

수가규제정책이 건강보험에 미치는 영향

김 학 주(경상대학교)

1. 서론

우리나라 건강보험제도에서는 의료공급자가 환자에게 의료서비스를 제공하고 그 비용을 개별 건별로 사후적으로 의료보험자로부터 지불을 받는 이른바 행위별 수가제(fee-for-service)를 채택하고 있다. 2000년 이후 재정경제부와 보건복지부간에 협의를 거쳐 확정되던 종전의 수가결정방식은 합의에 의한 계약제로 전환되었으나 현재 의료보험수가는 의료서비스 공급자, 보험가입자, 그리고 정부 측의 대표들로 구성된 건강보험정책심의위원회(건강심)에서 실질적으로 결정되고 있다. 공급자 측과 가입자 측의 갈등상황에서 정부가 어느 정도 건정심의 주도권을 행사하고 있는 가운데 가격의 적정성 문제는 의료공급자, 수요자, 그리고 정부간의 지속적인 논란의 초점이 되어왔으며 아직도 해결이 요원한 상태이다.

이처럼 보험수가의 적정수준에 대한 합의도출과 진료비지불제에 관한 개혁이 지지부진한 주된 이유는 심각하게 왜곡되어 있는 현 의료보험시장의 상황과 무관치 않다. 보험재정적자가 누적되고 재원이 부족한 상황에서 의료보험수가와 급여수준은 실시초기부터 낮은 수준에서 동결되어 왔고 이에 대해 시중 의료기관은 임의적인 비보험급여의 제공, 수진율의 증가, 기타 수입(약가 리베이트 등)으로 대응하였다. 결국 그 어느 측도 본격적으로 보험수가에 대한 문제를 제기하지 못한 채 의료보험은 20여 년간 양적확대를 지속해 왔다. 정부는 수가인상에 소극적인 반면에 의료공급자인 병원단체는 의료수가의 인상률이 물가인상률을 밑돌아 의료기관의 경영악화와 그에 따른 병원도산의 증가를 야기하고 있으므로 의료수가의 대폭적인 인상이 필요하다고 역설한다.¹⁾

본 연구는 공급자 유인수요를 설명하는 이론적 근거들과 수가규제정책의 효과에 대해 먼저 살펴보고 1978부터 2003년까지의 의료보험통계연보 자료를 이용하여 의료보험제도가 실시된 이후 의료보험수가가 진료비, 수진율 및 서비스강도의 변화에 어떠한 영향을 주었는지를 분석한 다음 이를 통하여 의료보험 수가규제와 관련하여 향후 바람직한 정책방향을 논하고자 한다.

1) 공급자의 불만이 고조되거나 보험확대 또는 제도개혁 시기에는 수가인상률이 소비자물가를 훨씬 초과하기도 하였다.

2. 공급자 유인수요 (생략)

