

診療費割引制度의 役割

	I. 序 論
目	II. 診療費割引制度
	III. 診療費割引과 供給者
次	IV. 診療費割引과 消費者 選擇
	V. 結 論

I. 序 論

醫療人力의 증가와 더불어 最近 醫療市場에서 일어나고 있는 현상 중의 하나는 診療費割引制度이다. 診療費割引制度는 기존의 獨寡占的 醫療市場에서 競爭을 촉진시켜 診療費의 引下와 醫療서비스의 供給量增加를 가져오고 있다. 이에 關한 體系的 研究는 梁奉玟·金鎮暉의 論文, 「診療費割引行爲의 經濟分析」(1986)에서 처음으로 행해진 바 있으며, 梁·金은 診療費割引行爲의 發生原因이 均衡酬價보다 높은 現行 醫療酬價制度下에서 利潤極大化를 追求하는 개별 病 院에 의한 市場行動의 結果이며 이 제도를 확대시키는 것이 市場成果(Market Performance) 면에서 바람직하다고 주장하고 있다.

醫療人團體들은 이러한 할인 행위를 저지하는 한편, 醫療酬價의 全般의 引上을 강력하게 要求하고 있다. 그러나 醫療酬價의 引上을 要求하고 있는 醫療人團體 内部에서 바로 이러한 割引行爲가 일어나고 있다는 데 대해 注目하는 사람은 그리 많지 않다. 이와 같은 二律背反的 行動이 共存할 수 있는 理由에 대해 梁·金은 供給者(provider)間的 상호의존성(interdependency)에 초점을 맞추어 說明하고 있다.

本稿에서는 이 制度가 病醫院의 運營에 미치는 영향과, 醫療保險과 關連한 消費者의 選擇에 關한 問題를 중점적으로 살펴보고자 한다. 특히 이 제도는 기존의 醫療市場이 의료서비스를 充足시켜 주지 못하고 있는 계층에 보다 낮은 診療費를 부과함으로써 의료서비스에 대한 接近을 용이하게 한다는 점에서 醫療保險制度의 보완적 장치로서 생각해 볼 만한 制度이다.

*서울大學校 保健大學院 教授.

**서울大學校 保健大學院.

이 제도에 관한 研究의 利點은, 全國醫療保險의 일환으로 1988년부터 시행되는 農魚村地域의 醫療保險擴大實施에 대한 타당성의 事前評價라는 意味도 가지고 있다는 데 있다. 정부의 계획대로 농어촌지역에 의료보험을 全面的으로 實施했을 경우에 과연 지역 주민들이 이를 저항 없이 收容할 것인가는 중요한 관심사가 아닐 수 없다. 뿐만 아니라 의료보험의 운영이 組合主義로 실시될 경우 상대적으로 영세한 농어촌지역의 의료보험조합들은 적자운영이 예상되며, 따라서 이들 지역의 病醫院들도 赤字의 위험을 안게 된다. 만약 이러한 사태가 발생하게 되면 全國民醫療保險은 중대한 난관에 봉착하지 않을 수 없을 것이며 정부가 막대한 財政的 支援을 하지 않는 한 새로운 制度의 發生이 要請될 것이다. 本稿에서 설명하고 있는 診療費割引制度는 새로운 制度로써 우리가 생각해 볼 수 있는 것 중의 하나가 될 수 있다.

本稿의 展開順序를 보면 제 2 장에서는 診療費割引制度를 개괄적으로 살펴 본 다음 제 3 장에서는 이것이 病醫院의 운영에 어떤 영향을 미치는가를 分析한다. 제 4 장에서는 診療費割引制度가 消費者選擇에 있어서 어떤 역할을 하는가를 分析하며 마지막으로 제 5 장에서 要約 및 結論을 내린다.

II. 診療費割引制度

현재 診療費割引制度를 운영하고 있는 대표적 단체들로서는 「한국기독교 복음선교본부」, 「한국기독교 멸공협의회」, 「대한 반공 청년회」, 「한국 불교 태고종」, 「대한 불교 법상종」, 「서울 카톨릭 사회복지회」등이 있고 이 밖에도 農協에서 실시하고 있는 「診療費代支給制度」가 있다. 이들 단체들은 일정한 要件下에서 회원을 모집, 의료기관과 계약을 맺어 割引診療行爲를 하고 있다.

「서울 카톨릭 사회복지회」의 경우를 보면 서울 및 수원교구 관할지역의 카톨릭 信者를 대상으로 1인당 月 保險料 2,700원, 加入費 5,000원 그리고 酬價는 의료보험수가에 준하여 회원을 모집한 결과, 현재 가입자가 77,000명에 달하고 있으며, 割引診療契約을 맺은 병원은 6개의 대학병원을 포함하여 430개에 이르고 있다. 이를 서울시의 의료보험관리공단의 資料와 비교해 보면 공단의 경우는 月平均 保險料 3,870원 하에서 피보험대상자가 430만여 명으로서 그 保險料가 「카톨릭 사회복지회」의 保險料보다 1,200원 가량 비싸다는 것을 알 수 있다.

農協의 경우는 위와는 달리 醫療保險이 아닌, 단순한 診療費割引制度를 운영하고 있다. 農協은 농협의 생명보험에 가입한 農民을 상대로 진료비를 일정기간 대신 납부해 주는 「診療費

「代支給制度」를 1984년부터 실시하고 있는데 이 制度下에서 농민은 진료비의 전액을 본인이 부담하기는 하나 그 酬價가 制度保險酬價와 일치하고 또 진료를 받은 달(月)의 다음 달 말일까지 진료비 납부를 유예받을 수 있으며 유예기간을 넘길 경우에도 과태료가 銀行金利水準이기 때문에 농민의 실질적 부담은 一般酬價를 적용받을 때보다 훨씬 경감된다. 그 결과 農協이 1986년부터 진료비 한도액을 引上하고 진료보증카드 발급요건을 완화하면서부터 그 수요가 급속히 증가하고 있다. 농협중앙회에 따르면 1985年末까지의 진료보증카드 발급건수는 모두 10,430件에 불과했으나 1986年末에는 195,169件으로 1年동안 무려 19倍의 증가를 보였다. 이와 함께 診療費代納額도 1985年의 1억 2천만원(270件)에서 5억 6천만원(1,675件)으로 대폭 증가하였다.

