

주제발표

—病院行政과 政策—



梁 在 謨
(延世大學校 保健大學院長)

I. 緒 論

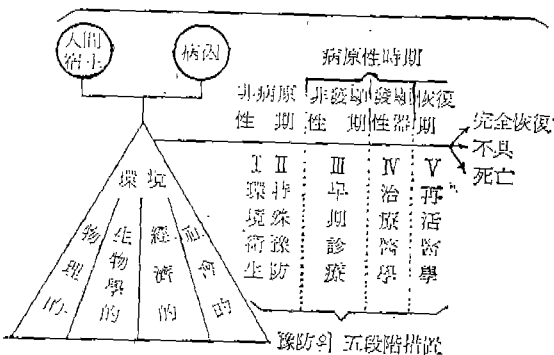
人間の 健康 與否를 左右하는 與件을 크게 네 가지로 나눌때 그 첫째는 環境(住居, 交通, 大氣, 上水等の 物理的 環境, 教育, 經營, 社會 環境)이요, 둘째는 個個人의 生活習性和 行爲요, 셋째는 遺傳的 要因이고, 넷째가 保健醫療 制度인데 이 세미나의 對象인 病院은 마지막 分類에 屬하는 것이다.

病院에서는 疾病의 自然史過程(圖表 1)中 病原性期(pathogenio stage)에 屬하며 그중에서도 發顯性疾病狀態에 들어간 患者로서 自家治療와 一次의 診療로 解決안되기 때문에 專門醫나 超專門醫에 依하여 特殊診療器機를 가지고 診療하여야 하는 複雜한 患者를 主로 取扱한다. (正常分娩은 例外)

病院은 이밖에도 地域社會의 保健醫療에 關與하는 모든 機關들의 中心體 特히 診療中心(diagnostic center)으로서의 指導的 役割을 擔當한다.

또 大部分의 病院은 地域社會가 必要로 하는 醫師, 看護員 其他 醫療技術要員들을 養成訓練하는 教育的 役割을 遂行하고 있으며 아울러 調査, 研究, 事業을 通하여 醫學發展에 貢獻하고 있다.

이러한 病院診療에 對한 需要는 여러가지 與件에 따라 增加되는데 特히 人口의 老齡化로 慢性病患者가 增加함과, 地域住民들의 經濟生活水準의 向上 및 國家醫療政策 如何에 左右되는 바가 크고, 正常分娩을 위한 病院利用은 文化的인



傳統이 또한 적지않은 영향을 준다.

그러나 病院 特別히 現代病院은 두가지의 重要한 問題點을 지니고 있다. 그 첫째는 病院診療는 醫療制度中에서 가장 高價한 部分이요, 둘째는 病院이란 至極히 多樣하고 千差萬別한 勞動 集約的 서비스를 要하는 機關이기 때문에 그 經營管理가 一般 企業體에 比할 수 없이 複雜하고 어렵다는 點이다.

美國의 例를 들면, 1960年代에는 病院 建築費가 \$20,000/bed던 것이 1976년에는 \$33,400/bed로 昂勝되었고, Community hospitals에서의 患者日當費用이 1967년에 \$49이던 것이 1976년에는 \$147로 9年間에 거의 3倍로 뛰었다. 이와 같은 昂勝의 半은 同一한 서비스를 위한 賃金引上和 維持費 때문이고 他半은 새로운 器械導入과 새 技術者採用 即, technology factor (47.3%) 때문으로 分析되었다. 各病院들이 서로 앞을 다투어가며 高價한 새 診療器械을 導入하기 때문에 생기는 醫療費 昂勝을 medical technology의 shock로 表現할 程度인데 그 한 例를 든다면 英國의 EMI會社에 依하여 1967년에 開發된 Computerized tomography scanner가 1976년에 美國에는 이미 321臺 (2/3는 head scanner, 1/3은 body scanner)가 設置 稼動되어 있고 注文되어 있는 330臺까지 합치면 總 651臺로서 美國 人口 327,000/scanner끝인데, 그 器械을 發明한 英國에서는 人口 6千萬에 scanner 단 2臺만으로 充足하고 있다. 이러한 病院施設의 지나친 擴張을 抑制하기 위하여 美國政府는 1974년에 Health Planning Law를 制定하여 196개의 Health System Agencies로 하여금 各其 regional health planning unit로서의 일을 把握 兼하고 州마다 Certificate of Need法을 1980년까지 通過시켜서 그 審査에 通過하지 않고서는 病院新築이나 增築 또는 高價의 器械施設擴張을 못하게 하고 있다. 그러나 美國의 病院은 아직도 自由放任的인 政策下에서 運營되고 있기 때문에 病院들이 많이 集中되어 있는 地域에서는 患者를 끌기 위한 치열한 競爭을 하고 있으며 그 方法으로서는 著名人士入院을 弘報하고,

