

연구보고서 2005-01

공공의료의 역할재정립 및 운영혁신방안

- 성과와 재정적 동기의 관계에 기반 해서 -

유근춘 류시원

오영호 최정수

김은정 장혜정

한국보건사회연구원

머 리 말

참여정부는 우리나라 보건의료체계에서 사립의료기관이 의료공급을 주도하는 데서 오는 문제점을 지적하면서 공공의료를 강화해야 함을 강조하였다. 그 일환으로 공공보건의료 공급기관과 그 기능을 중심으로 공공보건의료 확충계획을 발표하고 추진 중이다.

그러나 공공보건의료를 강화하기 위해 공공보건의료 공급기관과 그 기능을 중심으로 확충하는 것이 우리나라 상황에서 과연 충분하고 실효성 있는 정책인가에 대해 여러 가지 차원에서 의문이 제기되고 있다.

이는 공공보건의료를 강화한다고 할 때 무엇을 강화해야 하는지에 대한 설득력 있는 의견이 제시되어 있지 않다는 것과 건강보험이 시행되면서 동시에 의료의 공급측면에서는 사립의료기관이 압도적 비중을 차지하는 우리나라의 현실을 너무 가볍게 변경할 수 있다고 생각한데 그 원인이 있다고 생각된다.

전자에 관해서는 공공보건의료의 정의가 설득력 있게 내려지면 저절로 그 내용에 따라 역할이 정해지고 공공보건의료 강화방안이 자연스럽게 도출될 수 있다고 생각된다. 후자에 관해서는 공공보건의료 정의에서 도출된 공공보건의료의 내용을 우리나라 현실의 조건들을 대폭 수정하지 않고 최대한 인정하면서도 실현시킬 수 있는 방안이 있겠는가에 관한 물음에 대해 가능한 답을 찾으면 그 대응방안이 될 수 있다고 생각된다.

따라서 본 연구는 먼저 공공보건의료에 대한 정의를 설득력 있게 제시하기 위하여 어떤 때 ‘공공’이라는 정의를 보건의료 앞에 둘 수 있는지를 보건의료의 두 가지 근본적 측면을 고려하여 밝힌다. 하나는 보건의료가 경제적 재화로써 시장과 정부 중 어떤 한 가지 조정기전에 의해 생산되어야 한다는 측면이고, 다른 하나는 현대에 와서 보건의료가 건강권이라는 권리의 대상이 되고 있다는 측면이다.

이러한 두 가지 차원에서 정의된 공공보건의료는 건강권을 확보하기 위해 공공

재원에 의해 소비가 보조되는 경우와 건강권확보의 이유 혹은 경제적 조정기전의 이유로 공공자원에 의해 직접 생산·공급 되는 경우의 두 가지로 나누어진다.

우리나라의 경우 전자는 건강보험과 의료급여의 경우로 본 연구에서는 우리나라의 사립의료기관 주도의 현실을 인정한 상태에서 어떤 정책기조를 통하여 민간의 협동을 이끌어 내어 건강권 확보에 기여할 수 있는가에 초점을 맞추어 연구를 하였다. 두 번째의 공공자원에 의해 직접 의료가 생산되는 경우에는 그 조직 운영상에 어떤 혁신을 통해 건강권 확보와 조정기전상의 효율을 거둘 수 있는가가 주 연구의 대상이 되었다.

이 연구에는 본 연구원의 유근춘 박사의 책임 하에 류시원, 오영호, 최정수, 김은정 박사가 공동으로 참여하였다. 외부연구진으로는 경희대 장혜정 교수가 참가하였다. 연구진들은 본 보고서를 읽고 세심하게 검토해 주신 한양대 한동운 교수, 한림대 임재영 교수 그리고 본원의 이상영 부연구위원과 송현중 책임 연구원께도 감사를 표한다.

2005년 12월

한국보건사회연구원

원 장 김 용 문

목 차

요 약	13
I. 서론	36
1. 연구의 필요성과 목적	36
가. 연구의 필요성	36
나. 연구의 목적	36
2. 연구의 구성과 내용	37
가. 연구영역과 동기설명의 한정	38
나. 연구 구성과 내용	39
II. 이론적 배경과 고찰	41
1. 공공의료와 공공의료기관의 개념 및 기능	41
가. 공공의료의 개념 및 기능	41
나. 공공의료기관의 개념 및 기능	47
다. 공공의료와 공공의료기관의 관계	52
2. 공공보건의료의 역할 재정립 및 운영혁신방안과 재정적 조건	54
가. 공공보건의료의 역할 재정립 및 운영혁신방안을 다룸에 있어 재정적 조건 혹은 동기가 중요한 이유	54
나. 화폐경제에 있어서의 재정조건과 재정동기	55
다. 두 재정적 동기와 공공보건의료 역할의 재정립 및 운영혁신과의 관계	59

3. 공공보건의료의 역할 재정립 및 운영혁신방안과 관련된 연구의 영역	74
가. 연구영역을 나누는 관점	74
나. 본 연구에서의 연구영역 한정	76
4. 법인의료기관의 소유권 여부에 따른 효과 분석	79
가. 의료기관 소유권 전환 현황	80
나. 소유권 유형별 성과 비교	84
다. 소유권 전환 전후의 비교	95
라. 다른 의료시설에서의 소유권 유형에 따른 비교	98
마. 요약 및 시사점	99
바. 일본의 공공의료기관 개혁 동향	100
Ⅲ. 공공의료기관의 실태분석	105
1. 공공의료기관 경영실태 분석 및 경영성과	105
가. 개황	105
나. 진료실적	106
다. 경영성과	111
라. 재무구조	124
마. 병원 설립형태 및 규모별 경영성과 종합 비교분석	130
2. 공공의료기관 운영실태 분석	134
가. 공공병원의 효율성 및 성과 분석	134
나. 공공의료 인력공급 및 활용실태	135
다. 공공병원 근무의사의 실태	137
Ⅳ. 공공의료의 정책대안 분석	140
1. 사립의료기관의 자발적 협동에 의한 건강보험에서의 공공의료목표 달성 방안	140
2. 공공의료기관의 운영혁신방안	150

V. 결론 및 정책적 제언	156
1. 결론 및 정책적 제언	156
2. 연구의 제한점과 개선방향	160
참고문헌	161

표 목 차

〈표 I-1〉 공공성 여부와 의료시설의 국공립 여부의 관점에 따른 분석영역	37
〈표 II-1〉 의료기관 현황: 요양종별*설립구분(2005. 6월말 현재)	48
〈표 II-2〉 기본의료서비스와 보장성	53
〈표 II-3〉 공공성 여부와 의료시설의 국공립 여부의 관점에 따른 분석영역 75	
〈표 II-4〉 미국 캘리포니아 주 급성기 진료 병원의 소유권 유형별 구성비 (1990년과 1998년 비교)	83
〈표 II-5〉 미국 캘리포니아주 연도별 급성기 병원의 소유권 유형 전환 현황	84
〈표 II-6〉 1990년 미국 캘리포니아 주 병원시장 현황	94
〈표 II-7〉 소유권 유형별 메디케이드와 비보험 환자의 구성비	94
〈표 III-1〉 지역별 및 병원규모별 병원분포	105
〈표 III-2〉 설립형태별 환자진료실적	107
〈표 III-2〉 설립형태별 경영분석실적	135
〈표 III-3〉 공공병원 직원들의 재직연수별 分布	138
〈표 III-4〉 공공병원 직원들의 연령별 분포	139
〈표 III-5〉 의사인력 채용상의 문제점	139
〈표 IV-1〉 2인 죄수의 딜레마의 전형적인 청산표 예시	142
〈표 IV-2〉 죄수의 딜레마게임을 적용한 공공의료의 청산행렬	147

그림 목차

[그림 II- 1] 기본의료서비스와 의료기관	53
[그림 II- 2] 조직의 두 가지 재정적 조건의 가능성	57
[그림 II- 3] 의료서비스의 측면에서 본 공공성	60
[그림 II- 4] 국가보건의료체계의 구성	62
[그림 II- 5] 시장에서 효율성을 위해 제외되는 소비자의 문제	69
[그림 II- 6] 정부의 임무가 행해지는 유인환경 스펙트럼	73
[그림 III- 1] 규모별 병원현황	106
[그림 III- 2] 지역별 병원현황	106
[그림 III- 3] 규모별 병상회전율	107
[그림 III- 4] 지역별 병상회전율	108
[그림 III- 5] 규모별 응급 환자율	108
[그림 III- 6] 규모별 평균재원일수	109
[그림 III- 7] 지역별 외래환자입원율	109
[그림 III- 8] 지역별 입원대 외래환자비율	110
[그림 III- 9] 성장성 지표	111
[그림 III-10] 지역별 총자본증가율	112
[그림 III-11] 규모별 총자본증가율	112
[그림 III-12] 지역별 자기자본증가율	113
[그림 III-13] 지역별 순이익증가율	113
[그림 III-14] 규모별 순이익증가율	113
[그림 III-15] 규모별 직원수 증가율	114
[그림 III-16] 규모별 직원 1인당 부가가치	115
[그림 III-17] 규모별 직원 1인당 의료수익	115
[그림 III-18] 규모별 의료수익 부가가치율	116

[그림 III-19]	규모별 총자본 투자효율	116
[그림 III-20]	규모별 의료기기회전율	117
[그림 III-21]	규모별 인건비투자효율	117
[그림 III-22]	규모별 총자본회전율	118
[그림 III-23]	규모별 자기자본회전율	118
[그림 III-24]	규모별 재고자산회전기간	119
[그림 III-25]	규모별 미수금회전기간	119
[그림 III-26]	규모별 총자본 순이익률	120
[그림 III-27]	규모별 자기자본 순이익률	120
[그림 III-28]	규모별 의료수익 순이익률	121
[그림 III-29]	백병상당 연간의료수익	122
[그림 III-30]	규모별 인건비비율	122
[그림 III-31]	규모별 재료비비율	123
[그림 III-32]	규모별 관리비비율	123
[그림 III-33]	규모별 유동비율	125
[그림 III-34]	규모별 당좌비율	125
[그림 III-35]	규모별 자금유동비율	126
[그림 III-36]	의료수익 대 순 운전자본비율	126
[그림 III-37]	규모별 자본집약도	127
[그림 III-38]	규모별 고정비율	128
[그림 III-39]	규모별 부채비율	128
[그림 III-40]	규모별 고정장기적합률	129
[그림 III-41]	규모별 자기자본구성비율	129
[그림 III-42]	경영종합평가도(전체 공공병원)	131
[그림 III-43]	경영종합평가도(3차 공공의료기관)	131
[그림 III-44]	경영종합평가도(500병상이상 공공병원)	132
[그림 III-45]	경영종합평가도(300~499병상 공공병원)	132
[그림 III-46]	경영종합평가도(200~299병상 공공병원)	133
[그림 III-47]	경영종합평가도(200병상 미만 공공병원)	133

Abstract

Reevaluation of roles and management reform plan for public healthcare- based on relationship between the outcome and financial incentive-

This study deals with the definition and contents of the public health care. From this the role of public health is introduced. By this the relation between the outcome and financial incentive is used as the analysis tool.

The definition of public healthcare is based on the two fundamental aspects of health care. The one is that health care is economic goods and their production is coordinated either by market or by government. The other is that health care today is considered as a part of human right.

The first aspect of public health care definition is that the government or public organization directly produce the health care in order to secure the right for health or to repair the market failure. The second aspect of public health is that the consumption of health care is subsidized by national health insurance or tax in order to secure the right for health.

To secure the right for health better the public health policy in the national health insurance must promote the voluntary cooperation of the private health providers. Through the Prisoners' Dilemma Game the policy strategies for the cooperation promotion are investigated. To secure the right for health and to improve the efficiency management reform plans for the direct provision of public health are invented.

Keywords: Public healthcare, voluntary cooperation, Innovation, Public hospital

요 약

1. 공공의료와 공공의료기관의 개념 및 기능 그리고 재정조건

가. 공공의료의 개념 및 기능

1) 공공의료의 개념

가) 건강권 보장을 위한 사회기반

- 공공의료에 대한 논의 가운데 상당수는 공공성의 규명으로부터 시작되고 있음.
 - 의료에 있어서 공공성의 두 가지. 하나는 국민의 국가에 대한 건강권 보장 요구로, 다른 하나는 국가가 보장하고자 하는 의료의 제한적 범위설정으로 표출됨.
 - 이처럼 공공성을 토대로 한 공공의료는 국민이면 누구나 제약 없이 보장 받을 수 있는 의료로서 구체적인 보장범위와 보장기반의 마련까지도 포함하는 개념으로 이해되고 있음.
- 우리나라는 국민의 건강할 권리, 보건에 관하여 국가의 보호를 받을 권리, 그리고 성별 연령 종교 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 이러한 권리가 침해받지 않을 것 등을 법률로서 명시하고 있음(대한민국 헌법; 보건의료기본법).

나) 국가의료체계 내 정부 개입영역- 공공부문

- 공공성을 앞세운 공공의료에 비해 다소 협의적이긴 하나, 공공医료를 국가 의료체계 내에서 규명하려는 시도는 공공医료를 보다 실천적으로 접근하고자 하는 과정에서 주로 비롯되고 있음.

- 우리나라와 같이 의료서비스자원의 공급과 서비스전달에 있어서 민간부문에 대한 의존도가 높은 민간의료서비스형 제도 국가의 경우, 정부는 민간부문에 대한 보완과 조정을 통해 의료에 관여하는 게 일반적임.

다) 국공립의료기관의 활동

- 한편, 협의로서 우리나라는 법률을 통해 공공보건의료를 ‘국가 지방자치단체 또는 기타 대통령령이 정하는 공공단체가 설립 운영하는 보건의료기관이 국민의 건강을 보호 증진하기 위하여 행하는 모든 활동’으로 정의하고 있음(공공의료에관한법률).

라) 본 연구에서의 공공의료

- 건강권을 보장하기 위한 일환으로 국민건강보험 등 공적재원으로 급여되는 의료서비스에 대하여, 모든 국민이 개인의 자율적 선택이 아닌 사회경제적 제약으로 인해 이용 상 제한을 받지 않도록 하기 위한 사회기반임.
 - 본 연구에서는 건강권을 확보하기 위하여 공공재원에 의해 소비가 보조되는 국민건강보험의 경우를 공공보건의료의 한 가지 주요한 영역으로 다룸.

2) 공공의료의 기능

- 가) 건강권과 연계된 기본의료의 범위를 설정하고, 사회경제적 취약계층에 대한 보장 기반을 마련함.
- 나) 의료서비스자원의 적정량 확보를 위한 민간공급 보완, 공급된 자원의 적절한 활용과 동시에 적정 서비스의 제공을 유도하는 각종 지침이나 제도 개발, 사회보험 등으로 조달된 의료비의 적절 분배와 기타 공적 자금의 조달을 통한 취약계층 지원책 마련 등을 수행

다) 국공립의료기관이 우선적으로 제공해야 할 사업을 수행

- 상기한 공중보건에 관한 기능은 공공부문이 그 책임을 지어야 하는 분야지만 반드시 그 책임을 직접생산의 형태로 질 필연성은 없음.
- 그러나 이러한 공중보건의 기능으로서의 공공의료는 국공립의료기관에 의해 수행되는 것이 바람직한 경우가 많음. 따라서 이를 국공립의료기관의 활동으로 정의하고 기능 또한 법률로서 구체적으로 규정하는 부분이 있음.

라) 본 연구에서의 공공의료 기능

- 건강권을 확보하기 위해 국민건강보험 등 공적재원으로 급여되는 의료서비스의 전 국민 보장에 필요한 기반을 구축함.
- 본 연구에서는 건강권의 확보를 위해 공공재원에 의해 소비가 보조되는 국민건강보험의 경우를 대표적인 경우로 다루고자 함. 구체적으로 사립의료기관이 압도적인 현실을 인정하고, 어떤 정책이나 운영의 방법을 통해 보건의료의 공공성 확보를 개선시킬 수 있는가를 죄수의 딜레마의 연구결과를 통해 제시하고자 함.
- 다음으로 건강권의 확보의 이유 또는 시장실패 등 경제적 조정기전의 이유로 공공자원에 의해 직접의료가 생산되는 경우가 있음 이 경우에는 조직운영상의 어떤 혁신을 통해 건강권 확보와 조정기전상의 효율을 거둘 수 있는가가 주 연구의 대상이 됨.

나. 공공의료기관의 개념 및 기능

1) 공공의료기관의 개념

- 의료기관은 의료와 관련된 전문인력, 물자, 기술 등과 함께 국가의료체계의 주요 구성요소인 의료서비스자원에 해당하며, 구체적인 의료행위가 이루어지는 장소로서 다양한 형태가 있음.

- 우리나라에서 의료기관은 의료법, 국민건강보험법, 약사법, 지역보건법, 농어촌 등 보건의료에 관한 특별조치법에 근거하여 설립되고 있음.
- 이러한 의료기관들은 기능, 설립주체, 영리추구여부 등에 따라 다양하게 분류되고 있는 가운데, 공공부문 설립일지라도 ‘수익성’의 강조로 영리가 추구되는 측면이 있고 민간부문 설립의 경우에도 일부 법인병원은 순수 비영리로 운영되고 있음.
- 한편, 공공의료기관은 우리나라의 경우 ‘국가 지방자치단체 또는 기타 대통령령이 정하는 공공단체가 설립 운영하는 보건의료기관’으로 규정하고 있는 가운데(공공의료에관한법률 제2조 제2항), 우리나라의 병원급 이상 공공의료기관의 비중은 기관수 기준 8.6%, 병상수 기준 15.9%에 달하고 있음(2005. 6. 현재, 치과 및 한방 제외).
- 의료기관의 구분기준과 법률적 정의를 토대로 볼 때, 공공의료기관은 정부가 설립하고 영리를 추구하지 않는 특성을 지닌 것으로 이해되는 게 일반적이며, 이에 따라 본 연구에서의 공공의료기관도 설립주체를 기준으로 정의되었음.

2) 공공의료기관의 기능

가) 기관유형을 고려하지 않는 경우의 공공의료기관의 기능

- 기관유형을 고려하지 않은 상태에서의 공공의료기관 기능으로는 취약계층 진료, 건강증진이나 예방의료, 지역사회의료, 응급의료 등과 같이 민간의료기관이 소홀하기 쉬운 의료분야가 강조되기도 하고, 공공의료전달체계의 중추, 표준진료의 제공, 국가의료정책의 수행 선도 등 국가의료정책의 지원에 초점이 맞추어 지기도 하며, 보건의료의 영역을 크게 환자 진료, 보건위생, 생활환경관리, 식생활관리 등으로 나누고 그 가운데 환자 진료를 제외한 부분을 공공의료기관의 독점적 영역으로 보는 견해도 있음

- 그밖에도 공공보건의료에관한법률에서는 공공의료기관의 기능을 규정하고 있음.

나) 기관유형을 고려하는 경우의 공공의료기관의 기능

- 한편 기관유형에 맞추어 기능을 설정하는 경우에는 다음과 같은 유형에 대해 내용이 제안되고 있음.
 - 보건기관(보건소, 보건지소, 보건진료소), 지방공사의료원, 시도립병원, 특수병원(국립암센터, 국립결핵병원, 국립정신병원, 국립재활원, 국립나병원 등), 국립대학병원, 국립의료원

다) 본 연구에서의 공공의료기관의 기능

- 공공보건의료기관이 우선적으로 제공해야 할 사업으로서 의료보호환자 등 취약계층에 대한 보건의료, 노인·장애인·정신질환자 등 타 분야와의 연계가 필수적인 보건의료, 전염병 예방 및 진료, 아동 및 모성에 대한 보건의료, 응급환자의 진료, 민간보건의료기관이 담당하기 어려운 예방보건의료를 수행함.

다. 공공의료와 공공의료기관의 관계

- 우리나라는 의료제도적으로 처한 상황에 따라, 건강권 보장을 위한 공공의료를 담보하기 위하여 공공의료기관을 필요로 하지만 전적으로 공공의료기관에 의존하기 어려운 상태임.
- 요약하면, 공공의료가 크게 건강권보장을 위한 기본의료 보장과 의료제도 전반의 효율성 제고를 목표로 하고 있는 가운데, 공공의료기관은 민간의 참여 상태에 따라 분담정도와 활동을 결정함.

라. 공공보건의료의 역할 재정립 및 운영혁신방안을 다룸에 있어 재정적 조건 혹은 동기가 중요한 이유

1) 일반적인 재정적 조건 혹은 동기의 중요성

- 현대사회에서 기능의 수행은 거의 모든 경우에 있어 조직을 필요로 함.
 - 따라서 어떠한 기능의 수행이 잘 이루어지고, 유지·발전될 수 있는가는 조직이 유지·발전될 수 있는 조건과 밀접한 관련이 있음.
- 조직이 유지·발전될 수 있는 조건에도 여러 가지 차원과 항목들이 있을 수 있음.
 - 이 중에 조직의 재정적 조건은 현대 화폐경제에 있어 특별한 위치를 차지한다고 볼 수 있음.
 - 그 이유는 기능을 수행하기 위한 다른 모든 조직의 부분들이 존재하고 있다고 해도 이들을 동원하고 작동시키기 위해서는 화폐가 필요하기 때문임.

2) 공공보건의료의 경우

- 공공보건의료의 기능과 역할이 있다면 이 또한 그 수행을 위해 조직을 필요로 할 것임. 따라서 공공보건의료의 기능과 역할은 조직의 재정적 조건 혹은 동기에 의해 근본적인 영향을 받을 것임.

마. 화폐경제에 있어서의 재정조건과 재정동기

- 다양한 외부의 형태에도 불구하고 화폐경제의 근본적인 재정조건에는 수익성조건과 예산조건이 두 가지가 존재함.
- 두 가지 재정적 조건이 기능이나 사업 수행에 대해 갖는 의미를 의료보장이 라는 기능의 경우에 한정해서 보면 이는 예산적인 재정 메커니즘을 갖는 조직을 통해 그 기능이 수행되는 예라고 볼 수 있음.

- 자본주의기업의 경우는 수익성조건을 통해 그 기능이 수행되는 예라고 볼 수 있음. 민간의료기관의 경우가 그 가능한 예임.

바. 경제적인 측면에서 본 공공보건의료의 기능 및 역할

- 보건의료서비스는 경제적 재화임. 따라서 관련 경제행위를 조정하는 조정기전이 필수적으로 필요함.
- 경제적 성과와 조정기전: 기본적 출발점인 시장메커니즘의 우월성
 - 경제적 측면에서 본 기본적 성과는 풍부한 생산력임 이는 그 구성, 양, 질의 측면에 있어 충분한 양질의 재화나 서비스가 필요한 구성에 맞추어 생산되어 소비될 수 있음을 의미함.
 - 이를 결정하는 것은 경제의 조정기전으로서 경제행위를 누가 결정할 것인가와 관련이 있음.
 - 이에는 두 가지 기본적인 구분이 있음. 하나는 그 결정을 개인에게 맡기는 경우이고, 다른 하나는 중앙기구가 결정을 내리는 경우임. 전자를 대표하는 것이 시장시스템이고, 후자를 대표하는 것이 정부임.
 - 이러한 경제적인 측면의 성과를 달성하기 위한 경제시스템으로는, 가격조정기구가 자원의 희소성을 충분히 반영할 수 있는 조건(경쟁조건)을 만족하는 경우, 시장시스템이 현재까지 알려진 경제시스템 중에는 가장 우수한 것으로 되어있음.
 - 시장시스템을 움직이는 중요한 동기는 수익성을 추구하는 이윤동기임.
- 시장메커니즘을 적용하지 않는 경우
 - 보건의료서비스에 대해서도 상기한 결과는 똑 같이 적용됨. 그렇다면 시장을 통하지 않는 공공보건의료서비스의 생산과 소비는 상기한 경제적 측면의 현실성을 고려할 때 그에 대응할 수 있는 충분한 이유를 가져야 한다고 볼 수 있음.

<경제적 측면의 내부에서의 이유>

- 첫째로 수익성 조직을 통해 어떤 기능을 달성할 수 없는 경우임. 대표적인 경우는 시장실패의 경우에 해당하는 경우로 어떤 기능이 그래도 필요하다면 예산조직을 통해 그 기능이 이루어 져야 함.
- 둘째로 수익성 조직을 통해 기능이 달성할 수 있는 경우에도 기능의 특성에서 보아 바람직하지 않다고 사회가 인정하는 경우이다. 대표적인 경우는 가치재(merit goods)가 해당됨.
- 이러한 두 가지 예에 주로 속하는 보건의료는 인구나 지역을 대상으로 하는 공중보건임.

<경제와 독립된 다른 가치적인 이유: 건강권>

- 그러나 공공보건의료서비스의 필요를 경제적 측면과 독립적으로 근거지우는 것은 경제적 가치와는 독립적인 다른 가치임. 그러한 가치로 인간의 권리와 관련하여 새롭게 주장되는 건강권이라는 가치가 있음.
- 이러한 가치를 인정하게 되면 그 것이 인정되는 범위 내에서는 경제적인 가치를 실현하기 위한 과정이 건강권과 위배되는 경우엔 경제적 논리를 정지시키고 건강권의 가치를 우선시킬 수 있음.
- 경제적인 취약계층이 시장의 효율적인 관점에 의해 제외되는 것을 건강권의 측면에서 어느 정도 허용할 수 있는 가가 시장의 작동의 범위를 결정하게 됨.

<건강권의 취약층보호를 넘는 확대와 사회보장>

- 이러한 취지에 의하여 기본적인 경제적 취약층 이외에도 어느 정도 건강권이 적용될 것인가는 상기한 의료서비스의 논의에서 보듯이 한 사회에서 집단적으로 충족시켜야 된다고 가치판단을 한 기본의료서비스의 범위가 어디까지인가에 의해 결정됨.

- 이러한 집단적인 기본필수의료서비스의 보장을 위해서는 재정적으로 공적으로 조달된 재원이 사용됨. 이를 위해서는 사회보장메커니즘(사회보험, 공적부조)이 사용되고, 사회보장메커니즘은 예산조직으로 운영이 됨.

사. 연구영역을 나누는 관점과 연구영역 한정

- 공공보건의료의 역할 재정립 및 운영혁신방안이라는 주제를 다룸에 있어 본 연구는 공공성을 가진 보건의료서비스를 확보하는 측면에 국한하려고 함.
- 이러한 기본의료서비스의 확보는 국공립의료기관과 사립의료기관의 두 가지에 의해 이루어짐.
- 본 연구에서는 다시 현재의 의료기관이 구성이나 양을 변화시키지 않고 그대로 인정한 상태에서도 소프트웨어적인 정책이나 운영방안을 사용하여 공공적인 기본의료의 충족을 개선시킬 수 있는 데서 공공보건의료의 역할 재정립 및 운영혁신의 단서를 찾고자 함.
- 우리나라에서 공공적인 보건의료서비스의 대부분이 건강보험과 의료급여에 의해 충족이 되고 있으며, 이에 해당하는 보건의료서비스를 생산하는 것이 압도적으로 사립의료기관이라는 것과 이러한 현실은 재정의 측면이나 관련 당사자들의 수용성의 측면에서 쉽게 바꿀 수 없다는 현실을 인정하면 공공보건의료의 역할 재정립 및 운영혁신방안의 단서를 소프트웨어적인 정책이나 운영방안을 사용하여 공공적인 기본의료의 충족을 개선시키는 데서 찾는 것은 중요한 관점이라 생각됨.
- 이상에서 본 연구 영역은 기본적으로 공공성을 갖는 기본의료서비스의 충족에 관련된 것으로서 이 기본의료서비스가 어떤 공급자에 의해 충족되는가에 따라 다음의 두 가지 영역으로 나뉨.
 - 첫 번째 영역은 사립의료기관에 의해 건강보험과 의료급여에 해당하는 기본의료서비스가 충족되는 경우임. 이 경우 건강권은 수요를 보조하는 건강보험과 의료급여의 재정충당 방식에 의해 보장이 됨.

- 공공보건의료 담당자들의 관점에서 보아 수익성을 추구하는 사립의료기관의 인센티브를 충족시켜주어 의료서비스의 질과 양을 일정수준이상으로 유지하면서도 사립의료기관들이 예산제약적으로 운영되는 건강보험과 의료급여의 예산제약을 적정수준에서 유지되도록 협조하게 만들 수 있는가가 기본문제임.
- 두 번째의 연구 영역은 건강보험과 의료급여에 해당하는 공공적인 기본의료서비스를 예산조직이 중심이 되는 국공립의료기관을 통해 충족시키는 경우임.
 - 이 경우 운영혁신의 방안은 예산조직 안에서 위의 연계를 강화하는 방안과 예산조직에 시장화요소를 도입하는 방안의 두 가지가 있다고 생각됨.

2. 공공의료의 실태 분석

가. 경영실적 및 경영성과

- 2002년도 공공과 민간 병원들의 경영실적을 비교분석하고, 각 병원의 환자 진료실적과 성장성, 수익성 및 활동성 등의 경영성과와 안전성 및 유동성 등의 재무 구조적 측면에서 분석하였음.
- 분석에 포함된 병원은 2003년 병원신입평가기관인 239개로 구성되어 있으며 이를 설립형태별로 공공병원(55)과 민간병원(184)으로 구분하고 다시 병원 규모별로 3차 의료기관(종합전문요양기관), 500병상 이상, 300~499병상, 200~299병상, 200병상 미만으로 구분했으며, 또한 지역별로는 특별시, 광역시, 중소도시, 기타지역으로 구분하였음.

나. 진료실적

- 분석에 사용된 전체병원의 병상이용률은 80.7%로 나타났으며, 민간병원이 공공병원보다 병상이용률이 높은 것으로 나타났음
- 병상회전율을 보면 민간병원이 27.8회로 공공병원 19.2회보다 높으며 3차 의료기관(공공병원 32.1회, 민간 31.2회)을 제외한 모든 규모의 병원에서 민간병원의 실적이 높게 나타났음.
- 응급환자율을 보면 민간병원이 공공병원보다 높은 것으로 나타났음.
- 평균재원일수는 민간병원에 비해 공공병원이 7.1일 정도 더 길고 특히 500병상 이상과 300병상 이상의 병원에서는 공공병원이 민간병원보다 평균재원일수가 길게 나타났음.
- 환자진료 실적측면에서 공공병원과 민간병원을 비교하여 보면 공공병원과 민간병원 간 차이가 다소 있는 것으로 나타났으며, 민간병원이 공공병원보다 다소 성과가 좋은 것으로 나타났으며, 특히 공공병원의 경우 민간병원에 비해 낮은 병상이용률과 높은 평균재원일수는 공공병원의 수익성악화의 원인으로 작용하고 있다고 사료됨.

다. 경영성과

1) 성장성 지표(Growth Indicators)

- 성장성 지표는 병원의 경영규모 및 병원운용의 결과가 당해년도는 전년에 비하여 얼마나 증감하였는가를 나타내는 지표로서 병원의 경쟁력이나 미래의 이익창출능력을 간접적으로 나타내는 지표이며, 성장성 지표들 중 자본증가율, 순이익증가율, 직원수증가율에서 민간병원과 공공병원 간 차이가 크게 나타났음. 특히 자본증가율과 직원수증가율은 공공병원이 민간병원보다 각각 4.5배와 13.3배 더 높았으며, 순이익증가율은 민간병원이 공공병원보다 3.3배 더 높은 것으로 나타났음.

2) 생산성 지표(Productivity Indicators)

- 직원 1인당 부가가치는 민간병원이 공공병원보다 좋은 실적이며, 전반적으로 병원의 규모가 클수록 직원 한 명이 차지하는 부가가치는 높은 것으로 나타나고 있음.
- 직원 1인당 의료수익을 살펴보면 3차 공공병원이 468백만 원의 가장 높은 나타났으며, 다음으로는 500병상 이상 공공병원이 198백만 원의 의료수익을 내는 것으로 나타나 3차병원과 500병상 이상의 규모에서는 공공병원이 민간병원보다 직원 1인당 의료수익이 높게 나타났음.
- 의료기기회전율은 공공병원과 민간병원에서 뚜렷한 차이를 보여주는데 민간병원은 23.0회로 공공병원 10.7회보다 두 배 이상의 회전율을 보이고 있음. 인건비투자효율은 3차병원을 제외한 모두 병상규모에서 민간병원이 공공병원보다 높은 것으로 나타났음.

3) 활동성 지표(Activity Indicators)

- 활동성 측면은 총자본 회전율, 자기자본 회전율, 재고자산 회전기간 및 미수금 회전기간으로 분석하였으며, 총자본 회전율은 민간병원과 공공병원이 각각 1.2회와 0.8회로 나타나 민간병원이 공공병원보다 총자본이 효율적으로 활용되었다는 것을 의미함. 자기자본회전율의 경우도 전체병원에서 보면 민간병원이 공공병원 보다 높았지만, 규모별로 살펴보면 3차병원과 200병상이 하의 규모에서는 공공병원이 민간병원보다 높아 공공병원이 민간병원보다 좋은 실적을 보여주고 있음.

4) 수익성 지표(Profitability Indicators)

- 총자본 순이익률은 총자본에 대한 순이익의 비율로 공공병원은 -3.0%로 민간병원 0.0%보다 더욱 저조하며, 공공병원은 규모에 관계없이 모두 총자본

순이익률이 음(-)으로 나타났으며, 규모에 따라 이러한 총자본 순이익률이 큰 차이가 있는 것으로 나타났음.

- 공공병원의 생산성 지표는 의료수익이나 부가가치 측면에서는 성과가 양호하나 총자본의 운영 측면에서는 민간병원에 비해 다소 비효율적이며 규모가 작을수록 총자본의 효율성은 떨어지는 것으로 나타났음.
- 활동성 측면에서의 경영성과는 민간병원은 공공병원보다 투입자본이 활발히 운영되었음을 알 수 있었음.

라. 재무구조

1) 유동성 지표(Liquidity Indicators)

- 규모별 유동비율을 보면, 공공병원은 179.2%로 민간병원 114.2%에 비해 유동비율이 매우 양호하다고 볼 수 있음.
- 공공병원은 유동비율이나 당좌비율 모두 민간병원보다 좋은 실적을 보여주고 있음.
- 자금유동비율은 전체 평균이 54%로 매우 저조하고 이는 공공병원보다는 민간병원이 85.5%로 매우 낮은 값을 가짐.

2) 안전성 지표(Stability Indicators)

- 안전성 지표는 경영주체로서 병원자본의 건실성, 지불능력, 부채상환능력, 자본운용의 적절성 여부를 판단하기 위한 지표이며, 고정비율을 보면 병원의 경우 150%를 넘으면 위험한 수준으로 보고 있는데 민간병원의 경우 253.9%를 차지하고 있어 매우 높은 상태이며, 200병상 미만의 병원을 제외하고 모든 병원에서 상당히 높은 고정비율을 차지하고 있음.
- 병원의 재무구조는 유동성과 안전성의 두 지표로 측정했는데, 종합적으로 보면 재무구조는 공공병원이 민간병원에 비해 상대적으로 우수하게 나타났음.

마. 병원 설립형태 및 규모별 경영성과 종합도

- 분석에 사용된 모든 공공병원과 모든 민간병원의 경영성과 평가도를 보면 공공병원은 수익성에서 민간병원에 가장 뒤져있고 그 다음으로 활동성지표에서의 실적이 뒤져 있는 것으로 분석되었음. 그러나 유동성과 안전성지표, 즉, 재무구조적 측면에서는 민간병원보다 우수하여 공공병원의 재무구조는 민간병원보다 양호한 것으로 나타났음.
- 병원 규모별로 살펴보면, 먼저 3차 공공의료기관은 일부 지표에서 3차 민간의료기관보다 실적이 저조하나 대체적으로 큰 차이는 나타나지 않았음.

3. 결론 및 정책제언

가. 사립의료기관의 자발적 협동에 의한 건강보험에서의 공공의료 목표달성 방안

- 본 연구는 죄수의 딜레마의 상황이 재정적인 이익과 관련된 공공보건의료정책 담당자와 사립의료기관 사이의 협동과 관련된 문제의 기본패턴을 제시하고 있다는 전제에 입각함.
 - 그리고 만일 이러한 전제가 옳다면 기존의 죄수의 딜레마의 경우에 개발된 협동의 생성을 다룬 연구의 결과를 본 연구가 다루는 사립의료기관을 통한 공공적인 기본의료서비스의 충족이라는 영역에 적용시킬 수 있게 되는 것임.
- 본 연구의 경우 재정적인 이익과 관련된 측면을 보는 이유는 이것이 경기자들의 행위에 영향을 미치는 가장 중요한 이유라 생각했기 때문임.
- 공공보건의료정책담당자의 입장에서 보아 공공적인 보건의료서비스의 충족을 사립의료기관의 협동을 통해 그 질과 양 그리고 구성에 있어 적절하게

공급하면서도 예산상의 제약을 잘 지킬 수 있다면 이는 기존의 모든 조건을 그대로 두면서도 상황을 호전시키는 방안이 됨.

- 이러한 의도가 최수의 딜레마의 경우에 해당하는 기본패턴의 분석결과를 통해 달성될 수 있는가를 알기 위해서는 재정적인 관점에서 양 경기자인 공공보건의료정책담당자와 사립의료기관 사이의 협력과 배신의 내용 그리고 그 청산액의 상대적인 크기를 살펴보아야 함.
- 먼저 두 경기자는 공공보건의료정책담당자와 사립의료기관 임.
 - 재정적인 입장에서 공공보건의료정책담당자에게 유리한 것은 적정한 질과 양 그리고 구성의 기본의료서비스가 감당할 수 있는 예산 범위 안에서 이루어지는 것임.
 - 반면 사립의료기관의 경우에는 재정적인 입장에서 가능한 가장 큰 수익성을 달성하는 것이 유리한 결과임.
 - 상기한 두 가지의 재정적인 청산의 내용을 고려하면 각각의 협동과 배신의 내용은 다음과 같이 될 수 있음.
 - 먼저 공공보건의료정책담당자가 사립의료기관에 협력하는 것은 가능한 한 재정적으로 지불보상을 충분히 쉽게 해 주는 것임. 반대로 배반은 사립의료기관이 제공하는 기본의료서비스에 대해 정도 이상으로 지불보상을 어렵고 각박하게 하는 것임.
 - 다음으로 사립의료기관이 공공보건의료정책담당자에게 재정적으로 협력하는 것은 기본의료서비스 제공에 있어 의학적으로 적절한 진료를 하여 지불보상에 상응하는 대가를 제공하면서도 예산의 무리한 초과를 발생시키지 않는 것임. 반대로 배반은 자신의 수익의 최대화만을 생각하여 적정의료의 선을 넘어가는 과잉진료를 하여 무리한 예산의 초과를 초래하는 것임.
 - 각 경우의 청산의 내용은 공공보건의료정책담당자의 경우는 적절한 예산운영의 가능성이 되고, 사립의료기관의 경우에는 적절한 수익의 크기가 되겠음. 이 때 제공되는 기본의료서비스의 양과 질 그리고 구성은 따로 언급하지 않아도 재정적인 조건에 의해 결정된다고 전제함. 즉, 보상이

충분하고 어렵지 않은 경우일수록 일반적으로 충분한 양과 질의 의료서비스가 제공된다고 가정함.

□ 이상의 결과를 청산표로 나타내면 다음과 같음.

- 아래의 청산표를 보면 청산액의 상대적인 순서가 죄수의 딜레마의 경우와 같은 패턴을 보이고 있음을 알 수 있음.
- 따라서 이 경우의 협동의 생성과 진화를 그 연구 결과를 사용하여 설명할 수 있음.

〈표 1〉 죄수의 딜레마게임을 적용한 공공의료의 청산행렬

		사립의료기관	
		<협력> 필요없는 과잉진료를 하지 않고, 가능한 비용효과적인 치료를 함 =예산조건 유지에 협력	<배반> 과잉진료를 해서라도 본인소득을 높이려함 =예산조건 유지에 위협
공공 보건 의료 정책 담당자	<협력> 가능한 충분한 보상을 하려고함 =정당한 수익성 보장	(A) fairly good 예산절약/수익향상 Reward (for mutual cooperation) e.g. (300, 300)	(B) very bad 예산손해/수익향상 Sucker's payoff e.g. (-100, 500)
	<배반> 가능한 모든 기회를 보아서 보상을 어렵게 하고 낮추려 함 =수익성 조건을 과도하게 무시함	(C) very good 예산절약/수익감소 Temptation e.g.(500, -100)	(D) fairly bad 수익손해/예산손해 Punishment (for mutual defection) e.g. (-10,-10)

* 괄호안의 청산은 상대적 크기를 고려한 예임.

□ 죄수의 딜레마가 있는 상황에서 진화적으로 안정적인 협동을 이끌어 낼 수 있는 전략의 범주와 공공보건의료정책담당자의 정책기조

- 기존의 연구에서 중요한 3 가지 전략의 고려요소는 다음과 같음.

- 견고성(robustness): 여러 가지 환경에 모두 잘 대응함.
 - 안정성(stability): 일단 우월한 지위에 있게 되면 잘 유지할 수 있음.
 - 초기의 생존성(initial viability): 처음에 비협조적인 상황에서도 받을 붙일 수 있는 능력. 즉, 우월한 전략이 될 수 있는 기반이 됨.
- 이러한 3가지 조건을 만족하는 전략으로서 TIT FOR TAT이 실증적으로 발견됨.
- TIT FOR TAT이란 처음에는 무조건 협력을 하고 이후에는 상대방이 바뀐 전에 한 것과 똑같이 하는 전략임. 이를 상호성(reciprocity)이라 함.
 - Axelrod(1984)의 컴퓨터실전 결과에 의하면 이러한 TIT FOR TAT 전략이 가장 성공적이었음. 그 이유는 상대방을 이기지 않으면서 상대방으로부터 협력을 이끌어 낸 데에 있음.
- 이때에 협력을 이끌어 내기 위해 중요한 두 가지 속성은 상대방의 행동에 따라 맞갖아 주는 상호성과 미래가 충분히 중요하여 참가들로 하여금 단기적 배신으로 큰 이익을 취하고 달아날 수 없도록 하는 조건이 존재하는 것임.
- 이 두 조건의 충족여부를 건강보험의 경우에 생각해 보면 미래가 충분히 중요하다는 상황은 만족시킴. 즉, 건강보험에서는 관계가 계속 유지되어 반복되며 계속해서 참가자들이 만나게 됨.
 - 그러나 상호성과 관련하여서는 확정적인 답을 할 수가 없음. 우선 양쪽에 보복의 수단이 고르게 주어져야 하는데 민간의료부문이 정부의 과도한 재정압박에 정면으로 대응할 수단이 없는 반면 건강보험정책당국자는 상대적으로 더 많은 보복수단을 가지고 있는 것으로 판단됨. 따라서 공공과 민간 사이에 상호작용을 통하여 협동이 발전하기 위해서는 민간부문에 합리적으로 보복을 할 수 있는 수단이 주어져야 한다고 생각됨.
- TIT FOR TAT이 성공한 이유를 분석하여 전략이 협동을 통해 성공할 수 있는 조건들을 알아보면 다음과 같음.
- 질투하지 말 것. 이는 각자 절대적인 성과에만 신경을 쓰고, 상호 비교하

여 상대방보다 더 많은 점수를 받거나 남이 나보다 적은 점수를 받도록 다른 방해 행위를 하여서는 안 됨을 말함. 이러한 방해 행위는 결국 협동을 깨뜨려 장기적으로 모두에게 나쁜 결과를 가져옴.

