

지방공사의료원 사업운영분야 경영평가 지표의 문제점과 개선방향

오 동 일*

A Study on the Policy Improvement of Quantitative Management Evaluation Index of Municipal Medical Institutes

○ Dong II

요 약 지방공기업의 하나인 지방공사의료원은 경영개선을 위해 매년 행정자치부의 경영평가를 받고 있다. 경영평가를 위한 지표가 의료원의 현실을 잘 반영하고 경영개선에 실질적인 도움이 될 수 있도록 많은 발전이 이루어졌다. 그러나 일부 지표에 있어서는 논란의 여지가 있을 수 있어 사업운영분야와 관련된 경영평가지표를 중심으로 문제점과 개선방안을 제시하였다. 재정자립도, 병원관리, 사회기여도 측면에서 공공성과 수익성을 잘 반영할 수 있는 평가지표가 될 수 있도록 평가방법과 제설계된 지표를 제시하였다. 경영평가가 성공하기 위해서는 의료원의 부가가치를 잘 측정하고 의료원 경영목표를 반영할 수 있어야 한다. 이를 위해서는 매년 평가 데이터를 축적 분석하고 문제점과 개선방안을 유도하기 위한 연구가 지속적으로 수행되어야 할 것이다.

Abstract The purpose of this study is to propose the policy improvements of management evaluation system of municipal medical institutes. Management evaluation system of municipal medical institutes has been carried out every each year. This makes a great improvement in management practices. But in some respects, management evaluation system of municipal medical institutes has some problems in mechanism and measures. To overcome these, appraisal measures should be composed to improve medical efficiency. If we want to reconcile two objects which require both profit and public service, more appropriate measures should be designed. In addition, we should make measures to promote people work hard. For this purpose, we should make sure a more theoretical and practical ground back to evaluate the effectiveness of management consulting.

Key words : municipal medical institutes, management evaluation system

1. 서 론

국가 및 지방자치단체는 국민의 기본적인 보건의료 수요를 형평성 있게 충족시켜주기 위해 지방공사의료원을 운영하고 있으며 지방공기업법에 따라 매년 의료원에 대한 경영평가가 수행되고 있다. 경영평가는 지방공사의료원의 경영합리화와 효율적인 관리를 목적으로 사전에 설정된 평가지표를 바탕으로 실시되며 그 결과는 피드백되어 의료원경영에 반영된다. 경영평가를 통해 조직이 추구하는 바람직한 목표를 달성할 수 있고 조직의 강점과 약점, 그리고 조직의 집중 자원투입 대상을 확인할 수 있다. 의료원 경영성과를 어떻게 측정할 것

인가라는 문제는 결국 평가지표를 어떻게 합리적으로 설계할 것인가 하는 문제로 매우 중요한 의미를 지닌다. 평가지표는 의료원 평가 목적, 조직, 활동, 이용자 등 다양한 측면이 반영되어야 한다.

적절한 평가지표의 설계를 통해 의료원 경영에 도움을 주고 비효율적인 자원배분을 방지하여 경영효과성을 높일 수 있다. 평가지표가 잘못 설계되는 최악의 경우에는 순전히 평가만을 위한 자원투입이 이루어져 평가 목적 달성에 실패할 수도 있다. 평가지표를 단기적인 것 위주로 구성하는 경우에는 장기적인 발전이 저해될 가능성이 있으므로 평가지표의 특성을 분석해 장기적인 지표와 단기적인 지표로 구분할 필요가 있다. 또한 평가지표는 매년 평가결과에 대한 자료를 축적하여 결과치를 분석하고, 평가지표에 대한 문제점과 개선방안을 도출하며 평가지표가 조직의 목표 일치성을 달성할 수 있도록 설계되어야 한다.

*상명대학교 금융보험학부 증권금융전공 교수
본 논문은 상명대학교 2004학년도 교내연구비 지원에 의하여 연구되었음.

본 연구에서는 현재 수행되고 있는 지방공사의료원의 경영평가제도와 관련한 문제 중 평가지표와 관련된 문제를 주로 다룬다. 본 연구에서는 경영분야와 관련된 사업운영분야와 관련한 평가지표의 문제점과 개선방안을 살펴보고 지방의료원 경영평가제도가 성공하기 위한 전제를 고찰 한다.

