

정책보고서 97-14, 249쪽, 1,000부

## 醫療機關의 經營實態와 政策課題

曹在國

李湫植

朴泳澤

李相昊

韓國保健社會研究院

## 머 리 말

오늘날 병원산업이 겪고 있는 危機는 정부의 행정적, 제도적 뒷받침의 缺如에 원인도 있겠으나 다른 한편으로 의료산업이 공급자 중심에서 수요자 중심으로 변화해 나가는 과정에서 비롯되었다고 볼 수 있다. 이 과정에서 의료서비스 수요에 대한 소비자 慾求의 質的 變化가 수급체계의 변화과정을 촉진하는 역할을 擔當하였으며, 또한 국가 경제의 어려움도 危機 意識을 불러왔다고 할 수 있을 것이다.

한편 IMF 時代의 到來는 병원산업에도 큰 변화를 예고하고 있다. 그 핵심은 競爭力 優位를 확보하기 위한 構造調整으로 요약될 수 있을 것이다. 이러한 환경변화가 의료계를 둘러싼 내·외적 환경이 成熟하지 못한 상황에서 要求되고 있어 더 큰 부담으로 작용하게 될 것이다. 이제는 無限競爭으로의 진입과 생존을 위한 효율적인 경영에 대한 관심이 그 어느때보다 增幅되리라 본다.

이같은 맥락에서 본 연구는 경영의 효율성을 強化하기 위한 방안의 마련에 연구의 焦點을 두었으며 효과적인 분석이 이뤄지기 위해 戰略的 차원과 財務的 차원의 분석을 동시에 수행하고자 하였다. 본 연구의 결과가 미흡하나마 의료기관의 경영 효율성 提高에 도움이 되기를 기대하며 학계, 의료계 및 정부 정책담당자 등 相關기관 관계자에게 참고자료로 活用되기를 바란다.

本 研究는 曺在國 研究委員의 책임하에 본 연구원의 李 湫植 責任 研究員과 朴泳澤, 李相昊 主任研究員에 의해 수행되었다. 이들의 구체적인 擔當 研究分野를 소개하면 다음과 같다.

研究調整 및 序論(曹在國)

國內 醫療機關 經營環境 分析(曹在國·朴泳澤)

醫療機關의 經營指標 分析(曹在國·李相昊)

醫療機關의 廢業 要因 分析(李洵植)

外國과의 醫療機關 支援政策 比較(曹在國·李相昊)

結論 및 政策提言(曹在國)

이 보고서를 執筆함에 있어 연구진들은 그동안 많은 助言과 協助를 해 준 대한병원협회 成益濟 사무총장과 朴相宇 부장, 강북삼성병원 姜相權 과장, 의료보험연합회 趙貞淑 선생께 感謝를 표한다. 그리고 본 보고서를 자세히 읽고 매우 유익한 조언을 해준 本 研究院의 朴讚用 副研究委員과 尹京一 責任研究員에게도 감사를 드린다.

끝으로 本 報告書에 수록된 모든 내용은 어디까지나 著者들의 의견이며 本 研究院의 공식 견해가 아님을 밝혀둔다.

1997年 12月

韓國保健社會研究院  
院長 延河清

# 目次

要約	13
第1章 序論	36
第2章 國內醫療機關經營環境分析	39
第1節 國內醫療機關의 內部環境分析	41
第2節 國內醫療機關의 外部環境分析	70
第3節 國內醫療機關의 經營環境分析綜合	89
第3章 醫療機關의 經營指標分析	92
第1節 財務指標分析	93
第2節 醫療機關의 費用分析	119
第3節 經營指標分析綜合	125
第4章 醫療機關의 廢業要因分析	128
第1節 廢業醫療機關의 現況分析	129
第2節 事例에 의한 廢業 및 經營惡化 要因分析	135
第3節 事例에 의한 廢業克復 및 經營改善 方案	143
第5章 外國과의 醫療機關支援政策比較	154
第1節 醫療機關規制政策比較	155
第2節 醫療機關支援政策比較	157

第 6 章 結論 및 政策提言 .....	181
第 1 節 醫療機關 自體의 經營改善 方案 .....	183
第 2 節 政府의 醫療政策 支援擴大 方案 .....	200
參考文獻 .....	220
附    錄 .....	223

## 表目次

〈表 2- 1〉 應答病院의 設立形態別 現況 .....	41
〈表 2- 2〉 應答病院의 地域別 및 種別形態 現況 .....	42
〈表 2- 3〉 應答病院의 種別形態 및 修練病院 指定與否 .....	43
〈表 2- 4〉 應答病院 形態別 病院長의 診療科目 分布 .....	44
〈表 2- 5〉 應答病院의 醫療機關 種別 規模 現況 .....	45
〈表 2- 6〉 應答病院의 醫療機關 種別 當期純利益 現況 .....	45
〈表 2- 7〉 應答病院의 經營狀態 및 成長可能性에 대한 見解 .....	46
〈表 2- 8〉 應答病院의 經營狀態 및 成長可能性에 대한 地域別 現況 .....	47
〈表 2- 9〉 經營狀態를 어렵게 하는 內部要因 .....	48
〈表 2-10〉 應答病院의 經營收支 結果에 影響을 미치는 主要原因 .....	49
〈表 2-11〉 醫療서비스의 水準 및 서비스 提供時 障礙要因 評價 .....	50
〈表 2-12〉 特定診療部門의 收益性에 관한 自體 評價 .....	51
〈表 2-13〉 經營效率性 改善을 위한 醫療機關의 努力 및 成果 評價 .....	52
〈表 2-14〉 經營效率性を 높이기 위한 費用節減行動 實施比率 .....	53
〈表 2-15〉 患者不便事項 設問調査 實施與否 및 經營에 미치는 效果 .....	54
〈表 2-16〉 醫療機關의 外注用役 現況과 實施에 따른 效果 .....	55
〈表 2-17〉 應答病院의 共同購買 實施現況과 實施에 따른 效果 .....	56
〈表 2-18〉 物品共同購買의 必要性和 特定團體 主管시 參與與否 .....	56
〈表 2-19〉 共同購買에 따른 隘路事項 .....	57
〈表 2-20〉 應答病院의 資金事情 및 借入現況 .....	58

〈表 2-21〉	應答病院의 投資 및 運營計劃 .....	60
〈表 2-22〉	最近 2年間 醫療事故 關聯 現況 .....	61
〈表 2-23〉	診療費削減 關聯 事項(1996年) .....	62
〈表 2-24〉	惡性診療費 未收金 關聯 現況(1996年) .....	63
〈表 2-25〉	醫療機關의 勞使問題 關聯 現況 .....	64
〈表 2-26〉	醫療機關의 醫療人力 類型別 確保現況 .....	66
〈表 2-27〉	醫療機關의 醫療人力 類型別 地域別 確保現況 .....	67
〈表 2-28〉	醫療機關別 診療科目別 醫師人力 確保 優先順位 現況 .....	68
〈表 2-29〉	人力確保 困難 原因 및 院外 醫師의 活用 與否 .....	69
〈表 2-30〉	地域別 人力確保 困難 原因 .....	69
〈表 2-31〉	醫療機關이 長期的인 發展을 위해 選好하는 要因 .....	70
〈表 2-32〉	應答病院의 全般的인 經營環境 評價 .....	71
〈表 2-33〉	周邊 醫療機關과의 關係 및 醫療機關에 미치는 影響 .....	72
〈表 2-34〉	醫療酬價 水準 및 酬價가 經營收支에 미치는 主觀的 影響 .....	73
〈表 2-35〉	醫療機關 種別 酬價差等化에 대한 意見 .....	74
〈表 2-36〉	醫療酬價 關聯 建議事項 .....	75
〈表 2-37〉	政府의 稅制政策에 대한 評價 .....	76
〈表 2-38〉	稅制 關聯 建議事項 .....	77
〈表 2-39〉	醫療機關에 대한 政府의 金融支援에 대한 評價 .....	78
〈表 2-40〉	政府 金融支援政策에 대한 建議 .....	78
〈表 2-41〉	醫療機關 서비스評價制度 實施에 대한 諸般事項 評價 .....	80
〈表 2-42〉	應答 病院의 指定診療制度에 대한 意見 .....	81
〈表 2-43〉	指定診療에 대한 建議事項 .....	82
〈表 2-44〉	應答 病院의 非給與 項目에 대한 見解 .....	83
〈表 2-45〉	全般的인 政府의 保健醫療政策에 대한 評價 .....	84
〈表 2-46〉	病院經營의 隘路事項 .....	85

〈表 2-47〉	醫療機關 從事人力과 關聯된 規定의 改善方案	86
〈表 2-48〉	緩和 또는 廢止해야 할 規定의 改善方案(診療科目)	87
〈表 2-49〉	施設에 관한 規定中 緩和 내지 廢止해야 할 規定	88
〈表 3- 1〉	分析 指標	94
〈表 3- 2〉	醫療機關의 他人資本依存度(1995年)	96
〈表 3- 3〉	醫療機關의 固定長期適合率(1995年)	98
〈表 3- 4〉	醫療機關의 總資本 純利益率(1995年)	100
〈表 3- 5〉	醫療機關의 醫療收益 純利益率(1995年)	101
〈表 3- 6〉	醫療機關의 100病床當 月平均 醫療收益(1995年)	103
〈表 3- 7〉	醫療機關의 總資本回轉率(1995年)	105
〈表 3- 8〉	醫療機關의 在庫資産 回轉率(1995年)	107
〈表 3- 9〉	醫療機關의 外來 및 入院收益 增加率(1995年)	109
〈表 3-10〉	醫療機關의 外來 및 入院患者 增加率(1995年)	110
〈表 3-11〉	總資本 增加率(1995年)	113
〈表 3-12〉	醫療機關의 總資本 投資效率(1995年)	115
〈表 3-13〉	醫療機關의 人件費 投資效率(1995年)	117
〈表 3-14〉	醫療機關의 醫療機器 投資效率(1995年)	119
〈表 3-15〉	醫療機關의 醫療收益對 醫療原價率(1995年)	121
〈表 3-16〉	醫療機關의 醫療原價 構成比(1995年)	123
〈表 4- 1〉	病院規模別 所在地別 設立形態別 廢業病院數 (1994~1996年)	130
〈表 4- 2〉	醫療機關 所在地別 廢業 病院 및 新設 病院數	134
〈表 4- 3〉	事例別 一般的 特性	136
〈表 4- 4〉	事例別 廢業 要因	137
〈表 4- 5〉	廢業 및 經營 惡化 要因의 影響力 評價	140
〈表 4- 6〉	事例別 醫療機關의 內·外的 環境에 對한 意見	141
〈表 4- 7〉	事例別 廢業克復 方案 및 活動	145

〈表 4- 8〉	廢業 防止를 위한 經營改善 活動의 影響力 評價	148
〈表 4- 9〉	企業 競爭力 壽命週期	149
〈表 5- 1〉	醫療機關 規制政策의 比較	155
〈表 5- 2〉	補助金 支援用度 및 年度別 支援內譯(韓國)	158
〈表 5- 3〉	醫療施設의 施設 및 設備整備費 補助金 概要(日本)	160
〈表 5- 4〉	醫療機關에 대한 運營費 補助制度의 概要(日本)	161
〈表 5- 5〉	政策金融의 主要內容(韓國)	163
〈表 5- 6〉	病院에 對한 金融支援現況(韓國)	164
〈表 5- 7〉	主要 融資制度(日本)	165
〈表 5- 8〉	社會福祉 醫療事業團의 融資對象 施設 및 融資對象者(日本)	166
〈表 5- 9〉	東京 信用保證協會의 中小企業 定議	167
〈表 5-10〉	醫療發展基金 申請關聯 內容	168
〈表 5-11〉	醫療發展基金에 의한 融資現況(臺灣)	169
〈表 5-12〉	貸出 限度額(臺灣)	169
〈表 5-13〉	醫療機關의 關聯稅制 惠澤	171
〈表 5-14〉	病院의 形態別 稅率의 差異	172
〈表 5-15〉	醫療稅制 特例條項에 관한 規定(日本)	176
〈表 5-16〉	概算經費率(日本)	177
〈表 5-17〉	所得稅率表(臺灣)	178
〈表 5-18〉	醫療機關 類型別 事業稅(臺灣)	179
〈表 5-19〉	三個國의 支援 및 規制策 要約	180
〈表 6- 1〉	年度別 綜合病院, 醫師數, 藥師數 增加率	203
〈表 6- 2〉	中小病院 稅制支援 方向	216
〈表 6- 3〉	病床規模別 地域別 病院分布 現況(1994年)	217
〈表 6- 4〉	醫療機關 種別 件當 診療費(1995年)	217
〈表 6- 5〉	財政 投融資 特別會計 使用內譯	219

## 그림 目次

[그림 2- 1]	病院經營環境 分析을 위한 研究의 틀 .....	40
[그림 3- 1]	1995年度 醫療機關의 他人資本 依存度 .....	96
[그림 3- 2]	1995年度 醫療機關의 固定長期 適合率 .....	98
[그림 3- 3]	1995年度 醫療機關의 總資本 純利益率 .....	100
[그림 3- 4]	1995年度 醫療機關의 醫療收益 純利益率 .....	101
[그림 3- 5]	1995年度 醫療機關의 100病床當 月平均 醫療收益 ...	103
[그림 3- 6]	1995年度 醫療機關의 總資本回轉率 .....	105
[그림 3- 7]	1995年度 醫療機關의 在庫資産 回轉率 .....	107
[그림 3- 8]	1995年度 醫療機關의 總資本 增加率 .....	115
[그림 3- 9]	1995年度 醫療機關의 總資本 投資效率 .....	116
[그림 3-10]	1995年度 醫療機關의 人件費 投資效率 .....	117
[그림 3-11]	1995年度 醫療機關의 醫療機器 投資效率 .....	119
[그림 4- 1]	所在地別 廢業 및 新設 病院數 .....	133
[그림 4- 2]	醫療機關 規模別 競爭力 比較 .....	153
[그림 6- 1]	醫療機關의 經營效率性 強化方案 模型 .....	182
[그림 6- 2]	病院의 마케팅 戰略 .....	199

# 要約

## 1. 序論

- 최근 몇 년간 病院産業의 中心軸이 공급자 중심에서 수요자 중심으로 移轉하는 현상이 지속되고 있으며 정부의 행정적, 제도적 뒷받침의 不足 및 IMF(International Monetary Fund)의 經濟 援助는 病院産業에 대한 總體的 危機意識을 불러오고 있음.
- 따라서 본 研究에서는 침체에 빠진 病院産業의 活性을 위하여 의료기관에 대한 戰略的·財務的 次元의 분석을 통한 經營 效率性 強化方案의 마련에 그 目的을 둠.
- 이를 위하여 첫째, 국내 의료기관의 病院長을 대상으로 病院經營 전반에 관하여 설문조사를 통해 의료기관의 內部醫療環境 및 外部環境을 진단하였음. 둘째, '93, '94, '95 각년도 病院경영분석자료를 이용하여, 의료기관의 財務指標를 분석하였음. 셋째, 국내 의료기관의 폐업사례를 중심으로 폐업의 원인 및 극복방안을 모색해 보고, 넷째, 국가간 의료기관의 지원정책을 비교·분석하였음. 마지막으로, 위와 같은 분석을 통하여 國內 醫療機關의 經營효율성 강화방안을 마련하였음.

## 2. 國內 醫療機關 經營環境 分析

### 가. 一般的 現況

- 조사대상 185개 의료기관의 설립형태별 현황은 개인병원이 54개소(29.2%), 醫療法人 39개소(21.1%), 學校法人 28개소(15.1%)이며 종별현황은 병원 83개소(44.9%), 종합병원 69개소(37.3%), 대학병원은 25개소(13.5%)였음.
- 조사에 응답한 醫療機關의 평균허가병상은 537병상이었으며, 평균 정규직원수는 833명, 평균 자산규모는 508억원이었음.

### 나. 醫療機關의 內部經營環境 評價

#### 1) 內部環境評價

- 의료기관의 內部 經營狀態에 대하여 55.4%가 '보통', 33.1%가 '비관적', 10.9%가 낙관적이라고 응답함. 또한 醫療機關의 成長可能性에 응답자의 52.2%가 '보통', 24.2%가 '낙관적', 19.2%가 '비관적'이라고 응답함.

#### 2) 經營狀態를 어렵게 하는 內部要因

- 내부적 경영애로사항으로 37.2%가 '醫療機關 運營에 따른 높은 생산비용', 19.8%가 '임상과의 낮은 진료생산성'이라고 응답함. '높은 생산비용'은 大學病院에서 42.9%로 가장 높았고 病院에서 35.2%로 가장 낮았음.

#### 3) 經營收支 現況

- 전년도에 비해 '96년도에 경영수지가 '개선되었다' 및 '악화되었다'

고 응답한 의료기관은 각각 60개소(36.6%), 104개소(63.4%)였음.

- 經營改善의 原因을 ‘환자수 증가’(45.5%), ‘비용감소’(17.3%) 등에 두었으며, 악화원인은 ‘비용의 증가’(38.7%), ‘환자수의 감소’(30.2%) 등에 듦.

4) 醫療서비스 水準에 대한 自體評價

- 의료서비스 수준에 대한 자체평가에서 51.6%가 ‘보통’, 33.2%가 ‘높다’고 응답하였음.
- 良質의 의료서비스 제공의 障礙要因으로 응답자의 37.7%가 ‘높은 生産費用’을 지적하였으며, 그외 ‘건물 및 시설장비의 미비’(20.8%), ‘인력확보의 어려움’(19.6%) 순이었음.

5) 特殊診療部門의 收益性 評價

- 應答病院의 51.0%는 전문클리닉 또는 醫療機關內에 전문클리닉을 운영하고 있었으며, 전문병원이거나 의료기관내에 전문병원을 운영하는 경우는 27.4%였음. 收益性은 전문클리닉의 경우 39.2%, 전문병원 21.8%가 ‘높다’고 응답하였음.

6) 經營效率性 改善努力 現況

- 조사에 응한 45개(28.1%) 의료기관은 經營診斷을 실시한 경험을 가지고 있었으며, 그 효과는 51.1%가 ‘보통’, 31.1%가 ‘높다’고 응답하였음. 경영개선팀과 같은 特殊部署는 26개(19.7%) 의료기관이 운영하고 있었으며, 경영환경개선 효과는 53.8%가 ‘높다’고 응답하였음.

## 7) 費用節減運動의 實施現況

- 응답병원은 ‘물자절약 운동’ 89.5%, ‘구매 및 재고관리 제도의 도입’ 72.5%, ‘人力計劃’ 66.7%, ‘在院期間 短縮努力’ 57.9%, ‘자원봉사자 활용’ 56.9%, ‘진료과목의 조정’ 37.3%순으로 비용절감 노력을 행하고 있었음.
- 이들의 실시에 따른 효과는 ‘구매 및 재고관리제도의 도입’이 59.6%로 가장 많았으며, ‘自願奉仕者 活用’ 55.2%, ‘진료과목 조정’ 51.0% 순이었음.

## 8) 患者의 不便事項 收斂을 통한 經營環境 改善 現況

- 의료서비스에 대한 환자의 불편사항 수렴여부를 조사한 결과 대학병원, 3次 綜合病院, 종합병원의 80.0% 상이 설문조사를 실시하고 있었으며 병원급은 47.6%로 낮았음.

## 9) 外注用役의 實施

- 外注用役은 ‘오물 및 적출물 처리업무(91.6%)’, ‘소독(81.0%)’, ‘청소(59.5%)’, ‘세탁(58.0%)’ 순으로 실시하였음.
- 外注用役의 效果는 ‘오물 및 적출물의 처리’ 65.5%, ‘洗濯’ 62.9%, ‘직원식당의 운영’ 56.7%순으로 ‘효과적’이라고 응답하였음.

## 10) 物品 共同購買의 實施

- 응답병원 중 약품 9.1%, 의료소모품 7.9%, 의료기기 6.1%가 공동구매를 실시하고 있었을 뿐 90% 이상이 共同購買를 실시하고 있지 않았음.
- 공동구매를 실시하고 있는 의료기관의 공동구매 효과는 약품 92.8%, 醫療機器 88.9%, 의료소모품 84.6%순으로 ‘효과적’이라고 응답하였음.

11) 醫療機關의 資金事情

- 응답병원의 41.1%가 ‘자금압박을 받아 차입하였다’고 하였으며 35.6%는 ‘차입할 정도는 아니다’라고 응답하였음. 자금을 차입한 경우는 종합병원(44.1%), 病院(46.2%)이 大學病院(20.0%), 3차 종합병원(28.6%)에 비하여 높아 종합병원 및 병원의 자금사정이 좋지 않은 것으로 조사되었음.

12) 醫療機關의 投資計劃

- 의료기관의 평균 66.8%는 향후 病床의 增設運營을 계획하고 있었으며, 14.1%는 감축운영을 계획하고 있었음. 또한 평균 72.2%는 高價醫療裝備에 대한 투자를 계획하고 있었으며, 대학 및 3차 종합병원이 86.7%로 가장 높았음.
- 신규투자 이유는 ‘의료서비스의 개선’ 42.5%, ‘경영수지 개선’ 39.5%순이었으며, 신규투자시 애로사항은 ‘財源調達(33.9%)’, ‘수요의 불확실성(21.8%)’, ‘낮은 수가(21.8%)’였음.

13) 醫療機關의 醫療事故 發生

- 최근 2년간 의료사고 건수는 평균 6건으로 法的 訴訟 1건, 보호자와의 合意解決 3건, 미해결 2건으로 조사되었음.
- 법적 소송 및 합의시 평균보상금액은 각각 약 2천3백만원인 것으로 조사되었으며, 법적소송 및 합의해결시의 附帶費用은 각각 3백만원, 2백만원 수준이었음.

14) 醫療費 請求金額의 削減

- 의료기관의 평균진료비 삭감금액은 3억 2천만원이었으며, 대학 및 3차 종합병원은 약 7억원, 병원급은 약 3천만원이었음.

- 診療費削減金額에 대하여 의료기관의 48.8%가 ‘부담’을 느끼고 있었으며, ‘매우 부담’을 느끼는 경우는 大學·3次 綜合病院이 34.4%, 병원이 9.2%로 병원급의 진료비삭감 부담이 적었음.

#### 15) 惡性診療費 未收金の 發生

- 악성 진료비의 미수율은 전체 진료비 미수금액의 1.8%로 평균 6천만원이었고, 大學·綜合病院과 병원의 미수율은 각각 1.2%, 2.9%로 이들의 미수금액은 각각 1억 2천만원, 3천만원이었음.
- 미수금의 발생이 병원경영에 부담이 된다는 응답이 66.3%였으며, 대학·3차 종합병원과 종합병원이 각각 71.8%, 71.5%였음.

#### 16) 人力の 確保

- 의사 인력확보의 용이성은 大學·3次 綜合病院이 약 45% 전후인 것으로 조사되었으나 종합병원·병원은 9.0% 내외에 불과하였음.
- 院外 醫師의 진료에 대하여 응답기관의 51.7%가 ‘고려하겠다’고 응답하였으며, 34.8%는 ‘적극 고려하겠다’고 응답하였음.

### 다. 醫療機關의 外部經營環境 評價

#### 1) 外部環境 評價

- 외적인 의료기관경영환경에 대한 認識評價 結果 63.2%가 ‘비관적’, 18.4%가 ‘보통’, 3.8%가 ‘낙관적’인 것으로 조사되었음.
- 향후 醫療産業의 展望에 대하여 응답자의 61.5%가 지금보다 ‘악화될 것이다’라고 응답하였으며 ‘지금과 비슷할 것이다’라는 응답은 전체의 24.7%였음.

2) 周邊 醫療機關에 대한 認識

- 조사대상 의료기관들의 평균 경쟁병원수는 2.6개였으며, 周邊 醫療機關의 관계를 ‘경쟁 및 협력의 관계’ 52.7%, ‘경쟁의 관계’ 31.3%로 인식하고 있었음.
- 주변 醫療器관이 經營收支에 미치는 影響에 대하여 응답자의 58.4%는 ‘영향을 미치나 심각하지 않다’고 하였으며 24.7%는 ‘심각하게 영향을 미친다’고 응답하였음. 특히 병원급에서는 ‘심각하다’는 의견이 32.1%로 가장 높게 나타났으며 大學病院에서는 12.0%로 낮았음.

3) 醫療保險 酬價

- 현 의료보험 수가에 대하여 응답자의 50.5%가 ‘매우 불만족하다’고 응답하였으며 42.9%는 ‘不滿足’하다고 應答함.

4) 現行 稅制 政策

- 의료기관이 납부하는 세제에 대하여 應答者의 64.7%는 ‘과중하다’고 하였으며 26.3%는 ‘보통’이라고 응답하였음. 세제관련 문제점으로 42.8%가 ‘醫師研究費의 課稅’, 31.2%가 ‘높은 법인세 및 소득세’를 지적하였음.

5) 政府의 金融支援 政策

- 정부의 金融支援政策에 대한 建議事項으로 응답자의 27.4%가 ‘농특 및 재특지원금의 금리인하’를 가장 많이 원하는 것으로 조사되었음.

6) 醫療서비스 評價制度에 대한 意見

- 응답병원의 30.4%인 55개 의료기관이 醫療機關서비스 評價를 받았음.
- 運營方式에 대하여는 의료관련 民間團體 主導方式이 40.5%로 가장

많았으며, 그 다음은 정부와 민간단체 결합방식이 38.6%였음. 또한 두 제도의 통합화를 응답병원의 71.9%가 원하는 것으로 조사됨.

#### 7) 醫療機關 指定診療制度

- 指定診療가 經營收支에 어느 정도 도움이 되는지를 묻는 질문에 응답자의 절반 정도가 ‘도움이 된다’고 응답하였음. 특히 大學 및 3次 綜合病院에서 86.7%로 가장 높게 나타났음.
- 총진료비 대비 지정진료 수입은 평균 4.8%였으며 지정진료 기준에 대하여 應答者의 2/3 정도가 ‘현행 수준으로 유지 또는 강화’되어야 한다고 응답함.

#### 8) 非給與 項目에 대한 見解

- 비급여항목의 經營收支에 대한 도움 정도에 대하여 응답자의 51.4%가 ‘도움이 된다’고 응답하였으며, ‘보통’이라고 응답한 경우도 23.2%로 높았음. 특히 大學 및 3次 綜合病院의 경우에는 ‘매우 도움이 된다(21.2%)’가 종합병원 및 병원의 12.3%에 비해 높았음.
- 적용범위의 확대를 묻는 질문에 85.3%가 ‘酬價現實化를 전제한 후 확대하는 것이 바람직하다’고 응답하였음.

#### 9) 政府의 保健醫療政策 綜合評價

- 조사대상으로 한 병원장의 3/4 정도는 政府政策에 대하여 ‘불만족’한 것으로 조사되었으며 23.6%는 ‘보통’이라고 응답하였음.

#### 10) 人力運營 側面에 대한 規制緩和

- 조사에 응한 응답자의 37.3%가 고용보험법의 완화 내지 폐지를, 16.4%가 藥師人力基準의 緩和를 건의하였음.

### 3. 醫療機關의 經營指標 分析

#### 가. 財務指標分析

- 타인자본의존도와 고정장기적합률을 이용하여 安全性 分析을 실시한 결과 '95년도에 타인자본의존도가 65.8%로 매년 負債比率이 높아지고 있었음.
- 총자본 순이익률과 의료수익 순이익률을 이용하여 收益性 分析을 실시한 결과, 기업의 소재지, 규모에 관계없이 적자경영을 하고 있는 것으로 나타났음.
- 총자본 회전율과 재고자산 회전율을 이용하여 活動性을 分析한 결과 도심지역 소재의 대규모 병원이 투입된 자본을 의료수익의 증대에 더 效果的으로 활용한 것으로 조사되었음.
- 의료수익 증가율과 환자수 증가율, 총자본 증가율을 이용하여 成長性을 分析한 결과, 전체적으로 외래환자는 정체상태이나 입원환자는 소폭 증가한 것으로 나타났음.
- 총자본, 인건비, 의료기기 投資效率을 이용하여 生産性 分析을 실시한 결과 총자본 증가율은 중소병원이 대형병원보다 컸지만, 오히려 그 투자에 대한 효율성은 대형병원이 중소병원보다 컸음. 전체적으로 농어촌 보다 도시지역 대규모 병원의 效率性이 상대적으로 큰 것으로 나타났음.

#### 나. 醫療原價 費用分析

- 醫療需要의 증대에도 불구하고 經營惡化 原因을 비용측면에서 찾아보기 위해 費用分析을 실시한 결과 인건비(39.7%)가 가장 큰 비중을 차지했고, 재료비(34.7%), 관리비(23.2%), 기타(0.7%)였음.

- 의료기관 의료원가 중 '95년도에 人件費가 39.7%(제조업 평균치(12.6%)의 3배 정도)로 지방으로 갈수록 심화됨.
- 재료비의 경우 약품비가 60% 이상을 차지하고 있으며, 도시보다는 어촌이, 민간병원보다는 공공병원의 경우 그 비중이 큰 것으로 나타났다.
- 관리비의 구성항목 중 복리후생비의 경우 민간병원보다는 공공병원의 비율이 2배 이상 컸으며, 減價償却費도 공공병원이 약3% 가량이 높은 것으로 나타났다.

#### 다. 經營指標分析 結果

- 전반적으로 醫療機關들의 경영실적이 좋지 못했으며, 특히 농어촌 지역의 中小規模 病院이 더욱 좋지 않은 것으로 나타났다.
- 그 원인은 농어촌지역의 患者數 減少, 과도한 투자 및 과도한 인건비·재료비에서 찾을 수 있음.

### 4. 醫療機關의 廢業 要因 分析

#### 가. 廢業 醫療機關의 現況 分析

- 의료보험연합회에서 보고한 최근 3개년간('94~'96년)자료에 따른 분류별 특성은 다음과 같음.
- 1) 廢業醫療機關의 病院規模別, 指定取消事由別, 設立者別 特性
    - '94년부터 '96년까지 폐업된 의료기관의 수는 각각 52개소, 81개소, 78개소이며, 民間醫療機關이 전체 폐업에서 차지하는 비중은 '94년 95%, '95년 97%, '96년 97%로 그 대부분을 차지함.

- 의료기관 지정취소 사유의 거의 대부분은 자진폐업에 의한 것으로 조사됨. 자진폐업 중 ‘중별변경’에 의한 폐업이 전체 자진폐업 중 ’94년, ’95년, ’96년 각각 21%, 25%, 29%로 나타남.
- 폐업의료기관의 규모별 특성으로는 병원급의 경우가 ’94년의 83%, ’95년의 83%, ’96년의 81%로 대부분을 차지함.

2) 廢業醫療機關의 所在地別 特性

- 全體廢業病院 중 서울에서 폐업한 경우가 ’94년에 23%, ’95년에 33% 및 ’96년의 23%이며, 6대 廣域市(부산, 대구, 광주, 대전, 인천 및 울산)에서 폐업된 경우는 최근 3년간 각각 27%, 24%, 27%임.
- 반면, 의료기관 新設에 관해서는 ’94년, ’95년, ’96년에 각각 總新設病院 중에서 23%, 26%, 15%가 서울 지역에서 신설, 6대 광역시에서는 각각 21%, 26%, 27%가 신설됨.

나. 事例에 의한 廢業 및 經營 惡化 要因

1) 調査方法

- 廢業 및 폐업의 위기를 경험한 醫療機關 중 무작위로 선정된 4개 의료기관(서울 2곳, 지방의 2곳, 규모별로는 300병상 이상의 종합병원이 2곳, 100병상 미만의 병의원급이 2곳)의 병원 행정담당자와 면담 및 설문에 의한 사례 및 설문 분석을 시도함.

2) 事例에 의한 廢業 및 經營 惡化 要因

- 廢業에 영향을 미친 외부적 요인으로는 의료보험 저수가, 의료인력 공급의 부족 및 稅制의 불합리함 등이 파악됨
- 內部的 要因으로는 의료기관 규모에 따라 차이가 있었음. 100병상

미만의 의료기관의 경우는 대형병원 선호라는 患者의 기호변화로 인한 환자의 감소 등이며, 중대규모 의료기관의 경우는 과도한 인건비의 지출, 그 외 과도한 재료비, 병원간의 경쟁 등임.

- 廢業 및 經營 惡化要因들이 폐업 등에 미친 영향력 정도는 전체적으로 저수가의 문제가 가장 부각되었고 기타 보험급여의 확대 필요성, 의료인력 확보의 어려움 등이 있었음.

### 3) 醫療機關의 內·外的 環境

- 病院의 내부관리 강화를 위한 전문경영인제의 도입에 대해 비의사 출신인 응답자들은 찬성이나 의사 중심의 원장들은 대부분 부정적이었음.
- 病院의 전반적인 經營環境에 대해서는 모든 사례에서 더 악화될 것이라고 파악되었음. 서울의 경우 병원경영 환경이 모래시계 형태로 중규모 의료기관이 어려움을 겪고 있음에 반해 地方에서는 역삼각형 모양으로 소규모 병원, 의원급이 더욱 어려운 실정이라고 함.
- 病院間 競爭에 있어서는 병·의원급에 있어서는 경쟁에 상대적으로 둔감함에 비해 綜合病院이 가장 민감한 반응을 나타냄.
- 大企業의 병원산업 진출에 대해 종합병원급의 의료기관에서는 강한 반대의 입장, 병·의원급에서는 둔감함.

#### 다. 事例에 의한 廢業克復 및 經營改善 方案

##### 1) 事例에 의한 廢業克復 및 經營改善 方案

- 폐업극복 및 경영 개선을 위한 외부적 요인은 醫保酬價 및 稅制改善을 통한 지원이 필요함.

- 폐업극복 및 경영 개선을 위한 내부적 요인으로는 醫療機關의 홍보 강화, 병원 진료과목의 專門化 및 特性化, 환자 만족 및 직원만족을 위한 사업전개가 필요함.
- 폐업방지를 위한 여러 경영개선 活動들의 유용성으로 환자 만족을 위한 친절 운동과 의료서비스의 專門化에 역점을 두어야 할 것임. 또한 홍보를 중심으로 하는 마케팅 활동의 강화, 비용절감을 다각적인 노력 및 경쟁력이 없는 醫療서비스의 감축이 필요함.

## 2) 競爭力 壽命週期 分析을 통한 經營 改善 戰略

- 向後 病院産業이 발전기라는 變化를 맞을 것으로 본다면 경쟁 자원으로 시장이라는 변수가 추가하게 됨. 따라서 이 시기에는 마케팅 활동이 최대의 경영활동으로 주목을 받게 될 것임.
- IMF 한파에 맞서 生存하기 위해서는 초긴축 경영체제로의 전환에 심혈을 기울여야 할 것임. 단기 대책으로 현금확보의 최우선, 차입금의 감축, 수입장비의 대체, 자산 활용 효율성의 극대화, 과도한 인건비 감소 등이 필요할 것이며 점차 經營의 專門化를 통하여 공정하고 투명한 경영, 효율적인 경영을 모색해야 하리라 봄.
- 병의원 전반에 걸친 위기극복 전략을 병의원의 경쟁력 수명 주기에 입각해서 볼 때 주기상 자신의 위치를 파악하고 상황에 맞는 대응 전략의 수립이 필요하다고 봄.

## 5. 外國과의 醫療機關 支援政策 比較

### 가. 規制政策 比較

- 우리 나라와 의료제도가 유사한 日本과 臺灣의 의료기관에 대한

규제정책을 비교·분석한 결과 의료기관의 개설과 관련하여 3국 모두 醫療法으로서 규정을 하고 있고, 한국과 일본은 병원급은 許可制를 의원급은 신고제를 채택하고 있으며, 대만은 허가제를 실시하고 있음.

- 醫療保險에 있어서 3개국 모두 최고가격제로 酬價를 통제하고 있으며, 진료비 심사는 제3자 기관이나 보험자 단체에서 주도하고 있는 등 기본적인 규제정책은 거의 동일한 양상을 보이고 있었음.
- 結論적으로 3개국은 의료기관의 規制內容 면에 있어서 약간의 차이가 있을 뿐, 거의 비슷한 수준의 규제정책을 시행하고 있음.

#### 나. 支援政策 比較

##### 1) 補助金 政策

- 우리나라의 경우는 의료취약지 병원지원과 借款導入을 통한 시설 및 장비지원 위주로 지원되었으며, 지원용도로는 시설건립, 장비보강, 금리차지원 등으로 쓰여졌음.
- 日本의 경우는 시설정비 보조금, 설비정비 보조금, 운영비 보조금 등의 국고보조금이 있어 주로 특정한 목적에 맞는 경우에 지원하고 있으며, 의료취약지와 병원특정 정책에 맞는 시설이나 장비 구입에 대한 국고 보조금 형식을 띠고 있음. 支援內容도 시설, 설비정비와 같이 사업자금 지원 뿐만 아니라 운영비에 대한 보조도 실시하고 있음.
- 臺灣의 경우는 병원에 대한 기타의 혜택이 충분히 주어지지 때문에 별도의 정부 보조금 지원제도가 없음.

## 2) 政策金融 制度

- 우리나라의 경우는 1994년 설치된 재정투융자 특별회계와 1995년 설치된 농어촌 특별세 회계가 있고, 日本의 경우는 사회복지 의료사업단, 국민금융공고, 자치제의 제도융자, 의사회의 제휴융자 등 의료산업만의 排他的인 정책금융이 운용되고 있으며, 臺灣의 경우는 일본과 같이 民間病院에 대한 지원을 위해 1961년 3,000억원의 醫療發展基金을 설치 운영하고 있음.

## 3) 稅制支援 制度

- 우리 나라의 경우 개인병원은 所得稅에 일반세율을 적용하고 있으나, 醫療法人은 소득세나 법인세를 일부 감면하고, 지방세에 있어서도 취득세 등록세, 면허세, 재산세, 종합토지세, 도시계획세, 공동시설세의 면제와 사업소세를 일부 면제하는 惠澤을 주고 있음. 그러나 의료법인을 비영리공공법인으로 인정치 않고 있어, 특별법에 의한 서울대학병원, 시·도 의료원과 같은 공공의료법인에 비해 세제상의 혜택에 차이를 보이고 있음.
- 日本은 醫療機關이 의료법상 非營利라는 점을 감안하여 세제상의 특별조치를 취하고 있으며, 소득세나 법인세의 과세소득을 계산할 때, 사회보험 진료보수가 5,000만엔 이하의 경우 일정비율의 경비(概算經費率)를 비용으로 계산하여 세제상의 혜택을 주고 있음. 그 외에 지가세, 인지세, 소비세등의 국세와 주민세, 사업세, 부동산취득세, 고정자산세, 특별토지소유세, 사업소세 등에 대해 비과세 및 감세의 혜택을 주고 있음.
- 臺灣의 경우는 개인개업의에 대해서는 20% 공제후의 所得에 대해서만 소득세를 부과하고 있으며, 의료법인을 비영리 공공법인으로

인정하여 소득세 및 법인세를 減免하는 등 세제상 많은 혜택을 주고 있음.

## 6. 結論 및 政策提言

### 가. 醫療機關 自體의 經營改善 方案

#### 1) 生産性 增大

- 診療部門의 專門化: 전문클리닉의 80.0%, 전문병원의 81.2%가 ‘보통 이상’의 수익성을 올리고 있음을 통해 診療部門의 전문화를 시도할 필요가 있음.
- 成果給制度의 導入: 診療生産性を 높이기 위한 조치로 성과급제의 도입이 필요함.
- 診療科目의 調整: 조사결과 診療科目의 調整으로 인한 효과는 ‘보통 이상’이 응답자의 85.7%였음.
- 責任經營制의 導入: 향후 의료기관의 경영에는 기업식 경영기법이 가미되어야 하며, 이를 위하여 人事制度를 개선하여 탄력적이고 자율적인 事業運營을 도모하고 부문별 책임경영이 가능하도록 하여야 함.

#### 2) 費用節減 努力增大

- 經營管理를 위한 特殊部署 運營: 연구결과 특수부서를 운영한 醫療機關의 50% 이상이 특수부서 운영이 경영성과에 효과적이었다고 응답함.
- 購買管理制度의 導入: 본 연구의 ‘購買 및 在庫管理制度의 導入’에

따른 효과를 보면 응답자의 52.9%가 ‘효과적’이라고 응답함.

- 自願奉仕者の活用: 본 연구의 ‘自願奉仕者活用’에 따른 효과성을 묻는 질문에 응답기관의 90% 이상이 효과성에 대하여 ‘보통이상’이라고 응답하였음.
- 外注用役의 擴大: 외주용역에 따른 업무의 효과성을 묻는 질문에 ‘오물 및 적출물의 처리’ 65.5%, ‘세탁’ 62.9%, ‘職員食堂의 運營’ 56.7%순으로 ‘매우 효과적 또는 효과적’이었다고 응답하였음.
- 共同購買의 擴大: ‘약품’ 92.8%, ‘의료기기’ 88.9%, ‘醫療消耗品’ 84.6%가 공동구매를 긍정적으로 봄.
- 他病院과의 母子關係 確立: 中小病院의 경우 대형병원과 모자관계를 수립하여 부족한 시설, 인력문제의 해결뿐 아니라 고난도의 진료시 患者診療依賴를 도모할 필요가 있음.
- 情報시스템 開發: 재무관리, 원물관리, 인사관리 등 여러 분야에 필요한 정보를 제공하고 科學的 意思決定을 위하여 정보시스템을 도입하여야 함.
- 共同利用事業 實施: 여러 病院이 共同으로 검사센터를 설립하거나, 병원간 협력관계를 통해서 대형병원의 시설 등을 사용하는 방법 등이 있을 수 있음.

### 3) 積極的인 醫療서비스의 改善

- 서비스水準 評價를 통한 의료서비스 改善努力 增進: 消費者의 不便利事項을 파악하기 위해 대학병원, 3차 종합병원, 종합병원의 80.0% 이상이 설문조사를 실시하고 있었음.
- 顧客中心 活動 強化: 소비자의 만족을 모든 醫療活動은 고객을 중심으로 강화되어야 할 것임.

#### 4) 經營戰略의 導入

- 마케팅 戰略의 導入: 의료도 기술적인 관점에서의 의료 뿐만 아니라 患者들이 느끼는 관점에서의 親切, 便宜 등 醫療에 대한 認識을 새롭게 하여야 하며 이를 위해 마케팅 기법을 도입해야 할 必要性이 있음.
- 리엔지니어링의 導入: 성공적인 리엔지니어링을 위해서는 첫째, 업무절차의 혁신. 둘째, 환자위주의 부문간 기능 재편성. 셋째, 새로운 經營環境에 대응하는 인사조직 관리가 필요함.
- 積極的인 弘報強化: 의료기관은 경영수지 개선, 병원의 이미지 제고 등을 위하여 각종 유인물, 인근병원과의 연계활동 강화, 무료봉사 활동, 대중매체의 기고, 신문, 잡지, 전화번호부, 컴퓨터 통신 등의 활용이 강조되고 있음.
- 戰略概念의 導入: 成長戰略으로 시장침투 전략, 새로운 진료권 개발전략, 새로운 서비스 開發戰略, 병원의 다각화전략 등이 필요함.

#### 나. 政府의 醫療政策 支援擴大 方案

##### 1) 醫療機關에 대한 規制緩和 側面

###### 가) 雇傭保險法의 專攻醫 除外

- 고용보험법시행령 제3조 2항3호는 고용보험 적용제외근로자로 국가기관, 學校法人 근로자를 두고 있으며 전공의들도 雇傭保險 대상에서 제외되어야 할 것임.

###### 나) 醫療機關의 藥師人力 適正數 再調整

- 의료기관의 인력난을 완화한다는 측면에서 약사수의 採用人員에 대한 규정을 재조정할 必要性이 있음.

- 연도별 藥師數의 증가율은 綜合病院이나 의사수에 비하여 떨어지고 있음(병원증가율 1.08, 의사수 1.06, 약사수 1.03).
- 調劑數 定義에 대한 모호성으로 인해 적절한 藥師數에 대하여 판단하기 어려움.
- 醫療機關의 자동포장조제기(ATC)의 도입에 따른 自動化設備의 효율성을 인정하여야 할 것임. 藥의 調劑에 있어서 자동화 설비의 조제능력을 인정해 줄 필요가 있음.

다) 綜合病院의 齒科 設置規定 緩和

- 종합병원의 齒科 設置規定을 규제완화 차원에서 任意規定으로 전환할 필요가 있음.
- 우리나라의 경우 齒科는 개원이 相對적으로 용이한 편이어서 종합병원의 치과의사 확보가 어려운 실정임.
- 일본의 경우도 치과는 종합병원에서 설치해야 하는 필수과가 아닌 임의규정으로 두어 綜合病院의 負擔을 경감시키고 있음.

라) 綜合病院의 病理解剖室(剖檢實) 設置規定 緩和

- 綜合病院의 경우 病理解剖室을 설치하도록 하고 있는 의무규정을 임의규정으로 전환할 필요가 있음.
- 100명상 이상 종합병원에 부검실을 설치하여야 하는 強制規定은 實效性이 없는 규제로 과감하게 완화할 필요가 있음.

## 2) 保健醫療制度的 支援擴大 側面

### 가) 醫療保險 酬價의 現實化

- 의료보험수가에 대해 응답병원의 90% 이상이 불만을 나타내고 있는 것으로 조사되었음.
- 정부는 단계적으로 酬價構造調定을 통해서 酬價水準을 現實化 하고 정부, 醫療消費者, 의료공급자 등으로 구성된 「의료보험수가 심의위원회」를 구성하여 수가인상 수준, 요양급여 기준 및 진료수가 기준 등 제반 사항에 대하여 定期的으로 妥當性을 검토하여야 할 것임.
- 「의료수가 심의위원회」내에 가칭 「신의료기술심의회」를 설치하여 新醫療技術에 대한 의학적, 사회학적 타당성을 검토할 필요성이 있음.

### 나) 醫療機關서비스 評價制度 改善

- 運營方式에 있어서 政府 主導方式이 아닌 의료관련 민간단체와 정부의 결합방식이 필요함.
- 서비스평가의 평가결과는 일정 기간 制度定着 후 그 필요성이 인정된 부문에 한해서 부문별 공개가 필요함.
- 향후 病院協會의 病院標準化事業과 서비스평가제도는 통합 시행할 필요가 있음.

### 다) 政策金融支援 對策 樹立

- 병원만이 활용 가능한 금융을 만들어 저렴한 이자로 자금을 활용할 수 있도록 지원하는 정책금융제도를 만들어야 할 것임.

- 현재 의료보험 지불준비적립금의 활용이 가능한데 1995년 말 기준 약 4조원이 있음.

라) 醫療人力 確保를 위한 支援

- 社會 各界의 參與와 의견수렴을 통한 人力需給計劃이 필요하며, 의료보조 인력의 법적정원을 再檢討하고 現實化하여야 함.
- 공익성 있는 研究機關으로 하여금 인구구조의 변동 등이 반영된 향후 의료인력에 대한 수요분석이 3~4년 주기로 수행되어야 함.
- 醫療要求와 의료수요를 충족시키는 동시에 地域別, 階層別 불균형 해소에 도움이 될 수 있도록 의료인력의 분포 조정노력이 절대적으로 요구됨.

마) 醫療保險 診療費의 概算拂 支給

- 의료보험 진료비의 개산불 지급을 보다 活性化 하기 위해서 기존의 特例條項(醫療保險法施行規則 第34條)을 활용하여 10일 이내에 진료비 청구금액의 95% 정도를 개산급으로 지급하도록 함.
- 장기적으로는 診療費 심사·지급업무를 改善하여 지급기일과 지급액(율)에 대한 조정을 하도록 해야 할 것임.

바) 醫療機關 關聯稅制 改善

- 稅法間 收益事業 規定 差異 改善: 현행 세제(법인세법, 지방세법 등)에서는 비영리법인이 행하는 의료업에 대한 수익사업의 규정이 서로 상이한 실정이므로 향후 일관성 있는 稅制政策方向으로 나가야 함.

- 醫療業의 收益事業 規定에 따른 問題點 改善: 의료사업으로부터의 수익을 고유목적사업준비금을 통하여 의료사업에 재투자할 수 있도록 순수의료목적사업에 한하여 일정비율 만큼의 損金算入을 허용하고, 의료업에 대해서는 指定寄附金의 惠澤을 볼 수 있도록 하는 예외 조항을 신설하는 방안이 검토되어야 함.
- 設立根據에 따른 稅制上 差等 改善: 非營利法人間 법인세율의 차이를 없애야 하며 租稅減免規制法上 공익법인의 범위를 확대하여 특별부가세에 대한 면제가 필요함. 또한 의료법인도 비영리법인으로서 타비영리법인과 동일한 세율을 적용하는 것이 타당하며 비영리법인이 운영하는 醫療業에 대해서는 동일한 稅制惠澤을 누리도록 개선을 해야 하고 손금산입범위 및 세액공제범위의 차이를 줄이거나 없애야 할 것임.
- 中小病院에 대한 稅制支援: 중소병원의 범위는 300명상 이하 또는 종사자 350인 이하의 병원으로 확대되어야 하며 중소병원의 범위 확대를 통해 租稅減免規制法上 중소기업에 주고 있는 세제혜택을 中小規模의 醫療機關에 부여하도록 하여야 함.

### 3) IMF救濟金融下에서의 民間醫療機關 支援方案

- '97년 12월부터 진료용 재료대, 의약품, 의료장비의 리스 등 외화 차입구매에 따른 환차손이 폭증하고 있어 이에 대한 支援方案 마련이 요구되고 있음. 이를 위하여 의료보험 적용 진료재료대 등 진료수가에 포함되어 별도 보상하지 않는 진료재료대를 한시적으로 인상조정 하며, 환율상승으로 인한 의약품 가격 인상요인을 검토하여 인상 조정하고 의료보험 약가등재 회수를 현재 1년 2회에서 분기별 1회로 변경하도록 하며, 재정투융자특별회계의 일부 항

목을 조정하고 의료보험 진료비 지불준비금 적립금을 저리로 융자하여 해외차입 및 의료장비 리스구입 등으로 발생한 환차손을 보전해 주도록 함. 청구진료비를 조기에 지급하는 개산불제를 즉시 도입하며, 마지막으로 진료재료의 공급이 부족하고 이에 대한 민간수입상의 적절한 대처방안이 미흡할 경우 조달청 등 정부기관이 직접 개입하는 방안이 필요함.

## 第 1 章 序 論

1980년대 중반까지 醫療需要의 증대에 대응하기 위한 정부의 의료 공급정책은 量的擴大에 초점을 두었기 때문에 의료공급자 입장에서는 의료기관의 경영에 큰 문제가 없었다. 그러나 80년대 중반 이후부터는 의료서비스의 수요, 공급간의 均衡點을 향한 진통이 병원 산업에 대한 危機로 나타나게 되었으며 이러한 진통과 위기의 核心은 醫療產業이 공급자 중심에서 수요자 중심으로 변화해 나가는 과정에서 비롯되었다고 볼 수 있다. 이 과정에서 의료서비스 수요에 대한 소비자 慾求의 質的 變化가 변화과정을 촉진하는 역할을 擔當하였으며, 또한 정부의 행정적, 제도적 뒷받침의 缺如 및 국가 경제의 低成長 등이 더욱 危機 意識을 불러왔다고 볼 수 있을 것이다. 즉 다른 서비스 산업에서 질 높은 서비스를 받음에 익숙해진 소비자가 상대적으로 劣惡한 待遇를 받은 의료산업에 불만을 吐露하기 시작하였으며 여기에 각종 매체에 의한 선진국의 질 높은 의료서비스가 그 불만에 當爲性을 실어 주었다고 할 수 있을 것이다.

한편 국가 경제 운영의 부적절함으로 빚어진 IMF(International Monetary Fund)의 경제 援助는 한국 경제가 시장 경제의 원리에 더욱 충실할 것을 요구하고 있다. 이제 병원 산업도 例外가 될 수 없는 상황이 될 것이다. 따라서 그 어느 때보다 效率的인 경영에 관해서 심각한 고려가 필요할 것이며 이는 곧 생존의 문제와 直結되리라 본다. 따라서 본 연구에서는 의료기관의 경영 效率性을 強化할 수 있는 방안의 마련에 그 目的이 있다.

효과적인 분석이 이뤄지기 위해서는 의료기관에 대해 戰略的 차원

과 財務的 차원의 분석이 동시에 수행되어야 한다. 그러나 醫療機關經營의 경영개선과 관련된 기존의 연구에서는 주로 의료기관의 내부적인 부서관리 강화방안, 예를 들면 약제과, 임상병리과 등의 업무 효율성 증진 등과 在院期間이나 병상회전을 증진과 같은 診療指標管理 強化方案 등 및 의료기관의 재무분석 등 단편적 측면에 초점을 맞춘 연구들이 그 대부분을 차지하고 있다. 이러한 관점에서 볼 때 본 연구는 기존의 한계를 극복하여 戰略的·財務的 차원의 분석을 동시에 시도하였다는 측면에서 그 意義를 갖는다고 본다. 즉 전략적 차원의 분석을 위하여 의료기관의 경영현황 파악, 폐업의료기관의 경영 및 외국의 의료기관 지원정책을 비교하였으며, 재무적 차원의 분석을 위하여 의료기관의 경영지표 분석을 試圖하였다. 그 구체적인 내용은 다음과 같다.

첫째 의료기관의 경영현황 파악을 위하여 병원장을 대상으로 의료기관의 경영상 애로사항에 관한 設問調査를 실시하였다. 의료환경에 대한 분석은 크게 內部環境과 外部環境으로 구분하여 분석하였다. 둘째 현재 경영합리화를 위한 경영분석 정보의 필요성에 대한 認識이 점차 증대되고 있는 실정이다. 따라서 의료기관의 財務指標를 중심으로 한 병원산업의 경영상태를 診斷하였다. 셋째로는 폐업된 의료기관을 대상으로 사례 및 설문분석을 시도하였다. 경영 戰略論에 의하면 極端的으로 ‘성공한 기업에서는 배울 것이 없다’라고 말할 정도로 실패한 기업의 사례에서 더 많은 성공 전략을 세우기도 한다. 따라서 폐업 및 경영 악화의 經驗이 있는 의료기관을 통해 의료기관 경영의 효율화를 기하고자 하는 바도 의미있는 분석이 되리라 본다. 마지막으로 의료기관 經營合理化를 유도할 수 있는 의료기관분야에 대한 정부의 支援策 개발을 위하여 외국의 지원정책을 검토해 봄이 필요할 것으로 본다. 따라서 우리 나라와 醫療制度가 유사한 일본과 대만의

의료기관에 대한 規制政策과 지원책을 비교·분석함으로써, 의료분야에 대한 우리 정부의 현 정책을 파악하고, 우리 나라 의료기관들의 발전을 위한 지원정책의 개발도 시도하였다.

따라서 本 報告書의 구성은 다음과 같다. 서론에 이어 제2장에서는 의료경영 환경을 분석하기 위해 설문을 중심으로 한 現況 등을 살펴본다. 제3장에서는 財務資料를 기초로 하여 의료기관의 재무지표를 통한 經營診斷을 실시하였다. 제4장에서는 廢業醫療機關을 대상으로 한 사례분석을 통해 폐업의 原因 및 이의 克復 방안을 논하였다. 제5장에서는 우리나라와 일본 및 대만의 醫療制度를 비교하여 지원정책 개발을 도모하였다. 마지막 章에는 위의 각 章에서 분석된 결과를 토대로 의료기관의 經營效率性 강화 정책을 의료기관 자체의 經營改善 측면과 정부의 의료정책 支援擴大 측면에서 分析·提示하였다.

