

## 일본 의료시스템의 변화와 병원 경영의 새로운 방향

井上貴裕, 羽田雅史, 湯澤敦子, 이세훈, 권영대\*  
델로이트 토마츠 컨설팅, 가톨릭대학교 의과대학 인문사회학과\*

### <Abstract>

### Changes in Japan Healthcare System and New Directions of Hospital Management

Takahiro Inoue, Masashi Hada, Atsuko Yuzawa, Sei-Hoon Lee, Young-Dae Kwon\*  
*Deloitte Touche Tohmatsu, Tokyo, Japan*  
*Dept. of Medical Humanities & Social Sciences, College of Medicine, The Catholic University of Korea, Seoul, Korea\**

Japanese national health expenditure was 8.0% of GDP in 2004, and it was lower than average of OECD countries. But it has increased rapidly in recent years. Japan has relatively many acute care beds and high-price medical equipments, and the average length of stay is long. Japanese government is trying healthcare reform to contain healthcare expenditure, increase the efficiency of management and improve the quality of healthcare.

As healthcare policies for hospitals such as DPC (Diagnosis Procedure Combination) for acute care beds, reduction of long-term care beds, and functional differentiation and liaison among healthcare institutions are implemented, the number of hospitals in financial difficulties is increasing. The serious situation urges hospitals to adapt to changes and search new directions of management. They need to establish and implement appropriate positioning strategy, and

---

\* 투고일자: 2008년 12월 1일, 수정일자: 2008년 12월 21일, 게재확정일자: 2008년 12월 29일  
‡ 교신처: 권영대(02-590-1390, healthcare@catholic.ac.kr)

increase management efficiencies.

Korean healthcare system has similarities with Japanese in many aspects. The recent reform and changes in Japanese healthcare system and hospitals give suggestions to Korean hospitals as to how they can prepare for environmental changes and improve management.

*Key Words: Japan, healthcare system, reform, hospital management*

## I. 서 론

최근 일본의 의료는 변혁기를 맞이하고 있으며, 의료기관 경영은 대단히 어려운 상황에 처해 있다. 예전에는 누구나 쉽게 의료서비스를 이용할 수 있도록 하기 위해 의료기관 설립을 촉진하는 정책이 시행되었지만, 1980년대 이후 의료서비스의 양적 확충 정책은 종지부를 찍고, 현재는 의료비의 증가 억제가 가장 중요한 정책 과제가 되었다. 이러한 환경 하에서 의료기관의 도산은 계속 일어나고 있고, 과거와 같이 비용과 손익을 적당히 계산하는 것은 용납되지 않으며 의료분야에서도 경영 관점이 강력히 요구되고 있다 (河原和夫, 2001).

특히 2000년에 개호(介護)보험이 신설되면서 의료와 개호가 분리되고, 고령자의 의료 공이 변경됨으로 인해 입원 병상을 보유한 병원의 경영이 대단히 어려운 상황에 직면해 있다(山崎泰彦 등, 2003). 2003년부터는 급성기 입원의 진료비 지불 방식이 변경되었다. DPC(Diagnosis Procedure Combination)로 불리는, 입원 진료의 1일당 포괄지불방식이 82개 특정기능병원에서 시작되었고, 현재는 DPC에 참여하는 의료기관이 1,400개 병원, 45만 병상을 넘을 만큼 널리 보급되었다. 향후 DPC 환경은 더욱 변화할 것으로 예상되고 있다. P4P(Pay for Performance: 의료의 질이나 성과에 따른 보험수가의 지불)나 입원당 포괄지불 방식인 DRG/PPS(Diagnosis Related Group/Prospective Payment System)가 제도로 도입될 가능성이 크다(西村周三 등, 2007). 현재 35만 개에 달하는 요양형 병상을 2012년까지 22만 병상으로 축소하는 정책도 결정되었다. 일본의 병원들이 이와 같이 급격하게 변화하는 환경에 적응하기 위해서는 병원 경영의 새로운 방향성 모색이 필요하다.

본 논문은 일본 의료시스템의 현황을 분석하고, 의료제도 개혁의 방향을 살펴보고자 한다. 그리고 이와 같은 환경 변화 속에서 생존을 위한 병원들의 노력과 향후 병원 경영의 새로운 방향성을 찾아보고자 한다. 먼저 일본 의료시스템의 특징으로 전국민건강보험제도(國民皆保

險制度), 보험수가(診療報酬), 의국제도(醫局制度)에 대해서 설명하고, 국민의료비의 급등 및 이와 관련하여 의료기관 개황에 관한 각종 자료를 소개하고자 한다. 다음으로 일본의 중장기적인 의료제도 개혁에 관한 정부 지침과 개별적인 정책동향을 살펴보고, 나아가 이와 같은 환경 속에서 생존을 위한 병원 경영전략의 방향성에 대해서 검토하고자 한다. 이와 같은 시도는 국민의료비의 급속한 증가와 이로 인한 진료비지불제도 변경의 필요성, 의료기관의 수와 병상의 증가로 인한 경쟁 심화와 대응 전략 수립의 필요성, 세계 최고 수준의 노력화 속도와 종합적인 대책의 필요성 등 많은 면에서 일본과 유사한 점을 가진 우리나라의 의료시스템과 의료기관의 경영 혁신 방향 모색에 도움을 줄 수 있을 것이다.

## II. 일본의 의료시스템

### 1. 일본 의료시스템의 특징

일본 의료제도의 중요한 특징으로는 전국민건강보험제도, 보험수가, 의국제도의 세 가지를 지적할 수 있다.

전국민건강보험제도는 1961년부터 도입되었다. 모든 일본 국민이 사회보험의 가입 대상자가 되며, 의료기관에서 진료를 받을 경우 의료비 총액의 30%만을 일부 부담금으로 환자본인이 지불하고, 70%를 보험자로부터 현물급부를 받는다. 또한 일정액을 초과하는 일부 부담금에 대해서는 환급을 받을 수 있는데, 이를 고액요양비제도라고 한다.

의료서비스를 이용하는 개인이 의료기관에 지불하는 금액에 대해서는 보험수가에서 공정가격이 정해져 있다. 의료기관에서는 보험으로 환급을 받으려고 할 경우에 가격결정권이 없다. 이러한 보험수가는 2년에 한 번 정부에 의해 개정된다.

의료기관의 운영 면에서는 의국제도가 커다란 영향력을 갖고 있다. 의국제도는 대학병원을 정점으로 각 진료과의 교수가 관련 병원들에 대한 의사의 파견을 포함한 인사권을 장악하고 있는 것을 의미한다. 의사에 대한 박사학위 수여권을 갖고 있는 교수의 의향에 따라 관련 병원을 순환 근무하는 제도에 의해서 관련 병원의 인사권마저도 대학의 교수가 장악하고 있으며, 진료 조직의 운영과 병원 경영에 미치는 교수의 영향력이 매우 크다.