2. 지방공사의료원 경영평가지표

2.1 지방공사의료원의 경영현황

2003년 말 현재 33개 지방공사의료원은 기업성과 공공성을 병행해야 하는 의료원의 현실로 인해 재투자 능력이 결여되고, 시설·장비의 노후화가 심해지고 있는 것이 현실이다. 또한 적자 누적으로 인해 기능을 축소하고 인력을 감축하는 등의 구조 조정을 단행하고 있으며, 책임경영체제를 갖추기 위해 노력하고 있으며 민영화 또는 매각을 대안으로 채택하고 있어 지방공사의료원의 정체성마저 흔들리고 있는 실정이다. 지방공사의료원은 의료원수가 33개, 총 병상수가 7,363병상에 이르고 있음에도 불구하고 1996년부터 2000년의 5년간 단 한차례도 당기순이익을 실현하지 못하고 적자 운영되고 있는 실정이다. 2000년에는 33개 의료원의 총 적자가 27,375백만원에 이르고 있다. 년 간 진료실적은 외래환자 4,133천명, 입원환자 2,438천명에 달한다. 환자구성비는 일반환자가 3.1%, 보험환자가 60.4%, 보호환자 24.4%, 기타 환자 12.1%를 차지하고 있다. 지방공사의료원의 최근 5년간 경영실적은 지난 5년간 모두 적자상태를 나타내고 있다[1, 2]. 이와 같은 적자 요인은 우선은 우수한 의사인력확보가 어렵다는 점이다. 의약분업이후 많은 의사인력의 이직이 많이 발생하였고 외래환자 위주의 개인의료원을 개업하며, 상대적으로 보수가 높은 민간종합병원으로 이직한다는 점이다. 일단 이직한 의사직 자리는 결원확보가 어려워 진료공백기간 장기화로 공공보건의료 역할수행의 위기를 맞고 있다. 또 하나는 공공성과 수익성을 병행하여야 하는 어려운 경영여건으로 수익만을 목적으로 하는 민간병원과는 달리, 공공보건의료기관이 감가상각비를 충당할 수 있는 수익을 올려 노후시설·장비에 재투자하기에는 거의 불가능한 실정으로 진료환경이 매우 열악하다.

3. 지방공사의료원 사업운영분야 경영평가 지표의 개선방향

3.1 현행 경영평가지표 개관

지방공사의료원에 대한 경영평가의 근거는 지방공기업법 제78조 및 시행령 제68조에 입각해 있다. '99년도

부터 기관별 성과급제 도입으로 지방공사의료원 임직원의 급여를 차등화하기 위한 기본 자료를 제공하고, 지방공사의료원 경영진전에 대한 평가를 통하여 경영개선 사항을 발굴하기 위한 목적으로 시행되고 있다. 경영평가를 통하여 차기 경영계획 수립에 기본분석 자료로 활용하며, 경영평가 결과를 통한 사후관리(경영지도, 개선 명령, 우수기관 표창 및 경영대상 시상자 선정 등 인센티브 부여)로 경영활성화를 도모하고 있다. 경영평가를 위해 경영평가단이 매년 구성되고 경영평가단은 3개 반으로 구성되어 있다.

책임경영분야는 행정자치부, 시·도 공기업관련 공무원이 수행하고 있으며 재정자립도, 병원관리, 사회기여 분야는 공인회계사 3명, 의료원연합회 3명이 수행하며, 진료환경분야는 의료계 전문인 4명이 수행하도록 되어 있다. 평가결과에 따라 기관성과급 등급결정 및 추가적인 경영진단, 경영대상자 심의 선정 표창되며 경영평가 결과에 대한 경영개선지침이 시달된다.

경영평가 시에는 책임경영분야에서는 경영진의 책임 경영 마인드, 중장기발전계획수립추진여부, 경영혁신 마무리, 인력, 정년, 기관·개인 성과급 정부시책(공기업경영지침 등)수용 및 자체경영혁신추진사항, 직원화합 노사관리 등이 평가된다. 평가지표는 계량평가지표와 비계량평가지표로 구성된다. 지방공사의료원에서는 평가수행시, 계량평가분야에서는 각 평가지표가 요구하는 지표구성내용을 면밀하게 검토하여 불이익이 없도록 자료작성에 철저수행하고, 비계량평가분야에서는 각 평가지표가 요구하는 내용을 면밀히 분석하여 빠짐없는 실적 자료를 제시하도록 하고 있다.

지방공사의료원의 경영평가를 위한 대분류지표는 과거 책임경영, 사업운영, 진료환경의 3분야에서 사업운영분야가 수익성 위주의 평가로 인식되므로 재정자립, 병원관리, 사회기여 등으로 세분하여 각 분야별 성과를 판단할 수 있도록 하기 위한 것과, 그간 경영상태를 표시하는 재정자립도가 현저하게 악화되었음에도 불구하고 병원관리분야나 사회기여분야의 지표에 의해 희석되어 분석이 다소 어려움이 있어 2003년도에 대한 평가

표 1. 경영평가지표 대분류

과거(2003년도)		현행(2004년도)	
구분	가점	구분	가점
I. 책임경영	10	I. 책임경영	10
II. 사업운영	80	II. 재정자립	25
III. 병원관리	27	IV. 사회기여	28
III. 진료환경	10	V. 진료환경	10

표 2. 경영평가지표 대분류의 변화

과거(2003년도)	현행(2004년도)
I. 목표달성율평가	I. 목표달성율평가
	II. β 분포평가
	III. Z-Score 평가

부터는 책임경영, 재정자립, 병원관리, 사회기여, 진료환경의 5 분야로 확대 개편되었다.

