

지방의료원의 구조적 제약과 정부의 책임성*

허 순 임**

◀ 요약 ▶

이 연구의 목적은 지방의료원이 가지고 있는 구조적 제약의 연원과 속성을 이해하고 지방의료원에 대한 정부의 책임성을 탐색하는 데 있다. 민간 우위의 경쟁적인 공급구조 속에서 지방의료원은 다른 지방공기업 영역과 달리 지역 중심의 집합적 소비를 확보하기 어려웠고 민간에 대한 보완적 역할에 머물렀음에도 불구하고 수익성과 공익성을 함께 요구받는 모순을 가지고 있다. 지방의료원에 대한 정부의 책임성은 정치적 책임성이 미흡한 가운데 관료적 통제하에 집행기관으로서의 관리적 책임에 집중되었으며, 지방공기업으로 전환된 이후 수익성에 대한 요구가 추가되었고 1997년 경제위기 이후 재무적 성과 중심의 관리적 책임이 강조되었다. 지방의료원의 역할 정립을 위해서는 국내 의료체계의 특성과 함께 중앙정부와 지방정부의 이원적 관리구조 속에서 가지는 다차원적인 어려움을 이해하고 개선책을 모색해야 한다. 이를 위하여 경영성과 중심의 실적 관리에 집중된 관료의 권한을 견제하고 사회적 책임을 제고하는 정치적 책임성의 확보는 시급한 과제이다.

주제어: 지방의료원, 구조적 제약, 정부의 책임성

* 본 논문은 2013년도 서울시립대 연구년 교수 연구비 지원을 받아 수행한 연구입니다. 논문에 유익한 의견을 주신 익명의 심사위원들께 감사드립니다.

** 서울시립대 행정학과 부교수(sooim@uos.ac.kr)

1. 서론

지방의료원¹⁾에 대해서는 공공의료 활성화를 위한 논의가 이루어지는 한편, 비효율적인 공공기관의 사례로서 검토되기도 한다. 이와 같이 서로 다른 두 논의에서 공유하는 관점은 지방의료원을 ‘경쟁으로부터 보호된’ 의료기관으로 전제하는 것이다. 공공기관의 비효율의 문제는 경쟁에서 보호됨으로써 발생하는 것으로 간주되어 왔으며, 이러한 도식화된 논리는 지방의료원의 공익적 역할에 대한 논의를 협소하게 만들었다.

지방의료원은 경쟁에서 보호되어 있지 않으며 다음과 같은 다차원적인 어려움을 가지고 있다. 첫째, 국내 의료공급체계는 압도적인 민간 우위의 구조를 가지고 있으며 공공의료는 보완적 역할로 축소되어왔다. 2013년 OECD Health Data에 따르면 병상 수 기준으로 공공의료 비중이 10.4%, 의료기관 수 기준으로는 5.8%로 OECD 국가 중 최하위이다. 이는 공공의료기관이 경쟁에 노출되어 있음을 의미하며 공익적 요소를 추구할 여지가 매우 협소함을 시사한다.

둘째, 공공의료기관은 여러 부처²⁾가 관할하는 의료기관을 포함하는데 지방의료원은 이들 중에서도 상대적으로 불리함을 가지고 있다. 우수한 의료 인력과 첨단시설을 확보하고 있는 국립대학병원에 비해서는 양질의 의료서비스 제공에 있어서 불리하고, 특정 질병 중심 병원(예, 정신병원, 결핵병원)이나 특정 집단 중심의 병원(예, 보훈병원, 국군병원)처럼 환자의 확보가 어느 정도 보장되기도 어렵다.

셋째, 지방의료원은 설립과 운영에 있어서 지방자치단체의 권한과 통제 아래 있으면서 보건복지부의 정책을 집행하는 이원적 관리를 받고 있다. 즉 중앙부처의 공공의료 활성화 정책을 집행하는 기관이면서 동시에 지방정부로부터 경영성과에 대한 압박을 받고 있어 지방의료원에 대한 복잡한 구도를 형성한다.

기존 연구에서는 이와 같은 지방의료원의 다차원적인 어려움을 충분히 고려하지 못하였다. 지방의료원에 대한 연구의 한 축은 공익적 역할을 어떻게 지켜내고 공공의료를

1) 이후 내용에서 언급되었지만 1980년의 지방공기업법 제1차 개정 이후 2005년 6월까지의 지방공사의료원으로 존재하였고 2005년 7월부터 지방의료원으로 명칭이 변경되었다. 본 논문에서는 내용에 따라 명칭을 구분하여 쓰기도 하지만 일반적인 의미의 공공의료기관으로서 지칭될 때는 지방의료원으로 부른다.

2) 교육부의 국립대학병원, 국방부의 국군수도병원, 안전부행정의 국립경찰병원, 미래부의 원자력병원, 고용노동부의 산재의료관리원, 법무부의 국립법무병원 등이 있다.

강화시킬 것인가에 초점을 맞추고 있다(강복수, 2000; 김창엽, 2001; 김창엽, 2003). 이들은 1997년 경제위기 이후 대두된 지방의료원에 대한 구조조정과 경영성과 중심 관리의 공세를 방어하는 입장에서 지방의료원을 지켜야 하는 보루로 보고 있다. 민간 중심의 의료공급체계 속에서 의료의 영리적 속성이 심화되는 것을 우려하면서 지방의료원의 공익성 강화를 주장하였고 실천방안으로는 민간과 차별되는 미충족·필수의료 제공을 담당하거나 정부정책의 수행이 제안되었다. 이 연구들은 의료공급체계의 문제나 영리적 속성에 대해서는 문제를 제기하지만 지방의료원의 존립의 권한을 가진 지방자치단체의 지배구조에 대한 고려는 상대적으로 미흡하였다.

다른 연구의 축은 정부의 행정개혁의 사례로서 지방의료원을 다루고 있다. 1990년대에는 정부 차원에서 효율성 중심의 행정개혁이 확산되었고 지방정부의 관할 아래 있는 지방의료원도 개혁 대상으로 지목되었으며 일부는 민간위탁으로 운영되었다. 이후 경영 방식에 따른 성과를 평가한 여러 연구들은 민간위탁방식이 경영효율성에 부정적인 영향을 주거나 긍정적인 영향이 없는 것으로 결론을 맺고 있다(김인 외, 1999; 황혜신, 2005; 김용태·신동면, 2010; 조현민 외, 2013). 또한, 지방의료원의 공익적 역할과 재무적 경영성과를 의료 환경을 고려하여 분석한 이경희·권순만의 연구(2003)는 위탁경영 기관이 재무적 성과에는 효과를 보이지 못하면서도 공익적 역할에는 부정적인 결과를 나타냈음을 발견하였다.

공공의료의 역할 강화에 대한 시민사회의 요구가 지속적으로 제기되는 한편, 그 동안의 행정개혁에 대한 회의적인 연구결과가 보고되면서 정부는 2005년에 ‘공공의료 확충 방안’을 발표하였다. 이에 따라 보건복지부는 지역거점공공병원으로서 지방의료원의 역할을 정립하고 예산을 지원하는 등 의지를 보였음에도 불구하고 지방의료원이 안고 있는 다차원적이고 구조적인 어려움이 지속되는 가운데 재무적 경영성과는 여전히 강조되고 있다. 지난 2013년 6월의 진주의료원 폐업사태는 이와 같은 지방의료원을 둘러싼 모순을 극명하게 보여주며, 지방의료원과 관련한 정부의 책임을 어떻게 규정해야 하는가에 대한 과제를 던져주고 있다.

이 연구의 첫 번째 목적은 지방의료원이 가지고 있는 구조적 제약의 연원과 속성을 검토하는 것이다. 국내 의료체계의 발전과정에서 형성된 지방의료원의 구조적인 제약과 의료기관 간 경쟁의 양상을 파악함으로써 지방의료원이 ‘경쟁에 노출’된 가운데 가지는

다차원적인 어려움을 이해한다. 두 번째 목적은 지방의료원에 대한 정부의 책임성을 탐색하는 데 있다. 정부의 책임성은 그 동안 강조되어 온 성과관리에 대한 책임성보다 좀 더 넓은 차원에서 규정될 필요가 있다. 지방의료원에 대한 주요 법 개정의 내용과 배경을 살펴보고, 정부의 책임성에 있어서 어떤 함의를 가지는지 탐색하고자 한다. 이러한 시도는 지방의료원에 대한 그 동안의 논의를 확장하는 데 기여할 것이다.

2. 지방의료원의 존재양식과 모순성

지방의료원은 지역사회 주민에게 의료서비스를 제공하는 조직이며, 지역사회의 인구구조와 상병구조의 변화, 의료기술과 의료서비스 조직의 변화에 따라서 필요한 서비스를 제공하는 역할이 요구된다. 이러한 역할의 수행은 지역 중심의 자율적 정책형성과 정책결정이 뒷받침될 때 가능할 터인데 국내 보건정책은 중앙정부가 주도하여 왔고 지방의료원은 집행기관의 역할에 머물러왔다. 지방의료원의 전신인 시·도립병원이 수동적인 집행기관으로서 가진 오랜 역사적 경험으로 인하여 지방정부의 자율성이 발휘될 수 있는 지방공기업으로 전환된 이후에도 지방의료원 본연의 역할을 수행하기는 어려웠다. 더욱 중요한 점은 일반적으로 지방정부의 자율성이 발휘되는 존재양식으로서의 지방공기업의 속성이 지방의료원에는 부합하지 않기 때문에 생기는 모순성을 이해하는 것이다. 아래에서는 이에 대하여 분석하고 있다.

1980년 지방공기업 제1차 개정으로 의료사업이 지방공기업으로 포함되면서 정부가 직접 운영하던 시·도립병원은 1982년부터 간접운영 방식의 지방공사의료원으로 전환되었다. 2005년 7월부터는 의료사업이 지방공기업에서 제외되면서 지방의료원은 특수법인으로 존재양식이 변경되었고 보건복지부가 관리하게 되었다. 그러나 여전히 지방자치단체가 운영책임자의 임면권과 예산에 대한 결정권을 행사하면서 지방공기업의 속성은 상당부분 유지되고 있다.

