

病院間 協力の 活性化를 통한 運營 效率性 提高方案

研究報告書 99-04

발간부수: 1,200부

ISBN 89-8187-184-1 93510

尹京一

鄭宇鎭

朴泳澤

田一建

韓國保健社會研究院

머 리 말

병원간 협력은 급격히 변화하는 의료환경 속에서 병원의 효율적 운영과 환자에게 제공되는 의료의 질 제고를 위하여 병원들이 추구해야 할 전략중의 하나이다. 우리 나라 병원계에서도 병원간 協力の 必要性에 대한 논의는 많이 되어 왔지만 그 실행의 실태는 극히 미흡한 상태이다. 그러나 외국의 경우 급격히 증가하는 의료비의 절감과 환자진료에 있어서의 진료의 지속성확보 및 患者滿足度 提高를 위하여 다양한 형태로 병원간 협력이 추진되고 있다.

우리 나라의 病院運營 環境은 의약품 실거래가 상환제도의 실시와 앞으로 예상되는 포괄수가제도 및 수가차등화제도의 실시 등으로 급격히 변화하고 있다. 이러한 제도변화의 방향을 고찰해 볼 때 병원이 새로운 환경에 적응하기 위해서는 상호간의 협력이 필수적인 것으로 分析된다. 그러나 병원간 협력의 중요성에도 불구하고 우리 나라에서는 전통적인 독자경영에 대한 집착과 법·제도적인 제약 및 병원간의 비효율적 경쟁에 따른 불신으로 인하여 병원간 협력이 극히 미흡한 상태이다. 따라서 병원계의 입장에서는 병원운영에 效率性을 提高하고 국가적인 입장에서는 의료전달체계의 효과성 제고 및 국민의료비 절감을 목적으로 하는 병원간 협력의 활성화가 필요하다. 병원간 협력의 활성화는 병원계의 자체적인 노력과 정부의 協力環境 造成을 목적으로 정책추진에 의하여 달성될 수 있는 바, 본 연구는 병원간 협력의 현황을 분석하여 이의 활성화를 위한 經營戰略을 提示하고 동시에 협력환경 조성을 위한 정책대안의 도출을 목적으로 수행되었다.

이러한 연구목적을 가지고 본 연구는 윤경일 책임연구원의 책임 하

에 정우진 부연구위원, 박영택 주임연구원 및 전일건 연구원이 참여하여 수행되었다. 연구의 수행을 위하여 연구진은 전국 병원의 실무자를 대상으로 設問調査를 실시하여 병원간 협력의 실태를 파악하였으며, 병원표준화심사 자료를 이용하여 협력관계의 효과성을 분석하였다. 이러한 분석결과를 바탕으로 연구진은 병원간 협력의 활성화를 위한 병원간 협력체계 구성 및 운영방안과 법·제도적인 改善方案을 제시하고 있다.

본 보고서의 연구결과가 우리 나라 병원간 협력의 활성화를 위한 기초자료로 활용될 수 있기를 기대하며, 병원관련 정책담당자, 병원운영 실무자 및 이 분야에 관심을 가지고 있는 학자에게 일독을 권하고 싶다.

연구진은 본 보고서를 작성함에 있어 보고서의 초안을 읽고 유익한 助言을 주신 서울대학교의 권순만 교수와 본원의 정영호 책임연구원, 오영호 책임연구원에게 깊이 감사하고 있다. 또한 이러한 연구가 가능하도록 배려를 해 준 대한병원협회의 노관택 회장과 박윤희 사무총장께 감사드리며, 바쁜 와중에서도 設問調査에 대하여 세심하게 답변해 주신 전국의 병원 실무담당자들에게도 감사 드리고 있다.

마지막으로 본 연구에 수록된 모든 내용은 어디까지나 저자들의 의견이며 본 연구원의 공식견해가 아님을 밝혀둔다.

1999年 12月
韓國保健社會研究院
院長 鄭 敬 培

目 次

要 約	11
I. 序 論	33
1. 研究의 背景 및 目的	33
2. 研究方法	35
II. 病院間 協力の 理論的 考察	38
1. 組織間 協力の 組織論的 理解	38
2. 組織間 協力の 類型	41
III. 協力病院制度의 國內現況	52
1. 應答病院의 一般現況	53
2. 協力關係 現況 分析	57
3. 非協力病院 現況分析	65
IV. 協力形態別 運營效率性 比較分析	68
1. 分析 對象 病院의 一般現況	68
2. 分析 指標	72
3. 人力現況 比較分析	72
4. 人力生産性 比較分析	74
5. 患者特性 比較分析	78
6. 病床活用度 比較分析	80
7. 分析結果의 綜合的 考察	81

V. 協力形態別 財政實態 比較分析	83
1. 分析指標	83
2. 財務指標 分析	84
3. 協力·非協力病院의 費用分析	98
4. 財務 및 原價分析 結果 考察	101
5. 病院財務健全性 評價모델을 통한 協力·非協力病院에 대한 比較評價	105
VI. 病院間 協力 活性化 方案	112
1. 病院間 協力關係의 樹立	113
2. 病院間 協力の 目的과 協力類型	116
3. 協力關係 運營에 따른 考慮事項	124
4. 協力關係 活性化를 위한 制度的 改善	129
參考文獻	133
附 錄	137

表 目 次

〈表 III- 1〉 應答病院의 資産 및 病床規模	53
〈表 III- 2〉 醫療機關 協力形態別 設立形態 現況	54
〈表 III- 3〉 醫療機關 協力形態別 所在地域 現況	55
〈表 III- 4〉 協力形態別 修練病院 指定與否	56
〈表 III- 5〉 醫療機關 種別 協力關係 形態	56
〈表 III- 6〉 協力關係時 公式的인 合意書, 契約書 有無與否	57
〈表 III- 7〉 協力關係 運營을 위한 別途의 機關 設立·運營 與否	58
〈表 III- 8〉 協力關係에 參與하고 있는 病院의 數와 規模	59
〈表 III- 9〉 協力形態別 協力關係의 結成時期	59
〈表 III-10〉 協力事業 內容 및 實施比率	60
〈表 III-11〉 患者依賴 및 回送事業에서의 役割	61
〈表 III-12〉 1998年度 總 患者依賴 및 平均回送實積	62
〈表 III-13〉 患者依賴 理由	62
〈表 III-14〉 患者回送 理由	63
〈表 III-15〉 共同購買 事業에 包含되는 서비스	64
〈表 III-16〉 協力關係의 效果性에 대한 意見	65
〈表 III-17〉 非協力病院이 協力關係를 갖지 않는 理由	65
〈表 III-18〉 非協力病院의 向後 協力關係에 參與할 計劃	66
〈表 III-19〉 非協力病院의 協力關係를 必要로 한다면 必要한 事業	67
〈表 III-20〉 非協力病院의 다른 病院과 協力關係 經驗有無	67
〈表 IV- 1〉 應答病院의 設立形態別 現況	69
〈表 IV- 2〉 應答病院의 都·農 및 地域別 現況	70

〈表 IV- 3〉 應答病院의 醫療機關 規模 現況	71
〈表 IV- 4〉 病院分析을 위한 諸般 指標	71
〈表 IV- 5〉 100病床當 職員數	72
〈表 IV- 6〉 診療科別 100病床當 醫師數(레지던트 包含)	73
〈表 IV- 7〉 調整患者 100人當 職員數	74
〈表 IV- 8〉 診療科別 專門醫 1人當 月平均 外來患者數	74
〈表 IV- 9〉 診療科別 專門醫 1人當 月平均 入院患者數	75
〈表 IV-10〉 專門醫 1人當 月平均 調整患者數	75
〈表 IV-11〉 診療科別 醫師(專門醫+레지던트) 1人當 月平均 外來患者數	76
〈表 IV-12〉 診療科別 醫師(專門醫+레지던트) 1人當 月平均 入院患者數	77
〈表 IV-13〉 協力形態別 100病床當 1日 平均 外來患者數	77
〈表 IV-14〉 協力形態別 100病床當 1日 平均 入院患者數	78
〈表 IV-15〉 協力形態別 外來患者 初診率	78
〈表 IV-16〉 協力形態別 外來患者 入院率	79
〈表 IV-17〉 協力形態別 平均在院日數	79
〈表 IV-18〉 協力形態別 病床利用率	80
〈表 IV-19〉 協力形態別 病床回轉率	81
〈表 V- 1〉 病院評價를 위한 諸般 指標	83
〈表 V- 2〉 負債比率(1998年)	84
〈表 V- 3〉 醫療機關의 固定比率(1998年)	85
〈表 V- 4〉 醫療機關의 固定長期適合率(1998年)	86
〈表 V- 5〉 醫療機關의 自己資本構成比率(1998年)	87
〈表 V- 6〉 醫療機關의 總資本醫療利益率(1998年)	88
〈表 V- 7〉 醫療機關의 醫療收益純利益率(1998年)	88
〈表 V- 8〉 醫療機關의 100病床當 月平均 醫療收益(1998年)	89
〈表 V- 9〉 醫療機關의 總資本回轉率(1998年)	90

〈表 V-10〉 醫療機關의 在庫資産回轉期間(1998年)	91
〈表 V-11〉 醫療未收金回收期間(1998年)	91
〈表 V-12〉 醫療機關의 醫療收益 增加率(1998年)	92
〈表 V-13〉 醫療機關의 外來 및 入院患者 增加率(1998年)	93
〈表 V-14〉 總資本 增加率(1998年)	94
〈表 V-15〉 醫療機關의 總資本投資效率(1998年)	95
〈表 V-16〉 職員 1人當 月平均 醫療收益(1998年)	95
〈表 V-17〉 職員 1人當 附加價值 增加率(1998年)	96
〈表 V-18〉 醫療機關의 醫療機器回轉率(1998年)	97
〈表 V-19〉 醫療機關의 醫療收益 對 醫療原價率(1998年度 病床基準)	98
〈表 V-20〉 醫療機關의 醫療收益 對 人件費比率	99
〈表 V-21〉 醫療收益 對 材料費比率	100
〈表 V-22〉 醫療收益 對 管理費比率	101
〈表 V-23〉 財務比率 分析結果 綜合	102
〈表 V-24〉 醫療原價 分析結果 綜合	104
〈表 V-25〉 CR, AFL, OER에 대한 결정 값	107
〈表 V-26〉 代案的인 財務健全性 判別指標	108
〈表 V-27〉 財務指標 및 數式을 適用한 比率의 諸 指標 算出結果	109
〈表 V-28〉 協力 및 非協力病院의 財務健全性 指標分析結果	111
〈表 VI- 1〉 提携關係 樹立의 長短點 比較	114
〈表 VI- 2〉 協力關係 構築·運營上의 主要 問題點	126

그림 目次

[그림 I-1] 研究의 틀	36
[그림 II-1] 組織間 協力 類型과 危險度 및 結束力間의 關係	51
[그림 VI-1] 病院間 協力樹立을 위한 考慮事項	115

要約

I. 序論

- 병원간 협력은 급격히 변화하는 의료환경 속에서 병원의 효율적 운영과 환자에게 제공되는 의료의 질 제고를 위하여 병원들이 추구해야할 전략중의 하나임.
- 우리 나라의 병원운영 환경은 의약품 실거래가 상환제도의 실시와 앞으로 예상되는 포괄수가제도의 확대실시 및 수가차등화제도 실시 등으로 급격히 변화하고 있는 바 이러한 제도변화의 내용을 볼 때 병원이 환경에 적응하기 위해서는 상호간의 협력이 필수적인 것으로 사료됨.
- 그러나 우리 나라의 병원계는 전통적인 독자경영에 대한 집착과 법·제도적인 제약 및 병원간의 비효율적인 경쟁으로 인한 불신 등으로 인하여 병원간 협력이 극히 미흡한 상태임.
- 따라서 병원계의 입장에서는 병원운영에 효율성을 제고하고 국가적인 입장에서는 의료전달체계의 효과성제고 및 의료비절감을 위한 병원간 협력의 활성화 방안에 대한 연구가 필요함.
- 연구의 수행을 위하여 먼저 문헌고찰을 통하여 병원간 협력의 개념을 고찰하고, 병원간 협력의 실태파악을 위하여 설문조사를 실시하였으며, 병원간 협력의 효과성 분석을 위하여 대한병원협회의 병원표준화심사 결과자료를 분석하였음.
- 또한 협력실태조사를 위하여 전국 860개 의료기관의 중간관리자인 기획과, 총무과, 원무과의 과·계장을 대상으로 의료기관간 상호 협

력관계에 관한 우편설문조사를 실시하였음.

- 조사에 응답한 의료기관은 총 224개소(응답률 25.3%)였으며 동일 법인내협력병원 44개소(19.6%), 법인무관협력병원 102개소(45.6%), 비협력병원은 78개소(34.8%)였음.
- 이러한 분석결과를 바탕으로 본 연구는 병원간 협력의 활성화를 위한 협력체계 구성 및 운영방안과 법·제도적인 개선방안을 제시하였음.

II. 病院間 協力에 관한 理論的 考察

- 조직간의 교류는 ‘주어진 환경에서 하나 이상의 조직간에 이루어 지는 지속적인 거래 및 연계’로 정의되고 있음.
- 자원의존론(resource dependency theory)은 조직간 교류의 필요성에 관하여 조직은 독자적으로 존재할 수 없고 그 조직이 위치하고 있는 업무환경에서 투입물을 받아들여 존재하는 바 이러한 자원의 조달은 타 조직과의 교류를 불가피하게 한다고 보고 있음.
- 한편 거래비용이론(transaction cost theory)은 조직운영을 위한 자원 확보 방법으로 협력관계를 설정하는 이유에 대하여 외부조직과의 교류에서는 거래상의 비효율이 발생하고, 조직 내에서는 통제비용이 발생하므로 타 조직으로부터의 자원확보와 조직자체 내에서의 자원확보의 중간형태인 조직간 협력체계를 추구하여 거래비용 및 내부적 비효율의 최소화를 추구하므로 발생된다고 설명하고 있음.
- 이러한 조직간 협력으로부터 발생하는 이점은 조직상호간 정보협조와 기술의 공유, 기업 내 분야별 목적(subgoal) 성취극대화 추구 방지, 행정비용의 감소, 운영상의 유연성 확보, 규모의 경제 확보,

시장장악력 확대, 조직간 조정에 의한 특화 등이 있으며, 산업전반으로 볼 때 조직간의 협력은 정치적인 영향력의 확보, 사회적인 합법성에 대한 기준설정(legitimacy)등의 효과를 나타낼 수 있음.

- 조직간의 협력은 다양한 형태로 수행되고 있기 때문에 협력의 형태를 상호간에 배타적으로 구분할 수는 없지만 본 연구는 협력형태를 상호간의 구속력의 강도에 따라 협의체, 전략적 제휴, 인수합병으로 나누어 고찰함.
- 협의체는 2개 이상의 조직이 자원을 공동 출자하여 공동의 목표를 수행하는 것으로 정의되는 바 일반적으로 회원의 자격기준이 포괄적인 협회와 회원 자격이 일정한 구체인 기준에 의하여 제한되는 협의체로 나누어 볼 수 있음.
- 전략적 제휴는 협의체와 같이 조직간에 상호협조에 있어서는 개념상 동일 하나 협의체보다는 협력의 내용이 좀더 구체적이고 참여 조직간에 결속력이 강하며 다수의 회원 조직보다는 소수의 조직간에 관계를 형성함.
- 인수합병은 두 조직이 통합하여 하나의 조직으로 되거나, 한 조직이 다른 조직의 주식이나 자산을 전부 또는 일부 매입함으로써 한 쪽이 일방적으로 다른 조직의 경영권을 획득하는 것을 말함.
- 병원산업에 있어서 협의체의 예로는 병원협회, 종교별 병원협회 등과 협의체로서 공동구매, 공동아웃소싱 등의 사업추진을 위하여 별도의 법인체를 구성하여 운영하는 조직들이 있으며 전략적 제휴로는 모자병원, 자매병원, 협력병원 등이 될 수 있고 인수합병을 시도하여 형성한 것으로는 대학병원의료원 등의 다수병원체계를 들 수 있음.

Ⅲ. 協力病院制度의 國內現況

- 전국의 860개 병원을 대상으로 설문조사를 실시하여 이에 응답한 224개 병원을 협력관계의 형태¹⁾에 따라 동일법인협력관계, 법인무관협력관계, 비협력관계로 나누어 협력관계의 주요 현황을 분석하였음.

1. 應答病院의 一般現況

- 응답병원의 병상규모는 법인협력병원이 478병상으로 제일 높았고, 법인무관협력병원 314병상, 비협력병원이 201병상이었음.
- 자산규모는 법인협력병원이 410억원으로 가장 많았고, 법인무관협력병원이 166억원, 비협력병원이 122억원으로 가장 작았음.
- 설립형태는 법인협력병원은 학교법인이 21개소(47.7%), 법인무관협력병원은 의료법인이 40개소(39.2%), 비협력병원은 개인이 36개소(46.2%)로 가장 많았음.
- 소재지역 현황은 법인협력병원과 법인무관협력병원은 시지역이 각각 18개소(40.9%), 45개소(44.1%)로 가장 많았고, 비협력병원은 광역시가 25개소(32.1%)로 가장 많았음.

2. 協力關係 現況 分析

가. 協力關係를 위한 公式的인 合意書, 契約書 有無與否

- 조사에 응답한 법인협력병원의 81.6%와 법인무관협력병원의 84.2%가 합의서나 계약서를 가지고 있는 것으로 조사됨.

1) 설문조사, 재무비율분석 부분의 협력형태 구분은 편의상 동일법인체내에서 이루어지는 협력관계의 병원은 '법인협력병원', 법인체와 관계없이 협력관계를 맺고 있는 병원은 '법인무관협력병원', 협력체가 없는 병원은 '비협력병원'으로 통일하였다.

나. 協力關係 運營을 위한 別途의 機關 設立·運營 與否

- 법인무관협력병원의 96.0%, 법인협력병원의 75.7%는 협력관계 운영을 위한 별도의 기관을 설치하고 있지 않는 것으로 조사됨.

다. 協力關係 參與 病院의 數와 規模

- 협력관계를 맺고 있는 의료기관은 평균 5개 기관이 참여하고 있는 것으로 나타났음.
- 규모별 현황을 보면 평균 100명상 미만 병원이 1.7개소, 대학병원 및 500명상 이상 병원이 1.4개소, 200~299명상 병원이 0.7개소였음.
- 협력형태별로 보면 법인협력병원은 6.2개소, 법인무관협력은 4.3개소 병원이 모여 협력체를 구성하는 것으로 조사되었음.

라. 協力關係 結成時期

- 협력형태별로 보면 법인무관협력병원의 경우 전체의 85.9%, 법인협력병원의 66.7%가 '1991년 이후에 결성하였다'고 응답하였음.

마. 協力事業 內容 및 實施比率

- 법인협력병원은 전체의 70.5%가 '환자의뢰 및 회송관계'를, 59.1%가 '의료 및 행정인력교류'를, 56.8%가 '의료기술교류'를 실시하는 것으로 조사됨.
- 법인무관협력병원 중 '환자의뢰 및 회송관계'는 전체의 80.4%, '의료 및 행정 인력교류'는 전체의 44.1%, '의료기술 교류'는 전체의 33.3%가 실시하는 것으로 조사됨.

바. 患者依賴 및 回送事業에서의 役割

- 응답 법인협력병원의 36.8%는 ‘상호의뢰관계’였으며, ‘모병원’과 ‘자병원’은 각각 31.6%이었음. 법인무관협력병원의 55.3%는 ‘자병원’, 33.0%는 ‘상호의뢰관계’, 11.7%는 ‘모병원’이었음.

사. 1998年度 患者依賴 및 回送實積平均

- 조사대상 기관의 환자의뢰 및 회송실적을 살펴본 결과 의뢰환자수는 기관당 평균 732명이었으며, 회송 환자수는 평균 189명이었음.
- 협력형태별로 구분해 보면 법인협력병원의 경우 의뢰 환자수는 평균 1,468명, 회송 환자수는 410명이었으며, 법인무관협력병원은 의뢰가 463명, 회송이 약 88명이었음.

아. 1998年度 相呼依賴 關係에서의 依賴 患者數

- 의뢰환자수는 모병원이 2,277명으로 가장 많았고, 상호의뢰 669명, 자병원 362명 순이었으며, 회송환자수는 모병원 390명, 상호의뢰 238명, 자병원 36명 순이었음.

자. 協力形態別 患者依賴 理由

- 의료기관의 환자의뢰 이유를 보면 전체의 45.8%가 ‘상병관련 서비스를 제공하고 있지 않기 때문’이라고 응답하였으며, 30.1%는 ‘환자가 요청하였기 때문’이라고 답하였음.
- ‘상병관련 서비스를 제공하고 있지 않기 때문’은 법인협력병원과 법인무관협력병원에서 각각 47.7%, 45.2%로 가장 높았음.

차. 醫療機關 患者回送 理由

- 환자회송 이유를 보면 법인협력병원과 법인무관협력병원에서 ‘필요한 진료가 완료되었기 때문’이라는 응답이 각각 69.4%와 48.8%로 가장 높았음.

카. 共同購買 事業에 包含되는 서비스

- 법인협력병원의 45.5%가 의약품, 40.1%가 의료소모품, 29.6%가 의료기기, 20.0%가 공동구매 등을 실시하는 것으로 조사되었으며, 법인무관협력병원의 경우에는 의약품 6.9%, 의료소모품 5.9%, 의료기기 4.9%로 법인협력병원에 비해 공동사업 실시비율이 낮았음.

타. 協力關係 構築時 隘路事項

- 전체의 24.3%가 ‘의료사고시 법적인 책임소재 문제가 불명확하기 때문’에 라고 응답하였으며, ‘진료비 정산시 비용부담 문제 발생’과 ‘지역적인 문제로 인하여 의뢰 회송에 애로가 있다’는 응답이 전체의 13.5%를 차지하였음.
- 기타로는 ‘응급환자 이송시 의뢰병원의 상황을 무시하고 일방적으로 불평하는 경우’, ‘행정, 인력교류는 정보 누출로 생각하는 점’, ‘환자 의뢰시 우선 진료가 잘 안 되는 점’, ‘타병원 의뢰시 해당 병원은 실력이 없다는 이미지를 주게 될 우려가 있다’는 점 등이 있었음.

파. 協力關係가 미치는 效果

- 협력관계가 병원경영에 미치는 효과에 대하여 법인협력병원의 78.9%와 법인무관협력병원의 70.1%가 효과가 있다고 응답하였음.

3. 非協力病院의 現況 分析

가. 他病院과 協力關係를 갖지 않는 理由

- 응답병원의 64.3%가 ‘필요하지만 조직체가 없어서’로 응답하였으며, 17.1%는 ‘협력관계가 별 실효성이 없어서’라고 답하였음.

나. 向後 協力關係에 參與할 計劃

- 향후 협력관계에 참여계획에 대해 응답병원의 59.5%가 ‘참여할 계획이 있다’고 응답하였고, 16.2%는 ‘없다’고 응답하였음.

다. 專門機關에 經營컨설팅 依賴意思

- 응답기관의 46.5%가 ‘의뢰할 의사가 있다’고 답하였으며, ‘없다’의 경우는 26.4%이었음.

라. 協力關係 必要時 優先的으로 修行할 事業

- 응답기관의 58.5%가 ‘환자의뢰 관계’를 첫 번째 우선 순위로 생각하고 있었으며, 그 다음은 ‘의료기술교류’ 22.0% 순이었음.

마. 他病院과 協力關係 經驗有無

- 응답기관의 79.1%는 ‘협력관계의 경험이 없었다’고 응답하였음. 의료기관 종별로 보면 3차 종합병원 100%, 병원 80.7%, 종합병원 75% 순이었음.

IV. 協力·非協力病院의 人力生産性 및 患者診療實積 比較分析

- 협력형태별 3개 병원 집단간 인력, 인력생산성, 환자특성, 병상활용도를 평가하였음. 진료과로는 내과, 일반외과, 산부인과, 소아과

로 하였으며, 정신병원은 제외하였음.

1. 調査對象 一般現況

가. 協力病院 形態

- 총 106개 의료기관을 분석하였으며, 이 중 법인협력병원은 15개소(14.2%)였으며, 법인무관협력병원은 65개소(61.3%), 비협력병원은 26개소(24.5%)였음.

나. 地域現況

- 법인협력병원은 광역시 단위가 6개소(40.0%)로 가장 많았고, 법인무관협력병원은 시도 단위가 37개소(56.9%), 비협력병원은 광역시 단위가 9개소(34.6%)로 가장 많았음.

다. 病院規模

- 법인협력병원의 평균적인 운영병상수는 208.6병상, 자산규모는 85억원, 직원수는 약 210명이었으며, 법인무관협력병원의 운영병상수는 238.1병상, 자산규모는 129억원, 평균 직원수는 약 211명이었음.
- 반면 비협력병원의 평균 운영병상수는 248병상이었으며, 112억원의 자산규모에 평균 직원수는 약 218명이었음. 변수별 세 집단간에 통계적인 유의한 차이는 없었음.

2. 人力評價

가. 100病床當 職員數

- 법인협력병원이 106.7명, 비협력병원이 93.2명, 법인무관협력병원이

92.4명으로 가장 낮게 나타나 법인협력병원의 인건비의 절감을 위한 노력이 필요한 것으로 분석되었음.

나. 診療科別 100病床當 醫師數(레지던트 包含)

- 내과의 경우에는 법인협력병원이 4.1명으로 가장 높았고, 소아과는 법인무관협력병원 3.8명, 일반외과와 산부인과는 비협력병원이 각각 2.3명, 4.3명으로 가장 높았음.

다. 調整患者 100人當 職員數

- 분석결과 법인협력병원이 79.1명으로 가장 높았으며, 비협력병원이 65.1명, 법인무관협력병원이 64.4명으로 가장 낮았음.
- 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았으나 법인협력병원이 나머지 두 병원집단에 비하여 상대적으로 높았음.

3. 人力生産性

가. 診療科別 專門醫 1人當 月平均 患者診療實積

1) 診療科別 專門醫 1人當 月平均 外來患者數

- 분석결과 내과는 법인무관협력병원에서, 소아과, 일반외과, 산부인과의 경우에는 모두 비협력병원에서 가장 높았으며, 법인협력병원은 4개 진료과 전 부문에 걸쳐서 가장 낮았음.

2) 診療科別 專門醫 1人當 月平均 入院患者數

- 내과를 제외한 나머지 3개 진료과에서 비협력병원이 가장 높았으며, 내과의 경우에는 법인무관협력병원이 520명으로 가장 높았음.

나. 專門醫 1人當 月平均 調整患者數

- 비협력병원이 553.0명으로 가장 높았으며, 법인무관협력병원이 540.2명, 법인협력병원이 446.3명으로 가장 낮게 나타났으나 세 집단간에 통계적으로 유의한 차이는 없었음.

다. 診療科別 醫師(專門醫+레지던트) 1人當 月平均 患者診療實積

1) 診療科別 醫師 1人當 月平均 外來患者數

- 내과와 소아과에서는 법인무관협력병원과 법인협력병원이 각각 472.7명, 918.2명으로 가장 높게 나타났으며, 일반외과와 산부인과에서는 비협력병원이 각각 136.9명, 221.4명으로 가장 높았음.

2) 診療科別 醫師 1人當 月平均 入院患者數

- 내과와 산부인과에서 법인무관협력병원이 각각 213.8명, 80.6명으로 가장 높았으며, 소아과는 법인협력병원, 일반외과는 비협력병원에서 각각 181.4명, 114.5명으로 가장 높게 나타났음.

라. 100病床當 1日 平均 患者數

1) 100病床當 1日 平均 外來患者數

- 법인협력병원이 220.6명으로 가장 높았고, 비협력병원은 215.3명이었으며, 법인무관협력병원은 198.0명으로 가장 낮았음.

2) 100病床當 1日 平均 入院患者數

- 법인협력병원이 78.0명으로 가장 높았고, 법인무관협력병원은 77.4

명이었으며, 비협력병원은 75.8명으로 가장 낮았음.

4. 患者特性評價

가. 外來患者初診率

- 분석결과 비협력병원 25.5%, 법인무관협력병원이 23.7%, 법인협력병원이 23.4% 순으로 나타났음. 최근에 개원된 기관이 많기 때문에 비협력병원의 외래환자 초진율이 높아진 것으로 추측할 수 있음.

나. 外來患者 入院率

- 분석결과 법인협력병원이 5.5%로 가장 높았으며, 법인무관협력병원이 4.8%로 가장 낮았음.

다. 平均在院日數

- 분석결과 법인무관협력병원이 12.7일, 비협력병원이 11.9일, 법인협력병원이 11.3일 순으로 나타났음. 세 집단간 통계적으로 유의한 차이는 없었음.

5. 病床活用度評價

가. 病床利用率

- 분석결과 병상이용률은 법인협력병원이 70.0%로 가장 높았으며, 비협력병원이 64.0%로 가장 낮았음. 법인협력병원에 비해 비협력병원이 6퍼센트 포인트 적은 점을 고려할 때 병상이용률 제고가 필요한 것으로 조사되었음.

나. 病床回轉率

- 분석결과 병상회전율은 법인협력병원이 29.5회로 가장 높게 나타났고, 법인무관협력병원이 24.7회로 가장 낮았음. 병상회전율이 직접적으로 의료수익에 미치는 영향을 고려했을 때 법인무관협력병원의 병상회전율 제고가 필요한 것으로 조사되었음.

V. 協力·非協力病院의 財務實態 比較分析

- 협력형태별 병원의 경영실태를 파악하기 위하여 안전성, 수익성, 활동성, 성장성, 생산성의 5개 부문에 걸쳐 재무지표를 분석하였으며 제반 비율분석 결과는 다음과 같음.

1. 安全性 分析

가. 負債比率

- 비협력병원이 393.2%로 가장 높았으며, 법인협력병원은 167.1%로 가장 낮았음. 세 집단간 통계적으로 유의한 차이는 없었으나, 법인협력병원에 비하여 비협력병원, 법인무관협력병원의 재무구조가 취약한 것으로 나타났음.

나. 固定比率

- 세 집단에 대한 고정비율을 분석한 결과 비협력병원이 301.8%로 가장 높았고, 법인협력병원이 136.1%로 가장 낮았음. 법인협력병원을 제외한 두 집단의 고정비율 역시 높은 것으로 조사되어 재무구조가 안정적이지 못한 것으로 분석되었음.

다. 固定長期適合率

- 고정장기적합률은 법인무관협력병원이 131.4%로 가장 높았으며, 비협력병원은 119.8%이었고, 법인협력병원은 45.7%로 가장 낮았음. 법인무관협력병원과 법인협력병원간에는 통계적으로 유의한 차이가 있었음($p < 0.05$).

라. 自己資本構成比率

- 자기자본구성비율은 법인협력병원이 61.9%로 가장 높았고, 비협력병원이 42.4%로 가장 낮았음. 집단간 통계적인 유의한 차이는 없었으나 1995년도 병원협회의 병원통계와 비교해 볼 때 세 집단 모두 전체적인 자기자본 구성비율은 높아진 것으로 조사되었음.

2. 收益性 分析

가. 總資本醫療利益率

- 법인무관협력병원이 4.8%로 가장 높았고, 법인협력병원은 3.0%로 가장 낮았음. 세 집단간에 통계적인 유의한 차이는 없었음.
- '97년도 병원경영분석자료와 비교해 볼 때 세 집단 모두 3차 종합병원을 제외한 종합병원 보다 총자본의료이익률이 높은 것으로 조사되었음.

나. 醫療收益純利益率

- 법인협력병원의 의료수익순이익률이 3.7%로 가장 높았으며, 비협력병원은 1.8%로 가장 낮았음. 세 집단간에는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았음.

- '97년도 병원경영분석자료와 비교하였을 때 대체적으로 수익성은 전년도에 비하여 증가하고 있는 것으로 조사되었음.

다. 100病床當 月平均 醫療收益

- 법인협력병원이 4억 7천만원으로 가장 높았고, 법인무관협력병원이 3억 8천만원으로 가장 낮았음.

3. 活動性 分析

가. 總資本回轉率

- 법인협력병원과 비협력병원이 각각 1.8회로 비슷하였으며, 법인무관협력병원은 1.6회로 낮았음. '97년 병원경영분석자료의 종합병원과 병원의 총자본회전을 0.9회, 0.8회와 비교하여 거의 두 배에 가깝게 높아진 것으로 분석되었음.

나. 在庫資産回轉期間

- 평균적인 재고자산회전기간은 비협력병원이 14.7일로 가장 길었고, 법인무관협력병원은 11.3일, 법인협력병원은 8.5일로 가장 짧았음.
- '95년 병원통계자료의 종합병원이 평균 8.3일, 병원이 9.4일과 비교할 때 법인협력병원을 제외한 법인무관협력 및 비협력병원의 재고자산회전기간은 단축할 필요성이 있는 것으로 분석되었음.