또한 평가방법에 있어서도 기존에는 목표달성률만을 기준으로 평가하였으나 현재는 목표달성률평가, β 평가, Z-Score 평가¹⁾ 등도 함께 이용되고 있다.

개편된 평가방법에서는 목표달성률 평가의 평점계산 방법이 두 가지이고, 목표달성률을 구하는 산식의 계산 방법 또한 두 가지 방법으로 모두 네 가지의 조합이 가능하다. 그러나 현재에는 ㉠-㉠을 결합한 방식과 ㉠-㉠ 방법을 결합한 방식만이 사용되고 있다. 목표달성률은 160명상 이하, 161~250명상 이하, 251명상 이상, 수련병원(부산, 강남)으로 각 그룹별로 분리함으로써 병원의 규모와 특성을 반영하고 있다. 한편, β 분포 평가는 주로 의료보호환자진료, 대부분의 공공진료사업등과 같은 사회기여도 평가지표에 사용된다. Z - Score 평가는 재정자립도중 의업수지비율과 공공진료 사업 분야 중 사회기여도 평가에 사용된다.

3.2 평가방법상의 문제와 개선방향

사업운영분야 경영평가지표와 관련한 문제점으로는 다음과 같은 점을 들 수 있다. 첫째, 각 지표에 따라 사용되는 평가방법이 너무 많다. 목표달성률, β 평가, Z-Score평가로 세분화되어 있다. 문제는 각 평가지표에 따라 특정한 평가방법의 채택이 정당화될 수 있는가하는 점이다. 왜 이 평가지표 간에 사용되는 평가방법이 달라야 하는가에 대한 명확한 근거는 없는 편이다. 그러므로 지금부터라도 특정한 평가지표의 특성을 분석하고 이에 알맞은 평가방법을 개발하여야 한다. 각 평가지표의 특성을 분석한 결과 특별히 다른 평가방법을 사용하여야만 할 정당한 이유가 발견되지 않는다면 가능한 한 단순평가방법을 사용하여야 할 것이다.

둘째, 평가항목의 배점문제이다. 대분류평가항목 속에 소분류 평가지표가 있는데 각 항목에 대한 배점이 균형을 이루고 있는가 하는 점이다. 이 문제는 전문가들 사이에서 주관적으로 결정될 수밖에 없는 문제인데,

1) 성과평가점수가 β 분포 또는 정규분포를 한다고 가정하는 경우의 평가방법

평가지표의 수용성과 효과성을 위해서는 행정자치부가 지방공사의료원 및 전문가들과 지속적으로 협의하고 수정함으로써 평가의 목적을 달성할 수 있도록 해야 할 것이다. 예를 들어 재정자립도와 사회기여도가 같이 상호 충돌할 수 있는 지표에 대해서는 상호 충분한 논의를 거쳐 지표의 배점을 정할 필요가 있다.

셋째, 평가방법에 있어서도 총점을 100점으로 해서 각 항목의 값을 합산하는 방식에서 벗어나 타 접근법을 병행해서 사용할 필요성이 높다. 즉, 지금의 방법처럼 각 평가지표에 사전적인 배점을 주는 형태가 아니라, 모형 내에서 타 지방공사의료원과의 상대적인 실적에 따라 가중치가 주어지도록 모형을 설계하는 방식이다. 비모수적인 다투입구조를 다룰 수 있는 DEA모형을 보조적으로 사용하거나, 각 평가지표의 중요성에 따라 가중치변동에 일정한 범위를 주는 방식을 DEA모형 내에 고려함으로써 각 평가지표의 중요도를 고려할 수도 있을 것이다.

넷째, 경영평가단 구성에 있어 재정자립도, 병원관리, 사회기여도 분야 평가의 평가위원의 구성은 공인회계사 3인과 의료원연합회 3인으로 구성되어 있어 전문가 구성이 편향되어 있다. 재정자립도나 병원관리 분야 등에 계량지표가 많이 있긴 하나, 이 지표들을 평가함에 있어 꼭 공인회계사가 필요한 것은 아니다. 경영평가는 회계감사가 아니고 병원의 경영관리의 문제점을 파악하고 이를 개선시켜주는데 목적이 있다면, 재무회계전문가인 공인회계사의 수를 1인으로 줄이고 나머지 2인은 관리회계 전문가인 대학교수 중 1인, 그리고 나머지 1인은 조직이나 전략을 전공한 대학교수 1인으로 교체되는 것이 바람직할 것이다.