지방공기업은 지방자치단체가 행하는 기업적 활동을 이르는데, 주민의 복리 증진을 목적으로 한다(안용식, 1989). 지방공기업 서비스의 특성은 다음 세 가지로 정리할 수 있다(안용식·원구환, 2007: pp.23-25). 첫째, 지방공기업은 기업의 형태를 지니지만 궁극적

으로는 공익적 성격을 지니는 기업으로 사회적 공동 소비수단에 속하는 사업(예, 상하수도, 교통, 가스, 병원 등)이 주를 이룬다. 둘째, 지방공기업이 제공하는 재화나 서비스는 수익자와 비용 부담의 관계가 명확하지 않은 일반적인 공공재와 달리 이용자가 요금을 부담하기 때문에 기업적 경영이 가능한 영역이다. 셋째, 지방공기업의 특성으로 지역성을 들 수 있는데, 지방공기업의 재화나 서비스에 대한 수요는 지역에 따라 다르기 때문에 지역 실정에 맞는 경영이 이루어져야 한다.

요약하면, 지방공기업이 제공하는 서비스는 집합적 소비가 이루어지며 편익이 공간적으로 한정되는 것으로 수익자 부담 원칙이 적용될 수 있는 서비스이다. 따라서 지방공기업의 서비스는 ‘경쟁으로부터 보호된’ 속성을 가지며 지방정부의 자율성이 발휘될 여지가 있다. 그런데, 지방의료원이 제공하는 의료서비스는 위의 특성에 부합되는 면이 적기 때문에 일반적인 지방공기업과 달리 공익성과 수익성을 동시에 요구하기 어려우며, 그 이유는 다음과 같다.

첫째, 가스, 수도, 교통 등은 지역 중심의 사회적 공동 소비의 성격이 뚜렷하지만 지방의료원을 통하여 제공되는 의료서비스 공급은 그 성격이 약하다. 지역 중심의 의료전달 체계가 없는 상황에서 지방의료원은 여러 의료공급자 중 하나이며 국내 의료체계는 의료 이용에 있어서 지역 간 이동에 제한을 두지 않기 때문에 지역 독점적인 성격이 약하다. 더욱이 지방의료원이 지방공기업으로 전환된 1980년대부터 본격적으로 민간의료기관이 증가하면서 경쟁이 심화되었기 때문에 지방의료원을 중심으로 집합적 소비가 형성되기 어려웠다.

둘째, 다른 공기업이 수익자가 부담하는 요금(즉, 가격) 결정에 있어서 지방자치단체가 어느 정도 자율성을 가지는 것과 달리, 의료서비스의 가격은 건강보험수가에 의해 책정되므로 자율성이 발휘되기 어렵다. 즉, 지역 범위 내에서 집합적인 소비가 이루어지는 가스, 수도, 교통요금은 지방자치단체가 가격을 결정하고 그 가격에 대한 주민들의 수용 정도에 따라 수준을 조정하기도 하지만 의료서비스는 이와 같은 의사결정이 이루어지기 어렵다. 또한 공익적 역할을 위하여 지방의료원은 비급여서비스를 제공하지 못하게 하여 민간의료기관 의료서비스 가격의 약 70% 수준에서 서비스를 제공하고 있다. 이와 같은 제약은 공익적 역할을 담보하는 긍정적인 의미에도 불구하고 기업성의 추구와는 충돌하는 모순을 가지게 된다.

셋째, 지역사회의 특성과 수요를 반영한 정책수립과 의료서비스 공급을 기대하기 어렵다. 지방의료원은 지역의 자율성에 기반하여 운영되기보다 중앙정부의 보건정책을 집행하는 역할을 하여 왔고 지역공익사업의 성격은 지역 중심의 전염병 예방과 관리, 민간에 부족한 응급실이나 분만실 등 제한적으로 발휘되고 있다.

정리하면, 지방의료원은 가스, 수도, 도로 등과 달리 지역사회 중심으로 집합적 소비가 이루어지기 어렵고, 경쟁에 노출되어 있으며, 지방정부의 자율성이 발휘되기 어렵기 때문에 수익성을 확보하는 데 불리하다. 이러한 구조에서 지방의료원의 공익성 또한 제한적으로 실현될 수밖에 없다. 따라서 지방의료원이 지방공기업에 대해 일반적으로 요구되는 공익성과 기업성을 동시에 추구하는 데는 한계가 있고 이러한 양면적 요구는 모순적임을 알 수 있다.

3. 국내 의료체계의 변화와 지방의료원의 주변화

1) 의료공급의 확대와 정부의 정책적 지원

국내 의료공급체계의 특성 중 하나인 민간 우위의 구조는 정부의 적극적인 지원 하에 형성되었다는 점을 이해할 필요가 있다. 이는 단지 정부가 적극적으로 공공의료기관을 설립하지 않았다는 것에 그치는 것이 아니라, 민간의료기관의 설립에 실질적인 도움을 제공했다는 의미이다. 정부가 민간의료기관 중심의 공급 확대를 지원함으로써 공공의료기관의 역할은 상대적으로 줄어들게 되었다. 1977년 공적 의료보장제도의 도입은 의료 수요의 증가를 초래하였으며 이에 대응하기 위하여 정부는 민간 중심의 의료공급을 정책적으로 지원하였다. 1978년에 민간의료기관 설립을 위한 차관이 도입되었고, 1980년 지역 민간병원 계획의 수립 하에 차관과 은행융자 혜택을 제공하였다. 그 결과 정부지원 자금으로 신설된 병원이 65개소에 이르렀고(전중휘, 1987: p.27) 1985년까지 차관을 제공받은 기관은 153개에 이른다(보건복지부, 2006b). 이러한 정부의 지원 아래 민간의료기관은 폭발적으로 증가하여 1962년 42%였던 민간 병상의 비중은 1977년 62.2%, 1980년 68.5%, 1985년에는 80%까지 빠르게 늘어났다.

1977년~1989년 사이에 공적 의료보험제도가 전 국민 대상으로 확대되면서 1990년 대에도 의료기관의 공급은 계속 늘어났다. 정부는 민간병원을 신축하거나 증축할 때 50%를 스스로 부담하는 경우 시설자금을 용자 추천하였으며(보건복지부, 1995: pp.142-143) 1990년부터 1994년까지 IBRD 차관자금 6,000만 달러, 응급의료장비 지원에 2,000만 달러, 현대 장비 확보에 2,000만 달러씩을 지원했다(보건복지부 2006a: p.450). 또한, 1991-1993년 사이에 은행융자금을 매년 1,000억 원을 확보하고 신증설 희망병원에 금융 지원을 제공하였다. 이와 같이, 민간 병상 확충을 위한 정부의 정책자금 지원이 지속되면서 공공병상의 비중은 더욱 낮아졌다.

민간 우위의 의료공급체계 형성에 크게 영향을 미친 또 하나의 중요한 결정은 1990년 6월 대진료권별 연도별 병상 수 상한제의 폐지이다. 즉, 병원의 병상 신증설과 관련하여 종합병원과 정부 지정 민간 병원 이외에는 보건사회부장관의 사전 승인 없이 시도지사가 허가하도록 규제를 완화하였다. 1993년 4월에는 의과대학부속병원을 제외한 종합병원에 대한 보건사회부장관의 사전 승인제를 폐지하였으며 1994년에는 의과대학부속병원 신증설 처리기준을 폐지함으로써 종합병원의 대형화 및 대형병원의 환자점유율 증가를 초래하였다(박형근·박연서, 2011). 특히 초대형 병원의 점유율³⁾이 높아지면서 병원의 병상 증설, 첨단장비와 시설을 갖추는 고급화 경향이 확산되었다. 이러한 경향은 대기업 관련 병원의 등장을 계기로 더욱 뚜렷해졌다. 대형화와 고급화의 추세 속에 지방의료원도 병상을 늘리고 장비를 확충하였고 이를 의료서비스의 개선으로 받아들인 것을 확인할 수 있다.⁴⁾

의료기관의 공급구조의 변화를 살펴보면, 1975년 이후부터 종합병원과 병원의 수가 2배 이상씩 증가하면서 의원 중심의 공급체계가 바뀌었음을 알 수 있다(표 1).⁵⁾ 100병상 이상의 종합병원은 1980년~1985년 사이에 80개에서 190개로 늘어난 이후에는 크게 증가하지 않은 반면, 1985년까지 존재하지 않았던 종합전문병원이 1990년에 25개로 집계되었고 1995년에는 14개가 추가되면서 대형병원의 역할이 커졌다. 한편, 100병상 미만의 병원은 1990년의 360개에서 2000년에 680개로 320개가 늘어났고 2000년~2010년 사이에 무려

3) 특히, Big 5(서울대병원, 삼성의료원, 아산병원, 세브란스, 카톨릭대학병원)라고 부르는 종합전문병원들의 점유율은 2005년 6.5%에서 2010년 8.2%로 높아져 대기업 관련 병원의 역할이 점점 커지고 있음을 알 수 있다.

4) 지방의료원 연보의 경영목표에는 장비 확충을 통한 의료서비스 개선을 명시한 의료원이 다수 확인되었다.

5) 이하의 수치들은 보건기관, 한방의원과 병원, 치과의원과 병원은 제외한 것이다.

1,502개가 신설되었다. 이와 같은 의료기관의 지속적인 증가로 한국의 급성기 병상은 인구 1,000명당 5.9병상으로서 OECD 평균(3.4병상)의 1.72배로 높아(OECD Health Data 2013) 과포화 상태이다.

[표 1] 의료기관 수의 변화, 1970년~2010년

연도	종합전문 (≥300병상)	종합병원 (≥100병상)	병원 (≥30병상)	의원 (<30병상)
1970	-	12	220	5,402
1975	-	37	128	6,087
1980	-	80	239	6,363
1985	-	190	321	8,069
1990	25	205	360	11,172
1995	39	227	460	14,472
2000	43	245	680	19,690
2005	42	249	1,112	25,166
2010	44	274	2,182	27,469

자료원: 『건강보험통계연보』 각 연도.

