

병원경영의 현황과 과제

성 의 제

〈대한병원협회 사무총장〉

1. 서 론

다양한 요인들이 병원경영에 영향을 미치고 있다. 그중 어떤 요인들은 병원경영자의 의지에 따라 자체적으로 변화될 수 있으나 어떤 요인들은 병원경영자의 의사와는 관계없이 병원에 영향을 미친다. 본 고에서는 후자를 경영환경요인으로 정의하고 환경요인의 변화추이를 전망한 다음, 이들이 병원경영에 어떻게 영향을 미치는지 살펴보고 병원인들이 이에 대처하기 위해 어떤 마음자세를 가져야 하는지 살펴보고자 한다.

병원의 경영환경요인이란 의료제도, 사회적 여건, 경제적 여건, 인구요인 등을 포함한다. 이와 같은 요인들은 병원경영에 긍정적인 영향을 미치기도 하나 때로는 불리하게 작용하기도 한다. 또한 이들은 대부분 병원경영자의 통제권 밖에 있어 변화가 불가능하거나 또는 변화에 많은 시간이 소요되므로 병원에서는 이들의 변화를 면밀히 관찰하여 환경변화에 신속하게 적응할 필요가 있다.

2. 전국민의료보험과 경영환경 변화

2.1 의료수요

의료수요에 영향을 주는 요인으로는 가격요인, 사회·문화적 요인, 질병요인 등을 들 수 있

다.¹⁾ 이 중에서 가격요인이 의료수요에 가장 많은 영향을 미치는 것으로 알려져 있으며, 의료보험은 환자의 진료비부담을 경감시켜 준다는 의미에서 가격요인으로 작용한다. 의료보험 환자의 경우 일평균 입원진료비를 100이라 할 때 본인부담액은 약 40에 불과하다. 이는 동일질환에 대한 비급여대상자 일평균진료비 160-170에 비해 25%에 불과한 수준이다. 따라서 어떤 사람이 신규로 의료보험적용을 받게 된다는 것은 그에 대한 의료서비스 가격이 75% 인하되는 것과 유사한 효과를 가져오는 것이므로 의료수요의 증가를 유발하게 된다. 전국민의료보험 실시에 앞서 의료보험수혜자와 비수혜자의 입원의료이용율을 조사한 바에 의하면 의료보험수혜자는 비수혜자에 비해 입원의료이용율이 45-47% 정도 높은 것으로 나타나고 있으며, 이것은 입원의료수요에 대한 가격탄력성이 0.15-0.70이라는 연구 결과를 뒷받침한다.²⁾

우리나라는 1977년에 의료보험이 처음 도입된 이후 매년 적용대상자를 확대하여 1989년에 이르러 전국민의료보험을 실시하게 되었다. 이것은 그간 보험적용대상자의 확대에 따라 입원의료수요도 매년 꾸준히 증대되어 왔음을 의미한다. 특히 1988년에 실시된 농어촌지역의료보험과 1989년에 실시된 도시지역의료보험은 전인구

1) T.D. Baker & M. Perlman, Health Manpower in a Developing Economy : Taiwan, A Cass Study in Planning, Johns Hopkins Press, 1967

2) Paul J. Feldstein, Health Care Economics, John Wiley & Sons, 1983, pp.93-99

이 글은 제3회 병원행정세미나(한양대 행정대학원 병원행정동문회 주최)에서 발표된 것입니다.

의 40%를 일시에 보험적용대상자에 포함시킴으로써 급격한 의료수요 증가를 유발하게 되었다. 그러나 1988년부터 급격히 증가하던 의료수요는 1990년을 고비로 하여 증가율이 크게 둔화되는 것으로 나타나 의료보험 확대에 의한 의료수요 증가효과가 이미 진료실적에 충분히 반영되었음을 보여준다. 따라서 급격한 여건변화가 없는 한 향후 의료수요는 안정적 증가를 보일 것으로 전망된다(표 1 참조).

2.2 의료공급

'80년대 말에 실시된 전국민의료보험은 의료수요의 급격한 증가를 유발하였으며 이로 인하여 일시적인 병상부족현상이 초래되었다. 정부에서는 병상부족을 해소하기 위하여 '91년부터 3

년간 3,000억원(연리 13.5%)을 지원하여 20,000여 병상을 공급하였으며, '94년부터 3년간에 걸쳐 다시 2,600억원(연리 8%)을 지원하여 20,000병상의 추가공급을 추진중이다. 또한 정부지원과 관계없이 순수 민간자금에 의한 병상 신증설분도 상당량에 이르고 있다. 입원환자 진료실적 및 병상증가추이를 살펴보면 <표 2>와 같다.