- 먼저 배신하지 말 것. 먼저 배신하는 경우는 보복을 받음으로써 단기적으로는 이익을 볼 수 있을지 모르나 장기적으로는 협동의 경우보다 성과가 나쁨.
 - 배신이든 협동이든 동등하게 갚을 것. 상대방에게 이러한 상호성을 인식시키는 것이 협동의 발생에 아주 중요함.
 - 너무 많이 생각하지 말 것. 간단할 것. 이는 협동이 발생하기 위해서는 충분히 명확하게 상대방의 협동신호를 파악할 수 있어야 함. 복잡한 전략은 이를 어렵게 함으로써 협동을 어렵게 함.
- 이러한 협동전략의 성공조건들을 건강보험정책당국자의 입장에서 번역하는 것이 중요한 과제임. 이곳에서는 직관적으로 언급하는 수준에서 그침.
- 먼저 마지막 것부터 말하면 정책이 복잡해서는 안 됨. 즉, 협동을 이끌어 내기 위해서는 충분히 반응과 결과를 예측할 수 있게 간단해야 함.
 - 만일 정책에 대해 협동을 하거나 하지 않거나 반드시 상응하는 보복과 보상을 하여야 함. 이점에 있어서 기존의 정책은 보복에 대해서는 일관성과 철저함이 부족하고, 협동에 대한 보상은 확실히 없다고 생각됨.
 - 건강보험이 오래 계속되어 왔기 때문에 누가 처음에 배반을 했는지를 지금 따지는 것은 무의미하다고 생각됨. 따라서 지금부터라도 상대방에게 협력하는 방향으로 양쪽이 모두 나가야 함. 건강보험정책당국자는 가능한 민간의료기관의 수익성을 보장해주는 쪽으로 정책이 이루어져야 하고, 민간의료기관의 경우에는 적절한 질과 양의 의료서비스를 제공하여 건강보험의 예산조건을 적절하지 않게 깨뜨리는 행위를 하지 말아야 함.
 - 협동이 계속유지 되기 위해서는 양쪽 모두 절대적으로 용인할 만한 현상이면 이에 만족해야 함. 더 나은 결과를 얻기 위해 협동의 상태를 깨뜨리게 되면 그 결과는 장기적으로 비협동의 결과를 통해 더 나빠짐.

- 다음으로 협동을 조장할 수 있는 조건자체를 만들 수 있음. 이에 는 다음과 같은 항목들이 있음. 이러한 협동을 위한 여건 조성의 항목을 건강보험정책에 적용되도록 전환하는 것은 중요함. 이곳에서는 직관적인 수준에서 머무름.
 - 미래를 현재보다 중요하게 생각하도록 만드는 조건이 있어야 함. 이를 만드는 조건의 예는 계속 만나게 되어 상대방의 존재를 의식하는 것이 중요하게 되는 경우임.
 - 배신을 불리하게 만드는 청산결과의 수정이 있으면 협동이 더 잘 조성될 수 있음.
 - 이타적인 교육은 협동의 조성에 기여함.
 - 상호주의에 대한 교육도 중요함. 협동의 형성을 위해서는 협동에는 보상이 배반에는 보복이 따르는 것이 기본조건으로서 중요함.
 - 인식능력의 향상. 이는 협동을 위해서는 어떤 것이 배반이고 어떤 것이 협동인지를 잘 구분할 수 있어야 한다는 것과 관계가 있음. 건강보험의 예를 들면 인식능력의 향상은 배반의 경우를 잘 적발할 수 있는 모니터링체계를 구축하는 것과도 상관이 있음.

나. 공공의료기관의 운영혁신방안

- 공공의료기관의 운영혁신 기본방향
 - 공공의료기관의 유형별 구분에 따른 운영혁신 방안 도출
 - 공공과 민간의 협력
 - 정보통신환경 적극 활용
 - 기업의 운영혁신기법 적극 도입
- 비전 및 목적
 - 비전
 - 공공의료기관은 사회적으로 요구되는 공공의료를 수행함으로써 사회안전망 역할을 수행하고, 이를 위하여 효율적으로 자원을 활용하고 적절

한 수준의 의료서비스를 접근 용이하고 이용 편리하게 제공하는 것으로 정의할 수 있음. 이러한 비전이 달성될 때 공공의료기관은 요구에 적합한 역할을 수행하며 건강한 공공의료체계를 형성하게 될 것임.

- 공공의료기관 운영혁신의 목적 및 세부목표
 - 공공의료기관의 운영혁신의 기본목적은 공공의료기관에게 부여된 공공의료의 역할을 충실히 수행하도록 하는 것이라 할 수 있음. 이를 위하여 적절한 공공의료의 질 확보, 효율적인 공공의료서비스 제공, 적절한 공공의료 투입자원의 확보, 바람직한 관리운영 및 조직화 및 관리운영체계 확립 등의 세부적인 목표를 달성하여야 할 것임

□ 공공의료기관의 운영혁신 방안

- 공공의료기관의 운영혁신을 통하여 획득할 수 있는 것 즉, 공공의료기관 운영혁신의 목표를 중심으로 혁신방안을 탐색 및 분석하여 제시하고자 하였음.
- 공공의료기관의 운영혁신은 효율성 제고, 의료의 질 확보, 접근성 제고, 만족도 제고, 국민건강권 보장 등의 세부목표를 달성하는 방향으로 추진되어야 하며, 이러한 세부목표들을 달성하기 위하여 투입자원(예산, 인력 등), 업무방식, 전략계획, 지배구조, 민영화 등의 관리운영 혁신방안을 강구할 수 있음.
- 운영혁신의 세부목표들 간 또는 관리운영 혁신방안들 중복되는 부분이 있어서 일대일 대응의 형식으로 혁신방안들을 탐색하기는 어려우며 가능한 혁신방안들을 제시하고자 하였음.

1) 공공의료기관의 민영화 방안

- 우리나라 공공의료는 대부분 공공의료기관을 통하여 제공하는 것으로 추진되어 왔으며, 전국민건강보험체계를 도입하면서 민간의료기관도 사회보험에서 제공하는 공공의료서비스를 제공하고 있음. 기존의 연구결과에서 민영화

의 효과가 충분하지는 않지만 공공의료기관의 관리운영 및 유지가 어려운 경우에는 민영화 또는 매각 후 민간의료기간에 공공의료서비스를 위탁하는 방식 등 다양한 방식의 민영화를 통하여 공공의료서비스를 제공하는 방안을 강구하여야 할 것임.

2) 정보통신기술의 활용

- 우리나라의 공공병원들은 취약지역 및 취약계층을 대상으로 설립되어 운영되고 있으며 이들에 대한 관리운영의 효율화 및 효과적인 서비스체계를 갖추는 것이 필요하며 이를 위하여 정보통신기술을 적극 활용하는 것이 필요함.
- 그러므로 공공의료기관별로 전자의무기록(EMR), 전자건강기록(EHR), 전자적 처방전달시스템, 전사적자원관리시스템(ERP), 분석적 고객관계관리(analytical CRM) 등을 설치 및 운영하여 공공의료기관의 정보화 수준을 제고하고 그에 따른 공공의료서비스의 질을 제고하는 것이 필요함.
- 의료취약지역의 주민, 의료서비스를 직접 받기 어려운 외병환자, 만성질환자 등에 대하여 공공의료기관들이 연계하여 원격의료 또는 질병 관리 및 감시 체계를 활용한 건강관리 및 질병관리 서비스를 제공하는 방안도 강구할 필요가 있음.

3) 지배구조 개선 (통합 및 연계 운영 포함)

- 공공의료기관의 독립적인 운영보다 전문가의 참여에 의한 관리운영, 의료기술개발 등의 통합, 의료전달체계 상에서 연계, 의료기관간 연계 및 협력 등을 통하여 관리운영의 전문화 및 투명하고 합리적인 관리운영을 추진하여야 함.
- 이를 위하여 이사회에 관련된 전문가를 포함하고, 통합 및 연계의 대상으로는 공공기관뿐만 아니라 민간의료기관도 포함하여 추진하여야 할 것임.

4) 의료기관간, 공공과 민간의 협력 및 연계

- 공공의료기관의 관리운영의 전문화 및 서비스 질 제고를 위하여 공공과 민간의 협력과 역할분담 방안을 강구하여야 하며 그 결과 공공의료기관 이용에 대한 차별적 서비스(예: 공공의료대상자가 공공의료기관 이용 시 혜택)를 제공하고, 민간의료기관이 공공의료서비스를 제공하는데 따른 정부의 지원제도(보조금, 세금 감면)를 활성화하여 현재의 국민건강보험서비스 이외의 공공의료서비스를 제공할 수 있는 기반을 마련하여야 할 것임.

5) 공공의료기관의 기반환경(법, 관리제도 등), 조직 문화/분위기 조성

- 공공의료기관의 전문성을 확보하고 지식기반의 전문조직으로 성장하도록 하기 위하여 의료인력 들에 대하여 교육 및 훈련(민영의료기관 파견, 연수, 교육, 훈련 등) 기본계획(master plan)을 수립하여 실천하여야 할 것임.
- 뿐만 아니라 행동강령, 평가 등을 통하여 지속적으로 건전한 조직의 문화 및 분위기를 조성하고, 공공의료 공급자의 전문성, 관리운영방법, 서비스정신 등 강화를 위한 교육훈련체계를 지속적으로 운영 및 실시하여야 할 것임.

6) 수요 기반의 공공의료 공급

- 지역공공의료 수요조사에 의거한 공공의료공급량을 조정하는 공공의료공급체계를 마련하며, 지역공공의료계획 또는 지역의 공공의료기관 이사회 또는 자문위원회에 지역주민대표를 참여시키고, 지역주민을 대상으로 지역공공의료계획에 대한 공청회를 실시하여 수요기반의 공공의료 공급체계를 형성하도록 함.

7) 안정적인 공공의료인력의 확보 및 활용

- 공공의료인력을 보다 안정적으로 확보하고 이들의 전문성을 제고하기 위한

방안을 적극적으로 마련하여야 함. 즉, 공공의사제도를 도입하고 이들을 적절히 활용할 수 있는 방안(공공의료인력 순환근무제도, 전문성 제고를 위한 교육훈련제도)을 마련하여야 함.

- 공중보건장학제도를 보완하여 의과대학 입학생, 재학생, 공중보건 의사 등을 대상으로 공공의사를 선발(장학금, 전공분야 별 선발 및 관리, 근무조건)하여 공공의료의 전문가 확보 및 지속성을 유지하도록 함.
- 또한 공공의사 확보를 위한 지역균형선발제도를 도입하여 지역별 공공의료 인력의 편중을 방지하도록 하여야 함. 즉, 치·의대(치·의학대학원) 입학생 모집 시 지역의 공공의사수요에 근거하여 광역지역별 대학교에서 “지역균형 선발”을 하도록 하며, 지역균형선발제도로 입학한 학생은 자격취득 이후 지역의 공공분야에 근무하도록 함(예: 20년 의무근무, 의무근무 이후 지역에서 자율개업 가능).
- 그 재원은 지방자치단체 특별재정, 중앙 특별재정, 공공의료기금 등으로 마련하여야 할 것임.

I . 서론

1. 연구의 필요성과 목적

가. 연구의 필요성

우리나라의 공공의료의 기능이 제대로 수행하지 못하고 있으며 공공의료기관은 운영혁신이 필요하다는 지적이 많고 이에 대한 다수의 공감은 존재한다고 생각된다. 그러나 이 지적에 따라 그 문제의 해결을 논의하기 시작하면 그 방향에 대한 일치가 쉽지 않고 따라서 축적적인 논의가 되지 않고 있다. 이는 공공보건의료의 기능과 역할 그리고 공공의료기관의 운영에 대해 명확하게 제시되어 있으면서 동시에 논의에 있어 다수의 동의를 받을 수 있는 이론이 부족하다는데 그 원인이 있다. 따라서 공공보건의료의 기능과 역할 그리고 공공의료기관의 운영에 관해 관점에서는 부분적이더라도 명확하고 동시에 다수의 공감을 받을 수 있는 이론들이 많이 나와 축적적인 논의가 되는 것이 필요하다고 할 수 있다.

나. 연구의 목적

본 연구의 목적은 공공보건의료의 기능과 역할 그리고 공공의료기관의 운영 혁신에 관하여 성과와 재정적 동기의 관계라는 관점을 가지고 부분적이더라도 명확하고 공감을 받을 수 있는 이론을 제시하는 것이다.

2. 연구의 구성과 내용

본 연구의 분석영역은 3가지 관점에 의해 다음과 같이 나누어 진행하였다.

첫째, 보건의료서비스의 공공성 여부와 보건의료서비스 생산시설 국공립여부의 두 관점의 교차에 의해 생기는 다음 표의 4가지 분석영역을 구분한다.

〈표 1-1〉 공공성 여부와 의료시설의 국공립 여부의 관점에 따른 분석영역

		보건의료서비스 생산 시설 국공립 여부	
보 건 의 료 서 비 스 의 공 공 성 여 부		국공립의료기관(예산조직이 주)	사립의료기관(수익성조직)
	사회가 집단적으로 재원과 자원을 준비하여(즉, 공공예산을 통하여) 공급할 필요가 있다고 인정한 보건의료서비스 분야(공공성)	정합적: 예산계약재원-예산조직생산	비정합적: 예산계약재원-수익성기관 생산
		기능: 기본필수의료의 충족, 시장실패 보정과 가치제 생산	기능: 사립의료기관에 의한 공공성의 충족, 공공성 충족 시설의 확충
	비공공적 보건의료서비스 분야	문제: 현재의 국공립의료기관의 자원으로도 달성할 수 있는 공공성 확보관련 성과에 미달하는 문제(정부의 실패)	문제: 수익성생산기관의 팽창하는 재정요구에 대해 수익성을 적절히 만족시켜 주어 공급되는 의료서비스의 질과 양을 적절한 범위에서 유지하면서도 예산조직의 재원에 적절히 적응시키는 유인일치의 문제
		비정합적: 예산조직생산기관-비예산계약적인 재화 생산	정합적: 수익성조직생산기관-비예산계약적인 재화생산
		기능: 민간기관 행태의 시장에서의 견제(가격, 질 등)	기능: 경제적 측면에서 우수한 경쟁력 배양
문제: 양, 질, 구성면에서 적절한 수준이 되도록 하는 유인		문제: 시장의 실패, 가치제의 문제	

둘째, 공공보건의료서비스의 공급과 관련된 국가보건의료체계의 기능 및 역할 즉, 공공개입의 유형을 하드웨어적인 자원확보의 기능과 소프트웨어적인 조정기능으로 나누는 관점에서 두 가지 분석영역으로 나누었다. 하드웨어적이라는 것은 자원의 양이나 구성을 변화시키는 공공개입을 말하고 소프트웨어적이라는 것은 기본적으로 자원의 양이나 구성을 변화시키지 않고 정책이나 운영의 방법을 통해서 이루어지는 공공개입을 말한다.

따라서 위의 세 가지 관점을 고려하면 모두 8가지의 분석영역이 가능하다. 본 연구에서는 모든 8가지의 영역을 다루지 않고 중요하다고 생각되는 다음의 두 영역만을 다루고자 하였다.

가. 연구영역과 동기설명의 한정

우선 위의 표를 보면 공공성을 가진 보건의료는 그 내용이 어떠한 형식적으로 사회가 집단적으로 재원과 자원을 준비하여, 즉, 공공예산을 사용하여, 공급할 필요가 있다고 인정한 보건의료서비스이다.

이러한 보건의료서비스의 공공성을 충족시키는 수단으로서의 보건의료서비스 생산시설은 국공립의료기관과 사립의료기관으로 나뉜다.

본 연구의 주된 관점의 하나는 이러한 보건의료서비스의 공공성을 기존의 자원의 양과 구성을 급격하게 변화시키지 않으면서도 가능한 최대한 충족시키는 것이다. 즉, 하드웨어적인 자원확보의 측면이 아니고 소프트웨어적인 공공보건의료의 조정기능의 영역을 다룬다.

이는 현재의 공공성 충족을 위한 의료자원의 확충이라는 정부의 안과 다른 문제의 영역을 다룸으로써 보완적인 관계를 가진다.

그리고 현재 우리나라의 의료자원의 분포가 민간우위로 되어 있는 현실이나, 우리나라 전체의 사회기조가 자유민주주의와 시장중심이라는 사실을 염두에 두면 보건의료의 공공성을 확보하기 위해 실질적으로 국공립의 보건의료자원을 늘리지 않으면서도 수익성을 기반으로 하는 사회의 일반적인 인센티브에 유인 일치적으로 상응하는 정책이나 운영의 방법을 사용하여 공공성이 확보될 수 있

다면 더 바람직하다고 생각된다.

따라서 본 연구의 연구 영역은 보건의료서비스가 공공성을 인정받은 영역에서 이 공공성을 충족시키기 위하여 국공립의료기관을 이용하는 경우와 사립의료기관을 이용하는 두 가지 영역이다. 또한 이 두 가지 영역에서 기본적으로 자원의 양이나 구성을 변화시키지 않으면서 정책이나 운영의 방법을 통해 보건의료의 공공성 확보를 개선시킬 수 있는 가능성에 국한하고자 한다.

본 연구는 이러한 영역의 한정 이외에도 앞에서 언급한 것처럼 재정적인 동기를 공공성 확보라는 성과에 가장 근본적인 영향을 미치는 요인으로 보는 관점에 근거하고 있다. 예를 들어 상기한 민간부문의 수익성을 인정하면서 공공성을 확보할 수 있는 방법을 고려하는 관점이 이를 반영하고 있다.

이러한 영역과 동기의 한정은 본 연구가 부분적이더라도 명확하고 공감을 얻을 수 있는 결과를 목적을 하고 있기 때문에 이루어 졌다.

나. 연구 구성과 내용

II장에서는 이론적 배경과 고찰이 이루어진다. 먼저 공공의료와 공공기관의 개념 및 기능을 정의하였다. 다음으로 본 연구의 중심적인 관점 중의 하나인 성과와 재정적 동기의 관계의 중요성과 내용의 설명을 위한 이론적 고찰이 이루어진다. 그리고 이어서 상기한 연구영역의 구분과 관련된 이론적 고찰이 이루어지며, 마지막으로 주요 외국의 공고의료 혁신동향이 다루어진다.

III장에서는 공공의료의 실태분석이 공공의료기관의 경영실태 및 경영성과 그리고 운영실태의 관점에서 다루어진다.

IV장에서는 자원의 양이나 구성을 변화시키지 않으면서 정책이나 운영의 방법을 통해 보건의료의 공공성 확보를 개선시킬 수 있는 정책대안 분석이 앞에서 언급한 두 가지 영역에서 재정적 동기를 중심으로 다루어진다.

먼저 보건의료의 공공성의 확보라는 측면에서 가장 중요하다고 볼 수 있는 건강보험과 의료급여를 사립의료기관을 통해 충족시키는 경우의 문제를 다룬다. 이는 우리나라의 의료자원 중 사립의료기관으로 구성된 민간의료자원이 우

위를 차지하는 현실을 감안할 때 중요한 문제이다. 본 연구에서는 이 분야에서 근본적이고 핵심적인 문제를 재정적인 관점에서 수익성추구 의료생산기관의 팽창하는 재정요구에 대해 수익성을 적절히 만족시켜 주어 공급되는 의료서비스의 질과 양을 적절한 범위에서 유지하면서도 예산조직의 재원에 적절히 적응시키는 유인일치의 문제라고 본다. 이를 달성하기 위해서는 재정적인 관점에서 수익성을 추구하는 사립의료기관과 공공성확보의 분야에서 적정한 양과 질을 유지하면서도 예산의 제약을 지켜야 하는 공공의료 정책담당자의 사이에 존재하는 전형적인 상호작용의 패턴을 찾아내고 이에서 공공의료정책담당자가 자신의 목적을 사립의료기관의 유인일치적인 협동을 통해 달성할 수 있는 정책의 기초를 밝히는 것이 필요하다. 본 연구에서는 공공의료정책담당자와 사립의료기관 사이에 존재하는 재정적인 측면에서의 전형적인 패턴을 죄수의 딜레마에서 찾았다. 그리고 이 분야에서 존재하는 협동과 진화적 안정을 가져올 수 있는 전략에 관한 이론을 정리하고 이를 상기한 문제의 해결에 적용시키고자 했다. 가능한 보건의료분야의 예를 사용하여 설명하려고 했다.

다음으로 공공의료기관의 운영혁신방안을 다룬다. 이는 보건의료의 공공성 확보를 기존의 국공립의료기관을 통하여 충족시키는 경우에 발생하는 문제를 다루는 것이다. 본 연구에서는 이 분야의 핵심적인 문제를 기존의 성과가 기존의 국공립의료기관의 자원으로도 달성할 수 있는 공공성 확보관련 성과에도 미달하는 것이라고 본다. 이는 일반적으로 정부의 실패로 불리는 문제로서 예산 중심으로 운영되는 기관의 운영상의 인센티브 문제와 관련된다. 이 문제의 핵심은 재정적인 측면에서 보아 예산의 확보와 예산으로 운영되는 기관의 성과 간에 연계가 약한 것이라고 생각된다. 이는 예산조직 안에서 위의 연계를 강화하는 방안과 예산조직에 시장화요소를 도입하는 방안의 두 가지가 있다고 생각된다.

V장에서는 앞선 연구결과의 결론 및 정책적 제언 그리고 연구의 제한점과 개선방향이 다루어진다.

Ⅱ . 이론적 배경과 고찰

본 연구에서는 공공보건의료에 대한 정의를 설득력 있게 제시하기 위하여 보건의료의 두 가지 근본적인 측면을 고려한다. 하나는 보건의료가 경제적 재화로서 시장과 정부 중 어떤 한 가지 조정기구에 의해 생산되어야 한다는 것이고, 다른 하나는 현대에 와서 보건의료가 건강권이라는 권리를 보장하기 위한 중요한 수단이 되었다는 것이다. 먼저 건강권의 보장이라는 측면을 중심으로 공공의료와 공공의료기관의 개념 및 기능에 대해 알아보고, 다음으로 경제적인 관점에서의 공공의료를 재정적 조건을 중심으로 다룬다.

1. 공공의료와 공공의료기관의 개념 및 기능

가. 공공의료의 개념 및 기능

1) 공공의료의 개념

공공의료는 의료의 공공성이라는 기치 하에서 국민의 건강권 보장과 관련된 국가 기능의 수행기반을 총칭하기도 하고, 국가의료체계의 하부영역으로서 국가의료체계가 추구하는 목표달성에 일익을 담당하는 것으로 규명되기도 하며, 국공립기관을 통해 제공되는 의료서비스 영역에 국한하여 정의되기도 하는 등 개념과 관련한 논의가 폭넓게 이루어지고 있다.

가) 건강권 보장을 위한 사회기반

공공의료에 대한 논의 가운데 상당수는 공공성의 규명으로부터 시작되고 있다(전국보건의료산업노동조합, 2002; 감신, 2004). 공공성은 사전적으로는 ‘한 개

인이나 단체가 아닌 일반사회구성원 전체에 두루 관련되는 성질'로서 정의되고 있는데, 그 유래와 현실적 상황을 바탕으로 대략 두 가지 관점으로 대별된다. 즉, 하나는 공공성을 국가의 공권력에 대항하는 사회기능과 관련하여 보는 경우이고, 다른 하나는 부자와 빈민, 자립자와 의존자 등 다양한 사회계층을 종속시키기 위한 국가의 보편적 정책들을 정당화하는 근거로서 보고자 하는 경우이다. 의료에 있어서 전자는 국민의 국가에 대한 건강권 보장 요구로, 후자는 국가가 보장하고자 하는 의료의 제한적 범위설정으로 표출되는 게 일반적이다.

이처럼 공공성을 토대로 한 공공의료는 국민이면 누구나 제약 없이 보장받을 수 있는 의료로서 구체적인 보장범위와 보장기반의 마련까지도 포함하는 개념으로 이해되고 있다. 이러한 구체적인 보장범위를 정하는 것과 관련하여 기본급여(Basic Benefit Package) 또는 의료보장패키지(Guaranteed Health Care Package)와 같이 '모든 국민에게 지불능력과 관계없이 치료서비스가 제공되어야 하는 의료적 상태(조건)의 목록'이 설정되는 추세에 있으며, 그러한 정책결정과정은 대부분 투명하고 공개적으로 진행되어 일반 국민의 신뢰에 기반하려는 면모를 보이고 있다(NERA, 1993; NHS Executive, 1997; New Zealand Ministry of Health, 2001).

우리나라는 국민의 건강할 권리, 보건에 관하여 국가의 보호를 받을 권리, 그리고 성별 연령 종교 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 이러한 권리가 침해받지 않을 것 등을 법률로서 명시하고 있다(대한민국 헌법; 보건의료기본법). 하지만 국가가 보장해야 할 건강권의 내용을 명료하고 조작적으로 정의하기 힘든 상황에서 우리나라는 국민건강보험의 급여범위 설정과 지원대상 희귀난치성질환의 선별 등을 통해 보장내용을 밝히고 있는데, 건강보험급여 또는 의료비 지원에도 불구하고 여전히 높은 본인부담의료비 비중으로 인해 보장성에 대한 논란이 끊이지 않고 있다(이선희 외, 2005; 정형선, 2004). 이와 관련 우리나라의 경우 공공성을 토대로 한 논의도 경제적 제약이 있는 취약계층에 대한 의료보장 측면에 보다 치중되는 경향에 있다(건사모, 2003).

나) 국가의료체계 내 정부 개입영역- 공공부문

공공성을 앞세운 공공의료에 비해 다소 협의적이긴 하나, 공공의료를 국가의료체계 내에서 규명하려는 시도는 공공의료를 보다 실천적으로 접근하고자 하는 과정에서 주로 비롯되고 있다. 국가의료체계는 국가에 속한 여러 하위체계 중 하나로서, 외적으로는 타 하위체계-교육체계, 복지체계 등-와 교류하며 내적으로는 의료자원의 적절한 공급과 전달을 통해 의료수요에 효과적으로 부응하는 기능을 수행하고 있다(Roemer, 1991). 국가마다 체제 이념에 따라 정부의 국민건강에 대한 직접적인 개입정도에 차이가 있으나, 국가마다 의료의 목표로서 형평성과 효율성을 공통적으로 지향하고 있는 가운데 정부의 역할도 이와 관련하여 설정되는 추세에 있다(Gonzalez Block, 1997).

우리나라와 같이 의료서비스자원의 공급과 서비스전달에 있어서 민간부문에 대한 의존도가 높은 민간의료서비스형 제도 국가의 경우, 정부는 민간부문에 대한 보완과 조정을 통해 의료에 관여하는 게 일반적이다. 즉, 국가의료체계를 구성하는 의료서비스자원 공급체계, 의료서비스 전달체계, 의료재정체계 각각에 대하여 정부의 역할 및 개입범위를 설정함으로써 전체 체계가 추구하는 목표의 효과적 달성을 지원하고 있다. 이와 관련, 정부는 특히 민간부문이 감당하기 어렵거나 수익성이 낮아 기피하는 의료서비스의 제공기반을 마련하고 민간의료기관의 적절한 의료행위를 도모하는 데 관여할 것으로 기대되고 있으며, 공공의료는 이러한 활동들을 모두 포괄하는 개념으로서 이해되고 있다(문옥륜, 2003).

다) 국공립의료기관의 활동

한편, 협의로서 우리나라는 법률을 통해 공공보건의료를 ‘국가 지방자치단체 또는 기타 대통령이 정하는 공공단체가 설립 운영하는 보건의료기관이 국민의 건강을 보호 증진하기 위하여 행하는 모든 활동’으로 정의하고 있다(공공의료에관한법률).

라) 본 연구에서의 공공의료

이상의 논의들은 공공의료에 대한 근본적인 개념상의 차이라기보다는 각기 다른 상황에서 공공의료를 바라본 데 따른 결과로서 상호 연계성은 물론 많은 공통점을 시사하고 있다. 이처럼 공공의료가 적용분야와 시점에 따라 다양하게 이해되고 정의되는 배경에는 무엇보다도 공공의료가 하나의 실체가 아닌 시스템 또는 영역이라는 특성이 관계하고 있다.(최정수, 2005) 이는 공공의료가 따로 존재하는 실체가 아니고 건강향상을 위해 확보되어야 할 의료에의 접근성을 보장하기 위한 기능을 실현하기 위하여 의료시스템의 여러 영역에 걸쳐 종합적으로 찾아져야 한다는 것을 의미한다.

결론적으로, 공공의료는 국민을 대상으로 건강권을 보장하기 위하여 사회 특히 정부가 보장하는 의료영역 및 이들의 효과적 제공기반을 일컫는 가운데, 보장의 범위, 수준, 방법 등에 있어서 이견이 표출되고 있는 것으로 보여 진다. 이와 관련, 본 연구에서는 공공의료에 대하여 다음과 같이 정의하고, 이에 근거하여 논의를 진행하였다.

◇ 건강권을 보장하기 위한 일환으로 국민건강보험 등 공적재원으로 급여되는 의료서비스에 대하여, 모든 국민이 개인의 자율적 선택이 아닌 사회경제적 제약으로 인해 이용 상 제한을 받지 않도록 하기 위한 사회기반이다.

본 연구에서는 건강권을 확보하기 위하여 공공재원에 의해 소비가 보조되는 국민건강보험의 경우를 공공보건의료의 한 가지 주요한 영역으로 다룬다.

2) 공공의료의 기능

공공의료의 기능과 관련한 논의는 공공의료의 개념과 일관되게 이루어져야 할 것으로서, 상황별로 다양하게 정립되고 있는 공공의료의 개념과 관련하여 기능이나 역할도 다양성을 드러내고 있다.

가) 건강권과 연계된 기본의료의 범위를 설정하고, 사회경제적 취약계층에 대한 보장 기반을 마련함.

건강권 보장과 관련한 공공의료의 기능은 크게 두 가지로서 첫째, 보장되어야 하는 의료영역의 설정, 둘째, 이들 의료에 대한 보장기반 구축이다. 국가가 보장하는 의료서비스 범위의 설정은 실제로는 공공재정 의료비의 급증에 대응하려는 일환으로 시작되었으며 건강에 대한 관심과 기대가 증대되면서 최소한의 기본급여에서 적정급여로 요구가 확대되는 추세에 있다. 한편, 기본의료 보장을 위한 대부분의 논의는 공공재원으로 급여되는 서비스의 종류와 동시에 수혜대상을 고려하고 있으며 이는 주로 사회경제적 취약계층이 그 기본 대상이지만 이 역시 전 사회구성원으로 확대되는 추세이다.

나) 의료서비스자원의 적정량 확보를 위한 민간공급 보완, 공급된 자원의 적절한 활용과 동시에 적정 서비스의 제공을 유도하는 각종 지침이나 제도 개발, 사회보험 등으로 조달된 의료비의 적절 분배와 기타 공적 자금의 조달을 통한 취약계층 지원책 마련 등을 수행

공공의료를 국가의료체계의 하부영역으로 보는 입장에서, 공공의료는 전체 체계의 유능한 코디네이터로서 민간의료를 보완, 견제, 조정하는 역할을 수행할 것으로 기대되고 있다. 즉, 국가의료체계 내 공공부문으로서 규제, 서비스 생산, 자원조달, 조정, 사회안전망, 서비스의 질 평가, 연구지원, 건강정보 제공 등에 관여하며, 보다 구체적으로는 중산층·서민에 대한 양질의 의료서비스 제공기반 마련, 의료서비스의 질·가격에 대한 표준설정, 희귀 난치성 질환 등 필수보건의료서비스 공급, 전염병 등 국가적 재난에 대비한 공적 정책수단 확보 등이 제안되고 있다(문옥륜, 2003; 정병태, 2004).

이 기능은 개인을 상대로 하는 보건의료서비스와 대비되는 인구와 지역 중심의 공중보건(public health)에 해당하는 기능이 주이다. 이에선 전통적 공중보건의 기반인 전염병원 예방관리 및 환경관리 등 시장의 실패와 관련된 분야뿐만 아니라 기타 집합적 인구의 건강향상에 기여하는 집합적 관심의 모든 요소를 포함한다.

다) 국공립의료기관이 우선적으로 제공해야 할 사업을 수행

상기한 공중보건에 관한 기능은 공공부문이 그 책임을 지어야 하는 분야지만 반드시 그 책임을 직접생산의 형태로 질 필연성은 없다. 예를 들어 재정적으로 책임을 지고 전반적인 지도감독을 하면서 그 기능의 실제적 실행은 민간부문에 맡길 수 있다.

그러나 이러한 공중보건의 기능으로서의 공공의료는 국공립의료기관에 의해 수행되는 것이 바람직한 경우가 많다. 따라서 이를 국공립의료기관의 활동으로 정의하고 기능 또한 법률로서 구체적으로 규정하는 부분이 있다. 그 내용은 공공의료기관의 기능에서 언급된다.

라) 본 연구에서의 공공의료 기능

앞서 공공의료의 정의와 관련하여 볼 때, 공공의료의 기능은 건강권의 보장을 위하여 공적재원을 통한 적정급여의 범위를 설정하고 구체적인 보장 기반을 마련하는 것으로서, 이는 재정 상황과 민간부문의 참여 상태에 따라 변화될 것으로 보인다. 이에 본 연구에서는 공공의료의 다음과 같은 기능에 보다 중점을 두고자 하였다.

- ◇ 국민건강보험 등 공적재원으로 급여되는 의료서비스의 전 국민 보장에 필요한 기반을 구축한다. 본 연구에서는 건강권의 확보를 위해 공공재원에 의해 소비가 보조되는 국민건강보험의 경우를 대표적인 경우로 다루고자 한다. 구체적으로 사립의료기관이 압도적인 현실을 인정하고 어떤 정책이나 운영의 방법을 통해 보건의료의 공공성 확보를 개선시킬 수 있는가를 최수의 딜레마의 연구결과를 통해 제시하고자 한다.

다음으로 건강권의 확보의 이유 또는 시장실패 등 경제적 조정기전의 이유로 공공자원에 의해 직접의료가 생산되는 경우가 있다. 이 경우에는 조직운영상의 어떤 혁신을 통해 건강권 확보와 조정기전상의 효율을 거둘 수 있는가가 주 연구의 대상이 된다. 이를 위해 다음으로 공공의료기관의 개념 및 기능을 알아본다.

나. 공공의료기관의 개념 및 기능

1) 공공의료기관의 개념

의료기관은 의료와 관련된 전문인력, 물자, 기술 등과 함께 국가의료체계의 주요 구성요소인 의료서비스자원에 해당하며, 구체적인 의료행위가 이루어지는 장소로서 다양한 형태가 있다. 우리나라에서 의료기관은 의료법, 국민건강보험법, 약사법, 지역보건법, 농어촌 등 보건의료에 관한 특별조치법에 근거하여 다음과 같이 설립되고 있다.

- 의료법: 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 의원, 치과의원, 한의원
- 국민건강보험법: 종합전문요양기관(종합병원), 전문요양기관(병원급이상)
- 약사법: 약국
- 지역보건법: 보건소, 보건의료원, 보건지소
- 농어촌 등 보건의료에 관한 특별조치법: 보건진료소

이러한 의료기관들은 기능, 설립주체, 영리추구여부 등에 따라 다양하게 분류되고 있는 가운데, 공공부문 설립일지라도 ‘수익성’의 강조로 영리가 추구되는 측면이 있고 민간부문 설립의 경우에도 일부 법인병원은 순수 비영리로 운영되고 있다.

- 기능에 따라

- 기본보건의료시설: 흔히 1차보건의료의 제공과 관련되며 보건소, 보건지소, 보건진료소, 의원, 조산소, (약국)이 해당
- 병원: 진료내용에 따라(특수, 일반), 재원일수에 따라(장기요양병원, 단기요양병원), 의료전달체계 내 역할에 따라(2차, 3차), 교육제공 여부에 따라(대학병원, 수련병원, 비수련병원) 분류

- 설립주체에 따라
 - 공공부문: 국공립병원, 특수법인병원, 공사병원
 - 민간법인: 의료법인, 재단법인(종교계), 사단법인, 학교법인(사립의대), 사회복지법인(정부보조금에 의존하는 병원), 회사법인(특정회사의 부속 병원)
 - 민간개인: 의사, 치과의사, 한의사에 설립자격이 있으며 소규모로 설립
- 영리추구에 따라
 - 영리병원
 - 비영리병원

〈표 II-1〉 의료기관 현황: 요양종별*설립구분(2005. 6월말 현재)

요양종별	설립구분	공공부문					민간법인							민간 개인	합계
		국립	공립	특수 법인	군 병원	소계	학교 법인	종교 법인	복지 법인	사단 법인	재단 법인	회사 법인	의료 법인		
종합전문	기관	1		8		9	27		1		1		4		42
	병상	500		6883		7383	20469		1143		2193		3225		34413
종합병원	기관	1	28	13	1	43	38		2		27		79	60	249
	병상	500	7356	6119	100	14075	15477		511		10799		26244	13390	80496
병원	기관	9	19	4	18	50	8	3	22	2	20	2	245	526	878
	병상	6627	4453	598	6132	17810	410	254	3997	109	2602	146	46661	53147	125136
요양병원	기관		10	2		12	1		15	3	5		58	60	154
	병상		1544	137		1681	70		1790	206	674		7018	6326	17765
의원	기관	6	5	22	1	34	25	2	84	141	79	66	188	24257	24876
	병상	7	0	87	7	101	68	14	409	881	461	102	1872	94013	97921
치과병원	기관			2	4	6	6	1					2	99	114
	병상			50	55	105	40	6					0	28	179
치과의원	기관	2	3	4	1	10	4	1	5	12	3	9	18	12315	12377
	병상	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	20	23
조산원	기관					0								55	55
	병상					0								74	74
한방병원	기관	1	1			2	31				5		64	51	153
	병상	31	31	2789		2851	30				178		3448	2330	8806
한의원	기관	2	6	10	14	32	2	2	23	13	22	1	46	9400	9541
	병상	0	9	4	26	39	0	0	58	0	0	0	199	1376	1672
Total	기관	22	72	65	39	198	142	9	152	171	162	78	704	46823	48439
	병상	7665	13392	13881	6320	41258	39323	274	7908	1196	16907	248	88667	170704	366485

자료: 국민건강보험 심사평가원

한편, 공공의료기관은 우리나라의 경우 ‘국가 지방자치단체 또는 기타 대통령령이 정하는 공공단체가 설립 운영하는 보건의료기관’으로 규정하고 있는 가운데(공공의료에관한법률 제2조 제2항), 우리나라의 병원급 이상 공공의료기관의 비중은 기관수 기준 8.6%, 병상수 기준 15.9%에 달하고 있다(2005. 6. 현재, 치과 및 한방 제외).

의료기관의 구분기준과 법률적 정의를 토대로 볼 때, 공공의료기관은 정부가 설립하고 영리를 추구하지 않는 특성을 지닌 것으로 이해되는 게 일반적이며, 이에 따라 본 연구에서의 공공의료기관도 설립주체를 기준으로 정의되었다.

2) 공공의료기관의 기능

공공의료기관을 국공립의료기관으로 정의하고 있는 가운데, 기능과 관련한 논의는 크게 기관유형을 구분하는 경우와 구분하지 않는 경우 등 두 가지 입장에서 각기 이루어지고 있다.

가) 기관유형을 고려하지 않는 경우의 공공의료기관의 기능

기관유형을 고려하지 않은 상태에서의 공공의료기관 기능으로는 취약계층 진료, 건강증진이나 예방의료, 지역사회의료, 응급의료 등과 같이 민간의료기관이 소홀하기 쉬운 의료분야가 강조되기도 하고, 공공의료전달체계의 중추, 표준진료의 제공, 국가의료정책의 수행 선도 등 국가의료정책의 지원에 초점이 맞추어 지기도 하며, 보건의료의 영역을 크게 환자 진료, 보건위생, 생활환경관리, 식생활관리 등으로 나누고 그 가운데 환자 진료를 제외한 부분을 공공의료기관의 독점적 영역으로 보는 견해도 있다(문옥륜, 2003; 김원식, 2003; 김용익, 2002; 신영전, 2002; 이평수 외, 2001). 그밖에도 법률에서는 공공의료기관의 기능을 다음과 같이 규정하고 있다(공공보건의료에관한법률)

- 공공보건의료기관사업(법 제4조제1항)
 - 주요 질병관리사업

- 공공보건의료에 관한 전문적인 연구 및 검사사업
 - 보건의료인의 교육훈련사업
 - 국가 또는 지방자치단체의 공공보건의료시책의 수립·시행 및 평가 지원사업
 - 국가 또는 지방자치단체의 각종 보건의료활동에의 참여 및 지원사업
 - 민간보건의료기관에 대한 기술지원 및 교육사업
 - 기타 보건복지부장관이 요청하는 사업
- 공공보건의료기관이 우선적으로 제공해야 할 사업 (법 제5조)
- 의료보호환자 등 취약계층에 대한 보건의료
 - 노인·장애인·정신질환자 등 타 분야와의 연계가 필수적인 보건의료
 - 전염병 예방 및 진료
 - 아동 및 모성에 대한 보건의료
 - 응급환자의 진료
 - 민간보건의료기관이 담당하기 어려운 예방보건의료
 - 기타 보건의료기본법 제15조의 보건의료발전계획에 따라 복지부장관이 정하는 보건의료

나) 기관유형을 고려하는 경우의 공공의료기관의 기능

한편 기관유형에 맞추어 기능을 설정하는 경우에는 각각에 대하여 대략 다음과 같은 내용이 제안되고 있다(오원용, 2004; 김창엽, 2004; 김용익, 2003).

