



연구보고서 2014-01

공공보건의료의 현황과 발전방안: 지방의료원과 국립대병원 중심으로

김남순 · 전진아 · 김명희 · 이희영
박금령 · 최지희 · 손정인 · 김광묘

【책임연구자】

김남순 한국보건사회연구원 연구위원

【주요저서】

근거중심보건의정책에 필요한 연구근거 현황 및 활용
한국보건사회연구원, 2013 (공저)

근거중심보건의료에 대한 정책분석과 개선방안
한국보건사회연구원, 2012 (공저)

【공동연구진】

전진아 한국보건사회연구원 부연구위원
김명희 시민건강증진연구소 상임연구원
이희영 분당서울대병원 조교수
박금령 한국보건사회연구원 전문연구원
최지희 한국보건사회연구원 전문연구원
손정인 서울대학교 보건대학원 박사과정
김광묘 서울대학교 보건대학원 박사과정

연구보고서 2014-01

**공공보건의료의 현황과 발전방안:
지방의료원과 국립대병원 중심으로**

발 행 일 2014년 12월 31일
저 자 김 남 순
발 행 인 최 병 호
발 행 처 한국보건사회연구원
주 소 (339-007)세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동 1F~5F
전 화 대표전화: 02)380-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등 록 1994년 7월 1일 (제8-142호)
인 쇄 처 대명기획
정 가 10,000원

© 한국보건사회연구원 2014
ISBN 978-89-6827-145-8 93510

발간사 <<

2013년 9월 26일에 경상남도는 진주의료원 청산을 종결했다고 선언하였다. 이로 인해 1925년에 개원하여 103년 역사를 가진 지역공공병원이 사라지게 되었다. 진주의료원 폐업 사태가 남긴 소득이 있다면 한국의 공공보건의료 문제가 사회적 이슈로 부각되면서 국민적 관심을 불러일으켰다는 점이다.

공공보건의료가 사회적 이슈가 되면서 병원의 책무성이나 공익적 적자 등을 포함한 다양한 연구와 조사가 수행되고 있으며, 많은 자료가 출간되고 있다. 하지만 공공병원이 당면한 문제의 본질과 역사적 기원, 사회적 맥락과 발생기전에 초점을 둔 연구는 찾아보기 어려웠다.

이 연구는 공공성 일반과 보건의료의 공공성에 대한 이론을 고찰하였고, 국내 공공보건의료에 대한 논의를 정리하였다. 우리나라와 같이 공공병원의 비중이 적은 일본과 미국 현황을 고찰해서 국내 상황에 대한 시사점을 도출하였다. 주요하게는 공공보건의료에서 핵심적 역할을 하고 있는 지방의료원과 국립대병원을 연구대상으로 삼고 현황 파악은 물론 공공병원이 당면한 문제의 본질과 기전을 진단하는데 초점을 두었다. 특히 공공병원 문제에 대한 분석방법으로 질적 조사를 통한 실재주의적 진단(realistic evaluation)을 시도하였다.

이 연구는 한국보건사회연구원 김남순 연구위원이 주도하였고, 이희영 분당서울대학병원 조교수, 김명희 시민건강증진연구소 상임연구원, 전진아 부연구위원, 박금령 전문연구원, 최지희 전문연구원과 함께 손정인 연구원, 김광보 연구원(서울대보건대학원 박사과정)이 참여하였다. 연구진의 노고에 감사를 드리며, 자문을 해주신 건양대 의과대학 나백주 교수, 충남대 의과대학 유원섭 교수께 감사드린다. 연구보고서 구성과 내용에 대해 충실한 조언을 해준 이상영 연구위원과 박은자 부연구위원께도

감사드린다.

향후, 이 연구보고서가 공공보건의료의 핵심인 공공병원이 정체성을 회복하고 지역중심병원으로 발전하는데 도움이 될 수 있기를 기대한다.

2014년 12월

한국보건사회연구원장

최 병 호

목 차

Abstract	1
요 약	9
제1장 서론	15
제1절 연구의 배경 및 목적	17
제2절 연구 내용 및 방법	18
제2장 공공의료에 대한 이론적 접근	21
제1절 공공성이란 무엇인가?	23
제2절 국내 공공보건의료에 대한 논의	29
제3장 외국의 공공병원 현황	33
제1절 일본의 공공병원 현황	35
제2절 미국의 공공병원 현황	71
제4장 지방의료원과 국립대학병원 현황	97
제1절 공공의료정책 개요	99
제2절 지방의료원 현황	99
제3절 국립대학병원 현황	99
제5장 국공립병원 문제에 대한 실재주의적 진단	167
제1절 조사배경 및 목적	169
제2절 조사방법 및 대상	169

제3절 지방의료원에 대한 실재주의적 분석	178
제4절 국립대학병원에 대한 실재주의적 분석	309
제6장 결론 및 정책적 제언	323
제1절 연구결과 요약	325
제2절 공공의료 개선방향과 결론	332
참고문헌	339

표 목차

〈표 3-1〉 일본의 병원과 병상 현황(2012년 10월 기준)	39
〈표 3-2〉 특정기능 병원과 지역의료지원 병원	39
〈표 3-3〉 일본의 개설자별 전체 병원과 병상의 현황	47
〈표 3-4〉 일본 개설자별 전체 병원 수의 변화(1990~2012년)	48
〈표 3-5〉 일본의 개설자별 전체 병원의 종류와 수	49
〈표 3-6〉 일본의 일반 병원에 대한 개설자별 100병상 당 종사자 수	50
〈표 3-7〉 일본의 공립병원 개혁을 위한 경영 효율화 관점의 구체적 지표(예)	56
〈표 3-8〉 공립병원 개혁을 위한 경영 효율화 관점의 구체적 대처 예시	56
〈표 3-9〉 일본 공립 병원 사업의 주요 경영형태	58
〈표 3-10〉 2009년 이후 일본 공립 병원의 경영 형태 검토 상황	59
〈표 3-11〉 2008~2012년 일본 공립 병원의 손익 수지 상황	60
〈표 3-12〉 요코하마시립시민병원 지원금 사용내역(2013)	65
〈표 3-13〉 주요 OECD 회원국 GDP 대비 전체 의료비 비중(1960~2009년)	72
〈표 3-14〉 주요 OECD 회원국의 1인당 의료비 지출 현황(1960~2009년)	72
〈표 3-15〉 주요 OECD 회원국의 신생아 1천 명당 영아사망률(1960~2008년)	73
〈표 3-16〉 주요 OECD 회원국의 전체 의료비 중 공공부문 지출비중(1960~2009년)	74
〈표 3-17〉 미국 병원현황(1975~2008년)	76
〈표 3-18〉 영리법인병원과 비영리법인병원의 법적·경제적 차이	77
〈표 3-19〉 병원의 비용부담을 기준으로 한 지역사회 편익 분류	81
〈표 3-20〉 병원의 활동특성에 따른 지역사회 편익 분류	81
〈표 3-21〉 미국의 공공병원과 민간비영리병원 특성 비교(2008년 기준)	85
〈표 3-22〉 미국의 공공병원과 민간비영리병원의 재원기간 특성 비교(2008년)	86
〈표 3-23〉 미국의 공공병원과 민간비영리병원의 서비스 특성 비교(2008년)	87
〈표 3-24〉 미국의 병원 소유구조에 따른 평균미보상의료비 지분	94
〈표 3-25〉 미국의 병원 소유구조에 따른 평균 메디케이드 지분	95
〈표 3-26〉 미국의 병원 소유구조에 따른 특별 서비스 제공 지분	95

〈표 4-1〉 법률에 따른 지방의료원의 기능과 역할	110
〈표 4-2〉 지방의료원의 필수 진료 기능	117
〈표 4-3〉 지방의료원 진료과목 개설현황	118
〈표 4-4〉 지역거점공공병원과 민간 종합병원의 전문의 1인당 환자 수 (단위: 명)	119
〈표 4-5〉 지역거점공공병원과 민간 종합병원의 100병상 당 전문의 수 및 공중보건 의사 비율	119
〈표 4-6〉 지역거점공공병원과 민간 종합병원의 지방의료원 및 국립대병원의 인력 이직률	119
〈표 4-7〉 지역거점공공병원과 민간병원의 100병상 직종별 인력 비교 (단위: 명)	120
〈표 4-8〉 지방의료원 실적성과급 도입현황(2012년)	121
〈표 4-9〉 지역거점공공병원과 민간병원의 환자 1인당 평균진료비 (단위: 원, %)	121
〈표 4-10〉 지역거점공공병원과 민간병원의 100병상 당 입원환자 수 (단위: 명)	122
〈표 4-11〉 지역거점공공병원과 민간병원의 100병상 당 외래환자 수 (단위: 명)	122
〈표 4-12〉 지역거점공공병원과 민간병원의 병상이용률 (단위: %)	122
〈표 4-13〉 지방의료원 연도별 적자 발생 추이(단위: 억원)	123
〈표 4-14〉 지역거점공공병원과 민간병원의 의료수익 대비 원가비율(단위: %)	123
〈표 4-15〉 지역거점공공병원 국고지원사업 지원실적 (단위: 백만원)	124
〈표 4-16〉 지방자치단체의 지방의료원 대상 재정 지원현황	125
〈표 4-17〉 지역거점 공공 병원 운영평가 부문	127
〈표 4-18〉 지역거점 공공병원 운영평가 가중치 연도별 변화	127
〈표 4-19〉 영상검사 진료량 변화 비교 분석에 포함된 건강보험수가코드	131
〈표 4-20〉 지방의료원과 민간병원 비교에 포함된 병원의 특성	133
〈표 4-21〉 정책 개입 전후 지방의료원과 민간병원의 영상 검사 횟수 변화	134
〈표 4-22〉 정책 개입 전후 지방의료원과 민간병원의 총 영상 검사 횟수 변화	136
〈표 4-23〉 국립대학병원별 정부출연금 및 보조금 지원 현황	143
〈표 4-24〉 국립대학병원과 민간병원 간 병상 및 의사수 비교	145
〈표 4-25〉 국립대학병원 인력 중 교수, 전임의, 전공의, 간호, 약무직과 보건직 현황	145
〈표 4-26〉 국립대학병원의 연도별 손익 현황	147
〈표 4-27〉 국립대학병원과 사립대학병원 간 교육 현황 비교 (2008년 기준)	150
〈표 4-28〉 국립대학병원과 사립대학병원 간 연구 현황 비교 (2008년 기준)	150

〈표 4-29〉 국립대학병원별 질 향상 전담부서 현황	156
〈표 4-30〉 국립대학병원의 고객만족도 평가 결과	157
〈표 4-31〉 2014년 국립대학병원 전문질환센터 현황	159
〈표 4-32〉 권역별 질환센터 사업목적 관련 지표와 적용지표 간 비교	160
〈표 4-33〉 수도권·비수도권별 심뇌혈관질환 사망자 수	161
〈표 4-34〉 2014년 국립대학병원 공공보건의료사업실 사업 내용 현황	162
〈표 4-35〉 국립대학병원별 공공보건의료 전담조직 인력 현황	163
〈표 4-36〉 국립대학병원 평가지표	165
〈표 5-1〉 Jackson and Kolla(2012)가 제안한 CMO 형성 방법	170
〈표 5-2〉 ‘취약계층을 위한 의료원’ Theme을 도출한 예	175
〈표 5-3〉 공공병원 간호사 부족의 원인 및 기전과 결과에 대한 CMO 분석	252
〈표 5-4〉 지방의료원별 개원연도와 건축연도(건축연도 순)	266
〈표 5-5〉 공공병원 역할과 기능: 6개 면담그룹 종합분석	277
〈표 5-6〉 지방의료원 관리체계 개선안 의견 비중: 국가관리 일원화와 국가역할 강화	306

그림 목차

[그림 2-1] 공공성의 다차원적 개념	24
[그림 2-2] 공적서비스를 공공성에 연결하는 분석틀	25
[그림 2-3] 경제적, 정치적 권한에 따른 영국 병원의 공공성 구분	26
[그림 2-4] 공공성과 상호작용하는 여러 요인과 공공성 간의 프레임워크	27
[그림 2-5] 보건의료서비스의 세 영역(공공재, 재난적 의료서비스, 저비용의 민간서비스)	29
[그림 3-1] 1874-2011년 일본의 병원 수와 병원 병상 수의 추이	46
[그림 3-2] 1874-2011년 일본 전체 병상 수와 병원 당 병상 수 추이	46
[그림 3-3] 일본 병원 재편·네트워크화 관점의 패턴 예시	57
[그림 3-4] Affordable Care Act 시행 후의 미국보건의료체계를 구성하는 조직들	75
[그림 3-5] 지역사회 편익의 구성 비율	82
[그림 3-6] 미국의 병원 소유구조에 따른 심장절개술 비율(1988-2000)	89
[그림 3-7] 미국의 병원 소유구조에 따른 정신과적 응급처치 서비스 공급 비율(1988-2000년)	90
[그림 3-8] 미국의 병원 소유구조에 따른 가정건강서비스 공급 비율(1988-2000년)	91
[그림 3-9] 미국의 병원 소유구조에 따른 미보상의료비 비율	93
[그림 3-10] 미국의 병원 소유구조에 따른 미보상의료비의 분포	96
[그림 4-1] 지방의료원 주요 연혁과 역사	109
[그림 4-2] 공공보건의료 확충 종합대책 중 지역거점공공병원의 개념	111
[그림 4-3] 중앙정부의 지방의료원 지원정책 현황	115
[그림 4-4] 지방자치단체의 지방의료원 재정 지원과 재정자립도 현황	126
[그림 4-5] 지방의료원 관리를 담당하는 기관 및 주요 임무	128
[그림 4-6] 5개 지역 지방의료원 전체 검사건수 추이	135
[그림 4-7] 5개 지역 민간병원 전체 검사건수 추이	135
[그림 4-8] 지방의료원 전체 CT 검사 건수 추이(1차 정책개입)	136
[그림 4-9] 민간병원 전체 CT 검사건수 추이	136
[그림 4-10] 국립대학병원의 기능과 역할	140
[그림 4-11] 연도별·소관부처별 국립대학병원 예산지원 현황	142

[그림 4-12] 국립대학병원의 연간 교육사업 예·결산	148
[그림 4-13] 국립대학병원의 연간 연구사업 예·결산	149
[그림 4-14] 국립대학병원의 총진료비수익 및 선택진료비 수익	153
[그림 4-15] 국립대학병원과 사립대학병원 간 의료급여환자 진료비율 비교	155
[그림 4-16] 국립대학병원 전문질환센터별 소관부서 현황	159
[그림 5-1] 지방의료원(공공병원) 문제의 연결고리	181
[그림 5-2] 노조원 면담에서 나타난 지방의료원 경영적자에 대한 CMO 분석	231
[그림 5-3] 6개그룹 면담에 기반한 지방의료원 문제와 기전, 결과에 대한 CMO분석 ..	282
[그림 5-4] 국립대학병원의 문제와 기전, 결과에 대한 CMO 분석	317

Abstract ‹‹

Current status and future direction of Public Medical System: Focus on Regional Public Hospital and National University Hospital

1. Aims of the study

- This study aimed (1) to review theories of public medical system, (2) to explore the implications by reviewing public hospitals in Japan and USA, (3) to examine current status of public hospitals through literature review and by using the realistic evaluation for both regional public hospitals and national university hospitals, and (4) to tease out key messages for future directions and development strategies of public medical system.

2. Findings

- Publicness is the “common good in society” and the concept of publicness could be defined in three dimensions; (1) procedural publicness, (2) publicness as agency, and (3) publicness in content.
- Defining the contents and ranges of public medical services is a critical issue since it is largely dependent on

2 공공보건의료의 현황과 발전방안: 지방의료원과 국립대병원 중심으로

social contexts. In addition, the value of public health services can be gained from the process of the public service organizations consider their work comprehensively and meet the needs of citizen.

□ Public hospitals in Japan and USA

○ The proportion of public hospitals is about 30% of total medical service delivery system in Japan. However, public hospitals play an important role as a medical service provider for people in communities. In addition, the magnitudes and the sizes of regional public hospitals are larger than private hospitals.

○ In USA, the proportion of public hospitals is about 22% among regional hospitals. Public hospitals owned by county and city provide more community benefit less profit than other private hospitals.

□ Current status and problems of regional public hospitals and national university hospitals

○ Regional public hospitals has established in 1876. Currently, we have 33 regional public hospitals in the country. Although the regional public hospitals are under the control of the Ministry of Health and Welfare, local governments are responsible for the direct management of finance and human resources. Regional public hospitals provide acute care and non-profit

services and play a role as healthcare safety net for low-income population. In addition, the outpatient and inpatient medical expenses per patient in regional public hospitals, as well as the volume and costs of uninsured items, were lower than those of private hospitals. However, regional public hospitals are suffering from the lack of human resources and deficit financing. Specifically, most regional public hospitals cannot fully run critical departments such as chest surgery, psychiatry, and/or rehabilitation because they have difficulties in hiring physicians. In addition, due to the lack of nurses, these hospitals are appealing problems in hospital bed management and quality improvement activities. Moreover, 28 out of 33 regional public hospitals had problems of operating deficit in 2010.

- Unlike regional public hospitals, national university hospitals have received supports from the Ministry of Education and the Ministry of Health and Welfare. Additionally, they have a high position in medical service delivery system in Korea and their finance problems are not critical as regional public hospitals. However, recently, it seems to be difficult to differentiate private hospitals and national university hospitals. It is because the proportion of medical aid patients in national university hospitals has decreased

4 공공보건의료의 현황과 발전방안: 지방의료원과 국립대병원 중심으로

over time and the selected treatment costs has increased. In addition, the budget and human resources of public medical services in national university hospitals are very limited. Moreover, some medical center have not been fully achieving its aims of alleviating the high use of medical services in the metropolitan area and improving the quality of local medical services.

- Findings from the realistic evaluation on problems of regional public hospitals and national university hospitals
 - From the realistic evaluation on regional public hospitals, the main value of them are found to be appropriate treatment, safe treatment, safety net in medical services, non-profit essential medical services, and/or disaster management. However, as aforementioned, regional public hospitals have difficulties in finance and human resources and do not have good reputation in local community, which in turn decreased its value as a provider of appropriate care. This current status might be because of complex reasons. Specifically, regional public hospitals have not had attention from the government's public health policies. In addition, facilities and equipments have not quickly updated and geographical accessibility is very limited. Moreover, recently, they are under the hard pressure from the government regarding their

management deficit. Thus, from the realistic evaluation, we found that regional public hospitals are on the horns of a dilemma between making the profit and providing the appropriate treatment.

- From the realistic evaluation on national university hospitals, we found that their role as a public medical service provider is limited because of their profit-focused management system. This might be due to the lack of systematic supports from the government and local governments toward public medical services provision within national university hospitals. In addition, the lack of social agreement on publicness in medical services and current medical fee system (i.e., fee-for-service system and low medical fee system), which pushing them out to compete with private hospitals, seem to be other reasons for national university hospitals to weaken their identity as public medical service providers.

3. Conclusions

- Both regional public hospitals and national university hospitals play limited roles as public hospitals. Specifically, for regional public hospitals, low position as a medical service provider and management deficit have debilitated its identity as public hospitals. Thus, active and aggressive strategies are requested to strengthen regional public hospitals and national university hospitals as public medical service providers.

- In conclusion, this study have following suggestions to recover and strengthen the publicness of public hospitals. First, we need to acknowledge the value of public medical services are not making profits but meeting the social needs. Secondly, for meeting the medical needs of local community, we need to establish more clear roles and aims of public hospitals as medical service providers in local community. Third, specifically for regional public hospitals, operating cost and human resources should be supported for their stable management. Fourth, specifically for national university hospitals, provision of public medical services should be mandatory and function as a public medical service provider should be included in the evaluation system of national university hospitals. Fifth, we need to educate and train human resources, so they have recognition and vision of public medical

services. Lastly, we need to establish network between public medical system and expand the size and magnitude of public hospitals to perform their original roles as public medical service providers.

요약 <<

□ 연구배경 및 목적

- 공공보건의료가 당면한 문제의 원인과 기전을 진단하고, 지방의료원과 국립대병원 중심으로 공공보건의료의 발전방향을 제시하는 것임.

□ 연구결과

- 공공성 개념과 보건의료 공공성에 대한 이론적 접근
 - 공공성(publicness)은“사회 내의 공동선”이며, 다차원적 개념으로 정의하면 절차적 공공성, 내용으로서 공공성. 주체로서의 공공성이 있음.
 - 공공의료기관이 제공하는 의료서비스 내용이나 범위를 설정하는 것은 정책적으로 중요한 이슈이며, 사회적 맥락에 따라서 달라질 수 있음. 하지만 공공의료서비스의 가치는 공공의료조직이 자신의 업무를 포괄적으로 사고하고 시민의 필요를 고려하는 과정에서 만족을 얻게 되는 것으로 간주되어야 함.
- 미국과 일본의 공공병원 현황 파악
 - 국내와 유사하게 공공의료 비중이 적은 국가 중에서 일본과 미국 현황을 조사하였음.
 - 일본의 공공병원 비중이 30%로 민간병원보다 적지만 그 역할은 작지 않은 것으로 판단됨. 자치제 공공병원은 규모나 진료역량 측면에서 지역의 중심병원 역할을 하고 있음. 총무성의 공립병원 개혁정책이 시행되기는 하였지만 자치제 병원이 통

10 공공보건의료의 현황과 발전방안: 지방의료원과 국립대병원 중심으로

폐합되는 사례는 적었음. 자치제가 공립병원 인프라와 운영을 지원하고 있으며, 상호협력 운영시스템이 작동하고 있음.

- 미국은 지역사회병원의 22%가 공공병원에 해당됨. 병원 소유 구조에 따라 영리성과 공공성을 평가한 연구를 검토한 결과를 종합하면 카운티와, 시가 소유한 공공병원이 가장 영리추구를 적게 하면서 지역사회 편익을 많이 제공하고 있음. 민간비영리 병원에게는 면세혜택에 대한 근거로 지역사회 편익을 제공하도록 의무화하고 있지만, 지역사회에 기여하는 바가 적은 것으로 나타남.

○ 국내 지방의료원과 국립대학병원 현황과 문제

- 지방의료원
 - 지방의료원은 1876년에 설립된 부산의료원부터 역사가 시작되었으며, 현재 33개 지방의료원이 있으며 종합병원 혹은 병원형태이며 대부분 중소도시에 위치함.
 - 지방의료원은 1925년부터 시·도립병원이었다가 지방공사체제로, 다시 2005년 특수법인(독립채산제)으로 전환되었음. 보건복지부로 관리권한이 이전되었으며, 직접적 관리는 지자체가 담당함.
 - 지방의료원의 역할은 「공공의료에 관한 법률」에 의해 지역거점공공병원으로서 급성기 2차진료와 포괄적 보건의료서비스를 제공하는 것이며, 핵심 기능은 취약계층 진료와 민간이 제공하기 어려운 서비스를 담당하는 것임.
 - 지방의료원은 일반내과, 외과, 정형외과 등은 90% 이상의 개설되어 있지만 의사 부족으로 인해 흉부외과, 정신과, 재활의학 등이 개설된 경우는 50% 미만 수준. 지방의료원의

시설과 장비 수준은 동일 규모 민간병원과 비교하여 낮지 않은 것으로 판단됨.

- 지방의료원의 공중보건의사를 제외한 100병상 당 의사 수는 7.8명으로 민간병원(11.8명)보다 적고, 연간 의사이직율은 23.7%로 높은 편임. 지방의료원 간호인력은 2011년 기준 100병상 당 간호사수는 46.1명(취약지 병원 40.0명)으로 민간병원 51.8명인 것과 비교하여 상당히 적은 수준임.
 - 지방의료원 100병상 당 입원 환자는 민간병원과 비교했을 때는 낮거나 비슷한 수준이며 2012년 병상이용율은 83.0%임. 100병상 당 외래 환자 수는 대체적으로 지방의료원이 민간병원에 비해 높은 수준임.
 - 지방의료원 중 다수가 외곽지역에 위치해 지역주민 접근성이 떨어지는 문제가 있음. 지방의료원의 관내이용률이 가장 낮은 경우는 16.5%이며, 1/3정도는 40% 미만 수준임.
 - 동일 규모 민간병원과 비교했을 때, 환자 1인당 외래/입원 평균진료비는 낮은 수준이며 저소득 계층의 이용률이 높은 편이고, 비급여항목 개수와 수가는 낮은 편임.
 - 33개 지방의료원 중 경영적자가 있는 곳이 2010년 기준 28개소로 대부분이 경영적자 문제를 갖고 있는 것으로 나타남.
- 국립대병원
- 국립대병원은 교육부와복지부로부터 출연금 및 보조금의 형태로 예산을 지원받고 있음.
 - 2006년 이래 의료급여대상자 진료 비율이 감소하는 경향을 보였음 반면에 거의 모든 국립대학병원에서 선택진료비가 증가하고 있음. 한편, 정부가 지원하고 있는 전문질환센터의

12 공공보건의료의 현황과 발전방안: 지방의료원과 국립대병원 중심으로

경우, 수도권 의료집중 완화와 지역의료의 질 개선 등의 목표를 달성하고 있으나 역할이 빈약한 경우도 있음. 공공보건 의료사업은 예산과 인력이 적어 충실한 사업을 제공하기 어려움. 국립대학병원이 지방의료원에 대한 의료진 파견은 지속성이 없으며, 지방의료원의 진료역량 자체가 근본적으로 개선되지 못한다는 한계가 있음.

□ 지방의료원과 국립대병원 공공의료 문제에 대한 진단

- 지방의료원과 국립대병원이 공공병원으로서 담당해야 할 역할, 문제의 원인/기전에 대해 질적 조사를 통한 실재주의적 진단 (realistic evaluation)을 수행함.
- 지방의료원은 대도시, 중소도시, 의료취약지로 구분하여 4개 병원의 6개 그룹(원장, 의사, 일반직원, 노조직원, 지자체 정책담당자, 환자그룹)에 대한 질적면담 수행. 개별그룹별 분석 이후 ‘지방의료원의 공공성 약화’에 대한 총괄적 Context, Mechanism, Outcome (CMO) 분석을 수행함. 국립대병원은 전문질환센터/공공의료사업 담당 의사를 조사하여 동일한 분석을 실시하였음.
- 지방의료원에 대한 실재주의적 진단결과, 공공병원으로서 역할은 적정진료, 안전한 진료, 의료안전망, 비수익필수의료 및 재난관리를 하는 것으로 나타났음. 현재는 지방의료원은 지역에서 병원으로서 위상이 낮을 뿐 아니라 적정진료가 훼손되고 있으며, 의료인력 부족과 경영적자 문제가 심각함. 이러한 상황은 지방의료원이 정부의 보건정책으로부터 소외되어왔고, 민간중심 의료체계에서 시설 및 장비 현대화가 늦어진 문제, 공공의료에 적합한 인력부족, 지리적 접근성이 떨어지는 문제 등이 복합적으로 작용한 결과로 분석됨. 현재 지방의료원은 정부로부터 경영개선을 요

구반아 적정진료와 의료수의 추구 사이에서 딜레마를 겪고 있는 상황으로 진단됨.

- 국립대학병원에 대해 갖고 있는 문제에 대해서도 질적 분석을 수행한 결과, 국립대학병원이 실적추구의 경영행태를 보이고 있어서 공공병원으로서 책무성이 떨어지는 것으로 나타났음. 중앙정부와 지자체 모두 공공의료에 대한 체계적인 지원이 부족하고, 공공의료에 대한 사회적 합의가 없는 부분이 이 같은 문제 발생에 영향을 미치는 것으로 분석되었음. 보건의료제도 측면에서는 행위별수가제·저수가 체제 아래 민간병원과 경쟁해야 하는 상황도 작용하고 있는 것으로 판단됨.

□ 결론 및 정책제언

- 지방의료원은 공공의료를 책임지는 의료기관이지만 병원으로서 민간병원에 비해서 위상이 낮으며, 경영개선 요구를 받고 있어 공공병원으로서 정체성이 약화되고 있음. 국립대학병원은 의료기관으로서 위상은 높지만 민간병원과 유사한 진료행태를 보이고 있어서 공공병원으로서 책무성이 심각하게 부족한 상황임. 결과적으로, 지방의료원과 국립대학병원 모두 공공병원으로서 정체성이 약화되는 과정에 놓여있어서 이러한 상황을 반전시키기 위한 개혁적 조치가 요구되고 있음.
- 지방의료원과 국립대학병원의 공공의료 개선방향에 대한 제언
 - 첫째, 공공의료의 가치는 기관 단위의 수익성을 우선하는 것이 아니라 의료에 대한 사회적 필요를 충족하는데 있음. 따라서 공공의료 가치를 재인식하고, 관련 정책과 담론을 경영개선이 아닌 공공의료의 본질적 가치를 회복하는데 초점을 두어야 함.
 - 둘째, 지역의료체계에서 공공병원의 역할과 목표를 명확히 설

14 공공보건의료의 현황과 발전방안: 지방의료원과 국립대병원 중심으로

정해서 공공병원이 지역주민의 의료 수요를 포괄적으로 고려해서 충족할 수 있도록 해야 함.

- 셋째, 지방의료원의 경우 안정적으로 운영될 수 있도록 의료인력 확보를 위한 방안과 경상운영비를 지원해야 함.
- 넷째, 국립대병원의 공공의료 제공을 의무화하고 국립대학병원 평가에 공공의료 기능을 중시해야 함.
- 다섯째, 공공의료에 대한 인식과 비전을 갖고 공공의료기관을 책임질 수 있는 의료 인력을 체계적으로 양성해야 함.
- 여섯째, 지역의 국공립의료기관을 연계하는 공공의료체계를 구축해야 하며, 공공병원이 제대로 역할을 수행하기 위해 일정 규모로 공공병원 확대할 것을 고려해야 함.
- 일곱째, 공공의료체계가 활성화될 수 있도록 건강보험지불제도와 병상관리 정책을 개선해야 함.

*주요용어: Publicness, Public Hospital, Realistic Evaluation



제1장 서론

제1절 연구의 배경 및 목적

제2절 연구 내용 및 방법

제1절 연구의 배경 및 목적

진주의료원 폐업을 둘러싸고 우리 사회에서 공공의료에 대한 사회적 관심이 높아졌다. 우리 사회의 다른 영역에서도 공공성에 대한 논쟁이 진행되고 있다. 이승훈(2008)은 공공성에 대한 관심이 증가하고 있는 배경에는 정치적 민주화와 외환 위기에서 비롯된 신자유주의가 있다고 하였다. 즉, 신자유주의로 인해 신공공관리(New Public Management: NPM)가 확산되었고, 공공기관이 위축되면서 공공부문에 대한 민주적 통제가 어려워지고 서비스가 왜곡되고 있어서 공공성에 대한 관심이 증가하고 있다는 것이다.

우리나라는 민간의료기관 중심으로 의료체계가 성장해왔으며, 공공의료가 차지하는 비중이 적으며 그 역할도 미미한 수준이다. 최근에 앞서 기술한 흐름과 같이 공공의료에 대한 관심이 증가하고 있으며, 2013년에는 민간의료기관도 공공의료를 제공할 수 있다는 내용을 담아 「공공보건 의료기본법」이 제정되기도 했다¹⁾.

현재 공공보건의료에 대한 서로 다른 관점이 충돌하고 있다. 현실적으로 보건의료체계에서 국·공립병원의 역할에 대해 회의적 입장이 다수인 것으로 보인다. 하지만 공공보건의료를 제공하는 주체 관점에서 정부나 지방자치단체(이후 지자체로 함)가 소유한 의료기관 중심으로 논의한다

1) 공공보건의료에 관한 법률 (2013년 개정 기준) 제 2조 4항, 13, 14, 16조 2항 관련.
<http://law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?lsiSeq=122647&ancYd=20120201&ancNo=11247&efYd=20130202&nwJoYnInfo=N&efGubun=Y&chrClsCd=010202#0000> 2014. 3.15 인출

면, 국공립병원 과 제공하는 보건의료서비스 중심으로 다루어야 한다.

최근 공공보건의료에 대한 기획과 다양한 이슈가 다루어지고 있어서, 이 연구에서는 공공보건의료의 핵심인 지방의료원과 국립대병원을 대상으로 하되, 공공병원이 당면한 문제의 본질과 발생 기전을 파악하는데 초점을 두었다. 우리 사회에서 필요한 공공병원의 역할, 공공의료의 문제가 발생하게 된 역사적, 사회적 맥락과 함께 원인과 기전을 진단하는 것이 필요하다고 때문이다.

이 연구의 목적은 첫째, 공공성에 대한 일반적 이론에서 출발해서 보건의료의 공공성에 대한 이론적 접근을 정리하고, 둘째, 외국의 공공병원 현황을 조사하며, 셋째, 지방의료원과 국립대병원이 당면한 문제의 원인과 기전에 대해 질적조사를 통한 실재주의적 진단(realistic evaluation)을 수행한다. 마지막으로 연구결과를 종합하여 공공보건의료의 발전방향을 도출하는 것이다.

제2절 연구 내용 및 방법

지방의료원과 국립대병원이 당면한 문제의 본질과 기전을 파악하기 위한 연구내용과 방법은 다음과 같다.

첫째, 일반적 공공성에 대한 어원부터 다차원적 개념과 조직의 공공성을 평가하는 관점과 방법을 고찰하였으며, 보건의료 공공성의 철학적 배경과 국내 공공보건의료에 대한 논의를 정리하였다.

둘째, 공공의료 비중이 적은 국가 중에서 일본과 미국 현황을 조사하였다. 일본에 대해서는 의료제도를 개괄하고 공공병원 정의와 기능, 현황과 정책(예: 의사 수 억제와 병상 통제), 총무성의 국·공립병원 개혁정책과 영향 등을 고찰하였다. 또한 일본 공공병원과 지자체 정책관계자를 직접 방문해서 구체적 실상을 조사하였다. 미국의 공공병원에 대해서는 소유구조를 중심으로 공적 기능과 역할에 초점을 맞추어서 살펴보았다.

셋째, 지방의료원과 국립대병원에 대해서 역사와 존립기반, 공공병원으로서 역할, 일반 현황, 관리체계, 지원 정책 등을 고찰하였다. 또한 공공병원의 역할인 취약계층에 대한 안전망, 적정진료에 대해서 특정 주제를 잡아 분석하거나 기존자료를 이용하여 민간병원과 비교하였다. CT와 같은 영상진단검사에 대한 수가인하 전후의 진료행태를 파악하고자 건강보험자료를 분석하였고, 동일 규모의 민간병원과 비교하였다. 국립대병원에 대해서는 의료급여환자의 비중과 선택진료 상황을 파악하였다.

넷째, 지방의료원과 국립대병원의 공공병원으로서의 역할, 문제의 원인과 기전에 대해 질적 조사를 통한 실재주의적 분석(Realistic Evaluation)을 수행하였다.

지방의료원에 대해서 대도시, 중소도시, 의료취약지로 구분하여 4개 병원을 선정하였다. 선정된 병원의 원장과 의사, 일반직원 및 노조직원, 지자체 정책담당자, 환자를 포함한 총 6개 그룹에 대한 질적 면담을 수행하였다. 조사대상 그룹 별로 면담내용을 분석하여 지방의료원이 당면한 문제와 의미가 있는 “theme”을 파악하였다. 면담내용 중에서 객관성을 보완할 필요가 있는 경우, 양적 근거를 찾아서 추가였다. 분석을 통해 도출된 주요한 “theme”에 대해서는 사회적 맥락(context), 원인 혹은 발생기전(mechanism), 영향(outcome)을 분석하였다. 개별그룹에 대한 분석을 마친 후 비교·종합하여 공통된 주제를 재분석하였으며, 마지막으로 ‘지방의료원의 공공성 약화’에 대한 총괄적 “CMO 분석”을 실시하였다. 국립대학병원에 대해서는 전문질환센터와 공공의료사업실 담당 의사를 대상으로 조사하였다. 지방의료원과 동일한 분석을 수행하였다.

마지막으로, 지방의료원과 국립대병원을 중심으로 공공보건의료의 발전방향을 도출해서 제시하였다. 국립대병원과 지방의료원 현황과 실재주의 분석결과를 종합적으로 검토하고 전문가 의견을 수렴하였다.



제2장

공공의료에 대한 이론적 접근

제1절 공공성이란 무엇인가?

제2절 국내 공공보건의료에 대한 논의

2

공공의료에 대한 이론적 접근 <<

제1절 공공성이란 무엇인가?

1. 공공성 어원과 다차원적 개념

의료의 공공성을 논하기 전에 공공성의 기원과 정치학 혹은 행정학에서 공공성을 어떻게 바라보고 있는지를 파악해서 공공성에 대한 보편적 원리를 확인하는 작업이 필요하다고 보았다. 우선 공공성에 대한 어원을 찾아보았다. 임의영(2003)에 의하면, 영어로 ‘public’이 처음 사용된 기록에 의하면 「사회 내의 공동선」을 의미하며, 이는 사생활 밖에서 이루어지며, 많은 사람들과 관련된 것이란 뜻도 된다. 또한 공공성에는 정치적 차원과 윤리적 차원이 존재하는데, 공동체의 조화로서 공공성의 이념은 윤리적으로 ‘사회정의’ 또는 ‘공익’을 의미하며, 참여와 동의로서 공공성 이념은 정치적으로 “실질적 민주주의”를 의미한다고 하였다.

한편, Rainey 외(1976)는 “공공조직”과 공공성에 대해서, 상대적으로 시장의 논리는 적게, 법적/공식적 제약 요인은 강하게 적용하며 공공조직은 강제적이며 영향력의 범위가 넓고, 공공감시가 강하다고 하였다. 반면에 목표, 평가 및 의사결정의 기준이 상대적으로 복잡하고 모호하며, 의사결정의 자율성 역시 적다고 하였다.

이승훈(2008)은 「근대와 공공성 딜레마」를 논의하면서 공공성(publicness)은 공적인 것(public)의 특성을 의미하며, 공적인 것과 사적인 것을 구분하는 기준으로 가시성과 비가시성, 접근의 개방성, 행위자의 지위, 개인과 집단 구분이 있다고 하였다. 또한 공공성은 다차원적인 것으로 절차적 공공성은 가시성과 접근성 기준에 따른 것이고, 내용으로

서 공공성은 개인과 전체라는 공사의 구분이 적용되며, 세 번째 유형은 주체로서의 공공성이며, 국가, 국제기구, NGO 등이 공공성의 주체가 될 수 있다고 하였다(그림 2-1).

[그림 2-1] 공공성의 다차원적 개념

1) 절차	(규정)	2) 주체	(견제)	3) 내용
절차 민주주의 (개인의 자유와 평등)	⇔ (정당화)	공적 주체로서의 국가, NGO, 초국가 기구 등	⇔ (시행)	공동체의 이익(공익) 공공문화

자료: 이승훈(2008) 근대와 공공성 딜레마. 민주사회와 정책연구. 13, pp13-45에서 23페이지 (그림-1)을 발췌하였음.

2. 조직의 공공성

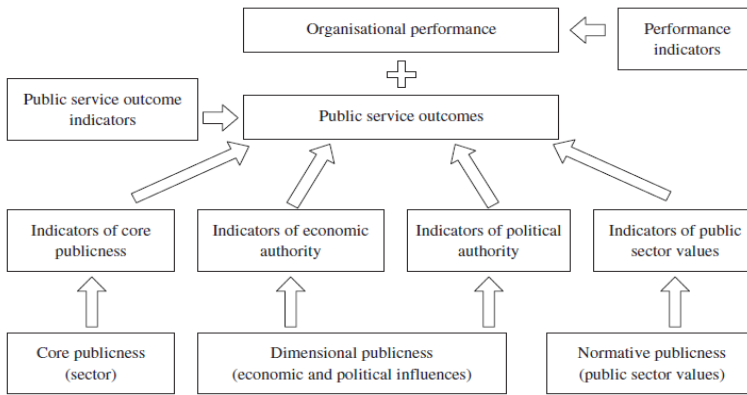
가. 조직 공공성에 대한 접근방식

어떤 조직이 공공적인지 아닌지를 보는 관점에 따라서 구분하는 유형이 달라질 수 있다. Scott and Falcone(1998)은 조직의 공공성을 구분함에 있어 크게 일반적 접근, 핵심적 접근, 차원적 접근이 있다고 하였다. 일반적 접근은 공공과 민간, 그리고 기타 조직들 간의 차이는 기본적으로 무시될 수 있다는 관점을 갖고 있다. 핵심적 접근은 공공 조직과 민간 조직 사이에는 근본적인 차이가 존재한다는 것으로, 소유권 이론, 공공선택론(public choice theory)에 따르면 두 집단 간의 차이는 시장 구조의 유무, 외부성(externality), 소유권의 양도성 여부에 따라 구분될 수 있다고 하였다. 차원적 접근은 조직은 몇몇 공공성 차원에 따라서 다르게 위치할 수 있으며, 차원에 따른 조직의 위치는 법적 상태 혹은 차원 간에 상호 독립적일 수 있다는 것이다.

Anderson(2011)은 조직의 공공성에 대한 논의를 종합하였고, 이를 공공서비스와 연계하는 모형을 제시하였다. 보건의료조직의 분석틀에는 보건

의료서비스 제공자, 서비스 측정, 공적서비스의 결과 등이 포함된다. 핵심적 공공성은 조직의 소유권을, 차원적 공공성은 조직의 경제적 영향(economic authority), 정치적 영향(political authority) 정도를, 규범적 공공성은 조직이 공공 서비스 가치를 고수하는 정도를 설명한다고 설명하였다(그림 2-2).

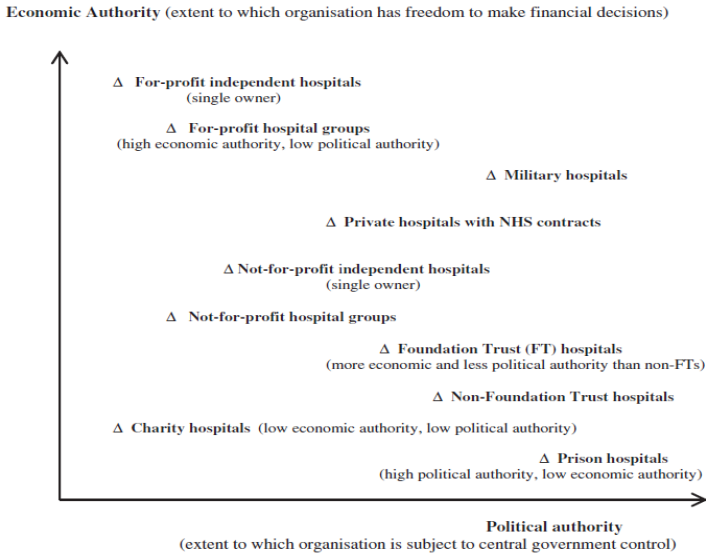
[그림 2-2] 공적서비스를 공공성에 연결하는 분석틀



자료: Anderson(2011). Public, Private, Neither, Both? Publicness theory and the analysis of healthcare organizations, *Social Science and Medicine*, 74(3): pp313-22에서 315p <그림 1>을 발췌함

Bozeman and Bretschneider (1994)은 조직의 공공성을 정의할 때, 차원적 관점에서 경제적, 정치적 권한의 혼합 그것들의 양에 관심을 두었으며, 그에 의하면 경제적 권한과 정치적 영향은 방향과 규모 모두 측정되어야 한다. 전통적인 정부 조직은 정치적 통제를 많이 받고 경제적 권한은 적다. 민간 소유 기업에서는 반대이다. 소규모 자선단체는 정치적 영향과 경제적 권한 모두 적다. Anderson(2011)은 이 같은 방식으로 영국에 있는 병원을 분류하였는데, “Foundation Trust” 병원보다 “Non- Foundation Trust” 병원이 정치적 영향은 낮지만 경제적 권한이 크다고 하였다(그림 2-3).

[그림 2-3] 경제적, 정치적 권한에 따른 영국 병원의 공공성 구분



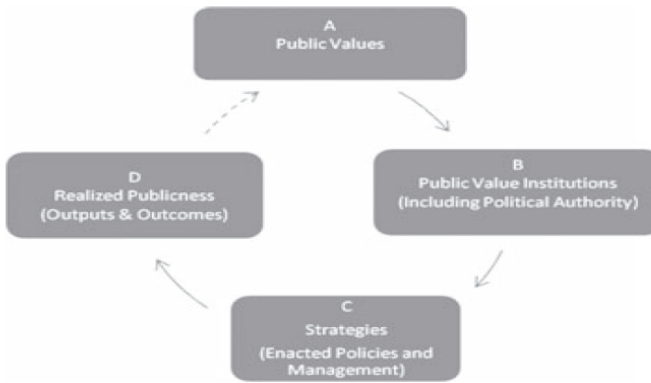
자료: Anderson (2011) Public, Private, Neither, Both? Publicness theory and the analysis of healthcare organizations, *Social Science and Medicine*, 74(3): pp313-22에서 319p <그림 2>를 발췌함

다음은 구현된 공공성(realized publicness)을 중심으로 사고하는 것에 대한 논의다. Moulton(2009)은 전통적 ‘공공’과 ‘민간’부문의 경계가 흐려지고 있는 상황에서, ‘공공적 결과를 관리하는데 차원적 공공성이 어느 정도 기여하는가?’에 대한 문제의식을 가졌다. 그래서 경험적 자료를 통해 검정 가능한 ①‘기술적 공공성 (descriptive publicness)’과 ② 공적 가치를 기반으로 하는 ‘규범적 공공성’을 통합한 ③‘구현된 공공성’이라는 대안적 틀을 제시하였다. 통합적 공공성에는 두 가지 핵심적 요소가 존재하는데, 첫째는 조직의 행위나 결과에 의해 드러난 ‘구현된 공공성’ 혹은 ‘공적 가치의 구현’이며, 둘째는 제도화된 공적 가치이다. 제도화된 공적가치는 규제적, 제후적(associative), 문화적 영향으로 구분하였다.

Moulton(2009)이 제안한 구현된 공공성과 제도화된 공적 가치는 ‘공

공성 거버넌스'라는 더 큰 틀의 일부가 된다. 아래 그림과 같이 공적 가치는 제도화되어 공공 정책과 관리에 영향을 미치고, 이는 공적 가치의 실현, 구현된 공공성으로 이어진다는 것이다(그림 2-4).

[그림 2-4] 공공성과 상호작용하는 여러 요인과 공공성 간의 프레임워크



자료: Moulton (2009) Putting together the publicness puzzle: a framework for realized publicness: Big Questions facing public administration theory. Public Administration Review. 2: pp.889-900에서 891p의 <그림-1>을 발췌하였음.

3. 보건의료의 공공성과 공공부문의 역할

가. 보건의료 공공성에 대한 철학적 근거

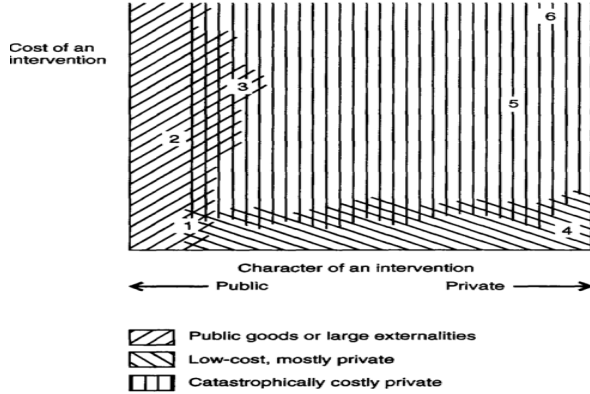
보건의료 공공성에 대한 철학적 근거로 건강권의 논리가 있다. 건강에 대한 원리가 원초적인 기본 권리 측면을 가지며, 보건의료는 한 사회에서 건강권을 보장하는 유력한 수단이다. 보건의료 분야의 다양한 사익에 대하여 국민의 건강권을 보장 내지 보건의료의 공공성 보장 우선의 원칙은 정당성을 갖게 된다(김용익 외, 2002).

Daniels(2008, p 29-30)는 'Just Health: Meeting Health Needs Fairly'에서 Rawls의 정의론을 보건의료에 접목시켰다. 모든 사람은 사회적, 직업적 성취에 대한 'normal opportunity'를 균등하게 가져야 하며, 정상적 기회를 갖기 위해서 신체적, 정신적 'normal function'이 필요하다. 따라서 보건의료는 사람의 건강을 신체적, 정신적 정상 기능을 유지하는데 필요하므로 도덕적 중요성을 갖고 있다는 것이다. 또한 정의론 원칙으로서 공정함(fairness)에 건강의 사회적 결정인자를 포함하고 있으며, 합리적 기대 수준에서 건강의 사회적 격차를 줄이는 것이 타당하다고 본다. 결과적으로, 모든 사람에게 정상적 기회를 보장한다는 원칙에서 건강과 보건의료서비스의 도덕적 중요성이 도출되며, 이는 보건의료 공공성에 대한 근거로 생각된다.

나. 보건의료에서 공적영역의 역할은 무엇인가?

Musgrave(1996, p9-29)는 「Public and private roles in health: Theory and Financing Pattern」에서 보건의료서비스를 3가지로 구분하였다. 그 중에서 주로 공공재에 대한 정부의 개입이 정당화 될 수 있으며, 고비용이 드는 재난적 의료서비스는 위험 분산이 필요하고, 저비용으로 민간이 제공하는 서비스에도 사람의 무지, 외부효과, 주인-대리인 문제 등으로 국가의 역할이 필요하다고 제시하였다. 또한 시장실패가 존재하는 영역과 빈곤층에 대한 보조가 필요하기 때문에 정부의 보건의료에 대한 개입이 필요하다고 하였다(그림 2-5).

[그림 2-5] 보건의료서비스의 세 영역(공공재, 재난적 의료서비스, 저비용의 민간서비스)



자료: Musgrave, P(1996). Public and private roles in health: 1996: World Bank.7, pp10에 있는 <그림1>을 인용하였음.

Musgrave(1996, p2, p29)는 공공의 적절한 역할이 의료서비스를 제공하는 것이 필수적인 것은 아니며, ‘정부실패’의 문제를 지적하였지만, 예외적으로 민간의료 제공이 어려운 소수의 중요한 서비스나 일부 지역은 정부가 직접 서비스 제공을 할 수 있다고 하였다. 하지만 유럽과 같이 공공병원이 중요한 지역에서, 공공부문은 저소득 국가와 비교해서 자율성이 크며, 민간부문은 더 많은 규제를 받고 있는 것과 균형을 이루고 있다는 점도 밝히고 있었다.

제2절 국내 공공보건의료에 대한 논의

국내 공공보건의료에 대한 개념과 기능에 대한 주장들은 크게 다음과 같이 구분할 수 있다.

첫째, 가장 오래된 입장은 보건의료기관을 소유주체에 따라서 공적부문과 민간부문으로 구분해서 공공의료기관과 제공하는 서비스 및 관련제

도를 공공보건의료로 정의하는 것이다. 그러나 최근 공공보건의료에 관한 법률에서는 공공의료기관은 물론 민간의료기관도 공공의료서비스를 제공할 수 있도록 정의하고 있다²⁾.

둘째, 공공보건의료의 역할이 무엇인지를 기준으로 보면 급성기 의료 서비스 제공에 대한 형평성에 두는 입장이 존재한다. 공공보건의료에 관한 법률 7조에 따르면 공공보건의료기관의 의무로 가장 먼저 제시된 것이 의료급여환자를 포함한 취약계층 진료이다.³⁾

셋째, 국가의 개입을 어떤 수단을 통해서 하느냐를 가지고 정의하는 경우가 있다. 이규식 외(2013)는 국민의료비의 재원조달 구조에 초점을 맞추어서 건강보험의료가 공공보건의료라고 정의하였으며, 기존의 공공보건의료는 국가정책을 수행하는 것에 대한 것으로 이를 정책의료라고 하였다.

마지막으로 보건의료서비스의 공공재 혹은 우량재적 특성으로 인한 공익성을 강조하면서 소유주체를 중심으로 한 공공의료의 역할을 적극적으로 확장하는 입장이 있다. 김용익 외(2002)는 「보건의료시장개방에 대비한 보건의료체계 공공성 강화방안 연구」에서 우리나라의 보건의료체계는 민간의료 주도하고 있으며, 이로 인해 많은 문제가 발생하고 있다고 보았다. 따라서 실용적 개혁을 통해 정부 부분을 포함한 공공부분의 역할을 일정 수준으로 끌어올리고, 관료주의와 비효율적 요소를 제거해야 한다고 하였다. 김창엽(2012)은 위와 같은 논의를 더욱 확대해서 민주적 공공성을 주장하고 있다. 의료의 상업화로 인해서 대다수 국민의 건강권과 건강정위가 질식되고 있는 상황으로 진단하고, 이에 대한 대안으로 환자가

2) 공공보건의료에 관한 법률 (2013년 개정 기준) 제 2조 4항, 13, 14, 16조 2항 관련 <http://law.go.kr/LSWlsInfoP.do?lsiSeq=122647&ancYd=20120201&ancNo=11247&efYd=20130202&nwJoYnInfo=N&efGubun=Y&chrClsCd=010202#0000> 2014. 3. 15. 인출

3) 공공보건의료에 관한 법률 (2013년 개정 기준) 제 7조 1항. <http://law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?lsiSeq=122647&ancYd=20120201&ancNo=11247&efYd=20130202&nwJoYnInfo=N&efGubun=Y&chrClsCd=010202#0000> 2014. 3. 20. 인출

직접 ‘구입’해야 하는 의료는 최소한으로 줄이는 ‘탈상품화’ 정책이 필요하다는 것이다. 그리고 공공기관을 ‘재(再)공공화’ 하는 것과 함께 ‘민간기관의 공공성을 강화하는 것’이 필요하다고 주장하였다. 이 같은 주장은 국공립병원 현황에 대한 심층적 분석을 통해 검토되어야 할 것이다(김창엽, 2012).



제3장

외국의 공공병원 현황

제1절 일본의 공공병원 현황

제2절 미국의 공공의료 현황

제1절 일본의 공공병원 현황

1. 일본의 의료제도 개관

가. 일반적 현황

일본의 인구, 지리, 경제에 대해 간략히 소개하면 한국에 비해 인구 규모는 약 2.5배⁴⁾, 노령인구 비율은 약 1.7배⁵⁾, 면적은 약 3.7배⁶⁾ 그리고 1인당 GDP는 약 1.17배⁷⁾이다. 일본의 행정체제는 광역자치단체인 도도부현(都道府県) 47개⁸⁾와 기초적인 지방자치단체인 시구정촌(市区町村) 1,787개⁹⁾로 구성되어 있다.

일본은 1922년 사회적 의료보험을 도입하여 1961년 전 국민 건강보

4) OECD Country statistical profile: Korea 2013, Japan 2013. Available from http://www.oecd-ilibrary.org/economics/country-statistical-profiles-key-tables-from-oecd_20752288. [Access2013.10.08.]

5) OECD Country statistical profile: Korea 2013, Japan 2013. Available from http://www.oecd-ilibrary.org/economics/country-statistical-profiles-key-tables-from-oecd_20752288. [Access2013.10.08.]

6) 대한민국 위키백과. Available from <http://ko.wikipedia.org>., Japan Statistical Yearbook 2010. Available from <http://www.stat.go.jp/english/data/nenkan/index.htm>. [Access2013.10.08.]

7) OECD Country statistical profile: Korea 2013, Japan 2013. Available from http://www.oecd-ilibrary.org/economics/country-statistical-profiles-key-tables-from-oecd_20752288. [Access2013.10.08.]

8) Prefectures of Japan. Wikipedia. Available from http://en.wikipedia.org/wiki/Prefectures_of_Japan. [Access2013.10.08.]

9) Local government in Japan(Council of Local Authorities for International Relations 2010). Available from <http://www.clair.or.jp/j/forum/series/pdf/j05-e.pdf>. [Access2013.10.08.]

험을 달성하였다(福永肇 2014). 일본 정부는 상대적으로 낮은 비용에서 전체 국민이 “필수적이고 적절한” 의료서비스에 공평하게 접근하도록 제공하고자 한다(Jones, 2009). 건강 수준에 대해 간략히 소개하면 2011년 기준으로 출생 시 기대여명은 82.7년¹⁰⁾, 3대 사망원인은 암, 심장 질환, 뇌혈관 질환 순이었다.¹¹⁾ 일본의 기대수명과 사망원인은 한국과 비슷하다¹²⁾.

나. 의료자원 및 의료보장제도

일본의 전체 의료비 재원은 크게 보험료, 공공보조금, 환자 직접 부담으로 구성된다. 2009년의 구성 비율은 보험료 48.6%, 공공 보조금 37.5%, 환자 직접 부담 13.9%로 나타났다. 공공 보조금의 경우 국가는 25.3%, 기초자치단체 정부는 12.1%를 부담하였다¹³⁾.

일본은 우리나라와 달리 다 보험자 체계로서 국민건강보험(시구정촌관장 및 국보조합 관장), 전국건강보험협회, 건강보험조합, 공제조합, 후기 고령자의료제도로 구성된다. 따라서 보험료 부담 측면에서는 보험자 사이에 격차가 존재한다. 하지만 환자가 의료 서비스를 이용할 때에는 가입된 보험과 무관하게 일본 전국적으로 동일한 요금 체계가 작동한다.¹⁴⁾

10) OECD Health Data 2013. Available from <http://www.oecd.org>. [Access2013.10.08.]

11) 일본 厚生労働省. Trends in leading caused of death. Available from <http://www.mhlw.go.jp/english/database/db-hw/populate/dl/03.pdf>. [Access2013.10.08.]

12) OECD Health Data 2013. Available from <http://www.oecd.org>. [Access2013.10.08.]

13) Overview of Medical Service Regime in Japan. Available from http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken01/dl/01_eng.pdf. [Access2013.10.07.]

14) Ministry of Health, Labor and Welfare. (2012). Annual Health, Labour and Welfare Report 2011-2012, [2]Health and Medical Services. Available from <http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw6/dl/02e.pdf>. [Access2013.10.07.]

환자의 의료서비스 이용과 관련하여 2가지 사항에 주목할 필요가 있다. 첫째, 한국과 유사하게 공적 의료보험으로 보장되지 않는 비급여 범위가 존재한다는 점이다. 일부 고도 의료, 특수 병실료, 비보험 치과서비스, 시설요금, 민간 요양간호 등은 비급여 영역이다(Jones, 2009). 둘째 일본의 보험급여 상환 방식은 한국과 달리 ‘혼합진료 금지 모형’을 채택하고 있다는 점이다. 즉 일본 환자가 ‘비급여’ 항목을 이용할 경우 나머지 ‘급여’ 항목 역시 환자가 100% 부담해야 한다(Kawaguchi, 2012).

의료보험 ‘급여 대상’은 중앙 정부의 전문가 위원회로부터 승인을 받아야 한다. 선진 의료 기술을 제공하는 병원도 승인을 받아야 하는데 대부분 공공 병원인 약 300개의 병원이 승인을 받았다(Kawaguchi, 2012).

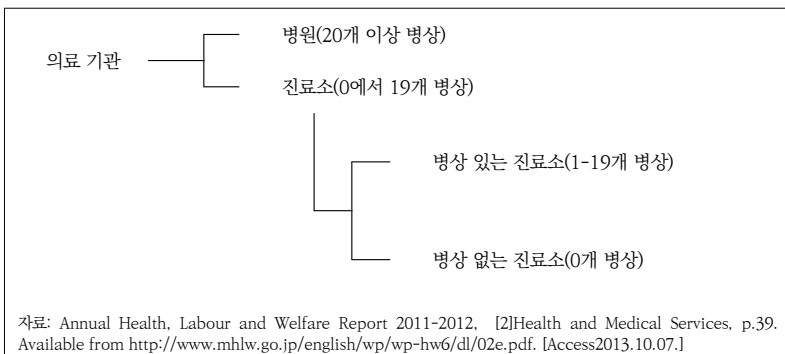
일본의 의료제도에서 지불체계를 간략히 소개하면, 입원, 외래, 약국 모두 행위별 수가제를 기본으로 하고 2003년부터 진단군 분류에 따른 포괄평가를 도입하였다(김영숙과 최영순, 2009). 행위별 수가제로 인해 의사들은 소득을 최대화하기 위해 서비스 양을 많이 제공한다. 이로 인해 “3시간 대기, 3분 진료” 현상, 의사의 장시간 근무 등은 심각한 사회 문제가 되고 있다고 한다(Jones, 2009).

공식적으로 일본 시민은 100% 공적 의료보험 체계에 의해 보장된다고 하지만, 2007년 일본의 공적 의료보험 미가입자가 160만 명 정도일 것으로 예측되었다(Ikegami et. al. 2011). 한편, 일본의 저소득층에 대한 의료 재정 체계를 살펴보면 한국의 의료급여제도와 유사한 의료부조가 존재한다. 현실적으로 기초자치단체가 재정의 25%를 부담해야 하는 책임(국가 75%)이 있고 대중의 반대 여론이 존재하여 의료부조의 혜택을 받는데 그 장벽이 높다고 한다.¹⁵⁾

15) Ministry of Health, Labor and Welfare. (2012). Annual Health, Labour and Welfare Report 2011-2012, [2]Health and Medical Services. Available from <http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw6/dl/02e.pdf>. [Access 2013.10.07.]

다. 서비스 제공 측면

일본의 보건의료 전달 체계는 '자유로운 접근성'이 주요 특징이다. 주치의 제도가 부재하므로 일정 비용만 더 지불하면 대형 종합병원 외래에서 바로 서비스를 받을 수 있고, 전문의와 일반의 사이에도 큰 차이가 없다. 또한 보험수가는 전국적으로 동일하게 적용되므로, 서비스 이용자는 공공 부문의 제공자이든 민간 부문의 제공자이든 동일한 환자 부담 체계로 동일한 보건의료 서비스를 제공받을 수 있다. 서비스 제공자는 후생노동성이 정하는 특정 서비스를 제외하고는 추가 요금을 부과할 수 없다 (Jones 2009; Matsuda 2008; OECD Competition Committee 2012; WHO and Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare 2012). 병원이나 진료소의 개설자는 공공 부문과 민간 부문으로 구분된다. 민간 부문의 경우에도 공식적으로 모두 비영리 조직이다. 병원과 진료소의 규정은 다음과 같다.¹⁶⁾ 진료소의 경우 병원에 비하면 엄격히 규제되지 않는다.¹⁷⁾



16) 1948년 의료법 제정 이전 일본의 병원에 대한 규정은 10개 이상의 병상을 가진 의료시설이었다(福永肇 2014).

17) Ministry of Health, Labor and Welfare. (2012). Annual Health, Labour and Welfare Report 2011-2012, [2]Health and Medical Services. Available from <http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw6/dl/02e.pdf>. [Access2013.10.07.]

하지만, 일본의 의료 서비스는 민간에서 광범위하게 제공된다(OECD Competition Committee 2012). 의료법인과 개인 등 민간 부문이 병원의 70% 이상을, 진료소의 80% 이상을 차지하고 있다(표 3-1).

〈표 3-1〉 일본의 병원과 병상 현황(2012년 10월 기준)

	의료시설		병상		의료시설 1개당 병상 수
	수	비율	수	비율	
병원	8,565	100.0	1,578,254	100.0	184.3
국가	274	3.2	115,633	7.3	422.0
공적의료기관	1,252	14.6	327,785	20.8	261.8
사회보험관계단체	118	1.4	34,749	2.2	294.5
의료법인	5,709	66.7	852,934	54.0	149.4
개인	348	4.1	33,195	2.1	95.4
기타	864	10.1	213,958	13.6	247.6

자료: 厚生労働省「平成24年度医療施設調査」, 표3과 표14(엑셀파일)를 재가공. Available from <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/12>. [Access2014.02.02.]

일본의 후생노동성 백서에 따르면, 일본의 병원을 기능적으로 분류하면 일반 병원, 특정기능 병원, 지역의료지원 병원, 정신 병원, 결핵 병원으로 구분된다.¹⁸⁾ 특정기능병원과 지역의료지원병원은 일반 병원에 속하며 목적, 역할, 승인 요건, 현황은 다음과 같다(표 3-2).

〈표 3-2〉 특정기능 병원과 지역의료지원 병원

	특정기능 병원(1993년~)	지역의료지원 병원(1997년~)
목적	일본 후생노동성은 의료시설 기능의 체계화의 일환으로 아래 역할을 수행할 능력이 있는 개별 병원을 승인	도도부현 지사가 지역에서의 의료 제공 역할을 수행하는 주치의 등을 지원할 능력을 갖추고 지역의료를 확보하기에 충분히 적합한 개별 병원을 승인
역할	고도 의료의 제공 고도 의료기술의 개발·평가	의뢰 환자에게 의료 제공(주치의 등에게 역으로 환자 의뢰도 포함)

18) Annual Health, Labour and Welfare Report 2011-2012, [2]Health and Medical Services. Available from <http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw6/dl/02e.pdf>. [Access2013.10.07.]

40 공공보건의료의 현황과 발전방안: 지방의료원과 국립대병원 중심으로

	특정기능 병원(1993년~)	지역의료지원 병원(1997년~)
	고도 의료서비스에 대한 교육 수행	의료기기 공동 이용 실시: 당해 병원 건물, 설비, 기계 또는 기구를 당해 병원 비종사자인 의료종사자의 진료, 연구 또는 연수를 위해 사용 가능한 체제 정비 응급의료 제공 지역의료 종사자에 대한 연수 실시
승인 요건	고도 의료의 제공, 개발·평가, 교육 수행 능력 갖추 타 병원과 진료소 의뢰환자에게 의료 제공(의뢰비율 30% 이상 유지) 병상 수: 400개 이상 인력: 의사 수 일반 병원의 2배 등 구조설비: 중환자실, 멸균병실, 의약품 정보 관리실 등	개설 주체: 원칙 상 국가, 시도부현, 시정촌, 사회의료법인, 공적의료기관, 의료법인 등 주로 의뢰받은 환자에게 의료 제공(의뢰 환자 비율이 80% 이상 등) 응급의료 제공 가능 건물, 시설, 장비 등 지역 의사 사용 가능 체제 지역의료 종사자에 대한 교육 실시 원칙 상 200병상 이상, 지역의료지원 병원에 적합한 시설
현황	84개 병원(2012년 4월)*	466개 병원(2013년 10월)**

자료: Annual Health, Labour and Welfare Report 2011-2012, [2]Health and Medical Services, p.40. Available from <http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw6/dl/02e.pdf>. [Access2013.10.07.].

*特定機能病院と地域医療支援病院の外來の状況(厚生労働省 2012), p.4 참고. Available from <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000029any-att/2r98520000029asj.pdf>. [Access2014.02.02.]

**厚生統計要覧(平成26年度), 第2編 保健衛生, 第2章 医療, 표 2-31(엑셀파일) 참고. Available from: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/index-kousei.html>. [Access2015.06.07.]

한편 일본에서도 의료 인력, 병상 수 등 의료 자원의 분포가 불균형을 나타내고 있다. 총 병상의 경우 최대 지역과 최소 지역의 병상 수 차이가 3배로 나타났고 일반 병상의 경우 2.2배로 나타났다.¹⁹⁾

19) 厚生労働省 「平成24年度医療施設調査」, Available from <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/12>. [Access2014.02.02.]

2. 일본의 공공(公共)병원 현황

가. 공공(公共)병원의 정의

일본의 문헌을 살펴본 결과, 공공(公共)병원이란 용어는 공식적으로 잘 사용되지 않는다. 오히려 공적(公的) 의료기관, 공적(公的) 병원, 공립(公立) 병원, 국립(国立) 병원과 같은 용어는 공식 용어로 사용되고 어느 정도 명확한 개념을 갖고 있다.²⁰⁾

‘공적의료기관(公的医療機関)’은 일본 「의료법」제31조에 “도도부현, 시정촌, 기타 후생노동대신이 정하는 자가 개설하는 병원 또는 진료소”라고 규정하고 있다. 또한 제34조는 “후생노동대신은 의료의 보급을 도모하기 위해 특히 필요하다고 인정하는 때에는 제31조에서 규정하는 자에 대해 공적 의료기관의 설치를 명할 수 있다”, “국고 예산이 정하는 범위 안에서 그 설치에 필요한 비용의 일부를 보조한다”고 명문화하고 있다.²¹⁾

‘공적(公的) 병원’의 개념은 다소 상이하므로 주의할 필요가 있다. 福永肇는 도도부현립(立) 병원, 시정촌립(立) 병원과 같은 공립(公立)병원과 민간 병원을 포함하는 다음 8가지의 사업자가 개설하는 병원을 ‘공적(公的) 병원’으로 정의한다(福永肇 2014, p.235).

- ① 지방자치법에 규정하는 지방자치단체의 조합(현립 병원, 시립 병원, 촌립병원의 공립 병원)

20) 물론 동일한 병원이 문헌에 따라 ‘공적’ 시설 혹은 ‘사적’ 시설로 분류되는 경우도 있다. 예로, 후생노동성 통계 가운데 ‘의료시설조사’는 일본적십자, 제생회, 후생련의 병원을 ‘공적 의료기관’으로 분류하고, ‘사회복지시설 등 조사보고’는 ‘사적’ 시설로 분류한다(福永肇 2014).

21) 일본 의료법. Available from <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S23/S23HO205.html>. [Access 2013.10.08.]

42 공공보건 의료의 현황과 발전방안: 지방의료원과 국립대병원 중심으로

- ② 사회보험관계단체(사회보험병원, 국민건강보험병원, 공제 조합병원 등)
- ③ 사단법인 일본적십자사(일본적십자병원)
- ④ 사회복지법인 은사재단 제생회(제생회병원)
- ⑤ 후생(의료)농업협동조합연합회(후생련병원)
- ⑥ 사회복지법인 홋카이도 사회사업 협회
- ⑦ 국립, 국립 병원기구, 방위성과 궁내청, 법무성, 국립인쇄국 등 각 부처 소관 병원, 산재병원
- ⑧ 국공립대학, 학교법인(사립의과대학 등)의 병원

한편 일본 후생노동성의 ‘의료경제 실태조사’는 일본적십자사, 제생회, 홋카이도사회사업협회, 후생련, 국민건강보험단체연합회 등이 개설하는 병원을 공적(公的) 병원으로 분류한다. 이 조사에서 사용하는 병원에 대한 분류 기준은 다음과 같다(中央社会保険医療協議会 2013, pp.4-5).

- 국립(国立): 독립행정법인 국립병원기구, 독립행정법인 노동자건강복지기구, 기타 국가의 기관이 개설하는 병원
- 공립(公立): 도도부현립, 시정촌립, 지방독립행정법인립 병원
- 공적(公的): 일본적십자사, 제생회, 홋카이도사회사업협회, 후생련, 국민건강보험단체연합회 등
- 사회보험관계법인: 전국사회보험협회연합회, 후생연금사업진흥단, 선원보험회, 건강보험조합과 그 연합회, 공제조합과 그 연합회, 국민건강보험조합 등
- 의료법인
- 기타: 공익법인, 사회복지법인, 의료생협, 사회의료법인, 기타법인 등
- 개인

일본은 한국에서 사용하는 ‘공공(公共) 병원’이란 용어를 잘 사용하지 않지만 이와 유사한 개념으로 福永肇(2014)의 ‘공적(公的) 병원’ 개념을 들 수 있다. 福永肇(2014)의 ‘공적(公的) 병원’ 개념은 일본 후생노동성 ‘의료경제 실태조사’의 분류기준으로 국립(国立) 병원, 공립(公立) 병원,

공적(公的) 병원, 사회보험관계법인 병원에 학교법인(사립의과대학 등) 병원이 추가된다. 고도의료에 대한 사회적 역할을 맡고 있는 특정기능병원의 대부분이 일본의 80개 의과대학 부속병원 본원이고, 고도의료의 제 공·개발·평가·교육 수행이 공공(公共)적인 역할로 간주되는 일본 사회의 배경을 고려할 필요가 있다.

따라서 이 글에서 일본의 ‘공공(公共) 병원’에 대한 개념으로 福永肇(2014)의 ‘공적(公的) 병원’ 정의를 따른다. 이러한 정의에 따르면 2011년 기준 일본의 공공(公共) 병원의 수는 1,763개, 공공(公共) 병상의 수는 536,950개로 각각 전체 병원과 병상의 20.0%와 33.9%를 차지한다.²²⁾

나. 일본 공공병원의 역사

메이지 이후 2차 세계대전 패전까지 일본의 병원은 “특수 의료 분야의 ‘관’과 일반 의료 분야의 ‘민’ 사이 뚜렷한 구분이 존재”했다. 대부분의 서민은 의료에 접근하기 어려운 상황이었다. 일반 의료에서 ‘관’의 확장은 전쟁 종료 이후의 일이다(福永肇, 2014).

2차 세계대전으로 인하여 일본의 병원, 진료소가 큰 피해를 입었다. 점령군 총사령부의 일련의 개혁과 1948년「의료법」 제정과 이후 개정은 일반 국민을 대상으로 하는 병원을 증가시켰고 국공립병원의 수도 증가시켰다. 1948년 공적 의료기관 지정과 국고 보조금 교부 정책, 1951년 일부 민간 병원의 공적 의료기관 지정이 이루어졌다(福永肇, 2014).

1950년 ‘의료법인 제도’, 1960년 설립된 의료금융공사의 정책 금융으로 민간 병원이 크게 증가하였지만 그 규모는 중소 규모였다. 1962년 이전까지 공립 병원은 사립 병원과 달리 병원의 병상 기준 강화(20병상 이상)에도 그 수가 계속 증가하였다. 1962년 국공립병원의 병상 규제가 도

22) 자료: 厚生統計要覧(平成24年度). Available from <http://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/index-kousei.html>. [Access2014.02.03.]

입되었다(福永肇, 2014).

1961년 전국민의료보험 제도가 시행되었다. 1973년 ‘1현 1의과대학’ 구상으로 인해 일본에는 의과대학이 없는 현이 사라졌으며, 현재 의과대학은 총 80개가 존재한다(福永肇 2014). 전국민 의료보험이 달성 되었지만 대부분 민간이므로 의료보장제도의 지역적 불균형이 표면화되었다(新村拓, 2006).

1985년 제1차 의료법 개정에서 ‘의료계획’이 도입되었다. 도도부현 지사는 ‘의료계획’에 따라 2차, 3차 의료권²³⁾의 ‘필요 병상 수’를 설정하고 그것을 초과하는 2차 의료권은 ‘과잉 병상 지역’이 된다. “과잉 병상 지역에서 병원 개설과 증가는 도도부현 의료심의회 의견을 듣고 지사가 권고하는 제도”가 되었다(福永肇, 2014).

‘의료계획’ 도입의 영향으로 일본의 병원 병상 수는 1992년 168만 1,696개를 최대치로 이후 감소하였고 병원 수 증가율이 감소하였다. “이후 ‘의료계획’은 일본 의료 제공 체제의 틀이었고 병원 규모를 확대하는 사업 방침은 할 수 없게” 되었다(福永肇, 2014).

“1997년 내각 회의의 결정에 따라 의학부 입학정원은 7,625명으로 억제”되었다. 2004년 시작된 새로운 임상수련의제도²⁴⁾로 인해 근무의사 부족과 급성기 병원 근무의사의 열악한 노동 환경이 나타났다. 따라서 2008년 후생노동성은 의사 수 증원 정책으로 전환하였다. 그 결과 2011년 입학정원은 총 8,923명이 되었다. 또한 졸업 후에도 현지에 머물 의사

23) 2차 의료권은 도도부현 지역 안을 나누어 일반 질병의 경우 그 지역 내에서 완결하도록 전체 하는 권역이고, 3차 의료권은 기본적 단위가 도도부현이며 특수 의료를 제공하는 권역이다(福永肇 2014; 厚生労働省 医政局指導課 2012).

24) 대학졸업의사 대상 새로운 임상수련의제도가 2004년부터 시작되었다. 최소 2년 동안 7개 진료과 경험이 의무화되었고 수련 장소를 자유롭게 선택할 수 있다. 기존에는 신규 의사 대다수가 대학 병원의 각 진료과에서 전문 분야만을 배웠기 때문에 ‘광범위한 지식의 결여’, ‘서론 환자와의 대화’ 등이 비판받아 왔다. 하지만 2004년 이후 감기에서 중증 질환까지 수많은 사례를 경험할 수 있는 도시 병원 인기가 커진 반면 대학병원은 인기가 없어졌다(毎日新聞 2009년2월18日; 毎日新聞 2009년2월20日).

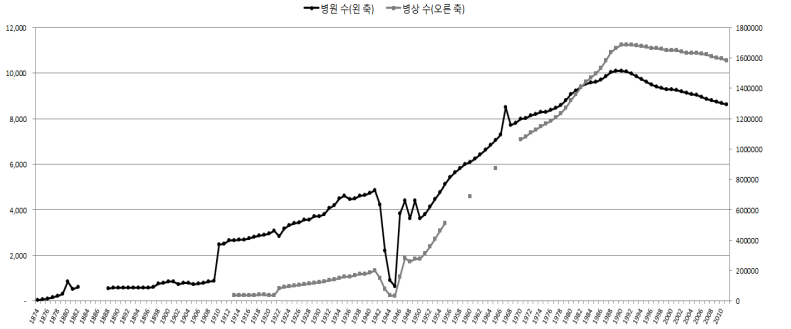
대책으로서 의사가 과소한 현의 대학입시에 지역경계를 도입했다(福永肇 2014).

다. 공공병원 개설현황 및 추이

우선 전반적인 병원 수와 병원 병상 수, 병원 당 병상 수의 변화 추세를 고찰하였다. 병원과 병상 수의 경우 2차 세계대전 시기에 크게 감소했다가 이후 고동 경제 성장 시기에 급격히 증가하였고 1985년 병상 수 규제에 의해 병원 수는 1990년, 병상 수는 1992년 각각 최저점에 도달했다가 이후 감소하고 있다. 하지만 병원 당 병상 수의 경우 2차 세계대전 시기를 제외하면 꾸준히 증가하고 있다(그림 3-1, 그림 3-2).

46 공공보건의료의 현황과 발전방안: 지방의료원과 국립대병원 중심으로

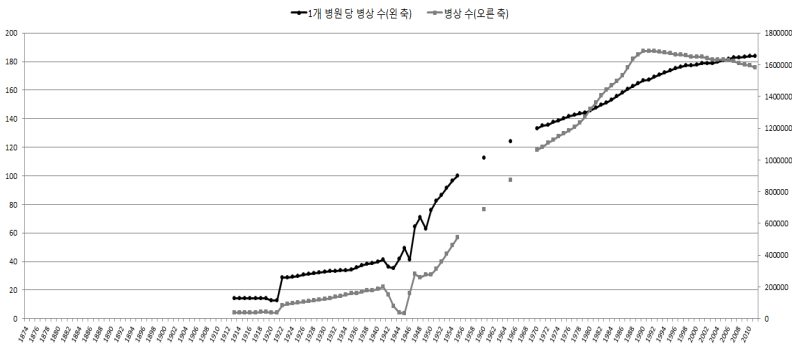
[그림 3-1] 1874-2011년 일본의 병원 수와 병원 병상 수의 추이



자료: 福永肇(2014), p.347-348, 표4의 총수, 병원수와 병상수 자료로 다시 그림.

주1: 1948년 의료법 제정으로 병원의 정의가 병상 수 10개 이상에서 20개 이상으로 변화함.

[그림 3-2] 1874-2011년 일본 전체 병상 수와 병원 당 병상 수 추이



자료: 福永肇(2014), p.347-348, 표4의 총수(병원수와 병상수) 자료로 다시 그림.

주1: 1948년 의료법 제정으로 병원의 정의가 병상 수 10개 이상에서 20개 이상으로 변화함.

주2: 병원 당 병상 수는 필자가 재가공함.

공공병원의 근황을 살펴보고자 개설자 기준으로 전체 병원과 병상 현황을 검토하였다. 개설자 기준으로 2011년 공공 병원의 비율은 20.49%, 공공 병상의 비율은 33.92%로 나타났다(표 3-3).

〈표 3-3〉 일본의 개설자별 전체 병원과 병상의 현황

2011년 10월 기준

	병원		병상		평균 병상 수
	수	비율	수	비율	
공공 병원	1,763	20.49%	536,950	33.92%	305
국가	274	3.2%	116,191	7.3%	424
후생노동성	14	0.2%	6,155	0.4%	440
독립행정법인국립병원기구	144	1.7%	55,845	3.5%	388
국립대학법인	48	0.6%	32,754	2.1%	682
독립행정법인노동자건강복지기 구	34	0.4%	13,067	0.8%	384
국립고도전문의료연구센터	8	0.1%	4,454	0.3%	557
기타	26	0.3%	3,916	0.2%	151
공적의료기관	1,258	14.6%	329,861	20.8%	262
도도부현	219	2.5%	58,934	3.7%	269
시정촌	683	7.9%	147,624	9.3%	216
지방독립행정법인	66	0.8%	26,376	1.7%	400
일본적십자	92	1.1%	37,134	2.3%	404
제생회	81	0.9%	22,548	1.4%	278
북해도사회사업협회	7	0.1%	1,862	0.1%	266
후생련	110	1.3%	35,383	2.2%	322
국민건강보험단체연합회	-	-	-	-	-
사회보험관계단체	121	1.4%	35,599	2.2%	294
전국사회보험협회연합회	51	0.6%	14,066	0.9%	276
후생연금사업진흥단	7	0.1%	2,795	0.2%	399
선원보험회	3	0.0%	786	0.0%	262
건강보험조합 및 그 연합회	13	0.2%	2,707	0.2%	208
공제조합 및 그 연합회	46	0.5%	14,925	0.9%	324
국민건강보험조합	1	0.0%	320	0.0%	320
사립학교법인	110	1.3%	55,299	3.5%	503
공익법인	384	4.5%	91,447	5.8%	238
의료법인	5,712	66.4%	851,918	53.8%	149
사회복지법인	187	2.2%	33,069	2.1%	177
의료생협	85	1.0%	14,370	0.9%	169
회사	62	0.7%	12,752	0.8%	206
기타 법인	39	0.5%	7,610	0.5%	195
개인	373	4.3%	34,957	2.2%	94
의학교육기관(재분류)	162	1.9%	94,549	6.0%	584
총 수	8,605	100.0%	1,583,073	100.0%	184

자료: 厚生統計要覧(平成24年度), 第2編 保健衛生, 第2章 医療, 第2 - 31表과 第2 - 32表(엑셀파일)를 재가공. Available from <http://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/index-kousei.html>. [Access 2014.02.03.]

주1: 공공 병원의 기준은 개설자가 국가, 공적 의료기관, 사회보험관계단체, 사립학교법인인 경우로 필자가 재가공함

48 공공보건의료의 현황과 발전방안: 지방의료원과 국립대병원 중심으로

1990년부터 2012년 사이 공적의료기관은 상당수 감소하였다. 일본 병원 수의 변화를 살펴보면, 의료법인 병원은 증가했고 사회복지법인과 의료생협 병원이 생겨났다. 그럼에도 불구하고 전체 병원 수가 감소한 이유는 공적의료기관과 함께 개인병원도 감소했기 때문이다(표 3-4).

〈표 3-4〉 일본 개설자별 전체 병원 수의 변화(1990-2012년)

	1990	1993	1996	1999	2002	2005	2008	2012	1990년 대비 2012년의 증감	
									병원 수	%
전체 병원	10,096	9,844	9,490	9,286	9,187	9,026	8,794	8,565	-1,531	-15.2
공공 병원	1,995	2,003	1,984	1,967	1,944	1,887	1,826	1,752	-243	-12.2
(전체 병원 대비 비율)	19.8%	20.3%	20.9%	21.2%	21.2%	20.9%	20.8%	20.5%	15.9%	
국가	399	394	387	370	336	294	276	274	-125	-31.3
후생노동성	252	247	241	229	198	22	22	14	-238	-94.4
독립행정법인 국립병원기구						146	146	144	144	세법주
국립대학법인	67	66	65	61	57	49	48	48	-19	-28.4
독립행정법인 노동자건강복지기구	38	39	39	39	39	38	34	34	-4	-10.5
국립고도전문의료센터								8	8	세법주
기타	42	42	42	41	42	39	26	26	-16	-38.1
공적의료기관	1,371	1,378	1,368	1,368	1,377	1,362	1,320	1,252	-119	-8.7
도도부현	307	310	308	309	313	303	270	216	-91	-29.6
시정촌	772	773	766	762	765	757	729	673	-99	-12.8
지방독립행정법인							22	73	73	세법주
일본적십자	97	97	96	95	95	92	92	92	-5	-5.2
재생회	70	73	74	76	78	81	82	81	11	15.7
북해도사회사업협회	7	7	7	7	6	7	7	7	-	0.0
후생련	114	115	114	116	118	121	117	110	-4	-3.5
국민건강보험단체연합회	4	3	3	3	2	1	1	0	-4	-100.0
사회보험관계단체	136	137	134	131	130	129	122	118	-18	-13.2
전국사회보험협회연합회	53	53	53	53	53	52	52	51	-2	-3.8
후생연금사업진흥단	7	7	7	7	7	7	7	7	-	0.0
선원보험회	3	3	3	3	3	3	3	3	-	0.0
건강보험조합및그연합회	23	23	20	18	18	17	14	10	-13	-56.5
공제조합및그연합회	49	50	50	49	48	48	45	46	-3	-6.1
국민건강보험조합	1	1	1	1	1	2	1	1	-	0.0
공익법인	411	404	400	394	400	402	395	380	-31	-7.5
의료법인	4,245	4,550	4,873	5,299	5,533	5,695	5,728	5,709	1,464	34.5
사립학교법인	89	94	95	98	101	102	108	108	19	21.3
사회복지법인					162	186	184	189	189	세법주
의료생협					74	81	85	85	85	세법주
회사	85	84	81	68	61	55	69	62	-23	-27.1
기타법인	279	273	277	277	59	43	31	40	-239	-85.7
개인	3,081	2,530	1,875	1,281	954	677	476	348	-2,733	-88.7
의학교육기관(재분류)	165	170	170	170	168	156	161	160	-5	-3.0

자료: 厚生労働省, 平成24年(2012)医療施設(動態)調査・病院報告の概況, 統計表, p.30, 統計表2를 재가공. Available from http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/12/dl/04_toukei.pdf. [Access 2014.02.02.]

주1: 공공 병원의 기준은 개설자가 국가, 공적 의료기관, 사회보험관계단체, 사립학교법인인 경우로 필자가 재가공함.

주2: 1990년 자료가 없는 경우 최초 연도 자료를 이용했음.

한편, 공공 병원의 경우 지역의료 지원 병원, 감염병상 있는 병원, 결핵 병상 있는 병원 등에서 각각 71.7%, 92.2%, 83.4%로 높은 비중을 차지하고 있지만 구급고시 병원 35.2%, 정신 병상 존재 병원 18.9%로 낮은 비중을 보였다(표 3-5).

〈표 3-5〉 일본의 개설자별 전체 병원의 종류와 수

2011년 10월 기준(단위: 개)

개설자	총수	정신과 병원	결핵 요양소	일반 병원	지역의료 지원병원 (재분류)	구급고시 병원 (재분류)	정신병상 유병원 (재분류)	감염병상 유병원 (재분류)	결핵병상 유병원 (재분류)	요양병상 유병원 (재분류)	요양병상 만유병원 (재분류)	일반병상 유병원 (재분류)
총수	8,605	1,076	1	7,528	378	3,843	1,654	332	253	3,920	1,355	5,991
공공 병원 (총수 대비 비율)	1,763 (20.5%)	51 (4.7%)	0 (0.0%)	1,712 (22.7%)	271 (71.7%)	1,354 (35.2%)	313 (18.9%)	306 (92.2%)	211 (83.4%)	355 (9.1%)	26 (1.9%)	1,681 (28.1%)
국가	274	3	-	271	68	167	88	20	66	3	-	270
공적의료기관	1,258	46	-	1,212	175	1,021	188	273	133	326	24	1,184
사회보험관계 단체	121	-	-	121	23	99	5	10	10	22	1	120
공익법인	384	64	-	320	55	194	86	15	15	168	44	269
의료법인	5,712	911	1	4,800	42	2,046	1,176	6	20	3,076	1,152	3,486
사립학교법인	110	2	-	108	5	67	32	3	2	4	1	107
사회복지법인	187	10	-	177	3	41	22	-	4	76	18	158
의료생협	85	2	-	83	-	53	3	-	-	42	9	74
회사	62	-	-	62	2	26	5	2	1	8	1	61
기타법인	39	3	-	36	5	18	5	3	-	15	-	35
개인	373	35	-	338	-	111	44	-	2	180	105	227
의학교육기관 (재분류)	162	1	-	161	6	113	82	13	13	3	-	161

자료: 厚生統計要覧(平成24年度), 第2編 保健衛生, 第2章 医療, 第2-31表(엑셀파일)를 재가공. Available from <http://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/index-kousei.html>. [Access2014.02.03.]

주1: 공공 병원의 기준은 개설자가 국가, 공적 의료기관, 사회보험관계단체, 사립학교법인인 경우로 필자가 재가공함

개설자별로 살펴본 100병상당 종사자 수를 살펴보았다. 국가병원 혹은 공적의료기관 모두 의사수와 간호사 수가 다른 유형의 병원에 비해서 낮은 수준은 아닌 것으로 판단된다(표 3-6)

〈표 3-6〉 일본의 일반 병원에 대한 개설자별 100병상 당 종사자 수

2012년 (단위: 명:100병상)

	일반 병원	국가	공적의료 기관	사회보험 관계단체	의료법인	개인	기타
전체 종사자 수	135	147.1	147.8	49.9	120.2	91.1	159.9
의사	14.7	26.7	18.2	8.7	8.6	7.1	22.2
상근	11.9	21.1	15.8	6.9	6.1	4.4	19.6
비상근	2.8	5.6	2.4	1.9	2.6	2.7	2.7
치과의사	0.8	2.6	0.4	0.4	0.2	0.1	2.4
약제사	3.1	3.5	3.6	3.7	2.6	2.2	3.9
간호사	5.1	70.1	7.2	1.4	33.5	19.7	63.9
준간호사	8.7	1.2	3.7	1.9	13.6	16.2	5.6
간호업무보조사	12.7	5.7	8.3	6.7	16.7	18	11.2

자료: 厚生労働省, 平成24年(2012)医療施設(動態)調査・病院報告の概況, 統計表, p.52, 統計表19를 재가공. Available from http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/12/dl/04_toukei.pdf. [Access 2014.02.02.]

라. 일본 공공병원의 역할

일본 공공(公共) 병원의 역할을 살펴보기 위해 공립(公立) 병원, 특정기능 병원, 지역의료지원 병원을 검토하고자 한다.

공립(公立) 병원의 역할은 2007년 총무성의 ‘공립 병원 개혁 가이드라인’에 명시되어 있다. 이를 살펴보기 전에 공립 병원 개혁의 궁극적인 목적을 유념할 필요가 있다. 그 목적은 “공(公)과 민(民)의 적절한 역할 분담 아래 지역에서 필요한 의료 제공 체제의 확보를 도모하는 것”이다(総務省 2007, p.1).

총무성 가이드라인에서 규정된 공립 병원의 역할은 “지역에서 필요한 의료 중 재산성 등의 측면에서 민간 의료 기관이 제공하기 곤란한 의료를 제공하는 것”이며, 구체적으로 다음과 같다(総務省 2007, pp.1-2).

- 산간 벽지, 낙도 등 민간 의료기관의 입지가 어려운 소외 지역 등의 일반 의료 제공
- 응급, 아동, 주산기, 재해, 정신 등의 불채산 부문과 특수 부문에 관련된 의료 제공

- 현립 암 센터, 현립 순환기 센터 등 지역의 민간 의료기관에서 한계가 있는 고도 선진 의료 제공
- 교육의 실시 등을 포함한 광역적인 의사 파견의 거점으로서 기능 등

이러한 관점에서 2012년 당시 자치체가 경영하는 자치체 병원²⁵⁾의 현황을 살펴보면 일반 병원 814개 중 32.3%인 263개 병원은 300병상 이상을 갖는 지역의 핵심 병원으로서 지역의료를 지원하고 있고, 일반 병원의 37.0%인 301개 병원은 민간 의료기관의 진료를 기대할 수 없는 낙도, 산간 지역 등의 벽지 의료를 위해 불채산 지역 병원²⁶⁾으로 중요한 역할을 하고 있다. 또한 전체 자치체 병원 847개 중 84.9%인 719개 병원은 구급 고시를 받아 지역 응급 의료를 담당하고 있는 것으로 나타났다(総務省自治財政局, 2012).

하지만 근래 일본 사회에서 문제로 대두된 ‘의료 붕괴’ 현상을 보면 전술한 공공 병원의 역할이 무너지고 있음을 알 수 있다(毎日新聞 2009年 2月18日).

둘째 일본의 특정기능 병원을 살펴보자. 특정기능 병원은 1993년 의료 시설 기능의 체계화의 일환으로 도입한 제도이다. 그 역할은 고도 의료의 제공과 기술 개발, 고도 의료서비스에 대한 교육 수행이다. 후생노동성이 이러한 역할을 할 수 있는 개별 병원을 특정기능 병원으로 승인한다.

25) 이때 자치체 병원의 정의는 ‘의료시설 경영 안정화 추진사업 - 2011년 병원 경영관리 지표’의 자치체 병원(도도부현, 지방독립행정법인, 시정촌, 특별지방자치단체가 개설한 병원의 정의와 차이가 있다. 여기서의 정의는 ‘지방공영기업법’을 적용받고 있는 병원 사업을 갖는 공립 병원으로 지방독립행정법인립 병원 등은 제외된다(総務省自治財政局 2012).