다. 醫療未收金回收期間

- 평균적인 의료미수금회수기간은 법인무관협력병원이 66.4일, 비협력병원 52.3일, 법인협력병원 51.0일 순이었음.
- 세 집단간 통계적으로 유의한 차이는 없었으나 법인무관협력병원

의 의료미수금 회수기간이 두 집단에 비해 상대적으로 높아 그 관리의 필요성이 높은 것으로 분석되었음.

4. 成長性 分析

가. 醫療收益 增加率

- 세 집단간의 의료수익증가율은 비협력병원이 11.5%로 가장 높았으며, 법인협력병원이 9.2%, 법인무관협력병원이 3.3%로 가장 낮았음.
- 집단간 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았으나 비협력병원의 의료수익 증가율이 상대적으로 다른 두 집단에 비해 높은 것으로 조사되었음.

나. 患者數 增加率

- 외래, 입원 환자수는 전체적으로 0.54%, 1.29% 감소한 것으로 조사되었음. 특히, 비협력병원은 외래와 입원환자 모두 감소한 것으로 나타났으나 이와는 대조적으로 법인협력병원은 외래, 입원환자가 각각 1.33%, 3.62% 증가한 것으로 조사되었음.
- '97년도 병원경영분석자료에 따르면 '97년도의 외래환자증가율은 종합병원이 2.0%, 병원이 7.3% 감소하였고, 입원환자증가율은 종합병원이 0.9%, 병원이 2.0% 감소한 것으로 나타난 바 있음.

다. 總資本增加率

- 법인무관협력병원이 11.9%로 가장 높았고, 법인협력병원은 5.1%로 가장 낮아 법인무관협력병원의 총자본 증가율이 두 집단에 비하여 높은 것으로 조사되었음.

5. 生産性 分析

가. 總資本投資效率

- 총자본투자효율은 법인무관협력병원이 76.1%로 가장 높았고, 그 다음 법인협력병원 21.1%, 비협력병원 19.4% 순이었음. 협력병원의 총자본 투자효율이 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았음.

나. 職員 1人當 月平均 醫療收益

- 법인무관협력병원의 월평균 직원 1인당 의료수익은 약 596만원으로 가장 높았고, 법인협력병원 387만원, 비협력병원 309만원으로 협력병원이 비협력병원에 비하여 높았음.
- '97병원경영분석자료의 의료기관 직원 1인당 월평균 의료수익과 비교했을 때 법인무관협력병원은 매우 높은 편이었으며, 이에 비하여 비협력병원은 상대적으로 매우 낮았음.

다. 職員 1人當 附加價值增加率

- 법인무관협력병원이 16.1%, 비협력병원이 1.3% 증가한 것으로 나타났다으며, 법인협력병원은 8.1% 감소한 것으로 조사되었음.
- 집단간 통계적으로 유의한 차이는 없었으나 법인무관협력병원이 나머지 두 집단과 비교하여 직원 1인당 부가가치 증가율이 높았음.

라. 醫療機器回轉率

- 법인협력병원의 의료기기회전율은 43.6회로 가장 높았고, 법인무관협력병원은 15.1회로 가장 낮았음. 두 집단간에는 통계적으로 유의

한 차이가 있는 것으로 조사되었음($p < 0.05$).

- '95병원통계와 비교해 보았을 때 의료기기 활용도는 크게 증가한 것으로 나타났으며, 특히 법인협력병원의 의료기기 활용도가 높았음.

6. 協力·非協力病院의 費用分析

가. 醫療收益 對 醫療原價率

- 협력병원과 비협력병원의 의료수익 대 의료원가비율을 분석한 결과 법인협력병원이 99.3%로 가장 높았고, 법인무관협력병원이 91.5%로 가장 낮았음. 세 집단간 통계적으로 유의한 차이는 없었으나 법인무관협력병원의 수익성이 다른 두 집단에 비하여 수익성이 높은 것으로 조사되었음.

나. 醫療收益 對 醫療原價 構成比率

1) 醫療收益 對 人件費 比率

- 분석결과에 따르면 법인협력병원의 의료수익 대 인건비비율은 41.3%로 가장 높았고, 법인무관협력병원은 35.2%로 가장 낮았음.
- 법인무관협력병원을 제외한 두 집단의 인건비비율이 상대적으로 높은 것을 볼 수 있어 이의 절감방안이 요구되었음.

2) 醫療收益 對 材料費比率

- 법인협력병원이 36.6%로 가장 높았고, 비협력병원이 33.3%로 가장 낮았음. 법인협력병원은 상대적으로 나머지 두 집단에 비하여 재료비비율이 높아 이의 절감방안이 필요한 것으로 조사되었음.

3) 醫療收益 對 管理費比率

- 비협력병원이 23.2%로 가장 높았고, 법인무관협력병원은 22.7%, 법인협력병원은 21.4%로 가장 낮았으나, 세 집단간에 관리비비율은 거의 비슷한 것으로 조사되었음.

7. 病院財務健全性 評價모델을 통한 協力·非協力病院에 대한 比較評價

가. 財務健全性 評價 概要

- 기업의 여러 가지 재무비율 지표 중 C. C. Pegels에 의하여 제안된 재무비율 관련 지표를 활용하여 상기에서 제시된 협력형태별 세 병원집단의 재무건전성을 비교·평가하였음.

나. 協力 및 非協力病院의 評價

- 재무건전성지표 분석결과 전체의 38.7%는 ‘긍정적 또는 우수’였으며, 34.7%는 ‘보통’, 26.7%는 ‘우려 또는 심각한 우려’의 상태를 보이고 있었음.
- ‘심각한 우려상태’는 법인협력병원이 25.0%로 가장 높았고, 비협력병원은 12.5%이었으며, 법인무관협력병원은 6.4%로 가장 낮았음.
- 반면 ‘우수’한 경우는 법인무관협력병원이 17%로 가장 높았고, 법인협력병원 16.7%, 비협력병원 12.5% 순이었음.
- 전체적으로 법인무관협력병원의 재무건전성이 비협력병원이나 법인협력병원에 비하여 상대적으로 나은 것으로 분석되었으나 그 차이는 미미하였음.
- 의료기관이 재무건전성을 좋게 하기 위해서는 부채비율을 줄이고,

유동비율을 높이며, 운영수입대비 운영비용을 줄여야 할 것으로 판단되었음.

VI. 病院間 協力制度 活性化 方案

- 병원간 협력관계의 수립에 대한 결정은 병원 운영환경 변화에 대한 분석과 병원의 내부적인 서비스 제공능력의 강점과 약점의 분석 등을 통한 전반적인 병원 운영 전략적 시각에서 수립되어야 함.
- 이러한 분석에 의하여 협력에 대한 결정이 되면 다음으로 제휴관계의 목적을 공동으로 달성할 수 있는 협력대상병원을 선택하고 이러한 병원과 협의체구성, 전략적 제휴 및 인수합병 등 협력 모형을 결정함.
- 협의체는 주로 환자교류관계나 공동사업의 추진을 목적으로 협력관계를 구축하는 것이 타당함.
- 통합의료원체계는 현재 우리 나라의 다수병원체계가 의료환경의 변화에 따른 대응방안으로서 운영의 효율성과 진료의 질 향상을 위하여 지향하여야 할 협력체계로 사료됨.
- 통합의료원체계는 인수합병에 따른 위험부담을 완화하고 참여 기관의 가입과 퇴출에 어느 정도의 자율성을 보장하므로 체계 운영에 유연성을 확보하기 위해서 기관간 전략적 제휴관계를 바탕으로 구성하는 것이 바람직함.
- 네트워크 경영은 의료기관뿐만 아니라 의료기관 운영상의 투입자원을 제공하거나 의료기관 서비스의 다음 단계 서비스를 제공하는 모든 기관과 협력관계를 구성하여 참여하는 모든 조직의 잠재능력을 극대화하는 경영방식으로 볼 수 있음.

- 협력관계를 형성하게 되면 참여병원은 새로운 관계에 대하여 적응 기간을 거치게되는 바 이 단계에서는 자원의 배분, 기업 문화적 차이, 협력관계에 대한 반대세력의 비협조, 협력관계에 대한 이해 부족, 인간관계의 갈등 등 다양한 문제점이 표출됨.
- 이러한 문제점을 방지하고 병원간의 협력관계를 효과적으로 운영 하기 위해서는
 - 협력관계는 당해 병원의 경쟁력의 강화나 전략적 위상을 견고히 하기 위하여 이루어지는 것이며 가시적인 효과와 상호혜택을 입는 win-win적인 결과를 가져올 수 있다는 상호간의 공감대를 형성하고 협력관계에 대한 기대치가 동일하도록 상호간의 이해를 증진시키는 것이 필요함.
 - 계약의 내용은 구체적인 협력사업의 내용, 이러한 협력사업 추진을 위하여 관련 인력으로 당해 병원에 구성하는 위원회 설립에 관한 규정, 사업성과 평가에 대한 기준, 협력추진에 따른 비용부담의 원칙 등에 대한 내용을 포함하여야 함.
 - 조직 내에 협력 관계에 대한 적극 옹호자(Champion)가 존재하여 조직 전반에 걸친 협력관계의 필요성에 대한 이해를 전파하는 역할을 하게 하여야 하며 적극 옹호자의 역할은 대개 최고 경영진이 참여하여 수행하는 것이 가장 효과적임.
 - 한편 병원간 협력관계의 유효성에 대한 평가는 협력관계에서 얻어진 결과를 기준으로 하는 결과기준평가와 협력관계 수행과정에 중점을 두는 과정기준평가 등 두 가지의 시점을 가지고 평가되어야하며 이러한 평가결과는 협력관계 운영에 반영되어야 함.
- 협력관계 활성화를 위한 제도적인 개선으로는

- 약사법 제37조 부칙 제3조에 「의료기관의 설립자는 의약품 도매상을 하지 아니 한다」라는 법령 및 동 시행법규 제49조 「의약품도매상은 특정한 의료기관의 개설자만을 위한 독점적 영업행위를 하지 아니할 것」 등의 규제가 상거래상 공정행위에 크게 벗어나지 않는 한 완화되어야 할 것임.
- 의료법의 1장 3조에서 지정하고 있는 종합병원의 전문분야별 의료인 확보규정, 의료법 제3장 1절 32조에서 규정하고 있는 의료기관 시설기준에 관한 사항이 병원들의 의료인력교류, 공동사업 등의 활성화를 위하여 신축성 있게 적용되어야 할 것임.
- 또한 앞으로 시행될 수가차등화 제도는 병원별 전문분야를 선택하도록 하고 선택된 전문분야 이외의 진료 시에는 수가산정에서 불이익을 주도록 하는 방향으로 추진되고 있는 바 병원들이 환자교류를 적극적으로 시행할 유인이 될 수 있도록 차별화의 정도가 설정되어야 할 것임.

I. 序論

1. 研究의 背景 및 目的

병원간 협력은 급격히 변화하는 의료환경 속에서 병원의 효율적 운영과 환자에게 제공되는 의료의 질 제고를 위하여 병원들이 추구해야 할 전략중의 하나이다. 우리 나라의 병원계에서도 병원간 협력의 필요성에 대한 논의는 많이 되어 왔지만 그 실행 실태는 극히 미흡한 상태이다. 그러나 외국의 경우 급격히 증가하는 의료비의 절감과 환자진료에 있어서의 진료의 지속성확보 및 환자만족도 제고를 위하여 다양한 형태로 병원간 협력이 추진되고 있다.

우리 나라의 병원운영 환경은 의약품 실거래가 상환제도의 실시와 앞으로 예상되는 포괄수가제도의 확대실시 및 수가차등화제도 실시 등으로 급격히 변화하고 있다. 이러한 제도변화의 내용을 고찰해 볼 때 병원이 환경에 적응하기 위해서는 상호간의 협력이 필수적인 것으로 사료된다. 특히 내년부터 시행될 것으로 예상되는 수가차등화 제도에 적응하기 위해서는 병원간의 협력이 필수요건이 된다. 수가차등화제도의 주요 구상은 1) 질병 또는 진료행위에 따라 병원별로 전문분야를 정하고 이러한 전문성에 적합한 진료를 하였을 때는 적정수가를 책정하고 적합하지 않은 진료를 하였을 때는 하향 책정하며, 2) 환자가 상병내용에 적합치 않은 병원에서 진료를 받은 경우 환자의 본인부담률도 높게 책정한다는 것이다. 이를 위하여 정부는 우선 각 의료기관별로 자신의 전문성에 합당한 특성화된 서비스를 선택하도록 하고, 선택한 분야 외에서 서비스를 제공할 경우 재정적인 불이익을

주는 것으로 방향을 설정하고 있다. 따라서 종전에 병원서비스 수요자에게만 불이익을 주던 정책에서 공급자에게도 같이 불이익을 주게 되는 방향으로 정책전환이 이루어지는 것이다. 이러한 제도하에서 병원들은 상호협력 하에서 환자교류를 활성화하므로써 재정상의 불이익을 받지 않도록 대처해야 할 입장에 있다.

또한 포괄수가제는 입원환자를 주 진단 및 기타 진단, 수술·처치명, 연령, 진료결과 등을 기준으로 유사한 환자군으로 분류하여 환자군별로 사전에 일정한 급여액을 정하여 진료비를 정액 지불하므로써 병원진료의 효율성을 제고하는 것을 목적으로 하고 있다. 이 제도는 근본적으로 서비스제공에 따른 재정적 부담을 보험자에서 공급자로 이전하게 하게 하는 역할을 한다. 따라서 병원들은 병원에서 필요한 서비스가 종료된 환자를 적절한 타 보건의료기관에 의뢰하므로 환자의 지속적인 진료와 불필요한 입원진료의 최소화를 추구해야 한다. 이를 위해서 병원들은 요양병원이나 그 밖의 장기요양시설과 긴밀한 협조관계를 구축하여야 한다.

이러한 병원간 협력의 중요성에도 불구하고 우리 나라에서는 전통적인 독자경영에 대한 집착과 법·제도적인 제약 및 병원간의 불필요한 경쟁에 의한 불신 때문에 병원간 협력이 극히 미흡한 상태에 있다. 현재 일부 병원간에 협력사업이 수행되고 있으나 그 활동이 공동구매사업 등 제한적인 범위에서 실시되고 있으며, 이러한 병원간의 협력의 미비는 대형병원으로의 환자집중, 고가의료장비 및 시설에 대한 무분별한 투자, 왜곡된 진료행위 등 의료전달체계의 효율적, 효과적 운영에 여러 가지 문제점의 원인 중 하나가 되고 있다. 따라서 병원계의 입장에서는 병원운영에 효율성을 제고하고 국가적인 입장에서는 의료전달체계의 효과성 제고 및 국민의료비 절감을 목적으로 하는 병원간 협력의 활성화가 필요하다.

병원간 협력의 활성화는 병원계의 자체적인 노력과 정부의 협력환경 조성을 목적으로 한 정책추진에 의하여 달성될 수 있는 바, 본 연구는 병원간 협력의 현황을 분석하여 이의 활성화를 위한 경영전략을 제시하고 동시에 협력환경 조성을 위한 정책대안 도출을 목적으로 하고 있다.

본 연구의 구체적인 연구 목적은 첫째, 조직간 협력에 관한 이론적인 고찰을 통하여 병원간 협력의 모형을 유형화하고, 둘째, 우리 나라 병원간 협력 현황을 유형별로 분석하여 병원간 협력이 병원 운영의 효율성 및 재정상태에 미친 영향을 고찰하며, 셋째, 병원간 협력 활성화를 위한 경영전략 및 정책대안을 제시하는 것이다.

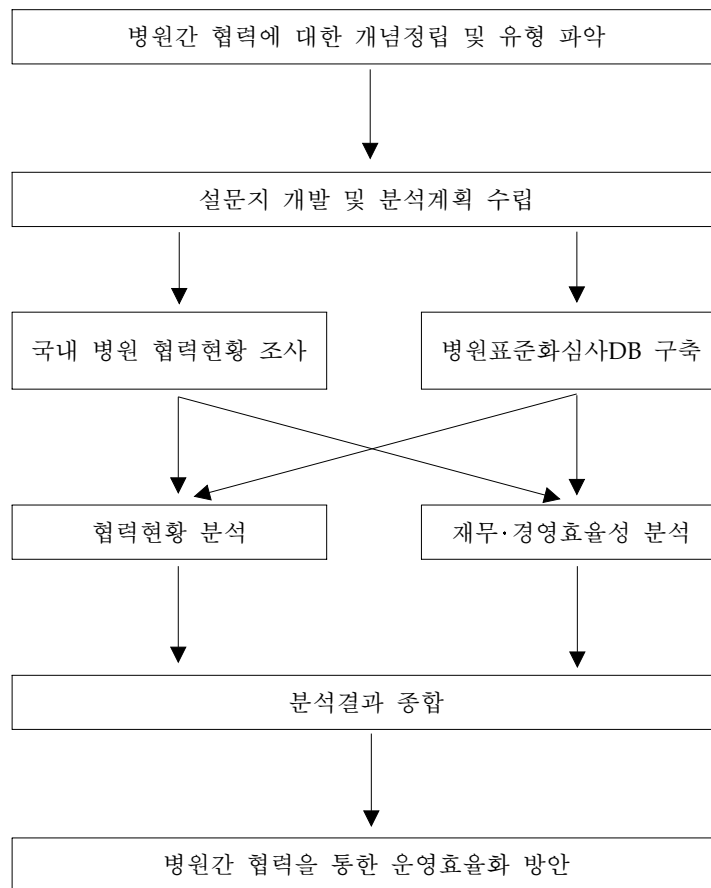
2. 研究方法

연구의 수행을 위하여 먼저 문헌고찰을 통한 병원간 협력의 개념을 고찰하고 병원간 협력의 실태파악을 위하여 설문조사를 실시하였으며 병원간 협력의 효과성 분석을 위하여 대한병원협회의 병원표준화심사 결과자료를 분석하였다(그림 I-1 참조).

협력실태조사는 전국 860개 의료기관의 중간관리자인 기획과, 총무과, 원무과의 과·계장을 대상으로 의료기관간 상호 협력관계에 관한 우편설문조사를 실시하여 수행하였다. 조사에 응답한 의료기관은 총 224개소(응답률 25.3%)였으며, 동일법인협력병원 44개소(19.6%), 법인무관협력병원 102개소(45.6%), 비협력병원은 78개소(34.8%)였다. 이를 다시 의료기관 종별로 보면 3차 종합병원 25개소(11.2%), 종합병원 102개소(45.5%), 병원이 97개소(43.3%)였다. 여기서 동일법인내 협력병원이란 일종의 다수병원체계에 속하는 병원으로 대학의 여러 개 부속병원 등과 같이 개개의 병원을 연결하는 상위단체에 공동으로 소속되

는 병원들을 말한다. 또한 법인무관협력병원이란 동일 법인에 속하여 있지는 않으나 병원간에 의도하는 목적에 따라 자율적으로 운영하는 협의체에 속한 병원을 말한다. 비협력병원은 이러한 협력관계에 속하지 않은 병원들이다.

[그림 I-1] 研究의 틀



한편 병원간 협력이 병원운영의 효율성 및 재정에 미치는 영향을 분석하기 위하여 1999년에 실시된 병원표준화심사 자료를 분석하였다. 1999년도 표준화심사는 239개의 병원을 대상으로 실시되었으며 본 연구에서는 협력실태조사에 응답한 병원으로 1999년도에 표준화심사에 참여한 병원 중 400병상 이하의 병원을 분석의 대상으로 하였다.

Ⅱ. 病院間 協力の 理論的 考察

1. 組織間 協力の 組織論的 理解

급격히 증가하는 경쟁과 기술의 발전 및 제도적인 변화에 대처하기 위하여 기업들은 개별 조직간의 소모적인 경쟁을 지양하고 조직간 교류를 통하여 사안에 따라 공동대응 체계를 갖추어 협조 속에서의 경쟁을 추구하고 있다. 여기서 조직간의 교류라 함은 Oliver(1990)의 정의에 따른 '주어진 환경에서 둘 이상의 조직간에 이루어지는 지속적인 거래 및 연계'를 뜻하는 것으로 볼 수 있다. 조직간의 협력은 상호 경험의 공유, 새로운 기술의 습득, 자원의 교류 등을 통하여 교류에 참여하는 조직으로 하여금 경쟁력을 강화할 수 있는 기회를 제공한다. 이러한 의미에서 급변하는 의료기술의 발전, 접근성의 강조에서 효율성의 강조로 변화하고 있는 의료정책, 의료기관의 대형화 등의 환경변화를 겪고 있는 우리 나라의 병원계가 상호협조를 통한 공생의 방안을 강구하는 것은 당연한 일이라 하겠다.

조직간의 교류와 관련한 조직론적인 이해는 다양하게 전개되고 있다. 자원의존론(Resource Dependency)적인 시각으로 보면 조직은 독자적으로 존재할 수 없고 그 조직이 위치하고 있는 업무환경(task environment)에서 투입물을 받아들여 존재한다. 외부로부터의 자원 조달 필요성은 타 조직과의 교류를 불가피하게 한다. 한편 외부에 존재하는 자원은 한정적이므로 조직은 한정된 자원의 확보를 위하여 상호간에 경쟁하게 된다. 자원의존론에 의하면 조직은 외부에 존재하고 있는 자원에 대한 통제력을 추구하는 대가로 조직이 지불하는 자율성에 대한 피해

를 극소화하는 방향으로 외부와의 거래를 추구한다는데 초점을 맞추고 있다. 따라서 조직은 자신이 처한 환경 분석을 통하여 조직의 지속적인 생존에 대한 기회와 위협의 요소를 분석한 후 조직의 자율성 침해와 외부자원 획득에 따른 불확실성을 최소화하는 전략을 가지고 타 조직과 협상을 추진하여 관계를 설정하게 된다.

한편 거래비용이론(transaction cost theory)에 따르면 조직은 외부조직과의 교류에서 기인하는 거래상의 비효율의 결과로 거래비용이 발생할 때에 자체적으로 투입물을 확보하기 위하여 투입물의 생산기능을 조직 안으로 끌어들이고 조직의 위계질서 내에 두므로 시장의 비효율을 극복하려는 경향이 있다고 설명하고 있다. 그러나 조직 내로 끌어들이는 경우 이 또한 조직 비용(organizing cost)을 초래하게 되어 내부적인 비효율을 유발하게 되므로 타 조직으로부터의 자원확보와 조직자체 내에서의 자원확보의 중간형태인 조직간 협력체계를 추구하여 거래비용 및 내부적 비효율의 최소화를 실현하고자 하는 목적에서 조직간의 협력을 추구한다는 것이다.

Miles and Snow(1986)는 조직간의 협력을 협력에 참여한 개개 조직의 전문적인 능력의 상호연결로 보고 있다. 이러한 시각에 의하면 조직간에 교류는 개개의 조직이 작은 시장 내에서 서로 경쟁하는 것을 지양하고 조직별로 특화하여 전문화된 분야에 집중하며, 협력에 의하여 확대된 시장 내에서 분야별로 역할을 분담하는 형태가 된다. 이러한 접근에 따라 개개의 조직은 분야별 생산성의 극대화를 추구하는 동시에 협력체 전체적인 면에서는 시너지효과를 얻어낼 수 있다는 것이다.

이러한 조직간의 협력으로부터 발생하는 이점은 조직상호간 정보협조와 기술의 공유, 기업 내 분야별 목적(subgoal) 성취극대화 추구 방지, 행정비용의 감소, 운영상의 유연성 확보, 규모의 경제 확보, 시장장악력 확대, 조직간 조정에 의한 특화 등이 될 수 있다. 또한 산업전

반으로 볼 때 조직간의 협력은 정치적인 영향력의 확보, 사회적인 합법성에 대한 기준설정(legitimacy)등의 효과를 나타낼 수 있다.

이러한 조직간의 교류는 계약에 의하여 이루어진다. Thompson (1967)은 계약을 ‘미래에 발생하는 수행사항에 대한 관련 당사자간 협상에 의한 합의’로 정의하고 있다. 이러한 계약의 법적인 효력이나 그 형태의 공식성은 경우에 따라 다를 수 있다. 조직은 이러한 계약을 통하여 자신의 미래의 수행사항을 타 조직과 연결하여 구체적으로 정의하므로 미래에 대한 불확실성을 감소시킨다. 이러한 조직 운영상의 계약의 예로 내부적으로는 노사간의 합의 또는 개인과 조직간의 합의에 의한 고용조건의 계약, 외부적으로는 주요 원자재의 공급자나 조직이 제공하는 서비스의 소비자와의 계약 등이 있다.

거래·비용론적인 시각에서는 이러한 계약은 조직간에 거래가 비교적 명료하고 상호간의 불확실성이 적을 경우에 수행된다고 보고 있다. 즉 거래내용이 확실히 정의될 수 없거나 미래에 계약대상이 계약내용을 이행할 것이라는 확신이 미흡할 경우에는 조직간의 계약보다는 이러한 수행업무의 수행능력을 조직의 위계질서 안에 두어 내부화를 시도하게 된다는 것이다. 그러나 Stinchomle(1985)는 조직간의 협상에 의한 협력관계의 구축과 조직내의 위계질서 내에서의 통제는 이분적으로 볼 것이 아니라 시장 메커니즘과 조직의 위계질서의 연속선상에서 파악해야한다고 주장하였다. 즉 계약의 경우 계약내용에 조직의 위계질서와 유사한 내용을 포함하므로 조직내의 위계질서를 이용한 통제와 같은 효과를 가져올 수 있다는 것이다. 따라서 병원 운영상의 어떠한 기능을 병원내부에 두는가 아니면 타 조직과의 계약에 의하여 해결하는가에 대한 결정은 이분적인 것이 아니며, 타 조직과 협력관계를 맺을 경우 계약의 내용에 수행기능의 실적 검토, 기능수행방법의 변경, 비용 재정산 등을 포함하는 계약을 체결하므로 조직 내에서

위계질서에 의하여 수행되는 정도의 통제를 달성할 수 있다는 것이다. 이렇게 볼 때 조직간의 계약에 의하여 수행할 수 있는 업무의 범위는 더욱 확장될 수 있다. 따라서 병원간의 협력도 필요에 따라서 다양한 형태와 내용을 가지고 구축하므로 당사자간의 시너지 효과를 극대화 할 수 있는 방향으로 적극적으로 모색되어야 할 것이다.

2. 組織間 協力の 類型

조직간의 협력은 다양한 양상을 띠는 형태로 수행된다. 협력의 형태를 유형별로 배타적으로 구분할 수는 없지만 본 연구에서는 조직간 협력형태를 상호간의 구속력의 강도에 따라 협의체, 전략적 제휴, 인수합병으로 대별해 보았다. 병원산업을 기준으로 볼 때 협의체는 병원협회나 특정전문분야 및 지역을 중심으로 한 병원들의 모임이 되겠다. 전략적 제휴는 일반적으로 모자병원, 자매병원 등 환자교류 및 인력교류 등 제한적인 부문에서의 병원간의 협력을 이루는 형태가 될 것이다. 한편 인수합병은 다수병원체계나 미국의 통합의료원체계(Integrated Delivery System)등 수직적, 수평적인 통합을 통한 의료서비스 네트워크의 주요 수단이 된다. 이러한 협력의 형태는 앞에서 언급한 바와 같이 유형별로 배타적이 아니므로 협력의 목적과 참여하는 조직의 형편에 따라 유연성을 가지고 적용될 수 있다. 예를 들면 다수병원체계, 통합의료원체계, 의료네트워크 등은 반드시 인수합병 형태로 소유권을 공유할 필요는 없으므로 전략적 제휴관계로도 의도하고 있는 목적을 달성할 수 있을 것이다.

본 절에서는 이러한 유형별 조직간 협력관계의 특징을 살펴보고 병원간 협력에서 적용된 예를 고찰하기로 한다.

가. 協會의 構成

1) 産業別 協會

협회는 동일 산업내의 유사한 조직간에 공동으로 추구하는 바를 달성하기 위하여 조직된다. 병원들은 다양한 병원단체 즉 전국단위의 병원협회, 전문분야별 병원협회, 또는 특정 사안별 모임 등의 형태로 그들의 제도적(institutional) 환경에 연결하고 있다. 이러한 모임은 종교적, 병원서비스 특성상, 또는 지역적 동질성에 따라 단체를 구성하여 병원경영환경에 대한 공동이해, 새로운 운영상의 아이디어 공유, 제도적 합법성(institutional legitimacy)의 확보, 성공적인 사례의 모방 등을 추구한다. 또한 병원들은 이러한 구조 내에서 업계의 선도자와 경쟁자의 행태를 주시하고 소속 병원간에 공통된 운영 방향(norm)을 형성하여 이에 합당한 행위를 하게 됨으로 병원의 의사결정에 불확실성을 줄이고 사회적인 기준에 적합한 행위를 하게 된다.

이러한 형태의 조직간의 협력은 대개 전국적인 회원이나 더 나아가서 국제적인 협력관계를 가지고 있으나 개별 회원간에 구속력이나 결속력은 약하다고 볼 수 있다. 따라서 일반적으로 기업들이 집중되어 경쟁이 심한 분야에서는 회원들간에 협력이 보다 정교한 설계 하에서 강력한 구속력을 가지고 운영되어야 하므로 협회와 같은 협력조직으로는 효과적인 활동을 하기 어렵다. 그러나 이러한 협회의 영향력은 사회적인 특성에 따라 다를 수 있다. 미국의 경우 협회가 분야별로 전문화되어 있고 수적으로도 많으나 영향력에 있어서는 서부유럽이나 일본, 한국 등에 비하여 미흡하여 협회가 어떤 사안에 대한 시각을 규합하여 일관된 통제력을 가지고 대표권을 행사할 만한 영향력을 갖고 있지 않다(Zuckerman, et al., 1995). 우리 나라의 경우 대한병원협회는 전공의 배정 등 국가에서 위임받은 사안을 수행하므로 회원병원에

대한 영향력을 가지고 사안에 따라 협회의 시각을 결집하여 이에 대한 대외적인 협상에 임하는 등 그 활동이 미국에 비하여 활성화되어 있다고 보겠다.

2) 協議體

협의체는 2개 이상의 조직이 서로 연관되어 자원을 공동 출자하여 공동의 목표를 수행하는 것으로 정의된다. 협의체의 회원 자격은 일정한 구체적인 기준에 의하여 제한되며 이러한 면에서 그 자격 기준이 동일산업에 종사하는 모든 조직을 대상으로 하는 협회와 구별된다고 할 수 있다. 이러한 협의체의 특징은 협의체를 운영하기 위하여 별도의 조직을 형성하고 이러한 조직을 통하여 회원조직간에 공동으로 추구하는 목적을 수행하는데 있다. 협의체는 전략적 제휴나 인수 합병과는 달리 회원병원의 내부조직에는 영향을 미치지 않으며 협의체에 가입 및 탈퇴가 자유롭다. 따라서 병원들은 협의체에 가입하므로 규모의 경제에 의한 이익을 추구할 수 있는 동시에 병원의 소유권이나 통제에 대한 자율성을 갖는다. 이러한 특징으로 인하여 미국에서는 1970년대 이후에 15개 이상의 병원협의체가 결속되었고 미국 병원의 30%에 달하는 1,600여 개의 병원이 협의체에 소속되어 있다 (Howard and Thomas, 1990).

병원계에서의 협의체는 병원간 협의체와 병원과 기타 관련 산업과의 협의체 등 두 종류의 일반적인 형태로 나누어 볼 수 있다. 병원간 협의체의 구체적인 목적은 인적·물적자원 확보, 재정적 자금의 확보, 시장 장악력의 제고, 공동활동을 통한 규모의 경제 확보, 공동사업개발에 의한 수입증대, 비용절감, 병원경영자문서비스 제공 등으로 협회의 활동에 비하여 병원운영에 보다 접근된 구체적 활동에 대한 협력을 목적으로 한다.

이러한 병원 협의체가 수행하는 사업내용을 보면 일반적으로 소요되는 각종 의약품, 소모품류, 세탁물, 영선, 전산처리 등을 공동으로 구매하거나 시설을 공동 이용하여 비용 절감을 추구하고 있다. 이러한 협력사업의 결과로 의료시설과 장비의 지역간 균형적 안배나 고가 시설 및 인력의 활용도 제고 등을 성취할 수 있다. 이와 함께 장비의 수선과 그 유지비용을 절감하여 시설 및 장비에 대한 비용효과를 제고할 수 있으며 재정적으로도 병원간 융통이 가능하여 운영자금의 확보에도 유리하다. 공동구매는 병원의 물자구매업무를 통합함으로써 경제적으로나 정치적으로 많은 영향력을 행사할 수 있게 하며 병원이 대규모 수요자가 되기 때문에 외부에 대한 발언권이 보다 강화될 수 있다. 또한 공동사업을 위하여 별도의 기구를 설립할 경우는 참여 병원들의 투자에 대한 이익배당도 기대할 수 있다(장석철 외, 1994).

