

병원의 수익성 관리개선을 위한 의료이익계획모형 및 혁신·합리화전략 개발연구

황 인 경

인제대학교 보건대학 보건관리학과

(Abstract)

Medical Profit Planning Model and Innovative Strategies to Improve Profitability Management in Hospitals

In Kyoung Hwang

Department of Healthcare Management, College of Health Science, Inje University

This study discusses how to rationalize or innovate the managerial practice of the profitability-deteriorated hospitals in Korea, and attempts to suggest proper planning models and strategies to reorient them. For these purposes, the hospitals' financial indicators were analysed, the process of profit planning were reviewed, and strategic assessment were made, using relevant data.

The analysis shows that failures both in proper capital investment to fixed assets and in effective containment of operating costs have been causing the worsening of profitability. For the improvement of the profitability management, seven procedural and behavioral strategies were suggested from the innovative and rationalizing perspectives, together with necessary prerequisite conditions to be equipped with for their implementation. This study concludes that the top management should attempt the changes on their own initiative.

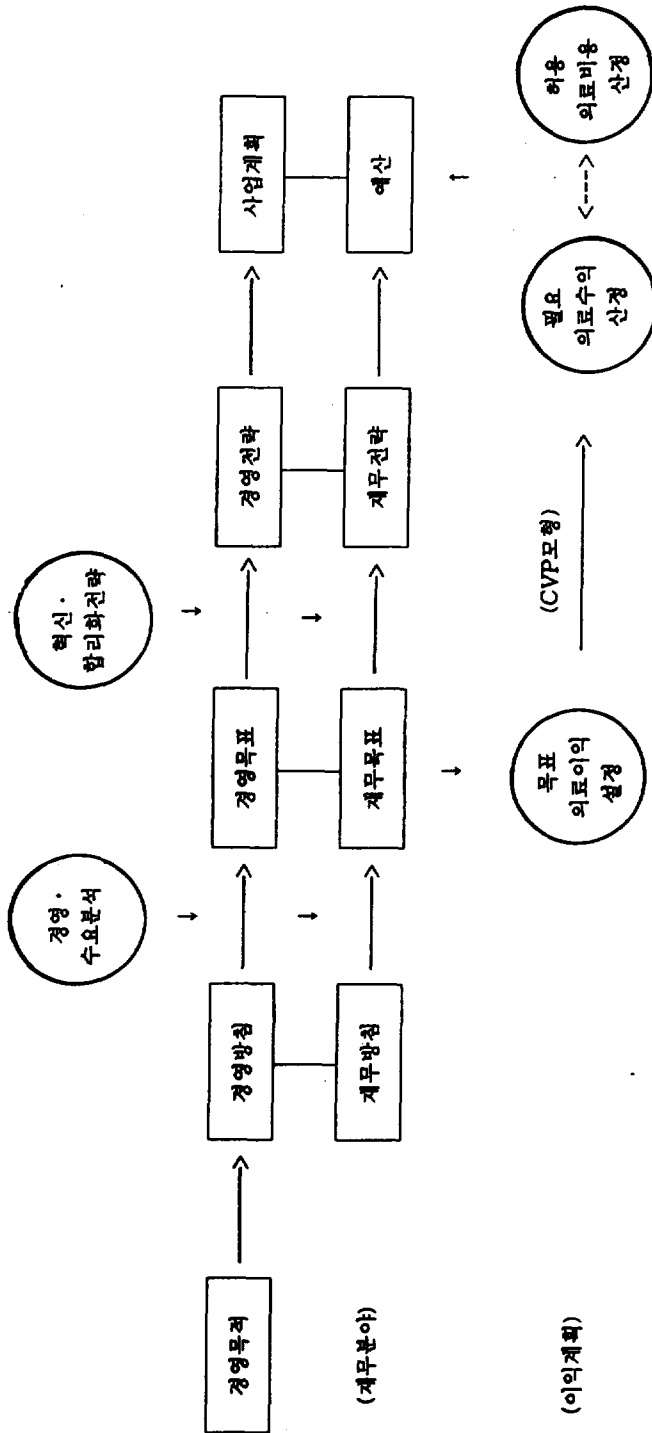
Key Words : hospital, profitability management, profit planning, innovative strategies.

I. 서 론

병원은 비영리, 영리의 구분에 관계없이 정상적인 사회적 기능의 수행과 성장, 발전을 위하여 필요한 수준의 적정 의료수익과 이윤을 확보해야 한다. 그러나 최근의 통제에 의하면 우리나라 병원의 50% 이상이 적자경영에 시달리고 있으며, 수익성의 추이를 볼 때 단기간내에는 이의 개선이 이루어지기 어려울 것으로 보인다. 수익성의 악화는 부분적으로는 의료수가의 통제나 병원공급의 증가와 같은 외적 요인에 의해서 야기된다고 볼 수 있으나 이러한 상황에서도 일부 병원들이 경영합리화와 혁신을 통하여 충분한 규모의 의료수익과 이익을 실현하고 있는 점을 인정한다면 수익성 악화의 책임을 외적 요인의 탓으로만 돌리지 않고 내적 요인의 발견과 개선을 위해서도 노력하는 의식과 자세가 중요하지 않나 생각된다.

병원의 수익성 관리에 있어서 가장 중요한 관리활동의 하나는 합리적인 이익계획의 수립과 이의 효과적인 집행이다. 이익계획 수립의 과정은 병원이 경영목적의 달성을 위하여 경영방침에 따라 수익성의 목표를 설정하고, 이로부터 목표의료이익의 규모를 결정한 다음, 다시 이 목표이익의 달성에 필요한 의료수익과 비용의 규모를 결정해 가는 일련의 의사결정과정이다. 병원의 재무계획시스템은 전반적인 경영계획시스템의 일부를 구성하는 것으로서 경영목적으로부터 출발하여 재무방침, 재무목표, 재무전략 및 예산으로 이어지는 일단의 계획체계를 말한다. 병원의 일반적인 경영계획시스템과 그 일부분으로서의 재무계획시스템 및 의료이익계획이 지니는 상호관계는 <그림 1>과 같이 나타낼 수 있을 것이다.

경영방침의 일부로서의 재무방침은 재무목표의 설정을 위한 지침으로서의 역할을 담당한다. 예를 들면, 재무방침은 “우리 병원의 총자본의료이익율은 매년 최소 5% 이상이어야 한다”라든가, “우리 병원의 의료수익신장율은 매년 10% 이상이어야 한다”와 같이 재무목표 설정의 하한을 규정함으로써 지침적 기능을 수행하게 된다. 경영계획의 수립에 있어서 이와 같이 경영방침은 경영목적과 함께 경영목표의 설정을 위하여 그 앞 단계에서 이미 주어진 것 즉, 전제조건(prerequisites)으로 간주되는 것이 보통이다(Deegan, 1977). 재무목표는 역시 경영목표의 일부로 설정되는 것이며, 과거 년도의 경영실적에 대한 분석과 미래의 의료수요 조사·예측 결과에 기초하여 설정된다. 목표달성을 위한 전략은 혁신 내지 합리화를 위한 전략을 수립하고 이를 반영하여 수립되는 것이 바람직하다.



<그림 1> 경영계획시스템과 이익계획의 관계

재무목표의 하나로 수익성 목표가 설정되고 이를 달성하기 위하여 마케팅 전략이나 비용절감 전략을 채택한다면 의료서비스의 구성을 혁신적으로 변경시키는 전략이나 총체적 질관리(total quality management) 방식의 도입에 의한 질비용의 관리 전략, 또는 감량경영(down-sizing)과 같은 혁신적 전략이 도입될 수 있을 것이다. 재무분야에서는 경영효율의 향상을 위하여 변동예산제도나 원가계산제도와 같은 합리화 전략의 도입도 고려대상이 될 것이다. 재무목표로부터 의료이익의 목표가 설정되면 수익·비용·이익의 관계모형(Cost-Volume-Profit Model : CVP모형)을 이용하여 목표달성에 필요한 필요의료수익을 산정하고 허용가능한 범위의 의료비용규모(의료수익-목표의료이익 = 의료비용)를 산정할 수 있다. 의료수요에 대한 조사·예측의 결과 필요의료수익의 실현이 불가능하다고 판단될 경우에는 허용비용의 규모나 앞 단계의 전략과 계획, 더 나아가서는 목표 자체까지도 조정 여부를 검토하여야 한다.