농협이 농민을 상대로 실시하고 있는 의료관계사업에는 이 외에도 「入院共濟」가 있는데 이는 보통의 의료보험과 그 성격이 동일하며, 농민의 부담정도는 「診療費代支給制度」보다도 낮다. 그럼에도 불구하고 오히려 後者를 選好하는 농민이 더 늘어나고 있는 실정이다. 이에 대한 자세한 論義는 제 4 장에서 이루어 질 것이다.

진료비할인제도에 관한 보다 심층적인 分析은 아직 정리된 資料가 없어 어려운 상황이나 앞에서 열거한 두가지 例에서 이 제도가 가지는 社會厚生的 意味는 충분히 있음을 알 수 있다.

Ⅲ. 診療費割引과 供給者

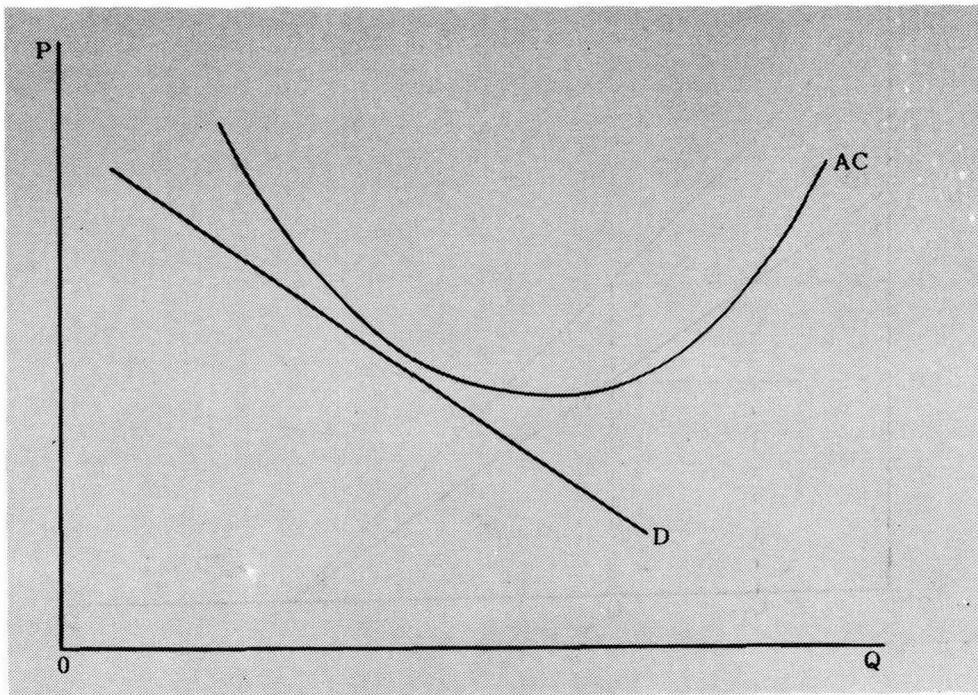
前章에서 언급한 바와 같이 최근 성행하고 있는 診療費割引이 의료서비스의 공급자들에게 受容되는 원인과 그것이 공급자들 相互間의 의존성에 미치는 영향에 대해서는 이미 梁·金의 論文(1986)에서 자세히 論義된 바가 있으므로 여기에서는 診療費割引이 供給者의 病醫院 運營에 미치는 財務的 效果에 대해 중점적으로 살펴보고자 한다.

정부가 차관을 도입하여 의료시설이 落後된 지역, 특히 農魚村地域에 새로이 현대적 병원시설을 도입하였으나 협소한 지역의료시장으로 인하여 赤字를 면치 못하는 경우가 많다. 이런 현상은 도심지의 병원에서도 종종 일어난다. 이것은 현대적 병원시설이 갖는 높은 資本集約度로 인해 病院의 最小效率規模(minimum optimal scale)가 매우 큰 반면 수요는 부족하여 병원의 현상유지에 절대적으로 필요한 平均可變費用의 회수조차 불가능하기 때문이다. 資本集約도가 높고 전문의료인력을 갖춘 病院이 제공하는 의료서비스에 대한 市場需要가 부족하다는 것은 이 病院의 平均費用曲線이 수요곡선을 상회하고 있어서 기존의 수요 하에서는 정상적인 운영이

불가능하다는 것을 의미한다. 이러한 상황을 그림으로 표시하면 <그림 1>과 같다.

<그림 1>에서 D는 이 病院이 직면한 需要曲線으로서 모든 需要量水準에서 平均費用曲線의

Figure 1. Economic Loss from Insufficient Demand
 需要不足과 赤字運營



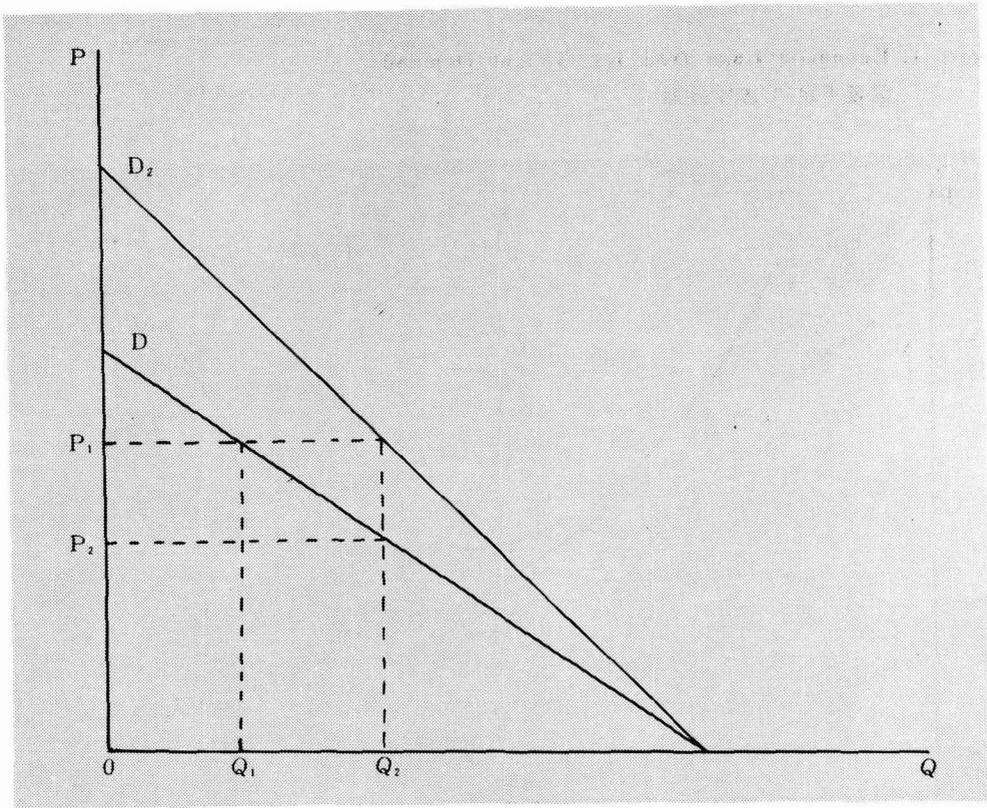
아래쪽에 위치하고 있기 때문에 어떤 價格을 책정하더라도 陽(+)¹⁾의 利潤을 얻을 수 없음은 물론 平均可變費用의 확보도 불가능하므로 赤字運營이 불가피해 진다. 그러나 이 病院이 診療費割引制度和 같은 類似醫療保險을 적극적으로 受容하게 되면 극단적인 경우 平均費用보다 낮은 診療費水準에서도 超過利潤의 발생이 가능하게 된다. 이것을 증명해 보자.

