연구보고서 2001-29

公共保健醫療體系 改編方案 硏究

金宰瑢・張善美
李東模・申榮全
韓恩娥・李侖亭

韓國保健社會硏究院

머 리 말

우리나라의 보건의료체계는 세계 여러 국가들과 비교할 때, 매우 예외적인 발전경로를 밟아 왔음은 주지의 사실이다. 서양의학의 도입 이후 경제개발 시기를 거치면서 차츰 뿌리를 내린 우리나라의 민간의료체계는 전국민의료보험실시와 같은 국가의 공적개입을 전후로 급격한 양적·질적 팽창을 이루었다. 반면, 과거 가족계획과 모자보건, 결핵관리 등 국가주도형 보건사업을 주도하며 기본적인 필수보건의료서비스의 주요 공급자 역할을 담당했던 보건소와 국공립의료기관들은 그 과정에서 상대적인 위축을 거듭해 왔다. 하지만 보건의료에서 공공부문의 약화는 관련분야 전문가들의 꾸준한 문제제기에도 불구하고 사회적으로는 별다른 관심과 주목을 받지 못하였다고 보는 것이 보다 사실에 가깝다 하겠다. 비슷한 시기에 주요 선진국들이 건강증진을 필두로 하는 포괄적 보건의료체계를 구축하고 지속적인 의료비 상승을 억제하고자 공공부문을 중심으로 다양하고 정교한 정책개입을 시도해 온 것과는 사뭇 그 양상이 다르다 할 것이다.

최근 우리나라는 약사법 개정과 한약분쟁, 포괄수가제 시범사업, 의약분업과 의료대란, 건강보험재정위기에 이르는 일련의 사태를 겪었다. 이 과정에서 보건의료문제가 주요한 사회적 의제의 하나로 대두되기에 이르렀으며 파생된 제반 문제점들에 대한 근본적인 해결책의 하나가 바로 보건의료의 공공성을 회복시키는 것이라는 인식이 공공보건의료체계에 대한 새로운 관심의 배경이 되고 있다.

본 연구는 이러한 시점에 공공보건의료체계에 관한 기존 연구성과와 현황, 문제점들을 조망함으로써 우리나라의 공공보건의료체계가

제자리를 찾아가기 위한 단초들을 모색하고자 하였다. 이를 위해 공공보건의료 또는 보건의료의 공공성에 관련된 이론적 성과들과 국내의 주요 연구결과들을 정리하였으며, 서구와 아시아의 주요 국가들의 공공보건의료체계 개편과정 및 현황들을 조망하였다. 또한 우리나라 공공보건의료체계의 현황과 문제점을 정리하여 제시하고 일반국민과 관련분야 전문가들의 의견을 조사하여 체계개편을 위한 정책대안 도출의 근거로 삼고자 하였다.

본 연구결과가 우리나라의 공공보건의료체계 개편에 관한 장기적인 전망과 인식의 공유, 정책대안 도출에 유용한 자료로 활용되기를 바라며 관계 전문가들에게도 참고가 되기를 기대한다.

본 보고서가 발간되기까지 귀중한 검독 의견을 주신 본원의 최정수 책임연구원과 김혜련 책임연구원에게 감사를 표하며, 끝으로 본 보고서에 수록된 모든 내용은 저자들의 개인적 견해이며 본원의 공식 의견이 아님을 밝혀두는 바이다.

2001年 12月

韓國保健社會硏究院

院 長 鄭 敬 培

目 次

要 約 ····· 11

第 1 章 序 論 ····· 29
第 1 節 硏究背景 및 必要性 ····· 29
第 2 節 硏究目的 ····· 38
第 3 節 硏究方法 및 內容 ····· 39

第 2 章 公共保健醫療에 관한 旣存 硏究結果 考察 ····· 41
第 1 節 保健醫療에서의 公共性의 槪念 ····· 41
第 2 節 公共保健醫療에 관한 國內硏究 動向 ····· 53

第 3 章 主要 外國의 公共保健醫療 ····· 71
第 1 節 OECD 主要國 醫療保障體系의 特性 ····· 71
第 2 節 OECD 主要國의 保健醫療改革 動向 ····· 83
第 3 節 日本 및 싱가폴의 公共保健醫療體系 ····· 90

第 4 章 우리나라 公共保健醫療體系의 現況과 問題點 ····· 114
第 1 節 우리나라 保健醫療의 一般現況과 展望 ····· 114
第 2 節 公共保健醫療體系의 一般現況과 問題點 ····· 124

第 5 章 公共保健醫療에 대한 認識과 利用現況 ····· 137
第 1 節 一般國民의 公共醫療에 대한 認識과 態度 ····· 137
第 2 節 保健醫療關聯 專門家集團의 認識과 意見 ····· 152

第 6 章　結論 및 政策課題 ····· 171
　第 1 節　非差別性(衡平性)과 接近度 改善 ····· 171
　第 2 節　地域社會基盤活動과 國家政策의 受容 ····· 176
　第 3 節　非營利性과 서비스의 質的 水準 ····· 179

參考文獻 ····· 184

附　　錄 ····· 193

表 目 次

〈表 1- 1〉 部門別 保健醫療財政 增加 要因 ····· 36
〈表 2- 1〉 地方公社醫療院의 評價指標中 公共性 關聯指標 ····· 46
〈表 2- 2〉 公共保健醫療計劃의 公共性 企劃 및 評價의 基本틀 ···· 47
〈表 2- 3〉 公共保健醫療機關의 機能 整備 內容要約 ····· 63
〈表 3- 1〉 國民醫療費中 公共部門支出의 比率 ····· 73
〈表 3- 2〉 外來診療서비스중 民間部門의 比率 ····· 75
〈表 3- 3〉 入院診療費中 民間部門의 比率 ····· 75
〈表 3- 4〉 全體 病床中 公共病床의 比率 ····· 78
〈表 3- 5〉 平均壽命 및 死亡率, 母性 및 嬰兒死亡率 ····· 80
〈表 3- 6〉 國民總生産(GDP)中 國民醫療費의 比率(1970～1998) ···· 81
〈表 3- 7〉 人口 千名當 入院病床數 ····· 89
〈表 3- 8〉 開設者別 施設數(各 年度 該當年度 10月 1日 基準) ···· 92
〈表 3- 9〉 開設者別 病床數(各 年度 該當年度 10月 1日 基準) ···· 93
〈表 3-10〉 國立病院 및 療養所 統廢合 全體計劃의 槪要 ····· 96
〈表 3-11〉 싱가폴 醫療서비스 財源調達體系 要約 ····· 102
〈表 3-12〉 醫療機關 및 醫療人力 現況 ····· 104
〈表 3-13〉 長期療養서비스 提供機關 現況 ····· 107
〈表 3-14〉 公共病院 入院서비스에 대한 政府補助率 ····· 109
〈表 3-15〉 老人을 위한 保健醫療서비스 ····· 111
〈表 4- 1〉 實質 國民醫療費 및 實質GDP中 實質國民醫療費의
比重 ····· 116

〈表 4- 2〉 全體 人口 診療費 總計 및 65歲 以上 老人 人口 診療費 ····· 119
〈表 4- 3〉 年度別 物價指數 ····· 120
〈表 4- 4〉 入院 및 外來 診療費의 要因別 變動比(1991～1999年) ···· 121
〈表 4- 5〉 醫療機關種別 入院 및 外來 診療費 變動比 (1991～1999年) ····· 123
〈表 4- 6〉 우리나라의 公共保健醫療機關 ····· 124
〈表 4- 7〉 保健醫療分野의 計劃作成 關聯法規 ····· 127
〈表 4- 8〉 主要 保健所 技術支援 團體의 所屬 및 役割과 關聯 保健福祉部 部署 ····· 128
〈表 4- 9〉 年度別 公共醫療機關의 比重變化(1987, 1997) ····· 129
〈表 4-10〉 邑·面·洞別 一次醫療機關의 分布와 保健所·支所의 比重 ····· 130
〈表 4-11〉 保健機關 所在 邑·面·洞 數와 該當地域 人口數 ····· 134
〈表 4-12〉 地方公社醫療院의 財政現況(2000年) ····· 136
〈表 5- 1〉 一般國民調査 標本抽出 現況 ····· 138
〈表 5- 2〉 全國 246個 市·郡·區의 市·道別, 性別·年齡別 人口數 分布 ····· 139
〈表 5- 3〉 應答者의 一般現況 ····· 141
〈表 5- 4〉 保健所 및 公共病院에서 利用한 서비스 種類 ····· 142
〈表 5- 5〉 保健所 또는 公共病院을 利用하는 理由 ····· 143
〈表 5- 6〉 保健所나 公共醫療機關을 利用하지 않는 理由 ····· 144
〈表 5- 7〉 公共醫療機關 利用者의 所得階層에 대한 意見: 公共醫療 機關은 주로 貧困層이 利用하는 곳이라는 意見에 대하여 ····· 145

〈表 5- 8〉 政府에서 運營하는 公共醫療機關의 一般的 信賴性에 대한 意見 ····· 146
〈表 5- 9〉 隣近에 施設裝備, 醫療陣, 職員들이 民間病醫院과 비슷한 公共醫療機關 利用與否 - 民間醫療機關 利用群 ····· 147
〈表 5-10〉 保健所나 公共病院까지의 距離 ····· 148
〈表 5-11〉 政府가 稅金을 들여 保健所나 公共病院을 增加할 必要性 ····· 149
〈表 5-12〉 治療費가 없을 경우 治療받지 못하는 狀況에 대한 意見 ····· 150
〈表 5-13〉 民間醫療機關의 營利追求에 대한 意見 ····· 151
〈表 5-14〉 設問應答者의 一般特性 ····· 153
〈表 5-15〉 所得 및 地域水準別 醫療서비스의 質的 隔差에 대한 意見 ····· 154
〈表 5-16〉 各 機關別 公益的 機能項目에 대한 充足程度 ····· 161
〈表 5-17〉 全體 保健醫療資源, 의료서비스 提供量에 대한 公共의 役割比重에 대한 意見 ····· 163
〈表 5-18〉 公共醫療서비스 傳達 關聯 政府의 直·間接 介入에 대한 年齡別 贊反意見 ····· 164
〈表 5-19〉 公共醫療部門 投入豫算規模에 대한 年齡別 意見 ····· 168
〈表 5-20〉 公共部門 投入豫算을 擴大할 경우 年齡別 豫算調達方法 ····· 168
〈表 6- 1〉 公共保健醫療體系 改編의 基本方向 整理의 틀 ····· 171

그림 目次

〔그림 1-1〕 2次 資料源 및 連繫分析의 槪要 ····· 40
〔그림 2-1〕 Preker 등(2000)이 提示한 서비스의 直接提供과 購買 基準 ····· 51
〔그림 2-2〕 Guisti 등(1997)이 提示한 公共/民間 分類基準 ····· 52
〔그림 4-1〕 國民醫療費의 財源別·年度別 規模 ····· 116
〔그림 4-2〕 人口推計에 따른 構造變動(5歲 單位) ····· 117
〔그림 4-3〕 總診療費의 增加에 影響을 미치는 要因들의 槪要 ···· 120
〔그림 4-4〕 面地域 住民의 主要 呼吸器疾患 外來利用의 樣相 ···· 131
〔그림 4-5〕 邑·面·洞別, 年齡別 地域住民의 保健機關 利用經驗者 比率 ····· 132
〔그림 4-6〕 廣域市·道別 人口 10萬名當 保健醫療人力 分布 ····· 133

要 約

1. 硏究背景 및 必要性 및 硏究目的

가. 硏究의 必要性

- 최근 의료대란과 건강보험재정위기 등으로 이어지는 일련의 사건들은 우리사회에서 보건의료문제를 개인적 관심사에서 주요한 사회적 관심사로 전화시키는 계기를 제공하였고 보건의료에서 정부의 역할을 강화해야 한다는 주장이 제기되고 있음.

❑ 論議의 追想性 克復 問題

- 보건의료에서 시장과 정부 한쪽을 부정하거나 공공과 민간을 이분법적으로 바라보는 구태의연한 시각을 벗어야 할 것임. 공공과 민간 양자에 실패요인이 있다는 것을 이미 인정한 위에 이를 최소화하기 위해 견제와 균형의 방안을 찾는데 초점이 맞추어야 함. 공공보건의료체계를 개편해야할 근거와 방향성은 이러한 전체적인 맥락 하에서 도출되어야 할 것임.

❑ 우리나라의 特殊性

- 보건의료체계 개편과 관련된 제도개편의 성패는 사회통합성에 대한 국민의식과 합의도출능력, 정부의 정책집행 역량, 현존하는 체계의 역사성과 정치성 등이 지적되고 있음.
- 서구선진국들이 추진한 보건의료체계개편은 공공부문을 주요 대상으로 단편적인 '가격'규제가 아니라 총체적인 '비용(가격×총

량)'규제에 초점을 맞춘 것임. 재화의 특성, 외부효과, 형평성, 이해당사자간 신뢰 정도처럼 측정하기 어려운 요인들도 공적개입의 방식과 강도를 선택하는데 반드시 고려해야할 요소가 됨.

▢ 包括的 對策의 不可避性

- 보건의료의 재정증가와 관련하여 소비영역, 공급영역, 조정영역 모두에서 수많은 증가요인들이 존재함. 특히 이러한 위기 속에서 효과적인 조정기전의 미흡은 보건의료부문에 대한 전망을 더욱 어둡게 하고 있음. 재정적 위기 이후의 연속적인 보건의료체계의 위기로 이어질 가능성이 높음.
- 보건의료정책수요의 폭증과 그에 따른 정책집행능력의 확보와 효율성 증대가 필요하지만 전반적인 공공부문 자체의 관성과 수용성의 한계가 크게 작용하고 있음. 현재의 체계개편은 단위기관의 미시적 효율성 증대가 아니라 서비스제공, 재정, 행정, 연구 등 공공의 각 부문들을 포괄한 거시적 효율성 증대를 지향해야 함.

나. 硏究目的 및 硏究方法

▢ 연구목적

- 보건의료의 공공성에 관한 기존 연구내용들을 요약·정리함.
- 공공보건의료체계의 현황과 문제점 정리
- 공공보건의료에 대한 인식과 이용현황 정리
- 주요 국가의 공공보건의료체계 현황과 개혁방안 고찰
- 공공보건의료체계 개편의 효과적 실행방안 도출

❑ 연구방법 및 내용

- 문헌고찰과 2차자료 분석DB 구축 및 활용
- 공공의료기관에 관한 국민들과 보건정책 전문가 집단의 인식과 이용행태에 관한 전화설문조사 실시

2. 公共保健醫療에 관한 旣存 硏究結果 考察

❑ 공공성의 정의

- 공공성을 국가의 역할과 공권력의 연장선상에서 파악하는 경향과 사적 영역이 공권력에 저항하면서 만들어낸 정치적 공간으로 이해하는 방식으로 대별됨.
- 전자의 경우, 주로 국가의 역할에 초점을 맞추어 국가기능의 수행자라 할 수 있는 정부와 공공보건의료기관이 어떻게 그 역할을 해야 하는가에 주목하게 됨.
- 후자의 경우, 주로 공공성(영역)을 국민들이 어떻게 국가의 공권력에 맞서 확보하고 확대시켜 나가야 할 것인지에 관심을 두게 되며 검토의 영역이 정부나 공공보건의료기관에 국한되지 않고 민간부문을 포함하여 국민생활의 전 영역으로 그 개념을 확대하게 됨.

❑ 공공보건의료의 필요성과 역할

- 공공부문이 강화되어야 한다는 데 이론의 여지가 없으나 공공보건의료 발전 방안으로서 공공보건의료기관의 확충을 통한 정부나 지방자치단체의 보건의료 공급 전략을 채택해야 하는가에 관하여 이견이 존재함.

❑ 공공보건의료체계

- 국가공공보건의료체계의 위상과 목표 설정이 부재하다는 점, 각급 공공보건의료기관의 기능과 역할이 불분명하다는 점, 공공보건의료 관련 행정체계가 비효율적이고 비합리적으로 운영되어 왔다는 점이 공공보건의료체계의 대표적인 문제점으로 지적됨.
- 또한 공공보건의료기관을 지원할 수 있는 재원의 부족과 공공보건의료기관 시설 및 인력의 부족 등이 문제점으로 지적되고 있음.

❑ 공공보건의료체계의 개선 방안

- 기존 연구에서는 향후 공공보건의료의 목표와 역할 정립, 국가공공보건의료체계의 정비, 공공보건의료기관의 운영의 민주성 확보, 공공보건의료부문의 효과적인 업무평가체계 개발, 유능한 공공보건의료인력의 확보 및 인력개발, 공공보건의료에 관한 법률 제정, 장기요양시설 확충 등에 중점을 두어 공공보건의료체계를 개편해야 함이 강조됨.

❑ 공공보건의료기관

- 공공병원
  - 전반적인 공공보건의료체계 속에서 공공병원을 포함한 공공보건의료기관의 기능과 역할을 구체적으로 정립하고, 지방공사 의료원을 중심으로 공공병원의 효과적 운영 방안 및 평가 방법을 도출하는 방안이 주로 논의됨.
- 보건소
  - 의료 환경의 변화에 따른 보건소 기능 개편의 필요성이 공통적으로 지적되어 왔으나, 일반 진료 기능을 어느 수준까지 보유하여야 할 것인가에 대해서는 의견의 차이가 있음.

- 공공부문의 비효율성을 제거하면서도 공공보건의료의 본래 목적을 달성하기 위해 책임행정기관제 도입 등의 필요성도 제기됨.

3. 主要 外國의 公共保健醫療

❑ OECD 주요국들의 보건의료체계 특성과 개혁 동향

- 미국을 제외한 주요 OECD 국가들은 국가보건서비스나 사회보험을 통해 대다수 국민이 경제적 수준에 크게 구애받지 않고 기본적인 의료서비스를 제공받을 수 있는 의료보장제도를 갖추고 있음.
- OECD 주요국들은 국민의료비중 공공부문지출이 차지하는 비율은 대부분 70%를 넘고, 전체 병상중 공공병상의 비율도 대부분 60%를 넘는 공공주도형(Pubkic-Oriented) 보건의료체계를 가지고 있음.
  - 의료보장체계내에서는 외래보다 입원서비스에 대한 보장성이 큼. 이에 따라 캐나다, 덴마크, 네덜란드 등은 입원서비스중 공공부문지출이 차지하는 비중이 80%를 넘으며 외래서비스 중 공공부문지출이 차지하는 비중은 60~70% 정도임.
  - OECD 주요국들은 대부분 약제서비스, 일부 치과서비스, 보장용구 등에 대해 본인일부 부담금을 책정하고 있음.
- 1970년대 후반부터 OECD 주요국들은 의료비 증가 억제, 의료서비스의 질 향상, 형평성 보장과 효율성 증대 등을 목표로 한 보건의료개혁을 진행하고 있음.
  - 재정측면에서 환자본인부담금 확대, 민간의료보험 등을 통해 공공부문 재정부담을 줄이는 방법이 여러 국가에서 실시되고 있음.

- 진료비지불보상제도의 변화를 통해 의료공급자가 비용절감적인 의료행위를 하도록 유도하는 방법도 많은 국가에서 사용되고 있음. 네덜란드, 스웨덴, 프랑스 등이 병원의 입원서비스를 대상으로 총액예산제를 도입했으며, 독일과 캐나다는 1차의료기관(외래)를 대상으로 한 총액예산제를 실시하고 있음.
- 공적인 계획하에 경쟁을 도입하는 정책이 실시됨. 소비자(환자) 선택의 확대, 협상에 의한 계약, 인센티브 체계 개발유인 개발 등을 주요 특성으로 하는 관리된 경쟁(managed competition), 내부시장(internal market) 등이 도입됨.
- 의료서비스 공급체계에 있어서는 병원 신설을 억제(독일, 프랑스, 네덜란드 등)하거나 병원의 고가장비 도입 억제, 입원서비스를 줄이는 방향으로 개혁이 실시됨.
- 만성 노인성질환 증가에 대한 대책으로 각종 장기요양 시설을 구비하고 사회복지 시설과 연계하는 노인의료 전달체계를 확보하려는 정책들이 추진되고 있음. 독일, 캐나다, 일본 등은 노인요양시설, 거택간병을 의료보장 급여범위에 포함한 제도를 실시하고 있음.

❑ 일본의 공공보건의료체계

– 일본은 사회보험형 국가로서 국민의료비중 공공지출이 차지하는 비율이 78.5%(1998년)에 이름. 또한 환자 본인부담금 감소와 정부지출액 증대 정책을 실시함으로써 공공지출이 차지하는 비율은 최근 다소 높아지는 추세에 있음.
  - 그러나 공급부문에서는 전체 병원수의 80% 이상이 민간이 운영하고 있으며 공공부문에 속하는 병상의 비율은 30.5%에 불과함. 즉, 의료서비스 공급체계로 볼 때는 민간주도형

에 속함.

- 국민의료비는 1998년 GDP의 7.4%로서 다른 OECD 국가보다 낮은데 비해 평균수명은 세계에서 가장 높음.
- 2000년부터 노인복지 프로그램과 보건의료서비스 제공 프로그램을 통합하여 포괄적인 서비스를 제공하는 장기요양보험제도를 실시함.
  - 장기요양보험기금은 50%는 국가의 일반예산에서 부담하고 나머지는 40세 이상 65세 미만의 일반국민에게 부과되는 추가 보험료를 통해 조성됨.
  - 장기요양보험은 요양시설, 노인전문병상, 방문간호서비스, 재활서비스 등이 모두 적용대상이 되며, 이용자는 총 서비스 금액의 10%를 본인부담함.

❑ 싱가폴의 공공보건의료

- 싱가폴은 국민에게 양질의 보건의료서비스를 제공하되 의료서비스 이용의 일정부분은 개인이 책임진다는 원칙하에 MSA (Medical Saving Account)라는 독특한 의료비 저축형 제도를 가지고 있는 국가임.
- 싱가폴의 의료공급체계를 보면, 1차 의료는 민간클리닉이 80% 정도를 점유하고 있으며 나머지 20%는 공공의료기관인 폴리클리닉이 차지하고 있음. 이와 달리 병상은 전체 병상수의 85%를 공공병원이나 국가전문치료센터에서 공급하고 있음.
  - 공공의료기관의 수직적 연합체인 National Healthcare Group (NHG: 비영리 비정부기관) 등을 형성하여 입원 서비스 등이 필요한 경우 폴리클리닉에서 바로 공공병원으로 연결될 수 있도록 하고 있으며, NHG에 속한 기관간 전산 네트워크

를 통해 모든 환자자료를 공유함.

- 공공의료기관(급성질환 대상 종합병원, 국가전문치료센터, 폴리클리닉)의 운영을 민간에 위탁하는 방법으로 공공부문 구조조정이 진행되고 있음. 이때에도 위탁병원의 운영비용은 정부가 직접 통제하고 있으며, 정부는 구매자로서 각 민간위탁병원의 성과를 평가하고 서비스 가격을 협상을 통해 정함.

4. 우리나라 公共保健醫療體系의 現況과 問題點

❑ 우리나라 保健醫療의 一般現況과 展望

– 醫療費 支出의 現況

- 소득증가세의 둔화와 노인인구의 증가, 신기술의 도입 등에 힘입은 국민의료비 증가세가 결합할 경우 우리나라의 GDP 중 국민의료비 비중은 급격히 증가할 것으로 예상됨.
- 우리나라는 OECD 국가들에 비해 국민의료비 지출 중 사회보장을 포함한 공공부문이 차지하는 비중이 작은 나라에 해당됨(46.2%). 민간지출 중에서도 가계부문이 차지하는 비중이 절대 큼. 이는 사회보험의 위험보장 기능이 약하다는 것을 의미하며, 효율성, 형평성, 그리고 국가 규제 수단의 실효성 확보에의 문제점을 나타냄.

– 老人醫療費의 增加

- 2000년 현재 우리나라의 65세 이상 노인인구 비율은 7.2%로 아직 다른 OECD국가들에 비해 그 크기가 작은 편이나 1960~1980년대 출생인구의 영향으로 향후 노령화는 매우 급격히 진행될 것임.

- 노인인구의 증가경향과 지난 2000년의 연령별 입원 및 외래의 일인당 진료비를 바탕으로 장래 의료비를 추계한 결과에 따르면 2050년에는 현재보다 노인의료비가 외래 4.2배, 입원 4.7배 증가할 것으로 예상됨. 의료비 자체의 증가요인들(소비자의 이용률 증가와 공급자의 서비스 강도 증가)을 고려하면 증가폭은 이 보다 매10년마다 2배 가량 더 커질 것임.
- 노인계층은 다른 연령대에 비해 소득수준이 낮은 편이고, 각종 공공의료서비스의 주요 수요자이기도 하므로 전반적 노인의료비 증가 대책과 더불어 노인들의 증가하는 수요를 비용-효과적으로 감당할 수 있는 공공부문의 주도적 역할발휘가 필요함.

– 診療費 增加要因

- 우리나라는 전국민의료보험 실시이후 가계본인부담의 비중이 절반정도를 유지하는 가운데에도 급속한 지출증가가 나타났음. ① 서비스강도의 증가가 모든 연령대별에서 일관되게 나타난 점, ② 병상당 입원일수나 의사당 내원일수가 거의 변동이 없었던 점, ③ 의원의 입원서비스와 종합병원의 외래서비스에서 강도증가가 각각 가장 높은 점, ④ 전체 연령군에서 평균진료비가 높은 진단명의 건수증가 등이 나타남.

❑ 公共保健醫療體系의 一般現況과 問題點

– 管理運營體系의 分散에 따른 非效率性

- 직접서비스를 제공하는 공공보건의료기관은 총 130여 개소의 공공병원들과 각 기초자치단체 산하에 속한 보건기관(2000년 9월 현재 보건소 242개소, 보건지소 1,271개소, 보건진료소 1,908개소), 기타 관련기관들이 있음.

- 총 15개 관계법령과 8개 담당부처에 기관들이 분산되어 있어 관리운영상의 비효율성이 심각함. 주요 지방보건행정조직들은 일반행정 위주의 편재에 따라 서비스의 질적 개선이나 전문성 강화를 위한 동기가 부여되지 않음.
- 행정자치부, 기획예산처, 교육인적자원부, 노동부, 국방부, 지방보훈처 등에 산재된 단위조직들은 사안에 따라 업무협조가 이루어지나 지속성과 일관성을 보장할 장치는 없음.
- 공공의료기관들은 민영화, 책임행정기관화 등을 통해 부분적 자율성은 확보하였으나 국가보건사업에 참여할 인적기반이나 동기는 전혀 부여받지 못하고 있으며 전체적으로 공공보건의료기관들은 각개약진하는 양상을 보이고 있음.

– 調整-統合 機能의 不足

- 중앙부처의 업무분장과 인력배치, 기능평가를 차치하더라도 계획-집행-평가 및 환류 상의 난맥상이 존재함. 내용과 실행주체가 유사함에도 상이하게 보건의료 계획을 규정하고 있는 법률들을 조정할 필요가 있음.
- 중앙단위의 조정·통합 기능 부재로 업무의 중복과 비효율이 존재함. 사업간 연계부족으로 가능한 정책수단들이 제대로 활용되지 못하고 있으며 용역이나 위탁의 형식을 빌어 외부기관에 기술지원을 받고 있어 지속성이 보장되지 못함.

– 公共保健醫療機關의 役割比重

- 보건소, 보건지소의 확대로 농촌지역 주민들의 의료접근도는 외형적으로는 개선되었으나 주민들의 상당수가 시간소요와 높은 비용에도 불구하고 중심지역의 민간의원을 이용하는 것으로 나타나 실질적인 개선에는 도달하지

못하고 있음.

- 연간(1998년 10월～1999년 9월) 보건기관(보건소, 보건지소, 보건진료소) 이용경험률은 동·읍·면이 각각 2.3%, 6.0%, 22.9%로 특히, 도시지역에서 영향력과 접근도가 매우 취약함. 모든 지역에서 고연령층의 이용률이 높았고 면지역의 경우에는 5～14세 연령층의 이용률이 다소 높았음.
- 주요 광역시 지역의 보건기관의사인력은 인구 10만명당 1.3명에 불과함. 거주 읍·면·동 내에 질병예방 및 건강증진 분야의 포괄적 보건의료서비스를 제공하는 보건기관이 하나 이상 존재해야 한다는 지리적 접근도 측면의 가정을 설정하면, 이러한 조건을 충족하는 경우는 전인구의 28.5%(1347만명)에 불과함.

– 地方公社醫療院의 現況

- 지방공사의료원은 지역내 총 의료보호입원일수의 54.4%를 담당하며, 병원급 이상에서는 55.2%를 담당하고 있어 저소득층의 안전망 구실을 수행하고 있음.
- 의료보호 환자의 경우 평균 16.2%를 담당함. 지역내의 다른 의료기관에 비해 의료보호 환자를 평균 3.7배(최고 11.8배～최저 1.6배) 더 많이 진료하고 있는 것으로 나타났음.
- 대다수 지방공사의료원에서 의업손실을 의업외수익과 보조금으로 보전하는 것으로 나타남. 2000년도 기관당 의업손실은 17.0억원, 의업외수익은 11.3억원, 당기순손실은 8.5억원, 보조금은 12.7억원이었음. 보조금의 일부가 시설투자비용이었음을 감안하면 실제 재정상태는 더 열악할 것임.

5. 公共保健醫療에 대한 認識과 利用現況

가. 一般國民의 公共醫療에 대한 認識과 態度

❑ 調査의 槪要

- 2000년 1월 기준으로 전국 246개 행정시·군·구 중 40개구(31개 시·구 지역과 9개 군지역)에서 각 40명씩 총 1,600명을 대상으로 전화조사를 실시함.

❑ 調査結果

- 公共醫療機關 利用 및 認識關聯 結果
  - 보건소 또는 공공병원을 이용하는 이유로서는 값이 싸기 때문이라는 응답이 전체의 36.69%로 가장 많았으며, 집에서 가까워서라고 답한 비율이 24.87%로 그 다음으로 높았음
  - 지난 1년간 공공의료기관을 이용한 경험이 없다고 답한 경우 공공의료기관을 이용하지 않은 사유로서 한 번도 가본 적이 없거나, 거리가 멀고 불편해서라는 응답이 각각 32.17%, 31.46%로 가장 많았으며, 시설과 장비가 나쁘거나 의사를 믿을 수 없기 때문이라는 응답은 4~7%에 불과하였음.
  - 민간기관 이용군의 경우 전체 응답자의 약 50%가 공공의료기관은 주로 빈곤층이 이용하는 곳이라는 의견에 동의하였으며 정부에서 운영하는 공공의료기관의 일반적인 신뢰성에 대해 공공의료기관 이용군은 15.62%만이 매우 불신하거나 불신한다고 답한 반면, 민간의료기관 이용군은 이보다 많은 22.73%가 불신한다고 답하였음. 그러나 공공의료기관 비이용군에게 가까운 곳에 시설장비, 의료진 등이 민간 병의원과 동일할 경우 공공병원을 이용할 것인지에 대해 약 94%

가 긍정적으로 답하였음.

- 醫療서비스의 公共性에 관한 認識調査
  - 정부가 세금을 투입하여 보건소나 공공병원을 더 늘려야 할 필요성에 대해서는 과반수 이상이 매우 필요하거나 필요하다고 답하였으나 공공의료기관 이용군에서의 응답 비율이 더 높았음.
  - 몸이 아파도 치료비가 없을 경우 치료를 받지 못하는 상황에 대하여 의료기관 이용 유형에 관계없이 약 70%가 매우 동의하지 않거나 동의하지 않는다고 응답하였음.
  - 개인이나 민간에서 운영하는 의료기관의 영리추구 행위에 대해서는 연령이나 의료기관 이용 유형에 관계없이 전 응답자의 60% 정도만이 매우 찬성하거나 찬성한다고 답하였음.

나. 保健醫療關聯 專門家集團의 認識과 意見

❑ 調査槪要

- 현직 교수이거나 정부출연 연구기관 종사자로서 보건정책 관련 분야에서 학술활동을 활발히 수행하는 사람을 공공보건의료체계 개선방안에 관한 의견을 도출할 수 있는 전문가로 정의하고 최종 103명을 대상으로 전문가 의견조사를 실시하였음. 응답률은 54.4%였음.

❑ 調査結果

- 所得水準 및 地域에 따른 醫療서비스의 質的 差異에 대한 意見
  - 응답자의 80.36%가 소득 및 지역수준에 따른 의료서비스의 질적 격차가 심각하다는 것에 적극 동의하거나 대체로 동의

하였음. 연령이 증가함에 따라 그 비율이 점차 높아졌음.

- 응답자의 92.86%가 지역수준에 따른 의료서비스의 질적 격차가 심각하다는 것에 적극 동의하거나 대체로 동의하였음. 연령이 증가함에 따라 그 비율이 점차 증가하였음.

– 民間醫療機關에서 擔當하기 어려워 公共醫療機關에서 擔當해야 할 保健醫療서비스에 대한 意見

- 취약계층에 대한 보건의료서비스 제공이 보건기관에서 수행해야 할 역할로서 가장 많이 제시하였음.
- 이 외에 인구 노령화에 대비한 보건의료정책을 연구, 보건의료인력에 대한 지속적 교육 및 훈련 기능, 공중보건서비스의 제공, 예방보건의료서비스 제공, 만성질환 또는 노인질환관리, 방문보건사업 등이 제안되었음

– 保健醫療機關別 公益的 機能項目에 대한 評價

- 공익적 기능을 평가하기 위해 비차별성, 지역사회 기반활동, 국가정책의 수용, 비영리성, 의료서비스의 질적수준, 의료서비스의 접근 용이성 지표를 설정하였음
- 전반적으로 비차별성, 지역사회 기반활동, 국가정책의 수용, 비영리성 지표에서는 1차 혹은 2·3차 의료기관에 관계없이 공공의료기관이 민간의료기관에 비해 충족정도가 더 높은 것으로 평가되고 있으며 질적 수준은 그 반대로 나타남.
- 국립대학병원은 동일한 공공의료기관임에도 불구하고 의료서비스의 질적 수준에 있어서는 공공병원뿐 아니라 민간병원보다도 그 충족도가 높은 것으로 평가되었으나 의료서비스의 접근용이성에 있어서는 가장 낮은 것으로 평가되었음.

– 全體 保健醫療資源 및 서비스 提供量에서 公共의 役割比重에

대한 意見

- 전체 보건의료체계에서 공공부문의 바람직한 역할비중에 대한 응답결과를 산술평균값으로 요약하면 병상수의 약 41%, 의사수에 있어서도 약 41%, 외래진료건수에 대해서는 약 38%로 나타났음.

– 公共醫療서비스 傳達 關聯 政府의 直·間接 介入에 대한 年齡別 贊反意見

- 공공의료기관 수의 확대 및 시설장비 투자 확대 모두에 대해 응답자의 60.00~85.45%가 찬성의사를 밝혔으며, 40대의 찬성률이 다른 연령대에 비하여 모두 높게 나타났음.
- 공공의료기관의 수 및 시설과 장비 확대에 대한 찬성 비율 또한 40대, 30대, 50대 이상의 순으로 높게 나타났음.

– 公共醫療機關들의 現行 役割 중 擴大 또는 縮小가 必要한 領域에 대한 意見

- 확대영역
  - 보건기관: 건강증진 관련사업, 만성질환 및 노인성 질환 등 장기적인 요양서비스가 필요한 질환에 대한 관리 등
  - 국립대학병원: 연구 및 교육 기능, 지역보건사업의 강화를 포함한 지역거점병원으로서의 기능, 의료취약계층에 대한 진료기능 강화
  - 공공병원: 의료취약계층에 대한 진료기능, 만성질환 관리, 지역사회 건강교육, 지역보건사업 또는 지역보건요원 훈련 등 지역사회의 거점병원으로서의 역할
- 축소영역
  - 보건기관: 진료기능

- 국립대학병원: 외래진료기능 혹은 일차의료서비스와 관련된 기능
- 공공병원: 취약계층을 특화하지 않은 일반인을 대상으로 한 진료활동 또는 민간부문과 중첩되는 진료기능

– 公共醫療部門 投入豫算規模에 대한 意見

• 응답자의 94.4%가 현재보다 예산 규모를 확대해야 한다고 답하였으나 30대는 응답자 전원이 공공부문의 투입예산 규모를 확대하는 것에 동의한 반면, 50대는 91.67%, 40대는 89.47%가 이에 동의하였음.
• 공공부문의 예산이 현재보다 확대되어야 한다고 응답한 사람들 중 62.69%가 일반회계 확대를 응답하였고, 30대의 경우 다른 연령대에 비해 특별건강세 등의 목적세 도입이나 또는 건강증진기금 등의 별도의 재원을 통한 예산확대를 더 선호하는 것으로 나타났음.

6. 結論 및 政策課題

▢ 본 연구에서는 공공보건의료체계 개편의 기본방향을 정부가 취할 수 있는 기본적인 접근방법(서비스의 직접 제공, 재정적 수단, 제도적 수단)과 공공보건의료체계 개편이 지향하는 목표(비차별성, 지역사회 기반활동, 국가정책의 수용, 비영리성, 질적 수준, 접근용이성)를 기준으로 결론을 제시함.

▢ 비차별성(형평성)과 접근도 개선

– 포괄적 보건의료서비스 제공을 위한 도시지역 보건분소 설립: 도시지역의 인구집중 양상, 소득계층의 양극화, 치료중심의 의

료서비스 제공체계, 낮은 보건기관 접근도 등을 고려할 때, 저소득층 및 취약층 밀집 지역 등을 우선으로 한 도시지역 보건분소를 설립하고 시범사업을 실시하여 사업모형을 개발함.

- 농어촌 보건기관의 질적 강화와 서비스 전달체계(지역팀제) 도입: 농촌지역 주민들의 실질적인 접근도 개선을 위해 면단위 이하지역의 보건기관에 대한 투자와 지역단위의 업무체계(지역팀제)를 도입함.
- 특수지방행정조직으로의 전환: 현행 지방보건행정조직을 보건(복지)청으로 전환하여 전문성과 서비스능력을 강화하고 인사와 예산, 사업집행상의 자율성을 확보함. 이는 기관간 횡적-종적 연계 활성화에 기여할 것임.
- 공공의료기관에 대한 투자확대 및 인력지원: 의료이용상의 소득계층간 불평등을 억제효과를 기대할 수 있으며 투자 우선순위는 수익성보다는 지역사회 주요 이용계층의 미충족 필요에 따른 계획 하에 추진하며 장단기 인력확보계획을 병행함.

▢ 지역사회기반활동과 국가정책의 수용

- 공공보건의료체계의 관리운영 일원화 및 담당부서 설치: 기능재편 이전에 관리체계의 재편이 전제되어야 현실성이 있으며 중앙차원의 정책협조 및 조정이 우선 작동해야 함. 지원조직 개편, 전담부서 설치, 중앙부처간 조정기구 운영, 관련제도 개편이 필요
- 공공보건의료기관의 기능활성화를 위한 상시적 지원체계 확립: 사업별·담당부서별·재원별로 용역 등 불완전한 관계를 통해 관리되고 있는 재정 및 기술지원 체계를 통합하는 상시적 지원조직을 확립함. 국공립 대학과 연구소 등과의 인력교류(교환, 겸직, 파견 등)를 추진함.

- 국공립 대학병원과 의과대학의 공익성 제고: 국립대학병원이 지역거점병원에 그리고 지역거점병원이 보건소에 지원역할(인력, 서비스, 교육 등) 수행하는 낮은 단계의 연계방안부터 공공보건의료기관들이 지역별 또는 전문서비스 영역별로 연계하여 공동의 관리운영체계를 갖추는 방안까지 가능한 대안들을 추진함.
- 적정 의사인력 확보 및 인력구조의 개편을 위한 정책수단 검토: 의사인력의 과부족보다 이미 현실화된 인적구조 개편이 우선 필요함. 일부 전문과목의 개업제한, 본인진료과목 여부에 따른 수가차등화, 과목간 수가수준의 조정, 급여범위의 조정, 중점과목에 대한 지원, 전문의 수련과정 개편 등을 검토해야함.

▢ 비영리성과 서비스의 질적 수준

- 국민건강정보 관리체계의 구축: 소비자와 공급자의 행태변화를 시의적절하게 평가할 거시 및 미시정보 통합관리가 필요함. 공적 정보의 공적 활용성을 높이기 위한 공식경로(위원회)를 확보하고 공식적·법적 책임성을 부과함.
- 건강여명의 증대와 노인의료비 절감을 위한 공급체계 개편: 건강증진 및 예방, 질병조기 발견 및 관리, 지역사회보호(community care)와의 연계, 장기요양병상의 확보를 위한 재정지원, 필수인력의 확보 및 배치, 평가 및 모니터링 등을 공공부문에서 주도적으로 담당함.
- 공공보건의료기관 평가기준의 개편: 저소득층에 대한 진료활동, 민간에서 자주 담당하지 않는 대민서비스, 지역보건사업 및 교육훈련, 진료의 질적 수준과 비용 측면에서 수렴된 평가기준을 추가로 제시함.

第 1 章 序 論

第 1 節 硏究背景 및 必要性

최근 의료대란과 건강보험재정위기 등으로 이어지는 일련의 사건들은 우리사회에서 보건의료문제를 개인적 관심사에서 주요한 사회적 관심사로 전환시키는 계기를 제공하였다. 이제 보건의료문제는 한정된 예산과 자원, 사회적 비용, 이해집단간 갈등, 국민의 정서와 동의, 국제적인 동향 등과 과거보다 더욱 직접적인 영향력을 주고받는 국가정책 상의 중요사안이 된 것이다.

이러한 과정에서 공공보건의료를 강화하자는 주장이 사회의제화된 것은 지난 수 년 간 사실상 자유방임에 가까운 정책기조를 유지해온 우리나라에서는 그 자체가 하나의 사건이라 할만하다. 보건의료 분야의 관련학회들이 공공성을 주제로 토론회를 열고[1] 공공부문에 종사하는 의사들은 공공보건의료체계를 강화해야 한다는 집단청원서를 제출했다[2]. 국회에서도 관련 정책제안서가 제출되었고 일부 시민단체들의 요구사항에는 작년부터 공공보건의료 강화가 포함되었다. 대한의사협회도 국가재원의 투자증대를 주장하고 있으며[3] 보건의료 전문가를 대상으로 한 의견조사에 따르면 우리나라에서 공공부문의 비중이 대체

---

1) 대한공공의학회 춘계학술대회 및 정책토론회(2001. 6.)_한국의료의 공공성; 한국보건행정학회 후기학술대회 심포지움(2001. 11)_국민건강향상을 위한 공공부문과 민간부문의 조화 등

2) 대한공공의학회, 공공보건의료에 관한 청원서－공공보건의료기관의 확충과 육성이 필요하다, 2000. 8.

3) 신상진 신임 의협회장 취임사(2001. 11.)

로 절반 정도가 되는 것이 바람직하다고 응답하고 있다.

물론 공공보건의료를 양적으로 확충해야 한다는 주장이 일정한 파장을 일으키는 것은 의사파업에 따른 즉자적이고 정서적인 반응이라는 측면도 배제할 수 없으며 다른 한편 이해관계와 결부되어 공공보건기관의 진료축소를 주장하는 입장에서는 보건의료의 공공성에 대한 논의 자체를 생존권 위협으로 받아들일 가능성도 있다. 하지만 현실성의 제약과 구체적인 대안의 부재에도 불구하고 이러한 논의가 일정한 흐름을 갖추게 된 것은 우리나라의 국가보건의료체계에 대한 위기의식이 모든 이해관계자들에게 공유되고 있기 때문이며 보건의료의 공공성을 복원하는 것을 그 근본적인 대책의 하나로 인정하고 있다는 사실을 반영하는 것으로 생각된다. 하지만 우리사회에서 이러한 수준의 합의가 존재한다고 가정하여도 실제적인 측면에서 적지 않은 난관들이 존재한다.

1. 論議의 抽象性 克復 問題

최근의 공공부문 개혁기조에 따르면 공공부문이 마치 비효율의 상징처럼 비춰지고 있으며 일부 전문가들은 이를 당연한 것으로 전제하고 공공보건의료 부문에 대해서도 동일한 논의를 전개한다. 하지만, 신자유주의 경제학의 주요한 공공부문 개혁 논리인 신공공관리(New Public Manangement)에 대해서도 '무엇을 위한 효율인가?'라는 원론적인 비판뿐만 아니라 '실제로 효율적이었는가?'에 대해서도 전문가들 사이에서는 여전히 논란의 여지가 남아있는 실정이다(OECD, 1996; Moore, 1996; Polidano, 1999). 이로 인해 일부 학자들은 시장지향적 보건의료체계개편 흐름들이 근거가 있다기보다는 다분히 이념적이라는 지적을 하고 있으며(Mills, 2001) 현상적으로 나타나는 각 국의 정치적 경향과 보건의료체계개편 기조의 관련성에 대해서는 별다른 반론이

없는 것으로 판단된다(Morone, 2000).

공공생산의 실패를 강조하고 공공과 민간의 균형을 강조하는 Preker 등(2000)의 세계은행 보고서에서는 보건의료분야에서 집합적(collective) 개입의 타당성을 설명하기 위해 굳이 윤리적 원칙이나 복지국가론 등을 들이댈 필요도 없다고 지적하고 있다. 왜냐하면 경제적인 측면에서만 보아도 민간부문과 시장만으로는 보건의료에서 효율성과 형평성 달성에 실패한다는 증거들이 지난 20세기 동안 이미 충분히 제출되었기 때문이라는 것이다. 보건의료가 영리의 수단이 되었을 때 나타날 수 있는 위험성은 보건의료 특유의 시장실패 요인들(정보의 비대칭, 예측불가능성 등)로 설명되고 있는데 그로 인해 서구 선진국에서도 의료비 절감을 위한 각종 제도나 규정들의 효과가 채 3년을 가지 못하고 계속 수정·보완되고 있는 실정이다.

결국 시장과 정부 한쪽을 부정하거나 공공과 민간을 이분법적으로 바라보는 구태의연한 시각을 벗어야 할 것이며 논의의 다양성 측면에서도 보건의료부문이 극복해야할 과제가 없는 것은 아니다. 하지만 오늘날 대부분의 국가에서 진행되고 있는 보건의료체계 개편시도들은 공공과 민간 양자에 실패요인이 있다는 것을 이미 인정한 위에 이를 최소화하기 위해 견제와 균형의 방안을 찾는데 초점이 맞추어지고 있다. 우리나라에서 보건의료의 공공성 또는 공공보건의료에 대한 논의 수준을 한 단계 전진시키려면 구체적으로 어떤 부분에 정부 또는 시장의 실패가 나타나고 있는지 밝혀내고 이를 교정할 유효한 방안들을 찾는다는 실증적인 자세를 견지하는 것이 중요하다. 때문에 본 연구는 우리나라의 공공보건의료체계를 개편해야할 근거와 방향성을 이러한 전체적인 맥락 하에서 도출하고자 하였으며 공공내부의 효율성을 좀 더 올려보자는 막연한 의도를 목적으로 삼지는 않았다.

2. 우리나라의 特殊性

보건의료의 공공성을 높이는 것에 동의하는 것과 실질적인 국가의 개입 또는 시민권에 의한 견제가 강화되는 조치를 이행하는 것 사이에는 불일치가 존재한다. 즉, 대안의 부재보다는 합의의 회피 또는 합의의 무력화라는 기전이 존재하고 있다는 것이다. 이러한 경향에 대한 대책들은 일반적으로 민주적 토론과 절차의 공식화, 결과에 대한 책임을 강조하는 방안들이 제시되고 있으나 그 과정자체가 쉬운 것은 아니다. 우리나라의 경우를 예로 들자면 공공병원민영화와 공기업화, 고가장비규제수입규제, 약사법개정과 한약분쟁, 포괄수가제, 주치의등록제, 의약분업에 이르기까지 제도적 측면의 시도들만을 살펴보면 전세계적인 보건의료체계개편 흐름에서 결코 뒤진 것이 아니다. 하지만, 상당수의 제도들이 결과적으로 도입에 실패하거나 효과적으로 집행되지 못하였다는 사실이 앞으로의 전망을 어둡게 하는 또 하나의 요인이 되고 있다. 유사한 제도가 왜 어떤 나라에서는 성공하고 다른 나라에서는 실패하는가 하는 원인에 대해서는 대체로 국가마다 사회통합성에 대한 국민의식과 합의도출능력이 다르다는 점, 정부의 정책집행 역량에 차이가 있다는 점, 현존하는 체계의 역사성과 정치성 등이 지적되고 있다. 최근에는 보건의료체계개편의 동향에 대한 입장차이(수렴론 또는 분화론), 대책에 대한 입장차이(시장지향 또는 공공지향)에 무관하게 대다수 전문가들이 이러한 국가특이적(country-specific)인 요인들을 중요한 전제조건으로 인정하고 있다. 예를 들어 Musgrove(1996)는 보건의료서비스를 재화의 경제적 특성에 따라 3가지로 구분하고 각각에 대한 정부와 시장의 역할을 정의했는데 그러한 시도가 Mills 등(2001)에 의해 비판받는 근거도 이 때문이다.

이와 관련하여 공공보건의료체계의 개편방안을 모색하는데 특히 어

려운 점들은 오늘날 보건의료체계개편에서 공공부문만을 별도로 의제화하고 있는 국가가 거의 없다는 점 그리고 1980년대 이후에는 정부의 직접 서비스 제공을 늘리는 방식으로 개입하는 국가를 찾아보기 어렵다는 점이다. 지난 20년간 서구선진국들이 추진한 보건의료체계개편은 주요 대상이었던 병원부문이 대부분 공공 또는 비영리민간이기 때문에 사실상 공공보건의료체계개편이라고 부를 만하다. 이러한 물리적·의식적 기반들이 단편적인 '가격'규제가 아니라 총체적인 '비용(가격×총량)'규제를 현실적으로도 가능한 정책으로 만드는 배경이 되고 있다. 또한 이는 정부가 자원·설비에 대한 직접투자, 서비스 직접제공 등에 따른 위험이나 부담을 줄이고 재정조달기전이나 지불보상제도를 주요 정책수단으로 선택하는 배경이기도 하다. 이런 측면에서 우리나라에서 의료자원이 희소하고 의료비 지출수준이 낮고 경제개발이 최우선이던 시기에 정부가 민간의 투자 및 시장주도를 용인했던 것은 일면적인 합리성이 있었다고 말할 수도 있을 것이다.

Musgrove(1996)는 보건의료에 대한 개입강도에 따라 정보제공, 규제, 의무화, 재정기전(보험), 서비스의 직접제공 등을 열거한 바 있으며 김창엽(2001)은 시장실패가 있는가? → 있다면 개선할 수 있는가? → 형평성에 문제가 없는가? → 민간부문에 의한 공급이 더 효율적인가? 라는 판단과정을 통해 공공개입의 타당성과 강도를 선택하는 논리를 제시하기도 하였다. 특히 공적공급이 인정되는 경우로 주로 거론되는 것들은 외부효과, 거래비용의 크기, 불공정행위의 방지, 규모의 경제, 사회보장과 형평성 등이 있다. 하지만 경험적으로 정부와 전문가집단, 환자와 의사 사이의 신뢰정도가 거래비용의 크기에 결정적인 영향을 미치는 것과 같이 측정하기 어려운 요인들도 공적개입의 방식과 강도를 선택하는데 반드시 고려해야할 요소가 되는 것으로 알려져 있다.

그 동안 공공보건의료의 역할은 일반적으로 계획 및 관리기능, 외

부효과가 큰 보건의료서비스(전염병관리, 예방접종 등), 사회보장과 형평성을 위한 진료서비스(저소득층, 노인, 영유아, 여성 등), 수익성이 없어서 민간이 제공하지 않는 서비스(응급의료, 필수병상 등) 등이 지적되어 왔다. 하지만 이러한 전통적인 보건사업 중에서도 만성질환관리나 산전산후관리처럼 현실적으로 이미 민간부문이 서비스의 대부분을 제공하는 경우도 있으며 고가의료장비처럼 대부분 민간에서 운영되고 있지만 규제가 필요한 것이 있는 것처럼 공적 개입의 방식과 강도를 재검토할 필요가 있다. 본 연구가 현시점에 공공보건의료체계의 개편방안을 모색하는 것은 주요 서구국가들이 공공부문의 비효율성을 제거하기 위하여 민간의 운영방식을 도입한 것에 비추어 본다면 우리나라는 공공과 민간 양자의 비효율성을 제거하기 위해 정부나 시민의 참여에 따른 공적 운영방식을 도입하거나 민간의 시장실패를 최소화하기 위해 공공의 참여를 유도해야할 필요성이 있는가 그리고 있다면 어떤 부분인가 하는 것이 되어야 할 것이다.

3. 包括的 對策의 不可避性

우리나라의 경우, 지난 1980년대 이후 본격화된 민간부문의 급격한 양적·질적 팽창 과정에서 공공보건의료체계는 상대적인 위축과 위상 저하를 거듭하여 왔다. 가난한 사람들이나 이용하는 질이 낮은 의료기관이라는 사회적 낙인, 최근에는 구조개편과 경영압박에 따라 민간과 별다른 차별성을 보이지 못하는 공공보건의료기관이라는 표현이 현재 우리가 접하고 있는 사실에 가까울 것이다. 그리고 비영리성, 비차별성, 지역사회책임성, 포괄성 등 공공보건의료가 가질 수 있는 장점을 경험해 본 적이 없는 대다수의 국민들에게 현재 모습의 공공보건의료에 대한 지지를 기대하는 것은 현실적이지 않을 것이다. 하지만 그럼에도 불구하고 본 연구가 공공보건의료체계에 의미를 부여하

고자 하는 것은 보건의료가 공공성을 유지해야 한다는 대전제와 그리고 민간보다는 공공이 그러한 역할을 먼저 담당해야 한다는 당위, 그리고 현재의 보건의료체계가 당면하고 있는 위기 때문이다.

신영수(1997)는 우리나라의 보건의료가 위기의 증후를 보이고 있다고 지적하면서 '국민은 공급자에 대한 불만과 과도한 경제적 부담에 대해 불만을 가지고 있고, 공급자는 턱없이 부족한 사회적, 경제적 보상에 불만스러워하고 있다. 또한, 정부는 급증하는 재정부담과 국민들의 불만에 봉착해 있다'고 지적한 바 있다. 양봉민(1999)은 우리나라 의료제도를 선진국 어느 나라에서도 발견할 수 없는 거의 완벽에 가까운 민간의료를 위한 시장조건의 조화를 이루어 놓았다고 평가한 바 있다. 세계최고 수준의 민간부문 공급자 비중과 역시 세계최고수준의 의료비중 가계본인부담비율이 그 결과라 할 수 있다. 제도권 내에서는 전반적으로 보장성과 포괄성이 취약한 의료보장제도임에도 불구하고 지난 10여 년 동안 매년 수가인상률을 초과하는 급여비 지출이 이루어져 건전한 재정기반을 확보하는데 어려움이 가중되었다[4]. 급기야 최근에는 현대국가의 표식이라 할 수 있는 사회보험의 위기로까지 이어진 바 있다. 한편 제도권 밖에서는 경제발전과 가치관의 변화에 따라 국민의 보건의료 선택기준 및 질적요구 수준이 높아졌음에도 불구하고 이를 비용-효과적으로 흡수해내지 못하였다. 이러한 결과들은 역으로 사회통합적 정책에 대한 국민의 지지를 약화시킬 악순환 요인이 될 수 있다.