다섯째, 평가지표와 평가지표간의 관계를 명확히 할 필요가 있다. 즉 평가지표를 단기지표와 중장기지표, 수익성지표와 공공성지표, 안정성지표와 활동성지표, 인력관련지표와 자원관련지표 등으로 구분하고 각 지표간의 관련성에 대한 심층적인 분석이 선행되어야 한다. 이를 위해서는 각 년도별로 평가지표와 그 결과 값에 대한 데이터베이스를 구축하고 이를 분석하는 과정이 필요하다. 성과평가지표는 여러 가지가 있으며 각 지표는 다양한 측면의 성과를 측정한다. 각 측정지표는 나름대로의 근거가 있으며 단점이 있기 마련이므로 다양한 측정치가 제시된 경우에는 사전에 평가지표간의 우선순위, 중요도, 결과에 대한 해석 방향 등에 대한 사전 합의가 필요하다.

여섯째, 평가지표 측정을 통해 나타난 성과와 보상시스템이 연계되어야 한다. 병원에는 다양한 직종의 인원이 근무한다. 따라서 평가결과가 각 직종의 보상체계와 연계될 수 있어야 한다. 효과적인 성과보상 시스템이

되기 위해서는 조직 구성원들이 자신들이 거둔 성과가 각 지표에 반영되는 정도와 내용을 알고 있어야만 한다. 따라서 평가지표를 각 직종의 기여도를 분석할 수 있는 체계로 설계되어야 한다.

4. 평가지표의 세부적인 개선방향

4.1 재정자립도평가

4.1.1 의업수지관리

첫째, 의업수지관리를 위한 지표인 의업수지비율은 의업수입과 의업비용의 비율로 주어진다. 여기서 의업수입이란 손익계산서상의 의업수익금액에서 수탁사업수입을 차감하여 구하고, 의업비용은 손익계산서상의 의업비용금액에서 수탁사업 비용을 차감하되 의업비용에 감가상각비는 제외하도록 되어 있다. 수탁사업수입 = 수탁사업비용으로 간주하고 있으며, 식당을 위탁 운영시에는 식당운영수입과 지출을 동시에 차감하도록 되어 있다.

한편, 경영수지관리는 의업수입뿐만 아니라 의업외수입의 합이 의업비용과 의업외비용 합이 몇 배인가를 측정한다. 여기서 의업외수입은 영안실, 식당, 매점, 자판기, 주차장, 이자수입 등 운영수입으로 하고, 식당수입은 직영이 아닐 경우 임대료 수입을 반영하도록 되어 있다. 의업외비용은 의업외수입과 관련된 인건비, 재료비, 관리비, 이자비용 등 제비용을 말한다.

그런데 두 지표는 어느 정도 중복되는 면이 있고 경영수지비율의 경우에는 지방공사의료원의 의업수입 확대의 한계성으로 의업외수입이 큰 비중을 차지해 병원 자립도 평가에 많은 영향을 미칠 수 있다. 또한 의업외수입 측정과 관련하여 이자수익이나 이자비용과 같이 의료부대활동의 범위를 벗어나 자금의 조달, 운용활동과 관련된 성과까지 평가지표에 영향을 미치게 되는 문제점이 있다. 따라서 의업수지비율의 배점을 현행 6점에서 7점으로 높이고 경영수지관리의 배점은 현행보다 1점정도 낮추어 2점 정도가 적당하다. 만약 이러한 조정이 어려울 경우에는 의업수지는 의업과 관련된 비용한 단위당 수입을 측정하고 경영수지관리는 지표의 내용을 변경하여 의업외수입과 의업외비용의 비율을 측정하는 지표로 바꾸는 것도 고려할 수 있다.

의업수지증가율과 관련해서는 경영활동이 양호한 의료원의 경우 주변 의료시장이 포화상태에 이르게 되면 타 지역 환자들까지 더 흡수하기가 힘들다. 따라서 어느 정도 의료시장이 성숙되는 경우 의업수지증가율은 정체되게 되므로 규모의 경제가 더 이상 나타나지 않는 의료원의 경우에는 전년대비증가율이 낮을 수 있다. 반면 적자상태가 지속되거나 낮은 흑자상태를 나타낸 의

료원이 흑자로 전환되거나 수익이 조금 증가하는 경우 의업수지증가율은 매우 커지게 된다. 의업수지증가율이 수익과 비용의 임계점에서 크게 변하는 특성으로 인해 일부 의료원의 경우에는 경영성과가 타 의료원에 비해 좋지 않음에도 불구하고 단지 전년도 대비 실적이 개선되었다는 측면으로 인해 의업수지증가율은 클 수 있다.

