연구보고서 97- 2 (제273권)

지방공사 의료원의 운영체제 개편방안

연구책임 : 오희환

1997. 10

한 국 지 방 행 정 연 구 원

지방공사 의료원의 운영체제 개편방안

연구책임 : 오희환(책임연구원)

1997. 10

한 국 지 방 행 정 연 구 원

目　次

第1章 序論 ····· 1
第1節 研究目的 ····· 1
第2節 研究範圍 및 方法 ····· 3

第2章 醫療院 運營體制의 檢討 ····· 5
第1節 國家保健醫療制度의 槪觀 ····· 6
1. 保健醫療制度의 類型 및 特徵 ····· 6
2. 公共醫療機關 ····· 8
第2節 醫療院의 運營體制 ····· 11
1. 醫療院 運營體制의 類型과 長·短點 ····· 11
2. 醫療院 運營體制의 變遷過程 ····· 13
第3節 外國의 保健醫療制度 ····· 15
1. 美 國 ····· 15
2. 英 國 ····· 17
3. 日 本 ····· 19
4. 스웨덴 ····· 24
5. 캐나다 ····· 26

第3章 醫療院의 運營現況 및 問題點 29
第1節 全國의 醫療院 29
1. 運營現況 29
2. 問題點 36
第2節 事例地域의 醫療院 41
1. 運營現況 41
2. 問題點 54

第4章 醫療院 運營體制의 改編方案 57
第1節 改編의 必要性 57
1. 醫療院의 役割과 機能 再定立 57
2. 醫療環境變化에 따른 對應性 提高 59
3. 制度的 裝置의 補完 60
第2節 改編代案 및 評價 60
1. 間接經營體制 : 地方公社(現行 體制) 61
2. 經營委託體制 63
3. 直接經營體制 65
4. 評 價 66
第3節 代案別 推進戰略 70
1. 間接經營體制 : 地方公社(現行 體制) 70
2. 經營委託體制 75
3. 直接經營體制 82

第5章 要約 및 政策建議 83
第1節 要 約 83
第2節 政策建議 86

<參考文獻> 90

표 목 차

<表 2-1> 保健醫療制度의 類型 및 特徵 ……7
<表 2-2> 公共醫療機關의 根據法規 및 醫療機關 ……10
<表 2-3> 日本 病院事業의 經營狀況 ……22
<表 2-4> 外國의 保健醫療制度의 性格 ……27
<表 3-1> 全國 醫療院別 一般現況 ……31
<表 3-2> 全國 醫療院의 經營成果 推移 ……32
<表 3-3> 全國 醫療院의 經營分析指標別 推移 ……35
<表 3-4> 大邱醫療院 經營分析指標別 推移 ……43
<表 3-5> 利川醫療院 經營分析指標別 推移 ……45
<表 3-6> 原州醫療院 經營分析指標別 推移 ……47
<表 3-7> 忠州醫療院 經營分析指標別 推移 ……49
<表 3-8> 康津醫療院 經營分析指標別 推移 ……51
<表 3-9> 全國과 事例地域 醫療院의 經營分析指標別
綜合比較 ……53
<表 5-1> 馬山醫療院의 經營委託後 患者診療實績 ……67
<表 5-2> 市立永登浦病院의 委託管理 效果 ……68

第1章 序論

第1節 硏究目的

지방공사 의료원은 지역주민의 보건향상에 기여하고 지역의료발전을 도모하고자 지방공사 의료원설치조례에 따라 시·도가 전액 출자하여 운영하는 법인으로 현재 34개의 의료원이 있다.

의료원은 1910년 조선총독부 지방관제에 의거하여 10개 병원이 설치되면서 시작되었는데, 당시 이들 병원은 자혜병원이라는 명칭으로 조선총독부가 직접 운영하였고, 1925년 병원 경영권이 각 시·도로 이관되면서 시·도립병원으로 개칭되었다. 그후 1990년대를 전후하여 전국의 시·도립병원은 30개로 확대되었으며 의료시설이 절대 부족한 당시로서는 시·도립병원이 최고의 의료기관으로서 지역주민의 보건향상에 지대한 역할을 담당하였다. 그러나 1960년대 이후 민간의료기관이 급증하면서 시·도립병원은 점차 저소득층, 생활보호대상자의 구료기관으로 그 기능이 약화되었다.

이어 시·도립병원은 지방공기업법이 제정·시행됨에 따라 1971년 1월 1일부터 지방공기업으로 운영되게 되었다.

당시 의료원 사업을 지방공기업으로 전환했던 이유는 첫째, 지방자치단체가 경영하는 공기업임에도 불구하고 자산현황, 기간손익계산 등을 정확히 파악하지 못할 뿐만 아니라 병원장의 경영의식이 낮았고 둘째, 시·도립병원의 자체수입이 너무 적어 많은 부분을 일반회계로부터의 의존수입에 의해 유지가 가능하였으며, 의사·간호사 등 의료요원에 대한 인사규정이나 조직

기구 등에 대한 일정기준이 없어 통일성이 결여되고 있었기 때문이다.

그러나 지방공기업으로 운영하는 과정에서도 보수의 비현실화에 의한 의사확보의 곤란, 공무원신분에 따른 주인의식의 결여, 의료수가의 비현실성 등으로 만성적인 경영적자를 면치못하는 등 여러 가지 문제점이 해소되지 않아 이를 근원적으로 개선하기 위해 국무총리 행정조정실 주관으로 1981년 5월부터 12월까지 시·도립병원운영개선기획단을 구성하여 현지확인·공청회 등을 거쳐 공립의료제도개선방안을 마련, 지방공사체제로 전환하도록 하였다.

이에 따라 직접경영방식으로 운영되어 오던 시·도립병원을 1982년 7월 1일부터 간접경영방식의 지방공사로 운영체제를 전환시켜 1996년말 현재 34개의 의료원이 모두 지방공사 체제로 운영되고 있다.

이러한 의료원이 지방공사체제를 유지하고 있음에도 불구하고 환경변화의 대응노력 부족에 따른 경영악화, 책임경영의식의 결여, 타기관과의 경쟁력 미흡, 운영상의 자율성 미흡 등 아직도 적지 않은 문제점이 제기되고 있는 실정이다.

이에 본 연구는 지방공사 의료원의 운영체제를 보다 근본적으로 검토하여 점차 양질의 의료서비스의 선호 등 변화하고 있는 의료수요패턴과 민간의료기관과의 경쟁을 고려하여 우리 실정에 맞는 의료원 운영체제의 개편방안을 모색하는데 목적이 있다.

第2節 硏究範圍 및 方法

본 연구는 지방공사 의료원의 운영체제를 연구대상으로 하고 있다. 지방공사 의료원의 운영체제는 현재 간접경영방식으로써 공사체제를 유지하고 있으나, 그 개편대안으로 예상할 수 있는 것은 경영위탁체제, 직접경영체제, 전문병원화체제, 민영화로 전환하는 방안 등이 있을 수 있다. 그러나 의료원도 지방공기업이므로 지방공기업의 일반적인 운영체제인 간접경영체제, 직접경영체제, 경영위탁체제에 초점을 두되, 그중에서도 실현가능성을 고려하여 현행의 지방공사체제와 경영위탁체제로의 전환에 중점을 두고자 한다. 다만 나머지 대안에 대해서는 필요에 따라 부분적으로 언급하기로 한다.

이를 위한 연구방법은 주로 문헌조사와 현지조사를 병행하였다. 특히 현지조사를 위하여 전국 34개 의료원가운데 사례지역 의료원을 행정계층별, 지역별, 지역특성별, 병상규모별, 재정자립도, 특수병동 운영여부 등을 고려하여 선정하였다.

행정계층별로는 광역시·시·군소재의 의료원을 대상으로 하였고, 지역별로는 하나의 시·도에 편중되지 않도록 전국의 의료원을 지역별로 안분하였으며, 지역특성별로는 도시지역과 농촌지역의 특징이 구분될 수 있도록 하였다. 또한 병상규모도 비교적 큰 대규모 의료원(300병상 이상)과 중규모 의료원(100병상 이상 300병상 미만), 소규모 의료원(100병상 미만)으로 구분하였고, 재정자립도는 1995년말 현재를 기준으로 100% 초과·90%수준·80%수준·80%이하의 의료원으로 구분하였으며, 특수병동을 운영하는 의료원과 그렇지 않은 의료원으로 구분하여 선정하였다.

이러한 기준 등을 고려하여 최종적으로 선정한 의료원은 대구광역시의

대구의료원, 경기도의 이천의료원, 강원도의 원주의료원, 충청북도의 충주의료원, 전라남도의 강진의료원이다.

第2章 醫療院 運營體制의 檢討

제2장에서는 먼저 지방공사 의료원의 운영체제를 검토하기 전에 그 전제로서 국가보건의료제도를 개관하였다. 한나라의 의료제도는 그 나라의 정치, 경제, 사회 및 행정적 구조의 산물로써 나라마다 역사가 다르고, 지리적 조건이 다르며, 사회적 특성이 다르기 때문에 의료제도도 다양하게 나타난다. 따라서 보건의료제도의 전반적인 흐름을 파악해 보기 위하여 보건의료제도의 유형 및 특징 등 일반적인 내용을 검토해 보고, 우리나라 지방공사 의료원의 위상을 살펴보고자 국립병원과 공립병원 등 공공의료기관의 현황을 분석하였으며 나아가 민간부문의 병원과 그 비중을 비교해 보았다.

이어 의료원 운영체제의 일반적인 유형과 장·단점을 검토하고, 의료원이 어떤 이유로 그 운영체제가 변천하였는가를 살펴보았다.

아울러 보건의료제도에 대한 각국의 사례로써 미국, 영국, 일본, 스웨덴, 캐나다를 대상으로 보건의료조직, 보건의료서비스의 공급체계로 나누어 현행 제도의 특징 등을 개관하였다. 다만 우리나라와 같은 지방공사체제의 의료원은 어느 나라에서도 발견하기가 어려워 지방자치단체의 의료서비스를 포함한 국가보건의료제도를 개관하였음을 첨언해두고자 한다.

第1節 國家保健醫療制度의 槪觀

1. 保健醫療制度의 類型 및 特徵

보건의료제도라 함은 한 국가나 사회가 그 구성원의 건강수준을 향상시키기 위하여 마련한 보건의료사업에 관한 제반법규와 제도를 말하는 것으로 보건의료 서비스의 생산, 소비 및 분배와 관련된 체계를 의미한다.[1)]

이러한 보건의료제도는 다른 사회제도와 마찬가지로 독립되어 있는 것이 아니라 한 나라 사회제도의 작은 제도로 존재하게 된다. 따라서 보건의료제도의 유형은 그 나라의 경제적·정치적·문화적 요인에 따라 결정되게 되기 때문에 보건의료제도는 나라마다 다르게 나타나고 있다.[2)]

또한 보건의료제도의 유형도 접근방법과 학자에 따라 다양하게 제시되고 있다. 예를 들면 보건의료제도를 유형화하는데 사용하는 기준으로 ① 역사적 고찰에 의한 분류, ② 공간적 특성에 의한 분류, ③ 사회보장제도의 발달과정을 통한 분류, ④ 재정구조 분석에 의한 분류, ⑤ 의료지역화 개념을 통한 분류, ⑥ 정부의 기능을 중심으로 한 분류, ⑦ 의료자원의 조직화 정도에 따른 분류에 따라 유형화하기도 하고, Terris는 공적부조형, 의료보험형, 국가보건사업형으로 분류하기도 하며, Roemer는 국가의 정치·경제체제에 따라 자유기업형, 복지국가형, 개발도상국형, 저개발국형, 사회주의국형으로 분류하는가 하면, 경제협력개발기구(OECD)는 사회보험형, 국가보건서비스형, 소비자주권형으로 분류하기도 한다.[3)] 그러나 보건의료제도는 의료비 지불방

---

1) 한국의료관리연구원, 각국 의료제도 비교연구, 1994, p. 19 ; 변종화외 3인, 남북한 보건의료제도 비교연구(서울 : 한국보건사회연구원, 1993), p. 13.

2) Milton I. Roemer, *National Health Systems of the World, The Countries* (New York : Oxford University Press, 1991), Vol. 1, pp. 83~92.

<表 2-1> 保健醫療制度의 類型 및 特徵

구 분	자유기업형	사회보장형	사회주의형
전형적인 국가	미국, 일본, 한국 등 자본주의 국가	영연방, 스칸디나비아제국, 캐나다 등 사회복지국가	소련, 중국, 북한 등 대부분의 공산국가
정치·경제체제의 특징	- 개인의 능력과 자유를 최대한 존중 - 모든 산업은 자유기업정신에 따라 민간주도로 운영 - 정부의 통제나 간섭은 극소화	- 정치적으로 자유민주주의이며 개인의 자유를 존중 - 사회·경제적으로 일반 근로자의 권익을 존중하고, 소외계층이 없도록 교육·의료·실업 등의 사회보장을 가장 중요한 목표로 간주	- 전체주의 사회로서 자유는 제한되고, 모든 분야가 통제·계획하에 있음 - 소득세는 없고 교육과 의료는 무상이며, 여성노동의 활용을 위한 탁아소와 유치원이 많음
의료의 원칙 및 의료제도의 특징	- 의료인 및 의료기관에 대한 선택의 자유와 책임이 주어짐 - 의료서비스의 내용과 질적수준이 대단히 높음 - 국민의료에 대한 기획이나 조정이 어려움 - 의료수준 및 내용의 지역적, 사회계층적인 격차와 비효율적 활동 등으로 인한 의료비의 급격한 상승이 문제됨 - 의료의 전문화 경향이 매우 짙고, 치료중심의 의료제도 발달 - 국민의 다수가 민간의료보험에 가입하여 의료혜택을 받으며, 정부는 과거에 주로 예방보건서비스에 치중하였으나 사회보험개념의 도입으로 치료사업까지 영역이 확장되는 추세임	- 정부주도에 의한 국민보건서비스로 의료보장 - 의료는 필요할 때 무료로, 조직적으로 동등하게 제공되며, 기회도 공평하게 보장됨 - 환자의 선택권이 어느정도 보장되며, 예방의료원칙이 중요하게 간주됨 - 대규모의 의료조직에 의한 관료주의 및 행정체계의 복잡성 등으로 인한 의료제공의 비효율성이 문제됨 - 의료인의 인센티브가 미약하여 의료의 수준이나 의료인의 열의가 상대적으로 낮음	- 의료자원 및 의료서비스의 균등한 분포 및 기회의 제공 - 국가에 의한 단일의 통일된 서비스 - 무료의 원칙하에 예방의학을 대단히 강조함 - 보건서비스에 대중의 참여를 유도하고, 포괄적인 보건의료서비스를 제공함 - 관료체계로 인한 경직성과 인센티브의 결여로 의료서비스 수준이 낮은 문제점이 있음

자료 : 변종화, 남북한 보건의료제도 비교연구, 1993, p. 11에서 재인용.

식으로 볼 때 그 기본골격이 자비부담외에 의료비 지불능력이 없는 빈곤층

3) 한국의료관리연구원, 전게서, pp. 19~30.

을 대상으로 한 공적부조, 의료비 지불능력이 있는 인구층을 대상으로 한 의료보험, 국가책임제의 보건서비스 제공 등으로 구분될 수 있는데, 이러한 의료비 지불방식의 혼합비율에 따라 자유기업형, 사회보장형, 사회주의형으로 구분하고 그 특징을 살펴보면 앞의 <표 2-1>과 같다.[4)]

2. 公共醫療機關

공공의료기관이란 공공성을 지닌 의료사업을 수행하는 기관으로 정의할 수 있다. 따라서 공공의료기관은 중앙정부나 지방자치단체 등 공공기관이 운영주체가 되고, 의료기관의 설립이나 운영목적이 공공성을 지니고 있는 의료기관을 말한다. 그러나 우리나라는 사업의 목적이나 내용보다는 중앙정부나 지방자치단체의 재정지원 및 사업의 수행여부에 의해서 공공의료기관이 구분되고 있어 공적 성격을 지닌 기관이 정부의 재정지원을 받아 운영되는 의료기관을 공공의료기관으로 분류하고 있다.

그 결과 우리나라의 공공의료기관은 ① 중앙정부 또는 지방자치단체가 재정을 부담하면서 직접 운영하는 기관, ② 중앙정부나 지방자치단체로부터 재정을 지원받아 별도의 법인을 설립하여 운영하는 기관, ③ 중앙정부나 지방자치단체의 사업을 위탁받아 운영하는 기관, ④ 중앙정부나 지방자치단체의 시설을 임대하여 운영하되 공공의료 기능의 일부를 담당하는 기관으로 이루어져 있다.

이러한 공공의료기관은 또한 각각 설립목적과 기능을 달리하고 있는데 이를 요약해 보면 다음의 6가지로 분류할 수 있다.

첫째, 주민에 대한 일반적인 의료서비스의 제공을 목적으로 하는 의료기

4) 변종화 외 3인, 전게서, pp. 7~11.

관을 들 수 있다. 즉, 의료기관이 미비하거나 부족한 지역의 주민에게 의료이용에 대한 접근도를 제고하여 필수적인 의료서비스를 제공하기 위한 것으로 시·도가 운영하는 지방공사 의료원, 군에서 운영하는 보건의료원이 이에 속하며 행려환자 진료, 전염병환자 진료, 영세민 진료 등 공공의료기능도 수행하고 있다.

둘째, 국가의 의료수준 및 의료기술의 향상을 목적으로 하는 의료기관을 들 수 있다. 즉, 의료관련 분야의 연구와 조사 등을 통하여 국가의 의료수준 전반을 향상시키기 위한 것으로 국립의료원이 이에 속하며 의료관계자의 교육과 조사·연구사업도 수행하고 있다.

셋째, 의료관련 분야의 교육과 연구를 목적으로 하는 의료기관을 들 수 있다. 즉, 의료관련 분야에 근무할 인력의 양성은 물론 의학연구 및 진료업무를 수행하기 위한 것으로 교육부 산하의 각 국립대학교 의과대학 부속병원이 이에 속한다.

넷째, 특정질환의 진료와 연구를 목적으로 하는 의료기관을 들 수 있다. 즉, 특정분야 질환의 환자진료는 물론 해당 질환에 대한 연구를 수행하기 위한 것으로 나병원, 정신병원, 결핵병원, 재활병원, 암의 진료와 연구를 목적으로 하는 원자력병원이 이에 속한다.

다섯째, 특정집단의 환자진료를 목적으로 하는 의료기관을 들 수 있다. 즉, 특정분야 또는 계층의 집단에서 발생하는 환자의 진료를 수행하기 위한 것으로 경찰공무원 및 전투경찰대원의 진료를 담당하는 경찰병원, 보훈대상자의 진료를 담당하는 보훈병원, 현역군인의 진료를 담당하는 각급 군병원 등이 이에 속한다.

여섯째, 특정목적의 달성을 위한 의료기관을 들 수 있다. 즉, 인도주의의 실현과 인류복지에 공헌 등 특정목적을 수행하기 위한 것으로 적십자병원이

이에 속한다.

공공의료기관은 법인격에 따라 국립, 시·도·군립의 공립, 공기업 형태의 공사, 특별법에 의한 특수법인 등으로 구분되는 바 이를 정리해보면 <표 2-2>와 같다.

<表 2-2> 公共醫療機關의 根據法規 및 醫療機關

법 인 격	근 거 법 규	의 료 기 관
국 립	- 보건복지부와 그 소속기관직제 제2조(소속기관) 제1항	국립의료원, 국립결핵병원(공주, 마산, 목포) 국립정신병원(나주, 부곡, 서울, 춘천) 국립소록도병원, 국립재활원 재활병원
	- 경찰청과 그 소속기관 등 직제 제2조(소속기관)제1항	국립경찰병원
	- 철도청 직제(현 직제는 없음)	철도병원(중앙대학교에 임대중)
공 립 (시·도립)	- 시·도조례	서울 : 동부, 보라매, 서대문, 아동, 은평, 용인정신 부산 : 정신질환요양병원 대전 : 정신병원, 경남 : 정신질환요양병원
공립 (군립)	- 지역보건법 제8조(보건의료원) - 지역보건법시행령 제7조 - 시·군조례	경기 : 연천 강원 : 화천, 평창 충남 : 청양 전북 : 순창, 임실 전남 : 구례, 곡성, 완도, 장성 경북 : 울릉, 울진, 청송 경남 : 산청, 함안
지방 공사	- 지방공기업법 제2조(적용범위) 제1항 제10호	서울 : 강남 부산 : 부산 대구 : 대구 인천 : 인천의료원 등 34개 의료원
특 수 법 인	- 대한적십자조직법 제7조(사업) 제4호	적십자병원(서울, 대구, 인천, 인천적십자요양, 백령, 광주, 목포, 상주, 상주제2, 거창, 통영)
	- 한국보훈복지공단법 제7조(보훈병원)	보훈병원(서울, 부산, 대구, 광주)
	- 서울대학교병원설치법	서울대학교병원
	- 국립대학교병원설치법	부산·경북·전남대학교 병원 등 7개 병원
	- 한국원자력연구소법 제14조(기구와 직원)	원자력병원

자료 : 지방자치경영협회, 지방공사 원주의료원 경영진단보고서, 유인물, 1996 및 대한병원협회, 전국병원명부, 1997에서 재작성.

이러한 공공의료기관은 1997년 4월 1일 현재 민간부문의 종합병원과 병원을 합친 전국 병원 771개 가운데 89개 병원(국립 12개, 시·도립 10개, 공립 11개, 공사 34개, 특수법인 22개)으로 11.5%를 차지하고 있어서 그 비중이 매우 낮음을 알 수 있다.[5)]

第2節 醫療院의 運營體制

1. 醫療院 運營體制의 類型과 長·短點

가. 直接經營體制

직접경영체제란 지방자치단체가 스스로 경영하는 형태를 말한다. 스스로 경영한다는 것은 지방자치단체의 행정조직체계의 일부분으로서 지방직영기업의 형태로 운영하는 것을 의미한다. 지방공기업가운데 직접경영체제의 대표적인 것으로는 상하수도사업을 들 수 있고 의료원의 경우 서울 동부병원이 이에 해당한다.