26) 불채산 지역 병원’은 소유 병상이 크게 일반병상 또는 요양병상인 병원 중 주로 물리치료 또는 작업치료를 수행하는 병원 이외의 병원과 해당 병원의 시설이 크게 아동복지시설인 병원 이외의 병원(이하 ‘일반병원’)에서 다음 각 조건에 맞는 것이다(総務省自治財政局 2012, p.131).

가. 병상 수 150병상 미만이며, 가장 가까운 일반 병원까지 이동 거리가 15킬로미터 이상의 위치에 소재하고 있는 일반병원임(제1종 해당)

나. 병상 수 150병상 미만이며, 인구 집중 지역 이외의 지역에 소재하고 있는 일반 병원임(제2종 해당)

2012년 4월 당시, 84개 병원이 승인받았다(표 3-2 참조).

특정기능 병원의 현황을 살펴보면, 목록을 파악할 수 있는 온라인 웹페이지에는 일본 전역에서 83개 병원이 지정되어 있고, 80개 의과대학 부속병원 본원과 국립 암 센터 중앙 병원(도쿄), 국립 순환기 연구 센터(오사카), 오사카 부립 성인병 센터(오사카)로 구성되어 있다.²⁷⁾ 83개 병원은 앞서 정의한 일본의 공공 병원에 모두 포함된다.

특정기능 병원²⁸⁾의 경우 여타 병원에 비해 입원환자 질병의 희귀성, 복잡성이 유의하게 높았고 외래환자 질병의 희귀성도 유의하게 높았다(Fushimi et al. 2007). 또한 특정기능 병원(82개 병원의 평균 병상 수 869.6)은 외래환자 중 의뢰환자 비율이 43.8%로 특정기능 병원 이외의 일반 병상 400병상 이상 병원(표본 457개 병원의 평균 병상 수 561.8)의 22.8%에 비해 높게 나타났고 외래환자의 상병 구성은 신생물의 비율이 20% 정도로 일반병원의 2배 정도로 나타났다(厚生労働省, 2012).

셋째 지역의료지원 병원은 1997년 지역의료의 확보를 위해 도입한 제도이다. 그 역할은 의뢰 받은 환자에게 의료 제공, 의료기기 공동 이용, 응급의료 제공, 지역의료 종사자에 대한 연수 실시이다. 도도부현 지사가 이러한 역할을 할 수 있는 개별 병원을 지역의료지원 병원으로 승인한다. 2012년 10월 당시, 432개 병원이 승인받았다(표 3-2).

지역의료지원 병원은 병원 분류 상 정신병원과 결핵요양소를 제외한 일반병원에 속하고 2차 의료권 당 하나 이상 존재하는 것이 바람직하다고 간주된다.²⁹⁾³⁰⁾ 지역의료지원 병원 가운데 공공(公共) 병원이 차지하

27) 高度な医療を提供する全国の特定機能病院(83施設). Available from <http://www.jacr2009.org/>. [Access2014.02.04.]

28) Fushimi et al.(2007)은 병원의 분류를 주요 교육병원(major teaching hospitals), 여타 교육병원(other teaching hospitals), 여타 비교육 공공병원(other public hospitals), 대규모 비교육 민간병원(large private hospitals, 400병상 이상), 소규모 민간병원(small private hospitals, 400병상 미만)로 하였다. 자세한 명단은 소개되지 않았지만, 주요 교육병원의 경우 대학병원 80개와 국립 중앙 병원 2개로 구성된다고 기술하였기에 '특정기능 병원'으로 볼 수 있다.

는 비율은 병원 수 71.7%, 병상 수 76.7%로 나타나 큰 비중을 차지하고 있음을 알 수 있다. 또한 2008년 데이터를 이용하여 지역의료지원 병원 중 226개 병원(평균 병상 수 449.5개)과 지역의료지원 병원 이외의 병원 중 일반 병상 200병상 이상의 병원 1,177개(평균 병상 수 417.5개)의 외래 현황을 비교한 결과에서 외래환자 중 의뢰환자 비율, 응급의료 제공 비율, 외래 환자 상병 구성 중 신생물 비율이 지역의료지원 병원에서 높게 나타났다(厚生労働省, 2012).

3. 일본 총무성의 공립(公立) 병원 개혁에 대한 검토

일본 공공병원이 현재 당면하고 있는 문제를 이해하는데 관련 정책을 살펴볼 필요가 있어서, 일본 총무성의 공립병원 개혁 정책을 고찰하였다.

가. 일본의 구조개혁 맥락

1980년대 중반부터 일본의 세계화는 본격화되었지만, 1991년 거품 경제가 붕괴하면서 ‘잃어버린 10년’으로 불리는 장기 불황에 돌입한다. 1996년 단독 정권으로 출범한 자민당은 ‘기업에게 선택받을 수 있는 국가와 지역 만들기’라는 목표를 내건 ‘하시모토 행정개혁 비전’을 발표한다. 이는 법인세율 인하와 소비세율 인상, 사회보험료 등 국민 부담 증대, 노동법 개정, 지방분권 일괄법, 중앙부처 등 개혁이라는 내용으로 구체화되었다. 이러한 구조 개혁의 영향은 산업, 고용, 생활, 지방자치단체 행정

29) Available from <http://www.nhicindia.org/contents01.html#menu09>.
[Access2014.02.07.]

30) 일본 의료법에 따른 2차 의료권이란 ‘지리적 조건 등의 자연 조건, 일상생활 수요의 충족 상황, 교통 사정 등의 사회적 조건을 고려하여 일체의 지역에서 병원 입원에 관한 의료를 제공하는 체제의 확보하기 위한 지역적 단위’로서 2011년 일본 전국에 349개가 존재한다(医療計画の見直しに関する都道府県説明会資料(1), 平成24年3月 厚生労働省 医政局指導課).

등 여러 방면에서 나타났고, 특히 주민생활의 영역에 집중적으로 나타났고 한다. 시정촌 통합이 추진되었고, 공공서비스의 민간화가 촉진되면서 병원 및 보육원 등에 문제가 발생한 자치체가 증가했다(와타나베 오사무 외 지음, 이유철 옮김 2010).

아베 내각은 2007년 6월 ‘경제 재정 개혁의 기본 방침 2007’을 결정했다. 이 방침에서 ‘세입·세출 일체 개혁의 실현’을 위해 그 주축으로 ‘사회보장 개혁’을 내걸고 그 일환으로 ‘공립병원 개혁’을 제시했다(日本自治体労働組合総連合中央執行委員会 2007).

나. ‘공립병원 개혁 가이드라인’과 이슈

1) ‘공립병원 개혁 가이드라인’ 개요

일본 총무성은 2007년 ‘공립(公立) 병원 개혁 가이드라인’을 통해 “지역에서 필요한 의료를 안정적이고 지속적으로 제공하기 위해 공립 병원에서의 급진적 개혁”을 실시하겠다고 밝혔다(総務省 2007, p.1).

공립병원 개혁의 궁극적 목적은 “공·민의 적절한 역할 분담 아래 지역에서 필요한 의료 제공 체제의 확보를 도모하는 것”이고 안정된 경영, 양질의 의료 지속 제공, 의료 종사자의 적절한 배치, 경영 효율화 도모, 지속 가능한 병원 경영이 목표라고 하였다(総務省 2007, p.1). 실제로는 공립 병원의 재정 운영에서의 효율성에 주목한 개혁이라고 할 수 있다.

공립병원의 역할은 “지역에서 필요한 의료 중 재산성 등의 측면에서 민간 의료 기관이 제공하기 곤란한 의료를 제공하는 것”이다. 특히 민간 의료기관이 많이 존재하는 도시의 공립 병원의 경우 필요가 감소하면 폐지·통합을 검토해 나갈 것이라 하였다(総務省 2007, pp.1-2).

공립병원 개혁 지향은 첫째, 경영효율화로서 “병원 경영의 건전성이 확보가 필수적”이므로 “요청되는 경영 지표에 대한 수치 목표를 정하고 경

영의 효율화를 도모하는 것이 요구”된다. 둘째, 재편·네트워크화로서 “지역 전체에서 필요한 의료 서비스가 제공되도록 지역의 공립 병원을 ㉠ 핵심 치료를 수행하는 의사 파견의 거점 기능을 갖는 기간 병원과 ㉡ 기간 병원에서 의사 파견 등 다양한 지원을 받으면서 일상적인 의료를 보장하는 병원·진료소로 재구성하고 네트워크화를 추진해 나가는 것”이다. 셋째, 경영 형태의 재검토로서, “민간 경영 기법의 도입을 도모하는 관점에서 예를 들면 지방 독립 행정 법인화 및 지정 관리자 제도의 도입 등으로 경영 형태를 수정하는 것뿐 아니라 민간의 사업 양도 및 진료소화를 포함하여 사업의 본연의 자세를 근본적으로 재검토하는 것이 요구”된다(總務省 2007, pp.2-3).

2) 공립병원개혁의 3가지 관점

① 경영 효율화 관점

총무성은 공립병원에 대한 경영 효율화 관점에서 지표를 재무 영역에서는 수지개선, 경비삭감, 수익확보, 경영안정성 등을 제시하였다. 또한 경영 효율화 관점에서 공립병원에 개혁방안으로 민간 경영기법 도입 등과 같은 방안을 예시로 제공하였다(표 3-7, 3-8).

〈표 3-7〉 일본의 공립병원 개혁을 위한 경영 효율화 관점의 구체적 지표(예)

분류	지표 예시
재무 내용의 개선	
수지 개선	경상 손익 금액, 자금 부족액, 자금 부족 비율, 감가상각 전 수지액, 경상 수지 비율, 의업 수지 비율, 직원급여비 대 의업수익의 비율, 100병상 당 직원급여비용 등
경비 삭감	의약 재료비 대량 구입 통한 ○ % 감소, 제품 사용 효율, 재료비 대 의업 수익 비율, 100 병상 당 직원 수 등
수익 확보	병상 이용율, 평균 입원일 수, 환자 1명당 진료 수익 등
경영의 안정성	순자산액, 현금 보유 잔액 등
공립 병원으로 제공해야 할 의료 기능 확보	외래·입원 환자 수, 응급 등 이른바 4개 질병 5개 사업 관련 담당 건수 (또는 지역에서의 취급 비율), 임상 연수의사 수용 인원 수, 의사 파견 등 건수 등
기타(자치체 판단에 따라)	서비스 향상에 따른 지표(예, 환자 만족도 등) 등

출처: 総務省(2007), pp.4-5, ①経営指標に係る数値目標の設定의 내용을 표로 작성.

〈표 3-8〉 공립병원 개혁을 위한 경영 효율화 관점의 구체적 대처 예시

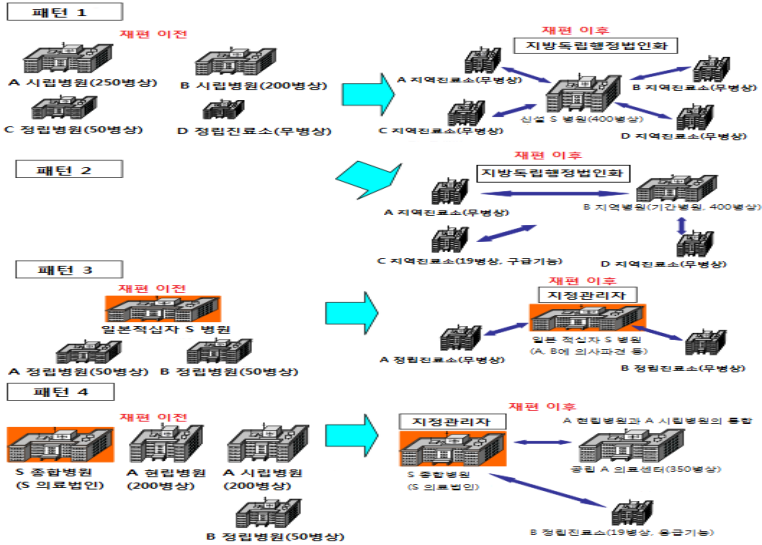
분류	구체적 대처의 예시
민간 경영 기법의 도입	경영 형태의 재검토, PFI 방식, 민간 위탁 활용 등
사업규모와 형태 재검토	과잉 병상의 감소, 노인 보건 시설이나 병원으로의 전환 등
경비 삭감과 억제 대책	직원 급여 체계의 재검토, 계약의 검토(장기 계약이나 약제 대량 구매 등에 의한 규모의 경제 추구하고 경쟁성 도입) 등
수익 증가와 확보 대책	의료 기능에 맞는 진료 보수의 확보, 소개율과 역소개율의 향상, 미수금 관리 강화, 불용 재산의 활용, 의업 외 수익의 증가 등

출처: 総務省(2007), pp.6-7, ④目標達成に向けた具体的な取組의 내용을 표로 작성.

② 재편·네트워크화 관점

총무성은 재편·네트워크화 관점에서 다음과 같이 4가지 패턴 예시는 다음 그림과 같다(그림 3-3).

[그림 3-3] 일본 병원 재편·네트워크화 관점의 패턴 예시



출처: 総務省(2007), p.18 그림 재작성

③ 경영 형태의 재검토

총무성은 공립병원 개혁을 위한 경영형태 재검토의 대안으로 4가지 형태를 제시하였고 여기에 지방공영기업법의 전부 적용, 지방독립행정법인화, 지정 관리자 제도 도입, 민간 양도가 포함된다(総務省, 2007). 민간 양도를 제외한 3가지 경영형태의 세부 내용은 다음과 같다(표 3-9).

〈표 3-9〉 일본 공립 병원 사업의 주요 경영형태

	지방공영기업법 전부적용	독립행정법인 비공무원형	지정관리자 제도
개설자	지방자치단체(자치체)	지방독립행정법인	지방자치단체(자치체)
사업책임자	병원사업관리자	법인의 장(이사장)	수탁사업자(공익법인, 의료법인 등)
병원의 자리매김	도도부현이 설치하는 지방공영기업	도도부현이 설치하는 지방독립행정법인	공설민영(公設民營)
직원신분	지방공무원	민간직원과 동일	수탁자의 직원(민간 직원)
경영	관리자 권한과 책임 경영 실시	설립단체의 장(지사)이 중기 목표 설정	수탁 계약의 범위 내에서 수탁자가 사업 실시

출처: 武藤正樹(2013), 62 슬라이드.

3) ‘공립 병원 개혁 가이드라인’ 실시 현황과 그 영향

가) 총무성의 분석 결과

총무성이 제시한 2013년 공립병원개혁 실시 상황 자료를³¹⁾ 살펴보면 공립병원 중에서 2008년 934개 공립병원 중에서 경상수지 흑자인 병원은 29.7%였으며, 2012년에는 897개 공립병원 중에서 경상수지 흑자인 병원은 50.4%로 나타났다. 공립병원 수는 37개가 감소하였고, 경상수지 흑자인 병원 비중은 증가한 것으로 나타났다.

도도부현의 공립 병원 등의 재편·네트워크화 추진에 따른 계획과 구상 등의 책정 단체는 42개, 미책정 단체는 5개(토치기현, 사이타마현, 와카야마현, 고치현, 오키나와현)이고 이 가운데 토치기현은 2013년에 책정 예정이다.

31) ‘公立病院改革プラン実施状況等の調査結果’ (調査日: 平成25年3月31日). Available from http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/hospital/02zaisei06_03000047.html. [Access2014.05.25.]

2009년 이후 경영 형태를 검토한 병원 수 등 상황은 다음과 같다(표 3-10).

〈표 3-10〉 2009년 이후 일본 공립 병원의 경영 형태 검토 상황

	2009년 - 2012년 실시 병원	2013년 이후 경영 형태 재검토 실시(예정) 병원
지방독립행정법인화	*51	17
지정관리자제도 도입	**16	1
공영기업법 재무 적용 → 공영기업법 전부 적용	***105	19
민간 양도	13	3
진료소화 등	27	4
합계	212	44

자료: '公立病院改革プラン実施状況等の調査結果' (調査日: 平成25年3月31日), p.5. Available from http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/hospital/02zaisei06_03000047.html. [Access2014.05.25.]

* 2008년 이전 지방독립행정법인이 된 병원, 일반행정병원이 지방독립행정법인이 된 병원을 포함하면, 2012년 말 지방독립행정법인 립 병원은 63개

** 2008년 이전 지정관리자제도를 도입한 병원, 일반행정병원에서 공기업으로 이관될 때 지정관리자제도를 도입한 병원을 포함하면, 2012년 말 지정관리자제도 도입 병원은 71개

*** 2012년 말의 공영기업법 전부 적용 병원(지정관리자제도 도입 병원 제외)은 352개

한층 풍부하게 경영 효율화 측면의 추이를 알기 위해 총무성이 발표한 다른 자료를 소개한다. 이 자료의 대상은 지방공영기업법 적용을 받는 병원 사업이 존재하는 공립 병원이다. 〈표 3-11〉에서 알 수 있듯, 2008년부터 2012년까지 공립 병원의 총 수지 비율과 경상 수지 비율은 증가하는 경향으로 나타났다. 또한 순 이익, 경상 이익 측면에서 모두 적자 병원 수는 크게 감소했고 2012년 다시 약간 증가한 경향을 보인다. 누적결손금과 불량채무가 존재하는 병원 수도 점차 감소하고 있다.

60 공공보건의료의 현황과 발전방안: 지방의료원과 국립대병원 중심으로

〈표 3-11〉 2008-2012년 일본 공립 병원의 손익 수지 상황

단위: 억 엔, %

항목\연도	2008	2009	2010	2011(A)	2012(B)	(B) - (A) (A)
총 수익 A	39,901	39,987	39,789	39,515	39,429	△0.2
(타회계 전입금)	5,668	5,664	5,417	5,376	5,246	△2.4
(국고(현) 보조금)	163	175	189	200	197	
경상 수익 B	39,597	39,646	39,558	39,203	39,178	△0.1
의업 수익	34,464	34,463	34,510	34,229	34,329	0.3
총 비용 C	41,717	41,056	39,780	39,526	39,386	△0.4
경상 비용 D	41,442	40,749	39,501	39,108	39,057	△0.1
의업 비용	39,119	38,507	37,355	37,067	37,032	△0.1
누적 결손금	21,368	21,571	20,707	20,326	19,581	△3.7
(누적 결손금 발생 사업 수)	(562)	(546)	(524)	(510)	(494)	
불량 채무	575	508	307	155	106	△31.6
(불량 채무 발생 사업 수)	(96)	(84)	(63)	(37)	(31)	
감가 상각액	2,774	2,676	2,565	2,513	2,506	△0.3
상각 이전 수지	957	1,606	2,574	2,502	2,548	1.8
총 사업 수	665(664)	659(657)	654(650)	652(649)	643(641)	△ 1.4
총 병원 수	936(932)	916(910)	883(875)	863(853)	847(834)	△ 1.9
총 사업 수 대비 비율						
순 손실 발생 사업 수	70.8	59.5	44.3	43.5	45.4	
경상 손실 발생 사업 수	72.4	61.0	45.4	44.4	47.3	
누적 결손금 존재 사업 수	84.6	83.4	80.6	78.6	77.1	
불량채무 존재 사업 수	14.5	12.8	9.7	5.7	4.8	
총 병원 수 대비 비율						
순 손실 발생 병원 수	69.7	58.6	46.4	46.7	50.2	
경상 손실 발생 병원 수	70.9	59.9	47.7	48.1	51.6	
총 수지 비율(A/C*100)	95.6	97.4	100.0	99.9	100.1	
경상 수지 비율(B/D*100)	95.5	97.3	100.1	100.2	100.3	
총 수익 중 타회계 전입금 비율	14.2	14.2	13.6	13.6	13.3	
총 수익 중 국고(현) 보조금 비율	0.41	0.44	0.48	0.51	0.50	

* 자료: 総務省の公立病院の損益収支の状況(平成19年度~平成24年度)(총 1면)의 표(Available from: http://www.soumu.go.jp/main_content/000209744.pdf [Access2014.06.18.])와 総務省自治財政局(2012), p.134의 第3表 을 재가공.

주1) n.a는 자료가 가용하지 않음을 의미

주2) ()안은 '건설 중'을 제외한 사업 수입

주3) 총 수익A 중 타 회계 전입금의 세부 사항은 다음에 나오는 표 '2008년 - 2012년 공립 병원의 타 회계 전입 상황'에서 타 회계 전입금의 수익적 수입(a) 참조 가능

나) 야노경제연구소의 ‘자치체 병원³²⁾ 경영 동향·개혁 의도’ 설문조사³³⁾

야노경제연구소의 조사 분석 결과는 총무성의 진단과는 다르다. 2009년 30.1%, 2010년 53.8%, 2011년 56.6%로 국공립병원의 흑자 비율이 증가하였지만 2010년에 비해 2011년의 수지 개선 경향이 줄어들어 향후 경영 상태는 낙관할 수 없다고 설명하였다(矢野經濟研究所, 2012).

공립병원 사업 수지의 개선 요인은 입원 진료 수익 증가, 악화 요인은 병상 가동률 저하로 나타났다. 경영 개선이나 개혁 실행에 있어서 과제가 있다고 응답한 자치체 병원은 약 90%에 달했고 가장 많이 지적한 과제는 의사 부족과 재원 부족(국가의 사회보장 재원과 지방자치단체의 재원부족 모두)이었다. 기타 과제로는 직원의 경영에 관한 의식 향상 등이 있었다. 의사 부족의 경우 2006년 설문조사에서부터 과제로 지적되었던 것이었고 해결책을 찾기 어려워 보인다(矢野經濟研究所, 2012).

다) 이와테현 사례

이와테현은 “도도부현 중에서 공립 병원의 비중이 가장 높고 현립 병원이 많아, 60년 이상 광대한 농산촌과 인구 과소 지역에서 소도시를 중심으로 한 광역 의료권에서 현립 자체의 의료 공급망을 형성”해왔다(葉田但馬 2011, p.21).

총무성의 ‘공립 병원 개혁 가이드라인’ 발표 이후 이와테 현은 ‘이와테 현립 병원 등의 신경영개혁’을 책정하여 일부 시정촌의 모든 지역 진료소와 1개 병원의 무병상화를 주축으로 하면서 기간 병원 등의 추가 병상 수

32) 여기 자치체 병원의 정의는 이전 총무성 자료의 공립 병원 정의, 즉 지방공영기업법을 적용 받는 병원 사업이 존재하는 공립 병원과 같은 개념이다.

33) 야노경제연구소는 2012년 「2010년 지방공영기업연감(총무성)」에 실린 병원(단체) 중 143개를 대상으로 직접 면담, 우편·전화·전자우편, 문헌 조사 방법을 통해 ‘자치체 병원의 경영 동향·개혁 의도’에 관한 설문 조사를 실시하였다(矢野經濟研究所 2012).

감소를 추진하였다(栗田但馬 2011, p.34).

그러나 “시정촌(市町村)과의 사전 협의조차 전무했고, 2008년 11월 ‘신경영개혁’ 방안 발표, 2009년 4월 일률적인 5개 지역 진료소 무병상화, 2010년 4월 60병상의 누마쿠나이 병원 무병상화 실시는 현 내의 무병상화 대상 지역에 혼란을 초래”하였다. 현은 계속 추진했지만 현 의회에서 반대가 많았고 “무병상화 관련 예산에 대해 지사가 무릎 꿇고 통과를 요구”했으며 “책정 경과에 대해 몇 번이나 사죄”해야 했다(栗田但馬 2011, p.34).

“전국적으로 지방 분권의 추진, 즉 재무 행정의 분권은 우여곡절이 있으면서도 확실하게 진행되고 있는 반면, 지역 의료에서 현과 현민의 관계에서 본 주민 자치의 충실과 강화는 성과를 거두지 못하고” 있다. 따라서 독립행정법인화와 같은 경영 형태의 재검토를 서두르기보다 현립병원에 대해서 현과 현민이 협력하면서 지역의료를 둘러싼 대안을 찾아야 할 것이다(栗田但馬 2011, p.43).

4. 일본 공립병원 방문조사³⁴⁾

일본의 공적병원 현황을 보다 구체적으로 파악하기 위해서 연구책임자가 방문하여 조사하였다. 다음은 일본 요코하마시 보건당국자와 공공병원 관계자를 면담한 결과를 기술한 것이며, 면담과정에서 질의하고 응답한 내용과, 요코하마시의 공공병원 관계자가 제공한 자료를 바탕으로 작성하였다.

요코하마시 공공병원 관계자로부터 제공받은 자료 중 참고한 것은 1)

34) 일본 지방의 보건당국과 공공병원 현황을 파악하기 위해 방문조사를 통해 습득된 내용으로 저자가 재구성하였다.

요코하마시시립시민병원 개요(요코하마시 병원경영당국, 2014년 8월), 2)요코하마시시립시민병원 개요(요코하마시시립시민병원 제공자료, 2104년 4월) 3) 요코하마시시립대학부속병원 내부자료(2014년)으로 구분해서 표기하였다.

가. 요코하마시 건강복지국 의료정책실 담당자 면담내용

요코하마 시는 항구도시이며 인구는 약 370만 명이다³⁵⁾. 요코하마시 건강복지국 의료정책실 담당자에 의하면 공립병원으로 시립대학병원과 시민병원이 있다. 공립병원 외에 시가 지원하는 중핵병원, 현병원 및 재생희병원을 포함해서 공적병원이라고 하였다. 중핵병원은 이 지역에만 있는 병원으로 시당국은 병원의부지만 제공하고 운영비는 지원하지 않는다고 하였다. 요코하마시의 공공의료는 건강복지국 의료정책실에서 담당하고 있다(요코하마시 병원경영당국, 2014년 8월).

요코하마시 건강복지국 의료정책실 담당자는 현재 일본은 소비세를 증가하여 사회복지 재정을 충당하고 있으며, 중앙정부에서 지자체에 주는 교부금은 노령자인구 비중에 비례한다고 하였다. 또한 요코하마 시는 노령자 인구비중이 높아서 복지예산의 약 30% 정도를 중앙정부가 주는 교부금으로 충당하고 있다. 사회복지교부금에서, 보건의료비에 사용할 수 있는 예산 규모를 질문한 결과, 보건의료예산 규모가 정해져있는 것은 아니라는 대답을 들었다. 또한 우리나라와 같이 공공병원이 취약계층 진료로 주로 답하는 지에 대해서 질문을 하였는데, 취약계층이 방문하면 진료를 하지만 별다른 사업은 하지 않는다고 설명하였다.

요코하마시 의료정책실 담당자는 다른 지역에서는 도도부에서 지역의료계획을 세우지만 여기서는 시에서 자체적으로 지역의료계획을 수립하

35) http://ko.wikipedia.org/wiki/요코하마_시. 2014년 8. 20 인출

였다고 설명하였다. 총무성의 공적병원 개혁가이드라인이 미치는 영향을 질문하였는데, 경영진단을 수행하는 등의 노력을 기울였지만 병원의 구조조정이나 통폐합 사례는 없다고 하였다. 또한 건강복지국 의료정책실에서 공립병원에 대한 성과평가를 하지 않으며 공공병원 운영에 대한 협의체로 ‘병원경영국’을 구성하였는데 여기에는 의료정책실 담당자, 시민병원 직원과 자문위원들이 참여한다고 설명하였다.

나. 요코하마시립시민병원 현황

요코하마시립시민병원(이하 시민병원으로 함)은 1960년에 개설되어 4개 기본과목 42병상으로 출발하였고, 이후 병원시설과 규모를 지속적으로 확장해왔다. 시민병원은 2014년 현재 650병상 규모로 현재 33개 진료과목을 운영하고 있다(요코하마시 병원경영당국, 2014. 8월 자료). 시민병원은 시에서 직접 운영하는 공립병원으로 여기 근무하는 직원들은 시공무원 신분을 갖고 있다.

시민병원은 국내 지방의료원과 달리 취약계층만을 중점으로 진료하는 병원이 아니라 전체 시민을 대상으로 급성기 진료를 제공하는 거점병원의 성격을 가지고 있다. 시민병원은 암질환과 심장질환 등에 대해서 진료를 제공할 수 있도록 국가에서 인정을 받았으며, 대학병원에 준하는 의료 수준으로 제공하고 있다. 이 외에 응급진료, 주산기 진료, 감염병 진료, 재해진료 등을 제공하고 있다. 급성심근색증, 뇌졸중과 외상에 대한 증례에 대응하기 위해서 24시간 근무하고 있으며, 구급의료체계에서 2차구급 거점병원 A에 해당되어 중증 환자를 수용하고 있었다. 시민병원은 공립병원으로서 AIDS나 재해에 대한 대응도 담당하고 있다(요코하마시 병원경영당국, 2014년 8월).

시민병원은 2013년 기준으로 연간 진료환자수가 201,532명이며, 병상이용률은 84.8%이다. 입원환자의 재원일수는 12.1일, 평균 내원환자

수는 1,215명이었다. 산부인과 분만건수는 1,053건이었다. 2013년 응급환자 진료건수는 19,234건이다. 시민병원의 진료비가 일반 다른 병원보다 낮은 수준은 아니며, 의료보수에 따라서 제공하고 있다(요코하마시 시립시민병원 제공자료, 2104년 4월).

시민병원이 생활보호대상자를 진료하는 비율은 4% 정도로 높지 않은 편이었다. 우리나라 요양서비스에 해당되는 개호대상 환자가 오면 진료를 제공하고 있으나 '낮 병동'과 같은 개호서비스를 따로 제공하지 않고 있다(요코하마시립시민병원 제공자료, 2104년 4월).

요코하마시 보건당국에서 시민병원에 대해 연간 1,741백만 엔 정도를 지원받고 있으며, 그 중 634백만 엔은 시설비이고, 1,107백만 엔은 운영비로 사용되었다. 시의 지원금은 전체 경비의 "7%" 정도이다. 2013년 경영수익은 462백만 엔 정도이다. 시당국이 제공한 지원금 사용내역은 <표 3-12>와 같다(요코하마시립시민병원 제공자료, 2104년 4월).

<표 3-12> 요코하마시립시민병원 지원금 사용내역(2013)*

		단위: 1,000 엔	
일반회계 부담금	191,747	구급의료	172,238
		암검진	19,009
	56,360	기업체지불이자	56,360
일반회계보조금	855,136	감염증병상운영경비	241,798
		주산기의료경비	24,852
		소아의료경비	55,670
		기초연금거출금공적부담	245,932
		공제추가비용부담	150,307
		공립병원개혁플랜 경비	500
		아동수당	32,474
		원내탁아소운영경비	22,308
		연구연수비	44,130
		의사확보대책경비	36,985
일반회계출자금	633,718	기업채 원금상환금	633,718
총계			1,736,460

자료: 요코하마시립시민병원 출장시 제공자료, 2104년 4월

시민병원 관계자는 시민병원이 지역의 중심병원으로 의료수익은 증가하고 있으나 경비의 증가 또한 크고 인건비 비중이 높은 상황이다. 또한 병원시설이 노후화, 공간의 협소한 점이 문제이며 현재 시설의 증축을 준비하고 있다고 하였다.

시민병원 관계자에게 의사인력에 대한 문제를 질문한 결과, 시민병원은 시립의과대학과 계이오 의과대학에 의사인력을 요청해서 인력을 충원한다고 하였다. 형식적으로는 의사들이 시민병원에서 4-5년 정도 일하다가 대학으로 돌아가는 순환체제이지만, 대부분의 의사들은 시민병원에서 지속적으로 근무하고 있으며, 정규직이라고 하였다. 이는 국내 대학병원이 지방의료원에 의사를 파견하는 제도와는 내용적으로 전혀 다른 것으로 판단된다.

한편, 시민병원관계자는 시민병원에 간호사가 부족한 상황이며, 부족한 인력은 아르바이트 간호사를 활용하고 있다고 하였다. 또한 간호사를 확보하기 위해서 홍보작업을 진행하고 있지만, 고용확보를 위해서 임금을 더 주지는 않는다고 하였다. 간호사 입장에서 시민병원에 일하는 장점을 질문하였더니, 공무원으로서 고용안정성이 있다는 점을 꼽았다.

시민병원에서 지역사회에 병원에 대한 정보를 제공하기 위해서 주민이 참여하는 시민위원회를 운영하고 있다고 하였다. 또한 앞서 언급한 요코하마시 병원경영국에서 주관하여 '시민병원 경영평가위원회'를 열어 시민병원의 경영상황을 점검하고 재정비사업 등을 논의하고 있다고 하였다. 시민병원 관계자는 총무성의 공립병원 개혁플랜 시작 전부터, 헤이세이 17년(2005년)부터 지방공영기업법을 적용하고 병원경영계획을 작성하여 개선하기 위한 노력을 수행해왔다고 하였다. 헤이세이 19년(2007년)에 총무성으로부터 공립병원 개혁플랜 작성을 요구받아서 병원경영국이 요코하마시립시민병원 중기경영플랜을 작성했으며, 경영건전화와 정책의료 수행에 충실히 임하고 있다고 하였다.

다. 요코하마시시립대학부속병원

요코하마시시립대학부속병원(이하 시립대학부속병원)은 시민병원과 달리 요코하마시의 중심지역이 아니라 외각 지역의 해안가에 위치하고 있다. 이 병원은 1991년 시립대학부속병원으로 개설되었으며, 2014년 기준 654병상 규모로 운영되고 있다(요코하마시시립대학부속병원 제공 자료, 2014)

시립대학부속병원의 사명은 ‘진심으로 의지할 수 있는 병원’, ‘안전한 고도 의료 제공’, ‘질 높은 의료인 양성’이라고 하였다. 고도전문의료를 제공하며 1997년 특정기능병원으로 인정받았다. 한편, 감염병(예: 신종 인플루엔자 등)에 대한 1차 담당은 시민병원이 하며 그래도 부족한 경우 시립대학병원이 대응을 한다고 하였다(요코하마시시립대학부속병원 제공자료, 2014).

시립대학부속병원 관계자에의 의하면 요코하마시의 일반회계에서 예산을 지원받고 있으며, 지원규모는 전체 경비의 10% 정도이며, 특정기능 병원 등에 대해서 의료수가에 대한 가산을 받고 있지만 이는 전체 수입에서 극히 일부라고 하였다.

시립대학부속병원 관계자는 총무성의 국·공립병원 개혁가이드라인에 별로 영향을 받지 않았으며, 2005년도 독립행정법인으로 전환한 것은 지자체의 방침이라고 하였다. 병원경영진단 및 발전계획을 세우는 과정에서 총무성의 지침을 참고로 하고 있는데, 현재까지는 총무성의 정책에 큰 영향을 받지 않았지만 향후에는 받을 가능성이 있다고 전망하였다.

시립대학부속병원 관계자는 향후 병원발전을 위해서 혼합진료를 더 많이 하려고 추진하고 있으며, 병상확대가 가능한 국가전략특구로 지정을 받으려고 노력하고 있었다. 입원환자가 많은 상황이고, 대기 환자도 많아서 입원 대기시간을 단축하려고 노력하고 있으며, 외래환자는 지역의 다른 의료기관에서 해소하는 것이 바람직하다는 의견을 제시하였다.

국가가 병상을 통제하는 정책을 갖고 있으며 대학부속병원이 외래환자 진료에 치중하지 않는다는 점이 국내 상황과 다른 것으로 판단된다.

4. 소결

우리나라와 일본은 제도적으로 유사한 점이 많아서 비교하기 좋은 대상으로 공공의료도 마찬가지이다. 일본 공공병원의 주요한 특징과 국내 상황에 대한 시사점을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 일본에서 공공(公共)병원이라는 용어의 공식적이고 명확한 개념은 존재하지 않는다. 福永肇(2014)의 공적(公的) 병원에 대한 정의를 차용한 결과, 2011년 일본 공공(公共)병원 수와 병상 비율은 각각 20.40%와 33.92%이었다.

둘째, 일본의 공공(公共)병원은 고도·특수의료, 불채산 의료, 지역 의료에서 중요한 역할을 하고 있다. 이 가운데 공립(公立) 병원의 경영 상황은 다른 병원에 비해 나쁜 것으로 나타났다. 그 원인으로 의사부족, 낮은 진료보수 등 전체 병원의 공통적 문제와 함께 공립병원에 특수한 문제로는 인건비, 약품비, 위탁비, 건설 관련 투자비용 비중이 높다는 요인이 있다.

셋째, 일본의 공공(公共) 병원 관련 역사를 요약하면, 국공립 병원이 일반 의료로 확장된 것은 제2차 세계대전 패전 이후의 일이었다. 1962년 국공립병원 병상 규제 도입 이전까지 공공병원은 확장되었다. 하지만 의료법인 제도를 도입하고 ‘의료금융공사’를 설립하여 민간병원은 증가하였고 공립병원 병상은 규제하였으므로 현재 일본의 민간 병원이 70% 이상의 비중을 차지하게 되었다.

넷째, 일본 총무성은 2007년부터 공립 병원 개혁을 시작하였는데, 이는 경영효율화 관점, 재편·네트워크화 관점, 경영 형태의 재검토라는 3가지 관점에서 추진되었다. 총무성의 공립병원 개혁실시현황 자료에서 공

립병원의 정상수지가 개선되는 것으로 나타났다. 하지만 의사 부족과 의료보수가 낮은 점 등이 간과되고 있으며 재정 효율성에만 집중하고, 지역 차이를 고려하지 않는 획일적 방침이라는 점에서 비판받고 있다. 개혁 추진의 영향으로 자치체 병원의 역할 왜소화, 지역의료 후퇴, 도시 지역 공립 병원과 인구 과소 지역의 의료가 붕괴할 가능성도 지적되었다. 총무성의 공립 병원 개혁방안에 대한 비판의 핵심은 ‘무엇을 위한 효율성을 추진하는지’와 ‘공립 병원의 본연의 역할이 무엇인지’에 대한 질문으로 수렴되고 있다.

다섯째, 일본의 자치체병원협회는 자치체 행정 전반에서 해당 병원의 역할을 종합적으로 검토해야 하고, 병원경영 ‘효율화’는 이념 실현을 위한 ‘효율화’와 ‘합리화’여야 한다는 관점에서 병원경영 분석을 수행해야 한다고 주장하였다.

여섯째, 의료서비스 공급체계 측면에서 일본이 한국과 다른 점을 정리해보면 공공병원 비중이 한국보다 3~4배정도 높은 수준이다. 의료법인 병원은 중소 규모인 반면 공공 병원은 큰 규모가 많다. 특정기능 병원과 지역의료지원 병원 등 의료기관의 기능 분담과 상호 연계 등을 통한 지역 완결형 의료를 구현하는데 있어서 자치체와 공적병원이 핵심 역할을 한다는 점에서 한국과 다른 차이가 있다.

일곱째, 자치제 공립병원인 요코하마시민병원을 방문한 결과, 병원 규모와 진료역량이 국내 지방의료원 보다 수준이 높고, 일반시민에 대한 진료와 함께 감염병 관리 등과, 지역사회 의료지원 등과 같은 역할을 수행하고 있었다. 시립대학부속병원은 고도전문진료를 제공하는 특정기능병원으로서 역할을 수행하고 있다, 시당국에서 공립병원에 대해 정기적으로 예산을 지원하고 있으며, 지원 예산은 인프라와 함께 정책사업과 의사 인건비 등을 포함한 운영비로 사용되고 있었다.

결론적으로 일본의 공공병원은 민간병원보다 비중이 적지만 그 역할은 작지 않은 것으로 판단된다. 자치제 공공병원은 규모나 진료 역량 측면에

70 공공보건의료의 현황과 발전방안: 지방의료원과 국립대병원 중심으로

서 지역의 중심병원 역할을 하고 있다. 총무성의 공립병원 개혁정책이 시행되기는 하였지만 자치제 병원이 통폐합되는 사례는 적었다. 자치체에서 공공병원을 체계적으로 지원하고 있으며, 상호 협조하여 병원을 운영하는 체계가 작동하고 있는 것으로 생각된다.

제2절 미국의 공공의료 현황

1. 미국 의료제도의 특성

가. 미국 의료제도의 일반적 특성

OECD 국가들 중에서 유일하게 전 국민을 포괄하는 공적 의료보장제도를 가지고 있지 않으며 이로 인해 보험이 없는 소수인종, 저소득층, 저학력층 등은 의료서비스 접근에 큰 어려움을 겪고 있다. 반면에 민간의료기관과 민간의료보험이 의료체계의 중추를 담당하고 있으며, 정부 차원의 공공의료부문 역할은 상대적으로 취약성을 면치 못하고 있다(김경희, 2007). 이와 같이 시장 중심 보건의료 체계의 원조로 알려져 있는 미국의 공공의료와 국내 상황이 자주 비교되곤 한다. 이에 미국의 병원에 대하여 소유구조를 중심으로 공적 기능과 역할에 초점을 맞추어 살펴보았다.

나. 의료서비스 이용현황 및 문제

〈표 3-13〉는 OECD 회원국의 'GDP 대비 의료비 비중'을 나타내고 있다. 2009년 미국은 전체 GDP 중 17.4%를 의료비로 지출하고 있는데 이는 프랑스, 11.8%, 독일 11.6%, 영국 9.8%와 비교하였을 때 월등히 높은 수준이다. 또한 복지강국이라 할 수 있는 핀란드 등 북구 유럽국가와는 약 2배에 가까운 차이를 보이고 있으며 6.9%인 우리나라와도 약 2.5배 가량의 차이를 보이고 있다. GDP에서 의료비가 차지하는 비중의 증가속도가 다른 나라에 비해 빠르다는 것을 알 수 있다(OECD Health Data, 2011).

〈표 3-13〉 주요 OECD 회원국 GDP 대비 전체 의료비 비중(1960~2009년)

단위: %

	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2009
핀란드	3.8	5.5	6.3	7.7	7.2	8.4	9.2
프랑스	3.8	5.4	7.0	8.4	10.1	11.1	11.8
독일		6.0	8.4	8.3	10.3	10.7	11.6
노르웨이	2.9	4.4	7.0	7.6	8.4	9.1	9.6
스웨덴		6.8	8.9	8.2	8.2	9.1	10.0
영국	3.9	4.5	5.6	5.9	7.0	8.2	9.8
한국			3.7	4.0	4.5	5.7	6.9
미국	5.1	7.1	9.0	12.4	13.7	15.7	17.4

자료: OECD Health Data(2011) 홈페이지([https://data.oecd.org/health.htm# profile](https://data.oecd.org/health.htm#profile)).
2014. 07. 29 인출

〈표 3-14〉는 OECD 회원국의 ‘1인당 의료비 지출’을 나타내고 있다. 2009년 현재, 미국의 1인당 의료비 지출은 약 7,960달러로 다른 국가들에 비해 월등히 높은 것을 알 수 있다. 5,352달러를 기록하고 있는 노르웨이를 제외하고는 2배 이상의 차이를 보이고 있으며 1,879달러인 우리나라와 비교하였을 때에는 무려 4배 이상의 격차가 나타나고 있다. 이처럼 높은 의료비용으로 인해 미국 국민의 상당수가 의료서비스 구매를 연기하게 하거나 하지 못하는 것으로 확인되고 있다(OECD Health Data, 2011).

〈표 3-14〉 주요 OECD 회원국의 1인당 의료비 지출 현황(1960~2009년)

단위: 달러

	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2009
핀란드	63	184	569	1363	1853	2589	3226
프랑스	69	193	666	1445	2553	3306	3978
독일		268	967	1764	2669	3364	4218
노르웨이	49	143	665	1336	3043	4301	5352
스웨덴		311	942	1592	2286	2963	3722
영국	84	159	466	960	1828	2735	3487
한국			89	325	771	1297	1879
미국	148	355	1101	2850	4793	6700	7960

자료: OECD Health Data(2011) 홈페이지([https://data.oecd.org/health.htm# profile](https://data.oecd.org/health.htm#profile)).
2014. 07. 29 인출

그러나 높은 의료비를 지출하는데도 불구하고 미국의 평균수명은 남녀 모두 OECD 평균에 미치지 못하며 영아 사망률도 높다. 2008년 미국 ‘신생아 1천 명당 영아사망률’은 6.5명으로 프랑스 3.8명, 독일 3.5명 그리고 핀란드 2.6명 등보다 월등이 높으며 이와 같은 수치는 OECD 34개국 중 멕시코(15.2명), 터키(14.9명), 칠레(7.9명) 다음으로 높은 수치임을 알 수 있다(표 3-15)(OECD Health Data, 2011).

〈표 3-15〉 주요 OECD 회원국의 신생아 1천 명당 영아사망률(1960~2008년)

단위: 명

	1960	1970	1980	1990	1995	2000	2005	2009
핀란드	21	13.2	7.6	5.6	3.9	3.8	3	2.6
프랑스	27.7	18.2	10	7.3	5	4.5	3.8	3.8
독일	3.5	22.5	12.4	7	5.3	4.4	3.9	3.5
노르웨이	16	11.3	8.1	6.9	4	3.8	3.1	2.7
스웨덴	16.6	11	6.9	6	4.1	3.4	2.4	2.5
영국	22.5	18.5	12.1	7.9	6.2	5.6	5.1	4.7
한국		45					4.7	3.5
미국	26	20	12.6	9.2	7.6	6.9	6.9	6.5

자료: OECD Health Data(2011) 홈페이지(<https://data.oecd.org/health.htm#profile>). 2014. 07. 29 인출

미국 의료제도에서 공공부문은 상대적으로 취약함을 보이고 있다. 〈표 3-16〉에서 보듯이 공공부문 지출 비중이 꾸준히 확대되었음에도 불구하고, 여타 OECD국가들과 비교하면 칠레의 47.9%, 멕시코 48.3%인데 그 다음으로 낮다. 공공부문의 의료비 지출비중이 낮으므로 국민들의 의료비 부담이 클 것이라는 것을 예측할 수 있다(OECD Health Data, 2011).

74 공공보건의료의 현황과 발전방안: 지방의료원과 국립대병원 중심으로

〈표 3-16〉 주요 OECD 회원국의 전체 의료비 중 공공부문 지출비중(1960~2009년)

	단위: 명							
	1960	1970	1980	1990	1995	2000	2005	2009
핀란드	54.1	73.8	79.0	80.9	71.7	71.3	75.4	74.7
프랑스	62.4	75.5	80.1	76.6	79.7	79.4	78.8	77.9
독일		72.8	78.7	6.2	81.7	79.8	76.6	76.9
노르웨이	77.8	91.6	85.1	82.8	84.2	82.5	83.5	84.1
스웨덴		86.0	92.5	89.9	86.7	84.9	81.2	81.5
영국	85.2	87.0	89.4	83.6	83.9	79.2	81.9	84.1
한국			21.6	38.4	38.5	48.6	52.9	58.2
미국	22.9	36.1	41.0	39.4	45.1	43.0	44.1	47.7

자료: OECD Health Data(2011) 홈페이지([https://data.oecd.org/health.htm# profile](https://data.oecd.org/health.htm#profile)).
2014. 07. 29 인출

2. 소유형태에 따른 병원 현황

가. 보건의료서비스 제공 체계

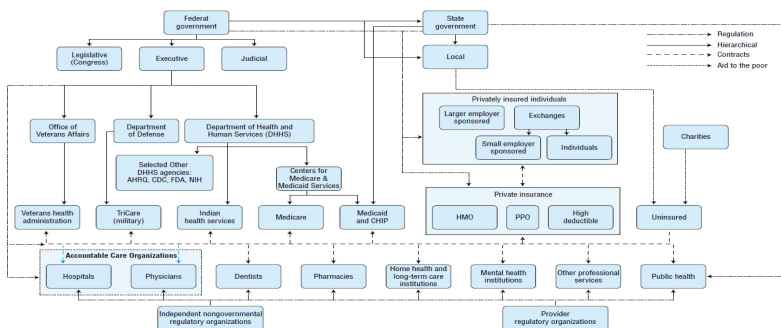
미국의 공공병원 현황을 살펴보기에 앞서 의료서비스 공급체계에 대한 내용을 고찰하였다.

미국의 의료제공자는 연방정부, 주정부, 지방정부 및 민간의 규제조직으로부터 규제를 받고 있으며, 공공과 민간 보험 등의 민간의 구매자는 보건의료서비스 제공자에게 보건의료서비스를 구매한다. 병원시설은 연방, 주 정부 및 민간기관을 통해서 규제를 받게 된다. 이루어진다. 이 때 연방 수준에서의 규제는 보통 보건복지부를 통해 이루어진다(Rice T. et al., 2013).

[그림 3-4]는 오바마 케어로 불리는 「The Patient Protection and Affordable Care Act of 2010」이 시행 후 변화된 의료체계를 나타낸다(Rice T. et al., 2013). 가장 큰 특징은 직장기반 보험이 없는 사람도 연방정부와 주정부기반 보험을 가지며, 공급자가 Accountable Care Organizations (ACOs)에 소속되어 메디케어 프로그램의 자금을 공유

한다는 점이다. CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services)에 의하면, ACO는 의료의 질과 비용, 기존 행위별 수가제의 적용을 받는 Medicare 수혜자 중 소속된 환자에게 책무를 가지는 의료 공급자 조직이다(유명순 외, 2011: p. 61). 의료공급자는 지정된 환자에 대해서 적정의료 제공과 의료의 질에 관한 책무를 가지며, 메디케어와 메디케이드)로 대표되는 제 3 지불자 및 정부에 대해서 비용과 보고에 관련한 책무를 갖는다(Rice T. et al., 2013).

[그림 3-4] Affordable Care Act 시행 후의 미국보건의료체계를 구성하는 조직들



자료: Rice T, Rosenau P, Unruh LY, Barnes AJ, Saltman RB, van Ginneken E. United States of America: Health system review. Health Systems in Transition, 2013; 15(3). pp 29. Fig. 2.2

나. 미국의 병원 체계

1) 미국의 병원 체계

2008년 미국의 전체 병원은 총 5,815개로 이중 연방정부 병원이 213개, 비연방 정부 병원이 5,602개이다(표 3-18). 이 때 비연방 병원은 정신병원, 결핵과 호흡기 질환 병원, 장기 및 단기 병원 등을 포함한다. 비

연방정부병원 중 앞에서 언급한 특수병원을 제외한 종합병원을 지역사회 병원이라고 하는데 2008년에는 총 5,010개로 전체 병원의 86% 이상을 차지한다. 지역사회 병원은 소유구조에 따라 비영리병원, 영리병원, 공공병원으로 나눌 수 있다. 비영리병원이 2,923개로 약 58%를 차지하고 있으며 공공병원이 1,105개로 약 22%, 영리병원이 982개로 약 19%를 차지하고 있다. 미국병원의 대다수가 영리병원인 것처럼 알려져 있지만 실제 미국의 영리병원은 전체 병원의 약 19% 정도로 흔히 생각하는 것보다 훨씬 적은 숫자이다. 그러나 현재 비영리 병원은 점차 감소하는 반면, 영리병원은 증가추세에 있다(National Center for Health Statistics, 2011).

〈표 3-17〉 미국 병원현황(1975-2008년)

단위: 계

	1975	1980	1990	1995	2000	2008
전체병원	7,156	6,965	6,649	6,291	5,810	5,815
연방 병원	382	359	337	299	245	213
비연방 병원	6,774	6,606	6,312	5,992	5,565	5,602
지역사회병원	5,875	5,830	5,384	5,194	4,915	5,010
비영리	3,339	3,322	3,191	3,092	3,003	2,923
영리	775	730	749	752	749	982
공공	1,761	1,778	1,444	1,350	1,163	1,105

자료: National Center for Health Statistics(2011). Health, United States, 2010. With Special Feature on Death and Dying. 홈페이지 (<http://www.cdc.gov/nchs/data/hs/hs>). 2014. 07. 29 인출

2) 영리병원과 비영리병원의 차이점

영리병원과 비영리병원은 병원의 투자주체가 이윤추구를 할 수 있는지에 대한 여부에 따라 구분된다. 영리병원은 이익배당 등과 같은 행위가 인정되는 반면 비영리병원은 영리 추구가 인정되지 않는다. 또한 투자 및

운영목적, 투자배분, 조세혜택, 병원해산 시 재산처분 등에서도 차이가 있다(표 3-18). 영리병원의 경우, 이윤추구와 이익배분, 법인청산 등에서 자율성이 높은 반면, 연방정부 및 주정부에서 주어지는 세제혜택은 받을 수 없다. 이에 반해 비영리병원은 연방정부로부터 소득세를 면제받을 수 있으며 개인 및 기업으로부터 기부금을 받는 경우 면세혜택이 주어진다. 주정부로부터 지방세, 재산세, 소비세에 대한 추가적인 면세혜택도 부여 받을 수 있다(Hellinger, 2009; 정영호 · 고숙자, 2005).

〈표 3-18〉 영리법인병원과 비영리법인병원의 법적·경제적 차이

구분	영리법인병원	비영리법인병원
투자 및 운영 목적	이윤극대화 및 투자자의 부 극대화	지역사회를 위한 다양한 임무수행, 교육 및 연구
투자분배 가능여부	이윤의 일정부분을 투자자에게 분배할 수 있음	이윤배분 불가
조세혜택	재산세, 소득세, 판매세를 지불하며 세금혜택 없음	다양한 조세혜택 있음
병원해산 시 재산처분	자유로움	제약 있음

자료: 정영호 · 고숙자(2005). 비영리병원과 영리병원의 성과차이 분석 : 미국을 중심으로. 「보건복지포럼」, 통권 제109호. p.67 〈표 1〉을 재구성함

3) 비영리병원과 지역사회 편익(community benefit)

비영리병원이 되기 위해서는 미국 국세청으로부터 ‘자선 목적’의 비영리조직으로서 자격을 인정받아야 한다. 그러나 자선활동의 범위가 구체적으로 정해지지 않았으며 현재는 넓은 범위의 ‘지역사회 편익(community benefit)’을 비영리 병원의 운영 목적으로 인정하고 있다(김창엽, 2006: 61-62). 대신 미국의 연방정부와 주 정부는 비영리병원이 받는 혜택을 획득, 유지하기 위해서는 ‘지역사회 편익’을 증진시켜야 한다는 내용을 법제화하고 있으며, 지역사회 편익이 있다고 인정될 때 세

제감면이나 공적 자금 지원과 같은 혜택을 받을 수 있다(Young G.J. et al, 2013; Hellinger, 2009).

지역사회 편익은 지역사회를 개선하기 위해서 병원에서 하는 노력과 활동을 말한다. 캘리포니아 주에서는 지역사회 편익을 ‘지역사회의 요구와 우선순위를 기반으로 하여 주로 질병 예방 및 건강상태의 증진을 목적으로 이루어지는 병원의 활동’으로 정의하고 있다(GAO, 2005 24p). 지역사회 편익의 개념은 자선진료와 다르다. 자선진료는 가난한 사람에게 진료비를 면제해주거나 할인해주는 것을 말하지만 지역사회 편익을 자선진료 뿐 만 아니라 질병예방, 건강상태 개선 등 지역사회에 필요를 반영하여 활동까지 포함한다. 또한 병원에 내원한 환자를 대상으로 진료하는 활동으로부터 확대하여 지역사회를 대상으로 진료를 실시하는 지역사회 서비스와도 차이가 있다.

미국은 영리병원, 비영리병원이 모두 허용되어 있으며 이로 인해 비영리병원에게 부여되는 혜택에 대응하는 사회적 책임의 범위에 대한 논의가 역사적으로 이루어져 왔다. 이에 미국 국세청은 지역사회 편익 또는 자선의료에 관해서 법률로서 가이드라인을 정하고 있다. 그러나 이 가이드라인이 비영리병원의 활동을 구체적으로 정하고 있는 것은 아니며 단지 비영리병원으로서 법률적인 보호를 받기 위해서 해야 하는 활동의 방향을 정해놓은 것이다. 구체적인 비영리병원의 활동은 주 정부 단위에서 제정되고 운영된다.

지역사회 편익은 1601년 영국의 자선법에서 기본 개념이 도입되었다. 즉, 병원이 전체 지역사회에 편익을 제공하여야 한다는 개념으로부터 출발하였다(Longo et al., 1997). 이후 1891년에는 자선진료를 강조하는 것으로 변화하였다가 1960년대 메디케어, 메디케이드 제도가 도입으로 노인 및 취약계층이 의료보험 혜택을 받을 수 있게 되면서 자선진료 중심에서 지역사회 편익의 개념으로 변화하게 되었다. 현재 미국의 비영리병원은 국세청 법³⁶⁾에 따라 면세 조직(tax-exempt organization)으로 인

정받고 있으며 이 법에 따라 연방 소득세 및 법인세가 면세되고 기부자도 기부금에 대한 소득세에 대해 공제할 수 있게 된다. 또한 재산세 등 기타 세금도 납부하지 않게 되었다(Folkerts, 2009).

연방정부의 이러한 조세 정책으로 인해 비영리병원에서 제공하는 지역 사회 편익이 세금 면제를 받을만한가에 대해서 논란이 발생하였다. 더욱이 미 국세청의 면세 가이드라인이 병원이 제공하는 지역사회 편익 활동을 포괄하고 있지 않으며 지역사회 편익에 대한 연방정부 차원의 기준이 명확하지 않아서 비영리병원의 면세 권리 부여에 대한 논란이 더욱 커지게 되었다. 1990년에 미국 감사원(General Accounting Office: GAO)은 비영리병원의 면세 혜택의 적절성에 대해서 감사한 후 비영리병원의 목표가 시장점유율의 확대 등 영리병원의 전략적 목표와 유사하다고 보았다. 또한 보건교육, 검진, 임상서비스 등 지역사회 서비스에도 비용을 청구하고 있기 때문에 영리병원과 구별하는 요인이 될 수 없다고 보고 실제 활동에서도 영리병원과 비영리병원의 차이점이 별로 없기 때문에 의회 차원에서 면세 자격에 대한 기준을 개정할 것을 요구하였다. 이에 1990년대부터 국세청에서는 지역사회 편익에 대한 보고서식인 'Schedule H of Form 990'을 제공하고 있으며 주(state) 별로 비영리병원의 지역사회 편익 활동 수렴, 실행, 보고 등을 정하는 기준을 정하여 수행하고 있다(Hellinger, 2009). 또한 「Patient Protection and Affordable Care Act」에 의해 모든 면세병원은 3년마다 지역사회의 필요를 측정하고 확인된 필요에 대응하는 실천전략을 수립하여야 한다(Young G.J. et al, 2013).

연방정부 뿐만 아니라 주정부에서도 지역사회 편익에 대한 정책이 시행되고 있다. 2008년 미국 GAO에 따르면 15개 주에서 지역사회 편익과 관련된 법이나 규정이 재정되어 시행되고 있으며 9개의 주에서는 다른

36) The Internal Revenue Code 502(C)(3)

법률을 통해 지역사회 편익을 규정하고 있다. (유명순 외, 2011: p 47 재 인용)

미국 병원의 지역사회편익 보고의 유형은 크게 네 가지로 구분될 수 있다. 첫 번째는, 주로 주 단위의 병원 협회의 주도로 이루어지며 세금 공제와는 크게 관련이 없는 자발적 보고 형태이다. 두 번째는, 세금이나 병원의 자격 유지와 연관 지어 보고를 의무화 하고 있는 형태이다. 세 번째 형태는 자발적 보고체계와 의무 보고 체계를 병행하여 실시하고 있는 형태이며, 네 번째 형태는 지역사회편익 보고 규정이 없는 형태이다(GAO, 2005 p24).

2010년 현재 총 51개의 주(50개 주 및 Washington, DC) 중 20개 주는 자발적 보고 체계를 도입하고 있으며 14개 주에서는 보고를 의무화하고 있다. 지역사회 편익과 관련된 보고 규정이 없는 주는 7개 이며 나머지 10개 주는 자발적 보고체계와 의무 보고체계를 병행하여 실시하고 있어 대부분의 주에서 형태를 막론하고 지역사회편익에 대한 보고가 이루어지고 있음을 알 수 있다(유명순 외, 2011: p 47 재인용)

4) 지역사회 편익의 구성요소

지역사회 편익은 병원의 비용부담 수준(표 3-19)과 활동의 특성(표 3-20)에 따라 구분할 수 있다. 병원의 비용부담 수준은 전체비용부담과 일부비용부담으로 나눌 수 있는데 일부비용부담은 병원에서 비용의 일부를 부담하고 국가, 지방자치단체 및 자선단체 등으로부터 보조금을 받아서 진행하는 것을 말하고 전체비용부담은 보조금을 받지 않고 병원 자체적으로 비용을 지출하거나 인력을 투입하는 경우를 말한다(이근찬, 2004).

〈표 3-19〉 병원의 비용부담을 기준으로 한 지역사회 편익 분류

	진료	건강증진	교육 및 연구	지역사회 개발
비용 전체 부담	무상진료	- 건강강좌 - 의료봉사활동	의학교육, 연구	- 기부 (현금, 현물) - 비의료부문 봉사활동
비용 일부 부담	- 미회수 진료비 - 진료비 차이 - 의료급여환자 진료 - 원가이하 서비스	건강강좌	의학교육, 연구	

자료: 이근찬(2004). 병원의 비영리성과 사회적 편익-비영리병원의 지역사회 편익 기준 설정과 가치 측정. 서울대학교 석사학위논문. p.42 표 IV-2를 재구성함.

지역사회 편익은 활동의 특성으로도 분류할 수 있다. 크게는 진료, 건강증진, 교육 및 연구, 지역사회 개발로 나눌 수 있다. 의학교육 및 연구의 경우 정부의 보조금, 연구비, 등록금 등을 제외하고 실제 의학교육 연구 및 교육에 소요된 비용이 손실일 경우에만 지역사회 편익으로 설정한다. 지역사회 개발은 의료활동과 무관하게 지역사회에 기여하는 활동으로 고아원 등에 현금 또는 현물을 기부하거나 사회복지시설 등에서 자원봉사활동을 하는 경우 등을 포함한다(이근찬, 2004).

〈표 3-20〉 병원의 활동특성에 따른 지역사회 편익 분류

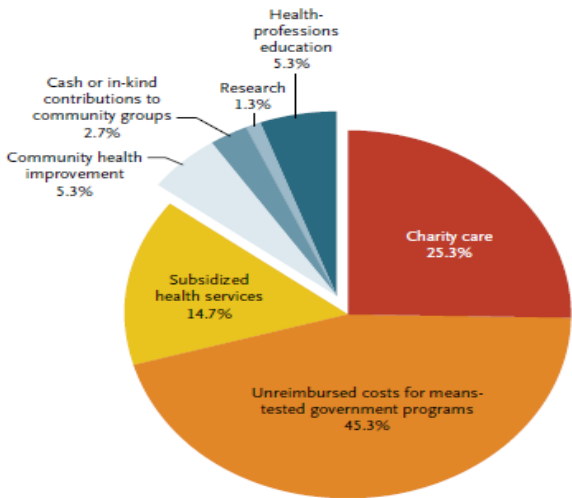
항목	내용
무상진료	진료수익 기대없이 수행한 진료활동 또는 간병 지원 활동
미회수 진료비	환자의 지불 능력 부족으로 받지 못한 진료비
진료비 차이	동일 증증도, 동일질환 환자에 대해 영리병원과 비교시 진료비 차이
의료급여환자 진료	행위별 가산을 등 포함 건강보험환자와 의료급여 환자 진료비 차이
원가이하 서비스	투입원가에 비해 건강보험 수가가 낮지만 자발적 또는 병원 운영요건에 의해 제공하는 서비스로 신생아 중환자실, 응급실, 예방접종사업, 저소득층 암검진 사업 등을 포함
건강강좌	병원 내 정기적 혹은 비정기적 질병 및 건강관련 교육 및 강좌
의료봉사활동	자선 목적으로 병원 밖에서 수행하는 무료진료 활동
의학 연구	외부에서 조달한 연구비를 제외한 순 의학연구비 부담액
의학 교육	수업료, 정부 보조금을 제외한 순 의학 및 간호 교육비 부담액

자료: 이근찬(2004). 병원의 비영리성과 사회적 편익-비영리병원의 지역사회 편익 기준 설정과 가치 측정. 서울대학교 석사학위논문. p.43 표 IV-3를 재구성함

5) 지역사회 편익의 구성 비율

미국 국세청의 2009년에서 1800개의 비영리병원을 대상으로 수집한 자료 중 지역사회 편익의 구성 비율을 살펴보면 환자의 지불능력 부족으로 진료비를 받지 못한 미회수 진료비가 45.3%로 가장 많았다. 그 다음으로 진료수익을 기대하지 않고 수행한 진료인 무상진료가 25.3%로 많았으며 건강증진서비스에 대한 보조금 지급은 14.7% 정도로 세 번째로 많았다. 지역사회 건강증진 서비스와 보건의료인 교육이 5.3%를 차지하고 있었다. 지역사회를 위한 현금이나 현물 기부가 2.7% 정도였고 연구비용이 1.3%로 가장 적었다(그림 3-5)(Young G.J. et al, 2013)

[그림 3-5] 지역사회 편익의 구성 비율



자료: Young G.J. et al, (2013). Provision of Community Benefits by Tax-Exempt U.S. Hospitals. The New England Journal of Medicine 368. p.1523 . Fig 1.

텍사스 주는 1995년 지역사회편익의 보고 의무를 비교적 빨리 적용하였을 뿐 아니라 지역사회편익계획부터 의무 불이행시의 처벌 규정까지 다른 주에 비해 구체적으로 지역사회편익과 관련된 사항을 규정하고 있다(Karlin and Sullivan, 1999).

텍사스 주 법령(Texas Health & Safety Code 311 subchapter D.)³⁷⁾에서 비영리 병원이 지역사회편익과 관련하여 준수해야 할 사항을 규정하고 있다. 법령에 포함되는 것들로는 'charity care', 'community benefit' 등의 용어에 대한 정의(Sec. 311.042)와 비영리병원이 지역사회편익을 제공하기 위해 준수해야 할 의무(Sec. 311.043), 지역사회편익 제공을 위한 계획(Sec. 311.044), 지역사회편익과 자선진료 수행과 관련한 요구사항(Sec. 311.045), 지역사회편익 계획에 대한 연간 보고서(Sec. 311.046), 의무 불이행에 대한 불이익(Sec. 311.047) 등이 있다.

법령에 따르면 텍사스 주 소재 비영리 병원들은 지역사회 의료요구를 충족하는 사명을 명시해야 하며 이를 위한 구체적 계획을 수립해야 한다. 또한 사회의 참여하에 계획을 평가할 수 있는 체계를 마련하여야 하고 관련사항에 대하여 매년 보고할 의무를 갖는다. 지역사회편익계획에 대한 연간보고서에는 1) 지역사회편익 증진과 관련한 사명에 대한 선언, 2) 지역사회편익계획 수립 시 고려한 지역사회 건강 수요, 3) 자선적 진료를 포함한 제공된 지역사회편익의 총량, 4) 지역사회편익 관련 총 운영비용, 5) 지역사회편익 관련 항목별 수익대비 비용의 비율 등이 포함되어야 한다.

37) <http://statutes.legis.state.tx.us/Docs/HS/htm/hs.311.html> 2014. 8. 28 인출

3. 병원의 소유형태에 따른 공공성 분석

가. 병원의 소유구조에 따른 병원 특성 비교

1) 일반적 특성

미국 정부의 의료통계 관련 사업 중 하나인 ‘Healthcare Cost and Utilization Project’ 2008년 자료에 의하면 전체 병원 중 민간비영리병원은 약 58%인데 비해 공공병원은 약 22%로 비중이 적다. 평균 병상 수도 민간비영리병원은 190.4개, 공공병원은 125.9개로 공공병원이 적다. 하지만 소도시, 중소도시에 있는 공공병원은 민간병원보다 병상 수가 더 많은 경우가 종종 있다. 공공병원의 64%가 지방에 있으며, 이는 의료취약지의 접근성을 높이는데 기여한다(AHRQ, 2010)³⁸⁾.

의료의 질을 알 수 있는 지표인 ‘입원환자 전문의(hospitalist)의 서비스 제공비율’과 ‘간호사 1인당 환자수’를 살펴보면 공공병원이 입원환자 전문의의 서비스 제공비율이 낮고 간호사 당 환자수가 많다. 하지만 대도시, 소도시의 공공병원은 입원환자전문의가 서비스를 제공하는 비율이 민간비영리병원과 비슷한 수준이다. 간호사 당 환자수는 지방인 경우, 공공병원이 1.7명으로 많지만 대도시는 0.8명으로 오히려 더 적다(표 3-21)(AHRQ, 2010).

〈표 3-21〉 미국의 공공병원과 민간비영리병원 특성 비교(2008년 기준)

	공공 병원	공공 병원 (대도시)	공공 병원 (소도시)	공공 병원 (지방)	민간 비영리 병원	지역사 회 병원전 체
병원 수	1131	187	220	724	2944	5162
병원 비율	21.9	16.5	19.5	64.0	57.0	100.0
평균 병상수	125.9	285.0	211.5	58.9	190.4	159.4
연수 프로그램 제공(%)	10.7	38.6	22.3	-	22.9	16.7
입원환자 전문의 서비스 제공(%)	28.5	48.4	45.9	18.1	50.3	41.2
간호사 당 환자수	1.4	0.8	1.2	1.7	1.0	1.0

자료: AHRQ (2010) Healthcare Cost and Utilization Project, HCUP Facts and
 Figures: Statistics on Hospital-based Care in the United States, 2008.
 (<http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb95.pdf>) 2014. 07. 29
 인출

2) 재원환자의 특성

미국에서 2008년 한 해 약 3,900만 명 환자가 입원을 했는데 그 중 14.1%정도인 560만 명이 공공병원을 이용했다. 평균재원일수는 4.8일로 민간비영리병원보다 길었고 중증질환비율은 24.9%로 민간비영리병원보다 적었다. 빈곤지역에 거주하는 환자 비율이 민간비영리병원은 25.7%인데 비해 공공병원은 34.5%로 높았고 지방인 경우 51.7%를 차지하였다. 보험환자 비율을 살펴보면 메디케어 환자는 공공병원과 민간병원의 비율이 비슷하지만 65세 미만 저소득층과 장애인에게 의료비를 지급하는 메디케이드는 민간비영리병원은 17.3%인데 비해 공공병원은 24.5%로 높고 비보험 환자는 민간비영리병원이 4.7%인데 비해 공공병원은 8.3%으로 높은 것을 알 수 있다. 반면에 민간보험환자는 민간비영리병원은 37.2%인데 비해 공공병원은 29.2%로 더 낮았다. 이를 통해 공공병원이 빈곤층과 비보험환자에게 더 많은 의료서비스를 제공하고 있으며, 의료안전망 역할을 하고 있다는 점을 알 수 있다(표 3-22).

〈표 3-22〉 미국의 공공병원과 민간비영리병원의 재원기간 특성 비교(2008년)

	공공 병원	공공 병원 (대도시)	공공 병원 (소도시)	공공 병원 (지방)	민간 비영리 병원	지역사회 병원전체
입원 수	5,618,500	2,433,100	2,020,600	1,164,800	29,028,300	39,885,100
연간 평균 입원 수	5,300	13454	9774	1765	9700	7700
평균 재원 일	4.8	5.3	4.8	3.9	4.6	4.6
중증 질환 비율	24.9	25.1	27.0	20.7	26.6	26.3
빈곤 환자 비율	34.5	25.9	35.1	51.7	25.7	27.6
보험환자비율						
메디케어	32.5	25.3	34.6	43.8	37.8	37.4
메디케이드	24.5	27.7	23.3	20.1	17.3	18.4
민간보험	29.2	30.1	29.8	26.4	37.2	35.4
비보험	8.3	10.7	6.9	5.8	4.7	5.3

자료: AHRQ (2010) Healthcare Cost and Utilization Project, HCUP Facts and Figures: Statistics on Hospital-based Care in the United States, 2008.
(<http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb95.pdf>) 2014. 07. 29인출

3) 제공하는 서비스의 특성

병원에서 제공하는 서비스에서도 공공과 민간사이에 차이가 존재한다. 수익성이 적은 응급실의 경우 공공병원이 더 많은 서비스를 제공하고 있었으며 상대적으로 수익성이 있는 통원수술, 비만프로그램, 항암치료 등은 민간비영리병원이 더 제공하고 있었다. 소수민족을 위한 번역서비스는 공공병원에 비해 민간비영리병원에서 더 많이 제공하고 있었다. 첨단 기술지표(High technology index)에 포함되는 외상센터(trauma center), 중환자실(medical-surgical ICU), CT, MRI의 경우, 지방에 있는 공공병원이 보유하고 있는 비중이 낮았다(표 3-23).

〈표 3-23〉 미국의 공공병원과 민간비영리병원의 서비스 특성 비교(2008년)

	공공 병원	공공 병원 (대도시)	공공 병원 (소도시)	공공 병원 (지방)	민간 비영리 병원	지역사 회 병원전 체
응급실(%)	84.7	79.4	89.2	84.6	84.3	78.6
통원수술(%)	78.6	79.4	87.1	78.9	84.5	77.5
비만프로그램(%)	13.9	40.7	26.1	-	27.5	22.4
항암치료(%)	41.0	54.1	45.8	36.1	57.2	47.6
번역서비스	41.8	48.6	50.3	37.5	57.7	48.7
첨단기술자료(High technology index)						
외상센터(%)	28.5	33.2	34.7	25.3	33.0	28.0
medical-surgical ICU(%)	52.3	74.2	67.4	42.0	66.9	59.3
CT scanner(%)	82.1	79.4	87.1	81.3	84.4	78.3
MRI(%)	54.9	74.3	69.6	45.5	66.0	59.1

자료: AHRQ(2010) Healthcare Cost and Utilization Project, 홈페이지
<http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb95.pdf> p.9 Table 2,
 p.10 Table 3, p. 12 Table 5, p.13 Table 6을 재구성함

나. 병원의 소유구조에 따른 성과(performance)

현재까지 병원의 소유구조에 따른 비용 및 효율성, 수익성, 의료의 질적 측면, 병원자본금 및 투자 등에 있어서 영리병원과 비영리병원의 성과를 비교한 연구에서 상반된 결과를 보이는 경우가 많다.

Sloan(2000)은 2000년도에 소유구조와 효율성에 관한 리뷰 논문을 발표하였는데 비영리병원과 영리병원의 효율성에 대한 체계적인 차이를 발견하지 못했다고 발표하였다. Schlesinger and Gray(2006)는 비영리병원과 영리병원의 비용과 효율성의 차이에 대해서 상반된 연구결과들이 존재하지만 비영리병원이 좀 더 긍정적인 사례가 많다고 발표하였다. 즉, 5개 연구는 비영리병원이 비용이 낮고 효율성이 높다는 결과를 도출하였고 3개 연구는 통계적으로 의미 있는 차이를 발견하지 못했으며 다른 3개 논문에서는 영리병원이 비영리병원보다 비용이 낮고 효율성이 높다는 결과를 도출하였다.

결과 관련되어 영리법인과 비영리법인의 사망률에 차이가 없다는 연구도 있지만(Keeler et al., 1992), 다른 연구에서는 영리병원과 비영리병원의 질을 다룬 15개의 연구들을 종합하여 메타분석을 실시한 결과, 다른 모든 요인들이 동일하다고 가정할 때 영리병원에서 치료받은 환자의 사망률이 비영리병원에 비해서 2% 정도 더 높은 것으로 나타났다. 또한 임산부를 대상으로 한 다른 연구도 영리병원의 사망률이 10% 정도 더 높았고, 투석센터를 이용하는 환자들을 분석한 연구도 영리병원 환자의 사망률이 9% 정도 더 높은 것으로 나타났다(Devereaux et al., 2002).

다. 병원의 소유구조에 따른 영리성 및 공공성

병원의 소유구조에 따른 비용 및 효율성 등의 연구결과는 상반된 연구 결과들이 도출되었지만 소유구조에 따른 공공성 연구결과는 일관되게 영리병원에 비해 비영리병원과 공공병원이 더 공공성이 높다는 결과를 도출하고 있다(Hellinger, 2009). 비영리병원은 세금 면제를 받기 때문에 정부의 보조금을 받는 효과를 가지게 된다. 반면에 미국의 영리병원은 주로 특화된 서비스를 제공하면서, 이윤을 추구하는 것으로 알려져 있다(Horwitz, 2005). 이에 병원의 소유구조에 따라 공공성과 영리성에 차이가 있는지 살펴보았다.

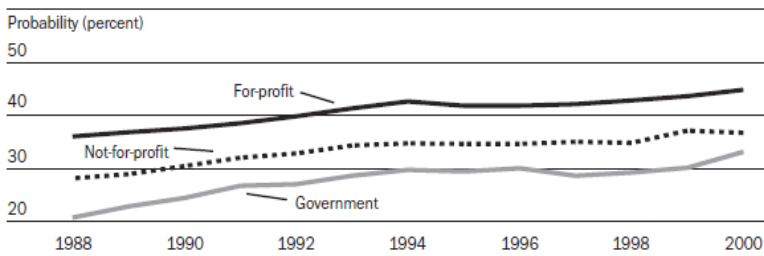
1) 병원 소유구조에 따른 영리성

Horwitz(2005)는 병원의 소유구조에 따라 영리추구에 차이가 있는지를 살펴보았다. 1988년부터 2000년도까지의 미국병원협회의 연간병원 자료를 가지고 도시 지역의 병원을 영리병원(for-profit), 비영리병원(nonprofit), 공공병원(government)으로 나누고 병원 크기, 교육기관 여부, 병원이 위치한 지역, 환자의 성별, 연령, 인종, 소득 등을 통제 한 후

제공하는 서비스에 차이가 있는지 살펴보았다. 이 때 서비스는 선행연구와 전문가 인터뷰 등을 통해 상대적으로 영리적인 서비스(relatively profitable), 상대적으로 비영리적인 서비스(relatively non-profitable), 영리와 비영리의 변동이 있었던 서비스(variable)로 분류하였다. 연구 결과에 따르면 상대적으로 영리적인 서비스는 영리병원이 가장 많이 제공하고 비영리병원, 공공병원 순으로 덜 제공하였으며 상대적으로 비영리적인 서비스는 반대로 공공병원이 가장 많이 제공하고 비영리병원, 영리병원 순으로 덜 제공하였다. 영리와 비영리의 변동이 있었던 서비스는 비영리병원과 공공병원은 영리, 비영리에 따른 서비스 제공의 변화폭이 적었으나 영리병원의 경우 서비스 제공의 변화폭이 큰 것으로 나타났다.

[그림 3-6] 은 1988~2000년, 상대적으로 수익성이 있다고 알려진 심장절개술(open-heart surgery) 비율을 소유구조에 따라 살펴본 것이다. 시간이 지날수록 소유구조에 상관없이 심장절개술이 증가했다. 하지만 일관되게 영리병원의 심장절개술 비율이 가장 높고 공공병원이 가장 낮게 나타나는 것을 알 수 있다. 영리병원이 정부병원에 비해 13% 포인트 정도, 비영리병원보다는 7.3%포인트 정도 많이 공급하였다(Horwitz, 2005).

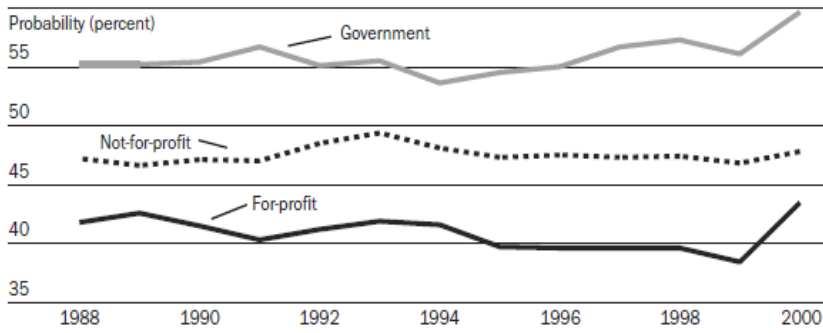
[그림 3-6] 미국의 병원 소유구조에 따른 심장절개술 비율(1988-2000)



자료: Jill R. Horwitz(2005). Making Profits And Providing Care: Comparing Nonprofit, For-Profit, And Government Hospitals. Health Affairs, 24, no.3, p. 794. Exhibit 2.

[그림 3-7]는 상대적으로 수익성이 적은 정신과적 응급서비스 비율을 소유구조에 따라 살펴본 것이다. 심장절개술과는 반대로 공공병원, 비영리병원, 영리병원 순으로 공급하는 비율이 높은 것을 알 수 있다. 평균적으로 공공병원에 비해 영리병원은 15%포인트 적게 공급하고 있으며 비영리병원의 경우에는 8.4%포인트 적게 공급하였다. 또한 공공병원의 경우 1988년에 비해 2000년으로 갈수록 공급량이 증가하고 있는 반면에 비영리병원과 영리병원은 20년 동안 증가량이 크지 않고 거의 비슷한 양을 공급하고 있는 것을 알 수 있다(Horwitz, 2005).

[그림 3-7] 미국의 병원 소유구조에 따른 정신과적 응급치치 서비스 공급 비율(1988-2000년)

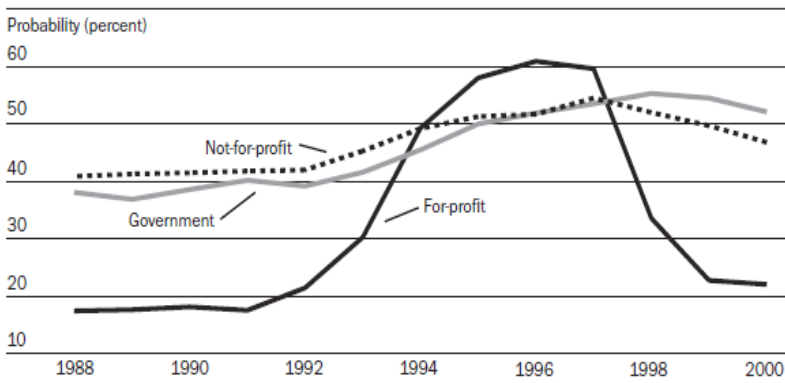


자료: Jill R. Horwitz(2005). Making Profits And Providing Care: Comparing Nonprofit, For-Profit, And Government Hospitals. Health Affairs, 24, no.3, p. 795. Exhibit 3.

[그림 3-8]은 수익성에 변화가 있었던 가정건강서비스(home health service) 공급비율을 소유구조에 따라 살펴본 그래프이다. 가정건강서비스는 환자의 집에서 환자를 위한 의료, 간호, 퇴원 후 보호 등을 제공하는 프로그램으로 1990년대 초에 가정건강서비스에 대한 지불보상이 도입되면서 수익성이 있는 서비스로 전환되었다. 급성기 치료 서비스(acute service)가 포괄적 지불제도인 Diagnosis-related groups(DRG)인데 반해 가정건강서비스는 행위별 수가제였기 때문에 1986년부터 1998년

까지 메디케어에서 가정건강서비스의 혜택을 받는 비율이 연평균 15.6%씩 증가하는 것을 볼 수 있다. 그러나 이후 1997년 균형예산법안(Balanced Budget Act: BBA)가 통과되면서 메디케어 보장성이 감소하고 가정건강서비스가 포괄적 지불제도로 전환되면서 서비스 공급량이 감소하게 되었다. 영리병원이 수익성 변화에 따라 서비스 공급비율의 변화가 크게 나타나는 것을 볼 수 있다. 가정건강서비스가 수익성이 있었던 1988년부터 1996년까지 비영리병원은 서비스 증가폭이 10%포인트였고 정부병원은 14%포인트였던 데에 반해 영리병원은 17.5%에서 60.9%로 공급량이 3배이상 증가하였다. 이후 수익성이 감소한 1997년에서 2000년 동안에는 37.5%포인트나 공급량이 감소하였다(Horwitz, 2005).

[그림 3-8] 미국의 병원 소유구조에 따른 가정건강서비스 공급 비율(1988-2000년)



자료: Horwitz JR (2005). Making Profits And Providing Care: Comparing Nonprofit, For-Profit, And Government Hospitals. Health Affairs, 24, no.3, p. 796. Exhibit 4.

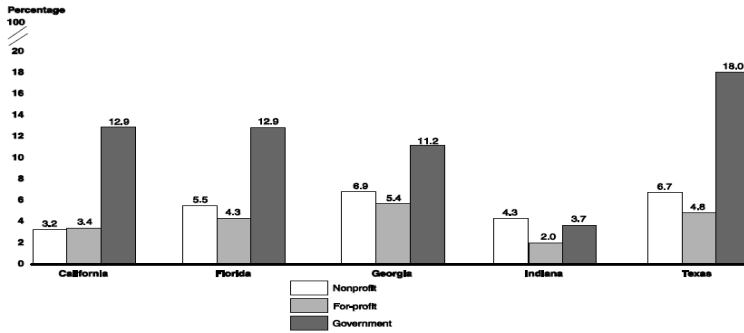
2) 병원 소유구조에 따른 공공성

영리병원은 세금 면제 혜택을 받고 있지 않지만 비영리병원은 세금 면

제 혜택을 받고 있으며 면세 지위를 유지하기 위해서는 ‘지역사회 편익’을 제공하는 것이 필수적이다. 그러나 지역사회 편익이 무엇으로 구성되어야 하며 어떻게 측정할 것인지에 대해서는 명확하게 정의되어 있지 않다. 연구문헌들에서는 ‘지역사회 편익 인구집단의 건강에 중요한 문제이거나 사회의 소외 계층에게 건강과 관련된 접근성을 향상시키기 위해 수익이 없어도 적더라도 제공해야 하는 프로그램이나 서비스’로 정의하고 있다(Weissman, 1996).

GAO(2005)는 병원에서 제공하는 지역사회 편익이 영리병원, 비영리병원, 공공병원 간에 차이가 있는지를 5개 주(state)의 자료를 가지고 분석하였다. 이 때 지역사회 편익은 다양한 종류의 지역사회 편익 중 수치상으로 측정할 수 있는 미보상의료비만을 사용하여 분석하였다. 미보상의료비에는 기대하지 않고 제공한 자선적 서비스 비용과 제공자가 지불을 요구했으나 받지 못한 서비스에 대한 비용인 악성부채(bad debt)가 함께 포함되어 있다. 연구 결과 우선 정부병원은 영리병원과 비영리병원에 비해 외곽지역에 위치하고 있었으며, 소득이 낮고 빈곤층이 많은 지역에 위치해 있어서 상대적으로 무보험환자가 많았다. 따라서 병원의 크기, 병원의 위치, 지역의 빈곤층 비율, 메디케어(Medicare) 이용자 비율 등을 보정한 후 병원 소유 구조에 따른 병원의 경영비용 대비 미보상의료비 비중을 비교하였다. 그 결과 인디애나 주를 제외하고는 공공병원(13%), 비영리병원(4.7%), 영리병원(4.2%) 순으로 지역사회 편익을 많이 제공하는 것을 알 수 있었다(그림 3-9).

[그림 3-9] 미국의 병원 소유구조에 따른 미보상의료비 비율



자료: GAO(2005). Nonprofit, For-profit, and Government Hospitals: Uncompensated Care and Other Community Benefits. p. 11. Fig 2.

인디애나 주에서는 비영리병원이 공공병원에 비해 지역사회 편익을 더 많이 제공하였지만 두 병원 유형 간의 차이가 크지 않았다. 또한 공공병원과 비영리병원 및 영리병원과의 격차는 크지만 영리병원과 비영리병원의 사이의 지역사회 편익의 차이는 크지 않은 것을 알 수 있었다.

미국의회예산국(Congressional Budget Office:CBO)의 2006년 연구에서는 캘리포니아, 플로리다, 조지아, 인디애나, 텍사스 주의 지역사회 편익을 조사한 2003년 자료를 분석하였다. 이 때 지역사회 편익을 운영비 중 병원 등의 의료제공자가 서비스를 공급하였으나 환자나 건강보험 등으로부터 지불 받지 못한 미보상의료와 메디케이드 환자에 대한 서비스 제공 비율, 일반적으로 비영리서비스라고 간주되고 있는 화상 중환자실, 응급실, 고도외상치료(high-level trauma care), 분만에 관한 서비스 제공으로 정의하고 있다(CBO, 2006)

미국 감사원의 2005년 연구에서는 다양한 종류의 지역사회 편익 중 수치상으로 측정할 수 있는 미보상의료비가 운영비에서 차지하는 비율을 분석하였다. 미보상의료에는 기대하지 않고 제공한 자선적 서비스에 대한 비용과 제공자가 지불 받으려 했으나 지불 받지 못한 서비스에 대한

비용인 악성부채(bad debt)도 함께 포함되어 있다. 그러나 미국의회예산국의 2006년 연구에서는 악성부채에는 고소득층이 고비용치료를 받고 진료비를 지불하지 못한 경우도 포함되어 있을 수 있으므로 제외하였다(GAO, 2005).

병원의 크기와 위치한 지역, 지역의 빈곤층 비율, 메디케어 대상자 비율 등을 보정한 후에도 영리병원과 비영리병원, 비영리병원과 공공병원에 차이가 있는지 비교하였다. 미보상의료비의 지분은 공공병원이 가장 높고 비영리병원, 영리병원 순으로 낮았으며 병원의 크기와 병원이 위치한 지역 등을 보정한 후 영리병원과 비영리병원의 차이는 0.6%로 매우 적는데 비해 비영리병원과 공공병원은 8.6%로 차이가 크게 나타났다(CBO, 2006)(표 3-24).

〈표 3-24〉 미국의 병원 소유구조에 따른 평균미보상의료비 지분

		평균미보상의료비 지분 (%)			영리병원과 비영리병원 차이 (%)		비영리병원과 공공병원 차이(%)	
	병원 수	영리	비영리	공공	미보정	보정	미보정	보정
5개 주 평균	1057	4.2	4.7	13.0	0.5***	0.6*	8.9***	8.6***

자료: CBO(2006). Nonprofit Hospitals and the provision of Community Benefits. Congress of the United States Congressional Budget Office. p. 15. Table 4를 재구성함

주: *: $p < 0.10$, **: $p < 0.05$, ***: $p < 0.01$

메디케이드 환자의 경우 지급율이 실제 서비스 제공 시 들어가는 비용보다 적다. 따라서 메디케이드 환자에게 서비스를 제공하는 경우 비영리 서비스라고 보고 지역사회 편익을 제공하는 것으로 간주한다. 평균 메디케이드 제공 지분은 공공병원이 가장 높고 영리병원, 비영리병원 순으로 낮았다. 병원의 크기와 위치 등을 보정한 후 영리병원과 비영리병원의 차이는 1.5%로 작은 반면 비영리병원과 공공병원의 차이는 8.8%로 더 컸다(CBO, 2006)(표 3-25).

〈표 3-25〉 미국의 병원 소유구조에 따른 평균 메디케이드 지분

		평균 메디케이드 지분 (%)			영리병원과 비영리병원 차이(%)		비영리병원과 공공병원 차이(%)	
	병 원 수	영리	비영리	공공	미보정	보정	미보정	보정
5개 주(state) 평균	1057	17.2	15.6	27.0	-1.5** *	-1.3**	9.8***	8.8***

자료: CBO(2006). Nonprofit Hospitals and the provision of Community Benefits. Congress of the United States Congressional Budget Office. p. 19. Table 6를 재구성함

주: * : $p < 0.10$, ** : $p < 0.05$, *** : $p < 0.01$

화상 집중 치료, 응급실, 고도외상치료, 분만 서비스 등 4개의 특별 서비스는 지역사회 의 의료수요를 반영하고 있으며 비영리적인 서비스 성격이다. 미국의회예산국 연구에서 4개 서비스가 병원의 소유 구조에 따라 차이가 있는 지를 살펴보았다. 비영리병원이 영리병원에 비해 응급실과 분만서비스는 더 많이 제공하는 것으로 나타났지만 화상집중치료와 중증 외상치료서비스 공급에는 차이가 없었고 공공병원은 비영리병원에 비해 4가지 서비스를 모두 더 많이 제공하는 것으로 나타났다(CBO, 2006)(표 3-26).

〈표 3-26〉 미국의 병원 소유구조에 따른 특별 서비스 제공 지분

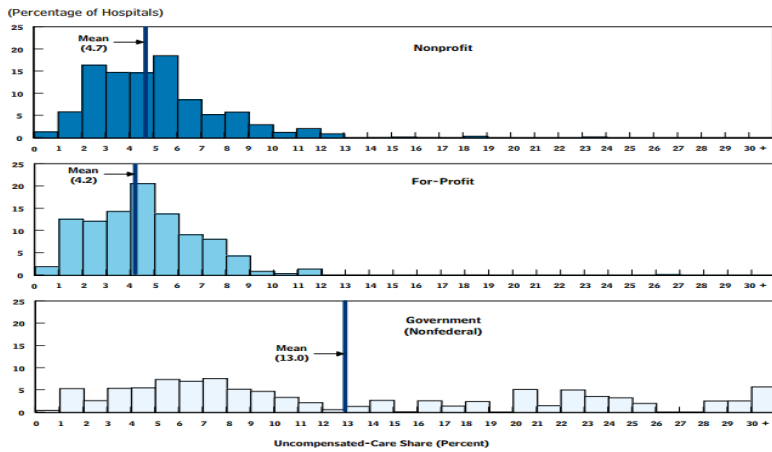
서비스 구분	특별 서비스 제공 지분(%)			영리병원과 비영리병원 차이(%)		비영리병원과 공공병원 차이(%)	
	영리	비영리	공공	미보정	보정	미보정	보정
화상 집중 치료	1.0	6.8	22.0	5.8***	0.0	21.0***	19.9***
응급실	96.6	98.5	97.1	1.9***	3.8***	0.6	4.9***
중증외상치료	9.3	33.0	48.0	23.8***	1.7	38.7***	25.9***
분만서비스	72.2	83.5	86.5	11.3***	10.5***	14.3***	14.0***

자료: CBO(2006). Nonprofit Hospitals and the provision of Community Benefits. Congress of the United States Congressional Budget Office. p. 20. Table 7를 재구성함

주: * : $p < 0.10$, ** : $p < 0.05$, *** : $p < 0.01$ 자료: CBO, 2006

미보상의료비의 분포를 살펴본 결과 비영리병원은 공공병원보다는 영리병원과 비슷한 분포를 보였다. 그러나 공공병원의 경우 중간수준 이상이거나 15%가 넘는 등 매우 높은 수준인 경우가 많았다(CBO, 2006)(그림 3-10).

