원 저

병원 원가관리자의 원가인식 및 원가체계 구축 방향

노진원*, 이해종**†, 박현춘*

을지대학교 의료경영학과*, 연세대학교 보건행정학과**

〈Abstract〉

Hospital Cost Analysts' Perception on Prime Cost of Medical Services and Future Direction to Establish a Cost Accounting system

Jin-Won Noh*, Hae-Jong Lee**†, Hyun-Chun Park*

Dept. of Healthcare Management, Eulji University, Dept. of Health Administration, Yonsei University***

It is necessary to calculate prime cost of medical services accurately in order to evaluate the adequacy of medical fee. This paper aims to identify cost analysts' perception on prime cost of medical services and needs in establishing a cost accounting system in hospitals, proposing future directions and guidelines for the calculation of medical fee.

A self-administered questionnaire and telephone survey on operation of a hospital cost-accounting system was conducted in November, 2012, among cost analysts currently working in the hospitals and hospital administrators planning to implement the hospital cost-accounting system.

Our study shows that most of the cost analysts were aware of the importance of calculating prime cost and responded that collection of the prime cost data from government is necessary although they are less likely to provide the data in the future concerning the risk of data misuse and data security. They also responded that lack of budget allocation and excessive workload were the main reasons for not estimating the prime cost and operating cost management information system. Results show that hospital cost analysts considered the data accuracy is the most critical factor in calculating prime costs of medical services. However, there was no investment budget allocated in some hospitals or limited to less than 100 million, indicating that hospitals are reluctant to invest on implementing the cost accounting system. Respondents stated the organization that collects the prime cost of medical services among hospitals should display strong analytical capabilities, ensure data security, and maintain independence, which is most demanded.

There are 57 hospitals that calculated the prime cost of medical services for 2012 by each medical department and 20 hospitals that calculated the prime cost by fee-for-services, aiming to establish a cost accounting system.

Our results indicate that hospitals should voluntarily provide the accurate prime cost for medical services in order to properly evaluate the adequacy of medical fee. Consequently, it is critical to establish an independent organization to collect and appraise the data. It is also recommended that government should implement various policies to encourage hospitals to participate in the data collection to achieve the data accuracy and representativeness.

Key word : Hospital costing system, perception on prime cost of medical services, operation of hospital costing system

* 투고일자 : 2014년 2월 4일, 수정일자 : 2014년 3월 5일, 게재확정일자 : 2014년 3월 19일

† 교신저자 : 이해종, 연세대학교 보건행정학과, 전화 : 010-5368-2416 E-mail : haejongl@yonsei.ac.kr

Ⅰ. 서 론

1. 연구의 배경

건강보험 수가의 적정성에 대한 논란은 끊임없이 제기되고 있다. 수가가 적정한지에 대한 판단을 하기 위해서는 반드시 필요한 것이 원가의 개념이다. 즉 사용된 원가를 정확히 파악해야만 현재의 수가의 적정성을 판단할 수 있을 것이다. 특히 7개 질병군의 포괄수가제를 전 의료기관에 적용하고 신포괄수가제 시범사업을 지역거점 공공병원으로 확대하는 2016년 이후에는 원가의 적절성이 더욱 요구된다.

우리나라의 병원에서는 관리를 위한 원가정보의 필요성에 대한 인식이 많이 부족하며, 이는 과거 병원들의 관리책임자가 의료 전문 인력으로만 구성되어 있어 의료서비스만을 중요시 하였고, 경영에 대한 효율성은 중요하게 생각하지 않았기 때문이라고 할 수 있다(김지홍 외, 1997). 뿐만 아니라 원가의 계산 없이도 재무제표 작성이 가능하며, 원가관리에 대한 인식이 낮아 회계처리절차의 미비, 의료기관의 폐쇄적인 경영풍토 등(정기선, 1986)에서도 원가계산이 발전하지 못한 원인을 찾을 수 있다.

