

치과의원 경영실태에 관한 연구

김영남, 정기호, 권호근
연세대학교 치과대학 예방치과학교실

색인 : 경영, 의료수익률, 치과의원

1. 서 론

우리나라의 건강보험 수가는 매우 저평가되어 있으며, 그 가운데서도 의사의 기술집약적 서비스 부문이 상대적으로 더 낮게 책정되어 이에 대한 비판이 제기되어 왔다. 특히 치과 의료서비스는 검사, 약제나 기타 진료보조에 의존하는 비율이 극히 적어 상대적으로 기술료가 차지하는 비율이 일반 의료서비스에 비해 현저히 높아 더욱 문제라고 할 수 있으며, 건강보험수가체계에 극히 제한된 항목만이 포함되어있고 치과 건강보험수가가 타 부문에 비해 낮게 책정되어있다는 지적이 계속되어 오고 있다¹⁾.

우리나라와 같은 행위별 수가제 하에서 진료행위별 수가가 원가의 상대적 높낮이를 제대로 반영하지

못할 경우 의료공급자인 의사는 진료수가가 원가의 상대가치보다 높게 책정된 행위에 대해서 과잉공급하고 낮게 측정된 행위의 경우 기피하는 의료공급태의 왜곡이 초래될 수 있다²⁾. 따라서 합리적 건강보험 수가체계 개발을 위해 많은 노력을 기울여온 결과, 투입된 의사의 업무량과 진료비용을 함께 고려한 수가체계인 자원배분상대가치지수(RBRVS)에 근거한 수가 개발, 도입되었다^{3,4)}. 이러한 의사업무량에 의한 상대가치점수는 육체적 노력 및 기술, 진료시간, 정신적 노력 및 판단력, 스트레스 등을 반영하여 개발하였다는 점에서 기존의 병원 경영수지 분석에 기초한 수가 산정 방법에 비해 합리적이다.

그러나 치과의 경우 현행 고시상대가치 점수가 의과와 달리 연구된 상대가치 지수의 절반 정도만을

연락처: 권호근, 우120-752 서울시 서대문구 신촌동 134 연세대학교 치과대학 예방치과학교실
전화: 361-8050 전송: 392-2926 email: yspd8050@yumc.yonsei.ac.kr
본 연구는 보건복지부와 대한치과의사협회의 연구비 지원을 받아 이루어졌음.

반영하고 있어 여전히 건강보험 급여행위보다 비급여 행위에 치중하는 방향으로 진료 구조를 왜곡시키고 치과 경영에 어려움을 주고 있다고 추정된다⁷⁾.

그동안 의원급의 수입 및 비용 구조 등 경영 실태에 대한 평가 연구는 병원에 비해 회계자료가 거의 작성되어있지 않고 협조가 미비하여 거의 이루어지지 못하였으며, 있다 하더라도 비용이나 수익을 대부분 추정하여 분석한 경우가 전부였다⁸⁾. 특히 치과는 건강보험 비급여 진료 행위의 비율이 많으므로 경영 실태에 관한 연구가 더욱 어려운 실정이다. 치과의원을 대상으로 한 경영실태 평가연구의 경우 1999년도에 황 등⁹⁾에 의해 수행된 것이 유일한데, 약 62%에 해당하는 치과의원 만이 의료부에서 촉자를 실현하였다고 보고하였으며 평균의료수익의료이익율을 5.0%로 평가한 바 있었다. 그러나 이 연구는 관리운영비의 세부항목에 대한 자세한 조사나 감가상각비 등이 빠져있어 비용이 과소추계 되었을 가능성이 있었고 수익의 경우도 설문에만 의존하여 응답의 신뢰성이 확보되지 못하였으며 표본 추출 방법이 명확하지 않아 결과의 대표성이 의심되었다.

따라서 본 조사에서는 의료수익률에 큰 영향을 줄 것으로 판단되는 개인 지역과 건강보험 급여수익액을 고려한 확률화된 표본 추출을 통해 보다 대표성 있는 결과를 얻고자 하였다. 또한 객관적인 경영 평가를 위한 세부적인 비용조사표를 마련하여 비용을 정확히 조사하고 건강보험공단자료 검토와 비급여 행위 빈도 조사를 통해 최대한 객관적으로 수익을 추계함으로써 합리적인 치과의원 경영평가를 수행하고자 한다.

2. 연구 대상 및 방법

본 연구에서 사용된 표본 추출 방법과 수익 및 비용 산출 방법은 2003년도 환산지수 결정을 위해 수행되었던 '요양기관 종별 경영수지 분석자료에 의

한 원가분석연구'¹⁰⁾에서와 같은 방법을 사용하였다.