지난해의 경험을 통해 우리사회에서 보건의료문제에 내재된 잠재적

4) 최병호(1996)는 지난 1991년에서 1996년간 보험수가는 연평균 6.7%씩 인상되었는데 비해 보험진료비는 연평균 19%, 환자의 본인부담금을 제외한 보험급여비는 연평균 21%씩 급증하고 있음을 지적하면서 가입자의 저항을 유발할 보험료 인상보다는 재원을 내부적으로 재분배할 방안을 모색하는 노력이 선행되어야 할 것으로 지적하기도 하였다.

갈등요인들이 매우 심각하다는 사실이 비교적 분명해졌음에도 불구하고 정치적으로 위기를 회피하는 방향을 선택할 여지가 좁은 것은 이미 현실화된 재정위기 때문이다[5].

〈表 1-1〉 部門別 保健醫療財政 增加 要因

부문	환경변화	재정증가요인
소비영역	노령화	· 노인인구증가, 만성질환비율증가로 인한 노인 진료비의 급증
	핵가족화	· 가족지지체계에서 사회적 지지체계로 이전에 따른 사회 부담증가
	소비자주의 강화	· 보건의료서비스의 요구수준과 범위 확대
공급영역	과학기술의 발달	· 첨단 고가의료의 도입확대
	전문주의의 강화	· 전문가집단의 정치력 확대
	공급자수의 증가	· 보건의료서비스 제공자수의 급속한 증가
조정영역	조정영역의 중요성 증대	· 효과적인 조정기전의 미흡 - 관리체계 및 공공보건의료체계의 미흡 · 관리비용의 증가

더욱 문제는 보건의료의 재정증가와 관련하여 소비영역, 공급영역, 조정영역 모두에서 수많은 증가요인들이 존재한다는 것이다. 질높은 서비스에 대한 국민들의 욕구, 전후 베이비붐 세대의 노령화, 노동시장과 가족구조의 변화, 의료신기술의 발달 등 이미 되돌릴 수 없는 여러 요인들이 향후 우리나라에서 급격한 보건의료 수요팽창으로 이어질 예정이다. 즉, 대부분의 서구 선진국들이 20~30여 년 전에 겪었

5) 최근 정부추계에 따르면 건강보험자체의 부담만 2002년 13조원에서 2006년 22조원으로 증가(70% 증가)를 예측하였다. 이 추계는 준비적립금확보, 의료서비스의 질적 수준향상 등의 요인을 고려하지 않은 것이어서 이를 고려하면 증가폭은 훨씬 더 커질 수 있다. 의료보호(의료급여) 역시, 최근의 증가추세대로 계속 증가할 경우, 2002년에 3조원에서 2006년에는 약 5조원으로 증가할 것이다.

던 것과 유사한 상황이 우리 앞에 기다리고 있는 것이다. 더욱이 이러한 위기 속에서 효과적인 조정기전의 미흡은 보건의료부문에 대한 전망을 더욱 어둡게 하고 있다.

따라서 대단히 포괄적이고 적극적인 정책안들을 즉각 수립·시행하지 못할 경우, 한국 보건의료체계는 재정적 위기에서 벗어나지 못할 것이며 연속적인 보건의료체계의 위기로 이어질 가능성이 높다.

최근 정부는 DRG의 확대, 인두제 또는 MSA의 도입, 요양보험의 도입 등 보건의료체계의 근간을 변화시킬 수 있는 모든 정책수단의 시행가능성을 검토하고 있다. 향후 우리나라의 보건의료체계는 보건의료재정의 급증에 대한 이러한 정부의 대응방식과 수준, 효과 여부에 의해 그 모습이 결정되어질 것이다.

보건의료정책수요의 폭증과 그에 따른 정책집행능력의 확보와 효율성 증대가 필요한 것은 당연한 결론이다. 하지만 이미 많은 연구자들이 이러한 측면에서 공공보건의료체계의 개선방안을 제안한 바 있음에도 제도화되지 못한 것은 공공보건의료 단위기관의 문제라기보다 전반적인 공공부문 자체의 관성과 수용성의 한계가 크게 작용하고 있다[6]. 현재의 공공부문체계 개편은 이러한 측면에서 단위기관의 미시적 효율성 증대가 아니라 서비스제공, 재정, 행정, 연구 등 공공의 각 부문들을 포괄하여 거시적 효율성 증대를 목표로 하는 것이어야 한다.

---

6) 박재완(2000)은 정부개혁의 역사적 맥락을 소개하면서 수평적으로 과분화되고 수직적으로 중첩된 조직구조, 부서간 할거주의, 연공서열을 중시하는 폐쇄형 임용체계와 강력한 신분보장, 잦은 순환보직, 천편일률적인 보수체계, '大過 없음'을 최선으로 여기는 무사안일, 성과와 무관한 증분식 답습예산, 나눠먹기와 제몫찾기의 先예산-後기획 예산과정, 선심성 부산투자, 外華內貧과 朝令暮改의 전시행정, 문서위주의 단순노동집약형 행정 등을 문제점으로 지적하기도 하였다.

第 2 節　硏究目的

1. 保健醫療의 公共性에 관한 旣存 論議內容들을 整理·考察함

공공보건의료체계에 관한 기존 논의들이 전제하고 있는 공공보건의료 또는 공공성의 개념들이 서로 다른 경우가 많다. 범위가 넓고 쟁점이 다양한 상황에서 이러한 차이는 논의의 혼란을 가중시키는 요인이 되고 있다. 이에 본 연구에서는 보건의료의 공공성과 공공보건의료에 대한 개념들을 정리·제시하는 것을 공공보건의료체계 개편의 기본방향을 설정하는데 선차적 과제로 상정한다.

2. 主要 外國의 公共保健醫療體系 現況과 改革過程 考察

공공주도의 보건의료체계를 가진 OECD 주요국의 보건의료체계 현황을 재원지출 구성, 서비스 공급체계의 측면에서 비교·분석한다. 또한 OECD 주요국의 최근의 보건의료개혁 동향을 재원조달방법, 진료비지불체계, 의료서비스 생산 및 공급체계로 구분하여 살펴보고 특히 우리나라와 발전과정이 유사한 일본 및 싱가포르의 공공보건의료체계 발전과정과 개혁동향을 파악함으로써 우리나라에 필요한 시사점을 찾고자 한다.

3. 公共保健醫療體系의 現況과 問題點 把握

국민의료비의 지출동향을 파악함으로써 우리나라 보건의료부문의 수요변화를 전망하고 우리나라 보건의료체계의 비용지출 변동요인들과 공급체계의 현황을 정리·제시한다. 이러한 전체 양상에 대비되는 공공부문의 구조적 문제점과 역할비중, 관련 현황들을 제시함으로써 공공보건의료체계 개편에서 역점을 두어야할 주요 영역과 개선방향을

도출하고자 한다.

4. 公共保健醫療에 대한 認識과 利用現況 把握

공공보건의료체계와 관련된 정책 선택에서 일반국민의 인식과 이용 현황, 그리고 전문가 집단의 의견은 중요한 변수다. 이상의 이론적 고찰과 현황 및 문제점 파악을 기반으로 일반국민의 공공보건의료에 대한 인식과 태도를 파악하고 보건정책 전문가 집단에게 공공보건의료의 분야별 성취도와 현황, 기대목표, 역할변경이 요구되는 영역들, 주요 정책수단들에 대한 선호도 등을 조사하여 대안도출의 구체적인 근거를 마련한다.

5. 公共保健醫療體系 改編의 效果的 實行方案 導出

이상의 연구결과를 바탕으로 현재의 공공보건의료체계 개편이 지향해야할 목표와 정책수단을 기준으로 영역별로 주요 문제점과 논거들을 정리하고 대안을 제출한다.

第 3 節 硏究方法 및 內容

1. 文獻考察

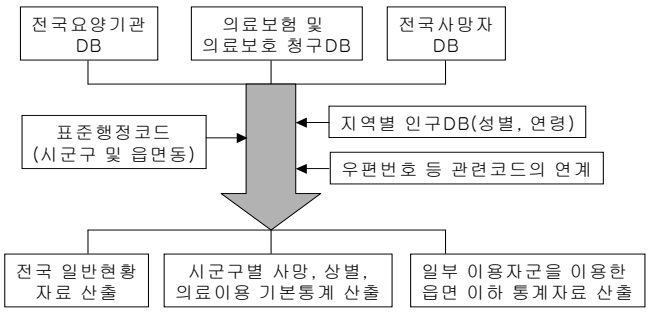
국내외의 공공보건의료 및 공공분야 관련 및 외국의 공공보건의료에 관한 현지자료 및 국내연구성과 등에 관한 문헌을 고찰하였다. 또한 기타 관계자 및 관련부문의 국내논의 과정, 관련제도 특성들을 추적 고찰하였다.

2. 2次資料 分析DB 構築 및 活用

지역별 인구 및 기본 정보 DB 구축 및 연계분석(통계청 등)하고, 지역별 의료자원 분포파악을 위한 전국요양기관 DB, 표준행정구역 코드, 대한의사협의회 등의 공개자료 등을 연계 분석하였다.

그리고, 일반적 의료이용 행태 및 보건지소, 보건진료소 등 보건기관의 진료내용 및 이용자 특성 파악을 위한 건강보험심사평가원의 청구자료 DB 구축 및 연계분석하였다.

［그림 1-1］ 2次 資料源 및 連繫分析의 槪要



3. 公共保健醫療에 관한 國民들과 保健政策 專門家 集團의 認識과 利用行態에 관한 電話設問調査 實施

전국 40개 시·군·구의 총 40명씩 1,600명을 대상으로 공공의료에 관한 일반국민인식을 조사하였다. 이와 함께 무작위 선정된 10명의 전문가가 추천한 공공보건의료 정책관련 주요 관련학회 3곳의 회원 중 대학교수 또는 연구소 연구직 종사자 104명을 대상으로 인터넷 및 우편설문조사를 실시하였다.

第２章　公共保健醫療에 관한 旣存 硏究結果 考察

第 1 節 保健醫療에서의 公共性의 槪念

1. 保健醫療에서의 公共性의 槪念

최근 국내외적으로 보건의료부문의 ‘공공성’, ‘민영화’, ‘보건의료부문에서 공공과 민간의 역할’ 등과 관한 논의가 활발히 이루어지고 있다. 이러한 논의들에서 ‘보건의료의 공공성’ 또는 ‘공공보건의료’란 말은 여러 가지 의미로 사용되어져 왔다. 첫째, 공공보건의료는 ‘공공에 대한 의료서비스 제공(public health)’을 의미하기도 한다. 이는 개인을 대상으로 제공되는 개별적 서비스와 대비되는 개념으로 다수를 대상으로 하는 보건의료서비스를 지칭하는 말이다. 예를 들어 공공구강보건사업, 국민을 대상으로 한 금연운동 등이 바로 그러한 예이다. 따라서 이러한 의미의 공공보건의료에서는 그 주체가 반드시 공공기관일 필요가 없다. 둘째, ‘공공성’(public spirit, sense of public duty)이 강조되는 개념이다. 이는 개인의 편익보다는 사회 전체의 편익을 지향하고 대변한다는 의미를 지닌다. 이러한 개념에서도 그 주체가 반드시 공공기관일 필요는 없다. 우리는 ‘민간보건의료기관의 공공성’이란 말을 흔히 사용하는 데 이는 민간보건의료기관이라 할지라도 공공의 이익을 위한 사업에 참여해야 함을 의미한다. 셋째, ‘공공보건의료인력이나 기관 등에 의해 제공되어지는(official, managed by public) 보건의료서비스’란 개념이다. 이 경우 보건의료서비스의 주체는 반드시 공공기관이 된다.

이러한 개념적 차이에도 불구하고 최근 ‘민영화’, ‘공공과 민간의 파트너십’ 등과 같은 주제와 관련된 논의에서 핵심 개념을 이루는 ‘공공성’이라는 말은 그 정의에 대한 명확한 합의나 이해 없이 사용하는 경우가 많다. 이러한 정의의 미합의 또는 혼돈은 이와 관련한 논의의 발전을 막고 관련 정책들의 효과적 수립을 저해하고 있다. 따라서 본 장에서는 보건의료의 공공성 또는 공공보건의료와 관련한 주요 개념 및 이들 개념의 기반이 되는 사회적 관점들을 정리할 필요가 있다.

단순화가 가지는 위험성을 무릅쓰고 ‘공공성’과 관련한 개념을 크게 두 가지로 요약하면 첫째, ‘공공성’을 국가의 역할과 공권력의 연장선상에서 파악하는 경향이다. 둘째, 이른바 ‘공공영역’과 관련하여 사적 영역이 공권력에 저항하면서 만들어낸 ‘정치적 공간’으로 이해하는 방식이다.

이러한 ‘공공성’에 대한 정의와 인식의 차이는 보건의료부문의 공공성에 대한 논의의 성격을 매우 다른 것으로 만들어 버린다. 즉 전자는 주로 국가의 역할에 초점을 맞추어 국가기능의 수행자라 할 수 있는 정부와 공공보건의료기관이 어떻게 그 역할을 해야 하는가에 주목하게 되는 반면, 후자의 경우는 공공성(영역)을 국민들이 어떻게 국가의 공권력에 맞서 확보하고 확대시켜 나가야 할 것인지에 관심을 두게된다. 또한 그 검토의 영역이 정부나 공공보건의료기관에 국한되지 않고 민간부문을 포함하여 국민생활의 전 영역으로 그 개념을 확대하게 된다.

가. 國家機能의 延長線上에서의 公共性

‘공공성(公共性)’을 국가기능의 연장선상으로 파악하는 경우, ‘공공성(公共性)’의 성격과 그것의 확보를 위한 전략은 기본적으로 국가의 기능을 어떻게 설정하는가와 직접적인 관계를 맺게된다. 이것은 곧

보건의료부문에서 국가의 개입을 어떠한 형태로 어디까지 할 것인가에 대한 오래된 보건정책부문의 질문과 맞닿아있다.

김용익(2001)은 우리 나라에서 보건의료체계의 성격과 관련한 논쟁들을 그 기본이념에 따라 자유주의·잔여주의 국가관 및 평등주의·보편주의 국가관에 근거한 것으로 대별하였다. 즉 자유주의, 잔여주의적 국가관 하에서는 보건의료부문에 있어 국가의 역할을 축소하고 가급적 모든 것을 시장기능에 맡기려는 입장들이 더욱 힘을 얻게될 것이며, 구체적으로 건강증진, 질병관리 등은 국가가 담당하되, 치료 서비스는 시장기능에 맡기려는 입장들로 정리될 것이다. 반대로 평등주의, 보편주의적 국가관 하에서는 건강증진, 질병관리 등과 치료 서비스의 상당부분까지 국가가 담당하며, 보건의료서비스의 전체 영역을 국가기능으로 돌리게 될 것이다.

즉, 자유주의 국가관에 기반할 경우 보건의료의 공공성은 취약계층 보호, 민간보완지원 등과 같은 최소한의 역할로 설정될 것이며, 평등주의 국가관에 기반할 경우 보건의료서비스 자체를 주도적으로 제공하거나 보건정책의 기획, 조정자로서의 역할, 그리고 운영의 민주화 등과 같은 것이 보건의료 공공성의 내용이 될 것이다.

또한 공공성을 국가기능의 연장이라는 관점에 바라 볼 경우, 보건의료의 공공성, 또는 공공보건의료란 국민의 건강 및 보건의료와 관련한 국가의 통치적 활동으로 정의되어지며, 따라서 공공보건의료기관은 국가의 이러한 기능을 수행하는 기관으로 정의된다.

나. 私的空間의 擴大로서의 公共領域

'공공성'의 논의를 사회이론의 영역으로 확장시킨 사람은 독일의 철학자이자 사회학자인 하버마스이다. 그는 '공공영역'을 18세기라는 특정 시기에 유럽이 근대성을 획득해 가는 과정에서 등장했던 독특한

역사적 현상으로서 사적영역의 한 부분이나 그 구성원들이 논쟁과 토론의 대상으로 삼는 소재에 따라 '공적'이거나 '사적'인 것이 될 수 있는 유동적인 영역이라고 설명하고 있다. 즉, 사적 영역이 공권력으로부터 명확하게 분리되고 과세나 소유권의 문제와 같이 삶의 재생산이 가족의 틀을 넘어 공적 관심사로 고양되었기 때문에 국가와 사적 영역사이에 "이성적으로 논하는 공중의 비판을 불러일으킨다는 의미에서" "비판지대"가 형성되며, 이것이 바로 '공공영역'이라고 하였다(최갑수, 2001).

전술한 바와 같은 사적(私的)공간의 확대로서의 '공공영역'이라는 관점이 보건의료부문에서 가지는 함의는 첫째, 공공성을 국가에 의해 행사되는 공권력과 다른 개념으로 분리하고 더욱이 때로는 대항적 개념으로 설정함으로써 우리가 보건의료부문의 공공성 강화를 논하는 것이 공적권력의 강화를 의미하는 것이 아니라는 것을 보여준다. 따라서 공공영역의 확대를 위한 공간이 기존의 국가의 기능 또는 국가소유의 공공보건의료기관에 국한하던 공공보건의료의 영역을 대단히 광범위하고 다양하게 파악해야 함을 의미한다. 둘째, 공공영역을 사적 영역의 일부로 파악하고 그것이 국민이 만들어 내는 공간으로 설정함으로서 공공성의 강화를 위한 정책전략의 수립 시 국민의 역할이 중요함을 보여주고 있다. 이는 그것이 공공의료기관이든 민간의료기관이든 운영에 있어서의 국민참여와 같은 민주성의 확보가 무엇보다도 중요해짐을 의미한다.

이와 같이 공공영역의 확보가 민주적 시민공간의 확보로 정의될 경우, 보건의료의 공공성을 확보하기 위해서는 건강과 관련한 모든 일상의 공간에서 시민들의 건강에 도움이 되는 방식으로 그 활동이 이루어지고 구조화될 수 있도록 하는 장치들을 구현해야 한다. 따라서 그러한 구조와 활동의 가시적 표현으로써 각종 활동들과 기관의 운영

방식에 시민들이 적극적으로 참여할 수 있는 공간을 확보해 내는 일이 무엇보다 중요하게 된다. 이러한 내용에는 정부에 대한 견제와 협력의 공간으로서 시민사회, 노동단체들이 그들의 정치적, 사회적 활동의 공간에서 그들의 건강욕구를 획득하기 위한 조직적인 노력들을 견지해야 함을 의미하고, 국가의 정책결정과정이나 보건의료기관(특히 공공보건의료기관)의 운영에도 보다 적극적으로 참여해야 함을 의미한다. 또한 각종 캠페인들을 통해 건강을 지켜내기 위한 활동들을 더욱 활발히 해내어야 함을 의미한다.

다. 保健醫療部門에서의 公共性에 관한 旣存 論議

그러나 전술한 바와 같은 정의상의 혼란에도 불구하고, 그간 보건의료부문에서의 공공성에 대한 논의를 통해 그 성격을 분명히 설정하는 작업은 거의 이루어지지 않고 있다. 다만 보건의료부문에서 이루어지고 있는 각종 연구나 사업에서 '공공성'이란 의미가 어떻게 사용되고 있는지를 확인하기 위해 관련 연구들, 특히 공공성을 평가하는 지표들을 살펴보는 것은 요긴할 것이다.

우리 나라 공공보건의료부문의 대표적인 기관이라고 할 수 있는 지방공사의료원의 평가와 관련한 최근 논문들은 주로 전체 의료이용자 중 의료보호환자비율과 같은 취약계층보호나 법정전염병관리와 같은 기본적 서비스제공과 같은 극히 제한된 내용들을 '공공성'의 개념으로 설정하고 있다(표 2-1 참조).

〈表 2-1〉 地方公社醫療院의 評價指標中 公共性 關聯指標

연구자	공공성관련 지표
지방공사 연합회 (2000)[1]	· 의료보호환자진료 - 입원보호환자진료, 외래보호환자진료, 응급환자입원률 · 공공진료사업 - 행려환자진료, 법정전염병 환자진료, 변사체처리, 무의탁자 진료, 기타 공공진료사업, 특수병동운영
송건용 등 (1995)[2]	· 의료보호환자수 및 비율 - 의료보험에 비해 상대적으로 낮은 의료보호환자의 진료비보정
김인 등 (1999)[3]	· 총입원환자 중 의료보호환자비율 · 총외래환자 중 의료보호환자비율 · 공익진료사업실적 - 응급환자입원율, 행려환자나 노숙자진료, 기타 공공사업(법정전염병 환자진료, 변사체처리, 무의탁자 진료, 특수병동운용 등)

주: 1) 지방공사의료원연합회, 『지방공사의료원경영평가보고서』, 2000.
2) 송건용·김원종, 『공공의료의 실적평가와 정책과제』, 한국보건사회연구원, 1995.
3) 김인·허용훈·이희태, 「지방공사의료원의 운영형태별 성과분석」, 『한국행정학보』, 33(3), 1999: 383～402.

그러나 최근 이평수 등(2000)의 연구에서는 기존의 협소한 공공보건의료의 성격을 벗어나 취약계층지원뿐만 아니라 보건의료부문에 대한 기획, 시행 및 조정역할, 나아가서 경영의 투명성과 환자의 알권리 보호, 운영에 있어서의 지역주민과 직원의 참여 등을 통한 민주적 운영 등과 같은 내용을 포함시키는 적극적인 의미의 공공성이 평가되어야 함을 주장하였다(표 2-2 참조).

〈表 2-2〉 公共保健醫療計劃의 公共性 企劃 및 評價의 基本틀

	대분류	중분류	배점	구체기획평가내용
사업 목표	사업목표의 적절성	• 사업목표의 적절성	10	• 사업목표설정의 근거는 충분한가? • 사업목표설정의 논리는 적절한가? • 설정 사업의 내용은 적절한가? • 설정 사업의 활동목표치는 적절한가? • 보건의료발전계획과 지역보건의료계획과의 연계는 잘 이루어지고 있는가?
구조	사업구조	• 사업구조의 적절성	15	• 해당 보건사업의 수행에 필요한 - 인력, 조직, 시설, 장비 - 예산을 적절히 확보하였는가?
과정	사 업 수 행 내용	• 취약계층에 대한 진료기능	5	• 취약계층에 대한 진료를 적절히 수행하는가? - 전체환자 중 취약계층 환자비율
		• 민간의료기관에서 담당하지 않는 대민서비스	5	• 비수익사업 등 민간보건의료기관이 담당하지 않는 대민서비스를 수행하는가? - 건강증진사업 비율 - 예방보건의료 비율
		• 지역사회대상 서비스	5	• 해당 사업의 수행여부 및 수준은 적절한가? - 지역사회 대상환자 중 비율
		• 기획, 관리, 조정, 통합	5	• 대상집단과 지역사회의 보건사업과 관련한 기획, 관리, 조정, 통합관련 기능을 수행하였는가?
		• 교육, 훈련, 기술지원기능	5	• 민간보건의료인력에 대상실적 • 공공보건의료인력대상실적
		• 응급, 안전성 확보 기능	5	• 비상, 응급시 대처체계 구축여부 및 수준
	사업수행 방식	• 민주적 운영, 주민참여	5	• 노사관리의 합리화(비계량) • 의사결정과정에 주민 또는 소비자참여 • 주민참여프로그램의 운영내용 및 수준
		• 운영의 효율성	10	• 책임경영 및 공익성 제고를 위한 경영진의 노력(비계량) • 재정의 건전성
		• 경영의 투명성	10	• 상세영수증 발급여부 • 결산자료 공개 • 민원창고의 운영여부 등
		• 타 보건의료기관과의 연계 활동	5	• 지역내 민간부문과의 연계활동여부 및 수준 • 지역내 공공보건의료기관과의 연계활동여부 및 수준
결과	수행결과 성취여부	• 공공의 요구에 대한 부응성(기획단계에서는 수행가능성)	15	• 해당 사업별 시행가능성(비계량) • 주민만족도 • 이용자만족도
합계			100	

자료: 이평수·이윤태·신영전 외, 『공공보건의료기관이 수행해야 할 사업검토 및 평가체계개발 연구』, 한국보건산업진흥원, 2000.

2. 保健醫療에서 公的介入의 必要性과 範圍

보건의료에서 공적개입의 필요성이 인정되는 경우도 매우 다양한 측면에서 규정되고 있다. 계량경제학과 경영학, 사회학, 행정학 등 논의들이 학제간에 넘나들고 있어서 이를 뚜렷이 구분해내기가 어렵기도 하다. 여기에서는 임의로 시장과 정부의 실패, 재화자체의 특성, 목표와 성과이라는 측면으로 나누어 고찰하고자 한다.

가. 市場과 政府의 失敗

보건의료에서 시장과 정부의 실패에 대한 논의는 그 역사가 비교적 오래된 것이다. Preker(2000)의 효율과 형평이라는 두 가지 측면으로 시장실패의 원인을 설명하고 있다. 첫째, 정보의 비대칭, 공공재(public good)로서의 성격, 긍정적 또는 부정적 외부효과, 제공자와 생산자의 왜곡된 또는 독점적 시장능력, 일부 영역에서의 시장의 부재, 높은 거래비용의 잦은 발생 등이 보건의료에서 효율을 훼손한다는 것이다. 둘째, 건강문제는 그 발생시점과 소요비용 등을 쉽게 예견할 수 없기 때문에 근시성(short-sightedness)과 무임승차 경향이 나타날 수 있으며 민간건강보험의 제한점(도덕적 해이와 역선택)으로 인하여 자발성에 의존하는 방법으로는 개인과 가족이 질병·장애의 위험으로부터 스스로를 보호하는데 자주 실패한다는 것이다.

Wolf(1979)에 의하면 일반적인 정부실패의 원인은 다음과 같은 4가지로 설명된다. 첫째, 정부가 정당과 관료 등 다양한 주체의 집합체이며 각 주체는 개별적 이해를 고려하면 행동한다는 점과 정부의 산출 즉 공공서비스는 측정하기 곤란하고 시장에서 평가하기 어려운 성질을 갖는다는 점이다. 둘째, 정부내의 정보의 편재로 공공서비스의 공급비용에 관한 정보는 관료가 독점하고 있다면 공공서비스가 효율적

으로 공급된다는 보장은 없다는 것이다. 셋째, 특정 정책의 실시가 전혀 예상하지 않았던 부차적 결과를 가져올 불확실성 즉, 정치적 외부성이다. 물론 이는 정부에만 국한되는 것이 아니라 시장에도 적용되는 것이다. 넷째, 특정 공공서비스의 확대 또는 다양한 공공서비스의 동시실시는 관련 정치가와 관료 사이에서 권력의 편재와 중복 등을 초래하고 이로 인해 비용·편익에 대한 고려가 희박해 진다는 것이다.

이와 같은 기조에서 공공선택이론(theory of public choice) 이론가들은 시장실패를 시장의 자발적 교섭에 의해 해결할 가능성, 소유의 창조 또는 재규정 방법, 집단에 의한 외부성, 공공재의 시장화 가능성 등을 제시하며 제도의 재설계에 초점을 맞추고 있다. 결국 시장실패가 존재한다 또는 정부실패가 존재한다는 단순한 사실의 확인이나 논증은 오늘날 별다른 의미를 가지지 못하며 각각의 장단점을 비교하여 비용-효과적인 대안을 선택하는 것이 중요하다는 주장이다.

나. 財貨의 特性

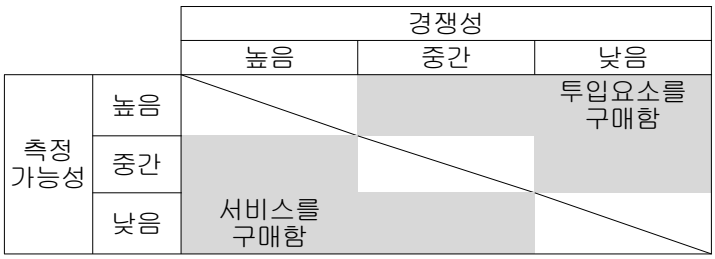
일반적으로 논의되는 공공재의 특성은 비경합성(non-rival)과 비배제성(non-exclusiveness)으로 요약할 수 있다. 하지만 실제로 이런 기준에 따른 순수공공재 또는 순수민간재란 거의 없다. 공공재가 재화나 서비스 자체의 독립적 특성에 의해서만 규정되는 것이 아니며 공공적으로 생산된 집합재는 공공재라는 방식으로 공급 자체에 의해 역규정되기도 한다. Musgrave는 시장기구를 통해 공급할 수도 있음에도 현실적으로 정부가 공급하는 서비스(공공주택, 학교급식 등) 또는 그 반대의 경우를 설명하기 위하여 가치재(merit good)라는 중간개념을 제시하고 소비자가 자신의 소비선택이 어떤 결과를 가져오는가에 대한 충분한 지식을 갖고 있지 않는 경우 지식을 가지고 있는 사람(또는 정부)가 지도(guidance) 역할을 하는 것은 결코 민주주의의 본질에 어긋

나지 않는 것이라고 주장한다.

Shoup는 공공재의 특성을 4가지로 분류하는데 ① 국가보위를 위해 공급되는 재화(국방, 치안, 사법 등)의 특성, ② 집단소비재(group consumption goods)라는 성격, ③ 실물서비스에 의한 소득재분배를 실현하기 위해 공급되는 재화 및 기타 재화로 구분한 바 있다. 정부에 의해 재화가 공급되어야할 근거는 비경합성, 비배제성에만 주어지는 것이 아니라 외부경제효과 실물에 의한 소득재분배효과(예를 들면 사회구성원의 교육수준 상승, 문화적 환경의 개선 등)도 포함되는 것이다. 여기에서 서비스에 의한 재분배는 주어진 재화를 개별가족 내에서의 다른 용도(술을 마시거나 도박에 탕진하는 등)로 유용하는 것을 막는다는 점과 금전전 재분배보다 정치적으로 실행이 용이하다는 것을 큰 이점으로 꼽고 있다.

Preker 등(2000)은 보건의료체계개편의 방향이 서비스의 제도적 정비에 초점을 맞추게 되었음을 강조하고 있다. 그는 투입과 산출 측면에서 재화의 측정가능성(measurability)과 경쟁성(contestability)에 따라 서비스를 직접 제공할 것인지 구매할 것인지를 다음 [그림 2-1]과 같이 제시한 바 있다. 그는 재화의 특성 역시 제도에 따라 변경될 수 있다고 주장하면서 경쟁성을 증가시키는 방법으로 ① 거대한 관료조직을 개별기업으로 분리, ② 전문적인 공급자에게 외주를 줌, ③ 잠재적 손익이 동일하면 모두 시장에 노출시킴, ④ 진입장벽을 낮춤, ⑤ 경쟁적 영리기능과 사회적 비영리기능을 분리하는 등의 제도적 대안을 제시하고 있다. 한편, 측정가능성을 증가시키는 방법으로는 ① 과정보다 수행목표와 책임성을 중심으로하는 결과측정, ② 불명확한 장기간의 계약관계를 구체적이고 단기간의 계약관계로 전환, ③ 비금전적 유인보다는 금전적 유인을 이용, ④ 보고, 감독, 책임성의 기전을 보장하는 등을 제시하고 있다.

〔그림 2-1〕 Preker 등(2000)이 提示한 서비스의 直接提供과 購買 基準



다. 目標와 機能

통상적인 용어관습에 따르면 공공보건의료서비스는 법규에 따라 공공재원이 투입된 국가소유의 기관에서 제공하는 보건의료서비스를 의미하며 민간보건의료서비스는 민간재원의 투자에 기초하여 시장지향적·경쟁적 원리에 따라 운영되며 요금을 지불하면 제공되는 보건의료서비스를 지칭한다. 이러한 구분은 제공되는 서비스의 특성이 그 제공기관의 '소유의 특성'으로부터 결코 자유롭지 않다는 가정을 인정한다면 일견 보편적인 기준으로 볼 수도 있을 것이다. 하지만 그 외에도 재원조달방식, 관리주체, 서비스 구매자의 성격, 서비스 제공자, 서비스 자체의 목적과 성격 등에 따라 공공과 민간을 구분하는 다양한 기준들이 제시될 수 있다.

Guisti 등(1997)은 공공과 민간을 구별하는데 제공기관의 존재성격보다는 서비스의 목표와 결과를 기준으로 할 것을 주장한 바 있다. 그는 보건계획자(health planner) 또는 공공(public)의 입장에서 볼 때 "궁극적으로 중요한 것은 제공되는 보건의료서비스의 내용과 질, 비용"이며 이를 위해 설정된 분명한 목표를 확립하고 그 성취도를 평가하는 것이 급격한 보건의료 체계개편의 시대에 기관의 성격(공공 또는 민간)을 구분하는데 보다 적합하다는 것이다.

〔그림 2-2〕 Guisti 등(1997)이 提示한 公共/民間 分類基準

보건의료서비스의 추구목표 \ 보건의료서비스의 행정적 속성과/또는 기관의 정체성	공공	민간
공공	가	나
민간	다	라

이는 유럽과 남미의 주요 국가들이 추진해온 보건의료체계의 개편 과정에서 다양한 분권화와 경쟁기제의 적용 경험들이 반영된 것이기도 하다. 이러한 기능적 분류에 따라 그가 제시하는 공공보건의료서비스의 기준들은 ① 사회적 관점(a social perspective), ② 비차별(non-discrimination), ③ 인구집단 기반(population-based), ④ 국가보건의료 정책의 수용(government policy guided), ⑤ 비영리성(non-lucrative) 등이다. 이러한 기준들은 싱가폴, 태국 등 일부국가들의 폴리크리닉(polyclinic)이 제시하는 기준과도 유사하다.

Hantry & Fisk(1992)는 성과가 ① 최종 결과물, ② 계량화, ③ 동질성, ④ 질적 변화에 따른 조정, ⑤ 관리자의 노력을 충분히 반영할 수 있어야 측정하기 쉽다고 지적하였다. 건강의 다측면성과 주관성, 예측상의 어려움, 보건의료서비스 및 제공인력의 다양성, 보건사업 프로그램 효과측정의 어려움, 질적 조정 또는 개입의 난망함 등을 고려하면 공공보건의료는 정부의 기능 중에서도 성과측정이 가장 어려운 부문이라 할 수 있을 것이다.

第 2 節 公共保健醫療에 관한 國內硏究 動向

1990년대 중반 이후 정부 주도의 의료개혁 논의가 이루어지면서 국내에서도 우리나라 보건의료의 거시적 문제점과 이를 해결하기 위한 의료개혁에 대한 연구작업이 활발하게 진행되었다. 이러한 변화는 1989년 전국민의료보험이 달성되면서 보건의료의 유효수요가 창출되고 한약분쟁·의약분업 등 일련의 보건의료 현안이 사회적인 의제로 등장하는 과정에서 이루어져 왔다. 특히 1997년 경제위기에 따른 정부의 공공부문 개혁이 추진되고, 2000년 의약분업에 따른 의료계의 폐·파업 사태가 발생하면서 공공보건의료의 기능과 역할에 관한 논의가 활성화되었다. 이하에서는 최근 국내에서 이루어진 공공보건의료 관련 논의들을 ① 공공보건의료의 필요성과 역할, ② 공공보건의료체계, ③ 공공보건의료기관에 관한 것으로 구분하여 살펴보고자 한다.

1. 公共保健醫療의 必要性과 役割

김용익(1998a)은 1980년대 중반 이후 보건의료 분야에서 시장의 중요성이 강조되는 배경을 미국의 레이건 대통령과 영국의 대처 수상이 시작한 개혁, 1990년대 초 동유럽과 아시아 사회주의 국가들의 국가사회주의 체제의 붕괴, 최근 우리나라의 경제위기 등으로 파악한다. 그럼에도 불구하고 그는 정부의 역할이 강조되어야 하는 이유로 보건의료에 대한 시장의 가치는 사회주의적 대안의 성공 실패 여부와는 무관하게 여전히 제한되어 있다는 점, 형평성의 추구가 정부가 하여야 할 주요한 과제의 하나라는 점, 효율성 문제 또한 시장 기능보다는 정부 기능 강화로 풀 수 있는 분야가 많다는 점을 지적한다. 이러한 맥락에서 그는 정부의 기능을 강화한다고 해서 시장기능의 가치를 전적으로 부인할 이유는 없다고 전제하고, 중요한 것은 정부 기능의

강화로 해결될 수 있는 부분과 시장기능의 도입으로 해결될 수 있는 부분을 가려내는 작업이라고 주장한다.

비슷한 맥락에서 김창엽(2001)은 공공재 혹은 가치재의 성격을 지니는 보건의료, 즉 공중보건, 예방, 건강증진 서비스 등은 의문의 여지없이 공공부문이 공급을 담당하는 것이 타당하다고 주장하고, 우리나라의 의료공급 현실을 고려하지 않는다면 일반적인 의료공급에서도 민간부문의 역할과 비중이 줄고 공공부문의 그것이 더 커져야 한다고 지적한다. 그러나 현실적인 의료공급 구조를 전제하는 경우 기존의 의료공급과 미래의 의료공급을 구분하여 접근이 필요하다고 제안한다. 구체적으로 급성기 치료를 중심으로 하는 일반적인 의료공급에서는 정부의 시장실패 보완기능이 미흡하지만 공공부문의 직접적인 의료공급은 현실적으로 어렵다는 점을 지적한다. 반면, 형평성이나 접근성을 확보하는 문제에서는 공공부문의 직접개입에 의한 의료공급이 불가피하다고 주장한다. 반면 미래의 의료공급에 속하는 노인보건의료, 질병예방 및 건강증진, 정신보건의료, 만성질환관리 분야에서는 공공부문이 적극적인 역할을 해야 한다고 주장하면서도 이 역시 서비스와 사업의 종류에 따라 민간부문과 공공부문의 역할이 분담되어야 함을 지적한다. 그러나 어떤 경우에도 공공부문의 관리책임에 변함이 없다는 것이 그의 주장이다.

김성순(2000)은 보다 적극적으로 공공보건의료의 필요성을 열거한다. 그는 공공의료체계 강화의 필요성과 관련하여 의약분업 시행과 맞물린 의료계의 폐·파업 사태, 저소득층에 대한 포괄적이고 효율적인 보건복지서비스 제공체계 구축의 필요성, 응급의료체계 구축, 생산적 복지 정책을 뒷받침할 정책 수단의 부재, 인구 노령화에 따른 새로운 보건의료서비스 요구의 확대 등을 지적하면서, 효율적인 보건의료정책을 수행하기 위해서는 공공보건의료 인프라를 대폭 확충하여

민간부문 중심의 보건의료체계에서 탈피하여 공공부문과 민간부문 혼합방식의 새로운 의료공급체계를 구축해야 할 필요성이 있음을 지적한다. 김용익(1998b)도 그간 공공보건의료의 성과를 제시하는 방식으로 공공보건의료 강화의 필요성을 제시한다. 즉, 그간 공공보건의료부문은 공공보건의료서비스 제공자로서 국민건강 증진에 기여하였다는 점, 사회적 안전망으로서 저소득층 의료를 담당하였다는 점, 민간보건의료부문의 견제와 보완 역할을 하였다는 점, 각종 규제적 활동을 수행하여 왔다는 점이 지적된다.

이규식(1998) 역시 시장 기능(민간부문)이 강화되어야 할 영역과 정부 기능(공공부문)이 강조되어야 할 영역을 구분한다. 그러나 그는 의료환경의 변화와 이에 따른 국내외 의료개혁의 논점과 방향을 개관하면서 의료개혁이 목적으로 삼는 가치를 실현하기 위해서는 시장의 경쟁원리를 보다 강화하는 방향으로 의료체계 운영의 패러다임을 바꿀 필요성을 주장하면서, 정부 기능이 강화되어야 할 영역으로 보건정책을 형성하는 기본 틀의 작성, 보건분야의 정보에 대한 표준의 설정, 국민의 안전과 관련된 규제, 의료서비스의 제공이나 건강과 관련한 사업이나 정보의 분석·평가·모니터링 등을 열거한다. 정부의 기능은 지금까지와 같되 다만 시장기능에 맡길 분야는 과감하게 시장으로 넘기자는 것이며 시장기능이 강화될 영역으로 최종재의 생산 및 거래와 관련된 분야(요양기관에 대한 계약제 도입, 자비부담병상제도의 도입, 비급여 임의보험제도 운영의 개선, 의료보험수가 결정에 공급자의 참여폭 확대), 생산요소 시장에서의 시장원리의 반영(의약품 및 의료소모품 가격책정에서의 시장원리의 반영, 의료인력의 공급이나 훈련과 관련한 시장기능의 활성화), 의료보험시장에서의 시장원리의 도입(내부시장 원리의 도입, 민간의료보험의 도입) 등을 제시하고 있다.

이러한 맥락에서 이규식(2001)은 의료의 공공성 제고와 공공의료기

관 확충 논의를 구분하면서 공공의료기관 설립을 통한 공급측면에서의 정부의 의료시장 개입을 이론적으로 검토한다. 그에 따르면, 의료서비스는 공공재라기보다 가치재(merit good)이며 이것은 곧 소비의 외부효과와 거의 같은 시각으로 사회의료보험 제도의 타당성을 입증하는 근거일 수 있으나 정부가 공급측면 개입을 타당화하는 공공재와는 성격이 다르다고 한다. 또 의료서비스가 공유가치재이든 소비의 외부효과에 기인하는 것이든 공공의료기관 설립 및 운영과 같은 직접적인 공급보조는 형평성 면에서 전국민의료보험 제도 같은 직접적인 수요보조 정책에 비해 열등하다고 주장한다. 공공의료기관이 전국에 골고루 설립되지 않는다면 의료 접근의 형평성에 문제를 야기하기 때문이다. 또한 형평성 측면에서 공공의료기관 설립의 타당성이 인정된다 하더라도 공공병원을 설립하는 것은 비용 면에서 엄청난 부담을 전제하므로 보건소망을 통한 의료서비스 공급이라는 현재의 정책이 타당하다고 한다. 다른 한편, 사회의료보험 같은 수요보조정책이 효과적으로 작동하기 위해서는 의료서비스의 공급이 가격에 탄력적이어야 한다고 지적하면서, 공급의 가격탄력성 제고를 위해서는 의료공급자의 효율성 제고가 필요하며 공공부문이 민간부문에 비하여 효율성이 높다는 논리가 없고 최근 세계적으로 민영화가 의료개혁의 과제로 제기되고 있다는 점에서 공공병원 확충은 타당성이 없다고 주장한다.

이상의 논의에 비추어볼 때 공공부문이 강화되어야 한다는 데 이론의 여지가 없으나, 공공부문(혹은 정부 기능)이 강화되어야 할 보건의료체계 상의 영역·범위·수준에 대해서는 이론의 여지가 있는 것으로 보인다. 즉 공공보건의료 발전 방안으로서 공공보건의료기관의 확충을 통한 정부나 지방자치단체의 보건의료 공급 전략을 채택해야 하는가에 관하여 이견이 존재한다는 것이다. 김용익·김성순·김창엽 등은 강조점의 차이는 있으나 다양한 형태의 공공보건의료기관의 확충이

필요하다는 입장인 반면, 이규식은 의료개혁의 국내외적 추세와 경제학적 검토 결과에 의거하여 공공병원의 확충의 타당성을 부정하고 있는 것이다. 이러한 차이는 보건의료에서 효율성과 형평성 달성의 전망에 대한 상이한 시각으로 귀결된다. 예컨대 김용익은 정부 기능 강화를 통해 거시적 효율성을 달성할 수 있는 여지가 매우 크다고 지적하는 반면, 이규식은 공공부문의 비효율성과 경직성과 민간부문의 상대적 우월성을 제반 논의의 출발점으로 삼고 있는 것으로 보인다. 그런데 이러한 논의는 무엇보다 연구자의 가치관이 크게 반영된 것이라 하더라도 공공보건의료에 관한 여타 논의와 비교할 때, 비교적 최근의 일이라고 할 수 있다. 또한 시기적으로는 1980년대 중반 이후 세계적 차원의 공공부문 개혁 움직임, 최근 우리나라의 경제위기 등의 상황이 반영된 것으로서 향후 좀더 본격적인 이론적 검토와 실증적 근거가 함께 제시되는 논의가 기대된다고 하겠다.

2 公共保健醫療體系

가. 公共保健醫療體系의 問題點

먼저 강복수(2000)는 공공보건의료의 문제점을 다음과 같이 지적한다. 첫째, 운영체계의 문제점으로 국가수준의 공공보건의료에 대한 이념과 위상정립이 부재하다는 점이다. 최근 보건의료기본법과 공공보건의료에 관한 법률 등이 제정되었으나 가시적인 계획과 사업들이 집행되지 않고 있으며, 부처에 관계없이 국민보건을 위한 공공보건의료기관의 역할에 대한 기본이념과 정책 방향성이 상실되어 있는 상황이다. 공공의료기관의 기능과 역할이 여전히 불명확하다는 점도 문제이다. 둘째, 시설 수준이 열악하다. 우리나라 공공의료기관은 병원수 기준 전체의 10%, 병상수 기준 18%에 불과하며, 공공의료기관으로 분류

되는 국립대학병원과 지방공사의료원은 기능과 내용 면에서 공공성을 띤 역할이 미약한 형편이다. 셋째, 인력이 부족하다. 공공보건의료기관 가운데 특수병원이나 보건의료원 및 보건소를 제외하고는 공공보건의료사업의 성격이 미약하여 공공보건의료기관에 근무하는 인력현황의 논의가 무의미한 실정이다. 보건복지부, 광역자치단체나 기초자치단체 수준에서도 전문성을 갖춘 인력이 부족한 실정이다. 넷째, 재원의 절대적 수준과 공공부문 비중이 낮다. 우리나라 보건지출비는 GDP 대비 6.0%로 다른 OECD 국가들에 비하여 부족한 형편이며, 국민의료비에서 차지하는 공공재원의 비중 또한 45% 수준에 불과하다. 보건복지부 전체 예산 중 보건의료에 투자되는 재원은 총 사업비의 8.3% 수준으로 미미한 실정이다. 다섯째, 공공보건의료 행정체계의 혼선과 조정능력의 부재하다는 점이다.

공공보건의료의 문제점에 대한 김용익(1998b)의 평가도 크게 다르지 않다. 그는 현행 공공보건의료의 문제점으로 국가공공보건의료체계의 위상과 목표 설정이 부재하였고 각 공공보건의료기관의 기능이 불명확하며 행정체계의 혼선과 비효율, 조정능력이 부재하다는 점, 공공보건의료기관 운영의 비효율성과 공공보건의료기관 평가의 비합리성 등을 언급한다. 다만 이와 같은 문제의 원인을 공공보건의료부문 종사자들만의 잘못으로 돌리는 것은 '희생자 비난(victim blaming)'이며 문제의 원인은 보다 구조적이며 특히 관련 행정조직의 보건의료부문에 대한 무지와 능력 부족, 의지 부족이 중요한 원인임을 지적한다.

김성순(2000)도 이와 비슷한 평가를 하고 있다. 그가 지적하는 우리나라 공공의료체계의 문제점으로는 국가공공보건의료체계의 위상과 목표 설정의 부재, 각 공공의료기관 기능의 불명확성, 행정계통이 일원화되어 있지 못한 점, 열악한 국민보건의료 예산, 공공보건의료기관 운영의 비효율성과 평가의 비합리성 등이 포함된다.

문옥륜(2000)은 우리나라 공공보건의료의 발전과정을 개관하면서 현재의 공공보건의료기관이 안고 있는 문제점이 정부 조직이 갖고 있는 구조적인 문제점과 맥락을 같이한다고 전제한 뒤 이를 경직성, 비합리성, 비효율성으로 요약한다. 또 각급 공공보건의료기관, 특히 공공병원들의 경우 기능이 막연하게 설정된 경우가 많아 민간의료기관과의 차별성이 드러나지 않고 있으며 관련부처간, 중앙정부와 지방정부간 연계체제의 미흡으로 일관성이 있는 정책이 추진되지 못하고 있는 점을 지적한다. 특히 공공병원들을 관장하는 중앙부처간에 공식적인 연결고리가 없다는 점을 평가하고 있다.

이와 같이 기존 논의들의 공공보건의료체계에 대한 평가는 앞서 논의와는 달리 대체로 일치하고 있는 것으로 보인다. 첫째 국가공공보건의료체계의 위상과 목표 설정이 부재하다는 점, 둘째 각급 공공보건의료기관의 기능과 역할이 불분명하다는 점, 셋째 공공보건의료 관련 행정체계가 비효율적이고 비합리적으로 운영되어 왔다는 점이 대표적인 문제점으로 지적된다. 이외에도 공공보건의료기관을 지원할 수 있는 재원의 부족과 공공보건의료기관 시설 및 인력의 부족 등이 문제점으로 지적되고 있다. 이러한 상황은 정부의 직접 개입을 지양하자는 논의들이 상대적으로 공공보건의료의 문제점에 대한 구체적 진단에서 소극적이라는 점과, 이러한 논의들이 공공보건의료체계 자체의 강화보다는 포괄적인 수준에서 의료의 공공성을 제고하는 간접적인 방안을 선호한다는 데에서 원인을 찾을 수 있을 것으로 보인다.

나. 公共保健醫療體系의 改善 方案

강복수(2000)는 공공보건의료의 발전방안으로 공공보건의료의 범위와 역할 정립을 제시한다. 국가가 보건의료정책, 특히 공공보건의료정책에 대한 확고한 의지가 있어야 하며, 최근 공공보건의료에 관한 법

률이 명시한 대로 명실상부한 공공보건의료사업이 시행되어야 함을 주장한다. 수익성이 없어 민간의료기관에서 설립을 기피하고 있는 요양병원, 치매병원, 노인전문병원, 정신병원 같은 시설을 확충해야 하며 군립병원 설립과 육성하고 도시지역 보건소의 추가개설과 보건지소 설치를 지방자치단체장에게 완전 위임하여 활성화할 것을 권고한다. 기존 공공의료기관의 공공성 강화를 위해 공공병원의 공공성 강화와 보건소 기능 재조정도 제안하고 있다. 유능한 전문인력의 확보와 인력개발, 공공보건의료기관 운영에 관한 부처간의 조정 강화, 기존 민간보건조직의 공공성 강화와 민간의료기관의 공익적 역할 강화, 건강증진기금의 확대를 통한 공공보건의료사업의 강화, 의료보험자에 의한 공공보건정책 강화방안도 아울러 제안하고 있다.

김용익(1998a)은 공공보건의료부문의 목표와 역할을 명확히 설정하고 기능과 관리·운영 방식의 개혁을 수행을 역설하면서 개혁의 주요 내용으로 보건의료부문에 대한 정부의 기획, 조정능력 강화를 통해 보건정책을 원활히 수행할 수 있는 수단을 확보하고 공공보건의료부문의 효율성을 증대하며 사회적 안전망으로서의 기능을 강화할 것을 주장한다. 구체적으로는 ① 공공보건의료의 목표와 역할 정립 ② 국가공공보건의료체계의 정비 ③ 공공보건의료기관의 운영의 민주성 확보 ④ 공공보건의료부문의 효과적인 업무평가체계 개발 ⑤ 유능한 공공보건의료인력의 확보 및 인력개발 ⑥ 보건사업의 전산화 ⑦
공공보건의료에 관한 법률 제정 등의 정책 방안을 제시한다. 특히 국가공공보건의료체계의 정비와 관련하여, 공공보건의료기관 운영에 관한 부처간 조정기구를 설치하고 국립보건원을 '질병관리본부'로 개편할 것을 주장한다. 또한 국립대학교병원을 공공의료기관으로서 역할을 정립하며, 국립의료원을 공공보건의료의 3차 기관, 국립암센터는 국가 암관리 중심기관으로 역할을 정립해야 한다고 지적한다. 이와

함께 보건복지부를 비롯한 중앙행정기관 소속 및 산하 의료기관의 공공성을 제고하고, 지방공사 의료원을 지역 특성에 맞는 공공의료기관으로 전환하며, 보건소 운영 혁신을 위해 책임행정기관제도를 도입하며, 보건지소 수준의 활동 지원을 위해 공중보건의사 제도를 개편하고, 방문간호사 확충 및 보건진료원 기능 전환을 꾀할 것을 제안한다.

김성순(2000)은 공공의료인프라 확대를 위해서는 먼저 공공보건의료의 목표와 역할의 정립, 국가공공보건의료체계의 정비, 공공보건의료기관 운영의 민주성 확보, 공공보건의료부문의 효과적인 업무평가체계의 개발, 공공의료인프라 확충을 위한 복지재정의 확보 등 정책목표가 설정되어야 함을 지적한다. 나아가 구체적인 공공의료기관 확충 방안으로 1차 공공의료기관 수준에서는 도시형 보건지소인 '주민건강센터'를 확충하여 공공보건사업과 지역사회의 평생건강관리를 담당케 하고, 공공기능을 가진 민간의료기관으로서 '보건법인'을 설립하여 기존의 진료기능에 공공보건사업 기능을 추가하며, 보건소 및 보건지소의 질적 향상을 추진할 것을 제안한다. 2차 공공의료기관 수준에서는 각 지역에 종합의료기관으로 발전할 수 있는 공공·민간 병원을 인구에 따라 몇 개씩 선정하여 중앙정부와 지방자치단체가 중점 육성하는 방안을 주장한다. 또한 기존 지방공사의료원은 지역여건에 따라 지역거점병원, 특수질환전문병원, 요양병원으로 기능을 전환시키는 방안을 강구하고 지방공사의료원 민간위탁을 전면 재검토할 것을 요청하고 있다. 마지막으로 공공의료기관 중 종합병원에 속하는 국립의료원, 국민건강보험공단 일산병원, 국립대학병원, 특수병원 등의 기능과 역할을 재정립할 필요성을 강조하고 있다.

안형식(1998)은 논의의 초점을 공중보건체계(public health system)에 맞추고 공중보건의 목표를 가장 효과적으로 달성하는 방안으로서 공공부문과 민간부문의 역할분담 방안을 모색한다. 민간의료기관 중심

의 일반의료체계(medical care system)가 지역주민 전체의 건강을 중심과제로 놓을 동기가 없으며 공공의료기관이 공중보건과 관련된 모든 의료서비스를 담당하기 어렵다는 점을 지적한다. 그러나 미국 매니지드케어 사례에서 민간의료기관이 지역주민에 대한 예방활동을 적극적으로 전개할 수 있는 기전을 찾고자 한다. 즉, HMO의 인두제 지불방식은 적절한 예방서비스를 통해 의료이용과 비용을 감소시킨다는 증거가 있으며 매니지드케어 자체가 인구집단을 대상으로 하기에 지역사회나 인구 전체의 건강에 대한 관심을 쏟고 의료기관에 대한 객관적인 평가 기회를 부여할 수 있다는 것이다. 다만 공중보건의 모든 영역에서 대해 민간의 동기유발이 어렵고 집단을 대상으로 한 서비스 같은 고유영역은 여전히 공공의 역할로 남는다는 점을 지적한다.