수익성 관리에 있어서 목표이익과 목표의료수익은 이와 같이 장·단기적 목표의 달성을 위하여 사전에 계획되는 것이며 경영활동의 단순한 결과가 아니라 관점을 갖는 것이 중요하다(Drucker, 1973). 아울러 의료비용도 이러한 관점에서 보면 단순히 발생하는 대로 인정하는 것이 아니라 계획된 의료수익으로부터 목표이익을 달성할 수 있는 수준으로 계획되거나 허용되는 개념의 비용으로 인식하여야 한다. 그러나 우리나라 병원들의 이익, 수익 및 비용에 대한 인식은 이와는 크게 다르다고 생각된다. 이와 같이 말할 수 있는 근거는 우리나라 병원들이 전술한 바의 재무계획시스템과 같은 첫 단계의 중요한 과정을 거치지 않는다는 데서 찾아볼 수 있다. 우리나라의 병원에서는 당해 년도의 예산편성에 있어서도 목표이익과 이익의 달성에 필요한 목표의료수익을 계산하지 않고 점증주의적 접근(incremental approach)에 의해 예산을 편성하는 것이 보편화되어 있다. 그러므로 수익성 관리에 있어서 무엇보다도 중요한 것은 계획과 목표의 중요성을 인식하고 재무계획의 과정과 의료이익계획 수립의 단계적 절차에 따라 합리적으로 수익성을 관리할 수 있는 방식을 도입, 시행하는 것이라 생각된다.

이상과 같은 견지에서 이 연구는 수익성 관리를 위한 의료이익계획의 과정과 방법에 관하여 고찰하고 수익성의 관리개선에 필요한 혁신·합리화 전략을 제시할 목적으로 시도되었다. 우선 첫 단계에서는 <그림 1>의 관계모형에 입각하여 수익성이 악화되고 있는 병원들을 중심으로 그 거시적 요인을 규명코자 하였다. 다음 단계에서는 의료이익계획의 수립절차에 따라 의료이익의 설정을 위한 계산식을 도출하고, 필요의료수익의 산정을 위한 CVP적용모형을 개발하였으며, 그 실제 적용방법을 제시하였다. 최종 단계에서는 우리나라 병원들의 수익성 관리방식을 개선하는데 필요하다고 판단되는 혁신·합리화 전략을 개발, 제시하였다. 이 단계에서는 전략적 평가의 절차와 방법에 따라 먼저 병원들이 처하고 있는 내

외적 환경을 평가하였다. 다음에 그 결과가 수익성 관리에 대해 지니는 함의(implications)를 추론하여 최적이라 판단되는 혁신·합리화 전략을 개발하였으며, 마지막으로 그 도입, 시행에 전제가 된다고 판단되는 요건들에 관하여 고찰하였다.

II. 수익성의 추이와 악화요인

1. 병원군별 수익성의 추이

우리나라 병원들의 수익성 추이를 알아보기 위하여 한국보건의료관리연구원이 발간하는 연도별 경영 분석 자료로부터 수익성 지표를 조사하였다. 이 자료는 1992년부터 발간되기 시작하였는데, '94년도까지 국내 총병원수의 76%이상을 포괄하고 있고, 병상규모에 의한 구분에 따라 병원군별로 자료를 비교 표시하고 있으며, 통계치가 ± 2 표준편차를 벗어나는 병원은 제외하고 통계를 작성하고 있어 정보의 포괄성, 충분성, 신뢰도 등 여러가지 면에서 많은 장점을 지니고 있다. 이들 자료로부터 정신병원, 결핵병원, 나병원, 한방병원, 치과병원 등의 특수병원들을 제외한 일반병원들(general medical hospitals)의 수익성 지표를 발췌한 결과는 <표 1>과 같다.

이 표에 의해서 알 수 있는 두드러진 현상 중의 하나는 우선 전체적으로 볼 때 매년 수익성이 악화되고 있다는 사실이다. 의료부문의 경우 '92년도에는 4.8%이던 총자본이익율이 '94년도에는 1.4%로 저하되었으며, 전체적으로는 총자본순이익율이 2.0%에서 -0.75%로 저하되고 있다. 이러한 추세는 모든 병원군의 모든 지표에서 거의 일관성 있게 나타나고 있는 바 가치 심각한 상태라 아니할 수 없다. 병원군별로 볼 때 앞서 지적한 연도별 추이는 모든 병원군에서 동일하지만 특히 중규모에 속하는 80-159 병상군과 160-299병상군 병원군들의 의료이익율이 적자를 보이고 있고, 3차기관이 아닌 300병상 이상의 대규모병원들도 '94년도에 0.2%와 0.3%의 수준으로 의료이익율이 떨어지고 있어 심각한 상태에 있다. 의료이익율과 경상이익율을 비교해 보면 160병상 이상의 병원군들에서 비교적 큰 차이가 나타나고 있는데 이는 별도의 손익계산서 자료를 참고해 볼 때 3차병원들은 거액의 진출금때문에, 300병상 이상의 병원군은 진출금과 지급이자 때문에, 그리고 160-299병상의 병원군은 지급이자의 과다때문인 것으로 나타나고 있다.

의료부문의 이익율이 감소하는 현상은 모든 병원군에서 보편적이지만 이들 지표가 마이너스수치로 떨어진다는 것은 의료수익의 창출능력이나 의료비용의 관리능력이 비교적 취약함을 의미하는 것이라

볼 수 있다. 80-299병상의 병원군들이 이에 해당되며, 3차기관이 아닌 300병상 이상의 대규모병원들도 이와 유사한 상황에 있다. 의료수익의 창출능력면에 있어서는 80병상 미만의 소규모 병원군도 예외가 아니다. 다른 병원군들에서는 별로 두드러지게 나타나고 있지 않는데 이 병원군에서만 유독 의료수익을 기준으로 하는 수익성 지표와 총자본을 기준으로 하는 수익성 지표 간에 차이가 크고, 또 이 차이가 매년 지속되고 있기 때문이다. 의료이익을 실현하고 있다 하더라도 총자본의료이익율이 의료수익의료이익율보다 낮다는 것은 상대적으로 총자본의 의료수익 창출력이 낮음을 의미하는 것이라고 볼 수 있다.

〈표 1〉 일반병원의 병원군별 및 연도별 수익성 지표

(단위 : 명, %)

지표 및 연도	병 원 군(병상규모)					평 균	
	<80	80-159	160-299	300<	Tertiary		
의료수익의료이익율	'92	6.7	-0.1	3.5	2.3	9.4	5.1
	'93	6.7	-5.6	1.0	3.5	8.2	4.6
	'94	2.3	-2.1	-1.4	0.2	6.6	1.6
총자본의료이익율	'92	5.8	-0.1	3.2	2.7	10.5	4.8
	'93	5.5	-4.9	0.9	4.1	9.5	4.2
	'94	1.8	-1.7	-1.1	0.3	7.3	1.4
의료수익경상이익율	'92	5.9	-1.4	0.8	0.0	-0.7	2.6
	'93	4.7	-5.2	-1.1	0.6	-1.3	1.5
	'94	3.6	-3.3	-4.9	-3.1	-1.1	-0.1
총자본경상이익율	'92	5.1	-1.3	0.7	0.0	-0.7	2.4
	'93	3.8	-4.6	-0.9	0.6	-1.5	1.4
	'94	2.9	-2.6	-4.0	-3.4	-1.2	-0.1
의료수익순이익율	'92	5.4	-0.9	0.1	-0.5	-1.0	2.2
	'93	3.5	-5.4	-1.8	0.0	-1.6	0.7
	'94	2.6	-3.5	-5.6	-3.0	-2.5	-0.8
총자본순이익율	'92	4.7	-0.8	0.1	-0.7	-1.1	2.0
	'93	2.8	-4.8	-1.5	0.0	-1.9	0.6
	'94	2.1	-2.7	-4.5	-3.3	-2.8	-0.7

주) 연도별 표본병원수 : '92, 537개 병원 ; '93, 452개 병원 ; '94, 466개 병원

자 료 : 한국보건 의료관리연구원(1995) : 94병원경영분석, p. 63

2. 수익성 악화의 요인

수익성 악화는 내적 요인과 함께 외적 요인에 의해서도 초래될 수 있다. 그러나 이 단계에서는 우선 논의의 편의를 위하여 결과적으로 나타난 경영성고가 경영주체의 귀책사유에 의하여 발생된 것으로 이해하고자 한다. 이러한 요인을 거시적으로 파악하기 위하여 역시 한국보건 의료관리연구원의 '94년도 경영분석 자료집으로부터 주요 관련지표를 조사하였다. 요인의 파악을 위한 비교분석에 있어서는 다음과 같은 논거하에서 총자본의료이익율을 출발점으로 하고 이와 관련이 있는 다른 지표들을 이용하였다(황인경, 1996). 첫째, 이 지표는 서로 다른 병원군 간의 비교시에 가장 타당한 수익성 재무지표라 할 수 있다. 의료외부문이나 특별부분까지를 포괄하는 다른 수익성지표들은 개별병원의 입장에서는 보다 포괄성이 높다는 장점이 있으나 병상규모를 기준으로 구분한 병원군 간의 비교시에는 설립목적 등이 상이하기 때문에 비교의 형평성 면에서 적절한 지표라고 보기 어렵다. 예를 들면 3차기관의 주류를 이루고 있는 대학병원이나 대규모 종합병원들은 거액의 진출금을 의료외비용으로 계상하고 있어서 경상이익율이나 당기순이익율이 의료이익율과 크게 달라지는 현상을 보이는 반면 중소규모병원들에서는 그렇지 않다. 수익성을 총자본의료이익율로 비교할 경우에는 이러한 문제가 제거될 수 있다. 둘째, 이 지표는 총자본회전율과 의료수익의료이익율로 분해될 수 있어 자산의 활동성과 의료부문의 수익성을 동시에 파악하는데 매우 유리하다는 장점을 지니고 있다. 총자산의 활동성은 총자본에 의해 확보된 총자산이 얼마나 능률적으로 운용되어 의료수익의 창출에 기여하고 있는가를 설명해 준다. 의료수익의료이익율은 그 자체가 곧 의료부문의 수익성을 나타내줄 뿐만 아니라 의료수익에 대한 원가율을 나타내 주는 지표이므로 비용항목별 원가분석으로 곧바로 연계시킬 수 있다는 장점이 있다.