2.1. 연구 대상

우리나라 전체 치과의원을 연구 모집단으로 하였으며 표본 치과의원의 추출방법은 다음과 같다. 우선 지역(서울, 광역시, 시군면)과 치과의사 수(1인, 2인 이상)를 기준으로 6개 그룹으로 나누었다 (Group 1: 서울, 치과의사 1인; Group 2: 광역시, 치과의사 1인; Group 3: 시군면, 치과의사 1인; Group 4: 서울, 치과의사 2인; Group 5: 광역시, 치과의사 2인; Group 6: 시군면, 치과의사 2인). 각 6개 그룹을 건강보험공단으로부터 제공받은 "2001년도 1~10월 요양기관별 수진내역" 자료를 이용하여 요양급여진료비총액을 기준으로 상·중·하 범주별 각각 85백분위수, 50백분위수, 15백분위수를 정한 뒤 1: 2: 1의 비율로 확률화된 표본 추출을 시행하여 조사표 발송 대상 치과의원을 총 1,620 곳을 선정하였다.

2.2. 연구 방법

2.2.1. 설문조사방법

2002년도 9월부터 10월까지 6개 그룹별로 선정된 1,620개 치과의원을 대상으로 2001년 7월부터 2002년도 6월을 기준으로 수익과 비용을 조사하였다. 치과의사 2인 이상인 Group 4, 5, 6의 경우 응답률이 미미하고 전체 치과의원 중 비중이 작아 분석시에는 제외하였다. 분석대상에 포함된 Group 1, 2, 3의 총 1,497 곳의 치과의원 중 149개 설문이 분석에 이용되었으며 분석률은 약 10%였다.

2.2.2. 설문조사 내용

(1) 일반 현황

치과의원의 개원지역, 개원유형, 개원형태, 개원년수, 전공과목에 대하여 조사하였다.

(2) 수익

건강보험급여 및 비급여 수익액, 총 수익 중 건강보험 비급여수익 비율, 총 환자 중 건강보험환자 비율을 조사하였다.

(3) 비용

인건비를 고용의사인건비, 기타직 인건비로 나누어 집계하였고 재료비는 약제비, 의료소모품비, 보철기공료, 치과진료재료비로 나누어 집계하였으며, 관리비는 건물관련비용, 금융비용, 관리운영비, 인테리어 및 장비에 대한 감가상각비를 나누어 조사하였다. 관리운영비에는 직원회식비, 전력수도연료비, 우편전화인터넷사용료, 보안광고선전비, 보험료, 수선유지비, 접대비, 제세공과금, 도서인쇄비 및 재교육비, 차량유지비, 카드수수료, 세무기장료 및 적출물처리비 등의 항목이 조사되었다.

2.2.3. 경영수지 분석방법

(1) 수익 산출

수익의 경우 건강보험 급여수익과 건강보험 비급여수익, 건강보험이외의 수익(건강보험카드 미소지 환자나 교통·산재보험 대상자 수익)으로 나누어 조사하였으나 응답률이 저조하여 응답값을 직접 사용하기에 무리가 있었다.

따라서 건강보험 급여수익의 경우 객관적인 건강보험공단 자료를 이용하였고, 건강보험 비급여수익의 경우 응답한 급여수익 : 비급여수익 비율을 사용하여 추정하였다. 추정한 값을 일부 치과의원에 대하여 2차적으로 조사한 비급여 진료행위 빈도에 관행수가를 곱한 수익과 비교한 결과 큰 차이를 보이지 않아 신뢰성이 있다고 판단되었다. 건강보험이외의 의료수익의 경우 응답한 건강보험카드 미소지자나 교통·산재보험 대상자 수익의 비율을 사용하여 추정하였다.

(2) 비용 산출

비용 산출 전에 설문조사에 의한 인력, 장비, 진료면적 등을 국민건강보험공단의 요양기관현황통보서와 비교하고 이상치를 제거하였다. 총비용을 인건비, 재료비, 관리비로 나누되 각각을 조사표 상의 세부 항목별로 나누어 집계하였으며, 역시 그룹 및 범주별로 가중평균한 값을 산출하였다.

1) 인건비

인건비의 경우는 직원 인건비를 full time 및 part time 고용 치과의사, 치과위생사, 간호조무사, 치과기공사, 코디네이터, 사무행정직원 인건비 등으로 나누어 집계하였다. 원장치과의사 인건비는 다음 식과 같이 병원봉직의사평균 인건비 항목에 치과의사의 인건비 상대비를 곱한 값에 개원에 따른 기회비용을 합산해서 추정하였다. 직원 인건비에는 건강보험, 산재보험, 실업보험, 국민연금 등 사회보험료 포함하여 응답하도록 하였다.