[그림 3-10] 미국의 병원 소유구조에 따른 미보상의료비의 분포



자료: CBO(2006). Nonprofit Hospitals and the provision of Community Benefits. Congress of the United States Congressional Budget Office. p. 18. Fig 1.

4. 소결

미국의 병원체계를 살펴본 바에 의하면, 지역사회병원이 2008년 기준으로 5,010개로 전체 병원의 86% 이상을 차지한다. 지역사회 병원은 소유구조에 따라 비영리병원, 영리병원, 공공병원으로 나눌 수 있는데, 민간비영리병원이 58%로 가장 많은 비중을 차지하고 있으며 공공병원 22%, 영리병원이 19%에 해당된다.

병원의 소유구조에 따라 영리성과 공공성을 평가한 연구를 검토한 결

과를 종합하면 다음과 같다. 첫째, 카운티와, 시가 소유한 공공병원이 가장 영리추구를 적게 하면서 지역사회 편익을 많이 제공하고 있다. 둘째, 민간비영리병원에게는 면세혜택에 대한 근거로 지역사회 편익을 제공하도록 의무화하고 있지만, 지역사회에 기여하는 바가 적은 것으로 나타났다. 민간비영리병원도 경제적 생존이 우선이므로 공공적 서비스를 제공할 것이라는 기대와는 달리 영리병원과 가까운 행태를 보이고 있다는 것이다.

이와 같은 연구결과는 정부가 소유한 공공병원은 공공서비스 제공에 충실하지만, 민간병원의 경우 공공서비스를 제공하도록 지원해도 기대와 다른 결과가 나올 수 있음을 시사하고 있다. 미국의 사례를 참고할 때, 민간병원이 공공서비스를 제공하도록 지원하는 경우, 나타날 수 있는 부작용을 예측하고, 이를 예방할 수 있는 정책과 제도적 장치를 고민해야 할 것이다.



제4장

지방의료원과 국립대학병원 현황

제1절 공공의료정책 개요

제2절 지방의료원 현황

제3절 국립대학병원 현황

4

지방의료원과 국립대학병원 << 현황

제1절 공공의료정책 개요

공공의료는 정부의 주도 하에 공중보건 및 기본적인 의료서비스를 제 공함으로써, 국민의 건강하고 안전한 생활을 보장하고자 하는 일련의 제 도이자 체계라 할 수 있으며, 동시에, 의료의 공공성이라는 가치를 달성 하기 위한 국가 기능의 수행 전반을 총칭하기도 한다(류시원 외, 2004; 류근춘 외, 2005). 제도적 틀 안에서 정부는 공공의료의 양적, 질적 발전을 위해 꾸준한 노력을 해왔으나, 여전히 그 수준이 낮음은 익히 지적된 바 있다. 그러므로 향후 나아갈 방향을 제시하기 위해 기존의 공공의료정 책에 대한 검토는 필요하고 할 수 있다.

지방의료원 중에서 가장 역사가 오래된 의료원은 부산의료원으로 한국 최초의 서양식 병원인 관립 제생의원의 전신이다³⁹⁾. 일제강점기에 일본 정부에 의해 세워진 의료원으로 이후 1950년대에는 6.25 당시 육군병원의 목적으로 사용되기도 하였다. 부산의료원과 같이 일부 지방의료원은 일제강점기부터 관립의원의 형태로 설립되었다. 당시 정부의 공적 목적 을 달성시키기 위해 설립되면서 역사의 명맥을 유지해왔다. 이와 동시에 한국의 보건의료제도 역시 일제강점기 이후 미국 정부의 적극적인 지원 과 원조로 괄목한 만한 성장을 이룩과 동시에, 정부 주도하의 공공부문 중심의 발전을 이루기 위해 노력하였다. 연구마다 공공보건의료제도의 시작이 어느 지점부터인지에 대해서는 의견이 다양하지만, 일반적으로 한국전쟁 이후 전염병 예방과, 이재민 응급 구호가 50년대 공공보건의료

39) 부산의료원 홈페이지 www.busanmc.or.kr/01intro/index.asp?code=010101, 2014. 9. 30 인출

정책의 주요 내용이라 할 수 있다(전우용 외, 2011). 지방의료원은 공공 보건의료정책의 목적을 달성하기 위해 노력하는 한편 현재 공공의료기관의 근가이 되는 기관들을 발전시켜 다양한 공공의료정책을 시행하였다.

하지만, 남한의 대한민국 정부가 수립되면서 공공보건의료 부문은 크게 축소되었다(유승흠 외, 2008). 특히 대부분의 사람들이 보건소에서 급할 때 필요한 서비스만 제공받게 되고, 의료기관은 시장에서 경쟁해야 하기 때문에, 보건의료 부문에서도 차별적 현상은 더 심화되었다(김용익 외, 2002). 공공의료부문이 축소한 데에는 원조에 의존할 수밖에 없는 열악한 경제적 상황과 함께 보건의료에 관심과 여유가 없었기 때문이 주요 원인으로 지적된다(김용익 외, 2002). 당시 경제발전에 초점을 둔 정부의 정책 가운데, 보건복지분야 투자 우선순위는 낮은 위치에 차지할 수밖에 없었다. 이러한 가운데 일제강점기에 세워진 도립병원들이 지방자치단체에 승계되어 시·도립병원으로 변화했으나, 열악한 재정상황과 낮은 우선순위는 여전이 저소득계층에게만 일부 서비스를 제공하는 보충적 역할만을 수행하였다. 경제발전에 주목하던 정부는 1976년 의료보험제도를 도입, 1989년 전국민건강보험으로 확장되면서, 의료자원을 확충하는 등 공공부문에서 공공의료정책이 어느 정도 시행되는 듯하였다.

하지만 전국민건강보험제도가 도입되는 시기는 민간과 공공의 구분이 명확해 지는 시기이기도 하다(김창엽, 2013). 도입 이후 공급 체계에서는 민간이 주도하고, 수요측면에서는 정부가 통제하는 상호모순적 상황에 직면하게 되었으며(김용익 외, 2002), 이 때 용어의 구분이 가능해졌기 때문이다(김창엽, 2013). 이 사안과 관련하여 김용익 외(2002)는 유신독재체제라는 특수한 정치적 상황에서 국민을 회유하는 방식의 일환으로 불가피하게 의료보험을 도입할 수밖에 없었을 뿐, 실제 공공보건의료에 대한 명확한 의사가 없었다고 지적하고 있다. 이규식 외(2013)은 이미 전 국민건강보험이 도입, 시행되고 있기 때문에, 현재까지 공공의료기관이

위축되더라도, 보험료가 상대적으로 저렴하게 느껴지는 국민의 입장에서 는 체감이 어려울 수밖에 없다고 주장한 바 있다.

다른 한편에서는 시·도립병원을 효과적으로 운영하기 위한 정책이 1960~1970년대에 시행된 바 있으며, 80년대 이후 시도립병원의 수를 확대하기 위한 노력도 찾아볼 수 있다(김창엽, 2013). 물론, 전국민건강 보험제도 확대로 의료접근성이 확대되고 단기간에 의료 공급이 양적으로 팽창함으로써 결과적으로 기대수명을 포함한 국민의 건강 수준이 증가하였음은 부인할 수 없다. 하지만 여전히 의료기관에서의 불평등 현상은 지속되고, 취약지가 증가하는 상황을 고려했을 때, 전국민건강보험제도만이 공공의료에 대한 해답이 아님을 알 수 있다(감사원, 2014)

안타깝게도 노태우 정부의 국민의료정책심의위원회⁴⁰⁾ 활동은 공공보건의료정책을 활성화하긴 일환으로 볼 수 있으나, 정책이 추진되지 못했다. 국립대학병원, 시·도립병원, 보건소로, 국립대학병원이 시도립병원을 지원할 수 있도록 하며, 시·도립병원은 지방공사화 하도록 했다. 필요할 경우에는 협력의 일환으로 시·도립병원에 국립대학병원 인력을 파견토록 했다(한국보건산업진흥원, 2014). 하지만, 애초 방안에서 제시되었던 공사화는 추진되었으나, 지방의료원(당시 지방공사의료원)이 보건사회부로 이관되는 시도는 실패하였으며, 공공의료기관이 수익성확보가 우선 목표가 되도록 변질이 되어, 공공성을 확보하는 데에는 성공하지 못했다는 평가를 받는다(한국보건산업진흥원, 2014)

김영삼 정부의 일련의 의료개혁(의료보장개혁위원회, 보건복지제도개혁위원회, 의료개혁위원회)으로 변화를 시도하는 한편 의료자원을 확충하는 방편의 일환으로 총 31개 의과대학 매년 2,800여명의 의사인력을 배출하는 등의 인력 양성 주력했다(조재국 외, 2010). 동시에 1990년대

40) 당시 보건복지부장관 자문기구로 건강보험에 있어 통합주의와 조합주의 간 정책중개자로서의 역할을 담당하였다.

는 급격한 의료수요의 증가로, 민간의료기관이 과잉 팽창되는 시기이기도 했다. 1992년 보건소 중심 농어촌 의료서비스 개선 사업과 1995년 지역보건법 개정을 통한 지역보건의료계획 수립으로, 지역에 맞는 보건사업을 시행했다는 점에서 지역 수준의 의료 자원 분포의 불평등을 해소하기 위한 노력이 보였다(한국보건산업진흥원, 2014)

의료보험통합과 의약분업 등의 의료개혁을 추진하던 김대중 정부는 의료계의 반발이 거세지는 과정에서 의료의 공공부문이 낮다는 사실을 절감하였고 이후 보건의료의 공공성 강화를 정치권에서의 새로운 아젠다로 등장시켰다(이규식, 2001, 김용익 외, 2002). 특히 2000년대 초반 공공의료법률에 관한 법률에 제정되고, 공공의료가 무엇인지에 대한 개념에 대한 논의와 활동이 활발하게 이루어졌다는 점에서는 공공의료에 있어 중요한 지점이라 할 수 있다(유명순 외, 2011). 공공보건의료에 관한 법률에서는 양질의 공공보건의료를 형평성과 효율성을 달성하는 선에서 제공토록 명시하였으며 또한 5년마다 공공보건의료에 대한 계획을 수립하는 보건의료기본법이 만들어졌다. 당시 정부는 의료계의 파업이 거세지더라도, 공공의료가 확충되면 파업을 포함한 반발이 약화될 수 있다고 짐작한 것으로 보인다(이규식, 2001)

참여 정부는 공공의료의 공급을 30%까지 늘리겠다는 대선 공약을 제시하였다(이규식 외, 2013). 이를 바탕으로 2005년 12월 공공보건의료 확충 종합대책을 수립, 발표하며, 이 내용에는 2005년부터 2009년까지 4조 5천억원을 공공보건의료투자가 포함되어 있다. 노무현 정부 당시의 공공의료정책은 공공의료라는 아젠다를 명확히 제시하였다는 점에서 주목할 만하다(이규식 외, 2013). 참여정부 당시 보건의료발전계획을 살펴보면 의료서비스 공급 기능이 민간위주로 돌아가고 있는 현실과 함께 국가적 비상 상태 대비를 위해서라도 공공의료 체계 강화가 필요하다고 지적하였다(참여정부 보건의료발전계획 공청회 자료, 2014). 기존 공공병원의 시설 및 장비를 현대화하여 지역거점병원으로 육성하되, 공공병원

이 없는 지역에 지역거점병원을 신축 또는 경영이 어려운 민간병원을 인수하는 방식의 정책을 제시하였다. 이러한 지점에서 정부 역시 시장실패로 인한 의료자원의 낭비, 과도한 국민의료비 부담 등의 문제를 인식하고 있었던 것으로 보인다.

또다른 한편에서는 공공보건의료의 도시보건지소 파견, 일차의료 전문의 확대 등의 내용을 통해 보건의료체계에 변화를 꾀하려는 시도를 보였다는 평가를 받기도 한다(유승훈 외, 2008). 특히 민간의 공급이 과도하게 팽창한 상황에서 민간의료기관의 공공의료서비스 제공을 평가하여, 공공성을 강화하겠다는 계획은 일정 수준의 책무성을 부여하기 위한 노력이 보인다. 또한 당시 지방공사의료원이었던 지방의료원으로 전환하여, 지역사회에 적합한 지역거점병원으로 육성시키고자 노력하였다.

하지만 2005년 공공보건의료 확충 종합대책 수립에서 전달체계 재구성, 일환으로 (이후 살펴볼 질적 연구의 결과와 같이) 특수법인 지방의료원으로 전환하여 보건복지부가 관리 감독 소관 업무를 관장하게 된다. 이로 인해 이중적인 관리체제로 위기에 직면하게 된다. 이는 이후 지방의료원이 임금체불과 경영적자와 같은 문제를 가지고 있음에도 불구하고, 뚜렷한 해결책 없이 지속되는 상황을 야기하기도 했다.

무엇보다 노무현 정부를 포함한 다른 정부도 포함해 공공보건의료인지에 대한 개념에 대한 이해가 부족했다는 비판은 피할 수 없었다(이규식 외, 2013). 하지만 대책 수립 과정에서 해결해야 하는 공공보건의료 비중을 강화시키는 원칙하에 정책과제(공공보건의료체계 개편과 효율화, 고령사회 대비 공공부문 역할 및 투자 확대, 예방 중심의 국가질병관리체계 구축, 필수 보건의료 안전망 구축)를 도출해 향후 정책의 방향을 큰 틀에서 제시하였다는 점에서 의미가 있다(임준 외, 2014; 한국보건산업진흥원, 2014).

이후 이명박 정부는 2012년 법률 개정을 통해, 공공보건의료를 기관 중심으로 기능 중심으로 개념을 전환시켰다. 당시 정부는 공공보건의료

에 관한 법률에서 제시한 공공의료에 대한 정의가 잘못되었다고 판단, 2012년 2월 1일 법률 제정을 공포하였다(이규식 외, 2013). 법률 개정을 통해 국립대병원에 한정되지 않고 모든 의료기관이 공공보건의료를 제공할 수 있도록 하며, 의료취약지역 고시해 취약지 내 거점의료기관을 육성토록 하였다. 이러한 법률 개정 내용은 취약한 공공보건의료의 상황을 감안하여, 정부가 지원하는 범위를 확장시켰다는 점에서는 의미를 지니지만, “기능”이라는 모호한 틀 안에서 개념을 규정지음으로써, 오히려 정책을 시행하는 데에 혼선을 빚었다. 이규식 외(2013)는 개념상 문제로 정책이 공중보건 서비스보다 의료서비스에만 치중되는 경향이 심해졌고, 공중보건과 공공의료를 혼동시키는 계기가 되었다고 지적하였다. 실제 공공의료의 정의를 어떻게 하느냐에 따라 정책 과제의 범위와 내용은 달라질 수 있다(조재국 외, 2010). 기능 중심의 공공의료에 대해 논의할 경우, 경영이익의 극대화, 또는 지나친 효율성 등 시장실패의 문제를 간과할 수 있기 때문이다.

박근혜 정부에는 진주의료원 사태로 공공의료에 대한 인식은 확대된 한편, 무거운 인식만큼 해결되지 못한 사안은 많다. 1910년 전신 진주차해원의 역사를 지켜온 진주의료원은 해당 지역에서 거점 공공의료원의 역할을 유지하였으나, 계속 되는 방만 경영과 적자의 문제로 지역자치단체장이 폐업이라는 결정을 내린다. 당시 진주의료원 폐업과 관련해 정치계, 시민사회단체 등 다양한 영역에서 공공의료라는 아젠다에 다시금 주목하게 되었다. 또한 진주의료원 사태로 정치적 논란이 되자 지방의료원의 적자를 분석해 “착한 적자”에 해당하는 경우 정부의 재원으로 보완해 주겠다고 발표하였다. 착한 적자는 “공익적 의료의 제공, 사회적 안전망의 유지, 중앙 및 지방정부의 정책 수행, 지역사회의 공익적 활동을 위해 불가피하게 발생하는 손실로, 병원의 수익보다 환자의 진료로 최선을 다해 제공하는 의지를 전개한다는 관점을 반영한다(이진세, 2013).

하지만 공공의료기관의 적자를 보전하는 대책을 강구한 정부의 노력에

도 불구하고 실효성에 대해서는 문제가 제기되고 있다. 물론 공공의료기관 역시 일관된 계획 없이 기능과 역할이 구별되지 않은 채, 민간의료기관과의 경쟁에 부딪혀, 경쟁력이 약화될 수밖에 없었다. 또한 보건의료상황에서의 구조적 한계와 함께 공공의료기관 내에서는 경영 비효율의 문제도 가지고 있다(감사원, 2014). 즉, 이는 국가 수준에서 공공의료정책의 명확한 목표가 부재하기 때문에 결과적으로 공공의료기관의 역할과 기능도 부재할 수 밖에 없음을 의미한다(김창엽 외, 2004). 공공과 민간의 역할이 중복되면서, 일부에서는 공공의료기관의 필요성에 의문을 제기하기도 한다(김창엽 외, 2004). 한편으로 정부 입장에서는 국가 재정이 취약한 상황에서, 공공의료를 포함한 기본적인 보건의료 수요를 충족시키기 힘들었으므로 미미한 수준에서의 재정지원이 이루어졌을 수 있다. 하지만 다행스럽게도 취약계층과 예방진료에 집중하는 보건소 기능을 확대하는 데에는 꾸준한 지원을 해왔다.

추후 정책의 시행을 의료의 공공성, 공공의료가 강화되어야 한다는 점에서는 이견의 여지가 적으나, 공공의료를 강화하기 위해 어떤 전략을 택하는가에 대해서는 고민이 필요한 지점이다.

제2절 지방의료원 현황

1. 지방의료원 역사, 기능과 최근 정책

가. 지방의료원의 역사

지방의료원은 일제 강점기부터 시작된 근대화 과정에서 굴곡진 변화를 겪어왔으며 지방의료원이 가진 문제를 이해하고자 역사적 변천 과정을 살펴보았다.

지방의료원은 1876년 부산의료원이 일본인 거류지역에서 관립 제생병원으로 최초 설립된 이후 가장 최근 2003년 울진군의료원이 개설되면서 평균 76년의 역사를 가지고 있다(문정주 외, 2011). 지방의료원 중에는 2014년 기준으로 100년 이상 되는 역사를 가지고 있는 병원이 11개가 되며, 대구의료원, 경기도의료원(수원, 의정부 병원), 청주의료원, 공주의료원, 목포의료원, 안동의료원, 마산의료원, 제주의료원 등이 해당된다(문정주 외, 2011).

가장 오랜 역사를 가진 부산의료원⁴¹⁾의 경우 1876년 한국최초의 서양식 병원인 관립 제생병원으로 설립되어 1885년 10월 1일 거류민 자금으로 재설립되어 명칭이 ‘공립병원’으로 바뀌게 된다. 이후 1906년 거류민단 병원, 1914년 부산부립병원으로 개칭하였고 1947년 부산시립병원, 1950년 6.25때는 육군병원으로 사용되다가 1982년 지방공사 부산의료원으로 개칭되었으며, 2005년에 다시 부산의료원이 되었다.

감사원(2014)이 “공공의료체계 구축 및 관리실태”를 감사한 결과에 의하면 지방의료원은 1925년 경영권이 시·도로 이양되면서 시·도립병원 체제로 전환되었다. 1950년대까지만 해도 지방의료원은 지역의 중심병

41) 부산의료원의 역사는 부산의료원에 대한 설명은 부산의료원 홈페이지를 인용하여 재정리하였음(2014. 10. 8) .www.busanmc.or.kr/01intro/index.asp?code=010101

원으로서 위상을 가지고 있었던 것으로 보인다. 1980년 지방공기업법이 제정되어 지자체의 지방의료원 설립이 가능해졌으며 1982년 지방공기업법 개정으로 지방공사체제로 전환되었다. 이후 지방의료원 공공성 강화를 위해서 보건복지부 이관이 필요하다는 주장이 대두되면서 2005년 “지방의료원 설립 및 운영에 관한 법률”이 제정된 후 보건복지부로 관리 권한이 이전되었고, 특수법인 형태로 전환되었다(그림 4-1).

[그림 4-1] 지방의료원 주요 연혁과 역사

1876년	1925년	1980년	1982년	2005년
최초로 부산의료원 설립 (관립 제생병원)	병원경영권이 시도로 이양 (시도립병원 체제)	지방공기업법 개정 (지방자치단체에서 지방의료원 설립 가능)	지방공기업법 개정으로 “지방공사 체제”로 전환	지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률 (행정자치부에서 보건복지부로 이 관되면서 특수 법인화)

자료: 감사원(2014) “감사결과 처분 요구서: 공공의료체계 구축관리 실태”. 91p에서 발췌하여 도식화

나. 지방의료원의 기능 및 역할

“공공보건의료에 관한 법률”에서는 지방의료원의 역할에 대해서 주로 취약계층에 대한 의료안전망과 수익성이 낮고 공급이 부족한 서비스를 제공하는 것으로 정의되어 있다. 한편, 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」에서는 지방의료원의 주된 역할을 “감염병을 포함한 질병관리”와 “민간병원이 하지 않는 보건의료사업”으로 규정하고 있다(표 4-1).

〈표 4-1〉 법률에 따른 지방의료원의 기능과 역할

공공보건의료에 관한 법률	제7조(공공보건의료기관의 의무) ① 공공보건의료기관의 다음 각 호에 해당하는 보건의료를 우선적으로 제공하여야 한다. 의료급여환자 등 취약계층에 대한 보건의료 아동과 모성, 장애인, 정신질환, 감염병, 응급진료 등 수익성이 낮아 공급이 부족한 보건의료 질병예방과 건강증진에 관련된 보건의료 교육 훈련 및 인력 지원을 통한 지역적 균형을 확보하기 위한 보건의료 그 밖에 「보건의료기본법」 제 15조에 따른 보건의료발전계획에 따라 보건복지부 장관이 정하는 의료
지방의료원 설립 및 운영에 관한 법률	제7조(사업) ① 지방의료원은 다음 각 호의 사업을 한다. 1. 지역주민의 사업 2. 감염병 및 주요 질병의 관리 및 예방 사업 3. 민간 의료기관이 담당하기 곤란한 보건의료사업 4. 의료인·의료기사 및 지역주민의 보건교육 사업 5. 의료지식과 치료기술의 보급 등에 관한 사항 6. 국가 또는 지방자치단체의 공공보건의료 시책의 수행 7. 그 밖에 보건복지부 장관 및 지방자치단체의 장이 필요하다고 인정한 보건의료사업의 수행 및 관리

주: 법률에 대한 정보는 국가법령정보센터 홈페이지를 참고하였음

자료: 공공보건의료에 관한 법률: law.go.kr/LSW/LsInfoP.do?lsiSeq=122647#0000

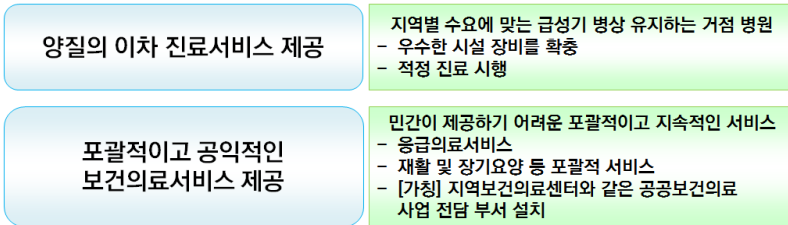
지방의료원 설립 및 운영에 관한 법률: law.go.kr/LSW/LsInfoP.do?lsiSeq=143007#0000
2014. 5. 2 인출

국립의료원에서 수행한 「지방의료원 운영진단 개선방안 연구」에서는 지방의료원의 역할을 “급성기 2차 진료 및 지역사회 기반의 포괄적 보건 의료서비스를 제공하는 것”으로 제시하였다. 더 구체적으로는 “종합병원 급 급성기 2차 진료 제공”을 중심 기능으로 하였는데, 이는 지방의료원의 제공해야 하는 진료 수준을 나타내는 것으로 판단된다. 진료내용 측면에서는 응급진료, 감염병 관리, 만성질환 관리, 재활치료, 호스피스 등을 포함한 포괄적 서비스로 제시하였고, 지역 취약계층의 건강안전망은 주요 진료 대상을 명시한 것이다(문정주 외, 2011).

또한 지방의료원이 지역거점병원으로서 양질의 2차 진료서비스를 제공하는 것은 “지역별 수요에 맞게 급성기 병상을 유지하면서 우수한 시설과 장비를 갖추어서 적정진료를 제공하는 것”으로 설명하였다. 그리고 응

급의료서비스와 재활 및 장기요양 등을 포함한 포괄적 서비스를 제공하며, 공공의료사업 전담부서를 설치하는 것이 필요하다고 제안하였다(문정주 외, 2011)(그림 4-2)

[그림 4-2] 공공보건의료 확충 종합대책 중 지역거점공공병원의 개념



자료: 문정주 외(2011). 2011년 지방의료원 운영진단 및 개선방안 연구. 13p에서 발췌하여 도식화

최근에 이진세 외(2014)가 수행한 「지방의료원의 공익적 비용 계측 및 경영컨설팅」 연구⁴²⁾에서는 지방의료원의 공공의료 기능을 적정·필수의료, 사회안전망, 시장실패에 대한 보완, 정책·행정의료 및 거버넌스, 보건사업의 조정 및 운영, 인력개발 및 연구로 구분하였다. 위 연구에서는 각각의 공공의료 기능을 예로서 설명하였는데 자세한 내용은 다음과 같다.

- ① 적정·필수의료: 상대적으로 낮은 비급여 검사비, 선택진료비 면제, 표준 진료지침 수행
- ② 사회안전망: 의료급여대상자와 차상위계층 진료, 독거노인, 장애인, 한부모 가정, 노숙자 등 지원
- ③ 시장실패에 대한 보완: 응급실, 중환자실, 음압격리병동, 정신병동 등의 운영, 결핵, 한센병, 에이즈 등 일부 감염성 질환 치료
- ④ 정책·행정의료 및 거버넌스: 정부시범사업(보호자 없는 병동, 신포괄

42) 동 보고서를 바탕으로 2014년 4월 한국보건경제정책학회 춘계학술대회에서 이진세 교수가 발표한 '건강한 적자'는 존재하며, 계측 가능한가? 도 함께 인용하였다.

수가제, 특화사업), 응급/재난에 대한 협조 등

⑤ 보건사업 조정 및 운영: 질병예방과 건강증진활동(보건교육, 금연 클리닉 등),

⑥ 인력 개발 및 연구: 의료인력 교육, 수련병원 지정 등

이상의 내용을 종합하면, 지방의료원은 종합병원으로서 급성기 2차 진료와 전염병 관리와 같은 비수익적 진료를 제공해야 하는데, 진료를 제공함에 있어 표준지침을 따르고 적정성을 유지해야 한다. 이러한 측면에서 보면 지방의료원의 공공의료 기능은 협소한 것은 아니다. 급성기 2차 진료를 적절하게 제공하는 것은 상당한 진료역량이 요구되기 때문이다. 하지만 지방의료원의 진료대상이 전체 시민이 아니라 취약계층이 우선시 되고, 민간이 하지 않는 진료로 제한하는 경향을 고려할 때, 지방의료원이 민간병원을 보완하는 잔여적 기능으로 위축된 상황임을 알 수 있다.

다. 지방의료원 관련된 최근 정책⁴³⁾

지방의료원과 관련된 중앙 정부의 정책으로는 크게 세 가지로 2005년 수립된 「공공보건의료확충 종합대책」⁴⁴⁾, 「지역거점 공공병원 발전계획」(2010)⁴⁵⁾과 「지방의료원 육성을 통한 공공의료 강화 방안」(2013)⁴⁶⁾이 시행된 바 있다(그림4-3).

43) 지방의료원 관련 정책의 내용은 보건복지부 보도자료와 선행연구를 바탕으로 재정리하였음

44) “공공보건의료확충 종합대책”의 내용은 보건복지부 보도자료(2005년 12월 27일), “복지부, 공공보건의료 확충에 5년간 총 4조3천억원 투입”과 문정주 등(2013)의 지역거점 공공병원 운영평가 결과 보고서의 내용 3-4p를 재인용하여 정리하였다.

45) 문정주 등(2013)의 지역거점 공공병원 운영평가 결과 보고서의 내용(pp.4-6)를 재인용하여 정리하였다.

46) “지방의료원 육성을 통한 공공의료 강화 방안”의 내용은 보건복지부 보도자료(2013년 10월 31일), “지방의료원 육성을 통해 공공의료 강화” 과 문정주 등(2013)의 지역거점 공공병원 운영평가 결과 보고서의 내용(pp.6-7)를 재인용하여 정리하였다.

참여정부의 핵심 공약사업이었던 공공보건의료 확충 종합 대책은 5년간 총 4조3천억 원을 투입하여 공공보건의료체계 개편 및 경쟁력 강화, 투자 확대 등 세부 과제를 추진하고자 했다. 공공보건의료 확충 종합대책에서는 지방의료원을 지역거점병원으로 양성시키기 위해 시설 및 장비를 현대화함과 동시에 우수 인력을 확보하는 등의 조치로 경쟁력을 강화시키며 지원을 하겠다는 내용이 포함되어 있다. 특히 2004년 이후 공공의료에 대한 민간 투자(예: BTL)를 허용하도록 했다(한국보건산업진흥원, 2014). 이후 지방의료원 이해관계자 대상 인터뷰를 통해 살펴보겠지만 BTL은 지방의료원의 부족한 인프라를 해결하기 위한 중요한 역할을 수행하기도 했다. 전반적인 공공보건의료정책과 관련해서는 ‘공공보건의료위원회’를 설치하여 정책을 총괄하도록 하였으며 국립대병원을 복지부로 관리 이관시켜 공공의료전달체계에서의 중심 역할을 수행하도록 방향을 설정하였다. 하지만 당초 정책 계획과 달리 국립대병원(2014년 기준) 교육부 소관이며, 참여 정부의 발표 이후 공공보건의료위원회의 역할이 무엇인지를 뚜렷이 살펴볼 수는 없다는 지적은 피할 수 없다. 결과적으로 지방의료원을 포함한 공공의료 전달체계의 확립은 성공적으로 이루어지지 못했다.

2010년 지역거점 공공병원 발전계획에서는 지방의료원을 포함한 공공병원의 혁신과 함께 추가적으로 병원을 설립하는 것을 검토하였으며 공공병원이 민간병원과 차별되는 공공성을 강화하는 방향으로 설정하였다. 구체적 내용을 살펴보면 지방의료원의 기능을 응급, 재활, 장기요양 등에 대한 포괄서비스 제공, 감염병 진료를 위한 격리병상 운영, 표준 진료 지침 개발 및 그에 근거한 양질의 적정의료 제공, 건강검진, 가정간호, 무료진료 등 공공보건의료사업 전담부서 설치 등으로 명시하였다. 2005년 공공보건의료 확충 종합대책과 마찬가지로 2010년 발전계획에서도 시설 장비 인프라 현대화가 중요과제였기 때문에, 김천의료원, 서산의료원, 충주의료원 등의 지방의료원의 시설 장비와 인프라가 이전에 비해 많이 보

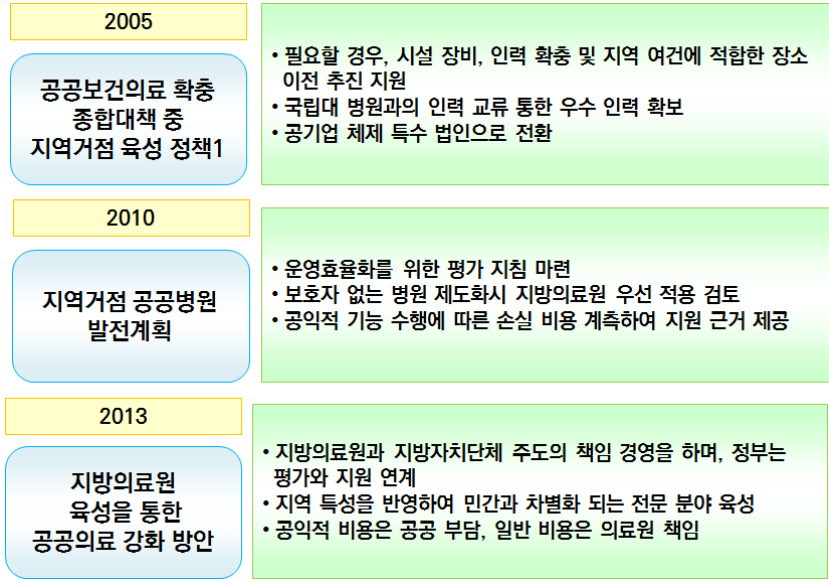
완되고 개선되었음을 알 수 있다(한국보건산업진흥원, 2014).

하지만 초기 사업이 문제 중심 해결방식보다 일방적인 투자 방식이 우선시되어 개별 의료원의 특성을 고려하지 못한 방안이었는데 일례로 일부 의료원은 부지 이전 자체가 전혀 사전 고려가 없어, 오히려 지리적 접근성이 낮은 곳으로 이전하여 지방의료원의 경영 상황은 더 악화되기도 하였다(한국보건산업진흥원, 2014).

마지막으로 2013 지방의료원 육성을 통한 공공의료 강화 방안은 지역 거점 병원으로서 지방의료원이 효율적으로 운영될 수 있도록 4대 목표(① 의료원장 책임 경영체계 확립, 운영 정보 투명 공개 ② 지역 특성을 반영하여 민간과 차별화되는 미충족, 필수의료 제공 중심으로 특화 ③ 지방의료원의 운영에 대한 평가와 예산 지원, 경쟁력 강화를 위한 인력 지원 확대 ④ 민간, 공공을 포괄하는 공공의료기능을 확충하기 위해 공공의료수행기관 지원 기반 마련)에 따른 세부 과제를 제시하였다.

하지만 당시 정책에 대한 반발도 적지 않았다. 가장 먼저 공익적 기능 수행에 따른 착한 적자는 중앙 정부가 부담하되, 일반 비용은 의료원이 책임지도록 명시하여 오히려 지방의료원의 재정적 부담을 가중시켰다. 공익적 기능으로 규정되는 영역에서 발생하는 착한 적자 외에도 지방의료원을 기본적으로 운영시키기 위해 불가피하게 부담해야 하는 재정에 대해서는 부담할 수 있는 방법이 없어 지방의료원-지자체간 경영 성과계약 체결로 오히려 원장과 의료원이 모든 것을 책임지도록 함으로써 적자의 근본적 원인은 제거하기 어렵게 되었다. 또한 내용상 지방의료원의 기능과 역할을 규정시켜(민간병원과 겹치는 영역의 기능을 축소, 응급의료와 분만 등 필수진료 기능 강화 등) 오히려 공공의료를 잔여적 기능으로 최소화시켰다.

[그림 4-3] 중앙정부의 지방의료원 지원정책 현황



자료: 연구결과를 바탕으로 보건사회연구원이 그림 제작

3. 지방의료원의 일반적 현황⁴⁷⁾

가. 지리적 현황

지역거점공공병원은 2013년 기준 전체 38개소이며, 이 중 33개소(81.6%)가 지방의료원이며 나머지 약 20%는 적십자병원이다(문정주 외, 2013). 지방의료원의 대부분은 광역자치단체 관할이며, 목포시의료원과 울진군의료원 만 기초자치단체가 관리하고 있다. 지방의료원의 지역 분포를 살펴보면, 대도시 4개소(12.1%), 중소도시 26개소(78.8%), 군 4개소(12.1%)로 대부분 중소도시에 위치하고 있다.

한편 2013년 공공의료 정상화를 위한 국정조사특별위원회(이하 국정조사위원회)에서는 지방의료원이 지역거점 공공병원으로서 부적합한 입지로 인한 문제점이 발생하고 있음을 지적하였다(공공의료정상화를 위한 국정조사특별위원회, 2013; 국회토론자료집, 2014). 대표적으로 천안의료원의 경우 2012년 신축이전을 하였으나 천안 중심부에서 외곽지역에 위치하고 있으며 충주의료원도 2012년에 신축·이전하였는데 산 중턱에 위치해 있다. 문제가 된 진주의료원도 2008년 신축·이전하면서 시 중앙부에서 외곽지역으로 이전하였는데 이 같은 상황이 병원경영 문제에 영향을 미친 것으로 생각된다.

나. 진료과목 개설 및 시설·장비 현황

문정주 외(2011)가 수행한 「지방의료원 운영진단 및 개선방안 연구」에서 지방의료원이 위치하고 있는 지역에서 병원급 이상 의료기관의 진료

47) 지방의료원 현황에 대한 내용은 선행연구 및 정책보고서를 인용하여 연구진이 재구성하였으며 각 자료원의 출처는 표, 그림의 하단에 기입하였다.

과목별 전문의 현황을 조사하였고, 필수 진료기능을 <표 4-2>와 같이 제시하였다.

<표 4-2> 지방의료원의 필수 진료 기능

구분	진료과목
내과계 과목	내과, 소아청소년과, 정신과, 신경과
외과계 과목	외과, 정형외과, 신경외과, 산부인과, 비뇨기과
응급 의료	전담 의사
진료지원 과목	영상의학과, 진단검사의학과, 마취과
재활서비스 과목	재활의학과
마이너 과목	안과, 이비인후과, 치과(선택적 설치)

자료: 문정주 외(2011) 2011년 지방의료원 운영진단 및 개선방안 연구. 60p <표3-4>를 인용하였음.

한편, “2013 지역거점 공공병원 운영평가” 결과를 바탕으로 지방의료원의 진료과목 개설 현황을 내과계, 외과계와 한방, 진료지원, 보건관리계로 구분하여 살펴보았다. 조사된 바에 의하면, 일반내과, 외과, 정형외과, 영상의학과, 마취통증의학과는 90% 이상의 개설된 것으로 나타났다. 반면에 흉부외과, 성형외과, 정신과, 재활의학과, 안과, 피부과, 한방과, 병리과, 건강관리과, 방사선종양학과가 개설된 병원은 50% 미만이다. 지방의료원의 필수 진료 기능으로 선정한 진료 과목 중에서도 일부만 개설 및 운영을 하여 필수 의료 안전망의 기능을 수행하고 있지 못하는 현실이다(표 4-3)(문정주 외, 2013).

한편, “2013 지역거점 공공병원 운영평가”에서는 전체 지방의료원의 96.9%에서 수술실과 응급실을 운영하고 있는데, 중환자실은 81.8%, 분만실은 54.5%, 인공신장실 45.4%로 운영하지 않는 경우가 많았다고 하였다. 급성기 진료 장비는 내과·외과·응급실·병동에서 모두 절반 정도를 보유하고 있는 반면에, CT와 유방촬영기는 100%, MRI는 73.7% 정도 보유한 것으로 보고되고 있다(표4-3) (문정주 외, 2013).

〈표 4-3〉 지방의료원 진료과목 개설현황

내과계	개설율 %	외과계	개설율 %	한방, 진료지원, 보건관리계	개설율 %
일반내과	93.9	일반외과	97.0	한방과	18.2
순환기내과	21.2	신경외과	72.7	영상의학과	97.0
호흡기내과	30.3	정형외과	97	방사선종양학과	-
소화기내과	48.5	성형외과	15.2	핵의학과	-
신장내과	27.3	흉부외과	21.2	진단검사의학과	84.8
내분비내과	21.2	산부인과	87.9	병리과	21.2
혈액종양내과	9.1	안과	54.5	마취통증의학과	87.9
감염내과	9.1	이비인후과	60.6	산업의학과	12.1
알레르기내과	3.0	비뇨기과	69.7		
류마티스내과	9.1	피부과	21.2		
신경과	75.8	치과	72.7		
정신과	48.5	응급의학과	81.8		
소아청소년과	78.8				
가정의학과	63.6				
재활의학과	54.5				

자료: 문정주 외(2013). 2013 지역거점공공병원 운영평가 결과보고. p.37 〈표2-4〉에서 개설률 자료만을 인용하여 재정리함.

다. 의료인력 및 인건비

의료기관의 특성상 의사와 간호사 등의 전문인력은 병원 운영에 필수 요소인데, 지방의료원의 경우 진료인력 부족이 심각한 것으로 알려져있다. 지방의료원과 적십자병원을 포함한 지역거점병원에서 공중보건의사를 제외했을 때 전문의 1인당 담당하는 환자의 수는 약 5.9명으로 민간병원의 2배 정도 된다(문정주 외(2011)에서 인용한 표 4-4 참고).

진료의 핵심인 의사를 살펴보면 지역거점공공병원에서 공중보건의사를 제외한 의사 수는 6.9명이고, 공중보건의사를 포함해도 9.5명으로 종합병원 평균 12.1명에 비해 매우 낮은 수준이다(문정주 외(2011)에서 인용한 표 4-5 참고). 지방의료원과 국립대병원의 인력 이직률⁴⁸⁾을 비교하였을 때, 평균적으로 지방의료원이 모든 직종에서 이직률이 높음을 알 수

48) 이직률=(당월이직자수÷전월말 근로자수)×100

있다. 의사직의 경우 이직률이 9.8%로 간호직(10.3%)과 비슷한 수준이다. 천안의료원은 공중보건의를 제외한 의사 17명의 이직률이 25%에 달한다(표 4-6)⁴⁹⁾. 한편, 직종별 인력현황을 살펴보면 의사를 제외하고는 간호사 부족현상이 매우 심각해서 민간병원보다 5.7명 적으며, 취약지 의료원은 11.8 명 정도 적은 것으로 조사되었다(표 4-7).

〈표 4-4〉 지역거점공공병원과 민간 종합병원의 전문의 1인당 환자 수 (단위: 명)

구분	전문의 1인당 환자수	
	공중보건 의사 제외	공중보건 의사 포함
지역거점공공병원(A) ⁵⁰⁾	5.981	3.588
민간 종합병원 평균(B)	3.950	3.950
A/B	1.51	0.91

주) 문정주 외(2011)의 2011년 지방의료원 운영진단 및 개선방안 연구. 18p 〈표2-6〉 인용하였음.

〈표 4-5〉 지역거점공공병원과 민간 종합병원의 100병상 당 전문의 수 및 공중보건 의사 비율

구분	100병상 당 전문의 수	
	공중보건 의사 제외	공중보건 의사 포함
지역거점공공병원(A) ⁵¹⁾	6.9명	9.5명
종합병원 평균(B)	12.1명	12.1명
A/B	0.57	0.79

자료: 문정주 외(2011) 2011년 지방의료원 운영진단 및 개선방안 연구. 16p 〈표2-2〉를 인용하였음

〈표 4-6〉 지역거점공공병원과 민간 종합병원의 지방의료원 및 국립대병원의 인력 이직률

구분	의사직	간호직	약사직	보건직	행정직
지방의료원	9.8	10.2	8.7	4.9	2.5
국립대병원	2.9	8.1	7.3	4.5	1.1

자료: 보건복지부 공공의료과와 국립중앙의료원 공공보건의료지원센터가 작성한 2013년 공공보건 의료통계집 국립중앙의료원(2013)의 22p 이직률 내용을 인용하여 연구진이 재작성하였다.

49) 2013년 4월 9일 중앙일보 “34개 지방의료원 중 흑자 한 곳뿐”

50) 지방의료원과 적십자병원 포함

51) 지방의료원과 적십자병원 포함

〈표 4-7〉 지역거점공공병원과 민간병원의 100병상 직종별 인력 비교 (단위: 명)

구분		지역거점공공병원	민간병원	과부족
의사직	전체	11.7	11.8	-0.1
	공보의 제외	7.8		-4.0
간호직	전체	46.1	51.8	-5.7
	취약지	40.0		-11.8
약무직		2.4	1.8	0.6
영양직		5.9	4.4	1.5
의료기사직		11.9	12.6	-0.7
사무기술직		14.8	18.5	-3.7
고용 및 기타		10.6	7.5	3.1
계		103.3	10.8	-4.7

자료: 문정주 외(2011)의 자료. 29p 〈표2-25〉를 재인용하였음.

주: 지역거점공공병원과 유사 규모인 160-299병상 민간 종합병원 평균

지방의료원에서 적자를 발생시키는 주요 원인으로 인건비가 지적되지만, 실제 민간병원과 비교했을 때, 전문의사의 인건비는 87%에 머물고 있다. 하지만 일반 직원의 인건비는 민간병원과 비교하여 146%에 달하였으며, 직종에 따라서도 인건비가 차이가 있다(문정주 외, 2011). 한편, 지자체장과 병원장간 성과계약을 체결한 병원은 적십자병원을 포함한 지역거점공공병원 중 33개소(86.8%)이며, 대부분 병원이 성과급 규정과 제도를 시행하고 있었다(표 4-8)(보건복지부, 2013).

한편, 지자체가 지방의료원 원장 대상 성과계약에는 운영 수지 개선과 같은 경영 성과 관련 내용이 포함되어 있는데, 이는 수익성을 추구하는 방향으로 영향을 미치는 것으로 판단된다.

〈표 4-8〉 지방의료원 실적성과급 도입현황(2012년)

(단위: %)

의사				원장			
도입			미도입	도입			미도입
20% 초과	20% 이하	10%이하		20% 초과	20% 이하	10% 이하	
서울 등 (28) 14개소	인천(17), 의정부(12), 삼척(12), 청주(19), 순천(15), 포항(14), 울진군(13), 서귀포(13)	부산(8), 수원(2), 원주(5), 강릉(2), 속초(9), 영월(7), 강진(5), 안동(9)	대구 군산 제주	서울 등 17 개소	순천 (17)	대구(6) 인천(8), 수원(8), 충주(4), 남원(3), 서귀포 (10)	9개소

자료: 감사원의 원자료(2014) 108p 〈표66〉에서 인용하였음

라. 의료이용 일반 현황

지방의료원은 민간병원에 비교했을 때 상대적으로 낮은 진료비를 유지하고 있다. 2009년부터 2012년까지의 지역거점공공병원과 민간병원 간의 평균 진료비를 비교한 문정주 외(2013)의 연구에 따르면, 지역거점공공병원은 민간병원에 비해 상대적으로 진료비가 낮다. 입원과 외래에서 민간병원 대비 진료비 비중이 최소 54%에서 최대 78%이다(표 4-9).

〈표 4-9〉 지역거점공공병원과 민간병원의 환자 1인당 평균진료비 (단위: 원, %)

구분		지역거점공공병원 ⁵²⁾	민간병원	민간병원 대비 진료비 비중
2009	입원	125,170	160,940	78
	외래	35,277	46,965	75
2010	입원	129,922	165,952	78
	외래	35,563	51,916	69
2011	입원	133,151	209,508	64
	외래	37,024	68,889	54
2012	입원	136,827	-	-
	외래	37,761	-	-

자료: 문정주 외(2013)의 2013년 지역거점공공병원 운영평가 결과보고서. 53p 〈표3-24〉를 재인용

환자 이용 현황은 외래와 입원별로 다소 차이가 있다. 100병상 당 입원 환자는 31,531명(2012년 기준)으로 민간병원과 비교했을 때는 낮거나 비슷한 수준인 반면 100병상 당 외래 환자 수는 지방의료원이 민간병원에 비해 높은 수준이다. 한편, 민간병원에 비해 지방의료원의 병상이용율은 낮다. 2009년 82.1%에 비해 민간병원은 83.5%로 약 1.4% 정도 높았으며, 2010년에는 약 4.7%정도 차이가 났다(표 4-10, 표 4-11, 표 4-12).

〈표 4-10〉 지역거점공공병원과 민간병원의 100병상 당 입원환자 수 (단위: 명)

구분	2009	2010	2011	2012
지역거점공공병원 ⁵³⁾	29,387	30,240	32,251	31,531
민간병원	30,952	32,266	32,193	-

자료: 본 자료는 2013년 지역거점공공병원 운영평가 결과보고서(48p) 〈표3-2〉에서 재인용

주2: 민간병원 산출값은 평균 병상규모와 유사한 160-299병상 규모 민간종합병원 평균(병원경영 분석, 2011)

〈표 4-11〉 지역거점공공병원과 민간병원의 100병상 당 외래환자 수 (단위: 명)

구분	2009	2010	2011	2012
지역거점공공병원	65,838	65,753	72,223	72,375
민간병원	60,787	57,551	60,213	-

자료: 문정주 외(2013). 2013년 지역거점공공병원 운영평가 결과보고서. 48p 〈표3-3〉에서 재인용

〈표 4-12〉 지역거점공공병원과 민간병원의 병상이용률 (단위: %)

구분	2009	2010	2011	2012
지역거점공공병원 ⁵⁴⁾	82.1	83.7	84.4	83.0
민간병원	83.5	88.4	88.2	-

자료: 문정주 외(2013). 2013년 지역거점공공병원 운영평가 결과보고서. 48p 〈표3-8〉에서 재인용

52) 지방의료원과 적십자 병원 포함

53) 지방의료원과 적십자 병원 포함

54) 지방의료원과 적십자 병원 포함

마. 재정 및 경영실적

지방의료원의 한해 당기순손실은 약 500억원(2011년 기준), 863억원(2012년 기준)으로 개소당 평균 25억 원이다(문정주 외, 2011; 공공의료 정상화를 위한 국정조사특별위원회, 2013). 2005년부터 2010년까지 6년 동안 지방의료원의 적자 발생추이를 살펴보면 약 450억 원을 상회하는 수준으로 나타났으며 대부분이 적자 상태에 직면하고 있는 것으로 나타났다(표 4-13). 한편, 지방의료원은 비슷한 규모의 민간병원보다 의료수익 대비 의료비용의 비율, 의료수익 대비 인건비의 비중이 높은 것으로 나타났다(표 4-14).

〈표 4-13〉 지방의료원 연도별 적자 발생 추이(단위: 억원)

구분	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년
지방의료원	416	424	504	417	476	484
적자병원 수	29	26	29	30	29	28

자료: 문정주 외(2011)의 자료. 27p 〈표2-22〉를 인용함

〈표 4-14〉 지역거점공공병원과 민간병원의 의료수익 대비 원가비율(단위: %)

구분	지방의료원	민간병원
의료비용/의료수익	121	96
인건비/의료수익	64	46
재료비/의료수익	29	27
관리운영비/의료수익	28	23

자료: 문정주 외(2011)의 자료. 28p 〈표2-24〉를 재인용함.

바. 중앙정부 및 지자체 지원현황

보건복지부는 지역거점공공병원의 역할을 수행하기 위해 필요한 기능 위주로 단계적·체계적 지원을 하겠다고 명시한 바 있으며 지원 대상은 지방의료원과 적십자병원이다. 지방의료원은 국비 50%와 지방비 50%, 적

집자 병원은 국비 100%로 지원을 하도록 하였으며 지원이 시급한 의료원에 집중 지원하는 반면, 집행 실적이 저조한 경우에는 지원 대상에서 배제키로 하였다고 하였다⁵⁵⁾.

지역거점공공병원 국고 지원 사업 실적을 2005년부터 2013년까지 살펴 보았다. 정부의 지역거점병원 지원 예산은 장비보강사업(30.8%)로 가장 많이 투자되었으며, 다음으로 시설보강사업(21.6%), 신축사업(18.6%), 사회보장복지시설 개량(12.3%) 순으로 지원되었다. 정부의 공공병원지원 예산은 전적으로 공공병원의 시설과 장비 개선에 집중되었음을 알 수 있다(표 4-15)(감사원, 2014).

〈표 4-15〉 지역거점공공병원 국고지원사업 지원실적 (단위: 백만원)

연도	신축사업	모델사업	시설보강사업	장비보강사업	장애인 치과 센터	전산장비사업	리모텔링사업	전문의료서비스	사회보건복지시설 개량	BTL 임대료	계
2005	11,800	14,106	3,200	9,999	-	-	-	-	-	-	39,105
2006	9,300	1,950	2,180	13,667	-	-	-	-	-	-	27,097
2007	812	3,917	5,705	7,189	715	700	-	-	-	-	19,038
2008	6,008	-	6,749.5	5,675	-	800	2,992	7,775.5	-	-	29,900
2009	7,365	4,600	14,703	9,397	-	9,953	3,930	-	46,399.8	-	96,347.8
2010	15,000	-	6,000	7,000	-	-	3,342	-	-	-	31,342
2011	15,127	-	13,320	12,000	-	-	-	-	-	565	41,012
2012	-	-	12,778	23,820.5	-	-	-	-	-	2,491.1	39,089.6
2013	4,550	-	16,366	26,781	-	-	-	-	-	4,538	52,235
계	69,962	24,573	81,001.5	115,528.5	715	11,353	10,264	7,775.5	46,399.8	7,594.1	375,166.4
비중	18.6	6.5	21.6	30.8	0.2	3.0	2.7	2.1	12.3	2.0	100

자료: 보건복지부(2013). 지역거점공공병원 기능보강 국고사업지침. 4p 〈표-1〉을 인용

한편, 지자체도 국비와 균형을 맞추어 시설장비에 예산을 지원하였으며, 경상운영비를 지원한 것으로 나타났다. 2010년 기준으로 서울과 광

55) 보건복지부 (2013). 2014년 지역거점공공병원 기능보강 국고지원사업 지침 자료(8p) 내용을 재정리하였다.

역시를 제외하면 개소 당 시설 및 장비비 13억, 경상운영비 3.6억 원에 불과하였다. 문정주 외(2011)은 경상운영비 지원이 적어서 우수한 의사 인력 확보가 어렵고 공공보건의료 사업을 강화하기 어렵다고 하였다(표 4-16).

〈표 4-16〉 지방자치단체의 지방의료원 대상 재정 지원현황

(단위: 백만원)

구분	시설·장비			경상운영비			산하 의료원 개소수
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	
서울	6,376	14,697	35,628	8,874	9,103	10,741	1
부산	1,666	2,028	2,418	2,000	2,500	2,700	1
대구	1,140	3,037	2,327	543	548	713	1
인천	4,500	5,024	4,820	4,937	3,818	4,173	1
경기도	284	32,249	16,644	4,374	6,147	4,260	6
강원도	3,367	10,346	365	550	500	500	5
충청북도	2,069	4,448	4,140	-	-	-	2
충청남도	5,806	6,405	9,400	300	-	-	4
전라북도	1,385	3,284	1,904	50	50	50	2
전라남도	7,051	20,186	2,472	735	1,645	1,465	3
경상북도	4,338	8,539	2,174	-	-	-	3
경상남도	2,971	340	731	136	-	511	2
제주도	1,448	1,182	150	1,300	2,422	3,200	2
평균	1,247	3,287	2,446	700	786	833	34
총계	42,401	111,765	83,173	23,799	26,733	28,313	

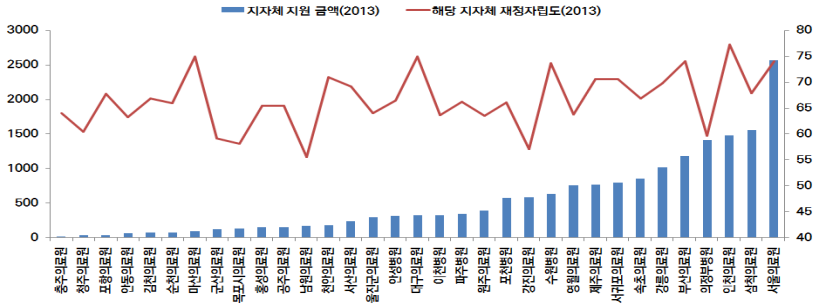
자료: 문정주 외 (2011). 지방의료원 운영진단 및 개선방안 연구. 30p 〈표2-26〉을 인용하여 2008-2009년도의 자료를 정리하였음.

주: 진주의료원이 포함된 내용임.

지방의료원별 지방자치단체의 재정 지원 현황을 세부적으로 살펴보면 같은 지역 내에서도 편차가 있음을 알 수 있다. 가장 인구가 집중되어 있는 경우 서울의료원은 상당수의 예산을 지자체로부터 지원 받고 있으며 충청북도에 위치한 의료원과 비교하여 100배 정도 규모이다. 한편, 같은 경기도 소속이라도 의정부 병원과 그 외 의료원을 대상으로 한 재정 지원 금액은 차이가 있다(그림 4-4).

[그림 4-4] 지방자치단체의 지방의료원 재정 지원과 재정자립도 현황

(단위: %, 백만)



출처: 1) 재정자립도의 자료원은

http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=2458(인출일자: 2014.09.30.)

2) 2013년 공공보건의료통계집(2013)의 지방의료원 지원 현황

사. 지방의료원 평가 지침

2005년 6월에 제정된 “지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률” 제 21조와 공공의료법 제9조에 따르면 보건복지부 장관은 지방의료원을 대상으로 운영평가를 매년 실시해야 한다⁵⁶⁾. 운영평가에 대한 세부기준은 지방의료원의 수익성과 공공성을 나누어 평가해야 하며, 운영평가의 지표는 책임경영, 재정자립, 병원관리, 사회기여 및 진료환경 등의 분야로 구분하여 실시하도록 하였다. 또한 평가결과에 따라 예산을 차등 지원하도록 명시하였다(표 4-17).

56) 지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률 제21조 - 보건복지부장관으로 대통령령으로 정하는 바에 따라 지방의료원에 대한 운영평가를 실시하고 그 결과에 따라 필요한 조치를 마련해야한다. 운영평가에는 지방의료원의 경영상태, 취약계층에 대한 공공보건의료사업의 성과, 지역주민 건강 증진에 대한 기여도, 입주의 능률성 및 고객서비스 등의 요소를 포함한다. <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?urlMode=lsInfoP&lsId=010008#0000>

2014. 8.30 인출

〈표 4-17〉 지역거점 공공 병원 운영평가 부문

평가영역	평가부문
양질의 의료	• 환자만족도 • 진료의 적정성 • 의료기관 인증
합리적 운영	• 계획 • 경영관리 • 경영성과
공익적 보건의료서비스	• 공공보건의료 사업 지원체계 • 의료안전망 기능 • 포괄적 서비스
사회적 책임	• 거버넌스 • 작업환경 • 사회공헌

자료: 문정주 외(2013) 2013년 지역거점 공공병원 운영평가 10-27pp의 내용을 인용하여 재정리함.

한편, 지역거점병원 평가영역에 대한 가중치는 일정하지 않는데. 양질의 의료는 2006년 40%에서 2013년 20%로 감소하였으며, 공익적 보건의료서비스는 20%에서 30%로 증가하였고, 공공적 관리 영역도 10%에서 20%로 증가하였다. 합리적 운영 부분은 가중치에 변화가 별로 없었다(표 4-18)

〈표 4-18〉 지역거점 공공병원 운영평가 가중치 연도별 변화

평가영역	2006	2007-2009	2010	2011~2012	2013
양질의 의료	40	35	15	20	20
합리적 운영	30	35	40	30	30
공익적 보건의료서비스	20	20	30	30	30
공공적 관리 (사회적 책임)	10	10	15	20	20
계	100	100	100	100	100

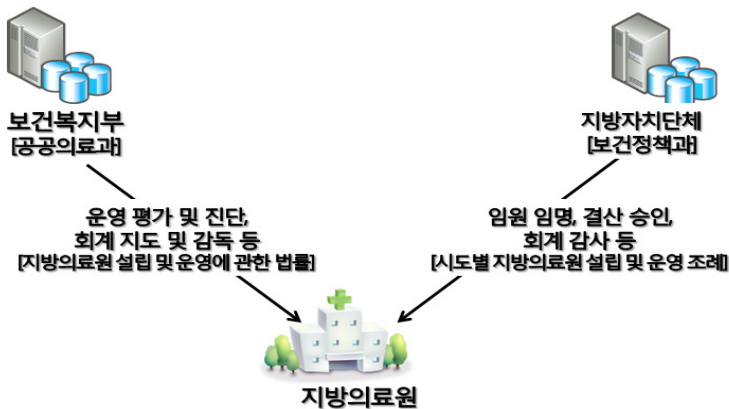
자료: 문정주 외(2013). 2013년 지역거점 공공병원 운영평가. 18p 〈표2-1〉을 인용함.

아. 중앙정부와 지방자치단체의 관계

공공병원에 대한 국가행정기관 간 역할분담이 명확히 설정되어 있지 않다. 예를 들어 보건의료 관련 정책은 보건복지부에서 시행하지만 인력은 교육부와 행정자치부 등 다른 부처의 승인을 얻어야 한다. 한편 중앙정부 입장에서는 지방의료원에 대한 개입 권한과 수단이 취약하며 지자체는 지방의료원을 관리할 수 있는 전문성이 부족하다.

보건복지부에서 운영평가 및 진단, 회계 지도 및 감독 등 정책에 대한 총괄 역할을 수행하는 한편 지방자치단체에서는 의료원장을 임명하며 결산을 승인하는 등 설립 및 관리 감독의 역할을 수행하고 있다(감사원, 2014).

[그림 4-5] 지방의료원 관리를 담당하는 기관 및 주요 임무



자료: 감사원(2014). 공공의료체계 구축관리실태. 91p <표59>에서 발췌하여 연구진이 도식화함.

지방자치단체장이 임명한 원장이 지방의료원 최고 의사결정기구인 이사회(의사결정기구)의 이사장을 겸임하며, 이사들은 지자체장의 승인을 받아야 이사로 임명되고 있다. 임원추천위원회가 지방의료원 원장을 추천하고 있으나

전체 7인 중 6인은 지자체장의 영향력 하에 있는 사람들이다(공공의료 정상화를 위한 국정조사특별위원회, 2013). 각 지방자치단체의 지방의료원 원장 선임에 관한 조례에서는 대부분 의료원 원장의 자격만 명시되어 있을 뿐 원장 임명에 관한 절차 및 과정에 대한 내용은 찾아보기 힘들다. 지자체장이 임명한 원장이 지방의료원의 최고 의사결정기구인 이사회의 이사를 겸임하는 경우도 있어 실제로 지방의료원이 독립성이 보장된 채 운영 및 관리되기는 어려운 실정이다(공공의료 정상화를 위한 국정조사특별위원회, 2013).

4. 지방의료원 진료행태 분석 영상검사 수가인하 전후 진료량 변화 중심으로

가. 분석 배경

공공의료기관인 지방공사의료원의 진료 행태가 민간의료기관과 어떠한 차이점이 있는지에 대해 실증적으로 분석된 바가 충분하지는 않다. 이는 개별 의료기관의 진료 행태와 관련된 요인은 매우 다양하여, 공공이라는 특성으로 명확한 차이가 나타나기 어렵기 때문일 수 있다. 또한 지방공사의료원 간에도 이질성이 매우 커서 일반화하여 결론내리기 어렵다.

그럼에도 불구하고 공공의료기관이 고유의 역할을 수행한다면 진료행태에도 일정한 영향을 미칠 것이며, 특정한 상황에서 두드러지게 나타날 수 있을 것이다. 이 연구에서 수행한 지방공사의료원에 대한 질적 조사에서 ‘적어도 적극적인 파잉진료를 하지는 않는다’라는 연구진의 질적 조사 초기 경험이 양적 연구에서도 검증되는지 확인할 필요가 있다.

감사원의 공공의료구축과 관리실태를 감사한 보고서에서 지방의료원은 2012년 요양급여적정성 평가에서 항생제 처방률, 주사제 처방률, 처방 1건당 약 품목 수 등 외래진료 부문에서 민간의료기관보다 더 나은 상

황으로 보기 어려운 것으로 제시되었다(감사원, 2014, p31 재인용).

한편, 건강보험 재정절감대책으로 검사량이 증가하고 있는 고가영상검사의 건강보험수가를 상당한 수준으로 인하했다. 구체적으로 살펴보면 CT, MRI, PET의 상대가치점수를 각각 14.7%, 29.7%, 16.2%씩 인하는 것인데 2011년 7월부터 시행하는 것으로 발표되었다고 한다.⁵⁷⁾ 이후 일부 병원이 소송을 제기하였고 정부는 2012년 7월부터 CT, MRI, PET 영상장비 수가를 완화하는 방안을 발표하였다⁵⁸⁾.

임숙영(2014)은 이같은 건강보험제도 변화에 주목하여, 의료수가에 미치는 영향이 큰 영상장비 수가인하가 의료서비스량에 미치는 효과를 분석한 바 있다.

지방의료원이 공공병원으로서 진료행태에서 민간병원과 차별되는 특성을 파악하기 위해서는 의료수익에 미치는 영향이 큰 대상을 분석하는 것이 보다 분명한 시사점을 줄 것으로 생각된다.

따라서 이 연구에서는 지방의료원이 같은 진료권 같은 규모의 병원에 비해 같은 영상검사에 대한 진료량 증가 정도가 적을 것이라는 가설을 세우고 이를 검증하고자 한다. 즉, 지방의료원을 동일 진료권 유사 규모의 민간병원과 비교하여 전체 영상검사와 CT 진료량 변화를 비교하였다.

나. 분석 방법

영상검사 진료량 변화 비교를 위해서 지방의료원에 대한 대조군을 선정하는 것이 필요하다. 진료권별 대조군 선정을 위해 선행 연구에서 분류한

57) 최승원. (2013. 3. 8.) CT, MRI, PET 수가 병원계 극렬반대 불구 '인하'. 닥터스 뉴스, 보험·제도면. <http://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=69313>
2014. 8. 10. 인출

58) 신범수. (2012. 6. 26.) 7월 15일부터 CT, MRI 등 영상장비 수가인하. 아시아경제 정치사회 일반면 <http://www.asiae.co.kr/news/view.htm?idxno=2012062617155844701>. 2014. 8. 10. 인출

광역시도 경계를 감안한 총 93개 중의료권을 이용하였다(박수경 외, 2011). 이 분석에서는 지방의료원과 같은 종별 병원이 2개 미만인 경우는 제외하였으며, 병상규모가 같은 병원을 대조군으로 선정하였다. 영상 검사 진료량 변화를 분석하기 위해 영상검사 수가에 대한 정책 개입 시점을 기준으로 개입 전과 후의 분석 기간을 설정하였다. 정책 개입 이후는 2011년 5월에서 2013년 4월까지 2년, 정책 개입 이전은 2009년 5월부터 2011년 4월까지 2년이다.

전체 영상검사에는 CT와 MRI 진료건수를 모두 포함하여 요양기관별, 월별로 분석하였고, 총 48개월의 모든 달에 건수가 있는 경우만 포함하였다. 다음으로 검사건수가 가장 많은 CT에 대해서 촬영부위를 구분하여 분석하였다. PET의 경우 지방의료원에 설치된 경우가 많지 않아 분석에서 제외하였다. 분석에 포함된 수가코드는 <표 4-19>과 같다.

<표 4-19> 영상검사 진료량 변화 비교 분석에 포함된 건강보험수가코드

일반 전산화단층영상진단 Computed Tomography	
두부 Brain	HA451, HA461, HA471, HA441, HA851
안면 및 두개기저	HA401-16, HA801, HA805, HA809, HA813
경부	HA453, HA463, HA473, HA443, HA853
흉부	HA424, HA434, HA464, HA474, HA444, HA834
복부 (골반 포함)	HA425, HA435, HA465, HA475, HA445, HA835
척추	HA456, HA459, HA466, HA469, HA476, HA479, HA446, HA449, HA856, HA859
상지	HA457, HA467, HA477, HA447, HA857
하지	HA458, HA468, HA478, HA448, HA858
자기공명영상진단 Magnetic Resonance Imaging	
뇌(뇌, 해마)	HE101-2, HE201-2, HE401-2, HE501-2, HE301-2
두경부	HE103-8, HE203-8, HE403-8, HE503-8, HE303-8
척추	HE109-14, HE209-14, HE409-14, HE509-14, HE309-14
근골격계	HE142, HE115-23, HE215-23, HE415-23, HE515-23, HE315-23
흉부	HE124-6, HE224-6, HE424-6, HE524-6, HE324-6
복부	HE127-34, HE227-34, HE427-34, HE527-34, HE327-34
혈관	HE135-40, HE235-40, HE535-40

전신	HE141, HE241, HE541
특수검사	HF101-7, HF201-3, HF305-6

자료: 건강보험심사평가원의 2014 8.1/9.1기준 전체수가파일. [http://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA030065000000&cmsurl=/cms/law/0306/1327494_25087.html&subject=의·치과·한방 수가파일\('14.8.1./9.1.기준\)_전체파일 포함_수정#none](http://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA030065000000&cmsurl=/cms/law/0306/1327494_25087.html&subject=의·치과·한방 수가파일('14.8.1./9.1.기준)_전체파일 포함_수정#none). 2014. 9.10 인출

수가인하를 기준으로 전후 변화를 분석하기 위해 단절적 시계열분석(segmented regression analysis)⁵⁹⁾을 위한 구간회귀분석을 이용하여, 시간을 독립변수로 하고 각 시점에서 결과변수의 측정값을 종속변수로 하여 모형을 구축하였다. 시간과 결과 변수의 관계는 선형으로 가정하고 최소 자승법에 의해 회귀선 및 회귀식을 산출하였다. 정책 개입이 결과변수에 미친 영향을 계량화하기 위한 구간회귀식은 다음과 같이 작성할 수 있다.

$$Y_t = \beta_0 + \beta_1 \times time_t + \beta_2 \times invention_t + \beta_3 \times time_after_invention_t + e_t$$

여기서 Y_t 는 t 시점에서의 결과변수이며, $time$ 은 연속변수로 측정되는 시간변수로서 관찰 시작시점부터의 경과된 시간을 의미한다. $Intervention$ 은 정책 도입 여부를 나타내는 더미변수로서 정책 도입 전에는 0이며 정책 도입 후에는 1의 값을 갖는다. $Time\ after\ intervention$ 은 정책 도입 이후 경과된 시간을 의미한다.

회귀모형에서 β_0 은 최초 기준 시점에서의 결과변수 값이며, β_1 은 정책 개입 이전 단위 시간 경과에 따른 결과변수 값의 변화량으로 정책 개입 이전 회귀선의 기울기를 의미한다. β_2 는 정책 개입 직후 결과변수 값

59) 분석을 위해 Wagner AK, Soumerai SB, Zhang F, Ross-Degnan D.(2002). Segmented regression analysis of interrupted time series studies in medication use research. J Clin Pharm & Therapeutics, 27: 299-309을 참고하였다.

의 즉각적 변화의 크기이다. β_3 은 정책 개입 이후 단위 시간 경과에 따른 결과변수 값의 변화 경향의 변화로서, 정책 개입 이후 회귀선의 기울기의 변화를 의미한다. 즉 β_1 과 β_3 을 합하면 정책 개입 이후 회귀선의 기울기가 산출된다(박실비아 외, 2013).

이와 같은 구간회귀식을 통해서 정책 개입 이전의 결과변수의 값과 추세를 통제하면서 정책 개입에 의한 결과변수의 즉각적 변화와 추세의 변화를 모두 측정할 수 있다. 이는 정책 개입 전과 후의 각각 한 시점만 값을 측정하는 전후 비교가 갖는 내적 타당성 문제를 해결할 수 있는 강점을 갖게 한다(박실비아 외, 2013에서 재인용).

다. 분석 결과

1) 분석대상 병원 특성

지방의료원과 민간병원의 영상검사 건수 비교에는 총 5개 지역 22개 의료기관이 선정되었다. 지방의료원이 5개이며, 동일한 진료권에서 동일 병상 규모의 병원이다(표 4-20).

〈표 4-20〉 지방의료원과 민간병원 비교에 포함된 병원의 특성

지역	구분	병상규모	도농	시군구
가	지방의료원	500	도시	시
	민간병원 1	500		
	민간병원 2	350		
	민간병원 3	550		
나	지방의료원	200	농촌	군
	민간병원 1	150		
	민간병원 2	150		
	민간병원 3	150		
다	지방의료원	250	도시	시
	민간병원 1	150		
	민간병원 2	200		
	민간병원 3	150		

지역	구분	병상규모	도농	시군구
라	민간병원 4	150	도시	시
	민간병원 5	300		
	지방의료원	250		
	민간병원 1	250		
	민간병원 2	300		
	민간병원 3	300		
	민간병원 4	300		
마	지방의료원	300	도시	시
	민간병원 1	250		
	민간병원 2	300		

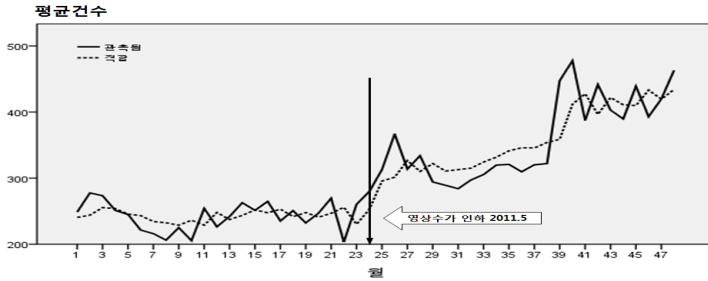
2) 지방의료원과 민간병원의 영상검사 추이 비교

지방의료원 5개 병원과 민간병원 17개의 평균추이와, 단절적 시계열 분석을 통해 각 그룹의 추이 변화를 분석하였다. 지방의료원의 경우 1차 정책 개입 전의 영상검사 양 자체가 민간병원에 비해서 낮았으며, 개입 시점에는 낮았다가 그 이후에는 증가율이 높아졌다. 반면에 민간병원은 1차 정책 개입 이전 영상검사량이 높은 수준이었으며, 개입 직후 검사량이 증가하면서 그 이후 증가율은 다소 감소하는 양상을 보였다(표 4-21, 그림 4-7, 그림 4-8는 분석결과를 그림으로 나타냈음).

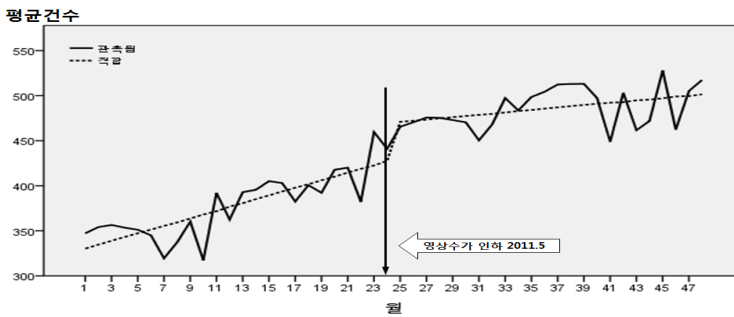
〈표 4-21〉 정책 개입 전후 지방의료원과 민간병원의 영상 검사 횟수 변화

병원구분	변수	추정값	SE	t	유의확률
지방의료원	Intercept	240.30	20.38	11.79	0.000
	Time	0.30	1.40	0.21	0.832
	Intervention	-126.46	56.99	-2.22	0.032
	Time after intervention	6.47	2.07	3.13	0.003
민간병원	Intercept	326.04	9.22	35.37	0.000
	Time	4.21	0.65	6.53	0.000
	Intervention	111.62	25.73	4.34	0.000
	Time after intervention	-2.89	0.91	-3.16	0.003

[그림 4-6] 5개 지역 지방의료원 전체 검사건수 추이



[그림 4-7] 5개 지역 민간병원 전체 검사건수 추이



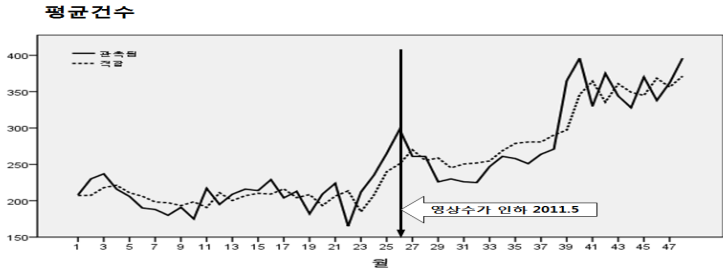
3) 지방의료원과 민간병원의 CT 검사 추이 비교

CT의 경우 민간병원의 경우 영상수가 인하 후 평균 건수의 증가가 있었으나 증가율은 다소 둔화되었으며, 지방의료원에서는 뚜렷한 양상이 나타나지 않았다.

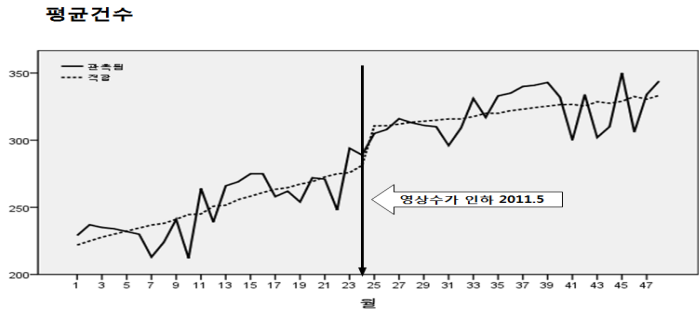
〈표 4-22〉 정책 개입 전후 지방의료원과 민간병원의 총 영상 검사 횟수 변화

정책 개입	병원 구분	변수	추정값	SE	t	유의 확률	R-square	Ljung-BoxQ
1차	지방 의료원	Intercept	207.37	19.35	10.72	0.000	0.843	19.30
		Time	-0.16	1.31	-0.12	0.905		
		Intervention	-144.79	53.95	-2.68	0.010		
		Time after intervention	6.64	1.98	3.35	0.002		
	민간 병원 *	Intercept	219.40	6.78	32.38	0.000	0.874	38.98
		Time	2.53	0.47	5.34	0.000		
		Intervention	65.59	18.92	3.47	0.001		
		Time after intervention	-1.53	0.67	-2.27	0.028		
2차	지방 의료원	Intercept	190.94	11.77	16.23	0.000	0.880	38.70
		Time	1.68	0.52	3.24	0.002		
		Intervention	97.32	150.54	0.65	0.521		
		Time after intervention	0.00	3.52	0.00	1.000		
	민간 병원	Intercept	212.39	5.35	39.67	0.000	0.872	58.51
		Time	3.26	0.24	13.64	0.000		
		Intervention	84.87	77.18	1.10	0.278		
		Time after intervention	-2.61	1.78	-1.46	0.151		

[그림 4-8] 지방의료원 전체 CT 검사 건수 추이(1차 정책개입)



[그림 4-9] 민간병원 전체 CT 검사건수 추이



4) 결과해석 및 제한점

건강보험 수가 정책의 변화에 따라 요양기관의 진료행태가 달라질 수 있으며, 공공병원의 특징이 이에 영향을 미칠 수 있다. 분석 결과 일관된 경향을 보이지는 않았으나, 동일 진료권내의 유사 규모 민간병원과의 비교에서 지방의료원과 민간병원은 각각 다른 경향을 보였다.

영상검사에 대한 수가 인하에 대해 정책 개입 직후와 이후에 촬영 횟수를 늘리는 진료행태가 진행되었는지를 살펴보았을 때, 지방의료원의 경우 큰 차이가 나타나지는 않았다. 비교 대상에 포함된 민간병원의 경우도 통계적으로 유의미한 변화를 보이지는 않았다. 따라서 분석 결과 지방의료원이라는 특성이 진료행태 변화에 일관되게 영향을 미치는 요인이 되었다고 결론내리기는 어렵다.

이와 같은 분석결과는 분석이 가지는 몇 가지 제한점 때문으로 보인다. 우선 동일 진료권과 동일 병상 규모로 대조군을 선정하였으나, 각 지역 지방의료원의 성격과 대조군 병원 성격에 따라 병원의 특성이 동질하지 않을 수 있다. 다음으로 지방의료원과 민간병원 모두에 영향을 미치는 진료인력 규모나 인센티브제도 적용과 같은 다른 요인을 고려하지 못했다는 점을 들 수 있다. 향후 좀 더 정밀한 분석을 할 필요가 있다.

5. 소결

이 절에서는 지방의료원의 현황과 문제를 살펴보았으며, 이를 요약하면 다음과 같다.

지방의료원 역사는 1876년 부산의료원 설립부터 역사가 시작되었다. 일제강점기에 시·도립병원으로 출발하였다가 지방공사체제가 되었으며, 2005년 특수법인(독립채산제)으로 변화되었다.

지방의료원의 역할은 지역거점병원으로서 급성기 2차 진료 및 포괄적

보건의료서비스를 제공하는 것인데, 주된 기능이 취약계층 진료와 민간이 제공하기 어려운 비수익 서비스를 담당하는 것으로 민간병원을 보완하는데 역할로 간주되고 있다.

지방의료원의 시설과 장비 수준은 동일 규모 민간병원과 비교하여 떨어지는 수준은 아니었으며, 핵심 문제 중 하나는 진료인력 부족으로 나타났다. 지방의료원의 의사와 간호사 수는 민간병원과 비교하여 적은 수준이다. 지방의료원의 진료실적을 동일 규모 민간병원과 비교했을 때, 환자 1인당 평균진료비는 낮은 수준이며 저소득 계층의 이용률이 높은 반면에 비급여항목 개수 및 수가가 낮은 편이다. 영상검사에 대한 실증분석을 시도했으나 지방의료원이 민간병원보다 적정진료를 제공한다고 판단할 근거가 부족했다.

보건복지부에서 현재 지방의료원에 대한 운영평가와 정책을 총괄하고 있으며, 지방자치단체에서는 의료원장을 임명하며 결산을 승인하는 등 설립 및 관리 감독 역할을 담당하고 있다. 해방이후 중앙정부는 지방의료원에 대한 지원을 거의 하지 않고 있다가 2000년대 후반부터 인프라 예산을 지원하였다. 현재 중앙정부와 지자체의 지원은, 지방의료원이 안정적 경영을 할 수 있는 수준은 되지 못한 것으로 판단된다.

제3절 국립대학병원 현황

1. 국립대학병원 기능 및 역할

가. 국립대학병원 설치법에 규정된 역할

국립대학병원은 교육부의 소관으로 국립대학병원설치법, 국립대학치과병원설치법, 공공보건의료에 관한 법률 등에 의하여 기능이 정의되고 관련 의무를 부여받는다.

국립대학병원 설치법에 의하면 국립대학병원은 교육과 훈련, 임상연구와 진료를 제공하는 기능을 갖고 있다. 공공보건의료에 대한 책무로서는 공공보건의료에 관한 법률에 의한 공공보건의료사업을 수행하고, 국민보건의료의 향상을 위한 양질의 공공보건의료를 제공한다는 것으로 상당히 추상적으로 정의되어 있다.

제1조(목적) 이 법은 국립대학병원(서울대학교병원은 제외한다)을 설립하여 「고등교육법」에 따른 의학 등에 관한 교육·연구와 진료를 통하여 의학 발전을 도모하고 국민보건 향상에 이바지함을 목적으로 한다.

[전문개정 2010.3.17.]

제8조(사업) 대학병원은 다음 각 호의 사업을 한다. <개정 2014.1.7.>

1. 의학계 학생의 임상교육(臨床敎育)
2. 전공의(專攻醫)의 수련과 의료 요원의 훈련
3. 의학계 관련 연구
4. 임상연구
5. 진료사업
6. 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제2호에 따른 공공보건의료사업
7. 그 밖에 국민보건 향상에 필요한 사업

[전문개정 2010.3.17.]

제9조(공공보건의료기관의 책무)

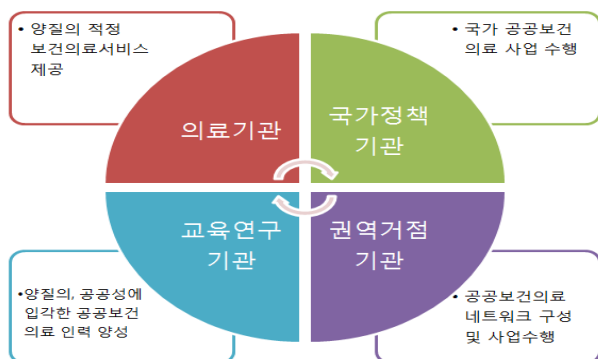
- ① 대학병원은 「공공보건의료에 관한 법률」 제7조에 따른 공공보건의료기관의 의무를 성실히 이행하여야 한다.
- ② 대학병원은 국민에게 양질의 공공보건의료를 제공하여 국민보건 향상에 노력하여야 한다.

자료: 국립대학병원 설치법(시행 2015.1.7., 법률 제12177호, 2014.1.7. 일부개정) 법제처 홈페이지 (<http://www.moleg.go.kr>). 2014. 5. 21 인출

나. 국립대학병원의 실제 기능과 역할

국립대학병원 역할에 관련된 기존 연구에서 정의된 국립대학병원의 기능 및 역할은 크게 네 가지이다. 첫째, 의료기관으로서 기본적으로 갖추어야 할 양질의 적정 의료서비스 제공 기능, 둘째, 공공의료 교육연구기관으로서 공공성에 입각한 교육 훈련 및 연구 수행 기능, 셋째, 국가기관으로서 국가 공공보건의료 정책 및 사업 수행 기능, 마지막으로 권역 거점 의료기관으로서 권역 차원의 공공보건의료 네트워크 구성 및 지역사회 지원 사업 수행 등이다(이정렬 외, 2013 인용)(그림 4-10).

[그림 4-10] 국립대학병원의 기능과 역할



자료: 이정렬 외(2013). 국립대병원 센터 운영 및 통합관리 등에 관한 연구. 보건복지부·서울대병원, p.ii <그림 1>을 한국보건사회연구원에서 재구성

이 절에서는 국립대학병원 현황을 파악함에 있어서 “국립대학병원의 실제 기능과 역할”을 기준으로 고찰하고자 한다.

양질의 적정 의료서비스 기능과 관련해서, 흔히 국립대학병원 제공 서비스능고가·고도 시술능양질의 의료로 연결되는 시각이 지배적이나, 그 이상의 것이 고려되어야 한다. 구체적으로 필요 이상 비급여 진료를 지양하는지 여부, 취약계층 진료, 환자안전 및 의료서비스 질 향상 활동 등을

분석하였다.

국립대학병원의 교육훈련 및 연구수행과 관련, [국립대학병원 설치법] 및 [공공보건의료에 관한 법률] 등에 의거해 공공의료기관으로 분류되는 국립대학병원은 사립대학병원과는 다른 교육·연구 기준이 필요하다. 공공성 이념을 가르치는 교육과정, 공공보건의료 제공자로서의 주체의식 등이 교육 내용에 반영되는지를 분석하는 것이 필요하다.

정책의료 측면에서 국립대병원을 파악할 때 병원의 사업계획서, 사업평가서 등 미시적인 자료를 활용할 수도 있겠으나, 보다 근본적으로 권역거점·국가정책수행 기관이 갖는 의미를 분석에 반영해야 한다.

자료원으로 기존 선행연구, 조사자료, 공공기관 경영정보공개시스템 등에 드러난 정보를 활용해, 국립대학병원의 일반적 현황 파악과 공공성에 대한 진단을 수행하고자 하였다. 단, 가용 자료의 제약으로 심층적 분석이 어려운 경우에는 가능한 수준에서 진단하고, 이를 제한점으로 밝혀 두었다.

2. 국립대학병원 일반 현황

가. 정부 예산지원 현황

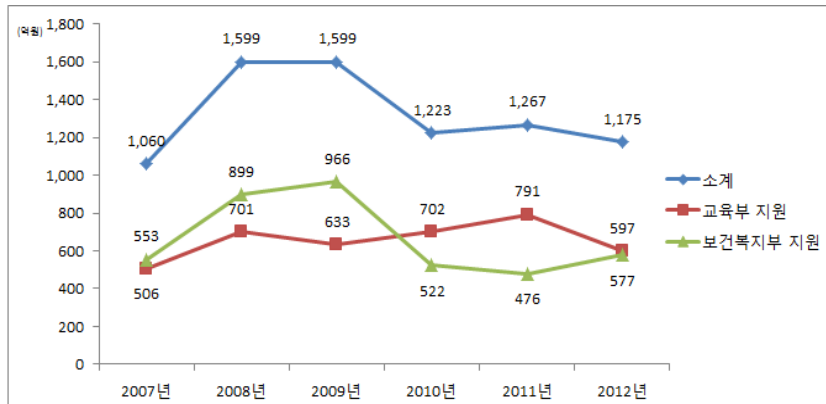
국립대학병원은 「국립대학병원 설치법」에 의하여 국가의 출연금 또는 보조금을 지원받을 수 있으며(서울대학교병원은 서울대학교병원 설치법에 근거)⁶⁰⁾, 실제 교육부와 복지부로부터 정부예산을 지원받았다. 교육부

60) 「국립대학병원 설치법」제18조(출연 또는 보조), 「서울대학교병원 설치법」제13조(출연 또는 보조) ① 정부는 대학병원의 기본 시설·설비 등의 설치를 위하여 필요한 경우에는 출연금을 지급할 수 있다. ② 대학병원의 의학적 교육 및 연구에 드는 경비는 예산의 범위에서 정부가 보조한다. ③ 대학병원의 운영비 및 시설·설비에 드는 경비와 차관의 원리금 상환 경비는 대학병원의 수익으로 충당한다. 다만, 부족한 경우에는 정부가 보조할 수 있다. <http://www.law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?lsiSeq=149543#0000> 2014. 5.21 인출

로부터는 병원 신축·증축, 시설 개보수, 의료장비 확충을 위한 예산을 지원받았으며, 복지부로부터는 권역 전문질환센터, 지역암센터, 어린이병원 등의 진료시설과 장비 지원 사업자로 선정되는 경우, 사업 예산을 지원받았다(국회예산정책처, 2013).

국회예산정책처(2013)가 작성한 「2012 회계연도 공공기관 결산평가」에 의하면 2007~2012년까지 매년 1,060억원~1,599억원 정도가 국립대학병원에 지원되었다. 교육부와 보건복지부는 매해 비슷한 수준으로 예산을 지원했으며, 평균 660억 원 수준이다. 국립대학병원 간에 지원받은 예산의 편차가 큰 것으로 나타났다(그림 4-11, 표 4-23).

[그림 4-11] 연도별·소관부처별 국립대학병원 예산지원 현황



자료: 국회예산정책처(2013). 2012 회계연도 공공기관 결산평가.p.372 <표4>를 한국보건사회연구원에서 재구성

〈표 4-23〉 국립대학병원별 정부출연금 및 보조금 지원 현황

(단위: 억원)

병원명 \ 연도	2007	2008	2009	2010	2011	2012	합계
강원대학병원	149	211	60	74	57	71	622
경북대학병원	43	161	173	98	268	60	803
경상대학병원	2	60	87	62	97	289	597
부산대학병원	262	474	303	329	244	104	1,716
서울대학병원	76	81	115	187	201	180	840
전남대학병원	97	80	138	69	66	135	585
전북대학병원	82	165	132	111	157	121	768
제주대학병원	234	253	180	61	30	60	818
충남대학병원	0	38	249	122	52	137	597
충북대학병원	82	47	131	63	25	15	363
소계	1,060	1,599	1,599	1,223	1,267	1,175	7,923
교육부 지원	506	701	633	702	791	597	3,930
보건복지부 지원	553	899	966	522	476	577	3,993

주: 보건복지부 지원 금액은 각 병원별로 관리되고 있어 중앙정부 지원액 집계가 연도별로 차이남.
 자료: 국회예산정책처(2013). 2012 회계연도 공공기관 결산평가.p.372 〈표4〉를 한국보건사회연구원에서 재구성

이규식 외(2013)는 2009~2013년의 국립대학병원 지원 현황을 파악하고 두 가지 문제점을 지적하였다. 첫째, 정부에서 국립대학병원으로 지원된 예산의 대부분은 시설 및 장비에 투자되었는데, 이는 수익사업의 100%를 ‘고유목적사업준비금’으로 설정하여 시설 및 장비 투자에 활용하는 장치를 마련하고 있는 국립대학병원의 예산정책과 상충되는 것이다. 따라서 정부에서 국립대학병원의 인프라 확충을 위한 추가 예산을 지원하는 근거가 마련되어야 한다고 하였다. 둘째, 3개 국립대학병원의 분원 설립에 필요한 비용이 지원되었다. 급성기 병상 과잉상태에서 타당성을 검증하지 않고 정부가 지원한 것에 대해서 가치판단이 필요하다고 하였다.

나. 국립대학병원 시설과 인력

전국 국립대학병원의 설립 경과연수는 평균 38년으로, 설립된 지 가장 오래된 곳은 경북대병원과 전남대병원(1952년), 가장 최근에 설립된 곳은 제주대병원(2001년)이다. 경북대병원과 전남대병원 모두 상급 종합병원으로서 병원 내 권역 응급의료센터를 갖추고 있어, 국립대학병원의 설립 경과연수와 병원의 기능상 문제가 서로 비례하는 것은 아니다.

국립대학병원의 평균 병상수는 811.3병상으로, 서울대병원, 충남대병원, 부산대병원 등은 1,000병상 이상의 대규모 병상을 운영 중이며, 충북대학병원, 강원대학병원, 제주대학병원 등은 600병상 미만의 병상을 운영 중이다. 총 병상 가운데 일반병상이 차지하는 비율의 경우, 전체 국립대학병원 가운데 서울대학병원이 56.9%로 가장 낮고, 강원대학병원이 87.5%로 가장 높다. 특히 서울대학병원(56.9%)과 충남대학병원(59.9%)의 일반병상 비율은 주요 민간병원의 일반병상 비율과 크게 다르지 않았다(표 4-24)(이규식 외, 2013).

