



인의협 정책자문위원회

ISSUE PAPER



이슈페이퍼 2024-07-01
2024. 7. 4

공공의료의 새로운 역할과 발전 방향에 대해

- 공공의료 강화의 배경과 논리 -



인도주의실천의사협의회 정책자문위원회



인의협 정책자문위원회

ISSUE PAPER



접수일 : 2024.5.5

발행일 : 2024.7.4

펴낸 곳 : 인의협 정책자문위원회

주소 : 서울특별시 종로구 율곡로 17길 14, 3층

TEL : 02) 766-6024 FAX : 02) 766-6025

이메일 : dr.humanism@gmail.com

공공의료의 새로운 역할과 발전 방향에 대해

- 공공의료 강화의 배경과 논리-

2024. 5. 5

1. 배경

○ 한국 사회에서 의료는 ‘이윤을 남기는 사업’이라는 강고한 논리가 민간뿐 아니라 공공병원에도 적용된다. 그러나 세계적으로 의료는 국민에게 제공하는 공공서비스라는 인식이 보편적이고¹⁾²⁾, ‘이윤을 목적으로 하는’ 영리적 병원은 소수의 특수한 존재이다.

- 정부가 설립, 운영하는 병원 *governmental hospital*이 세계적으로는 일반적 유형이다. 대부분 나라에서 공공병상은 전 병상의 40~90% 정도의 범위에 분포하고, OECD 평균은 71.6%이다. 한국에서는 정부 설립 병원이 특수한 유형(병상의 10% 정도)이다.

1) 공공병원은 보건소와 마찬가지로 국민을 위한 ‘보건사업’의 일부분으로 인식된다. 예산을 효율적으로 써야 한다는 의식은 당연히 있지만, 개별병원이 ‘수지’를 맞추고, 더욱이 ‘이익’을 남겨야 한다는 생각은 없다.

2) 의료는 공공재 *public goods*라는 표현도 많이 쓰인다. 경제학에서 공공재란 공공부문에서 공급되어 모든 사람이 비경합적 *non-rivalrous*이며 비배제적 *non-excludable*으로 사용할 수 있는 재화 또는 서비스(용역)를 의미한다. 국방, 치안 등이 전형적인 예이며 교육(한국에서는 초중등 교육), 공영 방송 등이 이에 가깝다. 한가할 때의 무료 도로는 이에 해당하지만, 통행료를 받으면 배제성이 생기고 차가 밀릴 때는 경합성이 생긴다. 경제학적 의미로 의료를 공공재라고 하기는 어렵지만, 화용론(話用論)적으로는 ‘공공성을 가지는 (또는 가져야 하는) 서비스’라는 의미로 흔히 쓰인다.

구분	한국	대만	일본	미국	독일	프랑스
전체 의료기관중 공공병원비율(%)	5.7	16.6	18.3	23.0	25.5	44.7
전체 병상수중 공공병상비율(%)	10.0	32.2	27.2	21.5	40.7	61.5

<자료> 2020 OECD Health Data(2018년 기준)

주) 대만, 독일, 미국은 2017년 기준 자료를 활용

- 서구에서 민간이 설립한 병원은 대부분 비영리법인의 병원 *non-for-profit hospital*을 지칭한다. 비영리병원은 ‘실질적’ 비영리 기관이고, 이사회 등의 민주적 지배구조로 운영한다. 비영리병원은 이윤극대화 *profit-maximization*를 추구하는 것이 아니라 산출극대화 *output-maximization* 또는 위신극대화 *prestige-maximization*를 추구하는 경영 행태를 보인다. 정부 설립 병원과 비영리 민간병원은 모두 공공성을 가지고 운영하므로 서구사회에서 ‘공익적 병원 *public hospital*’을 지칭할 때는 이 두 가지 병원을 구별하지 않는 일이 많다. 그 비율은 대부분 90%를 넘어간다. 구별되는 것은 10% 정도의 영리병원 *for-profit hospital*이다.

- 한국에서 민간병원은 개인 소유, 지배의 병원이 많고 자본 투자에 대한 정부의 지원이 약하기 때문에 형식은 비영리법인이지만 사실상 영리추구적 행태를 하게 된다.³⁾ 정부 설립 병원도 ‘경영 타당성’을 가져야 하는 상황 등으로 공공성이 저하되는 일이 많다. 공공과 민간병원이 모두 공공성을 가지는 서구사회와는 달리 한국에서는 공공과 민간병원이 모두 공공성을 가지기 어렵다.

○ 공공병원에 대한 국민의 일반적인 지지는 약 80% 정도로 매우 높고 언론의 -극단적 보수언론을 제외하면- 지지도도 상당히 높다. 그러나 이들의 지지는 그리 ‘절실하고 강력한’ 것이 아니다. ‘질이 안 좋은 병원’이라는 부정적 견해와 ‘있으면 좋겠다’라는 희망의 양가감정 상태라 할 수 있다.

- 코로나 이후 일부 지자체에서도 공공병원의 필요성을 느끼나 기획재정부 관료들의 강한 반대를 넘어서지 못하고 있다. 보수언론, 보수 관료, 보수적 경제학자, 재계 등이 대표적 반대 세력이다. 기초지자체는 ‘내 일이 아니다’라는 무관심 상태이며, 광역은 지방의료원이 ‘부담스럽다’라는 반응을 보인다, 보건복

3) 이것은 한국 의료체계의 구조적 성격이기 때문에 전반적으로 불가피한 것이다. 그러나 일부에서는 지나친 행태를 보이기도 한다. 소위 ‘사무장 병원’처럼 설립 자체가 불법적인 병원까지 섞여 있다.

지부에는 공공의료 강화를 동의하는 관료들이 없지 않지만, 의료의 산업화를 추구하는 정권에 순응한 나머지 기재부와 싸울 의지를 상실했다. 실제 일부 관료가 공공병원 강화를 추진하면 ‘왕따’ 당하는 상황이다.

- 여야 정당은 모두 공공의료 강화를 정책으로 추진할 의사가 없다. 국민의힘은 물론이고 민주당도 동력을 상실했다. 민주당도 오히려 산업화 방식으로 기울어져 가고 있다. 결국 정치와 행정부 안에서 공공의료 강화의 동력은 찾아보기 어렵다. 오히려 일부 지방자치단체에서 추진 의사가 있으나 현실적으로 구현되기 어렵다.⁴⁾

- 행정적으로 공공병원 확대의 최대 장벽은 예비타당성 조사이다. 병원에 적합하지 않은 기준들과 심사 과정에서 공공의료에 적대적인 위원들의 반대로 인해 벽을 넘어서지 못한다.⁵⁾

2. 공공의료의 의미

○ 공공병원, 보건소와 공공의료

- 공공의료는 공공병원과 보건소를 모두 포함하는 말이다. 공공의료라고 하면 일반 국민에게는 다소 모호하고 이해하기 어려운 말이 될 수도 있다. 정치적 구호로서는 ‘공공의료 강화’보다는 ‘공공병원 강화’가 더 명료하고 선명하지 않을까 싶기도 하다. 상황에 따라 공공병원 강화, 보건소 강화, 공공의료 강화를 적절하게 구사하는 것이 필요하겠다.

- 이 글에서는 공공병원과 보건소를 구별하여 검토한다. 공공의료에서 보건소와 그 하부조직은 1차의 기능을, 공공병원은 2차와 3차의 기능을 수행한다. 공공병원 중 지방의료원은 2차 기능을, 국립대학교 병원은 3차 기능을 수행하지만, 지방의료원은 보건복지부, 국립대학교 병원은 교육부로 소관 부처가 분리되어 있어 협조 관계가 원활하지 못하다. 이 글에서 공공병원은 주로 지방의료원을 상정하고 있다.

○ 보건의료서비스의 생산구조

- 생산물로서의 보건의료서비스는 병원, 의원, 약국 등 생산조직을 통해 생산된다. 생산조직에서 의사, 간호사, 약사 등 다양한 인력이 일을 한다. 전문인력

4) 부산, 광주, 대전, 울산, 경남 등이 공공병원을 추진했다. 부산은 폐쇄된 침례병원을 공공병원 화하고 경남은 진주의료원을 부활시키려는 시도가 있었으나 대전을 제외하고는 진행되지 못하고 있다. 서울은 전 시장 시기에 서울의료원 등 공공병원을 강화했고, 경기에서는 현재 북부지역에 공공병원 신설이 거론되고 있다.

5) 광주시가 추진하던 제2 광주의료원도 예비타당성 조사에서 거부되었다.

뿐 아니라 일반 노동자들도 같이 일을 한다. 이를 하부구조 *infrastructure*라고도 하며, 줄여서 ‘인프라’라고도 한다.

- 병원은 보건의료서비스 생산조직, 즉 보건의료 인프라의 한 부분이다. 공공병원이나 민간병원은 병원을 만드는 방식의 종류이다.

- 공공병원은 정부가 설립하여 운영하는 병원을 말한다. 이때 정부는 중앙정부일 수도 있고, 지방정부일 수도 있다. 세계적으로 최근 들어서는 병원을 법인으로 만들어 정부 조직과 분리하는 일도 많다. 공공법인인 경우 운영의 자율성이 부여되는 동시에 경영의 책임성도 강화된다.⁶⁾ 그러나 여전히 정부가 설립 주체이고 지원한다는 점은 변함이 없다.

- 한국의 민간병원은 의사가 개인적으로 소유하는 일이 많은데 이는 세계적으로 유례가 거의 없는 방식이다. 서구에서 병원을 의사 개인이 설립하는 일은 없다. 대부분 정부나 비영리법인이 설립한다. 소수 영리병원도 개인 소유가 아니라 주식회사, 유한회사 등 영리법인이 설립하는 것이다.

○ 공공의료와 공공성

- 민간의료기관에서도 ‘공공의료’를 할 수 있다는 논리가 정부의 병원 설립을 기피하는 논리로 쓰이고 있다. 이는 원래 김용익 교수가 과거에 제안한 다음 표에서 나온 말이다.⁷⁾

공공부문	(A) 공공성 있는 공공기관	(B) 공공성 없는 공공기관
민간부문	(C) 공공성 있는 민간기관	(D) 공공성 없는 민간기관

- A와 D만 있는 것이 아니라, B와 C도 있을 수 있다. 즉, 공공병원이 공공성을 잃을 수도 있고, 민간병원도 공공성을 가질 수도 있다.⁸⁾ 이 개념은 공공병원이 공공성을 잃지 않도록 노력해야 하고, 민간병원도 공공성을 가질 수 있도록 개편하고 지원해야 한다는 뜻이었다. 즉, A와 C를 늘리고 B와 D를 줄여야 한다는 것이다. 그런데 이것이 민간병원도 공공적 활동을 할 수 있으니, 공공

6) 예를 들어, 영국에서는 보수당 시절, NHS 소유의 국영기관이었던 병원들을 법인 *trust*로 만들었다. NHS는 의료서비스의 구매자, 병원은 공급자가 되어 계약을 맺는 방식으로 관계를 재구성했다. NHS는 원하는 의료서비스의 양, 질을 규정하고 이에 대한 ‘가격’으로서의 재정을 지원한다. 재정을 보조하는 방식도 예산제나 총액계약제에서 DRG 등을 활용한 행위별 수가제 요소가 강화되었다. 이 때문에 민간병원 같은 경영 행태를 보인다는 비판이 있다. 그렇다고 NHS가 이들 병원을 민간에 매각한 것은 아니다.

7) 김용익. 공공보건의료의 개념과 역할, 공공의료정책개론 강의, 서울대학교 공공의료정책사업단, 2011. 4. 6.

8) 발표자가 민간병원도 공공성을 가질 수도 있다는 예로 든 것이 녹색병원, 신천연합병원 등이었다.

병원을 굳이 늘릴 필요가 없다는 것으로 오용되고 있다.