일반적으로 직접경영체제의 장점으로는 ① 일반행정과 밀접한 관련을 갖는 사업에 대해서는 그것과 일체적, 종합적으로 할 수 있고, ② 지역주민의 일상생활에 관련된 사업에 대해 그 경영에서 이용자인 주민의 의사를 직접적으로 반영할 수 있으며, ③ 지역주민의 생활에 불가결한 공공적 서비스는 경제적으로 채산성이 없을 경우에도 공영으로 제공할 수 있고, ④ 지방자치단체에 대한 신용에 의해 장기저리의 융자를 조달하기 쉽다는 점을 들 수

5) 대한병원협회, 전국병원명부, 1997, p. 32.

있다. 반면 직접경영체제는 ① 관료조직에 의하여 운영되기 때문에 정부부처형태의 조직이 갖는 경직성, 비적시성, 비융통성 등과 같은 부정적 요소를 배제하기 어렵고, ② 지방자치단체가 직접 경영할 경우 지방자치단체의 관할 행정구역이라는 지리적 제약조건을 벗어날 수 없으며, ③ 경영악화에 대한 위기의식이 결여되어 있다는 문제점이 있다.[5]

나. 間接經營體制

간접경영체제란 지방공기업법에 의한 지방공사나 지방공단, 재단법인·사단법인 등 민법법인 또는 주식회사·유한회사 등 상법법인과 같이 지방자치단체가 일정한 관여하에 공·사법상의 개별 법인을 설립하여 간접적으로 경영하는 형태를 말한다. 간접경영방식의 대표적인 것으로는 의료원을 들 수 있으며 지하철공사도 이에 해당된다.

이러한 간접경영체제의 장점은 ① 지방공기업의 규모가 점차 커짐에 따라 소요투자자금도 방대해져 지방자치단체의 경상적 수입이나 지방채 등에 의한 수입만으로는 한계가 있을 수밖에 없는데 간접경영방식을 택하는 경우 직접경영방식보다 대량의 민간자금을 신속히 도입할 수 있고, ② 공기업관리자의 자주성이 제고되어 경영환경변화에 능동적·탄력적 대응이 가능하여, 이를 근거로 책임경영제를 실시할 수 있다는 점이다. 반면 간접경영체제는 ① 지방자치단체의 공공적 통제가 부족한 경우 서비스의 안정적 공급이 곤란하게 될 우려가 있고, ② 사고 등에 의하여 지방자치단체의 재정적 부담을 가중시킬 수 있으며, ③ 공공성의 사업을 수행하더라도 조세·금융 등 경영상의 메리트를 받기 어렵다는 단점이 있다.

---

5) 홍종욱, 지방공기업의 경영현황과 민영화방안 : 지방의료원을 중심으로, 경남개발연구원, 1993, pp. 11 ~15.

다. 經營委託體制

경영위탁체제란 기업경영의 합리성과 능률성을 제고시키기 위하여 시설은 지방자치단체의 소유로 하되 경영은 민간기업 등에 위탁하는 형태를 말한다. 경영위탁체제의 대표적인 것으로는 최근 마산의료원을 경상대학교 병원에 위탁한 것과, 서울시립병원이었던 보라매병원을 서울대학교 병원에 위탁한 것을 들 수 있다.

경영위탁체제의 장점은 민간기업 등이 그 경영에 있어서 전문적·기술적 지식을 보유하는 등 경영에 정통하여 양질의 서비스를 제공받을 수 있다는 점이다. 반면 경영위탁방식은 주민의 일상생활과 밀접한 관련이 있어서 공공성이 높은 사업을 경제적 관점에서만 경영위탁방식을 채택하는 경우 오히려 서비스의 질이 떨어질 우려가 있다는 단점이 있다.

2. 醫療院 運營體制의 變遷過程

공공의료기관 가운데 지방공사 의료원은 지역주민의 보건향상에 기여하고 지역의료발전을 도모하기 위하여 지방공사 의료원설치조례에 따라 지방자치단체인 시·도가 전액 출자하여 운영하는 법인을 말한다.

전술한 바와 같이 의료원은 1910년 조선총독부 지방관제에 의거하여 10개 병원이 설치되면서 시작되었는데, 당시 이들 병원은 자혜병원이라는 명칭으로 조선총독부가 직접 운영하였고, 1925년 병원 경영권이 각 시·도로 이관되면서 시·도립병원으로 개칭되었다. 그후 1930년대를 전후하여 전국의 시·도립병원은 30개로 확대되었으며 의료시설이 절대 부족한 당시로서는 시·도립병원이 최고의 의료기관으로서 지역주민의 보건향상에 지대한 역할을 담당하였다. 그러나 1960년대 이후 민간의료기관이 급증하면서 시·

도립병원은 점차 저소득층, 생활보호대상자의 구료기관으로 그 기능이 약화되었다.

이어 시·도립병원은 지방공기업법이 제정·시행됨에 따라 1971년 1월 1일부터 지방공기업으로 운영되게 되었다.

당시 의료원 사업을 지방공기업으로 전환했던 이유는 첫째, 지방자치단체가 경영하는 공영기업임에도 불구하고 자산현황, 기간손익계산 등을 정확히 파악하지 못할 뿐만 아니라 병원장의 경영의식이 낮았고 둘째, 시·도립병원의 자체수입이 너무 적어 많은 부분을 일반회계로부터의 의존수입에 의해 유지가 가능하였으며, 의사·간호사 등 의료요원에 대한 인사규정이나 조직기구 등에 대한 일정기준이 없어 통일성이 결여되고 있었기 때문이다.[7]

그러나 지방공기업으로 운영하는 과정에서도 보수의 비현실화에 의한 의사확보의 곤란, 공무원신분에 따른 주인의식의 결여, 의료수가의 비현실성 등으로 만성적인 경영적자를 면치못하는 등 여러 가지 문제점이 해소되지 않아 이를 근원적으로 개선하기 위해 국무총리 행정조정실 주관으로 1981년 5월부터 12월까지 시·도립병원운영개선기획단을 구성하여 현지확인·공청회 등을 거쳐 공립의료체도개선방안을 마련, 지방공사체제로 전환하도록 하였다.[8]

---

7) 내무부·한국지방행정연구원, 한국지방행정사(1948 - 1986) 상권, 1987, pp. 791 ~ 792.

8) "공공의료제도개선방안 및 동시행계획"은 시·도립병원의 문제점으로 ① 예산·인사운영의 통제관리는 내무부, 시설투자지원 및 의료사업지도는 보사부 등 행정체계가 2원화되어 있어 업무수행의 번잡과 경영책임이 분산되어 있고, ② 관료적 조직으로 병원의 기업적 특성상실, 예산·인사·감사 등 행정적 제약으로 자율성 결여, 일반행정직 공무원에 의한 병원운영으로 전문성 발휘 불능 등에 따라 병원경영이 경직성을 띠고 있으며, ③ 승진·연구·학술활동 등 경력발전 기회의 제한, 감독관청의 지나친 병원운영 간여로 근무의욕 상실, 민간부문에 비해 보수수준 저위, 시·도립병원에 대한 낮은 사회적 평가, 중소도시 및 농촌지역에 따른 생활환경 열위 등으로 의료인력의 확보가 곤란하다

이에 따라 직접경영방식으로 운영되어 오던 시·도립병원을 1982년 7월 1일부터 간접경영방식의 지방공사로 운영체제를 전환시켜 왔다. 이러한 결과 1996년 12월말 현재 34개의 의료원이 모두 지방공사 체제로 운영되고 있다.

현행 지방공사 의료원의 설치조례는 설립목적으로 "주민의 진료와 질병 등에 대한 임상연구의료요원의 훈련을 통하여 주민의 보건향상에 기여하고 지역의료발전을 도모함"을 규정하고 있고, 이러한 목적을 달성하기 위하여 "진료사업, 전염병예방 등 공공의 보건의료사업, 질병에 대한 임상연구, 전공의의 수련 및 의료요원의 훈련, 기타 지역주민의 보건향상에 필요한 사업"을 하도록 규정하고 있다.

第3節 外國의 保健醫療制度[9]

1. 美 國

가. 保健醫療組織

미국의 보건행정조직은 연방제 국가성격으로 인해 주정부에 상당한 자율성과 권한을 부여하고 있어 연방정부의 보건 및 인간서비스부(Department of Health and Human Service : DHHS)는 이민자에 대한 건강검진, 주간의 교역대상 약품의 규제, 특정질환의 역학조사, 국가보건통계 업무, 인디안에

는 것을 지적하고 있다. 국무총리 행정조정실, 공공의료제도개선방안 및 동시행계획, 1981. 12. p. 18.

9) 외국의 보건의료제도에 대해서는 한국의료관리연구원, 전게서, 1994가운데 "각국의 보건의료조직", "보건의료서비스의 제공체계"의 내용을 요약·정리하였다.

대한 의료서비스 등 한정된 업무를 수행하고 있다.

주정부 수준에서는 보건담당 주무부서가 있는데 사회복지를 포함하는 주가 있는가 하면, 보건부문만을 전담하는 주가 있는 등 구체적인 형태 및 기능은 주마다 다르고, 주정부 이하에는 상당한 정도의 자율성을 갖는 지방자치단체의 보건담당부서가 있다. 그러나 미국은 의료제도가 개방적이고 민간주도적인 성격 때문에 자발적 보건조직의 역할이 크다. 이들은 기금을 모으고 특정 질병(예컨대 암)에 도전하거나 특정 인구집단의 건강문제를 해결하는데 큰 공헌을 하기도 한다. 특히 미국은 기업형의 의료제도를 채택하고 있어서 약 75%가 민간부문에 의해 서비스가 공급되고 있는 것으로 나타나고 있다.

나. 保健醫療서비스의 供給體系

미국은 경제적 여건에 따라 곧바로 개업의 또는 병원을 자유롭게 선택하여 진료를 받을 수 있을 정도로 1차, 2차, 3차의 단계적 전달체계의 개념이 확립되어 있지 않은 대표적인 나라이기는 하지만, 진료서비스의 내용에 따라 1차, 2차, 3차진료서비스로 나누어 볼 수 있다.

1차진료서비스는 보통 단독 개원의 형태를 띠는 민간 개업의에 의해 주로 제공되는데, 환자들은 진료비를 자비로 부담하는 경우가 많아서 저소득계층은 1차진료를 비싼 개업 전문의보다 병원의 외래나 응급실에 의존하는 형편이다. 1960년대 중반이후 여러 형태의 지역보건센터(community health center)가 개설되어 대도시나 농촌지역의 빈곤계층을 대상으로 폭넓은 서비스를 제공하고 있으나 전체 외래서비스의 극히 일부분을 감당하고 있는 실정이다.

2차 및 3차진료서비스는 수준높은 의료서비스를 제공하고 있는데 이것은

어떤 집단이나 단체도 병원을 설립할 수 있고, 최첨단의 진단 및 진료장비를 설치하는 것에 대해 완전한 자유가 보장되어 있으며, 전문의 수련에 대한 규제가 전혀 없어 전문의가 전체 의사의 85%를 차지할 만큼 인력이 고급화되어 있기 때문이다. 또한 환자는 아무리 경미한 질환이라도 재정적 부담을 감수할 수만 있다면 최고의 장비와 기술을 가진 전문의를 선택하여 진료를 받을 수 있도록 되어 있기 때문이다. 민간 의료기관이외에 대도시지역의 공공병원이 제한적이긴 하지만 빈곤층을 위한 2차 및 3차서비스를 제공하고 있으나 재정적인 어려움을 겪고 있는 형편이다.

2. 英 國

가. 保健醫療組織

영국은 보건부(Department of Health)가 보건서비스의 전 분야에 걸쳐 책임을 지며, 의료자원을 각 지역에 할당하는 등 중앙에서 해야 될 전체적인 계획입안, 조정감시기능을 수행한다. 보건부에는 국가보건서비스 전반에 걸친 정책을 입안하기 위한 국가보건서비스와 국가보건서비스 업무를 관리하기 위한 국가보건서비스 관리위원회가 설치되어 있다. 또한 보건부로부터 독립된 국가보건서비스에 대한 특별행정감사기관이 설치되어 보건서비스에 대한 감사업무를 전담하고 있다.

지방에는 인구 200만 - 500만 규모의 지역을 관할하는 지방보건국(Regional Health Authority : RHA)이 있고, 지방보건국 아래에서 국가보건서비스의 실제 활동을 수행하는 조직으로 인구 20만 - 30만을 관할하는 지역보건국(District Health Authority : DHA)이 있다. 지방보건국의 주요 역할은 지역보건국과 협의하여 지역단위보다 광범위한 지방차원의 접근이 요구되는 의사결정 및 실행계획을 수립하고, 중앙정부의 지도와 승인하에 중

요 건물의 설계, 건축공사의 발주 및 지역보건국에 대한 지도 및 원조활동이다.

지역보건국은 국가보건서비스 체계의 중추적인 존재로 지역의 보건서비스가 그 지역에 최적이 되도록 지역보건서비스의 계획수립, 집행을 맡아 실질적인 서비스를 공급한다. 그리고 가정의위원회(Family Practitioner Committee : FPC)가 있어 지방보건국의 감독하에 가정의 서비스에 관한 업무를 수행하고 있고, 지역보건국의 해당지역 보건서비스에 대해 주민의 이익을 대표하는 기관으로서 지역보건위원회(Community Health Council : CHC)가 관련 정보의 제공, 병원 및 관련 조직의 감독권한을 행사하며 지역의 불만, 고충원인에 대해 지역보건국과 협의한다.

한편 영국은 공공부문에 의한 포괄적인 의료서비스가 제공되고 있어서 의료공급조직은 모두 공공성을 갖도록 조직되어 있다고 할 수 있다. 1차진료를 담당하는 가정의(General Practitioner : GP)는 단독인 경우가 일반적이었으나 점차 합동진료체계로 이행되고 있어서 일반 가정의의 약 80%가 3명 또는 그 이상으로 집단진료하는 경향을 보이고 있다.

병원은 치료, 출산, 회복, 재활을 행하는 시설을 보유하며, 외래진료는 원칙적으로 취급하지 않는다. 병원은 제공하는 서비스에 따라 그 종류가 다양한데 지역병원(District Hospital)은 광범위한 전문진료를 담당하고, 그 아래의 지역사회병원(Community Cottage Hospital)은 보다 축소된 범위의 서비스를 제공한다. 1989년의 의료제도 개혁이후 의료기관의 유형은 가정의, 병원기금 가정의 등 의원급과 직영 공공병원과 자율 공공병원 및 민간병원 등의 병원급 의료기관이 존재한다.

나. 保健醫療서비스의 供給體系

영국 국가보건서비스(NHS)의 의료전달체계는 크게 3가지로 구성되어 있다. 즉 가정의가 중심이 되는 1차진료, 지방정부 보건국에서 제공하는 모자보건, 보건교육, 가정간호 등의 지역의료, 그리고 전문진료서비스를 제공하는 병원진료로 분류된다.

1차진료에는 가정의에 의한 일반진료와 약제, 치과, 안과서비스 등이 포함된다. 가정의는 주민의 일상적인 건강관리자로서 1차로 진료를 책임지며, 병원진료의 필요성 여부를 판단한다. 가정의의 평균 진료시간은 6분 정도이며, 진료건수는 국민 1인당 4회정도라고 한다. 가정의는 정부에 직접 고용되는 것은 아니며, 가정의위원회와의 계약에 의하여 진료비를 보상받도록 되어 있다. 의료에 필요한 약제 및 물품은 가정의의 처방에 따라 국가보건서비스 당국(지역 가정의위원회)과 계약을 체결한 약사가 있는 약국에서 지급된다.

영국의 보건의료정책의 핵심은 가정의인데 가정의와의 긴밀한 연계하에 지역보건서비스가 효과적으로 제공되도록 되어 있으며, 전반적인 정책이 입원서비스로부터 지역보건서비스로 전환하는 방침하에 이루어지고 있다. 지역보건서비스는 지역보건의사, 방문보건사, 지역간호사, 조산원 등이 가정의와의 연계하에서 수행된다.

3. 日 本

가. 保健醫療組織

일본 중앙부처의 보건행정조직은 후생성으로 일본 전체의 보건의료에 관한 포괄적인 기능을 수행하고 있다. 후생성의 기능은 복지, 연금, 사회사업

을 포괄하고 광범위한 제반 보건행정기능을 수행하는 것으로 되어 있다. 후생성의 많은 기능은 지방자치단체에 의해 수행되고 후생성은 이를 감독하도록 되어 있다.

아울러 일본의 의료서비스 제공체계는 전통적으로 민간부문의 비중이 크다. 1987년 현재 전체 병원의 80.6%, 전체 병상수의 66%, 전체의원의 93.5%가 민간부문에 속하고 있다. 이에 따라 의료서비스는 주로 개업의와 민간병원에 의해 이루어지고 있으며, 이들 사이에 환자유치를 위한 경쟁이 치열하여 병원간에 기능의 중복현상을 보이고 있다.

나. 保健醫療서비스의 供給體系

일본의 의료공급체계는 민간공급자에 의해 주도되며, 환자의 의료기관 선택권이 자유롭게 보장된다. 이 때문에 의료전달체계는 확립되어 있지 않으며, 의료서비스의 제공은 외래진료와 입원진료로 나뉘어 있다.

1차 외래진료는 개업의에 의해 행해지는 것이 일반적인데 개업의의 대다수는 일반의이거나 가정의이지만 소수는 내과, 소아과 또는 다른 분야의 전문의로 구성되어 있다. 그렇지만 대다수의 일반의는 전문의 과정에 해당하는 전문적 수련을 받은 사람들이다. 개원의에 의해 운영되는 의원은 1인 의사에 의해 운영되는 것이 보통이며 10%정도가 다른 고용의를 두고 있다. 전통적으로 의사들이 스스로 약을 조제하고 있어 의약분업이 정착되지 않았으며, 이에 따라 행위별수가제하에서 적은 양의 약을 주어 자주 방문토록 하는 폐단이 빈발하고 있다.

다. 地方自治團體의 公立病院

일본의 지방자치단체는 우리나라의 의료원에 해당하는 병원을 지방자치

단체가 직접 경영하는 지방직영기업으로 운영하고 있는 바, 간접경영체제의 우리나라와 비교하기 위하여 일본 지방자치단체의 병원현황을 살펴보면 다음과 같다.

1) 事業數 및 經營規模

1995년 3월말 현재 일본의 지방자치단체가 경영하는 병원사업은 744개 사업 990개 병원(건설중인 병원 6개 포함)이 있다. 이것을 경영주체별로 보면 47개 도도부현이 경영하는 병원 229개, 12개 지정도시가 경영하는 병원 33개, 254개 시가 경영하는 병원 275개, 332개 정촌이 경영하는 병원 332개, 99개 일부사무조합이 경영하는 병원 121개 등으로 되어 있고, 병원종류별로는 일반병원이 936개 병원, 결핵병원이 3개 병원, 정신병원이 51개로 되어 있다.[10]

이 가운데 일반병원의 경영주체별 병상수가 300개 이상인 대규모 병원은 도도부현 48.7%, 지정도시 64.5%, 시 52.2%로 비교적 높은 비중을 차지하고 있는 반면, 100병상 미만의 소규모 병원은 284개 병원에 불과하다. 또한 179개 병원은 민간의료기관으로부터 진료를 기대할 수 없는 낙도, 산간지 등의 벽지를 중심으로 한 지역(이른바 불채산지구)에의 병원이다.

1995년 3월말 현재 병원의 일반현황을 살펴보면 병상수는 233,000병상에, 입원·외래환자가 2억 100만명이고, 병상이용률은 81.9%에 이르고 있다.

2) 經營狀況

- 損益收支

병원사업의 경영상황은 <표 2-3>과 같이 총수익은 35,752억엔, 총비용은

10) 自治體病院經營研究會 編 自治體病院經營ハンドブック(東京 : ぎょうせい, 1996), p. 4.

36,668억엔으로 순손익에서 916억엔의 적자를 보았고, 총수지비율은 97.5%를 보이고 있다.

<表 2-3> 日本 病院事業의 經營狀況

(단위 : 억엔)

구 분	순 손 익		경 상 손 익	
	1994	1993	1994	1993
(사업수)	(318)	(262)	(292)	(241)
흑자액	198	135	168	112
(사업수)	(422)	(476)	(448)	(497)
적자액	-1,115	-1,277	-1,146	-1,354
(사업수)	(740)	(738)	(740)	(738)
수 지	-916	-1,142	-978	-1,242

資料 : 自治省, 地方財政白書, 1996. 4, p. 174.

또한 경상수익은 환자수의 증가와 진료수가의 상승에 의한 요금수입의 증가로 전년도에 비하여 5.2%가 증가한 35,530억엔, 경상비용은 감가상각비, 직원급여비의 증가로 전년도에 비하여 4.3%가 증가한 36,508억엔으로 978억엔의 적자를 보았으나 적자폭은 전년도에 비하여 감소하였고, 경상수지비율은 97.3%를 보이고 있다.

병원사업의 누적결손금(영업활동에 의하여 결손이 발생하였을 경우 그 결손금을 충당하기 위하여 이월이익잉여금, 이익적립금, 자본잉여금 등으로 보전하는 방법이 있으나 이를 보전하지 못한 각 사업년도의 적자액 또는 결손금의 누적된 금액)은 8,759억엔이고 불량채무(유동부채가 유동자산을 초과하는 금액)는 817억엔에 이르고 있다.

의료비용에 대한 의업수익의 비율로서 경영구조의 척도가 되는 의업수지 비율은 88.6%에 이르고 있는데 이를 병원의 종류별로 보면 일반병원이 가장 높은 89.4%이고, 결핵병원은 40.2%, 정신병원은 65.9%를 각각 보이고 있다.