의사수의 경우 민간병원에 비하여 국립대학병원의 병상대비 의사수가 평균 약 1.1명 많았으나, 예외적으로 서울대학병원은 나머지 3개 민간병원에 비하여 병상대비 의사수가 적었다(표 4-25). 한편 국립대학병원에 종사 중인 인력을 직종별로 파악하면 국립대학병원의 규모 및 특성에 따라 동일 직종에 종사하는 인력 수 간 편차가 나타난다. 제주대학병원(76명)은 서울대학병원(530명)의 약 1/7에 불과한 인원으로 교수진이 구성되어 있으며, 강원대학병원의 간호직 인력(194명)은 서울대학병원(1,523명)의 약 1/8에 해당한다(박노현 외, 2010)(표 4-25).

〈표 4-24〉 국립대학병원과 민간병원 간 병상 및 의사수 비교

(단위: 개, %, 명)

병원명	병원 구분	일반입원실				분만실	응급실	의사수
		상급	일반	총병상수	일반병상 비율			
강원대학병원	종합	61	428	489	87.5	12	22	118
경북대학병원	상급	263	528	791	66.8	4	30	212
경상대학병원	상급	269	543	812	66.9	7	48	180
부산대학병원	상급	284	711	995	71.5	7	32	230
서울대학병원	상급	691	913	1604	56.9	3	54	756
전남대학병원	상급	262	558	820	68.0	18	40	210
전북대학병원	상급	246	645	891	72.4	19	42	220
제주대학병원	종합	139	353	492	71.7	4	30	121
충남대학병원	상급	421	628	1049	59.9	6	40	216
충북대학병원	상급	129	455	584	77.9	2	30	142
삼성서울병원	상급	734	1009	1743	57.9	12	46	712
서울아산병원	상급	1084	1380	2464	56.0	10	57	731
연세대학병원	상급	764	1103	1867	59.1	8	47	693

자료: 이규식 외(2013). 공공보건의료체계 현황 및 정책과제 분석. (감사원 지원) (사)건강복지정책 연구원. p.102 〈표 3-33〉을 한국보건사회연구원에서 재구성

〈표 4-25〉 국립대학병원 인력 중 교수, 전임의, 전공의, 간호, 약무직과 보건직 현황

(단위: 명)

병원명	교수		전임의		전공의		간호직		약무직		보건직	
	정원	현원	정원	현원	정원	현원	정원	현원	정원	현원	정원	현원
강원대병원	86	82	5	3	59	54	211	194	9	8	69	62
경북대병원	194	235	50	42	376	375	642	635	31	31	202	201
경상대병원	164	142	22	14	194	183	43	430	24	12	123	123
부산대병원	291	279	94	63	375	393	1179	1171	57	50	319	205
서울대병원		530		157		592		1523		73		480
전남대병원	262	211	57	34	368	301	616	628	32	27	189	162
전북대병원	173	173	36	39	283	277	562	562	33	33	192	187
제주대병원	77	76	14	13	68	53	291	267	15	6	79	64
충남대병원	168	165	32	30	274	251	594	594	30	25	161	154
충북대병원	98	98	10	7	147	142	381	376	22	20	7	6

자료: 박노현 외(2010). 국립대학병원의 공공의료에서의 역할에 관한 연구. 서울대학교병원·보건복지부. p.35 〈표31〉을 한국보건사회연구원에서 재구성

다. 국립대학병원 진료 실적 및 손익 현황

1) 국립대학병원과 사립대학병원 간 진료실적 비교

감사원에서 실시한 2011년 진료비 실태조사 결과, 국립대학병원의 건강보험 보장률⁶¹⁾은 전체 58.3%로, 입원보장률은 65.0%, 외래보장률은 46.3%로 나타났다. 반면 사립대학병원의 건강보험 보장률은 전체 55.7%로, 입원보장률은 60.2%, 외래보장률은 48.1%로 나타나 국립대학병원이 전반적으로 사립대학병원에 비하여 건강보험 보장률이 다소 높은 것으로 나타났다(이규식 외, 2013).

2) 국립대학병원 손익 현황

국립대학병원의 연도별 손익현황의 경우, 의료수익에서 의료비용을 차감한 의료이익은 2010년까지 개선되다 이후 감소하여 2012년 10개 국립대학병원의 총 의료이익은 112,156백만원의 손실을 기록하였다. 부산대학병원을 제외하고는 서울대학병원 54,060백만원, 전남대학병원 15,230백만원의 손실이 발생하였다. 의료 손익 외 장례식장 운영손익, 기부금 수익 등을 포함한 10개 국립대학병원의 총 당기순이익은 49,426백만원의 손실이 발생하였으며, 이에 고유목적사업준비금과 의료발전준비금의 전입액 및 환입액을 반영한⁶²⁾ 조정 후 당기순이익은 2,980백만원의 손실이 발생한 것으로 나타났다(표 4-26). 2011년까지 흑자였던 조정 후 당기순이익이 2012년 적자를 기록한 것은 교육부 및 복지부에서 권역별 전문질환센터 및 시설·장비 등을 대상으로 지원한 금액이 많아 비

61) 감사원이 지원하여 건강복지정책연구원에서 2011년 국립대병원 2개 병원을 대상으로 진료비 실태조사를 실시하였다.

62) 국립대학병원 및 서울대학교병원은 「조세특례제한법」 제74조(고유목적사업준비금의 손금산입 특례)에 따라 수익사업에서 발생한 소득을 고유목적사업준비금으로 처리하여 손금에 산입(당해연도의 비용으로 처리)하고 향후 일정 사유 발생 시 다시 익금에 산입한다. 고유목적사업준비금 손금 산입 시 해당 손금처리 비용만큼 법인세 이연 효과가 있다(국회예산정책처, 2013).

용처리 된 금액이 많이 증가하였으나, 이에 대응하는 의료이익이 부진하였기 때문에 해석할 수 있다(국회예산정책처, 2013).

〈표 4-26〉 국립대학병원의 연도별 손익 현황

(단위: 백만원)

구분 연도		2008	2009	2010	2011	2012
강원대학병원	의료이익	-4,470	-3,857	-3,872	-5,608	-7,831
	당기순이익	-1,963	345	625	-3,040	-6,161
	조정 후 당기순이익	-1,963	345	625	-3,040	-6,161
경북대학병원	의료이익	-27	12,092	7,653	-38,206	-12,661
	당기순이익	40	69	-3,911	-11,812	-2,034
	조정 후 당기순이익	6,842	19,758	18,145	-28,385	-3,326
경상대학병원	의료이익	-1,385	-2,342	-836	-10,383	-3,125
	당기순이익	1,296	241	1,244	-6,382	1,709
	조정 후 당기순이익	1,296	241	1,244	-6,382	1,709
부산대학병원	의료이익	-3,675	-28,005	-6,210	-5,056	4,023
	당기순이익	-11,447	-26,056	1,350	-19,403	-12,247
	조정 후 당기순이익	5,669	-26,941	-825	-2,680	8,130
서울대학병원	의료이익	-16,905	13,886	20,869	-11,788	-54,060
	당기순이익	-38,114	-6,073	-12,302	-871	-28,735
	조정 후 당기순이익	-6,023	54,091	66,720	53,173	4,615
전남대학병원	의료이익	-7,511	-96	7,054	-9,178	-15,230
	당기순이익	-12,064	-13,960	159	120	-1,600
	조정 후 당기순이익	-785	5,030	12,638	3,960	-7,424
전북대학병원	의료이익	-1,309	9,099	11,365	-1,148	-6,531
	당기순이익	6,468	16,147	16,076	10,078	4,784
	조정 후 당기순이익	6,464	16,147	16,076	10,078	4,784
제주대학병원	의료이익	367	-3,541	-3,522	-3,881	-2,563
	당기순이익	794	-3,499	-2,923	-4,536	-2,405
	조정 후 당기순이익	582	-3,631	-3,088	-4,701	-2,570
충남대학병원	의료이익	-1,071	9,350	4,064	-2,821	-9,096
	당기순이익	2,798	2,692	11,249	9,950	1,346
	조정 후 당기순이익	4,721	16,067	11,249	9,950	1,346
충북대학병원	의료이익	-5,371	-4,130	-3,868	-12,272	-5,082
	당기순이익	-2,558	-1,417	-2,388	-10,688	-4,083
	조정 후 당기순이익	-2,558	-1,417	-1,388	-10,688	-4,083
총계	의료이익	-41,357	2,456	32,697	-100,341	-112,156
	당기순이익	-54,750	-31,511	9,179	-36,584	-49,426
	조정 후 당기순이익	14,245	79,690	121,396	21,285	-2,980

주 1) 조정 후 당기순이익은 각 연도별 당기순이익에서 고유목적사업준비금과 의료발전준비금 전입액은 가산하고 환입액은 차감한 금액임.

2) 병원은 의료이익 외에 장례식장 운영수익, 기부금수익 등이 발생함.

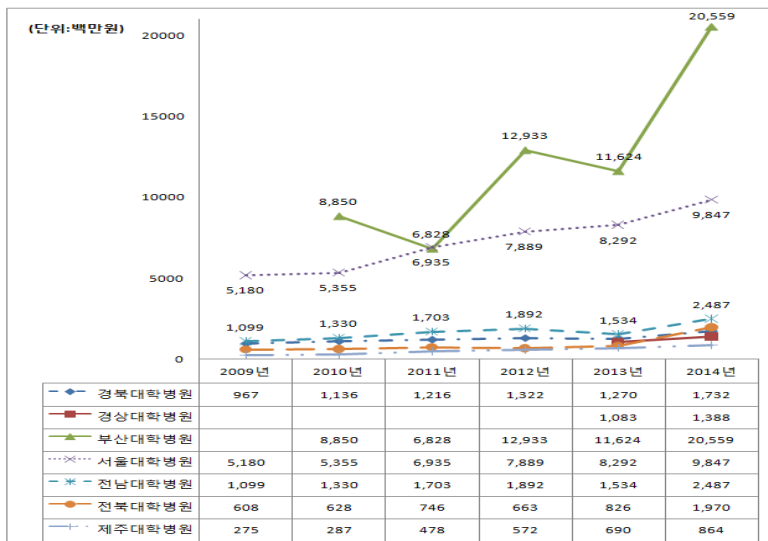
3) 서울대학교병원, 부산대학교병원, 경북대학교병원, 전남대학교병원은 각 분원을 포함한 재무현황임.

자료: 국회예산정책처(2013). 2012 회계연도 공공기관 결산 평가. p.368; 각 국립대학교병원 감사보고서

라. 교육 및 연구

국립대학병원의 교육 사업에 투자되는 연간 투자금액은 알리오 홈페이지를 통하여 파악하였다. 자료가 공개되어 있지 않은 강원대학병원, 충남대학병원, 충북대학병원을 제외한 나머지 7개 대학병원의 교육관련 예·결산 금액은 2009년 이후 전반적으로 증가 추세를 보인다. 비교적 예·결산 금액 증가율이 높은 병원은 부산대학병원, 서울대학병원 등이고 나머지 병원들은 증가폭이 매우 낮다. 2014년 교육사업 예산을 기준으로, 투자금액이 가장 높은 국립대학병원은 부산대학병원(20,559백만원), 가장 낮은 병원은 제주대학병원(864백만원)이며, 두 병원 간 약 24배의 차이를 보인다(그림 4-12).

[그림 4-12] 국립대학병원의 연간 교육사업 예·결산

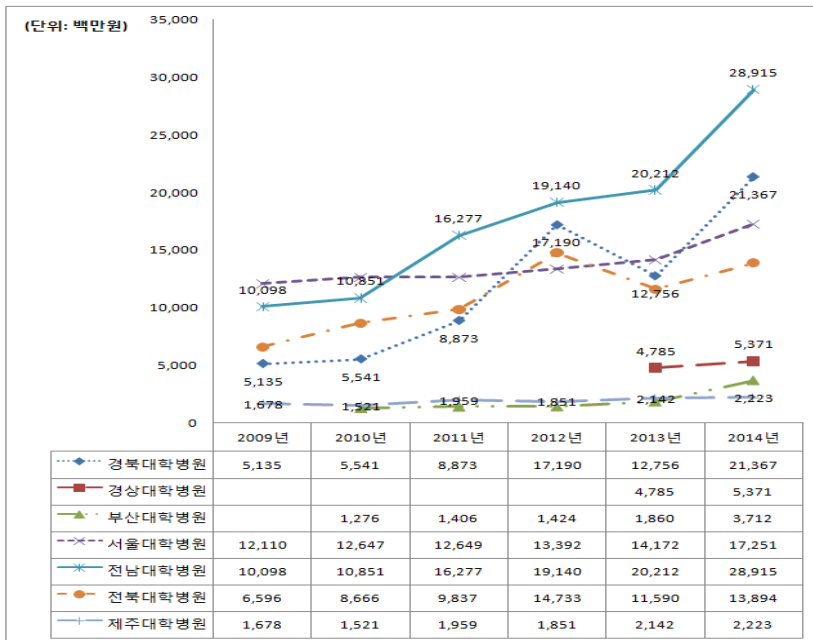


주: 강원대학병원, 충남대학병원, 충북대학병원(전체) 경상대학병원, 부산대학병원(일부) 은 교육사업 예·결산 자료가 공개되어 있지 않음.

자료: 알리오(공공기관 경영정보 공개시스템) 홈페이지(<http://www.alio.go.kr>)의 국립대학병원 별 교육사업 예·결산액(2014. 6. 3 인출)을 참고하여 한국보건사회연구원에서 제작

교육사업 예·결산과 마찬가지로 자료가 공개되어 있지 않은 강원대학 병원, 충남대학병원, 충북대학병원을 제외한 나머지 7개 대학병원의 연구 관련 예·결산 금액은 2009년 이후 증가 추세를 보인다. 예·결산 금액의 증가율이 두드러지는 병원은 전남대학병원, 경북대학병원, 전북대학 병원 등이며, 나머지 병원들의 증가율은 매우 미미하다. 2014년 연구사업 예산을 기준으로, 투자 금액이 가장 높은 병원은 전남대학병원 (28,915백만원), 투자 금액이 가장 낮은 병원은 제주대학병원(2,223백만원)이며, 두 병원 간 약 13배의 차이를 보인다(그림 4-13).

[그림 4-13] 국립대학병원의 연간 연구사업 예·결산



주: 강원대학병원, 충남대학병원, 충북대학병원(전체) 경상대학병원, 부산대학병원(일부)은 연구사업 예·결산 자료가 공개되어 있지 않음
 자료: 알리오(공공기관 경영정보 공개시스템) 홈페이지
 자료: 알리오(공공기관 경영정보 공개시스템) 홈페이지(<http://www.alio.go.kr>)의 국립대학병원 별 연구사업 예·결산액(2014. 6. 3 인출)을 참고하여 한국보건사회연구원에서 제작

국립대학병원의 교육·연구 측면에서의 공공성을 평가하기 위하여 예산 외에도 각 사업 대상자 수, 사업 수행 결과 등을 바탕으로 한 평가가 가능하다. 교육의 경우 학생수와 전임교원수를 비교한 바에 의하면, 학생수는 상대적으로 국립대학병원이 더 많았고, 전임 교원수는 지방 사립대학병원에 비하여 국립대학병원이 더 많았다. 병상당 직원에 대한 교육 훈련비는 국립대학병원이 더 높았다. 연구의 경우를 살펴보면, 논문 및 연구비 실적은 국립대학병원이 더 높았으나, 논문의 주제나 내용까지를 고려한 평가는 이루어지지 못했다(김용익 외, 2011)(표 4-27, 표 4-28).

〈표 4-27〉 국립대학병원과 사립대학병원 간 교육 현황 비교 (2008년 기준)

(단위: 명, 백만원, %)

구분	국립대	사립대	
		수도권	지방
재적학생수	401	312	260
전임교원	179	326	130
전임교원 1인당 학생수	2.4	1.1	2.4
100병상당 교육훈련비	65	49	21
의료비용 중 교육훈련비 백분율	0.3	0.3	0.1

자료: 김용익 외(2011), 사립대병원 발전방안, 전국보건의료산업노동조합·서울대학교의학연구원의료관리학연구소 p.55 〈표18〉 발췌

주: 국립대학병원 10곳과 사립대학병원 30곳을 비교대상으로 함

〈표 4-28〉 국립대학병원과 사립대학병원 간 연구 현황 비교 (2008년 기준)

(단위: 명, 백만원, %)

구분	국립대	사립대	
		수도권	지방
전임교원 1인당 논문	0.9	0.8	0.7
전임교원 1인당 연구비	39	28	11
100병상당 병원 연구비	294	100	99
의료비용 중 연구비 백분율	1.7	0.5	0.7

자료: 김용익 외(2011), 사립대병원 발전방안, 전국보건의료산업노동조합·서울대학교의학연구원의료관리학연구소 p.56 〈표 19〉 발췌

주: 국립대학병원 10곳과 사립대학병원 30곳을 비교대상으로 함

「국립대학병원 설치법」 제8조(사업)의 7항. 국민보건 향상에 필요한 사업에 대한 의무가 국립대학병원에 있는 것을 고려할 때, 교원의 실적 쌓기를 위한 연구뿐만 아니라 지역사회 보건 문제를 파악하고 이를 개선하기 위한 연구가 필요하며, 이를 반영하여 국립대학병원의 공공성 평가가 이루어져야 한다(국회예산정책처, 2011).

마. 국립대학병원의 운영체계·거버넌스⁶³⁾

국립대병원 설치법 제9조 2항에 의하면 대학병원은 이사장 1인을 포함한 이사 9인과 감사 1인을 이사회⁶⁴⁾의 기본 구성⁶⁴⁾으로 명시하고 있다. 국립대병원 설치법 제12조에 따르면 국립대병원 이사회는 조직에 관한 사항, 사업계획 및 예산결산에 관한 사항, 재산의 취득 및 처분에 관한 사항을 비롯하여 정관의 변경에 관한 사항을 논의하고, 구성원의 과반수의 찬성으로 의결할 수 있다.

2009년 보건산업진흥원의 조사에 따르면, 국립대병원의 당연직 외 이사는 각 병원별 2~3명으로 구성되어 있었다. “국립대병원 이사회 운영을 위해서 대면회의를 개최한 횟수는 평균 3.1회로, 60.7%의 대면개최 비율을 나타냈다. 또한 경북대병원을 비롯한 6개 국립대학병원이 환자와 주민의 여론을 수렴하는 조사를 실시하였다. 경상대병원은 암 관리 사업을 위해 지역기관 및 대표 간담회를 실시하였고, 경북대병원은 암환자 요구사항 조사와 당뇨병 예방교실 만족도 조사를 실시한 것으로 파악되었다”(문정주, 2009 재인용 96p, 98p).

63) 문정주(2009). 의료기관 공공성 평가 기준 및 지표 개발 연구: 국립대병원 제3기 공공보건의료계획 수립을 위한 기초연구. (보건복지부 지원) 한국보건산업진흥원

64) 이사장은 관련대학의 총장이 되며 당연직 이사는 당해 대학병원의 장, 관련대학의 의과대학장 및 관련대학의 치과병원장, 기획재정부장관 및 교육과학기술부장관이 그 부처의 3급 공무원 또는 고위공무원단에 속하는 일반직 공무원 중에서 지명하는 자 각 1인, 당해 대학병원의 소재지를 관할하는 특별시, 광역시 또는 도의 부시장 또는 부지사 및 이사회 추천으로 교육과학기술부장관이 임명하는 자임. 당연직외 이사로는 병원 경영에 관한 지식과 경험이 풍부한 외부인사가 1인 이상 포함되어야 한다.

3. 국립대학병원의 공공성에 대한 분석

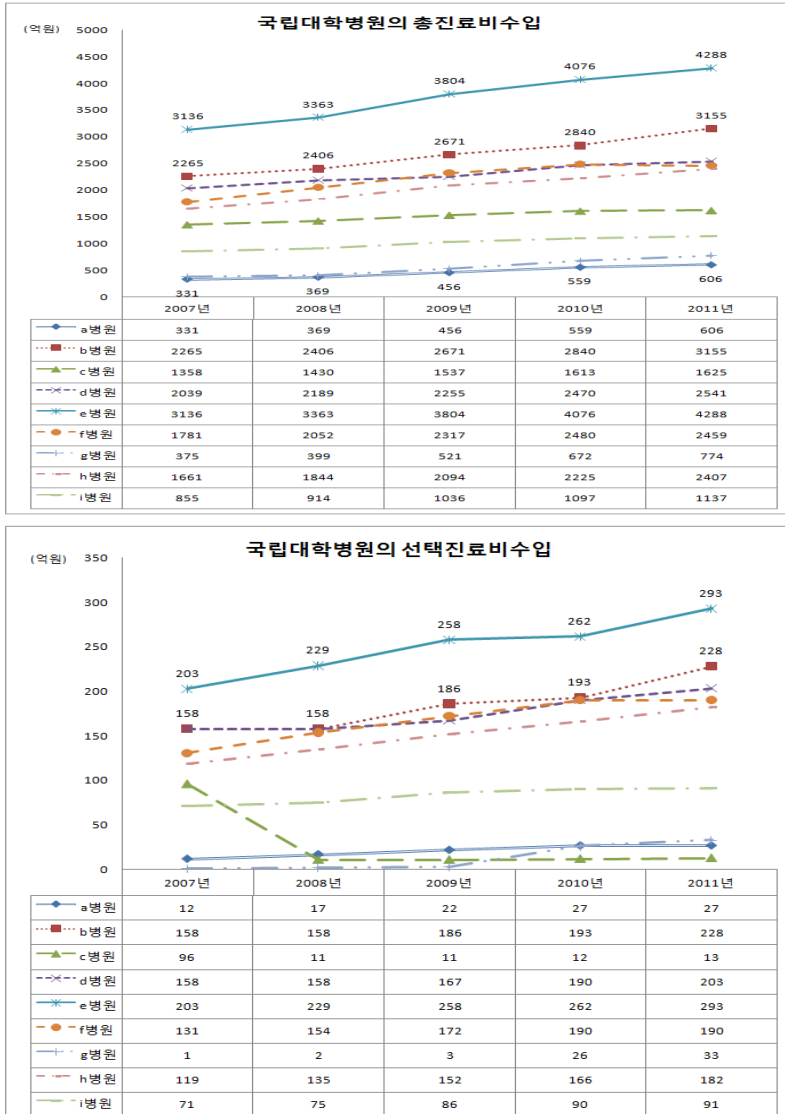
가. 적정진료: 선택진료비 수입 비교

국립대학병원의 적정진료에 대해서는 여러 가지 측면에서 분석을 해야 하지만 자료의 제한으로 인해 우선적으로 선택진료비를 검토하였다. 선택진료비는 특정 의사를 선택하여 진료 받았을 때 지불하는 비급여 비용으로, 진찰·검사·영상진단 등의 다양한 항목에서 지출될 수 있다. 진찰료의 55%, 검사료의 50%, 마취료의 100% 이내⁶⁵⁾에서 해당 병원이 정한 금액을 지불해야 하므로 경우에 따라서는 굉장히 높은 금액을 진료비로 지출할 수 있다.

보건복지부령 174호의 '선택진료에 관한 규칙'에 따르면 환자에 의한 선택진료의 요청·변경·해지가 가능하나 “대다수의 대학병원에서는 환자들이 일상적으로 선택진료를 받게끔 유도하고 있다”(문정주, 2009 재인용 79p). 환자의 선택권을 보장하기 위하여 도입된 제도이나 진료에 포함되는 항목이 주로 부가적인 것이며 대다수의 병원에서 수입을 늘리기 위한 수단으로 활용하고 있는 것을 감안하였을 때, 총 수입 중 선택진료비의 비중이 큰 병원, 지속적으로 선택진료비가 증가하는 병원을 공공성이 있다고 보기에는 어렵다. 2007년부터 2011년까지의 국립대학병원 총진료비 수입은 지속적으로 증가하는 양상을 보이며, C병원을 제외한 모든 병원에서 선택진료비가 증가하고 있어, 총진료비수입과 선택진료비 간 상관성이 높은 것을 확인할 수 있다. 또한 2011년 자료를 기준으로 했을 때 총 진료 수입 중 선택진료 수입이 차지하는 비중이 적게는 0.1%에서 많게는 8.0%까지로 나타나, 동일한 국립대학병원 안에서도 진료 행태 간 편차가 큰 것으로 확인되었다(이규식 외, 2013)(그림 4-14).

65) 건강보험심사평가원 홈페이지(<http://hira.or.kr>)에서 2014. 9. 1 인출함.

[그림 4-14] 국립대학병원의 총진료비수익 및 선택진료비 수익



자료: 이규식 외(2013). 공공보건의료체계 현황 및 정책과제 분석. (감사원 지원) · (사)건강복지정책 연구원. p.101 <표 3-32>를 한국보건사회연구원에서 재구성

적정진료를 제공하였는지의 유무를 판단하기 위한 기준으로서 총 진료비 수입 가운데 선택 진료비가 차지해야 하는 적정 비중에 대한 기준이 제시되어있는 것은 아니나, 전반적으로 국립대학병원의 선택진료비수입이 지속적으로 증가하는 것에 대한 문제지적은 반드시 필요한 것으로 판단된다.

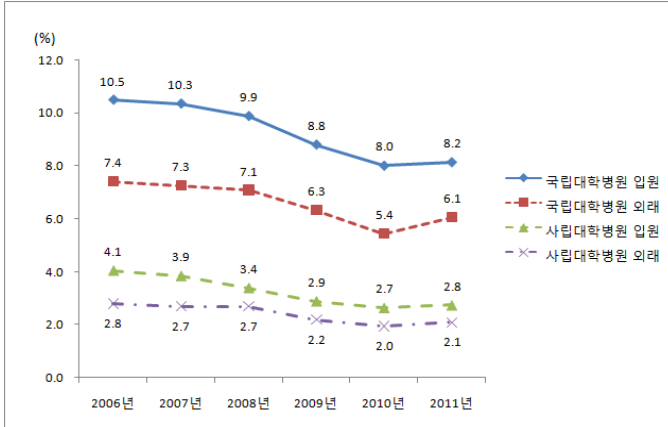
나. 국립대학병원과 사립대학병원의 의료급여 진료 비중 비교

병원에서 제공한 전체 진료 가운데 건강보장형태가 '의료급여'인 환자를 얼마나 진료했는가는 의료서비스의 공공성을 측정하는 지표로 활용될 수 있다.

서울대학병원을 제외한 전국 9개 국립대학병원의 2011년 의료급여자 진료 비중은 입원의 경우 평균 8.2%, 외래의 경우 평균 6.1%로 확인되었다. 2개 주요 사립대학병원이 입원 평균 2.8%, 외래 평균 2.1%를 제공하는 것에 비하여 높은 수준의 의료급여자 진료 비율을 보였다. 그러나 2006년 이래 매년 국립대학병원의 의료급여자 진료 비율이 입원과 외래 모두에서 감소하는 경향을 보이며, 국립대학병원의 진료 행태가 민간 사립대학병원과 유사성을 띠는 방향으로 변화하고 있는 것은 문제적 상황이라 할 수 있다(이규식 외, 2013)(그림 4-15)⁶⁶⁾.

66) 2011년 수치는 상반기의 자료만을 바탕으로 산출돼 다른 연도 수치와 동등한 비교가 어렵다고 판단, 본 기술에서 배제하였다.

[그림 4-15] 국립대학병원과 사립대학병원 간 의료급여환자 진료비율 비교



자료: 이규식 외(2013). 공공보건의료체계 현황 및 정책과제 분석. (감사원 지원)·(사)건강복지정책 연구원. p.100 <표 3-31>을 한국보건사회연구원에서 재구성

주 1: 심평원 청구자료를 바탕으로 서울대학병원을 제외한 전국 9개 국립대학병원의 입원·외래 의료급여환자 진료 비율을 구함. 사립대학병원에는 서울아산병원, 삼성서울병원의 진료 자료가 포함되었음

주2: 2011년 수치는 상반기 자료를 기반으로 산출되었음.

의료급여 입원환자의 1인 1일당 진료비는 2004년 이래 매년 평균 9.7%씩 증가하고 있으며, 2008년 의료급여 입원환자의 진료비는 17~34만원 수준이다. 외래의 경우, 의료급여 환자의 1인 1일당 진료비는 2004년 이래 매년 평균 7.6%씩 증가하고 있으며, 2008년 의료급여 외래환자의 1인 1일당 진료비는 5~17만원 수준이다(박노현 외, 2010). 국민기초생활보장수급권자인 2종을 대상으로⁶⁷⁾ 최저생계비를 기준으로 가구의 평균 소득을 가늠하였을 때, 월 평균 가구소득이 1,630,820원에 불과한 가구에 장기 입원환자 있을 경우 가구 내 경제적 부담이 상당할 수 있다.

67) 실제 근로소득 대비 진료비 지출을 살펴보고자 근로 무능력자인 의료급여 1종은 본 기술에서 배제하였다.

다. 의료서비스의 임상적 질과 환자만족도

의료서비스의 문제를 발견하고 이에 대한 개선 활동을 지속적으로 수행하고 있는지 여부는 의료기관의 자체적 질 향상 활동 중 하나이다. 질 향상은 공공보건의료기관을 포함한 전 의료기관에서 궁극적으로 지향해야 할 목표로서 중요한 의미를 가진다. 10개 국립대학병원 모두 질 향상을 위한 전담부서를 운영하고 있으며, 부서 내 인력의 경우 1명(강원대학병원, 제주대학병원)에서 8명(서울대학병원)까지 병원별 편차가 크다. 대부분의 부서에서 임상질지표 관리, 질향상 활동 지원 및 교육, 환자안전 활동, 고객만족도 관리 등의 활동을 수행하고 있다(박노현 외, 2010)(표 4-29).

〈표 4-29〉 국립대학병원별 질 향상 전담부서 현황

병원명	부서명	소속	인력(명)	주요활동
강원대학병원	QI실	교육연구실	1	임상질지표 CQI 활동
경북대학병원	QI팀	진료처	4	부서별관리, 환자안전, 고객만족, 임상지표관리, 감염관리 포함
경상대학병원	의료질향상팀	진료처	2	부서별질관리, 제안제도, 교육, 고객만족, 임상지표관리
부산대학병원	적정관리팀	진료처	3	
서울대학병원	QA팀	기획조정실	8	임상질지표, CP개발 및 적용, 의료기관평가, QA활동 지원 및 교육, 환자안전
전남대학병원	의료질관리실	진료처	3	고객만족, 임상질지표, 환자안전, 의료기관평가, 각종 통계
전북대학병원	QI팀	기획조정실	5	부서별질관리, 환자안전, 고객만족, 임상지표관리
제주대학병원	QI실	진료처	1	의료기관평가, 임상질지표활동, 환자안전관리 및 병원 내 QI활동
충남대학병원	QA실	진료처	3	QI경진대회, 고객만족, 민원업무, 병원신입평가, 임상지표관리
충북대학병원	의료질향상팀	진료처	5	부서별질관리, QI활동 및 지원, 경진대회, 임상지표관리, 고객만족, 병원평가

자료: 박노현 외(2010). 국립대학병원의 공공의료에서의 역할에 관한 연구. 서울대학교병원·보건복지부. p.35 〈표30〉을 한국보건사회연구원에서 재구성

또한 2009년 보건산업진흥원·보건복지부에서는 질 향상 체계와 환자 안전 관리활동을 국립대학병원의 공공성 평가를 위한 지표로 선정, 평가를 수행하였다. 평가 결과 모든 국립대학병원에서 질향상 체계 항목에서 A등급을 받아, 질 향상 활동을 위한 체계를 잘 구비하고 실제로 수행 중인 것으로 평가되었다. 환자안전관리 항목에서는 한 개 병원을 제외한 모든 대학병원에서 A등급을 받아, 대부분의 국립대학병원에서 질 향상 및 환자안전을 위한 활동을 충실하게 수행하는 것으로 나타났다(문정주, 2009).

고객만족도의 경우, 만족도 조사 결과 병원에 따라 양호 등급에서 우수 등급까지 만족도 점수가 다양하였다. 전년 대비 2010년도 고객만족도 점수가 낮아진 병원으로는 부산대학병원, 전북대학병원, 제주대학병원 등이 있으며, 반대로 전년 대비 고객만족도 점수가 상승한 병원은 경상대학병원, 서울대학병원 등이다(국회예산정책처, 2011)(표 4-30).

〈표 4-30〉 국립대학병원의 고객만족도 평가 결과

기관명	연도	2009년	2010년
강원대학병원		-	미흡
경북대학병원		양호	양호
경상대학병원		보통	양호
부산대학병원		보통	미흡
서울대학병원		미흡	보통
전남대학병원		우수	우수
전북대학병원		보통	미흡
제주대학병원		양호	보통
충남대학병원		우수	우수
충북대학병원		보통	보통

자료: 국회예산정책처(2011). 2012년도 공공기관 정부지원 예산안 평가. p.235 표 15 발췌, 재인용.
 주: 강원대학병원은 2009년 보건복지부 의료기관평가와 충북대 기획재정부의 고객만족도 평가는 실시하지 않음.

라. 공공보건의료 수행·제공: 전문질환센터

보건복지부에서는 주로 지방에 있는 대학병원 기능을 강화하기 위해서 이들 병원에 대한 지원 정책을 추진하고 있다. 「보건의료기본법」 제39조, 「권역심뇌혈관질환센터 2013년 운영지침」에 따라 지방 국립대학병원 등을 권역센터로 지정하여 시설, 장비 등을 지원하고 있다. 2008년부터 2013년까지 권역 심뇌혈관질환센터 지원사업 명목으로 11개 지방대학병원에 902억, 류마티스질환 및 호흡기질환 관리를 위한 권역 전문질환센터 지원사업으로 10개 지방대학병원에 1,810억원을 지원한 것으로 보고되었다(감사원, 2014).

국립대병원에 설치된 공공전문질환센터는, 의료의 지역 균형 발전의 일환으로 추진된 것으로, 공공보건의료에 관한 법률 14조(공공전문진료센터의 지정)를 근거로 하고 있다. 현재 각 국립대학병원은 평균 3개 내외의 정부지원센터를 설치·운영하고 있으며, 여기에는 심뇌혈관질환센터, 전문질환센터(호흡기센터, 류마티스 및 퇴행성관절염센터), 암센터, 어린이병원, 노인보건의료센터, 권역 외상센터 등이 포함된다(표 4-31).

이들 전문질환센터에서는 운영지침에 따라 교육·훈련, 홍보, 지역사회학조사, 환자등록관리, 지역 공공보건의료기관에 대한 기술지원 등 다양한 차원의 공공보건의료사업을 수행하고 있다. 그러나 전문질환센터별로 소관부서가 상이함에 따라 운영지침 또한 센터별로 마련되어 있으며, 성과관리도 개별적으로 이루어지고 있다(그림 4-16).

권역 심뇌혈관센터는 적정진료를 위한 표준진료지침을 개발·시행하고, 관련 내용이 국립대학병원 성과지표에도 반영되는 등 적정진료에 대한 동기부여가 되고 있다. 그러나 나머지 센터는 적극적인 사업에의 동기부여 장치 마련이 상대적으로 미비하다. 센터 운영비가 아예 없거나, 운영비가 있다 하더라도 이를 평가하기 위한 구체적인 성과지표가 마련되어 있지 않아 적정진료를 제공하기 위한 토대가 마련되어 있다 보기 어렵

다(이정렬 외, 2013).

〈표 4-31〉 2014년 국립대학병원 전문질환센터 현황

병원명	내용
부산대학병원	- 권역응급의료센터, 부산지역암센터, 동남권권역호흡기전문질환센터, 어린이병원
강원대학병원	- 지역암센터, 권역심뇌혈관센터, 노인보건의료센터, 어린이병원
충북대학병원	- 권역호흡기질환센터, 권역심혈관질환센터, 충북지역암센터, 광역치매센터
충남대학병원	- 권역심뇌혈관질환센터, 권역응급의료센터, 대전지역암센터, 권역 류마티스 및 퇴행성 관절염센터, 대전충청권역의료재활센터
전북대학병원	- 권역호흡기센터, 전북지역암센터, 응급의료센터, 노인보건의료센터, 어린이병원
전남대학병원	- 권역심뇌혈관질환센터, 권역외상센터, 응급의료센터, 지역암센터
경북대학병원	- 권역심뇌혈관질환센터, 권역외상센터, 응급의료센터, 지역암센터, 노인보건의료센터, 어린이병원
경상대학병원	- 경남지역 암센터, 권역 류마티스 및 퇴행성관절염 전문질환센터, 응급의료센터
제주대학병원	- 권역 류마티스 및 퇴행성관절염 전문질환센터, 제주지역 암센터, 응급의료센터

자료: 각 국립대학병원 홈페이지(<http://www.pnuh.or.kr>, <http://www.knuh.or.kr>, <http://cbnuh.or.kr>, <http://cnuh.co.kr>, <http://cuu.co.kr>, <http://cnuh.com>, <http://knuh.kr>, <http://www.gnuh.co.kr>, <http://jejunuh.co.kr>) 참조하여 한국보건사회연구원에서 작성, 2014. 5. 2 인출

〔그림 4-16〕 국립대학병원 전문질환센터별 소관부서 현황



자료: 각 센터별 운영지침(보건복지부 홈페이지, <http://www.mw.go.kr>)을 바탕으로 한국보건사회연구원에서 도식화

또한 지역별 공급의 차이가 커서 국가가 지원하여야 할 필요가 있는 전문 진료, 즉, 지방대학병원의 경쟁력 강화와 수도권의 의료집중 완화 목표를 동시에 달성하기 위해서는 의료의 수도권 집중화 정도, 권역별 주민의 건강 격차 등을 반영할 수 있는 지표를 마련하고, 이를 센터평가 및 예산배분과 연계할 필요가 있다. 그러나 수도권 유출률, 해당 질환으로 인한 사망률 등 사업목적과 연관된 지표는 활용하지 않고 병상규모나 실적, 부지확보 등 지방대학병원의 규모, 경영 실적 등 사업 목표 외적인 조건에 평가가 치우쳐 있는 것으로 판단된다(표 4-32).

〈표 4-32〉권역별 질환센터 사업목적 관련 지표와 적용지표 간 비교

구분	관련 지표	실제 적용 지표
권역별 심뇌혈관질환센터	수도권 유출률(비수도권 환자가 수도권에서 진료 받는 비율), 사망률, 심뇌혈관질환 진료과목 공급현황 등	광역시 이상 소재지 여부, 병상규모, 진료실적, 당직 총족률, 회의참석률 등
권역별 전문질환센터	수도권 유출률, 류마티스 질환·호흡기질환 진료과목 공급현황 등	진료량, 학술지 논문 수, 부지확보 등

자료: 감사원(2014). 감사결과 처분요구서: 공공의료체계구축관리실태. p.64 〈표 44〉를 발췌, 재인용.

심뇌혈관센터 지정과 관련하여 예산지원 목적과 실제 배정 간 불일치 내용을 보다 구체적으로 살펴보면 아래와 같다.

먼저 권역별 심뇌혈관센터에서 일컫는 ‘권역’은 의료권의 개념이 반영된 것이 아닌, 행정구역을 기준으로 하는 권역 구분인 것으로 나타났다⁶⁸⁾. 실질적으로 의료취약지, 환자의 의료서비스 이용 패턴 등의 개념이 반영되었다고 보기 어려운 구분이다.

다음으로 지역 간 건강격차를 감소시키기 위하여 실제 서비스가 필요한 비수도권 지역의 센터 건립을 육성하였는가 여부를 평가하였을 때, 그

68) 권역별 심뇌혈관센터의 사업 권역 구분은 주요 11개 시·도 권역 구분을 따른다. 경기권, 인천권, 강원권, 대구경북권, 충북, 광주전남권, 경남권, 대전충남권, 전북권, 부산울산권 등으로 나뉜다.

렇지 못했다는 평가가 가능하다. 2010년부터 2012년까지 3개년 간 심뇌혈관질환으로 사망한 주민을 3차 의료권별로 비교한 결과, 3년 평균 인구 만 명당 사망자 수가 수도권외의 경우 3.41명에서 4.25명으로 전국 평균(4.89명)보다 낮았으나, 비수도권의 경우 5.18명에서 6.92명으로 모두 전국 평균 보다 많았다. 그러나 실제 지원은 2012년 인구 만 명당 사망자 수가 상대적으로 낮은 수도권 지역인 인천(3.70명), 성남(3.41명)에 이루어져, 수도권과 비수도권 간 건강격차를 더욱 심화시킨다는 우려를 낳을 수 있다(감사원, 2014)(표 4-33).

〈표 4-33〉 수도권·비수도권별 심뇌혈관질환 사망자 수

(단위: 개, 명)

구분	선정여부	인구 만명당 사망자 수			
		2010년	2011년	2012년	3년 평균
전국		5.03	4.84	4.79	4.89
수도권	선정	3.69~3.96	3.38~3.68	3.18~3.47	3.41~3.70
영역	비선정	3.89~4.71	3.49~4.10	3.13~3.25	3.50~4.25
비수도	선정	5.76~7.05	5.45~7.16	5.36~6.89	5.58~6.92
권 영역	비선정	4.97~5.19	5.30~5.36	5.04~5.40	5.18~5.24

자료: 감사원(2014). 감사결과 처분요구서: 공공의료체계구축관리실태. . p.66. 〈표 46〉을 발췌, 재인용.

한편 위와 동일하게 2010년부터 2012년까지의 3년간 3차의료권별 심뇌혈관질환자의 수도권 유출률을 분석한 결과, 심뇌혈관질환 센터를 설치하지 않은 지역의 3년 평균 수도권 유출률(17.4%)이 센터를 설치한 지역의 9.2%보다 더 높은 것으로 나타나, 센터가 수도권 유출을 막는데 어느 정도 기여를 하고 있다고 평가할 수 있겠으나, 실제 예산 배분 과정에서는 수도권 유출률이 높은 지역에 가점을 주는 등 사업 효과와 예산 배분 간 연계가 이루어지지 않는다고 하였다(감사원, 2014).

마. 공공보건의료 전담조직 운영

국립대학병원은 2008년부터 약 2년여에 걸쳐 공공보건의료의 전문적 기획과 제공을 위한 전담조직인 공공보건의료사업실(팀)을 설치하였다. 국립대병원 홈페이지를 조사한 결과, 공공보건의료실에서 추진하는 사업에는 저소득층을 포함한 취약계층에 대한 진료나 보건사업 등이 주를 이루고 있으며, 지역사회주민을 대상으로 하는 교육, 국내외 의료봉사 등이 있다(표 4-34).

〈표 4-34〉 2014년 국립대학병원 공공보건의료사업실 사업 내용 현황

병원명	내용
부산대학병원	- 공공보건의료사업 - 저소득 취약계층 응급의료 교육 - 국내·외 봉사활동 - 의료비지원, 기타 상담
강원대학병원	- 지역사회 건강 고위험군·취약계층건강관리 (만성질환자, 폐경 여성, 노인 등) - 정신보건사업 등
충북대학병원	- 공공보건의료사업 (구체적인 내용 없음)
충남대학병원	- 무의촌지역 무료진료사업 - 취약계층 의료비지원 - 국내 농어촌 및 해외 의료봉사 등
전북대학병원	- 노숙인·외국인근로자 무료 진료서비스 - 북한이탈주민 진료비 지원
전남대학병원	- 공공보건의료사업 (구체적인 내용 없음)
경북대학병원	- 공공보건의료사업 계획 수립 및 조정 - 보건의료인 교육훈련 및 의료봉사활동(무료진료 등) - 장애인 맞춤형 건강관리
경상대학병원	- 아동·노인·장애인 건강관리 - 진료비 지원 - 국내·외 의료봉사 - 시민건강강좌 등
제주대학병원	- 공공보건의료사업 (구체적인 내용 없음)

자료: 각 국립대학병원 홈페이지(<http://www.pnuh.or.kr>, <http://www.knuh.or.kr>, <http://dnuh.or.kr>, <http://cnuh.co.kr>, <http://auh.co.kr>, <http://cnuh.com>, <http://knuh.kr>, <http://www.gnuh.co.kr>, <http://jejunuh.co.kr>) 참조, 2014. 5. 2 인출

공공보건의료사업실은 주로 예방의학전문의가 실(팀)장을 맡고 있으며, 의사·간호사·임상병리사·사회복지사·영양사 등 다양한 분야의 인력이 조직 내 구성되어 있다. 그러나 최소 3명에서 최대 9명에 불과한 인력 구성과(박노현 외, 2010), 전담인력이기보다는 일종의 보직 개념으로 공공보건의료사업실의 겸직을 맡고 있는 경우가 다수이므로 국립대학병원의 전체 공공의료사업을 관장하는 조직이라기에는 열악하다(박노현 외, 2010)(표 4-35).

〈표 4-35〉 국립대학병원별 공공보건의료 전담조직 인력 현황

(단위: 년, 명)

병원명	설립 연도	팀장 또는 실장	인력(전임/겸임)						
			의사	간호사	임상 병리사	사회 복지사	영양사	기타	행정직
강원대학병원		예방의학전문의1명(겸직)	1(겸)			1(겸)			1(전)
경북대학병원	08	예방의학전문의1명(겸직)	2(겸)	1(전)		1(겸)	1(겸)		1(전)
경상대학병원	08	예방의학전문의1명(겸직)		2(전)		2(전)			1(전)
부산대학병원	08	예방의학전문의1명(겸직)	1(겸)			2(전)			2(전)
서울대학병원	09	예방의학전문의1명(겸직)		3(전)	1(전)			2(전)	3(전)
전남대학병원	08	예방의학전문의1명(겸직)	1(겸)			1(겸), 1(전)			
전북대학병원	08	예방의학전문의1명(겸직)				1(겸), 1(전)			1(전)
제주대학병원	10	예방의학전문의1명(겸직)				1(전)			
충남대학병원	09	예방의학전문의1명(겸직)	1(전)	2(전)		1(전), 1(인턴)			1(전)
충북대학병원	09	예방의학전문의1명(겸직)	1(전)	1(겸), 1(전)		1(겸)			1(겸)

자료: 박노현 외(2010). 국립대학병원의 공공의료에서의 역할에 관한 연구. 서울대학교병원·보건복지부. p.35. 〈표19〉 재인용

바. 국립대학병원의 공공성 평가

국립대학병원의 공공성 평가와 관련, 보건복지부에서는 국립대학병원의 공공보건의료사업 결과와 공공보건의료 전담조직 운영 실적 및 사업

계획서 등을 바탕으로 병원별 공공의료사업 이행 정도를 A, B, C 3등급으로 평가해 공공보건의료사업비를 차등 지원해온 바 있다.⁶⁹⁾

또한 공공기관운영위원회에서는 매년 공공기관 고객만족도 조사⁷⁰⁾를 실시하고, 해당 평가결과를 경영실적평가에 반영해왔다. 치과병원을 포함한 12개 국립대학병원(2011년 기준)은 기타 공공기관으로 분류돼 병원 이용자들로부터 우수, 양호, 보통, 미흡의 4개 등급으로 평가받았다. 의료의 질 및 이용자 만족도를 평가했다는 측면에서 공공적 성격을 가진 평가라 볼 수 있다.

한편 2015년 상반기부터 시행 예정인 국립대학병원 경영평가는 도입에서부터 큰 이슈가 되고 있다. 기획재정부가 2014년 2월 개최한 공공기관운영위원회를 통해 공공기관 경영평가 대상으로 기타 공공기관(국립대학병원 등)을 포함시킨 것이 주요 배경이며, 「공공기관의 운영에 관한 법률」 제15조, 「기타공공기관의 혁신에 관한 지침」 제21조의 2 및 「공공기관 정상화 대책(2013.12.11.)」, 교육부 훈령 제87호 「교육부 소관 기타 공공기관 경영성과 평가에 관한 규정(2014.4.23.)」에 따라 평가가 실시될 예정이다(국회토론회자료집, 2014. 11).

국립대학 경영평가의 주요 목적은 국립대학병원의 자율성 및 책임성을 높이기 위하여 매년도 경영노력과 성과를 공정하고 객관적으로 평가하는 것이다(「공공기관의 운영에 관한 법률」 제48조). 그러나 평가 내용을 살펴보면, 1) 경영전략의 달성도, 2) 업무효율성, 3) 조직·인적자원에 대한 성과관리, 4) 인력 보수 및 복리후생 관리에 대한 평가 등으로 기존

69) 구체적 평가지표를 확인하기는 어려웠으며, (2012년도 평가 기준) A등급을 받은 병원은 경상대병원, 부산대병원, 전남대병원 등으로, A등급을 받은 병원은 정부로부터 5,000만원의 사업비를 지원받은 것으로 나타났다.

<http://www.watcherdaily.com/news/view.html?smode=&skey=%B0%E6%BB%F3%B4%EB%BA%B4%BF%F8&skind=both&sterm=§ion=1&category=88&no=13201> 2014. 5. 30 인출

70) 공공기관 고객만족도 조사는 공공서비스의 질적 수준 제고를 위하여 국민생활과 밀접한 기관을 대상으로 1999년부터 시행함.

기관평가에서 문제 지적된 “수익성 중심의 평가 틀”에서 크게 벗어나지 않으며(국회토론회 자료집, 2014. 11)(표 4-36), 이는 국립대학병원의 공공성을 침해할 위험이 있다. 또한 국립대학병원의 수행하는 진료, 연구, 교육 등의 주요 사업은 교육부 소관이 아닌, 보건복지부 소관임을 상기할 때(감신 외, 2006) 평가주체에 대한 논란도 무시하기 어렵다.

〈표 4-36〉 국립대학병원 평가지표

구분	평가지표
경영관리	경영전략 및 사회공헌 - 전략기획 - 고객만족도 - 정부권장정책
	업무효율
	조직·인적자원 및 성과관리
	재무예산관리 및 성과 - 재무예산 관리 - 재무예산 성과 - 계량 관리 업무비
	보수 및 복리후생 관리 - 보수 및 복리후생 - 총인건비 인상률 - 노사관리
주요사업	주요사업 계획·활동·성과를 종합 평가

자료: 국회토론회 자료집 (2014. 11. 3) 국립대병원 망치는 경영평가 도입, 무엇이 문제인가? 도종환, 유기홍, 정진후 (교육에서 희망을 찾는 국회의원모임), 민주노총 전국공공운수노조 의료연대본부 주관

4. 소결

지금까지 국립대학병원의 인프라와 인력 등에 대한 일반적 현황을 파악하는 한편, 국립대학병원의 공공의료 기능을 1) 양질의 적정의료 제공, 2) 교육·연구 수행, 3) 국가정책수행 및 권역거점공공의료기관 측면에서 분석하였다.

국립대학병원은 교육부와 복지부로부터 출연금 및 보조금의 형태로 예

산을 지원받고 있는데, 국립대학병원 간 예산규모의 편차가 큰 것으로 나타났다. 또한 진료인력의 편차도 큰 것으로 나타났다(박노현 외, 2010).

국립대학병원의 의료급여대상자 진료 비율이 2006년 이후 감소하는 경향을 보였다. 또한 거의 모든 국립대학병원에서 선택진료비가 증가하고 있었다. 이는 국립대학병원의 진료 행태가 사립대학병원과 유사하게 변화되고 있으며, 공공의료기관의 의료안전망 역할과 상충되는 것이다.

국가정책기관, 권역 공공의료기관으로서의 국립대학병원을 파악하기 위하여 공공의료사업실 및 전문질환센터 사업 내용을 살펴보았다. 전문질환센터의 경우, 일부 지역에서는 의도하였던 수도권 의료집중 완화와 지역 의료의 질 개선 등의 목표를 달성하고 있는 것으로 나타났으나, 수요와는 맞지 않는 서비스 공급 등으로 전문질환센터 존재가 유명무실한 곳도 있었다. 공공보건의료사업은 예산과 인력이 적어 충실한 사업을 제공하기 어려운 것으로 파악되었다. 또한 이러한 활동이 지역의료기관과의 연계 하에 체계적으로 제공된 것은 아니었다.

지금까지 논의를 종합하면 국립대학병원이 3차 의료기관으로 고도·전문 진료, 임상연구 및 교육을 담당하고 있지만 사립대학병원과 유사한 진료행태를 보이고 있으며, 이는 국립대학병원 ‘탈공공화’를 의미하는 것이다. 이 같은 상황이 초래된 것은 국립대학병원 만의 문제가 아니며 의료체계와 제도나 정책이 준 영향도 고려해야 할 것이다.

향후 국립대학병원이 3차 의료기관으로 고도진료를 제공하면서 교육, 훈련, 연구를 담당하고 있으면서 공공적 정체성을 가지는 것이 어떠한 모습이어야 하며, 이를 가능하게 하는 방안에 대해서 관련 정책과 연구가 추진되어야 할 것이다.



제5장

국공립병원 문제에 대한 실재주의적 진단

제1절 조사배경 및 목적

제2절 조사방법 및 대상

제3절 지방의료원에 대한 실재주의적 분석

제4절 국립대학병원에 대한 실재주의적 분석

5

국공립병원 문제에 대한 << 실재주의적 진단

제1절 조사배경 및 목적

공공병원은 일제 강점기부터 설립되기 시작하였으며, 이 전에는 의료 체계의 중심 역할을 수행하였다. 하지만 정부의 의료정책에서 공공병원은 지속적으로 소외되었고, 점차 그 수가 줄어들었다. 더욱이 민간병원이 의료체계의 표준이 되면서 공공병원은 의료의 질과 효율성 측면 모두 부정적 평가를 받고 있다.

따라서 공공병원이 임무와 역할 추구해야 할 가치는 무엇이며 당면한 문제와 원인, 개선과제를 심층적으로 탐색할 필요가 있다. 이 같은 필요성에 의해서 국내 공공병원 중에 대표라고 할 수 있는 지방의료원과 국립대병원에 대한 질적 조사를 통한 실재주의적 평가를 계획하였다.

이번 지방의료원과 국립대병원에 대한 질적 조사의 목적은 지방의료원과 국립대병원이 공공병원으로서 해야 할 역할과 임무는 무엇이고, 당면한 문제의 핵심과 기전을 파악해서 향후 공공병원 발전방향을 도출하고자 하는 것이다.

제2절 조사방법 및 대상

1. 질적조사를 통한 실재주의 진단방법

이 연구는 공공의료의 역할과 임무에 대한 인식과 현재 역할 수행의 문제와 관련 요인을 파악하고, 이를 바탕으로 실효성 있는 대안을 도출하는 것을 목적으로 하고 있다. 이를 위해서는 논의를 일반화하는 계량적 연구

보다 공공병원과 관련된 다양한 이해관계자들로부터 각 주제에 대한 의견을 듣고, 이를 논의하는, 즉 스토리텔링(storytelling)하는 방법의 질적 연구가 적절하다고 판단되어, 본 연구는 질적 연구를 수행하였다.

다양한 질적 연구 방법 중, 공공의료를 둘러싼 다양한 사회경제적 맥락을 파악하고, 공공의료의 역할과 임무, 현재의 문제에 영향을 미치는 기전을 파악하는 것이 실효성 있는 대안을 도출하는데 효과적으로 파악되어, 본 연구에서 최근에 많이 사용되는 한 현상에 대해 맥락과 기전을 바탕으로 결과를 설명하는 실재주의적 진단(realistic evaluation,)방법론을 적용하고자 하였다.

실재주의적 진단은 다양한 맥락에서 프로그램의 기능 혹은 문제의 원인과 기전을 규명하기 위한 중간 범위(mid-range)의 맥락-기전-결과(context- mechanism-outcome: CMO) 가설을 생성하는 것을 의미한다. CMO를 도출하기 위해 기존 연구에 대한 종합적 검토, 개인 면담이나 초점집단면담 및 델파이 기법을 활용한 인터뷰, 그리고 실증적 연구들을 활용할 것을 제안하고 있다(Jackson and Kolla, 2012)(표 5-1 참조).

〈표 5-1〉 Jackson and Kolla(2012)가 제안한 CMO 형성 방법

선행연구 검토	기존연구의 실재적 종합 기존 연구에서 주요 관련 이론 선택
직원 및 이해관계자와의 대화	무엇이 기능하는 지 왜 그러한지에 대한 스태프 및 이해관계자와의 인터뷰 및 초점집단인터뷰 CMO에 대한 직원 혹은 이해관계자와 평가자간 상호 창의적인 대화(dialogue) 델파이 인터뷰 Reflexivity와 비판적 담론(critical discourse)
실증적 연구	현장 관찰과의 상호작용(interaction)에서 준-체계적(quasi-systematic) 리뷰 결과를 제공하기 위한 실험설계를 활용한 절차 중심(Process-oriented)

출처: Jackson SF, Kolla G (2012). A new realistic evaluation analysis method: Linked coding of context, mechanism, and outcome relationships. American Journal of Evaluation. 33(3). pp.339-349. p 340 (table 1)을 번역 발췌함.

실재주의적 진단은 상호 반응적 면담 혹은 대화를 적극적으로 활용할 것을 강조하면서, 면담자가 피면담자와 같이 가설을 개발하는 과정에 참여할 것을 제안한다. 또한 실재주의 평가에서 인터뷰 과정에서 맥락과 기전에 대한 적절한 질문을 하는 것이 중요하다고 제안한다(Jackson and Kolla, 2012). 이처럼 다양한 맥락과 기전들의 조합을 인지하고, 이러한 요소들로부터 결과에 이르는 CMO 관계를 규명하는 실재주의 평가 방법을 Befani et al(2007)은 인과적 복잡성(causal complexity)이라고 표현하였다.

2. 조사대상 및 면담내용

가. 지방의료원 조사

1) 조사 대상과 방법

기존연구에서 조사된 바에 의하면 33개 지방의료원 간에 진료 역량이나 성과(performance)에 차이가 있으며, 이는 병원 규모나 지역적 위치, 민간병원과의 경쟁 등에 영향을 받는 것으로 보인다. 이 연구에서는 병원 규모, 지역적 위치와 경영실적을 고려하여 총 4개 병원을 조사대상으로 선정하였다. 결과적으로, 조사대상 지방의료원은 대도시에 위치한 종합병원 1개, 중소도시에 있는 종합병원 중 경영실적이 상반된 병원 2개, 의료취약지에 있는 1개 병원이 포함되었다.

한편, 본격적으로 조사하기 전에 조사내용을 구체화시키기 위해 지방의료원 관계자들 중 핵심 정보원(key informants)을 찾아서 사전면담을 실시하였다. 핵심정보원으로 조사대상 기관이 아닌 지방의료원 원장과 의사 각 1명과 보건의료산업노조 활동가 1명을 개별적으로 면담하였다.

본 조사에 질적 면담은 각 병원의 원장, 의사, 직원(원무행정직과 간호

직). 노조원, 환자와 함께 연관된 지자체 정책담당자 등 총 6개 그룹을 대상으로 진행되었다. 각 인터뷰 대상그룹마다 지리적, 시간적, 상황을 고려하여 개별면담 및 초점그룹면담이 이루어졌다. 이번 질적 조사에서 면담대상자 유형별 조사방식은 다음과 같다.

지방의료원 원장의 경우 개별적으로 면담하였다. 의사는 해당 지방의료원 원장에게 근무경력이 오래되었거나 진료부장 등의 경험이 있는 분을 추천받아 개별면담을 진행하였다. 해당 지자체의 정책담당자는 지자체 도(시) 보건정책 담당자 2인을 개별적으로 면담하였다.

일반직원은 각 병원의 간호사와 원무행정직이 참여하였고 초점그룹면담을 하였다. 일반직원과 별개로 노조활동을 하는 직원도 조사하였으며, 역시 초점그룹면담 방식으로 진행되었다. 환자들은 병원별로 입원 및 외래환자 8명으로 면담그룹을 구성하였고, 3개 병원에서 초점그룹면담을 진행하였다.

지방의료원 관계자 대상으로 면담할 때, 연구책임자 혹은 면담진행자가 연구의 목적에 대한 간략한 설명을 하고, 그 후 연구대상자 개개인들로부터 조사 참여 및 면담내용의 녹음에 대한 동의를 받았다.

면담은 본 연구의 연구책임자 및 질적 연구 경험이 있는 연구진이 진행하였으며, 의사와 환자 그룹을 제외하고는 연구책임자가 면담을 진행하였다. 면담은 반구조화 된 질문지를 바탕으로 진행되었으며, 각 개별면담 및 초점그룹면담은 약 1시간 30분에서 2시간가량 소요되었다. 면접의 모든 내용은 오디오 녹음되었다. 결과적으로, 지방의료원과 관련하여 진행한 총 46명을 면담하였다.

2) 질적 면담 내용

앞서 기술한 바와 같이 본 질적조사 전에 공공의료에 대해서 깊은 관심을 가지고 있으면서 조사대상과 동일한 직종에 근무하고 있는 핵심 정보

원(key Informants)를 면담하여 질문 내용을 도출하였다. 이 내용을 바탕으로 반구조화된 질문지를 작성하였다. 질적 조사를 위한 질문 내용은 각 면담그룹마다 약간씩 차이는 있지만 기본적으로 다음과 같은 질문을 포함하였다.

원장 의사 노조원/직원 지자체 정책담당자	◆ 공공병원에 근무하게 된 동기 혹은 관련 업무를 하게 된 계기와 경험은 어떠한가? ◆ 공공병원의 역할과 임무, 가치는 무엇이라고 생각하는가? ◆ 의사들이 공공병원 근무를 지속하지 못하는 요인은 무엇인가? ◆ 보건의료노조는 어떠한 특성을 가지고 있는가? ◆ 공공병원 문제와 원인과 기전, 결과는 무엇인가? ◆ 공공병원에 대한 관리체계와 정책의 문제는? ◆ 공공병원은 어떤 방향으로 발전해야 하는가?
환자	◆ 공공병원 인지유무와 이용 동기는 무엇인가? ◆ 공공병원이 민간병원과 비교해서 장점과 단점은 ? ◆ 공공병원을 이용 시 불편하게 느낀 점은 무엇인가? ◆ 공공병원이 필요한가? 그 이유는 무엇인가? ◆ 공공병원이 개선해야할 점은 무엇인가?

나. 국립대병원 조사

1) 조사 대상 및 조사 방법

국립대학병원을 둘러싼 공공의료 관련 주요 이슈에 대해 살펴보기 위해, 본 연구는 국립대병원에서 공공의료사업으로 운영되고 있는 전문질환센터 혹은 공공의료사업실에서 근무하고 있는 의사 중 연구의 취지를 이해하고 초점그룹면담에 참여할 의사가 있는 3개 국립대학병원의 3명의 의사들을 대상으로 면담을 실시하였다. 국립대학병원 공공의료사업 담당 의사들을 대상으로 한 초점그룹면담 절차는 지방의료원의 면담절차와 동일하게 이루어졌다.

2) 질적면담 내용

국립대병원 공공의료사업 담당 의사들을 대상으로 한 초점그룹면담에서 면담한 내용은 다음과 같다.

국립대병원 공공보건의료 사업 담당의사	• 공공의료관점에서 국립대병원 역할은 무엇인가? • 국립대병원의 예산과 인프라 등은 어떠한가? • 공공보건의료 담당 조직과 사업내용은 어떠한가? • 국립대병원 거버넌스, 관리·감독 체계는 어떠한가? • 국립대병원 관련 정부 정책과 지원 문제는 무엇인가? • 국립대병원 공공성 회복을 위해 어떻게 해야 하는가?
-------------------------------	---

다. 지방의료원 및 국립대학병원 질적면담 분석방법

1) 분석대상

지방의료원에 대해서는 핵심정보원에 대한 면담 내용이 분석 내용을 풍부하게 하는 것으로 판단되어 질적 분석에 포함하였다. 즉, 지방의료원 원장과 의사에 대해서는 조사대상 4명과 핵심정보원 1명이 포함되어 총 5명에 대한 개별 면담 내용을 분석한 것이다. 또한 보건의료노조산업관계자는 노조직원 면담내용이 분석에 포함되었다. 국립대학병원은 조사대상 3명의 면담내용이 분석에 포함되었다.

2) 코딩 절차

지방의료원 및 국립대학병원 관계자들을 대상으로 개별면담과 초점집단면담을 수행한 후, 모든 면담내용은 녹취되었다. 개별면담과 초점집단면담을 진행한 연구진이 녹취된 자료에 직접 코딩을 하였으며, 2차례의 코딩작업이 진행되었다.

우선 각 면담그룹별로 1차 코딩을 진행하였는데, 1차 코딩단계에서는 수집된 자료를 바탕으로 In Vivo 코딩 방법이 활용되었다. In Vivo 코딩 기법은 면담대상자가 사용한 단어 혹은 구문을 그대로 코드(code)로 활용하는 기법을 의미한다(Saldaña, 2013, p91-95).

예) 본 연구에서 활용한 In Vivo 코딩의 예

“대중교통을 이용한다고 보면 시간이 꽤 걸리죠. 차를 한 번에 오는 게 없고 갈아타야 되고 그래서 이제 그런 게 불편한데...”(코드: 교통-불편)

1차 코딩 작업 후, 도출된 코드 및 녹취록을 바탕으로 Theme을 도출하는 Theme coding 기법을 활용한 2차 코딩작업이 이루어졌다.

〈표 5-2〉 ‘취약계층을 위한 의료원’ Theme을 도출한 예

1차코드	Theme
• 의료원-서민지원 • 의료원-서민경제적 부담 줄이는 역할 • 취약계층 진료 • 도민위한 병원 • 취약계층-의료이용어려움 • 서민진료 확충 • 서민을 위한 병원	취약계층을 위한 의료원

본 연구는 두 차례의 코딩작업 이후 코딩을 한 연구진 이외의 연구진이 녹취록을 바탕으로 재코딩하여 분석의 신뢰도를 높이하고자 하였다. 그 외에도 코딩 및 분석이 이루어지는 기간 동안 수차례의 연구진 및 전문가 자문회의를 실시하여 도출된 코드 및 Theme의 신뢰도를 높이하고자 하였다.

3) 실재주의적 분석방법

본 연구에서는 면담 후 녹취된 자료를 바탕으로 공공병원이 당면한 문제와 원인을 분석하고자 실재주의적 분석을 실시하였다⁷¹⁾. 분석은 다음의 3가지 방법으로 이루어졌다. 우선 분석내용에서 피면담자들의 개인적 상황이나 현황에 대한 내용은 2차 코딩을 통해 도출된 주제별 코드를 가지고 분석하였다.

예) 공공의료의 역할 중 하나로 도출된 ‘적정진료’

“민간이 할 수 없는 것을 공공(병원)이 하면서도 또 지역주민에게 양질의 진료를 제공해주자. 이제 가장 이상적인 모습이지요”

둘째, 본 연구는 공공의료에서 이슈가 되는 문제에 대해서 면담자료에 직접 Context- Mechanism- Outcome(CMO)로 코딩 하여 분석하였다. 이 같은 코딩 기법은 지방의료원 면담 분석에서만 활용되었다.

예) 기본적 인력부족(mechanism)으로 인한 형식적 업무수행(outcome)

“QI 활동은 아주 형식적입니다(Outcome: 형식적 업무수행). 응급실 수간호사가 겸직으로 최근에 임명을 했고, 감염관리 담당 간호사도 없어서(Mechanism: 기본적 인력부족) 검사실장이 해왔는데...”

셋째, 본 연구는 2차 코딩작업을 통해 도출된 Theme을 바탕으로 맥

71) 본 연구에서 활용한 실재주의적 분석은 지방의료원과 국립대병원에 따라 달리 적용된 것이 아니므로 통합적으로 설명하였음. 다만 CMO 도출과정상에서 차이가 나타나는 부분은 명시하였음.

락, 기전, 결과를 규명하여 분석하기도 하였다. 이 같은 CMO 분석이 이루어진 주제는 공공의료의 주요 문제로 제기된 경영적자, 의사와 간호사 부족문제, 최종 결과(지방의료원의 공공성 상실)이었다.

본 연구는 CMO를 규명하기 위해 Jackson and Kolla(2012)가 활용한 방법을 참고로 하였다. 우선 도출된 코드가 지방의료원 혹은 국립대학병원이 가지는 지리적 위치(예. 오지에 위치), 사회의 분위기 및 현상(예. 민간과 공공 간 경쟁), 정책 및 제도적 요소(예. 지자체 관할인 지방의료원)를 포함하고 있는 경우를 맥락으로 규명하였다. 그리고 공공의료 문제에 영향을 미치는 요인의 경우를 기전(예. 비현실적 의료수가)으로, 지방의료원 및 국립대학병원의 현재의 문제를 포함하는 코드인 경우 결과(예. 지방의료원의 적자)로 규명하였다.

마지막으로, 본 연구는 실재주의적 분석방법에서 면담내용의 객관성을 높이고자, 면담참여자가 주관적으로 인식한 내용 중에서 사실 확인이 필요한 부분의 경우 관련 문헌이나 통계자료를 고찰해서 제시하였다.

4) 종합분석

각 면담그룹에 대한 코딩 및 실재주의적 분석을 한 후, 지방의료원 면담자료를 활용하여 공공의료와 관련된 질문에 대해 각 면담그룹에서 나타난 의견들을 비교 분석하였다.

종합분석에서 다룬 주요 질문들은 첫째, 공공병원의 역할과 가치는 무엇인가?, 둘째, 지방의료원이 겪고 있는 가장 심각한 문제는 무엇이며 어떤 결과를 초래하고 있는가? 셋째, 공공병원 관련 정책에서 주요 이슈와 대립 지점에 어떤 것이 있는가? 넷째, 공공의료의 발전은 어떻게 추진해야 하는가? 등이다.

공공병원의 역할과 문제, 향후 위상 등에 대한 종합분석에는 다음의 방법이 활용되었다. 첫째, 제시된 질문에 대한 각 면담대상 그룹의 분석내

용을 비교하였고, 한 주제에 대해 면담그룹 간 다른 의견이 나타난 경우는 이에 대한 설명을 추가하였다. 둘째, 면담그룹별로 해당 주제에 대해서 언급된 내용들 중 대표적인 것을 제시하였다. 단, 일반직원과 노조원은 노조활동에 대한 부분을 제외하고는 비슷한 내용이어서 동일 그룹으로 간주하였다. 마지막으로 지방의료원의 현재 이슈와 문제의 경우, 각 면담그룹에서 나타난 CMO 분석 결과를 종합하여 재분석하였다.

제3절 지방의료원에 대한 실재주의적 분석

1. 지방의료원 원장

가. 조사목적과 방법

지방의료원 원장은 최고책임자로서 병원 현황을 파악하고 있으며 직원과 노조는 물론 정부나 지자체 등과 접촉을 하면서, 공공병원의 문제에 대한 심층적으로 고민해야 하는 입장을 갖고 있다. 지방의료원 원장을 면담하는 목적은 지역사회에서 지방의료원이 공공병원으로서 해야 할 역할과 비전, 현재 가지고 있는 문제와 원인에 대한 진단, 발전 방향과 필요한 정책이 무엇인지에 대한 포괄적 견해를 파악하기 위한 것이다.

이번 공공병원 질적 조사에서 지방의료원 원장 4인을 개별적으로 면담하였다. 또한 앞서 언급한 바와 같이 사전에 조사대상이 아닌 다른 원장을 핵심정보원(key informant)로서 인터뷰하여 면담 주제를 도출하였다. 질적 조사에 응한 모든 원장들은 면담과정에서 공공의료에 대한 고민을 많이 했던 만큼 하고 싶었던 말을 폭포수처럼 쏟아내었고, 면담조사마다 3~4시간 정도 소요되었다.

나. 면담자 특성

이번에 조사에 응한 원장들은 50~70대 연령의 남자로서 대부분 공공기관에 근무한 경험 혹은 관련 위원회에서 활동한 경험을 가지고 있었다. 원장 5명 중 4명은 의사로서 다른 공공의료기관에 근무했던 경험이 있었으며, 2명은 외과전문의였다. 의사 출신은 공공병원에서 10년 정도 일한 경험을 가지고 있었다.

다. 결과분석

조사대상 원장과 핵심정보제공자를 포함하여 5명에 대한 면담결과를 분석하였다. 면담 내용 분석에서 동일한 내용이 많은 경우는 다 인용하지 않고 대표적인 것만 기술하였으며, 의견이 다른 경우는 모두 기술하였다. CMO 분석을 수행한 경우는 분석내용에 context, mechanism, outcome을 표시하였다.

1) 공공병원 역할에 대한 인식

우선 원장들에게 공공병원의 역할과 비전이 무엇인지 질문하였다. 이에 대해서 공공병원 원장들은 적정진료를 제공하는 것, 취약계층 진료에 대한 사회적 안전망 역할, 국가적 재난에 대한 의료적 관리, 환자가 신뢰할 수 있는 병원, 민간병원에 대한 보완과 견제, 표준적 근로조건 제공 등이 나왔다.

공공병원 역할로서 “적정진료는 의료서비스 자체의 공공성”이라고 하였다. 취약계층에 대한 진료를 제공하는 것도 마찬가지이다. 또한 재난 상황에 대한 공공병원이 중요한 역할을 해왔고 중요한 기능이라고 하였다. 또한 공공병원은 “환자를 속이지 않고 의학능력과 지식을 동원해서

진료하면서 규정을 지키는 병원”으로 정의하였다.

- ♦ 적정진료는 의료서비스 자체의 공공성이다.
- ♦ 우리는 과잉진료 절대로 못 하게 하거든. 돈 없는 사람한테 과잉진료해서 되겠어요?
- ♦ 사회적 양극화에 있는 경제적 취약계층이 있어서 이들에 대한 경제적 불평등을 어떻게든 해소할 수단을 가지고 있어야 하는데, 보건의료 문제로 인해서 위기상황이 도래하는 그런 사람들을 돌볼 수 있는 사회안전망에 공공의료원이 중심이 되어야 한다. 국가가 굉장히 혼란할 때, 혼란할 때 사회적인 신분이나 사회적 역할들이 전부 망가지잖아요, 그럴 때 의료 영역에서 사회를 지켜나가야 된다.
- ♦ 우리가 착한 사람은 법 없이도 사는 것처럼 저 병원은 날 속이지 않고 정직하게.... 의학적 능력과 지식을 충동원해서 헌신적으로 진료하고 규정에 정해진 대로 돈을 받고 그럴 되는 거지. 법 없이 산다고 하는 것은 모든 법을 적용해도 책잡힐게 없어야 하잖아요.

지방의료원이 공공병원으로서 민간병원에서 못하는 부분을 보완하는 역할을 하는 것에 대해서는 이견이 없었다. 하지만 민간병원을 보완하는 것을 넘어서 견제하는 적극적 역할은 면담대상자 중 소수가 제시한 의견으로 분석되었다.

- ♦ 공공병원은 지역 공동체가 유지되어 나가는 데 필요한 의료 서비스 영역이 민간에서 채워지지 않는다면 그걸 일단 채워야 되고, 또 그런 영역이 현재 서비스 체계에서 주어지지 않는다면 찾아내서 해야 한다. (A)
- ♦ 민간에 대한 보완적 기능이라고 하지만 다른 한편으로 견제 기능을 해야 한다. 서비스의 질적인 문제나 진료비 문제 면에서(D)

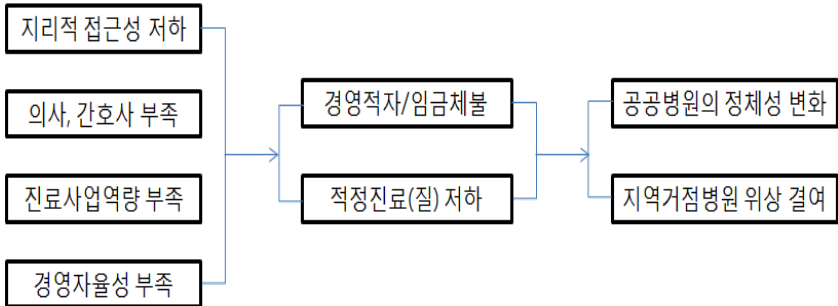
공공병원이 근로조건의 표준이 되어야 한다는 점에 대해서는 모든 원장이 적극적으로 동의한 것은 아니다. 육아휴직을 제공하는 것과 같이 법과 규칙을 준수해야 한다는 측면에서 비슷한 의견들이 나왔지만, 이 같은 특성이 공공의료기관의 역할로 동의된 것은 아니었다.

- 근로조건, 노동조건 이런 것도 표준이나 모범이 되어줘야 하는 것 아니냐. 사회양극화가 이렇게 심해졌는데 공공병원은 의료서비스 뿐 아니라 존재 자체로 좋은 직장이 되어야 한다.
- 공공의료기관의 역할 중에서도 보건의료에 노동에 대한 스탠다드를 제공하는 것도 매우 중요합니다. 민간의료와 비교하려면, 노동조건이나 월급을 표준화시켜서 가야 맞거든요. 돈을 많이 벌면 많이 주는 것은 아니라고 봅니다.

2) 지방의료원의 문제와 기전에 대한 CMO 분석

지방의료원이 ‘공공병원’ 혹은 법률에 명시된 ‘지역거점병원’으로서 문제점에 대해서 CMO 분석을 한 결과, 기본 인프라와 진료역량, 관리체계의 문제가 있으며, 이로 인한 부정적 결과로 구분해서 제시할 수 있다. 또한 지방의료원이 갖고 있는 문제를 종합하면 “공공병원 정체성 후퇴”와 “지역거점병원으로서 위상결여”로 분석하였다.

[그림 5-1] 지방의료원(공공병원) 문제의 연결고리



자료: 본 보고서 pp.178-180의 분석 결과를 토대로 한국보건사회연구원에서 제작

가) 지리적 접근성

모든 지방의료원이 지리적 접근성이 문제가 되는 것은 아니지만, 조사 대상 중 2개 병원 관계자들이 지리적 접근성을 중요한 문제로 지적했다.

이 문제는 지난 수 년 간 이루어진 신축이전 과정에서 파생된 것이다.

지방의료원의 지리적 접근성을 결과(outcome)로 해서 CMO 분석을 하면, 중앙정부나 지자체가 신축이전 후의 병원 운영에 대한 기획이 전무했다는 점, 따라서 땅값이 저렴한 곳을 선택한 점이 기전(mechanism)이었고, 공공적 가치 혹은 공공의료보다는 지역발전논리가 우선하는 사회적 분위기가 중요한 맥락(context)로 분석되었다. 지리적 접근성이 낮은 것은 다른 결과(outcome), 빈약한 진료실적에 대한 중요한 기전으로 작용하고 있다.

지방의료원 원장들은 정부가 병원이라는 복합적 조직의 특성을 잘 모르고 있으며, 의료현장을 반영해서 사업을 하려는 의지도 부족하다고 하였다. 따라서 중앙정부나 지자체 모두 공공병원 관련 기획에 대한 노하우나 역량이 없다는 것이다. 공공병원 신축이전으로 인해 발생한 지리적 접근성 문제는 정부와 지자체의 공공의료에 대한 무관심과 전문행정 능력이 없음을 보여준 대표적 사건으로 판단된다.

- 진주의료원 처음에 준공식 했을 때는 별판에 진주의료원 하나 있고 진주의료원 뒤에 작은 아파트 단지 하나있었어요. 허허별판 황토벌 지나갔어요 (Outcome: 지리적 접근성).
- 신축이전을 해서 ▲▲개 병상이 늘었어요. 당연히 인력이 늘어야죠. 의사도 늘어야 하고 진료과목도 늘어야하고 건물이 커졌으니까 관리비도 많이 나가야 하고 커지는데 대한 운영 계획이 나왔어야죠. (Mechanism: 정부의 지자체 공공병원 지원 및 운영의 문제점이 나타나는 기전)
- 쉽게 말해 시설이 좋아졌는데 왜 환자가 늘지 않는 것인가? (Outcome: 낮은 진료실적) 첫째는 위치예요. 지방의료원들이 땅값싼 곳으로 다 옮겼어요. (Mechanism: 땅값이 저렴한 곳으로 이동).
- 우리 의료원도 지역에서 제일 못사는 사람들이 사는 동네인데, 개간해서 공단을 만들었고 지역발전 한답시고 병원을 지은 겁니다(Context: 지역발전논리). 지금 ▲▲ 자리에 병원이 들어갔어야 했어요(Outcome: 지리적 접근성).

나) 진료인력 부족

조사한 병원에서 의사인력 충원은 전보다 조금 나아진 상황이긴 하였

으나 필요한 모든 진료과를 충원하고 있는 상태는 아니었다. 간호사는 모든 병원에서 부족했으며 의사부족보다 더 심각한 수준이었다. 따라서 공공병원이 의사와 간호사 부족을 결과(outcome)로 정의하고 CMO분석을 하였다.

의사의 경우에는 의과대학에서 지속적으로 졸업생을 배출하고 있어 어느 정도는 충원되고 있지만, ‘월급이 적고 복지가 나쁘다’ 혹은 ‘의사들에게 비전을 주어야 한다’고 했으나 그렇지 못한 여건이 충분한 인원을 확보할 수 없는 기전으로 분석되었다.

간호사는, 특히 ‘acting 간호사’ 부족 문제를 결과로 놓고 분석했을 때, 임금체계가 불합리해서 민간병원보다 전체적 임금 수준이나 초봉이 낮은 점과 임금 체불 병원이라는 사회적 인식이 불리한 기전으로 도출되었다. 민간병원이 대형화되고 있으며, 취약지보다 대도시나 수도권을 선호하는 의료적, 사회적 맥락(C)으로 분석하였다.

- 의사는 2~3년 전부터 좀 풀렸어요(Outcome: 의사인력). 민간병원 수준의 임금을 주면 여기는 채용이 가능합니다. 간호사가 지금 문제예요 (Outcome: 간호인력)
- 공공병원이 인력구하기가 쉽지 않습니다. 취약지역이라 잘 오지 않으려고 하죠(Context: 비수도권 취약지역). 그리고 인건비가 비싸요 의사들이 진료 과별로 조금 다르지만 (Outcome: 의사인력)
- 여기는 조금 낡긴 한데 특별한 파트는 못 구해요. ...(중략)... 재활의학과도 못 뽑고 있고 영상의학과도 그렇고(Outcome: 의사인력), 의사 수급 자체는 문제가 없는데 월급이 (민간병원보다) 낮거나 복지가 나쁜 문제점이 있죠. (Mechanism: 월급과 복지가 낮은 문제)
- 1년에 의사가 4,000명 가까이 나옵니다. 여기 내과 의사 두 사람 뽑는데 6~7명이 왔었어. (Mechanism, 의사인력 확보가 일부 가능해진 기전)...9 중략)...의사한테 야까 말한 비전을 줘야 한다. 앞으로 오래 있으면 이러한 혜택이 주어질 것이다 하는 비전이 있으면 되거든 (Mechanism: 공공병원 의사들의 비전 부재)
- 의료원이 체불사업장이기 때문에 월급이 안 나온다고 소문이 짝 나있어요. (Mechanism: 임금체불에 대한 낙인)
- 우리가 올해 간호사만 특별히 임금 인상될 수 있도록 수당체계를 좀 바꿨습니다. 하지만 이 지역에 앞으로 2~3년 내 한 1,000명상은 생기는데 대형병원 쪽으로 가버리면 우리는 간호체계 자체가 붕괴할 위험에 처해 있어요 (Mechanism: 상대적 저임금, Context: 대형병원 간호사 흡수)
- 젊은 간호사들이 많이 들어오면 좋아요. ...(중략)...대학병원에 가면 3,500

에서 시작하거든요. 여러 곳 거쳐서 보통 여섯 번 탈락하면 여기까지 와요.
(Mechanism: 젊은 간호사 초봉문제)

다) 진료역량의 부족

조사한 모든 지방의료원에서 의사와 간호사 인력이 부족하며, 공공병원의 의료서비스와 공공사업을 할 수 있는 역량과 performance가 낮은 수준이라고 하였다.

진료와 공공사업 역량을 결과로 해서 CMO 분석을 하였다. 진료와 공공사업 역량과 노하우가 축적되지 않는 이유로 ‘병원이 잘되려면 의사가 고정적으로 있어야 하는데’ 그렇지 못할 뿐 아니라 병원 업무에 어느 정도 익숙해진 젊은 간호사들이 유출되는 점을 지적하였다. 공공병원 직원들 간에 사회적 관심에서 배제되고 있다는 패배주의적 정서가 퍼져있으며, 이는 performance가 낮아지는 요인이 된다고 하였다. 공공병원이 적극적으로 진료역량을 확대하고자 해도 ‘적자를 감당하지 못하는 점’으로 인해 어렵다고 하였다. 이 점이 공공병원에서 양질의 인력을 충분히 확보하지 못하는 가장 중요한 기전으로 판단된다(Mechanism).

제도적 측면에서 지방의료원이 지역거점병원이지만 ‘병원이 어떤 수준으로 단계화되어야 하는지 기준이 없다’는 점도 지적되었다. 따라서 어떤 원장은 지방의료원이 심혈관조영술을 할 수 있어야 한다고 했지만 다른 경우에는 지역의 대형병원으로 의뢰하는 입장이라고 하였다. 민간의료 중심 의료체계라는 의료적 맥락(context)이 영향을 미치고 있다.

- QI 활동은 아주 형식적입니다. 응급실 수간호사가 겸직으로 최근에 임명을 했고, 감염관리 담당 간호사도 없어서 검사실장이 해왔는데 (Outcome: 낮은 수준의 performance)
- 우리는 굉장히 간호체계 자체가 붕괴할 위험에 처해 있어요. 그러니까 2~3년 된 사람들이 계속 빠져나가는 게 3~5년 된 사람도 그렇고. 그 다음에 공공사업을 잘 할 수 있는 보건의력이 확보되어 있는가? (Outcome : 공공사업역량 부족, Mechanism: 숙련된 인력 유출)
- 의사들이 굉장히 많이 들락거려요. 의료원와서 (보니) 첫 해는 의사가 반이 나가요. 병원이 잘 되려면 의사가 적어도 고정적으로 있어야 합니

- 다....(중략)....전국 의료원에서 5년 이상 장기적으로 있었던 의사가 몇 퍼센트나 되는지 조사해보세요. (Mechanism: 의사의 잦은 교체와 이직)
- 제 생각에 2차 병원은 심혈관안지오를 할 수 있어야 된다고 보거든요. 그 이상은 3차에서 한다고 보지만, 그걸 하려고 공간하고 예산까지 생각했는데 적자를 감당하지 못해요. 심장외과와 의사도 3명 있어야 되고 신경외과도 있어야 되는데 도대체 감당이 안되죠. (Outcome: 심장질환 환자에 대한 응급진료 역량 부족 Mechanism: 경영적자)
 - 패배주의에 젖어서 직원들이 자기 병원을 무시하는 겁니다. 직원들이 안 그래도 공공병원에 대한 관심이 없는데 이렇게 구석에 처박혀있는데 누가 관심을 가지겠냐고 하는 겁니다. (Mechanism: 내재화된 패배주의)
 - 지역의 대형병원 여러 곳에서 심혈관안지오⁷²⁾ 다 합니다. 다 하기 때문에, 환자를 잡기보다는 오히려 빨리 보내는 게 좋다. 병원의 수준이 어떤 식으로 단계화해야 되느냐 하는 기준이 없어요. (Mechanism: 지역거점병원 진료수준에 대한 기존 모호, Context: 민간병원 중심 의료체계)

라) 지방의료원 관리체계 문제와 경영자율성

원장들은 지방의료원이 예산에 대한 지원을 받아야 하는 상황에서 책임은 많고 권한은 별로 없어 자율경영이 어렵다고 하였다. 도 관계자들이 공공의료에 대한 개념이 별로 없으며, 정부나 지자체 모두 공공의료에 대해 책임감을 갖고 관리할 의지가 별로 없다고 하였다.

- 도는 갑이고 지방의료원장은 을이에요, 지방의료원장들이 도 사무관들한테 잘 보이려고 합니다. 원장에게 책임과 권한을 동시에 줘야지 책임은 많은데 권한도 없고 예산은 쓰지도 못하면 어떻게 자율경영을 하겠느냐. 서로 대등한 협력관계를 구축하고 그래야 합니다.
- 그건 도에서 결정하는 거지. 얼마 주고 하는 건 이사회에서 아무런 권한이 없구요. 주로 규정을 개선하거나 임금을 인상하거나, 보수 규정, 조직을 바꾼다든지. 이럴 때 이사회 의결을 하고 도지사 승인을 받는 거죠.
- 공공의료의 개념을 전혀 가지고 있지 않아요. ...(중략)... 이사회 멤버를 도에서 일방적으로 지명하는 거는 안되지요.
- 보건의료는 어디가나 똑같아요. 시도 복지부도 ...(중략)... 보건 쪽 예산이 1조원 밖에 안되고 ...(중략)... 밑에 계신 분들이 위만 쳐다보고 있는 것 같아요.

72)심장질환 진단 및 치료에 사용되는 심혈관조영술을 의미한다.

마) 경영적자와 임금체불

전국 34개 지역거점공공병원은 당기순이익을 기준으로 모두 적자이다. 당기순이익과 함께 감가상각비, 운영보조금과 공익적 비용을 고려했을 때 재무적 성과가 나쁜 경우가 절반에 해당된다(보건복지부 외, 2014).

지방의료원 대부분이 경영적자를 보이고 있는 상황에서 공공병원 직원들의 임금이 체불되는 일이 발생한다. 조사한 병원 중에서 절반 이상이 임금체불이 있으며, 체불 상태가 1년 이상 지속된 경우도 있었다. 임금체불로 인해 직원들의 사기가 떨어지고 있으며, 퇴직금 지급이 계속 지연되는 상황에 처해있다.

- 2012년부터 봉급을 제대로 받은 달이 많지가 않았어요. 최근까지는 매달 그랬습니다. 직원들이 하는 이야기가 “이번 달 봉급 나오는데?” 예요. 이제 참 슬픈 이야기죠. 이제 상투적인 이야기였어요. 그런데 무슨 서비스가 나오겠어요?
- (임금체불이) 우리는 적은편이에요. 강원도는 30개월이고 진주의료원은 6개월이었고, 어떤 의료원 원장님은 그만두신지 2년 되셨는데 아직도 퇴직금을 못 받고 있어요.
- 임금체불 된 것이 정확히 얘기하면 1억 7천정도 남아있어요. 곧 갚을 겁니다. 곧 갚을 건데 그래서 없는 거나 마찬가지예요.

지방의료원의 경영적자와 임금체불을 결과(Outcome)로 해서 면담내용에 대한 CMO 분석한 결과는 다음과 같다.

① 수익측면과 비용측면 기전 (Mechanism)

수익이 적은 기전으로 지방의료원의 위치가 인구밀집 지역을 벗어나 있거나 취약지 특성으로 인구가 적어서 아무리 노력해도 의사 1인당 생산성을 올리는데 한계가 있다는 점이 제시되었다. 또한 의료급여 환자를 포함한 저소득층 진료가 우선이며, 의료수익이 나지 않는 진료(응급실,

소아과)를 제공해야 한다.

비용이 많은 기전으로 지방의료원 대부분 의사에 대한 인건비가 수도권 지역에 비해서 현저히 높고, 다른 직원 중에 장기근속자가 많아서 민간병원에 비해 인건비 비중이 높다는 점이 제기되었다. 또한 공공병원이므로 법규를 준수하고 국가 정책에 부응하는 업무를 수행하는 점, 동일한 노숙자 진료를 해도 제대로 하려면 비용이 더 든다는 점도 강조되었다.

- 환자들 접근성이 떨어지잖아요. 의사 1인당 생산성은 지역에 있는 의료원들과 비교해도 우리 의료원이 최저야. (지리적 접근성 문제: Mechanism) (D)
- 의료급여환자는 원가계산을 해 보면 20% 손해가 나는 거예요. 우리 병원은 의료급여환자가 40% 정도 됩니다. 전국에서 제일 많아요(사회적 안전망 역할: Mechanism).
- 우리 병원에 비보험 항목은 MRI 하나밖에 없어. 대학병원 가면 특진비도 있고 그래도 비급여 항목이나 재료대도 많이 있고 하는데 여기는 아무것도 없어.
- 그분은 아무래도 경영을 많이 했으니까. 마이너스 경영의 유일한 이유가 공공의료 때문이다 답을 찾았어. 적정의료라는 것이 있다. (적정의료: Mechanism),
- 일요일 개인 소아과 문 다 닫았는데 공공의료원 와야 된다고. ...(중략)... 공공의료의 애로가 취사선택을 못 해 (비수의 필수의료 제공: Mechanism)
- 입지 면에서 나쁘지 않은데 인구 규모가 작고 병상수가 적으니까 규모의 경제가 안되는 거죠(Mechanism: 규모의 경제). 아무리 애를 써봤자 더 이상 수입을 창출할 수가 없고 가장 큰 이유는 인건비입니다. 70프로 막 이렇게 되어버리니까 적자가 안날수가 없지요. (높은 인건비 비중: Mechanism) (
- 공공의 사명을 하기 위해서 특별한 비용이 좀 더 듭니다. (공공사업비: Mechanism)

② 정부의 공공의료에 대한 무관심과 비체계적 지원 (Mechanism)

‘해방이후에 손을 안댔 것이 아니라 그냥 쪽 놔두었다’고 할 정도로 정부의 공공의료에 대한 관심과 지원이 없었다. 지방의료원 현대화가 늦어지고 다른 병원에 비해서 위상이 낮아지게 된 것에는 이 같은 정부의 무관심이 중대한 영향을 미쳤을 것으로 생각된다. 따라서 중앙정부나 지자체가 공공병원을 체계적으로 관리한 경험이 없고, 병원 운영에 대한 전문성이 부족해서 ‘현장의 목소리가 반영이 안되고 있어’ 정책과 사업이 현

실과 유리되어 있다고 하였다.

