

우리나라 공공보건의료 발전방안

영남대학교 의과대학 예방의학교실
강복수*

Improvement of Public Health Services in Korea

Pock-Soo Kang*
*Department of Preventive Medicine and Public Health,
College of Medicine, Yeungnam University*

= ABSTRACT =

For the longest time, our government has played an inconsiderable role in the public health services of Korea, especially as it relates to their investment. Voices have cried out against increases in national health expenditure and for more establishment of public medical facilities. In light of this, the necessity and importance of public medical facilities have come into focus amidst the recent medical crisis. When public medical facilities filled in the gap created by the suspension or closure of private hospitals and clinics as a result of this national crisis and acted as a safety net, the demand for more establishment of such facilities increased.

Although patient diagnosis and treatment are the first priority of public medical facilities, they must also deal with scopes that private medical facilities do not deal with, dislike, or have difficulty with. In this respect, the closure or privatization of public hospitals to reduce their number just because of their low profits or financial burdens that must be carried by the government is to ignore their innate importance and social role; therefore, we must do all we can to block such efforts and further empower these public health facilities according to demands of the time.

The improvement of public health services can be realized by redefining its goals and roles, increasing government funding, strengthening of existing public health facilities and reorganizing the public health services system.

* 교신저자(전화: 053-620-4372, E-mail: ps kang@med.yu.ac.kr)

* 본 논문의 요지는 2000년 11월 9일 「개혁과 대안을 위한 전문·지식인회의」 추계심포지엄에서 발표되었음.

Even if public health facilities were to increase their medical services and be reinforced, they cannot take on all the services related to public health services. Therefore, in a country like ours where public health services come second to private health services in the health care system, the health of citizens can be safeguarded only when private and public facilities cooperate and private medical facilities share the social responsibilities.

Only the show of interest and effort by government, politicians, health professionals, professional organizations and public can initiate the improvement that is sought.

KEY WORDS : Public health services, Public medical facilities, Private medical facilities

머리말

우리나라는 민간부문이 보건의료체계의 근간을 이루고 있다. 주지하는 바와 같이 우리나라는 전세계적으로 유례가 없을 정도로 의료에 있어 공공부문이 민간부문에 비하여 열악하다. 의료기관 수를 기준으로 보면 전체병원의 약 90%가 민간부문에 속한 반면 공공부문은 10% 정도에 지나지 않는다. 전체의료기관의 병상수 가운데 공공의료기관이 차지하는 비율은 1998년을 기준으로 18% 밖에 되지 않는다. 1997년 현재 GDP 대비 보건의료비는 6.0%에 불과하고, 공공부문에 지출되는 보건의료비는 총지출의 45% 밖에 되지 않는다. 이와 같이 열악한 공공보건의료 환경을 개선하기 위하여 그 동안 보건의료비의 증가와 공공보건의료기관의 확충 등에 대한 주장이 여러 차례 논의된 바가 있다.

특히, 최근 의학분업사태에 따른 의사들의 폐업과 전공의 파업 등으로 인하여 나타난 현상의 하나로 언론, 일부 전문가 집단, 시민단체 등에서 공공보건의료의 강화나 공공의료기관의 대폭 확대를 주장하고 있다. 그런데 이는 다분히 대체 인력이 없는 의사들의 부분적 또는 전면적인 폐업에 대응하기 위한 사회 안전망으로서의 공공의료기관의 확대를 주장하는 측면이 강하다.

지금까지 공공보건의료는 민간부문의 보완적인 역할을 수행하는 것이 주기능이었고, 정책담당자나 주민들도 대체로 이러한 역할을 공공보

건의료의 고유한 기능으로 이해하였다. 그러나 민간의료에 의존하는 비율이 커지고 있는 상황에서 국민의 보건문제를 해결하는데 민간의료부문의 방향이 타당한가에 대한 의문과 더불어 공공보건의료의 역할의 재정립의 필요성이 대두되고 있다.

지난 10여년 동안의 전국민의료보험 실시에 따른 의료기관 접근성의 용이, 민간의료기관의 급격한 증가로 인한 의료서비스 접근성의 증가 등의 의료환경의 변화와 질병구조의 변화에 따른 국민요구의 변화에 따라 공공보건의료기관의 역할도 변화를 꾀해야 하는 시점에 이르렀다. 특히 만성질환의 증가로 인한 지속적인 질병관리에 대한 대국민 보건교육, 건강행위의 변화유도를 통한 질병의 예방과 건강증진사업, 민간부문의 급격한 의료서비스 공급 능력의 증가에도 불구하고 국민 요구에 비하여 취약한 분야인 치매를 포함한 정신보건이나 응급의료체계의 확충 등이 공공보건의료에서 담당할 영역으로 대두되고 있다.

공공보건의료의 강화를 위해서는 직접적인 공공보건의료기관의 확대뿐만 아니라 공공보건의료정책의 수립과 집행을 위한 체계의 구축, 국가 수준의 공공보건의료사업의 수행, 필수적인 보건의료서비스의 제공 그리고 공공보건의료사업을 위한 인력 및 기술개발 등이 망라된다. 또한 기존 공공보건의료기관의 기능과 역할을 강화하고 재조정하기 위한 인력의 충원, 사업내용

의 조정, 새로운 사업의 개발 등도 포함될 수 있으며, 3,000여명의 공중보건역사의 역할을 강화하기 위한 방안들도 여기에 포함될 수 있다.

어쨌든 과거에 보기 드물게 공공보건의료의 강화를 위한 목소리가 높은 시점에서 공공보건의료의 발전방안에 대하여 논의하는 것은 시기적으로 매우 적절하고, 또한 좋은 기회라고 생각한다. 본 고에서는 우리나라에서의 공공보건의료에 대한 개념을 살펴보고, 이에 따른 공공보건의료의 현황과 문제점을 분석하고, 발전방안을 모색해 보고자 한다.

