

중소병원의 생존전략

마작시해조(麻雀是害鳥) - 중소병원은 해로운 새인가?

김 재 학

부천21세기병원 원장
대한신경외과 병원협의회 보험이사
seoulkimdee@gmail.com



〈편집자 주〉 중소병원의 어려움은 어제오늘의 일이 아니다. 입원외래 가릴 것 없이 환자를 블랙홀처럼 빨아들이는 상급종합병원과 일차의료의 중요성 때문에 정책적으로 고려되는 의원급 의료기관 사이에 이도저도 아니게 마치 샌드위치처럼 끼어버린 것이다. 특히 이번 정권 들어 급진적인 전면급여화 정책과 특진비 폐지, 2인실 급여화 등으로 환자쏠림현상은 더욱 심해졌고 의료전달체계는 고장 난 지 오래되었다. 간호인력 등 인력채용도 매우 어렵고 특히 지방으로 갈수록 상황은 더 심각하다. 이에 더해 스프링클러와 같은 소방안전시설과 감염예방시설에 대한 규제와 통제는 갈수록 심해져만 가고 있다. 입원실 시설 기준도 강화되어 병상 손실 등 피해가 막심한 상황이다. 또 사회적으로 최저임금 인상과 근로시간 단축, 물가인상 등의 악재도 겹쳤다.

이처럼 사면초가에 처한 중소병원의 생존을 위해서 과연 어떤 대책과 정책적 고려가 시급한지, 직접 중소병원의 이야기를 들어 볼 필요가 상당하다.

들어가는 글

중소병원(주로 200병상 이하)의 어려움은 과거부터 늘 있어왔고, 조만간 모두 도산할 것이라는 우려와 위기감이 지속되어 왔고 현재도 진행 중이다. 그러나 우려와 달리 시대와 정책의 변화 속에서 생존을 위한 치열한 경쟁과 끊임없는 변신을 통해 더 많은 중소병원들이 생겨나고 자신의 역할을 수행하고 있다. 정부와 학계의 예상과 달리 중소병원이 한국의 의료시스템 속에서 뚜렷한 역할을 할 수 있게 된 과거와 현재를 돌아보고, 직면한 미래에 대해 고민해본다. 필자는 경기도에서 56병상 규모의 병원을 10년째 운영하고 있으며, 정책의 변화에 따라 민감하게 반응할 수밖에 없는 구조적 모순 속에서 생존을 위해 몸부림치고 있다.

본론

국가적 관점에서 의료는 생산과 소비가 동시에 이뤄지는 영역으로 재난적 상황이 빈번하므로 공공의 영역에서 관리하려고 해왔다. 그러나 1945년 해방 이후 보건의료체제는 자유방임형 의료제도를 선택하면서 민간주도의 의료로 전환되었다. 이시기의 병원들은 낡은 것을 전복하고 가장 적절한 방법을 찾아가는 과정을 통해 성장하였으며 현재에 이르러 일부는 대학병원으로 성장하고 대다수는 도태되었다. 해방 전후의 병원과 2018년의 병원이 개념과 역할이 같을 수 없으나, 병원의 성장이 국가 주도적 공공의 영역에서 이루어지기 보다는 민간의 영역에서 이뤄졌다는 것은 국가가 돌이킬 수 없는 원죄를 가졌음을 의미하는 것으로, 앞으로도 여전히

진행될 수밖에 없는 연속선상에 있다. 여전히 민간의 의료기관이 압도적으로(약 93%) 많다는 사실이 이를 방증하고 있다.

규모의 경제학, 그 너머에 있는 것

물건을 판매하는 기업은 유통망을 잘 갖췄다면, 하루에도 기십만 개, 기백만 개씩 판매할 수 있으나, 의사위주로 돌아가는 진료의 영역은 그렇지 못하며, 제 아무리 유명하고 유능하다하더라도 하루 고작 100~200명에 한정된 진료는 기업만큼 폭발적 성장을 불가능하게 한다. 그러나 상대적으로 안정적인 운영이 가능하여 많은 병원 직원들에게 일자리를 선사하고 인근 상인들과 유기적 관계를 맺어왔으며, 이런 진료의 특수성은 규모의 경제학으로 설명되지 않는 부분들이다.