또 다른 형태의 협의체로 상호 성격이 다른 조직간의 협력이 되겠다. 이러한 형태의 협력은 주로 시장에서 상호간에 공급자, 구매자 등의 관계가 있는 조직간에 협력하여 장기적인 합의에 의해서 긴밀한 관계를 유지하므로 주어진 시장에서의 독점적인 지위확보를 통하여 경쟁우위를 달성하고자 하는 목적에서 형성된다. 이러한 교류는 부가가치적 관계(value-adding partnership) 또는 체계적 네트워크(systemic network)로 지칭된다. 이러한 협력관계는 통합된 의료서비스 전달이나 상호간에 재정적인 협력 시스템을 구축하기 위한 기본 틀의 역할을 하게 된다.

병원계에서 이러한 관계는 주로 제한된 지역 내에서 동일 지역의 주민을 대상으로 의료서비스를 제공하는 데에 있어서 상호 관련된 업종간의 연합으로 이루어진다. 따라서 이러한 협력관계는 진료권내에서 급성의료서비스, 요양서비스 등의 업종간에 수직적 관계를 형성하고 행정적, 임상적 사항에 대하여 상호 협조하여 환자에 대한 의료서비스의 지속적인 제공을 목적으로 형성된다.

나. 戰略的 提携

협의체와 같이 조직간에 상호협조에 있어서는 개념상 동일 하나 협의체보다는 협력의 내용이 좀더 구체적이고 참여조직간에 구속력이 강하며 다수의 회원 조직보다는 소수의 조직간에 관계를 형성하는 형태로 전략적 제휴를 들 수 있다. 전략적 제휴란 경쟁관계에 있는 조직이 일부 사업 또는 기능별 활동부문에서 경쟁조직과 일시적인 협동 관계를 갖는 것을 말한다. 인수합병이 두 조직이 결합하여 새로운 조직으로 변화하는 데 반하여 전략적 제휴는 두 기업이 파트너적 관계로 상호이익을 위해 경영자원을 공유, 교환, 통합하는 것을 의미한다.

전략적 제휴는 두 조직간에 결합 정도가 인수합병에 비하여 약하므로 상호간에 이해관계가 맞지 않은 경우 제휴가 결렬될 수 있는 가능성이 높다. 그러나 전략적 제휴는 인수합병만큼 큰 투자와 자금력을 요구하는 것이 아니라 상호간의 이해관계에 따라 부분적인 통합을 이루므로 만큼 위험도가 낮다는 장점이 있다.

전략적 제휴의 목적으로는 제휴 조직간의 자원과 위험의 공유, 새로운 시장의 개발, 산업 표준의 결정 등 협의체의 목적과 큰 차이를 보이고 있지 않으나 협의체에 비하여 강한 상호 제재의 특성상 사업 추진에 있어서 전략적 제휴가 보다 적극적이라고 볼 수 있다. 또한 협력의 분야 및 방법이 협의체보다 명확히 제시되어 협력관계를 갖고 있는 조직의 운영에 직접적인 영향을 미치기 때문에 상호간의 시너지 효과를 제고하기 위한 공동의 노력에 대한 유인이 협력체보다 강하다고 볼 수 있다. 병원들간의 전략적 제휴관계의 적용으로는 새로운 서비스의 공동개발 및 제공, 환자의 교류관계 등을 들 수 있다.

이러한 전략적 제휴는 기능별 제휴나 합작투자 등을 통하여 실현된다. 기능별 제휴는 대체로 지분 참여 없이 그 조직이 수행하는 여러

가지 업무 분야의 일부에서 협조관계를 갖는 것이다. 이러한 제휴관계는 구체적으로 연구개발, 생산, 마케팅, 기술, 유통과 같은 각각의 기능별 분야에서 협조하여 수행하는 것을 말한다. 병원의 경우 주요 기능별 제휴형태로는 연구개발을 위해 전략적 제휴를 맺는 연구개발 컨소시엄, 임상기술 및 경영 노하우를 공유하기 위한 특정 인력 및 기술의 교류 등이 될 수 있다.

한편 합작투자는 공동으로 투자하여 모 조직으로부터 독립된 조직을 만드는 방식이다. 이러한 합작투자방식은 기능이나 업무분야에 국한된 협력보다는 조직활동의 여러 분야에 걸친 종합적인 협력관계가 필요할 때 실행하는 경우가 많다. 병원의 경우 병원간 합작투자에 의한 검사센터의 운영, 특정 환자군을 대상으로 하는 진료센터의 설립 등의 협력관계가 되겠다.

다. 引受合併

인수합병은 두 조직이 통합하여 하나의 조직으로 되거나, 한 조직이 다른 조직의 주식이나 자산을 전부 또는 일부 매입함으로써 한 쪽이 일방적으로 다른 조직의 경영권을 획득하는 것을 말한다. 이러한 인수합병의 목적을 보면 첫째, 시장지배력 확대를 목적으로 하는 경우다. 산업 내에 소수의 기업만이 존재하고 있는 과점적인 시장구조라면 이 소수의 기업들이 결합함으로써 거대 기업으로 확대되어, 독점력을 행사할 수 있게 된다. 미국에서 20세기초에 상당한 수의 수평적인 합병이 일어난 이유가 주로 산업 내에 합병을 통해서 거대 동일법인체화 함으로써 시장지배력을 높이려는 의도로부터 비롯된 것이라고 할 수 있다.

이러한 형태의 인수합병은 사회적으로 많은 효용의 손실을 가져오

는 경우가 많기 때문에 미국은 반트러스트법(Anti-trust Law)을 제정하여 독점력을 증가시킬 수 있는 합병을 금지시키고 있다. 우리 나라의 경우도 마찬가지로 시장 지배적인 사업자가 수평적 합병을 통하여 독점력을 얻는 경우를 규제하고 있다.

둘째, 신속한 시장 진입이 필요한 경우 인수합병으로 시장 진입 시 필요한 시간을 절약할 수 있다. 기업이 신규시장에 들어가 독자적으로 사업을 키우는 데는 많은 시간과 노력이 요구된다. 새로운 시장에 진입하고자 하는 기업은 오랜 시간동안 시장의 특성을 파악하면서 기존에 나름대로의 경쟁력을 확보하고 있는 기업과 경쟁을 벌여야 한다. 이러한 상황에서 신규 기업이 기존의 기업에 대하여 경쟁력을 확보하기란 어려운 일이며, 이의 확보를 위해서는 많은 노력과 시간이 필요하다. 따라서 기존의 기업과 인수합병을 시도하므로 이미 확보된 판매망을 통하여 원활한 시장진입을 추진하는 것이다.

셋째, 규모의 경제와 범위의 경제의 활용이 가능하다. 기업들은 때로는 인수합병을 통해 규모의 경제와 범위의 경제를 실현하고자 한다. 수평적 통합을 통하여 품목과 시장 점유율을 확대하는 경우 생산 시설을 보다 효과적으로 사용할 수 있으며, 대규모의 원재료를 구입함으로써 규모의 경제를 누릴 수 있다. 또한 수직적 통합은 기업이 여러 단계의 생산활동을 직접 수행함으로써 거래비용을 대폭적으로 절약하여 운영의 효율화를 기할 수 있다.

마지막으로 재무구조의 개선을 위해서 이루어지는 경우도 있다. 우리 나라의 인수합병에 많이 나타나는 형태로 재무구조가 좋지 않은 기업과 재무구조가 좋은 기업간에 합병을 통하여 재무구조 개선 효과의 성취를 목적으로 한다. 또한 합병을 통하여 세금을 절감시키려는 세금효과도 주요한 목적중의 하나이다. 우리 나라의 계열사와 모회사 간에 흡수합병의 많은 경우가 이러한 목적에서 수행된다고 볼 수 있다.

한편 인수합병은 인수기업과 피인수기업의 사업의 유사성에 따라 구분할 수 있는 데 수직적인 인수합병과 수평적인 인수합병으로 나누어 볼 수 있다.

수직형(vertical) 인수합병은 생산 과정이나 판매 경로상에서 이전 또는 이후의 단계에 있는 기업을 인수하는 것으로 주로 반제품 등의 재료원 확보나 유통 경로 확보를 목적으로 할 때 나타난다. 병원계에서 급성병원이 요양병원이나 장기요양시설을 인수·합병하여 급성병원에서 필요한 진료를 마친 후 회복이나 보호관찰이 필요한 환자를 요양시설로 이전하므로 채용일수의 감축으로 인한 급성병원의 운영효율성 제고 및 환자에게 진료의 지속성 보장 등의 효과를 달성한다.

수평형(horizontal) 인수합병은 같은 산업에서 생산 활동 단계가 비슷한 기업간에 이루어지는 것을 말한다. 주로 시장 점유율을 높이거나 판매력 강화 또는 제품 품목의 다양화 등을 목적으로 하거나, 규모의 경제를 목적으로 할 때 이루어진다. 이러한 수평형 인수합병에 의하여 병원계는 다수병원체계를 형성한다. 물론 다수병원체계 내에서 개별병원간 관계는 전략적 제휴에 의하여 성립되는 경우도 있지만 대부분 이러한 수평적인 인수합병의 과정을 통해서 결성된다. 여기서 인수합병의 병원계 적용의 예로 다수병원체계와 미국의 통합의료체계(IDS: Integrated Delivery System)에 관하여 알아보면 다음과 같다.

다수병원체계는 2개 이상의 병원간 협력체계로 소유권이 전부 또는 부분적으로 공유되어 있어서 하나의 경영체계 안에서 동일법인체적인 형태(corporate structure)로 운영되고 있는 형태를 말한다(Morrissey & Alexander, 1987). 다수병원체계에서의 각각의 병원은 그 소유권, 상호관계의 복잡성, 전략적인 관리 등에 따라 여러 가지 형태를 띄지만 대개 법적인 독립성을 가지고 있다. 이러한 다수병원체계는 소속병원

들에게 자원으로의 접근, 상호 학습(shared learning), 상호거래상의 신뢰 등을 증진시키는 역할을 하며 또한 병원이 예상하지 못하던 외부적인 환경변화, 예를 들면 경쟁병원의 출현, 의료기술의 변화, 정부규제의 변화 등으로부터 소속병원들을 보호하는 역할을 한다.

미국에서의 다수병원체계는 병원들간의 수평적인 통합의 결과로 나타났는데 동일 시스템의 병원이 지역적으로 분산되어 유사한 급성 병원서비스를 제공하고 있다. 이러한 다수병원체계의 출현은 1960년대에 영리병원들이 사업 확장을 목적으로 다수의 병원을 인수하기 시작하므로써 시작되었다. 당시 병원 인수를 위한 자본에 대한 접근이 용이하였고 또한 메디케어 등을 통한 병원서비스 공급의 확장정책에 따라 병원 운영에 있어서 수익성이 급격히 증가하여 영리병원의 다수병원체계 확립의 결정적인 동기가 되었다.

1970년대에 들어서는 영리 다수병원체계에 위협을 느낀 비영리 병원들도 다수병원체계를 구축하기 시작하였다. 또한 CON(certification of need) 제도의 도입과 함께 서비스의 확장에 정부의 규제가 도입됨에 따라 병원들이 기존 병원의 인수를 통하여 서비스를 확장하고자하는 전략을 시행하는 과정에서 비영리 병원의 다수병원체계 설립은 급격한 증가세를 보였다. 이러한 병원인수를 통한 다수병원체계의 형성 전략은 1980년대 중반까지 지속되었는데 영리병원과 비영리병원의 인수전략은 각각 다른 양상을 띄고 있었다. 즉 영리 다수병원체계는 공격적 확장전략을 채택하여 주로 전국적인 서비스 지역을 타겟으로 하여 급격히 확장해 나간 반면, 비영리 다수병원체계는 그 확장추세가 영리병원보다는 느렸으며 서비스도 제한된 지역을 타겟으로 하여 성장해 나갔다.

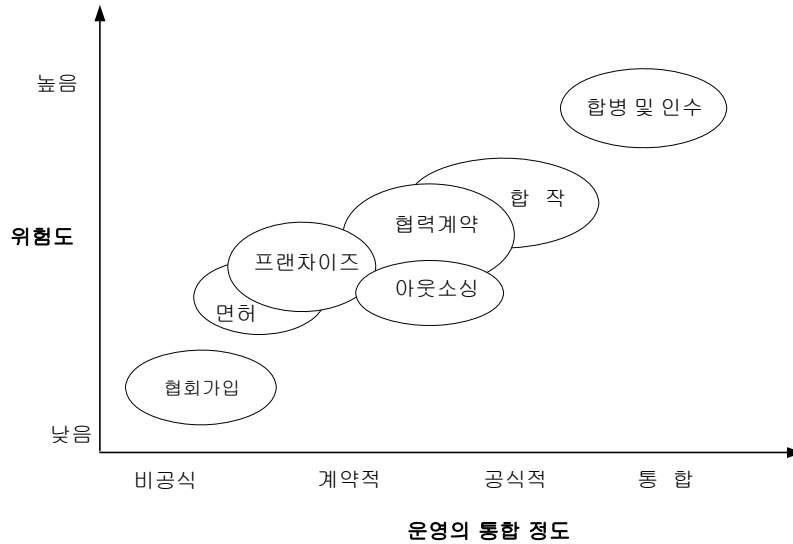
한편 개념상 수평적 인수합병과 수직적 인수합병이 혼합되어 적용된 형태로 근래에 미국에서 활발히 결성되고 있는 통합의료체계에 관하여

고찰해 보면 다음과 같다. 지난 10년 동안 미국 의료계는 의료전달체계 및 의료비용 지불방법의 획기적인 변화를 겪어 왔으며 병원들은 환경변화에 대응하기 위하여 인수합병 및 전략적 제휴를 활발히 추진하였다. 이러한 상호 제휴관계는 병원간의 협력에 의한 수평적 통합(제휴)과 함께 의료전달체계상의 다양한 보건의료기관 즉 개업의, 건강프로그램, 가정간호, 장기 요양시설 등과 협력하는 수직적 통합(제휴)을 동시에 추구하는 형태를 띄게 되었다. 이러한 다양한 보건의료기관간에 상호 제휴를 통한 종합적 의료서비스 제공 조직을 갖춘 형태를 미국에서는 통합의료체계(IDS)로 규정짓고 있다. 의료의 공급자들은 이러한 체계를 통하여 제공되는 서비스의 다양화를 성취하므로 질적인 면에서는 진료의 지속성 확보, 병원 경영적 측면에서는 지속적으로 심화되고 있는 상호경쟁 완화, 자원의 효율적인 사용 및 소속 의료기관의 재정적 위험 분산 등의 효과를 추구하고 있다.

라. 協力形態別 危險度 및 結束力 比較

[그림 II-1]은 조직간의 협력에 있어서 여러 가지 유형의 위험도와 결속력간의 관계를 보여주고 있다. 그림에서 보는 바와 같이 일반적으로 인수합병은 수익 창출 능력에 있어 좋은 수단인 반면 동일법인체로의 통합은 많은 자금을 필요로 하는 만큼 위험 역시 높다. 반면 협회가입의 경우 결속력에 있어서 제한적이고 따라서 협력에 따른 위험도도 낮다. 인수합병과 협회가입 사이에서 중간적인 성격을 가지고 있는 협력 유형으로는 전략적 제휴를 비롯하여, 협력계약, 프랜차이즈, 아웃소싱, 면허대여 등이 있다.

[그림 II-1] 組織間 協力 類型과 危險度 및 結束力間的 關係



資料: 매일경제신문사, 『동일법인체체창조를 위한 M&A 성공전략』, 1998.

따라서 병원은 병원간 협력에서 추구할 목적에 대한 정확한 정의를 기준으로 이러한 사업을 추진하고자 할 때 자체적인 능력에 대한 면밀한 검토를 통하여 타 병원과의 협력이 필요한지의 여부를 결정하여야 할 것이다. 일단 협력이 필요하다는 것이 정당화된 후 협력관계를 어떠한 유형으로 설계할 것인지에 대한 분석이 필요하다. 이를 위해서는 각 유형의 장점과 단점이 고려되어 목적 추구에 가장 적합한 형태로 결정되어야 한다. 이어서 협력대상병원을 결정하여야 하는 데 여기서는 대상병원이 추구하는 목적을 만족시킬 수 있는 능력이 있는지는 물론이고 이러한 협력관계를 지속적으로 유지하기 위한 기업 문화적인 측면도 고려의 대상이 되어야 할 것이다.

Ⅲ. 協力病院制度의 國內現況

본 연구는 병원간 협력의 현황과약을 위하여 전국의 860개 병원을 대상으로 설문조사를 실시하였으며 이에 응답한 병원은 224개소였다. 본 장에서는 이러한 설문조사의 결과를 바탕으로 협력사업의 내용, 협력사업의 효과성, 협력시의 애로사항과 협력관계가 없는 병원의 경우 협력관계를 맺고 있지 않은 이유, 향후계획 등에 관하여 고찰하였다.

우리 나라에서 이루어지고 있는 협력체는 모자병원, 자매병원, 협의체, 협력병원 등 다양하게 지칭되지만 이들간 협력성격의 차이를 구분하는 공통적 정의가 미흡한 실정이다. 따라서 본 연구는 설문조사에서 협력관계를 동일법인협력관계, 법인무관협력관계, 비협력관계로 나누어 조사하였다. 협력관계를 동일법인협력과 법인무관협력으로 구분하여 조사한 것은 두 협력형태간에 결속력 또는 구속력에 있어서 차이가 있을 것이라는 가정에 의해서다. 즉 병원간 협력관계가 동일 법인에 속하는 경우는 상호협력에 있어서 구속력이 강하여 협력활동이 활발하고 따라서 협력관계가 병원운영에 미치는 영향이 클 수 있기 때문이다.

이에 따라 본 장에서는 먼저 조사에 응답한 병원들의 일반현황을 알아보았으며, 협력관계에 있을 경우 협력사업의 형태, 사업내용, 효과성에 대한 의견 등을 법인협력병원, 법인무관협력병원으로 나누어 비교 분석하였으며 비협력병원의 경우 협력관계를 맺지 않은 이유와 협력관계에 대한 의견 및 향후 계획 등에 대하여 고찰하였다.

1. 應答病院의 一般現況

가. 應答病院의 規模

응답병원의 평균 운영병상규모는 307병상이었으며, 동일법인내 협력병원이 478병상으로 가장 높았고, 법인무관협력병원 314병상, 비협력병원이 201병상이었다(表 III-1 참조). 따라서 일반적으로 동일법인체에 속한 병원은 어느 정도의 규모를 갖춘 병원인 반면 독립적으로 운영되는 병원은 대개 의료법인이나 개인병원으로 우리 나라 병원운영환경에서는 운영상에 여러 가지 제약이 따르는 병원들로 구성되어 있다고 볼 수 있다.

병원의 평균자산규모도 이러한 맥락에서 유사한 분포를 보이고 있는 바 전체 응답병원의 평균자산규모는 약 196억원이었다. 협력형태별로 보면 동일법인협력병원이 약 410억원, 법인무관협력병원이 약 166억원, 비협력병원이 약 122억원이었다.

〈表 III-1〉 應答病院의 資産 및 病床規模

(단위: 개소, 억원)

구 분	동일법인협력	법인무관협력	비협력	합 계
전체(N)	44.0	102.0	78.0	224.0
총 자산규모	410.0	165.6	121.9	196.1
병상수(허가병상)	487.6	309.9	204.2	308.0
병상수(운영병상)	478.1	314.4	201.4	307.2

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

나. 協力形態別 設立形態

의료기관의 설립형태는 개인병원이 65개소(29.0%)로 가장 많았고, 다음으로 의료법인 64개소(28.6%), 학교법인 33개소(14.7%) 순이었다.

협력형태별 현황을 보면 우선 동일법인내에서 협력관계를 갖고 있는 의료기관은 학교법인이 21개소(47.7%)로 가장 많았으며, 법인무관협력관계를 갖고 있는 의료기관은 의료법인이 40개소(39.2%), 협력관계가 없는 의료기관은 개인이 36개소(46.2%)로 가장 많았다(表 III-2 참조).

〈表 III-2〉 醫療機關 協力形態別 設立形態 現況

(단위: 개소, %)

설립형태	동일법인협력	법인무관협력	비협력	합계
계(N)	44(100.0)	102(100.0)	78(100.0)	224(100.0)
국립대학	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
국립	0(0.0)	4(3.9)	3(3.9)	7(3.1)
시립	0(0.0)	1(1.0)	1(1.3)	2(0.9)
공립	1(2.3)	1(1.0)	2(2.6)	4(1.8)
공사	1(2.3)	10(9.8)	2(2.6)	13(5.8)
학교법인	21(47.7)	8(7.8)	4(5.1)	33(14.7)
특수법인	1(2.3)	6(5.9)	2(2.6)	9(4.0)
사단법인	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
재단법인	7(15.9)	4(3.9)	6(7.7)	17(7.6)
사회복지	1(2.3)	3(2.9)	6(7.7)	10(4.5)
회사법인	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
의료법인	8(18.2)	40(39.2)	16(20.5)	64(28.6)
개인	4(9.1)	25(24.5)	36(46.2)	65(29.0)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

다. 協力形態別 所在地域現況

의료기관의 소재지역 현황을 보면 전체 응답기관 224개소 중 41개소(18.5%)는 서울에 위치하고 있었으며, 60개소(26.8%)는 광역시 지역에, 86개소(38.4%)는 시 지역에, 나머지 37개소(16.5%)는 군 지역에 각각 위치하고 있었다. 협력형태별로 서울 및 광역시 지역과 그 외의 지역으로 나누어 비교해 보면 동일법인내 협력병원은 전체 44개소 중

서울 및 광역시 지역에 23개소(52.3%)가 위치하고 있었으며, 법인무관 협력병원은 102개소 중 38개소(37.3%), 비협력병원은 78개소 중 40개소(51.3%)가 각각 서울 및 광역시 지역에 위치하고 있었다(表 III-3 참조).

〈表 III-3〉 醫療機關 協力形態別 所在地域 現況

(단위: 개소, %)

지역구분	법인협력	법인무관협력	비협력	합계	
계(N)	44(100.0)	102(100.0)	78(100.0)	224(100.0)	
도·농	특별시	13(29.6)	13(12.8)	15(19.2)	41(18.3)
	광역시	10(22.7)	25(24.5)	25(32.1)	60(26.8)
	시지역	18(40.9)	45(44.1)	23(29.5)	86(38.4)
	농어촌(군)	3(6.8)	19(18.6)	15(19.2)	37(16.5)
지역	서울	13(29.5)	13(12.8)	15(19.2)	41(18.3)
	부산	3(6.8)	7(6.9)	19(24.4)	29(13.0)
	대구	1(2.3)	8(7.8)	2(2.6)	11(4.9)
	인천	3(6.8)	0(0.0)	2(2.6)	5(2.2)
	광주	2(4.6)	4(3.9)	0(0.0)	6(2.7)
	대전	1(2.3)	2(2.0)	1(1.3)	4(1.8)
	울산	0(0.0)	4(3.9)	2(2.6)	6(2.7)
	경기	4(9.1)	10(9.8)	13(16.7)	27(12.1)
	강원	2(4.6)	2(2.0)	3(3.9)	7(3.1)
	충북	0(0.0)	2(2.0)	4(5.1)	6(2.7)
	충남	2(4.6)	2(2.0)	1(1.3)	5(2.2)
	전북	2(4.6)	8(7.8)	4(5.1)	14(6.3)
	전남	1(2.3)	9(8.8)	4(5.1)	14(6.3)
	경북	4(9.1)	10(9.8)	3(3.9)	17(7.6)
경남	6(13.6)	19(18.6)	5(6.4)	30(13.4)	
제주	0(0.0)	2(2.0)	0(0.0)	2(0.9)	

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

라. 協力形態別 修練病院 指定與否

수련병원 지정여부를 보면 전체 응답기관 224개소 중 104개소(46.4%)가 비지정기관이었으며, 수련병원지정기관 중 인턴 및 레지던트 지정기관은 75개소(33.5%), 레지던트지정병원인 35개소(15.6%)순 이

었다. 협력형태별로 인턴·레지던트 지정병원의 비율을 보면 법인협력 병원이 68.2%(30개소)로 가장 높았고, 법인무관협력병원이 27.5%(28개소), 비협력병원이 21.8%(17개소)로 나타났다(表 III-4 참조).

〈表 III-4〉 協力形態別 修練病院 指定與否

(단위: 개소, %)

지정여부	법인협력병원	법인무관협력	비협력	합계
계(N)	44(100.0)	102(100.0)	78(100.0)	224(100.0)
인턴·레지던트	30(68.2)	28(27.5)	17(21.8)	75(33.5)
지정 레지던트	8(18.2)	25(24.5)	2(2.6)	35(15.6)
인턴	1(2.3)	5(4.9)	4(5.1)	10(4.5)
비지정	5(11.4)	44(43.1)	55(70.5)	104(46.4)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

마. 醫療機關 種別 協力關係 現況

협력형태별 의료기관 종별 현황을 보면 동일법인내 협력관계를 맺고 있는 기관은 종합병원이 27개소(44.0%)로 가장 많았고, 법인무관협력관계를 맺고 있는 의료기관도 종합병원이 50개소(49.0%)로 가장 많았으며, 비협력 의료기관은 병원이 51개소(65.2%)로 가장 많았다(表 III-5 참조).

〈表 III-5〉 醫療機關 種別 協力關係 形態

(단위: 개소, %)

협력형태	법인협력병원	법인무관협력	비협력	합계
계(N)	44(100.0)	102(100.0)	78(100.0)	224(100.0)
3차 종합병원	12(48.0)	11(10.8)	2(2.8)	25(11.2)
종합병원	27(44.0)	50(49.0)	25(32.0)	102(45.5)
병원	5(8.0)	41(40.2)	51(65.2)	97(43.3)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

이상과 같은 응급병원의 일반현황에서 나타난 바와 같이 법인 내에서 협력관계를 가지고 있는 병원들은 주로 대도시에 위치하고 있으며, 그 규모가 법인무관협력 및 비협력 관계를 가지고 있는 병원보다 크다는 것을 알 수 있다. 한편 협력관계에 참여하므로 의료의 질이나 효율성 면에서 가장 혜택을 받을 수 있을 것으로 사료되는 병원급 의료기관들이 협력관계 없이 독립적으로 운영되고 있는 경우가 많은 것을 볼 때 이들을 종합병원이나 3차 의료기관에 연결하는 방안이 시급한 것으로 사료된다.

2. 協力關係 現況 分析

가. 協力關係를 위한 公式的인 契約書 有無 與否

협력관계가 공식적인 형식을 갖추고 있는지를 알아보기 위하여 협력형태별로 협력관계 운영을 위한 공식적인 합의서, 계약서의 마련여부를 조사한 결과 이러한 형태의 문서를 협력관계에 참여하고 있는 병원의 83.4%가 갖고 있는 것으로 조사되었다. 동일법인내에서 협력관계를 갖고 있는 의료기관의 경우 전체 38개소 중 31개소(81.6%), 법인무관 협력관계를 갖고 있는 의료기관은 101개소 중 85개소(84.2%)가 ‘마련하고 있다’고 응답하였다(表 III-6 참조).

〈表 III-6〉 協力關係時 公式的인 合意書, 契約書 有無與否

(단위: 개소, %)

마련여부	법인협력병원	법인무관협력병원	합 계 ¹⁾
계	38(100.0)	101(100.0)	139(100.0)
예	31(81.6)	85(84.2)	116(83.4)
아 니 오	7(18.4)	16(15.8)	23(16.6)

註: 1) 무응답 7개소 제외

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

나. 協力關係 運營을 위한 別途 機關 設立·運營 與否

병원간에 공동 투자로 별도의 조직체를 설립하여 협력관계를 수행하는 경우 참여병원 상호간의 결속력과 책임감이 고취되어 협력관계의 효과성을 제고할 수 있다. 이러한 의미에서 협력관계 운영을 위한 별도 기관의 설립·운영여부를 알아본 결과 협력관계를 가지고 있는 137개 병원의 90.5%인 124개 병원이 별도의 기관을 운영하고 있지 않았다. 협력형태별로 비교해 보면 법인무관협력병원의 경우 96개소(96.0%), 법인협력병원의 28개소(75.7%)가 별도의 기관을 운영하고 있지 않았다.

〈表 III-7〉 協力關係 運營을 위한 別途의 機關 設立·運營 與否
(단위: 개소, %)

운 영 여 부	법인협력병원	법인무관협력병원	합 계 ¹⁾
계	37(100.0)	100(100.0)	137(100.0)
예	9(24.3)	4(4.0)	13(9.5)
아 니 오	28(75.7)	96(96.0)	124(90.5)

註: 1) 무응답 9개소 제외.

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

다. 協力關係 參與 病院의 數와 規模

각 병원간 협력체별 참여 병원 수와 규모를 보면 협력체별로 평균 4.9개의 병원이 참여하고 있는 것으로 나타났으며, 동일법인내 협력병원은 평균 6.2개로 법인무관병원의 4.3개보다 참여병원이 많았다(表 III-8 참조). 규모별로 보면 동일법인내협력의 경우 500병상 이상규모의 모병원 역할을 하는 병원이 1.8개이었고, 자병원 역할을 하는 병원 중에는 100병상미만의 병원이 차지하는 비율이 높았다. 한편 법인무

관 협력의 경우 모병원 수는 1.2개소로 법인협력의 경우보다 낮았으나 자병원의 규모는 비교적 고른 분포를 보이고 있었다(表 III-8 참조).

〈表 III-8〉 協力關係에 參與하고 있는 病院의 數와 規模

(단위: 개소)

구 모	법인협력병원	법인무관협력병원	합 계
평균	6.2	4.3	4.9
대학병원 및 500병상 이상	1.8	1.2	1.4
300~499 병상	0.5	0.4	0.5
200~299 병상	0.4	0.8	0.7
단과 레지던트 수련병원	0.1	0.1	0.1
100~199 병상	0.4	0.6	0.6
100병상 미만	3.0	1.2	1.7

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

라. 協力關係 結成時期

협력형태별 협력관계의 결성시기를 묻는 질문에 응답 의료기관 118개소 중 95개소(80.5%)가 '91년 이후에, 15개소(12.7%)는 '81년에서 '90년 사이에 결성하였다고 응답하였다.

〈表 III-9〉 協力形態別 協力關係의 結成時期

(단위: 개소, %)

결성시기	법인협력병원	법인무관협력병원	합 계
계	33(100.0)	85(100.0)	118(100.0)
1970년 이전	3(9.1)	1(1.2)	4(3.4)
1971~1980년	2(6.1)	2(2.4)	4(3.4)
1981~1990년	6(18.2)	9(10.6)	15(12.7)
1991년 이후	22(66.7)	73(85.9)	95(80.5)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

협력형태별로 보면 법인무관협력병원의 경우 전체 85개소 중 73개소(85.9%)가 그리고 33개 동일법인내 협력병원 중 22개소(66.7%)가 '91년 이후에 결성되었다고 응답하였다(表 III-9 참조). 따라서 대체로 동일법인내 협력의 경우가 협력체제를 갖춘 기간이 길다고 볼 수 있다.

마. 協力事業 內容 및 實施比率

협력형태별 협력사업 내용 및 실시비율을 묻는 질문에 응답한 의료기관의 77.4%(113개소)가 '환자의뢰 및 회송관계'를 맺고 있다고 응답하였고, 그 다음으로 '의료 및 행정인력 교류'가 48.6%(71개소), '의료기술교류'가 40.4%(59개소) 순이었다. 법인무관 협력관계를 갖고 있는 의료기관중 82개소(80.4%)가 '환자의뢰 및 회송관계를 맺고 있다'고 답하여 동일법인내 협력관계의 의료기관 31개소(70.5%)보다 높았다(表 III-10 참조).

〈表 III-10〉 協力事業 內容 및 實施比率

(단위: 개소, %)

실시비율	법인협력병원	법인무관협력병원	합계
환자의뢰 및 회송관계	31(70.5)	82(80.4)	113(77.4)
공동 구매	17(38.6)	3(2.9)	20(13.7)
의료 및 행정 인력교류	26(59.1)	45(44.1)	71(48.6)
의료기술 교류	25(56.8)	34(33.3)	59(40.4)
전문경영기술 교류	22(50.0)	10(9.8)	32(21.9)
고가의료기기 공동사용	10(22.7)	6(5.9)	16(11.0)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

바. 患者依賴 및 回送事業에서의 役割

의료기관의 환자의뢰 및 회송사업에서의 역할을 살펴보면 전체 응

답병원 중 64개소(48.5%)는 ‘자병원’이었고, 45개소(34.1%)는 ‘상호의뢰관계’였으며, 23개소(17.4%)는 ‘모병원’이었다.