공공보건의료의 개념

“공공보건의료에 관한 법률”(2000. 1. 12, 법률 제6159호) 제2조에서 공공보건의료는 ‘공공보건의료기관이 국민의 건강을 보호·증진시키기 위하여 행하는 모든 활동’으로 정의하고 있으며, 공공보건의료기관은 ‘국가·지방자치단체 또는 기타 대통령령이 정하는 공공단체가 설립·운영하는 보건의료기관을 말한다’고 정의하고 있다. 즉, 일반적으로 국민들에게 기본적으로 보편적인 보건의료서비스를 제공하는 것을 목적으로 중앙정부와 지방자치단체가 중심이 되어 구축한 보건의료서비스의 제공 및 관리체계를 말한다.

공공보건의료기관은 중앙정부나 지방자치단체 등의 정부기관이 재정을 지원하거나 의료서비스를 제공하는 등의 공공성을 띤 보건의료서비스 활동을 수행하는 기관으로 정의할 수 있다. 그러나 실제적으로 우리나라의 경우는 사업목적이나 내용의 공공성 여부보다는 정부의 재정지원 여부와 사업의 직접수행 여부에 따라 공공보건의료기관인가 아닌가를 구분하고 있다.

공공보건의료는 민간보건의료와 대치되는 개념이기는 하나, 단순히 정부가 제공하는 보건의료서비스라는 개념이라기보다는 행정기능, 재정기능, 보건의료 서비스의 생산과 제공을 포함하는 개념이다. 그러나 우리나라에서 공공보건의료

체계를 논할 때에는 기본적으로 국가나 사회안에서 공공보건의료에 대칭되는 개념으로서의 민간보건의료부문의 존재를 전제로 하고 있다. 이는 최근까지 보건의료에 대해 정부가 가지는 기능 중 보건의료 서비스의 생산과 공급을 거의 전적으로 민간부문에 맡겨 놓고 있고, 공공부문과 민간부문의 연계가 미흡하였기 때문이다. 이에 따라 지금까지의 공공보건의료에 관한 논의는 민간부문과 대비한 기능과 역할의 설정에 고심해온 측면이 많다. 물론 이와 같은 사정은 우리나라에만 있는 것은 아니다. 공공보건의료부문과 민간보건의료부문의 구체적인 역할의 분회는 나라에 따라 매우 다른 형태를 가지고 있다.

따라서 국가보건의료체계 내에서의 공공보건의료체계에 대한 이해도 일정하지는 않다. 공공보건의료에 대해 소극적이고 협의적으로 해석하는 경우에는 공공보건의료를 정부가 직접 제공하는 공중보건서비스 정도로 한정시켜 이해하는 것이며, 광의적으로 해석하는 경우는 공공보건의료를 보건의료에 있어서의 국가개입 혹은 민간부문에 대한 정부의 역할까지를 포함하여 넓게 이해하기도 한다.

본 주제에서는 협의의 공공보건의료기관의 강화방안과 광의적 의미에서의 공공보건의료의 강화방안, 즉 공공보건의료에 대한 정부의 역할 강화나 공공보건의료 강화를 위한 민간기관 활용 방안에 대하여 일부 논의하고자 한다.

공공보건의료정책의 역사

우리나라에 보건행정체계가 정비된 것은 해방이후라 할 수 있는데, 해방 이후 미군정이 실시됨에 따라 종래 경찰행정의 일환으로 시행되어 오던 보건행정은 큰 변화를 겪게 되었다. 미군정 법령 제 1호로 경찰국 위생과를 폐지하고 위생국을 설치하게 되었고, 1945년 10월에는 법령 제18호로 보건후생국으로 개편되었으며, 1946년 3월에는 보건후생부로 승격되었다. 한때 보건

부로 독립했다가 1955년에는 보건사회부로 통합되어 오늘에 이르고 있다.

한국전쟁을 겪으면서 약 70%의 기존 의료시설이 파괴되었고, 보건인력이 감소되었고 그리고 각종 전염병이 창궐함에 따라 공공보건의료 조직을 강화하기 시작하였다.

1956년에는 보건소법을 제정·공포하였고, 1958년 동 시행령 제정으로 도지사 관장 하에 보건소를 운영하였다. 그러나 보건소 조직의 활성화를 위하여 1962년에는 보건소법을 개정하고 시장·군수 책임 하에 97개의 보건소를 설치하였고, 1969년에는 전국에 1,336개의 읍·면 보건지소를 설치하였으나 의료인력 및 시설장비의 확보는 이에 따르지 못하여 어려움을 겪었다.

제 5공화국 시절에는 복지사회건설을 국정지표의 하나로 선정하고, 제 5차 경제계획의 명칭을 경제사회발전계획으로 변경하면서 보건의료 부문에 대한 투자가 강화되었고, 1972년부터 레지던트의 전문의 응시자격으로 레지던트 수련기간 중 6개월간 무의촌 파견근무제도를 실시하여 10년간 지속시켰다.

1997년 1월 1일부터 저소득자 및 생활무능력자를 대상으로 의료보호사업이 시작되었고, 1997년 7월 1일의 전국 500인 이상 사업장에 대한 직장의료보험실시와 1979년 1월 1일의 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험, 1988년 1월부터 농어촌 주민을, 1989년 7월부터 도시 주민을 위한 의료보험을 실시함으로써 전국민이 의료보장권에 수용되게 되었다.

1980년에는 “농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법”(1980. 12. 31, 법률 제3335호)을 제정하여 농어촌 의료취약지역에 보건진료소를 설치하여 보건진료원을 배치하였고, 읍면 보건지소에는 공중보건의를 배치하여 1983년에는 무의면이 해소되는 전기를 맞이하게 되었다. 그러나 이러한 노력에도 불구하고 같은 기간동안의 민간부문의 투자와 성장을 감안할 때 공공부문에 대한 투자는 상대적으로 미미하였다. 이로 인하여 민간의

료부문에 비해 취약한 공공보건의료가 초래되었다.

1990년대 후반의 정부조직의 구조조정과정에서도 국립의료원의 폐쇄나 일부 지방공사 의료원의 민영화 등에 대한 논의는 공공보건의료에 대한 비전과 구체적 대안이 없는 무계획적이고 무원칙적인 결정의 본보기라 할 수 있다.

