

## 한국적 상황에서 공공의료 활성화를 위한 현실적 대안



서 경 화

대한의사협회 의료정책연구소 책임연구원  
seokh@kma.org

---

〈편집자 주〉 얼마 전 정부는 공공보건의료발전 종합대책을 발표하고 국립공공의료대학원 설립을 강행할 뜻을 내비쳤다. 의료계에서는 공공의료를 바라보는 관점의 문제부터 시작해서 정부가 달성하고자 하는 정책목표의 미성취 가능성 등 다양한 이유로 반대 의견을 강하게 피력하고 있다.

특히 본고가 발간될 즈음에는 국회에서 국립공공의료대학원 설립을 위한 관련법이 발의되는 등 보다 구체적인 움직임이 예상된다.

이에 국립공공의료대학원 설립만으로 공공의료 확충이 불가한 이유와, 나아가 한국적 상황에서 가장 현실적이고 효과적인 공공의료 활성화 대안은 무엇이 있는지 살펴보는 것이 의의가 있을 것이다.

---

## 1. 서론

최근 2018년 10월 보건복지부에서는 ‘공공보건의료 발전 종합대책’을 발표하였다. 우리나라는 2000년 「공공보건에 관한 법률」을 제정한 이래 공공의료에 관한 종합대책을 비롯하여 법률의 전면 개정에 이르기까지 지속적으로 공공의료의 개념과 틀을 정리하고자 시도해 왔다. 노무현 정부는 당시 대선 공약 사항으로 공공보건의료를 확충할 것을 제시하였고, 이후 2000년 공공보건의료 기반 구축 단계, 2005년 공공보건의료 확충 단계를 거쳐 2013년 공공보건의료 기능 재정립 단계에 이르기까지 지속적으로 공공의료체계 확립을 위한 정책목표 및 계획을 수립한 바 있다[1]. 이 과정에서 2005년 처음으로 ‘공공의료 확충 종합대책’을 수립하였고, 2016년 ‘제1차 공공보건의료 기본계획’을 발표하였으며, 2018년 ‘공공보건의료 발전 종합대책’을 통해 정부의 공공보건의료정책 활성화에 대한 의지를 밝혀왔다.

그럼에도 불구하고 우리나라 보건의료체계에는 공공의료에 관한 여전히 풀리지 않는 숙제들이 많이 산재해 있다. ‘공공의료’ 용어에 대한 정확한 개념이 정립되지 않은 것에서부터 공공의료분야에서만 활동할 별도의 의사인력 양성에 관한 계획에 이르기까지 정부와 의료계 간 갈등이 첨예하게 대립되고 있는 상황이다. 이는 공공医료를 바라보는 정부와 의료계의 관점과 입장이 다르기 때문이다. 특히 우리나라 의료체계는 민간이 주도해왔다고 해도 과언이 아닌데, 공공의료에 관한 정부의 정책들은 그간의 민간의료의 공공의료 부문에서 달성해 온 성과보다 의료취약지의 의료접근성 및 필수의료의 강화하는 데 더 많은 기능을 수행하도록 초점이 맞추어져 있다.

한편, 미국과 남아프리카공화국을 제외한 대부분의 산업화 국가들에서는 의료의 인권의 기본권으로 인식된 이후 국가가 의료보장제도에 전면적인 개입을 하기 시작한 것과 달리, 우리나라는 의료의 기본권으로 정립되기 전에 시혜적 차원에서 건강보험 도입 및 전국민건강보험제도가 시행되면서 공공의료에 대한 전반적인 기본 틀이 제대로 마련되지 못했다고 볼 수 있다[2]. 이로 인해 공공의료에 관한 다양한 정부 정책들에도 불구하고 공공의료분야에서 정부가 목표로 하는 큰 성과를 거두지 못하고 있다. 따라서 본 고에서는 우리나라 공공의료의 문제점을 되짚어보고 향후 한국에서 공공의료의 활성화되기 위한 현실적 대안을 제시하고자 한다.