2) 의료기관 간 경쟁의 양상

전 국민 의료보장 시대가 열리고 의료수요가 늘어나면서 의료비는 크게 상승하였다. 국민 의료비의 규모는 1985년 3조 4,000억 원에서 1990년 8조 1,000억 원, 1995년 16조 5,000억 원, 2000년 27조 6,000억 원으로 증가하였다. 이러한 의료시장의 외연의 확대와 함께 의료기관의 급격한 증가는 경쟁을 촉발하였다. 의료기관 종별 건강보험 진료비⁶⁾ 자료가 제공되는 2003년부터 2013년까지의 자료를 분석하여 이를 좀 더 자세히 살펴보자.

종합전문병원, 종합병원, 병원, 의원에서 발생한 건강보험 진료비의 합계는 2003년 약 16조 원에서 2013년 약 29조 원으로 1.8배 가까이 증가하였다. 2003년 의원의 진료비 규모는 7조 3,669억 원으로 종합전문병원(3조 7,493억 원)과 종합병원(3조 5,937억 원)의 2배 정도였고 병원 진료비(1조 7,399억 원)에 비해서는 4.2배 더 큰 규모로 의원의 역할 컸

6) 여기서는 지방의료원과 경쟁관계에 있는 의료기관의 건강보험진료비를 살펴보며 한방과 치과 의약품은 제외하였다. 건강보험통계연보에서 제공하는 진료비는 건강보험 급여서비스에 대해서만 집계되며 비급여서비스는 제외된다. 진료비는 소비자물가상승을 고려하여 2010년 가격으로 환산하였다.

다는 것을 시사한다. 2003년~2013년 사이에 의료기관 종별 진료비 규모의 연평균 증가율은 병원이 10.7%로 가장 높았고 종합전문병원과 종합병원의 연평균 진료비 증가는 각각 7.5%, 7.4%로 비슷하였으며 의원은 3.1%로 나타났다. 그리하여 의원 진료비의 점유율⁷⁾이 2003년 44.8%에서 2013년 33.7%로 줄어든 반면, 2007년부터 종합전문병원과 종합병원의 진료비 합계가 전체 의료기관 진료비의 50% 정도를 차지하여 대형병원을 중심으로 의료서비스가 공급된 것을 알 수 있다(그림 1).

병원 진료비 규모의 증가에 따라 점유율도 2003년 10.6%에서 2013년 16.0%로 늘어났는데 이는 병원급 의료기관 수의 증가에 기인한 것이다. 병원의 수는 2003년 871개에서 2013년 2,683개로 늘어나 무려 1,812개가 늘어났지만, 진료비에 있어서 대형 종합병원의 점유율이 높아진 것을 보면 병원급 의료기관의 외연이 확장되지 못하고 병원급 내에서의 경쟁이 심화되었음을 알 수 있다. [표 3]은 종합전문병원과 종합병원의 경우 기관 당 진료비 규모가 1개 연도를 제외하고 꾸준히 늘어난 반면, 병원은 3개 연도만 증가한 것에 그친 것을 보여준다.

[표 2] 의료기관 종별 진료비 규모의 변화, 2003년~2013년

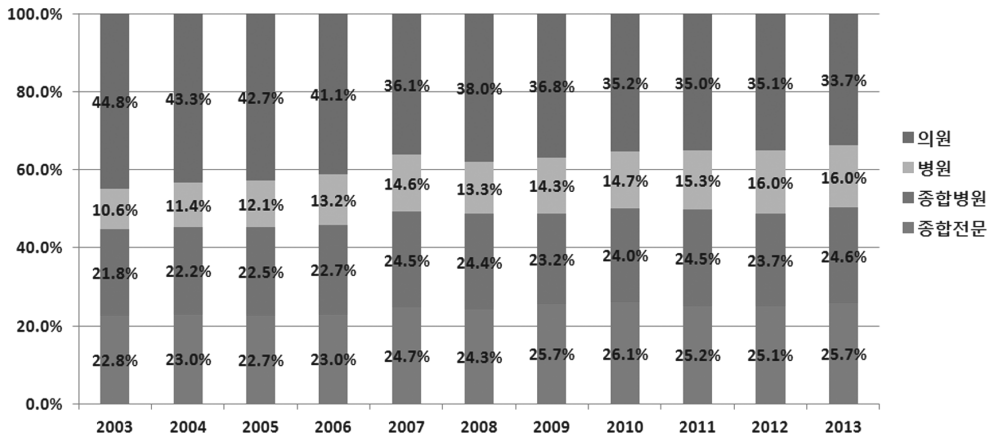
(단위: 억 원)

연도	종합전문병원	종합병원	병원	의원
2003	37,494	35,937	17,399	73,669
2004	39,030	37,669	19,373	73,384
2005	41,109	40,732	21,879	77,266
2006	46,899	46,216	26,861	83,706
2007	54,256	53,929	32,158	79,335
2008	55,657	55,960	30,612	87,134
2009	64,299	58,124	35,852	92,349
2010	70,910	65,173	39,980	95,618
2011	69,105	67,294	42,116	95,989
2012	70,220	66,405	44,899	98,316
2013	75,752	72,274	46,955	99,218
평균 증가율	7.5%	7.4%	10.7%	3.1%

자료원: 『건강보험통계연보』 각 연도.

7) 점유율은 종합전문병원, 종합병원, 의원의 진료비를 합한 규모에서 각 종별 의료기관의 진료비가 차지하는 비중을 말한다.

[그림 1] 의료기관 종별 점유율의 변화, 2003년~2013년



자료원: 『건강보험통계연보』 각 연도.

[표 3] 종별 의료기관당 진료비 규모, 2003년~2013년

(단위: 천 원)

연도	종합전문	증가 (%)	종합병원	증가 (%)	병원	증가 (%)	의원	증가 (%)
2003	89,270,599	-	14,911,614	-	1,997,641	-	312,700	-
2004	92,928,997	4.1	15,630,361	4.8	1,997,253	0.0	301,980	-3.4
2005	97,879,065	5.3	16,358,352	4.7	1,967,487	-1.5	307,026	1.7
2006	109,066,455	11.4	18,267,205	11.7	2,031,837	3.3	324,579	5.7
2007	126,176,362	15.7	20,662,339	13.1	1,962,030	-3.4	303,490	-6.5
2008	129,435,191	2.6	20,802,803	0.7	1,625,723	-17.1	328,460	8.2
2009	146,134,946	12.9	21,607,283	3.9	1,758,316	8.2	341,690	4.0
2010	161,158,427	10.3	23,785,712	10.1	1,832,252	4.2	348,093	1.9
2011	157,056,009	-2.5	24,470,619	2.9	1,782,296	-2.7	344,823	-0.9
2012	159,589,805	1.6	23,886,837	-2.4	1,778,873	-0.2	350,714	1.7
2013	176,166,245	10.4	25,720,208	7.7	1,750,090	-1.6	350,246	-0.1

자료원: 『건강보험통계연보』 각 연도.

3) 지방의료원의 주변화

공적 의료보장제도의 도입을 계기로 민간 의료기관이 우위를 확보하면서 공공의료기관의 역할은 상대적으로 위축되었다. 이는 앞서 살펴본 정부의 의료공급 확대 정책과 밀접

하게 관련된다. 즉 정부가 민간 중심의 의료공급 확충을 정책적으로 지원한 반면 공공의료 기관의 확충에는 소극적이었고, 여기에 전 국민 의료보험 실시 직후인 1990년부터 진료권 역별 연도별 병상 수 상한제를 폐지함으로써 민간 우위의 의료공급체계가 확립되었다. 이러한 정책적 지원이 의료보장 제도의 확대에 따른 수요를 충족시키는 데에는 기여하였으나 지방의료원을 주변화하는 결과를 초래하였다. 공적 의료보장제도가 도입된 1977년에 대부분의 시·도립병원은 설립된 지 이미 50년이 지났기 때문에 낙후되었지만 정부의 적극적인 투자가 이루어지지 않아 민간의료기관이 상대적 우위를 확보하게 되었다.

지방의료원을 주변화 시킨 또 하나의 정책결정은 의료서비스 제공의 이원화이다. 1977년 공적 의료보험과 더불어 저소득층을 위한 의료보호제도⁸⁾를 도입하였는데 지방의료원의 전신인 시·도립병원으로 하여금 이들에 대한 진료를 주로 담당하게 함으로써 민간의료기관의 보완적 역할에 머무르게 되었다. 이와 같이 지방의료원이 가지는 구조적 제약에도 불구하고, 1983년에 모두 지방공사로 전환되면서 수익의 개선을 요구받는 모순적인 상황에 놓이게 되었다.

한편, 지방의료원의 낙후된 시설과 장비를 확충하기 위하여⁹⁾ 1980년대 후반부터 1990년대에 걸쳐 18개의 지방의료원이 신 증축되었고, 그 결과 1989년 4,700병상에서 1998년 7,003병상, 2004년 8,220 병상으로 늘어났다. 지방의료원의 병상 수는 2004년 이후로 거의 변화가 없는 반면, 전체 의료기관은 45% 가량 증가하여 지방의료원이 전체 병상에서 차지하는 비중은 2.2%에서 1.5%로 감소하였다. 진료비 규모에서 지방의료원이 차지하는 비중도 2004년 2.3%에서 2010년 1.8%로 감소하였다(표 4). 이러한 결과는 의료공급체계 내에서 지방의료원의 역할이 미약함을 보여준다.

[표 4] 지방의료원의 병상 수와 진료비 비중

연도	병상 수			진료비 규모(단위: 천 원)		
	지방의료원	전체	비중	지방의료원	전체	비중
2004	8,220	380,771	2.2%	367,739,091	16,310,271,450	2.3%
2010	8,234	551,303	1.5%	572,702,892	32,142,785,078	1.8%

자료: 지방의료원 병상수와 진료비 2004 『지방공기업 결산 및 경영분석』, 2010 『지방의료원 연보』
전체 병상수와 진료비 『건강보험통계연보』 각 연도.