- 전통적 공공과 민간 외에 사회적 경제 방식의 사회적 의료협동조합이나 최근 거론되고 있는 ‘공익적 의료법인’ 방식의 공공성을 가진 민간 부문도 중요한 역할을 수행할 수 있다. 보건의료 부문에서 공공의 공익성과 민간의 창의력을 가지고 의료기관을 운영할 수 있는 제3 섹터의 성장은 매우 바람직하고 중요하다.⁹⁾

- 정부 설립 공공병원이 가지는 가치는 민간병원으로 대체할 수 있는 것이 아니다. 이에 대해서는 다음 장에서 상술한다.

3. 의료 공공성과 영리성의 기원

○ 현대 병원의 기원은 중세병원 *hospitium*이다. 그 역할은 병든 순례자, 노숙자 등을 재우고 먹이며 돌보아 주는 것이었다. 주로 성당, 수도원, 수녀원 등에 부설로 세워졌고 돌봄 제공자의 역할을 수녀가 담당하는 일이 많았다. 여기서 병원 *hospital*은 ‘입원’을 하는 기관¹⁰⁾이라는 성격이 생기고 수녀와 간호사가 연결되는 역사적 기원이 되었다. 동시에 병원의 ‘종교적 자선기관’이라는 성격도 생기게 되었다.

- 종교개혁이 일어나면서 가톨릭교회의 지위는 크게 흔들렸다. 수도원, 수녀원이 파괴, 해체되는 일이 많았다. 중세병원도 같이 사라지게 되었다. 그 빈자리를 채우기 위해 왕립병원 *royal hospital*, 국립병원 *national hospital*을 세우게 되었다. 19세기 들어서는 지방병원 *municipal hospital*도 세워졌다. 이것이 정부 설립 공공병원 *governmental hospital*의 기원이라고 할 수 있다.

- 중세가 끝나가면서 빠르게 성장하기 시작한 부르주아지 계급은 산업혁명으로 크게 확대되었다. 이들은 18세기 중반부터 자발적으로 병원을 세우기 시작했다. 이런 민간병원을 *voluntary hospital*이라고 한다. 보통 민간병원이라고 번역하지만, 원래의 의미는 민간이 자발적으로 세운 ‘자발적 병원’이라는 뜻이다. 이렇게 병원을 세운 이유는 종교적이고 박애주의적¹¹⁾ 선행을 하려는 것이

9) 사회적 경제는 시민사회에 기반한 경제활동을 통해 현대의 다양한 문제에 대응하는 노력이다. 경제적 활동을 통해 사회적 목적을 추구하는 것이다. 그 과정에서 자발적 결사, 연대의 실현, 민주주의적 운영을 중시한다. 이윤 창출보다 구성원이나 공공에 대한 공헌을 우선시한다. 국가와 시장 사이에 존재하며 국가 및 시장으로부터 자율을 추구하기 때문에 ‘제3 섹터’라 부르기도 한다.

10) *Hospitium*에서는 병든 여행객에게 침상을 주어 머물게 하고, 음식을 제공하며, 돌보아 주고, 기도해 주는 종교시설 겸 의료시설이었으며, 외래의 기능은 없었다.

11) 이런 기부자를 박애주의자 *philanthropist*라고 했다. Louis H. Severance도 그 예이다. 스탠더드 오일의 창업자 중 한 명이었는데, 다양한 자선활동의 하나로 세브란스병원의 설립에 거금을 기부했다. 그러나 조선에는 한 번도 온 적이 없고 경영에도 전혀 관여하지 않았다. 다양한 기부 활동을 했

었다. 이들은 병원을 자신이 소유하지 않고, 이사회에 운영을 맡겼다. 의사는 병원에 초빙되었다.

- 의사는 개인의 투자로 민간 의원 *private practice*을 만들어 의료서비스를 제공했다. 이들의 활동 방식은 진료실을 찾아오는 외래 환자를 보거나, 환자의 집으로 왕진하는 것이었다. 병원은 ‘누워 있을 집이 없는’ 빈민들의 경우에만 해당하는 곳이었고 ‘집이 있는’ 사람들은 집에서 진료받았다.¹²⁾ 노숙자가 아닌 나머지 사람들에게는 ‘집’이 입원실이었고, 개원의는 왕진을 다니면서 입원 의료서비스를 제공했다.¹³⁾

- 이러한 역사적 배경에서 서양의 의료제도가 가지는 몇 가지 중요한 특징이 형성되었다.

① 병원과 의원은 처음부터 설립 주체가 달랐다. 병원은 개인이 세우고 운영하는 시설이 아니었다. 반면 의원은 개인의 소유였다.

② 병원은 입원, 의원은 외래 서비스를 제공하는 곳으로 기능 분화가 중세 기부터 명확했다.

③ 병원은 자선, 종교적 목적을 가지는 시설이었다. 그래서 진료비는 수입 원일 수 없었다. 이런 전통은 지금까지도 영리병원을 제외한 공공병원, 비영리 민간병원에 계승되고 있다. 반면, 의원은 전적으로 진료비 수입에 의존했고 이윤을 추구했다.

④ 기부에 의존하던 병원, 진료비에 의존하던 의원들에게 더 안정적이고, 공공적인 재원을 공급하는 방식이 근대적 의료보장제도라고도 할 수도 있다.

○ 근대적 국가 형성의 중요한 시기에 일본에 합병된 한국은 독자적인 제도 형성의 기회를 박탈당했다. 현대 한국 의료의 모습은 19세기 후반 일본이 받아 변형시킨 ‘일본식 서양의학’에 뿌리를 두고 있다.

- 메이지유신 때 일본은 서양의 각종 제도를 도입하면서 의학/의료는 독일의 제도를 본받았다. 처음에는 독일의 예에 따라 공공병원을 지으려는 계획이 있었으나, 정부 재정에 병원을 지을 여유가 없어 포기하게 된다.

던 그의 목적은 “주님의 교회를 짓는 것(the building up of the Christian church)”이었다.

12) 병원 *hospital, infirmary*은 구빈원 *poor house*에 대응하는 시설이었다. 전자는 병이 있는 사람이 가는 곳이고, 후자는 병이 없는 사람이 가는 곳이라는 점이 다를 뿐이다. 서구에서는 20세기 전반까지도 병원은 ‘거지’가 가는 곳이지, 중산층이 갈 수 있는 곳이 아니라는 인식이 강했다.

13) 이런 배경 때문에 20세기 전반까지를 무대로 한 서양의 영화에서 주인공들이 입원해 있는 모습은 볼 수가 없다. 언제나 의사가 왕진을 오는 모습만 보인다. 이것은 귀족이나 부자만 해당하는 것이 아니라 평민들도 집이 있으면 왕진을 청했다.

- 대신, 의원을 개업한 의사가 돈을 벌어 병원으로 성장시켜 운영하게 했다.¹⁴⁾ 이것은 ‘의원’과 구분되는 ‘병원’이라는 개념이 없던 동아시아적 전통에서 특별히 이상한 결정이 아니었을 수도 있다.

- 그러나 이 ‘간단한’ 결정이 가지는 역사적 의미는 엄청나다. 이 결정의 여파는 지금의 한국의 의료제도에 생생하게 살아 있다.

① 의원과 병원과 모두 의사 개인이 세우고 운영하는 의료시설이 되었다.

② 의원과 병원은 입원과 외래 서비스를 모두 제공하는 동일한 기능을 가진 시설이 되었다.¹⁵⁾

③ 의원과 병원이 모두 진료비를 주된 수입원으로 하게 되었다. 그리고 ‘의업(醫業)’은 상당히 돈을 잘 버는 직종이 되었다.

④ 국공립병원, 군(軍) 병원¹⁶⁾, 적십자 병원 등을 상당수 짓기는 했지만, 전체 병원 중에서 소수였고 의료체계의 주도권은 민간 의료에 있었다.¹⁷⁾

⑤ 의원이 돈을 벌어 병원으로 성장해 가는 방식은 의원-병원을 자본 축적의 연장선상에 놓이게 한다. 결과적으로 병원 대부분은 소-중 규모의 병원으로 구성된다. 소수만이 대자본으로 성장할 수 있다.

⑥ 의료기관은 환자가 많은 곳에 있어야 한다.¹⁸⁾ 개별 병·의원에게는 합리적 선택이지만 전국적 차원에서는 의료자원의 불균등 분포가 초래된다.¹⁹⁾

- 병원을 이렇게 설립, 운영하는 방식은 일본, 대만, 한국에서만 나타나며, 다른 나라에서는 예를 찾기 어렵다. 이는 물론 일본의 식민지 지배를 통해 전파된 것이다.²⁰⁾ 이 때문에 동아시아 3국은 서구의 식민 지배를 받은 다른 아

14) 개업의가 중심이 되는 의료체계라는 의미로 이를 ‘개업의 체제’라고도 한다. 개업의는 개원의를 부르던 당시 일본의 용어이다.

15) 과거 일본은 의원을 ‘10병상 이내의 병상’을 보유하는 의료기관으로 규정하였다. 즉, 의원과 병원은 외래와 입원의 기능 차이가 아니라, 같은 기능을 하되 다만 병상의 규모에 따라 행정적으로 구분되는 의료기관이었다. 이 개념은 한국의 현행 의료법에서도 똑같이 적용된다.

16) 청일전쟁에서 제2차 세계대전까지 전쟁을 거듭했던 일본은 전국에 육군병원과 해군병원을 지었다.

17) 일본은 식민지 조선에는 ‘내지(內地)’보다 훨씬 적은 공공병원을 지었다. 일본인 거류 지역, 철도, 광산 등지에 지배와 수탈을 목적으로 지은 것들이다. 그런데도 조선에 있는 병원은 이것이 거의 전부였다. 조선인에게는 병원을 지을 만한 의사(醫師)도, 자본도 없었다. 분단 직후, 남한의 공공병상 비율은 약 75%였다.

18) 중세 이래 병원의 설립 재원은 교회 또는 국왕, 귀족, 정부 등의 돈이었다. 18세기 이후 신흥 부유 계층의 기부가 늘어났다. 현대 유럽에서 병원에 대한 자본 투자는 주로 정부 예산이 쓰인다. 그러므로 병원의 위치나 규모는 ‘의료 수요’와는 별도의 문제였다.

19) 개별적 선택으로는 합리적이지만, 전체적 차원에서는 비합리적 구성이 일어나는 현상을 ‘구성의 오류 fallacy of composition’라고 한다. 축구장에서 한 사람이 일어서서 보는 것은 그 개인에게는 합리적이지만, 결국 모든 관객이 일어서야 하는 큰 구조적 잘못이 생긴다. 이런 어리석은 현상은 사교육의 만연, 부동산 가격을 노린 이주 등 생각보다 자주 대규모로 일어난다.

20) 북한과 중국에서는 소련의 영향을 받아 일본식 의료제도의 흔적이 크게 줄어들었다.

시아 아프리카 여러 나라와는 의료체계의 성격에 큰 차이를 보인다.²¹⁾

- 서구의 전통과 ‘일본식 서양 의료’ 사이의 간격은 매우 크고, 본질적인 차이가 있다. 이것이 현재 한국에서 나타나는 의료체계의 혼란과 ‘의료는 돈을 버는 사업’이라고 하는 고정관념의 기원이라고 할 수 있다.

4. 공공의료 강화를 위한 논리 구성의 필요성

○ 공공의료 강화는 한국의 의료 의제 중 가장 먹히지 않는 과제이다. 진보적 인사들도 원론적으로는 찬성하지만, 부정적인 인식으로 인해 사실상 거부하거나 추진에 힘을 쓰지 않는 일이 많다. 보수 측에서는 정부실패, 비용 증가 등을 내세워 매우 반대한다.

○ 대안으로서의 가치에 대한 부정적 인식은 다음과 같은 측면이 있다.

