

# 지방의료원의 구조적 문제 분석 및 코로나 대응 제도에서 참고할 운영 개선 방안

이흥훈<sup>1</sup>, 서창진<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>국립중앙의료원 공공보건의료본부, <sup>2</sup>한양대학교 경영대학

## Analysis of Structural Problems at Regional Medical Centers and Operational Improvement Measures to be Referred to in the Covid 19 Response System

Heung Hun Lee<sup>1</sup>, Chang Jin Suh<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Headquarters for Public Healthcare, National Medical Center

<sup>2</sup>Department of Business Administration, Hanyang University

**요약** 본 연구는 지방의료원의 설립 이후 현재까지 고착화된 구조적인 문제점과 그 근본적인 원인을 구체적으로 분석해 보고 코로나 대응 제도에서 참고하여 지방의료원 개선방안을 제시하는 것을 목적으로 하였다. 지방의료원의 설립연도와 설립주체를 조사하여 1964년 이후에는 중앙정부 및 광역자치단체 차원의 설립이 없었다는 것을 파악하였다. 최근 지방의료원 관련 대부분의 논문들이 지방의료원을 효율성 추구의 대상으로 보고 있음을 확인하였다. 우리나라 보건 의료체계에서 지방의료원이 갖는 의미와 역할을 조명하여 만성적인 적자와 악화되는 양극화 문제, 중증 환자 진료서비스 제공에 부족한 의료 인력, 규모 경쟁력 저하의 구조적 문제를 안고 있으면서도, 국가적 재난 상황에선 최전방 대응 의료기관으로서 국민의 생명과 안전을 위해 역할을 다하고 있음을 파악할 수 있었다. 지방의료원의 구조적 문제의 핵심은 운영이 독립채산제에 묶여 있어 추가 인건비 부담 문제로 의료 인력 부족 문제를 해결할 수 없다는 데 있다. 이에 본 연구에서는 코로나 환자 진료 병상 및 비위봉은 병상 수에 따라 정액으로 손실보상금을 지원하는 제도에서 착안하여 필수의료 인력 수에 따라 인건비를 정액 지원하는 방안(기본예산제)의 도입을 제안하여, 지방의료원의 구조적 문제를 해결하고 지역 필수의료 제공 기관으로서 발전할 수 있는 운영 개선 방안을 제시하였다.

**Abstract** This study was undertaken to evaluate and analyze the structural problems and fundamental causes of regional medical centers and present measures for their improvement, in connection with the COVID-19 response system. Our research revealed that no regional medical centers were established at the central and local government levels after 1964. Most recent papers related to local medical centers confirmed them to be the role models for pursuing efficiency. Although regional medical centers have structural problems, they play key roles ensuring public safety and saving lives during national disasters. The primary problem of the regional medical centers is related to its structuring, wherein the operations are linked to the independent profit system, due to which shortage of medical personnel cannot be solved owing to the burden of additional labor costs. This study therefore proposes the introduction of a plan (basic budget system) to provide flat labor costs according to the number of essential medical personnel, and is based on a system that provides flat loss compensation according to the number of COVID-19 patient treatment beds and empty beds. We believe that application of this model will resolve the structural problems of regional medical centers. We further suggest operational improvement measures that could help in the future development of regional essential medical providers.

**Keywords** : Regional Medical Center, Structural Problems, Insufficient Medical Manpower, Essential Medical Care, Basic Budget

\*Corresponding Author : Chang Jin Suh(Hanyang Univ.)

email: cjsuh@hanyang.ac.kr

Received August 31, 2021

Revised September 30, 2021

Accepted January 7, 2022

Published January 31, 2022

## 1. 서론

### 1.1 지방의료원의 역사와 독립채산제 적용

우리나라에서 서양 의학을 기반으로 공공병원이 설립된 시기는 1800년대로 거슬러 올라간다. 그 당시 가장 시급한 과제는 전염병을 통제하는 것이었다. 이를 위해 1900년대 초반부터 각 도에 독립병원이 설립되기 시작하였고, 일제강점기와 해방 후 시기까지 60여 개의 공공병원이 설립되었다.

지방의료원도 이와 함께 26개가 설립되었다. 지방의료원의 개원 연도를 시기별로 구분하기 위해 개별 지방의료원들의 홈페이지 연혁을 분석하였고 그 결과는 Table 1에 나타나 있다.