- 資本收支

자본적 지출은 6,249억엔으로 이 가운데 외부자금이 5,141억엔임에 비하여, 내부자금은 927억엔에 불과하여 재원부족액은 181억엔에 이르고 있다. 자본적 지출의 내역으로는 건설개량비가 4,685억엔, 기업채상환금이 1,156억엔 등으로 구성되어 있다.

- 他會計轉入金

병원사업에 대한 타회계전입금은 보통회계 등으로부터의 전입금이 6,905억엔으로 그 중 수익적 수입에의 전입금이 5,245억엔이고, 수익적 수입에 대한 구성비는 14.7%를 차지하고 있다. 반면, 자본적 수입에의 전입금은 1,660억엔으로 자본적 지출의 26.6%를 차지하고 있다.

우리나라의 의료원은 간접경영방식인 지방공사 형태를 채택하고 있는 반면 일본의 병원사업은 전적으로 지방자치단체가 직접 경영하는 지방직영기업방식으로 운영하고 있다는데 가장 큰 차이가 있고, 이에 따라 제도·운영상의 차이가 발견되고 있다. 특히 병원사업에 대한 공공성이 강조되어 의업수지비율이 극히 낮고 보통회계로부터의 전입금 비중이 적지 않음을 알 수 있다.

4. 스웨덴

가. 保健醫療組織

스웨덴의 보건의료체계는 전국민을 대상으로 국가가 서비스를 직접 제공하는 국가 보건서비스체계로서 지방정부 주관하에 실질적인 국민보건사업이 이루어지고 있다.

중앙정부 수준의 보건행정조직은 보건사회부(Ministry of Health & Social Affairs)가 보건의료, 사회보장, 서비스 및 건강보험에 관한 전반적인 계획과 정책을 수립하는 기획기능을 수행하고, 국가보건복지위원회라는 별도의 조직 국가단위의 행정기능을 수행하여 보건사회복지 서비스 및 사설 의료단체의 전반적인 감독 등 업무를 수행하고 있다. 그리고 의료관리연구소가 중앙정부와 주정부 공동으로 운영되어 보건의료 관련 연구 및 중앙, 주의회에 대한 정책자문, 각급 병원의 기준책정 등의 업무를 수행하고 있으며, 지방의회연합이 보건의료서비스 제공조직의 이익단체 입장에 서서 의료인조합과 협상하며 보건의료서비스의 경제적 범위에 대해 재무부와 협의하는 등의 역할을 수행하고 있다.

지방정부는 직접 보건의료서비스를 제공하는데 전국을 6개의 진료권으로 구분하여 지방의회수준에서는 23개 군과 3개의 도시별로 지역사회에 필요한 보건의료서비스를 제공한다. 지방정부는 각각의 병원을 소유·운영하며, 보건서비스위원회를 두고, 그 아래 보건지구를 둔다. 지방의회 하부의 지역수준에서는 전국에 284개의 주민회가 구성되어 학교보건, 전염병예방, 식품, 식수공급, 위생감시 등 공중보건과 전력보급, 쓰레기처리, 레저시설 등 환경위생과 재택의료서비스를 공급하는 주체로서 상당한 자치권을 행사하고 있다.

한편 스웨덴의 보건의료는 전반적으로 공공부문에 의해 제공되고, 민간부

문은 극히 한정되어 있다. 스웨덴 의사의 5%이하가 개인의료기관에 종사할 뿐이다. 보건의료서비스 공급조직은 고도의 전문화된 중앙병원이 6개 의료권으로 나뉘어 각각 의대와 연결되어 3차진료권을 형성하고 교육기능 및 연구기능을 가진다. 각 시군에는 의회가 운영하는 1 - 2개 병원이 있는데, 5 - 20개 진료과가 있는 3차진료병원과 내과, 외과, 방사선과, 마취과 등 최소한의 전문과를 갖추고 있는 일반병원의 두 종류가 있다. 지역수준에는 보건소, 요양원이 가정진료를 포함한 1차보건의료사업을 담당하며, 예방서비스, 예방접종, 진료상담, 응급처치, 병원외 서비스 등을 제공하도록 되어 있다.

나. 保健醫療서비스의 供給體系

스웨덴의 보건의료서비스는 전국민을 대상으로 하는 국가보건서비스체계로서 중앙정부와 주정부의 책임하에 제공되기 때문에 체계적인 의료전달체계를 갖추고 있다. 의료전달체계는 3단계로 구성되어 있는데 환자가 직접 병원을 방문할 수 있도록 되어 있어서 완전한 의료전달체계의 개념과는 약간 거리가 있다.

1차진료를 담당하는 진료소(health center)에서는 지방자치단체에 고용된 일반의가 진료를 행한다. 진료소에는 일반적으로 3명의 의사와 간호사가 배치된다. 진료를 위한 첫번째 접촉은 보건진료간호사와 이루어지며, 필요시 진료소의 의사에게 의뢰하거나 병원으로 후송한다. 개업의(private practitioners)가 존재하여 독립적으로 일하나 진료비보상은 의료보험에 의해 지불된다. 개업의의 숫자는 감소하고 있는데 대개 노령의 의사들이며 대도시에 집중되어 있다. 또한 이외에 요양원이 있어 노인진료 및 장기요양환자의 진료를 담당한다.

2차진료는 각 지역에 배치된 지역병원이 담당하는데 여기에는 최소한 내

과, 외과, 방사선과, 마취과의 4개 전문진료과가 설치되어 있고, 응급환자 및 분만도 취급하고 있다.

3차진료서비스는 인구 20 - 30만명 당 1개소 꼴로 설치되어 있는 지역중앙병원에 의해 제공되는데 여기에는 5 - 20개의 전문과가 설치되어 전문의에 의한 3차진료를 제공한다. 그리고 더욱 전문적인 진료서비스와 의학교육 및 연구기능을 갖춘 대학종합병원급인 중앙병원이 6개 의료권역에 하나씩 설치되어 최종적인 3차진료서비스를 제공하고 있다.

5. 캐나다

가. 保健醫療組織

캐나다는 연방제 행정원칙에 따라 지역주민과 직접 관련되는 서비스의 공급은 주정부가 담당하고 전국단위 또는 국가 전체에 관련되는 사안에 대해서는 연방정부가 담당하도록 권한이 분할되어 있다.

연방수준의 보건사업을 담당하는 중앙행정조직은 보건복지부(Department of National Health and Welfare)로 전국적 보건사업의 조정 및 지도·감독, 주정부에 대한 기술적 자문, 보건법 시행을 위한 기획·협의·조정·행정관리업무를 수행한다.

주정부는 주민보건사업을 관장하며 의료보험제도를 운영하고 있어 실질적인 보건사업의 주체가 되고 있다.

한편 캐나다의 의료공급체계는 민간부문 주도형이나 다른 점은 비영리재단에 의해 운영되는 비영리 민간병원이 주도적인 역할을 한다는 것이다. 그리고 주정부가 병원의 신·증축허가 및 병원운영비 심사를 통하여 규제함으로써 공공성을 높이고 있다. 공중보건서비스는 중앙 보건당국의 계획 및

지도 아래 주정부 보건당국에 의해 제공된다.

나. 保健醫療서비스의 供給體系

캐나다는 의료비 조달부문이 상당히 사회화, 조직화되었음에도 불구하고 의료전달체계는 과거의 전통적인 형태에서 별로 변하지 않았다. 의료서비스는 민간부문에 의해 행위별수가제로 제공된다.

캐나다에서 의료전달체계의 변화와 합리화를 위한 가장 혁신적인 노력은 1970년대 초에 설치되기 시작한 지역보건센터(community health center)이다. 의사 및 보건인력이 하나의 팀으로 구축된 지역보건센터가 의료비를 줄이고, 병원에 대한 의존도를 줄이며, 건강증진 및 예방서비스의 강화에 공헌을 할 수 있을 것으로 기대되었기 때문이다. 이러한 지역보건의료센터는 약 200개소의 지역보건센터가 설립되어 있는데 이 중에서 150개소는 퀘백주에 설치되었고, 퀘백주의 경우 보건의료서비스 뿐만 아니라 사회서비스 법률상담까지 겸하는 지역서비스센터(community local service center)에 연계되어 있다.

<表 2-4> 外國의 保健醫療制度의 性格

구 분	미 국	영 국	일 본	스웨덴	캐나다
보건의료제도의 유형	자유기업형 (Entrepreneurial Health System)	포괄적 보건서비스형 (Comprehensive Health System)	복지국가 지향형 (Welfare-Oriented System)	포괄적 보건서비스형 (Comprehensive Health System)	복지국가 지향형 (Welfare-Oriented System)
의료공급체계의 유형	민간주도 의료공급형	국가주도 의료공급형	민간주도 의료공급형	공공주도 의료공급형	민간주도 의료공급형

주 : 1) 보건의료제도의 유형은 Milton I. Roemer의 분류방식에 의함.
자료 : 한국의료관리연구원, 각국 의료제도 비교연구, 1994, p. 26.

이상 각국의 보건의료제도를 개관하였는 바 의료제도의 성격을 간단히 요약해 보면 앞의 <표 2-4>와 같다.

第3章 醫療院의 運營現況 및 問題點

제3장에서는 지방공사 의료원의 운영현황과 문제점을 전국 의료원과 사례지역 의료원으로 나누어 살펴보았다.

먼저 전국 의료원의 경우는 1996년말 현재의 병상수, 진료과, 종사인원, 진료인원, 자립도(1995) 등의 일반현황과 경영성과, 경영분석지표별 운영현황으로 나누어 분석하고 문제점을 지적하였다. 다만, 일반현황을 제외한 경영성과와 경영분석지표별 운영현황은 1996년말 결산자료가 아직 발간되지 않은 관계로 1992년부터 1995년까지 4년간의 추세를 살펴보았다.

다음으로 사례지역 의료원의 경우는 지역별 의료환경을 개관하고 경영분석지표별 운영현황으로 재정자립도, 인력관리, 시설 및 의료기구 이용률, 환자진료관리 등으로 나누어 분석하고 문제점을 지적하였다.

第1節 全國의 醫療院

1. 運營現況

가. 槪 要

전술한 바와 같이 공공의료기관가운데 지방공사 의료원은 1996년말 현재

34개 의료원에, 7,210개 병상수, 485개 진료과, 6,196명의 종사인원으로 운영되고 있다.

먼저 종사인원의 수와 그 구성비를 보면 총 6,196명가운데에는 의사가 776명으로 12.5%, 간호사가 2,043명으로 33.0%, 약사가 83명으로 1.3%, 사무직이 803명으로 13.0%, 보건직이 574명으로 9.3%, 기능직이 1,330명으로 21.5%, 기타가 587명으로 9.5%를 각각 차지하고 있어서 간호사의 비중이 가장 높고 약사의 비중이 가장 낮은 것으로 나타났다.

다음으로 환자 진료인원을 살펴보면 1996년도 총 진료인원은 6,363천명인데, 이중에는 입원환자가 2,339천명으로 36.8%, 외래환자가 4,024천명으로 63.2%를 차지하고 있다.

1996년말 현재 전국의 의료원별 병상수, 진료과, 종사인원, 진료인원, 자립도를 정리해 보면 <표 3-1>과 같다.

<표 3-1>에서 먼저 7,201개 병상수 가운데에는 서울이 460병상으로 가장 많고 이어 부산, 홍성, 군산, 대구, 원주가 각각 300병상 이상을 소유하고 있는가 하면 이천이 가장 적은 75병상, 강릉, 속초, 충주, 안동, 마산, 목포 등은 120병상이하에 불과하여 의료원간 병상수의 격차가 적지 않으며 의료원당 평균 병상수는 212병상으로 나타났다.

둘째, 474개의 진료과 중에는 서울이 25개 진료과로 가장 많고, 부산이 20개, 군산 19개, 원주·청주·홍성이 18개 진료과가 있는가 하면 금촌은 3개 진료과에 불과하고 서귀포나 이천도 10개의 진료과에 미치지 못하고 있다. 의료원당 평균 진료과는 14개에 이르고 있다.

셋째, 6,210명의 종사인원 가운데에는 서울이 576명, 부산이 420명인 반면 마산은 80명, 이천은 83명에 불과하며 의료원당 평균 종사인원은 183명이다.

넷째, 6,466천명의 진료인원 가운데에는 병상수, 진료과, 종사인원이 가장

<표 3-1> 全國 醫療院別 一般現況

구분 / 의료원별		병상수 ('96)	진료과 ('96)	종사인원 (명)('96)	진료인원 (천명)('96)	자립도 (%)('95)
계		7,210	485	6,196	6,363	91.8
서울		460	25	601	423	92.3
부산		400	20	428	362	87.0
대구		300	16	252	258	93.6
인천		300	17	296	235	88.9
경기	수원	132	13	139	140	82.6
	의정부	242	15	129	145	82.9
	안성	161	14	131	134	88.4
	이천	75	8	81	81	69.1
	금촌	180	12	148	164	91.9
	포천	150	12	148	169	104.5
강원	춘천	250	14	202	253	90.4
	원주	300	14	212	242	84.0
	강릉	102	9	116	147	88.6
	속초	120	14	128	138	94.3
	영월	130	12	108	131	89.6
	삼척	125	14	140	190	94.7
충북	청주	404	16	218	198	82.8
	충주	120	12	122	133	87.2
충남	천안	174	12	118	145	88.8
	공주	205	12	147	165	84.8
	홍성	357	17	212	249	95.6
	서산	172	12	146	160	86.4
전북	군산	298	19	258	225	99.9
	남원	250	14	221	189	95.5
전남	순천	160	17	136	154	97.9
	강진	185	14	140	131	101.7
	목포	120	16	139	173	104.7
경북	포항	288	13	141	161	76.0
	안동	120	14	134	186	93.8
	김천	200	16	214	223	100.1
경남	마산	120	8	66	2	84.2
	진주	250	17	152	154	100.9
제주	제주	200	16	220	349	118.9
	서귀포	160	11	153	154	99.2

자료 : 내무부 지방재정경제국, 지방재정경제현황, 1997, p. 113.

많은 서울이 418천명으로 가장 높은 비중을 차지하고 있고, 이어 인천, 부산, 제주의 순으로 나타났다. 반면 이천은 77천명, 마산은 89천명으로 100천명에도 미달하고 있다. 의료원당 평균 진료인원은 190천명이다.

끝으로 의료원의 자립도는 비교적 규모에 비해 진료인원이 많았던 제주가 118.9%로 가장 높고, 진료인원이 가장 적은 이천이 69.1%로 가장 낮게 나타났으며 의료원의 평균 자립도는 91.8%를 보이고 있다.

이어 전국 의료원의 경영성과 추이를 살펴보면 <표 3-2>와 같다. 여기에서 1996년도의 경영성과는 1996년도 지방공기업결산 및 경영분석자료가 아직 발간되지 않은 관계로 1992년부터 1995년까지의 결산을 이용하였다.

<表 3-2> 全國 醫療院의 經營成果 推移

(단위 : 백만원)

구 분	1992	1993	1994	1995
총수익	175,104	198,495	226,623	262,813
영업수익	163,938	186,266	213,865	245,286
영업외수익	7,833	8,430	9,027	14,590
특별이익	3,333	3,799	3,731	2,937
총비용	184,080	207,768	242,612	284,422
영업비용	181,857	203,520	239,295	277,612
영업외비용	1,374	2,992	2,593	6,128
특별손실	849	1,256	724	682
당기순이익	-8,976	-9,273	-15,989	-21,609

자료 : 내무부, 지방공기업결산 및 경영분석, 1992, 1993, 1994, 1995.

1992년도와 1995년도의 경영성과를 비교해 보면 먼저 총수익은 1992년도의 175,104백만원에서 1995년도의 262,813백만원으로 50.1%가 증가하였다. 이 가운데 입원수익, 외래수익 등 영업수익은 49.6%, 수입이자 등 영업외수

익은 86.3%가 각각 증가한 반면, 보조금 등 특별이익은 11.9%가 감소한 것으로 나타났다.

한편 총비용은 1992년도의 184,080백만원에서 1995년도의 284,422백만원으로 54.5%가 증가하였다. 이 가운데 인건비, 약제비 등 영업비용은 52.3%, 보상금, 배상금 등 영업외비용은 346.0%가 증가한 반면, 고정자산처분손실 등 특별손실은 19.7%가 감소하였다.

특히 위의 결과에서 총비용의 증가율이 총수익의 증가율을 초과함으로써 총비용에서 총수익이 차지하는 비율을 나타내는 총수지비율은 1992년도 95.1%, 1993년도 95.5%, 1994년도 93.4%, 1995년도 92.4%로 매년 낮아져 그만큼 경영성과도 악화되고 있어서 당기순손실은 1992년도의 8,976백만원에서 1995년도에는 21,609백만원으로 급격히 증가되고 있는 실정이다.

나. 經營分析指標別 現況

1) 財政自立度

의료원의 수익성 정도를 파악할 수 있는 재정자립도 지표에는 크게 의업수지관리, 요소별 원가관리, 의업수입 증대노력 등의 지표로 구분된다.

먼저 의업수지관리에 관한 지표는 다시 ① 총수지비율(총수익 / 총비용 × 100), ② 의업수지비율(의업수입 / 의업비용 × 100), ③ 입원환자 1인 1일당 입원수입(입원수입 / 연입원환자수), ④ 외래환자 1인 1일당 외래수입(외래수입 / 연외래환자수), ⑤ 의사 1인당 의업수익(의업수입 − 의약재비 / 총의사수)으로 구분되고, 요소별 관리지표는 다시 ① 의료약재비비율(약품비 + 진료재료비 / 의업수입 × 100), ② 재료비비율(재료비 / 의업수입 × 100), ③ 환자 1인 1일당 재료비(재료비 / 조정환자수 × 100), ④ 인건비비율(인건비 + 연구비 / 의업수입 × 100), ⑤ 관리비비율(관리비 / 의업수입

× 100)로 구분되며, 의업수입 증대노력지표는 ① 의업수입증가율(당기의업수입 / 전기의업수입 × 100), ② 외래초진증가율(당기초진외래환자수 / 전기초진외래환자수 × 100)로 구분된다.

이상의 지표별로 전국 의료원의 운영현황을 살펴보면 <표 3-3>과 같이 재정자립도는 1992년도 특히, 1993년도 이후 대체로 경영이 더욱 악화되고 있음을 알 수 있다 그 중에서도 총수지비율이나 의업수지비율은 매년 낮아지고 있는데 비해 인건비와 관리비는 점차 높아지고 있는 실정이다. 더욱이 1995년도 전국 의료원의 인건비, 재료비, 관리비비율은 우리나라 민간병원과 공공병원의 종합병원과 병원을 합친 전체 병원의 평균인 인건비 40.0%, 재료비 32.6%, 관리비 22.9%를 초과하고 있는 것으로 나타났다.[11]

2) 人力管理

의료원의 인력의 적정성을 파악할 수 있는 인력관리 지표에는 ① 병상당 직원수(총직원수 / 총운영병상수), ② 의료직 1인 1일 입원환자수(조정환자수 / 연간의료인원수), ③ 관리직 1인 1일 입원환자수(조정환자수 / 연간관리직인원수)가 있다.

전국 의료원의 인력관리는 병상당 직원수의 변화가 없고, 의료직이나 관리직의 1인 1일 입원환자수는 다소 증가하는 경향을 보이고 있어 비교적 양호한 것으로 보인다.

3) 施設 및 醫療機構 利用率

시설 및 의료기구 이용률 지표에는 병상이용률(연입원환자수 / 연운영병

11) 한국보건의료관리연구원, '95병원 경영분석, 1996. 12, p. 52. 동보고서는 일반병원을 종합병원과 병원으로 나누고 종합병원을 다시 대도시, 중소도시, 읍면, 민간병원, 공공병원 등 지역별·성격별로 150병상미만, 150병상이상, 300병상이상, 3차진료기관으로 나누어 인건비, 재료비, 관리비의 의료원가 구성비를 제시하고 있다.

상수 × 100)과 응급환자입원률(응급환자입원수 / 연응급환자수 × 100)이 있다.

여기서는 자료구득의 어려움으로 병상이용률만 살펴보았는데 최근 다시 증가하는 경향을 보이고 있다.

<表 3-3> 全國 醫療院의 經營分析指標別 推移

구 분		1992	1993	1994	1995
종수지비율(%)		95.0	95.8	95.6	92.5
의업수지비율(%)		90.2	91.5	95.1	88.4
입원환자1인1일당입원수입(천원)		44.4	51.9	56.2	61.5
외래환자1인1일당외래수입(천원)		17.2	20.1	21.9	25.1
의사 1인당 의업수익(천원)		205,282	206,156	266,220	274,434
의료약재비비율(%)		36.7	37.1	37.7	30.4
재료비비율(%)		40.0	40.8	-	38.5
환자 1인1일당 재료비비율(%)		18.9	22.8	-	22.9
인건비비율(%)		50.4	47.2	41.9	47.7
관리비비율(%)		19.6	27.2	14.2	28.7
의업수입증가율(%)		122.5	113.6	115.0	115.6
외래초진증가율(%)		104.3	104.2	111.0	116.3
병상당 직원수(명)		0.9	0.9	0.9	0.9
의료직 1인1일 입원환자수(명)		3.2	3.0	3.0	3.2
관리직 1인1일 입원환자수(명)		5.5	5.7	4.8	6.4
병상이용률(%)		93.9	86.7	86.3	92.7
의사 1인당 환자수(명)		19.8	22.2	19.1	28.4
적자단체(개) (적자액 : 천원) 흑자단체(개)		31 (8,975,801) 3	28 (9,273,200) 6	25 (15,989,063) 8	28 (21,608,745) 6
현 원		5,231	5,702	5,823	5,947
유형별 진료인원	입원환자수(명)	2,003,122	2,034,178	2,149,705	2,189,991
	외래환자수(명)	3,458,147	3,361,400	3,478,589	3,620,173
	계	5,913,968	5,869,534	6,122,502	6,290,419
의사수	의 사: 정원	-	609	648	666
	현원	560	566	575	567
	전공의: 정원	-	189	182	183
	현원	185	230	270	255
	계 : 정원	-	798	830	849
	현원	745	796	845	822

자료 : 내무부, 지방공기업결산 및 경영분석, 1992, 1993, 1994, 1995.