## 2. 공공의료에 대한 이슈

2003년 한국병원경영연구원에서 발표한 ‘의료체계의 공공성 제고방안 연구’에서는 우리나라 공공보건의료 계획 수립 및 정책 추진 시 문제점-현실 진단 및 준비 부족, 잘못된 공익의 개념과 이에 근거한 공공의료 확충 논리, 민간부문의 잠재력에 대한 과소평가, 보건복지부 중심 공공의료체계 확립의 문제점, 내용 나열의 확충계획 등-을 다수 열거하고 있다[3]. 그러나 10년 이상이 지난 지금 그 문제점들이 그대로 공공보건의료 정책의 문제점으로 지적되고 있다고 해도 과언이 아니다. 이는 정부에서 2005년, 2016년, 2018년 총 세 차례에 걸쳐 공공보건의료정책을 발표해 왔지만, 앞서 시도해 왔던 유사한 정책들만 되풀이하고 있기 때문이다. 정부가 이처럼 성과 없이 반복되는 정책을 되풀이하는 이유를 본 고에서는 총 4가지 문제점을 통해 재조명해보았다.

첫째, 공공의료(public health)의 개념에 관한 것이다. 우리나라는 제대로 된 개념이 정립되지 않은 채 ‘공공(보건)의료’라는 용어를 사용하고 있다는 점이 가장 근본적인 문제점이라고 볼 수 있다. 국제적으로 통용되는 공공의료는 ‘공공재정으로 생산하는 의료’로 볼 수 있는데[2], 우리나라에서는 법률적으로 공공의료기관이 생산하는 의료 활동으로 정의하고 있다. 무엇보다 ‘공공의료’라는 단어가 세계적으로 일반적으로 사용되는 용어가 아니기 때문에 명확하게 정의하기도 어려운 건 사실이다[4]. 그럼에도 불구하고 역사적으로 한국 정부에서 의료의 공공성 강화를 내세우며 수립했던 공공의료 정책들은 결국 공공의료기관만 공공성을 가지고 있다는 의미를 내포함에 따라 잘못된 개념에 기반하여 공공의료정책이 수립되었던 것이다. 흔히 외국에서 정부재정으로 제공되는 의료서비스를 공공의료라고 통칭하여 건강보험의료 자체를 공공의료로 인식하고 있는데[5], 이 개념에 따르면 우리나라 의료서비스는 공공 또는 민간의료기관이 제공하는 의료활동 전체가 공공의료에 해당된다고 볼 수 있다. 그러나 2013년 「공공보건의료에 관한 법률」을 전면 개정하면서 소유주체에서 기능중심으로 공공보건의료의 기준을 변경하면서 민간의료기관에 공공의료에 관한 역할은 부여하면서도 여전히 공공의료기관이 생산하는 의료만 공공의료로 정의하고 있기 때문에 관련 정책들이 실효성을 거두지 못하고 있는 것이다.

둘째, 공공의료에 관한 정책 수립 과정에서 민간의료기관 또는 의료단체의 참여기회 부재를 문제점으로 꼽을 수 있다. 민간이라는 개념은 주로 시장과 그 특성을 포괄하는 의미가 있으며 이 때문에 공공은 시장의 반대 개념으로 자리 잡았고[6], 의료보험 도입 이후 급격히 증가한 수요에 대해 민간의료기

관에서 제공하는 의료서비스 공급으로 해결함에 따라 상대적으로 공공의료기관의 위상이 위축되었다[4]. 이 때문에 공공성 강화는 곧 공공의료기관의 확충 및 위상을 강화하는 것과 동일하게 받아들여지게 되었다. 의료보험 도입 당시 민간 병상의 비중이 80%까지 증가하였고, 민간의료기관이 의료공백을 채우는 데 기여를 했다고 해도 과언이 아니다. 그럼에도 불구하고 공공보건의료정책을 수립하는 데 있어 민간의료기관은 논의과정에서 배제되었을 뿐 아니라, 규제의 대상이 되어 왔다. 2013년 공공의료에 관한 법률 개정 이후 민간의료기관에 공공부문의 역할을 부여해 왔고, 현실적으로 우리나라 민간의료기관은 이미 공공의료영역에서도 많은 역할을 담당하고 있으며[7], 필수예방접종서비스, 만성질환관리, 금연교육, 응급의료서비스 제공, 감염성 질환관리 및 대응 등 여러 가지 공익적 서비스를 제공하고 있어 공공보건의료 활동에 동참해 왔다. 하지만 아직까지 우리나라 보건의료체계에서 민간은 사익을 추구하는 영리적 성격으로 인식되고 있고 이로 인해 공공의료분야 시장실패의 화살이 민간의료계로 향하고 있는 것은 부정할 수 없다. 다만, 전체 의료계가 운영되는 데 있어 공급자의 역할이 중요하며, 공급자의 다수가 민간의료 영역에 속해 있는 상황에서 공공보건의료의 정책적 합의를 이끄는 과정에 민간의료기관 또는 의료단체와의 협의가 충분치 못하다면 좋은 정책을 수립하더라도 향후 원활한 정책 수행에 차질을 빚게 될 것이다.