Table 1. Year of opening of regional medical center

Category	Number	Regional medical center (Year of opening)
1800s	1	Busan(1876)
~1910	6	Mokpo(1904), Seoul(1909), Cheongju(1909), Suwon(1910), Gongju(1910), Jinju(1910)
~1920	6	Jeju(1912), Andong(1912), Gangneung(1913), Daegu(1914), Masan(1914), Suncheon(1919)
~1930	3	Namwon(1921), Gimcheon(1921), Gunsan(1922)
~1940	7	Incheon(1932), Icheon(1934), Anseong(1936), Samcheok(1940), Hongseong(1936), Chungju(1937), Pohang(1939)
~1950	3	Wonju(1942), Yeongwol(1945), Gangjin(1947)
~1960	4	Pocheon(1952), Uijeongbu(1954), Paju(1954), Sokcho(1956)
~1970	3	Cheonan(1962), Seosan(1962), Seogwipo(1964)
2000s	3	Ulsan(2003), Jinan(2015), Seongnam(2020)

해방 이후부터 1964년까지 지방의료원은 8개가 추가 설립되었으나 민간 중심 의료공급체계의 빠른 확장 속에 2002년까지 지방의료원의 설립은 전무하였다. 특히 1964년 이후 지금까지 지방의료원의 확충은 기초 자치단체가 설립한 3개소가 전부일 정도로 중앙정부와 지방정부는 관심을 두지 않았다.

1980년 지방공기업법에 의료사업이 추가되면서 지방의료원들은 지방공기업법 산하의 지방공사 의료원이 되었고 독립채산제 적용 대상이 되었다. 이후 공공의료기관으로서의 기능과 역할 강화나 공공의료사업의 확대보다는 수익성을 높이는 방향으로 운영을 하게 되어, 시설,

인력, 장비에 대한 투자는 미흡하게 되었고 이는 의료 서비스 질 저하로 이어져 지역주민의 선호도 감소로 경쟁력은 지속적으로 하락하였다.

2005년부터 지방의료원을 대상으로 매년 1천억 원 규모의 시설 장비 현대화 사업이 지속적으로 추진되어 병상 규모 확충이라는 측면에서는 어느 정도 성과를 거두었다. 그러나 병상 규모 확충에 따른 의료 인력의 충원이 함께 이루어지지 못하면서 의료 서비스 질 향상과 탈 독립채산제의 숙제는 여전히 풀지 못한 과제로 남아 있다.

지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률은 지방의료원이 일반의 지방공기업 개념이 아닌 지역사회의 중심 의료기관으로서 서비스의 질을 높이고 민간 의료가 감당하기 어려운 보건의료사업을 제대로 수행하도록 유도하기 위해 제정된 것이다. 이와 관련하여 법률 제7조(사업)에 지방의료원의 본연적 역할로 지역주민의 진료사업, 공공보건의료사업, 보건교육사업, 의료지식과 치료기술 보급, 정부의 공공보건의료 시책 수행, 감염병에 관한 각종 사업 지원 등을 수행하도록 하고 있다[1]. 그러나 시행령 또는 시행규칙에서 사업의 세부적인 사항을 제시하고 있지 않아 구체적인 서비스 및 사업 수행을 위한 의료원의 필요인력 등 자원 확보 방안을 수립하기 어려운 한계가 있다.

### 1.2 지방의료원에 대한 사회적 인식

고객만족도에 미치는 영향요인 관련 논문을 제외하고 최근 6년간 지방의료원의 운영을 연구 대상으로 하여 학회지에 발표된 논문 11편을 분석해 본 결과 대다수 연구에서 지방의료원은 비효율적 운영을 하고 있고 수익성 개선이 필요하다는 관점을 연구의 기본 틀로 잡고 분석을 수행하였음을 확인할 수 있었다.

9편의 연구에서 지방의료원의 효율성을 직접적으로 분석하고 있었다. 이 중 자료 포락 분석(DEA)를 사용하여 지방의료원의 운영 효율성을 분석하는 연구[2,3], 지방의료원의 수익성에 영향을 미치는 생산성 변수를 분석하는 연구[4] 등은 운영 효율성에 미치는 영향 요인을 분석하고 있다.

효율성 추구를 위해 인력 관리를 통한 인건비 통제를 제안하는가 하면[5,6] 지방의료원에 금전적 소비 규모가 높은 환자군에 대한 차별화된 전략이 필요하다고 제기하는 연구[7]도 있었다.

민간 종합병원과 지방의료원의 경영 성과를 비교해서 민간 종합병원이 효율적 경영을 하고 있음을 분석한 연구[8,9]와 지방의료원의 효율성을 높이기 위해 투입자원

에 대한 효율성 측정과 비용 절감 노력이 필요하다고 분석한 연구[10]도 수행되었다.

2편의 연구는 지방의료원의 운영 방향이 수익성 추구로 이루어져 와서 공공성을 훼손할 우려가 있으니 수익성과 공공성 조화가 필요하다는 연구[11]와 공공성을 강화시키기 위한 전제조건으로 적정 간호사 수 고려, 관리비용 효율화, 수익성 강화 노력 등 환경요인의 조절이 필요하다는 연구[12]가 있었다.

그러나 지방의료원이 법률에서 제시하고 있는 본연의 설립 목표에 맞게 지역사회 주민에게 양질의 의료 서비스를 제공하고 있는지, 목표한 공공의료 정책 사업을 충실하게 하고 있는지를 분석한 연구는 찾아볼 수 없었다.

2001년 사스, 2015년 메르스, 현재 코로나19 상황까지 국가적 재난 때마다 국민의 건강과 생명을 지키는 최전선 안전망의 역할을 수행하고 있는 지방의료원에 대해 현재와 같은 수익성 중심의 운영방식을 고집한다면 본래의 설립 목적에 따른 기능과 역할을 수행하는 데 한계를 가질 수밖에 없을 것이다.