현재 일부 사용하고 있는 원가개념인 보상률 접근법에 의한 환산지수 산정에 사용하는 원가자료는 신뢰성, 충분성, 대표성 결여, 시점 불일치, 인건비(개원의사, 약사)등의 문제가 지적되고 있다(서울대 경영연구소, 2001). Bennett(1985)는 병원에서 진료 행위별로 표준화된 원가 시스템을 갖춰야 하는 필요성에 대해 강조하면서, 이를 갖추지 못할 경우, 환자 진료행위가 바뀔 경우 원가에 미치는 영향, 대체적인 처치의 효과에 대한 원가를 파악이 불가능하며 환자에 제공한 서비스 원가정보가 없기 때문에 수익 정보가 이를 대신하여 이용된다고 지적하였으며, Orloff(1990)은 서비스의 가격 결정, 환자별 손익 분석, 의사별 수익성 분석 등 원가정보의 필요성에 비해 관리의사결정에 자동화된 원가회계정보에 의존 정도는 매우 떨어진다고 하였다. 이러한 원가정보는 전략적인 계획 수립에 가장 많이 사용되며, 수익성 평가, 예산편성, 성과 평가의 순으로 사용을 많이 하고 있다고 하였다(Hill, 2000). 안태식, 이건호(1997)의 연구에 따르면 진료과별 원가계산의 도입은 많이 되어 있는 반면, 진료행위별 원가계산의 도입은 거의 이루어지지 않고 있다고 하였다. 이러한 원가 계산방법에 대한 선행 연구를 살펴보면 오현철(1998)의 연구에서는 3차 의료기관의 임상병리과를 원가중심점으로 분류하여 원가중심점의 활동들을 업무흐름 및 업무 지원 관점에서 세분화하여 검사에 대한 원가를 산출하여 원가 모델을 설계하였으며, 전기홍(2000)은 활동기준원가를 이용하여 진단방사선과의 원가에 대해 분석하였고, 김정훈(2001)은 병원의 원가계산시스템을 관리시스템의 일부로 운영하는데 초점을 두고 병원원가계산시스템 개선 방안에 대해 연구하였다. 그리고 배혜란(2002)은 병원원가계산시스템이 원가배부기준에 따라 비교하여 분석하였으며, 문승권과 이윤석(2013)은 인공신장실에서 부분별 원가계산 방법을 사용하여 진료량 또는 의료수익을 기준으로 원가를 산출하였다.

이와 같이 보다 정확한 원가계산을 통한 수가계산의 적절성 평가는 시대적으로 요구되는 상황이다. 그러나 이러한 평가를 위해서는 병원에서의 관련 원가자료를 제출받아야 하고 이를 위해서는 병원의 이해가 요구된다. 따라서 기본적으로 병원에 종사하는 원가관리자들의 원가에 대한 인식을 파악할 필요가 있다(육근효, 2007).

2. 우리나라 원가계산시스템 운영기관 현황

우리나라 의료기관은 종별로 정보화 수준이 차이를 보이고 있다. 상급종합병원 및 종합병원의 경우 정보화 수준이 높은 편이며, 중소규모 병/의원의 정보화 수준은 상대적으로 낮은 편이다.

원가계산시스템에 가장 중요한 시스템은 처방전달시스템(OCS)인데, 2005년 기준 병원의 OCS 운영 비율은 62.6%로서 상당히 많은 비중을 차지한다〈표1〉.

<표 1> 원가계산시스템 구분에 따른 운영현황

구 분	종합전문		종합병원		병 원	
조사년도	99년	05년	99년	05년	99년	05년
EMR	16.7%	20.3%	–	14.7%	9.5%	22.2%
PACS	16.7%	90.5%	6.5%	78.6%	5.0%	22.6%
OCS	81.8%	97.6%	45.5%	84.2%	20.4%	62.6%
HIS	83.3%	97.6%	50.5%	86.75%	23.8%	54.1%

자료 : 공공의료 정보화전략계획 사업계획서, 2006년, 시만텍코리아 재인용

<표 2> 국내 요양기관의 병원 종별 원가시스템 구축현황(2012년)

(단위: 개)

종별 구분	진료과별 원가계산	수가별 원가계산
상급종합병원	23	7
종합병원	32	11
병원	2	2
합계	57	20

그러나 원가계산을 위해서는 보다 깊이 있는 원가계산 시스템 구축이 필요하다. 현재 조사된 바에 의하면 진료과 및 시행과별 원가계산을 매월 산출하고 있는 병원이 약 57개이며, 수가별 원가계산은 약 20개 병원이 운영을 하고 있다. 따라서 시행과별 원가 샘플은 약 57개 병원에서 확보 가능하지만〈표 2〉, 이러한 숫자를 모두 활용하기 위해서는 수가별 원가계산을 위한 추가적인 원가분석 시스템이 더 필요한 상태이다.

3. 연구의 목적

본 연구에서는 병원종사자들의 원가개념 및 원가제공에 대한 인식을 파악함으로써 원가정보 구축을 위한 기본적인 정보를 파악하고자 한다. 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

첫째, 설문조사를 통해 병원원가 담당자들의 원가인식에 대해 알아본다.

둘째, 병원 종별 원가체계 현황 및 원가인식 현황을 바탕으로 병원 종별 원가체계 구축을 위한 어려움을 파악하여 구체적인 개선방안을 제시하고자 한다.