分析의 편의를 위해 制度保險을 分析의 대상에서 제외시키고 一般酬價와 割引酬價만을 고려한다. 할인진료의 확대는 기존의 수요보다 가격탄력성이 낮은 신규수요를 창출하는데 이 때의 需要曲線의 기울기가 더 커지는 理由에 대해 우선 살펴보도록 하자.

다음의 <그림 2>에서 D는 診療費割引制度에 가입하기 以前 一般酬價下에서의 需要曲線이

Figure 2. Demand Curve under Price Discount

診療費割引制度下에서의 需要曲線



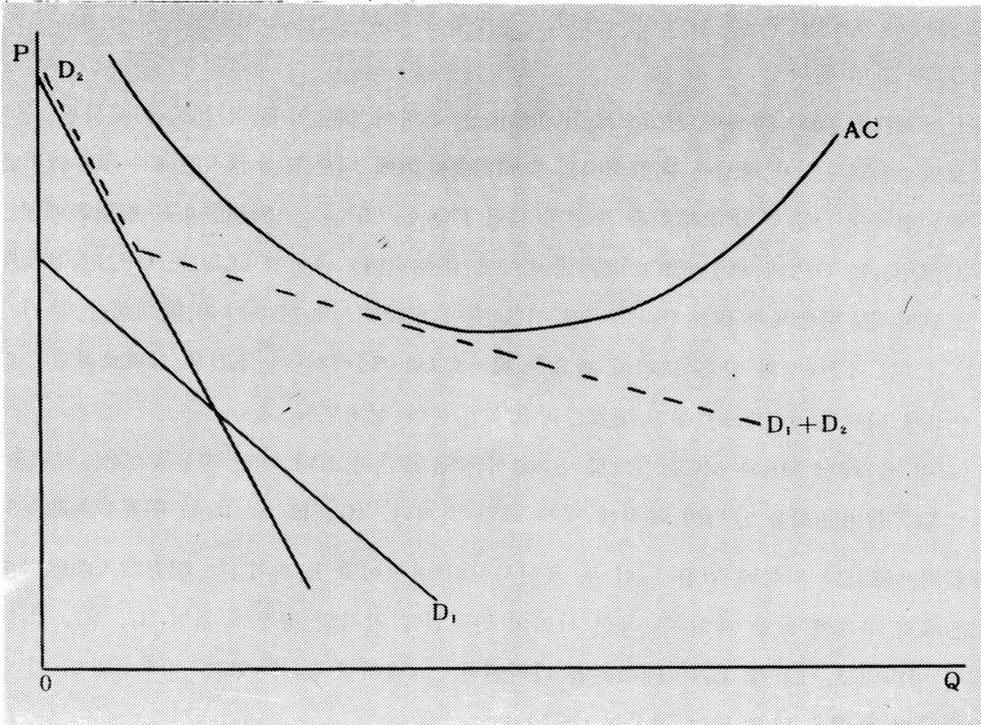
고 D_2 는 診療費割引制度에 加入한 후의 가입자들에 의한 需要曲線을 나타낸다. 진료비할인제도 하에서 본인부담비율이 OP_2/OP_1 으로 정해진다면 OP_1 의 診療費에 대해 본인이 부담하게 되는 진료비는 OP_2 이다. OP_2 의 본인부담 진료비 수준에서 실제로 需要되는 의료서비스의 量은 OQ_2 이다. 그런데 病院이 수취하게 되는 의료서비스의 價格은 OP_1 이므로 病院의 입장에서 본 수요곡선은 D_2 가 된다. 즉 할인진료에 대한 수요곡선은 일반진료에 대한 수요곡선을 본인부담비율(OP_2/OP_1)만큼 시계방향으로 회전시킨 D_2 가 된다. 이제 새로운 수요곡선 D_2 를 일반진료에 대한 수요곡선 D_1 과 합치면 전체적인 수요곡선은 <그림 3>의 (D_1+D_2) 와 같이 나타낼 수 있다. 全體需要曲線도 平均費用曲線의 아래쪽에 위치하므로 진료비를 어떤 수준으로 策定하더라도 이 病院은 현상유지가 힘들게 된다. 진료비할인제도의 도입으로 D_2 에 해당하는 新規需要가 창출되었지만 割引酬價의 水準이 平均費用曲線 아래에 위치하고 따라서 이 病院이

어떠한 診療費를 책정하더라도 주어진 供給量水準에서 단위당 진료비수준이 단위당 비용(平均費用)보다 낮기 때문에 순손실이 발생하게 되고 병원은 赤字運營을 면치 못하게 된다.

그러나 이 병원이 진료비의 策定方法을 달리하면 <그림 4>에서 볼 수 있는 바와 같이 <그림 3>과 同一한 條件下에서도 陽(+의 利潤을 누릴 수 있는 可能性이 있다. 이 病院이 利潤極大化의 原理에 따라 全體需要曲線($D_1 + D_2$)의 限界收入曲線($MR_1 + MR_2$)와 限界費用曲線(MC)가 만나는 점에서 總供給量 OQ_2 를 결정한 다음 一般患者間에 적절히 配分하는 경우를 고려해 보자.

