

기획논문

## 공공의료제공체계의 현황과 정책과제<sup>1)</sup>

권순만

공공의료제공체계를 강화하자는 논의가 최근에 활성화되어 왔다. 공공부문이 전체 의료기관의 10% 이하 재정지원을 하기 때문에, 현재 정부에서는 공공의료기관의 수를 증가시키는 것에 초점을 맞추고 있다. 그렇지만 공공의료기관의 수를 증가시키는 것보다 기존의 공공의료기관의 기능과 프로그램을 확충하는 것에 정책 우선순위를 두어야만 한다. 여기서 공공의료기관의 효율적 운영과 의료부문의 형평성에 대한 관리·환경적 장애요인을 제거하기 위한 정책수단을 찾아서 집행하는 것이 매우 중요하다. 또한, 정부는 공익을 위하여 비영리 의료기관을 장려하는 것이 필요하다. 이는 국가의료보험 지출의 50% 이상을 환자가 부담하기 때문에 의료재원조달에서 공공성을 강화하는 것은 의료제공체계에서 공공부문의 역할을 증가시키는 것이나 공공의료기관의 수를 증가시키는 것보다 더 효율적이고 형평성을 높일 수 있다.

주제어 : 공공부문, 의료제공체계, 효율성, 형평성, 의료재원조달

### 1. 들어가는 말

권순만

미국 University of Pennsylvania, Wharton School 에서 박사학위를 취득하고, 현재 서울대학교 보건대학원 보건정책관리학과 교수로 재직중이다.

kwons@snu.ac.kr

최근 보건복지부는 공공의료 '제공(공급)'체계를 강화하는 것을 공공의료정책의 핵심정책으로 추진하고자 하고 있다. 특히 2000년 의약분업과 관련된 의사파업에 의해 우리나라의 의료제공체계가 마비되었던 중요한 요인이 바로 민간위주 의료공급체계였다는 지적이 생기면서 공공의료공급체계를 강화하자는 논의가 활성화되었다. 의료에서의 공공성은 의료의 직접적인 제공(*delivery*)에서의 정부 개입을 통해 제공될 수도 있고 의료를 위한 재원조달(*financing*)에 있어서 공공성을 제고함으로써 간접적으로 향상될 수도 있겠으나 현재 정부 정책의 목표

는 주로 제공과정에서 공공의료기관의 비중을 높이는 데 초점이 맞추어져 있다. 지금까지 우리나라의 공공의료기관은 전체의료기관에 비해 매우 소수이고 따라서 공공의료체계의 역할이 매우 미미하다는 점에 이의를 달기 어렵기 때문에 공공의료공급체계의 강화는 긍정적 측면을 가지고 있다. 하지만 주어진 정부자원의 효과적 활용이라는 점에서 볼 때, 공공의료정책이 어떠한 방향으로 전개되는 것이 효율성과 형평성을 극대화하여 우리나라 보건의료체계의 선진화에 기여할지 좀더 구체적인 고민이 필요하리라 생각된다.

우리나라 공공의료기관의 수가 서구 외국에 비해 턱없이 부족한 것이 사실이지만, 제한된 정부의 자원 및 예산을 고려하면 공공의료기관의 수를 대폭 늘리는 것이 그리 현실성이 높아 보이지 않는다. 우리의 현실에서 오히려 공공의료 제공체계의 강화는 단순히 공공의료기관의 수를 늘리는 것이 아니라 공공의료공급체계의 기능을 재정립하고 역할을 강화하는 것에서부터 시작해야 한다. 따라서 공공의료정책은 의료공급에 있어서 정부의 필요성 또 공공의료기관과 같이 정부가 의료공급을 직접 담당하는 것의 정당성에 대한 진지한 논의에서부터 출발해야 한다. 나아가 공공의료정책이 궁극적으로 추구하는 목표를 달성하기 위하여 공공의료기관의 확충과 기능 강화 나아가 의료재원조달에서의 공공성 강화와 같은 모든 가능한 정책수단을 고려하고 이로부터 가장 효과적인 정책수단을 선택할 필요가 있다. 예를 들어 정부는 한정된 예산을 이용해 의료재원조달(*health care financing*) 체계에 개입함으로써 건강보험의 급여를 충실화할 수도 있고, 의료제공(*health care delivery*) 체계에 개입하여 공공의료기관을 통해 의료를 직접 생산할 수도 있기 때문이다.

보건의료에 있어서는 그 재원조달과 의료의 제공에 있어서 정부가 많은 역할을 수행하고 있다. 정부가 왜 그리고 어떠한 정책수단을 통해서 보건의료 부문에 개입하는가는 효율성과 형평성이라는 기준 이외에도 그 나라의 역사성에 의해 크게 좌우된다. 특히, 서구 외국의 경우 보건의료공급정책은 오랜 기간동안 시장의 논리가 아닌 형평성

과 같은 가치체계에 의해 많이 영향을 받아왔다. 하지만 우리는 보건 의료에 대한 사회적 가치체계가 아직 합의되지 않은 상태이고 또 민간의료기관이 절대적으로 다수를 점하고 있는 현실을 고려할 때, 단순히 역사성보다는 효율성과 형평성이라는 기준을 통해 새롭게 제도를 설계하는 관점이 필요하다고 생각된다. 따라서 이 논문은 정책설계 및 분석적 관점에서 공공의료정책의 과제를 논의하고자 한다.

## 2. 공공의료의 이론적 배경: 보건의료에 있어서 정부의 역할

### 1) 시장의 실패와 효율성 제고

시장의 실패로 특징지어지는 민간부문의 불완전성, 즉 시장실패에 의해 보건의료부문에 비효율이 야기되는 경우 정부가 개입할 수 있는데, 이는 크게 시장에서의 경쟁의 실패·공공재·외부효과·정보의 실패로 구별된다. 보건의료 부문이 자연독점이라고 볼 수는 없으나 정부는 의료분야에 면허라는 법률적 진입장벽을 도입하고 이에 따른 시장지배력의 남용을 억제하기 위해 의료공급자의 행태를 규제한다. 하지만 소수의 제품을 생산하는 소수 독점기업의 적정수익률을 규제하는 자연독점산업과는 달리 의료시장에는 훨씬 더 많은 수의 공급자가 매우 많은 종류의 서비스를 공급하므로, 이러한 민간공급자를 규제하는 것이 복잡해지고 규제의 집행비용이 과다할 경우 차라리 공공기관이 직접 의료서비스를 제공할 수도 있다.

일반적인 의료는 공공재가 아니지만 공중보건사업, 의료분야의 연구개발 등은 공공재이고, 해당 사업의 생산자 입장에서 수익성이 매우 낮으므로 정부의 역할이 필수적이다. 이때 보건의료 부문에서의 공공재를 정부가 반드시 직접 생산·공급해야 하는 것은 아니며 보건 의료공공재를 위한 강제적인 재원조달을 하되 민간부문에 그 공급을

말길 수도 있을 것이다. 일반적인 의료서비스는 외부효과와 관련이 없지만 예방 접종은 정의 외부효과의 대표적 예로서 정부의 정책적 개입이 없으면 과소소비(제공)의 비효율이 발생한다. 이러한 경우에 역시 정부는 보조금을 제공하여 이용량을 증가시킬 수 있고 혹은 정부가 공공의료기관을 통해 직접 예방접종을 제공할 수 있다.