이러한 논거에 따라 병원군별로 총자본의료이익율, 총자본회전율 및 의료수익의료이익율의 세 지표를 비교하였다. 이 때 병원군의 구분은 중규모의 개념과 일치하도록 80-159병상군과 160-299병상군을 합하여 하나의 군으로 조정하였다. 비교 표시한 결과는 <표 2>와 같다. 이 표에 의하면 소규모병원들(80병상 미만)과 중규모병원들(80-299병상)은 다른 병원군들에 비하여 총자산의 의료수익 창출력이 낮은 것으로 나타나고 있다. 의료수익의 창출능력이 낮다는 것은 이들 병원이 현재와 같은 자산의 규모 내지 구성에 의해서는 충분한 수의 환자를 확보하기 어렵다는 점을 시사하는 것이라 볼 수 있다. 한편 의료비용에 있어서는 의료수익의료이익율이 낮은 점으로부터 유추해 볼 때 중규모병원들과 300병상 이상의 비3차기관병원들의 비용규모가 과대한 수준에 있다고 해석된다. 종합적으로 볼 때 소규모병원들은 의료수익의 창출력이 낮은 문제를, 중규모병원들은 의료수익의 창출력이 낮으면서 동시에 비용관리

능력도 낮은 문제를, 그리고 3차기관 이외의 대규모병원들은 비용관리능력이 낮은 문제를 각각 지니고 있다고 말할 수 있다.

〈표 2〉 의료수익성과 총자산의 활동성 지표(1994)

(단위 : 명, %)

지 표	병 원 군(병상규모)				평 균 (N=466)
	<80 (N=256)	80 - 299 (N=108)	300< (N=69)	Tertiary (N=33)	
총자본의료이익율	1.8	-1.3	0.3	7.3	1.4
총자본회전율	0.8	0.8	1.1	1.1	0.9
의료수익의료이익율	2.3	-1.6	0.2	6.6	1.6

자 료 : 한국보건의료관리연구원(1995), '94병원경영분석, pp 63-64.

〈표 3〉은 이러한 문제점들을 보다 심층적으로 조사하기 위하여 관련이 있는 주요 지표들을 조사하여 비교표시한 것이다. 이 표에 나타나 있는 지표 상호간의 관계에 의해 파악되는 문제점들을 병원군별로 요약하면 다음과 같다. 첫째, 소규모병원들은 고정자산의 의료수익 창출력은 비교적 낮지만 인건비와 재료비 등 구성비가 큰 분야의 비용이 낮아 의료이익을 실현하고 있다. 둘째, 중규모병원들은 고정자산의 의료수익 창출력은 낮으나 반대로 인건비와 인건비적 성격의 기타의료비(특진비와 임상교육연구비) 수준이 높아 의료부문에 적자가 초래되고 있다. 또한 부채의존도가 높아 지급이자 및 할인료가 높은 관계로 경상부문의 적자율이 더 커지는 결과를 낳고 있다. 고정장기적합율이 현저히 높게 나타나고 있는데 이는 중규모병원들의 고정자산 절대규모가 크기 때문이 아니고 지표계산시 분모에 산입되는 기본재산이 잠식되어 분모의 전체값이 현저히 작아진 결과로 나타난 현상이다. 셋째, 3차기관 이외의 300병상 이상의 대규모병원들은 의료수익의 규모는 작지 않으나 인건비와 지급이자 및 할인료의 수준이 높은 점이 중규모병원들과 비슷하며, 그 결과로 수익성이 크게 낮아지고 있다.

이상의 분석, 고찰결과를 종합해 볼때 수익성이 낮은 병원들이 당면하고 있는 재무적 문제들은 다음과 같이 그 발생되는 순서에 따라 몇가지로 나누어 요약할 수 있다고 생각된다. 첫째, 자산규모면에서 비중이 제일 큰 고정자산이 충분한 규모의 환자와 의료수익을 확보하는 방향으로 배분, 운용되지 못하고 있다. 둘째, 인건비성 비용의 규모가 과대하다. 셋째, 이러한 두 가지 요인으로 인하여 의료부문의 적자발생이 지속되고 그 결과로 기본재산이 잠식되며, 이에 따라 부족한 자금을 타인자본을 통하여 조달

하게 된다. 넷째, 과도한 타인자본에의 의존은 당연히 과도한 지급이자의 발생과 부담을 초래하게 되며 이는 다시 당기순손실을 가중시키는 요인으로 작용하여 수익성 악화의 악순환이 일어나고 있다.

〈표 3〉 자산항목별 활동성, 의료비용의 구조 및 재무안정성 지표(1994)

(단위 : 명, %)

지 표	병 원 군(병상규모)				평 균 (N=466)
	<80 (N=256)	80 - 299 (N=108)	300< (N=69)	Tertiary (N=33)	
고정자산회전율	1.2	1.3	1.7	1.9	1.4
재고자산회전율	23.9	36.3	38.6	53.1	30.8
의료미수금회전율	7.2	6.1	6.5	6.3	6.6
의료수익대의료비용 비율	97.7	101.7	99.8	96.7	98.8
-인건비 비율	38.6	42.7	40.6	36.0	39.5
-재료비 비율	34.8	35.8	38.3	38.8	36.5
-관리비 비율	23.9	20.8	20.2	19.9	22.0
-기타비 비율*	0.4	1.5	0.7	1.9	0.9
의료수익대지급이자 및 할인료 비율	2.8	4.6	3.0	1.8	3.1
타인자본의존도	51.9	71.5	69.2	62.1	60.4
유동비율	69.6	64.7	82.0	106.9	73.4
고정장기적합율	105.3	110.6**	103.8	89.0	104.1

* 기타비용은 특진비와 임상교육, 연구비를 합한 것임.

** 고정자산의 절대규모가 과대하지는 않으나 기본재산이 잠식된 관계로 비율이 높게 나타나고 있음.

자 료 : 한국보건의료관리연구원(1994), '94병원경영분석 pp.62-112.

Ⅲ 의료이익계획의 과정과 방법

우리나라 저수익성 병원들이 당면하고 있는 수익성 악화의 순환적 과정과 요인이 규명되었으므로 다음에는 이의 개선에 기여할 수 있는 의료이익계획의 과정과 방법에 관하여 연구, 고찰하였다. 의료이익 계획은 목표의료이익의 설정, 필요의료수익의 산정 및 허용비용의 결정 등 일련의 합리적 계획과정을 거쳐 이루어져야 한다(그림 1). 따라서 이 단계에서는 앞에서 규명된 수익성 악화에 채 요인들에 기초하여 우리나라 병원들의 현실에 적합한 목표이익 설정방식 및 필요의료수익 산정모형을 개발하고 그 적

용방법에 관하여 고찰하였다.

1. 목표이익의 설정방법

의료이익의 목표액은 재무분야의 경영목표 중에서 수익성과 관련이 있는 여러가지 목표를 기초로 대안을 산정하고 최고 경영층이 의사결정을 통하여 최적 대안을 선택 또는 조정하는 방법에 의하여 결정되는 것이 바람직하다. 재무목표란 병원 전체의 경영목표 중에서 재무분야에 속하는 경영목표를 말하는데 이익율과 같은 관계비율의 형태로 설정되거나 신규투자 또는 차입금 상환에 필요한 항목별로 금액의 형태로 설정될 수도 있다. 우리나라 병원들의 수익성 관리방식을 개선하기 위한 목적성의 관점에서 볼 때 재무목표는 앞 장에서 파악된 수익성 악화의 요인들을 감안하여 의료이익신장율, 의료수익의료이익율, 총자본의료이익율, 인건비대의료이익율과 같은 재무비율로 설정하거나 기본재산의 적립목표액이나 차입금의 상환목표액과 같은 필요이익액으로 설정하는 것이 좋다고 생각된다. 이들 재무목표를 기초로 의료이익 목표액의 대안을 설정하기 위한 계산식을 도출한 결과는 다음과 같다.

