의료기관종별 수가차등제 도입 시 의료기관의 수익과 국민의료비에 미치는 영향 분석

李 相 暎*

본 논문은 의료전달체계의 효율화를 위한 정책대안의 하나로 제시되고 있는 의료기관종별 수가차등제를 도입할 경우 1·2·3차 진료기관들의 수익 및 국민의료비의 변화를 분석하는 데 주된 목적을 두고 있다.

의료기관종별 수가차등제의 핵심적인 내용은 각급 진료기관이 자기수준에 적합한 환자를 진료할 경우는 '이익이 남는 수가'를 적용하고, 그렇지 않은 경우는 '손해 보는 수가'를 적용함으로써 각급 의료기관이 자기수준에 적합환자를 진료하도록 유도하고 의료전달체계의 효율화를 도모한다는 것이다. 본 연구는 이렇게 할 경우 1차 진료기관의 경우는 수입증대가 예상되지만 2차, 3차 진료기관은 진료수입이 감소할 것으로 예상하고 있다. 이러한 진료수입의 감소는 결국 국민의료비의 감소를 의미하는데, 의료전달체계의 효율화에 따르는 비용절감효과이다.

그러나 한편으로는 최근 심각한 경영난을 겪고 있는 중소병원들이 이러한 제도의 도입으로 인한 진료수입의 감소를 감당할 수 없을 것으로 보이기 때문에 진료수입 감소분의 일부 또는 전부를 보전해 줄 수 있을 정도로 '이익이 남는 수가'를 책정해야 할 필요가 있다는 점을 제시하고 있다. 그러나 2·3차 진료기관의 수입 감소분을 보전해 줄 경우 전체적인 국민의료비가 오히려 증가할 가능성을 지적하고 있다.

이와 함께, 적용대상 질병분류 등 의료기관종별 수가차등제를 도입하기 위한 사전 준비 사항 등을 제시하고 있다.

주요용어: 수가차등제, 의료기관간 기능분화, 의료전달체계의 효율화, 의료기관간 기능 중복, 이익이 남는 수가, 손해 보는 수가, 국민의료비, 의료기관의 수익, 비용절감, 적합환자

* 한국보건사회연구원 부연구위원

Ⅰ. 들어가며

보건의료서비스 공급체계의 효율화는 중복 검사·진료 감소, 불필요한 시설·장비 투자 감소, 과잉서비스 억제 등을 통한 국민의료비의 절감과 함께 진료과목별 전문화에 따른 병원서비스의 경쟁력 향상, 보건의료자원의 효율적 배분, 공급자 조직의 분업화와 보건의료의 지역화 등을 위해 반드시 해결해야 할 과제로서 지금까지 보건의료분야에 있어서 국가적 관심의 대상이 되어 왔다. 이는 단순히 이론적인 측면에서뿐만 아니라, 각급 의료기관간 기능 분화가 미흡하여 상호 협력적·보완적 관계보다는 배타적 경쟁 관계를 형성하고 있는 우리의 보건의료 현실에 비추어 더욱 중요성을 가진다.

이에 대처하기 위하여 정부는 1989년에 의원·보건소(1차 진료기관) → 병원·요양병원·종합병원(2차 진료기관) → 종합전문요양기관(3차 진료기관)으로 이어지는 의료전달체계를 도입하였으나 제도 도입의 취지와는 달리 각급 의료기관의 기능이 차별화되지 못하고 있는 실정이다. 특히 병원과 종합병원의 기능이 상호 중복될 뿐 아니라 의원과도 중복되고 있다. 서울대학교 보건대학원(1999)[1]에서 분석한 바에 따르면, 각급 의료기관 종별 적합외래환자 진료비율을 보면, 3차 진료기관에서 진료한 전체 외래 환자 중에서 1차 진료기관 진료가 적합한 환자의 비율이 40.6%에 달하고 있으며, 의원에서 진료한 외래환자 중에서 1·2차 진료기관 진료가 적합한 환자의 비율이 34.1%에 달하고 있는 등 각급 진료기관의 수준에 맞는 적정 진료가 이루어지지 못하고 있다.

1) 서울대학교 보건대학원(1999), 『의료체계의 정립을 위한 요양기관별, 질병별 가산율 및 본인일부부담금 개선에 관한 연구』.

<표 1> 의료기관종별 적합외래 진료 구성비

(단위: %)

구 분	3차병원	300병상+	299~160	-159	병원	의원
1차 적합질병	40.6	47.6	46.9	50.1	58.8	61.1
1·2차 적합	36.9	38.0	42.8	41.1	31.9	34.1
2차 적합	5.6	6.1	6.1	5.5	5.9	2.7
2·3차 적합	16.9	8.3	4.2	3.3	3.4	2.0
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

자료: 서울대학교 보건대학원, 전게서(송건용,“ 의료전달체계의 개선방안 ”, mimeo, 한국병원경영연구소에서 2차 인용).

아울러 2002년 환자조사 결과[2]의 의료기관종별 입원 및 외래 환자 점유율을 보면, 병원의 입원환자 점유율은 36.5%, 의원의 입원환자 점유율은 17.7%로서 의원의 입원환자 점유율이 병원의 입원환자 점유율의 약 1/2 수준에 이르고 있는 등[3] 의료기관 간 기능중복이 심각한 것으로 나타나고 있다.

이에 따라 의료자원의 배분도 효율적으로 이루어지지 못하고 있는데, 의원이 보유하고 있는 병상은 전체병상의 29.5%를 차지하고 있으며, 약 9.2%의 의원이 20~29개의 병상을 보유하고 있으며, 30~99병상을 보유하고 있는 의원도 상당수 존재하는 것으로 지적되고 있다(김원중 외, 2003)[4].

