 여겨진다.

한편, 병원에서 진료하는 의사의 대부분은 개업의로, 병원과는 계약을 맺어서 병원을 이용하고 있다. 이러한 의사 진료에 있어서 공중위생법전 제6161안 2에 “민간의료기관에서 활동하는 의사는 의료부를 형성하고 병원내에 치료상 결정에 있어서는 완전 독자권을 가진다. 병원내 연간 의료활동회계, 의료정책에 관한 오피니언을 제공한다. 의료활동회계는 지방병원청에 제출할 의무가 있다.”라고 되어 있다.

이와 같이 병원과 의사는 조직과 직원이라는 연결이 되어 있지는 않지만 외부에 있는 의사가 계약하는 병원과 의사가 상호 감시하는 체계로 있기 때문에 의료종사자의 직업윤리가 보호되기 쉽다고 판단된다. 마치 법률에서도 의사에 의한 진료행위에 경영층의 개입이 없도록 제도적으로 보증받고 있다는 점이 주목할 가치가 있다 하겠다.

[그림 IV-6] 프랑스의 민간비영리병원 조직도



## 4. 네덜란드 민간비영리병원의 거버넌스

### 가. 네덜란드 민간비영리병원의 구성

네덜란드의 병원개설자는 모두 민간비영리이다. 공립병원이 소수 존재하였지만 사회적 연대를 유지하면서 시장경제화를 도모하기 위한 정책의 일환으로 모두 민영화되었다.

### 나. 네덜란드 민간비영리병원의 거버넌스

네덜란드 병원의 법인형태는 foundation이다. 네덜란드에서는 실질적인 배당을 금지하기 위한 급여제한에 관해 경영관리자층에 대한 가이드라인이 작성되어 있다. 그러나 법적 효력이 없어 실제로 가이드라인 이상의 급여가 지급되고 있다. CEO 급여는 가이드라인에 따르면 10만유로에서 18만유로이나 실제 평균적으로 22만 5천유로 정도가 되고 있다. 또한 CEO 급여는 일반적으로 공개되고 있지 않다.

친족지배금지에 대해서는 법적으로 특단의 규정은 없으나 원칙적으로 소유자가 없으므로 친족지배의 형태는 일반적으로 나타나고 있지 않다. 영리추구 행위에 관한 규율을 살펴보면 법적으로 이익획득이 금지되고 있으며 총액예산제이므로 실제 이익획득에는 한계가 따른다.

정보공개에 경우 공적으로 네덜란드형 DRG에 기반한 의료활동 내용보고, 재무보고, 설비투자보고가 의무로 되어 있다. 주민에 대한 정보공개를 행해야 하는 의무는 없으나 주민대표에 의해 경영감사가 행해지고 있다.

지역주민과의 협의기관설치에 관해서는 법적인 규정은 없으나 반드시 설치되고 있다. 회계감사는 의무사항이다.

공적지원책으로 일상운영비와 설비투자비도 총액예산으로 구매된다. 병원은 모두 비과세의 혜택을 받으나 수익을 창출하는 것은 금지되고 있어 의미있는 혜택이 되고 있지는 않다. 이외에 병원설비투자자에 대한 은행차입에 관해 준공적 기관에 의한 채무보증제도 있으며, 병원 기부에 대한 세제우대제도를 취하고 있다.

〈표 IV-7〉 네덜란드 민간비영리병원의 거버넌스

	민간비영리법인
- 주기별배당금지	○
- 해산및탈퇴시 배당금지	○
실질배당방정책 (중역보수제한)	가이드라인, 지역주민대표에 의한 거버넌스 존재
임원구성에서의 친족규제	○
정보공개	○ 지역주민대표에 의한 거버넌스 존재
감사	○
영리사업에 대한 규율	○
지역주민과의 협의기관	○
운영비 공적 지원	○
책무보증	○
우대세제	○

병원의 일반적인 조직도는 [그림 IV-7]에 제시되어 있다. 카운셀러는 최고의 사결정기관이며 주요기능은 CEO 선임, 경영 감시 등이다. 멤버는 지역주민대표로, 프론티어로서 무보수로 일한다.

이사멤버는 선출시 의사부 대표, 종업원대표, 이사회대표 등으로 구성된 멤버로 특별위원회가 설치되어 여기서 선출된다. 이사멤버는 주로 MBA 취득자 등 경영전문교육을 받은 사람이나 실무경험자로 구성되고 의사가 이사멤버로 되는 경우도 있다. 그러나 CEO는 의사보다는 경영전문가가 된다.

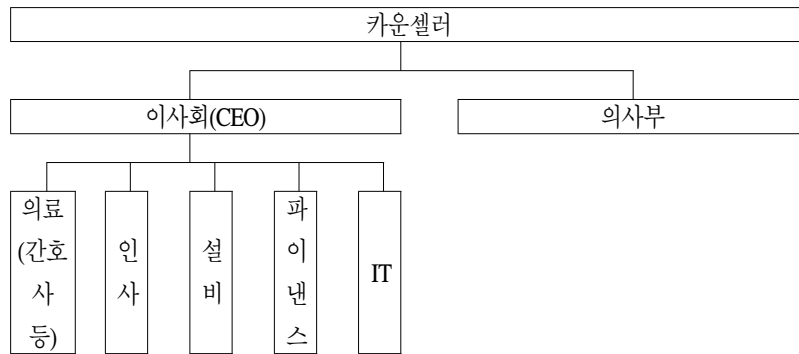
조직도를 보면 경영관리부문과 의사부문에 나뉘어지며 이사회는 경영관리 부문을 총괄하고 의사부문을 관리하지는 않는다.

프랑스와 동일하게 카운셀러는 지역주민에 의한 프론티어로 무보수로 활동하고 있으며, 비상임이므로 실효성에 대해 언급하기는 어렵다. 다만 지역주민대표의 감시를 받고 있어 지역을 위한 의료기관으로, 예를 들어 소아과는 불채산으로 유지하는 등 지역 수요를 경영에 반영하는 지역밀착 경영방침이 선택되고 있는 등의 영향이 있다고 생각해 볼 수 있다. 또한 병원과 의사가 상호 감시하



는 체제로 있어 경영측에서 의사 진료에 대한 개입없이 의료종사의 직업윤리가 보호되기 쉽다고 판단된다.

[그림 IV-7] 네덜란드의 민간비영리병원 조직도



## 5. 종합 및 시사점

각 국가마다 모든 병원에 대해 양질의 의료, 효율성, 서비스 반응성, 접근성, 공정성(fairness), 공급자 도덕에 관한 기대가 증대되고 있고 이러한 기대는 보건 의료서비스 공급자 뿐 아니라 건전한 거버넌스 구조, 정책, 과정, 책임을 지니고 있는 병원 이사회에서도 중요한 과제가 되고 있다. 이에 아래의 <표 IV-8>에서와 같이 거버넌스의 중심요소라 할 수 있는 이사회 구성, 정보공개, 감사, 지역주민과의 협의기관과 관련하여 규정 및 법률적인 측면에서 실행되고 있는 주요 외국이 지니고 있는 제도를 살펴보았다.

〈표 IV-8〉 각 국 민간비영리병원의 거버넌스 비교

	일본		미국	프랑스	네덜란드
	지분있는 사단의료법인	특정의료 법인			
- 주기별배당금지 - 해산및탈퇴시 배당금지	○ ×	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○
실질배당방지책 (중역보수제한)	×	연 3600만엔 이하	× 단, 컨설턴트에 의한 평가, 지역주민대 표에 의한 거버넌스 존재	○	× 가이드라인, 지역주민대 표에 의한 거버넌스 존재
임원구성에서의 친족규제	×	○	○	○	○
정보공개	△ 사원, 채권자에 공개	△ 사원, 채권자에 공개	○ 지역주민대 표에 의한 거버넌스 존재 비과세조직 협회 인터넷에 의한 공개	○ 지역주민대 표에 의한 거버넌스 존재	○ 지역주민대 표에 의한 거버넌스 존재
감사	×	×	○	○	○
영리사업에 대한 규율	×	○	×	○	○
지역주민과의 협의기관	×	×	○	○	○
운영비 공적 지원	×		×	○	○
채무보증	×	×	×	×	○
우대세제	×	○	○	○	○

법률 또는 규정상에서 미국은 컨설턴트의 평가에 의해 중역보수를 제한하고 네덜란드는 가이드라인 또는 지역주민대표의 거버넌스를 통해 실질적으로 임원에게 배당되는 것을 방지하기 위한 장치를 둬으로써 각 국가들은 비영리민간병원이 비영리성을 유지하고 있다. 또한 이사회 구성, 정보공개, 지역주민과의 협의기관을 두어 병원이 지역사회와 유기적인 관계를 유지할 수 있도록 외형적으

로는 갖추어져 있다고 볼 수 있다.

그러나 이에 대한 정보만으로는 내부적인 의사결정과정을 판단하는데 한계가 따른다고 볼 수 있다. 시민들에게 안전하고 효율적인 환경에서 최선의 의료기술을 제공하기 위해 현재의 병원서비스는 모든 공급자 및 기관과의 협력이 필요하게 되었으며, 양질의 의료서비스를 제공하기 위해 병원 및 기타 보건의료 서비스 공급자와의 협력이 더욱 요구되고 있다. 이는 환자가 제한된 자원 하에 최선의 치료(best care)를 받도록 하기 위해서 정부와 지역병원에서의 관리 문화에 변화가 있어야 함을 의미한다. 각 국가의 비영리병원 거버넌스를 구축할 경우 수반될 수 있는 문제점들을 파악하고 이를 통해 함의를 얻는 과정이 필요하지만 이러한 질적인 내용에 관해 각 국가들의 자료를 수집 및 계량화하기에는 한계가 따른다. 다만 다음의 캐나다의 사례를 참고로 하여 외국에서 나타나고 있는 거버넌스 구축 과정의 취약점에 대해 고찰해보고자 한다.

캐나다의 경우 병원의 리스트럭처링의 과정에서 거버넌스(hospital governance)를 검토하기 시작하였고 이에 HSRC(Health Services Restructuring Commission)는 병원합병에 있어 이사회 구성은 지역사회의 다양성을 반영하도록 구축되어야 하고 멤버는 적절한 경험 및 전문성을 가지고 있어야 한다는 조건하에 새로운 거버넌스 구조를 개발하도록 하는 범위를 제공하고 있다. 최근에 지역사회에 보다 우수한 서비스를 제공하기 위해 몇몇 병원의 자발적 합병을 이룬 몇몇 병원에서 governance renewal 과정을 시도하고 있다.

〈표 IV-9〉 캐나다의 병원 구조조정 및 거버넌스

시기	사건 및 활동
1990년대 초중반	- DHC주도 병원의 리스ٹر럭처링의 일부로 Ontario에서는 hospital governance를 검토하고 업데이트하기 위해 Ontario내에 자발적으로 검토(voluntary review) - 지역사회에 보다 우수한 서비스를 제공하기 위해 몇몇 병원의 자발적 합병을 이룬 과정
1996-2000	- HSRC 설립. HSRC는 병원합병 및 인수에 요구되는 사항 발간 - HSRC는 병원합병에 있어 board 구성은 지역의 다양성을 반영하도록 구축되어야 하고 멤버는 적절한 경험 및 전문성을 가지고 있어야 한다는 조건하에 새로운 거버넌스 구조를 개발하도록 하는 범위를 제공 - 거버넌스 정책 및 관행에 있어 유용한 내용들이 이 시기에 도입되었지만, 지역사회가 보증하는 이상의 accountability를 정의하는데는 관심을 두고 있지 않았음. 그리고 HSRC의 지시사항을 따르는 병원에만 국한될 뿐, 다수의 병원들이 영향을 받지 않음.
HSRC이후 - 현재	- new hospital corporation은 거버넌스 정책 프레임워크(이사회 및 director 역할, 책임, director 선출 가이드라인, 위원회 구성 등)을 구축하고 있으나 기존 병원 및 합병된 몇몇 병원은 최근에 governance renewal 과정을 시도하고 있음.
1997-2002	- 22 operational review 실행 - 이는 MOHLTC와 Ontario hospitals간에 joint accountability의 필요성에 관심을 두게 되는 촉매제의 역할을 함 - 결국, 1999년에 minister, OHA, hospital로 구성된 joint accountability task force가 소집되어 accountability framework개발하도록 위임됨
1998	- Canadian Council on Health Services Accreditation(CCHSA)과 Canadian Comprehensive Auditing Foundation(CCAF)은 거버넌스에 대한 15 accreditation standard와 관련하여 이들의 성과를 평가하기 위한 보건 의료조직의 governing bodies를 지원하기 위해 '거버넌스 check-up'을 개발
2002-2004	- Ontario 병원에 대해 governance review 실행
2003	- Joint Policy and Planning Committee initiative on Performance Agreements in Hospital Sector
2004	- OHA strategic direction to 'lead in advancing excellence in health care governance and promoting a structure of shared accountability'

주: HSRC(Health Services Restructuring Commission)

그러나 병원 이사회 거버넌스 구축시 몇 가지 문제점이 제기되고 있는데, 1)

이사회에 대한 정부 및 지역사회에 대한 책임성의 명확성 부족 2) 이사회 역할 및 책임에 대한 일관된 이해 부족 3) 이사회 내에 거버넌스 책임(governance responsibility)을 수행할 업무분장(skill mix) 미흡 4) 이사회 구성원의 빈번한 교체 5) 이사회 의사결정을 지원하는 부적절한 정보 6) 공식적 이사회 정책, 과정, 시스템 부재 7) 이사회 역할 및 책임과 이사회 업무 수행과정 사이에 연결 부족 8) 이사회 오리엔테이션 및 이사회 계속 교육에 대한 일관성 없는 접근방식 9) 거버넌스와 관리(경영)책임간에 명확한 차이를 두지 않는 이사회 구조를 들고 있다.

또한 캐나다 정부(MOHLTC: Minister of Health and Long-Term Care)는 급격한 비용 증가에 직면해 있으며 변화를 유도할 경영정보(management information)를 가지고 있지 못한 실정이다. 그래서 MOHLTC는 병원의 재정소요를 관리하고 억제하는데 중점을 두고 있으며, 정보 시스템 개선, 자금계획 명료화와 같은 좋은 거버넌스(good governance) 및 accountability를 위한 지원시스템을 제공하거나 거버넌스 정책을 만드는데 적극적이지 못하고 있다. MOHLTC는 효과적이고 양질의 보건의료서비스를 제공하기 위해 최적의 방식으로 재원을 사용하는지에 대한 기반(fundamental)을 구축하고 있지 못하다.

한편, 시민들은 공공으로 재원이 조달되는 보건의료시스템의 지속성이 향후 보건의료에 대한 논의의 선결조건으로 여기고 있다. 최근 들어 보건의료 재정에 대한 부담이 커지고 이에 따라 재원이 증대될 수 있는지에 대한 문제, 그리고 시스템이 지속적으로 의료요구를 충족시킬 수 있는지에 대한 문제가 부각되고 있다. 이에 시민들은 현 시스템으로부터 충분한 혜택을 얻고 있는지에 대한 의문이 제기되면서 거버넌스 및 accountability에 대해 강조하고 있다.

각 국의 사례를 통하여 보건의료시스템 개혁 방향에 다음과 같은 함의를 제공해 주고 있다. 첫째, 거버넌스 역할을 정의하고 병원이사회와 정부 상호간의 책임소재를 규정할 필요성이 있다. 둘째, 병원의 accountability를 정부 및 지역사회와 차별화시켜 구체화시켜야 할 것이다. 셋째, 최선의 진료를 위한 병원거버넌스 구조 및 프로세스를 평가해야 한다. 넷째, 병원내에서는 이사회 및 CEO 간 의사교환 메커니즘이 구축될 필요가 있다. 다섯째, 병원간 그리고 병원과 지

역사회 공급자간 서비스공유를 위한 공식적 협정, 지역주민과의 협의기관 및 거버넌스 구축이 필요하다.

비영리 의료기관 내외에 감시자가 제도적으로도 존재하지 않은 것이 문제가 되며, 거버넌스 강화가 요구된다고 할 수 있을 것이다. 비영리조직의 목적은 환자편익을 최우선으로 하는 서비스 제공 및 의료의 질 향상 등에 있으므로 이를 위해 거버넌스를 활용하여 보완할 수 있다. 비영리 의료기관에 관한 감시기능을 지역주민참가에 의한 거버넌스로 부여하는 것이 한 가지 방안으로 고려해 볼 수 있을 것이다.

향후 병원은 병원 연대, 진료 연대, 병원과 개호사업자 등과의 연대 등 네트워크 안에 있어 향후 독자적으로 존재하기는 힘들 것이다. 이 때문에 지역중심의 경영이 필요하게 되고, 지역주민의 니즈나 수요를 파악하여 협력, 지원을 하지 않으면 충분한 기능을 발휘하기 어려울 것으로 여겨진다. 지역주민과의 의견교환, 협의의 장으로서 평의회와 같은 것을 설치하는 것을 중요하게 고려할 필요가 있다.

이러한 기능, 역할을 가진 평의회에, 공공성 보존을 위한 감시기능을 부여하여야 한다. 이를 위하여 지역주민이 참여토록 하고 지역정보센터의 역할을 충실히 하면서 미션수행을 하는 경영으로의 전환을 모색하는 것이 바람직하다. 다만 이러한 평의회 등에 관해 주의해야 할 점은 지역주민 멤버 선출과 평의회 기능, 역할에 있다. 지역멤버 선출에 있어서 주민과, 병원 양측에 신뢰할 수 있는 임기기준 등을 설정하는 것이 한 방안일 것이다.

또한 평의회는 병원에 있어서 지역정보센터 및 병원경영에 대한 견제력을 행하는 기관으로, 경영의 최고의사결정기관 또는 집행기관이 아님을 명확히 할 필요가 있다.

이러한 좋은 거버넌스(good governance)와 accountability는 하루아침에 달성될 수는 없을 것이다. 그러나 이것이 프로세스를 미룰 이유가 되는 것은 아니다. 그렇다면 어디에서 어떻게 이러한 긴 여정을 시작해야 하는가? 본 연구는 외국의 문헌에서 제시된 좋은 거버넌스를 위한 논의를 중심으로 다음과 같이 정리하고자 한다.

첫째, 제3자의 의견을 반영하는 조직으로써 외부의 인사를 의료법인의 감시 기관에 포함하는 방안을 검토해 볼 수 있다. 앞에서 논의한 바와 같이, 지역주민대표나 관계자 등의 평의원제도를 도입하고 멤버는 병원경영자층과 혈연관계에 있는 사람을 배제하고 이해관계가 없는 제3자가 가입하는 등의 방책이 있다. 평의원회에는 경영상의 중요사항은 원칙에 따라 행하며 다만 이사의 선임 해임사항을 포함할지의 여부는 별도의 검토를 해야 할 것이다. 왜냐하면 출자 비율에 관계없이 일인일표제 하에서는 이사의 지위안전이 불안정할 수 있기 때문이다.

둘째, 의사결정기관과 사무집행기관의 분리에 관해서는 우리나라의 동족성, 세습제의 풍토를 근본적으로 개선하지 않는 한, 실효성을 기대할 수 없다. 이를 위해 평의원회가 필요하며 감시역으로서의 기능이 요구된다.

셋째, 경영의 투명성에 관해서는 의료가 공익성이 강하다는 관점에서부터 의료에 관계하는 부분(의료기능평가기구등의 인정, 질병별 수술건수, 평균재원일수 등)과 회계 공개를 행할 수 있다고 생각되어진다.

다만 규모와 역할면에서 획일적으로 전 의료법인에 적용하는 것에 관해서는 비용 등의 면에서도 문제가 있을 것이다. 예를 들어, 1인 개업의 진료소와 500 병상이상의 대규모 병원에서 동일한 외부감시를 받게 하고 정보공개를 하는 등의 획일적으로 강제하는 것은 소규모 의료기관으로서는 지나칠 것이다. 어떤 수준에서 무엇을 어디까지 요구할 것인가가 있다. 소수이지만 대규모병원, 급성기병원 등의 사회자본성이 보다 높은 병원에 대해서는 조속히 경영의 투명성을 제도화해야 할 것이다.

의료법인은 공익성, 경영투명화를 요구하는 시대적 조류 등을 최대한 반영하여 향후 자발적으로 적극적으로 제3자 평가를 받는 자세가 필요할 것이다. 예를 들어 의료기능평가기구의 인지를 받거나 ISO 인정을 받는 등은 최소한으로 요구되는 방안이다. 이와 같은 의료의 질이나 조직체제에 관해서만이 아니라 경영면에서의 평가, 예를 들어 감사를 받거나 하는 등의 검토도 요구된다.

## V. 우리나라 비영리의료기관의 거버넌스 현황 및 발전방향

의료제공체제(계)의 구심점으로서 민간비영리부문의 의료법인 이외에도 정책의료를 행하기 위해 설치된 국공립병원을 토대로 한 공적인 의료기관도 있다. 그러나 양질의 효율적인 의료서비스 제공과 이를 위한 효율적인 병원경영의 측면에서는 민간비영리부문의 의료법인이 설치한 의료기관과, 국공립병원을 기반으로 한 공적인 의료기관 양자간 차이가 없을 것이다.

의료제공체제에 있어서 국가 및 지방정부의 향후 역할은 국립병원이나 지자체 설립병원을 통해 직접 의료서비스를 제공하는 지금까지의 역할에서부터, 의료서비스에 관한 틀을 명확히 하고 조정하는 역할(기능), 의료서비스의 안정성이나 의료서비스로의 접근성을 감시하는 역할(기능) 등으로 전환할 필요가 있다.

이상과 같이 의료서비스의 역할을 고려해 본다면, 향후 의료제공체제에 유력한 수단으로서의 의료법인에 관해서는 지역사회에 양질의 효율적인 의료서비스를 제공하고 환자의 시점에서 본 유연한 발상에 의한 새로운 서비스를 제공하는 것이 요구된다.

이에 우리나라는 근원적으로 의료기관의 발전방향을 재검토해 보아야 할 시점에 직면해 있다고 볼 수 있다. 다시 말해서 비영리의료기관의 공익성 및 투명성 확보를 위해 현재 우리나라 비영리 의료기관의 거버넌스 관련 문제점을 인식하고 이를 개선해나갈 수 있는 방안을 모색하는 것이 중요하다. 이를 통해서만이 궁극적으로 국민의 의료서비스에 대한 신뢰를 확립할 수 있는 계기가 마련될 것이다.



## 1. 우리나라 비영리의료법인의 위치

### 가. 우리나라 비영리조직의 현위치

#### 1) 영리 및 비영리의 개념

##### 가) 활동상의 목적 개념에 의한 비영리 정의

비영리 정의, 요건에 있어서는 일반적으로 배당금지, 소유권배제 등의 사항을 지적할 수 있다. 그러나 이것은 비영리 조직의 요건을 말하는 것이므로 비영리 그 자체의 의미를 파악해 두어야 한다.

조직은 그 조직이 추구하는 사업목표를 최대한으로 발휘하기 위한 수단적 도구로 언급할 수 있다. 목적에는 여러 가지가 있으나 영리, 비영리의 구분으로 한하여 말하면, 이익최대화를 달성하고자 하는 영리목적인지, 아니면 미션을 최대한 달성하고자 하는 비영리목적인가에 있다. 그래서 이 목적에 기반을 둔 사업을 최대한 발휘하는 것으로 영리조직, 비영리조직이 존재한다고 생각된다.

이를 고려해 볼 때, 영리, 비영리 정의는 목적에 귀착하는 방식과 조직에 귀착한 방식의 두 가지로 나누어 생각해 볼 필요가 있다. 달리 생각해 본다면, 영리, 비영리에는 활동상의 목적개념과 조직 등 법제도상의 개념 두 가지가 존재한다. 본 절에서는 이러한 생각을 토대로 비영리 개념을 비영리, 비영리사업, 그리고 비영리조직의 3가지로 나누어 검토하고 이의 위치관계를 살펴본다.

비영리는 어떠한 의미인지 살펴보기 위해, 우선 국어사전에서 영리의 의미를 살펴보면, 표현은 다소 차이가 있지만 대체로 ‘경제상의 이익을 목적으로 행동하는 것’으로 되어 있다. 이러한 내용을 토대로 경제상의 이익을 목적으로 행하는 사업을 영리사업, 영리사업을 추구하는 조직을 영리조직으로 정의하기로 한다.

영리조직은 이를 추구하는 사업 목적을 최대한으로 발휘하게 한다고 하는 것을 언급하기 이전에, 조직 정의에서부터 영리조직의 목적이 경제상의 이익 최대화가 된다. 영리사업은 철강업, 석유업, 건설업과 같은 예와 같이 최종적으로

는 경제상 이익획득 최대화를 중심으로 목적이 집약된다.

그런데 영리사업이라고 한다면 사업을 통한 사회공헌을 수행한다. 예를 들어, 아파트 건설회사의 경우 양질의 아파트 공급을 통해 사람들의 생활의 질 향상을 도모하는 등이 이에 해당된다. 경제상의 이익획득이 가장 중요하지만 반사회적일 경우 소비자의 이익에 반하기 때문에 목적을 달성할 수 없게 되므로 사회적으로 공헌하며 소비자의 신뢰를 얻을 수 있는 사업전개가 전제되어 있다. 그러나 경제상 이익획득이 정당한 행위라고 말하는 것은 아니다.

한편, 이러한 행위의 배경은 이익획득을 최대한 목적으로 한 범위에서 행해지는 사회공헌에 지나지 않으며 이익획득 최대화의 목적에 준하지 않는 사회공헌에 까지 영리조직이 행하지는 않는다.

이처럼 영리조직은 해당사업이 수단적 위치에 있어 조직이 유지되지 않고 이익최대화 목적이라는 것 앞에서 사업 변경, 타업종전환으로의 진출 등의 사업 전환, 다각화 등이 합리적 행위로 인정될 수 있다.

비영리는 전술한 바와 같이 영리의 부정어로 경제상의 이익을 목적으로 하지 않는 활동이라 할 수 있다. 물론 이는 활동상의 목적에 기반한 정의이다. 그리고 비영리조직은 비영리사업을 운영하는 조직이라 할 수 있다. 비영리사업은 경제상 이익을 목적으로 하지 않는다면 무엇을 목적으로 하는 것인가? 조직의 명제에서 비영리조직의 목적은 미션을 최대한 달성하는 것이다. 영리조직에서는 사업탈퇴, 타업종 진출이 합리적 행위로 인정되나 비영리조직은 사업수행이 목적이 되므로 사업변경은 본래 선호되지 않는다. 이러한 의미에서 미션 성격은 사회성, 공익성이 강하면 강할수록 용이하게 탈퇴하거나 타업종 진출은 피하게 된다.

