

농어촌 지역병원 의료이용률 제고방안

안인환[†], 문영진^{*}

한국보건산업진흥원, 김포우리병원^{*}

<Abstract>

A Methodology for The Improvement of Rural Hospital's Utilization

In-Whan Ahn[†], Young-Jeon Moon^{*}

Korea Health Industry Development Institute, Kimpowoori Hospital^{}*

Although Korea joined OECD in 1996, there has still seen much unbalance in medical care and welfare standard between urban and rural area.

The unbalance of medical demand between urban and rural area deepened low utilization of rural hospitals. So it caused many hospital's failure and conversion in rural area. Many rural hospitals are in difficulty managing business because of low medical demand along with the shortage of medical manpower, medical equipment and facilities.

The objectives of this study were to reveal the cause of low utilization of hospitals in rural area, and to increase utilization of those hospitals.

In this study the improvement methods of rural hospital's utilization were presented by examining were placed in difficult management condition, in respect of hospital's management conditions, manpower input, patient medical treatment record, financial record, and actual output.

The causes of rural hospital's low utilization were as follows: 1) changes in number

† 교신저자 : 안인환(018-259-0167, iwahan@khidi.or.kr)

and structure of population 2) rural people's preference for large hospitals and hospitals which located in urban area 3) rural hospitals lacking in hospital management skill. Consequently rural hospital's operation condition got more and more deteriorated.

To raise rural hospital's utilization, method for social policy, method for health policy, and intrinsic method of hospitals were presented in turn.

For rural residents to utilize medical service conveniently, it is necessary for rural hospitals operated normally. So government must insist that rural hospitals solve the problems which come out from their internal management problems. And also these rural hospitals should be supported and nurtured by the government until their management is operated normally.

Key Words : Rural Area, Hospital, Management, Medical Service, Utilization

I. 서 론

1. 연구배경

우리나라는 지난 30년 동안 놀라운 경제성장과 더불어 삶의 질이 매우 높아졌으며, 1996년도에는 OECD에 가입함으로써 선진국에 진입할 역량을 갖추게 되었다. 그러나 경제적으로 많은 성장을 이루었음에도 불구하고 복지부문에 있어서는 선진국과 차이를 보이고 있다. 우리나라는 중앙정부의 총재정지출에서 복지재정지출이 차지하는 비중이 약 26%로 OECD 회원국의 평균치인 약 50%와 큰 차이를 보이고 있다. 즉 우리나라는 선진국에 진입할 역량을 충분히 갖추고 있음에도 불구하고 복지부문에 대한 재정지출이 낮은 수준을 나타내고 있고, 낮은 복지재정지출 가운데에서도 도시와 농어촌간에 차이가 많은 것으로 나타나고 있다.

인구구조 측면에서 농어촌의 인구변화는 농어촌의 의료공급과 수급체계에 많은 변화를 가져왔다. 농어촌 지역의 많은 인구가 일자리를 찾아서 도시로 이동하였고, 농어촌 지역에 거주하고 있는 주민들도 농어촌 지역병원을 찾는 대신에 보다 세련되고 장비가 잘 갖추어진 도시지역에 소재한 병원을 찾는 바람에 농어촌 지역병원들의 운영상태는 점점 열악해졌다.

정책적인 측면에서도 의료보장제도의 구체적인 실행과정에서 도농간의 의료자원 배분 시 여러 가지 문제점을 노정시켰다. 즉 의료보장으로 증대된 건강보험에 대한 폭발적인 수요증가는 의료의 일시적인 공급부족현상을 가져왔다. 그러나 이러한 현상을 극복하기 위한 제도 시행과정에서 지역간 의료공급제도의 불균형을 초래하였다. 또한 도농간 의료수요의 불균형은 농어촌 지역의 의료기관 이용부족현상을 심화시켜 농어촌 지역의 많은 의료기관의 도산과 전환을 가져왔다. 이러한 정책적인 시행착오와 더불어 농어촌 지역의 많은 병원들은 낮은 의료수요와 의료인력의 공급부족으로 경영상의 어려움을 겪고 있다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 농어촌 지역병원의 저조한 의료이용률에 대한 원인을 밝히고, 대책을 제시함으로써 농어촌 지역병원의 경영을 개선시키기 위한 방안을 찾아내고자 하는데 있다. 의료이용률의 저하를 가져온 요인은 사회환경적요인, 정책적 요인, 의료환경적 요인, 지역병원 자체적 요인 등으로 나누어 볼 수 있다. 본 연구에서는 먼저 사회환경적 요인인 농어촌 지역의 인구구조와 인구변화를 살펴보고, 정책적 요인을 찾아내 의료이용률을 제고하기 위한 거시적 방안을 제시하고자 한다. 구체적으로는 주민들의 농어촌 지역병원 의료이용률이 제고될 수 있도록 정책적인 측면에서 지역여건 및 환경을 조성하고, 농어촌 지역병원들이 자체적인 노력을 통하여 주민들이 농어촌 지역병원을 이용하도록 유도하여 궁극적으로는 병원의 경영 개선을 꾀하고자 하는데 있다.

다음으로 의료환경적 요인과 지역병원 자체적 요인을 분석하여 의료이용률을 제고하기 위한 미시적인 방안을 함께 제시하고자 한다. 즉 의료이용률 제고를 통하여 농어촌 지역병원들의 경영상의 어려움을 타개하고 도산을 방지함으로써 농어촌 지역의 의료황폐화를 막아 그동안 어려운 의료환경과 경영여건 속에서 농어촌 지역주민의 건강을 지킨 지역병원의 역할을 지속시키고, 농어촌 병원이 해당지역에서 거점병원의 역할을 수행할 수 있도록 지원체계를 강화하고자 하는데 있다.

3. 연구방법

본 연구는 대다수 농어촌 병원들이 지역인구의 감소, 지역주민의 도시지역 의료기관 선호 등 입지여건상의 구조적인 문제점으로 경영난을 가져왔음을 1차적인 전제로 한다. 이에 따라

농어촌 지역의 인구구조, 타 지역 의료기관 선호 등으로 인한 농어촌 지역병원의 입지적인 문제점을 문헌조사를 통해 배경 및 원인을 찾아내고자 한다. 다음으로 농어촌 지역병원의 의료인력 확보의 어려움, 병원규모의 비경제성 및 병원경영상의 여러 가지 문제로 인한 병원경영의 어려움을 2차적인 전제로 하여 보건복지부, 통계청, 대한병원협회, 한국보건산업진흥원 등 정부 및 민간기관의 통계자료를 통한 경영실태를 조사하여 문제점을 밝히고자 한다. 끝으로 1차와 2차 조사에서 나타난 농어촌 지역병원의 입지적인 문제점과 병원경영상 내부적인 문제점을 종합하여 제도적인 개선방안과 경영활성화 방안을 제시하고자 한다.

4. 선행연구 고찰

최근 농어촌 지역병원을 둘러싸고 있는 경영환경의 구조적인 변화들은 보건의료정책을 입안하는 데 있어서 매우 중요한 의미를 지니고 있다. 농어촌 지역에서는 많은 병원들이 도산하거나 또 다른 형태의 의료시설, 예를 들면 정신요양시설이나 노인요양시설로 전환되고 있다.