## 第 2 章 國內 醫療機關 經營環境 分析

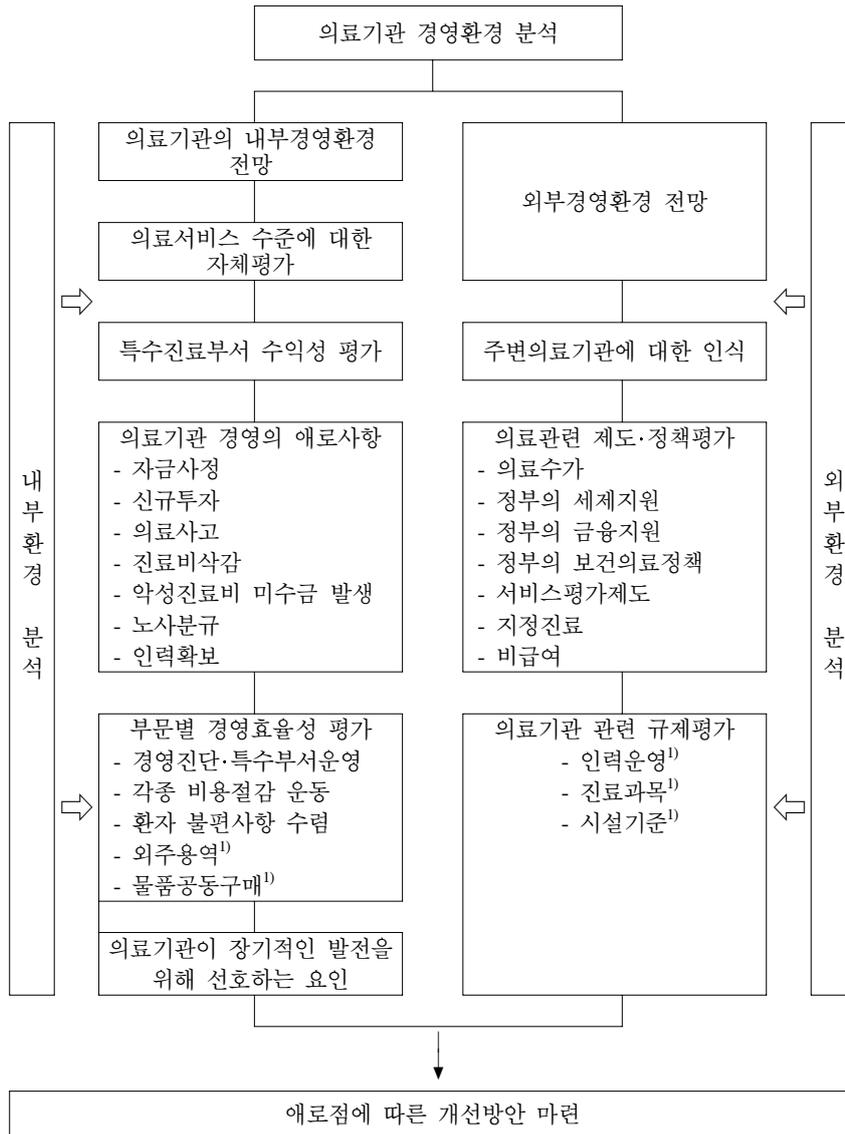
의료기관의 經營現況을 파악하기 위하여 병원장을 대상으로 의료기관의 경영애로사항에 관한 우편설문조사를 실시하였다.

의료환경에 대한 분석은 크게 內部環境과 外部環境으로 구분하여 분석(그림 2-1 참조)하였는데 내부환경이라 함은 한 개의 의료기관이 의료서비스를 생산하기 위하여 내부적으로 요구되는 施設, 人力, 裝備 등이 상호 유기적인 결합을 꾀하는 과정에서 형성되는 환경을 말하며, 외부환경이라 함은 醫療機關이 대외적으로 상대하여야 할 소비자, 정부, 타의료기관과의 관계에서 형성되는 환경을 말한다. 內部環境으로부터 오는 애로사항을 파악하기 위하여 개별의료기관의 자금사정, 신규투자, 의료사고, 진료비 삭감 등에 대하여 조사하였으며, 부가적으로 내부경영환경 전망, 서비스수준에 대한 자체평가도 실시하였다. 또한 외부환경으로부터 오는 隘路事項을 파악하기 위하여 의료와 관련된 규제, 제도·정책에 대한 의견을 조사하였다.

調査對象은 1997년 9월 1일 현재 病院協會에 등록된 전국 276개 종합병원과 495개 병원의 병원장을 대상으로 하였으며, 의료기관 총수는 771개소였다. 調査期間은 1997년 9월 3일에서 9월 20일까지 18일간으로 하였다.

分析對象은 전체 771개 의료기관중 설문에 응답한 185개소의 병원장을 대상으로 하였으며, 응답률은 24.0%로서 다소 저조한 편이었다. 응답률이 낮아 대표성이 문제가 될 수 있겠으나 본 조사가 의료기관의 一般的인 經營隘路事項을 파악하기 위한 것이기 때문에 대표성에 큰 의미를 둘 필요는 없다고 본다.

[그림 2-1] 病院經營環境 分析을 위한 研究의 틀



註: 1) 실무 담당자에 대한 설문조사임.

## 第1節 國內 醫療機關의 內部環境 分析

### 1. 調查對象 醫療機關의 一般的 現況

국내 의료기관의 經營環境 分析을 위한 조사에 응답한 의료기관은 총 185개소였으며 개인 의료기관이 54개소(29.2%)로 제일 높았고, 그 다음은 의료법인 39개소(21.1%), 學校法人 28개소(15.1%)순이었다(表 2-1 참조).

〈表 2-1〉 應答病院의 設立形態別 現況

(단위: 개소, %)

설립형태	응답병원수 (비율)
국립대학	2 ( 1.1)
국립	6 ( 3.2)
시립	3 ( 1.6)
공립	3 ( 1.6)
공사	17 ( 9.2)
학교법인	28 ( 15.1)
특수법인	8 ( 4.3)
사단법인	0 ( 0.0)
재단법인	16 ( 8.6)
사회복지	9 ( 4.9)
회사법인	0 ( 0.0)
의료법인	39 ( 21.1)
개인	54 ( 29.2)
합계	185 (100.0)

의료기관 種別區分에 따른 현황을 보면 총185개소 의료기관중 병원이 83개소(44.9%), 종합병원이 69개소(37.3%)였으며, 대학병원은 25개소(13.5%)였다. 地域區分에 따른 현황을 보면 대도시 지역이 87개소(47.0%), 중소도시 지역이 74개소(40.0%)였고 나머지 24개소(13.0%)는

農漁村地域이었다. 시·도별로 보면 서울이 41개소(22.2%)로 가장 많았으며 그 다음이 부산 21개소(11.4%), 경기 18개소(9.7%)순이었다(表 2-2 참조).

〈表 2-2〉 應答病院의 地域別 및 種別形態 現況

(단위: 개소, %)

병원형태 지역구분	대학병원	3차 종합병원	종합병원	병 원	합 계
도·농 <sup>1)</sup> 대 도시	15( 60.0)	5( 62.5)	25( 36.2)	42( 50.6)	87( 47.0)
중소도시	9( 36.0)	3( 37.5)	38( 55.1)	24( 28.9)	74( 40.0)
농 어 촌	1( 4.0)	0( 0.0)	6( 8.7)	17( 20.5)	24( 13.0)
지역					
서울	8( 32.0)	4( 50.0)	14( 20.3)	15( 18.1)	41( 22.2)
부산	0( 0.0)	0( 0.0)	5( 7.2)	16( 19.3)	21( 11.4)
대구	3( 12.0)	0( 0.0)	5( 7.2)	6( 7.2)	14( 7.6)
광주	0( 0.0)	1( 12.5)	0( 0.0)	1( 1.2)	2( 1.1)
대전	2( 8.0)	0( 0.0)	2( 2.9)	2( 2.4)	6( 3.2)
인천	1( 4.0)	0( 0.0)	0( 0.0)	2( 2.4)	3( 1.6)
울산	1( 4.0)	0( 0.0)	0( 0.0)	3( 3.6)	4( 2.2)
경기	5( 20.0)	0( 0.0)	5( 7.2)	8( 9.6)	18( 9.7)
강원	0( 0.0)	0( 0.0)	9( 13.0)	2( 2.4)	11( 5.9)
충북	1( 4.0)	0( 0.0)	4( 5.8)	1( 1.2)	6( 3.2)
충남	0( 0.0)	1( 12.5)	4( 5.8)	4( 4.8)	9( 4.9)
전북	1( 4.0)	1( 12.5)	3( 4.3)	4( 4.8)	9( 4.9)
전남	0( 0.0)	1( 12.5)	3( 4.3)	5( 6.0)	9( 4.9)
경북	1( 4.0)	0( 0.0)	4( 5.8)	6( 7.2)	11( 5.9)
경남	1( 4.0)	0( 0.0)	6( 8.7)	8( 9.6)	15( 8.1)
제주	1( 4.0)	0( 0.0)	5( 7.2)	0( 0.0)	6( 3.2)
합 계	25(100.0)	8(100.0)	69(100.0)	83(100.0)	185(100.0)

註: 1) 대도시는 특별시, 광역시로 하였으며, 중소도시는 시지역, 농어촌은 군 지역으로 하였음.

의료기관 형태에 따른 修練病院 指定與否를 보면 질문에 응답한 180개 의료기관중 비지정 의료기관은 86개소(47.8%)였으며, 인턴 및

레지던트 수련 지정병원은 67개소(37.2%)였고, 레지던트 修練 指定病院은 21개소(11.7%)였다(表 2-3참조).

〈表 2-3〉 應答病院의 種別形態 및 修練病院 指定與否 (단위: 개소, %)

지정여부 병원형태	지 정			비지정	합 계
	인턴, 레지던트	레지던트	인턴		
대학병원	23 ( 34.3)	1 ( 4.8)	0( 0.0)	1( 1.2)	25( 13.9)
3차종합병원	7 ( 10.4)	1 ( 4.8)	0( 0.0)	0( 0.0)	8( 4.4)
종합병원	35 ( 52.2)	17 ( 81.0)	1( 16.7)	16( 18.6)	69( 38.3)
병원	2 ( 3.0)	2 ( 9.5)	5( 83.3)	69( 80.2)	78( 43.3)
합 계	67 (100.0)	21 (100.0)	6(100.0)	86(100.0)	180(100.0)

註: 무응답은 분석에서 제외함.

병원장의 의사 여부를 알아본 결과 169개소(91.4%)는 병원장이 의사였으며, 16개소(8.6%)는 의사가 아니었다. 병원장의 전공과목을 살펴보면 一般外科가 44명(23.8%)으로 가장 많았고, 整形外科 24명(13.0%), 産婦人科 18명(9.7%)순이었다. 병원장이 의사가 아닌 경우에는 신학이 6명(3.2%)으로 제일 많았고, 그 다음은 간호학 2명(1.1%)순이었는데 이는 병원의 설립형태와 관계되는 것이다(表 2-4 참조).

조사에 응답한 의료기관의 平均 許可病床規模는 537병상이었으며, 平均 資産規模는 508억원으로 3차 종합병원이 1,038억원으로 제일 많았다. 의료기관의 평균 직원수는 정규직이 833명, 臨時職을 포함한 직원이 970명이었다(表 2-5 참조).

〈表 2-4〉 應答病院 形態別 病院長の 診療科目 分布

(단위: 명, %)

진료과	대학병원	3차 종합병원	종합병원	병 원	합 계
합 계	25(100.0)	8(100.0)	69(100.0)	83(100.0)	185(100.0)
의 사	21( 84.0)	8(100.0)	64( 92.8)	76( 91.6)	169( 91.4)
내 과	2	3	5	7	17
산 부 인과	2	0	5	11	18
소 아 과	1	0	3	0	4
신 경 과	0	0	1	0	1
정 신 과	0	0	1	8	9
피 부 과	1	0	0	0	1
안 과	0	0	1	1	2
비 뇨 기과	3	1	2	5	11
가정의학과 <sup>1)</sup>	0	0	2	3	5
재활의학과	0	0	0	1	1
예방의학과	0	0	0	2	2
결 핵 과	0	0	2	0	2
일 반 외과 <sup>2)</sup>	4	3	22	15	44
성 형 외과	0	0	0	2	2
정 형 외과	3	1	5	15	24
신 경 외과	2	0	7	5	14
흉 부 외과	2	0	0	1	3
방 사 선과	1	0	2	0	3
마 취 과	0	0	4	0	4
해부병리과	0	0	1	0	1
임상병리과	0	0	1	0	1
비의사	4(16.0)	0( 0.0)	5( 7.2)	7( 8.4)	16( 8.6)
간 호 학	1	0	0	1	2
보건행정학	0	0	1	0	1
법 학	0	0	0	1	1
경 영 학과	0	0	1	0	1
행 정 학과	0	0	0	1	1
신 학	3	0	3	3	6
사회복지학	0	0	0	1	1

註: 1) 신경정신과 포함.

2) 소아외과 포함.

〈表 2-5〉 應答病院의 醫療機關 種別 規模 現況

구 분	대학병원	3차 종합병원	종합병원	병 원	합 계
병상규모(병상)					
허가병상	680	1,035	305	128	537
운영병상	701	1,013	309	126	537
총 자산규모(억원)	761	1,038	171	62	508
직원수(명)					
정규직	1,134	1,796	317	85	833
임시직 포함	1,296	2,141	350	91	970

'96년도의 當期純利益 損益 與否는 응답병원의 87개소(58.0%)가 손실을 경험하고 63개소(42.0%)가 이익을 보았다고 응답하였다. 이익병원의 평균 이익규모는 12억 5천만원, 손실병원의 平均 損失規模는 21억원이었다(表 2-6 참조).

〈表 2-6〉 應答病院의 醫療機關 種別 當期純利益 現況

(단위: 개소, %, 천만원)

구 분	대학병원	3차 종합병원	종합병원	병 원	합 계
당기순이익 현황					
이익병원 수	7(31.8)	2(33.3)	22(37.3)	32(50.8)	63(42.0)
손실병원 수	15(68.2)	4(66.7)	37(62.7)	31(49.2)	87(58.0)
이익 및 손실규모					
이익병원의 평균이익	74.4	268.5	35.9	19.1	124.5
손실병원의 평균손실	192.9	515.0	96.4	36.0	210.1

註: 무응답은 분석에서 제외함.

## 2. 醫療機關의 內部經營環境 評價

## 가. 內部環境評價

의료기관의 內部 經營狀態에 대하여 어떻게 평가하느냐는 질문에 응답기관의 55.4%가 ‘보통’이라고 대답하여 대부분의 의료기관이 경영상의 어려움에 처해 있다는 一般的 認識보다는 다소 양호한 견해를 보였다. 33.1%가 ‘비관적 또는 매우 비관적’이라고 응답하였고 병원규모가 작을 수록 ‘비관적’으로 보는 경향이 높았다. 병원의 성장가능성에 관한 질문에는 應答機關의 52.2%가 ‘보통’이라고 대답하였으며 24.2%는 ‘낙관적’이라고 대답하였다(表 2-7 참조).

〈表 2-7〉 應答病院의 經營狀態 및 成長可能性에 대한 見解

(단위: 개소, %)

구 분	대학병원	3차 종합병원	종합병원	병 원	합 계
경영상태					
매우 낙관적	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)
낙관적	1( 4.0)	2(25.0)	10(14.5)	7( 8.5)	20(10.9)
보통	18(72.0)	5(62.5)	35(50.7)	44(53.7)	102(55.4)
비관적	5(20.0)	1(12.5)	18(26.1)	25(30.5)	49(26.6)
매우 비관적	1( 4.0)	0( 0.0)	6( 8.7)	5( 6.1)	12( 6.5)
잘 모르겠음	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)	1( 1.2)	1( 0.5)
성장가능성					
매우 낙관적	0( 0.0)	1(12.5)	0( 0.0)	0( 0.0)	1( 0.5)
낙관적	2( 8.0)	3(37.5)	21(30.9)	18(22.2)	44(24.2)
보통	20(80.0)	3(37.5)	35(51.5)	37(45.7)	95(52.2)
비관적	2( 8.0)	0( 0.0)	11(16.2)	22(27.2)	35(19.2)
매우 비관적	1( 4.0)	1(12.5)	1( 1.5)	2( 2.5)	5( 2.7)
잘 모르겠음	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)	2( 2.5)	2( 2.7)

상기자료 중 經營狀態 및 成長可能性에 대한 지역별 차이를 살펴보면 농어촌 지역의 의료기관이 經營狀態를 ‘비관적’으로 보는 비율이 45.8%로 가장 높았으며, 그 다음은 대도시 34.9%, 중소도시 27.1%순이었다. 또한 成長可能性은 중소도시 지역이 ‘낙관적’으로 보는 견해가 26.0%로 가장 많았고, 그 다음은 대도시 24.5%, 농어촌 21.7%순이었다(表 2-8 참조).

〈表 2-8〉 應答病院의 經營狀態 및 成長可能性에 대한 地域別 現況  
(단위: 개소, %)

구 분	대도시	중소도시	농어촌	합 계
<b>경영상태</b>				
매우 낙관적	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)
낙관적	7( 8.1)	11(14.9)	2( 8.3)	20(10.9)
보통	49(57.0)	43(58.1)	10(41.7)	102(55.4)
비관적	24(27.9)	17(23.0)	8(33.3)	49(26.6)
매우 비관적	6( 7.0)	3( 4.1)	3(12.5)	12( 6.5)
잘 모르겠음	0( 0.0)	0( 0.0)	1( 4.2)	1( 0.5)
<b>성장가능성</b>				
매우 낙관적	1( 1.2)	0( 0.0)	0( 0.0)	1( 0.5)
낙관적	20(23.3)	19(26.0)	5(21.7)	44(24.2)
보통	40(46.5)	42(57.5)	13(56.5)	95(52.2)
비관적	22(25.6)	10(13.7)	3(13.0)	35(19.2)
매우 비관적	3( 3.5)	2( 2.7)	0( 0.0)	5( 2.7)
잘 모르겠음	0( 0.0)	0( 0.0)	2( 8.7)	2( 1.1)

註: 1) 대도시는 특별시, 광역시로 하였으며, 중소도시는 시지역, 농어촌은 군 지역으로 하였음.

나. 經營狀態를 어렵게 하는 內部要因

경영상태를 어렵게 하는 內部要因을 두 가지만 선택하라는 질문에 ‘의료기관 운영에 따른 높은 생산비용(37.2%)’과 ‘임상과의 낮은 진료

생산성(19.8%)’을 대부분 지적하였다. 經營狀態를 어렵게 하는 요인으로 ‘높은 생산비용’을 지적한 의료기관은 大學病院과 3차 종합병원, 綜合病院, 병원순으로 전체에서 차지하는 비율이 높았고, 반대로 ‘낮은 진료생산성’은 병원, 종합병원, 대학 및 3次 綜合病院順으로 전체에서 차지하는 비율이 높았다(表 2-9 참조).

〈表 2-9〉 經營狀態를 어렵게 하는 內部要因

(단위: 개소, %)

구 분	대학병원	3차 종합병원	종합병원	병 원	합 계
높은 생산비용	21(42.9)	6(42.9)	50(36.8)	56(35.2)	133(37.2)
낮은 진료생산성	5(10.2)	2(14.3)	26(19.1)	38(23.9)	71(19.8)
양질의 의료인력확보 어려움	3( 6.3)	1( 7.1)	25(18.4)	12( 7.5)	41(11.5)
병상규모, 지리적 위치불리	6(12.5)	2(14.3)	8( 5.9)	23(14.5)	39(10.9)
건물 및 시설 장비 미비	6(12.5)	1( 7.1)	14(10.3)	14( 8.8)	35( 9.8)
고액 특별손실 발생	5(10.2)	1( 7.1)	9( 6.6)	8( 5.0)	23( 6.4)
인력관리의 어려움	3( 6.3)	0( 0.0)	4( 2.9)	7( 4.4)	14( 3.9)
해당사항 없음	0( 0.0)	1( 7.1)	0( 0.0)	1( 0.6)	2( 0.6)

註: 2가지 선택의 복수응답으로 질문함.

#### 다. 經營收支 現況

’96년도의 경우 전년도에 비하여 經營收支가 개선되었다고 응답한 의료기관은 60개소(36.6%)였으며, 경영수지가 악화되었다고 응답한 의료기관은 104개소(63.4%)였다. 3次 綜合病院을 제외하면 경영수지가 악화되었다고 응답한 의료기관이 개선되었다고 응답한 의료기관에 비하여 많았다.

중복답변을 통하여 경영이 개선된 醫療機關의 경영개선 원인을 알아본 결과 경영개선의 원인을 ‘환자수의 증가(45.5%)’, ‘비용의 감소(17.3%)’, ‘입원재원기간의 감소(11.8%)’에 두었으며, 경영이 악화된 의료기관은 ‘비용의 증가(38.7%)’, ‘患者數의 減少(30.2%)’, ‘경쟁병원의

등장(16.1%)’ 때문이라고 응답하였다. 이러한 결과를 볼 때 대체적으로 의료기관의 경영수지는 ‘환자수의 증감’ 또는 ‘費用的 增減’에 따라 크게 좌우되는 것을 볼 수 있었다(表 2-10 참조).

〈表 2-10〉 應答病院의 經營收支 結果에 影響을 미치는 主要原因  
(단위: 개소, %)

구 분	대학병원	3차 종합병원	종합병원	병원	합 계
경영수지 현황					
개선된 병원 수	9(37.5)	5(62.5)	23(37.7)	23(32.4)	60(36.6)
악화된 병원 수	15(62.5)	3(37.5)	38(62.3)	48(67.6)	104(63.4)
개선된 병원					
환자수 증가	8(47.1)	5(55.6)	19(43.2)	18(45.0)	50(45.5)
비용의 감소	2(11.8)	0( 0.0)	10(22.7)	7(17.5)	19(17.3)
입원재원기간의 감소	2(11.8)	2(22.2)	6(13.6)	3( 7.5)	13(11.8)
경쟁병원의 감소	0( 0.0)	1(11.1)	3( 6.8)	4(10.0)	8( 7.3)
비급여 항목의 증가	1( 5.6)	0( 0.0)	1( 2.3)	4(10.0)	6( 5.5)
특별손실 감소	1( 5.6)	0( 0.0)	2( 4.6)	0( 0.0)	3( 2.7)
직원감소	1( 5.6)	0( 0.0)	0( 0.0)	2( 5.0)	3( 2.7)
신규개원의 홍보효과	0( 0.0)	1(11.1)	1( 2.3)	1( 2.5)	3( 2.7)
영업외 수입증가	0( 0.0)	0( 0.0)	2( 4.6)	0( 0.0)	2( 1.8)
보험수가 인상	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)	1( 2.5)	1( 0.9)
진료생산성 증대	1( 5.6)	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)	1( 0.9)
투자로 인한 효과	1( 5.6)	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)	1( 0.9)
악화된 병원					
비용의 증가	15(53.6)	3(50.0)	28(37.8)	31(34.4)	77(38.7)
환자수 감소	4(14.3)	0( 0.0)	24(32.4)	32(35.6)	60(30.2)
경쟁병원의 등장	4(14.3)	1(16.7)	12(16.2)	15(16.7)	32(16.1)
비급여 항목의 감소	1( 3.6)	0( 0.0)	3( 4.1)	8( 8.9)	12( 6.0)
특별손실 증가	3(10.7)	0( 0.0)	3( 4.1)	4( 4.4)	10( 5.0)
진료생산성 감소	1( 3.6)	1(16.7)	2( 2.7)	0( 0.0)	4( 2.0)
입원재원기간의 증가	0( 0.0)	0( 0.0)	2( 2.7)	1( 4.4)	3( 1.5)
과다한 투자	0( 0.0)	1(16.7)	0( 0.0)	0( 0.0)	1( 0.5)

註: 중복응답 가능함.

### 3. 醫療서비스 水準에 대한 自體評價

제공하고 있는 의료서비스 수준에 대한 자체평가 질문에 응답자의 51.6%가 ‘보통’이라고 응답하였으며 33.2%는 ‘높다’고 응답하였다. 양질의 의료서비스를 제공하는데 있어서 障礙要因을 묻는 질문에 응답자의 37.7%가 ‘높은 생산비용’이라고 응답하였으며 그 다음은 ‘건물 및 시설장비 미비(20.8%)’, ‘인력확보의 어려움(19.6%)’ 순이었다. 특히 대학병원이나 3차 종합병원은 종합병원 및 병원에 비해 ‘높은 생산비용’을 의료서비스 제공시 장애요인으로 보는 견해가 많았고, 반면 ‘인력확보의 어려움’은 상대적으로 낮았다(表 2-11 참조).

〈表 2-11〉 醫療서비스의 水準 및 서비스 提供時 障礙要因 評價  
(단위: 개소, %)

구 분	대학병원	3차 종합병원	종합병원	병 원	합 계
서비스 수준					
매우 높음	2( 8.0)	0( 0.0)	1( 1.4)	3( 3.7)	3( 3.3)
높음	9(36.0)	6(75.0)	20(29.0)	26(31.7)	61(33.2)
보통	10(40.0)	2(25.0)	41(59.4)	42(51.2)	95(51.6)
낮음	4(16.0)	0( 0.0)	7(10.1)	11(13.4)	22(12.0)
양질의 의료제공 장애요인					
높은 생산비용	20(43.5)	6(42.9)	48(36.9)	55(36.2)	129(37.7)
건물 및 시설장비 미비	9(19.6)	4(28.6)	30(23.1)	28(18.4)	71(20.8)
인력확보 어려움	4( 8.7)	2(14.3)	28(21.5)	33(21.7)	67(19.6)
병상, 지리적 위치 불리	5(10.9)	0( 0.0)	10( 7.7)	20(13.2)	35(10.2)
특별손실 발생	3( 6.5)	2(14.3)	8( 6.2)	10( 6.6)	23( 6.7)
인력관리 어려움	3( 6.5)	0( 0.0)	6( 4.6)	6( 3.9)	15( 4.4)
봉사정신 미흡	2( 4.3)	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)	2( 0.6)

註: 중복응답 가능함.

#### 4. 特殊診療部門의 收益性 評價

의료기관의 特殊診療部門 運營與否 및 이들의 運營성과를 알아보기 위하여 우선적으로 ‘전문클리닉’과 ‘전문병원’ 두 가지만을 대상으로 조사를 실시하였다. 應答機關의 51.0%는 전문클리닉이거나 의료기관 내에 전문클리닉을 운영하고 있었고, 전문병원이거나 의료기관내에 전문병원을 운영하는 경우는 27.4%였다. 이들의 運營과 關聯한 收益性을 알아본 결과 전문클리닉의 경우에는 39.2%가 효과가 ‘높다 또는 매우 높다’라고 응답한 반면 전문병원의 경우에는 그 효과가 크지 않은 것으로 나타났다(表 2-12 참조).

〈表 2-12〉 特定診療部門의 收益性에 관한 自體 評價

(단위: 개소, %)

구 분	전문클리닉(센터)	전문병원
운영여부		
예	79 (71.0)	32 (27.4)
아니오	32 (29.0)	85 (72.6)
수익성		
매우 높음	3 ( 3.8)	2 ( 6.2)
높음	28 (35.4)	5 (15.6)
보통	37 (46.8)	19 (59.4)
낮음	11 (13.9)	6 (18.8)

#### 5. 經營效率性 改善努力 現況

##### 가. 經營診斷 및 特殊部署 運營

경영효율성 개선을 위한 노력으로 경영진단을 받았는지의 여부와 그 효과에 대하여 알아보았다. 應答機關의 28.1%인 45개소 의료기관

이 經營診斷을 실시한 경험을 가지고 있었으며, 경영진단 실시에 따른 효과는 51.1%가 ‘보통’, 31.1%가 ‘높다’고 응답하였다. 경영진단팀과 같은 특수부서를 설치 운영하고 있는 醫療機關은 전체의 19.7%인 26개 의료기관이었으며, 이러한 부서가 경영환경 개선에 미치는 효과는 응답자의 53.8%가 ‘높다’고 보았다.

이러한 결과를 볼 때 특수부서의 운영은 經營效率性을 높이기 위해 필요하며, 특히 경영진단보다는 특수부서의 운영이 바람직할 것으로 평가할 수 있다(表 2-13 참조).

〈表 2-13〉 經營效率性 改善을 위한 醫療機關의 努力 및 成果 評價  
(단위: 개소, %)

구 분	경영진단	특수부서 운영
운영여부		
예	45 (28.1)	26 (19.7)
아니오	115 (71.9)	106 (80.3)
실시에 따른 효과		
매우 높음	0 ( 0.0)	1 ( 3.8)
높음	14 (31.1)	13 (50.0)
보통	23 (51.1)	7 (26.9)
낮음	7 (15.6)	4 (15.4)
잘모름	1 ( 2.2)	1 ( 3.8)

註: 특수부서는 경영진단팀, 경영개선팀 등임.

#### 나. 費用節減 運動의 實施 現況

醫療機關의 비용절감행동 실시 여부와 그 효과를 알아보았다. 중복 응답이 가능한 상태에서 응답병원의 89.5%가 ‘物資節約 運動’, 72.5%가 ‘구매 및 재고관리 제도의 도입’, 66.7%가 ‘인력계획’, 57.9%가 ‘재원기간 단축노력’, 56.9%가 ‘自願奉仕者 活用’, 37.3%가 ‘진료과목의 조정’을 실시한 바 있다고 응답하였다.

이들의 實施에 따른 效果는 ‘구매 및 재고관리제도의 도입’이 59.6%로 가장 많았으며, 그 다음은 ‘自願奉仕者 活用’ 55.2%, ‘진료과목 조정’ 51.0%, ‘인력계획’ 50.6% 순이었다. 전반적으로 이러한 비용 절감 행동들의 실시는 과반수 이상이 ‘효과적 또는 매우 효과적’인 것으로 평가되고 있었다(表 2-14 참조).

〈表 2-14〉 經營效率성을 높이기 위한 費用節減行動 實施比率  
(단위: 개소, %)

항 목	실시여부		실시에 따른 효과				
	실시	비실시	매우 효과	효과	보통	비효과	잘모름
인력계획	100(66.7)	50(33.3)	1.1	49.5	44.2	4.2	1.1
진료과목 조정	50(37.3)	84(62.7)	2.0	49.0	32.7	14.3	2.0
재원기간 단축	81(57.9)	59(42.1)	2.6	47.4	43.6	5.1	1.3
구매, 재고관리제도 도입	108(72.5)	41(27.5)	6.7	52.9	34.6	1.9	3.8
물자절약 운동	154(89.5)	18(10.5)	3.5	46.5	40.3	8.3	1.4
자원봉사자 활용	82(56.9)	62(43.1)	2.6	52.6	38.2	6.6	0.0

註: 중복응답이 가능함.

#### 다. 患者의 不便事項 收斂을 통한 經營環境 改善現況

醫療서비스에 대한 患者의 불편사항 수렴여부를 조사한 결과 대학 병원, 3차 종합병원, 綜合病院의 80.0% 이상이 설문조사를 실시하고 있었으며, 병원급에서는 47.6%로 낮았다. 설문조사를 실시하고 있는 의료기관의 61.6%는 여기에서 얻은 결과가 醫療機關의 서비스 개선 등을 통한 經營環境 改善에 ‘효과적 또는 매우 효과적’으로 도움이 된다고 응답하였다(表 2-15 참조).

〈表 2-15〉 患者不便事項 設問調査 實施與否 및 經營에 미치는 效果  
(단위: 개소, %)

구 분	대학병원	3차 종합병원	종합병원	병 원	합 계
설문조사 실시여부					
있음	23(92.0)	8(100.0)	60(88.2)	39(47.6)	130(71.0)
없음	2( 8.0)	0( 0.0)	8(11.8)	43(52.4)	53(29.0)
의료기관의 경영에 미친 영향					
매우 효과적	0( 0.0)	1(12.5)	2( 3.3)	1( 2.6)	4( 3.1)
효과적	14(60.9)	6(75.0)	36(60.0)	20(51.3)	76(58.5)
보통임	6(26.1)	1(12.5)	17(28.3)	12(30.8)	36(27.7)
효과가 없음	3(13.0)	0( 0.0)	4( 6.7)	5(12.8)	12( 9.2)
잘 모르겠음	0( 0.0)	0( 0.0)	1( 1.7)	1( 2.6)	2( 1.5)
해당사항 없음	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)

註: 무응답은 분석에서 제외함.

#### 라. 外注用役의 實施

의료기관의 外注用役 實施現況을 살펴본 결과 외주용역을 많이 주는 事業部門으로 ‘오물 및 적출물 처리업무(91.6%)’, ‘소독(81.0%)’, ‘청소(59.5%)’, ‘세탁(58.0%)’ 순으로 과반수를 넘게 차지하고 있었다.

外注用役に 따른 업무의 효과성을 묻는 질문에 ‘오물 및 적출물의 처리’ 65.5%, ‘세탁’ 62.9%, ‘職員食堂의 運營’ 56.7%, ‘경비’ 54.6% 순으로 ‘매우 효과적 또는 효과적’이었다고 응답하였다. ‘직원식당 운영(56.7%)’, ‘경비(54.6%)’, ‘시설의 유지 및 관리(50.0%)’는 외주용역의 효과가 50% 이상임에도 불구하고 실제 外注用役을 실시하고 있는 의료기관은 ‘직원식당 운영(21.5%)’, ‘경비(24.5%)’, ‘시설의 유지 및 관리(20.8%)’순으로 낮아 이들 업무를 外注用役으로 교체하는 것이 醫療機關의 經營效率性を 높이는데 필요한 것으로 볼 수 있었다(表 2-16 참조).

〈表 2-16〉 醫療機關의 外注用役 現況과 實施에 따른 效果  
(단위: 개소, %)

부 문	용역여부		효과성 여부				
	유	무	매우효과	효과적	보통	효과없음	잘모름
시설유지관리	30(20.8)	114(79.2)	1( 3.3)	14(46.7)	15(50.0)	0(0.0)	0(0.0)
청 소	97(59.5)	66(40.5)	6( 6.3)	43(45.3)	40(42.1)	6(6.3)	0(0.0)
세 탁	91(58.0)	66(42.0)	2( 2.2)	54(60.7)	29(32.6)	3(3.4)	1(1.1)
소 독	132(81.0)	31(19.0)	6( 4.7)	62(48.8)	47(37.0)	11(8.7)	1(0.8)
전산관리	66(44.0)	84(56.0)	2( 3.1)	25(38.5)	35(53.8)	3(4.6)	0(0.0)
경 비	35(24.5)	108(75.5)	4(12.1)	14(42.5)	15(45.5)	0(0.0)	0(0.0)
환자급식	20(13.9)	124(86.1)	0( 0.0)	9(47.4)	10(52.6)	0(0.0)	0(0.0)
직원식당	31(21.5)	113(78.5)	0( 0.0)	17(56.7)	12(40.0)	1(3.3)	0(0.0)
오물, 적출물	153(91.6)	14( 8.4)	11( 7.6)	84(57.9)	49(33.8)	1(0.7)	0(0.0)
주차장관리	41(28.7)	102(71.3)	2( 5.1)	16(41.0)	20(51.3)	1(2.6)	0(0.0)

마. 物品 共同購買의 實施

醫療機關의 공동구매 실시현황과 이에 따른 효과를 알아보았다. 조 사결과 응답병원 중 藥品 9.1%, 醫療消耗品 7.9%, 의료기기 6.1%만이 공동구매를 하고 있었다. 공동구매에 따른 효과를 알아본 결과 예상 한 바와 같이 약품 92.8%, 醫療機器 88.9%, 의료소모품 84.6%가 ‘매우 효과적 또는 효과적’이었다고 응답하였다.

이러한 결과를 가지고 볼 때 醫療機關이 經營效率性を 꾀하기 위해 서는 공동구매를 통한 費用節減의 효과를 얻어야 할 것이다(表 2-17 참조).

物品 共同購買의 필요성을 묻는 질문에 응답자의 62.9%는 ‘필요 또 는 매우 필요’라고 응답하였으며 ‘필요하지 않다’는 응답도 25.0%로 높게 나타났다. 공동구매의 필요성은 相對적으로 규모가 큰 大學 및 3次 綜合病院에서 더 높았다. 공동구매를 특정단체가 주관하여 실시

할 경우 참여 여부를 묻는 질문에 응답자의 57.0%는 ‘고려해보겠다’고 응답하였으며, ‘적극 고려해보겠다’는 응답은 18.2%였다. 그러나 ‘고려하지 않겠다’는 경우도 比較的 19.4%로 높게 나타났다(表 2-18 참조).

〈表 2-17〉 應答病院의 共同購買 實施現況과 實施에 따른 效果  
(단위: 개소, %)

구 분	약품	의료소모품	의료기기
공동구매여부			
유	15 ( 9.1)	13 ( 7.9)	11 ( 6.1)
무	150 (90.9)	151 (92.1)	153 (93.9)
효과성 여부			
매우 효과적	3 (21.4)	2 (15.4)	3 (33.3)
효과적	10 (71.4)	9 (69.2)	5 (55.6)
보통	1 ( 7.1)	2 (15.4)	1 (11.1)
효과없음	0 ( 0.0)	0 ( 0.0)	0 ( 0.0)
잘모르겠음	0 ( 0.0)	0 ( 0.0)	0 ( 0.0)

〈表 2-18〉 物品共同購買의 必要性和 特定團體 主管시 參與與否  
(단위: 개소, %)

내 용	대학, 3차 종합병원	종합병원, 병원	합 계
공동구매 필요성			
매우 필요	3(10.7)	6( 4.7)	9( 5.8)
필요	19(67.9)	70(54.7)	89(57.1)
필요하지 않음	6(21.4)	33(25.8)	39(25.0)
잘 모르겠음	0( 0.0)	19(14.8)	19(12.2)
특정단체 주관시 참여여부			
참여하겠음	2( 6.5)	28(20.9)	30(18.2)
고려해 보겠음	19(61.3)	75(56.0)	94(57.0)
고려하지 않겠음	8(25.8)	24(17.9)	32(19.4)
잘 모르겠음	2( 6.5)	7( 5.2)	9( 5.5)

共同購買를 실시하고 있는 의료기관의 경우 共同購買에 따른 隘路事項으로는 응답자의 28.6%는 ‘부서간 選好購買物品이 있어 그 조정이 어렵다’고 응답하였으며, 21.4%는 ‘선택의 폭이 좁다’는 것을 이유로 들었다. 共同購買를 실시하고 있지 않는 醫療機關의 경우 실시하고 있지 않는 이유를 묻는 질문에 응답자의 17.9%는 ‘참여병원 또는 主管者가 없다’는 것을 이유로 들었으며, 14.9%는 ‘결제방법, 물품의 규격이 다르기 때문’이라고 응답하였다(表 2-19 참조).

〈表 2-19〉 共同購買에 따른 隘路事項

(단위: 개소, %)

항	목	응답
공동구매실시의 애로사항		
부서간 선호구매물품이 있으며 그 조정이 어려움		4(28.6)
선택의 폭이 좁음		3(21.4)
부속병원과의 연계 어려움		2(14.3)
구매의 적시성 결여		2(14.3)
정부의 통제(의약품)완화		1( 7.1)
구매하지 않는 경우 구매권 상실		1( 7.1)
의료인의 인식부족		1( 7.1)
비공동구매 이유		
참여 병원 또는 주관자가 없음		12(17.9)
결제방법, 물품규격이 다름		10(14.9)
이익의 분배는 이상임. 경비가 더 들것임(시장성이 없음)		8(11.9)
적시공급이 어려우며 업무가 복잡함		8(11.9)
의논이 어려움		7(10.4)
정부투자기관의 공개경쟁입찰		5( 7.5)
구매량이 적음		5( 7.5)
정보의 미비		4( 6.0)
기존 거래처와의 관계 및 효과의 불투명		3( 4.5)
상급기관과의 공동구매		2( 3.0)
인식부족		2( 3.0)
제도적 장치 미흡		1( 1.5)

註: 중복응답이 가능하도록 하였음.

## 6. 病院經營의 隘路事項

## 가. 醫療機關의 資金事情 側面

의료기관의 현재 資金事情을 묻는 질문에 응답자의 41.1%가 ‘자금 압박을 받아 借入하였다’고 응답하였으며 35.6%는 ‘차입할 정도는 아니다’라고 응답하였다.

〈表 2-20〉 應答病院의 資金事情 및 借入現況

(단위: 개소, %)

구 분	대학병원	3차 종합병원	종합병원	병 원	합 계
의료기관 자금사정					
자금압박을 받아 차입	5(20.0)	2(28.6)	30(44.1)	37(46.2)	74(41.1)
차입할 정도는 아님	12(48.0)	2(28.6)	25(36.8)	25(31.3)	64(35.6)
자금압박을 느끼지 않음	7(28.0)	2(28.6)	7(10.3)	15(18.8)	31(17.2)
여유자금이 조금 있음	1( 4.0)	1(14.3)	4( 5.9)	3( 3.7)	9( 5.0)
투자모색	0( 0.0)	0( 0.0)	2( 2.9)	0( 0.0)	2( 1.1)
자금차입 기관					
일반금융기관	9(47.4)	4(80.0)	40(65.6)	47(67.1)	100(64.5)
정부융자	2(10.5)	0( 0.0)	11(18.0)	8(11.4)	21(13.5)
개인	1( 5.3)	0( 0.0)	0( 0.0)	9(12.9)	10( 6.5)
재단 및 법인사무국	4(21.1)	0( 0.0)	4( 6.6)	2( 2.9)	10( 6.5)
정부	1( 5.3)	0( 0.0)	4( 6.6)	2( 2.9)	7( 4.5)
차관	1( 5.3)	1(20.0)	0( 0.0)	0( 0.0)	2( 1.3)
지역개발기금	0( 0.0)	0( 0.0)	1( 1.6)	0( 0.0)	1( 0.6)
없음	1( 5.3)	0( 0.0)	1( 1.6)	2( 2.9)	4( 2.6)
금융기관 대출시 어려운 점					
고금리	11(61.1)	3(100.0)	30(61.2)	29(46.0)	73(54.9)
담보부족	0( 0.0)	0( 0.0)	6(12.2)	17(27.0)	23(17.3)
대출절차가 까다로움 <sup>1)</sup>	3(16.7)	0( 0.0)	6(12.2)	11(17.5)	20(15.1)
담보는 있으나 은행거절	1( 5.6)	0( 0.0)	4( 8.2)	3( 4.8)	8( 6.0)
없음	3(16.7)	0( 0.0)	3( 6.1)	3( 4.8)	9( 6.8)

註: 1) 대학병원의 상급기관(교육부) 허가절차가 까다롭다는 의견(1)이 있었음.

資金壓迫을 받아 차입한 경우 종합병원(44.1%) 및 병원(46.2%)은 대학병원(20.0%)과 3차 종합병원(28.6%)에 비하여 높아 綜合病院 및 病院의 자금사정이 좋지 않은 것으로 조사되었다. 자금을 차입한 기관은 전체의 64.5%가 一般金融機關을 이용하는 것으로 조사되었으며, 금융기관 대출시 어려운 점은 ‘고금리’라는 응답이 전체의 54.9%로 제일 많았고, 그 다음이 ‘擔保不足(17.3%)’, ‘대출절차가 까다롭다(15.1%)’ 순이었다(表 2-20 참조).

#### 나. 醫療機關의 投資計劃 側面

조사에 응답한 의료기관의 평균 66.8%는 향후 병상의 증설운영을 계획하고 있었으며, 14.1%는 減縮運營을 계획하고 있었다. 병상의 증설은 대학 및 3차 종합병원이 80.0%로 가장 높았고, 감축운영은 병원이 22.2%로 가장 높았다. 응답병원의 72.2%는 高價醫療裝備에 대한 투자를 계획하고 있었으며 대학 및 3차 종합병원이 86.7%로 가장 높았다. 또한 應答病院의 80%정도는 전문클리닉이나 센터의 운영을 고려하고 있는 것으로 조사되었다.

의료기관의 신규투자 이유는 42.5%가 ‘의료서비스의 개선을 위해서’라고 응답하였고 39.5%는 ‘經營收支 改善을 위해서’라고 답하였다. 신규투자시 가장 문제가 되고 있는 사항은 예상한 바와 같이 ‘財源調達(33.9%)’이라고 응답하였으며, ‘수요의 불확실성(21.8%)’, ‘낮은 수가(21.8%)’는 동일한 수준을 보여주었다. 재원조달 문제 이외에 대학 및 3차 종합병원은 ‘수가측면’에 더 비중을 두었으며 綜合病院 및 病院은 ‘수요의 불확실성 측면’에 더 비중을 두는 것으로 조사되었다. 향후 3~4년 이내에 병원의 運營體系를 묻는 질문에 64.8%가 ‘현 체제대로 유지하겠다’고 응답하였으며 23.5%는 ‘전문병원으로 轉換하여 運營하겠다’고 응답하였다. 특히 병원급의 경우에는 ‘전문병원으로 운영하겠

다’는 의견이 25.6%, ‘종합병원으로 운영하겠다’는 의견이 20.5%로 높아 量的·質的인 變化가 이루어질 것으로 전망되었다(表 2-21 참조).

〈表 2-21〉 應答病院의 投資 및 運營計劃

(단위: 개소, %)

구 분	대학 및 3차종합병원	종합병원	병 원	합 계
향후 병상의 증설운영	24( 80.0)	37(67.3)	34(53.1)	95(66.8)
향후 병상의 감축운영	3( 10.3)	5( 9.8)	12(22.2)	20(14.1)
의료장비 계획: 고가의료장비 투자	26( 86.7)	48(80.0)	32(50.0)	106(72.2)
전문클리닉, 센터 전환운영	31(100.0)	45(78.9)	40(62.5)	116(80.5)
신규투자 이유				
의료서비스 개선	16(48.5)	29(43.9)	26(38.2)	71(42.5)
경영수지 개선	13(39.4)	30(45.5)	23(33.8)	66(39.5)
타기관과의 경쟁	2( 6.1)	5( 7.6)	9(13.2)	16( 9.6)
신규투자가 없음	0( 0.0)	1( 1.5)	9(13.2)	10( 6.0)
초과수요가 있어서	1( 3.1)	1( 1.5)	1( 1.5)	3( 1.8)
운영체제 전환	1( 3.0)	0( 0.0)	0( 0.0)	1( 0.6)
신규투자시 문제가 되는 사항				
재원조달	23(36.5)	44(35.2)	40(31.3)	107(33.9)
수요의 불확실성	7(11.1)	31(24.8)	31(24.2)	69(21.8)
낮은 수가	17(27.0)	25(20.0)	27(21.1)	69(21.8)
대지 및 위치확보	6( 9.5)	9( 7.2)	11( 8.6)	26( 8.2)
인력확보	4( 6.3)	8( 6.4)	12( 9.4)	24( 7.6)
각종 인허가 문제	5( 7.9)	5( 4.0)	3( 2.3)	13( 4.1)
세계문제	1( 1.6)	2( 1.6)	4( 3.1)	7( 2.2)
상급기관의 승인요구	0( 0.0)	1( 0.8)	0( 0.0)	1( 0.3)
향후 3~4년 이내의 병원운영체제				
현 체제대로 유지	27(81.8)	51(75.0)	38(48.7)	116(64.8)
전문병원으로 운영	6(18.2)	16(23.5)	20(25.6)	42(23.5)
규모확대(병원→종합병원)	0( 0.0)	0( 0.0)	16(20.5)	16( 8.9)
규모축소(병원→의원)	0( 0.0)	0( 0.0)	4( 5.1)	4( 2.2)
규모축소(종합병원→병원)	0( 0.0)	1( 1.5)	0( 0.0)	1( 0.6)

다. 醫療機關의 醫療事故 發生 側面

최근 2년간 의료사고 건수는 평균 6건으로 법적 소송 1건, 보호자와의 합의解決 3건, 미해결 2건으로 조사되었다.

법적 소송 및 합의를 평균보상금액은 각각 약 2천3백만원인 것으로 조사되었으며, 법적소송 및 합의해결시의 附帶費用은 각각 3백만원, 2백만원 수준이었다. 醫療事故에 따른 가장 큰 애로사항은 ‘병원내 소동(48.1%)’이었으며 그 다음은 ‘합의시 비용부담’(19.9%), ‘병원의 이미지 실추’(17.9%)순이었다. 특히 대학 및 3차 종합병원은 ‘병원의 이미지 실추’에 관심을 둔 반면, 종합병원 및 병원은 ‘합의시 비용부담’을 애로사항으로 지적하였다(表 2-22 참조).

〈表 2-22〉 最近 2年間 醫療事故 關聯 現況

(단위: 건, 백만원, 개소, %)

구 분	대학 및 3차종합병원	종합병원	병 원	합 계
최근 2년간 평균의료사고 건수				
법적 소송	1.8	0.8	0.1	0.9
보호자와의 합의해결	6.0	2.0	1.0	3.0
미해결	4.6	1.1	0.5	2.1
의료사고시 건당평균지불금액				
법적소송시의 평균보상금	36.2	31.5	1.0	22.9
법적소송시의 부대비용	4.4	3.9	1.0	3.1
합의해결시의 평균보상금	31.2	25.3	12.5	23.0
합의해결시 부대비용	3.4	1.4	1.1	2.0
의료사고시 애로점				
병원내 소동	16(50.0)	30(47.6)	29(47.5)	75(48.1)
합의시 비용부담	4(12.5)	16(25.4)	11(18.0)	31(19.9)
병원 이미지 실추	7(21.9)	11(17.5)	10(16.4)	28(17.9)
직원의 사기저하, 방어진료	5(15.6)	6( 9.5)	9(14.8)	20(12.8)
법적인 소송	0( 0.0)	0( 0.0)	2( 3.3)	2( 1.3)

#### 라. 醫療費 請求金額의 削減 側面

조사대상 기관의 전체 평균진료비 삭감금액은 3억 2천만원이었으며, 이 중 대학 및 3차 종합병원의 平均削減金額은 약 7억원, 병원급은 약 3천만원이었다.

〈表 2-23〉 診療費削減 關聯 事項(1996年)

(단위: 천만원, 개소, %)

구 분	대학 및 3차종합병원	종합병원	병 원	합 계
진료비 삭감				
삭감액	69.6	24.6	2.8	32.3
삭감률	1.7	2.3	2.8	2.3
부담정도				
매우부담이 됨	11(34.4)	18(28.1)	7( 9.2)	36(20.9)
부담이 됨	16(50.0)	30(46.9)	38(50.0)	84(48.8)
부담을 주나 미미함	5(15.6)	16(25.0)	20(26.3)	41(23.8)
부담이 되지 않음	0( 0.0)	0( 0.0)	6( 7.9)	6( 3.5)
잘 모르겠음	0( 0.0)	0( 0.0)	1( 1.3)	1( 0.6)
해당없음	0( 0.0)	0( 0.0)	4( 5.3)	4( 2.3)

이러한 診療費削減金額에 대하여 의료기관들은 48.8%가 ‘負擔’을 느끼는 것으로 여기고 있었으며, 20.9%는 ‘매우 부담’이 된다고 응답하였다. 특히, 大學 및 3次 綜合病院의 34.4%는 ‘매우 부담’을 느끼고 있다고 응답한 반면, 병원의 경우에는 9.2%로 낮아 상대적으로 병원급의 진료비 삭감 부담이 적은 것으로 조사되었다(表 2-23 참조).

#### 마. 惡性診療費 未收金の 發生 側面

악성진료비의 미수율은 전체 진료비 미수금액의 1.8%로 평균 6천만원이었으며 大學 및 3次 綜合病院, 病院의 미수율은 각각 1.2%, 2.9%

로 이들의 미수금액은 각각 1억2천만원, 3천만원이었다. 악성진료비의 미수금 발생이 病院經營에 부담이 된다는 응답이 66.3%인 것으로 나타나 이에 관한 조치가 시급한 것으로 조사되었다(表 2-24 참조).

〈表 2-24〉 惡性診療費 未收金 關聯 現況(1996年)  
(단위: 천만원, 개소, %)

구 분	대학 및 3차종합병원	종합병원	병 원	합 계
악성 진료비 미수금				
미수금액	11.7	4.3	3.0	6.3
미수율 <sup>1)</sup>	1.2	1.3	2.9	1.8
부담정도				
매우부담이 됨	5(15.6)	19(30.2)	13(17.6)	37(21.9)
부담이 됨	18(56.2)	26(41.3)	31(41.9)	75(44.4)
부담이 되나 미미함	7(21.9)	18(28.6)	15(20.3)	40(23.7)
부담이 되지 않음	2( 6.2)	0( 0.0)	9(12.2)	11( 6.5)
잘 모르겠음	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)
해당없음	0( 0.0)	0( 0.0)	6( 8.1)	6( 3.6)

註: 1) 전체 진료비의 미수금액 중 악성진료비의 미수금액을 말하는 것임.

#### 바. 醫療機關의 勞使問題

조사에 응답한 대학 및 3차 종합병원의 54.5%는 勞動組合을 가지고 있었으며 이들의 최근 3년간 노사분규 건수는 평균 1.46건이었다.

반면 응답한 병원급 醫療機關에서는 단 하나의 병원도 노동조합을 가지고 있지 않았다. 노사분규 발생의 가장 주요 원인은 ‘임금인상’이 57.7%로 가장 높았으며 19.2%가 ‘福祉向上 및 處遇改善’이었다. 노조의 病院經營에 대한 영향은 54.3%가 ‘전혀 도움이 안된다’고 응답하였으나 20.0%는 ‘도움이 안되나 필요하다’고 응답하였고 25.7%는 ‘도움이 된다’고 응답하였다(表 2-25 참조).

〈表 2-25〉 醫療機關의 勞使問題 關聯 現況

(단위: 개소, 건, %)

구 분	대학 및 3차종합병원	종합병원	병 원	합 계
노동조합 존재여부				
있음	18(54.5)	20(29.4)	0( 0.0)	38(21.3)
없음	15(45.5)	48(70.6)	77(100.0)	140(78.7)
평균 노사분규 건수	1.46	0.74	0.00	1.10
노사분규 발생의 주요문제				
임금인상	7(50.0)	8(66.7)	0( 0.0)	15(57.7)
복지향상, 처우개선	2(14.3)	3(25.0)	0( 0.0)	5(19.2)
노동법 파동시	3(21.4)	0( 0.0)	0( 0.0)	3(11.5)
경영권 참여	1( 7.1)	1( 8.3)	0( 0.0)	2( 7.7)
노조활동 보장	1( 7.1)	0( 0.0)	0( 0.0)	1( 3.8)
노조의 병원경영에 영향				
전혀 도움이 안됨	9(53.0)	10(55.6)	0( 0.0)	19(54.3)
도움이 안되나 필요	5(29.4)	2(11.1)	0( 0.0)	7(20.0)
도움이 됨	3(17.6)	6(33.3)	0( 0.0)	9(25.7)

#### 사. 人力의 確保

醫療機關의 의료인력 유형별 확보현황을 살펴본 결과 전문의, 레지던트, 인턴의 경우 人力確保가 ‘용이하다’는 응답은 대학 및 3차 종합병원이 대체로 45% 전후였다. 그러나 綜合病院 및 病院의 경우 ‘용이하다’고 응답한 비율은 9.0% 내외에 불과하였으며, 특히 전문의의 확보에 ‘어려움이 있다’는 應答은 89.2%로 높게 나타났다.

간호사의 경우 大學 및 3次 綜合病院은 62.5%가 ‘용이하다’고 응답하였으며 ‘매우 어렵다’고 한 응답은 9.4%에 불과하다. 그러나 綜合病

院 및 病院의 경우 간호인력확보가 ‘용이하다’고 응답한 비율은 22.2%에 불과하였으며 36.1%는 ‘매우 어렵다’고 응답하였다.

이와 같은 결과는 중소병원에 있어서 간호사 인력의 확보가 어려운 것을 보여 주는 것이라 하겠다.

약사의 경우는 醫療機關 全般에 걸쳐 22.2%가 ‘용이하다’고 응답한 반면 74.9%는 ‘어렵다’고 응답하여 상대적으로 醫師 및 看護師 人力보다도 藥師 人力의 確保가 어려운 것으로 조사되었다.

의료기사의 경우 대학 및 3차 종합병원의 경우 84.4%가 ‘용이하다’고 응답하였으며 반면 綜合病院 및 病院의 경우는 37.1%가 ‘용이하다’고 응답하여 대체적으로 의사, 간호사, 약사에 비하여 인력확보의 어려움이 덜한 것으로 조사되었다(表 2-26 참조).

의료기관의 醫療人力 類型別 確保現況을 지역별로 살펴보면, 대체적으로 특별시 및 광역시 지역의 의료기관에 비하여 시·군지역의 의료기관이 醫療人力을 確保하는데 있어서 다소 어려운 것으로 조사되었다(表 2-27 참조).

전문의 확보와 관련한 診療科目 類型을 조사한 결과 전문의의 경우 대학 및 3차 종합병원에는 내과(16.7%), 綜合病院 및 病院에는 정형외과(24.7%) 전문의 확보가 가장 어렵다고 응답하였다. 전공의의 경우에는 一般外科, 마취과, 흉부외과가 각각 25.0%로 가장 어렵다고 응답하였으며, 綜合病院 및 病院의 경우에는 일반외과(21.4%) 전공의를 구하기가 가장 어렵다고 응답하였다(表 2-28 참조).