## 나) 비영리에 있어서 이익의 위치

비영리는 이익을 목적으로 하지 않고 활동하는 것으로 정의하고 있으나, 비영리라도 이익획득은 수반된다. 왜냐하면 영리, 비영리에 관계되지 않고, 사업, 조직의 유지, 안정을 위해서는 최소한의 재정기반확보가 필요하기 때문이다. 비

영리라고 해도 적자유지로는 사업, 조직이 지속되기 어렵다.

그러나 여기서 유의해야 할 사항은 비영리에 있어서 이익획득은 미션수행의 수단이지 목적이 되어서는 안 된다는 점이다. 비영리조직에서 이익획득의 위치는 이익획득을 목적으로 하는 영리와는 크게 다르다고 인식되어야 한다. 목적인가 수단인가는 활동상의 목적개념과 구분한 영리 비영리의 가장 중요한 핵심 사항 중 하나이다.

영리사업 및 비영리사업은 활동상의 목적을 토대로 분류하기 때문에 고정적, 절대적인 것이 아니라 사업을 추구하는 주체의 목적 여하에 의해 변화할 수 있는 것이다. 예를 들어, 동일한 의료에서도 영리목적과 가지고 행할 경우 영리사업이 되며, 비영리목적과 가지고 행할 경우 비영리사업이 된다.

#### 다) 법제도상의 개념에 의한 비영리 정의

비영리의 의미에서는 활동상의 목적개념과 법제도상의 개념이 있기 때문에, 우선 비영리, 비영리사업, 비영리조직을 활동상의 개념으로 정의하였다. 그렇다면 법제도상의 개념은 어떠한 것인가. 법률학 사전에서는 영리, 비영리 항목이 직접적으로 제시되고 있지 않지만, 영리법인의 항목에서 영리의 정의가 제시되고 있다. 이에 의하면 구성원의 이익을 목적으로 하며, 법인의 이익을 그 구성원에 분배하는 것으로 되어 있다.

한편, 경제학상에서의 정의로는 영리, 비영리 그 자체의 항목을 제시하고 있는 문헌에서 민간비영리조직(NPO)에 대한, 예를 들어 수입에서 비용을 차감한 순이익을 이해관계자에게 배당하는 것이 제도적으로 금지되어있는 비정부조직이라 하고 있으며, 법학적 정의에서도 거의 동일하게 제시되고 있다.

비영리, 비영리사업이 직접적으로 언급되고 있지 않지만, 영리조직과 비영리조직을 간단히 구분하면 조직과 그 구성원의 관계를 설명하는 것에 역점을 두고 있다. 분배금지의 제약을 가진 조직에서 운영된다면 그 사업은 비영리사업이라 할 수 있다.

요약하면, 경제학, 법학에서 분배금지의 제약에 의한 비영리조직에 관한 정의

에서는 조직에 입각한 정의로서 배당유무를 기준으로 영리조직과 비영리조직을 명확히 구분한다고 할 수 있다. 따라서 영리/비영리조직과 영리/비영리사업을 구분하여 보면 아래의 <표 V-1>과 같이, B와 C는 이론적으로 가능하나, 현실적으로는 나타나기는 어려운 구성이라 할 수 있다. C의 경우(비영리조직이 영리사업을 하는 경우) ‘공사’, ‘협회’와 같은 경우가 있을 수 있다.

<표 V-1> 영리, 비영리조직과 영리, 비영리사업의 구성

		활동상의 목적 개념	
		영리사업	비영리사업
법제도상의 개념	영리조직	A	B
	비영리조직	C	D

## 2) 우리나라 비영리조직의 분류

비영리조직은 범위가 광범위하고 다양하여 하나의 기준으로 분류하는데 어려움이 따르나, 우리나라 비영리조직을 조직 목적에 따라 분류하면 공공서비스를 제공하는 조직(public-serving organization)과 집단의 이익을 추구하는 조직(member-serving organization)으로 구분가능하다(채은경, 2004). ICNPO<sup>주67)</sup>의 분류와 활동영역을 고려하여 구분하면 다음의 <표 V-2>와 같다.

또한, 우리나라는 민법 제 32조에 따라 비영리법인을 사단법인과 재단법인으로 분류하고 있으며, 법인 등기상으로 특별법에 따르는 특수법인과 집단 이익을 추구하는 조합 이외에 사단법인, 재단법인, 학교법인, 사회복지법인, 의료법인 등으로 구분되고 있다.

주67) 비영리조직에 대한 국제적 분류는 UN의 ISIC(International Standard Industrial Classification) 과 European Statistical Office에서 개발된 NACE(National Classification of Economic Activities), 그리고 미국의 National Center for Charitable Statistics에서 개발된 NTEE(National Taxonomy of Exempt Entities)가 있으며, ISIC와 NTEE의 문제점을 보완하여 ICNPO(International Classification of Nonprofit Organizations)을 제안하고 있음(박상필, 2001).

〈표 V-2〉 우리나라 비영리조직의 분류

학문적 구분		주요 단체	법적 구분	
목적	활동영역		민법	법인 등기
공익단체	의료/보건	의료법인, 의료보험조합	사단 법인/ 재단 법인	특수법인 사단법인 재단법인 학교법인 사회복지법인 의료법인 조합 미등록법인
	교육/연구	사립학교법인, 직업학교법인, 연구소		
	복지서비스	양로원, 고아원, 복지관, 모자보호소, 청소년수련원 등의 운영법인		
	예술/문화	박물관, 미술관, 오케스트라, 레크리에이션관련 운영법인		
	환경	환경보호단체, 동물보호단체		
	기금매개	공동모금회, 모금단체, 국제원조단체		
	시민권리옹호	소비자권리보호단체, 여성권리옹호단체		
집단이익 추구단체	종교	종교법인		
	직능단체	전경련, 변호사협회, 의사협회, 노동조합 등		
	친목단체	컨트리클럽, 동창회, 향우회 등		

자료: 채은경, 2004

비영리법인 중 일정사업을 목적으로 하는 법인을 ‘공익법인’이라 하여 이를 규율하는 “공익법인의 설립·운영에 관한 법률”이 있다. 동법 제2조에 의하면 공익법인이란 ‘재단법인 또는 사단법인으로서 사회일반의 이익에 공여하기 위하여 학자금·장학금 또는 연구비의 보조나 지급, 학술·자선에 관한 사업을 목적으로 하는 법인’이다. 본래의 목적인 공익성을 유지하여 건전하게 활동할 수 있도록 하기 위해 정관의 기재사항, 주무관청의 설립허가기준, 임원의 자격과 인원수 및 취임요건, 이사회에의 운영, 감사의 권한과 의무, 법인재산의 관리, 주무관청의 감독 등과 벌칙에 관한 자세한 특별규정을 두고 있다.

### 3) 비영리법인 이사회에의 특성

〈표 V-3〉에서 알 수 있듯이 비영리법인 기관에서는 이사회에의 역할이나 기능이 매우 중요하다. 전통적 의미에서의 이사회제도하에서 이사회는 결정, 확인, 상담, 검토의 네 가지 방법에 의하여 경영의무를 이행하고 법인의 정책결정

과 집행에 책임을 지게 된다.주68) 여기서 결정이란 이사회가 스스로 문제를 취급하고 토의하여 일정한 방향을 설정하고 문제에 대해 결정하는 것이며, 확인은 이사회 승인을 필요로 하는 사항에 대해 경영자가 결정한 것을 이사회가 추인하는 것을 말한다. 상담은 이사회 사외이사가 경영자의 상담역이 되는 것을 말하며, 검토는 이사회가 재무보고서 등의 보고서를 검토함으로써 경영자의 활동성과에 대해 정보를 얻는 것을 말한다.

〈표 V-3〉 비영리법인의 기관구성 비교

	정관변경 기관	업무집행 결정기관	업무집 행기관	대표 기관	감독기관	비고
사단법인 (민법)	사원총회	이사 (필요상설기관)	이사	이사	1인 또는 수인감사 (임의기관)	이사회(임 의기관)
재단법인 (민법)	정관에 정함	이사 (필요상설기관)	이사	이사	1인 또는 수인감사 (임의기관)	이사회(임 의기관)
공익 법인법	이사회	이사회 (5인이상 15인 이하의 이사)	이사회	정관 결정 사항	2인 이상의 감사 (필수기관)	주무관청의 감사 민법의 특별법
학교법인 (사립 학교법)	이사회	이사회 (7인 이상의 이사)	이사장	이사장	2인 이상의 감사 (필수기관)	감사 중 1인은 공인회계사 이어야 함
사회복지 법인 (사회복지 사업법)	정관에 정함	이사회 (5인 이상의 이사)	이사회	대표 이사	2인 이상의 감사(필수기관)	민법과 공익법인법 의 특별법

자료: 안성포, 「비영리법인의 지배구조」, 『법학논총』, 제28호, pp.277~308.

이사회는 역할에 따라서 법적요건만을 충족시키기 위한 이사회(constitutional boards),

주68)안성포, 비영리법인의 지배구조, 법학논총 제28 p277-308

자문기관으로서의 이사회(consultative boards), 합의기관으로서의 이사회(collegial boards), 사회적 기관으로서의 이사회(communal boards)로 구분할 수 있다.<sup>주69)</sup>

첫째, 법적요건만을 충족시키기 위한 이사회는 이사회의 역할을 실제로 필요로 하지 않는 법인이 법률의 규정에 따라 형식적으로 이사회를 설치하는 경우로, 가족기업과 같은 예를 들 수 있다. 둘째, 자문기관으로서의 이사회는 이사회가 최고경영자의 자의적인 결정을 견제 및 조언하는 형태이나 최종결정권은 최고경영자의 수중에 있어서 이사회가 고유의 기능을 수행하고 있는 형태는 아니다. 셋째, 합의기관으로서의 이사회는 서로 평등한 권리와 책임을 지는 동료로서 구성되는 경우이다. 이는 이사회의 개최회수가 빈번하게 되므로 이사들은 이사회의 활동에 많은 시간과 비용을 들이게 되어 다른 직을 겸하는 것이 사실상 어렵게 된다. 넷째, 사회적 기관으로서의 이사회는 노동자평의회, 시민위원회와 유사한 것으로 이사회의 역할이 법인자체를 위한다기 보다는 사회전체를 위하는 것으로 볼 수 있다. 이러한 이사회에서는 다양한 이해관계자들의 합의를 도출하는 것이 경영의 관건이 된다.

일반 기업의 이사회는 대개 10~15명으로 구성되는 반면에 비영리법인의 이사회는 20명 이상 50명에 이르기도 한다. 우리나라 기업은 회사의 비용상 문제로 이사 수가 10명 이하인 경우가 있으나 비영리법인은 일반적으로 이보다 많다고 볼 수 있다.

비영리법인의 이사회는 주주의 이익을 대변하기 보다는 공익성을 대변한다. 재단법인의 경우는 기본자산의 유지 및 확대라는 목적과 설립자 유지를 만드는 것도 중요하다.

비영리법인의 이사회는 대부분 봉사직이며 때로는 자비로 참가하기도 하고 기부를 하는 경우도 많다. 따라서 비영리법인의 이사가 사명감과 봉사정신이 없다면 이사회의 이사로서의 역할을 소홀히 할 수 있다.

비영리법인은 이해당사자의 부재, 성과 측정의 어려움, 경영책임관계 설정 어려움 등으로 효과적인 지배구조를 설계하는 상당한 장애가 따른다. 이는 비영

---

주69) 전계서

리법인이 내부조직상에 감사를 두고 있다고 하더라도 선임과 해임을 정관의 규정으로 이사회에서 할 수 있게 함으로써 이사회에 의한 완전한 감사기능을 독자적으로 실행하지 못한다는 문제가 있기 때문이다. 또한 사원총회에 의한 이사회에 의한 감독에 있어 정관의 규정으로 사원총회의 권한을 축소하거나 이사회에 권한을 이양하도록 하여 사원총회의 기능을 약화시킬 수 있다.

한편, 경영자에게 위임된 업무에 대해서 경영자는 이사회에 감독과 감시를 받게 된다. 그러나 이사회에 의장 또는 CEO가 이사의 지위를 가지거나 법인 설립과 관련한 이해관계자라면, 우리나라의 가족주의, 연고주의에 비추어 보았을 때 이사회에 의한 감독기능은 유명무실하다고 볼 수 있다.

따라서 비영리 법인의 설립목적 실현을 위해서는 이사회에 의한 조직관리상 법적 책임과, 이사회에 의한 법적 지위, 역할 등에 대한 법적 장치가 구체화될 필요가 있다.

#### 나. 우리나라 의료기관 구분 및 현황

##### 1) 우리나라 의료기관의 유형

설립형태에 따른 의료기관의 종류는 설립주체에 따라 다섯 가지로 나눌 수 있지만, 이를 크게 민간의료기관과 공공의료기관으로 구분할 수 있다. 공공의료기관은 국가 및 지방공사 등이 개설한 의료기관을 의미하며 설립주체가 국가 및 지방자치단체인 국·공립병원에는 국립의과대학부속병원, 국립병원, 시립병원, 공사병원 등이 있다. 한편, 민간의료기관은 학교법인, 사단법인, 재단법인, 의료법인, 사회복지법인 등이 설립한 법인병원과 개인이 개설한 개인병원이 있다.



〈표 V-4〉 의료기관의 설립주체별 구분

구분	분류	비고
설립운영주체 <sup>1)2)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 정부직영의료기관</li> <li>· 공립법인 운영 의료기관</li> <li>· 학교법인 운영 의료기관</li> <li>· 사회복지법인 운영 의료기관</li> <li>· 사단법인 운영 의료기관</li> <li>· 의료법인 운영의료기관</li> <li>· 일반 재단법인 운영 의료기관</li> <li>· 영리법인 운영의료기관</li> <li>· 개인 운영 의료기관</li> </ul>	의료법 제30조 의료기관개설 관련 분류
의료법	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 종합병원</li> <li>· 병원·치과병원·한방병원</li> <li>· 요양병원</li> <li>· 의원·치과의원·한의원</li> <li>· 조산원</li> </ul>	의료법 제3조: 진 료과목 수용시설 및 입원, 외래 기 능에 따른 분류
영리성	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 영리병원</li> <li>· 비영리병원</li> </ul>	
의학교육기능	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 대학병원</li> <li>· 수련병원</li> <li>· 비교육병원</li> </ul>	
입원기간	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 장기병원(long-term hospital)</li> <li>· 요양병원(nursing home)</li> <li>· 단기일반병원(short-term general hospital)</li> </ul>	
보건복지부 통계 연보	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 종합병원</li> <li>· 병원 일반병원(치과병원, 한방병원, 요양병원) 특수병원(정신병원, 결핵병원, 나병원)</li> </ul>	
대한병원협회의 전국병원명부 <sup>3)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 국립, 시립, 도립, 공립, 지방공사, 특수법인, 학교법인, 사단법인, 재단법인, 사회복지법인, 회 사법인, 의료법인, 개인</li> </ul>	

주: 1) 석회태, 병원 개설 법인의 지위, 2005?

- 2) 설립운영주체에 따라 크게 국(공)립병원과 사립병원으로 분류하기도 함. 국(공)립병원에는 국립병원, 시도립병원, 지방공사의료원, 서울대학교병원 등 특수병원 등이며, 사립병원에는 학교법인병원, 재단법인병원, 사단법인병원, 사회복지병원, 회사법인병원, 의료법인병원, 개인병원이 이에 해당됨.
- 3) 이러한 범주구분은 개념상 혼란의 여지가 있음. 예를 들어, ‘국립’, ‘시립’은 ‘공립’에 해당되며, ‘학교법인’, ‘의료법인’, ‘사회복지법인’은 민법상의 사단법인·재단법인에 대하여 ‘특수법인’에 해당됨(조형원, 2005.6).

## 2) 의료부문의 비영리법인 요건

비영리사업은 개별사업으로 본다면, 자선사업에서 사업성이 높은 영리사업에 이르기까지 그 목적, 성격이 다양하지만, 비영리사업의 존재의의를 담보하는 요건은 당연히 이윤동기억제의 제약이 수반된다. 비영리조직의 요건은 비영리사업에 공통적으로 이윤동기억제를 기본요건으로 하며 사업별로 상이한 성격, 목적 등을 특정요건으로 하여 정리될 수 있다.

우선, 비영리조직의 공통적인 기본요건을 보면, 1) 배당 금지의 이윤동기억제, 2) 소유권배제와 같은 개인이해관계 배제, 3) 사원총회, 이사회 등에 의한 일인일표제와 같은 자본력에 의한 지배 배제를 들 수 있다.

의료에서 있어서 비영리조직의 요건을 검토하면, 병원경영이 비영리사업으로 수행되어야 한다는 것이며, 비영리조직 일반에 있어서 공통으로 적용되는 배당 금지, 소유권배제, 일인일표제가 요구된다.

의료법인은 공익성의 추구를 그 사명으로 하고 있다. 현행 의료법 42조(부대사업)에서는 의료법인은 그가 개설하는 의료기관에서 의료업무 외에 의료인 및 의료관계자의 양성이나 보수교육의 실시, 의료 또는 의학에 관한 조사연구로 부대사업 범위를 제한하고 있다.

영리추구 금지의 규정은 두 가지의 의미로 해석할 수 있다. 첫째, 의료법인이 의료업이나 부대사업의 결과로 이익을 실현하였을 때 이를 출연자에게 귀속시키지 못하고 그 사업에 재투자하여야 한다는 의미이고, 둘째, 의료법인은 의료업이나 부대사업을 시행함에 있어서 의료기관의 생존유지나 성장·발전에 필요한 적정이익의 추구는 인정되나 위법·부당한 행위에 의해 과도한 수익이나 이익을 추구하는 행위는 인정하지 않는다는 의미로 해석할 수 있다.

따라서 의료법인은 그 성격을 비영리법인이라고 규정할 수 있으며, 이익을 출연자(들)에게 배당하지 않고 재투자해야 한다는 점이나, 위법·부당한 수익이나 이익을 추구하지 않아야 한다는 점에서 그 사명을 공익성의 추구라고 말할 수 있다.

의료법인은 비영리이기 때문에 의료법인을 출자한 사람은 다시는 출자금을

회수할 수 없으므로 건실하게 의료법인을 운영하지 않는 한 궁극적으로 국가소유로 돌아가게 된다. 비영리법인에 출자한 사람은 다시는 출자금을 회수해 갈 수 없고, 동 출자금을 개인 상속할 수 없으며, 또한 출자지분을 임의로 처분하거나 폐업할 수 없도록 하고 있다.

이외에도 의료는 의료분야의 특성으로부터 공익성이 높은 사업과 사업성이 높은 사업을 지니는 것으로 고려해 볼 수 있다. 공익성에 있어서는 24시간 응급 등 공익적 사업의 의무 등과 정보공개가, 사업성이 높은 것은 이익획득 프로세스에 있어서 영리와의 차이를 명확히 하기 위한 규율이 요구될 것이다.

다음의 <표 V-5>에서 제시하고 있는 바와 같이, 이윤동기억제, 개인 이해관계 배제, 자본논리배제, 공익성 의무 부여 및 경영의 투명성 확보에 관해 사전에 기술하였기 때문에 여기서는 이익획득 프로세스에 있어서의 규율에 대해 논하고자 한다.

<표 V-5> 의료에 있어서 비영리조직의 요건

고려사항	구체방안
기본적 요건 개인의 이해관계 배제 이윤동기 억제 자본논리배제	소유권 배제 배당금지 일인일표제
의료특성에서의 요건 공익성 높은 사업 공익성 의무 부여 경영 투명성 확보 사업성 높은 사업 이익획득 프로세스에 의한 영리와의 차이 명확화(이익획득 프로세스에 관한 규제)	예: 24시간 응급 등 정보공개 거버넌스

병원경영에의 영리기업도입론 중, 의료법인제도에 관한 대표적인 것을 요약한다면, 1) 영리, 비영리를 구분하는 것은 이익획득 결과로 있는 배당의 유무로, 이익획득과정에 있어서는 무엇도 문제로 삼고 있지 않다. 2) 배당금지에 관해

서도 사원의 탈퇴, 상속, 해제 시에는 일괄 배당이 인정되어 증역보수나 연관회사로의 이익 이전 등을 통한 실질적 배당이 수행되고 있다. 3) 소유권이 인정되고 있다는 것으로, 병원대부분을 차지하고 있는 지분을 가진 사단의료법인은 영리조직과 다르지 않다는 주장이다.

위의 2) 3)은 이에 대응하는 규정을 정비한다면 가능하지만, 1)에 관해서는 문제가 상존한다.

영리기업도입론자에 의하면, 이익획득과정에서의 행위는 무엇이라도 구속되지 않아야 하며, 이 점에서 영리와 비영리에 구별을 지을 수 있는 것이 아니라는 주장을 하게 된다. 이러한 생각을 전제로 하는 경우 영리목적의 이익과 비영리목적의 이익을 어떻게 구분할 수 있을 것인가. 비영리는 윤리상의 개념으로, 법률에서 규제하는 것이 가능한가에 있다. 그럼에도 불구하고 양자의 구분을 명확히 하지 않으면 영리법인도입이 거부되는 것은 불합리하다고 제기될 수 있다. 현행 의료법인이 법제도상의 개념에 의해 요건이 정해지기 때문에 활동상의 목적개념에서부터의 규정이 포함되어 있지 않기 때문이다.

의료를 비영리사업으로 행한다면 이 점에서 대응책을 구체화함으로써 영리기업도입론자뿐 아니라 일반국민에게도 충분히 이해를 얻을 수 있을 것이라 여겨진다.

이익획득 프로세스에 관한 규율에 관해 명확한 답을 도출하는 것은 쉽지는 않다. 그러나 이러한 점을 비영리성과 동시에 이익극대화, 이익추구를 허용하면 비영리성을 담보하기 어려울 수 있다.

이와 같이 배당을 금지하고 획득한 이익을 모두 의료에 재투자되도록 하고 있다고 해도 일상행동에서 영리와 동일한 이익추구가 허용되고 있는 것은 행동상의 목적에 대한 의문을 제기하고 있지 않기 때문이다.

공익사업을 적절히 지속시키기 위해서는 일정한 내부유보가 필요하나, 적극적으로 불특정다수의 이익 실현을 목적으로 활동한다면, 단년도 수지에 있어서 큰 폭의 흑자가 발생하지는 않을 것이다. 또한 이러한 수지잉여의 누적과 더불어 공익적 사업에 사용해야하는 자금이 사용되지 않고 법인 내부에 축적되는 것은 바람직하지 않다. 이 때문에 적정한 법인활동을 제약하는 범위에서 향후

공익적 사업 실시에 필요한 범위를 초과한 최대의 자금 등이 보유되는 경우가 없도록 법인실태 등을 파악하여 적절한 규율을 설계하는 것이 필요하다.

이와 같이, 비영리조직에 있어서 단지 이익획득 결과만이 아니라 프로세스에서도 뭔가의 규율을 설계하는 것이 필요하다 할 것이다.

이익획득 프로세스에 있어서 규율에 관해 이익수준을 일관되게 정해놓는 것은 어려우나, 비영리사업의 특성으로 본다면, “장래의 미션수행에 필요한 범위 내에서”라는 것을 고려해 볼 수 있을 것이다. 다만 이것도 추상론으로 남아 있기 때문에, 현실적인 차선에 대처법으로서 미션수행 제1에서 사업이 운영되고 있는가를 정보공개로 정하는 방법 또는 거버넌스 형태로 대응하는 방법이 검토되어야 할 것이다.

### 3) 우리나라 비영리의료법인의 특성

같은 민간의료기관에서도 병원의 성격, 관련 법률, 법인 운영형태, 세제혜택 등에서 차등화 되어 있다. 또한 각 법인마다 관계되는 법률이 다르고, 그에 따른 관리부서가 다르게 나타나고 있다. 현재 법인 운영과 관련된 행정부서로는 보건복지부를 비롯하여 교육부 등이 있다.

〈표 V-6〉 우리나라 비영리의료법인의 특성별 비교

구분	개인병원	사단·재단법인	의료법인	사회복지법인	학교법인
성격	의료업을 목적으로 의료인(개인)이 설립한 사업체	의료업을 목적으로 의료법 41조에 의해 설립한 법인이 운영하는 의료기관	의료법을 목적으로 의료인(개인)이 설립한 사업체	사회복지법인이 목적사업 또는 수익사업을 위해 운영하는 의료기관	의료인력양성을 위한 교육목적 실습병원
관계법	의료법	의료법, 민법	의료법, 민법	의료법, 민법, 사회복지사업법	의료법, 민법, 사립학교법
법인이사, 감사선임제한	-	· 이사회구성 중 특수관계자수는 1/5이내 · 감사는 이사와 특별한 관계가 아닌 자	· 이사회 구성 중 특수관계자 수는 1/3이내 · 감사는 이사와 특별한 관계가 아닌 자	· 이사는 민법 제 777조의 친족관계나 처의 3촌이내의 자가 그 정수의 2/5이내 · 감사는 민법 제 777조의 친족관계나 처의 3촌이내의 자가 아닌 자	
세제혜택	고유목적사업준비금	해당없음	이자소득등×100%+기타수익사업소득×50%	수익사업소득×100%	
	기부금손금산입	해당없음	(당해사업연도소득금액-법정기부금손금용인액-이월결손금)×5%	당해사업연도소득금액 - 이월결손금	
	지방세비과세혜택	해당없음1)	의료업에 직접사용하는 부동산은 취득·등록세 면제	취득·등록·재산·종합토지세등 용도구분에 의한 세금면제혜택	

주: 1) 지방세면제혜택 중 개인병원의 경우 의료취약지구에 대해 지방세감면조례에 의해 취득세 및 등록세 면제

자료: 손원익, 「의료기관 관련 조세정책의 현황과 정책방향: 의료서비스시장개방 논의에 대한 시사점」, 『재정포럼』, 2004.3.

## 2. 우리나라 비영리의료법인의 거버넌스 실태 및 문제점

합리적인 의사결정과 경영의 투명성을 보장하기 위해서는 조직의 계획-실행-모니터링-평가 기능에 대한 견제와 균형(checks and balances) 시스템이 확립되어야 한다. 이러한 견제와 균형 시스템은 이사회의 독립성과 기능 활성화를 전제로 하고 있다. 여기에서는 우리나라 비영리의료법인에서의 거버넌스 문제점을 이사회를 중심으로 논의하고자 한다.