이렇듯 국가보건의료체계내에서의 공공보건의료부문에 대한 이념의 부재와 구체적 계획의 토대가 되는 마스트 플랜의 부재로 인하여 공공보건의료강화 방안이 체계적으로 추진되지 못한 상황이 지금도 계속되고 있다.

그러나 늦기는 했지만 지난해 “보건의료기본법”(2000. 1. 12, 법률 제6150호)과 “공공보건의료에 관한 법률”(2000. 1. 12, 법률 제6159호)을 제정하여 공공보건의료에 대한 정부의 의지를 천명한 것은 다행이라고 생각한다.

공공보건의료의 현황과 문제점

1. 운영체계의 문제점

가. 국가수준의 공공보건의료에 대한 이념과 위상정립의 부재

공공보건의료체계를 국가보건의료체계 속에서의 위상과 기능을 어떻게 설정하고 어느 정도의 역할을 수행하도록 할 것인가에 대한 목적이 뚜렷하지 못하여 일관성 있는 공공보건의료에 대한 지원이나 육성이 이루어지지 못하고 있다. 2000년도에 “보건의료기본법”과 “공공보건의료에 관한 법률”이 제정되어 공공보건의료의 정의와 국가와 지방자치단체의 공공보건의료에 대한 효율적 운영과 관리를 위한 시책을 수립·시행하여야 한다고 명시하고 있으나 가시적인 계획이나 사업들이 시행되고 있지는 못한 상황이다.

중앙부처는 보건정책의 목표와 전략의 수립 없이 정책을 수행하여 왔으며, 보건의료부문에 대한 국가수준의 기획과 조정능력을 거의 상실하고 있는 실정이다. 또한 행정자치부도 지방공

사 의료원과 보건소 등의 공공보건기관의 역할과 기능에 대한 전문적인 지식과 경험없이 일반 행정조직으로 취급하여 관리하여 왔고, 교육부 또한 대학병원의 운영을 경제성 지표를 기준으로 평가하여 국립대학병원의 공공의료기관으로서의 기능을 무력화시키는 원인을 제공하였다고 할 수 있다. 이처럼 부처에 관계없이 국민보건을 위한 공공보건의료기관의 역할에 대한 기본이념과 정책의 방향성을 상실한 채 운영하고 평가해 온 결과로 인해 오늘날의 공공보건의료의 위기를 자초하였다고 할 수 있다.

중앙부처와 마찬가지로 광역자치단체나 기초자치단체의 경우도 가시적인 성과가 나타나 전시성 또는 수익성이 보장되는 사업을 선호함으로써 공공성을 상실하는 결과를 초래하고 있다.

나. 공공의료기관의 기능과 역할 불명확

“보건의료기본법” 제27조에 ‘국가 또는 지방자치단체는 공공보건의료기관과 민간보건의료기관의 역할분담 및 상호협력체계를 마련한다’고 명시되어 있으나, 현재 국립대학병원이나 국립병원, 지방공사 의료원 등의 공공의료기관들의 기능이 명확하게 정립되어 있지 않아 민간의료기관과의 기능의 차이를 찾기 어려우며, 이들 기관의 공공의료기관으로서의 공공성 확보를 위한 체계나 기전이 확보되어 있지 못한 실정이다. 뿐만 아니고 이들 공공의료기관들 사이에 기능 및 역할 분담이 되어 있지 않다.

국가가 운영하는 일부 특수병원을 제외한 국립대학병원이 특수법인화 되어있고, 지방자치단체의 의료원도 공사화되어 있다. 따라서 국립대학병원이나 지방공사 의료원이 이른바 경영성과를 강조하는 상황이고, 경영수지를 개선하기 위한 기관들의 자구책이 다양하게 시도되고 있어 공공성을 띤 사업을 수행하기가 현실적으로 어렵게 되어 있어 공공의료기관으로서의 역할과 기능을 수행하지 못하고 있는 실정이다.

다. 보건소/보건지소 기능의 문제점

“지역보건법”(1995. 12. 29, 법률 제5101호) 제9조에 명시된 보건소의 업무는 ① 국민건강증진·보건교육·구강건강 및 영양개선사업, ② 전염병의 예방·관리 및 진료, ③ 모자보건 및 가족계획사업, ④ 노인보건사업, ⑤ 공중위생 및 식품위생, ⑥ 의료인 및 의료기관에 대한 지도 등에 관한 사항, ⑦ 의료기사·의무기록사 및 안경사에 대한 지도 등에 관한 사항, ⑧ 응급의료에 관한 사항, ⑨ 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법에 의한 공중보건조사·보건진료원 및 보건진료소에 대한 지도 등에 관한 사항, ⑩ 약사에 관한 사항과 마약·향정신성의약품의 관리에 관한 사항, ⑪ 정신보건에 관한 사항, ⑫ 가정·사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의료사업, ⑬ 지역주민에 대한 진료, 건강진단 및 만성퇴행성 질환 등의 질병관리에 관한 사항, ⑭ 보건에 관한 실험 또는 검사에 관한 사항, ⑮ 장애인의 재활사업 기타 보건복지부령이 정하는 보건복지사업, ⑯ 기타 지역주민의 보건의료의 향상·증진 및 이를 위한 연구 등에 관한 사업 등이다. 이와같은 16개 업무를 두고 보면 진료업무는 그 영역이 아주 미미하다고 볼 수 있다. 그런데 최근 대부분의 지방자치단체장들은 주민들의 요구에 부응한다는 미명아래 도시와 농촌지역에 구별없이 보건소의 진료실을 확대하고 진료기능을 강화하는 경향이 있다. 이로 인하여 보건소가 환자진료에 있어 지역 민간 병·의원과의 경쟁적인 관계를 형성함으로써 지역 의사회와 마찰을 빚기까지 한다. 또한 최근 의료계의 폐업 후 보건소의 진료기능 강화를 위한 진료의사 총원 등의 대안이 거론되고 있는 것은 이러한 문제점을 심화시킬 우려가 있다. 외국의 대부분의 보건소(표 1)는 진료서비스 기능 보다는 건강증진사업, 예방보건사업 및 환경보건사업에 치중하고 있다는 사실을 인식해야 할 것이다.