2003년 국회 보건복지위원회에 제출된 ‘공공성 부여를 통한 중소병원 육성지원 연구’에 의하면 300병상 이하, 특히 규모의 경제에 못 미치는 소규모 병원이 생존하기 위해 생산비용의 절감 또는 매출의 증가, 또는 두 가지 모두를 맹렬히 시도하며, 이는 보건의료체계에 치명적인 위협요소가 된다고 하였다. 특히 고비용 구조와 무리한 이윤추구는 결국 지역사회주민의 외면을 받아 대다수가 도산할 것이라고 하였다. 보고서 이후 15년이 지났지만 예상과 달리 정부정책에서 소외되었지만 중소병원은 여전히 확장세에 있으며 일부는 종합병원으로 성장하는 과거를 답습하고 있다. 이는 공공성의 관점에서 민간의료를 바라본, 주로 영국적 시각의 비경쟁 의료 시장에서 우리나라 현실을 바라본 오판에서 비롯되었다. 우리나라의 의료전달체계는 근본적으로 3차 병원과 1,2차병원의 비경쟁을 유도하고 있는

나, 사실상 상호 경쟁 관계에 있으며, 환자유치를 위해 서비스 경쟁을 하고 질적 양적 경쟁을 하고 있다.

의료를 공공성의 관점에서 바라본다면 수요와 공급을 조절하고 비경쟁을 유도하는 전달체계가 합리적으로 보이지만, 고령화 사회가 진행되는 21세기의 현실에서 수요를 조절하는 것은 불가능하고, 소득이 늘어날수록 건강에 대한 관심이 증가하므로 수요가 폭발하는 것은 인간사회의 자연스런 본질중 하나이다. 기다림의 미학으로 미화되는 영국식 공공 의료가 '빨리빨리 문화'가 정착된 우리의 현실에 적용되는 것은 불가능하다. 이러한 틈을 비집고 많은 중소병원들이 개설되고 있으며, 무한 경쟁 속에서 서비스 향상과 질적 성장을 거듭하여 대형병원들과 어깨를 견주고 있다.

중소병원은 효율성을 내세워 관료화된 대형병원들이 이룰 수 없는 진료와 치료의 신속성을 최우선시 하고 있다. 대학병원의 진료를 받기 위해서는 진료예약이후 대기, 진료이후 검사까지 대기, 검사이후 결과 확인까지 대기, 다시 치료까지 대기해야 하는 번거로움이 여전하며, 대형병원 쏠림이 지속된다면 이는 더욱 악화 될 것이다. 대기 기간이 단지 몇 시간 혹은 며칠에 불과하다면 견딜 수도 있겠으나 현실은 그렇지 못하다.

또한 중소병원은 대형병원과 비교하여 가격 경쟁력을 갖추고 있다. 의원급보다 본인부담금이 높지만, 시설 규모를 감안한다면 가격대 성능비(가성비)가 가장 훌륭하며 효율적이고 접근성이 용이하다. 훌륭한 시설을 갖추고 편리한 병상과 일사천리로