2) 보건복지부·한국보건사회연구원(2003), 『2002년도 환자조사 보고서』.
3) 치과병원, 한방병원 제외
4) 김원중 외, 「의료서비스의 질 향상 및 전문병원 도입을 위한 정책연구」, 2003.

<표 2> 의료기관종류별 입원-외래 환자 점유율

(단위: %)

구분	점유율비		
	계	입 원	외 래
종 합 병 원	13.1	43.9	9.8
병 원	7.1	36.5	4.1
치 과 병 원	0.3	0.02	0.4
한 방 병 원	0.7	1.8	0.6
의 원	60.5	17.7	65.0
치 과 의 원	7.8	-	8.6
한 의 원	7.7	0.02	8.5
보건의료원	0.1	0.08	0.1
보 건 소	0.8	-	0.8
보 건 지 소	0.9	-	1.0
보건진료소	1.0	-	1.1
조 산 원	0.0	0.0	0.0
총 계	100.0	100.0	100.0

자료: 보건복지부 · 한국보건사회연구원(2003),『2002 환자조사보고서』

<표 3> 의료기관종별 병상수 및 구성비 변화 추이

(단위: 병상, %)

연도	계	종합병원	병원	의원
1985	97.576(100.0)	49,394(50.6)	24,321(24.9)	23,861(24.6)
1990	131,512(100.0)	66,625(50.7)	31,876(24.2)	33,011(25.1)
1995	191,663(100.0)	96,865(50.5)	50,188(26.2)	44,610(23.3)
1998	229,486(100.0)	101,137(44.0)	72,686(31.7)	55,663(24.3)
2002	312,872(100.0)	113,245(36.2)	107,166(34.3)	92,461(29.6)

자료: 김원중 외(2003),『의료서비스의 질 향상 및 전문병원 도입을 위한 정책연구』

<표 4> 의원의 병상 분포

(단위: 병상, %)

병상수	의원수	비율
0	15,927	69.3
1 ~ 9	3,611	15.7
10 ~ 19	1,279	5.6
20 ~ 29	2,125	9.2
30 ~ 39	55	0.2
합 계	22,997	100.0

자료: 건강보험심사평가원 요양기관 현황(2003)(김원중 외(2003),『의료서비스의 질 향상 및 전문병원 도입을 위한 정책연구』에서 2차 인용).

또한 이러한 기능 중복은 의료자원의 배치의 효율성도 크게 저하시키고 있는 것으로 나타나고 있는데, 이에 따라 CT, MRI 등 고가의료장비를 보유하고 있는 의원도 상당수에 달하는 것으로 지적되고 있다. 이상영 외(2003)[5]에 따르면, 2003년 현재 초음파 영상진단기가 총 13,011대인데 그 중 3차 기관이 4.2%, 종합병원 7.8%, 병원 8.7%이며, 77.8%가 의원이 보유하고 있는 것으로 나타나고 있다. CT Scanner(전신용)는 총 1,412대로서 그중 3차 기관과 종합병원에서 각각 6.7%와 191.%를 가지고 있으며 병원과 의원이 보유하고 있는 비율은 각각 32.6%, 40.3%로 나타났다. MRI의 경우는 전체 405개 중에서 3차 기관에 71개, 종합병원에 174개, 병원 102개, 의원 58개 등으로 나타나는 등 상당수의 의원들이 고가의료장비를 보유하고 있는 실정이다.

5) 이상영 · 오영호 외(2003),『보건의료자원 수급현황과 관리정책 개선방안』, 한국보건사회연구원.

〈표 5〉 의료기관종별 고가의료장비 분포현황(2003년 6월)

기관종류		초음파영상 진단기	체외충격 파쇄석기	혈관 조영장치 (Single)	혈관조영 장치 (Bi-plane)	디지털 방사선 촬영장치	Gamma Camera	CT scanner (두부용)
3차 기관	평균	13	1	2	1	1	2	0
	N	42	42	42	42	42	42	42
	합계	540	52	63	50	41	71	5
	비율	4.2	16.8	35.2	42.4	16.8	46.7	6.8
종합 병원	평균	4	0	0	0	0	0	0
	N	240	240	240	240	240	240	240
	합계	1,020	118	78	49	58	61	17
	비율	7.8	38.2	43.6	41.5	23.8	40.1	23.0
병원	평균	1	0	0	0	0	0	0
	N	779	779	779	779	779	779	779
	합계	1,126	36	23	10	14	8	20
	비율	8.7	11.7	12.8	8.5	5.7	5.3	27.0
요양 병원	평균	0	0	0	0	0	0	0
	N	60	60	60	60	60	60	60
	합계	21	0	0	0	0	0	1
	비율	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4
의원	평균	0	0	0	0	0	0	0
	N	23,345	23,345	23,345	23,345	23,345	23,345	23,345
	합계	10,121	103	15	8	29	9	30
	비율	77.8	33.3	8.4	6.8	11.9	5.9	40.5
치과 병원	평균	0	0	0	0	0	0	0
	N	99	99	99	99	99	99	99
	합계	1	0	0	0	7	0	0
	비율	0.0	0.0	0.0	0.0	2.9	0.0	0.0
치과 의원	평균	0	0	0	0	0	0	0
	N	11,381	11,381	11,381	11,381	11,381	11,381	11,381
	합계	0	0	0	0	93	0	1
	비율	0.0	0.0	0.0	0.0	38.1	.0	1.4