〈表 2-26〉 醫療機關의 醫療人力 類型別 確保現況

(단위: 개소, %)

구 분	대학 및 3차 종합병원	종합병원 및 병원	합 계
전 문 의			
용이함	17(51.5)	11( 7.4)	28(15.5)
다소 어려움	10(30.3)	83(56.1)	93(51.4)
매우 어려움	5(15.2)	49(33.1)	54(29.8)
해당사항 없음	1( 3.0)	5( 3.4)	6( 3.3)
레지던트			
용이함	15(46.9)	9( 9.0)	24(18.2)
다소 어려움	12(37.5)	24(24.0)	36(27.3)
매우 어려움	5(15.6)	25(25.0)	30(22.7)
해당사항 없음	0( 0.0)	42(42.0)	42(31.8)
인   턴			
용이함	13(40.6)	9( 8.3)	22(15.7)
다소 어려움	15(46.9)	26(24.1)	41(29.3)
매우 어려움	3( 9.4)	31(28.7)	34(24.3)
해당사항 없음	1( 3.1)	42(38.9)	43(30.7)
간 호 사			
용이함	20(62.5)	32(22.2)	52(22.2)
다소 어려움	9(28.1)	57(39.6)	66(43.3)
매우 어려움	3( 9.4)	52(36.1)	55(31.6)
해당사항 없음	0( 0.0)	3( 2.1)	3( 2.9)
약   사			
용이함	10(31.3)	28(20.1)	38(22.2)
다소 어려움	16(50.0)	58(41.7)	74(43.3)
매우 어려움	6(18.8)	48(34.5)	54(31.6)
해당사항 없음	0( 0.0)	5( 3.6)	5( 2.9)
의료기사			
용이함	27(84.4)	53(37.1)	80(45.7)
다소 어려움	5(15.6)	76(53.1)	81(46.3)
매우 어려움	0( 0.0)	9( 6.3)	9( 5.1)
해당사항 없음	0( 0.0)	5( 3.5)	5( 2.9)

〈表 2-27〉 醫療機關의 醫療人力 類型別 地域別 確保現況  
(단위: 개소, %)

구	분	특별시 및 광역시			시·군 지역		
		대학, 3차 종합병원	종합병원 및 병원	소계	대학, 3차 종합병원	종합병원 및 병원	소계
전문의							
	용이함	11(57.8)	6(46.2)	17(53.1)	8(12.1)	3( 3.7)	11( 7.4)
	다소 어려움	4(21.1)	6(46.2)	10(31.3)	37(56.1)	46(56.1)	83(56.1)
	매우 어려움	4(21.1)	1( 7.7)	5(15.6)	18(27.3)	31(37.8)	49(33.1)
	해당사항 없음	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)	3( 4.5)	2( 2.4)	5( 3.4)
레지던트							
	용이함	9(45.0)	6(50.0)	15(46.9)	2( 4.0)	7(14.0)	9( 9.0)
	다소 어려움	8(40.0)	4(33.3)	12(37.5)	12(24.0)	12(24.0)	24(24.0)
	매우 어려움	3(15.0)	2(16.7)	5(15.6)	13(26.0)	12(24.0)	25(25.0)
	해당사항 없음	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)	23(46.0)	19(38.0)	42(42.0)
인 턴							
	용이함	9(45.0)	4(33.3)	13(40.6)	1( 2.0)	8(13.6)	9( 8.3)
	다소 어려움	9(45.0)	6(50.0)	15(46.9)	8(16.3)	18(30.5)	26(24.1)
	매우 어려움	1( 5.0)	2(16.7)	3( 9.4)	16(32.7)	15(25.4)	31(28.7)
	해당사항 없음	1( 5.0)	0( 0.0)	1( 3.1)	24(49.0)	18(30.5)	42(38.9)
간호사							
	용이함	13(65.0)	7(58.3)	20(62.5)	12(18.5)	20(25.3)	32(22.2)
	다소 어려움	6(30.0)	3(25.0)	9(28.1)	25(38.5)	32(40.5)	57(39.6)
	매우 어려움	1( 5.0)	2(16.7)	3( 9.4)	26(40.0)	26(32.9)	52(36.1)
	해당사항 없음	0( 0.0)	0(0.0)	0( 0.0)	2( 3.1)	1( 1.3)	3( 2.1)
약 사							
	용이함	8(40.0)	2(16.7)	10(31.3)	15(23.8)	13(17.1)	28(20.1)
	다소 어려움	10(50.0)	6(50.0)	16(50.0)	22(34.9)	36(47.4)	58(41.7)
	매우 어려움	2(10.0)	4(33.3)	6(18.8)	22(34.9)	26(34.2)	48(34.5)
	해당사항 없음	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)	4( 6.3)	1( 1.3)	5( 3.6)
의료기사							
	용이함	17(85.0)	10(83.3)	27(84.4)	25(37.9)	28(36.4)	53(37.1)
	다소 어려움	3(15.0)	2(16.7)	5(15.6)	32(48.5)	44(57.1)	76(53.1)
	매우 어려움	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)	5( 7.6)	4( 5.2)	9( 6.3)
	해당사항 없음	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)	4( 6.1)	1( 1.3)	5( 3.5)

〈表 2-28〉 醫療機關別 診療科目別 醫師人力 確保 優先順位 現況  
(단위: %)

구 분	대학병원 및 3차 종합병원	종합병원 및 병원
전문의		
첫 번째 <sup>1)</sup>	내과(16.7)	정형외과(24.7)
두 번째	피부과, 이비인후과, 신경외과(18.2)	신경외과(15.7)
세 번째	안과(50.0)	산부인과(25.0)
전공의		
첫 번째 <sup>1)</sup>	일반외과, 마취과, 흉부외과(25.0)	일반외과(21.4)
두 번째	해부병리과(15.8)	마취과(15.0)
세 번째	산부인과(17.6)	산부인과(25.0)

註: 1) 첫 번째 인력확보가 어려운 진료과목에 표시된 내용을 분석한 것이며, ( ) 안은 그 진료과목의 %임.

醫師人力 採用이 용이하지 않은 원인으로는 ‘過多한 給與를 요구하기 때문’이 38.3%로 가장 높았으며, 그 다음은 ‘대도시와 원거리 위치’ 29.8%, ‘비대학 또는 비수련병원’ 14.2%순이었다(表 2-29 참조). 大學 및 3次 綜合病院의 경우 40.0%가 ‘대도시와 원거리 위치’라고 응답하였으나 이는 조사에 응답한 大學 및 3次 綜合病院이 중소도시에 위치했기 때문에 나타난 결과였다(表 2-30 참조).

원의 의사의 자체 병원내 진료에 대하여 應答病院의 51.7%가 ‘고려하겠다’고 하였으며, 34.8%는 ‘적극 고려하겠다’고 응답하였다. ‘적극 고려하겠다’의 경우 綜合病院 및 病院(37.0%)이 대학 및 종합병원(25.0%)보다 높았다. 이는 醫師人力 確保의 어려움에 따른 것으로 개방형병원제도(Attending Hospital System)의 도입 필요성을 間接的으로 提示하는 것이라 하겠다(表 2-29 참조).

인력채용이 용이하지 않은 원인을 지역별로 살펴본 결과 特別市 및 廣域市의 경우에는 ‘과다한 급여를 요구하기 때문’이 45.8%로 높았으나 시 및 군지역 의료기관의 경우에는 豫想한 바와 같이 ‘대도시와 원거리 위치 때문’이 48.8%로 높았다(表 2-30 참조).

〈表 2-29〉 人力確保 困難 原因 및 院外 醫師의 活用 與否  
(단위: 개소, %)

구 분	대학 및 3차종합병원	종합병원 및 병원	합 계
채용이 용이하지 않은 주요 원인			
과다한 급여의 요구	1( 6.7)	53(42.1)	54(38.3)
대도시와 원거리 위치	6(40.0)	36(28.6)	44(29.8)
비대학 또는 비수련병원	0( 0.0)	20(15.9)	20(14.2)
불확실한 장래성	1( 6.7)	13(10.3)	14( 9.9)
양질의 인력부족	4(26.7)	2( 1.6)	6( 4.3)
과소한 전문의 수	2(13.3)	1( 0.8)	3( 2.1)
의료사고의 위험성	1( 6.7)	0( 0.0)	1( 0.7)
비해당	0( 0.0)	1( 0.8)	1( 0.7)
원의 의사의 병원내 진료			
적극고려 하겠음	8(25.0)	54(37.0)	62(34.8)
고려하겠음	17(53.1)	75(51.4)	92(51.7)
고려하지 않겠음	5(15.6)	11( 7.5)	16( 9.0)
잘 모르겠음	2( 6.2)	6( 4.1)	8( 4.5)

〈表 2-30〉 地域別 人力確保 困難 原因  
(단위: 개소, %)

구 분	대학 및 3차 종합병원	종합병원 및 병원	합 계
특별시 및 광역시			
과다한 급여의 요구	1(11.1)	26(52.0)	27(45.8)
비대학 또는 비수련병원	0( 0.0)	15(30.0)	15(25.4)
불확실한 장래성	0( 0.0)	6(12.0)	6(10.2)
양질의 인력부족	3(33.3)	2( 4.0)	5( 8.5)
과소한 전문의 수	2(22.2)	0( 0.0)	2( 3.4)
대도시와 원거리 위치	2(22.2)	0( 0.0)	2( 3.4)
의료사고의 위험성	1(11.1)	0( 0.0)	1( 1.7)
비해당	0( 0.0)	1( 2.0)	1( 1.7)
시 및 군지역			
대도시와 원거리 위치	4(66.7)	36(47.4)	40(48.8)
과다한 급여의 요구	0( 0.0)	27(35.5)	27(32.9)
불확실한 장래성	1(16.7)	7( 9.2)	8( 9.8)
비대학 또는 비수련병원	0( 0.0)	5( 6.6)	5( 6.1)
양질의 인력부족	1(16.7)	0( 0.0)	1( 1.2)
과소한 전문의 수	0( 0.0)	1( 1.3)	1( 1.2)
의료사고의 위험성	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)
비해당	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)

## 7. 醫療機關이 長期的인 發展을 위해 選好하는 要因

의료기관이 長期的인 發展을 위해 선호하는 요인으로는 첫 번째가 ‘정부의 의료기관에 대한 政策的인 支援(35.6%)’인 것으로 응답하였으며, 두 번째는 ‘우수한 의료인력의 확보(31.6%)’였다. 그러나 醫療機關 種別로 살펴보면 綜合病院과 病院에서는 ‘정부의 政策的인 지원’에 초점을 둔 반면 대학 및 3차 종합병원은 ‘우수한 의료인력의 확보’에 중점을 두었다(表 2-31 참조).

〈表 2-31〉 醫療機關이 長期的인 發展을 위해 選好하는 要因  
(단위: 개소, %)

구 분	대학병원	3차 종합병원	종합병원	병 원	합 계
정부의 政策的인 지원	7(28.0)	1(12.5)	24(35.8)	31(40.3)	63(35.6)
우수한 의료인력의 확보	7(28.0)	3(37.5)	23(34.3)	23(29.9)	56(31.6)
합리적인 내부관리의 강화	5(20.0)	1(12.5)	4( 6.0)	8(10.4)	18(10.2)
의료서비스의 질 향상 활동	4(16.0)	1(12.5)	3( 4.5)	7( 9.1)	15( 8.5)
병상수의 증설	2( 8.0)	0( 0.0)	6( 9.0)	7( 9.1)	15( 8.5)
대학 또는 수련병원화	0( 0.0)	2(25.0)	7(10.4)	1( 1.3)	10( 5.6)

## 第 2 節 國內 醫療機關의 外部環境 分析

### 1. 醫療機關의 外部經營環境 評價

전반적인 우리나라의 病院經營環境을 평가한 결과 대상의료기관의 63.2%가 ‘비관적’, 18.4%가 ‘보통’, 3.8%가 ‘낙관적’인 것으로 조사되었으며, 특히 大學病院의 경우에는 병원장의 84.0%가 ‘悲觀的’으로 보는 것으로 나타났다.

이러한 원인은 政府의 規制나 잘못된 제도 때문인 것으로 보는 견

해가 67.5%로 가장 높게 나타났으며 특히 大學病院에서의 이러한 경향이 79.2%로 높게 나타났다. 향후 의료산업의 전망에 대하여 응답자의 61.5%가 지금보다 ‘惡化될 것이다’라고 응답하였으며 ‘지금과 비슷할 것이다’란 응답은 24.7%였다(表 2-32 참조).

〈表 2-32〉 應答病院의 全般的인 經營環境 評價

(단위: 개소, %)

구 분	대학병원	3차 종합병원	종합병원	병 원	합 계
전반적 병원경영 환경					
매우 낙관적	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)	0(0.0)	0( 0.0)
낙관적	1( 4.0)	1(12.5)	1( 1.4)	4(4.8)	7( 3.8)
보통	2( 8.0)	0( 0.0)	16(23.2)	16(19.3)	34(18.4)
비관적	21(84.0)	5(62.5)	39(56.5)	52(62.7)	117(63.2)
매우 비관적	1( 4.0)	2(25.0)	13(18.8)	11(13.3)	27(14.6)
이 유					
내부적 요인	5(20.8)	1(16.7)	17(26.6)	14(18.7)	37(21.9)
외부적 요인	0( 0.0)	1(16.7)	5(7.8)	12(16.0)	18(10.7)
정부의 규제나 제도	19(79.2)	4(66.7)	42(65.6)	49(65.3)	114(67.5)
향후 전망					
지금보다 좋아질 것임	1( 4.0)	1(14.3)	7(10.3)	11(13.4)	20(11.0)
지금하고 비슷할 것임	5(20.0)	1(14.3)	17(25.0)	22(26.8)	45(24.7)
지금보다 악화될 것임	19(76.0)	5(71.4)	42(61.8)	46(56.1)	112(61.5)
잘 모르겠음	0( 0.0)	0( 0.0)	2( 2.9)	3( 3.7)	5( 2.7)

## 2. 周邊 醫療機關에 대한 認識

조사대상 의료기관의 平均 競爭病院數는 2.6개였다. 주변 의료기관과의 관계를 묻는 질문에 응답자의 52.7%가 경쟁도 하고 협력도 하는 ‘競爭 및 協力の 關係’로 보았으며, 31.3%는 ‘경쟁의 關係’로 인식하는

것으로 조사되었다. 특히 대학병원 및 3차 종합병원의 경우에는 ‘경쟁 및 협력의 관계’로 보는 경향이 각각 64.0%, 87.5%로 높게 나타났으나 종합병원의 경우에는 ‘競爭의 關係’로 보는 것이 44.1%로 높았다.

周邊 醫療機關이 경영수지에 미치는 영향을 알아본 결과 응답자의 58.4%는 ‘영향을 미치나 심각하지 않다’고 응답하였으며 24.7%는 ‘심각하게 영향을 미친다’고 응답하였다. 특히 병원급에서 ‘심각하다’는 의견이 32.1%로 높게 나타났으며 大學病院에서는 12.0%로 가장 낮았다(表 2-33 참조).

〈表 2-33〉 周邊 醫療機關과의 關係 및 醫療機關에 미치는 影響  
(단위: 개소, %)

구 분	대학병원	3차 종합병원	종합병원	병원	합 계
주변과의 관계					
경쟁의 관계	3(12.0)	0( 0.0)	30(44.1)	24(29.6)	57(31.3)
협력의 관계	5(20.0)	1(12.5)	4( 5.9)	11(13.6)	21(11.5)
경쟁 및 협력	16(64.0)	7(87.5)	33(48.5)	40(49.4)	96(52.7)
잘 모르겠음	1( 4.0)	0( 0.0)	1( 1.5)	6( 7.4)	8( 4.4)
경쟁병원의 수	2.2	2.9	2.6	2.7	2.6
경영수지에 미치는 영향					
심각	3(12.0)	1(12.5)	15(22.4)	25(32.1)	44(24.7)
영향을 미치나 비심각	20(80.0)	5(62.5)	42(62.7)	37(47.4)	104(58.4)
비영향	1( 4.0)	2(25.0)	6( 9.0)	7( 9.0)	16( 9.0)
잘 모르겠음	0( 0.0)	0( 0.0)	2( 3.0)	4( 5.1)	6( 3.4)
해당사항 없음	1( 4.0)	0( 0.0)	2( 3.0)	5( 6.4)	8( 4.5)

3. 醫療機關 關聯 制度 및 支援政策 評價

가. 醫療保險 酬價

현재의 醫療保險 酬價에 대하여 응답자의 50.5%가 ‘매우 불만족하다’고 응답하였으며 42.9%는 ‘불만족’하다고 응답하여 예상한 바와 같이 90% 이상이 불만을 나타내고 있었다. 수가가 醫療機關의 經營收支에 미치는 主觀的인 影響에 관하여 응답자의 2/3 정도가 60% 이상 영향을 미치고 있다고 생각하는 것으로 調査되어 豫想한 바와 같은 결과를 보여주었다(表 2-34 참조).

〈表 2-34〉 醫療酬價 水準 및 酬價가 經營收支에 미치는 主觀的 影響  
(단위: 개소, %)

구 분	대학병원	3차 종합병원	종합병원	병 원	합 계
현재의 의료수가 수준					
매우 불만족	15(60.0)	4(50.0)	37(53.6)	37(45.1)	93(50.5)
불만족	9(36.0)	4(50.0)	29(42.0)	37(45.1)	79(42.9)
보통	1( 4.0)	0( 0.0)	3( 4.3)	7( 8.5)	11( 6.0)
만족	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)	1( 1.2)	1( 0.5)
매우 만족	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)
수가가 경영수지에 미치는 영향					
80~100%	10(40.0)	3(37.5)	21(31.3)	21(25.9)	55(30.4)
60~79%	7(28.0)	3(37.5)	25(37.3)	25(30.9)	60(33.1)
40~59%	5(20.0)	0( 0.0)	14(20.9)	21(25.9)	40(22.1)
20~39%	3(12.0)	2(25.0)	6( 9.0)	11(13.6)	22(12.2)
20% 미만	0( 0.0)	0( 0.0)	1( 1.5)	3( 3.7)	4( 2.2)

현행 醫療機關 種別 酬價差等化에 대한 의견을 조사한 결과 대체적으로 ‘현행대로’ 유지하기를 원하는 것으로 나타났으나 差異를 확대하자는 意見도 적지 않았다(表 2-35 참조).

〈表 2-35〉 醫療機關 種別 酬價差等化에 대한 意見

(단위: 개소, %)

구 분	대학병원	3차 종합병원	종합병원	병 원	합 계
의원-병원					
현행대로	14(66.7)	3(42.9)	35(64.8)	31(42.5)	83(53.5)
폐 지	2( 9.5)	0( 0.0)	3( 5.6)	15(20.5)	20(12.9)
확 대	5(23.8)	4(57.1)	12(22.2)	20(27.4)	41(26.5)
축 소	0( 0.0)	0( 0.0)	4( 7.4)	7( 9.6)	11( 7.1)
병원-종합병원					
현행대로	15(71.4)	1(14.3)	30(51.7)	25(35.2)	71(45.2)
폐 지	1( 4.8)	1(14.3)	8(13.8)	12(16.9)	22(14.0)
확 대	4(19.0)	5(71.4)	16(26.7)	22(31.0)	47(29.9)
축 소	1( 4.8)	0( 0.0)	4( 6.9)	12(16.9)	17(10.8)
종합병원-3차진료기관					
현행대로	11(45.8)	2(28.6)	21(36.8)	31(44.9)	65(41.4)
폐 지	1( 4.2)	0( 0.0)	11(19.3)	14(20.3)	26(16.6)
확 대	11(45.8)	5(71.4)	17(29.8)	19(27.5)	52(33.1)
축 소	1( 4.2)	0( 0.0)	8(14.0)	5( 7.2)	14( 8.9)

醫療酬價 관련 건의사항을 조사한 결과 應答病院의 23.2%는 ‘수가의 인상이 필요하다’고 응답하였으며, 20.2%는 ‘의료기술료의 인상’을 요구하였다. ‘시간, 난이도를 고려한 수가제도를 도입해야 한다’는 의견은 16.2%였고, ‘手術, 應急處置, ICU, 화상환자치료, 産婦人科 診療, 주사료, 입원료, 처치료 및 기타 간호관리료와 같이 현의료수가 중 일부 항목의 酬價 現實化’가 이루어져야 한다는 의견은 전체의 11.1%였으며, ‘의료수가심의위원회’를 설치하여 수가인상을 결정할 必要性이 있다는 의견은 6.1%였다(表 2-36 참조).

〈表 2-36〉 醫療酬價 關聯 建議事項

(단위: 개소, %)

항	목	응답
수가가 낮아 인상이 필요		23(23.2)
의료기술료의 인상		20(20.2)
시간, 난이도를 고려한 수가제도도입		16(16.2)
수술, 응급처리, ICU, 화상치료환자, 산부인과, 주사료, 입원료, 처치료 및 기타 간호관리료의 현실화		11(11.1)
의료수가심의위원회 설치요망(수가인상 결정, 객관적 산출)		6( 6.1)
보험심사 독립 및 자율성 보장		4( 4.0)
재활서비스의 급여확대 및 예방백신, 의료신기술의 보험급여화추진		3( 3.0)
최저기본의료보험 외에 몇 가지 다원화된 보험제도 필요		3( 3.0)
항목별 수가단순화(예: DRG)제도 도입		3( 3.0)
의료취약지역 병원에 대한 정부지원이 확대될 필요가 있음(대도시로 환자유출)		3( 3.0)
약제, 진료재료대 등 수가통제 완화(적정마진 인정)		2( 2.0)
3차 진료기관의 지정진료비 만큼 2차병원의 수가조정 필요		1( 1.0)
진료행위별 담당의사별(교수, 전문의, 전공의)수가 차등화		1( 1.0)
병원급은 종합병원에 비해 경영이 열악하므로 외래본인부담률을 40%에서 30%로 인하(군지역병원)		1( 1.0)
현3단계(1세 미만, 3세 미만, 3세 이상 6세 미만의 3단계로 구성)의 가산으로 되어 있는 소아가산 진찰료를 일원화로 축소 요망		1( 1.0)
동일환자가 하나의 상병으로 2개 이상 진료전문과목에서 진료를 받았을 때 초·재진료는 각각 산정		1( 1.0)

註: 응답은 중복이 가능하도록 하였음.

#### 나. 現行 稅制 政策

의료기관 경영상 세제부담 정도를 조사한 결과 應答病院의 2/3정도가 과중하게 생각하고 있는 것으로 조사되었으며, 세제 관련 주요 문제로는 醫師研究費의 과세(42.8%), 높은 법인세 및 소득세(31.2%) 등을 지적하였다(表 2-37 참조).

〈表 2-37〉 政府의 稅制政策에 대한 評價

(단위: 개소, %)

구 분	대학병원	3차 종합병원	종합병원	병 원	합 계
부담정도					
매우 과중하다	1( 4.8)	1(12.5)	10(15.6)	12(16.2)	24(14.4)
과중하다	7(33.3)	4(50.0)	34(53.1)	39(52.7)	84(50.3)
보통이다	10(47.6)	2(25.0)	15(23.4)	17(23.0)	44(26.3)
과중하지 않다	2( 9.5)	1(12.5)	1( 1.6)	0( 0.0)	4( 2.4)
잘 모르겠다	1( 4.8)	0( 0.0)	4( 6.2)	6( 0.0)	11( 6.6)
주요문제					
의사연구비의 과세	8(53.3)	2(33.3)	29(48.3)	20(35.1)	59(42.8)
높은 법인(소득)세	5(33.3)	3(50.0)	13(21.7)	22(38.6)	43(31.2)
불량미수금의 대손처리	0( 0.0)	0( 0.0)	8(13.3)	11(19.3)	19(13.8)
지방세(등록세)의 문제	1( 6.7)	1(16.7)	9(15.0)	3( 5.3)	14(10.1)
산재, 고용보험료율 높음	1( 6.7)	0( 0.0)	1( 1.7)	0( 0.0)	2( 1.4)
자산에 비해 수익성 낮음	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)	1( 1.8)	1( 0.7)

稅制關聯 建議事項을 알아본 결과 응답자의 39.7%가 의료기관의 세율과 각종 부담금 인하 및 비과세부문의 확대를 건의하였다. 부담금의 경우 산재보험 및 고용보험의 사업자 부담금, 環境改善負擔金, 교통유발부담금 등에 대한 불평이 많았다. 특히, 산재보험료의 산정에 있어서 業體性格에 맞게 낮은 요율을 적용하거나 적용제외 의견을 제시하였다. 그 외 수련병원의 연구보조비 전액비과세(20.6%), 미수금의 발생 및 의료사고에 따른 특별손실의 損費處理 人定(11.1%) 등의 건의가 있었다(表 2-38 참조).

〈表 2-38〉 稅制 關聯 建議事項

(단위: 개소, %)

항 목	응답
세율과 부담금 인하 및 비과세부문의 확대(산재보험, 고용보험, 환경개선 부담금, 교통유발부담금)	25(39.7)
수련병원의 연구보조비 전액비과세	13(20.6)
미수금의 발생, 의료사고 처리비용 등 장부상 나타낼 수 없는 부분이 많으므로 일정부분 손비처리의 인정이 필요함	7(11.1)
비영리법인의 특수성을 고려하여 의료법인은 비과세: 의료기관을 수익 사업 대상에서 제외(법인세법 제1조 1항))	6( 9.5)
병원설립형태(예: 의료법인과 국공립병원)에 따른 조세특례규정의 조정 필요(국세, 지방세)-학교법인(대학병원) 및 국공립대학병원은 동일한 의료수가 등을 적용받고 세제혜택이 있음(대학설치기준령 제2조1항)	5( 7.9)
고유목적 신증축 부가세, 담보설정에 따른 등록세 면제, 완화	3( 4.8)
공공의료기관의 과세자료 노출에 따른 세제 감면	2( 3.2)
세금의 분납	1( 1.6)
비영리공공의료기관의 투자비 세액공제	1( 1.6)

다. 政府의 金融支援 政策

정부의 의료기관에 대한 금융지원에 관하여 應答病院의 절반정도가 금융지원을 받은 경험이 있었으며, 특히 3차 종합병원이 지원을 가장 많이 받았다. 정부의 金融支援 效果에 대하여는 예상한 바와 같이 應答病院의 대부분이 ‘효과가 있었으며 필요하다’고 응답하였다(表 2-39 참조).

정부의 金融支援政策에 대한 건의사항을 알아본 결과 응답자의 27.4%는 농특 및 재특지원금의 금리인하를 가장 많이 원하는 것으로 조사되었다. 현재 농특자금은 연리 5.5%, 財特支援金은 연리 8.0%로 지원되고 있으며, 참고로 일본의 경우는 연리 4.1%로 자금지원이 이

루어지고 있다. 그 외 財特資金으로 시설운영자금 지원(16.4%)과 지원금의 규모확대(15.1%) 등과 같은 건의가 있었다(表 2-40 참조).

〈表 2-39〉 醫療機關에 대한 政府의 金融支援에 대한 評價  
(단위: 개소, %)

구 분	대학병원	3차 종합병원	종합병원	병 원	합 계
금융지원 혜택 유무					
있음	9(36.0)	7(87.5)	36(52.9)	34(43.0)	86(47.8)
없음	16(64.0)	1(12.5)	32(47.1)	45(57.0)	94(52.2)
효 과					
효과가 있었으며 필요	8(88.9)	5(71.4)	33(91.7)	31(52.2)	77(89.5)
효과가 없었지만 필요	1(11.1)	2(28.6)	2( 5.6)	2( 5.9)	7( 8.1)
효과가 없었으며 비필요	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)
잘 모르겠음	0( 0.0)	0( 0.0)	1( 2.8)	1( 2.9)	2( 2.3)

〈表 2-40〉 政府 金融支援政策에 대한 建議  
(단위: 개소, %)

항 목	응답
농특지원(금리 5.5%) 및 재특지원금의 금리인하(현 8.0%)	20(27.4)
재특자금으로 시설운영자금의 지원(장비, 시설설비비)	12(16.4)
지원금액 확대	11(15.1)
공정, 객관적인 지원대상 선정	8(11.0)
선별지원: 농어촌, 저소득층 등을 위한 필요기관	7( 9.6)
국공립 및 지방공사의료원에 대한 금융지원 필요	5( 6.8)
중별구분없이 대상확대(중소병원 포함)	4( 5.5)
행정절차의 간소화	3( 4.1)
기타 <sup>1)</sup>	3( 4.1)

註: 1) 기타의 경우는 국립대학병원의 지원예산 별도설정, 지원자로 선정되면 사업계획대로 계속추진 필요성 등이 있었음.

## 라. 醫療서비스 評價制度에 대한 意見

의료기관 서비스 평가제도에 대하여 알아본 결과, 應答病院의 1/3 정도가 醫療機關서비스 평가를 받은 것으로 조사되었다(1995년에 17개 병원, 1996년에 21개 병원, 1997년에 13개 병원). 대부분의 대학 및 3차 종합병원에서는 병원간의 競爭意識과 평가결과가 해당 병원에 미칠 영향을 우려하여 평가에 대비하였던 것으로 조사되었다.

평가에 대한 부담정도도 대부분의 대학 및 3차 종합병원에서는 ‘부담이 된다’고 응답한 반면 綜合病院은 상대적으로 낮은 ‘부담’ 정도를 나타내어 병원규모가 작을수록 평가를 통한 競爭意識과 관심의 정도가 약해지는 것으로 분석되었다. 평가결과 공개여부에 대해 應答病院 전체의 37.3%가 비공개를 원하였고, 22.2%는 향후 部門別 上位 醫療機關만을 공개하는 것을 원하는 것으로 조사되었다. 특히 대학 및 3차 종합병원에서는 63.6%가 비공개를 원하는 것으로 응답하여 綜合病院에 비하여 평가결과에 대해 더 많은 부담을 가지는 것으로 조사되었다.

평가의 필요성에 대해 評價制度가 ‘불필요하다’는 응답은 27.3%가 있었으나, 57.1%는 ‘필요하다’고 응답하여 必要性에 대하여는 어느 정도 공감하고 있었다. 운영방식에 대하여는 현행과 같은 政府 主導方式보다는 의료관련 민간단체 주도방식(40.5%)이나 정부와 민간단체 결합방식(38.6%)을 선호하였으며, 기존 病院協會의 병원표준화사업과 통합운영에 대해 應答자의 71.9%가 이를 긍정적으로 생각하는 것으로 조사되었다(表 2-41 참조).

〈表 2-41〉 醫療機關 서비스評價制度 實施에 대한 諸般事項 評價  
(단위: 개소, %)

구 분	대학 및 3차 종합병원	종합병원	합 계
평가경험			
있음	30(90.9)	25(16.9)	55(30.4)
없음	3( 9.1)	123(83.1)	126(69.6)
평가연도			
1995	17(60.7)	0( 0.0)	17(33.3)
1996	8(28.6)	13(56.5)	21(41.2)
1997	3(10.7)	10(43.5)	13(25.5)
준 비			
많은 준비	8(26.7)	1( 4.0)	9(16.4)
일부 대비	17(56.7)	11(44.0)	28(50.9)
별다른 대비가 없었음	5(16.7)	13(52.0)	18(32.7)
부담정도			
매우부담	7(21.2)	8( 7.1)	15(10.3)
부담	20(60.6)	38(33.9)	58(40.0)
보통	5(15.2)	24(21.4)	29(20.0)
부담되지 않음	1( 3.0)	2( 1.8)	3( 2.1)
잘 모르겠음	0( 0.0)	40(35.7)	40(27.6)
공개여부			
완전공개	2( 6.1)	15(12.0)	17(10.8)
부문별 상위공개	6(18.2)	19(15.2)	25(15.8)
향후 완전공개	1( 3.0)	9( 7.2)	10( 6.3)
향후 부문별 상위공개	3( 9.1)	32(25.6)	35(22.2)
비공개	21(63.6)	38(30.4)	59(37.3)
잘 모르겠음	0( 0.0)	12( 9.6)	12( 7.6)
필 요 성			
매우필요	1( 3.0)	2( 1.6)	3( 1.9)
필요함	17(51.5)	75(58.6)	92(57.1)
필요하지 않음	13(39.4)	31(24.2)	44(27.3)
잘 모르겠음	2( 6.1)	20(15.6)	22(13.7)
운영방식			
정부주도 방식	1( 3.1)	2( 1.6)	3( 1.9)
의료관련 민간단체 주도방식	14(43.7)	50(39.7)	64(40.5)
정부와 민간단체 결합방식	15(46.9)	46(36.5)	61(38.6)
독립된 평가기관 주도방식	0( 0.0)	1( 0.8)	1( 0.6)
잘 모르겠음	2( 6.2)	27(21.4)	29(18.4)
통합화 여부			
각각 병행시행	3( 9.1)	15(14.7)	18(13.3)
병원표준화사업 중심통합	25(75.8)	50(49.0)	75(55.6)
서비스평가제도 중심통합	5(15.2)	17(16.7)	22(16.3)
잘 모르겠음	0( 0.0)	20(19.6)	20(14.8)

註: 병원급 의료기관은 의료서비스 평가를 받은 경우가 없음.

마. 醫療機關 指定診療制度

지정진료가 經營收支에 어느 정도 도움이 되는지를 묻는 질문에 전체 응답자의 절반 정도가 ‘도움이 된다’고 응답하였고, 특히 大學 및 3次 綜合病院에서는 거의 대부분이 도움이 되는 것으로 조사되었다.

총진료비 대비 指定診療 收入은 평균 4.8%였으며, 지정진료 기준에 대하여 응답자의 2/3 정도가 ‘현행 수준으로 유지 또는 강화’를 주장하였다. ‘현행 수준으로 유지하기를 원하는 경우’를 제외하면, 특히 大學 및 3次 綜合病院에서는 ‘기준이 강화되어야 한다’는 의견(36.7%)이 높은 반면 종합병원 및 병원에서는 ‘기준이 완화되어야 한다’는 의견(26.8%)이 높았다(表 2-42 참조).

〈表 2-42〉 應答 病院의 指定診療制度에 대한 意見

(단위: 개소, %)

구 분	대학 및 3차 종합병원	종합병원 및 병원	합 계
지정진료와 경영수지			
매우 도움이 됨	14(46.7)	7(16.3)	21(28.8)
도움이 됨	12(40.0)	8(18.6)	20(27.4)
보통임	2( 6.7)	13(30.2)	15(20.5)
도움이 되지 않음	2( 6.7)	8(18.6)	10(13.7)
잘 모르겠음	0( 0.0)	7(16.3)	7( 9.6)
총진료비대비 지정진료수입	5.7	3.9	4.8
지정진료기준			
폐지	1( 3.3)	10(17.9)	11(12.8)
지정기준의 강화	11(36.7)	13(23.2)	24(27.9)
현행 수준으로 유지	13(43.3)	16(28.6)	29(33.7)
지정기준의 완화	5(16.7)	15(26.8)	20(23.3)
해당의사가 직접참여하는 행위만 인정	0( 0.0)	1( 1.8)	1( 1.2)
병상기준이 아닌 의사경력 기준	0( 0.0)	1( 1.8)	1( 1.2)

指定診療에 대한 건의사항을 살펴보면 指定診療件數의 制限(총 진료건수의 70%를 초과할 수 없음)규정(지정진료에 관한 규칙 제5조2항)을 완화 내지 폐지해야 한다는 意見이 제일 많았다. 반면 의료진의 경험, 학문의 차이에 대한 보상차원에서 지정진료가 이루어져야 한다는 의견도 또한 많았다. 指定診療基準을 완화하여 지정진료대상기관을 확대하므로써 전문병원, 종합병원도 지정진료대상기관으로 지정될 수 있도록 할 필요가 있다는 의견과, 반대로 指定診療를 폐지하고 의료기관별 酬價差等化, 조정으로 대처하자는 상반된 의견이 제시되기도 하였다(表 2-43 참조). 특히 대형병원의 지정진료제도에 대한 견해와 의존도를 감안하면 최근 검찰조사에서 밝혀진 指定診療制度의 부조리 현상을 이해하기 쉬운 것이다.

〈表 2-43〉 指定診療<sup>1)</sup>에 대한 建議事項

(단위: 개소, %)

항 목	응답
지정진료의사의 지정진료 행위를 당해연도 총진료건수의 70% 이내로 한 제한 한 규정 보완 또는 폐지	6(21.4)
의료진의 경험, 학문의 차이에 대한 보상차원에서 실시	6(21.4)
지정진료기준을 완화하여 지정진료대상기관의 확대(전문병원, 종합병원)	5(17.9)
지정진료폐지(의료기관별 수가차등화, 조정으로 대처, 단 특수과 제외)	5(17.9)
지정진료신청절차의 간소화	2( 7.1)
지정진료비 인상	1( 3.6)
대학교수가 개원하거나 중소병원에서 진료하는 경우에도 인정	1( 3.6)
특정 의사에게만 실시하는 것이 필요함(대학교수)	1( 3.6)
전문의취득 5년부터 인정(형평성)-의사면허 취득후 10년(현재)	1( 3.6)

註: 1) 지정진료 대상기관: 400병상 이상의 레지던트 수련기관이어야 하며 내과, 외과, 산부인과, 소아과 각2명, 정신과, 마취과, 방사선과, 임상병리 또는 해부병리과가 설치되어 있어야 함.

바. 非給與 項目에 대한 見解

현재의 비급여항목에 대한 진료가 病院經營收入에 미치는 영향에 대하여 응답자의 절반 이상이 ‘도움이 된다’고 응답하였으며 ‘보통’이라고 응답한 경우도 23.2%로 높았다. 특히 ‘매우 도움이 된다’는 응답은 대학 및 3차 종합병원(21.2%)이 綜合病院 및 病院(12.3%)에 비해 높았다. 適用範圍의 擴大를 묻는 질문에 85.3%가 ‘수가현실화를 전제한 후 확대하는 것이 바람직하다’고 응답하였다(表 2-44 참조).

〈表 2-44〉 應答 病院의 非給與 項目에 대한 見解

(단위: 개소, %)

구 분	대학 및 3차종합병원	종합병원 및 병원	합 계
병원수입 도움정도			
매우 도움	7(21.2)	18(12.3)	25(14.1)
도움	19(57.6)	74(50.7)	91(51.4)
보통	5(15.2)	36(24.7)	41(23.2)
도움이 되지 않음	1( 3.0)	11( 7.5)	12( 6.8)
잘 모르겠음	1( 3.0)	2( 1.4)	3( 1.7)
해당사항 없음	0( 0.0)	5( 3.4)	5( 2.8)
적용범위			
점진적 급여범위 확대	0( 0.0)	12( 8.3)	12( 6.8)
수가현실화 전제 확대	28(84.8)	123(85.4)	151(85.3)
현재 수준으로 유지	1( 3.0)	3( 2.1)	4( 2.3)
점진적 급여범위 축소	4(12.1)	5( 3.5)	9( 5.1)
잘 모르겠음	0( 0.0)	1( 0.7)	1( 0.6)

사. 政府의 保健醫療政策 綜合評價

조사대상 의료기관의 3/4 정도가 정부의 保健醫療政策에 대하여 불만을 표시하였으며, 특히 대학 및 3차 종합병원의 불만 정도가 더 높

았다. 가장 큰 政府政策의 불만족 이유로는 ‘醫療關聯 政策의 不在’를 들었으며, 그 외 ‘지나친 규제’와 ‘정책의 일관성 부족’도 불만의 이유였다. 대학 및 3차 종합병원, 綜合病院 및 病院의 전반적 불만족 이유는 전체평균과 비슷하게 ‘정부정책의 부재’, ‘지나친 규제’, ‘일관성의 부족’순으로 높았다(表 2-45 참조).

〈表 2-45〉 全般的인 政府의 保健醫療政策에 대한 評價

(단위: 개소, %)

구 분	대학 및 3차 종합병원	종합병원 및 병원	합 계
정부정책평가			
아주 만족	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)
만족	0( 0.0)	4( 2.7)	4( 2.2)
보통	5(15.2)	38(25.5)	43(23.6)
불만족	17(51.5)	80(53.7)	97(53.3)
아주 불만족	11(33.3)	24(16.1)	35(19.2)
잘 모르겠음	0( 0.0)	3( 2.0)	3( 1.6)
이 유			
일관성의 부족	5(15.2)	22(17.1)	27(16.7)
지나친 규제	13(39.4)	47(36.4)	60(37.0)
의료관련 정책의 부재	14(42.4)	60(46.5)	74(45.7)
기타	1( 3.0)	0( 0.0)	1( 0.6)

#### 아. 病院經營의 隘路事項

병원경영의 가장 큰 애로사항은 예상한 바와 같이 ‘낮은 의료보험 수가로 인한 經營收支 惡化’였으며, 그 외 ‘醫療人力 不足’, ‘규제완화 미흡’, ‘의료분쟁조정제도의 미흡’, ‘세제지원 부족’ 등을 지적하였다. 의료인력 부족에 대한 개선을 위해서는 政府次元에서 관련 연구를 통하여 醫療人力 需給計劃을 수립하고 이에 대한 대비책을 마련하여 지속적으로 관리하여야 한다는 것이었다(表 2-46 참조).

〈表 2-46〉 病院經營의 隘路事項

(단위: 개소, %)

항 목	응답
낮은 의료보험 수가로 인한 경영수지 악화	17(28.8)
의료인력 부족: 정부차원의 인력수급계획 수립 요망	14(23.7)
규제완화 미흡	8(13.6)
의료분쟁조정제도의 미흡: 의료분쟁시의 사회, 경제적 손실 증가	4( 6.8)
정부의 세제지원 부족	4( 6.8)
복지부의 정책적 지원미흡(국공립, 중소병원, 의료취약지병원)	3( 5.1)
의료서비스평가제도의 부담	2( 3.4)
지나친 대형병원, 재벌병원의 증설에 따른 경쟁 증가	2( 3.4)
병원간 교류의 단절-대학병원과 인적교류 법제화 요망	2( 3.4)
의료보호환자 진료비에 대한 정부지원 미비-조속한 정부지원 요망	1( 1.7)
공공의료기관의 인력난 심화-공중보건전문직 배치 요망	1( 1.7)
중소병원의 홍보기능 미약-중소규모 병원의 광고완화	1( 1.7)

#### 4. 醫療機關 關聯 規定에 관한 評價

##### 가. 人力運營 側面

현재 의료기관에 종사하고 있는 人力과 關聯된 제법령 및 규정중 완화 또는 폐지의 必要性이 있는 부분에 대하여 질문을 하였다.

應答者의 37.3%가 고용보험법의 완화 내지 폐지에 대하여 언급하였으며, 이는 국가기관이나 學校法人은 이에서 제외되어 있는 점을 들어 설명하였다. 고용보험법시행령 제3조2항3호는 적용제외 근로자로 국가기관, 학교법인을 두고 있으며, 이들은 僱傭保險法에서 제외되고 있다. 두 번째로 높은 항목은 전체의 16.4%가 응답한 藥師人力基準緩和였다. 약사수의 採用人員을 조제건수 기준으로 정하는 것은 불합리하며 조제인원을 조정해야 한다는 것이다. 이러한 주장은 어느 정도 설득력을 가진다고 볼 수 있다. 약의 조제에 있어서 自動化 設備의 조제능력을 인정해 줄 필요가 있다.

다음으로 응답이 높았던 것은 간호인력의 인력규정을 완화해야 한다는 것으로 전체의 14.9%가 이러한 의견을 제시하였다. 현재 관련 규정은 看護師 定員이 입원환자 5명당 2명을 채용하도록 하고 있다 (表 2-47 참조).

〈表 2-47〉 醫療機關 從事人力과 關聯된 規定의 改善方案

(단위: 개소, %)

항 목	응답
전공의의 고용보험법 제외	25(38.8)
약사인력기준 완화: 약사를 조제건수 기준으로 정하는 것은 불합리: 조제인원 조정, 자동약포장기 설치 유무에 따른 조정	11(16.4)
의료법 제32조, 동법 시행규칙 제28조6에 의한 의료인 정원규정 완화 (간호사 정원 입원환자 5명당 2명에서 5명당 1명; 일본 4명당 1명)	10(14.9)
의무고용비율 완화(장애인 고용비율 2% 이하, 국가유공자 6% 미만)	5( 7.5)
간호인력활용의무를 간호조무사 활용가능하도록 요망(일본은 시도함)	4( 6.0)
사회복지사의 시간제 근무, 또는 고용의무 폐지(종합병원 이상일 경우 사회복지사를 고용하게 되어 있음)	3( 4.5)
전공의(R)의 정원기준을 병원종별 N-2에서 N/2로(전공의 수련 및 자격인정에 관한 규정 시행규칙 제6조 2항)	2( 3.0)
의대가 없는 중소병원: 전문의 3명에 수련의 1명을 전문의 2명에 수련의 1명으로 교체	2( 3.0)
고용보험자격 64세를 60세로 조정	1( 1.5)
정신과 병원의 간호사인력 기준인 13명당 1인 기준완화 (정신보건법상 인력기준 시행규칙)	1( 1.5)
자치단체장이 전문경영인을 임명할수 있도록 하고, 기구개편이나 정원에 관한 사항은 병원장에게 위임(지방공기업법: 기구개편이나 정원에 관한 규정은 내무부장관 또는 자치단체장의 승인규정)	1( 1.5)
전기생리학적검사 인력을 필히 임상병리기사로 정한 규정(3년 이하 징역 1천만원 이하 벌금)을 완화(의료기사법 등에 관한 법률 제19조, 제30조 1항)	1( 1.5)

나. 診療科目 側面

완화 또는 폐지해야 할 診療科目 規定은 어떠한 것이 있는지 알아본 결과 ‘타병원 의사의 계약직 및 초빙이 가능하도록 하자’는 의견이 36.8%로 가장 많았고, 그 다음은 ‘종합병원의 필수과 설치규정 완화’가 31.6% 수준을 보여주었다. 특히 臨床病理, 해부병리, 치과, 정신과의 전문의는 人力確保가 곤란하기 때문에 계약직 또는 招聘醫師의 活用은 인력난을 해결할 수 있다는 의견을 주었다(表 2-48 참조).

〈表 2-48〉 緩和 또는 廢止해야 할 規定의 改善方案(診療科目)

(단위: 개소, %)

항 목	응답
타병원 의사도 계약직, 초빙의사 가능하도록(임상, 해부, 치과, 정신과) : 인력확보 곤란해결(의료법상의 인력규정: 치과, 정신과 -의료법 제3조3항)	7(36.8)
종합병원의 필수과 설치규정 완화(특히, 정신과 치과)	6(31.6)
300병상 이상 정신과 병상 설치규정 폐지 또는 완화	2(10.5)
대학병원의 응급센터 설치기준에 인력에 대한 제한해제(응급의학과) →응급의학과 전문의가 아니더라도 자격을 주도록	1( 5.3)
혈액은행 폐지(의료법상의 혈액은행 설치규정)	1( 5.3)
한의학의 기사지휘 인정 및 선택적 양, 한방진료(의료법상의 한의사 규정)	1( 5.3)
시간제 근무도 전문진료과목 표시가 가능하도록 제도개선	1( 5.3)

다. 施設基準 側面

시설에 관한 규정 중 완화 내지 폐지해야 할 規定에 대하여 알아보았으며 대체적으로 다음과 같은 意見들을 제시하여 주었다.

‘綜合病院의 경우 剖檢室을 설치하도록 하고 있는 규정을 완화 내지 폐지해 달라’는 의견이 있었다. 응급의료지정병원의 施設基準은 ‘지역적으로 차등화하여 地域實情에 맞게 운영토록 하여야 하며, 의료

기관의 경우는 병원의 입야, 토지, 건물이 풍치지구에 해당하더라도 천연치료장으로 활용할 경우 이를 정부에서 허가할 수 있도록 하여야 한다’는 의견도 있었다. 또한 ‘中小病院의 경우 방화관리자, 安全管理者, 엘리베이터 관리자를 두게 되어 있으나 이를 위탁가능케 할 수 있고 병원내 消毒義務를 自體的으로 가능하게 하는 것을 요한다’는 의견도 있었다. 기타 의견으로는 ‘병상당 면적규정 및 주차장 施設規定의 緩和를 요구하는 의견’이 있었다(表 2-49 참조).

〈表 2-49〉 施設에 관한 規定中 緩和 내지 廢止해야 할 規定

항	목
- 종합병원의 부검실 폐지(대학병원으로 변경)	
- 응급의료지정병원의 시설기준을 지역적으로 차등화하여 지역실정에 맞게 운영함.	
- 환경관련법규, 산업안전보건법 의료기관 제외 요망-제조업과 동일규정 (환경관련 법규, 산업안전보건법) 중 일부	
- 의료기관시설기준을 보다 세부적으로 표현(별첨 2.3)(예 수술실의 경우 종합 병원과 80병상 이상을 → 500병상 이상 병원 10개로 명확히)	
- 병원의 풍치지구 해제: 입야의 형질변경 가능요(천연치료장으로 활용할 경우)	
- 중소병원의 방화관리자, 안전관리자, E/V관리자를 위탁가능케 하고 병원내 소독의무를 자체적으로 가능하게 하는 것을 요함.	
- 재활용대상 폐기물은 종류별로 구분하여 분리수거/보관/재활용하고 있으나 현실적으로 불가능(분리수거, 보관 재활용비용이 유지비 초과): 정부, 자치단체 별로 재활용업체 선정 체계적으로 시행토록 함 <sup>1)</sup> .	
- 시설물에 대한 안전점검을 연 1회로 통합(전기, 가스, 환경, 소방, 기관)하여 실시하고 그 이외 1회로 병원자체 책임자(의무고용으로 선임된 자)가 자체 안전점검을 실시후 결과를 관공서에 통보하는 식으로 개선하는 것이 필요함.	
- 의료법상의 응급실 무선통신장비 설치규정 폐지	
- 병상당 면적규정 완화 또는 폐지	
- 주차장법 완화-주차장 시설규정	

註: 1) 자원의 절약과 재활용 촉진에 관한 법률 16조[폐기물 배출자의 재활용의 이행]-별표2[일반폐기물의 재활용 기준]

### 第3節 國內 醫療機關의 經營環境 分析綜合

#### 1. 內部經營環境 分析綜合

조사결과 의료기관의 內部 經營狀態 및 향후 성장가능성에 대해서 응답자의 65%정도가 ‘보통’ 이상이라고 응답하여 병원경영이 어렵다는 일반적인 인식 보다는 다소 양호한 견해를 보였다. 그러나 농어촌 지역의 의료기관은 경영상태를 비관적으로 보는 비율이 타지역에 비해 높아 이를 위한 정책적인 지원이 필요한 것으로 조사되었다.

의료기관의 내부적인 경영수지를 개선시키는데 가장 애로점으로 인식되고 있는 것은 ‘의료기관 운영에 따른 높은 생산비용’이었으며, 조사에 응한 의료기관은 제공하고 있는 의료서비스 수준에 대하여 대체적으로 높게 평가하고 있었다. 전문클리닉과 전문병원의 수익성에 대한 병원장의 주관적인 평가는 대체적으로 80% 이상이 ‘보통’ 이상이었으며, 특히 전문클리닉의 收益性은 ‘높다’는 의견이 39.2%로 높게 평가되고 있었다.

경영효율성 개선을 위한 경영진단이나 경영개선팀 운영 등과 같은 특수부서의 운영은 그 효과가 높았음에도 불구하고 실시하고 있는 의료기관은 20%전후였다. 또한 경영효율성을 높이기 위한 여러 가지 비용절감운동의 실시효과는 높았으나, 수익성이 떨어지는 진료과목의 조정, 자원봉사자의 활용, 재원기간의 단축노력 등은 실시율이 낮아 추가적으로 의료기관이 추진해야 할 필요성이 높은 항목으로 조사되었다.

의료기관의 외주용역 부문중 ‘직원식당 운영’, ‘경비’, ‘시설의 유지 및 관리’는 외주용역의 효과가 50% 이상임에도 불구하고 실제 外注用役을 실시하고 있는 의료기관은 20%전후로 낮아 이들 업무를 外注用役으로 교체하는 것이 醫療機關의 經營效率性을 높이는데 필요한 것

으로 조사되었다.

의료기관의 90% 이상은 공동구매를 실시하고 있지 않았으나 실시하고 있는 의료기관의 共同購買에 대한 주관적인 효과는 80% 이상으로 높아 이에 대한 의료기관 자체의 노력이 필요한 것으로 조사되었다. 의료기관의 중별 자금사정을 보면 종합병원과 病院이 大學病院과 3차 종합병원에 비하여 자금사정이 좋지 않은 것으로 조사되었다.

최근 2년간 의료사고 건수는 평균 6건으로 法的 訴訟 1건, 보호자와의 合意解決 3건, 미해결 2건으로 조사되었으며, 법적 소송 및 합의시 평균보상금액은 각각 약 2천3백만원인 것으로 조사되었고, 법적소송 및 합의해결시의 附帶費用은 각각 3백만원, 2백만원 수준이었다. 또한 의료기관의 평균진료비 삭감금액은 3억2천만원이었으며, 대학 및 3차 종합병원은 약7억원, 병원급은 약3천만원이었고, 응급병원의 약 50%정도가 부담을 느끼고 있는 것으로 조사되었다. 특히 ‘매우 부담’을 느끼는 경우는 大學·3次 綜合病院이 34.4%로 병원의 9.2%로 비해 높았다.

악성 진료비의 미수율은 전체 진료비 미수금액의 1.8%로 평균 6천만원이었고, 大學·綜合病院과 병원의 미수율은 각각 1.2%, 2.9%로 이들의 미수금액은 각각 1억2천만원, 3천만원이었다. 전반적으로 미수금의 발생이 병원경영에 부담이 된다는 응답이 60%를 넘었으며, 특히 대학·3차 종합병원, 종합병원에서 높았다. 의사인력 확보의 용이성은 大學·3次 綜合病院이 약 45% 전후인 것으로 조사되었으나 상대적으로 종합병원·병원은 9.0% 내외에 불과하였다.

## 2. 外部經營環境 分析綜合

외적인 의료기관 경영환경에 대한 認識評價 結果 응답자의 70% 이상이 ‘비관적’으로 평가하고 있었으며, 향후 醫療産業의 展望에 대해

여 응답자의 61.5%가 지금보다 악화될 것으로 평가하였다.

의료기관들의 평균 경쟁병원수는 2.6개였으며, 周邊 醫療機關의 관계를 ‘경쟁 및 협력의 관계’로 인식하는 비율인 52.7%로 높았고, 주변 醫療機關이 經營收支에 미치는 영향에 대하여 응답자의 58.4%는 ‘영향을 미치나 심각하지 않다’고 응답하였다. 그러나 24.7%는 ‘심각하게 영향을 미친다’고 응답하였으며, 특히 병원급에서는 ‘심각하다’는 의견이 32.1%로 가장 높게 나타났고 大學病院에서는 12.0%로 낮았다.

현 의료보험 수가에 대하여 응답자의 90% 이상이 불만족해 하는 것으로 조사되었으며, 세제의 경우는 60% 이상이 과중하게 느끼고 있는 것으로 조사되었다. 의료기관 서비스평가제도에 대하여 대학 및 3차 종합병원이 종합병원에 비하여 과거 많은 준비를 하였으며, 많은 부담을 느끼는 것으로 조사되었다. 향후 運營方式에 대해서는 의료관련 民間團體의 역할중심에 높게 비중을 두었다.

指定診療가 經營收支에 어느 정도 도움이 되는지를 묻는 질문에 응답자의 절반 정도가 ‘도움이 된다’고 응답하였으며, 특히 大學 및 3차 綜合病院에서 86.7%로 가장 높게 나타났다. 총진료비 대비 지정진료 수입은 평균 4.8%였으며 지정진료 기준에 대하여 應答者의 2/3 정도가 ‘현행 수준으로 유지 또는 강화’되어야 한다고 응답하였다. 비급여 항목의 經營收支에 대한 도움 정도에 대하여 응답자의 50% 정도가 도움이 되는 것으로 응답하였으며, 적용범위의 확대를 묻는 질문에 85.3%가 ‘酬價現實化를 전제한 후 확대하는 것이 바람직하다’고 응답하였다.

조사대상으로 한 병원장의 3/4 정도는 政府政策에 대하여 ‘불만족’한 것으로 조사되었으며, 人力運營 側面의 規制緩和가 필요한 부문에 대해 응답자의 37.3%가 고용보험법의 완화 내지 폐지를, 16.4%가 藥師人力基準의 緩和를 건의하였다.

### 第 3 章 醫療機關의 經營指標 分析<sup>1)</sup>

현재 醫療機關은 급속한 經營環境의 變化를 겪고 있다. 국민들의 경제수준 향상으로 건강에 대한 관심이 증대되고, 1989년 全國民醫療保險 실시로 의료서비스에 대한 접근성이 향상되어 醫療需要가 크게 증대되고 있으며, 의료기관은 醫療技術의 發展으로 질적 및 양적 향상을 가져왔다. 그러나 오히려 醫療機關의 經營상태는 계속 악화되고 있는 실정이다.

이러한 상황에서 病院業界의 경쟁구조 또한 급격히 변하고 있다. 재벌그룹과 관련된 대형 고급병원(삼성서울병원, 아주대학병원, 서울중앙병원 등)이 대거 開院되었고, 기존 대학병원들이 增築 중이거나 증축을 계획하고 있다. 이러한 병원들간의 경쟁심화로 단기적으로는 경쟁의 격화속에 도산하거나 수익이 감소하는 병원도 생기고 있다. 또한 최근의 IMF관리 체제하에서 換率上昇은 재료비의 인상, 임대장비 및 차입에 의한 환차손 등으로 이어져 병원의 經營여건을 더욱 惡化시키고 있다.

이처럼 어려워져가고 있는 의료기관의 經營여건 하에서 병원계에서는 經營合理化를 위한 經營분석 정보의 필요성에 대한 인식이 점차 증대되고 있다. 따라서 본장에서는 의료기관의 과거 3년간 財務指標를 중심으로 병원산업의 經營상태를 진단하고자 한다.