- 보건기관(보건소, 보건지소, 보건진료소)
- 지역단위 질병감시체계구축
 - 지역단위 보건사업 수행
 - 방문보건사업
- 지방공사의료원, 시도립병원
- 광역거점병원형, 지역거점형, 요양병원형, 특수질환병원형에 따른 역할 부여

- 의료전달체계상 2차 중심기관
 - 보건소·지역 내 특수병원 및 국립대학병원과 연계한 공공의료사업의 체계적 수행
 - 의료정보(암등록·진단, 전염병 관리 등), 응급의료, 야간진료 등 민간이 수행하기 어려운 기능 및 임상예방의학·산전진찰, 성장·발달 등 수행
 - 공공보건의료사업 수행 인력에 대한 교육훈련 및 의료 기술적 지원
 - 표준진료의 시범적 적용을 통한 2차병원의 역할과 운영 모델 개발
- 특수병원(국립암센터, 국립결핵병원, 국립정신병원, 국립재활원, 국립나병원 등)
- 해당 질병의 3차의료기관
 - 해당 질병관련 조사연구사업
 - 해당 질병대상 보건사업 기획, 시행 및 평가
 - 해당 질병에 대한 보건인력 교육훈련
- 국립대학병원
- 국가 및 지역·광역의 보건의료 교육과 연구 중심기관
 - 정기적인 역학조사, 위험요인조사. 새로운 치료법개발, 희귀·난치성 등 신종질환 연구
 - 국가중점관리 질환의 3차치료기관
 - 교육 및 훈련: 관련보건인력들의 임상교육
 - 보건사업 기획, 시행, 평가
 - 광역거점병원으로서의 기능 수행
- 국립의료원
- 우리나라 공공의료(정책, 진료, 연구개발 및 평가 등)의 최고 수행기관
 - 주요 질병에 대한 사업지침개발, 표준진료지침 제시, 신의료기술에 대한 검증과 평가
 - 전체 공공병원에 대한 교육 및 훈련 등 기술지원 총괄

- 국가 필수 공공보건의료서비스-응급의료, 양한방협진, 희귀·난치성질환 등 - 제공의 사령탑

다) 본 연구에서의 공공의료기관의 기능

공공의료기관의 기능은 국가의료체계 내에서 정부의 의료정책을 지원하는 데 초점이 맞추어진 상태에서 기관유형별로 차별성을 보이고 있다. 공공의료기관이 수행하는 여러 가지 기능 가운데 본 연구는 특히 의료서비스 제공과 관련하여 법률에 근거한 우선적 사업 수행을 기능으로서 적용하였다.

- ◇ 공공보건의료기관이 우선적으로 제공해야 할 사업으로서 의료보호환자 등 취약계층에 대한 보건의료, 노인·장애인·정신질환자 등 타 분야와의 연계가 필수적인 보건의료, 전염병 예방 및 진료, 아동 및 모성에 대한 보건의료, 응급환자의 진료, 민간보건의료기관이 담당하기 어려운 예방보건의료를 수행한다.

다. 공공의료와 공공의료기관의 관계

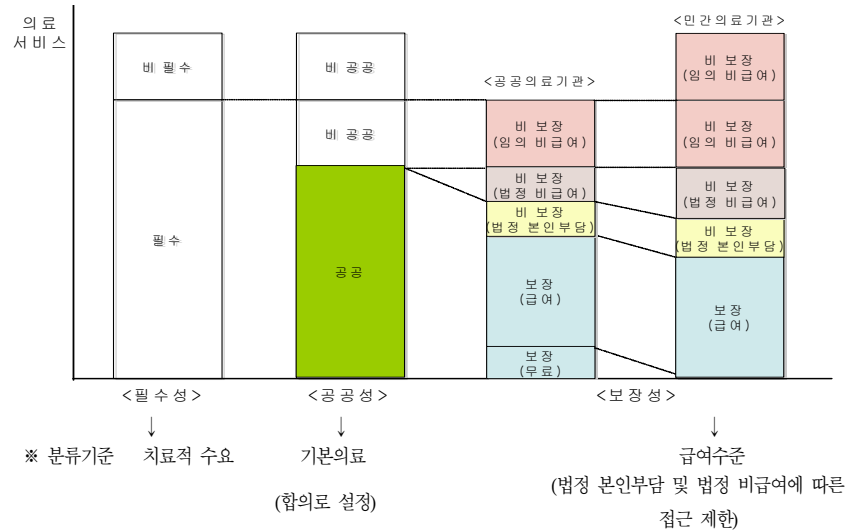
우리나라는 의료제도적으로 처한 상황에 따라, 건강권 보장을 위한 공공의료를 담보하기 위하여 공공의료기관을 필요로 하지만 전적으로 공공의료기관에 의존하기 어려운 상태이다. 즉, 공공성을 담보하기 위해서는 공공의료기관이 보다 적합한 형태임이 분명하나 자발적이고 공익적인 민간활동의 장려와 민간부문의 공공성 제고도 필요하다(김용익, 2002).

공공의료기관은 특히 기본의료보장과 관련하여 민간의료가 공급하지 않는 서비스자원을 제공하고 취약계층 의료접근도 제고에 기여할 것으로 기대된다.

요약하면, 공공의료가 크게 건강권보장을 위한 기본의료 보장과 의료제도 전반의 효율성 제고를 목표로 하고 있는 가운데, 공공의료기관은 민간의 참여 상태에 따라 분담정도와 활동을 결정한다.

다음의 그림과 표는 건강권보장을 위한 공공성과 관련된 기본의료서비스와 보장성의 내용과 관계를 나타내고 있다.

[그림 II-1] 기본의료서비스와 의료기관



<표 II-2> 기본의료서비스와 보장성

구분	내역	현황	
		구분	비율(%)
급여 (건강보험, 의료급여.)	급여 법정급여(요양급여·분만급여 및 서비스급여, 요양비·분만비 및 현물급여, 건강검진·서비스급여) + 부가급여, 임의급여 (대통령령에 의한 장제비, 본인부담액 보상금)	급여	53.4%
	법정 본인부담 본인부담기준에 의한 환자부담금		26.5%
비급여 (건강보험)	법정 비급여 선택서비스 (구성: 상급병실료 29.7%, 선택진료 17.7%, 식대 29.2%, 고가장비 13.0%, 기타 9.4%)	본인부담	15.7%
	임의 비급여 건강보험급여대상에서 제외		4.4%

2. 공공보건의료의 역할 재정립 및 운영혁신방안과 재정적 조건

이곳에서는 재화로서의 보건의료 측면에서의 공공의료의 개념과 기능을 재정적 조건을 살펴보는 과정에서 제시하고자 한다.

가. 공공보건의료의 역할 재정립 및 운영혁신방안을 다룸에 있어 재정적 조건 혹은 동기가 중요한 이유

1) 일반적인 재정적 조건 혹은 동기의 중요성

현대사회에서 기능의 수행은 거의 모든 경우에 있어 조직을 필요로 한다. 따라서 어떠한 기능의 수행이 잘 이루어지고, 유지·발전될 수 있는가는 조직이 유지·발전될 수 있는 조건과 밀접한 관련이 있다.

조직이 유지·발전될 수 있는 조건에도 여러 가지 차원과 항목들이 있을 수 있다. 이 중에 조직의 재정적 조건은 현대 화폐경제에 있어 특별한 위치를 차지한다고 볼 수 있다.

그 이유는 기능을 수행하기 위한 다른 모든 조직의 부분들이 존재하고 있다고 해도 이들을 동원하고 작동시키기 위해서는 화폐가 필요하기 때문이다.

이러한 관점에서 보면 조직이 유지·발전된다는 것은 조직의 구성부분들이 지속적으로 그리고 확대되면서 동원되고 작동한다는 것을 의미한다. 이는 또한 그것을 가능하게 하는 화폐의 흐름이 지속적으로 그리고 확대되면서 이루어져야 한다는 것을 의미한다.

만일 어떤 조직에 화폐의 흐름이 감소하거나 정지되면 이는 조직이 축소 혹은 사멸하는 것을 의미한다. 이는 동시에 그 조직이 수행하던 기능이 축소 혹은 정지되는 것을 의미한다.

따라서 조직의 화폐의 흐름과 관련되는 재정적 조건은 조직의 흥망성쇠를 결정하고, 그 결과 그 조직에 의해 수행되는 기능의 흥망성쇠를 좌우하는 기본적인 조건이 된다.

2) 공공보건의료의 경우

공공보건의료가 하는 기능과 역할이 있다면 이 또한 그 수행을 위해 조직을 필요로 할 것이다. 따라서 공공보건의료의 기능과 역할은 조직의 재정적 조건 혹은 동기에 의해 근본적인 영향을 받을 것이다.

본 연구는 공공보건의료의 기능과 역할의 재정립 그리고 그 운영혁신에 있어 상기한 재정조건 혹은 재정동기의 근본적 영향을 고려하는 것이 중요하다는 관점에 입각하여 이루어진다.

다음으로 재정조건과 재정동기에 대해 알아보겠다.

나. 화폐경제에 있어서의 재정조건과 재정동기

재정조건과 재정동기를 도출하기 위해서는 화폐경제의 기본적 작동(basic operation of the money economy)인 지불(payment)과정을 분석해야 한다.

화폐경제가 지속적으로 유지·발전되려면 그 기본적 작동인 지불이 지속적으로 가능하여야 한다.

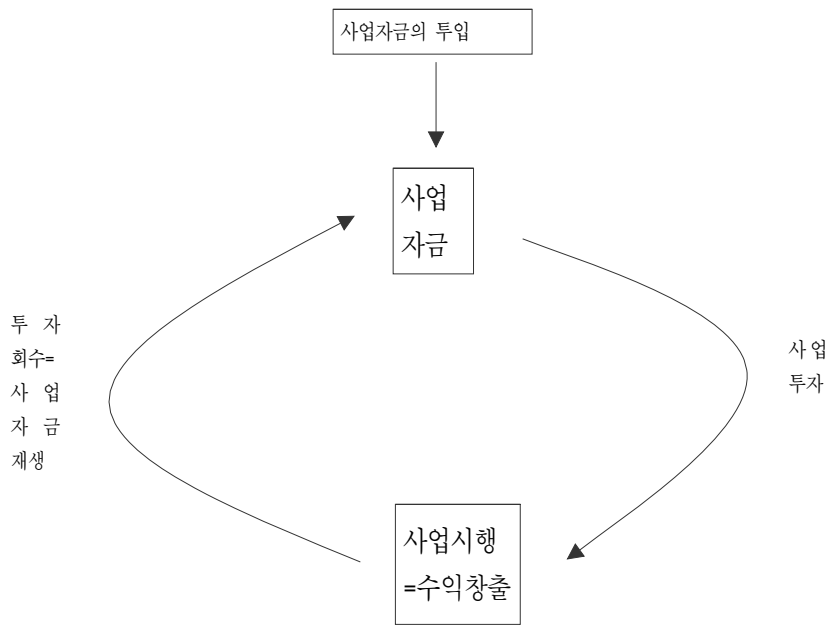
- 한 경제주체가 지불을 하면 지불한 액수만큼 지불능력이 없어지는 것(=지불불능)이 되고, 그 지불을 수취한 경제주체는 그 액수만큼 지불능력이 증가하는 것이다.
- 이 경우 지불능력이 증가된 경우는 문제가 없으나 지불능력이 없어진 경우에는 그 지불능력이 다시 보전되지 않으면 그 지불한 액수만큼 지불이라는 화폐경제의 기본적 작동이 불가능해 지고 이는 화폐경제의 지속적인 유지·발전에 근본적인 문제가 된다.
- 이러한 지불불능의 보전이라는 화폐경제의 근본적인 문제를 해결하는 방법은 외양적으로는 다양할 수 있지만 그 근본적인 구조에서는 두 가지 형태가 존재한다.

이러한 지불불능을 보전하는 두 가지 형태의 근본적인 구조는 지불자체를 어떠한 조건에 구속시킬 것인가에 의해 결정된다.

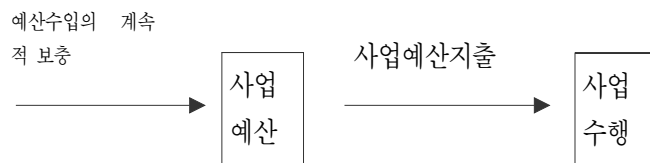
- 가장 기본적인 지불자체에 대한 구속은 지불을 그 지불을 통해 그 지불액 이상의 금액이 다시 돌아오는 경우 즉, 수익성이 있는 경우에만 하는 것이다. 이러한 지불형태의 대표적인 예는 자본주의 기업의 투자이다.
- 위와 달리 지불을 통해 지불능력이 회수되지 않는 경우에도 지불을 해야 하는 경우가 있다. 예를 들면 필요의 충족을 위해 지불하는 경우이다. 이 경우 개인적 필요(private need)와 집단적 필요(collective need)의 구분에 따라 가계와 국가의 지출이 그 대표적인 예가 된다.
- 이러한 비수익성적인 지출의 경우 지불능력의 지속적인 보전을 위해서는 그 지불과 상관없는 외부에서의 다른 수단에 의한 지불능력의 재생이 필요하다. 즉, 가계의 경우는 자산소득이 크지 않는 한 근로소득을 통해, 국가의 경우는 조세 등의 강제징수를 통해 재정적 능력을 계속 재생시켜야 한다.
- 이러한 근로소득이나 강제징수를 통한 재정적 능력의 재생한도, 즉, 예산의 범위 내에서 지출이 이루어져야 이들 가계와 국가는 지불불능을 피하고 계속적인 지불을 할 수 있다. 따라서 이러한 지불에 대한 구속조건을 예산조건이라 한다.
- 결론적으로 다양한 외부의 형태에도 불구하고 화폐경제의 근본적인 재정조건에는 수익성조건과 예산조건이 두 가지가 존재한다. 이를 사업수행이라는 관점에서 그림으로 표현하면 다음의 그림과 같다.

[그림 11-2] 조직의 두 가지 재정적 조건의 가능성

a. 수익성에 의한 사업조직



b. 예산적인 사업조직



두 가지 재정적 조건이 기능이나 사업 수행에 대해 갖는 의미를 의료보장이 라는 기능의 경우에 한정해서 보면 이는 예산적인 재정 메커니즘을 갖는 조직 을 통해 그 기능이 수행되는 예라고 볼 수 있다.

- 이러한 경우 그러한 기능이 지속적으로 유지·발전될 수 있는가의 여부는 지속적으로 외부에서 예산이 주입될 수 있는가의 여부이다.
- 따라서 그 구성 원리에 의해 명백하듯이 자신의 재정 메커니즘 안에 재정적 지속성의 조건이 들어 있지 않고 외부에 의존하여야 하기 때문에 외부의 사 정에 의해 그 사업의 지속성이 크게 영향을 받는다.
- 특히 공공예산을 결정하는 강제징수에 의한 예산의 확보는 경기변동과 정치 적 상황에 의해 많이 영향을 받는다고 생각된다.
- 예산조건에 제약되는 조직의 경우 예산조건, 즉, 예산의 가능한 범위 내에서 지출이 이루어지도록 하는 경향으로 표현되는 재정적 동기가 있다고 보아 야 한다.

자본주의기업의 경우는 수익성조건을 통해 그 기능이 수행되는 예라고 볼 수 있다. 기업의 대표적인 기능은 사회에서 필요로 하는 재화의 생산이라 생각된 다. 민간의료기관의 경우가 그 가능한 예이다.

- 이 경우 기업의 지출은 투자로서 수익을 창출하는 것을 목적으로 한다. 수 익은 통상 투자비용 보다 큰 것으로 되어있다. 따라서 지출 자체에 재정적 능력을 재생시키는 조건이 내재되어 있다.
- 따라서 수익성이 날 수 있는 조건만 갖추어 진다면, 외부에서 인위적으로 그 사업을 위한 재정을 계속 주입할 필요가 없이, 그 사업 자체에서 사업수 행을 위한 재정적 능력이 계속 재생되는 것이다.
- 이는 위의 그림에서 보듯이 한번 사업자금이 투입되면 그 이후에는 수익성 창출의 조건이 만족되는 한 그 투자액에 해당하는 금액만큼은 계속해서 새 롭게 외부에서 조성하여 투입할 필요가 없음을 의미한다. 이는 수익성적인

사업조직에서는 지불 자신에 지불갱신 조건이 내재되어 있기 때문이다. 이는 그림에서 순환하는 화살표로 나타내어진다. 이 조건에서 핵심적인 것은 사업수행에 의해 수익창출이 이루어 질 수 있다는 것이다.

- 만일 어떤 기능이 이러한 재정 메커니즘을 통해 수행될 수 있다면 경제적인 수익성 조건 외에 정치적이거나 사회적인 다른 외부적인 조건에 영향을 받지 않을 수 있다.
- 대개 경제적 조건은 이성적인 나름대로의 법칙을 가지고 움직이는 반면, 정치적 사회적 조건은 그 때 그 때의 상황에 따라 비이성적 결과를 초래할 수 있으므로 사업의 지속성의 측면에서 보아 수익성 조건이 만족된다면 수익성조건에 따른 조직에 의한 기능의 수행은 바람직하다고 볼 수 있겠다.
- 특히 경제적 수익성의 조건을 만족해야 하는 조직은 경쟁에서 수익성을 내면서 살아남기 위해 비용구조의 개선, 생산물의 질 향상, 소비자의 선호와 그 변화에 대한 민감한 반응 등의 특성을 보이고 이는 재화의 생산에 아주 유리한 조건으로 작용한다.
- 수익성 조건에 의해 그 존재가 제약되는 조직은 어떻게 해서든 수익성을 충족시키려는 재정적 동기가 있다고 보아야 한다.

다. 두 재정적 동기와 공공보건의료 역할의 재정립 및 운영혁신과의 관계

1) 의료서비스의 측면에서 본 공공보건의료의 기능 및 역할

가) 의료서비스측면에서의 공공보건의료

앞에서 사용한 다음의 그림을 시작으로 경제적 재화로서의 의료서비스 측면에서의 공공보건의료의 기능 및 역할을 설명하겠다.

[그림 11-3] 의료서비스의 측면에서 본 공공성

비필수 의료서비스			임의 비급여
필수의료서비스	비공공 의료서비스	비보장 의료서비스	임의 비급여
			법정 비급여
	공공 의료서비스	보장의료서비스	건강보험 법정급여
			의료급여 법정지혜

<의료의 필수성>

<의료의 공공성>

<의료의 보장성>

<의료비구성>

의료의 필수성은 해당의료의 의료적인 필요(medical need)인가라는 기준에 의해 필수의료서비스와 비필수 의료서비스로 구분된다. 이는 건강권의 보장의 대상으로 의료서비스를 보는 가 아닌가의 관점이다. 이 관점에 의하면 필수의료서비스를 건강권보장의 대상으로 본다.

비필수의료서비스와 일부 필수의료서비스는 비공공 의료서비스가 되고 나머지 의료서비스는 공공의료서비스 즉, 앞에서 언급한 기본의료가 된다. 이 때 공공성의 기준은 가치판단에 의한 것으로 사회가 집단적으로 재원과 자원을 준비하여 공급할 필요가 있는 서비스로 인정하는 가의 여부이다. 이는 현실적으로 법정의료서비스에 포함시키는 가의 여부에 해당한다. 본 연구에서는 실제로 사회가 합의한 공공의료서비스가 존재한다는 것을 전제하고 시작한다. 즉, 기존에서 정해진 공공적인 기본의료의 확보와 관련된 정책이나 운영에 상관하지 기본의료가 어떤 내용으로 결정이 되었는가에는 상관을 하지 않는다. 이는 이 연구가 중요하지 않아서가 아니고 본 연구의 관점이 그에 관한 언급을 필요로 하지 않기 때문이다.

이러한 공공의료서비스는 다시 실질적 보장여부에 따라 보장의료서비스와 비

보장 의료서비스로 구분된다.

공공보건의료서비스의 실질적 보장여부는 다시 예산제약에 의해 결정된다고 보아야 한다.

나) 공공보건의료서비스의 정의와 건강권

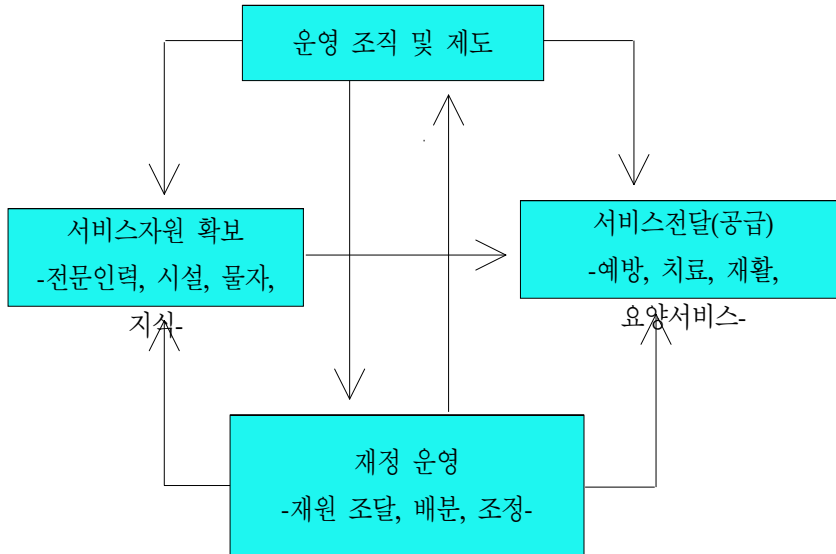
이상의 논의를 기반으로 하여 건강권의 여러 가지 차원을 정리해 볼 수 있다.

- 기본적으로 모든 의료적인 필요 즉, 필수의료서비스를 사회가 집단적으로 개인에게 보장해야 한다고 주장하는 경우 가장 넓은 건강권이 성립한다.
- 그러나 현실적으로 한 사회에서 사회가 집단적으로 보장해야 하는 의료서비스를 모든 필수의료서비스로 보지 않고 그 긴급성 등에 대한 가치판단을 기준으로 그 범위를 좁힐 수 있다. 이를 구체적인 한 사회에서 당위적으로 보장되어야 한다고 간주되는 기본필수의료(basic medical need)라 할 수 있다. 또한 이 범위가 의료서비스에 관한 당위적인 건강권의 범위이고 또한 당위적인 공공성의 범위이다.
- 더 나아가 한 사회의 재정적인 제약으로 가치판단에 의해 당위적으로 기본필수의료라 정한 것을 모두 보장할 수 없는 경우 또 다시 긴급성 등을 고려하여 보장의 범위를 실질적으로 더 좁힐 수 있다. 이를 실질적으로 보장되는 기본필수의료(guaranteed basic medical need)라 할 수 있다. 이는 실질적으로 보장되는 건강권의 범위이며 또한 실질적인 공공성의 범위이다. 이 범위에서는 법정본인부담을 제외하여야 한다.

다) 국가보건의료체계와 기본필수의료의 보장

상기한 당위적인 혹은 실질적인 기본필수의료를 보장하는 것을 공공성의 기 능이라고 할 때 이를 전체적으로 이해하기 위해서는 국가보건의료체계의 전체적인 측면을 먼저 보아야 한다.

[그림 11-4] 국가보건의료체계의 구성



자료: Roemer, M. I., National health systems of the world: The countries. Volume One. New York, Oxford: Oxford University Press, 1991

운영조직 및 제도는 다른 구성요소들의 조정(coordination)과 관련이 있는 요소이다. 이는 제도적 효율성을 결정하는 요소이다.

재정운영은 서비스자원 확보, 서비스전달, 운영조직 및 제도라는 국가보건의료체계의 구성요소들이 유지·발전될 수 있는 기본적인 조건이다.

- 대부분의 거래에서처럼 보건의료서비스도 공급자와 수요자간 직·간접의 가격지불을 통해 이전되며, 그 과정에서 재원의 조달, 배분, 조정이 이루어진다.주1)
- 국가단위에서 볼 때 재원은 크게 일반세, 사회안전기금, 의료보험, 기부금, 개인이나 가구 등 다섯 가지 유형으로부터 조달되고 있다. 이들이 차지하는

주1) Hsiao, W. C., A framework for assessing health financing strategies and the role of health insurance. In D. W. Dunlop & J. M. Martins eds. *An international assessment of health care financing: Lessons for developing countries*. Washington, D.C.: World Bank, 1995, pp.15~29.

상대적 비중은 국가마다 다르다.

- 이처럼 조달된 재원은 상위수준의 거시적 자원배분결정, 하위수준의 거시적 자원배분결정, 상위수준의 미시적 자원배분결정, 하위수준의 미시적 자원배분결정 등 크게 네 가지 형태의 의사결정과정을 통해 배분되고 있다.^{주2)}
- 자금의 조달 및 배분과 관련한 조정은 a. <서비스자원 확보의 경우> 대체로 거시적 의사결정으로 이루어지고 있으며, b. <서비스 전달의 경우> 수혜범위, 환자본인부담, 공급자지불방법 등이 주요 조정대상이 되고 있다.
 - a) 수혜범위의 결정에 있어서는 많은 국가들이 서비스의 종류와 수혜대상을 동시에 고려하고 있으며, 수혜범위의 결정은 개인의 지불능력에 주로 의존하는 경우와 비교하여 기본(보장)의료라 일컬어지기도 한다. 이와 관련 특정 서비스 혹은 대상을 포함할 것인가 제외할 것인가 선택해야하는 과정에서는 도덕적 윤리적 논의에 휩싸이게 되는 경우가 빈번하다.^{주3)}
 - b) 환자본인부담은 일반적으로 정액부담제, 정률제, 일정액공제제, 급여상한제, 정액수혜제 등이 단독으로 또는 동시에 적용되기도 하는데, 특히 환자의 도덕적 해이와 경제적 취약계층의 비형평적 의료접근성이 고려대상이 된다.
 - c) 공급자 지불방법은 대체로 입원과 외래를 구분하여 입원은 예산제, 진료별수가제, 계약제, 행위별수가제 등이, 외래는 행위별수가제, 인두제, 봉급제 등이 한 가지 또는 복합으로 적용되고 있다.^{주4)}
- 따라서 보건의료재정과 관련한 의료서비스의 공공성은 **자금의 조달 유형과 수혜범위 여부로부터 파악될 수 있으며, ‘일반세·사회안전기금·사회보험’ 등과 같이 공적으로 조달된 자금의 ‘수혜범위’에 포함된 서비스가 해당된다.**

주2) Engelhardt, H. T. Jr., National health care systems: Conflicting visions In H. M. Sass & R. U. Massey eds., *Health care systems: Moral conflicts in European and American public policy*. Dordrecht: Kluwer Academic, 1988. pp.3~13.

주3) Hoffmeyer, U. K. & T. R. McCarthy eds., *Financing health care. Volume I*. Dordrecht: Kluwer Academic, 1994; Menzel, P. T., *Strong Medicine: The ethical rationing of health care*. Oxford: Oxford University Press, 1990.

주4) Hoffmeyer, U. K. & T. R. McCarthy eds., op.cit., 1994.

서비스자원의 확보는 서비스전달의 전제조건이 된다.

- 보건의료서비스와 관련하여 생산 혹은 취득되어야 할 자원으로는 전문인력, 시설, 의약품·의료기기 등의 물자, 그리고 지식이 있다.
- 인력의 경우 유형과 유형별 수, 그리고 이들에 대한 교육훈련, 그리고 자격 부여를 통한 업무활동영역의 지정 등이 고려사항이 되고 이러한 제 여건의 설정은 보건의료서비스에 대한 요구의 형태와 규모에 의해 결정되는 것이 일반적이다.
- 시설 또한 요구에 부응한 여러 가지 형태의 서비스가 가능하도록 수, 규모, 위치, 제공되는 치료내용 등이 고려사항이 되고 있다.
- 의약품이나 의료기기는 배치와 활용에 있어서 적정수준의 유지가 고려되고 특히 기술개발을 통해 언제나 새로운 투입이 가능하므로 인력이나 시설에 비해 유동적인 성향이 있다.^{주5)}
- 보건의료서비스 자원을 확보하기 위해서는 교육, 연구, 시설, 장비 등의 분야에 대한 투자가 이루어져야하며 다양한 서비스 요구와 끊임없이 진보하는 기술의 특성으로 인해 투자의 지속성을 필요로 하다.
- 따라서 서비스 자원을 확보함에 있어서 의료서비스의 공공성은 **투자재원의 성격**을 통해 정의될 수 있으며, 구체적으로는 **시설의 경우** 법률에 근거한 ‘국공립기관·특수법인기관·지방공사기관’(이하 **공공보건의료기관**)이, 전문인력 등 기타 서비스자원의 경우는 ‘**국가지원**’ 연구 및 교육훈련이 해당된다.

서비스 전달 즉, 공급은 위와 같이 마련된 서비스자원을 기반으로 이루어진다.

- 보건의료서비스 전달은 국가보건의료체계 내에서 혹은 체계마다 다양한 형태로 구성되어 이루어지고 있다.
- 그러나 대부분의 경우에 1차의료, 2차의료, 3차의료를 구분하며 1차의료는 특수분야 전문이 아닌 일반의사 1인이 제공하고, 2차의료는 적어도 4개과 이상의 전문과목이 모여서 제공하며, 3차의료는 전문분야로서 일반적이지

주5) Roemer, M. I., op.cit., 1991.

않은 특수분야를 포함토록 하는 가운데 시설자체를 분리하여 운영하는 추세에 있다.

- 그밖에도 서비스에 대한 요구의 성격에 따라 응급의료, 특수질환의료, 요양 의료, 재활의료 등이 이들에게서 분화되기도 하며 예방 등 치료의 전 단계와 시설이 아닌 지역에서 제공되는 서비스가 마련되기도 한다.주6)
- 보건의료서비스 전달은 서비스 자원이 양적은 물론 질적으로도 적정하게 확보된 상태를 전제로, 서비스에 대한 형평적인 접근과 확보된 서비스자원의 효과적 사용을 주요 이슈로 한다.
- 따라서 1차 주치의제도와 같은 서비스에 대한 초기접근형태나 환자의뢰제도와 같은 서비스 유형별 접근방법을 의도적으로 마련하는 것이 일반화되고 있다.
- 서비스자원을 무한정 확보할 수 없는 상황에서 형평성, 효율성과 같은 가치나 목표를 추구하기 위해서는 이러한 조정이 필요하다 하겠으나 다만, 개인의 자율선택권이라는 또 다른 가치에 위배되는 점에서 적용범위가 주로 공공성을 갖는 부분에 국한되는 경향이 있다.
- 이처럼 서비스 전달에서의 의료서비스의 공공성은 **법규 등을 통해 시행이 강제된 서비스**가 해당된다고 볼 수 있으며, 국가응급의료체계 내의 ‘응급의료서비스’, 국공립 보건의료기관의 ‘필수공공보건의료서비스’ 등을 예로 볼 수 있다.

결과적으로, **의료서비스의 공공성**이란 국가보건의료체계의 하위체계인 서비스 자원·서비스 전달·재정운영 부문에서 각기 규명될 수 있는 것으로서 공공보건의료를 논의하고자 함에 있어서는 분야를 명확히 함과 동시에 적절한 용어로 구사되어야 개념상 혼동을 피해 진전을 가져올 수 있을 것으로 보인다.

또한 공공보건의료와 관련한 대안을 마련함에 있어서는 이들 하위체계가

주6) Abel-Smith, B., *An introduction to health: Policy, planning and financing*. London, New York: Longman, 1994.

복합적으로 고려되고 하위체계 간에 그리고 국가보건의료체계와도 상호 부합하는 면모를 보여주는 일이 합의에 이르는 좋은 계기가 될 것이라 여겨진다.

한 가지 예를 들면 상기한 그림에서 의료서비스를 공공성을 기준으로 구분했을 때 이를 제공하는 의료기관은 그 투자재원의 성격상 공공보건의료기관이나 민간의료기관이 모두 될 수 있다. 즉, 공적으로 조달된 재원의 수혜범위에 해당하는 서비스를 두 가지 기관이 모두 제공할 수 있다. 이는 의료서비스 시설과 재원을 구분하는 두 가지 차원의 구분을 적용한 것이다.

본 연구에서 건강권의 보장을 위한 두 가지 방향으로 공공재원을 통한 소비보조와 공공자원에 의한 직접 생산 공급이라는 두 가지를 기본적으로 본 것은 각각 재원과 시설 및 전달이라는 보건의료체계의 구분을 적용시킨 것이다.

2) 경제적인 측면에서 본 공공보건의료의 기능 및 역할

가) 경제적 재화로서의 보건의료

인간의 필요를 충족시키기 위한 물질적 재화와 그 물질적 재화를 사용하여 인간의 필요를 충족시키는 서비스는 희귀한 예외를 제외하고는 경제적 재화이다(cf 자유재). 보건의료서비스도 이러한 측면에서 보면 경제적 재화이다.

인간 사회에서 경제적 측면이 중시되는 이유는 인간사회가 인간의 필요가 어느 정도 충족된 이후에야 다른 분야를 고려할 수 있기 때문이라고 생각된다.

따라서 물질적 재화나 서비스가 필요한 분야를 생각함에 있어 먼저 그 경제적 측면을 생각하는 것은 그 분야 자체의 목적을 달성하기 위한 기본적 전제에 속하는 것이라 생각된다. 이것은 공공보건의료서비스를 포함하는 사회정책의 경우에도 해당된다.

이와 관련 독일 프라이부르크 학파(Freiburger Schule)의 대표자인 오익켄(Eucken)은 다음과 같은 말을 하였다.

“한 공동체 구성원들을, 따라서 노동자, 연금수급자 그리고 기타 사회적으로 상대적인 강한 의존관계에 놓인 사람들을 포함하여, 물질적으로 충족

시킨다는 것은 무엇보다도 먼저 전 생산기구의 능력에 달려있다. 아무리 좋은 사회정책도 만약 노동생산성이 낮다면 전혀 만족할 만한 결과를 가져 올 수 없다. 따라서 노동 분업경제를 잘 유도할 수 있는 잘 기능하는 경제시스템을 확립하는 것이 모든 사회문제의 해결을 위해 모든 것에 최우선하는 전제가 되는 것이다.” (오익첸, 경제정책 원론(Grundsätze der Wirtschaftspolitik), 314쪽)

즉, 사회정책이 재분배를 통해 이루어 질 때 분배할 것이 먼저 충분히 있어야 비로소 분배를 논의하는 것이 의미를 갖게 된다는 것이다. 따라서 경제적 측면에서 사회보장과 관련하여 기본적인 성과는 풍부한 생산력이다.

나) 경제적 성과와 조정기전

(1) 기본적 출발점: 시장메커니즘의 우월성

경제적 측면에서 본 기본적 성과는 풍부한 생산력이다. 이는 그 구성, 양, 질의 측면에 있어 충분한 양질의 재화나 서비스가 필요한 구성에 맞추어 생산되어 소비될 수 있음을 의미한다.

이를 결정하는 것은 경제의 조정기전으로서 경제행위를 누가 결정할 것인가와 관련이 있다. 이에 두 가지 기본적인 구분이 있다. 하나는 그 결정을 개인에게 맡기는 경우이고, 다른 하나는 중앙기구가 결정을 내리는 경우이다. 전자를 대표하는 것이 시장시스템이고, 후자를 대표하는 것이 정부이다.

이러한 경제적인 측면의 성과를 달성하기 위한 경제시스템으로는, 가격조정기구가 자원의 희소성을 충분히 반영할 수 있는 조건(경쟁조건)을 만족하는 경우, 시장시스템이 현재까지 알려진 경제시스템 중에는 가장 우수한 것으로 되어있다.

이는 시장시스템적인 체계 안에 속한 의료시스템이 계획적인 체계에 속한 의료시스템보다 일반적으로 그 양이나 질에 있어 우수할 것을 요구하는 것이다.

현대 시장시스템은 그 작동을 위해 조직이 필요한데 중추적인 역할을 하는

조직은 기업이다. 이러한 기업 조직은 투자를 위해 지출한 비용이 적절한 기간 안에 이윤을 더 붙여 회수되지 않으면 파산을 하게 된다. 따라서 시장시스템을 움직이는 중요한 동기는 수익성을 추구하는 이윤동기이다.

이러한 이윤동기가 경쟁적인 가격기구를 통해 인도되고 적절히 충족될 때 재화의 구성, 양, 질의 측면에 있어 우수한 결과가 나오게 된다.

(2) 시장메커니즘을 적용하지 않는 경우

보건의료서비스에 대해서도 상기한 결과는 똑 같이 적용된다. 그렇다면 시장을 통하지 않는 공공보건의료서비스의 생산과 소비는 상기한 경제적 측면의 현실성을 고려할 때 그에 대응할 수 있는 충분한 이유를 가져야 한다고 볼 수 있다.

a. 경제적 측면의 내부에서의 이유

시장시스템을 통하지 않는 공공보건의료서비스를 고려해야 하는 이유를 먼저 상기한 경제적 측면의 내부에서 찾아보면 다음과 같다.

- 첫째로 수익성 조직을 통해 어떤 기능을 달성할 수 없는 경우이다. 대표적인 경우는 시장실패의 경우에 해당하는 경우로 어떤 기능이 그래도 필요하다면 예산조직을 통해 그 기능이 이루어 져야 한다.
- 둘째로 수익성 조직을 통해 기능이 달성할 수 있는 경우에도 기능의 특성에서 보아 바람직하지 않다고 사회가 인정하는 경우이다. 대표적인 경우는 가치재(merit goods)가 해당된다.
- 이러한 두 가지 예에 주로 속하는 보건의료는 인구나 지역을 대상으로 하는 공중보건이다. 이 경우에는 시장을 통하지 않고 공공조직을 통해 보건의료를 공급할 수 있다. 그러나 중간영역으로 시장과 함께 공공조직을 통해서 공급을 하는 경우도 있다.

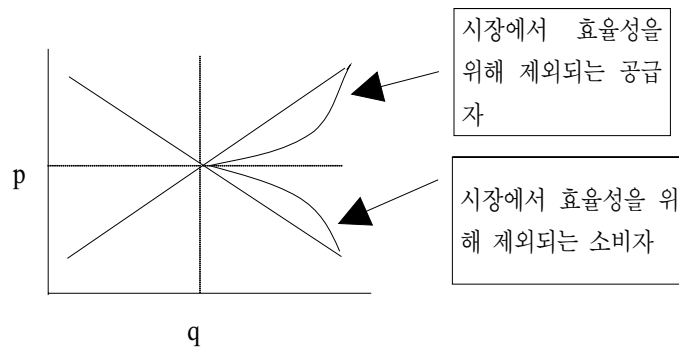
b. 경제와 독립된 다른 가치적인 이유: 건강권

그러나 공공보건의료서비스의 필요를 경제적 측면과 독립적으로 근거지우는 것은 경제적 가치와는 독립적인 다른 가치이다. 그러한 가치로 인간의 권리와 관련하여 새롭게 주장되는 건강권이라는 가치가 있다.

이러한 가치를 인정하게 되면 그 것이 인정되는 범위 내에서는 경제적인 가치를 실현하기 위한 과정이 건강권과 위배되는 경우엔 경제적 논리를 정지시키고 건강권의 가치를 우선시킬 수 있다.

다음의 그림을 보고 대표적인 예를 설명하겠다.

[그림 II-5] 시장에서 효율성을 위해 제외되는 소비자의 문제



그림에서 시장의 효율성을 위해 제외되는 공급자는 수익성을 목표로 하면서도 한계적인 소비자가 효용에 입각하여 지불하고자 하는 가격보다 평균비용이 높은 기업이므로 시장에서 제외되는 데 별 다른 문제가 없다.

그러나 그림에서 한계적인 기업의 비용에 해당하는 효용보다 더 작은 효용에 해당하는 가격을 지불하고자 하여 그 재화의 소비에서 제외되는 경우는 다른 문제가 개입된다.

즉, 그 재화를 소비하기 위해 지불을 불사하는 가격이 그 소비자의 순전한 기호에 입각한다면 문제가 없으나 그 소비자의 경제적 능력과 관련이 있다면

건강권에 입각한 경우 보건의료서비스의 경우에는 문제가 된다.

이 경우 경제적인 취약계층이 시장의 효율적인 관점에 의해 제외되는 것을 건강권의 측면에서 어느 정도 허용할 수 있는 가가 시장의 작동의 범위를 결정하게 된다. 이는 앞의 의료서비스 부분에서 말한 공공성의 범위 혹은 건강권의 범위와 일치한다고 볼 수 있다.

이상에서 경제적 측면에서 본 공공보건의료의 영역에 해당하는 서비스는 기본적으로 경제적인 취약계층을 위한 것이고, 그 취지는 의료서비스의 이용이 건강권에 의하면 개인의 자산이나 소득보다는 의학적인 필요에 입각하여야 한다는 것이다.

c. 건강권의 취약층보호를 넘는 확대와 사회보장

이러한 취지에 의하여 기본적인 경제적 취약층 이외에도 어느 정도 건강권이 적용될 것인가는 상기한 의료서비스의 논의에서 보듯이 한 사회에서 집단적으로 충족시켜야 된다고 가치판단을 한 기본의료서비스의 범위가 어디까지인가에 의해 결정된다.

이러한 집단적인 기본필수의료서비스의 보장을 위해서는 재정적으로 공적으로 조달된 재원이 사용된다.

이를 위해서는 사회보장메커니즘(사회보험, 공적부조)이 사용되고, 사회보장메커니즘은 예산조직으로 운영이 된다.

그러나 기본필수의료서비스를 제공하는 시설은 반드시 예산조직일 필요는 없다. 수익성을 추구하는 민간의료기관에 의해서 기본필수의료서비스가 제공되면 예산조직인 관련 사회보장조직(건강보험)에 의해 상환이 이루어진다.

가치재의 경우에도 재원은 공적으로 조달된 자원을 사용한 예산조직에 의해 운용이 되지만 해당 의료서비스 자체는 역시 민간의료기관에 의해 제공될 수 있다.

그러나 시장실패가 있는 경우나 해당 의료서비스를 공급하는 것이 그 공급조직의 수익성을 보장할 수 없는 경우에는 해당의료서비스의 공급도 예산적 조직에 의해 이루어진다.

d. 조직을 통한 공공보건의료서비스 공급과 시장과의 관계

결론적으로 공공보건의료서비스와 시장의 관계는 서로 돕는 관계에 있을 수 있는 가능성이 있다.

그 가능성은 보건의료서비스도 경제적 재화이므로 구성, 양, 질이 높은 수준에 이르는 것이 좋고 이러한 측면에서 보면 경쟁적인 시장시스템에 의한 생산 소비가 우월하다는 점과 이러한 경제적 논리와는 별개인 건강권에 입각한 부분이 사회에서는 존재한다는 점을 동시에 고려할 때 성립된다. 즉, 공공보건의료가 건강권에 입각하여 사회적으로 요구되는 부분을 충실히 감당해 줄 때, 다른 부분의 보건의료서비스를 제한 없이 시장의 논리에 맡겨도 사회적으로 갈등의 소지가 없을 수 있으므로 그 부분들을 제한 없이 시장논리에 맡길 수 있다는 것이다. 이 때 다른 부분의 보건의료서비스 분야는 대외경쟁력 있게 성장할 수 있다.

이 때 중요한 점은 건강권의 범위에 대하여 가치판단이 개입되는데 이에 대한 합의가 사회적으로 이루어 져야 한다는 점이다.

3) 공공보건의료의 역할 재정립 및 운영혁신 방안을 보는 틀: 공공성과 조직

이상의 논의에서 공공성을 의료서비스 측면에 한정하여 보면 기본필수의료서비스를 의미하는 것으로 사회가 집단적으로 보장하는 것이 바람직하다고 합의한 의료서비스의 범위(기본필수의료서비스)를 보장하는 기능을 의미한다. 이는 경제적인 측면에서 보면 경제적 취약계층에서 시작하여 역시 기본필수의료서비스로 확장하는 의료서비스의 범위와 일치하고, 그 보장방식이 시장을 통하지 않고 예산조직에 의해 이루어지는 것이다.

