

## 국립대병원의 공공성과 수익성 관계 분석

양 종 현

중원대학교 의료정보행정학과

### <Abstract>

### An Analysis of the Relationship between Publicness and Profitability of National University Hospitals

Jong Hyun Yang

*Department of Health Information and Administration, Jungwon University*

The purpose of this study is to analyze the relations between publicness and profitability of national university hospitals in Korea. Finance and management data from 2008 to 2010 were collected from balancing accounts and annual reports in 13 national university hospitals.

The dependant variables are used profitability indicators which are operating margin, net profit to gross revenues, normal profit to gross revenues. The independent variables are publicness indicators which are medical social work, ratio of medical aid in inpatients, ratio of medical aid in outpatients, publicness index.

The results show that operating margin, net profit to gross revenues in profitability indicators are affected by medical social work in publicness indicators. Normal profit to gross revenues in profitability indicators is strong related to medical social work and hospital province in publicness indicators. Based on these results, this study suggests implications to balance the

---

\* 투고일자 : 2013년 8월 13일, 수정일자 : 2013년 9월 12일, 게재확정일자 : 2013년 9월 20일

† 교신저자 : 양종현, 중원대학교 의료정보행정학과, Tel : 043-830-8852, Fax : 043-830-8679,

Email : mybabos@jwu.ac.kr

publicness and the profitability in national university hospitals.

*Key Words : Publicness, Profitability, National University Hospital*

## I. 서 론

우리나라 국립대병원은 국가 공공보건의료 정책을 수행하고 의학 분야에서 교육, 연구, 진료를 통해 의학발전을 도모하여 국민건강향상에 기여하기 위해 각 도 및 광역시에 설립되어졌다. 이러한 지역 거점 국립대병원은 국가의 공공의료 정책을 수행하기 위해 그동안 정부의 보호 아래 있었지만, 1990년대 이후 민간의료기관의 확산과 의료서비스의 산업화로 인하여 구조적인 변화와 개혁이 필요하게 되었다. 이러한 의료환경 변화로 인하여 국립대병원은 1990년대 이후 ‘국립대학교병원설치법’ 및 ‘서울대학교병원설치법’에 의거하여 독립채산제 형식의 특수법인으로 전환되면서 교육부 감독 하에 자율적 경영을 하게 되었다. 국립대병원의 자율적 경영체제는 국가 예산지원 감소로 이어졌으며, 각 병원들은 효율성 극대화를 통하여 수익성을 증가하여 독자생존 해야 하는 상황에 놓이게 되었다(양종현 등, 2009).

최근 의료환경은 병원의 증가로 인하여 경쟁이 심화되고, 정부의 수가통제에 의한 의료수익율이 둔화 되고 있다. 내부적으로는 의료수가 상승보다 인건비, 재료비, 관리비 등의 증가폭이 더욱 커졌다. 그리고 고객의 다양한 욕구 증가, 소비자 중심의 의료정책 및 의료비절감 정책, 의료시장의 글로벌화 등으로 급격한 변화가 진행되고 있다(김영훈 등, 2010).

우리나라 병원의 수익구조는 환자 진료를 통한 의료수익에 전적으로 의존하고 있다. 그러나 전국민의료보험제도 하에서 정부의 보험수가 통제를 통한 의료비 절감정책은 병원의 수익성을 악화시키는 주요 요인으로 작용하고 있으며, 보험수가 수준의 적정성 관련 논쟁은 계속되고 있다. 이외에도 의료서비스산업에 대한 정부의 각종 규제, 병원수의 증가에 따른 경쟁심화 등으로 의료수익이 줄어들면서 병원경영의 어려움이 심화되고 있는 실정이다. 이렇게 생존경쟁이 치열해 지고 있는 의료시장에서 병원들은 경쟁력 확보를 위해 의료의 질 향상과 고객만족도 제고를 통하여 수익성 향상을 위해 다각적인 노력을 기울이고 있다(이정우 등, 2009). 이러한 의료환경하에서 국립대병원은 의료의 공공성과 수익성을 동시에 추구해야 하는 양면성을 지니고 있다. 이 과정에서 적정수준의 이윤이 발생되어야 비영리기관으로서 설립목적 추구하고 더불어 병원의 지속적인 성장을 담보할 수 있게 된다.

의료의 공공성은 모든 사람의 건강권(health right)을 최고 가치로 여기고 추구하는 것이다. 이러한 방향성이 실행될 수 있도록 정책을 만들고 제도화할 책임이 정부 및 지자체에 있다. 건강권 보장을 위해서는 대상을 차별하지 않고 비영리적으로 예방, 치료, 재활을 포괄하는 양질의 필수 의료서비스를 제공해야 한다. 특히 우리나라는 사립병원이 절대 다수인 의료체계의 현실에서 국립대병원을 비롯한 공공의료기관의 공공성 부분의 역할 수행은 아주 중요하다(문정주, 2011).

하지만 국립대병원은 독립채산제의 특수법인 전환 이후 타 대학병원과의 경쟁을 위해 조직의 인적, 물적, 재정적 효율성을 꾸준히 높여 왔다. 이러한 이유로 국민보건의료의 중심에 있는 국립대병원이 공공성보다는 수익성을 더 중요시 할 수 밖에 없는 상황이었다. 현재 이러한 여러 가지 요인들로 인해 우리나라의 각 지방의 거점 국립대병원이 국가보건의료체계의 최 정점에서 공공보건의료의 기능을 수행하기에는 다소 무리가 있다. 국립대병원이 우리나라 보건의료체계 내에서 중요한 역할을 수행하고 있는 것은 사실이지만, 공공병원으로서 역할을 한다기 보다는 사립대병원과 차별화된 기능을 수행하지 못한다는 인식이 대부분이다.

최근 공공의료기관의 공공성과 수익성에 대한 논란이 지속되고 있으며, 특히 각 지역의 지방의료원은 지속적인 수익성 악화로 인하여 많은 어려움에 처해 있다(이운태, 2013). 이러한 현실을 고려하여 국립대병원이 공공성 분야에서 어떤 차별화된 사업이 수행되고 있는지 총체적 점검이 필요하다. 그리고 이를 바탕으로 국립대병원의 설립 목적에 맞는 차별화된 기능과 역할의 재정립이 필요하다. 이러한 기능과 역할의 재정립을 통하여 국가는 명확한 기준 하에 국가 및 지역의 공공의료분야에 대한 자금을 지원하고 이에 대한 성과를 측정할 수 있는 새로운 방법을 모색해야 한다.

이에 본 연구는 국립대병원의 공공성과 수익성 관계 분석을 통하여 의료기관의 공공성에 대한 명확한 개념 설정 및 평가를 통하여 각 병원들에게 차별화된 재정적, 행정적 지원으로 공공성과 수익성의 조화 방안을 모색하고자 하였다.

## II. 연구방법

### 1. 이론적 배경

공공의료기관의 공공성과 수익성에 관한 선행연구는 주로 지방의료원, 국립대병원을 연구대상으로 하고 있다. 이는 공공의료기관은 수익성을 추구함과 동시에 국가 및 지방자치단체의 병원 설립 목적의 하나인 의료의 공공성도 동시에 수행해야 하기 때문이다

(유미년, 2012). 이에 지방의료원, 국립대병원 등의 공공성과 수익성의 관계를 분석한 선행연구들을 통하여 본 연구에서 유용한 함의를 찾고자 하였다.