선행연구에서는 병원의 도산이 농어촌지역에 부(-)의 경제적 효과를 가져온다는 사실을 밝히고 있다. Hart, Pirani and Rosenblatt(1991)는 1980년과 1988년 사이에 미국mayor시에서 도산한 병원에 대한 연구에서 병원도산 이후 설문조사를 통하여 mayor시 인구의 4분의 3 이상이 병원도산 이후 의료가 더욱 악화되었다고 응답한 사실을 밝혔다. Topping의 연구(1991)에서는 지역병원의 많은 문제점이 가난하거나 고연령층인 환자 및 교통사고환자로부터 파생되었음을 지적하면서 농어촌 지역에 있는 병원들이 그 지역에서 중요한 사회적, 경제적 역할을 수행함을 증명하였다. Berry 등(1988)은 도심으로부터 지리적으로 먼 거리에 병원이 위치해 있을 때 지역주민들이 더욱 지역경기에 민감하게 반응한다고 지적했다.

이러한 연구에 따르면 지역병원들의 도산과 경영악화는 지역주민의 실직을 야기시키고, 지역주민의 타 지역 진출로 인한 인구감소, 건강서비스에 대한 접근도의 상실 등은 지역경제에 부정적인 영향을 미친다. 반면에 건실하게 운영되는 병원은 지역의 건강서비스와 경제를 지지하는 중요한 역할을 담당한다. 또한 지역병원이 존재함으로써 지역주민들이 누리는 상대적으로 낮은 의료비용부담은 지역주민에게 이익을 가져다 준다.

Goody(1993)에 따르면 정부에서 지역병원의 생존을 보장하기 위하여 지원하는 보조금은 정부의 개입전략의 하나로서 병원이 해당 지역에서 의료공급자로 남도록 하는 중요한 정책 목표의 하나가 될 수 있다. Mcay and Coventry(1993)가 연구에서 제시한 경영전략 중의 하나는 지역병원들이 현재보다는 조금 낮은 수준의 의료서비스를 제공하는 형태의 의료기관

(예; 요양기관 또는 요양시설 등)으로 전환토록 하는 것이다.

농어촌 지역이 안고 있는 딜레마 중의 하나는 지역병원들의 경제적인 생존능력이 지속적으로 저하되고 있다는 점이다. 지역병원의 도산은 지역에 미치는 직접적인 영향 외에 의료서비스의 이용성, 치료의 결과에도 많은 영향을 미친다.

Kyle J. Muus(1995)의 연구에 따르면 지방병원들의 도산의 원인은 지역주민들의 낮은 의료서비스 이용률, 정부의 지나친 규제, 지역의사들에 대한 불완전한 대우, 그리고 병원의 경영능력의 부족이라는 사실이 밝혀졌다. 아울러 동 연구에서 도산의 결과로 빚어지는 지역주민들의 많은 어려움 가운데 응급시 제 때 치료를 받지 못한다는 점이 지역주민들의 가장 많은 관심사임을 밝혀냈다. 아울러 병원의 도산이 일거리의 상실과 지역경제의 쇠퇴를 가져오고, 의료공급부족에 따라 노인층과 어린이들의 고통이 커짐에 따라 지역주민들이 다른 지역으로 이주한다는 사실을 밝혀냈다.

한편, Collins. B. K(2005)는 미국 텍사스 농어촌지역에 거주하고 있는 메디케어 노인들을 대상으로 병실 및 응급실 이용률, 인구통계, 의료보험, 건강수준 등에 있어서의 지역거점전문병원과 지역사회 일반병원과의 차이에 대해서 연구하였다. 연구결과, 병실 및 응급실 이용률이 두 병원 간에 차이가 없이 유사하게 나타났다. 즉 농어촌 지역사회에서는 입원 및 응급의 경우에는 병원의 구분 없이 집에서 가까운 병원에 우선 가서 응급치료를 한 후 중증의 경우에는 대도시의 큰 병원으로 가는 것으로 밝혀졌다.

II. 농어촌 지역사회 분석

1. 인구수와 인구구조의 변화

1) 지역인구의 감소추세

경제성장과 더불어 나타난 부작용의 하나로 인구분포의 변화를 들 수 있다. 이는 '도시로의 인구집중과 농촌인구의 감소'로 요약할 수 있다. 도시화로 인해 행정구역의 변화, 농업의 쇠퇴, 젊은 층 인구의 도시이주 등으로 인해 농어촌의 인구는 지속적으로 줄어들고 있다. 전국 대비 농어촌의 인구비중은 아래의 <표 1>과 같이 1985년 29.5%에서 2005년에는 18.5%로 큰 폭으로 감소하였다. 특히 면지역은 인구 감소세가 더욱 두드러지고 있다. 1985년에 825만명이

던 면지역 인구는 2000년에는 562만명, 2005년에는 477만명 규모로 감소하였다. 농어촌지역의 인구감소와 노령화 문제, 취약한 산업구조와 재정자립도는 지역의 활력을 떨어뜨리는 것은 물론 주민들의 삶의 질 저하와 상대적 박탈감을 조장하여 사회적 갈등을 유발하게 된다.

<표 1> 읍·면지역 인구변화추이 단위 : 천명

구 분	1985년	1990년	1995년	2000년	2005년
전국(A)	40,448	43,411	44,609	46,136	47,254
시지역	28,506	32,875	35,389	36,778	38,497
읍·면부(B)	11,943	10,536	9,220	9,358	8,757
읍지역	3,689	3,523	3,382	3,737	3,987
면지역	8,254	7,012	5,838	5,621	4,770
구성비(B/A)	0.295	0.243	0.207	0.203	0.185

자료 : 통계청, 인구주택총조사 보고서, 해당년도

2) 노인인구의 증가추세

농어촌 지역은 65세 이상 노인인구의 비율이 16.8%(도시지역 6.4%)로 이미 고령사회에 도달하였다.¹⁾ 전국 89개 군단위 농어촌 지역 가운데 이미 초고령화 수준(노인인구비율의 20% 초과지역)에 돌입한 지역이 30개(전체의 33.7%)에 이르고 있어 인구구조로 인한 문제가 지역 사회의 경제에 미치는 영향이 매우 크며, 의료의 수요와 공급에 많은 영향을 미치고 있다.

<표 2> 도·농간 노인인구비율별 분포 단위 : 지역수, %

	노인인구비율				합계
	7% 미만	7~14%	14~20%	20% 이상	
대도시	6(85.7)	1(14.3)	-	-	7(100.0)
중소도시(도농복합시 포함)	24(35.8)	33(49.3)	10(14.9)	-	67(100.0)
농어촌(군지역)	-	18(20.2)	41(46.1)	30(33.7)	89(100.0)

주 : 광역시내 군지역은 농어촌으로 분류함(총 89개)

1) 나백주 등, 농어촌 의료서비스 개선 10개년 추진사업평가 및 향후계획정립, 2006. 1.

2. 보건의료 공급실태

1) 전체 의료기관 공급현황

우리나라 전체 의료기관 및 병상수 증가추이를 보면 아래의 <표 3>과 같이 1984년 이래 의료기관수는 연평균 6.0%, 병상수는 6.3%의 증가율을 나타내고 있다.

한편, 우리나라의 병상공급현황을 OECD 국가와 비교해보면 아래의 <표 4>에서 나타난 바와 같이 장기요양병상을 제외한 급성기병상의 경우 우리나라는 인구 천명당 6.5병상으로 OECD 국가의 중앙값 3.9병상보다 1.7배나 많은 것으로 나타나고 있다. 국가별로는 일본 다음으로 OECD 30개국 중 두 번째를 차지하고 있다.