구 분	계	상급종합		종합병원		병원		의원	
		비율	비율	비율	비율	비율	비율		
계	1,793,535	370,689	20.7	390,395	21.8	397,024	22.1	635,180	35.4
백내장수술	518,663	45,441	8.8	34,275	6.6	54,440	10.5	384,403	74.1
치핵수술	199,409	1,373	0.7	13,156	6.6	59,526	29.9	125,348	62.9
제왕절개수술	170,215	13,677	8.0	18,403	10.8	78,624	46.2	59,511	35.0
일반 척추수술	168,836	25,162	14.9	42,372	25.1	98,507	58.3	2,795	1.7
총수절제술	92,849	13,015	14.0	61,365	66.1	14,357	15.5	4,106	4.4
슬관절 치환술	69,755	8,284	11.9	19,942	28.6	40,322	57.8	1,207	1.7
담낭절제술(복강경적담낭 절제술포함)	69,749	30,695	44.0	33,754	48.4	4,687	6.7	613	0.9
내시경하 부비동수술	61,147	14,745	24.1	12,950	21.2	8,716	14.3	24,736	40.5
스텐트 삽입술	60,630	28,899	47.7	31,261	51.6	350	0.6	120	0.2
자궁절제술	45,015	18,216	40.5	17,385	38.6	7,152	15.9	2,262	5.0
내시경 및 경피적 담도수술	42,835	27,943	65.2	14,719	34.4	173	0.4	-	-
편도절제술(아데노이드적출술유무에상관없이)	41,401	13,830	33.4	14,070	34.0	4,953	12.0	8,539	20.6
서혜 및 대퇴허니아수술	37,883	10,096	26.7	15,308	40.4	9,719	25.7	2,757	7.3
간색전술	37,310	27,954	74.9	8,757	23.5	39	0.1	560	1.5
갑상선수술(기타질환에 의한 수술포함)	29,201	20,026	68.6	7,150	24.5	1,593	5.5	431	1.5
고관절 치환술	27,867	7,454	26.7	12,233	43.9	8,020	28.8	160	0.6
정맥류 결찰 및 제거수술	21,753	1,673	7.7	4,958	22.8	2,242	10.3	12,879	59.2
유방 부분 절제술	20,218	8,644	42.8	7,675	38.0	2,006	9.9	1,893	9.4
위절제술	19,117	14,197	74.3	4,835	25.3	84	0.4	1	0.0
유방 전 절제술	15,480	10,032	64.8	3,577	23.1	755	4.9	1,116	7.2

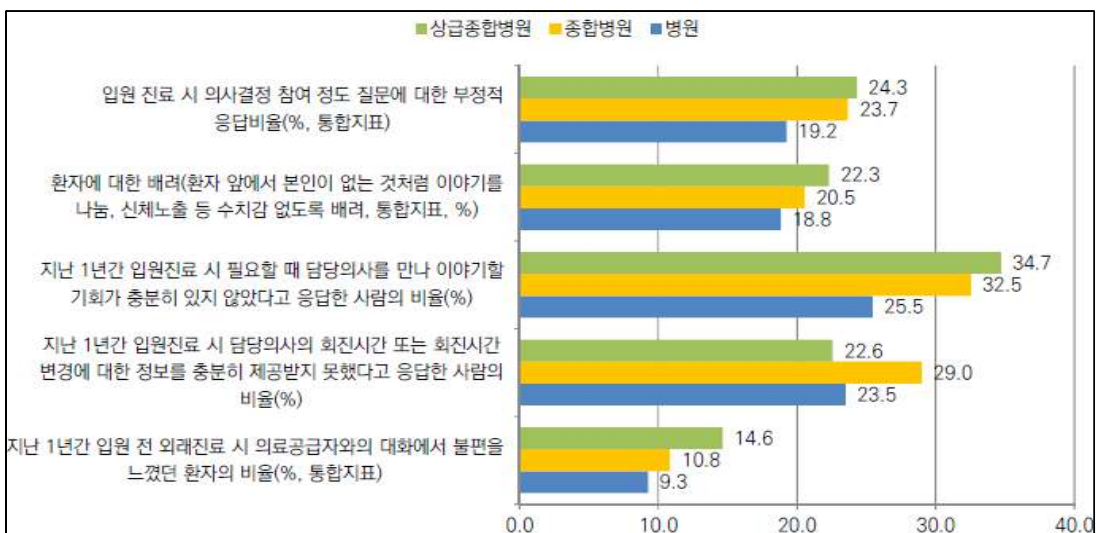
Ⅱ 그림 1. 2016년 수술별 요양기관종별 수술건수 점유율 [단위 : 건, %] (2017년 11월 국민건강보험 통계) Ⅲ

진행되는 수술과 치료가 가능한 중소병원은, 의원급보다 질적으로 우수하고 대형병원보다 저렴하고 전문화되어 있고 효율적이다. 이는 개설과 폐업이 빈번한 민간의료 중심의 개원가의 끊임없는 경쟁의 결과로, 생존을 위해 몸부림치는 중소병원의 투자와 틈새 공략으로 가능했다. 애초에 규모의 경제를 기반으로 의원과 대형병원사이에서 중소병원이 비경쟁을 위해 선택되었다면 우리나라 의료는 끊임없이 기다려야 하는 불편이 자리 잡았을 것이고, 빨리빨리를 외치는 이기적 국민들이 참고만 있지는 않았을 것이다.