원장치과의사 인건비

$$= \text{병원봉직의사평균인건비}^1 \times \text{상대비}^2 + \text{개원에 따른 기회비용}^3$$

- 1) 병원봉직의사 인건비는 조사대상 병원 소속 의사의 평균인건비(708만원)
- 2) 상대비: 의사, 치과의사, 한의사가 모두 종사하는 3개 대학병원(경희대병원, 원광대병원, 분당차병원)의 42세 부교수급 의사, 치과의사, 한의사의 인건비 상대비율(1:1:1)
- 3) 개원에 따른 기회비용: 원장의 자기자본금(치과의원 총비용의 50%로 추정)에 2002년 9월의 3년 만기 회사채 수익률인 6.06%를 적용해서 추계

2) 관리비

관리비는 건물임대료, 치과의원 관리운영비, 장비 및 인테리어 감가상각비 등의 항목으로 나누어 집계하였다. 건물임대료는 임대보증금, 월 임대료, 월 건물관리비 항목으로 세분해서 조사하였고, 건물이 본인 소유인 경우 타인에게 임대하였을 경우로 가정하

여 조사하였다. 임대비용은 보증금의 경우 10% 연리로 계산하였다. 관리운영비는 월 직원 회식비, 전력·수도·연료비, 통신비(우편, 전화, 인터넷 등), 보안비 및 광고선전비(간판비 포함), 보험료(화재 및 의료사고배상 등), 수선유지비, 도서인쇄비 및 재교육비, 치과의사회비, 접대비, 제세 공과금비, 소모품비, 차량유지비, 보험청구대행료·세무기장료·폐기물 처리비 등 기타로 세분해서 조사하였다. 감가상각비는 인테리어와 비품류의 경우 10년, 치과 의료장비 및 전산장비의 경우 5년 정액으로 산출하였다. 단, 50만원 이하의 장비인 경우 감가상각대상에 포함시키지 않았다.

3) 재료비

재료비의 경우 약제비, 치과진료 재료비, 의료소모품비, 보철기공료, 기타 재료비 항목으로 세분하여 집계하였다.

(3) 수익, 비용 및 의료수익률 산출

수익 및 비용은 각 그룹 및 범주별 중간값으로 나타낸 뒤 그룹 및 범주의 표본크기에 따라 가중을 주어 전체평균을 구하였다.

의료수익률은 아래의 식과 같이 계산하였다.

$$\text{의료수익률(\%)} = \frac{\text{월평균의료수익} - \text{월평균의료비용}}{\text{월평균의료수익}} \times 100$$

(4) 설문 자료 분석

조사된 자료는 SAS 8.02(SAS institute Inc., Cary, USA) 통계 패키지를 이용하여 분석하였다.

산출된 수익, 비용과 의료수익률을 그룹 및 범주별로 비교하기 위하여 two-way ANOVA 검정을 시행하였으며 다중비교를 위해 Duncan test를 하였다. 개원년수와 전공과목별, 교정이나 임플란트 진료여

부에 따른 비교를 위하여 one-way ANOVA 검정을 시행하고 다중비교를 위해서는 역시 Duncan test를 이용하였다.

3. 연구 성적

3.1. 조사된 치과의원 현황

조사대상 치과의원의 대부분이 대도시에서 개원하고 있었으며, 주택과 사무실 혹은 주택가와 상가 혼합지역이 많았다. 개원년수는 10년 미만이 절반 정도를 차지하였고, 개원형태는 타인에게서 인수하는 경우에 비해 신규설립이 80%로 많았으며 건물은 타인의 소유인 경우가 많았다. 본 설문에서는 응답 치과의사의 절반 이상이 교정이나 임플란트 진료를 한다고 대답하였으며, 수련과정을 거친 치과의사가 약 60%를 차지하였다.

3.2. 수익 산출

3.2.1. 그룹 및 범주별 수익

수익을 건강보험 급여수익, 건강보험 비급여수익, 건강보험이외 수익으로 나누어 산출한 결과 각각의 수익값은 730만원, 1,062만원, 167만원으로 나타났다(표 2).

건강보험 급여수익은 지역 및 건강보험 급여수익 정도에 따라 교호효과를 보이고 있었다. 다중비교 결과를 살펴보면 건강보험 급여수익이 '상'인 집단이 다른 집단에 비해 유의하게 높게 나타나고 있었으며, 지역적으로는 시군면과 중소도시가 서울에 비해서 대체적으로 높은 값을 보이고 있었다($p < 0.05$).

건강보험 비급여수익은 건강보험 급여수익이 '상'·'중'인 집단이 '하'인 집단에 비해 유의하게 높은 값을 보였다($p < 0.05$).