지방의료원의 성과분석에서 의료의 공공성을 지방의료원의 설립목적을 달성하는 것으로 정의하였다(신열, 2005). 즉 지역사회의 보다 많은 사람들에게 저렴한 의료서비스를 제공하였는가로 정의하였으며, 이를 의료급여환자의 진료실적으로 측정하였다. 그리고 수익성은 수익과 비용, 환자진료실적, 사업운영의 효율성으로 측정하였다. 이 연구는 의료의 공공성을 지방의료원 설립목적을 달성하는 것으로 정의하였다는 점에서는 본 연구 대상인 국립대병원의 공공성을 정의하는데 유용한 함의를 제시해 주었다.

이동원 등(2007)은 공공의료기관의 공공성과 수익성의 상호관계에 대해 연구하였다. 이 연구는 공공의료기관의 경영실적 평가보고서의 공공성과 수익성 관련 지표를 구분한 다음 이들의 상관관계를 분석하였다. 분석결과 공공의료기관의 공공성과 수익성은 서로 상쇄적(trade-off) 관계에 있을 것이라는 예상과 달리, 1999년 이전에는 음(-)의 관계에 있었지만 1999년 이후부터 수익성이 높을수록 공공성도 높게 나타났으며 이러한 관계는 2004년으로 갈수록 더욱 높게 나타났다. 이 연구는 공공성과 수익성이 서로 조화될 수 있다는 실증적 결과를 제시한 점에서는 의의가 있다.

여영현 등(2007)은 예산과 경쟁환경에 따른 지방의료원 조직성과를 연구하였다. 특히 의료원의 수익성과 공공성의 경합가치를 연구하였는데, 기존 연구들과 차별화 되는 것은 단순히 의료원을 평가하는 차원에 그치는 것이 아니라 정부의 예산지원액, 의료시장의 경쟁 노출 정도가 공공성과 수익성에 미치는 영향을 분석하였다. 분석 결과 정부의 예산지원은 공공성 및 수익성에 유의한 영향을 미치지 않았으며, 경쟁정도는 공공성 및 수익성에 유의한 영향을 미쳤다. 이 연구는 공공의료조직의 공공성과 수익성이 시장환경의 노출 정도에 따라 달라질 수 있다는 것을 밝힌 점에서 의미가 크다.

정규호(2008)는 최근 활발하게 논의되고 있는 의료민영화에 대한 현상을 바탕으로 국립대병원의 공공성과 수익성의 조화방안에 대해 연구하였다. 이 연구에서 공공성은 의료봉사활동 실적, 저소득층 진료 실적, 진료비 지원 및 감면 실적으로 측정하였고, 수익성은 재무성과와 진료실적으로 구분하였다. 재무성과는 사업수익 목표달성율, 의업수지 비율, 의료장비 생산성, 인건비 비중, 의료미수금 평잔율로, 진료실적은 병원이용율, 재원기간 단축율로 측정하였다. 이러한 공공성과 수익성 측정지표를 바탕으로 이들의 연도별 변화와 상관관계 분석을 통해 국립대병원의 문제점과 이를 극복하기 위한 방안을 제시하였다. 연구결과 지금까지 서로 상쇄적(trade-off) 가치라 여겨졌던 공공성과 수익성이 서로 유의미한 양(+)의 상관관계에 있는 것으로 나타났다. 국립대병원이 공공의료기관으로서 수행해야 하는 공공성과 특수법인으로서 수행해야 하는 수익성을 동시에 추구할 수 있다는 실증적 근거를 제시한 점에서 의미 있는 연구라 할 수 있다.

양종현 등(2010)은 대학병원의 수익성에 영향을 미치는 요인에서 공익적 특성을 나타내는 공익적 지수, 의료급여환자비율은 대학병원의 수익성에 유의한 음(-)의 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 연구대상인 대학병원은 의료급여환자, 의료사회사업의 비중이 높을수록 수익성이 낮게 나타났다. 이와 반대로 지방의료원을 대상으로 한 홍미영 등(2009)의 연구에서는 의료급여환자비율이 높을수록 수익성이 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 지방의료원의 설립 목적(제1조: 지역주민의 건강증진과 지역보건 의료의 발전에 이바지함을 목적으로 한다)상 의료급여환자 및 사회적 약자의 진료비중이 높으며, 따라서 이들 환자확보가 지방의료원의 수익성에 긍정적인 영향을 줌과 동시에 지방의료원의 공익적 설립목적에 달성하고 있는 것으로 판단된다.

## 2. 연구대상

본 연구는 대학병원의 공공성과 수익성의 관계 분석을 위해 전국 13개 국립대병원을 연구대상으로 선정하였다. 통계자료는 각 병원들의 2008-2010년 결산서 및 연보를 통하여 설립형태, 병상규모, 소재지, 설립연도, 경영성과 자료인 의료수익, 의료비용, 의료외수익, 의료외비용, 당기순이익, 의료사회사업비, 입원환자급여비용, 외래환자급여비용, 의료수익의료이익률, 의료수익순이익률, 의료수익경상이익률 등을 수집하였다.

<표 1> 대상병원의 특성에 따른 분포

	구 분	빈 도	백분율(%)
설립형태	국립대병원	13	100
	1,000이상	3	23
병상규모	999-900	1	7
	899-800	4	31
	799-700	0	0
	699-600	3	23
	600이하	2	16
	서울·경기지역	2	16
소재지	광역시	4	31
	기타지역	7	53
	1960년 이전	4	31
설립연도	1961-1970년	0	0
	1971-1980년	2	16
	1981-1990년	1	7
	1991-2000년	2	16
	2001년 이후	4	31

대상병원의 특성에 따른 분포를 살펴보면 다음 <표 1>과 같다. 대상병원의 설립형태는 국립대병원 13개(100%), 병상규모는 1,000병상 이상 3개(23%), 900-999병상 1개(7%), 800-899병상 4개(31%), 600-699병상 3개(23%), 600병상 이하가 2개 병원(16%)으로 나타났다.

병원의 소재지 분포를 살펴보면 수도권인 서울, 경기지역 2개(16%), 전국의 광역시 소재 4개(31%), 기타 중소도시 소재 7개(53%)였다. 국립대병원의 특성상 대도시와 중소도시 등에 전국적으로 고루 분포되어 있었다. 설립연도를 살펴보면 1960년대 이전인 병원 4개(31%), 1971-1980년 2개(16%), 1981-1990년 1개(7%), 1991-2000년 2개(16%), 2001년 이후의 설립된 병원은 4개(31%)였다.

### 3. 변수의 정의

#### 1) 독립변수

본 연구에서 독립변수인 의료 공공성의 평가지표를 의료사회사업비, 입원환자급여비율, 외래환자급여비율, 공익성지수로 선정하였다. 의료사회사업비는 각 국립대병원에 설치되어 있는 의료사회사업실, 공공의료사업실 등을 통하여 의료급여환자, 독거노인, 생계곤란자, 외국인 근로자, 노숙인 등 의료 사각지대에 있는 사람들에게 병원이 직접 지원하는 금액으로 의료 공공성을 측정하는 객관적 지표가 될 수 있다. 그리고 의료급여수급권자는 국가 및 지방자치단체가 매년 해당 수급권자의 경제적 능력, 생활환경 등의 조사를 통하여 결정되어 진다. 그러므로 병원의 입원환자급여비율, 외래환자급여비율은 의료취약 계층에 대한 진료비율을 나타내는 것으로 의료 공공성을 측정하는 대표적 지표로 사용되고 있다(홍미영 등, 2009; 이동원 등, 2007).

