

일본의 공립병원 경영개혁을 통한 시사점 고찰

이노우에 유스케*, 정승원**, 서영준***†

연세대학교 의료복지연구소*, 일본 국립장수의료연구센터**, 연세대 보건행정학과***

<Abstract>

Innovation of Public Hospitals in Japan and Its Implications for Korea

Yusuke Inoue*, Seung-Won Jeong**, Young-Joon Seo***†

*Yonsei University Institute of Health and Welfare,**

*National Center for Geriatrics and Gerontology, Japan ***

*Dept. of Health Administration, Yonsei Univ.****

This study purports to learn the lessons from the managerial innovation of Japanese public hospitals. The performance of three innovation strategies of Japanese public hospitals, such as managerial efficiency, restructuring and networking, and rearrangement of governance and ownership, were analyzed and its implications for Korea were discussed. Based upon it, several strategies for improving the performance of Korean public hospitals, were suggested.

Key words : Innovation, Public Hospitals, Networking, Japan,

I. 서 론

1. 연구의 배경

2103년 전반기 한국 의료계의 가장 관심을 끈 이슈는 경상남도 진주의료원 폐쇄와 관련된 논란이었다. 경상남도청의 전격적인 의료원 폐쇄 선언에 따라 촉발된 논란은 중

* 투고일자: 2013년 9월 1일, 수정일자: 2013년 10월 7일, 게재확정일자: 2013년 11월 8일

† 교신저자: 서영준, 연세대학교 보건행정학과, 전화: 010-6265-9897, E-mail: yjseo@yonsei.ac.kr

* 이 논문은 2012-13학년도 연세대학교 박사후 연구원 지원에 의하여 작성된 것임

양정부와 국회에까지 확산되어 폐쇄의 타당성 여부를 두고 경남도, 중앙정부, 여야간 공방이 벌어졌으며, 논란에도 불구하고 경남도가 끝까지 폐쇄의지를 굽히지 않음에 따라 일단은 법적으로 폐쇄된 상태에서 후속 다툼은 계속되고 있다. 이번 논란은 그동안 일반국민과 정치권의 관심밖에 있던 지방의료원이라는 대표적인 공공병원의 현실과 문제점을 드러내는 계기가 되었으며 그에 따른 많은 진단과 해결책이 제시되기도 하였다. 사실 공공병원의 대표적 형태인 지방의료원은 ‘지방의료원 설립 및 운영에 관한 법률’에 의거하여 관리되고 있는데 주요 기능으로는 지역주민의 진료사업, 감염병 및 주요 질병의 관리 및 예방사업, 민간의료기관이 담당하기 곤란한 보건의료사업, 의료인, 의료기사 및 지역주민의 보건교육사업, 의료지식과 치료기술의 보급 등에 관한 사항, 국가 또는 지방자치단체의 공공보건의료사업수행 등으로 규정되어 있다. 그러나 이러한 기능을 수행하는데 있어 비용대비 효과성에 지속적인 비판이 제기되어 왔으며 진주의료원 폐쇄는 하나의 극단적인 처방이라고 할 수 있다. 현재 설립 및 관리의 최종 책임이 각 광역지방자치단체에게 주어진 상태에서 지자체별 여건에 따라 지방의료원의 역할과 위상도 편차가 큰 실정이다. 예를 들어 공공의료에 대한 인식이 긍정적인 지자체의 경우 비용대비 효과에 대해 다소 관대한 반면, 그렇지 못한 지자체의 경우 비용대비 효과성 측면에서 다른 대안을 마련해야 한다는 목소리가 높다. 현재의 지방의료원의 문제는 이미 수십 년에 걸쳐 누적된 것으로 하루아침에 해결될 성질의 것은 아니며 이제부터 정부, 전문가, 시민, 의료원 관계자들이 모여 머리를 맞대고 바람직한 공공의료체계의 모형과 그에 따른 공공병원의 역할 및 기능, 평가 및 지원육성책 등에 대해 심도 있게 논의해야할 과제이다.

한국은 사회보장제도 전반의 설계단계에서 선진 외국의 시책을 참고해 왔으며, 특히 의료제도는 이웃나라인 일본의 제도를 많이 참고하였는데, 일본은 ① 사회보험으로서의 의료보험 제도, ② 국민지출에서 차지하는 국고보조 비율이 큰 점, ③ 환자가 의료기관을 자유롭게 선택하여 진료를 받을 수 있는 권리, ④ 민간병원을 중심으로 한 의료제공체계라는 점 등에서 한국과 공통점이 많다. 또한 장기요양보험제도의 설계에도 일본의 개호보험을 많이 참고하였다. 이에 한국보다 먼저 공공병원의 문제점을 파악하고 적극적인 개혁정책을 시도해 온 일본의 사례를 통해 그들의 개혁과정과 성과를 분석해 보는 것은 한국 공공병원의 나아갈 방향에 대한 시사점을 찾는 데 의미있는 작업이 될 것이다.