<표 5> 계속

기관종류		초음파영상 진단기	체외충격 파쇄석기	혈관 조영장치 (Single)	혈관조영 장치 (Bi-plane)	디지털 방사선 촬영장치	Gamma Camera	CT scanner (두부용)
조산원	평균	0	0	0	0	0	0	0
	N	76	76	76	76	76	76	76
	합계	4	0	0	0	0	0	0
	비율	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
보건소	평균	0	0	0	0	0	0	0
	N	229	229	229	229	229	229	229
	합계	97	0	0	0	2	2	0
	비율	0.7	0.0	0.0	0.0	0.8	1.3	0.0
보건 지소	평균	0	0	0	0	0	0	0
	N	1,266	1,266	1,266	1,266	1,266	1,266	1,266
	합계	8	0	0	0	0	0	0
	비율	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
보건 진료	평균	0	0	0	0	0	0	0
	N	1,885	1,885	1,885	1,885	1,885	1,885	1,885
	합계	0	0	0	0	0	0	0
	비율	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
병원화 보건소	평균	1	0	0	0	0	0	0
	N	17	17	17	17	17	17	17
	합계	18	0	0	1	0	1	0
	비율	0.1	0.0	0.0	0.8	0.0	0.7	0.0
한방 병원	평균	0	0	0	0	0	0	0
	N	152	152	152	152	152	152	152
	합계	5	0	0	0	0	0	0
	비율	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
한의원	평균	0	0	0	0	0	0	0
	N	8,486	8,486	8,486	8,486	8,486	8,486	8,486
	합계	50	0	0	0	0	0	0
	비율	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

<표 5> 계속

기관종류		초음파 영상진단기	체외충격 파쇄석기	혈관 조영장치 (Single)	혈관 조영장치 (Bi-plane)	디지털 방사선 촬영장치	Gamma Camera
3차기관	평균	2	2	1	0	1	0
	N	42	42	42	42	42	42
	합계	95	71	29	4	59	10
	비율	6.7	17.5	50.9	44.4	72.0	62.5
종합병원	평균	1	1	0	0	0	0
	N	240	240	240	240	240	240
	합계	269	174	11	4	21	6
	비율	19.1	43.0	19.3	44.4	25.6	37.5
병 원	평균	1	0	0	0	0	0
	N	779	779	779	779	779	779
	합계	461	102	1	0	0	0
	비율	32.6	25.2	1.8	0.0	0.0	0.0
요양병원	평균	0	0	0	0	0	0
	N	60	60	60	60	60	60
	합계	12	0	0	0	0	0
	비율	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
의 원	평균	0	0	0	0	0	0
	N	23,345	23,345	23,345	23,345	23,345	23,345
	합계	569	58	16	1	2	0
	비율	40.3	14.3	28.1	11.1	2.4	0.0
치과병원	평균	0	0	0	0	0	0
	N	99	99	99	99	99	99
	합계	3	0	0	0	0	0
	비율	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
치과의원	평균	0	0	0	0	0	0
	N	11,381	11,381	11,381	11,381	11,381	11,381
	합계	0	0	0	0	0	0
	비율	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

자료: 이상영 · 오영호 외(2003), 『보건의료자원 수급현황과 관리정책 개선방안』, 한국보건사회연구원.

II. 의료기관종별 수가차등제의 내용

앞에서 제시된 바와 같은 문제점과 이를 해결하기 위한 정책방향과 관련하여 많은 연구결과가 나와 있다. 이러한 연구들이 제시하는 주된 정책방향은 의원의 입원기능을 없애고 외래기능 위주로 개편하는 한편, 병원과 종합병원은 각자의 수준에 맞는 환자에 대해 입원진료를 주로 하도록 개편되어야 한다는 것이다. 그리고 종합전문요양기관의 일반 외래 기능을 대폭 축소하고 2차 병원에서 의뢰하는 환자에 대해 전문적인 진료 서비스를 담당하도록 해야 한다는 것이다. 이를 위한 정책과제로서 의료전달체계를 구성하는 하위시스템간의 기능 재정립을 통한 합리적 역할 분담에 초점을 맞추고, 일차의료의 강화와 의료기관간 기능 분화, 진료과목별 전문화, 의료기관간 연계강화 등을 제시하고 있는데, 이러한 정책대안의 하나로 바로 의료기관별 수가차등제도의 도입이 제시되고 있다.

의료기관종별 수가차등제도의 근본 취지는, 의료이용자들에 대한 본인일부부담금 차등만을 통해서는 의료기관간 기능 분화를 도모하는데 한계가 있기 때문에 공급자들에게도 기능분화를 위한 동기를 부여하자는 것이다. 즉, 1차, 2차, 3차 진료기관별로 각자 자기의 수준에 적합한 진료를 하는 경우에 ‘ 이익이 남는 수가 를, 그렇지 않은 경우에는 ‘ 손해 보는 수가 ’를 지불함으로써 진료행태의 변화를 유도하자는 것이다(한국보건산업진흥원, 2001).[6] 여기서 ‘ 이익이 남는 수가 는 서비스의 생산원가보다 높은 수준의 수가를 의미하는 것이지만 실질적으로 현행 수가보다 인상된 수준의 수가를 의미한다. 즉, 현행 수가 수준이 생산원가보다 높아서 ‘ 이익이 남는 수준 이라 하더라도 이 수준을 그대로 유지해서는 행태의 변화를 유도할

6) 한국보건산업진흥원(2001), 『보건의료발전계획 수립을 위한 기초연구』

수 없기 때문이다. 아울러,‘ 손해 보는 수가 ’는 현행 수가보다 인하된 수준의 수가임과 아울러 서비스의 생산원가보다 낮은 수준의 수가를 말한다. 이것이 만약 현행수가 수준보다 낮지만 생산원가보다 높은 수준의 수가라면 순수익이 남는 한 다른 의료기관으로 환자를 돌려보낼 이유가 없기 때문이다.