3. 건강보험에서의 수가규제의 효과

정부가 의료시장에 개입하여 가격을 규제하는 근본적인 이유는 의료시장의 불완전 경쟁으로 인한 시장실패를 해결하기 위해서이다. 하지만 앞에서 언급한 바와 같이 정보의 비대칭성이 다른 산업에 비해 훨씬 큰 의료산업분야에서 정부의 가격규제정책은 그 효과가 제한적일 수밖에 없다. 대표적인 부작용으로는 1) 현행 행위별 수가제 하에서는 오히려 의료서비스 질의 감소 가능성이 더 클 수 있다. 의사가 활용할 수 있는 자원(자신의 진료시간, 업무량, 보조인력 등)은 제약되어 있으므로 수진율이 증가하면 제공되는 의료서비스의 질은 점차적으로 감소할 것으로 예상할 수 있다. 2) 보험환자와 비보험환자가 동시에 존재하는 경우 비보험환자에 대한 가격차별이 일어날 수 있다. 전국민의료보험이 전면 실시된 1989년 이전까지 우리나라에서는 동일한 의료서비스에 대해 보험수가와 비보험 가격이 존재하였다. 실제로 80년대 중반 지역의 농어민이 부담해야 하는 비보험수가가 보험수가의 약 2.5배에 달하였다(김영모, 2005). 3) 규제가격이 생산한계비용보다 큰 이상, 의료공급자는 의료서비스의 양을 증가시켜 이윤을 높이려 할 수 있다. 의료소비자가 가지는 정보의 불완전성으로 인해 이러한 공급자의 유인 수요증가는 발생한다. 더구나 의료공급자간 경쟁이 활발하지 않고 소비자의 정보탐색역량이 미약한 우리나라 상황에서 유인수요의 가능성은 더욱 높아진다. 4) 건강보험에서 수가규제는 급여 항목에 대해서만 이루어지므로 비급여항목의 신설 및 제공을 증가시킬 수 있다. 이 경우 급여항목에 대한 수가규제로 인해 낮은 수준의 가격을 지불한다 하더라도 환자가 전액 부담하는 비급여의 비중이 증가하기 때문에 수가규제의 효과는 상실된다. 우리나라의 환자 본인부담 비율은 2001년 현재 평균 54.5%로서 총 진료비 중 절반 이상을 개인이 지불하는 것으로 추정되고 있다(이진경, 2002; 김학주, 2004).

4. 분석방법 (주요부분 생략)

1) 연구대상 및 범위

2) 분석모형

의료수가의 변화가 수진율과 서비스 강도에 어떠한 영향을 주었는지를 분석하기 위해 먼저 다음과 같이 분석모형을 구성하여 사용하였다.

$$1 + \delta_i = (1 + \alpha_i)(1 + \beta_i)(1 + \gamma_i) \quad (3)$$

$$\delta_i = \alpha_i + \beta_i + \gamma_i + \alpha_i \beta_i + \alpha_i \gamma_i + \beta_i \gamma_i + \alpha_i \beta_i \gamma_i$$