생산비용의 절감 또는 매출의 증가, 이윤추구를 극대화하기 위해 의료비 상승을 부추기고 결국 의료소비자의 외면을 받을 것이라는 예상과 달리, 중소병원의 가격은 여전히 대학병원보다 저렴하고, 서비스 질은 오히려 상승하였고, 일자리를 줄이지도 않았고, 지역주민들의 외면도 받지 않았다. 의료가 소비자(환자)를 끌어 모으는 가장 큰 원동력이 광고가 아닌 진료의 만족도임을 감안할 때, 공공성이 부족해 경쟁 체제를 구축했던 중소병원의 치열함이

2018년의 의료 시장을 만들었다고 할 수 있다. 규모의 경제에 미달한 이윤추구형 소규모 병원이 최악의 비용 유발형인 것처럼 보이지만, 경쟁을 통해 타협하고 생존을 위해 탈출구를 모색하면서 그렇지 않았음을 증명하고 있다. 오히려 가장 효율적이고 가장 저렴하면서 가장 편리한 대한민국 의료의 상징이 되었으며, 의료 한류로 외국인 환자를 유치하는 경쟁력을 확보해나가고 있다.

이런 현실에도 일부의 학자들은 중소병원을 한국형 의료의 비용 상승의 주범으로, 의료서비스 질을 낮추며 병상을 과잉 공급하는 원천이라고 주장한다. 현재 우리나라 중소병원은 100병상이하가 60%를 차지하고 있으며 이들 대다수는 1~5개의 진료과목으로 전문화되어, 여러 연구들에서 언급하는 가장 중요한 지표인 사망률과 상관성이 낮은 진료를 근간으로 하고 있다. 퇴행성 근골격계 질환, 대장항문 질환, 각종 여성 질환 등의 영역에서 대학병원보다 우위를 점하고 있는 현실(그림1)이나, 강희정 등의 연구에서 여러 가지 질평가 항목에서 상급종합병원이 더 부정적으로 나타난(그림2) 점 등을



■ 그림 2. 2017 한국 의료 질 보고서 (강희정, 2017) ■

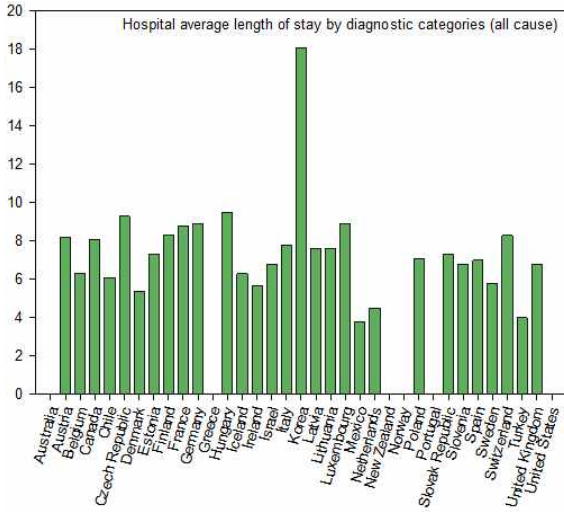


그림 3. 2016년 모든 질병군에 대한 평균재원기간 (2018 OECD statistics)

고려할 때 중소병원의 질이 만족스러운 편이며, 환자의 집중과 선호도가 진료의 만족도와 높은 서비스의 결과라는 불편한 진실을 마주하게 된다. 이러한 사실에도 중소병원의 서비스 질이 낮다고 우긴다면, 퇴출을 논하기 전에 해결책이 무엇이고, 어떤 것을 해야 하는지 먼저 고민해야 한다. 가령 진료에 적정화된 질 평가 기준을 도입하여 평가 및 피드백,