### 2. 국민의료비 추이

전국민건강보험제도가 1961년에 실현된 이후 일본의 국민의료비는 지속적으로 증가하였

고, 2005년에는 국민의료비가 33조 엔을 넘었다. 국내총생산(GDP) 대비 의료비 비율도 계속 증가하는 추세다. 국내총생산 대비 의료비 비율이 OECD 주요 국가 중에서는 낮은 편이지만, 1990년대에 일본의 버블경제가 붕괴한 이후 국민의료비는 국가재정을 압박하는 중요한 요인이 되고 있다. 이로 인해 일본 정부가 의료비 증가 억제를 적극적으로 추진할 수밖에 없는 상황이 되었다.

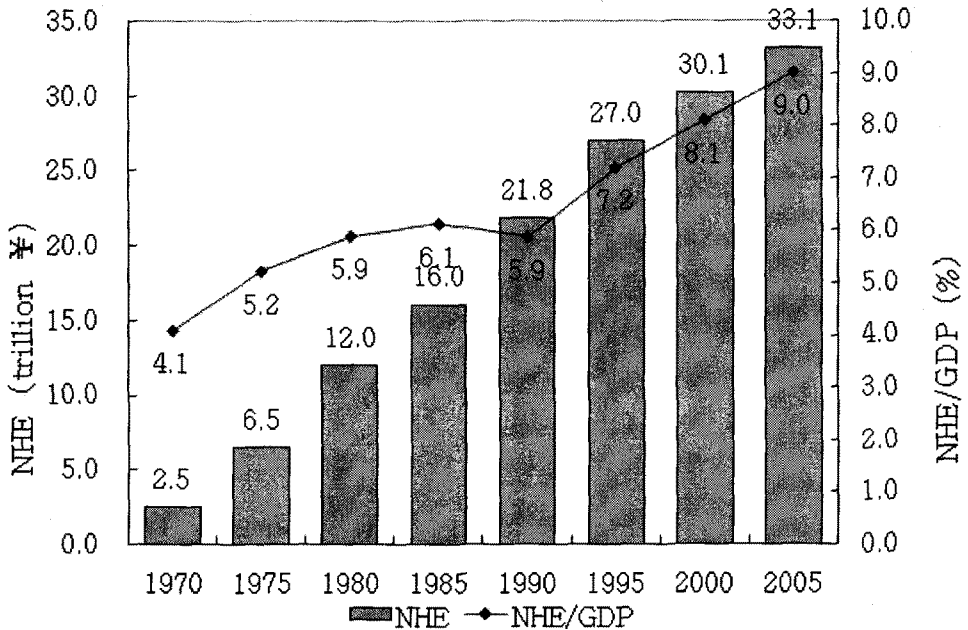


Figure 1. 일본의 국민의료비 증가 추세

NHE: National Health Expenditure, GDP: Gross Domestic Product

출처: 후생노동성, 국민의료비의 개황

### 3. 의료기관의 개황

#### 1) 의료기관 수

일본에서는 1985년부터 병상 규제를 시작하여 지역별로 병상 개설에 제한을 두고 있다. 그러나 의원(診療所)은 자유로운 개설이 가능하기 때문에 병상을 보유하지 않는 의원이 증가하는 추세에 있다.

병원의 수는 1990년에 1만 개를 넘었지만 현재는 평균재원일수의 단축 등 병원 진료비를 억제하려는 정책의 영향도 있어서 9,000개에 미치지 못하고 있다(2006년 현재 8,943개). 노인인구의 증가와 함께 만성기의 장기입원을 전제로 하는 요양병상이 증가하고 있다. 그러나 정부는 사회적 입원<sup>1)</sup>을 배제하기 위해서 현재 35만 병상에 달하는 요양병상을 2012년까지 22만 병상으로 줄이기로 이미 결정하였다.<sup>2)</sup> 향후 요양병상은 대폭적으로 축소되고 재택(在宅)의료가 이를 대체하는 것으로 예정되어 있다.

### 2) 평균재원일수와 병상이용률

병원의 수가 많아 공급과잉인 상태에서 급성기 병원의 평균재원일수가 감소하면서 결과적으로 병상이용률이 낮아지고 있다. 이러한 배경에는 요양병상이 증가함에 따라 급성기 의료와 만성기 의료의 기능분화가 명확하게 이루어졌다는 점과 더불어 DPC 제도가 도입됨에 따라 평균재원일수 단축을 위한 병원 측의 인센티브가 강해졌다는 점을 지적할 수 있다. 향후 DPC 제도의 적용이 확산될 뿐만 아니라 현행 1일당 포괄지불의 DPC 제도를 1입원당 포괄지불하는 DRG/PPS 방식으로 바꾸자는 주장도 있어서 평균재원일수는 향후 더욱 감소할 것으로 예상된다.

### 3) 의료기관 종사자

일본의 의료기관 종사자 수는 시설 수에 비해 현저히 감소하고 있고, 특히 병원 근무 의사의 과도한 업무량이 사회적 문제가 되고 있다. 업무량이 많은 병원 근무 의사를 기피하고 의원을 개설하는 의사가 늘어남에 따라 병원의 의사 부족은 심각해지고 있다. 특히 산부인과 영역에서는 과도한 업무량의 문제 외에 저출산으로 인한 수요 감소, 높은 의료소송 위험 등도 영향을 미쳐 만성적인 의사 인력 부족 상태에 빠져 있다.

2006년 4월의 보험수가 개정으로 7:1간호(환자 7명에 대해 간호사 1명 배치)라고 하는 간호사 인력 기준이 신설됨에 따라 간호사 인력도 부족 상태에 있다. 약사도 2006년 4월부터 대학의 약학부 및 약과대학이 종래 4년제에서 6년제로 이행하는 과정에서 역시 인력 부족 상태에 있다.

---

1) 원래는 집에서 간호나 개호를 해야 함에도 불구하고 가정 사정 등 여러 가지 사회적인 사정으로 병원에 입원할 수밖에 없는 상황을 의미한다. 소위 병원 진료의 필요성이 대단히 낮은 부적절한 입원을 뜻한다.

2) 한 때는 15만 병상까지 축소하는 것으로 되었으나 여론의 반대가 거세어 결국 22만 병상으로 결정되었다.

#### 4) 고가 의료장비

일본에는 다른 선진국과는 달리 고가 의료장비의 도입에 관한 규제가 없기 때문에 컴퓨터 단층촬영기(CT scanner), 자기공명단층촬영장치(MRI), 양전자방사단층촬영기(PET) 등 고가 의료장비들이 공급과잉 상태에 있다. 실제로 일본은 OECD 여러 나라 중에서 고가 의료장비가 가장 많이 설치되어 있는 나라다(한경희 등, 2007). 병원뿐만 아니라 의원에서도 고가 의료장비를 보유하고 있는 경우가 많이 있다. 병원 경영자의 입장에서 보면 환자 유치나 의료인력의 채용을 위해서는 고가 의료장비에 대한 투자가 어느 정도는 불가피한 점이 있다. 그러나 의료장비에 대한 과도한 투자는 병원 의 수익성에 크게 부담이 되고 있다.