“Computer가 있다. Cobalt bomb unit를 가졌다. Heart surgery를 할수 있고 賢臟移植을 한다. Staff中에 이런 著名한 神經外科專門大家가 있다” 등인데 이 모두가 病院醫療費를 昂勝시키는 要因이 된다.

美國의 總醫療費가 1976年 한해 동안에 그 前年것보다 14%나 增加하였고, 1940年代에 GNP의 4%이던 것이 1976년에는 9%로 올라갔는데 最近에 와서 더욱 急激하게 上昇하는때는 또한가지 理由가 있다. 그것은 1978년에 美國 全體病院 診療費의 92%를 第3者 支拂機關에서 擔當하고 있는데 比하여 通院患者診療費는 그 20%만을 第3者 支拂機關이 擔當하고 있다. 그런데 第3者 支拂機關에서는 診斷을 위한 各種 service에 對한 酬價는 患者를 病院에 入院시켜놓고 實施한 境遇에 限하여 이를 認定해주고 훨씬 높은 酬價로 補償해주기 때문에 診斷만을 위한 短期入院患者가 急增하게 되었다. 그럼에도 不拘하고 英國에 있는 入院을 위한 “waiting list”制가 美國에는 없어서 쉽사리 入院이 可能하고 곳에 따라서는 病床活用率이 75%에 不過한데도 있다. 元來 病院診療가 高價한 것이기 때문에 그 利用은 꼭 必要한 少數患者에게만 許容하고 나머지 大部分은 一次診療機關에서 處理토록 하기 위하여 英國이나 蘇聯에서는 病院機能과 G.P. Service 및 公衆保健行政으로 明確하게 區分하여 病院에서는 入院患者만을 取扱하고 그 入院은 應急患者 以外에는 一次診療醫의 推薦으로 Waiting list를 거쳐서만 可能하게 되어 있어서 患者 種類에 따라서 2~3日로부터 1年까지도 기다렸다가 入院이 된다.

또 한가지 外科的 手術과 入院量에 重大한 影響을 주는 것은 醫師들에게 對한 診療費 報酬를 어떤 方法으로 支拂하느냐이다. 이를테면 Bunker(1970)의 조사연구에 의하면 美國에서 點數制(fee-for-service oriented system)에 依하여 報酬를 받는 醫師가 말아보는 人口의 per capita surgery rate는 英國의 人頭制와 俸給制(capitation salary system)로 報酬를 받는 醫師들이 擔當한 人口의 per capita surgery rate보다 高

걸 높았다. 이러한 現象은 美國內에서도 醫師들이 fee-for-service base로 돈을 받는 New York 市の Group Health Insurance 所屬人口는 capitation base로 돈을 받는 New York Health Insurance Plan 所屬人口 보다 入院率이 거의 倍로 높았다.