- (1) 목표의료이익 = 목표년도의 의료이익신장율 × 직전년도의 실적 또는 예측의료이익
- (2) 목표의료이익 = 목표년도의 의료수익의료이익율 × 목표년도의 예측의료수익
- (3) 목표의료이익 = 목표년도의 총자본의료이익율 × 목표년도의 예측총자본
- (4) 목표의료이익 = 목표년도의 인건비대의료이익율 × 목표년도의 예측인건비
- (5) 목표의료이익 = 목표년도의 기본재산적립필요액 ÷ (1-목표년도의 세율)
- (6) 목표의료이익 = 목표년도의 차입금상환필요액 ÷ (1-목표년도의 세율)

목표의료이익의 설정은 중장기와 단기의 각 년도에 대해 설정되는 것이 바람직하다. 이 때 위와 같은 귀납적 방법에 의하여 최고경영층이 의사결정을 통하여 목표의료이익을 설정하는 방법에 있어서는 장 단기별로 차이가 없다. 그러나 중장기 목표의 설정시에는 최소한 과거 3개년도 이상의 실적을 기초로 재무비율을 계산하고 그 추이를 고려하여 재무목표를 설정한 다음 위와 같은 방식으로 목표의료이익을 계산하여야 한다. 중장기는 계획시점년도로부터 3년 ~ 5년에 이르는 3년 간의 중기와 그 이상의 장기로 구분될 수 있으나 불확실성이 높은 의료환경과 여건을 감안할 때 3년을 단위로 하는 중기계획이 현실적이 아닌가 생각된다. 연도가 경과함에 따른 중장기 이익목표의 수정여부에 있어서는 매년 상황변동에 따라 이를 수정하는 연동제(連動制)가 바람직할 것으로 보인다. 미국과 일본의 일반제조기업들도 50% 이상이 연동제를 택하는 것으로 알려져 있다(곽수일, 1986).

2. 필요의료수의 산정모형의 개발

CVP모형(Cost-Volume-Profit Model)은 의료수익과 의료비용(cost)이 지니는 상호관계를 이용하여 목표의료이익(profit)의 달성에 필요한 의료수익과 환자수를 산출하는데 많이 이용된다. 의료수익은 환자수와 환자1인당진료비에 의해 결정되며, 환자1인당진료비는 환자1인당서비스량과 서비스별 수가에 의해 결정된다. 서비스별 수가가 외적 또는 내적으로 정해져 있는 단기적 상황에서는 환자수(volume)가 의료수익을 결정하는 단일의 요소가 된다. 단기의 기간 중에 의료비용은 환자수의 증감에 관계 없이 일정 수준을 유지하는 고정비와 환자수의 증감에 따라 일정 비율(변동비율)로 증감하는 변동비로 구성된다. 의료수익, 의료비용 및 의료이익의 상호관계는 다음과 같은 선형(linear) 관계로 나타낼 수 있다.

〈식 3〉에서 $(P - V)$ 는 환자1인당진료비에서 환자1인당변동비를 차감한 공헌이익(contribution margin)의로서 이 값이 커질수록 BEPTQ 즉, 순익분기를 이루는 점의 환자수는 작아지게 된다. 〈식 4〉는 공헌이익 대신 공헌이익율 $(1 - V/P)$ 를 사용하여 손익분기점의 환자수를 의료수익으로 나타낸 것이다. 이 경우에도 역시 공헌이익율이 커질수록 손익분기점을 이루는 의료수익의 규모는 작아지게 된다. 〈그림 2〉에서 우측의 수직점선(capacity constraint)은 진료환자수의 한계량을 나타낸 것이다. 한계량은 병원이 환자진료를 위하여 투입하는 인력, 시설, 장비 등 자원의 규모에 의해 결정될 것이다. 행위별수가제하에서 의료이익을 실현하기 위해서는 병원들은 BEPQ를 파악하여 진료환자의 수가 그 이하로 내려가지 않도록 관리하여야 하며, 의료이익을 최대로 하기 위해서는 환자를 최대한 확보하여 그 수가 한계치에 이르도록 해야 할 것이다.

이상과 같은 CVP기본모형을 실무에 적용하여 목표환자수와 목표의료수익을 정확히 계산하고 이들을 적절히 관리하기 위해서는 현실에 적용할 수 있도록 모형을 변형시켜야 한다. 그 이유는 첫째, 기본모형에서는 병원의 환자를 외래환자와 입원환자로 구분하지 않고 단일 유형의 환자로 전제하고 있으나 외래환자와 입원환자는 1인당일평균진료비의 수준이 크게 다르기 때문에 이를 구분하지 않고 단순히 합하여 손익분기점환자수를 산출하게 되면 그 결과가 별 의미가 없는 것이 되기 때문이다. 따라서 목표환자수를 외래와 입원으로 구분하여야 하는데 이렇게 할 경우 기본모형의 공식에 산입되는 총고정비와 환자1인당변동비를 외래와 입원으로 구분하는 일이 현실적으로 어렵기 때문에 외래환자수와 재원환자수를 조정환자수라는 단일의 유형으로 환산하여 손익분기점을 산출하고 이를 다시 외래와 입원으로 구분하는 작업이 필요하다. 둘째, 병원은 의료보험, 의료보호, 산재보험, 자동차보험 등 다양한 종별의 환

자를 진료하고 있고, 그 수가수준과 환자구성(patient mix)이 각기 다르므로 의료수익의 관리를 원할
 히 하기 위해서는 각 환자종별로 목표 의료수익과 환자수를 계산하는 것이 바람직하다. 그러나 앞에서
 와 마찬가지로 환자종별로 일정기간의 고정비와 환자1인당변동비를 계산하는 것이 현실적으로 거의 불
 가능하여 CVP기본모형에 의한 환자종별 의료수익과 환자수 목표의 계산이 불가능해진다. 따라서 이

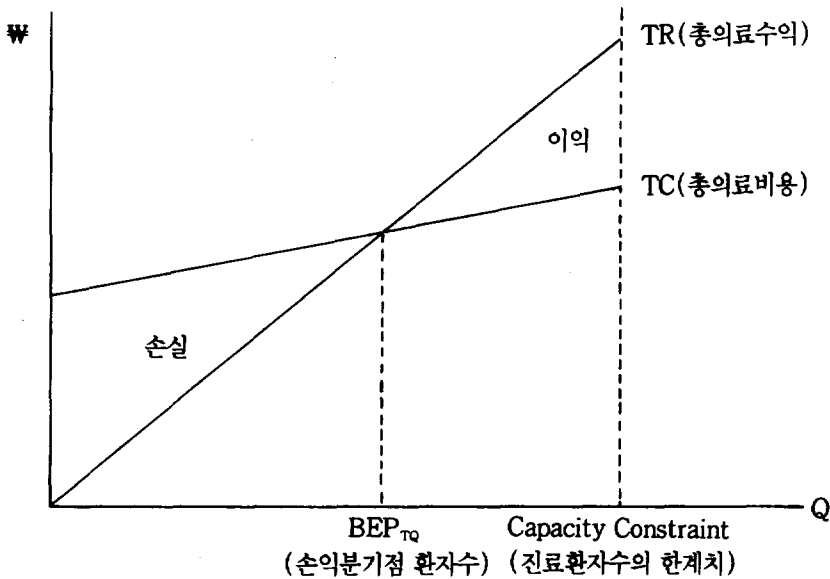
$$TR = TC + TM \dots\dots\dots (1)$$

$$TC = TFC + TVC \dots\dots\dots (2)$$

$$BEP_{TQ} = TFC / (P - V) \dots\dots\dots (3)$$

$$BEP_{TR} = TFC / (1 - V/P) \dots\dots\dots (4)$$

- | | |
|------------|----------------------------------|
| TR : 총의료수익 | BEP _{TQ} : 손익분기점의 총환자수 |
| TC : 총의료비용 | P : 환자1인당진료비 |
| TFC : 총고정비 | V : 환자1인당변동비 |
| TVC : 총변동비 | BEP _{TR} : 손익분기점의 총의료수익 |



<그림 2> 행위별수금지하의 CVP모형

경우에도 어떤 단일의 매개변수를 이용하여 전체 의료수익과 환자수의 목표를 계산하고 이를 다시 환자종별로 구분하는 과정이 필요하게 된다. 셋째, 의료수익의 관리에 있어서 CVP모형을 활용하는 목적은 단순히 과거의 손익분기점환자수나 의료수익을 산출하는데 있지 아니하고 미래의 목표이익을 실현하는데 필요한 환자수와 의료수익의 규모를 파악하여 이를 달성코자 하는데 있다. 이렇게 하기 위해서는 병원은 과거실적을 기초로 미래 연도의 목표이익을 설정하고 아울러 목표연도의 총고정비, 환자1인당진료비 및 환자1인당변동비도 추정하여 CVP모형에 산입하여야 한다. 그러므로 이들 변수의 산입에 적합하도록 기본모형을 변형시킬 필요가 있다.