- 질이 낮다. 민간병원에 비해 열등하다.
- 운영이 어렵다. 의사를 구하기 어렵다. 노조가 강하다.
- 비용이 많이 든다. 설립에 목돈이 들고 운영도 적자다. ‘돈 먹는 하마’다.
- 정부가 해야 할 일이 많은데 우선순위가 떨어진다. 주민들에게 인기도 없다.

○ 필요성, 실현 가능성, 가치, 운영의 어려움 등에 대한 부정적 인식이 겹쳐 있다. 필요성, 당위성에 대한 단순한 주장이나, 병상이 10%밖에 안 되어 국제 기준에 크게 못 미친다는 된다는 비교 논리만으로는 설득이 되지 않는다. 긍정을 유도할 논리가 필요하다.

5. 공공병원 확충의 방향과 논리

1) 공공병원은 질이 낮고 운영이 힘들다. 주민들에게 인기가 없다?

○ 공공병원이 유사한 규모의 민간병원에 비해 낮은 수준이라고 할 수 없다. 공공병원이라면 관료주의부터 떠올리지만, 민간병원에서도 과잉 진료, 질 낮은 의료 등이 흔히 일어난다. 공공병원과 민간병원은 서로 다른 이유로 질이 낮아질 수 있다.

21) 영국, 프랑스, 네덜란드 등의 지배는 받은 동남아시아, 남아시아에서 병원의 설립자는 기본적으로 정부이다. 한·중·일에서만 나타나는 독특한 현상의 또 다른 하나가 의약분업의 ‘유보’ 상태이다. 의약분업의 유보 역시 메이지 유신 때 내려진 일본의 결정이었다. 한·중·일 중, 한국에서만 2000년 이 ‘유보’가 종료되었다. 동남아시아, 남아시아를 포함한 전 세계에서 의약분업은 당연히 실시된다.

- 공공병원의 질적 수준은 편차가 심하다. 수준이 상당히 높은 병원도 있고 열악한 곳도 있다. 공공병원 강화 대책을 생각할 때 반드시 기존의 공공병원을 증개축하고 현대화하는 부분을 같이 생각해야 하는 이유이다. 그러나 질적 편차가 심한 것, 역시 민간병원에서도 비슷하다. 이것은 공공병원만의 문제가 아니라 한국 의료 전체의 문제이다.

- 다음의 그림은 지방의료원이 대부분 들어 있는 2차 종합병원 중 공공과 민간병원의 질을 비교한 2020년 건강보험심사평가원 자료이다.



○ 공공병원의 경직성 등이 모두 병원 자체의 잘못이라고 할 수는 없다. 충분한 지원의 부족, 상부의 운영 방침 잘못, 자율성의 부족 등이 그 배경에 있다. 먹이지 않아 뛰지 못하는 아이에게 “왜 뛰지 못하냐?”라고 비난하는 것은 ‘피해자 비난하기 *victim-blaming*’이다.

○ 규모가 너무 작고, 진료 기능이 부족하며, 위치 선정이 잘못된 경우도 많다. 그러면서 ‘경영을 잘못한다’라고 추궁하며 ‘지원할 필요가 없다’라고 결론짓는다. 공공병원 대부분은 ‘매 맞는 아이 증후군 *battered-child syndrome*’ 상태이다.

○ 현재의 공공병원 중에는 국립암센터, 서울의료원, 보라매병원, 건보공단 일산병원 등 좋은 기능을 하는 공공병원도 있다. 국립중앙의료원도 좋아지고 있다. 신축이 끝나면 크게 좋아질 것이다. 세계 대부분 나라는 공공병원을 주축으로 하여 잘 운영되고 있다. 공공병원에서 ‘관료주의가 본질적 성격’이고 ‘정

부실패는 필연적'이라는 주장은 사실이 아니다.

○ 우리가 주장하는 공공병원은 과거형의 공공병원이 아니라 미래형의 공공병원이다. '현대적이고 능력이 충분히 갖추어진 좋은 공공병원'이다.

2) 민간병원이 과잉인데 왜 공공병원을 세우나?

○ 이런 주장은 공공병원과 민간병원이 진료라는 '동일한 기능'을 한다고 가정하는 데서 나오는 것이다. 그러나, 공공병원과 민간병원의 기능은 같지 않다.

○ 공공병원은 「우수한 진료」 + 「공공보건의료 사업」의 기능을 동시에 가져야 한다.

- 공공보건의료 사업은 예방접종, 보건교육, 구강보건 등 보건소 등이 수행할 수 있는 '1차형 사업'도 있지만, 병원급이 되어야 수행이 가능한 난이도 높은 '2차형 사업'도 있다. 그 예로, 팬데믹 위기관리, 대형사고 위기관리, 장애인 진료, 노인 진료, 여성 건강, 지역사회 돌봄 지원, 산업/직장 보건의료 사업 지원 등을 들 수 있다. 그 외에도 지역에 따라 다양한 사업이 가능하다. 암 관리 등은 '3차형 사업'의 예라고 할 수 있다. '좋은 공공병원'의 네트워크가 있어야 2, 3차형 공공보건의료 사업이 가능해진다.

- WHO에서도 건강증진병원 *health promotion hospital*으로 병원을 바꿔야 한다는 주장이 있었지만, 공공병원이 유난히 취약한 한국의 상황에서는 공공병원의 공공사업을 더욱 다양하게 개발하고 적극적으로 지원해야 한다.

○ 민간이 못하는 것을 공공이 해주어야 한다는 '수동적 보완 논리'가 아니라 공공병원의 역할은 따로 있다는 '적극적 대체 논리'가 합당하다.

- 공공병원은 민간병원의 단순한 대체재가 아니다. 민간병원과는 다른 공공병원의 고유 기능이 있다. 이러한 공공병원의 이러한 활동으로 민간병원의 부담도 덜어지는 '원원 *win-win* 관계'도 가능하다.

○ 민간 병상이 과잉 공급이니 공공병원을 세울 필요가 없다는 주장은 사실이 아니다.

3) 공공병원을 세울 돈이 어디 있나?

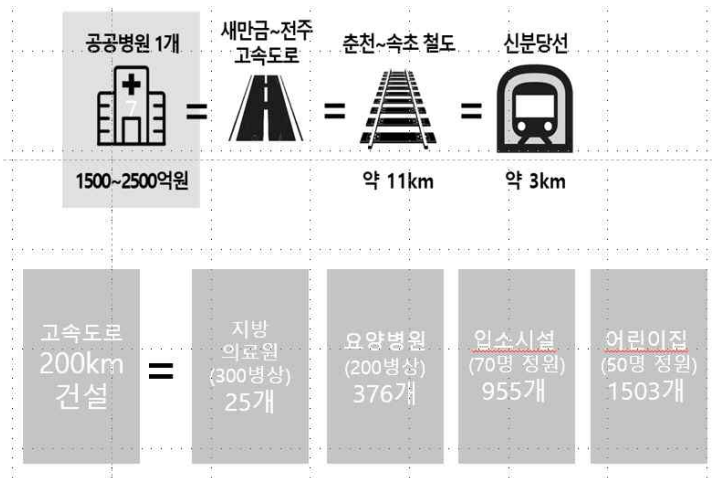
○ 공공병원이 '돈 먹는 하마'라는 인식이 강하다. 투자 비용도 부담스럽고 경영 적자도 두려워한다. 복지를 확충하자는 주장에 대해 즉각적으로 나오는 흔한 반대 논리가 "돈이 어디 있나?" 하는 것이다.

○ 투자 비용

- 비용이 많이 드는 것은 당연히 사실이다. 우크라이나 전쟁으로 자재비 등이 올라 지금은 더욱 많이 들 것이다.

- 거가대교 총사업비는 2010년 경상가격으로 1조 9,831억 원이었다. 2020년 300병상짜리 공공병원을 세우는 비용은 1,500억 정도로 추산된다. 거가대교 하나를 세우는 예산으로 300병상 규모의 지방의료원 15~20개를 세울 수 있었다는 것이다.²²⁾

- 다음의 그림은 2020년 기준으로 고속도로 200km(대략 서울-대전 거리)를 까는 비용이면 300병상짜리 공공 지방의료원 25개, 요양병원 376개, 노인/장애인 입소시설 955개, 어린이집 1,503개를 지을 수 있었다는 것을 보여준다.



- 공공병원은 지으려면 돈이 많이 든다는 것은 절대 액수의 문제가 아니라 가치 판단의 문제이다. 즉, 국가의 역할이 무엇이냐의 문제이다. 국가의 역할이 토목의 보장인가, 아니면 인권과 건강의 보장인가? 앞의 그림에서 공공병원 1개를 짓는 비용은 고속도로 4km를 짓는 비용에 해당한다.

- 적어도 2000년 이후부터라도 공공병원을 매년 한두 개씩 세우는 노력을 꾸준히 해왔으면 큰 부담이 아니었을 것이다. 지금도 마찬가지다. 수백 개의 공공병원을 동시에 짓자는 것이 아니다. 한해에 한두 개씩이라도 지속적, 단계적으로 짓자는 것이 국가 재정에 얼마나 큰 부담이 되겠는가?

- 공공병원을 지으려면 엄청난 돈이 든다는 논리에 움츠러들면 안 된다. 국가의 재원을 함부로 쓰거나 낭비하자는 것이 아니다. 재정은 당연히 알뜰히 써야

²²⁾ 두 자료는 연도 차이가 있어서 물가 인상률을 고려하여 추산한 것이다.

한다. 국가가 해야 할 일의 우선순위에서 공공의료의 부담이 뒤로 밀려 있다는 점을 지적하는 것이다.

- 문제는 돈이 아니라 ‘잘못 설정된 국가의 역할’이다.²³⁾

○ 경영 적자

- 과잉/과소 진료 없는 적절한 진료를 하는 데서 오는 매출의 감소는 좋은 일을 한 것이지 무능의 결과가 아니다. 소외계층 진료로 인한 손실도 나쁜 것이 아니다. 이런 부분은 ‘착한 적자’이고 칭찬해야 할 일이다.



[요약 그림 14] 지방의료원 기관당 평균 의료이익(손실) 및 공익적 비용(단위: 백만원)

- 2022년 보고된 한 연구에서 2019년 기준 지방의료원 1개소당 의료손실은 41억 원, 그중 ‘공익적 비용(착한 적자)’은 36.7억 원이었다는 보고가 있었다.²⁴⁾ 2012년에는 전체 ‘적자’ 중 61.2%가 ‘착한 적자’였으나, 2019년에는 89.3%로 대부분이 ‘착한 적자’였다.

- ‘착한 적자’를 제외하고 공공병원이 경영을 잘못해 발생한 적자, 위 연구에서 나타난 병원당 ‘나쁜 적자’ 4.4억원은 누구의 책임인가? 중앙과 광역 정부가 적절한 지원을 충분히 해주지 않았거나, 부적절한 지침을 내려서 초래된 경영 적자는 상급 기관의 책임이다. 개별병원이 책임을 져야 할 부분은 그중에서 자체의 잘못된 경영으로 초래된 부분에 국한된다.

- 상부 기관의 관료주의로 인한 적자는 상부에서 책임을 져야 한다. 병원이 책임져야 할 부분은 자체적으로 잘못된 부분이다. 누구의 책임이든 고쳐야 할

23) 잘못된 설정된 국가의 역할에 관한 자세한 논의는 “김용익·이창근·김태일, 「복지의 문법」, 한겨레출판, 2022, 제1부 다시, 국가의 역할을 묻는다(47~99쪽)” 참고

24) 이해종 등(2022). 지방의료원 공익적 비용 계측 연구, 건강보험연구원

노력을 당연히 하여야 한다. 그러나 모든 잘못을 개별병원에 떠넘기는 것은 옳지 않다.

○ 적자냐, 사업비냐?