이상으로 叙述한 與件 以外에도 患者當 또는 病床當 病院診療費를 節減시키는 方法으로는 病床活用率이 높아야 하는 것이 指摘되어 있다. 大體로 85%를 適正狀態로 보고, 入院患者數의 變動幅을 勘案하여 一般의 平均入院患者數 $N+3\sqrt{N}$ 의 病床이 所要된다는 것인데 病床을 各科別로 어느程度로 嚴格하게 區分 配定하느냐와 swing bed有無, 患者種類, 地域間 他病院과의 相互協助 與否에 따라 다르다. $N+3\sqrt{N}$ 의 公式에 依하면 N이 적을수록 變動幅은 커지기 때문에 50病床 未滿의 小規模 病院은 보다 큰規模의 病院보다 非効率的이라는 結論이 나온다. 蘇聯같은데서는 거의 10年前부터 50 bed未滿의 小規模病院은 閉鎖해 가고 있는 것이 事實이다.

Computer, 自動電話交換, 自動檢査器械 등의 導入으로는 일의 迅速 處理와 便宜로 敝서비스의 質을 向上시키기는 하지만은 一般의 經費의 節減을 招來하지는 못하는 모양이고 一般企業體에서 投資를 더한만큼의 生産性(productivity)增加는 病院에 있어서는 期待되지 못하는 모양이다.

高級 또는 中級 要員을 보다 적은 報酬로 採用되는 低級要員으로 代置시키는 案은 一見 病院人件費를 節減시킬 것 같지만은 이는 敝서비스의 質을 低下시킬 憂慮가 있을뿐 아니라 高價의 上級人力이 보다 많은 指導와 監視를 해야하기 때문에 오히려 中級以上の 믿음직한 人力을 가지고 上級人力이 遂行하고 있는 業務中 보다 많은 部分을 그 아랫級 人力에게 委任함이 보다 効率的일 수도 있다.

長期入院을 要하는 慢性疾患 患者로서 比較的 監視를 늦추어도 되는 患者들만을 收容하는 病院設置運營과 必要以上の 長期入院을 排除하는 制度的 마련이 必要하다.

病院基準審查委員會가 客觀的으로 病院의 構成面으로 그 敝서비스의 質을 評價함도 重要하지 않는 各自 tissue committee 같은 制度를 마련하여 內部的으로 不必要한 外科의 治療를 하지 않았는가를 審査할 必要가 있을 것이다. 病院記錄의 裝備는 重要的 任務임에도 不拘하고 一般的으로 잘 안되어 있고, 入退院手續에 많은 時間을 기다리게 함으로서 患者와 그 家族에게 不便을 주는 것은 Computer 導入만 가지고 解決되는 것이 아니고 醫師들의 協力이 絶對로 必要한 것이다.

옛날에는 修練醫에게는 俸給을 주지 않았거나 주더라도 小額이었고, 看護學生의 境遇는 宿食을 院病에서 提供하는 費用보다는 그들이 提供하는 敝서비스의 代價가 더 많았었는데 世界 第二次大戰 以後부터는 그 樣相이 달라졌다.

病院에 대한 國家社會政策의 世界的인 傾向은 衡平과 効率을 위하여 院病에 對한 國家社會的 統制가 漸次로 甚해져 가고 따라서 自由放任의 政策下에서 利潤追求의 企業經營式의 病院運營은 차차 退潮되고 官僚의 病院經營쪽으로 넘어 가고 있다. 아직도 完全히 그렇게 轉換하지 못한 나라, 이를테면 美國같은 나라에서는 民主黨에 依한 National Health Insurance를 導入하려는 政治的인 勢力과 AMA, 醫療保險團體 및 醫療產業體들로 뭉친 現狀維持를 願하는 抵抗勢力間에 暗暗裏에 치열한 싸움이 벌어지고 있다.

上述한 여러가지 與件과 傾向들은 그 全部는 아니라도 그 많은 部分이 우리나라에도 그대로 適用되는 것으로 보고 우리나라 問題를 論하고저 한다.