일본의 의료제공체계를 보면, 병원은 8,670개소(2010년)가 있고, 그 중 민간의료법인(약66%)과 공립병원(14.7%)이 전체의 약80%를 차지한다(후생노동성 2011). 일본에서는 국가의료계획에 따라 2차 진료권을 중심으로 병상수의 공급을 조정하도록 제도화 되어 있다. 따라서 도시 이외의 지역에서는 지역의료의 중심이 되고 있는 공공병원, 특히

자치단체의 공립병원(이하, 공립병원이라 함)의 역할이 상대적으로 크다고 할 수 있다. 한편, 공립병원은 의사결정체계 구조의 취약성, 경영전문성의 미흡, 행정에 의한 자율성 억압 등과 더불어 높은 인건비 비중으로 인한 고비용구조가 겹쳐 적자를 면하기 어렵도록 되어 있다(齋藤貴生, 2012). 공립병원은 지역의료의 담당자이며, 특히 인구가 적은 지역에서 중심적 역할을 하는 의료기관이라는 명분은 있지만, 재정적으로 어려운 상황에서 높은 비용구조의 문제를 간과할 수 만은 없다. 이에 일본 정부(總務省)는 2007년, 공립병원의 경영개선을 목적으로 ‘경영효율화’ ‘재편·네트워크화’ ‘경영형태의 재검토’ 등 3가지 관점을 중심으로 ‘공립병원개혁가이드라인’을 발표하였다(總務省, 2007). 2012년 현재, “공립병원개혁계획”을 통해, 경영개선을 구체적으로 실행하는 단계에 들어와 있어 실제로 개선된 사례도 보고되고 있다(總務省, 2010). 그 결과 2006년에는 20%만이 흑자였던 공립병원이 최신통계를 보면 약 절반이 흑자로 돌아선 것으로 나타나고 있다(全国自治体病院協議会, 2012).

한국 역시 공립병원, 특히 지역의료의 담당자 역할을 하고 있는 지방의료원은 일본과 마찬가지로 경영상태가 좋지 못해 만성 적자를 벗어나지 못하고 있는 실정이다. 2011년에는 34개 병원 중 27개 병원이 적자로 평균 14억 5천만원의 순손실을 보였으며, 이러한 적자폭은 점점 확대되어 가고 있는 경향을 보인다. 특히 의료사업만 보면 1개를 제외한 모든 병원이 적자를 보이고 있는 가운데 장례식장 등 의료외 수입으로 적자를 일부 보전하고 있는 실정이다(삼일회계법인, 2012).

향후 한국경제의 저성장시대가 지속될 것으로 예상되는 가운데, 사회보장비를 중심으로 재정지출은 폭발적으로 증가하여, 재정적으로 더욱 어려워질 것으로 보인다. 이는 최근 진주의료원의 폐원사태와 맞물려 국가 및 지자체의 지방의료원에 대한 경영개혁 및 존재의미의 재정립을 요구하는 목소리가 더욱 커질 것임을 시사하고 있다. 이러한 시점에서 일본의 공공병원 개혁의 동향을 살펴보고 한국 공공병원 개혁의 시사점을 찾아보는 것은 의미 있는 일이 될 것이다.

2. 연구목적

지금까지 한국 지방의료원의 경영개선에 대한 지적은 늘 있어 왔지만, 외국의 사례를 면밀히 검토하여 시사점을 얻고자 한 사례는 많지 않다. 이에 본 연구에서는 한국의 지방의료원과 마찬가지로 공공성을 담보하면서 지역의료를 담당해 가고 있는 일본의 공립병원의 경영개혁의 동향을 고찰하고, 향후 한국 지방의료원의 경영개혁 방향에 관한 시사점을 도출하고자 한다. 구체적으로 일본공립병원의 경영개혁의 과정과 실적을 계량적으로 검토하고, 일부 공립병원의 개혁 과정을 사례연구 방식으로 기술할 것이며, 그를 통해 한국 공공병원의 향후 개혁방향에 대한 시사점을 도출하고자 하였다.

II. 연구방법

본 연구에서는 일본의 도도부현, 시정촌 지방자치단체 공립병원을 연구대상으로 하였다. 2007년부터 진행되고 있는 공립병원의 경영개혁 동향을 분석하기 위하여 총무성이 발표한 공립병원개혁 가이드라인(2007), 공립병원경영개혁 사례집(2010), 최신 공립병원개혁의 주요 사례(2010), 공립병원개혁 플랜의 실시 상황(2012), 후생노동성이 발표한 2011년도 의료시설조사, 자치체 병원경영연구회가 발표한 자치체 병원경영 핸드북(2012), 전국 자치체 병원협의회가 발표한 2011년도 결산예산액 조사보고서 등의 문헌자료를 수집하여 분석하였다. 경영실적과 관련된 자료는 계량적으로 분석하였고, 개혁사례 등은 질적 분석을 통해 기술하였으며, 미츠기 병원 등 일부 병원은 연구자가 직접 방문하여 문헌에 소개된 내용을 확인하고 책임자와 면담하는 과정을 거쳤다.

III . 일본의 공립병원의 개혁

1. 공립병원의 개요

일본 의료법에 규정된 공립병원에는 ① 도도부현, ② 시정촌, ③ 일부 사무조합 등 지방공공단체조합, ④ 국민건강보험단체 연합회, ⑤ 일반국민건강보험조합, ⑥ 일본 적십자사, ⑦ 사회복지법인 혜장재단 제생회, ⑧ 후생농업협회연합회, ⑨ 사회복지법인 홋카이도 사회사업협회가 해당된다(의료법 제31조). 본 연구에서는 이상의 공립병원 중, 2007년부터 경영개혁이 진행되고 있는 ①과 ②에 해당하는 지방자치단체가 설립한 공립병원을 연구대상으로 하였다.