〈表 III-11〉 患者依賴 및 回送事業에서의 役割

(단위: 명, %)

역 할	법인협력병원	법인무관협력병원	합 계
계	38(100.0)	94(100.0)	133(100.0)
주로 환자를 의뢰 받음(모병원)	12(31.6)	11(11.7)	23(17.4)
주로 환자를 의뢰함(자병원)	12(31.6)	52(55.3)	64(48.5)
상호의뢰 관계	14(36.8)	31(33.0)	45(34.1)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

협력형태별로 구분해 살펴본 결과 동일법인내에서의 협력관계를 갖고 있는 의료기관중 14개소(36.8%)는 ‘상호의뢰 관계’였으며, 법인무관 협력관계를 갖고 있는 의료기관중 52개소(55.3%)는 주로 환자를 의뢰하고 있는 ‘자병원’이었다(表 III-11 참조). 따라서 동일법인협력보다 법인무관협력에서 모자병원 형태로 환자교류를 실시하는 경우가 많은 것을 알 수 있다.

사. 1998年度 患者依賴 및 平均回送實積

조사대상 기관의 환자의뢰 및 회송실적을 살펴본 결과 의뢰환자수는 기관당 평균 732명이었으며, 회송 환자수는 평균 189명으로 의뢰 환자의 회송비율이 25.8%에 불과한 것으로 나타났다. 협력형태별로 구분해 보면 동일법인내 협력병원의 경우 의뢰 환자수는 평균 1,468명이었고, 회송 환자수는 약 410명이었으며, 법인무관 협력병원의 경우에는 의뢰가 463명, 회송이 약 88명이었다(表 III-12 참조).

〈表 III-12〉 1998年度 總 患者依賴 및 平均回送實積

(단위: 명)

의뢰/회송수	법인협력병원	법인무관협력병원	합 계
의뢰 환자 수	1,468.0	463.1	732.0
회송 환자 수	409.6	88.2	189.4

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

아. 協力形態別 患者依賴 理由

의료기관의 환자의뢰 이유를 보면 전체의 45.8%가 ‘상병관련 서비스를 제공하고 있지 않기 때문’이라고 응답하였으며, 30.1%는 ‘환자가 요청하였기 때문’이라고 답하였다.

〈表 III-13〉 患者依賴 理由

(단위: 개소, %)

의뢰이유	법인협력병원	법인무관협력병원	합 계
계	15(100.0)	55(100.0)	70(100.0)
상병관련 서비스 비제공	47.7	45.2	45.8
환자가 요청하였기 때문	22.8	32.1	30.1
시간외 방문한 환자이기 때문	0.3	2.9	2.4
기타 사유 ¹⁾	29.2	19.7	21.7

註: 1) 기타로는 응급수술, 정밀검사 등의 필요가 있었음.

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

협력형태별로 보면 ‘상병관련 서비스를 제공하고 있지 않기 때문’이 동일법인내 협력의 경우 47.7%, 법인무관협력의 경우 45.2%로 비슷한 양상을 보이고 있으나 환자의 요청에 의한 경우는 법인무관협력 병원이 높게 나타났다(表 III-13 참조). 이러한 결과는 법인무관협력 병원의 규모가 법인협력병원 보다 작기 때문에 환자가 대형병원을 선호한 때문이라 하겠다.

자. 醫療機關 患者回送 理由

환자회송 이유에 관하여서는 41개 병원이 응답하였는데, 전체적으로 응답병원의 52.8%와 30.6%가 각각 ‘필요한 진료의 완료’, ‘환자가 요청하였기 때문’이라고 답하였다(表 III-14 참조). 동일법인내에서의 협력관계를 갖고 있는 병원과 법인무관 협력병원 간의 환자회송 관련 차이점은 법인무관협력의 경우에 환자의 요청에 의한 환자회송이 많다는 점이 되겠다. 이러한 현상은 환자의뢰의 경우와 비슷한 양상을 보이고 있다고 하겠다.

〈表 III-14〉 患者回送 理由

(단위: 개소, %)

회 송 이 유	법인협력병원	법인무관협력병원	합 계
계(N)	8	33	41
필요한 진료의 완료	69.4	48.8	52.8
환자가 요청하였기 때문	22.8	32.5	30.6
환자의 재정적 능력 미흡	2.3	9.2	7.9
기타 사유	5.6	9.5	8.7

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

차. 共同購買 事業에 包含되는 서비스

병원간 공동구매 사업의 내용을 알아본 결과 전체응답기관의 18.5%가 의약품, 16.4%가 의료소모품의 공동구매를 추진하고 있는 것으로 조사되었다. 협력형태별로 살펴보면 동일법인내에서의 협력관계를 갖고 있는 의료기관은 법인무관 협력병원에 비하여 모든 공동구매 서비스에 높게 나타났다. 의약품이 45.5%로 가장 높았고, 의료소모품 40.1%, 의료기기 29.6% 순이었다(表 III-15 참조). 이러한 결과는 〈表 III-10〉에서 살펴본 협력사업 내용 및 실시비율에서 동일법인 협력이 공동구

매사업을 활발하게 전개하고 있는 것과 일치한다고 볼 수 있다.

〈表 III-15〉 共同購買 事業에 包含되는 서비스

(단위: 개소, %)

포함되는 서비스	법인협력병원	법인무관협력병원	합 계
의약품	45.5	6.9	18.5
의료기기	29.6	4.9	12.3
의료소모품	40.1	5.9	16.4
세탁 등 외주용역 공동구매	20.5	3.9	8.9

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

카. 協力關係의 效果性에 대한 意見

협력관계가 병원경영에 미치는 효과에 대하여 총 135개 병원이 응답하였다. 전체 응답병원의 72.6%가 ‘매우 도움이 된다’ 또는 ‘대체로 도움이 된다’고 응답하여 ‘약간 도움이 된다’는 의견을 포함할 경우 협력형태를 취하는 병원의 94.8%가 긍정적으로 평가하고 있는 것으로 조사되었다(表 III-16 참조).

이를 다시 협력형태별로 보면 ‘매우 도움이 된다’거나 ‘대체로 도움이 된다’는 의견은 법인협력병원이 78.9%로 법인무관협력병원 70.1%보다 높아 법인협력병원이 더 긍정적으로 평가하고 있는 것으로 조사되었다. 특히, ‘매우 도움이 된다’는 의견 또한 법인협력병원이 36.8%로 법인무관협력병원 16.5%에 비해 높았다.

〈表 III-16〉 協力關係의 效果性에 대한 意見

(단위: 개소, %)

효과에 대한 생각	법인협력병원	법인무관협력병원	합 계
계	38(100.0)	97(100.0)	135(100.0)
매우 도움이 됨	14(36.8)	16(16.5)	30(22.2)
대체로 도움이 됨	16(42.1)	52(53.6)	68(50.4)
약간 도움이 됨	5(13.2)	25(25.8)	30(22.2)
별 도움이 되지 않음	3(7.9)	3(3.1)	6(4.4)
전혀 도움이 되지 않음	0(0.0)	1(1.0)	1(0.7)

註: 무응답 11개소 제외.

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

3. 非協力病院 現況分析

가. 他病院과 協力關係를 갖지 않는 理由

타 병원과 협력관계를 갖지 않는 이유를 묻는 질문에 70개소의 비협력병원이 응답하였는데, 이 중 45개소(64.3%)는 ‘필요하지만 마땅한 조직체가 없어서’로 응답하였고, 12개소(17.1%)는 ‘협력관계가 별 실효성이 없어서’, 9개소(12.9%)는 ‘최고 경영자가 필요성을 느끼지 못하여’라고 응답하였다(表 III-17 참조). 이러한 결과로 볼 때 병원간 협력의 필요성에 대한 어느 정도의 공감대는 병원계에 형성되어 있다고 보겠다.

〈表 III-17〉 非協力病院이 協力關係를 갖지 않는 理由

(단위: 개소, %)

갖지 않는 이유	3차 종합병원	종합병원	병원	합계
계	2(100.0)	23(100.0)	45(100.0)	70(100.0)
협력관계가 별 실효성이 없어	0(0.0)	6(26.1)	6(13.3)	12(17.1)
최고경영자가 필요성 못느껴	0(0.0)	3(13.0)	6(13.3)	9(12.9)
필요하지만 조직체가 없어서	2(100.0)	13(56.5)	30(66.7)	45(64.3)
기 타	0(0.0)	1(4.4)	3(6.7)	4(5.7)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

나. 向後 協力關係에 參與할 計劃

비협력병원의 향후 협력관계에 참여할 계획을 묻는 질문에 74개 응
답의료기관 중 44개소(59.5%)가 ‘참여할 계획이 있다’고 응답하였고,
‘잘 모르겠다’와 ‘없다’가 각각 18개소(24.3%), 12개소(16.2%) 순이었다.
3차 종합병원은 100%, 종합병원과 병원은 각각 15개소(62.5%)와 27개소
(56.3%)에서 ‘향후 참여할 계획이 있다’고 응답하였다(表 III-18 참조).

〈表 III-18〉 非協力病院의 向後 協力關係에 參與할 計劃

(단위: 개소, %)

참여할 계획	3차종합병원	종합병원	병원	합계
계(N)	2(100.0)	24(100.0)	48(100.0)	74(100.0)
있 다	2(100.0)	15(62.5)	27(56.3)	44(59.5)
없 다	0(0.0)	3(12.5)	9(18.8)	12(16.2)
잘 모르겠다	0(0.0)	6(25.0)	12(25.0)	18(24.3)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

다. 協力關係 遂行時 優先的으로 推進할 事業

협력관계 수행시 가장 우선적으로 추진할 사업을 묻는 질문에 전체
123개소의 응답기관중 72개소(58.5%)에서 ‘환자의뢰 관계’를 첫 번째
우선 순위로 생각하고 있었으며, 그 다음은 ‘의료기술교류’ 27개소
(22.0%) 순이었다(表 III-19 참조).

〈表 III-19〉 非協力病院의 協力關係를 必要로 한다면 必要한 事業
(단위: 개소, %)

내 용	첫 번째	두 번째	세 번째	네 번째	다섯 번째	여섯 번째
계(N)	123(100.0)	120(100.0)	118(100.0)	115(100.0)	109(100.0)	105(100.0)
환자의뢰 관계	72(58.5)	13(10.8)	17(14.4)	11(9.6)	7(6.4)	2(1.9)
공동구매	5(4.1)	8(6.7)	20(16.9)	24(20.9)	24(22.0)	29(27.7)
의료·행정인력 교류	12(9.7)	22(18.3)	19(16.2)	21(18.3)	25(23.0)	17(16.2)
의료기술 교류	27(22.0)	36(30.0)	26(22.0)	19(16.5)	8(7.3)	1(0.9)
전문경영기술 교류	3(2.4)	15(12.5)	20(16.9)	25(21.7)	24(22.0)	25(23.8)
고가의료기기 공동사용	4(3.3)	26(21.7)	16(13.6)	15(13.0)	21(19.3)	31(29.5)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

라. 他病院과 協力關係 經驗有無

비협력병원의 다른 병원과 협력관계 경험유무에 대해 알아본 결과 전체 86개 기관 중 68개소(79.1%)의 기관이 ‘협력관계의 경험이 없었다’고 응답하였다(表 III-20 참조). 이러한 결과로 볼 때 대다수의 비협력병원이 협력관계에 참여하지 않는 이유는 협력관계에 대한 부정적인 경험 때문이라기보다는 협력관계를 적극적으로 추구하지 않았기 때문인 것으로 사료된다.

〈表 III-20〉 非協力病院의 다른 病院과 協力關係 經驗有無
(단위: 개소, %)

경험 유무	3차 종합병원	종합병원	병 원	합 계
계	2(100.0)	32(100.0)	52(100.0)	86(100.0)
있 다	0(0.0)	8(25.0)	10(19.2)	18(20.9)
없 다	2(100.0)	24(75.0)	42(80.7)	68(79.1)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

IV. 協力形態別 運營效率性 比較分析

본 장과 이어지는 제5장에서는 분석대상 병원을 병원이 참여하고 있는 협력형태별로 나누어 경영실태를 비교·분석하였다. 본 장에서는 분석을 위하여 분석대상병원을 협력형태별로 동일법인협력병원, 법인무관협력병원 및 비협력병원 등으로 구분하고, 세 집단간의 운영효율성을 비교·분석하였다. 분석 대상병원은 본 연구에서 실시한 의료기관 상호협력관계 활성화를 위한 설문조사에 응답한 병원으로서 1999년도 병원표준화 심사에 참여한 400병상 이하의 병원이다.

1. 分析 對象 病院의 一般現況

가. 設立形態

분석대상 106개 의료기관 중 동일법인협력병원(이하 법인협력병원)은 15개소(14.2%)였으며 법인무관협력병원은 65개소(61.3%), 비협력병원은 26개소(24.5%)였다. 협력형태별 설립형태를 보면 법인협력병원은 재단법인이 5개소(33.3%)로 가장 많았고, 법인무관협력병원은 의료법인 27개소(41.5%), 비협력병원은 의료법인과 개인이 각각 8개소(30.8%)로 가장 많았다(表 IV-1 참조).

〈表 IV-1〉 應答病院의 設立形態別 現況

(단위: 개소, %)

설립형태	동일법인협력	법인무관협력	비협력	전체
	응답병원수	응답병원수	응답병원수	응답병원수
전체(N)	15 (100.0)	65 (100.0)	26 (100.0)	106 (100.0)
국립	0 (0.0)	1 (1.5)	0 (0.0)	1 (0.9)
시립	1 (6.7)	0 (0.0)	2 (7.7)	3 (2.8)
공사	1 (6.7)	14 (21.5)	3 (11.5)	18 (16.9)
학교법인	3 (20.0)	2 (3.1)	2 (7.7)	7 (6.6)
특수법인	1 (6.7)	4 (6.2)	0 (0.0)	5 (4.7)
재단법인	5 (33.3)	4 (6.2)	2 (7.7)	11 (10.4)
사회복지	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.9)	1 (0.9)
의료법인	1 (6.7)	27 (41.5)	8 (30.8)	36 (34.0)
개인	3 (20.0)	13 (20.0)	8 (30.8)	24 (22.6)

나. 地域現況

분석대상 병원의 지역별 현황을 보면 법인협력병원은 광역시 단위가 6개소(40.0%)로 가장 많았고, 법인무관협력병원은 시단위가 37개소(56.9%), 비협력병원은 광역시가 9개소(34.6%)로 가장 많았다. 따라서 비협력병원에 비하여 법인무관 협력병원이 소도시에 소재하고 있는 경우가 많은 것을 알 수 있다. 도별 분포현황을 보면 법인협력병원은 경기도가 4개소(26.7%)로 가장 많았고, 법인무관협력병원은 전국적으로 고르게 분포되어 있었으며, 비협력병원은 강원(26.9%), 경기(23.1%) 순이었다(表 IV-2 참조).

〈表 IV-2〉 應答病院의 都·農 및 地域別 現況

(단위: 개소, %)

지 역 구 분		동일법인협력	법인무관협력	비협력	합 계
전체(N)		15(100.0)	65(100.0)	26(100.0)	106(100.0)
시·도	특별시	2(13.3)	8(12.3)	7(26.9)	17(16.0)
	광역시	6(40.0)	15(23.1)	9(34.6)	30(28.3)
	시	5(33.3)	37(56.9)	7(26.9)	49(46.2)
	군	2(13.3)	5(7.7)	3(11.5)	10(9.4)
지 역	서울	1(6.7)	2(7.7)	2(7.7)	5(4.7)
	부산	1(6.7)	8(12.3)	3(11.5)	12(11.3)
	대구	1(6.7)	6(9.3)	0(0.0)	7(6.6)
	인천	0(0.0)	5(7.7)	1(3.9)	6(5.7)
	광주	1(6.7)	7(10.8)	0(0.0)	8(7.6)
	대전	2(13.3)	0(0.0)	0(0.0)	2(1.9)
	울산	0(0.0)	2(3.1)	0(0.0)	2(1.9)
	경기도	4(26.7)	5(7.7)	6(23.1)	15(14.2)
	강원도	2(13.3)	8(12.3)	7(26.9)	17(16.0)
	충청북도	0(0.0)	2(3.1)	0(0.0)	2(1.9)
	충청남도	0(0.0)	1(1.5)	3(11.5)	4(3.8)
	전북	2(13.3)	6(9.2)	0(0.0)	8(7.6)
	전남	0(0.0)	1(1.5)	1(3.9)	2(1.9)
	경북	0(0.0)	4(6.2)	0(0.0)	4(3.8)
경남	1(6.7)	5(7.7)	1(3.9)	7(6.6)	
제주	0(0.0)	3(4.6)	2(7.7)	5(4.7)	

다. 病院規模

분석대상 병원의 규모를 보면 법인협력병원의 운영병상수는 평균 208.6병상, 자산규모는 85억원, 평균 직원수는 약 210명이었다. 법인무관협력병원의 운영병상수는 평균 238.1병상, 자산규모는 129억원, 평균 직원수는 약 211명이었다. 한편 비협력병원의 평균 운영병상수는 248병상이었으며, 112억원의 자산규모에 평균 직원수는 약 218명이었다(表 IV-3 참조). 따라서 법인협력 병원이 나머지 두 집단의 병원보다 상대적으로 규모가 작다는 것을 알 수 있다.

〈表 IV-3〉 應答病院의 醫療機關 規模 現況

(단위: 병상, 백만원, 명)

구 분	동일법인협력	법인무관협력	비협력병원	합계
전 체(N)	15	65	26	106
운영 병상수 ¹⁾	208.6	238.1	248.1	236.4
총 자산규모 ²⁾	8,524.3	12,910.3	11,213.0	11,885.4
전체 직원수 ³⁾	209.5	210.5	218.3	212.3

註: 1) F-value=1.47, prob.=0.230.

2) F-value=1.64, prob.=0.199.

3) F-value=0.07, prob.=0.928.

운영 병상수와 전체 직원수는 비협력병원이 높았으나 총 자산규모는 법인무관협력병원이 높았다. 그러나 전체적으로 집단간의 유의한 통계적인 차이는 없었다.

〈表 IV-4〉 病院分析을 위한 諸般 指標

(단위: 명, %, 일)

구 분	지 표	정 의
인력현황	100병상당 직원수	총직원수/병상수×100
	진료과별 100병상당 의사수 (레지던트 포함)(가동병상 기준)	진료과별 의사수/병상수×100
	조정환자 100명당 직원수 ¹⁾	(평균재직직원수×입원진료일수)/조정환자수×100
인력 생산성	진료과별 전문의 1인당 월평균환자진료실적 (내과,소아과,산부인과, 일반외과)	(진료과별 연외래환자수/12)/진료과별 전문의수 (진료과별 연입원환자수/12)/진료과별 전문의수
	전문의 1인당 월평균 조정환자수	(조정환자수/월수)/전문의수
	진료과별 의사(전문의+레지던트) 1인당 월평균 환자진료실적	(진료과별 연외래환자수/12)/진료과별 의사수 (진료과별 연입원환자수/12)/진료과별 의사수
환자특성	100병상 1일 평균 환자수 ²⁾	(연외래환자수/외래진료일수)/병상수×100 (연입원환자수/입원진료일수)/병상수×100
	외래환자초진율	초진환자수/연외래환자수×100
	외래환자입원율	실입원환자수/연외래환자수×100
병상 활용도	평균재원일수	총재원일수/(입원실인원+퇴원실인원)/2
	병상이용률	(총재원일수-실퇴원환자수)/(병상수×입원진료일수)×100
	병상회전율	퇴원실인원수/병상수

註: 1) 조정환자수=연재원환자수+외래환자수×(외래환자1인당 일 평균진료비/재원환자 1인당 일 평균진료비).

2) 외래진료일수는 공휴일을 제외하고, 토요일을 0.5일로 계산하여 산출함.

2. 分析 指標

분석되는 지표는 그 특성에 따라 크게 인력현황, 인력생산성, 환자 특성, 병상활용도 등 4가지로 구분된다(表 IV-4 참조). 진료과별 전문의 1인당 월평균 환자진료실적은 분석대상 병원이 공통적으로 제공하고 있는 진료과인 내과, 소아과, 산부인과, 일반외과 등 기본 4개과만을 대상으로 분석하였다. 또한 정신병원과 같은 특수병원은 대상 환자의 특성으로 인하여 병원이용률, 병상회전율 등 병상활용도 측면에서 일반병원과 차이를 보일 수 있으므로 분석에서 제외하였다.

3. 人力現況 比較分析

가. 100病床當 職員數

일정 기간 중 평균적으로 재직한 직종별 직원수를 100병상 단위로 환산하여 산출한 수치이다. 병상당 직원수는 병원의 특성에 따라 다를 수 있지만 일반적으로 운영의 효율성을 나타내는 지표로 중요한 의미를 갖는다. 분석 결과 100병상당 직원수는 법인협력병원이 106.7명으로 비협력병원의 93.2명, 법인무관협력병원의 92.4명 보다 월등히 높은 것으로 나타났다(表 IV-5 참조).

〈表 IV-5〉 100病床當 職員數

(단위: 명)

구 분	동일법인협력	법인무관협력	비협력병원	전 체
100병상당 직원수	106.7	92.4	93.2	94.3

註: 1) F-value=1.271, prob.=0.285

나. 診療科別 100病床當 醫師數(레지던트 包含)

진료과별 100병상당 의사수는 진료과별 의사직(레지던트포함)의 인력을 100병상당으로 환산한 지표이다. 주요 진료과로 내과, 소아과, 일반외과, 산부인과만을 살펴본 결과 내과의 경우에는 법인협력병원이 4.1명으로 가장 높았고, 소아과 법인무관협력병원이 3.8명으로 가장 높았으며, 일반외과와 산부인과는 비협력병원이 각각 2.3명, 4.3명으로 가장 높았다(表 IV-6 참조).

〈表 IV-6〉 診療科別 100病床當 醫師數(레지던트 包含)

(단위: 명)

진 료 과	동일법인협력	법인무관협력	비협력병원	합 계
내 과 ¹⁾	4.1	2.9	3.5	3.2
소 아 과 ²⁾	1.6	3.8	3.0	3.2
일 반 외 과 ³⁾	1.6	1.9	2.3	2.0
산 부 인 과 ⁴⁾	3.2	3.2	4.3	3.7

註: 1) F-value=0.823, prob.=0.451, 2) F-value=0.222, prob.=0.806
 3) F-value=1.298, prob.=0.332, 4) F-value=0.235, prob.=0.794

다. 調整患者 100人當 職員數

일정 기간 중의 평균재직 직원총수를 조정환자 100명 단위로 환산하여 산출한 것이다. 이 지표의 해석기준은 100병상당 직원수와 동일하다. 다만, 100병상당 직원수 지표보다 조정환자 100명당 직원수 지표가 좀더 실제 병원 운영상황에 근접해 있다고 볼 수 있다. 분석결과 법인협력병원이 79.1명으로 가장 높았으며, 비협력병원이 65.1명, 법인무관협력병원이 64.4명으로 낮게 나타나 100병상당 직원수와 유사한 결과를 보이고 있다.

〈表 IV-7〉 調整患者 100人當 職員數

(단위: 명)

구 분	동일법인협력	법인무관협력	비협력병원	합 계
조정환자 100명당 직원수	79.1	64.4	65.1	66.3

註: 1) F-value=1.618, prob.=0.208

4. 人力生産性 比較分析

가. 診療科別 專門醫 1人當 月平均 患者診療實績

1) 診療科別 專門醫 1人當 月平均 外來患者數

진료과별로 전문의 1인당 환자진료실적을 나타내는 것으로서 전문의의 진료생산성을 측정할 수 있는 대표적인 지표라 할 수 있다. 전문의 1인당 환자진료실적이 높을수록 전문의의 진료생산성이 높다고 볼 수 있다.

〈表 IV-8〉 診療科別 專門醫 1人當 月平均 外來患者數

(단위: 명)

진 료 과	동일법인협력	법인무관협력	비협력병원	합 계
내 과 ¹⁾	885.6	1,229.4	1,067.1	1,147.5
소 아 과 ²⁾	934.0	1,190.6	1,409.2	1,207.0
일 반 외 과 ³⁾	205.7	312.4	408.6	320.4
산 부 인 과 ⁴⁾	364.3	463.5	554.1	471.3

註: 1) F-value=0.405, prob.=0.668, 2) F-value=0.943, prob.=0.393

3) F-value=2.068, prob.=0.133, 4) F-value=0.981, prob.=0.379

분석결과 내과는 법인무관협력병원에서 가장 높았고, 소아과, 일반외과, 산부인과의 경우에는 모두 비협력병원에서 1인당 월평균 외래환자수가 대체적으로 높게 나타났다. 특히 법인협력병원은 4개 진료과 전 부문에 걸쳐서 전문의 1인당 월평균 외래환자수가 가장 낮았다(表 IV-8 참조).

2) 診療科別 専門醫 1人當 月平均 入院患者數

진료과별 전문의 1인당 월평균 입원환자수 역시 내과를 제외한 나머지 3개 진료과에서 비협력병원이 가장 높게 나타났다. 그러나 집단간의 차이가 통계적으로 유의하지는 않았다. 내과의 경우에는 법인무관협력병원이 520명으로 가장 높았다(表 IV-9 참조).

〈表 IV-9〉 診療科別 専門醫 1人當 月平均 入院患者數

(단위: 명)

진 료 과	동일법인협력	법인무관협력	비협력병원	합 계
내 과 ¹⁾	420.1	520.4	481.8	498.5
소 아 과 ²⁾	179.2	217.3	279.1	226.4
일 반 외 과 ³⁾	215.2	298.9	404.6	312.1
산 부 인 과 ⁴⁾	132.7	175.9	201.8	176.2

註: 1) F-value=0.463, prob.=0.631, 2) F-value=0.557, prob.=0.575
 3) F-value=2.068, prob.=0.611, 4) F-value=0.981, prob.=0.205

나. 専門醫 1人當 月平均 調整患者數

전문의 1인당 월평균 조정환자수는 전문의의 생산성을 나타내는 지표이다. 분석결과 비협력병원이 553.0명으로 가장 높았으며, 법인무관협력병원이 540.2명, 법인협력병원이 446.3명으로 가장 낮게 나타났으나 세 집단간에 통계적으로 유의한 차이는 없었다(表 IV-10 참조).

〈表 IV-10〉 専門醫 1人當 月平均 調整患者數

(단위: 명)

구 분	동일법인협력	법인무관협력	비협력병원	합 계
조정환자수	446.3	540.2	553.0	529.8

註: 1) F-value=1.59, prob.=0.214

다. 診療科別 醫師(專門醫+레지던트) 1人當 月平均 患者診療實績

진료과별 전문의 1인당 월평균 환자진료실적 지표와 마찬가지로 의사의 진료생산성을 분석하기 위한 지표이다. 전문의 1인당 월평균 환자진료실적은 낮으나 의사직 1인당 월평균 환자진료실적이 높게 나타났을 경우에는 전공의에 대한 의존도가 높은 것으로 볼 수 있다.

1) 診療科別 醫師 1人當 月平均 外來患者數

분석결과 내과에서는 법인무관협력병원이 소아과에서는 법인협력병원이 각각 가장 높게 나타났으며, 일반외과와 산부인과에서는 비협력병원이 가장 높게 나타났다(表 IV-11 참조). 따라서 전문의 월평균 진료실적과 비교해 볼 때 외래진료의 경우 법인협력 병원의 소아과가 나머지 두 집단 병원의 소아과 보다 상대적으로 전공의 의존도가 높은 것을 알 수 있다.

〈表 IV-11〉 診療科別 醫師(專門醫+레지던트) 1人當 月平均 外來患者數
(단위: 명)

진 료 과	동일법인협력	법인무관협력	비협력병원	합 계
내 과 ¹⁾	375.8	472.7	373.5	429.3
소 아 과 ²⁾	918.2	875.2	385.5	683.6
일 반 외 과 ³⁾	108.5	87.3	136.9	116.3
산 부 인 과 ⁴⁾	199.2	196.4	221.4	208.3

註: 1) F-value=0.724, prob.=0.496, 2) F-value=0.905, prob.=0.447

3) F-value=0.735, prob.=0.513, 4) F-value=0.088, prob.=0.916

2) 診療科別 醫師 1人當 月平均 入院患者數

진료과별 의사 1인당 월평균 입원환자수는 내과와 산부인과에서 법인무관협력병원이 가장 높았으며, 소아과는 법인협력병원, 일반외과는 비협력병원이 가장 높게 나타났다(表 IV-12 참조).

〈表 IV-12〉 診療科別 醫師(專門醫+레지던트) 1人當 月平均 入院患者數
(단위: 명)

진료과	동일법인협력	법인무관협력	비협력병원	합계
내과 ¹⁾	191.0	213.8	171.3	197.5
소아과 ²⁾	181.4	137.7	87.7	122.1
일반외과 ³⁾	92.4	101.2	114.5	106.1
산부인과 ⁴⁾	68.6	80.6	65.4	71.8

註: 1) F-value=0.305, prob.=0.740, 2) F-value=0.757, prob.=0.504
3) F-value=0.101, prob.=0.905, 4) F-value=0.307, prob.=0.743

라. 100病床當 1日 平均 患者數

1) 100病床當 1日 平均 外來患者數

규모가 상이한 병원간 일평균 외래환자 진료실적을 비교해 보기 위한 지표이다. 100병상당 1일 평균 외래환자 수가 높다는 것은 병상규모를 감안할 때 비교 병원보다 외래환자수가 많다는 것을 의미한다. 분석결과 법인협력병원이 220.6명으로 가장 높게 나타났고, 비협력병원이 215.3명, 법인무관협력병원이 198.0명으로 가장 낮게 나타났다(表 IV-13 참조).

〈表 IV-13〉 協力形態別 100病床當 1日 平均 外來患者數
(단위: 명)

구분	동일법인협력	법인무관협력	비협력병원	합계
1일 평균외래환자수	220.6	198.0	215.3	205.0

註: 1) F-value=0.552, prob.=0.578

2) 100病床當 1日 平均 入院患者數

100병상당 1일 입원환자수는 병상이용률과 같은 개념이나 병상이용률은 비율(%)로 나타내는데 비해 실수(명)로 표시한다는 점에서 차이

가 있다. 분석결과 법인협력병원이 78.0명으로 가장 높게 나타났고, 법인무관협력병원이 77.4명, 비협력병원이 75.8명으로 가장 낮게 나타났다(表 IV-14 참조).

〈表 IV-14〉 協力形態別 100病床當 1日 平均 入院患者數

(단위: 명)

구 분	동일법인협력	법인무관협력	비협력병원	합 계
1일 평균입원환자수	78.0	77.4	75.8	77.1

註: 1) F-value=0.54, prob.=0.948

5. 患者特性 比較分析

가. 外來患者初診率

일정기간의 연외래환자 중 초진환자가 차지하는 비율로 병원의 환자 유인력을 의미한다. 분석결과 비협력병원 25.5%, 법인무관협력병원이 23.7%, 법인협력병원이 23.4% 순으로 나타났다(表 IV-15 참조). 법인협력병원의 지명도, 법인무관협력병원의 상호 협력관계에 의한 인지도를 고려했을 때 비협력병원의 외래환자초진율이 높은 것은 의외의 결과로 볼 수 있다.

〈表 IV-15〉 協力形態別 外來患者 初診率

(단위: %)

구 분	동일법인협력	법인무관협력	비협력병원	합 계
외래환자 초진율	23.4	23.7	25.5	24.1

註: 1) F-value=0.179, prob.=0.837

나. 外來患者 入院率

일정기간 연외래환자 중 그 병원에 입원한 환자의 비율을 말하는 것으로써 병원에 내원 하는 환자의 질환의 중증도를 간접적으로 설명한다. 분석결과 법인협력병원이 5.5%로 가장 높았으며, 비협력병원 4.8%, 법인무관협력병원 4.8% 순으로 나타났다(表 IV-16 참조). 즉, 외래내원 후 입원하는 비율은 법인협력병원이 가장 높았으며, 나머지 두 병원은 동일하였다.

〈表 IV-16〉 協力形態別 外來患者 入院率

(단위: %)

구 분	동일법인협력	법인무관협력	비협력병원	합 계
외래환자 입원율	5.5	4.8	4.8	4.9

註: 1) F-value=0.552, prob.=0.578

다. 平均在院日數

입원환자가 병원에 체재한 기간을 말하는 것으로 일반적으로 환자의 중증도와 관계가 있으나 병원운영의 효율성을 전체적으로 나타내는 지표로 이해된다. 분석결과 법인무관협력병원이 12.7일, 비협력병원이 11.9일, 법인협력병원이 11.3일 순으로 나타났다(表 IV-17 참조). 통계적으로 유의한 차이는 없었으며, 세 집단 모두 평균 재원일수는 거의 같은 수준을 보여주고 있었다.

〈表 IV-17〉 協力形態別 平均在院日數

(단위: 일)

구 분	동일법인협력	법인무관협력	비협력병원	합 계
평균 재원일수	11.3	12.7	11.9	12.3

註: 1) F-value=0.356, prob.=0.702

6. 病床活用度 比較分析

가. 病床利用率

일정기간 동안에 환자를 수용할 수 있는 상태로 설치한 병상이 실제로 환자에 의해 점유된 비율이다. 병상수는 병원의 규모를 나타내는 대표적인 변수로서 인력, 의료기기, 총비용 등 병원의 투입요소와 밀접한 상관성을 가지고 있다. 따라서 병상이용률은 병원인력 및 시설의 활용도를 간접적으로 의미한다. 분석결과 병상이용률은 법인협력병원이 70.0%로 가장 높았으며, 그 다음으로 법인무관협력병원 69.4%, 비협력병원이 64.0%로 가장 낮게 나타났다(表 IV-18 참조).