II. 韓國의 病院政策과 課題

우리나라 院病에 對한 政策은 美國이나 마찬가지로 自由放任의 것이었는데다가 院病 建築을 위한 美國의 Hill-Burton Act에 依한 聯邦政府의 半額國庫補助 같은 것도 없이 民間 主導의 投資에 依하여 發展되어 왔기 때문에 現在 全國 病床의 거의 80%가 民間것이요 이들 民間病院

에 대하여는 學校法人에 所屬된 것을 除外하고는 一般 營利企業體에 對한 것과 큰 差異없는 法人稅 또는 所得稅賦課의 對象이 되고 있다.

第4次五個年 開發計劃期間부터 政府는 社會開發에 置重하게 되고 그 一環으로 國民醫療에 對한 責任과 醫療의 衡平을 이룩하기 위하여 生活保護對象者와 極貧者에 對한 醫療保護事業과 500名以上の 從業員을 가진 企業體에 對한 醫療保險事業을 시작하여 漸次 擴大해 나감으로써 1981년까지는 國民皆保險을 指向하는 한편 現在 20%에 不過한 國公立病院의 病床數를 醫療脆弱地區에 優先的으로 增加시키고, 醫科大學의 增設로 將次的 醫師 對 人口比를 줄이고 獎學生 또는 軍服務代置 등으로 醫療脆弱地區에 服務할 醫師數를 增加시키려고 努力하고 있다.

여기에 다음과 같은 課題들이 그 早速한 解決을 기다리고 있다.

1. 醫療傳達體系의 確立이 先行되지 못하였기 때문에 患者들이 必要 以上으로 病院으로 flock하는 現象은 第3者支拂 患者들 立場으로 보아서는 當然한 行爲고 또 診療의 質이 높아진 것으로 보겠지만 國家的인 立場에서 볼때에는 高價의 病院人力과 施設을 効率的으로 活用하는 것이 못될 뿐 아니라 一次的診療를 맡을 醫院을 遊休狀態로 돌아가는 것도 또한 우리나라 保健資源의 効率的인 活用이 못된다. 그러므로 過去에 全國的으로 病床占有率이 50%도 못되던 것이 1977년에 와서는 60%線으로 上昇하였고 그後 더욱 上昇一路에 있어서 個中에는 過剩占有率이 이미 危險圈에 접어들어선 病院도 있다 하는데 그러한 病院 診療需要의 增加中에는 醫院級에서 處理될수 있는 種類의 假需要增加가 많이 包含되어 있다면 이것은 將來를 위하여 嘉賞한 일이 아니다. 왜냐하면 아무리 富強한 나라에서도 病院診療단으로 一次, 二次 및 三次 診療를 다 勘當해 낼수 있는 能力을 가진 나라는 이 世上에 한 나라도 없는데 우리나라 國民들을 病院診療만을 信任하는 保健行爲로 習性을 들인다면 앞으로 이것을 누가 어떻게 勘當할 수 있겠는가이다.

義務教育이 國民學校教育부터 始作되어 中高等學校로 擴大되고 結局에는 全教育課程을 國家가 責任지듯이 義務保健도 一次的保健管理부터 시작되어야 하고 그 過程을 거쳐서 進級이 必要하다고 推薦되지 않은 患者는 病院으로 갈수 없도록 制度化하지 않고서는 現在 美國이 겪고 있는 苦役으로 보아 우리나라가 앞으로 아무리 病床增加에 많은 投資를 하더라도 勘當 못할 것이고 또 모처럼 이 分野에 關心을 가지고 投資하기 시작한 經濟企劃擔當者도 밑빠어진 술에 물뚝기 格으로 알고 失望하게 될 것이 憂慮된다.

2. 第三者 支拂의 醫療保險이 點數制(fee-for-service system)에 基礎를 두고 시작되었다. 이것은 醫療傳達體系가 確立되기 前에, 그리고 醫療機關에 對한 經費上에 充分한 信賴를 갖지 못하는 狀態에서, 그리고 隣接國에서도 그 方法을 使用하고 있기 때문에 等急하게 醫療保護와 保險事業을 시작하려니 充分한 研究檢討期間을 갖지 못하였기 때문으로 짐작된다.