- 중앙정부가 현장에 온 적 없어요. 감사는 하러 와요. ... 중략... 그 사람 앉혀놓고 무슨 국가 공공이야기를 하겠습니까.
- 해방이후에 손을 안댄 것이 아니라 그냥 쪽 놔둔 거잖아요. 해본 적이 없잖아요. 이제 해야죠. 장비 지원도 한지가 2~3년 밖에 안된거죠.
- 복지부도 똑같아요. 의료원 신축 설계 심의를 하는데 주인 없는 병원을 짓고 있어. 현장의 목소리를 반영할 수 있는 사람이 없다는 얘기에요.
- ▲▲시는 재정이 좋은데 환자를 위한 무료 간병실을 지원해달라고 얘기해도 소식이 없고 보건소장한테 얘기를 했더니 금방된 거예요. 돈이 없는 게 아닌데 관심이 없는 거죠.

③ 의료적, 사회적 맥락 (Context)

의료체계 맥락을 살펴보면 건강보험의 저수가 정책이 지방의료원의 경영적자에 영향을 미치고 있다. 공공병원으로서 저소득층 진료를 담당하고, 2차병원으로서 의료수가가 낮은 질환을 주로 진료하고 있다. 지방의료원은 비급여가 적고 적정진료를 지향하고 있어서 민간병원보다 저수가의 영향이 더 크다고 생각된다.

사회적으로 공공부문이 민간 부문에 비해서 비효율적이라는 이데올로기가 정착되었다. IMF이후 공공병원도 다른 공공기관과 마찬가지로 구조조정 대상이 되었으며, 당시에는 정부 지원이 전혀 없었다고 하였다.

- 의료보험제도 하에서 적정진료, 양질의 스탠다드 진료를 하게 되면 10% 원가 손실이 나고 의료급여환자는 거기서 또 10% 떨어집니다.
- 우리 사회가 굉장히 IMF 때만 해도 대단했었죠? 그때는 지방의료원 이런 데는 생존하는 데만 급급했었는데, 전체 의료체제로 봐서는 민간이 너무 많고, 모든 게 시장에 맡겨지다 보니까. ... (중략)... 시장이나 자유경쟁에 대한 어떤 그 순기능적인 사회제도나 이런 게 많이 부족해요. ... (중략) 여기는 대학병원이 거의 모든 터미널이고 시작이에요. 또 전문화된 병원, 여성 병원, 정형외과 병원 등이 많죠.

바) 적정진료: 과잉진료와 효과적 진료

공공병원의 중요한 역할은 지역주민들에게 적정진료를 제공하는 것이

다. 면담한 지방의료원 원장들은 모두 ‘과잉진료를 해서는 안된다’는 인식을 갖고 있다. 한 원장은 두부 찰과상으로 내원한 6세 여아를 진료하면서 부모에게 CT나 MRI 촬영을 권하지 않았던 사례를 들어 ‘적정진료 안하고 MRI 찍으면 수익 올리는 거지만 그래서 안 된다’고 하였다.

한편, 공공병원이 적정진료를 해야 한다는 인식을 강하지만, 경영문제로 진료실적을 올리려고 하는 시도가 되고 있는 것으로 파악되었다. 지자체가 요구하고 있어서 의사들에게 성과급 혹은 목표관리제를 적용하고 있으며 ‘목표를 정하고 나서 CT 찍는 양이 늘었다’고 하였다.

이처럼 상반된 얘기를 종합하면, 지방의료원에서는 현재 진료실적을 올리려는 시도와 불필요한 진단검사를 하지 않으려는 경향이 섞여있으며, 이를 ‘딜레마에 빠진다’고 얘기하였다. 적정의료 관점에서 지방의료원이 ‘탈공공화’ 하는 현상에 대해 관심을 가져야 할 것이다.

적정진료에는 효과적 진료를 적시에 안전하게 제공한다는 의미도 있다. 이와 같은 의미에서 임상적 질을 개선하기 위해서 질 보장(Quality Assurance: QA) 활동이 필요하다. 앞서 진료역량 부문에서 다루었는데, 공공병원은 의사와 간호사 부족으로 QA 활동이 부족하다. 따라서 공공병원의 진료행태를 변화시키는데 지속적 노력이 필요한 영역에 대해서는 어떤 문제가 있는지에 대해서는 면밀한 탐색이 필요하다.

- 그 양반이 신경과 과장인데 목표를 시작하고 나서 요즘 CT 찍는 양이 늘었다고 해요. 2월 중순에 시작을 했는데 늘었다 이거야.
- 엄마에게 한 이틀만 두고 보자. 지금 CT, MRI 찍어가지고 괜히 라디에이션 받고 돈 들 필요 없지 않느냐 하니까 눈이 둥그래졌어요. 그런 의사 처음 봤다는 거죠. 적정진료 안하고 MRI 찍으면 수익 올리는 거지만 그래서 안 된다고. (6세 여아, 두부찰과상으로 응급실 방문사례)
- 과잉진료는 안해도 적정진료는 해야 되는데, 환자들은 의사가 더 열심히 설명하고 하면 더 오고 싶어지는데 건성으로 얘기하면 안 오고 싶어지죠. ... (중략).. 조금 더 진료를 적극적으로 하도록 의사들 목표관리제를 도입했습니다.
- 원장으로서 의사들에게 돈 벌라고 얘기 안해요. 환자 한명을 잡고 하루를 봐도 좋으니 만족도를 높여라. 거기서 매출하고 거리가 멀고 딜레마에 빠지죠. 이번에 임금체계를 바꾸려고 의사들 봉급체계에 대해서 논의를 했는데 인센티브를 시에서는 하라고 해요. 공공기관 개혁하면서 성과급이 30프로 정도 되는데 그 기준이 매출기준이에요.

사) 공공병원의 정체성과 지역거점병원 위상문제

지금까지 원장에 대한 질적조사를 근거로 지방의료원 현황을 분석하면서 인력, 경영적자, 적정의료, 정부 정책과 지원문제 등을 다루었다. 이 같은 지방의료원의 문제를 집약시키면 결국 공공병원의 정체성이 흔들리면서 ‘탈공공화’ 되는 것과 지역거점병원으로서 위상이 없는 것으로 수렴된다.

면담한 원장 모두 공공병원이 돈벌이, 즉 경영논리로 운영되다 보면 민간병원처럼 되고 ‘그렇게 되면 정체성이 흔들린다’고 설명하였다. 지역거점병원 역할과 현실의 괴리가 심각하고 ‘옆에 있는 중소병원보다 못하다’고 얘기하는 현실에서 지역의 어떤 목표를 수행하기 위한 거점병원인지를 되물어보고 있었다. 지방의료원에 대한 이 같은 진단은 공공병원에 보다 근본적인 변화와 개혁이 필요함을 암시하고 있다.

- 원장님들 중에 한분이 정말 민간병원과 똑같아 지면 경영 못해서 진주의료원처럼 매각하는 것이 아니라 민간병원과 너무 똑같아지니까 매각해도 괜찮은 병원이 될까봐 (두렵다고 한다) 그렇게 민간병원화 된다. 그렇지만 돈을 벌긴 벌어야하고 죽겠다.
- 아무리 공공사업을 잘해도 적자가 심해버리면 그렇고, 적자는 많이 줄었지만 공공병원이 민간병원처럼 돈벌이 하고 그러면 정체성이 흔들리고 해서 그 균형을 맞추는 것이 쉽지 않아요.
- 지역거점병원이라는 게 이게 굉장히 모호해요 용어 자체가. 거점병원이란 무엇을 수행하기 위한 거점이잖아요. 어떤 목표를 위한, 그러면 지역의 어떤 목표를 수행하기 위한 거점이에요 지방의료원이?
- 그렇죠. 지역거점병원이죠. 지역거점이니까 여기서 많은 것을 해결해 줄 수 있어야 한다. 그런데 여기는 아직 정신과도 신경외과도 없고 하니까 교통사고환자들은 다 보냅니다.
- 옆에 있는 중소병원보다 못해요. 다른 병원이 다 심혈관촬영을 하는데, 말이 지역거점 병원이지 사실 의미가 없죠.

3) 공공의료정책이 작동하고 있는가?

가) 공공성과 영리(營利)성⁷³⁾

지방의료원 원장들은 ‘공공병원에게 공공의료도 잘 하라고 하고 경영도 흑자를 내라고 하는 것은 토끼를 두 마리 잡으라고 하는 것과 같다’고 하였다. 공공병원은 환자 진료를 열심히 하면서 주어진 역할을 하는 것에 초점을 맞추어야지 영리성을 가지고 평가하지 말라고도 하였다. 특히 지자체에서 경영적자를 보지 말라는 요구가 심한 것으로 공공적 역할과 충돌하고 있음을 알 수 있다.

최근 중앙정부가 지방의료원에 대해서 공공적 업무로 인해서 발생하는 적자를 별도로 측정하여 그 만큼만 지원하겠다는 정책이 논의되고 있다. 이에 대해서 면담한 원장 중 한 분은 전혀 지원하지 않는 것보다는 긍정적이라는 의견을 제시하였다. 다른 한편, 착한적자의 개념이 원칙적으로는 문제가 있다는 입장도 있었다. 즉, 공공병원이 하는 전체 업무, 즉 ‘과잉진료가 아니라면 공공병원이 하는 모든 행위는 착한 적자로 봐야 한다’는 것이다.

- 공공병원에 대고 공공의료 잘 하라, 경영도 흑자를 내라고, 토끼 두 마리 잡으라고 하는데 토끼 두 마리 잡을 수 있어요? 토끼 두 마리 잡으라는 것은 사기를 치라고 하는 것과 마찬가지
- 공공병원은 열심히 환자를 보고, 거기서 생기는 적자든 흑자든 흑자가 되면 (정부 혹은 지자체)가 가지고 적자가 생기면 보존을 해주는 것이다. 그 대신 공공병원이 일 잘하느냐 못하느냐로 평가하면 된다. 왜 돈 버는 걸로 얘기를 하나
- 도에서는 공공도 좋은데 적자 좀 보지마라. 그래서 어느 정도 효율성이라든지 수익성에 신경을 써야하고 원장이 되게 신경써야할 것이 많습니다.
- 착한 적자? 그거 기분 좋은 소리가 아닙니다. 우리 병원이 한 건 전부 다 착한 적자입니다. 의료급여환자 보는 것은 착한 적자이고 저소득층을 위해서 저렴하게 진료하는 것은 착한적자가 아닌가요? 과잉진료가 아니라면 의료

73) 재산상의 이익을 피하거나 이익 그 자체

원이 하는 행위는 모두 착한적자라고 봐야 합니다.

- 착한적자 프레임으로 수가를 보전하는 것이 적절한가? 개념은 맞다고 생각하는데, 기준이 좀 더 명확하고 공평했으면 좋겠다. 병원들은 각자가 참 위치가 틀리다. 거기에 맞게 적정하게 지원이 되어야한다"

나) 포괄수가제 수가인상이 경영수지 개선에 효과가 있는가?

포괄수가제를 적용받는 지방의료원에 대해서 수가를 올리는 정책은 별 실효성이 없다는 진단이 나왔다. 지방의료원은 2차 병원으로서 다빈도 질환을 진료하는 경우가 많아서 상대가치가 낮기 때문에 수가를 올려도 원가에 미치지 못한다는 것이다. 즉, “중소병원에 대한 의료수가 인상 영향은 거의 없다”는 것이 공통된 견해였다. 다른 한 측면으로는 취약지 지방의료원들은 장비와 시설, 일부 인건비에 대한 지원을 받고 있으므로 “수가를 올려서 해결하려고 해서는 안된다”는 의견도 있었다.

- 중소병원에 대한 의료수가 인상 영향은 거의 없다. ..(중략)....대학병원은 공표된 것보다 더 많이 되고, 하이테크닉 쪽에만 적용을 많이 시키고 상대가치로서 다빈도 질환 치료에 대해서는 낮게 주기 때문에 계산도 안합니다.
- 포괄수가제 하잖아요? 가만히 생각해보면 요새 뭐 15%인지 30%인지 올려준다고 생색을 내는데, 그게 말이에요, 내가 정확하게 계산은 안 해봤지만 거의 원가에 미치지 못할 겁니다. 라파라스코피 (복강경) 수술을 한다든지 하면 원가에 미치지 못하지요.
- "공공병원장들이 수가를 올려서 해결하려하면 안된다고 봐요. 수가가 낮음에도 불구하고 우리는 그 대신에 장비, 시설, 인건비 지원해주지 않느냐

다) 정부의 공공병원 인프라(시설 및 장비) 지원 효과와 문제는 ?

중앙정부가 최근 몇 년 동안 지방의료원의 시설과 장비에 대한 지원한 효과 여부를 질문하였는데, 면담한 모든 원장들이 중소 민간병원보다 못하지 않는 수준으로 개선되었다고 하였다.

일부 지자체에서는 재정이 부족하여 지원을 제대로 받지 못한 경우도 존재한다. 하지만 더 중요한 문제는 의사와 간호사 부족으로 인해 병원의

시설과 장비를 제대로 활용하지 못하고, 병상운영이 제한된다는 것이다.

- 장비같은경우도 많이 지원이 될 겁니다. 그래서 공공병원 잘되어 있는데 가면 사실 민간병원 못지않아요.
- 5 대 5 편드니까 여기는 그나마 시장이 잘해서 신청했는데 다른 지방은 아예 신청도 못해요. 보건복지부 예산이 남아요. 저희도 받기로 한 3분의 2밖에 못 받고 있어요.
- 의사가 3년 5년 10년 오래 있어야 환자가 생기지 1~ 2년 있다 가버리면 환자가 절대로 안 생긴다고.
- 총 650 병상이 있는데 어제가 492 병상 입원했는데 더 이상 입원을 못 시켜. 간호사가 없어서...

라) 대학병원 의사 파견방안의 문제

대학병원 의사의 파견문제에 대해서는 실효성이 없다는 의견이 대부분이었다. 의사파견 자체가 잘 이루어지고 있지 않으며, 파견을 오더라도 공공의료에 대한 인식을 갖고 성심껏 진료하는 경우가 별로 없기 때문이다. 단, 취약지에 있는 의료원은 같은 지역에 있는 대학병원에서 처음부터 지방의료원 근무를 전제로 의사를 채용하므로 별 문제가 없다고 하였다.

- 자기 병원도 아니고 월급 많이 주는 것도 아닌데 대학병원에 앉아서 근사한 환자만 보다가 진상환자들만 있는데 정 나겠소? 현실은 이런데, 이론은 근사하지. ...(중략)...물만 다 흐리는 거예요.
- 진주의료원 이후로 국가에서 지원이 늘었는데 특히 의사들의 인건비 지원이 많이 좋아졌어요. 전문의 4명 인건비를 국가에서 줍니다. 그 의사는 **대 병원에서 채용만 했을 뿐이지 그 인건비를 국가에서 주는 겁니다. 모자라면 우리가 보태죠.

4) 공공병원 발전방안에 대한 인식

가) 지방의료원의 자체적 경영개선 전략

이번에 조사한 지방의료원에서 적자를 줄이려고 다방면으로 노력하고 있다. 첫째는 박리다매전략으로 진료건수 자체를 올리는 방법인데, 취약 계층이나 급성기가 지난 환자 진료로 특성화 등이 언급되었다. 둘째, 진료건당 수익을 올리기 위해서 의사에게 동기를 부여하고자 목표관리제와 같은 성과급 제도를 적용하고 있다. 셋째, 장례식장 운영 등을 통해서 비(非)의료수익을 증대하는 방법이 있다. 넷째, 인건비와 관리비용을 줄이는 방법이 있다. 다섯째, 직원들의 업무 성과 증진하는 방안이 있으며, 지역사회에서 병원이 갖는 인지도를 올리는 방안 등이 제시되었다.

① 박리다매와 특성화

- 박리다매 작전이죠. 그래서 신경외과, 신장내과를 새로 오픈합니다. 당장의 적자는 커지지만 대학병원에서 장기 입원하는 환자들을 내보내려고 해서 이들 환자를 받으려고 중환자실하고 호스피스 사업을 준비 중입니다. 훌륭한 공익적 사업이기도 하지만 장례식장 수익으로 연결됩니다.
- 우리가 목표로 잡고 있는 게, 보편적 진료 영역을 강화해야 한다. 다음에 취약계층 보는 것, 그 다음은 병원을 이용하는 사람의 불편사항에 대해서 민감도를 최대한 높이자. 취약계층을 잘 돌보는 방법을 전문화시키고 특화시키는 것은 병원 기능으로 개발을 하려고 해요. ...(중략)... 올해부터 특수 건강검진 영역이 늘어졌어요.

② 진료건당 수익: 의사에 대한 목표관리제 도입

- 병상규모가 작으니까 회전율을 높여야 되거든요. ...(중략).. 조금 더 진료를 적극적으로 하도록 의사들 목표관리제를 도입했습니다.

③ 비의료수의 올리기

- 특수검진 해서 환자가 발생하면 우리 진료부서에서 보는걸 강조했어요. ... (중략)...호스피스 제도가 없어서 병실을 만들었어요. 그러니까 영안실 수입이 늘어납니다.

④ 인건비와 경비 줄이기

- (진료팀이 아닌) 부서 인원을 절대 안 늘렸고, 모든 병동스테이션의 행정소모품이나 관리비를 적어도 30% 줄이자고 했어요.
- 에스컬레이터 서 있잖아요. 1층에서 2층, 지하로 가는 용도인데 딱 세워놔어요.

⑤ 직원들 복지와 주인의식 개선

- 일반 직원이 주인의식을 가지고 자기 직장을 사랑하는 캠페인을 벌여라. ... (중략)... 청결위원회에 들어간 사람은 길에 가다가 휴지고 담배꽂초 하나 줍는 습관을 가지는 거고
- 구내식당에 가보니까 누추해서. ... (중략)...반찬도 늘리고, 간호사 옷도 밝은 색으로 전부 바꿨어요.

⑥ 지역사회 홍보 및 인식 개선

- 발전자문회라고 있어요. 인근에 지역사회를 이끌만한 지도층의 도움도 받고 병원을 홍보하고, 호의적 여론을 유도하기 위해서

나) 중장기적 개선방향

① 공공병원의 명확한 목표 설정

공공병원의 역할은 무엇인가? 지역거점병원은 형식적 구호에 그치는 것인가? 지방의료원 원장들은 이에 대해서 회의적 반응을 보였다. 병원의 생존 자체를 걱정하는 상황에서 공공성이나 지역거점병원 역할은 현실과 거리가 먼 이상이기 때문이다.

한 원장은 ‘정부가 공공병원의 목표가 공공의료인지 경영인지 제대로 설정해야 한다’고 주장하였다. 다른 원장은 ‘공공의료체제 안에서 공공병원의 역할이 정립되어야 하는데 그게 너무 약하다’고 하였다.

- (정부가) (공공병원)의 목표가 뭔지 제대로 설정을 해줘야 해요. 자꾸 우리 보러 운영 목표를 내라고 한다고. (공공병원)은 도청이 세우고 복지부가 지원한 거죠. 그럼 돈만 잘 벌어서 운영하면 되는 것인지 그게 아니라 공공의 기능을 잘 해야 되는 것인지 공공의료의 기능은 이렇다고 제시하면 그대로 하면 됩니다.
- 지역거점 병원 소리를 들을 때마다, 보건복지부가 자기들이 재난의료나, 정책적인 모든 사항에 대해서 정책을 시행하는 기반 병원을 의미하는 것인지 그걸 잘 모르겠어요.
- 의료원 이거 하나 살리고 안 살리고를 떠나서 국가전체에 공공의료체제 그 안에서 공공의료기관들의 역할 이렇게 제대로 정립이 되어야 하는데 그게 너무 약하죠.

② 공공의료 가치에 대한 재인식

우리 사회에 ‘공공부문은 비효율적이라는 인식이 널리 퍼져있으며 공공의료에 대해서도 마찬가지이다. 면담한 원장들은 공공병원이 비효율적이라는 통념은 공공의료의 특성과 가치를 폄하하는 사회적 분위기에서 비롯된 것이며, 공공의료의 가치를 회복해야 할 필요성을 언급하였다.

공공병원이 법령을 준수하면서 적정진료를 해야 하므로 민간병원보다

수익은 낮고 비용은 더 들어갈 수밖에 없으며, 지역인구가 적은 곳에서 진료를 하고 있는데, 이를 비효율로 보는 시각은 불합리하다. 이는 현재 논의되고 있는 착한적자와 같은 내용이다. 또한 공공기관은 직원에게 표준적 노동조건을 제공하는 것이 법과 윤리에 부합하는 것인데, 장기근속자 비중이 높다는 점을 비효율로 비난하는 것은 부당하다는 것이다.

종합해보면, 공공병원이 수익성이 낮은 부분을 감당하고 있다는 점에 대해서는 이견이 적다. 하지만 공공병원의 인력구조나 인건비 비중이 높다는 점에 대해서는 의견이 엇갈리고 있다. 공공병원이 임금구조의 개선이나 performance를 개선할 필요성은 있다. 하지만 공공기관에서 육아 휴직과 같은 복지를 제공하고 고용안정을 하는 것 자체를 비효율로 보는 시각은 옳지 않다는 것이다. 결론적으로, ‘공공병원이 비효율적이다’라는 사회적 평가는 과장된 측면이 존재한다. 따라서 공공의료와 공공성을 폄하하고 있는 지금의 사회적 분위기는 반전되어야 하며, 의료의 상업화가 극단적으로 치닫고 있는 상황에서 공공의료의 가치를 회복하는 것이 필요하다.

- 내가 의문을 가졌던 것은 과연 이게 비효율적인가에 대한, ...(중략)... 국가가 운영하는 병원이 기대하는 역할을 해야 되고 선의의 의료 서비스 기업이잖아요. 법령을 다 지키면 공공의 사명을 하려면 특별한 비용이 좀 더 들어갑니다. ...(중략)... 민간병원에서 취약계층, 노숙자를 입원시키는데 우리는 처음부터 그런 환자를 제대로 관리하기 위해서 직원을 채용하고...(중략)...출발 자체가 비용이 좀 든다.
- 장기근속이 길어서 간호와 연봉이 5천 넘는다고 하는데. 그래서 좋은 직장으로서의 의미도 있는 것 아니냐
- 의사당 생산성은 아주 그럴듯한 말이잖아요. 노동생산성 얘기 할 때는 주어진 조건이 똑같다고 가정하면 말이 되는데, 그런데 한 사람은 진짜 금광맥이 나오는 곳에서 금 캐라고 하고 다른 하나는 사금에서 하는데 생산성 비교하는데 이거는 아니란 말이죠.
- 의료보험제도 하에서 바가지 씌우지 않고 이런 적정진료를 양질의 스탠다드된 진료를 하게 되면 딱 10% 원가 손실이 납니다. 그걸 알아야 돼요. (E)
- 공공병원이 가장 많이 개선되어야 될게 비용대비 효과, 같은 일을 하는데 있어서 비용이 너무 많이 들어간다. ...(중략)... 그 중 가장 큰 이유는 인건비입니다. 오래된 병원은 임금구조를 바꾸지 않고서는 안됩니다.

③ 특성화방안과 지역거점병원

원장들이 생각하는 지방의료원의 발전 방향 중 하나는 현재 상황에서 할 수 있는 틈새를 찾는 것이었다. 즉, 민간병원이 진료하지 않는 영역을 찾아서 ‘특성화’를 추구하는 것이다. 다른 하나는 보다 근본적 개혁으로 공공병원의 역할에 충실하도록 물질적 토대와 진료역량을 갖추는 것이다. 어디에 위치해 있든 지역거점병원에 맞는 규모와 역량을 갖추고, 취약계층 만이 아닌 전체 주민들에게 양질의 의료, 필수요료를 제공하는 것이다. 이를 한 원장은 “서민병원 이런 소리 그만, 민간이 할 수 없는 것을 하면서도 지역주민에게 양질의 의료를 제공하자”라고 하였다. 다른 한 원장은 “지역의 종합병원으로서 500병상 이상이 되어야 하며 이 정도 규모의 공공병원을 곳곳에 키워야 한다”고 주장하였다.

- ◆ 대학병원과 개인(의원) 사이에 있는 종합병원으로서 역할을 해야. ▲▲같이 경쟁이 굉장히 심한 데는 그런 역할을 어떻게 찾아내느냐가 우리 숙제기도 한데, ... (중략)... 특성화 방안이 하나가 있고, 다른 하나는 급성기, 위기 개입이 끝난 환자의 나머지 케어를 해 주는 것이다.
- ◆ 계속 저는 주장하는게 다른 한편 민간병원에 대한 견제기능을 해주어야 한다. 서비스의 질적인 문제나 진료비 문제 면에서, ... (중략)... 2003년 사스 위기는 공공병원이 없었으면 정말 넘어 갈 수 없었다. 그때 의사와 간호사들은 목숨을 걸고 진료를 했다. 그런 기능으로 따지면 거점 역할을 해야 한다.
- ◆ 내가 직원들 모아놓고 앉아서 서민병원 이런 소리 그만! ... (중략)... 민간이 할 수 없는 것을 공공이 하면서도 지역주민에게 양질의 진료를 제공해주자. 가장 이상적인 모습이죠. 그렇게 되려면 우리 의료원은 조금 더 인력이나 시설이 현대화 되어야 하지요.
- ◆ 지역거점병원이 지역에서 종합병원이어야 하는데 그러기 위해서는 500병상 이상, 의사수도 50명 정도가 되어야 하고 ... (중략).. 그 정도 규모 (공공 병원)를 곳곳에 많이 키워야 되요.

④ 공공의료 관리체계 개선방향

지방의료원의 위치나 주변 상황에 따라서 인지도나 진료역량 차이가

있어 공공의료서비스에 대한 지역 격차가 큰데, 현재 관리체계에서 해결되기 어렵다는 지적이 많았다.

현재 지방의료원 관리체계는 이중적이다. 중앙정부는 시설과 인프라를 지원하면서 정책사업을 요구하고 있다. 지자체는 정책 사업이나 공공의료보다는 적자를 줄이는데만 관심을 가지고 있다. 이 같은 이중적 구조에서 공공병원이 가진 문제가 해결되기 어렵다는 것이다.

구체적으로 들어가면, 지자체가 재정이나 관리역량이 부족하기도 하고, 공공의료에 대한 궁극적 책임은 국가에 있으므로 ‘공공병원은 중앙정부가 다 맡아서 하는 게 제일 좋은 방법’이라는 것이다. 지방의료원에 대한 관리를 보건복지부로 일원화하는 방안을 의미한다.

한편, 현재 상황을 기준으로 한 개선 방안으로 지자체의 정책을 개발하는 기획역량이 부족하므로 이를 갖추어야 하고, 그러기 위해서는 공공의료를 담당하는 부서, 현재보다 규모가 더 큰 조직이 생기는 것이 필요하다고 나왔다.

공공의료에 대한 재정 부담에 대해서는 다음과 같이 얘기하였다. 사회복지에 대해서 국가와 지자체 모두 책임을 갖고 있지만 상호 역할이 다르다, 국가는 정책기능에 대한 운영비는 전적으로 지원하고, 지역특성이 강한 업무에 대해서는 기초나 광역지자체에서 재원을 분담하는 것이다.

- 서울시민과 ▲▲시민이 왜 공공의료로 차별받아야 하는가. 민간이면 모르지만, 공공은 전 국민에게 똑같이 가야 하는 거 아니냐. 공공병원 이겨는 차라리 중앙정부가 다 맡아서 하는 게 제일 좋은 방법이다.
- 지역에 특화된, 공공보건의료 같은 경우는 지방정부가 한다든지 보건소 같은 식으로 그렇지만 기본적인 병원운영의 틀은 정부가 해주고 관리감독하고 이런 것까지는 기본적으로 해줘야겠죠. 예를 들면 응급실에 의사가 5명이 필요하면 그건 무조건 해줘야 되는 거죠. 그걸 돈을 별면 주고 못 별면 안주고 이런 건 말이 안되는 거죠.
- 보건소도 부지 구매나 건축은 국비보조 50%, 운영비는 국가정책 기능에 있어서 100% 국가 부담이고 어떤 거는 50% 부담하고, 이런 식으로 전 국민이 공통으로 부담하는 부분은 국가 책임을 지우고 도에도 책임을 지우고 기초지자체도 일정 부분 지는 게 맞지 않을까 싶어요.
- (도 보건과는) 관심도 많고 지원도 해주려고 하지만 우리가 생각하지 못하는 것, 예를 들면 정책을 같이 개발하는 것은 하지 못한다. ...(중략)...지역

거점병원을 하기 위해서 충족되어야 하는 조건은 문제의 진단을 할 수 있는 역량들이나 지역 사회에 갖추어야 되고, 없다면 이런 사람들을 양성할 수 있는 교육훈련 체계가 있었으면 좋겠다. 이런 게 제가 바라는 거죠.

- 공공의료 담당하는 부서가 생긴 게 굉장히 중요해요. 공공의료 부서라고 하면 한번이라도 더 생각하게 되잖아요.

⑤ 의료인력 확보와 역량 강화

지방의료원에 진료인력을 안정적으로 확보하는 방법에 대해서는 공공병원에 필요한 의사와 간호사를 양성하는 방안과 함께 의사에 대한 처우를 개선하자는 의견이 나왔다.

우선, 지방의료원을 국립대병원 부속병원으로 하면서 공공병원 의사에 대한 지위를 보장하고 연금 혜택을 주는 등의 처우를 개선하자는 방안이 나왔다. 다른 한편에서는 공공병원에서 일하는 의사, 간호사를 별도 정원으로 지정해서 양성해야 한다는 의견이 나왔다. 현재 국립의과대학과 간호대학이 공공의료에 적합한 인재를 키워내지 못하고 있기 때문이다. 별도의 공공의과대학 설립에 대해서는 회의적 입장을 보였다.

- 국립대와 지방대의 형식적 모자관계 아닌 법적 연계제도, 지방의료원을 대학병원의 트레이닝 호스피탈로 만드는 거지..(중략)... 의료원의 과장이 되면 연금 혜택을 주고 ...(중략).. 의사들의 지위 보장 방법을 강구해야 한다.
- 국립대학병원은 국비지원을 받아서 공부한 애들인데 공공병원에서 일할 인력은 별도로 양성해야 된다. 사관학교처럼 국립대학에 별도로 티오를 취서 전액 학비면제하고 그 대신에 10년이면 20년이면 이렇게 공공병원에서 근무하도록 공공병원의 의사다운 의사의 소양을 키워야 된다.. (중략)... 간호사도 마찬가지다.
- 대학교라는 게 가장 기본적으로 공공성을 가르쳐야죠. 장사를 가르치는 게 아닌 대학이 되어야지, 교육대학, 사범대학, 의과대학같은 경우는 그 직업자체가 공공성을 유도해야 되지. 공공의과대학에 대해서는 회의적입니다.

⑥ 의료제공체계에 대한 정책과 기획

공공병원과 관련된 보건의료체계에 대해서는 직접적 개선방안에 비해서 많은 얘기가 나온 것은 아니다. 우선적으로 보건소와 공공병원의 명확

한 임무를 구분해서 보건소는 예방업무, 지방의료원은 진료업무를 해야 한다는 제안이 있었다. 그리고 ‘국립대병원, 국립의료원, 지방의료원이 별개 조직이 되서는 안되며,’ 국공립병원이 유기적으로 연계되는 공공의료체계의 필요성을 언급하였다. 다른 측면에서 공공병원을 의료보험이 아닌 국가예산으로 운영하자는 개혁적 의견도 제시되었다.

- ◆ 국립대학병원도 국립이라고 보긴 어렵지 않습니까. ...(중략)...보건복지부가 중심에 서야 되는 거고 대학서부터 국립 중앙의료원, 지방의료원 별개 조직이 되면 안되거든요.
- ◆ 보건소는 예방업무에 주력한다. 예방업무는 예를 들어서 국민들의 건강교육도 하고, 백신네이션도 하고, 의료원은 진료업무를 하게 돼 있다고.
- ◆ 최소한 공공병원만이라도 수가라는 개념을 벗어나야 한다고 봐요. 사실은 공공병원은 의료보험에서 제외시켰으면 좋겠어요.

2. 지방의료원 의사

가. 조사목표

공공병원의 여러 직군들 중 의사와의 면담은 다음과 같은 목표를 가지고 진행되었다.

우선, 의료기관의 핵심 진료 역량인 의사직 확보와 관련한 현황을 파악하고, 의사들이 인식하는 문제점과 개선 방안을 파악하고자 한다. 둘째, 현재 공공병원에 재직 중인 의사들이 인식하고 있는 공공병원의 문제점과 원인을 파악하고자 한다. 셋째, 의사들이 생각하는 ‘바람직한’ 공공병원의 모습과 개선방안을 파악하고자 한다.

실재(實在)와 인식은 일치하지 않을 수 있으며, 이 조사의 목표는 일차적으로 의사들의 ‘인식’을 파악하는 데 있다. 사람들은 자신이 인식한 것에 기초하여 판단하고 행동한다는 점에서, 객관적인 사실만큼이나 행위자들의 인식은 중요하다. 또한 인식과 현실의 괴리 자체가 중요한 중재지점이라는 점에서, 제 3의 실증 자료들을 통해 이들 인식의 타당성 여부

도 함께 검토하고자 한다.

나. 조사 방법과 대상자 특성

2014년 6월~9월 동안, 5개 지방의료원에서 근무하는 5명의 의사들과 개별 면담을 진행했다. 대상자는 원장이나 공공의료팀의 추천을 받아서 섭외했으며 파일럿 조사로 시행된 의사와는 연구진의 개인적 친분을 통해 섭외했다. 반구조화된 질문을 준비하고, 예방의학 전문의인 연구자가 직접 병원을 방문하여 약 한 시간 정도 일대 일 면담을 진행했다.

조사 참여자는 모두 남성으로, 나이는 40~60대에 고르게 분포하고 있었다. 공공병원 근무 경력은 1년~20년까지 다양했으며, 1명을 제외하고 모두 병원에서 보직을 맡고 있었다.

다. 결과

1) 공공병원 의사인력 확보 현황과 문제점

가) 의사들은 어떠한 이유로 공공병원에 취업하는가?

현재 공공병원에 재직 중인 의사들이니만큼, 당사자들이 어떤 계기나 의도로 공공병원에 취업하게 되었는지를 질문했다. 그들의 개인적 동기나 계기는 다음과 같이 요약할 수 있었다.

사회활동에 관심 있는 한 명만 제외하고, 참여자 모두 ‘공공병원’이라는 특성은 병원 선택에 중요한 고려요인이 아니었다고 했다. 자신들 뿐 아니라, 다른 의사들도 대개 그럴 것이라고 판단하고 있었다.

- 뭐 공공병원이기 때문에 왔다, 이런 생각으로 왔던 건 처음에 왔던 건 아니고
- 우리나라 모든 의사 중에서 공공병원에 나는 희생을 하면서 가겠다는 사람은 없을 것이고, 저도 그냥
- 꼭 (공공병원 여부) 그거에 상관없이 마음에 드는 곳을 가겠죠.
- 특별한 이유는 없었죠.

민간병원에 비해 급여수준이 낮다는 것이 단점이었지만, 휴가 같은 근무 여건이 상대적으로 낫다는 점, 혹은 원장과의 개인적 친분이 이러한 단점을 상쇄한 것으로 나타났다.

- 원장님 후배라서, (공공병원 여부는) 상관없어요. ...(중략)...그냥 같이 하자고 해서. 폐이는 그냥 다른 곳보다 적기 때문에. ...(중략)... 그냥 선배가 오라고 해서 고민하다가, 그건 생각 안하고 왔죠.
- 여긴 병원장님이 우리 학교 은사기도 하고, 사모님이 같이 안과를 하셔가지고 잘 알고 있다가

한 참여자는 병원이 해당 진료과 수련기관으로 지정된 것이 선택에 영향을 주었다고 했다. 참여 의사가 해당 지역 출신이거나, 혹은 선호하는 자연환경이라는 점이 선택에 영향을 준 경우도 있었다. 하지만 해당 지역 출신 의사가 근무하는 곳은 대도시 지방의료원이었으며, 자연환경이 좋아서 선택했다는 의사는 자녀들이 모두 장성하여 소위 ‘자녀교육’ 문제가 중요하지 않은 상황이었다. 나머지 참여자들의 경우, 가족은 모두 서울에 있고 의사만 지방으로 출퇴근하거나, 가족이 아예 외국에 있는 상태였다.

- 여기 바다가 하도 좋으니까, 그래서 이제 애들은 다 이제 출가했으니까 두 부부가 여기 와 있는 거니까 뭐.

종합하자면, ‘공공병원’ 정체성은 의사를 유인할 만한 동기가 아닐 뿐 아니라, 기피하게 만드는 강력한 부정적 요인도 아닌 것으로 보였다. 일 자리를 원하던 시점에 공석이 생기고, 임금이 어느 정도 기대를 충족하면

공공/민간을 크게 구분하지 않고 선택이 이루어진다는 것이다. 이는 의사 노동시장에서 공공병원과 민간병원이 뚜렷한 차별점 없이 경쟁하고 있음을 의미한다. 현실적으로 ‘공공성’이라는 사회적 가치에 대한 강조를 통해서 의사 인력을 확보하기 어려우며, 금전적 보상이나 근로환경에서의 상대적 우위, 임상적 탁월성 수준을 확보하는 것이 중요하다고 볼 수 있다. 한편 위의 사례에서 드러나듯, 임금이 기대에 못 미치는 경우라도, 개인적 친분이나 휴일을 보장하는 근로조건, 임상적 탁월성의 기회 등을 어느 정도 상쇄할 수 있는 것으로 보인다. 지역 연고나 자연환경에 대한 선호가 공공병원 선택에 일부 영향을 미치는 것은 하지만, 이는 특별히 ‘공공병원’과 관련된 특성이라고 보기는 어렵다.

나) 공공병원 의사의 근속을 가능하게 하는 요인은 무엇인가?

대부분의 응답자들이 공공병원 취업 당시 특별한 의미를 부여했던 것은 아니지만, 공공병원을 실제로 경험한 후 이직을 하지 않고 남아 있는 것은 아마도 긍정적인 측면이 있기 때문일 것이다. 이는 ‘공공병원’이라는 정체성에서 유래한 것일 수도 있고, 그보다는 개별 병원의 고유한 특징에서 비롯된 것일 수도 있다. 의사들의 답변은 은 크게 다섯 가지로 범주화할 수 있었다.

① ‘적정 진료’

모든 대상자가 공통적으로 지적한 것은 공공병원에서는 매출 압박에 시달리지 않으면서 소신 진료가 가능하다는 점이었다. 그런데 이는 ‘공공성’이라는 사회적 가치 측면보다 전문가 자율성 측면에서 더욱 강조되는 듯 했다. ‘소신’을 지키면서 진료하기 원하는 의료진에게 이는 특히 중요한 직무 만족 요인이었다. 민간병원의 이윤추구 경향이 심해지면 심해질수록 이는 중요한 장점이 될 수 있다. 그러나 거꾸로 생각한다면, 공공병

원의 매출압박은 민간병원에서보다 더한 반감을 일으켜 조직 충성도를 떨어뜨리는 결정적 요인이 될 수도 있다. 또한 진료압박이 적다는 점이 극단적으로 부각되면, 일부 의사들의 태만을 부추기거나 방조 요인이 될 수 있음을 지적해둘 필요가 있다.

- (민간병원에서 일하는 게) 사실 쉽지 않잖아요, 뭐 여러 가지로. 그래서 그냥 아 이거 좀 급여가 낮더라도 속이 편한 게 좋죠. 마음이 편한 게.
- 착한 진료, 적정 진료인지 뭘 이런 쪽으로, 최소한 그런 쪽으로 관심 있는 의사들은 많거든요. 꼭 저소득층 이런 건 아니라고 그러니까.
- 우선 민간병원에서는 일종의...(중략)...내 소신껏 진료를 할 수가 없다고. 적정진료를 할 수 있고 공공병원이고 좀 어렵긴 하지만 나름대로 어떤 내 소신을 가지고 좀 이렇게 추진을 할 수 있는 그런 여력이 있기 때문에
- 개인병원은 급여가 많은 대신에 뭐 세 배 배상을 다 해야 하면 대체로 오신 분들에게 좀 더 적극적으로 대시를 하는데, 여기는 오신 분들에게 꼭 필요한 것만 해주니까. 개인병원에 있을 때 보다는 적응증 줄게 잡아서 하는 것 과 달리 여긴 환자의 선택을 많이 하고 배려를 할 수 있으니까 훨씬 낫죠.
- 단지 이제 민간병원보다는 스트레스는 덜 받는 것 같아요. 공공병원 의사들이 사실 그런 압박들은 조금 있어도 크게 개의치 않는 성향들이 있지요

② 여유 있는 근로 환경

정시 출퇴근이 가능하고 법에 따라 휴무가 보장된다는 점이 큰 장점으로 지목되었다. 이러한 상황은 환자 중증도가 상대적으로 낮고 외래와 입원환자 숫자가 많지 않은데다, 연구나 교육 기능이 강조되지 않는 2차 병원 특성과도 관련이 있다. 그러나 비슷한 특성을 가진 민간병원이 매출 압박 속에서 장시간 근무나 노동강도 강화를 추구하는 경향에 비추어 볼 때, 이는 분명 공공기관이기 때문에 가능한 것이기도 하다.

- 여기는 1년 지나고 나면 휴가가 15일 이상 되죠. 그런데 개인병원하면서는 휴가를 3,4일밖에 못가죠. 나눠서 가라고 하고 막상 내가 자리 비면 그게 다 돈이니까 못 간다구요, 그런 것들이 보장이 되고 병원에서 큰 문제없고.
- 근무여건이 좋아요. 그러니까 빨간 날은 다 쉬는 거죠. 민간병원이면 선거 날도 일해야 하고 웬만한 평일의 빨간 날은 다 일 해야 하잖아요, 토요일까지 근무해야 되고. 근무여건이 차이가 많이 나요.

③ 전문성 발휘

전공의 수련기관으로 지정되어 있거나, 책임을 맡고 있는 임상센터가 활성화된 경우, 지역거점병원 역할을 하고 있는 경우 등, 고유의 전문성이 발휘되는 경우에 만족감과 성취감이 큰 것으로 드러났다. 이는 ‘공공병원’ 정체성에 고유한 것은 아니지만, 의료진들이 이러한 성취감을 가질 수 있는 여건을 만드는 것은 양질의 의사인력 유지에 중요한 요인이 될 수 있을 것이다.

- 전공의 가르치는 입장에서 보면, 그런 쪽으로 좀 애들한테 이런 의식을 가지도록 만들어서 이왕이면 이제 내보낸다는 좀 자부심이라 해야 합니까? 그런 거도 좀 있고...
- (건강검진 센터 실적 향상) 그 재미가 있잖아요. 보람이 있고.
- 지역사회에서는 이 병원 이외에 경쟁상대가 없는 거예요. 민간 병원이 민간 병원이 있더라도 규모가 작고 그런 데가 오히려 서비스나 이런 게 더 떨어져요. 지역 거점병원으로서의 역할을 충분히 하고 있죠.

④ 시설/장비 업데이트

국고에 의해 주기적으로 지원이 이루어지기 때문에 오히려 민간병원보다 시설장비 업데이트가 잘 되며, 병원은 비용부담이 없다는 점이 큰 장점으로 지적되었다. 시설/장비는 임상적 ‘전문성’ 발휘를 가능케 하는 하나의 조건이었다. 그런데 이러한 견해는 거꾸로 공공병원이 시설/장비에 과잉 투자한다는 비판, 시설/장비 활용이 비효율적이라는 비판과 대비하여 그 타당성을 판단해야 한다.

- 국고 지원을 받는...(중략)... 복지부에서 이제 의료 장비나 시설 지원을 받는 데 그건 굉장히 장점 같아요.
- 연간 15억 이상의 의료장비를 서플라이 해주니까 장비들이 좋아요...(중략)... 매년 15억씩 노후장비를 교체해주죠? 그것만 해도 굉장히 큰 거라고 개인병원은 사야 되는데,

⑤ 긍정적 경험의 축적

처음 공공병원에 취업한 동기가 무엇이든, 일정 기간 근무를 하면서 전

문가로서의 성취감을 느끼고 쾌적한 근로환경, 지역 환자와의 라포(rapport) 같은 ‘긍정적 경험’이 쌓이면 공공성에 대한 이해와 일터에 대한 만족도가 높아지는 것으로 보였다. 그러나 이러한 단계에 이르기까지는 어느 정도 시간이 걸린다. 공공병원 의사 인력의 근속을 유지하기 위해서는 초기 이직을 방지할 수 있는 유인 수단이 중요함을 알 수 있다.

- 처음 오자마자 느끼고 오는 사람은 거의 드물고, ...(중략)...와서 느끼는 게 더 많은 것 같아요. 그런 걸 좀 의식을 가지려면 최소한 5년 정도, 근데 대부분에 계속 턱오버가 된 사람들은 5년 이내입니다.
- 저소득층이나 취약계층 이래 보다보면 거기에 대한 의식이 생기고 하는 건데 들어와서 근무하다 보니까 생각했던 거랑 달리 직원들도 (취약계층 환자한테) 참 친절하고, 우선 그게 제일 좋은 거 같아요... (중략)... 보니까 7대 3정도로 해가지고 어려운 분들이 한 3 정도 밖에 되지 않긴 하지만, (중략)... 병은 여러 개가 있고 만 데 가서 생활하시기 힘든 분들이 이쪽으로 와서 입원하는데 그런 분에게도 친절하게 잘 하더라고요.

종합하자면, 의사들이 공공병원에서 근속하는 데 긍정적 영향을 미치는 요인으로는, 소신 진료료 가능케 하거나 임상적 전문성을 발휘할 수 있게 만드는 환경, 적정 근로시간과 휴무 보장이라고 할 수 있다. 이론적으로는 이러한 조건들이 공공병원에만 해당하는 것은 아니지만, 영리성이 강한 현재의 한국 의료체계 하에서 공공병원들이 강점을 가진 부분이라 할 수 있다. 이러한 긍정적 경험이 누적되면서 의사들이 공공병원에 근속하게 되는 것으로 보이는데, 이렇게 되기까지는 시간이 걸린다는 점을 지적해두고 싶다.

다) 의사들은 공공병원에 어떤 불만을 가지고 있는가?

면담에 참여한 의사들은 공공병원 근무의 장점을 강조했지만, 그렇다고 불만이 없는 것은 아니었다. 한편 보직자로서 의사 채용 과정에 관여하거나, 주변 의사들의 잦은 이직을 목격했던 경험에 근거하여, 의사들 사이에 널리 퍼진 공공병원의 문제점에 대해 이야기해주었다.

① 상대적으로 낮은 급여

공공병원이 의사를 구하기 어려운 것, 혹은 의사 인력의 이직이 잦은 가장 중요한 원인은 낮은 급여라고 공통적으로 지적했다. 이 때, 급여의 절대 액수보다도 민간 부문을 포함한 구직 기회, 개인들의 기대 수입이 중요한 것으로 보인다. 민간 부문 취업이 비교적 쉬운 젊은 연령층에서 급여와 관련한 이직이 빈번한데, 면담 참여자들은 이를 금전적 보상을 우선시 하는 젊은 세대의 특성으로 규정하기도 했다.

- 의사 구하기가 힘들니까. 뭐 그렇게 작게 받고서 와서 일을 할 분들이 얼마나 있을까요? 정말로 뭐 뜻이 있는 분들 말고는
- 1내과 선생님이 제일 오래된 분인데, 그 분이 급여가 새로 온 과장님보다 못해요. 뭐 어떤 급여체계인지 모르겠는데 원장님이 정하니까, ...(중략)...회식을 하면 이 젊은 과장님들은 나도 바깥보다 적다. 나도 적다, 하지만 마음대로 완전히 비급여 위주로 이렇게 못하거든요. 그런 제한이 있으니, ...(중략)...그런 사람들은 사실은 오래 있었으면 몰라도 미련 없이 가는 거죠.
- 요즘에 일자리 찾기가 생각보다 수월치가 않아요. 예전 같지 않고, 제가 들 어갈 때만 하더라도 제 앞에 공석이 무려 세 달 공석이 있었거든요....(중략)...지금은 공석 티오가 줄면서 생각보다 옛날에 비해 수월하게 뽑아요. 의사 뽑는 것 자체가 시가만 잘 맞추면 아주 어렵지는 않아요. 민간병원에 비해서 못 맞춰주는 것이 있기 때문에, 의사 구하기가 일부 몇몇과는 어려 워요.

② ‘소외’ 현상

의사는 의료기관의 핵심 인력이지만, 병원 시스템으로부터 동떨어지고 소외된 존재로 스스로를 인식하고 있었다. 이는 ‘진료만 하면 된다’는 생각으로 임상진료 이외의 병원 업무나 활동에 관여하고 싶어 하지 않는 개인적 특성파도 관련이 있지만, 1년 단위로 고용 계약을 갱신해야 하는 구조적 요인에서 비롯된 것이기도 하다. 안정적인 고용이 보장되지 않는 상황에서 주인의식을 가질 리 만무하며, 그렇기 때문에 조직 활동에 더욱 소극적이고, 그러면서 주요 의사결정이나 다른 조직 활동으로부터 소외 당하는 악순환이 발생한다고 할 수 있다. 심지어 의사직 내부에서조차 서로 개별화되고 리더십이 발휘되지 않는 경우도 있었다. 적극적인 활동 의

지가 있는 경우라 해도, 의견을 반영할 수 있는 거버넌스 체계가 마련되어 있지 않거나, 진료 공백을 대체할 수 있는 인력이 마땅치 않아 일과 중회의나 교육 참여가 어려운 경우도 언급되었다.

- 의사들은 자기들의 진료 외에는 관심이 없죠. 자기들한테 뭐 해달라고 하는 거 말고는 관심이 없다고... (중략)... 이 구조에서 자기는 진료하는 거 외에는 관심이 없다는 사람들이 90퍼센트 넘어갈 거란 얘기죠.
- 그냥 의사들은 그냥 매출 올리는 기계예요. 지금은 매출 못 올리면 좀 바쁘면 되고, 이런 식의 인식이 뿌리내려 있어요. 사실 일반 직원들, 의사들은 어차피 계약직, 월급 대신에 많이 받잖아, 우리보다 몇 배 더 받는데, 이런 인식이 있지요.
- 병원의 의사가 주인은 아니지만 나름대로 책임의식, 주인의식 이런 거가 있으면서 이제 병원에 관여를 조금 할 텐데, 지금은 그런 게 전혀 없어요.
- (의사 의견이) 전혀 반영이 안되요. 통로자체가 없어요. 사실 현장을 가장 잘 아는 게 의사고 병원에 어떻게 좀 변화시키고 발전시키는데 의사 역할도 중요한데, 닥터 리더십... (중략)... 의사들이 병원 경영이라든지 중요한 결정에 권한이나 개입할 수 있는 통로가 전무해요

③ 낙후한 지역 특성

이는 공공병원 자체의 문제라기보다 비수도권이나 농산어촌에 위치한 병원들이 공통적으로 직면한 문제로써, 자녀 교육 같은 생애주기 특성과 관계 깊다. 지역 발전 같은 총체적이고 근본적인 대안을 만들기 어려운 상황에서, 개별 의료기관은 이를 상쇄할 수 있는 다른 종류의 유인동기를 고안할 수밖에 없다.

- 나처럼 나이 먹고 살려고 온 사람이야 괜찮겠지만 젊은 친구들이야 애들 교육 문제도 있고 그러니까 당장은 와 있다가 결국 한 3년을 못 버티는 것 같아요

④ 자원 부족

일부 참여자들은 전문성을 충분히 발휘할 수 있는 설비/장비의 미흡함을 지적했다. 이는 공공병원의 정체성과 관련된 것이라기보다 전달체계에 따른 기술 요구 수준의 차이와 관련 있는 것이다. 또한 의사들의 임상

진료를 보조할 수 있는 양질의 지원 인력 부족도 문제점으로 지적했다. 이는 의사들이 일반적으로 가진 임상적 탁월성 추구의 일면으로, 딱히 공공병원의 문제점이라고 보기는 어렵다.

- 대학병원에 있었을 때 시설 생각이 많이 남아있어서, 여긴 썩 지원이 안 된다 는 거. (중략) 의사로서는 아쉽죠.
- 거기는 안과 근무할 때보면 대어섯 명이 달라붙어 가지고, 환자가 아무리 많 아도 바로 뽑을 수 있고 검사요원들이 붙어가지고 있기 때문에 진료할 때는 정말 딱 진료 빼고 다른 건 신경 안 써도 되는데, 여기는...(중략)...인원이 적 으니까 둘이서 모든 걸 다 커버해야한다는 거하고 막상 수술방 같은 데 들어 가 보면, 수술방 우리 같은 경우는 전담이 있잖습니까? 여기는 며칠 있다가 다시 가보면, 새로운 분들이랑 얘기해야 되는. 어설픈게 아는 분들이랑 수술 해야 되니까 손발이 조금 힘들죠. 그게 제일 힘든 거 같아요. (D)

⑤ 자율성 침해와 매출 압박

앞 절에서 의사들이 ‘소신’을 지키며 진료 할 수 있는 환경이 공공병원의 장점이라는 의사들의 공통된 견해를 소개했다. 그러나 최근 공공병원의 적자 운영이 문제시 되면서 매출을 증가시키라는 압박이 거세지고 있다. 명목상으로는 ‘공공성’ 가치를 내세우면서 실제로는 매출 증가를 강요하는 상황은 의사들의 전문가적 자율성을 훼손하는 것으로 받아들여지고 있었다. 적정 진료에 높은 가치를 부여했던 의사들에게 특히 부정적인 영향을 미치는 것으로 보인다.

- 요즘은 주계를 났니다. 월제도 아니고, 과장들 수입에 대해서 1주일 동안에.. 예를 들어서 과장이 좌악 있으면 뭐 외래환자 몇 명이고 입원환자 몇 명이고 수입이 얼마고 이걸 주계를 낼 정도니까, 내가 봐선 사립병원도 이 정도는 아니다 싶는데. (중략)...또 로그인 해가지고 지금 출근시간도 체크합니다.
- 원장님은 적정진료 하라 하지. 하라 카면서 수입은 벌어라 카고 이러면 굉장히 이율배반적인거야 이거는... (중략).. 저는 이래 안 받는다고 생각했는데도 저도 단가가 올라가더라고. 진료하는데, 알게 모르게 영향을 받는 거야. 나도 이제 무의식적으로 처방을.. 나는 절대로 그런 의사라고 생각 안 했는데, 작년 대비 올해 건당진료비 단가가 올라가는 거예요. 아 나도 그렇구나.
- 너무 적응이 안 되는 거예요. 아까 얘기했듯이 하나하나 다 터치가 들어오니까. ... (중략).. 우리가 돈 벌기위한 병원도 아닌데 여기서. 수입적인 측면이 제일 갈등스러운 거죠....(중략)...억지로 돈 벌라 하면 민간병원 가서 돈 열심히 버는 게 낫지, 여기 와서 막 스트레스 받으면서 비교 받으면서 이렇게 하면

- 1년 계약해서 거기다가 요새는 돈 못 번다고 목표액이 안 되면, 네 봉급에서 10프로 깎는다 하는데 깎이면서 있을 사람이 누가 있겠어요.

⑥ 의사 ‘파견’ 제도는 답이 될 수 없다

지방의료원의 의사인력 확보가 어려워지면서, 대학병원 의사파견이 대안으로 활용되기도 한다. 하지만 지방의료원에 재직 중인 의사들은 하나 같이 이러한 파견 제도에 부정적인 견해를 표했다. 파견을 나오는 의사 입장에서나, 의료원 입장에서나 전혀 도움이 되지 않는다는 것이었다.

- 책임감이 있어야 되는데, 보라매처럼 아주 전적으로 위탁을 해주기 전에는 파견은 정말 문제가 많죠. 왜냐면 가끔 와서 하는 것은 병원에 익숙하지 않죠? 수술방도 익숙하지 않고 환자도 잘 모르죠? 한참 지나도 뭐 똑같은 사람이 계속 파견 나온다 하면 모를까 그러기 전에는 정말 거쳐 가는 곳이 되고 더 엉망이 되죠. 이름 있는 분이 오긴 왔는데 이 병원하고 격이 안 맞는 분이 와가지고 실력발휘를 못하죠.
- 신경외과 의사를 서울대에 요청을 해보면, 1억씩 지원해주는 프로그램을 월초에 한 적이 있는데, 우리 원장님이 신청을 했대요. 그런데 오려는 사람이 없고 펠로우를 보내줄까 이런 식으로 하는데, 한 번 오면 2~3년 있어야 되는 조건이고요. 교수가 오면 어떤 문제가 있냐면 서울대 병원에서 하던 수술을 여기서 못해요. 자기 기술만 잃어버리는 거야. 펠로우들이 와서 있다 간다고 했을 때 책임 있게 하겠냐. 성의 있게 하지도 않고요.

종합하자면, 의사들이 공공병원에 가진 불만은 크게 금전적 보상 측면과 그 이외의 것으로 구분할 수 있다. 그러나 금전적 보상도 급여의 절대액수가 중요하기보다는 구직 기회의 가용성이나 진료과 특성에 따라 만족/불만족의 정도가 달라지는 것으로 보인다. 비 금전적 측면은 다시 두 가지 요인으로 구분할 수 있는데, 하나는 공공병원 그 자체와는 무관한 환경적 요인으로, 낙후한 지역 특성이나 양질의 인력과 장비 부족 등이 꼽힌다. 이는 대개 비 도시 지역에 위치한 중소규모 병원들이 공통적으로 직면한 문제점이다. 또 다른 한 가지야말로 심각하게 간주되어야 할 부분인데, 의사들이 주인의식을 가지고 조직에 몰입하는 것을 어렵게 만드는 고용계약, 거버넌스 구조와 매출 압박이 그것이다. 이윤 추구 압력에 시

달리지 않고 적정 진료를 할 수 있다는 것이 공공병원 근무를 만족스럽게 만드는 중요한 요인이었는데 이것이 충족되지 않는다는 것은 상당한 불만족 요인일 수밖에 없다. 제도적으로나 현실적으로 의사들이 병원에 주인의식을 가지기 어려운 환경은, 문제 발생 시 해결하려고 적극적으로 노력하기보다는 쉽게 이직을 선택하도록 만든다는 점에서, 상당히 심각한 사안이다. 또한 의사 인력 부족 문제를 해결하기 위해 제안된 대학병원 ‘파견’ 제도는 현장에서 전혀 환영받지 못한다고 할 수 있다.

2) 공공병원이 직면하고 있는 문제점과 원인

가) 공공병원의 적자 문제 (OUTCOME)

방만한 경영이나 과도한 인건비 때문에 공공병원이 적자라는 검증되지 않은 의견이 사회적으로 널리 퍼져 있지만, 소위 ‘매출’을 직접 책임지는 의사들의 생각은 달랐다. 이들은 유효 수요의 부족과 낮은 의료수가를 근본적 원인으로 지적했다. 덧붙여 전문성이 미흡한 관료들의 의사결정에 따른 낭비적 투자도 기여요인이라고 했다.

① 의료서비스의 유효 수요 부족 (CONTEXT)

공공병원에는 의료급여와 차상위 계층을 포함한 빈곤층 환자가 상대적으로 다수를 점하고 있다. 이들에게는 수익성 개선에 도움이 될 만한 비급여 진료나 적극적인 검사와 고가장비 활용, 혹은 민간병원들이 경쟁적으로 내세우는 값비싼 부가 서비스를 제공하는 것이 사실 상 불가능하다. 또한 지역 개발 과정에서 지리적 접근성이 좋지 않은 곳으로 이전된 경우에는 상황이 더욱 어렵다. 전통적으로 지방의료원은 구도심 중심가에 위치하는데, 현재도 원래 위치에 남아 있는 곳들은 상황이 비교적 나았지

만, 도심 외곽으로 이전한 의료원들은 대개 내원 환자 수 자체가 충분치 못한 상황이었다.

- 이렇게 산골에 요양병원, 접근성이 떨어진 게 정말 힘든 ... (중략) ... 로케이션 문제, 그런 데서도 문제가 크죠. ... (중략) ... 탁상에서 앉아서 하시는 분들 때문에 일어난 일이지. 여기가 적자의 큰 이유 중 하나가 접근성 떨어진 거.
- 적어도 일정 비율 이상 되는 환자분들은 그냥 나라에서 무료, 무상의료처럼 그런 부분들은 확대가 되긴 되어야 되는데, 그렇게 되면 병원은 자립하라고 해놓고 나니까 그거는 힘들고 그렇게 하기는 해야 되겠고 그게 갈등인거 같아요. 그렇다고 뭐 무상 무료 뭐 지원해준다 그렇게 되면 결국은 수익이 안 되니까 돈, 예를 들어 투자를 안 하고 싶을 거 아니니까? 그렇게 되면 시설이 나빠지게 되죠. 시설이 나빠지면 또 의사들이 안하죠. 그러니까 악순환인거 같아요

② ‘비현실적 의료수가’ (MX)

의사들은 ‘적정진료’ 원칙을 지키고 환자 규모도 상당하다면 적자가 발생하지 않는 것이 타당하겠지만, 현실에서는 그렇지 않다고 지적했다. 이는 결국 의료수가 자체가 낮아서 발생하는 구조적 문제라는 것이다. 그렇기 때문에 취약계층 진료나 분만실, 응급실 같은 필수 서비스를 유지하기 위한 비용 때문에 발생한 적자를 분리하여 ‘착한 적자’라고 지칭하는 것은 부적절하다는 반응이었다. 사회적 취약계층, 특히 의료급여 환자가 많고 신포괄수가제가 도입되면서 비급여 진료가 원천적으로 불가능하다는 점에서, 향후에도 적자는 필연적일 수밖에 없다고 인식하고 있었다.

- 경쟁은 안하고 최선을 다해서 치료를 해주고 제대로 수가를 받는다면 이런 병원에서는 성실하게 해 줄 수가 있거든요.
- 적자의 기본적인 근원이 어디냐 이런 것들을 조금 따져봐야 되는데, ... 중략...저는 그런 식으로 보는 거는 조금 문제가 있다, 사실은 수가가 낮은 거죠? 병원이 운영이 되려고 하면 적정수가는 굉장히 중요하다고 저는 봐요. 특히 공공병원은 비급여가 원천적으로 거의 없습니다.
- 신포괄수가제 하면 비급여는 거의 없는데 그걸로 그러면 병원이 운영이 될 수 있게 그러면 해줘야 되잖아요.

③ 낭비적 시설투자

의사들은 공공병원의 장비/시설 투자가 낭비적인 경우가 적지 않다고 지적했다. 임상전문가의 판단이나 치밀한 인력 운영 계획 없이, 관료적으로 결정이 이루어지면서 진료 현장에서는 제대로 활용되지 못하는 경우들이 있다는 것이다. 한편 의사들의 잦은 이직도, 장비를 사장시키는 것과 관련이 있었다.

- 원장도 모르죠, 사실은 모르고.. 그런 CT 연한이나 이런 거 있으면 그런 건 이제 그러니까 행정직들이 잘 하는 거는, 언제 좀 되면 장비교체 할 때 미리 보고서 다 올려요. ... (중략)... 그러면 계획을 보고 위에서 실제 병원의 현실에서 어떤 게 중요한지 우선순위에 이런 거 전혀 고려 없이, 위에서 그냥 결정을 하는 거예요 그런 문제들이 심각하게 좀 있지요.
- 장비 사다주면 활용할 수 있는 사람이 있을 때 활용하는데, 그 사람이 바뀌고 사주면 정말 엉망이 되거든요. ... (중략)... 올해 사달라고 신청하면은 4년, 5년 있다가 들어오니깐. 근데 그 때 되면 그 장비는, 안 쓰는 장비를 들여오는. ... (중략)... 닥터 수급과 장비는 연계되어야 된다고 생각하는 거죠.
- 지금 정부에서는 공공병원, 1년에 전체 지방의료원에 매년 3~4백 억 정도 지원이 될 걸요. 그 지원 다 어디로 가는지 자세히 보세요. 사람한테 안가요. 인력한테 안 가고 전부 다 시멘트 치바르는 데만 간다고. 시멘트 예산이예요 건물 짓고 장비 사고 그래봤자 뭐 합니까, 거기에서 운영할 인력은 없는데. 심각한 문제예요. 대부분 그거 낭비된다고 봐요. 우리병원 대표적이예요. 겉 컨설팅 30억 지원해 줬는데 인력을 한 명도 안 뽑아. 있는 사람으로 하려고 하니깐 더 못하죠. 장비 사놓고 뜯지도 못하고 바로 창고로 갔어요. 다 심각하단니까요.

종합하자면, 공공병원의 소위 ‘적자경영’ 문제에 대해서 의사들은 의료진이나 개별 병원이 어쩔 수 없는 두 가지 요인을 지적했다. 원래 수익성을 얻기 어려운 환자군 구성과 환자들이 접근하기 어려운 지리적 위치라는 환경적 요인이 그 첫 번째다. 또한 의료수가가 원래 낮게 설정되어 있어서, 원칙을 지켜 적정진료를 하게 되면 적자가 발생할 수밖에 없다는 것이었다. 이 두 가지는 개별 병원들의 자구 노력으로는 절대로 극복할 수 없는 부분이다. 한편 일부에서는 낭비적 시설투자 문제도 지적했는데, 이는 전문성이 결여된 행정직, 지자체의 관료적 결정, 의사들의 잦은 이

직과 관련이 있는 것으로 드러났다.

나) 양질의 인력 부족 (OUTCOME)

현장 의사들이 임상서비스의 질과 관련하여 심각하게 생각하는 것은 간호인력 부족 문제였다. 잘 훈련된 간호사가 부족한 것은 임상서비스 질을 하락시키고 안전사고나 환자들의 불만을 초래할 수 있는 중요한 문제라고 생각하고 있었다. 간호인력 부족은 공공병원만의 고유한 문제라기보다, 비수도권에 위치하거나 중소규모를 갖춘 병원들이 공통적으로 직면한 문제이기도 하다. 그러나 민간병원에서는 간호조무사 같은 보조인력을 간호사 대체 인력으로 활용하는 반면, 공공병원에서는 규정을 준수하기 위해 아예 병동을 폐쇄하는 상황이 벌어지고 있다. 수익증대 압력이 큰 상황에서 오히려 병동을 폐쇄하는 것은 수익성을 더욱 악화시키고 지역 평판을 나쁘게 만드는 요인이 될 수 있다.

- 우리가 190 병상까지 할 수 있는데, 간호사가 모자라가지고 지금 160병상으로 줄여 버렸거든요. 간호사가 없어서 병동 하나를 못 열고, 간호사가 적어서 간호 서비스도 저기 부족해지고, 그러니까 저기 질이 떨어지고 그런 거 있죠 그러니까 환자들의 컴플레인도 많아지고, 이제 그거 때문에 섭섭해 하는 경우가 많고...(후략)
- 우리 병원은 간호등급이 5등급입니다. 간당간당한 5등급이거든요 ...(중략)... 아산병원은 8명씩 근무하는데 한 병동에 똑같이 4,50명 입원해 있는데 어디는 8명 근무하고 우리는 간호사가 2명 근무한다 그러면 전혀 뭐 안 되죠, 4,50명 온갖 일들이 벌어지고 난리피우는 사람들도 많고 통제도 못하고 서비스 질이 당연히 떨어질 수밖에 없는 거거든요
- 간호사 인력은 심각해요. 저희 병원은 간호사 인력 상시적으로 뽑고 있는데도 못 구해요. 왔다갔다 하루 근무해 보고 도망 가 버려요. 그 다음날 말도 안 하고 못 하겠다고 이런 상황이라니까요.

다) 비효율적 관료주의 (MX)

의사들은 공공병원이 현재 직면한 경영 상 문제들의 상당 부분이 전문성이 낮고 비효율적인 행적직과 지자체 관료, 도의회에서 비롯된 것이라

고 생각하고 있었다.

① ‘행정직이 문제다’

의사들은 임상서비스에 직접 종사하는 의사, 간호사 등 의료진들은 열심히 일하는데 비해, 소위 ‘철밥통’인 행정직은 임금도 높으면서 일도 열심히 하지 않는다는 불만을 가지고 있었다. 계약직인 의사나 한정된 임기의 원장과 달리, 병원에 오랫동안 근무한 행정직이 ‘실권’을 쥐고 있으며, 전문성이 없는 비효율적 행정을 펼친다고 생각하고 있었다.

- 진료파트 분 말고 관리파트 직원이 도전정신이 많지 않고 개인병원들은 뭐 딱 뭐해라 하면, 빨리 끝내고 이런 게 있지 않습니까? 책임감 있고. 여기는 결과는 뭐 천천히 해도 큰 문제들은 없으니까.
- 행정과장은 일개 과장밖에 안되는데도 이제 우리는 부원장이다 라고 생각을, 실질적인 원장이다 행정과장이 그런다니깐요.

② 시/도 지자체가 문제다

관리감독의 주체인 지자체가 공공성, 의료기관에 대한 이해가 미흡하고 전문적 역량도 없기 때문에 제대로 된 의사결정을 하지 못한다는 지적이 있었다. 형식적으로는 이사회가 권한을 가지고 있지만, 실제로는 시/도지사의 영향력 하에 있기 때문에 유명무실하다고 인식하고 있었다.

- 이사회 의장은 도 의료원장이긴 하지만 계약직이거든요. 도지사 바뀔 때마다 바뀌어요. 그러니까 도지사 눈치 볼 수 밖에 없고, 대부분 이사진들은 다 도지사가 임명한 관료들이란 말이죠. ... (중략)... 공무원 마인드가 있기 때문에 TO를 절대 안 늘려줘요. ... 중략... 도립병원이 어떤 비전으로 발전시켜 나가야 될지 이런 총체적 계획이나 이런 게 전무해요. 관료적인 방식으로 지시내리고 통제하고 규제할 뿐인 거죠
- 진짜 도립병원 이런 식으로 관료의 영향이 굉장히 피해가 크다는 생각이 들거든요. 말도 안 통하고요. ... 중략... 검진센터를 지어야 하는데요,...(중략)...도대체 병원을 설계해 본 사람한테 맡긴 거냐고, 황당했죠

라) 취약한 리더십 (CONTEXT)

앞서 살펴본 것처럼, 의사들은 병원의 거버넌스와 관련하여 의사들은 아무런 권한이 없고, 실질적인 권한은 행정직에게 있다는 점을 강조했다. 원장의 리더십과 노동조합의 역할에 대해서는 긍정적인 측면과 부정적인 측면을 모두 인식하고 있었지만, 전반적으로 책임성과 권한에 대해서는 회의적인 견해를 보였다.

① 원장에 대해서는 두 가지 상반된 견해가 동시에 있었다. 평가 압박에 시달리는 계약직에 불과하며 그렇기 때문에 독자적인 의사결정을 하거나 병원 내부의 행정직을 통제하기 어렵다는 의견, 그럼에도 불구하고 가지고 있는 권한을 활용하여 병원 내부에 긍정적 혹은 부정적 변화를 일으키게끔 만들 수 있다는 의견이 그것이다.

- 행정파트는 오너가 딱 쥐고 해야 하는데 병원장님이 딱 쥐기가 쉽지 않죠. 왜? 완전히 공무원 조직이고. 그것을 병원장이 어떻게 하세요? 보직으로밖에 해줄 수가 없죠
- (인력을) 뽑을 수도 없어. 원장의 권한도 없어 (중략) 의료원장도 권한이 없어. 도에서 승인을 해줘야 하니까
- 최근 4년, 6년, 8년 정도 전부터는 원장이 정치적인 자리가 되고 도지사 바뀌면 이제 바뀌는 거예요...(중략)...2년짜리 원장이 와가지고요 뭘 몰라요. 그리고 다른 데에서 정년퇴임하고 60, 70 되가지고 온단 말이지요. 민간병원이나 대학병원 교수하다 와서 공공병원 개념이 아예 없어요, 하나도 없어요.

- 공공의료원이라는게 상당히 자율성이 굉장히 많은 곳이기 때문에 원장 풀리시게 의해서 모든 게 다 바뀌고, 원장 재임기간이 3년인데, 3년하고 다른 원장이 오는데 그게 또 의사 원장이냐 아니면 행정한 분이냐에 따라서 보는 각도가 다 틀려져요. ...(중략)... 의료진도 중요하지만 결들여서 이 의료원에 대한 지역사회의 인식을 바꾸는 데는 의료진만 가지고는 그게 굉장히 오래 걸려요. 그렇잖아요?.

② 노조가 병원 경영에서 견제 역할을 하는 중요한 당사자임은 대부분 인정하고 있었다. 하지만 소위 ‘강성’ 노조, 산별노조 활동에 대해서는 부

정적이었으며, 노조가 권한이 있는 만큼 책임도 공유해야 한다는 생각을 가지고 있었다.

- 노조는, 우리는 개인적으로 합리적이라고 생각해요. ... (중략).. 오히려 좀 순종적이다 싶을 정도로.. 상호보완적인 게 많은데.. (중략) 건전한 견제는 굉장히 괜찮다고 생각하거든요 (중략)... 뭐 사석에서 원장님이라 얘기를 하다 보면 그런 얘기를 하시죠. 노조가 눈치 보아서 이렇게 하는데.. 자세한 내용은 잘 모르죠. 노조는 반드시 필요하죠. 필요한데.. (중략).. 강성노조는 바라지 않는데 어쨌든 노조가 필요한 건 맞죠.
- 노사의원회 하자 뭐뭐 하자 맞닥뜨려서하면 결국 감정싸움이 되가지고 안한 다 하는 건 의사 쪽이예요. ... (중략)... 산별에서 다 컨트롤 하는 거지 자신들 의견이 없고요.
- 그분들은 평생 있는 분들이구요. 병원장도 3년 마다 바뀌고, 의사도 물론 그러니까 결국 그 사람들이 중요하다고 볼 수 있죠... (중략)... 병원의 주체는 지금 노조죠. 평생직장이니까.
- 인력 채용할 때도 반드시 노조와 협의해서 해야 되고 인사권을 행사할 때도 원장이 노조와 협의를 해야 되요. 그래서 노조의 경영참여가 굉장히 강력하게 되어있어요. 그건 노조의 입장에서 당연한 거죠. 그런데 문제는 노조 역할이 경영에 참여하면 경영에 책임을 지는 거잖아요? 책임을 안 져요. 권한만 행사하려 하지

3) 의사직이 생각하는 바람직한 공공병원의 모습과 개선안

의사들이 생각하는 바람직한 공공병원은 크게 세 가지 요소를 포함하고 있었다. 우선, 양질의 진료 서비스를 제공하는 것이 무엇보다 중요하며, 둘째, 중환자실, 응급실, 분만실, 격리병동 같은 필수 서비스를 제공하는 것, 셋째, 취약계층을 보호하는 안전망 기능이라고 요약할 수 있었다.

가) 양질의 진료 서비스를 제공해야 한다.

의사들은 ‘공공’병원이기애 앞서 의료기관으로서 양질의 서비스 제공하는 것이 기본이라는 생각을 하고 있었다. 환자들도 ‘공공’ 병원이기 때문에 방문하는 것이 아니라 진료서비스의 질을 보고 선택한다는 것이다. 취약계층 무료 검진 같은 사업이 병원의 평판을 좋게 하는 데에는 도움이

될지 모르지만, 결국 본질은 양질의 진료서비스이며, 이는 앞서 살펴본 대로 의사들의 직무 만족 요인이기도 했다.

- 공공의료에 대한 내가 알기로 개념이 정립이 안 되어있어요. 그러니까 흔히 모든 의료원에서 공공의료라는 거는 뭐 무의존가서 일주일에 어디 두 번 지원했다, ... (중략)... 전부 이런 단발성적인 그런 거고
- 일반 주민들은 공공병원이니까 우리가 가야 된다는 개념이 아니고 저쪽 병원보다, 옛날엔 저쪽이 나았는데 요새 보니까 이쪽이 낫더라.
- 특pecially 공공병원이라 해서 주어지는 역할과 임무가 있다고 보지는 않고요. 어쨌든 우리나라 병원에서는 영리병원은 없잖아요. 그러니까 이제 도립병원 이든 국립병원 이든 아니면 개인이 지은 개인병원 이든 간에 상관없이 기본적으로 양질의 의료서비스를 지역주민에게 제공해주는 역할들이라고 좀 보거든요. 의료서비스 특성 자체가 공적 특성이 있기 때문에 당연히 그래야 한다.

나) ‘필수’ 서비스를 제공해야 한다.

의사들은 격리병상 마련 같은 국가 정책 실행, 수익논리로는 운영하기 힘든 응급실, 중환자실, 분만실 같은 필수 서비스를 제공하는 것은 ‘공공병원’만이 할 수 있는 중요한 역할이라고 생각했다. 앞서 기술한 양질의 진료 서비스 제공이 모든 병원이 갖추어야 할 기본 요건이라면, 이러한 필수 서비스 제공이야말로 공공병원의 고유한 기능이라고 간주하는 것처럼 보였다.

- 격리 병동 만들어야 하고 먹힐 수 있는 데가 또 여기밖에 없고. 그런데 이제 없앨 수가 없는 거라면 .. (중략)... 복지부나 도에서 지배할 수 있는 병원이 그렇게 많지가 않을 거예요. 그건 하나 정도는 있어야 된다고.. 만약에 그거조차도 없어져 버리면 그 다음에 무슨 일이 생겼을 때 어떻게 할 거예요.
- 여기 정신과 닥터들이 여섯 명이나 되요. 처음에는 놀랐죠. 근데 막상 보니까 아 있어야 될 닥터들이다. 그만큼 저변이 깔려있는 사람들, 어려운 사람들이 문제가 더 크니까. ... (중략)... 도에서 지원만 된다고 치면 개인병원에서 커버 못하는 것들을 정말 잘 할 수 있을 것 같아요.
- 만일 우리병원이 순수하게 민간병원 방식으로 운영이 된다면 응급의학과 과장을, 물론 2명은 공보의지만 2명은 폐이거든요. 이거를 민간병원에서는 제공해줄 수 없죠... (중략)... 어떤 수익의 논리를 떠나서 지역거점병원으로서의 제공을 해줘야 하는 거겠죠.
- 민간병원들은 어찌 되었든 자신의 병원의 수익으로 다 이렇게 하는 거기 때문에, 아무래도 수익 중심 진료를 할 수 밖에 없는 거죠.

다) 취약계층 안전망 기능을 해야 한다.

의사들은 내원 환자들 중 취약계층의 구성비가 높다는 사실을 이야기 하면서 공공병원이 취약계층 의료이용을 보장하는데 중요한 역할을 한다고 지적했다. 이는 단순히 비용만의 문제는 아니며, 경제적·문화적·지리적 접근성 측면 모두 관련이 있었다. 면담 과정에서 의사들은 환자들이 공공병원 여부와 관계없이 서비스의 질을 보고 선택한다고 했지만, 그럼에도 공공병원이 취약계층에 더욱 친화적임을 인식하고 있었다. 한편 법률 상 민간에서도 공공적 역할을 할 수 있다고는 하지만, 실제로 민간 병원들이 그렇게 행동하지는 않는다는 점도 지적했다.

- 공공병원이다 한다면 우선은 가난한 사람들은 저침없이 와요. 저침없이 오는 건데 개인병원에서는 뭐 그렇게 좀 가기 꺼려하더라고요?
- 저기 오지인데 어디로 갈 거예요. (다른 병원) 갈 데가 없어요.
- 어려운 사람들이 많이 오죠. 여기에. 개인병원에 있을 때는 급여환자들을 잘 안 받으려고 하더라고요. 여기는 급여 환자들의 퍼센트가 높으니까, 그런 의미에서는 안전망이라고 할 수 있죠.
- 의료이용 장벽이 있을 경우에는 그런 장벽이 굉장히 높게 보이는 분들이 있다고요. 저소득층 같은 경우에는, 이런 분들에게는 또 다른 어떤 지원들을 해서 의료이용을 할 수 있도록 하는 역할들, 그게 이제 공공지원 방식으로 일부 하고 있잖아요.

- 민간병원에 들어왔는데 과연 민간병원이 정말 순수하게 할 수 있을까가 제가 의문입니다 ... (중략) @@원.. 옛날만 하더라도 우리가 처음에 의료원 하더라도, 정말 열악하고 완전히 냄새나는 환자들 민간병원에서 안 받았거든요. 요즘은 로비해서 서로 데려갈라 그래요.
- 민간부분에서 공공적이기는 힘들 것 같아요. 적자가 나는데 거기서 수입을 올려야... 저는 이런 공공병원에서 적자를 감수하고 그래도 이끌어 나가야 된다고 생각, 소외계층이나 그런 사람들을 많이 보게 되더라고요.

라) 중앙정부의 역할을 강화해야 한다.

① 의사들은 현행의 지자체 관리감독에서 벗어나 ‘국립’ 방식으로 중앙정부가 자원을 관리하고 기술지원을 해야 한다고 지적했다. 전문성 낮은

지자체 관료들이 지방의료를 관리감독하는 것이 비효율의 중요한 원인이라는 지적과 연결되는 부분이다. 국립 방식으로 지방의료원 네트워크를 만들면 인력이나 자원의 순환배치도 가능하고, 기술지원이나 평가도 훨씬 전문성 있게 이루어질 것이라는 기대를 하고 있었다. 또한 공공병원의 기능과 역할에 대한 구체적 지침이 없는 가운데, 공공병원 자체적으로 사업을 기획하고 수행하도록 하는 것은 비현실적이며, 특히 인적·물적 자원이 열악한 농산어촌에 위치한 공공병원에서는 감당하기 어려운 과제라고 하소연했다. 중앙에서 충분한 기술적 지원을 해주어야 한다는 것이다.

- 현재는 출연은 도에서 한 것이기 때문에, 도의원 입장에서 볼 때는 참 쓸데 없이 우리도 돈 없는데 저걸 왜 놔두냐 하는 거니까.. 사실은 제일 처음에 의료원은 복지부 소속이었어요. 이젠 재단법인으로 만들어서 감독권은 복지부에 있고 운영권은 도에 있고.. 제 개인적인 생각으로서는 사실 국립의료원같은 데야 완전히 국가 소속이니까.. 그게 가능하지도 않겠지만 예전처럼 일관성 있게 국가에서 이렇게 하고..
- 의료원에 이런 장비가 만약에 정말 그렇다고 치면, 한 의료원에 배치하는 것이 아니라 자사를, 중앙 자사를 해가지고 여차하면 쓸 수 있는 곳으로 분산 대책이 되겠조. ...(중략)...인원도 늘 분산배치해가지고 데려다가 쓸 수 있게 이렇게 하면 참 좋을 텐데 현재는 도에 속해 있잖아요.
- 국립으로 시스템 속에 아예 편입시켜버리든지, 그러면서 대학에 남아 있으면 교수만 남아 있잖아요. 교수 이외의 직함에 의사들을 정규직으로 대거 뽑아서 로테이션 시키는 것도 가능할 수 있겠조.
- 여기를 보니까 요양병원을 하나 만들어 놓고 이 도립병원하고 관계없이 다른 데에 위탁을 한 것처럼, 다른 도 같은 데서도 요양병원이 있으면, 여기 인원을 활용할 수 있다고 치면 훨씬 수월하지 않을까 싶어요.

- 공공의료를 너희들이 어떻게 했느냐 안했느냐 이렇게 각 개인, 병원에 따져서는 안 되고 공공의료라는 개념을 국가적인 차원이나 이런데서 정립을 해가지고 공공병원은 국가에서 시행하는 어떤 그런 거에 맞춰서 하는 거니까 이렇게 해라. 여기에 필요한 자원이라든지 이런 건 지원해줄게. 이렇게 하면서 해야지 이 조그마한 병원에서 머리 썩 좋지도 않은 사람들이 공공의료를 맨 날 짜내가지고 생각해봐야 되지도 않을 것 같고

② 중앙정부가 하는 재정지원의 핵심은 설비투자가 아니라 인건비여야 한다는 의견도 제기되었다. 현재도 정부의 인건비 지원이 상당한 역할을 하고 있으며, 양질의 의료 인력이 제대로 뒷받침되면 필수 서비스를 제공하는 것뿐 아니라 수익성을 호전시키는 데에도 기여할 수 있다는 것이다.

그런데 건물이나 장비 투자에 많은 돈이 쓰이고 정작 인력이 뒷받침되지 않으면, 활용도는 낮아지고 오히려 적자 요인이 될 수도 있다고 덧붙였다. 또한 착한적자 논리로 부분적 지원을 하는 것이 아니라 지방의료원 전체가 하는 일이 공공의료와 관련된 일로 보아야 한다는 지적도 나왔다.

- 인력에 투자를 해야 된다고요. 차라리 인력이 늘어서 의사 한 명 고용하면 지원율이, 물론 일 년에 오천만 원 씩은 병원에 지원을 더 해준다고 봐요. 그러면 의사가 지가 와서 아무리 못해도 지 인건비 이상의 매출은 올린다고, 제 역할이 있기 때문에, 병원입장에서 손해는 안 본다고요.
- 사실, 착한 적자, 제가 그런 쪽, 경영에 대해서는 아는 건 없는데, 진료밖에 잘 모르니까, 뭐가 불량 적자지? 천억이 뭐 적자가 났는데 뭐 육백 억은 뭐 착한 적자고, 사백 억은 아니라는데 우리가 불량하게 하려고 한 게 있나요.

마) 의료수가를 현실화시켜야 한다.

개별 공공병원이 감당할 수 있는 과제는 아니지만, 의료수가를 현실화해야 한다는 의견이 제기되었다. 과잉진료나 정부 보조를 받지 않고, 적정진료만을 통해서도 충분히 재정건전성을 확보할 수 있다면 지자체로부터 독립적인 거버넌스를 확립하는 데 도움이 될 것이라는 의견이었다.

- 사실 기본적인 걸로는 운영이 되도록 해줘야 된다는 이야기죠. 그래야만이 도로부터 어떤 약간 조금 독립적으로 운영될 수가 있다고 생각을 하고, 지금에서는 도에서도 절대 안 놓으려고 해요. ...(중략) ...자신의 지도라든지 이런 게 안 먹히면 오더가 안 먹히면 말이 안 되는 거거든요. 이런 구조가 더더욱 악순환 고리가 형성이 되는 것 같아요. 그래서 어느 정도 병원 자체로 충분히 운영할 정도의 보장은 되어야 하는 거고, 그런 속에서 이제 운영의 자율성을 좀 줘야 하는 거죠. 그래서 환자나 지역단체나 노조나 이렇게 하면서 합리적으로 병원을 위해서 지역 주민들을 위해서 병원을 어떻게 좀 변화 발전시켜 나갈 것인지에 대한 비전도 만들어내고 논의도 하고, 이런 방식으로 되어 된다고 봐요.

바) 의사들의 참여가 증진되어야 한다.

임상서비스의 실질적인 책임 주체이자 핵심 인력인 의사들이 거버넌스 체계에서 지금보다 더 큰 역할을 맡아야 한다는 것에는 이견이 없었다.

면담 참여자들은 의사들이 병원 경영과 진료 이외 활동에 적극적으로 참여하고 주인의식을 가지도록 하려면, 진료 부담을 줄이고 역량 강화를 도모할 수 있는 훈련의 기회가 필요하다고 지적했다.

- 의료원끼리 의사들끼리 모임을 한번 하자 이런 생각도 했어요 의사들이 공의료에.. 제가 봐선 봉직하기 시작한지 얼마 안 된 의사들도 필요할 수 있고 어쨌든 간에 뭐 관심 있는 의사라든지 간에 그건 병원에서 인정해주는... (중략)... 학회 비슷하게 세미나를 한다든지 해서 어쨌든 그런 장을 좀 이렇게.. 분명히 그런 관심 있는 분들이 좀 있더라고요.
- 본인들이 관심 있는 분야들이 자기 전공밖에는 관심이 없어서 그러는 거 같아요. 본인이 조금 재교육이니 해가지고 의사들이 자기 분야 말고도 할 수 있는 시간적인 여유를 주고 공부해라 공부하라고 하는 거죠. 보건의료 쪽에 공부를 하는 거가 투자를 하는 거죠. 가르쳐 가지고 조금 쓸 수 있으면 좋은데, 닥터들은 그런 거 해가지고 막상 경영진으로 올라간 사람들이 벗어나 있어요? 없거든요.

3. 노조 활동 직원

가. 조사목표

지방의료원 노조 활동을 하는 직원과의 면담을 통해, 지방의료원 노조의 특성은 무엇이며, 노조의 활동은 어떠한지에 대해 살펴보았다. 그리고 노조가 인식하고 있는 지방의료원의 역할과 가치, 전망은 무엇인지를 파악하였다. 지방의료원 노조에서 인식하고 있는 지방의료원의 문제점과 원인을 분석하였으며, 마지막으로, 지방의료원 노조활동 직원들이 생각하는 ‘바람직한’ 공공병원의 모습과 개선방안을 파악하였다.

나. 조사방법과 대상

지방의료원 노조에 대한 질적 조사는 3개 지방의료원 노조에 참여하고 있는 직원 3명을 대상으로 초점그룹면담이 진행되었다. 사전에 핵심정보

원으로서 보건의료산업노조 활동가 1명을 대상으로 개별면담을 하였다. 질문내용은 대상에 관계없이 동일하게 이루어졌다. 분석에는 노조활동 직원 면담한 내용과 사전 면담을 모두 포함하였다.

다. 결과

1) 보건의료노조 특성과 활동

우선 보건의료 노조의 특성과 활동을 살펴보면, 보건의료 노조활동은 다른 노조활동과 달리 노동운동과 의료운동이라는 특성을 모두 가지고 있으며, 노동운동보다 의료운동을 더 강화하는 추세라고 한다. 의료운동에는 환자, 보호자의 편의시설 확충, 의료영리화 반대 운동, 환자 안전 강화를 위한 인력확충 운동 등이 포함되어 있기 때문에 보건의료 노조에 대한 국민의 인식은 나쁘지 않다고 지방의료원 노조활동가들은 자체적으로 판단하고 있었다.

- 노조니까 노동운동이라는 성격이 하나 있고 보건 의료 산업에서 활동하는 노동조합이기 때문에 의료운동이라는 두 가지 측면이 있는 것이다...(중략)...초창기부터 해서 임금인상이나 고용안정, 근로조건 개선뿐만 아니라 환자 보호자들의 편의 시설확충부터 영리화로 가는 의료정책을 바꾸기 위한 활동까지 굉장히 많은 활동을 해왔어요.

지방의료원 노조활동 직원들 공공병원 노조가 민간병원 노조와 차이를 보인다고 언급하였다. 이들은 민간병원 노조는 임금 교섭 및 근로조건 개선을 중심으로 노조활동을 하며, 오너 경영체제로 인해 노사관계가 대부분 적대적이라고 설명하였다. 하지만 공공병원의 경우, 민간병원 노조와 동일하게 임금교섭 활동을 하는 것 뿐 아니라 경영진에 대한 견제, 환자 보호 기능 강화를 위한 활동 역시 노조의 주요 기능이라고 설명하였다.

- 민간병원은 자기들 임금이라든가 근로조건에 대해서 더 중점을 두고 깊이 있게 노조활동을 하고 병원도 그렇게 운영이 되죠.

- ♦ 민간중소병원도 노동조합이 많이 만들어지긴 해요. 하지만 노조탄압이 워낙 심하긴 해서 오래 못가고 오너 경영이다 보니까 노동조합하고 적대적인 관계예요. 그래서 노조가 많이 들어지긴 하는데 버티지 못하고 폐쇄되죠.
- ♦ 공공병원에서 노동조합의 역할은 경영진에 대한 견제가 중요한 역할을 하는 거죠. 예를 들어서 적정진료를 하는데 문제가 있다. 조합에서 나서서 이 부분을 막아주고 시민들이나 국민들의 편에서 의견 제안을 하고 못 하도록 막아주는 역할도 해요...(중략)...환자에 대해서도 보호기능이 있어요. 알려지진 않았는데 환자들에 대해서도 보호나 의료사고가 있을 때 적극적으로 대처하도록 주문도 하고...(B)

노조원들은 특히 공공병원 노조의 경우, 중앙 및 지방정부의 보건의료 정책에 대한 대응이 주요 활동이라고 강조하였다. 지방의료원의 특성상 원장이 지자체에 목소리를 낼 수 있는 권한이 제한적이기 때문에, 지자체에 대한 대응을 노조에서 주도적으로 한다는 것에 대해 강조하였다.

- ♦ 의료원 원장들은 정치적인 입김이나 지자체 단체장들의 입김 안에, 그들 안에 있기 때문에...(중략)...노동조합은 정치적인 목소리를 낼 수 있고 보편적 복지를 해라 의료민영화 반대한다 이런 목소리를 낼 수 있기 때문에...(중략)...한 지자체로 이루어져 있다 보니까 지자체 단체장 하나의 잘못된 가치관 때문에 존립근거가 이루어지는 부분도 있고 그런 것에 대해 목소리 내는 것은 보건의료노조의 역할이죠.

또한 지방의료원 노조원들은 공공병원 노조가 지역주민을 대상으로 공공의료에 대한 홍보 활동을 하고 있다고 언급하였다. 이들에 의하면, 일부 의료원의 경우 지역주민자치위원회가 운영되고 있거나 의료원 내 홍보부를 신설하여 지역주민을 대상으로 홍보 활동을 벌이고 있다고 한다. 다만 일부 의료원의 경우 자문위원이 인사에 개입하는 등의 부작용 사례들이 나타나, 현재는 자문으로 권한을 제한해놓은 곳도 있다고 한다.