공익성지수는 투입변수와 산출변수에 의한 대표적 상대적 효율성 분석 방법인 DEA(자료포락분석; Data Envelopment Analysis)를 이용하여 13개 국립대병원을 측정하였다. 투입변수로 전문의 수, 간호사수, 산출변수로 입원환자급여비율, 외래환자급여비율, 의료사회사업비로 선정하였다. 이는 각 대학병원이 투입인력에 비해 얼마나 많이 의료 공공성 부분에 투자하는지를 나타내는 지표로 공익적 특성을 나타내는 측정지표로 사용되고 있다(양중현 등, 2010; 홍미영 등, 2009). 공익적지수 측정에 이용된 DEA 분석은 선형계획법에 근거한 상대적 효율성 측정 방법으로 특정한 함수형태를 가정하지 않고 평가대상의 투입요소와 산출요소의 자료를 이용하여 경험적 효율성 프론티어(Empirical Efficiency Frontier)를 도출한다. 그리고 도출된 효율적 프론티어와 평가대상을 비교하여 평가대상의 효율성을 측정하는 방법이다. 즉 의사결정단위(DMU: Decision Making Unit)들의 투입변수와 산출변수간의 실제 자료를 이용하여 효율적인 DMU들의 부분적인 선형결합으로 구성된 효율성 프론티어를 도출한 다음 DMU들이 효

율성 프론티어에서 얼마나 떨어져 있는지의 여부로서 비효율성을 측정한다. DEA 모형에 의한 효율치의 최상값은 1.0이며, 1.0보다 작은 값은 상대적으로 비효율적으로 나타내기 때문에 공익성지수가 1에 가까울수록 상대적 효율성이 높음을 의미한다.

## 2) 종속변수

본 연구에서 종속변수인 수익성의 평가지표를 의료수익의료이익률, 의료수익순이익률, 의료수익경상이익률로 선정하였다. 수익성은 의료기관의 경영성과를 나타내는 가장 중요하면서도 최종적인 기준이다. 수익성 지표로는 순이익율, 경상이익율, 의료이익율 등이 있으나 의료조직의 재무적 생존능력을 결정하는 가장 기본적이면서 중요한 지표는 의료이익율이라고 할 수 있다. 의료이익율은 총자본에 대한 의료이익율과 의료수익에 대한 의료이익율의 두 가지로 나눌 수 있다(정성완 등, 2006). 이에 본 연구에서는 병원의 운영수익 측정지표인 의료수익에 대한 이익율인 의료수익의료이익률, 의료수익순이익률, 의료수익경상이익률을 수익성 평가지표로 사용하였다.

의료수익의료이익률은 순수한 의료행위에 의해서 발생된 당년도 의료수익(입원수익, 외래수익, 기타수익)에서 투입된 의료비용(인건비, 재료비, 관리비)을 뺀 의료이익을 의료수익으로 나누어 산출하였다. 이는 의료행위와 직접적으로 관련이 있는 수익과 비용의 관계이므로 병원의 실질 운영을 통해 얻는 이익을 평가할 수 있는 장점이 있다.

의료수익순이익률은 순수한 의료행위에 의해서 발생된 당년도 당기순이익을 의료수익(입원수익, 외래수익, 기타수익)으로 나누어 산출하였다. 이는 병원의 고유목적사업인 의료수익 대비 순이익의 관계를 나타내고 있다. 특히 본 연구에서는 각 국립대병원的高유목적사업준비금, 의료발전준비금 등 저축성 비용 항목을 포함하여 당기순이익을 계산하였다. 병원 결산서 상의 당기순이익과 조정 후 당기순이익은 많은 차이를 나타내고 있기 때문에 본 연구에서는 조정 후 당기순이익, 조정 후 의료수익순이익률을 사용하였다

<표 2> 변수의 정의와 측정방법

변수구분	변 수	산출방법
독립변수 (공공성)	의료사회사업비	병원의 연간 의료사회사업비 규모
	입원환자급여비율	입원급여환자수/입원환자수*100
	외래환자급여비율	외래급여환자수/외래환자수*100
	공익성 지수	DEA 분석
종속변수 (수익성)	의료수익의료이익율	의료이익(의료수익-의료비용)/의료수익*100
	의료수익순이익율	당기순이익/의료수익*100 (고유목적사업준비금 당기순이익에 포함)
	의료수익경상이익율	경상이익(의료수익+의료외수익)/의료수익*100

\* 이동원(2007), 홍미영(2009), 양종현(2010)에서 재인용

의료수익경상이익률은 당년도 경상이익(의료수익, 의료외수익)을 의료수익(입원수익, 외래수익, 기타수익)으로 나누어 산출하였다. 이는 각 병원들의 고유 목적사업인 의료수익 대비 의료외수익의 비율을 측정하는 지표로 볼 수 있다. 최근 병원들은 수익성 제고를 위해 사업을 다변화하고 있어, 의료외수익, 의료외비용이 꾸준히 증가하고 있는 추세이다. 이에 본 연구에서 의료수익경상이익률을 수익성의 지표로 선정하여 국립대병원의 의료외수익의 변화 추이를 살펴보고자 하였다. 본 연구에서 독립변수 및 종속변수에 대한 정의와 측정방법은 <표 2>와 같다.

#### 4. 분석방법

본 연구에서 수집한 자료는 통계 프로그램인 PASW 18.0과 공익성 분석은 자료포락 분석용 Package인 DEAP 2.1을 이용하였으며 다음과 같은 방법으로 분석하였다.

첫째, 기술통계 분석을 통하여 각 변수들의 최소값, 최대값, 평균, 표준편차 등 기본적인 특성을 알아보았다. 둘째, 대상병원의 2008-2010년 주요 경영성과를 각 연도별로 분석하였다. 그리고 각 국립대병원의 연도별 경영성과의 평균 변화를 통하여 최근 국립대병원의 의료수익, 의료비용, 의료외수익, 의료외비용, 당기순이익, 조정후 당기순이익, 의료사회사업비, 의료급여환자비율, 공익성지수, 의료수익의료이익률, 의료수익순이익률, 의료수익경상이익률 등의 변화를 분석하였다. 셋째, 국립대병원의 공공성과 수익성 분석을 위해 2008-2010년의 연도별 모든 자료를 통합하여 다중회귀분석(Multiple Regression Analysis)을 실시하였다. 그리고 공공성과 수익성에 영향을 미칠 것으로 판단되는 의료인력수, 지역, 병상수를 통제하여 공공성과 의료수익의료이익률, 공공성과 의료수익순이익률, 공공성과 의료수익경상이익률 간의 관계를 분석하였다.