### 가. 이사회의 독립성 부재

우리나라 공익법인법에 의하면 공익법인의 이사회 구성에 특수 관계자 수는 이사현원의 1/5를 초과할 수 없도록 규정하고 있다. 이는 공익법인이 출연자의 재산도피 수단으로 운영되는 것을 방지하고 공익재단에 대한 출연자의 전횡을 견제해서 공익성을 유지하기 위한 것으로 볼 수 있다. 이러한 공익법인의 의사결정은 이사회의 심의와 결정에 따라 이루어지기 때문에 이사회의 역할이 가장 중요하다 할 수 있다. 그러나 현실적으로 재단 운용에 있어서 재단에 출연한 사람의 친구 또는 친지들이 이사로 참여하고 있어 출연자의 의도대로 사업이 운영되는 경향이 높다고 볼 수 있다(황창순, 1996). 법인은 의사결정에 효율 및 효과성을 높이고자 이사회 구성을 규정하고 있으나, 이사회가 업무집행기관 내지는 경영자와 이사장의 독단적인 결정이나 집행을 견제하지 못하고 예속될 경우에는 이사회의 순기능이 달성될 수 없다.

### 나. 리더십 및 경영능력 부족

최근의 의료시장 구조의 변화, 경쟁 심화 현상을 고려해 볼 때, 전략적 병원 관리는 법인경영에서 필수적인 사항이 되고 있다. 그러나 기업에서 이사회가 제 기능을 원활히 수행하지 못하고 경영자 또는 이사장이 경영업무를 총괄할 경우에는 법인의 성과가 개인의 능력에 좌우된다. 만약 이들의 경영역량이나 통찰력이 부족할 경우에는 의료환경변화에 적절히 대응하지 못하고 위기를 맞

게 될 우려가 상존하게 된다.

또한, 이사가 조직을 과도하게 컨트롤하고 독단적으로 의사결정할 경우에는 의사결정에 있어서 객관적인 논의가 이루어지기 어렵고 유용한 비평들이 제안되기 힘든 형식을 취할 수 있다. 이러한 결과로 이사회 임원들의 적극적인 참여가 점차 결여되며 형식위주로 전락할 수 있다.

#### 다. 이사의 자격요건 및 장기간 재임기간

이사회의 임원으로 참여하는 것은 임원들이 시간, 기술 및 자원을 헌신하고자 하는 법적이고 신뢰를 바탕으로 하는 중요한 책임을 맡는 것이다. 임원들은 다른 임원, 대표이사, 관련 기록 및 자원 등을 활용하여 조직이 미션에 맞게 운용되도록 할 책임을 지니고 있다. 그러나 우리나라의 경우 출연자의 친인척이나 또는 공익사업과 전혀 무관한 사람들이 이사로 임명되어 이사회 기능의 축소되고 형식에 그치고 있다.

또한, 한 조직내 임원은 장기간에 걸쳐 이사로 재직하는 경우가 있다. 이러한 경우에는 가장 오래 재임한 이사의 영향력이 불균형적으로 확대되어 조직에 영향을 미칠 수 있는 부작용이 따른다.

한편, 실제로 법인 운영에 있어서 이사회 역할은 형식적인 경우가 많고 이사장 또는 이사회를 대신하여 사무책임자에게 실제적인 법인 운영의 권한이 위임되는 경우가 많다. 현재 이사회가 원활히 기능을 할 수 있도록 제반 여건을 갖추는 데는 다소 시간이 소요될 것으로 여겨지므로, 우선 상임직으로 있는 사무책임자의 자격요건을 강화할 필요가 있다. 법인의 감사는 회계감사에 국한되어 있을 뿐 업무 감사는 거의 시행되고 있지 않기 때문에 사무책임자의 판공비가 과도하게 지출되는 경우가 발생하고 있다. 따라서 사무책임자의 전문성, 윤리성이 강화하는 문제가 고려되어야 할 것이다.

#### 라. 재정 감시 소홀 및 자산 오남용

우리나라 이사회 구성원인 이사에는 이사장이 포함되어 법인의 경영진과 이



사회가 제도적으로 분리되어 있지 않다. 이사회는 법인의 업무를 결정하는 의사결정기관임과 동시에 업무를 감독하는 업무감독기관의 역할을 지니고 있다. 그러나 비영리법인은 대부분의 이사가 사외이사로 구성되어 있어 이들의 독립성 및 전문성이 보장되지 않는다면 이사회의 감독기능이 제대로 발휘되기 어려울 것이다.

특히 내부통제장치가 제대로 구축되어 있지 않고 재정적 감시가 미흡하여 조직구성원의 재정낭비, 자산 오남용, 내부재정관리 미흡 등의 형태로 나타나고 있다. 고가의 건물이나 가구 등에 많은 재정을 낭비하거나 이사장 등의 경영진의 보수에 상당액을 지불하는 경우를 들 수 있다.

#### 마. 조직 규정의 유연성

우리나라의 비영리의료법인의 이사회제도를 살펴보면, 내부 조직상의 감사를 두고 있지만 선임과 해임을 정관의 규정으로 이사회에서 할 수 있기 때문에, 이사회에 대하여 감사가 완전한 독립성을 가질 수 없는 구조를 지니고 있다. 또한 주무관청의 감독을 통하여 법인의 업무상의 폐해를 줄일 수 있을 것으로 여겨지나, 주무관청이 설립 후에 지속적으로 비영리법인의 업무를 감사하는 것이 아니기 때문에 이에선 분명 한계가 따른다고 볼 수 있다.

#### 바. 지역 이사회(regional boards) 필요

보건의료분야에서 지역주민의 의견을 적극적으로 반영하여 이들의 삶의 질을 높이기 위한 보건의료서비스 공급방식은 매우 중요하다고 볼 수 있다. 그러나 우리나라의 경우 보건의료분야에 지역 이사회를 중심으로 지역주민의 의견이 반영되는 사례는 거의 전무하다고 볼 수 있다. 분권화와 더불어 지역주민 또는 NGO의 역할이 중요하게 대두되는 시점에서 지역주민의 적극적인 참여를 유도할 수 있는 기제가 필요하다. 지역주민을 대상으로 더 나은 보건의료서비스를 제공하기 위해 지방정부, 지역주민, 해당 비영리단체 및 민간비영리 의료기관 등의 협력관계를 형성하는 것이 중요하며 이를 위해 지역 이사회와 같은 평의

회가 검토되어야 할 시점으로 여겨진다.

#### 사. 이사회 선출 또는 임명 방식

모든 이사회는 조직의 미션을 수행하기 위해 충분한 전문가를 필요로 한다. 이사회가 너무 작으면 임원들은 업무가 과장되며 생산성이 떨어지는 반면 이사회가 너무 크면 모든 임원들이 적극적으로 참여할 기회가 낮아지며 책임감이 약화될 우려가 있다.

이사회가 실질적으로 깊이 있는 논의가 이루어지기 위해서는 10~15명 정도가 바람직하다. 미국 대기업의 경우 대체로 8~16명으로 구성되고 있는 것으로 나타나나 이는 산업별 기업별에 따라 다양하게 된다. 우리나라 비영리법인의 이사회 규모는 작게는 5인(이사장 포함)에서 많게는 15인으로 구성되어 있으며 2인의 감사를 두고 있다.

법인의 업무를 이사회에서 결정하고 이러한 결정된 업무를 경영자가 집행할 때 이사회에 감시 및 감독을 받게 되지만, 이사회에 이사장 또는 CEO 등의 경영인이 이사의 지위를 가지고 있거나 법인 설립과 관련된 이해관계자라 한다면 우리나라의 가족주의, 연고주의 등에 비추어 볼 때 독립적인 감사를 행사하는 것은 기대하기 어려워 보인다.

#### 아. 소결

비영리법인이 효과적인 지배구조를 지니기 어려운 점은 일반 주식회사와 같이 주주 등의 투자자나 채권자의 이해관계를 조정하기 위해 회계감사를 필수적으로 실행하고 이해관계자들에게 정보를 공개하는 등의 시장 규율이 비영리의료법인에서는 작동하지 않는 데서 비롯된다.

따라서 경영책임을 누구에게 귀속시켜야 할지도 애매하며 이를 규율할 제도도 미흡하다. 외국에서는 이사회에 의한 자율통제가 활발히 이루어지고 있으나, 우리나라의 경우 이사로서의 역할 및 기능에 대한 인식이 미흡하고 이를 어떻게 수행해 나가야 하는지에 대한 인식도 부족한 것이 현실이다.

### 3. 우리나라 비영리의료법인의 거버넌스 발전방향

본 절에서는 앞 절에서 논의한 거버넌스 실패요인을 개선함과 동시에, 선진 외국의 시사점으로부터 우리나라에 적용할 수 있는 방안들을 중심으로 우리나라 비영리의료법인의 거버넌스 발전방향에 관하여 논의하고자 한다. 의료기관의 거버넌스와 관련하여 외국에서는 논의가 비교적 활발히 진행되고 있는 반면, 우리나라에서는 의료기관의 거버넌스와 관련한 기초연구가 미진한 실정이라 할 수 있을 것이다. 외국의 경우가 우리 여건이나 실정에 부합하지 않는 측면도 있을 것이나, 이러한 외국 연구결과들을 기초로 우리나라 의료기관의 바람직한 거버넌스 방향타를 잡는 데에는 다소나마 기여할 것이라 사료된다. 즉, 보건의료기관의 거버넌스 발전 방향 모색을 위한 기초자료로 활용될 수 있기를 기대한다. 이를 토대로 향후에는 다양한 이해관계자들의 참여와 폭 넓은 논의를 통하여 구체적이고 우리나라 실정에 맞는 거버넌스 발전 방안을 모색하여야 할 것이다. 바람직한 거버넌스는 다양한 이해관계자들의 참여가 전제되어야 하듯이, 의료기관의 구체적인 발전방안도 다양한 이해관계자들의 합의를 거쳐 도출되어야 하기 때문이다.

#### 가. 이사회에의 책임 및 기능(역할) 명확화

실제로 법인 운영에 있어서 이사회의 역할은 형식적인 경우가 많고, 자신의 기능 및 역할을 명확히 인지하지 못하는 경우가 있다. 이에, 이사회는 이사회의 책임과 역할을 명확히 하여, 다양한 이해관계자그룹에게 나타나는 기회주의적 행동을 모니터링하고 조직의 공통 목표 달성이라는 틀 내에 조직이 유지되도록 조정 및 조화시킬 수 있는 방안을 모색하여야 할 것이다. 또한 지역사회 내 시민들에 대해 *accountability*를 고려하며, 다양한 관점을 조정하는 등의 역할을 해야 할 것이다. 이와 같은 이사회의 책임 및 역할에 대해 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

### 1) 이사회의 책임

이사회는 조직의 목표 달성 및 전략적 계획이 강조되지만, 보건의료조직이 매우 다양하여 조직의 목표를 달성하기 위해서는 다양한 역할을 수행하도록 요구될 수 있으며, 이사회의 역할에 대해서는 상이한 기대와 견해를 지닐 수 있다. 전략적인 계획 역할은 장기 비전 및 방향설정에 관계하고, 경영에 대한 조언자로서 경영에 많은 임무를 부과한다. 또한 지역사회 내 시민들에 대해 accountability를 고려하며, 다양한 관점을 조정하는 등의 역할을 한다.

보건의료체계 및 병원이사회는 목적, 관리 성과, 의료의 질, 재정, 그리고 이사회 자체의 책임을 지닌다.

이사회는 조직의 목적을 설정하고 구체화하는 책임을 지닌다. 이를 위해 이사회는 조직을 현재와 미래의 시제로 바라보게 된다. 이러한 책임을 이행하기 위해 이사회는 1) 조직의 미션과 비전 구축, 2) 주요 목표 구체화, 3) 이것이 완성될 경우 미션 및 비전의 실행 방안 모색, 4) 주요 목표를 달성하기 위한 전략을 구축해야 한다.

이사회는 수준 높은 관리 성과를 낼 책임을 지닌다. 이를 위해서는 CEO 채용 및 선정, CEO 성과 기대, CEO 성과 평가, CEO 보수 결정, 그리고 조직과 CEO의 고용관계를 규정해 두는 것이 필요하다.

이사회는 환자 진료의 질을 보장할 책임을 지닌다. 이를 위해 이사회는 의료진을 선임하고(credential), 필수적인 의료의 질, 이용량, 위험관리 시스템이 적절히 효과적으로 운영되고 있는지 검토해야하며, 진료과정 및 결과(outcome)를 평가해야 한다.

이사회는 조직의 재정적 건전성을 확보할 책임을 지닌다. 이를 위해 이사회는 조직의 목표 및 미션을 달성하도록 재정적 목표를 설정하고 재정확보를 위한 계획을 실행하여 효과적으로 자원이 배분될 수 있도록 하며, 재정적 성과 달성, 적합한 감사실행, 잉여 재원이 신중하게 투자되도록 해야한다.

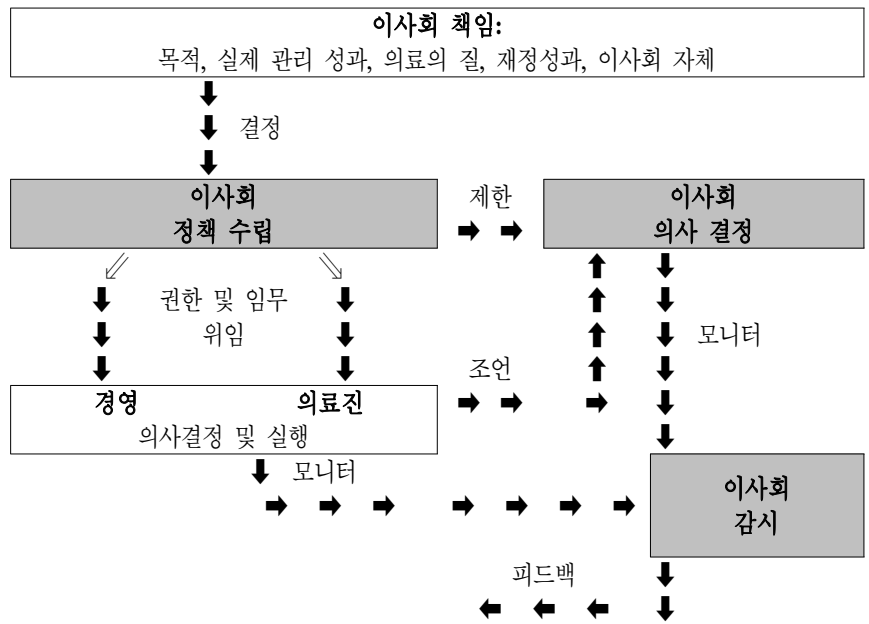
이사회는 이사회 자체 즉 효과적이며 효율적인 성과에 대한 책임을 지닌다. 이는 구성(configuration)의 적절성, 이사회 평가 및 개발 과정의 적합성, 효과적

이고 효율적인 회의 방식, 법적으로 규정된 신뢰의무(fiduciary obligations)가 충족되어야 한다.

2) 이사회의 역할

다수 문헌을 검토해 보면, 이사회가 책임을 다하기 위해서는 다음의 [그림 V-1]에서와 같이 정책수립, 의사결정, 감시의 세 가지 역할을 수행해야 한다.

[그림 V-1] 이사회 역할 및 상호관계



자료: Pointer & Ewell(1995)

▸ 정책수립

정책은 이사회가 조직에 영향을 주는 주요 메커니즘이다. 정책은 의사결정이나 방침을 제시하고 제한하는 의도로 정해진 규정(statement)으로 볼 수 있다. 이는 정책입안자의 가치 및 선호를 반영하고 기대를 전달한다. 정책에는 이사

회 책임에 대한 규정, 이사회 정책, 운영정책의 세 가지가 있다.

· 이사회 책임에 대한 규정

이사회 책임에 대한 규정은 조직의 목표를 만들고 수준 높은 집행관리 성과를 보장하며, 의료의 질 보장, 재정건전성 보장, 이사회 자체의 효과적 효율적 성과 보장을 위한 이사회 의무의 내용 및 범위를 말한다. 병원은 모든 환자들에게 양질의 의료를 제공해야하며 병원이 이를 충실히 이행하는지를 보장할 책임이 이사회에 주어진다. 이사회는 궁극적으로 병원의 질 보증에 대한 효과성 및 효율성을 보장할 책임을 지닌다. 그리고 병원의료진의 임상 특권을 부여하거나 제공되는 의료의 질을 개선할 정책을 만들고 병원의 질보증 시스템의 효과성/효율성과 질관련 지표를 평가, 모니터링하는 책임도 지닌다.

· 이사회 정책 및 운영정책

이사회 정책은 직접적으로 책임에 대한 규정과 연계된다. 이는 이사회가 경영 및 의료진에 대한 기대 또는 방향을 제시하는 것과 연관된다. 이사회는 무수히 많은 정책을 설정해 둘 수 있지만, 권한을 위임할 경우 이사회는 경영 및 의료진을 어떠한 방식으로 어느 수준으로 통제해야할 지에 대해 언급해야 한다. 이는 이사회와 운영정책 간에 적정한 분리 선을 설정하고 또한 거버넌스의 끝과 운영의 시작이 어디인지를 명확히 해두어야 할 문제이다. 예를 들어 이사회 정책이 과소하게 정해져 있을 경우에는 이사회는 경영 및 의료진에 대한 책임을 포기하게 되며, 이와 반대로 과다하게 정해져 있을 경우 기관 운영에 대한 임무까지도 지니게 되기 때문에 경영 및 의료진의 운영에 대한 자율성이 제한된다.

이사회 책임의 측면에서 이사회는 어떻게 지시 또는 통제할 것인지를 설정해야 하는데, 이는 ‘완충지역’(comfort zone)의 개념을 도입할 수 있다. Carver(1991)는 이사회는 정책을 합리적으로 이해할 수 있고 적용 및 실행할 수 있는 시점까지 경영 및 의료진의 자유재량을 계속해서 좁혀나가는 정책을 만들어야 한다고 보고 있다. 예를 들어, 어떤 주어진 책임의 영역에서 이사회는 의

료진에게 의사결정을 위임함으로 편안하게 느낄 수 있는 지점에 이를 때까지 정책을 구체화시켜서 만들어야 한다는 것이다. 이렇게 설정된 시점에서 거버넌스는 끝이 나고 경영이 시작된다고 볼 수 있다.

이사회 정책 수립에 관한 몇 가지 제언은 다음과 같다.

- 이사회정책은 조직의 가장 중요한 규정이므로, 주의를 기울여 만들어야 한다.
- 이사회정책은 문서화되어 있어야 한다.
- 명확한 단어로 기술되어야 한다. 이사회는 정확하고 이해할 수 있는 방식으로 기대하고 있는 것을 표현해야 한다.
- 장황하지 않고 간결하게 기술되어야 한다. 바람직한 효과를 낼 수 있는 정책은 쉽게 소화되어야하므로 많지 않은 분량이어야 한다.
- 간헐적으로 재검토가 필요하다. 환경변화에 적합하지 않은 정책은 변경되는 한편, 이사회에 좋은 제언이 감소되지 않도록 해야 한다.

### 3) 이사회 의사결정

의사결정은 거버넌스에 있어서 가장 중심적이고 중요한 역할로 여겨지고 있다. 의사결정은 정책을 기반으로 해야 하며, 이러한 프레임웍이 없을 경우에는 단절되고 비효과적인 위험성이 높아진다. 예를 들어, 지역사회에 제공되고 있는 무료진료서비스를 늘려야 할지에 대해 이사회가 결정해야 할 경우, 이러한 결정에는 시장, 재정, 운영 요인 등에 대한 분석이 요구될 것이나, 병원의 미션 및 목표의 측면도 고려되는 바와 같이, 목표에 관해 만들어진 정책은 의사결정을 가이드하는 역할을 하게 된다.

이사회 의사결정은 다음의 두 가지 방식을 따른다. 첫째, 이사회는 책임과 연관된 이슈에 관해 권한(authority)을 가질 것인지에 대해 선택할 수 있다. 즉, 이사회 규모, 임원 추가, committee 형태 및 수와 연관된 이슈에 대해 의사결정을 한다. 둘째, 이사회는 의사결정 권한을 경영진이나 의료진에게 위임할 것인지를 선택할 수 있다. 이에 대한 권한의 규모는 정책에 의해 구체화된다. 어떤

제한을 설정해 두고 경영진 또는 의료진이 의사결정을 하도록 할 수 있는데, 예를 들어, 천만원이하의 장비구입은 이사회 승인없이 경영진이 결정할 수 있도록 할 수 있을 것이다. 다만, 이에 대한 결정에는 이사회 감시(oversight)가 수반된다.

#### 4) 이사회 감시(oversight)

이사회 감시 역할은 이사회 궁극적인 책임의 측면에서 면밀히 연계된다. 올바른 감시는 accountability를 보증한다. 감시에는 모니터링(monitoring), 평가(assessment), 그리고 피드백(feedback)의 기능을 수반한다. 모니터링과 평가기능은 위임된 권한 및 임무가 이사회 기대(즉, 정책과 의사결정으로 표현됨)를 충족시키는지에 대한 방식으로 수행된다. 피드백기능은 기존 정책이 수정될 필요가 있는지 그리고 새로운 정책이 도입될 필요가 있는지에 대한 정보를 제공한다.

감시기능을 효과적이고 효율적으로 수행하기 위해서, 이사회는 적당한 거버넌스 정보체계가 있어야 한다. 일반적으로 이사회에 제공되는 정보는 경영진 또는 의료진을 위해 고안된 정보로, 관리자 또는 의사의 업무를 지원하도록 만들어진 경영 또는 임상정보시스템을 통한 결과물을 받게 되지만 이는 이사회에 그다지 도움이 되는 정보는 아니라고 볼 수 있다. 이사회는 경영진 또는 의료진과는 다른 역할 및 책임을 지니고 있기 때문에, 경영 또는 임상 정보가 아닌 거버넌스 정보시스템이 필요하다.

거버넌스 정보시스템에 포함되는 내용은 이사회 정책 및 의사결정에 관한 것이다. 예를 들어, 이사회 정책 및 의사결정에 필요한 정보, 정책 및 의사결정이 바람직한 효과를 지니는지에 대해 평가하기 위한 정보와 같은 것이며, 이러한 정보는 다음과 같은 속성을 지녀야 한다. 이사회는 모든 정보를 필요로 하는 것이 아니라 가장 중요한 것, 즉 정책 및 의사결정에 관한 정보만을 필요로 한다. 이러한 정보는 이사회가 기대하고 있는 결과를 달성할 수 있을 것인지를 결정할 때 도움이 될 수 있어야 한다. 또한 명확 간결하고 사용자가 편리하게



사용할 수 있는 것이어야 하며, 유용한 정보를 제공해 주어야 한다. 오류나 오해의 소지가 없는 정확하고 현 상황을 잘 나타내주는 정보이어야 한다. 그리고 많은 분량의 보고서는 이해하기 어려운 점이 있으므로 보유하고 있는 정보를 잘 제시하도록 조직화되고 가능하다면 표나 도표를 활용하여 나타내는 방법이 유용할 것이다.

이와 같이 잘 고안된 거버넌스 정보시스템은 경영 및 임상정보시스템만큼이나 조직의 성공을 위해 중요하다.

#### 나. 효과적인 이사회 구조 및 구성

##### 1) 이사회 의 적정 규모

이사회는 조직에 가이드를 제공하기 때문에 이사회 의 구조 및 구성이 기본적으로 중요한 영역을 차지하게 된다. 이사회가 능동적으로 현안에 대해 논의하고 합의를 이끌어내기 위해서는 적절한 수로 구성되어야 할 것이다. 이사회 수가 너무 적을 경우에는 현안을 보는 관점이 협소해질 수 있는 반면, 이사회 수가 지나치게 많을 경우에는 현안에 능동적으로 참여하지 않을 가능성이 높고 합의에 도달하는 과정이 어려울 수 있다. 이사회 규모는 선결된 기준, 예를 들어 조직의 규모에 연계하여 정해져야 할 것이다.

이사회는 조직 운영에서가 아니라 정책을 결정하는데 중심적인 역할을 하기 때문에 이사회 임원은 다양한 경험 및 능력을 보유하는 것이 중요하다. 또한, 이러한 경험 및 능력이 이사회 업무에 적합한 것이어야 한다. 동시에 이사회가 독립적으로 책임과 *accountability*를 가지고 실행하도록 이사회 후보자의 적격 여부를 결정할 기준을 개발하는 것이 필요하다.

거버넌스의 실패요인 중 하나가 이해관계 대립의 측면이 있다. 조직의 외부 통제를 위해 이사회 임원을 임명 또는 선출하는 메커니즘을 지니게 되는데, 이때 이해관계가 다양할 경우 임원의 이해보다 고용주의 이해를 대표하도록 유인될 수 있다. 그러므로 이사회 임원은 특정 구성원의 이해가 대표되도록 하는

것이 아니라 조직 전체의 이해가 항상 우월한 위치에 있도록 보장하는 것이 중요하다.

## 2) 이사장 자격요건 재고

이사장 자격요건으로 의사 또는 치과의사로 정해놓고 있다. 다만 현재 병원 경영환경변화를 고려해 볼 때, 이사장에게 요구되는 자질로서 의료에 관한 지식, 예를 들어 1) 의료법인이 환자에게 제공하는 포괄적인 서비스 형태를 어떻게 할 것인가 2) 양질의 서비스를 유지, 제공하기 위해 거래처와의 관계를 어떻게 할 것인가 3) 다양한 전문직 직종을 어떻게 조화시킬 것인가 등 경영 근간에 관한 중요한 판단을 행하는 것도 필요한 자질로 제기될 것이다.

의사 및 치과의사인 이사 중에 선출하는 원칙을 유지해나가는 한편, 해당 의료법인이 다양한 인재를 확보하여 선출할 수 있도록 하는 것과 같은 규정을 재검토할 수 있을 것이다.

