복합병원조직(Multihospital System)의 개념과 전망

申 英 秀 副所長

〈서울大學校 病院硏究所〉

서 론

지역사회내 병원들간의 조직화는 통상 관찰할 수 있는 사항이다. 가톨릭병원 협의회, 기독교병원 협의회, 대학병원 협의회, 중소병원 협의회, 대한병원 협회, 또 대한병원협회 각 지부등이 그 유형의 하나라 하겠다. 이들 병원들의 조직화는 공통된 설립이념과 목적을 가진 설립체간의 목표의식을 공고히하는 친목단체적 성격을 띄우거나, 정보교환등을 통하여 지역사회에서 발생되는 환경적 여건변화에 공동대처하는 사회압력단체적 성격이 주가되는 것이다.

물론 우리나라에서도 한개병원의 설립자가 병원사업의 성장을 통하여 전국적으로 여러개의 산하병원을 가지게 되어 경영적인 측면에서 병원군을 거느리는 경우가 있다.

그러나 이러한 경우도 미국을 중심으로 하여 1966년 중반부터 대두되고 1970년대 후반 부터 급격히 팽창해 나가고 있는 복합병원 조직(multihospital System, 이하 MHS)와는 엄밀히 볼때 그 성격을 달리하는 것이다.

MHS는 병원들간의 상호 경영이익의 증가란 측면에서, 진료의 질적인 향상을 시킨다는 측면에서, 또는 사회 외부환경의 급격한 변동에서 공동 대처하므로서 자신의 생존권을 보전하고 주어진 환경여건을 최대로 이용하여 자신들의 입장을 강화해 나가기 위한 목적으로 기존 병원들 간의 제휴, 통합, 합병등의 과정을 거쳐 형성해 가는 복합조직인 것이다.

MHS는 보건의료조직의 발전단계를 감안할때[주1] 단순구조(Simple structure), 기계적 구조(Machine Structure), 전문화 구조(Professional Structure) 및 분화적 구조(Divisionalized Structure)로의 이행과정에서 최종단계인 분화적 구조(Divisionalized Structure)에 해당된다 할 수 있다[주2]

물론 MHS도 제휴의 목적, 범위 및 재정통합의 정도에 따라 여러 종류의 조직 구조를 가질 수 있다.

미국병원협회의 자료에 의하면[주3] 1984년 현재 미국내 249개의 MHS가 있고 이들은 미국내 전체 병원수의 36%를 소유하거나, 대여 또는 위탁 경영하고 있는 상황에 있다.

MHS의 팽창속도는 놀랄만큼 빠르게 진전되고 있으며 전문가들의 예측에 의하면 1995년까지는 미국내 전체 병원의 53%가 MHS의 산하에 있게될 것이라 전망하고 있다. 특히 MHS는 대형화되어 가는 추세에 있어 1984년 현재에도 2050개의 MHS 산하 병원중 1/3이 5개의 MHS (Big 5 MHS)에 의하여 운영되고 있으며 이중 제일 큰 규모의 MHS인 Hospital Corp. of America는 351개의 병원을 운영하고 있으며 년간 수입규모는 60억 달러를 상회하고 있다. 또한 이들 MHS는 미국내 뿐만 아니라 국제적으로 진출을 하여 특히 유럽 및 중동에 괄목할만한 진출을 보이고 있고 동남아, 일본에도 진출을 하였으며 우리나라에도 진출의 기회를 노리고 있는 것이다.

병원은 지역사회에서 발생하는 환자들의 육체

주 1) Karuzny : "Management of Health Services", p.42~52, Prentice-Hall Inc., 1982.

주 2) 세부설명은 부록(Appendix) 참조.

주 3) American Hospital Association, "Hospitals, Journal of AHA", Vol. Feb 1, 1985.

적 정신적 고통과 질환을 치유시킴을 목적으로하여 지역사회내에 존재하는 필수 봉사기관이다. 특히 인간적이고 개성적인 진료와 간호를 제공하기 위해서는 지역사회의 여건에 융통성있게 대처할 수 있는 능력을 가져야 한다. 이러한 측면에서 병원들의 대형화 조직화는 이들이 내포하고 있는 속성인 관료화 경직화의 문제를 고려하지 않을 수 없다. 그럼에도 불구하고 병원들은 자신들의 명백한 이익을 추구하기 위하여 수많은 병원들이 급속히 MHS의 산하로 모여들고 있음을 감안할때, 병원의료 환경여건이 점차 각박해지고있고 병원들의 지역사회내에서의 체계화가 전혀 되어 있지 못한 우리나라에서도 MHS의 문제를 심각히 분석 고찰할 필요가 있다.

본 원고에서는 MHS 발전의 배경, MHS 조직의 유형, MHS의 현황통계, MHS 성과와 미래, 그리고 우리나라 병원 경영여건하에서 MHS제도 도입의 가능성등을 순서적으로 고찰코저 한다.

2. MHS 발전 배경과 목적

병원의 발전과정은 역사적으로 그 배경을 달리하고 있으나, 근대의학 발전의 주류를 이루고 있는 서양에 있어서는 병원은 종교적기관으로 크게 발전하여 왔고, 사회단체의 투자에 의한 사회사업적 기관으로도 발전하여 왔다. 또한 의술을 제공하는 의사들의 사업장으로서 이들의 투자에 의하여 병원이 설립되기도 하였다.

이들 병원은 각기의 진료지역을 가지며 비록 설립주체가 종교단체등 동일한 단체라 할지라도 병원들간에 친목목적 이상의 협조관계를 유지하는 일은 많지 않으며 각기 진료지역 주민의 요구에 따라 개성있는 발전을 하여온 것이다.

미국에 있어서 MHS 발전의 시초단계는 그 역사의 흐름으로 보아 50년은 더 거슬러 올라 갈 수 있다. 1920년대에 친목단체적 성격으로 결성된 미국 병원협회는 병원의 경영발전을 위한 수련교육 프로그램을 개발 보급시키기 시작하였으며 병원 회계의 표준화를 비롯한 병원업무의 표준화 및 경영합리화를 위한 재반자료의 출판을 통하여 병원간의 공동 협력체제의 필요성을 강조하여 왔다. 또한 미국내 병원신설을 위한 정부적 차원에서의 지역계획 및 재정지원에 관한 법률의 초안작성 및 통과에 있어 국회 로비활동의 주역이 되어온 것이다.

현재 미국 민간의료보험제도의 주축이 되어있는 'Blue Cross'에서도 보험의료비 지급과정에서 병원들의 경영적 생산성증가에 대한 관심을 보이기 시작하고 회원병원간에 Shared service의 도입에 대한 필요성을 강조하고 이를 권장해 왔다.

종교단체 병원들간에도 친목단체적 성격의 협의회들은 점차 회원병원들의 경영적 발전을 도모하기 위하여 MHS적 성격으로 전환하는데 선도적 역할을 해오고 있다.

MHS 발전배경을 좀더 구체적으로 정리하면 아래 5가지 원인들을 생각할 수 있다.

1) 의료기술의 급격한 발전

1960년대 이후 의과학 발전과 의공학의 급격한 발전은 병원의 치료 진단기술의 혁명적 발전을 가져 오게 하였다. 종래 간호의존적이며 인간적 환경이 중시되어 오던 병원업무는 기술집약적 사업체로서 변신하게 된 것이다.

이 결과 독립적 운영을 하는 병원들은 두가지 문제에 직면하게 된다.

첫째는 고도의 발전된 진단과 치료를 수행하는데 필요한 복잡하기 이를데 없는 여러 종류의 고가장비들을 다 마련할 재정적 능력이 부족할 뿐만 아니라 이들을 운영하고 수리하는 고급인력을 확보할 수도 없다는 것과, 둘째는 고도로 세부전문화 되어가고 있는 의료기술을 종합적으로 서비스해 주기 위하여는 각종 전문 의료인력들의 협동적 노력이 필요하나 이들을 모두 확보하는 데에는 일개 병원의 능력으로는 매우 어려운 것이다. 특히 소규모 병원들 또는 농촌지역에 지리적으로 떨어져 있는 병원들은 더욱 이 문제를 심각하게 생각치 않을 수 없다. 이러한 의학기술의 발전에 대처하지 않는다면 이는 즉 지역사회내에서의 그 병원의 신임을 상실하게 되고 궁극적으로는 생존경쟁에서 탈락하는 것을 의미하기 때문이다.