4) 患者診療管理

환자진료관리 지표에는 환자진료실적을 나타내는 ① 1일평균 입원환자수(연입원환자수 / 총진료일수<365일>), ② 1일평균 외래환자수(연외래환자수 / 총진료일수), ③ 직원 1인당 환자수(연입원환자수+연외래환자수 / 총직원수), ④ 의사 1인당 환자수(연입원환자수 + 연외래환자수 / 총의사수), ⑤ 평균 재원일수(총재원일수 / 퇴원환자수)가 있다.

여기에서도 자료구득의 어려움으로 의사 1인당 환자수만 살펴보면 환자수가 점차 증가하는 경향이 있어 다소 긍정적이라 하겠다.

이상의 내용과 함께 전국 의료원의 운영현황을 파악할 수 있는 중요 내용을 정리해 보면 앞의 <표 3-3>과 같다.

2. 問題點

전국 의료원에서 제기되는 문제점은 다음과 같다.

가. 環境變化의 對應努力 不足에 따른 經營惡化

의료원의 설립목적에 의한 역할은 크게 4가지로 구분된다.

첫째, 일반병원과 같은 진료기능으로 지역내에서 발생하는 응급환자와 일반환자를 진료하는 것이고 둘째, 공공의료기능으로 지역내 행려환자, 전염병환자, 보호환자 및 영세민의 진료, 사고사망 등에 대한 사체검안 및 검시업무를 수행하며 셋째, 지역사회에 대한 진료기능으로 영안실 등 사회복지시설을 운영하여 주민들에게 편의를 제공하고 넷째, 교육·훈련기능으로 개업의, 간호사, 의료기사 등 의료관련 인력의 수습기관 역할 등이 그것이다.

그러나 예를 들면, 의료원이 응급환자의 진료를 위한 응급 의료기관의 역

할을 수행하려고 노력하고는 있으나 현재 민간 의료기관이 중심이 되어 있는 의료환경으로 인하여 교통사고 등 사고환자의 이용이 저조하고, 특히 대도시의 대규모 민간병원의 운영으로 일반환자의 경우도 민간병원에 집중하고 있어서 그 역할이 크게 미흡한 실정이다. 그것은 의료인력의 유치가 어렵고 관리의 융통성 부여에 한계가 있기 때문이다.

이러한 결과로 의업수입이 의업비용에 미치지 못하는 등 의료원의 자립도가 90%수준에 머무르고 있다. 단적인 예로 당기순이익이 발생한 의료원은 전국 34개 의료원가운데 1992년도 춘천, 진주, 제주 등 3개 의료원, 1993년도에는 이천, 홍성, 군산, 남원, 순천, 제주 등 6개 의료원, 1994년도에는 대구, 포천, 군산, 남원, 목포, 강진, 진주, 제주 등 8개 의료원, 1995년도에는 영월, 군산, 순천, 강진, 안동, 제주 등 6개 의료원에 불과하다. 그나마 경영실적이 좋았던 1994년도의 경우에도 당기순이익이 발생한 의료원이 8개 의료원으로 전체의 23.5%에 지나지 않고, 그것도 제주의 435,766천원, 진주의 223,591천원을 제외하면 당기순이익이 1억원에도 미달하고 있으며 대구의 경우에는 당기순이익이 1,917천원에 불과한 실정이다. 또한 1995년도의 경우에는 의업수지비율(의업수입 / 의업비용) 88.4%, 총수지비율(총수익 / 총비용) 92.5%로 각각 전년도의 95.1%, 95.6% 보다 크게 낮아진 반면, 인건비비율(인건비 + 연구비 / 의료수입) 47.7%, 관리비비율(관리비 / 의료수입) 28.7%로 각각 전년도의 41.9%, 14.2%보다 크게 증가하여 의료원의 경영이 더욱 악화되었다. 1995년도 의료원의 당기순이익이 발생한 곳도 영월(51,918천원), 군산(118,977천원), 순천(211,520천원), 강진(215,809천원), 안동(141,727천원), 제주(564,991천원) 등 6개 의료원에 불과하여 전체의 17.6%에 지나지 않는 반면, 10억원이상의 당기순손실(적자)이 발생한 곳은 서울, 부산, 원주, 청주, 남원 등 5개 의료원으로 14.7%에 이르고 있고, 5억원이상 10억원미만

의 당기순손실이 발생한 곳도 대구, 인천, 수원, 춘천, 천안, 마산의료원 등 13개 의료원으로 13.2%에 이르고 있는 실정이다. 따라서 의료원의 지방공사 운영체제에는 많은 한계가 있다.

나. 責任經營意識의 缺如

의료원의 경영성과는 최고경영층과 조직원들이 얼마나 경영정책에 책임을 지고 참여하며 노력하느냐에 따라 경영의 결과는 크게 달라진다. 즉, 의료원의 경영성과는 최고경영층의 경영철학과 장기경영계획에 대한 수립과 더불어 조직원들의 참여와 수행노력도에 달렸다는 것이다.

그러나 의료원의 책임경영을 위한 노력도를 평가한 많은 보고서는 책임경영을 위하여 외래환자의 적극유치, 응급 및 야간진료체제를 강화하기 위한 야간수술과 당직제 운영, 친절교육, 주민환자와의 고충상담, 건강교실 운영 등을 추진해 왔음에도 하나 같이 전 직원들의 구태의연한 안일주의로 책임경영의식이 결여되어 있음을 지적하고 있다.[12]

책임경영의식의 결여가 민간병원과 어떻게 다른 결과를 가져왔는가에 대한 사례를 지적하기도 한다.[13] 즉, A의료원과 길을 경계로 마주하고 있는 B민간병원의 C원장은 1975년에 B민간병원을 개원한 후, 여러 차례의 증축을 거쳐 1990년에는 101병상규모로 확대하였고, 현재는 216병상규모로 운영하고 있다고 한다. 더욱이 C원장은 이웃 도시지역에도 같은 민간병원을 개원했는데 허가병상이 562병상에 이르고 있다는 것이다. 이와 같이 A의료원은 거의 매년 적자를 보고 있음에 비하여 길을 마주하고 있는 B민간병원은

12) 지방자치경영협회, 경영진단평가결과 보고서, - 인천, 안성, 청주, 충주의료원 -, 1994. 12, 각권 참조.
13) 현대병원경영연구소, 경영진단 및 개선방안연구, 1996. 4, pp. 6-7.

계속 발전해 왔다고 하는 사실에서 의료원의 책임경영의식 결여는 경영악화의 직접적인 원인이 될 수 있다는 점에서 큰 문제가 아닐 수 없다. 이러한 문제는 현지출장시 의료원원장과의 면담에서도 그대로 지적되고 있다.

다. 民間醫療機關과의 競爭力 未洽

의료원은 공익성을 추구하면서도 한편으로는 경제성을 추구하여야 하기 때문에 의료원은 민간의료기관과의 경쟁력을 확보할 수 있어야 한다. 따라서 의료원이 경쟁력을 확보하기 위해서는 이용할 환자들이 바라는 양질의 서비스가 경제적이고도 편리하게 제공되어야 한다. 더욱이 의료의 특성상 양질의 서비스를 제공하기 위해서는 우수하고 성실한 의료인력이 요구되며, 경제적인 진료를 위해서는 비용을 절감하고 수익을 증대하여야 하며, 편리한 서비스를 위해서는 이용자인 환자들에게 매력있는 의료기관이 되어야 한다.

그럼에도 의료원이 민간의료기관과의 경쟁력에서 가장 문제가 되는 것은 유능한 의사의 확보를 들 수 있다. 의료원의 의사인력은 민간의료기관과 같은 일반봉급의사, 의과대학 재학시 정부로부터 장학금을 받아서 의료복무기간이 부여된 장학의사 그리고 군복무 의무기간을 근무하는 공중보건의로 구성되어 있다. 이 가운데 일반봉급의사, 공중보건의, 장학의의 순으로 의사인력의 주축을 이루고 있다. 특히 의사인력의 주축을 이루고 있는 일반봉급의사의 경우는 이들의 유치에 민간의료기관과 경쟁할 수 밖에 없는 실정이다. 그러나 경제적인 측면에서 민간의료기관에 비하여 급여수준이 낮고, 생활여건 측면에서도 의료원이 지방 시·읍지역에 위치하고 있어 교육이나 문화여건이 상대적으로 열악하기 때문에 의사들이 의료원에 근무할 만한 장점이나 매력이 별로 없다는 점에서 현재의 조건으로는 의료원이 민간병원과 경쟁하

기에는 미흡한 상태이다.

이러한 결과 <표 3-3>에서와 같이 의사직의 경우 의사는 정원이 666명임에 비하여 현원은 567명으로 정원의 85.1%에 불과하고, 전공의는 정원이 183명임에 비하여 현원은 255명으로 139.3%에 달하여 전공의에 의존하고 있는 실정이다. 이러한 문제도 현지 출장시 확인할 수 있었다. 특히 농촌지역에 소재하고 있는 의료원의 경우 더 큰 문제로 지적되고 있었다.

라. 運營上의 自律性 未洽

의료원의 업무에 관한 주요 사항을 결의하게 하기 위하여 이사회를 두고 원장은 이사회의 의장이 된다(지방공사 강원도 의료원 설치조례 제16조 제1항, 제3항). 이러한 조례의 내용으로 미루어 보아 의료원의 주요 의사결정을 의료원장을 중심으로 한 이사회가 수행함으로써 의료원장의 의사결정권이 상당하리라고 예상된다. 그러나 현실적으로는 이사회에서 의결된 사항일지라도 주요 사항은 시·도지사의 승인을 받아야 한다.

예를 들면 의료원장이 내무부장관 및 시·도지사의 승인을 받아야 하는 주요 사항으로 「지방공사 강원도 의료원 설치조례」는 의료원의 분원설치(내무부장관 승인, 동 조례 제3조 제2항), 정관의 변경(도지사의 승인을 거쳐 내무부장관의 인가, 동 조례 제5조 제2항), 이사·감사의 임면(도지사의 승인, 동 조례 제10조 제2항, 제3항), 임원의 겸직제한(도지사의 허가, 동 조례 제15조), 사채의 발행 및 차관(도지사의 승인, 동 조례 제25조, 제26조 제1항), 기구 및 정원에 관한 사항, 임원 및 직원의 급여 및 퇴직수당 지급기준에 관한 사항, 중요한 재산의 취득관리 및 처분에 관한 사항, 기타 도지사가 필요하다고 인정하는 사항(도지사의 승인, 동 조례 제28조 제2항), 의료수가의 결정(도지사의 승인, 동 조례 제31조) 등을 규정하고 있다.

이러한 사항들은 결과적으로 의료원장에게 책임만 부과하고 권한은 부여하고 있지 않고 있어서 의료원의 자율적이고 책임있는 경영을 기대하기는 어려운 실정이다. 의료원 운영의 자율성 미흡은 현지 의료원장과의 면담에서 강한 불만을 야기하고 있음을 확인할 수 있었다.

第2節 事例地域의 醫療院

1. 運營現況

전국 34개 의료원가운데 사례지역 의료원으로 행정계층별, 지역별, 지역특성별, 병상규모별, 재정자립도, 특수병동 운영여부 등을 고려하여 선정하였음은 전술하였다.

이러한 기준 등을 고려하여 최종적으로 선정한 대구광역시의 대구의료원, 경기도의 이천의료원, 강원도의 원주의료원, 충청북도의 충주의료원, 전라남도의 강진의료원을 대상으로 각 의료원의 운영현황을 살펴보면 다음과 같다.

가. 大邱醫療院

대구광역시 서구에 위치하고 있는 대구의료원은 대구광역시 일원을 진료권역으로 하고 있다. 대구광역시의 병원급 이상 의료기관으로는 1996년말 현재 14개 종합병원(6,153병상), 16개 병원(1,574병상) 등 30개 병원이 소재하고 있다.

대구의료원은 1962년 대구시립병원을 현위치로 신축·이전하여 개원한 이후 1983년 지방공사 대구의료원으로 전환되었다. 그 후 1986년과 1992년 대구의료원의 본관과 신관(특수병동 : 마약 등)을 신축·준공하여 일반진료사업, 전염병, 마약환자 등 공공보건의료사업을 수행하고 있다.

1996년말 현재 대구의료원의 인가병상수는 300병상이나 실제 가동병상수는 264병상으로 88.0%에 이르고 있고, 진료과는 3개의 진료지원과를 포함하여 17개과가 있으며, 인력은 정원 273명에 현원 264명(의료직 125명, 의료기사직 22명, 사무직 31명, 기능직 77명, 일용직 9명)이 종사하고 있다.

1996년도 대구의료원의 환자진료실적을 살펴보면 105,327명의 입원환자와 161,984명의 외래환자 등 총 267,311명을 진료하였고, 이 가운데 의료보호환자는 48,334명으로 전체의 18.1%를 차지하고 있다.

1996년도 대구의료원의 손익현황은 11,764백만원의 의업수입과 12,338백만원의 의업비용으로 574백만원의 당기순손실이 발생하였다. 그러나 이것은 전년도 946백만원의 당기순손실에 비하면 다소 개선되었다고 할 수 있다.

1994년도부터 1996년도까지 대구의료원의 경영분석지표별 현황을 살펴보면 <표 3-4>와 같다.

대구의료원의 운영현황을 경영분석지표별로 살펴보면 <표 3-4>와 같이

첫째, 재정자립도의 경우 의업수지관리, 요소별 원가관리, 의업수입 증대노력 등 전반적인 면에서 대체로 개선되고 있으나 인건비의 비율이 높아지고 있다.

둘째, 인력관리의 경우는 직원당 환자수, 의료기사 1인당 수입이 증가되고 있으나 병상당 직원수가 높아지고 있는 것으로 나타났다.

셋째, 시설 및 의료기구 이용률의 경우 병상이용률은 다소 높아지고 있으나 응급환자 입원률은 급격히 감소하고 있다.

<표 3-4> 大邱醫療院 經營分析指標別 推移

구분			1994	1995	1996
1.재정자립도	•의업수지관리	- 총수지비율(%)	100.0	91.4	95.4
		- 의업수지비율(%)	100.6	99.5	102.4
		- 입원환자1인1일당 진료수입(원)	60,026	62,771	68,079
		- 외래환자1인1일당 외래수입(원)	24,606	26,447	30,507
		- 의사 1인당 의업수입(천원)	200,977	213,215	227,461
	•요소별원가관리	- 의료약재비비율(%)	33.5	31.1	28.8
		- 재료비비율(%)	38.6	35.8	32.8
		- 인건비비율(%)	42.5	47.3	48.1
		- 관리비비율(%)	18.3	22.1	20.5
	•의업수입증대노력	- 의업수입증가율(%)	111.2	102.0	116.1
2.인력관리	• 병상당직원수	- 병상당직원수(명)	0.79	0.84	0.87
	•직원당환자수	- 의료직1인1일 조정환자수(명)	3.19	2.89	2.99
		- 관리직1인1일 조정환자수(명)	4.45	4.16	4.27
	•의료기사1인당수입	- 방사선사1인1일당 수입(원)	373,272	232,190	236,431
		- 임상병리1인1일당 수입(원)	363,019	339,101	362,482
3.시설 및 의료기구 이용률	•병상이용률	- 병상이용률(%)	94.4	86.9	88.0
	•응급환자입원률	- 응급환자입원률(%)	21.0	20.3	9.3
4.환자진료관리	•환자진료실적	- 1일 평균 입원환자수(명)	279	261	264
		- 1일 평균 외래환자수(명)	425	495	564
		- 직원 1인당 환자수(명)	2.66	2.63	2.76
		- 의사 1인당 환자수(명)	19.1	20.7	20.2
		- 평균 재원일수(일)	14.5	13.4	13.7

자료: 지방공사 대구의료원, 1996년도 결산서, 1997.

넷째, 환자진료관리의 경우는 입원환자수·외래환자수, 직원 1인당 환자수는 증가하고 있으나 의사 1인당 환자수는 감소하고 있고 평균 재원일수가 길어지고 있다.

나. 利川醫療院

경기도 이천시 이천읍에 위치하고 있는 이천의료원은 이천시를 비롯하여 여주군, 광주군 일원을 진료권역으로 하고 있다. 이천관내 의료기관으로는

1996년말 현재 4개 병원(469병상), 44개 의원(234병상) 등이 소재하고 있다.

이천의료원은 1934년 12월 수원 자혜병원 이천출장소로 출발하여 1946년 4월 경기도립 이천병원으로 승격되었고, 1983년 지방공사 경기도 이천의료원으로 전환되었다.

1996년말 현재 이천의료원의 인가병상수는 75병상이나 실제 가동병상수는 53병상으로 70.7%에 불과하고, 진료과는 2개의 진료지원과를 포함하여 13개과가 있으며, 인력은 정원 90명에 현원 81명(의료직 31명, 의료기사직 9명, 사무직 13명, 기능직 21명, 일용직 7명)이 종사하고 있다.

1996년도 이천의료원의 환자진료실적을 살펴보면 19,355명의 입원환자와 62,850명의 외래환자 등 총 82,205명을 진료하였고, 이 가운데 의료보호환자는 17,526명으로 전체의 21.3%를 차지하고 있다.

1996년도 이천의료원의 손익현황은 3,476백만원의 의업수입과 3,555백만원의 의업비용으로 79백만원의 당기순손실이 발생하였다. 이것은 전년도 48백만원의 당기순손실에 비하면 64.5%가 증가한 것으로 경영이 더욱 악화된 것을 의미한다.

1994년도부터 1996년도까지 이천의료원의 경영분석지표별 운영현황을 살펴보면 위의 <표 3-5>와 같다.

이천의료원의 운영현황을 경영분석지표별로 살펴보면 <표 3-5>와 같이

첫째, 재정자립도의 경우 의업수지관리, 요소별 원가관리, 의업수입 증대노력 등 전반적인 면에서 대체로 악화되고 있으며 특히 인건비의 비율이 다른 의료원에 비하여 높다.

<표 3-5> 利川醫療院 經營分析指標別 推移

구분			1994	1995	1996
1.재정자립도	•의업수지관리	- 총수지비율(%)	109.4	118.8	115.5
		- 의업수지비율(%)	77.6	92.4	85.6
		- 입원환자1인1일당 진료수입(원)	36,893	45,993	46,335
		- 외래환자1인1일당 외래수입(원)	19,469	18,180	20,664
		- 의사 1인당 의업수입(천원)	203,567	385,925	445,567
	•요소별 원가관리	- 의료약재비비율(%)	38.7	37.2	40.5
		- 재료비비율(%)	44.3	41.4	45.2
		- 인건비비율(%)	65.7	57.3	52.4
		- 관리비비율(%)	19.0	17.7	25.9
	•의업수입 증대노력	- 의업수입증가율(%)	99.1	136.3	109.0
2.인력관리	• 병상당 직원수	- 병상당직원수(명)	1.14	1.15	1.09
	•직원당 환자수	- 의료직1인1일 조정환자수(명)	2.40	2.56	3.15
		- 관리직1인1일 조정환자수(명)	5.52	2.87	3.20
	•의료기사1인당수입	- 방사선사1인1일당 수입(원)	-	-	-
		- 임상병리1인1일당 수입(원)	-	-	-
3.시설 및 의료기구 이용률	•병상 이용률	- 병상이용률(%)	63.25	75.01	70.70
	•응급환자 입원률	- 응급환자입원률(%)	1.90	1.59	7.03
4.환자 진료관리	•환자진료 실적	- 1일 평균 입원환자수(명)	47.44	56.26	53.0
		- 1일 평균 외래환자수(명)	180.63	190.45	209.50
		- 직원 1인당 환자수(명)	2.30	2.43	2.75
		- 의사 1인당 환자수(명)	15.42	20.64	24.50
		- 평균 재원일수(일)	-	-	64.09

자료 : 지방공사 경기도 이천의료원, 1996년도 결산서, 1997.

둘째, 인력관리의 경우에는 직원당 환자수가 증가되고 있으나 병상당 직원수도 다른 의료원에 비하여 높게 나타났다.

셋째, 시설 및 의료기구 이용률의 경우 응급환자 입원률은 급격히 증가되고 있으나 병상이용률이 매우 낮은 편이다.

넷째, 환자진료관리의 경우는 외래환자수, 직원·의사 1인당 환자수는 증가하고 있으나 입원환자수가 감소하고 있으며 평균 재원일수가 사례지역 의료원가운데 가장 길게 나타났다.

다. 原州醫療院

강원도 원주시 개운동에 위치하고 있는 원주의료원은 원주시를 비롯하여 횡성군 등 인접군 일원의 39만명을 진료권역으로 하고 있다. 원주관내 의료기관으로는 1996년말 현재 2개 종합병원(1,250병상), 5개 병원(360병상), 70개 의원(311병상) 등이 소재하고 있다.

원주의료원은 1942년에 개원하여 1983년 지방공사 강원도 원주의료원으로 전환되었다. 그 후 1984년에는 80병상에서 150병상으로 증축하였고, 1993년에는 300병상의 병원을 신축·준공하였으며, 1995년에는 의료장비 40여종을 첨단화하기도 하였다.

1996년말 현재 원주의료원의 인가병상수는 300병상이나 실제 가동병상수는 270병상으로 90.0%에 이르고 있고, 진료과는 4개의 진료지원과를 포함하여 18개과가 있으며, 인력은 정원 220명에 현원 228명(의료직 104명, 의료기사직 16명, 사무직 26명, 기능직 51명, 일용직 16명)이 종사하고 있다.

1996년도 원주의료원의 환자진료실적을 살펴보면 97,209명의 입원환자와 123,394명의 외래환자 등 총 220,603명을 진료하였고, 이 가운데 의료보호환자는 21,886명으로 전체의 9.9%를 차지하여 그 비율이 다른 의료원에 비하여 가장 낮게 나타났다.