시설의 종류는 투자재원의 성격에 따라 국공립기관과 민간기관으로 구분된다. 국공립의료기관은 기본적으로 예산조직이고, 민간의료기관은 기본적으로 수익성조직이다.

이 기본적인 틀 사이에 스펙트럼이 존재하는데 이는 공공에서 민간으로 나아가는 방향의 유인조건 혹은 환경(Incentive Environments from Public to Private)

에 의해 설명된다.주7) 이는 공공기관의 개혁과 관련된 내용이 된다. 그 과정에서 개혁의 방향들과 재정조건의 관계가 제시된다.

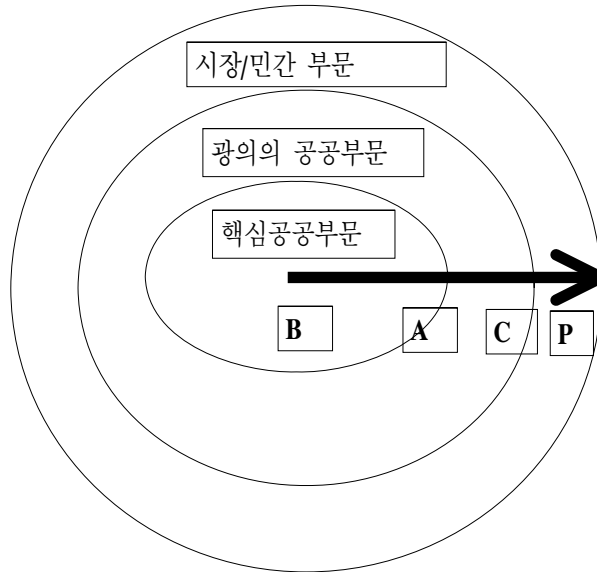
개혁의 방향들(자율화, 기업화, 사유화)[reform modalities(autonomization, corporatization, privatization)] 사이의 차이점을 보여주는 한 가지 방법은 의료서비스 공급 구조화의 가능한 선택 안들을 그 영향 하에서 정부의 임무들이 행해질 수 있는 일련의 유인환경(incentive environments) 스펙트럼으로서 보는 것이다.주8)

- 대 민간 혹은 핵심적인 공공서비스(the civil or core public service)는 구성원 (staff)의 행위가 고도로 결정이 되어있는 (보통은 헌법적으로 규제 기관들이나, 전문 부처들인; usually constitutional control bodies, line ministries) 유인환경의 중앙부에 있다. 직업 보유권(job tenure)이 강하다.
- 광의의 공공부문은 재정운용방식이 상대적으로 자유롭다는 점(the relative flexibility of its financial management regime)과 채용과 승진에 있어 더욱 큰 자유가 허용되는 관리자들로 구성된다는 점(the greater freedom allowed managers in recruitment and promotion)에서 구별이 된다. 이 영역에는 특별목적기관들(special purpose agencies), 독립기관들(autonomous agencies), 그리고, 가장 바깥쪽의 경계에는, 국가소유의 기업들(state-owned enterprises)이 속한다.
- 공공부문의 바깥 영역에는 시장과 시민사회의 영역(the domain of market and civil society)이 놓여 있다.
- 서비스는 영리, 비영리 혹은 지역공동체 조직들(for-profit, nonprofit, or community organizations)에 의해 공급될 수 있다.
- 효율적인 생산에 대한 동기는 서비스공급이 자주 핵심적인 공공부문에서보다 더 우수한 바깥쪽으로 갈수록 더 강하다.

주7) Alexander S. Perker and April Harding (2003), Innovations in Health Service Delivery- The Corporatization of Public Hospitals, The World Bank, pp.42~43.

주8) N. Manning, "Unbundling the State: Autonomous Agencies and Service Delivery," World Bank, Washington, D.C, 1998.을 참조.

[그림 11-6] 정부의 임무가 행해지는 유인환경 스펙트럼



- B 예산단위들(Budgetary units)
- A 독립단위들(Autonomous units)
- C 기업화된 단위들(Corporatized units)
- P 사유화된 단위들(Privatized units)

- 세계의 곳곳에서의 많은 개혁들은 서비스의 공급을 핵심공공부문에서 공공 혹은 민간 조직과의 좀더 핵심공공부문에서 떨어진 계약으로(to more arm's-length contracts with public or private organizations) 움직이는 방향을 추구하였다. 그러나 이러한 방향의 추구는 산출물의 성격이나 공급에 관련된 공공부문의 관리 기전의 존재에 의해 결정되는 제약조건에 의해 제한된다.
- 핵심부문에서 바깥쪽 한계로 이동 즉, 증가되는 자율성(increased autonomy -moving from the center of the circle to the outer limits-) 직접적 규제에 결부되지 않은 책임기전(accountability mechanisms)을 필요로 한다. 계약과 같은 규제는 특히 건강서비스와 같이 산출과 결과를 구체화하기 어

려운 경우에 작성과 시행에 상당한 능력을 필요로 한다.

- 국가들이 행위들을 핵심공공부문에서 더 떨어진 유인환경 쪽으로 얼마나 더 옮겨가도록 할 수 있는 가는 1. 산출물(서비스)의 성격[the nature of the outputs(services)]과 2. 규율이나 계약과 같은 간접적 기전을 통하여 공공목적에 대한 책임성을 창출할 수 있는 능력(the capacity to create accountability for public objectives through indirect mechanisms such as regulation and contracting)에 달려있다.
- 그림에서 보듯이 핵심공공부문은 예산단위들로 이루어졌고 이에서 멀어질수록 예산상에 좀더 큰 자율성을 갖게 되며 그 마지막인 시장/민간부문에서는 재정적으로 완전히 자율적인 수익성을 추구하는 사유화된 단위들이 존재한다.
- 국공립의료기관과 사립의료기관 사이에는 핵심공공부문과 시장/민간을 양측으로 하는 스펙트럼이 존재하며 재정적 조건으로 보면 이는 예산조직과 수익성추구 조직 사이의 스펙트럼에 해당한다.

3. 공공보건의료의 역할 재정립 및 운영혁신방안과 관련된 연구의 영역

가. 연구영역을 나누는 관점

상기한 논의를 종합하여 공공보건의료의 역할 재정립 및 운영혁신 방안과 관련된 연구영역을 표로 나타내면 앞의 내용과 구성에 관한 내용을 설명할 때 제시한 다음의 표와 같다. 논의는 보건의료서비스에 한정한다.

우선 보건의료서비스의 공공성여부에 따라 두 영역으로 나뉜다. 본 연구에서는 기본의료서비스가 어떤 내용을 가지고 있는지에 대해서는 일단 판단을 보류하고 형식적으로 사회가 집단적으로 재원과 자원을 준비하여, 즉, 공공예산을 통하여, 공급할 필요가 있다고 인정한 보건의료서비스 분야가 현실적으로 존재함을 전제한다.

〈표 II-3〉 공공성 여부와 의료시설의 국공립 여부의 관점에 따른 분석영역

		보건의료서비스 생산 시설 국공립 여부	
		국공립의료기관(예산조직)	사립의료기관(수익성조직)
보건 의료 서비스 의 공공성 여부	사회가 집단적으로 재원과 자원을 준비하여 (즉, 공공예산을 통하여) 공급할 필요가 있다고 인정한 보건의 료서비스 분야 (공공성)	정합적: 예산계약재원-예산조직 생산 기능: 기본필수의료의 충족, 시 장실패 보정과 가치재 생산	비정합적: 예산계약재원-수익성기관 생산 기능: 사립의료기관에 의한 공공성의 충족, 공공성 충족 시설의 확충
	비공공적 보건 의료서비스 분 야	비정합적: 예산조직생산기관-비 예산계약적인 재화 생산 기능: 민간기관 행태의 시장에 서의 견제(가격, 질 등) 문제: 양, 질, 구성면에서 적절 한 수준이 되도록 하는 유인	정합적: 수익성조직생산기관-비예산계약적 인 재화생산 기능: 경제적 측면에서 우수한 경쟁력 배 양 문제: 시장의 실패, 가치재의 문제

다음으로 기본의료서비스를 포함한 모든 보건의료서비스는 의료기관에 의해
서 생산이 되는데 그러한 의료기관은 투자재원의 성격과 재정적 운영방식에 따
라 크게 국공립의료기관과 사립의료기관으로 나뉜다.

따라서 위의 두 가지 관점에 의하면 국공립의료기관이 기본의료서비스와 그
외의 서비스를 생산하는 경우, 사립의료기관이 기본의료서비스와 그 외의 의료
서비스를 생산하는 경우의 4가지 경우가 있다.

또한 한 국가의 보건의료를 체계로 보는 관점을 단순화 시키면 하드웨어적인
실질적 의료자원의 확보와 소프트웨어적인 운영방법의 두 가지로 나누어 볼 수
있다. 이를 위의 4가지 영역에 적용시키면 앞에서 언급한 바와 같이 모두 8가
지의 연구영역이 있게 된다.

나. 본 연구에서의 연구영역 한정

공공보건의료의 역할 재정립 및 운영혁신방안이라는 주제를 다룸에 있어 본 연구는 공공성을 가진 보건의료서비스를 확보하는 측면에 국한하려고 한다.

이러한 기본의료서비스의 확보는 표에서 보듯이 국공립의료기관과 사립의료기관의 두 가지에 의해 이루어진다.

본 연구에서는 다시 현재의 의료기관이 구성이나 양을 변화시키지 않고 그대로 인정한 상태에서도 소프트웨어적인 정책이나 운영방안을 사용하여 공공적인 기본의료의 충족을 개선시킬 수 있는 데서 공공보건의료의 역할 재정립 및 운영혁신의 단서를 찾고자 한다.

이는 다른 가능성 예를 들면 의료자원의 구성이나 양의 변화를 통한 기본의료서비스 충족의 향상을 배제하지 않는 것이다.

그러나 우리나라에서 공공적인 보건의료서비스의 대부분이 건강보험과 의료급여에 의해 충족이 되고 있으며, 이에 해당하는 보건의료서비스를 생산하는 것이 압도적으로 사립의료기관이라는 것과 이러한 현실은 재정의 측면이나 관련 당사자들의 수용성의 측면에서 쉽게 바꿀 수 없다는 현실을 인정하면 공공보건의료의 역할 재정립 및 운영혁신방안의 단서를 소프트웨어적인 정책이나 운영방안을 사용하여 공공적인 기본의료의 충족을 개선시키는 데서 찾는 것은 중요한 관점이라 생각된다.

이상에서 본 연구 영역은 기본적으로 공공성을 갖는 기본의료서비스의 충족에 관련된 것으로서 이 기본의료서비스가 어떤 공급자에 의해 충족되는가에 따라 다음의 두 가지 영역으로 나뉜다. 우리나라에서 기본의료서비스의 충족은 기본적으로 사회보장의 두 가지 방식에 대응하는 건강보험과 의료급여에 의해 이루어지고 있다.

- 첫 번째 영역은 사립의료기관에 의해 건강보험과 의료급여에 해당하는 기본 의료서비스가 충족되는 경우이다. 이 경우 건강권은 수요를 보조하는 건강보험과 의료급여의 재정충당 방식에 의해 보장이 된다.

- 이에 있어 정책적으로 풀어야하는 핵심적인 문제는 공공보건의료 담당자들의 관점에서 보아 수익성을 추구하는 사립의료기관의 인센티브를 충족시켜주어 의료서비스의 질과 양을 일정수준이상으로 유지하면서도 사립의료기관들이 예산제약적으로 운영되는 건강보험과 의료급여의 예산제약을 적정수준에서 유지되도록 협조하게 만들 수 있는가 이다.
- 이는 상기의 재정적 조건에서 논의한 바와 같이 사립의료기관들의 적절한 수익성이 공공보건의료의 보장기능을 수행할 때 보장되어야 함을 의미한다. 이는 정책이 유인일치적이어야 함을 의미한다.
- 그러나 문제는 수익성 조건을 추구하는 조직들이 항상 더 많은 이윤의 추구하고 팽창의 경향을 가지고 있다는 점이다. 이는 재원이 예산조직의 원리에 의해 운영되므로 이와 같이 팽창하는 소요예산을 어떻게 감당하고 통제할 수 있는가의 문제를 발생시킨다.
- 즉, 문제의 본질은 공공적인 기본의료서비스 충족의 기능이 사립의료기관에 의해 제대로 받아들여지고 생산 공급되기 위해서는 이러한 기능의 수행을 통한 수익성이 민간보건의료조직의 다른 수익가능성과 비교할 때 받아들여질 만한 범위에 있어야 하는데, 이를 지속시키기 위해서는 민간의료조직의 팽창하는 경향에 의해 팽창하는 소요예산을 사회보장페커니즘을 운영하는 예산조직이 제대로 감당하고 통제할 수 있는 능력이 있어야 한다는 점이다.
- 이는 우리나라에서 사립의료기관이 압도적 비중을 차지하고 있고, 따라서 이들에 의한 기본필수의료의 공급이 중요하다고 볼 때, 어떠한 정책을 통하여 적절한 수익성을 보장하여 이에 의하여 주로 결정된다고 생각되는 의료서비스의 질과 양에서 적절한 기본필수의료서비스의 공급을 유도하면서도 건강보험의 재정적인 지속성을 유지할 것인가가 중요하다고 생각할 때 중요한 연구이다.
- 본 연구에서는 그 기본적인 문제해결의 방향을, 의료의 질과 양이 재정적인 조건에 의해 주로 결정된다는 전제하에서, 재정적인 동기와 관련하여 공공보건의료정책담당자와 사립의료기관 사이에 존재하는 기본적

인 상황의 파악과 이러한 상황에서 공공보건의료정책담당자가 상기한 문제의 해결에서 사립의료기관들의 협동을 이끌어 낼 수 있는 정책의 기초를 밝히는 데서 찾는다.

- 이러한 과제를 수행함에 있어 먼저 상기 양자 사이에 존재하는 기본적인 상황이 죄수의 딜레마와 같음을 보이고, 이러한 상황에서 협동을 이끌어 낼 수 있는 전략에 관한 기본이론을 정리한다.
 - 이를 바탕으로 건강보험이나 의료급여의 영역에서 공공보건의료정책담당자와 사립의료기관 사이에 발생하는 실제문제들을 예로 들어 이들이 어떠한 점에서 협동을 통한 문제의 해결에 부합하고 어떠한 점에서 부합하지 않음을 보인다. 이는 앞으로 공공보건의료정책담당자가 기존 의료자원의 구성이나 양을 변화시키지 않으면서, 또한 우리나라의 일반적인 사회조건 즉, 자유민주주의와 시장중심의 사회라는 조건에 부합하면서도, 공공적인 기본의료서비스의 충족을 사립의료기관의 협동을 유도하여 달성할 수 있는 정책기조를 밝히는 것이 된다.
- 두 번째의 연구 영역은 건강보험과 의료급여에 해당하는 공공적인 기본의료서비스를 예산조직이 중심이 되는 국공립의료기관을 통해 충족시키는 경우이다.
- 이 영역의 핵심문제는 기존의 국공립의료기관 자원으로 달성할 수 있는 기본의료서비스 충족의 최대수준에 미달하는 성과를 극복하는 문제라고 생각된다.
 - 이는 일반적으로 정부의 실패로 불리는 문제로서 예산중심으로 운영되는 기관의 운영상의 인센티브 문제와 관련된다. 이 문제의 핵심은 재정적인 측면에서 보아 예산의 확보와 예산으로 운영되는 기관의 성과 간에 연계가 약한 것이라고 생각된다.
 - 이를 해결하는 운영혁신의 방안은 **예산조직 안에서 위의 연계를 강화하는 방안**과 **예산조직에 시장화요소를 도입하는 방안**의 두 가지가 있다고 생각된다. 이는 국공립의료기관의 운영에 있어서의 효율성을 높

일 수 있는 방안과 관련이 있다.

- 이는 수익성 조직 특히 자본주의 기업이 어떻게 운영되어야 할 것인가를 일반적인 경영학에서 다루고 있는 내용에 상응하는 것으로 어떻게 예산조직을 운영하여야 할 것인가에 대한 내용을 다루고 있다.

4. 법인의료기관의 소유권 여부에 따른 효과 분석

최근 사회안전망 확보를 위한 정책적 의지와 이를 실현하기 위한 노력이 강조되고 있으며, 보건의료분야에서는 의료안전망 강화의 차원에서 공공의료의 공급량과 질을 확충하는 노력을 하고 있다. 공공의료는 그것의 공급량을 확충하는 것도 중요하지만 공공의료의 질을 향상하는 것이 중요한 과제라 할 수 있으며, 투입자원(인력, 시설, 장비 등)을 충분히 제공하는 방안을 추진 중에 있다.

또한 의료시장의 개방, 경제특구의 설치, 소비자의 고급의료요구 등으로 영리법인의 의료기관제도의 도입에 대한 논의가 활발히 진행되고 있다. 영리의료기관제도는 의료분야에 건전한 대규모 민간자본의 투자유입을 촉진하여 의료산업의 경쟁력과 의료의 질을 제고하고 의료산업을 성장시킬 수 있다는 주장을 하고 있다. 한편, 영리의료기관제도의 도입을 반대하는 논리는 보건의료의 공적인 특성을 저해할 가능성 즉, 사회적으로 보장하여야 하는 공공의료서비스(수익성은 낮지만 반드시 제공하여야 하는 의료, 저소득층 환자에 대한 의료 등)가 경쟁에서 밀려나 공공보건의료서비스가 약화될 수 있으며, 미시적인 경제원리에 의거한 판단이 어려워면서 보건의료의 기반을 형성하는 교육이나 연구분야에 대한 투자가 소홀히 될 수 있다는 점이 지적되고 있다. 또한, 더 나아가서 영리법인은 이윤을 창출하기 위하여 건강보험제도 이외의 준의료분야에서 이익을 창출하기 위한 노력을 기울일 것이고, 이는 국민의료비의 상승을 촉발할 가능성도 제기되고 있다.

그러나 현재 우리나라의 실정에서(건강보험제도, 국민들의 의료이용행태, 의료의 제공방식 등) 의료기관의 영리성 여부 즉, 소유권 유형이 의료이용자(소비

자), 의료기관(조직)의 성과, 의료산업의 성장 등에 어떠한 영향을 미칠 것인지는 확정적 결론을 제시하기 어렵다.

이러한 배경에서 영리법인병원과 비영리법인병원이 공존하면서 이들간에 전환의 변화를 미리 경험한 외국, 특히 미국의 사례를 중심으로 의료기관의 소유권 여부 및 전환에 따른 효과에 대한 경험을 종합적으로 분석하여 그 시사점을 분석하여 보고자 한다. 의료기관의 소유권 여부 및 소유권 전환에 따른 효과의 검토는 비용-효율성 측면, 임상진료의 질적 측면, 접근성/공공성 측면 등 세 가지 측면에서 실시하였다.

가. 의료기관 소유권 전환 현황

1) 소유권 전환 배경

1873년에 178개소에 불과하던 미국의 병원들은 1900년대에는 4,300개소로 증가하였고, 세계 제2차대전이 끝날 무렵에는 6,000개소로 증가하여 인구 1천 명당 3.2병상을 보유하고 있었다. 그 이후 힐-버튼 병원설립법(Hill-Burton Hospital Construction Act)이 제정된 이후, 병상의 규모는 1천 명당 4.5병상으로까지 증가하였다. 힐-버튼 법은 병원과 보건소를 조사하여 추가적인 시설 건립을 계획하고 추진하는 주정부에게 연방기금을 승인해 주었다. 따라서 이 법은 전국적으로, 특히 지역사회에, 병원과 보건소를 추가적으로 건립하는 주요한 원동력이 되었다(Health Care Delivery, 2004).

이러한 의료자원의 증가는 인구의 노령화, 역학적 질병구조의 변천과 더불어 보건의료비 지출을 급속히 증대시켰다. 1970년에서 1987년까지 의료비의 증가는 6.6배로 국민소득의 증가율을 상회하였으며, 1990년에 들어서면서 국민소득의 12%까지 상승했는데, 이는 다른 산업국가들의 평균치보다 50%나 높은 수치였다(Hartman, 1992). 이러한 배경에서 보건의료 비용의 증대를 현실적으로 인식하고 재정 절감을 위한 새로운 개혁과 보건의료 공급체계의 변화를 유도하는 움직임이 시급하다는 주장이 제기되었다.

한편, 1970년대 중반 이후 공기업의 비효율성과 경직성을 해결하기 위하여 개혁에 착수한 영국의 사례가 관심의 초점이 되면서, 미국, 일본 등 선진국뿐만 아니라 개발도상국가에까지 공기업의 민영화가 확산되기 시작하였다. 이러한 현상은 보건의료 분야에도 영향을 미쳐서, 급속한 증가 추세에 있는 보건의료 지출을 우려하면서, 그 규모의 축소를 시도하는 노력들과 맥락을 같이 하였다.

또한, 1980년대에 들어서면서 의료비용 절감의 노력과 함께 의료기술의 발전은 입원환자수를 감소시켰다. 새로운 의료기술은 외래의료서비스에 적용하여 병원 입원은 감소하고, 외래 서비스는 40%나 증가하였다. 입원환자의 감소는 환자들의 병원 재원기간을 감소시켰으며, 이는 병원 수익 감소를 초래하였다. 따라서 병원들은 의료개혁(health care reform)과 관리의료(managed care)에 따라 폐쇄되거나 합병되어서 지역사회 병원 및 공공병원의 수는 급속히 감소하면서 병원간 경쟁체계는 심화되었다(Sultz & Young, 2004). 이러한 경쟁상황에서 재정적인 어려움에 처하게 된 병원들은 도산을 피하기 위하여 소유권을 이전하면서(영리법인병원에서 비영리법인병원) 효율적인 운영에 의한 생존의 노력을 하게 되었다.

2) 의료기관 소유권 유형

가) 미국의 의료기관 소유권 유형

미국의 병원은 소유권에 따라 민간의 영리병원(private For-Profit hospitals: FP), 민간의 비영리병원(private Not-For Profit hospitals: NFP), 공공병원(State/local government, community and federal government hospitals: NP) 등으로 구분한다.

전형적으로 영리병원은 개인 혹은 기업이 소유권을 갖는다. 영리병원은 투자를 하고 이윤을 창출하기 위해 서비스를 생산한다. 획득된 이윤은 주식 보유분에 따라 주주들에게 돌아간다. 궁극적으로 민간 영리병원은 개인이나 영리기업이 소유하는 형태인 것이다. 한편, 민간 비영리병원은 비영리 조직, 교회 혹은 종교 단체, 자선단체 등 비영리기관이 소유하는 형태이며, 공공시설은 아니지만, 일부는 정부(연방정부, 주, 시 등)에 의하여 관리되고 지원받는다.

나) 소유권 유형별 성과의 이론적 고찰

전세계적으로 행정기관이나 공기업에 의해 수행되었던 공공서비스의 기능이 민간으로 이양하는 민영화가 확산되고 있다. 이는 행정서비스의 비효율성 때문이다. 이러한 비효율성은 관료제 형식의 공공조직 운영, 경쟁이 존재하지 않는 환경에서 독점적인 운영, 공기업에 대한 정치적 간섭 등의 원인에 기인하였다고 할 수 있다.

이러한 배경에서 시장주도형 인센티브로 비용-효과적인 민간병원에 비하여 공공병원의 효율성이 상대적으로 낮을 것이라는 주장을 뒷받침하는 이론들이 있다. 그 중 소유구조와 관련된 공공기관의 비효율성에 관한 대표적인 이론은 소유권 이론(property rights theory)과 공공선택이론(public choice theory)이다. 소유권 이론은 소유권의 감소가 성과 통제의 유인을 경감시킴으로써 궁극적으로 효율성을 낮추게 된다고 주장한다(Hart와 Moore, 1985). 반면, 공공선택이론은 성격상 관료적인 구조를 지니는 공공기관은 비용을 최소화하기 보다는 예산을 극대화 하는 접근방법을 취하고 있기 때문에 민간기업에 비해 공공기관의 효율성이 낮을 것이라고 주장한다(Clark, 1980).

비영리 기업들은 때때로 내재한 비효율성으로 인하여 효과적인 경쟁이 불가능하다고도 하며(Gray, 1991b; Hassan, 1996; Wilder, 1996), 시장원리는 영리기관의 경영자에게 더 큰 영향력을 미친다고도 알려져 있다(Jensen & Ruback, 1983; Manne, 1965). 경제학에서의 소유권 이론은 영리기업이 좀 더 낮은 비용으로 더 큰 효율성을 가지고 있다고 주장하지만, 영리성이 가격을 향상시키고 병원의 비용을 증가하게 된다고 비난하는 주장도 있다(Parker et al., 1997).

한편, 비영리병원이 영리병원보다 더 나은 성과를 획득할 수 있을 수 있는 근거는 ‘비영리 조직이 지식 근로자의 생산성과 동기부여에 있어서 더 좋다’는 것이다(Drucker, 1989). 병원은 지식을 기반으로 하는 기업의 형태로서 가장 중요한 예가 되기 때문이다. 뿐만 아니라 비영리 경영자들이 특히 창조적이고 혁신적이라는 보고도 있다(Nelson, 1999).

다) 의료기관 소유권 전환 현황

1990년대에 미국에서는 비영리병원들이 영리병원으로 전환하는 경향이 심화되었으며(Goodrick, Meindl과 Flood, 1997), 전체의료기관 가운데 영리병원의 비율은 1990년에 6%에서 1997년에 16%로 증가하였다(Baker et al., 2000). 1997년도 미국 정부에 의해 수집된 자료에 의하면 비영리병원으로서 세금을 면제받는 병원은 5,340개소이며, 세금을 납부하는 영리병원은 1,345개소로 나타났다(U.S. Census Bureau, 1999).

최근 약 20년간 미국의 캘리포니아주에서 발생한 병원의 소유권 전환양상을 검토하여 보았다. 미국의 캘리포니아주 급성기 병원에서의 영리, 비영리, 공공 소유권 유형별 시장점유율 변화는 1989~1990년과 1997~1998년 사이에 민간병원 특히 비영리병원이 증가하고 공공병원이 감소하는 경향을 보였다. 이 기간 동안 공공병원과 영리병원은 수적으로는 감소하였지만, 규모가 커지는 것으로 나타났다. 한편, 비영리병원의 수는 증가하였지만 규모는 실제적으로 변동이 없었다. 총 급성기 병원의 수가 462개소로부터 410개소로 변화하였는데, 비영리병원이 영향을 덜 받았다.

〈표 11-4〉 미국 캘리포니아 주 급성기 진료 병원의 소유권 유형별 구성비 (1990년과 1998년 비교)

소유권 유형	영리병원		비영리병원		공공병원	
	1989~1990	1997~1998	1989~1990	1997~1998	1989~1990	1997~1998
병원병상 구성비(%)	20.3	20.5	63.3	64.8	16.4	14.6
병원수	134	107	238	233	90	70
평균 병상규모	124	150	217	217	148	163

자료: Mehdi Farsi. Changes in Hospital Quality after Conversion in Ownership Status. International Journal of Health Care Finance and Economics, 2004(4), p.215.

1990년과 1998년 사이에 병원의 소유권 유형은 주로 영리에서 비영리로, 비영리에서 영리로, 그리고 공공에서 비영리로 전환하는 것으로 나타났다. 11개소의 병원이 영리에서 비영리로 전환하였으며, 15개소의 병원이 비영리에서 영리

로 전환하였다. 또한, 14개소의 병원이 공공에서 비영리로 전환하였다. 이 기간 동안 총 56 병원이 소유권 전환을 하였는데, 이는 캘리포니아에서 운영되는 급성기 병원의 10% 이상에 해당하는 규모였다. 이들 전환 병원들은 총 병상규모의 13%를 차지하고 있었다. <표 II-5>는 시간의 흐름에 따른 영리와 비영리병원 간의 전환 현황을 보여준다. 병원의 수와 병상수가 제시되었는데, 전환된 병원들의 규모로 파악하건대, 상당히 큰 규모의 기관들이 소유권 유형을 전환할 가능성이 높은 것으로 보인다.

<표 II-5> 미국 캘리포니아주 연도별 급성기 병원의 소유권 유형 전환 현황

전환내용	계	평균 병상수	회계연도(6월 말로 시작)							
			90~91	91~92	92~93	93~94	94~95	95~96	96~97	97~98
영리에서 비영리로	11 (1,672)	152	0	4 (533)	2 (218)	1 (162)	1 (274)	1 (118)	1 (230)	1 (137)
비영리에서 영리로	15 (3,480)	232	0	2 (262)	0	3 (191)	0	2 (279)	4 (1,535)	4 (1,213)

주: ()안은 전환한 총병상수

자료: Mehdi Farsi. Changes in Hospital Quality after Conversion in Ownership Status. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 2004(4), p.215.

나. 소유권 유형별 성과 비교

본 절에서는 영리병원과 비영리병원, 그리고 공공병원과 민간병원의 성과를 비교연구한 기존의 연구결과들을 종합하여 주요 선진국들에서의 병원의 소유권 유형별 성과를 검토하였다. 소유권별 성과는 비용-효율성 측면, 임상의 질 측면, 그리고 접근성/공공성 측면 등으로 구분하여 검토하였다.

1) 비용-효율성 측면

소유권 유형에 따른 비용-효율성은 어떤 유형의 병원이 투입한 비용에 비하

여 더 많은 산출물을 생산하는지 즉, 소비자들에게 제공되는 동일한 서비스에 대한 의료서비스의 가격을 의미한다. 일반적으로 영리병원들은 비영리 혹은 공공 병원들에 비하여 동일한 의료서비스에 대하여 높은 가격(수가)을 책정할 것으로 추정할 수 있으나, 지난 30년간 영리와 비영리, 민간과 공공 등을 비교하여 비용-효율성을 분석한 여러 연구결과들을 검토하여 보면, 결과가 일관되지 않고 있다. 이에 본 연구에서는 연구결과를 중심으로 크게 4가지 유형으로 분류하여 정리하였다. 즉, 영리병원이 비영리병원보다 비용-효율적이라는 결과를 제시한 연구들, 민간병원이 공공병원보다 비용-효율적이라는 결과를 제시한 연구들, 영리와 비영리병원들간에 비용-효율성을 확인하기 어려웠던 연구들, 단일연구 내에서 연도별로 비용-효율성의 차이가 있는 등 일관된 결과를 보이지 않았던 연구들 등으로 분류하여 검토하였다.

가) 영리병원이 비영리병원 보다 비용-효율적이라는 연구결과

Bays(1979)는 미국의 영리와 비영리병원의 입원건당 평균비용을 비교하였으며, 병원규모, 병상회전율, 환자의 질환구성 등에 대한 병원간의 차이를 통제한 후에도 영리병원이 비영리병원보다 더 낮은 평균비용을 투입한 것으로 분석하였다. 또한, 영리병원 중에서도 지역적으로 혹은 전국적으로 체인으로 운영하는 병원들이 독립적으로 운영하는 병원들보다 더 낮은 비용을 투입하는 것으로 측정되었다는 결과를 제시하였다.

Wilson과 Jadow(1982)는 미국의 진단 및 치료 목적으로 핵의학 서비스를 제공하는 비영리병원과 영리병원을 비교하였는데, 평가방법으로 영리병원과 비영리병원의 핵의학부서 간의 생산효율성의 차이를 측정하여 비교하였다. 구체적으로 각 유형의 병원별 자원투입량에 따른 가능한 최대산출량을 측정하였는데, 영리병원의 핵의학 서비스가 비영리병원보다 최대 산출량에 유의하게 더 근사한 결과를 보였다.

Hoerger(1991)는 미국의 비영리병원과 영리병원 간의 비용효율성을 검증하기 위하여 시간의 흐름에 따른 이윤의 변동을 비교하는 연구를 수행하였으며, 영

리병원이 이윤 창출에 있어서 더 큰 변동을 경험하고 있다는 것을 입증하고, 비영리병원이 더 많은 여유자원을 보유하여 비효율적이라는 이론을 확인하였다.

Ferrier와 Valdmanis(1996)는 미국 중서부지역의 360개 병원에 대하여 직원수와 병상수를 투입요소로 하고, 급성환자와 중환자 재원일수, 수술건수, 외래환자수, 퇴원환자수 등을 산출요소로 하여 생산효율성 연구를 수행하였다. 이들이 조사한 병원은 조사를 수행한 1989년의 전체 급성기 종합병원의 50%를 차지하고 있었고, 이는 총 병상수의 30%에 해당하는 방대한 규모였다. 이들은 효율성을 다음과 같이 네 가지 측면에서 비교하였다.

- 기술 측면(technical): 노동력과 자본과 같은 투입 자원이 생산을 위해 사용되는가?
- 배분 측면(allocative): 투입자원의 적절한 구성이 사용되는가?
- 비용 측면(cost): 기술적 및 배분적 효율성의 조합
- 규모 측면(scale): 병원이 가장 낮은 비용의 범위에서 서비스를 생산하는가?

연구 결과는 네 가지 측면 중 배분적 효율성을 제외한 나머지 세 측면에서 영리병원이 비영리병원보다, 그리고 공공병원이 민간병원보다 더 효율적이라는 사실을 보여주었다. 이러한 결과는 병원의 사망률로 정의한 의료의 질(quality), 병원 규모, 병상점유율, 외래환자와 중환자 진료 구성비 등 병원간 다른 차이를 통제한 후 제시된 결과였다.

Altman과 Shactman(1997)는 메디케어 환자를 주로 진료하는 병원들의 이윤을 분석하였으며, 1991년부터 1996년까지 메디케어 환자로부터 얻는 이윤은 영리병원이 비영리병원에서의 이윤을 상회하고 있으며, 민간병원이 공공병원보다 높음을 보여주었다. 메디케어 환자들에 대한 보상은 병원의 유형과는 무관하게 동일하기 때문에, 연구자들은 영리병원에서의 높은 이윤이 비영리병원에 비하여 상대적으로 낮은 비용으로부터 얻어진 결과 즉, 비용선도(cost leadership) 전략에 의한 결과로 해석하고 있다.

Lindsay (1976)는 13개 의료서비스에 대하여 공공병원의 평균 재원일수가 민간병원보다 더 길다는 것을 확인하였으며, 공공병원의 운영이 효율성을 강조하

기보다 관료적이기 때문인 것으로 분석하였다.

Grosskopf와 Valdmanis(1987)는 미국 캘리포니아 소재 66개 병원을 대상으로 투입요소로 의사수, 직원수, 진료일수, 순고정자산 등을 고려하고, 산출요소로 중환자 입원일수, 메디케이드환자 입원일수, 수술건수, 응급환자수 등을 고려하여 효율성을 분석하였으며, 공공병원이 비영리 민간병원에 비하여 효율적이라는 결과를 도출하였다.

Valdmanis(1992)는 미국의 200명상 미만의 공공 및 민간 비영리병원을 비교하여 효율성을 분석하였으며, 이때 고려한 투입요소는 외래의사수, 레지던트수, 의사수, 간호사수, 관리직원수, 입원환자수, 병상수, 순자산 등이고, 산출요소는 성인환자수, 소아환자수, 노인환자수, 재원일수, 급성 및 중환자 재원일수, 수술건수, 외래환자수, 응급환자수 등이었다. 결과적으로 공공병원이 비영리 민간병원에 비하여 기술-효율적이라고 보고하였다.

Coles와 Hesterly(1998)는 공공병원과 민간병원의 서비스 성과를 비교분석하였으며, 내부 직원들을 이용한 서비스의 성과와 계약제 서비스에 대한 가격의 영향을 분석하였다. 서비스에는 검사부서, 전산부서, 급식부서, 중앙공급부서, 응급실, 약국 등의 서비스를 포함하였으며, 민간병원의 성과가 전반적으로 우수한 것으로 나타났고, 공공병원이 민간병원에 비하여 계약제 서비스의 가격에 따른 영향을 받지 않는 유의한 결과가 지적되었다.

나) 비영리병원이 영리병원보다 더 좋은 성과를 나타낸 연구결과

한편, 다른 연구들은 영리병원보다 비영리병원이 더 좋은 성과를 보임을 발견하였다.

Pattison과 Katz(1983)는 미국의 영리 및 비영리병원을 대상으로 이윤, 약제서비스와 같은 부가적인 서비스의 사용, 정부지원 및 소외계층 환자들에 대한 서비스, 그리고 비용을 비교분석하였다. 그 결과, 모든 경우에서 두 유형의 병원 간 차이는 통계적인 유의성을 확인하지 못하여 의미 있는 결론을 내릴 수 없었다. 그럼에도 불구하고, 그들은 영리병원에 대하여 몇 가지 사실들을 발견하였

다. 즉, 영리병원은 일반적인 서비스와 부가적인 서비스에서 더 큰 이윤(더 적은 손해)을 창출하였으며, 이윤을 창출할 수 있는 부가적인 서비스에 대하여 환자 재원일당 더 많은 서비스를 제공하였으며, 정부지원 및 자선 환자들로부터의 총수입에서는 차이를 보이지 않은 반면, 운영비용에 있어서는 입원건당 2%, 그리고 재원일당 6% 이상을 발생시켰다. 그러나 이러한 차이에 대한 통계적인 유의성 검증결과가 제시되지 않았으며, 연구자들은 2 가지 소유권 유형의 병원간 질적 차이 가능성도 통제하지 않았다. 한편, 민간병원이 환자당 일당 비용이 공공병원보다 더 높다는 결론을 얻었지만, 통계적 유의성 검증이 이루어지지 않았다.

Koop, Osiewalski 및 Steel(1997)은 비영리병원과 영리병원간 생산효율성 차이를 평가하였다. 병원의 효율성에 대하여 특별한 사전적 가정에 근거하여, 연구자들은 영리병원이 비영리병원보다 덜 효율적이라고 추정하였다. 그러나 그들의 분석은 소유권 형태 이외에는 두 병원 유형 사이의 어떠한 측정 가능한 차이도 통제하지 않았기 때문에, 연구자들은 영리병원에서 나타난 저효율성이 실제로 질 높은 의료서비스를 제공하기 위한 전략에 의하여 무의미해질 수도 있다는 해석을 제시하고 있다.

Woolhandler와 Himmelstein(1997)는 미국의 영리병원과 비영리병원의 비용을 비교하여 분석하였다. 특히, 그들은 병원간 환자들의 질환구성과 지역적 임금률의 차이를 보정한 후, 영리병원이 일당 그리고 퇴원건당 더 높은 비용을 보여 주었다. 또한, 공공병원과의 비교에서도 영리병원이 일당 그리고 퇴원건당 비용이 더 높았다. 그러나 이들의 차이가 통계적으로 유의한 지에 대해서는 보고하지 않았다.

Silverman, Skinner 및 Fisher(1999)는 미국의 메디케어 환자들에 의한 1인당 지출비용을 비영리병원과 영리병원의 이용실적을 통하여 비교하였다. 환자들의 인구학적인 특성과 기본적인 병원의 특성차이를 보정한 후, 일당 지출비용은 영리병원에서 유의하게 높음을 발견하였다. 그러나 그들의 결과는 다음과 같은 두 가지 이유로 인하여 효율성의 문제를 직접적으로 지적하지는 못하였다. 우선 첫째는 지출 비용의 차이가 서비스 당 지불되는 비용의 크기에 의한 결과인

지, 혹은 제공된 서비스의 범위에서 나타난 결과인지를 구분하지 않았으며, 둘째는 메디케어 수혜자에게 제공된 진료의 질 또는 서비스의 차이 가능성을 고려하지 않았다.

다) 영리병원과 비영리병원간의 성과 차이를 발견할 수 없는 연구 결과

많은 다른 논문들은 비영리병원과 영리병원간의 효율성 차이를 판별하지 못하였다.

Hrebiniak와 Alutto(1973)는 미국의 영리병원과 비영리병원의 정신과 입원부서에서 부서의 성과를 퇴원율, 퇴원건당 비용, 환자 일인당 일당 비용 등 3개 영역에서 평가하였다. 그러나 어떠한 부문에서도 영리병원과 비영리병원간의 유의한 차이는 나타나지 않았다. 한편, 민간병원과 공공병원을 비교한 결과에서는 공공병원의 정신과들이 민간병원의 정신과보다 더 나쁜 성과를 나타냈다. 구체적으로 공공병원은 더 낮은 퇴원율, 더 높은 퇴원건당 및 환자 일인당 일당 비용을 보였다.

Lewin, Derzon 및 Margulies(1981)은 미국의 비영리병원과 영리병원에 대하여 다양한 비교를 실시하였으며, 효율성 평가를 위한 가장 적절한 비교는 일당 그리고 입원건당 운영비용에 대한 비교였다. 연구자들은 2가지 병원의 유형 간에 어떠한 비용 차이도 발견하지 못하였다. 더구나 생산성의 측정척도인 환자 1일당 투입인력 규모가 영리병원에서 유의하게 낮은 것으로 나타났다.

Becker와 Sloan(1985)은 영리병원과 비영리병원 간 비용의 차이를 연구하였는데, 소유권 유형에 교육병원 여부, 환자의 질환구성, 병원 규모, 측정 가능한 질(지역소득, 병원 직원 임금 등) 등을 추가적으로 통제하여 분석하였다. 환자 1인당 일일 경비에 있어 영리병원이 매우 높은 비용을 보이면서 동시에 짧은 재원일수를 가지는 것이 유의하게 나타났지만, 입원건당 비용에서는 유의한 차이를 보이지 않았다. 공공병원과의 비교에서는, 환자 1인당 일일 총비용은 영리병원이 더 높았지만, 입원건당 비용에서는 공공병원과 영리병원간의 유의한 차이가 없었다.

Remm 등(1985)은 입원건당 전체 환자의 진료비를 이용하여 비영리병원과 영리병원의 차이를 분석하였다. 구체적으로 병원의 전체자료에서 환자의 질환구성과 인건비의 차이를 보정하고, 입원건당 보정한 비용이 어느 병원 유형에서 더 높게 나타나는지를 평가하였으나, 어떠한 유의한 차이도 발견되지 않았다. 또한, 공공병원과 민간병원 간에도 유의한 차이가 발견되지 않았다.

Watt 등(1986)은 미국의 영리병원과 비영리병원을 짝으로 매칭하여 80쌍의 병원으로 2가지 병원유형간의 차이를 비교하였다. 이때, 매칭시키는 변수로 병원의 소재지, 환자진료량, 재원기간, 입원진료, 중환자 진료의 이용 현황 등을 고려하였다. 더욱 의미 있는 비교를 위하여 환자 질환구성에 있어서의 차이를 보정한 후 비용 자료를 분석하였다. 그 결과, 입원건당 1일당 조정된 비용이 영리병원과 비영리병원간에 크게 차이를 없음을 발견하였다.

Freund 등(1985)은 미국 전역의 비영리병원과 영리병원의 효율성들을 평가하였다. 효율성 척도로 평균재원일수로 고려하였으며, 지리적인 특성과 보험, 병원규모, 환자의 질환구성 등을 통제하였다. 이러한 보정에 의한 분석결과, 병원의 소유권 유형의 차이는 평균재원기간을 결정하는 데 있어 통계적으로 유의한 의미를 주지 못하는 것으로 나타났다.