이와 비슷하게 보건의료사업이나 서비스의 내용별로 공공부문과 민간부문의 역할을 정립하고 기능을 분담하거나 공공보건의료부문의 사업전략이나 모델을 정립하려는 논의가 일부 이루어져 왔다. 예컨대 김명규(1999)는 지역사회 정신보건사업에서 국립정신병원의 역할을 검토하면서 공공부문이 담당해야 할 역할을 정리한 바 있고, 현인숙과 정영일(1997)은 공공보건의료기관 중심의 노인보건의료체계 개발 연구를 수행하였으며, 양병국(1998)과 김준석(1998)은 지역사회 치매환자를 위한 보건사업과 호스피스·완화의료에서 공공보건의료기관의 참여 방안을 모색한 바 있고, 조유향(1999)과 이건세(1999)는 공공보건조직에서의 노인건강증진사업의 현황을 평가하고 사업개발 전략을 제시한 바 있다. 이처럼 비교적 최근에 주목받기 시작한 새로운 보건의료서비스에서의 공공부문의 역할 규명과 참여방안 개발 논의 외에도 전통적으로 공공보건의료 영역으로 간주되었던 모자보건사업에서도 비슷한 시도들이 이루어지고 있다.

3. 公共保健醫療機關

가. 公共病院

김용익(1998a)은 공공보건의료체계 개편의 일환으로 공공보건의료기관의 역할과 기능을 구체적으로 제시하는 것이 필요하다고 지적한다(표 2-3 참조).

〈表 2-3〉 公共保健醫療機關의 機能 整備 內容要約

공공보건의료기관	역 할
국립대학병원 국립의료원	· 중점관리 보건문제 관리의 중심기관 역할 수행 · 연구사업: 정기적 역학조사, 위험요인 조사, 새로운 치료법 개발 · 치료: 중점관리질환 치료의 3차 기관 · 교육 및 훈련: 관련 보건의료인력들의 임상교육 · 관련 보건사업의 기획, 시행 및 평가 · 광역거점병원으로서의 기능 수행
국립암센터 국립결핵병원 국립정신병원 국립재활원 국립나병원 등	· 해당 질병 치료의 3차 기관 역할 수행 · 해당 질병에 대한 조사연구 사업 - 치료 프로토콜의 개발 - 신약 연구 (clinical trial center) · 해당 질병에 대한 보건사업 기획, 시행 및 평가 · 해당 질병에 대한 보건인력 교육훈련
지방공사의료원 시·도립병원	· 광역거점병원형: 광역자치단체 · 지역거점형: 의료소외지역의 중심 의료서비스 제공기관 · 요양병원형: 만성질환에 대한 장기요양서비스 제공 · 특수질환병원형: 특정질병 중심 예방, 치료, 재활

이와 같은 공공보건의료기관 기능설정은 새정치국민회의(1998)의 정책과 김성순(2000), 신영전(2000)의 논의에서도 비슷하게 나타나고 있다. 다만 김성순은 국립의료원에 국가행사 및 사회복지시설 등에 대한 의료지원기관, 의료보호환자 중심의 치료 전문기관으로서 기능과

역할을 부여하고 있고 최근 설립·운영되고 있는 국민건강보험공단 일산병원의 역할을 적정한 의료보험수가와 병원경영과 관련된 자료를 얻어 이를 바탕으로 제도개선에 활용될 수 있도록 하는 것이 필요하다고 지적한다. 이외에도 김성순은 2차 공공의료기관 육성 방안으로 지방공사의료원의 기능 전환 외에 지역거점병원의 육성과 요양병원 설립 등을 제안하고 있다. 또, 신영전은 결핵·응급·정신·치매 환자 진료를 위한 기본 병상을 확보하고 해당 지역 수준에서 교육·훈련·정책과정에 참여하는 것이 필요하다고 언급한다. 이러한 논의들은 공공보건의료체계 전반의 정비라는 맥락 속에서 서비스 수준별로 공공보건의료기관의 기능과 역할을 설정하려는 점에서 공통성을 지닌다.

이와 같이 포괄적인 수준에서의 기능 설정 논의 외에 공공병원, 특히 지방공사의료원을 중심으로 문제점을 진단하고 발전 방안을 모색하는 논의들도 찾아볼 수 있다. 박찬병(2000)은 공공병원의 운영 목적을 사회 안전망 기능과 민간병원에 대한 최소한의 견제 기능으로 요약하면서, 공공병원의 역할을 저소득층에 대한 진료, 무의무탁/행려환자에 대한 진료, 전염병 환자들의 진료(격리병상 운영), 집단수용시설에 수용되어 있는 환자들에 대한 진료, 사회적·의학적으로 필요한 최소한의 필수의료서비스의 제공 등으로 제시한다. 그런데 공공병원, 특히 지방공사의료원의 경우 정부로부터 구체적인 대안 없이 무조건적인 경영 개선만이 요구되고 있는 상황에서 공공의료기능 강화를 추구한다는 것이 딜레마로 파악된다. 이것을 극복하기 위해서는 중앙정부나 지방자치단체 차원에서 공공의료기관의 목적과 기능, 경영의 기준을 명시하고 객관화된 평가 기준을 개발하여 이를 토대로 지도와 감독이 이루어져야 함을 지적한다. 구체적으로 1·2·3차 공공의료기관의 설치 목적과 운영 방침을 감안한 기능 설정, 경영실적 위주의 평가를 지양하는 평가 기준의 확립, 공‘기업’이라는 시각보다는 장래의 국민

적 필요를 충족시키기 위한 공공의료기관에 대한 청사진 제시. 공공의료기관간의 네트워크 형성, 민간의료기관과의 명확한 관계 설정 등이 제시된다.

이와 관련하여 김용익(1998b)은 공공보건의료부문에 적용할 효과적인 업무평가체계 개발의 필요성을 강조하면서 공공보건의료기관 평가에는 수익성뿐만 아니라 공공기관으로서의 정책수행도가 함께 평가되어야 함을 지적한다. 구체적인 평가방법으로는 첫째 보건복지부와 행정자치부가 투입/산출 등 거시지표를 중심으로 광역/기초 자치단체를 평가하고, 둘째 광역/기초 자치단체가 설립목적 수행정도 지표, 서비스 만족도 지표, 경영 효율성 지표, 경영관리 지표 등 미시지표를 중심으로 공공보건의료기관을 평가하며, 셋째 보건복지부와 행정자치부가 미시지표를 중심으로 공공보건의료기관을 평가하되 상대평가를 수행하는 방안을 제시하고 있다. 남은우 등(2000)도 수익에만 관심을 두는 기존의 경영평가는 공공의료기관의 설립목적인 공익성에 대한 평가는 충분히 이루어지지 않은 채 이루어져 왔다고 비판하고 공공의료부분을 제외한 일반의료 부분에 대해서만 기업식 경영기법을 강조해야 하며 공익성 평가와 경영수익 평가를 함께 고려할 수 있는 평가지침의 개발을 필요함을 지적하고 있다.

한편, 전기홍(1998)은 정부조직 개편의 맥락에서 공공병원 조직구조 개편의 타당성을 검토하면서 책임경영기관화의 가능성을 탐색한다. 그에 따르면 공공병원은 국가 혹은 지방자치단체가 소유하면서 책임을 가지고 운영해야 하는 기관으로서, 그 가장 중요한 기능은 의료보호 대상자에 대한 진료서비스로 파악한다. 따라서 민영화를 위한 매각은 불가하고 민간에게 위탁 운영하는 안과 책임경영기관화하는 안을 검토할 수 있다고 하면서, 위탁 운영하는 대안은 민간에게 공공의료서비스에 대한 책임을 넘기는 것이므로 곤란하므로 단지 운영의 효

율성을 기할 수 있도록 책임경영기관화하는 안을 가장 적절한 대안으로 평가하고 있다. 그런데 공공병원의 책임경영기관화시 재무성과만을 강조하게 되면 일반인을 대한 의료서비스와 그 중에서도 사유재로서의 의료서비스를 전략적으로 추구하게 되어 공공병원의 본래의 기능을 훼손하는 중대한 문제를 초래할 것임을 지적한다. 따라서 책임경영기관화는 양쪽의 의료서비스를 균형 있게 평가할 수 있도록 성과지표와 측정방법을 효과적으로 개발하는 것이 필요하다고 주장한다.

요약하면, 공공병원에 관한 논의들은 크게 두 갈래로 이루어져 왔다고 볼 수 있다. 하나는 전반적인 공공보건의료체계 속에서 공공병원을 포함한 공공보건의료기관의 기능과 역할을 구체적으로 정립하는 것이며, 다른 하나는 지방공사 의료원을 중심으로 공공병원의 효과적 운영 방안 및 평가 방법을 도출하는 것이다. 그런데 후자와 관련하여 정부는 학계에서 이루어진 연구 및 논의와는 무관하게 1998년 이후 지방공사 의료원 민간위탁을 추진하여 왔다는 점에 유의할 필요가 있을 것이다.

나. 保健所

지금까지 국내에서 이루어진 공공보건의료기관 관련 연구 가운데 가장 큰 비중을 차지하는 것은 보건소 관련 연구라고 할 수 있다.[7] 그만큼 보건소는 공공보건의료체계 상에서 중요한 위치를 차지하고 있었으나, 1990년대 초반까지는 농어촌 등 보건의료에 관한 특별조치법에 따른 공중보건의사와 보건진료원의 배치 등 몇 가지 변화를 제외하고는 이렇다 할 만한 제도적·정책적 변화가 없었던 것으로 보인

7) 전남대학교 보건연구정보센터가 운영하는 학술정보 데이터베이스에서 '보건소'를 주제어로 검색하면 동 연구센터의 검색엔진 제한값인 200건을 초과하는 자료가 검색된다.

다. 그러다가 1994년 정부 주도로 구성된 의료보장 개혁위원회가 공공보건기관의 기능 활성화를 본격적으로 논의하고, 우루과이 라운드 출범에 대처하는 후속 조치로 '농특사업'이 시행되면서 1990년대 중반 이후 보건소 관련 논의는 새롭게 활기를 띠기 시작하여 오늘에 이르고 있다.

이종구(2000)는 향후 정부의 보건정책의 주요 과제의 하나로 보건소를 평생건강관리 중심기관으로 육성하는 방안을 소개하면서, 대도시·중소도시·농어촌·도서오벽지 등 지역 유형별로 보건소 기능을 재정립할 것, 보건사업의 효율적 수행을 위해 국가, 지방자치단체, 민간부문 간의 합리적 역할 분담, 보건소를 거점으로 지역주민의 건강증진을 위한 원스톱 보건의료서비스 체계를 구축할 것, 저소득 취약계층에 대한 가정방문 보건서비스의 강화 등의 방향을 제시하고 있다. 김은미(2000)는 보건소가 평생건강관리 체계의 중심기관으로서의 역할과 기능을 수행하여야 하며 이를 위하여 보건소가 지역사회 보건의료정보 종합센터로서의 역량을 갖추고 지역보건사업을 건강증진사업 위주로 재편하고 저소득취약계층을 위한 안전망 구축의 발전과제를 안고 있다고 지적한다.

보건소 기능 개편에 관한 구체적인 의견조사 연구들도 일부 이루어졌다. 김진삼 등(1994)은 시 의원과 동장의 경우 보건소의 중요한 기능으로 전염병예방사업, 가족계획, 진료기능, 각종 민원 업무 등을 지적하였고, 보건소 직원의 경우 전염병예방사업, 교육 및 홍보, 모자보건, 각종 민원 업무 등을 지적하였다. 또 향후 보건소에서 꼭 실시 혹은 보강해야 할 사업으로 시 의원과 보건소 직원의 경우 성인병예방사업, 노인보건사업, 시민보건교육, 가정방문보건사업을, 동장의 경우 가정방문보건사업 대신 물리치료실 운영을 들었다. 전기홍 등(1997)은 보건소 직원을 대상으로 보건소 기능의 우선순위를 파악하였다. 연구

결과에 따르면, 보건소 기능의 우선순위를 보건소 직원의 경우 기획 및 연구, 주민건강증진사업 계획 및 실현, 보건교육, 보건소 전문인력 관리 등으로 응답하였으며, 전문가의 경우에는 기획 및 연구, 보건교육, 주민건강증진사업 계획 및 실현, 만성퇴행성 질환 등의 질병관리에 관한 사항으로 응답하였다. 이원영(1998) 등은 지역의회 및 행정 관계자, 보건소 직원을 대상으로 보건소 기능의 우선순위를 조사한 결과, 지역의회 및 행정 관계자의 경우 진료기능, 급·만성질환 관리, 지역특수사업, 모자보건 등으로 응답한 반면 보건소 직원의 경우 급·만성질환 관리, 지역특수사업, 교육홍보, 진료기능 순으로 응답하였다.

포괄적인 공공보건의료체계 강화 방안이라는 맥락에서 김용익(1998b)은 보건소의 기능 개편 방안을 제시한다. 그에 따르면 이제 보건소는 중점관리 보건문제를 관리하는 지역사회의 중심기관으로서 지역 내 질병의 감시체계를 구축하고 지역단위 보건사업을 수행하며 방문보건사업을 전개하는 역할을 맡아야 한다는 것이다. 또 보건지소의 경우에는 지역특성에 따라 유형을 일반형, 건강증진형, 통합형으로 구분하여 각각 진료업무, 예방·재활·건강증진 보건사업, 포괄적 보건의료서비스를 업무내용으로 제시하고 있다. 또 보건진료원의 기능을 전환하고 방문간호사를 확충하여 방문보건사업을 수단으로 국가 중점관리 보건문제 관리를 주요 업무로 부여하고 있다. 한편 보건소 운영과 관련하여 그는 공공조직으로서 위상과 성격을 그대로 유지하면서 운영의 효율성을 기하는 방법으로 책임행정기관(agency) 제도 도입을 주장하고 이를 위해 시범사업의 실시, 기관목표 및 사업계획에 대한 지침 마련, 기관장 임용 지침 개발, 성과평가 및 보상체계 개발, 관련 입법조치 등이 이루어져야 한다고 주장한다.

김성순(2000)과 신영전(2000)도 보건소 기능 개편에 관해서는 김용익과 비슷한 의견을 제시하면서, 도시지역 보건지소를 설치하여 주치

의 등록제를 활용한 일반진료를 제공하고 임상 및 방사선 검사, 물리치료 및 작업치료, 데이케어센터를 운영하며 사회복지서비스와 연계한 방문보건사업과 다양한 보건사업을 수행할 것을 제안하고 있다. 아울러 공공의료기관 확충이라는 관점에서 도시지역의 경우 일종의 도시형 보건지소인 주민건강센터를 시·구 단위로 인구 5～10만 명당 1개소씩 확충하여 싱가포르의 폴리클리닉(poly-clinic)과 유사하게 진료와 공공보건사업 등 지역사회의 평생건강관리를 책임지는 기관으로 육성시켜야 함을 주장한다. 또 공공기능을 가진 민간의료기관으로 '보건법인'을 설립하여 의료기관 기능은 '의료법인'처럼 독립채산제로, 공공보건사업은 '사회복지법인' 같이 정부예산 지원을 통해 지원할 것을 주장하고 있다. 또 농어촌지역의 경우 기존 보건소와 보건지소의 질적 수준을 높이는 것이 중요하며, 지역 특성에 따라 다양한 유형의 보건지소를 설치·운영해야 한다고 주장한다.

이와는 다른 시각에서 보건소 일부 업무의 민간위탁 또는 제3섹터의 활용 등으로 정부실패를 감소시키고 다양화하고 전문화하는 행정수요에 신축적·효율적으로 대응하는 것이 필요하다는 논의도 이루어졌다. 남정자 등(1996)은 현재 보건소에서 수행하고 있는 업무 중 보건소가 전담해야 할 업무는 56% 정도이고 나머지 업무는 민간에 위탁이 가능한데 건강증진 사업의 경우에도 40% 이상 위탁이 가능하다고 지적한 바 있다. 이선희(1998)는 서비스의 민간위탁, 위탁경영 및 공동출자의 방식을 보건소 업무에 대해 어떻게 적용할 수 있는가를 제시하였고 정부도 「21세기 국민건강관리전략 개발」보고서에서 중점관리 건강문제 해결을 위한 민·관 역할분담 기본 방안을 제시하였다.

그러나 배상수(2001)에 따르면 정부의 정책의도가 말 그대로 의도표명에 지나지 않았으며, 보건소의 민간위탁 업무의 범위, 위탁된 서비스의 공급 방식 결정 등에 관해서는 심층적인 연구가 부족하다고

지적한다. 그럼에도 불구하고 그는 보건소 기능 개편 등 보건소 발전을 위한 기존의 정책제안들에 일련의 의문－보건소는 지역보건의 중추로서 정말 없어서는 안될 조직인가? 보건소는 정말 직원이 부족한가? 보건소는 예산이 부족한가? 보건소 서비스는 비용이 저렴한가? 보건소가 지역건강정보센터로서 기능할 수 있는가?－을 제기할 필요가 있다고 주장한다. 이어 그는 보건소 발전을 위한 최소한의 전제조건으로서 보건소 사업의 비용분석, 민간위탁 기준의 정립, 지역보건 정책연구의 개선, 과학적 근거에 입각한 사업수행의 지원, 지역보건정보체계의 구축과 정보의 공개 등을 언급하고 있다.

이상의 논의 결과에 비추어 볼 때, 의료 환경의 변화에 따른 보건소 기능 개편에는 대다수의 논의들이 합의하고 있으며 강화되어야 할 보건소 기능에 대해서도 큰 차이는 없는 것으로 보인다. 다만 일반진료 기능을 어느 수준까지 보유하여야 할 것인가에 대해서는 다소 의견의 차이가 있는 것으로 보인다. 또 공공부문의 비효율성을 제거하면서도 공공보건의료의 본래 목적을 달성하기 위한 다양한 제안이 있었던 바, 보건소에 책임행정기관을 도입하자는 의견과 보건소 업무의 일부를 민간에게 위탁하여 민간부문의 활력을 이용해야 한다는 논의도 이루어진 바 있다. 그러나 아직까지 이러한 제안들은 정책 형성 과정에서 구체성을 가지고 검토되지 않은 것으로 보인다.

第 3 章　主要 外國의 公共保健醫療

第 1 節　OECD 主要國[8] 醫療保障體系의 特性

OECD 주요국들은 1950년대부터 1970년대에 걸쳐 국민이 경제적 수준에 구애받지 않고 필요한 의료서비스를 받을 수 있도록 하기 위해 의료보장제도를 발전시켜왔다. 그 결과 미국을 제외한 OCED 주요국에서 의료보장제도는 노인연금, 실업보험 등과 함께 복지국가의 중추적인 공공정책, 사회보장정책으로 자리 잡았다[9].

OECD 주요국의 의료보장체계는 크게 영국의 비버리지 보고서에 근거하여 발달한 국가보건서비스(NHS:National Health Service, Beveridge Model)형과 독일의 비스마르크 입법에 근거를 둔 사회보험형(Social Insurace: Mismarck Model)으로 구분된다[10]. 국가보건서비스형이나 사회보험형은 모두 국가의 보건의료정책에 의해 대다수의 국민이 필수적인 의료서비스를 받을 수 있도록 하는 공공 주도

---

8) 1961년 OECD가 설립될 당시부터 회원국이었던 국가는 오스트리아, 벨기에, 캐나다, 덴마크, 프랑스, 독일, 그리스, 아이슬란드, 아일랜드, 이태리, 룩셈부르크, 네덜란드, 노르웨이, 포르투갈, 스페인, 스웨덴, 스위스, 터키, 영국, 미국이다. 그후 일본(1964), 핀란드(1969), 호주(1971), 뉴질랜드(1973), 맥시코(1994), 체코(1995), 헝가리(1996), 폴란드(1996), 한국(1996), 슬로바크 공화국(Slovak Republic) 등이 가입하였다. 여기서는 보건의료 관련 데이터가 비교적 잘 축적된 1980년대 이전 회원국을 중심으로 고찰하였다. 따라서 본 고에서 'OECD 주요국'은 1980년대 이전 회원국들을 가리킨다.

9) 의료보장은 지출규모면에서 볼 때 사회보장항목중 노령연금에 이어 두 번째로 크다(김홍식, 1995).

10) 그외 개인이 의료비용을 책임지거나 민간의료보험이 발달한 국가를 OECD에서는 소비자주권형(Consumer Sovereignty Model)로 분류하였다. OECD 주요국중 소비자주권형에 속하는 국가는 미국이다.

(public-oriented)의 의료보장체계임에도 불구하고 재원조달방식, 의료서비스 공급양상에는 차이가 있다.

국민보건서비스형은 전국민을 하나의 제도아래 적용시키며, 정부나 비영리 법인조직이 운영주체가 되는 유형이다. 재원은 대개 일반조세를 통해 조달된다. 또한 1차 의료기관은 사유화된 경우도 많으나 병원급 이상은 공공화되어 공공의료기관에서 입원서비스를 제공하는 국가가 많다. 반면에 사회보험형은 보험료에 의해 재원을 조달하고 별도의 보험자(조합 또는 금고)가 운영하는 방식을 취하며 국가는 2차적 지원과 기획·지도 기능을 수행한다. 또한 병원급 이상 의료기관의 공공화는 진행되지 않았으며 현재 공공소유와 민간소유가 혼재되어 있다. 이 제도의 적용을 받는 국민의 범위는 국가에 따라 차이가 있으나 OECD 주요국 중 사회보험형 국가는 모두 70% 이상의 국민이 사회보험 급여 대상에 포함되어 있다(국회사무처 입법조사국, 1989; 의료보험관리공단, 1997).

국민보건서비스형 및 사회보험형 의료보장체계의 특성을 재원별 국민의료비의 구성, 국민에게 제공하는 서비스의 범주와 서비스 공급체계로 구분하여 검토하였다.

<表 3-1>에서 알 수 있듯이 공공주도의 의료보장체계를 가진 국가 중 한국(46.2%)과 멕시코(47.9%)를 제외하고는 국민의료비 중 공공지출[11]의 비중이 50% 이상(1998년 기준)인 것으로 나타났다. 사회보험형 국가들은 67～84%에 이르렀으며, 80%를 넘는 경우(스웨덴, 영국, 덴마크, 아이슬란드)는 모두 국민보건서비스형 국가였다[12]. 우리나라는 46.2%로서 비교가 된 사회보험형 국가 중 가장 낮았다.

---

11) 공공부문지출에는 사회보험형에서 국민이 낸 보험료도 포함됨.

12) 국민의료비 중에는 약국에서 소비자가 임의로 구입하는 의약품(OTC) 비용 등과 같이 보건의료기관외에서 소비하는 건강관련 비용도 포함되어 있기 때문에 어느 국가이든지 국민의료비 중 공공지출의 비중이 100%인 국가는 있을 수 없다.

〈表 3-1〉 國民醫療費中 公共部門支出의 比率

(단위: %)

구 분	1960년	1970년	1980년	1985년	1990년	1995년	1997년	1998년
Australia(NHS)[1]	51.3	-	62.8	71.6	67.4	67.4	68.2	70.0
Austria(NHI)	69.2	62.9	68.8	76.1	73.5	72.3	71.4	71.8
Belgium(NHI)	-	-	-	-	-	69.9	71.0	71.2
Canada(NHS+NHI)	42.3	70.0	75.6	75.5	74.6	71.1	69.8	70.1
CzechRepubli(NHI)	-	-	97.1	92.4	95.8	92.6	91.8	91.8
Denmark(NHS)	-	-	87.8	85.6	82.8	82.5	82.3	81.9
Finland(NHI)	53.3	73.3	79.1	78.6	80.9	75.6	76.0	76.2
France(NHI)	58.9	74.4	78.7	76.9	78.2	77.7	77.8	77.8
Germany(NHI)	-	72.8	78.7	77.4	76.2	78.1	76.6	75.8
Greece(NHS)	50.0	42.3	55.7	-	62.7	54.5	55.2	56.4
Hungary(NHS+NHI)	-	-	-	-	-	76.1	75.3	76.4
Iceland(NHS)	76.0	81.3	88.2	87.1	86.6	84.5	83.7	83.9
Ireland(NHI)	76.0	80.8	81.4	75.7	71.7	72.5	75.7	76.8
Italy(NHS)[2]	82.8	86.4	80.5	77.2	78.1	67.4	67.5	67.3
Japan(NHI)	64.3	69.7	71.4	70.8	77.6	78.2	79.5	78.5
Korea(NHI)	-	-	-	26.5	36.5	36.5	41.0	46.2
Luxembourg(NHI)	-	89.4	92.7	89.3	93.1	92.4	92.5	92.4
Mexico(NHI)	-	-	-	-	40.8	41.3	43.2	47.9
Netherlands(NHI)	-	-	69.2	71.0	67.7	72.0	68.9	68.6
NewZealand(NHS)	-	80.0	88.1	86.9	82.4	77.2	77.3	77.0
Norway(NHI)	76.7	91.7	85.1	85.8	82.8	83.2	83.0	75.8
Poland(NHI)	-	-	-	-	91.5	72.7	71.9	65.2
Portugal(NHI)	-	59.1	64.1	54.4	65.5	65.3	67.0	66.9
Spain(NHS)	50.0	65.9	79.9	81.2	78.8	78.0	77.1	76.5
Sweden(NHS+NHI)	72.7	86.0	92.5	90.3	89.8	85.1	84.2	83.8
Switzerland(NHI)	40.5	57.4	63.3	66.2	68.4	72.2	74.1	73.1
Turkey(NHS)	-	41.7	26.9	51.7	60.8	69.9	72.0	71.8
UK(NHS)	85.2	86.9	89.4	85.8	84.2	84.9	83.7	83.3
USA	23.6	36.4	41.4	39.9	39.6	45.6	45.5	44.8

주: 1) 국민보건서비스형 국가를 NHS로, 사회보험형 국가를 NHI로 표기한 것임. 사회보험형 국가 중에는 전국민을 포괄하지 않는 경우도 있어 모두 NHI로 표기하기는 무리가 있으나 간편화를 위해 NHI로 표기하였음.

2) 이탈리아, 스페인, 호주, 포르투갈, 그리스 등은 1970년대 후반부터 1980년대 사이에 NHI방식에서 NHS로 전환한 국가들임.

자료: OECD Health Data, 2000.

참고: 국가별 의료보장체계 유형 분류는,
의료보험연합회, 『세계 각국의 의료보장제도』, 1989.
의료보험관리공단, 『외국의 의료보장동향』, 1993.
의료보험관리공단, 『외국의 의료보험제도-분야별 비교조사-』, 1997에 따른 것임.

국민의료비 지출의 적정성 여부를 차치하고, 국민의 비용부담 정도로만 판단한다면 우리나라의 사회보험은 경제적 측면에서 보장성이 취약하다고 볼 수 있다. 이 때문에 개인의 경제적 부담능력에 따라 필요한 의료서비스에 제한을 받을 가능성이 다른 OECD국가보다 큰 것이다.

의료보장체계를 통해 제공되는 서비스의 범주는 국가마다 차이가 있다. 하지만 보건의료기관에서 의사에 의해 제공되는 의료서비스를 기본으로 하고 있으며, 그 중에서도 치료적 서비스를 우선적으로 포함한다. 서비스 유형(입원과 외래)에 따라서는 환자본인부담금의 규모를 통해 대략적으로 파악할 수 있다. <부표 1>에 나타난 바와 같이 영국과 호주 등과 같은 국민보건서비형 국가는 입원에 대해 거의 본인부담금이 없으며 스웨덴은 입원일당 소정의 본인부담금을 책정하고 있다. 영국은 외래 진료비에 대해서는 본인부담금이 없으나 외래에서 처방된 약제서비스와 일반치료 진료에 대해서는 본인부담금을 책정하고 있다. 또한 스웨덴은 입원보다 외래 진료비와 약제서비스에 대해 더 많은 본인부담금을 책정하고 있다. 이에 비해 대표적인 사회보험형 국가인 독일, 일본, 프랑스 등은 입원에 대해서도 입원일당 또는 입원총액에 대해 정액, 정률의 본인부담금을 책정하고 있는데 대개 상한선을 두어 입원비용이 국민에게 지나친 재정적 부담이 되는 것을 막고 있다. 외래에 대해서는 진료비(일본, 프랑스)나 약제서비스, 보장용구 등에 대해 본인부담금을 여러 가지로 책정하고 있다. 전반적으로 볼 때 입원보다는 외래서비스(약제서비스 포함)에 대한 본인부담금이 더 높다. 국가보건서비스형이나 사회보험형 모두 상대적으로 경한 경우(외래)보다는 비교적 중증도가 높은 경우(입원)에 대해 보장성이 높은 것이다. 이러한 경향은 미국을 제외한 OECD 주요국에서 입원진료비중 민간부문지출이 차지하는 비중(6.0～21.2%, 1997년 기준)

이 외래진료비중 민간부문지출이 차지하는 비중(18.7～47.7%, 1997년 기준)보다 낮은 것을 보아도 알 수 있다(표 3-2, 표 3-3 참조)

〈表 3-2〉 外來診療서비스중 民間部門의 比率

구 분	1960년	1970년	1980년	1985년	1990년	1995년	1997년	1998년	1999년
Australia	78.1	-	64.9	43.5	48.7	44.8	46.4	47.7	-
Canada	89.9	40.8	35.1	35.3	35.5	39.6	42.1	42.5	42.7
Denmark	-	-	15.6	21.6	28.0	26.3	25.3	25.3	23.3
Finland	55.8	43.7	28.0	25.8	22.2	28.6	28.6	27.8	28.8
Germany	-	30.6	25.8	28.2	32.3	32.8	34.4	36.4	-
Japan	-	-	-	-	-	-	-	18.7	-
Netherlands	-	-	37.3	37.5	34.3	33.6	35.2	34.8	34.9
Norway	-	-	-	-	41.5	-	-	-	-
United States	90.9	79.0	73.6	74.6	72.3	69.1	69.0	68.6	68.1

주: 민간부문에는 환자본인부담금과 민간보험 등이 포함된 것임.
자료: OECD, *Health Data,* 2000.

〈表 3-3〉 入院診療費中 民間部門의 比率

구 분	1960년	1970년	1980년	1985년	1990년	1995년	1997년	1998년	1999년
Australia	25.6	-	22.7	18.6	23.8	25.8	23.2	21.2	-
Belgium	-	12.5	30.2	32.9	30.8	33.6	-	-	-
Canada	31.5	9.7	12.3	12.6	12.9	14.5	13.9	13.7	13.3
Denmark	-	-	4.4	5.4	3.8	5.3	5.9	6.0	5.9
Finland	24.0	11.2	8.0	9.1	7.0	8.9	8.2	7.9	8.0
Germany	-	20.4	14.4	14.6	14.2	12.5	13.4	13.5	-
Japan	-	-	-	-	-	-	-	10.3	-
Netherlands	-	-	16.8	15.6	20.6	16.8	17.9	18.3	18.8
Norway	-	-	-	-	3.0	2.8	3.4	-	-
United States	60.1	46.9	45.7	46.0	47.5	39.8	38.9	40.0	40.4

주: 민간부문에는 환자본인부담금과 민간보험 등이 포함된 것임.
자료: OECD, *Health Data,* 2000.

입원서비스를 주로 공급하는 병원부문을 중심으로 하여 서비스 공급체계를 살펴보면, <表 3-4>에 나타난 바와 같이 국민보건서비스형 국가들은 공공부문 병상[13]의 비율이 높았다. 국민보건서비스형 의료보장체계 시발국가인 영국은 1948년 제정된 국민보건서비스법에 의해 대부분의 병원을 국유화했는데 1998년에도 공공병상의 비율이 95.7%에 이르렀다. 같은 유형에 속한 덴마크(99.2%), 스웨덴(1990년 92.4%) 등과 같은 국가들도 90%를 넘는 것으로 나타났다. 이에 비해 1970년대 후반부터 1980년대에 사회보험형에서 국민보건서비스형으로 전환한 이탈리아(78.6%, 1997년), 그리스(70.3%, 1997), 뉴질랜드(60.4%, 1998년 기준) 등은 선발 국가들에 비해 공공병상의 비율이 다소 낮기는 하지만 그래도 60~80%에 이르렀다[14] 반면에 주요 사회보험형 국가인 프랑스(64.8%, 1998년 기준), 독일(48.5%, 1997년), 일본(35.8%, 1998년), 멕시코(73.5%, 1998년 기준) 등은 36~74% 정도의 공공부문 병상비율을 가지고 있었다. 이에 비해 우리나라는 공공병상의 비율이 9.0%(1998년 기준)정도로 비교가 된 OECD 국가 중 가장 적었으며 다른 나라와의 차이도 매우 컸다. 공공병상의 비율로 볼 때도 우리나라는 매우 예외적인 국가에 속하는 것이다. 서구 유럽국가들의 경우 병원이 국가뿐만 아니라 종교집단과 자선단체와 같은 비영리기관 중심으로 발전해온 역사를 가지고 있다. 따라서 이러한 역사적, 사회문화적 측면에서의 발전과정의 차이가 공공병상의 비율에서 나타난 현격한 격차에 반영되어 있다고 볼 수 있다. 그런데 주목할만한 것은 우리나라에서 전국민의료보험 실시 이후 공공병상수의 비율이 더욱 감소하고 있다는 점이다. 1977년에는 우리나라에서도 민간사립병원의

13) 여기서 공공부문은 민간소유가 아닌 것을 통칭한 것이다.
14) 예외적으로 NHS 국가 중 호주는 1960년대 공공병상의 비중이 82%였으나 지속적으로 민영화가 진행되어 1997년에는 공공병상의 비중이 43%에 불과하다.

병상수가 46.8%에 불과했으나 1987년에는 70.1%로 증가하였고(양봉민, 1997), 전국민의료보험 이후 80%를 넘어선 것으로 나타났다. 이러한 공공병상비율의 감소 경향으로 볼 때 우리나라는 전국민의료보험을 계기로 하여 의료수요 증가에 따른 병상공급이 주로 민간에 의해 이루어졌으며 공공부문의 투자는 거의 이루어지지 않았음을 알 수 있다. 이는 프랑스, 독일, 일본과 같은 주요 사회보험형 국가에서 급여확대를 기조로 한 의료보장체계가 자리잡아갔던 1950~1980년[15]사이에도 공공병상의 비율에는 큰 차이가 없었던 것과는 대조적이다. 양봉민(1997)은 이와 같은 병원부문에서의 민간의 성장 배경을 우리나라 의료보장체계의 문제점과 결부시켜 설명한 바 있다. 즉, 고가의 비급여 서비스 항목이 많고, 행위별 수가제(지불보상제도)가 실시되고 있는 것 그리고 고가의료장비 규제나 환자후송체계 등에서 보여진 정부의 부적절한 규제 및 각종 규제의 실패(정부의 실패) 등이 민간의료의 지속적인 성장을 가능하게 하는 환경을 제공했다는 것이다. 이와 같은 환경에서 민간부문의 지나친 성장은 의료의 고급화와 상업화를 가져오기 쉬우며 이는 결과적으로 우리나라 의료보장체계의 보장성과 효율성을 떨어뜨리는 중요한 요인으로 작용하게 된다.

이상의 공공보건의료지출의 규모와 공공병상 비율로 파악한 결과 우리나라는 공공 주도의 의료보장체계(사회보험형)를 가진 국가에 속하기는 하나 공공의료부문의 규모면에서 볼 때는 미국과 같은 민간주도(private-oriented)의 소비자 주권형 체계에 더 가깝다고 볼 수 있다.

15) 1970년대 후반부터 독일을 시작으로 하여 국민의료비 증가억제를 목표로 한 의료개혁이 진행되었음.

〈表 3-4〉 全體 病床中 公共病床의 比率

(단위: %)

구 분	1960년	1970년	1980년	1985년	1990년	1995년	1997년	1998년
Australia(NHS)	81.9	70.3	61.2	53.2	-	45.4	43.2	-
Austria(NHI)	69.6	71.6	72.2	71.6	70.8	70.3	69.7	69.2
Canada(NHS+NHI)	-	-	97.9	97.9	97.9	99.1	99.3	-
CzechRepubli(NHI)	-	-	-	-	-	93.7	90.9	90.6
Denmark(NHS)	-	-	-	-	-	-	99.3	99.2
Finland(NHI)	95.0	94.7	95.1	94.7	95.7	95.3	96.7	96.6
France(NHI)	-	-	64.2	68.0	64.8	64.6	64.8	64.8
Germany(NHI)	55.9	54.6	52.4	50.9	51.0	49.9	48.5	-
Greece(NHS)	-	46.0	44.0	61.0	70.0	70.3	-	-
Italy(NHS)	-	83.3	85.8	84.5	76.5	76.0	78.6	-
Japan(NHI)	-	37.7	32.8	30.5	29.5	32.4	34.8	35.8
Korea(NHI)	-	-	-	-	14.6	10.2	9.7	9.0
Mexico(NHI)	-	-	-	-	-	68.6	74.4	73.5
NewZealand(NHS)	-	-	-	-	-	68.3	64.8	60.4
Norway(NHI)	-	-	-	-	-	99.9	99.9	99.9
Poland(NHI)	-	-	-	-	-	99.9	99.8	99.8
Portugal(NHI)	-	44.8	83.8	82.8	80.9	79.4	78.3	78.2
Spain(NHS)	-	-	68.0	67.6	67.9	67.5	-	-
Sweden(NHS+NHI)	94.9	94.2	93.4	93.4	92.4	-	-	-
Turkey(NHS)	-	94.7	97.4	97.3	96.7	95.9	94.8	93.9
UK(NHS)	-	-	98.5	97.6	96.8	95.7	95.7	95.7
USA	24.3	23.9	21.4	18.9	18.4	33.7	-	-

자료: OECD, *Health Data,* 2000.

OECD 국가에서 구축된 공공주도의 의료보장체계의 성과에 대해 거시지표를 근거로 한 평가들이 이루어져 왔다. 의료보장체계의 성과는 대개 자원의 적절한 배분과 적절한 사용을 의미하는 효율과 자원의 공평한 배분과 접근성 정도를 나타내는 형평으로 가름해 볼 수 있다(양봉민, 1997).

먼저 형평측면에서 볼 때 전술한 바와 같이 OECD 주요국은 형평을 우선으로 하여 국민의 건강권 보장을 위해 의료보장체계를 구축해 왔다. 따라서 오늘날 국민보건서비스형 국가와 공공지출이 높은(급여

범위가 포괄적인) 사회보험형 국가에서 형평은 여전히 우선적으로 중요시되지만 의료보장체계를 개편하는데 있어서 핵심적 사안은 아니다(Chernichovsky, 1995). 즉 이들 국가들은 수직적 형평(vertical equity) - 재원조달에 있어서 개인의 부담능력에 따른 서로 다른 부담-과 수평적 형평(horizontal equity) - 부담과 관계없이 필요에 따른 공급 -을 기본적인 수준에서 달성하고 있는 것이다.

효율성은 국가간 비교수준에서는 각종 건강지표(건강수준)와 국민의료비와의 관계를 통해 대략적으로 파악할 수 있다. 우선 기본적인 건강지표로 볼 때 GDP(국민소득)와 보건의료지출규모가 비교적 높은 국가들인 OECD 주요국은 의료보장체계의 차이에 관계없이 국민의 건강상태가 40여 년간 지속적으로 향상되어 왔다. 기대여명(평균수명:life expectancy)을 보면, 1998년 경우 미국을 포함한 OCED 주요국의 평균수명은 75세를 넘었으며 이들 국가사이에 큰 차이가 없는 것으로 나타났다. 또한 사망률도 지속적으로 낮아져 1997년의 경우 주요 OCED국가의 사망률은 인구 십만명당 600～700명 사이에 분포하고 있다. 인구 1,000명당 모성 및 영아사망률도 지속적으로 낮아져 1997년의 경우 터어키를 제외한 나머지 OECD 주요국에서 3.5(스웨덴)～7.2(미국)명 정도였다(표 3-5 참조).

〈表 3-5〉 平均壽命 및 死亡率, 母性 및 嬰兒死亡率

구 분	평균수명(세)			인구십만명당 사망률(%)			출생천명당 모성 및 영아사망률(%)		
	1960년	1980년	1998년	1960년	1980년	1997년	1960년	1980년	1998년
Australia	70.9	74.6	78.7	1092.0	846.5	601.3	20.2	10.7	5.0
Austria	68.7	72.6	77.8	1206.1	975.4	672.0	37.5	14.3	4.9
Belgium	70.6	73.4	77.9	1185.2	954.3	-	31.2	12.1	5.6
Canada	-	-	-	1060.8	793.8	616.4	27.3	10.4	-
CzechRepubli	70.7	70.3	74.6	-	-	914.6	20.0	16.9	5.2
Denmark	72.2	74.3	76.2	1022.2	875.4	-	21.5	8.4	4.7
Finland	68.3	73.5	77.2	1277.6	974.0	-	21.0	7.6	4.1
France	70.3	74.3	78.4	1088.4	804.3	579.2	27.5	10.0	4.6
Germany	69.6	73.3	77.5	1223.6	923.9	687.5	33.8	12.6	4.7
Greece	69.1	74.4	77.0	-	800.9	643.5	40.1	17.9	5.7
Hungary	68.0	69.1	70.7	1244.2	1239.0	1101.0	47.6	23.2	9.7
Iceland	72.9	76.7	79.3	873.6	735.8	-	13.0	7.7	2.6
Ireland	70.2	72.3	76.3	1155.1	1060.0	-	29.3	11.1	6.2
Italy	-	74.0	-	1122.9	863.6	605.6	43.9	14.6	5.3
Japan	67.8	76.1	80.6	1279.7	758.4	501.6	30.7	7.5	3.6
Korea	52.4	-	-	-	-	806.9	-	-	-
Luxembourg	69.0	71.6	77.1		1024.0	672.6	31.5	11.5	5.0
Mexico	57.8	67.0	74.7	-	-	-	74.0	40.0	15.8
Netherlands	73.5	75.9	78.0	934.8	777.0	669.0	17.9	8.6	5.2
NewZealand	71.3	73.2	77.8	1061.7	981.3	669.0	22.6	13.0	-
Norway	73.6	75.8	78.4	914.0	785.4	651.4	18.9	8.1	4.0
Poland	67.8	70.2	73.1	1142.8	1117.0	-	54.8	25.5	9.5
Portugal	64.5	-	75.3	1300.2	1076.0	821.4	77.5	24.3	5.9
Slovakia	70.6	70.6	72.7	-	-	970.8	28.6	20.9	8.8
Spain	69.8	75.6	78.5	1103.3	782.8	614.0	43.7	12.3	5.7
Sweden	73.1	75.8	79.4	982.2	830.6	-	16.6	6.9	3.5
Switzerland	71.4	75.6	79.5	1072.0	782.1	-	21.1	9.1	4.8
Turkey	48.3	58.1	68.7	-	-	-	189.5	117.5	38.5
UK	71.3	74.0	77.3	1098.8	940.6	706.1	22.5	12.1	5.7
US	69.9	73.7	76.7	1104.7	843.2	705.6	26.0	12.6	7.2

이에 비해 국민의료비는 공공주도(NHS, NHI)의 의료체계를 가진 국가와 민간주도의 의료체계를 가진 국가(미국) 사이에 차이가 있었다. <表 3-6>은 GDP에서 국민의료비가 차지하는 비율을 나타낸 것이다. 주요 국민보건서비스형 국가인 영국(6.8%) 덴마크(8.3%), 이탈리아(8.2%),

〈表 3-6〉 國民總生産(GDP)中 國民醫療費의 比率(1970～1998)

(단위: %)

구 분	연 도						1970～1998 사이의 변화율
	1970	1980	1990	1992	1997	1998	
오스트레일리아	5.7	7.0	7.9	8.2	8.3	8.6	2.9
오스트리아	5.3	7.6	7.1	7.5	7.9	8.0	2.7
벨기에	4.0	6.4	7.4	7.9	8.6	8.6	-
캐나다	7.0	7.1	9.0	10.1	9.0	9.3	2.3
체코공화국	-	3.8	5.0	5.4	7.1	7.1	-
덴마크	8.0	9.1	8.5	8.5	8.2	8.3	0.3
핀란드	5.6	6.4	7.9	9.1	7.3	6.9	1.3
프랑스	5.7	7.4	8.6	9.1	9.4	9.4	3.7
독일	6.3	8.8	8.7	9.7	10.5	10.3	4.0
그리스	5.6	6.5	7.5	7.2	8.7	8.4	-
헝가리	-	-	-	7.7	6.8	6.8	-
아이슬란드	4.9	6.1	7.9	8.1	8.0	8.4	3.5
아일랜드	5.1	8.4	6.7	7.6	6.9	6.8	1.7
이태리	5.1	7.0	8.1	8.4	8.3	8.2	3.1
일본	4.6	6.5	6.1	6.3	7.4	7.4	2.8
한국	-	-	4.8	4.7	5.0	5.1	-
룩셈부르크	3.5	5.9	6.1	6.1	5.9	6.0	2.5
멕시코	-	-	4.4	5.6	5.3	5.3	-
네덜란드	7.2	8.0	8.5	8.9	8.7	8.7	1.5
뉴질랜드	5.2	6.0	7.0	7.6	7.6	8.1	2.9
노르웨이**	4.4	7.0	7.8	8.2	8.0		3.6
폴란드	-	-	5.3	6.6	6.1	6.4	-
포르투갈	2.7	5.6	6.2	7.0	7.5	7.7	-
슬로바키아	-	-	-	-	-	-	-
스페인	3.6	5.4	6.6	7.1	7.0	7.0	3.4
스웨덴	6.9	9.1	8.5	8.5	8.1	7.9	n.a.
스위스	5.4	7.3	8.3	9.3	10.2	10.4	5.0
터키	2.4	3.3	3.6	3.8	4.2	4.8	2.4
영국	4.5	5.6	6.0	6.9	6.7	6.8	2.3
미국	6.9	8.7	11.9	13.0	13.0	12.9	6.0

자료: OECD, *Health at a Glance,* 2001.

스웨덴(7.9%), 스페인(7.0%) 등이 주로 8% 정도의 차지하고 있으며, 사회보험형 국가인 오스트리아(8.0%), 프랑스(9.4%), 독일(10.3%), 네덜

란드(8.7%) 등은 국민보건서비스형 국가보다 다소 높은 9%정도였다. 반면에 전국민을 포괄하는 의료보장체계를 갖추지 않은 미국은 12.9% 정도로 매우 높았으며 증가율 또한 다른 국가에 비해 높았다. 국민의료비와 기본적인 건강지표만을 연관시켜 판단한다면 미국식의 의료체계[16]보다는 국민보건서비스형이나 사회보험형이 더 효율적이라고 볼 수 있다. 또한 국가재원을 통한 통제가 가능한 국민보건서비스형이 사회보험형보다는 의료비통제 효과가 큰 것으로 나타났다.

이 외에 의료체계의 성과를 측정하는 대리변수 중의 하나로 사용되는 것으로 소비자 만족도가 있다. 소비자 만족도에는 국민의료비나 기본적인 건강지표로 파악할 수 없는, 소비자 효용 측면에서 중요시되는 서비스의 질의 문제, 의료기관 선택권에 대한 가치부여 등 여러 가지 측면이 포함되어 있다. Blendon 등(1990)은 10개 선진국 의료체계에 대한 자국민의 만족도를 전화 또는 직접방문을 통해 조사했는데, 그 결과 소비자 만족도[17]가 가장 높은 국가는 캐나다(56%)였으며 다음으로 네덜란드(47%), 서독(41%), 프랑스(41%), 호주(34%), 스웨덴(32%), 일본(29%), 영국(27%), 이탈리아(12%), 미국(10%)의 순으로 나타났다. 이 조사결과를 의료체계의 유형과 연결시켜 보면 대체적으로 사회보험형, 국민보건서비스형, 민간의료보험형(미국)의 순으로 만족도가 높은 것을 알 수 있다.

전술한 바와 같이 공공주도형 의료보장체계를 가진 국가에서 형평은 큰 문제가 되지 않으나 효율성과 소비자 만족, 질을 높이는 것은 큰 쟁점이 되고 있다. 국민의료비와 기본적인 건강지표와 같은 거시

16) Chernichovsky(1995)는 NHS와 NHI국가를 'public based system'으로, 미국과 같은 전국민을 포괄하는 의료보장체계가 없는 국가를 private based system으로 구분하였다.

17) 문항 중 사소한 변화만이 필요하다(minor changes needed)고 응답한 비율로 측정되었다.

적 지표에서는 나타나지 않지만 각국은 문화적, 사회적, 역사적, 정치적 상황에 따라 형성된 의료체계에서 나름대로 여러 가지 효율성 저해 요소를 가지고 있다. 이에 따라 '80년대부터 현재에 이르기까지 주요 공공주도의 의료보장체계를 가진 국가들이 대부분 의료개혁을 진행하고 있는 것이다.

第 2 節 OECD 主要國의 保健醫療改革 動向

전술한 바와 같이 OECD 주요국들은 2차대전후부터 1970년대 초반까지 의료보장체계를 갖추어 국민들이 필요한 보건의료서비스를 받을 수 있도록 하는데 주력하였다. 이와 같은 의료보장의 확대로 인해 OECD 주요국들에서는 1970년대 초반부터 국민의료비가 급격히 증가하는 현상이 나타나게 되었다. 특히 1970년대 중반(오일쇼크 이후) 저성장의 기조하에서 국가의 경제성장률을 상회하여 국민의료비 증가가 이루어지자 많은 국가에서 국민의료비 증가를 우려하기 시작하였다. 국민의료비의 급속한 증가를 억제하지 못할 경우 지나치게 많은 자원이 보건의료에 소비되게 되어 다른 부문과의 자원배분에 불균형이 발생하게 된다. 공공부문 지출이 평균 75%에 이르는 공공주도의 보건의료체계를 가진 OECD 주요국에서 국민의료비의 증가는 바로 공공부문지출의 증가를 의미하는 것이다. 이에 따라 OECD 주요국은 증가하는 보건의료지출로 인한 재정적자 문제를 해소하기 위해 1970년대 후반부터 1980년대에 걸쳐 보건의료개편을 실시하기 시작하였다(국회사무처 입법조사국, 1989; 국민건강보험공단, 2001; OECD, 1996).

독일을 시발점으로 하여 1970년대 후반 실시되기 시작한 국민의료비 억제 정책들은 1990년대에는 여러 국가가 참여하는 광범위한 보건의료구조개혁으로까지 발전하게 되었는데, 여기에는 국민의료비 증가

양상에 대한 체계적인 분석이 바탕을 이루고 있다. 즉 노인인구의 증가와 의과학 기술의 급속한 발달, 신약의 출현 등으로 인해 국민의료비는 적절히 통제하기 않을 경우 지속적으로 증가할 수밖에 없는 기전을 가지고 있다는 점을 인식하게 된 것이다. 또한 노인인구 증가와 동반된 질병구조의 변화는 의료서비스 제공체계의 변화를 필요로 하게 되었다. 의료보장체계는 국민의 생활에 직접 관련된 사회보장의 핵심이므로 비용억제뿐만 아니라 형평성 확보와 의료의 질을 향상시키는 것도 중요한 문제이다. 따라서 적정한 비용을 소모하면서 형평과 의료의 질 향상, 소비자 만족을 증대시키는 것이 각 국의 의료보장정책의 핵심이 되면서 한 두 가지 정책이 아닌 여러 가지 다양한 개혁조치를 포함한 보건의료체계 개편이 각 국에서 진행된 것이다.

1970년대 후반부터 1990년대를 거쳐 지금까지 진행되고 있는 보건의료개편의 주요 사항을 재원확보 및 조달방법, 진료비지불제도, 의료서비스 생산 및 공급체계로 구분하여 살펴보면 다음과 같다.

먼저 재원 측면에서 재정지출 적자 해소방안에는 공공재원을 보다 많이 확보하는 것과 전체 의료비중 공공지출이 차지하는 비중을 줄이는 것이 있다. 공공재원 증가방안으로 대표적인 것이 보험료 인상인데 독일, 프랑스 등과 같이 사회보험료를 주요 재원으로 하는 사회보험형 국가에서 1970년대 중반부터 1980년대까지 지속적인 보험료 인상이 이루어졌다. 그러나 급여확대나 질향상이 두드러지지 않는 상태에서의 보험료 인상은 국민적 저항을 받게 된다는 문제가 있다. 보험료 인상 외에 사회보험재원을 증가시키는 방법으로 사용되는 것이 목적세 도입인데, 현재 다양한 목적세를 도입하고 있는 대표적인 국가가 프랑스(담배소비세, 알코올 소비세 도입 등)이다(김창엽 등, 2000).

환자본인부담금도 많은 국가에서 실시하고 있는 제도이다. 환자 본인부담금 책정은, 의료보장이 적용되면 소비자는 보건의료서비스 비

용의 거의 전부를 직접지불하지 않게 됨에 따라 자원의 경제적 사용에 대한 동기를 잃게 된다는 것에 근거한다. 즉, 의료보장제도하에서는 소비자의 도덕적 해이(moral hazard)가 구조적으로 발생하게 된다는 것이다. 이에 따라 의학적으로 꼭 필요하지 않은 경우에도 의료서비스를 이용하게 되고 값비싼 첨단 서비스를 선호하게 된다. 대부분의 OECD 대부분의 국가들은 1970년대 후반부터 이러한 소비자의 도덕적 해이를 감소시키기 위해 지속적으로 환자본인부담금을 증가시키는 정책을 실시해 왔다. 각국에서 공통적으로 환자 본인부담금이 많이 적용되는 서비스는 약제서비스나 일부 치과서비스, 재활기구, 의료용구(보조기) 등이다. 또한 이 시기 동안 재원확보를 위해 민간보험도 각국에서 활성화되기 시작했다. 민간보험이 포괄하는 서비스 범위 및 가입대상은 국가마다 차이가 있는데, 독일이나 네덜란드의 경우 일정 소득 이상인 국민에게만 민간보험을 통해 의료서비스를 제공받을 수 있도록 하고 있다. 또한 프랑스 등과 같은 국가는 의료보장체계에서 제공하지 않는 비급여서비스를 대상으로 민간보험을 허용하고 있으며, 환자본인부담금은 민간보험에 포함되지 않도록 하고 있다(국회사무처 입법조사국, 1989; 의료보험관리공단, 1997; OECD, 1996; Chernikobski, 1995).