4.1.2 요소별원가관리

재료비율은 손익계산서상 금액에서 급식재료비, 급식수입을 차감하여 구하며인건비율은 손익계산서상 금액을 사용하되 인력현황을 고려한 의료원 전직원에 지급한 비용으로 측정한다. 관리비중 급여성격 비용을 포함하되 의업외종사자 인건비(인력현황II)와 개인성과급(포상비)은 인건비에서 제외한다. 연구비는 인건비에 합하되 손익계산서에 의료교육연구 금액으로 나와 있는 항목만 고려하도록 되어 있다. 여기서 문제는 재료비율과 인건비율을 일정한 범위로 맞추는 것이 의료기관의 효율과 직접적인 관계가 있는 것인지가 불분명하다는 점이다. 의료기관의 상황에 따라서 특정의 비용항목이 타 항목에 비하여 상대적으로 적은 비율이나 많은 비율을 차지할 수도 있다. 인건비율, 재료비율, 관리비율은 자립도평가의 기본구성요소로서 차기경영계획수립에 주요자료를 제공한다는 점에서는 의미가 있을 수 있다. 그러나 재료비율과 인건비율을 의업수입대비 몇 %로 둔다는 것이 직접적인 경영관리의 우수성을 나타내는 것으로 볼 수 없다. 따라서 이 항목들의 배점은 현재보다 낮은 1점정도 부여하는 것이 타당하다.

직원 1인당 인건비는 총인건비를 직원연인원으로 나눈 값으로, 인건비에는 의사와 영안실, 매점, 주차장관리 종사자 인건비는 제외하고 직원연인원에도 의사 및 의업외종사자를 제외하고 계산한다. 의사수입비율은 의업수입이 의사인건비의 몇 배인가를 나타내는 지표로 의사인건비에는 의사에게 지급된 보수 및 연구비가 모두 포함한다.

직원 1인당 인건비의 경우 정규직의 경우에도 영안실 등을 관리하는데 투입될 수 있으므로, 차라리 외부임대의 경우만을 제외하는 것이 바람직해 보인다. 정규직원의 경우 영안실, 매점 등에 인력이 투입되고 있다면 정확한 계산을 위해서는 활동별시간비율을 구해야 할 것이다.

의사인건비의 경우 연구비의 성격이 실질적인 연구비의 의미인지 생계보조를 위한 급여적인 성격인지가 구분되어야 할 것이다. 실질적인 연구수당으로서의 연구비라면 인건비에서 제외되는 것이 마땅할 것이다. 또한 인건비의 경우 퇴직급여를 포함한 것인지가 불명확하므로 이에 대한 정리도 필요하다. 관리비가 의업수입에서 차지하는 비율에 있어서도 관리비항목은 손익계산

표 3. 사업운영분야 평가지표 개선내용[3]

2004년도 시행예정 평가지표					
평가지표명	평가방법	가중치	평가지표명	평가방법	가중치
가. 재정자립도		[25]	④ 직원자질향상		(5)
① 의업수지관리		(10)	0 교육훈련정도	비계량	2
0 의업수지 비율	Z-Score	6	0 노무관리	비계량	3
0 경영수지관리	목표달성율	3	⑤ 병상이용율		(3)
0 의업수입증가율	목표달성율	1	0 병상이용율	목표달성율	3
② 요소별원가관리		(10)	⑥ 의업미수금관리		(2)
0 재료비율	목표달성율	2	0 의업미수금대손율	목표달성율	2
0 인건비율	목표달성율	2	⑦ 기타		(6)
0 직원1인당인건비	목표달성율	2	0 업무정보화및활용	비계량	2
0 의사1인당수입율	목표달성율	2	0 회계정보활용과		
관리층의 관심도	비계량	2			
0 관리비율	목표달성율	2	0 환경개선노력	비계량	2
③ 경영개선노력		(5)			
병원관리			병원관리		
병원관리			다. 사회기여도		[28]
0 원가절감및수입증대노력	비계량	3	① 의료보호환자 진료		(6)
0 고가장비이용율	목표달성율	2	0 입원보호환자진료	β 평가	3
나. 병원관리		[27]	0 외래보호환자진료	β 평가	3
① 환자관리		(5)	② 공공진료사업		(22)
0 환자증가율	목표달성율	3	0 의료직1인당응급환자수	β 평가	3
0 입원환자재원일수	목표및 β	2	0 행여?무료환자진료	β 평가	3
② 병상당직원수관리		(2)	0 법정전염병환자 진료	β 평가	2
0 병상당직원수	목표달성율	2			
③ 환자수대직원수		(4)			
0 의료직1일1인조정환자수	목표달성율	2			
0 관리직1인1일조정환자수	목표달성율	2			