이 제도에 대해서는 지금까지 많은 논의가 이루어져 왔으며, 제도도입을 위한 준비로서 각급 의료기관에 적합한 질병과 의료행위 구분 연구가 이루어진 바 있고, 이를 토대로 현실에 적용 가능한 질병 및 의료행위의 분류가 이루어졌다(보건산업진흥원, 2001[7]). 특히, 이 제도의 수용 가능성을 높이기 위해 ① 질병분류가 명확하고, ② 공급자와 이용자가 모두 쉽게 동의 및 이해할 수 있으며, ③ code 조작 가능성이 적은 질병 등 일부 질병(예를 들어, 단순기도감염(감기), 단순골절, 자연분만, 충수돌기염 수술 등)에 대해 수가차등제도를 도입하는 것으로 제안되고 있다(한국보건산업진흥원, 2001).

그러나 본 논문에서는 이러한 수가차등제도의 적용성이나 수용성에 앞서 과연 국민의료비의 절감 등 서비스 전달체계의 효율화에 따르는 편익을 발생시킬 수 있는가 하는 근본적인 문제를 다시 한번 점검해보고자 한다. 즉, 수가차등제의 근본 취지는 서비스 전달체계의 효율화를 통한 비용절감 등에 있다. 그러나 수가차등제가 시행될 경우 비용절감보다는 오히려 국민의료비의 증대를 초래할 가능성도 있음을 지적하고자 한다. 각종 의료기관의 수익은 결국 국민의료비로 연결되는데 수가차등제 시행에 따라 종별 의료기관의 수익이 변화하면서 그 과정에서 국민의료비 지출이 변하게 된다. 이를 바꾸어 말하면, 수가차등제 시행에 따른 국민의료비의 변화는 종별 의료기관의 수익변화를 전제로 하는 것이며, 이러한 의료기관의 수익변화를 현재의 의료시스템이 그대로 수용할 것인가의 문제와 연결되어 있다. 만약 이러한 변화를 그대로 수용한다고 하면 국민의료비 절감 효과가

7) 한국보건산업진흥원, 전게서.

발생할 수 있을 것이지만 그렇지 않을 경우 이러한 효과를 기대하기는 어렵다.

따라서 아래에서는 제도 도입에 따른 종별 의료기관의 수입과 국민의료비의 변화 등을 구체적으로 살펴보고자 한다.

III. 제도 도입시 의료공급자의 수익변화 및 국민의료비에 미치는 영향

의료기관종별 수가차등제도를 특정 조건을 갖춘 일부 질환에만 도입하자는 것은 현실적인 적용가능성을 높이기 위한 제안으로서, 제도의 근본취지에 비추어 모든 질병에 적용하는 것이 원칙일 것이다. 따라서 여기서는 이 제도를 모든 질환에 적용한다는 가정 하에 이론적인 논의를 진행하고자 한다. 그렇게 하더라도 여기서 언급하고자 하는 논리의 전개에는 영향을 미치지 않을 것이기 때문이다.

우선,‘ 손해 보는 수가 ’를 지불한다는 것은 원가에 미치지 못하는 수가를 지불한다는 의미이다. 그렇지 않는 한 의료기관으로서는 찾아온 환자를 돌려보낼 이유가 없기 때문에 제도의 실효성이 없을 것이다. 환자부족으로 경영난을 겪고 있는 중소병원들이 최소한 손해를 보지 않는 한 방문한 환자를 1차 진료기관으로 돌려보지 않을 것이기 때문이다. 이 경우 1차 진료가 상당 비율을 차지하고 있는 2차, 3차 진료기관의 경우 전체적인 수입의 감소를 가져오게 된다. 1차 진료가 적합한 환자를 1차 진료기관으로 돌려보낸 만큼 수입이 감소한다.[8] 만약 이러한 수입의 감소분을‘ 이익이 남는 수가 ’(즉, 자기 수준에 맞는 적합 환자 진료에 대한 수가)로 보전해

8) 타 의료기관으로부터 이관 받는 환자의 진료수입도 고려해야 할 것이나 이를 고려하더라도 진료수입이 감소하게 될 가능성이 높음.

준다고 하자. 만약 이러한 수입의 감소를 보전해주지 않는다면 많은 현재에도 경영난을 겪고 있는 많은 중소병원들이 더욱 큰 어려움에 봉착하게 될 것이며 2차 진료체계의 기능이 크게 위축될 가능성이 있다. 이에 따라 '손해 보는 수가 로 인한 수익의 감소를 보전하기 위해서는 감소분에 상응하는 수가의 인상이 뒤따라야 한다. 이 경우 결국 의료이용자들의 부담이 증가하는 결과를 낳게 될 가능성이 있다. 물론 수익의 감소분을 보전해 주어야 되는지에 대해서는 이견이 있을 수 있다. 그러나 여기에 대한 판단은 유보하고 일단 여기서는 수익의 감소를 보전하는 것으로 하여 논의를 진행한다.

이것을 좀더 구체적으로 살펴보기 위해 우선 각급 의료기관들의 현행 진료수입을 다음과 같이 표시하자.

1차 진료기관의 현행 진료수입: P1 × (D11 + D12 + D13)
2차 진료기관의 현행 진료수입: P2 × (D21 + D22 + D23)
3차 진료기관의 현행 진료수입: P3 × (D31 + D32 + D33)

P1, P2, P3: 1, 2, 3차 진료기관의 현행 수가
P1O, P2O, P3O: 1, 2, 3차 진료기관에 적합 환자에 질병에 대한 수가
Dij : i차 진료기관이 진료하는 진료량(환자수)으로서 j차 진료기관에 적합한 질병 진료량(환자수)

우선, P1→P1O, P2→P2O, P3→P3O 등으로 수가가 변화할 때 전체적인 의료수요량(∑Dij)이 변화하지만 여기서는 이러한 요인은 감안하지 않는 것으로 한다. 이를 반영하기 위해서는 1차, 2차 3차 진료 각각에 대한 수요의 가격탄력성 정보가 있어야 하지만 그러한 정보가 없을 뿐만 아니라 분석이 매우 복잡해지기 때문이다.