그런데 이러한 환자본인부담금이나 민간보험을 통한 재원조달방법은 형평성에 문제를 발생시킨다. 많은 연구에서 본인부담금이 높아지면 소득수준이 중상층인 사람들보다는 저소득층이나 노인들이 의료이용에 더 많은 제약을 받는 것으로 나타나 본인부담금이 취약계층의 필수적인 의약품에 대한 접근성을 떨어뜨릴 수 있다는 비판이 제기되고 있다(Freemantle et al., 1996; Stuart et al., 1999; Jacobzone, 2000). 이러한 문제 때문에 본인부담금을 통한 재원조달에는 한계가 있다. 많은 국가에서 저소득층이나 노인, 만성질환자에게는 본인부담금을 경

감시키는 조치를 통해 이러한 문제를 보완하고 있다. 민간보험도 본인부담금과 마찬가지로 의료수요가 많고 의료비용이 높은 노인이나 저소득층에게 경제적 장벽이 될 수 있다는 문제가 있다(OECD, 1996).

각국에서 의료 공급자에게 적용하는 의료비 절감방안으로 많이 선호되는 방법은 진료비지불보상제도의 변화이다. 즉 진료비지불보상제도를 행위별수가제에서 선불제(DRG, 총액예산제)로 바꿈으로서 의료공급자가 비용절감적인 의료행위를 하도록 유도하는 것이다. 프랑스에서는 1985년부터 공공병원에 총액예산제가 도입되어 증가하던 입원의료비와 약제비가 감소되는 효과를 얻었다. 네덜란드는 1983년부터 입원의료비에 대해서 총액예산제를 실시하였으며, 독일은 1993년부터 외래부문 약제비에 대한 총액예산제를 통해 의료비 절감효과를 얻었다. 이밖에도 캐나다(1차 의료기관의 총액예산제), 스웨덴(병원총액 예산제)등이 총액예산제를 도입하고 있다(신영석, 2000; 국민건강보험공단, 2001). 총액예산제는 의료공급자가 공감할 수 있는 예상할당 기준에 따라 실시될 경우 거래비용(transaction cost)과 행정비용(administrative cost)을 줄일 수 있는 방법으로 인정되고 있다(OECD, 1996; 국민건강보험공단, 2001). 그러나 의료공급자와의 계약에 따른 정치적 갈등 등으로 인해 제도 도입과 확장이 순조롭지는 않다. 또한 총액예산제에서는 행위별 수가제와 달리 되도록 서비스를 적게 제공할수록 이익을 많이 얻게 되므로 의료제공자는 되도록 과소진료하고자 하는 동기를 갖게 된다. 민간은 공공에 비해 이윤동기가 강하게 지배하기 때문에 총액예산제하에서 과소진료, 진료의 질저하와 같은 문제점은 민간부문에서 더 강하게 나타날 가능성이 있다. 따라서 민간주도의 공급체계를 가진 국가에서는 총액예산제 도입과 관련하여 이러한 문제를 해소할 수 있는 장치를 동시에 고려하는 것이 필요하다(OECD, 1996).

의료서비스 생산 및 공급체계에 나타난 변화는 크게 병원의 입원서비스를 규제하는 것과 공급자간 경쟁의 도입, 민간의료기관의 효율적인 관리능력을 공공의료기관에도 확대하는 것으로 요약할 수 있다.

입원 의료비 증가를 억제하기 위해 각국은 병상신설을 억제하거나 병원의 고가장비 도입을 규제하고 외래부문을 확대하는 정책을 실시해 왔다. 독일은 1977년 이후 입법조치를 통해 새로운 병원건설을 엄격하게 규제해 왔으며 프랑스도 1970년대 초부터 병상수 신설을 억제하고 있다. 또한 각국은 병원중심의 의료서비스에서 중간시설, 노인요양시설, 거택보호 등을 중시하는 방향으로 의료서비스 공급체계의 변화를 지속시키고 있다. 그 결과 <表 3-7>에 나타난 바와 같이 OECD에 속한 많은 국가에서 입원병상수가 줄어드는 현상이 나타나고 있다. 입원억제와 함께 최근에는 노인요양시설, 거택간병을 보험급여 범위에 포함하여 체계적인 노인보건의료서비스를 제공하는 정책들이 추진되고 있다. 네덜란드는 1968년부터 장기요양서비스 급여를 실시하고 있으며 독일(1995년), 오스트리아(1994년), 일본(2000년) 등도 사회보험체계내에서 장기요양서비스를 제공하고 있다.

공급자간 경쟁의 도입에 포함되는 대표적인 정책이 내부시장(internal market) 도입과 환자의 선택(보험자 혹은 의료기관)의 확대, 협상의 의한 계약체계 확대 등이다. 영국, 스웨덴과 같은 국가보건서비스형 국가들은 사회보험형 국가에 비해 국민의료비증가가 상대적으로 더디게 나타나며 행위별 수가제에 의한 비용증가문제도 거의 없다. 반면에 대기시간이 매우 길고, 전문의에 대한 진료가 지연되며 의료기관에 대한 환자 선택이 제한받는 것 등으로 인해 소비자의 불만족이 높은 문제가 있다. 이는 주로 공공기관의 무책임과 신속한 대응 능력이 결여됨으로 인해 발생하는 문제들이다. 이러한 문제를 해결하기 위해 영국에서는 예산보유일반의(GP fundholder) 제도를 도입하여 병원간 경쟁을 촉진시켰다. 사회보험형 국가인 독일, 프랑스는

질병금고 선택권을 국민에게 줌으로써 질병금고간 경쟁을 촉발하였다. 민간의료기관의 효율적인 경영관리능력을 확대하기 위한 것으로 대표적인 조치는 민영화, 책임경영화(Agency)이다. 이들은 모두 경제적 인센티브를 도입하는 방식으로 비용절감적인 경영을 유도하는 것이다. 이러한 정책에 따라 각국에서 공공병상의 비율이 미약하게 낮아지는 현상이 나타나고 있는데, 특히 호주에서는 민영화와 책임경형화가 가장 급속하게 진행되어 공공병상의 비율이 크게 감소되었다(표 3-4 참조).

이상에서 살펴본 OECD 주요국의 보건의료체계 개혁은 같은 목표 - 형평달성, 질향상, 비용절감을 통한 효율성 제고- 를 달성하기 위해 각국마다 다른 양상으로 진행되고 있으며 중요시하는 정책에도 차이가 있다. 이는 나라마다 보건의료체계의 역사적 발전과정이 다르고 체계개편의 기반을 이루는 하부구조(infrastructure)가 다르기 때문에 당연한 것으로 볼 수 있다. 이러한 차이에도 불구하고 주요 OECD 국가들은 공통적으로 공공보건의료의 기반이 어느 정도 갖추어진 상태에서 다양한 공급통제 수단을 사용하고 있으며, 공급자들 사이의 경쟁을 촉발함으로써 서비스의 효율성을 증대시키는 정책을 실시하고 있다. 이는 보건의료부분에 정부투자와 공공지출의 비율이 낮은 우리나라와는 비교하기 어려운 기본 여건의 차이라고 볼 수 있다.

이하에는 우리와 사회경제적 환경이 비교적 유사한 아시아 국가인 싱가포르와 일본의 공공보건의료체계 발전과정과 최근의 주요 보건의료개혁 쟁점을 살펴보았다. 특히 싱가포르는 폴리클리닉을 중심으로 질높은 공공의료를 제공하는 국가로 알려져 있어 이에 중점을 두고 파악하였다. 그리고 일본은 인구의 노령화가 진행됨에 따라 노인의료보장의 일환으로 2000년부터 노령자 개호보험법이 실시되고 있어 이 제도를 보다 상세하게 고찰하였다.

〈表 3-7〉 人口 千名當 入院病床數

구 분	연 도									1980~1998 사이의 증가율(%)
	1960	1970	1980	1990	1995	1996	1997	1998	1999	
오스트리아	10.8	10.8	11.2	10.2	9.3	9.2	9.1	8.9	8.7	-1.3
벨기에	-	8.3	9.4	8.0	7.4	7.3	7.3	-	-	-1.5
캐나다	6.2	7.0	6.8	6.3	4.8	4.5	4.4	4.1	-	-2.8
체코공화국	8.6	9.1	11.3	11.3	9.5	9.2	9.0	8.9	8.7	-1.3
덴마크	8.1	8.1	8.1	5.6	4.9	4.7	4.6	4.5	-	-3.2
핀란드	11.5	15.1	15.6	12.5	9.3	9.2	7.9	7.8	7.5	-3.8
프랑스	9.6	9.2	11.1	9.7	8.9	8.8	8.6	8.5	-	-1.5
독일	10.5	11.3	11.5	10.4	9.7	9.6	9.4	9.3	-	-1.2
그리스	5.8	6.2	6.2	5.1	5.0	5.0	5.0	n.a.	-	-1.3
헝가리	6.9	7.9	9.1	10.1	8.9	8.9	8.1	8.2	8.3	-0.6
아이슬란드	9.8	12.9	14.8	16.7	14.6	-	-	-	-	-0.1
아일랜드	-	-	13.0	10.5	10.1	10.1	-	-	-	-1.6
이태리	8.9	10.5	9.7	7.2	6.2	6.5	5.8	5.5	-	-3.1
일본	9.0	12.5	13.7	16.0	16.2	16.2	16.4	16.5	16.4	1.0
한국	-	-	1.7	3.1	4.4	4.6	4.8	5.1	5.5	6.3
룩셈부르크	11.8	12.6	12.8	11.7	8.2	8.2	8.1	8.0	-	-2.6
멕시코	-	-	0.7	0.8	1.2	1.2	1.1	1.1	1.1	2.5
네덜란드	11.0	11.4	12.3	11.5	11.3	11.2	11.3	11.3	11.3	-0.5
뉴질랜드	11.7	10.8	10.2	8.5	6.2	6.1	6.1	6.2	-	-2.7
노르웨이	-	-	16.5	16.4	15.1	15.0	14.7	14.5	14.4	-0.7
폴란드	4.6	5.2	5.6	5.7	5.5	5.5	5.4	5.3	5.1	-0.3
포르투갈	5.4	6.3	5.2	4.6	4.1	4.1	4.1	4.0	-	-1.4
슬로바키아	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
스페인	4.4	437	5.4	4.3	3.9	3.9	-	-	-	-2.0
스웨덴	14.2	15.3	15.1	12.4	4.9	4.4	4.0	3.8	3.7	-
스위스	-	-	-	19.9	-	-	18.3	18.1	-	-
터키	1.7	2.0	2.2	2.1	2.5	2.5	2.5	2.5	2.6	0.7
영국	10.7	9.6	8.1	5.9	4.7	4.5	4.4	4.2	4.1	-3.6
미국	9.2	7.9	6.0	4.9	4.1	4.0	3.9	3.7	3.6	-2.6
25개국 평균***	-	-	8.9	8.0	7.2	7.1	7.0	6.9	-	-1.4

n.a.: not available

第 3 節　日本 및 싱가폴의 公共保健醫療體系

1. 日本

일본은 우리나라와 인접하고 있는 동양권 국가이다. 근대화이전에는 한방문화권에 속한 국가였고 현재는 서양의학을 중심으로 한 의료체계를 가지고 있다는 측면에서 일본은 우리나라와 유사하다. 또한 1961년부터 전국민의료보험을 실시하고 있는 사회보험형 국가이며 의료서비스 공급은 민간이 주도하고 있다는 점에서도 유사점을 찾을 수 있다. 그러나 일본은 국민의료비중 공공부문 지출의 비율이 1998년의 경우 78.5%에 이르러 46.2%에 불과한 우리나라보다 개인부담에 의한 의료비 지출이 훨씬 적으며, 공공병상의 비율도 30.5%정도로 우리나라(9.0%)보다 높다. 전체적인 틀로 볼 때는 유사한 보건의료체계를 가지고 있다고 볼 수 있으나 기본 여건에는 차이가 있는 것이다.

또한 일본은 OECD 주요국 중 평균수명이 가장 높으며 노인인구 비율이 16.5%에 이른다. 따라서 일본에서는 노인에 대한 체계적인 의료보장을 갖추면서 의료비를 적정수준으로 관리하는 것이 중요하게 된다. 이 때문에 일본에서는 1989년 노년층의 건강 및 복지증진을 위한 10년 계획(이른바 Gold Plan)을 수립하여 추진하고 있으며, 2000년부터는 노인복지 프로그램과 보건의료서비스 제공 프로그램을 통합한 장기요양보험제도를 실시하고 있다.

이하에서는 우리와 보건의료체계 및 환경에서 많은 유사점을 찾을 수 있는 일본의 공공의료 현황과 발전과정을 주로 공급체계 중심으로 살펴보았다. 특히 일본의 장기요양보험제도를 중심으로 고찰하여 우리나라 공공부문에서 노인의 건강 및 복지증진 프로그램을 발전시키는데 필요한 시사점을 찾고자 하였다.

가. 醫療서비스 供給 政策의 흐름[18]

일본도 의료보험 적용 대상의 지속적인 확대[19]와 경제성장에 따라 의료수요가 증가함에 따라 1980년대 초반까지는 의료기관 확충 및 의사인력 양산을 통해 의료서비스 공급을 확대하는데 주력해 왔다. 이 시기동안에는 민간중심으로 의료기관 건립이 계속 이루어졌다. 그 결과 〈표 3-7〉에서도 알 수 있듯이 일본은 인구 천명당 병상수가 매우 많은 국가에 속하게 되어 1985년부터는 일반 병상에 대한 공급 억제 정책을 실시하기 시작했다(남은우 등 2001). 의료법 개정을 통해 지방자치단체에게 의료계획을 책정할 수 있는 권한을 부여하여 일반 병상의 경우에는 구역에 따라 책정된 필요 병상수를 초과하는 경우 원칙적으로 병상설립을 허가하지 않는 것이다.

또한 1992년과 1997년에는 의료기관간의 기능 분화를 강화하는 방향으로 의료서비스법 개정하여 인구의 노령화에 따른 의료공급의 체계 개편을 위한 특정기능병원, 요양형병상군[20] 정하는 등의 의료공급 시설 등의 재편을 실시하였다. 이와 별도로 노인보건의료법(the Elderly Health Act, 1982)의 공포에 따라 노인층을 위한 보건의료서비스 공급 여건을 개선하기 위한 기반을 마련하였으며, 1992년의 법 개정을 통해 간호소(nursing station)에서 제공하는 재택간호서비스도 급여범위에 포함되게 되었다.

---

18) 이하의 자료는 An Assessment of the Performance of the Japanese Health Care System 및 남상요의 『일본의 의료제도와 병원관리』(1992)를 요약 정리한 것이다.

19) 일본은 1927년 10인 이상 근로자가 근무하는 사업장을 대상으로 의료보험법이 실시되기 시작했으며, 1938년에는 자영업자와 농어민을 대상으로 한 National Health Insurance System이 도입되었다. 또한 1961년부터는 전국민을 포괄하는 국가의료보험이 실시되었다.

20) 요양형병상군은 요양환경이 확보되고 65세 이상의 환자가 60% 이상인 경우 지정받을 수 있다.

나. 公共保健醫療機關 現況

일본의 공공보건의료기관은 국립기관과 공적의료기관으로 구분된다. 공적의료기관은 도도부현, 시정촌, 일본적십자사, 제생회, 후생연, 북해도사회사업협회, 국민건강보험단체연합회 등 공적 또는 준공적 기관에서 경영하는 병원을 말한다(의료시설 동태조사·병원보고의 개괄, 2000).

<表 3-8> 및 <表 3-9>에는 의료기관의 개설자별로 시설수 및 병상수를 제시하였는데, 시설수에 있어서는 국립병원 및 공적의료기관이

〈表 3-8〉 開設者別 施設數(各 年度 該當年度 10月 1日 基準)

	시설수						구성비율(%)			
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	1997	1998	1999	2000
병원	9,606	9,490	9,413	9,333	9,286	9,266	100.0	100.0	100.0	100.0
국가	388	387	380	375	370	359	4.0	4.0	4.0	3.9
공적의료기관	1,372	1,368	1,369	1,369	1,368	1,373	14.5	14.5	14.7	14.8
사회보험관계단체	134	134	133	133	131	131	1.4	1.4	1.4	1.4
의료법인	4,744	4,873	5,039	5,157	5,299	5,387	53.5	55.3	57.1	58.1
개인	2,110	1,875	1,642	1,458	1,281	1,173	17.4	15.6	13.8	12.7
기타	858	853	850	841	837	843	9.0	9.0	9.0	9.1
일반진료소	87,069	87,909	89,292	90,556	91,500	92,824	100.0	100.0	100.0	100.0
국가	584	573	573	574	578	581	0.6	0.6	0.6	0.6
공적의료기관	4,042	4,058	4,141	4,183	4,224	4,237	4.6	4.6	4.6	4.6
사회보험관계단체	843	861	862	856	848	840	1.0	0.9	0.9	0.9
의료법인	15,977	17,782	19,339	20,910	22,680	24,031	21.7	23.1	24.8	25.9
개인	57,466	56,193	55,656	55,074	53,973	53,646	62.3	60.8	59.0	57.8
기타	8,157	8,442	8,721	8,959	9,197	9,489	9.8	9.9	10.1	10.2
치과진료소	58,407	59,357	60,579	61,651	62,484	63,361	100.0	100.0	100.0	100.0
국가	1	1	1	1	1	1	0.0	0.0	0.0	0.0
공적의료기관	346	335	337	341	338	331	0.6	0.6	0.5	0.5
사회보험관계단체	18	20	20	22	19	17	0.0	0.0	0.0	0.0
의료법인	5,504	5,924	6,271	6,602	7,007	7,310	10.4	10.7	11.2	11.5
개인	52,220	52,745	53,622	54,355	54,793	55,378	88.5	88.2	87.7	87.4
기타	318	332	328	330	326	324	0.5	0.5	0.5	0.5

주: 1) 국가: 후생성, 문부성, 노동복지사업단, 기타 (국가기관)
2) 공적의료기관: 도도부현, 시·읍·면, 일본적십자사, 제생회, 홋카이도 사회사업협회, 후생연, 국민건강보험단체연합회
3) 사회보험관계단체: 전국사회보험협회연합회, 후생연금사업진흥단, 선원보험회, 건강보험조합 및 그 연합회, 공제조합 및 그 연합회, 국민건강보험 조합
4) 기타: 공익법인, 학교법인, 회사, 기타 법인

자료: 평성 12년 의료시설(동태) 조사·병원 보고의 개괄(http://www.mhlw.go.jp)

2000년의 경우 전체 병원 중 18.7%를 점유하고 있으며, 병상수에 있어서는 전체 병원의 병상수 중 30.4%를 점유하고 있다.

〈表 3-9〉 開設者別 病床數(各 年度 該當年度 10月 1日 基準)

	병상수						구성비율(%)				1시설당
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	[1997	1998	1999	2000	병상수
병원	1,669,951	1,664,629	1,660,784	1,656,415	1,648,217	1,647,253	100.0	100.0	100.0	100.0	177.8
국가	155,203	154,319	152,747	151,277	148,663	144,649	9.2	9.1	9.0	8.8	402.9
공적의료기관	355,088	356,406	356,930	358,040	354,577	356,100	21.5	21.6	21.5	21.6	259.4
사회보험관계단체	38,846	38,904	38,908	39,084	38,543	38,522	2.3	2.4	2.3	2.3	294.1
의료법인	721,504	736,614	756,288	769,227	783,081	795,089	45.5	46.4	47.5	48.3	147.6
개인	185,896	165,637	143,902	127,329	112,916	101,620	8.7	7.7	6.9	6.2	86.6
기타	213,414	212,749	212,009	211,458	210,437	211,273	12.8	12.8	12.8	12.8	250.6
일반진료소	259,245	246,779	239,771	235,530	224,134	216,755	100.0	100.0	100.0	100.0	12.1
국가	2,373	2,391	2,398	2,393	2,347	2,344	1.0	1.0	1.0	1.1	10.0
공적의료기관	4,608	4,475	4,331	4,319	4,104	4,024	1.8	1.8	1.8	1.9	10.3
사회보험관계단체	31	17	36	36	38	38	0.0	0.0	0.0	0.0	6.3
의료법인	80,778	84,795	88,503	92,427	94,989	96,953	36.9	39.2	42.4	44.7	13.8
개인	169,127	152,811	142,122	133,997	120,392	111,110	59.3	56.9	53.7	51.3	11.1
기타	2,328	2,290	2,381	2,358	2,264	2,286	1.0	1.0	1.0	1.1	11.4

주: 일반진료소의 경우 1시설당 병상수는 유상진료소에 대한 수치임.
자료: 평성 12년 의료시설(동태) 조사·병원 보고의 개괄(http://www.mhlw.go.jp)

1995년부터 2000년까지의 기간동안 총 병원수 및 국립병원, 공적의료기관, 사회보험관계단체가 운영하는 병원의 수는 큰 변화를 보이지 않고 있다.

1) 公的 醫療機關[21)]

일본의 공적의료기관은 도도부현, 시정촌, 일적, 제생회, 북해도사회

21) 이하의 부분은 「공공보건의료기관이 수행해야 할 사업검토 및 평가체계 개발 연구」(한국보건산업진흥원, 2000)의 해당부분을 요약정리한 것이다.

사업협회, 후생연, 국민건강보험단체연합회 등이 경영주체가 되는데 이중 도도부현, 시정촌 등에 의한 병원은 공립병원으로 재분류되고 있다.

지방자치체나 일본적십자사, 제생회, 후생연 등이 개설한 병원은 건설비나 설비 정비비가 공적자금으로 조달되었고 역할 기능도 명확하였다. 그런데 일본 적십자사나 제생회는 개설초기에 공적자금으로 정비됐지만 그 이후는 대부분 공적출자나 원조가 중단되었고, 독립채산으로 병원을 운영하게 되었다. 후생연은 농업협동조합의 출자로 건설되었지만 명목상에 가깝고, 완전독립채산제이다. 즉 자산의 귀속이 공적기관이라는 것뿐으로 운영은 사적병원과 같은 독립기업이다.

공립병원은 현립·시립의 대규모 병원에서부터 정촌립의 소규모병원까지 병상규모가 다양하며 또한 일반병원에서부터 암센터, 순환기센터, 소아병원 등의 특수 및 고도기능병원까지 여러 가지의 기능을 담고 있다. 1989년 현재 전국 병원수 10,054개(전염병원 제외)중에서 지방공공단체가 설립한 병원은 1,064개로 10.6%를 점유하고 있다. 300병상이상의 일반병원의 경우는 24.2%, 병상수의 경우는 14.8%를 점유하고 있다. 공립병원 중 100병상 이하의 병원은 약 3분의 1정도인데 대부분 벽지에 소재한다. 1992년 4월 현재 벽지 “중핵(中核)병원”의 지정을 받은 130개 병원 중 80개 병원이 공립병원이며 구명구급(求命救急)센터나 임상연수지정병원의 경우 40%정도를 공립병원이 점유하고 있다.

공립병원은 1966년부터 지방공영기업법의 적용을 받아, 기업회계원리에 따른 경리의 명확화를 도모하였고 1967년부터 일반회계로부터 보조금을 받아 지역의료에 있어서 공적의료기관의 기능과 역할을 충실히 수행할 수 있도록 명시하였다.

공적의료기관에 속하는 일차 의료기관으로는 헬스센터가 있다. 헬스센터는 도도부현(prefectures)에 의해 운영되는 641개의 헬스센터와

시정촌(municipalities)에 의해 운영되는 1,909개의 헬스센터(1999년)가 있다. 이들 헬스센터에서는 주로 전염병과 성병의 예방, 보건통계 관리 및 생산, 영양관리, 위생관리 활동 등을 포함한 여러 보건정보 및 역학정보의 보고, 모자보건서비스 및 노인들을 위한 서비스 제공 등의 기능을 수행한다.

2) 國立病院 및 國立療養所

국립병원과 국립요양소는 2차대전 후 육군 및 해군병원의 후속으로 생겨났으며, 그 후 결핵 치료를 포함한 일본 국민에 대한 의료서비스 개선에 크게 공헌하였다. 실제 이들 기관은 첫째, 국가 정책으로서 추진되어야 하는 보건의료정책에 기반한 의료서비스(정책의료서비스) 제공, 둘째, 암, 순환기 질환 등에 대한 발전된 의료서비스를 선구적으로 제공, 셋째, 민간 및 지역병원에서 역사적 혹은 사회적 배경 등으로 인하여 제공하기 어려운 의료서비스(예를 들면, 에이즈, 한센병, 결핵 등)를 치료하기 위한 의료서비스 제공, 넷째, 국가적인 위기 관리 및 국제적인 기여에 대한 책임을 완수하기 위한 의료활동 전개 등을 기본 역할로서 수행하고 있다.

그러나 보건의료서비스가 다양화되고 다른 운영 주체에 의해 설립된 의료시설이 늘어감에 따라 국립병원과 국립요양소의 재조직과 합리화를 위한 기본 지침이 1985년에 공포되었다. 이 지침에서는 기본적이고 일반적인 의료서비스는 다른 공공 및 민간 의료기관에 맡기고 국립병원 및 국립요양소는 정책의료서비스 제공에 집중할 것을 요구하고 있었다. 이에 따라 제대로 의료서비스를 제공하지 못하는 기관들은 합병 및 운영주체 변경 등의 방법으로 민간병원 혹은 지방병원으로 전환하는 정책이 추진되어 1986년에 239개였던 국립병원과 국립요양원은 2000년 4월 1일 현재 153개로 재편되었다(표 3-12 참조). 』

1996년에는 국립병원의 재개편과 관련된 특정 조치에 관한 법률을 공표하여 국립병원과 국립요양소의 자산의 이전가치 경감 및 운영비용 등을 보조하여 재편을 촉진하고 있다.

이러한 재편추진 이외에도 이들 기관의 운영과 의사결정상의 자율성을 확대함으로써 효율적이고 효과적인 기관 운영이 가능하도록 하기 위하여 2004년 말까지 국립병원과 국립요양원을 독립행정법인화하는 정책이 추진되고 있다.

〈表 3-10〉 國立病院 및 療養所 統廢合 全體計劃의 槪要

구분	1986년 시설수	통합에 의한 감소	이양에 의한 감소	계	통합·이양 후의 수
국립병원	100	-14	-20	-34	69
국립요양소	139	-26	-14	-40	96
계	239	-40	-34	-74	165

주: 1) 시설수에는 국립나병요양소(13개소)는 포함하지 않음.
2) 통합/이양후의 시설수는 당초의 시설수에서 계를 뺀 수치와는 일치하지 않음. 이는 병원또는 요양소로 전환하였기 때문임.

자료: 『공공보건의료기관이 수행해야 할 사업검토 및 평가체계 개발 연구』, 한국보건산업진흥원, 2000

나. 長期療養體系

1) 長期療養保險

일본의 장기요양보험제도는 노령층의 지속적인 증가 및 이에 따른 재정 부담과 노령층에게 만족스런 의료서비스 제공체계를 갖추기 위한 목적으로 도입되었다.

일본에서는 1973년부터 실시된 노인층 의료비 지원체계에 따라 70세 이상의 모든 노인들과 65세 이상 70세 미만 노인 중 와상 노인들은 무료로 의료서비스를 이용할 수 있다. 노인인구의 증가에 따른 노

인환자의 급속한 증가와 노인에 대한 의료비 지원체계의 결과로 1963년부터 1993년 사이에는 입원 노인수가 10배 가까이 증가하여 현재 전 병상 중 약 50%를 노인들이 사용하게 되었다. 이에 따른 의료비부담을 고려하여 1982년부터는 노년층의 보건의료비를 모든 일본국민들이 공평하게 부담하도록 하기 위하여 중앙 및 지방정부뿐 아니라 각 의료보험조합에 속해있는 국민 개개인 및 노인들도 자신의 의료비의 일부를 부담하는 것으로 제도가 바뀌었다. 또한 1983년에는 간호시설에서 제공하는 서비스도 의료보험의 급여범위에 포함함으로써 노인들의 의료서비스 이용을 효율화하기 위한 시도를 하였다. 1989년에는 노년층의 건강 및 복지 증진을 위한 10년 계획이 입안되었다(Gold Plan). 이 계획은 노년층을 위한 보건의료 및 사회복지서비스의 기반을 확장시키는 것을 목적으로 하고 있다. 1994년에는 그간의 성과를 재검토하여 Gold Plan에서 설정한 장기요양서비스를 위한 시설 및 인력 증대 수준을 상향조정하는 것을 포함하는 새로운 개혁안이 도입되었다(이른바 New Gold Plan). 또한 좀 더 포괄적이고 수요자 중심이며 여러 공급자를 결합시켜 서비스 질을 향상시킨 장기요양서비스 제공체계가 1994년부터 논의되기 시작하여 1997년 12월 장기요양보험법(Long-Term Care Insurance Law)이 입안되었으며 2000년 4월부터 본격적으로 시작되었다.

장기요양보험제도는 노인들에게 포괄적인 서비스를 제공하기 위하여 별개로 제공되던 노인들을 위한 복지 프로그램과 보건의료서비스 제공 프로그램을 통합한 체계이다.

장기요양보험은 노인요양서비스에 대한 강제적인 사회 보험을 통해 노인 간호의 책임을 개개 가정에서 사회 전반으로 끌어내는 것이었으며, 이러한 국가의 책임 강화 이외에 통합 재정을 통한 의료서비스와 복지서비스의 통합 공급, 민간요양기관을 포함한 요양시설의 자유로

운 선택을 통한 요양서비스 제공기관의 경쟁 강화, 보험료와 본인부담을 통한 이용자의 도덕적 해이 통제, 사회복지정책에 있어 지방정부의 자율권과 관리 기능 강화 등을 목적으로 하고 있다[22]. 이에 따라 기존에는 공공기관(혹은 정부)이 서비스의 필요성, 서비스 제공자, 서비스 내용 등을 결정하였으나 장기요양법 재정 이후에는 이용자와 서비스 제공자간의 계약에 근거해 이용자 중심의 서비스 제공체계로 전환되었다.

장기요양보험기금은 50%는 국가의 일반예산을 통해 조성되는데, 이 중 도도부현(prefecture)과 시정촌(municipality)이 각각 25%씩을 부담한다[23]. 또한 나머지 50%는 40세 이상 65세 미만의 일반국민에게 부과되는 추가 보험료를 통해 조성되며 및 65세 이상의 노인들의 개인 연금에서 공제되는 보험료를 통해 조성된다[24]. 45세 이상 65세 미만의 일반국민에게 부과되는 장기요양보험료는 국가 단위에서 통합 추징된 후 각 지역의 인구, 경제 수준에 따라 각 municipality에 배분되며 재정 적자가 있는 municipality의 경우 국가가 재정을 지원한다.

장기요양보험은 65세 이상의 모든 노인 및 40세 이상 64세 이하 인구 중 노인질환 관련 장애를 가지고 있는 사람들을 원칙적으로 급여 대상으로 하며, 급여 여부는 개인이 신청한 경우 현지조사 평가를 통

22) 실제 장기요양보험 도입 시 현물 급여 이외에 급여를 신청하는 노인이 속한 가족에 대한 현금 급여 여부가 논란이 되었으나, 급여 대상 서비스의 범위를 확대하고 노인 간호에 대한 책임을 각 가정에서 사회 전체로 전환하여야 한다는 논리에 의해 현금 급여는 배제되었다.

23) 각 municipality의 장기요양보험 기금 조성비를 살펴보면 1/6은 65세 이상 노인의 보험료를 통해 조성되며, 2/6은 중앙정부에서 배분한 보험료, 나머지 3/6은 일반예산을 통해 조성된다.

24) 40세 이상 65세 미만에게 부과되는 장기요양보험료는 피고용인의 경우 월급여의 0.9%로 보험료율의 상한이 설정되어 있으며 고용주와 피고용인이 각각 반씩 부담한다. 65세 이상 노인에게 부과되는 보험료는 개인의 수입에 따라 5단계로 나누어 부과된다

해 결정되며 6개월마다 대상자의 적절성을 평가한다.

급여 자격이 일단 부여되면 장애 등급에 따라 요양시설이나 community-base care의 거의 모든 서비스를 급여받을 수 있으나, 구체적인 급여범위는 보험자인 지방정부(municipal government)내에 설치된 급여위원회에서 독립적으로 결정한다. 일반적으로 요양시설의 장기요양서비스 병상 중 43%는 요양소(nursing home)에서 제공되고 있으며, 29%는 보건의료기관의 노인전문병상, 28%는 일반 병원의 장기요양병상이 차지하고 있다. 또한 community-based care에는 home helper 서비스, 방문간호서비스, 재활서비스, medical management, adult day care, 휴식을 위한 일시적인 입원서비스 등이 포함된다.

장기요양급여 서비스 이용시 개인은 총 이용액의 10%를 본인부담금으로 지불해야 하며 각 개인마다 총 급여액에 상한을 설정하여 이용량을 제한하고 있다.

현재 장기요양보험은 도입 2년째를 맞고 있는데, 도입 1년후의 평가 내용을 보면, 장기요양서비스 수요가 덜 형성되어 있다는 점과 중앙정부나 지방정부가 신청자격, 신청자의 적절성, 급여 수준, 급여 서비스 종류 등의 운영 사항에 대한 법적인 통제권을 가지고 있지 않다는 점 등이 문제로 제기되고 있다.

2) 長期療養病床 受給

일본에서는 노인을 대상으로 한 요양병상을 적정 수준으로 확보하기 위해 노인보건시설을 의료시설로 규정하고, 일반병상의 신설을 억제하며 기존의 일반병상을 장기요양병상으로 전환하는 정책을 실시하고 있다.

1983년에는 노인 만성질환 환자의 수용을 목적으로 한 특례노인병원의 규정이 행해지고, 노인보건법에 규정된 노인보건시설이 의료시

설로서 규정되었다(남상요, 1995). 이러한 노인보건시설로는 병원 및 일반진료소 이외에 노인들을 위한 간호서비스 및 의료서비스를 제공하는 intermediate nursing facility가 있으며, 3,619개의 nursing station(1999년)에서는 재가간호서비스 및 가정내 생활보조서비스 등을 제공한다. 또한 4,214개의 special nursing home(1999년)에서는 사회복지서비스 적용 노인들을 대상으로 장기요양서비스를 제공하고 있다.

일본 정부는 의원이 보유하고 있는 병상을 장기요양서비스 병상으로 전환하려는 정책을 지속적으로 실시하고 있으며 그 결과로 일반진료소(1차 의료기관)의 요양형태 병상군은 2000년의 경우 57개 진료소, 599병상으로 확대되었다. 또한 1992년 7월의 의료법 개정에서는 고도의 의료서비스를 제공하는 시설로서 특정기능병원과 장기요양에 대응하는 요양형병상군이 신설되었다(남상요, 1995). 요양형태 병상군을 가지는 병원은 1,269개소로 전년에 비해 552 개소(77.0%)가 증가했으며, 병상수는 전년에 비해 42,649병상(75.5%)이 증가하여 99,171병상이 되었다(한국보건산업진흥원, 2000)

2. 싱가폴

가. 싱가폴 保健醫療體系 槪括

1) 保健醫療體系 發展過程

싱가폴의 보건의료서비스 체계를 관통하는 기본 철학은 모든 싱가폴 국민들이 양질의 보건의료서비스를 이용함에 있어 어떠한 제한도 없도록 하되 개인의 건강유지 및 불건강으로 인한 의료서비스 이용의 일정 부분은 개인이 책임져야 한다는 것이다. 또한 가장이 자기 가족을 부양해야 한다는 유교 전통문화가 의료서비스 재정체계에도 근원적인 영향력을 가지고 있다. 이러한 철학에 기반하여 도입된 의료재

정 확충방안이 Medisave로 대표되는 Medical Savings Account제도이다.

싱가폴은 1965년 건국 후 10년 동안 특정한 의료보험제도 또는 영국식의 국가보장제도를 갖추지 않고 있었으며, 다만 외래약국에 모든 서비스 요금의 50% 이상을 개인에게 부과하고 있었다. 그러나 국민의료비가 총 예산에서 차지하는 비중이 높아짐에 따라 이를 통제하기 위한 방안으로서 1975년부터 개인이 내는 월 중앙후생기금(Central Pension Fund)[25]의 일부를 의료비로 비축하는 안이 처음으로 검토되었다. 이에 따라 1977년부터 모든 중앙후생기금 납부자들이 월수입의 1%를 특별 예금으로 적립하여 의료비로 충당하는 제도가 시행되었다.

이후 1984년에는 메디세이브(Medisave)제도가 본격적으로 도입되었다. 메디세이브는 월 수입의 6~8% 범위 내에서 개인이나 직계가족의 입원의료비로 사용될 비용을 의무적으로 저축하는 제도로서, 의료비 재원 조달을 위한 방법 중 Medical Savings Account로 통칭되는 개인 의료비 펀드 제도의 효시라 할 수 있다.

자영업자를 포함한 모든 근로자는 강제적으로 메디세이브의 적용 대상이 되며, 근로자의 경우 연금과 마찬가지로 고용주가 총 기여금의 절반을 부담하도록 하고 있다. 메디세이브에 대한 각 개인의 기여율은 연령별로 설정되어 있으며 이와 동시에 기여율의 상한액을 설정하여 이 구좌가 다른 용도로 사용되는 것을 막고 있다. <表 3-11>에 메디세이브의 연령별 기여율 및 상한액과 이 구좌가 적용되는 의료서

25) 중앙후생기금(CPF, Central Pension Fund)은 우리나라의 국민 연금과 유사한데 싱가폴이 영국의 식민지였던 1955년 퇴직 후를 대비한 기금으로서 식민정부에 의해 설립되었다. 설립 당시에는 55세 정년까지 피고용자들이 임금의 5%를 적립하고 고용주들도 5%를 적립하여 이 기금이 마련되었으나 싱가폴 정부는 독립 후 1968년에 이 기금에 대한 법률을 개정하여 근로자와 고용주의 각 적립비율을 25%로 높였으며, 1984년에는 50%까지 높였다. 중앙후생기금은 1965년 납주자 42만명, 자산 3억 6천만 싱가폴 달러였으나, 1998년에는 납부자 280만명에 총자산 850억 싱가폴 달러로 성장하였다(리콴유, From the third country to the first).

비스의 범위를 나타내었다.

〈表 3-11〉 싱가폴 醫療서비스 財源調達體系 要約

구분	특징
메디세이브 (Medisave)	<기여율 및 기여율 상한액> · 35세 이하: 6%, $360 · 36세 이상~44세 이하: 7%, $420 · 45세 이상: 8%, $480 ※ 월 불입액이 $24,000을 넘을 경우 그 차액은 중앙후생기금의 일반구좌로 이체되어 다른 용도로 사용할 수 있도록 함. <급여 대상 의료서비스> · 주간입원(day hospital) · 회복병원(convalescent hospital) · 호스피스 시설 입원비용 · 특정 고가 외래서비스: day surgery, 방사선 치료 또는 화학치료, 신장투석, 불임치료시술, B형 간염 예방접종 등 <급여 조건> · Acute Hospital의 경우 하루에 $300로 급여 제한 · 수술의 경우 복잡성에 따라 등급화 하고 급여액수 차등 적용
메디쉴드 (Medishield)	<급여 조건> · 입원료가 메디세이브 공제액을 초과할 경우 그 차액 중 80% 지급 · 나머지 메디세이브 공제액과 공제액 초과차액의 20%에 대한 비용은 메디세이브 구좌에서 인출 가능 · 일일 급여 상한액: $120
메디펀드 (Medifund)	<급여 조건> · A체계: 공제 상한액 $4000, 일일 급여신청 상한액 $500 · B체계: 공제 상한액 $2500, 일일 급여신청 상한액이 $300 · 보험료를 메디세이브 구좌에서 이체할 수 있음.

이러한 메디세이브 제도와 함께, 1990년에는 메디세이브 잔액으로 충당하기 어려운 중대 질환(catastrophic disease) 또는 만성질환 치료에 소요되는 의료비의 개인 부담을 완화하기 위한 재해성 질환 보험으로서 선택적 가입이 가능한 메디쉴드(Medishield) 제도가 도입되었다. 또한 다른 형태의 재해성 보험 질환으로서 공공병원의 단독병상(private ward)을 이용하거나 민간병원을 이용하는 사람들을 대상으로 하는 재해성 메디쉴드 플러스(Medishield Plus)제도도 함께 도입·운영되고 있다.

1993년에는 저소득층의 의료비를 정부가 보조하기 위한 목적으로 우리나라의 의료보호제도와 유사한 메디펀드(Medifund) 제도가 도입되

었다. 이 펀드에서 의료비를 지원받기 위해서는 의료비를 지불할 수 없는 환자가 스스로 각 병원에 설치된 메디펀드 위원회(Medifund Committee)에 의료비 지불을 신청하여야 한다. 정부는 이 펀드에서 발생하는 이자 수익을 공공병원에 배분하는데, 싱가폴 정부는 각 공공병원에 메디펀드 위원회(Hospital Medifund Committee)를 설치하고 이 위원회에서 메디펀드의 신청과 분배에 관한 의사결정을 하도록 하고 있다.

나. 保健醫療傳達體系

1) 槪括

싱가폴에서는 1차 의료가 민간의료기관인 클리닉과 공공의료기관인 폴리클리닉에서 제공되는데, 민간의 클리닉이 80% 정도를 점유하며 나머지 20%를 폴리클리닉이 점유하고 있다. 민간부문의 경우 2001년도 기준으로 싱가폴 전역에 1200개의 클리닉이 있으며, 이들 클리닉에 약 2000여명의 일반의가 근무하고 있다.

이와 반대로 2·3차 의료의 경우 8개의 공공병원과 6개의 국가전문치료센터에서 85%의 병상을 제공하고 나머지 15%는 13개의 민간병원이 병원별로 25~500병상을 제공한다. <表 3-12>에 나타난 바와 같이 병상수나 입원건수로 볼 때 공공병원이 주도적 위치를 점하고 있음을 알 수 있다. 이와 같이 싱가폴은 1차 의료기관은 민간중심이면서 병원급 이상은 공공이 주도하는 체계를 가지고 있으며, 전체적으로 약 절반정도(2000년 기준)에 이르는 의사들이 공공부분에 종사하고 있다.

이 외에 자발적복지기관(voluntary welfare organization) 및 민간요양기관(private sector organizations)에서 요양서비스 제공을 담당한다.

〈表 3-12〉 醫療機關 및 醫療人力 現況

항목		1980	1990	1998	1999	2000
병상수	공공병원	8,078	7,922	9,277	9,560	9,556
	민간병원	1,492	1,827	2,112	2,187	2,242
	계	9,570	9,749	11,389	11,747	11,798
입원건수	공공병원	234,502	259,541	289,953	290,706	305,532
	민간병원	31,326	77,562	85,577	83,684	84,838
	계	265,828	337,103	369,530	374,390	390,370
의사수	공공부문	855	1831	2416	2535	2586
	민간부문	1052	1593	2489	2606	2809
	계	1907	3424	4905	5141	5395

자료: Singapore 2001

2) 公共部門의 醫療傳達體系

가) 1次 醫療

공공부문의 1차 의료서비스는 1900년대부터 시작되었다. 공공부문에서는 폴리클리닉이 일차보건의료 전달 기능을 담당하고 있는데, 폴리클리닉은 우리나라의 보건소와 유사한 기관으로서 one-stop health center로서 기능하고 있다. 이들 폴리클리닉은 2000년부터 비영리기관의 형태로 공공의료기관의 수직적 연합체인 National Healthcare Group(NHG)이나 Singapore National Health(SingHealth)에 속하여 비영리 비정부기관으로서 독자적으로 운영되고 있다.

NHG에는 9개의 폴리클리닉이 속해 있는데 이들 폴리클리닉에는 전체적으로 의사 118명, 간호사 199, 목사 138명, 보조인력 73명, 행정인력 40명이 근무하고 있다. 또한 SingHealth에는 일차의료기관으로서 7개의 폴리클리닉이 속해 있다.

2000년 한 해 동안 약 160만명의 환자가 NHG에 속한 폴리클리닉을 이용한 것으로 보고되었으며, 이들 중 84.1%는 의사와의 상담서비스

를 이용하였고, 간호사와의 상담서비스를 이용한 비율이 1.4%이며 그 외 다른 서비스를 이용한 비율이 14.5%인 것으로 보고되고 있다. 정부는 65세 이상 또는 18세 이하의 환자들이 폴리클리닉을 이용할 경우 상담비와 치료비의 75%까지 정부가 보조하며, 이 외의 연령대는 50%까지 보조한다.

NHG에 속한 폴리클리닉에서는 환자에 대한 서비스를 강화하기 위한 여러 방안들이 시행되고 있다. 먼저, 폴리클리닉을 이용하는 환자가 입원 또는 전문의 진찰을 위해 NHG에 속한 급성종합병원 또는 국가전문치료센터를 직접적으로 이용하여야 할 경우 이들 병원에서 재등록하지 않도록 행정절차를 간소화하였다. 또한 공공병원과 폴리클리닉 내원 환자의 의무기록을 전산화하여 네트워크를 통해 공유함으로써 공공병원의 담당의사가 수시로 환자의 의무기록을 열람하고 수정하는 것을 가능하게 하였다. 이 외에도 야간클리닉을 개설하고 점심시간에도 의료서비스를 받을 수 있도록 하며 토요일 오후 클리닉을 시범 운영하는 등 환자 중심의 서비스를 제공하고 있다.

둘째, 진료관련 시설 및 진료 외 시설의 설비를 보강하고 이러한 보강된 시설을 이웃하는 민간 클리닉과 공유함으로써 자원의 효율적 사용을 위해 노력하고 있다.

셋째, 만성질환 관리를 효과적으로 수행하기 위하여 질병별로 구조화된 치료지침을 만들고 질병관리시스템을 구축하여 인터넷 상에서 상담이 가능토록 하였다. 또한 이러한 질병별 치료지침을 주변의 민간의원들에게 공개하고 이를 준수하도록 권하고 있다.

넷째, 2000년 10월부터 당뇨병, 고혈압, 고콜레스테롤증 환자를 관리하기 위한 포괄적인 만성질환 관리 프로그램(Comprehensive Chronic Care Programme) 및 주변에 폴리클리닉이 없는 지역의 노인들에게 민간의 일차의료 의사들이 필요한 외래서비스를 제공하도록 하는 일차

의료 협력 프로그램(Primary Care Partnership Scheme)을 새롭게 시작하였다(Ministry of Information and The Arts, 2001)

싱가폴의 1차 보건의료는 의료기관수에 있어서는 민간중심으로 볼 수 있다. 그러나 공공의료기관인 폴리클리닉이 여러 전문과를 갖춘 one-stop health center로서의 기능을 수행하고 있고, 병원급 의료기관과의 연계체계를 잘 갖춤으로써 투자여건에 제약이 있는 민간에 비해 시설이나 인력, 서비스의 질적 측면에서 뒤지지 않는, 여러 가지 장점을 가지고 있다. 즉, 싱가폴은 공공보건의료기관 중심의 서비스 연계체계와 비교적 규모가 큰 폴리크리닉을 통해 경쟁력있는 1차 공공보건의료체계를 가지고 있는 것이다.

나) 2·3次 醫療

공공부문의 2·3차 전문의료서비스는 8개의 공공병원과 6개의 국가전문치료센터에서 제공한다. 8개의 공공병원 중 5개는 급성질환대상 종합병원(acute general hospital), 2개는 부인과 전문병원 및 정신과 전문병원, 1개는 지역병원(community hospital)이다. 급성질환대상 종합병원은 여러 전문과목에 대해 급성 입원서비스 및 전문 외래서비스, 24시간 응급의료서비스를 제공한다. 6개 국가전문치료센터는 안과, 피부과, 암, 심장, 신경과학, 치과서비스 등을 전문으로 제공한다.

환자들은 공공병원을 이용하는 경우 병상 등급을 선택할 수 있으며, 공공병원 병상 중 79%는 정부의 비용 보조율이 매우 높은 병상이며, 나머지 21% 병상은 개인병상 혹은 반개인병상으로 운영되고 있으나 병상 종류에 관계없이 제공되는 의료서비스의 질은 동일하다.

다) 長期療養서비스(Step-down Service)

싱가폴에서 장기요양서비스(Step-down service)는 '급성질환 치료병원에서 수술 후 퇴원한 환자들을 대상으로 한 회복기 및 재활치료, 뇌졸중 등과 같은 만성질환의 갑작스런 악화로 인한 요양 치료 등'을 말한다. 이러한 장기요양서비스는 지역병원(Community Hospital), 요양소(Nursing Home), 주간재활센터(Day Rehabilitation Center), 주간치매요양센터(Dementia Day Care Center)에서 제공되는 서비스와 자발적 복지기관(Voluntary Welfare Organization)에서 제공하는 재가의료서비스, 재가간호서비스, 가정봉사서비스로 나누어진다. 이 외에도 노인층과 특수한 의료서비스 수요층의 필요를 만족시키기 위해 정신병원 퇴원환자를 대상으로 한 요양서비스를 7개의 요양소와 2개의 지역병원에서 제공하고 있으며 나병 경력이 있는 환자의 지속적 관리서비스 등이 지역병원과 재활센터(Replacement Home)에서 제공하고 있다.

〈表 3-13〉 長期療養서비스 提供機關 現況

종류	현황
지역병원(Community Hospital)	총 4개 기관, 430병상
요양소(Nursing Home)	자발적 복지기관 운영: 24개소, 총 병상 중 67% 민간 운영: 26개소, 총 병상 중 33%
주간재활센터 (Day Rehabilitation Center)	총 23개 기관 노인 전용 보건의료서비스센터(Health Care Center)와 다중서비스센터(Multi Service Center)
주간치매요양센터 (Dementia Day Care Center)	5개 기관
자발적 복지기관 (Voluntary Welfare Organization)	재가의료서비스, 가정봉사서비스: 6개 기관 재가간호서비스: 7개 기관

다. 公共醫療機關 改革

최근 싱가폴 정부는 보건의료자원을 좀 더 효율적으로 사용하기 위한 보건의료전달체계 개혁 방안으로서 공공의료기관에 대한 구조조정(restructuring) 및 공공의료기관간의 연합체 형성(clustering), 통합적인 노인요양서비스 제공, 공공과 민간분야의 협동 체계를 구상하였다.

1) 公共醫療機關의 構造調整

공공의료기관의 구조조정은 급성질환 대상 종합병원(acute general hospital), 국가전문치료센터(national speciality centers), 폴리클리닉을 대상으로 진행되었다. 구조조정은 민간에 운영을 위탁하는 것을 주요 내용으로 하며 이에 따라 공공병원과 전문치료센터의 운영이 민간에 위탁되었다.

이러한 시도는 운영의 자율성을 부과하고 환자의 요구에 좀 더 탄력적으로 대응하기 위한 것이며, 위탁 운영된 공공기관의 재정 운영의 투명성을 보장하기 위한 회계 시스템도 새롭게 도입되었다. 이에 따라 이들 기관은 민간에 의해 운영되는 비영리 비정부기관의 성격을 띄게 되었으나, 여전히 공공서비스 정신을 운영 원칙으로 하고 있다. 따라서 정부는 이들 위탁병원의 운영비용을 여전히 직접적으로 통제하고 있으며, 의료비 증가를 간접적으로 통제하기 위하여 각 민간위탁 병원이 수익을 얼마나 남길 것인가와 그에 따른 정부 보조액의 수준을 어떻게 정할 것인가에 대해 정부가 결정권한을 갖는다. 이 외에도 정부는 구매자로서 각 민간위탁병원의 성과를 평가할 지표와 단위를 정하고 이를 바탕으로 서비스 가격을 협상하며 서비스의 기준을 설정하는 역할도 여전히 수행한다.

민간위탁병원에 대한 정부보조체계는 기존의 재원일 단위에서 입원

건수 단위로 전환되어, 각 입원건을 667개의 DRG로 분류하여 보조하고 있다(표 3-14 참조)

〈表 3-14〉 公共病院 入院서비스에 대한 政府補助率

서비스 종류	병실 등급	병실 규모	정부 보조율
입원	class A	1~2인실	0%
	class B1	3~4인실	20%
	class B2+	5인실	50%
	class B	6인실	65%
	class C	7인실 이상	80%
주간 수술 (day surgery)	개인병원	-	0%
	보조되는 병원	-	65%

또한 정부는 저가 의료서비스 제공을 중심으로 운영되는 저비용 지역병원(low cost community hospital)을 도입하였는데, 이는 급성종합병원(acute general hospital)에서의 고가 의료서비스를 필요로 하지 않는 노인 환자들에게 중간정도의 의료서비스(intermediate healthcare)를 제공하는 것을 주요 기능으로 하는 병원이다.

2) 公共醫療機關間의 聯合體 形成

2000년부터는 공공의료시스템의 수직적 통합정책이 시행되었다. 이에 따라 공공보건의료체계는 지역에 따라 National Health Care Group과 Singapore Health Services의 두개의 수직적으로 통합된 연합체로 재편되었다. 이들 각 연합체는 2차 및 3차 병원, 전문병원, 국가전문의료센터(national specialist center), 1차 공공의료기관으로서 폴리클리닉으로 구성되어 있다.

National Health Care Group에는 일차의료 전달기관으로서 9개의 폴

리클리닉이 속해 있으며, 3개의 2차병원, 2개의 3차병원, 6개의 국가전문치료센터(정신센터, 신경과학센터, 피부센터, 암센터, 안과센터, 심장센터), 3개의 보조서비스 제공기관(NHG diagnotics, NHG pharmacy, Netcare Internet Service)이 속해 있다. Singapore Health Services에는 일차의료기관으로서 7개의 폴리클리닉, 4개의 3차병원(3개의 acute care hospital, 1개의 step-down care hospital), 4개의 specialty center(암센터, 치과센터, 심장센터, 안과센터)가 속해 있다.

이와 같은 수직적 연합체의 형성은 보건의료서비스 전달에 있어 틈이 없도록 하고, 관리 및 전문자원을 공유하며, 각 연합체가 전문적인 능력과 틈새시장을 개발하도록 장려하며, 통합과 경쟁이 조화되도록 하는 효과를 가져올 것으로 기대되고 있다. 특히 공공부문은 이윤동기에 의해 운영되지 않기 때문에 기관간의 연계를 통해 환자진료, 연구, 보건의료인력 교육 등에 대한 정보 혹은 기술을 공유함으로써 효율적인 보건의료자원관리를 도모할 수 있다고 한다.

3) 老人保健醫療서비스 改革

노인보건의료 서비스 제공을 위한 개혁작업은 싱가폴에서 1999년부터 세가지 차원에서 진행되었는데, 그 내용은 첫째, 통합적인 노인요양서비스를 제공하고, 둘째, community support program의 개발, 셋째, 노인들에게 장기요양서비스를 안정적으로 제공하기 위한 재정 체계를 설립하는 것이었다.