<표 2>에 의하면 병원의 입원환자수는 '87년 이후 '90년까지 급격히 증가하다가 그 이후에는 완만한 상승을 보이고 있으며, 병상수는 이와 반대로 '90년 이후에 급격히 증가하는 것으로 나타나고 있다. 그것은 병상수가 환자수 변동에 탄력적으로 대응하지 못하기 때문이다. 이에 따라 평균병상이용율도 '90년 이후 점차 감소하고 있다.

<표 1> 의료보험적용대상자 및 입원환자진료실적추이

(단위 : 천명)

연도별	보험적용대상자			입원환자연인원		
	인원(천명)	지수	증가율(%)	인원(천명)	지수	증가율(%)
1987	21,257	100	-	11,299	100	-
1988	28,906	136	36.0	14,473	128	28.1
1989	39,919	188	38.1	18,071	160	24.9
1990	40,099	189	0.5	24,912	220	37.9
1991	40,799	192	1.7	26,256	232	5.4
1992	41,325	194	1.3	27,936	247	6.4
1993	42,217	199	2.2	28,918	256	3.5

(자료) 보건사회통계연보, 각년도

<표 2> 입원환자 진료실적 및 병원병상수 증가추이

연도별	입원환자연인원			병원병상수			병상이용율(%)
	인원(천명)	지수	증가율(%)	병상수	지수	증가율(%)	
1987	11,299	100	-	84,661	100	-	68.1
1988	14,473	128	28.1	89,407	106	5.7	71.1
1989	18,070	160	24.8	92,592	109	3.5	78.8
1990	24,912	220	37.9	98,501	116	6.4	80.6
1991	26,256	232	5.4	105,462	125	7.1	78.8
1992	27,936	247	6.4	113,044	134	7.2	77.3
1993	28,918	256	3.5	125,102	148	10.7	75.1
1994	29,786*	264	3.0	140,091	165	12.0	69.1*
1995	30,679*	272	3.0	150,091*	177	7.1	66.4*

(주) *표는 추계치임

2.3 병원의 대형화 및 고급화

병상공급과 관련하여 주목해야 할 점은 병원 규모가 점차 대형화하고 있다는 점이다. 병원당 평균병상규모는 '85년의 135병상에서 '93년에는 179병상으로 증가하였으며, 그 중 종합병원은 270병상에서 338병상으로, 병원은 57병상에서 72병상으로 증가하였다. 또한 전체의료기관(병원)의 병원당 평균병상규모 증가율이 종합병원 및 병원급의료기관의 병원당 평균병상규모 증가율보다 높게 나타나는 것은 종합병원의 신설이 병원급의료기관의 신설보다 많다는 것을 의미한다. 이것은 환자의 대규모의료기관 선호경향을 반영하는 것으로 보이며 당분간 이와 같은 추세가 계속될 것으로 전망된다(표 3 참조).

〈표 3〉 병원당 평균병상규모의 변화추이

연도별	종합병원	병	원	전	체
1985	270(100)	57(100)		135(100)	
1989	288(107)	58(102)		151(112)	
1991	311(115)	64(112)		166(123)	
1993	338(125)	72(126)		179(133)	

(자료) 보건사회통계연보, 각년도

(주) 병원 및 종합병원만을 대상으로 한 것임

또한 병원의 고급화 추세에 따라 병원건립에 소요되는 투자비도 급격히 증가하고 있다. 1984년의 경우 3차병원 건립에는 병상당 75백만원(대지 구입비 제외)이 소요되었으나 1992년에는 병상당 120백만원이 소요되는 것으로 추계되고 있으며, 최근에 건립된 일부병원의 경우엔 병상당 300백만원 이상 투자된 것으로 알려지고 있다.

2.4 의료인력 수급

병상의 급격한 증가는 필연적으로 의료인력의 수급불균형을 초래하게 된다. 의료인력의 양성은 교육제도와 연관되어 있어 의료수요 변동에 탄력적으로 대응하기 어려울 뿐 아니라, 인력 양성에 장기간이 소요되므로 정확한 수요예측에 의하여 장기대책이 마련되어야 한다.