1996년도 원주의료원의 손익현황은 11,374백만원의 의업수입과 13,827백만원의 의업비용으로 2,453백만원의 당기순손실이 발생하였다. 이것은 전년도 3,006백만원의 당기순손실에 비하면 다소 개선된 것이라 하겠다.

1994년도부터 1996년도까지 원주의료원의 경영분석지표별 운영현황을 살펴보면 위의 <표 3-6>과 같다.

<표 3-6> 原州醫療院 經營分析指標別 推移

구 분			1994	1995	1996
1.재정자립도	•의업수지관리	- 총수지비율(%)	79.6	75.9	82.3
		- 의업수지비율(%)	78.8	78.3	79.1
		- 입원환자1인1일당 진료수입(원)	67,205	62,928	69,607
		- 외래환자1인1일당 외래수입(원)	25,578	30,260	32,109
		- 의사 1인당 의업수입(천원)	264,116	254,948	269,496
	•요소별원가관리	- 의료약재비비율(%)	37.3	33.0	37.5
		- 재료비비율(%)	46.2	40.0	44.5
		- 인건비비율(%)	56.7	47.4	46.3
		- 관리비비율(%)	23.9	31.5	30.0
	•의업수입증대노력	- 의업수입증가율(%)	123.6	104.9	118.0
2.인력관리	• 병상당직원수	- 병상당직원수(명)	0.8	0.8	0.8
	•직원당환자수	- 의료직1인1일 조정환자수(명)	2.4	2.7	3.0
		- 관리직1인1일 조정환자수(명)	4.3	4.3	4.8
	•의료기사1인당수입	- 방사선사1인1일당 수입(천원)	411	479	556
		- 임상병리1인1일당 수입(천원)	246	292	372
3.시설 및 의료기구 이용률	•병상이용률	- 병상이용률(%)	85.1	87.4	98.6
	•응급환자입원률	- 응급환자입원률(%)	3.2	4.1	2.6
4.환자진료관리	•환자진료실적	- 1일 평균 입원환자수(명)	220	226	266
		- 1일 평균 외래환자수(명)	288	302	338
		- 직원 1인당 환자수(명)	845	877	968
		- 의사 1인당 환자수(명)	15.7	20.7	24.2
		- 평균 재원일수(일)	11.9	11.7	13.0

자료 : 지방공사 강원도 원주의료원, 1996년도 결산서, 1997.

원주의료원의 운영현황을 경영분석지표별로 살펴보면 <표 3-6>과 같이

첫째, 재정자립도의 경우 의업수지관리, 요소별 원가관리, 의업수입 증대노력 등 전반적인 면에서 대체로 개선되고 있는 것으로 나타나고 있으나 의료약재비비율, 재료비비율이 높아지고 있고 인건비의 비율도 다른 의료원에 비하여 높게 나타났다.

둘째, 인력관리의 경우에는 병상당 직원수의 변화가 없고, 의료직·관리직 모두 환자수가 증가되고 있으며 의료기사 1인당 수입도 증가되고 있다.

셋째, 시설 및 의료기구 이용률의 경우 병상당 이용률은 증가되고 있으나, 응급환자 입원률은 급격히 감소되고 있다.

넷째, 환자진료관리의 경우는 입원환자수·외래환자수, 직원·의사 1인당 환자수 모두 증가하고 있으나 평균 재원일수가 길어지고 있다.

라. 忠州醫療院

충청북도 충주시 문화동에 위치하고 있는 충주의료원은 충주시를 비롯하여 제천시, 괴산군, 음성군, 단양군 등 인접 시·군 일원의 54만명을 진료권역으로 하고 있다. 충주관내 의료기관으로는 1996년말 현재 2개 종합병원(529병상), 2개 병원(157병상), 108개 의원(279병상) 등이 소재하고 있다.

충주의료원은 1937년에 도립청주병원 충주분원으로 개원하여 1940년 충청도립 충주의원, 1952년 충청북도립 충주병원으로 승격되었고, 1983년 지방공사 충청북도 충주의료원으로 전환되었다. 그 후 1987년에는 120병상 14개과의 종합병원으로 개원하였고, 1993년에는 진폐환자 지정병원으로 지정받아 진폐환자병동을 운영하고 있다.

1996년말 현재 충주의료원의 인가병상수는 120병상이나 실제 가동병상수는 166병상으로 138.3%에 이르고 있고, 진료과는 2개의 진료지원과를 포함하여 14개과가 있으며, 인력은 정원 118명에 현원 125명(의료직 57명, 의료기사직 11명, 사무직 15명, 기능직 27명, 일용직 15명)이 종사하고 있다.

1996년도 충주의료원의 환자진료실적을 살펴보면 60,445명의 입원환자와 71,961명의 외래환자 등 총 132,406명을 진료하였고, 이 가운데 의료보호환자는 25,647명으로 전체의 19.4%를 차지하고 있다.

1996년도 충주의료원의 손익현황은 5,577백만원의 의업수입과 5,985백만원의 의업비용으로 408백만원의 당기순손실이 발생하였다. 이것은 전년도

274백만원의 당기순손실에 비하면 48.9%가 증가한 것으로 경영이 더욱 악화된 것이다.

1994년도부터 1996년도까지 충주의료원의 경영분석지표별 현황을 살펴보면 <표 3-7>과 같다.

<表 3-7> 忠州醫療院 經營分析指標別 推移

구분			1994	1995	1996
1.재정자립도	•의업수지관리	- 총수지비율(%)	91.2	94.6	93.2
		- 의업수지비율(%)	89.3	89.1	88.5
		- 입원환자1인1일당 진료수입(원)	36,007	36,852	42,578
		- 외래환자1인1일당 외래수입(원)	14,249	17,276	19,547
		- 의사 1인당 의업수입(천원)	203,577	214,617	208,723
	•요소별원가관리	- 의료약재비비율(%)	31.0	27.6	30.1
		- 재료비비율(%)	39.3	34.1	37.5
		- 인건비비율(%)	58.5	60.9	57.8
		- 관리비비율(%)	19.6	22.9	23.2
	•의업수입증대노력	- 의업수입증가율(%)	139.7	108.3	115.1
2.인력관리	•병상당직원수	- 병상당직원수(명)	0.97	1.02	1.25
	•직원당환자수	- 의료직1인1일 조정환자수(명)	3.1	3.2	3.0
		- 관리직1인1일 조정환자수(명)	7.8	6.3	6.2
	•의료기사1인당수입	- 방사선사1인1일당 수입(원)	163,656	193,183	223,182
		- 임상병리1인1일당 수입(원)	114,466	141,891	250,615
3.시설 및 의료기구이용률	•병상이용률	- 병상이용률(%)	135.6	136.0	138.0
	•응급환자입원률	- 응급환자입원률(%)	17.6	10.6	7.9
4.환자진료관리	•환자진료실적	- 1일 평균 입원환자수(명)	163	163	166
		- 1일 평균 외래환자수(명)	288	246	240
		- 직원 1인당 환자수(명)	3.4	3.0	2.9
		- 의사 1인당 환자수(명)	30.7	26.1	22.7
		- 평균 재원일수(일)	16.6	13.7	20.3

자료 : 지방공사 충청북도 충주의료원, 1996년도 결산서, 1997.

충주의료원의 운영현황을 경영분석지표별로 살펴보면 <표 3-7>과 같이 첫째, 재정자립도의 경우 의업수지관리, 요소별 원가관리, 의업수입 증대

노력 등 전반적인 면에서 악화되고 있고, 특히 인건비의 비율이 매우 높게 나타났다.

둘째, 인력관리의 경우 의료기사 1인당수입은 증가하였으나, 병상당 직원수가 많아지고 직원당 환자수는 감소하고 있다.

셋째, 시설 및 의료기구 이용률의 경우 병상당 이용률은 증가되고 있으나, 응급환자 입원률은 오히려 감소되고 있다.

넷째, 환자진료관리의 경우는 1일 평균 입원환자수의 증가를 제외하고는 외래환자수, 직원·의사 1인당 환자수 모두 증가하고 있으며 평균 재원일수가 길어지고 있다.

마. 康津醫療院

전라남도 강진군 강진읍에 위치하고 있는 강진의료원은 강진읍을 비롯하여 장흥군, 완도군, 해남군 일원을 진료권역으로 하고 있다. 강진관내 의료기관으로는 1996년말 현재 4개 종합병원(711병상), 2개 병원(100병상), 33개 의원(52병상) 등이 소재하고 있다.

강진의료원은 1947년 도립강진병원으로 설립되었고 1982년 도립병원 현대화계획에 의거하여 현재의 건물로 신축·이전하였으며, 1983년 지방공사 전라남도 강진의료원으로 전환되었다. 그 후 1990년에는 병원급에서 종합병원으로 승격되었고, 1991년에는 2층 80병상을 3층 185병상으로 건물을 증축하였다.

1996년말 현재 강진의료원의 인가병상수는 185병상이나 실제 가동병상수는 130병상으로 70.3%에 불과하고, 진료과는 2개의 진료지원과를 포함하여 18개과가 있으며, 인력은 정원 144명에 현원 142명(의료직 62명, 의료기사직 18명, 사무직 20명, 기능직 23명, 일용직 19명)이 종사하고 있다.

1996년도 강진의료원의 환자진료실적을 살펴보면 47,387명의 입원환자와 84,479명의 외래환자 등 총 131,866명을 진료하였고, 이 가운데 의료보호환자는 24,031명으로 전체의 18.2%를 차지하고 있다.

1996년도 강진의료원의 손익현황은 5,702백만원의 의업수입과 5,855백만원의 의업비용으로 153백만원의 당기순손실이 발생하였다. 이것은 전년도 216백만원의 당기순이익이 발생한 것과 비교하면 경영이 매우 악화된 것이

<表 3-8> 康津醫療院 經營分析指標別 推移

구분			1994	1995	1996
1.재정자립도	•의업수지관리	- 총수지비율(%)	100.0	104.0	97.4
		- 의업수지비율(%)	98.0	104.0	101.0
		- 입원환자1인1일당 진료수입(원)	63,590	73,767	67,844
		- 외래환자1인1일당 외래수입(원)	20,044	22,532	24,477
		- 의사 1인당 의업수입(천원)	177,202	278,073	237,749
	•요소별원가관리	- 의료약재비율(%)	36	31	30
		- 재료비율(%)	37	34	30
		- 인건비율(%)	50	48	45
		- 관리비율(%)	16	20	17
	•의업수입증대노력	- 의업수입증가율(%)	114	111	92
2.인력관리	•병상당직원수	- 병상당직원수(명)	0.9	1.0	1.0
	•직원당환자수	- 의료직1인1일 조정환자수(명)	2.5	2.3	2.2
		- 관리직1인1일 조정환자수(명)	5.5	5.0	5.0
	•의료기사1인당수입	- 방사선사1인1일당 수입(천원)	62	100	311
		- 임상병리1인1일당 수입(천원)	87	87	185
3.시설 및 의료기구 이용률	•병상이용률	- 병상이용률(%)	76	73	70
	•응급환자입원률	- 응급환자입원률(%)	4.2	3.9	3.9
4.환자진료관리	•환자진료실적	- 1일 평균 입원환자수(명)	140	135	130
		- 1일 평균 외래환자수(명)	335	330	282
		- 직원 1인당 환자수(명)	2.7	2.9	2.6
		- 의사 1인당 환자수(명)	21.9	29.0	22.6
		- 평균 재원일수(일)	-	10.5	9.4

자료 : 지방공사 전라남도 강진의료원, 1996년도 결산서, 1997.

다.

1994년도부터 1996년도까지 강진의료원의 경영분석지표별 현황을 살펴보면 앞의 <표 3-8>과 같다.

강진의료원의 운영현황을 경영분석지표별로 살펴보면 <표 3-8>과 같이

첫째, 재정자립도의 경우 재료비비율, 관리비비율, 인건비비율 등 요소별 원가관리는 다소 양호해졌으나, 총수지비율 등 의업수지관리, 의업수입증가율 등 의업수입 증대노력은 전반적으로 악화되고 있고, 인건비의 비율이 다소 높게 나타났다.

둘째, 인력관리의 경우는 병상당 직원수, 직원당 환자수는 크게 변화하지 않았으나 의료기사 1인당수입은 크게 개선되었다.

셋째, 시설 및 의료기구 이용률의 경우 병상당 이용률, 응급환자 입원률은 오히려 감소하는 경향을 보이고 있다.

넷째, 환자진료관리의 경우는 평균재원일수가 다소 감소한 것외에는 1일 평균 입원환자수 및 외래환자수, 직원·의사 1인당 환자수 모두 감소하였다.

이상의 내용을 종합적으로 비교해 보면 <표 3-9>와 같다. 다만 전술한 바와 같이 사례지역 의료원에서는 경영분석지표별 운영현황이 1996년도까지 자료가 제시되었으나, 여기에서는 전국 의료원의 1996년도 결산자료가 아직 발간되지 않은 관계(결산자료는 대체로 다음 연도말에 발간됨)로 인하여 비교의 일관성을 확보하기 위하여 1992년부터 1995년도까지 4년치의 자료를 비교하였다.

<표 3-9>에서 나타나는 특징을 요약해 보면 전국 의료원의 경우 1992년도와 1993년도에 비하여 대체로 총수지비율, 의업수지비율, 재료비비율 등은 낮아지는 반면, 의사 1인당 의업수익, 인건비비율, 관리비비율, 의업수입증가율, 외래초진증가율, 병상이용률, 의사 1인당 환자수는 증가하는 경향을 보

<표 3-9> 全國과 事例地域 醫療院의 經營分析指標別 綜合比較

구 분		총수지비율	의업수지비율	의사 1인당 의업수익	재료비율	인건비율	관리비율	의업수입증가율	외래초진증가율	병상당직원수	병상이용률	의사 1인당 환자수
전국	1992	95.0	90.2	205,282	40.0	50.4	19.6	122.5	104.3	0.9	93.9	26.1
	1993	95.8	91.5	206,156	40.8	47.2	27.2	113.6	104.2	0.9	86.7	22.2
	1994	95.6	95.1	266,220	-	41.9	14.2	115.0	111.0	0.9	86.3	19.1
	1995	92.5	88.4	274,434	38.5	47.7	28.7	115.6	116.3	0.9	92.7	28.4
대구	1992	95.0	100.0	223,269	37.0	45.0	18.0	128.0	100.0	0.8	82.0	19.8
	1993	92.9	97.0	231,134	42.0	48.7	11.9	117.0	107.0	0.8	92.0	18.7
	1994	100.0	100.6	200,977	38.6	42.8	18.3	111.2	68.7	0.8	94.4	19.1
	1995	91.4	93.7	213,215	35.8	47.3	22.1	102.0	104.0	0.8	86.9	20.7
인천	1992	94.0	71.0	76,321	35.0	55.0	17.0	161.0	165.0	1.0	71.0	12.5
	1993	100.3	86.0	111,645	34.1	59.6	22.5	126.7	123.4	1.1	91.7	27.7
	1994	73.9	64.8	203,567	44.3	65.7	19.0	99.1	100.0	1.1	63.3	16.3
	1995	98.3	86.0	197,634	39.7	49.1	27.5	136.3	120.0	1.2	76.3	20.6
원주	1992	91.0	85.0	191,126	50.0	43.0	14.0	111.0	93.0	0.9	92.0	13.5
	1993	88.3	84.6	213,631	46.6	50.1	21.3	102.0	92.0	0.8	99.0	13.8
	1994	79.6	78.8	264,116	46.2	56.7	23.9	123.6	81.8	0.8	85.1	15.7
	1995	75.9	78.3	336,984	40.0	47.4	31.5	105.0	169.0	0.8	87.4	20.7
충주	1992	86.0	77.0	168,027	39.0	71.0	20.0	110.0	99.0	1.0	90.0	21.4
	1993	95.0	79.8	178,700	35.3	66.6	23.3	99.6	107.9	0.9	78.3	22.3
	1994	91.2	85.1	259,238	39.3	58.5	19.6	139.7	94.5	1.0	135.6	30.7
	1995	94.6	89.1	247,980	34.1	63.4	22.9	108.3	116.8	1.0	136.0	26.1
강진	1992	98.0	92.0	243,708	47.0	44.0	17.0	129.0	113.0	0.9	99.0	22.2
	1993	98.0	105.0	152,113	42.0	47.0	16.0	106.0	116.0	1.1	73.0	22.2
	1994	100.0	98.0	759,057	37.0	50.0	16.0	114.0	123.0	0.9	76.0	21.9
	1995	103.7	103.5	418,462	34.1	48.0	20.3	111.2	112.0	1.0	72.9	29.0

자료 : 내무부, 지방공기업결산 및 경영분석, 1992, 1993, 1994, 1995.

이고 있다. 의료원 운영의 건전성을 확보하기 위해서는 총수지비율, 의업수지비율, 의사 1인당 의업수익, 의업수입증가율, 외래초진증가율, 병상이용률, 의사 1인당 환자수는 증가하여야 하고, 반대로 재료비비율, 인건비비율, 관리비비율, 병상당 직원수는 감소하여야 하는데 그렇지 못한 형편이다. 또한 증가하여 할 지표의 증가폭은 미미한 반면, 감소하여야 할 지표는 오히려 그 폭이 커서 의료원 운영에 어려움을 가중시키고 있다.

다음으로 사례지역별 의료원가운데에서는 1995년도의 경우 강진의료원이

총수지비율, 의업수지비율, 의사 1인당 의업수익, 의사 1인당 환자수에서 가장 높게 나타난 반면, 관리비비율은 가장 낮게 나타나 다른 의료원에 비하여 비교적 양호하게 운영되고 있음을 알 수 있다.

그러나 원주의료원은 외래초진증가율이 높고, 병상당 직원수가 가장 낮다는 점에서 긍정적이라 할 수 있으나 총수지비율, 의업수지비율이 가장 낮게 나타난 반면, 재료비비율, 관리비비율은 가장 높게 나타나 부정적인 측면이 발견된다. 또한 이천의료원의 경우도 의업수입증가율은 가장 높게 나타났으나 의사 1인당 의업수익, 의사 1인당 환자수는 가장 낮고 병상당 직원수는 가장 높은 것으로 나타나 역시 부정적인 측면이 적지 않다. 대구의료원의 경우는 인건비비율, 병상당 직원수가 낮다는 점에서 긍정적이나 의업수입증가율, 외래초진증가율이 낮다는 문제점이 있다. 다만 충주의료원은 병상이용률이 가장 높으나 역시 인건비비율이 높아 이에 대한 대책 등이 요구된다고 하겠다.

2. 問題點

이상과 같이 5개 사례지역 의료원의 실태를 분석하였는 바 의료원마다 유사한 문제점을 갖고 있다. 따라서 공통적으로 나타나는 문제점을 종합적으로 정리해 보면 다음과 같다.

첫째, 의료원의 인건비 비중이 높다는 점이다. 의료원은 자본집약적 산업이면서도 노동집약적인 산업에 속하고 있어서 고정비인 인건비와 관리비가 많이 든다고 할 수 있다. 특히 인건비는 의료원의 의업비용중 가장 높은 비중을 차지하고 있는 것이 일반적이다. 그러나 사례지역별 의료원 운영현황에서 살펴본 바와 같이 1996년도 인건비의 비중은 대구의료원이 48.1%, 이천의료원이 52.4%, 원주의료원이 46.3%, 충주의료원이 57.8%, 강진의료원이

45.0%로 나타나, 많은 병원에서 인건비가 의업수입의 45%를 넘으면 적자로 돌아설 수 밖에 없다는 인식에서 인건비의 비중을 줄이려는 노력과는 대조적이다.[14]

둘째, 병상이용률이 낮다는 점이다. 마찬가지로 1996년도의 경우 충주의료원의 136%를 제외하고는 대구의료원 88.0%, 이천의료원 70.7%, 강진의료원 70.0%로 민간병원과 공공병원, 일반병원과 특수병원을 합친 전체 병원의 전국 평균치인 75.1%(전체병원가운데 특수병원을 제외한 일반병원의 경우는 76.8%, 종합병원의 경우에도 3차병원은 92.2%, 300병상이상은 81.7%, 160병상이상 299병상은 81.1%, 160병상미만은 85.2%, 병원급은 70.7%)에 미치지 못하고 있다.[15]

셋째, 평균 재원일수가 길다는 점이다. 재원일수가 길어지면 입원환자당 평균진료비가 낮아져 수익성도 낮아지게 된다. 그것은 입원환자에 대한 의료서비스가 주로 5 - 7일내에 집중적으로 투입되기 때문에 이 기간중에는 이익이 발생되지만 7 - 9일이 넘어서면 의료서비스가 단순해져 적자가 발생하고 이에 따라 기존의 이익을 감소시키기 때문이다. 5개의 사례지역 의료원가운데에는 평균 재원일수가 강진이 9.4일로 가장 짧게 나타났고, 이어 원주의료원 13.0일, 대구의료원 13.7일, 충주의료원 20.3일로 나타난 반면, 이천의료원은 무려 64.09일로 나타났다. 이것은 특수병원을 제외한 일반병원의 전국 평균치인 12.8일(160병상미만 12.6일, 160병상이상 299병상까지 13.2일, 300병상이상 13.3일, 3차병원 12.5일, 병원급 12.5일)보다 평균 재원일수가 대체로 길게 나타났다.

---

14) 현대병원경영연구소, 전게서, p. 80.

15) 병상이용률은 종합병원, 병원에 따라 다르고, 종합병원가운데에서도 병상수에 따라 다르며, 공공병원·민간병원, 대도시·중소도시·읍면지역에 따라 달리 나타나고 있다. 자세한 내용은 한국보건의료관리연구원, '95병원경영분석, 1996. 12, pp. 232~242 참조.

넷째, 인력관리면에서 병상당 직원수가 많은 것으로 나타났다. 이미 <표 3-8>의 종합비교에서 살펴본 바와 같이 1995년도 전국 의료원의 병상당 직원수는 평균 0.9명으로 나타났는데 비해 대구와 원주의 0.8명을 제외하면 충주, 강진은 1.0명, 이천은 무려 1.2로 나타나 병상당 직원수가 적지 않은 것으로 나타났다. 더욱이 충주의료원은 1996년도에 병상당 직원수가 1.3명으로 증가하여 인력관리에 많은 문제가 있음을 보여주고 있다.