총수익은 지역에 따라 시군면·광역시와 서울에 비해 높은 값을 보이고 있었으며, 건강보험급여수익

표 1. 응답 치과의원 분포

	구 분	응답수(%)
개원지역	계	149(100.0)
	서울	66(44.3)
	광역시	28(18.8)
	시군면	55(36.9)
소재지	계	149(100.0)
	주택가	20(13.4)
	아파트단지	31(20.8)
	상가 및 사무실 지역	35(23.5)
	혼합지역	60(40.3)
	기타	3(1.1)
개원년수	계	141(100.0)
	5년 미만	42(29.8)
	5~10년	31(22.0)
	11~20년	51(36.2)
	21~30년	11(7.8)
	31년 이상	4(2.8)
교정·임플란트진료여부	계	149(100.0)
	진료함	83(55.7)
	진료하지않음	66(44.3)
수련과목	계	126(100.0)
	수련안함	60(47.6)
	보철·교정과목 수련	25(19.8)
	기타과목 수련	41(32.5)

에 따라서는 '상'·'중'·'하'인 집단별로 모두 유의한 차이를 나타내었다($p < 0.05$).

3.2.2. 개업년수별, 전공과목별 수익

개원년수와 전공과목별, 교정이나 임플란트 진료 여부에 따라 건강보험급여수익, 건강보험 비급여수익, 총수익을 산출한 결과를 표 3에 나타내었다.

개원년수를 5년 미만, 5~10년, 11~20년, 21년 이상으로 나누어 수익을 구성성분별로 비교한 결과 건강보험 비급여수익과 총수익은 집단간 유의한 차이가 없었으나 건강보험급여수익은 개원년수가 21년 이상인 경우 통계학적으로 유의하게 낮게 나타났다($p < 0.05$).

치과의사의 전공과목별로 비교하기 위하여 수련하지 않은 경우, 보철이나 교정 수련의 경우, 보철이

나 교정 이의 과목을 수련한 경우의 세 군으로 나누어 비교한 결과 건강보험비급여수익과 총수익은 집단간 유의한 차이가 없었으나 건강보험급여수익은 보철이나 교정과목 수련의 경우 통계학적으로 유의하게 낮게 나타났다($p < 0.05$). 교정이나 임플란트 진료여부의는 유의한 차이를 보이지 않았다($p > 0.05$).

3.3. 비용 산출

3.3.1. 그룹 및 범주별 비용

(1) 인건비

원장인건비의 경우 병원봉직의사평균인건비(708만원)에 개원에 따른 기획비용을 합산하여 추정된 결과 731만원으로 추계되었다. 원장인건비는 지역별, 건강보험 급여수익액별로 큰 차이를 나타냈으며

표 2. 그룹 및 범주별 수익 (만원/월)

그 룹		총수익	건강보험 급여수익 ¹⁾	건강보험 비급여수익 ²⁾	건강보험이의 의료수익 ³⁾
전 체		1,805	730	1,062	167
Group 1 (서울, 1인)	전체	1,513	515	1,012	0
	하	788	212	571	0
	중	1,586	506	1,113	0
Group 2 (광역시, 1인)	전체	2,085	836	1,251	0
	하	1,822	785	995	136
	중	1,635	448	1,016	621
Group 3 (시군면, 1인)	하	1,652	772	884	0
	중	2,347	1,148	1,197	0
	상	2,011	854	1,140	5
	하	1,152	519	634	212
	중	2,138	825	1,280	0
	상	2,615	1,249	1,368	0

1) 건강보험공단 총요양급여비용(2001년도 1~10월)의 월평균

2) 급여수익에 대해 조사된 급여수익:비급여수익 비율을 적용하여 추정한 수익

3) 건강보험카드미소지자, 교통 및 산재보험 대상자 관련 의료수익

표 3. 개원년수 및 전공과목별 수익 (만원/월)

그 룹		총수익	건강보험 급여수익	건강보험 비급여수익	건강보험이의 의료수익
개원 년수	~5년	1,966	793	1,170	3
	5~10년	1,941	749	1,184	8
	11~20년	2,003	735	1,242	26
	21년~	1,752	488	1,245	19
교정/임플란트진료	진료없음	1,972	743	1,212	17
	진료함	1,934	715	1,207	12
전공 과목별	수련안함	2,021	801	1,201	18
	보철교정	1,690	573	1,115	2
	기타	1,975	713	1,248	14

중소도시의 원장인건비가 서울지역 및 시군면에 비해 높은 값을 보였고, 건강보험급여수익액이 '상', '중'인 집단이 '하'인 집단에 비해 높은 값을 보였다($p < 0.05$). 고용직원의 인건비 경우 실제로 지급하는 인건비에 사회보험료를 포함하여 산출한 결과 241만원으로 나타났고 지역별, 건강보험수익액별 유의한 차이를 보이지 않았다($p > 0.05$). 총인건비는 972만원으로 그룹이나 상·중·하 범주와 상관없이 모두 비슷하게 나타났다.