이러한 상황변동하에서 병원들은 고가의료장비에 대한 'Shared service'의 필요성이 불가피함을 인식하게 되고 공동 전선을 구축하는데 박

차를 가하게 되었다.

진료서어비스의 질적인 수준을 최고로 유지하기 위해서도 대·소병원들간에 제휴, 연계를 통하여 기술지원 및 교환 또는 환자들의 후송을 원활히 수행할 수 있는 병원간 조직의 개편방안을 강구하게 되어 이는 필연적으로 MHS로의 전환을 촉진하는 작용을 하게 된것이다.

2) 보험의료비 지급제도의 변화

미국에 있어서 노인의료보장(Medicare)및 저소득 의료보호(Medicaid)를 주축으로 하는 정부지급 의료보장제도와 Blue Cross 및 Blue Shield등을 주축으로 하는 민간의료보험 제도에서 공히 환자진료비 지급방식으로는 진료비용 발생에 대한 후불정산제도를 기본 모형으로 채택하여 운영하여 왔다. 즉 병원에서 환자진료를 수행함에 있어 발생되는 제반 비용을 표준화된 회계 장표에 기록한 재무제표가 공인회계 감사들에 의하여 분석되고 그 결과 승인된 모든 비용을 환자재원 년일수 비율에 따라 계산하여 정산하는 제도이다.

이러한 제도는 소위 'blank check method'라 하여 환자진료에 쓰여졌다고 인정만되면 병원에서 발생된 모든 진료비용을 보상하는 제도로서 진료의 자율성이 최대한 보장된 제도이다. 이 제도하에서 미국 병원의료비는 지난 1960년대에서 1980년도 초에 이르기 까지 평균물가 상승률의 3배씩 증가되어 온 것이다. 미국정부는 의료비 지급제도 자체가 의료비 인플레를 주도하는 원인이 되고 있음을 인식하고 1970년 후반부터 년간 의료비용 발생 재무제표 감사에 있어 병원 감가상각비, 병원 이자부담비용, 교육비용, 신규투자비용등에 대한 규제를 점차 강화해 오고 있으며 종국에는 1983년 부터 연방정부에서 부담하는 medicare 및 medicaid 환자 의료비 지급방법을 혁명적으로 전환시켰다. 즉 DRG 제도라고 하는 고도로 발전된 콤퓨터 정보망을 근간으로한 일종의 포괄수가제도인 선급지급제도(Prospective Pricing System, PPS)를 실시하게 된 것이다. 이러한 일련의 의료비 지급제도에 대한 정부의 정착 변경은 병원들로 하여금 고가 의료기기 투자에 대한 더욱 신중한 결정을 하도록 압력을 가하는 결과가 되었고 DRG 제도하에서 지급되는 진료비 내역들은 각종 고가 의료장비들의 사용에 있어 생산성이 일정수준이상되는 것을 전제로 책정한 것이기 때문에 이러한 생산성 레벨에 도달치 못한 고가장비 및 시설을 보유한 각급 병원들은 지역내 병원들간의 공동전선 형성을 통한 각종 서어비스의 통폐합 및 상호교환이라는 서어비스 지역계획에 자발적으로 참여케 된것이다.

3) 병원 투자자원의 염출방법

미국의 비영리 법인들은 시설투자 재원을 염출하는데 있어 오랫동안 Hill-Burton법등을통한 정부의 지원제도, 의료비 지급제도에서 투자비용의 인정, 면세혜택이 주어진 채권등의 발행을 통한 시설투자 재정확보등 비교적 원활한 수급책들이 있었으나 근년에 이르러 신규투자의 필요성을 점차 증대되는 것과 반비례로 상기 방법론들의 실효성은 점차 퇴색되어 가고 있다.

레이건 정부는 심지어 비영리법인들이 신규투자를 위한 채권발행 등에 대한 면세조처도 철회할려고 하고 있다. 따라서 병원들은 은행등을 통하여 통상 금융에 의존하는 빈도가 높아지게 되었으며 이때에는 여러 병원들이 재정적으로 통합되어 대단위화 됨으로서 은행신용을 더 높일 수 있는 것이다.

또한 근년에 이르러 영리적 목적의 MHS의 급격한 등장 및 발전의 주요 원인중의 하나는 바로 주식시장을 통하여 이들 MHS 들이 대단위 재정조달을 할 수 있었기 때문이라 분석하는 전문가들도 있다. 과거 6~7년간 뉴욕 증권시장에서 영리목적의 Big-5-MHS 들의 주식은 가장 인기있는 상승주들이 있다.

수많은 비영리 병원들은 이들 Big-5-MHS 산하에서 신디케이트의 일원으로 참여함으로서 투자재원 확보를 쉽게 획득할려는 목적으로 MHS 신디케이트에 참여하게 되는 경우가 많다.

4) 의료기관간의 경쟁 심화

소비자 주권을 가장 중요시하고 이들의 보호정책을 다각도로 만들어 시행하고 있는 미국에 있어서 병원분야라고 예외일 수는 없다. 의료의 전문적이며 봉사적 성격때문에 비교적 의료기관은 지

역사회내에서 독점적 공급을 인정하여 왔으나 근년에 이르러 이러한 균형은 깨어지는 경향이 농후하다. 과다경쟁이 병원상호간에 재정적으로 더욱 어려움을 야기시키게 됨을 감안한병원들은 병원간의 협동·제휴를 모색하게 되는 것이다. 이러한 측면에서 미국내에는 지역에 따라 MHS의 형성에 대한 독과점법 (Anti-Trust Law) 저촉여부를 둘러싸고 지역사회와 병원군간에 상당한 마찰이 있는 곳도 있다.

5) 의료의 지역화에 대한 법적 권장

1948년부터 발효되기 시작한 Hill-Burton법은 미국내 병상부족지역 병원건립에 있어 연방정부의 재정지원을 목적으로 한 것이 있고 이러한 법의 운용에 있어 병원들의 지역간 배치, 기능의 중복에 대한 간접적 규제 등을 행사해 오므로서 미국은 서방 선진제국중에 비교적 인구당 비례로 보아 적은 병상수로서 (인구 1,000명당 4.5병상) 주민 의료를 담당케된 것이다. 복합, 자유사회의 기본구조를 철저히 유지해 오는 중에도 미국은 1960년대 Regional Medical Program, Comprehensive Health Planning Act 등의 도입 실천을 통하여 지역내 의료의 분담을 위한 정책을 수행하였다.

그러나 이러한 법규들이 의료의 지역화를 수행하는데 있어 현상보완적 차원에서만 머물게 됨에 따라 좀더 광범위한 국가의료계획의 수립 집행의 필요성을 인식하게 되어 1975년에는 공법 93-641 「보건의료계획 및 자원개발법」을 공포하여 전국에 약 300개의 Health System Agency (HSA)를 설치하고 이 기구가 해당 지역내 지역의료계획 및 자원배치의 기본정책을 집행토록 한 것이다.

HSA 운영의 기본정책지침 우선사항 10가지 중에서 MHS 발전에 촉진역할을 하는 부문이 상당수 포함이 되어 있다.

첫째, 지역내 산과, 소아과, 응급시설, 중환자시설, 방사선치료시설 등의 운영의 공동협조, 통폐합을 위한 MHS의 발전

둘째, 병원의 진료서어비스와 밀접한 관련을 맺고 있는 집단 개업제도 또는 Healts Maintenance Organization (HMO) 제도의 발전,

셋째, 진료보조 서어비스의 공동이용을 목적으로한 MHS의 발전,

넷째, 지역내 병원 진료서어비스의 분담을 전제로한 병원간의 횡적 종적 체계화의 권장 등이 '보건의료계획 및 자원개발법'에서 주도하고 있는 MHS 확대발전과 직접적으로 관련된 내용들이다.