외래환자와 입원환자, 그리고 각 의료보장의 구분에 따른 종별 환자의 구성을 기본모형에 반영하는 방법은 다음과 같이 할 수 있다. 첫째, 환자종별로 조정환자수와 조정환자1인당진료비를 산출한다. 조정환자1인당진료비는 실제로는 재원환자1인당진료비와 같아진다. 둘째, 각 종별환자의 1인당진료비와 종별환자수의 구성비를 승·합하여 조정환자1인당가중평균진료비를 계산한다. 셋째, 총변동비를 조정환자수로 나누어 조정환자1인당변동비를 산출한다. 이 변동비와 앞에서 산출된 조정환자1인당가중평균진료비를 기본모형의 해당변수와 치환하면 손익분기점의 총조정환자수 또는 총의료수익을 계산하는 모형이 된다. 넷째, 다시 이 변형모형에 각 종별 조정환자수의 총조정환자수에 대한 구성비를 곱하면 각 종별 손익분기점 조정환자수가 산출되며, 이 손익분기점조정환자수에 조정환자1인당가중평균진료비를 곱하면 각 종별 환자의 손익분기점의료수익이 산출된다. 환자종별CVP모형이라 부를 수 있는 이 마지막 두 변형모형의 도출과정을 순서에 따라 수식으로 나타내면 다음과 같다.

$$Q_{adj} = Q_{INP} + Q_{OUTP} \cdot (P_{i,OUTP} / P_{i,INP}) \dots\dots\dots(5)$$

$$P_{w,adj} = \Sigma(P_{i,adj} \cdot Q_{i,adj}(\%)) \dots\dots\dots(6)$$

$$BEP_{TQ,adj} = TFC / (P_{w,adj} - V_{adj}) \dots\dots\dots(7)$$

$$BEP_{TR} = TFC / (1 - V_{adj} / P_{w,adj}) \dots\dots\dots(8)$$

$$BEP_{Qi,adj} = BEP_{TQ,adj} \cdot Q_{i,adj}(\%) \dots\dots\dots(9)$$

$$BEP_{Ri} = BEP_{Qi,adj} \cdot P_{w,adj} \dots\dots\dots(10)$$

- Q_{adj} : i 종별 환자의 조정환자수
- Q_{INP} : i 종별 환자의 재원환자수
- Q_{OUTP} : i 종별 환자의 외래환자수

$P_{i\text{OUTP}}$: i 종별 외래환자의 1인당진료비

$P_{i\text{INP}}$: i 종별 재원환자의 1인당진료비

$P_{w\text{adj}}$: 조정환자1인당가중평균진료비

$P_{i\text{adj}}$: 조정환자1인당진료비

$Q_{\text{adj}}(\%)$: i 종별 조정환자수의 총조정환자수에 대한 구성비

$BEP_{TQ\text{adj}}$: 손익분기점의 총조정환자수

TFC : 총고정비

V_{adj} : 조정환자1인당변동비

BEP_{TR} : 손익분기점의 총의료수익

$BEP_{Q\text{adj}}$: i 종별 환자의 손익분기점 조정환자수

BEP_{Ri} : i 종별 환자의 손익분기점의료수익

앞의 <식 9>에 의해 산출된 각 종별 손익분기점 조정환자수를 다시 외래환자수와 재원환자수로 구분하기 위해서는 <식 5>의 조정환자수 계산방식을 역순으로 적용하면 된다. 마지막으로, 미래 연도의 목표이익 실현을 위한 손익분기점의 총환자수와 총의료수익을 계산하기 위해서는 <식 7>과 <식 8>의 우변에 목표이익과 각 변수의 추정치를 대입하여야 하며, 그 모형은 <식 11> 및 <식 12>와 같이 나타낼 수 있다. 이 식에서 TM은 미래의 당해 연도에 달성코자 설정한 총의료이익(target patient service margin)을 나타내고 기호 *는 각 변수의 미래 당해년도에 대한 추정치를 의미한다. 이들 식에 의해 산정된 손익분기점환자수와 의료수익은 목표이익의 달성에 필요한 최저치의 의미를 갖는다.

$$BEP_{TQ\text{adj}}^* = (TFC^* + TM) / (P_{w\text{adj}}^* - V_{\text{adj}}^*) \dots\dots\dots(11)$$

$$BEP_{TR}^* = (TFC^* + TM) / (1 - V_{\text{adj}}^* / P_{i\text{adj}}^*) \dots\dots\dots(12)$$

3. CVP모형의 적용방법

CVP모형은 단기간내의 모든 비용을 변동비와 고정비로 분해하여 산입하는 것을 전제로 하고 있다. 그러나 병원의 재무회계기록은 비용을 이와 같이 구분하지 않고 있기 때문에 이 모형을 적용하기 위해

서는 적절한 방법으로 의료비용을 분해하여야 한다. 의료비용에는 재료비와 같이 100% 변동비인 것이 있는 반면에 감가상각비, 임차·수수료 등과 같이 단기간 내에는 100% 고정비인 항목이 있다. 그러나 인건비와 관리비에 속하는 대부분의 비용항목은 고정비부분과 변동비부분을 다 같이 포함하고 있으므로 CVP모형을 활용하기 위해서는 이들을 구분하여야 한다. 이와 같은 성격의 비용을 일괄하여 준변동비(semivariable costs)라고 부르고 있으나 보다 엄격하게 구분하여 비용중에서 변동비의 구성비율이 50% 이상인 것을 준변동비라 부르고, 고정비의 구성비율이 50% 이상인 것을 준고정비라 부르기도 한다.

비용분해의 방법으로는 스캐터그래프법, 2기간법, 준평균법, 개별비용법, 최소자승법 등이 있다 (Cleverly, 1992 : 이정규외, 1995). 이 중에서 앞의 세 가지 방법은 비교적 단순한 것에 속하고, 뒤의 두 가지 방법은 복잡한 방법에 속한다. 2기간법은 총비용법 또는 비례율법이라 부르기도 하는데, 의료수익과 의료비용에 관한 자료가 여러 개 있을 경우에는 그 값들이 가장 큰 기간과 가장 작은 기간의 두 자료들을 이용하여 계산할 수도 있으므로 이 때는 고저법(high-low method)이라 부르기도 한다.

이러한 비용분해의 방법들은 각기 특징과 장단점들을 가지고 있으므로 실제로는 자료의 성격과 이용 가능 여부에 따라 적절한 방법을 선택하고 또 두 개 이상의 방법을 병행하여 사용하는 것이 효과적이다. 그러나 변동비와 고정비를 가장 정확하게 분해해 주는 방법은 최소자승법이므로 최대한 이 방법을 적용하려고 노력하는 것이 바람직하다고 생각된다. 미래의 특정 연도에 대한 손익분기점의 의료수익, 환자수 또는 진료건수를 계산할 때 CVP모형에 산입되는 고정비, 변동비 및 단위당진료비는 계획수립 직전 년도의 실적자료로부터 구하게 된다. 즉, 연간운영계획의 일환으로 목표의료수익을 계산할 경우에는 직전년도 12개월간의 의료수익과 의료비용의 실적자료를 선형회귀방정식에 대입하여 고정비와 월별 변동비를 계산하게 된다. 최소자승법을 적용할 때 컴퓨터통계프로그램을 사용하면 편리할 것이나 그렇지 않을 경우 12개월 정도의 자료를 수작업에 의하여 고정비와 변동비로 분해하는데는 많은 시간이 걸리지 아니하므로 실무에서 가능한한 이 방법을 사용하여 비용분해 결과의 신뢰도를 높이는 것이 바람직하다고 생각된다.

앞의 <식 11>과 <식 12>에 의해 미래 각 년도의 손익분기점환자수와 의료수익을 계산코자 할 때 추정하여 산입하는 변수는 구체적으로 각 종별 환자1인당진료비, 환자의 종별 구성비, 고정비 및 종별 환자1인당변동비이다. 이러한 변수들의 미래 각 년도의 추정치는 과거 수년 간의 수가인상율, 환자구성비 및 각종 관련 물가의 변동추세와 당해 연도의 고정비 증가요인 및 인력 증감계획 등 관련 요인들을 고려하여 산정할 수 있으며, 연도별로 전년도의 값에 대한 당해년도의 증감비율의 형태로 수식에 산입하게

된다. 변수들의 미래 연도에 대한 추정치 산정작업이 실무적으로 용이하지는 않겠으나 과거 실적에 대한 자료와 미래의 여건 변동에 관한 주요 정보를 체계적으로 수집할 수만 있다면 기술적으로 크게 어려운 일은 아니라고 생각된다.

IV 관리개선을 위한 혁신·합리화 전략

앞 장에서는 재무목표로부터 출발하여 미래 각 년도의 목표의료이익을 산정하기 위한 계산식과 함께 필요의료수익을 산정하기 위한 CVP적용모형을 개발, 제시하였다. 이들 산정모형은 미래의 각 년도를 대상으로 한다는 점에서 성격상 단기모형이라 할 수 있다. 그러나 우리나라 병원들의 현실은 이러한 합리적 의료이익계획모형의 적용만에 의해서는 수익성을 개선하기 어려운 보다 근본적인 구조적 문제점을 안고 있다. 이러한 구조적 문제점에 대해서는 본고의 제II장에서 이미 분석, 지적한 바와 같다. 따라서 우리나라 병원들은 <그림 1>에서 제시한 바와 같이 재무목표의 달성을 위한 재무전략의 수립에 앞서 재무과정을 혁신·합리화하기 위한 전략부터 개발, 시행해야 할 것이라고 판단된다. 이와 같은 전체 하에서 이 단계에서는 전략적 평가방법을 적용하여 수익성 관리의 혁신 내지 합리화 전략을 개발하고 그 시행요건에 관하여 고찰하였다.