(2) 관리비

관리비는 총 404만원으로 산출되었으며, 각각 임대비용 61만원, 관리운영비 255만원, 감가상각비 71만원으로 나타났다. 임대비용, 감가상각비가 지역별, 건강보험수익액별로 큰 차이를 보이지 않은 반면 관리운영비는 건강보험급여수익이 '상'인 집단이 다른 집단에 비해 유의하게 높게 나타나고 있었으며, 서울 지역의 건강보험급여수익이 '하'인 집단이 다른 집단에 비해 특히 낮게 나타나고 있었다(p

표 4. 그룹 및 범주별 비용 (만원/월)

그 룰		총비용		인건비	재료비	관리비
		원장인건비제외	원장인건비포함			
전 체		974	1,712	972	300	404
Group 1 (서울, 1인)	전체	919	1,655	960	295	402
	하	699	1,428	887	173	363
	중	1,011	1,749	996	364	410
	상	958	1,695	961	280	425
Group 2 (광역시, 1인)	전체	1,146	1,889	978	459	397
	하	1,056	1,796	959	450	291
	중	1,078	1,818	985	450	394
	상	1,373	2,123	981	486	510
Group 3 (시군면, 1인)	전체	906	1,642	977	203	410
	하	714	1,444	944	135	316
	중	932	1,668	981	170	437
	상	1,048	1,787	1,000	335	449

표 5. 개업년수 및 전공과목별 비용 (만원/월)

그 룰		총비용		인건비	재료비	관리비
		원장인건비제외	원장인건비포함			
개원년수	전 체	1,085	1,826	1,039	333	454
	~5년	1,108	1,850	1,070	298	482
	5~10년	1,077	1,818	1,042	332	444
	11~20년	1,100	1,842	1,026	365	450
	21년~	988	1,726	992	321	413
교정/임플란트진료	진료없음	1,089	1,830	1,027	314	489
	진료함	1,081	1,822	1,048	348	426
전공 과목별	수련안함	1,077	1,818	1,046	344	428
	보철교정	995	1,733	1,016	310	407
	기타	1,129	1,864	1,040	330	494

< 0.05).

(3) 재료비

재료비는 총 300만원으로 산출되었으며, 각각 약재비 18만원, 치과재료비 127만원, 보철기공료 129만원, 의료소모품비 21만원으로 나타났다. 재료비는 지역 및 건강보험급여수익에 따라 교호효과를 보이고 있었는데, 광역시의 집단이 다른 집단에 비해 높게 나타나고 있었다(p < 0.05).

(4) 총비용

총비용은 원장인건비를 제외했을 경우 974만원, 원장인건비를 포함했을 경우 1,712만원으로 나타났다. 총비용의 경우 원장인건비 포함여부와 상관없이 광역시(group 2)가 시군면(group 3)에 비해 유의하게 높았으며, 건강보험 급여수익이 낮은 '하' 범주가 '중', '상' 범주에 비해 유의하게 낮았다(p < 0.05).

3.3.2. 개업년수 및 전공과목별 비용

개원 년수와 교정이나 임플란트 진료여부, 전공과

표 6. 그룹 및 범주별 의료수익률(%)

그 룹		의료수익률	
		원장인건비제외	원장인건비포함
전 체		43.1	-2.5
Group 1 (서울, 1인)	전체	31.1	-26.7
	하	4.4	-82.4
	중	33.0	-17.0
	상	54.0	9.7
Group 2 (광역시, 1인)	전체	40.0	-2.2
	하	40.6	-5.2
	중	33.6	-13.3
	상	52.3	23.2
Group 3 (시군면, 1인)	전체	53.9	15.1
	하	37.7	-25.7
	중	60.4	28.8
	상	56.9	28.4

목별로 나누어 비용의 구성성분-인건비, 재료비, 관리비-을 나타내었고, 총비용을 원장인건비를 제외한 경우와 포함한 경우로 나누어 표 5에 제시하였다. 비용의 경우 개원년수별, 교정이나 임플란트 진료여부, 전공과목별로 비교하였을 때 유의한 차이를 나타내지 않았다($p > 0.05$).