Register, Sharp 및 Bivin(1985)은 효율성을 평가하는 또 하나의 방법으로 연구자들은 병원의 영리성 추구여부에 따른 병원서비스 생산과정을 평가하였다. 이들은 노동과 자본이 생산에 결합하는 방법에 있어서 차이가 없다면, 효율성에서도 차이가 없을 것이라는 추론 하에, 두 유형의 병원이 동일한 생산과정에 따라 운영되고 있는지를 검증하였다. 그 결과, 생산과정에 있어 두 유형간 어떠한 유의한 차이도 보이지 않았으며, 이는 효율성에서도 유의한 차이가 없음을 의미한다고 지적하였다. 그러나 노동의 품질은 효과적으로 통제한 반면, 자본에 대해서는 통제하지 않았음을 주목할 필요가 있다.

Register와 Bruning (1987)은 영리병원과 비영리병원의 기술적인 효율성을 분석하였는데, 환자들의 질환구성을 통제하기 위하여 병상규모를 100~150병상으로 분석대상 병원을 제한하였다. 병상 규모와 중점 서비스를 통제한 분석에서 영리병원과 비영리병원 간에 어떠한 기술적인 효율성의 차이를 발견하지 못하

였다. 즉, 동일한 자원의 투입량에 대하여 영리병원이 비영리병원보다 더 많은 생산성을 보이지 않았다. 이때 병원간 서비스의 질 차이는 통제변수로 고려하지 않았다.

Bruning과 Register(1989)는 1,200개소 이상의 미국 병원들을 대상으로 소유권 유형과 기술적 효율성의 관계를 추정하는 연구를 수행하였으며, 병원 규모, 환자의 질환 구성, 지리적 특성 등을 통제하여 분석하였다. 선형회귀분석을 시도한 결과, 소유권 유형과 기술적 효율성 사이에 어떠한 관계도 입증하지 못하였다.

Robinson and Luft(1985)는 공공병원과 민간병원의 성과를 환자 입원 1일당 그리고 입원건당 평균비용을 이용하여 비교하였는데, 경쟁병원의 수, 병원규모, 시장점유율, 인력비율 등을 통제하여 분석한 결과, 공공병원이 더 높은 비용을 가지는 것으로 나타났지만, 추가적으로 환자의 질환 구성을 통제한 후에는 어떠한 유의한 차이도 발견되지 않았다.

라) 영리병원과 비영리병원간의 성과 차이에 복합적인 결과를 나타낸 연구결과

Robinson과 Luft(1988)는 미국의 영리병원과 비영리병원의 1982년과 1986년 입원건당 비용을 비교 분석하였다. 임금과 환자 질환구성의 차이를 보정한 비교분석에서 입원비용은 1982년에는 영리병원에서 유의하게 낮았고, 1986년에는 비영리병원에서 유의하게 낮았다. 한편, 공공병원과 민간병원의 비용을 비교한 결과에서는 1982년과 1986년 모두 공공병원이 민간병원보다 더 낮은 비용을 갖는 유의한 차이를 발견하였다.

Burgess와 Wilson(1995)은 1985년부터 1988년 기간동안 매년마다 4종의 병원 형태(민간 비영리, 영리, 연방정부가 운영, 지방정부 운영)별로 두 종류의 효율성 척도를 연구하였다. 1985년도에는 두 척도 모두에서 영리병원의 효율성이 비영리병원에 비하여 좋았고, 1986년에는 두 척도 중 하나만이 좋은 것으로 나타났다. 그러나 다른 모든 효율성 비교에서 두 병원유형은 유의한 차이를 보이지 않았다. 공공병원과 민간병원을 비교한 경우, 연방정부 병원 8개소가 영리병원과 비교되었는데, 공공병원 6개소가 효율성에 있어 우수한 것으로 나타났고,

지역병원과 영리병원을 비교한 경우에는 효율성에 있어 어떠한 차이도 나타나지 않았다.

2) 임상진료의 질 측면

가) 위반건수 및 불만건수

Mark(1996)는 영리병원과 비영리병원 사이의 성과 차이를 결정하기 위하여 미국의 정신병원을 대상으로 연구하였다. 그는 두 유형의 병원을 비용과 서비스 질의 두 가지 측면에서 비교하였는데, 질(quality)은 법으로 확인된 위반건수와 환자들이 제기한 실증된 불만건수로 정의하였다. 환자진료량과 같은 다양한 관련 변수들을 통제한 후 위반과 불만 빈도수는 영리병원에서 더 높게 나타났다. 또한, 두 소유권 유형에서 효율성이 비교되었는데, 운영비용에 있어서는 소유권 유형별 차이를 발견하지 못하였다.

나) 예방가능한 부작용 지표

병원의 소유권 유형과 예방가능한 부작용(preventable adverse events; PAE)과의 관계를 파악하기 위하여 15,000명 환자의 의무기록을 조사한 Thomas 등(2000)의 연구에 의하면, 환자들이 경험할 예방가능한 부작용의 가능성은 병원의 소유권 유형에 따라 다른 것으로 나타났다. 이 연구는 1992년 미국 유타주와 콜로라도주의 VA 병원을 중심으로 진행되었는데, 병원 소유권 유형^{주9)}으로 비영리병원, 영리병원, 교육공공병원(군 혹은 주 소유), 그리고 비교육공공병원의 4개 군을 고려하였다. 병원의 소유권 유형과 부작용과의 관계는 로지스틱 회귀분석으로 평가하였는데, 비영리병원을 기준으로 하였고, 다른 환자와 병원과 관련한 특성들을 통제하였다. 그 결과, 비교육공공병원의 환자들은 예방가능한 부작용을 경험할 가능성이 비영리병원에 비하여 2.46배 (95% 신뢰구간 =

주9) 병원소유권 유형은 비영리(non-profit) 병원, 영리(for-profit) 병원, 교육공공(major teaching government) 병원(군 혹은 주 소유), 그리고 비교육(minor teaching or nonteaching government) 공공병원의 4개 군으로 구분됨.

1.45 to 4.20) 높은 것으로 나타났다^{주10)}. 영리병원의 환자들 또한 부작용을 경험할 가능성이 높은 결과를 보였다. 한편, 교육공공병원의 환자들은 부작용을 경험할 가능성이 비영리병원에 비하여 0.38배 (95% 신뢰구간 = 0.16 to 0.89)로 낮은 것으로 나타났다.

3) 접근성/공공성 측면

가) 소외계층 진료 구성비

영리병원이 이윤이 없는 의료서비스도 실제 충분히 제공하면서 역량 있는 서비스를 제공함으로써 수익을 창출하는 지가 논란이 되고 있다. 만약 덜 수익이 나는 진료를 비영리와 공공 기관으로 유도한다면, 영리병원들은 수익성 낮은 환자들을 피하려고 노력할 것이다.

실제 미국 캘리포니아에는 1990년에 빈곤선 미만의 가족수입을 갖는 비노년 층의 주민 중 47%가 연방정부와 주정부 메디케이드 프로그램을 받고 있었고, 추가적인 33%가 의료보험을 갖고 있지 못하였다. 또한 빈곤선 이상의 비노년 층도 2%가 메디케이드를 받고 있었고, 9%가 의료보험을 갖고 있지 못하였다. 그리하여 1990년에는 9백만 명의 캘리포니아 주민들이 메디케이드를 받거나 의료보험을 갖지 못한 것으로 나타났다. 따라서 전통적으로 캘리포니아 병원들에는 30% 이상의 환자가 메디케이드 환자이거나, 무보험 환자였다. 구체적으로 [표 4]는 공공병원의 환자 대부분이 메디케이드 환자이거나 무보험 환자임을 나타낸다. 반대로 민간 영리 및 비영리병원에는 25% 미만의 환자들이 저소득 층이었다.

주10) 비교육공공병원의 부작용 가능성은 구체적으로 수술관련 부작용에서 4.85배 (95% 신뢰구간 = 2.44 to 9.62), 그리고 지연된 진단 혹은 치료로 인한 부작용에서 4.27배 (95% CI = 1.48 to 12.31)를 보임.

〈표 11-6〉 1990년 미국 캘리포니아 주 병원시장 현황

소유권 유형	병원수	메디케이드 구성비	무보험 구성비	평균 병상수
민간 비영리병원	209	15.4%	6.2%	227
민간 영리병원	104	16.7%	7.5%	135
공공병원	84	44.1%	14.5%	166
계	397	21.8%	8.2%	190

자료: Duggan MG. Hospital ownership and public medical spending. The Quarterly Journal of Economics 2000: 1351.

나) 저소득층 환자 진료의 재배치

1990년 후반 연방정부 기금에 의하여 저소득층 환자들에 대한 진료를 지원하는 프로그램(Disproportionate Share Program; DSH)이 캘리포니아에 도입된 이래로 병원 소유권 유형별로 저소득층을 진료하는 구성비가 변화하였다. 병원들은 메디케이드 환자들을 더 입원시킬 유인책을 가졌기 때문이다. 이 정책이 도입된 이래 메디케이드 환자의 구성비는 공공병원에서 급격한 감소를 겪었으며, 영리 및 비영리 민간 병원에서는 증가를 보였다. 한편, 무보험 환자 구성비는 공공병원에서 1990년에서 1995년 사이에 10%나 증가하였다. 이는 공공병원의 영리병원 전환에 따른 우려로 논의되고 있는 소외계층의 진료 접근성 및 공공성이 정부에서 추진하는 정책에 따라서 큰 영향을 받고 있음을 알 수 있다.

〈표 11-7〉 소유권 유형별 메디케이드와 비보험 환자의 구성비

(단위: %)

소유권 유형	메디케이드			무보험		
	1985	1990	1995	1985	1990	1995
민간 비영리병원	44.2	45.1	55.8	37.8	47.9	41.5
민간 영리병원	14.9	12.4	14.9	13.4	14.5	10.5
공공병원	40.9	42.5	29.3	48.8	37.6	48.0

자료: Duggan MG. Hospital ownership and public medical spending. The Quarterly Journal of Economics 2000: 1352.

다. 소유권 전환 전후의 비교

1) 비용-효율성

가) 전환 이전의 재정적 어려움

영리조직이 비영리병원을 매입하는 소유권 전환에 있어서 재정적 압박이 전환에 주요 역할을 한다고 여러 연구들은 지적한다. 1978년과 1983년 사이에 비영리병원에서 영리병원의 체인으로 전환한 50개소 병원에 대한 연구에 의하면, 전환하는 병원들은 상대적으로 낮은 수익성을 보이고 있었으며, 노후하고 가치가 하락한 자산들을 보유한 소규모의 병원들이었음을 밝혔다(McCue & Furst 1986). 또한 1996년에 전환한 8개소 병원에 대한 Mark 등(1997)의 연구에서도 50%인 4개소 병원에서 전환 이전에 적자경영을 하고 있었음을 밝혔다(Mark et al., 1997).

Feder와 Hadley(1987)는 1983년과 1985년에 영리병원의 체인으로 전환한 교육 병원 6개소의 특성에 대하여 연구하였다. 6개 병원 중 단 한 병원만이 전환 이전에 심한 재정적 어려움을 겪고 있는 것으로 나타났지만, 나머지 병원들의 경영자 및 의과대학 학장들은 연구와 교육, 저소득층 진료를 위한 추가자원의 제공 등을 위하여 병원을 매각하였다고 기술하였다. 또한, Townsend(1983)는 1980년대 초기에 전환한 병원 5가지 사례를 연구하여 병원 건물의 개선 필요성이 매각의 가장 주요한 이유였음을 제시하였다.

나) 전환 효과

Mark 등(1997)의 연구에 의하면 비영리병원에서 영리병원으로 전환한 8개소의 병원에 대하여 재무감사 자료와 메디케어 비용 자료를 이용하여 분석한 결과, 6개 병원이 전환 이후에 높은 수익성을 보였다고 밝혔다. Mark (1999)의 연구에서도 비용과 수익성의 측면에서 두 소유권 유형간 전환의 영향을 비교한 결과, 비영리에서 영리로의 전환, 그리고 영리에서 비영리로의 전환 모두 이윤을 증가시킬 뿐만 아니라 운영비용의 증가도 가져왔다고 보고하였다. 이러한

현상을 연구자는 어려움에 처해 있는 병원들을 흑자 전환시키는 능력이 영리와 비영리병원 모두 유사함에서 기인한다고 설명하였다. 즉, 병원의 소유권 전환은 의료기관의 심각한 재정적 적자에 대한 반응이라고 볼 수 있으며, 따라서 평균적으로 소유권 전환에 따라 재정적 성과는 개선되는 경향을 보인다. 소유권 변화에 따른 재무적 성과의 개선은 더 좋은 경영방식 혹은 확장된 자원투입의 결과로 볼 수 있다. 영리 및 비영리 전환 모두 재정적 성과가 개선되었으며, 개선 방향 또한 메디케어 비용을 낮추고 건당 수익을 올리는 방향으로 유사였다.

재정적 어려움을 극복하기 위하여 소유권형태의 전환을 시도한 병원들에 대한 연구에서 영리병원과 비영리병원의 경영능력이 효율성, 비용, 수익성의 측면에서 유사하다는 연구결과는 많이 제시되고 있다(Arrington & Haddock 1990; Gaynor & Anderson 1994; Ozcan, Luke & Akserver 1992; Pattison & Katz 1993).

또한, 병원 소유권을 비영리에서 영리로, 그리고 영리에서 비영리로 전환한 효과를 인력관리 및 병원도산의 측면에서 연구한 Mark(1999)에 의하면, 영리에서 비영리로의 전환과 비영리에서 영리로의 전환 간의 주요 차이는 인력관리의 방식에 있는 것으로 나타났다. 비영리병원으로의 전환 후에는 전체 환자당 인력 비율을 감소시키는 경향이 있다. 물론 이에겐 전환된 병원이 산업시장에서의 기준보다 높은 환자-인력 비를 갖는 상황에 대한 반응이라는 증거가 있다. 반면 비영리 경영은 전환에 의하여 환자-간호사 비와 환자-행정직 비를 증가시키는 경향이 있다.

한편, 영리병원이 비영리병원으로 전환하는 경우에는 비영리병원의 인건비와 비교하여 전환하는 영리병원 혹은 일반적인 영리병원에서 인건비를 낮추는 반응은 나타나지 않았다. 이는 영리병원에 대한 비영리병원 구매자의 경영방식의 함수일 수도 있다. 예컨대 비영리병원의 경영자는 의사와 환자들을 병원으로 유인하는 방법으로 간호사수를 증가시킬 수도 있다. 유사하게, 비영리병원들은 그들이 매입한 영리병원보다 더 적은 규모의 관리인력을 가지고 있을 수도 있다.

2) 임상진료의 질

영리병원은 여러 연구에서 높은 사망률을 갖는 것으로 자주 나타난다. 다수의 연구에서 영리병원이 높은 수익을 산출하기 위해서 비용을 절감(cutting corners)할 수도 있다고 제시하였다. 이러한 연구들은 높은 사망률의 원인이 고도의 의료기술을 가진 전문의료인력의 규모가 작은 것이라고 지적한다. 대부분의 소유권 전환과 관련한 연구들은 소유권의 형태를 전환한 이후에 의료의 질 측면에서 전환효과가 나타난다고 하지만, 사실 전환에 앞서 병원들은 재무적인 어려움을 겪고 있었다는 여러 증거들이 있다. 따라서 전환된 병원들은 전환보다 먼저 의료의 질에 잠재적으로 영향을 미치는 점진적인 변화가 있다는 문제가 있다.

미국 캘리포니아주의 병원들을 대상으로 1990년부터 1998년까지 9년간 영리 형태와 비영리형태 간의 전환 병원을 대상으로 의료의 질 측면에서 성과를 연구한 Farsi(2004)는 양방향으로의 전환이 몇 개의 상반되는 결과를 가지고 있음을 발견했다. 구체적으로 의료의 질은 캘리포니아의 노인 환자들의 입원자료에 근거하여 심근경색과 울혈성심부전증의 두 질환의 병원내 사망률로 파악하였는데, 다른 위험요인들은 보정하였고, 또 다른 척도는 계획되지 않은 재입원율로 평가하였다.

그 결과, 심근경색 환자에서는 비영리에서 영리 형태로 전환한 병원들은 사망률이 증가한 반면, 영리에서 비영리 형태로 전환한 병원들은 사망률이 약간 낮아지는 경향을 보였다. 또한, 울혈성심부전 환자에서는 영리 형태에서 비영리 형태로 전환한 병원들에서 사망률이 증가하는 결과를 알게 되었다. 한편, 재입원율의 경우에는 병원 소유권 전환 영향으로서 통계적으로 유의한 변화를 찾지 못하였다.

3) 접근성/공공성

병원 소유권 전환에 의한 소외계층을 위한 접근성 영향에 대한 최근 연구로

4편의 연구를 참조할 수 있다. 이 중 두 연구는 비영리병원이 영리병원으로 전환 되었을 때 차이가 없음을 나타냈다(Needleman, Lamphere & Chollet, 1999; Young, Desai & Lukas, 1997).

그리고 다른 두 연구는 영리병원으로 전환한 병원에서 공공성의 감소가 있었음을 지적하였다(Ferris & Graddy, 1999; Thorpe, Florence & Seiber, 2000). 따라서 기존 소수의 연구에 기초하여 소외계층을 진료하는 공공성을 논의하기는 매우 어렵다. 그러나 비영리 기관의 영리화는 전세계적으로 점차 증가하고 있고, 이들에 대한 연구결과가 제시되면서 이들 전환의 장기 효과는 파악될 것이다. 여기에서 영리병원이 전반적으로 낮은 공공성을 보이는 경우가 당연한 결과일 수도 있다. 영리병원은 공공성의 이념을 갖지도 않으며, 특수 세금 감면의 혜택 또한 받지 않기 때문이다. 병원산업이 아닌 다른 분야의 연구에서도 비영리 기관이 공공성의 측면에서 우수하다는 평가가 이러한 예측을 뒷받침하고 있다.

라. 다른 의료시설에서의 소유권 유형에 따른 비교

너싱홈에 거주하는 미국인들은 약 1,600만 명이며, 이들의 삶의 질은 그 곳에서 받는 서비스의 질에 따라 달라진다. 급성질환의 환자들은 시술 치료 후 각자의 가정이나 기관으로 돌아가며, 그들이 의사나 병원에 불만족하는 경우 변경하기 쉽지만, 대부분의 너싱홈 환자들은 가정으로 돌아갈 수 없으며, 대다수는 선택의 자유가 좁고, 서비스에 대해 항의하기도 매우 어려운 상황이다.

따라서 너싱홈에서의 의료의 질에 대한 문제는 이 산업의 고민거리였다. 특히 미국의 너싱홈의 2/3는 민간 영리기관이고, 여러 연구에서 영리기관들이 낮은 질의 진료를 제공한다고 주장해 왔다.

Harrington 등(2002)의 연구는 사실상 미국의 모든 너싱홈을 대표하는 13,693 개소 기관들의 1998년도 조사자료를 분석하였다. 그들은 조사자에 의해 발생한 결핍요소를 세 범주, 즉, 진료의 질, 삶의 질, 그리고 기타로 분류하고, 영리, 비영리, 공공 너싱홈 등을 비교하였다.

메디케이드 환자 구성비, 환자의 질환구성을 통제하여 분석한 결과, 영리시설

의 서비스에서 낮은 질과 적은 양의 서비스가 제공된다고 보고하였다. 또한, 간호사 인력의 확충비율 또한 영리병원에서 더 낮았다고 보고하였다. 이는 정규 간호사의 비율이 높을수록 사망률이 낮고, 간호인력이 많을수록 더 나은 기능적인 서비스가 제공된다는 Cohen과 Spector(1996)의 연구결과를 통하여 낮은 질의 서비스 및 성과를 예측할 수 있다.

다. 요약 및 시사점

전세계적으로 영리법인들의 비영리 의료기관 매입이 활성화됨에 따라 병원의 소유권 유형에 따른 의료기관의 성과에 대하여 상당한 논란과 관심이 집중되고 있다. 그러나 비영리와 영리에 대한 이론적인 논의에 의해서는 서로 다른 소유권 유형의 병원형태에 대하여 유의한 차이를 설명하는 확실한 근거를 제시하기는 어렵다. 특히 의사들이 효과적으로 병원운영을 통제할 수 있는 경우에는 더욱 그러하다(Pauly & Redisch, 1973). 이러한 기대는 수많은 실증연구들에 의하여 지지되며, 보건경제학자 Mark Pauly는 병원진료의 성과에 대하여 병상규모, 교육병원 여부, 다른 변수들을 보정한 진료의 질 등에 있어서 소유권과 관련된 차이는 거의 없다고 지적하기도 하였다(Pauly, 1987).

영리병원과 비영리병원의 성과차이를 설명하는 이론적인 논리는 현재의 경쟁 시장 체계에서는 적합하지 않을 수도 있다. 따라서 병원 소유권 전환의 재정적인 그리고 경영적인 성과에서의 효과는 이론적이라기보다는 차라리 경험적이고 정책적인 문제이다. 새로운 소유권의 병원성과 있어서의 영향은 새 경영자의 목적과 그 목적을 달성하는 데 필요한 능력인 관리 기술, 자본 접근성, 시장의 역동성 등에 의해 좌우될 것이며, 특히 공공병원의 영리병원 전환에 따른 우려로 논의되고 있는 소외계층의 진료 접근성 및 공공성 또한 의료시장을 이끌어 가는 정책에 따라서 다른 성과를 보이기 때문이다.

예컨대, 미국 비영리병원의 의사들은 영리병원과 같은 경영에 의하여 그들의 수익성을 높여서 영리병원과의 성과 차이가 없도록 하였다. 따라서 경쟁이 질의 증가와 함께 비용의 증가를 야기하던 의료시장의 상황은 지난 10여 년간에

는 낮은 비용과 질의 증가를 가져왔다(Rosenau, 2003).

결론적으로 영리와 비영리 소유권 유형의 우수성에 관한 논쟁은 일관된 결과를 도출하지 못하고 있다. 앞서 나열한 바와 같이 영리병원과 비영리병원, 그리고 공공병원과 민간병원의 상대적인 성과에 관한 경험적인 연구들이 많이 실시되었지만 이러한 연구결과들을 종합하여 일관된 결론과 시사점을 도출하는 것은 매우 곤란하다. 그 이유는 연구대상 병원들의 특성이 매우 다양하고 비교하고 있는 성과의 측정지표 또한 광범위하며, 비교 결과들 또한 상반되는 경우도 있으며, 단일 연구 내에서도 복합적인 결과를 보이는 경우도 있기 때문이다.

따라서 영리와 비영리병원의 소유권 전환을 고려하고 있는 의사결정자들과 경영자들은 각 상황에 적합한 연구결과들을 신중히 분석하여 자신에게 적합한 객관적인 결과들을 중심으로 종합하여 응용하는 노력을 하여야 할 것이다.

바. 일본의 공공의료기관 개혁 동향

1) 일본 의료시장의 공공경쟁을 위한 논의^{주11)}

지금까지 일본의 공공의료기관은 그 개설 취지에서부터 공적 자금의 투입이나 세금측면에서 우대를 받아왔으며, 이러한 공공의료기관의 운영에 대한 국가의 지원은 민간병원의 운영에 상대적으로 큰 영향을 끼쳐 왔으며, 이에 공공과 민간 병원의 역할, 존재의 의의, 공정한 경쟁 등과 관련하여 다음과 같은 주제에 대하여 논의하며 개혁을 추진하고 있다.

- ① 국립병원의 재편성과 독립행정 법인화(法人化)
- ② 지자체병원에 지방공영기업법의 일부 또는 전부 적용
- ③ 공사병원의 역할분담과 균등 적합화(Equal fitting)^{주12)}
- ④ 개설주체가 아닌 기능에 따라서 보조금 지급
- ⑤ 국립병원의 독립행정 법인화와 정책의료

주11) 病院, 63(2), 2004. 2., 110~116쪽

주12) 동일한 의료 제공 시에 개설주체와 무관하게 경영 및 운영 준립기반을 동등하게 정비할 것

- ⑥ 지역의 요구에 부응하는 것과 진료보수체계
- ⑦ 급성입원의 평균재원일수 단축에 따른 여유병상의 조정(전환 또는 폐쇄)
- ⑧ 병원의 집단화
- ⑨ 독립행정 법인화와 경영관리: 지자체병원
- ⑩ 독립행정 법인화와 경영관리: 국립병원
- ⑪ 독립행정 법인화에 따른 공적 자산의 이관과 공설민영/역할분담, 기능의 보완

이상의 논의에 근거하여 일본에서는 국립병원, 자치단체병원, 국립대부속병원 등의 독립행정 법인화가 진행되고 공립의료기관이 자립된 운영방식으로 전환되고 있다.

2) 일본 공립의료기관의 자립운영화 동향: 의료제공체계의 개혁과 비전^{주13)}

가) 의료제공체계 개혁을 위한 전략계획

(1) 주요 방향

국민적인 합의에 의한 개혁을 추진하기 위하여 21세기의 의료제공체계의 개혁의 미래상과 지금 진행해야 할 시책을 제시하고, 국민 계층의 폭넓은 논의에 근거하여 이후에도 적절하게 재검토한다.

(2) 비전

환자와 의료인과의 신뢰관계에서 환자가 건강에 대한 자각을 높이고, 의료에 대한 참가의식을 갖는 것과 동시에, 예방에서 치료까지의 요구에 대응한 의료 서비스를 제공하고, 제공받는 환자 중심의 의료를 확립한다.

주13) 病院, 62(12), 2003. 12., 982-987쪽

(3) 기본목표 및 추진전략

□ 목표 1: 환자의 시점 중시

- ① 의료에 관한 정보제공의 추진
 - 의료기관정보의 제공의 촉진, 의료정보의 제공의 촉진
 - 근거중심 의료(evidence-based medicine: EBM)의 추진
- ② 안전하고 안심할 수 있는 의료의 재구축
 - 의료안전대책의 종합적 추진 (의료사고의 발생예방, 재발방지 시스템의 구축, 의료안전 지원센터의 설치)

□ 목표 2: 질 높고 효율적인 의료 제공

- ③ 질 높은 효율적인 의료제공체계의 구축
 - 의료기관의 기능분화, 중점화, 효율화(일반병상과 요양병상의 구분의 추진, 기능분화의 추진, 진료연계, 지역의료연계 등의 추진)
 - 지역에서 필요한 의료제공의 확보 등(구급의료체계 등의 정비, 소아과 의료 등의 충실, 벽지 의료의 확보, 암 대책의 추진, 정신의료의 충실, 공공병원 등의 형태, 말기 의료의 형태, 의료경영의 근대화 효율화)
- ④ 의료를 담당하는 인재의 확보와 자질의 향상
 - 의사 등의 임상연수의 필수성에 관한 대응, 의료를 담당하는 인재의 확보와 자질의 향상, 시대의 요청에 의한 간호의 형태의 재검토와 자질의 향상

□ 목표 3: 의료의 기본정비

- ⑤ 21세기 생명의료를 지탱하는 기반의 정비
 - 의료분야에 있어서의 정보화의 추진, 메디컬 프런티어 전략의 착실한 추진, 국가센터의 정비, 새로운 기술의 개발 촉진, 의약품과 의료기기 산업의 국제경쟁력의 강화

나) 혁신을 위한 기반환경 조성

법령개정, 공적보조, 공적용자, 세금 지원, 의료보수 등에 대한 경제적 평가, 관계 단체와의 회의 등을 통한 종합적인 추진한다.

3) 일본 의료기관의 소유와 지배구조(corporate governance)주14)

- 기업의 일본식 지배구조와 한계점
- 의료법인의 지배구조
- 의료법인 운영통치 확립의 배경
- 통치강화를 위한 구체적인 방법
 - ① 이사회기능의 명확화
 - ② CEO(chief executive officer), COO(chief operating officer)제도의 도입
 - ③ 감사기능의 강화

4) 국립대학부속병원의 독립행정법인화 현실과 과제주15)

- 국립대 부속병원의 경영성과 분석: 경영지표에 따른 순위
- 국립대 부속병원의 의업수지 개선 및 정부의 보조금 감축 방안 분석
- 균형성과표(balanced-score card: BSC)의 개발을 통한 바람직하고 적절한 성과평가 방안 고려

주14) 病院, 62(10), 2003. 10, 821~825쪽.

주15) 病院, 62(9), 2003. 9, 736~742쪽

5) 자치체(自治體)병원의 혁신 동향 및 방향^{주16)}

자치단체병원 원장 세미나에서 전국자치단체병원협의회 회장의 발표자료

가) 의료개혁의 논의에서

- 경제주도
- 영리성의 도입
 - 주식회사 참여
 - 규제개혁 특구
- 공공병원의 형태 (자민당 소위원회 보고)
 - 민간과 비교 가능한 회계 기준
 - 지방 공영기업법 전부적용, 민영화, 지방독립 행정법인화에 의한 경영의 자주성, 높은 코스트체질의 개선

나) 지자체병원에 대한 엄격한 평가 결과

- 일반회계에서의 세금 투입의 명확화
- 경영책임의 명확화
- 인건비가 민간병원에 비하여 높다(경험연수도 민간병원의 2배)
- 지자체 병원의 존재 이유가 불명확하다

주16) 全國自治體病院協會雜誌, 42(4), 2003. 4., 45~58.

Ⅲ. 공공의료기관의 실태분석

1. 공공의료기관 경영실태 분석 및 경영성과

가. 개황

본 분석은 2003년도 각 병원의 재무제표를 바탕으로 공공병원들의 경영실적을 분석하고, 이를 민간병원과 비교분석한 것으로, 각 병원의 환자진료실적과 성장성, 수익성 및 활동성 등의 경영성과와 안전성 및 유동성 등의 재무 구조적 측면에서 분석하였다.

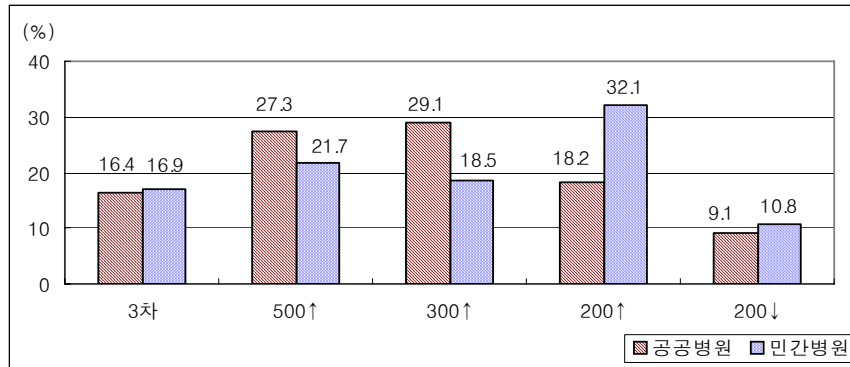
분석에 포함된 병원은 2003년 병원신입평가기관인 239개로 구성되어있으며 이를 설립형태별로 공공병원(55)과 민간병원(184)으로 구분하고 다시 병원 규모별로 3차 의료기관(종합전문요양기관), 500병상 이상, 300~499병상, 200~299병상, 200병상 미만으로 구분하였다.

〈표 III-1〉 지역별 및 병원규모별 병원분포

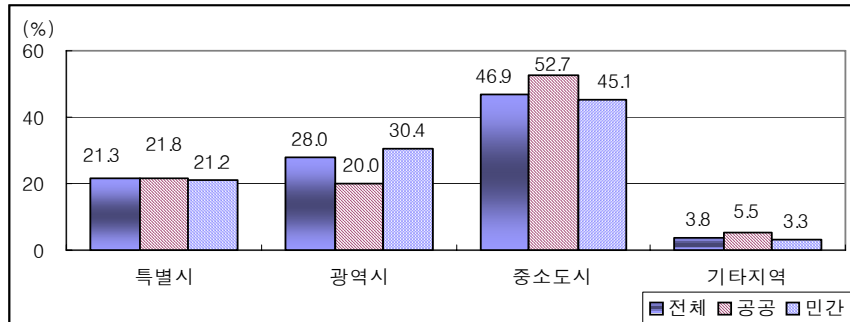
(단위: 개(%))

분 류	전 체	공 공 병 원						민 간 병 원					
		소계	3차	500↑	300↑	200↑	200	소계	3차	500↑	300↑	200↑	200
전체	239	55 (100)	9 (16.4)	15 (27.3)	16 (29.1)	10 (18.2)	5 (9.1)	184 (100)	31 (16.9)	40 (21.7)	34 (18.5)	59 (32.1)	20 (10.9)
특별시	51	12 (100)	2 (16.7)	5 (41.7)	3 (25.0)	2 (16.7)	-	39 (100)	18 (46.2)	2 (5.1)	8 (20.5)	5 (12.8)	6 (15.4)
광역시	67	11 (100)	4 (36.4)	2 (18.2)	5 (45.5)	-	-	56 (100)	8 (14.3)	12 (21.4)	9 (16.1)	21(37.5)	6 (10.7)
중소도시	112	29 (100)	3 (10.3)	7 (24.1)	6 (20.7)	8 (27.6)	5 (17.2)	83 (100)	5 (6.0)	25 (30.1)	17 (20.5)	30 (36.1)	6 (7.2)
기타	9	3 (100)	-	1 (33.3)	2 (66.7)	-	-	6 (100)	-	1 (16.7)	-	3 (50.0)	2 (33.3)

[그림 III-1] 규모별 병원현황



[그림 III-2] 지역별 병원현황



나. 진료실적

환자진료실적지표측면에서 살펴보면 우선 병상이용률은 병원의 시설이용도를 나타내는 것으로 우리나라 병원들의 경우 전체 의료수익의 60~70%는 입원환자로부터 발생하는 입원 수입임^{주17)} 을 감안할 때 병상이용률은 의료수익을 파악할 수 있는 간접지표가 된다. 분석에 사용된 전체병원의 병상이용률은 80.7%로 나타났으며, 민간병원이 공공병원보다 병상이용률이 높은 것으로 나타났다. 병

주17) 정기선, 『현대병원경영분석과 진단』, 1998.

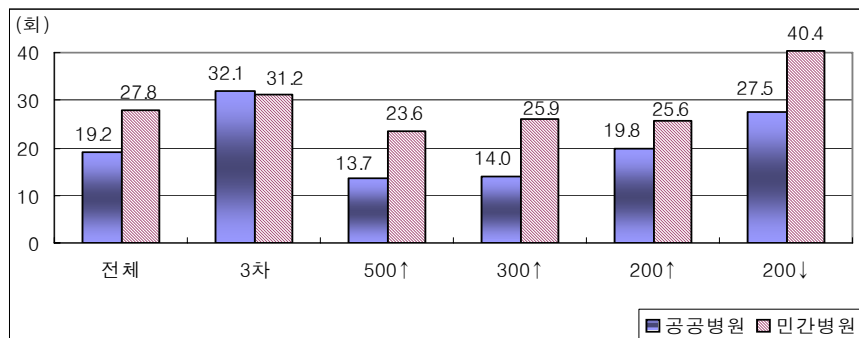
상회전율을 보면 민간병원이 27.8회로 공공병원 19.2회보다 높으며 3차 의료기관(공공병원 32.1회, 민간 31.2회)을 제외한 모든 규모의 병원에서 민간병원의 실적이 높게 나타났다. 지역별로는 특히 서울시에서의 실적이 큰 차이를 보이고 있는데 민간병원(36.4회)은 공공병원(17.3회)보다 병상당 두 배 이상의 환자를 받은 것으로 나타났다.

〈표 III-2〉 설립형태별 환자진료실적

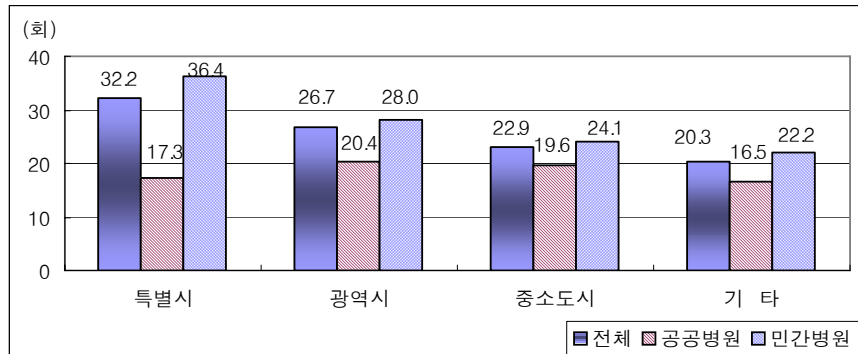
(단위: %, 일, 회)

	전체	공공병원	민간병원
병상이용률	80.7	78.6	81.3
병상회전율	25.8	19.2	27.8
응급환자율	4.9	4.2	5.1
평균재원일수	16.1	21.7	14.5
병상회전간격	5.2	7.6	1.3
외래환자입원율	5.3	5.5	5.2
입원대외래환자비율	2.2	1.9	2.3

[그림 III-3] 규모별 병상회전율

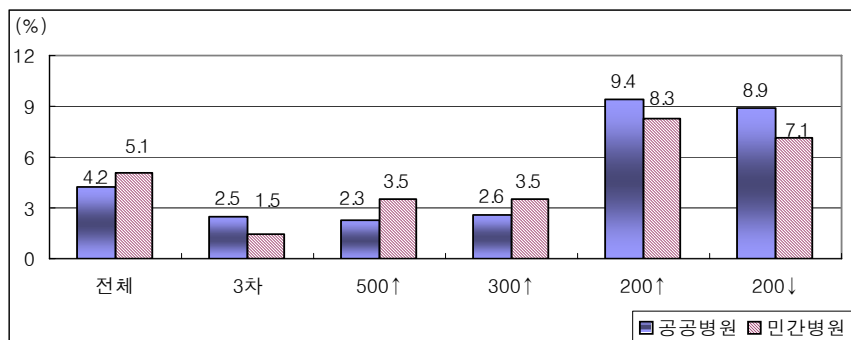


[그림 III-4] 지역별 병상회전율

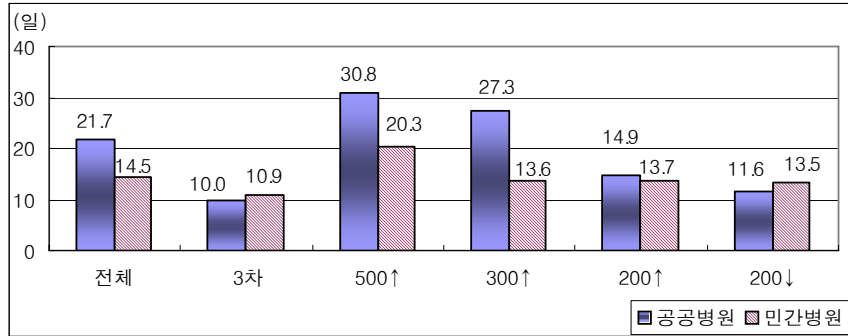


응급환자율을 보면 민간병원이 공공병원보다 높게 나타났으며, 병원규모별로는 300병상 이상과 500병상 이상에서는 민간병원이 공공병원보다 응급환자율이 높았지만, 3차병원과 299병상 이하의 규모에서는 공공병원의 응급환자율이 높게 나타났다. 300병상 미만의 병원들의 응급환자율이 높은 것은 지역적 근접성 때문으로 볼 수 있으며, 응급환자율 지표는 3차의료기관 이상에서는 공공병원이, 300병상 이상과 500병상 이상에서는 민간병원이, 300병상 미만에서는 공공병원의 응급환자 비율이 높게 나타났다.

[그림 III-5] 규모별 응급 환자율

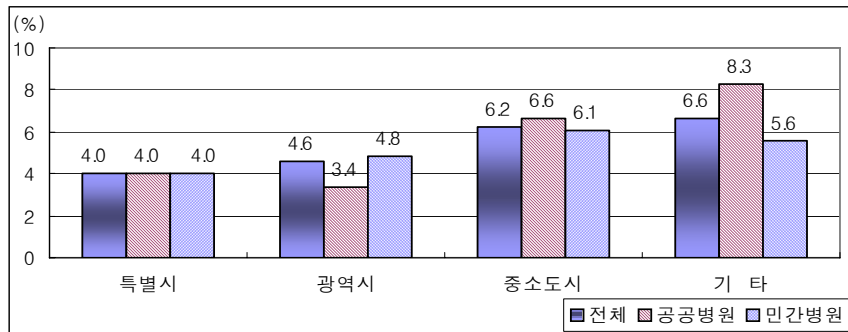


[그림 III-6] 규모별 평균재원일수



평균재원일수는 민간병원에 비해 공공병원이 7.1일 정도 더 길고 특히 500병상 이상과 300병상 이상의 병원에서는 공공병원이 민간병원보다 평균재원일수가 길게 나타났다. 지역별로는 서울시의 경우 민간병원(9.7일)보다 공공병원(27.3일)이 훨씬 오랫동안 입원하고 있음을 알 수 있으며 그 외 지역에서는 큰 차이는 나타나지 않았다.

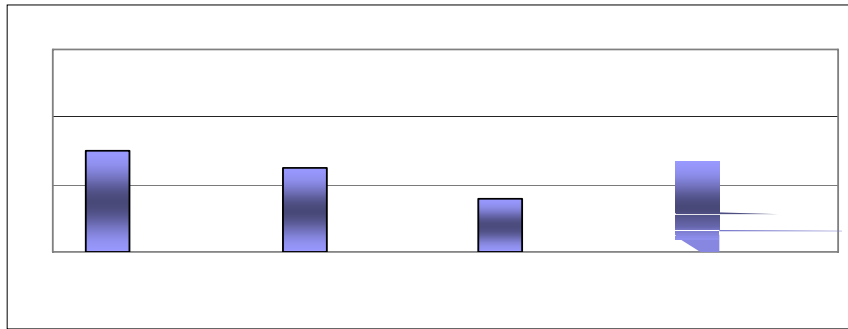
[그림 III-7] 지역별 외래환자입원율



외래환자입원율은 외래 내원환자 질환의 중증도를 알 수 있는 간접적 지표로 외래환자 입원율이 낮은 병원은 향후 입원환자가 증가할 가능성이 있다는 것을

의미한다. 중소도시 및 기타지역이 상대적으로 낮은 비율을 차지하고 있으며 이는 향후 입원환자가 증가할 가능성이 높다는 것을 시사해 준다.

[그림 III-8] 지역별 입원 대 외래환자비율



입원 대 외래환자 비율은 총 재원일수 중 연외래환자수의 비율로 일반적으로 소규모 병원의 경우 외래환자를 중심으로 하기 때문에 이 비율이 높게 나타나는 것이 특징이나 본 분석에서는 규모별로는 차이를 나타나지 않고 있으나 기타지역 중 특히 한 곳(경남 국립부곡병원)의 비율이 약 13%를 차지하고 있다. 지역별로는 대도시가 중소도시에 비해 많은 분포를 차지하고 있어 중소도시의 경우 입원환자수가 상대적으로 많음을 알 수 있다.