공립병원의 정비과정을 보면, 1922년에 건강보험법, 1938년 국민건강보험법이 공포되면서 의료기관에 대한 계획적인 정비가 시작되었는데, 공립병원은 지역의료서비스를 제공하기 위한 시설로 정의됨으로써 지속적인 인프라 증가정책이 채택되어 왔다. 2011년 현재, 일본의 병원수는 총8,605개소이며, 그 중 공립병원은 1,258개소(14.6%)이다. 병상수로 보면 일본 전체 1,583,073병상 중, 329,861 병상으로 20.8%를 차지하며, 1개 시설당 평균 병상수는 262병상이다<표 1>.

공립병원은 신설, 개축 및 의료기기 등의 정비 시에 국고보조금, 병원사업채권, 일반회계 이월금 등을 재원으로 사용한다. 주요 수입은 의업수입이지만, 그 외에 국고보조금, 일반회계 인출금 등의 수입이 있다.

<표 1> 일본의 개설자별 병원수 및 병상수

개설자	병원수	구성비(%)	병상수	구성비(%)	시설당 병상수
국립	274	3.2	116,191	7.3	424.1
공립병원	1,258	14.6	329,861	20.8	262.2
사회보험관련단체	121	1.4	35,599	2.2	294.2
의료법인	5,712	66.4	851,918	53.8	149.1
개인	373	4.3	34,957	2.2	93.7
기타	867	10.1	214,547	13.6	247.5
합계	8,605	100.0	1,583,073	100.0	184

자료 : 후생노동성(2011) 「의료시설정태조사」

2. 공립병원의 사명과 역할

공립병원의 사명과 역할에 대해 지자체병원 경영연구회 및 공립병원개혁 가이드라인에서는 “공립병원은 지역에서 제공되어야 할 필수의료 중 수익성 등의 측면에서 민간 의료기관이 제공하지 못하는 의료를 제공하는 기관”이라고 정의하고 있다 (지자체병원 경영연구회, 1969 ; 공립병원개혁 가이드라인, 2006). 이는 공립병원이 오지 및 벽지 의료거점 병원의 70%, 기간재해의료센터의 약60%를 차지하고 있기 때문이라 말할 수 있다. 또한 전국지자체병원협의회는 공립병원의 역할을 ① 적절한 의료의 공급, 벽지 의료의 확보 및 향상, 고도·특수·선구적인 의료 제공, ② 의료·보건·개호복지와의 연계(보건·복지대책의 중핵)”라고 정의하고 있다(전국지자체병원협의회, 2000). 지방공기업법에서는 “지자체병원은 공공성과 경제성을 모두 발휘하여 지역주민의 의료 복지에 기여하는 의료기관”이라고 정의하고 있다.

3. 공립병원의 경영현황

현재, 지자체립 공립병원의 병원수와 사업수는 감소경향에 있다. 병원수는 2006 년 973개소였던 것이 2010년에는 883개소로 줄었고, 사업수는 669개 사업에서 654개 사업으로 줄었다. 경상손실을 낸 병원의 비율은 2006년에 78.9%였던 것이 2010년에는 45.4%로 감소했다. 병원수와 사업수가 줄어든 만큼, 총수익과 총비용은 감소 경향에 있지만 총수익보다 총비용의 감소가 커 경상이익은 2008년 이후 개선추세에 접어들어 2010년에는 전체 흑자를 보이고 있다. 의료수익 대비 인건비율은 55%대를 유지해 오다가 2010년에는 53.3%로 감소했다<표 2>.

<표 2> 일본의 지방자치체립 공립병원의 경영현황

	2006	2007	2008	2009	2010
총병원수	973	957	936	916	883
총사업수	669	667	665	659	654
경영손실사업수율(%)	78.9	75.1	72.4	61.0	45.4
총수익(백만엔)	4,008,969	4,027,200	3,990,054	3,998,677	3,978,917
총비용(백만엔)	4,207,458	4,221,868	4,171,717	4,105,634	3,977,976
경상손익(백만엔)	△199,699	△200,559	△184,488	△110,309	5,640
인건비율(%)	55.5	55.3	55.7	55.0	53.3

자료 : 자치체병원경영연구회편 “자치체병원경영 핸드북” 교세이, 2012년

4. 공립병원의 개혁 가이드라인

공립병원은 오랫동안 전체의 절반이상이 적자를 보였으며, 2006년에는 무려 79%가 경상손실을 내고 있었다. 진료수가의 지속적인 인하가 이어졌던 2002년 이후에는 경상손실을 내는 사업이 계속 증가해 왔다. 또한 의사부족으로 진료부서의 축소를 강요당하고 있었을 뿐만 아니라, 관료적인 경직된 경영과 고액의 보조금에 의존하면서 높은 인건비율 등 고비용 체질에 대한 비판을 받고 있었다. 이에 2007년 총무성은 공립병원이 앞으로 지역에서 필요한 의료를 안정적이고 지속적으로 제공하면서도 경영의 효율화를 기할 수 있도록, “공립병원개혁 가이드라인”을 발표하였다. 이 개혁의 목적은 개혁을 통해 공공 및 민간의 적절한 역할분담 하에 지역에서 필요한 의료제공체계를 구축하는 것이다. 구체적으로는 ① 경영의 효율화, ② 재편·네트워크화, ③ 경영형태의 재검토 등 3가지가 거론 되었다. ①에 관해서는 주요 경영지표 수치 목표를 제시하였으며, ②와 관련해서는 의사의 안정적 확보를 포함, 지역전체에 필요한 의료서비스가 원활하게 제공될 수 있도록 지역 내 공립병원 그룹을 만들고 거점병원에 병상과 의사를 집약하는 한편, 필요에 따라 다른 병원은 병상을 줄이고 의원으로 변경하는 등 구조 재편이 이루어졌다. ③의 경영형태 재검토는 민간경영기법의 도입을 도모하는 관점에서 “지방독립법인화” 및 지정관리자 제도의 도입과 민간에 사업양도, 조직의 슬림화(의원으로 변경)등을 골자로 하고 있다. 또한 도, 시, 부 등 민간병원을 중심으로 의료제공체계가 충분히 갖추어진 곳은 폐지·통합을 검토하는 것도 포함되었다.