$$Y_i = \left(\frac{(1 + \delta_i)}{(1 + \alpha_i)(1 + \beta_i)} \right) - 1$$

α_i = i년도의 수진율 증가율

β_i = i년도의 수가 증가율

δ_i = i년도의 서비스 강도 증가율

3) 연구방법

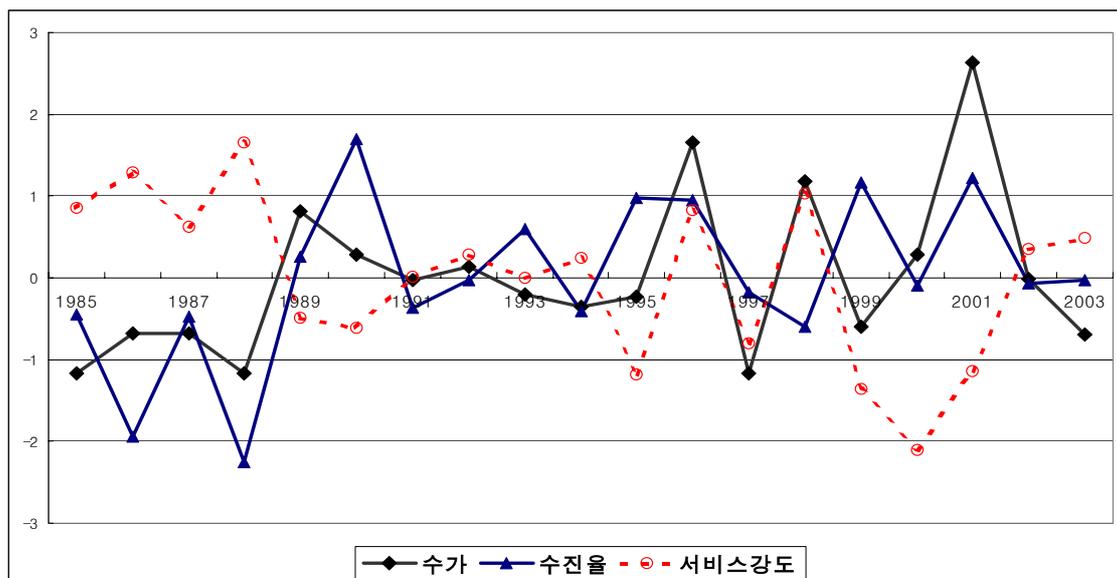
5. 연구결과

1) 기술통계분석

우선 수가 증가율, 수진율 증가율, 서비스강도 증가율을 각각 표준화시킨 뒤 평균 증가율에 비해 연도별 상승율의 변동을 조사하여 수가와 수진율, 그리고 서비스 강도간의 관계를 파악해 보았다. <그림 2>에서 Y축 값이 0인 선상의 점들은 개별 요인들의 평균증가율을 의미한다.

(1) 먼저, 수가상승률이 평균 증가율보다 클 경우 당해 수진율의 상승폭 또한 평균 증가율을 상회하는 반면 같은 해 서비스강도 상승률은 평균 상승률보다 둔화됨을 알 수 있다. 또한 수가상승률이 평균상승률보다 높은 경우, 2년 뒤 수진율 상승률이 평균 상승률보다 커지는 경향이 보이고 있다.

<그림 2>



아래의 <그림 3>는 1984년을 '1'로 두었을 때 수가, 수진률, 서비스강도의 시계열 추이를 나타낸 것이다. 수가와 수진율은 1984년부터 꾸준히 상승하고 있지만 서비스 강도는 전국민의료보험이 실시된 첫해인 1989년부터 점차적으로 낮아지고 있음을 알 수 있다. 구체적으로

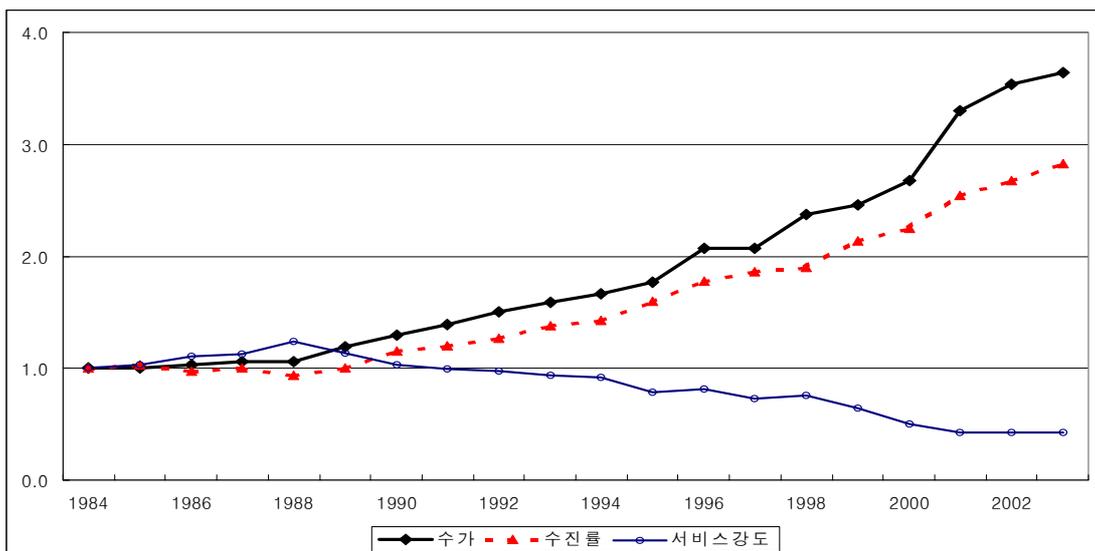
(1) 1989년 이전에는 수진율과 서비스강도에 있어 별다른 변화가 나타나지 않았는데 이는 의료공급자가 이윤 손실분을 비보험환자에게 이전한 결과로 추정된다.