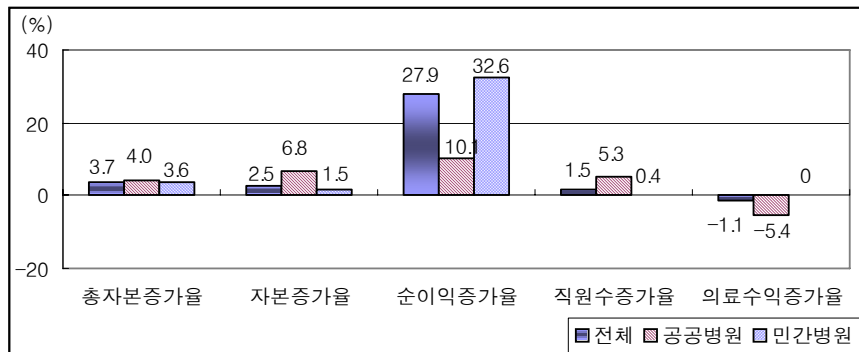
환자진료 실적측면에서 공공병원과 민간병원을 비교하여 보면 공공병원과 민간병원 간 차이가 다소 있는 것으로 나타났으며, 민간병원이 공공병원보다 다소 성과가 좋은 것으로 나타났다. 특히 공공병원의 경우 민간병원에 비해 낮은 병상이용률과 높은 평균재원일수는 공공병원의 수익성악화의 원인으로 작용하고 있다고 사료된다.

다. 경영성과

1) 성장성 지표(Growth Indicators)

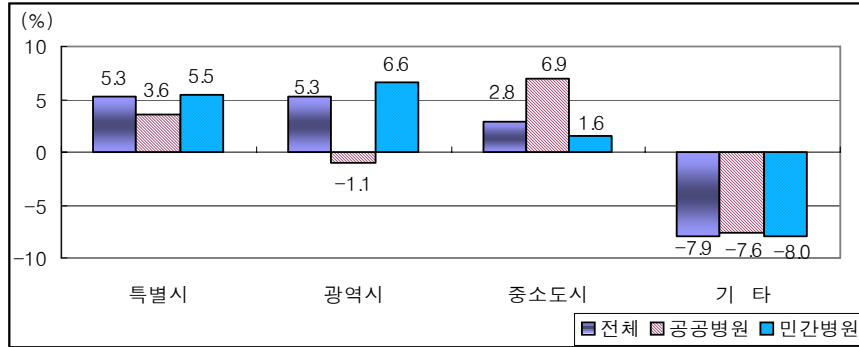
성장성 지표는 병원의 경영규모 및 병원운용의 결과가 당해년도는 전년에 비하여 얼마나 증감하였는가를 나타내는 지표로서 병원의 경쟁력이나 미래의 이익창출능력을 간접적으로 나타내는 지표이다. 다음 그림에서 제시된 성장성 지표들 중 자본증가율, 순이익증가율, 직원수증가율에서 민간병원과 공공병원 간 차이가 크게 나타났다. 특히 자본증가율과 직원수증가율은 공공병원이 민간병원보다 각각 4.5배와 13.3배 더 높았으며, 순이익증가율은 민간병원이 공공병원보다 3.3배 더 높은 것으로 나타났다.

[그림 III-9] 성장성 지표

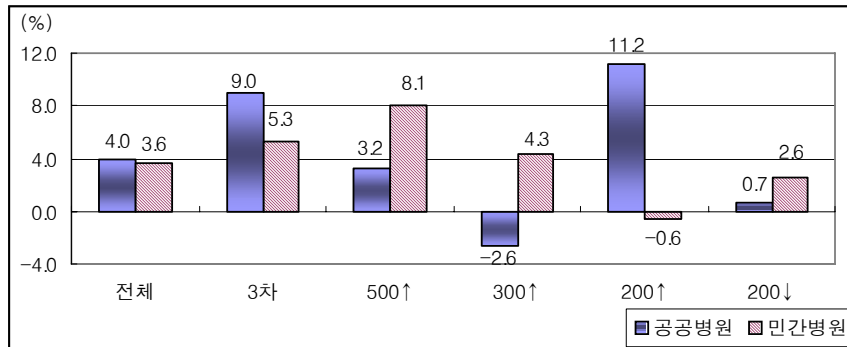


지역별 총자본 증가율을 살펴보면, 광역시의 경우 공공병원은 1.1%로 총자본이 감소한 반면 민간병원은 6.6% 증가하였고, 기타지역의 병원들은 모두 총자본이 감소하는 경향을 나타냈다.

[그림 III-10] 지역별 총자본증가율

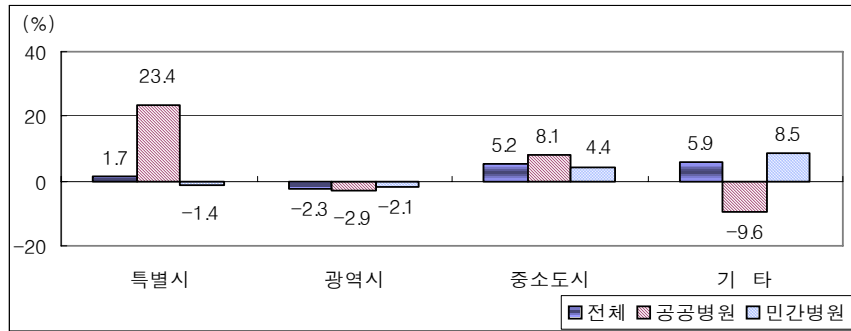


[그림 III-11] 규모별 총자본증가율

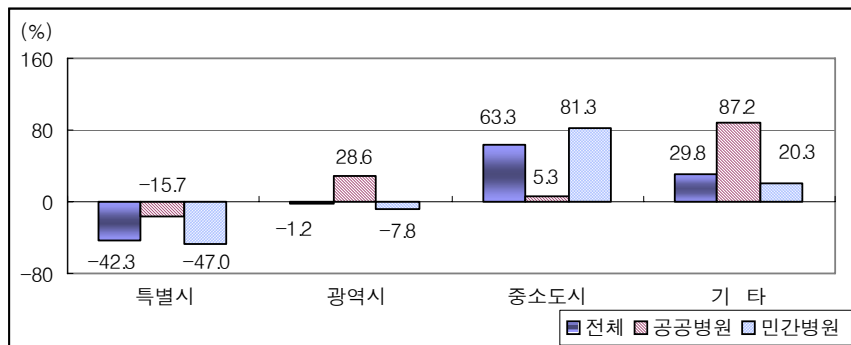


병상규모별로는 300~499병상 규모의 병원에서 공공병원의 경우 2.6% 감소한 반면 민간병원은 4.3%로 총자본의 증가를 보였으나 200~299 병상 규모에서는 오히려 공공병원이 민간병원에 비해 증가하였다.

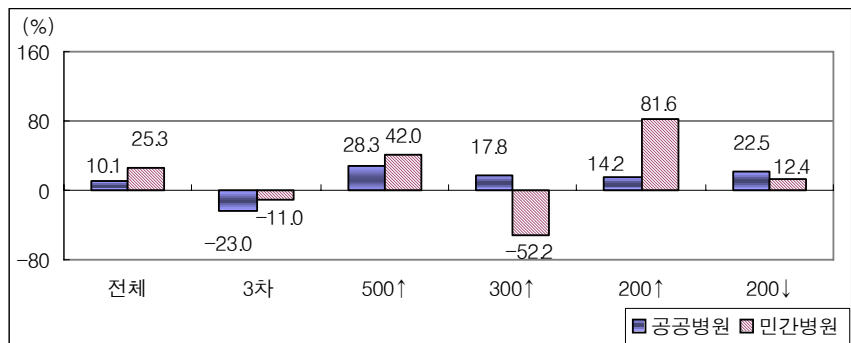
[그림 III-12] 지역별 자기자본증가율



[그림 III-13] 지역별 순이익증가율

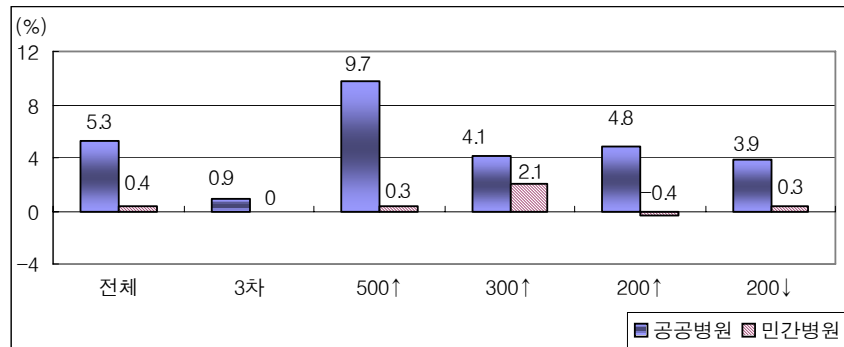


[그림 III-14] 규모별 순이익증가율



지역별 순이익증가율을 보면, 특별시의 경우 공공병원과 민간병원 모두 순이익이 전년도에 비해 감소한 반면 광역시는 공공병원은 증가하였고 민간병원은 감소한 것으로 나타났으며, 중소도시와 기타지역의 병원은 민간과 공공모두 순이익이 증가한 것으로 나타났다. 의료수익증가율은 대체로 전년도에 비해 미미한 성적이나 공공병원은 민간병원에 비해 아주 저조한 실적을 보이고 있다.

[그림 III-15] 규모별 직원수 증가율

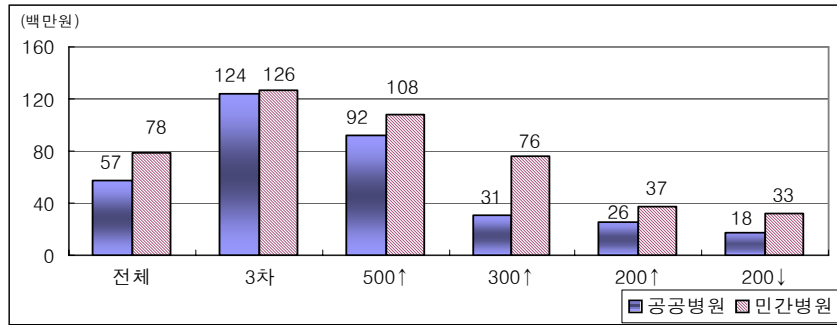


직원수는 민간병원보다 공공병원에서 크게 증가하였으며, 증가율을 보면 공공병원 5.3%와 민간병원 0.4%로 공공병원이 민간병원보다 13배 이상 높았으며, 특히 500명상 이상의 규모에서는 32배 이상 높았다.

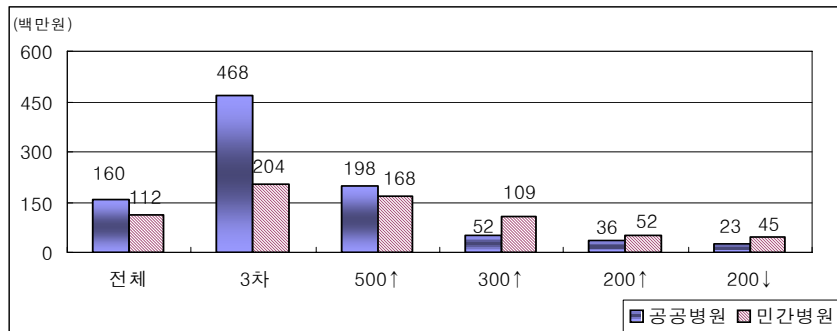
2) 생산성 지표(Productivity Indicators)

다음 그림은 규모별 직원 1인당 부가가치를 나타내는데, 직원 1인당 부가가치는 민간병원이 공공병원보다 좋은 실적이며, 전반적으로 병원의 규모가 클수록 직원 한 명이 차지하는 부가가치는 높은 것으로 나타나고 있다.

[그림 III-16] 규모별 직원 1인당 부가가치

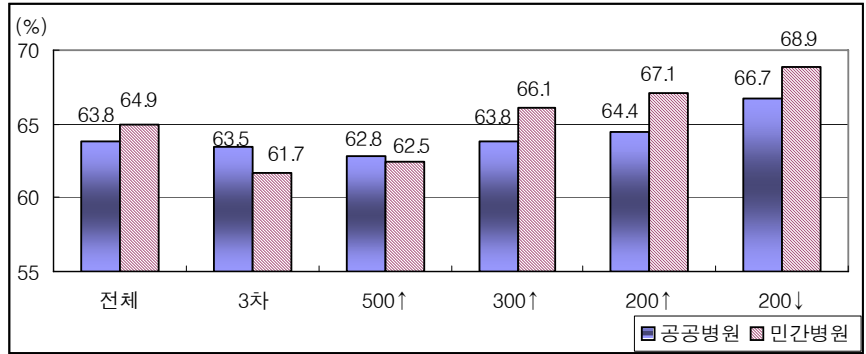


[그림 III-17] 규모별 직원 1인당 의료수익



직원 1인당 의료수익을 살펴보면 3차 공공병원이 468백만원의 가장 높은 나타났으며, 다음으로는 500병상 이상 공공병원이 198백만원의 의료수익을 내는 것으로 나타나 3차병원과 500병상 이상의 규모에서는 공공병원이 민간병원보다 직원1인당 의료수익이 높게 나타났다. 그러나 499병상이하의 경우 직원 1인당 의료수익은 민간병원이 공공병원보다 더 높게 나타났다. 총자본 투자효율은 민간 병원이 공공병원보다 좋은 실적을 보였으며 공공병원의 경우 병상 규모가 클수록 총자본 투자효율이 좋았으며, 지역별로는 서울시 및 광역시에서 보다 효율적인 것으로 나타났다.

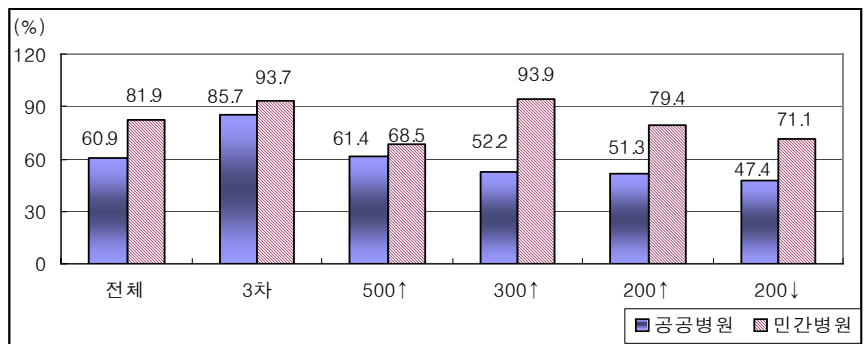
[그림 III-18] 규모별 의료수의 부가가치율



의료수의 부가가치율은 분석에 포함된 전체병원이 60% 이상을 나타내고 공공병원과 민간병원의 차이는 크지 않지만, 3차병원과 500병상 이상 규모에서는 공공병원이 높고, 반면 499병상 이하의 규모에서는 민간병원이 공공병원보다 높게 나타났다. 민간 병원의 경우 규모가 작을수록 의료수의 부가가치가 높아져서 대규모 보다는 소규모 병원에서의 생산성이 높음을 알 수 있다.

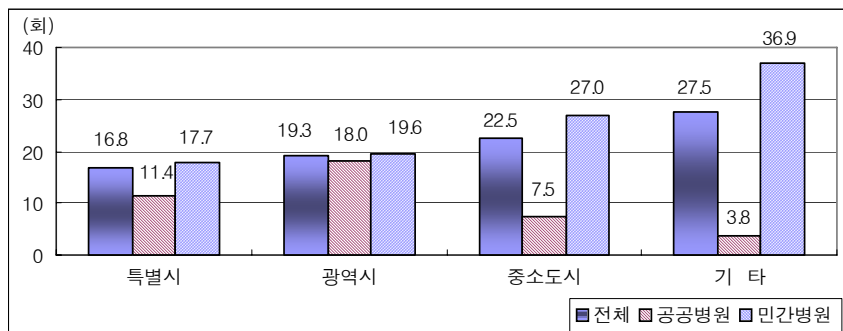
의료기기회전율은 공공병원과 민간병원에서 뚜렷한 차이를 보여주는데 민간 병원은 23.0회로 공공병원 10.7회보다 두 배 이상의 회전율을 보이고 있다. 인건비투자효율은 3차병원을 제외한 모두 병상규모에서 민간병원이 공공병원보다 높은 것으로 나타났다.

[그림 III-19] 규모별 총자본 투자효율

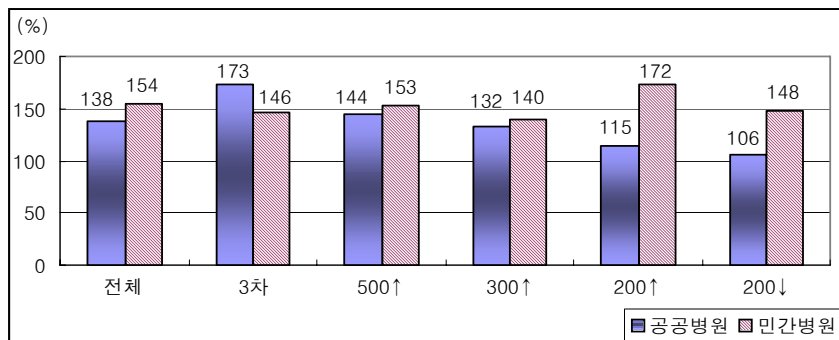


전반적으로 민간병원이 공공병원보다 생산성에서 보다 좋은 성과를 내고 있는데 직원 1인당 부가가치와 직원 1인당 의료수익 면에서는 3차병원을 제외한 모든 규모의 병원에서 민간병원이 좀 더 우수한 실적을 나타내고 있다.

[그림 III-20] 규모별 의료기기회전율



[그림 III-21] 규모별 인건비투자효율



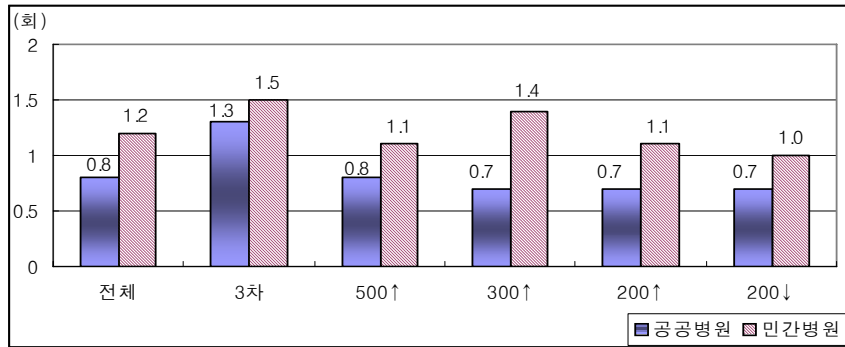
3) 활동성 지표(Activity Indicators)

활동성 측면은 총자산 회전율, 자기자산 회전율, 재고자산 회전기간 및 미수금 회전기간으로 분석하였으며 아래의 그림과 같다.

총자산 회전율은 민간병원과 공공병원이 각각 1.2회와 0.8회로 나타나 민간병

원이 공공병원보다 총자본이 효율적으로 활용되었다는 것을 의미한다. 규모별 및 지역별로도 민간병원의 총자본회전율이 높은 것으로 나타났다. 자기자본회전율의 경우도 전체병원에서 보면 민간병원이 공공병원 보다 높았지만, 규모별로 살펴보면 3차병원과 200병상 이하의 규모에서는 공공병원이 민간병원보다 높아 공공병원이 민간병원보다 좋은 실적을 보여주고 있다.

[그림 III-22] 규모별 총자본회전율

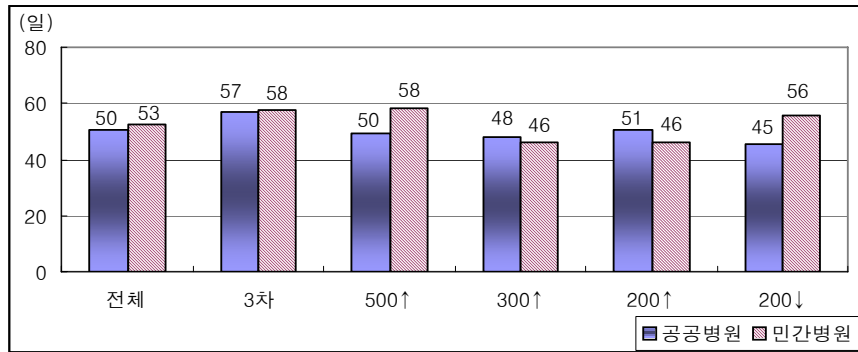


[그림 III-23] 규모별 자기자본회전율

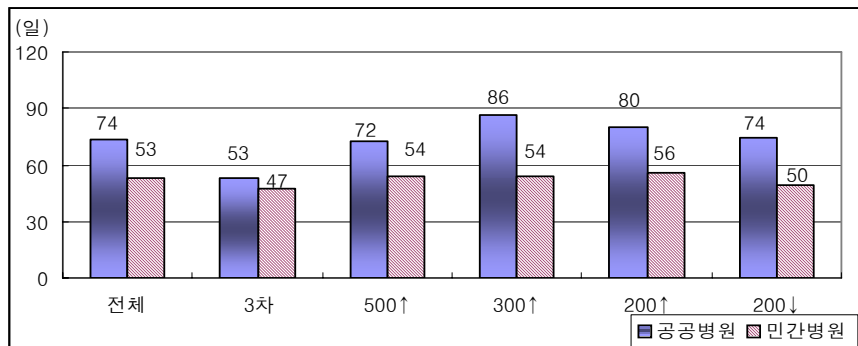


재고자산 회전기간은 공공병원보다 민간병원이 길게 나타났으며, 3차병원과 500병상이상 그리고 200병상 미만의 경우도 민간병원이 길게 나타나, 민간병원이 공공병원보다 의료미수금의 관리가 부실함을 보여주고 있다. 지역별로는 큰 차이는 없으나 공공병원의 경우 500병상 미만의 병원들이 500병상 이상 및 3차 병원에 비해 미수금회전기간이 길게 나타나 규모가 작을수록 미수금관리가 제대로 이루어지지 않음을 시사해 준다.

[그림 III-24] 규모별 재고자산회전기간



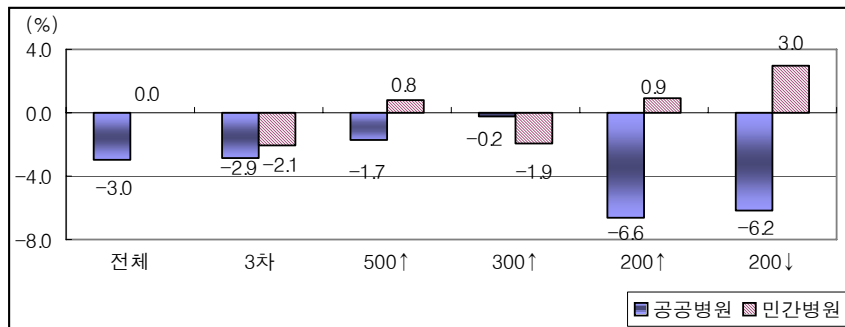
[그림 III-25] 규모별 미수금회전기간



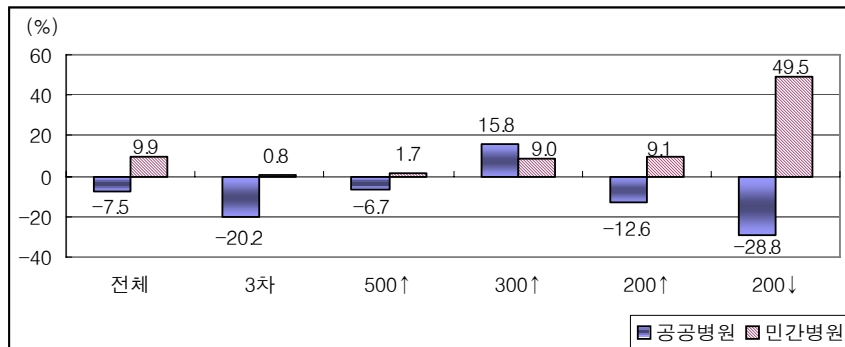
4) 수익성 지표(Profitability Indicators)

다음 그림에 제시된 총자본 순이익률은 총자본에 대한 순이익의 비율로 공공 병원은 -3.0%로 민간병원 0.0%보다 더욱 저조하다. 공공병원은 규모에 관계없이 모두 총자본 순이익률이 음(-)으로 나타났으며, 규모에 따라 이러한 총자본 순이익률이 큰 차이가 있는 것으로 나타났다. 특히 299병상이하와 200병상 미만의 병상규모에서 보면 민간병원의 총자본 순이익률 모두 양(+)의 값을 가지지만 공공병원은 모두 음(-)의 값을 가질 뿐만 아니라 가장 실적이 좋지 못한 것으로 나타났다.

[그림 III-26] 규모별 총자본 순이익률



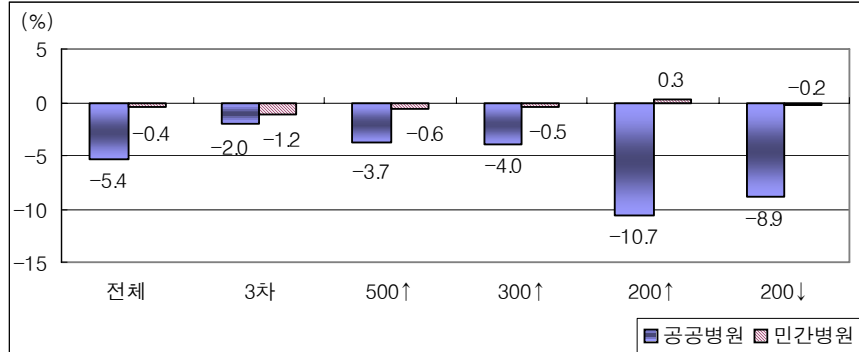
[그림 III-27] 규모별 자기자본 순이익률



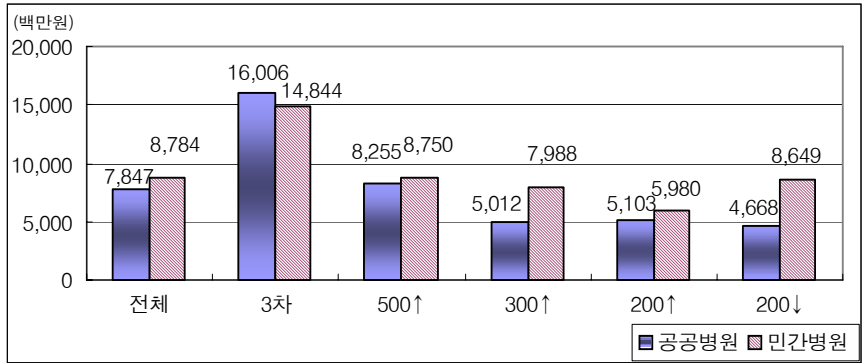
지역별로는 중소도시의 공공병원이 전체 평균 악화에 원인이 되고 있다. 민간병원은 3차 의료기관에서, 지역별로는 서울시와 광역시에서 실적이 저조하다. 자기자본 순이익률 역시 민간병원(9.9%)에 비해 공공병원(-7.5%)의 실적이 매우 저조하게 나타나고 있다. 병원의 경우 병원 건립 시 투입되는 총자본이 워낙 크므로 이 비율은 대체적으로 낮은 편이나 3차 의료기관과 500병상 이상의 공공병원은 당기에 자기자본은 증가하였으나 이에 비해 전년대비 순이익의 증가율이 저조하여 더욱 저조한 실적을 보여주고 있다.

규모별 의료수익 순이익률은 전체 1.3%로 실적이 모두 낮고 특히 공공병원(-5.4%)은 민간병원(-0.4%) 보다 훨씬 더 저조한 편이다. 민간병원의 경우 지역별 및 규모별 차이는 거의 없으나 공공병원의 경우 규모가 작을수록 실적은 더 나빠며 지역별로도 서울시보다는 광역시나 중소도시가 더 저조하다.

[그림 III-28] 규모별 의료수익 순이익률

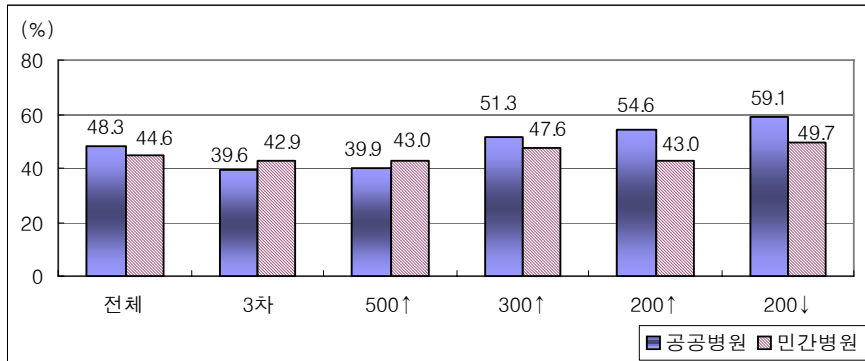


[그림 III-29] 백병상당 연간의료수익



100병상당 연간의료수익은 민간병원(8,784 백만원)이 공공병원(7,847 백만원)보다 실적이 좋고, 규모별로는 규모가 클수록, 지역별로는 서울시 및 광역시일수록 상대적으로 우수한 실적을 나타내고 있다.

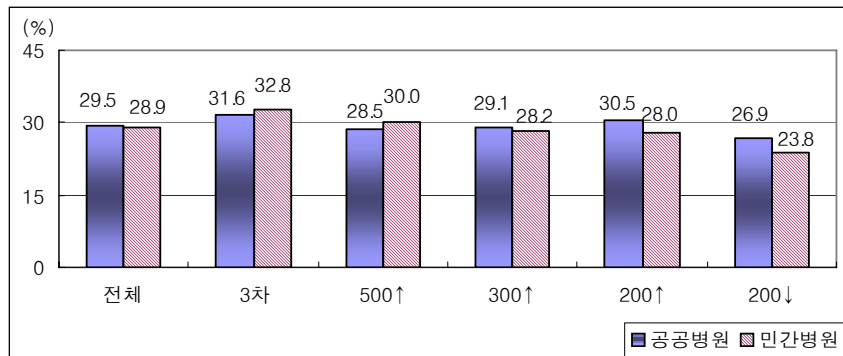
[그림 III-30] 규모별 인건비비율



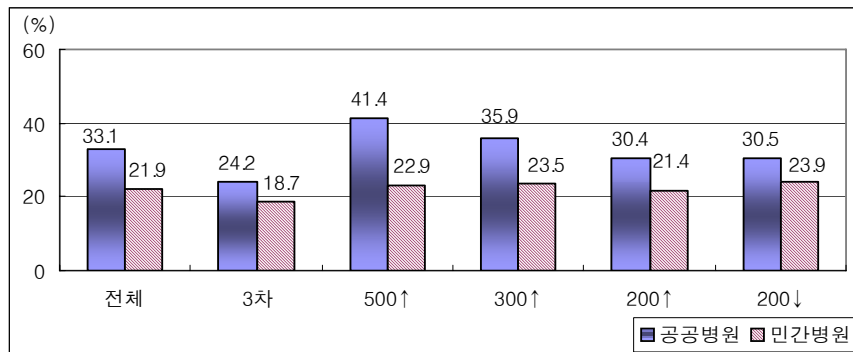
원가 구성비는 인건비, 재료비, 관리비 및 기타비용으로 구성되며 기타를 제외한 각 비율을 보면, 인건비는 원가 구성 중 의료수익대비 전체 평균이 45.3%로 가장 많은 부분을 차지하며 공공병원인 경우 규모가 작아질수록 인건비 비

율은 오히려 점점 증가하는 현상을 보이고 있으나 전체적으로 지역별 및 규모별 큰 차이는 없다.

[그림 III-31] 규모별 재료비비율



[그림 III-32] 규모별 관리비비율



그 다음으로 많은 부분을 차지하는 것이 재료비 비율로 전체 평균 29%를 차지하며 공공/민간의 차이는 거의 나타나지 않고 있다. 공공병원의 관리비 비율은 전체 평균 24.2%를 차지하고 있다. 위의 두 비율과는 달리 관리비비율은 공공병원과 민간병원의 차이가 많이 나타나고 있으며, 특히 500병상 이상의 공공병원들은 관리비 비율이 41.4%로 인건비비율 39.9%보다 더 많은 부분을 차지

하고 있다.

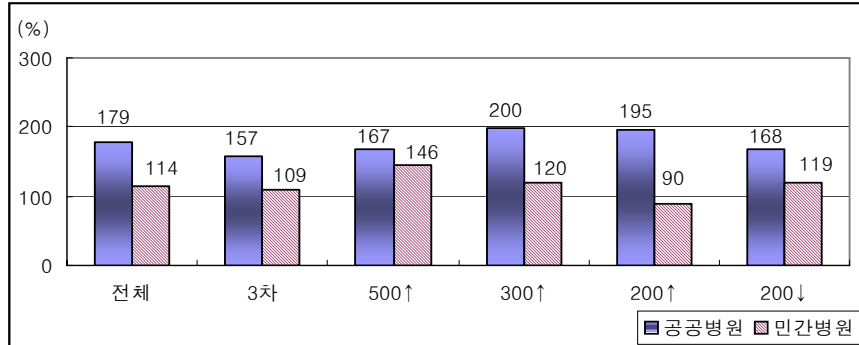
전체적인 경영성과를 4개의 지표, 즉, 성장성, 생산성, 활동성 및 수익성지표들을 가지고 분석을 하였는데, 성장성 측면에서 보면 많은 병원들이 대체로 총자본이나 직원수 등 전년도에 비해 증가하였으며, 일부병원은 자기자본의 확충으로 전체적으로 병원의 규모를 키운 것으로 보인다. 의료수익은 증가하였으나 의료비용을 고려한 순이익증가율은 특별시와 6개 광역시에서는 오히려 감소되는 경향을 보여 규모적인 면에서만 성장하였음을 보여준다. 공공병원의 생산성 지표는 의료수익이나 부가가치 측면에서는 성과가 양호하나 총자본의 운영 측면에서는 민간병원에 비해 다소 비효율적이며 규모가 작을수록 총자본의 효율성은 떨어지는 것으로 나타났다. 활동성 측면에서의 경영성과는 민간병원은 공공병원보다 투입자본이 활발히 운영되었음을 알 수 있었다. 이러한 차이는 총자본 회전율이나 미수금 회전기간 지표에서 병원간의 차이가 더 뚜렷이 나타났다. 수익성에서도 공공병원의 수익이 저조하며 원가 구성비를 나타내는 인건비, 재료비, 관리비의 비중도 민간병원에 비해 비효율적이고 성과도 낮은 것으로 분석되었다.

라. 재무구조

1) 유동성 지표(Liquidity Indicators)

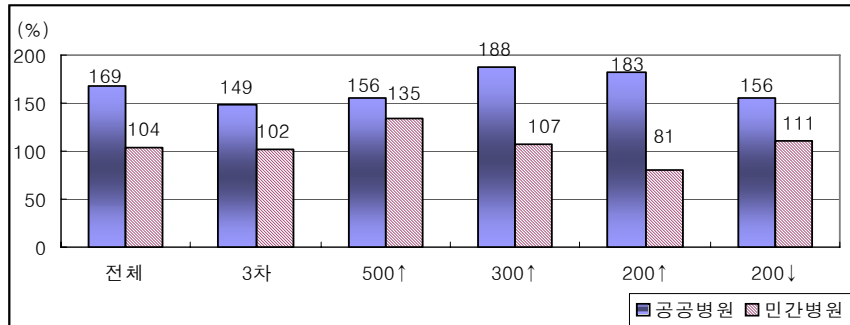
일반적으로 요구되는 유동비율은 200%이나 병원의 경우 수입이 안정되어 있어 다소 낮아도 된다. 유동비율은 유동부채에 대한 유동자산의 비율 즉, 단기채무에 충당할 수 있는 유동자산이 얼마나 되는 가를 나타내는 지표로써 이 비율이 높을수록 단기지급 능력이 양호하다고 볼 수 있다. 규모별 유동비율을 보면, 공공병원은 179.2%로 민간병원 114.2%에 비해 유동비율이 매우 양호하다고 볼 수 있다.

[그림 III-33] 규모별 유동비율



당좌비율은 일반적으로 100%를 요구하고 있는데, 전체 평균이 116.4%이며 200~299병상 규모의 민간병원을 제외하고 모두 이 비율을 달성하고 있어 전반적으로 단기채무에 대한 병원의 지급능력이 양호하다고 할 수 있다. 공공병원은 유동비율이나 당좌비율 모두 민간병원보다 좋은 실적을 보여주고 있다.

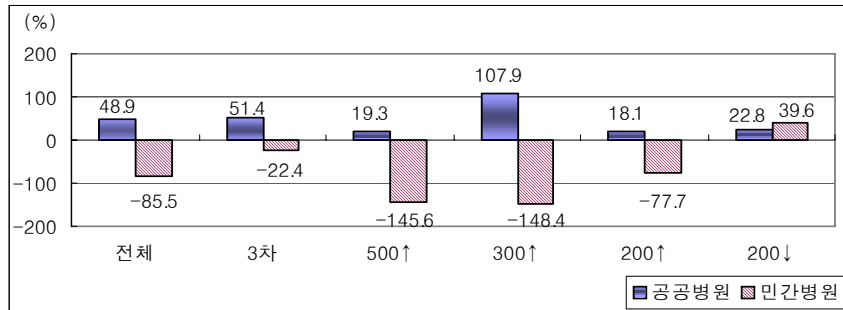
[그림 III-34] 규모별 당좌비율



자금유동비율은 전체 평균이 54%로 매우 저조하고 이는 공공병원보다는 민간병원이 85.5%로 매우 낮은 값을 갖는다. 공공병원의 경우 300~499병상 규모의 병원은 100% 이상을 차지하여 자금의 유동성이 매우 양호하다. 그러나 민간병원의 경우 500병상 이상과 300~499병상 규모의 경우 150%에 육박하여 자

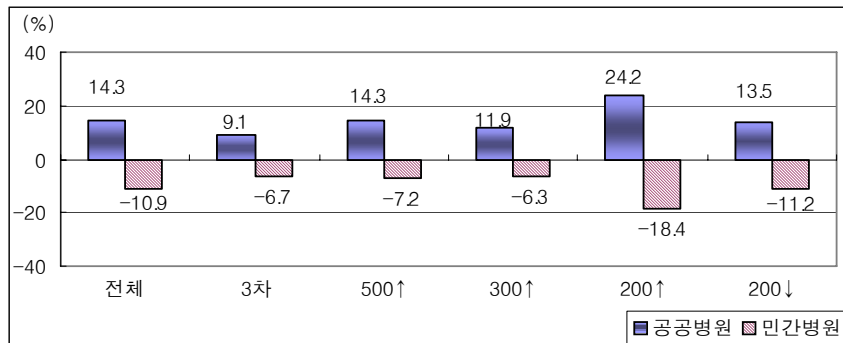
금의 유동성이 매우 불량한 상태이다. 또한 민간병원의 경우 지역별로 보면 6개 광역시의 병원들이 자금유동비율이 매우 저조한 실적이다. 자금관리의 운용능률을 나타내는 의료수익 대 순운전자본 역시 공공병원이 민간병원에 비해 상대적으로 양호함을 알 수 있다.

[그림 III-35] 규모별 자금유동비율

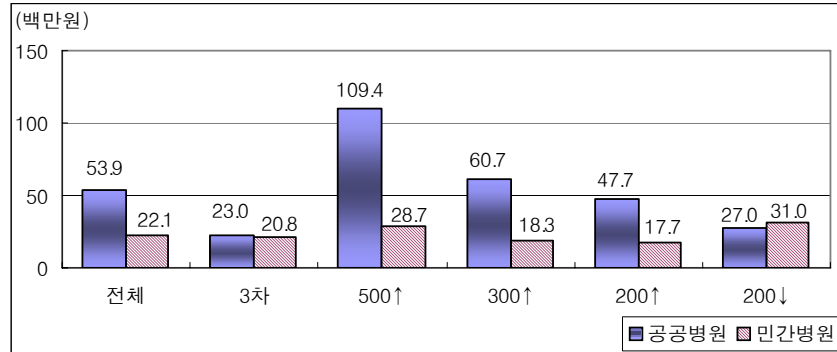


자본집약도는 직원 한 사람이 어느 정도의 자본액을 보유하고 있는가를 나타내는 지표로 공공병원이 민간병원에 비해 좋은 실적을 나타내고 있다. 이러한 차이는 500병상 이상의 병원에서 두드러지고 있다. 그러나 지역별로 자본집약도는 차이가 나타나지 않는다.

[그림 III-36] 의료수익 대 순운전자본비율



[그림 III-37] 규모별 자본집약도

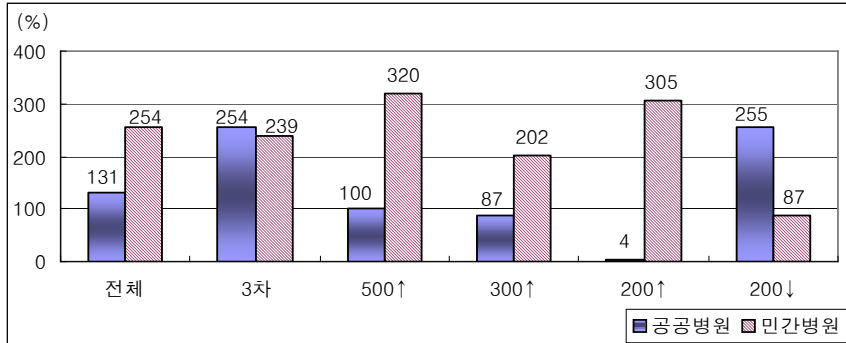


전반적으로 유동자산과 유동부채의 관계에 의해 측정되는 유동성 지표에서는 민간병원이 실적이 매우 저조한 반면 공공병원의 유동성은 매우 양호한 것을 분석된다.