의료서비스의 경우에는 소비자무지가 매우 심각한데, 이로 인한 문제를 해결하기 위해 정부는 의료인력의 면허제도를 도입하거나 효과적인 의료이용이나 건강유지에 관해 필요한 정보와 공급자에 대한 정보를 소비자들에게 제공할 수 있다. 만일 소비자무지로 인한 시장의 실패를 정책적 개입을 통해서도 보완하기 어렵거나 혹은 정책적 개입의 사회적 비용이 너무 크다면 정부가 직접 의료공급에 참여할 수 있다. 하지만 이는 공공의료기관이 민간의료기관에 비해 소비자의 대리인 역할을 더 잘 수행할 수 있어서 소비자무지를 줄이는 데 기여할 수 있을 때, 그리고 공공의료기관을 운영하는 데 따른 사회적 비용이 여타 정책수단을 집행하는 데 따른 사회적 비용보다 적을 때 가능할 것이다.

## 2) 형평성 증진

보건의료에 있어서는 시장의 실패를 교정함에 따른 효율성의 제고 못지 않게 형평성의 제고가 중요한 정책목표가 되어 왔다. 제반 경제사회 변수에 의해 정의된 계층간 보건의료 및 건강 관련 지표들의 차이라는 관점에서 형평성을 정의할 수 있는데, 예를 들어 재원조달과 의료이용, 그리고 건강수준에 있어서 형평성을 정의할 수 있다(권순만, 2003). 아무리 시장적 기전을 통해 의료자원을 배분하는 경향이 강하더라도, 대부분의 나라에서 보건의료나 교육 등의 영역에서는 지불능력과 관계없이 어느 정도 수준을 국민들이 제공받을 수 있도록 할 필요가 있다는 사회적 합의가 있다(이른바 특정영역 혹은 특정 수준에서의 평등주의: *specific egalitarianism*).<sup>2)</sup> 만일 공공의료기관이 소비자의

지불능력에 관계없이 치료해주거나 혹은 민간의료기관에 비해 좀 더 저렴한 비용으로 치료해 줄 수 있다면 가난한 사람들의 의료에 대한 접근도를 높임으로서 형평성의 향상에 기여할 수 있다. 일반적으로 보건의료제도의 역사가 오래된 서구의 경우 공공의료기관은 무상 혹은 민간에 비해 훨씬 저렴한 비용으로 환자들을 진료함으로써 형평성을 높이는 데 기여해 왔다.

하지만 의료이용의 형평성은 건강보험의 급여를 충실화하거나 가난한 사람들에게 본인부담금을 면제해줌으로서 달성될 수도 있다. 나아가 의료는 건강에 영향을 미치는 많은 요인들 중 하나이고, 이러한 제반요인 중 의료제공정책을 통하여 영향을 미치기 어려운 소득이나 교육과 같은 변수들, 혹은 개인의 생활 방식과 관련되는 운동, 음주, 흡연 등의 요인들이 존재한다. 예를 들어, 절대적인 소득과 소득의 분포, 즉 소득분배의 형평성이 건강에 영향을 미치는 중요한 요소로 알려져 있다(Kawachi and Kennedy, 1999; Wilkinson, 1997). 소득수준이나 소득의 분포가 건강에 영향을 미치는 핵심적 요소라면 보건의료정책과 함께 광범위한 경제사회정책, 소득분배정책, 경제개발정책 등이 건강의 향상에 매우 중요한 역할을 할 것이다(Deaton, 2002). 따라서 설사 공공의료기관이 의료 이용의 형평성에 기여하더라도 건강수준의 형평성에 있어 공공의료기관의 역할은 제한적일 가능성이 높고, 따라서 건강의 형평성을 증진하기 위해서는 공공의료공급정책보다 더 광범위한 정책적 고려가 필요하다.

### 3) 정부실패

앞에서 논의한 정부의 역할은 정부나 공공의료기관이 공공의 이익을 위하여 정책을 채택하고 시행한다는 다분히 규범적인 의미를 지니고 있다. 그러나 정부정책의 출발 자체가 공공의 이익과 동떨어지는 경우도 있고 또 집행하는 과정에서 규제자가 피규제자에게 포획될 수도 있는데, 전문직종별 이해관계집단 특히 의료공급자의 영향력이 큰 보

건의료 부문에서 개연성이 매우 높다(Evans, 1997; Graddy, 1991). 정부가 보건의료를 직접 생산하고 제공하는 경우에는 대리인 문제, 경쟁의 부재, 성과측정의 어려움에 따른 비효율적 관리와 관료화와 같은 공공부문의 비효율성 문제가 발생할 수 있다. 공공의료기관과 민간의료기관의 상대적 효율성을 객관적으로 측정하기는 쉽지 않은 것이 사실이다. 운영성과와 효율성에 영향을 미치는 모든 요인들을 다 통제한 후 공공의료기관과 민간의료기관의 성과를 비교하는 것이 매우 어렵기 때문이고 국내 자료를 이용해 두 가지 다른 소유형태별 의료기관의 성과를 비교한 연구도 드물다. 하지만 외국의 연구를 보면 조직의 소유형태보다는 시장에서의 경쟁형태가 조직의 효율성에 직접적인 영향을 미칠 수도 있지만, 대부분의 연구에서 공공의료기관이 민간의료기관에 비해 생산의 효율성이 떨어진다고 보고되고 있다.<sup>3)</sup>

물론 이러한 개별 의료기관 차원에서의 미시적 효율성이 전체 의료체계 차원의 거시적 효율성으로 이어지는 것은 아니다. 즉, 공공의료기관이 절대 다수를 차지하고 있는 나라의 국민의료비가 민간의료기관 위주 국가의 국민의료비보다 높은 것은 아니다. 오히려 공공의료체계를 가지고 있는 영국이나 북구 유럽의 경우 국민의료비가 미국보다 낮은 것이 사실이다. 하지만 의료비를 결정하는 요소가 다양하고 또 공공의료기관의 비율 자체보다는 오히려 의료재원조달과 공급자에 대한 비용지불에 있어서 독점적 역할을 수행하는 공공재원체계의 특성(영국이나 북구유럽은 조세에 의한 의료재원조달)이 오히려 국민의료비에 더 큰 영향을 미칠 가능성이 높다. 따라서 공공의료체계가 국민의료비 절감과 같은 의료체계의 거시적 효율성에 어떤 영향을 미칠지 판단하기는 쉽지 않다.