현재 싱가폴에서 제공되고 있는 노인을 위한 보건의료서비스 유형과 서비스 제공기관을 <表 3-15>에 나타내었다. 통합적인 노인요양서비스 제공 정책은 기존의 서비스 제공체계에 더하여 지속적인 돌봄이 필요한 노인들에게 1차 의료, 급성 치료, 장기요양서비스의 3가지 차원에서 서비스를 제공하는 것을 기본 틀로 한다. 즉, 이는 효과적인 장기

요양서비스 제공을 통해 불건강 상태의 재발 혹은 악화 가능성을 최소화하여 고가의 의료서비스 이용 필요성을 최소화하기 위한 전략이다.

〈表 3-15〉 老人을 위한 保健醫療서비스

보건의료서비스 종류	서비스 제공기관
1차 의료	민간 클리닉, 정부의 폴리클리닉
2차 및 3차 의료	병원, 전문치료센터
intermediate care	community hospital
residential care	요양소(nursing home)
community-based day care	Day Rehabilitation Center, Dementia Day Cara Center
재가서비스	Home Medical Care, Home Nursing Care
기타	Counselling Service, Indendent Living Centers

자료: Minisitry of Health, Singapore, *Annual Report,* 2001.

이를 위해 싱가폴 보건부는 장기적으로 공공부문의 자원은 응급서비스(ambulatory care)와 급성의료서비스(acute care) 제공에 집중적으로 사용되도록 하며, 장기요양을 요하는 서비스의 경우 민간에서 제공되도록 하는 전략을 바탕으로 모든 공공병원(community hospital)을 포함한 모든 장기요양서비스를 제공하는 기관의 운영을 독자적 복지기관(Voluntary Welfare Organization)과 민간영역에 위탁 운영하는 계획을 수립하였다. 이 전략은 2000년부터 향후 10년간 추진될 예정이며, 이에 따라 싱가폴 전역을 서부, 중부, 동부의 3개 장기요양서비스 지역으로 분류하고, 각 지역마다 노인질환과가 개설되어 있는 급성의료서비스 전담 지역병원(acute regional hospital)이 중심적으로 노인들을 위한 장기요양서비스의 개발을 이끌어 나가도록 하고 있다. 또한 정부보조를 몇몇 지역병원과 요양소에 집중하여 이들 기관에서 외래환자에 대한 재활서비스, 재가의료서비스, 재가요양서비스 등으로 서비스 제공범위를 확충하도록 하였다.

또한 민간요양기관의 병상수를 총 필요 병상수의 40% 수준으로 올

리고, 현재 자발적 복지기관에서 제공하고 있는 요양병상의 60%를 민간요양병상으로 대체하는 작업을 2010년까지 추진하고 있다. 이 외에도 2005년까지 추가적으로 자발적 복지기관의 요양병상 1,500개를 확충할 계획에 있다.

노인요양서비스의 공급체계를 통합적으로 조정하는 작업 이외에 싱가폴 정부는 2000년 7월부터는 빈곤층의 요양서비스 이용을 보장하기 위하여 요양소 이용자에 대한 3단계의 자산평가체계를 도입하여 요양서비스 이용자의 수입 상태에 따라 75%, 50%, 25%의 정부 보조를 제공하고 있다. 또한 인근에 폴리클리닉이 개설되어 있지 않은 지역에 대해서는 민간 일차의료기관과 계약을 체결하여 이들 기관이 폴리클리닉을 대신하여 노인요양서비스를 제공하도록 하고 있다.

노인요양서비스 제공체계 개혁 작업은 안정적인 재정 체계를 갖추는 것 또한 중요 내용으로 하는데 중산층 및 빈곤층의 노령인구와 장기요양서비스(step-down care) 제공기관의 향후 재원 확충을 위하여 ElderCare Fund와 노령 인구를 위한 MediShield Scheme을 도입하였다.

ElderCare Fund는 2000년 1월에 도입된 정부기금(endowment fund)으로서, 노령 인구 전체와 지속적인 요양서비스를 필요로 하는 인구층에 대한 운영비를 안정적으로 지원하기 위한 기금이다. 이 기금의 이자 수익은 지역병원(community hospital), 간호서비스(hosptices), 요양소(nursing homes) 등의 노인요양시설 또는 VWO에서 제공하는 주간재활서비스(day rehabilitation), 재가간호서비스 혹은 재가요양서비스(home medical and home nursing care)의 운영비 지원에 사용된다. 이에 따라 ElderCare Fund 확립 이전에 정부의 연간 예산에서 nursing home에 지원하던 예산은 ElderCare Fund의 보조로 대체된다.

노인인구를 위한 Medishield Scheme(Medishield Scheme for the Elderly, MSE)은 2000년 8월에 처음으로 총리에 의해 제안되었다. 이

는 Medishield 또는 Medisave에서 인정되는 보험급여를 받지 못하는 61~69세의 노령 인구를 대상으로 이들이 2000년 12월 31일 이전까지 Medishield 또는 Medisave에서 인정되는 보험에 가입할 경우 향후 2년간 Medishield 보험료를 할인하는 것을 주 내용으로 한다. 또한 보험계약에 필요한 여러 검사 비용은 소정의 본인부담금($20)을 제외한 전액을 정부가 지불하며, 여러 질병으로 인해 보험가입이 불가능한 경우에도 Medisave top-up을 통해 동일한 보험료 할인을 받게 될 것이다.

第 4 章　우리나라 公共保健醫療體系의 現況과 問題點

第 1 節　우리나라 保健醫療의 一般現況과 展望

우리나라의 보건의료체계는 자원 측면(고가의료장비의 무분별한 도입, 의사인력의 과도한 전문화, 급성단기 위주의 병상공급, 의료기관의 도시편중 등)과 서비스 측면(의료전달체계의 유명무실화, 소비자의 의사장보기 등)에서 비효율성이 높다는 점은 이미 여러 연구자들이 지적한 바 있다. 본고에서는 이러한 다양한 현상들의 귀결점이라 할 수 있는 의료비 현황과 관련요인들을 중심으로 우리나라 보건의료체계의 취약성을 정리·제시하는데 초점을 맞추고자 하였다.

1. 醫療費 支出의 現況

가. 國民醫療費 支出 推移

국민의료비에 관한 국내의 연구들은 박종기 등(1976)을 시작으로 권순원(1986), 명재일(1994, 1995, 1997, 1998), 백화종(1994), 신종각 등(1997), 정영호 등(1998)에 의해 수행되어 왔다. 정영호 등(2000)이 비교적 최근자료들을 이용하여 OECD의 국민의료비 지출 분류에 따라 국민의료비를 추정한 바에 의하면 우리나라의 국민의료비는 전국민의료보험이 확대된 1989년 전후가 가장 높은 증가율을 보였으며, 이후 1995년까지 연평균 10.36%의 높은 증가율이 유지된 것으로 나타났다. 그러나 이후 IMF로 인한 소득 감소의 영향으로 1998년에는 오히려

실질국민의료비가 하락(-4.10%)하였다. 그러나 이 시기에도 GDP 대비 국민의료비는 지속적으로 증가한 것으로 나타났는데, 이는 GDP 자체의 급격한 하락에 기인한 것이다. 지금까지 높은 의료비 증가율에도 불구하고 GDP 대비 국민의료비 증가속도가 완만하였던 것은, 높은 GDP 성장률에 기인한 바, 다른 OECD 국가에서 보듯이 국민소득의 증가율이 의료비 증가율에 못미칠 경우 GDP대비 국민의료비의 급격한 상승이 예상된다. 더욱이 의료비 증가에 영향을 미치는 주요한 요인이 노인인구의 증가, 고가의료기술의 확산 등이라 했을 때, 노인인구비중이 급증하고 있으며, 신기술의 도입을 촉진하는 동기를 가진 행위별 수가제를 유지하며, 민간의료부문의 비중이 큰 우리나라에서, 향후 GDP 대비 국민의료비는 급격히 증가할 것으로 예상된다.

나. 國民醫療費의 財源別 支出 現況

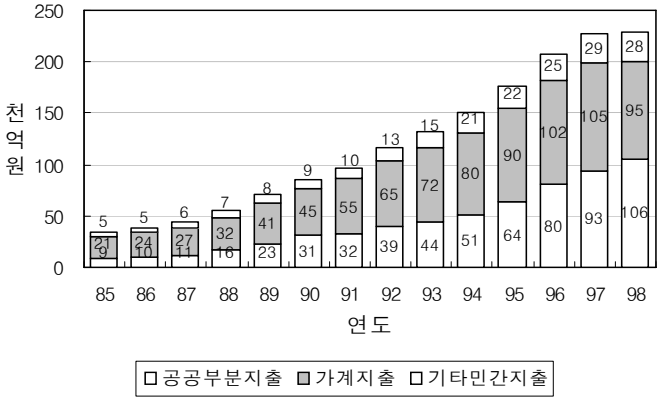
우리나라 의료비 지출의 큰 특징으로 언급되는 것이 공공부문의 비중이 작다는 것이다. OECD의 국가별 통계에 의하면 국민의료비 중 사회보장을 포함한 공공부문의 지출비중이 가장 낮은 나라가 미국(44.8%)이고, 다음이 우리나라(46.2%)이다(표 4-1 참조). 또한 우리나라의 경우 민간부문의 지출 중 가계가 차지하는 비중이 절대적이다. 정영호 등(2000)에 의하면 1998년의 민간부문 지출 비중이 53.8%로 되어 있는데, 이중 가계부문이 차지하는 비중이 41.6%이다(그림 4-1 참조). 이는 질병발생으로 인한 재정적 위험으로부터 환자 개인과 그 가족을 보호할 장치가 미흡하다는 것을 의미하는 것을 의미한다. 한편 형평성의 측면에서도 과도한 가계부담은 저소득층과 만성질환자들의 필요한 의료이용을 제한하게 되는 문제점이 있으며, 국민의료비 절감을 위한 정부 정책수단의 실효성 역시 떨어뜨리게 된다.

〈表 4-1〉 實質 國民醫療費 및 實質GDP中 實質國民醫療費의 比重

연도	실질 국민의료비 (억원)	증가율 (%)	1인당 실질의료비 (천원)	증가율 (%)	실질GDP (억원)	증가율 (%)	실질국민의료비/실질GDP (%)
1985	55,483.4		136.0		1,675,019.0		3.31
1986	59,675.6	7.56	144.8	6.49	1,858,690.0	11.0	3.21
1987	66,302.3	11.10	159.3	10.02	2,062,872.0	11.0	3.21
1988	76,854.4	15.92	182.9	14.79	2,278,639.0	10.5	3.37
1989	95,829.4	24.69	225.8	23.46	2,417,255.0	6.1	3.96
1990	107,641.8	12.33	251.1	11.23	2,634,304.0	9.0	4.09
1991	114,564.2	6.43	264.6	5.38	2,877,379.0	9.2	3.98
1992	131,430.3	14.72	300.4	13.54	3,033,839.0	5.4	4.33
1993	144,593.1	10.02	327.2	8.90	3,200,442.0	5.5	4.52
1994	160,697.1	11.14	360.7	10.02	3,464,481.0	8.3	4.64
1995	176,191.4	9.64	390.7	8.54	3,773,498.0	8.9	4.67
1996	198,074.7	12.42	434.9	11.30	4,028,212.0	6.8	4.92
1997	209,819.9	5.93	456.2	4.90	4,230,067.0	5.0	4.96
1998	201,215.9	-4.10	433.4	-5.01	3,947,104.0	-6.7	5.10
기간							
1985～1990		14.17		13.05		9.5	
1990～1995		10.36		9.25		7.5	
1995～1998		4.53		3.51		1.5	
1985～1998		10.42		9.33		6.8	

자료원: 정영호 등, 『국민의료비 산출모형 개발 및 추계』, 한국보건사회연구원, 2000.

〔그림 4-1〕 國民醫療費의 財源別·年度別 規模



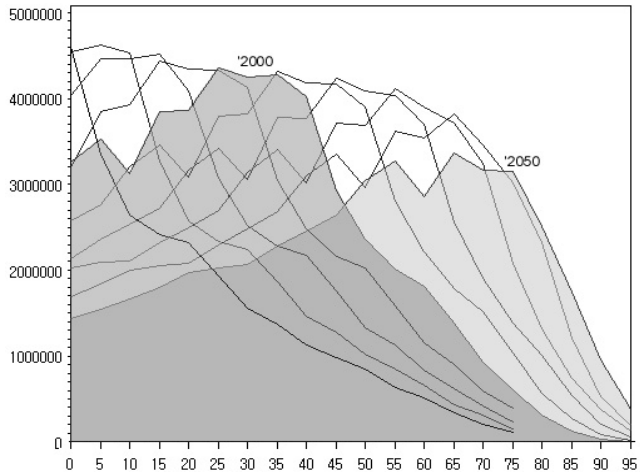
2. 老人醫療費의 增加

가. 老人人口의 增加

2000년 현재 우리나라의 65세 이상 노인인구 비율은 7.2%로 아직 다른 OECD국가들에 비해 그 크기가 작은 편이나 노령화 속도는 세계 최고 수준이다. 이는 [그림 4-2]의 인구추계에 나타나듯이 1960~1980년 출생 세대의 급격한 인구증가가 큰 요인이 되고 있다.

2001년도 통계청의 인구추계에 따르면 낮은 합계출산율(1.4명)과 평균수명의 증가(2000년 75.9세, 2050년 83.0세)로 인하여 우리나라는 향후 30년 이내에 가장 급격한 노령화와 노인부양부담의 증가를 경험할 것으로 예측된다. 총인구수는 2023년 5029만 6천명을 기점으로 감소할 것이며 생산가능인구의 노인 부양부담은 2000년 약 10명당 1명에서 2030년 약 3명당 1명 꼴로 증가할 것으로 전망하고 있다.

〔그림 4-2〕 人口推計에 따른 構造變動(5歲 單位)



이러한 노령인구의 급격한 증가는 보건의료부문에서 질병양상의 변화, 진료비의 증가, 보건복지수요의 양과 내용의 변화 등을 야기할 것으로 보인다. 또한 노인인구의 증가와 생산가능연령 인구의 감소가 동시에 일어날 것으로 예상되므로, 부양률의 증가에 의한 사회의 경제적 부담은 급격히 증가할 것이다.

가족 구성의 변화와 관련하여서도 앞으로 한국사회의 핵가족화는 더욱 가속될 것으로 전망되며, 이는 종래 보건복지부문에서 가족이 담당해왔던 기능들을 수행할 수 없게 됨을 의미한다. 또한, 여성들의 사회참여로 인한 출산율의 저하는 우리 사회의 고령화를 더욱 가속화시키고, 피부양자의 부담률 역시 급격히 증가하게 될 것이다. 이러한 빠른 인구학적 변화는 이에 조응하는 보건의료정책의 수립이 있어야 함을 의미한다.

나. 人口構造의 變動에 따른 醫療費의 增加

통계청의 인구추계와 지난 2000년도의 성별·연령대별(5세 간격) 보험적용인구 일인당 총진료비를 적용하여 2050년까지의 진료비 변동을 추계한 결과는 다음 <表 4-2>와 같다. 2000년 현재 총진료비 중 65세 이상 노인인구의 진료비가 차지하던 비중이 외래와 입원에서 각각 15.0%와 23.2%이던 것이, 2010년 20.1%와 30.1%를 거쳐, 2050년에는 48.2%와 61.7%에 이를 것으로 추정된다. 총진료비를 기준으로 노인인구 입원진료비가 2000년에 비해 2050년에 4.7배로 가장 크게 증가할 것으로 추정된다. 하지만 이러한 인구구조의 변동에 따른 비용증가는 2000년도의 현재 가격과 이용량을 기준으로 한 것이어서 의료비 자체의 증가요인들(소비자의 이용률 증가, 공급자의 서비스 제공 강도 증가 등)을 고려하지 않은 것이다.

〈表 4-2〉 全體 人口 診療費 總計 및 65歲 以上 老人 人口 診療費

(단위: 억원)

진료비 \ 연도	2000	2010	2020	2030	2040	2050	2050 ÷2000
총외래진료비	78,070	89,762	101,497	109,886	109,402	102,306	1.3배
65세 이상	11,689	18,007	25,761	39,274	47,888	49,262	4.2배
비중	15.0	20.1	25.4	35.7	43.8	48.2	
총입원진료비	39,095	48,049	58,146	67,118	71,177	69,307	1.8배
65세 이상	9,084	14,484	21,102	32,176	40,598	42,789	4.7배
비중	23.2	30.1	36.3	47.9	57.0	61.7	

자료원: 통계청, 『장래인구추계결과』, 2001; 국민건강보험공단, 『2000 건강보험통계연보』, 2001.

이와 같은 노인의료비의 급격한 증가양상은 이에 대한 사회적 대책 마련의 필요성을 제기한다. 특히 이러한 노인의료비 증가양상이 생산가능연령대의 인구 감소와 더불어 나타나고 있으므로, 향후 노인의료비는 많은 사회경제적 부담을 야기하게 될 것이다. 우리보다 앞서 노령화사회에 진입한 서구 주요 국가들과 일본의 경우, 우리와 마찬가지의 문제를 안고 있으며, 이에 대한 해결책으로 장기요양서비스의 확충, 별도의 재원마련 등의 시도를 행하고 있다. 독일 등의 경우 공공병상을 노인장기요양시설로 용도변경을 하고 있기도 하다.

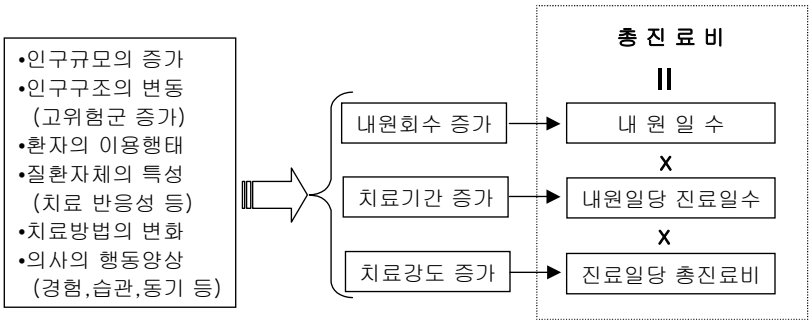
전국민연금시대에 접어들었다고 하지만, 아직 노인계층은 다른 연령대에 비해 소득수준이 낮은 편이고, 각종 공공의료서비스의 주요 수요자이기도 하다. 따라서 전반적 노인의료비 증가 대책과 더불어 노인들의 증가하는 수요를 비용-효과적으로 감당할 수 있는 체계를 갖추는데 공공부문이 주도적인 역할을 할 필요가 있다.

3. 診療費 增加의 構成要因別 分析

내원일수는 환자수의 절대량 증가 또는 환자의 이용행태의 변화를

주로 반영하고, 치료기간이나 강도는 질환, 치료방법, 의사의 행동양상 등에 다양한 요인들에 따라 달라질 것으로 예상된다. 본 연구에서는 우선 전체 진료건수, 내원건수, 진료일수, 총진료비 등의 요인별 증감 양상을 파악하여 진료비 증가가 입원과 외래에서 각각 주로 무엇에 의해 증가하고 있는지 파악하고자 하였다.

〔그림 4-3〕 總診療費의 增加에 影響을 미치는 要因들의 槪要



치료강도의 증가를 반영할 것으로 예상한 진료일당 총진료비는 보건의료물가지수를 보정함으로써 물가지수의 상승에 따른 기여분과 구분되는 진료강도의 변화를 파악하고자 하였다. 연도별 물가지수는 보건의료서비스 물가지수를 이용하였다.

〈表 4-3〉 年度別 物價指數

	1991	1993	1995	1997	1999
보건의료	100.0	107.2	117.6	127.4	135.5
의약품	100.0	101.8	113.0	114.9	114.4
보건의료용품	100.0	109.3	113.9	110.8	122.6
보건의료서비스	100.0	112.4	122.9	141.4	157.1

가. 性別 및 年齡群 統制時 診療費 變動寄與 要因

1991년에서 1999년 사이에 입원 총진료비는 남녀 각각 3.39배와 3.38배가 증가하였고 외래 총진료비는 각각 3.65배와 3.73배가 증가하였다. 입원의 경우, 일인당 입원청구건수와 입원일당서비스량이 주된 증가요인이었고 청구건당입원일수는 감소하였다. 외래의 경우, 노령층에 집중된 일인당 내원건수 증가와 전반적인 내원일당 진료일수(투약일수)의 증가가 총진료비 증가를 주도하였다(세부내역은 부표 2-1, 부표 2-2 참조).

〈表 4-4〉 入院 및 外來 診療費의 要因別 變動比(1991～1999年)

			총진료비	대상인구	일인당 입원청구건수	청구건당 입원일수	입원일당 총진료비	입원일당 서비스량[1)]
입원	남성	변동비	3.392	1.118	1.598	0.868	2.189	1.393
		표준편차/평균	(0.494)	(0.203)	(0.333)	(0.115)	(0.097)	(0.097)
	여성	변동비	3.381	1.097	1.385	0.991	2.245	1.429
		표준편차/평균	(0.518)	(0.202)	(0.349)	(0.136)	(0.107)	(0.107)
			총진료비	대상인구	일인당 외래내원건수	내원일당 진료일수	진료일당 총진료비	진료일당 서비스량[1)]
외래	남성	변동비	3.653	1.118	1.485	1.518	1.449	0.923
		표준편차/평균	(0.413)	(0.203)	(0.174)	(0.068)	(0.051)	(0.051)
	여성	변동비	3.730	1.097	1.602	1.579	1.343	0.855
		표준편차/평균	(0.455)	(0.202)	(0.245)	(0.094)	(0.069)	(0.069)

주: 1) 서비스량은 총진료비를 보건의료서비스물가지수('91=100.0/'99=157.1)로 나눈 값임.
2) 표준편차/평균은 5세 연령군별로 산출된 해당지표들의 표준편차를 척도차이를 보정하기 위해 평균으로 나눈 것임. 표준편차/평균가 클수록 연령군별 차이가 큰 것으로 해석함.
자료: 건강보험통계연보 각 연도.

입원청구건당 서비스의 총량을 '입원일수×입원일당서비스량'로 산출하면 남성 1.21(=0.868×1.393)배, 여성 1.42(=0.991×1.429)배가 증가하여 입원일수의 감소에도 불구하고 입원진료의 강도 증가가 총량의 증가를 주도하는 것으로 나타났다. 동일연령층 내에서 과거 10여 년간 질병구조의 변동으로 중증질환 또는 만성질환이 증가하였을 가능

성도 고려할 수 있겠으나 서비스 강도 또는 기간의 증가는 노령층에만 국한된 것이 아닌 전반적인 현상이다.

연령별 총진료비 증가는 65세 이상군에서 4.78～7.82배 사이의 높은 증가가 나타났다. 인구의 연령구조를 고려하면 큰 비중을 차지하고 있는 현재 20～40세 사이의 전후(戰後)의 베이비붐 세대가 65세 이상군으로 진입하면 그로 인한 총진료비의 증가효과는 더욱 급격해질 것이 자명하다. 일인당 입원청구건수가 남성은 1.60배 여성은 1.39배 증가하였는데 여성의 경우 주요 출산연령인 20대에서 청구건수가 0.842 및 1.006으로 거의 변화가 없었던 것이 상대적으로 낮은 증가를 보인 요인이다. 기타 연령층을 살펴보면 여성의 입원청구건수 증가가 남성과 유사하거나 오히려 높다.

외래의 경우, 총진료비는 남녀 각각 3.65배와 3.73배가 증가하여 입원진료비보다 증가폭이 컸다. 이를 요인별로 구분하면 건강보험 적용인구 일인당 외래내원일수, 내원일당 진료일수, 진료일당총진료비가 모두 1.5배 내외의 증가양상을 보였다. 일인당 서비스의 총량을 '내원당진료일수×진료일당서비스량'으로 산출하면 남성 1.40(=1.518×0.923)배, 여성 1.35(=1.579×0.855)배가 증가하여 입원과는 반대로 총서비스량의 증가는 진료일수(=투약일수)의 증가가 주도하는 것으로 나타났다. 외래 총진료비의 변동은 55세 이상군에서 두드러진 것으로 나타나고 있는데 최저 4.87배에서 최고 9.77배로 입원보다 증가폭이 큰 것으로 나타났다. 즉, 노인에서는 기간의 증가가 청장년에서는 서비스량의 증가가 주도적인 경향이 나타나는데 입원에 비해 연령군별 격차는 비교적 작은 것을 나타나고 있다.

나. 醫療機關 種別 入院 및 外來 診療費 變動寄與 要因

입원의 경우, 병상수 자체의 증가와 입원일당 서비스량(또는 강도)

의 증가가 입원진료비 증가의 주요인이었다. 반면, 병상당 입원일수는 연도별로 가장 낮은 변동을 보였다. 외래의 경우, 의사수 자체의 증가와 내원일당 서비스량(또는 강도)의 증가가 외래진료비 증가의 주요인이었다. 의사일인당 내원일수는 가장 낮은 변동을 보였다(부표 2-4 참조). 병상수와 의사수가 각각 1.5배 이상 증가했음에도 불구하고 병상당 입원일수와 의사당 내원일수가 거의 일정했다는 점은 의료자원(병상과 의사)의 증가가 거의 그대로 진료비 증가로 귀결됨을 보여주는 것으로 해석할 수 있다.

〈表 4-5〉 醫療機關種別 入院 및 外來 診療費 變動比(1991～1999年)

입원지표 / 기관분류		총진료비	병상당 총진료비	병상수	병상당 입원일수	입원일당 총진료비	입원일당 서비스량
종합병원	변동비(99/91)	3.259	2.133	1.528	0.954	2.235	1.423
	표준편차/평균	(0.451)	(0.307)	(0.166)	(0.021)	(0.317)	(0.141)
병원	변동비(99/91)	4.369	2.880	1.517	1.255	2.294	1.461
	표준편차/평균	(0.587)	(0.347)	(0.268)	(0.132)	(0.326)	(0.149)
의원	변동비(99/91)	3.255	1.927	1.689	0.758	2.543	1.619
	표준편차/평균	(0.482)	(0.260)	(0.220)	(0.119)	(0.367)	(0.189)
합계	변동비(99/91)	3.380	2.158	1.566	0.965	2.236	1.423
	표준편차/평균	(0.469)	(0.290)	(0.193)	(0.036)	(0.315)	(0.140)
외래지표 / 기관분류		총진료비	의사당 총진료비	의사수 (상근)	의사당 내원일수	내원일당 총진료비	내원일당 서비스량
종합병원	변동비(99/91)	4.454	2.723	1.636	1.116	2.439	1.553
	표준편차/평균	(0.568)	(0.403)	(0.195)	(0.053)	(0.353)	(0.178)
병원	변동비(99/91)	3.574	1.893	1.889	0.880	2.151	1.369
	표준편차/평균	(0.498)	(0.248)	(0.261)	(0.055)	(0.302)	(0.126)
의원	변동비(99/91)	3.127	1.898	1.647	0.903	2.102	1.338
	표준편차/평균	(0.450)	(0.259)	(0.197)	(0.042)	(0.302)	(0.122)
합계	변동비(99/91)	3.487	2.107	1.655	0.923	2.282	1.453
	표준편차/평균	(0.489)	(0.303)	(0.198)	(0.034)	(0.333)	(0.155)

주: 1) 서비스량은 총진료비를 보건의료서비스물가지수('91=100.0/'99=157.1)로 나눈 값임.
2) 표준편차/평균은 연도별로 산출된 해당지표들의 표준편차를 척도차이를 보정하기 위해 평균으로 나눈 것임. 표준편차/평균가 클수록 연도별 차이가 큰 것으로 해석함.

자료: 건강보험통계연보 각 연도.

第 2 節　公共保健醫療體系의 一般現況과 問題點

1. 公共保健醫療體系의 管理와 運營

우리나라에서 직접서비스를 제공하는 공공보건의료기관은 총 130여 개소의 공공병원들과 각 기초자치단체 산하에 속한 보건기관(2000년 9월 현재 보건소 242개소, 보건지소 1,271개소, 보건진료소 1,908개소), 기타 관련기관들이 있다(표 4-6 참조). 이러한 공공보건의료기관들의 조직체계 및 관리상의 특성 및 문제점을 정리하면 다음과 같다.

〈表 4-6〉 우리나라의 公共保健醫療機關

	구분	공공보건의료기관종류	관련법률	관련부서
공공병원	국립(10)	국립의료원, 서울정신, 재활원, 춘천정신, 공주정신, 나주정신, 목포결핵, 소록도, 마산결핵, 부곡정신	보건복지부와 그 소속기관직제	보건복지부
	국립(1)	암센터	암센터법	보건복지부
	국립(1)	경찰병원	경찰청과 그 소속기관직제	행정자치부
	국립(19)	수도통합병원외 18	국방부와 그 소속기관직제	국방부
	국립(1)	국립감호정신병원	법무부와 그 소속기관직제	법무부
	시·도립(12)	서대문, 아동, 은평, 부산시립정신질환요양, 대전시립정신, 경기도립정신, 백암정신, 용인정신, 축령정신, 소양신경정신, 광양치매전문요양, 경남도립정신질환요양	시・도조례	보건복지부
	지방공사(34)	강남병원, 부산의료원외 32	지방공기업법	행정자치부
	특수법인(1)	서울대학교병원	서울대학교병원설치법	교육부
	특수법인(7)	부산대학교병원외 6	국립대학교병원설치법	교육부
	특수법인(6)	서울적십자병원외 5	대한적십자조직법	보건복지부
	특수법인(9)	산재의료관리원중앙병원 외 9	산업재해보상보험법	노동부
	특수법인(5)	서울보훈병원외 4	한국보훈 복지공단법	보훈처
	특수법인(1)	원자력병원	원자력연구소법	과기처
	특수법인(1)	의료보험관리공단일산병원	의료보험법	보건복지부
보건기관	시군구(242)	전국 보건소(지소, 진료소 포함)	지역보건법	보건/행자
	공립(13)	연천군보건의료원외 12	지역보건법	보건복지부
관련기관	국립(1)	국립보건원	국립보건원설치법	보건복지부
	국립(1)	검역소		
	시도립(16)	서울시 보건환경연구원 외 15		보건/시도
	특수법인	한국건강관리협회, 결핵협회, 나관리협회		보건복지부

가. 管理運營體系의 分散에 따른 非效率性

전체적으로 중앙에서는 총 15개 관계법령과 8개 담당부처에 기관들이 분산되어 있다. 주요 보건행정계통(보건소-시도보건(위생)과-보건복지부)과 각 부처의 국공립의료기관들은 인사, 예산수립 및 집행 등에 관한 주요 의사결정권한이 일반행정 중심의 각급 상위기관에 주어져 있다. 일반행정체계를 중심으로 분산되어 있는 이들 조직들은 단위기관 내에서도 서비스직 또는 전문직보다 자연스럽게 행정직 중심의 인사발령이나 업무추진이 이루어지고 있으며 보건의료 측면의 업무목적보다는 소속부서의 업무목적이 우선시 되는 것은 오히려 당연하다 할 것이다. 이와 같은 조직환경은 보건의료 서비스의 질적 개선이나 전문성 강화를 추구함에 있어서 조직내 유인동기나 인력확보 및 관리 측면에서 부정적인 측면으로 작용하고 있다.

구체적으로는 행정자치부(인사국, 지방행정국, 지방재정경제국 등)가 지방자치단체 소속의 공공보건의료기관의 인사 및 운영 지원, 교육훈련, 업무심사 등을 맡고 있고 기획예산처가 중앙정부 산하 공공의료기관의 개편에 관한 사항에 관여하고 있다. 학교보건 및 위생은 교육인적자원부의 지방교육청 담당계에서, 산업보건 및 위생은 노동부 지방노동청 및 노동사무소에서, 군 보건 관련정책은 국방부에서, 국가유공자 및 제대군인에 관한 보건정책 및 지원은 국가보훈처의 지방보훈청 및 지청에서 나누어 맡고 있다. 사안에 따라 보건복지부의 특정부서와 업무협조가 이루어지고 있으나 지속성과 일관성을 보장할 장치는 없는 상황이다.

한편, 책임행정기관화, 관리운영의 민영화, 공사화 등을 거친 주요 공공의료기관들의 경우, 원칙적으로 자율적 운영의 여지가 다소 보장되는 측면이 있으나 공공의료기관으로서의 역할설정이 불분명하고 각급 지방자치단체에서 수익성에 중점을 둔 기관평가와 예산배정 등을

시행하고 있어 국가보건사업에 참여할 동기가 부여되지 못하고 있다. 또한, 지금까지 진료업무의 연장선상에서 소외계층에 대한 진료를 수행해 왔을 뿐 특정 보건사업을 계획·추진할 별도의 인력이나 조직이 존재하지 않기 때문에 개별기관이나 기관장의 의지와 능력에 따라 사업수행의 수준에 큰 편차가 발생할 수밖에 없다. 김창엽(2001)은 민간위탁 운영된 군산, 마산, 이천의료원에서 입원환자수는 큰 변동이 없음에도 입원일당 진료비가 위탁 이후 크게 증가하여 저소득계층에 대한 보호기능마저도 크게 훼손된 사례를 제시하면서 결국 공공보건의료기관에 대한 수익성 강조가 국가 보건사업 참여의 인센티브를 상실케 하였다고 지적한 바 있다. 이와 같이 상이한 조직환경에 따라 보건소와 지방공사의료원이 같은 지역에 존재하는 경우에도 단순한 업무협조를 넘어서는 기관간 횡적 연계를 원활히 추진하기 어렵고 전체적으로 소속부처와 존재형식에 따라 개별 공공보건의료기관들이 각개약진하는 양상을 보이게 되는 것이다.

나. 調整-統合 機能의 不足

보건복지부와 비교적 직접적인 업무관계를 맺고 있는 보건소의 경우에도 보건복지부의 각과에서 따로 요청되는 협조업무, 별도로 운영되는 각종 기금사업 관련업무 등이 조정·통합되지 못한 채 단위기관으로 내려지고 있다.

보건소 업무에 관련된 보건복지부의 주요 담당조직들은 보건정책국이 총괄적인 사업조정을 맡고 보건증진국 각 부서들(건강증진과, 질병관리과, 정신보건과, 구강보건과)과 보건정책국의 지역보건정책과, 가정보건복지심의관(노인보건과, 여성보건복지과), 장애인보건복지심의관(재활지원과), 감염질환부(방역과) 등이 있다. 각 단위사업의 특수성과 전문성을 고려할 때 이러한 조직편재만을 놓고 그 적절성을 판단하기

는 어렵고 향후 중앙부처의 업무분장과 인력배치, 기능에 대한 평가 작업이 뒤따라야 할 것이다. 하지만, 정책추진의 주요 수단인 계획-집행-평가 및 환류의 과정들을 통해 현행 중앙부처 조직의 문제점을 간접적으로 진단할 수는 있다.

보건의료분야의 계획작성에 대해서는 다음 <表 4-7>에 보이듯이 보건의료기본법에 따라 보건복지부 장관이 매5년마다 작성토록 되어 있는 보건의료발전계획과 지역보건법에 따라 자치구의 구청장과 시도지사가 매4년마다 작성토록 되어 있는 지역보건의료계획 등 작성주기과 작성주체, 심의의결과정이 서로 다르게 설정되어 있다. 입법화 과정과 시기에 차이는 있으나 내용(건강증진과 예방보건사업 등)과 실행주체(보건소, 공공보건의료기관 등) 측면에서 중복이 있다는 점을 고려하면 조정통합이 필요하며 농어촌등보건의료를 위한 특별조치법과 기타 사업분야별 관련법(정신보건법, 전염병예방법 등), 타 중앙부처의 관련법 사이의 조정도 필요할 것이다.

〈表 4-7〉 保健醫療分野의 計劃作成 關聯法規

계획명칭	관련법	작성주기	작성주체	심의·의결	보고
보건의료 발전계획	보건의료 기본법	5년	보건복지부장관	보건의료정책심의위원회 심의→국무회의 심의확정	
지역보건 의료계획	지역보건법	4년	시장·군수·구청장(자치구의 구청장) 및 시·도지사	지역보건의료심의위원회 → 시·군·구의회 → 시·도 의회	보건복지부장관
국민건강 증진계획	국민건강증진법	1년	보건복지부장관, 시도지사 및 자치구의 구청장	보건정책심의위원회	세부계획을 매년 보고
구강보건 사업계획	구강보건법	1년	보건복지부장관, 시도지사 및 자치구의 구청장	학교구강보건은 당해 교육감이나 교육장과 협의	세부계획을 매년 보고
공공보건 의료계획	공공보건의료에 관한 법률	5년	공공보건의료기관의 장	공공보건의료계획심의위원회	보건복지부장관
모자보건사업 및 가족계획사업에 관한 기본계획	모자보건법	-	보건복지부장관, 관계중앙행정기관의 장 및 지방자치단체의 장	모자보건심의위원회	

각 단위사업의 경우에도 예를 들어 설비투자에 중점을 둔 농어촌의료서비스개선사업과 프로그램 개발에 중점을 둔 여타의 시범사업들이 연계되지 못하고 있어서 업무지원·평가·환류를 위해 활용할 수 있는 각각의 수단들이 제대로 적용되지 못하고 있다. 특정시범사업이 사업비만을 집행할 수 있도록 허용하고 인력과 하드웨어는 다른 기전을 통해 확보해야만 하는 과정이 반복되는 것이다. 특히, 문제가 되는 것은 <表 4-8>에 보듯이 주로 민간조직들이 용역이나 위탁의 형식으로 기술지원을 수행하고 있어 이상과 같은 정책수단의 통합적용, 사업간 연계, 지속성 등이 보장되지 못한다는 것이다.

〈表 4-8〉 主要 保健所 技術支援 團體의 所屬 및 役割과 關聯 保健福祉部 部署

주요보건소 기술지원단체	소속	관련중앙부서	주요역할	계약방식
농어촌의료서비스 지원단	한국보건산업진흥원	지역보건정책과	농어촌의료서비스개선사업 기술지원 지역보건의료계획 평가 및 기술지원	정부위탁
건강증진거점보건소기술지원평가단	연대간호정책연구소	지역보건정책과	건강증진거점보건소(18개소)육성사업 평가 및 보건소 건강증진 모형 개발	개발용역
지역정신보건센타 기술지원평가단	서울의대, 이대 간호대학 등	정신보건과	보건소(14개소) 지역사회 정신보건사업 모형 개발 및 평가	개발용역
건강증진개발센타	한국보건사회연구원	건강증진과	보건교육자료 개발 및 건강증진 담당 인력 개발	개발용역
별도명칭 없음	한국보건사회연구원	여성보건복지과	모자보건 선도 보건소(23개소) 육성 및 평가	개발용역
별도명칭 없음	한국구강보건협회	구강보건과	보건소(18개소) 구강보건실 설치 및 상수도 불소화, 불소용액양치사업 등 지역사회 구강보건사업 기술지원	개발용역
공공근로방문간호사업단	5개간호대 협의체	지역보건정책과	공공근로 방문간호 사업 수행 및 국가 방문간호체계 모형 개발 및 평가	개발용역
공공보건기관전문인력교육	한국보건사업진흥원	지역보건정책과	보건소 직원 단기 집중 기술 교육 보건소 전산관리자 육성 교육	개발용역
훈련부	국립보건원	-	보건소 직원 장·단기 법정 교육 훈련	-

2. 公共保健醫療機關의 役割比重

우리나라의 공공보건의료기관은 다음 <表 4-9>에서 보이는 바와 같이 지속적으로 그 역할이 축소되어 왔다. 병상수는 1987년 13.7%에서 1997년 6.0%로 절반 이하로 감소하였으며 입원이나 외래의 비중은 더욱 급격히 감소하였는데 그 원인은 절대량의 감소라기보다는 민간부분의 급성장에 따른 상대적 위축이라 할 수 있다.

〈表 4-9〉 年度別 公共醫療機關의 比重變化(1987, 1997)

병상수	1987		1997	
	병상	비율	병상	비율
국립	11,686	13.70	10,273	6.04
공립	6,390	7.49	11,156	6.56
법인	44,680	52.36	109,673	64.53
개인	22,571	26.45	38,866	22.87
합계	85,327	100.00	169,968	100.00
입원연인원	명	비율	명	비율
국립	3,829,841	18.06	2,491,092	5.72
공립	1,673,895	7.89	3,280,481	7.53
법인	11,775,234	55.52	30,183,383	69.26
개인	3,930,532	18.53	7,623,135	17.49
합계	21,209,502	100.00	43,578,091	100.00
외래연인원	명	비율	명	비율
국립	3,609,710	10.68	1,673,533	1.84
공립	4,145,262	12.27	7,080,632	7.77
법인	11,401,969	33.74	59,663,646	65.44
개인	14,637,019	43.31	22,749,901	24.95
합계	33,793,960	100.00	91,167,712	100.00

자료: 『보건복지통계연감』, 1987, 1997.

한편, 1980년대 이전 국가보건의료정책상의 주요 관심사의 하나였던 도시-농촌 즉, 지역간 의료이용접근도 격차도 농어촌보건의료를

위한특별법의 실시 등으로 보건지소가 확대되면서 적어도 형식상으로는 접근도 격차가 해소되었다고 할 수 있다.

〈表 4-10〉 邑·面·洞別 一次醫療機關의 分布와 保健所·支所의 比重

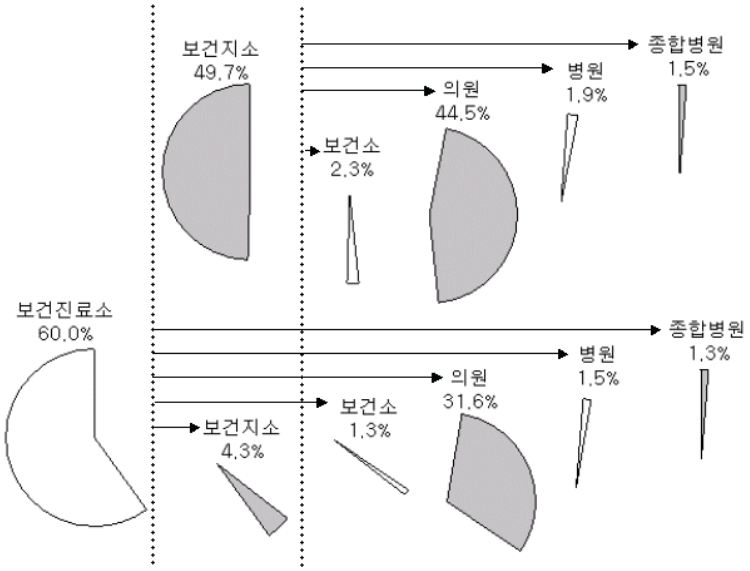
연도	의원수			인구10만명당 의원수			동/면 비율
	동	읍	면	동	읍	면	
2000	17,298	1,620	866	47.1	43.1	15.4	3.1
1995	12,244	892	478	34.9	25.6	7.9	4.5
1990	9,073	564	319	28.1	15.7	4.3	6.6
1985	6,407	452	335	24.2	9.4	3.6	6.6
1980	5,029	473	428	23.5	10.4	3.7	6.3
연도	보건소·지소수			인구10만명당 보건소·지소수			동/면 비율
	동	읍	면	동	읍	면	
2000	180	196	1145	0.5	5.2	20.4	0.02
1995	178	199	1167	0.5	5.7	19.2	0.03
1990	191	206	1152	0.6	5.7	15.4	0.04
1985	150	185	957	0.6	3.8	10.4	0.05
1980	49	100	805	0.2	2.2	7.0	0.03
연도	공공부문 비율(%)			인구10만명당 일차의료기관수			동/면 비율
	동	읍	면	동	읍	면	
2000	1.0	10.8	56.9	47.6	48.4	35.7	1.3
1995	1.4	18.2	70.9	35.5	31.3	27.0	1.3
1990	2.1	26.8	78.3	28.7	21.4	19.6	1.5
1985	2.3	29.0	74.1	24.8	13.2	14.1	1.8
1980	1.0	17.5	65.3	23.7	12.6	10.8	2.2

자료: 통계청(2001), 건강보험공단 전국요양기관DB 보완자료(2001)

하지만, 김재용 등(2001)이 주요 다빈도 상병을 기준으로 농촌 주민들의 의료이용 경로를 파악한 결과에 따르면 면지역 이하 주민들의 상당수가 시간소요와 높은 비용에도 불구하고 중심지역의 민간의원을 이용하는 등 실질적인 접근도 개선에는 도달하지 못한 것으로 평가되고 있다. 주요 다빈도호흡기질환의 총내원일수 충족률은 보건지소에서 52.7%, 보건진료소에서 65.7%로 타 질환군에 비해 높은 편이었다.

보건지소 주민의 의원이용이 49.7%임에 반해 보건소 이용은 2.3%에 불과하여 중심지로 나갈 경우 거의 대부분이 의원을 이용하는 것으로 나타났다(그림 4-4 참조). 이러한 양상은 보건진료소 주민의 경우도 마찬가지인데 보건진료소 주민의 의원이용도가 31.6%임에 반해 보건소 1.3%, 보건지소 4.3%이었다. 내원당 투약일수는 보건기관이 약 3.5일, 의원이 약 1.9일이고 내원일당 진료비는 각각 5,000원과 10,000원으로 의원은 투약일수가 짧지만 내원당 진료비는 2배 가량 높은 것으로 나타났다.

〔그림 4-4〕 面地域 住民의 主要 呼吸器疾患 外來利用의 樣相

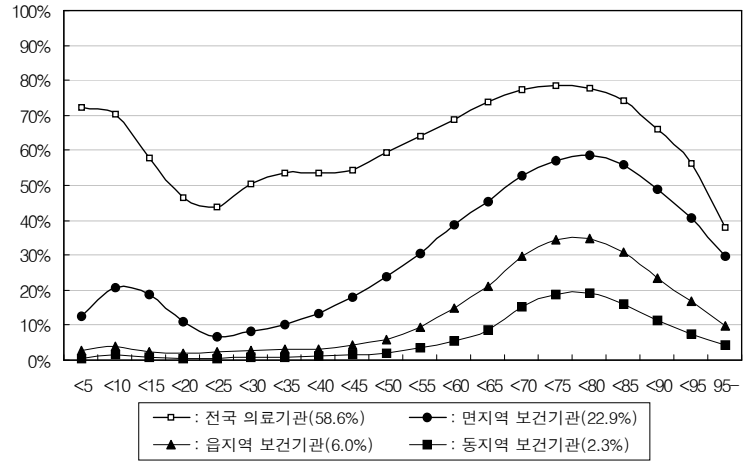


자료: 1998년 10월~1999년 9월에 보건지소/진료소 의료이용경험자군의 주요호흡기 질환으로 인한 의료기관종별 외래내원건수)

건강보험청구자료를 이용하여 산출한 지역주민들의 연간(1998년 10월~1999년 9월) 보건기관(보건소, 보건지소, 보건진료소) 이용 경험률

은 동, 읍, 면이 각각 2.3%, 6.0%, 22.9%인 것으로 추정되었으며 보건지소의 평균 일일내원환자수는 20여명에 불과한 것으로 나타났다. 모든 지역에서 고연령층의 이용률이 높았고 면지역의 경우에는 5~14세 연령층의 이용률이 다소 높았다. 보건소의 진료서비스가 전체 업무를 대표하는 것은 아니지만 연간 이용경험률이 이처럼 낮은 것은 특히 도시지역에서 보건소의 영향력과 접근도가 매우 취약하다는 사실을 반영하고 있다.

〔그림 4-5〕 邑·面·洞別, 年齡別 地域住民의 保健機關 利用經驗者 比率



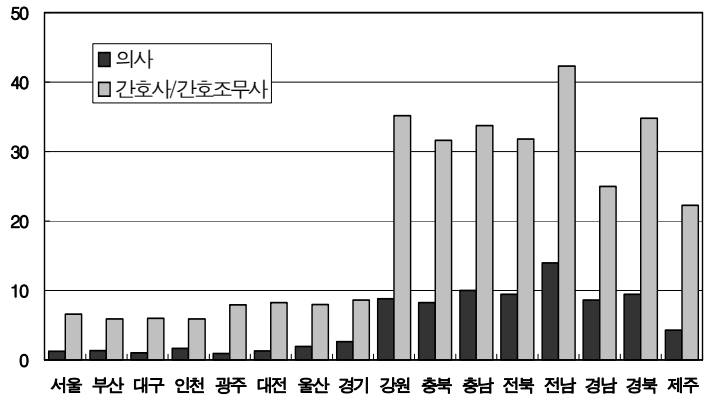
주: 실인원 기준, 1998년 10월~1999년 9월

보건기관의 주민이용 현황에 관한 구체적인 측정 결과는 조금씩 다르지만 이미 1990년 전후에 이루어진 연구들에서도 일반 의료기관에 비해 현격히 떨어지는 보건지소의 진료량, 도시지역 보건소의 낮은 접근도 등은 꾸준히 문제점으로 지적되어 왔다. 보건지소의 경우, 시설장비의 부족과 노후화, 인력 및 서비스 수준의 미흡, 공중보건의사의 잦은 이동과 불성실 근무 등으로 인한 진료능력의 미비와 이로 인

한 주민의 불신 등이 작용하는 것으로 지적된 바 있다(한국인구보건연구원, 1983; 문옥륜 외, 1989; 김수향, 1992).

우리나라에서는 주요 급성질환에 대한 치료중심의 서비스가 민간부문 제공자에 의해 급속히 도시지역에 확산되었던 것에 반하여 질병예방 및 건강증진 분야의 적극적인 비용절감형 서비스는 거의 대부분 공공보건의료체계를 통해서만 생산·전달되고 있다. 하지만, 공공부문의 제공능력을 고려하면 앞서의 필수보건의료자원의 편중된 분포와는 정반대의 취약성을 보이고 있다. 예를 들어, 주요 광역시 지역의 보건기관의사인력은 인구 십만명당 1.3명에 불과하다(그림 4-6 참조). 도지역 의사수의 상대적인 수적 우위도 절대다수가 한시적 인력인 공중보건의사에 의해 유지되고 있는 실정이다.

〔그림 4-6〕 廣域市·道別 人口 10萬名當 保健醫療人力 分布



거주 읍·면·동 내에 질병예방 및 건강증진 분야의 포괄적 보건의료서비스를 제공하는 보건기관이 하나 이상 존재해야 한다는 지리적 접근도 측면의 가정을 설정하면, 이러한 조건을 충족하는 경우는 전인구의 28.5%(1347만명)에 불과하다.

〈表 4-11〉 保健機關 所在 邑·面·洞 數와 該當地域 人口數

	전체 읍면동 수	보건기관 존재 읍면동 수		전체 읍면동 수	보건기관 존재 읍면동 수
서울	522 개	25 개	충북	153 개	108 개
부산	221 개	24 개	충남	207 개	175 개
대구	138 개	16 개	전북	248 개	171 개
인천	136 개	31 개	전남	298 개	239 개
광주	85 개	12 개	경북	337 개	248 개
대전	76 개	13 개	경남	314 개	204 개
울산	58 개	19 개	제주	43 개	15 개
경기	481 개	182 개	**합 계**	**3,505 개**	**1,600 개**
강원	188 개	118 개	**해당인구**	**4,734 만명**	**1,347 만명**

자료: 전국요양기관데이터베이스(국민건강보험심사평가원, 2000. 11.), 전국주민등록인구(통계청, 1999)

3. 地方公社醫療院의 現況

가. 一般現況

2000년도에 강원대학교로 매각된 춘천의료원을 제외하면 현재 전국의 지방공사의료원은 총 33개소이다. 행정구역별로는 광역시 8개소, 중소도시 21개소, 군지역 4개소가 있다(부표 3-1 참조).

나. 入院診療 實績

1999년 7월부터 2000년 6월말까지 1년간의 입원진료실적을 분석한 결과 평균적으로 지방공사의료원은 지역내 총 입원일수의 36.5%를 담당하고 있으며, 병원급 이상에서는 44.7%를 담당하고 있어서 전체적으로 비중이 매우 높다는 것을 알 수 있다. 최고 100%에서 최저 2%까지 편차가 심하다(부표 3-1 참조).

또한 평균적으로 보아 지방공사의료원은 지역내 총 의료보호입원일수의 54.4%를 담당하며, 병원급 이상에서는 55.2%를 담당하고 있다.

즉, 의료보호 환자의 절반이상이 지방공사의료원에 집중되고 있다. 지역 내에서 독점적인 위치에 있는 인천, 포천, 삼척을 제외하고 살펴보면, 지방공사의료원이 타 의료기관에 비해 의료보호 입원환자의 비중이 평균 3.6배 높다. 병원급 이상에서만 고려하면 3.0배 높다(부표 3-2 참조).

다. 外來診療 實績

1999년 7월부터 2000년 6월말까지 1년간의 외래진료실적을 분석한 결과로는 지방공사의료원은 지역내 총 외래내원일수의 6.4%를 담당하며, 의료보호 환자의 경우 평균 16.2%를 담당하고 있다. 지역내의 다른 의료기관에 비해 의료보호 환자를 평균 3.7배(최고 11.8배～최저 1.6배) 더 많이 진료하고 있는 것으로 나타났다(부표 3-3 참조).

라. 財政 狀態

2000년도 재정상태를 파악한 결과, 기관당 평균 의업손실은 17.0억원, 의업외 수익은 11.3억원이었으며 경상 및 특별손익, 법인세비용 등을 포함한 기관당 평균 당기순손실은 8억 5천만이었다. 당기순손익에서 약간의 변이는 있었으나 모든 지방공사의료원에서 의업손실의 일부분을 의업외수익으로 보전하는 것으로 나타났다. 국비, 교부세, 지방비를 포함한 기관당 평균보조금 수입은 12억 7천만으로 의업손실분의 나머지를 보조금 수입에 의존하여 적자를 면하고 있는 것으로 나타났다. 하지만, 보조금 중에서 일부는 직접적인 운영경비로 조달된 것이 아니라 시설의 개보수와 신증축에 들어간 비용이므로 실질적인 재정상태는 더 열악할 것으로 예상된다.

〈表 4-12〉 地方公社醫療院의 財政現況(2000年)

(단위: 백만원)

시도 (기관수)	의업수입	의업비용	의업손실	의업외수익	당기순이익 (손실)[1]	보조금수입
광역시(4)	86,914	107,812	-20,897	11,306	-11,604	11,079
경기(6)	42,301	52,320	-10,019	6,610	-4,593	4,430
강원(5)	36,873	43,086	-6,212	4,467	-2,855	2,335
충북(2)	18,038	19,328	-1,290	4,682	989	1,142
충남(4)	29,502	34,599	-5,098	1,324	-4,527	5,402
전북(2)	30,795	33,724	-2,930	2,068	-317	7,814
전남(3)	17,799	21,760	-3,960	792	-3,361	5,502
경북(3)	29,472	31,956	-2,485	3,093	-704	2,096
경남(2)	17,408	19,853	-2,444	2,040	-1,051	1,917
제주(2)	26,565	27,226	-661	998	-52	185
합계(33)	335,667	391,665	-55,997	37,380	-28,075	41,902
기관평균[2]	10,172	11,869	-1,697	1,133	-851	1,270

주: 1) 당기순손익은 의업 및 의업외 수익에 경상손익, 특별손익, 법인세비용 등을 차감한 금액임. 보조금은 국비와 교부세, 지방비를 합한 금액임.