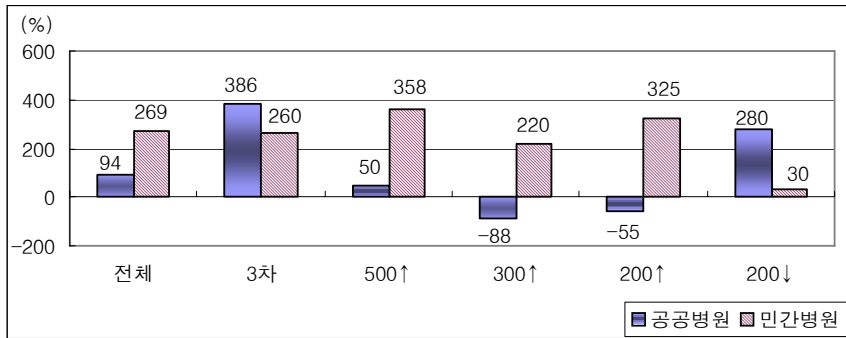
2) 안전성 지표(Stability Indicators)

경영주체로서 병원자본의 건실성, 지불능력, 부채상환능력, 자본운용의 적절성 여부를 판단하기 위한 지표이다. 먼저 고정비율을 보면 병원의 경우 150%를 넘으면 위험한 수준으로 보고 있는데 민간병원의 경우 253.9%를 차지하고 있어 매우 위험한 상태이다. 200병상 미만의 병원을 제외하고 모든 병원에서 꽤 높은 고정비율을 차지하고 있다. 부채비율 또한 민간병원의 경우 상당한 것으로 자기자본에 대한 부채가 약 2.6배(약 269%)에 달하고 있으며 병원규모별 및 지역별 상관없이 모든 민간병원에서 고정비율과 부채비율이 높아 병원의 안전성을 위협하고 있다. 공공병원의 경우 3차 의료기관에서 안전성에 문제가 있는 것으로 고정비율이 약 254%, 부채비율이 약 386%를 차지하고 있다.

[그림 III-38] 규모별 고정비율

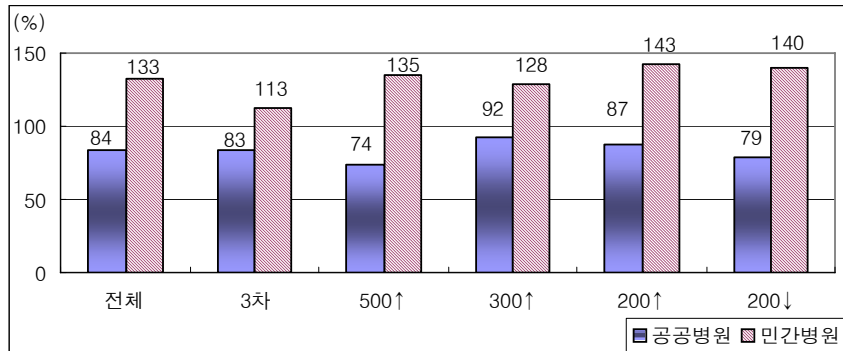


[그림 III-39] 규모별 부채비율

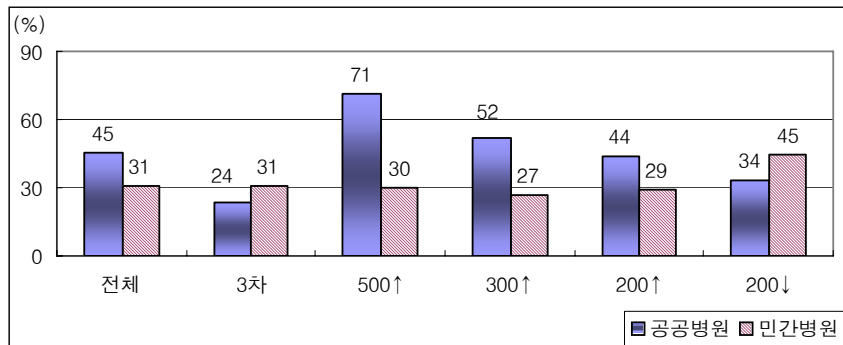


고정장기적합률 역시 통상 100%를 기준으로 보고 있다. 공공병원은 83.8%로 양호하나 민간병원은 132%로 지역 및 규모 상관없이 모두 100%를 상회하고 있어 재무구조가 위험해졌음을 알 수 있다. 자기자본은 총 자본 중 자기자본의 비율을 나타내는 것으로 전체평균이 33.7%이며 공공병원은 45.2%, 민간병원은 30.9%로 민간병원의 타인자본의 의존도가 더 높음을 알 수 있다. 공공병원의 경우 3차 의료기관을 제외하면 규모가 큰 병원일수록 자기자본의 의존도가 높아지며, 대도시보다는 중소도시나 기타지역으로 갈수록 자기자본의 의존도가 높아지고 있다.

[그림 III-40] 규모별 고정장기적합률



[그림 III-41] 규모별 자기자본구성비율



병원의 재무구조는 유동성과 안전성의 두 지표로 측정했다. 종합적으로 보면 재무구조는 공공병원이 민간병원에 비해 상대적으로 우수하게 나타났다. 유동 비율이나 의료수익 대 운전자본비율, 자본집약도 등의 유동성 지표는 공공병원이 아주 우수하여 자금관리가 효율적으로 운영되고 있었다. 병원자본의 건실성 등을 나타내는 지표에서도 공공병원이 민간병원에 비해 아주 우수했다. 경영성과에서 일부 민간병원이 자기자본의 확충으로 총자본의 규모를 증가시켰으나 부채와 자기자본 구성을 보면 아직도 민간 병원의 경우는 부채비율이 상당 부분을 차지하고 있어 병원재무구조가 공공병원에 비해 취약함을 알 수 있다.

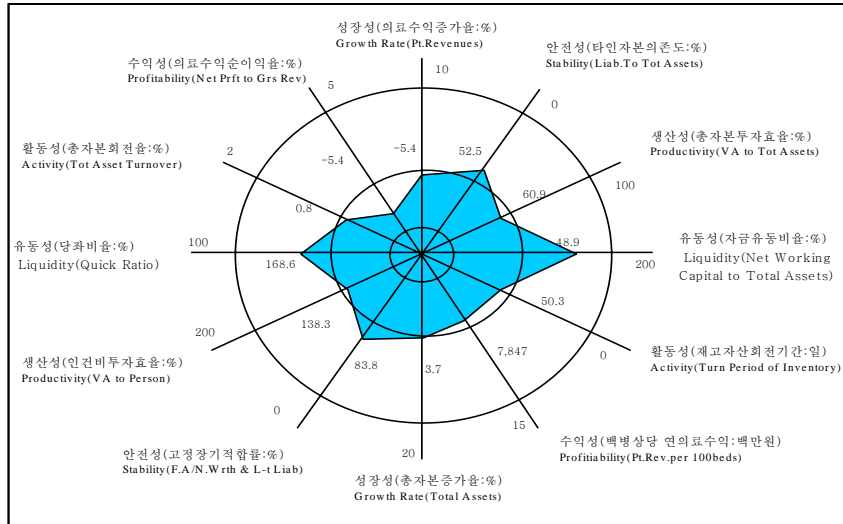
마. 병원 설립형태 및 규모별 경영성과 종합 비교분석

아래 제시된 그림은 민간병원을 기준으로 공공병원의 경영평가를 종합적으로 나타낸 것이며, 각 경영지표로 대표되는 두 개의 지표를 선정하였다. 분석에 사용된 모든 공공병원과 모든 민간병원의 경영성과 평가도를 보면 공공병원은 수익성에서 민간병원에 가장 뒤져있고 그 다음으로 활동성지표에서의 실적이 뒤져 있는 것으로 분석되었다. 그러나 유동성과 안전성지표, 즉, 재무구조적 측면에서는 민간병원보다 우수하여 공공병원의 재무구조는 민간병원보다 양호한 것으로 나타났다.

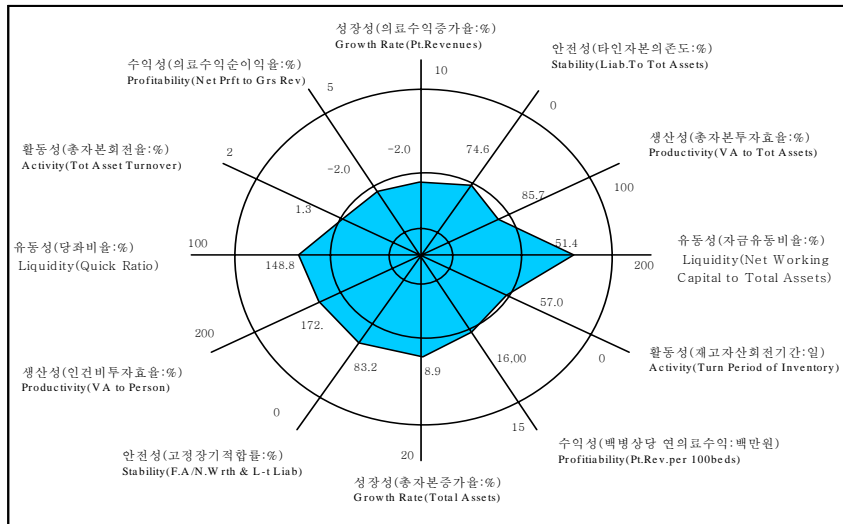
병원 규모별로 살펴보면, 먼저 3차 공공의료기관은 일부 지표에서 3차 민간의료기관보다 실적이 저조하나 대체적으로 큰 차이는 나타나지 않았다. 유동성과 안정성에서는 3차 공공병원이 3차 민간병원보다 더 양호한 상태였으며, 특히 인건비투자부문에서는 민간병원보다 더 효율적으로 활용된 것으로 나타났다. 500병상 이상의 병원의 경우를 살펴보면, 공공병원은 민간병원에 비해 수익성 지표가 저조한 것으로 나타났으며, 생산성에서도 효율성이 다소 떨어지는 것으로 나타나고 있다.

300~499병상의 규모에서는 특히 생산성지표의 총자본 투자효율에서 동일규모의 민간병원보다 저조한 실적을 보이고 있다. 200~299병상 규모의 공공병원도 수익성, 활동성, 생산성 지표에서 민간병원보다 실적이 저조하고, 200병상 미만의 병원은 특히 동일 규모의 민간병원과 비교해 많은 부분에서 부진한 실적을 보이고 있다. 전체적으로 병원의 규모가 작아질수록 수익성 부문과 생산성 부문에서 부진한 실적을 나타내고 있는 것으로 분석되었다.

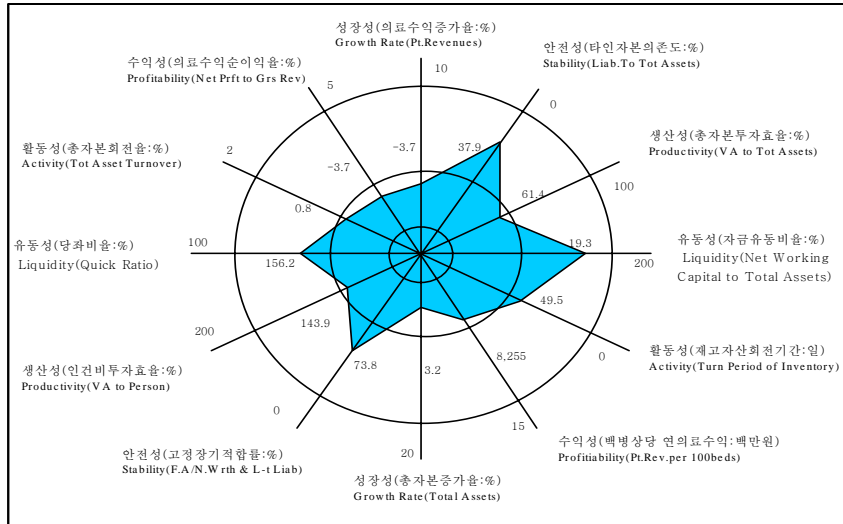
[그림 III-42] 경영종합평가도(전체 공공병원)



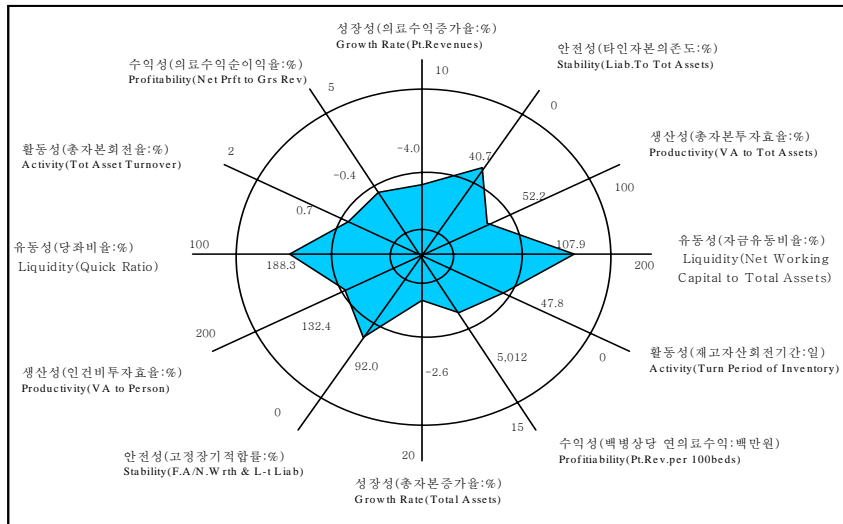
[그림 III-43] 경영종합평가도(3차 공공의료기관)



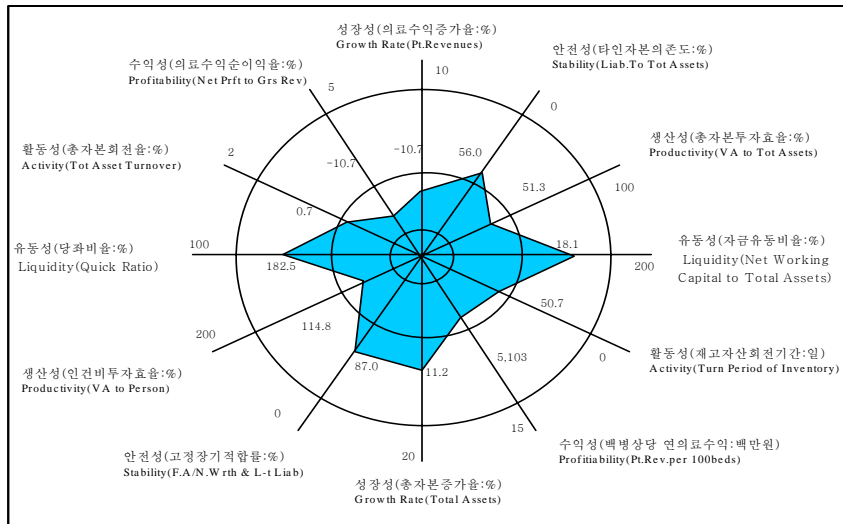
[그림 III-44] 경영종합평가도(500병상 이상 공공병원)



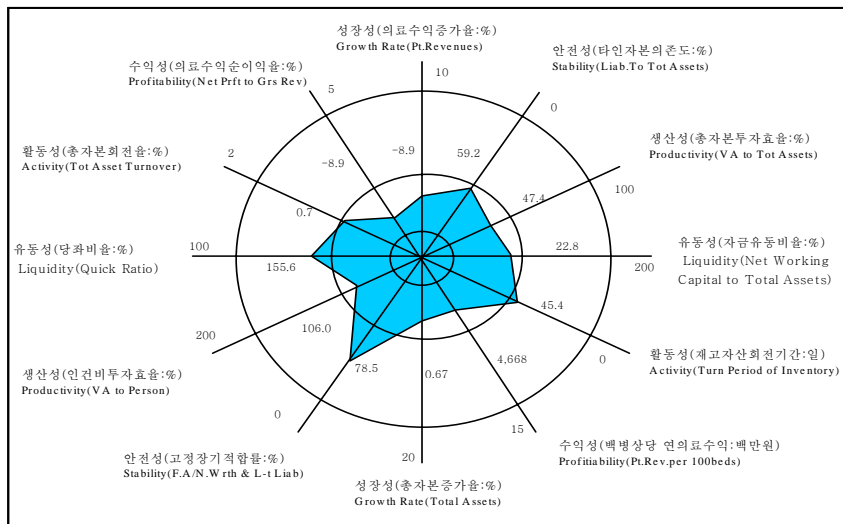
[그림 III-45] 경영종합평가도(300~499병상 공공병원)



[그림 III-46] 경영종합평가도(200~299병상 공공병원)



[그림 III-47] 경영종합평가도(200병상 미만 공공병원)



2. 공공의료기관 운영실태 분석

가. 공공병원의 효율성 및 성과 분석

공공병원의 수익성, 효율성, 경영성과 등에 대하여 규범적인 및 실증적인 논의와 연구가 많이 이루어져 왔다. 규범적인 논의에서는 소유권적 관점 및 공공선택적 관점에서 공공병원의 비효율적인 가능성을 제기하고 있으나(Niskanen, 1968, 1971), 실증연구에서는 영리병원이 비영리병원보다 총운영비가 높다는 결과도 제시되고 있다.(Pattison and Katz, 1982).

우리나라의 경우, 이기호(1996)의 연구에서 1993년도 우리나라 병원경영조사 자료에 자료포락분석(Data Envelopment Analysis: DEA)을 적용하여 우리나라 공공병원(10개)과 민간병원(23개)의 생산효율성을 분석한 결과, 공공병원의 효율치(efficiency)가 민간병원에 비하여 높게 나타났으나 통계적으로 유의하지 않았다(주18). 그러나 송건용과 김원중(1995)의 연구에서는 두 집단간 비교분석법(matched pair methodology)을 사용하여 23개 지방공사의료원과 동일지역에 소재한 23개 민간병원의 실적(경영실적과 진료실적)을 비교분석한 결과, 공공병원의 실적이 민간병원에 비하여 낮음을 확인하였다.

1997년부터 2002년도까지의 공공병원 경영실적을 민간병원과 종합적으로 비교하여 보면, 공공병원은 민간병원에 비하여 전체환자수(외래환자수는 비슷하며, 입원환자수가 더 많음)가 많아 의료수익의 규모가 더 크며, 자기자본비율이 높음에도 불구하고 의료수익 의료이익률 및 순이익률은 아주 낮게 나타났다(2002년도의 의료수익 의료이익률은 17.1%포인트, 의료수익 순이익률은 11.8%포인트 낮게 나타남). 즉, 자기자본비율 및 전체환자수에 있어서 유리한 위치에 있었음에도 불구하고 의료수익에 따른 이익률은 민간병원에 비하여 큰 폭으로 낮게 나타났다. 이러한 결과는 여러 원인들에 의한 것으로 유추할 수 있으나, 주어진 자료에 근거하여 보면 과도한 투입인력이 주요한 원인으로 나타났다.

주18) 공공병원은 지방공사의료원 8개, 보훈병원 1개, 근로복지공사운영병원(현재 산재병원) 1개로 구성되어 있음.

즉, 공공병원의 환자1인당 의료수익에서도 공공병원이 민간병원에 비하여 높음에도 불구하고 의료수익 이익률이 10%포인트 이상 낮게 나타난 것은 과도한 자원투입(특히 과도한 인력투입)이 큰 역할을 한 것으로 사료된다.

〈표 III-2〉 설립형태별 경영분석실적

구분	공공병원						민간병원					
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	1997	1998	1999	2000	2001	2002
①	44.4	52.5	49.7	50.6	43.7	42.8	33.9	34.1	31.5	33.4	38.1	35.5
②	-5.4	-2.8	-4.5	-12.0	-5.7	-10.9	5.9	6.9	6.3	7.3	11.0	6.2
③	-3.8	0.5	-2.1	-9.6	-5.1	-9.4	0.1	0.8	0.8	-1.0	3.3	2.4
④	213	191	193	198	178	199	219	194	192	196	196	192
⑤	83	81	83	80	79	81	75	73	73	68	69	69
⑥	406.5	369.1	368.4	437.3	462.7	464.0	348.9	312.6	321.3	372.5	417.4	419.9
⑦	102	89	96	95	98	98	92	81	80	90	89	89

주: ① 자기자본비율(%); ② 의료수익 의료이익률(%); ③ 의료수익 순이익률(%);
 ④ 100병상당 일평균 외래환자수(명); ⑤ 100병상당 일평균 입원환자수(명);
 ⑥ 100병상당 월평균 의료수익(백만원); ⑦ 100병상당 인력(명)

나. 공공의료 인력공급 및 활용실태

1) 공중보건의제도의 현황 및 문제점

공중보건의사제도는 1979년부터 ‘농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법’에 따라 실시되었다. 그리고 이들은 1981년부터 본격적으로 전국의 농어촌 의료취약지역에 배치되었고, 현재는 전국의 모든 군보건소, 읍·면 보건지소뿐 아니라 산간벽지·오지, 낙도 특수지, 의료기관 단체, 의료원, 민간병원 등지에서 3,345명의 공중보건의사들이 지역사회 1차 보건의료 및 예방보건사업 등을 수행하고 있다.

공중보건의사는 공중보건의라고도 하며, 공중보건업무에 종사하게 하기 위하여 병역법 제34조 제1항의 규정에 따라서 공중보건의사에 편입된 의사, 치과의

사, 한의사로서 보건복지부장관한테서 공중보건업무에 종사할 것을 명령받은 자를 말한다.

공중보건의사는 계약직 국가공무원이며 3년간의 의무종사기간을 마치게 되면 병역법 제34조 제2항의 규정에 따라서 공익근무요원 복무를 마친 것으로 인정된다. 이들은 대통령령이 정하는 보건의료시설 및 농어촌지역의 복지시설에서 종사한다. 이는 의료인력이 대도시 등에 집중됨에 따라 농어촌에서의 의료혜택이 부족함을 메우기 위해 시행되었다.

보수는 군인보수의 한도 안에서 보수 및 직무수행에 필요한 여비 등을 지급하는데, 이는 대통령령으로 규정하고 있다. 이들의 복무에 관하여 시장·군수 또는 구청장이 관할지역 안에 근무하는 공중보건의사를 지도·감독하고 있다.

공중보건의제도의 문제점으로는 공중보건의사의 경험 부족, 장비 부족, 근무의욕 부족, 근무기간의 제한으로 인한 지속성 부족 등이 있으며 이러한 문제점들을 극복하는 공공의료정책이 마련되어야 할 것이다.

2) 공중보건장학제도 분석

공중보건장학제도는 공중보건업무에 종사할 의료요원을 확보하기 위하여 의사·치과의사 또는 간호사가 되고자 하는 대학생에게 장학금을 지급하고, 이의 관리를 적절히 함으로써 공중보건의 향상을 도모함을 목적으로 1977년 1월부터 공중보건장학을위한특별법을 제정하여 시행하고 있다. 여기서 공중보건업무의 범위는 다음과 같다.

- 벽지·오지·도서 등 의료취약지역의 공중보건업무
- 공중보건기관의 업무
- 전염병질환이 발생할 우려가 있는 지역의 공중보건업무
- 기타 보건복지부장관이 의료시책상 특히 필요하다고 인정하는 공중보건업무

공공보건장학생 의사, 치과 의사, 간호사는 보건복지부장관이 지정하는 벽지, 오지, 도서 등에서 근무하여야 하며, 의무복무기간(조건이행기간)은 2년에서 최대 5년이다.

장학생의 선발은 매년 1월말까지 광역자치단체별로 소요인원을 파악하여 추진하고 있으나, 공중보건장학의사는 1990년부터, 공중보건장학간호사는 1996년부터 선발을 중단하고 있으며, 2009년도에는 공중보건장학을위한특별법 폐지할 예정이다. 2004년 현재 32명의 의사가 의무복무 중에 있으며 이들은 2009년말에 임기를 완료할 예정이다.

다. 공공병원 근무의사의 실태

1) 직원들의 재직연수 분석

공공병원에 근무하는 직원들의 재직연수별 분포를 보면, 의사의 경우, 1년에서 5년 미만 재직한 자가 42.8%, 15년 이상 재직한 자가 36.4%를 차지하고 있으며, 중간계층이 11% 정도로 점유율이 낮은 것으로 나타났다. 그리고 행정직의 경우 20년 이상 장기 근속자가 29.6%이었으며, 간호사와 약사의 경우 2년에서 10년 미만에 각각 41.5%, 49.6%를 차지하고 있고, 나머지 인력의 재직연수는 5년에서 10년 미만에 가장 많이 분포하고 있는 것으로 나타났다(표 III-3 참조).

〈표 III-3〉 공공병원 직원들의 재직연수별 분포

(단위: %)

재직연수	인력구분	의사	행정직	간호사	간호 조무사	약사	보건 기사	기술직	기능직
계		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1년 미만		9.6	6.2	9.8	8.2	8.1	5.7	6.0	7.4
1~2년 미만		18.8	8.2	12.6	11.6	13.0	5.7	9.6	8.9
2~5년 미만		24.0	7.7	19.0	16.0	23.6	12.0	15.7	13.3
5~10년 미만		5.2	18.8	22.5	31.1	26.0	24.5	31.9	30.0
10~15년 미만		5.9	12.0	10.8	12.3	10.6	15.8	16.3	14.5
15~20년 미만		17.6	17.3	16.7	14.0	10.6	14.7	8.4	13.3
20년 이상		18.8	29.6	8.6	6.8	8.1	21.7	12.0	12.6

자료원: 류시원, 이경호(2000)

2) 직원들의 연령별 분포 분석

공공병원에 근무하는 직원들의 연령별 분포를 보면, 의사의 경우 40세 미만의 의사가 79.4%이며, 30세 미만이 53.5%로서 연령층이 낮다. 행정직의 경우 35~40세 미만이 39.6%이며 대체로 연령분포가 고르게 나타나고 있으며, 간호조무사는 20대 후반에, 약사는 20대에서 30대 초반에, 보건기사는 20대 후반에서 40대 초반에, 기술직과 기능직은 20대 후반에서 40대 후반까지 고르게 분포되어 있는 것으로 나타났다(표 III-4 참조).

즉, 의사인력은 79.4%가 40세 미만이며, 30세 미만이 50%를 상회하고 있다. 간호사, 약사, 보건기사의 경우에도 이와 유사한 경향을 보이고 있으며 의료서비스의 이러한 공공병원에 투입된 의사인력의 숙련수준이 미흡하고 그에 따라 의료의 질이 미흡할 것으로 사료된다.

〈표 III-4〉 공공병원 직원들의 연령별 분포

(단위: %)

연령구분 \ 인력구분	의사	행정직	간호사	간호 조무사	약사	보건 기사	기술직	기능직
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
25세 미만	24.4	7.5	18.7	19.0	26.2	7.6	3.3	5.9
25~30세 미만	29.1	15.1	32.2	25.7	22.2	19.4	18.3	17.3
30~35세 미만	14.2	21.0	21.0	15.0	20.6	25.3	15.7	14.0
35~40세 미만	11.7	18.6	12.2	11.0	11.9	16.4	22.9	15.4
40~45세 미만	6.6	15.8	7.5	7.2	7.1	14.8	15.0	15.6
45~50세 미만	5.8	10.0	4.9	7.5	7.9	8.2	20.3	15.6
50~55세 미만	4.2	8.2	1.8	13.0	0.0	4.9	4.6	11.3
55세 이상	3.9	3.8	1.6	1.4	4.0	3.3	0.0	4.9

자료원: 류시원, 이경호(2000)

3) 의사인력 채용상의 문제점 분석

공공병원의 문제점으로 의사인력 채용 및 관리가 제기되고 있는 바 그 원인을 조사하였다. 의사인력 채용상의 문제점을 설문 조사한 결과, 근무지역의 열악한 여건(47.6%)이 가장 큰 문제로 인식되고 있으며, 낮은 급여수준(33.3%) 및 근무여건의 열악함(14.3%)이 그 다음문제로 나타났다(표 III-5 참조).

〈표 III-5〉 의사인력 채용상의 문제점

(단위: 개소, %)

문제점	응답기관수	비율
근무지역이 열악함(교육여건, 생활여건 등)	10	47.6
낮은 급여 수준	7	33.3
근무여건(병원의 시설, 의료장비 등)	3	14.3
의사인력의 사직일과 의료인력 수급시기 불일치	1	4.8
병원의 이미지가 좋지 않아서	0	0.0
계	21	100

자료원: 류시원, 이경호(2000)

IV. 공공의료의 정책대안 분석

1. 사립의료기관의 자발적 협동에 의한 건강보험에서의 공공 의료목표 달성 방안

가. 공공적인 기본의료서비스의 충족과 관련된 공공보건의료정책담당자와 사립의료기관 사이의 기본적 관계패턴^{주19)}

1) 협동의 진화과정과 죄수의 딜레마의 기본적 특성

본 연구에서는 기본적으로 인간 사이에 존재하는 협동의 가능성을 다룬다.

- 협동의 가능성을 자신의 이익을 추구하는 이기적인 입장에서 따져 볼 때 그 기본적인 출발점이 되는 모든 사회생활의 근본적인 토대는 각 개체가 추구하는 이익이 많은 경우에 있어 협동여부에 따라 불균등하게 획득 될 수 있다는 점이다.
- 이러한 관점에서 협동과 관련하여 가장 중요한 문제는 어떤 개인이 상호 협동에 의하여 이익을 얻을 수도 있지만, 각 개인은 다른 사람들의 협동을 위한 노력을 착취하여 훨씬 더 많은 이익을 볼 수 있다는 것이다.
- 이러한 배신을 통한 더 큰 이익에 대한 유혹의 존재는 상호협동이 양측에 모두 이익을 가져올 수 있음에도 불구하고 현실에서 협동이 잘 형성되지 않는 이유를 설명한다.

주19) 이 부분의 내용은 Robert Axelrod and William D. Hamilton, *The Evolution of Cooperation*, Science, Vol.211, 27 March 1981, pp.1390~1396 과 Richard Dawkins, *the selfish gene*, new ed., Oxford University Press, 1989(first published 1976)에 주로 의지함.

이상의 협동과 관련된 기본패턴을 분석하면 다음과 같은 두 가지 요소가 있다.

- 첫째로 협동과 관련된 상황은 비영합게임(non-zero sum game)의 성격을 가진다. 이는 상호협동 시에 쌍방에 모두 이익이 날 수 있음을 의미한다. 이를 위해서는 두 당사자의 경계 밖에 존재하여 이들과 영합게임(zero sum game)을 하는 존재가 필요하다. 통상 당사자들이 인간인 경우에는 자연(nature)이 이러한 물주의 역할을 한다.
- 또한 현실에서 영합게임으로 인식되고 있는 것이 많은 경우 비영합게임이라는 사실을 인식하는 것이 중요하다. 그리고 영합게임처럼 보이는 경우에도 잘 생각하여 비영합게임이 되는 방향을 찾는 것이 협동을 위해 중요하다.
- 둘째로 상호협동에 의한 상호이익보다 상대방의 협동을 착취하여 발생하는 이익이 월등하게 커서 협동을 저해하는 유혹(temptation)이 존재한다는 점이다. 따라서 상호협동의 진화는 이러한 유혹을 상호신뢰(trust)를 발생시키는 신호(signal)를 통해 극복할 수 있는 있는 경우에 이루어진다.

이러한 인간사회에서의 협동과 관련된 기본적 패턴에 내재된 전략적 가능성의 형식화로서 죄수의 딜레마가 존재한다.

죄수의 딜레마가 상기한 협동과 관련된 기본적 패턴을 가지고 있는지를 다음의 2인 죄수의 딜레마의 경우를 예를 들어 설명하고자 한다.

- 죄수의 딜레마 게임도 다른 게임과 마찬가지로 게임 참가자, 전략 그리고 청산표를 제시함으로써 파악될 수 있다.
- 참가자는 2인이다. 대표적으로 나(I)와 당신(You)으로 할 수 있다.
- 가능한 전략은 협동(cooperation; C)과 배신(defection; D)의 두 가지이다. 구체적인 상황에서 그 내용과 결과가 정해질 수 있다.

- 청산은 각 참가자의 어떤 유리한 상태(fitness)에 미치는 영향으로 나타내어진다. 무엇이 추구되는 유리한 상태 혹은 이익이 되는지는 역시 구체적인 상황에서 정해질 수 있다.

다음은 대표적인 죄수의 딜레마 게임을 나타내는 청산표이다. 청산은 숫자로 주어져 있다. 청산의 예는 괄호 안에 주어져 있고, 앞에 나온 것이 나의 청산액이다. 그리고 좋은 정도에 대한 표현도 나의 입장에서 서술된다.

<표 IV-1> 2인 죄수의 딜레마의 전형적인 청산표 예시

		당신이 한 것	
		<협력>	<배반>
내가 한 것	<협력>	(R) 꽤 좋음(fairly good) 상호협동에 대한 보상(Reward for mutual cooperation; R) e.g. (300, 300)	(S) 아주 나쁨(very bad) 선심파의 지불(Sucker's payoff; S) e.g. (-100, 500)
	<배반>	(T) 아주 좋음(very good) 유혹(Temptation; T) e.g.(500, -100)	(P) 상당히 나쁨(fairly bad) 상호배신에 대한 처벌(Punishment for mutual defection; P) e.g. (-10,-10)

- 상기한 협동과 관련된 두 가지 기본 패턴의 내용을 확인해 보면, 첫째로 죄수의 딜레마 게임은 비영합게임이어야 한다. 상기 청산표에서 보면 모두 협력하는 경우 양쪽 모두 이익이 발생한다.
- 이를 위해서는 앞에서 말한 물주가 필요하다. 이 곳에서는 물주가 상호협력하는 경우에는 그 보상으로 양쪽에 꽤 좋은 보상을 주고, 상호배신인

경우에는 처벌로써 꽤 나쁜 벌금을 물리는 것을 상정한다. 그리고 배신을 하도록 유혹하기 위해 배신이 성공하는 경우 유혹이 되는 가장 큰 보상을 주는 것으로 한다. 반대로 선심을 써서 배반을 당하는 경우에는 그 대가로서 제일 나쁜 처벌을 하는 것으로 한다. 통상 물주는 자연(nature)이 될 수 있다.

- 두 번째로 성공한 배신에 대한 유혹이 존재하여야 현실에서 협동이 되지 않는 문제의 핵심을 반영한 것이 된다. 상기의 청산표에서 보면 성공한 배신의 경우 가장 큰 보상이 주어지고 있어 명백히 배신에 대한 유혹이 존재한다.
- 따라서 협동에 대한 시험이 주어지는 전형적인 죄수의 딜레마에서는 4가지 청산결과에 대해 다음의 부등식이 성립한다.

$$T > R > P > S$$

- 이는 죄수의 딜레마가 성립하기 위해서는 절대적인 청산액의 크기가 아니라 협동과 배신에 의해 형성되는 4가지 청산액 사이의 상대적인 크기의 순서가 중요함을 의미한다.
- 또한 상호협동이 배신을 섞는 전략보다 전체적으로 좋기 위해서는 부가적으로 상호배신과 협동이 교대로 발생하는 경우의 평균적인 청산액보다 상호협동의 청산액이 커야 한다.

$$R > (S + T)/2$$

따라서 죄수의 딜레마는 본 연구에서 대상으로 하는 배신의 유혹이 있는 경우의 협동의 생성이라는 주제를 다룰 수 있게 하는 분석의 기초가 될 수 있다.

협동의 필요성을 말하기 위해서는 왜 죄수의 딜레마 게임에 “딜레마”라는 단어가 붙었는가를 이해하여야 한다. 이는 자신의 이익을 추구하는 각 경기자가

단 한번만 위의 게임을 하는 경우에 해당하는 서술이다.

게임을 표현하는 중요한 요소는 상기한 경기자, 전략, 청산에 대한 서술 외에 어떠한 경우를 합리적인 행동이라 할 수 있는 가를 결정하는 규칙에 대한 서술이다.

- 죄수의 딜레마 게임이 단 한번만 이루어지는 경우 자신의 이익을 추구하는 합리적인 참가자가 어떤 경우에 합리적으로 행동하는 가를 결정하는 방법으로 다음의 규칙이 있다.
- 먼저 나는 당신이 협력과 배신이라는 두 가지 전략밖에는 가지고 있지 않음을 안다. 먼저 당신이 협력하는 경우 나는 이에 대해 역시 협력과 배신이라는 두 가지 전략 중에서 선택할 수 있다. 이때 각각의 청산액은 300과 500이다. 즉, 배신의 경우가 더 우월한 전략이다. 다시 당신이 배반이라는 전략을 사용하는 경우를 생각해 보자. 이 경우 역시 나는 협력과 배반이라는 전략을 사용할 수 있다. 이때 각각의 청산액은 -100과 -10이다. 즉, 배반의 경우 더 작은 손해를 본다. 따라서 배반이 이 경우에도 우월한 전략이다. 따라서 결론은 당신이 어떤 전략을 채택하든 상관없이 배반이라는 전략을 사용하는 것이 나에게서 최선의 전략이 된다.
- 반대로 나는 당신도 나와 똑 같은 입장에 취하고 있음을 안다.
- 따라서 자기 이익을 추구하는 이성적인 두 경기자가 만난다면 모두 똑같이 배신의 전략을 채택할 것이고 양자 모두 상호배신의 청산액에 해당하는 벌금을 받을 것이다.
- 이러한 결과를 보면 양쪽 모두 협력의 전략을 선택하면 그 보상으로써 꽤 좋은 보상을 받는다는 것을 알고 있음에도 현실은 이성적인 자기이익 추구자들이 만나는 경우엔 어쩔 수 없이 모두에게 꽤 나쁜 쪽으로 결정이 된다는 것이다. 이는 딜레마로 표현이 되는 아주 역설적인 상황이다. 따라서 이러한 상황을 벗어나 상호협동으로 나아가는 방법에 대한 요구가 강해진다.

2) 죄수의 딜레마의 기본적 특성과 공공보건의료정책담당자와 사립의료기관 사이의 기본적 관계패턴의 동일성

본 연구는 상기한 죄수의 딜레마의 상황이 재정적인 이익과 관련된 공공보건의료정책 담당자와 사립의료기관 사이의 협동과 관련된 문제의 기본패턴을 제시하고 있다는 전제에 입각한다.

그리고 만일 이러한 전제가 맞다면 기존의 죄수의 딜레마의 경우에 개발된 협동의 생성을 다룬 연구의 결과를 본 연구가 다루는 사립의료기관을 통한 공공적인 기본의료서비스의 충족이라는 영역에 적용시킬 수 있게 되는 것이다.

본 연구의 경우 재정적인 이익과 관련된 측면을 보는 이유는 이것이 경기자들의 행위에 영향을 미치는 가장 중요한 이유라 생각했기 때문이다. 따라서 이 전제가 맞는지에 대한 검토가 이루어 져야한다.

공공보건의료정책담당자의 입장에서 보아 공공적인 보건의료서비스의 충족을 사립의료기관의 협동을 통해 그 질과 양 그리고 구성에 있어 적절하게 공급하면서도 예산상의 제약을 잘 지킬 수 있다면 이는 기존의 모든 조건을 그대로 두면서도 상황을 호전시키는 방안이 된다. 주의할 점은 관련된 개념들이 재정적인 내용을 담고 있다는 것이다.

이러한 의도가 죄수의 딜레마의 경우에 해당하는 기본패턴의 분석결과를 통해 달성될 수 있는가를 알기 위해서는 재정적인 관점에서 양 경기자인 공공보건의료정책담당자와 사립의료기관 사이의 협력과 배신의 내용 그리고 그 청산액의 상대적인 크기를 살펴보아야 한다.

- 먼저 두 경기자는 공공보건의료정책담당자와 사립의료기관 임.
- 재정적인 입장에서 공공보건의료정책담당자에게 유리한 것은 적정한 질과 양 그리고 구성의 기본의료서비스가 감당할 수 있는 예산 범위 안에서 이루어지는 것임.

- 반면 사립의료기관의 경우에는 재정적인 입장에서 가능한 가장 큰 수익성을 달성하는 것이 유리한 결과임.
- 상기한 두 가지의 재정적인 청산의 내용을 고려하면 각각의 협동과 배신의 내용은 다음과 같이 될 수 있음.
- 먼저 공공보건의료정책담당자가 사립의료기관에 협력하는 것은 재정적으로 지불보상을 충분히 쉽게 해 주는 것임. 반대로 배반은 사립의료기관이 제공하는 기본의료서비스에 대해 지불보상을 어렵고 각박하게 하는 것임.
- 다음으로 사립의료기관이 공공보건의료정책담당자에게 재정적으로 협력하는 것은 기본의료서비스 제공에 있어 의학적으로 적절한 진료를 하여 지불보상에 대해 맞 갚는 대가를 제공하면서도 예산의 무리한 초과를 발생시키지 않는 것임. 반대로 배반은 자신의 수익의 최대화만을 생각하여 적정의료의 선을 넘어가는 과잉진료를 하여 무리한 예산의 초과를 초래하는 것임.
- 각 경우의 청산의 내용은 공공보건의료정책담당자의 경우는 적절한 예산 운영의 가능성이 되고, 사립의료기관의 경우에는 적절한 수익의 크기가 되겠음. 이 때 제공되는 기본의료서비스의 양과 질 그리고 구성은 따로 언급하지 않아도 재정적인 조건에 의해 결정된다고 전제함. 즉, 보상이 충분하고 어렵지 않은 경우일수록 일반적으로 충분한 양과 질의 의료서비스가 제공된다고 가정함.

이상의 결과를 청산표로 나타내면 다음과 같다.

- 아래의 청산표를 보면 청산액의 상대적인 순서가 죄수의 딜레마의 경우와 같은 패턴을 보이고 있음을 알 수 있음.
- 따라서 이 경우의 협동의 생성과 진화를 그 연구 결과를 사용하여 설명할 수 있음.

〈표 IV-2〉 죄수의 딜레마게임을 적용한 공공의료의 청산행렬

	사립의료기관		
		<협력> 필요없는 과잉진료를 하지 않고, 가능한 비용효과적인 치료를 함 =예산조건 유지에 협력	<배반> 과잉진료를 해서라도 본인소득을 높이려함 =예산조건 유지에 위협
공공 보건 의료 정책 담당자	<협력> 가능한 충분한 보상을 하려고함 =정당한 수익성 보장	(A) fairly good 예산절약/수익향상 Reward (for mutual cooperation) e.g. (300, 300)	(B) very bad 예산손해/수익향상 Sucker's payoff e.g. (-100, 500)
	<배반> 가능한 모든 기회를 보아서 보상을 어렵게 하고 낮추려 함 =수익성 조건을 과도하게 무시함	(C) very good 예산절약/수익감소 Temptation e.g.(500, -100)	(D) fairly bad 수익손해/예산손해 Punishment (for mutual defection) e.g. (-10,-10)

나. 죄수의 딜레마가 있는 상황에서 진화적으로 안정적인 협동을 이끌어 낼 수 있는 전략의 범주와 공공보건의료정책담당자의 정책 기조주20)

기존의 연구에서 중요한 3 가지 전략의 고려요소는 다음과 같다.

- 견고성(robustness): 여러 가지 환경에 모두 잘 대응한다.
- 안정성(stability): 일단 우월한 지위에 있게 되면 잘 유지할 수 있다.
- 초기의 생존성(initial viability): 처음에 비협조적인 상황에서도 발을 붙일 수 있는 능력. 즉, 우월한 전략이 될 수 있는 기반이 된다.

주20) Axelrod, Robert, The Evolution of Cooperation, 1984, pp.109~123.

이러한 3가지 조건을 만족하는 전략으로서 TIT FOR TAT이 실증적으로 발견된다. TIT FOR TAT이란 처음에는 무조건 협력을 하고 이후에는 상대방이 바론 전에 한 것과 똑같이 하는 전략이다. 이를 상호성(reciprocity)이라 한다. Axelrod(1984)의 컴퓨터실전 결과에 의하면 이러한 TIT FOR TAT 전략이 가장 성공적이었다. 그 이유는 상대방을 이기지 않으면서 상대방으로부터 협력을 이끌어 낸 데에 있다.