3.4. 의료수익률 산출

3.4.1. 그룹 및 범주별 의료수익률

치과의원의 경우 의료수익이외의 기타수익이나 특별수익은 거의 없다고 보아도 무방하다고 판단되며 따라서 의료수익률만으로 치과의원 경영실태를 분석하였다.

원장인건비를 포함하여 의료수익률을 계산한 결과 서울지역은 -26.7%로 수익이 본 보고서에서 추정 한 원장인건비에 못미치는 것으로 나타났고, 광역시는 원장인건비에 준하는 의료수익을 나타내고 있었으며, 시군면의 경우는 15.1%로 원장인건비보다 더 많은 의료수익을 나타내었다(표 6).

원장인건비를 포함한 의료수익률을 지역 및 건강보험 급여수익에 따라 비교한 결과 시군면 및 광역시가 서울지역에 비해 유의하게 높게 나타났으며,

상·중·하 범주의 순으로 유의하게 높게 나타났다($p < 0.05$). 원장인건비를 제외하였을 경우의 의료수익률은 지역 및 건강보험수익에 따라 독립적으로 유의한 차이를 나타내었다. 지역별로는 시군면·광역시·서울의 순으로 유의하게 높게 나타났고, 건강보험수익에 따라서는 상범주가 하범주에 비해 유의하게 높았다($p < 0.05$).

3.4.2. 개원년수 및 전공과목별 의료수익률

개원년수에 따라 의료수익률을 비교한 결과 원장인건비를 포함하여 의료수익률을 비교하였을 때 개원년수가 21년 이상일 경우 유의하게 낮은 의료수익률을 나타내었다($p < 0.05$). 교정이나 임플란트 진료여부에 따른 의료수익률은 큰 차이를 보이지 않았다($p > 0.05$). 전공과목별로 나누어 비교하였을 때 수련하지 않거나 보철 혹은 교정을 제외한 다른 과목을 수련한 경우에 비해 보철이나 교정과목을 수련한 경우 의료수익률이 유의하게 더 낮게 나타났다($p < 0.05$).

표 7. 개원년수 및 전공과목별 의료수익률(%)

구 분	의료수익률		
	원장인건비제외	원장인건비포함	
개원년수	~5년	35.3	-7.9
	5~10년	36.4	-8.9
	11~20년	38.1	-5.2
	21년~	35.9	-17.8
교정/임플란트진료	진료없음	36.7	-6.8
	진료함	36.7	-9.0
전공 과목별	수련안함	39.9	-2.9
	보철교정	29.9	-22.5
	기타	36.1	-7.9

4. 고 찰

본 연구는 기존 연구⁹⁾에 비해 인건비, 재료비, 관리비에 대하여 세부항목별로 치과의원의 실제 비용을 조사하였다는 점에서 의의가 있다. 또한 표본 치과의원의 대표성 확보를 위하여 사전에 개원지역별, 건강보험 청구액별로 확률화된 표본 추출을 시도하였고 수익률 산출시 각 그룹 및 범주별 가중평균을 이용함으로써 보다 신뢰성 있는 경영실태 분석을 수행하고자 하였다. 그리고 건강보험 급여수익의 경우 국민건강보험공단으로부터 객관적 수익 자료를 수집하여 이용하였고 건강보험 비급여 수익과 건강보험 이외 수익의 경우 수익비를 이용하여 추정함으로써 가능한 객관적으로 수익을 추계하고자 하였다.

총수익의 경우 지역별로 비교하였을 때 서울에 비해 광역시나 시군면이 높았으며, 건강보험급여수익액별로 비교하였을 때 '상', '중', '하'의 순으로 총수익이 유의하게 높게 나타났다. 건강보험 비급여수익의 경우 지역별 차이는 나타나지 않았으나 역시 건강보험 급여수익이 높은 '상' 범주의 치과의원의 경우 건강보험 비급여수익도 높은 것으로 나타났으며, 건강보험급여수익이 낮은 경우 건강보험 비급여수익도 낮게 나타났다. 이는 건강보험 급여 진료 빈도가 많을수록 건강보험 비급여 진료 빈도도 함께

많아졌기 때문으로 생각할 수 있으나, 비급여 진료를 주로 하는 치과의원의 경우 비급여율에 대해 낮게 응답하거나 무응답한 비율이 높아서 나타난 결과일 수도 있다. 특히 보철이나 교정과목을 전공한 경우 건강보험 급여수익이 유의하게 낮게 나타났으나 건강보험 비급여수익은 비슷하게 나타났으며, 교정이나 임플란트 진료를 한다고 응답한 경우에도 진료하지 않는다고 응답한 치과의원에 비해 건강보험 비급여수익은 비슷하였던 점도 이를 뒷받침한다.