따라서 정부와 민간(시장), 혹은 공공의료기관과 민간의료기관은 어느 한쪽이 반드시 우월하기보다는 모두 불완전한 대안일 뿐이다. 물론 시장실패와 정부실패의 상대적 크기나 심각성은 미리 결정되기보다는 구체적인 보건의료의 상황, 정부의 역량, 정부의 역할에 대한 역사성, 기대, 사회적 신뢰 등 제반 요인들에 의해 영향을 받을 것이

고 따라서 나라마다 다를 것이다(Reich, 1994). 다만 정부나 공공의 료기관은 형평성의 향상에 그리고 시장기능이나 민간의료기관은 효율성의 향상에 상대적인 우위가 있는 경우가 많다고 볼 수 있다. 나아가 의료재원조달과 의료제공기능을 분리하여 정부가 의료재원조달에 있어서 형평성을 높이는 역할을 하더라도 의료의 공급기능은 생산성이 높은 민간의 역할을 증대시키는 것도 시장실패와 정부실패로 인한 문제점을 줄이는 데 기여할 수 있다.

#### 4) 가치와 역사성

보건의료정책에 있어 효율성과 형평성간 어떻게 균형을 맞출 것인지는 그 나라의 이념, 가치관과 아울러 제도 및 정책들이 가지는 역사성에 의해 크게 영향을 받는다. 전통적으로 의료나 복지에서 국가의 책임이 강조되어 온 유럽에서는, 의료를 인간의 기본적인 권리 그리고 사회적 연대(*social solidarity*)의 제고를 위한 주요 도구로 인식되어 오고 있다. 또 소비자 무지가 크므로 의료분야에서는 개인의 기호보다는 의료의 필요도나 전문가의 의견을 강조하고 의료공급에 있어서도 정부의 역할, 보건계획과 규제가 강조되고 있다(Le Grand, 1997). 하지만 미국과 같은 나라에서는 의료서비스를 소득재분배를 위한 효과적인 도구로 인정하지 않는다. 의료서비스에서도 완전하지는 않지만 소비자의 합리적 선택이 가능하여 의료시장에서의 경쟁이 사회적 효율을 증가시킬 수 있으며, 다양한 개인의 선호에 의해 여러 형태의 의료서비스와 보험 상품이 제공되어야 한다고 믿기 때문에 의료 재원조달과 공급에 있어서 민간의 기능이 중심이 된다.

우리나라에서 보건의료에 대한 가치판단이 어떠한 모습을 띠고 있는가는 정확하게 판단하기 어렵다. 다른 분야와 마찬가지로 보건의료 부문 역시, 오랜 시간을 통해 정치적 의사결정이나 사회적 합의를 통해 제도를 발전시켜온 서구와는 달리 우리나라에서는 그 제도의 역사가 일천하다. 따라서 효율과 형평의 상대적 중요성에 있어서 여전히

사회적 합의를 이루지 못하고 있다. 본인부담금이 높은 상황이기기는 하지만 적어도 전 국민에게 급여를 제공하는 사회보험의 존재는 의료재원조달에 있어서 공공의 기능이 중요시된다고 할 수 있는 반면, 의료공급에 있어서는 민간의료기관이 압도적으로 많은 것으로 보아 공공의 기능이 중요한 가치로 받아들여진다고 보기 어렵다.

### 5) 정책수단

위에서 언급한 다양한 요인들이 보건의료 부문에서 정부의 개입과 역할을 결정하기는 하지만 구체적으로 어떠한 정책수단을 통해 민간부문에 개입할 것인지는 추가적인 분석이 필요하다. 예를 들어, 보건의료 부문에 있어 정부의 개입이 필요하다더라도 정부가 재원조달과정에 개입할지 의료제공과정에 개입할지, 나아가 개입의 형태에 있어 규제자의 역할을 할지 직접 제공자의 역할을 할지 분석이 필요하다. 나아가 의료공급의 공공성 증대도 공공의료기관의 수를 증대시킴으로서 달성할지, 기존 공공병원의 역할강화를 통해 달성할 수 있을지, 혹은 민간비영리의료기관의 공익기능에 대한 보상을 통해 추구하는 것이 더 효과적인지 고려해 보아야 한다.

## 3. 공공의료 제공체계의 현황과 문제점

### 1) 공공의료기관과 공공의료

우리나라 공공의료기관의 수는 매우 적어서 보건소, 보건지소, 보건진료원을 포함하더라도 공공의료기관은 전체의료기관의 7.6%에 불과하고 병상의 경우 공공병상은 전체 병상의 15.2%에 그친다(〈표 1〉 참조). 그나마 부족한 공공의료기관들조차 공공기능과 역할의 수행행이 미흡한 현실인데, 이는 대표적 공공의료기관인 지방공사의료원



표 1  
공공보건의료기관수  
(2002.12.31 현재)

구 분		기관수(개소수)	병상수(개)
공공보건기관	보건소	242	473
	보건지소	1,268	—
	보건진료소	1,891	—
공공병원	국립(국립대학병원 포함)	45	22,552
	지방공사의료원 (시·도립병원 포함)	62	14,103
	산재 등 특수법인	22	7,879
공공의료기관 계		3,530	45,007
전체(민간 및 공공)		46,339	296,296
공공/전체(%)		7.62	15.19

자료: 보건복지부, “보건복지통계”

표 2  
의료원의 최근 5년간  
손익분석(단위, 백만 원)

구 분		연 도				
		2000	1999	1998	1997	1996
수입	의업수입	333,809	339,678	307,676	277,490	250,817
	의업외수입	37,435	35,134	34,119	27,383	21,616
	특별이익(보조금)	4,144	1,464	691	263	430
	소계	375,388	376,276	342,486	305,136	272,863
지출	의업비용	390,878	372,548	335,026	310,775	269,718
	의업외비용	11,421	10,272	10,423	17,179	17,574
	특별손실, 법인세	464	802	3,306	1,401	718
	소계	402,763	383,622	348,755	329,355	288,010
손익		-27,375	-7,346	-6,269	-24,219	-15,147

자료: 보건복지부, 2002. “우리나라 공공보건의료체계 강화를 위한 워크숍”.

**표 3**  
**2002년 공공병원**  
**경영실적(단위: 억 원)**

구 분	수 입(A)	지 출	과부족(B)	적자율(B/A)
국립대학교병원(10)	11,161	11,575	△413	△3.7%
지방공사의료원(33)	3,046	3,458	△412	△13.5%
보훈병원(5)	2,193	2,311	△118	△5.4%
원자력병원(1)	979	1,207	△228	△23.3%
적십자병원(6)	525	577	△52	△9.8%

자료: 보건복지부 내부자료

의 수입구조를 통해서도 알 수 있다(〈표 2〉 참조). 즉, 대부분 공공 의료기관들의 수입 구조에 있어서 환자수입은 가장 중요한 비중을 차지하고 있다. 병원이 환자진료 수입에 절대적으로 의존해야 하는 상황에서 공공성보다는 수익성을 강조하게 되고 따라서 공공의료기관이 공공의료 기능을 수행하리라 기대하기는 어렵다. 나아가 공공의료기관은 심각한 경영상의 문제들을 보이고 있다. 2001년 경영실적을 보면, 33개 지방공사의료원의 총 적자가 412억이고, 대부분의 공공의료기관이 상당한 규모의 적자를 경험하고 있다(〈표 3〉 참조). 또한, 공공병원에 대한 투자가 부진하여 시설 및 장비가 상당히 낙후되어 있다. 지방공사의료원의 경우 최근에 신축된 3~4곳을 제외하면 대부분이 1980년대 초 이전에 건축된 노후된 시설이다(김창엽, 2004). 시설 및 장비의 낙후와 잦은 인력 교체 등의 문제는 오랜 기간 동안 제기되었으나, 정부의 적극적인 지원의지나 각 기관의 자체적인 경영혁신노력 부족으로 큰 변화를 보이지 않고 있다.