이때에 협력을 이끌어 내기 위해 중요한 두 가지 속성은 상대방의 행동에 따라 맞갖아 주는 상호성과 미래가 충분히 중요하여 참가들로 하여금 단기적 배신으로 큰 이익을 취하고 달아날 수 없도록 하는 조건이 존재하는 것이다.

이 두 조건의 충족여부를 건강보험의 경우에 생각해 보면 미래가 충분히 중요하다는 상황은 만족시킨다. 즉, 건강보험에서는 관계가 계속 유지되어 반복되며 계속해서 참가자들이 만나게 된다.

그러나 상호성과 관련하여서는 확정적인 답을 할 수가 없다. 우선 양쪽에 보복의 수단이 고르게 주어져야 하는데 민간의료부문이 정부의 과도한 재정압박에 정면으로 대응할 수단이 없는 반면 건강보험정책당국자는 상대적으로 더 많은 보복수단을 가지고 있는 것으로 판단된다. 따라서 공공과 민간 사이에 상호작용을 통하여 협동이 발전하기 위해서는 민간부문에 합리적으로 보복을 할 수 있는 수단이 주어져야 한다고 생각된다.

TIT FOR TAT이 성공한 이유를 분석하여 전략이 협동을 통해 성공할 수 있는 조건들을 알아보면 다음과 같다.

- 질투하지 말 것. 이는 각자 절대적인 성과에만 신경을 쓰고, 상호 비교하여 상대방보다 더 많은 점수를 받거나 남이 나보다 적은 점수를 받도록 다른 방해 행위를 하여서는 안 됨을 말한다. 이러한 방해 행위는 결국 협동을 깨뜨려 장기적으로 모두에게 나쁜 결과를 가져온다.
- 먼저 배신하지 말 것. 먼저 배신하는 경우는 보복을 받음으로써 단기적으로는 이익을 볼 수 있을지 모르나 장기적으로는 협동의 경우보다 성과가 나쁘다.

- 배신이든 협동이든 동등하게 갚을 것. 상대방에게 이러한 상호성을 인식 시키는 것이 협동의 발생에 아주 중요하다.
- 너무 많이 생각하지 말 것. 간단할 것. 이는 협동이 발생하기 위해서는 충분히 명확하게 상대방의 협동신호를 파악할 수 있어야 한다. 복잡한 전략은 이를 어렵게 함으로써 협동을 어렵게 한다.

이러한 협동전략의 성공조건들을 건강보험정책당국자의 입장에서 번역하는 것이 중요한 과제이다. 이곳에서는 직관적으로 언급하는 수준에서 그친다.

- 먼저 마지막 것부터 말하면 정책이 복잡해서는 안 된다. 즉, 협동을 이끌어내기 위해서는 충분히 반응과 결과를 예측을 할 수 있게 간단해야 한다.
- 만일 정책에 대해 협동을 하거나 하지 않거나 반드시 상응하는 보복과 보상을 하여야 한다. 이점에 있어서 기존의 정책은 보복에 대해서는 일관성과 철저함이 부족하고, 협동에 대한 보상은 확실치 않다고 생각된다.
- 건강보험이 오래 계속되어 왔기 때문에 누가 처음에 배반을 했는지를 지금 따지는 것은 무의미 하다고 생각된다. 따라서 지금부터라도 상대방에게 협력하는 방향으로 양쪽이 모두 나가야 한다. 건강보험정책당국자는 가능한 민간의료기관의 수익성을 보장해주는 쪽으로 정책이 이루어져야 하고, 민간의료기관의 경우에는 적정한 질과 양의 의료서비스를 제공하여 건강보험의 예산조건을 적절하지 않게 깨뜨리는 행위를 하지 말아야 한다.
- 협동이 계속유지 되기 위해서는 양쪽 모두 절대적으로 용인할 만한 현상이면 이에 만족해야 한다. 더 나은 결과를 얻기 위해 협동의 상태를 깨뜨리게 되면 그 결과는 장기적으로 비협동의 결과를 통해 더 나빠진다.

다음으로 협동을 조장할 수 있는 조건자체를 만들 수 있다. 이에선 다음과 같은 항목들이 있다.

- 미래를 현재보다 중요하게 생각하도록 만드는 조건이 있어야 한다. 이를 만드는 조건의 예는 계속 만나게 되어 상대방의 존재를 의식하는 것이 중요하게 되는 경우이다.
- 배신을 불리하게 만드는 청산결과의 수정이 있으면 협동이 더 잘 조성될 수 있다.
- 이타적인 교육은 협동의 조성에 기여한다.
- 상호주의에 대한 교육도 중요하다. 협동의 형성을 위해서는 협동에는 보상이 배반에는 보복이 따르는 것이 기본조건으로서 중요하다.
- 인식능력의 향상. 이는 협동을 위해서는 어떤 것이 배반이고 어떤 것이 협동인지를 잘 구분할 수 있어야 한다는 것과 관계가 있다.

이러한 협동을 위한 여건 조성의 항목을 건강보험정책에 적용되도록 전환하는 것은 중요하다. 이곳에서는 직관적인 수준에서 머무른다. 더 자세한 분석은 미래의 과제로 남겨둔다.

- 예를 들어 인식능력의 향상은 배반의 경우를 잘 적발할 수 있는 모니터링 체계를 구축하는 것과도 상관이 있다.

2. 공공의료기관의 운영혁신방안

가. 공공의료기관의 운영혁신 기본방향

혁신은 새로운 방식으로 변화하는 것이며 이러한 변화에 대한 관리 역시 중요하다. 이에 대한 적절한 방안을 동시에 강구하여야 할 것이다. 공공의료기관의 혁신은 공공보건의료체계를 전체 보건의료의 근간으로 하고 민간부문이 이를 보완하는 방향으로 의료체계가 형성되어야 한다(김용익, 1989)

- 공공의료기관의 유형별 구분에 따른 운영혁신 방안 도출
- 공공과 민간의 협력
- 정보통신환경 적극 활용
- 기업의 운영혁신기법 적극 도입

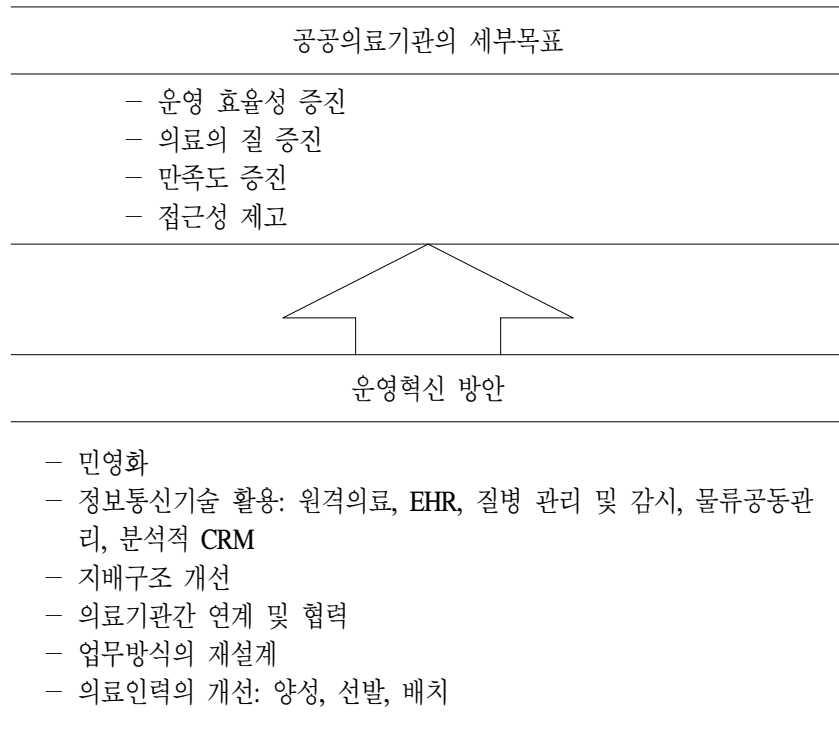
나. 비전 및 목적

1) 비전

공공의료기관은 사회적으로 요구되는 공공의료를 수행함으로써 사회안전망 역할을 수행하고, 이를 위하여 효율적으로 자원을 활용하고 적절한 수준의 의료서비스를 접근 용이하고 이용 편리하게 제공하는 것으로 정의할 수 있다. 이러한 비전이 달성될 때 공공의료기관은 요구에 적합한 역할을 수행하며 건강한 공공의료체계를 형성하게 될 것이다.

2) 공공의료기관 운영혁신의 목적 및 세부목표

공공의료기관의 운영혁신의 기본목적은 공공의료기관에게 부여된 공공의료의 역할을 충실히 수행하도록 하는 것이라 할 수 있다. 이를 위하여 적절한 공공의료의 질 확보, 효율적인 공공의료서비스 제공, 적절한 공공의료 투입자원의 확보, 바람직한 관리운영 및 조직화 및 관리운영체계 확립 등의 세부적인 목표를 달성하여야 할 것이다.



다. 공공의료기관의 운영혁신 방안

공공의료기관의 운영혁신을 통하여 획득할 수 있는 것 즉, 공공의료기관 운영혁신의 목표를 중심으로 혁신방안을 탐색 및 분석하여 제시하고자 하였다. 공공의료기관의 운영혁신은 효율성 제고, 의료의 질 확보, 접근성 제고, 만족도 제고, 국민건강권 보장 등의 세부목표를 달성하는 방향으로 추진되어야 하며, 이러한 세부목표들을 달성하기 위하여 투입자원(예산, 인력 등), 업무방식, 전략 계획, 지배구조, 민영화 등의 관리운영 혁신방안을 강구할 수 있다. 운영혁신의 세부목표들간 또는 관리운영 혁신방안들 중복되는 부분이 있어서 일대일 대응의 형식으로 혁신방안들을 탐색하기는 어려우며 가능한 혁신방안들을 제시하고자 하였다.

1) 공공의료기관의 민영화 방안

우리나라 공공의료는 대부분 공공의료기관을 통하여 제공하는 것으로 추진되어 왔으며, 전국민건강보험체계를 도입하면서 민간의료기관도 사회보험에서 제공하는 공공의료서비스를 제공하고 있다. 기존의 연구결과에서 민영화의 효과가 충분하지는 않지만 공공의료기관의 관리운영 및 유지가 어려운 경우에는 민영화 또는 매각후 민간의료기관에 공공의료서비스를 위탁하는 방식 등 다양한 방식의 민영화를 통하여 공공의료서비스를 제공하는 방안을 강구하여야 할 것이다.

2) 정보통신기술의 활용

우리나라의 공공병원들은 취약지역 및 취약계층을 대상으로 설립되어 운영되고 있으며 이들에 대한 관리운영의 효율화 및 효과적인 서비스체계를 갖추는 것이 필요하며 이를 위하여 정보통신기술을 적극 활용하는 것이 필요하다. 그러므로 공공의료기관별로 전자의무기록(EMR), 전자건강기록(EHR), 전자적인 처방전달시스템, 전사적자원관리시스템(ERP), 분석적 고객관계관리(analytical CRM) 등을 설치 및 운영하여 공공의료기관의 정보화 수준을 제고하고 그에 따른 공공의료서비스의 질을 제고하는 것이 필요하다. 뿐만 아니라 이러한 정보화 기반을 공공의료기관간 연계함으로써 공공의료전달체계상에서 서비스를 제공받는 이용환자들에게 매끄러운(seamless) 서비스를 제공할 수 있을 것이다.

의료취약지역의 주민, 의료서비스를 직접 받기 어려운 외병환자, 만성질환자 등에 대하여 공공의료기관들이 연계하여 원격의료 또는 질병 관리 및 감시체계를 활용한 건강관리 및 질병관리 서비스를 제공하는 방안도 강구할 필요가 있다.

3) 지배구조 개선 (통합 및 연계 운영 포함)

공공의료기관의 독립적인 운영보다 전문가의 참여에 의한 관리운영, 의료기술개발 등의 통합, 의료전달체계 상에서 연계, 의료기관간 연계 및 협력 등을

통하여 관리운영의 전문화 및 투명하고 합리적인 관리운영을 추진하여야 한다. 이를 위하여 이사회에 관련된 전문가를 포함하고, 통합 및 연계의 대상으로는 공공기관뿐만 아니라 민간의료기관도 포함하여 추진하여야 할 것이다.

4) 의료기관간, 공공과 민간의 협력 및 연계

공공의료기관의 관리운영의 전문화 및 서비스 질 제고를 위하여 공공과 민간의 협력과 역할분담 방안을 강구하여야 하며 그 결과 공공의료기관 이용에 대한 차별적 서비스(예: 공공의료대상자가 공공의료기관 이용 시 혜택)를 제공하고, 민간의료기관이 공공의료서비스를 제공하는데 따른 정부의 지원제도(보조금, 세금 감면)를 활성화하여 현재의 국민건강보험서비스 이외의 공공의료서비스를 제공할 수 있는 기반을 마련하여야 할 것이다.

5) 공공의료기관의 기반환경(법, 관리제도 등), 조직 문화/분위기 조성

공공의료기관의 전문성을 확보하고 지식기반의 전문조직으로 성장하도록 하기 위하여 의료인력들에 대하여 교육 및 훈련(민간의료기관 파견, 연수, 교육, 훈련 등) 기본계획(master plan)을 수립하여 실천하여야 할 것이다.

뿐만 아니라 행동강령, 평가 등을 통하여 지속적으로 건전한 조직의 문화 및 분위기를 조성하고, 공공의료 공급자의 전문성, 관리운영방법, 서비스정신 등 강화를 위한 교육훈련체계를 지속적으로 운영 및 실시하여야 할 것이다.

6) 수요 기반의 공공의료 공급

지역공공의료 수요조사에 의거한 공공의료공급량을 조정하는 공공의료공급체계를 마련하며, 지역공공의료계획 또는 지역의 공공의료기관 이사회 또는 자문위원회에 지역주민대표를 참여시키고, 지역주민을 대상으로 지역공공의료계획에 대한 공청회를 실시하여 수요기반의 공공의료 공급체계를 형성하도록 한다.

7) 안정적인 공공의료인력의 확보 및 활용

공공의료인력을 보다 안정적으로 확보하고 이들의 전문성을 제고하기 위한 방안을 적극적으로 마련하여야 한다. 즉, 공공의사제도를 도입하고 이들을 적절히 활용할 수 있는 방안(공공의료인력 순환근무제도, 전문성 제고를 위한 교육 훈련제도)을 마련하여야 한다.

공중보건장학제도를 보완하여 의과대학 입학생, 재학생, 공중보건 의사 등을 대상으로 공공의사를 선발(장학금, 전공분야 별 선발 및 관리, 근무조건)하여 공공의료의 전문가 확보 및 지속성을 유지하도록 한다.

또한 공공의사 확보를 위한 지역균형선발제도를 도입하여 지역별 공공의료인력의 편중을 방지하도록 하여야 한다. 즉, 치·의대(치·의학대학원) 입학생 모집 시 지역의 공공의사수요에 근거하여 광역지역별 대학교에서 “지역균형선발”을 하도록 하며, 지역균형선발제도로 입학한 학생은 자격취득 이후 지역의 공공분야에 근무하도록 한다(예: 20년 의무근무, 의무근무 이후 지역에서 자율개업 가능). 그 재원은 지방자치단체 특별재정, 중앙 특별재정, 공공의료기금 등으로 마련하여야 할 것이다.

V. 결론 및 정책적 제언

1. 결론 및 정책적 제언

우리나라의 공공의료는 그 기능과 역할, 운영 등에 있어 혁신이 필요하다는 지적이 많고 이에 대한 다수의 공감은 존재하고 있다. 그러나 이 지적에 따라 그 문제의 해결을 논의하기 시작하면 그 방향에 대한 일치가 쉽지 않고 따라서 축적적인 논의가 되지 않고 있다.

이는 공공보건의료의 기능과 역할 그리고 공공의료기관의 운영에 대해 명확하게 제시되어 있으면서 동시에 논의에 있어 다수의 동의를 받을 수 있는 이론이 부족하다는데 그 원인이 있다고 생각된다. 따라서 공공의료의 기능과 역할 그리고 공공의료기관의 운영에 관해 관점에서는 부분적이더라도 명확하고 동시에 다수의 공감을 받을 수 있는 이론들이 많이 나와 축적적인 논의가 되는 것이 필요하다.

이에 본 연구에서는 공공보건의료의 기능과 역할 그리고 공공의료기관의 운영혁신에 관하여 성과와 재정적 동기의 관계라는 관점을 가지고 명확하고 공감을 받을 수 있는 이론을 제시하고자 하였다.

본 연구에서는 이를 위해 공공의료에 관한 전 분야를 다루지 않고 중요하다고 생각되는 두 분야를 골라 다루었다. 기본적인 것은 공공성을 갖는 기본의료서비스의 충족에 관련된 것으로서 이 기본의료서비스가 어떤 공급자에 의해 충족되는 가이다. 이에 따라 다음의 두 가지 영역으로 구분할 수 있다.

첫 번째 영역은 사립의료기관에 의해 건강보험과 의료급여에 해당하는 기본의료서비스가 충족되는 경우이다. 이러한 경우에 대하여 정책적으로 해결하여야 하는 핵심적인 문제는 공공보건의료 담당자들의 관점에서 보아 수익성을 추구하는 사립의료기관의 인센티브를 충족시켜주어 의료서비스의 질과 양을 일정

수준이상으로 유지하면서도 사립의료기관들이 예산제약적으로 운영되는 건강보험과 의료급여의 예산제약을 적정수준에서 유지되는데 협조하도록 유도하는 것이다.

이는 상기의 재정적 조건에서 논의한 바와 같이 사립의료기관들의 적정한 수익성이 공공보건의료의 보장기능을 수행할 때 보장되어야 함을 의미한다. 이는 정책이 유인일치적이어야 함을 의미한다. 그러나 문제는 수익성 조건을 추구하는 조직들이 항상 더 많은 이윤의 추구하고 팽창의 경향을 가지고 있다는 점이다. 이는 재원이 예산조직의 원리에 의해 운영되므로 이와 같이 팽창하는 소요 예산을 어떻게 감당하고 통제할 수 있는가의 문제를 유발시킨다. 즉, 문제의 본질은 공공적인 기본의료서비스 충족의 기능이 사립의료기관에 의해 제대로 받아들여지고 생산 공급되기 위해서는 이러한 기능의 수행을 통한 수익성이 민간보건의료조직의 다른 수익가능성과 비교할 때 받아들여질 만한 범위에 있어야 하는데, 이를 지속시키기 위해서는 민간의료조직의 팽창하는 경향에 의한 팽창하는 소요예산을 사회보장메커니즘을 운영하는 예산조직이 제대로 감당하고 통제할 수 있는 능력이 있어야 한다.

이는 우리나라에서 사립의료기관이 압도적 비중을 차지하고 있고, 따라서 이들에 의한 기본필수의료의 공급이 중요하다고 볼 때, 어떠한 정책을 통하여 적정한 수익성을 보장하여 이에 의하여 주로 결정된다고 생각되는 의료서비스의 질과 양에서 적정한 기본필수의료서비스의 공급을 유도하면서도 건강보험의 재정적인 지속성을 유지할 것인가가 중요하다고 생각할 때 중요한 연구이다.

본 연구에서는 그 기본적인 문제해결의 방향을 의료의 질과 양이 재정적인 조건에 의해 주로 결정된다는 전제하에서 재정적인 동기와 관련하여 공공보건의료정책담당자와 사립의료기관 사이에 존재하는 기본적인 상황의 파악과 이러한 상황에서 공공보건의료정책담당자가 상기한 문제의 해결에서 사립의료기관들의 협동을 이끌어 낼 수 있는 정책의 기초를 밝히는 것이다.

이러한 과제를 수행함에 있어 먼저 상기 양자 사이에 존재하는 기본적인 상황이 죄수의 딜레마와 같음을 보이고, 이러한 상황에서 협동을 이끌어 낼 수 있는 전략에 관한 기본이론을 정리하였다. 이를 바탕으로 건강보험이나 의료급

여의 영역에서 공공보건의료정책담당자와 사립의료기관 사이에 발생하는 실제 문제들을 예로 들어 이들이 어떠한 점에서 협동을 통한 문제의 해결에 부합하고 어떠한 점에서 부합하지 않음을 제시하는 것이 필요하며, 이는 앞으로 공공보건의료정책담당자가 기존 의료자원의 구성이나 양을 변화시키지 않으면서, 또한 우리나라의 일반적인 사회조건 즉, 자유민주주의와 시장중심의 사회라는 조건에 부합하면서도, 공공적인 기본의료서비스의 충족을 사립의료기관의 협동을 유도하여 달성할 수 있는 정책기조를 밝히는 것이다.

이에 따르면 정 정책이 복잡해서는 안 된다. 즉, 협동을 이끌어 내기 위해서는 충분히 반응과 결과를 예측할 수 있게 간단해야 한다. 또한 만일 정책에 대해 협동을 하거나 하지 않거나 반드시 상응하는 보복과 보상을 하여야 한다. 세째로 건강보험이 오래 계속되어 왔기 때문에 누가 처음에 배반을 했는지를 지금 따지는 것은 무의미하다고 생각된다. 따라서 지금부터라도 상대방에게 협력하는 방향으로 양쪽이 모두 나가야 한다. 건강보험정책당국자는 가능한 민간의료기관의 수익성을 보장해주는 쪽으로 정책이 이루어져야 하고, 민간의료기관의 경우에는 적정한 질과 양의 의료서비스를 제공하여 건강보험의 예산조건을 적절하지 않게 깨뜨리는 행위를 하지 말아야 한다. 네 째로 협동이 계속 유지 되기 위해서는 양쪽 모두 절대적으로 용인할 만한 현상이면 이에 만족해야 한다. 더 나은 결과를 얻기 위해 협동의 상태를 깨뜨리게 되면 그 결과는 장기적으로 비협동의 결과를 통해 더 나빠진다.

다음으로 협동을 조장할 수 있는 조건자체를 만들 수 있다. 이에에는 다음과 같은 항목들이 있다. 첫째로 미래를 현재보다 중요하게 생각하도록 만드는 조건이 있어야 한다. 둘째로 배신을 불리하게 만드는 청산결과의 수정이 있으면 협동이 더 잘 조성될 수 있다. 세 째로 이타적인 교육은 협동의 조성에 기여한다. 넷째로 상호주의에 대한 교육도 중요하다. 협동의 형성을 위해서는 협동에는 보상이 배반에는 보복이 따르는 것이 기본조건으로서 중요하다. 다섯째로 협동을 위해서는 어떤 것이 배반이고 어떤 것이 협동인지를 잘 구분할 수 있어야 한다.

두 번째의 연구 영역은 건강보험과 의료급여에 해당하는 공공적인 기본의료

서비스를 예산조직이 중심이 되는 국공립의료기관을 통해 충족시키는 경우이다. 이 영역의 핵심문제는 기존의 국공립의료기관 자원으로 달성할 수 있는 기본의료서비스 충족의 최대수준에 미달하는 성과를 극복하는 문제라고 생각된다.

이는 일반적으로 정부의 실패로 불리는 문제로서 예산중심으로 운영되는 기관의 운영상의 인센티브 문제와 관련된다. 이 문제의 핵심은 재정적인 측면에서 보아 예산의 확보와 예산으로 운영되는 기관의 성과 간에 연계가 약한 것이라고 할 수 있다. 이를 해결하는 운영혁신의 방안은 예산조직 안에서 위의 연계를 강화하는 방안과 예산조직에 시장화요소를 도입하는 방안의 두 가지가 있으며, 이는 국공립의료기관의 운영에 있어서의 효율성을 높일 수 있는 방안과 관련이 있다. 이는 수익성 조직 특히 자본주의 기업이 어떻게 운영되어야 할 것인가를 일반적인 경영학에서 다루고 있는 내용에 상응하는 것으로 어떻게 예산조직을 운영하여야 할 것인가에 대한 내용이다.

공공의료기관 운영혁신의 기본방향은 공공보건의료체계를 전체 보건의료의 근간으로 하고 민간부문이 이를 보완하는 방향으로 의료체계가 형성하여야 하며, 공공의료기관의 유형별 구분에 따른 운영혁신 방안을 도출하고, 공공과 민간의 협력, 정보통신환경 적극 활용, 기업의 운영혁신기법 적극 도입 등에 의거하여야 할 것이다.

또한 공공의료기관은 사회적으로 요구되는 공공의료를 수행함으로써 사회안전망 역할을 수행하고, 이를 위하여 효율적으로 자원을 활용하고 적절한 수준의 의료서비스를 접근 용이하고 이용 편리하게 제공하는 것으로 정의할 수 있다. 이러한 비전이 달성될 때 공공의료기관은 요구에 적합한 역할을 수행하며 건강한 공공의료체계를 형성하게 될 것이다.

공공의료기관의 운영혁신을 위한 방안으로는 공공의료기관의 민영화, 정보통신기술의 바람직한 활용, 지배구조 개선 (통합 및 연계 운영 포함), 의료기관간 및 공공과 민간의 협력 및 연계, 공공의료기관의 기반환경(법, 관리제도 등) 및 조직 문화/분위기 조성, 수요 기반의 공공의료 공급, 안정적인 공공의료인력의 확보 및 활용 등을 적극 고려하여야 할 것이다.

2. 연구의 제한점과 개선방향

본 연구는 공공의료의 정의를 바탕으로 공공의료의 역할 중 대표적이라 할 수 있는 공공성의 확보방안을 재정적 동기라는 관점에서 제한된 영역에 대하여 알아보았다.

첫째로 공공성을 공공재원인 건강보험을 통해 수요보조의 형식으로 보장하는 건강보험의 경우를 다루었다. 이 경우 현재의 민간공급 우위의 현실을 바꾸지 않고 운영과 정책을 통해 이들의 협동을 이끌어 내는 방법을 중점적으로 알아보았으나 이론의 기반을 살피는데서 끝이 나고 모델을 구체화하고 실증이나 현실의 예를 드는데까지는 나아가지 못했다. 이는 미래의 과제로 남겨둔다.

둘째로 공공성을 직접 공공의료기관을 통해 확보하고자 하는 경우 예산제도 내에서는 예산을 성과에 연결시키고, 아니면 시장화 요소를 도입하는 두 가지 방안이 기본 방향으로 되어 있었다. 하지만 이를 기반으로 운영혁신방안이 다루어지지 않고 단편적으로 다루어졌다. 이러한 기본방향에 의거 체계적으로 국공립의료기관의 운영혁신을 구체적으로 다루는 과제도 향후 추가적으로 연구가 이루어져야 할 것이다.

참고문헌

- 감신, 『의료의 공공성 강화』, 우리복지시민연합, 2004.6.
- 강은정, 「공공보건의료 확충을 위한 대안 분석」, 『보건복지포럼』, 2004년10월, pp.57~67.
- 건강복지사회를 여는 모임, 『보건정책의 주요 과제와 쟁점』, 2003. 8.
『공공의료에관한법률』 제2조제1항
- 김용익, 『공공성 부여를 통한 중소병원 육성지원 연』구, 국회 보건복지위원회, 2003.9.
- 김용익 외, 『보건의료시장개방에 대비한 보건의료체계 공공성 강화방안 연구』, 국회보건복지위원회, 2002.
- 김원식, 『공공보건의료-신정부에 바란다-경제계에서 바라본 정책평가』, 대한공공의학회 정책토론회, 2003.7.
- 김창엽, 『공공병원 확충방안 개발에 관한 연구』, 보건복지부, 2004.
- 『대한민국헌법』 제2장 35조, 36조
- 류시원, 이경호, 『공공병원 운영 효율화 방안』, 한국보건사회연구원, 2000. 12.
- 문옥륜, 『공공 및 민간 보건의료부문 협력체계 구축 방안』, 한국보건사회연구원 발표자료(미발간), 2003.
- 송건용, 『의료체계의 공공성 제고방안 연구』, 한국병원경영연구원, 2003.
- 신영전, 『보건의료의 전망과 공공보건의료의 역할』, 울산시립의료원 설립제안서, 2002.
- 이규식, 「의료의 공공성제고와 공공의료기관 확충 논의의 검토」, 『보건행정학회지』, 제11권 제1호, 2001년 3월, pp.107~130.
- 이선희 외, 『의료개혁과 건강보험 보장성』, 건사모 정책토론회, 2005.4.
- 이평수의, 『공공보건의료기관이 수행해야 할 사업검토 및 평가체계 개발 연구』,

- 한국보건산업진흥원 2001.
- 이평수의, 『공공의료 기능 활성화 방안』, 한국보건산업진흥원, 2001.
- 전국보건의료산업노동조합. 『국립대병원 공공성강화 프로젝트 연구보고서』, 2002.
- 정병태, 「정부에서 생각하는 공공보건의료」, 대학공공의학회 심포지움 발표, 2004. 5.
- 정형선, 「우리나라 건강보험 보장성의 현주소 및 급여 확대방안」, 『건강보험포럼』, 2004, 가을호.
- 정형선의, 『국민건강보험 내실화를 위한 기본급여 영역에 관한 연구』, 국민건강보험공단, 2004
- 최정수, 「공공보건의료의 이상과 실제」, 『보건복지포럼』 제107호, 한국보건사회연구원, 2005.9.

- Abel-Smith, B., *An introduction to health: Policy, planning and financing*. London, New York: Longman, 1994.
- Altman S. H., Shactman D., "Should We Worry About Hospitals' High Administrative Costs?", *New England Journal of Medicine* 1997; 336:798 ~ 799.
- Arrington B., Haddock C. C., "Who Really Profits From Not-For-Profits?", *Health Services Research* 1990; 25(2):291 ~ 304.
- Axelrod, Robert and Hamilton, William D., "The Evolution of Cooperation," *Science*, Vol. 211, 27 March 1981, pp.1390~1396.
- Axelrod, Robert, *The Evolution of Cooperation*, New York: Basic Books, Inc., 1984.
- Bays C. W., "Cost Comparisons of Forprofit and Nonprofit Hospitals", *Social Science and Medicine* 1979; 13:219~225.
- Becker E. R., Sloan F. A., "Hospital Ownership and Performance", *Economic Inquiry* 1985; 23: 21~36.

- Bruning E. R., Register C. A., "Technical Efficiency within Hospitals: Do Profit Incentives Matter?" *Applied Economics* 1989; 21: 1217~1233.
- Burgess J. F., Wilson P. W., "Decomposing Hospital Productivity Changes, 1985~1988: A Nonparametric Malmquist Approach". *Journal of Productivity Analysis* 1995; 6: 343~363.
- Clark R., "Does the non-profit form fit the hospital industry". *Harvard Law Review* 1980; 93: 1416~1489.
- Clarkson K., "Some Implications of Property Rights in Hospital Management". *Journal of Law and Economics* 1972; 15: 363~384.
- Cohen J. W., Spector W. D., "The effect of Medicaid reimbursement on quality of care in nursing homes". *Journal of Health Economics* 1996; 15(1): 23~48.
- Coles J. W., Hesterly W. S., "The Impact of Firm-Specific Assets and the Interaction of Uncertainty: An Examination of Make or Buy Decisions in Public and Private Hospitals", *Journal of Economic Behavior and Organization* 1998; 36:383~409.
- Drucker P. F., "What Business Can Learn from Nonprofits". *Harvard Business Review* 1989; 67(4):88~93.
- Duggan M. G., "Hospital ownership and public medical spending". *The Quarterly Journal of Economics* 2000: 1343~1373.
- Engelhardt, H. T. Jr., "National health care systems: Conflicting visions," in H. M. Sass & R. U. Massey eds., *Health care systems: Moral conflicts in European and American public policy*, Dordrecht: Kluwer Academic, 1988. pp.3~13.
- Eucken, Walter, *Grundsätze der Wirtschaftspolitik*(경제정책원론), 6판, Tuebingen: J.C.B. Mohr, 1990.
- Farsi M., "Changes in hospital quality after conversion in ownership status", *International Journal of Health Care Finance and Economics* 2004, 4:211~230.

- Feder J., Hadley J., "A Threat or a Promise? Acquisition of Teaching Hospitals by Investor-owned Chains". *Journal of Health Politics, Policy and Law* 1987; 12(2):325~42.
- Ferrier G. D., Valdmanis V., "Rural Hospital Performance and Its Correlates". *Journal of Productivity Analysis* 1996; 7:63~80.
- Ferris J. M., Graddy E. A., "Structural Changes in the Hospital Industry, Charity Care, and the Nonprofit Role in Health Care". *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly* 1999; 28(1):18~31.
- Freund D., Shachtman R. H., Ruffin M., Quade D., "Analysis of Length-of-Stay Differences between Investor-Owned and Voluntary Hospitals". *Inquiry* 1985; 22:33~44.
- Gayno M., Anderson G. F., "Uncertain Demand, the Structure of Hospital Costs, and the Cost of Empty Hospital Beds". *Journal of Health Economics* 1995; 14(3):291~317.
- González Block, M. A., "Comparative research and analysis methods for shared learning from health system reforms." *Health policy* 42 (3),1997, pp.187~209.
- Goodrick E., Meindl J. R., Flood A. B., "Business as Usual: The Adoption of Managerial Ideology by U.S. Hospitals". *Research in the Sociology of Health Care* 1997; 14:27~50.
- Gray B. H., "Why Nonprofits? Hospitals and the Future of American Health Care". *Frontiers of Health Services Management* 1991; 8(4):3~32.
- Grosskopf S., Valdmanis V., "Measuring Hospital Performance: A Non-Parametric Approach". *Journal of Health Economics* 1987; 6:89~107.
- Harrington C., Woolhandler S., Mullan J., Carrillo H., Himmelstein D., "Dose investor-ownership of nursing homes compromise the quality of care?" *International Journal of Health Service*, 2002; 32(2):315~325.
- Hartman A., "Health Care: Privilege or Entitlement?" *Social Work* 1992; 37(3):195.
- Hassan M. M., "Let's End the Nonprofit Charade". *New England Journal of*

- Medicine* 1996; 334(16):1055~1057.
- Health Care Delivery, Abstract retrieved March 20, 2004 from <http://www.nlm.nih.gov/exhibition>.
- Hoerger T. J., "Profit' Variability in For-Profit and Not-for-Profit Hospitals". *Journal of Health Economics* 1991; 10:259~289.
- Hoffmeyer, U. K. & T. R. McCarthy eds., *Financing health care*. Volume I. Dordrecht: Kluwer Academic, 1994.
- Hrebiniak L. G., Alutto J. A., "A Comparative Organizational Study of Performance and Size Correlates in Inpatient Psychiatric Departments". *Administrative Science Quarterly* 1973; 18:365~382.
- Jensen M. C., Ruback R. S., "The Market for Corporate Control". *Journal of Financial Economics* 1983; 11(1-4):5~50.
- Kaiser statehealthfacts.org retrieved from <http://statehealthfacts.kff.org>.
- Koop G., Osiewalski J., Steel MFJ. "Bayesian Efficiency Analysis through Individual Effects: Hospital Cost Frontiers". *Journal of Econometrics* 1997; 76:77~105.
- Lewin L. S., Derzon R. A., Margulies R., "Investor-Owned and Nonprofits Differ in Economic Performance". *Hospitals* 1981; 55:52~60.
- Lindsay C. M., "A Theory of Government Enterprise". *Journal of Political Economy* 1976; 84:1061~1077.
- Manne H., "Mergers and The Market for Corporate Control". *Journal of Political Economy* 1965; 73(2): 110~120.
- Mark T. L., "Psychiatric Hospital Ownership and Performance: Do Nonprofit Organizations Offer Advantages in Markets Characterized by Asymmetric Information?" *Journal of Human Resources* 1996; 31:631~649.
- Mark T. L., "Analysis of the Rationale for, and Consequences of, Nonprofit and For-Profit Ownership Conversions", *Health Services Research* 1999; 34:83~101.

- Mark T. L., Cheng M., Paramore C., Rodriguez E., Good C., Schur C., Schwalenstocker E., Neuman P., Dorosh E., *The Community Impact of For-Profit Hospital Conversions. Submitted to the Federation of American Health Systems*, 1997 May.
- McCue M. J., Furst R. W., "Financial Characteristics of Hospitals Purchased by Investor-owned Chains". *Health Services Research* 1986; 21:515~26.
- Menzel, P. T., *Strong Medicine: The ethical rationing of health care*. Oxford: Oxford University Press, 1990.
- Moore H. O., "Property rights and the nature of the firm". *Journal of Political Economy* 1990; 98:1119~1158.
- National Economic Research Associates. *Summary and overview - Financing health care with particular reference to medicare*, NERA, 1993.
- New Zealand Ministry of Health, *A Framework for Determining the Extent of Public Financing of Programs and Services, An Overview of the Health and Disability Sector in New Zealand*. Wellington: Ministry of Health, 2001.
- Needleman J., Lamphere J., Chollet D., "Uncompensated Care and Hospital Conversions in Florida". *Health Affairs* 1999; 18(4):125~133.
- Nelson S. J., "What Can Managers Learn From Nonprofits?" *Harvard Management Update* 1999; 4(12):3~4.
- NHS Executive. *NHS Priorities and Planning Guidance 1998/99*, Leeds: NHS Executive, 1997.
- Oregon Health Services Commission Office for Oregon Health Policy and Research Department of Administrative Services, *Prioritization of Health Services*, 2003.
- Ozcan Y. A., Luke R. D., Aksever C., "Ownership and Organizational Performance: A Comparison of Technical Efficiency Across Hospital Types". *Medical Care* 1992; 30(9):781~94.
- Pattison R. V., Katz H. M., "Investor-Owned and Not-For-Profit Hospitals: A

- Comparison Based on California Data". *New England Journal of Medicine* 1983; 309:347~353.
- Pauly M. V., "Nonprofit Hospitals in Medical Markets", *American Economic Review* 1987; 77:257~82.
- Pauly M., Redisch M., "The Not-for-Profit Hospital as a Physicians' Cooperative", *American Economic Review* 1973; 63(1):87~99.
- Perker, Alexander S. and Harding, April, *Innovations in Health Service Delivery-The Corporatization of Public Hospitals*, The World Bank, 2003.
- Register C. A., Bruning E. R., "Profit Incentives and Technical Efficiency in the Production of Hospital Care". *Southern Economic Journal* 1987; 53:899~914.
- Register C. A., Sharp A. M., Bivin D. G., "Profit Incentives and the Hospital Industry: Are We Expecting Too Much?" *Health Services Research* 1985; 20:225~241.
- Renn S. C., Schramm C. J., Watt J. M., Derzon R. A., "The Effects of Ownership and System Affiliation on the Economic Performance of Hospitals". *Inquiry* 1985; 22:219~236.
- Robinson J. C., Luft H. S., "The Impact of Hospital Market Structure on Patient Volume, Average Length of Stay, and the Cost of Care". *Journal of Health Economics* 1985; 4:333~356.
- Robinson J. C., Luft H. S., "Competition, Regulation, and Hospital Costs, 1982 to 1986". *Journal of the American Medical Association* 1988; 260:2676~2681.
- Roemer, M. I., *National health systems of the world: The countries*. Volume One. New York, Oxford: Oxford University Press, 1991.
- Rosenau P. V., "Performance evaluations of for-profit and nonprofit hospitals in the U.S. since 1980", *Nonprofit Management & Leadership* 2003; 13(4): 401~423.
- Sloan, Frank A., "Not-For-Profit Ownership and Hospital Behavior", in Culyer, A. J. and Newhouse, J. P., *Handbook of Health Economics*, 2000, pp.1141~1174.

- Sultz, H. A., Young K. M., *Health Care USA, Understanding Its Organization and Delivery*, 4th Ed. 2004; 69.
- Silverman E. M., Skinner J. S., Fisher E. S., "The Association between For-Profit Hospital Ownership and Increased Medicare Spending". *New England Journal of Medicine* 1999; 341:420~425.
- Thomas E. J., Orav E. J., Brennan T. A., "Hospital Ownership and Preventable Adverse Events". *International Journal of Health Services* 2000; 30(4):745~61.
- Thomas E. J., Orav E. J., Brennan T. A., "Hospital Ownership and Preventable Adverse Events". *Journal of General Internal Medicine* 2000; 15(4): 211~219.
- Thorpe K. E., Florence C. S., Seiber E. E., "Hospital Conversions, Margins, and The Provision of Uncompensated Care". *Health Affairs* 2000; 19(6): 187~194.
- Townsend J., When Investor-Owned Corporations Buy Hospitals: Some Issues and Concerns. 1983. In *The New Health Care For Profits: Doctors and Hospitals in a Competitive Environment*, edited by B. Gray. Washington, DC: National Academy Press.
- U.S. Census Bureau. *1997 Economic Census: Health Care and Social Assistance* (Vol.1999): U.S. Department of Commerce.
- Valdmanis V., Sensitivity Analysis for DEA Models: An Empirical Example Using Public vs. NFP Hospitals. *Journal of Public Economics* 1992; 48:185~205.
- Watt J. M., Derzon R. A., Renn S. C., Schramm C. J., Hahn J. S., Pillari G. D., "The Comparative Economic Performance of Investor-Owned Chain and Not-For-Profit Hospitals". *New England Journal of Medicine* 1986; 314:89~96.
- Wilder T., "Non-Profit Conversions: Conversion of Not-For-Profit Hospitals to For-Profit Status Stirs Up Concerns". *Health Care Policy Report* 1996; 4(34):1354.
- Wilson G. W., Jadow J. M., "Competition, Profit Incentives, and Technical Efficiency in the Provision of Nuclear Medicine Services". *Bell Journal of*

Economics 1982; 13:472~482.

Woolhandler S., Himmelstein D. U., "Costs of Care and Administration at For-Profit and Other Hospitals in the United States". *New England Journal of Medicine* 1997; 336:769~774.

Woolhandler S., Himmelstein D., "Study Compares Non-Profit and For-Profit Hospitals". *The New England Journal of Medicine*. Abstract retrieved from <http://ohr.systoc.com/newscomment/news>.

Young G. J., Desai K. R., "Nonprofit Hospital Conversions and Community Benefits: New Evidence from Three States". *Health Affairs* 1999; 18(5): 146~155.

연구보고서 2005-01

공공의료의 역할재정립 및 운영혁신방안

- 성과와 재정적 동기의 관계에 기반해서 -

Reevaluation of Roles and Management Reform Plan for Public Healthcare-based
on Relationship between the outcome and financial incentive

발행일	2005년 12월 일	값 6,000원
저 자	유 근 춘 외	
발행인	김 용 문	
발행처	한국보건사회연구원	
	서울특별시 은평구 불광동 산42-14 (우: 122-705)	
	대표전화: 02) 380-8000	
	http://www.kihasa.re.kr	
등 록	1994년 7월 1일 (제8-142호)	
인 쇄	예원기획	

© 한국보건사회연구원 2005

ISBN 89-8187-342-9 93510