## 3) 임직원 보수 등

만약 비영리 의료법인의 자산, 수입 상황이 상당히 크다면 부적절한 수익배분의 가능성이 발생할 수 있다. 의료의 비영리성을 확보하기 위해서는 임직원의 보수 등이 부당하게 고액인 경우는 바람직하지 않다. 한편, 임직원의 보수 등에 관한 기준을 일률적으로 설계하는 것도 유능한 임직원확보의 관점에서 보면 문제가 많다. 따라서 자율성을 최대한 존중하면서, 보수 등의 지급규정을 지역사회에 적극적으로 정보를 공개하는 것도 하나의 방안으로 볼 수 있을 것이다.

## 4) 의사결정기관과 업무집행기관과의 분리

현재 의료법인의 규정에 따르면 이사회 구성에 대해 친족이 차지하는 비율을 이사회 구성 중 3분의 1 이내(사회복지법인), 5분의 1이내(사단법인, 재단법인) 등으로 제한하고 있지만, 우리나라의 동족성, 세습제 풍토를 발본적으로 개정하

지 않는 한, 실효성을 기대할 수 없다. 이사회 내의 직무상 자격을 보유한 임원은 2명 또는 그 이하로 제한하거나 조직 운영 내부자와 직무상 자격을 보유한 임원은 25퍼센트 수준이내로 제한하는 등의 추가 조치가 마련되어야 할 것이다. 또한 이사회 내의 CEO는 일반적으로 다른 이사회 임원과는 달리 직무 기간에 제한을 두고 있지 않으므로 이들의 영향력이 장기간에 걸쳐 미칠 수 있으므로 이에 대한 검토도 필요하다.

동시에 조직 구성원의 대표자에 의한 임명관행은 이들의 이해를 대표하는 사람을 선택하기 위한 구성원의 권한(power)을 잠재적으로 파괴하는 것으로 여겨질 수 있어서, 개인의 accountability를 약화시키므로, 이러한 관행을 없애도록 해야 할 것이다.

#### 다. 이사회의 성과관리 및 유연성 강화

좋은 거버넌스는 법, 제도 및 조직 내 규정을 따르는 것뿐만 아니라 최적의 전략 방향, 재정 건전성, 조직의 지속성을 보장하는 것과 연관된다. 이사회가 개인의 성과와 이사회 전체의 성과를 측정하기 위한 도구를 제공하도록 이사회를 위한 성과 측정의 가이드라인이 개발되어야 할 것이다. 그리고 이사회 내에 부정한 또는 소홀히 하는 행위가 지속되지 않게 하기 위해서 개인에 대한 패널티가 좀더 강화되어야 한다. 그렇지 않을 경우 노력하더라도 대접을 제대로 받을 수 없다는 인식이 팽배해지게 된다. 한 조직 내에 부정한 또는 소홀히 하는 행위로 인해 손실을 입었다면, 이사회는 이러한 손실에 대해 개인적으로 배상하도록 해야 할 것이다.

#### 라. 외부감사와 정보공개

##### 1) 공인회계사 등에 의한 재무제표감사

의료법인은 행정에 의한 사전규제가 아니라 지역사회에 대해 적극적인 정보 공개를 통한 자주적, 자율적인 규율을 기반으로 할 필요가 있다. 특히 의료법인

경영상태에 관해 공인회계사나 감사법인에 의한 지속적인 재무제표감사를 통해 해당 의료법인의 경영 안정성을 판단하는 것이 필요하다. 이를 위해 특히 지역에서 안정적인 의업경영이 요구되는 공익성 높은 의료서비스를 담당하는 의료법인의 경우 일정규모이상의 의료법인은 공인회계사나 감사법인에 의한 재무제표감사를 받도록 해야 할 것이다.

한편, 이러한 재무제표감사를 받은 의료법인에 대해서는 추가적인 규제는 적용하지 않는 것이 필요하다. 또한 경영상 필요한 자산에 대해 적정히 관리되고 또는 처분하는 경우에는 적정한 절차를 거친다는 조건하에서 보유하고 있는 현금 등의 예금거래처에 관한 규제에 적용을 하지 않는 것이 필요하다.

## 2) 정보공개

의료법인은 재산목록, 대차대조표 및 손익계산서를 작성하여 각 사무국에 비치함으로써, 의료법인의 채권자 등 이해관계자가 서류관람을 요청할 수 있도록 정보공개 규정이 정비되어야 할 것이다.

한편, 사회복지법, 측정비영리활동촉진법 등 민간비영리부분에 있어서 지역사회에 정보공개 규정을 법률상 정비하는 방안을 마련하는 것이 필요할 것이다.

공익성 높은 의료서비스를 제공하는 의료법인의 경우에도 사회복지시설을 경영하는 사회복지법인과 의 정합성이 있는 대응이 필요할 것이며, 이를 위한 법제상 조치가 검토되어야 할 것이다.

병원경영의 투명성을 위해 의료는 공익성이 강하다는 관점에서부터 의료에 관계하는 부분(의료기능평가기구 등 인정, 질병별 수술건수, 평균재원일수 등)과 회계 정보 공개를 해야 할 것이다.

다만, 규모나 역학에서 확일적으로 전 의료법인에 적용하는 것에 대해서는 비용 등의 면에서도 문제가 있을 것이다. 예를 들어, 1인 개업 진료소와 500병상 이상 대규모 병원에 동일한 외부감사를 수행하고 정보공개를 하는 확일적 강제를 하면 소규모의료기관에는 지나친 것으로 여겨진다. 어떤 수준에서 무엇을 어디까지 요구해야하는 가는 별도 검토가 필요할 것이다.

그러나 대규모병원, 급성기병원 등 ‘사회자본성’이 보다 높은 병원은 조속히 경영 투명화를 제도화해야 할 것이다.

의료법인은 공익성, 경영 투명성을 필요로 하는 시대의 흐름에 있으며 향후 스스로 적극적인 제3자 평가를 수행하는 자세가 필요하다. 예를 들어 의료기능 평가기구 인지를 받고 ISO 인정을 받는 등 최소한 요구되는 방책이 있다. 즉 이러한 의료의 질, 조직체제에 관해서만이 아니라 회계면에서의 평가, 예를 들어 감사를 받는 등이 향후 검토되어야 할 것이다.

의료법인은 지역의 사회자본으로 사회공익이라는 자각을 가지고 경영 투명화 추진을 위해 한층 선진화된 구성이 요구된다 할 것이다.

#### 마. 비영리의료법인의 공익성 높은 의료서비스 제공과 제도 확립

공익적 의료서비스, 즉 응급의료서비스나 의료비수혜지역 의료서비스, 재해의료, 정신과구급의료 등과 같은 서비스는 지금까지 국가나 지방정부의 재정지원에 의해 제공되었다. 그러나 향후 다가올 사회변화를 고려한다면, 행정 관여 하에 의료서비스를 제공하지 않고 민간비영리부문의 의료법인 스스로 주체적으로 이러한 의료서비스를 담당하도록 하여 지역사회가 요구하는 의료서비스를 충족해 나가는 것도 중요한 방향성이 된다. ‘관’에 의한 서비스 제공이 아니라 민간의 ‘공’이라는 시점을 높이는 것이 풍요로운 사회 형태로서 바람직하다 여겨진다.

이를 위해서는 행정만이 아니라 의료서비스 제공자, 환자 등이 포함된 지역 사회로의 참가를 요구하면서, 지역에서는 공익성이 높은 의료서비스를 구체화하는 절차를 정비해야 할 것이다. 객관적으로 평가할 수 있는 구조를 설계하여 민간비영리의료법인이 자유로운 발상 하에 공익성 높은 의료서비스를 지역을 위해 적극적으로 제공해나감으로써 보다 ‘공’이라는 시점을 높인 풍요로운 사회를 구축하는 것이 필요하다.

공익성 높은 의료서비스의 정의는 ‘통상 제공되는 의료서비스와 비교해서, 지속적 의료서비스 제공에 어려움이 따른 것 뿐 아니라 지역사회에서 없어서는 안될 의료서비스’로 정의될 수 있다. 이러한 배경을 토대로 다음 5가지 관점이

정리될 수 있다.

첫째, 구명구급을 위해 상시의료를 제공하는 것

둘째, 거주지역이나 병태 정도에 따라 다르지 않는 동등한 의료가 제공되는 것

셋째, 의료종사자에게 위해가 미칠 가능성이 높고 낮음에 상관없이 제공되는 것이 필요한 의료인 것

넷째, 환자나 지역의료기관에 대해 무료로 상담조언, 보급·개발을 행하는 것

다섯째, 고도의 의료기술 등 연구개발이나 질 높은 의료종사자 양성으로 과학기술 진보에 공헌하는 것

공익성 높은 의료서비스는 지역별 시대별에 따라 다양하게 나타날 수 있다. 따라서 다양한 시점으로 투명성 있는 논의를 통해 확립될 필요가 있다.

첫째, 중앙정부에서는 구체적인 공익성 높은 의료서비스 내용 및 이를 객관적으로 평가할 수 있는 지표를 제시

둘째, 구체적인 공익성 높은 의료서비스의 내용 및 해당내용을 객관적으로 평가할 수 있는 지표에 대해 public comment 등 국민의 의견을 청취할 것

셋째, public comment 등을 통해 구체적인 공익성 높은 의료서비스 내용에 대해서는 법률에 규정할 것

넷째, 법률에 규정된 공익성 높은 의료서비스 내용에 대해 상시 객관적으로 평가할 수 있는 지표로 지역사회로부터 평가될 것

다섯째, 구체적인 공익성 높은 의료서비스 내용에 대해 시·도지사는 일정한 절차를 거쳐 별도 구체화할 수 있는 절차를 설계하는 것이 필요하다.

#### 1) 공익성 높은 의료서비스를 안정적, 지속적으로 제공하기 위한 지원방안 검토

공익성 높은 의료법인에 대해서는, 예를 들어 의료기관채 발행 또는 증권거래법을 기반으로 한 기부금세제나 법인세제 등 의료법인에 관한 세제상의 혜택을 부여하는 등 의료서비스가 안정적, 지속적으로 제공할 수 있도록 기반을 조

성해야 할 것이다.

또한 공모채발행이 가능하게 된 공익성 높은 의료법인은 효율적인 병원경영을 해야 한다. 해당법인의 경영실태를 파악하고 경영상황에 대해 객관적 대외적으로 설명책임을 다하는 것이 지역사회로부터의 이해와 지지를 얻기 위해 필요하다. 이를 위해 적절한 회계기준을 도입하는 것이 필요하다.

금융기관으로부터 용자를 하는 경우 의료법인의 이사장 또는 경영에 관계하는 자에 대해 연대보증을 요구하는 것이 관례이다. 이사장 등 개인의 연대보증에 대해 (1) 용자에 대해 신용보완의 역할이 있을 것 (2) 이사장의 경영책임을 담보하는 역할이 있을 것 (3) 의료법인으로부터 이사장 등 개인 자산이 이전된 경우에도 해당자산을 보전하는 역할이 있을 것 등의 이유에 의해 현재 광범위하게 통용되고 있다고 생각된다. 한편, 이러한 개인의 연대보증에 관해 의료법인의 경영상태와는 관계없이 일률적인 대응이 이루어져 결과적으로 의료법인의 경영에 관계하는 자의 의욕을 저해하는 면도 부인할 수 없다. 향후 공적인 신용보완제도를 통해 대응하고 있는 중소기업시책을 참고하면서 공익성 높은 의료서비스를 담당하는 의료법인 지역에서 안정적으로 의료서비스를 제공할 수 있도록 지원방책에 대해 검토하는 것이 요망된다.

지방정부나 중앙정부의 의료법인에 대한 관여에 있어서 지금까지는 사전규제를 주로 하였으나, 공익성 높은 의료법인 내부의 거버넌스를 강화하여 법인에 의한 자립적인 감사, 감독기능을 충실히 하고 정보공개를 통해 의료법인 스스로 적극적으로 지역사회에 설명하는 등의 구조로 바꾸어나가야 할 것이다. 한편, 공익성 높은 의료서비스를 제공하는 의료법인은 일반 의료법인의 자주적인 이행을 전제로 한 것으로, 중앙정부 및 지방정부에 의해 이행을 강제해서는 안 될 것이다.

#### 바. 평의회와 같은 지역주민참여기제 마련

지금까지 의료법인은 적극적인 공익성이 요구되지 않아 지자체 설립 병원 등의 공적 의료기관이 지금까지 해온 공익성 높은 의료서비스를 공익성 높은 민간비영리부문 의료법인에도 실행하도록 하여 지역사회요구에 대응해 나가도록

하는 것이 필요하며, 새로 공익성 높은 의료법인제도를 구축하여 이러한 요구에 대응할 필요가 제기된다. 현행 의료법에 규정되어 있는 의료법인제도를 재검토하고 공익성을 취하는 구조 또는 공익성 높은 의료서비스를 제공하는 의료법인의 규율을 새롭게하여 의료법에 규정함으로써, 공익성 높은 의료법인 스스로가 공익성 높은 의료서비스를 일정수준 담당하여 지역에 적극적으로 역할을 하도록 하며, 환자나 지역사회로부터 지지받는 위치에 서게 되도록 해야 할 것이다.

비영리 의료법인의 투명성을 확보하기 위한 거버넌스 형태를 검토해 본다면, 제3자의 의견을 반영하는 구조로서 외부 사람을 의료법인 감시기관에 영입하는 방안을 검토해 볼 수 있다. 예를 들어, 지역주민 대표나 관계자 등으로 구성된 평의원제도를 도입하고 멤버는 병원경영자층과 혈족관계 및 이해관계가 없는 제3자를 가입하도록 하는 등의 방책이다. 평의원회에는 경영상 중요사항은 원칙을 따르나 다만 이사의 선임, 해임사항을 도입해야 할지는 별도 검토해야 한다. 이는 출자비율에 관계없이 일인일표제하에서 이사의 지위안전이 불안정하기 때문이다.

의료법인내부에 평의원회를 설치하지만, 해당의료법인의 경영상태나 의료기관의 상태를 지역사회에 알리며 지역사회로부터의 참가를 요구하는 것은 공익성 높은 의료서비스를 제공하는 의료법인에게도 이의 이익을 받는 지역사회로부터 폭넓은 지원을 받게 되는 장점이 있다. 또한 지역사회로부터 참가를 요구하여 의료에 대한 지역의 이해를 심화시키는 기회를 가질 수 있다.

이를 위해 평위원은 친족으로 구성되어서는 안되는 것을 유의하면서 의료법인에 평의원회를 설치할 수 있도록 의료법 상 명확히 해야 할 것이다.

또한 평의원회에 있어서 이사 정수의 2배가 넘는 수의 평의원회를 가진 조직이 되도록 하며 의료법인의 업무에 관한 주요한 사항은 평의원회의 의결을 요하도록 해야 할 것이다.

#### 사. 향후 의료법인과 의료법인을 감독하는 시·도와의 관계 고찰

의료제공체제는 민간비영리부문의 의료법인이 중심으로 되어 있어 중앙정부



및 시도는 민간비영리부문의 의료법인을 중심으로 지역의 의료제공체제를 생각해야 한다. 이로 인해 향후 공적 의료기관이 담당해 온 기능에 대해 민간비영리부문 의료법인이 적극적으로 담당하는 것도 필요하다. 향후 구급의료 등 수익성이 낮은 의료는 공립병원이 아니라면 실행할 수 없다는 것이 암묵적으로 전제되어 있긴 하지만 향후에는 어떠한 의료서비스라도 지역에서 효율적으로 제공되기 위해서는 어떻게 하는 것이 좋은지에 대한 관점에서 의료제공체제의 형태를 생각해 볼 필요가 있다. 또한 재정적 지원을 행하는 경우는 구급의료나 의료비수혜지역 의료 등 지역사회에 없어서는 안 될 공익성 높은 의료서비스 실시를 지원하는 것을 기본으로 생각해야 한다.

이와 같이 향후 민간비영리부문의 의료법인과 시·도와의 관계가 중요하게 되고 있다. 향후 시·도의 역할은 스스로가 지자체 설립병원을 설치하여 직접적으로 의료서비스를 제공하는 역할에서부터 의료서비스 관련 규칙을 조정하는 역할, 의료서비스 안전성이나 접근성을 확보하는 역할 등으로 전환할 필요가 있다. 의료법인을 감독하는 시·도나 의료법인제도를 소관하는 중앙부처에 있어서

(1) 의료법인 설립인가나 합병 등의 사무에 관해서는 시·도 관할당국이 행하도록 하고, 설립인가 등에 관한 심사기준 및 심사에 요구하는 기일에 관해서 명확히 정해두어, 행정에 관한 불투명한 재량이 행사되지 않도록 하고, 민간비영리부문의 의료법인이 원활히 사업 전개할 수 있도록 하는 규정을 명확히 해야 할 것이다.

(2) 민간비영리부문의 의료법인이 향후 효율적으로 경영할 수 있도록 예를 들어, 요양환경 개선을 제한하는 합리적이지 못한 규제에 대해 행정적으로 개선하는 절차를 행해야 할 것이다.

(3) 의료법인 경영이 향후에도 투명성이 확보되고 효율적으로 추진되도록 의료법인제도를 개선해야 할 것이다.

### 아. 소결

현행 의료법인제도가 포함하는 과제를 명확히 하고 향후 미래상으로서 어떠한 의료법인의 모습이 요구되는 것인가 그리고 어떤 방책이 필요한 것인가에 대한 생각을 정리하였다.

지금까지 주무관청이 임의재량으로 판단하여 허가한 공익법인제도구조와는 달리, 객관적이고 명확한 판단요건을 기반으로 민의를 적절히 반영하여 공익성을 판단하는 구조가 요구되며, 공익성 유무가 판단된 법인에 대해서는 거버넌스 강화를 통한 자립적인 감독, 감사기능을 충실화, 정보공개 충실화 등을 통해 법인운영 적정성을 담보할 수 있을 것이다.

다시 요약해 보면, 우리나라의 의료 제공체제는 민간비영리부문의 의료법인이 중심으로 담당하고 있어 이들 주체가 자주적으로 지역 의료를 담당하도록 하는 체도를 구축하는 것이 중요하다. 이러한 의미에서 지역 의료제공체제는 행정주체에서 민간주체로 전환하게 되면서 의료법인제도개혁은 앞으로 중요한 개혁이다. 또한 공적 의료기관을 중심으로 담당할 공익성 높은 의료서비스에 대해서도 주민 지원을 얻으면서 민간비영리부문의 의료법인이 담당해나가는 것이 향후 풍요로운 공익을 위한 사회 실현에도 중요한 동기가 될 것이다.

정부는 이러한 중요한 개혁을 확실히 추진하기 위해 향후 의료기관단체와 지금의 논의 이상의 논의를 진행하며 새로운 시대의 의료법인 역할 실현을 위해 노력해야 할 것이다.

## VI. 우리나라 공공보건의료기관의 거버넌스 현황 및 발전 방향

### 1. 공공보건의료기관의 현황

#### 가. 공공보건의료기관의 개념적 범위

통상적으로 공공보건의료서비스는 법규에 따라 공공재원이 투입된 국가소유의 기관에서 제공하는 보건의료서비스를 의미하는데, 실제적으로는 공공보건의료의 개념은 ‘다수의 공중을 대상으로 하는 보건의료서비스’, ‘개인의 편익보다 사회적 편익을 지향하는 보건의료서비스’, ‘정부기관 및 인력에 의해 제공되는 보건의료서비스’ 등의 다양한 개념을 포함하고 있다(김재용, 2001). 우리나라 『공공보건의료에 관한 법률』에서의 공공보건의료는 ‘국가·지방자치단체 또는 공공단체가 설립·운영하는 보건의료기관이 국민의 건강을 보호·증진하기 위하여 행하는 모든 활동’(제2조)으로 규정하고 있다.

우리나라의 공공보건의료기관은 보건복지부 등 정부조직과 시·도를 중심으로 하는 행정조직의 법령 및 조례에 그 근거를 두고 있는데, 우리나라에서 공공보건의료기관이라 함은 『의료법』상의 의료기관과 『지역보건법』상의 보건소(보건의료원 포함)와 보건지소, 『농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법』상의 보건진료소를 포함한다.

공공보건의료기관은 2가지로 나누어볼 수 있는데, 첫 번째는 설립형태 및 의료기관 기능별에 따라 구분을 할 수 있고, 두 번째로는 법령 근거에 따라 구분을 할 수 있다. 이는 기존의 형식에 따른 분류이며, 기능 및 내용적으로는 공공보건의료기관간 구분으로 재구성할 수 있다.

## 1) 공공보건의료기관의 설립형태 및 기능별 구분

공공보건의료기관들 중 의료법 상의 의료기관인 공공병원은 2006년도 현재 144개인 데, 이들의 설립형태 및 종류별 구분은 <표 VI-1>과 같다. 일반병원은 일반환자를 대상으로 하는 병원이고 특수병원은 특정 질환 또는 특정인을 대상으로 하는 병원이다.

공공보건의료기관들 중 보건기관은 보건소가 248개(17개 보건의료원 포함) 있고, 군지역에는 하부조직으로 보건지소(1,271개)와 보건진료소(1,899개)가 있으며, 도시지역에는 2006년 현재 10개의 도시보건지소가 시범사업 중에 있다.

〈표 VI-1〉 공공병원의 설립형태 및 기능별 구분

설립주체	기능별 분류	병원종류	관할부처	기관수
국립병원	국립일반병원	국립의료원	보건복지부	1
		서울대학교(치과)병원	교육부	2
		국립대학교병원	교육부	10
	국립특수병원	국립정신병원	보건복지부	5
		국립결핵병원	보건복지부	2
		국립재활원	보건복지부	1
		국립암센터	보건복지부	1
		국립소록도병원	보건복지부	1
		국립경찰병원	경찰청	1
		국립감호정신병원	법무부	1
군병원	국방부	23		
시도립병원	시도립특수병원	시도립 정신 및 요양병원	광역자치단체	36
		시립결핵병원	광역자치단체	1
		시립아동병원	광역자치단체	1
	시도립일반병원	시립병원	광역자치단체	2
공립병원	공립일반병원	지방의료원	보건복지부	34
		적십자병원	보건복지부	6
		일산공단병원	건강보험공단	1
	공립특수병원	원자력병원	원자력연구소	1
		보훈병원	보훈처	5
		산재의료관리원	근로복지공단	9
계				144

자료: 보건복지부. 제2기 공공보건의료계획 시행계획 및 시행결과 작성지침. 2006. 재정리

## 2) 공공보건의료기관의 관련 법령에 의한 구분

공공병원 설치에 관련된 법령은 『보건복지부와 그 소속기관직제』를 포함하여 『국립대학교설치법』, 『지방공기업법(2005년 7월 『지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률』이 제정됨)』, 『산업재해보상보험법』 등 15개 관련 법령 및 규정이 있다.

공공병원은 보건복지부, 행정자치부, 법무부, 교육부 등 8개 부처에 소속되어 있다(표 VI-1 참조). 이와 같은 결과는 이들 공공병원이 당해 기관의 설립목적 및 기능을 수행하기 위하여 소속부처와 긴밀한 협조관계를 유지하고 있으나, 보건의료 업무의 주무부서인 보건복지부는 보건복지부의 직제에 소속되어 있는 공공병원 이외에 다른 부처에 소속되어 있는 기관에 대해서는 통제·조정이 원활하지 못한 실정이다.

보건기관 중 보건소(보건의료원)와 보건지소의 설치에 관련된 법령은 『지역보건법』이고, 보건진료소의 설치에 관련된 법은 『농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법』이다. 보건기관의 소속은 지방자치단체로 직접적인 소관 부처는 행정자치부이고 보건복지부는 간접적인 지도·감독을 하고 있다고 볼 수 있다.

### 나. 공공병원의 설립 주체별 현황 및 목적<sup>주70)</sup>

#### 1) 국립병원

##### 가) 현황

국립병원은 관련 법령에 따라 『보건복지부와 그 소속기관 직제』에 따라 설립된 국립의료원, 국립정신병원, 국립소록도병원, 국립재활원, 국립결핵병원과 『경찰청과 그 소속기관직제』에 따라 설립된 국립경찰병원, 『국립암센터법』에 의해 설립된 국립암센터, 『국방부와 그 소속기관직제』에 따라 설립된 국군수도통합병원 및 군병원, 법무부 관할의 국립감호정신병원 등으로 구분된다.

주70) 공공보건의료사업지원단. 공공보건의료기관의 현황. 내부자료, 2006. 재정리.

국립정신병원은 서울, 춘천, 공주, 나주, 부곡에 5개 의료기관이 설치되어 있으며, 국립결핵병원은 목포와 마산에 2개소가 설치되어 있다.

## 나) 설립목적

### ① 국립의료원

국립의료원의 설립목적은 보건복지부와 그 소속기관직제 제3장 제17조(직무)에서 「국립의료수준과 의료기술수준의 향상을 위한 조사·연구, 진료·의료요원의 훈련 및 환자영양에 관한 사항을 관장한다」라고 명시하고 있다.

국립의료원 운영규칙 제2조에서 국립의료원의 운영원칙을 다음과 같이 정하고 있다. 첫째, 의료원은 국립의료원직제 제1조에 규정된 설립취지에 따라 스칸디나비아 제국과의 우의를 증진하고 의료수준 향상과 의료요원 훈련을 위한 교육병원으로서의 사명을 다함은 물론 스칸디나비아 제국과의 공동운영기간 중에 이룩한 제반운영 수준을 계속 유지 향상시켜야 한다. 둘째, 의료원은 국립의료기관으로서 환자진료 이외에 국민보건 향상의 시책구현을 위하여 다음과 같은 기관으로서의 역할을 다하도록 운영되어야 한다.

- 국민건강 및 의료수준의 향상을 위한 조사·연구기관
- 의료수가 및 환자치료 기준책정을 위한 시범기관
- 특수질환에 대한 전문진료 및 연구기관
- 국가행사 및 사회복지시설 등에 대한 의료지원기관

### ② 국립정신병원

국립정신병원의 설립목적은 보건복지부와 그 소속기관직제 제6장 제39조(직무)에서 「정신과환자의 진료·조사·연구와 정신과 의료요원의 훈련에 관한 사항을 관장한다」라고 명시하고 있다.

국립정신병원 운영규칙 제2조의 운영지침은 다음과 같이 규정하고 있다.

「국립정신병원은 보건복지부와 그 소속기관직제 제64조에 규정된 설치목적에 따라 국민정신보건·정신의학 및 진료기술수준의 향상을 위하여 다음 각 호의 업무를 성실히 수행하여야 한다」.