Ⅱ. 연구방법

1. 분석 대상

우리나라 의료기관의 원가계산에 대한 인식과 현황을 조사하기 위하여 전국의료기관에 대한 원가운영 현황을 조사하였다. 의원에 대해서는 조사를 제외하였는데, 그 이유는 사전조사결과 의원들은 원가조사를 거의 하지 않고 있을뿐더러, 인식 면에서도 거의 무관심하기 때문이다.

병원 원가관련 인식을 조사하기 위하여 병원에 계신 원가담당자들이 대부분 참여하는 학회로써, 원가에 대한 인식과 개념을 많이 가지고 있는 분들 참여하는 병원원가관련 학회에 참석한 사람들을 중심으로 자기 기입식 설문조사를 실시하였다. 설문조사기간은 2012년 11월 30일에 실시한 “포괄수가제 방향과 병원의 대응”이라는 컨퍼런스에 참석한 원가관련자들의 모임(병원원가관리자협의회 주체)에서 실시하였다. 총 200여명의 대상자 중에서 조사에 참여한 인원은 103명이며 참여인원의 특성은 아래 〈표3〉과 같다. 설문 대상자가

작은 문제점은 있지만 실제로 병원원가 담당자가 현실적으로 많지 않고, 이들 대부분이 병원 원가를 이해하고 담당하기 때문에 한국병원의 원가인식을 대표한다고 할 수 있다. 또한 병원의 원가시스템 운영현황에 대해서는 병원 담당자에게 전화설문으로 내용을 파악하였다.

2. 분석 방법

설문조사는 구조화된 조사표에 의해서 진행되었으며, 원가정보의 중요성과 필요성에 대한 인식, 병원에서의 원가정보의 산출 정도나 수준 등 원가정보의 활용에 관한 내용, 원가자료의 구축에 필요한 여러 가지 요건 그리고 원가자료 수집기관에 대한 인식 등이 조사되었다.

병원들을 대상으로 한 것이 아니기 때문에 같은 병원에서 2-3명의 의견이 나올 수 있다. 그러나 컨퍼런스에 참여한 사람들이 각 병원에서 원가담당자를 중심으로 한 것이기 때문에 병원 당 참여인원이 몇 안 된다는 점을 감안하면 의견이 어느 특정한 특성이 있는 병원의 상황만을 반영한 의견은 아니라고 할 수 있다. 조사된 내용은 의견을 중심으로 현재의 인식을 보여주기 위한 것이기 때문에, 단순한 빈도분석을 중심으로 분석되었다.

3. 설문에서 사용한 원가에 대한 정의

원가라는 개념과 그 규모에 대한 정의가 매우 모호하기 때문에 설문에 사용된 원가계산의 내용을 다음과 같이 정의하였다.

"원가정보시스템에 대한 정의: 원가계산시스템은 여러 종류로 구분할 수 있으나, 여기서는 부서별 원가집계를 통하여 진료과와 시행과 원가 혹은 행위별 원가까지 계산하는 시스템을 의미합니다(최진현 2003)."

<표 3> 설문조사에 참여한 인원의 특성

(단위: 명,%)

특 성	구 분	빈 도	비 율
병상규모	101-300병상	8	7.8
	301-350병상	3	2.9
	351-500병상	19	18.4
	501병상 이상	73	70.9
소재지	서울	55	53.4
	부산	7	6.8
	인천	8	7.8
	대구	2	1.9
	광주	3	2.9
	울산	1	1.0
	경기	21	20.4
	경북	3	2.9
	경남	3	2.9
종별구분	상급종합병원	43	41.7
	종합병원	57	55.3
	병원	3	2.9
합계		103	100

Ⅲ. 결 과

1. 원가정보에 대한 인식

1) 포괄수가 결정 시 원가정보의 중요도에 대한 인식

“수가를 결정할 때 원가정보가 얼마나 중요하다고 생각하십니까?”에 대한 대답은 대부분의 사람들(97%)이 수가 결정에 원가가 중요하다고 인식하고 있다. 이는 수가구조가 원가를 중심으로 분석되어야 정확성을 확보할 수 있다는 일반적인 인식을 나타내는 것이다〈표4〉.

2) 정부의 병원원가 수집에 대한 필요성에 관한 인식

“정부가 수가결정을 위해서 병원원가를 수집하는 것이 필요하다고 생각하십니까?”에 대한 질문에도 모든 응답자가 필요하다고 응답하였다. 이는 정부가 원가를 체계적으로 수집하는 것에 대한 중요성을 병원 관계자들도 공감하고 있음을 알 수 있다〈표4〉.