<표 3> 연도별 의료기관 및 병상수 현황

연도	의료기관		병상	
	기관수(개소)	증감율(%)	병상수(개)	증감율(%)
1985	15,154	-	99,950	-
1990	21,701	8.6	134,176	6.8
1995	29,773	7.4	196,232	9.2
2000	38,665	6.0	287,040	9.3
2005	49,566	5.6	379,751	6.5
2006	51,286	3.5	410,581	8.1
연평균 증가율	-	6.7	-	7.9

자료 : 보건복지부, 2006년 보건복지통계연보, 2007

2) 농어촌 지역의 공급현황

전반적인 공급과잉에도 불구하고 지역간에는 수급의 불균형 문제가 존재하고 있다. 의료기관 공급현황을 시 및 군지역으로 구분해보면 아래의 <표 5>에서 나타난 바와 같이 전체 의료기관의 87.1%, 병상의 84.1%가 시지역에 공급되어 있으며, 인구 천명당으로 환산하였을 경우 시지역과 군지역간에 각각 약 1.5배, 1.2배 가량의 차이를 나타냈다. 도시와 농어촌간에 존재하는 의료서비스의 접근성 차이는 지역의 유출에 따른 시간, 비용 등 간접비용의 지출을 더욱 가중시키는 문제와 의료이용 형평성의 전제가 되는 지리적 접근성 문제가 있다.

<표 4> OECD 국가의 급성기병상 공급현황 단위 : 인구 천명당 개소

국가	병상수	국가	병상수	국가	병상수
Australia	3.6	Hungary	5.5	Poland	4.7
Austria	6.1	Ireland	2.8	Portugal	3.0
Belgium	4.4	Italy	3.3	Slovak Re.	5.0
Canada	2.9	Japan	8.2	Spain	2.6
Czech Republic	5.7	Korea	6.5	Sweden	2.2
Denmark	3.1	Louxbembourg	5.2	Switzerland	3.6
Finland	2.9	Mexico	1.0	Turkey	2.0
France	3.7	Netherlands	3.1	United Kingdom	3.1
Germany	6.4	New Zealand	-	United States	2.7
Greece	3.8	Norway	3.0	중앙값	3.9

자료 : OECD, OECD Health data 2005, 2007

<표 5> 시·군별 의료기관 공급현황 단위 : 명

구분	종별	시지역			군지역			전체		
		수	구성비 (%)	인구 천명당	수	구성비 (%)	인구 천명당	수	구성비 (%)	인구 천명당
의료 기관수	병원	1,575	83.1	0.04	320	16.9	0.03	1,895	100	0.04
	의원	43,111	87.3	1.12	6,280	12.7	0.71	49,391	100	1.04
	계	44,686	87.1	1.16	6,600	12.9	0.75	51,286	100	1.08
병상수	병원	266,412	84.8	6.92	47,670	15.2	5.44	314,082	100	6.64
	의원	78,993	81.9	2.05	17,506	18.1	1.99	96,499	100	2.04
	계	345,405	84.1	8.97	65,176	15.9	7.44	410,581	100	8.68

자료 : 보건복지부, 2006년 보건복지통계연보, 2007

3. 보건의료정책

1) 현황

농어촌 지역은 각종 정보의 부족, 낮은 교육수준, 전통적인 관습 등으로 인하여 취약한 점이 많지만 특히 의료복지분야의 취약점이 두드러지게 나타난다. 또한 각종 의료 및 사회복지 시설의 열악한 여건으로 건강상의 문제점이 노출되고 있으나 이에 대한 대책이 부족한 실정이다.

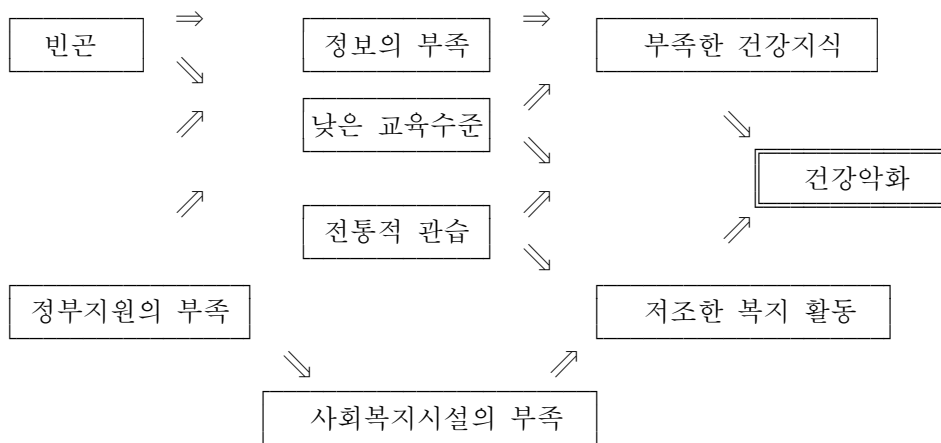


그림 1. 농어촌 지역의 보건의료구조

고령화에 따른 만성질환의 증가 등으로 인해 보건의료비 지출비율 또한 늘어나는 양상을 보이고 있고, 농어촌 지역의 의료급여 대상자가 차지하는 비율은 9.3%로 아래의 <표 6>과 같이 대도시와 중소도시의 각각 3.4%, 4.2%에 비해 2배 이상 높은 수준을 보이고 있다.

<표 6>

지역별 기초수급자 가구 비율

	전체가구(개소)	수급가구(개소)	수급가구율(%)
대 도시	8,111,075	278,540	3.4
중소도시	7,520,709	316,576	4.2
농어촌(읍면지역)	1,759,978	162,977	9.3
전 국	17,391,762	758,273	4.4

자료 : 보건복지부, 농어촌 의료서비스 개선 10개년 추진사업평가, 2006

2) 농어촌 의료정책

정부는 2004년 1월에 농어촌 주민의 인간다운 삶을 보장하기 위하여 '농어촌 주민의 보건복지증진을 위한 특별법'을 제정하였다. 이에 따라 농어촌 주민의 보건복지증진을 위한 시책을 강화하고 이에 관한 국가 및 지방자치단체의 책임을 명확히 하며, 농어촌에 보건의료 및 사회복지시설 확충을 추진하고 있다. 이 법에 의거 시행하는 농어촌 보건복지사업에 대해서는 농어촌 특별세로 조성된 재원을 우선해서 지원할 수 있도록 되어 있다. 또한 동법에는 농어촌 보건의료의 기반조성으로 공공보건의료기관의 우선지원, 보건진료소의 통합, 응급의료체계의 구축, 민간의료기관의 육성 등을 명시하고 있다.

구체적으로 농어촌 공공보건의료 기반확충 및 시설 현대화, 지역거점 공공병원의 시설 현대화, 공공의료기관의 정보화(e-health) 및 정보교류체계 구축, 공공보건의료인력 교육훈련강화 및 농어촌 의료서비스 기술지원, 급성병상 부족지역의 병원급 민간의료기관에 대한 융자·지원, 응급의료 인프라 확충 및 취약지 응급의료센터 지원, 119구급대의 응급환자 이송 인프라 확충 및 운영체계 개선 등을 제시하고 있다.

이 외에도 농어촌 의료와 관련된 법령으로는 농어촌 등 보건의료에 관한 특별조치법, 지역보건법, 공공보건의료에 관한 법률, 응급의료에 관한 법률, 농어촌주민의 보건증진을 위한 특별법 등이 있다.

3) 공공병원 확충정책

정부는 1980년부터 '농어촌 보건의료를 위한 특별조치법' 등 다양한 제도적 장치를 마련하여 의료취약지역인 농어촌 지역에 공공 의료인력을 우선적으로 투입하여 의사, 한의사 및 치과 의사 인력에 대한 접근성을 제고시키고, 시설과 장비를 보강함으로써 공공의료를 강화하여 왔다. 공공보건의료기관은 국립, 시·도립, 광역자치단체가 운영하는 지방공사 및 특수법인, 그리고 보건기관(보건소, 보건지소 및 보건진료소) 등이 있다.