- 그에 앞서서 공공병원의 '적자'라는 것이 적절한 개념인지부터 살펴보아야 한다. 필수진료 서비스의 제공, 불필요한 비급여를 줄이는 적정진료, 의료급여 등 소외계층 진료로 인한 '수입의 감소'는 과연 '적자 요인'인가? 각종 방역, 건강증진 등 공공사업의 수행을 위한 비용은 '적자 요인'인가? 보건사업을 한 것이 아니고? 이런 비용은 적자라고 부르는 것은 온당하지 않다.

- 소방서나 경찰서에 대해서는 적자를 따지지 않는다. 보건소에서도 적자를 따지지 않는다. 이들이 하는 사업은 국민을 위한 서비스라는 인식이 있기 때문이다. 그런데 공공병원에 대해서는 적자를 따진다. 병원은 '돈을 버는 기업체'라는 인식이 전제되어 있기 때문이다. 이러한 인식 자체가 역사적 기원을 가지는 오류이다.

- 공공병원은 '돈을 버는 기업체'가 아니라, 국민 건강을 위해 '보건의료사업을 제공하는 공공기관'이다. 예산을 효과·효율적으로 사용해야 하는 것은 맞지만 '수지타산'을 따져야 하고 '흑자'를 보아야 한다는 논리는 처음부터 잘못된 것이다.

4) 공공의료와 의료의 질 관리

○ 서구사회에서 의료의 질은 상당히 동질적이다. 국영 및 비영리 민간병원뿐 아니라, 영리병원에서 제공하는 의료도 질적 수준의 차이는 별로 없다고 한다.²⁵⁾ 영국에서는 국영병원도 10%의 병상을 사비(私費) 병상 *private beds*로 사용하는데, 이 경우 역시 의료의 질은 공공병상과 같다.²⁶⁾ 서구사회에서 의사들의 진료에는 일정한 기준이 있고 그 기준은 국영, 비영리 민간, 영리병원 전반에 같이 적용되기 때문이다. 근대 이후 국영, 비영리 민간병원에서 만들어지고, 각 전문학회, 의사회 등에 의해 표준화된 의료의 질적 기준이 새로 생긴 영리병원에서도 관철되는 것이라 설명할 수 있겠다. 이렇게 만들어진 표준은 의과대학과 수련병원들을 통해 재생산된다.

○ 한국에서 의료의 질적 수준에 통일적 기준은 없다. 객관적으로 보아 한국

25) 영리병원이 재정적 이유로 흔한 질병의 진료를 기피하고 병원 사망률이 높다는 보고도 많지만, 사회적으로 큰 문제가 될 수준은 아닌 것으로 보인다.

26) 의료의 질은 같지만, 진료비를 전액 본인이 부담해야 하는 사비 병상에는 귀족과 최상층 부자만이 들어갈 수 있다. 이런 방식으로 영국의 병동에서 상층과 중-하층 환자는 분리된다.

의료의 질이 상당히 높은 수준이지만, 의료인 간, 의료기관 간 편차는 매우 크다. 의료의 질은 기본적으로는 각 의과대학의 교육을 바탕으로 각 수련병원에서 의국별로 관리한다고 할 수 있다, 건강보험심사평가원이 의료의 질 관리를 위해 다양한 노력을 하고 있으나 아직은 효과가 제한적이다.

○ 각 병원이나 심사평가원이 노력도 물론 중요하지만, 의료의 질 관리는 의료인, 의료기관의 내부에서 자체적으로 일어나는 것이 가장 중요하다. 자연스러운 방법의 하나는 공공병원의 서비스를 높은 수준에서 표준화하고 시장에서 일정한 비중을 차지하게 하는 것이다. 공공 보육의 예를 들어 보자. 국공립 어린이집이 좋다는 소문이 돌자, 이를 이용하려는 대기자가 길게 늘어섰다. 정부의 노력으로 공공 보육을 받는 아동이 점점 늘어나 2022년에는 33.5%까지 비중이 커졌다. 그러자 이제는 민간 어린이집이 공공 보육의 수준을 따라가려고 노력하지 않을 수 없게 되었다. 일종의 ‘시스템의 경제 *economies of system*’가 일어나고 있는 것이라 할 수 있다.

○ 이런 방식으로 의료서비스 전반의 질을 끌어 올릴 수 있으려면 적어도 두 가지 조건이 필요하다. 첫째는 공공병원들이 ‘교과서’적으로 진료하고 이를 규범화할 수 있는 능력을 갖추어야 한다. 둘째는 공공병원의 비중이 ‘의료 시장’에 영향력을 행사할 수 있는 정도로 커져야 한다. 두 가지 모두 어려운 일이지만 그것이 불가능하다고 포기할 일은 아니다. 불가능한 것이 아니라 공공병원에 이런 역할을 부여하는 개념이 없었고, 그런 방향으로 강화하려고 노력하지 않았을 뿐이다.²⁷⁾

- 영리병원이 더 좋은 질의 의료를 특권적으로 제공할 것이라는 생각은 일반 병원의 질이 낮고 영리병원은 ‘돈 걱정 없이’ 진료할 것이라는 한국적 사고에서 나온 것이다. 서구와 같은 진료 표준이 있지 않고, 반면 실손보험이 보편화된 한국의 상황에서 영리병원은 ‘영리’를 위해서 각종 진단용 검사와 치료적 시술을 과다 제공할 우려가 있다. 그러한 행위는 ‘교과서’의 기준을 넘는 것일 가능성이 크고 오히려 의료의 질을 낮추는 것이 될 수 있다.

- 의료의 질은 적정 진료일 때 높은 것이지 첨단기술을 과잉으로 쏟아붓는다고 높아지는 것이 아니다. 정신·심리 상담, 각종 재활, 운동 등 지금까지 부족했던 부분을 보강하여 균형을 맞출 때 의료의 질이 올라갈 가능성이 오히려 훨씬 크다.

27) 반드시 같은 것은 아니겠지만, 동사무소도, 경찰서도, 소방서도 과거와는 비교할 수 없이 변화했다. 공공병원만 변할 수 없다는 이유는 없을 것이다.

5) 의사의 일자리와 지역균형발전 전략으로서 공공병원

○ 모든 노동이 그렇지만 특히 의사는 생산수단이 없이는 일할 수 없다. 병원은 의사가 일할 수 있는 무대이다. ‘좋은 공공병원’은 좋은 서비스를 제공할 능력이 있는 병원이기도 하지만 의사들이 ‘일하고 싶어 하는 수준 높은’ 병원이기도 하다.

- 지금까지 공공병원은 평범한 의사들이 선택할 만한 경력 발전의 경로가 되지 못했다. 공공병원은 흔히 ‘실력이 없는’, ‘일을 열심히 하고 싶지 않은’, ‘노후에 좀 쉬고 싶은’ 의사들이 모이는 곳으로 인식된다. 조건이 좋지 않은 병원에서 이런 일이 일어난다. 같은 이유로 공공병원은 특별한 사명감을 가진 의사들이 선택하는 곳이기도 하다.

- 그러나 병원의 조건이 충분히 좋아진다면 이런 현상은 크게 줄어들 것이다. 공공병원이 ‘보통의 의사들이 평범하게 선택할 수 있는’ 전문가로서의 성장 경로가 될 수 있으면 그것이 가장 바람직하다. 그렇게 개혁하는 적극적인 노력이 필요하다.

- ‘좋은 공공병원’은 의사들이 일할 ‘좋은 직장’을 제공해 준다.

○ 시장 원리에 의해 수도권에 집중되는 민간병원으로는 의료서비스의 지역균등화를 달성할 수 없다. 의사들의 분포는 병원의 분포를 따라간다.

- 만일 70개 중진료권에 한두 개씩이라도 ‘좋은 공공병원’이 배치된다면 의사들의 지역분포도 크게 개선할 수 있다. 소위 ‘필수의료’라는 소아·청소년과, 산과, 수술, 응급, 방역 등의 서비스도 지역 균등하게 제공하는 것이 가능하다.

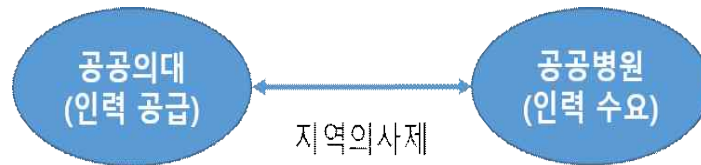
- 특히, 흉부, 신경, 안, 이비인후, 마취, 영상, 검사, 재활 등 특별한 전문과목의 의사들은 이들은 고용할 ‘좋은 공공병원’의 전국적 균형 배치 없이 지역에서 일하기는 더욱 어렵다.

○ 공공의대, 지역의사제 등도 ‘좋은 공공병원’의 전국적 균등 배치가 있어야 현실성을 가진다.

- 공공의대는 지역에서 일할 수 있는 의사를 교육하고 양성하는 방식의 하나이다. 지역의사제는 이렇게 육성된 의사를 지역에서 -의무적으로, 또한 자발적으로- 일할 수 있도록 하는 제도이다.

- 문제는 이렇게 육성된 의사가 일할 마땅한 ‘직장 workplace’을 마련해 주어야 한다는 것이다. 좋은 병원이 없는데 ‘지역의사’는 어디서 일할 것인가? 스스로 개원해서? 아니면 민간병원에서? 환자가 많지 않은 지역에 개원하기는

어렵다. 같은 이유로 ‘좋은 민간병원’이 지방에 생기는 것은 어렵다. ‘좋은 공공병원’이 배치되어야 의사들이 지역에서 일할 수 있다. 지역 의사제는 공공의대와 공공병원을 묶어주는 연결고리이다.



- ① 공공병원, ② 공공의대, ③ 지역의사제는 ‘3요소(triad)’를 이루는 하나의 정책 묶음이다. 공공의대와 지역의사제만을 주장하는 일이 많은데 공공병원의 전국적 균형 배치가 전제되지 않은 지역의사제나 공공의대의 주장은 공허하다. ‘좋은 공공병원’에서 지역의사들을 고용하여 일할 수 있도록 하고, 그런 의사를 공급하기 위해 공공의대가 필요하다고 해야 한 줄기의 일관성 있는 논리가 구성된다.

- 만일 의사들이 기꺼이 일할 수 있는 수준의 ‘좋은 공공병원’이 전국에 골고루 배치된다면 굳이 공공의대와 지역의사가 없어도 자연스럽게 의사들이 지역으로 가서 일하게 될 것이다. 현실이 그렇지 못하니 지역의사제와 공공의대의 주장이 나오는 것이다.

○ ‘좋은 공공병원’의 전국적 균형 배치가 있어야 지역주민의 건강 보장과 지역의 균형 발전이 이루어질 수 있다.

- 공공병원은 의료 수요가 부족한 지역에도 배치되어야 한다. 공공병원이 「우수한 진료」 + 「공공보건의료 사업」의 기능을 동시에 가진다고 생각하면 왜 공공병원이 경영 타당성을 넘어서서 지역에 고루 배치되어야 하는지 자명하다.

- ‘좋은 공공병원’은 지방의 회생을 위해 의도적인 평등실현조치 *affirmative action*로 추진되어야 한다. 정부의 예산으로 설립되고 운영되는 공공병원만이 의료수요의 분포를 극복하고 전국적으로 골고루 분포할 수 있다.