총무성은 병원을 개설하는 지방자치단체에 대해 2008년도에 “공립병원개혁계획”을 수립한 후 병원경영 개혁에 적극적으로 임할 것을 요청했다. 복수의 공립병원이 있는

도도부현에는 “재편·네트워크화” 및 “경영형태의 재검토”를 시, 정, 촌과 함께 지방자치단체 스스로 계획하고 구상하도록 요구하였다. “개혁계획”은 경영효율화에 대해서는 3년, 재편·네트워크화 및 경영형태의 재검토에 대해서는 5년 정도를 계획하고 시행할 것을 요구하였다. 경영효율화에 대해서는 동일한 지역에 민간병원이 있는 경우 공립병원도 “민간병원 수준의 효율성”을 달성할 것을 기본으로 수치목표를 설정하였다. 수익성을 높이기 위해 민간경영기법의 도입, 사업규모 및 형태의 재검토, 비용절감·억제대책, 소득증가·확보대책을 요구하였다. “재편·네트워크화”를 추진하는 공립병원에 대해서는 공립병원 특례채권, 특별교부세 등으로 지원하기로 하였다. 개혁계획의 실행상황에 대해서는 연1회 이상 점검·평가를 실시하고, 평가과정에 전문가와 지역주민 등의 참여 및 위원회의 자문 등을 통하여 평가의 객관성을 확보하였다. 평가결과는 지역주민들에게 알기 쉬운 형태로 공표되는데, 경영효율지표에 관한 수치목표의 달성이 현저하게 곤란한 경우는 개혁계획의 근본적인 재검토와 경영형태의 변화를 요구하고 있다.

5. 공립병원의 개혁 결과

1) 경영효율화

공립병원 경영효율화는 경상수지비율, 직원급여비용 대 의업수익비율, 병상 이용률 등 3개 지표에 의해 평가되었다. 물론 개혁 이전에도 이러한 지표를 이용하여 평가하고 경영에 참조하도록 활용해 왔지만, 모든 공립병원에 목표치가 설정되어 평가결과를 공개하도록 하고, 개선이 어려운 경우 경영형태의 변형 및 통합, 폐지 등을 하도록 한 것이 개혁이후로 크게 달라진 점이다.

2011년 경영지표의 목표달성 상황을 보면, 3가지 지표 모두를 달성한 병원은 전체의 8.8%였다. 반대로 3가지 지표 모두가 이루어지지 않은 병원은 전체의 29.9%였다. 각 지표별로 달성한 병원의 비율을 보면, 경상수지비율은 54.6%, 직원급여비용 대 의업수익비율은 42.8%, 병상이용률은 18.8%였다. 흑자를 보였던 병원은 470개소로 전체의 53.0%를 차지하였다. 2006년도 사업별 결과에서는 21.1%만이 흑자였음을 감안하면 개혁을 통해 경영개선이 진행되고 있음을 알 수 있다. 물론 2010년도에 진료수가가 0.19% 상승한 것도 일정부분 영향을 미쳤을 것으로 보인다<표 3>.

2) 재편·네트워크화의 책정상황

2011년까지 재편·네트워크화 계획을 수립한 병원은 전체의 44.7%이며, 2012년 이후 계획하고 있는 병원은 31.8%, 향후에도 계획이 없는 병원은 23.5%였다<표 4>. 재편·네트워크화를 통하여 거점병원에 의사 배치 및 집계 기능이 주어짐으로써 지역 단위의 보다 효율적인 의료제공이 가능하게 될 것으로 기대되고 있다. 보다 넓게 보면 일

본에서는 도도부현 단위로 의료계획이 수립되고 있는데, 지역단위에서 기준병상수, 의료연계, 의료종사자의 확보, 정보제공, 질병관리 목표 등이 정해져 있어 재편·네트워크화계획 수립 시에는 의료계획과 정합성을 맞추는 것이 필수적이다.

<표 3> 2011년도 경영지표의 목표치에 대한 계획달성 현황

3개 경영지표 목표달성 현황			2011년도 경상수지현황			
경상수지 비율	의료수익 대비 인건비율	병상이응율	병원수	%	흑자병원	적자병원
달성한 병원	달성한 병원	달성한 병원	78	8.8%	63	15
		미달성 병원	198	22.3%	153	45
	미달성 병원	달성한 병원	40	4.5%	23	17
		미달성 병원	168	19.0%	118	50
미달성 병원	달성한 병원	달성한 병원	16	1.8%	12	4
		미달성 병원	88	9.9%	34	54
	미달성 병원	달성한 병원	33	3.7%	10	23
		미달성 병원	265	29.9%	57	208
합 계			886	100.0%	470	416

자료 : 총무성(2012) 「공립병원개혁계획의 실시현황 등」

<표 4> 재편·네트워크화의 책정 상황

재편·네트워크화 책정 상황	병원수	%
2008년까지 책정된 병원	215	24.3%
2009년부터2011년까지 책정된 병원	181	20.4%
2012년도 이후 책정예정	282	31.8%
책정예정이 없는 병원 (미정병원 포함)	208	23.5%
합 계	886	100.0%