- 정신장애인에 대한 진료
- 국민정신보건·정신의학 및 진료기술수준의 향상을 위한 조사·연구
- 정신과 의료요원 및 정신보건전문요원의 훈련

### ③ 국립소록도병원

국립소록도병원은 보건복지부와 그 소속기관직제 제7장 제45조(직무)에서 「국립소록도병원은 나환자의 수용보호·진료·교도 및 재활정착을 위한 직업보도와 나병에 관한 연구업무를 관장한다」라고 규정하고 있다.

### ④ 국립재활원

국립재활원은 보건복지부와 그 소속기관직제 제8장 제50조(직무)에서 「국립재활원은 장애인의 복지증진을 위한 진료·상담지도·재활훈련, 재활전문요원의 훈련, 보장구의 연구개선, 재활조사연구사업 및 지역사회중심재활사업에 관한 업무를 관장한다」라고 규정하고 있다.

### ⑤ 국립결핵병원

국립결핵병원은 보건복지부와 그 소속기관직제 제9장 제54조(직무)에서 「국립결핵병원은 결핵환자의 구호 및 요양에 관한 사항을 관장한다」라고 규정하고 있다.

국립결핵병원운영규칙 제2조 운영지침에서는 「국립결핵병원은 보건복지부와 그 소속기관직제 제87조에 규정된 설치목적에 따라 결핵환자의 구호, 요양 등 결핵의학 및 진료기술수준의 향상을 위하여 다음의 각 호의 업무를 성실하게

수행하여야 한다」라고 규정하고 있다.

- 결핵환자의 진료와 임상연구
- 결핵 합병증의 진료와 연구
- 결핵진료요원의 교육훈련
- 결핵에 관한 예방보건교육

#### ⑥ 국립경찰병원

국립경찰병원은 경찰청과 그 소속기관직제 제5장 제31조(직무)에서 「경찰병원은 경찰업무를 행하는 기관에 근무하는 공무원 및 그 가족과 경찰교육기관에서 교육을 받고 있는 자와 전투경찰순경의 질병진료에 관한 사무를 관장한다」라고 규정하고 있다.

#### ⑦ 국립암센터

국립암센터는 국립암센터법 제1조(목적)에서 「이 법은 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위한 국립암센터를 설립·운영함으로써 국민보건의 향상에 이바지함을 목적으로 한다」라고 규정하고 있다.

#### ⑧ 국군병원

국군병원은 국방부와 그 소속기관직제 제16조(인사복지국)에서 국군병원에 대한 근거규정은 다른 근거규정과는 달리 각 하부조직에 대한 업무분장에서 규정하고 있다.

제16조 (인사복지국)에서 제②항 국장은 다음 사항을 분장한다.

1. 국방인사·인력·복지·인사근무·보건·교육 및 군종업무에 대한 정책과 계획의 수립·조정 및 제도발전, 12. 의무부대 운영 및 군 의료요원 수급에 관한 사항, 13. 군 보건통계분석·장병건강관리 및 신체검사 기준의 설정, 14. 군 전염병



예방 및 혈액수급에 관한 사항, 15. 군 진료기술의 향상 및 군진의학의 연구·발전, 20. 국립현충원·국군의무사령부·국군서울지구 병원·국군체육부대 및 군인공제회 업무의 지도·감독 등.

## 2) 시·도립 병원

### 가) 현황

시·도 조례에 의하여 설치된 병원은 서울, 부산, 대전, 경기, 전북, 전남, 경북, 경남에 분포되어 있다. 서울에는 동부, 보라매, 서대문, 은평, 아동병원이 있고, 부산에는 부산시립정신질환요양병원, 대전에는 대전시립정신병원, 경기도에는 경기도립정신병원, 백암정신병원, 용인정신병원, 축령정신병원이 있다. 전북에 전북소양정신병원, 전남에 광양치매병원, 경북에 안동노인전문요양병원, 경남에 경남도립정신병원이 있다.

이들 시·도립 공공병원은 진료측면에서 서울시에 소재하는 경우를 제외하고는 대부분 정신병원이라는 특징을 갖고 있으며, 경영측면에서 경기도립 용인정신병원처럼 위탁경영의 형태도 있다.

### 나) 설립목적

시·도 조례에 명시된 시·도립 공공병원의 설립목적은 「시·도민의 보건 향상을 모색하고 시·도민을 진료하기 위하여 시·도립병원을 설치했다」라고 명시하고 있고, 병원의 환자진료, 병원경영 등 운영지침은 일반 시·도립병원으로서 주로 「영세민 계층 환자를 대상으로 저렴한 수가로 의료혜택을 주도록 운영한다」라고 규정하고 있다.

### 3) 지방의료원

#### 가) 현황

과거에는 지방공기업법에 의한 지방공사의료원이었으나 2005년 7월 『지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률』이 제정됨에 따라 지방의료원으로 명칭이 변경되었고, 소관 부처가 행정자치부에서 보건복지부로 이관되었다. 지방의료원은 34개 기관으로 전국 각지에 비교적 골고루 분포되어 있으며, 다른 법령에 의한 공공의료기관에 비하여 많은 비중을 차지하고 있다.

지방의료원은 공공보건의료기관으로서의 역할을 수행하는데 주된 기관의 하나이다.

#### 나) 설립목적

『지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률』 제2조 (정의)에서 「이 법에서 “지방의료원”이라 함은 지역주민에 대한 의료사업을 수행할 목적으로 이 법에 따라 설립된 의료기관을 말한다」라고 규정되어 있고, 제7조 (사업)에서 「① 지방의료원은 다음 각 호의 사업을 행한다. 1. 지역주민의 진료사업, 2. 전염병 및 주요 질병의 관리 및 예방사업, 3. 민간 의료기관이 담당하기 곤란한 보건의료사업, 4. 의료인·의료기사 및 지역주민의 보건교육사업, 5. 의료지식과 치료기술의 보급 등에 관한 사항, 6. 국가 또는 지방자치단체의 공공보건의료 시책의 수행, 7. 그 밖에 보건복지부장관 및 지방자치단체의 장이 필요하다고 인정한 보건의료사업의 수행 및 관리, ② 지방의료원은 제1항의 규정에 의한 사업을 다른 의료기관·대학 또는 연구기관과 공동으로 수행하거나 인력·기술의 지원에 관한 협약을 체결할 수 있다」라고 규정하고 있다.

#### 4) 특수법인병원

##### 가) 현황

특수법인병원은 당해 기관의 근거 법령에 의해 고유목적을 수행하기 위하여 설립되었다. 특수법인병원은 『서울대학교병원설치법(서울대학교치과병원설치법 별도)』과 『국립대학교병원설치법』에 의한 서울대학교병원 및 서울대학교치과병원과 각 국립대학교병원, 『대한적십자조직법』에 의한 적십자병원, 『국민건강보험법』에 의한 국민건강보험관리공단 일산병원, 『원자력연구소법』에 의한 원자력병원, 『한국보훈복지공단법』에 의한 보훈병원, 『산업재해보상보험법』에 의한 산재의료관리원으로 구분될 수 있다(표 VI-1 참조).

국립대학교병원은 서울, 부산, 대구 등에 12개의 의료기관이 설치되어 있으며, 적십자병원은 서울적십자병원을 비롯하여 전국에 6개 의료기관이 설치되어 있고, 보훈병원은 서울, 부산, 대구 등에 5개 의료기관이 설치되어 있다. 산재의료관리원에는 인천중앙병원을 비롯하여 9개 의료기관이 설치되어 있다.

##### 나) 설립목적

###### ① 서울대학교병원

서울대학교병원은 서울대학교병원설치법 제1조 (목적)에서 「이 법은 서울대학교병원을 설치하여 교육법에 의한 의학·치의학·간호학 및 약학 등에 관한 교육·연구와 진료를 통하여 의학발전을 도모하고 국민보건향상에 기여하게 함을 목적으로 한다」라고 명시하고 있다.

설치법 제6조 (사업)에서 서울대학교병원은 다음 각 호의 사업을 행하도록 규정하고 있다.

- 의학계 학생의 임상교육
- 의학계 관련연구 및 임상연구
- 전공의의 수련 및 의료요원의 훈련

- 진료사업
- 기타 국민보건향상에 필요한 사업

## ② 국립대학교병원

국립대학교병원은 국립대학교병원설치법 제1조 (목적)에서 「이 법은 국립대학교병원(서울대학교병원을 제외한다)을 설립하여 교육법에 의한 의학 및 치의학 등에 관한 교육·연구와 진료를 통하여 의학발전을 도모하고 국민보건 향상에 이바지함을 목적으로 한다」 라고 명시하고 있다.

설치법 제8조 (사업)에서 국립대학교병원은 다음 각 호의 사업을 행하도록 규정하고 있다.

- 의학교육의 임상교육
- 전공의의 수련 및 의료요원의 훈련
- 의학계의 의학연구 및 임상연구
- 진료사업
- 기타 국민보건 향상에 필요한 사업

## ③ 적십자병원

적십자병원은 대한적십자사조직법 제7조 제4항에서 그 목적사업을 「의료사업(간호사업 및 혈액사업을 포함한다)·응급구호사업·자원봉사사업, 관련교육사업, 기타 국민보건 및 사회복지에 관한 사업」 이라고 명시하고 있다.

## ④ 일산병원

국민건강보험공단 일산병원은 국민건강보험법 제13조 (업무 등) 제①항 제4호의 규정에서 「가입자 및 피부양자의 질병 또는 부상의 요양과 건강의 유지 및 증진을 도모하고 국민보건향상에 기여토록 하기 위하여 의료시설을 설치·운

영한다」라고 규정하고 있다.

국민건강보험공단 정관 제9장(의료시설) 제78조(병원의 사업)에서 병원은 다음 각 호의 사업을 수행하도록 규정하고 있다.

- 진료사업
- 가입자 및 피부양자의 의료복지 증진을 위한 사업
- 건강보험제도 발전을 위한 연구 및 평가
- 전공의 수련 및 임상의학 연구
- 기타 국민보건향상에 필요한 사업

⑤ 원자력병원

원자력병원은 원자력연구소법 제7조에서 연구소는 제1조의 목적을 달성하기 위하여 다음 각 호의 사업을 한다. 3. 방사선 의학에 관한 연구

⑥ 한국보훈병원

한국보훈병원은 한국보훈복지공단법 제6조의 제1호 「사업(국가유공자 등의 가료·보호 및 의학적·정신적 재활과 진료)을 수행하기 위하여 공단에 보훈병원을 둔다」라고 명시하고 있다.

⑦ 산재의료관리원

산재의료관리원은 산업재해보상보험법 제6장 제78조(근로복지사업) ①항에서 「노동부장관은 근로자의 복지증진을 위한 다음 각호의 사업을 행한다」라고 명시하고 있으며 그 내용은 다음과 같다.

- 업무상의 재해를 입은 근로자의 원활한 사회복귀를 촉진하기 위한 다음 각 목의 보험시설의 설치·운영
  - 요양 또는 외과 후 처치에 관한 시설

－ 의료재활 또는 관련사업에 관한 시설

- 장학사업 등 재해근로자와 그 유족의 복지증진을 위한 사업
- 기타 근로자의 복지증진을 위한 시설의 설치·운영사업

다. 보건소, 보건지소, 보건진료소 설립현황 및 설립목적

#### 1) 보건소(보건의료원), 보건지소

##### 가) 현황

보건소는 지역보건법 제7조 및 시행령 제7조에 의해 시(구가 설치되지 아니한 시를 말한다)·군·구별로 1개소씩 설치되어 있다. 다만, 시장·군수·구청장이 지역주민의 보건의료를 위하여 특히 필요하다고 인정하는 경우에는 필요한 지역에 보건소를 추가로 설치·운영할 수 있어 일부 시에서는 추가로 보건소를 운영하고 있다. 보건소는 2006년 현재 248개(보건의료원 포함)가 설치·운영되고 있다.

지역보건법에 의한 보건의료원은 보건소가 그 원천이다. 의료취약지역에 의료법 제3조 4항에 의한 병원의 요건을 갖춘 보건소는 지역보건법 제8조에 의거 보건의료원이라는 명칭을 사용할 수 있게 하여 공공의료기관으로서 역할을 담당하게 하였다. 보건의료원은 전국에 17개가 있는데, 주로 지방 군단위 의료취약지역에 위치하여 지역주민에게 의료서비스를 제공하고 있다.

보건지소는 지역보건법 제10조 및 시행령 제8조에 의해 보건지소를 설치할 수 있는 기준은 읍·면(보건소가 설치된 읍·면을 제외한다)마다 1개소씩으로 하고, 시장·군수·구청장이 지역주민의 보건의료를 위하여 특히 필요하다고 인정하는 경우에는 필요한 지역에 보건지소를 설치·운영하거나 수개의 보건지소를 통합하여 1개의 통합 보건지소를 설치·운영할 수 있다. 농촌지역 보건지소는 1,271개소가 설치·운영되고 있다(나백주 등, 2006). 또한 2005년부터는 도시보건지소를 시범운영하여 오고 있는데, 2005년에 7개소, 2006년에 3개소가 설치되어

전국에 10 도시보건지소가 운영되고 있다.

## 나) 설립목적

지역보건법 제1조 (목적)에서 「이 법은 보건소 등 지역보건의료기관의 설치·운영 및 지역보건의료사업의 연계성 확보에 필요한 사항을 규정함으로써 보건행정을 합리적으로 조직·운영하고, 보건시책을 효율적으로 추진하여 국민보건의 향상에 이바지함을 목적으로 한다」 라고 규정하고 있다.

보건소 등은 지역보건법 제9조 (보건소의 업무)에 의하여 그 업무를 수행하고 있다. 즉, 보건소 등은 당해 지방자치단체의 관할구역 안에서 행하여지는 다음 각 호의 사항을 관장한다. 1. 국민건강증진·건강교육·구강보건 및 영양개선사업, 2. 전염병의 예방·관리 및 진료, 3. 모자보건 및 가족계획사업, 4. 노인보건사업, 5. 공중위생 및 식품위생, 6. 의료인 및 의료기관에 대한 지도 등에 관한 사항, 7. 의료기사·의무기록사 및 안경사에 대한 지도 등에 관한 사항, 8. 응급의료에 관한 사항, 9. 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법에 의한 공중보건의사·보건진료원 및 보건진료소에 대한 지도 등에 관한 사항, 10. 약사에 관한 사항과 마약·향정신성의약품의 관리에 관한 사항, 11. 정신보건에 관한 사항, 12. 가정·사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의료사업, 13. 지역주민에 대한 진료, 건강진단 및 만성퇴행성질환 등의 질환관리에 관한 사항, 14. 보건에 관한 실험 또는 조사에 관한 사항, 15. 장애인의 재활사업 기타 보건복지부령이 정하는 사회복지사업, 16. 기타지역주민의 보건의료의 향상·증진 및 이를 위한 연구 등에 관한 사업

## 2) 보건진료소

### 가) 현황

농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조 (보건진료소의 설치운영)에 의하면 「시장(도농복합형태의 시의 시장을 말하며, 읍·면지역에서 보건진료소

를 설치·운영하는 경우에 한한다)·군수는 의료취약지역의 주민에 대한 보건의료를 행하게 하기 위하여 보건진료소를 설치·운영한다. 다만, 시·구의 관할구역 안의 도서지역에는 당해 시장·구청장이 보건진료소를 설치·운영할 수 있으며, 군지역 안에 있는 보건진료소의 행정구역이 행정구역의 변경 등에 의하여 시 또는 구지역으로 편입된 때에는 보건복지부장관이 정하는 바에 의하여 당해 시장 또는 구청장이 보건진료소를 계속 운영할 수 있다」라고 규정되어 있다.

농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 시행규칙 제17조 (보건진료소의 설치)에는 「법 제15조의 규정에 의한 보건진료소는 의료취약지역을 인구 500인 이상(도서지역은 300인 이상) 5천인 미만을 기준으로 구분한 하나 또는 수개의 이·동을 관할구역으로 하여, 주민의 의료이용이 편리한 장소에 설치한다」라고 규정되어 있다. 보건진료소는 현재 전국에 1,899개가 설치·운영되고 있다(나백주 등, 2006).

#### 나) 설립목적

농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제2조 정의에 의하면 「“보건진료소”라 함은 의사가 배치되어 있지 아니하고 계속하여 의사의 배치가 곤란할 것으로 예상되는 의료취약지역 안에서 보건진료원으로 하여금 의료행위를 하게 하기 위하여 시장·군수가 설치·운영하는 보건의료시설을 말한다」라고 규정되어 있다.

농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 시행령 제14조 (보건진료원의 업무)에서 보건진료원의 의료행위 범위는 「1. 상병상태를 판별하기 위한 진찰·검사 행위, 2. 환자의 이송, 3. 외상 등 흔히 볼 수 있는 환자의 치료 및 응급을 요하는 환자에 대한 응급처치, 4. 상병의 악화 방지를 위한 처치, 5. 만성병환자의 요양지도 및 관리, 6. 정상분만시의 개조 및 가족계획을 위한 피임기구의 삽입, 7. 예방접종, 8. 의료행위에 따른 의약품 투여」로 규정하고 있고, 의료행위 외에 다음 각호의 업무를 수행하도록 규정하고 있다. 1. 환경위생 및 영양개선에 관한 업무, 2. 질병예방에 관한 업무, 3. 가족계획을 포함한 모자보건에 관한 업



- 무, 4. 주민의 건강에 관한 업무를 담당하는 자에 대한 교육 및 지도에 관한 업무,
- 5. 기타 주민의 건강증진에 관한 업무

## 2. 우리나라 공공보건의료기관의 거버넌스 현황

공공보건의료기관의 거버넌스 현황과 관련하여서는 공공병원은 일반환자를 대상으로 하는 일반병원의 대표적인 공공병원인 국립대학교병원과 지방의료원에 대해 살펴보고, 보건기관에 대해서는 보건소와 보건진료소, 그리고 최근에 시범사업을 실시하고 있는 도시보건지소에 대해 알아본다.

### 가. 국립대학교병원과 지방의료원의 거버넌스 현황

#### 1) 국립대학교병원

국립대학교병원의 조직형태는 병원별로 약간의 차이는 있으나, 기본 형태는 최고 심의·의결 기구로 이사회가 있고, 병원장 산하에 병원운영을 위한 각종 위원회, 병원의 기획과 예산을 총괄하는 기획조정실, 의학연구를 총괄하는 의학연구소가 있다. 집행기구로는 (치과)진료처, 사무국 등이 있다. 별도로 감사실을 운영하고 있다.

#### 가) 이사회

최고 의사결정기구인 이사회는 국립대학교설치법과 서울대학교(치과)병원설치법에 의해 설치·운영되고 있다. 이사회는 이사장 1인을 포함한 이사 9인(당연직 이사 및 당연직 외 이사)이며, 감사는 필요에 따라 참가할 수 있다. 당연직 외 이사와 감사의 임기는 3년이고 연임이 가능하다.

이사장은 대학교 총장이 맡고, 당연직 이사는 기획예산처장관과 교육인적자원부장관이 소속 3급 이상 공무원 중에서 지명하는 자 각 1인, 관할 특별시·광

역시의 부시장 또는 도의 부지사, 이사회의 추천으로 교육인적자원부 장관이 임명하는 자로 구성되며, 당연직 외 이사는 병원경영에 관한 지식과 경험이 풍부한 외부인사 1인 이상이 포함되도록 하고 있다. 단, 서울대학교병원의 경우 당연직 이사는 교육인적자원부 차관, 보건복지부 차관, 기획예산처 차관, 대학병원장, 서울대학교 의과대학장 및 서울대학교병원 치과병원장과 이사회 추천으로 교육인적자원부 장관이 추천하는 자로 구성된다.

이사회의 주요 기능은 ① 조직에 관한 사항, ② 사업계획 및 예산·결산에 관한 사항, ③ 재산의 취득 및 처분에 관한 사항, ④ 정관의 변경에 관한 사항, ⑤ 기타 이사회가 필요하다고 인정하는 사항을 심의·의결하는 것으로, 구성원 과반수의 찬성으로 가결하고 있다.

대부분의 국립대학교병원에서 이사는 8명 정도로 구성되어 있으며, 이 중 당연직 외 이사는 1-2명 정도이다. 병원에 따라서 법조계, 문화계, 기업인 등이 당연직 외 이사로 포함된 경우도 있으나 대다수는 의사로 구성되어 있다. 국립대학교병원 이사회에 주민대표가 참여하고 있는 곳은 한 군데도 없다(문옥륜 등, 2004).

이는 국립대학교병원이 지역주민의 요구(니즈)나 수요를 파악하여야 하는 지역의 대표병원이라는 취지에 부합되지 못하는 것이다.

#### 나) 기타 회의체와 각종 운영위원회

이사회 외에 병원운영을 위한 운영회의체와 각종 위원회를 두고 있다. 운영회의체는 주로 관리자회의 또는 보직자회의로 구성된다. 각종 위원회는 병원장, 진료처장, 기획조정실장 등이 위원장이 되어 주재하는 경우가 대부분이며, 대학교병원 당 30개 내외의 위원회가 운영되고 있다. 국립대학교병원의 일상적 운영을 심의하는 관리자회의 등에 노동조합이나 평직원을 대표하는 조직의 참여가 배제되어 있는 실정이며, 지역주민이나 환자의 참여가 보장되는 회의체가 있는 국립대학교병원은 없는 실정이다. 현행 국립대학교병원의 조직 현황에서 가장 두드러진 점은 지역주민이나 환자의 의견을 수렴하거나 정책에 반영하는

의견수렴 통로가 없다는 점이다. 이는 지역대표 병원, 환자 중심의 병원이라는 취지에 부합되지 못하는 것이다(문옥륜 등, 2004).

## 2) 지방의료원

2005년 7월 13일 제정된 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」 중 거버넌스 관련 조항은 다음과 같다.

지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률[제정 2005.7.13 법률 7589호]

제1조 (목적) 이 법은 지방의료원의 설립·운영 및 지원에 관한 사항을 정함으로써 지역주민의 건강증진과 지역보건의료의 발전에 이바지함을 목적으로 한다.

제2조 (정의) 이 법에서 "지방의료원"이라 함은 지역주민에 대한 의료사업을 수행할 목적으로 이 법에 따라 설립된 의료기관을 말한다.

제3조 (법인) 지방의료원은 법인으로 한다.

제4조 (설립 및 등기) ①지방자치단체는 지방의료원을 설립할 수 있다. 필요한 경우에는 지방의료원을 통합하거나 분원을 둘 수 있다.

②지방의료원은 주된 사무소의 소재지에서 설립등기를 함으로써 성립한다.

③지방자치단체가 지방의료원을 설립하고자 하는 때에는 이 법에서 규정한 것을 제외하고는 그 설립·업무 및 운영에 관하여 필요한 사항은 지방자치단체의 조례로 정하여야 한다.

④제2항의 규정에 의한 지방의료원의 설립등기, 분원의 설치등기, 이전등기 및 변경등기 그 밖에 지방의료원의 등기에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제5조 (지방의료원의 명칭 등) ①지방의료원의 명칭은 해당 지방의료원을 설립한 지방자치단체의 명칭에 "의료원"을 붙여 사용한다.

②이 법에 의한 지방의료원이 아닌 자는 제1항의 규정에 따른 명칭 또는 이

와 유사한 명칭을 사용하지 못한다.

제6조 (정관) ①지방의료원의 정관에는 다음 각 호의 사항을 기재하여야 한다.

1. 목적
2. 명칭
3. 주된 사무소의 소재지
4. 사업에 관한 사항
5. 임원 및 직원에 관한 사항
6. 조직에 관한 사항
7. 이사회에 관한 사항
8. 재산과 회계에 관한 사항
9. 공고의 방법에 관한 사항
10. 정관의 변경에 관한 사항
11. 해산 및 합병에 관한 사항
12. 그 밖에 대통령령이 정하는 사항

②지방의료원의 정관을 변경하고자 할 때에는 지방자치단체의 장의 인가를 받아야 한다.

제7조 (사업) ①지방의료원은 다음 각 호의 사업을 행한다.

1. 지역주민의 진료사업
2. 전염병 및 주요 질병의 관리 및 예방사업
3. 민간 의료기관이 담당하기 곤란한 보건의료사업
4. 의료인·의료기사 및 지역주민의 보건교육사업
5. 의료지식과 치료기술의 보급 등에 관한 사항
6. 국가 또는 지방자치단체의 공공보건의료 시책의 수행
7. 그 밖에 보건복지부장관 및 지방자치단체의 장이 필요하다고 인정한 보건의료사업의 수행 및 관리

②지방의료원은 제1항의 규정에 의한 사업을 다른 의료기관·대학 또는 연구기관과 공동으로 수행하거나 인력·기술의 지원에 관한 협약을 체결할 수 있다.

제8조 (임원) ①지방의료원에 임원으로서 이사장 1인, 6인 이상 10인 이하의

이사 및 감사 1인을 둔다.

②이사는 지방자치단체의 장의 승인을 얻어 원장이 임명하고, 감사는 지방자치단체의 장이 임명한다.

③이사를 임명할 경우에는 대통령령이 정하는 임원추천위원회의 추천 절차를 거쳐야 한다.

④이사는 다음 각 호에 해당하는 자를 포함하되, 추천의 절차 등 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

1. 지방자치단체의 장이 추천한 지방자치단체 소속 공무원 2인(지역의 보건소장 1인이 포함되어야 한다)
2. 지역 보건의료계가 추천하는 자 1인
3. 소비자 관련 단체가 추천하는 자 1인
4. 지방의회가 추천하는 자 1인

⑤이사장은 상근으로 하고, 이사장은 원장을 겸임한다.

⑥이사장을 제외한 임원의 상근 또는 비상근은 지방자치단체의 조례로 정한다.

⑦이사 및 감사의 임기는 3년으로 하고, 1차에 한하여 연임할 수 있다.

⑧제7항의 규정에 의한 임원이 임기 중 결원이 된 경우 후임 임원의 임기는 전임자의 잔임기간으로 한다.

⑨감사는 지방의료원의 업무 및 회계를 감사한다.

제9조 (이사회) ①지방의료원에 다음 각 호의 사항을 심의·의결하기 위하여 이사회를 둔다.

1. 정관의 변경에 관한 사항
2. 사업계획 및 예산·결산에 관한 사항
3. 조직에 관한 사항
4. 재산의 취득과 처분에 관한 사항
5. 인사·보수·복무 등에 관한 규정의 제정 및 개정에 관한 사항
6. 그 밖에 이사회가 필요하다고 인정하는 사항

②이사회는 이사장과 이사로 구성한다.