신증설병원은 의료인력에 대한 자체 양성수단이 없으므로 결국 타병원에 근무하고 있는 기존 직원을 채용할 수 밖에 없으며, 이것은 연쇄적인 인력이동을 초래하여 많은 병원들이 극심한 혼란을 겪게 된다. 특히 중소병원의 경우에는 인력이동으로 인한 업무공백을 메꾸기가 어려워 상당기간 동안 진료에 막대한 지장을 받게 된다. 염³⁾의 연구결과에 의하면 흉부외과, 성형외과, 재활의학과 등 일부 진료과를 제외하고는 '95년도 이후에도 대다수의 진료과 전문의가 부족할 것이며, 간호사와 간호조무사의 부족현상도 단기간 내에 해소되기 어려울 것으로 예측하였다. 이와 같은 인력부족현상은 약사, 의료기사 등 대부분의 직종에서도 동일하게 나타나고 있으며, 특히 지방 중소병원의 인력난이 극심한 것으로 알려지고 있다. 이같은 인력부족 현상은 단기간 내에 해소되기 어려울 뿐 아니라 이로 인하여 급격한 임금상승이 초래될 것으로 우려된다.

2.5 의료보험수가

의료보험수가는 의료수익을 결정하는 주요 변수이다. 의료물가는 의료기술의 급속한 발달로 인하여 일반소비자물가상승율을 상회하는 것이 상례이므로 모든 조건이 일정하다면 보험수가인 상율은 최소한 물가상승율을 상회하여야 한다. 특히 우리나라의 경우에는 의료보험 도입당시 보험수가가 관행수가의 55% 수준에서 결정되었으므로 보험환자 점유율이 증가할 경우 이로 인한 수입감소를 당연히 보전해 주어야 함에도 불구하고 <표 4>에서 보는 바와 같이 의료보험수가 상승율이 물가상승율보다 낮은 수준으로 억제되어 왔다.

또한 '92년 현재 우리나라의 국민총생산 대비 국민의료비 비율은 5.2%로써 90년 이후 안정된 수준을 유지하고 있으나 아직 외국에 비해서는 현저히 낮은 수준이며, 국민 1인당 의료비 지출액은 미국의 1/7, 일본의 1/4에 불과한 수준이

3) 염용권, “병원의사 및 간호인력 수급”, 병원경영 현안과제 : 무엇이 문제인가, 한국의료관리연구원, 1992. 11

〈표 4〉 연도별 물가상승율과 의보수가인상율 비교

구 분	1990	1991	1992	1993	1994
소비자물가 상승율(%)	9.4	9.3	4.5	5.8	6.0*
의보수가 인상율(%)	7.0	8.0	5.98	5.0	5.8

(주) '94년도 물가상승율은 8월까지의 잠정추계치임

다〈표 5 참조〉.

2.6 의료보장 개혁

정부에서는 의료보장제도의 개혁을 위하여 여러가지 방안을 강구하고 있다. 그 중 대표적인 것으로 의료분쟁조정법 제정, 의료기관 서비스평가제 실시, DRG 도입, 지정진료제도 개선, 고가장비의 보험급여 실시 등을 들 수 있다. 그러나 이와 같은 정책은 환자의 이용편의만을 고려한 것으로 의료기관의 수입감소 보전방안은 도외시되고 있다. 성공적인 의료보장 개혁을 위해서는 의료기관의 수입감소를 보전해 주기 위한 정책이 선행되어야 한다. 의료기관의 일방적 희생만을 요구하기에는 현재 의료기관의 경영실태가 너무 취약하다〈표 6 참조〉.

3. 병원경영전망

이상의 상황으로 보아 여건이 크게 개선되지

않는 한 우리나라 병원들은 향후 더욱 극심한 경영난을 겪게 될 것으로 전망된다. 환자증가의 정체에도 불구하고 신증설병상은 앞으로도 당분간 계속되어 병상이용율의 지속적인 저하를 초래할 것이며, 특단의 조치가 이루어지지 않는 한 수가 현실화를 기대하기도 어렵다. CT, MRI 등의 보험급여 실시와 특진제도의 제한 등으로 인하여 대규모병원도 예상치 못한 타격을 입게 될 것이다.

반면에 원가부담은 앞으로도 더욱 가증될 것으로 보인다. 노동운동의 조직화는 인력난과 상승작용을 하며 인건비의 지속적인 상승을 유발할 것이며, 서비스평가제 및 서비스에 대한 환자의 기대욕구 등은 추가적인 투자지출을 강요할 것이다. 전문직종에 대한 조세부담 형평성 요구는 의사인력에 대한 세금부담을 증대시킬 것이며, 이는 결국 병원의 추가부담으로 돌아올 것이다. 신증설병상지원에 투입되는 차입자금도 의료기관의 수익성을 고려할 때 추가적인 부담으로 작용할 것이다.