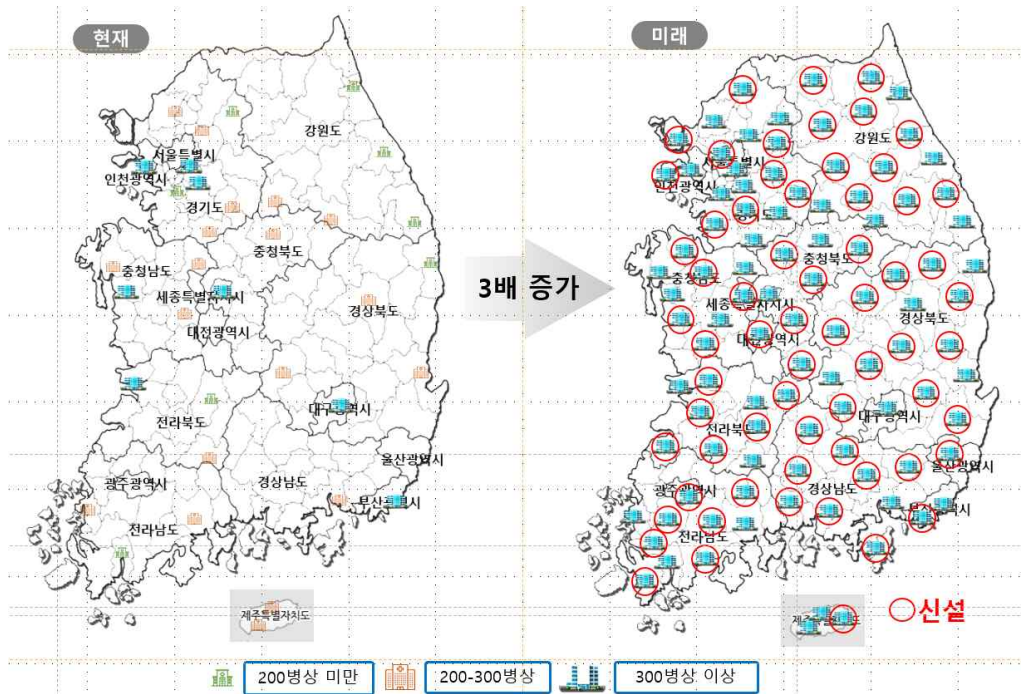
- 수지 타산이 안 맞는 지역에 배치되는 공공병원에서 생기는 이른바 ‘적자’는 적자가 아니라 지역주민을 위한 보건사업의 예산 투입이라는 점은 앞에서 말한 바 있다. 동시에 지방소멸을 막고 지역 균형 발전을 도모하는 투자 예산이기도 하다.

- 병원은 지역민의 정주 여건이기도 하고 병원 주변에 주거, 생활, 산업의 인프라가 유인될 수 있는 결절점이기도 하다. ‘좋은 공공병원’이 생기면 이어서

주위에 동네가 생기고 그 지역 전체의 인구가 유입되는 동인이 된다.

6) 공공병원이 늘어나는 생기는 이점

○ 공공병원이 충분한 규모의 병상수를 가지게 되면 ‘규모의 경제 *economies of scale*’를 가지게 되고, 다양하고 우수한 진료 능력과 공공사업을 조화롭게 수행하는 경우 ‘범위의 경제 *economies of scope*’도 가지게 된다.



○ 이 그림은 ‘9.2 노정 합의’²⁸⁾가 정한 대로 중진료권별 지역중심 공공병원이 하나씩 배치되었을 때의 모습을 그린 지도이다. 왼쪽 지도는 공공병원의 수가 적고 소규모 병원이 다수인 현재의 모습을 보여주고 있다. 오른쪽 지도는 중진료권별로 1개의 ‘좋은 공공병원’이 배치되어 있는 모습을 보여준다.

○ 오른쪽 지도가 성취되었을 때 한국의 의료가 어떻게 변할 것이지는 상상하기 어렵지 않다.

- 만일 70개 중진료권 별로 하나씩이라도 현대적 지방의료원을 신·증축하여 배치하고²⁹⁾ 공공 어린이병원, 방역 중심 공공병원, 공공 재활병원 등이 설립되어 100여 개의 공공병원이 활발히 움직이는 상황에서

28) 2021년 9월 2일 전국보건의료산업노동조합과 보건복지부가 공공의료 확충 및 감염병 대응체계 구축과 보건의료 인력 처우개선을 내용으로 맺은 협약이다.

29) 작은 규모의 지방의료원이 있는 지역은 증축, 현대화하고 지방의료원이 없는 지역은 신축한다.

- 국립중앙의료원, 국립암센터, 국립재활원 등과 각 지역의 국립대학병원, 그리고 전국적으로 고루 분포한 지방의료원 간 환자의뢰, 원격협진, 교육훈련 등으로 서로 협조하는 체제가 구성된다면 전국적인 '시스템의 경제 *economies of system*' 또한 얻을 수 있게 된다.

- 이런 상태가 되면, 더 나가 보건소도 확대 강화되어 도시지역에도 보건지소의 망이 형성된다면 지역사회돌봄 체계가 구축된 가능성 또한 얼마나 커질 것인가? 산재병원, 보훈병원 등과도 협조하게 되면 노인 진료, 장애인 진료, 여성 건강, 산업 및 직장 보건의료 등 지금까지 담보상태에 있던 다양한 건강관리 문제에 돌파구를 여는 확장성도 크다.

- 공공병원의 증가는 단순히 수를 늘리는 문제를 넘어 진료권별 분포와 연계 체계 형성의 조직화 과제가 동시에 추진되어야 함을 볼 수 있다.

○ 공공병원이 늘어날 때, 기대되는 또 하나의 장점은 정책 집행의 수단이 만 들어진다는 것이다.

- 보건복지부는 지방조직을 가지고 있지 않다. 직할의 지방조직이 없는 보건복지부는 광역, 기초 자치단체를 거쳐 정책 집행을 한다. 지방의료원은 광역, 보건소는 기초의 소속이다. 직할의 지방조직을 가지는 여부는 장단점이 있으며 찬반도 엇갈린다.

- 그러나 공공병원과 보건소의 수가 부족하고 기능도 강력하지 못한 것은 보건의료 정책 집행에 명백한 취약점이다. 보건의료 정책의 집행은 민간의료기관에 거의 전적으로 의존하고 있다. 예를 들어 고혈압, 당뇨병 등 만성질환 관리, 코로나19 등 집단 유행병의 관리, 장애인 주치의 사업, 치매 관리 등 다양한 사업의 집행이 모두 그렇다. 이런 사정으로 보건의료 정책의 집행은 대부분 '수가'를 통해 사실상 '구매'된다.

- 이는 지방교육청과 국공립 학교의 네트워크가 있는 교육부와는 사정이 아주 다르다.³⁰⁾ 교육 정책의 집행은 지방교육청과 국공립 학교의 조직을 통해 -적어도 보건복지부보다는- 수월하게 수행된다. 보건복지부에서 분화되어 나간 고용노동부, 환경부 등과도 다르다. 고용노동부, 환경부는 모두 직할의 지방조직을 가지고 있으며 이 조직을 통해 정책을 집행한다.³¹⁾ 예를 들어, 고교평준화를 할 때 교육부는 지방교육청을 통해 전국적으로 일관성 있는 정책을 집행할

30) 교육부는 17개 시도교육청이 있고, 2023년 학교수 기준 국공립의 비중은 초등학교 98.8%, 중학교 80.6%, 고등학교 54.4%, 4년제 대학교 18.4% 등이다.

31) 고용노동부는 보건사회부로부터 1981년 분리하였으며 6개 지방청 및 40개 지청, 2개 출장소가 있다. 환경부는 1994년 분리하여 8개 유역·지방청과 4개 홍수통제소 등의 지방조직이 있다.

수 있었다. 부당노동행위가 있을 때 고용부는 자체의 지방조직이 직접 -지자체를 경유하는 것이 아니라- 시정조치를 취할 수 있다.

- 보건복지부가 직할의 지방조직을 가져야 하는 점에 대해서는 찬반의 논란이 있다. 보건복지는 생활 행정의 핵심으로서 이를 기초지방자치단체가 수행해야 할 기본업무로 삼는 나라가 더 많다. 그러나 공공병원과 보건소 네트워크가 잘 구성된다면 보건복지부의 정책을 집행할 ‘손발’이 만들어질 수 있다. 이는 보건 의료 정책의 수행 방식에 혁신적인 변화를 불러올 것이다.

7) 공공병원을 늘리는 방식

○ 중진료권 별로 공공병원이 없는 지역은 우선하여 지방의료원을 신설한다.

- 기존의 지방의료원이 있지만, 규모가 작고 기능이 떨어지는 곳은 충분한 규모로 증설하고 기능을 보강한다.

- 인구가 적은 농어촌이나 중소도시의 경우, 병상 소요만을 기준으로 보면 규모가 작을 수밖에 없지만 「우수한 진료」 + 「공공보건의료 사업」의 수행을 목표로 잡으면 충분한 규모로 커져야 한다.³²⁾ 이렇게 하면 이른바 ‘적자’가 발생할 수밖에 없지만, 이것은 ‘적자’가 아니라 주민의 건강을 위해, 지역의 균형 발전을 위해 투자하는 사업비로 생각해야 한다는 점을 앞에서 설명한 바 있다. 이 원칙은 신설이나 증설이나 같다.

○ 새로이 신·증설을 하는 방식도 있지만, 기존의 민간병원을 매입하여 공공병원으로 전환하는 방식도 있다. 민간병원 중 매각을 원하는 곳을 매입하여 공공병원으로 전환하는 것이다.³³⁾ 물론 필요한 기능을 보강하여 재개원한다.

- 민간병원을 매입하여 공공병원으로 전환하면 과잉 공급된 민간 병상을 줄이는 효과도 있다. 민간 병상은 줄고 그만큼의 공공병상이 늘어 공공의 비중을 빨리 늘리는 방식이 될 수 있다.

- 매입한 민간병원을 반드시 병원으로 전환할 필요는 없을 것 같다. 규모가

32) 충분한 규모란 지방의료원이 그 지역의 의료 수요를 충족하는 전문과목을 갖추고 임원, 외래, 수술 등 양질의 임상 의료 서비스를 제공할 수 있고, 이를 바탕으로 다양하고 수준 높은 공공보건의료 서비스도 제공할 수 있는 규모를 말한다. 이를 결정하기 위해서는 원가와 수입의 요인을 분석해야 하는데 본격적인 연구는 없었다. 대체로 한국에서는 300~400병상 정도에 분기점이 있는 것으로 추정된다.

33) 의료법인을 해산할 때 잔여재산의 처리는 민법 제80조에 따른다. “민법 제80조(잔여재산의 귀속) ① 해산한 법인의 재산은 정관으로 지정한 자에게 귀속한다. ②정관으로 귀속권리자를 지정하지 아니하거나 이를 지정하는 방법을 정하지 아니한 때에는 이사 또는 청산인은 주무관청의 허가를 얻어 그 법인의 목적에 유사한 목적을 위하여 그 재산을 처분할 수 있다. (후략) ③전2항의 규정에 의하여 처분되지 아니한 재산은 국고에 귀속한다.”

작거나, 부지를 추가 확보하기 어려운 경우 등 병원으로 쓰기 어려운 상황도 있을 수 있다. 그런 경우 건물을 개조하여 의원들의 개원 공간으로 장기 임대하는 방안도 가능할 것이다. 의원들은 안정적이고 집세가 낮은 공간이 필요하다. 이런 의원들에게 각종 공공적 활동에 참여하도록 장려하면 1차 의료의 공공성 확보에도 좋은 바탕이 될 수 있겠다.

8) 공공병원을 얼마나 늘려야 할 것인가?

○ 공공을 늘리는 것이 만병통치약인 것은 아니다. 공공병상이 많은 나라에서는 보건의료 문제의 많은 부분이 정부실패와 연결이 되어 있다. 반대로 민간 의료의 지배적인 나라에서는 시장실패의 증상이 주로 나타난다.