1. 내외적 환경의 전략적 평가결과

본고 제II장의 논의에서 수익성이 저조한 병원들의 문제점은 고정자산의 의료수익 창출력이 낮고 의료비용이 높아 의료부문의 적자가 발생하며, 지속적인 의료손실의 발생이 부채의존도를 높이고, 이는 다시 과도한 지급이자의 발생을 초래하여 결과적으로 수익성을 더욱 악화시키는 악순환의 문제라고 지적한 바 있다. 문제를 이와 같이 인식할 때 수익성에 대한 관리개선을 위하여 혁신 내지 합리화의 대상으로 삼아야 할 핵심대상들은 결국 고정자산투자와 원가관리라 할 수 있다. 부채에 대한 과도한 의존과 이로 인한 거액의 이자 지급은 의료손실이 장기간 지속되어 나타나는 문제라고 이해할 수 있다. 고정자산 투자와 의료원가에 대한 관리는 다음과 같은 현실적 이유로 인하여 혁신·합리화 전략수립의 대상이 된다고 하겠다.

첫째, 고정자산투자에 관한 의사결정은 의료수익뿐만 아니라 의료비용의 발생에 직접적인 영향을 미치는 핵심적 요인이 된다. 의료수익과 비용의 발생규모는 고정자산투자에 관한 의사결정이 어떤 절차를

거쳐 어떤 방향으로 이루어지느냐에 따라 직접적인 영향을 받게 될 것이다. 그러므로 고정자산투자에 관한 의사결정은 고정자산의 비용효과성을 높힐 수 있는 방향으로 이루어져야 한다.

둘째, 합리적 투자결정에 의하여 충분한 양의 의료수익이 확보된다 하더라도 비용이 과대하여 수익을 초과하게 될 때 적자가 발생하는 것은 너무나도 당연한 일이다. 우리나라는 사회의료보장제도에 있고 의료수가가 정부에 의해 통제되고 있기 때문에 비용절감을 위한 노력과 활동은 구조적으로 불가피할 수밖에 없다. 이러한 비용절감 노력도 효과적인 방법으로 전개되어야 한다.

셋째, 수익성이 저조한 병원들의 재무구조는 이미 살펴본 바와 같이 매우 취약한 상태에 있다. 따라서 미래의 고정자산투자를 위한 자금확보에 심한 곤경과 제약을 받을 수밖에 없는 실정이다. 이러한 자금의 조달은 궁극적으로, 그리고 장기적 견지에서 고정자산에 대한 투자와 원가관리의 합리화를 통한 수익증대와 비용절감을 통하여 해결할 수밖에 없다고 보아야 한다.

이러한 논거하에서 혁신·합리화 전략의 선택을 위한 기초로서 저수익성의 병원을 중심으로 병원계가 당면하고 있는 외적 환경요인과 내부의 조직적 상황을 평가하였다. 전략적 평가와 선택은 개별병원의 입장에서는 다양한 여러가지 요인을 고려하여 이루어질 수 있으나(Rakich, et. al., 1992) 이 연구에서와 같이 다수의 병원들을 그룹화하여 비교할 경우에는 평가요소와 기준이 제약을 받을 수밖에 없다. 이러한 이유로 여기에서는 외적 요인과 내적 요인을 포괄화, 단순화하여 전략적 평가를 실시하였다.

외적 조직환경에 대해서는 고객의 지향성, 의료보장제도와 정책, 정부의 금융·세제 지원의 세 가지 요인을 중심으로 평가하였다. 먼저, 고객의 지향성 면에서 볼 때 우리나라의 환자들은 대학병원이나 대규모병원을 선호하는 경향을 지니고 있다. 1989년에 의료전달체계가 도입된 후에도 이러한 성향은 크게 변하지 않고 있다. 한국보건사회연구원(1992)의 연구결과에 의하면 1차기관에서 의뢰서에 의해 3차기관에 의뢰된 환자의 구성비가 전체 의뢰환자의 약 50%를 점유하고 있다. 이는 2차기관의 병원들이 환자들로부터 신뢰를 얻지 못하고 있음을 반증하는 것이다. 이러한 고객의 3차기관에 대한 지향성은 3차기관이 아닌 병원들에게는 불리한 위협요인이 되고 있다. 둘째, 의료보험 비급여서비스의 급여화는 병상규모에 관계 없이 모든 병원의 의료수익을 감소시키는 위협요인이 될 것이다(하호욱, 1994). 정부의 저수가정책도 계속 유지될 것으로 전망되며, 이 역시 수익성을 악화시키는 위협요인의 하나가 될 것이다. 셋째, 정부의 농촌지역 소재 병원과 재정취약 병원에 대한 재정·세제 지원정책은 자금조달과 비용감소의 측면에서 유리한 기회요인이 될 것이다. 그러나 금융지원의 경우 이자율이 기대하는 만큼 크게 낮아질 것 같지 않고, 세제지원의 경우 관계부처간에 합의가 이루어져야 하므로 그 실현가능성 내지 효과가 아직 불투명한 상태이다.

내적 조직상황에 대해서는 재무구조, 전략적 의사결정의 스타일, 인력자원의 운용실태, 조직문화의 네 가지 요인을 중심으로 평가하였다. 이 중에서 앞의 세 요인은 조직의 전반적인 경영능력을 평가하는 요인에 해당된다. 첫째, 재무구조는 이미 앞에서 살펴 본 바와 같이 중규모병원이 매우 취약한 상태에 있다. 특히, 부채가 과도하여 상당액의 자금이 원리금 상환이나 지불보증을 위한 목적으로 고정되어 있어 고정자산투자에 필요한 내부자금조달이 매우 어려운 상황에 있다. 둘째, 우리나라 병원들의 의사결정 스타일은 일부 병원을 제외하고는 비전략적, 즉흥적인 성향이 강하다고 볼 수 있다. 전략기획과정이 거의 일어나지 않고, 많은 병원들이 연간사업계획조차 수립하지 않고 있는 사실이 이를 반증하는 예라 할 것이다. 특히 고정자산의 투자결정에 있어서 합리적 접근에 의하지 않고 병원간에 존재하는 지위격차를 극소화하기 위하여 무리하게 고가장비에 투자하는 행태를 보이고 있다(양봉민, 1989). <표 4>는 대부분의 병원들이 마케팅활동면에서도 비전략적임을 보여주는 설문조사 결과이다. 이 표에서 볼 때 통계적으로 유의하지는 않으나 중규모병원군(100-299 병상)의 전략 지향성이 가장 낮은 수준을 보이고 있다. 셋째, 인력의 운용·관리측면에서는 중규모병원들과 300병상 이상의 병원들이 취약한 상태에 있다. <표 5>에서 볼 때 전문의 인력은 병원의 인력 중에서 전략적 의의가 가장 큰 인력인데 중규모병원의 경우 보유수준이 가장 낮으며, 인건비관리의 관점에서 중요한 의미를 갖는 외주용역인력의 규모는 중규모병원과 300병상 이상 병원이 비교적 낮은 수준에 있다. 넷째, 조직문화 요인으로서 우리나라 병

<표 4> 마케팅활동의 전략 지향성의 수준

마케팅 활동	병 원 군(병상규모)				평 균 (N=106)
	<100 (N=29)	100 - 299 (N=34)	300 - 499 (N=20)	500< (N=23)	
환자서비스에 대한 정기적 감시와 평가	0.65	0.55	0.70	0.78	0.66
전략적 및 운영적 마케팅계획의 수립	0.42	0.31	0.52	0.63	0.45
불확실·불의의 상황 대비를 위한 계획의 수립	0.79	0.76	0.95	1.00	0.85
계	1.92	1.71	2.15	2.50	2.02

참 고 : 1) $p > 0.05$

2) 각 활동의 점수는 2점만점 (활동을 실시치 않을 때 : 0점, 실시하지만 내용이 충실치 못할 때 : 1점, 활동을 실시하고 그 질적 수준이 높을 때 : 2점)이며 3개 활동의 총점은 6점만점임. 설문응답자는 병원의 최고경영층임.

〈표 5〉 100병상당 전문의 및 외주용역인력의 수준

구 분	병 원 군(병상규모)				평 균 (N=466)
	<80 (N=256)	80 - 299 (N=108)	300< (N=69)	Tertiary (N=33)	
전 문 의	8.1	7.6	8.3	12.7	8.4
외주용역인력	9.3	6.9	8.0	12.4	8.9

자 료 : 한국보건의료관리연구원(1995), '94 병원경영분석 pp. 770, 828

원들은 의사직과 비의사직 간의 협력관계가 원활하지 못한 취약점을 지니고 있다고 보여진다. 이러한 현상은 소위 Kaluzny 등(1982)이 지적한 바 있는 생산시스템(진료부서)과 유지시스템(행정부서) 간의 느슨한 결합관계(loose coupling)에 의해 설명될 수 있으며, 의사직들의 강한 전문구조적 성향에 그 원인이 있지 않나 생각된다. 여기에서 중요한 것은 이러한 조직문화속에서는 의료전문직의 참여와 협력을 필요로 하는 전략은 채택되더라도 시행되기 어렵고, 시행되더라도 큰 효과를 보기 어렵다는 점이다. 따라서 전략 선택시에 이러한 점이 감안되어야 한다.