8) 2000년 기초생활보장제도가 도입되면서 의료급여제도로 명칭이 바뀌었다. 이후의 서술에는 의료급여 대상자로 통일한다.

9) 지방의료원 연보에 제시된 경영목표를 보면 장비 확충을 의료서비스 개선으로 받아들였음을 알 수 있다.

한편, 지방의료원 신·증축에 필요한 예산의 일부를 정부가 지원하였지만 상당 부분 부채로 남게 되면서 경영에 어려움을 주었다. 민간의료기관의 경쟁방식을 추종하여 시설을 확충하였지만 대형화와 고급화 경향이 강화된 민간의료기관에 대한 경쟁력을 가지기에는 미흡하였고, 정부의 예산지원이 충분히 이루어지지 않아 자체 부담으로 남게 되었다. 지방의료원의 부채비율은 1993년부터 2010년까지 60%를 초과하는 수준으로 유지되었다. 1995년에는 81%까지 늘어났다가 1998년에 70% 미만으로 감소되었으나 다시 증가하여 2002년에 86.7%에 이르렀다(표 5). 2005년 이후 조금씩 개선되어 2009년부터 다시 70% 미만으로 감소하였다. 1990년대와 2000년대에 걸쳐 시설과 장비를 확충하고, 90년대 말부터 기관 평가에 환자만족도를 포함하는 등 서비스 개선에 노력하여 의료원 이용환자가 증가하였지만 부채비율을 획기적으로 줄이지는 못하였다.

[표 5] 지방의료원의 경영성과, 1993년~2010년

연도	진료인원(천 명)			보호환자비율	병상이용률	의업수지비율	부채비율
	계	입원	외래				
1993	5,395	2,034	3,361	21.8	86.7	91.5	60.8
1994	5,629	2,150	3,479	20.0	86.3	95.1	75.6
1995	5,810	2,190	3,620	20.1	92.7	88.4	81.0
1996	5,897	2,195	3,702	20.0	83.9	103.6	73.5
1997	6,444	2,290	4,154	18.0	90.2	89.2	72.3
1998	6,163	2,261	3,902	21.0	92.6	91.4	68.4
1999	6,175	2,304	3,871	24.4	91.8	93.4	69.7
2000	5,986	2,241	3,745	26.8	91.3	86.6	72.8
2001	5,690	2,346	3,344	28.3	87.1	84.0	78.9
2002	5,700	2,285	3,415	24.2	86.1	85.3	86.7
2003	6,036	2,432	3,357	25.5	79.3	80.4	82.1
2004	6,132	2,539	3,593	26.3	86.1	79.6	82.4
2005	6,450	3,831	2,618	28.0	83.3	81.7	83.2
2006	6,464	2,561	3,903	26.1	88.0	81.3	79.1
2007	6,591	2,504	4,087	26.3	90.0	81.8	78.3
2008	6,853	2,589	4,264	25.4	90.0	80.3	72.5
2009	7,429	2,551	4,878	21.9	82.1	79.2	68.1
2010	7,233	2,513	4,720	21.3	83.7	82.5	63.5

병상이용률=연 입원환자 수/연 운영 병상 수×100, 의업수지 비율=의업수입/의업비용×100.
 자료: 1993~2004 『지방공기업 결산 및 경영분석』, 2005~2010 『지방의료원 연보』.

이러한 경영성과는 지방의료원의 비효율성에 대한 공세로 이어졌고 1997년 전후로 3개의 의료원이 민간 위탁되었다.¹⁰⁾ 경영성과를 개선하기 위하여 인원감축을 포함한 구조개혁과 성과급제의 도입 등 여러 가지 시도가 있었지만 병상이용률, 의업수지비율, 부채비율 등 경영지표는 별로 개선되지 않았다(표 5). 2000년대 이후 대부분의 지방의료원은 재정자립도를 높이기 위하여 장례식장 신 증축이나 리모델링 등 부대시설을 확충하였고 일부 의료원은 호스피스, 재활, 노인 병동을 개설하였다.

한편으로 지방의료원의 경영성과에 대한 압박이 강화되었지만, 다른 한편으로 의료공급자의 영리적 속성이 강화되는 것을 우려하면서 공공의료 확충에 대한 요구도 높아졌다. 민간 위탁된 지방의료원의 성과가 뚜렷하지 않고(황혜신, 2005; 신동면, 2010; 조현민 외, 2013) 공익성이 후퇴되었다는 연구결과(이경희·권순만, 2003)가 보고되면서 경영성과만 강조할 것이 아니라 공익성에 대한 역할을 포함해야 한다는 주장이 설득력을 얻게 되었다. 정부는 2005년 ‘공공의료 확충 종합대책’을 마련하고 공공보건의료체계 개편을 추진하면서 지방의료원을 지역거점공공병원으로 육성하기로 하였다.¹¹⁾ 공공의료 확충 방안을 마련할 당시에 공공병상의 비중을 30%까지 끌어올리겠다는 목표가 제시되었고,¹²⁾ 이는 2000년 이후 21개의 지방의료원이 신·증축된 것과 관련이 있어 보인다. 공공병상 확충이 지역 간, 계층 간 불평등을 감소시키는 데 일정 부분 기여하더라도 민간 의료기관과 유사한 방식의 경쟁이 적절한 것인가에 대해서는 비판할 여지가 있다. 지방의료원 신 증축은 규모와 장비·시설에서 경쟁에 뒤지지 않겠다는 양적 확대와 고급화 전략이지만 의료기관의 지속적인 증가와 대형화·고급화 추세 속에서 지방의료원의 수익구조가 개선되기 어렵고, 오히려 확충에 따른 재정 부담으로 경영성과에 대한 압박은 커지게 되었다. 2005년 지방의료원 경영목표를 보면 27개 의료원이 ‘자립경영’, ‘경영의 합리화’, ‘안정적 수익구조’ 등 경영성과 개선을 표방한 것에서도 이러한 압박을 짐작할 수 있다.

10) 마산의료원은 1996년에 경상대학교병원, 군산의료원은 1998년 11월에 원광대학교병원, 이천의료원은 1998년 4월 고려대학교병원에 위탁되었다. 감사원은 1998년 지방의료원에 대한 감사 후 13개 의료원의 민간위탁을 권고하였다.

11) 지역거점공공병원에는 34개의 지방의료원과 5개의 적십자병원이 포함되었다.

12) 공공병상 비중 30% 달성을 통해 공공성을 강화한다는 것은 2002년 대선 당시 주요 공약이었으며 취임 2주년 국회 국정연설에서도 다시 강조되는 등 참여정부의 중요한 정책목표였다. 2005년 말에 발표된 공공보건의료 확충대책안에는 더 이상 수치적 목표가 포함되어 있지 않다.

요약하면, 국내 의료체계의 발전 과정에서 지방의료원은 한계가 뚜렷한 조건에 놓여 있게 되었다. 공적 의료보장제도의 도입 후 정부는 민간 중심의 공급체계를 정책적으로 지원함으로써 1980년대 이후 민간의료기관은 급격히 증가하였고 경쟁이 심화되었다. 지방의료원은 공적 의료보장제도 출범과 함께 의료보호대상자를 담당하는 보완적 역할을 부여받았지만, 곧 이어 독립채산제로 운영되는 지방공사의료원으로 전환되어 수익성도 추구해야 하는 양면성을 가지게 되었다. 일반적인 지방공기업과 달리 경쟁에서 보호되지 못하고 민간 중심으로 의료자원이 배분되는 상황에서 지방의료원의 경영성과는 취약해졌다. 이를 타개하기 위하여 정부는 시설과 장비를 확충하였지만 수익성 개선은 미흡하였고 시설과 장비 확충에 따른 재정 투입은 부채로 남게 되었다. 이와 같이 구조적 제약 속에서 모순적인 성과를 요구받는 지방의료원에 대하여 정부의 책임성을 어떻게 규정하느냐는 중요한 과제이다.

4. 지방의료원에 대한 정부의 책임성

1) 공공 조직에 대한 정부의 책임성¹³⁾

전후 복지국가의 탄생 이후 정부의 역할이 커지면서 정책집행에 대한 책임성이 요구되었다. 민주주의 제도가 확립된 국가에서는 선출된 집행부에 의해 구성되는 정부 조직에 대하여 시민의 정치적 요구에 대응해야 할 책임이 있으며, 이는 정치적 책임성, 관료적 책임성, 관리적 책임성이라는 세 가지 차원으로 분화되면서 발전해왔다(Martin, 1997; Minogue et al., 1998).

첫째, 정치적 책임성이다. 대의 민주주의제도를 갖춘 정부는 국민에게 책임을 져야 하며, 정기적인 선거에 의해 정치적 집행부가 책임을 지는 것과 집권 동안에는 의회로부터 통제를 받으면서 책임을 지는 방식으로 발전하였다. 선거를 통한 책임은 정부에 대한 종합적인 평가의 성격을 가지므로 여러 부문으로 분화된 정책집행에 대해서는 의회의 조

13) 이 절의 내용은 『한국의 공공부문: 이론, 규모와 성격, 개혁방향』(안병영·정무권·한상일, 2007)의 ‘준정부부문의 책임성과 지배구조의 문제’(p.146-162) 부분을 참고하여 본 연구의 내용에 부합하도록 작성하였다.

사와 같은 외부적 통제수단이 중요하다. 그리고 시민사회의 성장에 따라 다양한 형태의 직접 민주주의적 참여양식이 보완적으로 발전하게 되어, 집행조직의 지배구조(예, 이사회)에 대한 민주적 통제방식을 발전시키게 되었다. 정치적 책임성을 강조하는 방식은 이사회에 정당과 시민사회의 대표, 전문가 등을 참여시키는 구조, 합의를 통한 의사결정, 그리고 의회의 조사와 같은 통제수단을 중요하게 여긴다.