이와같은 5가지 범주의 MHS 발전배경은 궁극적으로

1) 병원 시설활용을 경제단위화 시킴으로서 생산성 극대화를 통한 수입증대 효과를 가져오고,

2) 시설의 공동사용 및 외부 전문업체등에 맡기게 됨으로서 시설투자재정을 절약할 수 있으며,

3) 진료 서어비스의 분담과 후송체계의 운영 및 최신진단 치료장비의 공동이용 기회를 최대화함으로서 진료의 질을 증가시킬 수 있으며,

4) 의료에 직접 또는 간접으로 종사하는 전문가들을 활용할 수 있게 됨으로서 진료적 측면에서 효과 및 효율을 증진시키며,

5) 여러 병원들과 재정적 연계를 가지므로서 재정운영의 안정성을 재고시킬 수 있으며,

6) 마지막으로 병원간의 상호협조로 힘을 뭉치게 됨으로 지역사회내 병원들의 입장을 대변하는 압력단체로서 입장을 강화시키는 방안이 되는 것이다.

3. MHS 조직의 유형

MHS의 조직의 유형 및 조직운영의 장단점에 관한 사항은 MHS의 발전과정의 역사가 오래지 않아 현재도 많은 연구가 수행되고 있는 단계에 있다.

조직의 기본 유형에 대하여 두가지 방법론이 가장 널리 이용되고 있다.

하나는 Reynolds 등의[주1] 분류로서 각 병원 최고 의사결정체인 이사회의 통합정도에 따라 분

주 1) Reynolds and Stunden ; "The Organization of Not-for-Profit Hospital Systems", Health Care Management Review 3 (3) Summer, 1978.

주 2) DeVries, R. ; " Strength in Numbers, Hospitals" JAHA, 52:82, 1978.

류하는 것이며, 또 하나는 DeVries 등에 의한 분류로서(주2) 통합의 내용을 위주로 한 분류이다.

1) 최고의사 결정체의 통합정도에 따른 분류

① 기업 제휴 모형 (The Consortium Model)

초기단계의 MHS 형태로서 이러한 제휴 속에서 각병원은 경영적 자율성을 그대로 유지하되 병원간 자발적 협조를 통하여 병원내 일정 부분 서어비스에 대한 공동사용의 계약을 체결하는 것이다. 주로 구매등 보조 서어비스분야에서 먼저 형성되는 것이 보편적이며 진료분야는 보조 서어비스분야에 비하여 협조관계의 진행이 좀 늦은 것이 보통이다. 진료분야에서 협조관계가 일어날때에는 방사선과, 임상검사분야의 공동협조가 가장 흔하다.

② 이사회 제휴 모형 (The Overlapping Board Model)

기업제휴모형에서 한단계 진전된 형태로서 각 병원의 이사들로서 구성된 공동이사회를 구성하고 제휴된 부문 서어비스에 대한 의사결정을 하는 것이다.

제 1 항 모형보다 관련업무에 관하여 각 병원에 대한 구속력이 더 강하다.

③ 지주회사 모형 (The Holding Company Model)

각 병원들이 공식적으로 1개의 조직 속으로 다소속된 형태를 취하게 된다. 그러나 각 병원은 각자의 이사회 운영을 가지고 있으며 각 병원은 지주회사 이사회의 기본 지침속에서 운영의 자율성을 부여 받는다.

④ 기업합병 모형 (The corporate Approach)

각 병원에 대한 모든 업무를 1개의 통합된 이사회에서 관장을 한다.

2) 통합의 내용을 위주로한 분류

DeVries는 통합업무의 내용과 MHS의 소유, 운영 그리고 중요의사 결정에 있어서 MHS의 입장등을 중심으로 하여 7가지 종류로 구분하고 있다.

Table 1. Classification of multihospital arrangements

Types Categories Characteristics	I Formal Affiliation	II Shared or Cooperative Services	III Consortia for Planning or Education	IV Contract Management	V Lease	VI Corporate Ownership but Separate Management	VII Complete Ownership
	Less commitment, more institutional autonomy			CONTINUUM			More commitment, more system control
Descriptions, Definitions, Terms	Patient transfer agreements, House officer affiliations, referral agreements	Financial, political commitment over time for selected products or services	Voluntary health planning council for a specific geography; Area Health Education Centers (AHECs)	Corporate management; full management without ownership	Policy as well as management provided by a single board	Owners do not interfere in the management of hospitals even though they have legal authority; absentee ownership	1. Mergers, consolidations 2. Satellites, branch operations 3. Authorities chains 4. Holding companies
Corporate Ownership	No	No	No	No	No	Yes	Yes
Corporate Management	No	No	No	Yes	Yes	No	Yes
System influence on major policy decisions	No	No	Yes	Minor	Yes	Maybe	Yes (Absolute)

(DeVries, R. A.: Strength in numbers. Hospitals, J.A.H.A., *52*: 82, 1978)

① 공식제휴 (Formal Affiliation)
② 서어비스 공동이용 (Shared or Cooperation Service)
③ 병원지역계획 및 교육에 관한 합동 (Consortia for Planning or Education)
④ 계약경영 (Contract Management)
⑤ 대여 (Lease)
⑥ 경영불관여 소유권 확보 (Corporate Ownership but Separate management)
⑦ 완전소유권 확보 (Complete Ownership)

7가지 종류의 분류 항목에 대한 통합범위 및 내용은 (표-1)에 제시된 바와 같다.

4. MHS의 현황

(표-2)에서 제시된 바와 같이 미국은 1975년도에 미국내 전체 단기 일반병원 (Short-Term General Hospital)의 23.9%인 1,405 개가 MHS에 소속되어 있었고 1984년에는 전체 병원의 35.5%인 2,050개가 MHS에 소속되어 있다. 일부 전문가의 예측에 의하면(주1) 이러한 병원들의 수치는 급속히 증가되어 1995년에는 전체 병원의 53%에 달할 것이라 전망하고 있다. 병상수에 있어서는 병원수보다 오히려 그 비율이 더 높은 편이다.

1975년에는 전체 병상수의 31.6%이던 것이 1984년에는 37.2%인 378,000병상이 MHS에 소속하고 있다.

또한 조사에 의하면(주2) 전체 MHS 병원중 Catholic church-related MHS가 전체 MHS 소속병원 및 병상수에 가장 많은 비율을 차지하여 미국 전체 병원수의 약 9%, 병상수로서는 약 14%를 차지하고 있다(그림-1 참조).

미국에는 현재 249개의 MHS가 있으며 5개의 영리목적 MHS가 전체 MHS 병원의 약 30%를 소유하거나, 대여 운영하거나 계약운영하고 있으며 이들 5개 MHS가 영리목적 MHS 병원들의 약 90%를 운영하고 있다.

이들 5개 MHS의 명단 및 소유 또는 운영병원수는

1. Hospital Corp. of America(HCA) Nashville 351개
2. American Medical International(AMI) Beverly Hills 93개
3. Humana(HUM) Louisville 81개
4. National Medical Enterprises(NME) LosAngeles 64개
5. Charter medical Corp(CMC) 35개

비영리 MHS 중에서 가장 큰것은 San Diego에 위치한 American Health care Systems (AHS)로서 26개의 지주회사 그룹과 233개의 병원, 약 45,000개 병상이 미국내 21개주에 분포되어 운영되고 있으며 AHS의 1년 수입규모는 약 60억 달러이다. AHS 자체는 비영리 기관이라 할지라도 이기관 산하에 4개의 영리법인을 관장하고 있는데 이들은 AHS를 위한 물품구매 담당회사, 해외진출 담당회사, 보건의료정책 분석 자문회사, 증권회사 등이다.