2) 기관평균은 합계를 지방공사의료원의 수인 33으로 나누어 준 값임.

자료: 지방공사의료원연합회 내부자료.

第5章 公共保健醫療에 대한 認識과 利用現況

第 1 節 一般國民의 公共醫療에 대한 認識과 態度

1. 調査의 槪要

일반 국민의 공공의료에 대한 인식과 태도를 조사하기 위하여 2000년 1월 기준으로 전국 246개 행정 시·군·구 중 40개구에서 각 40명씩 총 1,600명을 대상으로 전화조사를 실시하였다.

조사 대상의 선정을 위하여 먼저, 전국 2000년 1월 기준 246개 시·군·구(153개 시·구와 93개 군지역)를 종합병원 유무, 인구규모, 시·도로 16개 층을 나누어 배열하고 각 층의 인구수가 전체 인구수 중 차지하는 비율에 비례하여 각 층별 조사 시·군·구 수를 정하였다.

이 때 종합병원이 없는 층의 인구수 비율은 전체 인구 중 21%에 불과하기 때문에 층별 인구수 비율에 비례하여 조사 시·군·구를 설정할 경우 종합병원이 없는 층은 조사 대상 시·군·구의 수가 너무 적게 되는 문제가 있다. 이를 보완하기 위하여 본 조사에서는 종합병원이 없는 층의 경우 조사대상 시·군·구의 수를 3배 가중하여 최종 조사대상 시·군·구 수를 결정하였다. 각 층의 최종 조사대상 시·군·구는 각 층에 속한 시·군·구 중 조사수만큼 무작위로 추출하였으며, 이에 따라 최종적으로 31개 시·구 지역과 9개 군지역이 추출되었다[26](표 5-1 참조).

---

26) 최종 전화조사 대상자를 선정함에 있어 시군구별로 정리된 전화번호부를 이용하였는데, 해당 시군구의 전인구에 대한 전화번호부가 없는 시군구가 있다. 이러한 전화번호부 누락으로 인해 종합병원 유무, 인구 사분위군, 시도군으로 나누어진 시군구 모집단 층에 속하는 조사가능 시군구의 수가 추출 시군구의 수보다 적은 층이 하나 있었으며(종합병원이 없고, 인구수가 25 percentile에 속하며, 광역도인

〈表 5-1〉 一般國民調査 標本抽出 現況

종합병원 유무[1]	인구층[2]	시·도 구분[3]	인구수	인구 비율[4]	가중치	표본 시군구수	최종 추출 시·군·구
0	1	1	1,817,655	3.8%	3	3	인천계양구, 부산 북구, 서울 마포구
0	1	2	939,157	2.0%	3	2	경기 남양주
0	2	1	551,581	1.2%	3	1	대구 동구
0	2	2	1,029,869	2.2%	3	2	경기 이천시, 충남 아산시, 경북 김천시
0	3	1	261,014	0.6%	3	0	-
0	3	2	2,959,172	6.3%	3	5	경기 광주군, 경남 통영시, 충남 연기군, 전남 완도군, 경북 상주시
0	4	1	78,324	0.2%	3	0	-
0	4	2	2,321,038	4.9%	3	4	전남 영암군, 경북 성주군, 전남 신안군, 경북 군위군
1	1	1	14,827,243	31.3%	1	9	인천 남동구, 서울 양천구, 서울 중랑구, 부산해운대구, 서울 강서구, 서울 성동구, 대구 수성구, 인천 남구, 대구 동구
1	1	2	7373,592	15.6%	1	4	경북 구미시, 경기 광명시, 경기 평택시, 전북 익산시
1	2	1	4,613,278	9.7%	1	3	부산 사상구, 광주 남구, 부산 서구
1	2	2	7,179,696	15.2%	1	4	제주 제주시, 경기 포천군, 경기 파주시, 충남 논산시
1	3	1	632,547	1.3%	1	0	-
1	3	2	2,308,533	4.9%	1	1	충남 공주시
1	4	1	59,178	0.1%	1	0	-
1	4	2	383,801	0.8%	1	0	-
합계	-	-	47,665,678	-	-	40	-

주: 1) 종합병원 유무: 0 종합병원 없음, 1 있음
2) 인구층: 1 종합병원 유무 층 내의 총 인구수의 25 percentile, 2 50 percentile, 3 75 percentile, 4 100percentile
3) 시도: 1 광역시, 2 광역도
4) 전국 246개 시·군·구의 총 인구(47,665,678명) 중 해당 층의 인구수 비율

경우), 이 경우 종합병원이 없고, 인구수가 50 percentile에 속하며 광역도인 층에서 추출수를 하나 추가하였다.

조사시 40개의 각 조사 시·군·구 내의 조사응답자의 성별(남, 여), 연령군별(15세 이상 30세 미만, 30세 이상 45세 미만, 45세 이상 60세 미만, 60세 이상)로 층을 나누어 각 층별 조사대상 인구수를 동일하게 맞추었으며, 각 층내의 최종 조사대상자는 무작위로 선정되었다.

조사결과는 시·구 및 군별, 연령군별, 성별 인구수 분포에 따라 산정된 가중치를 적용하여 분석되었다. <表 5-2>에는 분석에 적용된 가중치 산정을 위한 각 층별 인구수 분포를 제시하였다.

〈表 5-2〉 全國 246個 市·郡·區의 市·道別, 性別·年齡別 人口數 分布

지역구분	지역수	성별	15~29세	30~44세	45~59세	60세 이상
시·구	153	1	5,559,693	5,882,490	3,073,760	1,527,772
시·구	153	2	5,367,029	5,691,512	3,052,484	2,260,760
군	93	1	793,255	706,441	488,333	474,885
군	93	2	664,652	600,919	521,930	698,596

2. 調査結果

가. 應答者의 一般特性

<表 5-3>에는 응답자의 일반현황을 의료기관 이용 유형별[27]로 나누어 제시하였으며, 각 군별 응답경향의 차이를 χ^2 검정을 이용하여 분석하였다. 각 변수별 응답경향은 모두 통계적으로 유의한 차이를 보였는데($p<0.05$), 결혼상태의 경우 기혼이 전체 응답자의 68%로 가장 많았으며, 학력은 고졸이 전체 응답자 중 42.78%로 가장 많았다. 또한 전체 응답자 중 97.79%가 건강보험 가입자였고, 의료보호 환자는

27) 의료기관 이용 유형은 지난 1년간 어떠한 형태로라도 의료기관을 이용한 경험이 없다고 답한 경우를 비이용군, 나머지를 의료기관 이용군으로 먼저 구분하였다. 이후 의료기관 이용군 중에서 보건소 또는 공공병원을 이용한 경험이 없다고 응답한 경우를 민간의료기관 이용군, 나머지를 공공의료기관 이용군으로 구분하였다.

2.21%에 불과하였다. 응답자의 직업별로는 주부가 전체 응답자의 30.12%로 가장 많았고, 그 다음으로는 학생(13.67%), 사무직(12.48%), 자영업(12.48%) 순으로 높게 나타났다. 가족 구성원의 수는 4인 가족이 40.24%로 가장 높은 비율을 보였으며, 한달 평균수입은 100만원 이상～200만원 미만이 전체 중 34.14%로 가장 많았고, 200만원 이상～300만원 미만이 그 다음으로 28.64%를 차지하였다.

응답자의 월평균수입은 의료기관 이용 유형에 따라 약간의 차이를 보였는데, 300만원 이상의 고소득자의 비율이 공공의료기관 이용군의 경우 10.19%였으나, 민간의료기관 이용자의 경우 12.85%, 의료기관 비이용자의 경우 17.79%로 나타났다($p<0.01$).

가족 구성원이 5인 이상인 경우도 의료기관 이용유형별로 차이가 나타났는데, 공공의료기관 이용군은 27.07%로 가장 높았고, 그 다음으로 민간의료기관 이용군 21.22%, 의료기관 비이용군 19.78% 순으로 나타났다($p<0.05$).

의료기관 이용 유형별 직업 분포도 차이를 보였는데, 공공의료기관 이용군 중에는 전문직과 사무직이 10.39%로 민간의료기관 이용군의 13.41%, 의료기관 비이용군의 16.11%보다 낮았다($p<0.01$).

의료기관 이용 유형별 학력 분포를 살펴보면, 공공의료기관 이용군 중 대졸 이상은 25.42%였던데 반해, 민간의료기관 이용군에서는 31.35%, 의료기관 비이용군에서는 33.41%를 나타내었다($p<0.01$).

결혼 상태도 의료기관 이용군별로 그 분포에 차이가 있었는데, 공공의료기관 이용군에서는 기혼자가 76.91%로 민간기관 이용군의 70.97%, 의료기관 비이용군의 53.38%보다 높았다($p<0.01$).

〈表 5-3〉 應答者의 一般現況

		공공기관 이용군	민간기관 이용군	의료기관 비이용군	계
결혼 여부**	미혼	16.84 (97)	24.73 (138)	42.05 (193)	26.86 (429)
	기혼	76.91 (443)	70.97 (396)	53.38 (245)	68.00 (1086)
	기혼 독거	6.25 (36)	4.30 (24)	4.58 (21)	5.13 (82)
	계	100.00 (576)	100.00 (558)	100.00 (459)	100.00 (1597)
학력**	무학	9.97 (57)	8.29 (46)	5.46 (25)	8.17 (130)
	중졸이하	24.30 (139)	17.48 (97)	14.85 (68)	19.16 (305)
	고졸	40.21 (230)	42.88 (238)	46.29 (212)	42.78 (681)
	대졸	23.95 (137)	29.55 (164)	31.88 (146)	28.14 (448)
	대학원 이상	1.57 (9)	1.80 (10)	1.53 (7)	1.76 (28)
	계	100.00 (572)	100.00 (555)	100.00 (458)	100.00 (1592)
보험	건강보험	96.87 (557)	98.01 (543)	98.90 (449)	97.79 (1551)
	의료보호	3.13 (18)	1.99 (11)	1.10 (5)	2.21 (35)
	계	100.00 (575)	100.00 (554)	100.00 (454)	100.00 (1586)
직업**	전문직	0.53 (3)	1.26 (7)	0.22 (1)	0.76 (12)
	사무직	9.86 (56)	12.15 (69)	15.89 (72)	12.48 (198)
	생산직 근로자	3.87 (22)	5.59 (31)	7.06 (32)	5.42 (86)
	자영업	10.21 (58)	10.27 (57)	18.10 (82)	12.48 (198)
	판매/서비스직	4.93 (28)	7.39 (41)	5.52 (25)	5.99 (95)
	농어업	11.80 (67)	4.32 (24)	4.19 (19)	6.99 (111)
	무직	8.98 (51)	8.83 (49)	8.17 (37)	8.76 (139)
	주부	39.61 (225)	32.61 (181)	15.67 (71)	30.12 (478)
	학생	7.39 (42)	14.59 (81)	20.53 (93)	13.67 (217)
	기타	2.82 (16)	2.70 (15)	4.64 (21)	3.34 (53)
	계	100.00 (568)	100.00 (555)	100.00 (453)	100.00 (1587)
가족 구성원*	1인	4.75 (27)	3.24 (18)	5.27 (24)	4.35 (69)
	2인	15.64 (89)	12.59 (70)	12.53 (57)	13.66 (217)
	3인	17.05 (97)	19.42 (108)	20 (91)	18.70 (297)
	4인	35.50 (202)	43.53 (242)	42.42 (193)	40.24 (639)
	5인 이상	27.07 (154)	21.22 (118)	19.78 (90)	23.05 (366)
	계	100.00 (569)	100.00 (556)	100.00 (455)	100.00 (1588)
월평균 수입**	50만원 미만	13.66 (75)	8.81 (48)	7.73 (33)	10.29 (157)
	50만원~100만원 미만	18.40 (101)	11.19 (61)	10.30 (44)	13.56 (207)
	100만원~200만원 미만	36.43 (200)	37.25 (203)	27.40 (117)	34.14 (521)
	200만원~300만원 미만	21.31 (117)	29.91 (163)	36.77 (157)	28.64 (437)
	300만원~400만원 미만	6.19 (34)	9.91 (54)	11.94 (51)	9.17 (140)
	400만원 이상	4.00 (22)	2.94 (16)	5.85 (25)	4.19 (64)
	계	100.00 (549)	100.00 (545)	100.00 (427)	100.00 (1526)

주: * p<0.05, ** p<0.01

나. 公共醫療機關 利用 및 認識關聯 結果

전체 응답자 중 공공의료기관을 이용한 경험이 있다고 응답한 경우에 한해 공공의료기관에서 주로 이용하는 서비스와 이용 사유를 <表 5-4> 및 <表 5-5>에 연령별로 나누어 제시하였으며 x^2 검정을 이용하여 응답률의 차이에 대한 통계적 유의성을 검정하였다.

먼저, 공공의료기관에서 이용한 서비스의 종류에 대한 응답 경향을 살펴보면, 보건소의 경우 예방접종서비스 이용이 50.35%로 가장 많았으며 그 다음으로는 급성질환치료 이용이 17.33%로 높게 나타났다. 반면 공공병원의 경우 급성질환치료를 위해 이용했다고 답한 사람이 전체의 52.76%로 가장 많았다. 연령별로도 보건소 및 공공병원에서 주로 이용하는 서비스가 달랐는데 60세 이상의 경우 보건소 또는 공공병원에서 급성질환치료 또는 만성질환치료를 이용했다고 응답한 사람의 비율이 보건소 50.56%, 공공병원 77.77%로 다른 연령대에 비해 높게 나타났다.

〈表 5-4〉 保健所 및 公共病院에서 利用한 서비스 種類

		15~29세	30~44세	45~59세	60세 이상	계
보건소 이용사유**	급성질환치료	17.36(21)	14.29(20)	23.38(18)	16.85(15)	17.33(74)
	만성질환치료	1.65(2)	3.57(5)	18.18(14)	33.71(30)	11.94(51)
	예방접종	52.07(63)	65.71(92)	31.17(24)	40.45(36)	50.35(215)
	건강검진	14.05(17)	9.29(13)	15.58(12)	5.62(5)	11.01(47)
	기타	14.88(18)	7.14(10)	11.69(9)	3.37(3)	9.37(40)
	계	100.00(121)	100.00(140)	100.00(77)	100.00(89)	100.00(427)
공공병원 이용사유**	급성질환치료	66.00(33)	55.56(30)	43.75(14)	33.33(9)	52.76(86)
	만성질환치료	6.00(3)	3.70(2)	25.00(8)	44.44(12)	15.34(25)
	예방접종	4.00(2)	7.41(4)	0.00(0)	0(0)	3.68(6)
	건강검진	14.00(7)	24.07(13)	25.00(8)	14.81(4)	19.63(32)
	기타	10.00(5)	9.26(5)	6.25(2)	7.41(2)	8.59(14)
	계	100.00(50)	100.00(54)	100.00(32)	100.00(27)	100.00(163)

주: ** p<0.01

보건소 또는 공공병원을 이용하는 이유로서는 값이 싸기 때문이라는 응답이 전체의 36.69%로 가장 많았으며, 집에서 가까워서라고 답한 비율이 24.87%로 그 다음으로 높았다. 이러한 응답경향은 연령별로 큰 차이가 없었으나, 다만 의료진이 믿을만하다라고 응답한 비율이 44세 이하의 경우 약 9%로 45세 이상의 11～14%에 비해 낮게 나타났으며 이와 반대로 직원들이 친절하기 때문에 보건소나 공공병원을 이용한다고 응답한 비율은 연령대가 높아질수록 점점 낮아지는 경향을 보였다(표 5-5 참조).

〈表 5-5〉 保健所 또는 公共病院을 利用하는 理由

	15～29세	30～44세	45～59세	60세 이상	계
값이 싸서	36.65 (103)	42.25 (139)	40.00 (64)	39.49 (77)	39.69 (383)
집에서 가까워서	23.84 (67)	24.62 (81)	21.25 (34)	29.74 (58)	24.87 (240)
시설과 장비가 좋아서	9.25 (26)	6.69 (22)	9.38 (15)	6.15 (12)	7.77 (75)
의료진이 믿을 만해서	9.96 (28)	9.73 (32)	14.38 (23)	11.79 (23)	10.98 (106)
직원들이 친절해서	9.25 (26)	7.60 (25)	6.88 (11)	6.67 (13)	7.77 (75)
기타	11.03 (31)	9.12 (30)	8.13 (13)	6.15 (12)	8.91 (86)
계	100.00 (281)	100.00 (329)	100.00 (160)	100.00 (195)	100.00 (965)

<表 5-6>에는 응답자 중 지난 1년간 공공의료기관을 이용한 경험이 없다고 답한 경우에 한해 공공의료기관을 이용하지 않은 이유에 대한 응답결과를 제시하였다. 공공의료기관을 이용하지 않은 사유로서 한번도 가본 적이 없거나, 거리가 멀고 불편해서라는 응답이 각각 32.17%, 31.46%로 가장 많았으며, 시설과 장비가 나쁘거나 의사를 믿을 수 없기 때문이라는 응답은 4～7%에 불과하였다.

〈表 5-6〉 保健所나 公共醫療機關을 利用하지 않는 理由

	15~29세	30~44세	45~59세	60세 이상	계
한번도 가본 적이 없음	35.94 (193)	29.28 (195)	31.97 (125)	32.05 (75)	32.17 (588)
거리가 멀고 불편함	29.42 (158)	32.13 (214)	30.69 (120)	35.47 (83)	31.46 (575)
시설과 장비가 나쁨	6.70 (36)	7.66 (51)	3.58 (14)	5.98 (14)	6.29 (115)
의사를 믿을 수 없음	5.03 (27)	7.36 (49)	7.16 (28)	4.70 (11)	6.29 (115)
직원들이 불친절함	1.30 (7)	1.80 (12)	0.77 (3)	0.85 (2)	1.31 (24)
기타	21.60 (116)	21.77 (145)	25.83 (101)	20.94 (49)	22.48 (411)
계	100.00 (537)	100.00 (666)	100.00 (391)	100.00 (234)	100.00 (1828)

앞서 기술한 바와 같이 공공의료기관 미이용자들의 약 33%가 공공의료기관을 이용하지 않는 이유로써 이전에 한번도 이용하지 않았기 때문이라고 답하였는데, 이를 통해 공공의료기관에 대한 부정적 선입관이 이용에 일정 정도 영향을 미쳤을 것이라는 가정을 해볼 수 있다. 이러한 가정의 올바름 여부는 <表 5-7>에 제시된 보건소나 공공병원은 주로 가난한 사람들이 이용하는 곳이라는 주장에 대한 응답결과와 <表 5-8>에 제시된 정부에서 운영하는 공공의료기관의 일반적 신뢰성에 대한 조사 결과를 통해 일정 정도 확인된다.

먼저, 민간기관 이용군(공공기관 미이용군)의 경우 전체 응답자의 약 50%가 공공의료기관은 주로 빈곤층이 이용하는 곳이라는 의견에 동의하여 실제 공공의료기관 이용에 선입관을 가지고 있음을 짐작케 하였다. 다만 45세 미만의 응답자들의 동의율이 45세 이상의 응답자들에 비해 낮아 젊은 연령층의 경우 상대적으로 부정적 선입관의 정도가 작음을 알 수 있었다. 이와 함께 29세 이하 및 60세 이상인 응답자의 경우 공공의료기관 이용군에서의 공공의료기관은 주로 가난한 사람이 이용하는 곳이라는 부정적 선입관을 갖는 비율이 민간의료기관 이용군보다 높게 나타나 이 연령층의 공공의료기관 이용자들의 소득이 상대적으로 낮을 수 있다는 추측을 가능케 하였다.

〈表 5-7〉 公共醫療機關 利用者의 所得階層에 대한 意見: 公共醫療機關은 주로 貧困層이 利用하는 곳이라는 意見에 대하여

		공공기관 이용군**	민간기관 이용군*	의료이용 미이용군**	계**
15~29세*	매우 동의/동의	45.85 (74)	42.37 (74)	35.83 (68)	41.02 (217)
	보통/모름	5.77 (9)	8.26 (14)	3.32 (6)	5.67 (30)
	비동의/매우 비동의	48.38 (78)	49.37 (87)	60.86 (116)	53.31 (282)
	계	100.00 (161)	100.00 (175)	100.00 (190)	100.00 (529)
30~44세	매우 동의/동의	43.87 (85)	49.41 (99)	53.28 (81)	48.55 (267)
	보통/모름	5.24 (10)	4.14 (8)	5.06 (7)	4.73 (26)
	비동의/매우 비동의	50.89 (99)	46.46 (93)	41.66 (64)	46.73 (257)
	계	100.00 (194)	100.00 (200)	100.00 (152)	100.00 (550)
45~59세	매우 동의/동의	51.47 (56)	55.77 (65)	63.97 (49)	56.44 (171)
	보통/모름	3.97 (4)	5.12 (5)	5.91 (4)	4.62 (14)
	비동의/매우 비동의	44.56 (49)	39.11 (45)	30.12 (23)	38.94 (118)
	계	100.00 (109)	100.00 (115)	100.00 (76)	100.00 (303)
60세 이상	매우 동의/동의	64.34 (71)	55.21 (36)	60.02 (21)	60.95 (128)
	보통/모름	8.10 (8)	13.47 (8)	9.81 (3)	10 (21)
	비동의/매우 비동의	27.57 (30)	31.32 (20)	30.18 (10)	29.05 (61)
	계	100.00 (109)	100.00 (64)	100.00 (34)	100.00 (210)
계	매우 동의/동의	46.79 (287)	49.20 (276)	48.33 (222)	49.19 (785)
	보통/모름	5.69 (32)	6.73 (37)	4.84 (22)	5.76 (92)
	비동의/매우 비동의	44.52 (257)	44.07 (247)	46.83 (215)	45.05 (719)
	계	100.00 (576)	100.00 (560)	100.00 (459)	100.00 (1596)

주: ** p<0.01, * p<0.05

다음으로 정부에서 운영하는 공공의료기관의 일반적인 신뢰성에 대해서는 공공의료기관 이용군은 15.62%만이 매우 불신하거나 불신한다고 답한 반면, 민간의료기관 이용군은 이보다 많은 22.73%가 불신한다고 답하였고 이러한 경향은 연령층에 관계없이 전반적으로 나타났다.

〈表 5-8〉 政府에서 運營하는 公共醫療機關의 一般的 信賴性에 대한 意見

		공공기관 이용군**	민간기관 이용군	의료이용 이용군*	계**
15~29세*	매우 신뢰/신뢰	65.44 (105)	50.76 (89)	59.93 (115)	58.60 (310)
	보통/모름	14.09 (22)	26.03 (45)	16.05 (30)	18.71 (99)
	매우 불신/불신	20.48 (33)	23.21 (40)	24.02 (46)	22.68 (120)
	계	100.00 (160)	100.00 (174)	100.00 (191)	100.00 (529)
30~44세	매우 신뢰/신뢰	49.56 (96)	47.16 (95)	56.90 (87)	50.82 (279)
	보통/모름	29.80 (58)	26.74 (54)	23.75 (36)	26.96 (148)
	매우 불신/불신	20.64 (40)	26.10 (52)	19.35 (29)	22.22 (122)
	계	100.00 (194)	100.00 (201)	100.00 (152)	100.00 (549)
45~59세**	매우 신뢰/신뢰	70.41 (77)	54.43 (63)	50.94 (39)	59.41 (180)
	보통/모름	21.10 (23)	22.57 (26)	33.47 (25)	24.75 (75)
	매우 불신/불신	8.49 (9)	22.99 (26)	15.59 (12)	15.84 (48)
	계	100.00 (109)	100.00 (115)	100.00 (76)	100.00 (303)
60세 이상	매우 신뢰/신뢰	72.02 (79)	61.60 (40)	47.16 (16)	64.62 (137)
	보통/모름	21.28 (23)	27.66 (18)	40.00 (14)	26.42 (56)
	매우 불신/불신	6.70 (7)	10.74 (7)	12.83 (4)	8.96 (19)
	계	100.00 (109)	100.00 (65)	100.00 (34)	100.00 (212)
계**	매우 신뢰/신뢰	62.27 (359)	51.50 (289)	56.41 (258)	56.83 (907)
	보통/모름	22.11 (127)	25.76 (144)	23.43 (107)	23.75 (379)
	매우 불신/불신	15.62 (90)	22.73 (127)	20.16 (92)	19.42 (310)
	계	100.00 (576)	100.00 (560)	100.00 (457)	100.00 (1596)

주: ** p<0.01, * p<0.05

그러나 공공의료기관 비이용군(민간의료기관 이용군)에게 가까운 곳에 시설장비, 의료진 등이 민간 병의원과 동일할 경우 공공병원을 이용할 것인지를 질문한 결과 약 94%가 긍정적으로 답하였다. 이는 거의 모든 응답자가 지리적 접근도, 의료서비스의 질적 수준 등의 제반 조건이 동일하면서도 공공의료기관의 서비스 이용 가격이 더 낮다면 공공의료기관을 이용하겠다는 의사를 밝힌 것으로 해석될 수 있다. 즉 기존의 공공의료기관 이용층에 대한 부정적 선입관에도 불구하고 향후 공공의료기관의 의료서비스 제공 관련 제반 조건이 향상될

경우 상술한 공공의료기관에 대한 선입관이 극복될 수 있음을 보여준다(표 5-9 참조).

〈表 5-9〉 隣近에 施設裝備, 醫療陣, 職員들이 民間病醫院과 비슷한 公共醫療機關 利用與否 - 民間醫療機關 利用群

	15~29세	30~44세	45~59세	60세 이상	계
아니오	4.30 (17)	5.53 (27)	7.30 (20)	10.11 (18)	6.14 (82)
예	95.70 (378)	94.47 (461)	92.70 (254)	89.89 (160)	93.86 (1253)
계	100.00 (395)	100.00 (488)	100.00 (274)	100.00 (178)	100.00 (1335)

<表 5-10>에는 집이나 직장에서 걷거나 대중교통을 이용할 경우 공공의료기관까지의 소요시간에 대한 응답 결과를 제시하였으며, 이 결과를 의료이용군 및 연령군으로 나누어 ANOVA 검정을 실시하였다.

공공부문의 낮은 수적 비중을 고려하면 공공의료기관의 지리적 접근도가 상대적으로 떨어질 것이라고 가정할 수 있으며, <表 5-6>에 나타낸 바와 같이 공공의료기관 비이용자들(민간의료기관 이용자들)의 경우 약 30%가 거리가 멀고 불편하기 때문에 이용하지 않는다고 답한 점은 이러한 가정을 뒷받침한다.

분석 결과, 공공의료기관까지의 소요시간은 의료기관 이용특징 및 연령에 따라 모두 유의한 차이를 나타내었다($p<0.05$). 즉 전반적으로 의료기관 이용 유형에 관계없이 연령이 높아질수록 소요시간을 길게 답하였고, 동일 연령대에서는 공공의료기관 이용군, 민간의료기관 이용군, 의료기관 비이용군의 순으로 소요시간을 길게 답하였다.

〈表 5-10〉 保健所나 公共病院까지의 距離

(단위: 분)

		보건소**				공공병원**			
		평균±표준편차	n	최대값	최소값	평균±표준편차	n	최대값	최소값
공공의료기관 이용군**	15~29세	16.19±11.81	126	60	0	16.41±23.81	127	150	0
	30~44세	15.07±11.33	155	60	0	20.39±27.68	154	180	0
	45~59세	17.49±13.15	149	90	0	29.54±55.01	149	480	0
	60세 이상	19.91±13.87	202	90	0	23.88±33.12	204	180	0
	계	16.77±12.72	632	90	0	21.67±34.86	634	480	0
민간의료기관 이용군**	15~29세	13.28±14.91	125	90	0	10.66±21.63	126	120	0
	30~44세	17.20±14.08	143	100	0	16.94±28.30	144	300	0
	45~59세	16.80±13.63	144	60	0	19.59±26.72	146	120	0
	60세 이상	19.88±18.47	126	120	0	20.98±61.59	128	720	0
	계	16.20±14.95	538	120	0	18.73±32.27	544	720	0
의료기관 비이용군**	15~29세	10.91±12.48	141	60	0	10.55±21.09	141	120	0
	30~44세	11.54±11.23	100	40	0	11.00±19.72	101	90	0
	45~59세	12.48±12.75	101	60	0	14.76±21.06	101	90	0
	60세 이상	11.50±12.11	67	60	0	12.98±28.32	66	120	0
	계	11.43±12.07	409	60	0	11.61±21.27	409	120	0
계**	15~29세	13.30±13.28	392	90	0	13.23±23.92	394	150	0
	30~44세	14.87±12.55	398	100	0	16.50±26.16	399	300	0
	45~59세	17.25±13.36	394	90	0	25.72±41.62	396	480	0
	60세 이상	18.47±16.12	395	120	0	25.46±43.54	398	720	0
	계	15.70±13.56	1579	120	0	18.31±30.83	1587	720	0

주: ** p<0.01. * p<0.05

다. 醫療서비스의 公共性에 관한 認識調査

보건의료체계의 공공성에 관한 일반국민의 의식을 조사하기 위하여, 정부가 세금을 들여서라도 공공의료기관을 확충해야 할 필요성, 치료비가 없을 경우 의료서비스에 대한 접근도의 제한, 민간의료기관의 영리추구행위에 대한 찬반의견을 조사하였다. 조사 결과는 의료기관 이용 유형과 연령군별로 나누어 분석하였고 x^2 검정을 이용하여 응답 경향의 차이에 대한 통계적 유의성을 검정하였다.

먼저 정부가 세금을 투입하여 보건소나 공공병원을 더 늘려야 할 필요성에 대해서는 전체적으로 과반수 이상이 매우 필요하거나 필요하다고 답하였으나 공공의료기관 이용군에서의 응답 비율이 더 높았으며 이러한 차이는 통계적으로 유의하였다(p<0.01). 그러나 30~44세의 경우 민간의료기관 이용군에서 정부가 세금을 들여 공공의료기관을 확충할 필요가 더 있다고 응답한 비율이 69.75%로 공공의료기관 이용군의 67.43%에 비해 높게 나타났으나 이러한 차이는 통계적으로 유의하지는 않았다(표 5-11 참조).

〈表 5-11〉 政府가 稅金을 들여 保健所나 公共病院을 增加할 必要性

		공공기관 이용군**	민간기관 이용군	의료이용 미이용군**	계**
15~29세**	매우 필요/필요	73.15 (118)	68.92 (121)	64.43 (123)	68.62 (363)
	보통/모름	8.17 (13)	19.36 (34)	24.83 (47)	25.75 (95)
	불필요/매우 불필요	18.68 (30)	11.72 (20)	10.74 (20)	13.42 (71)
	계	100.00 (161)	100.00 (175)	100.00 (19)	100.00 (529)
30~44세	매우 필요/필요	67.43 (131)	69.75 (141)	62.64 (96)	67.09 (369)
	보통/모름	12.73 (24)	14.98 (30)	14.04 (21)	13.82 (76)
	불필요/매우 불필요	19.83 (38)	15.27 (30)	23.32 (35)	19.09 (105)
	계	100.00 (193)	100.00 (201)	100.00 (152)	100.00 (550)
45~59세	매우 필요/필요	70.29 (76)	59.45 (69)	57.89 (45)	63.04 (191)
	보통/모름	16.87 (18)	27.44 (32)	30.47 (24)	24.42 (74)
	불필요/매우 불필요	12.84 (14)	13.11 (15)	11.64 (9)	12.54 (38)
	계	100.00 (108)	100.00 (116)	100.00 (78)	100.00 (303)
60세 이상	매우 필요/필요	75.20 (83)	67.72 (44)	52.94 (18)	69.19 (146)
	보통/모름	18.92 (20)	26.07 (17)	36.33 (12)	24.17 (51)
	불필요/매우 불필요	5.88 (6)	6.21 (4)	10.73 (3)	6.64 (14)
	계	100.00 (109)	100.00 (65)	100.00 (33)	100.00 (211)
계**	매우 필요/필요	71.06 (409)	67.11 (376)	61.82 (284)	67.06 (1071)
	보통/모름	13.42 (77)	20.25 (113)	23.08 (106)	18.60 (297)
	불필요/매우 불필요	15.51 (89)	12.64 (70)	15.10 (69)	14.34 (229)
	계	100.00 (575)	100.00 (559)	100.00 (459)	100.00 (1597)

주: ** p<0.01, * p<0.05

다음으로 몸이 아파도 치료비가 없을 경우 치료를 받지 못하는 상황에 대하여 의료기관 이용 유형에 관계없이 약 70%가 매우 동의하지 않거나 동의하지 않는다고 응답하였고, 공공의료기관 이용군이 민간의료기관 이용군에 비해 그 비율이 약간 더 높았다. 그러나 44세 이하의 응답자들에 있어서는 전반적 경향과 달리 민간의료기관 이용군의 동의하지 않는 비율이 공공의료기관 이용군에 비해 더 높게 나타났으나 이러한 경향의 차이가 통계적으로 유의하지는 않았다.

〈表 5-12〉 治療費가 없을 경우 治療받지 못하는 狀況에 대한 意見

		공공기관 이용군**	민간기관 이용군**	의료이용 미이용군**	계**
15~29세	매우 동의/동의	9.70 (15)	9.29 (16)	13.21 (25)	10.86 (57)
	보통/모름	4.50 (7)	3.98 (6)	6.02 (11)	4.76 (25)
	비동의/매우 비동의	85.80 (138)	86.72 (151)	80.77 (153)	84.38 (443)
	계	100.00 (160)	100.00 (173)	100.00 (189)	100.00 (525)
30~44세	매우 동의/동의	15.38 (30)	14.78 (29)	12.15 (18)	14.21 (78)
	보통/모름	6.13 (11)	5.34 (10)	5.75 (8)	5.65 (31)
	비동의/매우 비동의	78.48 (153)	79.87 (160)	82.10 (126)	80.15 (440)
	계	100.00 (194)	100.00 (199)	100.00 (152)	100.00 (549)
45~59세	매우 동의/동의	18.44 (20)	24.58 (28)	15.26 (11)	19.80 (60)
	보통/모름	11.59 (12)	9.61 (11)	7.84 (6)	9.90 (30)
	비동의/매우 비동의	69.97 (76)	65.81 (76)	75.90 (59)	70.30 (213)
	계	100.00 (108)	100.00 (115)	100.00 (76)	100.00 (303)
60세 이상	매우 동의/동의	28.26 (31)	35.31 (23)	38.15 (13)	32.23 (68)
	보통/모름	10.49 (11)	12.73 (8)	20.29 (7)	12.80 (27)
	비동의/매우 비동의	61.25 (67)	51.96 (34)	41.56 (14)	54.98 (116)
	계	100.00 (109)	100.00 (65)	100.00 (34)	100.00 (211)
계	매우 동의/동의	16.84 (97)	17.55 (97)	15.15 (69)	16.58 (264)
	보통/모름	7.55 (43)	6.68 (37)	7.35 (33)	7.16 (114)
	비동의/매우 비동의	75.61 (436)	75.77 (423)	77.49 (354)	76.26 (1214)
	계	100.00 (576)	100.00 (557)	100.00 (456)	100.00 (1592)

주: ** p<0.01, * p<0.05

마지막으로 개인이나 민간에서 운영하는 의료기관의 영리추구 행위에 대해서는 연령이나 의료기관 이용 유형에 관계없이 전 응답자의 60% 정도가 매우 찬성하거나 찬성한다고 답하였다. 특히 30~44세를 제외한 모든 연령군에서 공공의료기관 이용자의 찬성 비율이 민간기관 이용자 혹은 비이용자보다 높게 나타났다.

〈表 5-13〉 民間醫療機關의 營利追求에 대한 意見

		공공기관 이용군*	민간기관 이용군	의료이용 미이용군**	계**
15~29세	매우 동의/동의	60.55 (97)	60.34 (106)	56.80 (108)	59.20 (312)
	보통/모름	14.38 (23)	16.15 (28)	10.10 (19)	13.28 (70)
	비동의/매우 비동의	25.07 (40)	23.51 (41)	33.10 (62)	27.51 (145)
	계	100.00 (160)	100.00 (175)	100.00 (189)	100.00 (527)
30~44세	매우 동의/동의	56.86 (111)	61.21 (123)	69.90 (107)	62.18 (342)
	보통/모름	17.80 (34)	13.03 (26)	11.38 (17)	14.18 (78)
	비동의/매우 비동의	25.33 (49)	25.77 (52)	18.72 (28)	23.64 (130)
	계	100.00 (194)	100.00 (201)	100.00 (152)	100.00 (550)
45~59세	매우 동의/동의	69.51 (76)	66.58 (77)	64.34 (50)	67.11 (204)
	보통/모름	13.25 (14)	13.40 (15)	20.44 (16)	15.13 (46)
	비동의/매우 비동의	17.23 (18)	20.02 (23)	15.22 (11)	17.76 (54)
	계	100.00 (108)	100.00 (115)	100.00 (77)	100.00 (304)
60세 이상	매우 동의/동의	67.62 (74)	65.14 (42)	61.15 (21)	65.71 (138)
	보통/모름	21.28 (23)	20.60 (13)	28.59 (10)	22.38 (47)
	비동의/매우 비동의	11.10 (12)	14.26 (9)	10.26 (3)	11.90 (25)
	계	100.00 (109)	100.00 (64)	100.00 (34)	100.00 (210)
계	매우 동의/동의	62.36 (359)	62.51 (350)	62.83 (288)	62.61 (998)
	보통/모름	16.64 (96)	14.97 (83)	13.75 (63)	15.18 (242)
	비동의/매우 비동의	21.00 (121)	22.52 (126)	23.42 (107)	22.21 (354)
	계	100.00 (576)	100.00 (559)	100.00 (458)	100.00 (1594)

주: ** p<0.01, * p<0.05

第2節 保健醫療關聯 專門家集團의 認識과 意見

1. 調査槪要

우리나라 보건의료체계의 공공성에 대한 보건의료 전문가들의 기본적인 평가를 파악하고 보건의료체계 내의 의료서비스 공급에 있어 민간과 공공의 적정 조합에 관한 견해를 조사하여 공공보건의료체계 개선방안에 관한 시사점을 얻기 위해 전문가 의견조사를 실시하였다.

조사 대상자는 현지 교수이거나 정부출연 연구기관 종사자로서 보건정책 관련분야에서 학술활동을 활발히 수행하는 사람을 공공보건의료체계 개선방안에 관한 의견을 도출할 수 있는 전문가로 정의하였다. 학술 활동의 활발한 수행 여부는 관련 학회의 회원으로 활동하는 경우로 정의하였다. 관련 학회는 보건행정학회의 역대 임원진 중에서 임의로 선정한 10명의 보건의료분야 전문가들에게 공공보건의료체계와 관련된 학술원고를 가장 많이 접할 수 있는 국내 학술지를 각 3개씩 추천 받아 추천 빈도가 상위 3번째 이내인 보건행정학회, 예방의학회, 보건경제학회를 선정하였다. 이러한 선정과정에 의하여 최종 103명이 본 조사의 조사대상자에 포함되었다.

이후 세 개 학회의 회원 연락처를 이용하여 이메일 또는 우편으로 조사지를 1차 발송하였으며, 이후 응답을 독려하기 위한 전화 및 2차 발송 등을 실시하였다. 최종적으로 총 56명이 응답하였으며 응답률은 54.4%였다.

응답 경향을 연령별로 나누어 살펴본 경우 각 군간의 차이를 통계적으로 검정하기 위하여 연속변수로 응답된 문항에 대해 t-test를 실시하였다.

2. 調査結果

가. 一般事項

설문 응답자의 일반적인 특성을 살펴보면, 30대가 전체 응답자의 42.86%로 가장 많았으며, 40대는 35.71%였다. 응답자 중 82.14%인 46명은 교수였으며, 나머지 17.86%는 정부출연연구기관 종사자였다.

〈表 5-14〉 設問應答者의 一般特性

구 분		빈도(%)
연 령	30대	24 (42.86)
	40대	20 (35.71)
	50대 이상	12 (21.43)
	계	56 (100.00)
성 별	남	48 (85.71)
	여	8 (14.29)
	계	56 (100.00)
소 속	교 수	46 (82.14)
	정부산하연구소	10 (17.86)
	계	56 (100.00)

나. 所得水準 및 地域에 따른 醫療서비스의 質的 差異에 대한 意見

먼저 우리나라의 전반적인 의료서비스의 질이 소득 및 지역에 따라 차이가 있는지의 여부를 조사하기 위하여 '소득 및 지역수준에 따른 의료서비스의 질적 격차가 심각한가'라는 물음을 하였으며 이에 대해 적극 동의, 대체로 동의, 잘 모르겠음, 대체로 부정, 적극 부정의 5점 척도로 평가하도록 하였다.

조사 결과 응답자의 80.36%가 소득수준에 따라 의료서비스의 질적 격차가 심각하다는 물음에 적극동의하거나 대체로 동의한다고 응답하

였으며, 지역수준에 따른 의료서비스의 질적 격차가 심각한가라는 물음에 대해서도 응답자의 92.86%가 적극동의하거나 대체로 동의한다고 응답하였다. 지역간의 의료서비스 질적 격차의 심각성에 대해 적극 동의하는 비율이 33.93%로 소득수준에 따른 격차의 심각성에 대해 적극 동의하는 비율(16.07%)보다 높게 나타났다.

이를 응답자의 연령군별로 나누어 살펴보면, 30대의 경우 소득수준에 따른 의료서비스의 질적 격차의 심각성에 대해 8.33%만이 적극부정하거나 대체로 부정한 반면, 40대의 경우 10.00%, 50대 이상은 33.33%로 연령이 증가함에 따라 그 비율이 점차 높아졌다. 이러한 연령별 응답경향의 차이는 지역수준에 따른 의료서비스의 질적 격차의 심각성에 대한 의견에서도 동일하게 나타나 30대의 경우 4.17%가 이러한 격차의 심각성을 적극 부정하거나 대체로 부정하였고, 40대의 경우 5.00%, 50대 이상의 경우 28.67%로 그 비율이 점차 증가하였다.

〈表 5-15〉 所得 및 地域水準別 醫療서비스의 質的 隔差에 대한 意見

항목		적극 동의	대체로 동의	잘 모르겠음	대체로 부정	적극 부정	계
소득수준에 따른 의료서비스의 질적 격차 심각	30대	8 (33.33)	13 (54.17)	1 (4.17)	2 (8.33)	0 (0.00)	24 (100.00)
	40대	0 (0.00)	18 (90.00)	0 (0.00)	2 (10.00)	0 (0.00)	20 (100.00)
	50대 이상	1 (8.33)	5 (41.67)	2 (16.67)	3 (25.00)	1 (8.33)	12 (100.00)
	계	9 (16.07)	36 (64.29)	3 (5.36)	7 (12.50)	1 (1.79)	56 (100.00)
지역수준(도시와 농촌)에 따른 의료서비스의 질적 격차 심각	30대	10 (41.67)	13 (54.17)	0 (0.00)	1 (4.17)	0 (0.00)	24 (100.00)
	40대	7 (35.00)	12 (60.00)	0 (0.00)	1 (5.00)	0 (0.00)	20 (100.00)
	50대 이상	2 (16.67)	8 (66.67)	0 (0.00)	2 (16.67)	0 (0.00)	12 (100.00)
	계	19 (33.93)	33 (58.93)	0 (0.00)	4 (7.14)	0 (0.00)	56 (100.00)

다. 民間醫療機關에서 擔當하기 어려워 公共醫療機關에서 擔當해야 할 保健醫療서비스에 대한 意見

이와 함께 민간의료기관에서 담당하기 어려워 공공의료기관에서 담

당해야 할 보건의료서비스에 대해 기술토록 하였다. 그 결과 의료보호 환자, 외국인 근로자, 장애 아동 등의 취약계층에 대한 보건의료서비스 제공이 필요하다는 의견을 11명이 개진하였으며, 이와 함께 의료의 형평성을 보완하기 위한 역할을 수행해야 한다는 지적이 많았다. 그 다음으로는 연구 기능의 강화 특히 인구 노령화에 대비한 보건의료정책을 연구해야 한다는 견해도 있었으며, 보건의료인력에 대한 지속적 교육, 훈련 기능을 수행해야 한다는 의견이 그 다음으로 많이 제기되었다. 이 외에도 공중보건서비스의 제공, 건강증진 및 예방보건의료서비스 제공, 만성질환 관리, 노인성 질환관리, 방문보건사업 등이 제시되었다. 이러한 의료서비스 관련 사업 이외에도 의료서비스 질을 평가할 수 있는 기본 데이터의 생산 등을 포함한 보건통계 자료의 생산도 공공의료기관이 담당해야 하는 업무로서 제기되었다.

민간이 담당하기 어려워 공공의료기관에서 담당해야 할 서비스에 관한 의견
- 취약계층에 대한 보건의료서비스 제공 강화(11) - 연구, 보건의료인력에 대한 지속적 교육, 훈련(10) - 공중보건서비스(6) - 건강증진 및 예방보건의료서비스 제공(5) - 만성질환 관리(고혈압, 당뇨, 정신질환, 알코올 중독 등) (4) - 노인성 질환관리(3) - 방문보건사업 또는 가정간호사업(3) - 보건교육 매체 및 자료개발, 대국민 교육(2) - 보건관련 통계 및 지표생산 관리(2) - 희귀, 난치성 질환 관리 및 연구(2) - 응급의료(2) - 한양방 일원화 진료서비스 도입(2) - 재활서비스(1) - 장애아동 관리(1) - 지역보건사업(1) - 말기환자 의료서비스(1) - 모자보건사업(1) - 긴급재난시의 의료서비스의 제공(1) - 필수 진료서비스(1)

라. 保健醫療機關別 公益的 機能項目에 대한 評價

1) 評價方法

공공의료기관의 공익성 충족 정도를 파악하고 이를 민간기관과 비교하기 위하여 공익적 기능을 평가하기 위한 6가지 항목을 설정하고 각 의료기관 단위별로 항목별 충족정도를 조사하였다. 이 때 각 평가항목에 대하여 응답자의 충족정도를 매우 충족, 조금 충족, 보통 수준, 조금 부족, 매우 부족의 5점 척도로 평가하도록 하였다. 의료기관은 공공병원, 국립대학병원, 민간병원, 보건기관, 민간의원으로 구분하여 별개의 평가를 요구하였으며, 이때 공공병원은 국립의료원, 지방공사의료원, 보건의료원 등으로 정의하였고, 국립대학병원, 경찰병원, 군병원 등은 고려하지 말 것을 설문지 상에 명시하였다. 민간병원은 민간병원 및 민간종합병원으로 정의하였으며, 보건기관은 보건소, 보건지소, 보건진료소로 정의하였다.

평가지표로서는 비차별성(non-discrimination), 지역사회 기반활동(community-based action), 국가정책의 수용(government policy guided), 비영리성(non-lucrative), 의료서비스의 질적수준(quality), 의료서비스의 접근 용이성(accessibility)을 설정하였다. 이 때 응답자들이 각 항목을 평가함에 있어 평가지표의 해석상의 균일성을 확보하기 위하여 몇 가지 평가지표에 대해서는 설문지에 정의를 첨부하였다.

비차별성은 인종과 성별, 종교, 정치적 입장, 사회적 수준, 경제적 지위 여하에 따라 차별을 두지 않고 모든 사람에게 접근 가능한 양질의 보건의료서비스를 제공하는 특성으로 정의하였으며(Guisti 등, 1997), 예를 들어 어떤 병원에서건 의료보호환자가 입원하는데 어려움이 없는 경우 완전한 비차별성이 달성된 것으로 설명하였다. 국가정책의 수용은 의료서비스의 제공수준에 관한 국가적 차원의 계획에 부

응하고 수요(demand)보다는 필요(need)에 의거하여 서비스를 생산·제공하는 특성으로 국가정책의 수용이 일방적 복종을 의미하는 것은 아니며 충분한 합의와 조정을 필수전제로 하는 것이라고 정의하고(Guisti 등, 1997), 전염병 신고 및 환자관리 규정 준수, 지역보건의료계획에 참여, DRG에 참여 등을 예로써 제시하였다.

2) 評價結果

가) 非差別性(non-discrimination)

각 평가항목별로 조사 결과를 살펴보면, 먼저, 비차별성의 경우 1차 의료서비스에 대해 공공의료기관인 보건기관에 대해서는 응답자의 83.93%가 비차별성이 매우 충족되거나 조금 충족된다고 응답한 반면, 민간의원에 대해서는 19.65%만이 매우 충족되거나 조금 충족된다고 평가하여 공공과 민간의료기관간에 큰 차이를 보였다.

또한 민간병원의 경우 52.73%가 비차별성이 매우 부족하거나 조금 부족하다고 응답한 반면, 공공병원에 대해서는 14.29%만이 비차별성이 매우 부족하거나 조금 부족하다고 응답하여 비차별성 지표에 있어서는 공공의료기관이 민간의료기관에 비해 충족도가 높은 것으로 평가되었다.

그러나 공공의료기관임에도 불구하고 국립대학병원의 경우에는 응답자의 40.74%가 비차별성이 매우 부족하거나 조금 부족하다고 응답하여 민간병원의 52.73%와 큰 차이를 보이지 않았다.

나) 地域社會 基盤活動(community-based action)

1차 민간의료기관인 민간의원에 대해서는 응답자의 1.79%만이 지역사회 기반활동 항목을 조금 충족하거나 매우 충족한다고 응답한 반면, 1차 공공의료기관인 보건기관에 대해서는 66.07%가 매우 충족하

거나 조금 충족한다고 응답하여 민간의료기관과 큰 차이를 보였다.

그러나 2,3차 의료기관에 있어서는 지역사회 기반활동에 대한 평가가 1차 의료기관에 비해 큰 차이를 보이지 않고 민간 및 공공의료기관 모두 그 충족도가 낮은 것으로 나타났는데, 공공병원에 대해서는 응답자의 46.43%가 지역사회 기반활동이 매우 부족하거나 조금 부족하다고 답하였고, 국립대학병원은 70.37%, 민간병원은 82.15%로 나타났다. 전술한 비차별성 지표와 마찬가지로 국립대학병원은 지역사회 기반활동 지표에 있어서도 민간병원보다는 약간 높으나 큰 차이가 없고, 공공병원에 비해서는 크게 충족도가 떨어지는 것으로 평가하고 있었다.

다) 國家政策의 受容(government policy guided)

보건기관의 경우 응답자들의 82.15%가 국가정책의 수용 정도를 매우 충족하거나 조금 충족한다고 응답하였고, 반면 민간의원에 대해서는 5.36%만이 이와 같이 답하여 전술한 공익성 지표들과 마찬가지로 1차 민간의료기관과 1차 공공의료기관간에 매우 큰 차이를 나타내었다.

2·3차 공공의료기관인 공공병원에 대해서는 응답자의 55.36%가 이들 기관의 국가정책의 수용 정도가 매우 충족되거나 조금 충족된다고 답한 반면, 국립대학병원에 대해서는 27.78%만이 충족한다고 평가하여 여타의 공공병원에 비하여 국립대학병원의 공익성 충족도가 크게 못 미치는 일관된 경향을 볼 수 있었다.

라) 非營利性(non-lucrative)

비영리성은 의료기관의 소유 주체에 따른 기관의 운영 목표를 극명하게 대변하는 지표이다. 따라서 공공의료기관의 경우 비영리성의 충족 정도가 다른 지표들에 비해 매우 높아야 한다고 가정할 수 있다.

그러나 전문가들의 평가는 이러한 가정이 정확히 실현되고 있지 않다는 것을 시사한다. 조사 결과 공공병원에 대해서는 응답자들의 25.00%가 비영리성이 매우 부족하거나 조금 부족하다고 답하였고, 국립대학병원은 과반수가 넘는 57.40%에 의해 비영리성 충족 정도가 부족하다고 평가되었다. 민간병원도 비충족 정도가 77.50%라는 점을 고려하면 2,3차 공공의료기관, 특히 국립대학병원의 비영리성 충족 정도는 상당히 실망스런 수준이라 할 수 있겠다.

그러나 전문가들은 1차 의료기관의 경우에는 공공기관인 보건기관과 민간기관인 민간의원 간의 비영리성 충족 정도는 매우 크게 차이가 있는 것으로 평가하고 있었다. 즉, 민간의원에 대해서는 82.85%가 비영리성을 충족하지 못하는 것으로 답한 반면, 보건기관에 대해서는 5.36%만이 부족하거나 매우 부족하다고 답하였다.

마) 醫療서비스의 質的水準(quality)

공공의료기관의 의료서비스 질적수준은 항상 논란의 대상이 되어 왔으며, 전체 서비스 제공량 측면에서 공공의 비중이 매우 낮고 정부의 예산도 넉넉치 못한 우리나라의 경우에는 특히나 더욱 그러하였다. 본 연구의 전문가 의견조사에서도 앞서의 공익성 평가지표인 비차별성, 지역사회 기반활동, 국가정책의 수용, 비영리성에 있어서는 전반적으로 공공의료기관이 민간의료기관에 비해 그 충족도가 높게 평가된 반면, 의료서비스의 질적 수준은 이와 반대의 평가 경향을 보여 공공의료기관의 서비스 질에 대해 보건의료전문가들 조차도 민간과 동일 혹은 우위의 평가를 하지 않고 있음을 알 수 있었다.

구체적으로, 민간의원에 대해서는 응답한 전문가들의 30.26%만이 그 의료서비스의 질적 수준의 충족도가 매우 부족하거나 조금 부족하다고 응답한 반면, 보건기관에 대해서는 75%가 이와 같이 응답하여

극명한 인식의 차이를 보여주었다. 마찬가지로 공공병원에 대해서는 62.50%, 국립대학병원에 대해서는 11.11%, 민간병원에 대해서는 14.28%가 의료서비스의 질적 수준의 충족도가 매우 부족하거나 조금 부족하다고 하였다. 주목할 사실은 국립대학병원의 경우 전술한 공익성 평가지표들에 있어서는 그 충족도가 공공병원보다는 낮고 민간병원보다는 높은 양상을 보였으나, 의료서비스의 질적수준은 민간병원보다도 더 높게 평가되고 있다는 점이다.

바) 醫療서비스의 接近容易性(accessibility)

1차 공공의료기관인 보건기관에 대해서는 응답자의 25.00%가 의료서비스의 접근용이성이 매우 부족하거나 조금 부족하다고 응답한 반면, 1차 민간의료기관인 민간의원에 대해서는 5.36%만이 이와 같이 응답하여 민간의료기관이 접근용이성에 있어서는 더 나은 것으로 평가되었다.

이러한 경향은 2·3차 의료기관에도 동일하게 나타났는데, 2,3차 공공의료기관인 공공병원의 경우 의료서비스의 접근용이성이 매우 부족하거나 조금 부족하다고 평가한 응답자는 33.92%로, 민간병원의 29.65%보다 높았다. 비차별성, 지역사회 기반활동, 국가정책의 수용, 비영리성 등의 지표에 있어서는 국립대학병원의 비충족 정도가 공공병원보다는 낮으나 민간병원보다는 높았었다. 그러나 의료서비스 접근용이성의 경우에는 국립대학병원의 비충족 정도가 공공 및 민간병원 모두보다 높은 것으로 나타났다.