#### 5) 병원의 수익성

병원 중에서 가장 수익성이 좋은 곳은 민간 의료법인이고, 그 다음이 국립병원들이다(西村周三 등, 2007). 공립 및 기타 공공병원의 경우는 적자를 보고 있으며, 병원 경영의 효율성이 낮다. 공립 및 기타 공공병원들은 정부 및 지자체의 보조금 등으로 적자보전이 되고 있다. 이로 인해 적극적인 경영 실행의 동기부여가 제대로 되지 않으며, 이를 적자 발생 원인의 하나로 볼 수 있다. 이러한 병원에서는 응급의료나 어린이진료 등 수익성이 낮은 진료를 실시하는 것이 정책적으로 요구되고 있어 또 다른 적자요인으로 작용하고 있다.

### Ⅲ. 환경 변화와 병원경영의 방향성

#### 1. 일본의 의료제도 개혁

##### 1) 중장기 의료제도 개혁 방침

일본의 중장기 의료제도 개혁 방침에 관해서는 후생노동성이 발간한 ‘21세기 의료제공의 모습(21世紀の医療提供の姿)’이라는 자료에서 ‘환자의 선택 존중과 정보 제공’, ‘질 높고 효율적인 의료제공체계’, ‘국민이 안심할 수 있는 기반 조성’의 세 가지로 향후 일본 의료가 목표로 하는 모습을 제시하고 있다.

‘환자의 선택 존중과 정보 제공’에서는 고지에 입각한 동의서(informed consent)의 철저한 시행, 근거중심의학(evidence-based medicine)에 의한 문헌 데이터베이스와 주요 병원의 진료 가이드라인의 정비 등을 통한 의료의 표준화, 진료정보의 공개 촉진을 통한 환자 선택권의 철저한 보장 등을 지적하고 있다.

‘질 높고 효율적인 의료제공체계’는 급성기 의료의 효율화, 중점화와 질 향상, 의료기관

의 기능 분화, 의사의 자질 향상을 위한 충실한 임상연수, 일본의료기능평가기구에 의한 제3자 평가의 확대 등을 제시하고 있다.

‘국민이 안심할 수 있는 기반 조성’에서는 전자의무기록 보급으로 의료기관 내부 및 의료기관 상호간의 정보화에 의한 의료의 지역격차 해소 등을 지적하고 있다.

후생노동성은 이러한 의료제공의 바람직한 모습을 전제로 그 기반이 되는 의료기관 경영에 대해서도 ‘향후 의업경영의 형태에 관한 검토회(これからの医業経営の在り方に関する検討会)’ 자료를 제시하고 있다. 이 보고서에서는 의료법인의 향후 형태에 관해서 언급하고 있는데, 비영리성과 공익성을 철저히 강조할 것으로 예측된다.

## 2) 개별 정책 동향

이상의 중장기 의료제도 개혁 방침에 따른 중요한 개별 정책으로는 1) 기능 분화와 연계, 2) 급성기 의료의 질과 효율성 향상, 3) 의료기능평가기구, 4) 임상연수제의도, 5) 의료법인제도 개혁 등 다섯 가지를 들 수 있다.

### (1) 기능 분화와 연계

입원 환자의 평균재원일수를 단축하는 것을 목적으로 제4차 의료법 개정(2001년)에서는 의료기관의 기능 분화를 추진하기 위한 병상 구분 조항이 신설되었다. 새로운 병상 구분 규정에 의하면, 종래의 ‘기타 병상(정신, 결핵, 감염을 제외한 병상)’을 보유하고 있는 모든 병원이 ‘일반병상’과 ‘요양병상’ 중 어느 쪽인가를 선택해서 2003년 8월말까지 각 행정구역(都道府県)에 신고하는 것이 의무화되었다. 이는 모든 일반병원이 급성기와 만성기 진료 중 선택해야 하는 것을 의미하며 일반병상은 급성기 의료를 제공하고, 요양병상은 만성기 의료를 제공하는 즉, 기능 분화가 명문화되었음을 의미하는 것이다(伏見清秀, 2003).

이와 같은 기능 분화에 따라서 일본의 의료제공체제는 종래의 ‘시설완결형’에서 ‘지역완결형’으로 이행하고 있다. 지역완결형 의료는 지역 내 의료기관간 연계를 전제로 한 것이며, 의료연계체계의 구축은 2006년의 제5차 의료법 개정에 의해 명문화되었다. 제5차 의료법 개정 이전에도 의료연계체계 강화는 보험수가 측면에서 시도되었다(平井愛山, 2004). 급성기 병원의 수가 기준에 ‘소개율(紹介率)’을 사용해 의료기관 간의 기능 분화와 연계 촉진을 시도하였다. 소개율은 전체 초진환자(자비로 진료를 받는 경우는 제외) 중에서 소개장을 지참한 환자와 구급차로 이송된 환자의 비율을 말한다. 이는 결국 병원은 입원진료에 중점을 두고, 의원은 평소의 주치의로서 외래 중심의 일차 진료를 담당하는 기능 분화를 촉진하기 위한 시책이었다. 그러나 소개율을 높이기 위해서 많은 병원들이 외래 분리를 실시하고

문전(門前) 클리닉을 설치하는 등 병원의 일차적인 외래환자 수를 감소시키기 위한 여러 가지 수단을 강구하는 바람에 기능 분화와 연계를 촉진하는 효과를 거두지는 못하였다. 2006년의 보험수가 개정에서는 소개율 기준을 폐지하였다.

1984년 건강보험법 개정에 의해 특정요양비 제도가 도입되었고, 그 후 2006년 10월 1일부터 건강보험법 일부 개정에 의해 보험 외 병용(併用) 의료비제도가 도입되었다<sup>3)</sup>. 일본은 전국민건강보험제도가 완비되어 있고, 보험진료와 보험 외 진료를 조합한 '혼합진료'는 원칙적으로 금지되어 있다. 그러나 특정요양비는 그 예외로서 한정적으로 인정된 것인데, 그 중의 하나로 200명상 이상의 병원에 한하여 소개장 없이 내원하는 초진환자에 대해서는 보험진료 부분과는 별도로 병원이 정한 금액을 청구할 수 있게 되었다. 이 금액의 많고 적음에 따라 병원은 외래환자 수를 억제하는 것이 가능하고, 소개율 향상에도 기여하게 되었다.