4. 발전을 위한 인식전환

현재와 같은 상태가 지속될 경우 수년 내에 우리나라의 의료체계는 붕괴되고 말 것이다. 이제 병원원은 물론 국민 모두가 우리나라의 의료제도에 대하여 새로운 인식을 가져야 할 때이다. 단편적이고 임기응변적인 방법으로는 현재의 위

〈표 5〉 국민 1인당 의료비 국제비교(1990)

구 분	미 국	캐나다	프랑스	독 일	일 본	한 국
1인당의료비(\$)	2,566	1,981	1,853	1,908	1,582	371*
의료비/GNP(%)	12.1	9.3	8.8	8.1	6.5	5.2

(주) 한국의 1인당의료비 및 GNP는 '92년 실적임

〈표 6〉 병원급의료기관의 수익성지표 현황

(단위 : %)

년 도	총자본수익율	총자본의료이익율	의료수익순이익율	의료수익의료이익율
1992	1.9	7.7	2.0	7.8
1993	0.6	7.4	0.6	8.0

기상황이 너무 심각하다. 몇가지 사례를 들어 인식전환의 필요성을 알아본다.

4.1 의료보험에 대한 재인식

의료보험이 '국민의 의료욕구를 무제한 충족시켜 줄 것이라는 의료보험에 대한 국민의 잘못된 인식을 바로 잡아주는 것이 시급하다. 의료보험의 기본취지는 국민이 필요로 하는 의료서비스 중 필수적인 서비스만을 급여하는 것이며 세계 어느나라도 모든 서비스를 의료보험으로 급여하지는 않는다. 그것은 한정된 재원으로 보험가입자 모두가 공평하게 혜택을 보아야 하기 때문이다. 모든 국민에게 무제한의 서비스를 제공하기 위해서는 국가의료보장제도(NHS)만이 유일한 대안이나 이 경우에는 사회주의국가나 영국의 예에서 보는 바와 같이 서비스 질의 저하를 감수해야 한다. 그럼에도 불구하고 우리나라의 경우에는 GNP의 불과 5.2%만을 의료비로 지출하면서 국민들로 하여금 마치 모든 서비스가 급여될 수 있는 것으로 믿도록 오도하여 왔다. 더 나은 서비스를 위해서는 기꺼이 보험료를 올린다는 상하는데 동의하도록 해야 할 뿐만 아니라 가입자 모두를 위해서 급여의 제한이 불가피하다는 점을 널리 홍보하는 것이 필요하다. 그렇지 않을 경우 국민의 증대되는 불만은 모두가 의료기관에 집중되고 결국에는 의료공급체계의 붕괴로 이어질 것이다.

4.2 다양한 의료욕구와 제도개선

의료보험은 급여의 제한과 제도의 획일성으로 인해 국민의 다양한 욕구를 충족시키는 것이 불가능하다. 의료부문에 투입될 재원이 제한되어 있다면 이것은 모든 국민에게 최대의 편익을 줄 수 있도록 사용되어야 한다. 소수의 환자만을 위해 대부분의 재원이 사용된다면 이는 결코 국민을 위하는 정책이 아닌 것이다. 진단확률을 1% 높이기 위해서 고가의 첨단의료장비에 대한 보험급여를 허용하는 것이 국민에게 최선을 다하는 것인지 신중히 검토되어야 한다.

일찍부터 의료보장제도가 실시되고 있는 서구

제국에서 여러가지 형태의 민간 의료보험이 발달한 것은 이 때문이다. 국가의료보장제도를 실시하고 있는 영국의 경우에도 최근엔 자비부담 의료비의 비중이 12%를 상회하는 것으로 알려지고 있다. 이와같은 경험으로 볼 때 우리나라도 획일적인 의료제도를 유지하기 보다는 국민의 다양한 욕구에 부응할 수 있도록 다양한 형태의 의료제도를 개발하는 것이 필요하다. 하향평준화를 지향하고 있는 의료보험에 만족지 못하는 환자를 위해 진료비 자비부담제를 도입한다거나 또는 첨단의료서비스나 비급여서비스의 이용에 대한 환자의 자부담을 허용하는 것 등이 그 대안이다. 환자의 종류 및 서비스의 특성 등을 고려하지 않고 모든 종류의 환자에게 의료보험수가가 동일하게 적용되어야 한다고 주장하는 것은 의료보험의 기능과 역할을 국가의료보장과 혼동하고 있음을 의미한다. 국민 건강이라는 미명하에 국가가 직접 모든 것을 결정하고자 할 때 새로운 기술과 변화에 민감한 국민과 의료기관은 결국 불만을 토로하게 되고 정부정책을 불신하게 되는 것이다.