셋째, 공공의료분야에서 활동할 특화된 의사인력을 별도로 양성하겠다는 점이다. 정부는 2005년 「공공보건의료종합대책」에서 1차진료 담당 전문의 정원확대를 통한 인력 양성 및 효율적 활용 방안을[8], 2016년 「1차 공공보건의료 기본계획」에서

는 공공보건의료 전문인력 양성을 위한 대학 설치 추진 계획[9], 이어 2018년 「공공보건의료 발전 종합대책」에서는 본격적으로 국립공공의료대학원 설립 및 공공의료 핵심인력 양성에 관한 구체적인 계획을 발표해 왔다[10]. 그러나 국가보건의료체계 안에서 공공보건의료가 작동되는 것을 감안할 경우 공공의료 전담인력을 별도로 양성하겠다는 정부의 정책이 과연 실효성을 거둘 수 있을지 의문이다. 공공의료 전담인력의 양성에 관한 논의는 지역별 의사인력 불균등 분포 문제에서 기인한다고 볼 수 있는데, 정부 계획대로 매년 49명의 학생을 배출하더라도 지역별 수급 불균형을 해결하기는 어렵다. 특히 이 같은 교육체계는 결국 우리나라 보건의료체계를 민간의료와 공공의료로 이원화시키는 결과를 초래하게 되고, 이원화된 의료체계 내에서 다양한 갈등관계를 유발시킴에 따라 전반적인 보건의료체계의 효율적 운영을 어렵게 만들 것이다.

마지막으로 가장 큰 문제점은 국가 차원의 '보건의료발전계획'이 부재하다는 것이다. 2000년 제정된 「보건의료기본법」 제15조에 의하면 보건복지부장관은 관계 중앙행정기관 장관의 협의와 보건의료정책심의위원회 심의를 거쳐 5년마다 보건의료발전계획을 수립, 시행하도록 하고 있다[11]. 보건의료 발전의 기본 목표와 추진 방향을 비롯하여 병상 총량 관리, 보건의료 제공 및 이용체계, 취약계층에 대한 사업계획에 이르기까지 보건의료 전반에 관한 사항을 포함하도록 하였다. 그러나 5차례 정권이 바뀌는 동안 단 한 차례도 보건의료발전계획을 수립하지 못했다. 특히 사회 전반 분야에 걸쳐 환경변화가 가속화되는 가운데, 보건의료발전계획 없이는 의료 관련 정책적·사회적 이슈가 발생할 경우 미시적인 문제점 해결에만 급급하여 전체적인 틀을 고

려하기 어렵다. 제5회 미래보건의료정책포럼에서도 보건의료발전계획의 부재에 따라 정권 교체시마다 보건의료분야 정책도 함께 변경되는 경우가 다수이고 이로 인해 합리적인 의료정책보다는 임기응변식 정책들이 생산되는 경우가 많다고 언급하며 다수 전문가들이 비판한 바 있다[12]. 보건의료발전계획 측면에서 볼 때 공공보건의료는 보건의료의 한 분야에 불과하며, 보건의료발전계획 없이 공공보건의료발전계획만 수립·추진하게 될 경우, 다른 보건의료 분야와 연계된 공공보건의료분야 문제 발생시 보건의료체계 전반을 고려한 정책을 수립하기 어려운 상황에 직면하게 될 것이다.

### 3. 활성화 대안

공공의료에 관한 문제점으로 총 4가지 - ① 공공의료에 대한 개념 미정립 ② 정책 논의과정에서 민간의료기관 또는 의료단체의 참여기회 부재 ③ 공공의료 전담 의료인력의 양성 계획 ④ 보건의료발전계획 부재 -를 앞서 제시하였다. 공공의료 활성화를 위한 현실적 대안은 각 문제점에 대한 대안으로 같음하고자 한다.