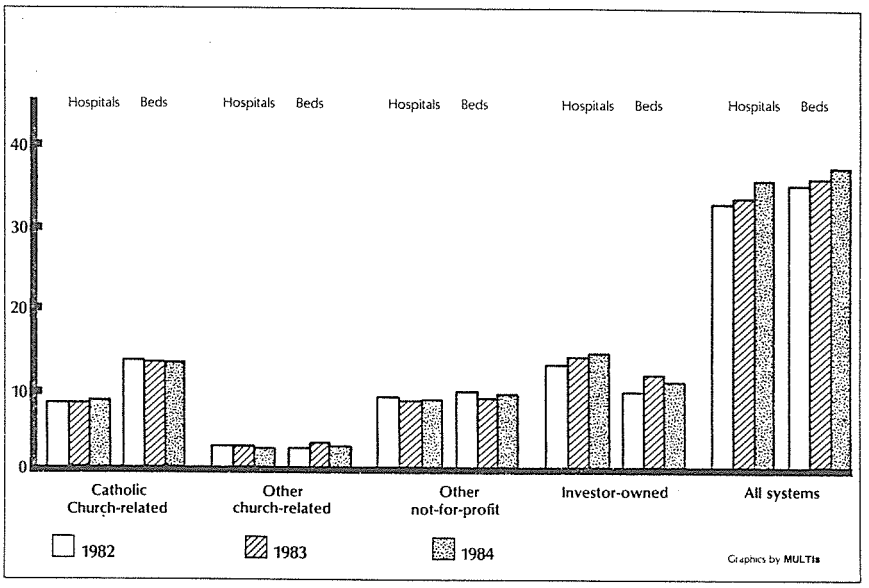
가톨릭 비영리 MHS 로서는 최근에 형성된 Major Catholic Hospital Alliance Inc.로서 미조리주의 Crestwood에 위치하고 있다. 1984년초까지 20개의 도시지역 가톨릭 병원들, 약11,500

(Table-2) 미국 단기일반병원 및 병상수에 대한 MHS 병원 및 병상수의 년차적 변동

	병원			병상		
	총계	MHS	MHS%	총계	MHS	MHS%
1975*	5,875	1,405	23.9%	926,000	293,000	31.6%
1984**	5,775	2,050	35.5%	1,016,484	378,132	37.2%
1995***			53.0%			

주) * Brown M: "Hospital management system-Multi-Unit Organization and Delivery of Health Care" p.32 Aspens Systems Corp. 1976.
** "UPDATE", Journal of American Hospital Association P-M8, Vol 59-3, Feb 1, 1985.
*** Projection made by Arthur Anderson & Co. "Health care in the 1990s Trends and Strategies".

주 1) Arthur Anderson & Co. "Health Care in the 1990s: Trends and Strategies".
주 2) UPDATE "Journal of American Hospital Association P-M8 Vol. 59-3, Feb 1, 1985.



Source: American Hospital Association, Directory of Multihospital Systems, 1983, 1984, and 1985 editions. Chicago: American Hospital Publishing, Inc

Fig. 1. Hospital and beds in multihospital systems, by type of ownership and control, as a percentage of comunity hospital.

Table 3. Number of foreign facilities and beds operated by U.S. corporations

Companies	*Facilities owned*	*Facilities managed*	*Number beds owned*	*Number beds managed*	*Year entered foreign market*
American Medical International	12*	6	1,504	853	1970
Charter Medical Corporation	1	2	49	255	1974
Community Psychiatric Centers	2	—	166	—	1980
Gateway Medical Management, Inc.	—	1	—	84	1980
Hospital Affiliates International	7	3	983	423	1979
Hospital Corporation of America	12	8†	1,654	3,731	1973
Humana, Incorporated	3	—	440	—	1976
National Medical Enterprises, Inc.	—	3	—	811	1980
Whittaker Corporation	—	5	—	959	1974
TOTALS	37	28	4,796	7,116	

* Includes three hospitals in which AMI owns a 50 percent equity interest.
† Includes three hospitals with which HCA has a consultative agreement.

병상을 소유 운영하고 있으니 1985년 말까지는 30개 회원병원을 가지게 되리라 예측된다.

영리목적 MHS 들의 해외진출도 아주 활발한 편이다. 1981년 현재 9개의 MHS의 해외진출 세력과(표-3) 진출국들의 현황(표-4)을 제시하였다.

5. MHS 서어비스 내용

1) 공동이용 (Shared Service)

(표-5)와 (표-6)에는 1978년도에 전국 4,006개의 단기 일반병원 (Short - term General Hospital) 조사를 통하여 밝혀진 관리분야 공동이용 (Shared Administrative Services)과

Table 4. Distribution of foreign operations by investor-owned corporations

Countries	*Facilities owned*	*Facilities managed*	*Number of beds*	AMI	CMC	CPC	GMM	HAI	HCA	HUM	NME	WHIT	*Year entered foreign market*
Australia	17	—	1,504	2				5	10				1978
Bahrain	—	1	84				1						1980
Brazil	5	—	711					5					1980
Chile	1	—	130					1					1980
Egypt	—	1	300	1									1978
England	11	2	1,300	7	1	2		1		2			1970
France	—	2	158	2									1974
Libya	—	2*	2,600						2				1979
Pakistan	—	1*	731						1				1978
Panama	—	1	150						1				1974
Puerto Rico	—	2	255		2								1974
Saudi Arabia	—	8	1,629					1	1		3	3	1973
Singapore	2	—	636	1				1					1979
Spain	2	—	405	2									1978
Switzerland	2	1	480	2						1			1972
United Arab Emirates	—	2	634					1				1	1979
Venezuela	—	1	150	1									1979
North Yemen	—	1	55									1	1980
TOTALS	40	25	11,912	18	3	2	1	10	20	3	3	5	

* HCA has consultative agreements rather than management contracts with the hospitals in these locations.

임상진료분야 공동이용(Shared Clinical Services)의 실태를 수록하였다.

관리분야의 공동이용에 있어서는 구매가 전체 병원의 76.9%에서 시행하고 있어 단연 우세하며 전산자료 처리업무가 40.4%, 관리자교육 프로그램이 31.2%, 세탁 25.6%, 도서실 24.2% 그리고 의공학과 22.4%의 순서이였다. 구매업무를 다시 세분하여 볼때 의료소모용품이 69.8%로 제일 많고 주사약품 61.6%, 일반약품58.5% 급식 47.3%의 순서였다.

임상진료분야 공동이용에 있어서는 혈액은행 36.4%, 병리검사과 32.3%, 방사선과 25.7%, 재활의학과 14.2%, 마취과 13.1%의 순서였다.

2) 위탁경영 병원(Contract-Managed Hospitals)

(표-7)과 (표-8)은 미국내 1979년 부터 1982년까지 단기 일반병원들의 위탁경영 실태를 조사 수록한 것이다.

1982년도 조사된 병원 5,817개중 10.9% 인 634개 병원이 위탁경영병원이었으며 4년간 57%의 증가를 보이고 있었다.

위탁경영은 200병상이하 소규모 병원에서 대부분 차지하였고 특히 100병상미만 병원은 총 위탁경영 병원의 70%이상을 차지하였다. 또한 위탁경영병원의 대부분은 비영리병원 또는 정부병원들이었다.

MHS 내에서 위탁경영 병원들이 차지하는비율은 21.7%로서 비영리병원 및 영리목적병원이 각기 반반씩 차지하였다.

위탁경영을 요구하게된 원인에 대한 조사결과(표-9 참조) 병원운영자금등 재정상태의 압박, 병원운영비용 절감, 능력이 부족하다고 인정되는 기존 관리자의 대체, 의료진의 확보유지, 이사회와의 마찰감소, 병상이용율 증가 희망등이 주요 원인이었다.

위탁경영후 성과 분석에서는(표-10 참조) 재정상태 호전, 의료의 질개선, 이사회와 관계개선 등 전반적으로 90% 이상이 대단히 만족하거나 만족하는 것으로 평가되었다.