자료 : 총무성(2012) 「공립병원개혁계획의 실시상황 등」

3) 경영형태의 재검토

지자체립 공립병원은 경영형태를 선택할 수 있는데 경영형태에 따라 인사·예산 등에 관한 권한이 달라진다. 경영형태 개혁의 구체적 내용은 ① 경영의 자율성이 가장 낮은 지방공기업법 재무적용, ②앞의 ①보다 자율성이 높은 지방공기업법 전부 적용, ③ 가장 권한이 큰 지방독립행정법인 형태로 전환, 지정관리자 제도 도입 및 민간 양도 등이다. 개혁의 결과 전체 공립병원의 65.9%가 경영형태의 재검토를 실시했거나 실시 예정인데, 기본적으로 구축성이 있는 지방공기업법 재무적용에서 자율성이 높은 지방공기업법 전부 적용으로 변경하는 경우가 많았다<표 5>.

〈표 5〉 경영형태의 재검토 내용

계획책정시의 경영형태	병원수	경영형태재검토 계획 상황		
		재검토 병원	재검토 예정병원	재검토 미예정 병원
지방공기업법 재무적용	556	127	331	98
지방공기업법 전부적용	266	16	98	152
특정관리자제도	52	0	12	40
지방독립행정법인	12	0	0	12
합 계	886	143	441	302
	%	16.1%	49.8%	34.1%

자료 : 총무성(2012) 공립병원개혁계획의 실시상황 등

5. 공립병원의 개혁 사례

1) 개혁에 대한 정보공유

개혁의 경과와 경영개선 사례 등은 총무성이 공표하고 있는데, 이를 통해 각 병원은 다른 병원이 어떻게 경영개선을 해 가고 있는지 알 수 있어 자신의 병원경영 개선에 참고하는 것이 가능하다. 또한 매년 발행되고 있는 지자체병원경영연구회의 “지자체병원경영 핸드북” 등 공립병원이 외부로 부터 얻을 수 있는 정보가 더 많아졌다. 총무성 “경영개선사례집”에 따르면, 경영효율성 달성을 위해 구체적으로 실시한 내용으로 ① 입원·외래환자수 증가노력, ② 환자 1인당 진료단가 인상, ③ 급여수준에 관한 활동, ④ 직원수 및 직원배치 적정화에 관한 사례, ⑤ 비상근직원 및 업무위탁 활용에 관한 활동, ⑥ 의업재료비 절감·억제 노력 (조달수단의 개선 등), ⑦ 시설관리비 및 의료기기 구입비 삭감·억제 노력, ⑧ 업무개선과 비용절감 노력, ⑨ 경영전략측면 사업, ⑩ 직원의 사기 향상 등이 보고되고 있다.

2) 재편·네트워크화계획

야마가타현의 5개 도시(인구 300,409명)로 이뤄진 2개의 의료권에서는 의료계획에 규정된 기준병상 2,784병상을 기초로 총 2,913병상(14개병원 ; 2,635병상, 241 진료소, 278병상)규모의 의료제공체계를 구축하고 있다. 이 의료권에서는 의료기능이 중복되는 2개 병원(니혼카이 종합병원 528병상과 사카타시 의료센터 400병상)을 합병하고 니혼카이 종합병원을 급성기 648병상, 사카타시 의료센터를 회복기 재활·아급성기 110병상으로 의료기능을 재편하였다. 이 재편을 통해 첨단의료 및 전문 의료를 담당하는 니혼카이 종합병원에 의사와 간호사 인력 및 고급 의료장비 등을 집중시킬 수 있게 되어, 입원일수 단축, 높은 간호기준 취득에 의한 진료수익의 증가, 수술진수 증가, 독

립행정법인화를 통해 직원 수 및 직원 배치 등의 유연한 대응이 가능해졌다. 병상 감소로 매출은 3% 감소했지만, 그 이상으로 비용이 7% 감소되어, 재편 후에는 흑자를 달성하였다. 이 밖에도 미야기현에서 7개 병원, 아이치현에서 4개 병원이 재편·네트워크화를 시행하였다.

3) 경영형태의 재검토

오키나와에 있는 나하시립병원(급성기 470병상)은 2008년 경영형태를 병원의 재량이 큰 지방독립행정법인으로 변경하였는데, 그 이유는 10년 정도 흑자경영을 유지하고 있었지만 진료수가 개정에 의해 7:1 간호기준이 도입된 이후, 인근 민간병원이 7:1 기준을 충족, 간호사를 신속하게 확보함으로써 나하시립병원의 간호사 확보가 어렵게 되었고, 그 결과, 낮은 간호기준을 유지할 수밖에 없었던 나하시립병원은 수입이 감소하여 적자로 전락하였다. 이를 계기로 지자체가 아닌 나하시립병원의 결정으로 인재의 확보 및 배치가 상대적으로 용이한 지방독립행정법인화 전환을 선택하였고, 그 결과 의료제도와 시장의 변화에 신속하게 대응할 수 있는 체제가 되어 7:1 간호표준 및 입원 시 의학관리, DPC(Diagnosis Procedure Combination) 등 각종 가산을 얻을 수 있었다. 결과적으로 인력은 12% 증가했지만, 거기에 투자되는 비용 이상으로 수익증가가 이어져 적자 후 2년 만에 흑자화를 달성하였다.