---

1) 본장에서의 '의료기관'이라는 용어는 병상규모면에서 의원급을 제외한 병원급(100 병상 기준) 이상에 한정하여 사용하기로 함.

## 第1節 財務指標 分析

본절에서는 病院의 經營實態 파악을 위하여 한국보건의료관리연구원에서 발간한 '93, '94, '95 병원경영분석의 지표를 이용하였다. 그러나 모든 병원들을 대상으로 한 것은 아니고 정신병원, 전염성병원, 한방병원, 치과병원 등을 제외한 一般病院에만 한정해서 지역별·병상규모별·설립형태별로 나누어 분석하였다.

여기서 地域은 대도시, 중소도시, 읍·면 지역의 3개 유형으로, 病床規模는 3차 진료기관<sup>2)</sup>, 300병상 이상 종합병원, 160~299병상 종합병원, 160병상 미만 종합병원, 병원의 5개 유형으로, 設立形態는 민간병원과 공공병원의 2가지 유형으로 나누었다.

재무지표 분석을 통해 병원의 經營狀態를 진단하고, 특히 경영상의 어려움을 겪고 있는 지역 및 병원집단을 파악하여 합리적인 경영을 위한 제반 방안을 모색코자 한다. 참고적으로 本章에서 분석하고자 하는 지표를 정리하면 <表 3-1>과 같다.

2) 3차 진료기관은 병상수가 대학병원 500병상 이상, 대학병원이 아닌 종합병원은 700병상 이상으로서, 진료과목은 내과, 소아과, 정신과, 외과, 산부인과, 마취과, 진단방사선과, 임상병리과, 해부병리과 등 9개과가 설치되어 있고 각 과마다 필요한 수의 전문의가 상근해야 하며, 수술실은 5개 이상, 의료장비는 MRI, EMG, Angiography System, Gamma Camera 각 1대 이상을 보유하고 있어야 함.

〈表 3-1〉 分析 指標

평가	지표	정의
안전성	타인자본의존도(%)	$(\text{부채})/(\text{총자본})\times 100$
	고정장기적합률(%)	$(\text{고정자산}^1)/(\text{자기자본}+\text{고정부채})\times 100$
수익성	총자본순이익률(%)	$(\text{당기순이익})/(\text{총자본})\times 100$
	의료수익순이익률(%)	$(\text{당기순이익})/(\text{의료수익})\times 100$
활동성	총자본회전율(회)	$(\text{의료수익})/(\text{총자본})$
	재고자산회전율(회)	$(\text{의료수익})/(\text{평균재고자산}^2)$
성장성	의료수익증가율(%)	$((\text{당기-전기})\text{수익})/(\text{전기수익})\times 100$
	환자수증가율(%)	$((\text{당기-전기})\text{환자수})/(\text{전기환자수})\times 100$
	총자본증가율(%)	$((\text{당기-전기})\text{총자본})/(\text{전기총자본})\times 100$
생산성	총자본투자효율(%)	$(\text{부가가치}^3)/(\text{총자본})\times 100$
	인건비투자효율(%)	$(\text{부가가치})/(\text{인건비})\times 100$
	의료기기투자효율(%)	$(\text{부가가치})/(\text{의료기기투자액})\times 100$

註: 1) 고정자산은 유형고정자산만을 말하며 감가상가충당금 차감후의 순가치임.

2) 평균재고자산=(기초재고+기말재고) $\div$ 2

3) 부가가치=의료수익-(재료비, 소모품비, 동력비, 외주용역비)

## 1. 安全性 分析

의료기관의 안전성은 經營體로서 병원의 資本構造의 건실성, 지불능력, 부채 상환능력 및 資金運用의 적정성 여부를 의미하는데, 여기서는 타인자본 의존도와 고정장기 적합률<sup>3)</sup>을 이용하여 의료기관의 안전성을 評價해보고자 한다.

3) 고정장기 적합률은 장기성 자금(자기자본+고정부채)에 의한 고정자산에 대한 투자의 정도를 의미함.

가. 他人資本 依存度

타인자본 의존도는 總資本 중 負債가 차지하는 비율을 알기 위한 지표로서 負債比率이라고도 한다. 이 비율은 높을수록 재무구조가 취약하다는 것을 의미하나 지나치게 낮을 경우에는 資金活用の 효율성 저하를 초래할 수도 있다. 전체 의료기관의 타인자본 의존도는 '93년도에 59.7%, '94년도에 60.4%로 소폭 상승한 후, '95년도에는 65.8%로 큰폭으로 상승하여 他人資本에 대한 의존도가 매년 상승하고 있음을 보여주고 있다. 그러나 우리나라 製造業의 부채비율이 '94년도에 302.5%, '95년도에 286.8%인 것에 비하면 매우 양호한 편이라고 할 수 있다.

'95년도의 경우 地域別로는 대도시(59.6%)보다는 중소도시(69.7%)의 의료기관이, 중소도시보다는 읍·면(81.0%)에 위치한 의료기관이 타인자본에 대한 의존도가 큰 것으로 나타났다. 病院規模別로는 300병상 이상 또는 160~299 병상의 중·대형 의료기관이 타인자본에 대한 의존도가 높은 것으로 나타난 반면, 3차 의료기관이나 병원이 대체로 타인자본에 대한 의존도가 낮은 것으로 나타났다.

이를 地域別·病院規模別로 살펴보면 읍·면의 160병상 미만(87.7%) 종합병원과 병원(79.8%)이 그리고 중소도시의 300병상 이상(82.1%) 종합병원이 타인자본 의존도가 상대적으로 크게 나타났으며, 중소도시의 3차진료기관과 160병상 미만의 종합병원 그리고 대도시의 병원이 상대적으로 타인자본에 대한 의존도가 낮은 것으로 나타났다.

設立形態別로는 공공병원(47.4%)에 비해 민간병원(68.3%)이 타인자본에 대한 의존도가 높은 것으로 나타났으며, 설립형태별·병원규모별로는 민간의료기관의 경우는 160병상 이상의 중·대형 종합병원들이 타인자본에 대한 의존도가 높은 반면, 공공의료기관의 경우는 160병

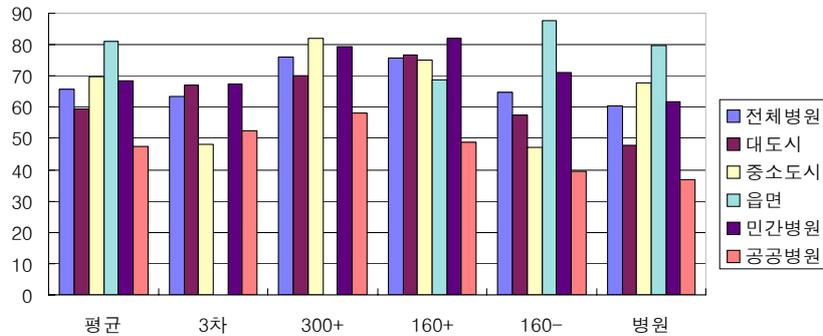
상미만의 종합병원과 병원 등 소규모 의료기관이 타인자본에 대한 의존도가 상대적으로 낮은 것으로 나타났다. 타인자본 의존도에 대한 지역별·규모별·설립형태별 내용은 <表 3-2>, [그림 3-1]과 같다.

<表 3-2> 醫療機關의 他人資本依存度(1995年)

(단위: %)

	평균	3차	종합병원			병원
			300+	160~299	160-	
전 체	65.8	63.4	76.1	75.6	64.8	60.5
대도시	59.6	67.2	70.2	76.7	57.6	47.9
중소도시	69.7	48.3	82.1	75.0	47.0	67.8
읍·면	81.0	-	-	68.6	87.7	79.8
민간병원	68.3	67.3	79.4	82.0	71.0	61.8
공공병원	47.4	52.5	58.0	48.8	39.4	36.9

[그림 3-1] 1995年度 醫療機關의 他人資本 依存度



나. 固定長期 適合率

기업의 안전성을 평가할 수 있는 다른 지표로서 고정장기 적합률이 있는데, 이는 앞서서도 설명한 바와 같이 長期性 資金(자기자본과 고

정부채의 합)에 의한 고정자산 투자 정도를 나타내는 지표이다. 이 비율은 고정비율에 대한 보조지표로서 적어도 100%를 넘지 않아야 안정적인 것으로 볼 수 있다. 보통 고정적 자산은 자기자본으로 충당하는 것이 經營의 안정성 면에서 바람직하다고 볼 수 있으나, 거액의 설비투자를 하는 경우에는 所要資金의 상당액을 부채로 조달하는 것이 불가피하게 된다. 따라서 고정비율이 높더라도 고정장기 적합률이 낮으면 固定資産에 대한 투자규모가 상대적으로 덜 위험하다고 판단할 수 있다. 우리 나라 의료기관의 경우 '93년의 경우 98.3%이던 것이 '94년에 104.1%로 상승했고, '95년에는 102.5%를 나타내 우리나라 製造業의 고정장기 적합률('94년에 102.9%, '95년에 102.3%)과 비슷한 수준을 보이고 있다. 이러한 수치는 최근들어 의료기관들이 고액의 의료장비 등 설비투자를 늘리고 있음을 반영하고 있으며, 앞으로 지금과 같이 고정자산에 대한 投資를 계속 증가시킬 경우, 危險할 수 있다. 특히 앞서서도 지적한 바와 같이 고가의 의료장비를 리스의 형태와 외화차입으로 구매한 경우 최근의 환율인상으로 심각한 환차손 타격을 입고 있다<sup>4)</sup>.

地域別로는 대도시(100.3%)에서 중소도시(103.6%), 읍·면(110.6%)으로 갈수록 고정장기 적합률이 높아졌으며, 病院規模別로는 3차진료기관(85.5%)을 제외하고는 모두 100%를 넘었고, 특히 160병상 미만(116.3%)의 종합병원의 고정장기 적합률이 높았다.

地域別·病院規模別로는 읍·면의 160병상 미만(154.2%) 종합병원과 중소도시의 300병상 이상 종합병원, 대도시의 300병상 미만 종합병원의 고정장기 적합률이 상대적으로 높아서 위험성을 내포하고 있다.

4) 최근 병원협회의 자료에 의하면 '96년말 환율을 1\$당 860원, '97년 12월 7일 현재 환율을 1\$당 1,500원으로 산정할 경우 22개 3차진료기관으로 한정한다 하여도 600억원 이상의 환차손을 보이고 있음.

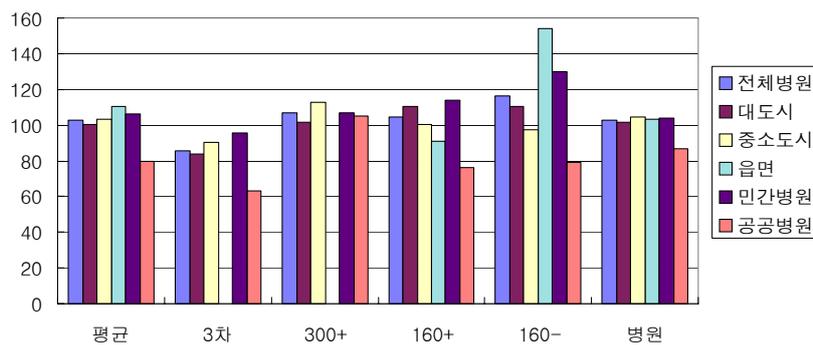
設立形態別로는 공공병원(79.6%)의 고정장기 적합률이 민간병원(106.4%)에 비해 크게 낮았고, 300명상 이상의 종합병원을 제외하고는 대체로 80% 미만의 낮은 수준을 보였다. 그러나 민간병원은 3차진료 기관(95.5%)을 제외하고는 모두 100%를 넘는 수치를 보여 위험 가능성이 있음을 시사하고 있다. 고정장기 적합률에 대한 지역별·규모별·설립형태별 내용은 <表 3-3>, [그림 3-2]와 같다.

<表 3-3> 醫療機關의 固定長期適合率(1995年)

(단위: %)

	평균	3차	종합병원			병원
			300+	160~299	160-	
전 체	102.5	85.5	106.6	104.6	116.3	102.9
대도시	100.3	84.1	101.3	110.7	110.4	101.4
중소도시	103.6	90.5	112.5	100.1	97.5	104.6
읍·면	110.6	-	-	91.2	154.2	103.1
민간병원	106.4	95.5	107.0	114.2	129.6	103.9
공공병원	79.6	63.0	104.8	75.9	79.4	86.5

[그림 3-2] 1995年度 醫療機關의 固定長期 適合率



## 2. 收益性 分析

의료기관의 수익성은 투입된 資本과 利益과의 비율을 나타내며, 여기서는 총자본 순이익률과 의료수익 순이익률을 이용해 의료기관의 수익성을 평가하고, 참고로 100병상당 월평균 의료수익을 비교하고자 한다.

### 가. 總資本 純利益率

총자본 순이익률은 총자본을 얼마나 效率的으로 이용하여 영업성과를 올렸는가를 총괄적으로 나타내는 것으로서 당기순이익을 총자본으로 나누어 계산한다. '93년도에 0.6%였던 것이 '94년에는 -0.2%, '95년에는 -1.1%라는 負의 값으로 떨어져 의료기관의 營業成果가 상당히 좋지 못했음을 보여주고 있다. 이는 우리나라 제조업의 총자본순이익률이 '94년 1.9%, '95년에 2.8%로서 흑자경영을 한 것과는 對照的이다.

地域別로는 대도시(-0.5%)보다는 중소도시(-3.9%)와 읍·면(-3.7%)의 총자본 순이익률이 더 낮았으며, 모든 지역이 당기에 純損失을 본 것으로 나타났다. 病院規模別로도 모든 규모의 병원이 마이너스의 총자본 순이익률을 나타냈으며, 특히 3차 진료기관의 총자본 순이익률(-5.3%)이 낮았고, 일반병원(-0.7%)이 그나마 영업성과가 나왔던 것으로 나타났다.

地域別·規模別로는 대도시의 병원(2.7%)이 가장 실적이 좋았고, 160병상 미만의 종합병원(0.3%)이 간신히 적자를 면했으며, 읍·면의 160~299병상의 종합병원(0.8%) 역시 단지 赤字를 면했을 뿐, 총자본 순이익률은 매우 낮은 실정이다.

設立形態別로는 민간병원(-1.8%)이 공공병원(-4.6%)보다는 조금 나았지만, 모두 負의 총자본 순이익률을 나타냈으며, 이는 공공병원의 특

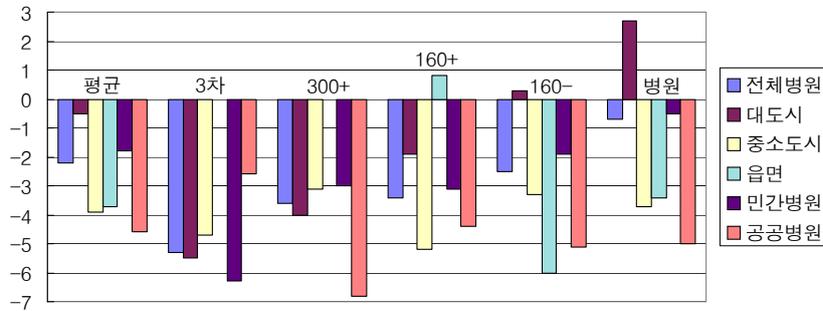
성과 연계되어 있음을 보여주는 것이라 하겠다. 전체적으로 총자본 순이익률에 대한 내용은 <表 3-4>와 [그림 3-3]과 같이 대부분이 負의 값을 나타내고 있다.

<表 3-4> 醫療機關의 總資本 純利益率(1995年)

(단위: %)

	평균	3차	종합병원			병원
			300+	160~299	160-	
전 체	-2.2	-5.3	-3.6	-3.4	-2.5	-0.7
대도시	-0.5	-5.5	-4.0	-1.9	0.3	2.7
중소도시	-3.9	-4.7	-3.1	-5.2	-3.3	-3.7
읍·면	-3.7	-	-	0.8	-6.0	-3.4
민간병원	-1.8	-6.3	-3.0	-3.1	-1.9	-0.5
공공병원	-4.6	-2.6	-6.8	-4.4	-5.1	-5.0

[그림 3-3] 1995年度 醫療機關의 總資本 純利益率



나. 醫療收益 純利益率

기업의 수익성을 평가할 수 있는 또 하나의 지표인 의료수익 순이익률은 醫療收益에 대한 純利益의 比率을 나타내는 지표이다. '93년

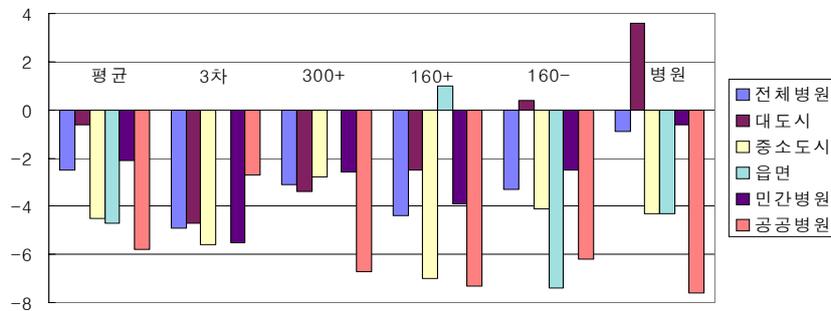
0.7%이던 것이 '94년 -0.8%로 떨어졌고, '95년에는 -2.5%로 떨어져 갈수록 악화되고 있음을 보여주고 있다.

〈表 3-5〉 醫療機關의 醫療收益 純利益率(1995年)

(단위: %)

	평균	3차	종합병원			병원
			300+	160~299	160-	
전 체	-2.5	-4.9	-3.1	-4.4	-3.3	-0.9
대도시	-0.6	-4.7	-3.4	-2.5	0.4	3.6
중소도시	-4.5	-5.6	-2.8	-7.0	-4.1	-4.3
읍·면	-4.7	-	-	1.0	-7.4	-4.3
민간병원	-2.1	-5.5	-2.6	-3.9	-2.5	-0.6
공공병원	-5.8	-2.7	-6.7	-7.3	-6.2	-7.6

[그림 3-4] 1995年度 醫療機關의 醫療收益 純利益率



地域別로는 대도시(-0.6%)에서 중소도시(-4.5%), 읍·면(-4.7%)으로 갈수록 순이익률의 負의 값이 더 커지고 있어, 地方으로 갈수록 경영이 악화되고 있음을 보여주고 있다. 病院規模別로는 병원(-0.9%)이 그나마 수치가 작을 뿐 대부분의 종합병원의 경영성과가 상당히 좋지 못함을 나타내고 있다.

지역별·규모별로는 대도시의 160병상 미만 종합병원(0.4%)과 병원(3.6%), 그리고 읍·면의 160~299병상의 종합병원(1.0%)이 간신히 적자를 면했을 뿐 전반적으로 의료수익순이익률이 매우 낮은 실정이다.

設立形態別로는 민간병원(-2.1%)이 공공병원(-5.8%)보다 적자의 폭이 작을 뿐, 모두 좋지 못한 결과를 보여주고 있으며, 그나마 민간의 병원(-0.6%)과 같은 소규모가 조금 나은 편이다. 의료수익 순이익률을 앞의 총자본 순이익률과 비교하면 지역, 규모, 설립형태와 관계없이 거의 비슷한 양상을 보이고 있다.

전체적으로 의료수익 순이익률에 대한 지역별·규모별·설립형태별 내용은 <表 3-5>, [그림 3-4]와 같다.

#### 다. 100病床當 月平均 總醫療收益

100병상당 월평균 의료수익은 총의료수익을 월수로 나누어 월평균 총의료수익을 산출한 다음 100병상당으로 환산한 지표로서, '93년에 평균 2억 4천만원 이었던 것이 '94년에 2억 7천만원으로 그리고 '95년에 약 3억원으로 증가하여 매년 꾸준한 成長勢를 보이고 있다.

이와 같은 성장세는 의료수가 인상, 환자수 증가 등의 요인에 기인한 것이라고 보여진다.

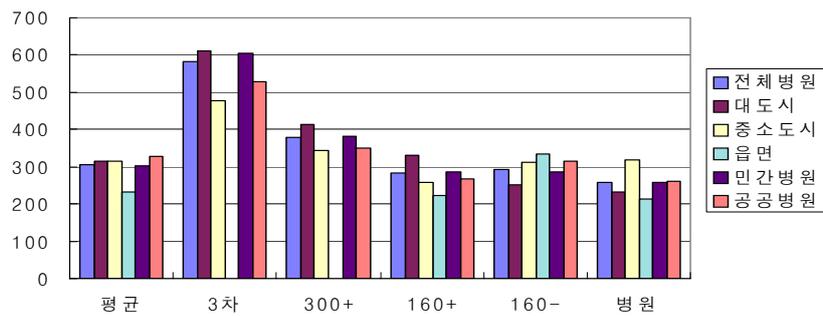
地域別로는 대도시와 중소도시가 약 3억 1천만원 정도로 읍·면의 2억 3천만원보다 월등하게 높은 것으로 나타났으며, 病院規模別로도 3차 의료기관이 5억 8천만원인데 비해 병원이 2억 5천만원 정도여서 그 차이가 2배 이상이나 났다. 地域別·規模別로는 대도시의 3차 의료기관(약 6억 1천만원)이 가장 높았고, 읍·면의 병원(2억 1천만원)이 가장 낮았으며, 약 3배 정도의 차이가 나는 것으로 나타나, 大都市일수록 그리고 大規模의 종합병원일수록 100병상당 월평균 의료수익이 큰 것으로 밝혀졌다.

設立形態別로는 공공병원(3억 3천만원)의 100명상당 월평균 의료수익이 민간병원(3억원)에 비해 근소하게 앞서 있으나, 160명상 미만의 종합병원이나 병원과 같은 중소규모의 병원에서만 앞설 뿐, 160명상이 넘는 중대형 종합병원에서는 民間病院이 더 높은 것으로 나타났다. 100명상당 월평균 의료수익은 아래 <表 3-6>, [그림 3-5]와 같다.

<表 3-6> 醫療機關의 100病床當 月平均 醫療收益(1995年)  
(단위: 백만원)

	평균	3차	종합병원			병원
			300+	160~299	160-	
전체	304.3	580.9	377.9	283.6	291.9	258.4
대도시	314.9	609.8	413.6	329.8	251.8	232.6
중소도시	315.7	477.6	343.3	257.0	310.3	319.6
읍·면	232.4	-	-	221.5	333.4	212.2
민간병원	300.7	605.1	383.1	287.7	285.1	258.2
공공병원	328.0	527.7	351.0	267.7	316.3	261.5

[그림 3-5] 1995年度 醫療機關의 100病床當 月平均 醫療收益



### 3. 活動性 分析

의료기관의 活動性은 병원에 투입된 資本이 의료수익의 증대에 얼마나 效果的으로 기여하였는가를 판단하고 재고자산과 미수채권관리 등 업무활동의 성과를 평가하는 것이다. 활동성 평가를 위한 지표 산출에서의 의료수익에는 入院收益, 外來收益 및 其他 醫療收益(예를 들면 건강진단수익, 수탁검사수익 등)에 의료부대수익(예를 들면 직원급식, 영안실, 매점운영, 진단서 등 증명료수익, 수입임대료 등)을 더하고 의료수익 조정계정을 가감한 醫療事業 收益이 쓰여지는데, 여기서는 총자본 회전율과 재고자산 회전율을 통해 의료기관의 활동성을 평가하고자 한다.

#### 가. 總資本 回轉率

총자본 회전율은 投入된 資本에 대한 의료수익의 비율 즉, 의료수익에 대한 자본의 회전속도를 판단하는 비율이다. 이 비율은 병원이 보유하고 있는 총자본이 1년 동안 몇 번이나 회전하였는가를 나타내므로 資產利用의 능력을 총괄적으로 나타내는 지표라 할 수 있다. 이 비율이 높을수록 투입된 자본을 효율적으로 활용했다는 것을 의미하고, 회전율이 낮으면 과대투자나 비효율적 투자를 하고 있다는 것을 의미한다. 우리나라 製造業의 경우 '93년 0.93회에서 '94년에 0.97회, '95년에 1회로 매년 나아지는 추세를 보인 반면, 의료기관의 경우 '92년에 1회이던 것이 '93년에 0.9회로 떨어진 후 '95년까지 0.9회를 유지하고 있어, 의료기관이 비교적 투입된 자본을 효율적으로 活用하고 있지 못하고 있음을 말해주고 있다.

地域別로는 대도시 및 중소도시(0.9회)가 읍·면(0.8회)보다 총자본 회전율이 높았고, 규모별로는 300병상 이상의 종합병원과 3차진료기

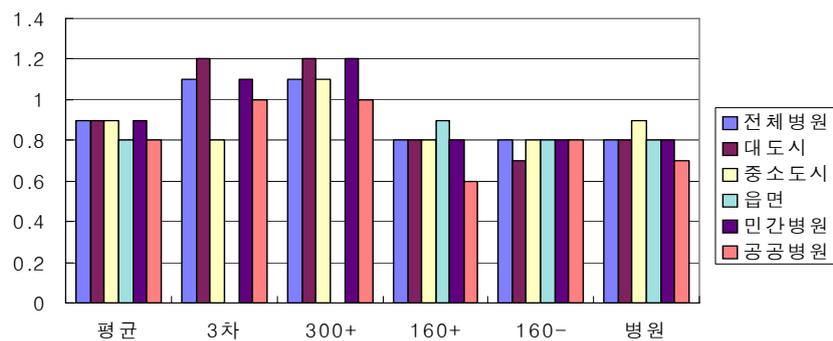
관(1.1회)의 총자본 회전율이 그 이하 규모 의료기관(0.8회)보다는 크게 높은 것으로 나타났다. 地域別·規模別로는 대도시의 3차진료기관과 300병상 이상의 종합병원(1.2회)의 총자본 회전율이 높게 나타나, 규모가 크고 대도시에 위치할수록 투자된 자본을 효율적으로 활용하고 있으며, 지방에 위치한 小規模 병원일수록 그 효율성이 떨어짐을 알 수 있다.

<表 3-7> 醫療機關의 總資本回轉率(1995年)

(단위: 회)

	평균	3차	종합병원			병원
			300+	160~299	160-	
전 체	0.9	1.1	1.1	0.8	0.8	0.8
대도시	0.9	1.2	1.2	0.8	0.7	0.8
중소도시	0.9	0.8	1.1	0.8	0.8	0.9
읍·면	0.8	-	-	0.9	0.8	0.8
민간병원	0.9	1.1	1.2	0.8	0.8	0.8
공공병원	0.8	1.0	1.0	0.6	0.8	0.7

[그림 3-6] 1995年度 醫療機關의 總資本回轉率



設立形態別로는 예상한 바와 같이 민간병원(0.9회)이 공공병원(0.8회)보다 투자 자본의 효율성이 높았으며, 특히 민간의 300명상 이상의 종합병원과 3차진료기관 등 대형병원이 투자된 자본을 效率的으로 활용하고 있는 것으로 밝혀졌다. 총자본 회전율에 대한 내용은 <表 3-7>, [그림 3-6]과 같다.

#### 나. 在庫資産 回轉率

의료기관의 活動性을 평가하는 다른 또 하나의 지표인 재고자산 회전율은 재고자산에 대한 의료수익의 비율을 비교하여 봄으로써 재고자산의 운용의 적정 여부를 가늠하는 지표이다. 이 比率이 낮다는 것은 매출액에 비하여 과다한 재고를 소유하고 있다는 것을 의미하며, 이 비율이 높을수록 적은 재고자산으로 營業活動을 효율적으로 수행하고 있다는 것을 의미한다. '93년 29.2회에서 '94년 30.8회로 증가한 후 '95년에 30.5회로 소폭 하락하였다.

地域別로는 대도시(32.9회)에서 중소도시(30.1회), 읍·면(22.4회)으로 갈수록 재고자산 회전율이 낮았다. 병원규모별로는 3차진료기관(47.1회)이 가장 높았고, 규모가 작아질수록 재고자산 회전율이 낮은 것으로 나타났다. 地域別·規模別로는 대도시의 3차진료기관과 300명상 이상 종합병원이 높은 것으로 나타나, 대도시일수록, 병원의 규모가 대체로 클수록 적절한 재고를 보유하면서 경영활동을 효율적으로 수행하고 있음을 알 수 있다.

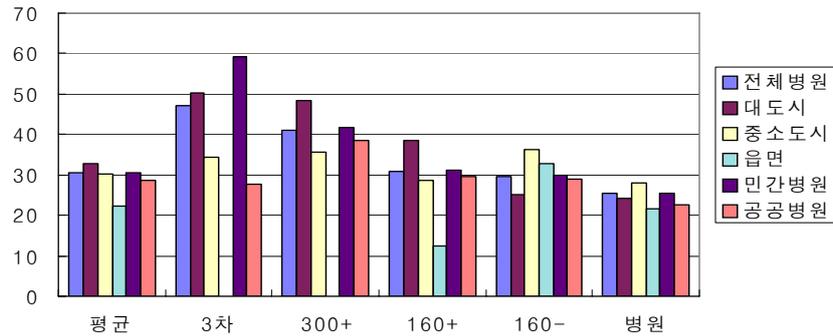
設立形態別로는 공공병원(28.7회)보다는 민간병원(30.7회)이 약간 높았으며, 규모별로는 민간의 3차진료기관과 300명상 이상의 종합병원 등 대형병원이 높게 나타났다.

〈表 3-8〉 醫療機關의 在庫資産 回轉率(1995年)

(단위: 회)

	평균	3차	종합병원			병원
			300+	160~299	160-	
전체	30.5	47.1	41.2	30.8	29.7	25.4
대도시	32.9	50.3	48.4	38.5	25.2	24.3
중소도시	30.1	34.5	35.6	28.5	36.3	28.1
읍·면	22.4	-	-	12.3	32.9	21.6
민간병원	30.7	59.3	41.7	31.1	29.9	25.6
공공병원	28.7	27.8	38.5	29.5	29.0	22.6

[그림 3-7] 1995年度 醫療機關의 在庫資産 回轉率



#### 4. 成長性 分析

의료기관의 成長性은 의료수익, 총자본, 환자수 등이 전기와 비교하여 증가하고 있는가의 여부를 평가하는 것으로서, 이 지표의 비율이 높을수록 병원의 規模 또는 成果가 커지고 있음을 의미하게 된다. 여기서는 의료수익 증가율과 총자본 증가율, 환자수 증가율을 통해 의료기관의 성장성을 평가하고자 한다.

### 가. 醫療收益 增加率

의료수익 증가율은 전기에 비하여 醫療收益이 얼마나 증가 또는 감소하였는가를 알기 위한 비율로서, 당기의 의료수익 증감분을 전기의 의료수익으로 나누어서 계산하는데, 여기서는 外來收益과 入院收益으로 나누어 각각의 증가율을 비교·분석하고자 한다. 외래수익 증가율은 '93년에 14.2%이던 것이 '94년에 8.2%로 증가율이 둔화되었고 '95년에는 5.1%로 떨어지고 있어, 매년 외래수익이 증가하고는 있지만 그 增加勢가 점차 둔화되고 있음을 보여주고 있다. 반면에 입원수익 증가율은 '93년도에 7.5%이던 것이 '94년에 8.1%, '95년에 9.2%로 늘어나 매년 입원수익의 증가세가 커지고 있음을 보여주고 있다. 이는 전체적으로 외래환자가 줄고, 입원환자가 늘고 있는 추세를 반영한 것으로 볼 수 있다.

이를 地域別로 살펴보면 중소도시보다는 대도시나 농어촌 지역의 의료수익 증가율이 컸으며, 특히 농어촌 지역의 경우 외래 및 입원수익이 전년도에 비해 10% 이상 증가하였다. 그러나 中小都市의 경우 외래수익이 오히려 감소한 결과(-2.7%)를 보이고 있다. 病院規模別로는 160병상 미만 종합병원의 수익증가율이 두드러졌으며, 300병상 미만 종합병원은 외래수익이 전기에 비해 큰 증가세를 보였다. 그러나 일반병원의 경우 入院收益은 증가했으나 外來收益은 오히려 감소(-1.2%)한 결과를 보이는 등 전년도에 비해 경영실적이 좋지 않았다.

地域別·規模別로는 중소도시의 3차 의료기관(33.0%)과 160~299병상 종합병원(29.0%)의 외래수익이 두드러지게 증가했으며, 대도시의 경우 160병상 미만 종합병원은 외래 및 입원수익이 30% 가깝게 증가하는 실적을 올렸다. 그러나 중소도시의 一般病院의 경우 입원수익이 -1.4%, 외래수익이 -19.3%로 큰 폭 감소한 결과를 보여, 수익이 크게

감소했음을 알 수 있다.

設立形態別로는 공공병원이 민간병원에 비해 의료수익의 증가율이 컸는데, 외래수익의 경우 민간병원이 3.6%의 증가율을 보인 반면, 공공병원이 17.5%의 높은 증가세를 나타냈다. 入院收益의 경우도 민간병원이 8.3%의 증가율을 보인 반면, 공공병원이 16.5%의 높은 증가율을 보여, 民間病院에 비해 公共病院이 전기에 비해 수익이 크게 증가했음을 알 수 있다.

設立形態別·規模別로는 160병상 미만 종합병원이 민간, 공공병원 모두 약 20%의 높은 수익 증가세를 보인 반면, 民間病院의 경우 일반병원의 수익증가율이 -2.0%로 오히려 전기에 비해 수익이 감소한 결과를 보였으며, 公共病院의 경우 3차 의료기관의 의료수익 증가율이 약 1% 정도여서 수익이 크게 늘지 못했음을 알 수 있다.

지역별·병원규모별·설립형태별 외래 및 입원수익 증가율은 아래 <表 3-9>와 같다.

<表 3-9> 醫療機關의 外來 및 入院收益 增加率(1995年)

(단위: %)

		평균	3차	종합병원			병원
				300+	160~299	160-	
전체병원	외래	5.1	7.3	11.0	16.6	18.8	-1.2
	입원	9.2	7.7	10.3	8.0	20.9	9.4
대도시	외래	9.8	5.8	9.9	9.3	27.2	11.1
	입원	11.0	7.4	9.2	-0.3	29.8	20.7
중소도시	외래	-2.7	33.0	11.3	29.0	11.9	-19.3
	입원	6.5	14.6	11.0	17.0	17.2	-1.4
읍·면	외래	14.2	-	-	5.3	19.1	13.6
	입원	12.3	-	-	13.3	13.7	12.6
민간병원	외래	3.6	9.2	10.5	15.9	19.1	-2.0
	입원	8.3	9.9	10.0	7.6	19.6	9.4
공공병원	외래	17.5	0.6	13.7	21.3	20.1	18.7
	입원	16.5	1.1	12.3	9.7	26.0	10.3

## 나. 患者數 增加率

의료기관의 성장성을 평가할 수 있는 또 하나의 지표로서 환자수 증가율은 前期에 비해 患者數가 얼마나 증가 또는 감소하였는가를 알기 위한 비율이다. 여기서도 환자를 外來患者와 入院患者로 나누어 각각을 비교·분석하고자 한다. 외래환자 증가율의 경우 '93년에 1.8%이던 것이 '94년 2.0%로 소폭 상승했으나 '95년에 -0.6%로 큰 폭으로 떨어져, 외래환자가 줄어들기 시작했음을 보여주고 있다. 입원환자의 경우 그 증가율이 '93에 -6.3%로 전기에 비해 患者數가 감소했던 것이 '94년에 1.4%로 소폭 늘었으며 '95년에 1.2%로 증가세는 소폭이지만 계속 이어졌다.

〈表 3-10〉 醫療機關의 外來 및 入院患者 增加率(1995年)

(단위: %)

		평균	3차	종합병원			병원
				300+	160~299	160-	
전 체	외래	-0.6	2.3	1.7	-2.7	1.9	-1.8
	입원	1.2	5.8	4.0	0.0	0.0	-0.2
대도시	외래	-2.3	2.3	0.9	-0.8	3.5	-6.6
	입원	0.9	4.8	2.0	-0.6	8.7	-0.9
중소도시	외래	0.0	2.1	2.5	-4.0	7.9	-0.3
	입원	1.2	9.9	5.9	0.9	-1.2	-2.5
읍·면	외래	3.8	-	-	-7.8	-4.4	6.9
	입원	2.0	-	-	-7.9	-5.6	4.8
민간병원	외래	-1.5	0.8	0.7	-1.5	-2.0	-2.8
	입원	0.8	2.4	4.8	0.4	-0.1	-0.6
공공병원	외래	4.3	5.6	6.7	-6.9	9.9	12.4
	입원	3.0	13.4	-	-1.8	0.1	5.5

地域別로는 읍·면의 환자수 증가율이 가장 높았는데, 외래환자의 경우 3.8%가, 입원환자의 경우 2.0%가 증가한 반면, 中小都市의 경우

외래환자는 전기와 같았으며, 입원환자의 경우 전년도에 비해 1.2% 증가에 그쳤다. 그러나 大都市의 경우 입원환자가 전년도에 비해 0.9%로 소폭 증가했으나, 외래환자는 오히려 전기에 비해 2.6%가 감소한 결과를 보였다. 病院規模別로는 대형병원의 증가세가 두드러졌는데, 외래환자의 경우 3차 의료기관(2.3%)과 300병상 이상(1.7%), 160병상 미만 종합병원(1.9%)이 소폭의 증가세를 보였으나, 160~299 병상 종합병원(-2.7%)과 일반병원(-1.8%)의 경우는 오히려 전년보다 外來患者가 줄어든 것으로 나타났다. 입원환자의 경우도 300병상 이상 종합병원과 3차 의료기관의 환자수 증가율이 큰 반면, 一般病院은 오히려 전년보다 줄어든 것으로 나타났다.

이를 地域別·規模別로 살펴보면, 외래환자의 경우는 중소도시의 160병상 미만 종합병원(7.9%)과 읍·면의 일반병원(6.9%)이 높은 증가율을 보인 반면, 읍·면(-7.8%)과 중소도시(-4.0%)의 160~299 병상 종합병원, 大都市에서는 일반병원(-6.6%)의 감소세가 컸다. 入院患者의 경우는 대도시의 3차진료기관(4.8%)과 160병상 미만의 종합병원(8.7%) 및 중소도시의 3차진료기관(9.9%)이 높은 증가율을 보인 반면, 외래환자의 경우는 읍·면의 300병상 미만의 종합병원이 높은 감소율을 보였다. 全般的으로 대도시와 중소도시의 경우는 일반병원의 환자수가 감소세를 보인 반면, 農漁村 地域의 경우는 일반병원의 환자수가 높은 증가세를 보이고, 오히려 종합병원의 환자가 높은 감소세를 보이는 대조적인 결과를 보여주고 있다.

設立形態別로는 대체로 공공병원의 환자수가 더 높은 증가율을 보였는데, 민간병원의 외래환자는 전년도에 비해 감소하는 추세를 보였다. 또한 民間病院의 경우는 입원환자가 외래환자보다 높은 증가율을 보인 반면, 公共病院은 외래환자가 더 높은 증가율을 나타냈다. 설립 형태별·규모별로는 민간병원의 경우 300병상 이상(4.8%)의 종합병원

이 약간의 증가율을 보였을 뿐 대부분 小幅의 상승 내지는 감소세를 보였으며, 공공병원에서 입원환자의 경우 3차진료기관(13.4%)이 높은 증가세를 보였고, 외래환자의 경우 대부분이 증가세를 보였으며 특히 160병상 미만 종합병원(9.9%)과 일반병원(12.4%)이 높은 증가세를 보였다. 그러나 160~299 병상 종합병원은 6.9%의 감소세를 보여 대조를 이루었다.

#### 다. 總資本 增加率

총자본 증가율은 전기에 비해 병원에 投入·運用된 총자본이 얼마나 증가 또는 감소하였는가를 알기 위한 비율로서 기업의 전체적인 성장 규모를 측정하는 指標이다. '93년도에 총자본 증가율은 12.7%에서 '94년도에 16.2%로 증가하였다가 '95년도에 12.6%를 나타내, 제조업의 '95년도 총자본 증가율 19.3%보다는 낮기는 하지만, 매년 10% 이상의 增加率을 유지해오고 있다.

地域別로는 읍·면(16.0%)의 총자본 증가율이 가장 높았고 중소도시(14.0%), 대도시(11.0%)의 순으로 나타나, 農漁村 地域의 의료기관이 도시지역의 의료기관에 비해서 상대적으로 총자본 증가가 컸던 것으로 나타났다. 이는 농어촌 지역 소재 병원의 증축, 개보수 및 장비보강을 위해 '95년부터 실시된 농특자금의 지원 등에 의해 농어촌 지역에 대한 투자가 상대적으로 컸음을 반영하고 있다. 病院規模別로는 300병상 미만 종합병원들이 약 20% 이상의 총자본 증가율을 나타내 300병상 이상 종합병원(6.8%)이나 3차 의료기관(1.4%)에 비해 높은 총자본 증가율을 보였으며, 一般病院(11.7%)은 전체 의료기관 평균과 비슷한 정도의 총자본 증가율을 나타냈다.

이를 地域別·規模別로 살펴보면, 중소도시와 대도시의 160~299 병상 종합병원과 대도시 및 읍·면의 160병상 미만 종합병원이 상대적으

로 높은 투자를 한 것으로 나타났고, 중소도시의 300병상 이상 종합 병원(0.5%), 3차 의료기관(-14.6%)과 같은 대형병원은 총자본의 증가가 없거나, 오히려 전기에 비해 총자본이 감소한 것으로 나타났다.

設立形態別로는 민간병원(12.5%)보다는 공공병원(14%)의 총자본 증가율이 약간 더 큰 것으로 나타났다. 설립형태별·규모별로는 민간병원의 경우 300병상 미만의 종합병원들이 20%가 넘는 높은 增加率을 보였으나 대형병원들은 낮은 增加率을 나타냈고, 공공병원의 경우도 160~299 병상 종합병원과 일반병원들이 약 25% 이상의 높은 증가율을 나타낸 반면, 300병상 이상의 종합병원(-6.2%)과 3차 의료기관(-4.7%)이 전기에 비해 總資本이 오히려 줄어든 것으로 나타났다. 결과적으로 대형보다는 중소형 병원에 대한 投資가 컸음을 알 수 있다.

〈表 3-11〉 總資本 增加率(1995年)

(단위: %)

	평균	3차	종합병원			병원
			300+	160~299	160-	
전 체	12.6	1.4	6.8	26.5	19.7	11.7
대도시	11.0	4.8	13.9	22.6	23.1	8.6
중소도시	14.0	-14.6	0.5	34.5	11.5	13.2
읍·면	16.0	-	-	8.9	20.7	15.2
민간병원	12.5	3.1	9.7	27.4	21.9	11.0
공공병원	14.0	-4.7	-6.2	24.1	12.4	29.7

### 5. 生産性 分析

의료기관의 생산성은 병원이 일정 기간 동안 새로이 創出한 價値를 평가하고 투입한 자본, 인건비, 의료기기 등에 대한 效率性을 평가하기 위한 것인데, 여기서는 총자본 투자효율과 인건비 투자효율, 의료기기 투자효율을 이용하여 의료기관의 생산성을 진단하고자 한다.

### 가. 總資本 投資效率

총자본 투자 효율은 병원에서 투입한 總資本이 일정 기간 동안 부가가치<sup>5)</sup>의 창출에 얼마나 효과적으로 기여했는가를 나타내는 지표로서 附加價値를 총자본으로 나누어 이를 비율로 나타낸 것이다. 총자본 투자효율이 높을수록 투하된 자본이 효율적으로 운용되었음을 의미하게 되는데, '92년 55.1%에서 '93년 54.3%, '94년 52.3%로 매년 投資效率이 떨어지다가 '95년 52.6%로 소폭 상승하는 결과를 보였으나 전반적으로 투자효율이 과거에 비해 좋지 못함을 보여주고 있다.

地域別로는 대도시(54.0%), 중소도시(52.5%)가 읍·면(45.4%)보다 총자본 투자효율이 높게 나와 농어촌 지역보다는 도시지역의 투자효율이 더 높음을 보여주고 있다. 規模別로는 3차 의료기관(64.3%) 내지 300병상 이상의 종합병원(67.4) 등 대형 의료기관이 중소규모 병원보다는 월등히 投資效率이 높음을 알 수 있다. 지역별·규모별로는 대도시의 300병상 이상 종합병원과 3차 의료기관의 투자효율이 월등히 높은 것으로 나타났다.

設立形態別로는 민간병원(53.3%)이 공공병원(47.1%)보다 더 자본을 효율적으로 투자하고 있는 것으로 나타났다. 설립형태별·규모별로는 민간의 300병상 이상의 종합병원과 3차 의료기관, 그리고 공공의 300병상 이상의 종합병원이 投資效率性이 높은 것으로 밝혀졌다.

---

5) 의료수익에서 재료비, 소모품비, 동력비, 외주용역비 등을 차감한 것.

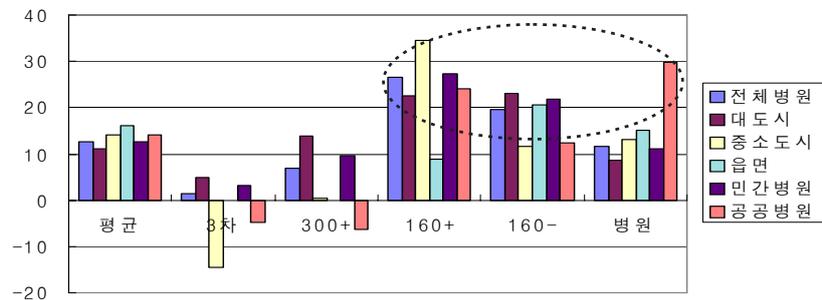
〈表 3-12〉 醫療機關의 總資本 投資效率(1995年)

(단위: %)

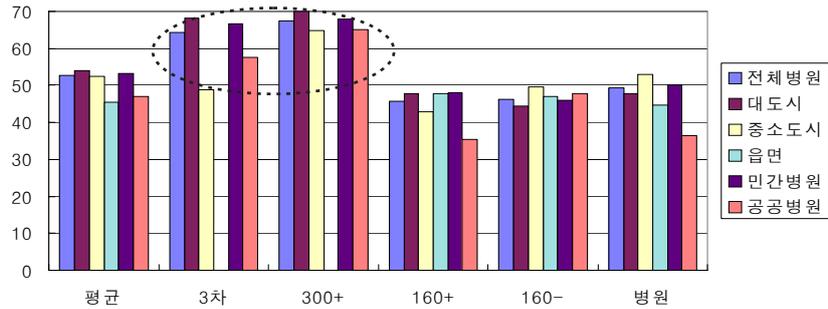
	평균	3차	종합병원			병원
			300+	160~299	160-	
전 체	52.6	64.3	67.4	45.7	46.3	49.4
대도시	54.0	68.1	70.0	47.9	44.3	47.7
중소도시	52.5	48.7	64.8	42.9	49.5	52.9
읍·면	45.4	-	-	47.8	47.0	44.6
민간병원	53.3	66.6	67.9	48.1	46.0	50.2
공공병원	47.1	57.5	65.0	35.4	47.7	36.5

여기서 앞에서 살펴보았던 總資本 增加率과 연계해서 살펴보면, 中小規模의 병원이 대형병원보다 전년도에 비해 투자증가는 컸지만, 오히려 그 투자에 대한 효율성은 대형병원이 중소규모보다 크게 나타나는 결과를 보여 對照를 이루었다. 이는 아래의 [그림 3-8]과 [그림 3-9]를 비교해 보면 명확해진다. 이러한 이유는 중소규모 병원들이 대형병원에 대해 경쟁력을 확보하기 위해 경쟁적으로 투자를 증가시켰지만, 그에 따른 관리에 있어서는 대형병원에 미치지 못하여 투자에 상응하는 효과를 얻지 못했기 때문인 것으로 파악된다.

[그림 3-8] 1995年度 醫療機關의 總資本 增加率



[그림 3-9] 1995年度 醫療機關의 總資本 投資效率



#### 나. 人件費 投資效率

인건비 투자 효율은 병원에서 一定期間에 투입한 人件費에 비하여 새로 창출한 附加價値는 얼마나 되는가를 나타내는 지표이다. 이 지표는 높을수록 노동생산성이 크다는 것을 의미하게 되는데, '92년에 163.9%이던 것이 '93년 159.3%, '94년에 150.1%로 인건비에 의한 부가가치 창출 비율이 매년 하락하던 것이 '95년 152.3%로 약간 상승하여 하락세가 약간 주춤한 모습을 보여주고 있다.

地域別로는 대도시(157.2%)가 중소도시(149.5%)와 읍·면(138.5%)에 비해 인건비 투자효율이 높은 것으로 나타났으며, 病院規模別로는 3차 의료기관(158.6%)과 병원(158.8%)이 기타 종합병원에 비해 인건비 투자효율이 높은 것으로 나타났다.

地域別·規模別로는 대도시의 일반 병원(172.5%)이 인건비 투자효율이 가장 높았으며, 중소도시의 3차 의료기관(167.1%)도 기타 의료기관보다 효율적인 인력관리를 했음을 보여주고 있다. 반면 中小都市와 農漁村地域의 중소규모 병원은 상대적으로 낮은 인건비 투자 효율을 보여주고 있다. 이는 지방 의료인력에 대한 인건비 과다, 투자효율성

저하 등 여러 가지 요인에서 원인을 찾을 수 있을 것이다.

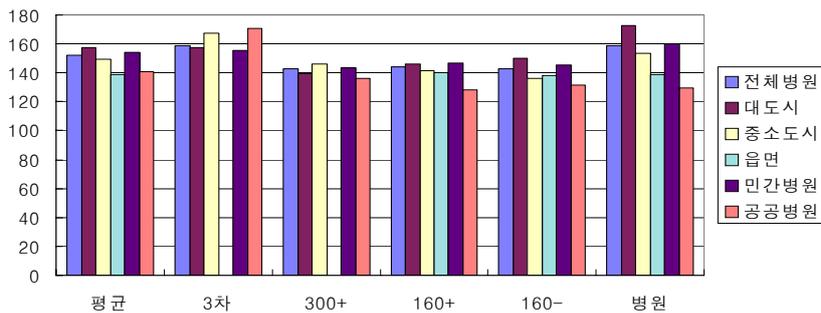
設立形態別로는 민간병원(153.9%)이 공공병원(140.5%)에 비해 10% 이상 인력의 투자 효율성이 높은 것으로 나타났다. 설립형태별·규모 별로는 공공의 3차 의료기관(170.7%)이 인건비 투자 효율성이 월등히 높았으며, 기타 규모에서는 민간병원이 공공병원에 비해 전반적으로 효율성이 높은 것으로 나타났다.

〈表 3-13〉 醫療機關의 人件費 投資效率(1995年)

(단위: %)

	평균	3차	종합병원			병원
			300+	160~299	160-	
전 체	152.3	158.6	142.6	143.9	142.6	158.8
대도시	157.2	157.1	139.7	146.1	150.4	172.5
중소도시	149.5	167.1	145.9	141.8	136.2	153.2
읍·면	138.5	-	-	140.4	137.9	138.5
민간병원	153.9	155.2	143.8	147.0	145.7	160.3
공공병원	140.5	170.7	136.1	128.4	131.7	129.6

[그림 3-10] 1995年度 醫療機關의 人件費 投資效率



#### 다. 醫療機器 投資效率

의료기기 투자효율은 병원에서 투입한 醫療機器 投資額에 비하여 새로 창출된 附加價値는 얼마나 되는 가를 나타내는 지표이다. 이 지표는 높을수록 의료기기 투자 효율이 크다는 것을 의미하게 되는데, '93년 534.4%이던 것이 '94년에 367.4%로 급격히 하락했으나, '95년에 447.8%로 다시 크게 상승해 의료기기 투자효율이 나아지고 있음을 보여주고 있다. 그러나 리스 및 외화차입으로 고가의 의료장비를 구입한 의료기관이 많은 현상항을 볼 때, '97년말 환율 급상승으로 인한 환차손 증가로 향후 의료기기 투자효율은 크게 악화될 것으로 예측되고 있으며, 향후 고가 의료장비에 대한 무분별한 투자도 줄어들 것으로 예상된다.

地域別로는 대도시(462.7%)가 중소도시(434.9%)나 읍·면(424.2%)에 비해 의료기기 투자효율이 높은 것으로 나타나, 중소도시나 농어촌지역의 의료기관이 의료기기 투자에 비해 부가가치 창출이 대도시에 비해 떨어지고 있음을 보여주고 있다. 病院規模別로는 300병상 이상의 종합병원(456.5%)이 의료기기 투자 효율성이 가장 높았으며, 대체로 종합병원이 일반병원에 비해 의료기기 투자효율성이 높은 것으로 나타났다. 地域別·規模別로는 대도시의 경우 160병상 이상 종합병원들과 3차 의료기관 그리고 중소도시의 경우 300병상 이상의 종합병원이 의료기기 투자효율성이 높았으며, 특이한 것은 읍·면의 160병상 미만 종합병원(741.3%)이 의료기기 투자효율성이 상당히 높은 것으로 나타났다.

設立形態別로는 민간병원(456.8%)이 공공병원(386.2%)에 비해 의료기기 투자효율이 높았다. 특히 민간의 300병상 이상 종합병원과 3차 의료기관이 높았으며, 모든 종합병원에서 민간병원이 공공병원에 비

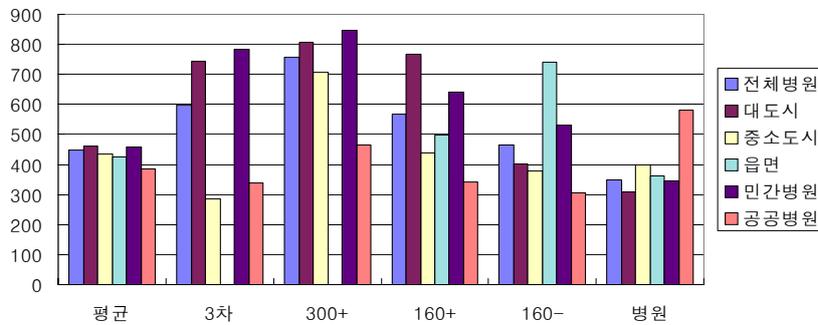
해 의료기기 투자효율이 높았다. 그러나 일반병원의 경우는 공공병원이 민간병원에 비해 그 效率性이 높은 것으로 나타났다.

〈表 3-14〉 醫療機關의 醫療機器 投資效率(1995年)

(단위: %)

	평균	3차	종합병원			병원
			300+	160~299	160-	
전 체	447.8	598.9	756.5	567.3	463.4	349.6
대도시	462.7	743.9	807.6	768.5	402.2	307.9
중소도시	434.9	284.7	707.8	438.5	377.4	399.0
읍·면	424.2	-	-	496.5	741.3	363.5
민간병원	456.8	783.3	848.3	641.8	532.6	344.0
공공병원	386.2	338.0	464.6	341.5	305.8	580.7

[그림 3-11] 1995年度 醫療機關의 醫療機器 投資效率



## 第2節 醫療機關의 費用 分析

지금까지는 의료기관의 財務指標를 중심으로 병원의 경영현황을 살펴본 결과 전반적인 經營의 惡化라는 결론을 얻어냈다. 전국민 의료

보험 실시로 의료서비스에 대한 接近性이 향상되어 醫療需要가 크게 증대 되었음을 고려할 때, 이러한 적자경영의 원인은 費用側面에서 찾아보는 것이 合理的이라고 할 수 있다. 물론 의료보험수가가 낮게 책정되고 매년 그 인상률이 물가상승률에 미치지 못하여 병원의 운영에 걸림돌이 된 것은 사실이다. 그러나 우리 주변에서 閉業의 위기를 넘기고 훌륭히 재기한 병원들을 볼 때, 이것만으로는 충분한 설명이 되지 못한다. 따라서 본 절에서는 의료기관의 비용측면에 초점을 맞추어 分析을 하고자 한다.

醫療費用은 일정기간 동안 환자진료 및 병원운영을 위하여 의료활동에 쓰여진 비용을 의미하여 크게 人件費, 材料費, 管理費, 其他(의학 교육 연구비, 의료사업비 등)로 나눌 수 있다. 의료기관의 비용 분석은 대부분 의료수익에 대한 상대적 원가율을 살펴봄으로써 費用構成의 合理性 여부와 經營의 效率性 여부를 평가하기 위한 것으로 본 절에서도 앞의 분석과 같이 지역별, 병원규모별, 설립형태별로 분석을 실시하고자 한다.