그러면 이제 모든 각급 의료기관이 자기 수준에 맞는 환자만 진료한다고 가정하자. 이 경우의 조정된 진료수입은 다음과 같이 표시될 수 있을 것이다.

1차 진료기관의 수입: P1O × (D11 + D21 + D31)
2차 진료기관의 수입: P2O × (D12 + D22 + D32)
3차 진료기관의 수입: P3O × (D13 + D23 + D33)

1. 1차 진료기관의 진료수입 변화

앞에서 제시된 현행 수입과 조정수입을 고려하면 제도도입 전후의 1차 진료기관의 진료수입 변화분은 다음과 같이 표현될 수 있다.

R1 = P1O × (D11 + D21 + D31) - P1 × (D11 + D12 + D13)

여기서 만약 P1O = P1이라고 하면, 1차 진료기관의 진료수입의 변화분은 P1 × {(D21 + D31) - (D12 + D13)}이다. 현재 2차 진료기관에서 진료하는 1차진료기관 적합환자진료량(D21)과 현재 3차진료기관에서 진료하는 1차기관 적합환자진료량(D31)를 합한 것은 현재 1차 진료기관에서 진료하는 2·3차 진료기관 적합환자진료량(D12 + D13)보다 크므로 현실적으로 1차 진료기관의 수입은 증가한다. 따라서 P1O를 현행 수가 P1보다 높게 책정할 경우 의원급의 수입은 더 크게 증가할 가능성이 있다. 의원급은 전체적인 수입이 증가하기 때문에 국민의료비의 증가를 고려하여 적합환자에 대한 수가(P1O)를 적용하지 않고 현행 수가(P1)를 그대로 유지한다고 할 경우 각급 의료기관간 형평성의 문제가 발생할 가능성이 있다. 따라서 의원의 경우에도 적합환자에 대한 수가를 적용하는 것이 원칙일 것이다.

2. 2차 진료기관의 진료수입 변화

앞에서와 마찬가지 방법에 따라 2차 진료기관의 진료수입 변화분은 다음과 같이 표현될 수 있다.

R2 = P2O × (D12 + D22 + D32) - P2 × (D21 + D22 + D23)

여기서, P2O = P2라 하면 2차 진료기관의 진료수입의 변화분은 P2 × {(D12 + D32) - (D21 + D23)}이다. 여기서 (D21 + D23) 현재 2차 진료기관에서 진료는 하지만 1차 또는 3차 진료기관이 적합한 환자진료량이다. 2차 진료기관에서 상당부분의 1차 진료환자를 담당하고 있다고 보면, 1차 진료기관이나 3차 진료기관으로 돌려보내야 하는 환자수(진료량)(D21 + D23)는 1차 진료기관이나 3차 진료기관으로부터 받는 환자수(진료량)(D12 + D32)보다 클 가능성이 높다. 이 경우 2차 진료기관의 수입은 감소하게 된다.

이러한 수입의 감소분을 보전한다고 하면 P2O = P2 × {(D21 + D22 + D23)/(D12 + D22 + D32)으로 설정되어야 할 것이다. 이것을 다시 표현하면, P2O = P2 + P2 × {[(D21 + D23) - (D12 + D32)] / (D12 + D22 + D32)}[9] 으로서 현행 수가 P2보다 높아야 한다.

3. 3차 진료기관의 진료수입 변화

마지막으로 3차 진료기관의 수입 변화분은 다음과 같다.

R3 = P3O × (D13 + D23 + D33) - P3 × (D31 + D32 + D33)

3차 진료기관의 경우에도 2차 진료기관과 마찬가지의 논리가 적용될 수 있다. P3O = P3라 하면 3차 진료기관의 진료수입의 변화분은 P3 × {(D13 + D23) - (D31 + D32)}이다. 3차 진료기관에서 상당부분의 1차 진료환자를 담당하고 있다고 보면, 1차, 2차 진료기관으로부터 넘겨받아야 할 환자수(진료량)((D13 + D23)보다 1차, 2차 진료기관으로 돌려보내야 할 환자수(진료량)(D31 + D32)가 더 클 것이며, 전체적으로 진료수입이 감소하게 될 것이다. 이러한 수입의 감소를 보전하기 위해서는 P3O = P3 × {(D31 + D32 + D33) / (D13 + D23 + D33)}로 설정되어야 할 것이

9) [(D21 + D23) - (D12 + D32)] / (D12 + D22 + D32) > 0

다. 즉, P3O = P3 + P3 × {[(D31 + D32) - (D13 + D23)] / (D13 + D23 + D33)}[10] 이다.

한편, 만약 각급 의료기관이 자기들 수준에 적합하지 않은 환자를 일부 진료하게 될 경우는 ' 손해 보는 수가 ' 즉, 원가보다 낮은 수가를 적용 받게 되어 전체적인 수입은 증가하지만 순수익을 감소시키는 결과만 낳게 될 것이다.

4. 국민의료비에 미치는 영향

위와 같은 결과는, 의료기관종별 수가차등제의 취지가 달성되어 모든 의료기관이 자기 수준에 맞는 질병을 진료한다고 하고, 이에 따른 2차, 3차 진료기관의 수입을 보전해준다고 하면 수가의 상승(P1→P1O[11], P2→P2O, P3→P3O) 및 국민의 의료비의 상승을 초래할 수 있다는 것을 의미한다. 즉, 모든 의료기관이 자기 수준에 적합한 환자를 진료하는 대가로 국민들이 현재보다 더 많은 의료비를 지불해야 할 가능성이 있다는 것이다.