第4章 醫療院 運營體制의 改編方案

제4장에서는 전국과 사례지역 의료원의 운영현황에서 도출된 문제점을 중심으로 개편의 필요성을 모색하고 의료원의 운영체제로써 개편가능한 방안을 제시하는 한편, 개편방안의 장·단점, 유형별 바람직한 의료원의 조건 등을 제시하여 실현가능성이 높은 개편방안과 이를 실현하기 위한 유형별 추진전략을 제시하고자 한다.

第1節 改編의 必要性

1. 醫療院의 役割과 機能 再定立

의료원 설치조례에 의하면 의료원은 '지역주민의 보건위생에 필요한 의료의 제공 및 운영을 담당하기 위한 지방공사 의료원을 설립하여 주민의 진료와 질병 등에 대한 임상연구, 의료요원의 훈련을 통하여 주민의 보건향상에 기여하고 지역의료발전을 도모함을 목적"(제1조)으로 '① 진료사업, ② 전염병예방 등 공공의 보건의료사업, ③ 질병에 대한 임상연구, ④ 전공의의 수련 및 의료요원의 훈련, ⑤ 기타 지역주민의 보건향상에 필요한 사업"(제7조)을 수행하도록 규정하고 있다.

그러나 이러한 목적과 사업은 현실적으로 선언적 의미를 지니는 측면이

강하다는 점이다. 즉, 임상연구는 인력이나 시설, 장비, 연구비의 지원 등 재정적인 측면에서 의료원이 한계를 가지고 있고, 의료요원의 훈련 또한 마찬가지이기 때문이다. 반면 가까운 장래에 임상연구나 의료요원에 대한 훈련기능이 활성화되기도 어렵다는 점이다. 따라서 현실적으로 질병의 치료를 위한 진료사업에 치중하고 있어서 민간의료기관과 마찬가지로 의료원의 운영목적이 지역주민들에게 치료를 중심으로 한 기본적 의료서비스를 제공하고 있는 것이다.

그런가 하면 의료원의 성격을 규명하고 있는 지방공기업법 제3조는 지방공사인 의료원도 항상 기업의 경제성과 공공복리를 증대하도록 운영할 것을 명시하고 있으나 보건의료제도가 공공의료기관에 독점적으로 주어지지 않은, 다시 말하면 민간의료기관이 주된 의료서비스를 제공하고 있는 현재의 의료환경하에서는 의료원이 공공성을 유지하면서 경제성을 제고한다는 것은 극히 어려운 일이라 하겠다.

결국 공공의료기관으로서의 의료원도 실질적인 목적은 점차 지역주민들에게 필수적이고도 기본적인 의료서비스를 제공하는 기관으로 설정하여야 할 것이다. 다만 중소도시나 군지역에 소재하고 있는 의료원의 경우는 민간의료기관과 경쟁을 하기보다는 민간의료기관이 소홀히 하는 진료기능이나 민간진료기관이 기피하는 분야를 담당함으로써 의료원의 공공성을 제고하는 것이 바람직하다고 하겠다. 예를 들면 일반진료기능에 비하여 행려 및 전염병환자와 영세민 및 보호환자의 진료, 사고사 등으로 인한 사체의 검안이나 검시, 영안실의 운영 등 직접 의료원의 부수적 의료업무를 통한 지역사회봉사, 지역사회단체, 학교, 주민을 대상으로 건강에 관련된 교육프로그램의 개발·제공 등을 들 수 있다. 이를 위하여는 의료원의 채산성이나 생산성의 향상과는 상관없이 이루어져야한다는 점에서 지방자치단체의 충분한 지원이

전제되어야 한다.

2. 醫療環境變化에 따른 對應性 提高

의료원의 전신인 시·도립병원은 복지국가 건설이라는 국가정책 차원에서 양질의 의료서비스를 보다 저렴하게 공급함으로써 의료취약지역과 특수질병에 대한 의료기회의 확대를 이룩하고 서민층의 복지수준을 향상시키기 위하여 설립·운영되어 왔다.

이러한 시·도립병원의 일차적인 목적이 양질의 의료서비스를 저렴하게 제공하여야 한다는 공익성 추구로 인하여 경영이 부실해졌고, 이로 인하여 지방자치단체의 재정압박요인으로도 작용하게 되었다.

이에 정부는 시·도립병원의 경영효율화와 재정자립을 도모할 목적으로 1982년 이후 시·도립병원을 직접경영체제에서 간접경영체제인 지방공사로 운영체제를 전환하였다.

지방공사화 이후 시·도립병원의 문제점인 의료서비스의 질적 향상과 재정적 압박요인은 다소 해소되기도 하였으나, 1980년대 이후 민간의료기관의 의료공급이 대폭 확대되는 한편, 저소득층에 대한 의료보험수가가 현실화되고, 1988년 지역의료보험이 실시됨에 따라 의료수요패턴이 크게 변화하게 되었음에도 불구하고 의료원의 시설, 장비는 물론 의료서비스 수준, 책임경영의식 등이 민간의료기관에 비하여 매우 낮게 나타나고 있는 실정이다.

따라서 민간의료기관 주도 등 의료환경 변화에의 대응성을 제고하기 위하여 의료원의 운영체제의 개편 필요성이 제기되고 있다.

3. 制度的 裝置의 補完

현재 의료원은 지방공사체제를 유지하고 있음에도 전술한 바와 같이 많은 문제점이 지적되어 왔다. 일반적으로 간접경영방식인 지방공사체제는 대량의 민간자금을 신속히 도입할 수 있고, 공기업관리자의 자주성이 제고되어 경영환경 변화에 능동적·탄력적 대응이 가능하며, 이를 근거로 책임경영체제를 실시할 수 있다는 것이다.

그러나 이것은 어디까지나 직접경영방식에 비하여 그러한 경향이 있다는 것이지 지방공사체제가 반드시 그렇다고는 할 수 없다. 의료원을 지방공사로 운영한 결과에서도 책임경영의식이 결여되어 있어 책임경영이 이루어지지 못하고 있고, 관리자의 운영상 자율성도 미흡하다는 것이 이를 뒷받침하고 있다.

이에 지방공사체제보다 더욱 책임경영제를 실시할 수 있고, 관리자의 자율성을 제고하기 위해서는 새로운 제도적 장치의 보완으로써 의료원 운영체제의 개편이 요구되고 있다.

第2節 改編代案 및 評價

1982년 7월 1일이후 직접경영체제의 시·도립병원에서 간접경영체제의 지방공사로 의료원의 운영체제를 전환하였음에도 불구하고 직접경영체제의 문제점이 그대로 상존하고 있음은 전술하였다. 따라서 의료원의 운영체제에 대한 별도의 대책이 요구된다.

실현가능한 의료원 운영체제의 개편대안으로는 다양하게 제시될 수 있으

나 의료원도 하나의 지방공기업이므로 지방공기업의 일반적 운영체제인 직접경영방식, 간접경영방식, 경영위탁방식만을 언급하고자 한다. 다만 의료원의 특성과 의료환경을 감안하여 지역별 특수병원의 설립이 가능하도록 하는 방안과 그래도 여의치 않은 경우 최후의 수단으로 완전 민영화하는 방안이 제시될 수 있다.

이하에서는 개편가능한 의료원 운영체제의 대안을 제시하고 각 대안의 장·단점을 평가해 보고자 한다.

1. 間接經營體制: 地方公社(現行 體制)

지방공사체제는 지방공기업법에 의하여 지방자치단체가 일정한 관여하에 공·사법상의 개별 법인을 설립하여 간접적으로 경영하는 형태를 말한다.

이러한 지방공사체제는 일반적으로 지방공기업의 간접경영방식이 가지고 있는 장점으로서 ① 대량의 민간자금을 신속히 도입할 수 있고, ② 공기업 관리자의 자주성이 제고되어 경영환경변화에 능동적·탄력적 대응이 가능하며, 이를 근거로 책임경영제를 실시할 수 있다는 점이다. 반면 지방공사체제는 ① 지방자치단체의 공공적 통제가 부족한 경우 서비스의 안정적 공급이 곤란하게 될 우려가 있고, ② 사고 등에 의하여 지방자치단체의 재정적 부담을 가중시킬 수 있으며, ③ 공공성의 사업을 수행하더라도 조세·금융 등 경영상의 메리트를 받기 어렵다는 단점이 있다.

지방공사체제가 갖고 있는 장·단점을 감안하여 우리나라 의료원가운데 지방공사체제를 유지하는 것이 바람직한 지역별 의료원의 여건으로는 ① 의료원이 위치한 지역에 민간의료기관이 부족하여 지역내 의료기관으로서의 역할을 충실하게 담당할 수 있는 지역의 의료원이거나, ② 의료원이 위치한

지역에 민간의료기관이 활성화되어 있어 민간의료기관이 주도적인 역할을 담당하고는 있으나 민간의료기관이 담당하지 못하는 일부의 진료기능이 있어 이를 보완할 필요가 있는 지역의 의료원이 그 대상이 된다고 할 수 있다. 여기에는 대체로 소규모의 시나 군에 위치한 의료원이 이에 해당될 것이다.

지방공사체제의 간접경영방식은 현행 의료원 운영체제의 유지라는 점에서 현재와 전혀 차이가 없다.

한편 지방공사 의료원은 지방공사체제로 전환되면서 기업성이 다소 호전되었다고는 하나 전국 의료원의 경영성과를 보면 민간의료기관과의 경쟁력이 미약하여 매년 적자가 급격히 증가하고 있는 실정이다.

특히 각 지방공사 의료원의 지역별 의료환경을 보면 일반종합병원과 대학부속병원이 관할구역내에 존재하는 경우 현행 의료원의 의료장비와 병상수로 이들과 경쟁하는데에는 무리가 따른다. 더욱이 현재와 같은 지방의료원의 노후 의료장비로는 환자의 기피증세로 의료수요의 신뢰성을 상실하게 되고 나아가 세입의 영세성을 모면하기 어려운 실정이라 하겠다. 그 결과 세입의 영세성은 유능한 인력 특히 의사의 확보, 직원의 보수 및 사기, 현대식 의료장비 구입 등에 영향을 미쳐 기업성은 커녕 공공성 확보도 곤란해질 우려까지 제기되고 있다.

따라서 의료사업의 보다 효율적인 경영관리를 위해서는 지역별 의료환경을 고려하여 특정 의료사업을 전문화할 수 있는 기관으로 전환하는 것도 바람직하다고 하겠다. 그것은 현재 34개에 대한 의료원을 전부 완전 민영화한다고 해서 의료전달체계상 크게 변화를 기대할 수 없고, 민간의료기관을 포함한 전국의 의료기관가운데에서 지방공사 의료원의 비중이 높지 않을 뿐 아니라 의료원만이라도 공공성을 유지하면서 수익성도 감안하여 지역별 특

성을 살릴 수 있도록 한다는 데에 의미가 있기 때문이다.

이에 지방공사체제를 유지하는 경우에도 의료원의 의료수입 증대를 도모하기 위해서는 정신병원, 치매병원 등 지역별 특수병원의 설립이 가능해야 한다는 것이 의료원의 원장과의 면담에서 제기되었다.

일본의 경우 동경도 간검진센터(간의 검진 및 연구활동), 동경도 신경과학종합연(뇌, 신경의 장애에 대한 연구), 동경도 임상의학 종합연(원인불명의 중요질환에 대한 연구), 동경도 정신의학 종합연(정신장애의 예방·치료), 동경도 노인 종합연(노화의 총체적 연구), 동경도 보건의료공사(개방병원의 설치·운영 및 지역의료의 조사연구) 등 의료사업을 세분화하여 특화하고 있다는 점은 시사하는 바가 있다고 하겠다.[16]

또한 우리나라의 경우도 고령화시대의 도래, 정신질환자의 증가, 선천이상환자의 증가, 만성퇴행성 질환 및 성인병의 증가, 교통사고사망자의 증가 등 상병발생 양상의 변화에 따라 전문병원화의 설치는 가능할 것으로 판단된다.

2. 經營委託體制

경영위탁체제는 기업경영의 합리성과 능률성을 제고시키기 위하여 시설은 지방자치단체의 소유로 하되 경영은 민간기업 등에 위탁하는 형태를 말한다. 경영위탁방식의 대표적인 것으로는 1997년 5월 마산의료원을 경상대학교 병원에 위탁하여 재개원한 것과, 서울시립병원이었던 보라매병원을 서울대학교 병원에 위탁한 것을 들 수 있다.

일반적으로 경영위탁체제의 장점은 민간기업 등이 그 경영에 있어서 전

16) 안용식, "지방공사·공단사업영역의 확대방안", 지방자치경영협회, 지방공사·공단의 역할과 과제, 세미나보고서, 1996. 1, pp. 108 - 109.

문적·기술적 지식을 보유하는 등 경영에 정통하여 양질의 서비스를 제공받을 수 있다는 점이다. 반면 경영위탁방식은 주민의 일상생활과 밀접한 관련이 있어서 공공성이 높은 사업을 경제적 관점에서만 경영위탁방식을 채택하는 경우 오히려 서비스의 질이 떨어질 우려가 있다는 단점이 있다.

의료원의 경영을 위탁하는 경우

첫째, 규모가 큰 의료기관에 경영을 위탁하게 되므로 우수한 의료진의 공급이 쉽고, 의료서비스의 수준이 향상되며, 수련병원인 경우 우수한 의료진의 확보는 더욱 용이할 것으로 예상된다.

둘째, 수탁의료기관에서는 효율적으로 경영하고, 환자들에게 친절하게 봉사할 것이므로 주민들의 불만을 줄일 수 있다.

셋째, 지방자치단체의 재정적인 부담을 줄일 수 있다는 등의 장점이 기대된다.

반면 의료원의 경영을 위탁하는 경우

첫째, 직원들의 반발과 직원들의 처리가 어려울 것으로 보인다.

둘째, 수탁기관은 적자를 최소화하거나 흑자를 내기 위해서 의료보호환자나 영세민들의 진료를 소극적으로 할 우려가 있다는 등의 문제점이 예상된다.

경영위탁체제로 전환하는 것이 바람직한 지역별 의료원의 여건으로는 ① 의료원이 위치한 지역에 민간의료기관이 활성화되어 있어 이미 민간의료기관이 주도적인 역할을 담당하여 일반진료기능이 불필요한 지역의 의료원, ② 민간의료기관과의 경쟁력 상실로 경영성과가 극히 부진한 지역의 의료원 ③ 의료원의 경영을 수탁할 수 있을만한 민간의료기관이 있는 지역의 의료원이 그 대상이 될 수 있다. 여기에는 군지역의 의료원을 제외한 중소도시나 대도시의 의료원이 이에 해당될 것이다.

3. 直接經營體制

직접경영체제는 지방자치단체가 스스로 경영하는 형태를 말한다. 스스로 경영한다는 것은 지방자치단체의 행정조직체계의 일부분으로서 지방직영기업의 형태로 운영하는 것을 의미한다. 의료원의 경우 서울 동부병원이 이에 해당된다.

직접경영체제는 일반적으로 ① 일반행정과 밀접한 관련을 갖는 사업에 대해서는 그것과 일체적, 종합적으로 할 수 있고, ② 지역주민의 일상생활에 관련된 사업에 대해 그 경영에서 이용자인 주민의 의사를 직접적으로 반영할 수 있으며, ③ 지역주민의 생활에 불가결한 공공적 서비스는 경제적으로 채산성이 없을 경우에도 공영으로 제공할 수 있고, ④ 지방자치단체에 대한 신용에 의해 장기저리의 융자를 조달하기 쉽다는 장점을 들 수 있다. 반면 직접경영체제는 ① 관료조직에 의하여 운영되기 때문에 정부부처형태의 조직이 갖는 경직성, 비적시성, 비융통성 등과 같은 부정적 요소를 배제하기 어렵고, ② 지방자치단체가 직접 경영할 경우 지방자치단체의 관할 행정구역이라는 지리적 제약조건을 벗어날 수 없으며, ③ 경영악화에 대한 위기의식이 결여되어 있다는 문제점이 지적되고 있다.

의료원의 운영체제를 직접경영체제로 전환하는 것은 의료원 이전의 상태로 복귀하는 방안으로 광역자치단체의 의료사업에 대한 전반적인 조정·통제의 기능을 확보할 수 있고, 의료원별 인사적체 및 인사관리상의 문제를 해결할 수 있다는 장점이 있으나, 공무원들의 병원근무 회피로 내부관리의 부실을 초래할 수 있고, 정부의 정책변화에 대한 신뢰성을 상실할 우려가 있으며, 퇴직금의 정산에 대한 절차 및 재원 등의 마련이 어려울 것으로 예상된다.

직접경영체제로 전환하는 것이 바람직한 지역별 의료원의 여건으로는 민

간의료기관이 열악하여 공공의료기관의 존재 필요성은 제기되고 있으나 경영의 합리화만으로는 도저히 수지균형을 이룰 수 없는 지역의 의료원이 그 대상이 된다. 주로 중소도시나 군지역의 의료원이 이에 해당될 수 있다.

4. 評 價

이상에서 살펴본 각각의 의료원 운영체제는 장·단점을 가지고 있어서 어느 운영체제가 가장 이상적이라고 언급하는데에는 한계가 있다. 그것은 의료원의 운영체제를 전환하는 시기나 방법에 따라 판단하는 기준이 다를 수 있기 때문이다.

예를 들면, 강남병원의 경우 시립병원였던 1979년도부터 1981년도까지 3년동안의 자립도는 84.87%였던 것이 지방공사로 전환된 1983년도부터 1992년도까지 10년동안의 자립도는 93.65%로 8.78%가 향상되었고, 같은 기간 직원 1인당 연간 조정 환자진료인원수도 304명에서 417명으로 생산성이 37.17%나 향상된 것은 물론, 나아가 시립병원 당시보다 병원계의 경영여건이 전국민 의료보험실시로 더욱 어려워진 점을 감안하면 공사화된 이후 능률성의 효과는 충분히 그 목적을 달성했다고 보아야 한다고 평가하고 있다.[17]

또한 1982년 7월 1일자로 지방공사체제로 전환한 5개 시범병원(부산, 춘천, 공주, 순천, 포항)에 대한 1년간 운영상황을 분석한 결과 경영수지는 공사전 74.9%에서 공사후 87.1%로 12.2%, 경영비용은 공사전과 공사후 각각 인건비는 64.7%에서 58.7%, 약제비는 41.7%에서 34.1%, 관리비는 22.0%에서 19.0%로 각각 감소한 것으로 나타나 경영의 합리화가 이루어지고 있다

17) 윤두근, "서울강남병원의 재정실태", 심정근 (편), 도시공기업의 재무관리 : 도시공기업의 재정운영현황(서울 : 법문사, 1994), pp. 280 - 285.

고 한다.[18]

그런가 하면 최근 지방공사 경상남도 마산의료원이 경상대학교병원에 경영을 위탁하면서 진료인원 및 수익이 급격히 증가되고 있음을 보여주고 있다.

즉, 지방공사 경상남도 마산의료원이 경상대학교병원에 경영을 위탁하여 1997년 4월 14일 진료를 개시한 이후 환자수와 진료수익이 <표 5-1>과 같이 매2주마다 계속 증가추세를 보이고 있는 것으로 제시하고 있다.

<表 5-1> 馬山醫療院의 經營委託後 患者診療實績

구 분	환 자 수			진료수익(천원)
	계	입 원	외 래	
'97.4.14 - 4.27	1,399	365	1,034	73,271
'97.4.20 - 5.11	1,849	662	1,187	113,128
'97.5.12 - 5.25	2,331	1,101	1,230	170,652
'97.5.26 - 6. 8	2,594	1,254	1,340	198,696
'97.6. 9 - 6.22	2,710	1,219	1,497	208,038
'97.6.23 - 7. 6	2,904	1,369	1,535	245,150
'97.7. 7 - 7.20	3,082	1,452	1,630	248,468
계	16,875	7,422	9,453	1,257,403

자료 : 지방공사 경상남도 마산의료원, 재개원 100일 성과 보고회, 유인물.

또한 경영위탁체제는 <표 5-2>와 같이 어느 운영체제보다 효율적이라는 결과를 제시하고 있다.[19]

18) 김덕영, "시·도립병원공사화운영실태", 지방재정, 1983. 11, pp. 45 - 47.
19) 이혁주·이상수, 서울시 보건의료정책의 방향 재설정, 서울시정개발연구원, 시정연 96-R-25, 1996, pp. 53~62.

<표 5-2> 市立永登浦病院의 委託管理 效果

구 분		핵 당 지 표	위탁직전(1986)	위탁후(1995)	개 선 정 도
공익성		의료보호환자진료	23,939명	55,966명	2.3배 증가
경영관리	경영관리일반	재정자립도	49.6%	92.8%	43.2%포인트향상
		총자본회전률	0.31	1.28	4.1배 증가
		의료미수금회전률	7.81	5.79	감소(의료보험제도 실시 영향)
	환자관리	조정환자수	34,918명	240,720명	6.9배 증가
	인력관리	직원1인당환자수	262명	354명(1990)	1.4배 증가

자료 : 이혁주 · 이상수, 연구보고서, 1996, p. 55.

즉, 시립영등포병원을 서울대학교 병원에 위탁(보라매병원)하기 직전(1986년)과 위탁후(1995년)의 효과를 재정자립도는 49.6%에서 92.8%로 43.2%포인트 증가하였고, 의료미수금회전률도 7.81에서 5.79로 단축되었으며, 조정환자수도 34,918명에서 240,720명으로 6.9배가 증가하였으며, 직원1인당 환자수도 262명에서 354명(1990년)으로 1.4배 각각 증가하였다고 한다.