### 1. 醫療收益 對 醫療原價

의료수익대 의료원가율은 의료 수익에 대한 醫療原價의 적정여부를 판단하기 위한 지표로 비율이 높을수록 수익성은 낮아진다는 것을 의미하는데, '92년도 94.9%, '93년도에 95.4%이었던 것이 '94년에 98.8%로 높아졌고, '95년도에는 98.3%로 전년도와 비슷한 수준을 유지했다. 전반적으로 매년 醫療收益에서 차지하는 원가의 비율이 증가하여 원가가 수익과 거의 같아지는 현상을 보여주고 있으며, 이 상태에서 黑字를 기대하는 것으로 무리하고 할 수 있다. 醫療收益 대비 원가비율을 더 자세히 살펴보기 위하여 의료원가를 구성하는 項目別로 살펴보면, '95년도에 인건비가 39.7%로 가장 큰 비중을 차지했고, 재료비

(34.7%), 관리비(23.2%), 기타(0.7%)가 그 다음을 차지했다.

지역별·병원규모별·설립형태별 의료수익에 대한 의료원가율과 그 구성비를 계산해 보면 <表 3-15>, <表 3-16>과 같다.

<表 3-15> 醫療機關의 醫療收益對 醫療原價率(1995年)

(단위: %)

	평균	3차	종합병원			병원
			300+	160~299	160-	
전 체	98.3	98.5	99.4	101.1	101.9	96.4
대도시	96.5	98.9	100.1	100.4	95.3	96.4
중소도시	99.3	96.6	98.6	101.5	107.3	98.4
읍·면	103.6	-	-	103.4	106.3	102.7
민간병원	97.2	97.2	98.1	99.6	99.6	95.9
공공병원	106.9	103.1	107.3	109.3	110.6	107.3

의료수익대 의료원가율을 地域別로 살펴보면 대도시(96.5%), 중소도시(99.3%), 읍·면(103.6%)의 순으로 비율이 높게 나타났는데, 특히 읍·면 즉, 농어촌의 경우 원가율이 100%를 초과하여 원가가 수익을 상회하는 赤字運營을 하고 있음을 보여주고 있다. 이는 농어촌 지역 의료기관의 의료원가 항목 비율에서 원인을 찾을 수 있는데, 관리비는 도시지역보다 약간 낮은 반면, 인건비는 소폭, 材料費(40.1%)는 도시지역(약 34%)에 비해 과다하게 높은 것으로 나타났다.

病院規模別로는 300명상 미만의 종합병원들이 3차진료기관과 일반병원들에 비해 의료원가율이 높아 원가가 수익을 초과하는 적자운영을 하고 있는 것으로 나타났다. 一般病院의 경우 의료수익 대비 인건비와 재료비의 비중이 타 병원에 비해 낮았고, 3차진료기관은 인건비, 300명상 이상 종합병원은 관리비의 비중이 낮은 것으로 나타나, 중형 종합병원의 경우 인건비의 축소와 관리의 효율적 운영이 요구된다고

할 수 있다.

地域別·規模別로는 모든 지역의 160~299 병상 종합병원과 중소도시, 읍·면의 160병상 미만 종합병원, 그리고 읍·면의 일반병원이 적자운영을 하고 있었으며, 특히 농어촌지역의 의료기관들은 모든 규모에서 적자운영을 하고 있는 것으로 나타났다. 이는 都市地域의 종합병원의 경우 인건비 비중의 과도에서, 농어촌 지역의 종합병원과 일반병원은 재료비 비중의 과도에서 그 原因을 찾을 수 있을 것이다.

設立形態別로는 예상한 바와 같이 공공병원이 민간병원에 비해 원가율이 월등히 높았으며, 원가가 수익을 넘어서는 적자운영을 하고 있는 것으로 나타났다. 인건비, 재료비, 관리비 및 기타 모든 항목에서 공공병원이 민간병원에 비해 비율이 큰 것으로 나타나 公共病院이 자원의 효율성 및 관리에 많은 노력을 기울여야 할 것으로 사료된다.

設立形態別·規模別로는 공공병원의 경우 모든 규모의 병원들이 적자운영을 하고 있는 것으로 나타났으며, 민간병원의 경우는 모든 규모의 병원들이 100% 미만을 나타내고 있어 民間病院이 공공병원에 비해서는 좋은 편이지만, 그래도 여전히 원가의 비율이 높은 편이다. 3차 공공병원의 경우 민간병원에 비해 管理費가 지나치게 높은 것으로 나타나, 적자에서 벗어나기 위해서는 관리의 효율성이 요구되며, 종합병원의 경우 의료원가 중 人件費의 비중이 지나치게 높아 인건비의 비중을 낮출 수 있는 방안을 강구하는 것이 필요하다. 일반병원의 경우 공공병원의 재료비(42.3%)가 민간병원에 비해 약 10% 정도가 높은 것으로 나타나 재료비의 비중을 줄이는 것이 적자를 모면하는 방안으로 생각된다.

〈表 3-16〉 醫療機關의 醫療原價 構成比(1995年)

(단위: %)

	평균	3차	종합병원			병원
			300+	160~299	160-	
전 체						
인건비	39.7	37.0	41.5	41.3	42.2	39.1
재료비	34.7	36.2	36.7	36.2	36.5	32.8
관리비	23.2	23.2	20.6	22.9	22.2	24.4
기 타	0.7	2.2	0.7	0.7	1.1	0.1
대도시						
인건비	39.2	37.4	42.8	42.3	41.7	37.0
재료비	33.8	36.0	35.9	33.5	33.7	31.8
관리비	22.7	23.1	20.6	24.2	19.9	23.3
기 타	0.8	2.4	0.9	0.4	0.0	0.1
중소도시						
인건비	40.2	34.8	40.1	40.3	44.0	40.5
재료비	34.6	37.0	37.5	38.5	35.8	31.7
관리비	23.9	23.6	20.6	21.9	24.0	26.0
기 타	0.5	1.2	0.5	0.9	3.4	0.2
읍·면						
인건비	40.8	-	-	38.7	41.6	40.7
재료비	40.1	-	-	43.5	40.3	39.7
관리비	22.3	-	-	17.5	23.7	22.3
기 타	0.5	-	-	3.8	0.7	0.0
민간병원						
인건비	39.4	37.6	40.6	40.5	41.7	38.9
재료비	34.4	36.4	37.3	36.0	35.8	32.4
관리비	23.1	22.1	19.8	23.1	22.1	24.5
기 타	0.2	1.0	0.4	0.1	0.0	0.1
공공병원						
인건비	42.2	35.0	47.1	45.7	44.0	42.1
재료비	36.9	35.4	32.4	37.5	39.1	42.3
관리비	23.8	26.7	25.2	21.6	22.5	21.4
기 타	4.0	6.0	2.6	4.5	5.0	1.6

### 가. 醫療收益對 人件費 比率

의료기관의 의료원가 중 가장 중요한 부문은 人件費이다. 의료수익대 인건비 비율은 병원에 종사하고 있는 人力에게 지급되고 있는 인건비를 의료수익과 견주어 그 비율을 계산한 것으로서 '92년에 35.4%, '93년에 37.3%, '94년에 39.5%, '95년에 39.7%로 매년 그 비율이 增加趨勢에 있다. 이는 제조업의 총비용 중 인건비 비중 평균치('95년 12.62%)의 약 4배 정도에 이르는 수치이다.

病院規模別로 보면 규모가 큰 종합병원이나 3차진료기관이 일반병원에 비해 의료행위에 직접적으로 관련이 있는 醫師 및 看護師의 급여가 차지하는 비율이 컸고, 병원의 규모가 작아질수록 진료행위와 직접적으로 관련이 적은 事務職 및 管理職의 비율이 큰 것으로 나타났다. 이것은 소규모 병원의 경우에 진료행위 이외의 일반 사무 및 관리업무에 상대적으로 많은 인력이 배치되어 있음을 시사한다.

地域別로는 대도시(39.2%) 보다는 중소도시(40.2%)나 읍·면(40.8)에 위치한 의료기관이 상대적으로 인건비 비중이 높아, 지방으로 갈수록 의료인력 확보가 어렵다는 것을 반증해주고 있다. 그러나 지역별·병원규모별로 살펴보면, 지방의 경우라도 큰 규모의 병원보다는 規模가 작아질수록 인건비 비중이 더 커짐을 알 수 있다.

設立形態別로는 공공병원이 민간병원에 비해 사무 및 관리직의 비율이 큰 것으로 나타난 반면, 의사급여 비율은 민간병원에 비해 그 비율이 낮아 상대적으로 의료인력에 비해 事務 및 管理業務에 인력이 많이 배치되었음을 알 수 있다.

### 나. 醫療收益對 材料費 比率

의료수익대 재료비 비율은 환자진료에 사용된 材料費를 의료수익과

견주어 계산한 것으로서 '93년에 39.4%, '94년에 36.6%, '95년에 36.9%로 나타나 큰 변동은 없는 것으로 나타났다.

총재료비 중에서는 藥品費의 비중이 60%를 상회하고 있으며, 도시 지역 보다는 농어촌에 위치한 의료기관이, 그리고 민간병원보다는 공공병원의 경우 그 비중이 더 컸다.

그러나 換率上昇으로 인해 X-ray 필름 가격이나 각종 시약의 가격이 대폭 상승될 것으로 예상되어 방사선재료비<sup>6)</sup>, 검사재료비<sup>7)</sup> 등의 비중이 증가하고, 결국 전체적으로 의료수익에서 차지하는 材料費의 비중이 더욱 커질 것으로 예상된다.

#### 다. 醫療收益對 管理費 比率

의료기관의 施設 및 裝備維持費 등 일반관리에 사용된 제비용을 의료수익에 대한 비율로 산출한 것으로서, '93년에 22.0%, '94년에 22.6%, '95년에 23.8%로 그 비율이 매년 소폭 증가하고 있는 것으로 나타났다.

관리비 구성항목 중 福利厚生費의 경우 민간병원보다는 공공병원의 비율이 2배이상 컸으며, 감가상각비도 공공병원이 약 3% 가량이 높은 것으로 나타났는데, 이는 필요 이상의 施設 投資에 의한 것일 가능성이 높은 것으로 생각된다.

### 第3節 經營指標 分析 綜合

지금까지 의료기관의 안전성, 수익성, 활동성, 성장성, 생산성을 재

6) 진료재료비 중 필름, 카레타, 조영제 등 방사선 촬영, 치료에 사용된 재료비를 의미함.

7) 진료재료비 중 시약, 초자류 등 임상병리검사에 사용된 검사재료비를 의미함.

무지표를 통하여 살펴본 결과는 의료기관의 經營狀態 惡化로 요약될 수 있다.

기본적으로 '95년 1년간 일반병원의 평균 수익률이 負의 값을 보여, 수익을 올리지 못하고 적자를 보였던 것으로 나타났다. 문제는 이러한 적자가 병원의 규모, 병원의 소재지에 관계없이 全般的으로 나타나고 있다는 것이다. 그리고 이러한 적자규모는 대도시보다는 中小都市 및 農漁村 地域에서 크다는 것이며, 그 원인은 여러 곳에서 찾을 수 있다.

첫째는 농어촌 지역의 患者數 減少에서 그 원인을 찾을 수 있을 것이다. '95년 1년간 외래 및 입원환자의 증가율에 의하면 농어촌에 위치한 중소 종합병원의 경우 외래 및 입원환자가 전년도에 비해 5~7%정도의 환자가 감소한 것으로 나타나고 있으며, 중소도시에 위치한 중소병원의 경우도 전년도와 비슷하거나 감소한 것으로 나타나고 있어 이를 증명해 주고 있다.

둘째는 過度한 投資에서 찾을 수 있다. 중소도시와 농어촌에 위치한 중소병원들의 총자본 증가율은 앞서서도 살펴보았지만 대도시의 대형병원들에 비해 상당히 높았던 것으로 나타났다. 이 시기에 중소도시와 농어촌에 위치한 중소병원들의 경영이 적자였다는 점을 감안한다면 이러한 총자본의 증가는 借入金에 의한 高價裝備 및 施設投資에 의한 것임이 분명하다. 이는 농어촌 지역의 중소규모 병원이 다른 지역에 비해 부채비율(약 80%)이 높고, 고정장기 적합률도 상당히 높다('95년 154.2%)는 사실로도 알 수 있다. 문제는 이러한 투자가 의료기관에 그에 상응하는 附加價値를 창출해 냈는가 하는 것이다. 결과는 그렇지 못하다. 농어촌에 위치한 의료기관의 경우 총자본 투자효율이 다른지역에 비해 상당히 떨어졌으며, 의료기기 투자효율도 마찬가지로 도시지역 의료기관에 비해 낮은 수준이었다.

셋째는 過度한 人件費·材料費에서 찾을 수 있다. 전반적으로 농어촌 지역 의료기관 및 중소도시의 소규모 병원들의 인건비 비중이 도시지역의 대형병원에 비해 컸다. 이는 醫療人들의 지방병원에 대한 기피현상에서 비롯된 것으로 파악된다. 또한 농어촌 지역의 약품비, 진료재료비, 급식재료비, 의료소모품비 등의 材料費 비중이 도심지역보다 5% 이상 큰 것으로 나타났다. 이는 농어촌 지역 의료기관의 의료약품 구매량이 도심지역보다는 小量이고, 도시지역보다 交通이 불편한데서 그 원인을 찾을 수 있을 것이다.

끝으로 본장에서 재무지표 분석을 통해 파악된 문제점 및 취약점을 바탕으로 이의 개선을 위한 對策은 본 연구보고서의 6장에서 종합적으로 다루고자 한다.

## 第 4 章 醫療機關의 廢業 要因 分析

지금까지 病院産業에 대한 위기 극복 戰略에 관한 많은 연구가 있어 왔다. 그러나 위기극복전략이 소개되고 확산된지도 약 10년이 경과하였으나 병원경영의 效率性 強化 方案 또는 生存戰略의 모색이 끊임없이 논의되고 있어 병원산업의 경영 환경이 개선되기보다 오히려 악화되는 것으로 인식하고 있는 실정이다.

따라서 本章에서는 병원산업의 經營 環境 惡化로 인해 현재 어느 정도의 의료기관이 폐업하고 있으며 또 그 원인은 무엇인가라는 아주 기초적인 질문에 대한 해답을 얻으려고 하며, 나아가 현재 폐업의 危機를 맞고 있는 여러 의료기관들의 위기 극복 방안을 모색하므로써 적극적인 成長戰略을 마련해 보고자 한다.

또한 의료기관의 폐업 원인에 관한 심도있는 분석을 위해서는 폐업 요인을 戰略的 次元과 財務的 次元을 동시에 살펴보아야 할 것이다. 그러나 우리나라 의료기관의 대부분이 內部 財務資料의 공개를 기피하고 있을 뿐 아니라 실제 폐업한 병원의 경우 그 소재 파악과 책임자와의 면담도 어려운 실정이므로 폐업의료기관의 폐업 요인을 綜合的으로 파악하기에는 적지 않은 限界가 있다. 병원의 폐업 신고 내용 또한 형식적이어서 객관적인 폐업 동기를 파악하기가 쉽지 않다. 따라서 의료기관의 재무자료의 公表는 차치하고라도 성실한 신고를 誘導하는 제도적 裝置의 마련이라도 우선되어야 할 것이다.

한편 本章에서는 병원산업의 현황파악을 통하여 시장구조 변화와 폐업의 연계성을 분석하고자 한다. 이를 위하여 폐업한 經驗을 갖고 있거나 폐업 위기를 맞고 있는 전국의 의료기관 중 無作爲로 선정된

몇 개 의료기관에 대하여 面談에 의한 事例 分析 및 설문 분석을 통하여 병원 산업 전반에 걸친 현실적 문제점들의 有形化를 시도하여 폐업의료기관의 규모별·지역별 共通點과 差異點 등을 분류해 보고자 한다. 또한 의료기관의 폐업 극복에 관해서도 경영 전략적 次元에서 試圖될 수 있는 方案을 모색해 보고자 한다. 폐업 극복 전략의 수립은 본 사례에서 얻어진 자료를 土臺로 하여 의료기관의 지역별, 규모별로 妥當한 방안을 導出하고자 하며 일반적으로 言及되고 있는 각종 경영전략과 連繫하여 마련하고자 한다.

본 연구에서 수집한 몇 개의 사례 結果를 公論化하기에는 많은 문제점이 있으나 면담자료를 수집하는 과정에서 병원산업의 危機感이 외부적인 요인에 의존하고 있는 부분이 적지 않음을 파악할 수 있었다. 즉 병원산업 자체가 상당히 同質的인 상황에 놓여 있어 몇 개의 사례에 준하는 結果일지라도 병원 산업 전반에 걸친 폐업과 관련된 경영환경을 이해하는데 큰 무리가 없을 것으로 사료된다.

## 第1節 廢業 醫療機關의 現況分析

### 1. 廢業 醫療機關의 規模別·指定取消事由別·設立形態別 特性

〈表 4-1〉은 醫療保險聯合會에서 제공한 1994년부터 1996년까지 最近 3年間의 병원규모별·지정취소사유별·설립자별 폐업병원 數를 나타낸다. 의료보험연합회의 集計에 의하면 '94년도에 총 52개소의 병원이 폐업하였으며, '95년의 81개소, '96년의 78개소에서 폐업한 것으로 집계되었다. 폐업의료기관을 설립형태에 따라 民間과 公共의 형태로 분류할 경우 민간에 의해 설립된 醫療機關이 전체 폐업에서 차지하는 比重이 '94년 95%, '95년 97%, '96년 97%로 그 대부분을 차지하고 있었다.

〈表 4-1〉 病院規模別 所在地別 設立形態別 廢業病院數(1994~1996年)

연도	규모	지정취소사유											설립형태			
		계	행정 처분	자진 폐업									계	민간	공공	
				소계	대표자 사망	고령 건강	학업 목적	경영상	이민 휴업	지역 이전	종별 변경	기타 <sup>1)</sup>				
'94	3차	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	종합 병원	소계	9	0	9	0	0	0	0	0	0	3	6	9	9	0
		300 이상	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		160~299	4	0	4	0	0	0	0	0	0	1	3	4	4	0
		160 미만	5	0	5	0	0	0	0	0	0	2	3	5	5	0
	병원	43	0	43	0	0	0	2	1	0	8	32	43	41	2	
계	52	0	52	0	0	0	2	1	0	11	38	52	50	2		
'95	3차	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	종합 병원	소계	14	0	14	0	0	0	0	0	4	10	14	14	0	
		300 이상	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	
		160~299	7	0	7	0	0	0	0	0	1	6	7	7	0	
		160 미만	6	0	6	0	0	0	0	0	3	3	6	6	0	
	병원	67	0	66	0	0	0	1	0	1	16	48	67	65	2	
계	81	1	80	0	0	0	1	0	1	20	58	81	79	2		
'96	3차	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	종합 병원	소계	15	0	15	0	0	0	0	0	8	7	15	14	1	
		300 이상	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		160~299	5	0	5	0	0	0	0	0	1	4	5	5	0	
		160 미만	10	0	10	0	0	0	0	0	7	3	10	9	1	
	병원	63	0	63	0	1	0	0	1	1	15	45	63	61	2	
계	78	0	78	0	1	0	0	1	1	23	52	78	75	3		

註: 1) 자진폐업 항목 중 기타에는 영양기관 대표자가 지정서 반납 신고시 반납사유를 기재하지 않거나, 의료보험연합회가 보건소로부터 통보된 폐업현황을 근거로 지정 취소한 경우, 보건기관처럼 법령에 의해 폐쇄되는 기관, 영양기관의 대표자가 공동개설자로 변경되거나 취업한 경우, 영양기관 대표자 변경의 경우 및 상기 항목으로 분류하기 곤란한 경우 등을 포함함.

資料: 의료보험연합회 내부자료, 1994~1996.

의료기관의 지정취소 사유를 自進廢業과 行政處分으로 나누어 볼 경우 행정처분에 의한 폐업은 최근 3년간 '95년 1개소만이 있을 뿐 대부분의 폐업은 자진폐업에 의한 것으로 조사되었다. 자진폐업의 형태를 세분하면 種別 變更(종합병원에서 병원, 병원에서 의원등으로 변경)에 의한 폐업이 전체 자진폐업 중 '94년, '95년, '96년 각각 21%, 25%, 29%로 나타나 그 주종을 이룰 뿐만 아니라 해마다 증가하고 있는 것으로 조사되었다.

경영의 악화로 폐업했다고 신고한 경우는 '94년의 4%(2개소), 95년의 1%(1개소), '96년의 경우는 全無한 것으로 나타났다. 이 결과만으로 보면 실제로 경영의 어려움으로 폐업이 발생한 경우는 거의 없다고 볼 수 있다. 그런데 자진폐업중에서 기타로 분류된 상당수가 '個人事情'으로 기술하고 있는데 아쉽게도 이의 정확한 분류가 불가능하였다. 따라서 이 항목에 대한 구체적인 파악이 선행되어야만 의료기관의 폐업 상황을 객관적으로 분석할 수 있을 것이다. 이러한 한계점하에서 병원경영환경의 악화에 대처하는 방안은 주로 병원의 규모를 변화하는 방향으로 대응하고 있으며 진료자체를 拋棄하는 경우는 많지 않다. 그러므로 의료기관의 폐업은 대부분이 종별변경에 의한 경우라고 볼 수 있을 것 같다.

한편 기타로 분류된 경우에는 폐업으로 인한 요양기관 지정 취소 申告書式의 사유란에 폐업 원인이 유형별로 구분되지 않은, 자유기재 형식으로 되어 있어서 '개인사정'으로 記載한 경우가 대다수를 차지하였다. 이외에도 의료보험연합회가 保健所로부터 통보된 폐업현황을 근거로 지정 취소한 경우, 보건기관처럼 법령에 의해 폐쇄되는 기관, 요양기관의 대표자가 共同開設者로 변경되거나 취업한 경우, 요양기관 代表者 변경의 경우 및 上記 항목에 분류하기 곤란한 경우 등이 이에 속해 있는데 이는 전체 자진폐업 형태 중 '94년 73%, '95년의

73%, '96년의 67%를 차지하고 있다.

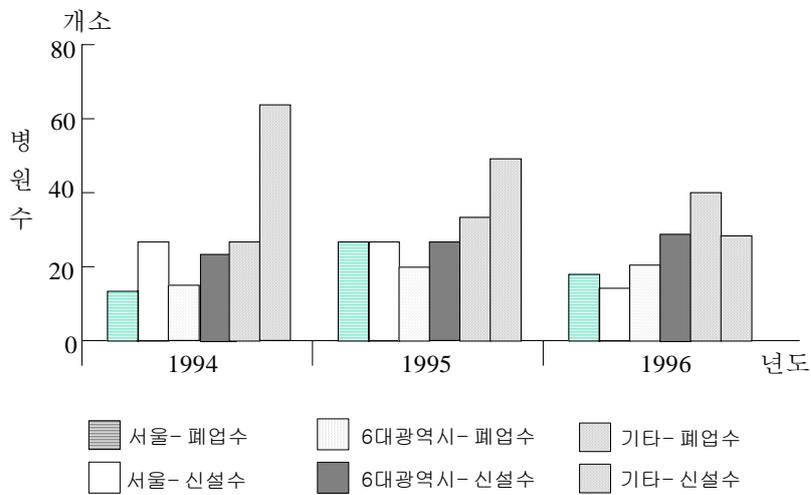
폐업의료기관의 규모별 특성을 3次醫療機關, 綜合病院 및 病院으로 분류해 볼 때 전체폐업병원 중 병원 급에서 폐업이 발생한 경우가 94년의 83%, '95년의 83%, '96년의 81%로 대부분을 차지하고 있었다. 종합병원 중에서 병상 수에 따른 폐업현황을 300病床 이상인 경우, 160병상 이상 299병상 이하인 경우 및 160병상 미만인 경우로 나눈후 연도별로 분류해 보면 '94년의 경우 각각 0%, 44%, 56%, '95년의 경우 7%, 50%, 43%이며 '96년의 경우 0%, 33%, 67%씩으로 나타났다. 따라서 종합병원 중에서도 상대적으로 病床數가 적은 의료기관에서 폐업이 더 많이 발생한 것으로 把握되었다. 한편 3차 병원의 폐업은 최근 한 건도 없었다. 종합적으로 볼 때 의료기관의 규모가 작을수록 폐업이 빈번하게 발생하고 있다고 볼 수 있으며 이는 수요자인 환자들의 대규모 병원의 選好現象과 一脈相通하고 있다고 분석된다.

## 2. 廢業 醫療機關의 所在地別 特性

의료기관의 소재지별 폐업현황을 보면(그림 4-1 참조) '94년에 서울 지역에서 全體廢業病院의 23%, '95년의 33% 및 '96년의 23%가 폐업을 하였으며 6대 廣域市(부산, 대구, 광주, 대전, 인천 및 울산)에서 발생한 폐업의료기관의 수는 전체 폐업병원 중에 최근 3년간 각각 27%, 24%, 27%의 比率을 차지한다. 따라서 大都市의 병원에서 의료기관이 폐업된 경우가 전체 폐업병원의 '94년에 50%, '95년에 57%, '96년에 50% 등으로 나타나 대도시는 의료기관의 集中과 함께 폐업되는 의료기관의 수도 많은 것으로 나타났다. 또한 의료기관 新設과 관련하여 '94년, '95년, '96년에 각각 총신설병원 중에서 23%, 26%, 15%가 서울 지역에서 신설하였으며 6대 광역시에서는 각각 21%, 26%, 27%의 신설이 있었다. 3년간의 結果를 종합해 보면 총 신설의료기관에서 서울

지역에서 차지하는 의료기관의 新設率이 廢業率에 비해 해마다 감소하고 있음을 알 수 있다.

[그림 4-1] 所在地別 廢業 및 新設 病院數



註: 6대 광역시는 부산, 인천, 대전, 대구, 광주, 울산을 포함함.

소재지별 폐업 및 신설 병원에 대하여 보다 상세히 살펴 보면 <表 4-2>와 같다. 표의 괄호 안은 當期の 폐업병원수를 당기의 신설병원수로 나눈 것으로 지역당 의료기관의 量的 擴大를 가늠해 볼 수 있다. '94, '95, '96년의 경우 각각 47%, 77%, 76%로써 이는 신설되는 병원에 비해 폐업되는 병원이 '95년부터 급격히 증가한 樣相을 보이고 있다. 비록 3년간의 자료이기는 하나 신설율보다는 폐업율이 증가하고 있음을 알 수 있다.

〈表 4-2〉 醫療機關 所在地別 廢業 病院 및 新設 病院數

(단위: 개소, %)

구분	'94	'95	'96
서울	12/ 26 ( 46.0)	27/ 27 (100.0)	18/ 15 (120.0)
부산	8/ 12 ( 67.0)	7/ 10 ( 70.0)	8/ 10 ( 80.0)
대구	0/ 4 ( 0.0)	1/ 2 ( 50.0)	3/ 6 ( 50.0)
광주	4/ 1 (400.0)	7/ 5 (140.0)	1/ 5 ( 20.0)
대전	1/ 4 ( 25.0)	2/ 2 (100.0)	1/ 2 ( 50.0)
인천	1/ 2 ( 50.0)	2/ 7 ( 29.0)	5/ 2 (250.0)
울산	0/ 0 ( - )	0/ 1 ( 0.0)	3/ 3 (100.0)
경기	7/ 19 ( 37.0)	15/ 19 ( 79.0)	8/ 10 ( 80.0)
강원	2/ 8 ( 25.0)	1/ 2 ( 50.0)	3/ 4 ( 75.0)
충북	1/ 2 ( 50.0)	2/ 4 ( 50.0)	1/ 1 (100.0)
충남	0/ 7 ( 0.0)	1/ 3 ( 33.0)	7/ 10 ( 70.0)
전북	1/ 4 ( 25.0)	1/ 3 ( 33.0)	1/ 8 ( 13.0)
전남	5/ 6 ( 83.0)	3/ 3 (100.0)	6/ 4 (150.0)
경북	0/ 2 ( 0.0)	7/ 6 (117.0)	2/ 3 ( 67.0)
경남	5/ 10 ( 50.0)	5/ 11 ( 45.0)	10/ 20 ( 50.0)
제주	5/ 4 (125.0)	0/ 0 ( - )	1/ 0 ( - )
계	52/111 ( 47.0)	81/105 ( 77.0)	78/103 ( 76.0)

註: 괄호 안은 당기의 폐업병원수를 당기의 신설병원수로 나눈 것임.  
 資料: 의료보험연합회 내부자료, 1994~1996.

소재지별로 폐업 및 신설의료기관의 특성을 살펴보면, 먼저 서울에 소재지를 두고 있는 의료기관의 경우 '94년부터 '96년까지 각각 46%, 100%, 120%로 '95년 이후부터는 신설되는 병원보다 폐업되는 병원수가 더 많아 서울지방의 의료기관수가 減少하고 있음을 알 수 있다.

부산을 포함한 6대 광역시의 경우 신설의료기관에 비해 폐업된 경우가 전국 平均을 훨씬 상회하고 있으나 서울 및 6대 광역시를 제외한 기타 지역에 있어서는 전국 平均을 밑돌고 있어 대도시 지역에서 의료기관의 폐업이 빈번함을 알 수 있다.

한편 의료기관의 감소추세가 平均을 上廻하는 곳으로 전남과 경기

의 경우를 들 수 있다. 또한 전북과 대구의 경우는 比較的 신설의료 기관에 비해 폐업된 경우가 적은 것으로 나타났으며 부산을 포함한 경남의 경우는 다른 지역에 비해 폐업병원의 증가가 緩慢한 것으로 나타났다.

## 第2節 事例에 의한 廢業 및 經營 惡化 要因分析

### 1. 事例別 一般的 特性

의료기관의 폐업 원인 및 對策 분석을 위해서 無作為로 선정된 네 개 의료기관의 병원 行政擔當者와 面談 및 設問에 의한 事例分析을 시도하였다.

면담 응답자의 담당 직위는 행정차장 1명, 원무부장 2명 및 기획팀장 1명으로 모두 의사 출신은 아니었으며 면담에 소요된 시간은 대략 2시간 내외였다. 附錄II에 첨부된 면담 자료를 바탕으로 동일한 질문을 하였으며 이외에 보충적이거나 보다 세밀한 의견의 수렴을 위하여 설문조사도 並行해 실시하였다. 사례 분석을 위해 總 네 개의 사례가 분석되었으며 그 內容은 다음과 같다.

- 사례 A : 서울 H정형외과 (구 강북K병원)
  - J 원무부장, L 원무과장
- 사례 B : 서울 U병원
  - A 기획팀장
- 사례 C : 부산 J병원
  - S 원무부장
- 사례 D : 안동 S병원
  - L 행정차장, K 기획실장

〈表 4-3〉은 사례에 포함된 의료기관들의 一般的 특성을 나타내고 있다. 본 분석에 포함된 의료기관을 지역별로 분류하면 서울 2개소, 지방의 2개소(부산 1개소, 안동 1개소)이며 규모별로 분류하면 300병상 이상의 종합병원이 2개소, 100병상 미만 30병상 이상의 병원급이 1개소, 29병상 미만의 의원급이 1개소이다. 설립형태별로는 個人이 2개소이며 學校, 財團이 각각 1개소씩이다. 의사를 포함한 총 職員 수에 있어서 300명 이상이 1개소, 200명 이상에서 300명 미만이 1개소이며 나머지 2개소는 100명 미만의 의료기관이다.

〈表 4-3〉 事例別 一般的 特性

사례 구분	사례A	사례B	사례C	사례D
선정이유/ 폐업형태	종별 변경 (병원에서 의원급)	실제 폐업	4년째 적자	폐업위기 극복
운영기간	1992~95	1959~97	1982~현재	1909~현재
설립형태	개인	학교법인	개인	재단법인
병원형태	병원	종합병원	병원	종합병원
소재지역	서울	서울	부산	안동
병상수 (허가/운영)	70/60 (현재 29병상)	300/300	45/65	300
근무자수 (정규/임시)	35/0	313/50	75/5	252
총자산규모	4 억원	-	30 억원	-
총부채규모	1 억원	-	15 억원	-

폐업 및 경영악화와 관련하여 각 사례들은 다음과 같은 特性을 갖고 있다. 먼저 사례A에 해당하는 의료기관은 경영악화로 병원급에서 의원급으로 種別 변경한 경우로서 서울 소재의 병·의원급 의료기관들의 苦衷을 참고할 만한 사례이며 사례B는 실제 폐업된 경우로서 그

원인 분석에 많은 參考가 될 것이다. 또 사례C는 지방에 위치한 병원 급으로 현재 4년째 적자를 보고 있으며 실제로 적자 상황에서 계속 운영할 수 있는 원인이나 경영의 어려움을 살펴볼 수 있는 機會가 될 수 있을 것이다. 사례D는 폐업의 위기에 처했다가 자구 노력 끝에 극복한 경우로서 위기 극복방안 도출에 意義가 있을 것이다.

## 2. 廢業 및 經營 惡化 要因

사례에 포함된 네개 의료기관의 폐업 및 경영 악화 요인을 내부적 및 외부적 요인별로 분류하면 <表 4-4>와 같다. 이 표에 의하면 외부 요인 중 폐업 및 경영 악화의 주요 요인으로 다음과 같은 네 가지를 들고 있다.

첫째로 예상한 바와 같이 사례에 포함된 전 의료기관이 醫療保險 저수가를 지적하였다. 저수가의 해결만이 병원의 정상적 운영에 도움이 되며, 저수가의 해결 방향에 대해서 一律적인 비율(%)의 인상보다는 개별 항목별로 개정되어야 한다고 主張하였다.

<表 4-4> 事例別 廢業 要因

구 분	사례 A	사례 B	사례 C	사례 D
외부적	- 저수가 - 의료인력부족 - 환자기호변화 - 세제 불합리 - 주거환경변화	- 저수가 - 병원간 경쟁 - 세제 불합리 - 투자 제약 - 진료비 지불 지연	- 저수가 - 의료인력부족 - 세제 불합리 - 환자기호변화 - 경기불황	- 저수가 - 의료인력부족 - 병원간 경쟁 - 세제 불합리 - 적은 의보약가 마진
내부적	- 경영자의 무사안일성	- 과도한 인건비 - 미수금 - 과도한 재료비 - 비효율적 경영 - 직종간 갈등	- 작은 규모 - 과도한 인건비	- 비효율적 경영 - 과도한 인건비 - 과도한 재료비

둘째, 불합리한 稅制를 거론하였다. 의료기관은 공익적인 측면이 여타 산업보다 強調되고 있음에도 불구하고 개인소득세 및 부가가치세 등을 다른 산업과 동일하게 일률적으로 적용한다는 것은 衡平의 원리에도 어긋난다고 보고 있었다. 의보수가의 인상이 직접적으로 소비자에게 負擔을 전가하는 側面이 강하다면 세제 개선을 통한 지원은 소비자의 抵抗을 줄이면서 의료기관에 혜택을 줄 수 있다는 측면에서 차선의 지원이 될 수 있다고 평가하였다. 또한 고가 의료장비의 수입 시에도 關稅率 적용을 유리하게 하는 지원도 거론하기도 하였다. 그 외 악성 未收金이 적지 않음을 지적하였다.

셋째로는 심각한 醫療人力의 공급 不足을 지적하였다. 부족한 인력을 분야별로 보면 의사, 간호사, 약사 뿐 아니라 임상 병리사, 간호조무사, 의료기사에 이르기까지 전반적으로 의료인력의 需給에 문제가 많은 것으로 지적되었다. 또한 의료인력공급의 不足은 인건비의 상승을 불러와 固定費의 지출이 다른 산업에 비해 과다하여 경영에 중요 壓迫 요인이 되고 있었다.

다음으로 100명상 미만의 의료기관에서는 대형병원 選好라는 환자의 기호변화로 인한 환자의 감소를 지적하였다. 현재 시설의 補修 및 現代化 등의 개선 조치도 환자들의 대형병원 선호현상을 바꾸지 못하는 것으로 인식되고 있으며, 이는 환자를 유치하기 위한 효과적인 方案의 선택 폭이 좁다는 것을 의미한다고 하겠다. 뒤의 폐업 대책에서도 거론되었지만 소규모 병원에서는 단순히 대형병원에서 시행하고 있는 親切運動, 清潔運動 및 弘報活動 強化 등의 방안을 도입하여 적용하고 있었다. 이와 같은 현상으로 볼 때 소규모 병원에서는 경영혁신을 논하기에는 아직 현실과 상당한 乖離가 있어 보인다.

綜合적으로 규모에 따른 폐업 및 경영악화 요인을 구분하여 보면 먼저 事例A, C에 해당하는 小規模의 의료기관에서는 환자의 기호변화

로 인한 고객감소가 共通要因으로 지적이 됨에 반해 事例B, D에 해당하는 중형규모의 의료기관에서는 병원간 경쟁이 그 주요요인으로 나타났다. 또 醫療人力不足의 문제도 지방의 경우, 그리고 서울에서도 규모가 작은 의료기관에서 상대적으로 더욱 심각한 것으로 조사되었다.

한편 豫想한 것과 같이 저수가나 세제의 불합리 문제 등은 쏠 의료기관에서 공통적으로 겪고 있는 경영악화 요인이었다.

內部的 主要要因으로는 전반적으로 과다한 인건비의 지출이 폐업 및 경영 악화와 관련이 많다고 보고 있었다. 과다한 인건비는 勞動集約的인 병원산업의 속성을 나타내는 것이지만 근본적인 문제는 인력수급의 불균형으로서 부족한 의료인력을 확보하기 위해 給與 수준을 높여야 하는 것이 경영에 주된 내부 障礙要因이 되고 있었다. 내부적 요인중 규모별로 차이를 보이고 있는 항목으로는 비효율적 경영과 과다한 材料費의 문제가 지적되었다. 이는 상대적으로 규모가 큰 의료기관에서 효율적 경영에 대한 壓迫과 비용 발생 및 통제에 대한 負擔이 좀 더 강하게 나타나고 있기 때문으로 해석된다. 특히 경영의 非效率 측면으로 경영자의 무사안일함, 직종간 갈등에서 빚어지는 의사결정상 비효율성 및 放漫한 경영 등이 거론되었다.

한편 事例C의 경우 100병상정도의 규모가 가장 경영이 어렵다고 보았다. 規模의 經濟를 살리지 못하고 있기 때문이며 따라서 적정 損益分岐點에 해당하는 병상수로 확대하던지 아니면 더욱 규모를 축소해야 한다고 보았다.

〈表 4-5〉는 폐업 및 경영 악화 요인들의 폐업 등에 미친 影響力 정도를 나타내고 있으며 전체적으로 역시 저수가의 문제가 가장 부각되고 있음을 볼 수 있다. 아울러 保險給與의 확대가 시급하다고 보았으며, 의료인력 확보의 어려움과 인력관리의 어려움이 경영 악화에 주된 요인으로 지적되었다.

〈表 4-5〉 廢業 및 經營 惡化 要因의 影響力 評價

폐업유발요인	사례 A	사례 B	사례 C	사례 D
저수가	5	5	5	5
불리한 지리적 위치	3	5	3	3
경쟁병원의 증가	3	4	3	5
보험급여의 확대	5	3	4	4
의료전달체계 미비	1	3	4	3
금융비용의 증가	3	4	4	4
의료인력 확보의 어려움	5	3	4	4
무리한 시설투자	1	3	3	3
특별손실	3	4	4	3
인력관리의 어려움	3	4	4	5
경영능력의 한계	4	3	4	4
의료 사고	5	3	3	3
자금 회전 악화	3	4	4	4

註: 5(매우 크다), 4(크다), 3(보통이다), 1(매우 작다)

전반적으로 폐업 유발 요인은 의료기관의 지리적 위치와 규모에 따라 다음과 같은 差異를 보이고 있다. 먼저 규모에 따른 차이를 나타내는 요인으로 競爭病院의 증가와 人力管理의 어려움이 상대적으로 규모가 큰 의료기관(事例B, D)에서 지적되었으며 의료인력 확보의 어려움은 작은 규모의 의료기관(事例A, C)에서 지적하였다. 또 인력관리의 어려움, 자금회전악화 및 의료전달체계의 미비함 등에서 지방에 위치한 의료기관(事例C, D)들이 더 많은 어려움을 겪고 있어 지방의 경우가 더욱 劣惡한 의료환경에 露出되어 있다고 보여진다.

### 3. 醫療機關의 內·外的 環境

조사대상 의료기관에게 내·외적 環境과 폐업과의 연관성에 관한 질문을 하였다. 내적 환경으로는 폐업 위기 또는 경영환경 악화의 解決策으로서 전문경영인에 의한 병원 경영 가능성을, 외적 환경으로는

전반적인 병원경영 환경의 深刻性에 대한 부분, 병원간 경쟁, 대기업의 병원산업의 진출 및 의료시장 개방 등을 질문하였다. <表 4-6>은 이와 관련된 질문에 대한 각각의 의료기관들의 입장을 보여주고 있다.

<表 4-6> 事例別 醫療機關의 內·外的 環境에 對한 意見

구 분	사례 A	사례 B	사례 C	사례 D
전문경영인제 도입 <sup>1)</sup>	- 찬성 - 시기상조	- 찬성 - 부정적	- 규모크면찬성 - 시기상조	- 찬성 - 시기상조
향후 병원환경	- 더 악화될 것	- 더 악화될것	- 더 악화될것	- 더 악화될 것
병원간 경쟁	- 둔감	- 민감	- 둔감	- 아주 민감
대기업의 참여	- 둔감	- 민감	- 둔감	- 아주 민감
의료시장개방	- 둔감	- 상황에 따라 민감	- 둔감	- 민감

註: 1) 전문경영인제 도입에 관해 첫 줄은 면담 당사자의 의견이며 두 번째 줄은 면담 당사자가 의사인 원장의 입장을 대변한 것임.

專門經營人制 도입의 경우 모든 응답자(비의사 출신)가 찬성의 입장을 보여 주었으나 의사인 원장들의 경우는 대부분 부정적 입장에 있을 것이라고 보았다. 전문경영인제의 效果性을 의료기관 종별에 따른 차이를 보면 1차의료기관은 필요성도 못 느끼는 분위기이며 2차의료기관에서는 필요는 하나 아직 시기 상조라는 입장을 보였다. 전문 경영인제가 도입된다면 이는 大學病院 등 所有와 경영이 분리된 곳에서 먼저 시행되어야 할 것으로 보았다. 즉 대학병원에서 나타난 긍정적인 결과가 차츰 규모가 작고 전문 경영인제의 도입이 상대적으로 어려운 의료기관으로 波及되어 나가는 것이 바람직하다고 보았다. 또한 병원 전문 경영인에 대한 양성 기관의 活性化를 위해 그리고 외국에서 공부한 사람이 국내 현실에 조속히 적응하기 위해서는 상당한 노력과 투자가 뒤따라야 할 것으로 展望하였다.

병원의 전반적인 경영환경에 대해서는 모든 사례에서 더 악화될 것이라고 보았으나 그 程度에 있어서는 지역별로 차이가 있었다. 서울의 경우 중규모 병원급에서는 아주 부정적임에 반해 지방에서는 의원급에서 悲觀的으로 전망하였다. 즉 서울의 경우 병원 경영 환경이 모래시계의 형태로 中規模 의료기관이 어려움을 겪고 있음에 반해 지방에서는 역삼각형 모양으로 소규모 병원, 의원급이 더욱 어려운 실정이라고 하였다. 또한 현재의 의료환경은 폐업만 면할 정도가 되어도 多幸이라는 입장이 많았으며 그런 속에서도 환자를 유인하기 위한 끊임없는 방안을 마련해야 함이 커다란 고충이라고 하였다. 따라서 현재의 의료수가가 변하지 않는 한 병원 산업은 여타 산업에 비해 貧益 貧富 富益富 현상이 심화되어 나갈 것으로 평하였다.

병원간 경쟁에 있어서는 병원 규모별로 뚜렷한 差異를 보였다. 병·의원급에 있어서는 경쟁 상황에 상대적으로 둔감함에 비해 대형종합병원의 경우에는 敏感한 반응을 나타내었다. 환자의 기호가 병·의원급과 대형 종합병원급의 선호로 兩分되는 양상을 보이고 있다고 평가하고 있다. 또한 경쟁의 상대도 동일 규모의 병원이 아니라 주로 3차 의료기관과의 경쟁에 어려움을 겪고 있는 것으로 나타났다. 이와 같은 脈絡에서 대기업의 병원산업 진출도 종합병원급의 의료기관에서는 決死反對의 입장을 보임에 반해 병·의원급에서는 이미 환자의 기호가 고정되어 있다고 보고있어 상대적으로 대기업의 병원산업 진출에 鈍感함을 보였다.

의료시장의 開放도 같은 맥락에서 이해할 수 있을 것이다. 그러나 의료시장이 개방되어도 쉽게 외국의 의료기관이 진출하지 못할 것으로 보았는데 이는 현행 의료수가 체계 하에서는 외국병원의 경우에도 경영이 수월하지는 않을 것으로 판단하기 때문이다. 그럼에도 불구하고 장기적으로 威脅의 대상으로 보고 있는 이유는 국내에서 외국병원

의 질 높은 의료서비스를 선호하는 상당한 需要가 있을 것이라고 보기 때문이다. 따라서 선진국의 의료기관이 비급여 부분의 擴大 등으로 고급 의료서비스를 받기를 원하는 환자의 욕구를 충족시켜 주는 방향으로 접근할 경우 종합병원을 중심으로 상당한 타격을 입을 것으로 豫想하였다. 또한 일정 기간동안 국내 患者를 본국으로 이송하는 운영을 할 수도 있으며 진료과목에 따라 경쟁력이 있는 과목의 경우는 더욱 위협적일 것이라고 생각했다. 더구나 의료보험수가 등 외적 환경이 바람직한 방향으로 변할 경우는 종합병원을 중심으로 상당한 경쟁이 될 것으로 보았으며 따라서 의료시장의 開放은 신중할 필요가 있으며 이에 대비한 국내의 여건을 조성하여야 한다고 지적하였다.

### 第3節 事例에 의한 廢業克復 및 經營改善 方案

#### 1. 廢業克復 및 經營改善 方案

앞절에서 의료기관들의 폐업 요인을 사례중심으로 살펴보았다. 본 절에서는 규모 또는 지역별 차이 등을 고려한 폐업 및 경영악화 극복 방안을 논의하고자 한다. <表 4-7>에 사례별 폐업 및 경영 악화 극복 방안을 內部的·外部的的要因別로 나누어 정리하였다.

먼저 외부적인 요인으로 의보수가의 改善이 필요하며 이는 우리나라 모든 의료기관에 共通되는 사항이기도 하다. 한편, 의보수가의 인상이 정부에게는 재정적 부담과 소비자에게는 직접적인 負擔을 줄 수 있음에 반해 세제 개선을 통한 지원은 상대적으로 소비자의 抵抗 없이 시행될 수 있다는 측면과 병원산업의 공익성 측면에서도 논의될 수 있을 것이다. 이러한 세제 개선에 의한 폐업극복 및 경영개선은 상대적으로 규모가 작은 의료기관(事例A, C)에서 더욱 적극적임을 볼

수 있다.

면담결과 응답자들이 의료기관 경영의 내부적 측면에서 폐업 및 경영악화를 극복하기 위해 중시하는 요인은 아래와 같은 다섯 가지가 있었다.

첫째로 의료기관의 弘報活動 強化이다. 이는 의료기관 자체 뿐 아니라 근무하고 있는 의사들을 홍보하는 것도 포함되며 TV, 라디오 등의 言論媒體에 소속병원 의사의 출현으로 인한 홍보 효과는 의료기관의 公信力을 높여주는 역할을 하여 바로 환자의 증가와 연관된다고 보았다. 의료서비스와 같이 수요·공급자간에 보유 情報量의 차이가 클수록 홍보 효과는 배가 될 수 있으나 현실적으로 대부분의 주요 언론 매체의 홍보가 대형병원을 중심으로 이루어져 규모가 작을수록, 지방에 위치할수록 不利한 입장에 놓이게 되는 실정이다. 따라서 사례의 작은 규모의 병원에서는 고객을 중심으로 하는 홍보와 地域社會의 名望 있는 사람을 선정하는 등으로 시행하고 있었다.

한편 중소 규모의 병원이나 지방의 병원들도 홍보를 확대할 수 있는 방안이 講究 될 필요가 있음에도 불구하고 醫療法 상에서 의료기관의 홍보를 상당부분 제한하고 있는 실정이며 그나마도 효과를 얻기가 곤란하다고 한다. 따라서 의료기관의 弘報 範圍를 확대하여 보다 자유로운 홍보가 가능하도록 해야 할 것이며 그 정도를 소비자의 입장에 서서 자신이 원하는 의료서비스를 얻기에 充分한 양이 되어야 할 것이다.

둘째, 患者 滿足을 들었다. 환자 만족은 이제 전 의료기관에서 追求해야 하는 공통의 가치관으로 자리를 잡았고 이를 얼마나 체계적으로 시행하는가가 種別에 따라 차이가 있을 것이다. 즉 상대적으로 규모가 큰 의료기관에서는 친절한 병원을 만들기 위해서 체계적으로 訓練을 시키며 그 성과를 人事考課에 반영하는 등의 노력을 경주하고 있

었다. 따라서 직원들에 대한 체계적인 訓練과 教育이 원활하게 이뤄지기 위해서는 적정 이상의 규모가 되어야 하며 상대적으로 작은 규모의 병원에서는 자체적으로 解決하기 어려울 경우 外部 用役을 주거나 전문 강사의 招聘 등으로 도모할 수 있을 것이다.

〈表 4-7〉 事例別 廢業克復 方案 및 活動

구 분	사례 A	사례 B	사례 C	사례 D
외부적 요인	- 의보수가개선 - 세제개선	- 의보수가개선	- 의보수가개선 - 세제개선	- 의보수가개선
내부적 요인	- 전문화 - 경영개선 - 환자만족 - 홍보 - 경영자의 인식 전환	- 홍보 - 환자만족 - 비급여개발 - 인사고과	- 전문화 - 환자만족 - 홍보 - 시설의 현대화 - 규모 확대	- 경영개선 - 비급여개발 - 홍보 - 환자만족 - 인사고과 - 직원만족 - 직원 감원 - 병원 경영진단 - 시설의 현대화
경영진단, 지역 주민 실태 조사 등의 실시여부	-없음	- 병원 진단만 실시했음	- 없음	- 병원 진단만 실시했음

한편 환자의 滿足을 위해서는 직원들의 만족이 선행되어야 지속적인 효과를 얻을 수 있기 때문에 규모가 큰 병원을 중심으로 직원 만족을 위한 제도가 施行되었다. 예를 들어 친절한 직원들을 대상으로 昇進의 기회와 해외 여행을 할 수 있게 하는 것 등이 시행되고 있었다.

셋째로 병원 診療科目의 專門化 및 特性化를 유도해야 한다. 일부 대형병원을 제외하고는 認知度가 낮은 병원들이 현 상황에서 소비자에게 다가설 수 있는 방법은 타의료기관과 비교하여 比較優位가 있는 진료과목을 전문화 또는 특성화하여 差別化를 하는 것이다. 특히 진

료과목의 전문화는 상대적으로 劣勢인 소규모 의료기관에서 더욱 열성적으로 시도하고 있는 方案이기도 하다. 그러나 이 또한 시행에 어려움이 있는 바 준비단계에서 의사 등 醫療人力의 조정이 있어야 하고 관련 시설의 설치도 시간이 필요하며 또한 일단 전문화를 위해 조정된 병원 構造를 안정적으로 운영하기에도 적지 않은 시간이 소요된다. 그러나 보다 중요한 문제는 전문화로의 진로 變更이 성공할 수 있을 것인가에 대한 불확신일 것이다. 그럼에도 불구하고 대부분 중소 규모의 의료기관에서는 이의 試圖를 고려해 보아야 할 시점에 놓여있는 실정이다.

넷째, 비급여부분의 서비스를 開發하여야 한다. 현행의 의보수가 체계하에서는 수가, 약품값 등이 모두 정해져 있어 이익을 創出하기 위해서는 비급여 부분의 擴大가 의료기관 내부적·행정적으로 시도될 수 있는 부분이라 보았다. 비급여 항목의 개발은 상대적으로 규모가 큰 의료기관에서 有利한 것으로 나타났다.

다섯째, 적극적인 經營改善 活動을 실시하여야 한다. 상대적으로 큰 규모의 의료기관에서는 人事考課의 개선, 직원 만족도 증가 및 병원 경영진단실시 등 具體的인 개선책이 제시됨에 반해 소규모의 의료기관에서는 경영자의 認識 변화부터 있어야 한다고 보았다. 즉 경직된 경영자의 의식 전환만으로도 병원 경영의 상당 부분이 개선될 餘地가 많다고 지적하였다. 전반적으로 보다 적극적이고 향후 방향을 제시하는 경영인으로서 자세가 要求되고 있으며, 이는 경영자 본인의 노력과 함께 병원 협회등 이익단체의 교육도 도움이 될 것이다.

한편, 병원 자체 노력의 일환으로서 경영의 효율성을 기하기 위한 경영진단이나 경영개선 전담 부서 설치 및 지역주민에 대한 실태 조사 등의 활동을 대부분은 수행하지 않고 있었다. 주로 극심한 폐업의 위기를 맞아서 이를 극복하기 위해서나 또는 폐업을 결정하기 위해

經營診斷을 받은 적은 있어도 보다 나은 경영을 위해서 경영진단 등을 받은 경우는 없는 것으로 조사되었다. 다소 비용이 소요된다 해도 경영개선을 위한 병원자체의 노력도 필요하다.

전반적으로 經營惡化를 극복하기 위해서는 환자 중심의 경영이 필요하며 경영압박요인에 주요 요인들이 전부 외부적, 제도적 측면에서 기인하는 바 규모가 작은 의료기관일수록 經營 改善에 상당한 부담을 갖고 있는 실정이다. 규모가 작은 의료기관일수록 남들이 하나까 안 할 수 없다는 분위기이며 아직까지 병원경영을 내부의 環境變化로 달성하려고 하는 노력이 부족하다. 예를 들어서 병원안내서의 비치, 소비자 욕구 파악 활동, 경영 개선을 위한 지원반 설치 등에 있어서 한 곳에서도 제대로 活用하고 있지 못하고 있다.

〈表 4-8〉은 폐업 방지를 위한 여러 경영개선 활동들의 影響力 정도를 나타내고 있다. 이 표에 포함된 세부항목들은 폐업 방지 활동 중 의료기관 스스로가 취할 수 있는 경영 개선 방안에 관한 활동만을 포함하여 그 유용성을 분석하였다.

그 결과에 의하면 전반적으로 경영환경 改善을 위해서는 환자 만족을 위한 親切 運動과 의료서비스의 專門化에 역점을 뒀야 한다고 보았다. 이 두 가지 요인에 있어서는 의료기관의 지리적 위치나 종별에 상관없이 추진되어야 할 공통 사항임에 一致하였다. 또한 홍보를 중심으로 하는 마케팅 활동의 강화, 비용절감을 다각적인 노력 및 경쟁력이 없는 의료서비스의 감축이 유효하다고 보았다. 그 외 效果的 조직 改編을 들었다.

의료기관의 지역에 따른 克復方案의 差異로는 전반적으로 費用節減을 위한 노력과 組織 改編은 지방에 위치한 의료기관에서 더 많은 관심을 보였다. 또한 규모에 따라서는 의료서비스의 多樣化 및 專門化는 상대적으로 규모가 작은 의료기관에서, 마케팅 활동의 강화는 규

모가 큰 의료기관에서 폐업 방지 및 경영 개선을 위해 더욱 有效하다고 보았다.

〈表 4-8〉 廢業 防止를 위한 經營改善 活動의 影響力 評價

경영개선 활동	사례 A	사례 B	사례 C	사례 D
친절등 환자 만족	5	5	5	5
비용절감 노력	1	4	5	5
조직 개편	3	3	4	4
의료서비스의 다양화	5	3	4	3
의료서비스의 전문화	5	4	5	5
의료서비스의 감축	5	4	4	4
자동화 시스템 도입	1	4	3	3
직원 교육 훈련 (OJT등)	1	3	3	3
시설투자 억제	1	3	4	3
마케팅 활동	3	5	4	4
구매제도의 합리화	1	3	4	3

註: 5(매우 크다), 4(크다), 3(보통이다), 1(매우 작다)

한편 자동화 시스템 도입건, 직원 교육 훈련, 시설투자 抑制 및 구매제도의 合理化 등의 활동들은 경영 개선 활동으로 상대적으로 영향력이 微弱하다고 보았는데 이는 사례에 포함된 의료기관들이 일반적 경영개선 활동 중 時急하고 可視的인 방안에 집중할 수밖에 없는 상황에 놓여있기 때문으로 해석된다.

전반적으로 사례에 포함된 의료기관들이 경영 개선 방향에 대해서는 많은 考慮를 하였으며 그 활동들이 有效하다고 파악하고 있었으나 그 세부 실천 사항에 관해서는 아직까지 인식이 不足하여 이들 활동의 影響力이 상대적으로 미미하다고 보여진다.