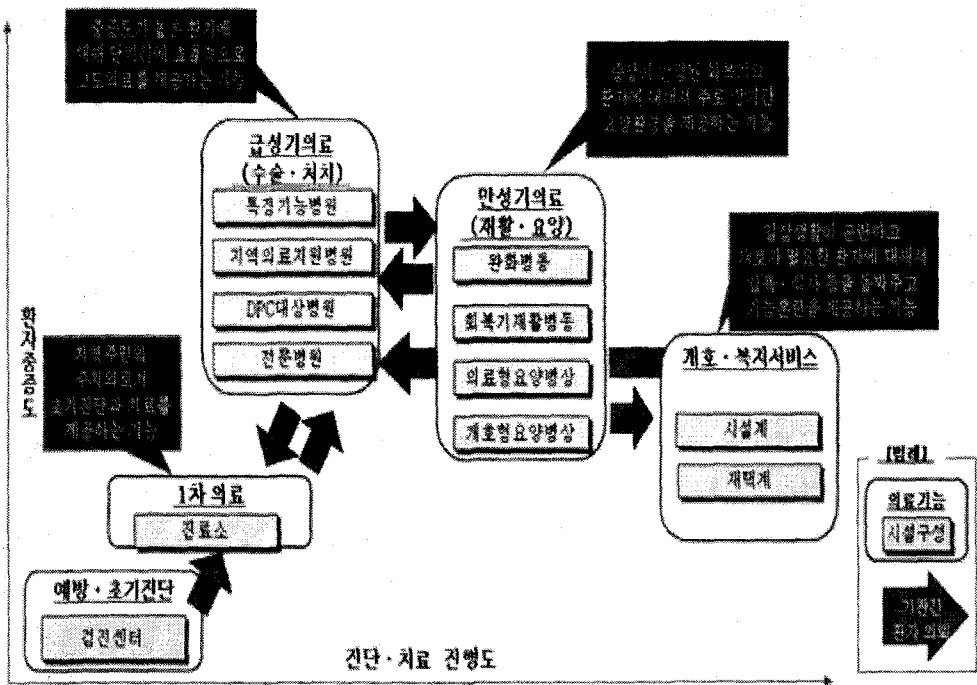


Figure 2. 일본의 의료제공자 간의 역할 분담과 기능 연계

출처: 딜로이트 토마츠 컨설팅(주) 내부 자료

- 3) 보험 외 병용 의료비제도는 보험 도입을 위한 고도선진기술과 의약품 및 의료기기의 평가를 행하는 '평가요양'과 보험 도입을 전제로 하지 않는 '선정요양'으로 분류된다. 이 중에서 200명상 이상 병원의 소개장 비치환자의 초진료는 선정요양으로 구분되어 있다.



## (2) 급성기 의료의 질과 효율성 향상

급성기 입원진료의 진료비지불제도를 변경하여 급성기 의료의 질과 효율성 향상을 도모하고 있다. 종전에 일본의 급성기 의료의 진료비지불방식은 실적에 따른 지불이 중심이었고, 이는 부적절한 입원이나 검사를 유발하기 쉬워 과잉진료의 가능성이 높다는 지적을 받았다. 이에 정부는 급성기 의료의 질 향상과 의료비 증가 억제를 목적으로 사회적 입원이나 불필요한 검사를 배제할 수 있는 급성기 입원진료 대상의 포괄지불방식을 전국 82곳의 특징기능병원에서 2003년 4월부터 도입했다. 이러한 포괄지불 방식을 Diagnosis Procedure Combination(DPC)라고 한다. 18개의 진료과에 해당하는 주요 진단군에 속하는 541가지의 기초질환을 입원 이유, 중증도, 연령, 수술 및 처치 유무, 부상병명 등에 의거하여 1,572가지의 진단군(당초 2003년 시작 당시에는 1,860가지)으로 분류하고, 진단군 분류별로 1일당 점수를 결정하고 있다(松田晋也, 2005).

포괄지불 방식의 대상이 되는 환자는 일반병동에 입원하고 있는 급성기 환자뿐이고 정신병동, 결핵병동에 입원하고 있는 환자는 대상에서 제외된다. 그 외에 입원 후 24시간 이내에 사망한 환자, 임상시험 대상 환자, 장기이식 환자의 일부, 고도 선진의료의 대상 환자, 회복기 재활병동 입원료 산정 대상 환자 등도 포괄지불의 대상에서 제외된다. DPC 제도에는 주로 병원 진료비(hospital fee)적 요소인 포괄지불 부분 이외에 의사 진료비(doctor fee) 부분이 설정되어 있고, 수술료, 마취료 등의 기술료 부분은 실적에 따른 지불이다.

DPC별 1일 당 진료보수는 의료자원 투입량을 적절히 반영하도록 재원일수 범주별로 3단계로 설정되어 있고, 재원일수가 길어지면 1일 당 포괄수가 부분이 점차 줄어드는 방식으로 되어 있다. 병원 경영의 관점에서 보면 종전의 실적에 따른 지불과 비교해서 재원일수 단축의 인센티브가 높아지고(高瀬浩造 등, 2000), 주진료경로(critical pathway)를 활용한 의료 표준화가 진행되면서 의료비 증가 억제에 도움이 되는 방식이다<sup>4)</sup>(立川幸治 등, 2005). DPC 환경 하에서도 외래는 여전히 실적에 따른 지불방식을 유지하고 있다. 검사나 화학요법을 외래진료로 옮겨서 시행하는 경우가 많아지면서 다른 나라에서 경험한 것과 마찬가지로 향후 외래진료비의 급등이 우려된다.

DPC 제도에는 의료기관별 계수(係數)가 있는데, 기능평가계수와 조정계수로 구성되어 있다. 기능평가계수는 의료기관의 기능을 평가하기 위한 계수로 간호사의 배치상황 등을 계수화한 것이다. 후자의 조정계수는 의료기관의 전년도 실적을 반영하기 위한 계수로 진단군 분류에 의한 포괄평가와 관련한 의료비가 전년도 실적으로 환산한 의료비 규모(종래의 보수지

4) critical pathway의 보급에 따라 진료과별, 질환별, 환자별 관리회계의 관여가 점차 활발해지고 있다.

불 방식으로 계산한 의료비)보다 적어지지 않도록 의료기관 별로 설정되어 있다 (伏見清秀, 2006). 이 조정계수의 존재로 인해 의료기관이 포괄지불제도에 참가하는 인센티브가 커지고, 최근 몇 년간 DPC 제도에 참여하는 병원의 숫자가 늘어나고 있다 (Figure 3 참조). 그러나 DPC에 참여하는 병원의 숫자가 정부가 예상한 급성기 병상수<sup>5)</sup>를 이미 넘어가는 상황이라 조정계수는 2010년에 폐지될 예정이다. 향후 다른 선진국의 사례를 참조하여 일본판 P4P 시행을 모색 중이며, 진료의 복잡성, 효율성 등을 반영한<sup>6)</sup> 새로운 의료기관의 기능평가계수를 만들어 활용하는 것이 예정되어 있다(伏見清秀, 2007).

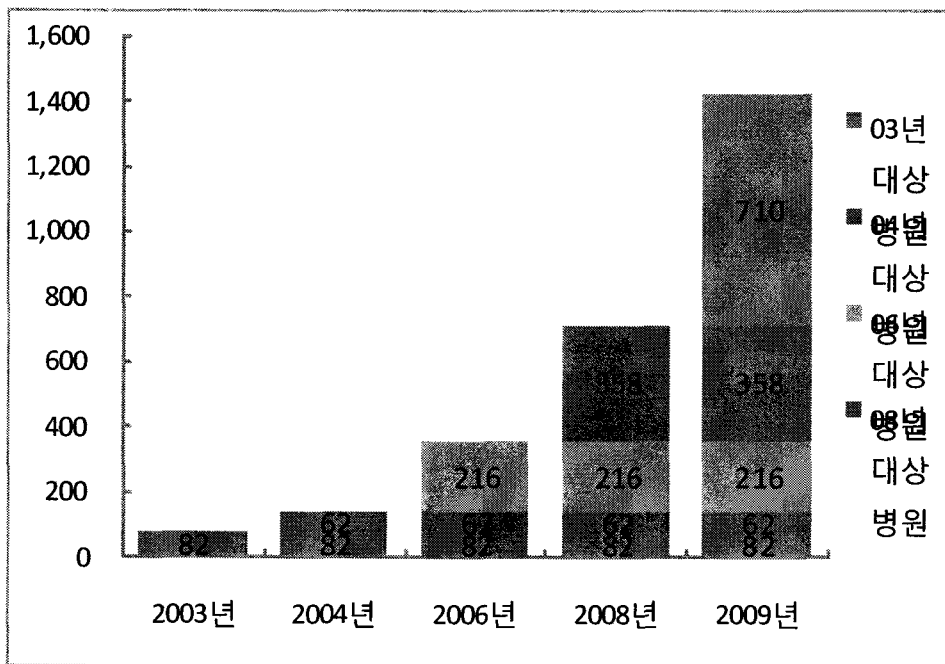


Figure 3. 연도별 DPC 적용 대상 병원의 수

출처: 후생노동성 중의협기본소위 자료 (2008. 7.16)