(2) 수가, 수진률, 서비스강도의 변동 추세를 살펴보면 1989년 이후 수가와 수진율이 가파른 상승세를 보이는 반면 서비스 강도는 점차적으로 낮아지는 결과를 나타내었다. 2003년 현재 전체 보험가입자를 대상으로 하였을 때 현재 서비스의 강도는 88년의 서비스 강도에 비해 약 75.8%의 수준에 불과하였다.

(3) 수가는 1995년 이후 과거보다 약간 가파른 상승세를 띄고 있고 의약분업이 실시된 2000년 이후 가파른 상승을 했지만 1995년 이후 특별한 추세변화는 없는 것으로 보인다.

(4) 수진율은 2000년에 잠시 감소했지만 전체적인 증가추세의 패턴은 바뀌지 않고 있다.

<그림 3> 수가, 수진율, 서비스 강도 시계열 변동추세: 전체



아래의 <표 1>은 건강보험의 주요시기별로 수가, 수진율, 서비스강도의 평균 증가율을 보여 주고 있다. 구체적으로 1977~1988년 (사회보험 확장기), 1989~1999년(전국민의료보험기), 2000~2003년(사회보험통합기), 1999~2001년(의약분업전후)으로 나누어 요인별 평균 증가율을 평균 및 입원 및 외래 서비스별로 구별하여 비교하였다. 그 결과, 보험종별, 서비스종류별로 차이가 있으나 1999년 이전까지 수가 증가율보다 빠른 1인당 총진료비 증가 추이를 보이고 있었던 반면 2000년 이후로는 상대적으로 낮은 증가율을 나타내었다. 한편 수진율 증가는 상승세인 반면에 서비스 강도의 증가추세는 1989년 이후 줄곧 음(-)의 증가율을 기록하고 있다. 이는 의료수가의 규제정책의 영향과 더불어 의사가 감당할 수 있는 업무량의 제한과 무관치 않을 것이다.

<표 1> 기간별 수가, 수진율, 서비스강도의 평균 증가율

(단위:%)

	기간	수가 증가율	평균			입원			외래		
			총진료비 증가율	수진율 증가율	서비스강 도증가율	총진료비 증가율	수진율 증가율	서비스강 도증가율	총진료비 증가율	수진율 증가율	서비스강 도증가율
전체	1985*~1988	1.495	8.514	-1.564	5.634	8.690	-1.507	6.023	4.421	-1.563	1.669
	1989~1999	8.028	9.394	7.901	-5.631	9.470	5.025	-3.014	7.234	7.955	-7.511
	2000~2002	13.150	2.020	7.818	-12.415	2.118	2.812	-8.096	-1.292	7.894	-15.311
	1999~2001	11.960	2.608	10.177	-17.390	2.678	5.583	-13.728	0.295	10.249	-19.302
	1985~2002	7.430	7.969	5.784	-4.258	8.071	3.205	-1.853	5.188	5.830	-6.771
직장	1979*~1988	10.801	27.627	16.223	-0.162	18.506	6.843	10.014	9.385	16.627	-8.209
	1989~1999	8.028	14.609	7.554	-0.936	9.519	3.701	-1.793	6.940	7.627	-7.564
	2000~2003	10.603	6.543	7.025	-6.745	3.207	5.079	-7.940	-1.292	7.064	-13.572
	1999~2001	11.960	10.429	10.313	-11.134	3.522	6.012	-13.357	0.229	10.370	-19.458
	1979~2003	9.549	18.526	10.937	-1.556	12.104	5.178	1.546	6.601	11.137	-8.455
지역	1982*~1988	4.810	28.207	7.854	3.813	12.156	16.367	4.399	24.181	7.743	10.140
	1989~1999	8.028	25.827	15.442	-0.941	9.173	12.951	-5.850	9.633	15.490	-6.768
	2000~2003	10.603	7.762	7.914	-6.745	2.907	5.802	-8.879	-0.723	7.955	-13.742
	1999~2001	11.960	10.361	10.798	-11.143	2.436	5.597	-13.928	0.548	10.885	-19.510
	1982~2003	7.472	23.300	11.659	-0.484	8.983	12.738	-3.140	12.379	11.655	-2.656
공교	1980*~1988	9.696	17.830	8.147	1.779	14.198	6.135	1.062	7.902	8.198	-6.362
	1989~1999	8.028	14.185	6.889	-0.692	9.456	3.919	-1.981	6.959	6.906	-6.948
	2000~2003	10.603	3.815	5.004	-7.377	1.648	3.400	-7.761	-1.893	5.030	-12.455
	1999~2001	11.960	5.836	6.715	-12.000	1.397	2.740	-12.332	-0.398	6.776	-17.155
	1980~2003	9.083	13.824	7.047	-0.880	9.933	4.664	-1.803	5.837	7.078	-7.646