정부에서는 공공보건의료를 강화하는 정책을 채택하여 2005년 12월에 '공공보건의료 확충 종합대책'을 발표하였다. 이 대책의 주요 내용은 전체 의료 대비 10% 수준에 불과한 공공의료를 30% 이상으로 확대하고 서비스 수준을 높이며, 의료의 공공성을 확보하는 것을 목표로 하고 있다.

Ⅲ. 의료이용실태 분석

1. 국가간 이용실태 비교

우리나라의 급성기병상 이용률을 OECD 국가와 비교하면, 우리나라는 72%로 OECD 국가의 중앙값 75%보다 다소 낮은 것으로 나타나고 있다. 평균재원일수의 경우 우리나라는 10.6일로 OECD 국가의 중앙값 5.6일보다 2배 가까이 긴 것으로 나타나고 있으며, 국가별로 일본을 제외하면 가장 긴 수준이다.

<표 7> OECD 국가의 급성병상 이용률 및 평균재원일수 현황 단위 : %, 일

국가	병상 이용률	평균재원 일수	국가	병상 이용률	평균재원 일수	국가	병상 이용률	평균 재원일수
Australia	71	6.1	Hungary	76	6.3	Poland	77	6.5
Austria	79	5.9	Iceland	-	5.4	Portugal	73	7.1
Belgium	-	7.1	Italy	76	6.8	Slovak Rep.	67	7.3
Canada	90	7.3	Japan	79	19.8	Spain	79	6.7
Czech Rep.	75	8.0	Korea	72	10.6	Sweden	-	4.6
Denmark	-	3.5	Luxembourg	65	7.3	Switzerland	86	8.5
Finland	-	4.8	Mexico	61	4.0	Turkey	65	5.2
France	73	5.4	Netherlands	64	6.8	United Kingdom	84	6.1
Germany	76	8.6	Greece	-	6.0	United States	67	5.6
Ireland	86	6.6	Norway	88	5.2	중앙값	75	6.3

자료 : OECD, OECD Health data 2005, 2007

2. 농어촌 병원 이용실태

1) 병원경영여건

농어촌 병원들은 아래의 <그림 2>와 같은 낮은 보험급여 지급시스템 하에서 정부지원의

부족으로 재정부족을 겪고 있다. 또한 도시 지역병원들에 비하여 병원경영과 관련된 각종 정보의 부족으로 경영의 어려움을 겪고 있으며, 구성 직원들에 대한 교육과 훈련부족으로 생산성이 저하되어 있고, 시설, 장비, 물자, 인력 등의 부족으로 낮은 병원이용률을 나타내고 있다.

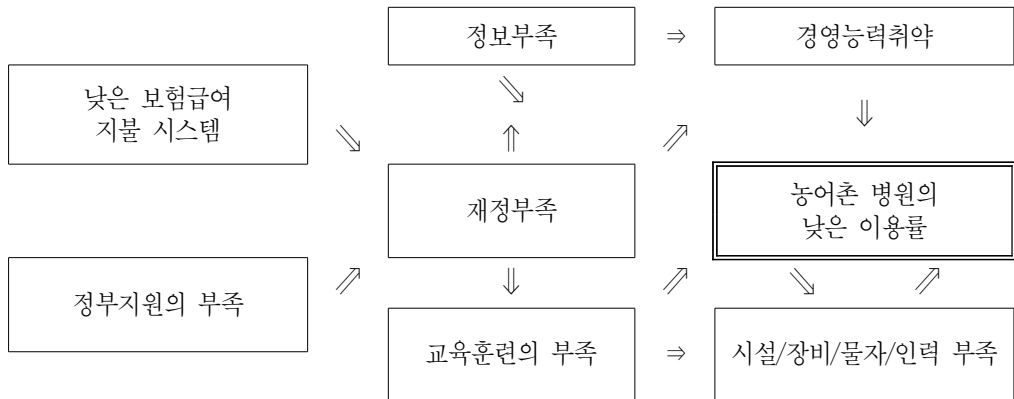


그림 2 농어촌 병원의 경영여건

농어촌병원 경영위기의 구조적 상황을 도표로 나타내면 아래의 <그림 3>과 같다. 농어촌 병원들은 경영환경측면에서 주민들의 대형병원 및 도시지역 병원에 대한 선호경향 등으로 어려운 경영상황에 놓여 있으며, 투입요소측면에서 시설의 열악, 인력의 부족, 장비투자의 부족, 운영자금의 부족 등으로 열악한 경영환경에 놓여 있다.

2) 인력투입 현황

우리나라 병원의 100병상당 직원수를 보면 대도시 지역이 107.3명임에 비하여 농어촌 지역의 경우는 59.0명으로 대도시 지역에 비해서 55.0% 수준에 불과하였다. 전체인력 가운데 의료인력만을 비교한 경우 의사는 대도시지역이 100병상당 17.5명인데 반하여 농어촌 지역은 6.4명으로 대도시 지역에 비해서 36.6% 수준이었고, 간호사는 대도시 지역이 100병상당 47.8명인데 반하여 농어촌 지역은 25.3명으로 52.9% 수준에 불과하였다.

3) 환자진료실적

도농간 진료실적을 비교했을 시 100병상당 일평균 외래환자수는 대도시 지역이 200.9명인데 반하여 농어촌 지역은 176.3명으로 저조한 실적을 보이고 있다. 100병상당 일평균 입원환