그러나 이 點數制는 人頭制나 봉급제에 比하여 必要以上の 過剩診療를 助長한다는 重大缺陷은 이미 指摘된바 있고, 日本에서도 過剩處置와 過剩 投藥으로 因한 副作用 問題가 深刻한 問題로 되어 있다. 이밖에도 點數制, 그 複雜한 請求節次로 一般患者보다 거의 3~4倍의 많은 事務人力과 用紙等 物資를 投入해야 하고 따라서 훨씬 많은 行政監理費用이 所要되고, 그속에서도 많은 不正이 介在될 憂慮等 가장 많은 缺陷을 가지고 있다. 國民皆保險이 될때까지 이 方法을 가지고 그대로 繼續할 것이냐 或은 醫療傳達體系 確立과 더불어 單 方法으로 바꾸는 勇斷을 가지느냐가 注目될 課題인데 바꾸는 時期가 늦어질수록 더 바꾸기는 어려워질 것이다.

또 現在 地方에 新設되는 病院에서는 專任 專門醫를 求하기가 대단히 어려운 形便에 있는데 果無 各 病院에서 所要되는 모든 專門醫를 專任으로 두어야 할 必要가 있으며 그것이 病院 經營上 効率的인가? 美國에서 小規模의 病院에는 專任醫師는 한두명 뿐이고 그 外 大多數는 attending 또는 part-time base로 勤務하고 있

다. 우리나라에서도 이 방법을 시도해 볼지하다.

3. 政府가 國公立病院에 對한 投資를 增大하고 強化하는 것은 환영하는 바이지만 民間病院들과의 緊密한 調整協同없는 二元的 運營은 國家的인 次元에서 볼때에 兩側다 資源의 浪費를 招來할 것이다. 더구나 國公立病院들이 그 運營은 自體收入을 가지고 배구어 가도록 하는 政策이 繼續되는 限은 民間病院과의 企業的競爭이 不可避하게 되고, 그 結果는 國公立病院이 가지는 各種 硬直性 制約으로 말미암는 低質醫療陣容과 施設 低活用率 그리고 低收入으로 오는 經營難이란 惡循環에서 脫皮하기 힘들것이요 그것은 곧 國庫의 浪費를 意味한다. 무엇보다도 먼저 地域社會內的 醫療資源들을 國公立이나 社立이나에 關係없이 最大限으로 活用하는 綜合的인 調整計劃이 樹立되어야 한다. 이를 위하여는

1) 特定地域內에 이미 民間病院이 있을 경우에는 거기다가 國公立病院을 또 新設함을 止揚하고 新設에 所要될 豫算과 運營費의 一部를 既存民間病院에다가 補助 또는 無利子 長期 融資해 줌으로써 政府가 願하는 業務를 委囑하여 보다 效率의으로 目的 造成이 될것을 考慮하고

2) 病院을 新設할 必要가 있는 地域에서라도 그 新設病院을 純粹한 國公立으로 하지 말고 그 地域社會內的 既存 民間醫療陣에게 委託經營을 하게 하거나, 처음부터 地域間 開業醫들과의 共同 投資로 시작하고 政府는 이에 補助金條로 支援하는 方式도 考慮 할 必要가 있다.

어떤 方法을 選擇하느냐의 決定은 그것이 國有 것이건 民間것이건 間에 다 우리나라의 資源(人的, 物的)으로 생각하고 總體的으로 어느 便이 보다더 效率의으로 그 資源들을 活用하는 方法인가의 決定에 基準을 두어야 한다. 또 그렇게 함으로써 民間 醫療인들이 가진 潛在財力을 우리나라 病院施設擴張에 積極的으로 動員시킬 可能性도 發掘될 것이다.