그러나 여기는 의료전달체계가 효율화되면서 발생하는 비용절감이 포함되지 않았다. 의료전달체계가 확립되면서 1차 진료만으로도 충분한 환자가 2차 진료기관을 방문하지 않고 1차 진료기관을 방문한다거나 또는 2차 진료만으로 충분한 환자가 3차 진료기관을 방문하지 않고 2차 진료기관을 방문하게 되면, 불필요하게 상급 진료기관을 방문하는 환자가 많은 현재에 비추어 비용절감 효과가 발생한다. 따라서 이러한 비용절감효과를 고려하여 전체적인 국민의료비에 미치는 효과를 보기 위해 우선 P1O = P1, P2O = P2, P3O = P3라는 가정 하에 모든 의료기관이 적합환자만을 진료한다고 할 경우 각급 의료기관에 돌아가는 수입의 변화분[12]을 다음과 같

10) [(D31 + D32) - (D13 + D23)] / (D13 + D23 + D33) > 0

11) P1→P1O로 인상하는 것은 손실보전 차원이 아니라 앞에서 언급된 바처럼 2차, 3차 진료기관과의 형평성 차원임.

12) 현재에 대비하여 모든 의료기관이 적한자만을 진료한다고 할 때의 수입의 변화분

이 표시하자. 즉,

$B1 = P1 \times \{(D21 + D31) - (D12 + D13)\}$

$B2 = P2 \times \{(D12 + D32) - (D21 + D23)\}$

$B3 = P3 \times \{(D13 + D23) - (D31 + D32)\}$

그런데 여기서 일반적으로 2차 진료기관이 1차·3차 진료기관에 돌려보내야 하는 환자수(진료량)가 1차·3차 진료기관으로부터 돌려받는 환자수(진료량)보다 많기 때문에 $(D12 + D32) - (D21 + D23) < 0$이다. 또한 3차 진료기관이 1차·2차 진료기관에 돌려보내야 하는 환자수(진료량)가 1차·2차 진료기관으로부터 돌려받는 환자수(진료량)보다 많기 때문에 $(D13 + D23) - (D31 + D32) < 0$ 이다. 즉, 수가가 현행수가와 동일하다면 2·3차 진료기관의 수입은 감소하며, 그만큼 국민의료비 지출이 감소한다.

반면, 1차 진료기관의 경우는 2·3차 진료기관에서 감소한 환자수(진료량)만큼 수입이 늘어난다. 즉, 3차·2차 진료기관으로부터 돌려받는 환자수(진료량)가 2차·3차 진료기관으로 보내는 환자수(진료량)보다 많기 때문에 $(D21 + D31) - (D12 + D13) > 0$이다. 그리고 1차 의료기관의 수입 증대분 만큼 국민의 의료비 지출은 증가한다. 여기서 단순히 환자수(진료량)만을 놓고 볼 때는, 각급 진료기관에서 넘겨주거나 넘겨받는 환자수(진료량)의 합은 0이다. 즉,

$\{(D21 + D31) - (D12 + D13)\} + \{(D12 + D32) - (D21 + D23)\} + \{(D13 + D23) - (D31 + D32)\} = 0$

이다.

그런데, 각급 진료기관마다의 수가가 다르기 때문에, 전체적인 의료비의 변화분은 이와 다르게 나타난다. 즉,

$B(\text{전체의료비의 변화분}) = B1 + B2 + B3$

$= P1 \times \{(D21 + D31) - (D12 + D13)\} + P2 \times \{(D12 + D32) - (D21 + D23)\} + P3 \times \{(D13 + D23) - (D31 + D32)\}$

$= (P1 - P2)\, D21 + (P1 - P3)\, D31 + (P2 - P1)\, D12 + (P3 - P1)\, D13 + (P2 - P3)\, D32 + (P3 - P2)\, D23$

여기서 $P1 < P2 < P3$라고 하자. 그러면 위식에서 0보다 큰 항목은 $(P2 - P1)\, D12$, $(P3 - P1)\, D13$, $(P3 - P2)\, D23$ 이고, 0보다 작은 항목은 $(P1 - P2)\, D21$, $(P1 - P3)\, D31$, $(P2 - P3)\, D32$이다. 전체적인 의료비의 변화분의 크기가 0보다 클지 또는 0보다 작을지는 이 각 항목들의 크기에 의해 좌우된다. 따라서 분석의 편의를 위해서 위식을 다시 쓰면,

$B = (P2 - P1)\, D12 - (P2 - P1)\, D21 + (P3 - P1)\, D13 - (P3 - P1)\, D31 + (P3 - P2)\, D23 - (P3 - P2)\, D32$

$= [(P2 - P1)(D12 - D21)] + [(P3 - P1)(D13 - D31)] + [(P3 - P2)(D23 - D32)]$

이다.

여기서 $(P2 - P1) > 0$

$(D12 - D21) < 0$

$(P3 - P1) > 0$

$(D13 - D31) < 0$

$(P3 - P2) > 0$

$(D23 - D32) < 0$

이다.

따라서 위식의 모든 항목은 (-)의 값을 가지므로 전제적인 의료비 변화분은 (-), 즉 전체적인 의료비가 감소한다.

그런데, 이제 '이익이 남는 수가 수준을 P1O, P2O, P3O로 인상하였기 때문에 B는 다르게 나타난다. 그러나 P2O와 P3O는 2차, 3차진료기관의 진료수입 감소분을 보전해 주는 수준으로 인상하였기 때문에, 수가를 P2→P2O, P3→P3O로 인상한 후의 2차, 3차 진료기관의 진료수입 보전분은 아래와 같다.

2차 진료기관에 대한 보전분 $= P2 \times \{(D21 + D23) - (D12 + D32)\}$

3차 진료기관에 대한 보전분 $= P3 \times \{(D31 + D32) - (D13 + D23)\}$

이 진료수입 감소분은 결국 1차 진료기관에 돌아가는데, 수가인상을 통

해 보전해 주게 되므로 순수하게 추가로 들어가는 의료비이다.