이제 總供給量 OQ_2 를 OP_1 의 一般酬價로 OQ_1 만큼 一般患者에게 配分하고, OP_2 의 割引酬價로 Q_1Q_2 만큼 割引患者에게 配分한다면 割引患者에 대해서는 비록 B(오른쪽으로 빗금친 부분)만큼의 損失이 발생하지만 一般患者에 대해서는 A(왼쪽으로 빗금친 부분)만큼의 利潤이 발생하므로 A가 B보다 큰한도에 있어서는 全體的으로 陽(+의 純利潤이 발생한다.

Figure 3. Total Demand Curve
全體需要曲線



예컨대 供給量 單位當 平均收入이 CQ_2 가 되면 單位當 CE만큼의 純利潤이 발생한다. 결국 이 병원은 平均費用보다 낮은 진료비를 책정하고도 흑자운명을 할 수 있는 것이다. 물론 이때의 진료비 책정은 差別的으로 이루어져야 한다.

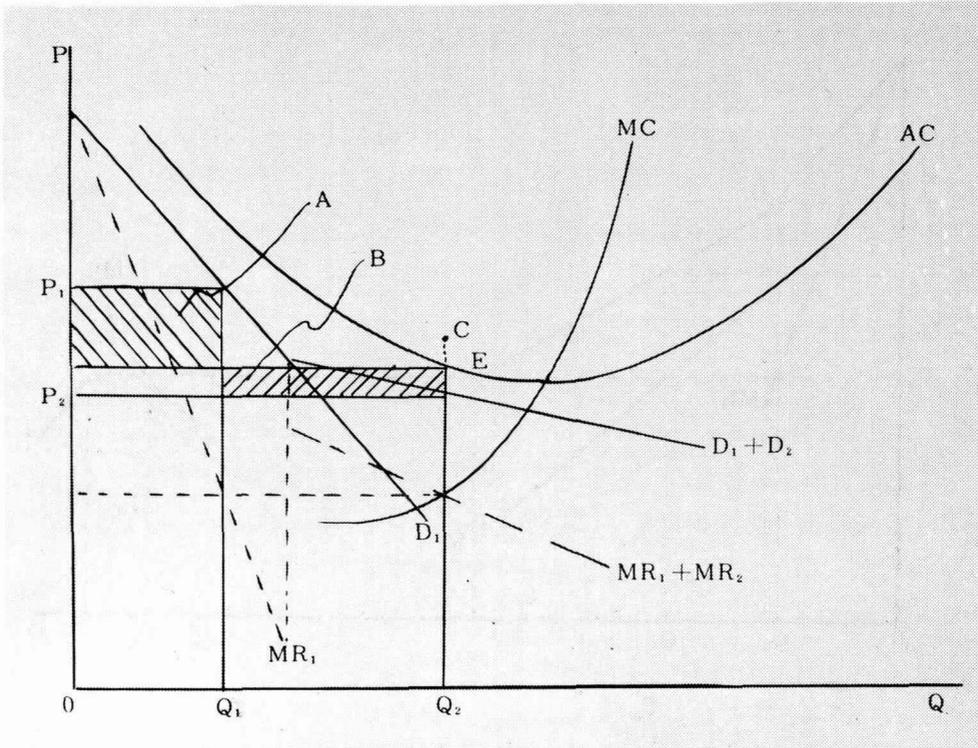
여기서 한가지 생각해 보아야 할 것은 割引診療行爲에 대해서는 항상 損失을 보는데도 불구하고 割引診療行爲를 받아들이는 理由이다. 그것은 할인진료의 확대로 總供給량을 늘리게 되면 規模의 經濟에 의한 費用下落의 效果를 충분히 얻을 수 있기 때문이다. 다시 말해서 割引診療의 도입에 따라 낮은 할인수가로 인해 손실이 발생하지만 割引診療行爲에 대한 新規供給量만큼 전체 供給량을 증가시키는 데 따른 平均費用의 下落이 損失보다 더 크다는 것이다. 따라서 一般患者에 의한 需要가 충분하여 일반환자만으로도 초과이익을 누리고 있는 병원이라 할지라도 割引診療行爲가 가져다 주는 利益의 減少보다 規模의 經濟에 의한 費用下落이 더 크다면 割引診療를 당연히 받아들일 것이다.

이제 假定을 완화하여 制度保險의 存在를 고려하여 醫療市場이 一般患者, 割引患者 및 制度保險患者의 셋으로 분할되어 있다고 가정하자. 制度保險酬價는 一般酬價나 割引酬價보다 낮게 책정되어 있고 또 政府가 統制하고 있는 상황이므로 制度保險患者에 대한 需要曲線은 統制價格水準에서 水平인 수요곡선이 된다. 이 수요곡선을 D_3 라고 하면 市場全體의 수요곡선은 〈그림 5〉와 같이 된다.

이 상황에서 前과 同一한 方法으로 差別價格을 통하여 病院이 陽의 利潤을 획득할 수 있음을 보일 수 있다. 이 병원은 醫療市場의 全體需要曲線에 대한 限界收入曲線과 限界費用曲線이 만나는 점에서 OQ_3 의 總供給량을 決定한 다음 OQ_1 은 OP_1 의 一般酬價로 一般患者에게 供給하고, Q_1Q_2 는 OP_2 의 割引酬價로 割引患者에게 供給하며, 나머지 Q_2Q_3 는 OP_3 의 制度保險酬價로 制度保險患者에게 供給한다. 이때 이 病院이 全體的으로 陽(+)¹⁾의 純利潤을 얻기 위해서는 〈그림 4〉에서와 같은 조건이 필요한 데, 〈그림 5〉에서 이 조건을 살펴보면 그림이 복잡하게 되므로 平均分析 대신 限界分析을 使用하여 살펴보자.