둘째, 관료적 책임성이다. 정부의 역할이 증가함에 따라 관료제가 발전하면서 정부의 정치적 책임은 선거에 의해 당선된 정치적 집행부가 지는 대신에 정책 집행을 담당하는 관료들은 자신의 업무수행에 대한 책임을 지는 실적주의 관료제가 발전하였다. 관료적 책임성을 강조하는 지배구조는 중앙부처의 권고와 협의를 통한 정책일치성을 유지하고 그에 맞는 예산과 인력에 관한 권한을 중심으로 발전한다. 이러한 권한은 관료에게 자율성을 부여하게 되므로 이를 견제할 수 있는 정치적 책임성과 균형을 이루는 것이 중요하다. 한편, 관료적 책임성은 관료들의 전문성과 행정의 효율성을 강조하므로 관리적 책임을 전제로 한다.

셋째, 관리적 책임성은 1980년대 이후 신공공관리론이 등장하면서 부각되었다. 관료의 역할과 권한이 커지면서 관료의 권력과 이익의 보호막을 형성시켜 줌으로써 비효율성을 가지게 되었고 신공공관리론은 정부조직의 비효율성을 비판하면서 작고 효율적인 정부를 지향하였다. 효율성을 개선하기 위하여 조직의 내부관리에 시장적 요소를 포함하고 행정관리자의 기업가적 역할을 강조하며(Terry, 1998; Maor, 1999), 엄밀한 지표를 활용하여 성과를 평가함으로써 전체적인 조직의 효율성과 생산성이 향상된다고 가정한다(Kettl, 1999). 이러한 관리방식에서 국민은 정치적·정책적 의사결정과정에서 영향력을 행사하는 주인이나 이해관계자가 아니라 ‘고객’으로 간주되는 한계가 있다(Frederickson, 1996). 따라서 관리적 책임성에 대한 요구의 증대는 정치적 책임성과 갈등을 일으킬 가능성이 존재한다. 이들 간에 충돌 또는 딜레마가 발생하지 않으면서 책임성을 확보하는 것이 중요한 과제가 되고 있다.

2) 지방의료원에 대한 정부의 책임성

국내 보건행정은 정책관리와 행정관리가 이원화되어 있어 지방정부는 주로 중앙정부에

대해 수동적인 집행기관의 역할을 수행하였다(이혁주·이상수, 1999). 지방의료원의 설립과 운영에 대해서는 지방자치단체가 관할하고, 공공의료 정책을 집행하는 기관으로서 보건복지부의 관리를 받고 있는 이원화된 구조에서 지방의료원에 대한 정부의 책임성을 논의하는 것은 간단치 않다. 지방자치제도 실시 이후 지방정부의 권한과 책임이 전반적으로 확대되었지만, 수동적인 집행기관으로서의 오랜 역사적 경험과 공익성 보다 재산성을 강조하는 가운데 지방정부의 자율성이 발휘되기 어려웠다. 지방정부의 자율적인 정책 결정이 이루어지려면 지역주민의 수요와 기대에 대한 지방자치단체장과 지방의회의 관심이 있어야 하고 주민의 요청이 반영되는 의사결정 구조가 형성되어 있어야 할 것이다. 또한 중앙정부 중심의 정책결정이 이루어지고 있는 현실을 감안할 때 중앙정부의 정치적 책임성도 고려되어야 할 것이다.

아래에서는 지방의료원에 대한 중요한 법 개정의 내용과 배경을 이해하고 이와 관련하여 정부의 책임성에 대한 함의를 탐색한다. 법적 존립근거나 정치제도의 변화로 지배구조가 바뀐 시점을 고려하여 세 시기로 구분하였다. 지방공사의료원 1기(1980년~1994년)는 지방공사로 전환된 시점부터 지방자치제도 실시 이전까지이고, 지방공사의료원 2기(1995년~2004년)는 지방자치제도 실시부터 지방의료원으로 전환되기 이전 시기이며, 지방의료원 시기(2005년~2013년)는 지방공기업에서 삭제된 시점부터 2013년까지이다. 2013년의 진주의료원 폐업과 이후의 조치에 대해서는 별도로 논의하였다.

(1) 지방공사의료원 1기: 1980년~1994년

① 법 개정 내용과 배경

1980년 1월 지방공기업법 제1차 개정으로 지방공기업에 의료분야가 포함되었고 이를 계기로 시·도립 병원은 지방공사화 되었다. 이때의 개정이유로는, “국민경제와 소득 수준이 크게 향상되고 도시화가 촉진됨에 따라 지방자치단체의 사업 규모도 커지고 경영에서도 전문성과 고도의 기술을 요하게 되었으나, 현행 지방공기업제도는 지방자치단체가 직접 경영하는 형태로서 여러 가지 행정적·재정적 제약으로 인하여 새로운 행정수요에 대응한 효율적 지방공기업 경영이 미흡한 실정이므로 현행 지방공기업의 행정적, 재정적 경직성을 완화해서 지방공기업 경영의 특수성과 자주성을 확보하고 우수한 기술 인력과 지방공기업 자본의 탄력적 확보로 주민의 경비 부담을 줄이면서 수준 높은 양질의 공공 서

비스를 공급하기 위하여 직접경영 방식 외에 간접경영 방식인 지방공사와 지방공단의 설립 근거를 마련하는 것”이라고 제시되었다¹⁴⁾. 이로써 지방자치단체가 직접 운영하던 시·도립 병원은 간접경영 형태인 지방공사의료원으로 바뀔 수 있는 근거가 마련되었고, 1983년에 43개 시·도립병원 중 9개 특수병원을 제외한 34개를 지방공사 형태의 지방공기업으로 전환하였다.

그런데 위에 인용된 지방공기업법 개정의 이유에서 중요한 부분은 “지방공기업 자본의 탄력적 확보”로 생각된다. 왜냐하면 1980년에 정부는 강력한 긴축재정을 추진해야 하는 상황에 직면하였는데 1970년대에 무리하게 추진된 중화학공업화와 1978년의 2차 오일쇼크로 막대한 재정적자와 인플레이션 문제가 심각했기 때문이다. 1984년 정부 예산 증가율 0%라는 초유의 보수적인 재정운용은 상황의 심각성을 반영한다. 따라서 지방공기업의 대상에 의료를 포함한 6개 분야를 추가한 것은 정부재정 축소와 맞물려 있음을 알 수 있다.

② 책임성에 대한 함의

정부가 운영하던 시·도립 병원이 지방공사의료원으로 전환된 시기는 제5공화국의 출범과 맞물리며, 선출되지 않은 권위주의 정권 하에서 정치적 집행부의 정치적 책임성을 묻기 어려웠다. 1987년 민주화 투쟁으로 직접선거를 통한 대통령 선출이 이루어졌지만 민주적 기전을 통한 정부의 평가에 대한 경험은 부족했던 반면, 오랜 기간 동안 행정부 중심의 국정운영이 이루어지면서 관료의 권한과 통제는 매우 강력하였다. 따라서 관료적 책임성을 담보로 정치적 책임성이 실현되기보다 미흡한 정치적 책임성 아래 관료적 권한과 통제가 작동한 상황으로 해석할 수 있다.

지방공사의료원으로 전환되기 이전의 책임성은 관료적 통제 하에 집행기관으로서의 관리적 책임, 즉 지시 및 명령의 명확성과 규정의 준수 등이 주를 이루었다. 지방의료원이 간접경영 형태인 지방공사로 전환되면서 책임경영방식 아래 기업적 요소가 요구된 것은 관리에 대한 책임성이 강화된 것으로 해석될 수 있다. 그러나 지방공기업으로서 관리적 책임을 높일 수 있는 조직 및 인사 관리가 이루어지지 못하고 상급기관의 관료적 통제가 커 자율성을 저해하였고 지방의료원 내부적으로는 집행 기능을 담당하는 의료원장

14) 국회사무처 103회 국회 내무위원회 회의록(1978년 11월 28일).

과 관리적 기능을 담당하는 이사회로 나누어져 있으나 실질적으로는 병원장의 권한이 지나치게 비대해 기능 분담이 제대로 작동하지 못하였다(안용식, 1989).

요약하면, 시·도립 병원이 지방공사의료원으로 전환된 것은 정부의 재정 부담 축소 차원에서 이루어졌으며, 내부적으로 분산된 권력구조와 견제가 작동하는 의사결정 방식을 확보하지 못하면서 정치적 책임성이 향상되지 못하였다. 따라서 관료적 통제 하에서 집행기관으로서의 관리적 책임이 여전히 존속하면서 재무적 성과에 대한 책임이 부가된 상황으로 해석될 수 있다.

(2) 지방공사의료원 2기: 1995 년~2004년

① 법 개정 내용과 배경

지방공기업법 제4차 개정(1996년)은 지방자치제도 실시와 관련이 깊다. 제4차 개정을 통하여 기초자치단체가 설립하는 지방공사의 사장 및 이사장에 대한 임면권을 행정자치부장관으로부터 시·도지사에게 위임함으로써 주민-지방정부-지방공기업(지방의료원장)의 형식적인 구도가 형성되었다. 또한, 지방공사나 지방공단 형태의 지방공기업을 설립하고자 할 경우 지방정부의 자본 출자분에 대해서는 지방의회의 의결을 거치게 하였다.

1999년에 이루어진 지방공기업법 제5차 개정은 지방공기업에 상당한 변화를 가져왔다. 주요 내용을 살펴보면 첫째, 지방공기업법 적용 대상 사업이 15개에서 9개로 축소되었다.¹⁵⁾ 이는 1997년 외환위기 이후 진행된 작은 정부, 민영화, 규제개혁, 기업가적 정부라는 행정개혁의 결과이다. 둘째, 지방공사 설립 및 정관 변경 인가권, 사장 임명 승인을 자치단체장이 행사하도록 하였다. 셋째, 지방공기업 경영의 자율성을 보장하기 위하여 예산 편성에 대한 자치단체의 사전승인제도를 폐지하는 한편, 사장추천제를 도입하여 역량 있는 경영진이 구성되도록 하였다. 넷째, 경영결과에 대한 엄격한 책임을 부여하기 위하여 경영진단 결과에 따른 임원 해임, 조직 개편 등 강도 높은 제재를 받게 하고 연봉제 및 계약제를 도입하여 성과를 강조하였다. 주요 특징은 사전 규제에서 사후관리로, 간섭과 무책임에서 자율과 책임으로 제도와 체질을 개선하는 것이었다.