대부분의 보건소는 지역보건사업의 기획능력 부족, 민간의료기관과의 연계부재 등의 문제가

표 1. 외국 공공보건기관의 역할수행 비교

구분	국가	영국	미국	캐나다	호주	일본
지역보건기관		지역보건당국	지역보건부	지역보건소	지역보건서비스 사무소/보건소	보건소
지역인구(명)		310,000~540,000	300,000~840,000	56,000~153,000	540,000	70,000~550,000
지역보건기관 근무자수(명)		70~150	169~420	90~108	6,840/22	33~136
주요업무별 특징	보건센터형산하기관	○	○	○	X	○
	지역보건의료계획 및 관리	○	V(산타바바라)	V(산타바바라)	○	○
	진료서비스	△	○	X	△	X
	건강증진사업	△	○	○		○
	예방서비스	△	○	○		○
	환경보건	△	○	○		○
	식품위생	△	○	○		○
	영양관리	△	○	V		○
사회복지연계	○	V(롱비치시)				○

- - 서비스 직접 제공(지역보건기관에서 직접 서비스 제공)
- △ - 서비스 간접 제공(지역보건기관에서는 보건의료계획을 수립하고 관리하며 직접적인 서비스 제공은 지역 보건기관의 관장하에 있는 지역내 보건의료기관에서 담당)
- V - 지역에 따라 다름(괄호안은 서비스를 제공하는 지역)
- X - 제공되지 않음

있고, 사업측면에서는 백화점식의 다수의 보건사업을 수행함으로써 중점질환 관리 등과 같은 집중적인 사업의 추진이 어려운 면이 있다. 또한 업무내용을 보면 보건부문과 복지업무가 다소 중복되는 경우가 있으며, 방문보건사업의 서비스 내용이 인력 부족으로 인하여 미흡한 실정이다.

보건지소는 해당지역 주민들의 진료를 위시한 예방보건 및 건강증진을 포함하는 포괄적 보건의료서비스를 제공하는 면단위 중심보건의료기관으로 기능을 수행해야 하는데 현실적으로는 그렇지 못하며 대부분의 보건지소는 주민의 요구에 따라 진료위주의 업무를 수행하고 있다. 최근 의약분업실시후 주민들이 가까운 곳에서 의사의 처방을 받기 위하여 통합보건지소가 운영되는 지역의 보건지소가 없는 면지역 주민들의 강력한 요구로 다시 보건지소가 설치되고 있다.

2. 시설

1998년 현재 우리나라의 공공보건의료기관의

현황(표 2)을 보면, 국립병원 12개소, 도·시·군·구립병원 3,450개소, 광역자치단체가 운영하는 공기업인 지방공사 의료원 34개소 그리고 특별법에 의한 특수법인병원 31개소 등 총 3,536개소이다. 의료기관 종류별로는 종합병원 55개소, 병원 16개소, 특수병원 16개소, 보건의료원 17개소, 보건소 226개소, 보건지소 1,266개소, 보건진료소 1,941개소 등 총 3,536개소이다.

1998년 현재 우리나라는 병원의 수를 기준으로 보면 전체병원의 약 90%가 민간부문에 속하며 공공부문은 10%에 불과하다. 선진국의 경우 병상규모로 보면 적어도 약 30% 이상을 공공의료기관이 보유하고 있는데 비해 우리나라의 경우 18% 정도에 불과해 매우 열악하다고 할 수 있다(표 3).

이들 공공의료기관 중 국립대학병원과 지방공사 의료원이 공공의료기관으로 분류되어 있으나, 그 기능이나 내용면에서 공공성을 띤 역할이 미약하여 사립대학병원이나 일반 종합병원과 거

의 차이가 없는 실정이다. 이러한 현실을 감안하면 공공병원의 수는 극히 소수에 불과하다.

결핵병원, 정신병원이나 나병원과 같은 특수병원을 제외하면, 일반진료 서비스를 제공하는 공공의료기관은 70개소 뿐이다. 이들 중 지방공사 의료원의 경우 현재의 시설과 장비, 인력수준은 민간병원과 비교할 수 없을 정도로 낙후되어 있는 현실이다.

3. 인력

공공보건의료기관 중 특수병원이나 보건의료원 및 보건소를 제외하고는 공공보건의료사업의 성격이 미약함으로 공공보건의료기관은

로 분류된 시설에 근무하는 인력현황을 논한다는 것은 무의미하다고 생각한다.

보건복지부에 근무하는 의사 수는 외국 선진국에 비하면 아주 적다. 보건복지부가 전문인력 활용에 있어 유독 의사들에게는 인색하여 보건의료정책 생산부서에는 의사가 한 명도 없다.

광역자치단체에서는 보건과 또는 보건위생과가 보건행정업무를 담당하고 있는데, 이들 과장 중 보건의료전문가는 극소수에 불과하다.

2000년 현재 보건의료원 17개소를 포함하여 전국의 242개 보건소 중 의사소장은 132명

표 2. 우리나라 공공보건의료기관 현황(1998년 기준)

구분	구립	도·시·군·구립	공사	특수법인	계
종합병원	3	2	29	21	55
병원	-	-	5	10	15
특수병원	결핵	-	-	-	3
	정신	4	5	-	9
	나	1	-	-	1
	재활	1	-	-	1
	기타	-	2	-	2
소계	9	7	-	-	16
보건기관	보건의료원	-	17	-	17
	보건소	-	226	-	226
	보건지소	-	1,266	-	1,266
	보건진료소	-	1,941	-	1,941
	소계	-	3,450	-	3,450
	계	12	3,459	34	31

자료: 보건복지부. 보건복지통계연보, 1999.

표 3. 병원설립 주체별 분포(1998년)

구분	기관수(%)	병상수(%)
공공 ¹⁾	89(10.2)	35,006(18.3)
민간	787(89.8)	155,900(81.7)
계	876(100.0)	190,906(100.0)

주: 1) 특수병원, 원자력병원, 보훈병원 등 포함
 자료: 한국병원경영연구원. 1998 병원경영통계, 2000.