2. 평가결과의 함의 및 혁신·합리화 전략

수익성 관리의 혁신·합리화에 필요한 전략을 도출하기 위하여 지금까지의 전략적 평가결과가 수익성 관리의 혁신·합리화에 대해서 지니는 함축적 의미를 추론하였다. 이 추론은 수익성 관리와 관련이 있는 관리과정을 어떻게 변화시키는 것이 바람직한가 하는 측면과 수익증대와 비용절감이 어떠한 방향으로 이루어져야 바람직한가 하는 측면의 두 가지 관점에서 전개하였다. 이와 같이 한 이유는 어느 분야이든 관리의 개선은 이러한 과정적 요소와 의사결정에 영향을 미치는 행태적 요소가 다같이 중요하다고 보았기 때문이다. 추론의 결과는 〈표 6〉과 같으며 이를 기초로 도출된 혁신·합리화 전략은 〈표 7〉과 같다.

수익성 관리를 일련의 과정으로 인식할 때 과정 그 자체의 개선을 위한 전략으로서 고정자산투자의 경우 경영기획시스템을 도입하고 투자분석을 강화하며, 원가관리의 경우에는 원가계산·분석제도를 도입하는 전략을 채택하여야 된다고 판단된다. 먼저 고정자산투자의 경우 경영기획의 첫단계에 해당되는 중장기 투자목적 설정이 전략기획의 과정을 거쳐 이루어져야 하는데 이 기획과정이 일어나지 아니하고

〈표 6〉 저수의성 병원에 대한 전략적 평가결과의 함의

평가대상요인	전략적 평가의 주요결과	평가결과가 시사하는 수익성관리의 혁신·합리화 방향	
		고정자산투자	원가관리
〈외적 요인〉 고객의 지향성 의료보험제도 및 정책	<ul style="list-style-type: none"> · 양질 서비스의 추구 · 대학병원·대규모병원 집중 · 비급여서비스 항목의 감소 · 의료수익의 감소 · 자금조달능력 취약 · 법인세·사업소득세 부담 가중 	<ul style="list-style-type: none"> · 서비스의 질 개선을 투자 · 경영기획시스템 도입 · 투자분석 강화 · 선택적 투자집중 	<ul style="list-style-type: none"> · 조직규모의 조정 · 공동사용에 의한 비용절감 · 원가계산제도 도입 · 비용감축
정부의 금융·세제지원 〈내적 요인〉 재무구조	<ul style="list-style-type: none"> · 재무구조 취약 · 자금조달능력 취약 	<ul style="list-style-type: none"> · 선택적 투자집중 · 투자분석 강화 	<ul style="list-style-type: none"> · 인건비 감축 · 타 의료비용의 감축 · 원가계산제도 도입
전략적 의사결정스타일	<ul style="list-style-type: none"> · 전략기획 및 마케팅활동 불실 · 의료장비적차 극소화행태 	<ul style="list-style-type: none"> · 경영기획시스템의 도입 · 투자분석 강화 	<ul style="list-style-type: none"> · 기획단계에서의 비용감축
인력지원의 운용·관리	<ul style="list-style-type: none"> · 전문인력 확보 곤란 · 외주용역수준 저조 	-	<ul style="list-style-type: none"> · 조차간 연계성 강화 · 외부인력 활용
조직문화	<ul style="list-style-type: none"> · 의료전문직 우수구조 · 생산시스템과 유지시스템간의 결합력 취약 	<ul style="list-style-type: none"> · 경영기획시스템 도입 · 투자분석 강화 	<ul style="list-style-type: none"> · 비용감축전략 지양 · 비용절감전략 지향

〈표 7〉 수익성 관리개선을 위한 혁신·합리화전략

혁신·합리화 대상	관리과정 개선전략	수익증대·비용절감 전략
고정자산투자	· 경영기획시스템 도입 · 투자분석 강화	· 입원의료서비스의 특성화 · 외래 호텔타입서비스의 차별화
원가관리	· 원가계산· 분석제도의 도입	· 외부자원 활용의 극대화 · 인력 규모의 적정화

적절한 투자대안이 개발되지 아니한 상태에서 즉흥적으로 또는 단순히 지위격차를 극소화할 목적으로 투자결정이 일어나는 것이 문제이다. 투자목적이 설정된 다음에는 투자대안을 개발하고 이에 대한 경제성 평가를 거쳐 투자안을 선택하는 것이 합리적이고 체계적인 절차라 할 수 있다. 이 때 가장 핵심적인 단계가 투자안의 경제성을 평가하기 위한 투자분석인데 이 분석단계가 무시되거나 불실한 관계로 충분한 의료수익을 확보하기 어려운 부적절한 투자안이 선택되고 있는 것이 현실이다. 원가관리의 경우에도 그 출발점이 되는 원가의 계산, 파악이 이루어지지 않고 있어 원가절감을 위한 노력과 활동들이 아예 일어나고 있지 않거나 일어난다 해도 방향성과 체계성을 결여하고 있다. 의료수가가 정부에 의해 통제되고 있는 상황인데도 병원들이 진료량의 증대에만 신경을 쓰고 원가계산과 관리에 관심을 기울이지 않는다는 것은 무엇인가 크게 잘못된 현상이라 아니할 수 없다. 원가관리는 부문별, 진료과별, 의사별 원가계산과 같은 제도적 원가계산과 함께 중요한 의료서비스 항목을 대상으로 특수원가조사를 실시하는데서 부터 시작하여야 한다.

수익성 증대와 비용절감을 위한 전략으로서 고정자산투자에 있어서는 입원의료서비스의 특성화전략과 외래호텔타입서비스의 차별화전략을 도입하고, 원가관리에 있어서는 외부자원 활용의 극대화전략과 인력규모의 적정화전략을 도입하는 것이 필요하다고 판단된다. 고정자산투자의 경우 특성화전략과 차별화전략이 필요한 이유는 세 가지로 요약될 수 있다. 첫째, 우리나라의 환자들은 병원에 입원할 경우 의료서비스의 질적 수준에 따라 병원을 선택하고, 외래진료를 받을 경우에는 외래 호텔타입서비스의 질적 수준에 따라 병원을 선택하는 성향을 보이고 있다(조우현 등, 1992). 저수익성 병원의 투자전략은 충분한 수의 환자를 확보하는 쪽으로 목표가 설정되어야 하며, 따라서 환자들의 이러한 성향이 전략 선택시에 감안되어야 한다. 둘째, 저수익성 병원들은 자금조달능력이 취약하므로 의료서비스의 모든 분야에 대해 똑 같이 투자를 증대시킬 수 없다. 따라서 어느 한, 두 분야의 서비스종목을 선택하여 집중적으로 투자하고 특성화 하는 것이 현실적인 대안이 된다. 셋째, 우리나라 병원들은 병상규모에 관계 없이 호텔타입서비스가 취약한 점이 큰 문제점 중의 하나이다. 이러한 상황에서 편의적 시설·제도와 인적

서비스를 혁신적으로 개선하는 전략은 효과적인 차별화전략이 될 수 있다. 이 전략은 큰 비용을 들이지 않고도 효과를 볼 수 있다는 점에서 비용효과적인 것이라 하겠다. 원가관리의 혁신·합리화전략으로 제시된 외부자원 활용의 극대화전략과 인력규모의 적정화전략은 상호 관련성을 지닌 전략들이다. 모든 유형의 자원을 무조건 병원의 내부에 보유하는 대신 외부자원을 공동사용하여 업무를 수행하는 경우 인력도 감축될 수 있어 비용절감 효과가 크게 나타날 것이다. 이러한 전략의 시행 없이 구태의연한 방식으로 비용을 감축(cost reduction)하려고만 할 경우 의료전문직의 참여와 협력을 유도하기 어려운 우리나라 병원들의 조직문화적 요인 때문에 효과가 별로 크게 나타나지 않을 것이다. 외부자원의 활용과 인력 규모의 적정화는 자원의 공동이용, 외주용역의 확대, 외부 관련조직과의 협력체계 수립 등 다양한 방법으로 이루어질 수 있으며, 병원들이 적극적인 자세만 가진다면 자기병원의 여건에 적합한 방안을 연구, 개발하여 시행할 수 있을 것이다.

3. 혁신·합리화 전략의 시행요건

앞에서 제시된 전략들이 시행되기 위해서는 몇가지의 요건들이 선행적으로 구비되어야 한다고 판단된다. 이들 요건은 전략에 앞서 필요한 것들이고 또 이들 요건이 구비되지 않고서는 전략 자체의 시행이 어렵기 때문에 본질적으로 전략이상의 전략적 성향을 지닌 것들이라 볼 수 있다.