### Ⅲ. 연구결과

#### 1. 기술통계량

분석에 사용된 독립변수, 종속변수들의 최소값, 최대값, 평균, 표준편차는 <표 3>과 같다. 대상병원들의 최대값, 최소값 간에 큰 편차를 보였으며, 표준편차 역시 큰 차가 나타났다. 의료수익 평균은 2059억, 의료비용 2058억, 의료외수익 166억, 의료외비용 192억, 당기순이익 -8억, 각 대학병원의 고유목적사업준비금, 의료발전준비금 등의 저축성 비용을 포함한 조정 후 당기순이익은 85억, 의료사회사업비 5억, 입원환자급여비율 10.23%, 외래환자급여비율 7.39%, 공익성지수 0.66(1이 최상값), 의료수익의료이익률 -11.69%, 의료수익순이익률 -0.07%, 의료수익경상이익률 107.27%로 나타났다.



<표 3>

기술통계량

변 수	Min	Max	Mean	SD
의료수익	37	6925	2059.18	1505.38
의료비용	184	6930	2058.15	1493.71
의료외수익	1	753	166.86	170.22
의료외비용	6	846	192.15	215.48
당기순이익	-487	227	-8.82	112.87
조정 후 당기순이익	-487	510	85.23	176.50
의료사회사업비	0	48.0	5.11	11.70
입원환자급여비율	4.08	26.00	10.23	4.55
외래환자급여비율	2.20	13.90	7.39	2.96
공익성지수	0.31	1.00	0.66	0.25
의료수익의료이익률	-397.30	9.48	-11.69	64.06
의료수익순이익률	-3.68	0.16	-0.07	0.60
의료수익경상이익률	101.35	112.54	107.27	2.63

## 2. 2008-2010년 주요 경영성과

다음 <표 4>는 대상병원들의 2008-2010년 주요 경영성과를 나타내고 있다. 자료는 최근 3년간 의료수익, 의료비용, 의료외수익, 의료외비용, 당기순이익, 조정 후 당기순이익, 의료사회사업비, 입원환자급여비율, 외래환자급여비율, 공익성지수, 의료수익의료이익률, 의료수익순이익률, 의료수익경상이익률의 연도별 변화를 알 수 있다.

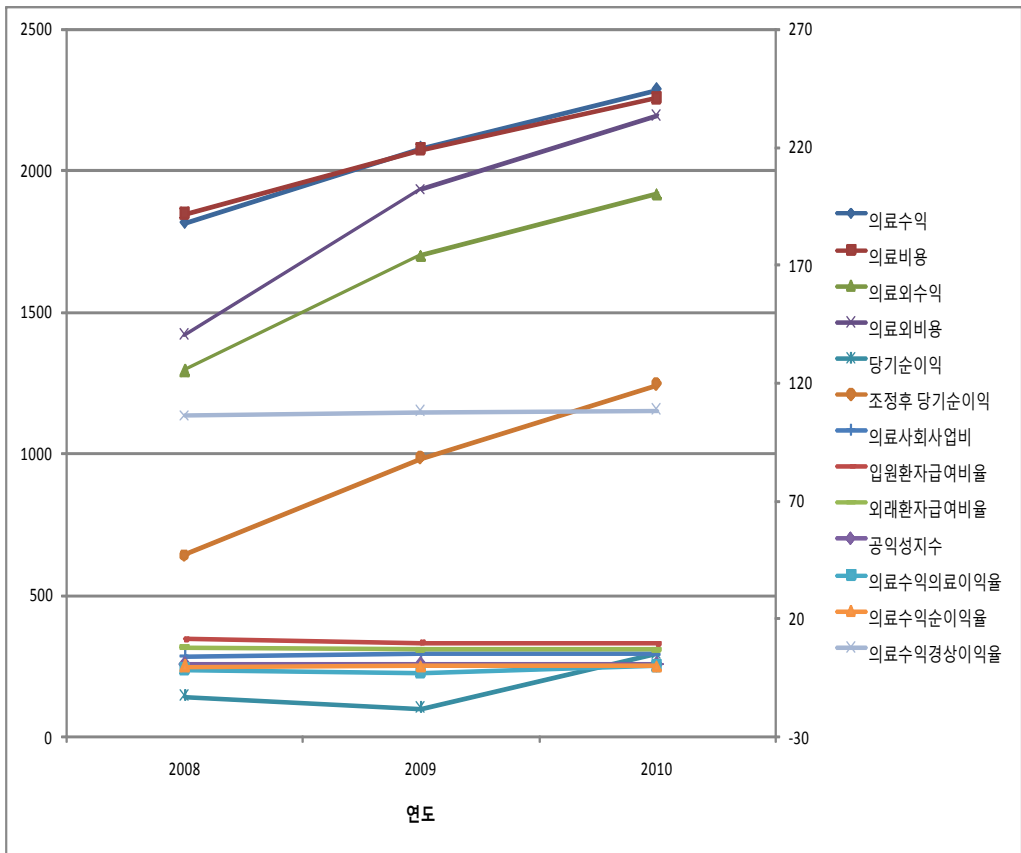
특히 당기순이익은 각 국립대병원들의 고유목적사업준비금, 의료발전준비금 등의 저축성 비용을 제외하였지만, 조정 후 당기순이익은 두 항목을 모두 포함하여 계산하였다. 각 국립대병원의 당기순이익과 조정 후 당기순이익간의 큰 차이가 났다.

다음 <그림 1>은 2008-2010년 국립대병원의 주요 경영성과의 연도별 평균 변화를 나타내고 있다. 의료수익은 2008년 1813억, 2009년 2078억, 2010년 2285억원, 의료비용은 2008년 1845억, 2009년 2073억, 2010년 2255억원, 의료외수익은 2008년 125억, 2009년 174억, 2010년 200억원, 의료외비용은 2008년 140억, 2009년 202억, 2010년 233억원으로 나타났다. 당기순이익은 2008년 -13억, 2009년 -18억, 2010년 5억원으로 나타났지만, 조정 후 당기순이익은 2008년 47억, 2009년 88억, 2010년 119억원으로 나타났다. 의료사회사업비는 2008년 4억, 2009년 5억, 2010년 5억원, 입원환자급여비율은 2008년 11.5%, 2009년 9.8%, 2010년 9.4%로, 외래환자급여비율은 2008년 8.0%, 2009년 7.1%, 2010년 6.9%으로 나타났다. 의료수익의료이익률은 2008년 -1.57%, 2009년 -2.9%, 2010년 -0.09%로, 의료수익순이익률

은 2008년 -0.26%, 2009년 0.003%, 2010년 0.03%로, 의료수익경상이익률은 2008년 106.2%, 2009년 107.4%, 2010년 108.1%로 나타났다. 그리고 공익성지수는 2008년 0.66, 2009년 0.63, 2010년 0.69로 나타났다.