3) 수가결정 활용의 장애요인

한편, 이러한 중요성에도 불구하고 “정부가 병원들의 원가정보를 수집하여 수가결정에 활용하지 못하는 가장 큰 이유가 무엇이라고 생각하십니까?(복수응답 가능)”라는 응답에서는 여러 요인들을 열거하고 있었는데〈표4〉, 그 중에서 가장 큰 요인으로는 원가수집에 대한 일관된 지침이 부재하다는 점을 들고 있다. 즉, 원가 수집을 위해서는 국가가 정하는 표준지침서가 필요함을 알 수 있다. 동시에 자료의 대표성 문제와 신뢰성 문제, 그리고 병원들의 협조부족 등도 원가자료 활용의 어려움으로 지적되고 있다.

4) 원가자료 제공의사

“정부가 원가자료를 주기적으로 수집한다면 귀 병원의 원가자료를 제공할 의사가 있습니까? 라는 질문에 대해서는 약 40%만이 그렇다고 대답을 하였으며, 25% 정도는 제공할 의사가 없다고 응답하였다. 이는 앞에서와 같이 대부분의 중요성과 필요성이 있다고 응답함에도 불구하고, 실제 원가를 제공하는 경우에 제공의사가 상대적으로 많이 떨어지는 이유는 병원들이 이율배반적인 인식을 내포하고 있음을 알 수 있다〈표4〉. 따라서 이러한 인식의 차이를 나타내는 요인이 무엇인지를 파악해 볼 필요가 있다.

5) 원가정보 제공의 거부 이유

이에 제공의사가 떨어지는 이유를 알아보기 위해 “원가정보를 제공할 이유가 없다면 그 이유는 무엇입니까?”라는 질문을 하였다. 〈표4〉에서 보면 이유의 대부분은 정보보안과 정보의 왜곡된 사용에 대한 염려를 많이 하고 있음을 알 수 있다. 인터뷰 결과 병원들의 원가를 수집하여 이를 수가의 적정성 평가에만 활용하지 않고 다른 목적에 사용하여 병원들에게 압박의 수단으로 사용할 것에 대한 염려가 많았다. 이는 정부와 병원간에 상호 불신의 관계가 있음을 나타내는 것으로, 향후 원가수집을 위해서는 병원들에게 자료보완에 대한 확신을 심어줄 필요가 있음을 의미한다.

2. 원가정보의 활용

1) 원가정보의 주기적 산출 여부

각 병원들에서 원가정보를 어느 정도 생성 및 사용하고 있는 지를 확인하기 위하여 “귀 병원은 원가정보 시스템을 운영하여 원가정보를 주기적으로 산출하고 있습니까?”라는 질문을 하였다. 설문 대상자가 대부분 병원급 이상이면서 원가를 사용하고 있는 병원이거나 하려고하는 병원이라는 점을 감안하면, 아직도 많은 병원들(45%)에서 원가정보 산출이 되고 있지 않음을 알 수 있다〈표5〉.

<표 4> 원가정보에 대한 인식

(단위: 명,%)

	구 분	빈 도	비 율
수가 결정 시 원가정보의 중요성에 대 한 인식	매우 중요하다	74	71.8
	중요하다	26	25.2
	보통이다	2	1.9
	별로 중요하지 않다	1	1.0
	전혀 중요하지 않다	0	0
	합계	103	100
정부의 병원원가 필요도에 관한 인식	매우 필요하다	44	42.7
	필요하다	54	52.4
	보통이다	5	4.9
	별로 필요 없다	0	0
	전혀 필요 없다	0	0
	합계	103	100
수가결정 활용의 장애요인*	병원들의 협조 부족	36	21.3
	대표성 있는 자료 미확보	48	28.4
	수집된 자료의 신뢰성 저하	30	17.8
	원가자료 수집을 위한 일관된 지침 부재	55	32.5
	합계	169	100
원가자료 제공 의사	매우 그렇다	7	6.8
	그렇다	34	33.0
	보통이다	34	33.0
	별로 그렇지 않다	19	18.4
	전혀 그렇지 않다	7	6.8
	미응답	2	1.9
	합계	103	100
원가정보 제공의 거부 이유	부정확한 자료	4	8.3
	추가적인 업무 분담	9	18.8
	정보의 보안	20	41.7
	정보의 왜곡된 사용 우려	15	31.3
	합계	48	100

* 복수응답항목

<표 5> 원가정보의 활용

(단위: 명,%)