1997년 외환위기의 어려움 속에 출범한 김대중 정부는 IMF 구제금융을 차입하는 조건으로 공공부문의 전반적 개혁을 약속하였다(김정렬, 2006: p.109). 김대중 정부는 국가

15) 가스, 청소·위생, 매장·묘지, 시장, 관광, 주차장 사업 등이 제외되었다.

운영의 기본 방침을 ‘통제 중심의 국가운영’에서 ‘성과 중심의 국가운영’으로 잡았고 ‘관료 메커니즘’에서 ‘시장 메커니즘’으로, ‘투입 위주의 예산’에서 ‘성과관리 예산’으로 정리하였다.¹⁶⁾ 이에 따라 행정목표를 ‘작고 효율적인 정부’로 정하고 작은 정부, 민영화, 규제 개혁, 기업가적 관리, 경쟁과 개방 등 능률성 위주의 신공공관리적 개혁을 공공부문 전반으로 확대하였다.

이러한 흐름에서 일부 지방공사의료원의 위탁운영과 매각이 이루어졌다. 1996년 11월 마산의료원이 경상대학교병원, 1998년 4월 이천의료원이 고려대학교병원, 1998년 11월 군산의료원이 원광대학교병원, 2002년 6월 울진의료원이 경북대학교에 위탁되었다.¹⁷⁾ 2000년에 춘천의료원이 강원대학교에, 2001년에는 제주의료원이 제주대학교병원에 매각되었다.¹⁸⁾ 또한, 운영성과에 대한 압박이 커지면서 많은 지방의료원이 수익을 증대하기 위하여 장례식장이나 주차장, 휴게실, 매점 등 부대사업을 늘리는 현상이 나타났다.

② 책임성에 대한 함의

1995년 지방자치제가 실시되어 주민-지방정부-지방의료원 구조가 만들어졌다. 지방의료원장의 임면권이 지방정부의 책임자에게 위임됨으로써 자치단체장의 정치적 이해관계를 바탕으로 지방공기업의 책임자를 선택할 가능성이 있기 때문에 지방정부 내부의 정치적 책임성은 중요하다. 따라서 지방의회 of 자치단체장에 대한 견제는 중요하며 지방의회 의원들의 보건의료정책에 대한 관심은 지방정부의 정책결정에 중요한 역할을 한다. 이 시기에 지방의회 의원들의 보건정책에 대한 인식을 조사한 연구에 따르면(김병익 외, 1999) 보건의료문제의 중요도는 15개 지역 현안 중 5위 밖에 있었고 지역경제발전이 우선적으로 고려되었다. 또한, 지방자치단체장이 직선으로 선출되면 보건의료사업이 활성화될 것을 기대하면서도 자치단체나 지방의회의 능력만으로는 한계가 있을 것으로 전망하여 중앙정부가 예산과 정책결정에 있어서 중심 역할을 하는 것으로 기대하였다. 이 연구 결과는 지방의회 의원들이 보건문제의 중요성과 정책과제에 대한 인식이 높지 않음을 시

16) 기획예산위원회. 1998년도 대통령 업무보고 자료.

17) 마산의료원은 현재까지 위탁운영 중이고, 나머지는 계약 만료(이천의료원 2003년, 군산의료원 2013년, 울진의료원 2010년) 후 자체운영 중에 있다.

18) 두 의료원은 국립대학병원으로 매각되었기 때문에 민영화라고 보기에는 어려운 점이 있다. 제주의료원은 2002년에 노인전문병원으로 다시 개원하였다.

사한다. 이러한 상황에서는 보건정책에 대한 지방정부의 정치적 책임성이 확보되기 어렵고, 보건정책이 지역주민의 요구와 괴리될 수 있다.

이 시기에 지방의료원 운영의 책임경영 확보 차원에서 지배구조를 개선하려고 하였다. 즉, 시도지사가 임명한 의료원장이 집행기능을 담당하고 의결기능은 이사회가 담당하는 이원화된 방식으로 책임경영을 추진하였다. 그러나 실질적으로는 이사회보다는 자치단체장이 임명한 병원장의 권한이 크고 중요한 사안(예, 의료원 기구 및 정원에 관한 사항, 인사규정, 업무분장)은 최종적으로 시도지사의 승인을 받았기 때문에 관료적 통제가 작동하였다. 또한, 이사의 구성을 보면 당연직에는 시·도의 기획관리실장, 보건사회국장, 시장, 군수, 의료원장, 진료부장이 포함되고 임명직은 지역의료진과 주민대표로 구성되어 이전보다 참여범위가 넓어졌다고는 하나 여전히 관료 중심의 당연직 이사가 많아 관료적 통제가 작동하는 구조였다.

이와 같이 내부적 정치적 책임성의 확보가 미흡한 구조에서 재무적 성과에 대한 책임성은 크게 강조되었다. 정부 전반에 걸쳐 효율적 경영이 강조되었으며 투입예산관리보다 성과예산관리에 치중하면서 지방의회는 주로 적자운영에 대한 비판에 무게를 두었다. 재무적 경영성과에 편향된 관리적 책임성을 강조하는 가운데 지방의료원의 사회적 역할과 책임은 일부 보건의료계 내에서만 제기되었다. 이와 관련하여, 지방의료원에 대하여 시민사회에서 정치적 책임성을 요구한 인천의료원의 사례는 주목할 만하다.¹⁹⁾ 1995년에 인천시가 인천의료원의 경영개선을 이유로 위탁경영을 추진하려고 하자 지방공사 노동조합협의회에서 이 시도를 저지하였다. 이는 민주화 이후 활발한 시민사회의 참여를 바탕으로 지방의료원의 사회적 책임을 부각시킨 사례로 볼 수 있다.

(3) 지방의료원 시기: 2005년~2013년

① 법 개정 내용과 배경

2005년 7월 지방공기업 제9차 개정에서 의료사업을 삭제하고 ‘지방의료원의 운영 및 설립에 관한 법률’을 제정하여 특수법인 형태로 변경되었고 관리부처도 행정안전부에서 보건복지부로 변경되었다. 관리부처가 보건복지부로 변경되었으나, ‘지방의료원의 운영 및

19) 이 시기는 전 국민의료보험을 단일 건강보험으로 통합하고 의약분업을 도입하는 중요한 정책의제가 설정되어 보건의료계가 적극적으로 논의에 참여하였다. 이러한 경험이 축적되면서 인천의료원에 대해서도 시민사회의 입장을 결집해내는 역량이 생겼을 것으로 짐작된다.

설립에 관한 법률’ 제4조에 ‘지방자치단체는 지방의료원을 설립할 수 있고, 설립과 업무 및 운영에 관한 사항은 지방자치단체 조례로 정한다.’고 되어 있어 지방의료원은 여전히 지방정부의 관할 아래 있다. 제7조의 사업을 보면²⁰⁾ 공익성이 민간의료기관이 담당하기 곤란한 보건의료사업 등을 포함한 보완적·잔여적 역할에 초점이 맞추어져 있다.

노무현 정부의 행정목표는 ‘투명하고 일 잘하는 정부’로 김대중 정부의 ‘작고 효율적인 정부’에서 중점을 두었던 규모감축 등 축소 지향성보다는 평가를 통한 성과주의에 대한 강조 등 조직의 기능과 운영개선에 중점을 두었다(정정길 외, 2007: 184-185). 이전 김대중 정부에서 추진한 민간위탁 등 민영화에 대한 거부감이 커졌고 그 효과에 대해서도 회의적인 분위기가 확산되면서 공공의료 확충에 대한 요구가 지속적으로 제기되었다. 정부는 2005년 ‘공공보건의료 확충 대책’의 일환으로 지방의료원이 지역거점병원으로서 역할을 할 수 있도록 지원하였다. 정부는 지방의료원 신·증축 또는 장비에 대하여 보조금을 지원하였는데 이때의 공공의료 확충은 다분히 공공의료기관의 양적 확대에 초점이 맞추어져 있었기 때문이다.²¹⁾ 공공병상 확충의 논거로는 공공병원은 민간병원과 달리 합리적인 의료공급자로서 기능하여 의료비 증가를 억제할 수 있다는 것과 공공병상 확충을 통해 지역 간, 계층 간 불평등을 감소시킬 수 있다는 점이 제시되었다. 그러나 양적 투입을 통한 공공의료 확충이 지방의료원의 위상이나 경쟁력을 높이는 데는 한계가 있고 정부는 소요 예산의 일부만 지원하였기 때문에 지방의료원의 재정 부담으로 남게 되었다.

지방의료원을 지역 거점공공병원으로 육성하고자 하는 정부의 노력은 2010년의 지역거점공공병원 발전계획에서도 확인할 수 있다. 공공보건의료 확충 종합대책은 지역거점병원의 주요 기능을 ‘양질의 2차 진료서비스 제공’과 ‘포괄적인 보건의료서비스 제공’으로 정의하고 지방의료원을 지역거점병원으로 육성하기로 하였다. 지방의료원의 경쟁력을 확보하기 위하여 시설과 장비를 확충하고 국립대학병원과 인력교류를 추진하며 공익적 서비스를 강화하고자 하였다. 성과평가에 있어서도 실질적인 책임경영제도를 위한

20) 지방의료원이 행하는 사업은 다음과 같다. 1. 지역주민의 진료사업 2. 전염병 및 주요 질병의 관리 및 예방사업 3. 민간 의료기관이 담당하기 곤란한 보건의료사업 4. 의료인·의료기관이 담당하기 곤란한 보건의료사업 5. 의료지식과 치료기술의 보급 등에 곤란한 사항 6. 국가 또는 지방자치단체의 공공보건의료 시책의 수행 7. 그 밖에 보건복지부장관 및 지방자치단체의 장이 필요하다고 인정한 보건의료사업의 수행 및 관리

21) 공공병상 비중 30% 달성을 통하여 공공성을 강화한다는 것은 2002년 대선 공약이었으며, 취임 2주년 국회 국정연설에서도 다시 강조되었다. 2005년 말에 발표된 공공보건의료 확충대책안에는 수치적 목표가 포함되어 있지는 않았으나 30% 목표는 참여정부의 대표적 정책목표로 인식되었고 비판이 집중되었다(윤희숙, 2007).