급성기 병원의 진료보수 지불방식인 DPC는 진료보수지불이 포괄화 되어 있음은 물론이고, 진료군 분류를 실시하고 있다는 점에서 벤치마킹 방법을 사용할 수 있다는 특성이 있다 (伏見清秀 등, 2005). 예를 들면, 병원의 질환별 환자의 구성 비중이나 환자의 중증도 등

5) 후생노동성은 평균재원일수를 10일로 했을 때 적절한 급성기 병상은 42만 병상으로 보고하고 있다.  
6) 이외에도 중환자진료나 응급의료 등을 계수에 반영해야 한다는 의견도 있다.

의료의 질을 평가하는 도구로 널리 보급되어 있다. 그 외에 항생물질의 투약 시기, 투약 내용 등이 표준진료지침이나 다른 의료기관과 비교해서 어떤 상황에 있는지 등 의료행위의 타당성을 평가하는 도구로 활용되고 있다(鎌田志乃<sup>6</sup> 등, 2008). 응급의료기관에서는 DPC를 활용한 벤치마킹으로 의료의 질과 경영 개선에 크게 기여하고 있다(伏見清秀, 2004).

### (3) 의료기능평가기구(医療機能評価機構)

일본에는 유일한 공적인증기관인 재단법인 일본의료기능평가기구가 있어서 의료기관을 대상으로 의료의 구조, 과정, 결과의 세 요소를 평가하고 있다. 일반병원에 대해서는 6개의 대(大)항목에 대해서 각각 구조, 과정, 결과의 관점에서 평가하고 있다. 대항목은 병원조직의 운영과 지역에 있어서의 역할, 환자의 권리와 안전 확보를 위한 체계, 영양환경과 환자서비스, 의료제공의 조직과 운영, 의료의 질과 안전을 위한 진료 프로세스, 병원관리의 합리성으로 구성된다. 이 기구는 1985년에 일본의사회와 후생성(현재의 후생노동성)이 합동으로 병원기능평가연구회를 설립한데서 출발한다. 현재 동 기구에 의해 인증을 받은 병원 수가 2,523곳에 달하지만 아직 전체 병원의 30% 정도에 그치고 있다.

동 기구에 의한 평가 결과는 일부가 보험수가 산정요건에 반영되고, 평가 결과는 광고 가능한 항목이라는 점이 병원들로 하여금 의료의 질에 관심을 가지도록 하는 유인을 제공하고 있다. 또한 의료기능평가기구의 인증을 획득하기 위해서는 병원 운영 개선 조치와 활동을 전체 조직에서 시행할 필요가 있기 때문에 동 기구의 평가 기준에 맞게 운영체계를 구축하는 것 자체가 의료의 질 향상에 기여한다는 평가를 받고 있다.

### (4) 임상연수의제도

임상연수는 의사로서 인격을 성장시키고, 장래의 전문분야와 관계없이 의학 및 의료가 기여해야 할 사회적 역할을 인식시키고, 일반적인 진료에서 빈번히 부딪히게 되는 부상 또는 질병에 적절히 대응할 수 있도록 일차 진료의 기본적인 진료능력(태도, 기능, 지식) 배양을 목적으로 하는 수련제도다. 이 제도에 의한 2년간의 연수는 2004년 4월부터 필수가 되었다.

앞서 설명한 바와 같이 예전에는 대학병원 각 진료과의 교수가 관련 병원에 의사를 파견하는 결정권 등의 인사권을 장악하고 있었다. 그러나 이 임상연수의제도의 영향으로 일반 병원들의 대학병원 의국에의 의존성이 약해지고, 연수 기관으로 대학병원이 아닌 민간병원을 선택하는 경우가 늘어나고 있다<sup>7)</sup>. 대학병원에서는 의사 인력 부족으로 관련 병원에 파견했

7) 연수의제도는 지원자들이 다수의 임상사례를 경험할 수 있는 병원, 도시형 병원을 지향하는 경향을 강하게 하여 결과적으로 지방의 대학병원들이 인재난에 봉착하는 경우가 많다.

던 의사를 다시 불러들이는 경우가 증가하고 있다. 이에 따라 많은 병원에서 부득이 진료과를 폐쇄하고 경영난에 빠지는 경우가 발생하고 있다. 이는 병원에 있어서 우수 인력 확보의 중요성이 얼마나 큰지 대변하고 있다.

### (5) 의료법인제도 개혁

의료법인제도는 의료의 비영리성을 확실히 하면서 동시에 세대(世代)에 관계없이 지역의료를 유지하기 위한 영속성 확보를 목적으로 1950년에 만들어졌다. 여기서 말하는 비영리성은 잉여금의 배당 금지를 의미하며, 영리법인에 의한 병원 경영의 실질적인 지배를 금지하는 것이다. 그러나 실상을 보면 여러 가지 수단을 강구하여 배당을 실시하는 것이 가능하며<sup>8)</sup>, 의료법인 내에서 내부유보를 통해 잔여재산을 분배 청구하는 것이 가능하고, 영리법인이 의료법인의 경영을 지배하는 경우도 존재했다.

후생노동성은 앞서 언급한 '향후 의업경영의 형태에 관한 검토회'의 최종보고서에 담은 비영리성을 철저히 한다는 논의를 기초로 2006년의 제5차 의료법 개정에서 '사회의료법인(社會醫療法人)'을 신설했다. 사회의료법인은 동족(同族) 경영을 금지하고, 응급의료 등 공익성이 높은 의료행위를 실시한다는 조건 하에 지방자치단체(都道府県) 장의 인정을 받아 일정한 수익사업을 운영하는 것이 가능하게 되었고, 세제 면에서도 유리한 대우를 받을 수 있다.

## 2. 향후 병원경영의 방향성

### 1) 급성기 병원의 포지셔닝(positioning) 전략

2010년에 DPC 조정계수의 폐지가 예정되어 있는 등 일련의 제도 개혁으로 인한 병원 경영의 어려움이 점차로 커지고 있다. 급성기 병원이 생존하기 위해서는 의지나 구호만으로 급성기 병원의 간판을 내거는 것이 아니라 지역의 필요에 적합한 독자적인 포지셔닝을 구축할 필요가 있다(長谷川敏彦, 2002).