결국, 보다 좋은 시설과 인력을 갖춘 민간 병·의원의 진입에 의해 환자가 유출되고 병원 경영 실적은 더욱 악화되며 결과적으로 취약 계층이 주로 찾는 빈민 병원으로 전락하는 경우가 많은 실정이다. 국립의료원도 1970년대 중반까지는 국내 최고의 의료기관으로서 명성을 떨쳤지만, 1970년대 이후 민간 대형병원에 비해 시설 및 장비, 규모가 낙후(58년도 신축된 건물로 노후화, 의료장비의 70%가 **♣**내용연

수 경과) 되어 급격한 위상의 추락을 겪었다. 여기에 의사의 이직률이 높고(2001년 20.3%, 2002년 23.25%, 2003년 26.55%), 우수한 의료 인력의 확보가 어려운 것도 문제이다.

또 다른 중요한 문제는 기존의 공공병원들이 다양한 정부부처산하에 있음으로 인해 그들이 진정한 공공의료기관으로서의 사명을 가지고 공공의료 기능을 수행하는지 보장하기 어렵다는 점이다(〈표 4〉 참조). 우리나라 공공의료기관은 보건복지부, 교육부, 행정자치부, 노동부, 국가보훈처, 국방부 등 다양한 부처의 산하 조직으로 운영되고 있다. 따라서 그나마 전체 의료기관의 10% 안팎인 공공의료기관에 대한 중앙정부의 기획·관리 능력이 부족하며, 공공의료기관 경영의 효율성을 제고하고 운영의 공공성을 강화하기 위한 정책수단이 부족하다. 예를 들어, 국립대학교 병원들은 우리나라 의료체계에서 중요한 역할을 수행하지만 공공의료기관으로서 기능을 수행한다고 보기는 어렵다. 이러한 현실은 국립대학교 병원들이 우리나라 의료체계에서 공공의료기관으로서의 미션을 스스로 인식하지 못하고 있다는 것과 함께 환자진료수익에 의존하는 바가 크다는 현실에도 기인한다.

하지만 이런 상황임에도 불구하고 몇몇 공공의료기관에서 공공의료기관이 달성해야 할 공공성이 무엇인지에 대한 단초를 보여주는 사례도 있다. 국립암센터의 경우 적극적인 투자를 통해 초일류병원으로 인정받게 되었으며, 암 관련 연구나 교육, 금연 캠페인 등 공익적 사업을 꾸준히 실행하고 있다. 부산의료원의 경우 신축 이전과 동시에 부산대학병원과 협진체결 등을 통해 만성적자에서 흑자경영으로 전환했고, 노인병동 설치 및 결핵·행려병동 설치 등 공익사업도 잘 수행하고 있다. 또한 2001년도부터 보건복지부와 지자체의 예산으로 공공의료기관에 지원되는 공공보건의료사업비를 통해 지방공사의료원을 포함한 여러 공공의료기관이 각 지역 특성에 맞는 공공보건의료 사업을 진행함으로써 의료기관의 이미지도 제고하고, 지역주민의 건강증진에도 긍정적 효과를 거두고 있다.

표 4 부처별 중립 공공병원  
현황(2003.3.31 현재)

관련법령	소관부처	중립병원	병원								계	
			일반	아동	요양(치매)	결핵	나	정신	재활	진폐		국군
보건복지부와 소속기관 직제	보건복지부 (18개소)	1			2	1	5	1				10
대한적십자조직법		2	4									6
국립암센터법		1										1
국민건강보험법		1										1
국립대학교병원설치법	교육부 (10개소)	9										9
서울대학교병원설치법		1										1
지방공기업법	행정자치부 (63개소)	27	7									34
시도조례		2		1	1		12					28
경찰청과 소속기관직제		1										1
산업재해보상법	노동부(9개소)	6	3									9
한국보훈복지공단법	국가보훈처(5개소)	5										5
법무부와 소속기관직제	법무부(1개소)						1					1
국방부와 소속기관직제	국방부(22개소)										22	22
원자력연구소법	과학기술부(1개소)	1										1
계		57	14	1	12	3	1	18	1		22	129

자료: 보건복지부, “보건복지통계”

## 2) 민간의료기관과 공공의료

우리나라의 민간의료기관은 설립 시 필요한 자본을 전적으로 민간이 부담하므로, 환자진료를 통해 경상운영비뿐 아니라 자본 투자비까지 보상받고자 하는 유인을 갖게 되었고 이로 인해 영리성을 강하게 띠 수밖에 없다. 초기 설립투자비용 이외의 운영에 대해서도 건강보험을 통한 수가규제와 진료비 심사를 제외하고는 민간의료기관에 대한 정부의 재정적인, 법률적인 규제정책이 거의 없어서 각 의료기관간의 연계가 미흡하고 1, 2, 3차 의료기관 간 의료전달체계가 무질서하게 구성되게 되었다.

특히 우리나라의 민간법인병원은 명목상으로는 비영리기관이지만, 의료기관이 개인 혹은 개별적인 법인의 전적인 투자와 책임하에 놓여 있고, 의료기관의 신·증설에 대한 정부의 규제가 거의 없는 상황에서 각 의료기관은 서로 무차별적 경쟁에 처하게 되었다. 이 때문에 국민건강증진에는 중요하지만 수익성과 기관발전에 인센티브가 전혀 없는 건강증진·예방·질병관리 등 공익적 서비스 제공보다는 치료 중심의 의료를 제공할 강한 유인을 갖게 된다. 나아가 행위별 수가제라는 진료비 지불방식에서는 민간의료기관의 영리추구와 의료서비스 과다제공의 가능성이 더욱 높은데, 매우 높은 고가의료장비 보급률이 나 제왕절개율은 그 좋은 예이다. 결과적으로 민간의료기간이 공공기능을 수행할 수 있도록 촉진할 수 있는 정책적 수단이 드물고 이는 결국 환자의 부담증가와 국민의료비 증가로 연결될 가능성이 높다.