이상의 평가 결과를 종합해 볼 때, 전반적으로 비차별성, 지역사회 기반활동, 국가정책의 수용, 비영리성 지표에서는 1차 혹은 2·3차 의료기관에 관계없이 공공의료기관이 민간의료기관에 비해 충족정도가 더 높은 것으로 평가되고 있음을 알 수 있다.

〈表 5-16〉 各 機關別 公益的 機能項目에 대한 充足程度

		2·3차 의료서비스			1차 의료서비스	
		공공병원	국립대학병원	민간병원	보건기관	민간의원
비차별성	매우 부족	1 (1.79)	4 (7.41)	17 (30.91)	0 (0.00)	10 (17.86)
	조금 부족	7 (12.50)	18 (33.33)	12 (21.82)	2 (3.57)	20 (35.71)
	보통 수준	13 (23.21)	15 (27.78)	21 (38.18)	7 (12.50)	15 (26.79)
	조금 충족	28 (50.00)	17 (31.48)	4 (7.27)	21 (37.50)	8 (14.29)
	매우 충족	7 (12.50)	0 (0.00)	1 (1.82)	26 (46.43)	3 (5.36)
	계	56 (100.00)	54 (100.00)	55 (100.0)0	56 (100.00)	56 (100.00)
지역사회 기반활동	매우 부족	14 (25.00)	25 (46.30)	31 (55.36)	0 (0.00)	36 (64.29)
	조금 부족	12 (21.43)	13 (24.07)	15 (26.79)	3 (5.36)	13 (23.21)
	보통 수준	19 (33.93)	16 (29.63)	9 (16.07)	16 (28.57)	6 (10.71)
	조금 충족	11 (19.64)	0 (0.00)	0 (0.00)	26 (46.43)	0 (0.00)
	매우 충족	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (1.79)	11 (19.64)	1 (1.79)
	계	56 (100.00)	54 (100.00)	56 (100.00)	56 (100.00)	56 (100.00)
국가정책 의 수용	매우 부족	5 (8.93)	6 (11.11)	22 (40.00)	1 (1.79)	30 (53.57)
	조금 부족	6 (10.71)	14 (25.93)	16 (29.09)	2 (3.57)	15 (26.79)
	보통 수준	14 (25.00)	19 (35.19)	14 (25.45)	7 (12.50)	8 (14.29)
	조금 충족	26 (46.43)	14 (25.93)	3 (5.45)	24 (42.86)	3 (5.36)
	매우 충족	5 (8.93)	1 (1.85)	0 (0.00)	22 (39.29)	0 (0.00)
	계	56 (100.00)	54 (100.00)	55 (100.00)	56 (100.00)	56 (100.00)
비영리성	매우 부족	4 (7.14)	13 (24.07)	33 (58.93)	0 (0.00)	41 (73.21)
	조금 부족	10 (17.86)	18 (33.33)	16 (28.57)	3 (5.36)	11 (19.64)
	보통 수준	18 (32.14)	17 (31.48)	6 (10.71)	6 (10.71)	4 (7.14)
	조금 충족	20 (35.71)	5 (9.26)	1 (1.79)	31 (55.36)	0 (0.00)
	매우 충족	4 (7.14)	1 (1.85)	0 (0.00)	16 (28.57)	0 (0.00)
	계	56 (100.00)	54 (100.0)0	56 (100.00)	56 (100.00)	56 (100.00)
의료 서비스의 질적수준	매우 부족	6 (10.71)	0 (0.00)	2 (3.57)	14 (25.00)	2 (3.57)
	조금 부족	29 (51.79)	6 (11.11)	6 (10.71)	28 (50.00)	15 (26.79)
	보통 수준	20 (35.71)	5 (9.26)	17 (30.36)	13 (23.21)	31 (55.36)
	조금 충족	1 (1.79)	35 (64.81)	29 (51.79)	1 (1.79)	8 (14.29)
	매우 충족	0 (0.00)	8 (14.81)	2 (3.57)	0 (0.00)	0 (0.00)
	계	56 (100.00)	54 (100.00)	56 (100.00)	56 (100.00)	56 (100.00)
의료 서비스의 접근 용이성	매우 부족	6 (10.71)	10 (18.52)	1 (1.79)	5 (8.93)	0 (0.00)
	조금 부족	13 (23.21)	18 (33.33)	10 (17.86)	9 (16.07)	3 (5.36)
	보통 수준	19 (33.93)	17 (31.48)	21 (37.50)	14 (25.00)	10 (17.86)
	조금 충족	16 (28.57)	8 (14.81)	21 (37.50)	21 (37.50)	21 (37.50)
	매우 충족	2 (3.57)	1 (1.85)	3 (5.36)	7 (12.50)	22 (39.29)
	계	56 (100.00)	54 (100.00)	56 (100.00)	56 (100.00)	56 (100.00)

반면 의료서비스의 질적 수준에 있어서는 이와 반대로 공공의료기관이 민간에 비해 그 수준의 충족 정도가 떨어지는 것으로 평가되고 있었다. 국립대학병원은 동일한 공공의료기관임에도 불구하고 공공병원과 평가 결과에 있어 다소 다른 양상을 나타내고 있는데, 예를 들어 의료서비스의 질적 수준에 있어서는 공공병원뿐 아니라 민간병원보다도 그 충족도가 높은 것으로 평가되었으나 의료서비스의 접근용이성에 있어서는 가장 낮은 것으로 평가되었다. 이러한 결과는 공공의료기관으로서의 국립대학병원의 공익적 기능이 다소 의문스럽다는 전문가들의 현실 인식을 드러내고 있다고 볼 수 있다

마. 全體 保健醫療資源 및 서비스 提供量에서 公共의 役割比重에 대한 意見

다음으로 전체 보건의료자원과 보건의료서비스 제공량에 대한 공공의 역할비중에 관한 의견을 조사하기 위하여 병상수 및 의사수에 있어서 공공의 바람직한 비중 및 외래진료건수 중 공공의 바람직한 역할비중을 10점 단위로 응답하도록 하였다(예를 들면 공공 대 민간의 역할비중을 3 대 7로 응답함).

전문가들의 응답결과를 산술평균값으로 요약하면 병상수의 약 41%, 의사수에 있어서도 약 41%, 외래진료건수에 대해서는 약 38%를 차지하는 것이 바람직하다고 응답하였다. 응답자의 연령별로는 40대의 경우 다른 연령군에 비해 의사수와 병상수에 있어 공공의 바람직한 역할 비중을 더 높게 고려하고 있는 것으로 나타났다. 외래진료건수에 있어서도 40대 응답자들이 다른 연령군에 비해 그 비중을 더 높게 고려하고 있는 것으로 나타났다.

〈表 5-17〉 全體 保健醫療資源, 의료서비스 提供量에 대한 公共의 役割比重에 대한 意見

			평균±편차	최대값	최소값
전체 보건의료 자원	병상수 비중	30대	4.33±1.86	9.00	2.00
		40대	4.80±1.88	8.00	3.00
		50대 이상	4.08±1.51	2.00	7.00
		계	4.45±1.79	9.00	2.00
	의사수 비중	30대	3.96±1.65	8.00	2.00
		40대	4.50±1.50	8.00	3.00
		50대 이상	3.75± 1.54	2.00	7.00
		계	4.11±1.58	8.00	2.00
보건의료 서비스 제공량	외래진료건수 비중	30대	3.79±2.00	8.00	1.00
		40대	4.20±1.79	8.00	2.00
		50대 이상	3.25±0.97	2.00	5.00
		계	3.82±1.76	8.00	1.00

바. 公共醫療서비스 傳達 關聯 政府의 直·間接 介入에 대한 年齡別 贊反意見

<表 5-18>에 제시되어 있는 공공의료기관의 양적 확대에 관한 찬반 의견 조사결과는 전술한 조사 결과와 동일한 양상을 보인다. 도시지역 보건분소 확대, 지역거점형 공공병원 확대 등 공공의료기관의 수의 확대 및 공공병원의 시설장비 투자 확대에 관한 찬반 의견을 조사하였다. 조사 결과 공공보건의료기관의 양적 확대에 관련된 이들 문항에 대해 응답자들은 전체적으로 60.00~85.45% 사이의 찬성률을 보였다. 응답자의 연령별로 나누어 살펴보면, 40대의 찬성률이 다른 연령대에 비하여 모두 높게 나타났는데, 도시지역 보건분소 확대에 대해서는 65.00%, 지역거점형 공공병원 확대에는 90.00%, 공공병원의 시설과 장비 투자 확대에는 70.00%가 찬성을 표하였다. 공공의료기관의

수 및 시설과 장비 확대에 관한 연령별 응답 경향은 의료서비스 질에 있어 소득 및 지역간 격차가 심각한가라는 물음에 대한 응답 경향과 동일한 양상을 보인다. 즉 의료서비스 질이 소득 및 지역에 따라 격차가 심각하다는 문제인식에 적극 동의하거나 대체로 동의하는 비율은 40대, 30대, 50대 이상의 순으로 높았는데, 공공의료기관의 수 및 시설과 장비 확대에 대한 찬성 비율도 이와 동일한 응답 패턴을 보였다. 이는 현재의 의료서비스 이용에 있어 소득간 또는 지역간 형평성에 문제가 있다고 인식할수록 공공의료기관의 양적 확대에 동의하는 정도가 높다는 것으로 해석될 수 있다.

〈表 5-18〉 公共醫療서비스 傳達 關聯 政府의 直·間接 介入에 대한 年齡別 贊反意見

		찬성	반대	모름	미정	계
도시지역 보건분소 확대	30대	14 (60.87)	7(30.43)	0 (0.00)	2 (8.70)	23 (100.00)
	40대	13 (65.00)	6(30.00)	0 (0.00)	1 (5.00)	20 (100.00)
	50대 이상	6 (50.00)	6(50.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	12 (100.00)
	계	33 (60.00)	19(34.55)	0 (0.00)	3 (5.45)	55 (100.00)
지역거점형 공공병원 확대	30대	18 (78.26)	2(8.70)	2 (8.70)	1 (4.35)	23 (100.00)
	40대	18 (90.00)	1(5.00)	0 (0.00)	1 (5.00)	20 (100.00)
	50대 이상	11 (91.67)	1(8.33)	0 (0.00)	0 (0.00)	12 (100.00)
	계	47 (85.45)	4(7.27)	2 (3.64)	2 (3.64)	55 (100.00)
공공병원 시설장비 투자 확대	30대	19 (82.61)	3(13.04)	1 (4.35)	0 (0.00)	23 (100.00)
	40대	14 (70.00)	5(25.00)	0 (0.00)	1 (5.00)	20 (100.00)
	50대 이상	10 (83.33)	0(0.00)	0 (0.00)	2 (16.67)	12 (100.00)
	계	43 (78.18)	8(14.55)	1 (1.82)	3 (5.45)	55 (100.00)

사. 公共醫療機關들의 現行 役割 중 擴大 또는 縮小가 必要한 領域에 대한 意見

현재의 공공의료기관의 역할을 고려할 때 역할 확대가 필요한 영역과 역할 축소가 필요한 영역에 대해 국립대학병원, 공공병원, 보건기

관별로 의견을 조사하였다. 먼저 보건기관의 경우에는 예방 혹은 보건의료교육과 같은 건강증진 관련사업의 확대와 만성질환 및 노인성 질환 등 장기적인 요양서비스가 필요한 질환에 대한 관리사업 및 방문보건사업 또는 가정간호사업 등과 같은 지역보건사업을 확대하여야 한다는 의견이 가장 많았다. 또한 저소득층을 위한 진료서비스와 보건통계 작성을 위한 조사사업 또는 보건통계정보 관리사업 등의 보건의료정보 관리사업도 확대되어야 할 영역으로서 제기되었다.

그러나 가장 많은 응답자가 축소되어야 할 기능으로서도 진료기능을 답하였으며, 구체적으로 도시지역 보건소의 진료기능 축소, 보험환자를 대상으로 한 진료기능의 축소, 일차진료 서비스 이상의 진료기능 축소 등 축소할 진료영역은 그 의견이 다양하였다.

보건기관	
역할확대 영역	- 건강증진 관련사업(24) - 지역보건사업(26) - 장기요양서비스가 필요한 질환에 대한 관리(16) - 저소득층에 대한 진료서비스 확대(6) - 보건의료정보관리(7) - 진료서비스를 위한 시설 강화(1) - 보건사업의 기획 및 조정기능 강화(1) - 지역보건자원의 유기적 관리(1) - 전염병 관리(1) - 모자보건사업(1)
역할축소 영역	- 일반진료서비스(30) - 불필요한 행정관련업무(4)

국립대학병원의 역할을 확대하여야 하는 영역으로 응답자들의 과반수 이상이 연구 및 교육 기능의 강화를 지적하였으며, 구체적으로 교육 기능으로서 다른 공공의료기관에 종사하고 있는 인력 또는 지역거점 보건의료인력에 대한 재교육 및 교육기능을 확대시켜야 한다는 의

견이 제시되었다. 또한 지역주민에 대한 보건의료교육 프로그램의 개발 등 지역보건사업의 강화를 포함한 지역거점병원으로서의 기능을 확대하여야 한다는 것도 다수 제시되었다. 또한 의료취약계층에 대한 진료기능 강화를 위해 다른 공공의료기관과의 환자 연계 시스템을 개발하고 국립대학병원이 의료보호 환자 등의 취약계층에 대한 진료서비스를 적극적으로 제공할 수 있도록 하는 제도적인 방안을 마련하자는 의견도 있었다.

반면, 국립대학병원의 외래진료기능 혹은 일차의료서비스와 관련된 기능은 축소할 영역으로서 가장 많이 지적되었고, 비급여 혹은 고가의 진료서비스 제공이나 고가설비 투자 등의 이윤추구를 위한 진료행위도 축소되어야 한다는 의견이 많았다.

국립대학병원	
역할 확대 영역	- 연구 및 교육훈련 기능(29) - 지역거점병원으로서의 기능강화(9) - 의료보호 환자 등 저소득층에 대한 진료기능 강화(8) - 민간병원에 대한 역할모델로서의 기능 수행(7) • 개방형 병원제 도입(3) • 의료서비스의 결과평가 혹은 의료서비스 원가 추계를 위한 자료 생산(1) • 비용효과적 치료기술 적극 도입(1) • DRG 수가제 적극 참여을 통한 정부정책 지원기능 강화(1) • 그 외 효과적 보건정책 수행을 위한 정보공개(1) - 응급환자 진료기능 강화(4) - 특수질환 혹은 희귀난치성 질환 치료(2) - 전염병 전문치료기능 유지(1)
역할 축소 영역	- 외래진료기능 축소(16) - 병원의 합리적 운영을 위한 목적 이상의 이윤추구를 위한 진료행위(9) - 장기요양을 요하는 환자에 대한 진료기능(1)

공공병원에 대해서는 의료취약계층에 대한 진료기능이 확대되어야 할 영역으로서 가장 많이 지적되었으며, 정신질환, 노인성 질환 등 장

기요양이 필요한 질환 및 장애인 재활 사업 등 의료서비스 및 요양서비스를 장기적으로 제공할 필요가 있는 질환에 대한 관리가 그 다음으로 많이 제시되었다. 또한 지역사회 건강교육, 이동형 건강검진 및 방문진료 실시, 지역보건사업을 효과적으로 수행하기 위한 보건소와의 협조체계 구축, 지역보건요원 훈련 등 지역사회의 거점병원으로서의 역할을 강화하여야 한다는 주장도 다수 제기되었다. 이 외에도 개방형 병원제 도입 등 병원에서 제공되는 보건의료서비스 제공의 효율화를 위한 여러 정책사업들의 적극적인 참여 및 수행 기능을 확대하여야 한다는 의견도 있었다.

그러나 그 기능을 축소할 영역으로서 취약계층을 특화하지 않은 일반인을 대상으로 한 진료활동을 축소하거나 민간부문과 중첩되는 진료기능을 축소하는 등 일반진료기능이 가장 많이 제기되었으며, 또한 첨단 고가장비 등에 의존하는 비급여 진료활동도 축소되어야 할 영역으로 의견이 개진되었다.

공공병원	
역할 확대 영역	- 의료취약계층에 대한 진료(23) - 지역보건사업의 거점기관으로서의 기능 강화(14) - 장기요양이 필요한 서비스 제공(19) - 진료기능 강화(7) - 응급의료서비스 제공 강화(5) - 전염병 관리(3) - 병원운영체계에 대한 정책모델의 시범적용을 통한 역할모델 기능 강화(3) - 연구 및 교유기능 강화(3) - 희귀질환 치료(2) - 마약환자 관리(1) - 진료 외의 서비스 강화(1) - 의료의 질관리를 위한 기준설정 사업(1)
역할 축소 영역	- 진료활동(13) - 과도한 이윤추구 활동(8) - 입원진료 축소(1)

아. 公共醫療部門 投入豫算規模에 대한 意見

현재 공공의료부문에 투입되고 있는 예산규모에 대한 물음에 응답자의 94.4%가 현재보다 예산 규모를 확대해야 한다고 답하여 예산규모의 증대에 대해서는 거의 모두가 동의하는 것을 알 수 있었다. 그러나 연령별로는 동의하는 비율이 약간씩 차이가 있었는데, 30대는 응답자 전원이 공공부문의 투입예산 규모를 확대하는 것에 동의한 반면, 50대는 91.67%, 40대는 89.47%가 이에 동의하는 것으로 나타났다.

〈表 5-19〉 公共醫療部門 投入豫算規模에 대한 年齡別 意見

	30대	40대	50대 이상	계
현재보다 예산이 축소되어야 함	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (8.33)	1 (1.85)
현재 수준이 적합함	0 (0.00)	2 (10.53)	0 (0.00)	2 (3.70)
현재보다 예산이 확대되어야 함	23 (100.00)	17 (89.47)	11 (91.67)	51 (94.44)
계	23 (100.00)	19 (100.00)	12 (100.00)	54 (100.00)

앞서 공공부문의 예산이 현재보다 확대되어야 한다고 응답한 사람들만을 대상으로 하여 예산 확대 시 적절한 예산조달방법에 관하여 물었으며, 이에 대해 전체적으로 공공부문의 예산 확대를 응답한 전문가들의 62.69%가 일반회계 확대를 응답하였다. 특별건강세 등의 목적세 도입이나 또는 건강증진기금 등의 별도의 재원을 통한 예산확대가 적절하다고 응답한 비율의 경우 연령별로 차이를 나타내는데 30대가 34.48%로 다른 연령대에 비해 그 선호도가 높은 것으로 나타났다.

〈表 5-20〉 公共部門 投入豫算을 擴大할 경우 年齡別 豫算調達方法

	30대	40대	50대 이상	계
일반회계 확대	19 (65.52)	13 (52.00)	10 (76.92)	42 (62.69)
특별건강세	4 (13.79)	6 (24.00)	1 (7.69)	11 (16.42)
건강증진기금	6 (20.69)	6 (24.00)	2 (15.39)	14 (20.89)
기타	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
계	29 (100.00)	25 (100.00)	13 (100.00)	67 (100.00)

자. 公共醫療機關의 公益性 側面과 關聯된 其他 意見

이 외에 공공의료기관의 공익성 향상을 위한 의견을 공공과 민간의 적절 균형 관련, 공공의료기관의 운영체계 관련, 공공의료기관에서 제공되는 서비스 관련, 기타로 나누어 기술하였다.

1) 公共과 民間의 適切한 均衡을 위한 方案

공공과 민간의 적절한 균형과 관련된 의견으로서는 공공의료기관의 수의 확장이 아닌 기존 의료기관의 공공성을 강화하기 위한 제도적 방안을 우선적으로 마련하여야 한다는 지적이 있었다. 이와 함께 현재 공공의료체계의 민간기관에 대한 수적 열세보다도 공공기관이 실제로 공익적 기능을 차별적으로 수행하지 못한데 있기 때문에 이를 강화하기 위한 정책 방안이 우선되어야 하며, 따라서 공공기관에서 담당할 기능을 설정하고 민간기관과 역할을 분담하며, 민간기관이 효과적으로 수행하지 못하는 영역에 대한 보완적 기능을 하도록 해야한다는 의견도 제시되었다.

또한 공공의료기관의 역할을 일반진료 활동을 통해서 정립하려는 것은 바람직하지 않다는 의견과 이와 유사하게 민간기관에서 좀 더 효율적으로 수행할 수 있는 기능을 공공부문이 중복하여 경쟁적으로 수행하는 것이 불필요하다는 의견도 있었다.

사후진료기능에 치우친 한국보건의료체계 전체의 편향성을 극복하기 위해 건강증진사업, 지역보건사업 등에 대한 예산을 대폭 증액하여 전체보건의료기관이 참여할 수 있는 인센티브를 제공할 수 있도록 정책 대안을 마련해야 한다는 주장이 있었다. 예를 들어 병원표준화 심사에서 지역사회 보건활동이나 건강증진사업의 활성화 정도를 평가하거나 건강증진기금연구에 병원단위의 참여를 조장하는 것 등도 제시되었다.

2) 公共醫療機關의 運營體系 關聯 意見

공공의료기관의 운영체계와 관련하여서는 공공의료기관에 대한 자본투자가 확대해야 한다는 의견과 공공의료기관간의 협조체계를 구축하는 것이 우선이라는 의견들이 주로 제시되었다.

또한 보건의료기관 평가 및 예산 배정에 있어 공공성 지표와 경영성 지표를 보다 균등하게 고려해야 한다는 의견과 이와 반대로 공공의료기관에 대해서 책임경영제제도의 도입이 적극적으로 검토되어야 한다는 의견도 있었다.

이와 함께 의료서비스 공급 계획이 지역사회의 필요에 기반할 수 있도록 지방차지단체의 권한과 역할을 강화하는 방향으로 의료제도를 구축해야 한다는 의견도 다수 제시되었다.

3) 公共醫療機關에서 提供되는 서비스와 關聯된 意見

공공의료기관에서 제공되는 서비스와 관련하여서는 보건소, 보건지소, 보건진료소 등의 공공의료기관의 기능을 진료중심에서 예방, 보건사업 중심으로 전환하고 특히 방문사업이나 교육상담 서비스, 보건의료인력에 대한 보수교육, 훈련 기능을 강화할 필요가 있다라는 의견이 제시되었다.

이와 함께 저소득층에 대한 의료서비스 제공기능을 강화하여 이들이 의료서비스 이용에 있어 접근에 차별을 받지 않도록 해야 한다는 의견도 있었다.

第6章 結論 및 政策課題

본 연구에서는 공공보건의료체계 개편의 기본방향을 정부가 취할 수 있는 기본적인 접근방법과 공공보건의료체계 개편이 지향하는 목표를 기준으로 다음 <表 6-1>과 같은 틀에 따라 대안을 정리하여 제시하고자 한다.

〈表 6-1〉 公共保健醫療體系 改編의 基本方向 整理의 틀

	서비스의 직접 제공	재정적 수단 (보조금 등)	제도적 수단 (규제, 법제정)
비차별성(형평성) 의료서비스의 접근 용이성	실행가능성, 거래비용 등 제약 또는 촉진요인		
국가정책의 수용 지역사회 기반활동			
비영리성 의료서비스의 질적수준			

第 1 節 非差別性(衡平性)과 接近度 改善

지역과 소득수준에 따라 의료서비스의 질적 격차가 존재한다는 점은 전문가 의견조사에서도 대부분이 동의하는 사안으로써 농촌지역 주민의 의료이용행태와 저소득층의 공공병원 집중현상 등을 통해서도 그 양상을 간접적으로 유추할 수 있을 것이다. 일률적이고 높은 본인부담금과 포괄성이 낮은 의료보장제도로 인한 저소득층의 의료이용 제한, 의료보호(급여)제도의 불완전성, 공공기관에 대한 낮은 접근도, 민간영리 보건의료자원의 도시·중산층이상·치료중심의 편중 등은 이

러한 양상을 조장하는 원인들로 지적되어 왔다(권순만, 2001; 김용익, 1998; 신영전, 1997).

보건소 이용자조사에서는 국민들의 보건소나 공공병원 이용하는 이유는 낮은 가격과 가까운 거리가 주된 것을 나타났으며 이용하지 않는 경우는 경험의 부재와 거리상 이용불편 등으로 나타났음을 상기하면 농촌지역에서 보건지소와 보건진료소 단위의 기능재편 또는 활성화 방안이 시급히 도출되어야 할 것으로 판단된다. 한편 도시지역에서는 연간 일회 이상 보건소를 이용한 사람이 전체 주민의 2~3% 정도에 불과할 정도로 보건소의 영향력과 접근도가 크게 떨어지는 것으로 나타난다. 일상적 생활공간에서 예방보건서비스를 직접 제공한다는 것을 목표로 할 경우(특히, 저소득에 특화된 서비스제공 등)에는 접근도의 개선 없이는 실질적인 효과를 기대하기 어렵다고 판단된다.

이와 관련하여 전문가 조사에서도 60~85%가 공공의료기관의 수와 시설장비 확대에 찬성하는 것으로 나타나고 있으며 도시지역 보건분소에 대해서도 찬성하는 의견이 절반을 넘고 있다. 공공보건의료기관의 확충에 대해서는 일반국민조사에서도 과반수 이상이 필요하다고 답하고 있다. 이와 같은 결과들을 고려할 때 기존 선행연구에서도 제안된 바 있는 몇 가지 개선방안들을 적극 검토할 수 있다고 판단된다. 전체 보건의료체계에 관련된 재정대책들은 본 연구의 범위를 넘어선 별도의 검토가 요망된다고 판단하여 주요 고려대상에서 제외하였다.

1. 包括的 保健醫療서비스 提供을 위한 都市地域 保健分所 設立

도시지역의 인구집중 양상, 소득계층의 양극화, 치료중심의 의료서비스 제공체계, 낮은 보건기관 접근도 등을 고려할 때, 저소득층 및 취약층 밀집 지역 등을 우선으로 한 도시지역 보건분소 설립을 제안한다. 다만, 전문가 조사에서 나타난 바와 같이 도시지역 보건분소의

구체적인 역할에 대한 합의는 부족한 상황이며 내소자에 대한 단순진료에 국한된 현재의 농촌지역 보건지소를 그대로 옮겨와서는 안될 것이다. 이 문제를 해결하기 위해서는 몇 가지 유형(진료중심, 예방보건사업 중심, 소지역 방문보건사업센터 또는 사회복지사업과의 결합 등)을 상정하고 시범사업을 통해 장단점을 파악할 필요가 있다.

하지만 기본적으로 보건분소(보건지소)의 역할은 수익성이 낮아 민간에서 담당하지 못하지만 사회적 손실과 위험성이 높은 질환(주요 만성질환, 전염병 등)에 대한 포괄적 보건의료서비스를 제공하는 것으로써 특히 접근도가 떨어지고 고위험군의 비중이 높은 저소득층을 우선 사업대상으로 삼을 수 있을 것이다. 또한 사회복지서비스 연계 등을 병행함으로써 치료중심의 기존 민간의료기관과 역할을 차별화해야 할 것이다. 즉, 주요 기능은 현재 지역보건법에 명시된 주요 역할들과 사회복지서비스 기능을 결합하는 것으로 한다.

도시지역 보건분소는 보건지소처럼 정부가 직접 운영하는 방안, 민간병의원과의 계약을 통해 서비스를 구매하는 방안, 기존 병의원이 비영리 법인 등의 형식으로 이에 참여하는 방안 등 몇 가지 가능성을 검토할 수 있을 것이다. 이는 시범사업과정을 통해 장단점의 비교검토와 수정보완이 이루어져야 할 것이며 필요하다면 관련법규의 개정을 통해 재정지원의 방식과 폭, 공공기관으로서의 행정지원이 가능하도록 해야 한다. 단기적으로 보건분소 의사인력은 공중보건의사 인력을 활용하는 것도 가능할 것이다.

2. 農漁村 保健機關의 質的 强化와 서비스 傳達體系(지역팀제) 導入

농촌지역 주민들의 경우, 형식적 접근도 개선에도 불구하고 실질적인 역할비중이 낮은 점을 고려하면 그 동안 보건소에 집중되었던 농어촌 보건기관 투자를 면단위 이하 지역의 보건지소와 진료소로 전환

하고 서비스의 내용과 전달체계를 다시 설계해야 한다. 이는 고위험군(거동이 어려운 노인인구와 장애인, 기타 취약계층)을 대상으로 일회성이 아닌 주기적·지속적 관리서비스를 제공하는 것이 현재의 내소자 위주의 단순진료보다 실질적인 효과를 기대할 수 있을 것이기 때문이다. 이를 위해서는 실질적인 업무연계가 존재하지 않았던 보건지소와 보건진료소를 개편하여 지역단위의 업무체계(지역팀제)를 갖추고 질적으로 개선된 보건지소를 중심으로 인력을 재배치하고 업무관계를 재조정할 필요가 있다. 대상인구와 실제 환자현황, 보건의료환경, 교통편의 등을 평가하여 부적절한 보건지소와 보건진료소를 폐쇄하고 해당인력을 방문보건사업으로 전환할 수 있을 것이다. 또한 타당성 검토결과에 따라 기존 시설을 이전하거나 신설할 수도 있을 것이다. 이러한 체계전환은 실질적인 인력 및 서비스 개선을 우선시함으로써 지역주민들이 기존 서비스를 축소하는 것으로 오해하는 일이 없도록 해야 할 것이다. 특히 문제가 되는 면 단위 이하 지역은 정부의 재정지원이나 법적 조치가 있다하여도 민간부문이 직접 서비스 제공을 담당하기 어렵다는 점을 고려하면 '방치할 것인가' 아니면 '개선할 것인가'하는 양자에서 판단해야할 문제다.

3. 特殊地方行政組織으로의 轉換

교육부, 노동부, 통계청 등 전문직능이 요청되는 정부의 주요 부서들은 일반지방행정체계와 독립된 특수지방행정기관 체계를 갖추고 있다. 보건의료문제의 외부성과 전문성 등을 고려할 때, 특수지방행정기관으로의 전환은 오히려 때늦은 감이 있다. 잦은 순환근무로 인한 업무연속성 및 전문성의 결여, 일반행정직 위주의 인사체계와 비전문적 의사결정 등 공공보건분야의 질적 발전을 가로막는 요인들을 극복하기 위한 방안의 하나로 현행 지방보건행정조직을 보건(복지)청으로

전환할 것을 제안한다.

이러한 조직전환의 일차적 목표는 전문성과 서비스능력을 중심으로 조직을 운영관리하는 것이며 대외적으로 인사와 예산, 사업집행상의 자율성을 확보하는 것이다. 아울러 상-하급 인력교류를 가능하게 함으로써 기존 중앙직에게는 현장이해력을 높이고 지방직에게는 승진 등 자기발전의 기회와 전망을 제공할 수 있을 것이다. 아울러 과거 보건의료분야의 순환보직이 다른 종류의 행정업무로의 전환이었다면 보건(복지)청 내에서의 순환보직은 각 전문분야 종사자의 업무연속성을 보장하는 것이 한층 용이할 것이며 이러한 인력교류 자체가 기관간 횡적-종적 연계를 실질적으로 가능하게 하는데 결정적 영향력을 발휘할 수 있을 것이다.

4. 公共醫療機關에 대한 投資擴大 및 人力支援

지방공사의료원 등 공공의료기관으로 저소득층 의료이용이 집중되고 있는데 이는 투자부족에 따른 서비스의 질적 하락 → 일반이용자의 감소(저소득층의 편중) → 기관수익률의 감소 → 투자부족이라는 악순환의 결과라고 해야 할 것이다. 이러한 상황에서 공공의료기관의 시설장비를 개선하고 우수한 인력확보를 위한 지원을 실시하는 것은 그 자체가 의료이용상의 소득계층간 불평등을 억제하고 공공기관의 기여도를 높이는 방안이다. 다만, 과거 정부지원 민간병원의 전철을 밟지 않으려면 이러한 투자는 수익성보다는 지역사회 주민의 미충족 필요(unmet need) 평가에 따라 계획적으로 추진되어야 할 것이며 효과에 대한 모니터링이 반드시 병행되어야 한다. 인력난의 핵심인 의사인력 확보문제는 단기적으로는 인력관리체계가 미흡한 현행의 공중보건의사 배치제도를 개선하여 일정한 인력을 확보하고 이들을 공공병원에 우선 배치함으로써 해결할 수 있을 것이다. 하지만 중장기적으

로 의사인력의 양성과 배출에 관한 투자 및 지원, 제도개선을 통해 해결방안을 모색해야 할 것이다. 국공립병원의 의사수련과정을 개선하는 방안과 지역별 공동운영체계의 구축 등 구조적 방안도 검토할 수 있을 것이다.

第 2 節　地域社會基盤活動과 國家政策의 受容

지역사회기반활동과 국가정책의 수용은 공공성의 책무를 구성하는 동전의 양면이다. 공공보건의료 분야의 관련조직체계 내에서 본 조사에서도 특히 문제로 파악되는 것은 공공부문의 병원이다. 국립대학병원은 전문가조사에서 앞서 언급한 공공성 관련 특성이 다른 공공보건의료기관과 민간보건의료기관 사이에 위치하거나 민간과 별다른 차이가 없는 것으로 나타나고 있다. 지방공사의료원의 경우, 최근까지 보건복지부로부터는 기술·제도적 지원이 전혀 없었으며 지방자치단체로부터는 적자공기업으로 민영화의 우선대상이 되고 있는 상황이다.

1. 公共保健醫療體系의 管理運營 一元化 및 擔當部署 設置

선행연구의 제안들은 이들 공공병원들의 기능재편을 주로 다루었으나 공공보건의료체계의 현황에서 언급한 것처럼 기능재편의 전단계 즉, 관리체계의 재편이 전제되지 않는 한 실행가능성은 높지 않은 것이 현실이다. 예를 들어, 최근 공공보건의료에 관한 법률이 규정하고 있는 지역사회보건의료계획의 수립·제출 규정에 따라 일부 지방공사의료원에 계획서의 평가에 따른 사업비 지원이 이루어지고 있다. 이는 부분적인 지원조치로서 의미는 있으나 각 공공병원들에게 조직운영상의 실질목표를 전환하게 할 만큼의 영향력을 기대하기는 어렵다.

이를 위해서는 중앙정부차원의 정책협조 및 조정 장치가 작동해야 할 것인데 단기적으로는 중앙부처의 정책협의체, 장기적으로는 일반행정이 아닌 보건행정 영역으로의 관리운영 일원화가 필요하다. 이를 실행하는 방안으로는 ① 기존 지원조직의 통합적 운영을 통한 사업집행 차원의 접근, ② 보건복지부의 공공보건의료 전담부서를 통한 일상적 보건행정조직 차원의 접근, ③ 보건복지부 이외의 부처에 소속된 보건행정기능을 통합조정하는 포괄적 접근 등을 동시에 모색해야 할 것이다. 아울러, 사업목적과 담당주체, 사업영역 및 대상이 중복되는 보건의료기본법, 공공보건의료에 관한 법률, 지역보건법, 농어촌등 보건의료에 관한 특별법 등의 계획작성 및 집행, 보고 관련규정들을 정비해야 할 것이다.

2. 公共保健醫療機關의 機能活性化를 위한 常時的 支援體系 確立

보건소 등 지방보건행정기관의 경우, 사업별·담당부서별·재원별로 용역 등 불완전한 관계를 통해 관리되고 있는 재정 및 기술지원 체계를 통합하는 상시적 지원조직이 확립되어야 한다. 국립대학병원과 지방공사의료원의 경우에도 이는 마찬가지인데 단기적으로는 양 조직이 민간의료기관과 유사하게 인력 및 서비스가 진료기능 위주로 편재되어 있어서 일정한 제도적 장치(의무규정, 사업보조금 등)를 통해 인력 및 담당부서 확보, 재정지출이 가능하도록 하는 방안도 고려할 수 있다.

현재 공공부문의 연구개발 및 기술지원 조직은 국립보건원, 각급 보건환경연구원, 검역소, 관련협회, 한국보건사회연구원, 한국보건산업진흥원, 사회보장연구센터 등이 있다. 이 조직들은 국립보건원의 방역과를 제외하면 행정-연구-관리 기능들이 효율적으로 연계되지 못한 채 분산 또는 중복되어 있으며 기관간 역할분담 및 책임관계가 불분명한 경우가 많아 이에 대한 조정작업이 필요하다. 이러한 조정기능

은 평가 및 관리 기능과 연계되어야 하며 단기위원회의 형식보다는 중장기위원회의 형식을 갖추는 것이 바람직하며 가능한 범위 내의 모든 지원조직들을 포괄해야 것이다.

민간부문의 연구소, 대학, 협회 등과의 관계는 원칙적으로 위탁, 용역의 관계를 유지하는 것이 바람직하지만 우선 국공립 대학과 연구소 등의 경우 보다 적극적인 인력교류(교환, 겸직, 파견 등)를 통한 질적 상승 효과를 기대하는 방안을 고려할 수 있을 것이다. 이는 국가에서는 연구개발 및 기술지원을 추진하는데 필요한 인력부족을 해소한다는 측면과 대학에는 국가차원의 연구의 경험과 기회, 자료를 제공한다는 측면에서 의의가 있을 것이다.

3. 國公立 大學病院과 醫科大學의 公益性 提高

3차급 의료서비스와 의학교육에서 높은 역할비중을 차지하고 있는 국립대학병원은 그 위상에 맞는 일정한 공적 역할을 할 수 있어야 한다. 민간대학병원의 인력자원이 주로 종합병원의 운영목적에 맞추어 양성되고 있다는 점을 착안하면 공공부문의 대학병원이 무엇을 해야 하는지 비교적 분명해 질 것이다.

공공부문은 개별 병원단위의 수요보다는 지역 또는 국가단위의 의료인력 수요에 기반한 인력양성뿐만 아니라 지속적 질관리 및 지원 등의 역할을 적극적으로 수행해야 할 것이다. 외국의 보건의료체계 개편작업에서도 보여진 바와 같이 국립대학병원이 지역거점병원에 그리고 지역거점병원이 보건소에 지원역할(인력, 서비스, 교육 등) 수행하는 낮은 단계의 연계방안부터 공공보건의료기관들이 지역별 또는 전문서비스 영역별로 연계하여 공동의 관리운영체계를 갖추는 방안까지 다양한 수준의 방법들을 검토할 수 있을 것이다. 이는 공공부문의 서비스의 질과 신뢰도를 개선하는 데에도 유력한 방안이 될 것이다.

4. 適正 醫師人力 確保 및 人力構造의 改編을 위한 政策手段 檢討

현재 우리나라의 인구천명당 의사수는 1.3명으로 영국의 1.7명, 미국의 2.7명, OECD평균 2.9명 등에 비교하면 수적으로 부족한 것이 사실이다(OECD Health Data 2001, 1999년 기준). 의과대학의 증설로 급격한 수적 증가가 이루어지고 있어 조만간 인력부족은 개선될 것으로 예상되지만 문제는 현재의 인력생산체계가 이미 초래한 기형적인 인력구조다.

개별 전문과목의 상업적 성공가능성과 위험부담, 병원의 인력수요 및 독점적 의사결정권한 등에 의해 초래되고 있는 현재의 질과잉(over qualification)은 시장실패의 전형이라 할 수 있다. 의료계 내부에서도 전문의 수련과정 개선 차원에서 반복적인 문제제기가 있었으나 실질적인 성과는 나타나지 않고 있다. 일부 전문과목의 개업제한, 본인진료과목 여부에 따른 수가차등화, 과목간 수가수준의 조정, 급여범위의 조정, 중점과목에 대한 지원 등 현재까지 제안되었던 제반 정책수단들의 재검토가 필요하다. 단기적으로는 전문과목별 인력양성에서 병원 등 자기충족적인 이해관계자와는 독립된 모니터링 및 의사결정 체계를 갖추어야 할 것이다.

第 3 節 非營利性과 서비스의 質的 水準

보건의료서비스뿐만 아니라 일반적인 재화의 생산과 공급, 소비에서 질과 비용은 상쇄관계에 있는 것으로 알려져 있다. 과거 20여 년간 선진각국들이 추진해온 보건의료체계개편의 궁극적인 목적은 보건의료서비스의 질과 비용이라 해도 과언이 아닐 것이다. 보건의료체계 전반의 관리정책에 관한 집중적인 고찰과 정책대안은 연구의 범위를

넘어서는 것으로 판단되어 본 연구에서는 공공보건의료 분야에서 우선적으로 맡아야 할 영역을 중심으로 일부 대안들을 검토하고자 한다.

1. 國民健康情報 管理體系의 構築

공급자에 대한 지불보상제도, 소비자의 본인부담금, 병상억제 및 보조금 등은 보건의료 정책분야의 주효한 재정수단으로 알려져 있으며 이는 소비자와 공급자의 행태변화에 초점을 맞추고 있다. 이러한 양상은 건강증진 등 주요 보건사업에서도 마찬가지다. 이에 따라 현재의 주요정책들은 투입위주의 실적평가보다 기대하는 정책효과(=행태변화)를 시의적절하게 평가할 거시 및 미시정보 통합관리의 중요성이 크게 대두되고 있다. 우리나라의 경우, 의약분업의 집행 및 평가과정에서 총액위주의 재정지표가 아닌 의사의 처방행태나 외래환자수의 변동 등이 중요한 지표로 부각된 바 있다.

공공보건의료체계와 마찬가지로 보건의료정보분야도 기관간 역할중복과 조정통합 기능의 부족, 부처간 비협조 등의 문제점이 노정되고 있다. 통계청의 승인을 거쳐 주로 전국표본조사의 형식으로 산출되는 공식지표 이외에도 행정자치부, 노동부, 교육인적자원부, 재정경제부, 국세청, 국민건강보험관리공단, 국민건강보험심사평가원, 보건복지부의 각 부서 및 산하조직별로 관련 자료들이 생산되고 있다. 이외에도 민간부문에서는 연구소와 대학, 보험개발원, 제약회사 등에서 유용한 정보가 산출되고 있다. 문제는 이러한 정보들에 대한 접근성 제약이며 여기에는 부처간 경쟁과 이기주의와 공적(公的) 정보의 공적(公的) 활용성을 무시하는 폐쇄성과 책임회피 등이 큰 요인으로 자리잡고 있다. 이를 극복하기 위한 방안의 하나로 필요한 정보를 신청하고 심의를 거치 접근을 보장하는 관리체계를 제안한다. 이는 공식경로를 통함으로써 자료제공자에게는 과도한 책임부담을 줄여주고 이용자에게

는 공식적·법적 책임성을 부과하되 자료확보의 안정성을 보장하는 방안이 될 것이다. 또한 활용성의 극대화를 통해 건강정보의 질적 개선과 보건의료서비스의 질관리 수준 향상 등의 중장기적 효과를 기대할 수 있을 것이다.

2. 健康餘命의 增大와 老人醫療費 節減을 위한 供給體系 改編

국제간 비교, 인구추계와 비용추계에서 나타난 바와 같이 우리나라의 현재 의료비지출, 노령화수준 등은 그 발전단계상 비교적 초기에 속함에도 불구하고 향후 급속한 수요증가가 특히 노령층에 집중될 것으로 예상된다. 65세 이상 노인인구의 입원의료비는 2010년경에는 대상인구수의 증가요인(1.6배) 이외에도 현재의 일인당이용률 및 서비스 제공강도의 증가추세가 유지된다고 가정하면 2.5배 가량의 추가증가가 요인이 있기 때문에 현재의 4배에 달할 것으로 예상된다. 하지만, 노령층은 경제적 능력 측면에서 대표적인 취약층임은 충분히 알려져 있으며 국민연금제도의 실시로 기대할 수 있는 경제적 효과의 상당부분이 의료비 지출로 소진될 가능성도 없지 않다. 공공부문의 향후 집중적으로 역량을 투입해야 할 부분은 바로 노인의료비 대책과 입원서비스, 지역사회보호(community care) 등이 될 것이다.

건강증진 및 예방, 질병조기 발견 및 관리, 지역사회보호 서비스와의 연계, 장기요양병상의 확보를 위한 재정지원, 필수인력의 확보 및 배치, 평가 및 모니터링 등은 공공부문이 주도적으로 담당해야할 정책사안이다. 민간과는 보건의료서비스 부문에서 재가보호, 방문간호, 병의원 치료병상의 장기요양병상 전환 등에서 협력방안을 모색해야 할 것이며 이에 따른 질관리 방안들(모니터링, 계약-평가-보상에 관한 프로토콜의 개발 등)이 마련되어야 할 것이다.

3. 公共保健醫療機關의 評價基準 改編

공공보건의료기관의 성과평가 기준은 특히 최근에 지방공사의료원과 관련하여 집중적인 문제제기가 있었던 사안이다(박찬병, 2000; 이평수 등, 2000). 전술하였듯이 이러한 평가기준의 도입은 인사와 예산상의 지원능력을 포함한 관리체계의 개편이 전제되어야 할 것이나 평가 그 자체에서도 개선의 여지가 존재한다. 본 연구에서 관련기관의 경영책임자와 전문가들을 통해 수렴한 의견결과들을 요약하여 일부 지표들(현행 지표 포함)을 정리하면 다음과 같다.

1) 저소득층에 대한 진료활동

- 의료보호환자의 입원 및 외래진료비중
- 시설 수용자, 무의무탁자 등 저소득층 진료실적 및 비중
- 소득 기준별 환자 점유도

2) 민간에서 자주 담당하지 않는 대민서비스

- 행려환자 진료 및 변사체 처리
- 법정전염병환자 보고 및 진료실적
- 응급환자 진료실적(환자 전원율 및 사망률)
- 복지성 특수병동(결핵, 전염병, 정신요양, 장애자재활 등)의 운영

3) 지역보건사업 및 교육훈련

- 국가 및 광역지자체의 보건의료계획의 참여 및 수행 정도
- 공공보건의료계획사업의 적절성 및 추진도
- 공공보건의료기관간 연계사업의 정도
- 보건의료인력 양성 교육의 실적

4) 진료의 질적 수준과 비용

- 질환별 평균진료비의 수준과 점유율
- 질환별 표준진료지침 정립 및 적정성 모니터링
- 비급여의 규정준수 정도
- 직원의 친절도 및 이용자 만족도의 변동

參考文獻

강복수, 「우리나라 공공보건의료 발전방안」, 『한국농촌의학회지』, 25(2), 2000, pp.217～230.

국립국어연구원,『표준국어대사전』, 두산동아, 1999.

국민건강보험공단, 전창배, 고수경 편저, 『주요국의 총액예산제 운영 실태와 쟁점』, 2001.

국어대사전, 금성출판사, 1997.

국회사무처 입법조사국,『주요국의 의료보장제도』, 의료보험관리공단, 1989.

권순만, 「보험급여의 문제점과 정책과제」, 『대한병원협회지』, 30(2), 2001, pp.69～78.

권순원, 『국민의료비연구: 추계와 분석』, 한림대학교 사회의학연구소, 1986.

김근홍,「고령화 사회의 체계적 노인수발 방안-독일의 사례를 중심으로」,『한국노년학』, 20호 3권, 2000.

김명규,『지역사회 정신보건사업과 공공부문의 역할』, 국립나주정신병원 개방병동 10주년 기념 정신보건 세미나, 1999, pp.43～45.

김성순,『공공보건의료 인프라 확충방안』, 제215회 정기국회 국정감사 정책제안서, 2000. 10.

김수향, 『농촌지역의 의료이용과 공공보건의료기관의 역할』, 서울대학교 보건대학원, 1992.

김용익,『공공보건의료체계 개편방향』, 1998년도 한국보건행정학회 후기학술대회 연제집, 1998.

_____, 『의료개혁과 정부기능의 강화」, 『건강보장연구』, 2, 1998, pp.89～113.

김은미,『보건소의 발전방향』, 대한공공의학회 창립기념 심포지엄 자료집, 2000, pp.43～62.

김준석,『기존 의료전달체제와의 관계-민간의료기관/공공의료기관』, 한국 호스피스·완화의료 학회 1998년 학술대회 연제집, 1998, pp.90～91.

김재용·서동우·김영미·이윤정·김철웅·정영진·정만교·강석봉·박준명·윤지성,『건강증진사업의 효율성 제고를 위한 공중보건의사 활용방안 개발』, 한국보건사회연구원, 2001.

김진삼·박형종·김공현·김병성,「지방자치제에서의 도시보건소 기능강화 방안에 관한 연구」,『보건행정학회지』, 4(1), 1994, pp.1～24.

김창엽,『의료공급에서의 공공부문과 민간부문의 역할 분담 방안』. 2001년도 한국보건행정학회 후기학술대회 연제집, 2001, pp.75～102.

_____,「지방공사의료원활성화를 위하여」, 보건의료노조 지방공사의료원활성화를 위한 워크숍, 2001.

김창엽·김윤·신영전·윤석준·임병묵 등,『국민건강증진을 위한 새로운 국가 보건의료사업의 정립과 소요재정 확충방안에 대한 연구』, 2000.

김홍식,「선진산업국가에서의 공공의료규모 결정요인에 관한 실증분석」,『보건행정학회지』, 제5권 제2호, 1995.

남은우, 『일본의 의료복지경영 및 의약분업』, 계측문화사, 2001.

남은우·류황건·이해종·이규식·민체류,『공공성 향상을 위한 지방공사의료원의 경영전략 개발 사례』, 2000년도 한국보건행정학회 후기학술대회 연제집, 2000, pp.221～229.

명재일·홍상진,『국민의료비의 지출동향: 1985~1995』, 한국의료관리연구원, 1998.

명재일·이규식·홍상진·김세라, 『국민의료비의 지출동향: 1985~1994』, 한국의료관리연구원, 1997.

_____,『국민의료비와 의료비 억제정책』, 한국

의료관리연구원, 1995.

명재일 외,『국민의료비의 구조와 동향: 1985~1991』, 한국의료관리연구원, 1994.

문옥륜,『우리나라 공공보건의료의 역사적 전개과정』, 대한공공의학회 창립기념 심포지엄 자료집, 2000, pp.9～36.

문옥륜 외,『북한의 보건체계와 의료보장제도연구』, 의료보험관리공단, 1989.

박종기,『한국의 보건재정과 의료보험』, 한국개발연구원, 1979.

박재완,「정부개혁의 논리와 전략」,『국민의 정부 정부개혁 중반기 평가』, 한국행정연구원, 2000, pp.25~50.

박재용,『2000년대 한국의 공공보건정책 방향에 관한 토론』, 21세기 우리나라 공공보건사업의 방향 심포지엄 자료집, 영남대학교 의과대학, pp.61～64.

박찬병,『공공병원의 발전방향-지방공사의료원을 중심으로』, 대한공공의학회 창립기념 심포지엄 자료집, 2000, pp.69～75.

배상수,「공중보건의 역할 변화와 보건소의 기능」,『보건행정학회지』, 11(1), 2001, pp.131～152.

백화종・홍정기,『국민의료비계정의 구조와 개선방향』, 한국보건사회연구원, 1994.

새정치국민회의정책,『보건의료 선진화 정책 보고서』, 1998.

신영수,『21세기를 위한 한국보건의료의 구조개혁』, 한국보건행정학회 전기학술대회, 1997.

신영전,『공공보건의료의 새로운 모색』, 지방공사의정부의료원 주최 세미나 발제문, 2000. 10. 9.

신종각·임재영·강성호,『국민의료비 및 의료기관별 의료비 추계』, 한국보건사회연구원, 1997.

안형식,『공공부문의 영역과 민간과의 역할분담』, 1998년도 한국보건행정학회 전기학술대회 연제집. 1998, pp.89～106.

양봉민,「우리나라의료제도의 구성과 성과」,『건강보장연구』 제1호,

한림대학교 사회의학 연구소편, 1997.

_____, 『보건경제학』, 나남출판사, 1999.

양병국, 『지역사회 치매환자를 위한 공공보건사업』, 1997년도 한국농촌의학회 춘계학술대회 연제집. 1997, pp.63～79.

유엔사회개발연구소, 「고스타 에스핑 앤더슨 편」, 한국사회복지학연구회 역, 『변화하는 복지국가: 글로벌 경제에의 적응, 인간과 복지』, 1999.

이건세, 『공공보건조직에서의 노인건강증진사업현황』, 지역사회 건강증진사업 전략개발을 위한 심포지엄 자료집, 1999, pp.71～81.

이규식, 「시장기능 활성화를 통한 의료개혁」, 『건강보장연구』, 2, 1998, pp.35～75.

_____, 「의료의 공공성 제고와 공공의료기관 확충 논의의 검토」, 『보건행정학회지』, 11(1), 2001, pp.107～130.

_____, 『공공의료에 관한 법률을 중심으로 한 공공의료기관의 기능의 재정립』, 세미나 21세기 공공보건의료체계의 역할

이성낙, 『한국의료, 무엇이 문제인가』, 의료환경선진화를 위한 대토론회 연제집, 2000.

이원영·신영전·권영준·최보율·문옥륜·전혜정, 「도시지역 한 보건소 기능 강화 방안에 대한 의견 비교 분석」, 『예방의학회지』, 9(1), 1998, pp.72～109.

이종구, 『최근 우리나라 보건정책의 과제와 실천 전략』, 2000년 대한예방의학회 동계 학술 심포지엄. 2000, pp.1～18.

이평수·이윤태·김선민·오종희·황진태·신영전, 『공공보건의료기관이 수행해야 할 사업검토 및 평가체계 개발』, 한국보건산업진흥원, 2000.

이혜훈, 「의료보험재정 위기: 원인과 대책」, 『KDI정책포럼』, 제155호, 2001.

의료보험관리공단, 『외국의 의료보험제도: 분야별 비교조사/의료보험』, 의료보험관리공단, 1997.

의료시설동태조사, 병원보고의 개괄, 2000(http://www.maiw.go.jp)

전기홍,『공공병원 책임경영기관화의 평가』, 1998년도 한국보건행정학회 전기학술대회 연제집, 1998, pp.47～79.

전기홍·송미숙·정지연·김찬호,「보건소 기능의 중요도에 따른 자원내분의 적절성 평가」,『보건행정학회지』, 7(2), 1997, pp.19～45.

정영호·강성호,『1996년 국민의료비 추계와 지출구조 분석』, 한국보건사회연구원, 1998.

정영호·이견직·강성호,『국민의료비 산출모형 개발 및 추계』, 한국보건사회연구원, 2000.

조유향,『공공보건조직에서의 노인건강증진사업 개발전략』, 지역사회 건강증진사업 전략개발을 위한 심포지엄 자료집, 1999, pp.83～106.

최갑수,『서양에서의 공공성과 공공영역』, 전국역사학대회자료집, 2001, pp.18~19.

최병호,『의료보험 재정안정화를 위한 재정조정방안』, 한국보건사회연구원, 1996.