### 1.3 연구 목적

본 연구는 지방의료원의 역사 속에서 고착화된 구조적 문제점과 근본 원인을 구체적으로 분석하고, 구조적 문제의 핵심인 의료 인력 확보 방안을 감염병 전담병원이 코로나 환자 진료 병상 및 상시 비워놓는 대비 병상의 수에 따라 정부가 손실 보상하는 코로나19 대응 제도에서 착안하여 지방의료원에 필요한 새로운 지불제도 방안을 제시하고자 한다.

### 1.4 연구 방법

본 연구는 35개 지방의료원을 대상으로 하고 있으며, 4단계로 나누어 진행한다. 1) 지방의료원의 설립 역사를 고찰하여 현재의 독립채산제 운영 체계가 형성된 맥락을 조사, 2) 최근 6년간 발표된 지방의료원 관련 선행연구의 경향과 특성을 파악하여 지방의료원에 대한 사회적 인식의 편중 문제 고찰, 3) 지역 의료 격차 해소를 위해 역할 강화가 요구되는 지방의료원에 고착화된 문제인 의료 인력 부족으로 인한 역할 수행의 한계 분석, 4) 감염병 전담병원 지정이 지방의료원의 환자 및 경영 실적에 끼친 영향과 정부의 손실보상 제도에 대해 분석한다. 이러한 분석 결과를 바탕으로 독립채산제 운영 방식을 대체할 새로운 지불제도 개선방안을 제시하고자 한다.

여러 정부 대책에서 제시된 자료의 활용과 함께 다양한 기관의 자료를 직접 분석하여 결과를 도출한다. 국립

중앙의료원의 2020년 공공보건의료 통계집을 분석하여 전체 공공병원 중 지방의료원이 차지하는 비중을, 2013~2020년 지방의료원별 손익계산서와 입원-외래명세서를 분석하여 연도별 손익 및 코로나 대응에 따른 영향과 병원별 연평균 입원환자 증감률을, 건강보험심사평가원의 2019년 요양기관 현황 자료를 분석하여 비교 병원 대비 의료 인력 규모 차이와 진료과별 전문의 수 비교 자료를 도출한다. 비교 병원으로 지역책임의료기관의 중요 역할인 중증 입원환자 진료기능 역량이 있는 것으로 평가되는 우수한 민간병원 20개소를 선정하였다.

## 2. 본론

### 2.1 지방의료원이 갖는 의미와 역할

우리나라는 국민의 건강과 생명에 직결되는 의료자원의 지역 간 불균형이 심화되고 있다. 특히 의료 인력의 수도권·대도시 집중이 심화되고 있다. 인구 천 명당 활동 의사수는 서울이 3.1명인데 비해 경북은 1.4명으로 2.2배 차이가 나고 있으며 11개 시·도 지역은 평균 2명이 안 되는 상황이다[13]. 질병 발생 시 타지역의 의료 서비스 이용이 매우 어려운 응급, 외상, 심·뇌혈관질환 등 필수의료(정부는 공공보건의료 발전 종합대책을 발표하면서 필수의료에 대한 개념을 응급, 외상, 심·뇌혈관질환, 산모·어린이, 장애인과 재활, 감염 등으로 제시[14]) 분야의 지역 간 불균형도 심각하다.

응급 사망비(15~17)는 서울 동남권이 0.85로 강원 영월권의 2.09에 비해 2.45배 격차가 있고, 뇌혈관질환 사망비(15~17)도 서울 동남권이 0.84로 강원 영월권의 2.04에 비해 2.42배의 격차가 발생하고 있다[13]. 민간 병원은 수요 부족 등의 이유로 응급진료, 중증진료를 포기하고, 공공병원은 숫자의 부족과 더불어 충분한 의료 서비스 제공 역량을 확보하지 못해 지역에서 발생하는 응급 상황에 필요한 의료 서비스를 적시에 제공받지 못하는 지역도 존재한다. 권역응급의료센터까지 기준 시간(60분) 내 도달하지 못하는 인구 비율은 서울이 0%인 데 비해 강원도는 33.4%에 불과하다[15].

이렇듯 필수의료 제공 측면에서 지역 간 불균형이 발생하고 있으며 전체 의료기관 중에서 공공의료기관은 그 수는 8.9%, 병상수는 5.1%로 매우 취약한 상황이다[13].

Table 2의 분석 결과를 보면 전체 221개 공공병원 중 급성기 공공병원은 63개이며 이 중 34개 지방의료원(2020년 부분 개원한 성남시 의료원 제외)이 차지하는

비중은 기관수 기준 54%, 병상수 기준 34% 임을 알 수 있다. 특히, 지방의료원은 급성기 병원 중에서 3차 병원 역할을 하는 국립대병원(16개)에 이어 의료전달체계상에서 허리에 해당하는 2차 병원 역할을 담당하고 있다.