이와 같은 결과는 운영체제에 대한 평가시기, 대상기관에 따라 달리 나타날 수 있는 것으로 판단된다. 따라서 문제는 지역별 의료원이 현 상황에서 어느 운영체제가 가장 바람직한 것인가를 선택하는데 있다.

이러한 의료원의 운영체제를 결정하는 판단기준이 아직까지 제시된 바는 없으나 여기에서는 그 기준으로 의료환경여건, 지역주민의 생활수준, 인구규모, 정책결정자의 의지를 제시하고자 한다.

먼저 의료환경여건은 그 지역 의료서비스의 전달체계를 결정하는 요소로 작용할 것이라는 점에서 그 중요성이 인정된다고 하겠다. 즉, 의료원이 소재하고 있는 해당 지역에 종합병원급과 병원급은 어느 정도 소재하고 있고, 그 질적 수준은 어느 정도인가에 따라 의료원의 운영체제가 달라져야 할 것

이다. 이것은 예컨대 민간의료기관과의 경쟁체제를 유지할 수 없음에도 단순히 공공성만을 강조하는 것은 의료원 운영의 기업성을 배제하면 몰라도 바람직하다고 할 수는 없기 때문이다.

둘째, 생활수준의 차이에 따라 의료수요가 다르고, 의료서비스의 질에 대한 요구가 높아질 것이므로 지역주민의 생활수준은 의료원 운영체제를 결정하는 요소로 작용할 것이라는 점이다. 더욱이 그동안 이룬 경제발전으로 국민의 생활수준이 향상되었고, 국민개보험의 실시로 양질의 의료서비스가 요구되고 있음에도 그에 따르지 못하는 운영체제만으로는 퇴보할 수밖에 없기 때문이다.

셋째, 인구규모에 따라 의료원 운영체제가 달라질 수 있다는 점이다. 예컨대 인구규모가 적은 도서지역에까지 독립채산제를 고집하는 지방공사체제가 과연 바람직하고, 반대로 대도시지역에 지방자치단체가 전액을 지원하는 직접경영체제가 과연 바람직한 운영체제인가에 대해서는 여러 가지 문제가 제기될 수 있는 것과 같기 때문이다.

넷째, 정책결정자의 의지가 의료원 운영체제를 결정하는 중요요인이 될 수 있다는 점이다. 우리나라의 경우 정책결정자의 정치적 결정에 의하는 정책이 이루어지는 경우가 적지 않았고, 의료원 또한 1981년 5월 6일 시·도립병원 전반에 대한 현황 및 문제점을 파악하고 운영개선 대책을 강구하도록 지시함으로써 운영체제가 바뀌게 되었음은 이를 뒷받침한다고 할 수 있다.[20]

따라서 지방공사 의료원의 운영체제는 지금과 같이 지방공사체제로 획일화하기 보다 의료원이 위치해 있는 지역의료환경의 여건, 지역주민의 생활수준, 인구규모 등 지역적 특성과 각 운영체제의 장·단점을 고려하여 정책

20) 국무총리 행정조정실, 공공의료제도개선방안 및 동시행계획, 1981. 12. p. 7.

결정자가 결정하는 것이 바람직하다고 하겠다.

第3節 代案別 推進戰略

1. 間接經營體制 : 地方公社(現行 體制)

지난 1982년 7월이후 의료원을 시·도립의 직접경영체제에서 지방공사의 간접경영체제로 전환하여 운영해 왔음에도 불구하고 아직까지 적지 않은 문제점이 지적되고 있다. 즉, 의료원은 대체로 환경변화에 대한 대응노력이 부족하여 경영의 악화를 초래하였고, 책임경영에 대한 의식이 결여되어 있으며, 민간의료기관과의 경쟁력이 미흡하고, 의료원 경영상의 자율성이 미흡하다는 것이다. 이러한 결과 의료원의 인건비 비중이 높고, 병상이용률도 낮으며, 평균재원일수가 길고, 병상당 직원수도 많은 것으로 나타나 경영의 개선여지가 적지 않은 것으로 보인다.

따라서 현재 의료원이 채택하고 있는 지방공사체제를 그대로 유지하는 경우 이 운영체제를 보다 개선하기 위해서는 지금까지 제기된 문제점을 보완하는 차원에서 추진되어야 할 것이다.

가. 醫療院의 公共性 機能 補完

지방공사 의료원의 설립목적은 주민에게 적정 의료서비스를 제공하여 주민의 보건향상에 기여하고 지역의료 발전을 도모하는데 있다. 이를 위하여 의료원은 지방공기업 경영의 기본원칙(지방공기업법 제3조)에 따라 지역주

민에게 양질의 의료서비스를 보다 저렴한 수가로 제공한다든가, 의료보호환자와 같은 저소득주민에 대한 진료를 확대한다든가, 방역활동이나 신체검사 등 공중위생활동을 통한 지역주민의 건강을 증진시켜야 한다는 공공성과 탄력적이고 능동적인 경영을 통하여 경영의 효율을 제고한다든가, 경영의 합리화로 재정의 자립을 도모하여야 한다는 기업성을 동시에 추구하여야 한다. 그러나 의료원이 지역사회에 있어서 필수적인 기관이기는 하지만 민간의료기관이 중심으로 되어 있는 의료환경하에서의 의료원은 독점성이 매우 약하여 민간의료기관과 경쟁하기에는 예산 등 제도상 많은 한계가 있다. 따라서 민간의료기관이 의료원의 기능을 충분히 수행하는 경우에는 의료원이 민간의료기관과 경쟁하기보다 민간의료기관이 소홀히 하거나 기피하는 분야를 담당하도록 의료원의 공공성 기능을 보완하여야 할 것이다. 예를 들면 일반진료기능에 더하여 의료원의 고유영역이라 할 수 있는 행려 및 전염병환자와 영세민 등 의료보호환자의 진료를 확대하고, 민간의료기관이 기피하는 영역으로써 사고사 등으로 인한 사체의 검안이나 검시, 영안실의 운영 등 직접의료외의 부수적 의료업무를 통한 지역사회에의 봉사, 지역사회단체·학교·주민을 대상으로 한 건강관련 교육프로그램의 개발 등이 있을 수 있다. 이러한 것은 의료원의 채산성이나 생산성의 향상과는 상관없이 이루어져야 한다는 점에서 지방자치단체의 충분한 지원이 전제되어야 한다.

나. 運營上 自律性의 保障

의료원의 책임경영을 확보하기 위해서도 의료원 원장의 운영상 자율성은 보장되어야 한다. 그러나 강원도를 포함한 각 시·도의 의료원 설치조례에 의하면 의료원의 원장은 의료원을 대표하며 의료원의 업무를 총괄하도록 규정하고 있으나(지방공사 강원도 의료원설치조례 제12조 제1항), 내무부장관

이나 도지사의 승인을 받도록 규정하고 있어서 경우에 따라서는 책임만 부과하고 권한은 부여하지 않는 결과를 초래하고 있다. 따라서 의료원 원장의 운영상 자율성을 보장하기 위하여 시·도지사 또는 의료원 원장에게 권한을 이양하도록 내용의 일부가 개정되어야 할 것이다.

한편 의료원을 포함한 지방공사·공단의 운영상의 자율성을 보장하기 위하여 공사의 지사 또는 출장소 설치를 내무부장관의 승인에서 지방자치단체장의 승인(지방공기업법 제52조 제2항)으로, 내무부장관의 승인을 얻어 지방자치단체의 장이 임·면하도록 되어 있던 공사의 사장을 지방자치단체의 장이 임·면하되, 시·도가 설립한 공사의 경우에는 내무부장관, 시·군 및 자치구가 설립한 공사의 경우에는 시·도지사의 승인을 얻도록 개정하였고, 특히 의료사업을 목적으로 하는 공사의 사장을 임·면하는 경우에는 내무부장관 또는 시·도지사의 승인을 얻지 않도록 하였으며(동법 제58조 제2항), 급여 및 퇴직수당의 지급기준에 대한 지방자치단체의 장과 내무부장관의 승인규정을 삭제(동법 제70조)하는 등 일련의 노력이 1996년 12월 30일 지방공기업법의 개정으로 나타나기도 하였다. 그럼에도 지방공기업법과 연계하여 의료원설치조례가 개정되지 않고 있고 지방공기업법과 별개로 의료원설치조례가 개정되어야 할 내용도 없지 않다. 지방공사 강원도 의료원 설치조례를 대상으로 개선방안을 정리해 보면 다음과 같다.

첫째, 현재 의료원은 내무부장관의 승인을 얻어 필요한 곳에 분원을 둘 수 있도록 되어 있으나(동 설치조례 제3조 제2항), 이것은 전술한 바와 같이 이미 지방공기업법의 개정으로 지방자치단체의 장(시·도지사)에게 이양되었다고 할 수 있기 때문에 조례의 개정이 요구된다. 그 밖에 의료사업을 목적으로 하는 공사의 사장을 임면하는 경우에는 내무부장관 또는 시·도지사의 승인을 얻지 아니하도록 지방공기업법이 개정되었음에도 정관 등의 규정

(제17조 제1항)은 개정되지 않고 있다.

둘째, 의료원의 임원 및 직원은 그 직무이외의 영리를 목적으로 하는 업무에 종사하지 못하며 임원은 도지사의, 직원은 원장의 허가 없이는 직무를 겸직할 수 없다고 규정하고 있는데(동 설치조례 제15조, 정관 제5조) 의료원의 임원 및 직원의 겸직제한은 내부적 관리사항이라 할 수 있는 바 원장의 허가로 개정되는 것이 바람직하다고 하겠다. 다만 당연직 이사 등 임원이 공무원인 경우에는 행정상의 내부관리로 보아 현행대로 도지사의 허가를 받도록 하는 것이 바람직하다고 하겠다.

셋째, 도지사는 의료원의 업무를 감독하도록 규정(동 설치조례 제28조 제1항)하고 있으나 그 범위가 기구 및 정원에 관한 사항, 임원 및 직원의 급여 및 퇴직수당지급기준에 관한 사항, 중요한 재산취득관리 및 처분에 관한 사항, 기타 도지사가 필요하다고 인정하는 사항으로 규정(동 설치조례 제28조 제2항)하고 있어서 의료원 운영의 근간을 이루는 영역이 모두 감독의 대상이 되어 원장의 운영상 자율성은 극히 제한되어 있는 실정이다. 따라서 지방공기업법 제10조의 관리자와 지방자치단체의 장과의 관계를 규정하고 있는 내용에 그치고 나머지는 원장의 자율성이 보장되도록 개정되어야 할 것이다.

다. 醫療院의 競爭力 提高

민간의료기관이 중심을 이루고 있는 의료환경하에서의 의료원은 독점성이 매우 약하기 때문에 민간의료기관과 경쟁하는 데에는 많은 한계가 있을 수 밖에 없다. 따라서 민간의료기관과의 경쟁력을 제고하기 위해서는 의료원의 공공성을 보완함과 동시에 이른바 병원경영의 3대요소로 알려진 ① 좋은 시설, ② 좋은 의료진, ③ 좋은 경영관리가 전제되어야 한다.

즉, 좋은 시설을 갖추기 위해서는 경제단위 이상의 병상규모와 고가의 첨단 의료장비가 확보되어야 하고, 좋은 의료진을 갖추기 위해서는 유능한 의료진을 확보하여야 하며, 좋은 경영관리를 위해서는 유능한 경영자와 관리자의 확보, 노조와의 적극적 협력, 인건비 비중을 낮출 수 있는 가능성 등의 조건을 갖추어야 한다.[21]

그러나 무엇보다도 유능한 의료진의 확보가 가장 중요하다고 할 수 있다. 의료원의 의료진은 다른 의료기관과 같은 일반봉급의사, 의과대학 재학시 정부로부터 장학금을 받아서 의무복무기간이 부여된 장학의, 군복무 의무기간을 근무하는 공중보건의로 구성되어 있다. 물론 수적으로는 일반봉급의사가 의사인력의 주축을 이루고 있으나 <표 3-3>에서와 같이 1995년도 전국 의료원의 의사는 정원이 666명임에 비하여 현원은 567명으로 85.1%에 불과한 반면, 장학의와 공중보건의를 포함한 전공의는 정원 183명에 현원 255명으로 139.3%에 이르고 있어 전공의에 의존하는 비중이 높음을 알 수 있다.

이것은 예산상의 제약 등으로 민간의료기관에 비하여 급여수준이 낮고, 의료원 근무에 따른 메리트가 없다는 데에 근본적인 원인이 있고 하겠다. 따라서 의료원에 유능한 의료진을 확보하기 위해서는 민간의료기관의 급여수준을 감안하여 현재의 급여수준을 어느 정도 현실화하고, 나아가 적극적인 진료를 유도하기 위해서도 성과급제를 제도화하여야 할 것이다. 아울러 유능한 경영자와 관리자를 확보하기 위하여 경영의 자율성을 제고하는 등 경영여건을 마련해 주어야 하고, 의료진과 마찬가지로 성과급의 지급이 가능하도록 제도화하는 것도 바람직하다고 하겠다.

---

21) 현대병원경영연구소, 전게보고서, p. 73.

2. 經營委託體制

경영위탁체제는 마산의료원을 경상대학교 병원에 위탁한 사례와 시립영등포병원을 서울대학교 병원에 위탁한 사례에서 환자진료실적이나 경영관리면 등에서 크게 개선되었음을 보여주고 있다. 이것은 현재와 같은 민간의료주도형의 의료환경하에서 가장 적합한 운영체제라는 것을 의미한다고 하겠다.

따라서 민간의료기관이 부족하여 지역내 의료기관으로서의 역할을 충실하게 담당할 수 있는 지역의 의료원이나 민간의료기관이 담당하지 못하는 일부의 진료기능이 있어 이를 보완할 필요가 있는 지역의 의료원 등 현재의 지방공사 운영체제가 바람직한 지역의 의료원을 제외하고는 경영위탁체제로의 적극적인 검토가 요구된다.

간접경영체제인 지방공사체제에서 경영위탁체제로 전환하기 위해서는 제도적 보완이 이루어져야 하는 바 그 추진전략으로는 첫째, 의료원설치에 기본이 되고 있는 지방공사 의료원 설치조례를 개정하여야 하고 둘째, 개정된 지방공사 의료원 설치조례를 바탕으로 정관을 개정하여야 하며 셋째, 개정된 조례와 정관에 의하여 위탁기관과 수탁기관간의 수위탁계약서를 작성하여야 한다.

먼저 지방공사 의료원설치조례는 의료원을 위탁하기 위한 근거규정이 마련되어 있지 않기 때문에 근거규정의 신설이 선행되어야 하고, 근거규정이 마련되었다 하더라도 이를 시행하기 위한 수탁기관과 위탁기관과의 계약이 이루어져야 한다.

최근 지방공사 경상남도 마산의료원과 경상대학교병원간의 경영위탁이 이루어졌는 바, 의료원 운영체제의 개편을 위한 선행 자료로 개정된 지방공사경상남도의료원설치조례와 지방공사경상남도마산의료원 수위탁계약서의

내용을 예시하고자 한다.

가. 地方公社慶尙南道醫療院設置條例의 改正

- 위탁운영규정 신설(제30조 - 제34조)

제6장 위탁운영

제30조(위탁운영) ① 병원은 공공의료법인에 그 운영을 위탁할 수 있다.

② 제1항의 규정에 의하여 병원의 운영을 위탁하고자 할 때에는 이사회의 의결을 거쳐 도지사의 승인을 얻어야 한다.

③ 병원의 운영을 위탁할 때에는 위수탁 계약을 체결하여야 한다.

④ 제1항의 위탁기간은 3년 이내로 하며, 필요시 연장할 수 있다.

제31조(위탁의 범위) 병원의 운영을 위탁받은 자는 환자의 진료와 인사·예산·회계·조직 등 운영전반에 대하여 책임 운영한다.

제31조(원장의 임면) ①원장은 이사회의 추천에 의해 도지사의 승인을 얻어 수탁자가 임명한다.

② 원장은 위수탁 기간이 종료되거나 위수탁 계약이 해지되었을 때에는 잔임기간에 불구하고 그 임기가 종료된 것으로 본다.

제33조(위탁승인의 철회) ① 도지사는 다음 각호의 1에 해당하는 사유가 발생한 때에는 병원의 위탁운영 승인을 철회할 수 있다.

1. 수탁자가 운영능력이 없다고 판단될 때

2. 수탁자가 위탁 계약사항을 위반한 때

3. 공익상 위탁운영을 계속할 수 없는 사유가 발생한 때

② 도지사가 위탁운영 승인을 철회한 때에는 원장은 지체없이 위수탁계약을 해지하여야 한다.

제34조(준용규정) 위탁운영의 경우에도 제1장 내지 제5장 및 제7장의 규정을 준용한다. 다만 제10조 제1항, 제11조 제1항 단서, 제12조 제1항 단서 및 제16조 제3항 단서는 제외한다.

나. 地方公社慶尙南道馬山醫療院 委受託契約書

지방공사경상남도의료원설치조례 및 의료원 정관에 의거 지방공사경상남도마산의료원장(이하 '갑"이라 한다)과 경상대학교병원장(이하 '을"이라 한다)간에 지방공사경상남도마산의료원(이하 '의료원"이라 한다)의 운영을 위수탁함에 있어 '갑"과 '을"은 다음과 같이 계약을 체결한다

제1조(운영목표) 의료원 설립목적을 달성하기 위하여 운영목표를 다음 각호와 같이 정한다

1. 의료보호환자 등 지역주민에 대한 진료사업

2. 재난시 응급구호 및 지역사회 공중보건활동

3. 질병에 대한 연구

4. 기타 공공의료증진을 위하여 '갑"과 '을"이 협의하여 정하는 사업

제2조(수탁자의 의무) '갑"은 의료원 운영관리권을 '을"에게 위탁하고 '을"은 의료원 설립목적을 달성하기 위한 수탁관리자로서의 책임과 의무를 다하여야 하며, 의료원 운영관리권의 전부 또는 일부를 제3자에게 재위탁할 수 없다.

제3조(병원의 성격·기능·명칭 및 회계년도) ① '을"은 의료원을 운영함에 있어 의료원의 성격과 기능을 항상 유지하여야 한다.

② 의료원의 명칭은 '지방공사경상남도마산의료원"으로 하고, '을"의 수탁 운영함을 표기할 수 있다.

③ 의료원의 회계제도는 의료원의 정관 및 회계규정에 의하여 독립채산제로 운영하여야 하며 매회계년도 종료후 3월이내에 경상남도지사(이하 "도지사"라 한다)가 지정하는 공인회계사의 회계감사보고서를 첨부하여 도지사의 승인을 얻어야 한다.

제4조(계약기간) ① 본 계약기간은 1996년 11월 19일부터 1999년 11월 18일까지 3년간으로 하며, 필요시 상호 협의하여 연장할 수 있다.

② 제15조에 의한 "갑" "을"간의 계약해지 통지가 없을 때에는 3년간 재계약된 것으로 본다.

제5조(채권·채무의 처리) ① "갑"과 "을"은 위탁운영 계약체결후 인계인수일 현재의 채권·채무를 정산하여 "을"이 포괄 승계하되, 채무에 대하여는 "갑"이 상환한다.

② 채권·채무 인계후 추가로 확인된 채무에 대하여도 "갑"이 제①항과 같이 처리한다.

제6조(경영의 자율성보장) ① "갑"은 "을"이 의료원을 운영함에 있어 자율성이 최대한 보장되도록 하여야 한다.

② "을"은 인사, 예산, 회계, 조직 등을 경상대학교병원과 독립체제로 운영하되, 의료원 정관 및 제규정이 정하는 바에 따라 의료원장 책임하에 운영한다.

제7조(이사회 구성) "갑"과 "을"은 의료원 운영의 효율성을 도모하기 위하여 필요하다고 인정할 때에는 도지사와 협의하여 정관이 정하는 바에 따라 이사회를 재구성할 수 있다.

제8조(진료과목) "을"은 개원시 내과, 일반외과, 정형외과, 신경외과, 성형외과, 마취과를 개설하고, 그 외 진료과목을 증감할 경우에는 "갑"과 "을"이 도지사와 협의하여 증감하여야 한다.

제9조(의사 및 직원구성) ① 의료원장과 진료부장은 경상대학교병원 교수로 하고, 지방공사 경상남도 의료원 설치조례 제32조 및 의료원 정관 제21조에 정하는 바에 따라 임면한다.

② 진료과장 등 의사직은 경상대학교병원 교수 또는 전문의로 대체한다.

③ "을"은 현 의료원 근무직원 전원을 승계 인수한다.

④ 계약일 현재 결원된 직원채용은 "갑"과 "을"이 도지사와 협의하여 의료원장이 임용한다.

⑤계약해지시에는 위수탁 운영기간중 임용한 직원을 포함한 의료원 전직원을 "갑"이 인수한다.

제10조(수탁재산의 사용·관리) ① "을"은 수탁재산을 관리 운영함에 있어 토지·건물 등 시설물과 의료장비일체(이하 "재산"이라 한다)를 무상으로 사용하되, "갑"의 재산에 대하여는 의료원 정관이 정하는 바에 의하지 아니하고는 목적변경·전대·권리양도 등 일체의 처분행위와 재산의 원상을 변경할 수 없다.

② "을"은 선량한 관리자로서의 주의의무를 다하여 수탁받은 재산을 관리 보존할 책임을 진다.

제11조(재산의 귀속) "을"이 의료원의 운영비 또는 수익금으로 취득한 재산은 "갑"에게 귀속한다.

제12조(의료수가) 의료원의 의료수가는 다음 각호에 의한다.

① 의료보호·의료보험환자의 의료수가는 의료보호법 또는 의료보험법에 규정된 진료수가 기준 및 약가기준에 의한다.

② 자동차 사고환자, 산업재해환자의 진료수가는 각각 건설교통부장관, 노동부장관이 고시하는 진료수가에 의한다.

③ 일반환자의 의료수가는 '갑"이 도지사의 승인을 얻어 따로 정한 수가로 한다.

④ 전항의 각호에 정하지 아니한 진료수가는 의료원의 관행수가를 적용하도록 한다.