## 3) 건강보험의 낮은 급여와 취약한 공공성

의료의 공공성은 재원조달에 있어서의 공공성을 통해 제고될 수도 있는데 현재 우리나라 건강보험은 급여수준이 낮고 본인부담이 매우 높아서 재원조달을 통한 공공성 확보가 매우 시급한 실정이다. 우리나라는 2001년 현재 국민의료비에서 본인이 직접 부담하는 비율이 55%

로서 네덜란드(37%), 독일(25%), 스웨덴(15%), 영국(19%), 이탈리아(27%), 일본(22%), 캐나다(29%), 프랑스(24%)에 비해 그 비중이 매우 높은 편이다(OECD, 2003). 이는 급여에 포함된 의료에 대한 본인일부부담금이 높다는 것과 함께, 급여에 포함되지 않은 서비스가 많아서 환자의 경제적 부담이 높은 데 기인한다. 이러한 저보험료-저급여 구조는 대상인구의 확대에 초점을 두어 왔던 초기 의료보험정책의 역사적 산물이지만 이제 건강보험제도의 역할정립을 위해 반드시 해결해야 할 과제이다(Kwon, 2002).

건강보험은 질병의 발생으로 인한 과도한 의료비용지출에 의해 야기되는 경제적 위험을 효과적으로 분산할 수 있어야 한다. 하지만 현재 우리나라 건강보험은 보험료를 조금 납부하는 대신 높은 본인부담금으로 인해 막상 질병이 발생했을 때에는 경제적 지출이 과다하게 되어 위험분산이라는 보험의 기능을 제대로 수행하지 못하고 있다. 나아가 보험료는 소득에 비례하지만 의료를 이용할 때 지불하는 본인부담은 소득과 상관없기 때문에, 높은 본인부담금은 의료비부담의 형평성에 있어서도 많은 문제를 야기한다. 특히 건강수준이 낮아서 많은 의료 이용을 필요로 하는 계층은 과도한 본인부담금으로 인한 경제적 부담이 더욱 클 것이다. 따라서 건강보험이 의료의 공공성을 제고하는 데 공헌할 수 있기 위해서는 급여를 확대함으로써 위험분산의 효율성과 의료비 부담의 형평성을 제고하는 것이 시급한 과제이다.

#### 4. 공공의료정책의 발전방향

##### 1) 공공의료기관의 기능강화

###### (1) 효율성 제고와 시장실패의 보완

공공의료기관의 역할은 우선적으로 시장실패가 생기는 분야에서 그 중요성이 더욱 커질 것이다. 앞서 언급한 것처럼 시장의 실패가 곧

정부의 개입을 정당화하지는 않으며, 정부실패의 가능성을 동시에 고려해야 할 필요가 있다. 하지만 공공의료기관의 수가 제한적인 현실에서 공공의료기관이 시장실패가 있는 부문에서 우선적으로 그 기능을 강화하는 것이 한정된 정부자원의 효과적 배분에 기여할 것이다.

보건의료분야에서 긍정적 외부효과가 발생할 때 민간의료기관의 기능은 사회적으로 필요한 수준에 미치지 못하므로, 공중보건·예방사업·전염병사업 등과 같이 외부효과가 발생하는 경우에 사회적 관점에서 사업을 수행할 수 있는 공공의료기관의 역할이 민간의료기관보다 상대적으로 더 중요해진다. 또 공공재의 경우에도 민간부문에서는 아예 공급되지 않거나 혹은 공급되더라도 사회적으로 적정한 수준에 미치지 못하기 때문에 공공부문의 투자가 중요하다. 의학연구는 보건의료 부문에서 대표적 공공재로 볼 수 있는데, 물론 특허제도를 통해 연구의 기대수익을 올려줄 수 있다 하더라도 이러한 의학연구에 있어서 공공의료기관의 역할은 막중하다. 특수질환에 대한 연구나 진료 역시 민간 부문에서는 투자의 유인이 낮기 때문에 공공부문의 중요한 역할 수행이 요구되는 분야이다. 또한 지역사회 보건사업(건강증진사업, 만성질환관리, 노인복지사업, 재활사업 등) 활성화 그리고 현재 민간영역에서 과소 제공되는 재활병상, 요양병상, 정신병상, 응급센터 등도 공공의료기관이 우선적으로 제공할 수 있을 것이다.

소비자무지는 시장의 실패를 야기하는 중요한 요인 중 하나이므로 이러한 소비자무지가 큰 부문에서 공공의료의 역할은 상대적으로 커진다. 예를 들어, 외래보다는 입원부문에서 소비자 무지가 더 크므로 공공의료는 외래의 경우보다는 입원의 경우에 그 중요성이 상대적으로 더 크다. 따라서 보건소의 외래 진료기능보다는 공공의료기관에서의 입원 기능이 상대적으로 더 중요할 것이다. 나아가 소비자 무지에 의한 문제점을 경감하기 위해서는 진료표준지침(*practice guideline*)의 마련과 실행, 환자에게 정보제공 등의 역할을 공공의료기관이 선도적으로 수행할 필요가 있다.

## (2) 형평성제고와 사회안전망 구축

보건의료 분야에서 형평성의 제고는 경제적 지불 능력이 부족한 계층에 대한 의료의 제공을 통해 이루어질 수 있다. 우리나라는 전국민 건강보험을 가지고 있지만 본인부담금이 비교적 커서 가난한 사람들이 의료 이용에 있어 경제적 부담이 여전히 존재하기 때문이다. 나아가 전통적으로 정부의 역할인 복지사업이 의료부문과 연계된 경우 공공의료기관의 역할은 더욱 중요해진다.

민간의료기관에 비해 생산효율성이 상대적으로 낮을 가능성이 높음에도 불구하고, 형평성의 향상에는 공공의료기관의 기여가 더 클 것이다. 민간의료기관의 경우 소유주의 존재가 조직효율성에는 기여할 수 있지만, 효율성 향상의 결과가 소유주에게 귀속될 뿐 형평성의 향상에 기여하기 어렵기 때문이다. 예를 들어, 정부의 위탁으로 저소득층 진료를 한다고 할 때 민간의료기관의 영리 추구 경향이 너무 강하다면 공공의료기관에 비해 이들 환자에 대해 과소한 의료 제공 가능성도 높을 것이다.

현재는 의료급여환자에 대한 진료가 공공의료기관이 수행해야 하는 중요기능으로 인식되고 있다. 하지만 공공의료의 개념은 의료급여환자뿐 아니라 지불능력이 부족한 계층(차상위 계층)에 대한 진료비 감면이나 진료비 할인도 포함하는 것이어야 한다. 의료급여(의료보호) 제도가 정착되어 급여대상자가 충분한 혜택을 받는다면, 이 제도의 혜택을 받지 못하는 차상위계층이 오히려 공공병원의 필요성을 더 크게 느낄 수 있다. 형평성의 제고가 공공의료기관이 수행해야 하는 핵심적 기능임에도 불구하고, 수입의 상당 부분을 환자 진료에 의존하고 있는 우리나라 공공의료기관의 경우 의료급여환자 진료라는 제한적 활동을 통해 형평성을 제고하고자 하는 실정이다.