의료원장과 경영성과계약을 활성화하는 한편 서비스개선 항목에 대한 가중치를 높게 책정하여 의료의 질을 향상하고자 하였다.

② 책임성에 대한 함의

2005년 7월 지방의료원 운영 및 설립에 관한 법률 제정과 함께 지방의료원에 대한 관리가 보건복지부로 이관되었다. 정부는 ‘공공보건의료 확충 대책’의 일환으로 지방의료원이 지역거점병원으로서 역할을 하도록 법적 지위를 바꾸고 중앙정부의 책임 아래 정책을 실천할 수 있도록 재정적 지원도 제공하였다. 이는 보건복지부의 관리를 받게 된 관료적 책임성의 변화만 의미하는 것이 아니라, 참여정부의 공공의료 확충과 관련한 대선 공약을 실현하기 위한 방안으로 중앙정부의 정치적 책임성에 의한 변화로 볼 수 있다. 또한, ‘공공의료 확충’이라는 복지부의 정책에 부합되도록 관리된다는 점에서 이전까지 강조된 경영평가 중심의 관리와는 차이가 있다. 평가영역을 보면, 양질의 의료, 합리적 운영, 공익적 보건의료서비스, 사회적 책임을 포함하고 있어 사회적 관계 속에서 공공의료기관의 바람직한 역할을 추구하려는 시도를 읽을 수 있다. 전반적으로 기존의 재무적 성과에 치우친 평가보다는 의료의 공익적 역할을 포함하였고, 사회적 책임은 협동관계, 의견수렴, 정보공유, 개방 등을 포함하여 보다 넓은 차원의 책임성을 고려하고 있다.²²⁾

지방의료원이 보건복지부의 관리를 받게 된 것은 책임성에 있어서 긍정적 부정적 측면을 가진다고 생각된다. 긍정적 측면은 중앙부처의 책임이 주어졌기 때문에 의회의 견제를 통한 정치적 책임이 강화될 수 있음을 의미한다. 그럼에도 불구하고, 지방정부가 여전히 인사와 예산에 대한 권한을 가지고 있고 이와 관련하여 지방의회가 발휘할 수 있는 견제력은 복지부가 추진하는 공공의료확충이라는 정책방향과 부합하지 않을 수 있다. 지방의료원에 대한 재무적 경영성과는 여전히 중요한 평가의 축을 이루고 있으며, 보건복지부의 평가요소에는 30% 정도의 가중치를 부여하고 있지만²³⁾ 지방정부의 재정상태에 따라 지방의회가 부여하는 비중은 다를 수 있기 때문이다.

22) 2013년 평가부터 ‘사회적 책임’ 대신 ‘공공적 관리’로 명칭을 변경하였고 거버넌스, 윤리경영, 작업환경, 사회공헌 부분으로 구성된다(2013 지역거점 공공병원 운영평가 결과보고서).

23) 합리적 운영에 대한 가중치는 2006년 30%, 2007~2009년 35%, 2010년 40%, 2011~13년 30%이다. 2013 지역거점 공공병원 운영평가 결과보고서.

한편, 지방의료원의 운영은 이사회가 중심이 되며 이사장은 의료원장을 겸임하고, 이사는 지방자치단체장이 추천한 공무원 2인, 지역보건의료계 추천 1인, 소비자단체 추천 1인, 지방의회 추천 1인으로 6인 이상 10인 이하로 구성된다. 지방의료원 내부의 정치적 책임성은 이사회 구성을 볼 때 이전보다 향상되었다고 생각되며, 이사회가 지역거점 병원의 평가요소인 사회적 책임성을 고려하는 의사결정을 한다면 정치적 책임성은 개선될 수 있을 것이다.

(4) 2013년 진주의료원 폐업과 정부의 책임성

2013년 6월 진주의료원 폐업은 정부의 책임성과 관련하여 많은 과제를 던져주고 있다. 지방자치단체장이 2013년 2월 26일 폐업 방침을 발표한 후 6월 11일에 폐업하기까지 관련 주체들의 행위를 정리하면 다음과 같다. 지방의회(경상남도의회 문화복지위원회)는 집행부가 진주의료원 해산을 위한 조례 개정안을 제출(3월 29일)한 후²⁴⁾ 2주 정도의 짧은 논의를 거쳐 조례 개정안을 의결하였다(4월 12일). 이후 폐업 신고 후(5월 29일) 경상남도의회 본회의에서 의결함(6월 11일)으로써 절차가 마무리되었다. 이 과정에서 보건복지부는 업무정상화를 지속적으로 요청하였고, 해산조례 의결 후 재의 요구를 요청(6월 13일)하였으나 경상남도가 이를 받아들여 재논의하지는 않았다. 이와 같이 보건복지부가 지방의료원에 대한 관리 책임을 맡고 있으며 공공의료 정책의 수립과 예산을 지원하는²⁵⁾ 상황에서 보건복지부와 협의 없이 폐업을 추진했다는 점에서 의사결정 과정의 문제를 드러내고 있다. 경상남도는 폐업결정사유로 의료원 누적 부채 급증, 지역 의료서비스 공급과잉으로 경영부실, 경영정상화 의지 부족을 들고 있다. 진주의료원 폐업은 재무적 경영성과를 중시한 결정으로 공익적 역할과 사회적 책임에 대한 균형을 잃고 있으며, 재무적 성과가 좋지 않은 지방의료원에 대하여 다른 지방자치단체에서도 폐업이 시도될 가능성을 열었다는 점에서 시사하는 바가 크다.

진주의료원 폐업 전후로 사회적 논란이 커지자 ‘공공의료 정상화를 위한 국정조사’가 진행되었다(2013년 7월). 국정조사 보고서에는 진주의료원 폐업 결정과정의 문제를 지적²⁶⁾하였으나 폐업 결정에는 영향을 미치지 못하였다. 이후 2013년 8월 법 개정을 통하

24) 4월 3일에는 휴업을 개시하였다.

25) 2008년부터 2012년 동안 보건복지부는 평균 2,510억 원을 지원하였다. 이는 지방정부의 예산과 합친 8,400억 원의 29.8%에 해당한다.

여 “지방자치단체가 지방의료원을 설립 또는 통합하거나 분원을 설치하는 경우와 폐업하려는 경우에는 보건복지부장관과 협의하도록 함으로써” 행정부 내에서의 협의를 추가하였지만 의회의 통제를 포함하고 있지 않아 정치적 책임성은 아직 미흡하다.

국정조사의 후속 조치로 보건복지부는 2013년 10월에 ‘지방의료원 육성을 통한 공공의료 강화대책’을 발표하였지만 자치단체장의 권한은 더 강화된 것으로 보인다. 즉 운영 효율성 제고가 주요 개선과제로 고려되고 있으며, 의료원장 책임 경영 체계 확립을 위하여 지방자치단체-지방의료원장 간에 성과계약을 체결하고 조직·보수 등 규정을 개정할 때에는 지자체의 승인을 거치도록 함으로써 지자체의 관리책임을 강화하기로 하였다. 이사회에 지역주민과 전문가 참여를 확대하고 운영 정보를 공개하기로 한 점은 민주적 의사결정을 추구하고 투명성을 확보하려는 노력으로 볼 수 있다. 그러나 이는 이사회 구성이 공정한 절차로 이루어지고 대표성이 보장될 때 실질적인 의미를 가질 것이다. 또한, 재정수반 의사결정에 지방자치단체장의 승인절차를 도입하고 지방의료원 지원·관리 수준을 지방자치단체 평가에 반영하기로 하여 지자체의 지도감독이 확대되었기 때문에 관료적 통제 하의 관리적 책임성 강화가 여전히 중요한 원리로 작동하고 있다.

이와 함께 2012년 2월에 개정된 「공공보건의료에 관한 법률」(2013년 2월 실시) 내용을 주목할 필요가 있다. 2000년 「공공보건의료에 관한 법률」 제정 당시에는 ‘공공보건의료’를 “공공보건의료기관이 국민의 건강을 보호·증진하기 위하여 행하는 모든 활동”으로 규정하여 공급 주체의 관점에서 공공보건의료기관의 활동만을 대상으로 보았다. 이에 대한 비판이 제기되면서(윤희숙, 2007) 법률을 개정(2012년 3월)하여 ‘공공보건의료’를 공공의 이익을 위한 보건의료로 기능적 관점에서 새롭게 정의하였다(법 제2조 제1호). 즉, “국가, 지방자치단체 및 보건의료기관이 지역·계층·분야에 관계없이 국민의 보편적 의료이용을 보장하고 건강을 보호·증진하는 모든 활동”으로 정하여 민간의료기관도 공공보건의료 기능을 할 수 있도록 개념이 전환되었다. 앞으로 지켜보아야 하겠지만 민간의료기관의 공익적 활동이 많이 인정받을수록 지방의료원의 역할은 더욱 위축될 것이다. 여기에서 책임경영이 여전히 강조된다면 진주의료원과 같은 사례가 다시 발생할 수 있다. 즉, 민간의료기관이 공익적 기능을 할 수 있게 된 상황에서 지방정부가 재무적 성과를 들어 공세적인 입장을 취한다면 보건복지부가 지방의료원의 역할을 방어하기란 쉽지 않아

26) 가령, 휴업(안)과 폐업(안)에 대한 이사회 결정이 서면으로 이루어진 점 등 문제가 지적되었다.

보인다. 더구나 의회의 견제가 보장되어 있지 않기 때문에 정치적 책임성이 강하게 요구되기도 어렵다. 이런 점에서 경영성과 관리 실적에 치중된 관료적 책임과 권한 대신 사회적 책임을 포함한 정치적 책임성의 확보는 시급한 과제이다.