Table 2. The ratio of regional medical centers in all public hospitals

Type	Number of beds	Ratio of Bed	Number of hospitals	Ratio of Number
Public Hospitals	62,240	100%	221	100%
Acute Public Hospitals	27,622	44%	63	29%
Regional medical centers	9,368	15%	34*	15%

## 2.2 지방의료원이 갖는 구조적 문제점

### 2.2.1 만성 적자 논란과 양극화

지방의료원에 독립채산제가 도입된 이후 만성 적자라는 지방의료원 운영의 비효율성을 대변하는 주제가 되어왔다. 2005년 지방의료원 설립 법률 제정 이후부터 2014년까지 모든 지방의료원은 의료 수지에서 지속적인 적자를 보였고 2015년 이후 일부 의료원에서 의료이익이 발생하고 있으나 2~3개소에 불과할 정도로 매우 적다.

Table 3은 2016년 신포괄수거제 정책 가산 확대와 회계기준 변경 등으로 일부 의료비용(감가상각비) 감소 효과가 발생하면서 의료기관 전체 경영 성과를 나타내는 당기 순손익에선 적자를 벗어나고 있는 추세에 있으며 당기 순이익이 발생하는 기관도 절반 수준까지 늘어났음

Table 3. Yearly profit and loss of regional medical centers

Type		2015	2016	2017	2018	2019
Medical profit and loss		-1,774	-920	-1,054	-1,284	-1,358
Medical profit	NO.	1	3	2	2	3
	AVG	5.7	12.1	21.3	16	18.7
Medical loss	NO.	33	31	32	32	31
	AVG	-53.9	-30.8	-34.3	-41.1	-45.6
Current term net profit or loss		-177	129	52	149	157
Current term net income	NO.	12	19	17	16	17
	AVG	12.3	15.3	15.6	19.2	23.3
Current term net loss	NO.	22	15	17	18	17
	AVG	-14.8	-10.8	-12.6	-8.8	-14.1

을 보여준다.

그러나 배후 인구수, 경제 수준 등에서 소재 지역의 의료수요 여건이 괜찮은 지방의료원과 여건이 불리한 지방의료원 간의 격차는 여전히 존재하고, 오히려 그 격차가 커지는 측면이 있다. 의료 손익에서 이익이 발생하는 지방의료원의 평균 이익은 개선되는 추세에 있으나, 손실이 발생하는 지방의료원의 평균 손실은 개선되지 못하는 추세에서 양극화가 진행되고 있음을 확인할 수 있다. 그리고 당기 순손익에서도 유사한 추세를 발견하였다.

### 2.2.2 중증환자 진료를 위한 의료인력 부족

지방의료원은 중진료권을 담당하는 지역책임의료기관으로서 역할을 수행해야 하지만 중증 입원환자 진료 역량은 미흡하다.

Table 4에서 보는 바와 같이 2차 민간병원과 의료인력 확보 현황의 차이를 비교해 보면 지방의료원이 2차 민간병원에 비해 전문의는 53~57%, 간호사는 65~87% 수준에 불과한 것으로 나타나 의료 인력 부족 현상의 심각성을 보여주고 있다. 그리고 상대적으로 규모가 큰 지방의료원들이 소규모 지방의료원보다 의료 인력 확보가 유리하다는 것을 알 수 있다.

Table 4. Comparison of workforce size between regional medical centers and secondary private hospitals

Type	Specialist		Nurse	
	Number	Ratio	Number	Ratio
Secondary private Hospitals' average (251-350 beds)	55	100%	229	100%
Regional medical centers' average	29	53%	149	65%
Regional medical centers' average (above 251 beds)	37	67%	205	89%

의료 인력의 부족 문제는 의료 서비스 질에 결정적인 제한 요소로 작용한다. 진료과별 전문의가 평균 2명 이하인 진료과를 단수 진료과로 볼 경우, 필수 진료과 10개 과와 필수 진료지원과 3개과를 대상으로 단수 진료과 비율을 조사한 결과 중증 입원환자 진료가 가능한 2차 민간병원에 비해 지방의료원의 단수 진료과 비율이 높은 것을 알 수 있었다.

Table 5의 분석 결과를 보면, 단수 진료과의 경우, 2차 민간병원(4개 진료과) > 규모 있는 지방의료원(8개 진

Table 5. Comparison of the number of specialist in the departments\* between regional medical centers and secondary private hospitals

Type	Essential Care Departments										Essential care supporting departments		
	IM	PSI	GS	OS	NR	NS	OBGY	PED	EM	RM	RD	AN	LM
Secondary private Hospitals' average (251-350 beds)	12.7	0.7	3.35	3.9	1.85	2.45	2.9	2.4	2.65	3.7	0.85	0.85	5.4
Regional medical centers' average	5.3	1.1	1.9	2.1	1.2	0.9	1.5	1.1	2.9	0.9	1.8	1.5	0.8
Regional medical centers' average (above 251 beds)	6.9	1.6	2.1	2.5	1.4	1.4	1.7	1.3	2.7	1.2	2.2	1.7	0.8

\* IM(Internal Medicine), PSI(Psychiatry), GS(General surgery), OS(Orthopedics surgery), NR(Neurology), NS(Neurosurgery), OBGY(Obstetrics & Gynecology), PED(Pediatrics), EM(Emergency Medicine), RM(Rehabilitation Medicine), RD(Radiology), AN(Anesthesiology), LM(Laboratory Medicine)

료과) > 전체 지방의료원(10개 진료과) 순으로 나타났다.