<표 4> 2008-2010년 주요 경영성과

병원	연도	의료수익	의료비용	의료외수익	의료외비용	당기순이익	조정후당기순이익	의료사회사업비	입원환자급여비율	외래환자급여비율	공익성지수	의료수익의료이익률	의료수익순이익률	의료수익경상이익률
A	2010	558	597	70	25	6	6	1,1	18,74	11,68	1,00	-6,99	0,01	112,54
	2009	455	494	54	12	3	3	0,7	21,31	12,18	1,00	-8,57	0,01	111,87
	2008	368	413	32	6	-19	-19	0,1	26,00	13,90	1,00	-12,23	-0,05	108,70
B	2010	2839	2763	284	429	-39	241	0,9	8,87	6,65	0,33	2,68	0,08	110,00
	2009	2670	2549	236	358	0,6	238,6	1	8,54	6,69	0,33	4,53	0,09	108,84
	2008	2406	2406	196	196	0,4	108,4	1	10,70	7,17	0,34	0,00	0,05	108,15
C	2010	1613	1621	87	63	12	12	0,9	10,60	7,12	0,56	-0,50	0,01	105,39
	2009	1537	1560	82	56	2	2	1,1	10,86	7,35	0,51	-1,50	0,00	105,34
	2008	1430	1444	80	45	12	12	0,3	11,44	8,44	0,48	-0,98	0,01	105,59
D	2010	2507	2383	161	134	155	155	1,7	9,16	6,89	0,43	4,95	0,06	106,42
	2009	2294	2114	113	78	227	227	1,1	9,42	6,75	0,33	7,85	0,10	104,93
	2008	2229	2119	141	247	21	196	0,6	9,70	7,11	0,31	4,93	0,09	106,33
E	2010	1364	1530	41	89	-124	-124	0,5	6,53	4,96	0,86	-12,17	-0,09	103,01
	2009	951	1410	29	66	-487	-487	0,2	6,38	4,55	0,92	-48,26	-0,51	103,05
	2008	37	184	0,5	7	-136	-136	0	6,00	4,10	1,00	-397,30	-3,68	101,35
F	2010	6925	6930	753	846	-62	298	48	4,08	2,90	1,00	-0,07	0,04	110,87
	2009	6316	6386	719	696	-36	234	47	4,26	2,98	1,00	-1,11	0,04	111,38
	2008	5811	6027	459	461	0	0	36	5,40	3,46	1,00	-3,72	0,00	107,90
G	2010	3397	3187	417	690	-60	500	10	4,50	2,20	0,63	6,18	0,15	112,28
	2009	3142	2933	385	621	0	510	13	4,32	2,41	0,74	6,65	0,16	112,25
	2008	2762	2715	182	427	0	333	7,8	4,75	2,23	0,63	1,70	0,12	106,59
H	2010	2165	2226	165	154	-55	6	2,6	9,74	8,34	0,52	-2,82	0,00	107,62
	2009	2098	2178	165	222	-138	5	1,3	10,59	8,98	0,35	-3,81	0,00	107,86
	2008	1944	2102	125	141	-175	-81	1,3	11,73	9,83	0,41	-8,13	-0,04	106,43
I	2010	1824	1651	116	186	101	221	1,2	10,75	10,07	0,83	9,48	0,12	106,36
	2009	1623	1499	82	156	49	140	1,3	12,07	10,47	0,76	7,64	0,09	105,05
	2008	1418	1335	78	105	54	108	1,3	13,57	11,90	0,99	5,85	0,08	105,50
J	2010	2448	2334	196	103	160	160	5,6	10,86	9,06	0,65	4,66	0,07	108,01
	2009	2280	2190	165	92	161	161	3,9	7,38	9,76	0,47	3,95	0,07	107,24
	2008	2020	2033	146	67	64	64	2,8	14,10	11,37	0,53	-0,64	0,03	107,23
K	2010	693	728	61	55	-29	-29	0,3	11,46	8,99	1,00	-5,05	-0,04	108,80
	2009	538	574	42	43	-34	-34	0,2	13,94	8,62	0,99	-6,69	-0,06	107,81
	2008	411	408	20	16	7	7	0,1	15,40	10,02	1,00	0,73	0,02	104,87
L	2010	2260	2219	192	206	24	124	2	9,23	6,37	0,52	1,81	0,05	108,50
	2009	2057	1964	143	210	26	164	1,3	9,93	6,74	0,37	4,52	0,08	106,95
	2008	1811	1821	127	89	27	50	0,4	11,26	7,90	0,39	-0,55	0,03	107,01
M	2010	1120	1158	66	53	-23	-13	0,4	7,68	5,60	0,71	-3,39	-0,01	105,89
	2009	1056	1098	51	24	-14	-14	0,2	8,56	5,99	0,54	-3,98	-0,01	104,83
	2008	931	985	46	20	-25	-25	0,4	9,40	6,60	0,53	-5,80	-0,03	104,94



(단위: 억원, %)

<그림 1> 2008-2010년 주요 경영성과

최근 3년 동안 의료수익, 의료비용, 의료외수익, 의료외비용은 지속적으로 증가하였다. 특히 의료외수익, 의료외비용의 증가폭이 가장 크게 나타났다. 그리고 당기순이익과 고유목적사업준비금, 의료발전준비금 등의 저축성 비용을 포함한 조정 후 당기순이익 간의 큰 차이를 보였다. 공공성 부분인 입원환자급여비율, 외래환자급여비율은 최근 3년동안 지속적으로 감소한 것으로 나타났으며, 의료사회사업비, 공익성지수는 거의 변화가 없는 것으로 나타났다. 수익성 지표인 의료수익의료이익률, 의료수익순이익률의 변화는 거의 없었으며, 의료수익경상이익률은 소폭 증가하였다.

### 3. 공공성과 수익성 관계 분석

공공성이 수익성에 미치는 영향 분석을 위하여 독립변수로 의료사회사업비, 입원환자급여비율, 외래환자급여비율, 공익성지수를 1단계로 투입하였으며, 의료인력수를 2단계

로, 의료인력수, 지역, 병상수를 마지막 3단계로 투입하였다. 국립대병원의 특성상 공공성과 수익성에 미치는 영향이 높을 것으로 판단되는 의료인력수, 지역, 병상수를 단계별로 통제하여 공익성이 수익성에 미치는 영향을 분석하였다(이정우 등, 2009).

**1) 공공성과 의료수익의료이익률**

병원의 공공성과 수익성 관계 분석을 위하여 의료수익의료이익률을 종속변수로 하여 다중회귀분석을 실시한 결과는 <표 5>와 같다. 회귀분석을 실시하기 전에 자기 상관관계를 나타내는 Durban-Watson을 검증한 결과 1.997로 나타나 독립적이었다. 의료사회사업비, 입원환자급여비율, 외래환자급여비율, 공익성지수를 투입한 1단계에서는 의료사회사업비가 의료수익의료이익률에 유의한 양(+)의 영향을 미쳤으며, 공익적지수는 유의한 음(-)의 영향을 미치는 것으로 나타났다. 적합도는 유의하게 나타났으며, 모형의 조정된 설명력(Adjusted R<sup>2</sup>)은 15.2%인 것으로 나타났다.

의료인력수를 투입한 2단계에서는 1단계와 동일한 결과로 나타났으며, 조정된 설명력(Adjusted R<sup>2</sup>)은 22.6%로 나타났다. 의료인력수, 지역, 병상수를 투입한 3단계에서는 공익성지수가 유의한 음(-)의 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 조정된 설명력(Adjusted R<sup>2</sup>)은 23.7%인 것으로 나타났다.