〈表 IV-18〉 協力形態別 病床利用率

(단위: %)

구 분	동일법인협력	법인무관협력	비협력병원	합 계
병상 이용률	70.0	69.4	64.0	68.2

註: 1) F-value=0.874, prob.=0.421

나. 病床回轉率

일정기간 중 병원에서 가동한 병상이 평균적으로 한 병상당 몇 명의 입원환자를 수용하였는가를 의미하는 것으로서 병상이용률이 높을 경우에는 병상회전율이 증가할수록 병원의 수익성 측면에서 바람직하다고 볼 수 있다. 분석결과 병상회전율은 법인협력병원이 29.5회로 가장 높게 나타났고, 비협력병원이 26.9회, 법인무관협력병원이 24.7회로 가장 낮게 나타났다(表 IV-19 참조).

〈表 IV-19〉 協力形態別 病床回轉率

(단위: 회)

구 분	동일법인협력	법인무관협력	비협력병원	합 계
병상 회전율	29.5	24.7	26.9	25.8

註: 1) F-value=1.139, prob.=0.325

7. 分析結果의 綜合的 考察

본 장에서는 병원간 협력이 운영 효율성에 미치는 영향에 대하여 비교 분석하였다. 이러한 분석의 기본 가정은 협력에 있어서 그 결속력과 상호간 영향력이 가장 클 것으로 예상되는 법인내 협력병원이 효율성 면에서 법인무관 협력병원이나 비협력병원보다는 우세할 것이라는 것이었다.

그러나 전반적인 분석결과를 볼 때 효율성에 있어서 집단간에 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다. 병원효율성에서는 오히려 통계적으로 유의하지는 않았지만 지표상에 비협력이나 법인무관 협력관계가 효율성이 높은 것으로 나타났다. 이러한 차이는 일차적으로는 분석대상병원의 규모의 차이에서 그 원인을 찾아야 할 것으로 사료된다. 즉 분석대상 병원 중 법인협력의 경우 평균병상수가 가장 적었으며 따라서 규모의 경제를 이룰 수 없었고, 협력관계가 이러한 규모에 있어서의 불리한 점을 상쇄할 수 있을 만큼의 영향력을 미치지 못했던 것으로 추정할 수 있다.

한편 방법론상의 문제점으로 협력관계가 미치는 영향을 고찰하기 위해서는 협력관계 참여시기를 중심으로 전후비교를 하는 것이 타당하나 자료의 한계상 이러한 분석을 시도하지 못하여 협력관계의 직접적인 영향을 도출하지 못하므로 나타난 결과일 수도 있다. 따라서 향

후 연구에서는 시계열적인 자료분석을 바탕으로 협력관계가 미치는 영향만을 추출하여 비교하여야 할 것이다.

전 절에서 나타난 분석 결과에 대하여 의미를 부여한다면 우리나라에서 협력관계가 효율성에 직접적인 영향을 미칠 만큼 활성화되어 있지 않다는 결론을 도출할 수도 있을 것으로 사료된다. 전 장의 협력관계 현황에서 나타난 바와 같이 병원들이 협력관계를 갖는 주된 목적은 환자의 상호교류를 위해서였으나 이러한 환자교류의 실적은 아주 미미한 상태였다. 환자교류 다음으로는 의료 및 행정인력의 교류인 바 이러한 교류도 현실적인 문제점에 의하여 극히 피상적으로 진행되고 있는 것을 볼 때 협력관계가 효율성 비교에 있어서 통계적으로 유의할 정도의 영향력을 갖고 있지 못하고 있는 것으로 사료된다.

V. 協力形態別 財政實態 比較分析

1. 分析指標

본 장에서는 전장과 동일한 분석의 틀과 자료를 가지고 협력형태별 재정실태를 비교 분석하였다. 분석을 위한 제반 지표는 크게 안전성, 수익성, 활동성, 성장성, 생산성의 5가지 부문별 지표로 하였다(表 V-1참조).

〈表 V-1〉 病院評價를 위한 諸般 指標

(단위: %, 회, 원, 일)

평가	지표	정의
안전성	부채비율	부채/자기자본×100
	고정비율	고정자산/자기자본×100
	고정장기적합률	고정자산/(자기자본+고정부채)×100
	자기자본구성비율	자기자본/총자본×100
수익성	총자본의료이익률	의료이익/총자본×100
	의료수익순이익률	당기순이익/의료수익×100
	100병상당 월평균의료수익	월평균의료수익/병상수×100
활동성	총자본회전율(회)	의료수익/총자본
	재고자산회전기간(일)	재고자산 ¹⁾ /의료수익
	의료미수급회수기간(일)	미수급/의료수익×365
성장성	의료수익증가율	((당기-전기)수익)/전기수익×100
	환자수증가율	((당기-전기)환자수)/전기환자수×100
	총자본증가율	((당기-전기)총자본)/전기총자본×100
생산성	총자본투자효율	부가가치 ²⁾ /총자본×100
	직원1인당의료수익	의료수익/직원수×100
	직원1인당부가가치증가율	((당기-전기)직원부가가치)/전기×100
	의료기기회전율(회)	의료수익/의료기기잔존가

註: 1) 평균재고자산=(기초재고+기말재고)÷2

2) 부가가치=의료수익-(재료비, 소모품비, 동력비, 외주용역비)

2. 財務指標 分析

가. 安全性 分析

의료기관의 재무적 안전성에 대한 검증은 경영주체로서 병원이 자본구조의 건실성, 지불능력, 부채 상환능력 및 자금운용의 적정성 등을 갖추고 있는지의 여부에 대한 판단이다.

1) 負債比率

부채비율은 자기자본 중 부채가 차지하는 비율을 알기 위한 지표이다. 이 비율은 높을수록 재무구조가 취약하다는 것을 의미하나 지나치게 낮을 경우에는 자금활용의 효율성 저하를 초래할 수도 있다. 세 병원집단의 부채비율을 살펴본 결과 비협력병원이 393.2%로 가장 높았으며, 그 다음으로 법인무관협력병원 365.1%, 법인협력병원 167.1% 순이었다(表 V-2 참조). 세 집단간 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았으나, 법인협력병원에 비하여 비협력병원, 법인무관협력병원의 재무구조가 취약한 것으로 나타났다.

〈表 V-2〉 負債比率(1998年)

(단위: %)				
구 분	동일법인협력	법인무관협력	비협력병원	합 계
부채비율	167.1	365.1	393.2	341.3

註: 1) F-value=0.84, prob.=0.423

한국은행의 '99기업경영분석에 따르면 우리 나라 제조업체의 '98년도 부채비율이 303.0%(한국은행, 1999:14)에 달하고 있는 바 이와 비교해 볼 때 법인협력병원을 제외한 두 집단의 부채비율이 이 보다 높은 것으로 분석된다.

2) 固定比率

기업의 고정화 위험을 측정하는 대표적인 비율로서 운용기간이 비교적 장기에 속하는 고정자산을 얼마나 자기자본으로 충당했는지를 나타내는 지표이다. 여기서 고정자산이라 함은 1년 이내에 현금으로 전환되거나 판매 또는 소비가 어려운 자산을 말한다. 이 비율은 100% 이하인 경우를 양호한 상태로 보고 있는데 고정적인 자산을 자기자본으로 충당하는 것이 바람직하다는 의미이다.

〈表 V-3〉 醫療機關의 固定比率(1998年)

(단위: %)

구 분	동일법인협력	법인무관협력	비협력병원	합 계
고 정 비 율	136.1	290.1	301.8	269.9

註: 1) F-value=0.44, prob.=0.644

세 집단에 대한 고정비율을 분석한 결과 비협력병원이 301.8%로 가장 높았고, 법인무관협력병원 290.1%, 법인협력병원 136.1% 순이었다. 그러나 세 집단간에 통계적으로 유의한 차이는 없었다(表 V-3 참조). '97병원경영분석에 의하면 본 연구 분석대상 병원의 평균 운영병상수(236.4병상) 수준으로 볼 수 있는 160~299병상대의 종합병원 고정비율이 222.2%인 것으로 나타나고 있다.(한국보건 의료관리연구원, 1998:66) 이러한 결과와 비교해 볼 때 법인협력병원을 제외한 두 집단의 고정비율 역시 높은 것으로 조사되어 재무구조가 안정적이지 못한 것으로 사료된다.

3) 固定長期適合率

장기성 자문에 의한 고정자산 투자정도를 알기 위한 비율이다. 이

비율은 고정비율에 대한 보조지표로서 적어도 100%를 넘지 않아야 안정적인 것으로 볼 수 있다. 비록 고정비율이 높더라도 고정장기적합률이 낮으면 고정자산에 대한 투자규모가 상대적으로 덜 위험하다고 판단할 수 있다.

〈表 V-4〉 醫療機關의 固定長期適合率(1998年)

(단위: %)

구	분	동일법인협력	법인무관협력	비협력병원	합 계
고정장기적합률		45.7	131.4	119.8	116.1

註: 1) F-value=5.41, prob.=0.0059

세 집단에 대한 분석결과 고정장기적합률은 법인무관협력병원이 131.4%로 가장 높았고, 비협력병원은 119.8%, 법인협력병원은 45.7%로 나타났으며 이러한 차이는 통계적으로 유의한 결과($p < 0.05$)를 보이고 있다. 법인협력병원을 제외한 두 집단의 고정장기적합률은 1995년도 병원협회의 병원통계²⁾나 구한국보건의료관리연구원의 '97병원경영분석³⁾에서 나타난 결과보다는 높았다.

따라서 고정비율과 고정장기적합률 측면을 고려했을 때 법인협력병원과 비교하여 법인무관협력병원과 비협력병원의 재정적인 안정도는 매우 낮은 것으로 사료된다.

4) 自己資本構成比率

자기자본구성비율은 자본구성의 안전성을 나타내는 지표로서 총자본 중 자기자본의 구성비를 나타내는 것이다. 세 집단에 대한 분석결과 자기자본구성비율은 법인협력병원이 61.9%로 가장 높았고, 비협력

2) '95년도 자료에 의하면 전체평균 96.3%, 종합병원 98.3%, 병원평균 102.5%로 조사되었다.

3) 전체평균은 102.0%, 종합병원 102.4%, 병원평균 104.6%로 조사되었다.

병원이 42.4%로 가장 낮았다(表 V-5 참조). 그러나 세 집단간에는 통계적인 유의한 차이는 없었다. 1995년도 병원협회의 병원통계에 의하면 전체 병원의 자기자본 구성비는 일반병원 평균이 42.4%로 나타난 것과 대조해 볼 때 세 집단 모두 전체적인 자기자본 구성비율은 높은 것을 볼 수 있다.

〈表 V-5〉 醫療機關의 自己資本構成比率(1998年)

(단위: %)

구 분	동일법인협력	법인무관협력	비협력병원	합 계
자기자본구성비	61.9	56.6	42.4	54.4

註: 1) F-value=0.40, prob.=0.671

나. 收益性 分析

의료기관의 수익성은 투입된 자본과 이익과의 비율이 적정한가를 판단하기 위한 지표를 말하며, 주로 총자본순이익률, 의료수익순이익률 등의 지표가 쓰인다. 여기에서는 총자본의료이익률, 의료수익순이익률과 100병상당 월평균의료수익률을 살펴보고자 한다.

1) 總資本醫療利益率

총자본의료이익률은 총자본에 대한 의료이익의 비율을 알기 위한 지표로서, 총자본을 얼마나 효율적으로 이용하여 의료수익을 올렸는가를 총괄적으로 나타내기 위한 것이다. 의료수익에서 의료비용을 차감한 금액을 총자본으로 나누어 계산한다. 세 집단에 대한 총자본의료이익률을 살펴본 결과 법인무관협력병원이 4.8%로 가장 높았고, 그 다음으로 비협력병원이 4.5%이었으며, 법인협력병원은 3.0%로 가장 낮았다(表 V-6 참조). 그러나 세 집단간에 통계적인 유의한 차이는 없었다.

〈表 V-6〉 醫療機關의 總資本醫療利益率(1998年)

(단위: %)

구 분	동일법인협력	법인무관협력	비협력병원	합 계
총자본의료이익률	3.0	4.8	4.5	4.4

註: 1) F-value=0.15, prob.=0.860

'97년도 병원경영분석자료에 따르면 160~299병상대 병원의 총자본 의료이익률은 2.4%이었다. 이와 비교해 볼 때 유사규모의 병원보다 총자본의료이익률이 높은 것으로 볼 수 있다.

2) 醫療收益純利益率

병원의 수익성을 평가할 수 있는 다른 지표인 의료수익순이익률은 의료수익에 대한 순이익의 비율을 나타내는 지표이다. 조사결과 법인협력병원의 의료수익순이익률은 3.7%로 가장 높았으며, 비협력병원은 1.8%로 가장 낮았다(表 V-7 참조). 그러나 세 집단간에는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

〈表 V-7〉 醫療機關의 醫療收益純利益率(1998年)

(단위: %)

구 분	동일법인협력	법인무관협력	비협력병원	합 계
의료수익순이익률	3.7	2.4	1.8	2.4

註: 1) F-value=0.31, prob.=0.731

'97년도 병원경영분석자료에 의하면 의료기관의 전체적인 의료수익순이익률 평균은 0.5%이었다. 이와 비교해 보았을 때 대체적으로 분석대상 병원들의 수익성은 비교적 높은 것으로 사료된다.

3) 100病床當 月平均 醫療收益

100병상당 월평균 의료수익은 병원 수익발생의 주를 이루는 의료수익이 100병상당 월평균 얼마인지를 나타내는 지표이다. 분석결과 법인협력병원의 100병상당 월평균 의료수익은 4억 7천만원으로 가장 높았고, 비협력병원은 4억 1천만원이었으며, 법인무관협력병원은 3억 8천만원이었다. 그러나 세 집단간에 통계적으로 유의한 차이는 없었다 (表 V-8 참조).

〈表 V-8〉 醫療機關의 100病床當 月平均 醫療收益(1998年)

(단위: 천원)

구 분	동일법인협력	법인무관협력	비협력병원	합 계
100병상당 월평균 의료수익	475,200	383,701	410,808	402,904

註: 1) F-value=1.65, prob.=0.198

'97병원경영 분석자료에 따르면 160~299병상대의 종합병원 3억4천7백만원의 월평균 의료수익을 올리고 있는 것으로 조사된 바 있다.

다. 活動性 分析

활동성 지표는 병원운영에 투입된 자본이 의료수익의 증대에 얼마나 효과적으로 기여하였는가를 판단하고 재고자산과 미수채권관리 등 업무활동의 성과를 평가하는 것이다.

1) 總資本回轉率

총자본회전율은 투입된 자본에 대한 의료수익의 비율 즉, 의료수익에 대한 자본의 회전속도를 판단하는 비율이다. 이 비율은 병원이 보유하고 있는 총자본이 1년 동안 몇 번이나 회전하였는가를 나타내며

로 자산이용의 능률을 총괄적으로 나타내는 지표라 할 수 있다. 이 비율이 높을수록 투입된 자본을 효율적으로 활용했다는 것을 의미하고, 회전율이 낮으면 과대투자나 비효율적 투자를 하고 있다는 것을 의미한다.

〈表 V-9〉 醫療機關의 總資本回轉率(1998年)

(단위: 회)

구 분	동일법인협력	법인무관협력	비협력병원	합 계
총자본회전율	1.81	1.64	1.80	1.70

註: 1) F-value=0.05, prob.=0.950

조사대상 집단의 총자본회전율은 법인협력병원과 비협력병원이 각각 1.8회로 비슷하였으며, 법인무관협력병원은 1.6회로 낮았다(表 V-9 참조). 그러나 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 1997년도 병원경영 분석 자료에 의하면 종합병원과 병원의 총자본회전율은 각각 0.9회, 0.8회였으며, 이와 비교할 경우 거의 두 배에 가깝게 높았다. 따라서 상대적으로 총자본은 효율적으로 투자되고 있음을 볼 수 있었다.

2) 在庫資産回轉期間

의료기관의 활동성을 평가하는 또 다른 하나의 지표인 재고자산회전 기간은 재고자산에 대한 의료수익의 비율을 비교함으로써 재고자산 운용의 적정 여부를 가늠하는 지표이다. 이 비율이 높다는 것은 매출액에 비하여 과도한 재고를 소유하고 있다는 것을 말하며, 이 비율이 낮을수록 재고자산의 관리가 효율적으로 수행하고 있다는 것을 의미한다.

세 집단의 평균적인 재고자산회전기간은 비협력병원이 14.7일로 가장 길었고, 법인무관협력병원은 11.3일, 법인협력병원은 8.5일로 가장 낮았다. 법인협력병원의 재고자산 활용도가 가장 높은 것으로 조사되

었으나 세 집단간에는 통계적으로 유의한 차이는 없었다(表 V-10 참조). 1995년도의 병원협회 분석자료에 의하면 재고자산회전기간은 종합병원이 평균 8.3일, 병원이 9.4일로 조사된바 있다.

〈表 V-10〉 醫療機關의 在庫資産回轉期間(1998年)

(단위: 일)

구 분	동일법인협력	법인무관협력	비협력병원	합 계
재고자산회전기간	8.5	11.3	14.7	11.7

註: 1) F-value=0.73, prob.=0.482

3) 醫療未收金回收期間

의료미수금회수기간은 의료미수금을 현금화하는데 걸리는 기간을 측정하는 지표로서 계측치가 낮을수록 미수금의 관리가 효율적으로 수행되고 있다는 것을 의미한다.

〈表 V-11〉 醫療未收金回收期間(1998年)

(단위: 일)

구 분	동일법인협력	법인무관협력	비협력병원	합 계
의료미수금회수기간	51.0	66.4	52.3	60.8

註: 1) F-value=0.33, prob.=0.719

법인무관협력병원의 평균적인 의료미수금회수기간은 66.4일로 가장 길었고, 비협력병원은 52.3일이었으며, 법인협력병원은 51.0일로 가장 짧았다(表 V-11 참조). 세 집단간 통계적으로 유의한 차이는 없었으나 법인무관협력병원의 의료미수금 회수기간이 상대적으로 다른 두 집단에 비해 높았다.

1995년도의 병원통계 분석자료에 의하면 병원급 이상 의료기관의 의료미수금회수기간 전체평균은 약 62.7일(대한병원협회, 1997:989)로

조사된바 있으며, '97년도 병원경영분석 자료(한국보건의료관리연구원 1998:68)에 따르면 300병상 이상 종합병원 53.2일, 160~299병상 50.4일, 160병상 미만 종합병원 58.0일로 나타난 바 있다.

라. 成長性 分析

의료기관의 성장성은 의료수익, 총자본, 환자수 등이 전기와 비교하여 얼마나 증가하였는가를 평가하는 지표로서, 비율이 높을수록 병원의 규모 또는 성과가 커지고 있음을 의미하게 된다.

1) 醫療收益 增加率

의료수익증가율은 전기에 비하여 의료수익이 얼마나 증가 또는 감소하였는가를 알기 위한 비율로서, 당기의 의료수익 증감 분을 전기의 의료수익으로 나누어서 계산한다.

〈表 V-12〉 醫療機關의 醫療收益 增加率(1998年)

(단위: %)

구 분	동일법인협력	법인무관협력	비협력병원	합 계
의료수익증가율	9.2	3.3	11.5	6.2

註: 1) F-value=1.13, prob.=0.327

세 집단간의 의료수익증가율은 비협력병원이 11.5%로 가장 높았으며, 법인협력병원이 9.2%, 법인무관협력병원이 3.3%로 가장 낮았다(表 V-12 참조). 참고로 1997년도 병원경영분석 자료에 의하면 종합병원의 평균 증가율은 9.3%, 병원의 평균증가율은 7.1%이었다. 상기에 제시된 통계에서 집단간 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았으나 비협력병원의 의료수익 증가율이 상대적으로 다른 두 집단에 비해 높은 것을 볼 수 있다.

2) 患者數 增加率

의료기관의 성장성을 평가할 수 있는 또 하나의 지표로서 환자수 증가율은 전기에 비해 환자수가 얼마나 증가 또는 감소하였는가를 알기 위한 비율이다. 세 개 병원집단의 환자수 증가율을 살펴본 결과 외래는 0.54%, 입원은 1.29%가 감소한 것으로 나타났다. 환자의 감소 폭은 비협력병원의 외래와 입원에서 각각 2.90%, 3.13%로 가장 크게 감소한 것으로 나타났다. 이와는 대조적으로 법인협력병원은 외래와 입원부분이 각각 1.33%, 3.62% 증가하였다. 그러나 세 집단간에는 외래·입원 모두 통계적으로 유의한 차이는 없었다(表 V-13 참조).

〈表 V-13〉 醫療機關의 外來 및 入院患者 增加率(1998年)

(단위: %)

구	분	동일법인협력	법인무관협력	비협력병원	합 계
외	래 ¹⁾	1.33	0.04	-2.90	-0.54
입	원 ²⁾	3.62	-1.69	-3.13	-1.29

註: 1) F-value=0.55, prob.=0.58, 2) F-value=1.48, prob.=0.233

'97년도 병원경영분석자료에 따르면 '97년도의 외래환자증가율은 종합병원이 2.0%, 병원이 7.3%감소하였고, 입원환자증가율은 종합병원이 0.9%, 병원이 2.0%감소한 것으로 조사된 바 있다. 이러한 환자의 감소는 IMF의 영향 때문으로 추측할 수 있다.

3) 總資本增加率

총자본증가율은 전기에 비해 병원에 투입·운용된 총자본이 얼마나 증가 또는 감소하였는가를 알기 위한 비율로서 기업의 전체적인 성장 규모를 측정하는 지표이다. 조사대상기관의 1998년도 총자본 증가율

은 10.1% 증가한 것으로 조사되었으며, 법인무관협력병원이 11.9%로 가장 높았고, 비협력병원은 8.4%, 법인협력병원은 5.1%로 가장 낮아 법인무관협력병원의 총자본 증가율이 두 집단에 비하여 높은 것을 볼 수 있었다(表 V-14 참조). 그러나 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

〈表 V-14〉 總資本 增加率(1998年)

					(단위: %)
구	분	동일법인협력	법인무관협력	비협력병원	합 계
총자본증가율		5.1	11.9	8.4	10.1

註: 1) F-value=0.11, prob.=0.894

'97병원경영분석 결과에 따르면 종합병원의 총자본 투자효율은 7.6%, 병원은 8.4% 증가한 것으로 조사된 바 있으며, '95년도 병원협회 병원통계에 자료에 따르면 당시의 총자본 투자효율은 종합병원이 15.7%, 병원이 25.5%로 4년 전에 비하여 그 증가율은 낮았으나 의료기관의 총자본 투자효율은 꾸준히 증가하고 있는 것으로 보인다.

마. 生産性 分析

의료기관의 생산성은 병원이 일정기간 동안 새로이 창출한 가치를 평가하는 것으로 구체적으로는 투입한 자본, 인건비, 의료기기 등에 대한 효율성을 평가하는 지표이다. 총자본 투자효율과 인건비 투자효율, 의료기기 투자효율을 이용하여 의료기관의 생산성을 진단하는 경우에 일반적으로 이용되고 있다.

1) 總資本投資效率

병원에서 투입한 총자본이 일정기간 동안 부가가치의 창출에 얼마나 효과적으로 기여했는가를 나타내는 지표로서 부가가치를 총자본으

로 나누어 이를 비율로 나타낸 것이다. 총자본투자효율이 높을수록 투입된 자본이 효율적으로 운용되었음을 의미한다.

〈表 V-15〉 醫療機關의 總資本投資效率(1998年)

(단위: %)

구 분	동일법인협력	법인무관협력	비협력병원	합 계
총자본투자효율	21.1	76.1	19.4	54.4

註: 1) F-value=1.48, prob.=0.233

총자본투자효율은 법인무관협력병원이 76.1%로 가장 높았고, 법인협력병원 21.1%, 비협력병원 19.4% 순으로 나타났다. 협력병원이 비협력병원에 비하여 총자본 투자효율이 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았다(表 V-15 참조).

2) 職員 1人當 月平均 醫療收益

직원1인당 월평균 의료수익은 일정기간 들어온 의료수익을 직원수로 나눈 것으로 직원 1인의 의료수익을 나타내는 지표이다. 이 지표가 높을수록 노동생산성이 크다는 것을 의미한다. 법인무관협력병원의 월평균 직원 1인당 의료수익은 약 596만원으로 가장 높았고, 법인협력병원 387만원, 비협력병원 309만원으로 협력병원이 비협력병원에 비하여 높았다(表 V-16 참조). 그러나 세 집단간 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

〈表 V-16〉 職員 1人當 月平均 醫療收益(1998年)

(단위: 원)

구 분	동일법인협력	법인무관협력	비협력병원	합 계
직원1인당 의료수익	3,872,266	5,955,794	3,093,465	5,085,443

註: 1) F-value=1.06, prob.=0.350

'97년도 舊보건의료관리연구원의 병원경영분석자료(한국보건의료관리연구원, 1998:206)에 따르면 우리 나라 의료기관의 직원 1인당 월평균 의료수익은 3차 병원이 528만원, 300병상 이상 병원이 448만원, 160~299병상 병원이 441만원, 160병상 미만 종합병원은 315만원이었다. 이와 비교해 볼 때 법인무관협력병원의 직원 1인당 의료수익은 매우 높은 편이었고, 이에 비하여 비협력병원은 상대적으로 낮은 것으로 볼 수 있다.

3) 職員 1人當 附加價値⁴⁾增加率

직원 1인당 부가가치증가율은 병원직원 1인이 창출한 부가가치액이 전년에 비하여 어느 정도 증가하였는가를 나타내는 비율로서 노동생산성을 측정하는 대표적 지표이다. 직원 1인당 부가가치증가율은 법인무관협력병원이 16.1%, 비협력병원이 1.3% 증가한 것으로 나타났으며, 법인협력병원은 8.1% 감소한 것으로 조사되었다(表 V-17 참조). 세 집단간에 통계적으로 유의한 차이는 없었으나 법인무관협력병원은 나머지 두 집단과 비교하여 직원 1인당 부가가치 증가율이 높았다.

〈表 V-17〉 職員 1人當 附加價値 增加率(1998年)

(단위: %)

구 분	동일법인협력	법인무관협력	비협력병원	합 계
직원1인당 부가가치증가율	-8.1	16.1	1.3	10.6

註: 1) F-value=0.37, prob.=0.693

4) 협력병원과 비협력병원의 직원1인당 부가가치를 산출한 결과 협력병원은 203만원, 비협력병원은 103만원으로 협력병원이 높았으며, 조사대상 전체 평균은 189만원이었다.

한국은행의 1999년 기업경영분석 결과에 따르면 1998년도 우리나라 제조업체의 직원 1인당 부가가치 증가율은 11.7% 증가한 것으로 나타났다. 이와 비교해 볼 때 법인무관협력병원의 직원 1인당 부가가치는 우리나라 전체 제조업체 보다 높았던 것으로 조사되었으며, 비협력병원과 법인협력병원은 이보다 크게 낮았다.

4) 醫療機器回轉率

의료기기 회전율은 의료수익을 의료기기 잔존가로 나눈 것으로써 의료기기의 활용도를 나타내는 것이다. 이 지표가 높을수록 의료기기 활용도가 크다는 것을 의미한다.

<表 V-18> 醫療機關의 醫療機器回轉率(1998年)

(단위: 회)

구 분	법인협력병원	법인무관협력병원	비협력병원	합 계
의료기기회전율	43.6	15.1	18.2	19.9

註 : 1) F-value=3.92, prob.=0.023

분석결과 법인협력병원의 의료기기회전율은 43.6회로 가장 높았고, 비협력병원은 18.2회, 법인무관협력병원은 15.1회로 가장 낮았다(表 V-18 참조). 세 집단간에는 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 조사되었다(p < 0.05). '95년도 병원협회의 병원통계에 의하면 '95년도 의료기관의 의료기기 회전율은 3차 종합병원이 7.6회, 500병상 이상 종합병원이 12회, 100병상 이상 종합병원이 14.8회로 나타난 바 있다. 이에 비추어 볼 때 최근의 의료기기 활용도는 매우 증가한 것을 볼 수 있으며, 특히 법인협력병원의 의료기기 활용도가 높았다.

3. 協力·非協力病院의 費用分析

의료비용은 일정기간 동안 환자진료 및 병원운영을 위하여 의료활동에 쓰여진 비용을 의미하며 크게 인건비, 재료비, 관리비, 기타(의학교육 연구비, 의료사업비 등)로 나눌 수 있다. 의료기관의 비용 분석은 의료수익에 대한 상대적 원가율을 살펴봄으로써 비용구성의 합리성 여부와 경영의 효율성 여부를 평가하기 위한 것이다.

가. 醫療收益 對 醫療原價率

의료수익 대 의료원가율은 의료수익에 대한 의료원가의 적정여부를 판단하기 위한 지표로 비율이 높을수록 수익성은 낮아진다는 것을 의미한다. 협력병원과 비협력병원의 의료수익 대 의료원가비율을 분석한 결과 법인협력병원이 99.3%로 가장 높았고 법인무관협력병원이 91.5%로 가장 낮았으며, 비협력병원은 96.8%로 나타났다.

〈表 V-19〉 醫療機關의 醫療收益 對 醫療原價率(1998年度 病床基準)
(단위: %)

구 분	동일법인협력	법인무관협력	비협력병원	합 계
의료수익대의료원가	99.3	91.5	96.8	93.8

註: 1) F-value=2.38, prob.=0.098

세 집단간 통계적으로 유의한 차이는 없었으나 법인무관협력병원의 수익성이 다른 두 집단에 비하여 높은 것으로 조사되었다(表 V-19 참조).

'97년도 병원경영분석 결과에 따르면 우리 나라 종합병원의 의료수익 대 의료원가비율은 95.5%, 병원은 93.5%인 것으로 조사된 바 있다. 이와 비교해 볼 때도 법인무관협력병원의 수익성은 높았으며, 법인협

력병원의 경우에는 의료수익에서 의료원가가 차지하는 비중이 상대적으로 낮았다.

나. 醫療收益 對 醫療原價 構成比率

의료수익 대 의료원가 구성비율은 의료수익을 발생시키기 위하여 투입된 제비용의 구성비율을 살펴보는 지표로 구체적으로는 다음과 같은 것들이 있다.

1) 醫療收益 對 人件費比率

의료기관의 의료원가 중 가장 중요한 부문은 인건비로서 의료수익 대 인건비비율은 병원에 종사하고 있는 인력에게 지급되고 있는 인건비를 의료수익과 견주어 그 비율을 계산한 것이다.

〈表 V-20〉 醫療機關의 醫療收益 對 人件費比率

(단위: %)

구 분	동일법인협력	법인무관협력	비협력병원	합 계
의료수익대 인건비율	41.3	35.2	40.3	37.1

註: 1) F-value=3.49, prob.=0.034

분석결과에 따르면 법인협력병원의 의료수익 대 인건비비율은 41.3%로 가장 높았고, 비협력병원은 40.3%, 법인무관협력병원은 35.2%로 가장 낮았다(表 V-20 참조). '97년도 병원경영분석자료에 따르면 종합병원의 의료수익 대 인건비비율은 37.9%, 병원은 36.0%로 조사된 바 있다.

2) 醫療收益 對 材料費比率

의료수익 대 재료비비율은 환자진료에 사용된 재료비가 의료수익에 견주어 얼마나 되는지를 나타내는 비율이다. 의료수익 대 재료비비율은 법인협력병원이 36.6%로 가장 높았고, 법인무관협력병원이 33.6%, 비협력병원이 33.3%로 세 집단간 통계적으로 유의한 차이는 없었다(表 V-21 참조). 그러나 법인협력병원은 상대적으로 나머지 두 집단에 비하여 재료비비율이 높았다.

〈表 V-21〉 醫療收益 對 材料費比率

(단위: %)

구 분	동일법인협력	법인무관협력	비협력병원	합 계
의료수익대 재료비	36.6	33.6	33.3	33.9

註: 1) F-value=0.59, prob.=0.558

'97년도 병원경영분석자료에 나타난 종합병원의 의료수익 대 재료비 비율은 33.8%, 병원의 평균은 32.4%로 나타난바 있다. 이와 비교해 볼 때도 법인협력병원은 재료비비율이 높은 것을 볼 수 있다.

3) 醫療收益 對 管理費比率

의료기관의 시설 및 장비유지비 등 일반관리에 사용된 제비용을 의료수익에 대한 비율로 나타낸 것이다. 의료수익 대 관리비비율은 비협력병원이 23.2%로 가장 높았고, 법인무관협력병원은 22.7%이었으며, 법인협력병원은 21.4%로 가장 낮았다. 세 집단간에 관리비비율은 거의 비슷하였으며, 통계적으로도 유의한 차이는 없었다(表 V-22 참조).