따라서 공공의료기관의 핵심적 기능인 형평성 강화를 위해서는 기존의 공공의료기관에 대한 재정지원이 필요하다. 즉, 환자수입에 대한 의존도를 대폭 낮추고 무상진료와 진료비 할인가능을 강화해야 한다. 예를 들어, 지방공사의료원의 성과를 보면 수익성과 같은 효율성



지표는 인력구성, 비용요소와 같은 내부 운영관리 요인에 의해 영향을 받는 반면, 의료급여환자 비율과 같은 형평성지표는 해당 의료기관이 관리적 의사결정을 통해 변화시키기 어려운 조직이나 환경의 특성에 의해 영향을 받는 것으로 나타났다(이경희·권순만, 2003). 따라서 공공의료기관이 형평성을 제고하는 기능을 수행하기 위해서는 정책적 배려와 고려가 중요함을 알 수 있다.

### (3) 정부 정책에 기여

공공의료기관이 수행해야 하는 중요 기능의 하나는 정부 정책에 도움을 주는 것이다. 즉, 정부가 정책을 설계하고 집행하는 데 중요한 투입요소를 제공할 수 있어야 한다. 새로운 정책을 도입함에 있어서 이를 모든 의료기관에 적용하기 앞서 시범사업을 통해 정책의 긍정적 효과와 부정적 효과를 점검하는 것이 필요할 때, 공공의료기관이 그러한 정책의 우선적인 적용대상이 됨으로서 공공의료기관은 정부 정책에 기여할 필요가 있다. 예를 들어, 요즘 논의되고 있는 총액예산제의 경우 공공의료기관에 우선 적용해보고 그 결과를 토대로 제도를 설계·개선할 수 있을 것이다.

우리나라에서는 민간(영리) 의료기관이 절대적 우위를 보이고 있기에 정부 정책이 의료공급자와 많은 마찰을 빚는 것이 사실이다. 예를 들어, 순수 민간영리병원의 비율이 매우 낮고 대신 민간비영리병원이 다수를 차지하는 미국의 경우 진단명(DRG, *Diagnosis-Related Group*) 기준 포괄수가제의 시행을 둘러싼 정부와 병원 간 마찰이 없었던 것은 우리와 대조적이다. 하지만 시범사업 등의 차원을 넘어 정부 정책의 원활한 집행을 담보할 만큼, 즉 의료시장에서 전체 의료기관의 행태에 영향을 미치고 경쟁양상을 변화시킬 수 있을 만큼 다수의 공공의료기관을 확보한다는 것은 우리의 상황에서 그리 현실적이지 않다.

### (4) 정책적 지원과 규제

공공의료기관의 공공성 강화를 위해서는 그간 지속적인 적자운영과

정부의 투자부족으로 인해 낙후된 공공의료기관의 질적 수준을 제고 하여, 공공의료기관이 경쟁력을 갖출 수 있는 조건을 확보하는 것이 필요하다. 이는 정부의 투자를 통한 시설, 장비의 확충, 그리고 우수 인력을 확보할 수 있는 다양한 법제도적 장치 개선으로 달성 가능할 것이다. 이는 또 공공의료기관의 이용에 따른 사회적 낙인(*stigma*)이 생기지 않도록 공공의료기관이 양질의 의료를 제공할 수 있도록 하는데 기여할 것이다.

하지만 공공의료기관에 대한 정부의 재정지원은 공공의료기관이 공익을 위해 노력한다는 전제하에 주어지는 것이므로 사후적으로 정부의 재정지원이 공공의료기관의 공공기능 확대를 위해 제대로 사용되었는지에 대한 감독이 필요할 것이다. 또한 공공의료기관의 관리운영 체계를 개편하고 성과평가를 위한 제도적 장치가 필요하다. 공공의료기관의 관료적·비효율적 운영을 방지하기 위해 이사회를 공무원뿐 아니라 지역사회 주민과 공익을 대표하는 인사를 포함하여 구성하고, 이사회의 운영을 투명화하며, 이사회가 병원운영의 견제역할을 충실히 수행할 수 있도록 이사회의 기능을 강화하는 것이 필요하다. 예를 들어, 지방공사의료원의 경우 운영에 있어서 각 기관의 자율성을 주되 보건복지부와 지자체의 평가·지도·감독 기능을 강화하고, 지역 주민에 대해 운영계획 및 운영 현황 공개, 지역주민의 참여공간 확대 등을 통해 공공의료기관이 지역사회에 공헌할 수 있어야 한다.

현재 여러 부처로 나뉘어 있는 국가 전체의 공공보건의료 관리운영 체계에 대한 개편도 필요하다. 보건복지부로 이관할 수 있는 기관은 이관하여 단일한 의료관리체계로 개편하고, 그렇지 못한 경우에도 보건복지부의 연계, 조정, 평가 기능을 강화하는 것이 필요하다. 예를 들어 학교보건에 있어서 교육부와의 관계, 산업보건에 있어서 노동부와의 관계 등에서 보건복지부의 기획·조정 기능을 강화해야 한다. 특히 국립대학교 병원들이 각 지역에서 공공의료체계의 핵심적 역할을 수행하고 각 지방의료원들과 유기적 협력체계를 구축한다면 공공의료체계는 그 기능과 의료의 질적 측면에서 크게 향상될 것이다.

## 2) 민간의료기관의 공공성 확대

현재 우리나라의 민간의료법인은 법적으로 모두 비영리기관이다. 여기에 건강보험이라는 공적재원조달체계에서 비록 50% 안팎의 보장성밖에 없지만 의료기관강제지정제도가 운영되고 있으므로 민간의료기관은 우리나라 의료체계의 공공성에 큰 영향을 미치고 있다. 따라서 정부는 민간의료기관의 공공성 강화를 유인하기 위해 다양한 정책수단을 사용할 수 있는데, 민간의료기관의 자본금에 대한 보조를 통해 민간의료기관의 공공성을 강화할 수 있다. 초기 설립 시 자본금 지원, 시설·장비 개편의 지원, 경쟁력이 낮은 급성 중·소병원의 기능전환 유도(예를 들면 요양병원으로) 등이 그 예가 될 수 있다. 정부가 자본금을 투여한 지분만큼 병원운영의 일부분을 담당하여 운영을 견제하거나, 자본금 투여의 조건으로 이사회 구성(지역사회 공익을 대표하는 인사의 참여 등)과 운영의 투명화, 이사회의 역할강화를 요구하여 비영리법인으로서의 공익적 역할을 충실히 수행할 수 있게 운영구조를 개편하도록 유인할 수 있다.

현 건강보험은 치료 서비스에 대한 경상운영비를 보상하는 것이므로 민간의료기관의 경우 예방 및 재활서비스 등 포괄적 의료서비스 제공에 대한 경제적 유인이 없다. 하지만 지역사회의 민간의료기관이 모자보건사업, 정신보건사업, 전염병 관리사업, 만성질환 관리사업, 노인보건사업, 장애인보건사업 등과 같은 다양한 건강증진 사업에 있어서 공공의료 부문과 협력한다면 보건의료체계의 효율성과 형평성은 크게 향상될 것이다. 이를 위해서 민간비영리의료기관이 공공성을 높이는, 즉 사회적 편익을 증진시키는 활동을 할 경우 이에 대한 조세혜택을 주는 것이 효과적이다.