- ♦ 지역 주민자치위원회를 만들었어요. 다른 지역에도 많이 하는데...(중략)...제대로 안되서 실패한 곳도 있어. 자문 위원이 인사개입까지 하는 이런 식으로 확장이 되다보니까 부작용이 생겨서 우리는 애초에 자문위원의 역할을 명확히 했어요. 병원내의 인사라든가 이런 운영에 개입하는 것은 못하게 하고, 그건 아예 배제시키고 다만 자문할 수 있는 것들. 즉, 우리가 환자들한테 어떤 역할을 해주느냐.(D)

향후 공공의료를 확충하고, 공익적 적자를 해결하기 위해 향후 필요한 활동에 대해 지방의료원 노조활동 직원들은 지자체 및 중앙 정부의 지방 의료원에 대한 지원을 확충해 줄 것을 요구하였다. 이와 더불어, 노조 스스로도 지역사회 내의 지방의료원에 대한 부정적 인식 제고를 위해 노력해야 하며, 이를 위해서는 노조 내부의 혁신 운동 역시 필요하다고 보고 있었다.

- 우리가 공공의료를 더 확충을 하고 공익적 적자를 해결하기 위해서 정부의 지원이 필요하다에 대한 활동도 함과 동시에 이런 우리에게 대한 인식을 바꾸기 위한 활동을 노동조합이 앞장서서 해야 한다. 저는 그것을 내부 혁신운동이라고 했는데...(중략)...즉 우리 병원이 지역주민들에게 신뢰받는 공공병원으로 발전하기 위해서 고쳐져야 할 것이 무엇이나.

2) 공공병원의 공공성이란 무엇인가?

공공병원의 공공성 혹은 공공의료의 특성과 관련하여 지방의료원 노조원들은 공공병원은 “양심진료 혹은 표준 진료를 해서 공공성을 유지하여 민간병원을 선도하는 것”과 “소외계층을 먼저 챙기는 역할”을 해야 한다고 언급하였다.

- 양심진료, 표준 진료로 해서 민간병원을 선도해나가는 그래서 공공성을 유지해나가는 것이 공공병원의 역할
- 표준 진료를 담당할 수 있는 게 의료원 밖에 없는 데 그걸 수행할 수 있도록 만드는게 정책의료인데, 그게 대표적으로 성공한 것이 장례식장이예요. 장례식장에 표준수가를 만들어서 민간병원이 값을 올리려고 해도 못 올려, 의료도 마찬가지예요. 민간병원에서 더 받으려고 해도 받을 수가 없는 거예요. ...(중략)...민간병원에서도 경쟁을 하니까 내리는 거야. 그런 역할을 한다는 거죠.
- 잘 사는 사람, 뺨 있는 사람 먼저해주는 게 아니라 없는 사람, 소외계층을 먼저 챙기는 것이 공공의료 기관의 역할을 해야된다고 생각해요.

3) 적자경영의 원인과 기전 및 그로 인한 결과는 무엇인가?

지방의료원의 적자 경영과 관련하여, 그 원인 및 기전에 대해 노조원들에게 다양한 의견을 들을 수 있었다. 노조원들은 지방의료원의 적자 경영과 관련하여, 크게 의사 및 간호인력 수급 문제 및 공공의료 역할 수행에서 그 원인을 찾고 있었다. 또한 이들은 지방의료원의 적자 상황은 임금 체불 및 임금고섭 뿐 아니라 공공의료의 특성 중 하나인 적정진료에도 영향을 미친다고 보고 있었다.

가) 진료인력 확보의 어려움

우선 의사인력과 관련하여, 지방의료원 노조활동가들은 지방의료원의 대다수가 의사 수급에서의 문제를 겪고 있는 상황에서 지방의료원 차원에서는 많은 비용을 들여서 의사를 쓸 수밖에 없는 상황이라고 호소하고 있다. 이같은 의사고용에 드는 고비용 구조는 지방의료원의 적자에 영향을 미친다고 노조원들은 보고 있었다. 노조원들은 의사인력 확보 뿐 아니라 간호인력 확보의 어려움을 언급하였다. 간호사가 부족하여 병실을 운영하지 못하고, 그것이 결국 지방의료원 경영을 어렵게 한다고 설명하였다.

- 특히 도시에 의사는 보통 연봉이 1억 5~6천 되요. 그런데 지방의료원 의사들은 2억 5천, 3억이예요. 의사들을 구할 수가 없다보니까 이렇게 많은 비용을 들여서 의사를 쓸 수밖에 없는 거예요. 수익은 적고 의사 임금으로 엄청난 나가고, 경영이 악화될 수밖에 없는거죠.
- 큰 문제점이 의사들 수급문제. 지금 인건비가 지방의료원이 높다고 하는데 인건비가 지방의료원 2/3는 의사월급이예요. 일반 직원들은 임금을 20% 다운해서 받고 있는데도 체불이 되는 거예요. 왜냐하면 의사를 데려와야 그나마 돈을 벌어서 체불되도 밀려서 돈을 주니까. 의사 수급만 되면 지방의료원이 적자 폭이 대폭 줄 것 같아요.
- 간호사가 충분히 채용이 돼서 병실을 오픈하고 그래야 경영논리에서 병원이 나아질 수 있고 체불 상황을 모면할 수 있는데 없다보니까

이처럼 지방의료원 노조원들은 진료인력 확보의 어려움을 호소함과 동시에, 진료 인력부족이 발생하는 원인과 관련하여 다양한 의견을 제시하였다. 노조활동가들은 수도권으로의 의사인력 이탈, 간호사의 대학병원 선호 분위기를 그 원인으로 언급하였으며, 이로 인해 지방의료원이 채용할 수 있는 지역사회 내 진료인력 자원이 부족하다고 설명하였다.

또한 간호사 인력부족과 관련하여 노조원들은 간호사들이 과도한 업무에 시달리고 있음을 언급하며, 야간 근무, 3교대 근무에 대한 예를 들어 이를 강조하였다.

- 대학병원에서도 하다못해 수련의라도 보내달라고 하는데 ▲▲대병원 같은 경우에는 대학병원 자체에 전문의가 없어요. 수련해서 다 서울로 가요. 그러니까 자원이 안 돼요. 악순환이 되다보니까
- 젊은 사람들이 이게 특히 결혼을 해서 아이를 낳고 키우는 이 기간 동안에 야간 3교대 근무를 하는 것이 너무 힘들거든요. 그러니까 다 그만두는 거예요...(중략)...병원에 젊은 여성들이 3교대 근무 때문에 이직률이 너무 높아요. 평균이 약 17%되고, 중소병원은 24~25%예요. 4년 마다 썩 바뀌는 거예요.
- 대학병원이 임금도 좀 더 높고 조금 안정적이고 이직률이 낮죠. 공공병원이 라든지 지역병원, 중소병원, 이런 곳의 간호사들은 대학병원에 자리가 나기만을 기다리고 있다가 거쳐가는..

나) 공공의료 역할 수행

노조원들은 지방의료원의 적자경영의 원인과 관련하여, 의료원이 공공의료 역할을 수행하기 때문에 적자가 발생할 수밖에 없다는 점을 강조하였다. 즉, 공익적 적자를 강조하였는데, 지방의료원은 공공사업을 운영해야하므로, 수익이 적은 진료과를 운영할 수밖에 없다는 점을 언급하였으며, 그 예로 산부인과와 응급실을 언급하였다. 또한 노숙인과 같은 소외계층, 취약계층을 위한 의료도 적자의 원인이라고 설명하였다.

- 문제는 공익적 적자에 의해서 적자를 보는 거예요. 공공사업을 중심으로 하다 보니까 돈 안되는 환자, 환자들이 별로 안 오는 진료과를 운영해야하니까 적자를 보는 거죠. 예를 들면 아이를 적게 낳으니까 분만을 해서는 완전 적자거든요. 의사도 있어야 하고, 간호사, 시설도 있어야 하는데 한 달에 1~2건으로는 완전히 적자거든요. 그럼에도 불구하고 그 지역에 분만으로 인해 응급상태가 발생해서 2~3시간 가다보니까 생명을 잃는 경우도 발생하니까 유지를 해야 하는 거예요.
- 보통 직장인이라든가 주말이나 밤에 아파서 오는 경우가 대부분 아주 위급한 상황이 아니면 심야에 병원 안가고 그래도 내일 가가지 하잖아요. 그러다 보니까 주변 병원은 자기네들 수입 올릴 수 있는 10시까지만 운영을 하는 거예요. 그런데 저희는 퇴근하고 애가 아파서 오는 경우도 있고 본인 진료 받으러 오는 경우가 있는데, 지역거점 병원이다 보니까 공공이미지 때문에 24시간 운영을 하는 거죠. 당직비나 운영비가 더 많이 나가는 거죠.
- 의료원이 거점으로 중추적인 역할을 하면서 소외계층이라고 하는데 노숙이나 이런 분들. 실질적으로는 그 분들 같 대가 없어요. 결국은 다 병원으로 오고, 응급실에 오면 우리가 묵묵시키고 옷 입혀주면 우리는 수가도 못 받아요.

다) 적자로 인한 임금체불 및 임금교섭의 어려움(outcome)

지방의료원의 적자경영으로 인한 결과와 관련하여 노조원들은 임금체불 및 임금 교섭에의 어려움을 공통적으로 언급하였다. 이들에 의하면, 지방의료원의 노조원 대부분은 임금체불을 경험한 적이 있으며, 임금체불은 노사문제 있어 가장 대립되는 지점이라고 언급하였다. 노조활동가들은 이와 관련하여 임금 교섭이 꾸준히 이루어지고 있지만, 최근의 지방의료원 적자 상황과 더불어 지자체의 감독을 받는 의료원의 특성상 임금 인상과 같은 임금교섭이 적극적으로 이루어지기 어렵다고 호소하였다.

- 저희도 3~4년 전부터 심했었어요. 리모델링 끝나고 경영 좋아진 게 3년 되었거든요. 리모델링 후 경영 개선되면서 2년 전부터 n분의 1로 월 일정액씩 지급하고 있고 내년 상반기에는 끝날 예정이거든요.
- ▲▲ 지역은 노사문제에 있어서 체불임금이 가장 대립되는데 이걸 우선 작년에 노력을 해서 다 해결을 했어요. 해결을 했고, 지금도 문제가 되는 게 체불이고...(중략)...공공병원에서 임금 체불 있을 수도 없는 문제이지만 현실이고 어떻게 해서든 해결되어야 할 문제이고)
- 그러니까 임금인상 합의를 했는데 경영이 어려워져 지불 능력이 없다고 해서 동결된 상태니까 적용을 못하는 거예요.

- ♦ ▲▲도는 의료원 적자 때문에 원장들이 임금인상에 대해서 적극적으로 검토 못하는 것도 있지만 도에서 실무자들이 많이 찍어 누르는 게 있어요. ...(중략)..몇 년 동안 임금 동결이라고 해서 임금 교섭 자체를 못하게 했어요.

라) 적정의료와 과잉 진료 간 딜레마(Outcome)

지방의료원 노조원들은 의료원의 경영적자 상황으로 인한 “적정의료 수행의 어려움 및 과잉진료의 가능성에 대한 딜레마”를 언급하였다. 노조 직원들은 지방의료원이 적정진료를 해야 하고, 이에 대한 견제기능을 노조가 수행해야 함에도 불구하고, 임금 체불 및 의료원 경영악화 상황과 관련하여 과잉진료를 어느 정도 간과하는 상황이 발생하기도 한다고 설명하였다. 즉, 공공의료의 특성인 적정의료와 과잉진료 간 딜레마가 있다는 것이다.

- ♦ 과잉진료 하는 걸 수가위원회를 두고 참여를 하잖아요. 너무 과잉한다거나 그런 문제가 있으면 지적을 하죠. 그런데 너무 그걸 안하면 아까처럼 딜레마야. 잘못하면 적자가 난다고 병원이 압박을 많이 하고 그런 딜레마죠.

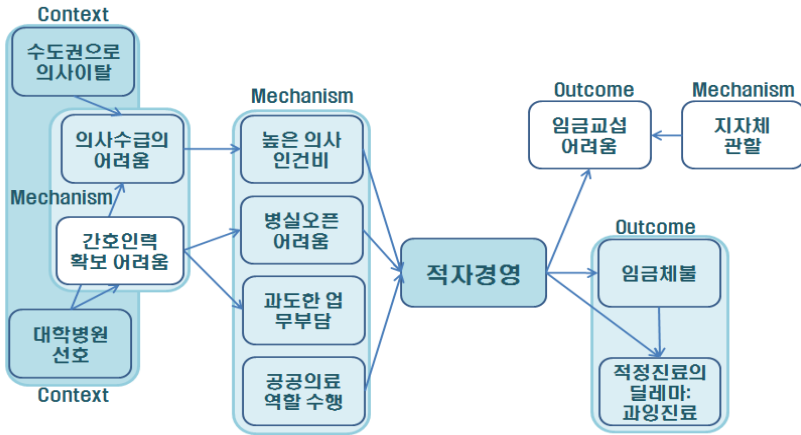
마) 지방의료원 적자경영 원인과 결과에 대한 CMO 분석모형

지방의료원 노조원들이 보는 지방의료원 적자 경영의 원인 및 결과와 관련하여 CMO 분석을 한 결과는 다음의 <그림 5-2>에서 제시된 모형과 같다. 노조활동가들은 적자 경영의 원인을 의사 수급의 어려움으로 인한 의사 고용에서의 고비용에서 우선 찾고 있다. 또한 과도한 업무부담 및 대학병원을 선호하는 전반적인 분위기에서 간호인력을 확보하기 어렵고, 그로 인해 병실을 운영하기가 어렵다는 점을 노조원들은 강조하고 있다. 마지막으로 지방의료원이 취약계층 진료 및 수익성 낮은 진료과를 운영하는 등의 공공의료 역할을 수행함으로써 인해 적자 상황을 겪고 있다고 노조활동가들은 인식하고 있었다.

지방의료원의 적자경영은 현재의 문제점을 보여주는 결과(outcome)

으로 볼 수 있지만, 또한 동시에 임금체불, 임금교섭에의 어려움, 과잉진료를 간과케 하는 기전으로도 볼 수 있음을 지방의료원 노조활동가 면담 결과 확인할 수 있었다. 특히 지방의료원에서 경영압박으로 인한 과잉진료 경향이 나타나면서 이는 공공의료의 특성인 적정진료를 수행하는 것 사이에 딜레마를 겪고 있음을 노조원들은 호소하였다. 이들은 지방의료원의 적자 경영으로 인한 임금체불 상황을 종종 겪고 있으며, 이를 타개하기 위해 의료원에서 이루어지는 과잉진료를 노조가 어느 정도 간과하고 있음을 언급하였다.

[그림 5-2] 노조원 면담에서 나타난 지방의료원 경영적자에 대한 CMO 분석



자료: 본 보고서 pp.224-231의 분석 결과를 토대로 한국보건사회연구원에서 제작

4) 노조원의 지방의료원 구성원 및 이해관계자에 대한 인식

가) 원장

지방의료원 노조직원들의 지방의료원 원장에 대한 인식은 다음과 같이 나타났다. 원장 개인의 성향에 따라서 지방의료원이 운영되기도 하고, 일부 원장들의 경우 의료원 내 리더십이 부족하다보니 노조뿐 아니라 의료원 내부 의사들과의 관계가 원만치 않은 경우가 종종 발생한다고 언급하였다. 한편, 노조원들은 지자체가 원장 임명권을 가지고, 지방의료원의 경영적자로 인해 원장이 지자체로부터 경영압박에 시달리고 있는 상황 등을 인지하고 있으며, 지자체로부터 가지는 원장의 권한이 제한적이라는 것 역시 인식하고 있었다.

- 병원이 수익이 어렵다고 하는데 조합원들의 불만은 그렇거든요. 의사들이 원장하고 사이가 안 좋아서 집단 사직을 4명이나 사직을 내서 한 3개월 공백을 한다든지...(중략)...원장이 통제를 못하는 거죠..
- 지사나 지자체장이 원장을 임명을 해요. 조례에 보면 인사나 임금에 대해서 도지사가 승인을 하게끔 되어 있어요. 그러다보니까 자율적으로 내 직원 쓰는 데도 불구하고 계약직은 규정상 되는 곳도 있고 아닌 곳도 있는데 모든 걸 다 도에 승인을 받다보니까 자율성이 없어진 거예요. 원장님 손발이 묶여있는 상태예요.
- 원장 개인 성향에 따라서 작은 틀에서 본인들이 그렇게 하다보니까 중앙부처나 넓은 세계의 노사 관계보다는 일단 개인적인 걸로 좌지우지하는 게 있어서..

나) 의사

노조원들은 지방의료원의 의사에 대한 인식을 묻는 질문과 관련하여, 지방의료원 의사의 전문성, 공공성 마인드의 부족을 언급하였다. 특히, 이들은 우수한 의사인력이 지방의료원에 부족하다는 점을 언급하면서, 의사의 전문성 부족이 환자 유입에 부정적으로 작용한다고 보고 있었다.

- 그 공공의료를 발전시킬 수 있는 원장의 마인드, 우수한 의사인력, 이런 것들을 제대로 충원 할 수 있는 시스템이 갖춰져야 하는데 그게 아니고 주로 공보의들, 군대 대신에 복무하고 있는 공보의들 같은 사람들이 하니까 공공

병원에 가면 실력도 형편없다. 토요일에 가면 아예 없더라 그러니까 환자들이 자꾸 떨어지는 거예요.

- 우리도 보면 의사들 마인드가 계속 바뀌는 게 옛날에는 보면 병원에 와서 월급만 받아가면 된다. 맨날 골프치고 그거 못하면 게임만 하다 가고 그래놓고 2~3억 씩 월급 받아가고 ...(중략)...노조에서도 살아남으려고 하니까 자체적으로 친절 교육하고 일반적으로 귀에 걸리고 애기해본들 의사가 안 보는데 환자가 와요?

다) 간호사

간호사에 대해 노조원들은 앞에서 언급한 바와 같이 지방의료원에서 근무하는 간호사들이 과도한 업무 부담에 시달리고 있다고 언급하며, 야간 근무, 3교대 근무 등에 대한 예를 들어 이를 강조하였다.

라) 직원

지방의료원 노조원들은 고연차 인력 임금에 대한 생각 및 직원 역량에 대한 것을 언급하였다. 첫째, 노조직원들은 사회적으로 고연차 인력의 높은 임금에 대한 사회적 인식을 알고 있다는 점을 언급하면서, 현재 사회보장체계가 미흡한 체계에서 고연차 인력의 임금이 높다는 점만 강조해서는 안 된다고 응답하였다. 둘째, 전에 비해 지방의료원 직원들의 역량이 향상되었다는 점을 강조하면서, 그 원인을 90년대 이후 대다수의 지방의료원에서 시행되고 있는 공채제도에서 찾고 있었다.

- 연차가 올라가면서 경력이 올라가니까 이거 안 된다. 생산성에 오히려 역행한다. 나이가 들면 일 안하고 능률도 떨어지고 임금을 줄여야 하는 것이 아니냐. 그렇게 자꾸 하려는데, 우리나라가 다른 서유럽 국가처럼 의료비라든지, 교육비, 주택 등이 사회적으로 해결이 되고 물가도 안정이 된다면 그렇게 올라가지 않고 완만해져도 관계가 없어요. 하지만 사회보장체계가 하나도 구비가 되어 있지 않은 상태에서...(중략)...늘고 월급 많이 받는다는 것만 주장해서는 안 된다는 거죠.
- 직원들이 지금은 마인드가 많이 높아졌어요. ...(중략)...그 전에는 정치인이나 고위공무원을 청탁으로 들어와서 ..90년대까지는 그랬던거고 공채를 하면서 물갈이가 됐어 ...(중략)... 그 과정을 통해서 직원들은 많이 좋아졌어요.

마) 이사회

마지막으로 노조원들은 지방의료원의 이사회 구성에 대해 다양한 우려를 표출하였다. 현재의 이사회 구성에서 도에서 추천한 사람의 힘이 가장 크다고 설명하며, 공공의료에 대한 의식이 부족한 이사회들로 이사회가 구성되어 있어, 효과적인 지방의료원 운영이 어렵다고 호소하였다.

- 입김이 가장 센 사람이 도에서 내려온 식의약과장이나 다른 과장들이 힘이 세고요. 거기에 거의 끌려가고 대부분은 속된 말로 거수기 역할 또는 의견을 개진하긴 하지만 실질적으로 주도적인 역할은 그 쪽에서 하고 있어요. 현 시스템에서는 도에서 가장 큰 역할을 하고 있죠.

5) 지방의료원 관리체계 및 정책의 문제

가) 지방의료원의 존립방식의 문제

지방의료원 노조원들은 지방공사의료원에서 지방의료원으로 전환되는 과정에서 개선된 점이 미비하다고 언급하였다. 보건소나 국립대 병원과 비해 지방의료원에 대한 관심과 지원이 제한적이라는 인식을 노조활동가들은 가지고 있었다. 또한 “독립채산제 이면서도 지자체 관리를 받는 상황”에 대한 불만을 표출하였으며, 불안정한 지자체의 재정자립도로 인해 시설 및 장비 지원 시 지자체에서 펀드 매칭을 해주기가 어려워 실질적인 지원을 못 받고 있다고 호소하기도 하였다.

- 우리는 독립채산제이면서도, 도지사가 정치에 영향을 타면서 지자체가 도세가 약하다고 하면 지원해주는 것도 없어요. 할 수가 없잖아. 재정이 약하니까 자립도가 낮으니까. 그런 경우에는 정부 정책, 펀드 매칭할 때 그동안은 5:5 하던 것을 지자체가 어려운 곳은 7:3이나 6:4로 건의하고 있는데, 잘 안 되고 있잖아요.
- 바뀐 이후로 좋아진 게 없잖아요. 더 나빠 졌지 힘의 논리에 의해서 지원 받는 면이나 모든 면에서 불리하게 되어있어요. 이게 제대로 되려고 하면 보건소, 지방의료원, 국립대 병원 체계가 원활히 이루어져서 정책적으로 연결되어야 한다. 그걸 요구를 했는데 그게 부처 간에서 지방의료원을 배제시키고 있

으니까 연결이 될 수가 없어요.

- ♦ 병원이라는 것이 행정안전부에서 공기업 개념으로 있으면 안된다. 그래서 복지부로 가야한다. 복지부에서는 지방의료원 골치 아파서 안받아주려고 하는 걸 정책적으로 대학병원과 의료진단체제나 응급구조체제 이것 때문에 시작되었거든요...(중략)...하다보니까 지방의료원이 아까 말씀하신 것처럼 낙동강 오리알이죠.

나) 지자체의 무관심과 일관성 없는 정책

노조원들은 지방의료원 관리체제 및 정책의 문제와 관련하여, 지자체의 무관심과 일관성 없는 정책에 대한 문제를 제기하였다. 이들은 지자체장과 의원이 선거로 선출되다 보니 공공의료 정책에의 일관성을 확보하기가 어렵다고 언급하였다. 구체적으로 지자체 장과 도 및 시의원들의 경우 출신 당이 달라 지원을 받는 데에도 한계가 있다고 한다. 또한 일부 노조활동가들은 지자체 장과 의원들의 공공의료 마인드가 부족하다고 언급하면서, 이로 인해 지방의료원에 대한 지원이 적고, 매각을 추진하는 등의 움직임이 보인다고 설명하였다.

- ♦ 지사님 마인드가 어떻다고 해도 예산 건의 60%는 도의원들이 ▲▲▲당이 많
다보니까 한 쪽으로 쏠려서...
- ♦ ▲▲도 자체가 재정이 열악하지만 ...(중략)...사실 의료원이 차지하는 적자가
얼마 안되는 건데 도에서는 의료원에 대한 적자도 지적을 하면서...(중략)...시
단위의 의원들은 공공에 대한 마인드가 없는 거지. 의료원이 왜 필요가 있나
민간병원이 충분히 감당할 여력이 되는데, 매각하라고 공개적으로 요구하고
도 집행부에서도 그렇게 추진을 하는 거예요.
- ♦ 도에서 예산해탈라고 하니까 알아서 해라 망하면 없애면 그만이지. ...(중략)...공무원들이 마인드가 뭐냐면 적자는 인건비가 높아서 그렇다 이거예요.

다) 인력운용에 있어서의 지자체와 노조 간 의견 차이

인력 운용에 있어서 지방의료원 노조원들은 지자체와 의견 차이가 나타난다고 언급하였다. 이들은 지방의료원은 근로기준법을 바탕으로 적용이 되어야 하는데, 행정 지도, 감사에 대한 것은 공무원 기준으로 받고 있

어서, 이에 대해 지방의료원 노조와 지자체간 갈등이 있다고 설명하였다. 그 외에도 진료인력 확보를 위해, 특히 간호인력 확보를 위한 지방의료원의 자구책에도, 지자체에서 승인을 해주지 않는 등 인력 운용에 대한 불만을 표출하였다.

- 지금은 지방의료원법이나 행안부 법에서 주장하는게 6개월마다 평가를 해서 두 번 페널티 받으면 해고할 수 있게끔 정부가 지속적으로 압박하고 있는 상태라서 갈수록 계속 힘들어질 것 같고, 법률적으로는 근로기준법 특별법을 받았어요. 신분자체가 다른데도 공무원들이 지도 감독하는 것은 공무원 기준으로 받는다는 얘기죠? 저희는 근로기준법에 의해서 저희는 적용을 받고 그 거에 대한 이해가 없는 상태에서 굉장히 조합원과 지자체가 갈등을 많이 하고 있어요. 모순이죠.
- 실무 부서에서 반영 안되는거죠. ▲▲시는 경영성과가 있음에도 불구하고, 간호사 수급 때문에 힘들어하고 있는데 저희는 임금도 벌써 몇 년이나 낮죠. 게다가 우리는 ▲▲도 촌이라 지역에 간호대학도 없어요. 거기다 8급으로 채용하는데 누가 오겠냐구요. 7급으로 해달라고 요청을 수없이 했는데 도에서 승인 안해줘요.

라) 공공병원에 대한 정책문제

거시적인 입장에서, 노조는 공공병원에 대한 지자체 및 정부 차원의 문제를 언급하였는데, 하나는 정부나 지자체의 지방의료원에 대한 장기적 플랜이 부재하다는 점이고, 다른 하나는 중앙과 지자체간 공공의료 정책 방향이 다르다는 점이였다. 예를 들어 보건복지부의 공공병원 활성화 정책을 국정과제로 채택한 것과 달리, 지자체는 의료원의 적자상태에 초점을 두어 폐업을 하는 등 중앙과 지자체간 정책 혼선이 있다는 점을 언급하였다.

- 계속 경영논리, 적자논리를 들이대니까. 그래서 나머지는 우리가 몸으로 때운다고 해도 정책적인 지원이 당연히 있어야 되는데, 그런 것부터가 정부나 지자체가 장기적으로 플랜이 없는 것 같아요.
- 주로 보건복지부가 보건정책을 써왔지만 가면 갈수록 지역의료 개념이 중요해지고 지방자치단체가 어떤 건강정책을 펼치는가가 굉장히 중요한데, 예를 들면 보건복지부는 공공병원 활성화 정책을 국정과제로 채택하고 그렇거든요. 그런데 어떤 도지사는 적자라고 해서 폐업을 해버렸잖아요.

마) 지방의료원을 둘러싼 경영논리 중심정책 원인과 결과

① 경영 논리 중심의 정책 기조의 원인/기전

지방의료원을 둘러싼 경영 논리 중심의 정책기조의 원인 및 기전으로 노조원들은 우선 민간과 공공의료체계 간 경쟁으로 민간 경영논리를 공공의료에 적용하고 있는 현실을 언급하면서, 민간병원에서 이루어지는 경영컨설팅, 성과급제도 등을 공공병원에서 적용하고 있다고 설명하였다. 지방의료원에 대한 정부의 지원이 부족하고, 폐쇄 혹은 민영화에 대한 압박을 하고 있는 상황에서 지방의료원의 운영시스템이 민간병원과 유사해지는 문제가 발생한다고 언급하였다. 또한 노조원들은 지방의료원이 독립채산제로서의 지위를 갖고 있기 때문에 경영논리로 평가를 받게 된다고 설명하였다. 그 외에도, 지자체의 장 및 의원들이 공공의료 마인드가 부족하고, 지방의료원을 일반적인 경영논리로만 바라보는 시각을 언급하기도 하였다.

- 큰 병원하고 작은 병원도 경쟁을 하고, 민간병원과 공공병원이 경쟁하고, 이
러다보니까 완전히 논리 자체가 일반 민간기업, 사기업, 제조, 이런 운영원리
를 그대로 ... (중략)...경영컨설팅을 해서 전부 성과급 중심으로, 청소, 식당에
는 무조건 외주용역시키고 이런 똑같은 결론으로 그렇게 움직이는 거죠.
- 정부가 어쨌든 착한 적자, 공익적 적자 이런 것에 안정적으로 지원할 수 있는
시스템이 없고 그냥 벌어서 먹고 살아라. 아니면 폐쇄하거나 민영화할 수밖에
없다. 이렇게 원장한테 압박을 주니까 운영시스템이 민간병원과 닮아가는
거예요.
- 아무래도 저희가 독립채산제로 운영되다 보니까 경영논리로 계속 평가를 한
다든가 지원이 없으면 어쨌든 체불되는 상황에는 노동조합도 역할을 대표해
서 하기 힘든 부분이 있잖아요. 활동이 위축되죠.
- 도의원들이 자기 나름대로 경영하는 사람들이라 의료원을 마치 그런 일반적
인 경영 논리로 바라보는 게 그 사람들을 이해하고 설득하는 게 의원들이 새
로 임기를 시작할 때 상당한 기간이 필요한 거고 그 사람들은 의료원을 마치
구멍가게 운영하듯이 보고, 문제점이 많은 거죠.

② 경영논리 중심의 정책 기조의 결과

지방의료원 노조원들은 지방의료원을 둘러싼 경영 논리 중심의 정책

기조의 결과로 우선 공공병원이 수행해야하는 역할, 즉 소외계층 대상 진료 수행이 어렵다고 호소하였다. 또한 노조원들은 경영논리 중심의 정책 기조가 지방의료원 노사갈등의 원인이라고 설명하고 있으며, 그 외에도 지방의료원의 적자상황과 맞물려 비정규직이 증가하고 있다고 언급하였다.

- 주변에 대학병원이 두 군데가 있고 민간병원도 저희보다 큰 데가 있고 그래서 급성기 쪽으로는 진료가 충분히 이루어지고 있는데 그럼에도 불구하고 저희가 급성진료를 할 수 밖에 없는 게 급여나 저소득층, 장애인, 재활형 호스피스 이런 걸 해야 하는데 경영의 압박을 받고 있어서 사실 잘 못하고 있어요.
- 문제는 진주의료원처럼 수익을 더 내라, 수익을 내지 않으면 폐쇄하겠다. 민간 위탁하겠다. 이런 정부정책이 쟁점이 되면서 노사가 갈등이 생기는 경우가 더 많은 거죠.
- 비정규직은 임금체불 상황에서 경영이 어렵다보니까 인력은 필요한데 정규직 전환시키면 여기저기 눈치를 보니까 경영원리로 보니까 비정규직 문제가 더 커지고 있어요. 이사들도 적자인데 체불 임금이 있는데 웬 정규직이냐 라는 반응이에요.)
- 정부입장에서 비정규직은 임금은 약 60~70프로 주면서 비용 절감 효과는 있는데 문제는 이 사람들이 이런 고용불안 상태니까 뭘 책임감이나 소속감을 갖고 열심히 일하겠어요. ...(중략)...병원에서는 전문성, 숙련성, 책임성, 임무의 연속성이 필요한데 비정규직 문제는 다 충족 못 시키는 거죠.

또한 노조원들은 지방의료원을 둘러싼 경영논리 중심의 정책 기조의 결과로 의사성과급제 도입으로 인한 과잉진료 증가를 언급하였다.

- 민간병원에서 도입한 의사성과급제 이런 것을 공공병원에도 그대로 도입해서 환자를 많이 보고 과잉진료를 하면 성과가 높아지니까 월급을 더 많이 받고 이렇게 운영되는 것이, 도입되는 것이 심각한 문제인거죠.
- 성과급을 만들었는데 의사들이 과잉진료를 하는 거야. 그래서 일정부분 우리도 열어줬어. 우리도 월급 받아먹어야 하니까. 의사들이 10% 이상만 과잉진료하면 지방의료원 바로 흑자 나요. 그런데 그러면 우리가 정체성을 잃으니까.

6) 중장기적 발전방안

가) 지방의료원 진료인력 확보 및 직원 역량강화

지방의료원 및 공공병원의 중장기적 발전방안으로 지방의료원 노조원들은 우선 진료인력확보와 직원들의 역량강화가 필요하다고 설명하였다. 노조원들은 면담을 통해 부족한 진료인력을 확보하기 위한 다양한 아이디어를 제시하였다. 의사인력확보와 관련하여, 다만 의사인력 확보와 관련하여, 노조원들은 의사들이 의과대학을 졸업한 이후 일정 기간 공공병원에 근무하도록 하는 제도를 도입해야 한다고 언급하였다. 또한 이들은 현재 운영되고 있는 대학병원 의사를 지방의료원에 파견해서 활용하는 방안에 대해 언급하면서, 이 방법이 의사인력 확보를 위한 근본적인 대책이 아님을 피력하였다.

- 공공병원에 의무적으로 근무하게 하는 제도를 만들든지 의사가 배출이 되면 교사들도 그러잖아요. 복지, 오지에 돌려서 의무적으로 근무하게 하는 제도가 있잖아요. 아니면 그 지역에 관한 의대생들을 장학금을 줘서 키워서 그 지역에 5년이든 10년이든 근무하게 하는 제도.
- 지방의료원에 대해서 지원책을 하겠다 해서 작년에 예산편성을 할 때 올해부터 의사 한명을 대학병원에서 지원해주면 2억을 지원해주는 예산을 편성을 했어요..근본대책은 아니죠. 그런데 어쨌든 의사를 한 명 구하는데 2억을 지원해줘라. 운영비를 지원해주기 시작한거예요.

노조원들은 간호사 인력확보를 위해 실습생 제도를 운영하는 것과 간호사들의 직급을 올려서 채용하자는 안을 제시하였다. 간호사의 새로운 근무유형도 제시되었는데, 휴일 혹은 야간 진료를 담당할 수 있는 전문인력, 즉 병동주치의 야간근무 간호사 등을 활용하는 방안도 언급하였다. 진료인력 확보 외에 지방의료원 노조원들은 지방의료원 직원들의 역량강화가 필요하다고 설명하였다.

- 만약에 당분간일지는 모르겠는데 유휴 인력을 끌어들이 수 있는 방법하고 우리는 국립 대학교가 있지만 지방의료원 자체는 지자체에서 운영되고 있다 보니까 실습이라든가 이런 걸 대체할 수 있는 것이 지자체에서 가능 하거든요. 이런 것들이 방법 중에 하나일 거라고 봐요.
- 휴게 시간이라든지 휴일이라든지 이런 것들을 충분히 활용할 수 있는 인력 풀, 인력운영제도를 만들어야 하는 거고 그것이 필요한, 그만큼의 의료서비스가 보장되는 거니까. 그 의료서비스가 보장되는 그 만큼의 인력을 확보를 하면 그것에 따른 수가를 연동해서 유지가 되게끔 제도화를 해야 되는 거죠.
- 경영이 어렵다보니까 교육훈련을 시키는 것이 만약에 간호사라고 하면 간호사 보수 교육을 적극적으로 시켜서 보내야 되는데 사측에서는 비용으로 생각을 하고 있어요.

나) 공공의료의 지역특성화와 양적 확대

지방의료원 노조원들은 중장기적 발전방안으로 공공의료의 지역특성화와 양적 확대를 주장하였다. 우선 지역특성화와 관련하여, 일부 노조활동가들은 정신과나 재활진료 등을 사례로 언급하면서, 지방의료원들이 지역사회에서 수요가 있는 진료를 특성화해야 한다고 주장하였다. 또한 일부 노조원들은 공공의료의 정립되기 위해서는 민간에 비해 수적으로 열세인 상황을 극복해야 하고, 이를 위해서 폐업한 민간병원을 인수해서 공공병원으로 전환하는 등의 방법들을 통해 공공의료의 비중을 최소한 30% 정도로 확대하자는 의견을 피력하였다.

- 의료원마다 특수진료를 할 수 있는 걸 하나씩 가지고 있어요. 자기들 지역적인 특색에 따라서 전략이 다 있어요. 우리 같은 경우에는 정신질환에 특화되어있어요...(중략)...재활. 조사해보니까 지역의 민간병원이 노인병원 이런 걸 많이 만들어 놔서 정부 정책적으로 돈을 많이 주니까 민간에서 많이 끼어들어서 그걸 좀 줄이고 그 대신 재활은 또 잘해야 흑자가 나죠. 민간병원이 잘 안 들어오려고 해. 그래서 공공병원이 거기에 들어가자고 해서 시작했어요.
- 공공의료의 역할을 최소한 30% 수준까지 끌어 올려야 지금 90%가 넘는 민간병원들이 제대로 역할을 하게 만들면서 우리 사회에 전체적으로 의료 사각지대가 없고 가난해서 병원에 못가는 사람들이 없는 그야말로 지역주민 건강을 챙기는 사회적 역할을 할 수 있어요.

다) 운영비의 안정적 확보

노조원들은 지방의료원이 중장기적으로 발전하기 위해서는 정부로부터의 안정적인 운영비 지원이 필요하다고 호소하였다. 이와 관련하여 이들은 두 가지 방안을 제시하였는데, 하나는 정부가 시설 및 장비와 같은 인프라 만 투자 및 지원을 하는 것과 동시에 인건비를 포함한 운영비를 함께 지원하는 정책으로 전환되어야 한다고 보고 있었다. 또한 일부 노조 활동가들은 건강보험제도에서 의료수가를 올려서 운영재정을 확보하는 방안을 언급하였다.

- 운영비를 지원할 뿐 아니라 여러 가지 문제가 있는데 일단 재정과 관련해서는 당연히 공익적 적자, 착한 적자 연구도 했고 법안도 올라가 있기 때문에 그걸 근거로 해서 운영비지원은 가야 하는 거
- 지금 수가제도가 뭐가 문제냐면 예를 들면 영상장비, 수술장비, 기계, 검사, 검진 장비 이런 것들은 엄청나게 기술이 발전되잖아요. 옛날에 한 시간에 10건을 검사했다면 지금은 100, 1000건을 검사하거든요. 기계에 대한 수가비는 엄청 올려준 거예요. 그런데 사람이 제공하는 서비스에 대해서는 수가가 너무 낮은 거죠. 사람이 충원돼서 더 양질의 의료 서비스를 제공하는 것에 대해 수가를 가산을 해서 인건비 보전, 수익을 보전하게끔 만들어야 하는 것이고

라) 공공의료기관 간 체계 정립 및 역할 분담

지방의료원 노조원들은 중장기적으로 공공의료 기관 간 역할정립이 필요하다고 주장하였다. 이와 관련하여 현재 이루어지고 있는 대학병원 위탁경영 방식에 대해 회의적인 태도를 보였다. 노조활동가들은 대학병원 위탁경영방식이 지방의료원과 대학병원 간 갑을관계가 될 가능성을 증가시키고, 인사 갈등 등 다양한 부작용이 발생한다고 언급하였다.

- 위탁운영은 여러 가지 폐해가 많거든요...(중략)...대학병원의 교수가 와서 진료를 한다. 그러니까 홍보효과가 상당했거든요. 그런데 문제는 그 계약 자체가 불공정하기도 하고 가서 일주일에 2~3시간 진료를 하는데 제대로 진료를 하지 않는다는 문제. 위탁하는, 파견 보내는 곳이 갑이 되고 지방의 료원이 을이 돼서 종속적인 관계가 되어서 인사 갈등 등 여러 가지 부작용 이 발생해요.

노조원들이 제안하는 공공의료기관 간 역할정립 방식은 보건소와 지방 의료원, 국립대학병원 네트워크가 구성되고 상호 역할 분담을 적절히 하 는 체계이다. 특히 보건소의 역할 정립과 관련하여, 노조활동가들은 보건 소가 주목적인 예방사업에 중점을 두는 것이 아니라 현재 치료위주의 사 업을 하고 있다고 언급하였다. 이는 기존의 공공의료체계 내 역할 중복을 불러오고, 이로 인해 효율성이 저하된다고 지적하였다.

- 한 지역 내에서 광역거점 병원 이게 국립대병원, 그 지역의 거점 병원 이게 지방의료원, 그 다음 보건소. 광역거점병원과 거점병원 보건소가 네트워크를 잘 해서 서로 역할분담을 해서 전체 그 지역의 공공의료를 서로 책임지고 지 원해주는 시스템을 만들어야 하는 거죠...(중략)...지역자체에서 완결적인 형 태의 공공보건의료체계가 구축이 되어야 하는 거죠. 그게 위탁이 아닌 상호 협력 체계로.
- 보건소에서 각종 사업들이 굉장히 많더라고요. 예방사업에 의존하는 게 맞는 데 지금은 치료위주로 가서 지방의료원들이 할 역할들까지도 실적으로 배정 되다 보니까 (보건소 차원에서는) 그 사업을 지속적으로 늘려가야 하는 데... (중략)...지금은 국립대도 보건소도 마찬가지이고 교육부, 복지부에서 주관하 는 사업 지방의료원은 지자체에서 운영하다보니까 중복되는 사업이 많아요. 만약 하나로 뭉쳐서 운영을 하면 진짜 효율성 있는 정부가 될 수 있을 거에 요.

마) 지방의료원 관리체계 개혁: 중앙정부 역할 강화 혹은 국유화

지방의료원 노조원들은 지방의료원의 중장기적 발전 방안으로 지방의 료원 관리체계 개혁이 필요하다고 주장하였다. 우선 공공병원 확충을 위 한 중앙정부의 역할을 강화해야 한다고 강조하였다. 지방의료원에 대한 보건복지부의 예산 지원이 강화되고, 예산지원에 대한 관할권을 중앙정 부 차원에서 강화시켜 나갈 필요성이 있다고 언급하였다.

또한 노조원들은 지방의료원의 국유화를 언급하기도 하였다. 이들은 그 방안으로 보건소처럼 국가에서 지방의료원을 관리하거나, 아니면 일산병원처럼 공단 소속으로 전환시키는 방법을 언급하였다. 노조활동가들은 지방의료원의 국유화가 이루어지면 진료인력을 안정적으로 확보할 수 있을 것으로 전망하고 있었다.

- 중앙정부의 역할이 커야해요. 우리나라의 공공병원 비중이 5.9% 밖에 안 되거든요. ...(중략)...우리나라에서 공공의료정책을 펴려고 한다면 건덕지가 있어야 하고 그게 국립대 병원과 지방의료원인데. 이 지방의료원을 중앙정부가, 보건복지부가 관할하지 못하는 상태에서 지자체장이 어떤 마인드를 갖고 있는가에 따라서 진주의료원처럼 폐업을 해버리면 다 무너지는 거예요. 공공의료. 그래서 오히려 보건복지부가 더 예산을 지원해주고 거기에 대한 관할권을 더 강화시켜나가야지 이렇게 하지 않으면 지역공공의료 정책은 망해버리는 거죠.
- 보건의료노조에서도 얘기를 하는 건데, 보건소처럼 국가에서 보건복지부가 직접 관리를 해라. 전체가 통합을 해서 운영을 하든가 해서 그런 거 구애받지 않고 그런 역할을 할 수 있게 해달라고 요구를 하기도 했었어요.
- 민간병원도 어려운 데는 공공병원으로 전환을 해서 국가에서 하든지, 지자체에서도 교류를 하든가 그것도 안 되면 일산병원처럼 공단 소속으로 만들든가.
- 공공병원에서 국가에서 전적으로 전담해서 운영을 한다면 어느 정도 ...(중략)... 수준에서 고용이 보장이 되고 퇴직이 보장이 되고 정년퇴직이 보장이 되고 퇴직금이나 나름대로 이런 급여체계가 맞는 다면 나름대로 거기에 응할 의사들도 있을 거라고 생각하거든요.

바) 병상총량제 도입: 의료서비스 공급자 관리제도

지방의료원 노조원들은 지방의료원의 중장기적 발전 방안과 관련하여 마지막으로 병상총량제 도입, 즉 의료서비스 공급자 관리제도를 언급하였다. 이들은 국내에 국가 혹은 지역별로 병상을 통제하는 제도가 없다는 점과 더불어 최근 병원이 대형화되면서 병상이 과잉 공급되고 있으며 이는 과잉진료로 귀결된다는 점을 설명하면서, 지역별 인구특성에 맞는 병상총량제 도입이 필요하다고 주장하였다.

- 지역별 인구가 얼마고 지역에 맞는 병상 또 어떤 과가 필요한지 의사가 몇 명 정도 필요한지 확인이 되고 지역에 맞는 특성화 전략이 나와야 하는 거예요. 그런데 이런 통제가 전혀 없는 거예요. 보건복지부도 안하고 있죠. 하는 데가 아예 없는 거예요. ...(중략)...무분별한 과잉경쟁이 가장 큰 문제여서 그것을 극복하기 위한 지역별 병상총량제같이 병상의 과잉공급을 규제하는 장치가 만들어져야만 이 문제가 해결되는 거고. ...(중략).. ▲▲같은 경우에는 ▲▲의료원하고 보건소랑 하면 얼추 되요. 그런데 민간병원이 확 들어오면서 병상과잉이 된 거예요. 과잉이 되고 경쟁이 되니까 망하게 생긴 거죠. 살아야 하니까 토요근무 무급으로 해서 임금도 안주고 돌리고 의사 성과급 제도 먼저 도입했어요.

4. 지방의료원의 일반직원

가. 조사목적

공공병원에 종사하는 직원들과의 면담은 다음과 같은 목표를 가지고 진행되었다. 우선, 공공병원 직원(간호사와 원무행정직, 사회복지사)들이 인식하고 있는 공공병원의 문제점과 원인을 파악하고자 한다. 둘째, 간호직 확보와 관련된 현황과 문제점을 파악하고자 한다. 셋째, 간호사, 원무행정직, 사회복지사가 생각하는 ‘바람직한’ 공공병원의 모습과 개선방안을 파악하고자 한다.

나. 조사방법 및 면담자 특성

지방의료원에서 일하고 있는 직원들을 대상으로 초점그룹면담을 수행하였다. 조사대상 병원 중에서 3개 병원(광역시 소재 1개 병원, 중소도시 지역 소재 2개 병원)에 소속된 직원 5명이 참여하였다. 참여자들 중 여성은 모두 간호사였고, 남성은 총무행정 담당 직원과 사회복지사였다.

직원대상 그룹면담 참여자들은 대부분 공공병원에 근무한 경력이 오래 되었으며, 지방의료원이 도립의료원 혹은 지방공사의료원이었던 시기에

입사했다는 특성을 갖고 있다. 직원대상 그룹면담에서 공공의료에 대한 논의가 활발하게 이루어졌으며, 참여자들은 공공병원에서 일해 온 경험과 생각을 진솔하게 얘기하였다.

다. 결과

1) 공공병원 현황과 문제에 대한 인식

가) 공공병원 위상과 역할

그룹면담 참여한 공공병원 직원들은 지방의료원이 역사가 오래되었고 그 위상이 과거에는 높았다는 점을 강조하였다. 조사한 병원 중에서도 100년 정도 되는 역사를 가진 병원이 있었다. 그리고 공공병원이 원래는 도(시)립 병원이었고 공사로 바뀌었다가 다시 특수법인으로 변화하게 되었으며, 직원들이 원래는 공무원 신분이었다는 것이다. 공공병원의 역할에 대해서는 취약계층에 대한 사회안전망과 민간병원이 하지 못하는 부분을 제공하는 것으로 얘기되었다. 하지만 공공병원이 수적으로 열세인 상황에서 정체성을 찾기 어렵다는 점도 지적되었다.

- 지금은 그냥 특수법인 지방의료원인데 그때는 지방공사였거든요. 19▲▲년 도에 설립이 된 의료원이죠.
- 취약계층에 집중하고 지역에서 위축되어 있는 보건의료 서비스를 공공의료기관이 제공해야 되고 민간병원에서 못 하는 부분을 해야 되죠.
- 유럽은 90%이상이 공공의료기관인데, 이런 데서는 공공기관의 역할을 크게 논할 필요가 없다는 거죠. 우리 같은 경우는 미국보다도 공공의료기관이 별로 안 되잖아요. 이런 상황에서 공공의료기관이 민간병원과 차별화되기 어려워요. 들어왔을 땐 20프로였는데 15년 되니까 7%인 상황에서 민간이랑 차별화된 걸 논할 수가 없어요.

나) 공공병원에 대한 접근성

면담 참여자가 소속된 병원 중 1개소가 최근에 신축이전을 하였다. 그런데 신축이전 과정에서 도심지역 토지를 확보하기 어려워 시 외곽 지역으로 나오게 되었다. 그 결과 주민들의 공공병원에 대한 접근성이 떨어져서 진료 실적이 떨어지는 문제점이 지적되었다.

- 신축 이전을 하니까 접근성이 떨어졌어요. ...(중략).. 시 중심권에서 오려면 버스를 갈아타야 되고 두 번째 문제는 버스 정류장에서 병원까지 오려면 경사가 한 30도정도 되는 언덕을 한 10분정도 걸어 올라가야 돼요. 일반인은 상관이 없는데 노인 분 오실 적에는 문제죠. 저희가 대안으로 하는 것은 버스 정류장에서 정문까지만 왔다 갔다 하는 겁니다.

다) 간호사와 의사의 문제

직원면담에서는 간호사 부족 문제가 집중적으로 거론되었다. 특히 젊은 신규간호사가 빠져나가는 문제로 인해서 심리적, 업무적 부담이 클 뿐 아니라 병동을 개설하지 못하거나 운영에 심각한 지장을 초래하고 있다고 얘기하였다. 의사에 대한 문제는 인력이 부족한 문제보다는 공공병원 의사로서 주인의식이 부족하고 손님처럼 행동하는 문제가 지적되었다.

- (간호사) 대기하던 분들이 한꺼번에 병동을 개설한다고 다섯 분이 그냥 나가는 바람에...중략 (면담대상자) 한분이 못왔어요.
- 작년보다는 숨통이 조금 트였는데 재활병동을 82병상으로 오픈해야 되는데 (간호사가) 없어서 37병상밖에 오픈을 못 했어요. 간호등급 3등급인데 아직 부족한 상황이에요. 작년은 이렇게 나가는 사람을 뽑지 못했어요. 지금은 그래도 중간에 수시 모집을 하는데 꽤 와요. 작년보다 조금 나아요.
- 저희가 아침에 출근을 하면 당번간호사 표정을 보고 아 애가 그만두려고 하는구나. 지금도 수간호사는 당번 간호사 표정을 보면 심장이 덜컥 내려앉는다고 할 정도로 힘든 상황입니다.
- 간호사들이 느꼈던 점 중에 힘든 점이 뭐냐 하면 의사들은 조금 손님같은 기분이예요. 여기는 자기 병원이 아니고, 간호사는 병원 직원인 거예요. ...(중략)... 제가 처음에 들어갔을 때만 해도 의료원에 오시는 의사선생님은 대학병원에 교수로 내정되어 있으면서 한 1, 2년 쉬려고 오시는 분들이 오셨거든요.

라) 저임금과 임금체불 문제

3개 병원 모두에서 직원들의 임금이 체불되거나 낮은 수준임을 호소하였다. 공공병원이 갖고 있는 저임금 문제는 IMF 당시부터 시작된 것으로 오래된 문제이며, 최근에도 적자경영 문제로 장기화되고 있음을 확인하였다. 어려운 상황에 처한 지방의료원들과 달리 서울시에서 지원하는 한 의료원은 임금이 체불되는 일이 없는 것으로 언급하였다.

- ◆ 10년 전에도 반납하면서 일하다시피 해서 봉급 인상을 약속받고 기대하고 이렇게 왔는데 실제로 임금 인상이 그렇지 않으니까 기대감이 떨어질 수밖에 없는 거죠.
- ◆ 저희 같은 경우에는 1년 정도를 급여를 100%가 있으면 3~40% 정도를 1년 동안 못 받았어요.
- ◆ ▲▲의료원은 달라요. 그렇게 이해를 해야 돼요. 지금 우리가 하는 것과 같이 월급 걱정 하지않아요.

마) 시설·장비와 안전의 문제

지방의료원의 시설과 장비는 비슷한 수준의 민간병원과 비교해서 큰 차이가 나지 않는다고 하였다. 다만 일부의 시설과 장비는 해당 진료과 의사가 없어서 사용을 하지 않는 문제가 있다고 하였다. 2014년 요양원에서 발생한 화재와 연관해서 시설 안전에 대한 질문을 했는데, 참여자들은 전반적으로 공공병원은 정부기준에 맞추어서 공간을 확보했지만 인력이 부족하여 환자를 1층 혹은 옥상으로 이동시키는 것은 어렵다고 하였다.

- ◆ 시설 장비는 저희가 ▲▲▲ 병원하고 크게 차이가 안 나는 부분이지만 심장이나 이런 데 가면...(중략)... 의사가 없기 때문에 그 장비를 갖다 쓸 데가 없어요.
- ◆ 공공병원들이 감사나 평가에 맞추다보니까 공간을 비워놓을 수밖에 없는 거고요. 저희도 요즘 화재 훈련을 하기는 했지만 진짜 필요한 훈련은 같은 병동 안에서 A라는 공간에 불이 났을 때 환자를 같은 층의 다른 공간으로 밀어놓는 게 얼마 안 되는 인력으로 할 수 있는 최선이거든요. 옥상으로 1층으로 가는 거 사실은 불가능해요.

바) 직원교육과 의사소통 문제

직원 교육이나 지원을 하는 문제에 대해서는 긍정적인 원장과 그렇지 않은 원장이 있었다. 그런데 문제는 간호사들 경우에는 교육을 받고 싶어도 인력이 부족해서 갈 수가 없는 경우가 많았다. 앞서 원장 면담에서 나온 것처럼 QI 활동을 위해서는 전문적 내용을 공부해야 하는데 인력 부족으로 인해서 쉽지가 않은 것이다. 직원들은 의사소통 관련해서 실제 직원 의견은 잘 수렴되지 않으면서 경영상 문제가 발생하면 책임을 지우는 것이 불합리하다는 인식을 가지고 있었다.

- ◆ 저희는 원장님이 QI나 이쪽에 관심이 굉장히 많으셔서 직원들 교육이나 이런 거 지원을 많이 해주시고...(중략)...현장 업무가 너무 많으니까 그런 프로그램 좋은 게 나와서 가고 싶어도 말 꺼내기가 굉장히 조심스러운, 많이 가면 10%? 밖에 못가고요.
- ◆ 내가 교육가야 된다 이래가지고 스케줄을 다 간호부에서 팀장들이랑 회의를 해서 짰어요. 그러니까 원장님이 무슨 교육을 이렇게 많이 가냐고.
- ◆ 지방의료원 다 마찬가지예요. 안 좋아지면 결론은 책임은 직원들한테 지우는 거예요. 운영할 땐 직원들이 주인이다 열심히 해라. 그러면 주인이 의사결정을 할 수 있어야 되잖아요. 나중에 경영이 안 좋아져서 구조조정을 해야 된다면 직원한테 피해가 오잖아요.
- ◆ 근데 실무자한테 묻지 않는 거 같아요. 실무자한테 물어도 반영시킨 적은 없는 거 같고. 크게 변한 게 없는 거 같아요. 요새 민주적 참여나 의사결정 구조를 본다고는 하는데 항목일 뿐이고

사) 감사와 평가의 문제

면담한 직원들이 이구동성으로 토로한 문제가 감사나 평가업무가 지나치게 많다는 것이다. 의료기관이기 때문에 받아야 하는 질 평가가 크게 두 가지가 있으며, 정부의 지원을 받는 부문에 대한 평가가 있다. 그리고 공공기관으로서 중앙정부나 지자체, 감사원으로부터 계속 평가와 감사를 받는다고 하였다. 평가나 감사업무에 대한 부담은 간호직이나 원무행정직 공통적인 문제로 보였다.

- 전공의 관련된 병원 신임평가가 있어요. 다음에 복지부에서 하는 운영평가 그 다음에 응급의료기관을 평가를 해요. 심평원에서 하는 적정성 평가가 있죠. 이런 걸로 끝나면 다행인데 도의회에서 감사하고 구청에서 2년에 한 번씩 감사하고, 감사원도 오고
- 세월호 이후에 입찰을 어떻게 받느냐, 물품은 어떻게 사느냐, 안전에 대해선 어떻게 하느냐 안전점검 때문에 소방서에서 나오고, 도청에서 나오고, 복지부에서 나오고

아) 원장과 자율경영에 대한 인식

공공병원의 상황이 어렵기 때문에 직원들은 원장의 리더십에 대한 기대는 높다. 한편, 아무리 훌륭한 원장이 있어도 외부 환경, 지자체장이나 의회, 재정환경 등으로 인해서 주관을 갖고 경영능력을 발휘하기 어렵다는 문제도 인식하고 있었다. 의사소통에서 언급된 바와 마찬가지로 원장의 리더십 문제로 몇 백명 직원에게 문제가 생겨서는 안된다는 입장을 강하게 표명하고 있었다.

- 33개나 되는 지방의료원에 원장이 어떤 분이냐에 따라서 지방의료원이 발전할 수도 있고 내려앉을 수도 있고 그런 거예요. 우리 병원이 500명이 되는데, 원장님 한 분 때문에 그렇게까지 된다면 그게 말이 안 되는 거죠.
- 외부환경의 영향은 정말 어쩔 수 없습니다. 의료원장이나 간부들 입장에서 도, 꼬투리 안 잡히려고 하니까, 시의 방향도 있고요. 제가 보기에는 과거보다 환자를 보면서 피로도가 많이 높아졌습니다.
- 어찌됐건 새로운 원장님이 오시게 되면 본인이 주관을 갖고 운영을 했으면 좋겠어요. 저희 같은 경우는 외부의 영향을 많이 받다보니까 정작 자신이 생각하는 발전방향에 대해서는 해보지도 못하고...(증략)... 임기가 3년이면 너무 짧은 것 같아요.

자) 노동조합 필요성과 활동에 대한 인식

면담한 직원들 대부분은 노조 활동에 대해서 긍정적, 부정적 평가를 모두 하고 있었다. 노조의 필요성에 대해서는 동의하는 입장이 많았고, 경영자나 정부에 의견을 전달할 수 있는 창구이기 때문이다. 한 병원에서는

노조가 하는 일이 별로 없다고 하였다. 이 병원은 IMF 시기에 임금을 삭감한 이후부터 지금까지 임금이 다른 공공병원의 80% 수준이라고 하였는데 이와 같은 문제가 잘 해결되지 못하는 상황이 반영된 것으로 보인다.

- 저는 노조를 가입한 적이 없습니다. 잠깐 하다 말았는데, 왜냐면 저희가 이제 노조에서 정말 하는 게 별로 없었어요. 병원에서 하고 있는 노조가 경영자하고 대치할 수 있는 위치가 아니라는 생각에서 노조를 안 하고 있거든요.
- 노조원은 아닌데 노조는 필요하죠. 저희같은 경우는 노조가 경영자하고 대립각을 세우지는 않는데 그래도 노조 지부장이나 노조에선 본인들의 의견을 전달하고 하니깐.
- 병원 쪽에 직접적으로 정부에다가 의견을 얘기할 수 있는 데가 노동조합밖에 없다고 생각하기 때문에...(중략)...지자체에 아무리 얘기해봐야, 병원하고 노조와의 관계를 떠나서, 그런 부분 때문이라도 노동조합이 필요한 거 같아요.

차) 국립대학병원에 대한 인식

지방 국립대병원보다 수도권 대형병원이 환자 연계를 더 잘해주기 때문에 같은 지역에 있는 국립대병원과 연계가 잘 안된다는 불만이 있었다. 이런 상황에서 대학병원 의사파견 자체가 잘 되지 않는다고 생각하고 있는데 이는 원장면담에서 나온 내용과 일치한다.

- 오히려 환자 수술을 하고, 뭐 어떤 케어가 필요하면 지방의료원하고 연계를 하고 하는 것들은 오히려 서울에 있는 다른 병원에서 더 잘 해줘요. .. (중략)... 근데 어떤 국립대 병원은 안 그래요. 오히려 수도권에 있는 대형 민간 병원들은 그런 역할을 해 주는데 국립대학 병원은 그걸 안 한다는 말이에요.

2) 간호인력 부족의 원인/기전에 대한 CMO 분석

직원에 대한 그룹면담에서 간호사 부족 문제가 상세히 다루어졌기 때문에 CMO 분석을 하였다(표 5-3).

직원에 대한 초점그룹면담을 한 결과, 공공병원은 간호사가 부족하며, 특히 신규간호사가 부족하다고 하였다. 간호인력 부족은 병상운영이나 병원의 질 관리나 공공사업 활동을 제한하고 있었다. 더구나 공공병원을 이용하는 환자들도 간호사 부족문제를 인지하고 있다.

공공병원 간호사 충원에 긍정적으로 작용하는 기전은 고용안정성을 주는 것이며, 신규간호사부터 정규직으로 채용하고 있으며, 이 점은 민간병원과 다르다.

간호사 충원에 부정적 요인은 신규간호사 초임이 상대적으로 낮은 점인데, 민간병원 혹은 대학병원과 비교한 월급 차이는 경력직으로 가면 없어지기는 하지만 젊은 간호사에게는 당장은 실감이 나지 않는 측면이 있다. 간호 인력이 부족하다 보니 교육 기회는 제한되고 업무분담이 잘 되지 않고 있다. 또한 의사들이 부족하여 다른 병원에서는 의사들이 담당하는 업무까지 부담하는 문제도 심각하다. 공공병원이 병원으로서 위상이 낮을 뿐 아니라 임금체불 병원이라는 인식도 영향을 미치고 있다.

제도적 측면에서는 간호업무나 임금이 표준화되어 있지 않은 문제가 영향을 미치고 있다는 지적이 나왔다. 국내 사회적 맥락에서는 간호사들도 다른 국민과 마찬가지로 대도시에 살기를 원하며 대학병원이나 큰 병원을 선호하고 있다.

- 타 사립병원하고 비교를 해 봤을 때 첫째가 고용안정, 그런데 대학병원이 조금 더 페이가 높고 개인병원은 초반에 갈 때 호봉이 많이 높아요. (Mechanism 1: 고용안정과 초봉의 차이)
- 대학병원이 두 군데 종합병원이 네 군데가 있는데 외래만 하더라도 간호사를 서너 명은 두고 있습니다. 우리는 소아과 산부인과 합쳐서 한 분 조무사 한 분, 사람들이 딱 느끼죠(outcome1: 환자들의 간호사 부족 인식).
- 신입 간호사들이 2~3백 차이난다고 하구요. 하지만 분만휴가 3개월 12개월 육아휴직 15개월을 본인이 원하면 다 보장해 주죠(Mechanism 3: 분만과 육아휴직의 보장성)
- 저희 병원은 간호사 업무영역이 굉장히 넓어요. 의사들은 내가 진료하는 영역까지만, 환자를 제일 가까이 대하는 건 간호사기 때문에 하다 보니까 업무영역이 굉장히 넓어졌어요. (Mechanism 4: 지나치게 넓은 업무범위)
- 대학병원에서는 레지던트라든지 인턴이 리포트를 하게 돼 있는데 우리는 간호사가 노티하고 컨설팅 페이퍼, 오더도 과장님들이 EMR로 해야 되는데 간

호사들이 해요. (Mechanism 5: 의사업무 대행)
♦ 일손이 부족한 건 말할 수가 없어요. 일찍 나와서 자기 일 할 거를 해 놓는 거예요. ...(중략)... 많게는 기본 두 시간씩 시간 외 근무를 하는 편이에요. (Mechanism 6: 시간의 근무)
♦ 의사소통 안 되는 환자부터 시작해서 항상 수발들어줘야 하는 환자도 있고, 거기다가 병원 행사에 참여해야 돼. 모든 평가나 지침이 점점 트렌드하게 외울 것도 많고 만능이 되기를 바라는 (Mechanism 7: 다루기 어려운 환자 Mechanism 8: 만능역할 기대 부담)
♦ 간호사가 처음 8급으로 시작하는데 구하기 힘들니까 계약직 없고 정규직으로 가는데 ▲▲의료원은 간호사가 5급으로 간다고 하더라고요. (Mechanism: 직급, 정규직과 월급 차이)
♦ 최근에 간호사 수당을 신설했습니다. 전체 직원 월급 올리기는 부담이 크니까 없던 수당을 신설했습니다. 그런데 근본적인 간호사 문제를 해결하려면 간호협회에서 월급 평균화를 정책적으로 계속 요구하고 있잖아요. (Mechanism: 간호사 수당. Context: 간호사 업무 및 급여 표준화 정책 부재)

〈표 5-3〉 공공병원 간호사 부족의 원인 및 기전과 결과에 대한 CMO 분석

결과 (Outcome)	간호사 총원에 대한 긍정적 요인 (Positive mechanism)	간호사 총원에 대한 부정적 요인 (Negative mechanism)		보건정책 /제도와 사회적 맥락 (Policy/Institu- tions, Context)
		직원 FGI	원장 면담	
간호인력, 특히 젊은 간호사 부 족 ↓ 병상운영 및 QI 활동 제한 환자 의 간호사 부족 인식	고용안정 정규직 고용 육아휴직 보장	대학병원보다 낮은 임금 민간병원보다 낮은 신규 간호사 초임 간호직급 낮은 문제 의사부족→수련의 업무에 대한 부담 일상적 시간외 근무 만능역할 기대 부담 교육기회의 제한	공공병원에 대한 부정적 인식(임금 체불) 취약지에 위치	간호업무 및 임금 체계가 표준화 되 어 있지 않음 대도시 지역 및 대형병원 선호

자료: 본 보고서 pp.246-253의 분석 결과를 토대로 한국보건사회연구원에서 제작

3) 공공의료 정책과 관리체계에 대한 인식

가) 두 개의 잣대: 중앙정부와 지자체의 상반된 요구

직원면담에서 공공의료에 대한 정책방향을 어떻게 생각하는지 질문하였다. 가장 중요하게 논의된 것은 공공병원에게 공공성과 경영이라는 두 개의 잣대를 적용하고 있다는 문제였다. 원장면담과 비슷하게 정부가 공공병원 역할을 제시하지 못하고 있으며, 국립대병원과 비교해서 지원이 적다고 하였다. 또한 정부의 정책 사업에 대한 지원이 지속되지 못해서 병원에 부담으로 작용할 것을 우려하고 있었다.

- 공공병원에 대해서 잣대가 두 개가 있는 게 뭐냐면 공공병원의 실제 목적이 민간병원에서 못 하는 부분을 해야 되죠. ... (중략) ... 도에서는 공공병원도 좋지만 발별이는 해야 되는 거 아니냐. 병원 입장에서 평가는 공공병원으로 하고 있고 도에서는 경영을 중심으로 하면 이러지도 못하고 저러지도 못하고
- 공공의료기관이잖아요. 그러면 공공의료기관의 역할이 무엇인가를 정부에서 찾을 수 없어요. 정권 때마다 바뀌잖아요. 제가 봤을 때는 스스로 지역에 맞는 공공의료기관의 역할을 찾아내야 돼요. 근데 그걸 할 수 있는 여력을 주지를 못해요.
- ▲▲국립대 병원은 자기 자본이 없어요. 기업으로 보면 문 닫아야 되는 병원이에요. 근데 운영이 되잖아요. 지방의료원이 그렇게 됐다면 진주의료원 꼴이 됐겠죠. 이게 서지취급 하는 거지요. ... (중략) ... 신포괄수가제로 묶어버리니까 유연성을 발휘할 수 있는 부분도 없다는 문제가 있고. 포괄 간호 시범사업은 환자들 입장에서는 굉장히 좋죠. 지금은 지원하겠다고 하지만 1~2년 지나다 보면 의료원만 비용 부담을 다 하는 게 아니냐고 걱정하는 거죠.

나) 중앙정부와 지자체의 문제

공공병원에 대한 중앙정부와 지자체 정책이나 운영에 대해서 질문한 결과, 중앙정부에서 지방의료원의 현실을 잘 모른다는 지적이 나왔다. 현장에 와서 의견도 수렴하고 해야 하는데 일반적 계획을 세운다는 의미

다. 원장면담에서 나온 것과 마찬가지로 공공병원 상황이 어려운 만큼 지역간담회를 개최하는 것과 같은 의견수렴이 필요하다고 하였다. 지자체에 대해서는 적극적으로 지원하지 못하고 예산문제, 혹은 도의회의 반대 등으로 사업 수행을 억제하는 측면이 많다고 하였다.

- (보건복지부가) 지방의료원 발전을 위해서 어떤 그 간담회도 지역에서 하고 의견수렴하고 해야지요.
- 공무원은 기본적으로 일 만드는 걸 싫어해요. 국고지원 사업을 하고 싶어도 자치단체에서 커트하는게 많고, 보건정책과에서 예산편성 해주려면 집행부인 예산실에서 승인을 받아야 돼요. 다음에는 의회에 가서 승인을 받아야 돼요.
- 자치단체도 민선 자치단체장이 바뀌잖아요. 그럼 바뀌면 바뀌는 대로 지방의료원도 바뀌어요. 어떤 자치단체장은 공공성. 지방의료원 적자나도 좋다. 지역주민에게 많은 서비스를 제공해주라고 해도 도의회에서는 반대당이 한 70% 점유하고 있으면 무슨 소리냐 하고 안됩니다.

4) 지방의료원 발전방향

가) 중앙정부의 책임과 인력지원 강화

직원들이 공공병원 발전에 대한 핵심주장은 지방의료원의 문제는 중앙정부가 관할해야 해소된다는 것이다. 중앙정부가 지방의료원을 직접 관리하거나 의사인력 자체를 양성해서 지원하는 방안을 얘기하였다. 지방자치단체에서는 공공병원에 대한 예산지원을 부담스럽게 보기 때문이다.

- 지방에 위치했다고 해서 지방자치단체에 맡기면 안 돼요. 교육처럼, 보건 의료도 중앙정부에서 관리를 해야 되고, 중앙정부에서 관리를 하려면 제가 봤을 때는 일산처럼 공단병원으로 가는게 가장 맞죠. 왜냐면 지방의료원의 중요한 역할 중에 하나가 정책병원이거든요.
- 재원이 부족한 이유는 진료수입이 줄기 때문에. 진료수입을 늘리기 위해서는 메이저급 진료과장님 아니면 진짜 특수한 진료파트가 있어야 되는데 실제로 33개 의료원 중에서 그런 의료원이 얼마나 있겠어요. 국가적으로 어느 정도 지원을 해주던가 아니면 차라리 의사인력을 지원해 주든가.
- 차라리 중앙정부에서 지원을 해주면 차라리 편할 거 같아요. 지방자치단

체에서도. 의료원 때문에 1년에 예산을 50억, 60억, 신축이라도 하게 되면 굉장히 부담스러워 하더라고요. 도의원님 만나게 되면 공공의료원 취약계층을 도와줘야지 그러긴 하는데 정작 도의회에서 업무보고하고 예산 심의 할 적에는 반대 얘기를 하시죠.

나) 공공보건의료체계와 인력문제 개선

공공병원에 대한 발전방안으로 보건소와 지방의료원을 병합하는 방안이 나왔는데, 이는 원장면담에서 직무분담을 명확히 구분해야 한다는 것과는 대치되는 의견이다. 대학병원과 환자 진료를 연계하고 의사들의 교환근무, 수술방과 같은 시설의 공동사용 등에 대한 의견도 있었다. 지방의료원에는 전공의가 없으므로 병실전문의 제도 도입도 제안하였다.

- ◆ 2차병원이 우리나라에서 역할이 되게 애매한 거 같아요. ...(중략).. 정부에서 확실히 해야 될 거 같아요. 공공병원이 어떤 걸 할 거냐. 이렇게 애매하게 할 거면 개인적으로는 차라리 보건소랑 지방의료원을 합치는 게 어떨까 싶어요.
- ◆ 대학병원들은 병실이 없어서 수술 대상자가 금방금방 빨리 나와야 되는 상황입니다. 저희가 그럼 대학병원에서 아직 병원에 있어야 되는 상황인데 퇴원을 해야 되는 경우가 있으면 우리한테 보내 주고, 수술실 빈 거 있으니까 급하면 거기 스태프 와서 수술 하고, 이런 거를 건의한 적이 있었는데 현실적으로 힘들다고 하더라고요.
- ◆ 최근에 미국에는 보면 옛날에 응급의학과 처음 만들 때처럼 병실만 전문으로 보는 전문 선생님들이 있다고 하거든요. 지금처럼 전공의나 인턴이 보는 게 아니고, 퀄리티가 많이 올라갔다더라고요.

5. 지방의료원 이용 환자

가. 조사목표

지방의료원을 이용한 환자들에 대한 면담은 다음과 같은 목표를 가지고 진행되었다. 우선, 지방의료원을 이용한 환자들의 경험을 파악하고, 둘째, 공공병원의 필요성, 역할과 가치 등에 대한 환자들의 인식을 파악하였다. 셋째, 공공병원의 발전방향에 대한 환자들의 인식을 파악하고자 하였다.

나. 조사방법과 대상

지방의료원 이용자에 대한 질적 조사는 3개 병원 각각에서 입원과 외래환자를 모두 포함해서 8명 규모의 면담그룹을 구성하였고, 초점그룹 면담 방식으로 진행되었다. 3개 병원 그룹면담 참여자 중에서 여성 10명, 남성 14명이었고, 입원환자 11명, 외래방문 환자 13명, 연령은 30대에서 70대까지 고루 분포하였다.

다. 결과

1) 지방의료원 이용경험

가) 공공병원 인지여부, 이용 동기와 빈도

지방의료원을 이용한 환자들은 2명을 제외하고는 지방의료원이 광역시나 도의 지원을 받는 공공병원인지를 알고 있었다. 이들은 주로 가족, 이웃, 지인들을 통해 지방의료원에서의 수술 경과가 좋고, 가격이 저렴하

고, 의료원 의사의 전문성이 좋다는 평가를 듣고 지방의료원을 처음 이용하게 되었다고 한다.

- 옛날에 이 병원 ** 의료원 되기전에 **시립병원이었거든요. 그러니까 시에서 운영하는 공공성을 가진 병원이라는 거는 벌써 알고 있었죠.(나 의료원)
- ♦ 병원에서 수술하신 분들이 그렇게 잘 되고 좋다고 그래서 이제 뭐 이렇게 그 분들 만나보니까 잘됐다고 그래서 확인을 해보니까 잘 걸어다니고 그래서 와서 그랬더니... (가 의료원)

면담에 참여한 지방의료원 환자들은 대부분 정기적으로 지방의료원을 이용하고 있었으며, 정기검진, 질환 관리, 수술 후 재활 및 입원 치료 등을 위해 의료원을 이용하고 있는 것으로 나타났다.

- ♦ 의료원에서 계속 1년에 한 번씩 검진을 받았었어요. (가 의료원)
- ♦ 당뇨가 한 25년 넘었는데, 저 ▲▲외과도 다녀왔고 ▲▲대 병원도 다니고 많이 다녔는데 당뇨가 조절이 잘 안 돼서 여기를 다녔어. 여기서 약 타 먹은지 17년 됐어. (나 의료원)
- ♦ 여기 그 전에는 거리가 멀어서 안 왔었어요. 그랬는데 제가 여기서 다리 연골 수술을 했어요. 그 뒤로는 여기를 내 집 마냥 한 5년 돼요. (가 의료원)

나) 의료원 분위기와 직원에 대한 인식

대부분의 지방의료원 환자들은 의사나 간호사 등 의료원 인력의 친절한 서비스, 가족과 같은 분위기에 대해 긍정적인 반응을 보였다. 또한 의료원 이용경험을 바탕으로 의사 전문성에 대한 높은 신뢰를 표하였다.

- ♦ 가족적인... 가족처럼 끌어안아주는 (가 의료원)
- ♦ 의사선생님이 말씀하실 때 굉장히 친절하시고 좋으시더라고요. 그게 기억에 남아요. 참 좋으시구나 하는 느낌.(나 의료원)
- ♦ 나는 내 병하고 여기 병원하고 맞으니까 먹고 다니지 안 맞으면 여기 오겠어요 한 사람 과장 약을 먹으니까 17년이나 먹어도 조절이 되니까 오잖아. (나 의료원)
- ♦ 의료원에 꽃들이 많이 있어...(중략)..그 사람들 때문에 쉽게 말해서 의료원이 돌아간다고 봐도 과언이 아니야.(다 의료원)

다) 의료원 시설 및 환경에 대한 경험

지방의료원 환자들은 의료원 시설 및 환경에 대한 긍정적인 반응을 보였다. 물리치료실 및 시설이 좋고, 청결상태 역시 좋다고 언급한 경우가 많았다. 다만 한 환자는 의료원 시설이 좋은 것에 비해 이용자가 많이 없어서 걱정이 된다고 말하였다.

- 여기는 또 모든 의료 그것도 저렴하잖아요. 친절하시고...여기 저것도 내부 시설도 깨끗하잖아요. 여러 모로 좋고.(다 의료원)
- 지금 오다보니까 이 물리치료실이 너무 맘에 들어. 너무 괜찮어. 너무 괜찮어(가 의료원)
- 여기가 한참 어려웠었던 소리를 많이 들었거든요. 와서 보니까 어마어마하게 잘 해놨는데 사람이 별로 없는 거예요. 그래서 은근 걱정이 되더라고 (가 의료원)

2) 공공병원 역할과 적자에 대한 인식과 민간병원과 비교한 장점

가) 공공병원의 역할과 가치: 서민을 위한 정직한 진료

지방의료원 환자들은 공공병원의 역할, 임무, 가치에 대한 질문에, 서민 및 취약계층을 위한 진료를 언급하면서, 적정 진료, 가격이 저렴한 진료에 대한 언급을 많이 하였다. 또한 공공병원이 진료와 의료비 측면에서 기준을 제시하는 역할을 하도록 키워야 된다는 의견도 있었다.

또한 환자들은 공공병원의 역할과 관련하여, 정부가 공공병원을 유지해야하는지에 대한 질문에, 대부분은 그렇다고 응답하였다. 환자들은 서민들이 아파도 돈이 없어서 진료를 못 받는 경우가 있으므로, 이들이 진료를 받을 수 있을 수 있는 지방의료원이 유지되어야 한다고 말하였다.

- 공공의료원의 기능은 이제 첫째 국민을 위한, 서민을 위한 의료기관으로 생각되는데...(중략)...그러니까 취약계층들을 위한 좀 적정...진료 (가 의료원)
- 서민은 솔직히 돈 많으면 서울 가서 좋은 데서 진료받고 싶죠. 하지만 없는 사람은 이런 데가 지탱해야지 다른 병원도 그 가격에서 기준을 줄 수가 있거

든요.(다 의료원)

- 유지를 해야 된다고 생각합니다. 그것도 그렇고요, 진짜 아픈데 돈이 없어서 진료 못 받는 사람들이 진료 받을 수 있도록 개선이 됐으면 생각합니다.(나 의료원)
- (지방의료원을 활성화시켜야)..우리나라 의학도 발전해 나가고 국민들이 의학 서비스도 제대로 받아. 개인병원 자꾸만 키워도 지들만 살찌울라 그러고...(중략)... 내가 볼 때는 이렇게 공공병원을 활성화 시키는 게 국민들한테 혜택이 더 갈 거 같아. 혜택이고 모든 면에서...내 생각이죠 뭐(다 의료원)

나) 지방의료원 필요성과 적자에 대한 인식

지방의료원 환자 중 일부는 의료원의 적자 상황을 인지하고 있었으며, 이에 대한 의견을 개진하였다. 한 환자는 어디에 쓰이고 있는지 알 수 없는 비싼 기계 및 장비를 보유하고 있다는 것에 지방의료원 적자의 원인이 있다고 말하였다. 또한 일부 환자는 건설과 같은 다른 분야에는 수십억을 투자해 놓고서도 별 효과를 못 보는 것도 있는데, 지원을 얼마 안 한 의료원을 적자라고 해서 폐쇄하는 것이 서민에게는 마이너스로 작용한다고 강조하였다.

- 우리나라에 32개.. 36개 이렇게 의료원이 있다고 그러는데 전부 적자라고는 해요. 적자라고는 하는데 거기다 ~늘려라 하기는 좀 그런데. 적자나는 원인이 내가 생각할 때는 여기 ▲▲ 의료원에 와서는 지금 MRI 같은 것도 지금 갖다 뒀거든요. 그 상당히 비싼 기계.. 그걸 어디에 쓰고 있는 건가를 알 수가 없어요. (가 의료원)
- 저도 뭐 아는 건 없습니다만 뉴스를 통해 듣지만 진주의료원이 적자가 나서 문을 닫는다. 뭐 노조하고의 관계도 있겠지만 적자가 커서 문을 닫는다 하는 거 같은 경우에는 어떻게 보면 다른 건설이라든지 그런 쪽으로는 수십억을 넣고도 별 효과를 못 보는게 있는데 단순히 적자 얼마 한다고 없앤다 하는 건은 우리 서민들한테는 엄청난 마이너스라고. 공공의료에서 역할을 많이 해 줘야 하는데. (나 의료원)

다) 민간병원과 비교한 장점: 환자존중, 비상업적이며 신뢰할 수 있는 진료

지방의료원 환자들은 대부분 지방의료원 이용 경험을 주변 민간병원이나 대학병원과 비교하여 설명하였다. 환자들은 지방의료원이 대학병원보다 가격부담이 적고, 의료진들이 친절하며 환자의 의견을 존중해주고, 외래 진료를 받을 때 대기시간이 짧아서 더 이용하게 되었다고 하였다. 또한 대학병원은 교수 만나기가 어렵고 인턴들이 치료하는 것에 불만이 있다고 언급하였다. 또한 일부 환자들은 민간병원이 이익을 남기기 위해 불필요한 검사를 하는 경우가 있는 것에 비해 의료원은 필요한 검사만 받게 해주는 것에 대해 신뢰가 간다고 언급하였다.

- ◆ 첫째로 금액이 저렴하지만은 다른 종합병원, 대학병원보다도 참 친절하더라 구요. 어떤 분들은 금전얘기도 하고 하는데 일단은 서민들이야 좀 썩 편인데.. 또 싸다고 해서 결과를 받아보면 좋구요. (가 의료원)
- ◆ 의료원에서는 환자들의 의견을 상당히 존중하는 거 같더라고. 대학병원 같은 데는 안 찍으면 안 돼요? 그러면 안되면 나가버리소 그런 식으로 하더라고. (나 의료원)
- ◆ ▲▲대병원은 비싸기도 비싸고 교수 한번 만나려면 하늘의 별따기고.. 의료원은 병원비도 제일 적절해 (다 의료원)
- ◆ 여기는 크게 목적(수익)을 (추구)하는 데가 아니니까. 이번에 선생님이 검사 목록을 해주시는데 꼭 정말 받아야할 검사인 것만 체크를 해서 받게 해주는 데 너무 고맙더라고요. 그래서 믿음도 많이 가고 (가 의료원)
- ◆ 의료원 같은 경우에는 많이 나아진 거 같아요. 어디 대학병원에서 찍은 MRI 나 CT사진같은거 복사해서 가져오면 그걸로 다 되니까.(나 의료원)

3) 지방의료원의 문제점

가) 일부 의료원의 입원 대기기간 및 접근성 문제

지방의료원 환자들은 입원이 바로 되는 사람도 있고, 대기하는 사람도 있다고 말하는 등 이용자들마다 대기기간에서의 차이가 있다고 말하였다. 또한 일부 지방의료원 이용자들은 의료원의 거리적 접근성에 대한 불

만을 표출하였다. 의료원의 위치가 도심에서 멀어, 이용하기가 불편하다는 의견이었다.

- ♦ 실제로 ▼▼에서 수술을 하고 병원을 옮기라고 이야기를 하는데, 가깝게 있는 병원 찾다보니까 나 의료원으로 오려 그랬는데, 여기 보니까 너무 많이 밀려있어요. 내가 대학병원에서 15일을 기다리다 여기 왔거든. (나 의료원)
- ♦ 결국 병원에는 큰 불만이 없고 주변 환경이.. 너무 여기가 도심에서 떨어져 가지고.(가 의료원)

나) 간호 인력 부족과 잦은 의사 교체

지방의료원 환자 면담에서 지방의료원의 문제로 많이 언급된 내용중 하나는 의료원의 인력 부족이었으며, 인력 중 간호사 인력 부족에 대한 언급이 다수 있었다. 특히 입원환자들은 간호사 업무가 과다하여, 오래 버티지 못하고, 의료원 자체의 평판이 낮아서 간호사들이 의료원에 오지 않는다고 언급하였다. 또한 간호사가 부족한 것에 따라, 의료원이 병실을 채울 수가 없어 대기기간이 생긴다고 말한 환자도 있었다.

또한 의사인력과 관련하여, 지방의료원 환자 중 일부는 실력을 갖춘 의사인 경우 다른 민간병원으로 가는 문제가 있어서 진료의 연속성에 문제가 있다고 언급하였다.

- ♦ 수술 받은 사람 얘기를 들어보면 다 그런 얘기를 하더라구요. 간호사분들이 애로사항이 많더라구요. ...(중략)..간호사가 적어가지고 여기저기 주사를 놓다보면 못가는 때도 있어요. 환자들이 간호사들한테 욕까지.. 병원 와가지고 그런 걸 많이 느꼈어요. 간호사가 오래 못 버틴데요, (가 의료원)
- ♦ 방이 비었는데 자리가 없다고 안 받아 줄 적에.. 내가 생각할 적에 아니 빈방에다 받으면 되지 않냐... 지금 간호사가 없어서 받을 사용 못한다고..(가 의료원)
- ♦ 의사들 좀 쉽게 말해서 의사들도 저기하면 좀 붙잡아두고 그래야 되는데... 어디라도 여기서 300주고 다룬데 500준다고 하면 다른 데 가지 누구라도. 이렇게 보면 YY라고 내과과장 하던 사람도 조금 능력 되니까 ▲병원으로 내과 거기 갔었고 ...(중략)... 그 뭐 선생들보고 잘한다고 다니다보면 그 선생들이 없어져. (다 의료원)

다) 지역사회에서의 미비한 존재감

지방의료원 환자들은 지방의료원의 문제 중 하나로 지역사회 내 의료원의 미비한 존재감을 언급하였다. 이 전의 낙후된 시설 및 이미지를 생각하고 지방의료원을 이용하지 않는 사람들이 있다고 말하였다. 또한 홍보가 잘 이루어지지 않아, 지방의료원을 모르는 사람도 있다고 하였다.

- ♦ 시골같은 군 단위같은 데 가면, 의료원이 있나 모르는 사람도 있어요.(다 의료원)
- ♦ 지금 일반 시민들이 의료원에 대해서 잘 모릅니다. 거기 대한 홍보도 제대로 필요하고, 그래야지 많은 분들이 이용을 하시고 하지. (나 의료원)

4) 지방의료원 발전 방향

지방의료원을 이용하는 환자들은 지방의료원이 보다 전문적인 진료기능을 제공하고, 병실환경을 개선해주기를 희망하였으며, 지역사회를 대상으로 하는 홍보 활동을 강화해주기를 요구하였다.

가) 수술 및 전문치료 기능 강화

지방의료원 환자들은 현재 수술은 주로 대학병원이나 큰 병원에서 받고 의료원에서는 재활치료만 하고 있는 현실을 언급하면서 의료원에서 수술 및 전문치료 기능을 강화하였으면 좋겠다는 의견을 공유하였다. 이를 위해 기계 및 장비가 갖추어졌으면 하는 의견을 제시하였다.

- ♦ 디스크나 협착증이나 이런 거를 노인들이 하여튼 60세 이상이면 거의 가지고 있어요. 그 수술을 전부 단대나 뭐 서울 가서 하지 여기서서는 할 수 가없어요. 의사가 없으니까 그러니까 거길 갈 수 밖에 없죠. 거기 가서 하고서는 재활치료만 하러 여기로 오는 거예요. 그런데 그 비싼 기구를 갖다놓고 좋은 의사들을 모셔다가 그런 것까지 여기서 같이 수술을 하면 질 좋은 공공병원이 되지 않을까라는 생각이 드네요. (가 의료원)

나) 적정한 병실운영

지방의료원의 일부 입원환자들은 의료원에서 병실을 적정하게 운영했다면 좋겠다고 하였다. 특히 질환의 성격이 다른 환자들을 한 병실에 모아 놓다보니, 병실환경이 좋지 않다고 말하였다.

- ♦ 막 환자들 섞어놓다 보니까 그 병실 환경이 안 좋은 부분이 좀 있어요. 그런 부분은 이제 여건이 전체적으로 안 돌아가다 보니까 그런 거 같은데 앞으로 개선이 되려면 그런 부분도 생각을 좀 했으면...(나 의료원)

다) 주민참여구조

지방의료원 발전과 관련하여 주민참여구조에 대해 어떻게 생각하는지를 물어본 결과, 환자들은 주민참여구조가 각계각층의 의견을 반영하여 의료원을 운영한다는 취지는 좋지만, 주민들이 병원운영에 대해 잘 알지를 못해서 효과성이 얼마나 높을지에 대한 의문이 든다는 의견과 전문가들이 해야 한다는 의견이 많았다.

- ♦ 참여하는 것에 있어서 내 생각은 병원이 예를 들어 병원이 운영이 어려운지 어렵지 않은지는 관심을 가져주지 않으면 모르잖아요. 여기 이쪽 넘길 때도 만약에 그렇게 참여단체가 있었다면..그렇게 무리하게 어떻게는 안했겠죠. (가 의료원)
- ♦ 실제로 별로 아는 것도 없을 거 같고, 그런 운영을 하는 게 의아하네요. (나 의료원)

라) 지역사회 대상 홍보

일부 지방의료원 환자들은 지방의료원에 대한 인식이 부족한 것과 관련하여, 지역사회를 대상으로 홍보를 강화하는 것이 필요하다고 말하며, 이를 위한 재정이 있어야 한다는 점을 언급하였다. 또한 지역사회 1-2-3

차 의료기관 간 연계가 이루어져서, 개인병원에서, 의료원으로, 의료원에서 대학병원으로 연계하는 것이 이루어지면, 의료원 이용자체도 증가할 수 있을 것이라고 보았다.

- ♦ (홍보를) 안하는 게 문제야. 근데 그렇게까지 홍보를 할래도 그것도 재정이 있어야 하지. 그것 보다는 개인병원에서 대학병원을 보내는 거보다 아까 말씀하셨듯이 1차적으로 의료원으로 보내서 의료원에서 안되는 건 대학병원으로 보내면 그래도 여기를 활용을 많이 하죠. (가 의료원)

6. 지방자치단체 공공의료 정책담당자

가. 조사목적

지방의료원은 광역 지자체가 관리하도록 되어 있으며, 광역시 혹은 도의 보건의료정책 관련 부서에서 지방의료원에 대한 업무를 수행하고 있다. 이번 조사의 목적은 우선 지자체의 공공병원 정책담당자가 생각하는 지방의료원의 현황과 문제점을 파악하고, 둘째, 지방자치단체의 공공의료 정책내용과 문제를 조사하며, 마지막으로 지자체 정책담당자가 생각하는 지방의료원 관리체계란 무엇인지를 파악하는 것이다.

나. 조사방법 및 대상자 특성

이번 조사에 포함된 5개 의료원이 포함된 지자체 중 2곳의 정책담당자의 협조를 받아서 질적 면담을 수행하였다. 2개 지자체 정책담당자에 대한 질적 면담은 개별적으로 이루어졌다. 면담대상자는 과장급 1명(50대 여성)과 주무관 1명(50대 남성)이었다.

지자체 담당자를 면담하기에 앞서, 연구 목적에 대한 간략한 설명과 더불어 참여동의서를 받았다. 모든 면담 내용은 녹음되었고, 이후 녹음된 모든 내용을 녹취록으로 필사하여 분석하였다. 질적면담 분석은 자료가

나타내는 개념이나 현상의 단위를 분류하고 유사 개념을 범주화하는 방식으로 이루어졌다.

다. 조사 결과

1) 공공병원 역할과 기능

조사에 참여한 지자체 담당자들은 지방의료원이 공공병원으로서 수행해야 할 주요 역할 중 하나가 “합리적 의료이용의 잣대로서의 진료”와 “취약계층에 대한 진료”라는 점에 동의를 하였으며 공공의료기관으로서 과잉진료를 방지하는 방패막 역할을 수행해야 한다고 대답하였다. 또한 취약계층에 대한 진료를 지속적으로 수행하고 확대해야만 공공병원이 공공성을 달성할 수 있으며 의료전달체계에서 다른 의료기관과의 관계에서 진료를 받지 못하는 취약계층을 발견하는데 중간다리 역할을 해야 한다고 대답하였다.

- 공공병원 의사도 자기가 최대한 뭐 환자를 성심껏 보겠지만 무리해서 보지도 않을 뿐더러 몇몇 임상과목 선생님들은 뭐.. 제가 봐서는 크게 과다진수(진료) 뭐 이런 문제로 된거는 저는 없다고 생각을 합니다.
- 의료라고 하는 것이 원래는 이게 비영리고 그렇기 때문에 여러 가지 제약이 있는 것은 사실이지 않습니까?... (중략)... (공공병원) 수익을 위해서 진료를 하는 이런 분위기는 좀 견제역할을 해줄 수 있는 조직으로 가야 지역주민들이 합리적인 의료이용의 잣대를 삼을 수가 있겠죠.
- 외국인 노동자, 다문화가정 그리고 학교폭력이라든가 해바라기 센터라든가 ... (중략)... 의료원이 적자는 나더라도 특성화시킨 몇 개 진료하고 이것만 하고 있으면... (중략)... 오히려 의료원은 공공성 이미지는 더 나아질 수 있죠.
- 공공부본에 있어서 어떤 국립대병원과 나머지 공립, 시군에 있는 공립병원과의 연계 그리고 시군 보건소의 사업을 어떤 식으로 잘 맞추으로써 지역거점에 있는 어떤 취약계층의 발굴의 있어서 중간역할을 하기 위한 그런 사업이 대부분이거든요.