그 다음, 1차 진료기관의 경우는 수입이 증가하므로 2차, 3차와 같은 수입의 보전은 필요 없다. 그러나 앞에서 언급된 바와 같이 각급 의료기관간의 형평성 차원에서 1차 진료기관에 대해서도 P1→ P1O(= P1 + ϕ)로 수가를 인상한다고 하자.

그러면 1차 진료기관의 수입(의료비 지출)의 증대분은,

$$P1O \times \{(D21 + D31) - (D12 + D13)\}$$
$$= (P1 + \phi) \times \{(D21 + D31) - (D12 + D13)\}$$
$$= P1 \times \{(D21 + D31) - (D12 + D13)\} + \varepsilon \times \{(D21 + D31) - (D12 + D13)\}$$

으로서, 여기서 $P1 \times \{(D21 + D31) - (D12 + D13)\}$은 기존의 수가 P1 하에서 환자가 재배치되면서 발생하는 수입의 증대분(의료비 지출 증가분)이며, $\varepsilon \times \{(D21 + D31) - (D12 + D13)\}$는 수가 인상에 의해 추가로 지출되는 금액이다.

따라서 1차, 2차, 3차 진료기관 전체에 대해 추가로 지출되는 의료비는,

$$B = P1 \times \{(D21 + D31) - (D12 + D13)\} + \varepsilon \times \{(D21 + D31) - (D12 + D13)\} + P2 \times \{(D21 + D23) - (D12 + D32)\} + P3 \times \{(D31 + D32) - (D13 + D23)\}$$
$$= [(P1 + P2 + \phi)(D21 - D12)] + [(P1 + P3 + \phi)(D31 - D13)] + [(P2 - P3)(D23 - D32)]$$

이다.

여기서,

$(P1 + P2 + \phi) > 0$

$(D21 - D12) > 0$

$(P1 + P3 + \phi) > 0$

$(D31 - D13) > 0$

$(P2 - P3) < 0$

$(D23 - D32) < 0$

로서 전체의료비 변화분 $B > 0$이다.

즉, 의료기관별 수가차등제를 도입하여 현행 보다 수가를 인상한 '이익이 남는 수가'를 적용하고, 제도 시행 과정에서 수입의 감소를 보는 의료기관에 대해 이를 수가 인상을 통해 보전해 줄 경우 전체적인 의료비의 상승을 초래한다는 결과를 보여주고 있다.

그런데, 지금까지 모든 의료기관이 적합환자만을 진료한다는 가정 하에 '손해 보는 수가'를 적용하는 사례에 대해서는 논의하지 않았다.' 손해 보는 수가가 적용되는 사례를 고려하면 의료비의 증가분은 이보다 적을 것이다. 그러나 이는 제도의 취지에 맞지 않게 비적합 환자를 여전히 진료한다는 것을 의미하므로, 제도의 도입 취지가 충분히 달성된 상황을 가정하여 시도한 본 분석에서는 의미가 없다.

마지막으로, 수가차등제 도입 시 국민의료비 지출이 증대할 수 있다는 분석결과는 결국 수익감소가 예상되는 2·3차 진료기관에 대해 수익의 감소분을 보전할 수 있는 수준으로 현행 수가를 인상하여 '이익이 남는 수가'를 책정 해줄 것인가의 문제로 귀결된다. 의료전달체계가 효율적으로 구축되면서 발생하는 비용의 절감분이 2·3차 진료기관에 집중적으로 나타나게 되는데, 이를 어떤 형태로든 보전해준다고 하는 것은 의료전달체계의 효율화로 인해 국민에게 돌아가는 편익을 감소시키는 것이다. 현행수가보다 어느 정도 수준으로 더 수가를 인상해줄 것인가 하는 것은 그 편익 중 얼마만큼을 국민에게 돌리고 또 얼마만큼을 공급자에게로 돌리느냐의 문제이며, 이것은 결국 정책적인 판단에 맡겨져야 할 사항이다.

IV. 제도 도입과 관련한 기타 고려사항

의료기관종별 수가차등제를 도입하기 위해서는 수가에 대한 문제뿐 아니라 기타 제도적 틀에 대한 몇 가지 사항이 고려되어야 한다. 이와 관련

한 현실적인 문제로서 제도도입의 취지에 상당 부분 공감대가 형성된다 하더라도 서비스 생산원가 원가에 미치지 못하는 ‘ 손해 보는 수가 ’를 실제로 적용하는 데 많은 문제가 따를 것으로 판단된다.

또한 수가차등화 대상 질병분류와 관련하여, 여러 개의 질병이 복합적으로 병발할 경우에 대한 고려가 필요하다. 앞에서 언급된 일부 단순 질병에 대해서만 적용한다고 하더라도 1차 진료 적합 질환과 2차 진료 적합 질환이 동시에 발생하거나 하나의 질환이 완치되지 않은 단계에서 다른 질환에 이환된 경우 등에 대한 고려가 필요하다. 아울러 2차 또는 3차 진료 적합 질환을 치료하는 과정 중에 부작용 등으로 1차 진료가 적합한 질환이 발생하는 경우 등에 대한 고려도 필요할 것이다.

아울러, 어떤 질환인지 최종적으로 판명되기까지 과정에 발생하는 문제에 대한 검토도 필요할 것이다. 즉, 예를 들어 단순 질환임에도 불구하고 다른 질환이 의심되어 2차, 3차 진료기관에서 검사와 진단을 받은 결과 최종적으로 1차진료만으로 충분한 단순질환에 불과한 것으로 최종적으로 판명 나는 경우 2차, 3차 진료기관에서의 진료에 대해서는 어떤 수가를 적용하여야 할지에 대한 고려가 필요하다.