<Figure 4>는 횡축에 종합도, 종축에 고도의료의 정도를 표시하여 급성기 병원의 4가지 포지셔닝을 나타낸 것이다. 왼쪽 아래는 종합도가 낮고 간단한 의료를 제공할 수 있는 중소병원을 중심으로 한 일차 응급성 병원을 나타낸다. 향후 DPC 조정계수가 폐지되면 보험수가 측면에서 과소평가될 것으로 예상되기 때문에 응급성 병원으로서 생존이 어려워질 수 있

8) 통상적으로 MS(medical service)법인이라고 불리는 의료법인의 친족 등 관계자가 설립한 회사가 병원의 부동산을 보유하고, MS법인이 임대료를 지불하는 방식으로 배당을 실시하는 일이 일상화되고 있는 실정이다.

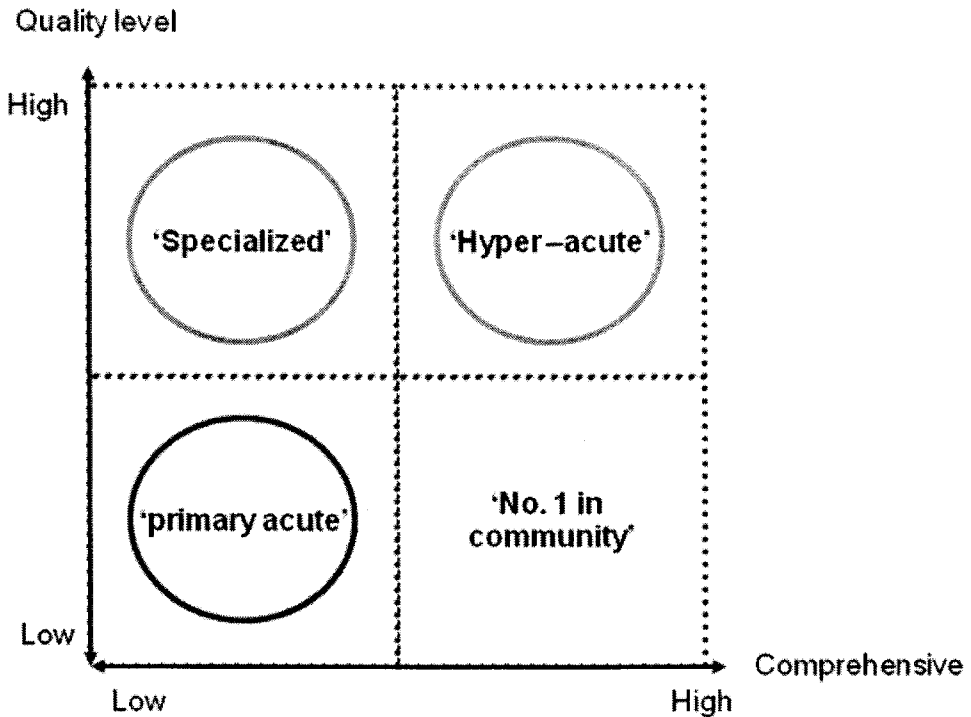


Figure 4. positioning of acute care hospital

source: Deloitte Tohomatsu Consulting material

고, 만성기 병동 등을 병설 운영하게 될 가능성이 높다. 오른쪽 아래의 병원은 종합적인 응급의료시스템부터 개호시설까지 망라하여 다양한 기능을 가지고 있지만, 특성화된 진료과(부문)를 운영하지는 못하고 있다. 대부분은 지역에서 제일 큰 병원으로 주로 교외 지역에서 성공하는 경우가 많다. 왼쪽 위는 전문특화를 통해 고도의료에 주력하는 전문 급성기 병원이다. 특화된 진료과(부문)를 운영하고 있고, 병원의 규모가 큰 것은 아니지만 의료의 질적인 면에서 경쟁력을 갖춘 병원으로 향후 각광을 받게 될 도시형 급성기 병원이다. 오른쪽 위는 고도의료와 종합적인 의료를 동시에 제공할 수 있는 병원으로 광역에서 중요한 역할을 수행하는 강력한 급성기 병원이다.

후생노동성에 의하면, 기능 분화 정책으로 급성기 치료가 끝나면 회복기 재활병원 또는 요양형 병원을 이용하거나 집에서 재택서비스를 받게 되어 급성기 병원의 평균재원일수가 감소하고 하고 있다. 평균재원일수의 감소에 따라 병원에서는 병상이용률을 유지, 확보하려는 대책을 강구하게 되는데, 이러한 대책의 형태는 크게 나뉘어서 도시형과 교외형의 두 가지

모델이 있다.

(1) 도시형 모델

예전처럼 ‘시설완결형’ 병원에서 의료를 제공하는 것이 주류였던 시절에는 모든 진료과를 골고루 갖춘 종합병원이 대단한 인기를 끌었다. 하지만 지금과 같이 의료연계를 전제로 한 의료정책이 시행되는 상황에서는 시설완결형이 아니고 장점분야에 자원을 집중하여 차별화하고, 전문특화에 의해 더욱 높은 수준의 의료를 제공하여 경영성과를 높여가는 의료기관도 다수 존재한다.

현실적으로 일본에서는 지역 일등 병원을 지향하는 병원이 압도적으로 많고, 기능 분화를 유도하더라도 전문·특성화의 의사결정을 내리는 것이 상당히 어렵다. 그러나 경쟁이 심한 지역에서는 뭉든지 다하는 종합화로 생존할 수 없는 환경에 직면하고 있으며, 각자 병원의 장점을 살리고 특화해서 종래보다도 경영 효율성이 높은 의료를 중시하는 경향이 강하게 나타나고 있다. 이와 같은 고도 전문특화형의 급성기 병원에서는 일반적인 일차 진료 외래를 억제하고, 입원을 중심으로 전문성이 높은 의료분야에 자원을 집중하고 있다. 이를 위해서 의료연계를 강화하고, 입원이나 입원으로 연결되는 응급 등의 급성기 의료부분만 특화하는 집중전략을 선택하고 있다.

향후 도시형 모델에서는 의료기관의 집중화와 지역 거점화가 진행되면서 지역 센터가 늘어난 것으로 예상된다. 고령화의 진전에 따른 백내장, 골관절계 질환, 종양 등과 당일수술이나 단기입원수술을 필요로 하는 환자가 증가할 것도 예상된다. 또한 환자의 의식 수준 향상에 따라 환자가 의료기관을 선택하는 기준도 현저히 엄격해지고 있다. 나아가 의료연계가 진행됨에 따라 향후 특정 질환의 환자가 특정 시설에 집중되는 것도 예상되는데, 질병 사례가 집중되면 그 해당 시설의 매력도가 더욱 높아질 것이다. 의료인력, 특히 연수의가 이와 같이 집중적으로 수련이 가능한 의료기관을 선택함으로써 인재 확보 면에서도 유리하게 되고, 투자도 활발히 이루어질 것으로 보인다.