5. 결론

지방의료원은 국내 의료체계의 발전 과정에서 형성된 구조적 제약에 놓여 있다. 공적 의료보장제도와 의료공급체계가 확립되는 과정에서 정부는 재정 부담을 최소화하면서 민간의료기관 설립을 정책적으로 지원하였다. 공적 의료보장체계 도입 후 지방의료원은 의료보호 환자의 진료를 담당하면서 보완적 역할에 머무르게 되었고 급격히 확대된 민간 중심의 의료공급체계 속에서 점점 주변화되었다. 한편, 1980년에 지방공기업이 개정된 후 시·도립병원은 책임경영방식의 지방공사의료원으로 전환되었다. 일반적으로 지방공기업이 제공하는 서비스는 지역 중심의 집합적 소비가 이루어지는 가운데 지방자치단체의 자율성이 발휘되어 기업성과 공익성이 추구될 수 있다. 그러나 민간 우위의 경쟁적인 공급구조에 노출된 지방의료원은 다른 영역과 달리 지역 중심의 집합적 소비를 확보하기 어렵고 민간에서 담당하기 곤란한 부분에 대한 보완적 역할로 인하여 공익성과 기업성을 동시에 추구하기 어렵다. 한편, 1997년 경제위기 이후 성과 중심의 행정개혁은 효율성을 강조하였고 지방의료원도 개혁의 대상으로 지목되었다. 행정개혁 차원에서 이루어진 지방의료원 민간위탁운영의 효과에 대한 회의적인 결과가 보고되었고 공공의료 활성화에 대한 시민사회의 요구가 지속되면서 보건복지부는 지역거점 공공병원으로서 지방의료원의 역할을 정립하고자 하였다. 2005년 이후 지방의료원은 지방공기업에서 제외되었지만 운영에 대해서는 지방자치단체의 통제를 받고 있고 보건복지부의 공공의료 정책을 집행하는 이원적 관리 하에 있다. 이와 같은 지방의료원 다차원적인 어려움을 개선하기 위해서는 지방의료원에 대한 정부의 책임성을 살펴볼 필요가 있다.

지방의료원에 대한 정부의 책임성은 정치적 책임성, 관료적 책임성, 관리적 책임성으로 구분할 수 있다. 1980년부터 1995년 지방자치제가 실시되기 이전의 지방공사의료원은 관료적 통제 아래 집행기관으로서의 관리적 책임이 부과된 상황으로 정리될 수 있다.

1995년 지방자치제의 실시로 지방자치단체장이 지방의료원을 관할하면서 중앙정부로부터의 자율성은 커진 반면, 지방의회나 의료원 내부의 민주적 통제에 의한 정치적 책임성은 미흡하였다. 지방자치제 실시 후 곧 이어 발생한 1997년의 경제위기는 정치적 책임성보다 관리적 책임성이 강조되는 계기가 되었다. 경제위기 이후 정부 전반에 걸쳐 관리적 책임성에 초점을 둔 개혁이 확산되었고 지방의료원 역시 대상에 포함되었다. 관리적 책임성의 초점이 재무적 경영성과에 맞추어지면서 의료원 내부의 민주적 의사결정이나 공익적 요소에 대한 고려는 상대적으로 미흡하였다. 뿐만 아니라 성과 중심의 예산결정 권한을 가진 자치단체장의 영향력과 통제가 유지될 수 있게 하였다.

성과 관리에 대한 강조에도 불구하고 효과가 뚜렷하지 않았고 다른 한편으로 공공의료 확충에 대한 요구가 커지면서 정부는 지역거점 공공병원으로서 지방의료원의 공익적 역할을 정립하고 정부의 지원도 제공하였다. 공공의료에 대한 정책 일치성을 위하여 보건복지부의 관리를 받도록 하였으나 예산과 인사에 대한 지방정부의 권한이 유지되어 관료적 책임이 이원화되었다.

지방의료원에 대한 정치적 책임성이 미약한 가운데 재무성과에 대한 관리적 책임을 강조하면서 지방정부의 관료적 통제가 극명하게 표출된 것이 2013년의 진주의료원 폐업 사례이다. 사회적 논란이 있은 후 정부는 ‘지방의료원 육성을 통한 공공의료 확충 방안’을 발표하였으나, 여전히 책임경영은 일차적으로 강조되고 있으며 지방자치단체의 권한은 더 강화된 것으로 보인다. 여기에 더해 2012년의 「공공보건의료에 관한 법률」개정은 공공의료를 기능 중심으로 정의함으로써 민간의료기관의 역할이 확장될 여지가 있고, 이는 그동안 제한적으로 보호되던 지방의료원의 역할을 위축시킬 수 있다. 이런 점을 고려할 때 경영성과 중심의 실적 관리와 관료의 권한을 견제하고 사회적 책임을 제고하는 정치적 책임성의 확보는 시급한 과제이다.

본 연구는 관리적 책임성에 대한 세부적인 분석을 포함하지 못한 제한점을 가지고 있다. 지방의료원의 운영 성과에는 의료원장을 중심으로 한 조직역량이 크게 영향을 미친다. 이와 관련하여 인사, 조직, 재무관리와 서비스 개선에 대한 노력에 대한 근거를 가지고 관리적 책임성이 구체적으로 어떻게 변화되었는지 살펴볼 필요가 있으나 다루지 못하였다. 이는 후속 연구의 과제로 남기며 앞으로 다양한 각도에서 지방의료원에 대한 논의가 이루어지기를 기대한다.

■ 참고문헌 □

- 강복수(2000). 우리나라 공공의료 발전방안. 농촌의학회.
- 건강보험통계연보(2003~2013).
- 국회사무처(1978). 103회 국회 내무위원회 회의록.
- 김병익, 배상수, 조형원(1999) 지방의회 의원들의 보건정책에 대한 인식. 보건행정학회지. 9(2): 55-76.
- 김용태, 신동면(2010). 지방의료원의 운영형태별 성과평가에 관한 연구. 정책분석평가학회보. 19(4), 233-256.
- 김인, 허용훈, 이희태(1999). 지방공사 부산의료원의 경영성과 분석과 발전방향. 부산대 지방과 행정 연구. 13.
- 김정렬(2006). 발전국가 위기와 행정개혁의 진로: 한국형 신공공관리의 진화단계별 비교 분석. 한국행정연구. 15(2), 95-125.
- 김창엽(2001). 지방공사 의료원의 활성화를 위하여: 현실과 전망. 보건의료산업노조 세미나.
- _____(2003). 공공보건의료정책의 과제와 발전방향. 보건행정학회 정기 학술대회.
- 박형근, 박연서(2011). 1990년대 중반 이후 병상 공급 및 환자들의 병원이용 양상 변화에 관한 분석. 보건경제와 정책연구. 17(1), 145-172.
- 보건복지부(1995). 1995 보건복지백서. 보건복지부.
- _____(2006a). 2006 보건복지백서. 보건복지부.
- _____(2006b). 차관지원 의료기관 연체금 감면 지원 실시. 보건복지부.
- _____, 국립중앙의료원(2013). 2013 지역거점 공공병원 운영평가 결과보고서.
- 안병영, 정무권, 한상일(2007). 한국의 공공부문: 이론, 규모와 성격, 개혁방향. 한림대학교 출판부.
- 안용식(1989). 지방의료원의 운영개선에 관한 연구. 연세대학교 사회과학연구소, 사회과학논집 20, 95-133.
- 안용식, 원구환(2007). 지방공기업론. 대영문화사.
- 윤희숙(2007). 공공의료기관 양적 확대의 필요성에 관한 실증적 검토. KDI 정책포럼. 182, 1-13.
- 이경희, 권순만(2003). 지방공사 의료원의 성과에 영향을 미치는 요인 연구. 보건행정학회지. 13(2), 101-124.
- 이혁주, 이상수(1997). 지방자치시대의 보건의료정책: 서울시를 중심으로. 한국행정학보. 31(1), 113-129.
- 전중휘(1987). 우리나라 현대의학 그 첫 세기. 인제연구장학재단.
- 정정길, 김성수, 김재훈, 김찬동, 하정봉(2007). 작은 정부론. 부키.
- 조현민, 김윤희, 강민아(2013). 지방의료원 운영 효율성 평가 및 환경요인 분석. 보건경제와 정책연구. 19(4), 53-77.
- 지방의료원연합회(2005~2010). 지방의료원연보.

행정안전부(1993~2004). 지방공기업 결산 및 경영분석.

황혜신(2005). 공공의료서비스 민간위탁의 성과에 관한 연구. 한국행정학보. 39(1), 65-88.

Frederickson G.(1996). Comparing the Reinventing Government Movement with the New Public Administration. Public Administration Review. 56(3).

Kettl, D. F.(1999). Global Public Management Revolution: A Report on the Transformation of Governance. Washington, D.C.: The Brookings Institution.

Maor, M.(1999). The Paradox of Managerialism. Public Administration Review. 59(1), 5-18.

Martin, Joh.(1997). Changing Accountability Relations: Politics, Consumers and the Market. OECD Public Management Service Paper.

Minogue, Martin, Polidano, Charles & Hulme, David(1998). Beyond the New Public Management: Changing Ideas and Practices in Governance. Cheltenham: Edward Elgar.

Terry, L.(1998). Administrative Leadership, Neo-Managerialism, and the New Public Management. Public Administration Review. 58(3), 194-200.

Structural Constraints of Local Government Hospitals and Governmental Responsibility

Huh, Soonim*

The purpose of this study is to investigate structural constraints of local government hospitals and explore governmental responsibility in this regard. In general, it is assumed that public hospitals are protected from competition. However, local government hospitals provide health services in very competitive environment as large expansion of private sector. Furthermore, they have been requested managerial or financial performance without sufficient support of local government, which constrained their role as public entity. Managerial responsibility has been emphasized under New Public Management after economic crisis in 1997, which lead to enlarge bureaucratic control of local government. This might be incompatible with policy agenda of Ministry of Health and political responsibility is necessary to improve public role of local government hospitals.

Key Words: Local Government Hospitals, Structural constraints, Governmental Responsibility

◆ 2015.05.08. 접수 / 2015.06.10. 1차 수정 / 2015.06.23. 게재 확정

* Ph. D. Associate Professor, Department of Public Administration, University of Seoul(soonim@uos.ac.kr)