제13조(운영재원 및 잉여금 처리) ① 의료원 운영에 필요한 재원은 진료수입, 출연금, 기타수익금으로 한다.

② 의료원 운영에서 생긴 잉여금은 지방공사경상남도의료원설치조례 제24조 및 의료원 정관 제52조의 규정에 의거 처리한다.

제14조(결손금의 보전) 의료원 위탁기간중 의료원 운영에서 불가피하게 발생한 결손금은 '갑"이 도지사로부터 출연받아 보전한다.

제15조(계약의 해지) ① '갑"과 '을"은 다음 각호의 1에 해당하는 경우에는 계약기간중이라도 본 계약을 해지할 수 있다.

1. 수탁자가 운영능력이 없다고 판단될 때

2. '갑" 또는 '을"이 위탁 계약사항을 위반한 때

3. 공익상 위탁운영을 계속할 수 없는 사유가 발생한 때

4. '갑"과 '을"이 합의에 의하여 계약을 해지코자 할 때

② '갑"과 '을"은 제①항 제1, 2, 3호의 사유로 계약을 해지코자 할 경우에는 6개월전에 이를 서면으로 상대방에게 통고하여야 한다.

제16조(해지시 환자처리) 본 계약을 해지 할 때에는 사전에 '갑"과 '을"은 환자처리에 관하여 상호 협의하여 결정한다.

제17조(수탁재산의 반환) 계약이 해지된 때에는 '을"은 수탁재산을 '갑"의 직원 입회하에 지체없이 반환하여야 한다.

제18조(손해배상) '갑" 또는 '을"이 본 계약과 관계법령 등의 위반으로

상대방에게 손해를 끼쳤을 때에는 손해를 배상하여야 한다.

제19조(문서 및 기록보존) ① '을"은 '갑"이 보존·관리하고 있는 문서는 '갑"의 문서규정에 따라 보존·관리하여야 한다.

② 위탁운영 기간중에 생산된 장부와 문서는 '갑"의 문서규정에 따라 보존·관리해야 하며, 위수탁계약 등의 중요문서는 계약해지시 '갑"에게 인계하여야 한다.

제20조(계약이행 및 해석) ① '갑"과 '을"은 본 계약을 준수하고 본 계약에 명시되 아니한 사항의 처리는 관계법령 및 규정이 정하는 바에 따른다.

② 관계법령 및 규정에 없거나 '갑"과 '을"이 본 계약의 해석에 이견이 있을 때에는 민법을 준용한다.

제21조(개원일) '을"은 의료원 시설보수 완료직후 개원하여야 한다.

제22조(합의관할) 본 계약에 대하여 발생된 분쟁에 관하여는 의료원 주소지 관할 법원으로 한다.

제23조(계약서 보관) 본 계약의 체결을 입증하기 위하여 계약서 2통을 작성하고 '갑"과 '을"이 서명 날인하여 각각 1통씩 보관한다.

1996년 11월 19일

계약당사자

'갑"(위탁인) 지방공사경상남도마산의료원장 직무대행

○ ○ ○ (인)

'을"(수탁인) 경상대학교병원장 ○ ○ ○ (인)

3. 直接經營體制

간접경영체제인 지방공사체제에서 직접경영체제로 전환하기 위해서도 제도적 보완이 이루어져야 하는 바 그 추진전략으로는 첫째, 의료원설치를 위한 조례가 전면 개정되어야 하고 둘째, 지방공사 의료원 설치조례를 바탕으로 제정된 정관은 폐지하여야 한다. 따라서 의료원은 지방직영기업의 형태를 갖추게 되고, 지방공기업법의 지방직영기업규정이 적용되게 된다.

그러나 간접경영체제에서 직접경영체제로의 전환은 1962년 이전의 운영체제로 회귀하는 것으로 이미 의료원 운영체제로써 적절성이 결여되었다는 것이 입증되었는 바 현재의 의료원규모에서 이제 다시 직접경영체제로 전환하는 것은 시대성에도 역행할 뿐만 아니라 운영의 폐해만 유발할 것으로 예상된다.

따라서 여기에서는 운영체제로써의 대안으로만 제시하고자 한다.

第5章 要約 및 政策建議

第1節 要 約

지방공사 의료원은 지역주민의 보건향상에 기여하고 지역의료발전을 도모하고자 지방공사 의료원설치조례에 따라 시·도가 전액 출자하여 운영하는 법인으로 현재 34개의 의료원이 있는 바, 의료원은 지방공사체제를 유지하고 있음에도 불구하고 환경변화의 대응노력 부족에 따른 경영악화 등 아직도 적지 않은 문제점이 제기되고 있어서 지방공사 의료원의 운영체제를 보다 근본적으로 검토하여 우리 실정에 맞는 의료원 운영체제의 개편방안을 모색하고자 하였다.

이를 위하여 먼저 국가보건의료제도, 우리나라 공공의료기관의 현황, 민간부문의 병원 등을 개관하였고, 아울러 보건의료제도에 대한 각국의 사례로써 미국, 영국, 일본, 스웨덴, 캐나다를 대상으로 보건의료조직, 보건의료서비스의 공급체계로 나누어 현행 제도의 특징 등을 살펴보았다.

특히 우리나라의 공공의료기관은 지방공사 의료원을 포함하여 1997년 4월 1일 현재 민간부문의 종합병원과 병원을 합친 전국 771개 병원가운데 89개 병원(국립 12개, 시·도립 10개, 공립 11개, 공사 34개, 특수법인 22개)으로 11.5%에 불과하여 민간주도의 의료공급형이라 할 수 있다. 이러한 의료환경하에서 지방공사 의료원이 안고 있는 문제점을 요약하면 다음과 같다.

첫째, 환경변화의 대응노력 부족에 따른 경영악화를 들 수 있다. 그동안 의료원은 응급환자 진료를 위한 응급 의료기관으로서의 역할을 수행하려고

노력해 왔으나 현재 민간의료기관이 주류를 이루고 있는 의료환경으로 인하여 교통사고 등 사고환자의 이용이 저조하고, 특히 대도시의 대규모 민간의료기관의 운영으로 일반환자의 경우도 민간의료기관에 집중하고 있어서 그 역할이 크게 미흡한 실정이다. 그것은 의료인력의 유치가 어렵고 관리의 융통성 부여에 한계가 있기 때문이다.

둘째, 책임경영의식의 결여를 들 수 있다. 의료원의 경영성과는 최고경영층과 조직원들이 얼마나 경영정책에 책임을 지고 참여하며 노력하느냐에 따라 경영의 결과는 크게 달라지게 된다. 그러나 의료원의 책임경영을 위한 노력도를 평가한 많은 보고서는 책임경영을 위하여 외래환자의 적극유치, 응급 및 야간진료체제를 강화하기 위한 야간수술과 당직제 운영, 친절교육, 주민환자와의 고충상담, 건강교실 운영 등을 추진해 왔음에도 하나 같이 전 직원들의 구태의연한 무사안일주의로 책임경영의식이 결여되어 있음을 지적하고 있다.

셋째, 민간의료기관과의 경쟁력이 취약하다는 점이다. 특히 의료원이 민간의료기관과의 경쟁력에서 가장 문제가 되는 것은 유능한 의사의 확보가 곤란하다는 것이다. 그것은 경제적인 측면에서 민간의료기관에 비하여 급여수준이 낮고, 생활여건 측면에서도 의료원이 지방 시·읍지역에 위치하고 있어 교육이나 문화여건이 상대적으로 열악하기 때문에 의사들이 의료원에 근무할 만한 장점이나 매력이 별로 없다는 점에서 현재의 조건으로는 의료원이 민간의료기관과 경쟁하기에는 한계가 있다.

넷째, 운영상의 자율성 미흡을 지적할 수 있다. 예컨대 의료원장이 이사회에서 의결된 사항일지라도 주요 사항은 내무부장관이나 시·도지사의 승인을 받아야 하는 것으로 되어 있어서 의료원장의 책임은 과중한 반면, 권한은 이에 미치지 못하여 의료원의 자율적이고 책임있는 경영을 기대하기는

어려운 실정이라는 점이다. 의료원 운영의 자율성 미흡은 현지 의료원장과의 면담에서도 강하게 지적되었다.

한편 전국 34개 의료원가운데 행정계층별, 지역별, 지역특성별, 병상규모별, 재정자립도, 특수병동 운영여부 등을 고려하여 사례지역 의료원을 선정하고 현황과 문제점을 분석하였는데 여기에서 나타난 문제점은 다음과 같다.

첫째, 의료원의 인건비 비중이 높다는 점이다. 의료원은 자본집약적 산업이면서도 노동집약적인 산업에 속하고 있어서 고정비인 인건비와 관리비가 많이 든다고 할 수 있으나 사례지역별 의료원의 1996년도 인건비 비중은 대구의료원이 48.1%, 이천의료원이 52.4%, 원주의료원이 46.3%, 충주의료원이 57.8%, 강진의료원이 45.0%로 나타나, 많은 병원에서 인건비가 의업수입의 45%를 넘으면 적자로 돌아설 수 밖에 없다는 인식에서 인건비의 비중을 줄이려는 노력과는 대조적이다.

둘째, 병상이용률이 낮다는 점이다. 마찬가지로 1996년도의 경우 사례지역 병상이용률이 충주의료원의 138%를 제외하고는 대구의료원 88.0%, 이천의료원 70.7%, 강진의료원 70.0%로 민간병원과 공공병원, 일반병원과 특수병원을 합친 전체 병원의 전국 평균치인 75.1%(전체병원가운데 특수병원을 제외한 일반병원의 경우는 76.8%, 종합병원의 경우에도 3차병원은 92.2%, 300병상이상은 81.7%, 160병상이상 299병상은 81.1%, 160병상미만은 85.2%, 병원급은 70.7%)에 미치지 못하고 있다.

셋째, 평균 재원일수가 길다는 점이다. 재원일수가 길어지면 입원환자당 평균진료비가 낮아져 수익성도 낮아지게 된다. 그것은 입원환자에 대한 의료서비스가 주로 5 - 7일내에 집중적으로 투입되기 때문에 이 기간중에는 이익이 발생되지만 7 - 9일이 넘어서면 의료서비스가 단순해져 적자가 발

생하고 이에 따라 기존의 이익을 감소시키기 때문이다. 5개의 사례지역 의료원가운데에는 평균 재원일수가 강진이 9.4일로 가장 짧게 나타났고, 이어 원주의료원 13.0일, 대구의료원 13.7일, 충주의료원 20.3일로 나타난 반면, 이천의료원은 무려 64.09일로 나타났다. 이것은 특수병원을 제외한 일반병원의 전국 평균치인 12.8일(160병상미만 12.6일, 160병상이상 299병상까지 13.2일, 300병상이상 13.3일, 3차병원 12.5일, 병원급 12.5일)보다 평균 재원일수가 대체로 길게 나타났다.

넷째, 인력관리면에서 병상당 직원수가 많은 것으로 나타났다. 1995년도의 경우 전국 의료원의 병상당 직원수는 평균 0.9명으로 나타났는데 비해 대구와 원주의 0.8명을 제외하면 충주, 강진은 1.0명, 이천은 무려 1.2로 나타나 병상당 직원수가 적지 않은 것으로 나타났다. 더욱이 충주의료원은 1996년도에 병상당 직원수가 1.3명으로 증가하여 인력관리에 많은 문제가 있음을 보여주고 있다.

第2節 政策建議

따라서 지방공사 의료원의 문제점을 보다 근본적으로 개선하기 위해서는 운영체제의 개편이 요구된다.

지방공기업의 운영체제는 각 운영체제마다 장·단점을 가지고 있어서 어느 운영체제가 가장 이상적이라고 언급하는 데에는 한계가 있다. 의료원의 경우 운영체제를 전환하는 시기나 방법에 따라 판단하는 기준이 다를 수 있음을 보여주고 있다.

예를 들면, 강남병원의 경우 시립병원였던 1979년도부터 1981년도까지 3년동안의 자립도는 84.87%였던 것이 지방공사로 전환된 1983년도부터 1992년도까지 10년동안의 자립도는 93.65%로 8.78%가 향상되었고, 같은 기간 직원 1인당 연간 조정환자 진료인원수도 304명에서 417명으로 생산성이 37.17%나 향상된 것은 물론, 나아가 시립병원 당시보다 병원계의 경영여건이 전국민 의료보험실시로 더욱 어려워진 점을 감안하면 공사화된 이후 능률성의 효과는 충분히 그 목적을 달성했다고 보아야 한다고까지 평가하고 있다.

또한 1982년 7월 1일자로 지방공사체제로 전환한 5개 시범병원(부산, 춘천, 공주, 순천, 포항)에 대한 1년간 운영상황을 분석한 결과 경영수지는 공사전 74.9%에서 공사후 87.1%로 12.2%, 경영비용은 공사전과 공사후 각각 인건비는 64.7%에서 58.7%, 약제비는 41.7%에서 34.1%, 관리비는 22.0%에서 19.0%로 각각 감소한 것으로 나타나 경영의 합리화가 이루어지고 있다고 한다.

그런가 하면 경영위탁체제는 어느 운영체제보다 효율적이라는 결과가 제시되고 있다. 예컨대 시립영등포병원을 서울대학교 병원에 위탁하기 직전(1996년)과 후(1995년)의 효과를 살펴보면 재정자립도는 49.6%에서 92.8%로 43.2%포인트 증가하였고, 의료미수금회전률도 7.81에서 5.79로 단축되었으며, 조정환자수도 34,918명에서 240,720명으로 6.9배가 증가하였으며, 직원1인당 환자수도 262명에서 354명(1990년)으로 1.4배가 증가한 것으로 평가하기도 한다.

이와 같은 결과는 운영체제에 대한 평가시기, 대상기관에 따라 달리 나타날 수 있는 것으로 판단된다. 따라서 문제는 지역별 의료원이 현 상황에서 어느 운영체제가 가장 바람직한 것인가를 선택하는데 있다.

이러한 의료원의 운영체제를 결정하는 판단기준이 아직까지 제시된 바는 없으나 여기에서는 그 기준으로 의료환경여건, 지역주민의 생활수준, 인구규모, 정책결정자의 의지를 제시하고자 한다.

먼저 의료환경여건은 그 지역 의료서비스의 전달체계를 결정하는 요소로 작용할 것이라는 점에서 그 중요성이 인정된다고 하겠다. 즉, 의료원이 소재하고 있는 해당 지역에 종합병원급과 병원급은 어느 정도 소재하고 있고, 그 질적 수준은 어느 정도인가에 따라 의료원의 운영체제가 달라져야 할 것이다. 이것은 예컨대 민간의료기관과의 경쟁체제를 유지할 수 없음에도 단순히 공공성만을 강조하는 것은 의료원 운영의 기업성을 배제하면 몰라도 바람직하다고 할 수는 없기 때문이다.

둘째, 생활수준의 차이에 따라 의료수요가 다르고, 의료서비스의 질에 대한 요구가 높아질 것이므로 지역주민의 생활수준은 의료원 운영체제를 결정하는 요소로 작용할 것이라는 점이다. 더욱이 그동안 이룬 경제발전으로 국민의 생활수준이 향상되었고, 국민개보험의 실시로 양질의 의료서비스가 요구되고 있음에도 그에 따르지 못하는 운영체제만으로는 퇴보할 수밖에 없기 때문이다.

셋째, 인구규모에 따라 의료원 운영체제가 달라질 수 있다는 점이다. 예컨대 인구규모가 적은 도서지역에까지 독립채산제를 고집하는 지방공사체제가 과연 바람직하고, 반대로 대도시지역에 지방자치단체가 전액을 지원하는 직접경영체제가 과연 바람직한 운영체제인가에 대해서는 여러 가지 문제가 제기될 수 있는 것과 같기 때문이다.

넷째, 정책결정자의 의지가 의료원 운영체제를 결정하는 중요요인이 될 수 있다는 점이다. 우리나라의 경우 정책결정자의 정치적 결정에 의하여 정책이 이루어지는 경우가 적지 않았고, 의료원 또한 1981년 5월 6일 시·도

립병원 전반에 대한 현황 및 문제점을 파악하고 운영개선 대책을 강구하도록 대통령이 지시함으로써 운영체제가 바뀌게 되었음은 이를 뒷받침한다고 할 수 있다.

결론적으로 지방공사 의료원의 운영체제는 지금과 같이 지방공사체제로 획일화하기 보다 의료원이 위치해 있는 지역의료환경의 여건, 지역주민의 생활수준, 인구규모 등 지역적 특성과 각 운영체제의 장·단점을 고려하여 정책결정자가 결정하는 것이 바람직하다고 하겠다. 그러나 의료원의 운영체제를 전환하고자 하는 지역의 의료원에 있어서는 경영위탁체제로의 전환에 대한 적극적 검토가 바람직할 것으로 보인다. 그것은 지방공사체제보다 운영의 자율성이 보장되고, 민간의료기관과의 경쟁력을 제고할 수 있으며, 지방자치단체의 부담을 완화할 수 있을 것으로 기대되기 때문이다.

한편 간접경영체제인 지방공사체제에서 경영위탁체제로 전환하기 위해서는 이를 달성하기 위한 제도적 보완이 이루어져야 하는 바 그 추진전략으로는 첫째, 의료원설치에 기본이 되고 있는 지방공사 의료원 설치조례에 위탁근거를 마련하도록 개정하여야 하고 둘째, 개정된 지방공사 의료원 설치조례를 바탕으로 정관을 개정하여야 하며 셋째, 개정된 조례와 정관에 의하여 위탁기관과 수탁기관간의 수위탁계약서를 작성하여야 할 것이다. 그 사례로써 최근 지방공사 경상남도 마산의료원과 경상대학교 병원간의 경영위탁이 이루어졌는데, 의료원 운영체제의 개편을 위한 선행 자료로 개정된 조례와 수위탁계약서의 내용을 예시해 보았다.

아울러 지방공사로 의료원의 운영체제를 그대로 유지하는 경우에는 지금까지 제기된 문제점을 보완하는 차원에서 그 개선이 꾸준히 이루어지도록 하여야 할 것이다.

<參考文獻>

강인재 외, 지방재정론, 서울 : 대영문화사, 1993.

김안제 외, 한국의 지방자치와 지역개발, 서울 : 박문각, 1993.

김종희, 지방재정론, 서울 : 대영문화사, 1994.

안용식 · 원구환, 지방공기업론, 서울 : 대영문화사, 1994.

이상희, 지방재정론, 서울 : 계명사, 1990.

이혁주 · 이상수, 서울시 보건의료정책의 방향 재설정, 서울시정개발연구원, 시정연 96-R-25, 1996.

홍종욱, 지방공기업의 경영현황과 민영화방안 : 지방의료원을 중심으로, 경남개발연구원, 1993.

김덕영, "시 · 도립병원공사화운영실태", 지방재정, 1983. 11.

윤두근, "서울강남병원의 재정실태", 심정근 편, 도시공기업의 재무관리 : 도시공기업의 재정운영방향, 1994.

이창수, "시 · 도립병원의 지방공사화추진", 지방재정, 1982. 10.

정용하, "적자에 허덕이는 지방공사 의료원 탈출구는 없는가", 지방자치, 1996. 5.

정윤수, "보건의료재정정책의 개선방향 : 의료보험의 포괄수가제 도입을 중심으로", 한국행정연구, 1994년 여름호.

국무총리 행정조정실, 공공의료제도개선방안 및 동시행계획, 1981. 12.

내무부, 시 · 도립병원운영개선방안, 회의자료, 1982. 3. 31.

내무부, 지방공기업결산 및 경영분석, 1992, 1993, 1994, 1995.

대한병원협회, 전국병원명부, 1997.

보건복지부, 보건복지백서, 1996.

지방공사 강원도 원주의료원, 1996년도 결산서, 설치조례, 정관.

지방공사 경기도 이천의료원, 1996년도 결산서.

지방공사 대구의료원, 1996년도 결산서.
지방공사 전라남도 강진의료원, 1996년도 결산서.
지방공사 충청북도 충주의료원, 1996년도 결산서.
지방공사 경상남도 마산의료원, 재개원 100일 성과보고회, 유인물, 1997.
지방자치경영협회, 지방공사·공단의 과제와 역할, 세미나보고서, 1996.
지방자치경영협회, 경영진단평가결과보고서 - 인천, 안성, 청주, 충주의료원, 1994. 12.
한국보건사회연구원, 남북한보건의료제도 비교연구, 1993.
한국의료관리연구원, 각국 의료제도 비교연구, 1994.
한국보건의료관리연구원, 병원경영분석지표 해설, 1995. 12.
한국보건의료관리연구원, '95병원 경영분석, 1996. 12.
한국지방행정연구원·내무부, 한국지방행정사(1948 - 1986), 상권.
현대병원경영연구소, 경영진단 및 개선방안연구, 1996. 4.
坂田期雄, 地方公營企業, 東京 : 第一法規, 1982.
北神 智·山中昭榮, 地方公營企業, 東京 : 第一法規, 1986.
自治體病院經營研究會 編, 自治體病院經營ハンドブック, 東京 : ぎょうせい, 1996.
事典刊行委員會 編, 社會保障·社會福祉事典, 東京 : 勞動旬報社, 1990.
坂本和夫, "病院と地域活動", 神戸都市問題研究所, 都市政策, 1997. 4.
自治省, 地方財政白書, 1996.
Jones, Walter J., Johnson, James A., "State Health Care Reform : Balancing Cost, Access, and Quality", Public Administration Review, July/August 1995, Vol. 55, No. 4.
Radcliffe, James, "Community Care and New Public Management : The Local Government Response", Local Government Studies, Winner 1996, Vol. 22, No. 4.
Ranade, Wendy "The Theory and Practice of Managed Competition in the National Health Service", Public Administration, Summer

1995, Vol. 73, Number 2.

Roemer, Milton I., National Health Systems of the World : The Countries, Vol. 1, New York : Oxford University, 1991.

OECD, Health Systems : Facts and Trends 1960 - 1991, Vol. 1, Paris, 1993.