	구 분	빈 도	비 율
원가정보의 주기적 산출여부	그렇다	54	55.1
	아니다	44	44.9
	합계	98	100
대상 의료기관에서 산출하는 원가정보수준*	(행위)수가별 원가	24	14.2
	시행과(장소)별 원가	37	21.9
	의사별 원가	47	27.8
	진료과별 원가	51	30.2
	환자별 원가	10	5.9
	합계	169	100
원가정보시스템을 운영하지 않는 이유*	불필요	1	2.3
	예산(비용) 부담	25	58.1
	업무과다	16	37.2
	경영자 반대	1	2.3
	의사 반발	0	0.0
	노조 반발	0	0.0
	합계	43	100

* 복수응답항목

2) 대상 의료기관에서 산출하는 원가정보 수준

원가정보를 산출하는 병원 중에서 산출정보의 내용을 보기위하여 “귀 병원에서 산출하는 원가정보는 무엇입니까? (복수 응답 가능)”라는 질문을 하였는데, 참여하는 관계자들이 원가계산을 하거나 하고자 하는 의도를 많이 가진 사람들이 참여하였기 때문에 상당히 세밀한 원가계산을 실시하고 있었다. 가장 정밀한 수가별 원가계산까지 한 것으로 답한 경우가 24명이나 되었으며, 가장 세밀한 원가계산을 한 경우에는 다른 것들은 자동으로 계산되기 때문에 다른 원가계산 부분은 추가적인 부분이다. 따라서 시행과별 원가까지만 계산한다고 답한 경우는 13명이 추가되었으며, 의사별 원가까지만 계산하는 경우는 10명이 추가되어 총 47명이였다. 진료과별까지로 확장되면 총 51명으로 확장되고 있다. 환자별 원가계산은 원가정도의 개념이 각자 다르기 때문에 정확한 내용을 파악하기 어려운데, 설문서에서는 10명이 응답하였다〈표5〉.

3) 원가정보시스템을 운영하지 않는 이유

원가정보를 구축하지 않은 병원 중에서 “귀 병원에서 원가정보시스템을 운영하지 않는 이유는 무엇입니까? (복수 응답 가능)”라는 질문에서는 대부분이 예산부족과 업무과다를 들고 있다〈표 5〉.

3. 원가자료 구축에 필요한 요건

1) 원가정보시스템 구축에 중요한 사안들

“병원에서 원가정보시스템을 구축하기 위해서는 무엇이 가장 중요하다고 생각하십니까? (복수 응답 가능)”라는 질문에서는 기초자료의 정확성이 가장 많았으며, 동시에 병원전산수준, 경영자의 의지도 중요하다고 응답하였다. 따라서 원가정보를 구축하기 위해서는 첫째, 경영진들이 원가정보의 중요성과 필요성을 인식하고, 둘째, 이를 기반으로 원가계산을 하기위한 정보시스템에 대한 투자가 필요하며, 셋째, 원가자료의 정확한 작성 등이 필요다고 할 수 있다〈표 6〉.

2) 원가정보시스템 구축에 지불의사 금액

한편 “원가정보시스템을 구축한다면 어느 정도의 금액을 지불할 의향이 있습니까?”라는 질문에서는 1억원 이내가 대부분이었으며, 무료의 경우도 많아 아직 원가에 대한 투자의지가 그리 크지 않음을 알 수 있다.

따라서 투자에 대한 정부의 지원여부에 대한 인식을 파악하기 위하여 “만일 정부가 원가정보시스템 구축비용을 지원한다면 어느 정도 지원 시 구축할 의향이 있습니까?”라는 질문을 하였는데, 상당한 병원들이 구축할 의지가 있음(40.7%)을 보이고 있으나, 아직도 이 부분에 대한 확신이 없는 경우(54.4%)도 상당히 많았다〈표 6〉.

3) 정부가 병원에 지원해야 하는 요소들

병원자체의 원가계산 뿐 아니라, 수가산정을 위한 정부에 원가제공 여부에 대해서도 질문하였다. “정부에 원가정보를 제공하기 위해서는 병원에 어떤 부분이 지원되어야 한다고 생각하십니까? (복수 응답 가능)”라는 질문에서는 대부분이 원가시스템 구축지원을 뽑고 있었으며, 병원경영 지원, 비밀보장, 자료에 대한 대가, 독립적 자료 활용 순으로 지원을 요구하고 있었다〈표 6〉.

4) 원가자료 제공 병원에 대한 보상방법

“원가자료를 제공하는 병원에 보상을 한다면 어떤 방법이 적당하다고 생각하십니까?”라는 질문에서는 병원당보상과 건당보상의 혼합형태가 가장 좋다고 응답하였다. 다음으로 이 두 방법에 추가하여 자료수준에 따른 차등지급도 선호되었다〈표 6〉.