<표 5> 공공성과 의료수익의료이익률의 관계 분석

	Model 1			Model 2			Model 3		
	β	t	p	β	t	p	β	t	p
의료사회사업비	.482	2.462	.019	.471	2.099	.045	.369	1.295	.136
입원환자급여비율	-.244	-.674	.505	-.226	-.611	.546	-.343	-.827	.416
외래환자급여비율	.283	.829	.413	.544	1.505	.143	.688	1.660	.108
공익성지수	-.481	-2.705	.011	-.580	-2.963	.006	-.433	-1.510	.048
의료인력수				.063	.381	.706	.036	.193	.849
지역(서울,경기=0,기타=1)							-.217	-.838	.409
병상수							-.042	-.230	.820
R <sup>2</sup>	.242			.328			.377		
Adjusted R <sup>2</sup>	.152			.226			.237		
F-Value	2.707*			3.238*			2.697*		

\*P < 0.05, \*\*P < 0.01

**2) 공공성과 의료수익순이익률**

병원의 공공성과 수익성 관계 분석을 위하여 의료수익순이익률을 종속변수로 하여 다중회귀분석을 실시한 결과는 <표 6>와 같다. 회귀분석을 실시하기 전에 자기 상관관계를 나타내는 Durban-Watson을 검증한 결과 1.989로 나타나 독립적이었다. 의료사회사업비, 입원환자급여비율, 외래환자급여비율, 공익성지수를 투입한 1단계에서는 의료

사회사업비가 의료수익순이익률에 유의한 양(+)의 영향을 미쳤으며, 공익적지수는 유의한 음(-)의 영향을 미치는 것으로 나타났다. 적합도는 유의하게 나타났으며, 모형의 조정된 설명력(Adjusted R<sup>2</sup>)은 16.8%인 것으로 나타났다.

의료인력수를 투입한 2단계에서는 1단계와 동일한 결과로 나타났으며, 조정된 설명력(Adjusted R<sup>2</sup>)은 23.7%로 나타났다. 의료인력수, 지역, 병상수를 투입한 3단계에서는 공익성지수가 유의한 음(-)의 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 조정된 설명력(Adjusted R<sup>2</sup>)은 24.2%인 것으로 나타났다

<표 6> 공공성과 의료수익순이익률의 관계 분석

	Model 1			Model 2			Model 3		
	β	t	p	β	t	p	β	t	p
의료사회사업비	.496	2,550	.015	.530	2,290	.029	.387	1,329	.095
입원환자급여비율	.237	.686	.498	.078	.204	.840	-.084	-.199	.844
외래환자급여비율	.244	.718	.478	.288	.772	.446	.484	1,143	.263
공익성지수	-.495	-2,794	.008	-.601	-2,978	.006	-.399	-1,361	.042
의료인력수				.041	.239	.813	.009	.047	.963
지역(서울,경기=0,기타=1)							-.292	-1,104	.279
병상수							-.044	-.239	.813
R <sup>2</sup>	.256			.337			.381		
Adjusted R <sup>2</sup>	.168			.237			.242		
F-Value	2,922*			3,376*			2,746*		

\*P < 0.05, \*\*P < 0.01

### 3) 공공성과 의료수익경상이익률

병원의 공공성과 수익성 관계 분석을 위하여 의료수익경상이익률을 종속변수로 하여 다중회귀분석을 실시한 결과는 <표 7>와 같다. 회귀분석을 실시하기 전에 자기 상관관계를 나타내는 Durban-Watson을 검증한 결과 1.319로 나타나 독립적이었다. 의료사회사업비, 입원환자급여비율, 외래환자급여비율, 공익성지수를 투입한 1단계에서는 의료사회사업비와 입원환자급여비율이 의료수익경상이익률에 유의한 양(+)의 영향을 미쳤다. 적합도는 유의하게 나타났으며, 모형의 조정된 설명력(Adjusted R<sup>2</sup>)은 28.7%인 것으로 나타났다.

의료인력수를 투입한 2단계에서는 의료사회사업비가 유의한 양(+)의 영향을 미쳤는 것으로 나타났으며, 조정된 설명력(Adjusted R<sup>2</sup>)은 30.4%로 나타났다. 의료인력수, 지역, 병상수를 투입한 3단계에서는 의료사회사업비가 유의한 양(+)의 영향을, 병원의 지역에 따라 유의한 영향력을 미치는 것으로 나타났으며, 조정된 설명력(Adjusted R<sup>2</sup>)은 50.2%인 것으로 나타났다

<표 7> 공공성과 의료수익경상이익률의 관계 분석

	Model 1			Model 2			Model 3		
	β	t	p	β	t	p	β	t	p
의료사회사업비	.698	3.889	.000	.685	3.205	.003	.491	2.055	.049
입원환자급여비율	.782	2.460	.019	.676	1.923	.064	.430	1.235	.227
외래환자급여비율	-.340	-1.085	.286	-.140	-.408	.686	.192	.552	.586
공익성지수	-.272	-1.666	.105	-.176	-.946	.352	.145	.603	.552
의료인력수				.132	.834	.411	.009	.055	.956
지역(서울,경기=0,기타=1)							-.547	-2.517	.018
병상수							-.236	-1.555	.132
R <sup>2</sup>	.362			.385			.594		
Adjusted R <sup>2</sup>	.287			.304			.502		
F-Value	4.835**			4.326**			6.488**		

\*P < 0.05, \*\*P < 0.01

#### IV. 고 찰

국립대병원의 공공성과 수익성 관계 분석을 위하여 선행연구들을 살펴보면 각 측정 지표에 따라 차이가 있고 표준화되어 있지 않아 분석결과를 설명하는데 어려움이 있었다(Gapenski 등, 1993). 그동안 병원의 공공성과 수익성에 대한 연구가 다수 있었지만 이 과정에서 각 연구자의 판단과 상황에 따라 다양한 지표를 사용해 왔다. 특히 공공성은 조직의 내부적 특성보다 정부 정책 등 기타 외부상황에 더 많은 영향을 받으며 명확한 평가 지표가 부족하여 각 연구마다 지표를 다양하게 사용하고 있는 실정이다.

본 연구의 가장 큰 제한점 중 하나는 의료의 공공성에 대한 정의가 불명확하다는 것이다. 의료 공공성은 시대와 환경에 따라 지속적으로 변화되어 왔으며, 각 연구자마다 다른 정의를 하고 있어 이에 대한 논의는 최근까지 계속되고 있다(이운태, 2013). 2013년 2월부터 개정 및 시행되는 공공보건의료에 관한 법률 제2조, 제7조 등의 내용에 의하면 의료의 공공성은 국·공립의료기관 및 민간의료기관이 제공하는 지역, 계층, 분야에 관계없이 국민의 건강증진과 보편적인 의료 이용을 보장하는 일체의 활동이라고 정의하였다. 그리고 의료 공공성 부분의 세부 영역을 살펴보면 보건의료 공급이 원활하지 못한 지역에 대한 보건의료 제공, 보건의료 보장이 취약한 계층, 인구집단을 위한 보건의료 제공, 사회적으로 필요하나 적정 공급이 안 되는 분야에 대한 보건의료 제공, 공공 부분의 대응이 필요한 질병의 예방과 건강증진을 위하여 필수보건의료의 원활한 제공을 주요 영역으로 정의하였다.