4) 공립미즈기 종합병원 - 지속적인 흑자경영과 지역포괄케어의 실시

지자체립 병원 중에서도 오랜 흑자경영을 실현하고 있는 병원이 있는데, 그 중 하나가 공립 미즈기종합병원이다. 이 병원의 경영특징은 지역요구에 맞는 지역포괄케어의 실천에 의한 환자의 확보와 계획된 설비투자이다. 공립 미즈기종합병원은 인구 7만명 지역에 있는 핵심병원이며 병상수는 240병상, 그 밖에 개호노인보건의료, 특별노인 요양홈, 재활, 케어하우스, 그룹홈, 방문간호스테이션, 도우미 스테이션 등 종합시설을 부대사업으로 운영하고 있다.

미즈기종합병원은 수익확보를 위해 요양시설, 방문간호, 방문개호 등 보건·복지서비스를 중심으로 지역포괄케어사업을 통해 지역주민의 요구에 맞는 서비스를 제공함으로써 환자의 안정적인 확보를 추구하는 이른바 보건·의료·복지복합체의 형태를 취하고 있다. 또한 경영에 영향을 주지 않도록 설비투자는 채무액이 전체 매출액의 절반이하가 되도록 하고, 몇 년마다 병동 재건축을 실시하는 등 계획적인 투자를 계속하고 있다. 한편 서비스의 질 저하로 이어질 비용절감은 하지 않는다는 운영방침을 가지고 의료기기에 대해서는 가격을 충분히 고려한 양질의 기기들을 도입하고 있다. 직원급여비용 대 영업수익비율은 해당병원과 동등한 규모의 전국평균수준을 유지하고 있지만, 개호사업을 포함한 재료비 비율은 낮게 유지하고 있다. 지방공기업법에서는 병원경영에 관한 책임과 권한은 병원장에 있고 직원채용은 병원장 권한으로 되어 있어 유연한 경영을 실행하고

있다. 다른 의료기관이나 보호시설과의 연계도 실시하고 있지만, 기본적으로 급성기에서 회복기, 유지기까지 지역에서 필요한 서비스(지역완결형)를 제공하고 있다.

IV. 고 찰

지금까지 기술한 일본의 경험을 바탕으로 향후 한국의 지방의료원의 경영방향 및 역할 재설정에 대한 시사점을 살펴보고자 한다.

1. 경영책임의 명확화

지방의료원의 주요 존재의의는 ① 지역주민에 대한 의료서비스를 실시하는 것(지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률(이하 지방의료원법이라 한다) 제2조)과, ② 민간의료기관이 담당하기 곤란한 보건의료사업의 수행(지방의료원법 제7조)으로 정리할 수 있을 것이다. 2013년 현재 지방의료원은 국내에 33개소가 있고, 대부분 국고보조금 및 지자체보조금 등을 받아 운영하고 있으며, 사업의 성격 상 기업식 경영방식을 그대로 적용하기가 어려운 곳이 많다. 그러나 공공성이 높거나 기업적 경영방식을 도입하기 어려운 환경이라고 하더라도 경영효율성 추구를 게을리 할 수는 없다. 일본에서는 공립병원의 경영개혁 이후에 경상수지비율, 의업수익 대 인건비 비율, 병상이용율의 세 가지 지표를 이용하여 각 병원의 경영효율성을 측정하고 있다. 이들 지표는 개혁이전에도 사용되어 온 것으로 지표 그 자체는 새로운 것이 아니다. 그러나 개혁이후 변화한 점은 ① 각 지표의 목표치 설정과 성과평가 실시 및 평가결과의 공표, ② 개선전망이 어두운 병원이나 병원의 존재 자체가 불명확한 경우에는 병원 및 사업체의 폐지, 통합 등을 추구한 점이다. 다시 말하면, 성과에 대한 책임의 명확화와 병원의 존폐 여부까지 포함한 강도 높은 경영개혁을 추구해 왔다는 점이다.

한국의 법률을 보면, 지방의료원은 조직의 중요사항을 이사회에서 결정할 수 있으며, 일본의 대부분의 공립병원에 비해 원장(이사장) 및 이사회에 재량이 크게 확보되어 있다. 예를 들면, ① 정관변경, ② 조직에 관한 사항, ③ 인사·보수·복무 등의 규정 등은 이사회에서 결정한다(제9조). 또한, 보건복지부장관 및 지방자치단체장의 권한의 일부를 이사장에게 양도할 수 있다(제26조). 따라서 법률적으로는 경영의 재량이 큰 만큼 비효율적인 경영의 개선 및 그에 따른 성과에 대해 최고경영자의 책임도 크다고 할 수 있다. 그러나 실제로는 한국의 지방의료원은 중앙정부와 각 지자체가 설정한 법령 및 규정, 각종 지원 및 평가 가이드라인에 따라 운영할 수밖에 없어 원장의 재량으로 할 수 있는 경영혁신 추진에 한계가 있으며, 추진하더라도 규정 개정 후 이루어져야 하