민간의료기관의 공공기능 확대에 있어서 조세혜택을 받는 대신 지불능력이 부족한 계층에 대해 무료진료, 할인진료, 의료비용의 장기 분할납부 등의 혜택을 제공하는 미국 비영리민간의료기관의 예는 의미하는 바가 크다. 그렇다면 가난한 사람들을 위해 형평성을 높이는

방법은 반드시 공공의료기관 만이 아니라 민간의료기관중 비영리를 표방할 수 있게 하고, 이들 비영리의료기관에 대해 공공적 성격의 역할을 수행하도록 의무화하는 것도 고려할 수 있다. 예를 들어, 이근찬(2004)은 우리나라에서 비영리병원이 지역사회에 제공할 수 있는 편익을 몇 가지 항목으로 예시했다(〈표 5〉 참조). 사실 이러한 지역사회 편익은 공익을 증진시키는 것이므로, 의료기관의 법적 소유형태(민간영리, 민간비영리, 공공)에 따라 사전적 지원을 하는 것이 아니라 구체적인 공익적 활동의 수행여부에 따라, 즉 공공의료기능의 수행을 기준으로 사후적으로 지원을 할 수 있을 것이다. 〈표 5〉는 비영리병원의 지역사회 편익뿐만 아니라 공공의료기관의 성과측정을 위해

**표 5**  
지역사회 편익의  
항목별 내용

항 목	내 용
무상진료	진료수익을 기대하지 않고 수행한 진료활동
미회수 진료비	환자의 지불능력 부족으로 받지 못한 진료비
진료비 차이	동일 중증도, 동일 질환 환자에 대한 영리병원과 비교한 비영리병원의 진료비 차이
의료급여환자진료	건강보험과 의료급여 환자의 진료비 차이
원가이하 서비스	투입원가에 비해 건강보험 수가가 낮지만, 자발적 또는 병원 운영 요건에 따른 진료 관련 활동 · NICU, 응급실, 예방접종사업, 저소득 무료암검진사업 등
건강강좌	병원 내 정기적·비정기적으로 수행하는 질병 및 건강 관련 교육 및 강좌 · 건강강좌, 무료질병상담 등
의료봉사활동	자선적 목적으로 병원 밖에서 수행하는 무료진료활동 · 순회·무의촌·수해지역 무료진료 등
의학연구	외부에서 조달한 연구비를 제외한 순의학연구비 부담액 · 의학연구비 발생액-외부 연구비 수혜액
의학교육	수업료 및 정부보조금을 제외한 순의학교육비 부담액 · 의학교육비 발생액-수업료 수익-정부보조금

자료: 이근찬, 2004. “병원의 비영리성과 사회적 편익: 비영리병원의 지역사회편익 기준설정과 가치측정,” 서울대학교 보건대학원 보건학 석사학위논문.

서도 사용될 수 있을 것이다.

### 3) 정책의 수단의 우선 순위

공공의료정책은 단순히 공공의료의 제공만 아니라 정부 정책의 궁극적 목표와 정책수단의 우선순위를 고려해야 한다. 공공의료정책의 목적은 보건의료의 자원조달과 제공체계에 있어 공공자원의 투입을 통해 국민의 건강을 효율적이고 형평적으로 향상시키는 것이다. 즉, 공공의료 제공체계의 확충은 이러한 궁극적인 정책목표를 달성하기 위한 정책수단의 하나이며 그 자체가 목표가 될 수는 없다.

현재 건강보험은 그 급여가 불충분하므로 의료의 접근성에 있어서 여전히 많은 문제를 야기하고 있고, 따라서 건강보험으로서의 기능을 제대로 수행한다고 보기 어렵다. 그렇다면 현재의 상황에서 정부의 예산을 건강보험의 급여를 확대하는 데, 즉 의료재원에 있어서 공공의 비중을 높이는 것에 사용할 것인지 아니면 공공의료기관을 확충하여 의료제공에 있어서 공공의 비중을 높이는 데 사용할 것인지 고려할 필요가 있다. 건강보험 급여의 확충은 의료이용자에게 재정적 부담을 덜어주되 소비자의 공급자 선택을 보장해준다는 점에서 장점을 가지고 있다. 현실적으로 앞서 언급한 전염병·특수질환 등과 같이 소비자가 선택할 수 있는 민간의료기관이 부족한 경우가 아니라면, 공공의료기관의 확충이 아닌 보험급여의 확충을 통해서 환자의 본인 부담금을 낮춤으로써 의료에 대한 접근성을 충분히 높일 수 있다.

공공의료기관의 확충은 건강보험제도가 의료이용에 대한 경제적 장벽을 완전히 제거하지 못한다는 현실에서 가난한 사람들로 하여금 필요에 따라 스스로 공공의료기관을 이용하게 할 수 있다는 장점이 있다(*self targeting*). 하지만 이러한 장점은 무료진료와 같이 공공의료기관이 진정으로 사회적 안전망역할을 할 수 있을 때에만 가능하다. 즉, 공공의료기관이 수입의 대부분을 환자진료수입에 의존하는 상황에서는 공공의료기관이 민간의료기관에 비해 상대적으로 빈곤층에 도

움을 줄 수 있다 하더라도 궁극적 해결책이 되기는 어렵다. 반면 건강보험급여의 확대는 경제적 약자뿐 아니라 모든 가입자에게 혜택을 주기 때문에 형평성의 증대에 즉각적인 영향을 주지는 않는다고 볼 수 있다. 하지만 현실적으로 가난한 사람일수록 건강이 나빠서 의료이용의 가능성이 높다는 것을 고려하면, 급여확대가 가져오는 사회적 위험분산의 효율성이라는 장점을 차치하더라도 급여확대가 형평성의 향상에 기여할 것이다. 나아가 공공의료기관 역시 소득수준이 높은 사람들도 이용 가능하기 때문에 반드시 가난한 사람에게만 유리한 것은 아니다.

만일 전반적인 건강보험급여의 확대가 의료이용의 필요가 높으면서 가난한 계층에 대한 자원의 집중적 배분이라는 차원에서 효과적이지 않다면, 의료급여(과거의 의료보호)제도의 급여를 대폭적으로 확대하거나 차상위계층에 대해 의료급여제도를 확대하여 사회안전망을 확충한 다음 건강보험의 급여를 확대하는 점진적 정책을 채택할 수도 있다. 경제적 약자를 보호하기 위해서는 의료비 본인부담상한제도를 도입하되 상한금액을 소득과 연계하여 운영할 필요도 있다. 의료급여 수혜자의 입장에서 의료급여제도의 확충을 통해 본인이 원하는 의료기관을 차별 없이 이용할 수 있는 경우를 공공의료기관에만 의존해야 되는 경우보다 더 선호할 것이다.