서상의 항목으로 하되 감가상각비 및 기타 복리후생비는 제외하도록 되어 있다. 관리비에서 감가상각비와 기타 복리후생비를 제외하도록 한 근거가 불명확하다. 관리비를 현금기준으로 측정된 것도 아니고 관리비중 통제가능성이 높은 항목만을 고려한 개념도 아니다. 감가상각비 부분은 고정자산의 취득과 관련해서 나타나고

고가의료장비사용과 관련된 효율이 고가장비이용율에 반영되는 측면이 있지만 이는 고가장비만의 원가대비 수익의 비율을 보는 항목으로 전체 고정자산을 포함한 개념은 아니다.

병원 전체의 관리비가 의업수입에서 어느 정도를 차지하고 있는가를 측정하기 위해서는 비현금흐름인 감가

상각비도 관리비에 포함되어 통제되어야 할 것이다. 기타 복리후생비의 경우에도 관리비에서 제외시키는 근거가 모호하다. 기타복리후생비의 범위가 명확하게 정해지고 이에 대한 처리지침이 사전적으로 정해지거나 경영평가시점에서 분류가 모호한 항목이 나타나는 경우, 이를 구분해주는 시스템이 평가단내에 갖추어져야 할 것이다. 만약 이와 같은 명확한 기준 없이 특정 항목을 평가에서 제외한다면 실제지출행위와 기장내용이 불일치할 수 있어 문제가 될 수 있다.

4.1.3 경영개선노력

원가절감 및 수입증대노력은 비계량적인 지표이다. 이 항목은 진료과별 수입과 원가분석 결과에 의한 경영개선 조치 정도를 평가한다. 진료과별 수입은 진료과별 수입 분석을 실시하고 복수과일 경우 분리 분석하도록 되어 있다. 진료과별 원가는 진료과별 의사, 간호사(조무사 포함) 인건비, 재료비로 구분해서 측정한다. 이 항목에서는 성과급제도의 합리성 및 수입제고 정도를 평가하며 청소, 경비, 식당, 외래환자관리 대체 등 외주용역 확대 정도를 고려하며, 정원대비 현원 축소운영 비율 등 의사수급사항(이직율, 재임기간, 주요과 진료공백기간 등)을 측정하여 종합적으로 평가하도록 되어 있으며 전체 점수는 3점이다.

이 지표의 문제점은 단일한 평가지표에 너무 많은 평가세부항목을 가지고 있다는 점이다. 우선 진료과별 원가와 진료과별 수익의 분석이다. 이 항목만 하더라도 정확한 파악이 어렵다. 진료과별 원가계산의 내용과 범위가 불명확할 뿐만 아니라 원가계산방식에 대한 일관된 원칙도 없다. 복수과의 경우 진료수익을 배분한다고 되어 있지 어떤 기준으로 수익을 배분할지가 명확하지 않다. 재료비의 경우에도 각 진료과가 공통으로 사용하는 재료비에 대한 언급이 없으며 인건비의 경우에도 소속과와 진료내용 등 활동량이 불일치하는 경우의 원가분리에 대한 기준이 없다. 상당히 복잡한 내용을 아무런 기준 없이 측정하도록 함으로써 비교가 어려울 것이다. 진료과별 원가계산방식에 대한 통일적인 기준이 없고, 특히 간접비에 대한 배부기준도 없어 혼동이 초래될 수 있다.

또한 성과급제도의 합리성 및 수입제고 정도라는 것이 정확히 무엇을 측정하고자 하는지 불명확하다. 성과급은 어떤 방식으로 설계되어야 하는지, 성과급 도입으로 수입이 어느 정도 증가되어야 하는지, 그 효과는 무엇으로 측정하는지 등이다. 외주용역의 확대정도도 외주용역의 확대를 어느 정도해야 점수가 부여될 수 있는지와 병원에 따라 외주용역의 확대가 도움이 되지 않을 수도 있음에도 불구하고 지속적으로 확대하여야만 하는지 등 매우 모호한 항목이다. 의사수급상황이나 정원대

비 현원 축소 비율의 경우에도 실질적인 의미에서 병원 관리와는 무관한 세부평가항목이 될 수 있다. 전체적으로 각각의 세부항목 값이 나옴이라든 이를 종합화할 수 있는 상세 기준은 없다. 따라서 매우 주관적이고 편향된 평가지표가 될 수 있으므로 평가세부항목을 분리하고 각 항목마다 점수부여 기준을 명확히 하고 평가방법을 계량지표로 전환할 필요가 있다.