먼저 공공의료에 대한 개념은 의료계 전반에 걸쳐 합의가 이루어져야 할 부분이다. 외국에서 통용되는 '정부 재정으로 제공되는 의료서비스'라고 정의할 경우 굳이 공공과 민간을 구분할 필요가 없어진다. 또한 이러한 정의대로라면 우리나라는 전국민건강보험제도로 운영되고 있고 모든 의료기관이 당연지정제의 적용을 받고 있기 때문에 공공의료의 영역에 속하게 된다. 그러나 공공보건의료에 관한 법률에서 정의한 공공의료는 공공보건의료 기준을

소유 중심에서 기능중심으로 변경하여 공공과 민간 구분 없이 공공보건의료를 제공하는 의미를 내포하려 했지만, 공공보건의료 수행기관을 공공보건의료기관이라고 명시함에 따라 오히려 의미를 불명확하게 했다. 국제적으로 통용되는 ‘public health’로서 공공의료를 정의할 경우 공중보건의 의미가 더 강하게 적용되어야 할 것이고, 이는 ‘조직적인 지역사회 노력으로 질병 예방, 수명연장, 신체적·정신적 건강 및 효율성을 증진시키기 위한 과학과 기술[13](Winslow CA, 1920)’이라는 공중보건의료로서 우리나라 기존 공공보건의료정책에 대한 틀을 재정립해야 할 것이다. 반면, ‘publicly funded health’로서 정의할 경우 공공과 민간의 구분 없이 의료기관에서 행해지는 모든 의료 활동을 공공보건의료로 봐야 할 것이고, 이에 따라 법률에서 정하고 있는 공공보건의료 수행기관을 공공보건의료기관이라고 명시할 필요가 없어진다. 공공의료에 대한 정의가 명확해 진다면 공공의료에 관한 계획 및 정책 활동들이 훨씬 더 명확해질 수 있으며, 정부와 의료계 간 갈등소지도 줄어들 것이다.

그 다음으로 정책 논의과정에서 민간의료기관 또는 의료단체의 참여기회 부재에 관한 문제는 결국 거버넌스 문제로 귀결된다. 이는 공공보건의료정책 뿐 아니라 우리나라 전체 의료정책을 결정하는 과정에서 중요한 부분이다. 특히 우리나라 의료기관 중 민간의료기관이 차지하는 비중이 90% 수준에 이르는 것을 감안할 경우, 의료정책결정 과정에 반드시 이해관계자들을 분야별로 균등하게 구성한 협의체를 마련해야 하고, 의료정책의 이해관계자로서 민간의료기관 또는 의료단체의 참여가 필요하다. 하지만 정책결정 과정에 참여한 의료계 전문가들을 보면 의료단체를 대표하는 의료인으로 보기

어려운 전문가들이 다수이다. 공공보건의료활동 중 필수의료영역에 해당하는 일부 의료 활동의 경우 의료기관의 수익구조를 마련하기 어려운 영역이므로 이는 민간의료기관의 자발적인 참여가 적극적으로 필요한 부분이다. 따라서 정부가 민간의료기관의 공공부문에 대한 그간의 기여도 및 역할을 충분히 인지·인정하고, 자발적 참여 확대를 위한 전략적 유인책을 적절히 제공한다면 의료인으로서의 역할을 충분히 수행할 수 있는 동기가 유발될 것이다. 궁극적으로 의료정책을 수립·실행하는 이유는 우리나라 보건의료체계가 잘 돌아가게 하기 위함인데 그러기 위해 정책결정과정에서 이해당사자들 간의 의견을 충분히 수렴할 수 있도록 합리적인 의사결정구조 마련이 필요하다.

이어 공공의료 전담 의료인력 양성 계획에 관해서는 상기 언급한 문제점들이 해결된다면 자연스럽게 해결될 수 있는 부분이다. 공공의료에 대한 정의를 어떻게 하느냐에 따라 해당 분야 전담 인력을 양성시키는 방법도 해결될 것이다. 예컨대 공공의료를 ‘public health’로 정의한다면, 기존 의학교육체계를 공중보건의 중요성을 더 강조하는 커리큘럼으로 개선하면 된다. ‘publicly funded health’로 정의할 경우 민간과 공공의 구분이 필요 없게 되어 굳이 공공의료 전담 의사를 별도로 양성시킬 당위성이 없어진다. 다만 의료취약지 내 부족한 의사들을 충족시키기 위해 ‘지역사회 필요 의사 양성 체계’가 필요할 경우, 기존 교육체계와 통합적으로 운영함으로써 의사인력 양성체계 전주기의 단계별로 필요한 중재방법을 적용함으로써 가능할 것이다(그림 1). 정부는 막대한 비용을 들여 공공의료대학원을 설립하고 전 학생을 대상으로 전액장학금을 지급하겠다는 계획을 실행에 옮기기 이전에 기존 의