단순 진료과로 운영하게 되면 야간 진료, 휴가, 학회 참석, 병가 등 발생 시 진료 공백이 생기고 의료 인력의 업무 부담이 가중될 수밖에 없어 의료 서비스 질 관리에 어려움이 발생한다. 이는 의료 인력의 이직률 증가 등으로 이어져 전체 지방의료원의 의료 인력 관리에 큰 문제로 작용하게 된다.

의료 인력 부족 현상이 가져오는 가장 중요한 문제는 의료 인력 규모가 작을수록 지방의료원에서 제공하는 의료 서비스 제공 범위가 좁고 경증 환자 위주로 진료하는 구조를 갖게 된다는 것이다.

Table 6의 분석 결과를 보면, 지방의료원의 입원 진료 제공 범위를 나타내는 DRG:(Diagnosis-related Group, 환자가 입원해서 퇴원할 때까지 발생하는 진료에 대해 유사한 진단과 처치, 성별, 나이 등 정보들의 유사 집합 분류)는 2차 민간병원에 비해 절반을 조금 넘는 수준이

다.

그리고 질환의 중증도 분류 기준(전문:DRG-A, 일반:DRG-B, 단순질환:DRG-C)에서 중증에 해당하는 전문 질환군(DRG-A) 환자 비중은 민간병원 대비 1/5 수준이고 대부분은 일반 및 단순 질환군 환자이다. 지역으로 갈수록 일반 및 단순 질환군 환자 중에서 재활 및 요양환자가 많아 평균 재원일수는 2차 민간병원에 비해 2배에 가까운 상황이다[16].

지방의료원의 설립 목적은 지역주민에게 양질의 의료 서비스를 제공하고 의료자원이 적은 지역에 산다 하더라도 필수의료 서비스를 받을 수 있도록 의료 서비스 제공 역량을 갖추는 것이다. 그러나 이런 의료 인력의 부족 문제로 의료 서비스 제공 범위의 한계가 존재하고, 의료 서비스의 질이 담보되지 못하면 지방의료원의 설립 목적을 달성할 수가 없다.

Table 6. Comparison of DRG · DRG-A · Length of hospital stay ratio between regional medical centers and secondary private hospitals

Type	Number of DRG	Ratio	Ration of DRG-A	Ratio	Length of hospital stay (exclusions of psychiatric, medical care)	Ratio
Secondary Private Hospitals' average (251-350 beds)	460	100%	0.10	100%	5.75	100%
Regional medical centers' average	256	56%	0.02	21%	10.64	185%
Regional medical centers' average (above 251 beds)	296	64%	0.03	29%	11.28	196%

### 2.3 재난 시 지방의료원의 역할과 운영 변화

지방의료원은 노후화된 시설과 적은 의료 인력으로 운영에 많은 어려움을 겪어 왔으나, 2003년 사스, 2015년 메르스 사태, 그리고 현재 진행 중인 코로나19 상황에서도 전국 35개 지방의료원 중 34개소가 감염병 전담병원으로 지정되어 최전방 대응 의료기관으로서의 역할을 적극 수행하였다[17].

Table 7의 분석 결과를 보면, 감염병 전담병원으로 지정된 지방의료원들의 2020년 운영 실적은 코로나19 환자 진료가 늘어나면서 전년 대비 전체 입원환자는 36%, 외래환자는 27.2% 감소하였고, 병상가동률은 20.1% P 낮아졌다. 그 결과 의료 손실은 2019년의 1,385억 원에서 2020년은 5,303억 원으로 2.8배 악화되었다.

Table 7. Regional medical centers' effects on the operation of hospitals dedicated to infectious diseases

Year	Medical profit and loss	Number of inpatient	Number of outpatient	Pathology rate
2019	-1,385 billion	280 million	671.6 million	85.7%
2020	-5,303 billion (↓3.045 billion)	178.6 million (↓36%)	488.9 million (↓27.2%)	65.6% (↓20.1%P)

이에 정부는 손실보상 체계를 가동하였고, 코로나19가 시작된 2020년 상반기에는 충분하지 못한 지원을 하였으나 하반기 손실보상 제도 개선을 통해 상당한 손실보상금을 지원하였다. 그 결과 지방의료원이 받은 2020년 전체 코로나19 손실보상금은 3,125억 원에 이르렀다. 이에 당기 순이익도 2019년 159억 원에서 2020년 275억 원으로 증가하였다.