4.2 병원관리

4.2.1 환자관리

환자관리항목은 환자증가율, 입원환자재원일수증가율로 구성되어 있다. 이중 환자증가율은 전년도대비 증가율로, 환자수는 입원(연인원)환자수에 의해(실인원)환자수를 더해 구하되 신체검사인원을 포함하지 않고 신체검사증가율에 따른 가점을 부여하고 있다. 신체검사는 일반검진과 종합검진, 그리고 기타건강검진의 세 가지 분류로 나눌 수 있다. 평가지표상에 신체검사인원은 제외한다고 되어 있어 모든 유형의 검진을 제외하는 것으로 해석된다. 그러나 종합검진의 수익성은 매우 높은 편이고 대형병원에서는 검진환자유치를 위해 매우 노력하고 있는 실정이다. 지방공사의료원이 일반병원과는 달리 공공책임을 다해야 하는 부담으로 일반진료를 확대할 수 없는 상황에서, 의료원의 수익성을 제고하고 검진을 시발로 병원유인효과를 높인다면 환자유치 뿐만 아니라 병원수익성 개선에도 많은 도움이 될 것이다. 따라서 검진을 제외할 것이 아니라 검진의 종류를 세분화하여 이중에서 의료원평가에 가장 필요하다고 판단되는 종류의 검진환자는 외래환자와 동일하게 취급하여 평가지표에 직접적으로 산입하는 방안을 검토해야 할 것이다.

4.2.2 직원수관리

직원수 관리지표에는 병상당직원수항목만 있다. 병상당직원수관리는 총직원수를 운영병상수로 나눈 값이다. 총직원수는 일용직, 계약직 포함 전체직원(연인원)으로 영안실, 매점, 주차장관리종사자는 제외한다. 정신병상과 특수병상의 경우에는 의사, 간호사, 의료보조원(직접비에 한함)만 포함한다. 운영병상수는 MAX(연입원환자수, 연허가병상수)로 계산하고 일반병동, 정신병동, 기타 특수병동으로 구분하도록 되어 있어 의료원의 특성을 반영하고 있다. 여기서 문제는 총직원수에 일용직과 계약직을 포함할 것인가의 문제이다.

만약 대부분의 의료원에서 정규직과 일용직(또는 계약직)의 비율이 일정하고 이 비율에 대한 전반적인 관리지표가 존재한다면 일용직이나 계약직을 총 직원수에 포함하는 것은 무리가 없다. 그러나 일용직이나 계약직의 상당수가 단순작업을 수행하는 잡근직이고 의료원에

기여하는 정도가 일반정규직과 상당한 차이가 존재한다면 두 직종을 혼합하여 직원수에 산정하여 평가하는 것은 문제가 있다.

따라서 직원수는 정규직원만을 포함하되 일부 계약직의 경우 경영관리나 사무보조의 경우에만 포함하는 것이 바람직할 것이다. 또한 운영병상수를 연입원환자수와 연허가병상수 중 큰 값으로 하고 있는데, 이는 지표간의 혼동을 초래하게 만든다. 병원의 경우 허가병상수와 실제 가동병상수가 다른 경우가 많이 있다. 따라서 허가병상수보다는 실제 가동병상수를 기준으로 운영병상수를 구하는 것이 바람직할 것이다. 허가병상수와 가동병상수의 차이가 클수록 허가병상수와 연입원환자수를 비교하는 것이 의미를 상실할 것이다. 만약 연입원환자수가 연허가병상수보다 더 작게 나타난다면 총직원수를 연입원환자수로 나눈 값을 병상당직원수라고 부르는 것은 적절하지 못하다. 오히려 입원환자당 직원수가 더 바람직한 표현이다. 따라서 운영병상수의 개념도 실제 연간 운영되고 있는 병상수로 정하여 운영병상수의 개념을 단일화할 필요가 있다.