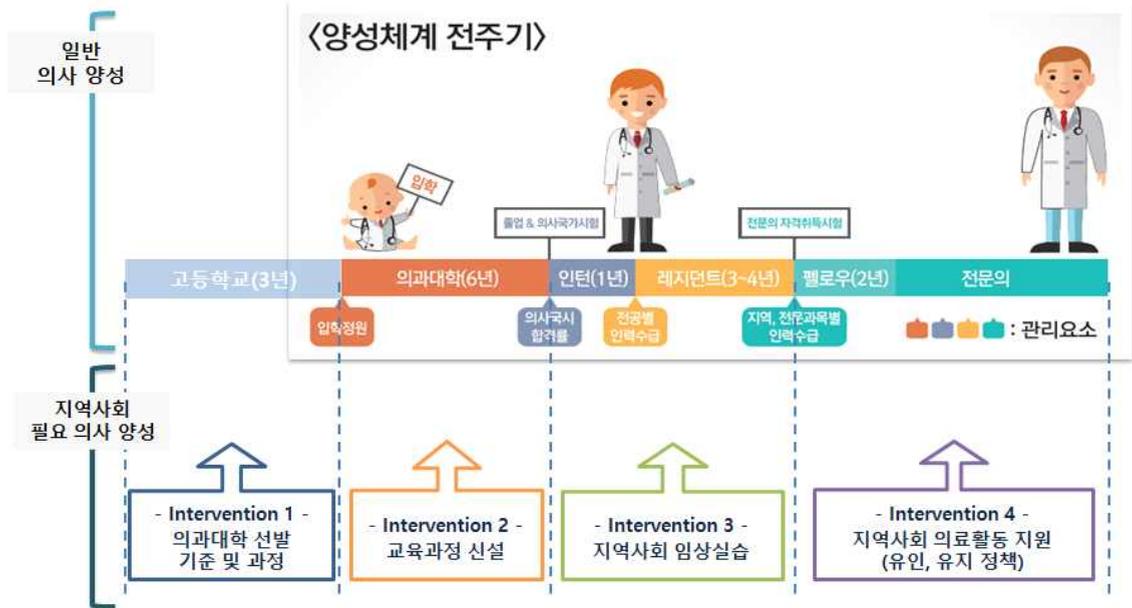


그림 1. 의사인력 양성체계 전 주기 및 지역사회 필요의사 양성 체계

학교교육 과정에 대한 개선이나 공공의료 강화에 특화된 교육을 시도해 보는 것이 비용대비 효율적이라고 판단된다. 이와 유사한 사례로 미국의 카이저 퍼머넌트(Kaiser Permanente)에서 운영하는 MERIT (Medical Education Reward Incentive Track)[14] 또는 펜실베이니아주 Jefferson 의대에서 개발한 PSAP(Physician Shortage Area Program)[15-16]도 기존 의사 양성 교육체계에서 의료취약지 인력 양성 교육프로그램을 특화된 교육 형태로 운영하고 있다. 뿐만 아니라, 건강수명 향상으로 건강한 상태로 지내는 퇴직의사가 많기 때문에 의과대학 정년퇴직 교수들을 활용하는 것도 한 좋은 대안이 될 수 있다.

마지막으로 보건의료발전계획의 부재에 관한 문제는 지난 5월 보건복지부에서 입찰 공고한 「보건의료발전계획 수립을 위한 기초 연구」사업으로 해결될 수 있을 것 같다. 다만, 예정대로라면 11월 30일까지 연구가 마감되어야 하나 아직까지 발표된

결과는 없다. 과거 2003년 참여정부 보건의료발전 계획(안)이 한국보건사회연구원에 의해 작성되어 공청회를 개최한 적 있으며, 2009년에도 보건복지부에서 「보건의료발전계획 수립 연구」를 수행한 바 있으나, 결실을 맺지 못하였다. 이로 인해 여전히 우리나라에는 보건의료발전계획이 부재한 상태에서 다양한 정책들이 수행되어 왔다. 궁극적으로 모든 의료정책의 올바른 수립 및 운영을 위해서는 정부에서 보건의료발전계획을 빠른 시일 내에 수립해야 한다. 이를 통해 그간 공공의료에 대해 현실적으로 발생하는 시장 실패에 대한 충분한 대응력을 갖기 어려웠다고 지적된 공공의료의 문제점[17]을 해결하는 실마리를 찾을 수 있을 것이며, 공공보건의료를 비롯하여 의료계 전반에 걸쳐 실효성 있고 짜임새 있는 정책이 수립될 것으로 기대한다. 따라서 금년도 5월 보건복지부에 의해 발주된 해당 연구를 토대로 제대로 된 보건의료발전계획 수립 작업이 진행되기를 희망한다.