5) 원가자료 연간 1회 제공에 대한 보상 규모에 대한 인식

지원규모를 알고 싶어서 “원가자료를 연간 1회 제공한다고 가정할 경우, 병원 당 보상액의 규모는 어느 정도가 적절하다고 생각하십니까?”라는 질문에는 가장 금액이 큰 4~5천만원 정도가 제일 많았으나(27.2%), 2~3천만원의 경우도 22.3%을 차지하였으며. 2천만원이하의 경우도 26.2%을 차지하였다. 따라서 제공되는 원가자료 건수를 참조하여 총액적으로 병원당 2천만에서 3천만 수준이면 적절할 것으로 판단된다〈표 6〉.

<표 6> 원가자료 구축에 필요한 요건

(단위: 명,%)

	구 분	빈 도	비 율
원가정보시스템 구축에 중요한 사안들*	기초자료의 정확성	63	32.0
	병원전산(OCR, EMR 등) 수준	53	26.9
	실무자의 역량	17	8.6
	경영진의 의지	56	28.4
	정부의 지원	8	4.1
	합계	197	100
원가정보시스템 구축에 지불의사 금액	무료	14	13.6
	1~5천만원 이내	12	11.7
	0.5~1억 이내	10	9.7
	1~1.5억 이내	4	3.9
	2억 이상	4	3.9
	미응답	59	57.3
	합계	103	100
정부가 병원에 지원해야하는 요소들*	자료제공에 대한 대가	30	15.1
	원가시스템 구축 지원	64	32.2
	독립적 자료 활용	20	10.1
	비밀 보장	36	18.1
	정보공유를 통한 병원경영에 도움	49	24.6
	합계	199	100
원가자료 제공 병원에 대한 보상방법	제공 병원당 동일액 보상	8	7.8
	제공자료 분량(건수)에 따라 보상	11	10.7
	병원당 보상과 건당 보상의 혼합	42	40.8
	병원당 및 건당 보상하되 자료의 수준(질)에 따른 차등	37	35.9
	미응답	5	4.9
	합계	103	100
원가자료 연간 1회제공에 대한 보상 규모에 대한 인식	1천만원 정도	13	12.6
	1천~2천만원	14	13.6
	2천~3천만원	23	22.3
	3천~4천만원	8	7.8
	4천~5천만원	28	27.2
	기타	3	2.9
	미응답	14	13.6
	합계	103	100
원가정보시스템 운영으로 인한 병원내 경영상의 혜택	수익 향상 기회 포착	54	26.0
	비용 절감 기회 포착	72	34.6
	생산성 향상 영역 발굴	50	24.0
	성과급 지급 기준	32	25.4
	합계	208	100

* 복수응답항목

<표 7> 원가자료 수집기관에 대한 인식

(단위: 명,%)

	구 분	빈 도	비 율
원가자료 수집기관의 중요한 특성	수집능력	29	15.2
	분석능력	68	35.4
	독립성 유지	50	26.0
	자료 보안	45	23.4
	합계	192	100
원가자료 수집을 위한 기관	건강보험심사평가원	18	17.5
	국민건강보험공단	3	2.9
	보건산업진흥원	16	15.5
	보건사회연구원	7	6.8
	독립기구 별도 신설	57	55.3
	미응답	2	1.9
	합계	103	100

* 복수응답항목

6) 원가정보시스템 운영으로 인한 병원 내 경영상의 혜택

정부의 지원이외에 “원가정보시스템 운영을 통하여 얻을 수 있는 병원 내부의 경영상의 혜택은 무엇이라고 생각하십니까? (복수 응답 가능)”라는 질문에 대해서는 비용절감기회 포착, 수익향상기회 포착, 생산성 향상 영역 발굴 순으로 응답하였다〈표 6〉.

4. 원가자료 수집기관에 대한 인식

연구에서는 원가자료를 수집하는 운영기관이라는 가칭의 조직을 설정해 놓고 이러한 기구에 대한 인식을 통하여 원가분석을 위한 정부기관의 특성을 파악하고자 하였다.

1) 원가자료 수집기관의 중요한 특성

“원가자료를 수집하는 기관은 어떤 특성이 가장 중요하다고 생각하십니까? (복수 응답 가능)”라는 질문에 대해서는 분석능력이 가장 중요하게 부각되었으며, 독립성유지, 자료보안 등이 다음 순이었다. 이 중에서 독립성 유지와 자료보안 등이 높은 순위로 나온 것은 앞에서 지적한 대로 병원들이 원가자료에 대한 매우 민감함을 보여주는 항목이다〈표 7〉.