③이사장은 이사회를 소집하고, 그 의장이 된다.

④이사회는 재적이사 과반수의 출석으로 개의하고, 출석이사 과반수의 찬성으로 의결한다.

⑤감사는 이사회에 출석하여 의견을 진술할 수 있다.

⑥이사회 및 감사의 권한과 운영에 관하여 필요한 사항은 정관으로 정한다.

제10조 (원장) ①지방의료원에 원장 1인을 둔다.

②원장은 지방의료원을 대표하고 지방의료원의 업무를 통할하며 소관 직원을 지휘·감독한다.

③원장은 지방의료원의 운영에 관한 전문적인 식견과 능력이 있는 자 중에서 대통령령이 정하는 임원추천위원회의 추천에 따라 지방자치단체의 장이 임명한다.

④지방자치단체의 장은 제22조제2항의 규정에 의하여 보건복지부장관으로부터 원장의 해임요청을 받은 때에는 정당한 사유가 없는 한 해임하여야 한다.

⑤원장은 제22조제2항의 규정에 의하여 보건복지부장관으로부터 임원의 해임요청을 받은 때에는 정당한 사유가 없는 한 해임하여야 한다.

⑥원장의 임기는 3년으로 하고, 연임할 수 있다.

⑦원장이 부득이한 사유로 직무를 수행할 수 없는 때에는 정관이 정하는 자가 그 직무를 대행한다.

제11조 (임원의 결격사유) ①다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 지방의료원의 임원이 될 수 없다.

1. 대한민국 국민이 아닌 자
2. 미성년자·금치산자 또는 한정치산자
3. 파산자로서 복권되지 아니한 자
4. 금고 이상의 실형을 받고 그 집행이 종료(집행이 종료된 것으로 보는 경우를 포함한다)되거나 집행이 면제된 날부터 2년이 경과되지 아니한 자
5. 법률 또는 법원의 판결에 의하여 자격이 상실되거나 정지 중인 자

②지방의료원의 임원이 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하게 되거나 임명 당시 그에 해당하는 자이었음이 판명된 때에는 당연 퇴직된다.

③제2항의 규정에 의하여 퇴직된 임원이 퇴직 전에 관여한 행위는 그 효력을 잃지 아니한다.

과거 지방공기업법에 의한 지방공사의료원에 비해 2005년 7월 제정된 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」에 의한 지방의료원은 거버넌스와 관련하여 차이가 나는 것은 이사회에 소비자 관련 단체가 추천하는 자 1인이 포함되도록 되어 있어 주민참여 기전이 강화된 측면이 있으나 아직은 형식적인 면에 그치고 있는 실정인 것으로 평가되고 있다.

#### 나. 보건소, 도시보건지소, 보건진료소의 거버넌스 현황

##### 1) 보건소

지역보건법 제3조 (지역보건의료계획의 수립 등)에 의하여 시장·군수·구청장은 지역주민, 보건의료관련기관·단체 및 전문가의 의견을 들어 당해 시·군·구의 지역보건의료계획을 수립한 후 당해 시·군·구의회의 의결을 거쳐 시·도지사에게 제출하여야 하고, 시·도지사는 같은 절차를 거쳐 시·도의 지역보건의료계획을 보건복지부장관에게 제출하여야 한다. 지역보건의료계획의 수립 등 지역보건의료 시책의 추진에 필요한 사항에 관하여 시·도지사 또는 시장·군수·구청장의 자문에 응하기 위하여 지역보건의료심의위원회를 두도록 하고 있고, 위원회는 위원장 1인을 포함한 20인 이내의 위원으로 구성하되 위원은 다음 각호 「1. 지역주민, 2. 보건의료관련기관·단체의 임직원, 3. 보건의료관련전문가, 4. 관계공무원」에 해당하는 자 중에서 위촉 또는 임명하는 자로 하고 있다. 시행령 제4조에서는 지역보건의료계획을 수립하는 경우에는 그 주요 내용을 2주 이상 공고하여 지역주민의 의견을 수렴하도록 하고 있다.

국민건강증진법 제10조 (건강생활실천협의회)에 의하면 「시·도지사 및 시장·군수·구청장은 건강생활의 실천운동을 추진하기 위하여 지역사회의 주민·단체 또는 공공기관이 참여하는 건강생활실천협의회를 구성하여야 한다」고 규정하고 있다.

지역보건법과 국민건강증진법에 의하여 주민의 참여가 규정되어 있으나, 실

질적으로 주민의 참여가 이루어지는 것은 거의 없는 실정이고, 지역보건의료계획을 수립하는 경우 그 주요 내용을 2주 이상 공고하여 지역주민의 의견을 수렴하도록 하고 있으나 형식적일뿐 실질적인 의견 수렴이 되지 않는 것으로 평가되고 있다.

## 2) 도시보건지소

2005년부터 시범운영 중인 도시보건지소의 사업 내용 중 지역사회연계(지역사회참여)사업이 핵심사업이다. 도시보건지소는 만성질환, 재활보건 등을 위한 민간과의 연계(역할의 분담과 전문가 위촉과 활용 등의 적극적인 연계를 의미)와 실질적인 의사결정을 지원할 수 있는 운영위원회 구성을 통한 기존의 연계 수준보다는 한 단계 높은 지역사회참여 실현을 통한 지역 밀착적 도시보건지소 운영이 목적이다.

운영위원회에 참여하는 기관(사람)으로는 주민대표(행정, 장애인, 여성 등), 의사회, 건강보험공단지사, 자조모임 등이며, 연계 및 참여를 통한 협력기관으로는 사회복지 분야, 자원봉사조직, 학교, 산업장, 건강보험공단지사, 의사회, 환자 및 보호자 자조모임, 장애인 단체, 지역사회 주민조직 등이다(조홍준 등, 2005; 이경수 등, 2006).

현재 도시보건지소는 시범사업 평가단을 구성하여 사업지원 및 평가를 하고 있는데, 이를 통하여 도시보건지소 운영에 지역사회참여가 비교적 활발히 이루어지고 있는 것으로 평가되고 있다.

## 3) 보건진료소

농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제21조 (보건진료소운영협의회)에 의하면 「보건진료소의 운영을 원활히 하기 위하여 보건진료소가 설치되어 있는 지역마다 주민으로 구성되는 보건진료소운영협의회를 둔다」라고 규정하고 있고, 보건진료소운영협의회는 다음의 업무를 행한다고 규정되어 있다. 1. 보건진료소의 운영지원, 2. 보건진료소의 운영에 관한 건의. 보건진료소는 지역의 대



표로 구성된 운영협의회가 구성되어 운영에 참여하므로 공공보건의료기관 중 주민의 참여가 비교적 활발한 기관이다.

### 3. 외국 보건기관의 거버넌스

외국의 비영리병원의 거버넌스는 다른 부분에서 충분히 다루고 있으므로 여기서는 외국의 보건기관에 대해 알아보하고자 한다.

#### 가. 미국의 지역보건센터(Community Health Center)<sup>주71)</sup>

##### 1) 개요와 내용

미국의 지역보건센터(CHC)는 미국의 의료취약지역(medically underserved areas: MUAs)에 위치해서 다른 의료기관을 이용할 능력이 없는 취약계층에게 포괄적인 1차의료서비스를 제공하기 위해 만들어진 기관이다. 지역보건센터는 지불능력과 상관없이 모든 주민에 대해서 진료서비스를 제공하고 보험적용이 되는 경우에는 진료비를 보험회사로부터 상환받고, 보험적용이 되지 않는 경우에는 굴신제(소득수준에 따라 진료비의 차등을 주는 제도)에 의해 환자의 소득이나 가구원수에 따라 진료비를 차등해서 받는다. 지역사회 참여가 초기 지역보건센터의 핵심적인 특징 중의 하나이다. 현재 대부분의 지역보건센터는 지역사회에서 선출된 이사회에 의해 독립적으로 운영된다. 이사회는 정책결정, 운영방향 결정, 지역보건센터소장 선임과 환자와 지역사회에 대한 센터의 책임을 지속적으로 모니터링 하는 역할을 한다(Plaska and Vieth, 1995).

미국의 지역보건센터(CHC)는 1960년대 사회적 소외와 시민권, 학생운동, 존슨 대통령의 빈곤과의 전쟁(War on Poverty) 등의 조류와 함께 생겨났으며, 1973년부터 보건부의 관리를 받게 된다.

주71) 조홍준 등. 도시 보건지소 시범사업모형 개발에 관한 연구. 보건복지부, 2005. 참조

2001년 현재 지역보건센터(CHC) 네트워크는 미국 전역에서 약 5천만 명에 해당하는 미국 취약인구들 중에서 1/5 또는 1천만 명 이상의 인구에게 필수적 일차 및 예방 의료서비스를 제공하고 있다(Politzer et al., 2003).

지역보건센터(CHC)는 민간 비영리기관(private, non profit organizations)으로서 공적재원을 받아 포괄성, 조정성, 통합성을 지닌 보건의료, 즉 일정한 지역 주민을 위해 1개 기관 내에서의 1차 및 예방 진료서비스를 제공한다. 지역보건센터(CHC)의 주요 임무는 지역사회 중심 1차 보건의료의 접근성을 향상시키고 의학적으로 취약한 인구의 건강상태를 향상시키는 것이다.

부시 행정부는 일차의료의 중요성과 지역보건센터(CHC)의 역할을 인식하게 되면서 추가로 6백만 명에게 서비스를 제공할 수 있도록 계획을 착수하였으며, 2010년까지 2천만 명(즉 2010년 추정 취약인구 5천5백만 명의 약 36%) 이상의 인구에게 확대시키기를 희망하고 있다. 또한 부시 행정부는 보건센터(health center)에 근무하는 전문직의 중요한 공급원인 National Health Service Corps를 지원해 왔다(Politzer et al., 2003).

2003년의 경우 1,000개 이상의 지역보건센터(CHC)가 3,500개 이상의 지역사회를 대상으로 서비스를 제공한다고 연방정부가 밝히고 있다. 이용자의 3분의 2 이상이 미국 3인 가족 최저 생계비인 연소득 15,020 달러에 미달하는 사람들 이고, 40%는 보험 미가입 상태이며, 36%는 메디케이드(Medicaid) 수혜자이며, 이용자의 2/3는 소수 인종이었다고 한다. 따라서 언어장벽을 극복할 수 있는 통역서비스가 제공되며 왕진, 교육 등의 서비스가 제공된다. 포괄적인 서비스를 제공함으로써 환자 당 하루에 1.25달러의 비용을 절감하며 10번 이상의 서비스 방문 횟수를 줄였다.

지역보건센터(CHC)는 현재 전체예산의 25%에 대해서 일차보건의료국(Bureau of Primary health care)으로부터의 연방기금으로 지원 받고 있다. 가장 큰 자금 지원 처는 65세 미만의 저소득층과 장애인을 위한 메디케이드(Medicaid) 기금으로 총예산의 35%를 지원 받으며, 나머지 주요한 자금출처(13.2%)는 연방정부와 주정부의 예산이다.

## 2) 거버넌스와 관련한 시사점

연방정부로부터 공적 자금을 지원받으면서도 지역주민이 이사회를 구성해서 지역보건센터의 방향 설정, 지역보건센터의 소장 선임, 사업의 모니터링을 담당하도록 한 것은 지역사회참여의 구체적인 모습을 보여주는 것이라 볼 수 있다. 다만 지역사회 참여가 재원 조달에서의 지역사회의 책임을 강화하는 방향, 즉 연방정부나 주정부의 역할을 축소하는 방향으로 작용할 수도 있다는 점에 대해서 관심을 기울일 필요가 있다.

### 나. 일본의 보건소<sup>72)</sup>

일본의 보건소는 질병예방, 건강증진, 환경위생 등 공중위생활동의 중심적 기관으로서, 지역주민의 생활과 건강에 중요한 역할을 담당하고 있으며 도도부현, 정령에서 정한 시(정령시) 또는 특별구가 설치하고 있다.

1997년 4월 지역보건법의 전면 시행과 함께, 주관구역의 개정(확대)이 이루어짐에 따라, 지역보건 대책의 광역적·전문적·기술적 거점으로서 정보의 수집·정리, 조사·연구, 기획조정 등의 기능강화가 이루어졌다. 그러나 지역보건법에서는 시정촌 보건센터로 많은 서비스가 이관된 점을 고려하여 2차 진료권(전국에 342개)마다 보건소를 하나씩 두는 것으로 목표를 설정하고 있어 매년 보건소가 통합되어 그 수가 줄어드는 반면, 시정촌 보건센터의 수는 늘어나고 있다.

조직육성과 관련하여 오카야마시내에는 건강증진을 도모하기 위한 親子클럽 네트워크, 오카야마시 애육위원협의회, 오카야마시 영양개선협의회 등의 자조조직이 있다. 보건소는 그 활동을 지원한다.

시사점으로는 오카야마시와 같이 조직육성과 관련하여 건강증진을 도모하기 위한 자조조직을 육성하고 지원하는 것은 지역사회참여를 통한 보건기관 거버넌스를 위하여 바람직한 것으로 생각된다.

주72) 박윤형 외 7인. 건강증진사업수행을 위한 보건소의 조직 및 인력운용에 대한 개선방안 연구. 보건복지부 2003.

#### 4. 공공보건의료기관의 거버넌스 발전 방향

경제체로서의 의료서비스는 제공자와 소비자(환자) 사이에 정보의 비대칭성이 존재함으로 소비자에게 감시받는 수준은 다른 경제체보다 현저히 낮다고 할 수 있다. 또한 현실적으로도 의료기관 내외에 감시자가 제도적으로 존재하지 않고 있어 거버넌스 강화가 요구된다.

공공서비스에서의 좋은 거버넌스 원칙(Good Governance Standard for Public Services, 2004)에 의하면 좋은 거버넌스는 1) 서비스 사용자들을 위한 성과와 조직의 목표에 초점, 2) 기능과 역할을 명확히 효과적으로 수행, 3) 전체 조직의 가치를 촉진하고 경험을 통한 좋은 거버넌스의 가치를 표현하는 것, 4) 투명한 결정과 리스크 관리, 5) 수용력 및 정부의 효과적 역량을 발전시키는 것, 6) 이해관계자들을 관련시키고, 실질적 책임감을 지우게 하는 것 등이다.

공공보건의료기관의 거버넌스 발전 방향을 제시하면 다음과 같다.

##### 가. 공공병원의 거버넌스 발전 방향

조직의 명제에서 공공병원과 같은 조직의 목적은 미션을 최대한 달성하는 것이다. 공공병원은 설치에 관련된 법령에 의해 설립목적은 가지고 있다. 공공병원은 이 설립목적은 최대한 달성하여야 하는데, 공통적인 것은 국민(환자) 건강과 편익을 우선으로 하는 질 높은 서비스 제공과 연구, 교육훈련 등이다.

의료의 경우에는 환자라는 약자를 다루는 특성상, 약자로 있는 환자의 권리가 보호 되어야 한다. 우리나라 「보건의료기본법」에서는 보건의료에 관한 국민의 권리로 건강권(제10조), 보건의료에 관한 알 권리(제11조), 보건의료서비스에 관한 자기결정권(제12조), 비밀보장(제13조)을 제시하고 있고, 보건의료에 관한 국민의 의무(제14조)로는 ‘① 자신과 가족의 건강을 보호·증진하기 위하여 노력하여야 하며, 건강의 보호·증진에 필요한 비용을 부담한다, ② 타인의 건강을 저해하거나 저해할 우려가 있는 행위를 하여서는 아니 된다, ③ 보건의료인의 정당한 보건의료서비스와 지도에 대하여 협조한다’로 규정되어 있다.

현재 환자의 치료 결과, 치료의 효율성, 환자의 만족도, 그리고 자원의 윤리적 사용 등의 책임성에 대한 압력이 점증하고 있고, 이런 점증하는 압력은 병원조직의 거버넌스 기능의 중요한 문제들이다(김한중 외, 2003).

거버넌스는 ‘중요한 의사결정을 내리거나 내리지 않는 것, 그리고 의사결정을 위한 관련 권한 및 정당성의 배분’으로 볼 수 있다(Kovner, 1990). 효과적인 거버넌스는 적시에 적합하게 정당한 절차로 행하는 의사결정과 연관되며, 효과성은 조직이 자신의 목표를 달성하는 수준에 있다.

일반환자를 대상으로 하는 대부분의 공공병원에 있어서 효과적인 거버넌스를 위해서는 이사회와 병원장의 기능, 지역주민의 참여가 중요하므로 이에 대해 발전 방향을 모색해 보고, 거버넌스를 위한 공공병원의 민간위탁 방안에 대해 고찰해 본다. 또한 현재 국립대학교병원이 교육인적자원부 소관에서 보건복지부로 이관되는 것이 추진 중이므로 이에 대한 발전 방향에 대해 제시해 보고자 한다.

#### 1) 이사회

공공병원의 거버넌스에 있어서는 이사회의 역할과 책임이 중요하다. 거버넌스는 이사회가 어떻게 책임을 수행하고 이들의 역할을 집행 하는가로도 정의될 수 있다. 효과적인 거버넌스는 중요한 의사결정을 적시에, 적합하게 정당한 과정을 거쳐 수행하는 것으로 정의된다(Alexander, 1990; Kovner, 1990; Pointer & Ewell, 1994).

이사회의 역할 및 책임에 대해서는 다양한 견해들이 제시되고 있는데, 이들의 내용에 공통적으로 나타나는 역할은 1) 위기 또는 이행기에는 직접 통제를 행사, 2) 병원장 등 CEO의 임면 및 성과평가, 3) 의사결정 검토, 4) 외부인사 선출, 5) 경영조언, 6) 전략적 계획, 7) 조직 명성 향상 등이다.

Kovner(1990)는 이사회 역할을 이해하기 위해 다음의 세 가지 이론적 틀을 제안하였다. 여기에는 1) 전략적 의사결정자로서의 이사회, 2) 경영에 대한 합리적 조언자로서의 이사회, 3) 지역사회 관리자로서의 이사회가 포함된다. 지역

사회 관리자로서의 이사회는 병원의 생존 이외에 지역사회의 보건의료 요구를 고려하여야 한다. 공공병원이 지역사회 내의 병원에서부터 실질적인 지역사회 병원으로 변화되어야 한다는 것이다(Trocchio, 1995). 그래서 공공병원 이사회는 기관의 이익을 유지하는 것에서부터 집단적인 이해를 제공하는 것으로 이행해야 한다고 제시한다(Kovner, 1994; Pointer & Ewell, 1995). 이외에도 이사회는 의료분야와 행정분야 또는 노조와 같은 기타 다른 그룹간 이해관계를 조정하는 역할을 한다. 이사회는 이들 그룹에게 다양하게 나타나는 기회주의적 행동을 모니터링하고 조직의 공통 목표 달성이라는 틀 내에 조직이 유지되도록 조정 및 조화시킬 수 있는 방안을 모색하여야 한다.

이사회는 조직의 목적을 설정하고 구체화하는 책임을 지는데, 여러 문헌에서 제시하고 있는 책임은 다음과 같다. 첫째, 이사회는 고수준의 관리 성과를 낼 책임을 지닌다. 둘째, 이사회는 환자 진료의 질을 보장할 책임을 지닌다. 이를 위해 이사회는 의료진을 선임하고(credential), 필수적인 의료의 질, 이용량, 위험관리 시스템이 적절히 효과적으로 운영되고 있는지 검토해야 하며, 진료과정 및 결과를 평가해야 한다. 셋째, 이사회는 조직의 재정적 건전성을 확보할 책임을 지닌다. 이를 위해 이사회는 조직의 목표 및 미션을 달성하도록 재정적 목표를 설정하고 재정보호를 위한 계획을 실행하여 효과적으로 자원이 배분될 수 있도록 하며, 재정적 성과달성, 적합한 감사실행, 잉여재원이 신중하게 투자되도록 해야 한다. 넷째, 이사회는 이사회 자체, 즉 효과적이며 효율적인 성과에 대한 책임을 지닌다. 이는 구성의 적절성, 이사회 평가 및 개발 과정의 적합성, 효과적이고 효율적인 회의 방식, 법적으로 규정된 신뢰의무가 충족되어야 한다.

이사회는 구성은 조직의 요구를 충족시키기 위해 주기적으로 검토 및 새로 선출되어야 한다. 가장 바람직한 방법은 임원을 새로 선출할 경우 필요한 자격을 갖춘 사람이 명확한 선출기준에 따라 선출되는 것이다.

이사회가 능동적으로 현안에 대해 논의하고 합의를 이끌어내기 위해서는 적절한 수로 구성되어야 할 것이다. 이사회의 이상적인 규모가 정해져 있는 것은 아니지만, Delbecq(1988)은 서베이 과정을 통해 7명으로 구성된 이사회 조직이

이상적인 규모라고 제시하기도 하며, Pointer & Orlikoff(2002)는 9명에서 19명 사이가 적절한 수로 권장하고 있다. 이사회는 정책을 결정하는데 중심적인 역할을 하기 때문에 이사회 임원은 다양한 경험과 능력을 보유하는 것이 중요하다. 또한 이러한 경험 및 능력이 이사회 업무에 적합한 것이어야 한다. 이사회 내의 직무상 자격을 보유한 임원은 2명 또는 그 이하로 제한하거나 조직 운영 내부자와 직무상 자격을 보유한 임원은 25% 수준이 되는 것이 바람직한 것으로 제시되고 있다.

효과적이고 전략적인 이사회를 개발하는 것은 보건의료체계 및 병원에서 매우 중요한 이슈가 된다. 이사회는 형식적인 역할을 넘어서 실제적인 운영에 책임을 가지도록 해야 한다. 이를 위해서 이사회 임원들은 전문성을 지닌 사람으로 구성하여야 함과 아울러, 이사회 임원의 재교육프로그램 등이 개발되어 시행되어야 한다.

## 2) 병원장

공공병원 관리자의 주요 책임은 병원이 잘 관리되고 효율적으로 운영하며, 환자 중심으로 되어 수용가능한 결과를 달성하는 것이다. 또한 지역사회에 대한 의무는 정부로부터 보다 많은 재원을 확보할 뿐 아니라, 병원이 제공된 자원내에서 최선의 진료를 제공하고 있다는 것을 정부 및 지역사회에 보증하는 것이다.

병원장은 병원의 거의 모든 부문의 업무와 관련되어 있다. 병원장은 병원운영의 일반적인 감독자의 역할을 담당하며, 이러한 책임의 충족을 위해 이사회로부터 권한이 위임된다.

병원장은 부서장선발 및 선발권고의 권한을 갖는다. 병원 내의 고용과 예산의 범위 내에서 개인급여를 정할 권한도 갖는다. 부서장에게 부하직원의 선발권을 위임하는 경우에도, 부서장에게 위임된 의무의 수행에 대해서는 여전히 책임을 진다(Robert, 1996).

이사회는 병원관리에 있어 그들의 대리인으로 행동하도록 병원장을 선발할

책임이 있다. 이사회는 만족할만한 환자진료 표준을 수립하고 유지하는데 적절한 병원장을 선발해야만 할 것이다. 병원장에 대한 법적 요구가 있을 때 병원장은 적어도 그 요구를 충족시켜야 한다. 복잡한 운영을 해야 하는 병원의 이사진은 최소한의 기준을 뛰어 넘는 자격을 갖춘 자를 병원장으로 임명할 필요가 있다.

### 3) 지역주민(환자)참여

국립대학교병원 이사회에 주민대표가 참여하는 곳은 한 군데도 없고(문옥륜 등, 2004), 2005년 7월 제정된 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」에 소비자 관련 단체가 추천하는 자 1인을 이사에 포함하고 있으나, 현재로는 실질적인 활동이 되지 않고 있는 실정이므로 일반주민을 대상으로 하는 공공병원에 주민대표가 이사회에 참여하여 실질적인 활동을 할 수 있도록 하여야 할 것이다. 2002년 한길리서치 여론조사 결과에 의하면, 응답자 1,000명 중 “지역공공의료기관으로서의 역할을 충실히 하기 위해 지역주민이 대학병원 운영에 참여하는 것에 대해 어떻게 생각하십니까?” 라는 질문에 응답자의 79.7%가 적극 찬성 또는 찬성하는 편이라고 하였다(문옥륜 등, 2004).

국립대학교병원의 일상적 운영을 심의하는 관리자회의 등에 노동조합이나 평직원을 대표하는 조직의 참여가 배제되어 있는 실정이며, 지역주민이나 환자의 참여가 보장되는 회의체가 있는 국립대학교병원은 없는 실정이다(문옥륜 등, 2004). 일반환자를 대상으로 하는 다른 공공병원의 상황도 비슷하다. 현행 공공병원의 조직 현황으로는 지역주민이나 환자의 의견을 수렴하거나 정책에 반영하는 의견수렴 통로가 별로 없는 실정이다.

최근 지방공사의료원이 지방의료원으로 되고 행정자치부 소관에서 보건복지부로 이관됨에 따라 공공성 강화가 추진되고 있고, 이사회에 소비자 관련 단체가 추천하는 자 1인을 포함하도록 하고, 평가 시 지역주민의 이사회 참여, 병원의 주요 회의에 근로자 대표 참여, 직원 의견수렴, 주민 의견 수렴 등 지역사회 의 민주적 참여가 평가영역에 포함되어 있어 고무적이며 활성화 또는 강화되어



야 하겠다.

의료에서의 accountability(설명책임)에 관한 모델 중 정치모델에서는 커뮤니티 의사결정 과정에 시민으로서의 환자 및 의사가 참여하도록 하여 accountability가 확보되도록 하는 것을 강조하고 있다. 정치모델에서는 주요한 accountability 영역이 정해져 있는 것은 아니나, 커뮤니티의 시민으로서의 의사 및 병원, 환자 등의 견해를 듣고, accountability 영역과 그 특정 영역 등을 시민의 요구(니즈)에 부합되도록 하는 것으로 정의할 수 있고, 결국은 시민의 승인을 목표로 하고 있다.

공공병원은 지역사회 중심의 경영이 필요하고, 지역주민의 니즈나 수요를 파악하여 협력, 지원을 하지 않으면 충분한 기능을 발휘하기 어렵다. 지역주민과의 의견교환, 협의의 장으로서 평의원회와 같은 것을 설치하는 것을 고려해 볼 수 있다.