4.3 경영체로서의 의료기관

의료법에 의하면 법인의료기관은 비영리 공익기관으로 규정되어 있다. 비영리 공익기관이라는 경영을 통하여 발생한 이익을 외부로 유출시킬 수 없고 의료기관의 상속이 금지되어 있을 뿐 아니라 허가없이 처분 및 폐업을 할 수 없으므로 법인에 대한 소유권이 원칙적으로 국가에 있다는 것을 의미한다. 다만 그에 대한 관리운영을 민간에 위임하고 있는 것이다. 그럼에도 불구하고 대부분의 관계규정은 법인의료기관이 민간의 소유인 것처럼 취급하고 있다. 결국 법인의료기관은 재산권 행사를 크게 제한받으면서도 세제상로나 금융면에서는 민간 영리기업과 동일하게 취급당하고 있는 것이다.

법인의료기관은 기본적으로 국민의 재산이다. 국민의 기업이 건전하게 육성발전되어야만 국민의 부담이 줄어들고 국민에게 더 많은 기여를 할 수 있는 것이다. 비영리 공익기관이라는 것은 이

윤을 포기해야 함을 의미하는 것이 아니라 경영을 통하여 발생한 이윤을 부당하게 외부로 유출하지 말아야 한다는 뜻이다. 오히려 첨단경영기법에 의한 경영합리화는 법인의료기관의 사명이다. 국가에서는 영리를 목적으로 하는 의료행위가 국민건강에 큰 위협을 줄 수 있다고 보고 개인병원의 법인화를 유도하고 있다. 그러나 세계 및 금융제도가 개선되지 않는 한 기꺼이 개인의 재산권을 국가에 귀속시키려는 사람은 많지 않을 것이다.

4.4 지방자치단체의 경영참여

법인의료기관이 국민의 재산이라는 인식이 보편화될 때 지방자치단체에서는 당연히 의료기관 운영에 관심을 갖게 될 것이다. 외국의 경우 의료기관 운영비의 대부분을 지방자치단체에서 부담하는 것도 이러한 이유 때문이다. 지방자치단체에서는 병원 이사진에 참여하여 병원이 지역주민을 위해서 보다 많은 역할을 해 주도록 요구하는 대신에 병원운영재원 조달을 지방자치단체가 책임지는 것이다. 지역주민과 병원과의 관계가 ‘남’이 아닌 ‘우리’의 관계로 발전하게 될 것은 분명하다.

4.5 회계자료의 공개

대다수의 국민들은 마치 의료기관이 진료를

통하여 부당한 방법으로 폭리를 취하고 있는 것으로 알고 있으며, 의료기관들이 이에 대한 반증 자료를 제시하지 못하는 것에 대하여 의혹의 눈길을 보내고 있다. 의료기관에서 회계자료를 공개하기 어려운 것은 비정상적인 방식으로 회계처리를 해야 하는 경우가 많았기 때문이다.

회계자료를 일시에 공개하는 것은 불가능하겠으나 이제 경영여건이 호전되는 대로 점차 공개 범위를 확대해가야 한다. 그렇게 함으로써 병원의 경영실태를 국민이 알고 국민들이 병원을 살리기 위해서 자발적으로 나설 수 있게 된다. 이미 금융실명제가 실시되고 있기 때문에 병원이 회계자료의 공개를 더 이상 미루려 한다면 타율에 의한 공개가 이루어질 것이다.

5. 결 어

병원경영이 어려울수록 이를 극복하려는 마음의 자세가 필요하다. 이는 한두 사람의 힘으로 이루어지는 것이 아니라 모든 병원인, 모든 국민이 힘을 합쳐야 한다. 일시적인 미봉책으로 문제가 해결될 수 없다. 혁신을 위한 새바람, 극복을 위한 새물결이 일어나야 하며 이를 위해서는 지금까지와는 다른 새로운 시각으로 현실을 진단하고 새로운 해결방안이 제시되어야 한다. 마음의 문을 열고 경직된 사고를 털어버려야 한다.