2) 원가자료 수집을 위한 기관

따라서 “원가자료를 수집하는 공공기관은 어떤 기관이 적합하다고 생각하십니까?”라는 질문을 통하여 가장 많이 나온 경우는 독립된 별도기구를 요구하고 있었으며(55.3%), 기존의 기구에서 운영된다면 건강보험심사평가원(17.5%), 진흥원(15.5%) 순이었다〈표 7〉.

Ⅴ. 결 론

원가담당자들과의 설문조사 결과, 현재의 우리나라 원가시스템 구축을 위해서는 다음과 같은 어려움이 있음을 알 수 있다.

첫째, 규모가 크지 않는 병원들은 아직도 원가계산에 대한 관심이 없다는 점이다. 관심이 없다는 것과 시스템을 구축할 필요가 없다는 것은 다르다. 그런데 아직도 대부분의 의료인들은 원가에 대한 이해와 관심이 적다. 원가의 중요성과 이에 대한 구축의 타당성에 대한 홍보가 필요하다.

둘째, 원가계산을 하고자 할 경우에도 표준원가계산 방법론(원가규정이나 지침)이 없다는 점이다. 따라서 병원들이 어떻게 원가계산을 하여야 할 지에 대한 표준적인 방법이나 활용도구가 없는 문제가 있다 .

셋째, 병원들이 원가의 중요성은 인식하고 있으나, 자금 여력 때문에 이를 계산하기 위한 시스템구축에 투자를 쉽게 하지 못하고 있다. 이는 원가의 중요성에 비해 활용을 통한 효과성에 대해서는 아직도 크게 관심이 없다는 의미이다. 이는 현재와 같은 병원 및 수가구조에서는 타당한 의미를 갖지만, 수가의 적절성을 평가하기 위해서는 보다 적극적인 원가계산 시스템 도입이 필요함을 못 느끼고 있음을 의미한다.

넷째, 원가정보가 중요하다고는 생각하지만 대상자가 근무하는 병원에 정부가 구축비용을 지원해도 구축하고자 하는 의지가 높지 않은 병원들이 상당수 존재하는 결과는 병원들이 수가산정용 원가를 정부에 제공하는 데에는 아직도 불안해하고 있음을 알 수 있다. 이는 그동안 정부가 수가를 억제함으로써 병원경영에게 지속적으로 부정적인 영향을 미친 것을 감안 할 때, 원가를 가지고 또다시 수가를 통제하려고 한다는 인식이 있기 때문으로 생각된다. 그런데 정부나 병원 모두에게 현 수가가 낮다는 인식을 하고 있는 상황에서, 보다 합리적인 수가 수준과 이에 대한 개선을 위해서는 정확한 원가가 필요하며, 이를 기반으로 한 수가의 적정성 판단이 절대적으로 필요하다는 것을 상호 인식하여야 한다.

다섯째, 정확한 원가계산을 위한 병원에 대한 정부지원이 필요하다는 점이다. 원가계산을 위한 추가비용 및 구축의 필요성에 관한 인식이 부족한 병원들의 현 상황에서 정부는 원가계산 시스템 구축을 위한 각종 지원을 검토하여야 한다. 정부지원은 수가의 적절성 평가를 위한 기초자료 구축에 가장 큰 의미가 있지만, 한편으로는 병원들에게 원가정보를 제공함으로써 병원들이 보다 효율적인 의료서비스를 제공할 수 있는 근거를 제공할 수 있다는 점에서 지원의 논리성이 있다고 할 수 있다.

Ⅵ. 고 찰

의료서비스는 민간에 의해 최적 생산을 할 수 없기 때문에 정부가 개입하여야 하는 공공재(merit goods)라는 인식이 필요하다. 즉, 자유 시장에 맡겨서는 안되며 정부와 공급자간에 적절한 협상과 간섭이 필요하다는 것을 기본전제로 한다. 정확한 원가수집과 그 결과에 의한 원가를 기초로 하여야만 수가금액을 정확히 결정할 수 있으며, 이를 기반으로 하여야만 현재와 같은 공급자와 보험자 간의 갈등을 해결할 수 있다.

이를 위해 원가 수집은 정확하고 객관적인 자료에 근거를 하여야 한다(정확성과 객관성의 원칙)는 인식이 공급자와 보험자간에 공유할 필요가 있다. 따라서 제공하는 병원들도 자신의 현황을 정확히 제공할 의지가 있어야 하며(정확성), 동시에 정부를 이를 목적 지향적으로만 사용하여야 한다는 객관성을 병원들에게 인식시켜야 한다.