기 때문에 그 혁신의 속도가 상당히 느릴 수밖에 없다. 또한 지방의료원 34개중 27개의 노동조합은 단일노조인 전국보건의료산업 노동조합의 지부형태로 구성되어 강력한 노동권을 행사하고 있으며, 노사간 단체협상이라는 형태로 원장의 경영권을 상당히 제한하고 있다. 예를 들어 인력 및 사업 구조조정, 외주용역, 임금 수준 및 급여체계 등에 있어 노조의 합의가 없이 원장의 재량으로 변경할 수 있는 게 거의 없어 실질적인 원장의 경영자율권이 보장되어 있다고 하기는 어렵다. 따라서 지나치게 경영권을 제한하는 불합리한 단협조항들이 개선되지 않는 한 원장에게만 전적으로 경영책임을 묻기는 어려운 실정이다. 또한 성과지표 측면에서도 지역의 특성을 무시한 채 획일적인 지표를 적용하여 평가하고 있으며, 수익성이나 적자감소, 인건비율 감소 등 재정적 측면의 지표들의 비중이 높고 공공의료사업이나 지역주민과 저소득층을 위한 양질의 의료 제공 등에 관한 지표는 비중이 낮거나 차별성이 거의 없어 공공의료기관으로서의 역할 설정에 어려움이 있다. 따라서 지방의료원의 경영성과 평가에 있어 지역 특성에 따라 수익성과 공공성 간 균형을 잡을 수 있도록 지표의 설정과 비중을 조정할 필요가 있다.

2. 재편·네트워크화에 의한 지속가능한 지역의료제공체계 구축

앞서 언급했듯이 일본에서는 2012년까지 전체의 약80%가 병원이나 사업체의 재편·네트워크화계획을 수립하였고, 경영형태의 전환은 전체 886개 병원의 16.1%인 143개 병원에서 이루어졌다. 한국 농촌지역에서는 지방의료원이 지역거점병원을 담당하는 곳이 많다. 따라서 진료권 단위로 기준병상수 등을 산출해 국립대병원-지방의료원-보건소와의 공공보건의료체계 구축을 통한 “재편, 네트워크화”를 구축하는 것은 일본의 사례에서 보여주듯이 자원의 유용한 활용 측면에서 효과적일 것이다. 반대로, 병상수가 과도하다고 판단된 지역에 위치하고 있는, 존재의의가 불명확한 지방의료원에 대해서는 “통·폐합”을 포함하여 기능 전환, 존폐여부의 검토가 필요하다. 즉, 이미 민간의료기관이 충분히 공급된 지역에서 유사한 가격으로 동일한 의료서비스를 제공하고 있는 공공병원에 대해서는 그 타당성을 정밀하게 재검토하여 민간과의 경쟁구도를 탈피하고 취약계층을 위한 필수진료과 등 의료안전망 중심의 진료서비스를 제공하도록 기능 전환이 이루어져야 할 것이다.

현재 한국에서는 지역에 따라 의료서비스 양이나 의료종사자수에 큰 차이를 보이고 있다. 이는 사망률 등 의료의 질 지표에서 지역차이가 큰 것으로 나타나는데 예를 들어 서울과 강원도는 산모의 사망률이 3 배정도 차이가 있다고 보고되어 있다(한국보건사회연구원, 2010). 그 배경에는 지역단위의 의료자원의 분배편향에 있으므로, 이러한 지역간 격차를 해소하려면 의료계획에 따라 지역마다 기준병상수 및 의료종사자수, 질병관리목표 등을 설정하고 자원이 부족한 지역에 집중적으로 공공병원을 설립, 운영하여

의료취약 지역을 해소하고, 공공병원을 중심으로 지역 내 의료기관 간 네트워크를 만드는 등 지역단위의 의료서비스 양과 질에 형평성을 도모할 필요성이 있다.

3. 의료난민, 영양난민, 사망난민 예방을 위한 네트워크 구축

“통·폐합” 또는 “재편·네트워크화”의 실시에 있어 의료난민, 영양난민, 사망난민을 고려할 필요가 있다. 현재 한국에는 경제적으로 곤궁한 노인이 많다. OECD 가맹국 중 노인 빈곤율이 가장 높고(OECD, 2011) 질병을 가지고 있는 고령자의 35.7%가 경제적 이유로 진료를 받지 못하고 있다(질병관리본부, 2012). 국민의 41.9%가 연금에 가입되어 있지 않다는 보고(국민연금연구원, 2013)도 있기 때문에 지금 그 대책을 세우지 않는다면 앞으로 보다 많은 층에 있어서 경제적인 이유로 의료난민 및 영양난민이 발생할 가능성이 크다. 일본의 상황을 감안하면 앞으로 고령자가 급증하면서 사망자도 늘어나기 때문에 지역에 따라 노인인구의 증가에 대한 병상수와 시설수의 정비가 제대로 이루어지지 않으면 수급격차가 크게 발생할 수 있다. 그 결과 ‘사망장소’의 확보가 이루어지지 않아 고독사 등의 ‘사망난민’이 발생할 수 있으며, 특히 노인인구가 급증하는 도시에서 발생할 가능성이 현저하게 높다(二木立, 2012a). 이 문제에 대해 일본에서는 지역포괄 케어로 대처하고 있다. 지역포괄케어는 병원을 중심으로 주민이 사는 지역에서 보건·의료·복지 자원의 네트워크를 형성하여 정비해 나가는 것을 목적으로 하고 있다. 이는 서비스 질 담보를 도모한다는 측면에서 그 중심을 병원으로 한 보건·의료·복지복합체가 유효하다는 것을 의미한다(二木立, 2012b). 한국, 특히 농촌지역에서는 의료난민·영양난민·사망난민의 발생을 예방하는 역할을 담당하는 것이 지역의 지역거점병원인 지방의료원이 될 것이다. 이러한 점들을 고려하여 향후 지방의료원의 역할에 있어 노인 의료를 중요하게 다루어야 할 것이며, 장기요양시설의 직영 또는 연계방안을 적극 검토해 나가야 할 것이다.