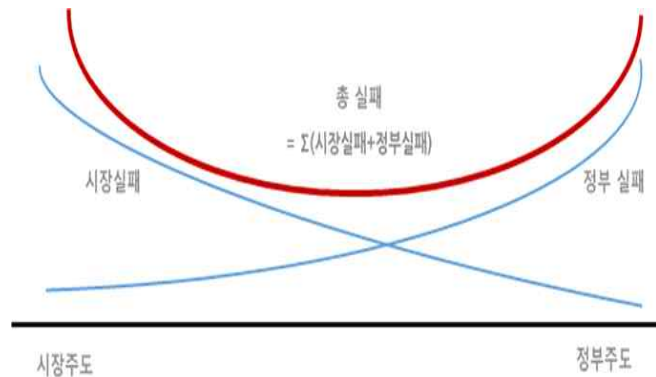
- 한국에서는 민간 병상이 90%에 달하고, 병원 대부분이 의사 개인 소유이며, 의료기관 간 기능 분화가 되어 있지 않다. 진료비는 행위별 수가제로 지급된다. 이런 정책 조합을 가지는 나라에서 도시집중, 3차 병원 집중, 과잉 진료 등 시장실패의 증상이 압도적으로 나타나는 것은 당연한 일이다,

- 이럴 때는 공공의 비중을 늘리는 것이 당연히 합리적인 정책 선택이다. 많은 사람이 ‘좋은 공공병원’의 비중을 20~30% 수준으로라도 늘리고 전국적으로 고루 분포하게 해야 한다고 주장한다. 그렇게 되면 한국 의료의 문제점이 크게 개선되고 새로운 가능성이 열리게 될 것은 상상하기 어렵지 않다.

- 다른 한편에서는 공공이 커지면 정부실패가 일어날 가능성도 커질 것을 우려한다. 근거 없는 주장은 아니다. 기존의 공공병원은 소수임에도 앞에서 살펴본 다양한 이유로 정부실패의 증상을 보인다. 공공의 비중이 워낙 작다 보니 이들이 사회 문제로 부각조차 되지 못하는 것이 역설적인 현실이다.

- ‘적은’ 공공병원 내외에 산재한 ‘많은’ 정부실패의 요인을 극복하려는 노력은 적극적으로 해야 한다. 공공병원을 늘려가는 과정에도 정부실패를 예방하려는 노력이 같이 진행되어야 한다. 공공을 확대하려는 노력과 공공의 위험성을 줄이려는 노력은 동시 진행되어야 한다.

- 정부실패를 극복하려는 노력은 모든 정부가 해야 할 임무이다. 정부에 대한 신뢰가 형성되지 않으면 국가는 원활히 운영될 수 없다. 그러나 한국의 공공병원이 ‘너무 많아져서’ 정부실패를 걱정해야 할 상황이 그리 빨리 올 것 같지는 않다.



- 우리가 할 수 있는 일은 정부실패와 민간실패의 합을 최소화하고 공공과 민간의 장점을 살려 활용하도록 노력하는 것이다. 공공과 민간의 배합 비율에 정답은 없다. 그러나 '50 대 50'쯤 되는 그 어름에 최적의 배합이 있지 않을까. 제3 섹터가 성장하여 영향력 있는 비중을 차지한다면 더욱 바람직하다. 공공, 제3 섹터, 그리고 민간 부문이 각 1/3씩의 비중을 가지는 구성도 바람직하다.

6. 보건소 확충의 방향과 논리

1) 보건소의 의미

○ '보건소 *health center*'는 다양한 의미가 있으며 다양한 임무를 수행한다. 대개 공공적 외래 진료 기능을 수행하기 위해 중앙 또는 지방정부가 설치한 공공 보건의료시설이다. 그러나 독일 등에서는 질병 예방, 특히 감염병 예방을 위한 목적으로 한 예방 활동 전담 시설이며 진료 기능은 없다. 보건 행정 기능은 '지역보건당국 *district health office*'의 형태로 지방자치단체와 연결하여 설치되어 있는 경우가 많으며 조직 방식은 다양하다.

- Community health center 또는 Health Center³⁴⁾: 대부분의 나라에서 1차 의료의 의원은 의사가 설립하여 운영한다. 이런 속에서 community health center는 정부가 설립한 '공립의원'의 임무를 수행한다. 대상은 저소득층, 소외지역일 수도 있고, 보편적 국민과 지역일 수도 있다. 즉, health center는 진료를 하는 '공공 진료소'라는 의미를 가지는 일이 많다. 북유럽에서는 1차 의원도 대부분 지자체가 세운 공립의원이기 때문에 community health center는 그중 규모가 크고 진료-예방-사회서비스 등 복합적인 기능

34) 일반명사로서의 community health center나 health center는 지역보건소 또는 지역사회 보건진료소 등으로 번역할 수 있겠으나, 한국의 보건소 또는 보건진료소를 지칭하는 특수명사적 용어와 혼란될 수 있다.

을 수행하는 시설을 의미하는 예도 있다.

- Polyclinic: Clinic이라는 말은 독립적인 1차 의원을 의미하기도 하고, 병원의 한 부분으로서 외래 기능을 수행하는 조직에도 쓰인다.³⁵⁾³⁶⁾ 민간일 수도 있고 공공일 수도 있다. 1차 의원으로서 clinic은 보통 가정의학, 내과 등의 기능을 가지지만, 산과, 안과, 이비인후과, 피부과, 신경과, 순환기내과, 내분비내과 등 2차적인 외래 기능을 복합적으로 가질 수도 있다. 이런 규모와 기능의 시설은 polyclinic이라는 명칭을 쓰기도 하며, 대개 지자체가 세운 공립이다.

- Policlinic: 주로 동유럽지역에서 사용되던 말이다. 어원은 ‘polis + clinic’이다. 대개 사회주의 체제 나라에서 정부가 설립한 외래 담당 의료기관을 뜻한다. 1차성 외래 기능만을 가지는 기관도 있고, 2차 및 3차성 외래 기능을 가지는 대규모 시설도 있다. 체제 전환 후 민간 시설로 전환된 곳도 많다.

○ 한국에서는 보건소는 ① 시군구를 대상으로 하는 보건 행정, ② 질병 예방 및 방역 관련 활동, ③ 1차 진료(의과나 치과) 등을 수행한다.

- 한국의 보건소는 활동 영역에서 ‘community health center + district health office’의 기능을 복합적으로 가지고 있다. 이런 형태의 보건소는 세계적으로도 독특한 것이라 할 수 있다.

- 한국 보건소의 초기 모형은 독일에서 일본을 거쳐 들어온 제도 전파의 결과이다. 60~70년대 보건소가 수행한 결핵, 나병, 성병 관리, 식품위생 등의 기능과 사업 방식은 19세기 독일의 ‘의료 경찰 *medical police*’ 전통이 일본을 거쳐 유입된 흔적이라고 할 수 있다.³⁷⁾³⁸⁾ 이런 기능 일부는 지금도 남아 있다.

35) 의원(醫院)을 지칭하는 용어로 영국에서는 practice 또는 surgery라는 말이 흔히 쓰이며, 미국에서는 office라고 칭하는 일이 많다. 프랑스는 clinique, 독일은 Arztpraxis, (Privat)klinik, 일본은 診療所, 중국은 診所이라는 용어가 쓰인다. 중국에서 醫院은 한국의 병원에 해당한다.

36) 서구에서 병원은 입원 기능을 수행하지만, 일부 외래 기능도 하고 있다. 1차에서 의뢰받은 환자의 접수, 1차에서 의뢰받은 진단용 검사(영상 촬영, 자궁암 검진 등)의 수행, 안과, 이비인후과, 특수한 내과나 소아청소년과 등의 2차와 3차성 외래 진료 등이 그 역할이다. 병원의 외래는 모두 1차 의원에서 의뢰받은 환자를 진료하는 것이다. 병원의 부서 중 환자가 직접 갈 수 있는 곳은 대개 응급실뿐이다.

37) ‘의료 경찰’이란 주로 증상주의와 관방학의 전통이 있는 나라에서 ‘건강한 국민의 확보가 국력의 기본’이라는 생각으로 위생, 전염병 관리 등을 국가의 치안 유지 기능처럼 수행하는 방식을 말한다. 우생학과 결합하여 신체, 정신장애인 등에 대해 비인도적이 조처를 하기도 했다. 흔히 영미는 교육과 설득으로 독불 등 유럽대륙은 의료경찰 방식으로 공중보건의 발전했다고 하나, 그 구별이 명확한 것은 아니다.

38) 1962년 전면 개정된 보건소법이 규정한 보건소의 업무를 보면 ‘의료경찰’의 개념이 상당히 강하게 나타나는 것을 알 수 있다. “제4조(업무) 1.보건사상의 계몽, 2.보건통계, 3.영양의 개선과 식품위생, 4.환경위생과 산업보건, 5.학교보건과 구강위생, 6.의료사업의 향상과 증진, 7.보건에 관한 실험과 그 검사, 8.결핵, 성병, 나병 등 전염과 기타 질병의 예방과 진료, 9.특수지방병의 연구, 10.공익의 지도, 11.의약에 대한 지도, 12.모자보건과 가족계획, 13.기타 국민보건의 향상과 증진 관한 사항”

독일, 일본의 보건소는 지금도 다른 나라들과는 달리 진료 기능을 수행하지 않는다.

- 한국 보건소는 초기부터 진료 기능을 배제하지 않았다.³⁹⁾ 특히 1980년대에는 보건지소, 보건진료소가 전국의 농어촌지역에 배치되어 진료 활동을 하게 되자 상급기관인 보건소도 진료 활동을 더욱 강화하게 되었다.

2) 보건소의 역할과 역사적 발전 과정

○ 한국의 보건소는 1956년 보건소법이 제정되면서 설치되기 시작했다, 1962년 법이 전면 개정되고 가족계획이 실시되면서 보건소 망이 전국적으로 확대되었다.⁴⁰⁾

- 자유당 정부의 후반기 도입된 보건소는 1960년대 박정희 정부에서 전국의 시군구로 확대되었다. 당시에는 결핵, 나병, 기생충 질환, 장티푸스, 콜레라, 뇌염 등 급만성 감염병의 ‘방역’과 개인위생의 ‘계몽’이 가장 중요한 과제였다. 보건소는 감염병 관리와 개인위생의 향상에 상당히 이바지했다. 그러나 박정희 정부에서 보건소를 확대 강화한 것은 무엇보다 가족계획 때문이었다. 산아제한으로 인구 팽창을 통제해야 할 경제적 동기가 작용하여 가족계획 사업은 강력한 범정부적 지원을 받았다. 국민 캠페인, 단체 교육, 각종 유인책, 무상의 의학적 시술까지 사업에 동원하였다. 그중에서도 마을과 가정을 방문하여 개인 설득을 하는 ‘가정 방문’의 방식은 특기할 만한 하다. 가족계획 사업이 종료된 이후, 보건소의 가정 방문 활동은 지금까지 복원되지 못하고 있다.

- 1970년대 후반까지 무의촌 문제는 해결되지 않았다. 1980년 말 제정된 ‘농어촌 보건의료를 위한 특별조치법’에 의해 보건지소, 보건진료소가 전국의 무의촌 지역에 설치되고 공중보건 의사와 보건진료원이 배치되어 진료 활동을 하게 되었다.⁴¹⁾ 주민들의 큰 호응을 얻지 못했지만, 적어도 지역적 차원에서 ‘보편적 의료보장 *universal health coverage*’을 달성할 수 있게 되었다. 이는

39) 1962년 보건소법은 “제4조(업무) 8.결핵, 성병, 나병등 전염과 기타 질병의 예방과 ‘진료’”를 업무로 정하고 있다.

40) 1962년 전면 개정은 5.16 군사 쿠데타 후 입법·행정·사법의 3권을 행사했던 국가재건최고회의에서 1962년 9월 24일 이루어졌다. 주요 개정 내용은 보건소의 설치권자를 시도지사에서 시장·군수로 이관한 것과 보건소 업무 내용을 확대한 것이다. 이때 가족계획이 업무에 포함되었다.