〈그림 6〉에서 MR과 MC는 〈그림 5〉에서와 동일한 것인데 다만 수요곡선을 제거하고 그 대신 限界費用曲線을 分析의 목적에 맞게 그린 것이다. R_1, R_2 및 R_3 는 限界收入曲線이 限界費用曲線보다 위쪽에 있을 때의 두 곡선사이의 면적이고 L_1 과 L_2 는 限界收入曲線이 限界費用曲線의 아래에 있을 때의 두 곡선 사이의 면적인데 각각의 경우에 있어 R_1, R_2, R_3 는 純利潤을 나타내고, L_1 및 L_2 는 純損失을 나타낸다. 그림에서 볼 수 있는 바와 같이 이 病院이 陽(+)¹⁾의 利潤을 얻게 되는 경우는 全體的으로

Figure 4. Effect of Price Discrimination on Hospital Profitability
 診療費差別과 病院運營

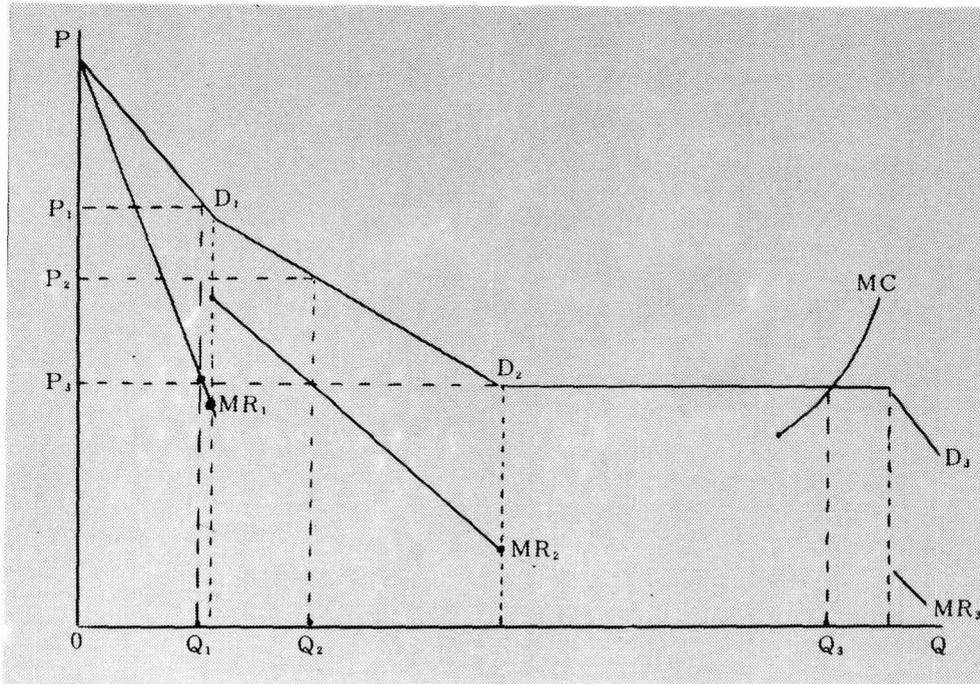


$$\sum_{t=1}^3 R_t > \sum_{t=1}^2 L_t$$

가 성립할 때이다. 이 조건이 意味하는 바는 앞에서와 마찬가지로 一般患者 및 制度保險患者 단으로 구성된 기존의 의료시장에 새로이 診療費割引制度를 도입할 경우 낮은 割引酬價로 인해 발생하는 損失의 증가보다 供給量增大에 따른 費用下落이 더 크다면 기존의 醫療市場에서 赤字運營을 면치 못하는 병원도 黑字運營으로 전환이 가능하다는 것이다. 더우기 <그림 6>에 서 볼 수 있는 바와 같이 R_2 가 충분히 크다면 制度保險患者로부터 발생하는 損失을 보상할 수도 있다. 그러나 差別酬價의 실시로 흔히 一般酬價는 상승하는 경향을 가지게 되므로 一般患者에게는 바람직하지 못한 영향을 미치게 된다. 一般患者는 대체로 所得水準이 낮거나 아니면 일정한 團體에 속하지 못한 小規模의 自營業主나 失業者가 대부분이다. 그러므로 일반수가의 상승이란 것은 行평의 원칙에서 보면 결코 바람직한 현상이 아니라, 뿐만 아니라 限界費用이

Figure 5. Effect of Price Discrimination on Hospital Profitability

診療費差別과 病院運營



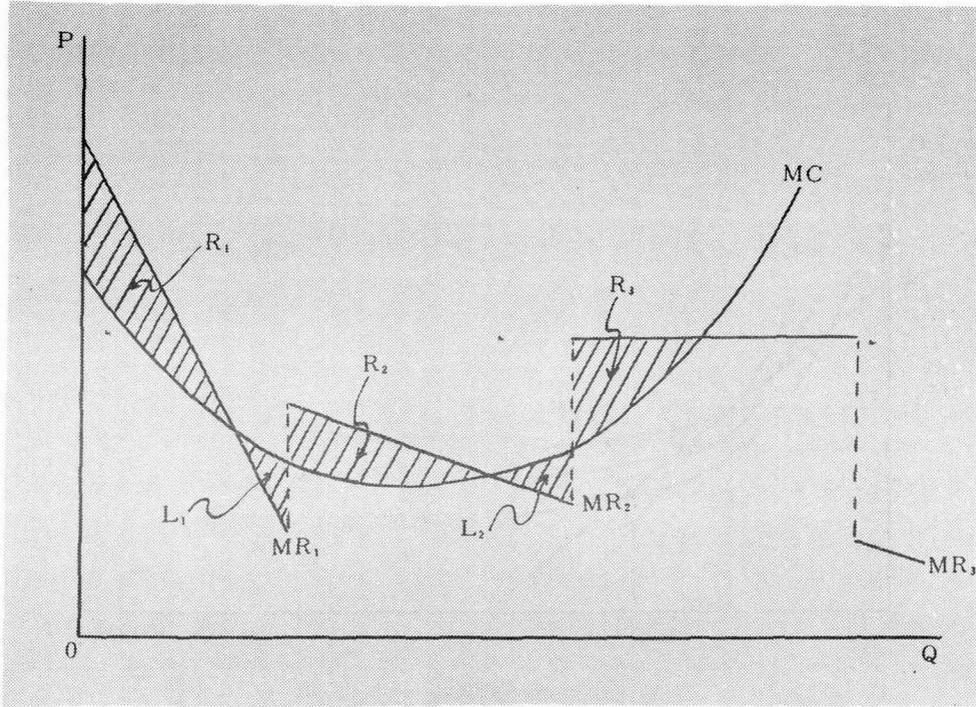
채증하는 한 診療費割引制度의 확대는 制度保險患者에 대한 供給량을 줄이게 한다. 그러면 우리는 진료비할인제도가 가져오는 여러가지 結果들을 어떻게 評價해야 하는 것일까. 결국 이것은 分配의 문제로 귀착되는 것 같다. 이에 대한 論議는 本稿의 범위를 벗어나므로 여기서는 진료비할인제도의 확대가 가져다 주는 가장 확실한 利益 하나를 지적하는 것으로써 진료비할인제도의 긍정적 效果를 총괄하고자 한다.