평가결과공개, 교육 및 기술지원, 인증 및 보상과 인센티브, 혁신과 확산, 인력 개발지원을 선행하여야 한다. 또한 2018년 Health status 에 관한 OECD 통계는 일부학자의 주장에 대해 다른 이야기를 하고 있다. 2016년 기준으로 우리 국민들은 연평균 17회 진료를 받고, 평균재원일수 18.1일을 보여(그림3), OECD 평균 8.1일의 2.2배에 해당한다. 우리나라의 인구 천 명 당 병상수는 약 12개(11.98) 정도로 일본(13.11)에 이어 두 번째이고, 이중 치료용 급성기 병상이 7.1개(59%)(그림4), 장기요양병상이 4.81개(40%)를 차지한다. OECD 국가 대부분 1개 이하(0.7개)의 장기 요양병상을 가지고 있다는 점에 비추어 비정상적인 병상 구조를 가지고 있다. 통계는 평균 재원일수와 급성기병상의 확보율, 그리고 빨리빨리 입원하여 느긋하게 머무르려는 한국적 정서를 고려할 때 아직 병상이 충분하지 않음을 보여주고 있다. 병상의 증가와 높은 입원일수가 한국적 정서와 병상의 부족에서 기인한 것은 아닌지 등의 원인을 분석하고, 병상의 분포와 질병군의 상관성을 추적하여 단순 병상 과잉인지, 병상의 재

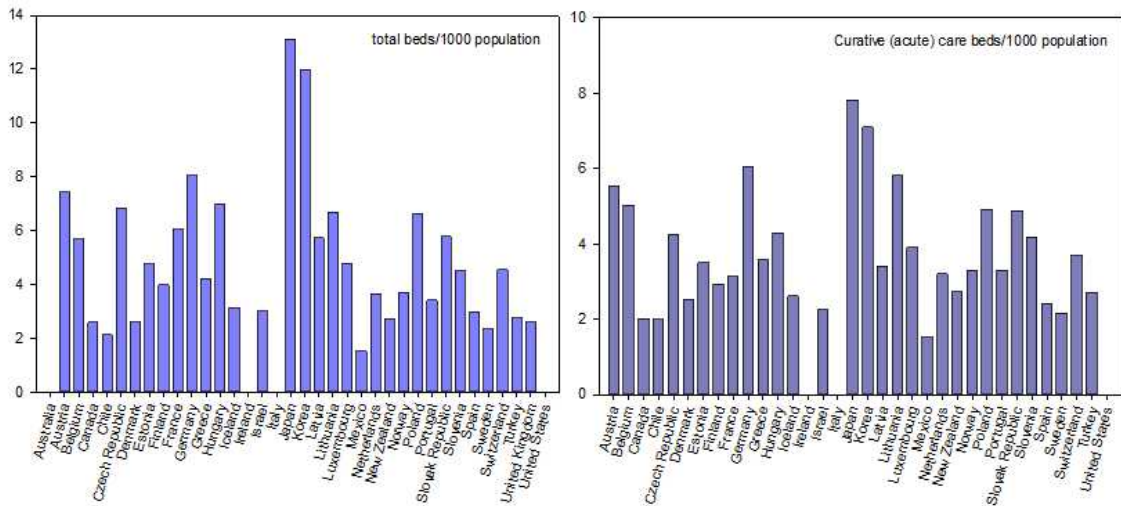


그림 4. 2016년 인구 천명당 총병상수와 급성기병상수(2018 OECD statistics)

배치가 필요한지 등의 전략을 설계하여야 한다. 이런 중소병원의 경쟁력과 경쟁을 통한 시장성을 의료의 해로운 축으로 견지하는 것은, 난알을 쪼아 먹는 참새를 해로운 새라고 규정하는 어리석음과 같으므로 정책자는 중소병원에 대한 시각을 근본적으로 바꾸어야 한다.