4. 當分間은 大體로 所得面으로 보아 中下級에 屬하는 農民과 小市民들이 가장 高額의 病院 診療費를 負擔하고 있다는 事實에 注目하여야 한다. 現行 醫療保護와 保險酬價는 너무나도 짝

딱하기 때문에 病院側에서는 그 診療에서는 赤字보다는 오히려 赤字를 免치 못할 形便이기 때문에 이 赤字를 醫療保護와 醫療保險의 惡澤을 받지 못하는 一般 患者에서 얻는 赤字를 가지고 배구어 나가고 그것으로 人件費는 勿論이요 公課稅金과 施設補修費까지도 물어나가야 한다. 醫療保險 對象者들을 위하여 그러한 負擔을 한다면 社會正義로 보나 所得再分配 原則으로 보아 不平等할 바 못되지만은 自己네들 보다 若干이 나라도 所得이 많은 醫療保險 對象者들을 위하여 그런 出血을 해야 한다면 이는 問題거리가 된다. 이러한 不當한 負擔에 對한 還元措置라 할까 補償措置라 할까는 農民과 小市民들에 對하여는 거의 金額을 一般稅源財政으로 負擔하는 醫療保險制度를 마련해 줌으로써 可能할 것이다. 이것은 雇傭主가 없는 農民이나 小市民들에게는 本來 醫療保險實施가 어려운 技術的 難點들이 많아서 保險이 成功할 可能性은 極히 低박하다는 理由때문이기도 하다. 農村에는 上記한 國庫補助를 가지고 郡 單位로 美國의 HMO (Health Maintenance Organization) 式的 醫療保險 自治組織을 만들어서 次次保健을 擔當하는 G.P.에게는 人頭制로 報酬支拂을 하되 上級醫療機關(病院)으로 薦擧한 患者의 病院診療費까지도 擔當 G.P.가 負擔하는 方法을 가지고 몇개 示範地域을 選定하여 實施해 보았으면 한다.

5. 우리나라 病院 全體를 企劃, 育成, 指導, 監督하는 行政體系의 單一化가 時急히 要請된다. 現在와 같은 多元的인 行政體系를 그대로 두고서는 改善과 效率化를 위한 모든 努力이 虛事로 끝날 憂慮가 있다. 既述하였지만은 病院은 가장 多樣하고 複雜한 專門技術者들로 構成된 勞動集約的 組織體이기 때문에 그 運營管理의 成敗는 人力管理의 成敗에 달렸는데 現行 多元的인 行政體系에서는 이러한 特殊分野의 人力管理가 잘 되어 나갈 수가 없는 條件이 너무나도 많다.

6. 醫師와 醫療機關에 對한 高率의 所得稅課는 結果的으로는 患者들 診療를 購買할적마다 稅金을 무는 셈이 된다. 뒤집어서 말하면 醫師나 醫療機關에 對한 免稅 또는 減稅措置는 곧

國家社會가 全的으로 責任져야할 國民醫療費를 아직은 個人이 負擔하고 있기 때문에 이에 對한 稅金만이라도 減除한다는 말이 된다. 日本서 醫師들에 對한 所得稅 賦課는 그 所得의 72%를 控除한 나머지 28%에 對하여만 課稅. 對象으로 잡는 特惠도 이러한 趣旨에서인줄로 안다. 反對로 우리나라에서는 醫師나 病院을 暴利機關으로 誤解하는 風潮가 없지 않은데 醫師나 病院이 잘 번 었다고 해도 그 大部分은 病院增設과 施設擴充에 再投資함으로써 國家社會가 할 일을 代 行 하고 있다는 것으로 善하게 解釋하는 雅量이 아 씩 다. 그러므로 必須不可缺한 診療器械裝備의 導 入에 있어서도 政府가 補助는 못 해 즐 당 정 課 稅 까지 하는 政策은 是正되어야 할 것이다.