(54.5%)에 불과하여 의사의 보건소장직 충원율이 낮다. 그리고 보건소 업무를 수행하는데 필요한 보건교육사, 영양사 등의 전문인력이 없거나 부족한 실정이다.

보건지소에는 공중보건의가 군복무 대신 한시적으로 보건지소장으로 계약, 임용됨으로써 봉사정신, 사명감, 책임감이 결여되어 있는 문제점이 있다.

4. 재원

1997년 현재 주요 OECD국가의 GDP대비 보건지출비(표 4)는 일본 72%, 캐나다 92%, 프랑스 96%, 독일 107%, 미국 13.9%이다. 우리나라는 1990년 5.2%, 1995년 5.4%에 비하여 다소 증가하기는 하였지만 1997년 현재 6.0%에 불과하다. 또한 공공부문에 지출되는 보건비는 일본 79.2%, 캐나다 69.6%, 프랑스 73.9%,

표 4. 주요 OECD국가의 GDP대비 보건지출비 비교

국가명	총지출(%)	공공지출(%)	공공의 비율(%)
우리나라	6.0	2.7	45.0
캐나다	9.2	6.4	69.6
미국	13.9	6.5	46.8
오스트레일리아	8.4	5.6	66.7
뉴질랜드	7.6	5.9	77.6
프랑스	9.6	7.1	73.9
독일	10.7	8.3	77.6
영국	6.8	5.8	85.3

자료 : 통계청, OECD 국가의 주요통계지표, 1999.

표 5. 분야별 보건복지부의 예산

(단위 : 백만원)

구분	'96년도 예산	'97년도 예산	증감(▽)	%
일반회계	2,370,744	2,841,510	470,766	19.9
1. 기본적 경비	123,952	132,809	8,857	7.1
2. 사업비	2,246,792	2,708,701	467,909	20.6
○사회분야	747,062	936,592	189,530	25.4
-생활보호	360,595	435,300	74,705	20.7
-복지서비스	369,770	480,905	111,135	30.1
-국민연금	16,697	20,387	3,690	22.1
○보건의료	206,798	224,053	17,255	8.3
-보건	110,220	98,840	▽11,380	▽10.3
-의정	58,113	65,275	7,162	12.3
-식품·약품	8,317	3,661	▽4,656	▽56.0
○의료보장	1,292,932	1,548,056	255,124	19.7
-의료보험	950,038	1,070,365	120,327	12.7
-의료보호	342,894	477,691	134,797	39.3
기타	433,784	497,267	63,483	346.9

자료 : 이종구, 21세기 농촌지역 보건소의 발전 방향, 21세기 우리나라 공공보건사업의 방향 심포지움 보고서, 영남대학교 의과대학, 1998.

표 6. 행정구역별 보건소 평균 예산 및 재원별 구성비

(단위 : 명, 천원, %)

구분	평균관할인구	1997년 예산(평균)	비중 ¹⁾	재원별 구성비		
				국비	광역자치단체비(시·도)	기초자치단체비(시·군·구)
전국평균	185,829	3,037,999	3.39	5.56	5.21	89.23
특별시	430,018	3,635,984	3.61	1.83	15.82	82.34
광역시	292,840	2,162,064	3.22	4.30	4.24	91.46
시	206,215	3,184,607	2.70	5.24	2.76	92.00
군	67,892	3,045,042	4.03	7.30	5.16	87.53

주 : 1) 소속 기초지방자치단체 예산 중의 비중

자료 : 장원기, 김진순, 박영택, 이우백, 지역단위 공공보건의료기관 기능 개편방안, 한국보건사회연구원, 1998

독일 77.6%인데 비해 우리나라는 45.0%에 불과하다. 그러나 1990년 40.3%, 1995년 42.6%에 비하면 점차 증가추세에 있다고 할 수 있다.

보건복지부의 전체 예산중 보건의료에 투자되는 재원은 총 사업비의 8.3% 수준으로 아주 미미하기 때문에(표 5) 만성질환관리와 같은 새로운 보건사업을 활성화시키기에 상당한 어려움이 있다. 그러나 현재 진행중인 건강증진기금, 농어촌특별세관리특별회계에 의해서 투자 재원이 마련되면 새로운 보건사업이 활성화 될 것으로 기대된다.

보건소 예산(표 6)은 전국 평균 30억원 정도이며, 소속 기초지방자치단체 예산의 3.39%에 해당한다. 시지역 보건소의 경우 시 전체 예산 중 보건소가 차지하는 비율이 2.7%로 구·군 보건소에 비하여 낮다.

5. 공공보건의료 행정체계의 혼선과 조정능력의 부재

우리나라의 공공보건의료기관은 각 부처별로 다양하게 설립되어 있어 관련부처간 또는 중앙정부와 지방정부간의 연계체계가 미흡하여 일관성 있는 공공보건의료정책이 추진되고 있지 못하다. 현재 공공보건의료기관을 관장하는 중앙부처간에는 공식적인 연결고리가 없고 조정·통제

기능을 발휘할 수 있는 조직기구가 없다.

지방공사 의료원의 경우 정책적 관리부서가 보건복지부가 아닌 행정자치부이기 때문에 공공의료기관의 특성이 무시되고 기업성만을 강요하는 상황이다.

공공보건사업을 주도하고 있는 보건소를 중심으로 한 지방보건행정체계가 지방자치제가 시행된 이후에도 종전과 같이 일반행정체계의 일부부로서 지방자치단체에 소속되어 있다.

6. 유관 보건의료조직의 공공성 확보에 대한 노력 미흡

가족보건복지협회나 건강관리협회와 같은 기관들의 사업에 대한 예산을 정부가 지원하면서도 이들 사업의 효율적인 추진과 공공성의 강화를 위한 노력이 미흡하여, 보건교육이나 검진사업을 효율적으로 시행하지 못하고 있는 실정이다.