한편, 지금까지 분석된 바와 같이 1차 진료 적합환자가 2 · 3차 진료기관에서 진료를 받는 경우나 2차 진료 적합환자가 3차 진료기관에서 진료를 받는 경우뿐만 아니라, 그 반대의 경우에 대한 검토도 있어야 한다. 즉, 2차 진료 적합환자가 1차 진료기관에서 진료를 받는 경우[13] 또는 3차 진료 적합환자가 2차 진료기관에서 진료를 받는 경에 대한 고려가 필요하다는 것이다. 적합환자를 진료하지 않은 경우에는 ‘ 손해 보는 수가 ’를 적용하다는 원칙대로라면, 의원에서 1차 진료를 받는 환자에 대해서는 적합환자로 분류되어 인상된 수가(P1O)를 적용하고, 의원에서 2차 진료를 받는 환자는 적합환자가 아니기 때문에 ‘ 손해 보는 수가 ’ 즉, 현행보다 낮은 수가를 적용해야 한다. 이 경우 2차 진료환자가 1차 진료환자보다 더 낮은

13) 3차 진료 적합환자가 1차 진료기관에서 진료 받는 경우는 없다고 가정

가격으로 진료를 받는 현상이 발생하게 된다. 마찬가지로 3차 진료 적합환자가 2차 진료기관에서 진료를 받을 경우 2차 진료 적합환자에 비해 더 낮은 수가의 적용을 받는다. 이 경우 의료공급자의 입장에서는 상급 진료기관으로 환자를 이송할 동기가 부여되는 셈이지만, 환자의 입장에서는 더 낮은 수가의 적용을 받는 곳에서 진료를 받을 동기가 생겨나는 셈이다.

V. 결 론

지금까지의 분석에는 사실상 가격변화에 따른 의료이용량의 변화가 포함되지 않았다. 즉, 수가가 P1O, P2O, P3O 등으로 조정되는 것과 상관없이 의료이용량(진료량)을 각급 의료기관별로 Dij로 고정시켜 놓고 분석한 결과이다. 따라서 이러한 요인을 고려하면 전체적인 의료비나 각급 의료기관의 수입은 다소 다르게 나타날 것이다. 그러나 각급 진료기관에서의 진료에 대한 수요의 가격 탄력성 정보가 없는 현재로서는 여기에 대한 분석이 불가능하며 향후 이에 대한 연구가 필요하다.

의료기관별 수가차등제도는 이론적으로는 의료기관간 기능 분화를 유도하는 정책대안 중에서 가장 효과적인 제도의 하나임에는 틀림없다. 그러나 이 제도의 도입을 통해서 비용절감 효과를 거두는 데 있어서 현실적이고 구조적인 장애요인이 없는지 다시 한 번 고려가 필요하다.

참 고 문 헌

건강보험심사평가원(2003),『2002 건강보험심사평가통계연보』.
국민건강보험공단(2003),『건강보험통계연보』.
권순호 · 김병익 · 윤대인(1993),「의료장비의 의료기관 유형별 비교와 지역간 분포」,『인간과학』, 14(3).
김세라 · 장현숙 · 유선주 · 박수경 · 하범만(2002. 7),『중장기 전문의 수급 방안과 전공의 수련과정 질적 개선 연구』, 한국보건산업진흥원.
김원중 외(2003),『의료서비스의 질 향상 및 전문병원 도입을 위한 정책 연구』.
대한병원협회(각 연도),『병원표준화 심사결과평가 및 수련병원(기관) 지정 · 전공의 정원책정보고서』.
명재일 외(1992),『의료전달체계 운영평가와 진료권별 병상수급』, 한국보건사회연구원.
보건복지부(1990 ~ 2002),『보건복지백서』.
보건복지부(각 연도),『보건복지통계연보』.
보건복지부 · 국민건강보험공단(2003),『2002년 의료급여통계』.
보건복지부 · 한국보건사회연구원(2003),『2002년도 환자조사 보고서』.
서울대학교 보건대학원(1999),『의료체계의 정립을 위한 요양기관별, 질병별 가산율 및 본인일부부담금 개선에 관한 연구』
송건용,“ 의료전달체계의 개선방안 ”, mimeo, 한국병원경영연구소
양봉민(1999),『보건경제학』 나남출판.
이상영 · 오영호 외(2003),『보건의료자원 수급현황과 관리정책 개선방안』, 한국보건사회연구원.
의료개혁위원회(1997. 12),『의료부문의 선진화를 위한 의료정책과제』.
한국보건산업진흥원(2001),『보건의료발전계획 수립을 위한 기초연구』.
William L. Dowling(1976), *A procedure of Rational planning, cost control in hospital,* Health Administration Press, Ann Arbor,
Willock M., Motley C.(Win 1998), “ Financial and material management ”, *Int Anesthesiol clin,* 36(1), pp.41 ~ 57.
Yang BM.(Dec 1993), “ Medical technology and inequity in Health care: the case of Korea ”, *Health Policy Plan,* 8(4), pp.385 ~ 93.

Summary

An Analysis on Changes in National Health Medical Expenditures and Revenues of Medical Institutions, of the Differential Medical Fee System

Sang Young Lee

This study aims to analyze changes in national health medical expenditures and revenues of the primary, the secondary, the tertiary medical institutions when the differential medical charge system is implemented.

As a policy measure to promote efficiency in medical service delivery system, the differential medical charge system applies ‘profitable medical fee’ when medical institutions treat the patients who need the medical treatments which belongs to its defined treatment sphere and otherwise, applies ‘nonprofitable medical fee’. This study expects that the revenue of primary medical institutions will increase while those of secondary and tertiary medical institutions decrease, when the differential medical charge system is implemented.

This study points out that small or medium size hospitals, which are already experiencing severe financial deficits, will not survive such a situations. In order for small and medium size hospitals to survive increased deficits, ‘the profitable medical fee’ for those hospitals should be increase to offset the increased deficits. In this case, there is a possibility that national medical expenditures will increase.