비용을 구성성분으로 나누어 보았을 때, 고정성 비용인 인건비, 관리비 항목의 경우 지역이나 건강보험 급여수익 정도와 상관없이 비슷하였으나 유동성 비용인 재료비 항목의 경우 서울 및 광역시가 시군면에 비해 높았으며, 건강보험 급여수익이 낮은 경우 재료비가 적게 나타났으나 그 차이는 크지는 않았다. 총비용은 지역별로 시군면이 광역시에 비하여 낮게 나타나고 건강보험 급여수익이 낮은 집단이 다른 집단에 비해 유의하게 낮게 나타났다. 총비용이 시군면에서 낮게 나타난 이유는 재료비 절감 때문으로 보인다. 개원년수별이나 교정 혹은 임플란트 진료 여부, 전공과목별로는 총비용이나 세부 비용항목(인건비, 관리비, 재료비)별로 차이가 없는 것으로 나타났다.

치과의원의 평균의료수익률은 원장인건비를 포

함했을 때 -2.5%로 나타났다. 이는 치과의원들이 본 연구에서 추정한 원장인건비(평균 731만원)에 약간 못미치는 정도의 의료 수익을 평균적으로 올리고 있다는 것을 의미한다. 의료수익률은 지역별, 건강보험수익액별로 큰 차이를 나타냈는데, 지역별로는 시군면 > 광역시 > 서울의 순이었고, 건강보험 급여수익액별로 상 > 중 > 하의 순으로 높은 의료수익률을 나타내었다. 이는 시군면의 경우가 총수익은 높고 총비용은 낮게 나타나며, 서울의 경우 총수익이 낮고 총비용은 높게 나타나기 때문이다. 시군면에서의 비용의 절감은 재료비의 측면에서 나타났다. 한편 의료수익률이 비급여 진료 행위 빈도가 높을 것으로 판단되는 보철이나 교정 전공을 한 경우에서 그렇지 않은 경우에 비해 오히려 낮았던 것은 앞서 언급했듯이 비급여 수익에 대한 응답의 신뢰성 문제 때문으로 여겨진다.

따라서 비급여 진료 수익 조사 결과의 신뢰성을 더욱 확보할 수 있는 방법 마련이 추후 연구에서는 필요하다고 판단되었다. 최근 신용카드 결제 비율이 높아지고 있으므로 수년 내에 신용카드 사용 비율이 대부분을 차지하게 될 것으로 기대되고 이때 비급여 수입에 대한 재조사가 이루어져야할 것으로 생각된다. 또한 앞으로 의료시장개방 등 의료환경 변화에 따라 치과의원의 수익 및 비용구조, 의료수익률의 변화에 관한 연구 역시 요구될 것으로 사료되었다.

5. 결 론

본 연구에서는 치과의원에 대한 객관적 수익 및 비용 조사를 통해 합리적 경영 평가를 수행하고자 하였으며, 확률화된 표본 추출을 통해 선정된 치과의원 149곳에 대한 설문을 분석하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 치과의원의 월평균 총수익은 1,805만원으로 나타났다으며, 구성성분별로 살펴보면 건강보험 급여수

익이 730만원, 건강보험 비급여수익이 1,062만원, 건강보험 이의수익이 167만원으로 산출되었다.

총수익은 개원지역별로 시군면과 광역시가 서울에 비해 높았으며, 건강보험 급여수익이 높을수록 총 수익도 높게 나타났다. 총수익은 개원년수별, 교정이나 임플란트 진료여부, 전공과목별로 비교했을 때는 유의한 차이가 없었으나 건강보험 급여수익은 개원년수가 21년 이상의 경우나 보철이나 교정과목 수련의 경우에서 낮게 나타났다.

2. 치과의원의 월평균 총비용은 원장인건비를 포함하여 산출할 경우 1,712만원으로 나타났으며, 구성성분별로 살펴보면 인건비가 972만원, 재료비가 300만원, 관리비가 404만원으로 나타났다. 단, 본 연구에서 원장인건비는 병원봉직의사평균 인건비(708만원)에 개원에 따른 기회비용을 합산하였으며 731만원으로 추계하였다.

총비용은 개원지역별로 광역시가 시군면에 비해 높았으며, 건강보험급여수익이 낮은 경우 총비용도 낮게 나타났다. 비용은 개원년수별, 교정이나 임플란트 진료여부, 전공과목별로 비교했을 때는 유의한 차이가 없었다.

3. 치과의원의 평균의료수익률은 원장인건비를 고려했을 때 -2.5%로 나타났고, 서울지역이 -26.7%, 광역시가 -2.2%, 시군면이 15.1%로 나타났다. 평균의료수익률은 건강보험급여수익이 높은 경우가 낮은 경우에 비해 높았다. 개원년수별로는 21년 이상일 경우 낮은 의료수익률을 나타내었으며 보철이나 교정과목을 수련한 경우가 수련하지 않거나 다른 과목을 수련한 경우에 비해 더 낮게 나타났다.