공공보건의료의 발전방안

1. 공공보건의료의 범위와 역할 정립

국가가 보건의료정책, 특히 공공보건의료정책에 대한 확고한 의지가 있어야 한다. 국가가 주도적으로 책임져야 할 공공보건의료서비스의 내

용과 범위를 확정하고 이에 대한 구체적이고 장기적인 수행전략을 제시하여야 한다.

지금까지 공공보건의료의 기능과 역할에 대한 명확한 정의가 없었으나 최근 법으로 규정해 두었기 때문에 앞으로는 법에 명시된대로 명실상부한 공공보건의료사업이 시행되어야 할 것이다. “공공보건의료에 관한 법률” 제4조에 명시된 공공보건의료기관의 사업은 ① 주요 질병관리사업, ② 공공보건의료에 관한 전문적인 연구 및 검사사업, ③ 보건의료인의 교육훈련사업, ④ 국가 또는 지방자치단체의 공공보건의료정책의 수립·시행 및 평가 지원사업, ⑤ 국가 또는 지방자치단체의 각종 보건의료 활동에의 참여 및 지원사업, ⑥ 민간보건의료기관에 대한 기술지원 및 교육사업, ⑦ 기타 보건복지부장관이 요청하는 사업 등이다. 제5조에 명시된 우선적으로 제공되어야 할 보건의료는 ① 의료보호환자 등 취약계층에 대한 보건의료, ② 노인·장애인·정신질환 등 타분야와의 연계가 필수적인 보건의료, ③ 전염병예방 및 진료, ④ 아동과 모성에 대한 보건의료, ⑤ 응급환자의 진료, ⑥ 민간보건의료기관이 담당하기 어려운 예방보건의료, ⑦ 기타 보건의료기본법 제15조의 보건의료발전계획에 따라 보건복지부장관이 정하는 보건의료 등이다.

2. 공공보건의료의 양적 확대

현재 국가의 경제 사정으로 보건의료비를 대폭 증대시키는 일은 당장 어려울 것이나 장차 보건의료비를 선진국 수준으로 증가시켜야 한다. 남북의 화해 분위기는 보건의료부문의 투자에 크게 긍정적으로 작용할 것으로 기대된다.

현 정부의 국가 운영기조를 고려할 때 초기 자원이 많이 투입되고, 관리를 위한 비용이 많이 소요될 것으로 예상되는 공공보건의료기관의 확대는 어려울 것으로 생각된다. 그러나 수익성이 없어 민간의료기관에서 설립을 기피하고 있는 요양병원, 치매병원, 노인전문병원, 정신병원 등과 같은 시설은 확충할 필요가 있다. 설립은 국

가가 하고 운영은 민간에게 위탁할 수도 있다.

지방공사 의료원과 보건의료원이 설치되어 있지 않은 군지역은 지역 특성을 감안하여 군립병원을 설립하여 지역내 의료기관들의 진단과 검사를 위한 시설의 중복투자를 막고 의료자원의 효율적인 활용을 도모하고 공공보건의료서비스를 제공하여 군지역 기립병원으로 육성할 필요가 있다. 군립병원의 의사인력은 공공보건의료를 활용할 수 있을 것이다.

농촌지역에는 보건소의 허부조직으로 읍·면단위의 보건지소와 보건진료소가 설치되어 있으나 도시지역에는 보건소 관할인구가 크게는 수백만에서 수십만에 이르고 있으나 아무런 허부조직이 없다. 보건소의 추가 개설이나 보건지소의 설치를 지방자치단체장에게 완전 위임하여 활성화시킬 필요가 있다.

3. 기존 공공보건의료기관의 공공성 강화

가. 공공병원의 공공성 강화

공공병원은 국가보건의료정책의 수행기관이라는 목적을 명확히 설정하여야 한다. 현재와 같이 설립은 공공이 하고 운영방식은 민간병원과 같이 하여서는 공공병원의 존재 가치를 찾을 수 없다. 보건의료의 공공성 제고는 의료기관 소유의 공공화보다는 기능과 역할의 공공성에 있다. 공공병원의 역할을 규정하는 일반적인 논리는 민간병원이 공급하기 어려운 부분을 담당하는 것이다. 따라서 무엇보다 공공병원의 설립목표를 명확히 한 후 기관의 평가도 그 목적에 맞는 방법으로 수행하여야 한다.

공공병원은 각 지역의 보건의료의 중심적인 역할을 수행하는 기관으로 자리 매김되어야 한다. 공공병원의 역할에는 지역중심병원으로서의 진료서비스제공 뿐 아니라, 국가보건의료활동을 수행하여야 한다. 따라서 공공의료기관은 민간의료기관이 수익성이 없다고 판단하여 시행하지 않는 보건의료사업을 시행해야하고 민간병원에서 기피하는 의료보호환자나 행여환자 등의 진

료를 담당해야 한다. 뿐만아니고 수익성은 적으나 사회적 편익이 큰 건강증진 및 예방보건서비스, 야간응급진료, 보건소를 비롯한 다른 공공보건의료기관의 의료지원, 공공보건의료인력의 교육훈련 등을 담당해야 한다.

지방공사 의료원의 공공성 강화를 위한 방안의 하나로 지역별 특성에 따라 광역별 환경에 따라 치매환자, 정신질환자, 노인환자, 장애인 환자 또는 결핵환자 등을 위한 특수병동을 부설하여 운영하는 방안과 지역의 특성에 따라 광역거점병원, 특수질환 전문병원, 요양병원, 시·군 지역거점병원화하는 다양한 방안이 모색되어야 한다.

나. 보건소 기능 재조정

(1) 진료업무의 조정

농촌지역의 경우는 만성질환자 관리를 위한 진료기능을 유지하되 도시지역은 최소한의 진료기능을 유지하고 진료를 담당하던 인력을 건강증진, 방문보건 및 보건의료정보 관리를 위한 인력으로 활용한다. 보건소는 건강증진사업, 만성병관리사업, 장애인 보건, 정신보건, 사고예방사업, 전염병관리사업이 강화되어야 한다.