4.2.3 환자수대직원수

환자수대직원수에는 의료직 1인1일 조정환자수, 관리직 1인1일 조정환자수의 두 가지 지표가 있다. 의료직 1인1일 조정환자수는 연입원환자수 + $\left(\text{외래수입} \times \frac{\text{연입원환자수}}{\text{입원수입}} \right)$ 로 계산하되 의료직에는 의사, 약사, 간호사, 의료기사, 간호조무사, 약무보조, 의료보조(방사선, 검사실, 물리치료실, 치과기공, 영양사 등)를 포함하도록 하고 있다. 따라서 이 지표의 의료직에는 병원의 일반관리, 사무직을 제외한 대부분의 병원 인력을 모두 포함하고 있다고 볼 수 있다. 의료의 주체는 의사이고 타 직종은 의사의 보조 인력의 범위를 넘기 힘들다. 물론 환자 중에는 간호사나 물리치료사 등의 친절도와 서비스에 따라 병원을 방문하는 경우도 있다. 그러나 환자의 대부분은 의사의 능력과 진단, 성실성에 절대적으로 의존하고 있다.

따라서 의료직 1인1일당 조정환자수는 의사직 1인1일 조정환자수로 대체되어야 한다. 의료행위의 주체인 의사뿐만 아니라 의료행위의 보조자까지 모두 포함하여 의료인으로 보고 지표를 산정하는 경우 환자유치의 실패원인이 의료 보조자에게 전가될 위험성도 있다. 관리직 1인1일 조정환자수는 의료직 1인1일 조정환자수에 대응되게 설계된 개념이다. 이 지표의 문제점은 관리직의 범위가 너무 넓다는 점이다. 관리직에는 사무직, 기능직, 고용직, 상근일용직 등이 포함되어 있어 환자유치·관리와 무관한 직종까지 포함되어 있다. 따라서 이

지표도 의료직 1인1일당 조정환자수와 같은 이유로 지표명을 직원 1인1일당조정환자수로 바꾸든지, 아니면 관리직에서 사무직과 행정직만 두고 나머지 고용직, 상근일용직은 제외하여야 할 것이다. 각각 2 점씩 두 개의 지표로 구성되어 있는 의료직 1인1일 조정환자수와 관리직 1인1일 조정환자수는 의료직을 의사직과 기타의료직 그리고 관리직의 세 가지로 구분하여 각 직종별 1인1일당조정환자수로 접근하는 방안을 고려해야 할 것이다.

4.2.4 직원자질 향상

직원자질향상과 관련된 지표 중 노무관리항목은 3점이 주어지는 비계량 항목으로 구체적인 평가기준이 없다. 이 항목은 노사협의회 개최회수, 분쟁사항, 노사정보제공, 노조경영개선요구사항, 노사화합정도를 평가한다. 그러나 구체적으로 각 항목의 중요도나 배점, 값을 부여하는 지표가 없으므로 노사협의회 개최회수가 많은 것이 좋은지, 적은 것이 좋은지도 알 수 없고, 노사화합 노력 등은 매우 주관적인 요소이다.

4.2.5 병상이용율

병상이용율은 연입원환자수를 연운영병상수로 나눈 값으로 연입원환자수는 입원환자별 입원 일수의 총계로 하고, 연운영병상수는 MAX(연입원환자수, 연허가병상수)로 구한다. 여기서 문제는 연운영병상수에 대한 정의이다. 운영병상이란 허가병상유무에 불구하고 실제로 병원에서 운영하고 있는 입원료를 받는 병상수이다. 따라서 연입원환자수와 연허가병상수에 무관하게 운영병상수가 정해져야 한다. 지표의 식은 연입원환자수보다 연허가병상수가 더 많다면 연허가병상수가 분모에 사용되어 실제병상 중 어느 정도가 이용되고 있는가 하는 것과는 상이한 결과가 산출될 수 있다. 따라서 분모에 사용되는 연운영병상수의 정의를 재검토해야 할 것이다.

5. 결론 및 향후 연구방향

지방공사의료원의 경영평가가 성공적으로 정착되기 위해서는 무엇보다도 각 의료원의 실무자가 경영평가지표에 대한 타당성을 수용할 수 있도록 지표가 설계되어야 하고 경영평가 결과가 경영성과배분의 실질적인 기준이 되어 성과지급의 차등화가 이루어져야 한다. 평가를 통해 나타난 성과와 보상시스템이 연계되어야 하므로 의사를 중심으로 한 전 직원이 자신이 어떻게 평가될 것인가에 대해 명확히 알고 있도록 교육되어야 할 것이다. 경영평가제도가 실천적으로 피드백될 수 있도록 하기 위해서는 성과와 보상 간에 인과관계가 사전에 명확하게 정의되고 일관성을 가져야 한다.

참고문헌

- [1] 김용익, 참여정부의 공공의료정책과 의료원 발전방향, 2003년 지방공사의료원발전방안워크샵, 2003.12,
- [2] 지방공사의료원연합회, 지방공사의료원발전을 위한 워크샵, 2003.12,
- [3] 행정자치부·지방공사의료원연합회, 2003년도 지방공사의료원경영평가편람, 2004.3,