2. 競爭力 壽命週期 分析을 통한 經營 改善 戰略

公益性和 收益性을 동시에 만족해야 하는 병원과 같은 非營利的 조직을 기업과 같은 營利的 조직과 비교하는 것은 무리가 뒤따를 것이라고 본다. 특히 우리나라처럼 全國民 醫療保險이 강제로 시행되고 있는 상황에서는 더욱 그러할 것이다. 하지만 비영리조직도 生存과 發展을 위해 영리를 획득해야 되고 그러기 위해서는 영리조직의 경험을 他山之石으로 삼아야 할 것이다. 따라서 다음과 같은 기업의 수명 주기이론과의 比較는 많은 한계에도 불구하고 비영리조직의 성장을 위해 一面 시사하는 바도 적지않다고 본다.

〈表 4-9〉에서 보면 기업의 競爭力 壽命 週期를 창업후 도약과 발전을 거듭한 후 성숙기에 접어드는 과정으로 설명하고 있다. 경쟁력 수명주기 이론의 核心은 주기로써 설명되는 기업 환경의 질적 변화에 따라 적절한 對處 전략을 수립해야 한다는 것에 있다. 즉 첫째로 상황 변화에 敏感해야 하며 그 다음은 변화에 대처할 수 있는 전략의 수립으로 要約할 수 있다.

〈表 4-9〉 企業 競爭力 壽命週期

단계	창업기	도약기	발전기	성숙기
주체	창업기 (기술중심)	기업가 (생산중심)	기업가 (마케팅중심)	전문경영자 (인사/조직중심)
환경	기회창조	제품개발경쟁	가격경쟁	전방위경쟁
자원	기술, 자본	기술, 자본, 제품, 근로자	기술, 자본, 제품, 근로자, 시장	기술, 자본, 제품, 근로자, 시장, 상표
경영메커니즘	기회창출전략	성장전략	경쟁전략	경영혁신

資料: 조동성, 『한국기업의 경영경쟁력 제고를 위한 처방』, 『12세기 경제기반 강화전략』, 현대경제사회연구원, 1997.5, p.353.

이에 의거해 보면 오늘날 병원 산업의 경쟁력 수명 주기는 全般的으로 창업기를 넘어 도약기로의 환경 변화를 겪고 있으며 이 과정에서 상당부분 진통을 겪고 있는 것으로 보인다.

과거의 우리나라 병원산업은 의료기술과 자본으로도 많은 성장 기회를 創出할 수 있었으며 병원을 개설하기만 하면 최소한 폐업의 위험은 없었다고 할 수 있다. 그러다가 오늘날에도 과거와 같은 경영 메커니즘을 사용하다보니 적지 않은 문제점들이 導出되기 시작하였으며, 이는 창업기에서 跳躍期로의 질적 변화에 발 빠르게 대처하지 못했다는 것을 보여주는 것이다. 도약기에서 기업은 성장전략에 의거하여 제품을 개발해야하는 경쟁을 펼치게 되는데 이를 위해서는 기술, 자본 외에 제품 및 근로자가 資源으로 추가된다. 이 시기에 병원은 의료기술과 자본외에 의료인력과 병원에서 생산된 제품<sup>8)</sup>이라는 자원을 통해서 성장하게 된다. 즉 병원도 남다른 제품을 開發해야 하며 이를 통해 競爭力을 얻게 된다. 사례의 경우를 보면 하나 같이 의료인력이라는 자원의 획득에 어려움을 겪고 있으며 또한 제품 개발에 많은 制限을 보여주고 있다. 이 부분이 도약기의 병원산업이 어려움을 겪는 주요요인이 되고 있다고 본다. 따라서 병원산업의 活性化를 위해서는 다양한 제품생산이 가능한 餘件이 마련되어야 할 것이다. 다음으로 發展期라는 변화를 맞을 것으로 본다면 경쟁 자원으로 市場이라는 변수가 추가하게 된다. 여기서 시장이라는 것은 가격이 형성되는 곳으로 양질의 의료서비스를 보다 싸게 제공할 수 있는 環境으로 變貌됨을 의미하기 때문에 경쟁이 더욱 치열해 질 것이라고 예상할 수 있을 것이다. 물론 의료산업 자체가 공급자와 수요자간 정보

8) 의료기관에서 생산되는 製品이 대개 의료서비스로 한정되어 있지만 의료기관의 지역사회 밀착병원(communitry-oriented hospital) 등으로의 役割 多樣化를 통해 그 幅을 넓힐 수 있다.

보유의 非對稱으로 시장의 실패를 보여주는 곳이라고 하지만 공급자 간 경쟁은 더욱 치열해 질 것이다. 따라서 이 시기에는 마케팅 활동이 최대의 경영활동으로 注目을 받게 될 것이다.

IMF 시대로 접어들면서 構造調整이라는 말을 많이 사용되고 있는데, 이는 市場原理가 잘 작용할 수 있도록 각종 制約을 제거하겠다는 것으로써 병원 산업에서도 많은 변화가 있을 것이다. 따라서 경영구조가 不實한 의료기관부터 더욱더 어려워지는 상황이 될 것임으로 이 시기에서는 소극적인 경영적자의 解消 차원이 아니라 보다 적극적인 병원운영이 요구된다고 하겠다. 따라서 경영 적자를 안고 있는 의료기관은 말할것도 없고 성장하던 대형의료기관들도 더욱 어려운 경영환경을 맞이 하게 될 것이다. 전반적으로 정부의 의료보험수가의 凍結이 예상되고 진료수입의 감소, 외화차관을 통해 리스장비를 도입한 병원의 경우 換差損에 의한 경비의 증가, 물가상승으로 인한 원가부담 증가 등이 겹쳐 의료계의 위기가 한층 加重될 것으로 전망되고 있다. 따라서 도약기에서 발전기로의 변환기에 처한 대형의료기관은 물론 도약기에 있는 중소병원들도 IMF 한파에 맞서 생존하기 위해서는 超緊縮 경영체제로의 전환에 심혈을 기울여야 할 것이다. 이에 대한 대책으로 현금확보의 최우선, 차입금의 감축, 수입장비의 대체, 자산 활용 효율성의 극대화, 과도한 인건비 감소 등이 필요할 것이며 점차 경영의 전문화를 통하여 공정하고 투명한 경영, 效率的인 경영을 모색해야 하리라 본다. 한편, 병원산업에서도 합병 및 인수(M&A) 현상이 나타날 것으로 예상되며, 이와 관련하여 行政節次의 簡素化 및 稅制支援 등의 정책적 고려가 필요할 것이다.

또한 의료시장의 개방에 효과적으로 대처하기 위해서는 가격 경쟁뿐 아니라 비가격 경쟁(친절, 청결 등)에도 철저한 準備를 해야할 것이다. 현재 우리나라 병원산업의 경우에 있어 발전기에 속한다고 볼

수 있는 의료기관은 대기업에 의해 설립된 의료기관과 서울에 위치한 소수의 대형병원 정도일 것이다.

마지막 단계를 成熟期로 보면 이 시기는 경영 혁신의 경영 메커니즘으로 商標에 따라 명암이 엇갈리는 전방위 경쟁에 돌입하게 된다. 이때는 인사를 위시한 組織 管理가 경영자로서 최고의 역할이 되며 우리나라의 병원산업의 경우와 견주어 볼 때 아직은 이 단계에 속하는 의료기관은 거의 없는 것 같으며 발전기에 속하는 대기업에 의해 설립된 대형병원이 발전의 다음 段階로서 摸索하고자 하는 수준일 것이다.

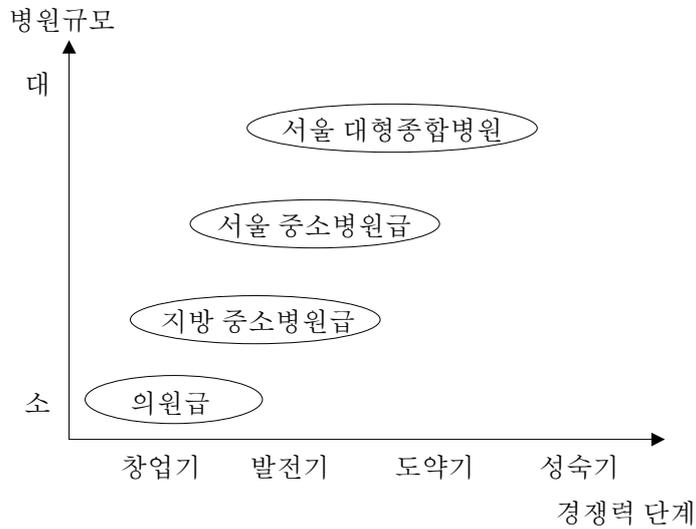
오늘날 병원 리엔지니어링(reengineering) 등을 포함한 일부 병원 경영효율성 提高 방안들이 성숙기에 접어든 상황에서 필요한 경영메커니즘을 요구하고 있는 것이 아닌가 한다. 물론 의미있고 필요하나 현실을 도약기 초기 수준으로 보았을 때 너무 앞서는 處方들이 아닌가 한다. 따라서 병원산업이 도약함에 필요한 의료인력의 원활한 수급과 병원의 제품 개발에 보다 많은 연구가 필요하다고 본다. 그런후에 시장에서 경쟁하는 訓練이 있어야 하며 그 속에서 存立할 수 있는 전략을 모색해야 할 것 같다. 아울러 병의원 전반에 걸친 위기극복 전략은 병의원의 경쟁력 수명 주기에 입각해서 볼 때 자신의 위치를 파악하고 거기에 맞는 대응 전략의 수립이 필요하다고 본다.

기업 경쟁력 수명 주기를 본 연구에 活用하여 의료기관을 경쟁력 수명 주기상에서 분류하면 다음과 같다(그림 4-2 참조). 먼저 상대적으로 競爭力을 갖춘 서울 등의 대규모 병원이나 대기업에 의해 설립된 대형종합병원의 경우는 ‘발전기’에 속해 있으나 중소 병원의 경우는 ‘도약기’에 머물고 있는 樣相이라 보여진다. 또한 우리나라의 대부분의 병원이 병원, 종합병원으로 성장하는 過程이 의원급에서 시작하는 등 영세한 출발을 보이고 있어 대부분의 의원급은 ‘창업기’에 해당

하는 屬性을 보이고 있다고 판단된다.

따라서 創業期에 속한 병원의 경우에는 제품개발의 측면에서 다른 의료기관보다 더 나은 서비스 등을 開發하려고 노력해야 할 것이며 도약기에 있는 중소 규모의 병원의 경우 전문화 및 환자 만족을 優先시 한다는 홍보 등을 통해 발전기이로의 도약을 고려해야 할 것이다. 극소수이기는 하나 발전기의 行態를 보이는 대형종합병원의 경우 가격경쟁 및 비가격 경쟁을 통한 競爭優位 확보전략의 마련이 필요하리라 보며 궁극적으로 전문 경영자의 영입을 통하여 放漫한 내부 조직의 정비 및 개선, 더 나아가 經營革新에 이를 전략의 모색을 講究해야 할 것이다.

[그림 4-2] 醫療機關 規模別 競爭力 比較



## 第 5 章 外國과의 醫療機關 支援政策 比較<sup>9)</sup>

오늘날 병원이 國民生活에서 차지하는 중요성에도 불구하고 대부분의 병원이 의원에서 출발하여 병원으로 성장하였기 때문에 자본이 영세하거나, 혹은 脆弱性을 면치 못하고 있는 실정이다. 그러나 政府는 의료분야가 국민의 생명과 밀접한 관련이 있는 분야이며, 또한 의료에 대한 정보에 있어 환자들이 취약한 입장에 있다는 사실에 기초하여 병원에 대한 지원보다는 각종 規制政策을 사용하여 의료기관 분야의 발전을 힘들게 하고 있다. 사회보험 방식의 의료보험제도를 택하면서 국민들의 保險料 부담을 경감시킨다는 취지에서 실시한 의료보험수가 통제는, 다른 영리사업을 하지 못하도록 규정한 의료법 등에 의해 병원수입이 제한된 우리 나라 병원에게 커다란 財政的 壓迫要因으로 작용하고 있다.

의료산업 분야가 타 산업분야에 비해 그 성장속도가 크게 뒤떨어져 있고, 발전단계상으로 볼 때 크게 낙후되어 있는 실정이므로, 이의 育成次元에서도 정부의 지원책이 필요하다. 또한 UR협상의 타결로 의료산업분야에 대한 외국 자본의 진출이 개방된 상황에서 의료기관에 대한 정부 지원책 강구는 切實히 要求된다.

이러한 시각에서 의료기관 經營合理化를 유도할 수 있는 의료산업 분야에 대한 정부의 지원책 개발은 절실히 요구되고 있으며, 이를 위해 외국의 支援政策을 검토해 봄은 매우 유익할 것이다. 본 장에서는 우리 나라와 의료제도가 유사한 일본과 대만의 의료기관에 대한 규제

---

9) 이규식 외, 『병원경영 개선을 위한 정부지원책의 국제비교 연구』, 연세대학교 보건과학연구소, 1996.6, pp.60~66, 107~153 참조

정책과 지원책을 우리나라의 현정책과 비교 분석함으로써, 의료분야에 대한 우리 정부의 現政策을 평가하고, 우리 나라 의료기관들의 발전을 위한 支援政策을 개발하고자 한다.

### 第 1 節 醫療機關 規制 政策 比較

의료서비스의 특성상 국가의 社會的 責任에 해당되는 부분이 강하므로 대부분의 국가에서 의료기관에 대한 규제정책을 실시하고 있다. 우리가 분석하고자 하는 3개국에서도 비록 내용 면에서 약간의 차이가 있을 뿐 거의 비슷한 規制政策을 실시하고 있다. 본 절에서는 의료기관의 운영과 관련하여 개설, 인력, 운영, 의료보험의 측면에서 규제정책을 비교하고자 한다(表 5-1 참조).

〈表 5-1〉 醫療機關 規制政策의 比較

구 분	한국	일본	대만
개 설	의료법 규정	의료법 규정	의료법 규정
	병원급: 허가 의원급: 신고	병 원: 허가 진료소: 신고	허가제
인 력	면허제도	면허제도	면허제도
운 영	폐기물 관리 규정	폐기물 관리 규정	폐기물 관리 규정
수 가	최고가격제	최고가격제	최고가격제
진료비 심사	보험자단체	피용자: 독립심사기관 자영자: 보험자 단체	보험자단체
의료기관 지정	강제	강제	강제

## 1. 開設

우선 우리 정부는 病院을 開設할 수 있는 자를 醫療人(의사, 치과의사, 한의사, 조산사)이나 국가 및 지방자치단체, 의료법인, 민법 및 특별법에 의한 비영리법인, 기타 특별법에 의한 경우로 한정하고 있다(의료법 30조). 또한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원은 개설시 시·도 지사의 許可를 받도록 하였으며(법 30조 4항), 의원, 치과의원, 한의원, 조산원을 개설하고자 하는 경우에는 시장, 군수, 구청장에게 申告하여야 한다(법 30조 3항).

日本의 경우도 마찬가지로 병원의 경우에는 許可制를, 진료소(의원)의 경우에는 申告制를 채택하고 있으며, 병원 개설자는 국가나 지방자치체, 공적단체이거나 의료법인 등은 의사나 치과의사가 개설할 수 있다.

臺灣의 경우 병원의 설립 혹은 확충은 위생주관 기관의 許可를 필요로 하는데, 의료기관의 설치 기준은 醫療法으로 정하고 있다. 의료기관은 소재지 직할시 혹은 군(시)의 위생 주관기관의 심사를 통해 개업면허를 받는다. 도(시)혹은 군(시)의 위생주관기관은 관할 내 병원, 진료소 업무에 대해 정기적으로 監督 審査하게 된다.

## 2. 醫療 人力

의료인력 배출은 여러 나라들이 거의 동일하게 免許制度를 이용하고 있다. 특히 의료인 중에서 의사, 치과의사, 한의사, 약사, 조산사, 간호사, 의료기사 등은 일정 교육과정을 끝내고 국가에서 정한 시험을 보아야 免許가 나오도록 하였다. 이러한 인력배출에 대한 規制는 의료공급자를 국가가 통제하므로써 의료 서비스의 질 향상을 도모함과 동시에 醫療人力의 需給을 강제적으로 조정할 수 있는 기준을 마련한다는 측면에서 실시되고 있다.

### 3. 廢棄物 管理

병원 폐기물 관리는 다른 어떤 폐기물보다 環境汚染에 심각한 영향을 주기 때문에 3개국 모두 폐기물에 대한 규정을 두고 있다. 실질적인 차원에서의 規程程度는 국가마다 약간의 차이는 있으나 병원폐기물을 함부로 처리하지 못하도록 하고 있다. 이러한 폐기물 관리를 병원에서 직접하는 경우와 외주를 하는 경우로 구분할 수 있는데 3개국 모두 외주를 하는 경우가 증가하고 있다.

### 4. 醫療保險

의료보험에 대한 규제는 다른 어떤 규제보다 廣範圍하고 多樣하다. 위에서 보는 바와 같이 醫療價格(酬價)는 3개국 모두 최고가격제로 국가가 통제하고 있으며, 의료기관 지정은 강제적용하고 있다. 또한 診療費 審査는 제3자 기관이나 보험자단체에서 주도하므로써 심사의 정확성을 유지하도록 하고 있는 등 의료보험에서의 기본적인 규제정책은 거의 동일한 양상을 보이고 있음을 알 수 있다.

## 第2節 醫療機關 支援 政策 比較

### 1. 補助金 制度

보조금제도란 정부가 의료기관의 특성을 감안하여 特別히 財政적으로 지원해 주는 제도로 일정한 조건만 갖추면 지원의 대상이 되며, 차후에 지원의 대가를 받지 않는 것을 말한다. 여기서 보조금 제도는 金融支援을 중심으로 한 ‘政府補助金’ 개념에만 국한하였다.

## 가. 韓國

우리 나라에서의 정부보조금은 繼續的이고 一貫的인 지원보다는 應急狀況을 해결하는 방법으로 이용되어 왔다. 따라서 병원들의 입장에서는 이러한 보조금을 얻기 위한 장기적인 계획이나 운영방식을 구사하기보다는 일시적이고 순간적인 대처방법으로 보조금을 이용하였다. 보조금지원은 지원대상에 따라 크게 醫療脆弱地 病院 支援과 借款 導入을 통한 施設 및 裝備 지원으로 나눌 수 있다. 또한 보조금 지원의 용도별로 구분하여 보면 크게 시설건립, 장비보강, 금리차 지원, 운영비 지원으로 나뉘어진다. 이와 같은 보조금 지원 내용을 정리하면 다음 <表 5-2>와 같다.

<表 5-2> 補助金 支援用度 및 年度別 支援內譯(韓國)

보조금의 명칭	제도실시 연도	보조대상			
		시설 건립	장비 보강	금리차 지원	운영비 지원
시설용자금 금리차지원	1987~1984	-	-	○	-
OECF(KO-12)차관	1978	○	○	-	-
OECF(KO-17)차관	1981	-	○	-	-
KFW차관	1982	○	-	-	-
운영비 지원	1985~1987	-	-	-	○
OECF(KO-35)	1985	○	○	-	-
IBRD(KO-3330)	1991	-	○	-	-

정부보조금의 대상이 限定的이고, 지원도 限時的이라는 한계를 갖고 있지만, 농어촌과 같은 의료취약지 및 경영수지의 악화로 정상적인 운영이 어려운 병원에 대한 운영비 지원이 행해졌다는 데는 의의가 있다. 그러나 경영상의 어려움을 겪고 있는 지방의 중소 의료기관에 대해 繼續的이고 一貫的으로 지원이 이루어지지 못한 아쉬움이 있다.

## 나. 日本

일본에서 실시되었거나 실시되고 있는 병원에 대한 국고보조금의 종류로는 施設整備 補助金, 設備整備 補助金, 運營費 補助金이 있다.

시설정비 보조금은 시설(건물)을 세우고 増改築을 할 시에 필요한 비용을 보조하는 것이고, 설비정비 보조금은 의료기기 등의 設備를 대상으로 지원하는 것이다. 운영비 보조금은 이러한 사업을 운영하는데 필요한 시설 설비의 정비에 소요되는 비용을 제외한 人件費 및 당해 연도에 사용되는 其他經費를 지원한다.

日本の 국고보조금은 1994년에 시작하여 주로 특정한 목적에 맞는 경우에만 지원하고 있다. 사업 면에서는 도서벽지(의료 취약지) 병원의 경우와 응급의료 및 특정기능 병원의 경우에 지원을 하고 있다. 지원내역은 시설 및 설비정비와 같이 事業資金 지원부분(表 5-3 참조)과 運營費 지원(表 5-4 참조)부분으로 구분할 수 있다. 대부분이 시설 및 설비정비에 관한 보조금이며, 운영비의 경우는 재정적으로 취약할 수밖에 없는 벽지병원과 정책적으로 지원 육성하고자 하는 응급의료 부분에 국한되고 있다.

이러한 보조금제도를 실시한 根本目的은 의료자원의 효율적인 재편 및 지역의료의 균형적인 발전 도모에 있다. 효율적인 재편을 위해서는 병상과잉진료권의 병상을 줄이는데 있으며 지역의료의 均衡發展을 위해서는 병원은 물론 의원도 수혜대상으로 하였다. 도서벽지 및 도시소재 의원이 계속적인 경영을 하기 어려운 경우에도 일부 지원된다.

〈表 5-3〉 醫療施設の 施設 및 設備整備費 補助金 概要(日本)

보조대상사업	보조대상	
	시설정비비	설비정비비
벽지보건의료대책		
벽지중핵병원	○	○
벽지진료소	○	○
소외지역 등 특정진료소	○	○
응급의료대책		
휴일야간 응급센터	○	○
병원군 운번제 병원	○	○
공동이용형 병원	○	○
응급의료센터	○	○
특정기능 의료대책		
암 진료시설	○	○
소아 진료시설	○	○
교육병원	○	○
의학적 재활시설	○	○
간호부 등 양성소	○	○
간호부 공동이용 보육시설	○	×
응급구조사 양성소	○	○
물리치료사 등 양성소	○	○
위생검사 정도관리시설	○	○

資料: 厚生省 健康政策局, 『經營健全化 對策의 展開』, 1994, pp.105~106

〈表 5-4〉 醫療機關에 대한 運營費 補助制度의 概要(日本)

보조금의 명칭	보조대상사업의 개요
의료시설 운영비 보조금(공적병원 등 특수 진료부문 운영비)	1. 공공병원이 결손금을 발생할 시 일정액을 국가에서 보조하는 경우 2. 민간병원에 일정액을 국가에서 보조하는 경우 ※ 공공병원에 대한 운영비 보조금의 지원방식은 지방교부세에 의함(1993년부터)
벽지보건의료 대책비 보조금 및 응급의료시설 운영비의 보조금	도서, 벽지 등의 의료 혜택이 적은 지역주민의 의료 확보 및 지역 주민의 응급의료 확보를 도모하기 위하여, 벽지보건 의료대책사업, 응급의료시설 운영사업을 하는 지방 공공단체 등에 대하여 일정액을 보조해 줌
의료관계자 양성확보 대책비 등 보조금	간호부 등 양성소 운영, 교육비 대여, 미취학 간호직원의 취업촉진 사업, 의사의 임상연구사업비 보조

資料: 厚生省 健康政策局, 『經營健全化 對策의 展開』, 1994, pp.110~111.

#### 다. 臺灣

대만에서는 정부의 보조금의 거의 없는 것으로 알려져 있다. 다만 1970년대에 정부는 시군에 1개씩의 성립병원(provincial hospital)을 建立하는 정도였고, 1978년까지 농어촌 지역의 保健醫療 서비스 수준 향상을 위해 NT \$ 1,200만이라는 거액을 쏟아 넣었으나, 그 이후에는 주로 민간분야의 병원들이 黑字를 낼 수 있도록 하는 정책으로 전환되었다.

이처럼 대만의 보조금 지원이 미미한 것은 첫째, 保險料의 수준이 높아서 보험재정이 넉넉하여 민간의료기관들의 의료서비스 제공에 대한 充分한 보상을 할 수 있기 때문이며, 두 번째 이유로는 의료법인에 대해서는 事業稅를 면제하여 주기 때문에 별도의 보조금 지원제도가 없는 것으로 보인다.

## 2. 政策金融制度

정책금융 지원제도는 특정의 政策目的을 달성하기 위해 또는 특정 집단만을 대상으로 지원해 주기 위한 수단으로서 행해지고 있는 공적인 金融制度를 말한다. 이는 정부가 특별한 자금을 확보하고 이를 기초로 의료기관들에게 자금을 융자해 주는 제도이다.

보조금은 그 수혜자가 한정적인 반면, 정책금융은 다른 一般融資보다 쉽게 이용할 수 있으며, 자금 이용 측면에서도 여러 가지 유리한 조건 때문에 병원입장에서는 융자혜택을 받기 위해 노력을 할 필요가 있다.

### 가. 韓國

우리 나라에서는 그 동안 의료분야에 있어서 政策金融이라는 것은 거의 없었다고 해도 과언이 아니었다. 의료기관의 재정적인 문제를 정부에서는 단지 차관이나 일반금융기관 알선이라는 차원에서 해결하였던 것이다.

그간 1978년과 1980년 사이에 醫療 脆弱地 民間病院에 대한 은행융자 알선제도가 있었으며 총 655억의 알선이 있었다. 한편 1986년 12월에 “農漁村 發展 特別措置法”이 발표되어 농어촌 발전을 위해 농어촌 지역개발 기금으로 200억원이 조성되어 그중 193억원이 군단위 병원건립 지원자금으로 사용되었다. 1991년에는 비공식적인 재정금융의 방법으로 國民年金基金을 담보로 은행에서 알선을 지원해준 바가 있으나, 지속적이지 못했고, 정부가 자금을 가지고 융자해준 것이 아니라 은행에게 융자해 주도록 알선해 주었다는 점에서 공식적인 정책금융이라고 할 수는 없다.

繼續的이고 확실한 지원금융제도는 1994년의 財政投融資(이하 ‘재특’) 特別會計와 1995년의 농어촌특별세가 목적세로 부가되면서 農漁村(이하 ‘농특’) 特別稅會計가 설치됨으로써 비로소 정책금융으로서의 역할을 하게 되었다. 농특회계는 農漁村에 있는 의료기관을 대상으로 시설의 증개축 및 의료장비의 구입 및 교체를 지원하는 반면, 재특회계는 전국 모든 醫療機關들이 혜택을 받는 제도로 주로 시설의 신증축을 지원하는 중요한 자금원이 되었다(表 5-5 참조).

〈表 5-5〉 政策金融의 主要内容(韓國)

용자재원	대상자	대상사업	용자조건	용자내용	실시 년도
농어촌 특별세회계	군지역 및 ‘도 농 통합형태의 市설치등에 관 한 법률’에 의 한 시, 군 통합 시(제외지역은 해당없음)	농어촌(군지 역 및 20만 이하의 시지 역) 병원의 증축, 개보 수 및 장비 보강	년 5%, 15년 (5년거치)	- 증축의 경우: 200평 이상 평당 150만원 - 개보수: 600평 이상 평당 50만원 - 장비보강: 2억원 이상 5억원 이하 (1000만원 이상 장비 에 한함) - 한도액: 병원당 20억 이내 - 취급은행: 농협중앙회	1995
재정투융자 특별회계	전국 병원급 이상 의료기관	지역 제한은 없으나 병원 의 신·증축 에 한함.	년 8%, 10년 (5년거치)	- 병상신증축: 평당 150만원 (20억 이내) - 450평(30병상) 이상 신축하는 경우에만 지원 - 담보제공 필요 - 취급은행: 농협중앙회, 중소기업은행	1994

資料: 보건복지부, 내부자료

1991년 이후의 의료기관에 대한 금융지원현황은 <表 5-6>과 같다.

<表 5-6> 病院에 對한 金融支援現況(韓國)

(단위: 억원, 개)

재정금융		1991	1992	1993	1994	1995
국민연금기금	금 액	1,000	1,000	1,000	-	-
	병원수					
재특자금	금 액	-	-	-	900	1,100
	병원수				82	72
농특자금	금 액	-	-	-	-	400
	병원수					47

註: 국민연금기금에 의한 지원병원수는 정확히 파악할 수 없음.  
資料: 보건복지부 내부자료

#### 나. 日本

일본의 정책금융제도는 산업의 개발, 무역 및 경제협력의 촉진, 중소기업 및 농수산업의 발전, 주택건설의 촉진 등 特定の 政策目的을 달성하기 위한 수단으로서의 금융이다. 일본의 의료기관에 대한 정책 금융에서 가장 중요한 것은 社會福祉 및 醫療事業團에 의해 운영되는 자금이다. 이 사업단은 전문적인 금융기관의 성격을 가지고 의료와 관련된 지출에 대해 자금을 융자해 주는 제도이다. 여기서 취급하는 資金은 의료기관에서 필요한 자금을 대부해 주는 것으로 施設 및 장비 구입자금에서부터 운영자금에 이르기까지 다양한 지원을 하고 있다. 또한 銀行을 통한 대리대부도 가능하며 사업단 본부에서의 직접 대부도 가능하다.

이외에도 의료와는 직접적인 관련이 없지만 의료계에서도 활용할 수 있는 금융으로서 국민금융공고, 자치체의 제도용자, 의사회 의 제휴용자 등이 있어 보다 쉽게 融資받을 수 있는 기회를 갖고 있다.

〈表 5-7〉 主要 融資制度(日本)

기관	대부대상	방 법	실시연도
사회복지, 의료사업단	- 신축자금 - 증개축자금 - 기계구입자금 - 장기운전자금	- 의료자금대부 • 대리대부: 민간금융기관 商工中金 • 직접대부: 사업단본부 大阪지점	1980년, 의료금융 공고로 시작
국민금융 공고	- 개업자금 - 운전자금 - 설비자금	- 중소기업 등 특정한 기업을 대상으로 융자 - 독립개업자금 대부: 공고 각지점 - 보통대부: 공고 각지점 대리점	1949년
자치체의 제도융자	- 개업자금 - 설비자금 등	- 지자체가 자금을 융자 - 취급금융기관: 商工指導所	
의사회 제휴융자	- 설비자금 - 운전자금 등	- 의사회의 자금을 융자 - 의사회를 경유해 청구	

資料: 醫療經營 財務協會, 『病院經營의 危機』, 1993, p.76.

1) 社會福祉, 醫療事業團의 融資

사회복지 의료사업단의 醫療機關만 적용되는 정책금융의 일환으로서 병상 부족지역에 있어서 병원의 신설에 대해 저리 융자를 해주어 병원 신설을 촉진시키도록 하는 반면에 병상 과잉지역은 융자대상에서 제외하여 지역간 의료자원 균형을 위한 정책추진의 수단역할을 하도록 한다. 융자 대상 시설 및 융자대상자는 〈表 5-8〉과 같다.

〈表 5-8〉 社會福祉 醫療事業團의 融資對象 施設 및 融資對象者(日本)

용자의 대상이 되는 시설 등	용자를 받는 사람들
병원 의원 일반의원 치과의원 공동이용시설(임상검사센터)	병원 또는 의원을 개설한 - 의료법인 - 민법법인 - 사회복지법인 - 학교법인(의·치학부 부설 학교법인) - 개인
노인보건시설	노인복지시설을 개설한 - 의료법인, - 사회복지법인, - 후생성 장관이 인정하는 자
조산소	조산소를 개설하는 - 의료법인, 민법법인, 사회복지법인, 개인
약국 치과기공소 위생검사소 시술소	약국, 치과기공소, 위생검사소, 시술소를 개설하는 - 의료법인 - 민법법인 - 기타법인(위 경영을 주 사업으로 하는 법인) - 개인
의료종사자 양성시설	의료종사자 양성시설을 수행하는 - 민법법인, 개인
질병예방 운동시설 온천요양 운동시설	질병예방 운동시설이나 온천요양 운동시설 을 개설하는 의료법인, 민법법인, 사회복지 법인, 학교법인
국립병원 등의 재산을 양수 받는데 필요한 자금	국립병원 등의 자산을 감액한 가격으로 양 도받는 의사회, 사회복지법인, 학교법인
지정노인방문 간호사업	지정노인방문 간호사업을 실시하는 - 의료법인 - 사회복지법인 - 의사 또는 간호사 등을 회원으로 하는 민법 제 34조 규정에 의해 설립한 법인 - 후생성 장관이 지정하는 법인

資料: 厚生省 健康政策局, 『經營健全化 對策의 展開』, 1994, pp.122~123.

2) 公共病院에 대한 政策金融

병원에 대한 융자를 해주고 있는 융자지원으로서, 民間病院에 대해서는 사회복지 의료사업단이 있고, 公共病院에 대해서는 정부계열 금융기관으로서 연금복지사업단, 농림어업 금융공고, 국민금융공고, 상공조합 중앙금융고 등과 같은 것이 있다.

3) 信用保證制度

특정의 단체가 금융기관에서 融資를 받는 법인 및 개인의 신용 또는 채무를 保證해주는 것으로서 그 법인 및 개인이 원활하게 자금을 조달 받을 수 있도록 해주는 제도이다. 특히 일본에서는 신용보증협회에서 中小企業 信用保證金庫를 만들어 중소기업 등을 포함한 중소기업 등이 은행이나 기타 금융기관에서 자금을 대부받고자 할 경우에 대부금 등의 채무를 보증한다. 東京의 신용보증협회에서 정의한 중소기업의 범위는 <表 5-9>와 같다.

<表 5-9> 東京 信用保證協會의 中小企業 定義

업종구분	출자금 또는 자본액	종업원수
의료법인	-	300인 이하
제조업	1억엔 이하	300인 이하
도매업	3000만엔 이하	100인 이하
소매, 서비스업	1000만엔 이하	50인 이하

資料: 厚生省 健康政策局, 『經營健全化 對策의 展開』, 1994, p.138.

다. 臺灣

대만은 일본과 같이 民間病院에 대한 지원을 위해 특별기금을 설치·운영하고 있다. 特別基金은 미국의 Hill-Burton법에 의한 연방자금 지

원제도를 모방한 것으로, 1961년 6월에 국고로부터 3,000억원(NT \$ 10billion)이 지원되어 醫療發展基金(Medical Care Development Fund)이 마련되었다. 이 기금은 일정지역내의 병상수가 일정 기준 이하인 의료자원 취약지구에 개인이나 기업이 병원을 세우거나 病床數를 늘리고자 할 때 혹은 의료기구를 구입할 때 지원되는 것이다. 구체적인 支援內容은 시설투자를 위해 빌린 용자금에 대한 이자를 보조해 주는 것이다(대만 의료법 제67조).

의료발전기금 신청과 관련된 내용은 <表 5-10>과 같으며, 1992년에서 1994년 사이에 의료발전기금 融資現況은 <表 5-11>과 같다. 용도에 따른 貸出 限度額은 <表 5-12>와 같다.

<表 5-10> 醫療發展基金 申請關聯 內容

	내 용
신청자격	- 신축·증축(혹은 구입) 또는 낡은 병원 건물을 수리하려고 계획하는 병원 및 의원 - 행정원 위생부가 각 지구 수요 의거해 인정한 의기구 설비를 구입한 병원 및 의원
신청서류	※ 의료발전기금 신청자는 아래의 공문서를 소재지의 위생주관기관을 통해 위생부로 신청 ☐ 신청서, 병원건축 계획서 혹은 수립계획서 및 개요 3부, 위생주관기관이 설립 및 확충에 동의·심의한 증명문서, 토지용도 증명문서, 토지소유권, 토지허가증, 공정계약서 영인본, 착공 증명문서, 대출상환계약서
심의절차	※ 행정원 위생부(Department of Health)는 신청안건을 접수한 후, 곧 의료발전기금위원회에 심의를 맡긴다. ※ 심사는 병원 의료인력의 자질, 관리인력의 능력, 건립목적 및 규모, 조직, 병원면적, 재무계획, 경비, 건립위치와 적합성 등을 기준으로 한다. ※ 위생부에서 심사결과 통지서를 발부받은 의료기관은 규정된 6개월 내에 서류를 검토, 수정한 후, 계획서 및 확정문서를 제출하여 심사비준서를 받고, 심사비준서 및 사정계획을 모두 한 부씩 대출 받는 은행에 제출하면 된다.

〈表 5-11〉 醫療發展基金에 의한 融資現況(臺灣)

회계 연도	병원수	의원수	병상수			의료취약지
			일반	만성	정신	
1992	68	21	3,624	1,505	818	29
1993	41	28	1,602	1,632	590	14
1994	11	20	975	-	225	9
계	120	69	6,201	3,137	1,633	

註: 기금 도입전의 취약진료권수는 37개였음(총 진료권은 63개임).  
 資料: Republic of China, *Public Health in Republic of China*, 1995.

〈表 5-12〉 貸出 限度額(臺灣)

(단위: 만원)

대출항목		위생부가 인정한 의료기구 설비를 매입	넓은 건물 수리		신·증축 (또는 구입)하는 만성보건 혹은 정신의료원 건물	신·증축(구입) 건물	
			병원/ 침상	진료소/ 개소		병원/ 침상	진료소/ 개소
대출 한도액	사립	500	80	400	120	200	1,200
	재단 법인	500	80	400	120 (토지비 별도계산)	200	1,200
상환기한		※ 대출기한(가옥, 토지 대여는 15년, 의료기구 설비는 5년) ※ 연장기한(가옥, 토지 대여시 제일 우선 장려지구는 3년, 제2우선 장려 지구는 2년, 의료기구 설비는 1년)					

資料: 行政院 衛生署, 『建立醫療網第二期計劃』, 核定本, 1993.

### 3. 稅制支援

#### 가. 韓國

우리 나라 의료기관의 구분은 여러 가지로 구분할 수 있으나 크게 營利를 추구하는지 여부에 따라 法人形態 病院과 個人病院으로 구분할 수 있다. 의료법시행령 제18조에는 의료법인과 기타법인(재단법인, 학교법인) 형태의 병원은 의료업을 행함에 있어서 공중위생에 기여하여야 하며 영리를 추구하여서는 안된다고 規定하고 있는 반면, 개인 법인에 대해서는 특별한 규정이 없으므로 영리를 추구해도 된다고 할 수 있다(정기선, 1993). 따라서 개인병원의 경우는 公益性은 있으나 非營利性은 없기 때문에 일반영리기업과 같은 세율을 적용 받는 반면, 법인체 병원만이 비영리공익법인으로 일반영리법인과는 差等適用을 받는다.

#### 1) 醫療法人에 대한 稅制上的 特例

개인병원의 경우 所得稅의 일반세율을 적용하고 있으나, 의료법인의 경우는 비영리법인이라는 관점에서 다음과 같은 몇 가지 항목에 대해 非課稅 하거나 세금을 減免해 주고 있다. 소득세나 법인세는 租稅減免規制法에 의해서 일부감면이 되지만 소득액에 대한 세율은 차이가 없다. 地方稅의 경우는 취득세, 등록세, 면허세, 재산세, 종합토지세, 도시계획세, 공동시설세의 면제와 사업소세의 일부면제 등의 혜택이 있다. 醫療機關別 구체적인 세제 혜택의 내용을 보면 <表 5-13> 과 같다.

〈表 5-13〉 醫療機關의 關聯稅制 惠澤

		개인 병원	사단 법인	재단 법인	의료 법인 <sup>1)</sup>	사회복지 법인	학교 법인	공공의료 법인 <sup>1)</sup>
국 세	소득세	○	×	×	×	×	×	×
	법인세	×	○	○	○	○	○	○
	상속세	○	×	×	×	×	×	×
	특별부가세 또는 양도소득세	○	○	○	○	×	×	×
지 방 세	재산세 <sup>2)</sup>	○	○	○	×	×	×	×
	종토세 <sup>2)</sup>	○	○	○	×	×	×	×
	면허세	○	○	○	×	×	×	×
	취득세	○	○	○	×	×	×	×
	등록세 <sup>3)</sup>	○	○	○	△	△	△	×
	사업소세 <sup>4)</sup>	○	○	○	○	○	×	×

註: ○=과세, ×=비과세, △=일부과세

- 1) 지방세법 제290조 제17호에 의하면 취득 부동산을 고유업무에 직접 사용하는 경우에는 지방세를 면제함
- 2) 지방세법 제230조의 2에서는 학교법인이나 사회복지법인, 의료법인이 운영하는 의료업은 수익사업에서 제외시키고 있고, 제290조 제1항에 의해 과세에서 면제되므로 재산세, 종토세를 납부하지 않음.
- 3) 특별시, 광역시 및 도청소재지 시지역에서의 부동산 등기의 경우에는 과세 대상이 됨.
- 4) 의료법인은 사업소세 중 종업원할만 납부하고 있으며 사회복지법인은 사업소세를 납부하고 있음. 학교법인 및 국립대병원 등은 지방세법시행령 제209조(기타비과세사업자)에 의하여 비과세 됨.

## 2) 法人稅率의 差異

현행 個人病院의 경우 비영리성이 없기 때문에 일반영리사업자와 동일하게 累進所得稅率의 적용을 받는다. 또한 法人形態의 의료기관은 의료업이 법인세 비과세 수익사업에 포함되지 않기 때문에 16% 내지 28%의 법인세가 과세된다. 그러나 시도의료원, 국립대학교 병원

등 公共法人 형태의 의료기관은 연간 소득금액이 1억원 초과시에 3%가 낮은 16% 내지 25%의 낮은 초과누진세율을 적용받고 있다(表 5-14 참조).

〈表 5-14〉 病院의 形態別 稅率의 差異

구 분	목적	세율	근거
개인병원	영리	연간소득이 1천만원 이하: 10% 4천만원 이하: 20% 8천만원 이하: 30% 8천만원 초과: 40%	- 상법의 개인사업자
사단, 재단법인 의료법인 사회복지법인 학교법인	비영리	수익사업연간소득이 1억원 이하: 16% 1억원 초과: 28%	- 민법 제32조에 의한 의료업을 하는 재단법인, 사단법인 - 의료법에 의한 법인병원 - 사회복지사업법 - 사립학교법
공공의료법인	비영리	수익사업연간소득이 1억원 이하: 16% 1억원 초과: 25%	- 특별법에 의한 서울대학병원, 시도의료원 등

### 3) 醫療機關의 固有目的事業準備金 및 寄附金

의료기관간 固有目的事業準備金의 경우 현행 조세감면규제법 제61조 3항에 의하면 사회복지법인, 학교법인, 공공의료법인 등은 전액 비용으로 인정되고 있어 사실상 법인세가 전액 非課稅 될 수 있다. 그러나 사단·재단법인, 의료법인 등은 수익사업 소득의 50%만이 고유목적사업준비금으로 손금산입되고 있다.

또한 寄附金의 경우 학교법인, 공공의료법인 등은 소득금액에서 이월결손금을 차감한 금액 전체를 비용으로 인정되고 있으나, 의료법인의 경우 소득<sup>10)</sup>의 7%와 자기자본<sup>11)</sup>의 2%를 합한 일정한도 금액을 공제받고 있다(法人稅法 제18조).

#### 4) 特別附加稅

법인세법 제59조의 2에 의하여 국가·지방자치단체(지방자치단체조 삼 포함)를 제외한 모든 法人은 토지 등의 양도차익에 대하여 특별부가세를 납부하여야 한다. 다만, 租稅減免規制法 제70조(학교 법인의 토지등에 대한 특별부가세 면제), 제71조(사회복지법인 등에 대한 특별부가세 면제)에 의하여 공공의료법인, 학교법인, 사회복지법인 등이 운영하는 의료기관은 特別附加稅가 免除된다.

#### 5) 地方稅

〈表 5-13〉에서 보는 바와 같이 個人病院, 社團·財團法人 등은 취득세, 등록세, 재산세, 종토세, 도시계획세, 공동시설세, 사업소세 등의 과세대상이 되고 있다.

재산세(지방세법 제184조), 종합토지세(지방세법 제234조의 12) 그리고 사업소세(지방세법 제245조의 2)의 경우 非營利事業者가 그사업에 직접사용하는 경우에는 非課稅된다고 규정하고 있다. 지방세법 230조의 2(수익사업의 범위)와 지방세법 시행령 제78조의 제2항에 의해 학교법인 및 사회복지법인, 의료법인의 의료업은 수익사업에서 제외시키고 있기 때문에 비과세된다. 여기서 事業所稅의 경우 의료법인 및 사회복지법인은 사업소세를 납부하고 학교법인과 국립대학교의 의료업은 별도로 지방세법시행령 제209조(기타 비과세사업자)에 의하여 非課稅되고 있다. 취득세(지방세법 제107조), 등록세(지방세법 제127조) 그리고 면허세(지방세법 제163조)의 경우 비영리사업자가 그 사업에 직접 사용하기 위한 경우 非課稅된다.

10) 당해 사업연도 소득에서 이월결손금과 법정기부금 손금산입액을 차감한 금액을 말함.

11) 50억원 한도

醫療法人의 경우 지방세법 제290조(공공법인에 대한 과세면제)에 의하여 지방세법에서 비영리사업자가 아니더라도 그 고유업무를 위한 목적으로 하는 경우에는 취득세와 등록세, 그리고 재산세·종합토지세·도시계획세 및 공동시설세를 면제하되 특별시, 광역시 및 도청소재지 시지역에서 부동산등기를 하는 경우에는 등록세를 課稅한다.

#### 6) 其他 稅額控除 및 減稅

##### ① 醫療機器投資에 대한 稅額控除(조세감면규제법 제98조)

醫療法에 의한 의료법인 및 의료기관을 설립·운영하는 비영리법인이 렌트젠, 기타의 전자관을 사용하는 기기, 소독살균용 또는 수술기기, 조제기기, 치과진료용 유닛트, 광학검사기기 및 기타의 醫療機器 등 보다 나은 의료기기에 투자할 수 있도록 의료기기가 외국산이면 의료기기 금액의 5%, 국산이면 10%에 상당하는 금액을 투자가 완료된 날이 속하는 사업연도의 법인세에서 控除한다.

##### ② 醫療脆弱地 病院新設에 대한 稅額減免(조세감면규제법 제51조)

의료취약지역 안에서 병원 또는 종합병원을 개설하여 의료업을 행하려는 법인이나 개인은 所得稅 또는 法人稅를 5년간 50% 감면한다. 또한 병원건물 및 당해 의료업에 직접 사용하는 의료기기 투자액의 5%(외산인 경우), 또는 10%(국산인 경우)의 투자세액 공제를 받는다.

##### ③ 醫療業을 中小企業 範圍에 包含(법인세법 시행령 제2조, 별표6)

1996년 세법개정에서 종업원수 기준으로 병원은 100인 이하, 의원은 50인 이하인 경우에 중소기업의 범위에 포함되었다. 따라서 中小病院의 의료기기 투자를 위한 투자준비금 또는 투자세액공제를 자동으로 공제받고 기타 접대비한도 우대를 적용받을 수 있게 되었다.

④ 附加價値稅 免除(부가세법 제12조 및 시행령 제29조)

의료법에 규정하는 의사, 치과의사, 한의사, 조산사 또는 간호사가 제공하는 용역 등은 부가가치세에서 면제된다. 이는 병원에 대한 特別惠澤의 조치라기보다는 의료이용자들의 부담을 줄여서 의료서비스의 접근성을 제고시키기 위한 정책의 결과라 하겠다. 그러나 병원이 외부인에게 부동산을 임대해 주고받는 임대료 수입은 課稅對象으로 분류되어 부가가치세를 부과하고 있다.

⑤ 關稅의 輕減(조세감면규제법 제112조)

국·공립의료기관, 지방공사인 의료원 및 의료법인(학교법인·특수법인·사회복지법인·사단법인 및 재단법인 포함)이 도입하는 국내제작이 곤란한 첨단의료용기기에 대하여는 관세를 경감할 수 있다.

⑥ 特定設備 投資에 대한 稅額控除(조세감면규제법 제26조)

에너지 절약 시설이나 공해 방지 시설에 투자하는 법인이나 개인이 외산인 경우 투자금액의 5%, 국산인 경우 10%에 상당하는 금액을 소득세 또는 법인세에서 공제한다.

나. 日本

현재 일본은 의료, 특히 사회보험진료에 대해서는 公共性이 높다는 평가를 받고 있고, 의료기관은 의료법상 비영리라는 점을 감안하여 다음 <表 5-15>와 같은 세계상의 특별조치를 받고 있다. 의료기관에 부과되는 稅制는 의료서비스 공급의 적정성 확보와 그의 질을 향상시키기 위한 정책으로서 의료기관의 경영안정, 의료기기의 보급 등이 구체적인 시책을 추진하기 위한 유용한 수단이 되고 있다.

<表 5-15> 醫療稅制 特例條項에 관한 規定(日本)

세제항목	개인개업의	의료법인	
국세	소득세 및 법인세	사회보험진료수가의 소득계산의 특례(概算經營率)	
		의료기기의 특별상각(한도액 12%)	
		간호업무용 기기에 관한 특별상각(한도액 18%)	
		공동이용 의료기기 특별상각(한도액 13%)	
		요양형 병상군에 관한 할증상각(8% 할증상각)	
중소기업 신기술화 투자 촉진세제(취득액 30% 특별상각)	특정의료법인의 법인세율 특례 <sup>1)</sup>		
지가세	병원, 진료소에 제공된 토지에는 비과세		
인지세	의사가 그 업무상 작성하는 서류에는 비과세		
소비세	사회보험진료보수 <sup>2)</sup> 는 비과세		
지방세	주민세	사회보험진료보수의 소득계산 특례(개산경비율)	
	사업세	사회보험진료보수에 대해서는 비과세 기타보수에 대해 5%	사업세 표준세율 특례 <sup>3)</sup>
	부동산 취득세		특정의료법인이 설치한 간호부 양성시설 등에 관한 비과세 조치
	고정 자산세	응급의료용 기기에 관한 과세표준 경감조치(3년간 1/6경감)	
		요양지원 기기에 관한 과세표준 경감조치	
	특별토지 소유세	병원용도로 제공된 토지에는 특별토지 보유세 비과세	
	사업소세	병원, 의원 및 의료관련자 양성시설 등에 관한 사업소세 비과세 조치	

註: 1) 특정 의료법인은 조세 특별조치법에 규정된 법인이며 재단에 지분이 정해져 있지 않은 법인으로 그 사업이 의료서비스의 보급향상 등 공익증진에 현저하게 기여하는 동시에 공적인 운영에 관한 일정조건을 만족하는, 대장성 장관이 승인하는 법인이며, 법인세율에서 공익법인과 동일하게 27%의 적용을 받는다.

2) 사회보험 진료보수란 법이 정한 진료를 하는 경우(요양급여, 입원식 식사 요양비, 방문간호 요양비, 가족 방문 간호 요양비)에 그 진료 내에서의 진료비

3) 의료법인의 경감세율(일본)

소득구분 (사회보험진료 보수 제외)	적용세율		세율차
	일반법인	특별법인(의료법인)	
350만엔 이하	6%	6%	없음
350만엔 초과 700만엔 이하	9%	8%	1%
700만엔 초과	12%		4%

資料: 厚生省 健康政策局, 『經營健全化 對策의 展開』, 1994, p.152.

특기할 것은 소득세나 법인세의 課稅所得을 계산할 때, 의료업 및 치과의료업을 운영하는 개인이나 의료법인의 사회보험 진료보수가 5,000만엔 이하인 경우에는 일정 비율의 경비(개산경비율)를 비용으로 계산하여 그 금액에 해당되는 부분에 대해 세제상의 혜택을 볼 수 있는 特例가 있다(조세특별조치법 제26조, 제67조). 이는 사회보험제도가 국가의 사업이니만큼 이에 대한 국가의 수입제한(수가억제)이 발생할 수밖에 없으며, 이에 대한 피해자가 의료기관이기 때문에 세제면에서 혜택을 주고자 하는 것이다(表 5-16 참조).

〈表 5-16〉 概算經費率(日本)

사회보험 진료수가의 금액	개산경비율	개산경비율 계산방식 (X=보수금액)
2,500만엔 이하	72%	$X \times 72\%$
2,500만엔 초과 3,000만엔 이하	70%	$X \times 70\% + 50$
3,000만엔 초과 4,000만엔 이하	62%	$X \times 62\% + 290$
4,000만엔 초과 5,000만엔 이하	57%	$X \times 57\% + 490$
5,000만엔 초과	비적용	실제금액

資料: 厚生省 健康政策局, 『經營健全化 對策의 展開』, 1994, p.153.

事業稅는 사업을 수행하는 자가 지방자치단체로부터 혜택을 받은 것에 대한 수익자 부담의 원칙에 의해 부과되는 지방세로서, 1952년에 의료의 공공성과 非營利性이라는 관점에서 사회보험진료 보수에 관한 사업세의 비과세, 의료법인의 특별법인으로서의 비과세 규정을 받게 되었다. 그러나 사회보험진료보수 이외의 소득에 대해서는 사업세가 부과된다.

그밖에 特別償却制度란 소득세법이나 법인세법에 규정된 것으로, 감가상각 자산을 통상의 감가상각 이상으로 상각할 수 있도록 규정한

특별조치이다. 이 규정의 효과는 반환조건이 붙은 국고보조와 비슷한 것으로, 사업자가 투자자산을 조기에 회수할 수 있도록 하며 국가의 입장에서는 특별한 산업이나 제품을 정책적 차원에서 조속히 도입하는데 도움을 주는 것이다.

#### 다. 臺灣

대만의 일반적인 사업세 부과 세율은 아래 <表 5-17>과 같은데, 회사의 본부가 자국에 있는 기업에 대해서는 국내뿐만 아니라 국외에서의 소득에 대해서도 세금을 부과하는 특성을 가지고 있다.

<表 5-17> 所得稅率表(臺灣)

(단위: NT\$)

과세소득액	세 율
0~50,000	면제
50,001~100,000	전체 과세소득액의 15%로서, 50,000NT\$ 초과액의 50% 한도내
100,000 이상	전체 과세소득액의 15%로서, 100,000NT\$ 초과액의 25% 한도내

資料: Ministry of Economic Affairs, *Taxes in Taiwan*, Republic of China, 1995.

臺灣에서는 개인개업의에 대해서는 20% 공제후의 소득에 대해서만 소득세를 부과하고 있다(表 5-18 참조). 반면에 비영리법인에 대해서는 사업세(profit-seeking enterprise income tax)가 면제되고 있으며, 의료법인이외에 교육이나 문화기관, 공공복지 기관 등에 대해서도 사업소득세를 면제해 주고 있다.

〈表 5-18〉 醫療機關 類型別 事業稅(臺灣)

	개인개업의	의료법인
과세여부	과세	사업소득세 비과세
적용세율	20% 공제후에 세금적용	-

#### 4. 三個國間의 醫療機關 規制 및 支援政策 要約

이상에서 분석한 한국, 일본, 대만 3개국간의 의료기관 규제 및 지원정책을 요약하면 아래 〈表 5-19〉와 같다. 각국은 의료서비스의 특성상 공공성이 강조되기 때문에 의료서비스의 수용자인 국민을 위하여 비슷한 수준의 규제가 이루어지고 있으나, 政策金融이나 稅制와 같은 의료기관 지원책에 있어서는 3개국간의 차이가 심하다고 할 수 있으며, 특히 우리 나라는 상대적으로 지원정책이 다른 2개국에 비해 부족한 실정이다.

3국간에 비슷한 정도의 규제를 하면서 의료기관에 대한 지원책이 상이한 것은 우리 나라 醫療機關들이 상대적으로 경영이 어렵다는 것을 시사해준다. 민간병원에 의존하여 의료서비스를 제공하는 우리나라의 경우는 규제를 보상할 수 있는 적절한 지원책이 없는 한 의료기관의 지속적인 증가나 확장을 어렵게 하고, 이에 따라 지역적인 의료서비스의 衡平性을 달성하기도 어렵게 하는 하나의 요인이 된다.

또한 병원 생존을 위하여 정부의 규제책을 벗어나 다른 방식으로 국민들에게 의료비를 부담시킴으로써 실질적으로 국민에게 양질의 의료혜택을 주려는 정부의 규제외도가 수포로 돌아가게 하는 要因이 되기도 한다. 따라서 규제정책을 통하여 정부가 국민들에 대한 양질의 의료서비스를 의도대로 제공하기 위해서는 의료서비스 제공자에 대한 적절한 支援策이 있어야만 정부가 의도하는 규제정책의 소기 목적도

달성할 수 있을 것이다. 이러한 차원에서 우리 나라 의료기관 지원정책을 다른 2개국과 비교하여 다시 검토하고 그에 대한 구체적인 代案을 제시할 필요가 있다. 따라서 본장에서 파악된 정책적 시사점은 본 보고서의 6장에서 종합적으로 다루고자 한다.