〈表 V-22〉 醫療收益 對 管理費比率

(단위: %)

구 분	동일법인협력	법인무관협력	비협력병원	합 계
의료수익대 관리비	21.4	22.7	23.2	22.6

註: 1) F-value=0.18, prob.=0.832

'97년도 병원경영분석 자료에 따르면 종합병원의 의료수익 대 관리비 비율은 23.2%, 병원은 24.9%로 나타난 바 있다. 이와 비교해 볼 때 협력, 비협력병원 모두 낮은 것을 볼 수 있다.

4. 財務 및 原價分析 結果 考察

가. 財務費率 分析

상기에서 세 집단간의 재무비율을 분석한 결과 안전성 측면에서는 법인협력병원이 가장 높았고, 비협력병원은 안전성이 가장 낮았다. 부채비율 측면에서는 법인협력병원을 제외한 두 집단이 상대적으로 높아 안전성이 떨어지는 것으로 조사되었다. 이러한 결론은 고정비율 및 외부기관과의 비교분석을 통해서도 알 수 있었다(表 V-23 참조). 따라서 법인협력병원이 재무적으로 가장 안정적이라고 볼 수 있는 바 이러한 결과는 법인협력병원들이 비교적 재무적으로 안전한 법인에 속하고 있기 때문인 것으로 사료되며, 협력관계에 의하여 얻어지는 긍정적인 효과 중에 하나로 볼 수 있다.

수익성 측면에서 100명상당 월평균 의료수익은 법인협력병원, 비협력병원, 법인무관협력병원 순으로 나타나 법인협력병원의 병상당 수익성이 높은 것으로 나타났다. 그러나 총자본 의료이익률 측면에서 보았을 때 법인무관협력병원이 가장 높았고 의료수익순이익률 측면에

서는 법인협력병원이 가장 높은 것을 볼 때 법인협력병원은 의료이익보다 의료외수익에서 비교적 높은 이익이 발생하고 있음을 볼 수 있다. 상대적으로 비협력병원과 법인무관협력병원은 의료이익을 많이 발생시키나 의료외비용 발생이 과다하기 때문에 의료수익순이익률이 낮은 것으로 판단할 수 있다.

〈表 V-23〉 財務比率 分析結果 綜合

(단위: %, 회, 천원, 일)

구 분		동일법인협력	평가	법인무관협력	평가	비협력병원
안정성	부채비율	167.1	>	365.1	>	393.2
	고 정 비 율	136.1	>	290.1	>	301.8
	고정장기적합률	45.7	>	131.4	<	119.8
	자기자본구성비	61.9	>	56.6	>	42.4
수익성	총자본의료이익률	3.0	<	4.8	>	4.5
	의료수익순이익률	3.7	>	2.4	>	1.8
	백병상당월평균의료수익	475,200	>	383,701	<	410,808
활동성	총자본회전율	1.81	>	1.64	<	1.80
	재고자산회전기간	8.5	>	11.3	>	14.7
	의료미수금회수기간	51.0	>	66.4	<	52.3
성장성	의료수익증가율	9.2	>	3.3	<	11.5
	외래환자증가율	1.33	>	0.04	>	-2.90
	입원환자증가율	3.62	>	-1.69	>	-3.13
	총자본증가율	5.1	<	11.9	>	8.4
생산성	총자본투자효율	21.1	<	76.1	>	19.4
	직원1인당월평균의료수익	3,872	<	5,956	>	3,093
	직원1인당부가가치증가율	-8.1	<	16.1	>	1.3
	의료기기회전율	43.6	>	15.1	<	18.2

註: < 와 >의 개념은 지표분석결과에 대한 이해의 편의를 위하여 ㉠가 ㉡에 비하여 긍정적으로 평가되었으면 ㉠ > ㉡로, 부정적이면 반대로 표시한 것임.

활동성 측면에서 법인협력병원의 경영활동성이 상대적으로 나머지 두 집단에 비해서 높은 것으로 평가할 수 있었으며, 법인무관협력병원은 상대적으로 낮은 것으로 분석되었다.

세 집단의 성장성을 살펴본 결과 괄목할 것은 IMF의 영향에도 불구하고 법인협력병원의 입원 및 외래환자가 상대적으로 나머지 두 집단에 비하여 증가한 점을 들 수 있다. 이러한 환자의 증가는 '97병원 경영 분석에서도 입원 및 외래환자가 감소한 것으로 나타난 것과 비교해 볼 때 의외의 결과로 사료된다. 의료수익측면에서는 수익성은 낮았으나 비협력병원의 성장성이 두드러진 것을 볼 수 있었다.

생산성 측면에서는 단연 법인무관협력병원의 제 지표 결과가 긍정적으로 평가된 것이 많았다. 비협력병원의 경우에는 상기에서 제시된 제반 지표비율이 나머지 두 집단에 비하여 상대적으로 나쁜 것을 볼 수 있는데, 이러한 차이가 협력관계를 갖고 있지 않기 때문이라고 단정적으로 말할 수는 없지만 어느 정도의 시사점은 인정된다고 하겠다.

나. 原價比率 分析

의료기관의 경우 의료이익의 대부분은 의료수익을 통하여 발생한다. 따라서 의료수익에서 의료원가가 차지하는 비중과 의료원가의 구성비가 어떠한가를 살펴보는 것은 무엇보다도 중요하다. 이는 의료수익에서 의료원가가 차지하는 비중을 전체적으로 파악하고 원가구성의 적합성에 대한 판단기준으로 사용할 수 있기 때문이다.

세 집단에 대한 의료수익대비 의료원가를 살펴본 결과 법인무관협력병원이 91.5%로 가장 낮아 의료이익발생 측면에서 가장 이상적인 것으로 조사되었으며, 그 다음으로 비협력병원 96.8%, 법인협력병원이 99.3%이었다(表 V-24 참조). 특히 법인협력병원은 의료활동을 통한 이익발생이 상대적으로 두 집단에서 비하여 낮다. 그럼에도 불구하고

앞에서 분석한 바 있는 의료수익순이익률을 보면 법인협력병원의 의료수익순이익률은 다른 두 집단에 비하여 높았다.

〈表 V-24〉 醫療原價 分析結果 綜合

(단위: %)

구 분	동일법인협력	평가	법인무관협력	평가	비협력병원
의료수익대의료원가	99.3	<	91.5	>	96.8
의료수익대인건비율	41.3	<	35.2	>	40.3
의료수익대재료비	36.6	<	33.6	<	33.3
의료수익대관리비	21.4	>	22.7	>	23.2

註: < 와 >의 개념은 지표분석결과에 대한 이해의 편의를 위하여 ㉠가 ㉡에 비하여 긍정적으로 평가되었으면 ㉠ > ㉡로, 부정적이면 반대로 표시한 것임.

원가구성을 보면 법인협력병원과 비협력병원은 의료원가중 재료비와 관리비가 차지하는 비중이 법인무관협력병원과 비슷한 수준을 보여주고 있으나, 인건비가 차지하는 비중은 상대적으로 높은 것을 볼 수 있다. 특히 인건비와 재료비가 법인협력병원에서 가장 높게 나타났는데 이러한 결과는 전 장에서 분석된 인력의 효율성에 대한 결과와 일치하는 것으로 볼 수 있다. 한편 법인무관협력병원과 비협력병원을 비교해 보았을 때 비협력병원의 인건비 비중이 상대적으로 높은 것을 볼 수 있다. 법인협력병원의 인건비 비중이 큰 것은 규모가 다른 두 집단의 병원보다 작아 규모의 경제를 이루지 못하고 있는 것으로 설명할 수 있으나 법인무관협력과 비협력병원은 규모가 비슷하므로 이러한 차이를 규모의 차이에 의한 것으로 이해할 수는 없는 것으로 사료된다. 이렇게 볼 때 그 근거는 미약하나 협력관계가 법인무관협력병원의 인건비 비중에 어떠한 영향을 미친 것이 아니냐 하는 추정도 해 볼 수 있다.

5. 病院財務健全性 評價⁵⁾을 통한 協力·非協力病院에 대한 比較評價

가. 財務健全性 評價 概要

재무비율분석은 재정상태에 관한 제반 비율의 산출을 통하여 기관의 전반적인 재정적 상태를 평가하는 것이다. 이러한 비율들은 일정 기간동안 조직의 일반적인 재무건전성뿐만 아니라 업무 성과를 평가하는데 사용되기도 한다. 이러한 특성 때문에 일반 기업에서는 해당 기업의 업무성과를 평가하기 위하여 여러 가지 재무비율 관련 지표를 만들어 평가하고 있다.

본 절에서는 기업의 여러 가지 재무비율 지표 중 C. C. Pegels(1984)에 의하여 제안된 재무비율 관련 지표를 활용하여 전 절에서 분석된 대상 병원의 재무건전성을 평가하고자 한다. C. C. Pegels(1984)는 기업의 여러 가지 재무지표 중에서 몇 가지만을 선별하여 새로운 하나의 지표인 재무건전성지표(financial viability index)를 만들었으며 이를 의료기관의 경영현황을 평가하는데 활용하였다. 조직에 대한 재무비율의 평가는 여러 가지 방법이 있을 수 있겠으나 본 절에서는 이러한 방법을 적용함으로써 분석대상 병원의 재무건전성에 관한 분석을 시도하고자 한다.

나. 評價基礎 數式

1) 評價構造

병원의 재무건전성을 평가하기 위해서는 자본구조, 유동성, 수익성

5) Pegels C. C., "A Model for Evaluating Financial Viability of a Hospital", *Third International Conference on System Science in Health Care*, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, 1984. 자료를 참고하였다.

에 관한 기초자료를 구성하여야 한다. 자본구조는 부채비율 즉, 총자산 대비 부채비율을 활용하고, 유동성은 유동비율 즉, 유동부채 대비 유동자산의 산출을 통하여 계측된 수치를 활용하며, 수익성은 총운영수입 대비 총운영비용을 이용한다. 지표산출을 위한 기초수식은 아래의 3가지와 같이 구성된다.

$\begin{aligned} & \text{자산대비 부채비율(Assets Financed by Liabilities; AFL)} \\ & = \frac{\text{장기부채 (Long Term Debt)}}{\text{총자산 (Total Assets)}} \\ & \text{유동비율(Current Ratio; CR)} \\ & = \frac{\text{유동자산 (Current Assets)}}{\text{유동부채 (Current Liabilities)}} \\ & \text{운영수입 대비 운영비용(OER)} \\ & = \frac{\text{총운영비용 (Total Operating Expense)}}{\text{총운영수입 (Total Operating Revenue)}} \end{aligned}$
--

2) 財務健全性指標

단일 지표로 이루어진 재무건전성지표는 기업의 경영성과를 평가하는데 있어서 오랫동안 이용되어져 왔다. 병원경영분야에 있어서는 Caruana와 Kudder(Caruana R. A. et al., 1978:86), ACHP(ACHP, 1979. 4)가 그 모델을 창안하기도 하였다. 이에 따르면 특정 병원의 재무건전성을 평가하기 위한 단일지표인 α 는 다음과 같은 수식 전개를 통하여 산출된다.

$\alpha = \frac{4 \times AFL \times OER^4}{CR}$

상기의 재무건전성지표 α 는 유동비율을 통한 단기재무상태 평가, 자본비율을 통한 장기부채상태 평가, 영업수익대비 영업비용을 통한 수익성 평가를 종합한 것이다. 지표 α 를 산출하기 위하여 3가지 비를 상호 곱할 경우 만약 3가지 비율중의 하나가 극단적으로 큰 수치를 갖거나 낮은 수치를 갖는 경우에는 부정확한 α 지표가 산출되는 경향이 있다. 특히 첫 번째의 두 가지비가 그러한데 이러한 수치들은 일반적으로 발생하기 때문에 α 지수의 예외적인 값들이 종종 발생하기도 한다.

〈表 V-25〉 CR, AFL, OER에 대한 決定 값

CR	f(CR)	AFL	f(AFL)	OER	f(OER)
< 1.0	0	> 0.600	0	> 1.04	0
> 1.0 - <1.3	1	> 0.500 - < 0.600	1	> 1.03 - <1.04	1
> 1.3 - <1.6	2	> 0.400 - < 0.500	2	> 1.02 - <1.03	2
> 1.6 - <1.9	3	> 0.300 - < 0.400	3	> 1.01 - <1.02	3
<1.9 - <2.2	4	> 0.200 - < 0.300	4	> 1.00 - <1.01	4
> 2.2	5	< 0.200	5	< 1.00	5

註: OER = Ratio of Operating Expenses to Operating Revenues
 AFL = Assets Financed by Liabilities
 CR = Critical Ratio

資料: Pegels C. C., "A Model for Evaluating Financial Viability of a Hospital", *Third International Conference on System Science in Health Care*, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, New York Tokyo, 1984.

이러한 극단적인 값들을 보정하기 위하여 α 지표에 대한 다른 대안으로서 추가적인 조합을 통하여 똑같은 형태의 재무비에 관한 결정함수식(discrete function)을 산출할 수 있다. 이러한 결정함수식을 사용함으로써 각각의 재무비가 갖는 극단적인 수치의 영향력을 줄이면서 모든 비율에 동일한 가중치를 부여할 수 있다. 이러한 3가지의 재무비 즉 CR, AFL, OER에 대한 결정 값의 형태는 〈表 V-25〉에서 볼 수 있는데, 각 재무비의 기능적인 결정 값은 0~5까지의 정수 값을 가진다.

3) 決定函數式의 適用

각 의료기관들은 새롭게 산출된 3개의 결정 값의 수치를 합산하여 하나의 지표를 갖게 되는데, 위에서 제시되고 있는 α 지표와 구별되는 β 지표가 된다. 이론적으로 β 지표는 0에서 15까지의 범위를 갖도록 되어 있다. 모든 기관은 이러한 β 지표를 통하여 평가를 받게 되는데, 여기서 β 지표가 높다는 것은 매우 건전한 재정적인 건전성을 나타내며, 반면 낮은 β 지표는 상대적으로 악화된 경영 및 재정 상태를 나타내는 것이다.

〈表 V-26〉 代案的인 財務健全性 判別指標

대안적 β 지표	재 정 상 태
0, 1, 2, 3	재무상태 심각한 문제
4, 5, 6	재무상태 우려
7, 8, 9	보통
10, 11, 12	긍정적
13, 14, 15	우수

資料: Pegels C. C., "A Model for Evaluating Financial Viability of a Hospital", *Third International Conference on System Science in Health Care*, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, 1984.

좀더 쉽게 이해할 수 있는 β 인덱스를 만들기 위해서, 각각의 지표는 〈表 V-26〉에서 제시하고 있는 것과 같은 범주로 분류될 수 있다. 이러한 범주의 각각의 β 지표가 나타내는 의미는 중대한 문제점이 있는 경우, 재무상태 우려, 취약, 긍정적, 우수의 5가지 형태를 가진다. 물론 이런 분류는 지표의 개발자의 주관적 판단에 따른 것이나 전문가의 의견을 토대로 작성된 것이라는 점에서 의미가 있을 수 있다.

다. 協力 및 非協力病院의 評價

상기에서 제시되어 있는 수식을 106개의 협력 및 비협력병원에 대하여 적용하였고 개별 병원의 재무건전성을 평가할 수 있는 지표인 대안적 β

지표를 산출하였으며 평가결과는 <表 V-27> 및 <表 V-28> 과 같다.

<表 V-27> 財務指標 및 數式을 適用한 比率의 諸 指標 算出結果

병원NO	협력여부 ¹⁾	CR	f(CR)	AFL	f(AFL)	OER	f(OER)	αIndex	βIndex
1	2	0.3534	0	0.21560	4	1.01095	3	2.5492	7
2	2	0.4445	0	0.31418	3	1.10096	0	4.1539	3
3	3	0.4296	0	0.19815	5	0.89721	5	1.1954	10
4	2	1.0772	1	0.46270	2	1.17920	0	3.3221	3
5	1	0.6456	0	0.55720	1	0.89985	5	2.2635	6
6	2	1.1683	1	0.10310	5	0.96196	5	0.3023	11
7	2	0.5626	0	0.41167	2	0.94419	5	2.3261	7
8	2	1.5817	2	0.64276	0	0.95693	5	1.3630	7
9	1	4.5394	5	0.45895	2	0.90915	5	0.2763	12
10	2	0.2069	0	0.35683	3	0.85986	5	3.7709	8
11	1	0.3043	0	0.43734	2	0.82146	5	2.6177	7
12	2	1.2505	1	0.35536	3	1.11918	0	1.7834	4
13	2	3.9455	5	0.20502	4	0.83157	5	0.0994	14
14	3	1.4084	2	0.33092	3	0.98065	5	0.8692	10
15	2	3.1346	5	0.03272	5	1.13499	0	0.0693	10
16	2	0.1576	0	0.37219	3	0.93464	5	7.2086	8
17	3	0.3268	0	0.01778	5	1.00899	4	0.2256	9
18	1	1.1148	1	2.42549	0	1.18013	0	16.8798	1
19	2	1.5131	2	0.22559	4	0.95145	5	0.4887	11
20	3	1.2009	1	0.41366	2	0.91469	5	0.9645	8
21	2	0.3172	0	0.23366	4	0.93344	5	2.2369	9
22	2	0.4417	0	0.44381	2	0.84346	5	2.0341	7
23	1	1.9009	4	0.34021	3	1.03221	1	0.8127	8
24	2	0.9725	0	0.20159	4	0.90305	5	0.5514	9
25	3	1.5102	2	0.01702	5	0.94043	5	0.0353	12
26	3	0.3865	0	0.28972	4	0.92503	5	2.1954	9
27	2	0.1525	0	0.25712	4	0.83504	5	3.2800	9
28	1	2.0321	4	0.02733	5	0.84756	5	0.0278	14
29	2	0.3117	0	0.16174	5	0.70699	5	0.5186	10
30	2	2.4767	5	0.33952	3	0.73937	5	0.1639	13
31	1	2.4845	5	0.25827	4	0.98203	5	0.3867	14
32	2	0.7147	0	0.62375	0	0.64289	5	0.5963	5
33	3	0.8743	0	0.22706	4	0.94547	5	0.8301	9
34	2	2.5050	5	0.62258	0	0.98149	5	0.9226	10
35	2	0.3144	0	0.15042	5	0.94927	5	1.5538	10
36	3	1.2558	1	0.08556	5	0.91100	5	0.1877	11
37	2	0.3095	0	0.87435	0	1.08452	0	15.6311	0
38	2	4.5034	5	0.39284	3	0.94297	5	0.2759	13
39	3	1.3688	2	0.18308	5	0.78525	5	0.2034	12
40	2	0.8398	0	0.24297	4	0.45326	5	0.0488	9
41	3	0.6412	0	0.11477	5	0.86452	5	0.3999	10
42	2	0.1291	0	0.28014	4	1.02187	2	9.4653	6
43	3	1.9948	4	0.20427	4	0.98791	5	0.3901	13
44	2	0.3943	0	0.17395	5	0.95403	5	1.4616	10
45	2	0.8957	0	0.42131	2	0.88041	5	1.1304	7
46	2	0.38928	0	0.30853	3	0.99368	5	3.0908	8
47	2	2.11453	4	0.00744	5	1.31490	0	0.0421	9
48	1	0.63103	0	0.53840	1	0.99226	5	3.3083	6
49	1	0.48560	0	0.21650	4	1.06363	0	2.2824	4
50	1	0.42816	0	0.42420	2	1.11412	0	6.1058	2

註: 1) 1: 동일법인협력병원, 2: 법인무관협력병원, 3: 비협력병원

〈表 V-27〉 계속

병원NO	협력여부 ¹⁾	CR	f(CR)	AFL	f(AFL)	OER	f(OER)	α Index	β Index
51	2	0.96761	0	0.24873	4	1.07760	0	1.3865	4
52	2	0.37338	0	0.55994	1	0.96635	5	5.2310	6
53	3	3.69318	5	0.05727	5	0.97858	5	0.0569	15
54	2	1.94454	4	0.17823	5	1.00612	4	0.3757	13
55	1	0.84937	0	0.58003	1	0.97114	5	2.4297	6
56	3	0.34680	0	0.62107	0	1.12137	0	11.3272	0
57	3	0.53054	0	0.36709	3	1.01692	3	2.9598	6
58	2	2.23455	5	0.33548	3	0.83927	5	0.2979	13
59	2	5.78146	5	0.33724	3	0.90897	5	0.1593	13
60	2	0.66173	0	0.12965	5	0.69000	5	0.1776	10
61	2	2.11080	4	0.18019	5	0.88379	5	0.2083	14
62	2	0.33756	0	0.20444	4	0.97276	5	2.1692	9
63	1	0.63194	0	1.38074	0	1.11063	0	13.2975	0
64	2	6.00903	5	3.86503	0	1.03137	1	2.9111	6
65	2	2.13685	4	0.42948	2	0.94467	5	0.6403	11
66	2	0.44495	0	0.24305	4	0.92779	5	1.6189	9
67	3	0.61885	0	0.43658	2	1.05221	0	3.4589	2
68	3	3.97199	5	0.47665	2	1.08994	0	0.6774	7
69	2	0.77551	0	0.42048	2	0.89041	5	1.3633	7
70	2	1.11394	1	0.42394	2	0.91171	5	1.0518	8
71	2	0.96761	0	0.24873	4	1.07760	0	1.3865	4
72	2	5.78569	5	0.16271	5	0.99358	5	0.1096	15
73	2	0.47279	0	0.32109	3	0.94772	5	2.1915	8
74	2	2.51991	5	0.24538	4	1.03924	1	0.4543	10
75	2	0.99981	0	0.34267	3	0.99253	5	1.3304	8

註: 1) 1: 동일법인협력병원, 2: 법인무관협력병원, 3: 비협력병원

조사대상 106개 의료기관 중 지표산출을 위한 기초자료가 구성된 의료기관은 총 75개소였다. 재무건전성지표 분석결과 전체의 38.7%는 ‘긍정적 또는 우수’였으며, 34.7%는 ‘보통’, 26.7%는 ‘우려 또는 심각한 우려’의 상태를 보이고 있었다.

협력 및 비협력병원을 구분하여 살펴보면 심각한 우려상태는 법인협력병원이 25.0%로 가장 높았고 비협력병원은 12.5%이었으며, 법인무관협력병원은 6.4%로 가장 낮았다. 반면 ‘우수’한 경우는 법인무관협력병원이 17.0%로 가장 높았고, 법인협력병원 16.7%, 비협력병원 12.5% 순이었다. 전체적으로 보았을 때 부정적인 측면보다는 긍정적인 측면의 병원이 다소 많았으며, 협력형태별로 보면 법인무관협력병원 및 비협력병원이 보통 이상인 경우가 많았고, 법인협력병원의 경

우에는 우려상태가 많았다.

〈表 V-28〉 協力 및 非協力病院의 財務健全性 指標分析結果

재 정 상 태	동일법인협력	법인무관협력	비협력	합 계
전체	12(100.0)	47(100.0)	16(100.0)	75(100.0)
심각한 우려상태	3(25.0)	3(6.4)	2(12.5)	8(10.7)
우려상태	4(33.3)	7(14.9)	1(6.3)	12(16.0)
보통	2(16.7)	19(40.4)	5(31.3)	26(34.7)
긍정적	1(8.3)	10(21.3)	6(37.5)	17(22.7)
우수	2(16.7)	8(17.0)	2(12.5)	12(16.0)

資料:협력병원 분석결과.

본 절에서는 병원의 재무에 관한 몇 가지 주요 재무지표를 상호 조합하여 단일 지표화하고, 이러한 단일 지표를 통해 의료기관 집단간 재무건전성의 비교평가를 시도하였다. 분석결과를 보면 법인협력병원, 법인무관협력병원, 비협력병원 모두 어떠한 일관성을 가지고 결론을 내리기 어려운 만큼 한 집단에 재무건전성이 좋고 나쁜 병원이 포괄적으로 들어가 있었다.

VI. 病院間 協力 活性化 方案

우리 나라 병원간 협력실태를 요약해 보면 첫째, 병원의 운영에 있어서 가장 열악한 환경에 있는 병원급 의료기관의 협력관계 참여율이 미흡하고, 둘째, 협력관계운명을 위한 별도의 기관 설립 등 적극적인 협력을 위한 체계의 구성이 미비하며, 셋째, 병원운영효율성 제고에 실질적으로 영향을 미칠 수 있는 공동구매, 고가의료장비 공동사용 등 내실 있는 사업의 추진이 미흡하다. 이러한 협력관계 참여 미흡과 현재 운영되고 있는 협력관계 사업내용의 부실은 앞에서 살펴본 바와 같이 병원의 운영의 효율성이나 재무상태에 별 다른 긍정적인 효과를 가져오지 못하고 있는 실정이다.

그러나 현재 실시되고 있는 의약품 실구입가 상환제도, 그리고 연내 실시가 예상되는 수가차등화제도 및 포괄수가제도의 확대실시 등 환경의 변화는 병원계의 능동적이고 적극적인 대처방안 강구의 필요성을 말하고 있다. 이러한 환경변화의 대처방안의 하나로 본 연구에서 제시하고 있는 병원간의 협력은 규모의 경제 확보, 병원경영의 전문성 제고, 원가절감, 병원간 불필요한 과당경쟁 지양, 시설 및 장비의 중복설치 배제 등을 실현하기 위하여 상호 협조하는 전략이다. 따라서 본 장에서는 병원간 협력의 활성화 방안으로 효과적인 협력관계의 결성을 위한 전략, 협력관계의 운영방안, 병원이 협력관계에 적극적으로 참여할 수 있도록 유도하기 위한 제도적인 개선 방안을 제시하고자 한다.

효과적 협력 관계 결성을 위한 전략으로는 병원간 협력을 수립하기 전에 기본적으로 고려되어야 할 사항을 제시하고, 병원들이 특정 목적

에 따라 추구할 수 있는 협력관계의 모형으로 협의체에 의한 환자교류 및 공동사업, 현행의 다수병원체계의 발전적인 형태로 통합의료 시스템의 구축방안, 그리고 미래지향적인 협력체제로 네트워크 경영체계를 소개하였다. 한편, 이러한 협력체계를 효과적으로 운영하기 위하여 필요한 사항으로 협력당사자간의 이해증진 및 협력관계를 구축시 미래에 예상되는 문제점을 예방하기 위한 대책 등을 제시하였다. 또한 병원 간 협력체계 구축의 활성화를 위한 정책적인 동기부여 방안으로 약사 법과 의료법상의 규정내용의 유연한 적용에 대하여 고찰하였다.

1. 病院間 協力關係의 樹立

병원간의 협력관계의 수립에 대한 결정은 병원 운영환경 변화에 대한 분석과 병원의 내부적인 서비스 제공능력의 강점 및 약점의 분석 등을 통한 병원운영 전반적인 사항을 고려하는 전략적 시각에서 수립되어야 할 것이다. 병원운영 환경의 변화는 정부의 의료정책의 변화, 진료권내의 의료수요의 변화, 진료권내의 의료서비스 제공능력의 현황 등이 분석의 대상이 된다. 내부환경에 대한 분석은 임상체계, 행정 체계, 시설의 현황 등에 대한 분석이 필요하다. 이러한 분석에 근거하여 타 병원과의 협력관계가 필요한지의 여부가 결정되어야 한다.

한편 <表 VI-1> 은 제휴관계 수립의 장단점을 나타내고 있다. 따라서 제휴관계를 수립할 것인가에 대한 결정은 이러한 장단점을 제휴의 분야와 목적에 비추어 면밀히 분석하여 수행되어야 할 것이다.

예를 들면 금년내 실시가 예상되는 수가차등화제도가 병원 운영에 어떠한 영향을 미칠 것인가에 대한 분석과 이에 대처하여 어떠한 전략을 수행할 것인가를 결정하여야 한다. 수가차등화는 병원의 전문성을 인정하고 전문성에 적합한 진료를 하지 않을 경우 수가에 불이익

을 주게 된다. 따라서 병원들은 개별적으로 어떤 분야에 전문성을 표방할 것인지를 결정하고 이러한 전문분야 외의 환자의 경우 어떻게 처리할 것인가에 대한 결정이 필요하다. 여기서 특정 과목을 병원내에 유지할 것인지 아니면 타 병원과의 제휴관계를 맺을 것인지에 대한 결정이 필요하다. 환자를 의뢰하는 병원의 측면에서 보면 현재의 진료권 분석이나 내원환자 분석 결과에 의하여 특정서비스를 제공할 필요성이 인정되나 이러한 서비스를 제공하기 위한 인력 및 시설을 확보하기 위해서는 재정적인 부담이 크고 또한 양질의 서비스를 제공하기 위한 노하우를 형성하는데 장기적인 시간이 필요하다고 판단될 경우 이러한 분야에 탁월한 타 병원과 제휴관계를 형성하여 서비스를 제공하므로 기존에 확보된 고객에게 지속적으로 서비스를 제공하게 되며 불필요한 시설 및 장비에 대한 투자를 피할 수 있게 된다.

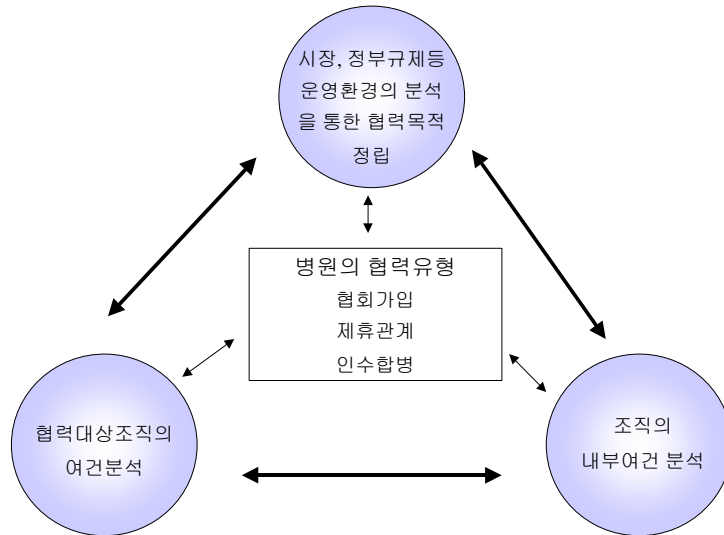
〈表 VI-1〉 提携關係 樹立의 長短點 比較

장 점	단 점
<ul style="list-style-type: none"> · 새로운 능력의 개발 및 수용을 위한 기회확보 · 자원의 확보 · 위험성의 분산 · 생산품 및 기술개발 비용 분담 · 시장영향력의 확대 · 새로운 시장의 확장 · 운영환경의 불확실성 및 복잡성에 대한 대처능력 향상 · 시너지효과의 확보 · 시장의 수요 및 기술적 변화에 신속대응·시장경쟁력의 향상 	<ul style="list-style-type: none"> · 기술적 우위의 상실 · 자원의 부담 · 실패의 위험성 공유 · 독립성 및 자체통제력 약화 · 안정성 및 확실성 약화 · 조직의 영역, 목표 등에 대한 갈등 · 협의 상황에 신속대처능력 저하 · 공정거래 관련 정부의 규제

일차적인 제휴관계 수립이 결정되면 다음으로 제휴관계의 목적을 공동으로 달성할 수 있는 협력대상병원을 선택하고 이러한 병원과 어

떠한 형태로 협력관계를 맺을 것인가에 대한 결정을 해야한다. 예를 들어 수가차등화에 대비하여 특정 진료분야를 타 병원과 협력하여 환자교류를 시도하고자 하는 경우 대상병원이 이러한 서비스를 제공할 수 있는지, 서비스 제공 수준은 어느 정도인지, 대상병원이 이러한 환자교류에 동의 할 만한 유인이 있는지 등에 관한 사항이 파악되어야 한다. 이러한 사항과 함께 대상병원과의 기업문화의 유사성, 사안에 대한 접근방법의 유사성 등이 고려되어야 한다. 예를 들면 우리나라와 같이 인간관계가 조직의 운영상 중요한 역할을 하는 경우에는 대상병원 종사자의 학연, 지연 등이 고려의 대상이 되어야하며 다수병원체계의 경우 총괄조직과 각 병원의 운영조직이 의사결정에 있어서 어떠한 역학관계를 가지고 있는지 등이 고려되어야 할 것이다.

[그림 VI-1] 病院間 協力樹立을 위한 考慮事項



[그림 VI-1]은 병원간 협력 수립을 위하여 고려하여야 할 사항을 요약하여 그림으로 나타내었다. 앞에서 논의 된 바와 같이 정부의 의료 정책, 진료권내의 동향 등에 대한 분석을 통한 경영환경의 분석, 당해 병원의 내부적 현황에 대한 분석, 협력대상병원의 현황과약 등을 근거로 하여 협력의 목적에 따라 협의체 구성이나 전략적 제휴 및 인수 합병 등의 협력형태가 결정되어야 한다.