41) 이런 결정의 배경에는 일차보건의료와 의료보험의 도입 등이 있었다. 세계보건기구는 1978년 당시 소련의 알마티에서 UNICEF와 공동으로 대규모 국제회의를 열어 ‘모든 이에게 건강을 *Health for All*’를 목표로 삼고 ‘일차보건의료 *Primary Health Care*’를 주요 수단으로 하는 ‘알마타 선언’을 채택하였다. 이를 계기로 한국에서도 일차보건의료가 중요한 정책 방향이 되었다. 한편, 1977년에 의료보험과 의료보호 제도가 출범하고, 의료보험은 1979년 공무원 및 사립학교 교직원, 300인 이상 고용 사업장으로 확대되고 있었다.

보건소가 사문화되어 있던 보건지소 등의 하위 조직을 가지게 된 중요한 사건이기도 했다.⁴²⁾ 그러나 1차 보건의료의 포괄성 *comprehensiveness*을 개선한 다든지 탈상품화 *de-commodification* 한다는 의도는 전혀 없었고, 오·벽지의 의료 소외 해소라는 잔여주의적 사고를 벗어나지 못한 것이었다. ‘의사가 충분한’ 도시는 개원의의 영역이었고 도시지역 보건지소는 정책화될 수 없었다.

- 우루과이라운드⁴³⁾ 협상 타결 후, 농어업의 경쟁력 강화 및 농어촌 생활환경 개선을 위해 1994년 농어촌특별세가 도입되었다. 이 자금의 지원을 받아 농어촌지역 보건소의 낙후된 건물을 대대적으로 신축할 수 있게 되었다. 도시지역도 이를 본받아 보건소의 건물과 기능을 강화하게 되었다. 이에 맞추어 1995년 보건소법은 지역보건법으로 전면 개정되고 보건소의 업무는 크게 변화하였다.⁴⁴⁾ 이 시기를 기점으로 보건소는 60~70년대의 사업모형에서 탈피하여 크게 변화, 발전할 수 있었다. 그러나 업무의 확장에 맞는 조직과 인력의 확충이 되지 못해 보건소의 업무는 이내 포화상태에 이르고 그 이상으로 발전할 수 없었다.⁴⁵⁾ 광역 및 기초 자치단체장이 수립하는 지역보건의료계획도 이때 도입되었다.⁴⁶⁾ 이는 지역보건당국으로서의 보건소가 지역보건을 책임지게 하자는 의도가 깔린 것이나 실제로 성공했다고 보기 어렵다. 지자체가 다양한 논의와 고민 끝에 만들어 내는 것이 아니라 대부분 외부에 연구용역을 주어 만들어 내는 형식적인 것이 되었다.

- 1995년 지방자치제도 시행 후, 보건소에 대한 민선 자치단체장들의 통제력이 커져 갔으나, 보건복지 분야에 관한 관심은 적었다. 보건사회부/보건복지부의 통제력은 점점 약해졌다. 결국 지방자치제 이후 보건소의 활동은 지자체의 지원이 강화되기보다는 축소되는 일이 많았다. 지금도 지자체의 상황에 따라 보건소 활동은 지자체 간 편차가 심하게 나타난다. 지자체장과 보건복지부의

42) 1956년 보건소법 제정 시부터 보건지소의 설치 규정이 있었다.
 43) ‘관세과 무역에 관한 일반 협정(GATT)’ 체제를 다자간 무역기구로 발전시키고 자유무역을 진전시키려는 국가간 협상이다. 1986년 9월 우루과이에서 개최되었다. 한국은 제조업에서 이익이 예상되는 대신, 농업 분야에서는 큰 손실이 분명해 농민들의 대대적 반발이 있었다. 1994년 세계무역기구 *World Trade Organization*가 설립되었다.
 44) 이때 추가된 업무는 대략 다음과 같다. “제9조(보건소의 업무) 4. 노인보건사업, 8. 응급의료, 11. 정신보건, 12. 가정·사회복지시설등을 방문하여 행하는 보건의료사업, 13. 지역주민에 대한 진료, 건강진단 및 만성퇴행성질환등의 질병관리, 15. 장애인의 재활사업 기타 사회복지사업, 16. 기타 지역주민의 보건의료 향상·증진 및 이를 위한 연구등”
 45) 1994년 3월 ‘공직선거 및 선거부정방지법’을 제정하고 1995년 6월 지방자치단체장 선거를 시행하였다. 그러나 ‘민선’ 이후에도 지방공무원의 정원은 여전히 당시 내무부/행정자치부의 통제를 받았다. 현재도 「지방자치법」 제125조에 따른다. “지방자치법 제125조(행정기구와 공무원) ③ 행정안전부장관은 지방자치단체의 행정기구와 지방공무원의 정원이 적절하게 운영되고 다른 지방자치단체와의 균형이 유지되게 하려면 필요한 사항을 권고할 수 있다.”
 46) 1995년 도입된 지역보건의료계획의 내용은 다음과 같다. “제4조(지역보건의료계획의 내용) 1. 보건의료 수요 측정, 2. 보건의료에 관한 장단기 공급대책, 3. 인력·조직·재정등 보건의료자원의 조달 및 관리, 4. 보건의료의 전달체계, 5. 지역 보건의료에 관련된 통계의 수집 및 정리” 현재도 같다.

이중적 지휘체계가 순기능보다는 역기능을 나타내는 일도 많다.

- 2020년 초부터 코로나19의 팬데믹이 본격화하자 그 후 2년여 동안 보건소는 방역 활동에서 매우 중요한 이바지를 했다. 역학조사, PCR 검사, 선별진료소 운영, 사회적 거리 두기, 요양병원, 복지/요양시설 등 단속, 자가 격리된 환자 지원 등으로 방역업무가 크게 확대되었다. 그러나 이 때문에 기타 업무를 거의 중단하는 상태에 이르게 되었다. 업무의 발전이라기보다 ‘쥐어짜기’와 ‘헌신’의 시기였다. 이 시기에 보건소의 활동이 주민들의 건강과 생활을 보호하는데 크게 기여하기는 했으나, 팬데믹 이후 보건소의 신증설, 도시지역 보건지소의 설치, 인력의 충원, 기능의 개편 등으로 이어지지 못했다.

3) 보건소의 발전 방향

○ 현재 보건소의 기능은 첫째 질병 예방 및 방역 기능, 둘째 진료 기능, 셋째 지역보건의료의 정책, 기획 및 실천 기능의 세 가지로 형성되어 있다. 그러나 그 어느 것도 만족스러운 성과를 내고 있지는 못하다.

- 지역보건의료의 정책 기능과 같이 지역주민의 건강을 책임지고 관리하는 district health office의 역할이 있으나 충분하지 못하고, 더욱이 community health center로서의 예방과 진료, 특히 진료 기능은 도시는 물론 농어촌에서조차 의미 있는 역할을 하고 있지 못하다. 그래도 예방 기능은 상당한 역할을 하고 있으나, 담당 지역주민의 건강을 담보할 만한 수준은 아니다.

- 새로운 건강과 사회 문제에 대응할 기능의 확장성은 크게 기대하기 어렵다. 이의 원인으로는 흔히 인력과 조직의 부족과 보건복지부의 정책 지휘 능력의 부족 등이 지적되고 있다.

- 더욱 본질적인 문제는 보건소의 역할에 대해 정치적, 사회적 합의가 없다는 점이다. 한국의 보건소는 앞에서 살펴본 바와 같이 district health office의 역할과 community health center의 역할을 복합적으로 가지고 있다. 이런 기능 구성은 오히려 장점으로 작용할 수도 있지만, 그 장점이 살아날 수 있는 방향으로 발전이 이루어져 있지 못하다.⁴⁷⁾

- District health office 기능은 읍면동의 수준을 넘는 2차적 기능이고,

47) 세계보건기구는 ‘일차보건의료를 위한 지역보건의료체계 *District Health Systems for Primary Health Care*’라는 개념으로 district health office의 역할과 district hospital의 역할이 갖추어지고 연계되어 있어야 함을 권장하기도 했다. 한국에서는 ‘보건의료원(지역보건법 제12조)’이 이 개념에 가장 가깝다. 그러나 중진료권마다 배치된 지방의료원과 해당 지역의 보건소들이 적절한 협조체계를 갖추어 이런 시스템을 만들 수 있다.

community health center로서의 예방 및 진료는 1차적 기능이다. 이로 말미암아 보건소는 때로는 1차 기관으로, 때로는 2차 기관으로 인식되는 혼란을 겪는다. 전체적인 보건의료체계 속에서 두 가지 복합적인 기능을 보건소가 어떻게 정리하여 어느 정도까지 수행해야 할 것이지는 언제나 애매모호한 상태로 남아 있었다. 국회에서의 정치적 합의도, 행정부 안에서 보건 당국과 예산 당국 사이의 행정적 합의도 없었다.

○ 한계에 이른 보건소의 기능 강화는 공공병원의 강화와 함께 공공의료의 강화에 중요한 양대 요소이다.

- 보건소의 조직과 인력의 확장 방식은 ‘하나의 보건소’가 비대해지는 것보다 보건지소 등의 하부조직이 각 시군구의 모든 읍면동 수준까지 고르게 늘어나 ‘보건소 조직의 네트워크’를 만드는 것이 바람직하다. 지역보건법은 하나의 시군구에 보건소를 복수로 둘 수 있도록 하기도 하고,⁴⁸⁾ 보건지소와 건강생활지원센터의 두 가지 하부조직을 둘 수 있도록 하고 있으며⁴⁹⁾ 이에는 도시와 농어촌의 구분이 없다. 최근 들어서는 보건소의 간호 인력 중 일부를 행정복지센터에 배치하는 경험도 있었다. 보건소의 조직과 기능이 읍면동 수준까지 확대되어야 함은 분명하지만, 하부조직의 형태는 지역에 따라 달라질 수 있을 것이다. 보건소의 업무도 지역에 따라 다양해지는 것이 당연하다. 예를 들어, 사업체가 많은 지역의 보건소는 직업보건 및 산업보건의 기능을 가질 수 있을 것이며, 노인이 많은 농어촌지역에서는 노인 돌봄에 중점을 둘 수 있을 것이다.

○ 읍면동의 하부조직이 갖춘 보건소가 되어야 하는 또 하나의 중요한 이유는 보건소의 활동 방식이 ‘앉아서 기다리는’ 방식에서 ‘찾아가는’ 방식으로 바뀌어야 하기 때문이다. 가족계획 시대에 매우 활발하던 가정 방문은 오랜 기간 보건소에서 사라졌었다. 그러나 지역사회돌봄의 대두로 방문을 통한 활동에 보건소가 다시 참여할 필요가 커지고 있다.

- 지역사회돌봄은 노인, 장애인, 환자들이 ‘살던 곳에서 계속 살면서 *ageing/living in place*’ 돌봄을 받을 수 있도록 하자는 것이다. 다양한 보건서비스와 복지서비스를 연계하여 방문과 주간보호를 통해 제공하는 방식은 돌봄의 탈가족화 *de-familialization*와 탈시설화 *de-institutionalization*를 동시에 이룰 수 있는 중요한 수단이다. 방문을 통한 진료와 예방 활동은 고혈압, 당뇨병 등

48) 보건소는 기본적으로 시군구당 1개소를 설치하고 인구 30만 명을 넘어서면 추가로 설치할 수 있다. 단 복수의 보건소가 있을 경우는 업무를 총괄하는 보건소를 지정하도록 하는데 이는 지역보건당국의 기능이 혼선을 일으키지 않도록 하기 위한 것이다.

49) “제13조(보건지소의 설치) 지방자치단체는 (중략) 보건소의 지소(이하 "보건지소")를 설치할 수 있다.” “제14조(건강생활지원센터의 설치) 지방자치단체는 보건소의 업무 중에서 특별히 지역주민의 만성질환 예방 및 건강한 생활습관 형성을 지원하는 건강생활지원센터를 (중략) 조례로 설치할 수 있다.”

질병관리에도 활용할 수 있고, 그동안 소홀해졌던 모자보건 활동 역시 방문으로 수행할 수 있다면 저출산과 고령화의 시대에 국민의 건강관리에도 큰 돌파구가 열릴 수 있을 것이다.