만일 공공의료기관들이 경영의 비효율과 관료화로 인하여 그 공공기능을 수행하기가 더욱 어렵다면, 의료공급보다는 의료재원조달에 있어서 공공부문 역할강화의 정당성이 더 커질 것이다. 물론 우리나라의 건강보험이 통합에 의한 독점적 조직이므로 이에 따른 비효율성 역시 발생할 수 있다. 하지만 국가 차원의 단일조직인 건강보험공단에 대해서는 지역적으로 분산된 공공의료기관들에 비해 사회적 관심이 더 집중될 것이므로, 조직의 효율성을 향상시키기 위한 사회적 압력이 더 크게 작용하여 사회적 책임 또한 커질 가능성이 더 높다.

따라서 형평성의 향상을 위해서는 의료재원조달에 있어 공공의 비중을 높이되, 의료제공체계에서는 효율성을 높이기 위한 노력을 기울

이는 정책방향이 필요하다. 미국과 스위스와 같은 예외적 경우를 제외하면, 조세 혹은 사회보험을 통해 전체 의료비용의 70~80%를 공공적 성격의 재원으로 조달하는 대다수 선진국의 예를 보더라도 의료재원조달에 있어서 공공부문이 매우 중요함을 알 수 있고, 여러 개혁을 거치면서도 재원조달에 있어서는 공공부문의 역할이 크게 변화하지 않는 것이 대부분 선진국의 경험이다(Cutler, 2002). 하지만 의료공급에 있어서는 영국과 북구 유럽의 경우를 제외하고는 공공의료체계에 전적으로 의존하기보다는(영리 및 비영리) 민간의료기관의 비중이 더 높아서, 의료제공에 있어서는 공공부문과 민간부문간 경쟁의 역할이 더 크다고 할 수 있다.

## 5. 맺는 말

공공의료 공급체계의 강화가 중요한 화두가 되고 있고 이는 지금까지 제 기능을 하지 못해왔던 공공의료체계의 현실을 고려할 때 매우 중요한 의미를 가진다. 그러나 공공의료기관의 수가 적지만, 그렇다고 해서 막연히 공공의료기관의 수를 늘리는 것이 최선의 정책목표가 되기는 어렵다. 공공의료기관의 수를 늘리기에 앞서 기존 공공의료기관의 역할을 점검하고 이를 통해 공공의료기관이 수행해야 하는 기능을 우선적으로 정립해야 한다. 특히 현재 기존 공공의료기관이 민간의료기관과 차별화된 기능을 수행한다고 보기 어렵기 때문에 더욱 그러하다. 또 여러 부처에 소속된 공공의료기관간 협조가 잘 이루어진다면 공공의료의 기능과 역할은 현재보다 훨씬 강화될 수 있을 것이다.

공공의료기관이 수행해야 하는 기능에 대한 합의를 통해 기존 공공의료기관의 공공기능을 대폭 확충한 후 추가적 수요가 있다고 판단될 때, 그리고 공공의료기관들이 그러한 기능을 수행할 수 있다고 확신할 수 있을 때 공공의료기관의 수를 확충하는 것이 정책의 바람직한

순서일 것이다. 나아가 공공의료정책의 목표를 이룰 수 있는 제반 정책수단에 대한 분석을 통해 가장 효율적이고 형평적인 결과를 얻을 수 있는 정책수단을 선택해야 한다. 이러한 관점에서 볼 때 단순히 공공의료기관의 수를 증가시키는 것보다는 기존 공공의료기관의 공공기능을 강화시킬 수 있는 정책적 배려와 함께 현재 기능을 제대로 수행하지 못하고 있는 건강보험을 확충하여 급여를 확대하고 또 빈곤층에 대한 의료급여제도의 내실화 등을 추구할 필요가 있다.

## ■ 주

- 1) 유익한 논평을 주신 익명의 두 분 사독자에게 그리고 연구를 도와준 조교 박건희 군에게 감사드립니다. 이 논문은 권순만(2004)을 대폭 수정·보완한 것입니다.
- 2) 실제로 세계 많은 나라들의 의료체계나 혹은 보건의료에 있어서 정부의 역할을 비교할 때 국가별 차이를 설명할 수 있는 가장 중요한 변수는 각 나라별로 보건의료에 있어서 형평성에 대한 관점 혹은 상대적 중요성에 대한 인식과 합의가 다르다는 점이다(Poterba, 1996).
- 3) 공공조직과 민간조직의 상대적 효율성에 관한 광범위한 문헌고찰은 Weimer and Vining(1992)을 참고하기 바람.

## ■ 참고 문헌

- 권순만. 2003. "보건의료정책과 형평성: 경제학적 접근과 정책적 함의," 한국건강형평성학회 창립학회.
- 김창엽. 2001. "의료공급에서의 공공부문과 민간부문의 역할분담 방안," 한국보건행정학회 후기학술대회 연제집, 75~102.
- 이경희·권순만. "지방공사 의료원의 성과에 영향을 미치는 요인 연구," 보건행정학회지 13권 2호, 102~124.
- 이근찬. 2004. "병원의 비영리성과 사회적 편익: 비영리병원의 지역사회편의 기준설정과 가치측정," 서울대학교 보건대학원 보건학 석사학위논문.
- Chernichovsky, D. 1995, "Health System Reforms in Industrialized Democracies: An Emerging Paradigm," *The Milbank Quarterly* 73:3, 339~372.
- Cutler, D. 2002. "Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International



- Medical-Care Reform," *J. of Economic Literature*, 881~906.
- Deaton, A. 2002. "Policy Implications of the Gradient of Health and Wealth," *Health Affairs* 21:2, 13~30.
- Evans, R. 1997. "Going for the Gold: The Redistributive Agenda behind Market-based Health Care Reform," *J. of Health Politics, Policy and Law* 22:2, 427~465.
- Feldman, R., H. Chan, J. Kralewski, et al. 1990. "Effects of HMOs on the Creation of Competitive Markets for Hospital Services," *J. of Health Economics* 9, 207~222.
- Friedman, L. 1984. *Microeconomic Policy Analysis*, McGraw-Hill.
- Graddy, E. 1991. "Interest Groups or the Public Interest-Why Do We Regulate Health Occupations?" *J. of Health Politics, Policy and Law* 16, 25~49.
- Kawachi, I., and B. Kennedy. 1999. "Income Inequality and Health: Pathways and Mechanisms," *Health Services Research* 34:1, 215~227.
- LeGrand, J. 1997. "Knights, Knaves or Pawns? Human Behavior and Social Policy," *J. of Social Policy* 26:2, 149~169.
- Pauly, M. 1987. "Nonprofit Firms in Medical Markets," *American Economic Association Papers and Proceedings*, 257~262.
- Poterba, J. 1996. "Government Intervention in the Markets for Education and Health Care: How and Why," in V. Fuchs, ed., *Individual and Social Responsibility*, U. of Chicago Press, 277 ~307.
- Reich, M. 1994. "The Political Economy of Health Transitions in the Third World," in L. Chen, A. Kleinman and N. Ware eds., *Health and Social Change in International Perspective*, 413 ~451.
- Weimer, D. and A. Vining. 1992. *Policy Analysis: Concepts and Practice*, 2nd ed., Prentice Hall.