현재 우리나라 치과의원의 수익구조는 건강보험 비급여수익 비중이 크고, 비용구조는 인건비와 관리

비 등 고정비용의 비중이 큰 것으로 파악되었다. 또한 치과의원의 의료수익율은 서울<광역시< 시군면의 순으로 높게 나타났으며 전체적으로는 원장인건비에 준하는 수준의 수익을 올리고 있었다.

앞으로 의료시장개방 등 의료환경 변화에 따른 경영실태의 변화에 관한 연구가 요구될 것이며 의료보험 비급여수익에 대해 신뢰성을 더욱 확보할 수 있는 방안이 필요하다고 사료된다.

참 고 문 헌

1. 양봉민, 권순만, 김진현 외 4인. 치과 요양급여비용 제약제에 대한 연구. 서울대학교 보건대학원, 한국구강보건의료연구원;2000:64.
2. 권호근, 이태수, 김권수, 조본경, 김영남, 임소정. 한국과 주요선진국의 치과의료수가체계에 대한 비교분석. 연세대학교 치과대학 예방치과학교실;1998:5-12.
3. 손명세, 권호근, 박은철외 12인. 치과의료서비스 상대가치 개발. 연세대학교 보건정책 및 관리연구호, 한국보건의료관리연구원;1996:1-3.
4. 김한중, 손명세, 박은철외 31인. 의료보험 수가구조개편을 위한 상대가치 개발. 연세대학교 보건정책 및 관리연구소, 한국보건의료관리연구원;1997.
5. 유승흠, 김한중, 조우현 외 6인. 의료보험 수가구조개편을 위한 3차년도 연구 - 의료이용 조정기준의 개발과 의료보험 진료수가분류 개편안에 대한 상대가치 산출을 중심으로. 연세대학교 보건정책 및 관리연구소;1999.
6. 김한중, 손명세, 박은철 외 9인. 의료보험 수가구조개편을 위한 2차년도 연구 - 의료보험 경제지수 개발과 의료보험 진료수가 분류체계 개선을 중심으로 -. 연세대학교 보건정책 및 관리연구소;1998.
7. 최병호, 신영석, 신현웅, 최현미. 상대가치 행위수가의 적정성 평가와 상대가치 고시점수 조정방안. 한국보건사회연구원;2001:96-101.
8. 안태식, 오동일, 이운태 외 5인. 병·의원경영수지분석자료에 의한 원가분석 연구. 서울대학교 경영연구소;2001:111-203.
9. 황인정, 이종찬, 김병조, 이창은. 대한치과의사협회 정책능력강화를 위한 전략개발. 대한치과의사협회;1999:41-69.
10. 권호근, 김영남, 정기호 외 5인. 요양기관 종별 경영수지 분석 자료에 의한 원가분석연구: 치과 의원부문. 서울대학교 경영연구소, 연세대학교 보건정책 및 관리연구소, 한국보건산업진흥원, 한국보건사회연구원;2002:175-222.

Abstract

The accounting and financial analysis study of dental clinics in Korea

Young-Nam Kim, Ki-Ho Chung, Ho-Keun Kwon

Department of Preventive and Public Health Dentistry, College of Dentistry, Yonsei University

Key words: dental clinics, financial performance, profit-income ratio

This study is to investigate financial performance at dental clinics from collecting objective data of income and cost. The data were collected from 149 dental clinics by stratified randomized sampling method.

The results are as follows;

1. The total income is about 18,050 thousand won on a monthly average, composed of 7,300 thousand won from health insurance payment and 10,620 thousand won from out-of-pocket payment and 1,670 thousand won from uninsured patient or other insurance payment.
2. The total cost is 17,120 thousand won on a monthly average, composed of 9,720 thousand won in labor cost including director's cost, 3,000 thousand won in material cost, and 4,040 thousand won in management cost. The director's labor cost is estimated at 7,310 thousand won.
3. The average dental profit-income ratio is -2.5%. The ratio by region is -26.7% in Seoul, -2.2% in large cities, and 15.1% in small cities or counties or towns.

Nowadays income of dental clinics is dependent of out-of-pocket payment, and most cost is composed of fixed cost same as labor and material cost. And the dental profit-income ratio is near by 0%. It means that the average directors in dental clinics make profits equal of labor cost estimated in this study.

In the future, the study of comparison of financial performance before and after the opening of medical market will be needed. And we'll be able to use this study as baseline data.