- 올해 3월 제정된 “의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률(‘지역돌봄 통합지원법’)은 의료기관에서만 아니라, “가정과 사회복지시설에서 제공하는” 진료, 간호, 재활, 호스피스, 방문 구강관리, 복약지도 서비스 등을 확대하고 다른 서비스와 연계를 강화하도록 국가와 지방자치단체가 노력하여야 할 것을 규정하고 있다.⁵⁰⁾ 또한, 노쇠, 노인성 질병, 만성질환, 장애, 정신질환 등의 예방, 완화, 일상생활 지원, 건강관리를 위하여 노력하여야 할 것도 규정하고 있다.⁵¹⁾ 이 법은 앞으로 2년 후에 발효되고 전국의 시도와 시군구에서 지역사회돌봄은 의무화될 예정이다. 그에 따라 보건소도 시급한 변신이 필요하게 되었다.

○ 보건소는 공공의료의 동료 기관이라고 할 수 있는 공공병원과도 협조 관계가 부족하다. 가장 큰 요인은 공공병원의 수요가 워낙 부족해서 시군구마다 있는 보건소와 협조 관계를 맺기 어렵다는 점이다. 그러다 보니 공공병원과 보건소가 어떻게 협력할 수 있는지 규칙도 정해진 것이 없고 경험도 부족한 상태이다.

- 보건소가 공공병원과 연계해서 할 수 있는 사업으로 흔히 거론되는 사업은 공공병원이 보건소에서 의뢰된 환자를 진료해 주는 것과 보건소의 인력을 교육, 훈련해 주는 것 등이다. 이런 관계는 충분히 가능하고 실제로 일어나기도 하지만 정규적으로 일어나는 것이 아니라, 그때그때 상황에 따라 간헐적으로 일어나는 일일 뿐이다.

- 앞에서 본 것과 같이 공공보건의료 사업은 예방접종, 보건교육, 구강보건 등 보건소가 수행할 수 있는 ‘1차형 사업’도 있지만, 감염병의 진단, 치료 등 병원급이 되어야 수행이 가능한 ‘2차형 사업’도 있다. 질병의 예방과 관리 분야에서 보건소와 공공병원은 체계적인 협조가 가능하다.

50) 제15조(보건의료) 국가와 지방자치단체는 통합지원 대상자의 욕구와 필요에 맞는 통합지원을 위하여 보건의료 분야에서 다음 각 호의 서비스를 확대하고 다른 서비스와의 연계를 강화하도록 노력하여야 한다. 1.(중략) 의사·치과의사·한의사가 의료기관 및 통합지원 대상자의 가정과 사회복지시설에서 제공하는 진료서비스, 2.(중략) 간호사가 통합지원 대상자의 가정과 사회복지시설에서 제공하는 간호서비스, 3. 통합지원 대상자의 신체적·정신적·사회적 기능의 유지·회복을 위한 재활서비스, 5.(중략) 호스피스 사업, 6.방문 구강관리, 7.(중략) 약사가 약국 및 통합지원 대상자의 가정과 사회복지시설에서 제공하는 복약지도 (후략)

51) 제16조(건강관리 및 예방 등) ① 국가와 지방자치단체는 (중략) 통합지원 대상자의 노쇠, 노인성 질병, 만성질환, 장애, 정신질환 등을 예방하거나 완화하고 일상생활을 지원하며 건강관리를 위하여 노력하여야 한다.

- 보건소와 병원 사이에 또 하나 새로 부상하는 협조의 분야는 병원에서 수술 등을 받고 퇴원하는 환자가 집에서 안전하게 후속적인 치료를 받을 수 있는지를 판단하고 대책을 모색하는 ‘퇴원후 환자 계획 *transitional care management*’의 수립이다. 이것은 병원이 주도하는 입원치료와 1차 기관이 주도하는 재가치료의 연속성을 추구하는 것이다. 공공병원과 보건소 간에도 이런 협조가 가능해져야 한다. 이는 새로 제정된 ‘지역돌봄 통합지원법’에도 법정 사업의 하나로 규정되어 있다.⁵²⁾

- 만일 앞 장에서 본 것과 같이 70개 중진료권 별로 하나 이상의 지방의료원을 배치하고 공공 어린이병원, 방역 중심 공공병원, 공공 재활병원 등이 설립되어 보건소 네트워크와 협조할 수 있다면 공공의료체계는 지금과는 비교할 수 없이 활발한 활동을 할 수 있을 것이다.

7. 맺는말

○ 인의협은 과거 의료보험통합일원화와 의약분업을 이루기 위한 운동에 적극 참여하여 새로운 제도를 만드는 데 성공한 경험이 있다. 그것으로 관련된 문제의 완전한 해결을 본 것은 아니었지만 크게 개선한 것은 분명하다. 만일 지금 통합일원화된 건강보험이 없었거나 의약분업이 여전히 시행되지 않았더라면 어찌 되었을까? 예를 들어 코로나19에 건강보험과 의약분업이 없는 상황에서 어떻게 대응했을까를 상상해 보면 그 가치를 알 수 있다.

- 지금 한국의 보건의료체계가 부딪히고 있는 문제들은 우리가 풀지 못한 부분에서 일어나고 있다. 의료보험의 통합일원화와 함께 보험급여의 확대를 추진했지만,⁵³⁾ 건강보험 급여 확대가 신속히 일어나지 못해 그 틈새를 실손보험이 파고들었다.⁵⁴⁾ 이것이 현재의 의료비 낭비 구조가 초래된 원인이다. 의보통합,

52) 제11조(퇴원환자 등의 연계) ① 다음 (중략) 기관의 장은 (중략) 입원 또는 입소하고 있던 통합지원이 필요한 자가 퇴원 또는 퇴소를 하고자 할 때에는 (중략) 관할 시장·군수·구청장에게 퇴원 또는 퇴소의 여부 등을 통보하고 (중략) 통합지원 신청을 안내하여 퇴원 또는 퇴소 이후에도 통합지원을 받을 수 있도록 노력하여야 한다. 1.(중략) 의료기관, 2. (중략) 시설급여를 제공하는 장기요양기관, 3. (후략)

53) 의료보험 통합일원화 운동의 중심점이었던 ‘의보연대회의’의 정식 명칭은 “의료보험통합일원화 및 보험적용 확대를 위한 범국민연대회의”였다. 의료보험 조직의 통합이 수단이라면 급여 확대는 목표에 해당한다는 의식은 있었으나, 당시의 정부나 사회운동이 모두 그 시급성을 크게 느끼지 못했다. 더욱이 2000년 말 발생한 건강보험 재정위기는 급여 확대를 추진하기 어렵게 만들었다.

54) 실손보험이 팔리기 시작한 것은 2000년 건강보험이 출발한 직후 김대중 정부 후기부터였고 노무현 정부 시기에 본격화되었다. '건강보험 하나로' 운동이 시작된 2010년에는 이미 국민 생활에 깊이 파고들어 있었다. 1998년 경제위기를 겪은 중산층은 이미 재난적 의료비로 인한 가계 파탄을 크게 우려하고 있었다. 전국민 건강보험으로 이미 약 40~50%의 진료비를 건보가 보장해 주고 있었기에 ‘약간의’ 보험료를 추가로 내서 실손보험을 구매하면 비급여 진료비로 인한 가계 파탄을 막을 수 있었다. 경제관료들은 이를 건보재정과 정부 부담의 절감이자 민간 보험산업의 발전으로 보고 장려했다.

의약분업과 동시에 추진되었던 의료전달체계를 정비하지 못해 의료자원과 비용의 ‘수도권 집중’, ‘빅5 집중’이 일어나고 있다.

○ 그중에서도 공공의료 강화는 의료공공성 강화, 의료전달체계 정립, 의료자원의 합리적 활용, 건강증진과 질병관리 등에 핵심적인 부분이다. 이 부분이 풀리지 못해서 다양한 문제가 일어나고 있는 것이다. 역으로 공공의료 강화는 갖가지 의료문제의 핵심적인 해결책이기도 하다.

- 그러나 현재까지 한국 정부의 보건의료 정책은 기본적으로 ‘공공병원은 안 된다’라는 것이었다. 이것은 박정희 정부 이래 한국 정부의 일관된 정책 기조였다. 1977년 의료보험을 도입하면서도 박정희 정부는 공공병원을 지을 생각을 전혀 하지 않았다. 공공재정을 확대하는 정책은 당연히 공공공급을 늘리는 정책과 짝을 이루어야 했으나, 박정희 정부는 민간병원의 설립만을 적극 지원하였다. 결과는 공공재원의 확대와 민간공급의 비약적 증가였고, 행위별 수가제와 진료비 심사를 매개로 하여 이 둘은 지속해서 충돌하게 되었다. 공공병원의 배제는 강력한 경로의존성 *path dependency*을 가지고 이후 정부에서 반복된다.

○ 공공의료 강화는 절대 쉽지 않다. 의료보험일원화나 의약분업은 기본적으로 이 법 개정의 문제였으나, 공공의료는 법령의 정비는 물론 거대한 예산 투입이 필요하다. 이런 경우, 법이 고쳐지고 예산이 투입되려면 정치적인 합의가 필요하고, 정치적 합의가 일어나려면 강력한 사회적 여론이 조성되어야 한다. 공공의료 강화는 로비나 쟁취의 과제이기 앞서 ‘설득의 과제’이다.

- 공공의료를 어떻게 보아야 하는지 국민을 이해시킬 논리와 그 논리를 전파하는 사회운동이 절대로 필요하다. 국민이 강력하게 동의하지 않으면 정치권에서도 공공의료 강화를 추진이 어렵고 행정부도 수십 년 된 방향을 바꾸지 않는다. 공공의료 강화를 보건복지부에 추궁하고 복지부의 무지와 무능을 비판해 보아야 별 소용은 없다. 복지부의 태도는 기재부의 태도이자, 정치권의 태도이고, 사회의 인식이기도 하다.

- 이 글은 공공의료 강화의 논리를 다각도로 검토해 보려는 시도이다. 공공의료 강화를 소위 ‘영국식 의료체계’와 동일시해서는 안 된다. 의료를 전면적으로 공공화하는 것은 한국의 상황에서 가능하지 않고, 반드시 그래야 할 필요도 없다. 그렇다고 공공의료 강화가 불필요하고 현재의 상황에 멈추어 있어도 된다는 것은 전혀 아니다. 취약한 공공의료의 그대로 두는 것은 한국의 의료에 치명적인 ‘발목잡기’가 될 것이다.

- 공공의료 강화가 불가능한 것도 아니다. 한국의 현실에서 출발해서 가능한 부분부터 단계적으로 공공성을 강화해 가는 것은 충분히 가능하다. 관건은 설득력 있는 논리이고 현명한 전략과 수순이다.

○ 공공의료의 강화가 중요하기는 하지만, 병상의 90%를 차지하는 민간병원의 개혁이 없이 한국 의료의 공공성 제고는 현실적으로 불가능하다. 의료의 공공성 제고는 공공의료의 양적 확대와 질적 개선, 민간병원의 공익성 확대, 보건 의료체계의 구조 개편 등 3가지 경로를 설정해야 가능할 것이다.⁵⁵⁾

- 이를 통해 한국의 의료는 일부를 위한 ‘이윤 추구’가 아닌 국민 건강을 먼저 생각하는 ‘공공성 추구’의 새로운 작동원리 *modus vivendi*를 찾아내야 한다.

55) 민간의료의 공공성 강화에 대한 검토는 별도의 글이 필요하다.



인의협 정책자문위원회

ISSUE PAPER



접수일 : 2024.5.5

발행일 : 2024.7.4

펴낸 곳 : 인의협 정책자문위원회

주소 : 서울특별시 종로구 율곡로 17길 14, 3층

TEL : 02) 766-6024 FAX : 02) 766-6025

이메일 : dr.humanism@gmail.com