이에 본 연구에서는 최근 개정된 공공보건의료에 관한 법률에서 의료 공공성의 세부

영역과 기존의 선행연구를 바탕으로 가장 많이 사용되는 공공성 지표인 입원환자급여 비율, 외래환자급여비율, 의료사회사업비를 변수로 사용하였다. 그리고 DEA분석에 의한 공익적지수를 통해 공공성 평가에 대한 대안을 제시하였다는 점에서 의의가 크다고 볼 수 있다. 그리고 본 연구는 13개 국립대병원만을 대상으로 하였기 때문에, 민간병원의 공공성과 수익성의 관계는 다소 차이가 있을 것으로 예상되기 때문에 연구를 민간병원으로 확대할 필요성이 제기된다.

연구결과를 살펴보면 공공성과 의료수익의료이익률, 공공성과 의료수익순이익률의 관계 분석에서 공익적지수는 음(-)의 유의한 영향력을 미치는 것으로 나타났다. 공익성 지수는 투입되는 전문 의료인력인 의사, 간호사 대비 입원환자급여비율, 외래환자급여비율, 의료사회사업비 규모를 나타내는 것으로, 국립대병원은 공익성지수가 높을수록 수익성이 낮아지는 것으로 나타났다. 이는 국내 32개 대학병원의 수익성에 영향을 미치는 요인을 분석한 양종현 등(2010)의 연구에서도 공익적지수, 의료급여환자비율은 대학병원의 수익성에 유의한 음(-)의 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 국내 대학병원은 의료급여환자비율, 의료사회사업비, 공익성지수 등의 비중이 높을수록 수익성에 낮아지는 것으로 나타났다.

이와 반대로 지방의료원을 대상으로 한 홍미영(2009)의 연구에서는 의료급여환자비율이 높을수록 수익성이 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 지방의료원의 설립 목적(제1조: 지역주민의 건강증진과 지역보건의료의 발전에 이바지함을 목적으로 한다)상 의료급여환자 및 사회적 약자의 진료비중이 높았으며, 이들 환자확보가 지방의료원의 수익성에 긍정적인 영향을 줌과 동시에 지방의료원의 공익적 설립목적에 달성하고 있는 것으로 판단된다. 하지만 본 연구대상인 국립대병원의 경우 일반 중증 및 고액 진료 환자의 비율이 높아 단순히 의료급여환자비율을 높이는 것은 수익성에 도움이 되지 않는 것으로 보인다. 이러한 결과는 국내 보건의료체계의 최정점에 있는 국립대병원의 성장 발전이라는 측면과 공익적 역할을 포함한 제 역할과 기능 정립에 대하여 국가적 차원의 다양한 논의와 연구가 더 필요할 것으로 판단된다.

공공성과 의료수익의료이익률, 공공성과 의료수익순이익률의 관계 분석에서 의료사회사업비는 1, 2단계에서 수익성에 유의한 양(+)의 영향력을 미치는 것으로 나타났다. 국립대병원들의 최근 3년 동안 의료사회사업비는 최소 0원에서 최대 48억까지 병원의 경영상황에 따라 다양하게 나타났으며, 평균변화는 2008년 4억, 2009년 5억, 2010년 5억으로 나타났다. 매년 병원들의 의료수익, 의료외수익, 당기순이익 등 경영성치가 높으면 의료사회사업비가 증가하였으며, 경영성치가 낮으면 의료사회사업비가 줄어드는 경향을 보였다. 정부의 운영지원이 없는 독립채산제(self-supporting accounting system) 형태의 국립대병원은 경영상태가 어려우면 제일 먼저 예산을 줄이는 것 중의

하나가 의료사회사업 관련 비용으로 추정할 수 있다. 이는 앞의 연구결과와 같이 공익성지수가 높을수록 수익성이 낮아지는 구조인 대학병원은 의료사회사업에 대한 투자가 소극적이며 국가의 의료정책 변화에 따라 좌우되는 경향을 볼 수 있다.

공공성과 의료수익경상이익률의 관계 분석에서 의료수익경상이익률에 유의한 양(+)의 영향을 미치는 변수는 의료사회사업비로 나타났다. 의료수익경상이익률은 경상이익(의료수익, 의료외수익)을 의료수익으로 나눈 것으로, 각 대학병원들의 의료외수익의 비중을 알 수 있는 지표이다. 최근 3년 동안 의료외수익의 평균변화는 2008년 125억, 2009년 174억, 2010년 200억원, 의료외비용은 2008년 140억, 2009년 202억, 2010년 233억원으로 다른 지표들에 비해 가장 높은 증가율을 보였다.

그동안 우리나라 병원은 환자 진료를 통한 의료수익에 전적으로 의존하였다. 하지만 최근 정부의 의료수가통제, 의료서비스산업에 대한 각종 규제, 병원 수의 증가에 따른 경쟁심화 등으로 의료수익이 줄어들면서 병원경영의 어려움이 심화되고 있는 실정이다. 이러한 국내외 의료환경의 급격한 변화로 인하여 수익 구조를 다변화하기 위하여 병원들은 의료외수익 부분인 식당, 편의점, 커피숍, 장례식장, 기타 부대시설 등의 편의시설에 공격적인 투자를 하고 있다. 이러한 이유로 인하여 다른 지표들에 비하여 의료외수익과 의료외비용의 증가폭이 큰 것으로 판단할 수 있다. 그리고 의료수익경상이익률에 국립대병원이 위치한 지역에 따라 수익성에 유의한 영향력을 미치는 것으로 나타났다. 지역 거점 국립대병원의 대부분이 700병상 이상 상급종합병원이지만 인구가 밀집한 서울 및 광역시에 위치한 병원의 수익성이 더 높은 것으로 나타났다.

본 연구에서 주목할 만한 지표는 당기순이익과 조정 후 당기순이익의 차이이다. 각 병원의 결산서 상 당기순이익과 고유목적사업준비금, 의료발전준비금 등의 저축성 비용을 포함 한 당기순이익 간에 많은 차이가 났다. 최근 3년간 당기순이익 평균 변화는 2008년 -13억, 2009년 -18억, 2010년 5억원으로 나타났지만, 조정 후 당기순이익은 2008년 47억, 2009년 88억, 2010년 119억원으로 나타났다. 각 병원의 경영상태에 다소 차이가 났지만 최소 0원에서 최고 560억의 고유목적사업준비금, 의료발전준비금의 저축성 비용을 책정하였다.

서울대병원, 전남대병원, 부산대병원, 경북대병원의 경우 이미 제2병원을 설립하여 운영 중에 있으며, 최근에는 경상대병원이 정부로부터 제2병원 설립 허가 후 건립을 진행 중에 있다. 이러한 대규모 사업으로 인하여 저축성 비용이 발생할 수 있다고 판단된다. 하지만 정부는 이러한 국립대병원의 확장이 의료의 공공성 부분에서 시민에게 얼마나 많은 혜택이 주어지는지 그리고 국립대병원과 사립대병원 간의 공공성 부분에서 명확한 차별성이 있는지 객관적인 자료와 지표가 필요하다. 특히 고유한 목적사업 없이 고유목적사업준비금, 의료발전준비금 등의 저축성 비용을 상당 부분 책정하는 국립대병



원이 다수 있었다. 이는 국립대병원들이 재무적 성과를 최소화하기 위한 수단에 불과한 것 인지 여부에 대한 정부의 명확한 판단과 규제가 필요하다.