첫째, 무엇보다도 먼저 최고경영층이 계획과 목표, 마케팅활동 및 원가에 대한 중요성을 인식하고 혁신적 사고를 지녀야 한다. 저수익성 병원들의 수익성 저하는 본질적으로 환자수의 부족과 비용의 과다로 초래된 것이다. 수익성 관리는 앞 장에서 고찰된 바와 같이 이익계획에 의한 의료이익·의료수익 및 의료비용의 목표설정으로부터 시작되어야 한다. 계획과 목표 없이는 혁신·합리화전략을 체계적으로 시행하기 어렵다(Schulz, et. al., 1976). 마케팅활동은 관계법규의 테두리내에서 윤리적인 방법으로 환자수를 증대시키고자 하는 경영활동이다. 앞에서 중규모병원들의 마케팅활동에 대한 전략적 지향의 수준이 다른 규모의 병원군들에 비해 높지 않다는 점을 지적하였는데 이러한 사실이 환자수의 부족과 관련이 있을지도 모른다. 원가절감에 있어서는 비용효과성의 개념을 항상 어떤 일의 시작단계에서 고려할 때 가장 효과적이라는 점을 인식할 필요가 있다.

둘째, 기획능력과 분석능력을 지닌 유능한 재무관리자가 확보되어야 한다. 우리나라 병원에서 최고의 사결정권자들은 거의 대부분이 의사들로서 교육과정에서 경영과학에 관한 전문교육을 받을 기회가 없었던 관계로 재무에 관한 의사결정에 있어 재무담당관리자에게 크게 의존하고 있는 것이 사실이다. 병

원의 최고재무관리자는 전략기획 단계의 재무방침 결정에서 부터 통제과정의 재무분석에 이르는 관리의 전과정을 통찰하고, 환경변화에 따라 적절한 대안을 제시하여 최고경영자가 적절한 의사결정을 내릴 수 있도록 지원하여야 한다. 재무관리자가 이러한 지원기능을 원활히 수행할 수 있기 위해서는 재무운영 전반에 대한 상황분석능력과 함께 경영계획기법, 투자분석기법, 원가계산방법 등과 같이 업무수행에 필요한 기술적 능력을 구비해야 한다. 저수익성병원들의 재무운영이 어렵다고 하지만 이러한 능력을 지닌 재무관리자를 확보하여 능력을 발휘케 한다면 어려운 난국을 타개하는데 있어서 다른 어떤 대안보다도 비용효과적인 방안이 될 수 있을 것이다.

셋째, 혁신·합리화 전략의 도입, 시행을 위하여 효과적, 효율적인 경영정보체계를 구축하여 운영하여야 한다. 효과적이고도 효율적인 정보체계란 혁신전략의 개발, 시행에 필요한 정보들을 적시에 제공할 수 있으면서도 저렴한 비용으로 도입, 운영될 수 형태의 정보체계를 말한다. 앞 장의 의료이익계획 부문에서 언급하였듯이 목표이익의 설정과 CVP모형의 적용을 위해서는 병원의 경영실적에 관한 내적 정보와 함께 물가변동과 같은 외적 정보도 계속적으로 생산, 제공되어야 한다. 또한 혁신·합리화 전략으로서 경영기획시스템의 도입, 투자분석 강화, 원가계산·분석제도 도입과 같은 전략을 채택하거나 병원서비스의 특성화, 차별화 전략을 도입·시행하기 위해서는 다양한 유형의 내외적 정보가 생산, 제공되어야 한다. 그러나 이러한 정보의 생산·제공을 위한 시스템의 구축, 운영이 반드시 거액의 투자를 필요로 하는 것은 아니라고 생각된다. 왜냐하면 이러한 정보들을 면밀히 살펴 보면 대부분 병원들이 내부적으로 생산, 축적하는 재무회계에 관한 정보들이거나, 재무관리자가 필요에 따라 일시적으로 수집하여 사용하는 성격의 정보들이 많기 때문이다. 정보체계는 전시적이거나 화려할 필요가 없으며, 조직의 규모에 적합하게, 또 효과성과 효율성을 고려하면서 단계적으로 확충되는 것이 바람직하다고 할 것이다.

V. 결 론

수익성이 저조한 병원들이 당면하고 있는 핵심적 과제는 어떻게 하면 고정자산 투자의 방향을 전환하여 의료수익의 창출능력을 높이고 아울러 의료원가의 절감도 도모할 수 있는가 하는 것으로 요약된다. 이러한 과제의 해결을 위해서는 수익성의 관리과정과 함께 의료사업의 내용과 구조를 다 같이 혁신·합리화하기 위한 전략이 수립, 시행되어야 한다.

이러한 관점에서 이 연구는 의료이익계획의 수립과정과 방법을 고찰하고 수익성이 저조한 병원들을

중심으로 전략적 평가를 실시하여 수익성 관리의 개선에 기여할 수 있다고 판단되는 혁신·합리화 전략을 도출, 제시하였다. 관리과정의 개선을 위한 전략으로는 경영기획시스템의 도입, 투자분석의 강화, 원가계산·분석제도의 도입전략을 제시하고, 수익증대와 비용절감을 도모할 수 있는 사업구조의 개편 전략으로는 의료서비스의 특성화, 차별화 전략과 외부자원의 공동이용 및 인력규모의 적정화 전략을 제시하였다.

전략은 조직의 전반과 관련이 있으면서 그 영향이 증장기에 걸쳐 발휘되는 기본적인고도 중요한 조직의 행동방향이다. 혁신·합리화 전략은 조직이 위기적 상황에 처하였을 때 그 목표, 구조, 사업수행방식 등을 근본적으로 변화시켜 이 위기를 타개하기 위한 전략이다. 합리적, 과학적 관리의 관점에서 볼 때 이 연구에서 제시된 고정자산투자와 원가관리의 혁신·합리화를 위한 과정적 전략들은 관리과정의 일부를 구성하는 요소라는 점에서 혁신적인 것이라기 보다 병원들이 마땅히 시행해야 할 당위적 절차들이다. 그러함에도 불구하고 내외적인 여러가지 사정과 이유때문에 이러한 절차들이 지켜지지 않고 이를 시행하는 것 자체를 혁신적인 것이라고 부를 수 밖에 없는 점이 우리가 안고 있는 현실의 문제가 아닌가 생각된다.

혁신·합리화 전략과 그 선행요건들은 수익성의 개선을 위한 관리방식의 근본적 변화를 의미하는 것이므로 최고경영층의 결단과 의지를 필요로 한다. 저수익성 병원들의 재정적 곤경은 외적 요인에도 부분적 책임이 있으나 이에 못지 않게 내적 요인에 더 큰 책임이 있음을 부인하기 어렵다. 이는 병원들이 불리한 외부적 환경을 유리하게 전환시키기 위하여 노력해야 함을 의미하는 동시에 내부적 혁신과 합리화에 의한 자구적 노력을 통하여 곤경을 타개해야 할 당위성도 있음을 의미하는 것이다. 이러한 관점에서 수익성이 저조한 병원들은 그 관리개선을 위하여 혁신과 합리화를 시도하여야 하며, 이 시도가 누구보다도 먼저 최고경영층의 자발적 주도에 의해 이루어져야 할 것이라고 판단된다.

참 고 문 헌

- 곽수일(1986), 경영정책론 -경영전략과 계획을 중심으로-, 법문사, pp. 424-427
양봉민(1989), 보건경제학원론, 수문사, pp. 139-167
이정규, 김동욱(1995), 재무관리, 홍문사, pp. 351-352
조우현, 김한중, 이선희(1992), 의료기관 선택기준에 관한 연구, 예방의학회지, 25(1), pp. 53-63
하호욱(1994), 의료보장(병원부문) 개혁의 실천전략, 1994년도 한국보건행정학회 후기학술대회연재

집, p. 94

한국보건사회연구원(1992), 진료전달체계 운영평가와 진료권별 병상수급, pp. 48, 70

한국보건의료관리연구원(1995), '94병원경영분석, pp. 63, 62-112, 770, 828

황인경(1996), 병원재무과정의 혁신전략, 대한병원협회지, 96, 5(통권 제234호), pp. 28

Berman, H. J., Weeks, L. E. & Kukla, S. F. (1986), The Financial Management of Hospitals, 6th ed. , Health Administration Press, pp. 417-456

Cleverly William O. (1992), Essentials of Health Care Finance, An Aspen Publication, 3rd ed. pp. 229-232

Deegan II, Arthur X. (1977), Management By Objectives for Hospitals, Aspen Systems Corporation, p. 67

Drucker Peter F. (1973), Management, Harper and Row Publishers, NewYork, p. 71-73

Kaluzny, A. D., Warner, D. M., Warren, D. G. & Zelman, W. N. (1982), Management of Health Services, Prentice-Hall, Inc., p. 48

Nackel, John G. (1995), Breakthrough Delivery Systems : Applying Business Process Innovation, Journal of Society for Health Systems, Vol. 5, No 1, 1995, pp. 11-21

Rakich, J. S., Longest, B. B. & Darr, K(1992), Managing Health Services Organizations, 3rd ed., Health Professions Press, pp. 319-331

Schulz, R. and Johnson Alton C. (1976), Management of Hospitals, McGraw-Hill Book Company, pp. 214-216