### 2.4 지방의료원 육성 관련 정부 정책의 한계

정부는 지역 간 의료 격차를 해소하기 위해 공공보건의료 발전 종합대책에서 전국을 인구수, 의료접근성, 의료이용 현황, 행정구역 등을 고려하여 70개 중진료권으로 나누고 모든 진료권에 지역책임의료기관을 지정하는 제도를 도입하였다[14].

지역책임의료기관은 중진료권 내 필수의료의 기획, 연계, 조정, 제공까지의 총괄적인 책임을 부여받게 되고 이를 위해 중진료권 내 보건소, 119구급대, 민간 의료기관 등과 공공의료 협력 체계를 구축하고 운영하는 역할을 수행해야 한다.

2021년 2월 기준으로 전체 70개 중진료권 중 35곳에 지역책임의료기관이 지정되었다[18]. 현재까지 지정된 지역책임의료기관은 모두 공공병원으로 지방의료원이 30개소로 대부분이다.

다수의 지방의료원들이 지역책임의료기관으로 지정된 것은 바람직한 일이지만, 현재의 상황에서 중증진료환자를 볼 수 있는 역량이 부족한 대부분의 지방의료원들은 지역책임의료기관이 해야 할 본연의 역할을 제대로 수행하지 못할 가능성이 크다.

중증환자 진료 역량을 확보하는 게 중요한 이유는 필수 의료 서비스 제공의 중심적인 역할을 수행할 수 있어야 지역 내 타 기관들과의 연계 협력 체계 속에서 적절한 리더십을 확보할 수 있기 때문이다. 그러나 현재 상황에서는 그러한 리더십을 갖고 있는 지방의료원은 소수에 불과하다.

가장 최근에 발표된 제2차 공공보건의료 기본계획에서는 그간의 대책에서 볼 수 없었던 필수 중증 환자 진료 역량 확보를 위해 가장 핵심적인 요소인 적정 의료 인력 확충 방안이 함께 제시되었다. 지역책임의료기관의 평균 전문의 수를 30명에서 40명으로 확충하고 간호사도 150명에서 200명으로 확충하는 계획을 제시하였다[13]. 그러나 이 계획에서 목표로 제시된 의료 인력 수는 Table 4에서 본 바와 같이 중증 입원환자 진료가 가능한 민간 종합병원들의 평균 의료 인력인 전문의 55명, 간호사 229명에 비해서 여전히 낮은 수준의 인력 규모다.

배후 인구가 충분한 지역에 위치한 지방의료원들은 시설과 인력 확충의 결과가 그대로 경영 개선에 도움을 주게 되지만, 배후 인구가 적고 접근성도 좋지 못한 곳에 위치한 지방의료원들은 환자의 증가에 따른 경영개선과 독립채산 운영을 기대할 수 없다. 오히려 시설과 인력 증가에 따른 비용 부담은 의료 손실의 악화로 이어지는 경우가 많다.

지방의료원에 신포괄수가제 전면 도입, 기능보강사업비 대폭 확대, 파견 의사 지원 확대 등 정부 대책의 집중 지원이 있었던 2013년 이후부터 2019년까지의 지방의료원 연평균 입원환자 증가율은 0.14%로 입원환자가 거의 증가하지 않고 있음을 알 수 있다. 오히려 자료 산출이 가능한 33개 지방의료원 중 52%인 17개소는 입원환자가 감소하였다.

즉, 투입자원의 확대가 환자 수 증가와 경영개선으로 이어지지 않는다는 것을 보여준다. 이는 환자들의 대형병원 선호 현상, 부족한 의료 인력, 배후 인구 정체(35개 지방의료원 중 31개소는 중소도시 이하에 위치하고 있어

배후 인구의 증가를 기대하기 어려운 지역적 한계) 등이 복합적으로 작용하기 때문인 것으로 판단된다.

### 3. 결론 및 향후 과제

국민이 어느 지역에 살든지 필요한 의료 서비스를 받을 수 있도록 하는 것은 국민의 건강권을 보장해야 하는 국가의 책무다. 지방의료원이 지역주민에게 필수의료 서비스를 기획하고 제공하기 위해선 독립채산제 논리에 따른 운영 방식을 변경해야 한다. 기존 방식대로면 필수의료 서비스에 필요한 의료 인력 확충은 인건비 증가에 따른 운영손실 확대 우려로 반대에 부딪힐 수밖에 없다.

지방의료원이 필수의료 서비스 제공 등 지역책임의료기관의 역할을 다하기 위해서 어떤 운영방식이 필요한 것인지는 코로나19 대응 감염병 전담병원에 대한 손실보상 제도에서 실마리를 찾을 수 있다. 감염병 전담병원에는 코로나19 환자가 언제 대규모로 발생하고 입원하게 될지 모르기 때문에 환자 진료 병상을 비워둬야 하는 의무를 갖게 되고, 그에 따른 보상으로 비워놓은 병상마다 정부가 산정하는 단가를 적용해 손실을 지원하고 있다[19].

지역에서 응급, 심·뇌혈관질환, 외상 등의 환자가 발생할 경우 신속하게 대응할 수 있는 관련 의료 인력의 존재 여부는 국민의 생명과 안전 및 건강권 보장에 매우 큰 영향을 미치는 요인이다.