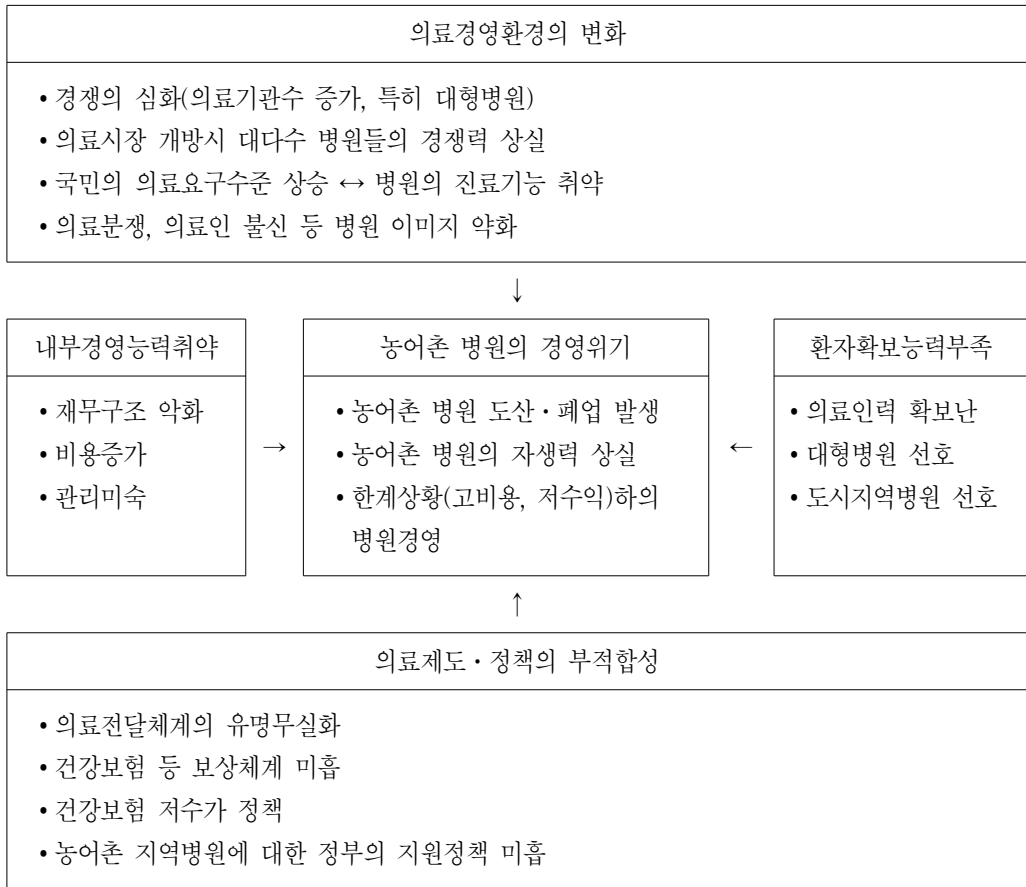


그림 3. 농어촌 병원의 경영상황

<표 8>

도·농간 100병상당 인력의 비교

단위 : 명

구 분	대도시 지역	농어촌 지역
전 체	107.3	59.0
의 사	17.5	6.4
간 호 사	47.8	25.3

자료 : 한국보건산업진흥원, 2004 병원경영분석, 2005. 12

자수에서는 많은 차이가 없었지만, 대도시 지역의 평균 채용일수가 14.5일인데 반하여 농어촌 지역은 22.6일로 무려 64.2%가 긴 것으로 나타났다. 이는 병상이용률 비교시 두 지역간에

차이가 없는 것처럼 보이지만 실제로 평균 채용일수에서 이렇게 많은 차이가 나기 때문이다. 환자 1인 1일당 진료비에서도 외래와 입원부문에서 각각 농어촌 지역이 대도시 지역에 비하여 68.5%, 52.1% 수준에 불과하여 수익면에서 매우 불리한 여건에 놓여 있음을 알 수 있다.

<표 9> **도·농간 진료실적 비교** 단위 : 명, 일, %, 원

구 분	대도시 지역	농어촌 지역
100병상당 일평균 외래환자수	200.9	176.3
100병상당 일평균 입원환자수	73.5	72.7
평균재원일수	14.5	22.6
병상이용율	73.5	72.7
외래환자 1인 일당 평균진료비	42,581	29,162
입원환자 1인 일당 평균진료비	155,080	80,800

자료 : 한국보건산업진흥원, 2004 병원경영분석, 2005. 12

4) 재무실적

자기자본비율은 병원의 자본구성의 건전성을 나타내는 비율로서 적정수준의 자기자본비율을 유지해야 경영의 안정성을 확보할 수 있다. 도농간 병원의 자기자본비율을 보면 농어촌 지역병원들은 대도시 지역병원들에 비하여 자기자본비율이 낮으며, 의료수익 대비 의료이익률이나 순이익률에서도 대도시 지역병원들이 미약하나마 정(+)의 이익을 내는 반면에 농어촌 지역병원들은 부(-)의 이익을 내고 있는 것으로 나타나고 있다.

<표 10> **도·농간 병원의 자기자본비율 및 이익율 비교** 단위 : %

구 분	대도시 지역	농어촌 지역
자기자본 비율	33.5	29.1
의료수익 대비 의료이익률	3.3	- 0.4
의료수익 대비 순이익률	1.8	- 1.0

자료 : 한국보건산업진흥원, 2004 병원경영분석, 2005. 12

5) 생산실적

농어촌 지역병원들의 부가가치(의료수익 - (재료비 + 연료비 + 용역비))를 인건비로 나눈 인건비 투자효율은 매년 지속적으로 하락하고 있는 추세로 2004년을 기준시 평균실적은 158.0%를 나타내고 있다. 전문의 1인당 월평균 의료수익은 대도시 지역이 60,594천원인데 비하여 농어촌 지역은 50,052천원으로 대도시 지역병원의 82.6% 수준에 머물렀고, 전문의 1인당 월평균 부가가치는 대도시 지역병원이 40,062천원인데 반하여 농어촌 지역병원의 부가가치는 32,915천원으로 대도시 지역병원의 82.1% 수준에 불과하였다.

<표 11> 도·농간의 부가가치 비교 단위 : %, 천원

구 분	대도시 지역	농어촌 지역
인건비 투자효율	160.4	158.0
전문의 1인당 월평균 의료수익	60,594	50,052
전문의 1인당 부가가치	40,062	32,915

자료 : 한국보건산업진흥원, 2004 병원경영분석, 2005. 12

IV. 의료이용률 제고방안

1. 사회정책적 방안

농어촌의 고용기회감소와 불충분한 교육 및 여가시설미비 등으로 젊은 층이 유출되고, 인구가 고령화되는 상황은 일반적인 경제 서비스는 물론 공공서비스를 적절히 공급하는데 연쇄적인 제약요인으로 작용하면서 '저발전의 발전(development of underdevelopment)'이란 악순환이 계속되고 있다.

이와 같은 악순환을 방지하기 위해서는 농어촌지역에서 안정된 소득이 보장될 수 있도록 기회를 제공함은 물론 교육, 의료, 문화, 복지 등 생활환경을 개선하여 농어촌 지역주민들의 삶의 질을 향상시키는 종합적인 농어촌정책의 도입이 선행되어야 한다. 즉 우선적으로 농어촌 지역주민들을 대상으로 정주생활여건이 이루어질 수 있도록 농어촌 지역 종합개발이 이

루어져야 한다. 이는 다양한 2·3차 산업 활성화를 통한 소득원의 개발과 함께 교육·의료·문화시설과 주거서비스 등 정주생활환경의 종합적인 개선이 필요하다.

농어촌 지역의 과반수는 지역응급의료기관이 없으며, 응급의료기관이 소재한 지역이라 할 지라도 대다수 응급의료기관에 응급실 전담의가 없는 등 인력, 시설 및 장비 전반에서 양적, 질적으로 매우 취약하다. 따라서 지역응급의료기관을 확충하고, 취약지 응급의료센터를 지원하며, 이송 인프라를 확충하거나 운영체계를 개선하여야 한다.

농어촌은 인구밀도가 낮고 지역이 넓어 아동의 보육시설에의 접근성이 제한되어 있으며, 소득수준이 도시가계 소득수준보다 낮아 도농간에 보육기회의 격차가 나타나고 있다. 보육시설과 보육료 지원을 확대함으로써 보육의 공공성을 강화하고, 농어촌 지역 특성에 맞는 다양한 보육서비스를 제공하여야 한다.

이동필(2004)은 도시와 농촌의 생활환경 여건 격차를 해소하기 위한 정책방향을 주요 부문별로 보면 노후주택 및 재래주택의 증·개축 및 주거편의시설의 현대화를 통한 주거서비스의 질적 수준의 향상, 도로 확·포장 확대 및 도로선형의 개선을 통한 도로기능의 질적 수준 제고, 상·하수도 등 기초생활시설의 확충 및 환경오염 방지시설의 확충을 통한 농촌생활환경의 쾌적성 향상, 컴퓨터·인터넷 전용회선의 확충 및 정보화 교육을 통한 정보활용능력의 제고를 통한 정보화기반과 정보접근성의 제고를 제시하고 있다.