4. 경영지원

공공병원 경영은 병원의 노력만으로 흑자경영을 달성하기에는 한계가 있다. 예를 들면, 일본에서는 공립병원의 수익성 악화에는 진료수가의 인하가 가장 큰 영향을 미치고 있다. 진료수가 인하가 계속되면 각 병원이 아무리 경영노력을 한다고 하더라도 기본적인 고정비용이 많이 들어가는 병원의 특성 상 적자를 면하기 어렵게 된다. 특히 공공병원은 취약계층 진료 등 수익성이 낮은 진료를 상대적으로 많이 하여 수익성은 낮은 반면 의사와 직원들의 인건비 등 고정비의 비중은 높아 적자를 면하기 어려운 실정이다. 따라서 공공의료사업의 수행에 따라 발생하는 소위 ‘건전한 적자’와 시설 및 장비투자에 따른 부분에 대해서는 별도의 항목으로 분리하여 예산을 지원하는 방안이 마련되어

야 할 것이며 그 과정에서 각 지자체의 재정자립도를 고려하여 열악한 지역에 우선적으로 인력과 예산을 배정할 필요가 있다.

또 지방의료원은 원장의 책임 하에 자율경영을 실천하되 경영정보를 투명하게 공개하고 지방의료원간에도 경영정보를 공유하는 체계를 구축할 필요가 있다. 일본에서는 지자체립 공립병원이 약 900개 가까이 존재하는데, 공립병원의 경영을 지원하는 지침서로서 자치체병원경영연구회가 “자치체 병원경영 핸드북”을 매년 발간하고 있다(자치체병원경영연구회, 2012). 그 외에, 총무성이 이번 병원개혁에 의한 “경영개선 사례집”도 공개하고 있는데(총무성, 2010a, 2012c), 이러한 매뉴얼이나 보고서는 공립병원의 경영을 지원하는 역할을 하고 있다. 한국의 지방의료원은 대학 또는 연구기관과 공동으로 사업을 수행하거나 인력·기술지원협약을 체결하는 것을 법적으로 인정하고 있기 때문에(지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률 제7조), 대학병원과의 협약을 통해 인적, 물적 자원의 교류와 경영자문 및 교육지원 등을 활성화하는 노력이 필요하다.

V. 결 론

본 연구에서는 공공성을 담보하면서도 흑자의 비율을 전체 공립병원의 20%에서 50%까지 상승시킨 일본 공립병원의 개혁 과정 및 성과에 대한 검토를 통해 향후 한국의 지방의료원의 운영 방향에 대한 시사점을 논의하였다. 경영의 효율화, 재편·네트워크화, 경영형태의 재검토, 3가지로 요약되는 일본의 경험은 한국에서도 유용한 시사점을 제공해 주고 있다. 특히 성과목표 설정과 그에 따른 평가결과의 공개 및 후속 조치로 대변되는 경영효율화, 지역거점공립병원 중심의 자원 재배치와 지역 의료기관간 네트워크로 구성되는 재편·네트워크화, 각 공립병원의 실정에 맞는 경영형태의 선택 등은 한국에서도 적극 추진을 검토해 볼만한 사항들이다. 다만 이러한 개혁작업을 추진하는데 있어 각 지역별 특성이 고려되어야 할 것이며, 중앙정부와 지자체의 강력한 개혁의지, 원장의 전문경영능력, 노동조합의 대승적 협력, 주민의 적극적 참여 등이 동반되어야 개혁의 성과를 기대할 수 있을 것이다. 따라서 이러한 인식을 바탕으로 지방의료원의 향후 개혁방향 및 전략에 대해, 정부, 지자체, 지방의료원, 그리고 주민대표가 모여 합리적인 토론을 전개할 장이 마련되어야 할 것이다.

끝으로 한국에서도 진주의료원 사태 이후 지방의료원의 공공성 및 경영효율성 강화를 위한 개혁 방안이 강구되고 있는 시점에서 향후 한일간 공공병원 개혁전후의 성과를 비교해 보는 작업이 이어지기를 기대한다.

참 고 문 헌

- OECD (2011). Retirement-income Systems in OECD and G20 Countries
- 국민연금연구원 (2013). 다층노후소득보장연구
- 厚生労働省 (2012). 平成23年(2011)医療施設調査
- 自治体病院経営研究会 (2012). 自治体病院経営ハンドブック: ぎょうせい
- 全国自治体病院協議会 (2012). 平成23年度決算見込額調査報告書
- 総務省 (2007). 公立病院改革ガイドライン
- 総務省 (2010a). 公立病院経営改善事例集
- 総務省 (2010b). 最近の公立病院改革の主な事例
- 総務省 (2012c). 公立病院改革プランの実施状況等
- 中央社会保険医療協議会. (2011). 第18回医療経済実態調査(医療機関等調査)報告
- 二木立 (2012a). 21世紀初頭の都道府県・大都市の「自宅死亡割合」の推移—今後の「自宅死亡割合」の変化を予想するための基礎作業. 文化連情報(419), 16-27
- 二木立 (2012b). 日本の保健・医療・福祉複合体の最新動向と「地域包括ケアシステム」. 文化連情報(408), 28-35
- 보건복지부 (2007). 2007 보건복지가족백서
- 삼일회계법인 (2012). 2012 지역거점 공공병원 운영평가 및 운영진단 보고서
- 齋藤貴生 (2012). 自治体病院の経営改革 原則と実践: 九州大学出版会
- 질병관리본부 (2012). 2010국민건강영양조사
- 한국보건사회연구원 (2010). 2007-2008 영아·모성사망조사 - 모성사망 -