〈表 5-19〉 三國의 支援 및 規制策 要約

		한 국	일 본	대 만
지 원 책	보조금	- 일시적이며 의료취약지 중심의 지원 ※ 지원대상 • 의료 취약지병원 ('76~'86) • 군단위 민간병원 ('86~) ※ 지원내용 • 시설구입 • 장비구입	- 특정 정책에 맞는 시설이나 장비 구입에 대한 국고 보조금 ※ 지원대상 • 벽지병원 • 응급의료센터 등 ※ 지원내용 • 시설장비 • 설비장비 • 운영비 보조	거의 없음.
	정책 금융	- 의료산업의 배타적인 정책금융은 없음. - 기타 가능한 정책 금융 • 농어촌 특별세 회계 • 재정융자 특별 회계	- 의료산업만의 배타적인 정책금융 • 사회복지의료사업단 - 기타 정책금융 • 국민금융공고 • 지자체의 제도 융자 • 의사회 제휴 융자 • 기타(연금복지 사업, 농림어업 금융공고, 상공조합 중앙공고)	- 의료산업만의 배타적인 정책 금융 • 의료발전기금
	세제	의료법인을 비영리 공공법인으로 인정치 않고 있음.	의료법인을 비영리 법인으로 인정하여 세제혜택 많음.	의료법인을 비영리 공공법인으로 인정하여 세제혜택 있음. (소득세 및 법인세 감면)
규 제 책	개설, 인력	면허제도, 시설 및 인력에 대한 기준 설정(의료법 근거)		
	가격	의료보험 수가제도가 있어 가격을 국가가 통제하고 있음.		

## 第 6 章 結論 및 政策提言

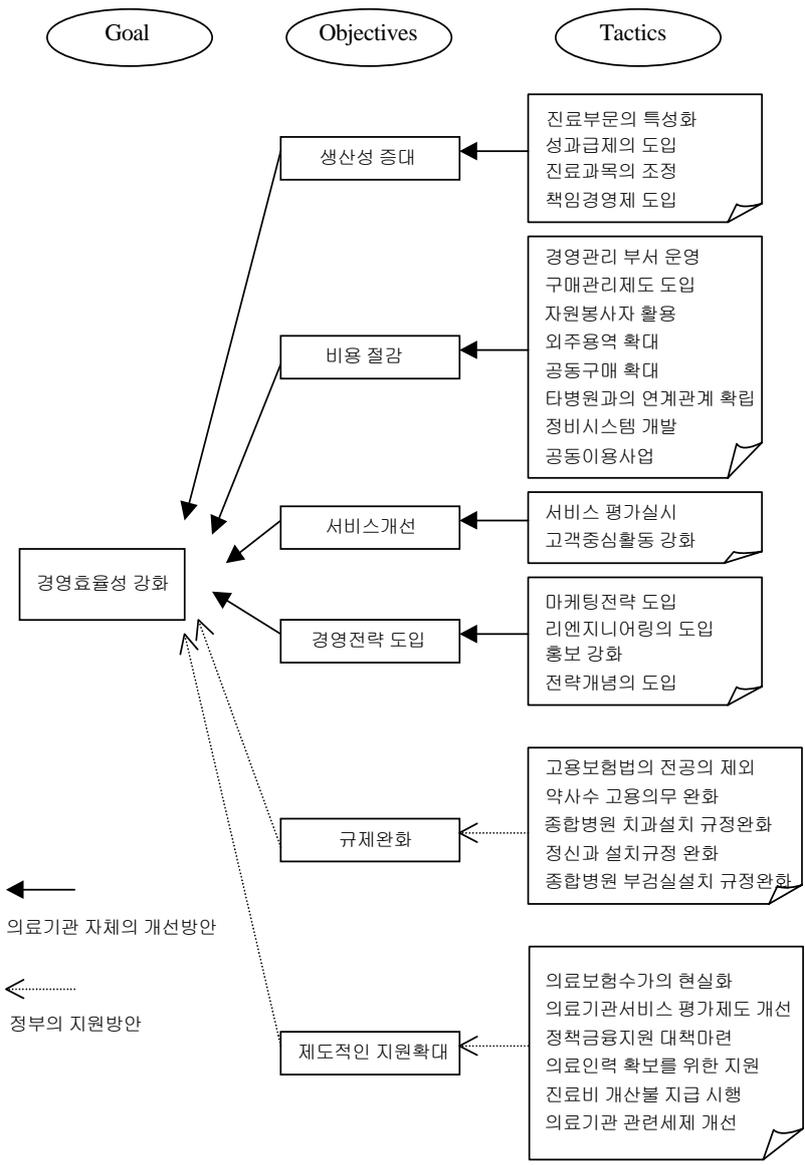
우리나라의 醫療機關 經營環境은 매우 어려운 것으로 인식되고 있으며, 이는 의료기관의 수익성이 매우 낮기 때문이다.

의료계는 병원의 수익성이 낮은 중요한 외적인 요인을 전반적인 醫療保險酬價가 낮게 책정되어 원가를 충분히 보상해 주지 못하기 때문에 발생하는 것이라 보고 있다.

그러나 수가문제는 의료보험 도입초기부터 제기되어 왔으나 아직까지도 뚜렷한 해결책이 없는 실정이다. 이러한 외적인 요인외에 병원의 內部 經營管理體系의 問題點도 경영을 악화시킨 하나의 요인이라고 볼 수 있다. 우리나라의 의료산업은 免許制度를 바탕으로 한 공급자위주의 경영환경에 안주해 왔으며, 그 결과 의료기관에 대한 경영기법의 도입이 지체되어 왔다.

이러한 측면에서 본 장에서는 醫療機關이 經營效率性을 높이기 위해서 내·외부적으로는 어떠한 변화가 수반되어야 하는지, 그리고 구체적으로 요구되는 방안들은 무엇인지에 대하여 논의하고자 하며, 주요 내용은 제2장(실태조사) 및 제3장(경영지표 분석)의 대안과 제5장(외국과의 의료기관 지원정책 비교)의 시사점을 정리한 것이다.

[그림 6-1] 醫療機關의 經營效率性 強化方案 模型



← 의료기관 자체의 개선방안

←····· 정부의 지원방안

## 第1節 醫療機關 自體의 經營改善 方案

### 1. 生産性的 增大

#### 가. 診療部門의 專門化

의료기관이 경영효율성을 높이기 위해서는 개개 병원의 규모와 실정에 맞게 診療部門을 專門化할 필요가 있다. 진료분야의 專門化는 의료수요와 병원의 강점 등을 토대로 하며, 구체적 유형으로는 진료대상인구(아동, 노인 등), 진료대상 질병(암, 뇌졸중, 치질, 불임 등), 진료과목(小兒科, 産婦人科, 眼科 등), 대체서비스 개발(호스피스, 療養病院 등) 등에 따라 실시할 수 있다. 병원에 따라 전문화된 한 분야만 진료하는 경우와 여러 개의 진료과를 개설하고 그 중 한 분야를 전문하는 것으로 나눌 수 있는데 選擇은 病院의 特性에 따라 달라져야 할 것이다.

최근 들어 국내 중소병원들은 대장에 관한 질병, 항문병, 유방암, 디스크 등 특정 전문분야만을 집중 진료하는 形態로 專門化되어 가고 있으며 일부의원은 치질수술 전문의원, 동통 클리닉 등으로 기능을 특화하거나 고소득층을 대상으로 하여 의료서비스의 고급화를 도모하고 있다. 또한 의료보험에 적용되지 않는 의료서비스를 개발하려는 것과 같은 노력들이 진행중에 있다.

大型 醫療機關의 전문화 서비스의 예로는 경희의료원의 동서의학 검진센터, 서울 중앙병원의 심혈관센터, 뇌신경센터, 健康增進센터, 소화기병 센터, 신촌 세브란스병원의 심장혈관센터, 재활원, 암센터, 영동 세브란스 병원의 척추센터, 응급진료센터, 健康診斷센터, 老人病센터, 그리고 삼성의료원의 암센터, 심장센터, 신경계 센터 등이 있고 이밖에도 여러 醫療機關에서 화상 클리닉, 스포츠 상해 클리닉, 동통

클리닉, 통원수술센터 등 진료영역을 細分化하고 專門化하고 있다. 전문센터와 특수클리닉 운영은 대형 의료기관 경쟁력 강화의 한 전략이 될 수 있을 것이다.

이와 같은 診療部門의 전문화가 경영에 미치는 효과를 알아보기 위하여 본 조사에서는 ‘전문클리닉’과 ‘전문병원’의 경우만을 분석하였다. 응답병원의 51.0%는 醫療機關內에 ‘전문클리닉’을 운영하고 있었고, 응답병원이 ‘전문병원’이었거나 의료기관내에 ‘專門病院’을 설치운영하는 경우는 27.4%였다. 의료기관내 ‘전문클리닉’이나 ‘專門病院’을 설치 운영하고 있는 醫療機關의 운영에 따른 수익성 정도를 질문한 결과 전문클리닉(센터포함)의 80.0%, 전문병원의 81.2% 정도가 수익성이 ‘보통 이상’이라고 응답하였다.

이러한 결과를 볼 때 診療部門을 전문화하여 운영할 경우 의료기관의 경영수지는 도움이 될 것으로 보인다. 전문병원의 경우에는 시설이나 장비의 신규 설치에 따른 투자비가 많이 所要될 것이 豫想되므로 투자수익 豫想分析을 통하여 전문클리닉을 설치해 서비스전문화를 꾀하는 것이 醫療機關 立場에서는 유리할 것이다.

#### 나. 成果給制度의 導入

의료의 공익적인 특성과는 달리 현재 의료사업은 수익사업으로 분류되고 있다. 기업의 영업활동 목적처럼 醫療機關도 수익이 발생하지 않으면 그 활동을 지속할 수가 없다. 의료기관의 수입은 대부분 진료활동을 통하여 발생한다. 診療部門의 생산성이 낮으면 전반적인 의료기관의 수입이 줄어들기 때문에 진료생산성을 높이기 위한 조치가 필요하다. 이러한 측면에서 논의될 수 있는 것이 成果給制의 도입이다.

지금까지 醫療機關의 生産性은 진료측면은 무시된 채 관리적 측면의 비용절감에 초점을 맞추어 이루어져 왔다. 이러한 관리방식들은

생산성을 논하는데 있어 한계점에 이르렀다. 관리적 측면에서 도입되고 있는 생산성 증대활동과 마찬가지로 診療部門에서의 생산성도 평가되어야 한다.

병원의 經營隘路事項을 알아본 본 조사에서 응답병원의 19.8%가 ‘낮은 진료생산성’을 답하였는데, 이는 低酬價로 인하여 진료생산성을 제고하고 싶어도 제고하지 못하는 측면도 있을 것이다. 그러나 동일 의료기관에서도 단위 시간당 진료과간의 진료생산성에서 차이가 나고 있으므로 진료부문에서의 생산성 평가를 통한 成果給制의 도입은 병원의 經營效率性을 자극하는 하나의 촉진제가 될 것이다.

#### 다. 診療科目의 調整

여러 개의 진료과목을 개설하고 있는 醫療機關은 병원진료과의 전반적인 생산성을 고려하여 시너지(Synergy)효과를 극대화 할 수 있는 방향으로 과목수를 조정하여야 할 것이다. 물론 이 시점에서 의료법이나 관련 규정에서 정하고 있는 여러 가지 제도적인 측면 때문에 부득이 개설해야 할 진료과목들이 있을 수 있다. 이러한 측면들은 정부의 제도적인 개선을 통해 개선되어야 한다.

본 조사에 의하면 진료과목의 조정으로 인한 효과는 ‘보통’ 이상이 응답자의 85.7%였다. 그러나 진료과목의 조정을 실행하고 있는 의료기관은 應答病院의 37.3%로 낮아 經營效率性을 높이려면 보다 적극적인 진료과목의 조정이 이루어져야 할 것으로 판단된다.

#### 라. 責任經營制의 導入

향후 醫療機關의 경영에도 企業式 經營技法이 도입되어야 하며, 인사제도를 개선해 탄력적이고 자율적인 사업운영을 도모하고 부문별 책임경영이 가능하도록 하여야 한다.

첫째, 경영에 대한 專門知識을 갖춘 專門經營人을 채용하여야 한다. 외부전문가를 적극 영입하여 보수수준을 의료인과 같이 상향조정해 주어야 한다.

둘째, 병원에서 자체적인 病院專門管理者制度를 도입한다. 병원내 교육과정을 신설하거나 외부교육기관에서 일정기간 교육을 이수한 경우 병원 전반에서 中間管理者의 역할을 수행하도록 한다. 中間管理者의 재직기간중 경영실적은 평가되어야 하며 연임, 승진, 전보 등의 인사에 반영한다.

셋째, 責任經營體制 確立을 위해서 非경영주 병원장에게 權限을 대폭 委任한다. 조직, 인력, 예산 등에 관한 역할을 위임해 주어진 자원으로 자기 책임하에 자율적으로 사업을 계획하고 운영할 수 있도록 한다. 이러한 계획을 효율적으로 집행하기 위해 責任經營者인 病院長에게 일정기간의 임기를 보장할 수 있도록 임기제를 도입하여야 한다.

넷째, 가장 기본적인 사항중의 하나인 능력위주의 人事制度를 確立하여야 한다. 책임경영체제의 확립을 위해 각 부서의 경영평가 결과를 승진, 전보 등의 人事管理에 연계시키고 경영실적이 탁월한 직원에 대해서는 병원이 정하고 있는 ‘우수직원 특별승진임용’을 活性化하여야 한다.

다섯째, 비용개념에 기초한 人力運營을 強化하여야 한다. 즉 장기적인 관점에서 의료기관의 ‘정원관리’ 위주 인력운영은 ‘인건비 관리’ 위주로 변경해 責任經營者인 병원장이 매년 편성되는 인건비 豫算內에서 자율적으로 정원을 조정해 사업을 원활히 수행할 수 있도록 개선해나가야 한다.

## 2. 費用節減 努力 增大

### 가. 經營管理를 위한 特殊部署 運營

의료기관이 생산성을 증진시키기 위해서는 적극적인 진료분석이나 醫療環境分析이 필요하다. 우리 나라 대다수 병원에서는 病院經營에 관한 의사결정이 합리적이고 과학적인 수준에 이르지 못하고 있다. 이는 중소병원에서 더욱 심각한데 그 理由는 病院經營에 대한 교육기회 부족과 과학적 의사결정에 필요한 정보체계의 미비를 들 수 있다.

이러한 문제점을 극복하기 위하여 논의될 수 있는 것이 경영진단을 실시하거나 經營管理를 위한 특수부서(예를 들면 경영개선팀 등)를 운영하는 것이다. 본 조사의 연구결과에 의하면 특수부서를 운영한 응답자의 50% 이상은 특수부서의 운영이 의료기관의 경영성과에 ‘효과적이었다’라고 답하였다. 그럼에도 불구하고 特殊部署의 運營比率는 응답기관의 20%수준으로 낮았다. 이러한 결과를 볼 때 특수부서의 운영은 경영효율성을 높이기 위해 의료기관이 도입하여야 할 필요성이 있다.

經營診斷이나 특수부서를 운영함에 있어서 진료지표 관리는 보다 철저하게 분석되어야 한다. 경영이 개선된 의료기관의 經營改善原因을 살펴보면 응답자의 45.5%가 환자수 증가에 원인을 두었으며, 17.3%는 비용감소, 11.8%는 入院在院期間의 減少에 두었다. 경영이 악화된 의료기관은 응답자의 38.7%가 비용의 증가, 30.2%가 환자수의 감소에 원인을 두었다. 경영상태를 어렵게 하는 요인으로는 응답자의 37.2%가 ‘높은 비용의 발생’을 지적하였다. 이처럼 경영수지는 費用과 밀접한 關聯性을 가지고 있기 때문에 진료지표는 보다 집중적으로 관리될 필요성이 있다.

#### 나. 購買·管理制度의 導入

의료기관의 경영수지에 영향을 미치는 요인은 醫療酬價를 포함하여 여러 가지 요인이 있겠지만, 일차적인 요인은 무엇보다도 관리적인 측면에서의 費用節減이라고 볼 수 있다. 이러한 측면에서 개개의 의료기관이 경영수지를 개선하고 經營效率性을 높이기 위해서는 철저하게 내부관리를 강화하는 것이다.

이런 측면에서 의료기관은 購買 및 在庫管理制度를 導入하여야 한다. 본 연구의 '구매 및 재고관리제도의 도입'에 따른 효과를 보면 응답자의 52.9%가 효과적이라고 응답한 바 있다. 이렇게 구매 및 재고관리제도를 도입해야 하는 이유는 병원의 경우 材料費가 차지하는 비중이 많기 때문이다. 韓國保健醫療管理院의 '95년 병원경영분석 자료에 의하면 재료비는 전체의 약 34.7%를 차지하는 것으로 나타났다.

#### 다. 自願奉仕者の 活用擴大

醫療機關에 있어서 經營收支에 영향을 미치는 큰 요인중의 하나는 타산업에 비하여 인건비 비중이 높다는 것이다. 그 이유는 의료는 다양한 전문직종으로 구성된 技術集約的이고 勞動集約的인 産業이어서 인력수급 및 대체가 용이하지 않기 때문이다.

그러나 비의료인에 대한 人件費 節減方案으로 논의될 수 있는 것은 자원봉사자의 활용이다. 사회가 선진화될수록 많은 사람들이 사회봉사활동에 참여하게 되는데 최근 우리나라도 언론기관 등이 선도하여 自願奉仕활동이 활발히 전개되고 있다. 醫療機關들은 이를 적극적으로 활용할 필요가 있으며 의료기관 자체는 자원봉사자들의 도움을 필요로 하는 부분이 많은 조직이다.

본 연구의 ‘自願奉仕者 活用’에 따른 效果性을 묻는 질문에 응답기관의 90% 이상이 效果性에 대하여 ‘보통’ 이상이라고 응답하였다. 최근에 도입된 중·고등학생의 자원봉사활동도 이러한 측면에서 병원의 자원봉사활동에 참여시킬 필요가 있다. 地域社會의 婦女組織 및 학교 교육기관을 통하여 이러한 인력을 확보하고 활용하는 것이 필요하다.

#### 라. 外注用役의 擴大 實施

외국에 비해 우리 병원들은 外部 用役業者의 活用度가 낮은 편이었으나, 최근 들어 병원계에서는 청소, 세탁, 경비, 임상병리 등을 용역업체에 의존하는 경향이 증가하고 있다. 이는 醫療機關의 運營費에 있어서 인건비가 차지하는 비중이 지나치게 크기 때문이다. 의료기관이 經營效率性을 極大化하기 위해서는 채산성이 맞지 않는 과정을 과감하게 외주용역으로 확대하는 것이 필요하다.

외주용역에 따른 업무의 效果性을 묻는 질문에 ‘오물 및 적출물의 처리’ 65.5%, ‘세탁’ 62.9%, 직원식당의 운영 56.7% 순으로 ‘매우 효과적 또는 효과적’이었다고 응답하였다. 그러나 職員食堂(56.7%), 경비(54.6%), 시설의 유지 및 관리(50.0%)는 그 효과가 50% 이상임에도 불구하고 실제 外注用役을 실시하고 있는 醫療機關은 직원식당(21.5%), 경비(24.5%), 시설의 유지 및 관리(20.8%)순으로 낮았다. 의료기관이 經營效率性을 기하기 위해서는 이와 같은 부문의 업무들을 외주용역으로 교체하거나 신중히 고려하는 것이 필요하다.

문제는 국내 병원 용역업체가 영세성으로 인해 전문성이 결여되었다는 점을 지적할 수 있다. 病院用役에 대한 수요는 큰데 공급자의 수준이 낙후되어 있다는 사실은 외국의 대형 용역업체가 진출할 가능성과 진입시 시장잠식 정도가 높을 것이라는 점을 시사한다. 따라서 용역업체의 대규모화 및 전문화를 위하여 용역업체 자체의 노력 및

정부의 지원정책도 필요하며, 病院들도 해당 지역의 用役業體 육성에 관심을 가져야 할 것이다.

#### 마. 物品의 共同購買 擴大

의료기관들이 관리적 측면에서 費用節減을 위해 요구되는 방안들 중에는 공동구매를 확대 실시하는 것이 있다. 몇 개 병원이 합동으로 물품을 구매하는 경우에는 대량구매를 통해 價格을 引下시키고 판매자에 대한 협상력 강화로 品質向上과 물량의 안정적 확보를 기할 수 있다.

共同購買는 病院協會 등 외부에 의뢰하는 방법과 몇몇 병원이 직접 공동구매를 하는 것이다. 共同購買事業은 원가구성비에서 재료비 비중이 과다한 농어촌 및 지방의 중소병원에게 원가를 낮출 수 있는 유용한 사업이 될 것이다.

본 연구에서 共同購買를 실시하고 있는 의료기관의 실시에 따른 효과를 알아본 결과 약품 92.8%, 의료기기 88.9%, 醫療消耗品 84.6%가 '매우 효과적 또는 효과적'이었다고 응답하였다. 그러나 공동구매를 실시하고 있는 의료기관의 共同購買에 따른 效果가 85% 이상임에도 불구하고 공동구매를 실시하고 있는 의료기관이 10% 미만이었다. 이와 같은 이유는 물품구매 주관기관이 없거나 구매물품이 특정 의료인에 의하여 선호 또는 강요되는 경우가 있기 때문에 발생하는 것으로 볼 수 있지만 의료기관이 經營效率性을 꾀하기 위해서는 공동구매의 양을 늘리므로서 비용절감의 효과를 얻어야 할 것이다.

#### 바. 他病院과의 連繫關係 確立

경영상의 많은 문제를 갖고 있는 중소병원은 대형병원과 모자관계를 수립하여 부족한 施設과 人力問題의 극복을 모색할 수 있고, 대형

병원은 부족한 병상문제를 완화시킬 수 있을 것이다. 중소병원은 첨단장비나 검사가 필요할 때는 모병원의 시설을 이용할 수 있고, 또한 자신의 醫療人力들을 과전함으로써 좋은 수련의 기회를 얻을 수 있다. 대형병원은 중소병원과의 환자 의뢰 및 移送體系를 통해서 의뢰된 중증의 환자를 우선적으로 치료하고 이들이 회복기에 이르면 자병원으로 이송함으로써 병상회전율을 높일 수 있을 것이다.

병원과 의원간의 協力關係에서도 모자병원간의 관계에서와 유사한 효과를 기대할 수 있다. 우리 나라 사례로는 세브란스 병원과 서대문구, 마포구, 은평구, 강서구 등에 소재한 의료기관으로 구성된 서부지역의료협의회내의 患者依賴 및 移送體系이다. 세브란스 병원에서는 협의회소속 의료기관에서 의뢰된 환자를 우선적으로 진료하고 이들이 회복되면 다시 회송하는 방식을 택하고 있다.

#### 사. 病院情報시스템 開發

병원의 정보시스템은 날로 치열해지는 경쟁속에서 병원이 살아남기 위해서 반드시 구비해야 할 요소이다. 病院情報시스템은 環境變化에 대한 대비, 의료의 질 관리, 재무관리, 원물관리, 인사관리 등 여러 분야에 필요한 정보를 제공하고 과학적 意思決定을 내리는데 도움이 될 것이다.

이같이 중요한 정보시스템 개발에는 상당한 財源이 必要하지만, 중소병원들의 경우 몇 몇 병원들이 연합하는 방법이나 이미 우수한 정보시스템을 보유하고 있는 大型病院의 도움을 받아서 자체 시스템을 개발하는 방안을 모색한다면 이러한 제약을 좀 더 쉽게 극복할 수 있을 것이다.

#### 아. 共同利用事業 實施

최근 우리 병원들은 高價 醫療裝備에 過剩投資를 하는 경향이 있다. 과잉투자의 배경은 대개 첨단 장비를 갖추었다고 소문이 나야 환자들이 많이 몰린다는 것이다. 즉 의료공급자와 소비자간의 정보의 불균형 속에서 醫療供給者들은 첨단장비가 곧 양질의 진료라는 다소 왜곡된 의료의 질에 관한 정보를 소비자들에게 주고 消費者들을 끌기 위한 신호 보내기에 주력하고 있는 것이다.

이와 같이 실질적인 醫療의 質 向上과는 다소 거리가 있는 투자적인 경쟁은 중소병원의 財政 不安定과 의료재원의 낭비를 초래하고 있다. 3장의 경영지표 분석에서도 살펴보았듯이 지방의 中小病院들은 경쟁적으로 투자를 증가시키고 있으나 그 투자에 대한 수익률은 매우 낮은 것으로 나타나고 있다. 따라서 고가의의료장비의 共同利用을 도모하는 것은 개별병원이나 국가적인 차원에서 매우 중요하다.

改善方法으로는 여러 병원이 공동으로 고가 장비를 구비한 검사센터를 설립하여 운영하거나, 政策的으로 전문 검사센터를 육성하고 중소병원들이 이들 전문센터를 보다 적극적으로 이용케 하는 것이다. 또한 협력관계를 통해서 中小病院이 大型病院의 검사실에 특수한 검사를 의뢰하는 방법 등이 있을 수 있으며, 정부에서는 관련 세제의 정비를 고려해야 할 것이다.

### 3. 積極的인 醫療서비스의 改善

#### 가. 評價를 통한 서비스 改善努力 增進

醫療機關이 제공하고 있는 의료서비스 수준에 대하여 의료기관 자체적인 평가를 조사한 결과 응답자의 80% 이상이 ‘보통’ 이상이라고

응답하였다. 의료기관의 입장에서는 現醫療制度和 保險酬價體系하에서 나름대로 최선의 의료서비스를 제공하고 있다고 자평하는 것이라 볼 수 있다.

의료기관이 經營收支를 개선하고 경영효율성을 높이기 위해서는 무엇보다도 지속적인 양질의 의료서비스를 제공하려는 노력을 경주하여야 할 것이다. 이러한 측면에서 소비자의 의료욕구를 파악하고 이를 病院經營에 활용하는 것은 매우 중요한 일이라고 볼 수 있다.

의료서비스에 대한 환자의 불편사항 수렴여부를 조사한 결과 대학병원, 3차 종합병원, 종합병원의 80.0% 이상이 設問調査를 실시하고 있었으며 병원급에서는 47.6%로 낮았다. 설문조사를 실시하고 있는 의료기관의 61.6%는 여기에서 얻은 결과가 자체 의료기관의 서비스 개선 등을 통한 經營環境改善에 ‘효과적 또는 매우 효과적’으로 도움이 된다고 응답하였다. 향후 이러한 노력이 더욱 확대되어야 할 것이다.

#### 나. 顧客中心 活動 強化

최근 言論媒體에서 흔히 접할 수 있는 제목 중 하나가 환자중심의 진료라는 말이다. 患者中心이라는 개념을 잘못 이해하면 내원 환자들에게만 친절하게 대하고 여러 가지 편의를 제공하여 그들의 만족수준을 높이는 것으로 생각하기 쉽다. 病院의 競爭力은 병원이 제공하는 서비스가 얼마 만큼 환자와 그 가족, 그리고 지역사회 주민을 포함한 소비자를 만족하게 하고 기쁘게 해 주는가에 달려있다.

消費者 滿足을 위해서는 조직 구성원 모두가 消費者를 먼저 생각해야 하며, 의사, 간호사 등 의료진의 편의를 우선으로하는 의식은 버려야 한다. 병원은 서비스 조직이며, 서비스의 요체는 소비자를 최우선적으로 받드는 것임을 인식해야 한다. 이를 위해서는 단순한 경영능률의 제고보다는 患者滿足度의 제고에 優先順位를 두어야 하며, 경직

화된 구조, 규정, 절차보다는 다양한 상황에 대처할 수 있는 유연한 經營方針이 확립되어야 한다. 또한 成果評價에 있어서도 환자만족도가 큰 비중을 차지하여야 하며, 환자만족도 평가가 주기적으로 시행되어야 한다.

Lathrop(1991)는 의료진이 전체 勤務時間中 환자진료에 쓰는 시간은 단지 16%에 그칠 뿐이며, 한 사람의 환자가 너무 많은 의료진을 겪어야 하는 등 診療過程이 너무 복잡하고, 업무스케줄링과 조정, 그리고 서류작업에 너무 많은 시간을 빼앗긴다고 보고하고 있다. 이러한 불합리를 타파하기 위해 患者中心診療(patient-focused care)가 필요한데, 이는 환자 진료의 모든 측면을 고려해야 하는 쉽지 않은 과제이다.

#### 4. 經營戰略의 導入

##### 가. 마케팅 戰略의 導入

근래에 들어 우리 국민들의 消費者 權利意識이 확산되어감에 따라서 의료서비스에 대해서도 과거에 의사의 지시에 무조건 복종하던 관행을 탈피해서 불친절하거나 잘못된 지시를 받은 경우에 항의하는 사례가 증가하고 있다. 이러한 경향은 의료시장이 供給者 中心市場에서 소비자 중심시장으로 전환되고 있음을 의미한다. 소비자 중심 시장에서는 환자들이 便宜施設, 親切度 및 진료의 질에 대한 각종 정보를 바탕으로 의료기관을 선택하게 된다. 지역에서 의료기관이 주민과의 유대를 공고히 하는 방안 중의 하나는 지역주민을 병원운영에 참여하게 하는 것이다.

지역사회 주민을 병원운영에 참여하게 하는 방법으로는 병원자문위원회를 구성하여 지역사회유지, 인근교회나 社會團體의 指導層을 대상으로 병원 隘路事項과 주민에 대한 요망사항을 알리고 협조를 구하

는 방안들이 있다. 진료의 질적 향상은 최상의 고급진료를 뜻하는 것이 아니며 중소병원에서 제공하는 수준의 진료서비스에 대한 질적 향상을 뜻한다. 中小病院에서는 환자의 대기시간이 짧고 이용절차가 간단하고 또한 조직규모가 작아 人和團結이 容易하거나 意思決定이 신속하다는 등의 장점이 있기 때문에 이러한 특성을 잘 살리면 환자서비스의 향상이 어려운 문제는 아닐 것이다. 병원운영의 마케팅적 개념 접목은 단순히 病院의 收入增大라는 차원을 떠나 환자에게 보다 편안하고 안락한 마음으로 진료를 받을 수 있게 함으로써 환자의 만족감 창출을 통한 수입증대라는 차원에서 診療提供者와 진료수용자 모두에게 편익을 제공하는 장점이 있다.

이제 醫療人들도 단지 기술적인 관점에서의 의료 뿐만 아니라 환자들의 觀點에서 친절, 편의 등 의료에 대한 인식을 새롭게 해야할 시점인 것이다. 이러한 변화에 대응하기 위해서는 病院에서도 마케팅기법을 도입해야 할 필요성이 있다.

#### 나. 리엔지니어링의 導入

병원이 현재의 經營難을 타개하고, 소비자에게 만족과 기쁨을 끊임 없이 제공하기 위해서는 새로운 패러다임을 능동적으로 받아들이고, 성공을 가져올 수 있는 패러다임으로 미래를 준비할 수 있어야 한다. 비즈니스 리엔지니어링은 顧客(customer), 競爭(competition), 變化(change)라는 3C의 위기를 극복하기 위해 기존업무의 역할과 수행 방법을 근본적으로 재검토, 새로운 방식으로 업무를 처리하는 경영혁신을 말하는데, 기업이 經營戰略 目標에 맞춰 업무처리 과정을 제로 (Zero base)상태로부터 다시 설계, 혁신적인 경영효과를 노리는 新經營技法이다. 예컨대 환자 대기시간을 줄이기 위하여 환자접수에서 진료에 이르는 전과정을 재검토하여 불필요한 과정을 없애거나 자동화,

전산화하려는 노력도 비즈니스 리엔지니어링의 범주에 넣을 수 있다.

성공적인 리엔지니어링을 위해서는 투자의 많고 적음에 관계없이 병원에서의 의료서비스 提供方法을 根本적으로 改革해야 하며, 환자가 병원문을 들어서서부터 병원문을 나설 때까지 각과와 각 부문간의 기능은 환자를 위주로 再結合하고, 이를 위해서는 조직원의 意識變化가 중요하다. 또한 비즈니스 리엔지니어링은 조직 전체적 시각, 결과 중심의 업무분석, 업무나 정보의 사용과 처리의 통합, 並行業務의 조정기능 강화 등의 몇 가지 원칙에 따라 수행되어야 하며, 성공적인 리엔지니어링을 위한 최고경영층의 확고부동한 의지와 관리자의 의식 전환이 필수적으로 요구된다. 리엔지니어링을 위해서 의료기관은 다음과 같은 변화가 있어야 한다.

첫째, 業務節次의 革新이 필요하다. 즉 프로세스의 재설계로 고객만족시키는데서 출발하여 첨단적인 업무를 시도하여 고객지향적인 서비스화를 통해 賣出增大와 利益擴大를 도모해야 한다.

둘째, 환자위주의 부문간 기능 재편성이 필요하다. 즉 업무 프로세스를 근본적으로 고쳐 경영의 효율성을 높이는 방법으로 진료, 검사, 투약, 간호, 醫務記錄 管理, 환자접수, 환자상담 등 각과와 각 부문간 기능을 환자위주로 재편성하고, 대기시간 단축을 위한 모든 방법을 동원해야 할 것이다. 예를 들면 원무접수시간과 診療待期時間의 間隔差異를 조정한 조기진료제 도입이나 예약제도 및 예약문화 정착을 위한 진료예약시간 준수, 예약환자의 대기 불편을 제거하기 위한 적절한 환자예약, 검사결과를 위한 患者待期 加重을 해소하기 위한 당일 검사 당일 결과제 또는 검사결과 안내소 설치 등이 필요하다. 약국의 정제자동포장기 설치, 입원예약제, 퇴원예고제 등은 대기시간 단축을 위한 방법으로 매우 효과적이라 할 수 있다.

셋째, 새로운 經營環境에 대응하는 인사조직 관리가 필요하다. 의료

기관은 고도의 전문적 기관으로서 1인의 업무와 역할이 명확하고 환자에 대한 부가가치가 높은 곳이므로 人事管理가 더욱 중요시되고 있다. 醫療와 看護의 質을 높이고 환자의 만족을 높이기 위해서는 직원의 업무내용을 명확히 할 필요가 있다. 이에 따라 業務內容 및 관리자의 자세도 바뀌어야 하며 조직의 구조도 수직형에서 수평형으로 바뀌고 의사결정을 신속·정확하게 하기 위해서는 권한의 위임도 요구된다.

醫療서비스의 質이 병원의 死活을 좌우하게 되는 지금과 같은 경영 환경에서는 대환자 서비스 향상과 費用節減이라는 두 가지 효과를 가져다 주는 병원업무 및 진료지원 프로세스가 필수적이라고 할 수 있다. 병원의 競爭力 強化와 연결되는 患者中心 병원 구축에는 어떻게 환자기호를 과약하고 어떤 서비스를 제공하느냐가 중요하며, 이를 위해서는 환자 만족을 위한 환자 중심의 組織體系로 변화하는 것이 필요하다.

#### 다. 積極的인 弘報強化

병원은 지금까지 비영리기관으로 병원의 이미지를 제고시킬 수 있는 홍보활동을 제외하고는 大衆媒體를 통해서 광고와 같은 일련의 촉진행위를 할 수 없도록 규제되어 왔다. 따라서 지금까지는 병원의 촉진활동이 弘報活動에 초점이 맞추어져 있었다. 이 경우 서비스가 대인적 접촉으로 이뤄지는 병원에서는 환자나 그의 保護者들이 가장 중요한 홍보요원이 되었다.

그러나 보건복지부가 '97년 8월 4일자로 廣告規制를 대폭 완화하는 방향으로 醫療法 施行規則을 개정·공포하였다. 따라서 병·의원 광고를 신문, 잡지, 전화번호부 뿐만 아니라 컴퓨터 통신망, 전화자동응답 사서함(ARS), 각종 유인물 등을 통해서도 할 수 있게 됐다. 또한 광고의 내용도 예약진료, 야간 및 휴일진료, 駐車場 구비 여부 등에까지

확대되었다. 따라서 병원에서는 활용가능한 매체를 적극 이용하여 의료시장 개방에 대한 競爭力을 높이도록 노력해야만 한다.

축진의 효과는 병원진료 서비스 향상이나 병원 디자인 개발, 인근 의원들과의 연계활동, 그리고 무료 奉仕活動 등을 통해 얻을 수 있으며, 大衆媒體에 기고를 하거나 동정을 알림으로써 병원의 이미지를 향상시키거나 병원을 홍보하는 효과를 얻을 수 있다.

#### 라. 戰略概念의 導入

병원은 현 단계에 대한 평가를 바탕으로 앞으로의 나아갈 성장전략을 결정할 필요가 있다. 병원의 最高經營者는 현재 병원의 시장과 서비스에 관련하여 성과를 향상시킬 수 있는 추가기회가 있는가를 파악해야만 한다. 醫療機關은 그 대상시장과 제공하고 있는 서비스의 종류에 따라 아래와 같은 네가지의 成長戰略을 고려해 볼 수 있다(그림 6-2 참조).

시장침투전략은 既存 診療圈에서 기존의 의료서비스로 시장점유율을 증대시키는 전략이다. 이를 위해서 사용할 수 있는 방법은 자신의 병원 고객(환자)에게 자신의 병원을 더 많이 이용하도록 하거나, 경쟁병원을 이용하는 顧客을(환자) 자신의 病院을 利用하도록 유도하는 방법이 있을 수 있다. 즉 병원에서 모든 쇼핑과 여가를 즐길 수 있는 종래에는 감히 상상하지 못했던 토탈 서비스 제공을 통해 내원빈도수를 높이고, 병원의 弘報를 통해 고객을 유인하는 방법이 있을 수 있다. 또한 환경서비스 부문에서도 병원의 環境改善을 통해 대기의 불편을 감소시키고, 환자의 고통을 경감시키고 위로하기 위해 거동 불편 환자의 안락대기 시설을 마련한다든지, 입원환자의 불편요소를 개선시키기 위해 층별 휴게실 마련이나 병상의 고저, 각도 조절이 용이한 리모트콘트롤 통제 병상을 확대하는 등의 서비스 개선이 있을 수 있다.

[그림 6-2] 病院의 마케팅 戰略

	기존의 진료권	새로운 진료권
기존의 서비스	타 병·의원과의 경쟁전략 (시장침투 전략)	새로운 진료권의 개척전략
새로운 서비스	새로운 진료과의 개설, 새로운 서비스 개발 전략	다각화 전략

새로운 진료권 개발전략은 기존의 의료서비스를 가지고 새로운 진료권을 發見, 開發하는 것이다. 이는 潛在的 顧客集團을 확인하여 既存의 醫療서비스를 가지고 이들의 욕구를 충족시킬 수 있는 방법을 모색하거나, 타진료권에 분원을 세워 그 지역의 환자를 흡수하는 전략이다. 우리나라 병원들 중에서 한림대 傘下病院이나 가톨릭 중앙의료원, 서울중앙병원 등은 여러 곳에 분원을 설립하여 분원으로 하여금 그 地域患者를 담당하게 하고, 분원에서 치료가 힘든 환자는 본원에 후송하는 방법을 이용하고 있다.

새로운 서비스 開發戰略은 기존의 의료 고객에게 潛在的으로 관심이 있는 의료서비스를 개발하거나 진료과를 개발하는 것이다. 병원마다 프로그램의 차이는 있으나 대부분 심장병, 당뇨병 등의 성인병과 위암 등의 질환을 조기 발견할 목적으로 診斷項目을 마련해 놓고 있는 健康診斷센터는 종합검사 절차가 간단한 예약제로 실시되고 있고, 검사시간도 2~3시간이면 충분하기 때문에 많은 호응을 얻고 있는 진료서비스이다. 양방과 한방의 협진을 통해 각종 질병의 早期診斷과 한방 특유의 사상측정법을 실시해 개인별 체질에 따라 처방을 내리는 경희의료원의 동서종합건강진단센터, 35세 이상의 성인을 대상으로 건강연령 측정, 스트레스 및 睡眠狀態 등 다양한 검사항목을 개발 시행하는 서울대 병원의 건강증진센터, 종합검진 외에 개인의 건강상태

를 체크해 식이처방과 운동처방을 해주는 세브란스 병원, 종합검사를 실시하면서 두통환자를 위해 뇌만을 전문으로 하는 프로그램을 마련하고 있는 江南 聖母病院, 여의도 성모병원, 그외에 고대병원, 中央大病院, 이대병원, 중앙병원 등 많은 병원들이 제각기 특유의 색깔을 내면서 새로운 영역을 구축해 나가고 있다. 위에 사례외에도 위생병원의 금연학교라든지 第一病院의 산모를 위한 라마즈 교실운영 등도 이에 해당한다.

병원의 多角化戰略은 병원이 제약업이나 藥品都賣業, 의료용품제조업 등 현재의 사업영역과 다른 영역으로 진출하는 전략이다. 우리나라에는 병원분원체제(Multi-Hospital System)와 같은 개념이 아직 보편화되어 있지는 않지만, 한림대산하 병원이 5개 병원(한강성심, 강동성심, 강남성심, 동산성심, 春川聖心)외에 삼천당 제약회사, 솔 의료기, 주식회사 소화 등을 거느리고 있는 것이 그 예일 것이다. 또한 의료서비스의 다각화로서 병원, 장기요양시설, 集團開業醫들이 환자 서비스면이나 기능적인 면에서 과거의 의료종사자들과 다른 형태의 의료서비스를 제공하는 것으로 병원이 재활의학, 가정간호서비스, 의료기구 사업부를 운영하거나 쇼핑센터에 外來診療所를 운영하는 마케팅 기법이 필요하다.

## 第2節 政府의 醫療政策 支援擴大 方案

### 1. 醫療機關에 대한 規制緩和 側面

의료기관의 經營環境을 평가한 결과 조사대상자의 63.2%가 ‘비관적’이라고 대답하였으며, 이러한 원인의 첫째는 政府의 規制나 잘못된 제도 때문인 것으로 보는 견해가 67.5%로 가장 높게 나타났다. 이처럼

의료기관을 경영함에 있어서 가장 중요시 되는 것은 政府의 制度的인 뒷받침이라고 할 수 있다. 醫療機關이 원활하게 운영되고 효율성을 극대화하기 위해서는 정부 제도상의 지원은 필수적이라고 볼 수 있다.

#### 가. 雇傭保險에서의 專攻醫 除外

의료기관의 경우에는 여러 가지 부담금의 과중으로 인하여 애로사항이 많은 것으로 조사되었다. 특히 問題點으로 지적할 수 있는 것은 雇傭保險으로써 현재 전공의는 고용보험의 적용대상에 포함되어 있으나 이를 제외시킬 필요가 있다.

첫째, 雇傭保險法施行令 제3조 제2항3호는 고용보험 適用除外勤勞者로 국가기관, 학교법인을 두고 있으며 현재 이들은 고용보험법에서 제외되고 있다. 동일한 수련 목적과 기간 동안에 근로를 제공하는 전공의가 국립병원과 大學附屬病院에서 근로를 제공하는 경우에는 고용보험에서 적용 제외되고 있으나 개인 및 의료법인 등 기타 법인병원인 경우에는 雇傭保險 適用勤勞者가 되어 달리 적용되고 있다.

둘째, 전공의는 단지 전공의 修練過程을 선택한 것이므로 임금을 주 목적으로 근로를 제공하는 일반 근로자들과는 차이가 있다. 일정 기간(3~5년) 각 臨床科目의 수련을 마치게 되면 근로의 제공도 끝나게 되며 사회적, 경제적으로 더 높은 대우와 職業의 安定性이 보장되는 것이라 볼 수 있다. 따라서 이를 사회통념상 실업으로 볼 수는 없다. 雇傭保險法의 제정 목적은 실업의 예방, 고용의 촉진 및 勤勞者의 職業能力開發, 향상 도모와 실업인 경우에 필요한 급여를 실시함으로써 근로자의 생활 안정과 구직 활동을 촉진하는데 있으나(고용보험법 제1조), 전공의는 국가로부터 醫師免許를 받은 자가 전문의 자격취득을 목적으로 특정 수련병원에서 일정 기간 각 임상 과목을 실기수련하는데에 목적이 있는 것이다.

셋째, 전공의는 修練期間 중 ‘자기의 중대한 歸責事由나 자기 사정으로 퇴직’한 경우 이외에는 퇴직 사유가 없으며 만약 소속된 수련병원이 修練病院基準에 미달 하거나 폐업을 하게 되더라도 타 병원에 이동하여 수련을 받게 된다. 고용보험법 제45조에는 위와 같은 사유로 퇴직하였을 경우에는 구직급여 등의 受給資格이 없는 것으로 규정되어 있어 전공의는 실질적으로 적용을 받지 못하면서도 보험료만을 부담하고 있는 것이며, 병원도 사업주부담금을 납부해야 하므로 경영상의 어려움을 가중시키는 결과가 되고 있다.

#### 나. 醫療機關의 藥師人力 適正數 再調整

의료기관의 경영애로사항 중에는 여러분야의 人力難으로 인하여 겪는 애로사항이 많았다. 그 중 規制緩和 次元에서 검토할 수 있는 것이 약사수의 法定基準에 대한 재조정이다. 현재 약사수의 法定基準은 조제수 기준으로 정해져 있으며 이는 다음과 같은 세 가지 측면에서 재조정되어야 한다.

첫째, 연도별 藥師數의 증가율은 綜合病院이나 의사수의 증가율에 비하여 떨어지고 있어 의료기관 입장에서 보면 약사수가 매년 부족한 실정이다(表 6-1 참조). 따라서 특별히 藥師數의 부족으로 인하여 병원업무에 지장이 없는 범위내에서 법정기준의 조정이 필요하다. 본 조사의 경우 응답자의 70% 이상이 藥師人力 確保에 어려움이 있다고 응답한 바 있다.

둘째, 조제수 定義에 대한 모호성으로 인해 藥師人力의 適定數를 판단하기가 어려운 실정이다. 현행 法定基準은 연평균 1일 조제수 80건 이상 160건까지의 경우에는 약사 1인을 두고 초과시에는 매80건마다 1인씩 추가하도록 되어 있으나 병원마다 조제수에 대한 해석과 산출방식이 다르므로 이를 標準化할 필요가 있다.

셋째, 의료기관의 「자동포장조제기」의 도입에 따른 自動化設備의 效率性을 인정하여야 한다. 대부분의 醫療機關의 경우 이러한 자동화 설비를 도입하여 운영하고 있다. 자동포장조제기의 경우 국내에 수입되는 제품은 대개 유야마(Yuyama)나 산요(Sanyo)가 주로 쓰이고 있으며, 유야마 제품의 경우 분당 조제건수가 약 45~60포로 추정되고 있다. 따라서 약의 조제에 있어서 自動化設備의 조제능력을 인정해 줄 필요가 있다. 전술한 바와 같이 현재 조제수 기준으로 정한 약사정원 규정은 현실에 맞게 수정되어야 한다.

〈表 6-1〉 年度別 綜合病院, 醫師數, 藥師數 增加率

	종합병원	의사	약사
1991	1.07	1.07	1.03
1992	1.07	1.06	1.03
1993	1.07	1.06	1.03
1994	1.11	1.06	1.03
1995	1.06	1.05	1.03

資料: 보건복지부, 『보건복지통계연감』, 1996. 12.

#### 다. 綜合病院의 齒科 設置規定 緩和

의료법 제3조의 경우 綜合病院은 입원환자 100인 이상을 수용할 수 있는 시설을 갖추고 진료과목이 적어도 내과, 일반외과, 소아과, 산부인과, 診斷放射線科, 마취과, 임상병리과 또는 해부병리과, 정신과(300병상 이상에 한함) 및 치과가 설치되어 있고 각 과마다 필요한 전문의를 갖춘 醫療機關으로 되어 있다. 이 중 종합병원의 齒科 設置規定을 규제완화 차원에서 임의 규정으로 전환할 필요가 있다.

우리나라의 경우 치과는 개원이 相對적으로 용이한 편이어서 종합병원의 치과의사 확보가 어려운 실정이며, 특히 중소규모나 지역병원들은 이러한 人力難이 심각하다. 따라서 굳이 이러한 진료과를 종합

병원의 필수진료과에 명시하므로서 부담을 줄 필요가 없으며 필요에 따라서는 인근 치과의료기관과 連繫體系를 이룰 수 있도록 하면 될 것이다. 일본의 경우도 치과는 종합병원에서 설치해야 하는 필수과가 아닌 임의규정으로 두어 綜合病院의 負擔을 경감시키고 있다.

#### 라. 綜合病院의 病理解剖室(剖檢室) 設置規定 緩和

시설에 관한 규정 중 완화 내지 폐지해야 할 규정에 대하여 다수의 의견은 없었으나, 建議事項으로 제시한 의견 중 100병상 이상 종합병원의 경우 病理解剖室을 설치하도록 하고 있는 義務規定을 완화 내지 폐지해야 한다는 의견이 있었다.

이에 종합병원의 病理解剖室 設置義務를 임의규정으로 전환할 필요가 있다. 우리나라의 경우 전통적 유교사상에 따라 부검은 의과대학 교육과정에서도 많은 어려움이 있으며, 현재는 대학병원이나 3차 종합병원에서만 일부 이루어지고 있다. 100병상 이상 綜合病院의 病理解剖室 設置 强制規定은 실효성이 없는 관련 시설설치를 의무화하여 의료기관에 부담을 주고 있으므로 規制緩和次元에서 정리할 필요가 있다.

#### 2. 保健醫療制度的 支援擴大 側面

본 調査에서 응답기관의 53.3%는 정부의 보건의료정책에 대하여 ‘不滿足’을 표시하였으며 정부정책의 불만족 이유로는 45.7%가 ‘의료 관련 정책의 부재’를 들었으며, 37.0%는 ‘지나친 규제’를 이유로 들었다. 이러한 측면에서 비추어 볼 때 保健醫療制度的인 측면에서 정부는 다음과 같은 방향으로 의료기관의 정책지원을 확대하여야 할 것이다.

가. 醫療保險 酬價의 現實化

1977년 의료보험제도 도입단계에서는 의료보험적용인구가 14%정도에 지나지 않아 일반수가의 55%로 적용된 醫保酬價에도 불구하고 의보수가가 의료기관의 경영수지에 미치는 영향은 그리 크지 않았다. 점차 保險適用對象 人口가 확대됨에 따라 의료이용량도 증대되었고 의료기관은 낮은 수가에서 오는 수입의 보전을 위하여 비급여 진료의 확대 및 일반수가를 인상하므로써 經營收支를 어느 정도 맞추어왔다.

그러나 현재 전국민 의료보험시대에 의료기관의 財源調達方法은 환자의 진료수입에 의존할 수밖에 없는데 그 수입의 근간이 되고 있는 의보수가가 政府의 物價政策에 묶여 있어 많은 문제점을 안고 있다.

한편 정부는 보험재정안정화와 보험적용대상인구의 확대를 정책의 우선으로 해 온 결과 保險給與 範圍를 제한시켜 왔으며, 그와 동시에 비급여 인정범위도 제한하였다. 그 결과 의료자원과 진료행태의 왜곡 현상이 나타났고 의료의 질 향상과 신의료기술 개발의 제한 등의 문제가 발생하게 되었다.

본 연구에서 醫療機關의 醫療保險酬價에 대한 의견을 조사한 결과 응답자의 50.5%가 ‘매우 불만족하다’고 응답하였으며 42.9%는 ‘불만족’하다고 응답하여 90% 이상이 불만을 나타내고 있는 것으로 조사되었다. 醫療保險酬價는 의료기관의 경영수지에 絶對的인 影響을 미치는 것으로 인식되고 있다.

따라서 정부는 단계적으로 구조조정을 통해서 酬價水準을 現實化하고 정부, 醫療消費者, 의료공급자 등으로 구성된 「의료보험수가 심의위원회」를 구성하여 수가인상 수준, 요양급여 기준 및 진료수가 기준 등 제반 사항에 대하여 定期的으로 妥當性을 검토하여야 한다. 또한 「의료수가 심의위원회」내에 가칭 「신의료기술심의소위원회」를 설

치하여 新醫療技術에 대한 의학적, 사회학적 타당성을 검토할 필요성이 있다. 급여범위를 확대함으로써 비급여 本人負擔의 過重에 따른 국민과 의료기관의 불신을 해소할 수 있도록 개선하고 왜곡된 의료행태를 바로 잡아야 할 것이다.

#### 나. 醫療機關서비스 評價制度 改善

국민의 의료이용 증가와 所得水準 向上에 따른 양질의 醫療欲求에 대한 증대는 상대적으로 의료서비스에 대한 불만을 높게 하였으므로 환자들의 醫療利用 便宜를 제고할 수 있는 적절한 제도의 필요성이 제기되었다. 이에 따라 보건복지부 예규로 의료기관 서비스 평가제도의 실시 근거를 마련하였으며 政府主管下에 1995년 3차 진료기관부터 평가가 실시되었다.

그러나 국민들의 의료서비스에 대한 불만의 근본적인 원인은 의료 전달체계의 미비로 인한 大型病院의 환자집중 현상 및 저수가의 의료보험제도 등 현행 의료제도의 문제점에서 비롯되고 있는 부분이 많이 있다. 이러한 제도의 개선 없이 현재와 같은 政府主導의 外部評價를 통해 의료서비스의 질을 향상시키는 데에는 한계가 있을 수 있으며 의료기관에서는 다른 형태의 정부규제로 인식하여 평가에 대한 대응이 왜곡된 형태로 나타날 수 있다.

이러한 결과는 몇번의 評價經驗을 통하여 나타났으며 국민들이 일반적으로 느끼는 평가와 많은 차이가 있었다. 이러한 점에서 醫療機關 서비스評價制度는 개선의 여지가 있다고 볼 수 있다. 본 평가제도의 필요성에 대해서는 어느 정도 공감하고 있는 것으로 조사된 바 (57.1%) 의료서비스평가제도는 다음과 같은 방향으로 向後에 改善되어야 할 것으로 사료된다.

첫째, 運營方式에 있어서 政府 主導方式이 아닌 의료관련 민간단체

와 정부의 결합방식이 필요하다. 의료서비스의 향상은 결코 정부의 개입으로 이루어지는 것이 아니다. 즉, 여러 학자들이 지적했던 바와 같이 한 정책이 의료제공자의 診療行態를 효과적이고 효율적인 것으로 유도하지 않고는 지속적인 효과를 볼 수 없으며, 이는 외부로 부터의 규제나 감시에 의해서 보다는 이들의 이해가 政策目標와 일치되어 의료제공자 스스로 진료행태를 효율적인 것으로 유지하도록 해야 한다는 것이다(Harris 1977; Reinhardt 1973; Young & Saltman, 1985). 본 조사결과 醫療서비스評價制度의 운영방식에 대한 의견으로 의료관련 민간단체 주도방식이 40.5%로 가장 많았고, 정부와 민간단체 結合方式이 38.6%였으며, 현행과 같은 정부주도의 운영방식은 부정적인 것으로 조사되었다(1.9%). 그러나 보다 客觀的인 評價를 위해서는 제도적인 지원과 운영감독 등 정부의 간접적인 참여는 필요하다고 보겠다.

둘째, 서비스평가의 결과는 일정 기간 制度定着 후 그 필요성이 인정된 부문에 한해서 부문별 공개가 필요하다. 물론 본 조사결과 응답병원 전체의 37.3%, 대학 및 3次 綜合病院의 63.6%가 비공개를 원하는 것으로 응답하였으나, 이 경우 평가의 의미가 없어진다는 측면에서 공개는 필요하다고 볼 수 있다. 그러나 평가결과 공개시 방법에 있어서는 22.2%가 향후 部門別 上位 公開方法을 원하는 것으로 조사되었는 바 향후 부문별 공개가 바람직할 것으로 사료된다. 참고로 일본의 의대교수들은 1996년도에 유명병원 53개소를 조사하여 순위를 매겨 「제2회 미슈란 보고서」를 발표한 바 있다.

셋째, 향후 病院協會의 病院標準化事業과 서비스평가제도를 통합 시행하는 방안을 검토할 필요성이 있다. 현재 의료기관 서비스평가는 기존의 병원표준화사업과 중복되어 醫療機關의 不便을 가중시킬 뿐만 아니라 인적, 물적자원의 낭비를 초래하고 있다는 지적이 있기 때문이다. 본 조사의 경우 응답자의 55.6%는 病院標準化審査 중심으로 통

합되기를 바라는 것으로 조사되었다. 그러나 서비스평가가 현재 制度的으로 定着되고 있는 시점에 비추어 볼 때 양제도의 장·단점을 고려할 필요성이 있다.

넷째, 평가를 실시함에 있어서 무엇보다도 객관적이고 공정한 평가가 이루어져야 한다. 醫療機關 서비스評價制度의 실시에 대한 건의사항중 30.2%가 객관성, 공정성을 원하는 것으로 조사되었다. 그런 의미에서 '97년도 평가결과인 4백병상 이상 56개 綜合病院들의 외래환자 진료대기시간 평균 18분, 의사에 대한 만족도 82%, 간호사에 대한 만족도 90% 등은 실제 病院來院者가 느끼는 생각과 많은 차이를 보이는 부분이라 하겠다. 서비스 평가제도는 향후 평가방법과 평가 내용에 있어서도 많은 수정보완이 이루어져야 할 것으로 생각된다.