Table 5. Participation in shared administrative services by shortterm general community hospitals, 1978

Service	*Number participating*	*Percentage participating*
Ambulatory care	318	7.9
Emergency care	211	5.3
Outpatient care	136	3.4
Other	60	1.5
Audiovisual equipment	701	17.5
Biomedical/clinical engineering	896	22.4
Credit and collection	721	18.0
Consultant	738	18.4
Dietary	600	15.0
Education/training	1,249	31.2
Clerical	361	9.0
Management	727	18.1
Nursing	931	23.2
Other	527	13.2
Electronic data processing	1,617	40.4
Laundry/linen	1,027	25.6
Legal services	610	15.2
Library services	970	24.2
Management engineering	691	17.2
Medical records/transcription	286	7.1
Microfilm	372	9.3
Personnel/collective bargaining	515	12.9
Plant engineering	334	8.3
Printing/duplication	581	14.5
Public relations/information	438	12.1
Purchasing	3,080	76.9
Dietary	1,894	47.3
Drugs	2,343	58.5
I.V. solutions	2,468	61.6
Linen	1,700	42.4
Medical/surgical supplies	2,796	69.8
Other	1,396	34.8
Quality assurance program	477	11.9
Safety program	355	8.9
Security program	232	5.8
Transportation services	—	—
Patient	259	6.5
Other	167	4.2

Table 6. Participation in shared clinical services by short-term community general hospitals, 1978

Service	*Number participating*	*Percentage participating*
Anesthesiology	524	13.1
Blood bank	1,459	36.4
Burn care unit	226	5.6
Crdiac care	189	4.7
ECG	508	12.7
Employee health services	181	4.5
Hemodialysis	341	8.5
Home health care	397	9.9
Intensive care	89	2.2
Laboratory/pathology	1,294	32.3
Medical services	168	4.2
Medical staff	432	10.8
Multiphasic screening	106	2.6
Obstetrics	187	4.7
Occupational therapy	220	5.5
Open-heart surgery	198	4.8
Pediatrics	178	4.4
Pharmacy	362	9.0
Physical therapy	569	14.2
Psychiatric/mental health services	405	10.1
Radiology	1,031	25.7
Diagnostic	746	18.6
Therapeutic	538	13.4
Respiratoryinhalation therapy	395	9.9
Social service	323	8.1
Surgical services	158	3.9

6. MHS의 성과와 미래

본 논문에서는 미국을 중심으로 1970년대부터 급격하게 형성, 발전되어 가고 있는 MHS에 대하여 MHS발전에 대한 의료 및 의료환경적 배경요인 그리고 MHS의 형성을 통하여 얻게 될 이익에 대하여 상세히 언급하였고, MHS의 조직구조 및 업무내용에 따른 형태의 종류를 구분 설명하였다. 또한 미국을 중심으로 한 MHS의 파급현황 실태를 몇가지 측면에서 서술하고 MHS 의 대표적 서어비스들의 예를 들어 그 내용을 설명하였다.

Table 7. Contract-managed community hospitals as a percentage of all community hospitals

	1979		1980		1981		1982		Percentage change, 1979-1982
	Number	% of total	Number	% of total	Number	% of total	Number	% of total	
Contract-managed community hospitals	403	6.9	550	9.4	553	9.5	634	10.9	+ 57.3
By bed size									
100 beds	297	5.1	400	6.9	397	6.5	432	7.5	+ 45.4
101-199 beds	71	1.2	108	1.8	129	2.2	141	2.4	+ 98.6
200-399 beds	31	0.5	36	0.6	37	0.6	49	0.8	+ 58.1
400 + beds	4	0.1	6	0.1	8	0.1	12	0.2	+200.0
By ownership									
Not-for-profit	187	3.2	287	4.9	286	4.9	333	5.7	+ 78.1
Investor-owned	46	0.8	49	0.8	40	0.7	45	0.8	- 2.2
State, local gov't	170	2.9	214	3.7	227	3.9	256	4.4	+ 50.6

Source: *AHA Annual Survey of Hospitals*

Table 8. Contract-managed hospitals in multihospital systems as a percentage of all systems hospitals

	1979		1980		1981		1982		Percentage change, 1979-1982
	Number	% of total	Number	% of total	Number	% of total	Number	% of total	
Contract-managed									
In all systems	385	25.7	397	22.1	459	24.5	418	21.7	+ 8.6
In not-for-profit	111	7.9	109	6.1	167	8.9	195	10.0	+75.7
In investor-owned	279	18.3	288	16.0	292	15.6	223	11.6	-18.6

Sources: *AHA Directory of Multihospital Systems; AHA Data Book on Multihospital Systems*

MHS는 의학기술의 발전, 의료제도 운용에 있어서 효율화를 위한 국가적 노력, 또한 소비자를 중심으로 한 의료에 대한 질적, 양적기대감의 증대등에 대응하는 미국적 정치·경제·사회여건속에서 병원들이 가장 잘 생존 발전할 수 있는 방법론으로 채택되어 급격한 발전을 해오고 있다.

조직운영의 장단점에 대하여는 아직도 많은 연구들이 수행되어야 할 것이나 MHS들의 활동을 통하여 개개병원들은 경제적 효율성의 증대, 진료의 질향상, 안정적 재정투자, 지역사회내 입상의 강화등의 MHS의 기본목적들이 성취되고 있는 것 같아 보인다. 놀랄만큼 빠르게 증가하고 있는 MHS의 세력을 보드라도 이들의 성과를 간접적으로 증명할 수 있다.

그러나 특히 영리목적의 MHS의 급격한 세력팽창에 대하여 주의깊게 살펴 볼 필요가 있다. 이들 병원 재벌들의 주식은 뉴욕 증권시장에서 과거 6~7년간 가장 인기가 큰 종목들이었으며 실제로 이윤추구를 목적으로 하여 최신 경영기법을 자유자재로 구사하고 있다. 병원은 그 운영의 목표에 있어 인명을 구하는데 있어 사회봉사란 이념, 즉 비영리적 이념이 구현될 때에만 병원으로서의 진정한 존재가치가 있는 것이다. 물론 병원도 경영체로서 경영성과를 최대화하기 위한 부단의 노력이 기울어지야 됨은 당연한 사항이라 하겠으나 비영리적 사회봉사의 목적과 영리적 경영성과 개선의 서로 상충된 목적이 조화를 이룰때에만 진정한 의미에서 지역사회내 역할을 다수행할 수 있는 것이다. 미국을 중심으로 한 영리를 목적으로 한 병원군들은 이러한 의미에서 주요한

Table 9. Problems leading hospitals to consider contract management*

Problem area	*Type of hospital*			
	All hospitals	**Government hospitals**	**Not-for-profit hospitals**	**For-profit hospitals**
Need to improve hospital's cash flow or deficit position	67%	69%	60%	78%
Need to improve hospital's efficiency by reducing costs	49	54	37	67
Need to replace unsatisfactory or retiring administrator	45	54	37	33
Need to improve professional expertise available to the board	39	39	37	44
Need to recruit/retain desired medical personnel	32	31	37	22
Need to eliminate low patient census	15	18	13	11
Need to make major improvements in physical plant/equipment	14	8	20	22
Need for assistance in raising additional capital funds	12	3	27	0
Need to correct accreditation problems	8	8	10	0
Need to meet increased competition	3	3	3	0
12 other reasons given	17	15	20	22
Number of hospitals responding to question	78	39	30	9

* Question to trustee: Which of the problem areas listed above did the board perceive to be most serious and correctable through contract management? Please list in order of significance.

Table 10. Extent to which the management contract has met the board's expectations*

Performance factor	*Exceeded*	*Met*	*Not met*	*Number answering question*
Financial performance	37%	55%	8%	78
Physician retention/ recruitment	28	50	22	73
Building program progress	21	66	13	55
Community relations	34	51	14	77
Quality assurance	42	56	2	76
Administrative problems facing the board	34	61	6	77
Overall	44	54	3	78

* Question to trustee: To what extent has the management contractor met the board's expectations regarding: (listed as above)?

관심의 대상으로 볼 필요가 있다. 영리법인에서 경영진의 이사회에 대한 책임은 일정기간동안의 경영 수익성과에 대하여 판단된다. 이미 MHS로 크게 발전된 영리병원군에서는 이윤의 폭이 적거나 적자가 예측되는 몇몇종류의 환자들은 교묘하게 기피하는 방법을 쓰고 있다고 지적되고 있으며 이러한 환자들은 그지역 시립병원의 신세를 지게되어 비영리 공공병원들에게 영리병원등의 경영상 불리한 부분을 전가시킨다는 비난을 받고 있다. 이러한 측면에서 영리목적MHS의 사회적 사명을 더 명확히 할 수 있는 조치가 있어야 된다는 것이 학자들의 견해이다.

MHS화 된다는 것은 소규모 1개병원이 거대한 조직의 일원이 되는 것이다. 조직은 비대해지면 질수록 관료화가 되기 쉽고 관료화된 경영자는 자신들의 이해관계와 직결하여 현상고착, 유지적인 형태를 보이는 것이 전형적인 현상이다. 이러한 측면에서 소규모 병원들은 비인간화된 조직속에서 진료운영의 독자성을 완전히 상실할 우려가 있다. 즉 "약육강식"의 법칙이 적용될 우려가 큰 것이다.