7. 病院이 가진 主役割은 入院患者 診療에 있다. 그러나 우리나라에서는 外來患者 診療를 併 行하고 있는데, 醫療傳達體系가 確立되어서 病 院과 醫院의 役割이 區分되었을 때에는 어떻게 할 것이나에 對하여 方 針이 서야 지금부터 新 築 하는 病院設計에 도움이 될 것이다.

8. 京畿道 高陽郡에서의 示範事業을 通하여 自殺로 死亡하는 件數가 늘 람 지 도 높 다 는 事 實 로 미 루 어 우리나라가 先進國처럼 人口當 1,000 에 4內外로 많은 精神科病床은 못 가 지 더 라 도 적 어 도 各 道에 하나씩의 큰 精神科病院이 設置 運 營 되어야겠다.

9. 病院 建築과 裝備는 莫大한 投資를 要할 뿐 아니라 一旦 세워 지 면 그 改修는 여러 가지 難點 을 지 님 을 생 각 할 때 에 政府나 病院協會에서는 大 中 小 規 模 의 現 代 病 院 建 築 設 計 모 델 을 準 備 함 이 좋 을 줄 안 다. 여기 에 장 차 우리나라 人口 의 都 市 化, 老 齡 化, 生 活 水 準 向 上 에 따 른 病 院 樣 相 의 變 化 와 病 院 中 의 正 常 分 娩 을 獎 勵 할 것 인 가 抑 制 할 것 인 가 에 대 한 展 望 에 도 充 分 한 配 慮 가 있 어 야 하 겠 다.

10. 또 CTS 등의 高價한 診療裝備를 競爭的으로 導入하여 外貨를 浪費할 뿐 아니라 不 安 全 活 用 또는 不 必 要 한 데 다 가 使 用 하고 있 는 것 도 統 制 하는 方 案 이 마 련 되 어 야 하 겠 다.

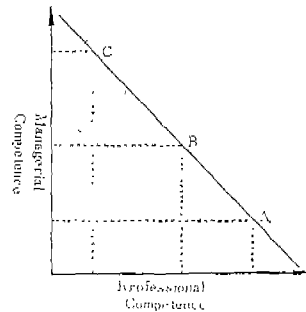
11. 醫療藥業과 器材의 生産業體數를 大幅 整

備하여 同一 效能을 가진 藥業種類를 줄여서 그 質的 向上과 生産出庫價格의 低下를 期 待 하 겠 다.

12. 病院을 積極 育成하는 한편에는 그 敝 務 의 質 向 上 을 爲 한 監 視 도 疏 忽 히 하 지 않 는 自 律 的 및 他 律 的 制 度 가 마 련 되 고 또 寸 刻 으 로 變 化 는 人 命 을 다 루 는 病 院 診 療 가 가 지 는 特 殊 性 에 비 추 어 病 院 職 員 들 의 勞 使 間 의 爭 議 手 段 으 로 서 罷 業 만 을 할 수 없 는 例 外 規 定 制 定 도 하 나 의 課 題 이 다.

13. 病院政策의 改革이나 新 規導入은 果敢하게 하여야 하지만은 그 實施에는 慎重을 期 望 하 여 야 하 며, 또 法 制 定 公 布 日 으 로 부 터 實 施 發 効 日 까지 是 充 分 한 準 備 過 渡 期 을 두 어 야 하 다.

III. 病院管理上의 課題



一般的으로 特殊 專門技術教育을 받고 社會에 나와서 職場에 첫 出發을 했을 때 는 그 사 람 의 成 功 與 否 를 左 右 하 는 것 은 도 표 2 의 A 에 서 보 는 바 와 같 이 그 사 람 의 Professional Competence 多寡가 크게 影響力을 가지지 그 사 람 의 managerial competence의 多寡는 그 다 지 重 要 하 지 않 다. 그러나 年輪을 거 등 하여 漸次로 職位가 그 機 關 中 上 位 級 으 로 昇 進 되 어 隸 下 에 많 은 職 員 을 거 느 리 게 되 고 擔 當 業 務 가 廣 範 하 고 多 樣 해 지 면 도 표 2 의 C 의 境 遇 처 럼 그 사 람 의 그 職 場 中 의 成 功 與 否 는 그 사 람 이 가 진 Managerial Competence가 Professional Competence 보다 훨씬 더 重 要 하 게 作 用 하 는 것 이 다.

