



## 올해도 중소병원 경영위기 여전

정기선 박사, 중소병원 이익률 낮아 높은 도산율 이어질 듯

‘현재와 같은 건강보험 수가구조하에선 중소병원들의 도산은 더 증가할 가능성이 크다’.

2006년도 환산지수 공동연구에서 병원계를 대표해 공동연구자로 참여했던 정기선 경희대 의료경영학과 객원교수는 본지에 게재를 의뢰한 ‘환산지수의 산정과 의료기관 회계기준의 준수 - 2006년 환산지수 산정결과를 보고’에서 지난해 수행한 환산지수 공동연구 과정에서 분석한 결과를 근거로 중소병원들의 도산 위험 가능성에 대해 이같이 경고했다.

정 교수는 중소병원의 경우 대학병원이나 규모가 큰 종합병원과 달리 비급여나 비보험, 기타 의료수익, 의료부대수익 비중은 낮은 반면, 건강보험 환자나 자동차보험 환자 수익에 대한 의존도가 높아 이익 발생 가능성이 낮다는 점을 들어 중소병원들이 도산할 가능성이 더 높아질 것으로 내다봤다.

정 교수의 분석에 따르면 병원수익에서 차지하는 항목중에서 건강보험 요양급여 수익이나 건강보험외 환자수익의 경우 건강보험 수가가 원가에 비해 낮거나 크게 높지 않아 손실이 불가피하다. 반면 비급여·비보험 수익과 건강진단이나 영안실 수익 등과 같은 기타 의료수익이나 의료부대수익은 수가의 영향을 받지 않아 이익이 발생하고 있다는 것.

문제는 대형병원들의 경우 비급여 등의 부문에서 발생한 이익을 갖고 요양급여수익에서 발생한 손실을 보전할 수 있는 것과는 달리 중소병원들은 이익을 발생시킬 수 있는 부문의 비중이 낮다는 것.

정 교수는 이에 대해 “대학병원이나 큰 규모의 종합병원들은 환자수와 검사건수 등이 많아 이익을 내는 곳이 많은 편이나 중소병원들은 상당수가 손익분기점에 미달해 결손이 나고 있다”며 “최근 몇년간 매년 10% 내외의 중소병원들이 도산한 가장 큰 원인은 고정비용이 많이 들어간데 비해 환자수가 적은 데 있다”고 분석했다.

정 교수는 이어 대한병원협회(회장 유태진)로 부터 연구를 위촉받아 지난해 11월 보고한 초음파수가 산정 연구의 경우 대학병원이나 종합병원보다 중소병원의 초음파검사 건당수가 몇십% 높게 나타난 사례를 들어 중소병원들이 이익을 내기 힘든 구조를 설명했다. 즉, 대학병원을 비롯한 대형병원들은 검사건수가 많아 초음파검사에 투입되는 인건비, 4대 보험료, 장비 감가상각비, 수선비 등에 드는 고정비용을 검사건수로 나누면 원가가 매우 낮게 나타났으나 중소병원들은 검사건수가 적은 탓에 건당 배분되는 원가가 높게 나왔다는 것. 같은 환자에게 초음파검사를 할 경우 중소병원이 대형병원에 비해 원가가 더 들어간다는 결론으로 풀이된다.

상황이 이런데도 중소병원들의 이같은 실상이 건강보험 수가연구에 제대로 반영되지 않은 것은 중소병원들이 환산지수 공동연구 표본조사에 자료를 제출한 곳이 적은데 원인이 있다고 정 교수는 주장하고 있다. 정 교수에 따르면 2006년도 환산지수 공동연구에 표본병원으로 제출된 병원은 35곳. 3차기

관이 9곳이었고 종합병원이 21곳인 반면 병원급은 5곳에 불과했다. 병원수로 볼때 가장 많은 수의 표본이 제출돼야할 중소병원들이 가장 적었다.

정 교수는 이에 대해 중소병원들이 조사표 작성에 필요한 직원이나 직원의 능력 등에서 시스템이 갖춰져 있지 않고 조사대상 선정으로 인한 불편 등에서 원인을 찾고 있다. 병원 전체의 공동의 이익보다는 조사표 작성에 따른 번거로움이나 불편함이 우선시 돼 결과적으로 중소병원들의 경영상태가 수가에 제대로 반영되지 못하고 있다는 것이다.