아울러 도농연계 의료전달체계의 구축과 노령인구의 생활안정화를 위한 지원·보조를 통한 의료서비스 기반의 확충과 노후 생활복지의 향상, 양질의 교육기회 제공 및 도서관의 기능·역할 제고를 통하여 주민들의 문화접촉, 학습기회 제공을 통한 학교교육의 질적 수준 향상과 주민생활 학습환경의 제고, 역사·문화자원의 관광 상품화 및 역사·문화자원을 활용한 문화예술활동의 활성화를 통한 역사·문화자원의 활용성 제고와 지역발전과의 연계성 강화, 생활권을 고려한 도농통합적 차원의 정책수립과 추진을 통한 도농교류의 확대와 연계강화를 제시하고 있다.

2. 보건정책적 방안

1) 지역내 의료기관별 기능의 재설정

의료기관의 기능을 여러 가지로 분류하여 설정할 수 있지만 소재지에 따라 병원의 기능을 재설정할 수 있다. 즉 농어촌 지역의 일반병원(지역의 2차 의료를 담당하는 지역사회병원 (community hospital) 또는 지역내 거점병원으로서 기능하도록 하되 예방, 의료관리 등 공공

적 역할을 함께 수행하도록 하는 방안이다. 농어촌 지역의 일반병원은 충분한 시설과 인력을 갖추도록 법적, 제도적으로 충분한 뒷받침을 해주어야 할 병원이며, 종합전문요양병원의 세부전문의 진료기능을 제외한 모든 전문적 의료행위를 제공할 수 있도록 하여야 한다.

농어촌 지역의 일반병원은 포괄적인 진료를 포함하여 지역사회에서 흔히 발생하는 질환에 대한 진료능력을 배양하여 지역내에서 입원의료수요의 70% 이상을 충족시켜야 한다. 또한 지역내 응급의료 중심병원이 되도록 하고, 야간진료도 시행하도록 한다. 아울러 중앙 및 지방정부의 공공보건사업에도 협조하도록 하고, 전문의 수련병원의 기능을 부여하여야 한다.

농어촌 지역의 요양병원은 장기요양환자 및 급성기 질환의 회복기에 있는 환자를 대상으로 진료를 수행하도록 한다. 요양병원 입원대상은 노인성질환자·만성질환자 및 수술후 또는 상해후의 회복기간에 있는 자로서 주로 요양을 필요로 하는 자로 한다. 이와 같이 농어촌 지역의 중소병원은 보편적인 질환의 2차 치료를 담당하는 일반병원과 장기요양 및 회복기 진료를 담당하는 요양병원으로 육성하도록 한다.

2) 의료기관 역할의 재정립

농어촌 지역병원이 지역사회에서 주민의 보건의료를 위하여 중추적인 역할을 계속적으로 담당하기 위해서는 역할을 재정립할 필요가 있다. 예를 들면 대형병원과의 협력관계유지, 공공병원과의 역할분담, 장단기로 구분된 의료서비스의 제공 등을 들 수 있다.

대학병원 또는 대형병원과의 협력관계는 대부분의 지역병원이 구조적으로 적은 규모로 유지할 수밖에 없기 때문에 농어촌 주민이 원하는 의료요구를 모두 충족시킬 수 없다는 규모의 한계로부터 출발한다. 따라서 농어촌 지역에서 필수진료과목을 제외한 진료과목이나 고난도의 수술, 첨단장비를 이용한 검사 등에 대해서는 대학병원 또는 대형병원에 의뢰하고 급성진료가 종료된 환자나 지역병원에서 담당할 수 있는 환자에 대해서는 회송을 받을 수 있도록 시스템을 정립 할 필요가 있다.

다음으로 보건소나 지방공사의료원, 적십자병원 등 공공병원과의 관계정립 내지는 역할분담을 들 수 있다. 많은 농어촌 지역에서 공공병원과 민간병원이 경쟁관계를 갖고 있는 경우가 많이 있다. 그렇지만 공공병원은 설립목적이나 역할에 있어서 민간병원이 담당하기 어려운 부문을 제공하기 위하여 설립되었다. 따라서 정부에서는 공공병원들이 당초의 설립목적대로 경제적으로 어려운 영세민 등의 진료에 집중할 수 있도록 역할을 재정립해줄 필요가 있다. 이렇게 역할을 분담함으로써 농어촌 지역병원은 공공병원에서 진료를 받기에 적합한 환자는 공공병원으로 의뢰하도록 하고, 일반 환자는 공공병원으로부터 의뢰를 받아 지역병원과

서로 보완하는 관계를 정립하도록 하여야 한다.

농어촌 지역병원이 지근거리에 대형병원이 있거나 경쟁력이 훨씬 나은 병원이 있어서 더 이상의 의료수요를 창출하기 어려운 입지환경일 때는 단기치료병원보다는 장기치료병원으로 전환하는 것도 고려해볼 필요가 있다. 앞 장의 농어촌 지역의 인구구조와 변화에서 나타났듯이 농어촌 지역의 의료수요는 급성기 보다는 장기요양을 필요로 하는 의료수요가 증가하고 있다. 우리나라 전체적으로 볼 때 급성기 병상은 공급이 수요를 초과하고 있는 상태이나 장기요양병상은 아직 부족한 것으로 나타나고 있다. 따라서 정부에서도 농어촌 지역에 공공병원을 확충하는 정책 일변도 보다는 해당 지역의 농어촌 지역병원을 지원하여 장기요양수요를 담당하도록 정책적으로 유도할 필요가 있다.

3) 공급병상의 수급조절

정부에서는 병상의 과잉공급, 지역간의 불균형 등을 시정하여 병상자원의 효율적인 활용을 도모하고자 한시법으로 국민건강보험 재정건전화 특별법을 제정하여 지역병상계획수립을 추진한 바 있으나 한시법으로서 그 실효성은 매우 적었다. 이 외에 지역보건법(제 3조)에 의하여 지역내 필요병상수를 추정할 수 있는 병상수급계획평가가 지역보건의료계획에 포함되어 있으나 형식적인 면으로 치우쳐 실효성이 그다지 높지 않다.

일본은 1985년에 의료법을 개정하여 각 도도부현별로 의료계획의 수립을 의무화하였는데 이 의료계획에 지역별 필요병상수의 산정을 통하여 지역별로 병상의 증가를 억제하고 있다. 의료계획에 따라 도도부현별로 기준병상수를 산정한 후, 기존의 병상수가 기준병상수보다 많거나 병원의 신설로 병상수가 기준병상수를 초과하게 될 경우에는 도도부현지사가 삭감을 권고할 수 있도록 하였다.

프랑스는 1990년 의료이용의 형평성 및 효율성 제고를 위해 지역보건조직계획을 도입하고 의료자원의 적정공급에 대한 규제를 실시하고 있다. 프랑스에서는 전국을 22개 의료권으로 나누고 공공과 민간병원의 병상, 기기, 시설 등에 대하여 규제를 하고 있다. 미국은 제 2차 세계대전후 병원의 확충과 현대화를 위하여 1946년에 병원조사건설법(Hospital Survey and Construction Act of 1946, PL-79-725; Hill-Burton Act)을 통과시켰다. 병원조사건설법은 공공병원뿐만 아니라 비영리 민간병원의 신축과 현대화를 위하여 연방정부의 보조금을 주정부에 지원하는 내용을 골자로 하고 있다. 이후 1974년에 국가의료계획자원개발법(National Health Planning and Resource Development Act of 1974, PL 93-641)이 제정되어 새로운 병상을 필요로 하는 지역에서는 수요증명(CON: Certificate of Need)을 제출해야 하며, 이러

한 증명이 없는 병상은 메디케어와 메디케이드의 보상을 줄이거나 주지 않는 내용을 포함하고 있다.²⁾

4) 정부의 지원방안

농어촌 지역의 응급의료시설이 절대적으로 부족하고, 응급의료기관이 있는 지역의 경우에도 응급실 전담의가 없고, 시설, 장비면에서도 양적으로나 질적으로 매우 취약한 실정이다. 따라서 지역응급의료기관이 확충될 수 있도록 정부에서 재정적으로 지원하고, 응급이송시간을 단축하기 위한 이송인프라의 구축이 필요하다.