한국보건진흥원,『공공의료기관이 수행해야 할 사업검토 및 평가체계 개발연구』, 2000.

현인숙·정영일,「지역사회 노인보건의료체계 개발에 관한 연구-공공보건의료기관을 중심으로」,『한국노년학』, 17(1), 1997, pp.160～175.

Abel-Smith B., "Value for Money in Health Services," *Social Security Bulletin*, no.37, Social Security Administration, U.S.A., 1974.

Andaleeb, S. S., "Service quality on public and private hospitals in urban Bangladesh: a comparative study", *Health Policy* Vol.53, 2000, pp.25～37.

Andrulis D. P., "The public sector in health care: Evolution or dissolution?", *Health Affairs,* 16(4), 1997, pp.131～140.

Barr M. D., "A Critical Inquiry", *Journal of Health Politics*, Policy and Law, Vol.26, No.4, 2001.

Bentur N., "Hospital at Home: what is its place in the health system?", *Health Policy* 55, 2001, pp.71～79.

Blendon R. J., Leitman R., Morrison I., Donelan K., "Satisfaction with health Systems in Ten Nation", *Health Affairs*, 1990.

Bohmer P., Pain, C., Watt A., Abernethy P., Sceats J., "Maximising health gain within available resources in the New Zealand public health", *Health Policy*, Vol.55, 2001 pp.37～50.

Brown L. D., "Policy Reform as Creative Destruction: Political and Administrative Challenges in Preserving the Public-Private Mix", *Inquiry*, 29, 1992.

Campbell J., Ikegami N., "Long-Term Care Insurance Comes To Japan", *Health Affairs*, Vol.19, No.3, 2000.

Chernichovsky D., "Health System Reform in Industrialized Democracies: An Emerging Paradigm." *The Milbank Quarterly* Vol.7, No.3, 1995.

Dingwall D. C., *Drugs Costs in Canada, Minister of Health*, 1997.

Freemantle N., Bloor K., "Lessons from international experience in controlling ph-armaceutical expenditure, I: influencing patients", *BMJ* 312, 1996, pp.1469～1471

Gertham U. G., "Pooling international health care expenditure data", *Health Economics* 1, 1992, pp.217～231.

Griffith, J. R., "The Strategic Agenda for Health Care Organization", *Health Care Manage Rev*, Vol.22, No.3, 1997, pp.82～91.

Guisti D et al., "Viewpoint: Public Versus Private Health Care Delivery: Beyond The Slogans", *Health Policy Plan,* 12(3), 1997 Sep:, pp.192～8.

Hansen P. & King A., "The determinants of health care expenditure: A conintegration approach", *Journal of Health Economics* 15, 1996, pp.127～137.

Irvin R. A. Sould St. "Merciful Hospital Become CorpHealth Inc.? : Ownership and Quality in US Health Care Organizations", *Nonprofit Management & Leadership* 11(1), 2000, pp.3～20.

Jacobzone S., "Pharmaceutical policies in OECD countries: reconciling social and industrial goals", *Labour market and social policy-occasional paper* No.40, OECD, 2000.

Kenneth L. T., "Know the effects of not-for-profit conversions", *Healthcare financial Management*, pp.56～66.

Levy D., *Health Care in the New Millennium: It's about the Patient!, Compensation & Benefits Management*, Summer 1999.

Maynard A., "Public and Private Sector Interactions: An Economic Perspective", *Soc. Sci. Med.*, Vol.22, No.11, 1986.

Matteo L. D., "The determinants of the public-private mix in Canadian health care expenditures: 1975～1996", *Health Policy* Vol.52, 2000, pp.87～112.

Mills A., Bennet S., Russel S., "The challenge of health sector reform: What must governemnts do?" *Hampshire and NY*: PALGRAVE; 2001.

Ministry of information and The Arts, *SINGAPORE 2001*, 2001.

Ministry of Health, *State of Health 2000*, Singapore, 2001.

_____, *Annual Report 2001*, Singapore, 2001.

Moore M., "Public Sector Reform: Downsizing, Restructuring, Improving Performance", *Discussion Paper No*7. 9, 1996.

Morone J. A., "Citizens or Shoppers? Solidarity under Siege", *Journal of Health Politics, Policy and law* Vol.25, 10, 2000.

Musgrove P., "Public and Private Roles in Health", *World Band Discussion Papers*, No.339, 1996.

_____, "Public spending on health care: how are different criteria

related?", *Health Policy*, 47, 1999.

Musgrave R. A. & Musgrave P. B., "Public Finance in Theory and Practice, 4th", *NewYork: Mcgrw-hill co*, 1984, chap3, 4.

Murray C. J. L., Frenk J., "A framwork for assessing the performance of health systems", *Bulletin of the World Health Organization 2000*: 78(6); 2000, pp.717～731.

Navarro, V., "The Public/Private Mix in the Funding and Delivery of Health Services: An International Survey", *AJPH*, Vol.75, No.11, 1985.

OECD, *Health at a Glance*, 2001.

_____, *Health Data*, 1999

_____, *Health Care Reform, The Will be Change*, 1996.

_____, "Ethics in the public service: Current issues and practice", *Occasional Papers* No.14; PUMA: Paris. 1996.

Pavlova M., Groot W., van Merode F., "Appraising the financial reform in Bulgarian piblic health care sector: the health insurance act of 1998", *Health Policy*, Vol.53, 2000, pp.185～199.

Polidano C., "The New Public Management in Developing Countries" *Public Policy and Management Working Paper No.13*, 1999.

Preker A. S., Harding A., "The Economics of Public and Private Roles in Health Care: Insights from Institutional Economics and Organizational Theory", *The World Bank*, 2000.

Schieber, G. J., Jean-Pierre Poullier, and L.M.Greenwald, 1994,"Health System Performance in OECD Dountries, 1980～1992," *Health Affairs* 13(fall).

Stolzenberg E. A., "Governance Change for Public Hospital, American College of Health care Executives", 1999(http://www.ache.org/membership/caserpts/governance00.html.)

Thorpe K. E., Florence C. S., Seiber E. E., "Hospital Conversions, Margins, And The Provision of Uncompensated Care", *Health Affairs*, Vol.19, No.6, 2000, pp.187～194.

U.S. Department of health and human Services, Social Security Programs Throughout the World, *WHTK(1),* 1997.

Vasudeva N. R. & Victor U., "Aggregate health care expenditure in the United States: Evidence from cointegration test", *Applied Economic*, Vol.26, 1994, pp.797～802.

Weil, T. P., "Comparison of Medical Technologies in Canadian, German, and U. S. Hospitals", Hospitals and Health Services *Administration*, Vol.40, No.4, 1995.

Wiener J. M., Hanley R. J., Illston L. H., "Financing Long-Term care: How Much Public? How Much Private?", *Journal of Health Politics*, Vol.17, No.3, 1992.

Wolf Jr C., "A theory of nonmarket failure: Framework for implemetation analysis", *Journal of Law and Economics*, Vol.22, 1979, pp.107～139.

附 錄

附錄 1. OECD國家의 本人一部負擔 策定 現況(1997年 現在) • 195

附錄 2. 入院 및 外來의 總診療費 要因別 寄與度 • 197

附錄 3. 地方公社醫療院의 一般現況 및 診療實績 • 201

附錄 4. 調査票 • 204

附錄 1. OECD國家의 本人一部負擔 策定 現況(1997年 現在)

국가	입원	외래·약제 등
독일	· 1일당 17마르크 단, 본인부담기간은 연 14일 이내로 함.	· 외래: 본인부담 없음 · 약제: 포장크기에 따라 9~13마르크. 단, 18세 미만인 자와 저소득자는 본인부담 면제 · 의치비용의 60%(정기치과검진을 받고 있는 경우 50%) · 보장구 비용의 20% · 안경처방: 1건당 4마르크 · 보양치료급여: 1일당 10마르크 · 물리치료비용이 15% · 이송비: 1회 25마르크
프랑스	· 입원비용의 20%와 1일당 70프랑 부담. 단, 특정질병(30종)가 30일을 초과비용 중 특정의료에 대한 본인부담 면제	· 외래: 의사에 의한 진료는 30%, 준의료인의 검사 등은 40%, 단, 장기 또는 고액을 요하는 특정질병 30종은 본인부담 면제 · 약제: 약제종별로 65%, 35%, 20% 면제 등 4가지 · 이송비, 치료재료: 35% · 온천요법: 25%
일본	· 피용자보험: 20% · 지역보험: 30%. 단, 동일 월, 동일 의료기관에서 본인부담금이 63,600엔 (저소득자는 35,400엔)을 초과하거나 동일 월, 동일세대에서 30,000엔 (저소득자는 21,000엔) 이상이 복수로 발생되는 경우, 그 초과비용을 보험자로부터 지급받을 수 있음. 또한 후생대신이 정한 장기·고액질병환자의 월부담 최고한도액을 10,000엔 경감	· 외래 - 피용자보험의 피보험자 20% - 피용자보험의 피부양자 및 지역보험가입자 30%. 단, 내원일당 진료비가 3,500엔 이하일 때는 전액 본인부담 · 약제(조제종류에 따라) - 내복약: 0~100엔 - 외용약: 50~150엔
영국		· 원칙적 비용전액 급여 단, 일반치과는 20%(15세 이하 아동, 임산부, 저소득자, 노인 제외) · 약제: 1건당 5.50파운드 · 시력검사: 10파운드
대만	· 입원일수별 질병별로 5~30% 단, 전년도 평균소득의 6% (15,000대만달러) 초과불능 * 본인부담 면제 - 25개 중대상병 - 분만	· 원칙적으로 20%. 단, 의사의뢰가 없는 경우 30~50%

〈계속〉

국가	입원	외래·약제 등
네덜란드	· 일반의료비제도: 20% * 1년에 최고 200길더 부담 · 입원 1일당 8길더 · 의족·시각 및 청각보조기구 비용의 0~30% 부담	
스웨덴	· 일당 80크로네	· 외래 - 의사방문진료: 1회당 60~260크로네 * 의사의 왕진: 1회당 30~80크로네 가산 - 치과외래 . 18세 이하: 무료 . 18세 이상 총진료비 700크로네까지: 전액 총진료비 700~3,000크로네: 75% 총진료비 3,000~7,000크로네: 60% 총진료비 7,000크로네 이상: 30% · 약제급여: 연간 400크로네 이내. 단, 당뇨병 약제 무료
오스트레일리아	· 공공병원에서의 입원치료에 대한 본인부담 없음.	· 외래: 총진료비의 15% 혹은 28.1호주달러 이하 · 약제급여: 1처방당 16.2호주달러. 단, 연금수급자, 저소득자는 1처방당 2.6호주달러
벨기에	· 소득수준에 따라 다름	· 외래: 총진료비의 25%. 단, 소득수준에 따라 다름.
멕시코	· 본인부담 없음.	· 본인부담 없음. * 급여기간: 동일 질병당 52주, 104주까지 연장 가능
터어키		· 외래의 경우 20% 본인부담(연금수급자는 10%) 단, 장기진료환자는 면제

출처: 의료보험관리공단, 『외국의 의료보험제도 - 분야별 비교조사 -』, 1997. 12.

附錄 2. 入院 및 外來의 總診療費 要因別 寄與度

〈附表 2-1〉 入院診療費의 要因別 變動(1991年 對比 1999年 變動)

		총진료비	대상인구	일인당 입원청구건수	청구건당 입원일수	입원일당 총진료비	입원일당 서비스량[1)]
남성	0세	2.556	0.899	1.453	0.907	2.159	1.374
	1~4세	2.710	1.080	1.675	0.781	1.917	1.220
	5~9세	2.306	1.046	1.391	0.759	2.089	1.330
	10~14세	2.137	0.830	1.430	0.799	2.255	1.436
	15~19세	2.509	0.951	1.540	0.759	2.256	1.436
	20~24세	2.128	0.929	1.361	0.773	2.178	1.386
	25~29세	2.435	1.094	1.327	0.795	2.109	1.343
	30~34세	2.382	1.018	1.386	0.829	2.034	1.295
	35~39세	3.335	1.335	1.471	0.851	1.995	1.270
	40~44세	3.774	1.582	1.401	0.859	1.983	1.262
	45~49세	3.183	1.304	1.363	0.870	2.056	1.309
	50~54세	2.962	1.134	1.394	0.896	2.089	1.330
	55~59세	4.034	1.335	1.589	0.881	2.158	1.374
	60~64세	5.088	1.631	1.631	0.857	2.231	1.420
	65~69세	4.779	1.373	1.746	0.897	2.223	1.415
	70~74세	5.177	1.252	2.002	0.921	2.242	1.427
	75세 이상	7.373	1.482	2.369	0.930	2.258	1.438
	합계	3.392	1.118	1.598	0.868	2.189	1.393
	표준편차/평균	(0.494)	(0.203)	(0.333)	(0.115)	(0.097)	(0.097)
여성	0세	2.573	0.922	1.370	0.939	2.171	1.382
	1~4세	2.887	1.086	1.815	0.788	1.857	1.182
	5~9세	2.282	0.986	1.461	0.756	2.095	1.333
	10~14세	1.952	0.795	1.355	0.809	2.241	1.426
	15~19세	2.199	0.904	1.378	0.783	2.254	1.435
	20~24세	1.637	0.859	0.842	1.031	2.196	1.398
	25~29세	2.504	1.093	1.006	1.022	2.228	1.418
	30~34세	3.024	1.024	1.563	0.852	2.218	1.412
	35~39세	3.758	1.332	1.674	0.798	2.112	1.344
	40~44세	3.990	1.605	1.474	0.835	2.022	1.287
	45~49세	3.146	1.286	1.404	0.832	2.094	1.333
	50~54세	3.002	1.097	1.458	0.835	2.247	1.430
	55~59세	4.031	1.255	1.573	0.856	2.385	1.518
	60~64세	4.794	1.416	1.630	0.850	2.446	1.557
	65~69세	5.244	1.384	1.785	0.871	2.438	1.552
	70~74세	6.118	1.356	2.085	0.904	2.393	1.523
	75세 이상	7.815	1.437	2.515	0.974	2.218	1.412
	합계	3.381	1.097	1.385	0.991	2.245	1.429
	표준편차/평균	(0.518)	(0.202)	(0.349)	(0.136)	(0.107)	(0.107)

주: 1) 입원일당서비스량은 입원일당총진료비(비용)을 보건의료서비스물가지수 ('91=100.0/'99=157.1)로 나눈 값임.

〈附表 2-2〉 外來診療費의 要因別 變動(1991年 對比 1999年 變動)

		총진료비	대상인구	일인당 외래내원건수	내원일당 진료일수	진료일당 총진료비	진료일당 서비스량[1)]
남성	0세	2.378	0.899	1.305	1.360	1.492	0.950
	1～4세	3.253	1.080	1.427	1.319	1.600	1.019
	5～9세	3.056	1.046	1.458	1.269	1.579	1.005
	10～14세	2.510	0.830	1.464	1.231	1.679	1.069
	15～19세	2.704	0.951	1.351	1.201	1.752	1.115
	20～24세	2.463	0.929	1.259	1.246	1.691	1.076
	25～29세	2.770	1.094	1.217	1.256	1.656	1.054
	30～34세	2.661	1.018	1.269	1.259	1.635	1.041
	35～39세	3.592	1.335	1.300	1.300	1.592	1.014
	40～44세	4.226	1.582	1.262	1.395	1.518	0.966
	45～49세	3.742	1.304	1.346	1.478	1.442	0.918
	50～54세	3.686	1.134	1.498	1.528	1.420	0.904
	55～59세	5.151	1.335	1.764	1.569	1.393	0.887
	60～64세	6.665	1.631	1.874	1.589	1.372	0.873
	65～69세	6.336	1.373	2.120	1.649	1.320	0.840
	70～74세	7.191	1.252	2.696	1.631	1.306	0.831
	75세이상	9.773	1.482	3.112	1.627	1.302	0.829
	합계	3.653	1.118	1.485	1.518	1.449	0.923
	표준편차/평균	(0.413)	(0.203)	(0.174)	(0.068)	(0.051)	(0.051)
여성	0세	2.550	0.922	1.380	1.349	1.487	0.946
	1～4세	3.383	1.086	1.497	1.323	1.572	1.001
	5～9세	3.061	0.986	1.581	1.256	1.563	0.995
	10～14세	2.505	0.795	1.581	1.214	1.642	1.045
	15～19세	2.642	0.904	1.468	1.204	1.654	1.053
	20～24세	2.287	0.859	1.308	1.244	1.636	1.041
	25～29세	2.668	1.093	1.232	1.290	1.535	0.977
	30～34세	2.440	1.024	1.210	1.277	1.543	0.982
	35～39세	3.433	1.332	1.268	1.313	1.547	0.985
	40～44세	4.048	1.605	1.223	1.379	1.496	0.952
	45～49세	3.541	1.286	1.313	1.529	1.372	0.873
	50～54세	3.594	1.097	1.529	1.630	1.314	0.837
	55～59세	4.871	1.255	1.817	1.647	1.296	0.825
	60～64세	6.028	1.416	2.006	1.653	1.284	0.817
	65～69세	6.774	1.384	2.313	1.709	1.239	0.789
	70～74세	8.288	1.356	2.924	1.683	1.243	0.791
	75세 이상	9.537	1.437	3.182	1.712	1.218	0.775
	합계	3.730	1.097	1.602	1.579	1.343	0.855
	표준편차/평균	(0.455)	(0.202)	(0.245)	(0.094)	(0.069)	(0.069)

주: 1) 진료일당서비스량은 진료일당총진료비(비용)을 보건의료서비스물가지수 ('91=100.0/'99=157.1)로 나눈 값임.

〈附表 2-3〉 醫療機關種別 入院診療費 變動

분류	연도	총진료비	병상당 총진료비	병상수	병상당 입원일수	입원일당 총진료비	입원일당 서비스량
종합병원	1991	911,662,454	12,791	71,275	241.35	53.00	53.0
	1993	1,256,329,182	15,338	81,911	235.85	65.03	57.9
	1995	1,749,182,704	18,058	96,865	230.66	78.29	63.7
	1997	2,409,401,492	23,711	101,615	239.69	98.92	69.9
	1999	2,971,327,615	27,278	108,929	230.31	118.44	75.4
변동비(99/91)		3.259	2.133	1.528	0.954	2.235	1.423
표준편차/평균		(0.451)	(0.307)	(0.166)	(0.021)	(0.317)	(0.141)
병원	1991	126,022,282	3,686	34,187	137.58	26.79	26.8
	1993	168,105,367	6,494	25,886	196.74	33.01	29.4
	1995	247,011,872	7,390	33,425	186.56	39.61	32.2
	1997	363,524,804	8,208	44,288	165.17	49.69	35.1
	1999	550,537,254	10,616	51,861	172.68	61.48	39.1
변동비(99/91)		4.369	2.880	1.517	1.255	2.294	1.461
표준편차/평균		(0.587)	(0.347)	(0.268)	(0.132)	(0.326)	(0.149)
의원	1991	115,662,238	3,233	35,779	111.00	29.12	29.1
	1993	146,622,874	3,920	37,408	106.48	36.81	32.7
	1995	183,681,471	4,117	44,610	91.72	44.89	36.5
	1997	258,036,545	5,204	49,586	89.93	57.86	40.9
	1999	376,497,894	6,229	60,442	84.09	74.07	47.2
변동비(99/91)		3.255	1.927	1.689	0.758	2.543	1.619
표준편차/평균		(0.482)	(0.260)	(0.220)	(0.119)	(0.367)	(0.189)
합계	1991	1,153,346,974	8,166	141,241	183.21	44.57	44.6
	1993	1,571,057,423	10,820	145,205	195.55	55.33	49.2
	1995	2,179,876,047	12,464	174,900	186.79	66.72	54.3
	1997	3,030,962,841	15,505	195,489	184.82	83.89	59.3
	1999	3,898,362,763	17,621	221,232	176.85	99.64	63.4
변동비(99/91)		3.380	2.158	1.566	0.965	2.236	1.423
표준편차/평균		(0.469)	(0.290)	(0.193)	(0.036)	(0.315)	(0.140)

주: 1) 입원일당서비스량은 입원일당총진료비(비용)을 보건의료서비스물가지수 ('91=100.0/'99=157.1)로 나눈 값임.

〈附表 2-4〉 醫療機關種別 外來診療費 變動

분류	연도	총진료비	의사당 총진료비	의사수 (상근)	의사당 내원일수	내원일당 총진료비	내원일당 서비스량
종합병원	1991	447,381,172	27,914	16,027	1,503	18.57	18.57
	1993	663,600,281	34,389	19,297	1,468	23.43	20.84
	1995	961,897,137	44,386	21,671	1,559	28.47	23.16
	1997	1,534,622,028	60,525	25,355	1,596	37.91	26.80
	1999	1,992,623,960	76,005	26,217	1,678	45.29	28.83
변동비(99/91)		4.454	2.723	1.636	1.116	2.439	1.553
표준편차/평균		(0.568)	(0.403)	(0.195)	(0.053)	(0.353)	(0.178)
병원	1991	113,087,815	65,672	1,722	6,653	9.87	9.87
	1993	150,330,627	78,013	1,927	6,450	12.09	10.76
	1995	213,886,244	93,400	2,290	6,455	14.47	11.77
	1997	300,075,865	108,019	2,778	5,958	18.13	12.81
	1999	404,222,857	124,300	3,252	5,853	21.24	13.52
변동비(99/91)		3.574	1.893	1.889	0.880	2.151	1.369
표준편차/평균		(0.498)	(0.248)	(0.261)	(0.055)	(0.302)	(0.126)
의원	1991	1,229,540,654	100,403	12,246	17,693	5.67	5.67
	1993	1,593,095,132	115,618	13,779	17,581	6.58	5.85
	1995	2,106,729,420	137,032	15,374	17,618	7.78	6.33
	1997	2,905,465,390	166,598	17,440	17,005	9.80	6.92
	1999	3,844,836,331	190,612	20,171	15,981	11.93	7.59
변동비(99/91)		3.127	1.898	1.647	0.903	2.102	1.338
표준편차/평균		(0.450)	(0.259)	(0.197)	(0.042)	(0.302)	(0.122)
합계	1991	1,790,009,641	59,677	29,995	8,409	7.10	7.10
	1993	2,407,026,040	68,766	35,003	8,085	8.51	7.57
	1995	3,282,512,801	83,450	39,335	8,121	10.28	8.36
	1997	4,740,163,283	104,013	45,573	7,759	13.41	9.47
	1999	6,241,683,148	125,739	49,640	7,764	16.20	10.31
변동비(99/91)		3.487	2.107	1.655	0.923	2.282	1.453
표준편차/평균		(0.489)	(0.303)	(0.198)	(0.034)	(0.333)	(0.155)

주: 1) 내원일당서비스량은 내원일당총진료비(비용)을 보건의료서비스물가지수 ('91=100.0/'99=157.1)로 나눈 값임.

附錄 3. 地方公社醫療院의 一般現況 및 診療實績

〈附表 3-1〉 地方公社醫療院의 一般現況

기관명	구시군	종별	병실수	병상수	의사	간호사	간호조무사	건강보험담당	원무담당	총직원	관내의료기관수		
											종합병원	병원	의원
강남병원	구	종합병원	118	500	130	204	20	12	19	597	4	12	415
부산의료원	구	종합병원	108	400	79	134	29	3	22	413	1	4	85
인천의료원	구	종합병원	103	400	22	82	37	0	43	255	1	1	28
대구의료원	구	종합병원	82	340	32	76	10	9	13	240	1	2	119
경기도포천의료원	군	종합병원	42	150	16	52	15	0	11	149	1	1	36
경기도수원의료원	구	병원	42	132	14	45	16	4	7	142		7	92
경기도의정부의료원	시	종합병원	83	242	19	42	15	5	11	147	3	4	118
경기도이천의료원	시	병원	20	75	12	22	10	3	11	90		5	59
경기도금촌의료원	시	종합병원	42	180	25	46	16	1	11	155	1	2	56
경기도안성의료원	시	종합병원	23	88	20	35	16	1	13	126	1	1	43
강원도영월의료원	군	종합병원	27	130	15	33	21	3	8	126	1	1	11
강원도강릉의료원	시	종합병원	30	132	14	34	17	4	8	145	4	2	71
강원도속초의료원	시	종합병원	25	120	13	50	16	5	6	144	1	1	41
강원도원주의료원	시	종합병원	72	250	33	78	38	4	13	234	2	4	93
강원도삼척의료원	시	종합병원	32	125	16	52	20	3	11	134	1		22
충청북도청주의료원	구	종합병원	64	227	37	64	22	0	20	237	3	1	139
충청북도충주의료원	시	종합병원	47	160	21	36	12	1	10	130	2	1	71
충청남도홍성의료원	군	종합병원	43	357	26	71	20	0	22	226	1	1	29
충청남도천안의료원	시	종합병원	35	174	13	30	8	2	11	99	4	1	141
충청남도공주의료원	시	종합병원	44	205	20	56	16	0	16	154	1	2	45
충청남도서산의료원	시	종합병원	43	172	23	56	14	2	9	150	1	1	43
전라북도군산의료원	시	종합병원	102	298	38	82	14	0	24	251	2	2	99
전라북도남원의료원	시	종합병원	103	282	42	74	26	0	18	241	1	2	28
전라남도강진의료원	군	종합병원	40	185	17	48	14	0	12	149	1	1	11
전라남도목포의료원	시	종합병원	31	120	15	58	13	0	14	145	3	6	108
전라남도순천의료원	시	종합병원	50	160	16	54	0	3	10	142	5	3	92
경상북도김천의료원	시	병원	52	200	23	67	23	0	13	207		4	40
경상북도안동의료원	시	종합병원	39	150	16	38	18	0	19	139	2	1	50
경상북도포항의료원	구	종합병원	44	288	18	39	14	0	10	156	3	1	106
경상남도마산의료원	구	종합병원	45	201	13	25	6	0	7	87	3	5	78
경상남도진주의료원	시	종합병원	92	200	14	59	23	2	10	147	4	5	107
제주도서귀포의료원	시	종합병원	60	160	19	65	2	2	11	177	1	1	32
제주도제주의료원	시	종합병원	97	256	35	89	9	4	9	219	4		121
합계			1,880	7,059	866	1,996	550	73	452	6,153	63	85	2,629

〈附表 3-2〉 地方公社醫療院의 年間 入院診療 實績 및 地域內 占有率

기관명	연간 입원 청구건수	연간 입원일수	지역내 점유율	지역내 타 병원수	지역 병원내 점유율	의료보호 내 점유율	지역병원/의료보호내 점유율	보호환자 집중비*	지역병원 보호환자 집중비	의보대상자당 입원일수
강남병원	10,954	144,001	13.9%	15	14.4%	62.1%	62.9%	10.2	10.0	8.31
부산의료원	7,626	102,556	28.2%	4	29.7%	23.0%	23.0%	0.8	0.7	31.20
인천의료원	9,255	118,007	94.8%	1	100.0%	100.0%	100.0%			7.33
대구의료원	8,494	103,701	77.8%	2	85.2%	95.1%	95.9%	5.6	4.1	6.43
경기도포천의료원	4,184	39,049	61.7%	1	99.7%	99.9%	100.0%			1.98
경기도수원의료원	3,278	32,557	26.9%	6	37.0%	41.2%	41.8%	1.9	1.2	4.72
경기도의정부의료원	4,684	91,428	19.3%	6	20.7%	40.7%	40.8%	2.9	2.6	16.19
경기도이천의료원	2,373	21,911	15.7%	4	20.3%	50.0%	52.6%	5.4	4.3	2.56
경기도금촌의료원	4,070	40,543	58.7%	2	77.3%	88.8%	91.3%	5.6	3.1	2.52
경기도안성의료원	3,167	34,522	48.3%	1	53.5%	68.6%	69.3%	2.3	2.0	3.65
강원도영월의료원	2,240	31,487	64.3%	1	69.7%	87.5%	88.2%	3.9	3.2	6.24
강원도강릉의료원	3,821	28,388	6.3%	5	6.6%	4.1%	4.1%	0.6	0.6	22.04
강원도속초의료원	5,290	41,485	59.1%	1	80.3%	79.7%	82.0%	2.7	1.1	3.89
강원도원주의료원	6,428	65,761	13.9%	5	15.4%	22.0%	22.0%	1.7	1.6	10.86
강원도삼척의료원	3,521	37,710	62.8%	0	100.0%	98.7%	100.0%			3.26
충청북도청주의료원	9,129	175,757	38.1%	3	45.9%	88.0%	88.7%	11.9	9.2	10.58
충청북도충주의료원	4,162	47,763	26.9%	2	31.6%	41.6%	42.1%	1.9	1.6	4.19
충청남도홍성의료원	7,241	119,613	82.2%	1	84.8%	96.2%	96.3%	5.5	4.7	15.84
충청남도천안의료원	3,415	49,559	8.2%	4	9.0%	31.0%	31.2%	5.0	4.6	8.95
충청남도공주의료원	3,758	34,459	19.4%	2	21.3%	23.8%	24.0%	1.3	1.2	6.71
충청남도서산의료원	5,054	38,386	50.9%	1	85.9%	82.6%	83.6%	4.6	0.8	2.09
전라북도군산의료원	4,830	54,864	31.1%	3	62.4%	56.5%	62.9%	2.9	1.0	1.83
전라북도남원의료원	7,275	81,953	56.2%	2	64.5%	73.5%	74.2%	2.2	1.6	3.34
전라남도강진의료원	3,488	36,376	61.1%	1	64.3%	57.6%	57.7%	0.9	0.8	7.19
전라남도목포의료원	2,676	42,214	9.9%	8	10.6%	22.8%	22.8%	2.7	2.5	7.48
전라남도순천의료원	3,559	39,339	9.8%	7	10.4%	20.0%	20.0%	2.3	2.1	5.85
경상북도김천의료원	4,904	40,154	11.8%	3	12.1%	4.5%	4.5%	0.4	0.3	25.20
경상북도안동의료원	647	7,724	1.8%	2	1.9%	1.6%	1.6%	0.9	0.9	15.73
경상북도포항의료원	8,770	157,379	38.6%	3	42.5%	73.8%	74.2%	4.5	3.9	15.60
경상남도마산의료원	3,816	52,754	6.3%	7	6.6%	4.6%	4.6%	0.7	0.7	37.79
경상남도진주의료원	2,496	54,556	9.1%	8	9.8%	31.0%	31.2%	4.5	4.2	9.03
제주도서귀포의료원	6,734	50,008	69.6%	1	76.5%	96.3%	97.9%	11.4	14.2	2.94
제주도제주의료원	9,851	79,766	22.4%	3	27.1%	27.4%	31.2%	1.3	1.2	5.45
(합계) 및 평균	(171,190)	(2,095,730)	36.5%	(115)	44.7%	54.4%	55.2%	3.6	3.0	9.6

*: 보호환자 집중비는 (해당지방공상의료원의 의료보호환자 점유율÷관내 타 의료기관의 의료보호환자 점유율)로 산출됨. 단, 집중비가 1 미만인 경우는 의료보호환자가 밀집해 있는 정신요양병원 등 관내 타 공공병원들을 고려하지 못하였기 때문이며 실제 집중비는 일반병원보다 월등히 높을 것으로 추정되며 이는 외래환자의 집중비에서도 간접적으로 확인할 수 있음. 지역병원보호환자 집중비는 병원급 이상에서만 산출한 것임.

〈附表 3-3〉 地方公社醫療院의 年間 外來診療 內院日數 및 地域內 占有率

기관명	연간외래 청구건수	연간외래 내원일수	지역내 총 의료기관수	지역내 타병원수	지역내 점유율	의료보호내 점유율	보호환자 집중비
강남병원	121,559	190,354	431	15	3.2%	28.3%	11.8
부산의료원	97,165	159,368	90	4	8.2%	31.8%	5.2
인천의료원	120,506	170,892	30	1	20.7%	46.2%	3.3
대구의료원	82,138	130,390	122	2	6.2%	34.2%	7.8
경기도포천의료원	49,880	64,674	38	1	5.9%	10.5%	1.9
경기도수원의료원	45,886	78,791	99	6	3.7%	11.0%	3.2
경기도의정부의료원	50,100	91,311	125	6	3.2%	15.8%	5.7
경기도이천의료원	51,293	90,389	64	4	6.1%	15.4%	2.8
경기도금촌의료원	53,403	82,795	59	2	6.4%	12.2%	2.0
경기도안성의료원	47,785	70,650	45	1	6.6%	12.8%	2.1
강원도영월의료원	27,802	39,601	13	1	14.3%	25.8%	2.1
강원도강릉의료원	42,308	61,619	77	5	3.5%	6.9%	2.0
강원도속초의료원	41,727	61,953	43	1	6.7%	12.7%	2.0
강원도원주의료원	57,896	84,713	99	5	3.3%	9.3%	3.0
강원도삼척의료원	37,725	58,085	23	0	11.3%	33.3%	3.9
충청북도청주의료원	47,730	65,034	143	3	2.0%	17.6%	10.4
충청북도충주의료원	30,634	49,567	74	2	2.9%	11.6%	4.4
충청남도홍성의료원	69,217	98,081	31	1	10.9%	21.5%	2.2
충청남도천안의료원	44,929	60,833	146	4	1.5%	6.4%	4.4
충청남도공주의료원	42,410	62,806	48	2	5.0%	12.3%	2.6
충청남도서산의료원	68,940	97,873	45	1	7.6%	12.8%	1.8
전라북도군산의료원	74,405	111,823	103	3	4.1%	9.3%	2.4
전라북도남원의료원	75,274	112,501	31	2	11.2%	16.7%	1.6
전라남도강진의료원	40,272	59,445	13	1	15.5%	19.0%	1.3
전라남도목포의료원	33,968	63,875	117	8	2.5%	9.7%	4.3
전라남도순천의료원	32,685	46,031	100	7	1.9%	6.1%	3.3
경상북도김천의료원	64,940	113,763	44	3	10.5%	16.1%	1.6
경상북도안동의료원	7,001	10,231	53	2	0.8%	1.8%	2.4
경상북도포항의료원	47,421	77,336	110	3	2.8%	12.8%	5.1
경상남도마산의료원	40,507	68,592	86	7	2.7%	15.0%	6.3
경상남도진주의료원	40,144	62,116	116	8	2.0%	8.7%	4.5
제주도서귀포의료원	68,674	108,843	34	1	10.7%	16.1%	1.6
제주도제주의료원	126,408	194,637	125	3	5.8%	14.6%	2.8
(합계) 및 평균	(1,882,732)	(2,898,972)	(2,777)	(115)	6.4%	16.2%	3.7

附錄 4. 調査票

공공보건의료체계개선을 위한 전문가 의견조사 설문지

안녕하십니까? 저희 한국보건사회연구원은 국무총리실 산하의 정부출연 연구기관으로 보건복지 분야의 주요 기초자료와 정책대안들을 생산하고 있습니다. 저희 연구원에서는 올해 2001년도의 주요 연구과제의 하나로 '공공보건의료 체계개선의 기본전략과 효과적 실행방안 연구'를 수행하고 있습니다. 이 연구는 국민건강권 보장과 보건의료의 공익성 증진을 위하여 공공보건의료기관이 수행해야할 적절한 기능과 역할을 설정하고 이를 위한 중장기 전략을 마련하는데 목적이 있습니다.

지난 해 의료대란을 계기로 일부에서는 우리나라의 공공보건의료를 강화시켜야 한다는 주장이 제출되기도 하였습니다. 하지만 막상 보건의료에서 공공성은 무엇인지? 민간부문과 공공부문은 어떤 역할을 왜 어떻게 얼마나 담당해야 하는지? 그리고 그것이 과연 전체 보건의료체계의 형평성과 효율성에 어떤 영향을 미칠 것인지? 등에 대한 구체적인 검토는 상대적으로 부족하였다고 생각됩니다.

이에 본 조사의 목적은 관련분야 전문가들로부터 이에 관련된 몇 가지 쟁점들을 중심으로 의견을 수렴하는 것입니다. 다음에 제시된 질문들에 대하여 답하여 주시고 가능하시면 구체적인 의견이나 대안을 제시하여 주시면 감사하겠습니다. 특히, 본 조사에 관련된 모든 개인정보는 철저히 비밀에 부쳐질 것이오니 자유롭게 의견을 개진해 주시면 감사하겠습니다.

한국보건사회연구원 보건의료연구실
보건정책팀 책임연구원 김재용 드림

[응답자의 기본사항]

※'연령대'는 만약 귀하의 만 나이가 49세라면 40대로 적어주시면 됩니다.

성별	( )남/( )여	연령대 (10세 단위)	대	보건정책 관련분야 종사기간	대략( ) 년
현재 소속 (해당되는 곳에 * 또는 ∨로 표시해 주시고, 기타는 간략히 적어주십시오.)					
학계	( ) 교수	( ) 시간강사	( ) 전공의	( ) 석·박사 학위생	
공직	( ) 중앙직	( ) 지방직 (보건기관제외)	( ) 보건기관 (보건소 등)	( ) 국공립병원	
의료 기관	( ) 지방공사 의료원	( ) 기타 특수병원	( ) 민간병원	( ) 민간의원	
연구소 /기타	( ) 정부산하 연구소	( ) 민간연구소	( ) 기타 : _____		
전공 분야 :					

1. 임의로 다음의 6가지 공익적 기능 항목들을 선정하였습니다. 각 기관종류별 현재의 충족정도를 "5점 척도"로 평가하여 주십시오.

* 예를 들어, 공공병원에서 환자차별이 매우 심하다면 "비차별성" 항목에 "1"을 적어 주시면 됩니다.
* 만약, 꼭 들어가야 할 항목이 빠졌다면 아래의 빈칸에 추가하고 점수를 매겨 주십시오.

1: 매우 부족 2: 조금 부족 3: 보통 수준 4: 조금 충족 5: 매우 충족

	병 원			보건 기관[3]	민간 의원
	공공 병원[1]	국립 대학병원	민간 병원[2]		
비차별성[4](Non-discrimination)					
지역사회 기반활동(Community-based action)					
국가정책의 수용[5](Government policy guided)					
비영리성(Non-lucrative)					
의료서비스의 질적수준(Quality)					
의료서비스의 접근용이성(Accessibility)					

1) 공공병원은 국립의료원, 지방공사의료원, 보건의료원 등(국립대학병원, 경찰병원, 군병원 등은 제외).
2) 민간병원은 민간병원 및 민간종합병원임.
3) 보건기관은 보건소, 보건지소, 보건진료소 등

4) **비차별성**: 인종과 성별, 종교, 정치적 입장, 사회적 수준, 경제적 지위 여하에 따라 차별을 두지 않고 모든 사람에게 접근가능한 양질의 보건의료서비스를 제공하는 특성. 예를 들면 어떤 병원에서건 의료보호환자가 입원하는데 어려움이 없음.
5) **국가정책의 수용**: 의료서비스의 제공수준에 관한 국가적 차원의 계획에 부응하고 수요(demand)보다는 필요(need)에 의거하여 서비스를 생산·제공하는 특성. 국가정책의 수용이 일방적 복종을 의미하는 것은 아니며 충분한 합의와 조정을 필수전제로 하는 것임. 예를 들면, 전염병 신고 및 환자관리 규정 준수, 지역보건의료계획에 참여, DRG에 참여 등등.

2. 우리나라 보건의료체계에 관한 다음 문항들에 답하여 주십시오. 본인의 의견에 해당되는 괄호( ) 안에 *로 표시해 주십시오.

2-1. 소득수준에 따른 의료서비스의 질적 격차가 심각하다.
( )적극 동의 ( )대체로 동의 ( )잘 모르겠음 ( )대체로 부정 ( )적극 부정

2-2. 지역수준(도시와 농촌)에 따른 의료서비스의 질적 격차가 심각하다.
( )적극 동의 ( )대체로 동의 ( )잘 모르겠음 ( )대체로 부정 ( )적극 부정

2-3. 지역수준(도시와 농촌)에 따른 의료서비스의 지리적 접근성 격차가 심각하다.
( )적극 동의 ( )대체로 동의 ( )잘 모르겠음 ( )대체로 부정 ( )적극 부정

3. 다음은 나열한 보건의료자원과 보건의료서비스 영역에 대하여 공공과 민간이 각각 어느 정도의 역할비중을 차지하는 것이 바람직하다고 생각하십니까?

※예를 들어 응급환자의 진료에서 공공과 민간이 차지하는 비중이 40%와 60%인 것이 바람직하다고 생각하시면 "**4 대 6**"으로 적어주십시오.

전체	**공공 대 민간**
전체 병상수 비중	대
전체 외래진료건수 비중	대
전체 의사수 비중	대
영역별	**공공 대 민간**
주요 만성질환 관리사업	대
보건의료인의 교육훈련	대
의료보호환자 등 취약계층에 대한 보건의료	대
노인·장애인·정신질환자 등에 대한 필수적인 보건의료	대
전염병 예방 및 관리	대
아동과 모성에 대한 보건의료	대
응급환자의 진료	대

4. 민간의료기관에서 담당하기 어렵기 때문에 공공의료기관에서 담당해야할 보건의료서비스가 무엇이라고 생각하십니까? 여러 가지를 적어주셔도 되고 간략히 이유를 적어주시면 감사하겠습니다.

5. 다음은 보건의료분야에 관한 정부의 직·간접 개입방안들로 논의 또는 시도되었던 다양한 대안들입니다. 각각에 대하여 전문가의 입장에서 찬반 의사를 표시하여 주십시오.

* '**모름**'은 대안의 내용을 잘 모르는 경우입니다.

* '**미정**'은 뚜렷한 찬반 의견을 내리기 어려운 경우입니다.

도시지역 보건분소 확대	1	( )찬성	( )반대	( )모름	( )미정
지역거점형 공공병원 확대	2	( )찬성	( )반대	( )모름	( )미정
공공병원 시설장비 투자확대	3	( )찬성	( )반대	( )모름	( )미정
공공병원 의료진 보상 강화	4	( )찬성	( )반대	( )모름	( )미정
지역별 고가의료장비 심사제 신규도입	5	( )찬성	( )반대	( )모름	( )미정
MSA(medical saving account; 의료저축제) 도입	6	( )찬성	( )반대	( )모름	( )미정
DRGs(diagnosis related groups) 도입	7	( )찬성	( )반대	( )모름	( )미정
총액예산제(global budgeting) 도입	8	( )찬성	( )반대	( )모름	( )미정
단골의사제(주치의등록제) 도입	9	( )찬성	( )반대	( )모름	( )미정
개방형 병원제 도입	10	( )찬성	( )반대	( )모름	( )미정
인두제 방식의 진료비 지불제도	11	( )찬성	( )반대	( )모름	( )미정
의료기관간 정보공유체계 도입(의무·검사기록 등)	12	( )찬성	( )반대	( )모름	( )미정
비의사인력에 의한 요양서비스 급여	13	( )찬성	( )반대	( )모름	( )미정
양·한방 통합일원화	14	( )찬성	( )반대	( )모름	( )미정
민간보험 전면도입	15	( )찬성	( )반대	( )모름	( )미정
건강보험료인상	16	( )찬성	( )반대	( )모름	( )미정
건강보험에 대한 국고지원증액	17	( )찬성	( )반대	( )모름	( )미정
건강보험 목적세 신설	18	( )찬성	( )반대	( )모름	( )미정
건강보험재정에 공적자금의 투입	19	( )찬성	( )반대	( )모름	( )미정
소액공제제(Deductibles) 도입	20	( )찬성	( )반대	( )모름	( )미정
건강보험 급여범위 확대	21	( )찬성	( )반대	( )모름	( )미정
본인부담금 하향조정	22	( )찬성	( )반대	( )모름	( )미정
소액외래 주사제 본인부담	23	( )찬성	( )반대	( )모름	( )미정
건강보험 수가인하	24	( )찬성	( )반대	( )모름	( )미정
보험약가 인하	25	( )찬성	( )반대	( )모름	( )미정
차등수가제 도입	26	( )찬성	( )반대	( )모름	( )미정
조제료-복약지도료 통합	27	( )찬성	( )반대	( )모름	( )미정
참조가격제 도입	28	( )찬성	( )반대	( )모름	( )미정
진료비 심사강화	29	( )찬성	( )반대	( )모름	( )미정

6. 위의 여러 대안들중에서 우리나라에 가장 우선적 도입해야 한다고 생각하시는 것을 3개 이내로 적어주십시오. 위에 열거된 것 이외의 것이 있다면 포함시켜 주십시오.

7. 귀하께서 생각하시기에 다음 공공보건의료기관들의 역할 중에서 현재 수준보다 더 확대시켜야 할 역할과 더 축소시켜야할 역할을 3개 이내로 적어주십시오.

	국립대학병원	공공병원[1)]	보건기관[2)]
확대가 필요한 역할			
축소가 필요한 역할			

1) 공공병원은 국립의료원, 지방공사의료원, 보건의료원 등(국립대학병원, 경찰병원, 군병원 등은 제외).
2) 보건기관은 보건소, 보건지소, 보건진료소 등

8. 공공보건의료 부문에 투입하는 국가의 예산에 대한 귀하의 의견은? 해당되는 괄호( )안에 *로 표시하여 주시고 확대의견의 경우는 추가 질문에 답하여 주십시오.

( ) 현재보다 예산이 축소되어야 한다.
( ) 현재 수준이 적합한다.
( ) 현재보다 예산이 확대되어야 한다.
→ 예산확대시 적절한 예산조달방법은? (복수응답 가능)
( )일반회계 확대 ( )특별건강세 ( )건강증진기금
( )기타:(내용기재→)

9. 전체 보건의료기관의 공익성 측면에서 피력하시고자 하는 보다 구체적인 의견이 있으시면 아래의 빈 공간에 적어주시면 감사하겠습니다. 끝까지 응답하여 주셔서 감사합니다.

공공 보건의료서비스에 관한 국민의식 조사

A. (조사원이 목소리를 듣고 직접 기록) 성별은? (_____) ①남자 ②여자

B. 올해 나이(연세)가 어떻게 되십니까? 만 나이로 이야기해 주십시오. 만 (___)세

C. 올해 보건소를 이용해 보신 적이 있습니까? (_____)

①있다 ➡

1. 올해 모두 몇 번이나 이용하셨습니까? (_____번)
2. 올해 주로 무엇 때문에 이용하셨습니까? (_____)
   ①급성질환치료 ②만성질환치료 ③예방접종 ④건강검진 ⑤ 기타
3. 보건소를 이용하는 이유 <u>두 가지</u>는 무엇입니까?
   (_____ / _____)
   ① 값이 싸서(돈이 없어서) ② 집에서 가까워서(다니기가 편해서)
   ③ 시설과 장비가 좋아서 ④ 의료진이 믿을 만해서
   ⑤ 직원들이 친절해서
   ⑥ 기타( ) **➡D번으로**

②없다 ➡

1. 집이나 직장 근처에 보건소가 어디에 있는지 알고 계십니까?(_____)
   ① 알고 있다 ② 모른다*(→ D번은 0분으로 기입)*
2. 올해에 아파서 병원이나 의원에 갈 일이 몇 번 있었습니까? (_____)
   ① 한번 이상 → (_____번) ② 한번도 없음**➡D번으로**
3. 보건소를 이용하지 않는 이유 <u>두 가지</u>는 무엇입니까?
   (_____ / _____)
   ① 한번도 가 본 적이 없어서 ② 거리가 멀고 불편해서
   ③ 시설과 장비가 나빠서 ④ 의사를 믿을 수 없어서
   ⑤ 직원들이 불친절해서 ⑥ 기타( )
4. 그러면, <u>가까운 곳에 시설장비, 의료진, 직원들</u>이 민간병의원과 비슷한 수준의 보건소가 있다면 이용하시겠습니까?
   ① 아니오. ② 예.**➡D번으로**

③기타 ➡ ( )

D. (어디에 있는지 모른다는 0분) 귀하께서 보건소를 이용하려면 집이나 직장에서 걷거나 보통의 대중교통수단을 이용하면 얼마나 걸립니까?
(_____) 분

E. 올해 시립병원,도립병원,지방공사의료원,적십자병원과 같은 공공병원을 이용해 보신 적이 있습니까? (_____)

①있다 ➡

1. 올해 모두 몇 번이나 이용하셨습니까? (_____번)
2. 올해 주로 무엇 때문에 이용하셨습니까? (_____)
   ①급성질환치료 ②만성질환치료 ③예방접종 ④건강검진 ⑤입원 ⑥기타
3. 공공병원을 이용하는 이유 <u>두 가지</u>는 무엇입니까?
   (_____ / _____)
   ① 값이 싸서(돈이 없어서) ② 집에서 가까워서(다니기가 편해서)
   ③ 시설과 장비가 좋아서 ④ 의료진이 믿을 만해서
   ⑤ 직원들이 친절해서
   ⑥ 기타( ) **➡F번으로**

②없다 ➡

1. 집이나 직장 근처에 공공병원이 어디에 있는지 알고 계십니까? (____)
   ① 알고 있다 ② 모른다*(→ F번은 0분으로 기입)*
2. 올해에 아파서 병원이나 의원에 갈 일이 몇 번 있었습니까? (_____)
   ① 한번 이상 → (_____번) ② 한번도 없음**➡F번으로**
3. 공공병원을 이용하지 않는 이유 <u>두 가지</u>는 무엇입니까?
   (_____ / _____)
   ① 한번도 가 본 적이 없어서 ② 거리가 멀고 불편해서
   ③ 시설과 장비가 나빠서 ④ 의사를 믿을 수 없어서
   ⑤ 직원들이 불친절해서 ⑥ 기타( )
4. 그러면, <u>가까운 곳에 시설장비, 의료진, 직원들</u>이 민간병의원과 비슷한 수준의 공공병원이 있다면 이용하시겠습니까?
   ① 아니오. ② 예.**➡F번으로**

③기타 ➡ ( )

F. (어디에 있는지 모른다는 0분) 귀하께서 공공병원을 이용하려면 집이나 직장에서 걷거나 보통의 대중교통수단을 이용하면 얼마나 걸립니까?
(_____) 분

G. 아프면 주로 다니는 단골병원이나 의료기관이 있습니까? (_____)
①있다.**➡ G-1번으로**
②없다.**➡ H번으로**

G-1. 단골 의료기관은 어디입니까? (_____)
①종합대학병원 ②종합병원이나 병원 ③일반의원
④보건소 ⑤한방병의원 ⑥기타( )

G-2. 그 곳의 의사는 선생님께서 그동안 어떤 건강문제가 있었고 어떤 치료를 받았는지 모두 알고 있습니까? (_____)
①예 ②아니오 ③잘 모르겠다

H. 주치의처럼 평소에 건강을 관리해줄 의사나 의료기관이 필요하다고 생각하십니까? (_____)
① 매우 필요하다. ② 필요하다. ③ 그저 그렇다. ④ 필요없다. ⑤ 전혀 필요없다.

I. 정부는 세금을 들여서 보건소나 공공병원을 더 늘려야 한다.(_____)
① 절대 찬성 ② 찬성 ③ 보통/모름 ④ 반대 ⑤ 절대 반대

J. (몸이 아파도) 치료비가 없다면 치료를 못받아도 어쩔 수 없다.(_____)
① 절대 찬성 ② 찬성 ③ 보통/모름 ④반대 ⑤절대 반대

K. 개인이나 민간에서 운영하는 의료기관이라면 영리를 추구하는 것이 당연하다.(_____)
①절대 찬성 ②찬성 ③보통/모름 ④반대 ⑤절대 반대

L. 보건소나 공공병원은 주로 가난한 사람들이 이용하는 곳이다.(_____)
①매우 그렇다 ②그렇다 ③보통/모름 ④아니다 ⑤전혀 아니다

M. 정부에서 운영하는 공공의료기관은 일반적으로 신뢰할 수 있다(믿을 수 있다)(____)
①매우 그렇다 ②그렇다 ③보통/모름 ④아니다 ⑤전혀 아니다

N. 이런 조사결과가 국민들의 의견이라고 말하려면 주로 어떤 분들이 응답을 해주신 것인지 알아야 합니다. 때문에 마지막으로 몇 가지 일반적인 사항들을 여쭈어 보겠습니다.

1. 선생님께서는 결혼을 하셨습니까? ( )
① 미혼 ② 기혼 ③ 기혼 독거

2. 선생님께서는 어디까지 학교를 마치셨습니까? ( )
① 무학 ② 중졸이하 ③ 고졸 ④ 대졸 ⑤ 대학원이상

3. 의료(건강)보험이나 의료보호 중에서 어떤 것을 가지고 계십니까?( )
① 보험 ② 보호 ③ 없음

4. 응답하신 분의 직업은 무엇이십니까? ( )
① 전문직(교수, 의사, 법관) ② 사무직(교사, 일반회사원)
③ 생산직근로자 ④ 자영업(의원, 약국제외)
⑤ 판매/서비스직(파출부,외판원) ⑥ 농어업
⑦ 무직 ⑧ 주부 ⑨ 학생 ⑩ 기타:

5. 같은 집에 사는 가족은 모두 몇 분이나 됩니까? (_____명)

6. 귀댁의 한달 평균수입을 모두 합하면 어느 정도인지 보기 중에 골라 주십시오.( )
① 50만원 미만 ② 50-100만원 미만 ③100-200만원 미만
④ 200-300만원 미만 ⑤ 300-400만원 미만 ⑥ 400만원 이상

▫ 著者 略歷 ▫

• 金 宰 瑢

서울大學校 醫科大學 醫學 碩士
서울大學校 醫科大學 醫學 博士課程 修了
現 韓國保健社會硏究院 責任硏究員

〈主要 著書〉

『健康增進事業의 效率性 提高를 위한 公衆保健醫師 活用方案 開發』, 韓國保健社會硏究院, 2001. (共著)
『醫藥分業 前後의 醫藥品 汚濫用 實態分析』, 韓國保健社會硏究院, 2001. (共著)

• 張 善 美

서울大學校 保健大學院 保健學 博士
現 韓國保健社會硏究院 責任硏究員

• 李 東 模

서울大學校 醫科大學 醫學 博士
現 明知大 敎養學部 敎授

• 申 榮 全

서울大學校 保健大學院 保健學 博士
現 漢陽大學校 醫科大學 敎授

• 韓 恩 娥

서울大學校 保健大學院 保健學 碩士
現 韓國保健社會硏究院 硏究員

• 李 侖 亭

서울大學校 保健大學院 保健學 博士課程 修了
現 韓國保健社會硏究院 主任硏究員

研究報告書 2001-29

公共保健醫療體系 改編方案 研究

Strategic Plans for Reforming Public HealthCare System

2001年 12月 日 印刷 값: 5,000원
2001年 12月 日 發行

著 者 金 宰 瑢 外

發行人 鄭 敬 培
發行處 韓國保健社會研究院
서울特別市 恩平區 佛光洞 山42-14
代表電話 : 02) 380-8000
登 錄 1994年 7月 1日 (第8-142號)
印 刷 대명기획

ⓒ 韓國保健社會研究院 2001

ISBN 89-8187-263-5 93510