내가 할 수 있는 것 - 변화하는 병원

중소병원의 경쟁이 질적 양적 성장을 거듭하고 있으나 한정된 시장에서 이뤄지는 영합(zerosum) 게임은 무한정 거품을 만들 수 없으므로 언젠가는 균형 상태에 도달할 것이다. 이에 대비해서 병원은 준비를 해야 한다. 단순한 MRI, CT 등과 같은 고가 장비의 도입은 포화에 도달해서 투자효과를 기대하기 어려운 만큼, 새로운 틈새시장과 병원의 브랜드 가치와 특화된 무기를 가져야 한다. 완전히 일치하는 비유는 아니지만, 병원의 진료는 공산품을 파는 매장이라기보다 음식을 파는 식당에 가깝다. 가령 특정 브랜드의 특정 아이스크림은 어느 곳에서 구입하더라도 동일한 맛을 내기 때문에, 가격에 따라 맛이 달라지지는 않는다. 그러나 짜장면을 파는 중국음식점은 모든 집이 맛이 다르고, 심지어 프랜차이즈라고 하더라도 매장에 따라 맛에 차이가 있다. 두 개의 중국집이 서로 마주하고 있고 가격이 다르더라도, 반드시 저렴한 집에 손님이 몰리지는 않는다. 식당이 새로 생기면 지나가다 한번 정도는 들어갈 수 있으나 가성비가 적당하지 않다면 두 번가지 않게 된다. 병원은 그런 면에서 식당과 매우 비슷한 시장 원리가 작동한다. 병원의 친절성, 편리함, 시설, 그리고 무엇보다도, 치료에 대한 만족도가 담보되어야 경영이 유지될 수 있으므로, 내 병원은 다른

병원에 비해 어떤 장점이 가지는지, 내가 가진 차별점은 무엇인지 늘 고민해야 한다. 내 병원이 경쟁 병원보다 작고 시설이 열악하다고 해서 환자가 오지 않는 것은 아니다. 규모가 작다면 인테리어를 좀 더 화려하게 꾸밀 수도 있고, 시설이 부족하다면 병원의 친절도를 끌어올리거나 편의성을 증대시켜 경쟁에 뒤처지지 않게 해야 하며, 극단적으로 병원 식당 음식질을 극단적으로 끌어올려 병원의 차별화를 시도할 수도 있다. 그러나 정책의 관점에서 의료를 맞잡이 아니라 공산품인 아이스크림으로 바라본다면 이런 치열함 역시 의미 없는 노릇일 뿐이다.

내가 해야 하는 것 - 선택과 집중, 선택과 확장

병원이 아니더라도 자영업에서 선택과 집중은 어려움에 대처하는 돌파구가 된다. 그러나 선택과 집중은 선택과 확장이라는 상대적 명제를 반드시 고려하여 취사선택해야 한다. 다시 중국음식점 비유를 들어본다면, 내가 자장면을 잘 만들지만(절대우위) 짬뽕은 상대적으로 옆집(경쟁업소)보다 못하다면 여러 가지 선택을 할 수 있다. 내가 자장면을 잘 만들기 때문에 자장면을 특화시켜 짬뽕은 포기하고 자장의 종류를 다양화하여 손님을 끌어 모으는 전략도 가능하고, 반대로 자장면은 충분하므로 부족한 짬뽕에 대한 투자를 강화하여 옆집 짬뽕 손님도 끌어 모으는 전략을 구사할 수 있다. 전자는 자장면 전문점으로서 브랜드 가치를 강화하면서 옆집과 상생을 모색할 수 있으나 새로운 경쟁업소가 등장하거나 자장면이 유행을 벗어난다면 언제든지 위기에 처할 수 있다. 후자의 경우는 옆집과의 전쟁을 선포하면서 성공만 한다면 매출을 급격히 늘릴 수 있으나, 실패했을 경우 혹은 옆집이 반대의 전략을 펼친

다면 나 역시 위협에 처할 수 있다. 이런 선택과 집중 혹은 선택과 확장은 의료에서 경쟁이 가장 치열한 중소병원에도 그대로 적용된다. 내가 어느 것을 선택하고 집중하고 버리고 확장해야 할지는 깊은 고민이 있어야 하고, 지역적 고려, 시대적 흐름, 그리고 정책의 방향에 따라 결정하여야 한다.