2) 공공병원 현황과 문제

가) 전반적 현황과 문제

① 지방의료원 인프라의 뒤늦은 현대화

한 지자체 정책담당자는 공공병원의 시설 및 장비 현대화가 먼저 이루어진 의료원은 인지도가 높고 문제가 적지만 현대화가 뒤늦게 추진된 의료원은 민간병원과의 경쟁이 뒤처지게 되는 결과를 낳았다고 하였다.

- ▲▲(의료원)은 86년도에 현대화를 했고 2008년도에 리모델링을 다 했어요. 그렇게 해서 이 지역에서 현대적인 의료서비스를 수행할 수 있는 체계를 미리 갖췄어요. 그래서 지역 안에서의 인지도도 높아요. 신뢰도도 높아요. ○○(의료원)은 어려운 상황도 겪긴 했지만 2003년도에 본관을 새로 지었어요. 짓고 뭐 계속해서 별관도 짓고 재활병동 지어야 되는데 그런 시설들에 대한 의료시설장비에 대해서 투자가 이루어졌어요. 이 두 개 의료원은 그래서 경영적으로 안정화가 되어있어요....(중략)...반대로 말씀드리면 현대화가 늦어진 ▲▲와 ●●(의료원)은 경영상황이 안 좋을 수밖에 없죠.

※ 실제 자료를 통해 확인한 지방의료원 인프라 현대화 시점

자료를 통해 전국 지방의료원별로 개원연도와 건축연도를 비교하였을 때에도 차이가 있다. 먼저 개원연도에서 최근에 개원한 서울의료원(2011년)이 있는 반면, 원주의료원의 경우 1942년 개원을 하여 약 70년의 개원연도 차이가 있었다. 서울의료원과 부산의료원, 강진의료원 등은 2011~2012년에 새로 건물을 이전하거나 신축하는 등 현대화 정책을 펼친 반면, 순천의료원과 의정부병원은 1970년대 후반 이후 현 건물을 그대로 유지하고 있어 의료원별로도 차이가 있음을 알 수 있다(표 5-4).

〈표 5-4〉 지방의료원별 개원연도와 건축연도(건축연도 순)

구분	개원연도	건축연도	고가장비 자원 연도	
			CT	MRI
마산의료원	1983	1972	2006	
경기도의료원 의정부병원	1983	1977		
순천의료원	1982	1979	2008	2013

삼척의료원	1983	1980		2005
경기도의료원 안성병원	2005	1981	2013	2013
경기도의료원 이천병원	1983	1982	2006	2012
강릉의료원	1913	1983	2005	
서귀포의료원	1983	1983	2011	
영월의료원	1945	1983	2005	2011
원주의료원	1942	1984	2013	
경기도의료원 포천병원	1987	1986	2013	2011
대구의료원	1987	1987	2008	
서산의료원	1983	1989		2008
포항의료원	1982	1993	2012	
경기도의료원 수원병원	1993	1993		
인천의료원	1985	1997		2012
남원의료원	1983	1999	2005	2008
경상북도 울진군의료원	2003	2002	2005	
제주의료원	2002	2002		
홍성의료원	1983	2002	2011	2011
군산의료원	2002	2002		2006
안동의료원	1983	1982009	2012	
전라남도 목포시의료원	1984	1980, 2010		
김천의료원	2009	1983, 2010	2012	
서울의료원	2011	2011	2006	
부산의료원	1985	2011	2010	
경기도의료원 파주병원	1983	2011		2010
속초의료원	1956	2012	2012	2011
천안의료원	1962	2012	2012	2012
강진의료원	1947	2012	2010	2012

자료: 2013년 공공보건의료 통계집(보건복지부, 공공의료과, 국립중앙의료원 공공보건의료지원센터)에서 발췌, 재인용.

주1: 개원연도: 해당 병원이 장소, 소유주 등이 변화하여 가장 최근에 개원한 연도

주2: 건축연도: 병원의 주 건물이 신축 또는 개축된 연도

② 민간병원과의 경쟁

지방의료원이 직면한 심각한 문제 중 하나는 민간병원과 비교했을 때 불리한 지리적 입지이다. 예를 들어 특정 지방의료원의 경우 해당 지역에서 3차 민간종합병원이 없기 때문에 지역거점병원으로 성장할 수 있었지만 다른 지방의료원의 경우에는 민간병원이 과잉 공급되어 있는 상황에서 성장하기가 어려운 여건을 가지고 있다.

지리적 장애를 해소하기 위해 교통지원을 지자체에게 요구하지만 지자체 입장에서는 민간병원의 입장과 의견 역시 고려해야 하므로, 지원을 부담스러워 한다고 하였다.

- 옛날에 괜찮았는데 △△의료원에 좀 큰 종합병원이 네 개나 있고 이 병원이 500병상 이상이기 때문에 다 들고 가는 거예요 ...(중략)... 의료여건은 지금 ▲▲시 의료원이 제일 나은데 ▲▲에 큰 병원이 없어요, 그래서 지역거점 역할을 할 수 있을 것 같고
- 근데 여기가 이제 그 ○○병원이나 ●●병원도 있기 때문에 그쪽에서도 버스 운행을 하겠다는 요구를 승인해달라는 요청이 계속 있는거예요. 그렇다고 보면 여기는 완전히 의료이용에 있어서 굉장히 편중이 될 가능성이 있어요.

③ 진료인력 부족과 및 직원임금 문제

인터뷰에 응한 지방자치단체의 정책담당자들도 의료원의 진료인력 부족문제에 대해 인지하고 있었으며 특히 간호인력 부족 문제가 더욱 심각하다고 하였다. 의료인력의 수도권 집중현상으로 인해 의사와 간호사 임금을 인상시켜서라도 인력을 보충하려고 하지만, 다른 직종 인력의 반발 역시 무시할 수 없는 상황이기 때문에 여러 문제에 봉착해 있다고 응답하였다.

- 그래서 간호인력 부족이 제일 심하고 뭐...(중략)...수도권에 너무 대형병원이 많이 생겨서 제가 보니까 학생들이 졸업을 하면 우리 요즘 대학교도 다 뭐 수도권 가려고 하지 않습니까. ...(중략)... 그것도 있고 그 다음에 (의사)분인들

이 원하지 않으니까 대도시 생활을 선호하지. 옛날에는 촌에 가서 개업하시는 분들 많잖아요. 고향간다고 하면 또 가고 이러는데 그게 없는거예요.

※ 임금 인상에 대한 요구

간호인력을 구하기 위한 방법 중 하나로 높은 임금을 주겠다는 조건을 제시해볼 수 있다. 하지만 지방자치단체가 관리하는 여러 지방의료원의 임금 수준과도 균형을 맞추어야 할 뿐만 아니라 지방의료원에서 근무하는 다른 직종의 인력 역시 임금 인상을 요구하기 때문에 지금 당장은 어렵다고 하였다.

- 초임간호사선생님들 임금을 좀 높여줍시다...(중략)...다른 직렬에 있는 직원들이 반대를 합니다. 왜 여기만 올려줘야 됩니까, 여기도 올려줘야 됩니다...(중략)...
- 3개 의료원 맞춰야 되거든요? 그 사람들만.. 마음으로는 더 주고 싶어요. 더 주고 싶고...(중략)...무조건 수도권만큼 올려줄 수가 없는 게 타 직종도 있거든요?

④ 공공병원의 정체성 약화

다른 인터뷰 대상자의 내용에서와 마찬가지로 공공의료기관으로서 가져야 할 정체성이 분명히 있다는 필요성을 지자체 담당자들은 역시 인지하고 있었다. 하지만 국민건강보험제도 도입 이후 민간의료기관이 양적으로 팽창하면서 공공병원의 역할과 기능이 줄어들고 정체성이 불분명해졌다고 지적하였다. 지역거점병원이라는 명칭은 존재하나 역할과 기능 측면에서는 민간 병원과 비교했을 때 공공성을 추구하고자 하는 정체성이 불분명해진 것이다.

- 민간과 똑같은 진료서비스를 할 수 밖에 없는 구조이지만 거기서 플러스적인 알파를 만약 기대한다면 민간보다 좀 더 투명하고.
- (지금 과거 3,40년 전의 미션은 확실했어요. 그것을 보편적으로 지방의료원이 정체성이 분명할 때 이렇게 표현하죠. 보편적으로 기간을 정하자면 전국민건강보험제도가 활성화된 89년도 이전에는 확실한 보장성과 정책성이 있었다, 역할과 기능이. 근데 그 이후에 의료시장이 확대되고 민간시장이 활성화되면서 공급이 퍼지면서 정체성이 불분명해졌다. 왜냐, 그 역할을 하는 기관이 많아졌으니까.

나) 적자문제와 관련 요인

① 공공재로서의 “의료”와 “공공의료”

의료는 비영리적 속성을 가지고 있는 공공재이기 때문에 이윤을 추구하기 힘들다는 본질적인 한계를 인식하고 있었다. 공공의료기관이 다른 민간기업과 마찬가지로 수익을 추구할 수 있는 유동성이 있으면 좋겠지만 구조상 수익을 창출하는 구조가 아니기 때문에, 적자 상황이 불가피하다는 것이 정책담당자의 의견이었다. 또한 정부로부터 지원받는 부분이 시설 및 장비로 한정되어 있고 인건비, 관리비 재료비 등 운영비에 대해서는 스스로 벌어야 하는 상황에서 공공성을 달성하라는 요구를 받고 있음에도 회계기준은 민간의료기관과 똑같이 적용되는 기준은 지방의료원이 적자에 직면하게 되는 중요 요인이라고 언급하였다.

- 의료라고 하는 것이 원래는 이게 비영리고 그렇기 때문에 여러 가지 제약이 있는건 사실이지 않습니까?...(중략)...공공을 지향하려면 비용을 수반하고, 누군가 부담을 해야 지향점을 확실히 하고 갈 수 있습니다.
- 의료기관의 특성상 공공적인 요소를 가지고 있지만 현실은 그 아래서 효율을 창출하지 못하면 운영을 할 수가 없습니다. ...(중략)... 근데 의료원은 공공성을 가지고 이야기를 하면서 지원되는 것을 시설과 장비부분, 그 자본형성적비용이고 여기서 인건비, 관리비, 재료비는 여기서 벌여가지고 운영을 해라. 그러면서 공공성을 추구했으면 좋겠다...(중략)...

② 지방의료원 자체의 문제 : 원장 경영의식과 직원의 주인의식 부재

조사에 참여한 1인은 지방자치단체에서 공공병원 적자문제를 심각하고 무거운 문제로 바라보고 있으며, 지방의료원에서 스스로 극복하고자 하는 노력과 시도가 부족한 것도 문제점이라고 지적하였다. 현재 의료원 원장들의 경영의식이 부족하며 특히 공공의료 마인드가 없이 지방의료원 경영에 접근하는 것은 문제라고 언급하였다. 원장의 리더십뿐만 아니라 의사, 간호사를 포함한 전 직원의 책임의식이 부족한 것도 적자를 초래한 원인 중 하나라고 지적하였다.

- 병원장의 책임경영의식 그리고 직원들의 주인의식 이게 제일 중요하다는 생각이...(중략)...공공병원장이 되면 공공병원이 무슨 일을 해야되는지에 대한 마인드가 없어요
- 현장에 계신 분들에 의해서 스스로 그 경영을 극복할 수 있는 방향으로 만들어져서 극복을 하게 되는 것이 가장 바람직한데...(중략)...스킬이 안되어있어요...(중략)...환자와 주민과 지역을 위해 무엇을 할 것인가를 찾아서 하니까 결국 수익으로 연결이 되는 거예요. 이렇게 해서 개선이 되는 병원들이 대부분이에요.

3) 지방자치단체의 공공의료 관리 문제

가) 지방자치단체의 재정상황

경제위기 이후에 적자 예산을 편성할 수 밖에 없는 지방자치단체의 재정 상황 역시 큰 문제점이라고 지적한 바 있다. 한 지자체 정책담당자는 일반적으로 지방의료원에 대해서 시설 및 장비를 지원하는 사업을 한다고 해도 국비와 지방비 부담을 절반씩 하게 되어있기 때문에, 지방자치단체의 재원이 없을 때에는 지방의료원 적자를 채울 수 있는 여지가 좁다고 토로하였다.

- 도에서도 공금지원이라고 하는 것이 어떻게 보면 재정상황하고 맞아떨어져야 지원이 가능한 것 아니에요. ...(중략)...지방자치단체의 재정구조가 일시에 어떤 사업에 집중적으로 투자할 수 있는 재무구조가 아닙니다...(중략)...국비가 50이고 지방비가 50 복지부분이 대부분 이래요. 그러면 도에서는 지방비로 되어있으니까 50%를 도비로 100% 다 줄 수는 없는 상황인거예요. ...(중략)...그렇다면 공공의료기관의 적자를 일반재정으로 지원할 수 있는 여지가 있느냐 점점 더 좁혀질 수밖에 없다.

나) 지방의료원 관리 범위와 한계

지방자치단체가 지방의료원에 대해 관리할 수 있는 범위는 매우 제한적이다. 예를 들어 현행 법률 체계를 잘 준수하고 있는지에 대해서 보고를 받는 형식으로 이루어질 뿐 세부적인 업무에 대해 명령을 하는 등의 직접적 개입은 힘들다고 대답하였다.

지방자치단체는 지방의료원으로부터 전반적인 행정관리를 포함한 분기별 경영개선계획을 보고받고 있으나 여러 사안 중에서도 인사조직, 임금협상 등과 관련해서는 노동조합과 협상이 맞물려 있기 때문에, 관리상 한계가 있다는 것이다. 특히, 이런 상황을 중앙 정부가 고려하지 않은 채 요구해서 어려움이 있다고 하였다.

한편, 지방자치단체장은 의료기관 개설 신고에 대한 허가 권한을 가지지만, 지역의 의료자원 상황을 고려해서 과잉시 이를 거부할 수 있는 권한은 없다고 하였다. 이 같은 상황이 지방의료원에 부정적 영향을 준 것으로 보인다. .

- 행정적이고 도의 출자출연기관으로 준공무원에 준하는 지방 뭐 계약법, 인사규정을 잘 지키고 있나 감사 지적 사항이라든가 공무원에 준해서 하고 있나 이런건 할 수 있지만 실제 병원의 경영에 있어서는 우리가 어떻게 할 수가 없어요. 왜냐면 그 안에는 또 노조가 있습니다. 노조가 있으면 전체적인 경영이라든가 복리후생이나 이런 거는 노조하고 또 협약을 해서 하는 거지요.?(A)
- 이미 노조하고 합의를 해서 단체협약을 맺어놨는데 도지사가 단체협약을 바꾸쇼, 하는 명령권한이 있습니까. 법률제정권이 있습니까? (B)
- 시설수를 줄일 수 있습니까. 신고제인데 어떻게 합니까. 어떤 식으로 우리가 조정합니까. 시도지사 허가 사항인데 도지사가 판단해서 영양에 병원 한 개가 있는데 의원급이에요, 굳이 소아과를 내겠다고 하면 해줘야 됩니다. 그게 바로 시도지사의 허가사항입니다. 도지사자가 전체지역의 의료공급을 생각해서 판단할 문제인데...(중략)...(A).

다) 중앙정부의 공공의료정책을 바라보는 시각

지방의료원을 포함한 공공조직에 대해서는 누가 책임지느냐에 대한 의식 자체가 부재했기 때문에, 지방의료원에 대한 관리 소홀이라는 결과로 나타났다고 하였다. 보건복지부가 지방의료원이 설립되던 초기부터 명확한 책임의식을 가지고 관리를 가졌어야 했지만 안전행정부 소관으로 갔다가 보건복지부로 돌아오는 과정을 거치면서 역할과 기능이 불분명해졌다는 것이다. 결과적으로 지방의료원이 위치한 해당 지역의 구체적인 보건의료상황은 고려하지 않은 채, 필요한 인건비는 지원하지 않는 상황을

지적하였다.

- 지방의료원이 안행부 소속으로 갔다가 뭐 이제 복지부로 오고 이런 과정 중에 변신을 잘 못했는거죠. 왜냐면 관심을 못 뒀잖아. 복지부자체가 힘이 없었기 때문에...(후략)...제가 보는 건물이 필요한 게 아니고 사람이 필요한 다 이렇게 했어요. 인건비 지원...(중략)...우리가 흔히 너무 그런 잣대로 일을 중앙에서 하고 있죠. (A)

4) 지방의료원 발전방향

가) 지방의료원 당면과제 해결: 적자폭 감소와 운영비 지원

앞서 살펴보았듯이 지방의료원은 적자 문제를 해결하기 어려운 구조이다. 지역거점병원으로서 역할을 논하기 전에 현재 직면한 적자, 임금 체불 등의 문제를 해결하는 것이 선결되어야 한다. 공공의료를 논하기 전에 “최악의 상황”을 피해야 한다고 한 것은 현재 지방의료원 상황이 매우 심각하다는 것을 반증하고 있다.

- 저희가 원하는거는 전년도 보다 적자폭이 유지되거나 조금이라도 줄었으면 아주 좋겠다. 흑자 날 수가 없어요. 흑자나면 이상한거죠. 그렇기 때문에 적자폭이 유지만 되면 좋겠다. 그게 저희들 목표입니다(A).
- 현장에 있는 의료기관에서는 임금을 다 줄 수 있는 구조, 그리고 경영이 정상적으로 운영이 될 수 있는 체제로 빨리 끌어올리고, 그때까지는 공공의료다, 적정진료다. 이런 이야기 할 필요도 없다고 생각해요.(B)

중앙정부 또는 지방자치단체가 지방의료원의 운영비를 지원해야 하는 필요성은 면담대상자 모두 인지하고 있었다. 앞서 적자의 원인에서 살펴본 본 본 바와 같이 인프라 중심의 지원만 해서, 임금체불, 운영비 부족과 같은 문제점이 발생하기 때문이다. 하지만 운영비를 지원하면 임금 상승에 대한 요구는 지속적으로 증가할 수 밖에 없고 결과적으로는 지방의료원의 조직이 나태해질 수 있기 때문에 지원을 어떻게 해야 하는지에 대해서는 조심스러운 입장을 보였다.

- 가장 필요한 부분은 운영비 혹은 인건비인데 그걸 오지 않고 그걸 계속 이렇게 임금을 체불하고...(중략)...지금 현재 출자출연기관에 대한 운영비지원은 없기 때문에 운영비지원 주면 더 해결 안 되거든요? 나태해집니다. (A)
- 이제 거기서 의사결정을 못하는 이유가 그거예요. 지원해주면 결국 노사회의를 통해서 인건비로 쏟아져 들어갈거다... 그렇게 되고나면 또 적자가 날거다. 적자에 대해서 또 지원을 요청하게 될거다. 이것이 악순환이 될거다(B)

나) 공공의료인 양성

예비 의사들에게 공공의료에 대한 마인드를 심어줄 필요가 있다는 점에서는 모두가 인지하고 있었다. 하지만 공공의료 마인드에 대한 교육을 어떻게 할 것인지에 대해서는 약간의 차이를 보였다. 첫 번째 대안으로 현재 커리큘럼에 공공의료에 대한 마인드를 심어줄 수 있는 교육 내용을 추가하는 것 두 번째로 공공의료에 대한 마인드를 가진 의료인을 양성하기 위해 별도로 사관학교와 같은 독립된 교육기관이 필요하다고 하였다.

- 공공의료인으로 양성을 해줘야 되요. 군인들은 사관학교에서 나온 지휘관들이 국가관이 분명하고 국방에 대한 체계적인 어떤 시스템을 갖춰주기 위해서 인적 자원을 양성해놓은 것 아니에요? 그러면 공공의료는 국민의 건강권을 위해서 국가가, 아니면 교육을 통해서 그걸 민간에서 나온 인적자원들이 훌륭하니까, 할 수 있게 하라 (중략) (B)
- 예방의학의 커리큘럼을 커리큘럼 안에 좀 넣어야 되지 않는가. 공공의료에 대한 의사들에 대한 어떤 마인드를...(중략).. 전체적으로 보면 국가에서 조금 의과대학 커리큘럼에 넣어야 된다. 의료가 공공재라는 인식을 갖도록. 좀 넣을 필요는 있다 생각합니다. (A)

다) 중앙정부의 공공의료에 대한 역할 강화

지방의료원의 현재 상황을 해결하기 위한 가장 근본적인 해결책으로는 정부가 공공의료에 대한 비전과 미션을 가져야 한다고 대답하였으며 애초에 비전과 미션이 있었으면 지금과 같은 문제가 발생하더라도 대책으로 해결할 수 있었을 것이라는 아쉬움을 토로하기도 하였다. 또한 국방, 교육, 보건의료와 같이 모든 국민이 이용해야 하는 재화에 대해서는 중앙

정부의 강력한 통제 기전을 통해 올바른 분배가 이루어져야만 정책의 효과가 나타날 수 있다고 대답하였다.

- 국가가 꼭 해야 되는 미션을 정하고 그 포지션에 맞게 일을 할 수 있는 인력과 역량을 발휘할 수 있는 구조로 가야된다...(중략).....(중략)... 국방, 교육, 의료 이거는 국가가.. 국민의 살림하고 직접적인 생존권하고도 같이 묶여있는 이런 부분들은 보다 적극적인 국가정책시스템 안에 넣어줘야 된다(B)
- 전체적으로 진짜로 아까 전에 어떤 컨설팅 결과를 해서 강력하게 중앙차원에서 폐쇄시키라, 아니면 △△안에서 요런 도로 가서 거점의료원을 다시 해라 이런게 나와야 되지 그거 이외에는 저는 방법이 없다고 생각합니다...(중략)... ...조금 과감한 수정도 필요한데 지금의 정치제도 하에서는 어렵죠 (A)

또한 지방의료원이 지역거점공공병원으로서 중요한 역할을 수행하기 위해서는 1차의료부터 3차의료부터 연계가 되는 합리적인 의료전달체계가 이루어져야 한다고 대답하였다.

- 현장에 있는 그 보건진료소장이나 보건지소에 계신 건강관리팀이라든가 이런 팀들과 플러스 마이너스를 합쳐서 제공을 더 편리할 수 있게끔 해서 의료적인 전달체계를 갖춰보려고 하는 방향이 하나의 축이고...(중략)...그래서 지역에서 의료를 지역의료기관간의 협력을 통해서 전달체계를 자체적으로 제도가 아니라면 의료기관과 협력 네트워크를 통해서 만들어가게끔 ..(중략)...(B)

7. 공공의료의 역할과 가치와 문제의 원인과 기전에 대한 종합분석

가. 종합분석 목적

이 연구에서는 공공병원(지방의료원)에 대한 실재주의적 분석을 하기 위해서 6개 그룹(원장, 의사, 직원, 노조원, 환자, 지자체 정책담당자)을 면담하였고, 그룹별 분석결과는 앞에서 기술하였다. 이 절에서는 6개 그룹에 대한 질적조사 결과를 종합해서 분석하였다.

종합분석을 시도하는 것은 주요 질문에 대해서 공통적으로 도출할 수 있는 내용을 뽑아내고 다양한 시각을 고려해 객관성을 보완할 필요성이

있기 때문이다. 종합분석에서 다루는 주요 질문은 첫째, 공공병원의 역할과 가치는 무엇인가?, 둘째, 지방의료원이 겪고 있는 가장 심각한 문제의 원인과 기전은 무엇이며 어떤 결과를 초래하고 있는가? 셋째, 공공병원 관련 정책에서 주요 이슈와 대립 지점에 어떤 것이 있는가? 넷째, 공공의료의 발전은 어떻게 추진해야 하는가? 등이다.

나. 종합분석 방법

공공병원의 역할과 문제, 향후 위상 등에 대한 종합분석을 시행하기 위해서 첫째, 세 질문에 대한 각 면담대상 그룹의 분석내용을 비교하였고, 특히 CMO 분석결과를 종합해서 재분석하여 모형을 제시하였다. 둘째, 면담그룹별로 해당 주제에 대해서 언급된 내용들 중 대표적인 것을 제시하였다. 단, 일반직원과 노조원은 노조활동에 대한 부분을 제외하고는 비슷한 내용이어서 동일 그룹으로 간주하였다. 셋째, 면담참여자가 주관적으로 인식한 내용 중에서 사실 확인이 필요한 부분은 관련 문헌이나 통계자료를 고찰해서 제시하였다.

다. 결과

1) 공공의료의 역할과 가치는 무엇인가?

지방의료원과 관련된 6개 면담그룹에 대한 질적 조사를 종합한 결과, 공공병원(지방의료원)이 해야 할 역할과 기능은 첫째 적정진료, 둘째, 취약계층에 대한 의료안전망, 셋째, 비수의 필수의료와 재난관리, 넷째, 보건의료 노동에 대한 표준제시, 다섯째, 민간병원에 대한 보완과 견제 등으로 나타났다. 이 중에서 ‘보건의료노동의 표준 제시’와 ‘민간병원에 대한 보완과 견제’는 모든 그룹, 모든 연구대상자에서 나온 의견은 아니다.

두 가지 역할은 현재 상태와 비교하면 공공병원의 이상적인 모습을 갖고 있을 때 가능하고, 공공병원이 보건의료체계를 선도하는 역할을 수행해야 한다는 적극적 입장에서 나온 것으로 분석하였다(표 5-5).

〈표 5-5〉 공공병원 역할과 기능: 6개 면담그룹 종합분석

	적정진료 (신뢰할 수 있는 병원)	취약계층 의료 안전망	비수익 필수의료 및 재난관리	보건의료 노동표준제 시	민간병원 보완과 견제
원장	●	●	●	●*	●*
의사	●	●	●	None	None
일반직원 / 노조직원	●	●	●	●	●
환자	●	●	●	None	●
지자체 정책담당자	●	●	●*	●*	●*

주 ●*면담그룹에서 다수 의견이 아니거나 의견이 다른 경우에 해당된다.

가) 적정의료와 신뢰할 수 있는 병원

지방의료원이 적정진료를 제공해야 한다는 것은 모든 면담그룹에서 공통적으로 제시되었다. 특히 원장은 적정진료가 의료서비스 자체의 공공성이며, 환자를 속이지 않고 정직하게 진료를 받는 것에 대해서 큰 의미를 부여하였다. 환자그룹에서도 공공병원에 오면 속이지 않고 정직하게 진료를 해줄 것이라는 믿음이 있다고 하였다. 의사들은 공공병원이라는 존재 자체가 소신껏 적정진료를 할 수 있는 여건이며, 직원과 노조원은 이를 민간병원 견제와 연계해서 언급하였다.

결론적으로, 적정진료는 공공의료의 본질적 속성이며, 공공의료가 존재하는 이유라고 할 수 있다. 공공병원이 적정진료를 제공하는 것은 당연한 의무이자 본질적 역할이며, 이는 민간병원에 대한 견제를 가능하게 하고 주민이 병원을 신뢰할 수 있도록 만드는 결정적 요인이 된다.

원장	• 적정진료는 의료서비스 자체의 공공성이다. • 우리가 착한 사람은 법 없이도 사는 것처럼 저 병원은 날 속이지 않고 정직하게, 의학적 능력과 지식을 충동원해서 헌신적으로 진료하고 규정에 정해진 대로 돈을 받고 그럼 되는 거지
의사	• 내 소신껏 진료를 할 수가 없다고. 적정진료를 할 수 있고 공공병원이고 좀 어렵긴 하지만 나름대로 어떤 내 소신을 가지고 좀 이렇게 추진을 할 수 있는 그런 여력이 있기 때문에
일반직원/노조직원	• 양심진료, 표준 진료로 해서 민간병원을 선도해나가는 그래서 공공성을 유지해나가는 것이 공공병원의 역할 • 적정진료 이런 것들이 (안되는 상황들) 견제하는 역할을 해야 한다고 했는데...(후략)...
환자	• 여기는 크게 목적(수익)을 하는 데가 아니니까. 이번에 선생님이 검사 목록을 해주시는데 꼭 정말 받아야할 검사인 것만 체크를 해서 받게 해주는데 너무 고맙더라고요. 그래서 믿음도 많이 가고
지자체 정책담당자	• 공공의료는 적정진료 해야 된다.

나) 취약계층에 대한 의료안전망

지방의료원이 공공병원으로서 의료급여대상자나 사회적 취약계층에 대한 진료를 제공해야 한다고 하였다. 취약계층으로는 적정진료를 제공해야 한다는 것은 모든 면담그룹에서 공통적으로 제시되었다. 취약계층으로 제시된 그룹은 의료급여 대상자 외에 외국인 노동자, 다문화가정, 성폭력 피해자 등이 제시되었다. 이와 같은 종합 분석 결과는 공공병원이 취약계층에 대한 의료안전망 역할을 하는 것은 적정의료와 마찬가지로 공공의료의 본질적 속성이라는 결론을 지지하고 있다.

원장	• 보건의료 문제로 인해서 위기상황이 도래하는 그런 사람을 돌볼 수 있는 사회안전망에 공공의료원이 중심이 되어야 한다.
의사	• 어려운 사람들이 많이 오죠. 여기에, 개인병원에 있을 때는 급여환자들을 잘 안 받으려고 하더라고요. 여기는 급여 환자들의 퍼센트가 높으니까, 그런 의미에서는 안전망이라고 할 수 있죠.
일반직원/노조직원	• 취약계층에 집중하고 지역에서 위축되어 있는 보건의료 서비스를 공공의료기관이 제공해야 되고 민간병원에서 못 하는 부분을 해야 되죠. • 공공병원은 소외계층이라든가 그 지역에서 의료가 역할을 할 수 있는 것을 찾아가고 만들어 가는 것
환자	• 공공의료원의 기능은 이제 첫째 국민을 위한, 서민을 위한 의료기관으로 생각되는데.. 서민들. 그러니까 취약계층들을 위한 좀 적정하게 진료하는 게.
지자체 정	• 외국인 노동자, 다문화가정 그리고 여러 가지 학교폭력이라든가 해바라

책임당자	기 센터라든가 뭐 이런 공공과 관련된 지금 센터가 의료원에 많이 들어가 있거든요? 그런 거는 민간병원 하지 말고 무조건 의료원이 해라
------	--

다) 비수익적 필수의료, 재난관리

지방의료원이 공공병원으로서 국가적 재난상황에 대한 관리를 할 수 있어야 하고 민간병원이 제공하지 못하는 비수익적 필수医료를 제공해야 한다. 재난적 상황은 주로 신종인플루엔자나 혹은 에볼라 바이러스 감염병이 언급되었다. 의사들은 공공병원 마저 전염성이 강한 감염병 치료에 필요한 격리병동을 운영하지 못한다면 긴급 상황에 대한 대처가 어렵다고 지적하였다. 한편, 지자체 정책담당자는 공공병원이 이 같은 역할을 해야 하지만 중앙정부 차원에서 감염병 관리에 대한 투자는 되어있지 않다고 하였다.

4개 면담 그룹 의견을 종합해보면 공공병원이 수익이 적은 필수의료서비스를 제공해야 하며, 특히 국가적 재난을 초래할 수 있는 감염병 관리를 담당해야 하며, 이는 국가가 규정한 지역거점병원 역할이기도 하다. 하지만 현재 지방의료원이 이와 같은 지역거점병원 역할을 수행하기에는 부족한 상황임을 짐작할 수 있다.

원장	• 국가가 굉장히 혼란할 때, 혼란할 때 사회적인 신분이나 사회적 역할들이 전부 망가지잖아요, 그럴 때 의료 영역에서 사회를 지켜나가야 된다
의사	• 격리 병동 만들어라 하고 먹힐 수 있는 데가 또 여기밖에 없고. 그렇기 때문에 이게 없앨 수가 없는 거라면 ...(중략)... 복지부나 도에서 지배할 수 있는 병원이 그렇게 많지가 않을 거예요. 그건 하나 정도는 있어야 된다고. 만약에 그거조차도 없어서 버리면 그 다음에 무슨 일이 생겼을 때 어떻게 할 거예요.
일반직원/ 노조직원	• 지역에서 위축되어 있는 보건의료 서비스를 공공의료기관이 제공해야 되고 민간병원에서 못 하는 부분을 해야 되죠.
지자체 정책담당자	• ▲▲(의료원)은 어쨌든 공공병원이 지역거점 병원이 되는 거잖아요. 예를 들면 심혈관 지원도 할 수 있고, 최근에 에볼라 바이러스가 있어서 감염에 대해서는 전체적으로 투자가 안 되어 있으니 보강을 해야 되겠지만 그런 역할을 국가재난 시라든가 요구를 한다 그러면 ▲▲(의료원)은 그렇게 가면 될 것 같은데,

라) 보건의료노동의 표준 제시가 필요한가?

지방의료원이 공공병원으로서 보건의료 노동에 대한 표준을 제시해야 하는 역할이 있는 것으로 분석되었다. 이는 원장과 직원/노조원 면담에서 제시된 의견이다. 면담한 공공병원 원장 중에서도 일부지만 이 같은 의견을 피력하였다.

공공병원이 보건의료 노동에 대한 표준을 제시해야 한다는 것에는 2개의 의미가 있다. 첫째, 공공병원이 보건의료서비스를 제공하는 노동과 임금에 대한 표준을 제시하며, 근로기준법을 준수하는 모범적 직장 역할을 해야 한다는 것이다. 둘째, 공공병원이 진료나 기타 업무를 수행함에 있어서 요구되는 원칙과 규정을 준수해야 한다는 것이다. 이는 직원과 노조원 면담에서 나왔듯이 병원이 인력과 서비스와 관련된 규정을 준수하는 것은 환자의 안전과 건강에 영향을 미치는 필수적 요소이기 때문이다.

	공공기관으로 모범 직장, 보건의료 노동의 표준 제시
원장	- 공공의료기관의 역할 중에서도 보건의료에 노동에 대한 스탠다드를 제공하는 것도 매우 중요합니다. 민간의료와 비교되려면, 노동조건이나 월급을 표준화시켜서 가야 맞거든요. 돈을 많이 벌면 많이 주는 것은 아니라고 봅니다. - 노동법 기준으로 봐도 이게 좋은 직장, 장하진 교수가 나쁜 사마리아인을 주장하듯이. ...(중략)... 이게 뭔지는 모르겠는데 근로조건, 노동조건 이런 것도 표준이나 모범이 되 줘야하는 것 아니냐.
직원 /노조원	- 병원에서의 인력문제는 환자의 안전과 건강에 직결되어 있는 문제다. 공공성을 중심으로 해서 인력을 기본요소로 배치를 하면서 공공적으로 운영하는 이런 시스템을 만들고...(후략)... - 다른 기관과 달리 병원은 특수성이 있는데. 병원은 어쨌든 국민의 건강과 생명을 다루는 것이잖아요. 그러면 양질의 전문적인 인력이 안정적으로 수급되어야 하는 것이 이게 가장 중요한 거죠. 그게 사실은 의료서비스의 질이고 건강과 생명을 담당하는 것인데 이번 ▲▲ 요양병원 화재참사에서도 ...(중략)...인력 규정 자체를 안 지키고

마) 민간의료에 대한 견제가 필요한가?

공공병원이 민간에 대한 보완 역할 뿐 아니라 견제를 할 수 있어야 된다는 것에 대해서 모든 면담대상자들의 동일한 의견을 준 것은 아니었다. 원장 면담에서는 공공병원이 열세인 상황 탓에 보완을 주된 기능으로 제시하는 경우가 많았다. 한편 환자를 포함한 다른 그룹에서도 공공병원이 민간의료를 견제하는 역할을 해야 된다는 의견이 제시되었다.

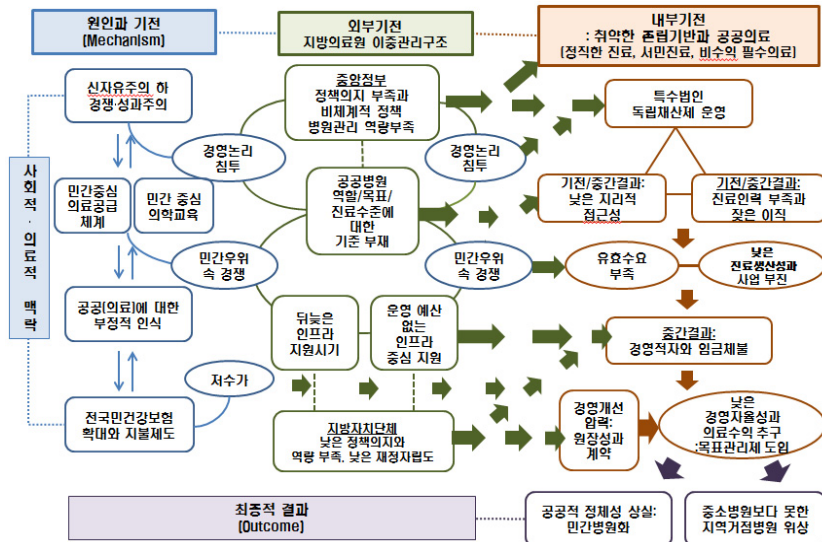
결론적으로 공공병원이 의료이용의 질과 가격, 안전성 측면에서 합리적 기준을 제시해야 하며, 이를 통해서 민간의료를 견제하는 것이 요구되는 상황으로 판단하였다. 이는 환자그룹에서 나온 암묵적 지식에서 나온 것과 같이 국민 전체에게 도움이 되기 때문이다. 한편, 공공의료의 민간 의료 견제 역할이 요구되는 것은 국내 의료를 주도하고 있는 민간의료의 상업화 문제가 심각하다는 공감대가 형성되어있음을 반증하는 것으로 판단된다.

	민간에 대한 견제
원장	민간에 대한 보완적 기능이라고 하지만 다른 한편으로 견제 기능을 해야 한다. 서비스의 질적인 문제나 진료비 문제 면에서
일반 직원/ 노조원	표준 진료를 담당할 수 있는 게 의료원 밖에 없는 데 그걸 수행할 수 있도록 만드는 게 정책의료인데, 대표적으로 성공한 것이 장례식장이예요. 의료도 마찬가지예요. 민간병원에서 더 받으려고 해도 받을 수가 없는 거예요.
환자	(공공병원이 잘되야) 국민들이 의학 서비스도 제대로 받아. 개인병원 자꾸만 키워도 지들만 살 썩을라 그러고, 장사를 독불장사를 시키면 안 되는 거. 콕 찌쳐놓고. 내가 볼 때는 이렇게 공공병원을 활성화 시키는 게 국민들한테 혜택이 더 갈 것 같어.
지자체 정책담당자	(공공병원) 수익을 위해서 진료를 하는 이런 분위기를 좀 견제 역할을 해줄 수 있는 조직으로 가야 지역주민들이 합리적인 의료이용의 잣대를 삼을 수가 있겠죠.

2) 지방의료원 문제의 원인/기전과 결과에 대한 CMO 분석

지방의료원이 공공병원으로서 갖고 있는 문제와 근본적 기전과 현재 결과에 대한 실재주의적 진단을 하기 위해서 면담내용을 기반으로 Context, Mechanism, Outcome에 대한 분석을 시도하였다. 개별분석 결과를 종합하여, 지방의료원 문제와 관련이 있는 사회적, 의료적 맥락을 파악하였다. 지방의료원 문제 발생기전은 지방의료원의 존립기반과 같은 내부적 기전과 지방의료원을 관리하는 구조와 정책과 같은 외부적 기전으로 구분하였다. 지방의료원 문제는 최종결과(공공병원 정체성 상실과 지역거점병원 위상부재)에 직접 연계되는 중간결과와 기전으로 구분하였다. 이를 종합한 최종결과는 [그림 5-3]과 같다.

[그림 5-3] 6개그룹 면담에 기반한 지방의료원 문제와 기전, 결과에 대한 CMO분석



자료: 본 보고서 pp.277-283의 분석 결과를 토대로 한국보건사회연구원에서 제작

가) 사회적, 의료적 맥락

① 공공의료에 대한 무지와 부정적 인식

이번 질적 조사에서 면담한 모든 사람들이 공통적으로 짚어내는 문제 중 하나가 공공병원 혹은 공공의료에 대한 인식이 부족하다는 것이다. 각 면담그룹에 따라 공공의료에 대한 인식에 대한 문제가 다양한 층위로 나타났다. 환자그룹은 공공병원이 있는지 없는지 모를 정도로 존재감이 없는 문제가 있다고 하였다. (공공)의료는 교육과 마찬가지로 국가가 담당해야 할 공공서비스인데 정부의 일반 관리나 고위 담당자들이 공공医료를 잘 모를 뿐 아니라 교육조차 받지 않는다는 것이다. 마지막으로 시·도 관계자나 의원들이 ‘공공병원은 너저분하다’, ‘민간병원이 있는데 별로 필요하지 않다’, ‘안되면 문 닫는다’는 식으로 공공의료의 가치에 대한 무시 혹은 부적절한 인식을 갖고 있다.

원장	- 의료체계 전체를 어떤 식으로 관리해야 될지에 대한 정부의 일반 관리들, <u>최고 의사결정권자들의 교육 항목에 그런 게 안 속해 있어요</u>. 한 사회가 구성되어 나가려고 하면 교육도 중요하고 공장도 중요하고 여러 가지 있는데 의료만 빠져 있다고. <u>도의원들도 너저분한 병원에서 너저분한 환자나 보고, 격하를 시켜버리잖아</u>. 마치 사회복지의 일부분인양. 그런데 원장들이 좋은 의사를 구해서 양질의 의료서비스를 제공하자. 이런 문제가 되는 거죠
일반직원/ 노조원	<u>시 단위의 의원들은 공공에 대한 마인드가 없는 거지. 의료원이 왜 필요가 있나</u> 민간병원이 충분히 감당할 여력이 되는데, 매각하라고 공개적으로 요구하고 도 집행부에서도 그렇게 추진을 하는 거예요.
환자	<u>지금 일반 시민들이 의료원에 대해서 잘 모릅니다</u>. 거기 대한 홍보도 제대로 필요하고, 그래야지 많은 분들이 이용을 하시고 하지 - 좋은 얘기가,..모르겠고요, 나쁜 얘기도 없었어요. 의료원에 대해서는

② 신자유주의하 경쟁·성과주의

- 공공성을 잠식하는 민간경영 논리

해방이후 공공의료는 정부의 보건정책에서 방치된 영역이었다. 우리나라에서 ‘공공의료를 해본 적이 없다’고 할 정도로 공공의료에 대한 정책이 부실했다는 비판이 있었다. 한 지자체 정책담당자는 ‘국민건강보험이라는 공적 재원이 마련되면서 민간의료기관이 급속히 확대되었고, 공공의료의 비중과 의미가 훼손되었다’고 하였다. 이번 질적 조사 참여자들 대부분이 역사적으로 정부가 공공의료를 지원한 적이 없으며, 특히 IMF 시기부터 2000년대 후반까지 존립 기반 자체가 흔들리면서 생존하는 것 자체에 급급했다는 점을 강조하였다.

원장	우리 사회가 IMF 때만 해도 대단했었죠? 그때는 지방의료원 이런 데는. 생존하는 데만 급급했었는데, 공공의료원은, 의료 영역은 거의 다 민간 부문이고 정부에서 지원책이 거의 없었고...(후략)...
직원/노조원	- IMF 터지고 얼마 안 돼서, 그 때 거의 공공기관이나 공무원들도 채용을 안 했어요. ▲▲의료원은 97년도에 구조조정을 했어요. - 큰 병원하고 작은 병원도 경쟁을 하고, 민간병원과 공공병원이 경쟁하고, 이려다보니까 완전히 논리 자체가 일반 민간기업, 사기업, 제조, 이런 운영원리를 그대로 도입하는 거죠

한편, ‘공무원 혹은 공공기관의 비효율성이 도마 위에 올랐다’는 지적이 나왔다. 신자유주의적 이데올로기는 공공은 민간기업의 경영논리를 따라가야 한다는 것이다. 이 같은 맥락에서 지방의료원도 원장이 책임경영을 하는 구조로 전환된 것이다. 또한 일부 공공병원은 대학병원에 위탁되었으나, 실제 효과는 별로 없었으며 ‘대학병원이 ‘갑’이고 지방의료원이 ‘을’이 되는 부작용이 나타났다’고 하였다. 결론적으로 공공병원은 법인화를 계기로 중앙 정부에서 지자체로 이관되었으며, 스스로 생존할 길을 찾아야 하는 입장이 되었다.

원장	◆ 굉장히 시장이나 자유경쟁에 대한 어떤 순기능적 사회제도나 이런 게 많이 부족하다고 생각이 되어져요...(중략)...공공의료원이 이렇게 <u>공공기관의 비효율성이 공무원들의 비효율성과 마찬가지로, 그 비효율성의 정도를 누가 판단하고 그러는지는 모르지만, 여하튼 도마 위에 오르</u>고
직원/노조, 지자체 정책담당자	◆ 도의원들이 자기 나름대로 경영하는 사람들이라 의료원을 마치 그런 일반적인 경영 논리로 바라보는 게 그 사람들을 이해하고 설득하는 게 의원들이 새로 임기를 시작할 때 상당한 기간이 필요한 거고 그 사람들은 <u>의료원을 마치 구멍가게 운영하듯이 보고, 문제점이 많은 거죠</u> ◆ 독립채산제로 출자출연기관으로 움직이면 그자체가 일단은 경영도 하면서 공공성도 어느 정도 맞춰야 하는 게 원장 책임입니다
노조직원/ 일반직원	◆ 위탁운영은 여러 가지 폐해가 많거든요...(중략)...대학병원의 교수가 와서 진료를 한다 그러니까 홍보 효과가 상당했거든요. 그런데 일주일에 2-3시간 만 근무하고...(중략).. 파견 보내는 곳이 갑이 되고 지방의료원이 을이 돼서 종속적인 관계가 되어서 인사 갈등 등 여러 가지 부작용이 발생해요.

- 공공의료(사회적 효율)와 경영수익(미시적 효율) 간 충돌

지자체가 공공병원에 요구하는 효율은 경영수지를 맞추라는 것은 기관 단위의 미시적 효율을 의미한다. 주목해야 할 것은 공공병원의 목적은 공공의료라는 사회적 효율이지 ‘민간병원과 같이 돈을 잘 벌어라’고 하는 것은 아니라는 점이다. 공공병원의 효율을 이야기 할 때, 중앙정부에서 요구하는 정책사업 수행, 사회적 안전망 제공, 법과 규율 준수라는 공공적 가치를 구현하는 사회적 효율을 말해야 한다.

지방의료원은 대부분 의사를 고용하려면 상당한 고비용을 지불해야 함에도 불구하고 수익이 나지 않는 응급실이나 소아과를 필수적으로 운영해야 하는 조직이다. 민간병원이 수익을 내는 경영방식은 보건의료의 공공성과는 거리가 있다. 원장 면담에서 나온 것과 같이 ‘의사 수나 환자 구성’에서 현격한 차이가 존재하므로 이를 단순 비교하는 것은 비합리적이다.

원장	◆ ‘다른 병원도 돈 잘 버는데 너희도 돈을 벌어라, 그 돈으로 그 사회의 건강증진 일을 해라. 라는 게 대부분의 사람이 갖고 있는 생각이예요. 거기에 못 미치면 비효율이다 그렇게 생각을 하지. 안 그렇습니까?’
----	--

	◆ ▲▲에 민간병원이 있는데 똑같이 120병상이야. 의사 5명이야. 5명이 120병상을 봐. 술 먹는 산재환자들이 절반쯤 되고. ▲▲의료원은 의사가 16명이야. 생산성? 비교를 하면 안되죠, 그러면 내과하고 정형외과만 남기면 되요.
--	---

③ 민간병원 중심 의료공급체계: 대형병원 중심 진료문화

근본적으로 민간중심 의료체계에서 공공병원이 민간병원과 차별화되는 진료를 제공하기 쉽지 않다. 민간중심 의료체계에서 병원은 점점 대형화되었으며 상업화의 길을 걷고 있다. 이 같은 상황에서 2차병원의 역할이 모호해진 문제도 있다고 하였다. 민간병원 중심 의료체계에서 2차병원인 지방의료원의 위상은 미미한 수준이며, 공공병원으로서 정체성이 약해지고 있다는 것이다.

일반직원/노조원	◆ 우리 같은 경우는 미국보다도 공공의료기관이 별로 안 되잖아요. 이런 상황에서 공공의료기관이 민간병원과 차별화되기 어려워요. 들어왔을 땐 20프로였는데 15년 되니까 7%도 안되는 상황에서 민간이랑 차별화된 걸 논할 수가 없어요. ◆ 2차병원이 우리나라에서 역할이 되게 애매한 거 같아요. ◆ 큰 병원하고 작은 병원도 경쟁을 하고, 민간병원과 공공병원이 경쟁하고, 이러다보니까 완전히 논리 자체가 일반 민간기업, 사기업, 제조, 이런 운영원리를 그대로.
지자체 정책담당자	◆ 옛날에 괜찮았는데 △△의료원에 좀 큰 종합병원이 네 개나 있고 이 병원이 500병상 이상이기 때문에 다 들고 가는거예요. ◆ 전국민건강보험제도가 활성화된 89년도 이전에는 확실한 보장성과 정책성이 있었는데, 역할과 기능. 근데 그 이후에 의료시장이 확대되고 민간시장이 활성화되면서 공급이 퍼지면서 정체성이 불 분명해졌어요.

④ 건강보험확대와 저수가제도

국민건강보험이 확대되면서 역설적으로 공공병원의 입지는 위축되었다. 건강보험 확대로 늘어난 의료수요를 민간병원이 충족하는 방향으로 진행되었으며 의료체계의 중심이 민간병원으로 이전되었기 때문이다. 더

구나 행위별수가제에서 저수가 정책은 적정진료를 제공하는 공공병원에 더 큰 영향을 주고 있다는 비판도 나왔다. 공공병원은 비급여항목이 적을 뿐 아니라 저소득계층 환자를 주로 진료하고 있어 수가 인상 혜택을 보지 못한다는 것이다.

원장	의료보험제도 하에서 적정진료, 양질의 스탠다드 진료를 하게 되면 10% 원가 손실이 나고 의료급여환자는 거기서 또 10% 떨어 집니다.
의사	적자의 기본적인 근원이 어디냐 이런 것들을 조금 따져봐야 되는 데, ...중략...저는 그런 식으로 보는 거는 조금 문제가 있다, 사실은 수가가 낮은 거죠? 병원이 운영이 되려고 하면 적정수가는 굉장히 중요하다고 저는 봐요. 특히 공공병원은 비급여가 원천적으로 거의 없습니다.
지자체 정책담당자	전국민건강보험제도가 활성화된 89년도 이전에는 확실한 보장성과 정책성이 있었는데, 역할과 기능이. 근데 그 이후에 의료시장이 확대되고 민간시장이 활성화되면서 공급이 퍼지면서 정책성이 불분명해졌어요.

나) 지방의료원 문제의 내부적 원인/기전과 결과

① 취약한 존립기반: 특수법인 지위와 독립채산제

지방의료원은 2006년도 이후 ‘지방의료원에 관한 법률’이 제정되면서 지방공사의료원에서 특수법인으로 전환되었고 독립채산제로 운영되기 시작하였다. 당시 공공병원의 비중은 6.6%(의료기관수 기준)에 불과하였고, 지방의료원은 종합병원이지만 시설과 장비 등은 낙후된 상태였다. 반면에 민간 병원은 계속 커지고 첨단시설을 갖추고 있어서 이들 병원과 경쟁해야 하는 공공병원의 입지는 협소하였다.

지방의료원이 이 같은 상황에서 공익적 의료를 제공하면서 경영수지를 맞추라는 앞뒤가 만지 않는 요구를 받고 있다. 이번 질적 조사에서는 이 같이 모순된 요구에 대해서 ‘두 마리 토끼를 잡으라고 하는 것은 마치 사기를 치라는 것과 같다’는 의견이 나왔다. 즉, 현재 보건의료체계에서 공

공공의료를 하면서 경영수지를 맞추는 것은 양립하기 어렵다는 점을 지적한 것이다. 그러므로 원장 면담에서는 중앙정부 차원에서 공공의료에 대한 목표를 명확히 설정해야 한다고 하였다.

종합하자면, 지방의료원은 특수법인이라는 존재방식 자체가 공공의료와 잘 맞지 않으며, 공공의료시스템이 없는 구조 하에서 다른 국공립기관인 국립대병원이나 보건소와 비교하여 매우 취약한 상태로 판단된다.

원장	- 공공의료병원에 대고 너 공공의료 잘 하라. 경영도 흑자를 내라. 토끼 두 마리를 잡으라고 그러는데 토끼 두 마리 잡을 수 있어요? 토끼 두 마리 잡으라는 것은 사기치라는 것과 마찬가지로. - 공공병원은 열심히 환자를 보고, 거기서 생기는 적자든 흑자든 흑자가 되면 (정부 혹은 지자체가) 가지고 적자가 생기면 보증을 해주는 것이다. 그 대신 공공병원이 일 잘하느냐 못하느냐로 평가하면 된다. 왜 돈 버는 걸로 얘기를 하나?
의사	적어도 일정 비율 이상 되는 환자분들은 그냥 나라에서 무료, 무상의료처럼 그런 부분들은 확대가 되긴 되어야 되는데, 그렇게 되면 병원은 자립하라고 해놓고 나니가 그거는 힘들고 그렇게 하기는 해야 되겠고 그게 갈등인거 같아요.
일반직원/ 노조원	대학병원은 월급 걱정 없죠. 그러니까 우리와 또 달라요. 우리는 독립채산제이면서도, 도지사가 정치에 영향을 타면서 지자체가 도세가 약하다고 하면 지원해주는 것도 없어요. 할 수가 없잖아. 재정이 약하니까 자립도가 낮으니까.
지자체 정책담당자	공공의료라고 하는 명시적으로 법률체계나 이런 데에 용어를 넣었기 때문에 하자는 거지 실질적으로 공공의료를 할 수 있는 시스템이나 체계를 가지고 있지 못하고 그거를 요구하고 강요하는 것이 과연 어디까지 견딜 것이냐

② 공공의료 맞춤형력 부족

- 의사인력 부족과 그로 인해 초래되는 중간 결과(mid outcome)

지방의료원은 일부 대도시에 위치한 경우를 제외하고 의사인력이 부족하다. 이번 질적 조사 결과 의사부족 현상은 수(數)적 측면에서 해소되는 상황이지만 여전히 일부과목 의사(예: 재활의학, 신경외과 등)는 확보하지 못하고 있다. 공공병원에서는 필요한 의사 충원 뿐 아니라 근무하고 있는 의사의 역량과 같은 질적 측면에도 문제가 있으며 구체적 내용과 함께 이로 인해 초래되는 결과는 다음과 같다.

- 첫째, 의사들도 인정하는 바와 같이 공공의료에 대한 인식이 부족하다.
- 둘째, 지방의료원은 2차병원이며, 3차 의료기관에서 하는 고도전문의료 보다는 일반적 진료가 필요하다. 하지만 의사들은 분과전문의 방식 진료에 익숙하여 잘 맞지 않는다.
- 셋째, 의사들의 빈번한 이직으로 의료장비 및 시설 활용이 저하된다.
- 넷째, 의사가 해야 될 업무 중 일부를 간호사가 대신하고 있는 경우가 많아서 이들의 업무 부담이 크다.
- 다섯째, 진료의 지속성을 포함한 의료의 질이 낮아지고 환자의 신뢰를 떨어트리고 있다.

의사	• 우리나라 모든 의사 중에서 공공병원에 나는 희생을 하면서 가겠다는 사람은 없을 것이고, 저도 그냥
원장	• 의사들이 굉장히 많이 들락거려요. 의료원와서 (보니) 첫 해는 의사가 반이 나가요. 병원이 잘 되려면 의사가 적어도 고정적으로 있어야 합니다. ...(중략)..., 전국 의료원에서 5년 이상 장기적으로 있었던 의사가 몇 퍼센트나 되는지 조사해보세요. • 처음에 내과 의사 네 명 가지고 움직였는데 지금은 여섯 명으로 늘려놨어요. 당신은 호흡기내과와 감염 같이 봐라. 오케이?... (중략).. 일반 내과의사는 전체를 융통성 있게 해야되는데, 대학병원은 그게 안 된다.
환자	♦ 의사들 좀 쉽게 말해서 의사들도 저기하면 좀 붙잡아두고 그래야되는데...(중략)...이렇게 보면 ▲▲라고 내과과장 하던 사람도 조금 능력 되니까 ▲▲병원으로 갔었고 그 뭐 의사보고 잘한다고 다니다보면 없어져.
일반직원/ 노조원	♦ 간호사들이 느꼈던 점 중에 힘든 점이 뭐냐 하면 의사들은 손님 같은 기분이예요. 여기는 자기 병원이 아니고. ...(중략)... 제가 처음에 들어갔을 때만 해도 의료원에 오는 의사선생님은 대학병원 교수로 내정되어 있으면서 한 1, 2년 쉬려고 오시는 분들이 오셨거든요. ♦ 시설 장비는 저희가 ▲▲▲ 병원하고 크게 차이가 안 나는 부분이지만 심장이나 이런 쪽은 의사가 없기 때문에 그 장비를 쓸 데가 없어요.

- 대학병원 의사파견 효과는 별로 없다!

공공의료를 이끌고 나갈 진료인력이 양적으로, 질적으로 부족한데, 여러 면담그룹에서 대학병원 의사 파견은 근본적 대책이 아니며 실효성이

없다는 의견을 제시하였다. 이는 의사 뿐 아니라 원장, 직원, 지자체 정책 담당자 모두 일치된 견해를 보였다.

- 간호사 부족 문제의 원인과 결과

공공병원에는 간호사가 부족문제가 심각하다. 모든 조사 그룹에서 이 문제가 거론되었다. 특히 직원/노조원 면담그룹에 간호사들이 포함되어 있어 구체적 실상을 파악할 수 있었다. 지방의료원은 대부분 간호인력 등급이 6~7 등급 수준이었다. 조사한 병원 중 한 곳에서는 외래부문 소아과와 산부인과 합쳐서 간호사 1명과 간호조무사 1명을 배치하고 있다고 하였다. 또한 젊은 간호사들이 이탈하는 경우가 많아서 업무 수행에 지장을 받고 있으며, 책임급 간호사들이 액팅 간호사 이직 문제로 '심장이 덜컹 내려앉는다'고 할 정도로 부담을 갖는다고 하였다.

공공병원의 간호사 부족 문제는 병상 운영을 제한하고 있으며, 병원 내 질 향상(quality improvement) 활동이나 공공의료사업을 잘 수행할 수 있는 역량을 갖추는데 장애요인이 되고 있다.

직원	• 지금 우리가 재활병동이 ▲▲병상으로 오픈해야 되는데 (<u>간호사 가 없어서 일부 밖에 오픈 못 했어요.</u>)
원장	• QI 활동은 아주 형식적입니다. 응급실 수간호사가 겸직으로 최근에 임명을 했고, 감염관리 담당 간호사도 없어서 검사실장이 해 왔는데...(후략)
원장	• 그러니까 2~3년 된 사람들이 계속 빠져나가는 게 3~5년 된 사람도 그렇고. 그 다음에 공공사업을 잘 할 수 있는 보건인력이 확보되어 있는가?

③ 지리적 접근성 문제

모든 지방의료원이 지리적 접근성이 문제가 되는 것은 아니지만, 조사 대상 중 2개 병원 관계자들이 지리적 접근성을 중요한 문제로 지적했다. 이 문제는 지난 수 년 간 이루어진 신축이전 과정에서 파생된 것이다. 또한 취약지에 있는 지방의료원은 인구 규모 자체가 적기 때문에 의료에 대

한 유효수요가 작다는 문제를 앓고 있다. 지리적 접근성이 문제에 대해서는 면담한 원장, 의사, 직원 모두에서 동일한 문제의식을 갖고 있었다. 이 같은 상황은 언론에서도 문제의식을 갖고 보도된 바 있다

원장	환자들 접근성이 떨어지잖아요. 의사 1인당 생산성은 지역에 있는 의료원들과 비교해도 우리 의료원이 최저야.
의사	- 입지 면에서 나쁘지 않은데 인구 규모가 작고 병상수가 적으니까 규모의 경제가 안되는 거죠 - 이렇게 산골에 요양병원 있는데서 접근성이 떨어진 게 정말 힘든 ... (중략)... 로케이션 문제. 그런 데서도 문제가 크죠. ... (중략)... 탁상에서 앉아서 하시는 분들 때문에 일어난 일이지요. 여기가 적자의 큰 이유 중 하나가 접근성 떨어지는 거.
직원	신축 이전을 하니까 접근성이 떨어졌어요.

④ 서민진료, 비수익필수의료와 정직한 진료

지방의료원은 현재 정체성의 혼란을 겪고 있지만, 공공의료에 대한 미션을 기본으로 하고 있다. 따라서 민간병원과 비교해서 비급여항목이 적으며 적정진료를 제공하고자 하는 지향점을 갖고 있다. 또한 지역거점병원 역할을 수행하기 위해서 의료급여 환자를 포함한 저소득층 진료를 주로하면서 의료수익이 나지 않는 진료(응급실, 소아과)를 제공해야 한다.

원장	- 우리 병원에 비보험 항목은 MRI 하나밖에 없어. 대학병원 가면 특진비도 있고 그래도 비급여 항목이나 재료대도 많이 있고 하는데 여기는 아무것도 없어. - 그분은 아무래도 경영을 많이 했으니까. 마이너스 경영의 유일한 이유가 공공의료 때문이다 답을 찾았어. 적정의료라는 것이 있다. - 일요일 개인 소아과 문 다 닫았는데 공공의료원 와야 된다고. ... (중략)... 공공의료의 애로가 취사선택을 못 해 - 공공의 사명을 하기 위해서 특별한 비용이 좀 더 듭니다.
----	--

⑤ 민간병원과의 경쟁

지방의료원이 직면한 심각한 문제 중 하나는 민간병원과 비교했을 때 불리한 지리적 입지이다. 예를 들어 특정 지방의료원의 경우 해당 지역에서 3차 민간종합병원이 없기 때문에 지역거점병원으로 성장할 수 있었지만 다른 지방의료원의 경우에는 민간병원이 과잉 공급되어 있는 상황에

서 성장하기가 어려운 여건을 가지고 있다.

지자체 정책담당자	• 옛날에 괜찮았는데 △△의료원에 좀 큰 종합병원이 네 개나 있고 이 병원이 500병상 이상이기 때문에 다 들고 가는 거예요 ... (중략)... 의료여건은 지금 ▲▲시 의료원이 제일 나운데 ▲▲에 큰 병원이 없어요, 그래서 지역거점역할을 할 수 있을 것 같고
--------------	---

다) 공공병원의 외부기전: 지방의료원에 대한 이중적 관리구조와 비체계적 정책

① 중앙정부와 지자체의 정책의지와 역량부족

원장면담에서는 지자체나 중앙정부 모두 정책의지가 부족할 뿐 아니라 지방의료원을 방치해두었다고 하였다. 즉, ‘해방이후에 손을 안댄 것이 아니라 그냥 쪽 놔두었다’고 할 정도로 정부의 공공의료에 대한 관심과 지원이 없었다는 것이다. 따라서 중앙정부나 지자체가 공공병원을 체계적으로 관리한 경험이 없고, ‘의료에 대해서, 병원경영에 대해서 별로 노하우가 없다’는 비판이 나왔다. 정부가 병원 운영에 대한 전문성이 부족해서 ‘현장의 목소리가 반영이 안되고있어’ 정책과 사업이 현실과 유리되고 있다는 것이다. 대표적 사례로 공공병원이 신축된 이후 발생하는 운영상 문제에 대한 예측이나 대안을 준비하지 않았다고 하였다.

원장	• <u>해방 이후에 손을 안댄 것이 아니라 그냥 쪽 놔둔 거잖아요. 해본 적이 없잖아요.</u> 이제 해야죠. 장비 지원도 한지가 2~3년 밖에 안 된거죠. • 대부분 지방자치단체가, 의료에 대해서는, 병원 경영이나 이런 것에 대해서는 <u>별로 노하우들이 없어요.</u> 사실은 중앙정부도 전문가 는 아니에요. • 복지부도 똑같아요. 의료원 신축 설계 심의를 하는데 주인 없는 병원을 짓고 있어. <u>현장의 목소리를 반영할 수 있는 사람이 없다는 거예요.</u> • <u>백지에서 생각을 하면, 신축이전을 했으면 기존보다 병상이 늘었 어요. 당연히 인력이 늘어야죠. 의사도 늘어야 하고 진료과목도 늘어야하고 건물도 커졌으니까 관리비도 많이 나가야 하고 커지 는데 대한 운영 계획이 나왔어야죠.</u> • (도는) 관심도 많고 지원도 해주려고 하지만 우리가 생각하지 못 하는 것, 예를 들면 <u>정책을 같이 개발하는 것은 하지 못한다.</u>
----	--

- 뒤늦은 현대화로 인한 공공병원 위상 저하

지방의료원 현대화가 늦어지고 다른 병원에 비해서 위상이 낮아지게 된 것에는 민간병원이 자리를 잡은 후에 뒤늦게 지원을 시작한 것이 영향을 미쳤다. 지자체 정책담당자는 비교적 이른 시점에 시설현대화를 한 지방의료원과 비교해서 2000년대 후반에 지원을 받은 경우 지역에서 차지하는 위상과 경영상태가 좋지 않음을 지적하였다.

지 자 체 정책담당 자	◆ ▲▲(의료원)은 8▲년도에 현대화를 했고 20▲▲년도에 리모델링을 다 했어요. 그렇게 해서 이 지역에서 현대적인 의료서비스를 수행할 수 있는 체계를 미리 갖췄어요. 그래서 지역 안에서의 인지도도 높아요. 신뢰도도 높아요. ○○(의료원)은 어려운 상황도 겪긴 했지만 20▲▲년도에 본관을 새로 지었어요. 이 두 개 의료원은 그래서 경영적으로 안정화가 되어있어요....(중략)...반대로 말씀드리면 현대화가 늦어진 △△와 ●●(의료원)은 경영상황이 안 좋을 수밖에 없죠.
--------------------	---

② 이중적 관리구조와 병원운영 역량 부족

이번 질적 조사에서 지방의료원에 대한 관리체계가 이중적 구조이며, 이 같은 부실한 관리체계가 공공병원에 부정적 영향을 미치고 있다는 인식이 강한 것으로 나타났다.

직원면담에서는 중앙정부와 지자체가 공공병원을 바라보는 잣대가 다르다고 하였다. 병원 입장에서는 ‘평가는 공공병원으로 받고 있지만 도에서는 경영을 중심으로 하면 이리지도 못하고 저리지도 못한다’고 하였다. 중앙정부는 공공병원에 정책사업을 요구하고 있지만 지자체에서는 관심이 없으며 ‘지금과 같은 (이중)구조에서는 앞으로 발전할 수 없다’고 하였다.

지자체 정책담당자에 대한 면담에서는 지자체는 지방의료원에 대해 출자출연기관으로서 법과 규정을 지키는 것에 대해서 책임을 지며 경영개선헌획안을 받거나 행정 관련해서 관리를 하고 있다고 하였다. 다른 정책

담당자는 국민의 생존과 직접 관련이 있는 의료에 대해서는 보다 더 적극적인 국가정책시스템 안에 포함해야 된다는 의견을 가지고 있었다.

- 지금 공공병원에 대해서 잣대가 두 개가 있는데 공공병원 실제 목적이 민간 병원에서 못 하는 부분을 하는 것인데. ...중략...도에서는 공공병원도 좋지 만 차별이는 해야 되는 거 아니냐. 병원 입장에서 평가는 공공병원으로 하고 있고 도에서는 경영을 중심으로 하면 이러지도 못하고 저러지도 못하고
- 지방의료원의 중요한 역할 중에 하나가 정책병원이거든요. ...(중략).. 중앙정부에서 하는 그런 프로그램을 자치단체에 소속되어 있는 병원들보고 하라고 하면서, 자치단체에서는 또 중앙정부에서 하는 거는 관심도 없어요. 포괄수가제가 뭔지 보호자 없는 병동이 뭔지 담당자들도 설명해주면 그때서야 알 아요 지방의료원이 지금과 같은 구조 위치를 가지고서는 앞으로도 마찬가지 예요. 발전할 수도 없어요

③ 운영예산 부족한테 인프라만 지원하는 문제

중앙정부에서 지방의료원이 법인으로 전환되는 시점 전후로 인프라 구축을 지원하였으며, 그 결과 지방의료원의 시설과 장비가 개선되었다고 하였다. 하지만 여러 면담그룹에서 공공병원이 경영수지가 적자일 수 밖에 없는 구조에서 운영비를 지원하지 않는 것은 심각한 문제라는 비판이 반복되었다.

우선 원장면담에서 공공병원이 운영비 걱정으로 안정적 운영이 되지 않는다는 지적이 나왔다. 의사들은 정부가 공공병원에 지원하는 것이 3~4백억 규모인데 이를 ‘전부 시멘트 예산이에요. 건물 짓고 장비 사고 그래봤자 뭐 합니까. 거기서 운영할 인력은 없는 것이 정말 심각한 문제’라고 비판하였다. 노조 및 일반직원 면담에서도 공익적 적자에 대한 연구도 했는데 그걸 근거로 해서 운영비 지원을 해야 된다는 주장이 나왔다. 또한 공공병원이 진료수익을 올리는데 한계가 있어서 ‘국가가 (운영비를) 지원해주든가 아니면 의사인력을 지원해야 한다’는 의견도 있었다.

원장	• 정부 지원이 시설장비에 초점을 두고 있어요. 많이 좋아졌어요. 400억 가량 들여서 리모델링도 하고 해서 장비는 굉장히 좋아졌는데..(후략)..
----	--

의사	• 지금 정부에서는 공공병원, 1년에 전체 지방의료원에 매년 3~4백 억 정도 지원이 될 걸요. 그지원 다 어디로 가는지 자세히 보세요. 사람한테 안가요. 인력한테 안 가고 전부 다 시멘트 쳐바르는 데만 간다고. <u>시멘트 예산이예요 건물 짓고 장비 사고 그깟봤자 뭐 합니까. 거기에서 운영할 인력은 없는데 정말 심각한 문제예요.</u>
노조원/직원	• 운영비를 지원할 뿐 아니라 여러 가지 문제가 있는데 일단 재정과 관련해서는 당연히 공익적 적자, 착한 적자 연구도 했고 법안도 올라가 있기 때문에 그걸 근거로 해서 운영비지원은 가야 하는 거고 ♦ 진료수입을 늘리기 위해서는 메이저급 진료과장님 아니면 진짜 특수한 진료파트가 있어야 되는데 실제로 33개의 지역의료원 중에서 그런 게 되는 의료원이 얼마나 있겠어요....중략... 국가적으로 어느 정도 지원이 들어가야 되고 아니면 의사인력을 지원해주든가.

한편, 지자체 정책담당자는 지방의료원당 10억 정도를 운영비로 지원 하는 것이 바람직한 것으로 생각되지만 ‘(운영비) 지원을 해도 인건비로 사용되어 다시 적자나 나서 악순환이 된다’는 주장이 있어서 어려운 것으로 파악하고 있었다.

라) 지방의료원에 사회·의료적 맥락과 기전으로 인한 최종 결과

① 경영적자와 임금체불 문제

수익이 적은 기전으로 지방의료원의 위치가 인구밀집 지역을 벗어나 있거나 취약지 특성으로 인구가 적어서 아무리 노력해도 의사 1인당 생산성을 올리는데 한계가 있다는 점이 제시되었다. 또한 의료급여 환자를 포함한 저소득층 진료가 우선이며, 의료수익이 나지 않는 진료(응급실, 소아과)를 제공해야 한다.

비용이 많은 기전으로 지방의료원 대부분 의사에 대한 인건비가 수도권 지역에 비해서 현저히 높고, 직원 중에 장기근속자가 많아서 민간병원에 비해 인건비 비중이 높다는 점이 제기되었다. 또한 공공병원이므로 법규를 준수하고 국가 정책에 부응하는 업무를 수행하는 점, 동일한 노숙자

진료를 해도 제대로 하려면 비용이 더 든다는 점도 강조되었다.

지방의료원 대부분이 경영적자를 보이고 있는 상황에서 공공병원 직원들의 임금이 체불되는 일이 발생한다. 조사한 병원 중에서 절반 이상이 직임금체불이 있으며, 체불 상태가 1년 이상 지속된 경우도 있었다. 임금체불은 직원들의 사기가 떨어지고 있으며, 퇴직금 지급이 계속 지연되는 상황에 처해있다.

② 경영자율성 저하와 의료수의 추구 문제

원장들은 지방의료원이 예산에 대한 지원을 받아야 하는 상황에서 책임은 크고 권한은 적어서 자율경영이 어렵다고 하였다. 의사들도 지방의료원 원장에 대해서 경영평가 압박에 시달리고 있어서 독자적 의사결정을 하거나 병원 내부의 행정직을 통제하기 어렵다는 의견을 가지고 있었다, 직원들도 지자체로부터 가지는 원장 권한이 제한적이라는 의견을 보였다.

원장	원장에게 책임과 권한을 동시에 줘야지 <u>책임은 많은데 권한도 없고 예산은 쓰지도 못하면 어떻게 자율경영을 하겠느냐</u>. 서로 대등한 협력관계를 구축하고 그래야 합니다.
의사	최근 4년, 6년, 8년 정도 전부터는 원장이 정치적인 자리가 되고 도지사 바뀌면 이제 바뀌는 거예요....(중략)...2년짜리 원장이 와 가지고요 뭘 몰라요.
노조원/직원	지사나 지자체장이 원장을 임명을 해요. 조례에 보면 인사나 임금에 대해서 도지사가 승인을 하게끔 되어 있어요. ... (중략)...모든 걸 다 도에 승인을 받다보니까 자율성이 없어진 거예요.

- 지자체의 경영개선 요구: 진료실적 압박하는 목표관리제

최근 공공병원이 적자운영이 문제시 되면서 매출을 증가시키려는 압박이 거세지고 있다. 면담에 응한 의사들은 최근 공공병원이 경영적자 문제로 진료실적에 대한 압박이 민간병원 행태와 다를 것이 없다고 하였다. 한 의사는 무의식적으로 처방을 늘리게 된 경험을 말하면서 “나는 절대로 그런 의사가 아니라고 생각했는데... 나도 그렇구나”라는 점을 깨달았다고 하였다.

수익추구 경영으로 인해서 발생하는 과다진료에 대해 다른 면담그룹에도 질문하였는데, 상반된 인식을 갖고 있는 것으로 나타났다.

노조활동을 하는 직원들은 임금을 받아야 하는 현실에서 일정 한계에서 묵인할 수 밖에 없다고 하였다. 그리고 과잉진료를 하면 흑자는 날수 있으나 공공병원으로서 정체성을 잃는 문제가 발생한다고 하였다.

성과급을 만들었는데 의사들이 과잉진료를 하는 거야. 그래서 일정부분 우리도 열어줬어. 우리도 월급 받아먹어야 하니까. 의사들이 10% 이상만 과잉진료 하면 지방의료원 바로 흑자 나오. 그런데 그러면 우리가 정체성을 잃으니까.

원장면담에서 대부분은 경영수지 문제로 적정진료가 어렵다는 고민을 토로하였으며, 노조원 면담과 마찬가지로 이러한 경향이 지속된다면 공공병원으로서 정체성이 흐려진다는 우려도 있었다. 반면에 다른 원장은 명은 성과급제도가 의사들을 적극적으로 진료하게 하는 목적이지 과다진료를 하라는 것은 아니라고 하여, 입장 차이를 보였다. 지자체 공공의료 담당자 면담에서도 수익추구 경영으로 인해서 적정진료가 문제가 아니라는 입장이 있었고, 다른 담당자는 공공병원 의사들이 성과급 때문에 과다진료 하지 않는다고 하여 서로 상반된 인식을 보였다.

	과다진료 함	과다진료 안함
원장	우리병원이라고 과잉진료 안한다고 생각하지 않아요. 진료 실적/높은 몇몇 과에 대해서는 객관적 잣대를 들이대면 100% 과잉진료라고 믿고 있어요.	과잉진료는 일체 안해요. 공공병원이니깐. 다만 적절한 진료를 해야 하는데 의사들이 무관심을 보입니다. 과잉진료는 안해도 적극 진료는 해야 되는데, ...(중략)... 조금 더 진료를 적극적으로 하도록 의사들 목표관리제를 도입했습니다.
지자체 정책담당자	결국에는 현장에 있는 의료기관에서는 임금다주고 줄 수 있는 구조, 그리고 경영이 정상적으로 운영이 될 수 있는 체계로 빨리 끌어올리고, 그때까지는 공공의료다, 적정진료다. 이런 이야기 할 필요도 없다고 생각해요.	성과급이 되어야 된다고 생각합니다. 근데 성과급 때문에 의료원에 근무하시는 분이 무리를 해서 과잉진료를 저는 하지는 않을 것 같아요. 수준이 그 정도가 안됩니다.

한편, 공공병원에서 명목상으로 공공성 가치를 내세우면서 실제로 매출 증가를 강요하는 상황은 의사들의 전문적 자율성을 훼손하는 것으로 적정진료에 높은 가치를 부여했던 의사들에게는 부정적 영향을 미치고 있다.

③ 최종결과: 정체성 상실과 지역거점병원 위상 부재

공공병원의 정체성이 흔들리면서 ‘탈공공화’ 되는 것과 지역거점병원으로서 위상이 없는 것으로 수렴된다. 면담한 원장, 의사, 직원 모두 공공병원이 돈벌이, 즉 경영논리로 운영되다 보면 민간병원처럼 되고 ‘그렇게 되면 정체성이 흔들린다’고 하였다.

원장	◆ 원장님들 중에 한분이 <u>정말 민간병원과 똑같아지면 경영 못해서 진주의료원처럼 매각하는 것이 아니라 민간병원과 너무 똑같아지니까 매각해도 괜찮은 병원이 될까봐</u> (두렵다고 한다) 그렇게 민간병원화 된다. 그렇지만 돈을 벌긴 벌어야하고 죽겠다.
노조원/ 일반직원	◆ 정부가 어쨌든 안정적으로 지원할 수 있는 시스템이 없고 그냥 벌어서 먹고 살아라. 아니면 폐쇄하거나 민영화할 수밖에 없다. 이렇게 원장한테 압박을 주니까 운영시스템이 민간병원과 닮아가는 거예요.
지자체 정책담당자	◆ 저희가 급성진료를 할 수 밖에 없는 게 급여나 저소득층, 장애인, 재활형 호스피스 이런 걸 해야 하는데 경영의 압박을 받고 있어서 사실 잘 못하고 있어요.(B) ◆ 의료기관의 특성상 공공적인 요소를 가지고 있지만 현실은 그 아래서 효율을 창출하지 못하면 운영을 할 수가 없습니다.

원장면담에서는 지방의료원에게 주어진 지역거점병원 역할과 현실의 괴리가 심각하고 ‘옆에 있는 중소병원보다 못하며’, 지역의 어떤 목표를 수행하기 위한 거점병원인지가 불분명한 현실이다. 지방의료원에 대한 이 같은 진단은 공공병원에 보다 근본적인 변화와 개혁이 필요함을 암시하고 있다.

원장	- 지역거점병원이라는 게 이게 굉장히 모호해요 용어 자체가. 거점 병원이란 무엇을 수행하기 위한 거점이잖아요. <u>어떤 목표를 위한. 그러면 지역의 어떤 목표를 수행하기 위한 거점이에요 지방의료원?</u> - 그렇죠. 지역거점병원이죠. <u>지역거점이니까 여기서 많은 것을 해결해 줄 수 있어야 한다. 그런데 여기는 아직 정신과도 신경외과도 없고 하니까 교통사고환자들은 다 보냅니다.</u> - 옆에 있는 중소병원보다 못해요. 다른 병원이 다 심혈관촬영을 하는데, 말이 지역거점 병원이지 사실 의미가 없죠.
----	--

마) 공공병원 관련 정책 이슈

① 공공병원의 노조활동은 지방의료원 활성화에 걸림돌인가?

지방자치단체는 지방의료원으로부터 전반적인 행정관리를 포함한 분기별 경영개선계획을 보고받고 있으나 여러 사안 중에서도 인사조직, 임금협상 등과 관련해서는 노동조합과 협상이 맞물려 있기 때문에, 관리상 한계가 있다는 것이다. 특히, 이런 상황을 중앙 정부가 고려하지 않은 채 요구해서 어려움이 있다고 하였다.

노조 활동 직원	<u>공공병원에서 노동조합의 역할은 경영진에 대한 견제가 중요한 역할을 하는 거죠. 예를 들어서 적정진료를 하는데 문제가 있다. 조합에서 나서서 이 부분을 막아주고 시민들이나 국민들의 편에서 의견 제안을 하고 못 하도록 막아주는 역할도 해요.</u>
의사	그분들은 평생 있는 분들이구요. 병원장도 3년 마다 바뀌고, 의사도 물론 그러니까 결국 그 사람들이 중요하다고 볼 수 있죠... (중략)... <u>병원의 주체는 지금은 노조죠. 평생직장이니까. 의사</u>
일반직원	- 노조원은 아닌데 노조는 필요하죠. 저희같은 경우는 노조가 경영자하고 대립각을 세우지는 않는데 그래도 노조 지부장이나 노조에선 본인들의 의견을 전달하고 하니까. - 병원 쪽에 직접적으로 정부에다가 의견을 얘기할 수 있는 데가 노동조합밖에 없다고 생각하기 때문에...(중략)...지자체에 아무리 얘기해봐야, 병원하고 노조와의 관계를 떠나서, 그런 부분 때문이라도 노동조합이 필요한 거 같아요.
의사	인력 채용할 때도 반드시 노조와 협의해서 해야 되고 인사권을 행사할 때도 원장이 노조와 협의를 해야 되요. 그래서 노조의 경영참여가 굉장히 강력하게 되어있어요. 그건 노조의 입장에서 당연한 거죠. <u>그런데 문제는 노조 역할이 경영에 참여하면 경영에 책임을 지는 거잖아요? 책임을 안 져요. 권한만 행사하려 하지</u>

지자체 정책담당자	◆ <u>실제 병원의 경영에 있어서는 우리가 어떻게 할 수가 없어요. 왜냐하면 그 안에는 또 노조가 있습니다.</u> 노조가 있으면 전체적인 경영이라든가 복리후생이나 이런 거는 노조하고 또 협약을 해서 하는 거지
--------------	--

② 수가인상이 경영수지 개선에 효과가 있는가?

포괄수가제를 적용받는 지방의료원에 대해서 수가를 올리는 정책은 별 실효성이 없다는 진단이 나왔다. 지방의료원은 2차 병원으로서 다빈도 질환을 진료하는 경우가 많아서 상대가치가 낮기 때문에 수가를 올려도 원가에 미치지 못한다는 것이다. 즉, “중소병원에 대한 의료수가 인상 영향은 거의 없다”는 것이 공통된 견해였다. 다른 한 측면으로는 취약지 지방의료원들은 장비와 시설, 일부 인건비에 대한 지원을 받고 있으므로 “수가를 올려서 해결하려고 해서는 안된다”는 의견도 있었다.

③ 착한적자 논리로 지원하는 것의 의미는 ?

최근 중앙정부가 지방의료원에 대해서 공공적 업무로 인해서 발생하는 적자를 별도로 측정하여 그 만큼만 지원하겠다는 정책이 논의되고 있다. 이에 대해서 면담한 원장 중 한 분과 노조활동 직원은 전혀 지원하지 않는 것보다는 긍정적이며, 공익적 적자에 대한 근거를 만들어서 지원을 받아야 한다는 입장을 표명하였다.

다른 한편, 착한적자의 개념이 원칙적으로는 문제가 있다는 입장도 있었다. 즉, 공공병원이 하는 전체 업무, 즉 ‘과잉진료가 아니라면 공공병원이 하는 모든 행위는 착한 적자로 봐야 한다’는 것이다.

④ 민간병원은 공적 의료서비스를 제공할 수 있는가?

공공의료기관의 비중이 적어서 의료취약지에서는 민간기관에게 공적 의료서비스를 제공하도록 할 수 있게 법률이 개정되었다. 이에 대해서 이번 질적 조사에 참여한 대상자들은 상반된 의견을 제시하였다.

우선 민간병원이 공공의료를 제공할 수 없다는 입장이 있었다. 이번엔 면담한 공공병원에서 근무하고 있는 의사들이 민간병원에서 의료서비스를 공익적으로 제공할 수 없다고 하였다. 민간병원은 수익을 올려야 하므로 '적자를 감수하며 이끌어나간다'는 의지가 없기 때문이다. 지자체 정책담당자 중 1명은 의료취약지에 응급실 같은 공공적 의료를 민간병원이 제공한다면 이를 지원할 수 있다고 하였다. 반면에 공공병원 원장 중 한 명은 민간병원에게 인건비를 지원하면서 운영하라고 하면 더 잘할 수 있다고 주장하였다.

원장 (찬성)	차라리 민간의료기관 들어서 국가에서 인건비 대주고 다 지원해 줄게 운영해라. 공공병원의 반만 대주면 아주 친절하게 바르게 될 거예요. 요즘에는 국가에는 민간병원에도 공공의료역할을 할 수 있도록 하는 건 아주 방향을 잘 잡았습니다
지자체 정책담당자 (취약지인 경우 찬성)	▲▲(의료취약지)이나 이런데 유일한 민간병원은 응급실을 유지한다거나 하면 공공성을 유지하고 있기 때문에 그런 면에서 응급의료기금을 지원하지 않습니까, 공공병원과 같은 역할을 하기 때문에 지원을 해줘야 되는게 맞지요.
의사 (반대)	- 민간병원에 물어봤는데 과연 민간병원이 정말 순수하게 할 수 있을까가 제가 의문입니다. ...(중략)...제가 봐서는 분명히 거기서 어떤 이차적인 득을 얻던 직접적인 득을 얻던 분명히.. (중략) 요즘은 요 @@원.. 옛날만 하더라도 우리가 처음에 의료원 하더라도, 정말 열악하고 완전히 낡아빠진 환자들 민간병원에서 안 받았거든요. 요즘은 로비해서 서로 데려갈라 그래요. - 민간부분에서 공공적이기는 힘들 것 같아요. 적자가 나는데 거기서 수입을 올려야... 저는 이런 공공병원에서 적자를 감수하고 그래도 이끌어 나가야된다고 생각, 소외계층이나 그런 사람들을 많이 보게 되더라고요.

힐러리 웨인라이트(2003)는 ‘국가를 되찾자(Reclaim the State)’라는 책에서 양질의 공공서비스에는 법률적으로 환원될 수 없는 측면이 있다고 하였다. 이번 조사에서도 한 원장은 공공병원에서 민간병원과 접근하는 방식에 차이가 있다는 점을 처음부터 그런 환자를 제대로 관리하기 위해 노력한다는 말로 설명하였으며 구체적 내용은 다음과 같다.

이제 공공의 사명을 하기 위해서는 특별한 비용이 좀 더 들어갑니다. . . .(중략)... 우리는 그런 게 아니고, 처음부터 그런 환자를 제대로 관리하기 위해서 직원을 채용하고 돌보기 때문에 출발 자체가 비용이 좀 든다. 그 다음에 의무 기록이나 각종 통계 관리나 사업계획이나 다르게 접근을 하잖아요?

5) 공공병원의 미래상과 발전과제

가) 공공의료의 가치 회복과 명확한 목표에 대한 합의

국내 보건의료체계에서 지방의료원은 공공医료를 담당하는 마지막 보루이다. 공공의료의 가치는 ‘어떤 이유로든 지역주민을 차별하지 않으면서, 정직하고 신뢰할 수 있는 진료를 제공하고, 사스 위기와 같이 지역공동체의 안전에 필요한 업무에 대한 책임을 지는 것’이다. 이는 공공병원의 역할로서 환자를 포함한 모든 관계자들이 동의하는 것으로, ‘지방의료원에 관한 법률’에서 명시된 지역거점병원의 역할과 부합된다.

공공기관의 비효율성만 부각되고, 공공재의 가치를 희생해온 저간의 정책구조와 사회적 풍토가 위에서 언급한 괴리 발생에 상당한 영향을 미쳤다고 본다. 이는 ‘중앙정부나 지자체가 공공의료의 목표를 설정하고 있지 않으며 공공의료체계가 존재하느냐’는 비판이 나오는 것에서 확인할 수 있다.

이번 조사에서 고무적인 점은 공공병원 이용자들이 ‘공공병원이 정직한 진료, 친절한 진료를 제공하는 것에 높은 의미를 부여하고 있으며, 공공병원이 있어야 서민이 편안하게 진료를 받을 수 있다’고 한 것이다. 즉, 지방의료원이 보편적이면서 필수요료를 제공하고 취약계층에 대한 의료적 안전망이 된다는 점이 민간의료와 차별되는 특성이다. 민간중심, 상업화된 의료체계에서, 공공병원에 근무하는 의사들이 주민들에게 효과적이고 안전한 진료를 제공하는 것은 합리적 의료이용의 기준을 제시할 수 있

다. 환자안전에 대한 사회적 관심이 높아지고 있는 상황에서 보건의료노동의 표준을 제시하는 것도 공공의료가 사회적 필요를 충족하는 것으로 생각된다.

다시 말하면 공공의료의 가치는 기관 단위의 수익성을 우선하는 것이 아니며, 의료에 대한 사회적 필요를 충족하는 데 있다. 또한 공공서비스의 가치는 법률적으로 환원될 수 없고 잘 계측되기 어려운 것이다. 그러므로 공공의료의 가치에 대한 재인식이 필요하며, 주민들이 공공의료 가치를 인정하고 지지할 수 있는 방안을 마련하는 것이 요구된다.

나) 공공병원의 지역거점병원 역할과 양적 확대가 필요한가?

현실적으로 민간중심, 대형병원 중심 의료체계에서 축소된 공공병원의 가치가 무엇인지에 대한 고민은 그리 간단하지 않다. 이번 질적 조사에서 공공의료나 지역거점병원 역할에 대해서 회의적 반응이 상당히 많았다. 병원의 생존을 위협받는 상황과 법률상 명시된 역할 간의 괴리가 크기 때문이다.

지방의료원의 발전 방향 중 하나는 현재 상황에서 할 수 있는 틈새를 찾는 것으로, 민간병원이 진료하지 않는 영역을 찾아서 ‘특성화’를 추구하는 것이다. 다른 하나는 보다 근본적 개혁으로 공공병원의 역할에 충실하도록 물질적 토대와 진료역량을 갖추는 것이다. 지역거점병원에 걸맞는 역량을 갖추고, 취약계층 만이 아닌 전체 주민들에게 양질의 의료, 필수요료를 제공하는 것이다. 이를 한 원장은 “지역의 종합병원으로서 500병상 이상이 되어야 하며 이 정도 규모의 공공병원을 곳곳에 키워야 한다”고 주장하였다.

지방의료원 노조원들은 중장기적 발전방안으로 공공의료의 지역특성화와 양적 확대를 주장하였다. 지역특성화와 관련하여, 일부 노조활동가들은 정신과나 재활진료 등을 사례로 언급하였다. 반면에 민간에 비해

수적으로 열세인 상황을 극복해야 공공의료가 바로 설 수 있으므로, 공공의료의 비중을 최소한 30% 정도로 확대하자는 의견을 피력하였다.

원장	• 대학병원과 개인(의원) 사이에 있는 종합병원으로서 역할을 해야, ▲▲같이 경쟁이 굉장히 심한 데는 그런 역할을 어떻게 찾아내느냐가 우리 숙제기도 한데, ... (중략)... <u>특성화 방안이 하나가 있고</u>, 다른 하나는 급성기, 위기 개입이 끝난 환자의 나머지 케어를 해 주는 것이다. • <u>민간이 할 수 없는 것을 공공이 하면서도</u> 지역주민에게 양질의 진료를 제공해주자. 가장 이상적인 모습이죠. 그렇게 되려면 우리 의료원은 조금 더 인력이나 시설이 현대화 되어야 하지요. (• 지역거점병원이 <u>지역에서 종합병원</u>이어야 하는데 그러기 위해서는 500병상 이상, 의사수도 50명 정도가 되어야 하고 ... (중략).. <u>그 정도 규모 (공공병원)를 곳곳에 많이 키워야 되요.</u> (C)
노조직원	• <u>공공의료의 역할을 최소한 30% 수준까지 끌어 올려야 지금 90%가 넘는 민간병원들이 제대로 역할을 하게 만들면서</u> 우리 사회에 전체적으로 의료 사각지대가 없고 가난해서 병원에 못 가는 사람들이 없는 그야말로 지역주민 건강을 챙기는 사회적 역할을 할 수 있어요.

다) 공공의료인의 양성

공공병원 의사가 부족할 뿐 아니라 공공의료에 대한 의식을 가진 의사는 더욱 부족하다는 문제가 있다. 임상진료에 있어서 분과전문의 방식의 전문의과정이 보편적 진료를 제공하는 종합병원에 적합하지 않다는 문제도 지적되었다. 이번 조사에서는 지자체 정책담당자들이 의과대학 교육과정을 개선하는 방안 등과 함께 ‘공공의료인을 양성해줘야 되요’라고 한 것과 같이 공공의료인을 위한 사관학교가 필요하다는 의견도 제시되었다. 또한 현재 의사들에 대한 재교육이 필요하고, 비전을 가질 수 있도록 복지혜택이나 임상연수를 지원하는 것이 필요하다고 하였다.