진료비할인제도의 도입은 의료서비스가 전혀 供給되지 못하는 상황에서 의료서비스의 供給 자체를 가능하게 해주는 기능을 갖고 있다. 즉 일반환자와 제도보험환자만으로는 財源이 맞지 않아 의료서비스의 供給自體가 불가능한 지역에 의료서비스를 새로이 供給시켜주는 역할을 하는 것이다. 이런 상황에선 일반수가가 아무리 높다고 할지라도¹⁾ 그 수가에서 의료서비스를 需要할 수 있는 患者에게는 의료서비스가 전혀 없던 때 보다는 훨씬 有利한 結果를 가져오게 된

1) 진료비할인제도의 실시후에도 여전히 일반수가의 적용을 받는 계층은 전보다 더 높은 일반수가를 지불해야 한다. 왜냐하면 이들 계층에 대한 供給량이 줄어들기 때문이다.

Figure 6. Marginal Conditions for Economic Profits

病院의 黑字運營을 위한 條件

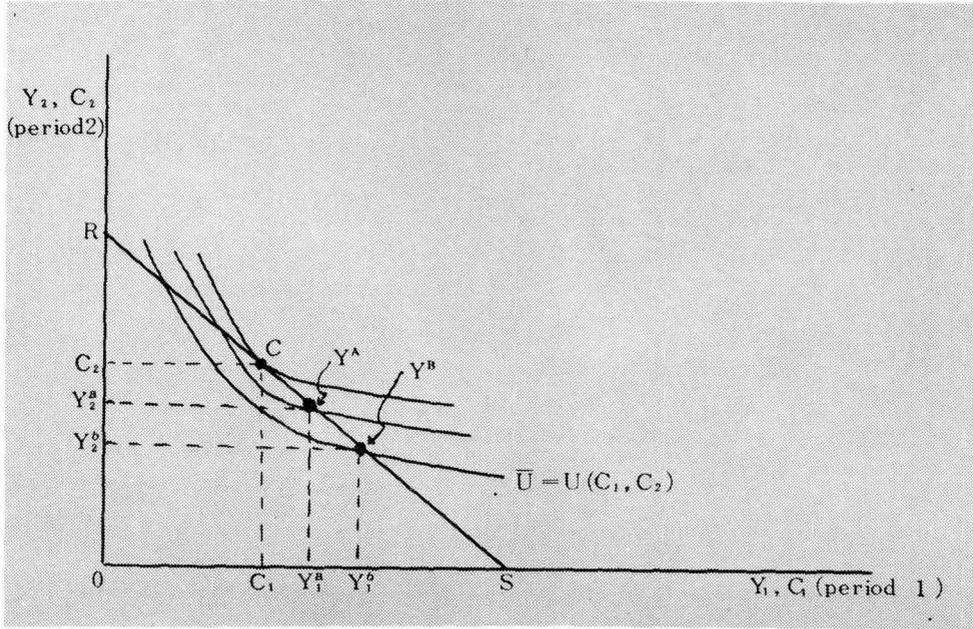


다는 것이다. 그러므로 진료비할인제도의 확대가 가져오는 厚生的 意味는 충분히 있는 셈이다. 그런데 費用의 측면에서 보면 진료비할인제도의 실시에 따라 이 制度에 加入하는 사람이 어느 정도가 될 것인가가 의료서비스의 供給可能性에 대한 關鍵적인 요소이다. 이에 대해서는 이미 II章에서 언급한 바가 있으므로 다음의 IV章에서는 消費者 측면에서 왜 이같은 制度가 선호되는가에 대한 理由를 생각해 보고자 한다.

IV. 診療費割引과 消費者選擇

현재의 醫療保險制度下에서 의료보험에 가입하지 못한 사람들은 대부분 농어촌 지역의 주민이거나 도시 지역의 저소득층이다. 이들이 醫療保險보다 診療費割引制度나 기타 割引診療行爲를 選好하고 있다면, 이는 全國民醫療保險의 실시에 장애요소로 간주될 수 있다. 本章에서는

Figure 7. Time Lag between Income Receiving and Spending on Medical Services
 所得發生과 醫療費支出의 時差



이들 소외계층이 왜 診療費割引制度를 選好하고 있는가에 대한 理由를 論理的으로 정리해 봄으로써, 全國民醫療保險의 확대실시와 관련하여 발생할 수 있는 문제점을 사전에 살펴보고 그 해결책을 음미해 보고자 한다.

農魚村地域이나 都市低所得層의 醫療에 대한 태도와 관련하여 우선적으로 생각해볼 수 있는 것은 질병의 위험에 대한 태도이다. 질병으로부터 발생할지도 모르는 육체적 혹은 정신적 피해에 대한 태도가 일반적으로 이들階層에 있어서는 他階層에 비해 매우 소극적이다. 여기에는 健康에 대한 일반적 태도나 所得水準, 知識, 教育水準, 慣習等 여러 요인이 있겠으나 무엇보다 健康 그 自體가 갖는 手段的 價値가 高所得階層에 比하여 낮다. 따라서 질병의 발생 확률이 모든階層에 동일하더라도 나머지 조건이 같을 때, 본인이 부담하고자 하는 保險料의 수준은 이들階層의 경우가 훨씬 낮게 된다. 다시 말해서 農魚村地域이나 都市低所得層의 경우에는 보험료의 수준이 他階層보다 누진적으로 낮아져야만 의료보험에 가입하고자 할 것이다. 뿐만 아니라 所得水準이 절대적으로 낮은 것도 醫療保險을 기피하는 요인 중의 하나일 것이다. 그런데 가장 중요한 요인으로 생각되는 것은 所得의 性格과 發生類型의 差異이다. 農魚村 및

都市低所得層의 所得은 他階層의 所得과는 다른 특성을 가지고 있다. 農魚村의 경우에는 所得의 대부분이 화폐소득이 아닌 實物所得, 즉 수확된 農作物이거나 水産物의 形態가 대부분이다. 반면 매달 지급해야 되는 의료보험료는 現金(cash)으로 지급해야 한다. 換金性이 높은 實物所得이라 할지라도 매월 지급해야 하는 보험료를 마련하기 위해서는 상당한 거래비용이 발생한다. 더우기 實物所得 자체도 매월 일정량씩 균일하게 발생하는 것이 아니고, 계절적 요인이 강하게 작용하여 작물의 수확기에 집중적으로 발생한다. 대부분이 단순 노무직에 근무하고 있는 都市低所得層의 경우도 사정은 이와 별차이가 없다.