2. 病院間 協力の 目的과 協力類型

가. 協議體

1) 協議體의 特性和 適用分野

협의체는 협회가입이나 개별 병원간에 전략적 제휴 관계를 형성하므로 이루어 질 수 있다. 이러한 협의체는 협력의 내용이 제한적이고 이에 따라 회원병원들의 자원의 투자가 작으며 협의체의 가입 및 탈퇴가 비교적 자유롭다는 특징을 가지고 있다. 이러한 협의체의 특징을 고려할 때 주로 환자교류관계나 공동사업의 추진을 목적으로 할 때 이러한 형태의 협력관계를 구축하는 것이 타당하다.

2) 病院間 患者交流

환자의 교류는 환자를 의뢰 받는 병원과 환자를 의뢰하는 병원간에 이루어진다. 그러나 이러한 관계가 배타적인 일대일의 관계가 될 필요는 없다. 즉 의뢰하는 병원이나 의뢰를 받는 병원이나 필요에 따라 다수의 병원과 환자의뢰관계를 맺을 수 있는 것이다. 이러한 관계를 맺기 위해서는 우선 대상병원의 진료능력 및 운영현황에 대한 객관적

인 분석을 통하여 상호간의 환자교류에 의하여 시너지효과를 가져올 수 있는지에 대한 분석이 선행되어야 한다. 이러한 분석에 의하여 환자교류관계가 성립될 때 환자의 질환 종류 및 중증도와 의료기관의 전문성이 합치를 이루는 병원에서의 환자진료를 통하여 환자에게는 양질의 진료를 제공하고 의료기관은 운영의 효율성을 확보하게 된다.

지금까지 병원계에서 많은 모자병원이나 자매병원 등의 관계가 맺어지고 있으나 구체적인 병원의 장점과 단점의 분석에 의한 관계설정이 되지 못하여 환자의뢰관계가 응급의 경우나 그 외에 극히 제한된 범위에서 산발적으로 유지되고 있는 형편이다. 따라서 의뢰하는 병원의 진료권에 대한 분석과 이 병원의 서비스 제공능력 등을 분석하여 여기서 도출되는 서비스의 공백을 채워줄 수 있는 환자의뢰관계를 설정하여야 할 것이다.

일단 특정환자의 의뢰가 필요한 경우 병원간에는 다양한 방식의 의뢰관계가 설정될 수 있다. 첫째는 계약에 의한 특정서비스의 판매자와 구매자의 관계를 설정할 수 있고, 둘째로 두 병원간 협력에 의하여 특정서비스에 대한 조인트벤처로 사업을 추진할 수 있다.

3) 契約에 의한 協議體

계약에 의한 관계설정은 그 성격상 가장 간편하고 관계유지를 위한 비용이 가장 적은 방법이다. 계약에 의한 관계설정의 장점으로서는 계약내용을 당해 병원의 강점과 약점의 분석을 통하여 상황에 맞게 작성할 수 있고, 시간이 지남에 따라 계약내용을 변경하므로 관계의 내용을 달리 할 수 있다는 점이다. 또한 조인트벤처 등에서 필요한 자본의 투자가 필요하지 않아서 관계설정이 당해 병원에 무리한 재정적인 부담을 주지 않는다는 것이다. 그 밖에 계약의 중요한 장점으로 이러한 관계의 설정에서 개별병원의 독립성이나 자주성이 당해 병원들이 수용할 수 있는 선에서 결정될 수 있다는 것이다.

4) 조인트벤처에 의한 協議體

조인트벤처 두 개 이상의 조직이 자원을 공동 투자하여 공동된 목적을 추구하는 것이다. 따라서 중소병원간에 협력하여 검사센터를 설립하고 회원병원들이 공동으로 환자를 의뢰하여 운영하거나 대형병원과 중·소형병원이 중소병원의 진료권내에 공동 투자하여 설립할 수도 있다. 조인트벤처는 기술을 공유, 시장확보, 및 투자의 위험성 분산 등의 이점이 있으나 협력 병원간에 추구하는 목적이 서로 다를 경우 잠재적인 불화의 가능성이 있다. 예를 들어 대형병원이 중소병원과 공동 투자하여 중소병원의 진료권내에 검사센터를 설립한 경우 중소병원은 자체내의 검사시설을 대체하는 목적으로 참여하였으나 대형병원은 진료권내의 환자유치를 주된 목적으로 할 수도 있다.

조인트벤처에 의한 협의체는 병원간에 공동사업을 위한 협력관계 형성에도 적합한 형태라고 할 수 있다. 미국병원협회의 공동사업에 관한 정의를 보면 ‘공동사업이란 임상적 또는 행정적 기능을 두 개 이상의 조직이 모여서 협동적으로 수행하는 것으로 비용의 절감효과와 규모의 경제 효과를 창출하고 공동사업에 참여하는 위험에 대하여 공동책임을 지는 것’으로 정의하고 있다. 이러한 공동사업은 의약품이나 의료소모품의 공동구매, 특정 서비스의 공동 아웃소싱, 전산시설 및 고가장비의 공동 구매 및 사용 등을 내용으로 한다.

나. 統合醫療院 體系

1) 必要性

통합의료원체계는 현재 우리 나라의 다수병원체계가 의료환경의 변화에 따른 대응방안으로서 운영의 효율성과 진료의 질 향상을 위하여

지향하여야 할 협력체제로 사료된다. 특히 대개가 3차 진료기관이나 대형종합병원 위주로 구성되어 있는 다수병원체제는 수가차등화의 실시와 함께 기존에 확보된 고객에 대한 서비스를 지속적으로 제공하기 위해서는 중형병원이나 의원급의 의료기관과 협력하여야 한다. 또한 포괄수가제도가 전면적으로 도입되면 일반적으로 적정 재원일수를 유지해야하는 바 급성진료가 종결된 환자가 퇴원하여 지속적인 서비스를 제공받을 수 있도록 요양병원이나 기타 장기적으로 환자를 돌볼 수 있는 기관과의 상호 협력은 병원운영의 효율화를 위하여 필수적이다.

2) 協力形態

통합의료원체계의 구축은 반드시 동일 법인체로서 소유권을 갖는 인수합병의 형태가 아니더라도 각 기관간의 전략적 제휴를 통해서도 달성할 수 있다. 따라서 인수합병에 따른 위험부담을 분산하고 참여 기관의 가입과 퇴출에 어느 정도의 자율성을 보장하여 통합의료원체계 운영에 유연성을 확보하기 위해서는 기관간 전략적 제휴관계를 바탕으로 조직되는 것이 바람직하고 볼 수 있다.

3) 推進方向

통합의료원을 구축하기 위해서는 현재 존재하고 있는 기관을 중심으로 의료전달체계의 구축을 시도하는 시각으로 접근해야 한다. 따라서 기존 조직의 진료권을 정의하고 이 지역의 인구와 의료수요에 대한 분석이 필요하다. 이러한 분석을 바탕으로 먼저 이러한 수요를 충족시키기 위하여 필요한 의료인력의 수를 추정하고 이러한 인력을 1차 의료기관, 병원, 종합병원 및 요양기관 등에 서비스 형태별 의료수요를 근거하여 배정한다.

이러한 과정을 마친 후에는 다양한 의료기관들을 효율적으로 통제할 수 있는 경영구조를 정한다. 이를 위해서는 먼저 통합의료원체계에 참여하는 기관들이 통합의료원체계에 대한 장기적 비전을 공유할 필요가 있다. 이러한 비전은 참여기관이 잠재력을 최대한도로 발휘하고 동시에 통합의료원의 전체적인 성공을 위한 참여기관간 협력이 원활히 이루어질 수 있는 방향으로 제시되어야 한다.

한편 통합의료원체계의 지주적 역할을 하는 병원은 기존의 개별병원 운영의 시각에서 벗어나 전체적인 방향에서의 운영방향을 설정하여야 한다. 통합의료원 전체적인 방향으로 시각전환이 되지 않을 경우 통합의료원체계는 치명적인 문제에 봉착하게 된다. 또한 지주병원 은 통합의료원체계 운영전략상 재원조달의 중심적 역할을 하여 급성 병원서비스 뿐만 아니라 예방, 일차의료, 재활 등이 유기적으로 연결되어 다양한 서비스가 원활히 공급되도록 하여야 할 것이다.

다. 네트워크 經營⁶⁾

병원의 네트워크 경영의 개념은 병원 경영 과정에 있어서, 다수의 독립적이고 상호 동질적 또는 이질적인 기존의 병원과 병원, 조직과 조직, 개인과 개인이 독립적으로 의사결정을 하면서, 상호관계 메커니즘의 의사전달과 정보 및 자원의 교환, 능력의 보완, 조정, 통제, 전략적 제휴 등 상호작용관계를 통하여 사업기회를 포착하거나 조직을 존속, 발전시키며, 그들 각자가 가진 경영능력을 최적화하기 위한 미래 지향적이고 동태적인 고도의 의사결정과정이라고 할 수 있다.

이러한 네트워크 경영개념을 통합의료시스템과 비교하여 보면 통합의료원시스템이 의료서비스의 연속성 유지의 차원에서 병원뿐만 아니

6) 박기수, 『병원의 경영혁신을 위한 네트워크 구축에 관한 연구』의 내용을 요약 정리하였다.

라 일차의료, 장기요양시설 등을 총괄하는 것이라면 네트워크 경영은 이러한 보건의료기관 뿐만 아니라 의료기관 운영상의 투입자원을 제공하는 모든 기관과 협력관계를 구성하여 참여하는 모든 조직의 잠재능력을 극대화하는 경영방식으로 볼 수 있다. 이러한 형태의 의료서비스 관련 조직의 운영은 급격히 발전하는 정보화의 추세에 따라 그 적용이 활성화 될 것으로 사료된다.

1) 目的

병원의 네트워크 경영의 목적은 병원경영환경의 변화에 유연하게 적응하며, 병원의 대형화 및 병원서비스 시장의 대외개방 등 병원서비스 제공상의 경쟁의 증가에 대응하고, 의료서비스의 제공 및 병원 운영에 있어서 전문화를 이루며, 의료전달체계의 원활한 운영을 추구하는 것으로 볼 수 있다.

2) 種類

병원운영에 있어서 네트워크의 종류는 일반적 조직과 같이 크게 의료관계 네트워크와 경영관계 네트워크로 구분할 수 있다. 이들은 또한 공식적 네트워크와 비공식적 네트워크로 분류할 수 있을 것이다.

또한 병원의 대외개방과 해외진출과 관련하여 지리적 측면에서 국내적 네트워크와 국제적 네트워크로 구분할 수 있을 것이며 조직 구조적인 측면에서 수직적, 수평적 네트워크로 나눌 수 있다. 수직적 네트워크는 다시 상향적 및 하향적 의료 네트워크로 나누고 수평적 네트워크는 조직 내부의 기능적 네트워크 등을 들 수 있다.

3) 네트워크 構築의 效果

병원이 경영혁신의 전략으로 네트워크를 구축함으로써 가지는 효과는 클 것이다. 병원 조직은 전통적으로 고도의 전문성과 자율성이 전제되어 왔고 각 기능간에도 매우 높은 벽이 존재하고 있다. 병원은 또한 서비스의 대상이 환자라는 특성 때문에 자체에서 모든 시스템을 갖추고 서비스를 제공하여 왔다. 따라서 네트워크를 구축한 미래의 병원은 전문성을 존중하면서도 기능간의 벽을 없애 병원의 고유 목적을 달성하는데 기여하게 될 것이다.

미래의 병원은 조직 구조적 측면에서 볼 때 경영주가 병원 시설(건물)과 최소규모의 경영관리팀을 소유하고 있다면 의료진은 진료위원회를 통한 의료팀을, 진료지원팀과 의료장비, 시설, 관리, 물류, 안전팀은 관련분야에서 파견된 인력과 외부 협력 네트워크로 충당할 수 있을 것이다. 이렇게 되면 경영주는 많은 부분에서 비용을 최소화 할 수 있고 경영의 전문화에 의한 고도의 효율성을 가질 수 있을 것이다.

또한 의료협력체계에서도 1차 의료기관과 소규모병원, 2, 3차 병원, 특수·전문병원이 상호 개방된 체계로 환자의 치료에 협조하고 진료시설, 장비, 기술적인 측면에서 공동으로 운용한다면 의료의 집중화를 해소하고 국가 의료 전달체계의 확립에 충분히 효과를 가질 수 있을 것이다.

4) 醫療傳達體系 段階別 네트워크 시스템의 適用

가) 1次 醫療 네트워크 시스템

1차 의료는 관리의료 단계라고 칭한다. 관리의료란 모든 국민들이 의료기관에 등록을 하여 향후 발생할지도 모르는 질병의 이환에 대비

하여 자신의 건강을 지속적으로 관리한다는 것을 의미한다.

1차 의료기관은 현재의 의원급 의료기관으로 공식명칭은 의원(의료 관리센터)으로 한다. 1차 의료기관의 네트워크 구축은 의료활동에 필요한 진찰실, 의료정보망 등 진료 및 환자관리, 건강관리에 필요한 최소한의 시설 외에는 자신의 의료활동에 필요한 제휴기관으로서 역할을 수행할 주변 위성에 아웃소싱과 협력으로 약국, 전문검사센터, 간호서비스, 물리치료서비스 등과 네트워크망을 구축하고 1차 의료기관이 진료를 수행할 수 있도록 지원하게 된다.

그리하여 이들은 상호 환자 진료, 이송, 연구, 학술, 경영지도 등의 과정에서 네트워크 관계를 발전시켜 나가게 되고 여기에 경영관련 기관이 네트워크 시스템에 참여하면서 한 개의 의료시스템 내에서 강력한 의료 네트워크가 일차적으로 통합 구축될 수 있다.

나) 2次 醫療네트워크 시스템

2차 의료기관은 치료의료 단계로 하며 구성은 일반병원과 특수(전문)병원, 응급의료 전문센터, 소규모병원 등을 모두 포함하는 개념으로 일반적인 환자 진료에 문제가 없도록 한다.

의료시스템의 구축은 현재의 병원 의료전달체계를 최대한 활용하며 제휴를 필요로 하는 병원과 관련기관, 3차 의료기관을 포함하는 의료시스템을 자연스럽게 탐색, 선택하게 된다.

의료 네트워크 시스템에 참여한 각 기관들은 2차 의료기관과 환자 진료, 이송, 진료지원, 아웃소싱 등 의료 및 경영관리의 각 분야에서 상호 연계된 역할을 하게 될 것이다. 이러한 시스템은 시간이 경과하면서 상호관계가 확대·강화되어 점차 발전을 이루고 완성 및 통합의 단계로 발전하게 된다.

이렇게 하여 의료 네트워크가 완성되면 관련 의료기관과 경영조직

들은 상대방의 의료시설을 이용하는 개방형 병원제는 물론 시스템 내의 경영지도, 환자 이송에 따른 의료이익의 배분, 의료지식과 학술교류, 인적교류, 아웃소싱 업체의 경영협력 등 제 분야에서 제휴를 유지하기 위한 노력을 하게 된다.

다) 3次 醫療네트워크 시스템

3차 의료기관은 연구 및 특수치료 단계로 하고 최소한 연구와 교육에 충분한 정도의 의료진과 병상과 시설, 연구실을 보유하여야 하며 고도의 의료장비를 보유하거나 외부네트워크로 연결되어야 한다.

특히 이 과정에서 유의할 사항은 3차 의료기관은 2차 및 응급, 특수, 한방 의료기관에서 이송된 환자를 수용할 수 있는 의료시설, 의료수준, 경영자원을 가지고 의학교육과 경영교육 및 특수질환 연구와 치료 등을 수행할 수 있는 특화된 능력을 갖추어야 한다.

3차 기관을 중심으로 한 의료시스템의 구축이 완성되면 시스템 내의 각 단계별 의료기관과 관련 네트워크 기관은 상호 학습을 통해 의료의 질 유지와 경영수준의 향상에 노력하여야 한다.

3. 協力關係 運營에 따른 考慮事項

일단 협력관계를 형성하게 되면 병원은 새로운 관계에 대하여 적응기간을 거치게 된다. 적응단계에서는 자원의 배분, 문화적 차이, 협력관계에 대한 반대세력의 비협조, 협력관계에 대한 이해부족, 인간관계의 갈등 등 다양한 문제점이 표출된다. 이러한 과정을 효과적으로 극복해내지 못하는 경우 협력관계는 유명무실하게 되던지 지속적으로 유지되지 못하는 경우가 많다. 협력관계가 실패하는 주요 원인을 살

펴보면 다음과 같다(Zuckerman, et al., 1995).

- 병원간 교류가 장기적인 전략적 목표달성 보다는 단기적인 재정적인 결과로 그 효과성이 판단될 경우
- 교류당사자간의 상호 신뢰가 결핍된 경우
- 교류당사자간에 힘의 균형이 일방적으로 기울 경우
- 조직간 교류에 병원내의 실무진의 참여가 결여되어 있는 경우
- 교류 당사자간에 교류에 대한 기대치나 교류의 동기에 대한 상호 이해가 미흡한 경우
- 교류의 당사자간에 교류의 성과 평가를 위한 기준이 일치하지 않는 경우 등

이러한 문제점은 본 연구에서 조사한 협력관계 구축시 애로사항에 대한 병원들의 의견조사에도 잘 나타나 있다. 전체 응답병원의 24.3%가 ‘의료사고시 법적인 책임소재 문제가 불명확하기 때문’에 라고 응답하였으며, ‘진료비 정산시 비용부담 문제가 발생한다’는 것과 ‘지역적인 문제로 인하여 의뢰 회송에 애로가 있다’는 응답이 전체의 13.5%를 차지하였다. 응답비율은 적었으나 ‘응급환자 의뢰시 의뢰병원의 상황을 무시하고 일방적으로 불평하는 경우’, ‘행정·인력교류는 정보 누출로 생각하는 점’, ‘환자 의뢰시 우선 진료가 잘 안 되는 점’, ‘타병원 의뢰시 해당 병원은 실력이 없다는 이미지를 주게 될 우려가 있다는 점’ 등으로 나타났다(表 VI-2 참조). 이러한 결과로 미루어 볼 때 병원간 협력 관계의 원활한 운영에 가장 큰 걸림돌은 병원간의 상호이해 및 신뢰의 미흡이라는 것을 알 수 있다.

〈表 VI-2〉 協力關係 構築·運營上の 主要 問題點

주요 응답내용	응답(%)
계	37(100.0)
1. 의료사고시 법적인 책임소재가 불명확한 실정임	9(24.3)
2. 진료비 정산(보험청구 및 환자 본인부담금)에 문제점 발생-모자병원이 2, 3차 기관으로 수탁한 검사에 대한 병원 가산율이 상이한 관계	5(13.5)
3. 지역적인 문제로 인하여 의뢰, 회송에 어려움이 있음	5(13.5)
4. 공식적인 협력관계 구축이 가능한 제도적인 장치가 필요함	4(10.8)
5. 의뢰하고자 하는 병원에 상병관련 진료과가 없음	3(8.1)
6. 병원 상호간 이해관계 부족으로 인하여 필요성을 못 느끼는 실정임	3(8.1)
7. 응급환자 이송시 의뢰병원의 상황을 무시하고 일방적으로 불평하는 경우가 있음	2(5.4)
8. 행정, 인력교류는 정보누출로 생각하는 점이 있음	1(2.7)
9. 자신병원의 입원환자처럼 신속한 처리가 이루어지지 못함.	1(2.7)
10. 협력관계를 이유로 선택적으로 환자를 의뢰 받아 치료하게 하는 경향이 있음	1(2.7)
11. 환자의뢰시 우선 진료가 잘 안됨	1(2.7)
12. 타병원 의뢰시 해당병원은 실력(능력)이 없다는 이미지를 주게될 우려가 있음	1(2.7)
13. 인력파견시 모병원의 일정대로 시행하기 때문에 자병원의 진료연속성 결여	1(2.7)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

이러한 문제점을 극복하고 효과적인 병원간의 협력을 성취하기 위해서는 첫째, 협력관계가 참여기관 모두에게 이익이 된다는 공감대의 형성, 둘째, 사업추진 방법에 대한 구체적인 계약의 설정, 셋째, 협력관계 활성화를 위한 병원 내 적극 옹호자의 확보, 넷째, 협력제도의 효과성 평가기준의 설정 등이다.

협력관계의 활성화를 위해서는 우선적으로 관련 병원 상호간에 협력의 필요성에 대한 인식이 있어야 한다. 협력관계는 당해 병원의 경쟁력 강화나 전략적 위상을 견고히 하기 위하여 이루어지는 것이며, 가시적인 효과와 상호혜택을 입는 win-win적인 결과를 가져올 수 있

다는 상호간의 공감대와 확신이 형성되어야 한다는 것이다. 따라서 이러한 장기적인 목적에 따른 협력관계에 대한 기대치가 동일하도록 상호간의 이해를 증진시키는 것이 필요하다.

이러한 이해를 바탕으로 사업추진 상에 발생할 수 있는 여러 가지 상황을 분석하여 협력관계 운영방안에 대한 구체적인 내용을 포함하는 계약의 설정이 필요하다. 우리 나라에서 병원간에 환자교류가 활성화되지 못하고 있는 이유로 앞에서 언급된 바와 같이 환자의뢰 시 의뢰병원으로의 환자회송 미흡, 환자교류 시 비용부담에 대한 마찰, 의료사고 발생 시 책임소재의 불분명 등을 들고 있다. 이러한 내용은 물론 의료 정책적인 차원에서 고려될 수도 있겠지만 일차적으로 환자교류 계약 당사자간의 절충에 의하여 해결할 수 있는 사안으로 사료된다. 이러한 문제점의 미연방지를 위한 계약의 내용은 구체적인 협력사업의 내용, 이러한 협력사업 추진을 위하여 관련 인력으로 당해 병원에 구성하는 위원회 설립에 관한 규정, 사업성과 평가에 대한 기준, 협력추진에 따른 비용부담의 원칙 등에 대한 내용을 포함하여야 한다.

한편 협력사업에 참여하는 병원 내에서 이러한 사업에 대하여 직원들이 적극 동참하도록 하는 방안의 하나로 병원 내에 협력사업에 대한 적극 옹호자 그룹을 형성하는 것을 생각할 수 있다. 상호간에 협력관계를 수립하므로 해서 발생하는 위험성의 공유는 병원간의 결속력 강화를 위한 동기를 부여하고 상호간의 공동이익 추구에 대한 공감대를 형성하게 한다. 그러나 상호의존관계는 이러한 관계를 적극적인 시너지 창출의 기회로 활용하지 않으면 상호 취약성을 의미할 수도 있다. 따라서 협력의 강화를 위해서는 상호신뢰 속에서 협조 및 이해의 제고를 위한 공동 노력이 필수적이다. 이러한 공동노력의 일환으로 조직 내에 협력 관계에 대한 적극 옹호자(Champion)가 존재하여 조직 전반에 걸친 협력관계의 필요성에 대한 이해를 전파하는 역

할을 하게 하는 것도 공동노력을 위한 기반조성을 위하여 필요하다. 적극 옹호자의 역할은 대개 최고 경영진이 참여하여 수행하는 것이 가장 효과적이다.

협력체계의 운영성과는 협력관계에 있는 병원의 내부적인 평가와 이러한 관계에 간접적으로 영향을 받고 있는 외부자(external stakeholder)의 평가가 같이 수행되어야 한다. 이러한 평가에 있어서 고려되어야 할 사항을 보면 다음과 같다 (Zuckerman et al., 1995).

- 협력관계가 병원의 전략적인 측면에서 그 중요성이 인정되어서 병원경영진의 주목을 받고 있으며 적절한 자원이 지원되고 있는지의 여부
- 협력관계가 장기적인 투자로 인식되고 있으며 협력관계에서 발생하는 이익이 협력병원간에 비교적 공평하게 분배되고 있는지의 여부
- 협력관계에 있는 병원의 비교적 독립적인 의사결정이 가능하며 병원간의 영향력이 균형적으로 행사되고 있는지의 여부
- 협력관계 참여병원간에 계약에서 지정된 사항에 대한 상호협력을 위한 대화 채널이 공식적으로 체계화되어 있는지의 여부
- 협력관계 업무를 수행하기 위하여 각 병원 내에 공식적인 조직이 설립되어 병원간 협력업무를 관장하며 상호 신뢰관계 구축을 위한 활동에 종사하고 있는지 여부 등

한편 병원간 협력관계의 유효성에 대한 평가는 협력관계에서 얻어진 결과를 기준으로 하는 결과기준평가와 협력관계 수행과정에 중점을 두는 과정기준평가 등 두 가지의 시점을 가지고 평가되어야 한다. 결과기준평가를 위해서는 먼저 협력관계에 의하여 발생하는 결과를 나타낼 수 있는 적절한 지표를 선택하여야 한다. 예를 들면 환자만족

도, 병상이용률, 시장점유율 및 재무적 상태의 변화 등이 되겠다. 한편 과정기준 평가는 특정한 조건, 사례 및 협력관계의 성장과정에 초점을 맞추는 평가이다. 예를 들면 협력관계 초기에 발생하였던 문제점들이 관계가 성숙되면서 완화되거나 양상을 달리하고 있는지에 대한 평가 등이 되겠다. 따라서 협력관계 수행 상에 당해 병원간의 상호교류가 유연하게 이루어지기 위하여 필요한 요인들이 주요 평가대상이 된다. 이러한 두 가지 기준에 의한 평가는 일차적으로 협력체계 전반적인 시각에서 평가되어야 하며 다음으로 참여 병원 각각의 개별적 시각에서의 평가로 진행되어야 한다.

4. 協力關係 活性化를 위한 制度的 改善

가. 病院間 協力事業 活性化를 위한 制度改善⁷⁾

우리 나라의 경우 병원간의 협의체가 공동사업을 목적으로 조인트 벤처를 시도한 것은 1980년대 후반부터이다. 이러한 별도의 사업체는 1984년에 11개가 있었고 1993년에는 13개 조직이 있었다. 이들은 대개의 경우 의약품 도매업소의 업종으로 운영되고 있었다. 그러나 1993년 7월 1일부터 개정 시행된 약사법 제37조 부칙 제3조에 「의료기관의 설립자는 의약품 도매상을 하지 아니 한다」라는 법령 및 동시행법규 제49조 「의약품도매상은 특정한 의료기관의 개설자만을 위한 독점적 영업행위를 하지 아니할 것」등의 법이 시행되었다. 이에 따라 의료관련 재단법인 또는 의과대학 및 부속병원을 가진 학교법인 등과 관련이 있는 병원공동구매조직으로서 재단이 수입사업체로 직접 운영하거나 공동구매회사의 모든 주식을 소유하고 있던 조직은 1993

7) 장석철 외, 「병원 공동사업 발전방안에 관한 연구」의 내용을 요약정리하였다.

년 7월 이후 공동구매사업을 중단하였다.

이러한 공동사업을 규제하는 우리 나라의 제도와는 달리 미국 정부는 메디케어 및 메디케이드 의료비의 급상승에 따라 의료비 억제정책의 하나로 연방정부는 공법(Public Law) 92-641호와 공법 93-641호(The National Health Planning & Resources Development Act-보건계획 및 의료자원 개발법)를 제정하여 공포하므로 주지사의 관장 하에 보건의료비의 상승을 억제하고자 한 바 있다. 이 공법 92-603호에서 제시하고 있는 검약한 구매자 개념(prudent buyer concept)은 의료서비스 제공 기관들이 투입자원을 구입할 때 일반적인 소비자가 제품을 구입할 때 적용하는 정도의 신중함을 기하여 구입하도록 하는 것이다. 이와 관련해서 메디케어 감사원에서는 검약한 구매나 비용절감을 위한 노력을 시도하지 않은 의료기관에 대하여 공급자급여기준(The Provider Reimbursement Manual)에 명시하도록 하여 의료비에 대한 보험급여율을 조정할 수 있도록 하였다. 의료기관들은 이러한 검약구매에 대한 증거로서 환불이나 할인에 대한 내용을 회계 문서에 반영하도록 하고 있다.

한편 공법 제93-641호의 1502조항은 의료기관의 비용절감 방안을 제시하고 있는데 동법 제2호, 제3호, 제5호, 및 제7호는 의료기관간의 공동사업에의 노력을 요구하고 있으며 제2호와 제5호에서는 병원의료의 통합적 조정과 지원서비스의 공동이용을 위한 다수병원체계개발을, 제9호에서는 현재 독자적인 경영방식 보다 공동사업 및 다수병원체계를 업무수행체제로 적극 권장하고 있다. 이러한 법률적인 조치와 함께 미국정부는 공동사업 활성화를 위한 연구를 통하여 이를 홍보하여 병원들이 이에 적극적으로 참여하도록 유도하고 있다.

따라서 우리 나라도 의료의 특성을 고려하여 상거래상 공정행위에 극히 벗어나지 않는 범위 내에서 병원간 공동사업 추진을 제도적으로 뒷받침하여야 할 것이다.

나. 醫療法上의 人力 및 施設基準 適用緩和

의료법은 각 의료기관의 규모에 따라 갖추어야 할 기본 시설 및 인력기준을 정해 놓고 있다. 그러나 중소 종합병원의 경우 의료법 1장 3조에서 지정하고 있는 전문분야별 의료인을 확보하는 데 여러 가지 불리한 여건에 의하여 어려움을 겪고 있다. 또한 전문의료인력을 확보한다 하더라도 이들의 인건비를 충당할 만한 진료건수가 확보되지 않는 경우가 많아 운영에 많은 부담을 안고 있는 것이 사실이다.

따라서 이러한 경우 병원간의 협력관계를 통하여 인력교류를 할 수 있도록 관계법령을 완화하는 방향으로의 모색도 필요한 것으로 사료된다. 예를 들면 병원간 협력을 통하여 인력교류를 할 경우 전문의 1인이 감당할 수 있는 환자수의 상한선과 당해 병원에서 근무해야 하는 최소한의 근무일수를 정하여 이 기준에 합당한 경우 전문의를 공유하는 병원들은 인력기준을 충족하는 것으로 보는 등 법 적용에 유연성을 확보하는 방향으로 개선이 필요한 것으로 사료된다.

한편 시설기준의 경우 의료법 제3장 1절 32조 시설기준에 의하여 규제되고 있다. 이러한 의료시설 관련 사항도 병원이 아웃소싱이나 공동사업을 통하여 효율적으로 업무를 처리할 경우 의료법상의 시설기준에 저촉되는 경우가 많다. 따라서 공동으로 아웃소싱 하는 업체나 자체적으로 공동 운영하는 시설의 기준 및 운영실태에 대한 규정을 만들어 이에 합당한 방향으로 시설이 설치·운영되고 있는 경우에는 의료법상의 시설규정을 충족하는 것으로 인정하여 병원들이 보다 다양한 상호협력을 통하여 운영의 효율성을 도모하도록 유인하는 것이 바람직한 것으로 사료된다.

다. 患者交流의 活性化를 위한 政策方向

우리 나라 병원간 환자교류가 활성화되고 있지 못한 이유로 병원들은 의료사고시 책임소재 불분명, 보험급여 배분 원칙의 부재 및 의뢰 받는 병원으로부터 환자회송의 부진 등을 들고 있다. 그러나 이러한 사항들은 앞에서 논의 된 바와 같이 환자교류를 위한 협력관계를 구축할 때 계약에 의하여 처리될 수 있는 사항이다. 따라서 환자교류 활성화를 위한 정책적인 방향은 전체적으로 병원간의 환자교류를 촉진할 수 있는 유인의 제공에 초점을 두어야 할 것이다.

이러한 유인의 제공에 관련하여서는 정부가 계획하고 있는 수가차등화제도의 구체적인 실행방향이 결정되어야겠지만 현재 논의되고 있는 것은 주로 병원별 전문분야를 선택하도록 하고 선택된 전문분야 이외의 진료 시에는 수가산정에 불이익을 주도록 하는 것으로 설정되어 있다.

일본의 경우도 우리 나라의 3차 진료기관의 개념과 유사한 ‘특정기능병원’의 경우 의뢰된 환자에게만 진료를 하도록 유도하고 있다. 즉 특정기능병원의 초진환자 중 타 의료기관의 의뢰에 의한 환자의 수가 30% 이하일 경우는 수가 가산점의 산정에서 불이익을 주며 10% 이상의 의뢰환자 증가를 5년 이내에 달성할 수 있는 계획서를 제출하도록 하고 있다.

따라서 우리 나라에서도 수가차등화제도를 실시할 때 일정기간의 유예기간을 주되 병원의 전문성에 합당한 진료를 시행하지 않을 경우 수가에 분명한 불이익이 되도록 수가의 차등정도를 정하여야 할 것이다.