(2) 보건의료정보센터로서의 기능강화

지역주민의 건강정보를 데이터베이스화하고, 기본적인 생정통계(출생, 사망), 전염병관리체계 및 만성병관리체계(치매, 뇌졸중, 암 등)를 확립해서 주민들의 지속적인 건강관리를 위한 정보로 활용해야 한다. 특히, 주요 국가만성질환관리를 위한 보건의료정보센터의 기능을 강화함으로써 농촌은 물론 도시지역 주민의 만성질환관리를 위한 효과적인 홍보·교육과 질병관리가 필요한 주민에 대한 모니터링을 지속적으로 시행함으로써 민간의료기관과의 협조체계를 구축하고, 민간의료기관을 이용하는 환자들에 대한 관리율을 향상시킴으로써 만성질환관리를 위한 기본 자료제공 및 정보산출을 통한 사업평가 기능을 하도록 함으로써 효율적인 공공보건의료

사업을 추진하는 계기를 마련할 수 있다.

(3) 보건지소의 공중보건의의 역할 강화

2000년 현재 3,230명인 공중보건의의 대부분이 보건소와 보건지소에 배치되어 업무를 수행하고 있으므로 이들에 대한 역할을 강화하기 위한 방안이 필요하다. 보건지소는 보건소와는 달리 의료소외지역 주민들에 대한 일차의료의 제공이 매우 중요한 역할의 하나로 이는 지역주민들도 당연시하고 있다. 특히 의약분업실시 후 지역주민들의 진료서비스에 대한 요구가 더 증대되었다. 그러나 공중보건의의 뚜렷한 역할 설정이 필요하다. 공중보건의의 가장 핵심적인 역할을 중점관리 건강문제를 관리하는데 두어야 한다.

공중보건의의 역할을 극대화시키기 위하여 지역별로 정해진 정원에 따라 의무적으로 배치하기보다는 지방자치단체별로 전공분야 등을 고려한 필요한 인력을 신청하고 이를 일정한 기준에 의하여 심사 후 배치함으로써 인력활용의 효율성을 증대시킬 필요가 있다.

보건지소장의 업무평가 등의 방법을 통하여 배치 등에 대한 유인책을 마련하여 보건사업이나 중점관리 건강문제 관리의 활성화를 기할 필요가 있다. 또한 다른 공무원들과 같이 체력단련비, 시간외 근무수당, 급량비, 연가보상비 등 처우개선을 통하여 전문직 공무원으로서 보람을 느낄 수 있도록 동기를 부여해야 한다.

공중보건의사들이 지역사회 보건문제를 해결해 나갈 개척자로서 역할을 수행할 수 있도록 시·군 공중보건의사의 보수교육을 활성화해야 한다.

4. 유능한 전문인력의 확보와 인력개발

보건의료정책의 결정과정에서 의사역할의 중요성이 강조되고 있으나 현재 보건복지부내의 보건의료정책 부서에는 의사가 한명도 없다. 보건복지부의 공공보건의료정책 부서의 고위직에 보건의료전문가의 배치가 필수적으로 이루어져야 한다. 광역자치단체의 보건과장과 시·군·구

보건소장은 직무수행능력이 충분한 자격을 갖춘 보건의료 전문가로 임용되어야 한다. 그리고 한번 보건소에 임용되면 정년때까지 보건소장직만을 수행해야 하는 인사제도가 개선되어야 한다.

지방공사 의료원을 포함한 보건의료원에 의료사회사업가가 배치되어야 하며, 보건소 업무를 수행하는데 필요한 보건교육사 등의 새로운 인력을 개발하여야 하고, 영양사 등의 전문인력을 확보하여야 한다.

그리고 지방공사 의료원을 포함한 공공병원의 병원장은 병원경영관리 능력 뿐만아니고 공공보건의료에 대한 철학과 보건의료에 대한 높은 식견을 가진 의사를 채용해야 한다.

5. 공공보건의료기관 운영에 관한 부처간의 조정 강화

보건의료에 관한 주요 시책을 심의하기 위하여 국무총리소속하에 보건의료정책심의위원회가 있으나, 공공보건의료기관 운영에 관한 각 부처간의 조정을 위한 실무 조정기구가 없다. 실무조정위원회를 설치하여 공공보건의료기관 관련 부서간의 공공보건의료정책의 수립과 집행, 공공보건의료기관의 운영과 관리, 효과적이고 효율적인 목표달성을 위해 연계·조정 기능을 강화하여야 한다.

광역자치단체별로도 조정위원회를 설치하여 공공병원간의 연계와 조정, 공공병원과 보건소와의 연계기능을 강화하여야 한다. 보건소별로 수립하는 지역보건의료계획과 지방공사 의료원 등의 기타 공공보건의료기관별로 작성되는 공공보건의료계획에 대한 평가와 계획에 의한 사업수행내용에 대한 모니터링 기능을 강화하여, 공공보건의료와 관련한 계획과 사업의 추진이 국가보건의료발전계획의 내용을 충족시키고, 공공보건의료기관의 사업방향이 공공성을 강화하는 방향으로 추진되는지를 평가하고 조정하도록 하여야 할 것이다.

6. 기존 민간보건조직의 공공성 강화와 민간의료기관의 공익적 역할 강화

가족보건복지협회나 건강관리협회 등의 민간보건조직에 대한 지원을 통하여 만성질 환관리 기능을 확대하거나 보건교육(성교육, 학생급연교육 등)을 시행하게 하는 것도 한 가지 방안이 될 수 있을 것이다. 이들 기관에 대하여 만성질 환관리나 주민에 대한 보건교육 계획수립과 자료개발의 역할을 부여하고, 재원의 지원과 감독, 평가기능은 광역자치단체에 부여하도록 할 수 있다.

민간부문의 공공성을 강화하는 방안도 공공보건의료를 발전시키는 데 중요한 방안의 하나이다. 공공보건의료기관의 확충이 쉽지 않은 상황에서 특히 민간의료기관이 건강증진 및 예방보건서비스와 정신보건의료사업 등에 참여하지 않는 한 전국민적 차원에서 보건의료서비스의 포괄성을 담보하기는 불가능하다. 민간의료기관들이 보건사업에 참여하는 경우 정부가 예산을 지원하는 방식이 개발될 필요가 있다.