또한 의사, 간호사, 의료기사 등 의료인력이 농어촌 지역에서 근무할 수 있도록 지원하고, 계속적으로 근무할 수 있도록 여건을 조성해주어야 한다. 특히 농어촌은 인구밀도가 낮고 지역이 넓어 아동들이 보육시설을 이용시 많은 제약이 따르기 때문에 농어촌 보육시설에 특별 지원을 통하여 보육을 필요로 하는 아동들이 차별없이 저렴하고 질 높은 보육서비스를 받을 수 있도록 하여야 한다.

농어촌 병원을 활성화시키는 방안 중의 하나로 보건소, 보건지소, 의원의 환자 중 입원이 필요한 환자의 경우 그 지역의 농어촌 병원에 이송되도록 하며, 입원진료가 끝난 후에는 다시 회송하는 연계체계를 구축할 필요가 있다.

3. 의료기관 내부적 방안

1) 의료인력 확보방안

병원 내부적으로는 첫째로 의료인력에 대한 동기를 부여하는 방법을 들 수 있다. 의사의 진료행위 및 태도가 병원의 수익에 미치는 영향이 크다는 점을 감안하여 의사의 적극적인 진료자세 및 태도를 이끌어 내기 위해서는 인센티브를 상당 부분 제공하여 동기를 부여할 필요가 있다. 둘째로 인근지역의 대학병원 또는 대형종합병원과 연계를 맺어 수련의의 과견을 지원받는 방안을 강구할 필요가 있다. 셋째로 간호사의 경우 근무의 계속성을 유지하기 위한 방안으로서 병원 소재지역의 출신인력을 우대하여 채용하는 방법을 고려한다.

2) 병원간 협력방안

병원간에 협력방안은 농어촌 병원의 병원별 기능 활성화를 위하고 궁극적으로 농어촌 병

2) OECD, OECD Health data 2004, 2005

원의 경영안정을 도모하는 데 있으며, 협력병원과의 주요 교류내용은 상호 진료의뢰, 최신 의학정보 교류, 의료진 교류, 기술·경영정보 교류, 정보화 추진 등을 들 수 있다.

협력관계형성시 우선적으로 병원간의 교류를 장기적인 전략적 목표달성을 주요 목적으로 하여야 하며, 교류 당사자간에 상호 신뢰를 바탕으로 하되, 힘의 균형을 이루어야 한다. 조직간 교류시 병원내 실무진의 참여를 강화하고, 교류 당사자간에 교류의 기대치나 동기에 대한 충분한 상호이해가 필요하다. 병원간 협력관계가 궁극적으로 병원경영에 이점을 유도하는 면이 강하지만, 제도적으로는 농어촌병원의 기능 활성화에 있으므로 협력관계 활성화 부진이유를 해소하기 위하여 협력병원에게 유인효과를 제공할 수 있는 제도적 뒷받침이 필요하다.

V. 고 찰

본 연구에서는 농어촌 병원들이 설립초기부터 농어촌 지역의 낮은 인구밀도, 지속적인 지역주민의 감소, 지역주민의 도시지역 의료기관 선호 등 입지여건상의 구조적인 문제점으로 지속적으로 경영난을 가져왔고, 현재도 어려움을 겪을 수밖에 없음을 문헌조사 및 정부 및 민간기관의 통계자료를 이용하여 분석하였다.

선행연구인 Topping의 연구(1991)에서 미국 지역병원의 경영상 나타난 많은 문제점이 지역주민의 궁핍과 고연령층인 환자들이 다수를 차지하고 있음으로부터 파생되었음을 지적하였고, Kyle 등의 연구(1995)에서도 지방병원의 도산의 원인이 지역주민들의 낮은 의료이용률 등에서 연유하였음을 증명하였다. 본 연구에서도 우리나라의 농어촌 지역병원들의 경영상의 어려움이 선행연구에서 나타난 것과 마찬가지로 농어촌 주민들의 경제적인 열악함과 지역주민들의 대형병원 및 도시 지역병원의 선호, 노인인구가 차지하는 비중이 높아서 노인층이 질병발생시 부양자가 있는 도시지역의 의료기관을 이용하기 때문인 것으로 나타났다는 것을 확인하였다.

Goody의 연구(1993)에 따르면 지역병원의 생존을 보장하기 위하여 정부의 개입전략의 하나로 보조금 지원의 타당성을 제시하였는데 본 연구에서도 농어촌 지역병원들이 현재와 같은 열악한 지역의료 환경 하에서 농어촌 병원들이 농촌 주민들의 의료를 위하여 일정한 역할을 수행하기 위해서는 일정부분의 정책적인 지원이 필요함을 제시하였다.

본 연구에서는 농어촌 지역의 보건의료의 문제점을 사회환경적 요인, 정책적 요인, 의료환

경적 요인, 지역병원 자체적 요인으로 나누어 각각의 문제점을 도출하고, 아울러 농어촌 병원의 경영여건을 내부경영능력, 외부환경요인, 제도적 요인 그리고 의료환경의 변화 등으로 나누어 농어촌 병원의 경영위기가 초래된 원인을 밝히고, 도시 지역에 대비하여 농어촌 지역병원의 경영상황을 분석한 후 의료이용률을 높이기 위한 대안을 제시하였다는 점에서 의의가 있다.

본 연구에서는 정부 및 민간기관의 통계자료를 이용하여 농어촌 지역의 의료경영환경의 어려움을 규명하였다는 점에서는 선행연구와 차이점이 없으나 사회구조적 측면에서 보았다는 점과 우리나라의 실정에 적합한 농어촌 지역병원의 자구책과 정부의 지원정책을 동시에 제시하였다는 점에서 차이점이 있다. 또한 농어촌 지역병원의 경영여건을 원인과 결과간에 과정을 흐름(flow)측면에서 분석했다는 점에서 의의가 있다.

본 연구는 농어촌 지역병원의 구조적인 경영상의 어려움을 농어촌 지역의 인구수, 인구구조, 농어촌 주민의 도시 지역으로의 이주, 대형병원 및 도시 지역에 소재한 병원을 선호하는 경향 등으로 인하여 근원적으로 파생되고 있음을 문헌고찰 및 통계자료를 통하여 규명하고, 농어촌 지역병원들이 자체적으로 강구해야할 대안과 정부차원에서 제도적, 정책적으로 도입해야할 대책으로 나누어 구체적으로 대안을 제시하였다.

본 연구는 연구의 결과 및 기대효과에도 불구하고 다음과 같은 몇 가지 한계점이 있다. 첫째는 농어촌 지역병원을 운영하는 운영자나 근무자에게 설문하여 지역병원에 소속된 임직원들이 느끼는 병원경영상의 어려움이나 그들이 내부적으로 경영개선을 시행하는데 있어서 부딪치는 문제점 및 정부에 바라는 제도나 정책적인 대책을 살피지 못했기 때문에 통계상으로 나타난 문제점과 실제 안고 있는 문제점과는 괴리가 있을 수 있다는 점이다. 둘째는 농어촌 지역병원에 초점을 맞추다 보니 비슷한 여건에 놓여 있는 중소도시 지역병원들과의 형평성을 맞추기 위해서 제도적, 정책적인 대책의 구분과 한계를 명확히 하지 못했다는 점이다.