參 考 文 獻

- 대한병원협회, 『병원통계 1991~1995』, 1997. 8.
- _____, 『'99전국병원명부』, 1999. 4. 1.
- 매일경제신문사, 『동일법인체재창조를 위한 M&A 성공전략』, 1998.
- 박기수, 『병원의 경영혁신을 위한 네트워크 구축에 관한 연구』, 석사
학위논문, 인제대학교, 1999.
- 윤경일·송민섭, 『계약산업의 구조조정 방안』, 한국보건사회연구원, 1998.
- 장석철·안희도·김성환, 『병원 공동사업 발전방안에 관한 연구』, 『병
원협회지』, 제23권 11호, 1994.
- 정기선, 『현대 병원회계』, 정우서적, 1996. 12. 11.
- _____, 『현대 병원세무회계』, 정우서적, 1996. 10. 31.
- 조재국·이건직·박영택 외, 『의료기관의 경영실태와 정책과제』, 한국
보건사회연구원, 1997. 12.
- 한국은행, 『1998 기업경영분석』, 1999. 7. 30.
- 한국보건의료관리연구원, 『'97병원 경영분석』, 1998. 12.
- _____, 『병원경영분석지표 해설』, 1997. 12.
- Alpha Center for Health Planning, *The Analysis of Hospital Financial
Viability*, 1979. 4.

- Benjamin, C., et al., "Hospital behavior and performance: The effects of group size and group economic factors on collaboration: A study of the financial performance of rural hospitals in consortia", *Health Services Research*, 1999. 4.
- Brown, M., "Mergers, Networking and Vertical Integration: Managed care and investor-owned hospitals", *Health Care Management Review*, 1996.
- Caruana, R. A. & Kudder G., "Seeing Through the Figures with Ratios", *Hospital Financial Management*, 1978. 6. p.6.
- Devers, K. J., Shortell S. M., Gillies, R. R., et al., "Implementing organized delivery systems: An integration scorecard", *Health Care Management Review*, 1994.
- Dorothy, M., "Long-range strategic planning: A case study", *Healthcare Financial management*, 1999. 5.
- Gary, H., & Rick, G., "Fit to be tried", *Hospitals & health Networks*, 1997. 11.
- Howard, S. Z., Thomas. A. D., "Hospital Alliances: Cooperative Strategy in a Competitive Environment", *Health Care Management Review*, 1990, 15(2), pp.21 ~30.
- James, B. G., & Park, S. H., "Interorganizational Links and Innovation: The Case of Hospital Services", *Academy of Management Journal*, 1997. Vol.40. No.3, pp.673 ~696.
- Jan Barnsley, et al., "Integrating Learning into Integrated Delivery Systems", *Health Care Manage Rev*, 1998, 23(1), pp.18 ~28.

- Joseph, T. C., “Creating a Competitive PSO: A Case Study”, *Healthcare Financial management*, 1999. 6.
- Michelle, M. C., “Integrated Networks and Health Care Provider Cooperatives: New Models for Rural Health Care Delivery and Financing”, *Health Care Manage Rev*, 1977. 22(2), pp.41~48.
- Miles, R. E., Snow, C., *Organizations: New Concepts for New Forms*, California Management Review, 28(3), 1986.
- Morrisey, M., Alexander, J., *Hospital Participation in Multi-hospital Systems*, Academy in Health Economics and Health Service Research, 7, Greenwich, CT: JAI Press, 1987.
- Oliver, C., Determinants of interorganizational relationships: Integration and future directions. *Academy of Management Review*, 15, 1990.
- Pegels, C. C., “A Model for Evaluating Financial Viability of a Hospital”, *Health Systems Research - Third International Conference on System Science in Health Care*, Edited by W. van Eimeren, R. Engelbrecht & Ch. D. Flagle, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York Tokyo, 1984.
- Randall, W. K., “Providers Eye Integration to Improve Care, Lower Costs”, *Managed Healthcare*, 1999. 5.
- Robert, J., & Patricia, R. L., “Risk-sharing Integration Efforts in the Hospital Sector”, *Health Care Management Review*, 1999. Spring.
- Stinchomle A. L., “Contracts as Hierarchical Documents” , in *organizational Theory and Project Management*, Bergen, Norway, 1985.

Thompson J. D., *Organization in Action*, New York, McGraw-Hill, 1967.

Walston, S. L., et al., "Owned Vertical Integration and Health Care: Promise and Performance", *Health Care Management Review*, 1996, Winter.

Zuckerman, H. S., et al., "Alliances in Health Care: What We Know, What We Think We Know", *Health Care Management Review*, Winter, 1995.

附 錄

- 附錄 1. 醫療機關間 相互 協力關係 活性化를 위한
設問調查紙/ 139
- 附錄 2. 醫療機關種別 協力關係現況 分析結果 / 146

附錄 1. 醫療機關間 相互 協力關係 活性化를 위한
設問調查紙

조사표 번호 : _____

조사기관	한국보건사회연구원
과 제 명	협력병원제도 도입을 통한 중소병원 운영활성화 방안

의료기관간 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사지

1999. 10.

한국보건사회연구원

안녕하십니까?

국민의 질병치료 및 건강증진을 위하여 노력하고 계시는 귀하의 노고에 진심으로 감사드립니다.

본 조사는 국무총리실 산하 한국보건사회연구원의 병원경영팀이 수행하고 있는 병원운영의 효과성과 효율성의 제고방안 도출을 위한 연구의 일환으로 현재 의료기관 상호간에 진행되고 있는 협력관계의 현황과 그 효과성 파악을 목적으로 실시되고 있습니다.

연구결과에 따라 제도적인 지원의 필요성이 제기될 경우 정책적으로 이를 뒷받침 할 예정이오니, 번거로우시겠지만 연구의 중요성을 이해하시어 적극 협조해 주시면 감사하겠습니다.

이 조사결과는 익명으로 통계처리 되어 정책개발에 사용할 뿐 그 외 다른 목적에는 사용하지 않음을 밝혀 둡니다.

끝으로 귀원의 무궁한 발전을 기원합니다.

감사합니다.

1999. 10. 1.

한국보건사회연구원장

1. 작성하신 설문지는 1999년 10월 18일까지 아래 주소로 보내주시면 감사하겠습니다.

2. 제출처 : 122-705 한국보건사회연구원

서울특별시 은평구 불광동 산 42-14

보건의료연구실 병원경영팀

3. 연락처 : Tel 355-8003~7(교황 213), (교황 264)

※ 기획실 과장님 또는 계장님, 총무과 과장님 또는 계장님, 원무과 과장님 또는 계장님
 께서 응답 해 주십시오.

1. 병 원 명³⁾ _____ * 설문지 회수를 위하여 필요한 사항입니다.
2. 총 자산규모⁴⁾ 약 _____ 억원
3. 병 상 수^{5), 6)} ① 허가병상 : _____ 병상 , ② 운영병상 : _____ 병상
4. 설 립 형 태⁷⁾ 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 ⑭ 기타(_____)
5. 병 원 형 태⁸⁾ ① 3차 종합병원 ② 종합병원 ③ 병원(보건의료원)
6. 소 재 지 역⁹⁾ 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
7. 수련병원여부¹⁰⁾ ① 인턴, 레지던트(단과 포함) ② 인턴 ③ 단과 레지던트 ④ 비수련
8. 위 치 지 역¹¹⁾ ① 특별시 ② 광역시 ③ 시지역 ④ 농어촌(군) 지역
9. '98년도 병상회전율¹²⁾ _____ %

※ 귀 병원이 맺고 있는 협력관계 중 병원운영에 **가장 중대한 영향을 미치고 있는 협력관계**를
 중심으로 답변해 주시기 바랍니다.

1. 협력관계의 형태

1-1. 귀 병원이 타 병원과 맺고 있는 협력관계는 어떠한 형태로 이루어지고 있습니까?^{13), 14), 15), 16)}

- ① 동일 법인체내에서의 협력관계 (법인체 명칭: _____)
- ② 법인체와 무관한 협력관계 (협력관계 명칭: _____)
- ③ 협력관계 없음 ('4. 협력관계가 없는 경우'의 문항으로 가십시오)
- ④ 기타 : (_____)

※ ①의 협력관계의 예로는 연세의료원 또는 산재의료관리원등의 산하병원등이 있으
 며 ②의 경우는 동일 법인 여부와는 관계없이 일정한 목적을 가지고 모인 협력관계
 로 예를 들면 지역 및 종교 등을 중심으로 모인 협의체 또는 협력병원, 모자병원,
 자매병원등의 협력관계가 되겠습니다.

1-2. 상기 협력관계 운영을 위하여 공식적인 합의서, 계약서 등이 마련되어 있습니까?¹⁷⁾

① 예 ② 아니오 ③ 기타 : (_____)

1-3. 상기 협력관계 운영을 위하여 별도의 기관을 설립·운영하고 있습니까?¹⁸⁾

① 예 ② 아니오

1-4. 상기 협력관계에 참여하고 있는 병원의 규모와 수는 얼마입니까 (귀 병원 포함)?

병 원 구 분	병 원 수
대학병원 및 500병상 이상 ¹⁹⁾	
300 - 499 병상 ²⁰⁾	
200 - 299 병상 ²¹⁾	
단과 레지던트 수련병원 ²²⁾	
100 - 199병상 ²³⁾	
100병상 미만 ²⁴⁾	
총 계 ²⁵⁾	

1-5. 상기 협력관계의 결성시기는 언제입니까? ^{26), 27)} (_____ 년 _____ 월)

1-6. 귀 병원은 상기 협력관계에 언제부터 참여하고 있습니까? ^{28), 29)} (_____ 년 _____ 월)

2. 협력사업 내용

2-1. 협력관계에서 이루어지고 있는 사업은 어떤 것이 있습니까?(관계되는 사업에 모두 표시해 주십시오)³⁰⁾⁻⁴⁰⁾

- ① 환자의뢰 및 회송 관계 (관련문항 2-2, 2-3, 2-4)
- ② 공동구매
- ③ 의료 및 행정 인력교류
- ④ 의료기술 교류
- ⑤ 전문경영기술 교류
- ⑥ 고가의료기기 공동사용
- ⑦ 기타 _____

※ **환자의뢰**는 자병원(또는 의원)이 모병원으로 환자를 이송하는 것을 말하고, **환자회송**은 자병원(또는 의원)이 의뢰했던 환자를 모병원으로부터 이송 받는 경우를 말함.

2-2. 환자의뢰 및 회송사업에서 귀 병원은 주로 어떤 역할을 하고 있습니까? ⁴¹⁾

- ① 주로 환자를 의뢰 받음(모병원)
- ② 주로 환자를 의뢰함(자병원)
- ③ 상호의뢰 관계

2-3 귀 병원의 **1998년도 (또는 지난 회계연도)** 총 환자의뢰 및 회송실적은 얼마입니까?

환자구분	환자수(명)
의뢰환자수 ⁴²⁾	
회송환자수 ⁴³⁾	

2-4 환자의뢰의 이유는 무엇입니까 (**1998년도 또는 지난 회계연도기준**)?

환자의뢰 사유	%
1. 귀병원에서 환자의 상병관련 서비스를 제공하지 않기 때문 ⁴⁴⁾	
2. 환자가 요청하였기 때문 ⁴⁵⁾	
3. 귀 병원 서비스 시간외에 방문한 환자이기 때문 ⁴⁶⁾	
4. 기타 사유 ^{47), 48), 49), 50), 51)} : ()	
합 계	100

2-5 환자회송의 이유는 무엇입니까 (**1998년도 또는 지난 회계연도기준**)?

환자회송 사유	%
1. 귀 병원에서 필요한 진료가 완료되었기 때문 ⁵²⁾	
2. 환자가 요청하였기 때문 ⁵³⁾	
3. 환자의 재정적 능력 미흡 ⁵⁴⁾	
4. 기타 사유 ^{55), 56), 57), 58), 59), 60)} ()	
합 계	100

2-6 공동구매 사업에는 어떠한 품목이나 서비스가 포함되고 있습니까? (해당되는 사항에 모두 표시하여 주십시오)⁶¹⁾

- ① 의약품
- ② 의료기기
- ③ 의료소모품
- ④ 세탁 등 외주용역 공동구매
- ⑤ 기타 _____

3. 협력사업의 효과

3-1 협력관계가 병원운영에 미치는 긍정적인 효과는 어떻다고 생각하십니까?⁶²⁾

- ① 매우 도움이 됨 ② 대체로 도움이 됨 ③ 약간 도움이 됨 ④ 별 도움이 되지 않음
- ⑤ 전혀 도움이 되지 않음

3-2. 병원간 협력관계 구축 및 운영상에 장애가 되고 있는 병원간의 협조상의 문제점이나 법·제도상의 문제점이 있으면 지적해 주시기 바랍니다.

* 병원간 협조상의 문제점 :

* 법·제도상의 문제점 :

4. 협력관계가 없는 경우

4.1. 귀 병원은 타 병원과 협력관계를 갖지 않는 이유는 무엇입니까?⁶³⁾

- ① 협력관계가 별 실효성이 없기 때문
- ② 최고경영자가 별 필요성을 느끼지 못하기 때문
- ③ 협력관계가 필요하지만 마땅한 조직체가 없기 때문
- ④ 기타 : (_____)

4.2. 향후 협력관계에 참여할 계획이 있습니까? ⁶⁴⁾

- ① 있다 ② 없다 ③ 잘 모르겠다

4.3. 귀 병원의 운영합리화를 위해서 향후 전문 기관에 경영컨설팅을 의뢰할 의사가 있습니까?⁶⁵⁾

- ① 있다 ② 없다 ③ 잘 모르겠다

44. 귀 병원이 협력관계를 필요로 한다면 어떠한 사업이 필요하다고 생각하십니까?
(가장 시급한 사업순위를 1로 하여 우선 순위를 기록하여 주시기 바랍니다)

- ① 환자의뢰 관계⁶⁶⁾ ()
- ② 공동구매⁶⁷⁾ ()
- ③ 의료 및 행정 인력 교류⁶⁸⁾ ()
- ④ 의료기술 교류⁶⁹⁾ ()
- ⑤ 전문경영기술 교류⁷⁰⁾ ()
- ⑥ 고가의료기기 공동사용⁷¹⁾ ()
- ⑦ 기타 :⁷²⁾ _____

▶ 긴 시간 동안 자세히 응답해 주셔서 진심으로 감사드립니다 ◀

附錄 2. 醫療機關種別 協力關係 現況 分析結果

1. 醫療機關 種別 協力形態 現況

응답병원의 의료기관 종별 분포를 보면 3차 종합병원이 25개소, 종합병원이 102개소였으며 병원급 의료기관은 97개소였다. 병상수와 자산규모를 의료기관 종별로 보면 종별 평균 자산규모는 3차 종합병원이 806.6억원, 종합병원 176.1억원, 병원 76.3억원이었고, 평균 운영병상수는 3차 종합병원이 864병상, 종합병원이 317병상, 병원 154병상이었다(附表 2-1 참조).

〈附表 2-1〉 醫療機關種別 協力 應答病院의 資産 및 病床規模
(단위: 개소, 억원)

구 분	3차 종합병원	종합병원	병 원	전 체
전체(N)	25	102	97	224
총 자산규모	806.6	176.1	76.3	196.1
병상수(허가병상)	861.3	313.6	159.5	308.0
병상수(운영병상)	863.8	316.5	154.0	307.2

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

2. 醫療機關 種別 設立形態

의료기관 종별 설립형태 현황을 보면 3차 종합병원은 25개소중 학교법인이 14개소(56.0%)로 가장 많았고, 종합병원은 102개소 중 의료법인이 39개소(38.2%), 병원은 97개소중 개인이 47개소(48.5%)로 가장 많았다(附表 2-2 참조).

〈附表 2-2〉 醫療機關 種別 設立形態 現況

(단위: 개소, %)

설립형태	3차 종합병원	종합병원	병 원	합 계
계	25(100.0)	102(100.0)	97(100.0)	224(100.0)
국립대학	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
국립	1(4.0)	2(2.0)	4(4.1)	7(3.1)
시립	0(0.0)	1(1.0)	1(1.0)	2(0.9)
공립	0(0.0)	0(0.0)	4(4.1)	4(1.8)
공사	1(4.0)	9(8.8)	3(3.1)	13(5.8)
학교법인	14(56.0)	18(17.6)	1(1.0)	33(14.7)
특수법인	5(20.0)	2(2.0)	2(2.1)	9(4.0)
사단법인	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
재단법인	1(4.0)	11(10.9)	5(5.2)	17(7.6)
사회복지	0(0.0)	2(2.0)	8(8.3)	9(4.5)
회사법인	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
의료법인	3(12.0)	39(38.2)	22(22.7)	64(28.6)
개인	0(0.0)	18(17.6)	47(48.5)	65(29.0)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

3. 醫療機關 種別 所在地域 現況

의료기관종별 도·농 및 지역소재 현황을 보면 3차 종합병원은 전체 25개소 중 특별시 지역이 12개소(48.0%)였고, 종합병원의 경우는 102개소 중 46개소(45.1%), 병원은 97개소 중 34개소(35.1%)가 시지역에 있었다. 지역구분에 따른 현황을 보면 3차 종합병원은 서울이 48.0%로 가장 많았고, 종합병원은 부산이 14.7%, 병원은 서울과 경남이 각각 15.5%로 많았다(附表 2-3 참조).

〈附表 2-3〉 醫療機關 種別 所在地域 現況

(단위: 개소, %)

지역		3차종합병원	종합병원	병원	합계
계(N)		25(100.0)	102(100.0)	97(100.0)	224(100.0)
도·농	특별시	12(48.0)	14(13.7)	15(15.5)	41(18.3)
	광역시	7(28.0)	31(30.4)	22(22.7)	60(26.8)
	시지역	6(24.0)	46(45.1)	34(35.1)	86(38.4)
	농어촌(군)	0(0.0)	11(10.7)	26(26.8)	37(16.5)
지역	서울	12(48.0)	14(13.7)	15(15.5)	41(18.3)
	부산	2(8.0)	15(14.7)	12(12.4)	29(13.0)
	대구	1(4.0)	4(3.9)	6(6.2)	11(4.9)
	인천	2(8.0)	3(2.9)	0(0.0)	5(2.2)
	광주	1(4.0)	4(3.9)	1(1.0)	6(2.7)
	대전	1(4.0)	2(2.0)	1(1.0)	4(1.8)
	울산	0(0.0)	4(3.9)	2(2.1)	6(2.7)
	경기	1(4.0)	12(11.8)	14(14.4)	27(12.1)
	강원	1(4.0)	3(3.0)	3(3.1)	7(3.1)
	충북	0(0.0)	3(2.9)	3(3.1)	6(2.7)
	충남	1(4.0)	3(2.9)	1(1.0)	5(2.0)
	전북	2(8.0)	4(3.9)	8(8.3)	14(6.3)
	전남	0(0.0)	7(6.9)	7(7.2)	14(6.3)
	경북	0(0.0)	8(7.8)	9(9.3)	17(7.6)
	경남	1(4.0)	14(13.7)	15(15.5)	30(13.4)
제주	0(0.0)	2(2.0)	0(0.0)	2(0.9)	

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

4. 醫療機關 種別 修練病院 指定與否

의료기관 중별 수련병원 여부를 보면 인턴·레지던트 지정병원은 3차 종합병원이 24개소(96.0%)로 가장 많았고, 종합병원은 51개소(50.0%)였으며, 병원은 비지정 의료기관이 85개소(87.6%)였다(附表 2-4 참조).

〈附表 2-4〉 醫療機關 種別 修練病院 指定與否

(단위: 개소, %)

지정 여부		3차 종합병원	종합병원	병원	합계
계(N)		25(100.0)	102(100.0)	97(100.0)	224(100.0)
지정	인턴·레지던트	24(96.0)	51(50.0)	0(0.0)	75(33.5)
	레지던트	0(0.0)	32(31.4)	3(3.1)	35(15.6)
	인턴	1(4.0)	0(0.0)	9(9.3)	10(4.5)
비 지정		0(0.0)	19(18.6)	85(87.6)	104(46.4)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

5. 醫療機關 種別 協力關係 形態

의료기관 종별 협력관계를 보면 3차 종합병원은 동일법인내에서 협력관계를 갖고 있는 의료기관이 12개소(48.0%)로 가장 많았으며, 종합병원은 법인무관 협력관계가 50개소(49.0%), 병원은 협력관계가 없는 의료기관이 51개소(52.6%)로 가장 많았다(附表 2-5 참조).

〈附表 2-5〉 醫療機關 種別 協力關係 形態

(단위: 개소, %)

협력 형태	3차 종합병원	종합병원	병원	합계
계	25(100.0)	102(100.0)	97(100.0)	224(100.0)
동일법인내	12(48.0)	27(26.5)	5(5.2)	44(19.6)
법인체와 무관	11(44.0)	50(49.0)	41(42.3)	102(45.5)
협력관계 없음	2(8.0)	25(24.5)	51(52.6)	78(34.8)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

6. 醫療機關 種別 協力關係를 위한 公式的인 合意書, 契約書 與否

의료기관 종별 협력관계 운영을 위한 공식적인 합의서, 계약서 마련여부를 알아본 결과 종합병원의 91.8%, 3차 종합병원의 85.0%, 병원의 69.6%가 ‘관련 서류를 갖고 있다’고 응답하였다(附表 2-6 참조).

〈附表 2-6〉 醫療機關 種別 協力關係에 관한 公式的인 合意書, 契約書 與否¹⁾
(단위: 개소, %)

마 련 여 부	3차종합병원	종합병원	병원	합계
계	20(100.0)	73(100.0)	46(100.0)	139(100.0)
예	17(85.0)	67(91.8)	32(69.6)	116(83.5)
아 니 오	3(15.0)	6(8.2)	14(30.4)	23(16.6)

註: 1) 무응답 7개소 제외
資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

7. 醫療機關 種別 協力關係에 관한 別途機關 設立·運營 與否

의료기관 종별 협력관계 운영을 위한 별도의 기관 설립·운영여부를 살펴본 결과 병원의 97.8%, 종합병원의 87.5%, 3차 종합병원의 85%가 ‘운영하지 않고 있다’고 응답하였다(附表 2-7 참조).

〈附表 2-7〉 醫療機關種別 協力關係 運營을 위한 別途의 機關 設立·
運營 與否¹⁾

(단위: 개소, %)

운 영 여 부	3차종합병원	종합병원	병 원	합 계
계	20(100.0)	72(100.0)	45(100.0)	137(100.0)
예	3(15.0)	9(12.5)	1(2.2)	13(9.5)
아 니 오	17(85.0)	63(87.5)	44(97.8)	124(90.5)

註: 1) 무응답 9개소 제외
資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

8. 醫療機關 種別 協力關係에 參與하고 있는 病院의 數와 規模

의료기관 종별 협력관계에 참여하고 있는 병원의 수와 규모를 알아본 결과 3차 종합병원은 평균 17.4개가 참여하고 있었고, 종합병원은 2.9개, 병원은 2.5개 의료기관이 ‘상호 협력관계를 맺고 있다’고 응답하였다(附表 2-8 참조).

〈附表 2-8〉 醫療機關 種別 協力關係에 參與하고 있는 病院의 數와 規模
(단위: 개소)

구 모	3차종합병원	종합병원	병원	합계
평균	17.4	2.9	2.5	4.9
대학병원 및 500병상 이상	1.3	1.6	0.9	1.4
300~499 병상	1.8	0.3	0.2	0.5
200~299 병상	3.4	0.3	0.1	0.7
단과 레지던트 수련병원	0.2	0.0	0.0	0.1
100~199 병상	2.8	0.2	0.1	0.6
100병상 미만	7.8	0.5	1.0	1.7

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

9. 醫療機關 種別 協力關係의 結成時期

의료기관 종별 협력관계의 결성시기를 보면 병원의 90.0%, 종합병원의 79.0%, 3차 종합병원의 62.5% 순으로 ‘91년 이후에 결성하였다’고 답한 비율이 높았다(附表 2-9 참조).

〈附表 2-9〉 醫療機關 種別 協力關係의 結成時期

(단위: 개소, %)

결 성 시 기	3차 종합병원	종합병원	병원	합계
계(N)	16(100.0)	62(100.0)	40(100.0)	118(100.0)
1970년 이전	1(6.3)	3(4.8)	0(0.0)	4(3.4)
1971~1980년	1(6.3)	2(3.2)	1(2.5)	4(3.4)
1981~1990년	4(25.0)	8(12.9)	3(7.5)	15(12.7)
1991년 이후	10(62.5)	49(79.0)	36(90.0)	95(80.5)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

10. 醫療機關 種別 協力事業 內容 및 實施比率

의료기관 종별 협력사업 내용 및 실시비율을 묻는 질문에 3차 종합병원의 60.0%, 종합병원의 57.4%, 병원의 42.1%가 환자의뢰 및 회송을 ‘실시하고 있다’고 응답하였다(附表 2-10 참조).

〈附表 2-10〉 醫療機關 種別 協力事業 內容 및 實施比率

(단위: 개소, 실시비율)

실 시 비 율	3차 종합병원	종합병원	병원	합계
환자의뢰 및 회송관계	15(60.0)	58(57.4)	40(42.1)	113(77.4)
공동 구매	5(20.0)	14(13.9)	1(1.0)	20(13.7)
의료 및 행정 인력교류	12(48.0)	48(47.5)	11(11.5)	71(48.6)
의료기술 교류	12(48.0)	35(34.7)	12(12.5)	59(40.4)
전문경영기술 교류	8(32.0)	20(19.8)	4(4.2)	32(21.9)
고가의료기기 공동사용	4(16.0)	10(9.9)	2(2.1)	16(11.0)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

11. 醫療機關 種別 患者依賴 및 回送事業에서의 役割

의료기관 종별 환자의뢰 및 회송사업에서의 역할을 살펴본 결과 3차 의료기관의 16개소(72.7%)는 모병원이었고, 종합병원의 39개소(56.5%), 병원의 24개소(58.5%)는 자병원이었다(附表 2-11 참조).

〈附表 2-11〉 醫療機關 種別 患者依賴 및 回送事業에서의 役割
(단위: 개소, %)

역 할	3차 종합병원	종합병원	병원	합계
계	22(100.0)	69(100.0)	42(100.0)	133(100.0)
주로 환자를 의뢰 받음(모병원)	16(72.7)	5(7.3)	2(4.9)	23(17.4)
주로 환자를 의뢰함(자병원)	1(4.6)	39(56.5)	24(58.5)	64(48.5)
상호의뢰 관계	5(22.7)	25(36.2)	15(36.6)	45(34.1)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

12. 醫療機關 種別 1998年度 患者依賴 및 回送實積

의료기관 종별로 환자의뢰 및 회송실적을 살펴보면 3차 종합병원의 평균 의뢰환자수는 3,629명이었고, 그 다음이 병원 427명, 종합병원 408명 순이었다. 3차 종합병원의 평균 회송환자수는 787명이었고, 그 다음이 병원 125명, 종합병원 60명 순이었다(附表 2-12 참조).

〈附表 2-12〉 醫療機關 種別 1998年度 總患者依賴 및 回送實積平均
(단위: 개소, 평균환자수)

의뢰/회송수	3차종합병원	종합병원	병원	합계
의뢰 환자 수	3,628.9	407.5	427.1	732.0
회송 환자 수	787.1	60.1	124.7	189.4

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

13. 醫療機關種別 患者依賴 理由

의료기관 종별 환자의뢰 이유를 보면 ‘상병 관련 서비스를 제공하고 있지 않기 때문’이 모두 높게 나타났으며, 3차 종합병원 55.0%, 종합병원 46.7%, 병원 43.3%이었다(附表 2-13 참조).

〈附表 2-13〉 醫療機關 種別 患者依賴 理由

(단위: 개소, %)

의뢰이유	3차 종합병원	종합병원	병원	합계
계	3(100.0)	40(100.0)	27(100.0)	70(100.0)
상병관련 서비스 비제공	55.0	46.7	43.3	45.8
환자가 요청하였기 때문	41.7	33.9	23.3	30.1
시간외 방문한 환자이기 때문	3.3	1.9	3.0	2.4
기타 사유	0.0	17.5	30.4	21.7

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

14. 醫療機關 種別 醫療機關 患者回送 理由

의료기관 종별 환자회송 이유를 보면 대체적으로 ‘필요한 진료의 완료’가 88.3%로 가장 높았다. 특히 병원의 경우에는 53.8%로 종합병원 47.3%보다 높았다(附表 2-14 참조).

〈附表 2-14〉 醫療機關 種別 患者回送 理由

(단위: 개소, %)

회송이유	3차 종합병원	종합병원	병원	합계
계	3(100.0)	22(100.0)	16(100.0)	41(100.0)
필요한 진료의 완료	88.3	47.3	53.8	52.8
환자가 요청하였기 때문	8.3	36.5	26.6	30.6
환자의 재정적 능력 미흡	3.3	5.8	11.6	7.9
기타 사유	0.0	10.4	8.1	8.7

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

15. 醫療機關 種別 共同購買 事業에 包含되는 서비스

의료기관 종별 공동구매 사업에 포함되는 내용을 살펴본 결과 3차 종합병원은 모든 품목에 있어서 종합병원, 병원보다 높았다. 의약품과 의료소모품이 30.4%로 가장 높았고, 그 다음이 의료기기 26.1% 순이었다(附表 2-15 참조).

〈附表 2-15〉 醫療機關 種別 共同購買 事業에 包含되는 서비스
(단위: 개소, %)

포함되는 서비스	3차 종합병원	종합병원	병원	합계
의약품	30.4	20.8	8.7	18.5
의료기기	26.1	11.7	6.5	12.3
의료소모품	30.4	18.2	6.5	16.4
세탁 등 외주용역 공동구매	13.0	9.1	6.5	8.9

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

16. 醫療機關 種別 協力關係가 미치는 效果評價

의료기관종별 협력관계가 병원경영에 미치는 효과에 대해 종합병원 80.3%, 3차 종합병원의 76.2%, 병원의 58.1% 순으로 ‘도움이 된다’고 답한 비율이 높았으며, 특히 종합병원에서 ‘효과가 있다’고 응답한 비율이 높았다(附表 2-16 참조).

〈附表 2-16〉 醫療機關 種別 協力關係가 미치는 效果評價

(단위: 개소, %)

효과에 대한 생각	3차 종합병원	종합병원	병원	합계
계	21(100.0)	71(100.0)	43(100.0)	135(100.0)
매우 도움이 됨	4(19.1)	18(25.4)	8(18.6)	30(22.2)
대체로 도움이 됨	12(57.1)	39(54.9)	17(39.5)	68(50.4)
약간 도움이 됨	4(19.5)	12(16.9)	14(32.6)	30(22.2)
별 도움이 되지 않음	1(4.8)	2(2.8)	3(7.0)	6(4.4)
전혀 도움이 되지 않음	0(0.0)	0(0.0)	1(2.3)	1(0.7)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

17. 專門機關에 經營컨설팅 依賴意思

비협력병원이 ‘전문기관에 경영컨설팅을 의뢰할 생각이 있느냐?’는 질문에 대하여 129개 응답의료기관중 60개소(46.5%)가 ‘의뢰할 의사가 있다’고 답하였고, ‘잘 모르겠다’와 ‘없다’가 각각 35개소(27.1%), 34개소(26.4%)였다. 경영컨설팅 할 생각이 있는 경우를 의료기관 종별로 보면 3차 종합병원에서 77.8%로 가장 높았고, 종합병원 56.0%, 병원 35.7% 순으로 규모가 작아질수록 낮았다(附表 III-17 참조).

〈附表 2-17〉 非協力病院의 專門機關에 經營컨설팅을 依賴할 意思

(단위: 개소, %)

의뢰할 의사	3차 종합병원	종합병원	병원	합계
계	9(100.0)	50(100.0)	70(100.0)	129(100.0)
있 다	7(77.8)	28(56.0)	25(35.7)	60(46.5)
없 다	0(0.0)	10(20.0)	24(34.3)	34(26.4)
잘 모르겠다	2(22.2)	12(24.0)	21(30.0)	35(27.1)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관 상호 협력관계 활성화를 위한 설문조사, 1999.

□ 著者 略歷 □

● 尹 京 一

美國 Texas A&M University 經營情報學 碩士
美國 Virginia Commonwealth 大學院 病院經營學 博士
現 韓國保健社會研究院 責任研究員

〈主要 著書〉

『標準藥局 模型開發 研究』, 韓國保健社會研究院, 1997.(共著)
『製藥産業의 賣出債權 回轉期間 現況分析』, 韓國保健社會研究院,
1998.(共著)

● 鄭 宇 鎮

延世大學校 經濟學 碩士
美國 亨得立大學校 經濟學 博士
現 韓國保健社會研究院 副研究委員

● 朴 泳 澤

延世大學校 大學院 保健學 碩士
現 韓國保健社會研究院 主任研究員

● 田 一 建

暎園大學校 保健管理學科 卒業
現 韓國保健社會研究院 研究員

研究報告書 99-04

**病院間 協力の 活性化를 통한 運營
效率性 提高方案**

A Study on the Effect of Cooperative Strategy among Hospitals on Efficiency

1999年 12月 日 印刷 畝: 5,000원

1999年 12月 日 發行

著 者 尹 京 一 外

發行人 鄭 敬 培

發行處 韓國保健社會研究院

서울特別市 恩平區 佛光洞 山42-14

代表電話 : 02) 355-8003

登 錄 1994年 7月 1日 (第8-142號)

印 刷 大明企劃

© 韓國保健社會研究院 1999

ISBN 89-8187-184-1 93510