(2) 교외형 모델

교외에 위치하면서 경쟁이 심하지 않은 병원은 오히려 종합화를 지향하는 것이 중요한 성공요인이 되는 경향이 강하다<sup>9)</sup>. 교외 지역은 지역주민의 급속한 고령화에 따른 노인의료의

9) 특정기능병원은 예외이며 대도시에도 다수 존재한다. 종합화가 의무화 되어 있어 중증질환의 환자를 치료한다. 승인요건은 400명상 이상의 규모로 일반 병원의 2배 정도 의사를 배치하고, 10개 이상의 진료과를 갖는 종합병원으로 진료보수가 가산된다. 2008년 8월말 현재 대학병원의 본원(本院) 79개, 기타 국립 센터 등 3개 시설을 합쳐 82개 시설만이 인정을 받았다.

중요성이 크기 때문에 급성기 병상뿐만 아니라 회복기 재활 병상이나 요양형 병상은 물론이고, 개호보힘시설을 함께 갖고 있는 경우도 많다. 이와 같이 자체 그룹 내에서 연계를 통해 환자를 확보함으로써 병상이용률을 높일 뿐만 아니라 환자의 질병과 상태에 적합한 시설을 선택하는 것이 가능하기 때문에 급성기 진료의 환자 당 진료수의 향상에도 기여할 수 있다. 교외 지역은 인구 규모에서 한계가 있고 교통도 편리하지 않아 환자를 끌어들이는 것이 어려우므로 광역의 응급환자를 어떻게 집중시키는가 하는 것이 성공의 열쇠가 되기도 한다.

경쟁하는 의료기관의 수가 적기 때문에 지역의 중핵(中核) 병원으로서 모든 진료과를 골고루 갖추고 종합적인 의료를 제공하는 것이 사회적 책임이 되기도 한다<sup>10)</sup>. 도시지역과 달리 인재 확보가 어려운 경우가 많기 때문에 병원이 학교 등 교육시설을 보유함으로써 인재 확보를 수월하게 하는 경우도 적지 않다.

## 2) 구마모토(熊本) 모델의 소개

규슈(九州) 지역의 한가운데 위치하는 구마모토현은 허쉬만-허핀달 지수(Hirschmand-Herfindahl Index)로 보았을 때 일본에서 손꼽을 정도로 경쟁이 심한 지역이다. 구마모토현에는 후생노동성의 의료정책에 영향을 미칠 정도로 유명한 의료연계의 틀이 지역 중핵병원들의 자체적인 노력에 의해 구축되어 있다. 이 의료연계의 틀은 각 의료기관이 전문특성화를 추구하여 각자의 강점을 살리고, 이들 간의 의료연계가 효과적으로 기능하는 것을 말한다. 예를 들면, 평소 고혈압을 앓다가 뇌경색이 발생한 환자가 있을 경우, 평소 주치의처럼 자주 방문하는 개원의가 급성기 뇌진경계 전문병원에 소개를 하여 급성기 치료를 받고, 종료되면 회복기 재활병원으로 옮겨서 진료를 받은 다음, 다시 처음의 개원의에게 돌아가 계속 진료를 받는 흐름의 틀이 구축되어 있다(須古博信, 2006). 이와 같은 틀을 구축한 배경은 경쟁이 심한 지역에서 병원이 어떻게 생존할 수 있을까를 각 의료기관이 심사숙고하여 각자 강점을 특화하는 전략을 추구한 결과라고 말할 수 있다(副島秀久, 2004).

이러한 구마모토현의 선진적인 시도를 반영하여 후생노동성은 2006년의 보험수가 개정에서 대퇴부경부골절에 관한 지역연계 주진료경로(CP)를 포함시켰다(副島秀久 등, 2007). 지역연계 주진료경로는 급성기에서 만성기까지를 포함하는 의료기관 간의 연계를 위한 것이다. 이는 주진료경로를 각 의료기관 내부에만 국한하지 않고 지역으로 연장하여 지역 전체에서 특정 환자를 진료하는 체계를 말한다. 2008년의 보험수가 개정에서는 대상을 뇌졸중으로까지 확대하였고, 구마모토 모델과 같은 의료연계가 더욱 주목을 받게 되었다. 이와 같은 지역연계 주진료경로가 보험수가에 추가됨으로써 모든 지역에서 의료연계가 더욱 강화되고, 기능

10) 지역 중핵병원의 대표로 '지역의료지원병원'이라는 제도가 존재한다. 해당 병원은 원칙적으로 200병상 이상의 규모로 높은 소개율을 유지하고, 응급의료의 제공, 시설 공동이용 등을 요건으로 하며 보험수가도 가산된다. 2007년 3월말 현재 153개 병원이 인정을 받았다.

분화가 촉진되고 있으며 이러한 경향은 앞으로 더욱 강화될 것으로 예상된다(副島秀久 등, 2006).

### 3) 만성기 병원의 포지셔닝 전략

2006년부터 만성기 병원에는 일상생활동작(activities of daily living, ADL)구분과 의료구분의 2개 축으로 이루어진 진료비지불방식이 적용되고 있다. 일상생활동작을 얼마만큼 자립해서 할 수 있는가를 3개 범주로 나누고, 의료의 필요 정도도 역시 3개 범주로 나눔으로써 전체 9가지 범주로 구분한 포괄지불방식을 적용하고 있다. 이와 같은 포괄지불제를 만성기 병원에 적용하는 것은 일상생활동작에 지원이 필요한가, 또는 의료 필요도가 높은가를 입원의 판단기준으로 사용함으로써 사회적 입원을 방지하고, 의료비 증가를 억제하기 위해서이다.

개호보험은 개호가 필요한 사람을 사회 전체가 지원하는 새로운 틀로 2000년 4월부터 도입되었다. 이 제도는 고령자의 사회적 입원을 배제하고, 시설개호 뿐만 아니라 재택에서의 개호 보급을 목적으로 시행하였으며, 주식회사를 비롯한 민간 조직이 중요한 역할을 담당한다는 면에서 기대를 받았다(富士総合研究所, 2001). 의료보험과 개호보험은 재원이 다르기 때문에 국민의료비 증가를 일정 부분 억제하겠다는 의도도 있었다. 그러나 시간이 경과함에 따라 개호보험 재정도 파탄의 염려가 있어서 시설개호를 대폭 축소할 예정이다. 전술한 바와 같이 만성기 병상은 2012년까지 현재의 35만 병상을 22만 병상으로 축소하는 것이 정부방침으로 결정되었고, 특히 사회적 입원의 온상이 된 개호요양병상은 모두 없애기로 되어 있다. 또한 정부는 사회적 입원을 없애기 위해서 만성기 병원의 보험수가 개정과 동시에 재택의료의 보급을 촉진하기 위해 24시간 재택의료를 제공하는 재택요양지원의원을 설치해서 환자의 가정 복귀를 적극 지원하는 제도를 강화하고 있다.

향후 요양형 병상이 대폭적으로 축소되는 가운데 만성기 병원의 생존은 무척 어려운 것으로 전망된다. 생존을 위한 포지셔닝 전략의 한 가지는 회복기 재활 등 급성기 의료에 가까운 방향으로 다가가서 급성기부터 만성기까지 일관된 의료제공을 하는 것이다. 이런 경우에는 말기 암 환자 등을 대상으로 하는 호스피스 병동<sup>11)</sup>으로 전환하거나 사회문제가 되고 있는 정신질환 환자의 진료를 담당하는 의료기관으로 탈바꿈하는 등 독자성이 높은 의료기관이 출현할 것으로 예상된다. 즉, 병상 구분을 변경하여 전방(前方) 영역에 진출하는 것이다. 또 하나의 길은 개호시설로 전환하거나 재택의료를 비롯한 보다 후방(後方) 영역에 진출하여 다각화를 도모하는 것이다. 이 경우는 병원을 중심으로 의료 외 주변영역에 진출하는 것이 된다.