정 교수는 이에 대한 해결책으로 의뢰기관 회계기준을 준수해 재무제표를 작성하는 것이 필수적이라고 의견을 제시했다. 공인회계사의 외부감사에 따른 비용이나 병원의 기밀 누출 등의 우려가 있지만, 매년 환산지수가 낮게 책정돼 제대로 수가를 받을 수 없다는 점을 감안하면 제대로 된 회계기준의 확립이 요구된다는 정 교수의 지적이다. [병원신문 2006.1.3]



### 선택진료비 폐지 국회 발의 현애자 의원, 의료법개정안 제출

선택진료비용을 폐지하는 내용의 의료법 개정안이 국회에 제출됐다.

민주노동당 현애자 의원은 1월 12일 “선택진료비가 환자 전액 본인부담인 비급여이기 때문에 환자들의 진료비 부담만 가중시키는 결과를 가져왔다”며 선택진료를 하더라도 추가비용을 징수할 수 없도록 한 의료법 개정안을 국회에 발의했다.

현 의원은 법률 개정이유를 통해 “모든 산업 및 사업장에서 근무자들이 개인별 수련도 차이를 가지고 있으며, 이를 줄이기 위한 노력은 사업장과 사업주의 몫이지 소비자에게 전가하지 않으나 선택진료제는 이러한 비용지불을 의사와 환자의 문제로 돌려놓고 있다”고 지적했다.

특히 그는 지불능력이 떨어지는 저소득층의 경우 의료이용의 접근성을 제한시켜 낮은 질의 의료서비스를 받게하는 등 전국민에게 동일한 의료서비스의 질을 제공하지 않을 수 있다는 점을 선택진료제 폐단으로 꼽았다.

따라서 선택진료제를 유지하더라도 이에 따른 추가비용을 징수할 수 없도록 해 환자의 의사에 대한 선택권을 보장하도록 법안을 수정, 개정안을 제출한 것.

한편 복지부는 지난해부터 선택진료제도 개선책을 모색 중이다. [병원신문 2006.1.13]



## 진찰료 조제로 야간가산료 적용시간대 변경

06년 2월 1일부터 오후 8시(토요일 오후 3시) 이후 야간에 진료 조제를 받는 경우 진찰료와 조제로 등에 30% 가산되던 야간가산료 적용시간이 오후 6시(토요일 오후 1시)로 변경된다.

이에 따라 국민들이 오후 6시 ~ 8시 사이에 의료기관이나 약국을 이용할 경우에도 야간가산료가 적용되게 되어 의료기관의 경우 2,388원 ~ 4,569원 또는 약국의 경우 684원 ~ 2,340원(본인부담은 30% 수준)의 가산료가 추가 산정된다.

다만, 의원급 의료기관의 경우 총진료비가 15,000원 이하이면 본인부담은 3,000원 정액이며, 약국의 경우 급여비 총액이 10,000원 이하이면 본인부담은 1,500원으로 변동이 없다.

보건복지부는 '02년 건강보험 재정절감 차원에서 진찰료 조제로 야간 가산시간을 오후 6시(토요일 오후 1시)에서 2시간을 추가하여 오후 8시(토요일 오후 3시)부터 적용하는 것으로 변경한 바 있으나 고용시장의 불안, 맞벌이가족의 증가 등 직장인의 주간진료가 어려운 사회여건 속에 국민들의 야간진료에 대한 수요가 증가하는 점을 감안하여 야간에 진료하는 의료기관 약국을 보다 확충하기 위하여 야간가산료를 이전 수준으로 환원하는 조치를 시행한다고 밝혔다.

현재 휴일 야간의 응급실환자 중 비응급환자는 34%에 달하고 있으며 그 사유도 '급성기관지염', '급성 편도염' 등 의원급 의료기관의 진료가 적합한 경증질환 위주로 급번 조치를 통해 야간진료가 활성화된다면 마땅한 의료기관이 없어 응급실에 가는 현상이 상당수 해소될 수 있을 것으로 기대된다. [보건복지부 2006.1.31]



## 노인수발보험제' 2008년 7월1일부터 시행

### 법 제정안 국무회의 통과, 관리기구 건보공단 일원화

치매·중풍 노인 등을 위한 노인수발보험법이 2008년 7월1일부터 본격 실시된다.

정부는 7일 오전 이해찬 국무총리 주재로 제6회 국무회의를 열어 노인수발보험법 제정안을 통과시켰다. 이 법안이 시행될 경우 그간 가족 책임으로 남겨져 있던 노인수발 문제를 정부와 사회가 공동으로 부담하게 됨으로써 노인을 모시고 있는 가족의 부담이 한결 가벼워질 전망이다라고 정부는 밝혔다.

노인수발 인정을 신청할 수 있는 자격은 수발보험 가입자 또는 그 피부양자, 의료급여법에 따른 수급권자 중 65세 이상의 노인 또는 64세 이하의 자로서 치매·뇌혈관성 질환 등 노인성 질병을 가진 노인이 대상이다.