공공병원이 간호사 부족문제는 심각하며, 젊은 간호사들이 여러 가지 문제로 인해서 이직하는 일이 많다. 현재도 간호사를 확보하기 위해서 정규직으로 채용하고 있으며 초과근무에 대한 수당을 지급하고 있다. 간호

사 채용 시 직급 자체를 올리자는 의견도 많으나 병원 내부 혹은 지자체와 잘 협의가 되지 않는다고 하였다. 한편, 의사와 간호사의 새로운 근무 유형도 제시되었는데, 휴일/야간 진료를 담당할 수 있는 병동주치의나 야간근무 간호사 등과 같은 것을 의미한다.

공공병원 진료인력 문제를 해결하는데 있어서 임금과 교육, 복지를 종합적으로 고려해야 하고, 공공의료인의 체계적 양성과 새로운 근무 형태 도입까지 포함한 획기적 방안이 필요하다고 본다.

라) 공공의료 관리체계: 국가역할 강화 혹은 국가직접관리체계

이번 질적 조사에서 면담한 관계자들 모두 지방의료원에 대한 이중적 관리구조가 문제라는 인식을 갖고 있었다. 또한 ‘국가가 공공의료와 지방의료원을 방치하고 있다’는 인식을 갖고 있었다.

이 문제를 해결하고자 한다면 ‘지방의료원을 누가 책임지고 어떻게 관리하는 것이 합당한가?’에 대한 해법을 찾아야 한다. 한 원장은 ‘(공공의료를) 국가가 책임질 부분이나 자치 단체가 책임질 부분이나 하는 문제에 대해서 정치하는 사람이 정리를 해야 되는 것 아니냐’ 라고 하였다. 한편, 지자체가 운영에 대한 전적인 책임을 지는 것에 대해서 부정적 인식이 많았는데, 서울시를 제외한 지자체들이 재정상태가 열악하고 시·도 단위에서 관리하는 것이 비효율적이며, 지역에 따라 공공의료서비스 격차가 커지는 문제도 발생하고 있기 때문이다.

이번 질적조사 면담자 중 상당수가 ‘국가가 공공병원을 직접 관리하는 체계로 전환해야 한다’고 하였으며, 일부는 현재보다 국가의 역할을 강화하는 수준에서 입장을 표명하였다. 공공의료에 대한 궁극적 책임주체는 국가이며, 공공의료 수급의 형평성, 국가와 지자체의 재정분배 구조, 관리 효율성 측면에서 더 합리적이라는 것이다. 한편, 국가의 역할을 지금보다 강화하자는 입장은 ‘중앙정부와 지자체의 재정분담이나 중앙정부의

의료인력 지원을 요구하였다(표 5-6).

〈표 5-6〉 지방의료원 관리체계 개선안 의견 비중: 국가관리 일원화와 국가역할 강화

면담그룹	국가소유로 관리 일원화	국가의 역할 강화
원장	●●●	●● (중앙과 지자체의 적절한 재정분담)
의사	●●●	
일반직원/ 노조직원	●●	● (중앙정부의 인력지원)

마) 안정적 운영을 보장하는 지원정책과 성과개선

현재 공공병원은 직원들의 임금이 체불되는 문제, 의사 충원을 위해 수도권에 비해서 고임금을 지불해야 하는 문제가 심각하다. 이 같은 상황에서 정부가 시설과 장비만 지원하는 것은 부적절하다는 지적이 있었다. 즉 시설과 장비를 유용하게 사용할 수 있는 인력을 충원하고 시스템을 갖추는데 지원하는 것이 합리적이라고 하였다.

- 지방의료원에서 운영비가 부족한데, 최소한 운영비 때문에 고민은 안 하게 만들어줘야죠. 그래야 직원들 사기가 생기고 해볼 의지가 생깁니다. 그래야 의사 수급도 원활하게 되고, 좋은 의사들이 충분한 숫자가 일을 해야 환자들이 좋아하죠.

공공병원도 다른 병원과 같이 다양한 직종의 인력이 일하는 복잡한 조직이다. 지자체의 관리감독을 받고 있으며, 의사결정 구조도 복잡해서 자율적 경영이 어렵다. 의사를 제외한 직원들의 임금은 공무원보다 낮은 상황이고, 체불되는 경우도 많다. 이번 조사에서 직원들이 민간기업보다 적극적이지 못하다는 지적이 나왔고, 공공병원의 performance 문제는 개선되어야 할 것이다. 하지만 공공병원의 performance를 올리는 것과 의료수익을 우선순위로 하는 문제는 구별되어야 하며, 현재와 같이 힘든

조건에서는 안정적 운영이 가능한 환경을 조성하는 것과 병행되어야 할 것이다.

바) 공공의료체계와 관련 제도 개혁

이번 질적 조사에서 면담한 모든 관계자들이 공공의료체계라는 것이 현재는 없지만 향후 국립대병원과 지방의료원, 보건소 간 네트워크를 만들고 상호 간의 역할분담을 하는 체계를 만들어 한다는 의견이 나왔다.

또한 그 동안 국가적으로 의료수요를 진단해서 지역별 공급체계를 관리해야 하는데 그러지 못했지만 이제라도 병상의 과잉공급을 규제하는 제도 도입이 필요하다고 하였다.

마지막으로 공공병원은 수가의 개념에서 벗어나야 하고 의료보험이 아닌 조세로 운영하는 것이 바람직하다는 의견도 나왔다.

6) 소결

지금까지 지방의료원이 공공병원으로서 역할과 문제점에 대해서 질적 조사한 결과를 종합해서 분석하였고, 다음과 같은 결론을 내릴 수 있다.

지방의료원은 우리 사회에서 공공의료를 책임지는 최후의 보루와도 같은 공적의료기관이다. 하지만 현재 공공병원은 인력문제와 함께 경영적 자로 인해서 병원의 존폐를 걱정하는 상황에 직면해있다. 보건정책에서 공공병원이 지속적으로 배제되어왔으며, 지방의료원의 존립기반이 취약하고 관리체계 또한 문제가 있는 것으로 판단된다.

이 같은 상황이 반전되려면 공공병원에서 가장 중요한 미션은 공동체에 필요한 의료를 제공하는 것이 미시적 효율보다 우선해야 한다는 점을 인식해야 한다. 향후 지방의료원이 공공병원으로서 역할을 제대로 수행하기 위해서는 안정적으로 운영될 수 있는 토대를 마련해야 하며, performance 개선은 안정적 토대 위에서 요구하는 것이 타당하다. 이는 현

재의 이중적 관리체계, 지원방식과 인력문제를 모두 포괄한 혁신적 변화를 요구하는 것이 된다.

하지만 해방이후 지금까지 공공의료에 대한 경험이 부족하며, 무엇보다 공공의료를 담당할 주체가 빈약한 현실에서 변화와 혁신을 이끌어낼 전략은 분명하지 않으며, 무척 지난한 일로 예상되고 있다. 한 지자체 정책담당자는 이를 다음과 같이 언급하였다

‘굉장히 큰 변화와 혁신과 같은 소용돌이를 진주처럼 겪어야 되요. 그렇지 않고서는 그렇게 갈 수가 없어요.’

제4절 국립대학병원에 대한 실재주의적 분석

1. 목적

국립대병원에서 근무하고 있는 의사들의 실제 인터뷰를 내용을 바탕으로 공공병원으로서의 국립대학병원의 위상과 역할, 문제점과 함께 향후 국립대학병원의 공공성 회복을 위한 방안을 모색하고자 수행되었다.

2. 조사방법 및 대상자 특성

국립대학병원의 전문질환센터 및 공공보건의료사업실에서 근무하고 있는 의사 3명을 대상으로 약 2시간에 걸쳐 반구조화된 질문지를 바탕으로 초점그룹면담을 실시하였다. 조사대상자는 평균 5년 이상 해당 국립대학병원의 전문질환센터에서 근무하고 있는 의사 2인과 공공보건의료사업실에서 근무하고 있는 의사 1인으로 구성되었으며, 연령은 모두 40대에 해당하였다.

3. 결과

가. 공공병원으로서 국립대병원의 역할

1) 적정진료 및 고도의료서비스 제공

국립대병원에서 근무하고 있는 의사들의 경우 공공병원으로서 양질의 적정진료 제공이 중요하다는 점에는 모두 동의하고 있었다. 그러나 그것에 대한 합의된 정의 혹은 개념을 가지고 있지는 않은 것으로 나타났다. 고도 진료를 저렴한 비용에 제공하는 것, 수익성은 없으나 환자들에게 반

드시 필요한 서비스(교육, 코디네이션 등)를 제공하는 것 등 비교적 환자들이 필요로 하는 ‘환자중심 의료’를 양질의 적정의료라고 인식하고 있는 것으로 보였다.

- 빅5 정도의 어떤 고급진료를 하면서 값싸게 하라는 좀 그런 의미로 들리는 부분들이 있어요...(중략)...양질의 의료가 제일 중요한 것 같아요.
- 양질의 의료하면서 특히 심혈관센터를 해보니까 심혈관센터에 이제 돈 안 되는 여러 가지, 환자들은 필요한데 돈이 안 되는 서비스들이 몇 개 있어요. 교육이라든지 코디네이션 기능이라든지...(후략)..

2) 의료안전망 구축

「국립대학병원 설치법」에 의하면 국립대학병원은 공공의료기관으로서 지역 취약계층의 보건의료문제를 파악하고, 이를 해결해야 한다는 역할이 법적으로 명시되어 있다⁷⁴⁾. 면담대상자들도 국립대병원에 요구되는 주요 역할로 취약계층 대상 서비스, 낮은 수익성 때문에 시장 논리로 제공될 수 없는 서비스(호스피스, 신생아 집중치료실 등), 의료사회복지서비스 등과 같이 필요한 의료서비스 제공이 큰 부분을 차지한다는 점을 인지하고 있었다.

- 의료안전망문제. 취약계층들, 당신들 국립대병원이라고 하는데 어떻게 할거냐...(후략)..
- 돈 안되는 거 호스피스라든지 아니면 뭐 신생아집중치료실 그런 수가가 안 되서 사립병원에서는 도저히 안하는 그런 부분들을 국립대가 하라고 역할은 정해놨어요.
- 의료사회복지라는 개념에 활동을 할 수 있는 공간이 돼야지 될 수 있는데 그게 이제 현대구조에서 수가랑 뭐 이렇게 다른거 다 어차피 못 한다고 치고 지금 할 수 있는 것은 그 오는 사람들에 대한 상담과 배려 이런 거를 좀 구조적으로 해줄 수 있으면 좋겠죠.

74) 국립대학병원은 “「국립대학병원 설치법」 제8조(사업) 6. 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제2호에 따른 공공보건의료사업”에 의거, 보건의료 보장이 취약한 계층에 대한 의료공급 사업을 실시해야함.

3) 권역 거점의료기관 역할

권역 거점의료기관으로서 국립대학병원에 해야 되는 역할은 다른 공공 의료기관을 아우를 수 있는 ‘컨트롤 타워’ 기능이다. 국립대병원 전문질 환센터에 대해 중앙정부가 인프라를 지원하는 만큼 지역 공공의료에 대한 책임의식을 가져야 한다는 요구가 있다. 국립대병원 내에서도 지방의료원, 보건소와 연계하고 중앙과 기초를 잇는 징검다리로 역할이 필요하다는 인식은 어느 정도 있지만, 이를 실제로 실현시킬 수 있는 메카니즘이 부족한 상황이다. 특히 국립대병원 CEO들은 이에 대한 필요성조차 자각하지 않는 모습을 보인다고 하였다.

- 권역 전체를 쫓 바라보면서 의료원하고 같이하고 보건소하고 해가지고 취약 계층은 이런데. 뭐 보건소는 역할을 이렇게 하고 의료원은 이렇게 하고 그 다음 우리 국립대는 맨 마지막 보루로서 뭘 하자라고 하면 되는데 그게 전혀 사실은 잘 안돼요.
- 권역 국립대학교에 이렇게 센터부터 해가지고 엄청나게 지원을 해줬으니까 당신들이, 의료원이 국립대에 가서 큰집 역할을 하라고 요구를 해라라고 하는데...(중략)...근데 원장한테는 그런 이야기 하면 원장님은 전혀 뭐 그런데에 대한 감은 없으신거죠.

나. 공공의료사업 현황

정부는 전문질환센터를 근간으로 지역의 고급의료에 대한 수요를 해결하고자 하였다. 면담 내용에 따르면 여러 전문질환센터 가운데 심뇌혈관 질환센터의 경우 이용 환자들의 건강결과 측면에서 긍정적인 평가를 받을 뿐만 아니라 운영 실적도 높은 것으로 확인되었다. 특히 심뇌혈관센터가 활성화되면서 응급실 전담인력이 확보되는 등의 긍정적 효과(spillover)를 보이고 있는 것으로 나타났다. 하지만 국립대병원 내 모든 전문질환센터가 자생 능력을 가지고 있지는 않으며, 국가의 재정적 지원(운영비)이 지속적으로 요구되는 상황에 놓인 것으로 알려졌다. 이와 관련한

주요 연구결과에 따르면, 권역심뇌혈관센터는 평가 대상인 3개 대학병원에서 상주당직 운영을 개선으로 24시간 대응체계를 구축하였으나(이건세, 2011 97p), 지역 호흡기질환센터, 류마티스 및 퇴행성관절염센터에 대해서는 역할과 기능이 분명하지 않은 것으로 보고되었다(이건세, 2013 138p, 139p).

- 심혈관질환센터는 그거(공공의료사업)하고 별개의 사업이에요. 하지만 실은 심혈관질환센터가 잘 굴러가야지 이게 잘나오는...그래서 이렇게 시너지. 특히 ○○대병원은 그간의 인터벤션을 3교대로 해낼 수 없는 구조가 이제는 할 수 있는 구조로 되었고, 그전에 기계도 없었는데 기계도 생기는거고...이게 진료를 끌고 들어왔기 때문에 전 성공적이라고 봐요.
- 원래 당초에는 지정했던 센터를 다 지정해서 이제 그 소위 말하는 지역에 있는 그 해당분야, 분야에 따른 여러 가지 문제를 해결하는 하나의 수단으로 쓰겠다는 의도로 공공전문질환센터를 지정을 했는데, 이제 다 지금 돈이니까 이런 모델 다 돈이잖아요. 이제.. 답이 안나오는거죠.

공공보건의료사업실은 국립대병원 차원에서 수립하는 공공보건의료계획, 공공의료사업(취약계층 대상 의료지원사업·다문화가정지원사업 등), 질평가 등을 담당하고 있다. 최근에는 1) 수익성이 낮아 공급이 적은 (필수)보건의료사업, 2) 취약 집단을 대상으로 하는 공공의료사업에 대한 논의가 확산되고 있다고도 하였다.

그러나 관련 예산이 적어 권역 내 공공의료 수요 흡수를 위한 적극적 사업 수행에는 어려움이 있다고 하였으며, 대학병원 내 이해당사자(병원 임원진, 타 과 의료진 등)를 설득하여 지역사회 필요서비스를 계획하는데는 상당한 기간이 소요되는 것으로 확인되었다.

- 그 병원의 공공의료 컨트롤타워가 사실은 공공보건의료사업실인거죠... (중략)...총망라했을 때, 사업실은 2500에서 4500까지 차등적으로 예산을 지원받아요. 2008년 때 시작해서 올해가 7년째...(중략)...저희가 깜짝 놀란 사실은 재경부(기획재정부)가 이 사업 뭇을 없애라! 그런 결론을 몇 년째 하고 있다고 하는데...(중략)..존치평가라는걸 해서, 부적절하다는..(후략)..
- 진료이외에 수익을 내지 않는 사업, 개인이 아니라 집단을 대상을 하고 있는 사업, 이런 부분에 대한 것도 같이 아울러야 되지 않느냐라는 얘기가 나오면서, 근데 최근 들어서 그걸 취합하는 과정인데 그 취합 기전을 만드는 것도 한 2년 이상은 걸려요.

다. 국립대학병원 공공의료의 문제

1) 의료수의 추구경영으로 인한 ‘탈공공화’

국립대학병원은 명목상 국가 소유의 공공성 실현을 목표로 하는 공공 병원이자 의료 인력을 양성해내는 교육기관에 해당한다. 하지만 실제 국립대학병원 운영에 영향을 미치는 주요한 가치는 공공성보다 경영수지인 것으로 나타났다. 개별 의사의 진료 실적이 바로 원장에게 보고되는 시스템으로 인해 적정진료의 제공이 어렵고, 이러한 진료 환경은 사립대병원과 차별점이 없다고 하였다. 이처럼 국립대병원이 노골적으로 공공성보다 경영 성과를 추구하는 현상을 ‘탈 공공화’로 분석하였다.

- 1순위가 일단 경영이구요. 공공의료는 이름이 국립대라고 걸려있으니까 그렇게 하고, 개인교수별로 하루실적이 원장한테 정확하게 올라가니까.
- 원장님들 3년마다 자기가 계약이 되니까 재계약될려면 자기 성과 중에 제일 크게 경영성과거든요.
- 국민 전체를 대상으로 한 보편적 의료를 제공한다 이런 미션이 어느새 사라지고 국립대병원은 지불능력이 되고 지불의사가 있는 사람만 이제 품게된 거고.
- 그 제도(행위별 수가제)에서 살아남아 될 행태가 바람직하지 않다고 판단되는 거는 제도의 속한거지 국립이나 사립이냐의 문제는 아닌 것 같아요.

한편 국립대병원이 노골적으로 공공성보다 경영을 우선시 하는 데에는 보건의료제도의 영향이 큰 것으로 나타났다. 전체 보건의료체계를 움직이는 지불보상제도인 “행위별수가제” 하에서 민간병원과 경쟁해야 하는데, 이를 거스르는 미션(공공의료)을 강요하는 것은 맞지 않는다는 것이다. 특히 4대 중증질환자 지원, 비급여의 급여전환 등으로 인한 수익구조 변화로 병원이 진료행위를 통한 수익에 더욱 집중하게 만든다고 하였다. 또한 국립대병원의 적자 문제는 병원의 존재 의미를 재검토하게 만들 수 있다 우려하고 있었다.

- 행위별수가제도를 만들어가지고 국가에서 만들어놨기 때문에 그렇게 할 수 밖에 없는거예요. 다른 미션을, 그걸 거스른다는 건 불가능한 거죠.
- 경상차액 참 없애버렸지 국가가 4대 중증질환 그거 하면서 대학병원들이.. (중략)..수가로 이렇게 전환시켜서 관리할 생각은 안하고..(후략)..
- 뭔가를 만들어내면 낼수록 적자구조가 팍팍 되는거지. 그러니까 의료라는게 물건을 팔면 팔수록 마이너스가 되는 구조..(중략)..저희는 규모는 막 크지만 규모도 큰 것만큼 적자 자꾸 많이 늘어서 아마 국가 입장으로는 이걸 키워야 돼 말아야 돼 라고 생각이 들만큼.

2) 의사의 공공의료에 대한 인식 문제

현재 국립대학병원 소속 의사 대다수가 공공의료에 대한 고민과 의식이 거의 없다는 의견이 지배적이었다. 또한 있다 하더라도 공공의료에 대한 구체적인 상(像)이 있기 보다는 과도한 의료행위를 해서는 안 된다는 정도의, 일종의 의사 개인의 양심 문제와 공공의료를 결부하는 정도에 그치는 것으로 나타났다. 또한 공공의료 교육에 대한 내용이 법률에 따로 제시되어 있지 않으므로 이를 개선해야 된다는 의견이 제시되었다.

- 국립대병원이라는 게 없어요. 내 근무처가 그냥 △△대학교 병원이고 저기의 근원이 국립대학인지 내 진료 열심히 해가지고 월급 받는거다. 그냥 하나의 직장이라고 생각하는거지 이 사람들이 국립대 공공병원 교수라는 뭐 그런거에 대한 마인드가 사실 구성원들은 없습니다.

- ◆ 본질적으로 의료행위에 있어서는 심하게 좀 해서는 안되겠다는 그 정도 수준이지 별만 다르지는 않은거예요. ..(중략)...그런 걸 배워 본적도 없고 저도.. 뭐 이렇게 제시하는 법률도 없고.. 뭐 그런 거 아니었어요, 이제 좀 만들어야되는거 아니예요?

3) 지역사회 의견반영 통로 부재

오늘날 여러 공공병원에서 지역사회의 다양한 의견을 수용할 수 있는 채널을 마련하여 직접적인 문제해결을 위한 노력을 경주하고 있는 것으로 알려져 있다. 그러나 국립대학병원 운영위원회에 시민대표가 참여하지 않거나 참여하더라도 시민의 입장을 대변하는 대표라기보다는 지역의 지주, 병원의 입장을 방어해줄 수 있는 인사로 위원회가 꾸려지는 등 한계가 있음을 언급하였다.

- ◆ 시도의 어떤 병원인데 이사라든지 운영체제에서 당연히 시민대표들이 들어가야 되는데 없어요. 그냥 형식적으로 그냥 회의할 때 시민들 있는데 전혀 시민들의 병원이다 시민들이 참여하고 이런 부분들이 거버넌스가 있어야 되는데 그게 사실은 너무 없다...

라. 공공의료 관리체계의 문제

정부가 국립대학병원에게 공공의료에 대한 실천적 목표를 제시한 적이 없으며, 국립대학병원이 공공의료를 수행한다면 안정적 운영이 가능하도록 지원할 수 있다는 정책적 의지를 표명한 적이 없는 것으로 나타났다.

또한 중앙정부가 전문질환센터에 대해서는 주요 인프라를 지원했지만, 이후 센터가 주민의 건강에 미치는 영향이나 업무과정에 대한 관심은 없다고 언급하였다. 마찬가지로 지자체에서도 공공보건의료에 대한 의지가 적어, 국립대학병원을 권역 거점의료기관으로 세우고 다른 공공병원들을 활용하는 계획을 세운다는 것은 기대하기 어렵다고 하였다.

- 정부에 아무도 의료정책이나 이런 걸 통해서 국립대병원을 써가지고 뭔가 정책목표를 달성하기 위한 수단으로 생각해 본적 아니 목표 자체를 제시해 본적도 없잖아요. ...(중략)...지역에서의 이런 체계를 만들기 위해서 국립대 병원이 만들어라 이렇게 두고 적자나는거 매꿔주겠다. 외래 다 폐쇄하고 중증도 입원위주로 가라. 이런 식으로 한 적이 없잖아요.
- 그러니까 하겠다고 했던 그 부분을 중앙에서 확인 안 해요. 돈이 잘 나갔나? 그 돈으로 건물 지었나? 여기까지죠. 실제 이제 뭐 진료를 해서 사망률을 줄이고 훨씬 더 좋게 하는건 관심이 없고, 인력 확충이 됐는지, 그 역할을 하고 있는지 확인하지 않아요.
- 이번에도 6기 지역보건의료계획서를 만들고 있어서 △△시하고 같이 자문도 하는데 거기 공공의료 담당자라는 분이.. 그냥 의료원은 우리가 이제 시에서 돈을 지원해주는 행정관리감독기관이라고 생각하는 거지 어떤 공공의료적 관점에서 이런 미충족 의료가 있고 이런 것들이 있어서 △△시가 플레닝을 해가지고 가자는 것은..국립대병원은 무슨 역할을 하고 의료원은 뭘을 어떻게 하고는 거의 없는.. (후략)...

마. 공공의료에 대한 사회적 인식 부족

병원 이용자들의 공공의료에 대한 인식은, 국립대병원은 공공의료와는 거리가 멀고, 공공의료는 경제적으로 어려운 취약계층이 이용하는 주변적 의료의 개념으로 이해하는 것이 대부분인 것으로 나타났다. 또한 공공의료 문제를 해결하기 위하여 고려해야하는 요소가 보건의료체계 전반의 문제와 관련을 맺고 있다는 점이 공공보건의료 문제를 근본적으로 해결하는데 어려운 원인으로 꼽히고 있었다.

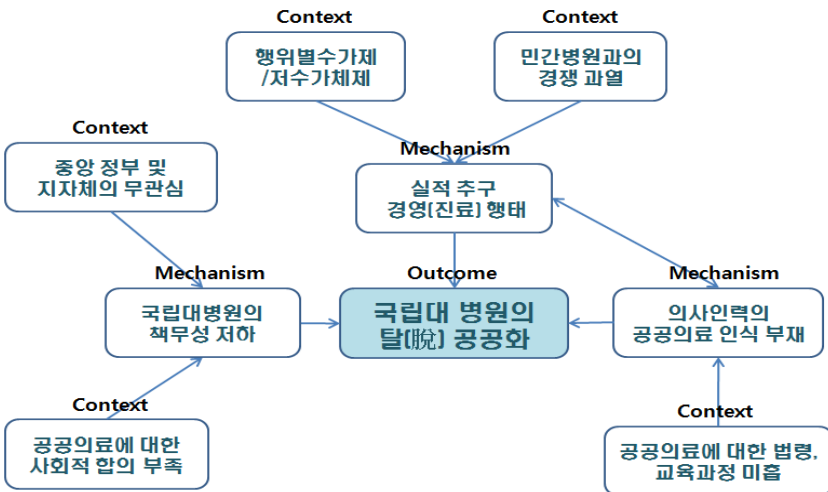
- 공공보건의료하면 떠오르는 느낌은 주변적인 거예요. 형편 안 되는 사람들을 위한 시혜차원의 특정한 서비스..(중략)..근데 공공의료에 대해서 시민들이 지금 그렇게 절박하지 않은 것 같아요. 국립대학병원을 공공보건의료하고는 좀 거리가 있게 생각하지요.
- 단순히 그냥 공공의료의 문제가 아니고 우리나라 의료 전반적인 그런 체계들 하고 사실 다 맞물려 있는 거라서 참 이게 대안을 제시하기가 상당히 쉽지 않은...(중략)...

바. 국립대병원 공공성 문제에 대한 CMO 분석

지금까지 살펴본 국립대학병원의 ‘탈 공공화’를 둘러싼 여러 수준·측면에서의 영향요인을 분석하였다. 중앙정부와 지자체 모두 공공의료에 대한 체계적인 지원과 의지가 거의 없으며, 공공의료에 대한 사회적 합의가 없는 부분이 국립대학병원의 공공의료 수행에 대한 책무성을 저하시키는 것으로 분석되었다.

보건의료제도 측면에서는 행위별수가제·저수가 체제 아래 민간병원과 경쟁해야 하는 상황에서 국립대학병원이 보이는 실적추구의 경영행태가 국립대병원의 탈공공화를 낳는 주요한 기전으로 분석되었다. 또한 미흡한 법령·교육과정이 의사의 공공의료 인식에 긍정적으로 영향하지 못하고, 실적 추구의 진료행태로 이어져 국립대학병원의 탈 공공화를 일으키는 것으로 분석되었다.

[그림 5-4] 국립대학병원의 문제와 기전, 결과에 대한 CMO 분석



자료: 본 보고서 pp.310-317의 분석 결과를 토대로 한국보건사회연구원에서 제작

사. 국립대병원의 중장기적 발전방안

1) 공공의료의 가치 되살리기

기존에는 국립대병원 내·외적으로 공공의료에 대한 관심과 요구가 낮았으나 공공의료 담당 조직의 지속적인 노력과 환경 변화로 국립대학병원의 공공의료에 대한 인식이 서서히 달라지고 있다고 하였다. 또한 앞으로 “공공성”이 돈으로 환산할 수 없는 중요한 가치라는 점을 사회·문화적으로 부각시키고자 노력한다면, 국립대학병원의 공공성 회복 여지는 충분히 있다고 판단하고 있었다.

- 우리 보건의료사업실 만들었고, 사업실 만들면 어쨌든 사람이 있으니까 실적도 정리하고 이러니까 지금 원장님들은 뭐 경영이 1순위라고는 하지만 공공보건의료사업실을 완전히 무시하지는 못해요. 진짜 뭐 10년 전만해도 관심도 없었죠. 근데 지금은 아 국립대병원에 이렇게 있어야 되는구나라는 그런 부분들을 느꼈죠.
- Invaluable한 가치이기 때문에 이걸 돈으로 보여주는 것 이상의 가치가 있어서 충분히 동기부여도 가능 할 것 같고, 저는 그래서 희망이 있다고 생각해요.

2) 공공의료에 대한 교육

앞서 분석하였던 국립대학병원의 문제점에 의하면, 의료서비스 제공 인력 및 병원 내 공공보건의료사업 수행 인력들에게 공공성의 가치에 대한 고민과 생각이 없는 경우 진정성 있는 공공의료의 수행이 어려울 것임을 알 수 있다. 또한 “병원장이 공공의료에 관심이 없어 사업을 추진하는데 어려움이 많다”는 점을 고려했을 때, 고위 정책담당자나 국립대병원 운영진에 대한 교육과정도 필요하다.

- 국립대병원에서 교육한 의사들이 지방의료원에 가니까 이게 뭐 교육을 국립대병원을 나왔든 사립대병원을 나왔든 공공적 마인드가 하나도 없다는 등.. (중략)..교육 및 연구도 공공적인 의사를 키워내고 이런 것도 틀린 것 같고.. 근데 정말 필요하죠.

- ♦ 국립대병원의 병원장은 진짜 아무나 되거든요, 지금? 그 아무나 되더라고 좀.. 아무나 되더라도 뭔가 좀.. 고만고만하게라도 할 수 있도록 뭔가 교육프로그램이 이런건 있어야 될 것 같아요.

3) 공공성을 반영한 국립대병원 평가

현재 전문질환센터 등 공공의료 관련 조직을 대상으로 지원되는 예산 내역에 대한 평가가 체계적으로 이루어지지 않고 있는 것으로 나타났다. 그러나 사업에 대한 평가와 함께 의료의 질에 대한 내용을 포함하는 등 국립대학병원 평가에 공공의료적 내용을 충실하게 반영하는 것이 필요하다. 특히 전문질환센터·공공보건의료사업실에 대해서도 공공성에 초점을 맞춘 평가를 실시하고, 적절한 환류체계를 갖춘다면 해당 조직의 기능을 활성화하는데 도움이 될 것이다.

- ♦ 심혈관센터가 운영비를 많이 주는데 그걸 주면서 보건복지부나 질병관리본부가 철저히 관리감독을 해야 되는거죠. 제대로 공공과 관련된 사업들을 하는지 그런 식으로 한다면 저희 입장에서는 그 역할을 충분히 하고 시민들 입장에선 상당히 좋은거죠.
- ♦ 어쨌든 조직은 만들어놔고 조금씩 뭔가를 하고 있는데 그럼 계속해서 운영비만 지원해주면 이 사업은 잘 되는거예요? 아니잖아요. 관리감독을 잘해야.. (중략).. 멀티플한 조건이 있어요. 심평원에서 질 관리(결과)를 공개하는 것도 굉장히 중요한 요인이예요.

4) 지역 공공의료체계 구축 및 공공병원의 양적 확대

권역 내 공공보건의료 체계를 구축하고 이를 실질적으로 운영할 수 있는 권한을 가진 공공보건의료지원단의 설치가 필요하며, 기존의 공공보건의료 사업 및 조직 간, 권역-지역 간 연계 필요성을 고려할 때 국립대학병원 내에 지원단을 설치하는 것이 장점을 가진다고 하였다. 또한 공공의료지원단의 기능으로 권역 공공보건의료에 대한 ‘싱크탱크’, ‘컨트롤 타

위' 역할을 해야 한다고 언급하였다.

- △△대병원이나 ○○대병원은 여기는 어쨌든 △△에서 제일 그래도 큰 병원이고 저희도 ○○에서 제일 큰 병원이니까 저희가 이렇게 제대로 된 길을 가면 다른 병원들이 알게 모르게 드러나진 않지만 좀 이렇게 ..(중략)..하고 따라오고 그런 부분들은 조금씩은 그런 긍정적인 효과들은 있는 것 같아요.
- 지역에서 뭐가 미충족 서비스고 뭐 이런 싱크탱크 역할을 해줄 것들이 정말 필요해요.
- (의료원이) 대학병원을 제외한 나머지 일상적인 거점의 역할들을 할 수 있는 방법이 뭐냐.. 자기가 그 역할을 우선 해가면서 다른 기관 역시 좀 견인할 수 있는 체계? 자신의 경험을 바탕으로 해서 이런걸 좀 만들어야 되겠다라는 생각을 최근에는 좀 하시는 것 같아요.

그리고 상업화된 의료시장에 대한 일종의 감시자·견제자 역할을 해야 할 공공병원이 전체 병원의 10%를 넘지 못하는 상황에서는 오히려 상업화된 의료에 압도당하기 때문에 공공의료가 구현될 수 없다는 의견이 지배적이었다. 현재보다 공공의료가 양적으로 확대되어야 나머지 상업화된 의료로 견제하는 효과를 낼 수 있다는 것이다.

- 지난 공공의료 계획하면서 왜 공공의료 확충을 30%를 했는지 아느냐. 30% 카는게, 지금은 10%도 안되잖아요. 이 10%가 90%를 바꿀 수는 없다는 거예요. 이 10%도 90%에 휩쓸려가지고 우리 지금 공공의료는 안하고 전부 돈버는쪽으로만 다 되는데, 이게 보니까 한 30%정도 되면 30% 때문에 70%가 눈치를 본다는 거예요.
- ..(중략)..또 한 가지는 수적인 열세가 큰 문제인거 같아요.
- 그러니까 수적인 열세, 민간이 너무 다수인 상황이 그런 지역주민이 아 우리 지역에 이 병원이 필요해 그래서 뭐 우리가 주인이 되어야 돼 이런거를 하기가 너무 어려운..(중략)

5) 정부의 공공의료 정책의지와 지불제도 개선

중앙정부가 공공의료의 개념을 가지고 국립대학병원-지방의료원-보건소 간 연계·협력체계에 대한 상(像)을 그리는 것이 필요하다고 언급되었다. 또한 공공의료에 대한 정부의 책임의식이 더 강해져야 한다는 지적도 있었다. 정부가 공공의료에 대한 확고한 의지가 없다면 정책이 지속되기 어렵기 때문이다.

- ♦ 국가가 진짜 선생님 말씀대로 공공의료의 개념을 가지고 그 다음에 밑천에 따라서 국립중앙의료원은 어떤 역할을 하고 국립대병원은 어떤 역할을 하고 지방의료원은 어떤 역할을 하고 지역에서 보건소하고는 어떤 역할을 하고 이렇게 되어야 되는데..(후략)...
- ♦ 국립대를 공공의료의 어떤 이런.. 판으로 끌고 가려면 보건복지부가 제일 중요하거든요. 보건정책반하고 공공의료과장하고 주무사무관 이 세 사람이 뭔가를 이렇게 마인드를 딱 가지고 있어야 되는데..(후략)...

한편 국립대학병원의 ‘탈 공공화’를 낳는 실적 추구의 경영행태 및 非 적정진료 문제는 수가가 낮은 상황에서 보장성을 강화해야한다는 미션을 부여받았기 때문으로도 분석되었다. 또한 공공성을 담보하는 합리적 병원 경영을 위해서는 지불보상제도 개선을 모색할 필요가 있다는 의견이 제시되었다.

- ♦ 행위별수가제도를 만들어가지고 국가에서 만들어놨기 때문에 그렇게 할 수 밖에 없는거예요. 다른 미션을, 그걸 거스른다는 건 불가능한 거죠



제6장

결론 및 정책적 제언

제1절 연구결과 요약

제2절 공공의료 개선방향과 결론

6

결론 및 정책적 제언 <<

이 연구에서는 공공보건의료의 발전방향을 도출하고자 지방의료원과 국립대병원 중심으로 현황을 파악하고 질적조사를 통한 실재주의적 진단을 시도하였다. 또한 심층 분석을 하고자 공공성에 대한 이론을 고찰하였으며, 일본과 미국의 공공병원 현황을 조사하였다. 주요 연구결과를 요약하고 시사점을 도출하였으며, 이를 바탕으로 정책방안을 기술하였다.

제1절 연구결과 요약

1. 보건의료의 공공성과 공공서비스의 가치

보건의료는 사람의 건강을 신체적, 정신적 정상 기능을 유지하는데 필요하므로 도덕적 중요성을 갖고 있으며, 보건의료서비스에 대한 필요를 공정하게 충족하는 것이 요구되며(Daniels, 2008), 이는 보건의료의 공공성에 대한 근거가 된다. 공공기관이 제공하는 의료서비스 내용이나 범위를 설정하는 것은 정책적으로 중요한 이슈인데, 현재 상황에서 공적의료서비스의 가치를 실현하는 방안을 마련하는데 있어서, Wainwright (2003, p38-39)가 “공공서비스의 가치는 공공조직이 자신의 업무를 포괄적으로 사고하고 민중의 필요를 고려하는 과정에서 만족을 얻게 되는 가치”라고 한 의미를 고려해야 할 것이다.

2. 일본과 미국 공공병원 현황과 시사점

- 일본 공공병원 현황과 시사점

일본의 공공병원 현황을 검토한 결과, 주요한 특성과 시사점을 도출하면 다음과 같다. 첫째, 일본 공공병원의 비중은 우리나라보다 3~4배 정도 높은 수준이며, 지역 의료에서 중요한 역할을 하고 있으며 공공병원의 규모도 큰 편이다. 둘째, 요코하마시의 시민병원 사례에서 의사를 포함한 직원 대부분이 공무원 신분으로 고용안정성이 있다. 요코하마시 보건당국에서는 정기적으로 예산을 지원하며, 이는 정책사업과 의사인건비 등을 포함한 경상운영비로도 사용된다. 셋째, 일본 총무성의 국립 병원 개혁은 재정 효율성에만 집중하고, 지역 차이를 고려하지 않는 획일적 방침이라는 점에서 비판받고 있다는 점에 주목해야 한다.

결론적으로 일본의 공공병원 비중은 우리나라보다 크며 의료공급체계에서 차지하는 위상과 중요성이 크며, 지자체의 지원도 상당히 체계적인 것으로 판단된다. 따라서 공공의료 정책담당자는 일본의 국공립병원에 대한 정책과 지원시스템이 갖는 장점을 수용하려는 노력이 필요한 것으로 생각된다.

- 미국 공공병원 현황과 시사점

미국의 병원체계를 고찰하여 국내 상황에 대한 시사점을 도출하였다. 첫째, 미국 병원의 대다수를 차지하는 지역사회병원 중에서 공공병원의 비중은 우리나라 보다 2~3배 정도 높다. 둘째, 지역사회병원 중에서 카운티와, 시가 소유한 공공병원이 영리추구를 적게 하면서 지역사회 편익을 많이 제공하고 있다. 민간비영리병원에게는 면세혜택에 대한 근거로 지

역사회 편익을 제공하도록 의무화하고 있지만, 지역사회에 기여하는 바가 적을 뿐 아니라 기대와는 달리 영리병원과 가까운 행태를 보이고 있다고 하였다. 이 같은 미국 사례를 참고할 때, 민간병원이 공공서비스를 제공하도록 지원하는 경우, 나타날 수 있는 부작용을 예측하고, 이를 예방할 수 있는 정책과 제도적 장치를 고민해야 할 것이다.

3. 지방의료원과 국립대학병원 현황과 문제

- 지방의료원

지방의료원은 지역거점공공병원으로서 급성기 2차 진료 및 포괄적 보건의료서비스를 제공하며, 주된 기능은 취약계층 진료와 비수의 필수서비스를 담당하는 것이다. 지방의료원은 현재는 2차 병원으로서 민간의료를 보완하는 기능으로 위상이 저하되었다. 이는 “역대 정부 모두가 홀대했다”는 언론기사가 말해주듯이⁷⁵⁾, 해방 이후 우리나라는 공공병원에 투자하기 보다는 철저히 민간에 위탁하는 정책을 펼쳐왔기 때문이다

현재 지방의료원이 갖고 있는 핵심 문제는 시설과 장비가 아니라 ‘의료인력 부족’ 현상이다. 의사와 간호사 수가 적을 뿐 아니라 이직률이 높은 편이다. 지방의료원이 공공병원으로서 적정진료를 제공하는 문제를 살펴보면, 진료비는 민간병원보다 낮은 편이며, 저소득 계층의 이용률이 높고, 비급여항목 개수 및 수가가 낮은 것은 긍정적으로 볼 수 있다. 하지만 CT와 같은 영상검사의 수가 변화에 따른 진료량 변화를 분석한 결과, 지방의료원은 민간병원과 비교하여 절대적 검사량은 적지만 수가변화에 따른 증가율은 높은 경향을 보여서 이에 대한 명확한 결론을 내리기 어려

75) 송윤경. (2013. 4.8) 위기에 직면한 공공병원... 역대 정부 모두가 ‘홀대’
http://news.khan.co.kr/kh_news/khan_art_view.html?code=940601&artid=201304080000005. 2014.11. 1 인출

왔다.

보건복지부는 지방의료원에 대한 운영평가와 정책을 총괄하고 있다. 지자체에서는 지방의료원 설립과 의료원장을 포함한 인사, 조직과 보수 등을 관리·감독을 하고 있다. 지자체는 지방의료원 원장과 경영성과계약을 체결하고 있으며, 대다수의 지방의료원이 원장, 의사 등에 대한 성과급제를 도입한 것으로 나타났다(감사원, 2014). 중앙정부는 지방의료원의 시설 및 장비를 지원하고 있으나 의료 인력에 대한 지원은 미약하다. 지자체가 지방의료원에게 지원하는 경상운영비는 일부 대도시를 제외하면 미약한 수준으로 판단된다.

- 국립대학병원

국립대학병원은 교육부와 복지부로부터 출연금 및 보조금의 형태로 예산을 지원받고 있으며, 의료인력 측면에서 사립대학병원과 비슷한 수준을 보이고 있다.

국립대학병원의 공공의료 기능 중 하나가 취약계층에 대한 의료안전망과 적정진료를 제공하는 것이다. 하지만, 국립대학병원의 의료급여대상자 진료 비율을 살펴본 결과, 최근에 감소하는 경향을 보였으며, 대부분의 국립대학병원에서 선택진료비가 증가하고 있다. 이 같은 양상은 국립대학병원의 진료 행태가 사립대학병원과 크게 다르지 않다는 점을 암시하는 것이다.

한편, 국립대학병원은 국가정책기관 혹은 권역 공공의료기관으로서 공공의료사업과 전문질환센터를 운영하고 있다. 전문질환센터의 경우, 일부는 수도권 의료집중 완화와 지역 의료의 질 개선 등의 목표를 달성하고 있지만, 지역의 의료수요와는 맞지 않는 서비스 공급 등으로 전문질환센터 존재가 유명무실한 경우도 있었다. 또한 국립대학병원의 공공보건의료사업은 예산과 인력이 적어 충실한 사업을 제공하기 어려운 것으로 파

악되었다.

종합하면, 국립대학병원은 3차 의료기관으로 고도·전문 진료, 임상연구 및 교육을 담당하고 있지만 사립대학병원과 유사한 진료행태를 보이고 있으며, 이는 국립대학병원 ‘공공성’이 유명무실한 상태임을 의미한다.

4. 공공의료 문제에 대한 실재주의적 진단

- 지방의료원

지방의료원이 공공병원으로서 담당해야 할 역할, 문제의 원인과 기전에 대해 질적 조사를 통한 실재주의적 진단(realistic evaluation)을 수행하였다.

분석 결과, 지방의료원이 공공병원으로서 ‘역할과 기능’에 대해서는 첫째 적정진료, 둘째, 취약계층에 대한 의료안전망, 셋째, 비수익 필수의료와 재난관리로 나타났다. 이외에도 보건의료 노동에 대한 표준제시, 민간병원에 대한 보완과 견제 등도 공공병원이 해야 되는 역할이라는 의견도 일부에서 제기되었다. 보건의료노동에 대한 표준 제시는 진료와 업무를 수행함에 있어서 원칙과 규정을 준수하는 것은 환자의 안전과 건강에 중요한 요소라는 의미이다. 공공병원이 민간에 대한 보완 뿐 아니라 견제를 해야 된다는 것은 환자를 포함한 여러 면담그룹에서 도출되었다. 의료의 상업화가 심각해지는 가운데, 공공병원이 의료이용의 질과 가격, 안전성 측면에서 합리적 기준을 제시하는 역할을 해야 된다는 것이다.

지방의료원 문제의 원인/기전과 결과에 대한 CMO 분석에서, 사회적, 의료적 맥락으로 도출된 것은 첫째, 공공의료에 대한 인식 부족, 둘째, 신자유주의 하에서 민간 경영논리 침투, 셋째, 민간중심 의료체계, 넷째, 전 국민건강보험과 저수가 문제 등이었다.

지방의료원 문제에 대한 갖고 있는 문제에 대한 원인과 기전 중 가장 중요한 것은 특수법인과 독립채산제 방식으로 운영되는 존립방식 자체로 분석되었다. 민간중심 의료체계에서 병원으로서 위상이 낮은 공공병원이 공익적 의료(서민진료, 비수익필수의료, 적정의료)를 제공하면서 경영수지를 맞추는 것은 ‘두 마리 토끼를 잡으라고 하는 것’과 같이 상충되는 모순이라는 것이다. 둘째, 공공의료 맞춤형인력 부족하다는 점이다. 의사와 간호사 수가 부족할 뿐 아니라 공공의료에 대한 인식과 요구받는 진료에 부합하는 역량을 갖춘 인력이 부족하다는 의미이다. 공공병원의 의사, 간호사와 부족 문제는 진료의 생산성을 저하시키고 있다. 세 번째 기전으로 지리적 접근성이 낮은 것과 취약지 같은 경우 인구가 적은 문제가 제기되었으며, 이는 민간병원과 경쟁과 함께 유효수요를 감소시키고 있다. 특히, 민간병원이 과잉 공급된 경우는 지방의료원이 지역거점병원으로 기능하기 어렵다는 점이 지적되었다.

공공병원 외부에서 작동하는 원인과 기전으로서 첫째, 지방의료원에 대한 정책의지 부족과 비체계적 정책이 지적되었다. 정부 지원이 늦어지는 바람에 지방의료원 현대화는 민간병원보다 수십 년 늦어지게 되었다. 또한 중앙정부나 지자체가 공공병원을 체계적으로 관리한 경험이 없고, 병원관리에 대한 전문성이 부족하다는 비판도 나왔다. 둘째, 공공병원의 역할과 목표, 진료수준에 대한 기준이 없는 것도 문제이다. 세 번째 전으로 중앙정부와 지자체의 이중적 관리 구조가 나왔다. 중앙정부는 공공병원에 정책사업을 요구하고 있지만 지자체에서는 관심이 없다고 하였다. 마지막으로, 운영예산은 부족한데 인프라만 지원하는 지원방식의 문제가 중요한 기전으로 지적되었다. 여러 면담그룹에서 공공병원이 독자적으로 운영되기 어려운 구조에서 경상운영비를 지원하지 않는 것은 심각한 문제로 지적되었다.

지방의료원에 영향을 주는 사회적, 의료적 맥락과 원인과 기전을 분석하였으며, 그로 인한 최종 결과는 공공병원으로서 정체성이 상실과 초라

한 위상이다. 면담한 원장, 의사, 직원 모두 공공병원이 돈벌이, 즉 경영 논리로 운영되다 보면 민간병원처럼 되며 이는 정체성이 흔들리는 결과를 낳게 된다고 하였다. 지방의료원에 대한 이 같은 진단은 공공병원에 보다 근본적인 변화와 개혁이 필요함을 암시하고 있다.

지방의료원 관계자를 대상으로 질적 조사한 결과를 가지고 실재주의적 진단을 한 수행하면서 몇 가지 정책적 이슈에 대한 내용도 함께 정리하였다. 첫째, ‘수가인상이 경영수지 개선에 도움이 되는지’에 대해서 의견을 종합한 결과 부정적 의견이 많았다. 포괄수가제를 적용받는 2차병원으로 다빈도 질환을 진료하는데, 이 같은 유형의 진료는 상대가치가 낮기 때문이라고 하였다. 둘째, ‘착한적자’ 논리에 대해서는 공공병원이 하는 전체 업무 중에서 과잉진료가 아닌 경우는 모두 착한 적자로 간주해야 한단, 의견을 제시되었다. 셋째, 민간병원은 공적 의료서비스를 제공할 수 있는가에 대한 이슈에 대해서는 이번 조사에서 우선 민간병원이 공공의료를 제대로 제공할 수 없다는 지적이 많았다. 특히 의사들은 민간병원은 수익을 올려야 하므로 ‘적자를 감수하며 이끌어나간다’는 의지가 없다고 하였다.

- 국립대학병원

국립대학병원 공공의료사업실 담당자를 대상으로 질적 조사하였고 이를 바탕으로 실재주의적 진단(realistic evaluation)을 수행하였다. 그 결과, 국립대학병원에서 근무하고 있는 의사들은 공공병원으로서 양질의 적정진료 제공이 중요하다는 점에는 모두 동의하고 있지만 합의된 정의 혹은 개념을 가지고 있지는 않는 것으로 나타났다. 국립대병원 ‘탈 공공화’에 대한 CMO 분석에서는 중앙정부와 지자체의 공공의료 방치, 지불보상제도 문제, 의료서비스 공급체계의 난맥상, 공공의료에 대한 교육이 없는 문제 등이 의료적 맥락으로 파악되었다. 국립대학병원의 ‘탈공공화’

기전에 대해서는 ‘국립대병원의 책무성 결여’, ‘수익위주 경영’과 ‘의사의 공공의료에 대한 인식부족’이 작동하고 있는 것으로 분석되었다.

제2절 공공의료 개선방향과 결론

지금까지 지방의료원과 국립대병원의 현황과 문제점을 파악하고 질적 조사를 통한 실재주의적 진단을 한 결과를 종합하면 지방의료원은 의료기관으로서 위상이 낮고 ‘공공병원 정체성 약화’가 관찰되고 있으며, 국립대병원은 의료기관으로 위상은 높으나 민간병원과 차별되는 점을 찾기 어려운 상태이다.

국내 공공병원 비중이 적을 뿐 아니라 정체성이 흐려지는 상황을 반전하는 것이 필요하다. 구체적 방안을 기술하기에 앞서 공공병원 문제를 바라보는 두 개의 시각이 존재하고 개선방안도 시각에 따라 달라진다는 점을 밝히고자 한다. 우선 공공병원의 현재 상태를 기준으로 해서 지방의료원의 역할을 취약계층 진료로 국한시키고자 하는 관점이 있다. 다른 하나는 공공병원이 지역의료의 중심적 역할을 해야 한다는 입장이 있다. 전자는 현재 상태를 보완하는 방향이며, 후자는 보다 개혁적 방안을 모색하는 것인데, 이 연구에서는 후자의 입장에서 개선방안을 정리하였다.

1. 공공의료의 개선방향

- 공공의료 가치에 대한 재인식과 담론의 전환

공공의료의 가치는 지방의료원 면담에서 제시된 바와 같이 정의할 수 있다

“어떤 이유로든 지역주민을 차별하지 않은 진료이면서 환자들에게 정직하고 신뢰할 수 있는 진료를 제공하고, 사스 위기와 같이 지역공동체의 안전망 역할을 하는 것”

공공의료의 비효율성과 경영적자에만 초점을 맞추고 있는 사회적 분위기와 정책기조에서 국공립병원의 공공의료에 대한 본래적 역할은 간과되어 왔다. 반면에 이번 질적 조사에 응한 지방의료원 이용자들은 ‘공공병원이 정직한 진료, 친절한 진료’를 제공하는 것에 상당한 의미를 부여하고 있었다. 공공의료의 가치에 대한 재인식이 필요한 시점에 이는 상당히 고무적인 일이다. 다시 말하면, 공공의료의 가치는 기관 단위의 수익성을 우선하는 것이 아니라 의료에 대한 사회적 필요를 충족하는 데 있다. 정직한 진료, 신뢰할 수 있는 진료와 같은 공공의료의 가치는 기관 단위의 수익성을 우선시 하는 사회적 구조에서는 상당부분 희생될 수밖에 없다. 이는 전체 사회적 관점에서 의료가 담당해야 할 어떤 부분이 사라지게 되고, 의료안전망에 큰 구멍이 생긴다는 것을 의미한다.

Wainwright(2003, p38-39)가 말한 바와 같이 “공공서비스의 가치는 법률적으로 환원될 수 없고 잘 계측되기 어려운 것”이다. 따라서 공공의료의 가치를 재인식한다는 것은 저절로 되는 것은 아니다. 더구나 우리나라에서는 해방 이후 공공의료에 대한 정책이 제대로 펼쳐보지 못했으며, 지방의료원과 국립대병원과 같은 공공병원이 지역에서 주민의 의료수요를 진단하고 충족하기 위해서 포괄적으로 사고하고 노력해본 경험이 별로 없어서 상당한 어려움이 있다. 하지만 어려운 상황일수록 공공의료는 본래적 가치를 재인식하고 정체성을 회복해야 하며, 공공의료에 대한 가치를 지역주민들이 인식하고 지지할 수 있도록 노력해야 한다.

한 가지 더 중요한 점은 최근 진행되고 있는 공공의료에 대한 담론과 정책의 중심을 전환해야 한다는 것이다. 정부는 정책적으로 공공병원에게 경영개선을 요구하고 있으며, 지방의료원과 국립대학병원 모두 적용

된다. 이런 추세라면 지방의료원과 국립대학병원 자체는 유지될지 모르지만, 공공의료의 고유한 본질은 사라질 가능성이 높다. 다른 무엇보다 공공병원은 지역주민이 신뢰할 수 있는 적정진료와 안전한 진료를 최우선으로 해야 한다. 또한 공공병원은 지역사회에서 주민의 건강에 대한 책임을 가져야 하며, 지역의 의료수요를 진단하고 충족하기 위해서 노력해야 한다. 공공의료에 대한 사회적 담론과 정책은 경영적자 만을 바라보는 것이 아니라 공공의료의 가치 회복과 공공의료기관에 대한 명확한 역할과 책임을 부여하는데 초점을 두어야 한다.

- 공공의료인 양성과 지원

이번 질적 조사에서 많은 공공병원 관계자들을 면담했지만, 이들 모두 공공의료에 대한 체계적 교육을 받은 적은 없는 것으로 파악하였다. 대부분이 국공립병원에 근무하거나 업무를 담당하면서 공공의료에 대한 인식을 갖게 되었다는 것이다. 이 같은 상황에서 다른 일반직 공무원이나 관계자들의 공공의료에 대한 무지를 탓하는 것은 무색한 일이 될 것이다.

따라서 공공의료에 대한 교육훈련체계가 필요하며, 이를 위해 의과대학 교육과정을 개선하여 공공의료인을 양성해야 한다는 요구가 나왔다. 또한 국공립병원 관계자, 정책담당자나 고위관료 등을 대상으로 한 공공의료교육과정도 필요하다고 하였다.

인력문제가 심각한 지방의료원에 대해서는 의사와 간호사를 안정적으로 확보할 수 있도록 해야 한다. 불합리한 임금체계를 개선하고 임상연수 등과 같은 교육훈련 기회를 제공하는 것과 같은 지원이 필요하다. 의사와 간호사의 새로운 근무유형도 제시되었는데, 휴일/야간 진료를 담당할 수 있는 병동주치의나 야간근무 간호사 등과 같은 것을 의미한다.

결론적으로 현재의 공공병원 인력 문제를 해결하는데 있어서 단기적으로는 임금과 교육, 복지 등이 개선되어야 하고, 장기적으로는 공공의료를

담당할 주체를 체계적으로 양성할 수 있는 방안이 필요하다고 본다.

- 공공의료 관리구조 개선과 안정적 운영에 대한 지원 정책

지방의료원과 국립대병원에 대한 이중적 관리체계가 개선되어야 하며, 사회적으로 공공병원에 대한 책임을 누가 질 것인지에 대한 정리가 필요하다. 질적 조사에서는 서울시를 제외한 지자체들이 재정상태가 열악하고 시·도 단위에서 관리하는 것이 비효율적이며, 지역에 따라 공공의료서비스 격차가 커지는 문제가 있으므로 ‘지자체가 아닌 중앙정부가 공공병원을 직접 관리하는 체계’로 전환해야 한다는 의견이 강하게 나타났다. 공공재인 공공의료에 대한 궁극적 책임주체는 국가이며, 공공의료 수급의 형평성, 국가와 지자체의 재정분배 구조, 관리의 효율성 측면에서 지자체가 하는 것보다 더 합리적이기 때문이다. 단, ‘지역에 특화된 공공의료사업에 대해서는 보건소와 같이 지자체가 일정하게 재정 부담을 하면 된다고 하였다.

지방의료원에 대해서는 현재 지방의료원은 직원들의 임금이 체불되는 문제, 의사충원을 위해 수도권에 비해서 고임금을 지불해야 하는 문제가 심각하다. 이 같은 상황에서 정부가 시설과 장비만 지원하는 것은 부적절하다는 지적이 있었다. 즉 중앙정부와 지자체는 ‘인력과 경상운영비를 지원하여 안정적 운영’이 가능하도록 하는데 초점을 두어야 한다.

국립대학병원의 공공성을 회복하려면 국립대병원의 공공의료 제공을 의무화하고 공공성 회복을 위한 여건 조성이 필요함. 국립대병원 평가에 공공성을 중시해야 할 것이다. 국립대학병원의 공공의료 기능과 역할에 대해서는 추가연구가 필요한 것으로 보인다. 향후 논의를 통해서 보건의료정책 수행이나 의료적 안전망으로서 기능에 대해서는 법적인 의무로 규정하는 것도 필요하다고 본다.

국공립병원에 대한 관리체계를 개선하고 중앙정부의 역할을 더욱 강화

하는 것이 필요성에 대해서는 부인하기 어렵다. 그러나 단번에 중앙정부가 국공립병원을 직접 관리하는 체계로 전환하기는 쉽지 않을 것이다. 우선적으로 중앙정부의 역할과 지원을 현재보다 강화하면서 개선방향을 모색하는 지혜가 필요할 것이다.

- 공공의료 네트워크 구축과 양적 확대

국립대병원이 지역 공공보건의료 컨트롤 타워 역할 수행할 수 있는 체계를 만들어야하고 지방의료원과 보건소를 연계하는 협력체계를 갖추어야 한다. 우선 권역 공공의료지원단을 만들고 국가적으로 의료수요를 진단해서 지역별 공급체계를 관리하는 방안을 모색해야 할 것이다. 한편, 공공의료를 제공하는 공공병원의 양적확대가 필요하다는 의견이 많았다. 전체 의료계에서 차지하는 비중이 ‘10분의 1’도 되지 않는 공공의료기관이 의료의 상업화를 견제하고 정직한 진료를 선도하기 어렵기 때문에 지금보다 양적으로 확대될 필요성이 있기 때문이다.

- 보건의료제도의 개선

마지막으로 공공병원은 수가의 개념에서 벗어나야 하고 의료보험이 아닌 조세로 운영하는 것이 바람직하다는 의견도 나왔다. 국립대학병원의 ‘탈 공공화’ 현상은 수가가 낮은 상황에서 보장성을 강화 미션을 부여받으면서 생겨난 측면이 있으므로 국민건강보험의 수가제도 개선이 필요할 것이다. 다는 것이다. 또한 노조원 면담에서 나타난 것과 같이 ‘지역별 병상총량제’를 도입하여 병상수급에 대한 계획을 수립하고 과잉공급을 규제할 필요성이 있다.

2. 맺음말

지방의료원은 우리 사회에서 공공의료를 책임지는 최후의 보루와도 같은 존재이지만 민간병원에 비해서 위상이 낮고, 국립대학병원은 민간병원과 경쟁 속에서 ‘탈 공공화’현상을 보이고 있다. 이와 같은 문제를 극복하자면, 우리 모두 공공의료의 가치를 재인식하고 공공병원은 국민이 믿고 신뢰할 수 있는 정직한 진료 양질의 진료 제공과 같은 책임과 의무를 다해야 할 것이다.

따라서 공공의료에 대한 담론과 정책은 공공의료의 가치를 재인식하고 공공병원의 명확한 책임과 의무를 다할 수 있는 여건을 조성하는데 초점을 두어야 한다. 특히 지방의료원에 대해서는 안정적 운영이 가능하도록 지원하고, performance 개선은 안정적 토대 위에서 요구해야 할 것이다. 이는 현재 공공의료에 대한 정책과 관리체계 모두를 포괄하는 혁신적 변화를 요구하는 것이 된다.

하지만 해방이후 지금까지 공공의료에 대한 경험이 부족하고, 공공의료를 담당할 주체도 빈약한 현실에서 변화와 혁신이 어떻게 가능한지는 정확히 모른다. 분명한 것은 우리사회가 구성원이 기대하는 공공의료서비스를 갖출 수 있는 역량이 있다는 점이다. 상업화된 의료, 환자안전 문제, SARS와 같은 감염병 관리(비수익 필수의료) 문제를 경험한 많은 국민들은 정직한 진료와 신뢰할 수 있는 진료를 받을 권리가 있으며, 이들을 설득할 수 있다면 공공의료강화로 이어지는 통로를 발견할 수 있다고 기대하고 있다.

1. 참고문헌 (국문)

- 감사원(2014). 감사결과 처분 요구서: 공공의료체계 구축·관리실태. 서울: 감사원.
- 감신, 강윤희, 손진호, 윤태호, 이석구(2006) 국립대병원 소관 이관에 따른 교육·연구 기능 활성화 방안 연구, 교육인적자원부 지원.
- 공공의료 정상화를 위한 국정조사 특별위원회(2013). 공공의료 정상화를 위한 국정조사 결과보고서.
- 국립중앙의료원 공공보건의료지원센터(2013). 2013 전국 공공병원 안내. 서울: 국립중앙의료원.
- 국회예산정책처(2011). 2012년도 공공기관 정부지원 예산안 평가. 서울: 국회예산정책처. p.235 표 15 발췌 및 재인용
- 국회예산정책처(2013). 2012 회계연도 공공기관 결산평가. 서울: 국회예산정책처.
- 국회토론회 자료집(2014). 국립대병원 망치는 경영평가 도입, 무엇이 문제인가?(2014년 11월 3일) 도종환, 유기홍, 정진후(교육에서 희망을 찾는 국회의 원모임), 민주노총 전국공공운수노조 의료연대본부.
- 김경희(2007). 미국의 생산레짐과 의료정책의 다이나믹스. 한국행정학보, 41(3), pp.399-420.
- 김용익, 감신, 강윤희, 고광욱, 김석범, 김재용, 김창엽, 김철웅, 나백주, 남해성, 박기동, 박웅섭, 박형근, 신준호, 유원섭, 윤태호, 이건세, 이경수, 이무식, 이상이, 이원영, 이진석, 임준, 최용준, 정상훈, 박기선(2002) 보건의료시장개방에 대비한 보건의료체계 공공성 강화방안 연구. (국회보건복지위원회 지원) 서울: 서울의과대학.
- 김용익, 이진석, 문상준, 장원모, 장현갑, 오무경, 이채은, 김승연(2011) 사립대병원 발전방안. 서울: 전국보건의료산업노동조합·서울대학교의학연구원의료관리학 연구소.
- 김창엽, 김용익, 감신(2004). 공공병원 확충방안 개발에 관한 연구. (보건복지부

지원) 서울: 서울대보건대학원.

김창엽(2006). 미국의 의료보장. 서울: 한울아카데미.

김창엽(2013). 한국보건의료의 공공성- 경로의존성 또는 “근대화”, 시민건강증진 연구소 발표자료

류시원, 조재국, 송태민, 이상영, 강은정, 장원익, 이현실, 안무업, 이규은(2004).

공공의료 강화를 위한 원격의료 수용성 제고방안. 서울: 한국보건사회연구원.

류근춘, 류시원, 오영호, 최정수, 김은정, 강혜정(2005) 공공의료의 역할재정립 및 운영혁신방안: 성과와 재정적 동기의 관계에 기반해서. 서울: 한국보건사회연구원.

문정주(2009). 의료기관 공공성 평가 기준 및 지표 개발 연구 -국립대병원 제3기 공공보건의료계획 수립을 위한 기초 연구. 서울: 한국보건산업진흥원.

문정주, 정선영, 이흥훈, 김지인, 황은정, 서지우(2011) 2011년 지방의료원 운영 진단 및 개선방안 연구. 서울: 국립보건의료원 · 보건복지부

문정주, 이흥훈, 서지우, 곽미영, 이정례, 정백근, 서주현, 양수희, 홍선아, 박혜인 (2013) 2013년 지역거점공공병원 운영평가. 서울: 국립중앙의료원, 보건복지부
박노현, 김건엽, 권근상, 권용진, 남우동, 신현대, 윤효영, 이종수, 이진석, 정백근, 정성택, 주승재(2010) 국립대학병원의 공공의료에서의 역할에 관한 연구. (보건복지부 지원) 서울: 국립서울대학병원

박수경, 이신호, 정아름, 좌용권, 명희봉, 나백주(2011) 의료서비스 이용 및 공급 등에 대한 의료권 설정 연구. 한국보건산업진흥원.

박실비아, 김남순, 채수미, 한은아, 류치영(2013) 의약품 정책이 의사의 처방에 미친 영향 연구. 서울: 한국보건사회연구원

보건복지부. “복지부, 공공보건의료 확충에 5년간 4조3천억원 투입” (2005년 12월 27일자 보도자료).

보건복지부(2013). 2014년 지역거점공공병원 기능보강 국고지원사업 지침.

보건복지부 공공의료과, 국립중앙의료원 공공보건의료지원센터(2013). 공공보건의료 통계집.

보건복지부. “지방의료원 육성을 통해 공공의료 강화” (2013년 10월 31일자 보도자료)

- 알리오(공공기관 경영정보 공개시스템) 홈페이지, <http://www.alio.go.kr>에서 인출일자: 2014.10.30
- 와타나베 오사무 외 지음(2010), 이유철 옮김. 『기रो에 선 일본 - 민주당 정권 신자유주의인가? 신복지국가인가?』. 메이데이.
- 유명순, 이근찬, 류치영(2011) 공공의료 수행기관의 책무성 강화방안. (보건복지부 지원). 서울: 서울대학교 보건대학원.
- 유승흠, 김소윤, 장후선, 오선민, 강현희, 이미진, 구나영, 천용태(2008), 대한민국 60년·보건의료60년, 향후 보건의료 발전방향. (보건복지가족부 지원) 서울: 대한민국의학한림원
- 이건세(2011). 권역심뇌혈관질환 센터 운영성과 평가 및 발전방안 개발. (질병관리본부 지원) 서울: 건국대학교 글로벌 산학협력단.
- 이건세(2013) 권역별 전문질환센터 운영성과 평가 및 발전방안 개발. 질병관리본부 지원) 서울: 건국대학교 글로벌 산학협력단.
- 이건세(2013) 착한 적자 이슈로 본 의료공급과잉 시대 지방의료원의 기능과 역할, 의료정책포럼, 11(3).
http://webzine.rhip.re.kr/webzine_201310/w_04-02.html.
- 이건세, 정성출, 이영신 외(2014). 지방의료원 공익적 비용 계측 및 경영컨설팅 연구 최종보고서 (발간등록번호: 11-1352000-001166-01) (보건복지부 지원) 서울: 건국대학교 글로벌산학협력단.
- 이건세(2014). '건강한 적자'는 존재하며, 계측 가능한가? 한국보건경제정책학회 춘계학술대회 2014년 4월 발표자료(pdf.)
- 이규식, 이상규, 황성완, 오은환, 안보령, 김재현(2013). 공공보건의료체계 현황 및 정책과제 분석, 서울: 건강복지정책연구원.
- 이근찬(2004) 병원의 비영리성과 사회적 편익-비영리병원의 지역사회 편익 기준 설정과 가치 측정-. 서울대학교 석사학위논문.
- 이정렬, 한계영, 김용림, 화정석, 이정주, 남종희, 강명재, 강지훈, 윤석화, 최영석, 이해진, 정백근, 김창훈, 권용진, 이진석, 이주형, 송정국, 유원섭(2013) 국립대 병원 센터 운영 및 통합 관리 등에 관한 연구. 서울대학교병원·보건복지부

- 이승훈(2008). 근대와 공공성 딜레마: 개념과 사상을 중심으로. 민주사회와 정책 연구, 13(3), pp.13-45.
- 임의영(2003). 공공성의 개념, 위기 및 활성화 조건. 정부학연구 9(1), pp. 23-50.
- 임숙영(2014) 영상진단장비 수가인하가 의료서비스량에 미치는 효과 : CT, MRI, PET를 중심으로. 가천대학교 박사논문.
- 임준, 이희영, 송태균, 정원, 김태익, 정성출, 이진효, 정준, 신용주, 윤지혜, 한진옥, 윤석환, 최유빈(2014), 국립중앙의료원 공익적 비용 계측 연구. (보건복지부지원) 인천: 가천의과대학.
- 조재국, 이상영, 신영석, 신호성, 신현웅, 정영호, 강은정, 박실비아(2010). 보건의료 발전계획 수립 연구. 서울: 한국보건사회연구원.
- 전우용(2011). 현대인의 탄생: 해방 한국전쟁기 한국인의 질병과 위생의료. 서울: 이순.
- 정영호, 고숙자(2005). 비영리병원과 영리병원의 성과차이 분석: 미국을 중심으로. 보건복지포럼, 109, pp.65-75.
- 참여정부 보건의료발전계획 공청회 발표 자료(2003년 11월 27일)
- 한국보건산업진흥원(2014), 지역 공공의료확충 타당성 조사 2월 발표자료. (대전광역시 지원) 2014년 2월 발표자료.
- 공공보건의료에 관한 법률 홈페이지 (2013년 개정 기준) 제 2조 4항, 13, 14, 16조 2항 관련. <http://law.go.kr/LSW/> 2014. 3.15 인출
- 공공보건의료에 관한 법률 홈페이지 (2013년 개정 기준)제 7조 1항. <http://law.go.kr/LSW/> 2014. 3. 20. 인출.
- 김창엽(2012). 민주적 공공성이 답이다. 한겨레 사회면 2012.7.13. <http://h21.hani.co.kr/art/society/society-general/32460.html>. 2014. 3. 20 인출
- 대한민국 위키백과. Available from <http://ko.wikipedia.org>., Japan Statistical Yearbook 2010. Available from <http://www.stat.go.jp/english/data/nenkan/index.htm>. 2013.10.08. 인출
- 법제처 홈페이지, 국립대학병원 설치법(시행 2015.1.7., 법률 제12177호,

- 2014.1.7. 일부개정) <http://www.moleg.go.kr> 에서 2014.5.21. 인출
- 송윤경. (2013. 4. 8.) 위기에 직면한 공공병원... 역대 정부 모두가 ‘홀대’ 경향
신문 사회면 http://news.khan.co.kr/kh_news/khan_art_view.html?code=940601&artid=2013040800000005. 2014.11. 1. 인출
- 신범수. (2012. 6. 26.) 7월 15일부터 CT, MRI 등 영상방비 수가인하. 아시아
경제 정치사회 일반면 <http://www.asiae.co.kr/news/view.htm?idxno=2012062617155844701>. 2014. 8. 10. 인출
- 알리오(공공기관 경영정보 공개시스템) 홈페이지, 국립대학병원별 교육사업 예·결산
액, 국립대학병원별 연구사업 예·결산액, <http://www.alio.go.kr>에서 2014. 6.
3 인출
- 일본 의료법. <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S23/S23HO205.html>.
2013.10.08. 인출
- 최승원. (2013. 3. 8.) CT, MRI, PET 수가 병원계 극렬반대 불구 ‘인하’. 닥터
스 뉴스, 보험·제도면. <http://www.doctorsnews.co.kr/news/article/View.html?idxno=69313> 2014. 8. 10. 인출
- 강원대학교병원 홈페이지, <http://www.knuh.or.kr> 에서 2014. 5. 2 인출
- 경북대학교병원 홈페이지, <http://knuh.kr> 에서 2014. 5. 2 인출
- 경상대학교병원 홈페이지, <http://www.gnuh.co.kr> 에서 2014. 5. 2 인출
- 부산대학교병원 홈페이지, <http://www.pnuh.or.kr> 에서 2014. 5. 2 인출
- 전북대학교병원 홈페이지, <http://cuh.co.kr> 에서 2014. 5. 2 인출
- 전남대학교병원 홈페이지, <http://cnuh.com> 에서 2014. 5. 2 인출
- 제주대학교병원 홈페이지, <http://jejunuh.co.kr> 에서 2014. 5. 2 인출
- 충북대학교병원 홈페이지, <http://cbnuh.or.kr> 에서 2014. 5. 2 인출
- 충남대학교병원 홈페이지, <http://cnuh.co.kr> 에서 2014. 5. 2 인출
- <http://www.law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?lsiSeq=149543#0000> 2014 5.21
인출.
- http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=2458 2014년 9월 30일
인출
- <http://www.watcherdaily.com/news/view.html?smode=&skey=%B0%E6>

%BB%F3%B4%EB%BA%B4%BF%F8&skind=both&sterm=§ion=1&category=88&no=13201 2014. 5. 30 인출

2. 참고문헌 (영문)

- Anderson S. (2011) "Public, Private, Nither, Both? Publicness theory and the analysis of healthcare organizations, *Social Science and Medicine*, 74(3), pp.313-22.
- Befani B., Ledermann, S. & Sager, F(2007), Realist evaluation and QCA. *Evaluation* 13(2), pp.171-192
- Bozemann B and Bretschneider S(1994). The Publicness Puzzle in organization theory; a test of alternative explanations of differences between public and private organizations. *J-Part*, 4(2), pp. 197-223.
- CBO(2006). Nonprofit Hospitals and the provision of Community Benefits. Congress of the United States Congressional Budget Office. pp.1-25.
- Daniels N. (2008) *Just Health*. New York: Cambridge University Press. pp 29-30.
- Devereaux, P.J., Choi PT, Lacchetti C., Weaver B., Schunemann HJ., Haines T., Lavis JN., Grant BJ., Haslam DR., Bhandari M., Sullivan T., Cook DJ., Walter SD., Meade M., Khan H., Bhatnager N., Guyatt GH(2002). A systematic review and meta analysis of studies comapring mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals. *Canadian Medica Association Journal* 166(11), pp.1399-1406
- Folkerts, LL. (2009) Do Nonprofit Hospitals Provide Community Benefit? A Critique of the Standards for Proving Deservedness of

- Federal Tax Exemptions. *Journal of Corporation Law* 2009; 34(2), pp. 611-640.
- Fushimi, K., Hashimoto, H., Imanaka, Y., Kuwabara, K., Horiguchi, H., Ishikawa, K. B. et al.(2007). Functional mapping of hospitals by diagnosis-dominant case-mix analysis. *BMC health services research*, 7(1), p.50
- GAO(2005). Nonprofit, For-profit, and Government Hospitals: Uncompensated Care and Other Community Benefits, pp.1-28.
- Hellinger FJ(2009). Tax-exempt hospitals and community benefits: a review of state reporting requirements. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 34(1), pp.37-61.
- Horwitz JR.(2005). Making Profits And Providing Care: Comparing Nonprofit, For-Profit, And Government Hospitals. *Health Affairs*, 24(3), pp.790-801.
- Ikegami, N., Yoo, B. K., Hashimoto, H., Matsumoto, M., Ogata, H., Babazono, A., et al.(2011). Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges. *The Lancet*, 378(9796), pp.1106-1115.
- Jackson SF, Kolla G.(2012). A new realistic evaluation analysis method: Linked coding of context, mechanism, and outcome relationships. *American Journal of Evaluation*. 33(3), pp.339-349
- Jones, RS. (2009). *Health-Care Reform in Japan: Controlling Costs, Improving Quality and Ensuring Equity*, OECD Economics Department Working Papers, No. 739, OECD Publishing.
- Kawaguchi H. (2012). Unique mixtures of public and private funding in Japan- The ban on billing for mixed medical care service. *Policy Research Institute, Ministry of Finance, Japan, Public Policy Review*, 8(2), pp.145-170

- Karlin, BE. and Sullivan TJ. (1999). State Law Approaches to Ensuring the Social Accountability of Nonprofit Health Care Organization. Washington, D.C, Coalition For Nonprofit Health Care.
- Keeler, E., L. Rubinstein, K. Kahn, D. Draper, E. Harrison, M. McGinty, W. Rogers, and R. Brook (1992). Hospital Characteristics and Quality of Care. *Journal of the American Medical Association* 268, pp.1709-1714.
- Longo D.R., Kruse R.L., Kiely R.G..A (1997) Framework for designing and implementing community benefit standards. *Journal of health care finance* 23(4), pp.71-90.
- Matsuda R. (2008). Reform of Local Public Hospitals. *Health Policy Monitor*. Available at <http://www.hpm.org/survey/jp/a11/3>.
- Moulton S. (2009). Putting together the publicness puzzle: a framework for realized publicness: Big Questions facing public administration theory. *Public Administration Review*. 69(5): 889-900
- Musgrave, P (1996) Public and Private Roles in Health; Theory and Financing Pattern. HNP Discussion Paper. Washington, DC. World Bank, pp.9-29.
- OECD Competition Committee(2012). *Competition in Hospital Services* 2012.
- Rainey, H, Backoff R, Levine C(1976). Comparing public and private organizations. *Public Administration Review* 36, pp.233-234.
- Rice T, Rosenau P, Unruh LY, Barnes AJ, Saltman RB, van Ginneken E. United States of America: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2013; 15(3), pp.1-431.
- Saldaña J. (1993) *The Coding Manual for Qualitative Researchers* London: SAGE, pp.91-95.
- Schlesinger M, Gray BH. (2006) *How Nonprofits Matter In American*

- Medicine, And What To Do About It. Health Affairs, 25, no.4 , pp.W287-W303.
- Scott PG, Falcone S. (1998) Comparing public and private organizations an explanatory analysis of three frameworks. 28(2),1pp.26-145.
- Sloan, F. A(2000). Not-for-Profit Ownership and Hospital Behavior. In Handbook of Health Economics, ed. A. J. Culyer and J. P. Newhouse, 1:1141-1174. Amsterdam: Elsevier Science B.V.
- Young Gary J., Chia-Hung Chou, Jeffrey Alexander, Shouu-Yih Daniel Lee and Eli Raver(2013). Provision of Community Benefits by Tax-Exempt U.S. Hospitals. The New England Journal of Medicine 368, pp.1519-1527.
- Wainwright H. (2003) Reclaim the State: Experiments in Popular Democracy. London: Verso. 김현우(역) 2014 서울:이매진. pp. 38-39.
- Wagner AK, Soumerai SB, Zhang F, Ross-Degnan D.(2002). Segmented regression analysis of interrupted time series studies in medication use research. J Clin Pharm & Therapeutics, 27: 299-309.
- Weissman Joel(1996). Uncompensated Hospital Care: Will It Be There if We need it?. Journal of American Medical Association. 276(10): 823-828.
- Agency for Healthcare Research and Quality. HCUP Facts and Figures: Statistics on Hospital-based Care in the United States, 2008. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2010 (<http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports.jsp>). 2014.07.29. 인출
- Health and Medical Services. Available at: Health and Medical Services. Available from <http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw6/dl/02e.pdf>. [Access2013.10.07.]

Nation Center for Health Statistic et al., (2011). Health, United States, 2010. With Special Feature on Death and Dying. <http://www.cdc.gov/nchs/data/abus/abus>. 2014.07.29 인출

OECD. OECD Health Data (2011). <http://www.oecd.org>. 2014.07.29. 인출.

<http://statutes.legis.state.tx.us/Docs/HS/htm/hs.311.html> 2014. 8. 28 인출 (Texas Health & Safety Code 311 subchapter D)

3. 참고문헌 (일문)

Local government in Japan(Council of Local Authorities for International Relations 2010). Available from <http://www.clair.or.jp/j/forum/series/pdf/j05-e.pdf>. [접속일자 2013.10.08.]

Ministry of Health, Labor and Welfare. (2012). Annual Health, Labour and Welfare Report 2011-2012. [2] Health and Medical Services. Available at: <http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw6/dl/02e.pdf>. 2013.10.07. 인출

NHIC Home. <http://www.nhicindia.org/contents01.html#menu09>. [접속일자 2014.02.07.]

OECD Country statistical profile: Korea 2013, Japan 2013. Available from http://www.oecd-ilibrary.org/economics/country-statistical-profiles-key-tables-from-oecd_20752288. [접속일자 2013.10.08.]

OECD Health Data 2013. Available from <http://www.oecd.org>. [접속일자 2013.10.08.]

Prefectures of Japan. Wikipedia. Available from http://en.wikipedia.org/wiki/Prefectures_of_Japan. [접속일자 2013.10.08.]

WHO and Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare (2012).

Health Service Delivery Profile - Japan

毎日新聞(2009年2月18日). 医療クライシス：北海道緊急事態／5

縮小続く拠点病院 /北海道’.

武藤正樹(2013).

地域医療再生の現状と将来-公立病院改革ガイドラインと地域再生. Available from <http://masaki.muto.net/lecture/201310161.pdf>.

[Access2014.06.12.]

福永肇(2014).『日本病院史』. PILAR PRESS.

栗田但馬(2011). 岩手における地域医療の歴史と地方自治体の役割－

県立病院等の成果と課題 一. 総合政策 第13巻第 1号 pp.21-48.

矢野経済研究所(2012).

自治体病院の経営動向・改革意向に関するアンケート調査結果.

新村拓(2006).『日本医療史』. 吉川弘文館.

日本自治体労働組合総連合中央執行委員会(2007年11月26日).

公立病院問題兵庫自治労連政策資料集「公立病院改革ガイドライン」策定作業の中止を求める」.

中央社会保険医療協議会(2013).

第19回医療経済実態調査(医療機関等調査)報告-平成25年に実施.

総務省(2007).「公立病院改革ガイドライン」.

総務省自治財政局(2012). 平成24年度地方公営企業決算の概況第2章6病院事業.

厚生労働省(2012). 特定機能病院と地域医療支援病院の外來の状況. Available from

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000029any--att/2r98520000029asj.pdf>. [Access2014.02.02.]

厚生労働省医政局指導課(2012).

療計画の見直しに関する都道府県説明会資料 (1) -

二次医療圏、PDCAサイクル. 平成24年3月.

350 공공보건의료의 현황과 발전방안: 지방의료원과 국립대병원 중심으로

高度な医療を提供する全国の特定機能病院(83施設). Available from
<http://www.jacr2009.org/>. [접속일자 2014.02.04.]

公立病院改革プラン実施状況等の調査結果(調査日:平成25年3月31日).
Available from
http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/hospital/02zaisei06_03000047.html. [접속일자 2014.05.25.]

毎日新聞(2009年2月20日). '医療クライシス:北海道緊急事態/6止
医師不足招いた「臨床研修制度」/北海道'.

総務省, 公立病院の損益収支の状況(平成19年度~平成24年度). Available from
http://www.soumu.go.jp/main_content/000209744.pdf [접속일자
2014.06.18.]

厚生労働省, 「平成24年度医療施設調査」. Available from
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/12>. [접속일자
2014.02.02.]

厚生労働省, 平成24年(2012)医療施設(動態)調査・病院報告の概況, 統計表.
Available from
http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/12/dl/04_toukei.pdf.
[접속일자 2014.02.02.]

厚生労働省. Trends in leading caused of death. Available from
<http://www.mhlw.go.jp/english/database/db-hw/populate/dl/03.pdf>.
[접속일자 2013.10.08.]

厚生統計要覧(平成24年度). Available from
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/index-kousei.html>. [접속일자
2014.02.03.]

厚生統計要覧(平成26年度). Available from
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/index-kousei.html>. [접속일자
2015.06.07.]

4. 관련 자료 목록

김영숙, 최영순(2009) 『주요국의 의료보장제도』 제1장 일본. 국민건강보험공단
건강보험정책연구원.

건강보험심사평가원 전체수가파일. [http://www.hira.or.kr_dummy.do?pgmid=HIRAA030065000000&cmsurl=/cms/law/0306/13274_94_25087.html&subject=의·치과·한방 수가파일\('14.8.1. /9.1.기준\)_전체파일 포함_수정#none](http://www.hira.or.kr_dummy.do?pgmid=HIRAA030065000000&cmsurl=/cms/law/0306/13274_94_25087.html&subject=의·치과·한방 수가파일('14.8.1. /9.1.기준)_전체파일 포함_수정#none). 2014. 9.10 인출

건강보험심사평가원 홈페이지 <http://hira.or.kr>

법제처 홈페이지 www.moleg.go.kr

요코하마시립시민병원 개요(요코하마시 병원경영당국, 2014년 8월)

요코하마시립시민병원 개요(요코하마시립시민병원 제공자료, 2104년 4월)

요코하마시립대학부속병원 내부자료(2014년)

한국보건사회연구원(2012). 주요국의 사회보장제도: 미국, pp.352-376.

건강보험심사평가원 홈페이지(<http://hira.or.kr>)

Trends in leading caused of death. <http://www.mhlw.go.jp/english/database/db-hw/populate/dl/03.pdf>.

<http://statutes.legis.state.tx.us/Docs/HS/htm/hs.311.html> 2014. 7. 28 인출

http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken01/dl/01_eng.pdf.

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000029any-att/2r98520000029asj.pdf>.

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회원종류

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원
- 정기간행물회원 : 35,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지(www.kihasa.re.kr) - 발간자료 - 간행물구독안내

▶ 문의처

- (339-007) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동 1F~5F
간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

KIHASA 도서 판매처

- | | |
|---|---|
| ■ 한국경제서적(총판) 737-7498 | ■ 교보문고(광화문점) 1544-1900 |
| ■ 영풍문고(종로점) 399-5600 | ■ 서울문고(종로점) 2198-2307 |
| ■ Yes24 http://www.yes24.com | ■ 알라딘 http://www.aladdin.co.kr |

연구보고서 발간자료 목록

발간번호	보고서명	연구책임자
연구 2014-01	공공보건의료의 현황과 발전방향: 국립대병원과 지방의료원 중심으로	김남순
연구 2014-02	한국 의료의 질 평가와 정책과제 II: 한국 의료의 질 보고서	강희정
연구 2014-03	한국의 건강불평등 지표와 정책과제: 한국의 건강불평등 보고서: 통계집 I, 통계집 II	김동진
연구 2014-04	건강보험 가치기반 성과보상 지불제도(VBP) 도입방안	신현웅/황도경
연구 2014-05	보건복지 빅데이터 효율적 관리방안 연구	송태민
연구 2014-06	병원산업의 성장과정 분석과 발전방향	김대중
연구 2014-07	신의료기술의 도입과 확산에 관한 정책분석	박실비아
연구 2014-08	한국의료전달체계의 쟁점과 발전방향	윤강재
연구 2014-08-1	병상자원의 적정공급과 효율적 활용방안	오영호
연구 2014-08-2	환자이동과 의료자원 분포를 고려한 진료생활권 분석	이수형
연구 2014-08-3	의료전달체계 개선 논의의 경향과 과제	윤강재
연구 2014-09	생활습관병 실태와 대응방안	정영호
연구 2014-09-1	생활습관병 감소 전략을 위한 건강의식-건강행태-건강수준 경로분석	정영호
연구 2014-09-2	한국 성인 복합질환 현황과 이환패턴 분석 연구	전진아
연구 2014-09-3	생활습관병 치료수용 현황 및 개선방안	박은자
연구 2014-10	각국 공공부조제도 비교연구: 일본 & 영국	노대명/이현주
연구 2014-11	고용·복지 친화적 재정지출 정책 연구	남상호/이철선
연구 2014-12	사회서비스업의 산업적 성장 가능성 진단 연구	박세경
연구 2014-13	장애인인 대상 통합적 복지서비스 제공을 위한 정책 방안	황주희/김성희
연구 2014-14	가족의 갈등과 대응방안 연구: 가족관계등과 가족기능 갈등을 중심으로	김유경
연구 2014-15	사회보장 중장기 재정추계모형 개발을 위한 연구: 사회보험재정 중심으로	신화연
연구 2014-16	조세지출과 재정지출의 소득재분배 효과 및 경제적 파급효과 분석	고재이
연구 2014-17	2014 보건복지정책현황과 정책과제	신영석
연구 2014-18	미래위기 대응을 위한 해외사례연구: 보건·복지적 대응을 중심으로	유근춘
연구 2014-19	2014년 빈곤통계연보	임완섭
연구 2014-20	사회분야 글로벌 다자기구에의 전략적 참여 및 효과적인 활용방안 연구	홍석표
연구 2014-21	국제사회조사 참여 및 비교연구: 가족변화 및 사회변화를 중심으로	김미숙
연구 2014-22-1	초저출산·초고령사회의 위험과 대응전략	이삼식
연구 2014-22-1-1	초저출산현상 지속의 원인과 정책과제	이삼식
연구 2014-22-1-2	초저출산·초고령사회의 인구사회의 인구자질에 관한 연구	이소영
연구 2014-22-1-3	초저출산·초고령사회 위험과 대응전략: 초고령사회와 노인복지서비스	강은나
연구 2014-22-1-4	초고령사회와 노후소득	김재호
연구 2014-22-1-5	초저출산·초고령사회에 따른 거시경제 및 노동수급 전망과 정책과제	경제시스템 분석학회
연구 2014-22-1-6	초저출산·초고령사회와 산업구조	이진면
연구 2014-22-1-7	초저출산·고령사회 위험과 대응방안 -금융, 주택, 국방, 사회갈등	유경원
연구 2014-22-1-8	농촌의 중장기 인구변화에 대응한 지역 활성화 과제	성주인
연구 2014-22-1-9	초저출산·고령사회와 교육	차우규
연구 2014-22-1-10	초저출산·초고령화사회: 여성의 사회집단별 위험과 대응전략	장미혜

발간번호	보고서명	연구책임자
연구 2014-22-2	저출산·고령사회 동태적 분석을 위한 지역추적조사(II): 정릉 3동·영등2동소대면 사례지역을 중심으로	오영희
연구 2014-22-3	저출산·고령사회 대응 국제비교 공동 연구	이삼식(EWC)
연구 2014-22-4	결혼이민자 및 그 자녀의 인구자질에 대한 연구	조성호
연구 2014-22-5	동아시아 국가의 다문화가족 현황과 정책 비교연구	변수정
연구 2014-22-6	저출산 극복을 위한 자녀 양육 환경 개선 방안	신윤정
연구 2014-22-6-1	저출산 정책 확대에 따른 자녀양육 행태 변화 분석	신윤정
연구 2014-22-6-2	출산 및 양육의 사회문화적 환경분석	박종서
연구 2014-22-6-3	자녀양육 실태 및 돌봄지원 서비스 개선방안: 맞벌이 가구를 중심으로	김은정
연구 2014-22-7	인구구조 변화와 사회보장제정	원종욱
연구 2014-22-7-1	인구구조 변화와 복지지출 전망	우해봉
연구 2014-22-7-2	인구구조 변화에 따른 조세수입 전망과 사회복지 지출부담 분석	고제이
연구 2014-22-7-3	인구구조 변화와 공적·사적 연금자산의 전망 및 운용전략	원종욱
연구 2014-22-7-4	인구구조 변화와 공·사적이전 분담실태 연구	황남희
연구 2014-22-8	노인 단독가구의 생활현황과 정책과제	정경희
연구 2014-22-9	노인 건강상태주기별 보건사업의 대응전략	선우덕
연구 2014-22-9-1	노인보건사업의 현황과 개선방안	선우덕
연구 2014-22-9-2	생애말기 케어의 사회적 가치 분석	고숙자
연구 2014-22-9-3	건강위험요인과 사망의 관련성에 대한 중단연구	김혜련
연구 2014-23	건강영향평가 사업 운영	최은진/서미경
연구 2014-24	사회정신건강연구센터 운영: 4대중독 및 자살현황과 대응방안	이상영
연구 2014-24-1	약물 및 알코올 중독과 대응방안	정진욱
연구 2014-24-2	인터넷 및 도박 중독현황과 대응방안	송태민
연구 2014-24-3	자살위험도 결정요인 및 지역간 격차 요인분석	이상영
연구 2014-25	사회보장정책비교연구 5차년 과제	박수지
연구 2014-26-1	사회통합 실태진단 및 대응방안 연구: 사회통합과 국민행복을 중심으로	김미곤
연구 2014-26-2	사회통합 정책영향평가 지표 개발 기초연구	정해식
연구 2014-26-3	사회갈등 지수 국제비교 및 경제성장에 미치는 영향	정영호
연구 2014-27	지방자치단체 복지정책평가센터 운영	김승권
연구 2014-28	한국형 복지모형 구축: 한국의 특수성과 한국형 복지국가	여유진
연구 2014-29-1	보건복지통계정보 제공 및 이용 활성화를 위한 포털시스템 구축 및 운영	오미애
연구 2014-29-2	보건복지통계정보 생산 및 활용 촉진을 위한 마이크로데이터 통합 연계 방안	오미애
연구 2014-30	2014년 한국복지패널 기초분석 보고서	이태진
연구 2014-31	2012년 한국의료패널 기초분석보고서(II): 만성질환, 임신출산, 보건의식행태	최정수
협동연구 2014-1	가임기 여성 임신 전 출산건강 관리지원 방안 연구(총괄보고서)	이상람
협동연구 2014-1-1	미혼여성 임신 전 출산건강 관리지원 방안 연구: 산부인과 이용 및 인터넷 이용 환경 개선	이상람
협동연구 2014-1-2	미혼여성 임신 전 출산건강 관리지원 방안 연구: 학교 및 지역사회 기반의 생식건강 교육 환경 개선	여성정책연구원 김동식
협동연구 2014-2	복지와 기술융합(W-Tech)체계 구축 연구	유근춘