한편, 병원들이 적용할 표준원가의 개념을 정립하고 이에 맞는 원가계산을 위한 표준안을 지속적으로 개선해 나갈 필요가 있다. 즉 원가를 계산하는 방법과 표준 등은 실제원가를 시행하는 공급자들이 결정해 나가는 것이 원칙이며, 이를 위해 의협이나 병협에서 자발적으로 “원가계산 원칙과 준칙”을 제정하는 것이 바람직하다. 그러나 계산된 원가와 이를 기반으로 한 수가결정 간에는 정확히 일치가 있을 수 없기 때문에 적절한 수가결정을 위해서는 원가를 기반으로 한 정부와 공급자간에 협의와 이를 위한 지침이 필요하다.

향후 원가중심의 수가를 구축하기 위해서는 다음과 같은 개선방안을 제시하고자 한다.

첫째, 병원들에게 원가계산을 위한 표준지침서를 작성하여 제공한다.

둘째, 병원들의 원가수집에 대한 불안과 불식을 해결하기 위해서 객관적이고 독립적인 원가계산 독립기구를 구축한다.

셋째, 수집된 원가는 독립적인 기구에서 목적에 맞게 사용된다는 인식을 원가제공자들에게 정확히 심어

주어 민감한 병원 원가 정보제공을 독려한다.

넷째, 병원들에게 참여를 독려하기(많은 병원들의 참여가 원가의 정확성을 높일 수 있다는 인식) 위해 원가계산 및 수집을 위한 금전적, 비금전적 지원을 동시에 제공한다.

다섯째, 수집된 원가와 최종적인 수가 사이의 차이는 공급자와 정부의 협의를 통해 정책적인 차원에서 결정한다.

그러나 본 연구는 병원 원가관리자의 원가의식을 파악하기 위해 연구대상자를 전체 병원의 원가담당자로 해야 하지만 대상자를 관련 학회 참가자를 대상으로 한 한계점이 있다. 따라서 후속 연구 시 대상자를 늘려 좀 더 정확하고 병원의 많은 의견을 듣는 것이 필요 하다.

<참고문헌>

김정훈(2001). 의료기관의 원가계산시스템의 개선방안. 단국대학교 대학원 석사학위 논문.

김지홍, 이경태(1997). 의료수가의 결정과 병원원가시스템의 분석, 회계저널, 6(1) 45-75.

문승권, 이윤석(2013). 의료기관 인공신장실의 원가계산에 의한 적정수가에 관한 연구, 병원경영학회지, 18(2) 81-103.

배혜란(2002). 원가배부기준에 따른 병원원가계산 시스템의 비교분석. 진주산업대학교 석사학위 논문.

서울대 경영연구소(2001). 병 · 의원 경영수지 분석자료에 관한 원가분석 연구, 서울, 서울대학교 경영연구소.

시만텍코리아(2006). 공공의료 정보화전략계획 사업계획서, 보건복지부.

안태식, 이건호(1997). 한국 의료기관 원가시스템의 설계 특성에 관한 연구, 회계저널, 6(1) 77-117.

오현철(1998). 병원의 진료행위별 원가계산 : 임상병리학과의 검사별 원가를 중심으로. 서울대학교 석사학위 논문.

육근효(2007). 병원원가계산 실태의 국제적 동향과 시사점: 미국, 영국, 일본 사례를 중심으로, 병원경영학회지, 12(3) 20-46.

육근효(2007). 지방정부의 BSC도입과 운영사례 분석:한국과 일본의 기초자치단체를 중심으로, 지방정부학회보, 10(4)153

전기홍(2000). 병원의 활동기준원가 산출, 2000년도 춘계학술대회 연수교재 - 병원경영 성과평가 의료의 질 향상 개념과 기법, 39-54.

정기선(1986). 의료보험수가의 적정성 검증에 관한 연구, 고려대학교 박사학위 논문.

최진현(2003). 병원관리회계, 서울, 대명, 131-139.

Bennett, J. P. (1985). Standard cost systems lead to efficiency and profitability. Healthcare financial management: journal of the Healthcare Financial Management Association, 39(9), 46.

Hill, N. T. (2000). Adoption of costing systems in US hospitals: An event history analysis 1980-1990. Journal of Accounting and Public Policy, 19(1), 41-71.

Orloff, T. M., Littell, C. L., Clune, C., Klingman, D., & Preston, B. (1990). Hospital cost accounting: who's doing what and why. Health care management review, 15(4), 73-78.