11) 보험수가에서는 호스피스 병동을 완화(緩和) 케어병동이라 부르고 비교적 높은 수입이 보장되지만 포괄지불의 대상으로 되어 있다. 향후 암환자와 노인환자의 증가에 따라 해당 병동이 늘어날 것으로 예상된다.



## IV. 맺 음 말

일본은 다른 선진국들에 비해 병원과 병상 수가 많으며, 평균재원일수도 상당히 긴 편이고, CT, MRI 등 고가 의료장비의 보급률도 매우 높다. 최근에는 국민의료비도 빠르게 늘어나고 있다. 의사와 간호사 등 의료인력의 부족 현상도 심각하다. 이러한 문제들을 해결하기 위해 정부 주도로 의료제도개혁을 시행하고 있다. 개혁의 방향은 국민의료비 증가 억제, 의료의 질과 효율성 향상에 초점을 맞추고 있다. 앞으로 정부의 국민의료비 증가 억제정책 하에서 의료기관의 기능분화와 의료연계의 촉진에 따라 급성기 입원이 대폭 감소할 것으로 예상된다. 이제까지 입원해서 실시하던 검사나 수술의 외래화가 급속히 진행되고, 재택의료도 널리 보급될 것으로 보인다. 병원의 특성화와 전문센터화도 촉진될 것으로 예상된다.

이러한 개혁의 소용돌이 속에서 경영난에 처하는 병원이 증가하고 있으며 향후 더욱 어려운 상황에 직면하게 될 것으로 예상된다. 그러한 가운데도 수익성과 성과 면에서 과거보다 더 좋은 병원들이 있는데, 이들은 자기 병원에 가장 적절한 포지셔닝 전략을 구축하고, 그 전략을 실행하면서 병원 경영의 효율화를 높이고 있다는 점이 중요하다. 급격한 환경 변화 속에서 병원의 향후 진로와 관련한 중요한 의사결정을 내려야 하고, 이러한 의사결정이 지연될 때는 병원 경영이 궁지에 몰리는 상황이 초래될 수 있음에 유의해야 한다.

우리나라의 의료환경 변화는 많은 면에서 일본과 유사한 점들이 있다. 국내총생산 대비 국민의료비는 아직 OECD 국가 중 가장 낮은 수준이지만, 국민의료비의 증가속도는 매우 빠르다. 의료비 증가 억제와 의료기관의 효율적 경영에 대한 사회적 요구와 압력은 빠르게 늘어나고 있다. 그 외에도 세계 최고 수준의 고령화 속도와 만성요양서비스의 수요 증가, 간호인력을 중심으로 한 의료인력의 수급 불균형, 의료기관 간 경쟁의 심화, 진료비지불제도 개선의 필요성 등 시차는 있으나 여러 면에서 환경 변화의 유사점을 찾을 수 있다.

우리나라 의료기관의 숫자와 병상수는 계속 증가하고 있다. 특히 최근 10년 동안 병원급 의료기관과 요양병원의 증가가 두드러진다. 급성기 병상은 이미 과잉공급이라는 평가가 나오고, 만성기 병상의 경우에도 최근의 급격한 증가는 상당한 우려를 낳고 있다. 의료기관 간의 경쟁은 날로 심해지고 경영난도 가중되고 있다. 이런 상황에서 진료비지불방식의 변경, 재원기간 단축과 병상 축소, 의료기관의 기능 분화와 의료기관 간 연계 강화 등을 통해 국민의료비 증가 억제와 의료기관 경영의 효율성을 높이려는 일본 정부의 정책과 이에 적응해서 포지셔닝 재구축, 전문화와 자발적인 연계체계 구축 등을 통해 변화하는 일본 병원들의 사례는 우리 의료정책의 변화 방향과 병원 경영의 새로운 방향성 설정에 많은 시사점을 준다고 하겠다.

서구 국가들에 비해 상대적으로 변화의 속도가 느리고, 안정적으로 보이던 일본의 의료계와 병원들도 심각한 환경변화 앞에서 이제 변혁과 개선에 적극적인 모습을 보이고 있다. 일

본 병원들의 경험과 사례를 참고하여 우리 병원들이 직면한 어려운 경영 여건을 극복하고, 병원 경영의 새로운 방향성을 모색하기 위한 노력이 필요하다.

## 참고 문헌

- 한경희, 고수경, 정선희(2007). 우리나라 고가의료장비 분포 및 노후화 현황 분석. 병원경영학회지, 12(1):31-50
- 鎌田志乃ぶ, 伏見清秀(2008). DPC調査情報と処方支援, 医薬ジャーナル, 44(4):142-150
- 河原和夫(2001). 医療計画と健康日本21の政策構造, 公衆衛生研究, 50(4):216-219
- 須古博信(2006). わが国におけるクリニカルパスの現状と将来展望, 救急医学, 30(12):1607-1610
- 副島秀久(2004). 医療記録が変わる 決定版クリニカルパス, 東京, 済生会熊本病院
- 副島秀久(2006). クリニカルパスにおけるバリエーション対処, 救急医学, 30(12):1615-1617
- 副島秀久, 岡田慎吾(2007). 変化の時代に対応するクリニカルパス, 東京, 照林社
- 高瀬浩造, 阿部俊子(2000). エビデンスに基づくクリニカルパス—これからの医療記録とバリエーション分析, 東京, 医学書院
- 立川幸治, 阿部俊子(2005). クリニカルパスがかなえる 医療の標準化・質の向上, 東京, 医学書院
- 西村周三, 羽田雅史(2007). 医療経営白書, 東京, 日本医療企画
- 長谷川敏彦(2002). 病院経営戦略, 東京, 医学書院
- 平井愛山(2004). 千葉わかしおネットに学ぶ失敗しない地域医療連携, 東京, 医学芸術社
- 伏見清秀(2003). 医療機関の機能分化と役割分担の実態を明らかにするための統計調査に関する研究, 東京, 厚生労働科学研究費補助金 統計情報高度利用総合研究事業
- 伏見清秀(2004). マネジメントツールとしてのDPC~医療機関プロファイリングの疾病管理への応用の検討~, 社会保険旬報, 2216:22-28
- 伏見清秀, 松田晋哉(2005). 民間病院DPC導入事例集, 東京, じほう
- 伏見清秀(2006). DPCデータ活用ブック, 東京, じほう
- 伏見清秀(2007). 医療圏における地域疾病構造および患者受療行動に基づく地域医療の評価のあり方に関する研究`東京, 厚生労働科学研究費補助金 医療安全・医療技術評価総合研究事業
- 富士総合研究所(2001). 介護保険制度のすべて, 東京, じほう
- 松田晋也(2005). DPCと病院マネジメント, 東京, じほう
- 山崎泰彦, 尾形裕也,, 湯澤敦子(2003). 医療制度改革と保険者機能, 東京, 東洋経済新報社