이러한 기능과 역할을 가진 평의원회에 공공성 보존을 위한 감시기능을 부여하여야 한다. 당연히 지역주민도 참가하고 있기 때문에 지역정보센터의 역할을 하면서 미션 수행을 하는 경영으로의 전환을 기대할 수 있을 것이다. 다만 이러한 평의원회 등에 관해 주의해야 할 점은 지역주민 구성원 선출과 평의원회의 기능과 역할에 있다. 지역구성원 선출에 있어서 주민 측면, 병원 측면 양방이 신뢰할 수 있는 기준 등을 설정하는 것이 필요하다. 또한 평의원회는 병원에 있어서 지역정보센터 및 병원경영에 대한 견제력을 행하는 기관으로, 경영의 최고 의사결정기관 또는 집행기관이 아님을 명확히 할 필요가 있다.

#### 4) 거버넌스를 위한 공공병원의 (민간) 위탁운영 방안에 대한 고찰

지방(공사)의료원의 일부가 대학교병원 등에 위탁되어 운영되고 왔는데, 거버넌스와 관련하여 특별한 변화에 대한 보고는 없다.

전국보건의료산업노동조합과 평등사회를 위한 민중의료연합(2001)에서 조사한 결과에 의하면 <표 VI-2>에서 보는 바와 같이 운영주체가 민간위탁으로 바뀐 지방공사의료원(“차”, “카”, “타”)의 경우 위탁을 전후하여 진료비의 급격

한 증가가 있었고, “카”와 “타” 의료원의 경우는 민간위탁 후 비슷한 규모의 민간병원의 진료비보다도 높은 수준을 나타내고 있었다. 민간위탁을 전후하여 방문하는 환자 구성이 급격히 변화하였다거나 산출물로서의 건강수준이나 결과가 투입에 비하여 큰 폭으로 향상되었다면 부정적인 효과라 할 수 없을 것이다. 그러나 연구 과정 중 이루어진 의료원 직원 심층 면접에서, 대부분의 직원이 늘 보던 환자를 보는 것이지 민간위탁 이후 진료의 난이도는 거의 변한 것이 없었던 가운데 검사 증가 등 진료강도가 증가하였다고 답한 것을 참고로 하면 진료비의 증가는 진료의 강도 증가에 기인한 것으로 볼 수 있다. 민간위탁 이전의 진료비 수준이 비교적 낮은 수준이었음을 고려하더라도 민간위탁 후 효율성(엄밀하게는 수익성) 추구가 진료비 상승으로 나타나고 있다. 이것은 일시적 현상일 수 있으나 한번 상승한 진료비는 그 수준을 유지할 것으로 생각된다. 따라서 민간위탁 후 경영성과가 있다 하더라도 기관단위에서의 경영성과가 개선되는 것이지 국가 또는 지역차원에서의 거시적 효율과는 거리가 멀고 바람직한 미시적 효율과도 차이가 있는 것으로 생각된다. 또한 이 사례에서의 지방공사의료원은 소유주체는 바뀌지 않은 상태에서 운영주체만 바뀌었는데도 이러한 결과를 나타내고 있다는 사실에 주목할 필요가 있을 것이다(김창엽 등, 2004; 감신, 2004).

따라서 현재와 같이 우리나라 공공병원의 공공성이 아직 취약한 상태에서는 민간위탁운영은 경영성과에 치중하여 거버넌스 강화에 도움이 되지 않고 오히려 진료비상승 같은 부작용이 야기될 가능성이 높다고 할 수 있다. 따라서 이러한 점을 고려하여 공공병원의 민간위탁운영의 추진은 신중하게 접근하여야 할 것이다.

〈표 VI-2〉 지방의료원의 연도별 입원환자 1인 1일당 진료수입

(단위: 원, 연 평균 증가율 : %)

의료원	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
가	47,000	54,000	107,000	66,000	82,000	93,000	90,017	90,803
	100	115	228	140	174	198	192	193
나	70,203	67,205	62,928	69,607	74,408	85,018	94,939	81,156
	100	96	90	99	106	121	135	116
다	54,890	61,719	73,072	81,454	85,856	94,000	82,776	80,627
	100	112	133	148	156	171	151	147
라	37,794	39,608	41,749	56,191	52,902	51,573	52,458	62,447
	100	105	110	149	140	136	139	165
마	59,492	66,311	62,494	71,813	81,273	90,957	87,109	75,513
	100	111	105	121	137	153	146	127
바	54,566	61,335	60,516	69,427	74,084	73,794	78,722	80,004
	100	112	111	127	136	135	144	147
사	57,704	63,590	73,767	67,844	77,842	103,394	91,742	87,662
	100	110	128	118	135	179	159	152
아			62,374	62,127	70,029	76,777	70,192	82,493
			100	100	112	123	113	132
자	49,406	44,317	65,470	75,205	74,431	85,061	79,600	94,002
	100	90	133	152	151	172	161	190
9개 의료원 평균	53,882	57,261	67,708	68,852	74,758	83,730	80,839	81,634
	100	106	126	128	139	155	150	152
차(위탁)	49,194	52,882	57,386	62,225	58,663	62,578	91,298	91,499
	100	107	117	126	119	127	186	186
카(위탁)	27,095	28,357	42,042	40,950	116,123	117,703	107,825	102,739
	100	105	155	151	429	434	398	379
타(위탁)	37,119	36,893	45,993	46,335	52,367	107,276	109,328	103,869
	100	99	124	125	141	289	295	280

주: 음영은 민간위탁 전후 두 개 연도임

#### 5) 국립대학교병원의 소관을 교육인적자원부에서 보건복지부로의 이관 추진

국립대학병원에 대하여 공공성과 경쟁력을 갖추도록 지원·육성하고, 국민의 의료수요에 대응한 공공의료서비스제공 체계를 확립하기 위하여 국립대학병원의 소관을 현행 교육인적자원부에서 보건복지부로 이관함으로써 병원관리의 효율성을 도모하고, 국가 전체적인 보건의료체계 내에서 국립대학병원의 역할 재정립 및 책임성을 강화함으로써 국민의 의료서비스 만족도를 제고할 수 있도록 함을 목적으로 한다.

기존의 「국립대학교병원 설치법」, 「서울대학교병원 설치법」, 「서울대학교 치과병원 설치법」을 폐지하고, 「국립대학교병원(서울대학교병원, 서울대학교 치과병원)의 설립 및 지원·육성에 관한 법률안」이 2006년 7월 26일 의원입법 발의되어 국회에 계류 중인데, 임원으로는 「이사장 1인을 포함하여 11인 이내의 이사와 1인의 감사를 두고, 이사장은 관련대학의 총장이 되며 이사는 교육인적자원부차관·보건복지부차관·기획예산처차관·당해 국립대병원의 장·관련대학의 의과대학장 및 치과대학장(치과대학이 설치되어 있는 경우에 한한다)·해당 국립대병원의 소재지를 관할하는 특별시·광역시 또는 도의 부시장 또는 부지사(당연직 이사)와 이사회에 추천으로 보건복지부장관이 임명하는 자로 하되, 당연직 이사 외의 이사 중에는 병원경영에 관한 지식과 경험이 풍부한 외부인사가 1인 이상 포함되어야 한다」라고 규정하고 있다.

발의 중인 법률안에 의하면 이전의 법과 같이 이사회에 지역주민의 대표가 이사로 참여하는 규정이 없으므로 향후 지역주민의 대표가 이사회에 참여할 수 있도록 하는 것이 바람직 할 것으로 생각된다.

대학교병원의 설립목적 중 교육과 연구가 중요한데, 국립대학교병원의 보건복지부 이관에 대해 의과대학과 병원의 소관부처 이원화와 공공보건의료에 대한 부담의 증가로 교육·연구 기능의 위축을 우려하기도 한다(지방국립대학교병원 기회조정실, 2006). 따라서 교육·연구 기능을 활성화 할 수 있는 이사회의 기능 강화, 교육인적자원부와 보건복지부간 연계체계 구축 등의 방안이 모색되

어야 하겠다.

#### 나. 보건기관의 거버넌스 발전 방향

오늘날의 지역사회 건강문제는 (지방)정부나 보건의료인의 노력만으로는 해결하기 어렵게 되었다는 것은 틀림없는 사실이다. 따라서 지역주민의 건강을 위하여 보건의료사업을 수행하고 있는 보건기관에서는 지역사회접근과 지역주민참여가 주요한 원칙이 되어야 한다(조홍준 등, 2005).

지역 내 생활환경의 변화와 건강증진 및 질병예방, 효과적인 질병관리체계 구축을 위하여는 중앙정부 및 지방정부의 지원과 지역주민 스스로가 참여하여 지역사회의 건강관리체계를 구축하고 지역의 생활환경을 개선할 때만이 가장 적절한 효과를 볼 수 있다. 또한 지역주민들의 보건의료 주민참여를 통해 많은 보건개발사업의 특징이라고 할 수 있는 종속의 고리를 끊을 수 있으며, 보건의료 참여를 통해 궁극적으로 주민들은 정치적 인식을 갖게 되며, 자신들의 주장을 할 수 있게 됨으로써 다른 지역에서도 그 주장에 귀를 기울이게 된다.

주민참여의 대표적인 전략으로는 주민들을 의사결정권이 주어진 실행이사회나 위원회에 참여시켜 실질적인 대표가 되게 하거나 대표성을 가진 주민들을 자문기구에 참여시켜 활용하는 방안 등이 있다.

2005년부터 시범운영 중인 도시보건지소는 지역사회연계(지역사회참여)사업을 핵심사업으로 하고 있고, 만성질환, 재활보건 등을 위한 민간과의 연계(역할의 분담과 전문가 위촉과 활용 등의 적극적인 연계를 의미)와 실질적인 의사결정을 지원할 수 있는 운영위원회 구성을 통한 기존의 연계 수준보다는 한 단계 높은 지역사회참여 실현을 통한 지역 밀착적 도시보건지소를 운영 중에 있는데, 운영위원회에 참여하는 기관(사람)으로는 주민대표(행정, 장애인, 여성 등), 의사회, 건강보험공단지사, 자조모임 등이며, 연계 및 참여를 통한 협력기관으로는 사회복지 분야, 자원봉사조직, 학교, 산업장, 건강보험공단지사, 의사회, 환자 및 보호자 자조모임, 장애인 단체, 지역사회 주민조직 등이다(조홍준 등, 2005; 이경수 등, 2006).

보건진료소는 보건진료소 마다 보건진료소운영협의회를 두어 운영에 관여하고 있는 있는데, 보통 각 리에서 선출한 100인 이내의 회원으로 구성되는 총회와 20인 이내의 운영위원으로 구성되는 운영위원회를 보건진료소 운영을 지원하거나 보건진료소 운영을 보건진료소 운영협의회에 위탁하기도 한다.

따라서 도시보건지소와 보건진료소의 경우 실질적인 지역주민 참여에 의한 운영이 어느 정도 이루어지고 있다고 볼 수 있다.

보건소의 경우는 지역보건의료계획의 수립 등 지역보건의료 시책의 추진에 필요한 사항에 관하여 시·도지사 또는 시장·군수·구청장의 자문에 응하기 위하여 지역보건의료심의위원회를 두도록 하고 있고, 위원에 지역주민을 포함하고 있으며, 지역보건의료계획을 수립하는 경우에는 그 주요 내용을 2주 이상 공고하여 지역주민의 의견을 수렴하도록 하고 있다. 또한 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 건강생활의 실천운동을 추진하기 위하여 지역사회의 주민·단체 또는 공공기관이 참여하는 건강생활실천협의회를 구성하도록 하고 있다. 그러나 지역보건법과 국민건강증진법에 의하여 주민의 참여가 규정되어 있으나, 실질적으로 주민의 참여가 이루어지는 것은 거의 없는 실정이고, 지역보건의료계획을 수립하는 경우 그 주요 내용을 2주 이상 공고하여 지역주민의 의견을 수렴하도록 하고 있으나 형식적일뿐 실질적인 의견 수렴이 되지는 않고 있는 것으로 평가되고 있다.

따라서 보건소의 운영과 사업에 지역주민 참여가 활성화 또는 강화되기 위해서는 비슷한 인적 구성과 기능을 하는 지역보건의료계획심의회와 건강생활실천협의회를 통합하여 지역주민 대표가 실질적으로 참여하는 보건소 운영협의회 등을 구성하는 것이 필요할 것이다.

보건기관의 거버넌스와 관련하여서는 도시보건지소 시범사업에 제안된 운영 유형(조홍준 등, 2005)이 참고가 될 수 있는데, 현재와 같은 정부직영형을 제외하고 민간위탁형을 제시하면 다음과 같다.

### 1) 의과대학 위탁형

국가가 소유하고 있는 일차보건의료기관에 의과대학/수련병원의 의사가 안정적이고 지속적으로 참여하여 도시 보건지소의 운영에 책임을 맡는 모형으로, 의과대학 가정의학교실 또는 관련교실(대학병원 가정의학과 또는 관련과)은 2년의 병원 수련을 마친 전공의(1-2인)와 지도전문의(1-2인)를 참여시키고, 지도전문의 1인을 도시 보건지소 소장으로 추천한다. 지방자치단체는 의사의 급여를 대학병원 급여체계에 맞추어 대학병원 측에 지급한다.

### 2) 의료생활협동조합 위탁형

의료생활협동조합이 국가나 지방자치단체로부터 인력과 재원을 공식적으로 후원 받아 주민참여 기전의 장점을 살리면서 조합원뿐만 아니라 지역주민들에게 보다 확대된 포괄적 1차 보건의료 서비스를 제공하는 모형으로, 의료생활협동조합의 경우 조합원들은 다양한 소모임, 이사회와 각종 위원회, 지역별 조합원모임과 대의원조직을 통해 자신들의 의사를 표현하고 조합사업의 수립과 집행, 평가에 참여하게 된다. 보건의료취약계층이 회원 주민(조합원)으로 등록하는 비용(구좌 또는 등록비)을 정부가 지원한다.

### 3) 의사 위탁경영형

국가 또는 지방자치단체가 일차의료 의사에게 시설과 장비를 제공하며 그 경영을 위탁하는 것으로 의사 위탁경영형 보건기관은 시설과 장비에 관한 비용을 초기에 부담하지 않는 대신에 국가가 요구하는 보건사업을 수행한다는 점을 제외하고는 개인의와 동일한 조건으로 지역사회에 존재하게 된다.

### 4) 의원 위탁형

국가 또는 지방자치단체가 지역별로 개인의원들 중에서 일정한 조건을 갖춘 1차 의료기관의 신청을 받아 선정하여 일정한 계약이 형성된 모형으로 개인의

원에서 제공하던 운영방식을 그대로 유지하면서 예를 들면, 필수 예방접종 사업의 경우 백신을 정부에서 무상 공급 받아 주민들에게 접종하거나 보건소의 역할 중 일부(예, 저소득층, 의료 취약계층에 대한 건강검진 및 추후관리, 예방 및 보건교육 등)를 제공하는 모형이다. 보건기관 민간위탁 모형 중 의료기관의 소유권이 개인에게 있는 가장 느슨한 모형이지만, 현재의 의료자원을 효율적으로 활용할 수 있는 모형이다.

정부직영형과 민간위탁형의 도시보건지소 설치 목적과 필요성에 따른 평가는 <표 VI-3>과 같다.

‘의과대학 위탁형’은 별도의 모형이라고 하기는 어렵고 지역사회 참여의 한 방법으로 권장될 수 있을 것이다.

‘의료생활협동조합 위탁형’은 보건지소를 의료생활협 등 주민참여기전을 가지고 있거나, 주민참여를 주요한 원칙으로 하는 비영리민간기관에 위탁하여 도시 보건지소의 기능을 할 수 있도록 하자는 것으로 ‘주민참여’라는 일차보건의료의 중요한 원칙의 하나를 구현할 수 있는 방안이다. 그러나 과제는 서비스가 균일하고 관리가 가능한 보건의료서비스뿐만 아니라 서비스가 균일하지 못하고 관리가 어려운 서비스를 포함한 보건지소 기능 전체를 위탁하는 것이 가능할 것인가 하는 점이다. 보건소의 입장에서는 ‘관리’의 측면에서 어려움을 겪을 수 있을 뿐만 아니라, 국가보건의료 목표와 보건지소의 목표를 설정하는데 어려움을 겪을 수 있다. 보건지소가 지역을 기반으로 하여야 하고, 주민의 보건의료니드에 대한 반응성이 중요하기 때문에 주민참여기전을 만드는 일은 매우 중요한 과제가 될 것이다. 단, 지역주민들의 실제적인 욕구가 반영되지 않고 그 운영과 평가에 주민참여가 보장되지 않는다면 기존의 공공조직이 지니고 있는 경직성을 극복하지 못하고 또 하나의 형식적인 행정조직으로 전락할 가능성이 높다.

‘의사 위탁경영형’ 또는 ‘의원 위탁형’은 민간에 공공조직인 보건지소 전체를 위탁하는 것으로 실현 가능성이 희박하다. 보건사업 중 서비스(예를 들어, 예방접종, 방문보건 등)의 일부를 위탁하는 것은 가능할 수 있으나, 보건지소의 기능 전체를 위탁하는 것은 현실성이 없는 대안이라 할 것이다. 민간의료기관에 위탁하는 것은 민간부문과의 마찰을 줄이고 국가의 부담을 줄이는 방안이 되기



는 하나 관리적 측면이나, 주민참여적 측면 모두에서 장점이 별로 없다.

〈표 VI-3〉 정부직영형 및 민간위탁형 도시보건지소 설치목적과 필요성에 따른 평가

	정부 직영형	민간위탁형			
		의과 대학	의료생 협	의사 경영	의원
지리적 접근성 보장	++	++	++	++	++
건강증진 및 국가중점질환관리사업 추진	+++	++	++/+++	++/+	+/++
표준진료제공	+++	+++	+++	++	++
의료취약계층에 대한 체계적 건강관리	+++	++	++/+++	++/+	+/++
미충족보건의료서비스 제공	+++/**	++	++/+++	++/+	+/++
보건소와 보건지소간 합리적 기능분담	+++	++	++	+/++	+/++
지역주민참여	++/+	++/+	+++/**	+/++	+/++
관리의 용이성	+++/**	++	++	++/+	+/++

주: +++: 상, ++: 중, +: 하

#### 다. 공공-민간(관-민) 파트너십(public-private partnerships: PPP)

공공부문만으로는 지역사회 주민의 건강향상이라는 목적을 성취할 수 없을 것이다. 또한 현실적으로는 우리나라와 같이 민간부문의 공급자가 광범위하게 존재하는 경우에는 부분적으로 공공과 민간부문의 비생산적 갈등이 초래되기도 한다. 이 경우 최근 제안되고 있는 공공-민간(관-민) 파트너십(public-private partnerships: PPP)을 검토할 수 있다.

파트너십은 연관된 특정 권리와 책임을 갖는 두개 또는 그 이상의 기관간 협조를 의미한다. 보건의료분야에서 공공-민간(관-민) 파트너십은 공공부문과 민간부문이 공통의 건강 목표와 목적을 성취하기 위하여 공동노력에 참여함을 의미한다. 파트너십은 (공동의 목적을 위하여) 서로 도움 또는 공동으로 일을 함이란 뜻을 갖고 있다. 따라서 보건의료분야에서 공공-민간 파트너십은 공동

목적(공익으로서 모든 국민의 건강권 향유, 형평적인 서비스 접근 등)을 위하여 공공부문과 민간부문이 공동으로 일을 한다라는 의미로 사용된다.

Reich(2000)는 파트너십이 성공하는 조건에 대하여 알려진 것이 많지 않지만, 파트너십은 잘 정의된 공중보건 목표의 성취에 긍정적이며 혁신적인 결과를 가져오고, 어려운 문제를 해결하는 강력한 메커니즘을 창출할 수 있다고 지적하고 있다. 흔히 공공부문과 민간부문은 각각 서로 대립, 회의, 대결 상대로 보지만, 파트너십을 촉진하는 하나의 주요 요인은 어느 한쪽도 단독으로 특정 목적을 성취할 수 없다는 것이다.

공공부문과 민간부문의 협조의 역사는 오래 되었다. 우리나라에서는 1960년대 가족계획사업을 국가정책으로 추진하면서 불임수술의 확대를 위하여 정부는 불임시술 지정의사제도를 실시하여 건당 시술비를 정하여 시술의사에게 보상하고 보건소는 행정업무를 맡았다. 이와 같은 공공부문과 민간부문간 협조는 가족계획사업 성공의 주요 요인이 되었다. 정부의 정책목표(예, 가족계획사업을 통한 출산억제)가 명확히 정해지고 민간부문의 역할과 책임(불임시술)이 정해지고, 시술비 및 공공부문의 지도감독이 이루어지면, 민간부문의 참여를 통해 정부가 설정한 정책목표가 효율적으로 성취 가능했음을 알 수 있다(송건용, 2003). 특히 최근에 와서는 세계적으로 민간부문의 잠재력에 대한 재인식과 참여는 중요한 정책적 관심이 되고 있다.

공공부문과 민간부문의 파트너십은 여러 방식을 상정할 수 있다. 이에는 공공부문 진료업무의 민간부문 위탁, 민간 보건단체에 대한 보건교육의 의뢰, 또는 보건소 내에 의사의 개원을 허가하자(송건용, 1996)는 것 등 다양한 안이 있었다.

향후 보건의료부문의 환경은 급격히 변화하는데, 공공-민간 파트너십의 형성은 공공부문과 민간부문 의료기관 모두가 지역사회에 이익을 극대화하는 하나의 방법이다. 파트너십은 공중보건의 실천을 강화하고, 의료기관간 새로운 통합을 자극하고, 보건의료서비스에의 보다 개선된 접근과 더 좋은 건강 결과물(outcomes)에 기여한다. 공중보건에 있어서 공공-민간 파트너십(PPP)은 사회적 가치(건강향상), 예컨대 취약계층인구의 건강향상에 기여한다. 공공부문과 민간

부문 어느 한쪽이 단독으로 특정 공중보건의 목표를 성취할 수 없는 경우 공공-민간 파트너십의 형성이 권장되고 있다. 공공-민간 파트너십은 보건의료서비스의 질 향상, 인구의 모든 계층을 위한 보건의료서비스의 접근성 향상, 고객과 지역요구에 대한 반응 등에 기여한다.

민간부문의 참여는 의료서비스의 질 향상, 주요 보건의료재와 서비스의 공급 확대, 정부의 불필요한 부담 제거, 보건의료 서비스의 이용 증가 등 잠재력을 가지고 있고, 보건의료사업에서 민간부문의 동기 유발이 가능하다(안형식, 1998; World Bank, 2003).

세계보건기구, 세계은행, 미국 등에서도 공중보건의 목표 성취를 위하여 보다 더 적극적으로 민간부문의 잠재력을 인정하고 활용할 것을 권장하고 있다. 보건의료정책과 전략은 국가재정과 활동은 물론 민간부문의 서비스 제공과 민간 재정을 포함해야 하며, 이러한 방법을 통해 보건의료체계를 전체적으로 공익(public interest)의 목표 성취 지향적으로 기능화 할 수 있다고 세계보건기구는 지적하고 있다(WHO, 2000).

## VII. 결론

한 사회 내에서 합의된 목표를 이행하기 위한 방안을 공동의 노력으로 찾는 것이 핵심적 영역인 거버넌스의 개념은 글로벌 거버넌스와 같은 넓은 범위에서 의료부문에서의 임상 거버넌스와 같은 좁은 범위에 이르기까지 다양하게 적용된다. 이러한 거버넌스가 사회보장, 복지, 보건의료 등과 같은 사회제도에 적용될 경우에는 사회(적) 거버넌스(social governance)라는 개념이 등장하게 된다. 보건의료는 사회적 공동자본으로서 특정인의 이익보호라는 형태가 아니라 사회적 역할 및 책임에 부합할 수 있는 거버넌스 체계가 필요하다고 할 수 있으며, 이러한 맥락에서 사회적 거버넌스의 보건의료부문에의 적용은 그 타당성을 보유하고 있다고 할 수 있다. 최근의 기업지배구조론 즉, 기업 거버넌스(corporate governance)에서는 그 대상자를 주주에서 소비자, 종업원, 거래처, 채권자, 지역주민 등 기업 이해관계자로 범위를 확장하여 논의되고 있다. 이러한 점을 고려하면, 사회적 특성을 강하게 지니는 의료기관 역시 그 대상자를 이해관계자(stakeholder)로 확장하는 것이 필요하다. 유럽을 중심으로 제기되고 있는 사회적 거버넌스 개념과 이해관계자로 대상자를 확장하는 등의 변화하는 거버넌스의 형태를 고려하여 보건의료기관을 바람직한 방향으로 관리하며 다양한 이해관계자에게 영향을 주거나 적절한 책임감을 부여하는 거버넌스 체계로의 실현을 모색하여야 할 것이다.

이를 위하여 본 연구에서는 우선 거버넌스의 개념 및 정의 등을 고찰하고 보건의료부문에의 적용 필요성을 논의하였다. 우리에게 아직은 생소하다고 할 수 있는 거버넌스의 개념을 정리하는 것은 동 주제에 대한 이해도를 제고할 수 있고, 바람직한 거버넌스 방향 설정에 토대를 마련할 수 있다. 특히, 거버넌스의 보건의료부문에의 적용과 관련한 본 연구의 내용은 기존 문헌이 매우 미흡한 우리의 실정에 비추어 향후 연구에 도움이 될 수 있는 기초자료로 활용될 수

있기를 기대한다. 한편, 거버넌스의 건강에 대한 효과를 실증분석을 수행하여 이론적 고찰을 보강하였다.

한편, 본 연구에서는 병원의 법적 거버넌스관리와 관련한 논의를 하였다. 병원을 둘러싼 이해관계자들에 대한 책임은 제도적·법적·윤리적 책임의 다양한 형태로 나타나게 되는데, 이러한 것은 결국 법적 책임의 문제로 귀결된다. 병원 관리에 있어서 법적 거버넌스 관리는 그 실행의 어려움 여부와 상관없이 중요한 업무내용이 되어 있다. 이에 대한 적극적인 대책 마련 없이는 병원의 성장은 기대할 수 없는 시대상황에 처했다고 해도 지나친 말이 아니다. 따라서, 법적 거버넌스 관리에 대한 적극적인 자세로 훌륭한 병원관리를 위한 노력이 필요하다. 이를 위해서는 병원의 현실에 대한 정확한 진단과 이를 근거로 한 미래의 바람직한 대책방안의 모색, 그리고 이를 일관성있고 체계적으로 관련 법안에 반영하거나 정부의 병원관련정책에 반영되어야 할 것이다.