신청자에 대해서는 국민건강보험공단이 1차로 방문하여 심신상태 등을 조사하고, 지역별 수발등급판정위원회에서 최종적으로 수발 대상자를 판정한다.

정부는 중증 노인에 대해서 우선 수발급여를 제공하고, 2010년 7월부터는 중등증까지 확대할 방침이다. 보사연 추계에 따르면 수발대상 노인 규모는 2008년에 8만5000명, 2010년 16만6000명으로 전망됐다. 수발급여는 재가수발, 시설수발 및 특별현금급여로 구분된다. 재가수발급여는 가정수발, 목욕수발, 간호수발, 주·야간보호수발, 단기보호수발 등이 해당된다. 복지용구 제공 또는 재활 지원 등 대통령령이 정하는 재가수발급여는 시행여건을 감안하여 단계적으로 실시할 방침이다.

또 시설수발급여는 수급인을 요양시설 등에 입소시켜 수발하는 급여이다.

특별현금급여는 수급인에게 특별한 사유가 있는 경우에 가족수발비, 특례수발비, 요양병원수발비 등을 지급하는 것이다.

노인수발급여에 소요되는 재원은 2008년에 1조2000억원, 2010년 1조9000억원, 2015년 2조2000억원이 각각 소요될 것으로 전망된다.

이에 따라 재원조달은 건강보험 가입자가 내는 노인수발 보험료(50%)와 정부 지원(30%), 수급자 본인 부담(20%) 등으로 충당된다.

노인수발사업의 관리운영은 국민건강보험공단이 맡게 된다. 수발보험 가입자 등의 자격관리, 보험료 부과 및 징수, 수발인정신청인 조사 등의 업무를 관장하게 된다.

수발급여 제공 및 이에 따른 노인수발보험료 징수는 2008년 7월 1일부터 시행

된다. 다만, 노인수발보험료 산정, 수발인정의 신청, 수발기관의 지정 등은 2007년 7월 1일부터 시행된다.

복지부는 이 법안을 내주 중 국회에 제출한다. 법률안의 시행을 위해 금년 연말까지 하위법령(시행령, 시행규칙)안을 마련할 계획이다.

또 올 4월부터 전국 8개 시군구에서 실시되는 제2차 시범사업을 위한 세부 운영계획을 마련하고, 아울러, 노인수발사업을 전담할 조직과 인력을 복지부와 건강보험공단에 충원할 예정이다. [메디게이트 2006.2.7]



## 병·의원 1만2259곳 감기 항생제 처방률 공개

복지부, 법원 주문 수용, 2002~2004 상·하위4%도

전국 병·의원의 감기에 대한 항생제 처방률이 공개됐다.

보건복지부는 서울행정법원의 판결주문을 적극적으로 수용하고 국민의 알권리 신장 및 의료서비스 질 향상을 위해 지난해 3분기 전국 병·의원의 감기에 대한 항생제 처방률과, 지난 2002년부터 2004년까지 항생제 처방 상·하위 4%의 명단을 복지부 뉴스페이지(mohw.news.go.kr)과 심평원 홈페이지(www.hira.or.kr)에 공개했다.

# ▶▶ 보건 의료 정책 동향

지난해 3분기 처방률 공개대상은 분기당 감기 진료건수 100건 이상인 기관 1만2259개소로 중별로는 종합전문요양기관 42개소, 종합병원 221개소, 병원 438개소, 의원 1만1558개소 등이다.

복지부는 요양기관별 항생제 처방률은 요양기관 중별로 차이가 크며, 기관 간 격차는 의원에서 가장 크게 나타났다고 설명했다.

종합전문요양기관의 경우 45%의 평균처방률을 보인 가운데 최소 18.55 최대 79.92%로 나타났다. 종합병원은 평균 48.15%이며, 최소 4.81 최대 81.94%의 편차를 보였다. 병원은 평균 52.21%를 기록한 가운데 최소 0.70 최대 90.85, 의원은 61.79%에 최소 0.00 최대 99.25%로 각각 나타났다.

복지부는 감기에 대한 외국의 항생제 처방률은 미국 43%, 네덜란드 16%, 말레이시아 26%로 우리나라가 월등히 높다고 지적했다.

복지부는 또 2002년에서 2004년까지 전국 병·의원 가운데 감기에 대한 항생제 처방 상하위 4%에 속한 요양기관의 수, 명단, 그리고 각 요양기관이 사용한 항생제 사용지표를 각각 공개했다.