VI. 결 론

농어촌 병원들은 농어촌 지역의 지속적인 인구감소라는 열악한 입지조건, 인구의 고령화에 따른 의료수요의 감소 등의 외부환경과 농어촌 지역에 소재함으로 인한 의료인력 조달의 문제점, 우수 관리인력의 유치 어려움 등 대내적인 어려움에도 불구하고 농어촌 지역에서 농어

촌 주민의 보건의료를 위하여 많은 역할을 수행하고, 지역사회보건에 많은 기여를 해왔다.

농어촌 병원들이 대내외의 열악한 의료환경 가운데에서 경영상의 어려움을 겪어 왔지만 우리나라 보건의료의 한 축을 담당해 온 것은 분명하다. 또한 향후에도 지속적으로 보건의료의 중심역할을 수행해주어야 할 당위성이 있다. 그러나 현재의 열악한 농어촌 보건의료 환경하에서 정책적인 지원 없이 농어촌 병원들이 향후에도 그런 역할을 계속해서 수행해주기를 바라기는 어렵다.

따라서 자체적으로 개선해야 할 점은 자구책을 강구하도록 하고, 정부차원에서 농어촌 지역병원이 역할을 충실히 수행할 수 있도록 뒷받침해야 한다. 농어촌 병원이 담당해야할 역할은 일반진료, 응급진료, 요양진료, 정신진료, 재활진료, 특수진료, 지역보건사업으로 종합할 수 있으며, 각 병원이 처해 있는 환경의 특성에 따라 집중기능을 부여할 필요가 있다.

특히 공공의료시설이 부족한 농어촌 지역에는 지역거점병원을 지정하여 일반진료기능, 응급진료기능, 지역보건사업을 중점기능으로 담당하도록 하여야 한다. 지역거점병원은 농어촌 지역에서 양질의 2차 진료를 담당하는 병원으로서 타 의료기관을 선도하는 역할을 수행하여야 한다. 이를 위해서는 공공병원이 없는 지역에서는 공공기능을 강화하여 의료급여 등 저소득층에 대한 진료를 적극적으로 시행하거나 저수익성 보건의료서비스를 제공하도록 하며, 이에 따른 수익성의 저하분에 대해서는 정부에서 보전하도록 하여야 한다.

이 외에도 건강검진 등 질병관리에 대한 역할을 수행하도록 하여 농어촌 지역의 예방사업에 한 축을 담당하도록 하여야 한다. 또한 정부의 의료정책사업에 참여토록 하여 농어촌 지역이 더 이상 의료의 사각지대로 방치되지 않도록 하여야 한다.

어려운 여건에도 불구하고 농어촌 병원들은 의료취약지역의 공공의료시설의 부족을 크게 보완하여 왔을 뿐만 아니라 농어촌 주민의 의료보장에 있어서 중추적인 역할을 수행해 왔다. 농어촌 병원이 입지여건 등 여러 가지 구조적인 문제로 어려움이 많음에도 불구하고 의료가 취약한 농어촌 지역에 기여한 바가 크다. 또한 농어촌 주민이 편리하게 의료서비스를 이용할 수 있도록 지역사회에서의 역할도 충분히 담당하고 있다.

향후에도 농어촌 주민이 편리하게 의료서비스를 제공받기 위해서는 농어촌 지역병원의 정상운영이 필요하다. 따라서 정부에서는 농어촌 병원의 내부 운영관리상 나타나는 문제점에 대해서는 병원측에 경영개선을 위한 자구노력을 촉구하고, 동 병원들이 정상운영 되도록 지원 육성해야 한다.

참 고 문 헌

- 김철웅(2005). 농어촌 보건기관 시설·장비부문 표준모형 개선방안 개발, 한국보건산업진흥원
- 백화중(2004). 중장기 농어촌 보건복지 증진방안, 한국보건사회연구원
- 보건복지부(2001). 2001년 농어촌 의료서비스 개선사업지침
- 보건복지부(2005). 2005년 농어촌 의료서비스 개선사업지침, 농어촌 의료서비스 기술지원단
- 보건복지부(2006). 농어촌 의료서비스 개선 10개년 추진사업평가
- 보건복지부(2007). 제3기 지역보건의료계획 4차 현지평가
- 보건복지부(2007). 지방의료원 운영평가 결과분석 보고서
- 송미령, 김정섭, 박경철(2006). 영국의 농촌 지역사회 개발정책, 한국농촌경제연구원
- 이동필 외(2004). 도농간 소득 및 발전격차의 실태와 원인분석, 농촌경제연구원
- 이동필, 최경환, 성주인(2006). 농어촌 지역개발·복지분야 지원체계 효율화 방안에 관한 연구, 한국농촌경제연구원
- 조홍준(2005). 도시 보건지소 시범사업 모형개발에 관한 연구, 보건복지부
- 한국보건산업진흥원(2004). 병상자원 적정화를 위한 기초연구
- 한국보건산업진흥원(2004). 지방공사의료원 실태과약 및 장기발전방향 수립
- 한국보건산업진흥원(2005). 2004 병원경영분석
- 한국보건산업진흥원(2005). 중소병원 경영지원센터 운영사업 보고서
- 한국보건산업진흥원(2005). 지방의료원 경영진단 및 전문화, 특성화 방안
- 한국보건산업진흥원(2005). 지역병상수급계획 평가 및 개선방안
- 한국보건산업진흥원(2006). 지방의료원 등 지역거점 공공병원의 운영평가체계 개발연구
- 한국보건산업진흥원(2007). 지방의료원 운영혁신방안 연구
- Berry, DE., RL Shelby, J Seavey, and T Tucker(1988). Frontier Hospitals: Endangered Species and Public Policy Issue, Hospital & Health Services Administration 33(4), 481-96
- Collins BK, Borders TF(2005). Utilization of Hospital Services among Older Rural Persons: A Comparison of. 28(1-2):135-152
- Fennell ML, Campbel SE(2007). The Regulatory Environment and Rural Hospital Long-Term Care Strategies Fro. 23(1):1-9
- Goody B(1993). Sole providers of Hospital Care in Rural Areas, Inquiry 30(10): 34-40

- Hart. LG, Pirani. MJ, Rosenblatt. RA(1991). Causes and Consequences of Rural Small Hospital Closures from the Perspective of Mayors. *Rural Health* 7:222-245
- Kyle J, Muus Richard L, Ludtke Brad Gibbens(1995). Community Perceptions of Rural Hospital Closure. *Journal of Community Health*, Vol.20, No.1, Feb
- Longo DR, Hewett JE, Ge B, Schubert S(2007). Rural Hospital Patient Safety Systems Implementation in Two States 23(3):189-197
- Mckay N.L, JA Coventry(1993). Rural Hospital closures: Determinants of Convention to an Alternative Health Care Facility. *Medical Care* 31(2): 130-40
- Mckay N.L, JA Coventry(1995). Access Implications of Rural Hospital Closures and Conversions. *Hospital & Health Services Administration* 40:20 Sum
- Neil Hanlon, Chris Skedgel(2006). Cross-district utilization of general hospital care in Nova Scotia: Policy and service delivery implications for rural districts(145-156)
- OECD(2007). OECD Health data
- Steven T Fleming, Harold A Williamson, Lanis L Hicks(1995). Rural Hospital Closures and Access to Services. *Hospital & Health Services Administration* 40:2 Sum
- Topping, S(1991). Hospital Closures: What is the Story?, *Health Services Management Research* 4(July) :148-58