결국, 코로나19 환자 대응을 위해 대비하는 병상은 필수의료 서비스 제공을 위해 대기하는 의료 인력과 동일한 개념으로 볼 수 있다. 그렇기 때문에 필수의료 서비스 제공을 위해 확보한 의료 인력은 비워놓는 병상의 손실보상과 유사한 개념을 적용하여 지원하는 방식을 생각해 볼 수 있다. 코로나19 대응 병상은 코로나 환자의 발생 규모에 따라 변경되기 때문에 사후 정산 방식으로 진행되지만, 필수의료 인력 확보는 인건비가 지급되어야 하기 때문에 사전에 지급하고 추후 정산하는 방식이 바람직하다.

독립채산제 틀 안에서 효율성·수익성 향상에 중점을 둔 기존 연구들은 지방의료원의 변화를 이끌어내지 못하였다. 이에 본 연구는 지방의료원의 역할 강화를 위해서는 운영 구조의 근본적인 변경이 필요하다는 판단을 하였고, 필수의료 서비스를 제공하는 의료 인력의 수에 따라 정책 인건비를 지원하는 새로운 지불제도 도입을 제안한다. 이를 Fig. 1에서 보는 바와 같은 ‘(가칭) 기본예산제’의 개념으로 제시하였다. ‘기본예산제’가 도입된다

면 필수의료 인력의 확충에 따른 지역 의료 격차 완화뿐만 아니라 지방의료원의 경영 안정화에도 큰 기여를 할 수 있다.

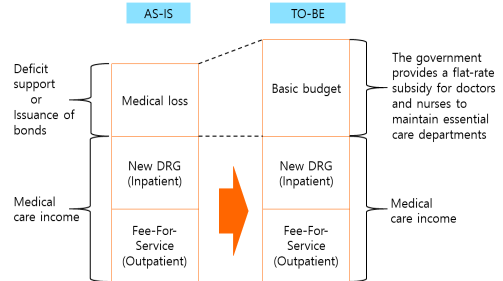


Fig. 1. Basic Budget System

본 연구는 지방의료원이 지역책임의료기관의 역할을 수행할 수 있도록 기본예산제의 개념과 필요성에 대해 제안하였으나 제도의 도입에 필요한 대상 기관의 범위, 어떤 진료과를 필수 진료과(혹은 어떤 의료 서비스를 필수의료 서비스)로 볼 것인지, 확보해야 할 의료 인력의 자격요건을 어떻게 정할 것인지, 기관별 목표를 어떻게 산정할 것인지, 정산은 어떤 기준으로 할 것인지, 필요한 재원은 누가 부담할 것인지, 지역마다 다른 의료 환경 및 특성을 어떻게 반영할 것인지 등의 요인을 고려하지 못하였다. 이러한 선결 과제는 별도의 연구를 통해 구체화하는 것이 필요하다.

선결 과제들과 더불어 풀어야 할 또 다른 가장 중요한 핵심과제는 필요한 의료 인력을 어떻게 확보할 것인가이다. 의대 정원은 20년 동안 동결되어 있고, 의사나 간호사 인력의 대도시 쏠림 현상은 매우 심각한 상황이어서 지역에 근무할 필수의료 인력을 양성하고 이를 지원하기 위한 다양한 방안들이 함께 연구될 필요가 있다.

의사의 경우 파견을 목적으로 대학병원에 기금교수 정원을 확보하여 운영하는 방안, 간호사의 경우 남자 간호사를 병역 대신 지역책임의료기관에 근무하게 하는 공중보건간호사 제도 도입 방안 등도 실현 가능한 방안으로 모색해 볼 수 있을 것이다.

### References

- [1] Act on the Establishment and Operation of Regional Medical Centers, 7.
- [2] K. P. Hong, W. S. Seo, "An Analysis of the Operational Efficiency of Regional Public Hospitals Using the DEA