또한, 국가수준이나 광역자치단체수준에서의 민간과 공공의 공동포럼 등을 정례화하여, 지역보건문제를 공동으로 해결하기 위한 구체적인 방안들, 즉, 주요만성병 관리를 위한 시민 건강가이드라인 제작지원, 지역학교에 대한 교의활동 강화, 학생을 포함한 지역주민 보건교육에의 적극적 참여, 지역주민의 건강검진자료의 체계적 관리를 위한 협조, 환자의 지속적 관리를 위한 주치의 제도 등의 보건의료정책에 대한 방안도 출 협의 등을 논의함으로써 민간부문의 사회에서의 공익적 역할을 강조하고 강화해나갈 필요가 있다.

7. 건강증진기금의 확대를 통한 공공보건 의료사업의 강화

현재 담배에 부과되는 국민건강증진을 위한 부담금을 상향조정하거나 또는 술에 대한 주세

를 신설하여 건강증진기금을 확보하여 공익성 보건사업인 건강증진사업(대국민 홍보·교육, 운동시설 확충, 학생흡연 등의 청소년 건강행태 변화를 위한 교육예산지원 등) 등을 확대 실시함으로써 국민건강을 향상시킬 수 있을 것이다.

8. 의료보험자에 의한 공공보건정책 강화방안

의료보험자단체가 통합되면 정부 다음으로 의료보험자의 보건의료에 대한 역할이 커질 것이다. 통합된 의료보험자의 공공보건의료정책에 대한 역할을 강조함으로써 예방급여의 확대나 건강증진을 위한 재원의 확대 그리고 민간부문의 역할이 상대적으로 취약한 분야인 노인보건이나 장애인 건강보호나 증진에 대한 적극적인 역할을 증대시킬 필요가 있다.

맺는 말

우리나라의 보건의료부문에 있어서는 오랜 기간 정부의 역할이 미약하였다. 특히, 공공보건의료부문에 대한 투자는 아주 미흡하였다. 따라서 그동안 국가보건의료비의 증가와 공공의료기관의 확충 등에 대한 요구가 지속되어 왔다. 특히, 최근 의약분업사태로 공공의료기관의 필요성과 중요성이 부각되기 시작했다. 이번 사태와 관련하여 국민들은 민간 병·의원의 휴·폐업으로 인한 진료공백을 공공의료기관이 해결하여 사회안전망의 기능을 수행했다는 인식을 가지게 되어 공공의료기관을 더 많이 확충해야 한다는 주장을 폈다.

물론 공공의료기관도 진료가 중심적인 기능이지만, 공공의료기관은 진료이외의 민간 의료기관이 취급하지 않거나, 취급하기 싫어하는, 취급하기 어려운 부문을 담당해야 한다. 이런 관점에서 볼 때 단지 공공병원의 낮은 수익성 내지 정부 재정에 대한 부담 등의 이유로 공공병원의 폐지 내지 민영화 등을 통해 공공병원을 축소하는 것은 공공병원이 지니고 있는 고유기능과 사

회적 역할을 도외시하는 일이므로 이런 일은 우리 모두가 막아야 하고, 오히려 시대적 요청에 따라 공공부문을 강화하여야 한다.

공공보건의료의 발전은 공공보건의료의 목표와 역할의 정립, 공공보건의료에 대한 정부의 투자증대, 기존 공공보건의료기관의 공공성 강화, 공공보건의료체계의 정비 등을 통해서 가능하리라 본다.

공공보건의료기관의 공공보건의료서비스가 확대되고 강화된다 하더라도 공공보건의료기관만이 공중보건과 관련된 모든 보건의료서비스를 담당할 수는 없다. 따라서 우리나라와 같이 공공부문이 취약하고 민간부문이 중심을 이루는 보건의료체계내에서는 민간부문과 협력하고 민간의료기관도 사회적 책임과 역할을 다할 때 국민 전체의 건강을 보장할 수 있다고 본다.

이와 같은 공공보건의료는 정부, 정치계, 보건의료인, 전문가 집단, 국민 모두가 관심을 가지고 노력을 기울일 때 그 발전이 촉진되리라 생각한다.

인용문헌

1. 김용익. 공공보건의료체계의 개편 방향. 21세기 우리나라 공공보건사업의 방향 심포지움 보고서, 영남대학교 의과대학, 1998.
2. 김용익. 21세기 보건의료의 방향. 1998년도 한국보건행정학회 전기학술대회 연세집, 1998.
3. 김창엽. 보건지소의 새로운 역할과 발전방향. 조직 개편에 따른 보건지소 발전방향 연찬회 보고서. 경기도 보건과, 1993.
4. 박찬병. 공공의료기관 발전방향-지방공사의료원을 중심으로. 보건복지포럼 2000;47:29-38
5. 손명세. 보건소 개혁의 실천전략-건강증진서비스 시장 창출을 위한 시론. 1994년도 한국보건행정학회 후기학술대회 연세집.

- 1994.
6. 신영수. 새정부 보건의료정책의 목표달성 전략. 1998년도 한국보건행정학회 전기학술대회 연제집, 1998.
 7. 안형식. 공공부문의 영역과 민간과의 역할 분담. 1998년도 한국보건행정학회 전기학술대회 연제집, 1998.
 8. 오대규. 2000년대 한국의 공공보건정책 방향. 21세기 우리나라 공공보건사업의 방향 심포지움 보고서, 영남대학교 의과대학, 1998.
 9. 이종구. 21세기 농촌지역 보건소의 발전 방향. 21세기 우리나라 공공보건사업의 방향 심포지움 보고서, 영남대학교 의과대학, 1998.
 10. 장기원, 김진순, 박영택, 이우백. 지역단위 공공보건의료기관 기능 개편방안. 한국보건사회연구원, 1998.
 11. 장기원. 지역보건행정체계 개편방향. 보건복지포럼 2000:47:5-17
 12. 정형선. 공공병원과 민간병원 효율성. 1996년도 한국보건행정학회 전기학술대회 연제집, 1996.