이처럼 實物所得의 높은 비중과 불규칙적인 소득발생으로 말미암아 보험료의 납부시기와 時差가 발생하게 되고 이 때문에 農協의 例가 보여주고 있듯이 農民들은 保險보다는 진료비의 납부시기가 비교적 자유로운 「診療費代支給制度」를 選好하는 것이다. 이러한 관계를 보다 論理的으로 정립해 보자.

의료서비스에 대한 수요, 즉 질병의 발생이 매기간 모든 계층에 있어서 同一한 확률로 발생하고 이에 따른 의료비 지출이 期間1과 期間2에 있어서 $C=(C_1, C_2)$ 로 표시된다고 가정하자. 또 의료비지출의 기간별분포가 확률적이라는 가정을 추가하면 C의 확률분포는 균일분포(uniform distribution)가 된다.

한편 所得의 發生類型은 아래의 〈그림 7〉에서 보여주는 바와 같이, 都市의 中流以上階層은 대부분이 매월 고정적인 所得을 가지므로 매기간 일정한 소득 $Y_1^a=Y_2^a$ 의 형태로 나타나고, 반면 農魚村의 경우 월소득이 불규칙하므로 $Y_1^a \neq Y_2^a$ 의 형태로 나타난다. 都市의 低所得階層의 경우에도 소득의 발생은 불규칙적이므로 農魚村의 경우와 동일한 유형을 가질 것이다.

의료서비스에 대한 消費로부터 얻게되는 效用은 〈그림 7〉에서 볼 수 있듯이 醫療費支出의 期間別分布와 所得發生의 期間別分布가 같을 때 극대가 된다. 예컨대 醫療費支出分布가 $C=(C_1, C_2)$ 일 때, 그리고 所得發生의 期間別分布도 $C=(C_1, C_2)$ 일 때 效用이 극대화 된다. 그러나 소득의 발생유형이 Y^a 나 Y^b 와 같게 된다면 보다 낮은 무차별곡선상에 머무르게 되므로 效用은 감소한다. 그런데 Y^a 와 Y^b 의 상대적 감소폭을 보면 C에서 더 멀리 떨어진 Y^b 의 경우가 Y^a 의 경우보다 더 크다는 것을 알 수 있다. 즉 의료비지출 시기와 소득발생시기의 차이가 크면 클수록 의료서비스의 소비로부터 발생하는 만족도는 감소한다.

물론 위의 경우는 C가 Y^a 에 가까운 경우를 가정하였지만 실제로 C는 RS線上的 어느 점에 서도 동일한 확률로 발생가능하므로 정확한 결과는 그림으로 보아 판별하기가 용이하지 않다.

여기서 우리는 分析의 편의를 위하여 <그림 7>을 직선상의 움직임으로 변형시켜 보자. <그림 7>에서 볼 수 있듯이 소비자는 의료비를 지출하되 자신의 豫算制約을 벗어날 수 없으므로 (물론 모든 소득을 의료비에 지출한다는 가정 아래), 의료비 지출은 항상 RS線上에서 결정될 것이다. 이 소비자의 소득발생도 RS線上에서 이루어지므로 우리는 이러한 상황을 아래<그림 8>과 같이 나타낼 수 있을 것이다.

Figure 8. Distance between Income Receiving and Spending on Medical Services

所得發生과 醫療費支出의 差異



<그림 7>에서 의료비지출이 C로 결정되면 이는 <그림 8>의 C점과 동일한 상태를 나타낸다. 즉<그림 7>의 RS線上에서 결정되는 것은 <그림 8>의 SR線上에 一對一 (one to one)로 對應된다. 앞에서 언급되었듯이 소득발생의 分布와 의료비지출의 分布가 다를수록 效用이 감소하는데 이는 <그림 8>에서 두점간의 거리로 표시한다. 다시 말해서 <그림 8>의 SR線上에서 상호간의 거리가 멀면 멀수록 效用水準은 감소하는 것이다. 요컨대 우리는 <그림 7>의 평면적 分析을 <그림 8>의 일직선상의 分析으로 변형시킨 것이다. 그림에도 불구하고 論理의 전개나 理論的 結果에는 하등의 영향을 미치지 않을 것이다.

이제 C가 SR線上에서 均一 (uniform) 분포를 한다는 사실을 고려하여 C의 확률분포함수를 구해보면,

$$f(C) = \frac{1}{R-S} \quad (1)$$

가 된다. Y^A 는 每期間 소득이 동일한 경우이므로 SR의 중앙에 위치하고 따라서

$$Y^A = \frac{R+S}{2} \quad (2)$$

이다. 또 Y^B 는 每期間 불규칙한 소득의 흐름을 나타내므로

$$Y^B = \frac{R+S}{2} + t, \quad t \text{는 實數} \quad (3)$$

로 된다. 그리고 의료비지출점 C와 소득발생점 Y^A , Y^B 와의 거리를 각각 S_A , S_B 라고 하면,

$$S_A = \left| \frac{R+S}{2} - C \right| \text{ ————— (4)}$$

$$S_B = \left| \frac{R+S}{2} + t - C \right| \text{ ————— (5)}$$

이고, 효용함수의 성질로 부터

$$U'(S_A) < 0 \text{ ————— (6)}$$

$$U'(S_B) < 0 \text{ ————— (7)}$$

이 성립한다. 분석의 편의를 위해 절대치의 제곱을 고려하면, 의료비지출점과 소득발생점과의 거리의 期待値는 각각

$$E(S_A^2) = \int_s^R \left(\frac{R+S}{2} - C \right)^2 \frac{1}{R-S} dc = \frac{1}{12} (R-S)^2 \text{ ——— (8)}$$

$$E(S_B^2) = \int_s^R \left(\frac{R+S}{2} + t - C \right)^2 \frac{1}{R-S} dc = \frac{1}{12} (R-S)^2 + t^2 \text{ ——— (9)}$$

가 된다. 식(6), (7)과 효용함수의 單調性(monotonicity)의 假定으로 부터

$$U(E(S_A^2)) \geq U(E(S_B^2)) \text{ ————— (10)}$$

이 성립한다. (10)식으로 부터 우리는 소득의 발생이 불규칙할 때가 규칙적일 때보다 효용수준이 더 낮다는 것을 알 수 있다.