내가 할 수 없는 것 - 정부의 중소병원에 대한 긍정적 위상 정립

정책은 정부의 의지를 반영하는 것으로 미래를 예견하고 조율되어야 한다. 각종 의료정책에 대해 필자와 같은 아주 작은 병원들이 어떤 스텐스를 취해야 하는지는 존폐와 직결된 문제이다. 중소병원은 20년 전에도 10년 전에도 그리고 현재도 너무나 어렵다. 중소병원은 병원들 중에서도 가장 치열한 경쟁에 놓여있으며, 개설과 폐업이 끊임없이 반복되는 영역이다. 중소병원에서 느끼는 경영의 어려움은 최저임금 상승으로 인한 인건비 증가, 경기침체 현상, 의료소비자 의식 변화, 경쟁 병원의 등장, 간호인력 구인난, 원가이하의 저수가 그리고 무엇보다도 정부의 보장성강화 정책의 확대와 그에 대한 소외감 등이다. 구인난, 경기침체 등은 계절적 요인으로 내부적 노력을 통해 극복할 수 있으나 수가 문제나 보장성 강화 정책은 정부 정책의 문제로 병원 자체의 노력만으로 극복할 수 없는 부분으로 이에 대한 장기적 비전이 있어야 한다.

정책자에 의해 결정되는 중소병원의 역할 혹은 위상 정립은 중소병원의 존립과 관계하므로 정부의 시각은 매우 중요하다. 그러나 상급 종합병원의 특진비 폐지, 2-3인실 급여화 정책, 각종 질가산 정책, 의원의 수가 보전등의 정책과 스프링클러, 병상간

격확보, 수술실 공조시스템 및 클린룸 설치등 일련의 규제들을 고려할 때 중소병원은 정책의 사각지대에 놓였다는 느낌을 지울 수 없다.

과거로부터 한국에서 병의원은 개인자본이 「의원 → 소규모 병원 → 중규모병원 → 대형병원」으로 자본을 축적해가면서 성장해 가는 구조를 보여 왔으며, 이것은 현재 진행형이다. 의원, 소규모 병원으로 시작한 많은 의료기관은 절멸하였지만 일부는 살아남아 현재 대학병원으로 성장하였으며, 미래에도 빈도는 줄겠지만 발생가능한 일이다. 병원의 공공성을 감안하다면 병원 설립 초기부터 정부의 관여가 이뤄져야 하지만 현재는 그렇지 못하고, 시립병원을 비롯한 여러 공공병원이 비효율적이었음(e.g. 진주의료원)을 돌이켜 볼 때 공공병원 건립이 어떤 문제점을 가지는지 돌아보아야 한다. 따라서 정부는 의료에 공공성을 가미하더라도, 현재 양질의 의료시스템의 기반이 민간주도로 이뤄졌음을 인식하고 민간 중소병원의 자율성을 인정하고 남겨두어, 정책의 파트너로서 포용하여야 한다.

결론

포화된 중소병원 문제를 해결하기 위해 제시되었던 여러 가지 방법들, 가령 요양병원으로의 전환 혹은 급성기와 만성기 병상을 결합한 혼합병상 운영, 근처병원과의 상생 연계 모델, 인근 병의원들과의 개방형 병원 도입등은 이론적으로 장점이 많아 대안이 될듯하였으나 일부의 시도에서 좋은 결과를 내지 못했다. 중소병원을 운영하는 병원장의 입장에서, 내부적 경쟁을 이겨내고 병원이 생존하고 성장하는 것은 노력과 투자로 가능하지만 정책적 문

제는 해결할 수 없는 문제이다. 근본적으로 정책자가 중소병원을 어떠한 위치로 바라보는지가 가장 중요한 부분이며, 이것이 해결되어야 다음 단계 경쟁과 생존을 걱정할 수 있다. 중소병원을 문제아로 인식하여 퇴출을 논하기보다, 현실적으로 적정성 평가 자료를 수집하고 결과를 통보하여 규제하는 수준에 머무르는 것이 아니라 질 향상활동을 좀 더 직접적으로 지원해야 한다. 따라서 정부 당국과 정

책자의 중소병원 문제에 대한 가장 근본적인 해결책은 부정적인 시각을 긍정적으로 바꿔 중소병원의 위상을 정립해야 한다는 것이다. 규모의 경제학에 미달하고, 민간의료 영역에서 가장 비용유발적 일 것 같지만, 가장 가성비가 뛰어나고, 만족도가 높으며, 높은 경쟁력을 가졌다는 것을 인정한다면, 정책적 규제와 이로 인한 어려움은 해결될 것이다.