#### 다. 政策金融支援 對策樹立

정책금융제도는 병원만이 활용 가능한 金融을 만들어 보다 쉽고 저렴한 이자로 자금을 활용할 수 있도록 지원하는 제도이다. 우리 나라의 경우 農特資金과 財特資金의 일부를 활용하고 있으나 資金運營이 한시적이며, 자금의 용도도 농어촌 지역 소재 병원으로 제한하고 있기 때문에 일본이나 대만과 같이 항시적인 政策金融이 필요하다고 하겠다.

우리 나라가 政策金融을 마련할 수 있는 방법은 크게 두 가지로 구분할 수 있는데, 그 하나는 정부가 의료산업의 重要性을 認識하여 특별히 재정적인 지원을 통해 정책금융을 독자적으로 만드는 방법이며, 다른 하나는 기존에 있는 재원을 적절히 활용하는 방법이다. 전자는 국가 재정 형편상 實現可能性이 적으나 후자의 경우 의료보험 조합들이 적립하고 있는 진료비 지불준비 적립금을 활용할 수가 있다. 지불준비 적립금은 1995년 말 현재 약 4조원으로, 이 積立金의 원래 목적

은 醫療機關에 대해 保險診療費를 적기에 지불하기 위한 준비금인데, 장기간 유용하게 활용하지 못하고 있는 실정이다.

지불준비금의 병원에 대한 정책금융으로의 활용이란 공급자인 병원을 지원한다는 단순한 논리가 아니라 病院의 支援을 통해 결국 피보험자들에 대한 서비스 수준 향상을 향상시킬 수 있기 때문에 용도의 유용성을 긍정적으로 평가받을 수 있을 것이다.

적용대상 병원은 醫療脆弱地 醫療機關이나 의료산업 발전 정책에 의한 지원병원 등과 일반 민간병원으로 해야 할 것이다. 이 자금은 시설의 신축이나 증축, 개축, 장비의 도입, 運營資金 支援 등에 쓰여져야 한다. 政策金融은 신청절차도 간편하여야 하지만 이자율도 일반 금융기관보다 상대적으로 저렴하여야 하는데 日本의 경우는 대출이자율이 4.1~4.7% 정도이다.

#### 라. 醫療人力 確保를 위한 支援

의료인력의 수급문제는 의료체계, 의료자원의 역할과 기능, 양성과정 등을 고려하여 醫療人力의 需給計劃, 양성, 관리측면이 조화롭게 이루어질 때 적정성을 이룰 수 있을 것이다. 지난 10여년간 의료인력은 量的·質的으로 많은 향상이 있어 왔으나 국민의 입장에서는 의료서비스의 이용에 많은 불만을 토로하고 있으며, 본 조사를 통하여 나타난 결과에 의하면 의료인력 수요자인 일선 醫療機關에서도 인력확보에 곤란을 겪고 있는 것으로 나타났다.

醫療人力類型別 인력확보 정도를 알아본 결과 전문의의 경우 81.2%가 어려움이 있다고 응답한 바 있다. 또한 의료기관의 醫療人力 類型別 인력확보 곤란정도를 지역별로 살펴본 결과에 의하면 대체적으로 특별시 및 광역시 지역의 醫療機關에 비하여 시, 군지역의 의료기관이 의료인력을 확보하는데 있어서 더욱 어려움이 있는 것으로 조사되

었다. 이러한 측면에서 정부의 의료인력 확보를 위한 지원은 다음과 같은 차원에서 이루어져야 한다.

첫째, 人力需給計劃에 대한 사회적인 공감대가 형성되어야 한다. 의료인력수급에 영향을 미치는 정책결정은 관련 당사자들 이외에 보건복지부, 教育部, 財政經濟院, 학계, 소비자 단체 등의 여론이 폭넓게 수렴되어야 한다.

둘째, 의료인력의 質的水準이 提高되어야 한다. 의료인력에 대한 보수교육을 실질적이고 효율적으로 운영하여야 할 필요가 있다. 보수교육을 통해 제공되어야 하는 지식은 診療行爲를 포함한 각종 보건활동을 보다 效果的으로 수행하는데 요구되는 능력을 고취할 수 있는 것이어야 하는 바, 이 문제 역시 국가적 차원에서 제반의료인력 단체와 연계하여 醫療人力의 職務를 중심으로 하는 보수교육과정을 개발하여야 할 것이다.

셋째, 의료보조 인력의 법적 정원을 再檢討하고 現實化하여야 한다. 점차 영세화되어가고 있는 중소병원에서는 간호사, 간호조무사의 인력수급이 원활하지 못하여 많은 어려움을 겪고 있다. 진료업무에 직접적인 지장이 없는 醫療補助人力의 법적 정원도 재검토하고, 진료에 지장이 없는 범위내에서 자율적으로 인력의 수를 정하는 정원의 現實化가 이루어져야 한다.

넷째, 의료요구와 의료수요를 충족시키는 동시에 地域別, 階層別 불균형해소에 도움이 될 수 있도록 의료인력의 분포 조정노력이 절대적으로 요구된다. 이 문제는 정부차원에서 우선적으로 수행되어야 한다. 현재의 醫療體系內에서 농어촌 지역으로의 의료인력 유입책도 뚜렷하지 않은 바 농어촌 지역을 중심으로 한 공공의료체계를 강화하여야 할 것이며, 保健醫療院의 增設, 농어촌 보건소 및 보건지소의 진료기능 강화, 공공부문 의료인력에 대한 처우개선 등이 개선되어야 할 것이다.

마. 醫療保險 診療費의 概算拂 支給

현행 제도에서는 의료기관의 진료비는 保險者가 請求받은 날로부터 1월 이내에 지급하도록 되어있고, 10일 이내에도 지급할 수 있는 특례조항이 있으나(醫療保險法施行規則 第34條), 실제로는 약 30일 내지 40일이 소요되고 있다. 이에 따라 현금 흐름이 원활하지 못한 의료기관은 외부로부터의 차입을 통해 자금을 조달하고 있다. 醫療機關으로서의 해당차입일 만큼의 利子費用을 추가적으로 부담하고 있어 경영상의 어려움이 가중되고 있는 실정이다.

醫療機關들이 보험자로부터 진료비를 심사 이전에 지급받음으로써 의료기관의 자금난을 해소하여 財政安定化를 꾀할 수 있도록 개선방안을 실시하며, 이의 活性化를 위해서는 기존의 특례조항을 활용하여 10일 이내에 진료비 청구금액의 80% 내지 90% 정도를 개산급으로 지급하도록 하고, 長期的으로는 진료비 심사·지급업무를 개선하여 지급 기일과 지급액(율)에 대한 조정을 하도록 한다.

바. 醫療機關 關聯 稅制改善

세제 혜택은 다른 어떤 지원정책보다 모든 醫療機關에 적용될 수 있다는 점에서 중요한 정책이다. 즉 세제를 통하여 여러 가지 지원이 의료기관에 주어질 경우 醫療機關이 영리기업과는 다른 비영리성이라는 상징적인 의미가 강조되어 개개 병원마다의 혜택은 적다 하더라도 의료산업의 公共性을 인정받는다는 의미에서 그 의의는 매우 크다고 할 수 있다.

1) 稅法間 收益事業 規定 差異 改善

현행 법인세법과 지방세법에서는 非營利法人이 행하는 의료업에 대

한 수익사업의 규정이 서로 상이하다. 법인세법 제1조(납세의무)에 의하면 非營利 內國法人의 醫療業을 수익사업으로 규정하여 법인세 납세의무가 있다. 반면 지방세법 230조의 2(수익사업의 범위)에 의하면 지방세법 제290조 제1항 제15호 및 제17호의 규정에 의한 學校法人 및 醫療法人이 고유목적을 수행하기 위하여 영위하는 의료업은 수익사업에서 제외하고 있다. 또한 지방세법 시행령 제78조의 2에 의하면 교육법 제85조 1항의 규정에 의해 設立된 醫科大學 등의 부속병원이 경영하는 의료업, 사회복지사업법에 의하여 설립된 사회복지법인이 經營하는 醫療業 등은 수익사업에서 제외된다.

이와같은 차이는 지방세법에서 규정하는 비영리사업자의 범위에서 비롯되는데, 지방세법 시행령 제79조에 의하면 교육법에 의한 각종 학교를 경영하는 자 및 사회복지사업법의 규정에 의하여 설립된 社會福祉法人 등만을 비영리사업자로 규정하고 있기 때문이다.

個人病院이 의료법인으로 전환시 非營利法人이 되어 이윤의 분배가 불허되고, 또 청산시 모든 재산이 국고에 귀속되는 의무조항이 부여되는 이유는 醫療事業의 公益性 때문이고, 학교법인 및 의료법인 등에 의한 의료업을 수익사업의 범위에서 제외시키고 있는 地方稅法施行令 제230조의 2(수익사업의 범위)도 이러한 취지일 것이다.

따라서 長期的으로는 모든 세목에서 동일한 대상에 동일한 세제가 적용되도록 하는 일관성 있는 稅制政策 方向으로 나가야 한다면 위와 같은 차이를 없애는 방향으로 개선이 필요하다.

## 2) 醫療業의 收益事業 規定에 따른 問題點 改善

위에서 보았듯이 非營利法人이 행하는 의료업에 대한 수익사업 규정에는 세법간에 큰 차이가 존재한다. 이러한 의료업의 수익사업에 대한 규정의 차이는 다음과 같은 문제점들을 야기시키고 있다.

우선 현행 법인세법 제1조는 非營利內國法人의 醫療業을 수익사업으로 규정하고 있어 의료수익을 일반의료사업에 다시 재투자하기 위한 목적으로 固有目的事業準備金을 적립할 수 없도록 규정하고 있다. 즉 법인세법 제12조의 2(고유목적사업준비금의 손금산입)의 규정에 의해 비영리내국법인이 그 법인의 固有目的事業 또는 指定寄附金에 지출하기 위하여 固有目的事業準備金을 손금으로 계상한 경우에는 일정 범위 안에서 각 사업연도의 소득금액계산에 있어서 이를 손금으로 산입할 수 있다.

그러나 固有目的事業이라함은 당해 비영리 내국법인의 법령 또는 정관에 규정된 설립목적에 직접 수행하는 사업으로서 법 제1조 제1호의 규정에 의한 수익사업 외의 사업을 말한다고 규정하고 있으므로 醫療機關이 무상진료 등 자선사업을 제외한 收益事業으로 규정된 일반 의료행위를 위하여 고유목적사업준비금을 적립할 수 없게 되어 있다.

이러한 문제는 寄附金의 受惠와 관련해서도 문제발생의 소지를 내포하고 있다. 정부는 1996년도 기부금관련제도 개선을 통해 지정기부금을 기부받는 단체별로 사용용도를 지정하여 당해용도로 기부한 것에 한하여 일정금액 범위내에서 損金認定하던 것을, 法人稅法 시행령 제42조(지정기부금의 범위)에 의해 지정기부금의 사용용도를 기부받는 단체의 고유목적사업비로 통일하였다. 이 경우 법인세법 제1조에 의해 사단법인, 재단법인, 醫療法人, 社會福祉法人 등이 수행하는 의료업은 고유목적사업에서 제외되어 지정기부금으로 인정될 수 없게 됨에 따라 세법개정 이전에 누리던 지정기부금 수혜대상의 지위가 상실되어 그만큼 不利益이 발생하게 되었다.

따라서 의료사업으로부터의 수익을 固有目的事業準備金을 통하여 의료사업에 재투자할 수 있도록 순수의료목적사업에 한하여 일정비율

만큼의 損金算入을 허용하고, 의료업에 대해서는 지정기부금의 혜택을 볼 수 있도록 하는 例外條項을 新設하는 방안이 검토되어야 한다.

### 3) 設立根據에 따른 稅制上 差等 改善

醫療機關은 국민에 대한 의료서비스 제공이라는 동일한 事業內容을 가지면서도 의료기관 등록시에 등록 부처 또는 설립시의 사업성격 등의 차이에 의하여 세제상 지위가 크게 달라지는 문제를 가지고 있다. 의료서비스 提供側面에서 非營利法人과 차이가 없음에도 불구하고 의료법인, 재단법인, 사단법인, 학교법인, 공공의료법인 등 단체의 설립 형태에 따라 또는 謄錄部處에 따라 세제상에 차별이 이루어지고 있는 것에 대한 적합한 이유를 찾을 수가 없다(表 5-13, 5-14 참조).

따라서 우선 비영리법인간의 법인세율의 차이를 없애야 할 것이다. 현행은 醫療法人, 학교법인, 社會福祉法人과 공공의료법인간에 3%의 법인세율의 차이를 두고 있으나 사단·재단법인, 의료법인, 학교법인, 사회복지법인도 公共醫療法人과 동등한 혜택을 받아야 할 것이다.

둘째, 조세감면규제법상 공익법인의 범위를 확대하여 특별부가세에 대한 면제가 필요하다. 현행은 조세감면규제법에 제73조(학교법인의 토지 등에 대한 특별부가세 면제) 및 제74조(사회복지법인에 대한 특별부가세의 면제)에 의하여 學校法人, 사회복지법인 등은 特別附加稅가 면제되고 있다. 그러나 공익법인간의 형평성 제고 및 사회복지증진을 위하여 特別附加稅 혜택을 받고 있는 공익법인의 범위를 사단·재단법인 및 의료법인에까지 확대해야 할 것이다.

셋째, 地方稅法 第131條(不動產登記의 稅率)에 의하면 정부에 등록된 종교단체와 민법 제32조의 규정에 의하여 設立된 法人 및 大統領令이 정하는 법인이 소유권을 취득하는 때에는 그 가액의 1,000분의 8이 등록세율로 되어 있으나, 의료법인의 경우 1,000분의 15로 되어

있다. 의료법인도 非營利法人으로서 他非營利法人과 동일한 세율을 적용하는 것이 타당할 것이다.

넷째, 지방세법시행령 제290조 1항(공공법인에 대한 과세면제)에 의하여 의과대학 등의 附屬病院이 경영하는 의료업, 社會福祉法人이 경영하는 의료업과 의료법인이 운영하는 의료업은 지방세의 과세감면 및 과세면제를 적용받고 있으나, 財團法人 및 社團法人이 운영하는 의료업은 이에서 제외되고 있다. 따라서 형평상의 문제가 야기되므로 비영리법인이 운영하는 의료업에 대해서는 동일한 세제혜택을 누리도록 개선을 해야 할 것이다.

다섯째, 損金算入範圍 및 稅額控除範圍의 차이를 줄이거나 없애야 한다. 현행 조세감면규제법 제61조 3항에 의하면 사회복지법인, 학교법인, 공공의료법인 등은 고유목적사업준비금이 전액비용으로 인정되나, 社團·財團法人 및 醫療法人 등은 50%만이 손금산입되고 있다. 또한 의료법인 및 사단·재단법인에 대한 기부금은 지정기부금에 해당되어 일정한도 이내에만 損金算入되며(법인세법 제18조), 學校法人, 사회복지법인, 서울대학교병원 및 국립대학교병원 등은 조세감면규제법상 公共法人으로 법정기부금처럼 간주되어 전액 손금인정되고 있다(조세감면규제법 제61조). 따라서 固有目的事業準備金에 대한 비용인정에 있어서 비영리법인간의 차이를 줄이거나 없애야 하고, 기부금의 경우도 기부금 만큼 손비인정 폭을 넓혀 醫療機關이 기부를 쉽게 받음으로써 病院經營改善에 도움이 되도록 해야 할 것이다.

#### 4) 中小病院에 대한 稅制支援

정부는 중소규모 병원 및 지역의료기관에 대한 稅制支援을 강화하여야 한다. 본 조사결과에 따르면 병원규모가 작은 경우와 농어촌 지역의 의료기관이 내부 經營狀態에 대하여 ‘비관적’으로 보는 비율이

높았다. 또한 3장의 경영지표분석에서도 보았듯이 중소병원은 병상수 분포나 자산 總額分布에 비해서 총수입이 낮아 그 經濟的 脆弱性을 드러내고 있다. 이러한 점에 비추어 볼 때 정부의 중소병원에 대한 세제지원이 필요하다고 할 수 있다(表 6-2 참조).

〈表 6-2〉 中小病院 稅制支援 方向

지원항목	현재의 내용	세제 지원 방향	혜택
중소병원의 범위 확대	현재의 중소병원은 종사자수가 100인 미만	중소병원의 범위를 300명상 이하 또는 종사자 350인 이하의 병원으로 확대	조세감면 규제법에 중소기업에 주고 있는 세제 혜택을 부여 - 중소병원 투자준비금의 손금 산입 - 중소병원투자세액공제 - 창업병원에 대한 세액감면

이를 위해서는 中小病院의 範圍를 300명상 이하 또는 종사자 350인 이하의 병원으로 확대하여야 한다. 현재의 中小病院은 從事者數가 100인 미만으로 되어 있다. 제조업의 경우는 300~600인 이하로 되어 있고, 서비스업의 경우는 50~500인 이하로 되어 있는 등 다양한 규정을 적용받고 있으나 醫療機關은 상대적으로 不利한 적용을 받고 있다.

중소병원의 규모를 확대할 경우, 租稅減免規制法上 중소기업에 주고 있는 稅制惠澤이 중소규모의 의료기관에도 주어지게 된다. 여기에는 중소병원 투자준비금의 손금산입, 中小病院 投資稅額控除, 창업병원에 대한 세액감면 등이 해당된다고 할 수 있다.

中小病院은 전체병원 수의 60%, 全體病床 數의 20%를 차지하고 있으며, 보건의료계의 일반적인 구분인 300명상 이하를 중소병원이라고 정의하였을 때에는 全體 病院數의 80%, 전체 병상수의 40%를 차지할 정도로 의료서비스 제공에 큰 역할을 하고 있다. 특히 중소병원들의 분포는 서울이나 광역시에서 보다 도지역에서 더 많이 분포(300명상 이하 分布 比率은 서울이 75.4%, 廣域市 79.2%, 도 82.1%)하고 있어

중소병원이 상대적으로 중소도시지역 주민의 의료제공에 앞장서고 있다고 할 수 있다(表 6-3 참조).

〈表 6-3〉 病床規模別 地域別 病院分布 現況(1994年)

(단위: 개소, %)

병상규모	서울	광역시	도	계
계	163 (100.0)	159 (100.0)	328 (100.0)	650 (100.0)
50병상 이하	46 ( 28.2)	27 ( 23.3)	78 ( 23.8)	161 ( 24.8)
51~100병상	49 ( 30.0)	46 ( 28.9)	96 ( 29.3)	191 ( 29.4)
101~300병상	28 ( 17.2)	43 ( 27.0)	95 ( 29.0)	166 ( 25.5)
301~500병상	20 ( 12.3)	16 ( 10.1)	42 ( 12.7)	78 ( 12.0)
501병상 이상	20 ( 12.3)	17 ( 10.7)	17 ( 5.2)	54 ( 8.3)

資料: 의료보험연합회, 『'95 의료보험통계연보』, 1995.

이외에도 중소병원은 상대적으로 진료비가 저렴한데 우리나라의 경우 의료기관 중별 건당진료비를 보면, 대형의료기관으로 갈수록 높아지고 있는 실정이다(表 6-4 참조). 또다른 한 측면은 간접의료비의 절감이라 하겠다. 병원까지 가는데 걸리는 時間費用, 交通費用, 그리고 대형병원에서 진료시 대기하는 시간비용 등을 감안한다면 지역사회에 위치하는 中小病院이 이러한 간접비용 절감에 기여하는 바가 크다고 할 수 있다. 이와 같은 중소병원의 기여도를 감안할 때, 中小病院에 대한 지원은 政策金融을 통한 재정적인 지원 뿐만 아니라 세제지원을 통해 모든 中小病院이 고르게 혜택을 받을 수 있도록 해야 할 것이다.

〈表 6-4〉 醫療機關 種別 件當 診療費(1995年)

(단위: 원)

구 분	계	종합병원	병원	의원
입 원	646,043	802,648	435,113	305,513
외 래	20,380	48,541	26,638	16,305

資料: 의료보험연합회, 『'95 의료보험통계연보』, 1995.

### 3. IMF救濟金融下에서의 民間醫療機關 支援方案<sup>12)</sup>

1997년 12월부터 환율급등으로 인한 醫療裝備의 리스 및 외화차입 구매에 따른 환차손이 폭증하고 원료의 해외 의존도가 높아짐에 따라 國內生産 醫藥品 價格의 폭등으로 의료기관의 경영난이 가중되고 있으며, 또한 환자진료에도 어려움이 초래되고 있다.

이와 같은 의료기관의 제반 문제를 해소하기 위하여 다음과 같은 지원방안이 강구되어야 할 것이다.

첫째, 의료보험 진료 등 재료대가 한시적으로 인상 조정되어야 한다. 진료용 재료중 방사선 필름과 CT필름은 환율변동제를 적용하여야 하며, 핵의학 검사 등 방사선 동위원소 등에 대해서는 환율인상을 반영한 협약가의 인상조정이 있어야 한다. 그리고 인공판막 등 심장수술용 재료 및 인공관절 등 정형외과 수술재료에 대해서도 환율인상과 연계하여 고시금액 또는 판매예정가를 상향 조정하여야 할 것이다.

둘째, 진료수가에 포함하여 별도 보상하지 않는 진료용 재료의 경우(수술용 장갑, 1회용 주사기, 임상검사용 시약)의 경우 보험수가를 한시적으로 인상하여야 할 것이다.

셋째, 환율상승으로 인한 의약품 가격 인상요인을 검토하여 醫療保險 藥價를 인상조정하고 의료보험 약가등재 회수를 현재 1년 2회에서 분기별 1회로 변경하여야 할 것이다.

제약협회의 내부자료에 의하면 '97년도 1불당 840원에서 환율이 1,700원대일 경우 환차손으로 인한 약가인상 요인은 34.8%에 달하는 것으로 나타났다. 비목별로 분석해 보면 제조원가 중 원재료비 82.1%, 제조경비 14.0%의 인상요인이 있으며, 이자 등 영업외 비용이 50% 정

12) 보고서 작성의 마무리 단계에서 IMF구제금융이 실시되었기 때문에 본 장의 최종 절에서 이 부분을 짧게 다루게 되었음.

도인 것으로 분석되었다. 물론 의료보험 약가 인상폭은 개별 품목별로 검토되어야 할 것이다.

넷째, 재정투융자특별회계의 일부 항목을 조정하고 의료보험 진료비 지불준비금 적립금을 활용하여 해외차입 및 의료장비 리스구입 등으로 발생한 환차손을 보전하기 위하여 저리의 용자를 제공하여야 할 것이다. 참고적으로 보건복지부에서 사용중인 재정 투융자 특별회계의 내역을 살펴보면 <表 6-5>와 같다.

다섯째, 앞서서도 논의한 바와 같이 의료보험 진료비 청구비의 일부를 심사 이전에 지급하는 개산불제의 조기도입과 세제지원 방안도 조속히 검토되어야 할 것이다.

마지막으로 진료재료의 공급량이 부족하고 이에 대한 민간수입상의 적절한 대처방안이 미흡할 경우 조달청 등 정부기관이 직접 개입하는 방안도 고려되어야 할 것이다.

<表 6-5> 財政 投融資 特別會計 使用內譯

(단위: 억)

재 특	1997	1998(예상)
민간병상 확충 지원	1350	500
의약품 유통 현대화 지원	-	200
신약개발연구 지원	200	400
생업자금 용자	490	450
저소득 장애인 자립자금 용자	84	96
저소득 부모자 가정 자립자금 용자	40	40
장례식장 건립 용자	70	80
납골당 건립 용자	30	40
정신요양병원 전화	50	-
계	2314	1806

## 參 考 文 獻

- 김문식, 「병원산업의 현황과 경쟁력 제고방안」, 『보건복지포럼』 통권 제5호, 한국보건사회연구원, 1997.
- 김영훈, 「의료인력 수급의 문제와 대책」, 『한국병원협회지』, 1997. 7·8.
- 노인철, 남은우 등, 『의료시장개방에 따른 의료서비스 경쟁력 강화방안』, 한국보건사회연구원, 1996. 12.
- 대한병원협회병원신임위원회, 『1997년도 제2차 병원신임위원회 및 전체실행위원회 회의자료』, 1997. 10. 28.
- 보건복지부, 『의료보험 요양급여기준 및 진료수가기준』, 1997. 9.
- 서울대 병원연구소, 『90년대 병원관리를 위한 경영혁신 세미나집』, 1990.
- 성익제 등, 『정부지원 의료취약지 민간병원 경영개선방안 연구』, 한국 의료관리연구원, 1993.
- 손원익·전영준·김건수, 『국민의료 향상을 위한 조세정책방향』, 한국조세연구원, 1997.
- 염용권 등, 『군단위 의료취약지 민간병원 경영개선방안 연구』, 한국 의료관리연구원, 1993.
- 염용권, 「병원의 인력수급 현황과 문제점 및 향후 전망」, 『병원인력 대책 워크샵』, 대한병원협회, 1994.
- 이규식 외, 『병원경영 개선을 위한 정부지원책의 국제 비교연구』, 연세대학교 보건과학연구소, 1996.

- 조동성, 『한국기업의 경영경쟁력 제고를 위한 처방』, 『12세기 경제기반 강화전략』, 현대경제사회연구원, 1997.5, p.353.
- 조우현 등, 『중소병원 육성 지원방안에 관한 연구보고서』, 보건 의료정책연구소, 1991.
- 채서일, 『마케팅』, 학현사, 1995.
- 한국보건의료관리연구원, 『'93 병원경영분석』, 1994.
- \_\_\_\_\_ , 『'94 병원경영분석』, 1995.
- \_\_\_\_\_ , 『'95 병원경영분석』, 1996.
- 資料: 厚生省 健康政策局, 『經營健全化 對策의 展開』, 1994, p.138.
- Barry A., Scott W. R., *Hospital Structure and Performance*, The Johns Hopkins University Press, 1987.
- Kotler P., Clarke R .N., *Marketing for Healthcare Organizations*, Prentice-Hall, Inc., 1987.
- Scott W. R., Shortell S. M, "Organizational Performance: Managing for Efficiency and Effectiveness", *In Health Care Management*, 1983.
- Shortell S. M. "Improving Organizational Effectiveness: A comment on Effectiveness in Professional Organization". *Health Serv. Rew.* 1982.
- Shortell S. M., Becker S. W, "The Effects of Management Practice on Hospital Efficiency and Quality of Care", *In Organizational research in hospitals*, 1976.

## 附 錄

附錄 I. 醫療機關의 經營環境 調查票 / 225

附錄 II. 醫療機關의 廢業要因 調查票 / 241

## 附錄 I . 醫療機關의 經營環境 調查票

안녕하십니까?

국민의 질병치료 및 건강증진을 위하여 노력하고 있는 귀원의 노고에 감사드립니다.

현재 우리나라의 의료환경은 대외적으로 의료시장개방에 대비하여야 할 뿐만 아니라 내부적으로는 여러가지 경영적자 요인이 산재하고 있어 의료기관경영에 많은 어려움이 있습니다.

본 연구원에서는 의료기관에 실질적으로 도움을 줄 수 있는 제도적인 지원 방안을 마련중에 있습니다. 이에 의료기관의 경영애로 사항에 관한 의견을 수렴할 수 있도록 설문지를 작성하였사오니, 번거로우시겠지만 연구의 중요성을 이해하시어 적극 협조해 주시면 감사하겠습니다.

이 조사결과는 통계적으로 정리되어 정책개발에 사용할 뿐 그외 다른 목적에는 사용하지 않음을 밝혀 둡니다. 현재의 상황을 그대로 설문지에 표시하여 주시기 바랍니다.

끝으로 귀원의 무궁한 발전을 기원합니다.

감사합니다.

1997. 9. 1.

한국보건사회연구원장

한 국 보 건 사 회 연 구 원





● 특정 진료부문의 수익성 평가

9. 귀 원에서 운영하고 있는 전문클리닉이나 전문병원이 병원수익성에 어느 정도 도움을 주는지 파악하고자 합니다. 해당 사항에 √표 해 주십시오.

항 목	운영 여부		수익성 정도				
	예	아니오	매우 높다	높다	보통이다	낮다	해당사항 없음
전문클리닉(센터)							
전문병원							

● 경영효율성 개선을 위한 노력

10. 병원의 경영효율성을 높이기 위하여 최근 3년간 내·외부에 “경영진단”을 의뢰하거나 특수부서(팀)를 운영한 경험이 있는지 여부와 효과를 아래에 √표 하여 주십시오.

구 분	실시 여부		실시에 따른 경영개선 효과					
	예	아니오	매우 효과적	효과적	보통임	효과가 없음	잘모르겠음	해당사항 없음
경영진단 실시								
특수부서 운영								
▶특수부서(팀)의 명칭은 무엇이었습니까?( )								

11. '96년도 귀 원이 경영효율성을 높이기 위하여 다음과 같은 **비용절감 행동**을 시도하셨는지 여부와 효과를 아래에 √표 하여 주십시오.

항 목	실시 여부		실시에 따른 효과					
	예	아니오	매우 효과적	효과적	보통임	효과가 없음	잘모르겠음	해당사항 없음
직제개편 등 인력계획에 의한 효율성 증대								
임상 진료과목의 조정								
재원기간 단축을 위한 노력								
구매 및 재고관리제도의 도입								
직원의 물자절약 또는 비용절감 운동								
자원봉사자 활용								

● 병원의 자금사정에 대한 평가

12. 현재 귀 병원의 자금사정은 어떠합니까?

- ① 자금압박을 받아 차입했다
- ② 자금 압박을 받았으나 차입할 정도는 아니다
- ③ 별로 자금압박을 느끼지 않는다
- ④ 여유자금이 조금있다
- ⑤ 여유자금이 많아 신증축 또는 다른 투자사업을 모색한 바 있다



20. **최근 2년 동안** 의료사고시 건당 보상금액은 평균 얼마 정도 지불하셨습니다?(없는 경우에는 0 이라고 답해 주십시오).
- ① 법적 소송으로 해결된 경우 건당 **평균보상금액** 약 ( ) 백만원
  - ② 법적 소송에 따른 건당 평균소요비용(소송비용) 약 ( ) 백만원
  - ③ 합의 해결의 경우 건당 **평균보상금액** 약 ( ) 백만원
  - ④ 합의 해결에 따른 건당 평균소요비용(부대비용) 약 ( ) 백만원

21. 의료사고시 가장 어려운 점 **2가지**는 무엇입니까? 첫 번째: ( ) 두 번째 : ( )
- ① 병원내 소동 ② 합의시 비용부담 ③ 병원이미지 실추 ④ 법적인 소송
  - ⑤ 직원의 사기저하 및 의료진의 심적부담(방어진료) ⑥ 기타( )

● **진료비 청구금액의 삭감에 따른 애로사항 파악**

22. '96년 한 해 동안 의료보험연합회에 청구한 진료비중 삭감된 금액 및 삭감율은 얼마였습니까?
- ① 삭감액 : 약 ( ) 천만원      ② 삭감율 : 약 ( ) %
23. '96년 한 해 동안 삭감된 진료비가 의료기관 경영에 어느 정도 영향을 준다고 생각하십니까?
- ① 매우 부담을 준다      ② 부담을 준다      ③ 부담을 주나 미미하다
  - ④ 부담이 되지 않는다      ⑤ 잘 모르겠다      ⑥ 해당사항 없음

● **미수금의 발생에 따른 애로사항 파악**

24. '96년 한 해 동안 환자로부터 받지 못한 악성 진료비 미수금 및 미수율은 어느 정도입니까?
- ① 미수금액 : 약 ( ) 천만원      ② 미수율 : 약 ( ) %
25. 미수금의 발생이 의료기관 경영에 어느 정도 영향을 준다고 생각하십니까?
- ① 매우 부담을 준다      ② 부담을 준다      ③ 부담을 주나 미미하다
  - ④ 부담이 되지 않는다      ⑤ 잘 모르겠다      ⑥ 해당사항 없음

● **노사분규에 따른 애로사항 파악**

26. 귀 병원에는 노동조합이 결성되어 있습니까? 있다면 최근 3년 동안에 노사분규는 몇 건 있었습니까?
- ① 있다 : ( ) 건      ② 없다
27. 노사분규가 있었다면 주로 어떤 문제 때문에 있었습니까?
- ① 임금인상      ② 복지향상 및 처우개선      ③ 노조활동 보장
  - ④ 경영권 참여      ⑤ 해당사항 없음      ⑥ 기 타 ( )

28. 노조는 병원경영에 어떠한 영향을 미친다고 생각하십니까?  
 ① 경영에 전혀 도움이 되지 않으며 필요하지 않다  
 ② 경영에 도움이 되지는 않지만 의료기관의 특성상 필요하다  
 ③ 의료기관의 특성상 자발적인 의료서비스 개선노력 측면에서 도움이 된다  
 ④ 해당사항이 없음  
 ⑤ 기타 ( )

● 의료인력의 확보에 따른 애로사항 파악

29. 의료인력의 채용에 어려움이 있습니까?  
 가. 전 문 의 : ① 용이하다 ② 다소 어렵다 ③ 매우 어렵다 ④ 해당사항 없음  
 나. 레지던트 : ① 용이하다 ② 다소 어렵다 ③ 매우 어렵다 ④ 해당사항 없음  
 다. 인 턴 : ① 용이하다 ② 다소 어렵다 ③ 매우 어렵다 ④ 해당사항 없음  
 라. 간 호 사 : ① 용이하다 ② 다소 어렵다 ③ 매우 어렵다 ④ 해당사항 없음  
 마. 약 사 : ① 용이하다 ② 다소 어렵다 ③ 매우 어렵다 ④ 해당사항 없음  
 바. 의료기사 : ① 용이하다 ② 다소 어렵다 ③ 매우 어렵다 ④ 해당사항 없음
30. 전문의, 전공의의 채용이 용이하지 않으시다면 용이하지 않은 전문과목 유형을 가장 부족한 순서대로 3가지만 적어 주십시오  
 가. 전 문 의 : ① ( ) ② ( ) ③ ( ) ④ 해당사항 없음  
 나. 전공의(R) : ① ( ) ② ( ) ③ ( ) ④ 해당사항 없음
31. 전문의의 채용이 용이하지 않다면 주요 원인은 무엇이라고 생각하십니까?  
 ① 대도시와 거리가 멀기 때문이다  
 ② 너무 과도한 급여를 요구하기 때문이다  
 ③ 본 의료기관의 장래성이 다소 떨어지기 때문이다  
 ④ 본 의료기관이 대학병원 또는 수련병원이 아니기 때문이다  
 ⑤ 기타( )
32. 법적 제도적인 장치가 마련된다면 원외 의사의 귀 병원내 진료(파트타임 근무, 개방형병원제도)에 대하여 어떻게 생각하십니까?  
 ① 적극 고려해 보겠다 ② 고려해 보겠다 ③ 고려하지 않겠다 ④ 잘 모르겠다

● 의료기관의 발전을 위해 필요한 요인

33. 귀 의료기관의 **장기적인 발전**을 위해서 가장 필요한 사항은 무엇이라고 생각하십니까? 아래에서 우선 순위로 3가지만 골라 1, 2, 3으로 기록하여 주십시오.  
 ① 병상수의 증설 ( ) ② 대학 또는 수련병원(여부 또는 지원) ( )  
 ③ 우수한 의료인력의 확보 ( ) ④ 정부의 정책적인 지원 ( )  
 ⑤ 합리적인 내부관리의 강화 ( ) ⑥ 의료서비스의 질 향상 활동 ( )



9. 의료기관간 종별에 따른 수가차등화가 현재 이루어지고 있습니다. ①, ②, ③의 수가차등화에 대하여 **전반적으로** 어떻게 생각하고 계시는지 √표를 해 주십시오.

종 별 구 분	현행대로	폐 지	확 대	축 소
① 의 원 ↔ 병 원				
② 병 원 ↔ 종합 병원				
③ 종합병원 ↔ 3차진료기관				

\* ①, ②, ③줄의 각각에 체크해 주십시오.

10. 현재의 의료수가체제와 관련하여 건의사항이 있으시면 적어 주십시오.

---



---



---

● 의료기관이 납부한 세금에 대한 평가

11. 귀 병원이 '96년 한 해 동안 납부한 세금에 대하여 어떻게 느끼십니까?  
 ① 매우 과중하다 ② 과중하다 ③ 보통이다 ④ 과중하지 않다 ⑤ 잘 모르겠다

12. 병원경영에 있어서 가장 먼저 개선되었으면 하는 납세관련 문제점은 어떤 것이 있습니까?  
 ① 의사인건비중 연구비가 비과세 소득에 포함되어 있지 않다(의료법인)  
 ② 법인세(소득세 포함)에 대한 세율이 높았다  
 ③ 불량미수금의 대손처리 문제였다  
 ④ 지방세(등록세)의 문제였다(학교법인 비과세, 의료법인 과세)  
 ⑤ 기타( )

13. 병원의 납세와 관련된 문제점 또는 건의사항이 있으시면 적어주십시오.

---



---



---

● 정부의 금융지원에 대한 평가

14. 정부의 금융지원 혜택을 받은 경험이 있으십니까?  
 ① 있다 ② 없다



22. 의료기관서비스평가제도와 병원표준화 심사의 통합화에 대하여 어떻게 생각하십니까?

- ① 현재와 같이 의료기관서비스평가제도와 병원표준화심사를 병행시행한다
- ② 병원표준화심사를 중심으로 통합시행한다
- ③ 의료기관서비스평가제도를 중심으로 통합시행한다
- ④ 잘 모르겠다
- ⑤ 해당사항 없음(반대하는 경우)

23. 의료서비스 평가제도의 운영방식을 어떻게 했으면 좋겠습니까?

- ① 정부주도 방식
- ② 의료관련 민간단체 주도방식
- ③ 정부와 의료관련 민간단체가 결합된 형태
- ④ 잘 모르겠음
- ⑤ 해당사항 없음(반대하는 경우)
- ⑥ 기타( )

24. 의료서비스평가제도와 관련하여 건의사항이 있으시면 적어 주십시오.

---



---



---

● 지정진료에 대한 평가

25. 지정진료가 병원의 경영수지에 도움이 되십니까?

- ① 매우 도움이 된다
- ② 도움이 된다
- ③ 보통이다
- ④ 도움이 되지 않는다
- ⑤ 잘 모르겠다
- ⑥ 해당사항 없음

26. 귀 원의 '96년도 지정진료 수입은 연간 총 진료비 수입의 몇 % 정도를 차지하였습니까?

약 ( ) % 수준을 보이고 있음

27. 지정진료가 환자의 편의와 진료의 효율성을 도모하기 보다는 의료기관의 수입증대 방안으로 활용된다는 비판이 있어 기준을 강화해야 한다는 주장이 최근에 제기되고 있습니다. 기존의 지정진료기준에 대하여 어떻게 생각하고 계십니까?

- ① 기존의 지정진료 기준은 폐지되어야 한다
- ② 대상(의료진) 및 의료기관에 대한 지정기준이 강화되어야 한다
- ③ 현행의 수준을 유지하는 것이 필요하다
- ④ 대상(의료진) 및 의료기관에 대한 지정기준이 완화되어야 한다
- ⑤ 기타 ( )

28. 지정진료제도와 관련하여 건의사항이 있으시면 적어 주십시오.

---



---



---



※ 다음 항목은 관련 업무를 담당하시는 **병원의 중간관리자**(원무, 인사, 시설관리책임자)께서 작성하여 주시기 바랍니다(담당자가 **없는 경우에는 병원장님**께서 직접 기록하여 주십시오).

**의료기관의 일반적 현황**

1. 병상수는 얼마입니까? ① 허가병상 : (        )병상    ② 운영병상 : (        )병상
  
2. 설립형태는 어떻게 됩니까?  
 ① 국립대학      ② 국립                      ③ 시립                      ④ 공립(보건의료원 포함)  
 ⑤ 공사            ⑥ 학교법인              ⑦ 특수법인              ⑧ 사단법인  
 ⑨ 재단법인      ⑩ 사회복지법인        ⑪ 회사법인              ⑫ 의료법인  
 ⑬ 개 인
  
3. 병원형태는 무엇입니까?  
 ① 대학병원                                      ② 3차 종합병원  
 ③ 2차 종합병원                                ④ 병원(보건의료원 포함)
  
4. 병원의 소재지역은 어디입니까?  
 ① 서 울              ② 부 산                      ③ 대 구                      ④ 광 주  
 ⑤ 대 전              ⑥ 인 천                      ⑦ 울 산                      ⑧ 경 기  
 ⑨ 강 원              ⑩ 충 북                      ⑪ 충 남                      ⑫ 전 북  
 ⑬ 전 남              ⑭ 경 북                      ⑮ 경 남                      ⑯ 제 주
  
5. 귀 병원이 위치한 지역은 다음중 어디입니까?  
 ① 대도시(특별시, 광역시) 지역  
 ② 중소도시(시) 지역  
 ③ 농어촌(군) 지역
  
6. 귀 병원의 수련병원 지정 여부는 어떻습니까?  
 ① 인턴, 레지던트(단과 포함)                      ② 인턴  
 ③ 단과 레지던트                                      ④ 비수련
  
7. 귀 병원이 위치한 지역의 반경 약 4km이내에 다음의 의료기관이 대략 몇 개 있습니까?(없는 경우는 0으로 기록하여 주십시오)  
 ① 대학병원 : (        ) 개                      ② 3차 병원 : (        ) 개  
 ③ 종합병원 : (        ) 개                      ④ 병 원 : (        ) 개

인력운영에 관한 사항

8. **병원의 인력에 관한 규정**중 의료기관 경영효율성에 저해된다고 생각하시는 사항으로 완화 내지 폐지해야 된다고 여기시는 규정이 있으시면 그 규정과 개선방안을 적어 주십시오(의료법, 의료보험법, 약사법, **고용보험법** 등 기타 관련 법규 중에서).

① 완화 내지 폐지해야할 규정 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

② 개선 방안 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

※ 내용이 길면 별도의 용지를 사용하셔도 됩니다.

진료과목에 관한 사항

9. 현행 법규상 개설하여야 하는 **진료과목(또는 검사실)의 규정**중 의료기관의 경영효율성 저해 요인으로 작용하여 완화 내지 폐지 해야 할 규정이 있으시면 그 규정과 개선방안을 모두 적어 주십시오(의료법, 의료보험법, 약사법 등 기타 관련 법규 중에서).

① 완화 내지 폐지해야할 규정 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

② 개선 방안 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

※ 내용이 길면 별도의 용지를 사용하셔도 됩니다.



12. 의료기관 물품의 공동구매에 대하여 어떻게 생각하십니까?

- ① 매우 필요하다    ② 필요하다    ③ 필요하지 않다    ④ 잘 모르겠다

13. 타 병원과 **물품을 공동구매** 하고 있는지 여부와 효과를 해당 사항에 √표 해 주십시오

구 분	공동구매 여부		효과성 여부					
	예	아니오	매우 효과적	효과적	보 통	효과가 없음	잘모르겠음	관계없음
약 품								
의 료 기 기								
의 료 소모품								
기타( )								

14. 이익의 투명한 분배가 전제된다면 병원협회(또는 기타 단체)가 주관이 되어 주체적으로 실시하는 공동구매제도에 참여하실 의향은 있으십니까?

- ① 참여 하겠다    ② 고려해 보겠다    ③ 고려하지 않겠다    ④ 잘 모르겠다

15. 공동구매제를 **실시하고 있는 경우** 공동구매에 따른 가장 큰 애로사항은 무엇입니까?

---



---

16. 공동구매제를 **실시하고 있지 않은 경우** 그 가장 큰 이유는 무엇입니까?

---



---

▶ 긴 시간 동안 자세히 응답해 주셔서 진심으로 감사드립니다 ◀

작성하신 설문지는 1997년 9월 20일까지 아래로 보내주시면 감사하겠습니다.

122-705 보내실 곳 : 한국보건사회연구원 보건제도연구실 병원경영효율성 담당자 앞  서울특별시 은평구 불광동 산 42-14 Fax. 02) 352-9129 Tel. 02) 355-8003~7 <교환> 264
---

## 附錄 II. 醫療機關의 廢業要因 調査票

안녕하십니까?

국민건강증진과 국가의 복지 향상을 위하여 노심초사하시다가 폐업의 고통을 겪으신 모든 의료사업 종사자 여러분에게 심심한 경의를 표합니다.

금번 저희 한국보건사회연구원에서는 의료기관에 실질적으로 도움을 줄 수 있는 제도적 지원방안을 마련 중에 있습니다. 이에 **폐업 의료기관의 병원경영 애로사항**에 관한 의견을 적극 수렴하고 있사오니, 번거로우시겠지만 연구의 중요성을 이해하시어 많은 협조를 부탁드립니다.

이 조사결과는 통계 자료로 정리되어 연구 및 정책개발에만 활용될 것임을 밝혀드립니다.

대단히 감사합니다.

1997. 10. 15

한국보건사회연구원장

한국보건사회연구원

가. 사례분석용 면담자료
---------------

〈A. 의료기관의 내부환경과 관련된 질문입니다.〉

1. 병원경영의 위기에 대한 극복 방안이 거론된 지도 오래 전(80년대 중반부터)이라고 보여집니다. 그런데 아직도 병원경영 및 위기극복 전략에 관해 끊임없이 언급되는 이유가 무엇이라고 생각하십니까?
2. 의료기관의 경영은 공익성과 수익성의 양대 목표를 동시에 추구해야 하는 배반적 속성 때문에 더욱 더 어려움을 겪는다고 봅니다. 실제 경영을 하시는 입장에서 이러한 환경을 어떻게 극복 또는 대처하고 계십니까?
3. 현재 의료기관 (병원급 이상)의 최고 경영자는 대부분 의사라고 알고 있습니다. 최고 경영자의 한 분으로서 전문 경영인에 의한 병원경영의 필요성에 대하여 어떻게 생각하십니까?

〈B. 폐업의 원인과 관련된 질문입니다.〉

4. 현재 의료기관 폐업의 1차적인 책임은 병원 내부의 경영상 문제, 병원간 과다 경쟁 문제 및 정부의 행정/제도적 문제로 크게 분류해 볼 수 있다고 봅니다. 이 때 어느 쪽에 더 큰 문제가 있다고 생각하십니까?
5. 의료기관 폐업에 직접적인 영향을 준 주요 요인과 그 영향력 정도를 구체적으로 거론해 주십시오(예를 들어 낮은 의료 수가, 불리한 지리적 위치 선정, 경쟁 병원의 증가, 무리한 시설 투자).

〈C. 폐업의 대책과 관련된 질문입니다.〉

6. 아울러 의료기관 폐업을 방지하기 위한 대책이 있다면, 어떠한 전략이 실효를 거둘 수 있다고 판단하십니까?
7. 어려운 질문이라고 생각되는데, 병원경영 효율성 증진 방안을 무엇이라고

보십니까? 실지로 병원경영 효율성을 증진시키기 위해 경영진단, 경영 개선 전담 부서, 지역 주민의 바램조사 등을 실시하기도 하는데 이들 제도의 효과에 대해 어떻게 생각하십니까?

8. 폐업의 형태와 관련하여 병원급 이상에서는 도산에 의한 폐업이 그 대부분을 차지한다고 하며, 의원급에서는 개인적 사정 등에 의한 원인이 주종을 이룬다고 합니다. 병원 최고 경영자님께서서는 폐업의 이유를 의료기관 종별로 분류해서 볼 때 어떠한 차이가 있다고 보십니까?

**<D. 의료기관의 외부환경과 관련된 질문입니다.>**

9. 대기업의 병원산업 진출은 의료 서비스의 확대 및 고급화에는 상당한 기여를 하고 있으나 중소병원의 경영악화와 의료 독점에 의한 산업 구조의 왜곡을 가져오고 있다는 우려를 자아내고 있습니다. 이 문제를 어떻게 보십니까?
10. 의료기관 폐업에 대한 정부의 지원에 대해서는 어떻게 생각하십니까?
11. 전반적으로 국내의 병원경영 환경을 어떻게 보십니까? 만약, 위기 상황으로 보신다면 그 이유는 무엇입니까? 또한 긍정적으로 보신다면 그 이유는 무엇입니까?
12. 의료시장 개방과 관련하여 향후 한국의 병원 산업에 대한 전망은 어떠한 하리라고 보십니까?
13. 병원경영을 연구하는 연구자의 입장에서 볼 때 바람직한 병원경영을 위하여는 크게 내부경영의 효율성 및 정부 정책/제도의 합리화에 관심과 연구가 계속적으로 이뤄져야 한다고 봅니다. 병원 최고 경영자님께서 보실 때 보다 구체적으로 관심과 연구가 필요한 대상은 무엇이라고 생각하십니까?

**좋은 연구를 위해 도와주심에 진심으로 무한한 감사를 드립니다.**

나. 사례분석용 설문자료

※ 다음의 모든 질문에 대하여 병원장님 또는 병원의 최고경영자께서 작성하여 주시기 바랍니다.

A : 폐업 당시 의료기관의 일반적 현황에 관한 사항입니다.

A1. 귀 원의 폐업형태는 무엇이었습니까?

- ① 도산          ② 소유권 변경      ③ 장소 이전  
④ 의료기관 종별 변경          ⑤ 기 타 (            )

A2. 귀 원의 설립 및 폐업한 해는 언제이었습니까?

19(    )년에 설립하여 19(    )년에 폐업함.

A3. 귀 원의 설립형태는 무엇이었습니까?

- ① 개인          ② 의료법인          ③ 사회복지법인      ④ 재단법인  
⑤ 특수법인      ⑥ 학교법인          ⑦ 기 타 (            )

A4. 귀 원의 병원형태는 무엇이었습니까?

- ① 종합병원      ② 병원              ③ 의원              ④ 기 타(            )

A5. 귀 원의 소재지역은 어디입니까?

- ① 서울          ② 부산          ③ 대구          ④ 광주          ⑤ 대전  
⑥ 인천          ⑦ 울산          ⑧ 경기          ⑨ 강원          ⑩ 충북  
⑪ 충남          ⑫ 전북          ⑬ 전남          ⑭ 경북          ⑮ 경남  
⑯ 제주

A6. 귀 원이 위치한 지역은 다음 중 어디입니까?

- ① 대도시(특별/직할시) 지역          ② 중소도시 지역  
③ 농어촌(군) 지역

A7. 귀 원의 병상수는 얼마입니까?

- ① 허가병상 : (            )병상      ② 운영병상 : (            )병상

A8. 귀 원의 전체 근무자 수는 몇 명이었습니까?

- ① 정규직원 : 약 (            )명      ② 임시직원 : 약 (            )명

A9. 귀 원의 총자산규모는 어느 정도입니까? 약 (            ) 억원

A10. 귀 원의 총부채규모는 어느 정도입니까? 약 (            ) 억원

**B : 의료기관의 폐업에 관한 사항입니다**

B1. 귀 원의 최고 경영자께서는 의사이셨습니까?

- ① 예                                      ② 아니오

B2. 의사이셨다면, 보다 효율적인 의료기관 경영을 위하여 전문 경영인을 영입할 필요를 느끼신 적이 있었습니까?

- ① 예                                      ② 아니오

B3. 폐업의 주된 원인이 개인적 사정이라면, 다음 중 어떠한 것입니까?

- ① 단순히 쉬고 싶어서                      ② 건강상의 이유로  
 ③ 거주지의 이동에 의한 이주  
 ④ 기타 (                                      )

B4. 아니라면, 폐업의 일차적 책임은 어디에 있다고 생각하십니까?

- ① 병원 내부                      ② 정부 (보험자 포함)              ③ ①+②  
 ④ 잘 모르겠다.

B5. 폐업의 가장 큰 원인을 그 중요도에 따라 우선 순위를 책정해 주십시오.

(1, 2, 3의 형태)

- ① 내부 경영상 문제 (비효율적 경영 등) ( )
- ② 병원간 과다 경쟁 ( )
- ③ 정부의 제도적 문제 (불합리한 의료수가 등) ( )
- ④ 기타 ( ) ( )

B6. 병원의 경영위기 극복 전략들 중 그 중요도에 따라 우선 순위를 책정해 주십시오. (1, 2, 3의 형태)

- ① 소비자 만족 전략 (환자 위주) ( )
- ② 직원 만족 전략 ( )
- ③ 경영 혁신 전략 (경영자 만족) ( )
- ④ 기타 ( ) ( )

B7. 다음 요인 중 폐업에 영향을 끼친 정도를 나타내 주십시오.

폐업 유발 요인	매우 크다		보통 이다		매우 작다
	⑤	④	③	②	①
낮은 의료수가	⑤	④	③	②	①
불리한 지리적 위치	⑤	④	③	②	①
경쟁병원의 증가	⑤	④	③	②	①
보험급여 범위 확대	⑤	④	③	②	①
의료전달체계 미비	⑤	④	③	②	①
금융 비용의 증가	⑤	④	③	②	①
의료인력 확보의 어려움	⑤	④	③	②	①
무리한 시설 투자	⑤	④	③	②	①
미수금, 진료비 삭감 등 특별손실 발생	⑤	④	③	②	①
노사 분규 등 인력관리의 어려움	⑤	④	③	②	①
경영 능력의 한계	⑤	④	③	②	①
의료 사고	⑤	④	③	②	①
자금 회전 악화	⑤	④	③	②	①
기타 ( )	⑤	④	③	②	①

B8. 폐업을 방지하기 위한 다음의 경영개선 활동이 있었다면 그 효과를 어떻게 생각하십니까?

경영개선 활동	매우 효과적 ⑤	④	보통이다 ③	②	매우 비효과적 ①
친절등 환자 만족	⑤	④	③	②	①
다각적인 비용절감 노력	⑤	④	③	②	①
효율적 조직개편	⑤	④	③	②	①
의료서비스 다양화	⑤	④	③	②	①
의료서비스 전문화	⑤	④	③	②	①
기여도 낮은 의료서비스의 감축	⑤	④	③	②	①
자동화 시스템의 도입	⑤	④	③	②	①
직원 교육 훈련	⑤	④	③	②	①
무리한 시설 투자 억제	⑤	④	③	②	①
마케팅 활동	⑤	④	③	②	①
구매제도의 합리화	⑤	④	③	②	①
기타 ( )	⑤	④	③	②	①

B9. 병원장께서는 병원이 공익성과 수익성중 어느 쪽에 치중되어야 한다고 생각하십니까?

- ① 공익성      ② 수익성      ③ 둘 다      ④ 잘 모르겠다.

B10. 초진 환자수의 감소를 지각하였습니까?

- ① 예      ② 아니오

B11. 지각하였다면 그 시기가 언제입니까?

약 폐업 ( )달 전

B12. 폐업 당시 병원장은 병원 경영 개선에 적극적이라고 생각하십니까?

- ① 예      ② 아니오

B13. 폐업 당시 직원들은 병원 경영 개선에 적극적이라고 생각하십니까?

- ① 예      ② 아니오

B14. 폐업 당시 정부 지원은 병원 경영 개선에 적극적이라고 생각하십니까?

- ① 예                      ② 아니오

**C : 병원의 내적인 환경에 관한 사항입니다**

C1. 병원의 경영효율성을 높이기 위하여 폐업 전 최근 3년간 “경영진단”을 받은 경험이 있으십니까?

- ① 있다                      ② 없다

C2. 병원의 경영효율성을 높이기 위하여 폐업 전 최근 3년간 경영개선을 위한 “전담 부서”를 운영한 경험이 있으십니까?

- ① 있다                      ② 없다

C3. 폐업 직전 한 해 동안 지역주민의 병원에 대한 바램(Need)을 파악하려는 조사를 몇 회 정도 실시 하셨습니까?

- ① 없음              ② 1회              ③ 2회              ④ 3회  
⑤ 4회              ⑥ 5회 이상

**D : 병원의 외적인 환경에 관한 사항입니다**

D1. 일반적으로 국내의 병원경영 환경을 전반적으로 어떻게 보고 계십니까?

- ① 극히 위기상황이다              ② 어느 정도 위기상황이다  
③ 위기상황이라고는 볼 수 없다      ④ 잘 모르겠다

D2. 일반적으로 외부 환경이 위기상황이라면 이유는 무엇이라고 생각하십니까?

- ① 병원의 수익성이 매우 낮다      ② 도산하는 병원이 늘고 있다  
③ 경쟁이 치열하다              ④ 정부의 규제가 너무 심하다  
⑤ 기타(                                      )

D3. 향후 병원산업에 대한 전망은 어떠하리라고 생각하십니까?

- ① 지금보다 좋아질 것이다      ② 지금하고 비슷할 것이다  
③ 지금보다 악화될 것이다      ④ 잘 모르겠다

D4. 주변 병원과의 관계를 어떻게 생각하십니까?

- ① 경쟁의 관계      ② 협력의 관계      ③ 잘 모르겠다

**<장시간동안 정성껏 응답하여 주심에 진심으로 감사드립니다.**

작성해 주신 동 설문지를 **1997년 10월 22일**까지  
본 연구원에 도착할 수 있도록 협조해 주시기 바랍니다.  
감사합니다.