- Model”, *Studies in Humanities and Social Sciences*, Vol.61, No.1, pp.47-70, 2018.  
DOI: <https://doi.org/10.17939/hushss.2018..61.003>
- [3] Y. J. Kim, K. H. Kim, “An Analysis on Management Efficiency of The Regional Public Hospitals Using D.E.A”, *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, Vol.21, No.8, pp.512-520, 2020.  
DOI: <https://doi.org/10.5762/KAIS.2020.21.8.512>
- [4] J. W. Lee, “Analysis of Productivity by Environmental Factors in Regional Base Public Hospitals”, *Korean journal of hospital management*, Vol.22, No.3, pp.46-60, 2017.
- [5] B. C. Kim, “The Analysis of the Practical Restructuring of Regional Medical Institutes Using Efficiency”, *KOREAN NPO REVIEW*, Vol.18, No.1, pp.67-83, 2019.
- [6] J. D. Lim, “Comparative Analysis of Value Added to Personnel Expenses between General Hospitals and Regional Public Hospitals”, *The Korean Journal of Health Service Management*, Vol.11, No.4, pp.67-76, 2017.  
DOI: <https://doi.org/10.12811/kshsm.2017.11.4.067>
- [7] J. W. Lee, “Medical Services Specialization strategies of the Regional Public Hospital through Customer Segmentation”, *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, Vol.16, No.7, pp.4641-4650, 2015.  
DOI: <https://doi.org/10.5762/KAIS.2015.16.7.4641>
- [8] D. Y. Cho, K. H. Kwon, “A Study on the Management performance differences in accordance with the nature of the hospital”, *Korea International Accounting Review*, No.70, pp.189-206, 2016.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.21073/kiar.2016..70.008>
- [9] U. H. Ha, “Comparison between Korean Regional Public Hospitals and Private non-profit General Hospitals for Investment Efficiency and Management Performance”, *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, Vol.18, No.1, pp.523-529, 2017.  
DOI: <https://doi.org/10.5762/KAIS.2017.18.1.523>
- [10] J. W. Lee, “Financial performance analysis based on efficiency evaluation of Regional Public Hospital”, *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, Vol.18, No.4, pp.614-623, 2017.  
DOI: <https://doi.org/10.5762/KAIS.2017.18.4.614>
- [11] S. H. Han, E. J. Yoo, “Does the Institutional Environment Influence the Organization’s Performance?: Municipal Public Hospitals in Korea”, *The Korean Journal of Local Government Studies*, Vol.21, No.21, pp.437-463, 2018.  
DOI: <https://doi.org/10.20484/klog.21.4.19>
- [12] Y. Choi, Y. H. Kim, W. Han, “An Analysis of the Differences in the Publicness Indices Depending on Environmental Factors of Regional Public Hospitals”, *Korean journal of hospital management*, Vol.24, No.2, pp.67-83, 2019.
- [13] Ministry of Health and Welfare, The 2nd Public Health and Medical Plan, pp.5-10, 2021.
- [14] Ministry of Health and Welfare, Comprehensive Measures for the Development of Public Health Care, pp.6-11, 2018.
- [15] 2020 Public Health Care Statistics, National Medical Center, Center for Public Health Care, Korea, pp.59-159, 2021.
- [16] J. Yim, H. H. Lee, J. W. Seo, K. H. Lee, T. H. Lee, A Study on Strategies for Designating and Fostering Responsible Medical Institutions, Policy Report, National Medical Center, Korea, pp.25-29, 2019.
- [17] Ministry of Health and Welfare, Press Release, 39 Billion Won in Subsidies to 69 Hospitals Dedicated to Infectious Diseases, c2021, Available From: [http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&page=1&CONT\\_SEQ=353539&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=%EA%B0%90%EC%97%BC%EB%B3%91%EC%A0%84%EB%8B%B4%EB%B3%91%EC%9B%90](http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=353539&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=%EA%B0%90%EC%97%BC%EB%B3%91%EC%A0%84%EB%8B%B4%EB%B3%91%EC%9B%90) (accessed September. 25, 2021)
- [18] Ministry of Health and Welfare, Press Release, Designation of 9 Additional Responsible Medical Institutions for Regional Essential Medical Cooperation, c2021, Available From: [http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&page=1&CONT\\_SEQ=363584&SEARCHKEY=DEPT\\_NM&SEARCHVALUE=%EA%B3%B5%EA%B3%B5%EC%9D%98%EB%A3%8C%EA%B3%BC](http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=363584&SEARCHKEY=DEPT_NM&SEARCHVALUE=%EA%B3%B5%EA%B3%B5%EC%9D%98%EB%A3%8C%EA%B3%BC) (accessed September 25, 2021)
- [19] Ministry of Health and Welfare, Press Release, 10% Increase in Compensation for Loss of COVID-19 Treatment Beds, c2021, Available From: [http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&page=1&CONT\\_SEQ=363332&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=%EC%86%90%EC%8B%A4%EB%B3%B4%EC%83%81%EA%B8%88](http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=363332&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=%EC%86%90%EC%8B%A4%EB%B3%B4%EC%83%81%EA%B8%88) (accessed September. 25, 2021)

이 흥 훈(Heung Hun Lee)

[정회원]



- 2002년 8월 : 고려대학교 일반대학원 경영학과 (경영학석사)
- 2017년 8월 : 한양대학교 일반대학원 경영학과 박사수료
- 2005년 4월 ~ 2010년 4월 : 한국보건산업진흥원 연구원
- 2010년 4월 ~ 현재 : 국립중앙의료원 책임연구원

<관심분야>

공공보건의료, 의료경영



서 창 진(Chang Jin Suh)

[정회원]



- 1994년 5월 : Vanderbilt Univ. 보건의료경제학 (경제학박사)
- 1994년 7월 ~ 1999년 2월 : 한국 의료관리연구원 연구위원
- 1999년 3월 ~ 2008년 8월 : 한국 보건산업진흥원 전문위원
- 2008년 9월 ~ 현재 : 한양대학교 경영대학 교수

<관심분야>

보건경제, 의료정책, 의료경영