이번에 공개된 처방률이 높은 기관 4%를 중별로 보면 종합전문요양기관 1~2개소, 종합병원 5~7개소, 병원 5~15개소, 의원 416~484개소 이다.

공개대상 요양기관 중별 평균 처방률 수준을 보면 종합전문병원은 최소22.32~29.92% 최대 68.61~78.51%, 종합병원 최소 12.49~23.02% 최대 79.47~82.88%, 병원은 최소5.54~11.91% 최대 83.73%~87.19%, 의원은 최소2.41~4.98% 최대 95.34~96.72%로 각각 나타났다.

복지부는 그러나 공개된 항생제 처방률 자료는 감기 등 급성상기도감염에 대한 항생제 처방실태로 해당 기관의 전체 항생제 사용실태는 아니며, 요양기관을 전체적으로 평가하는 기준은 아니라고 설명했다.

급성 인두염의 가장 흔하고 문제가 되는 세균인 GABHS(Group A beta hemoiytic)가 강력히 의심되는 상황에서는 항생제 사용이 필요하고, 이차세균 감염이 있는 경우에도 처방이 필요하다고 덧붙였다.

복지부는 이번 항생제 처방률 공개는 항생제 처방률이 여전히 높고 참여 연대 소송결과 등을 감안한 것이라며 앞으로도 국민의 알권리 신장에 실질적인 도움이 되도록 공개 범위를 확대하고 의료계의 자율적 노력을 적극 지원할 수 있는 방안을 모색해 나갈 계획이라고 밝혔다. [메디게이트 2006.2.9]



## 건강보험 癌환자 보험급여비 지출 '굉충'

작년 보험급여비 전년比 22%증가...백혈병 보험급여비 최다 지출

癌 환자에 대한 건강보험 재정 지출이 해마다 늘어나고 있는 가운데 지난해 암환자의 보험급여비 지출이 '굉충' 뛰어올랐다.

16일 국민건강보험공단이 2004년 암 환자 실태를 분석한 결과에 따르면 2004년 건강보험공단이 암 환자 치료에 지급한 보험급여비는 총 9915억원으로 2003년 8096억원보다 22% 증가.

이같은 수치는 전체 보험급여비 증가율 9%(14조8935억원→16조2654억원)의 2배를 훌쩍 넘어선 것으로써 건강보험 적용항목(지정진료료, MRI, 병실료 차액 등 제외)의 총진료비 1조2827억원 중 77%를 건강보험재정이 부담한 셈이다.

이는 2001년 6416억원, 2002년 6994억원에 이어 매년 꾸준히 증가한 수치로 전체 급여비에서 차지하는 비중도 2001년 4.9%, 2002년 5.1%, 2003년 5.4% 등으로 동반 상승하는 양상을 나타내고 있다. 향후 암 환자의 본인부담금 경감, 항암제 보험 급여 인정 확대 등 2005년 이후 보장성 강화 대책을 감안한다면 지속적으로 늘어날 전망이다.

특히 올해부터 위암 등 4대암 건강검진 본인부담금을 50%에서 20%로 하향 조정하고, 중증 암 환자 치료비 혜택이 증가함에 따라 암 환자에게 지원되는 급여비는 더욱 증가할 것으로 내다보고 있다.

암 유형별로는 백혈병이 환자 1인당 진료비 2691만원중 2150만원(80%)을 보험 급여에서 지출해 진료비가 가장 지출된 것으로 조사됐다.

다음으로 다발성골수종(984만원), 혈액암(929만원), 뼈 및 관절연골암(908만원) 등의 순으로 1인당 진료비와 보험 급여비가 많이 지출됐다.

우리나라 사람이 많이 앓고 있는 6대 암의 경우 1인당 보험 급여비는 폐암이 681만원으로 가장 높았으며 다음은 대장암(669만원), 유방암(602만원), 간암(554만원), 위암(541만원), 자궁경부암(462만원) 등의 순이었다.

한편 2004년부터 암환자에 대해서는 외래본인부담률 특례를 적용해 기존의 30~50%의 본인부담율을 20%로 하향 조정했고 2005년 9월부터는 입원, 외래, 약국 이용에 있어 건강보험진료비의 10%만을 부담토록 한 바 있다.

이에 공단 관계자는 “인구 노령화가 가속화되면 암 진료비 지출은 건강보험재정에 큰 부담으로 작용될 것”이라며 “암으로 인한 국민의 고통을 최소화하고 보험재정을 건전하게 운영하기 위해 암 검진 사업 강화에 총력을 기울여야 할 것이다”고 말했다. [데일리메디 2006.2.16]