이러한 고찰을 토대로 본 연구에서는 비영리민간의료기관과 공공의료기관을 중심으로 거버넌스 현황과 발전 방향을 제시하고자 하였다. 이와 함께, 병원을 포함한 보건의료조직이 이해관계자에 대하여 갖는 법적 책임인 법거버넌스를 논의하였다.

비영리의료기관에 있어서의 거버넌스는 다음과 같은 중요한 측면이 있다. 우선, 병원에서는 사원총회, 이사회 등이 설치되어 있지만 소유와 경영이 대부분 분리되어 있지 않고 경영감시를 하고 있다고 말하기 힘든 실정이다. 그리고, 병원 외부에서의 의료제공자와 소비자(환자) 사이에는 정보 비대칭성이 존재하는 등으로부터 소비자에게 감시받는 수준을 고려해 볼 때 적절한 거버넌스의 구축이 필요하다고 할 수 있다. 둘째, 비영리조직의 목적수행에 있어서 거버넌스를 활용하는 것으로 보완할 수 있다. 즉, 비영리조직의 목적은 영리를 목적으로 하는 것이 아니라 미션을 수행하는 것으로, 환자편익을 제일로 하는 서비스 제공 및 의료의 질 향상 등의 병원의 미션을 수행하는데 거버넌스를 통해 비영리성을 강화할 수 있다.

외국의 경우, 병원에 대해 양질의 의료, 효율성, 서비스 반응성, 접근성, 공정성(fairness), 공급자 도덕에 관한 성과를 증대하기 위해 거버넌스의 문제를 중요

한 과제로 다루고 있으며, 이사회 구성, 정보공개, 감사, 지역주민과의 협의기관과 관련한 제도를 실행하고 있다. 각 국의 사례를 통하여 다음과 같은 시사점을 도출할 수 있다. 첫째, 거버넌스 역할을 정의하고 병원이사회와 정부 상호간의 책임소재를 규정할 필요성이 있다. 둘째, 병원의 **accountability**를 정부 및 지역사회와 차별화시켜 구체화시켜야 할 것이다. 셋째, 최선의 진료를 위한 병원거버넌스 구조 및 프로세스를 평가해야 한다. 넷째, 병원내에서는 이사회 및 CEO간 의사교환 메커니즘이 구축될 필요가 있다. 다섯째, 병원간 그리고 병원과 지역사회 공급자간 서비스공유를 위한 공식적 협정, 지역주민과의 협의기관 및 거버넌스 구축이 필요하다.

이러한 시사점을 바탕으로 우리나라의 민간비영리의료기관 역시 이해관계자들의 사고와 견해를 반영하는 구조를 모색하고, 의사결정기관 및 업무수행기관과의 분리를 검토하며, 정보공개에 의한 기업경영의 투명성을 제고하는 노력을 더욱 경주할 필요가 있다.

그러나, 획일적으로 전 의료법인에 적용하는 것은 문제가 있을 수 있다. 따라서 대규모병원, 급성기병원 등과 같은 사회자본성이 보다 높은 병원들부터 순차적으로 제도화 하는 방안을 강구하는 것이 바람직하다 할 것이다. 의료법인 역시 자발적이며 적극적인 참여가 필요한 데, 예를 들어 의료기능평가기구의 인지를 받거나 ISO 인정을 받는 등의 노력을 기울이는 한편, 경영투명성을 제고하는 등의 노력도 요구된다.

한편, 본 연구에서는 공공의료기관의 바람직한 거버넌스 방향을 논의하여 향후 관련 정책입안의 기초자료를 제시하고자 하였다. 외국의 사례를 보면, 미국 지역보건센터의 경우에는 연방정부로부터 공적 자금을 지원받으면서도 지역주민이 이사회를 구성해서 방향 설정, 소장 선임, 사업의 모니터링을 담당하도록 하고 있으며, 일본의 오카야마시의 보건소의 경우에는 조직육성과 관련하여 건강증진을 도모하기 위한 자조조직을 육성하고 지원하는 것을 알 수 있다. 이와 같이 공공 보건기관의 지역사회참여를 통한 거버넌스 노력을 엿볼 수 있는데, 우리나라 공공의료기관의 거버넌스도 다음과 같은 공공서비스에서의 좋은 거버넌스 원칙을 반영하도록 하는 것이 바람직 할 것이다. 첫째, 서비스 사용자들을

위한 성과와 조직의 목표에 초점을 두어야 하고, 둘째 기능과 역할을 명확히 효과적으로 수행할 수 있도록 하며, 셋째 전체 조직의 가치를 촉진하고 경험을 통한 좋은 거버넌스의 가치가 표현되어야 하고, 넷째 투명한 결정과 리스크 관리가 가능하고, 다섯째 수용력 및 정부의 효과적 역량을 발전시켜야 하며, 여섯째 이해관계자들을 관련시키고 실질적 책임감을 지우게 하는 것 등이다.

이를 위하여 이사회는 조직의 목적을 설정하고 구체화하는 책임을 지도록 하며, 병원관리에 있어 그들의 대리인으로 만족할 만한 병원장을 선발하여 병원이 잘 관리되고 효율적으로 운영하며, 환자 중심의 수용가능한 결과를 달성할 수 있도록 해야 한다. 또한 지역주민참여 기제를 강화할 수 있도록 평의회와 같은 것을 설치하는 것을 검토할 필요가 있다. 한편, 보건기관의 거버넌스 발전을 위해서는 각각의 기관이 지니는 특성과 환경을 고려하여 각각에 적합한 유형(mode)을 적용하도록 하며, 공공-민간 파트너십을 강화하는 노력이 필요하다. 다만, 공공병원의 민간위탁은 본 연구에서 제시한 진료비 상승이라는 부작용을 고려할 때, 신중하게 접근하는 것이 바람직하다.

IMF 사태를 계기로 우리나라 기업들의 지배구조, 즉 거버넌스에 관한 정책적·학문적 관심이 크게 증가하고 있다. 그러나 거버넌스 개념이 상이하게 해석되고 있고, 또한 이론적으로 아직 정교하게 정립되고 있지 못하다고 할 수 있다. 이러한 다소간 모호한 개념인 거버넌스를 보건의료부문에 적용하는 것 역시 용이한 작업은 아닐 것이다. 또한 전반적으로 규제수준이 높다고 인식하고 있는 민간보건의료기관 입장에서는 거버넌스 강화가 자칫 통제나 감시의 확대를 가져오는 것은 아닌가 하는 부정적 견해를 가질 수 있다. 따라서 보건의료기관에 좋은 거버넌스 원칙을 적용하는 것이 필요하다는 공감대가 보건의료기관들 사이에 폭 넓게 형성되는 것이 매우 중요한 과제일 것이다. 이를 위해서는 좋은 거버넌스 구축에 대한 인센티브 기제를 만드는 등의 제도적 장치가 마련되는 것이 요구된다. 이를 통해서 보건의료기관의 자발적 참여가 기대될 수 있기 때문이다. 향후에는 다양한 이해관계자들이 합의할 수 있는 구체적인 거버넌스와 관련한 노력이 필요하며, 본 연구의 결과가 일부나마 기여할 수 있었으면 하는 바램이다.

## 참고문헌

- 감신, 「영리법인 의료기관 설립 허용의 문제점」, 『예방의학회지』, 2004; 37(2):99~103.
- 공공보건의료사업지원단, 「공공보건의료기관의 현황」, 내부자료, 2006.
- 김근세, 「국정관리체계의 갈등: 정부조직개편을 중심으로」, 한국행정학회 2000년도 하계학술대회 발표논문집 2000.
- 김석준·이선우·문병기·곽진영, 『뉴 거버넌스 연구』, 서울: 대명문화사, 2000.
- 김석준·강인호·김정렬 강제상 문병기 등, 『거버넌스의 이해』, 서울: 대명문화사, 2002, p.16.
- 김용호·박성우, 『21세기 한국 메가트렌드 시리즈2: 정보화 시대의 전자민주주의 거버넌스』, 정보통신정책연구원, 2005.
- 김일권, 『병원관리에 관한 관계법규의 문제점 및 개선방안 연구』, 1999<http://www.hospitallaw.or.kr/tax&finance-loan.html>()
- 김재용, 보건학적 측면에서 바라본 한국의료의 공공성. 2001: 공공의료전문위원회 참고문헌집(1), 2002
- 김정순, 『병원감염-역학과 관리의 실제-』, 수문사, 1988, p.27.
- 김창엽·김용익·감신, 『공공병원 확충방안 개발에 관한 연구』, 보건복지부, 2004.
- 김한중 외, 『병원조직관리론』, 가톨릭대학교출판부, 2003.3, p.22.
- 나백주·이무식·김건엽·이석구·감신 등, 『농어촌의료서비스개선 10개년 추진사업 평가 및 향후계획 정립』, 보건복지부·건강증진기금사업지원단, 2006.
- 레스터 설러만, 『NPO란 무엇인가』, 이형진 옮김 서울: 아르케 2000.



- 문옥륜·감신·권순만·이상이·윤태호·김창엽, 『국립대학교 병원의 기능개편 방안에 관한 연구』, 보건복지부, 2004.
- 문정두, 『판례중심 의료소송-특히 의료과오를 중심으로-』, 1982, pp.50~52.
- 박상필, 『NGO와 현대사회』, 서울: 아르케. 2001.
- 박영선, 「참여연대 거버넌스에 관한 연구」, 성공회대 석사학위논문. 2003.
- 박윤형 등, 『건강증진사업수행을 위한 보건소의 조직 및 인력운용에 대한 개선 방안 연구』, 보건복지부, 2003.
- 박윤형·장욱·이인숙, 「우리나라 의료기관 규제관련 법률에 관한 연구」, 『한국의료법학회지』, 제7권제1호, p.54.
- 범경철, 『의료분쟁소송-이론과 실제-』, 법률정보센터, 2003. 8, p.181.
- 보건복지부, 「제2기 공공보건의료계획 시행계획 및 시행결과 작성지침」, 2006.
- 서광민, 「의료과오의 법적 구성」, 『민사법학』, 1989. 8. 3, p.46.
- 서울민사지법 남부지원 1985. 12. 10 선고 84가합1378(본소)·84가합2303(반소)판결(신현호, 의료소송총론, 육법사, 1997, 161면 재인용).
- 석희태, 『병원 개설 법인의 지위』, 2005.
- 손원익, 「의료기관 관련 조세정책의 현황과 정책방향: 의료서비스시장개방 논의에 대한 시사점」, 『재정포럼』, 2004. 3.
- 송건용, 『의료체계의 공공성 제고방안 연구』, 한국병원경영연구원, 2003. 12.
- 송건용, 「지역보건사업의 활성화를 위한 정책과제와 발전방향」, 한림대학교 사회의학연구소, 제9회 의료정책토론회 주제발표 원고, 1996.
- 송주의, 「거버넌스 시각에서 본 국가연구개발사업의 추진구조」, 상명대학교 석사논문, 2004.
- 안성포, 「비영리법인의 지배구조」, 『법학논총』, 제28권, pp277~308.
- 안형식, 「공공부문의 영역과 민간과의 역할분담 - 공중보건체계를 중심으로 -」,

- 한국보건행정학회 전기 학술대회 연제집, 1998, pp.89~106.
- 양재모, 「비영리법인 성립요건으로서 비영리성」, 『법과 정책연구』, 4집2호, 2004.12, p.408.
- 이경수·강복수·김철웅·김춘배·이무식·이석구·이수진·이중정·유원섭, 『도시보건 지소 시범사업 평가지표 개발 및 평가 보고서』, 영남대학교·한국보건산업진흥원, 2006.
- 이명석, 「거버넌스의 개념화: ‘사회적 조정’으로서의 거버넌스」, 『한국행정학보』 제36권 제4호, 2002. pp.321~338.
- 이선희 외, 『의료기관 평가제도의 문제점과 개선방안』, 이화여자대학교 예방의학교실, 2006.3.
- 이윤태, 「지방공사 의료원 운영실태 및 향후 발전방향 모색」, 『법과 정책연구』, 제4집 제2호(한국법정책학회), 2004.12.
- 이은영, 『채권각론』, 박영사, 1993, pp.706~707.
- 이종원, 「정부형성과 거버넌스: 이론적 연결고리의 탐색 및 지방거버넌스에서 의 적용」, 『정부학연구』, 제8권 제1호 2002. pp.69~91
- 이철송, 『상법총칙·상행위』, 박영사, 1994. 60면 이하; 이기수, 『상법학 총칙·상행위』, 박영사, 1996. 95면; 정동윤, 『상법총칙·상행위법』, 법문사, 1996. 81면.
- 이현출, 「이익집단 갈등과 NGO 거버넌스: 의약분업 사례를 중심으로」, 『한국정치학회보』, 제35권 제3호 2001. pp.217~236
- 임혁백, 『IT와 공공거버넌스의 새로운 패러다임』, 정보통신정책연구원, 2005.
- 전국보건의료산업노동조합, 평등사회를위한민중의료연합. 『지방공사 의료원의 주조조정 민간위탁 민간매각의 문제점과 노동조합의 대응방안 연구』, 2001.
- 정정목, 「패러다임의 전환, 정부개혁 그리고 거버넌스」, 『사회과학논총』 제22집,

1~18.

- 정현율, 「지방공사의료원 발전방안」, 한국보건행정학회 후기학술대회 연세집, 2003. 11.
- 조명래, 「신도시 정치학의 문제설정과 쟁점」, 『공간과 사회』, 제11호, 1999.
- 조성한, 「공익법인으로서의 재단 육성 및 규제정책」, 『한국정책논집』, 제2권 2002, pp.30~47.
- 조형원 등, 「의료분쟁의 해결을 위한 입법방향에 관한 연구」, 『보건행정학회지』 제5권 제1호, 1995. 6.
- 조형원 등, 『현대병원경영학개론』, 신광출판사, 2006.3, pp.415~420.
- 조형원, 병원의 설립·운영과 정부의 개입, 대한의료법학회·중화의원관리학회공편, 제2차 한·중합동 의료법학술대회 자료집 「의료기관의 설립·운영과 법」 (2005.6).
- 조형원, 『보건의료와 법』, 신광출판사, 2006.
- 조형원, 「의료분쟁과 피해자구제에 관한 연구」, 한양대 박사논문, 1994, pp.108~110.
- 조형원, 「한국병원의 법적 기초와 운영」, 『의료법학』 제5권 제1호, 2004.7, p.495.
- 조홍준·감신·신영전·이재호·김철웅, 『도시 보건지소 시범사업모형 개발에 관한 연구』, 보건복지부, 2005.
- 주지홍·왕상한·조형원·박민·이범룡, 『의료정보화산업의 활성화를 위한 법제도 정비방안 연구』, 정보통신정책연구원, 2003.12, pp.118~131.
- 지방국립대학교병원 기획조정실, 『국립대학교병원 소관부서 이전시 지방국립대학교병원 활성화 방안』, 2006. 3.
- 채은경, 「한국 비영리조직의 거버넌스에 관한 연구: 사회복지서비스 전달조직 사례연구」, 연세대학교 행정학과 박사학위논문, 2004.

최염, 「정부지원 민간지역병원 운영실태분석(상, 하)」, 『대한병원협회지』, 통권 119, 120호, 1984, pp.11~12.

한국보건사회연구원. 『공공보건의료체계 개편방안 연구』, 2001.12, pp.66~67.

한국의료법학회 보건의료법학 편찬위원회. 『보건의료법학』, 동림사, 2004.2, 276면.

わが國法人の組織形態とガバナンス: 非營利法人を中心に, 財務省財務總合政策  
研究所研究部, PRI Discussion paper no04A-13, 2004.5

岡澤 照彦, JAMIC Journal 2006.3, [www.izai.net/jyaoka.html](http://www.izai.net/jyaoka.html)

病院經營をはじめとした非營利組織の經營に関する調査研究報告書, 明治安全生  
活福祉研究所, 2005.3

松原由美 & 田中滋, 醫療法人のガバナンスについて, in 醫療經營の非營利性  
に関する調査・研究, 厚生勞動科學特別研究事業, 2004

全日病ニュースダイジェスト, 2004.12.15号, 全日本病院協會

全日病ニュースダイジェスト, 2004.12.15号, 全日本病院協會

Alexander JA., Governance for Whom? The dilemmas of change and effectiveness  
in hospital boards. *Frontiers of health services management* 1990; 6(3):  
38-41

Alexander JA., Hospital governance: Problems and prospects for health services  
research. *Journal of Health Administration Education* 1991; 9:395~424

Arnold D. Kaluzny et al., *Management of Health Services*, Prentice-Hall, Inc., 1982,  
pp.14~18.

Baker RG, Changing Patterns of Governance for Hospitals: Issues and Models, In  
Deber and Thompson (Eds.), *Restructuring Canada's Health Service System*.

- pp.195~206. Toronto: University of Toronto Press, 1992.
- Boeker W, Goodstein J. Organizational Performance and Adaptation: Effects of Environment and Performance on Changes in Board Composition. *The Academy of Management Journal*, 1991; 34(4):805~826.
- Bronstein v. State, 355 So.2d 817(Fla. 3d DCA 1978).
- Carver J. Boards that make a difference: A new design for leadership in nonprofit and public organizations. San Francisco: Jossey-Bass Publishers
- Chenoy NC, Carlow DR. Changing perspectives on hospital governance. *Health Manage Forum*. 1993; 6(1) :4-18
- Chiang T. Economic transition and changing relation between income inequality and mortality in Taiwan: Regression analysis, *British Medical Journal* 1999;319: 1162-65
- Daft, Organization theory and design. 3rd ed. St. Pau., MN: West. 1989
- Delbecq AL, Grill SL, Developing strategic direction for governing boards, *Hospital & Health Services Administration*, spring 1988; 33(1): 25-35
- Dodgson R, Lee K and Drager N, Global Health Governance: A Conceptual Review, London School of Hygiene & Tropical Medicine, World Health Organization, Discussion paper no1, 2002.
- Emmanuel SC, Phua HP, Cheong PY. 2001 survey on primary medical care in Singapore. *Singapore Med J* 2004 Vol 45(5) : 199-213.
- Flanagan J, Little J and Watts T, Beyond Law and Regulation: A Corporate Governance Model fo Ethical Decision-Making,
- Graham J, Amos B, Plumptre T. Governance principals for protected areas in the 21th century. Institute on Governance. Ottawa Canada, 2003
- Griffith JR. The well managed community hospital. Ann Arbor, NI: Health

Administration Press. 1992

- Hirst P, Democracy and Governance, In Ion Pierre, ed. Debating Governance. Oxford, Oxford University Press, 2000
- Hodges R, Wright M, and Keasey K, Corporate governance in the public services: Issues and concepts, *Public Money and Management*, 1996; 16(2), 7-13pp16
- John R. Griffith, Voluntary Hospitals: Are Trustees the Solution? in *Hospital Leadership & Accountability - An Anthology from Hospital & Health Services Administration*(edited by Samuel Levey), Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan, 1992, pp. 31-46.
- Jordan LR Strong, effective boards: A necessity for the 90's. *Frontiers of Health Services Management* 1990; 6(3): 34-37
- Kennedy B, Kawachi I, Prothrow-Smith D. Income distribution and mortality: Cross sectional ecological study of the Robin Hood Index in the United States. *British Medical Journal* 1996; 312: 917-921
- Kennely B, O'Shea B, Earvey E, Social capital, life expectancy and mortality: A cross-sectional examination. *Social Science & Medicine* 2003; 56: 2367-77
- Kovner AR, Martin J. Chin MJ, Physician Leadership in Hospital Strategic Decision Making, in *Hospital Leadership & Accountability-An Anthology from Hospital & Health Services Administration*(edited by Samuel Levey), Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan, 1992, p. 120.
- Kovner A. Improving hospital board effectiveness: An update. *Frontiers of Health Services Management* 1990; 6: 3-27
- Kovner A. Hospital Board Members as policy-makers: Role, priorities and qualifications. *Medical Care* 1974;12(4):971-982
- Lazarova E, Mosca I, Does Governance Matter for Aggregate Health Capital?

- Applied Economic Letters, forthcoming, 2006
- Leftwich A, Governance, Democracy and Development in the Third World, Third World Quarterly, 1993; 14(3): 605-21
- Lepnum R. Consumer-sponsored health centers and health reforms in Canada. J. Ambulatory Care Manage. 1995; 18(1): 39-46.
- McRitchie J, Corporate Governance, Enhancing the Return on Capital Through Increased Accountability, 1998
- Miller R D. , Problems in Health Care Law, 7th ed., An Aspen Publication, Aspen Publishers, Inc., Gaithersburg, Maryland 1996, p.35.
- Ministry of Sustainable Resource Management of British Columbia, Governance Principles for Sustainability: Application Guidelines, 2004
- Minyard, JK, Motivations for choices among market, hybrid, and hierarchical governance structures in a rapidly changing environment, Dissertation of Ph.D in Georgia State University, 1997.
- Newfoundland and Labrador Health and Community Services Association, Framework of accountability for regional health boards, A Presentation to the Government of Newfoundland and Labrador, 1999.
- OECD OECD principles of corporate governance. 1999
- Orlikoff JE. The Future of Health Care Governance: Redesigning Boards for a New Era. American Hospital Pub. 1996
- Ostrom E. Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective Action. New York: Cambridge University Press, 1990.
- Parvinen P, Kujala J. Towards a governance-process framework in healthcare research. Academy of Management Annual Meeting, New Orleans, 2004. 8.
- Pfeffer J, Size and composition of corporate boards of directors: the organization

- and its environment. *Administrative Science Quarterly* 1972; 17(21): 218-228
- Plaska M, Vieth EA. The community health center: An enduring model for the past and future. *J Ambulatory Care Manage* 1995;18(2):3-8.
- Pointer D, Orlikoff J, *The high-performance board: Principles of nonprofit organization governance* 2002 John Wiley & Sons, Inc.
- Pointer DD, Ewell CM. *Really governing: How health system and hospital boards can make more of a difference.* New York: Delmar Publisher 1994
- Pointer DD, Ewell CM. Really governing: What type of work should boards be doing? *Hospital & Health Services Administration* 1995; 40(3): 315-331
- Politzer RM, Schempf AH, Starfield B, Shi L. The Future Role of Health Centers in Improving National Health. *Journal of Public Health Policy* 2003;24(3):296-306.
- Politzer RM, Schempt AH, Starfield B, Shi L. The Future Role of Health Centers in Improving National Health. *Journal of Public Health Policy* 2003; 24(3/4):296-306.
- Provan KG. Organizational and decisional unit characteristics and board influence in independent versus multihospital system-affiliated hospitals. *Journal of Health and Social Behavior* 1988; 29: 239-252
- Prybil LD, Starkweather DB. Current perspectives of hospital governance. *Hospital and Health services Administration* 1976; 3(2): 67-75
- Public Health Institute, *State public health governance in the United States*, prepared for the Little Hoover Commission, 2002.
- Quigley MA, Scott Graham WS Scott QC. *Hospital governance and accountability in Ontario. A report for the Ontario hospital association* 2004
- Ray v. Homewood Hosp., 223 Minn. 440, 27 N.W.2d 409(1974).



- Reich MR. Public-private partnerships for public health. Harvard University School of Public Health, 2000.
- Reinhardt U. Is there hope for the uninsured? Web exclusives 2003. Health Affairs. Available from: URL: [http://www.healthaffairs.org/ WebExclusives/2206Reinhardt.pdf](http://www.healthaffairs.org/WebExclusives/2206Reinhardt.pdf).
- Rhodes R, the New Governance: Governing without Government, Political Studies 1996; 44: 652-667
- Rhodes R. (1997) Understanding Governance: Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability. Bristol, PA: Open University Press(이명석 (2006), 248. 재인용).
- Robert D. Miller, Problems in Health Care Law, 7th ed., An Aspen Publication, Aspen Publishers, Inc., Gaithersburg, Maryland 1996, pp.32-39.
- Rodgers GB, Income and inequality as determinants of mortality: An international cross-section analysis. Population studies 1979; 39: 343-51
- Samuel Levey(ed.), Hospital Leadership & Accountability - An Anthology from Hospital & Health Services Administration, Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan, 1992, pp. 17-18.
- Samuel Levey, Chp.2 Voluntary Hospitals: Are Trustees the Solution? in Hospital Leadership & Accountability - An Anthology from Hospital & Health Services Administration, Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan, 1992, p. 37.
- Schiff G, Fegan C. Community Health Centers and the Underserved: Eliminating Disparities or Increasing Despair. Journal of Public Health Policy; 2003; 24(3): 307-311.
- Shi L, Starfield B, Xu J, Politzer R, Regan J. Primary Care Quality: Community Health Center and Health Maintenance Organization. Southern Medical Journal 2003; 96(8);787-86.

State v. Serebin, 119 Wis. 2d 837, 350 N.W. 2d 65(1984).

Stern v. Lucy Webb Hayes Nat'l Training School, 381 F. Supp. 1003(D. D.C. 1974).

Umbdenstock RJ Hageman WM, Amundson B. The five critical areas for effective hospital governance of not-for-profit hospitals. *Hospitals and Health Service Administration* 1990; 35(4): 481-492

UNDP, Reconceptualising Governance, New York: Management Development and Governance Division, 1997.

van Beveren A, Examining regional hospital governance: Exploring board structure and roles and their relationship to the community, Thesis for PhD in University of Toronto, 1998.

van Doorslaer E, Wagstaff A et al. Income-related Inequalities in health: Some international comparisons. *Journal of Health Economics* 1997; 16: 93-112

Verdeyen V and Van Buggenhout B. Social Governance: Corporate governance in institutions of social security, welfare and healthcare. *International Social Security Review*, Vol.56, 2/2003

WHO. The world health report 2000, Health systems: Improving performance. World Health Organization, 2000.

Williamson O, *The Mechanism of Governance*, Oxford: Oxford University Press, 1996

Williamson O. Strategy research: Governance and competence perspectives. *Strategic Management Journal* 1999; 20(12): 1087-1108

Weisbrod B(ed.), *To Profit or Not To Profit*, Cambridge University Press, 1998.

World Bank, *Governance: The World Bank's Experience*, Washington D. C.: IBRD, 1994.

World Bank. Public policy for the private sector. World Bank Health Systems Development-Private Sector, June 2003.

Zald MN. The power and function of boards of directors: A theoretical synthesis: American Journal of Sociology 1969; 75: 97-111