J. Rice (주1)는 이와같은 MHS의 취약점을 고려할 때 개개병원들이 MHS에 가입할려고 할 때에는 :

① MHS의 시스템운영의 융통성
② 가입병원 개별이사회의 자율성
③ MHS의 재산 및 금융능력
④ MHS를 총괄적으로 지원하는 지원서어비스 종류
⑤ 지역사회내에서의 신임도
⑥ 과거경영실적
⑦ MHS의 정치적 영향력

등을 감안하여 가입여부를 결정토록 권고하고 있다.

7. MHS도입과 우리나라의 여건

우리나라의 병원경영의 문제는 1980년대에 이르러 큰 전환기를 마지하고 있다.

1977년부터 시행되기 시작한 의료보험제도의 도입은 의료보장을 지향해 나갈려는 국가적 의지에 힘입어 1985년 현재 국민 약 50%를 이 보험제도속에 수용하게 되었다. 병원은 지역의료제공체계내에서의 기술적인 측면이나, 재정적인 측면이나, 관리적인 측면에서 중심적인 역할을 수행하지 않으면 안되며 따라서 의료보장제도가 지향하는 국민의료의 효과성, 효율성 및 접근성의 최대화를 기하는데 선도적 역할을 수행하여야 하는 것이다.

즉 병원들은 그들의 기능 및 업무방법을 대폭 개선하여야만 하는 것이다.

특히 우리나라의 각급 병원들은 과거 자생적으로 발전 정착이 되었기 때문에 기능이 중복 및 미분화 되어있고, 표준화가 되지 못하고, 각급 병원간에 협조보다는 경쟁적 상황하에서 많은 낭비를 행하고 있는 것이다. 더구나 급격히 발전되어 가는 의료기술에 부응코져 합리적 판단이 결여된 상황하에서 경쟁적으로 신규의료장비들을 도입하고 있다. 병원의 관리는 과학화, 전문화되어 있지 못하고 점차 어려워지는 경영여건하에서 확고한 미래좌표를 찾지 못하는 경향에 있다. 또한 병원경영을 외부환경의 급격한 변화에도 각기 병원들은 단편적인 정보에만 의존하며 경영판단에 임하고 있는 경향이다. 병원을 중심으로 한 약품, 의료재료 구매시장도 또한 못지않게 난맥상을 보이고 있다.

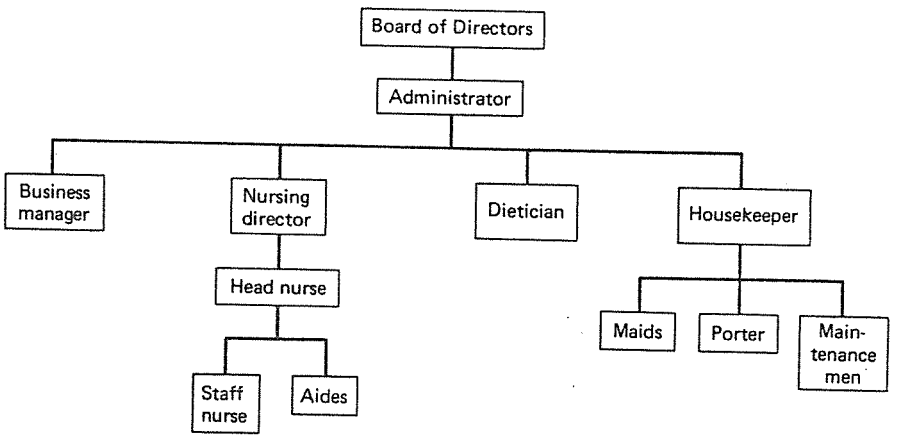
이러한 측면에서 미국에서 형성 발전되고 있는 MHS의 목적과 업무내용에 대하여 우리는 심각하게 평가하고 그 적용가능성 여부를 분석하여야 할 것이다. MHS는 속단하여 본다면 기업합병형(The Corporate Approach)만 상상할지 모르나 사실은 DeVries가 분류하고 있는데로 단순 제휴형으로부터 7개 단계에 걸쳐 여러가지 종류를 총망라하는 형태인 것이다. 이미 우리나라에서도 자매병원형태로서 수련의 파견, 의료진 확보등을 실시하고 있으며 공동구매 전산시스템 자료처리 공동사용, 후송체계확립, 고가장비 공동사용, 세탁시설 공동운용등 우리의 현실로서 당장 수행할 수 있는 많은 사업항목들이 있다. 이미 MHS의 목적에서도 밝힌 바 있는 여러가지 이점들이 우리나라 현재 여건에서도 적용될 수 있다고 본다. 그러나 MHS의 미래 전망의 부분에서

주1) Rice, J. ; "How to choose the right multi-hospital System" Trustee. 34 : 25, Jan. 1981.

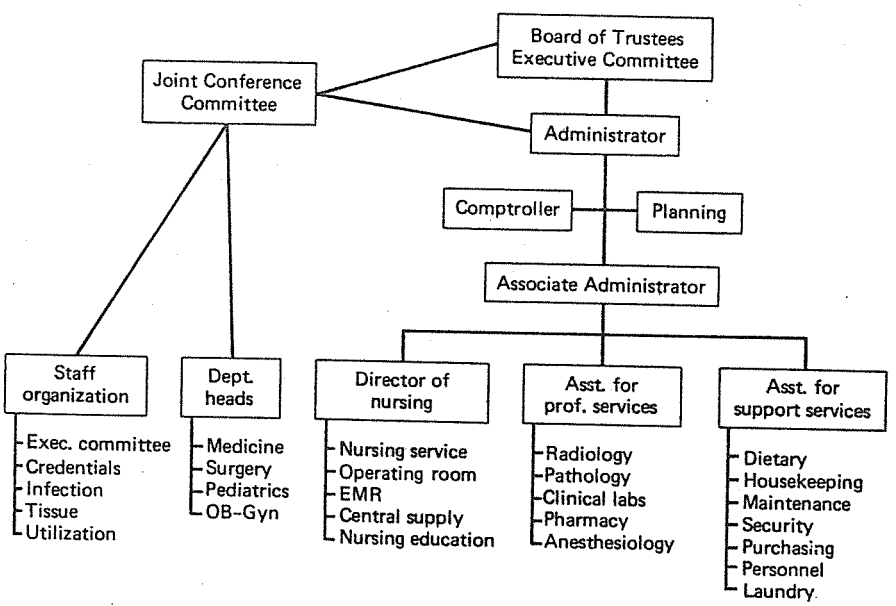
이미 밝힌 바와 같이 성격을 달리하는 여러 병원의 공동제휴, 합동, 결합등에는 MHS관료화, 경직화를 최대한으로 막을 수 있는 방안이 고려되어야 하며 상호존중하고 공동이익에 대의로서 대처하는 민주적 합의의 방법론을 개발하여야 한다.

또한 이러한 공동과업을 수행하는데 있어서 우리나라 사회 전통현실에 가장 적합한 MHS의 공식 또는 비공식 조직체계를 개발 적용하는데 노력하여야 될 것이다.