#### 4. 결론

보건의료의 여러 분야별 계획들 간 체계적이고 연계성 있는 정책이 수립되기 위해서는 보건의료발전계획이라는 중장기적인 보건의료의 기틀을 마련하고 이를 기반으로 방향성을 제시하는 것이 필요하다. 그러나 정권이 5년 교체되는 동안 우리나라는 보건의료발전계획이라는 체계적인 틀 없이 보건의료정책을 수립해 왔다. 공공보건의료 정책도 마찬가지로 보건의료발전계획 없이 공공보건의료 발전계획만 수립해 왔고, 특히나 2000년부터 지금까지 우리나라 정부에서 추진한 공공보건의료 관련 정책

들은 의료의 공공성에 대한 사회적 합의에 의한 기 반 마련보다 취약지 또는 취약계층의 의료접근성과 보편적 의료이용만을 강조해 왔다. 이 때문에 합리적인 의료이용을 위한 의료이용자에 대한 규제보다는 과잉되는 의료수요에 맞춰 의료접근성 제고만 고려한 의료공급자 대상 규제가 더 강화되어 왔던 것도 사실이다. 무엇보다 향후 바람직한 공공보건의료 정책 활성화를 위해서는 공공이나 민간을 구분하지 않고 이해관계자가 참여한 합리적인 의사결정구조를 기반으로 하여, 보건의료체계의 큰 틀에서 체계적이고 짜임새 있게 공공보건의료 정책을 수립 및 실행해야 할 것이다.

#### 참고문헌

- [1] 보건복지부 공공보건의료정책관. 제1차 공공보건의료 기본계획(2016-2020). 보건복지부. 2016.
- [2] 이규식. 공공의료의 올바른 정의와 발전방향. 대한공공의학회지 2017;1(1):79-97.
- [3] 한국병원경영연구원. 의료체계의 공공성 제고방안 연구. 2003.
- [4] 임구일, 공(공)과 공(공), 公共醫療(공공의료). 대한공공의학회지. 2017;1(1):59-64.
- [5] 이규식. 의료개혁을 위한 제안: 의료개혁 시리즈 ① 보건의료체계 전면적인 새판이 필요하다. 건강복지정책연구원 Issue paper No.19. 2016.
- [6] 김창엽. 한국의 공공보건의료와 공공성 개념. 대한공공의학회지. 2017;1(1):65-77.
- [7] 이진세 등. 의료전달체계에서 민간의료기관의 기여도와 민간의료기관의 공익적 역할을 위한 방안. 대한의사협회 의료정책연구소. 2015.
- [8] 보건복지부 관계부처 대책 수립팀. 공공보건의료 확충 종합대책. 관계부처합동. 2005.
- [9] 보건복지부 공공보건의료정책관. 제1차 공공보건의료 기본계획(2016-2020). 보건복지부. 2016.
- [10] 보건복지부. 필수의료의 지역 격차 없는 포용국가 실현을 위한 공공보건의료 발전 종합대책. 보건복지부. 2018.
- [11] 보건의료기본법 법률 제14558호.
- [12] “보건의료분야 급변...그러나 정책 큰 그림 부재”. 의협신문. 2016.10.07.
- [13] Winslow CEA. The untilled fields of public health. Science 1920;51:23-33.
- [14] Kaiser Permanente Southern California Supports UCR Medical School's Aims to Build Diverse Physician Workforce in Inland Southern California. UCR Today. 2013.04.03. (<https://ucrtoday.ucr.edu/13180>).
- [15] Rabinowitz HK et al. A program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas. JAMA 1999;281(3):255-260.
- [16] Rabinowitz HK et al. Increasing the supply of rural family physicians: recent outcomes from Jefferson Medical College's physician shortage area program(PSAP). Academic Medicine 2011;86(2):264-269.
- [17] 임준. 공공보건의료 개념의 재구성과 과제. 대한공공의학회지 2017;1(1):109-127.