그런데 醫師 特히 專門醫가 社會에 나가면 大 概는 바로 圖表 2에서의 B 位置에 앉 게 되 거 나 小 機 關 中 是 C 에 該 當 하 는 地 位 를 차 지 하 게 된 다. 그러나 現 行 醫學教育은 거의 全 的

으로 醫師로서의 Professional Competence를 길러주는 데 置重하였을 뿐 隸下職員을 거느린 長으로서의 行政管理 能力을 길러주는 데는 너무도 等閑했다. 그렇기 때문에 醫師들은 莫然하게 그저 높은 자리에 앉기만 하면 저절로 有能한 行政管理者 노릇을 할 수 있는 것으로 錯覺하고 經營管理에 格別한 學問이나 技能이 必要하다는 認識이 박약한 狀態로 臨하기 때문에 複雜한 病院診療 team의 長으로서의 leadership發揮를 제대로 못하는 경우가 많다.

우리나라에서 病院長職은 으레히 가장 醫術이 훌륭한 醫師가 맡아하는 것으로 一般的으로 認識되어 있다. 그러나 上述한 理論에 따르면 醫術이 훌륭한 醫師는 臨床일을 主的으로 맡게 하고 가장 醫術이 시원치 않은 staff중에서 經營管理에 興味와 關心을 가진 사람을 길러서 病院長으로 앉혀야 한다는 것이 된다. 아 물론, 일단 院長자리에 앉은 醫師는 이제부터라도 經營管理 能力을 갖추도록 努力해야 하고 規模가 큰 病院에서는 診療를 擔當하는 副院長과 管理事務를 擔當하는 副院長을 둘으로써 보다 專門的인

病院長을 補佐하고 責任을 分擔하는 것이 바람직하다. 따라서 管理副院長을 맡을 人材養成도 앞으로 時急하고 重要한 일이다. 延世大學校 保健大學院 英文 名稱을 Yonsei University Graduate School of Health Science and Management라고 한 것은 이러한 管理能力培養의 重要性를 強調하기 위한 것이다.

여기서 우리나라 病院管理上의 問題點 한가지를 例擧한다면 現行 病院人力 構成比를 外國의 그것에 比하면 醫師數에 比하여 看護員이나 technician들의 數가 越等 적은데 이러한 現象은 看護員이나 technician에게 委任해도 될 일을 醫師가 하고 있거나 아니면 看護서비스가 不充分하고 家族들이 病院에 와서 그 一部를 補完하고 있기 때문인지? 그렇다면 그것이 서비스의 質과 管理費와의 關係는 어떠한지의 檢討가 必要하다.

經營管理에 있어서 어떤 知識과 技術이 必要한가의 問題는 내일 강의해 주실 講師님들에게로 미루기로 한다. 〰

<신간안내>

간호과정과 기초이론(11월중 발매)

전산초, 김조자, 유지수 지음

이 책의 내용은 간호과정과 간호이론을 중심으로 엮여져 있다. 간호과정에서는 사정, 계획, 중재, 평가의 단계를 체계적으로 다루고 있으며 간호이론에서는 일반체제, 변화, 스트레스, 적응 등의 이론을 구체적으로 다루고 있다. 그러므로 이 책은 간호학도 및 간호전문직에 종사하는 사람들에게 간호계획을 이해하고 수립하며 실천하는데, 또 간호연구를 위한 아이디어 및 간호이론을 개발하는 데에 참고가 될만한 훌륭한 서적이다.

<본회 출판부 발행>