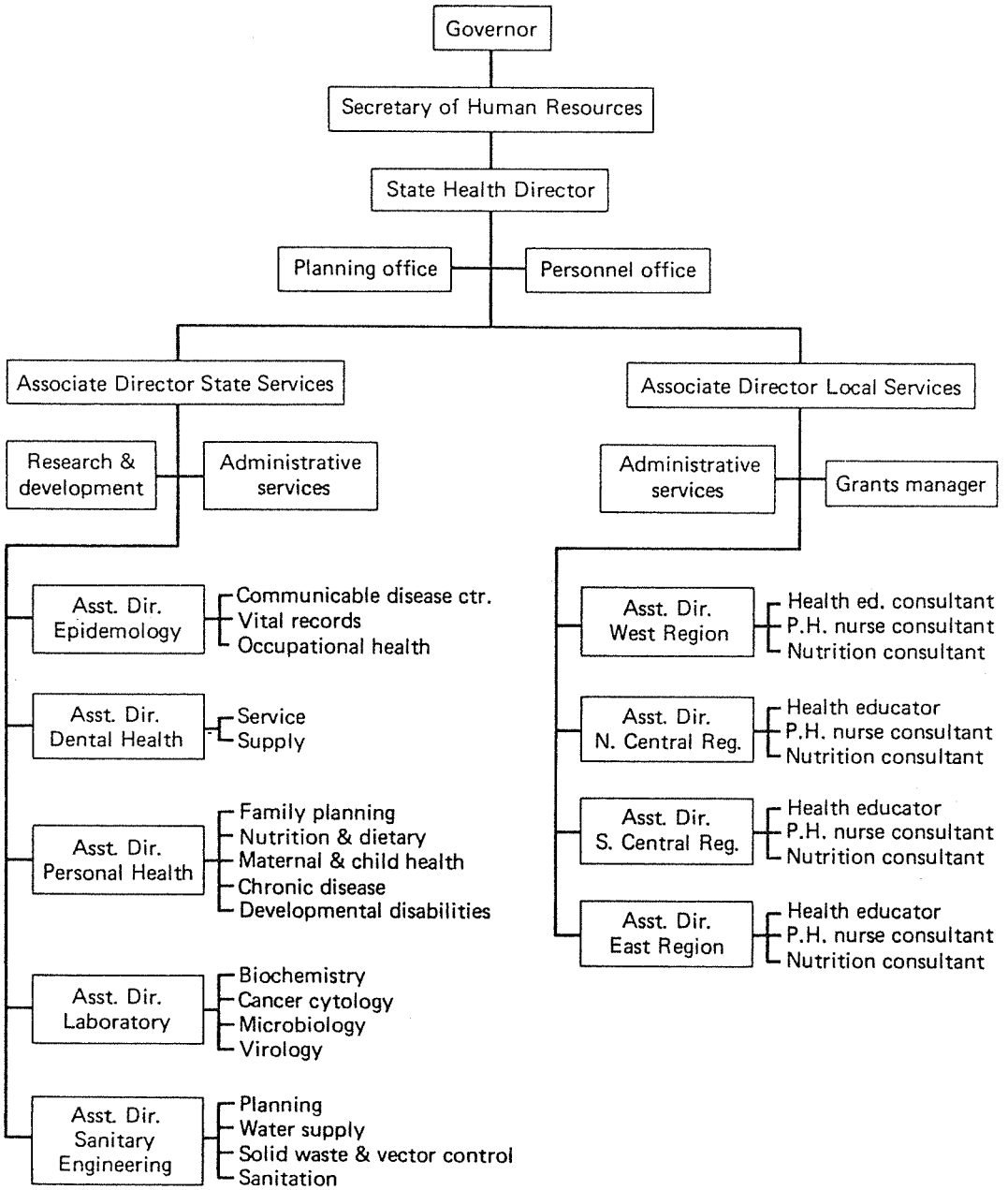
〈APPENDIX〉



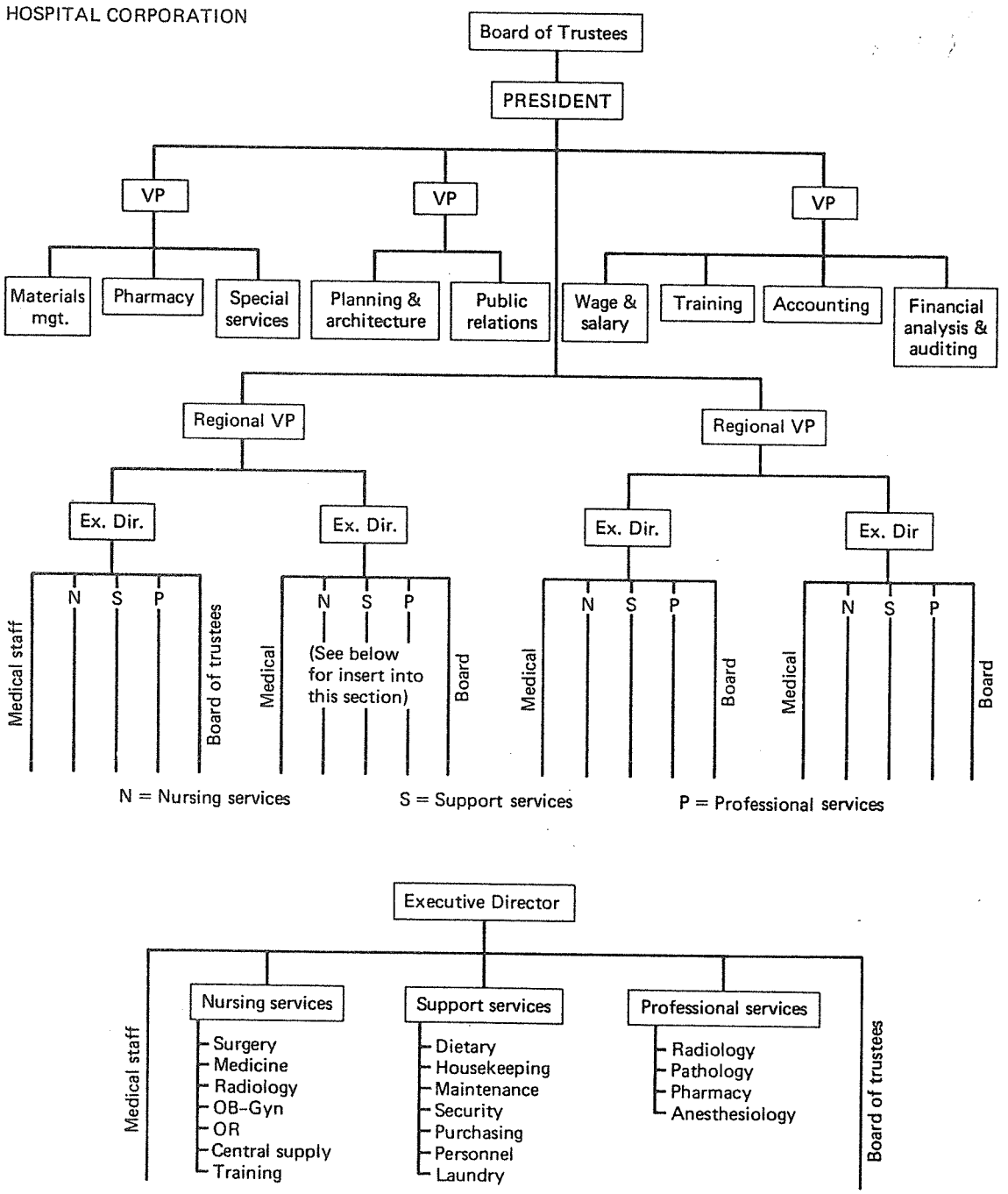
Simple Structure



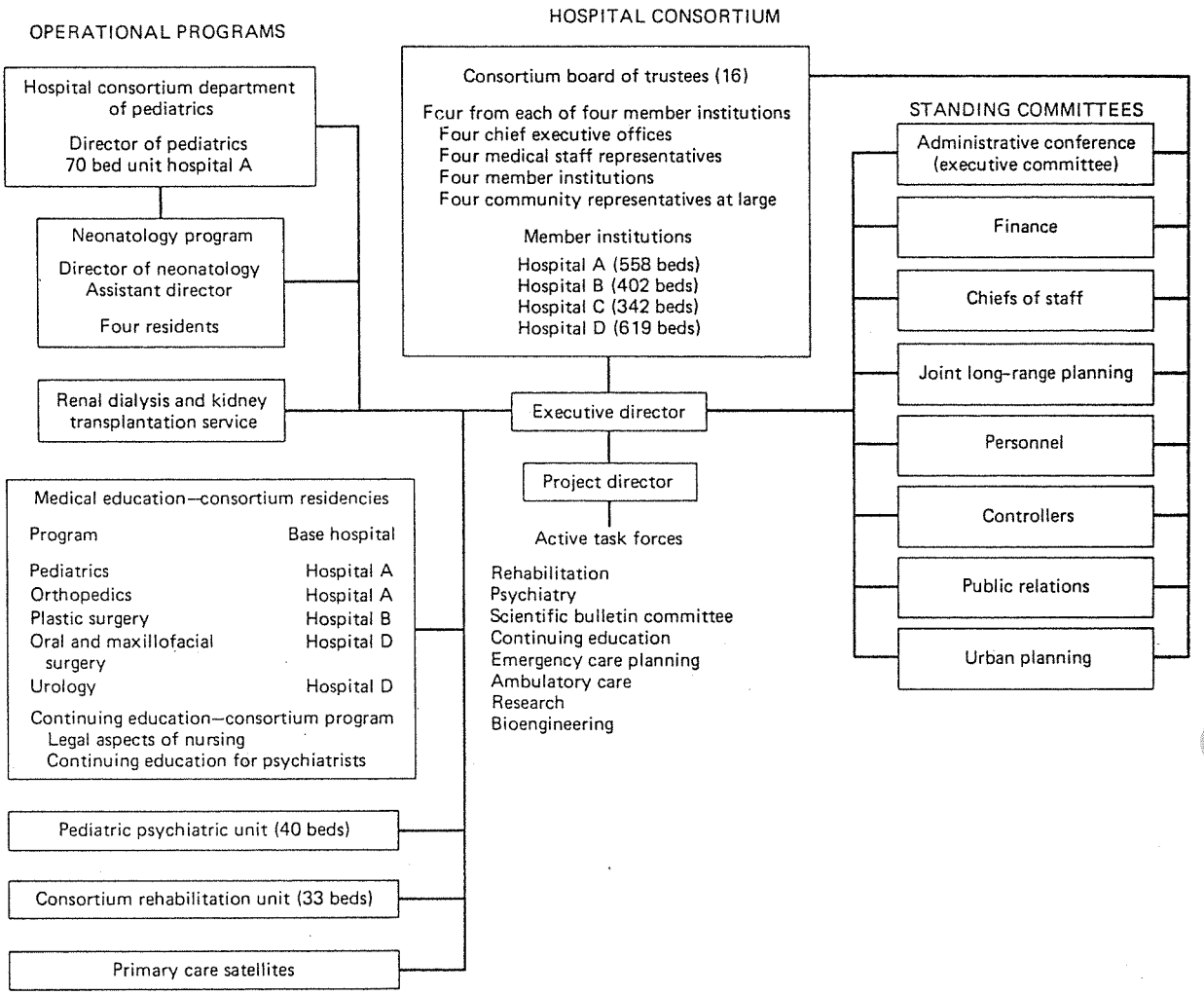
Professional Structure

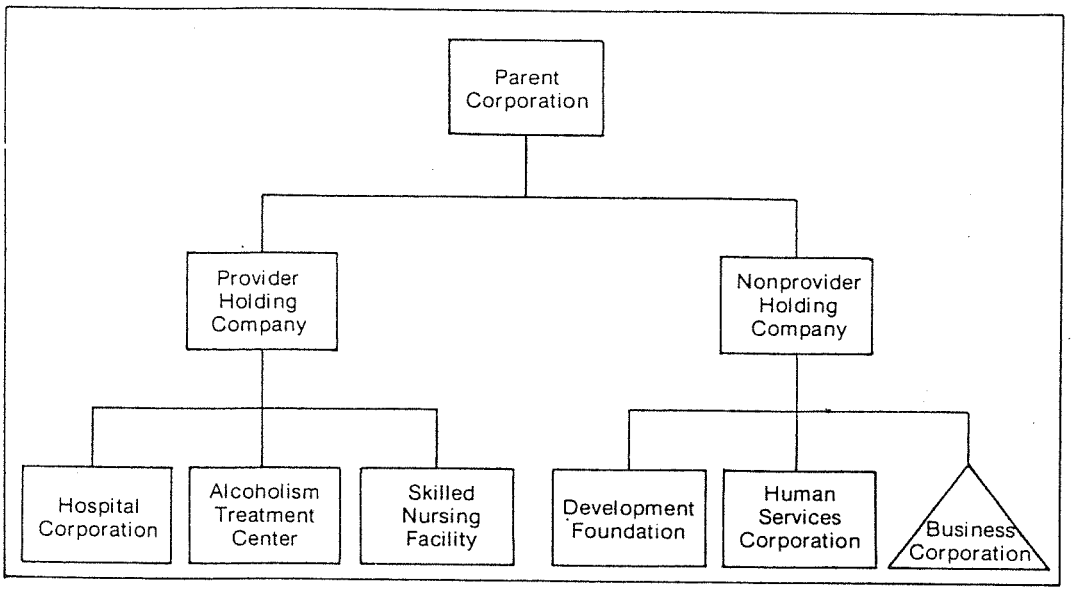


Machine Structure

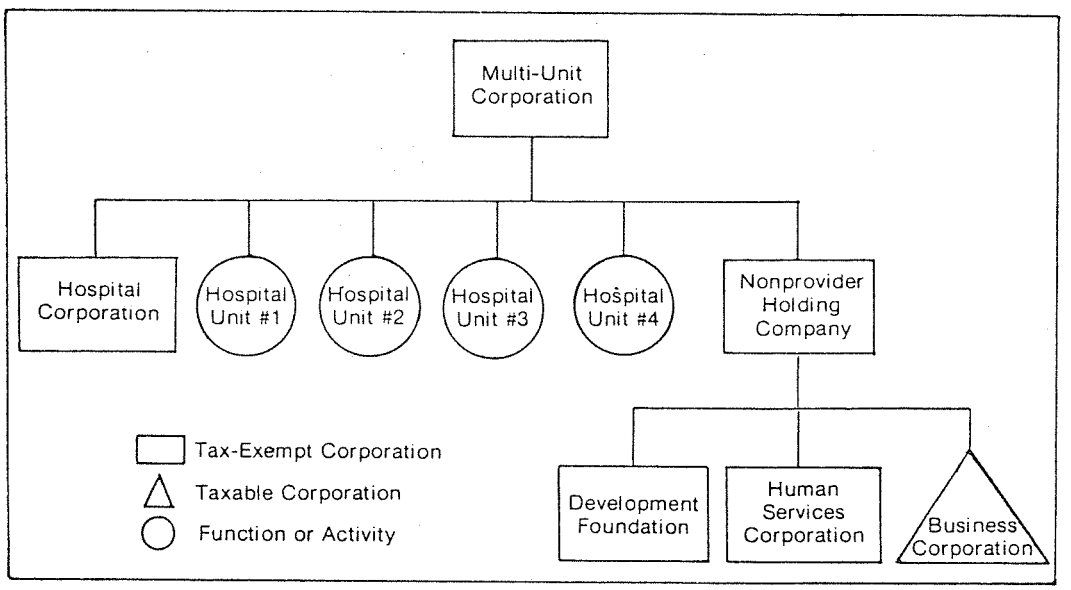


Divisionalized Structure


OPERATIONAL PROGRAMS
HOSPITAL CONSORTIUM
Hospital consortium department of pediatrics
Director of pediatrics
70 bed unit hospital A
Neonatology program
Director of neonatology
Assistant director
Four residents
Renal dialysis and kidney transplantation service
Consortium board of trustees (16)
Four from each of four member institutions
Four chief executive offices
Four medical staff representatives
Four member institutions
Four community representatives at large
Member institutions
Hospital A (558 beds)
Hospital B (402 beds)
Hospital C (342 beds)
Hospital D (619 beds)
Executive director
Project director
Active task forces
Rehabilitation
Psychiatry
Scientific bulletin committee
Continuing education
Emergency care planning
Ambulatory care
Research
Bioengineering
STANDING COMMITTEES
Administrative conference (executive committee)
Finance
Chiefs of staff
Joint long-range planning
Personnel
Controllers
Public relations
Urban planning
Medical education—consortium residencies
Program
Base hospital
Pediatrics
Hospital A
Orthopedics
Hospital A
Plastic surgery
Hospital B
Oral and maxillofacial surgery
Hospital D
Urology
Hospital D
Continuing education—consortium program
Legal aspects of nursing
Continuing education for psychiatrists
Pediatric psychiatric unit (40 beds)
Consortium rehabilitation unit (33 beds)
Primary care satellites



Multiple holding company model



Multi-unit system model