## V. 요약 및 결론

본 연구에서 국립대병원의 공공성과 수익성 관계를 분석한 결과를 요약하면 다음과 같다. 첫째, 2008-2010년 국립대병원의 경영성과의 연도별 평균 변화를 살펴보면, 의료수익은 2008년 1813억, 2009년 2078억, 2010년 2285억원, 의료비용은 2008년 1845억, 2009년 2073억, 2010년 2255억원, 의료외수익은 2008년 125억, 2009년 174억, 2010년 200억원, 의료외비용은 2008년 140억, 2009년 202억, 2010년 233억원으로 나타났다. 당기순이익은 2008년 -13억, 2009년 -18억, 2010년 5억원으로 나타났지만, 조정 후 당기순이익은 2008년 47억, 2009년 88억, 2010년 119억원으로 나타났다. 의료사회사업비는 2008년 4억, 2009년 5억, 2010년 5억원, 입원환자급여비율은 2008년 11.5%, 2009년 9.8%, 2010년 9.4%로, 외래환자급여비율은 2008년 8.0%, 2009년 7.1%, 2010년 6.9%로 나타났다. 의료수익의료이익률은 2008년 -1.57%, 2009년 -2.9%, 2010년 -0.09%로, 의료수익순이익률은 2008년 -0.26%, 2009년 0.003%, 2010년 0.03%로, 의료수익경상이익률은 2008년 106.2%, 2009년 107.4%, 2010년 108.1%로 나타났다. 그리고 공익성지수는 2008년 0.66, 2009년 0.63, 2010년 0.69로 나타났다.

최근 3년 동안 의료수익, 의료비용, 의료외수익, 의료외비용은 지속적으로 증가하였으며, 특히 의료외수익, 의료외비용의 증가폭이 가장 크게 나타났다. 당기순이익과 고유목적사업준비금, 의료발전준비금 등의 저축성 비용을 포함한 조정 후 당기순이익 간의 큰 차이를 보였다. 공공성 부분인 입원환자급여비율, 외래환자급여비율은 최근 3년 동안 지속적으로 감소한 것으로 나타났으며, 의료사회사업비, 공익성지수는 거의 변화가 없는 것으로 나타났다. 수익성 지표인 의료수익의료이익률, 의료수익순이익률의 변화는 거의 없었으며, 의료수익경상이익률은 소폭 증가하였다.

둘째, 공공성과 의료수익의료이익률의 관계 분석에서 의료사회사업비는 1, 2단계에서 의료수익의료이익률에 유의한 양(+ )의 영향을 미쳤으며, 공익적지수는 1, 2, 3단계에서 유의한 음(-)의 영향을 미치는 것으로 나타났다.

셋째, 공공성과 의료수익순이익률의 관계 분석에서 의료사회사업비는 1, 2단계에서 의료수익순이익률에 유의한 양(+ )의 영향을 미쳤으며, 유의한 음(-)의 영향을 미치는 변수는 공익적지수로 의료수익의료이익률과 동일하게 나타났다.

넷째, 공공성과 의료수익경상이익률의 관계 분석에서 의료수익경상이익률에 유의한 양(+)의 영향을 미치는 변수는 의료사회사업비로 나타났다. 그리고 국립대병원이 위치한 지역에 따라 수익성에 유의한 영향력을 미치는 것으로 나타났다. 지역 거점 국립대병원의 대부분이 700병상 이상 상급종합병원이지만 인구가 밀집한 서울 및 광역시에 위치한 병원의 수익성이 더 높은 것으로 나타났다.

국립대병원은 사립대병원과 설립목적 및 기능적 차별성이 분명히 존재한다. 하지만 그동안 이들 기관 간의 기능적 차별성이 존재하지 않는다는 인식이 대부분이었다. 본 연구에서도 공공성 지표가 높을수록 국립대병원의 수익성 구조는 악화되는 것으로 나타났다. 그리고 정부의 재정적 지원이 없는 독립채산제(self-supporting accounting system) 형태의 국립대병원은 공공성 부분의 투자는 후 순위에 있을 수밖에 없으며, 매년 결산에서 고유목적사업준비금, 의료발전준비금 등의 저축성 계정으로 자금을 비축하고 있는 것이 현실이다.

최근 공공의료기관의 공공성과 수익성에 대한 논란이 지속되고 있으며, 특히 각 지역의 지방의료원의 수익성 악화로 인하여 경영상 많은 어려움을 겪고 있는 것도 이러한 부분들과 무관하지 않다. 이러한 현실을 고려하여 국립대병원이 공공성 분야에서 어떤 차별화된 사업이 수행되고 있는지 총체적 점검이 필요하다. 그리고 이를 바탕으로 국립대병원의 설립 목적에 맞는 차별화된 기능과 역할의 재정립이 필요하다. 그리고 정부는 국립대병원의 공공성과 수익성의 관계를 인지하고 의료 공공성과 관련된 객관적 지표를 만들고, 매년 평가를 통해 차등하여 재정적, 행정적 지원을 통하여 국립대병원 설립 목적에 부합되는 기능과 역할을 할 수 있도록 해야 할 것이다.

## 참 고 문 헌

- 김영훈, 문재우, 김기훈(2010). 재원일별 진료비 발생양상과 재원일수의 결정요인, 한국병원경영학회지, 15(2): 15-26
- 홍미영, 이해중, 이동원, 주현실(2009). 지방의료원 수익성과에 대한 결정요인 분석, 한국병원경영학회지, 14(2): 1-20.
- 정규호(2008). 국립대병원의 공공성과 수익성 조화방안에 관한 연구, 충북대학교 박사 학위논문
- 정성완, 황인경, 정두채(2006). 의원의 수익성 결정요인, 한국병원경영학회지, 11(1): 54-90
- 이동원, 윤방섭, 남은우(2007). 공공의료기관의 공공성과 수익성 상호관계에 대한 연구

-지방의료원의 경영평가를 중심으로, 12(2): 43-68.

이정우, 최영진(2009). 전문병원의 시장지향성이 고객지향성, 직업전문성, 직무만족 및 경영성과에 미치는 영향, 한국병원경영학회지, 14(1): 1-22

이윤태(2013). 민간의료기관과 공공의료, 한국병원경영학회 춘계학술대회, 3-20

문정주(2011). 서울시 의료의 공공성 강화, Peoplepower 21

신열(2005). 지방공사 의료원의 성과분석: 공공성과 수익성의 조화, 정책분석평가학회보, 15(1): 177-211

양종현, 장동민(2009). 국립대병원과 사립대병원의 효율성 비교 분석, 보건경제와 정책연구, 15(2): 94-122

양종현, 서창진, 장동민(2010). 대학병원 수익성에 영향을 미치는 요인 분석, 한국병원경영학회지, 15(4): 43-62

여영현, 최태선(2007). 예산과 경쟁환경에 따른 지방의료원 조직성과 분석 -공익성, 수익성의 경합가치를 중심으로, 정책분석평가학회보, 17(2): 55-78

유미년(2012). 공기업 성과에 영향을 미치는 요인에 관한 연구 -공공성과 수익성을 중심으로, 서울대학교 박사학위논문

Gapenski LC, Vogel WB(1993). The Determinants of Hospital Profitability. Hospital & Health Administration, 38(1): 34-45.