農協의 「診療費代支給制度」의 장점은 이와 같이 불규칙한 所得發生으로 부터 유발되는 효용의 감소를 제거해 주는 역할을 한다는데 있다. 다시 말해서 醫療費支出의 期間別分布와 所得發生의 期間別分布와의 차이를 해소시켜 줌으로써 효용을 극대화시켜 주기 때문에 農民들은 診療時에 현금납부의 부담이 있는 醫療保險보다는 자신의 所得發生時에 현금을 납부하고 대신 의료비지출時에 현금납부없이 진료를 받을 수 있는 「진료비대지급제도」를 선호하는 것이다.

대부분의 診療費割引制度도 위와 같이 기존의 의료보험제도가 충족시켜주지 못하는 문제점들을 다소나마 해소할 수 있기 때문에 일반인들에게 폭넓게 수용되고 있는 것이다.

都市地域의 醫療保險實施에 있어서도 低所得階層에 대해서는 農協의 「診療費代支給制度」와 유사한 制度를 적용함으로써, 의료서비스를 현실적으로 消費할 수 있도록 選擇의 폭을 넓혀 주는 것이 필요할 것이다.

V. 結 論

診療費割引制度는 既存의 醫療市場이 構造的으로 불완전한 상태에서, 利潤極大化를 추구하는 個別病院의 運營形態의 한 특징이며, 이 제도의 도입은 지금까지의 論議에서 살펴보았듯이, 의료서비스를 供給하는 病院의 收支를 개선시킬 뿐만 아니라, 醫療保險制度가 充足시켜주지 못하는 低所得層에 대한 의료서비스의 供給을 확대시켜주는 역할을 한다. 다시 말해서 病院의 입장에서 본다면 이 제도는 大規模의 資源이 投入된 病院施設의 完全稼動과 黒字運營을 可能케 해주며, 消費者的 입장에서 보면 의료서비스의 혜택을 별로 받지 못하던 계층에 적절한 부담으로 의료서비스를 消費할 수 있게 해줄 뿐만 아니라 여러 형태의 의료서비스 구매방법을 제공하여 줌으로써 消費者選擇의 폭을 넓혀 준다. 消費者에게 選擇의 폭을 넓혀 준다는 것은 消費者의 厚生增進을 의미한다. 더우기 診療費割引制度의 확산은 의료서비스의 供給者들 사이에 競爭을 촉진시킴으로써 정체된 기존의 의료시장에 새로운 바람을 불어 넣을 수 있고, 限定된 醫療資源의 效率의 利用을 提高시킬 수가 있다.

政府가 추진하고 있는 全國民醫療保險의 실시를 앞두고, 최근 정부는 내년부터 시행되는 農魚村地域의 醫療保險擴大時에 多小의 보조금지급을 決定하였다. 이것은 결국 全國民醫療保險에서 財源의 自立調達이 어렵다는 것이고 또한 정부의 보조금 없이는 農魚村地域의 醫療保險實施가 어렵다는 것을 意味한다. 이것은 都市地域의 低所得層에 대해서도 마찬가지일 것이다. 우리가 實施하고 있는 全國民醫療保險의 본래 目的은 서비스를 無償으로 供給하는 것이 아니기 때문에 本稿에서 論議하고 있는 診療費割引制度는 全國民醫療保險의 與件이 성숙되기 이전 단계의 보완적 制度로서 큰 意味를 가질 수 있다.

요컨대 診療費割引制度는 의료서비스를 供給하는 病院이나 需要하는 消費者 모두에게 바람직한 效果를 가지고 있는 同時에 醫療市場의 市場成果面이나 醫療保險의 制度的인 面에서도 시사하는 바가 크다고 할 수 있다.

參 考 文 獻

- 梁奉政, 金鎮明, “診療費 割引行爲의 經濟分析”, 人口保健論集, 제6권 2호, 1986, 12.
- Bailey, M. J., “Price and Output Determination by a Firm Selling Related Products”, *American Economic Review* 44, 1954, 82~93.

- Beckmann, M. J., "Spatial Price Policies Revisited", *Bell Journal of Economics* 7, 1976, PP. 619~630.
- Edwards, E. O., "The Analysis of Output under Discrimination", *Econometrica* 18, 1950, pp. 168~172.
- Mussa, R. and Rosen, S., "Monopoly and Product Quality", *Journal of Economic Theory* 18, pp. 301~317.
- Phlips, L., "Intertemporal Price Discrimination and Sticky Prices", *Quarterly Journal of Economics* 94, 1980, pp. 525~542.
- Russel, R. and Wilkinson M., *Microeconomics*, John Wiley & Sons, 1979.
- Spulber, D.F., "Non-cooperative Equilibrium with Price Discriminating Firms", *Economics Letters* 4 1979, pp. 221~227.
- Varian, H. R., "A Model of Sales", *American Economic Review* 70, 1980, pp. 651~659.

Abstract

Health Care Price Discount and Its Implications

Bong-Min Yang* Chin-Hyun Kim**

Following up the earlier study by Yang and Kim on the effect of price discount on health care market performance, this study sets out to examine further issues being related to the price discount aspect of voluntary health insurance. Two issues are addressed and questioned. First, can the price discriminating hospitals make economic profits even under harsh demand conditions if they accept price discounts with voluntary health insurance? Second, which of the choices would the urban poor and the rural area residents prefer, simple price discount or compulsory health insurance?

Using microeconomic theories of price discrimination and of intertemporal choice, we show that (i) hospitals can operate profitably if, through price discount, they could attract new customers who would not seek hospital cares otherwise, and that (ii) the urban poor and the rural families with irregular income streams do indeed prefer price discount with deferred payments to government enforced compulsory health insurance schemes. These findings stand out, in contrast to the general notion that health insurance is beneficial to everyone, and thus, it could be reinforced regardless of the social classes. The implications may well be taken care of for successful implementation of national health insurance schemes.

*Assistant Professor of Health Economics, Graduate School of Public Health, Seoul National University.

**Graduate Assistant, Graduate School of Public Health, Seoul National University.