* 표시는 해당 자료의 이용가능 시작년도.

2) 회귀분석 (표 생략)

아래 <표 2, 3, 4>들은 1인당 총 진료비의 증가에 수가 및 노인인구비율, 의사수비율, 국민소득의 상승이 어느 정도 기여를 하였는지 보여주고 있다. 더빈-왓슨 검정의 결과 대부분의 값이 허용범위 안에 위치하여 자기상관의 문제는 없는 것으로 확인되었다. 대부분의 회귀분석 모형에서 수가의 영향이 유의미한 ($p < .05$) 것으로 나타났으나 모든 분석에 대해 유의적인 결과를 얻어내지 못하였다. 이는 분석에 사용된 수가증가율은 평균 인상률인데 반해 실제 실시된 수가인상은 매년 항목별로 차이가 있기 때문인 것으로 이해된다. 분석결과, 노령화증가율(노인인구비율 증가율)은 직장과 공교보험가입자의 경우 입원서비스에 대한 1인당 총진료비 증가와의 관계에 있어 매우 유의미한 영향을 나타낸 반면 의사수 증가율은 유의미한 결과를 얻을 수 없었다. 이는 인구 1인당 우리나라 의사공급이 아직 적은 수준이기 때문에 의사공급의 과잉경쟁이나 의사 1인당 의료수요의 감소가 크지 않기 때문으로 해석할 수 있다.

6. 결론 및 함의

본 연구의 결과, 건강보험제도내 수가규제정책과 관련하여 상당한 규모의 공급자의 유인수요가 존재함이 밝혀졌다. 특히 현행 행위별 수가제하에서 평균 증가율을 초과하는 수가상승의 경우, 서비스 강도 증가보다는 수진율을 상승시킴으로써 의료공급자는 이윤을 추구하고 있는 것으로 나타났다. 공교와 직장보험가입자들을 대상으로 이 같은 경향이 두드러졌는데 아직까지 건강보험제도내에 상당한 본인부담이 존재하고 있으며 이로 인해 지역가입자들보다 상대적으로 높은 소득수준의 환자들에게 유인수요가 높은 것으로 해석된다. 반면에 서비스의 강도는 전국민의료보험이 실시된 1989년 이후 지속적으로 낮아지는 등의 부작용을 낳았음을 볼 수 있었다.

우리나라의 보건의료부문은 정보의 비대칭성이 다른 분야에 비해 크기 때문에 정부의 개입이 필수적이나 동시에 90%가 넘는 민간병원 의존을 때문에 가격규제정책의 부정적 효과 또한 만만치 않을 수밖에 없다.²⁾ 단순히 의료서비스 가격만을 규제하는 경우 본 연구결과에서 나타난 바와 같이 의료서비스의 강도와 품질을 희생하거나, 불필요한 의료수요를 증가시키고, 환자가 전액을 부담해야 하는 비급여 서비스의 제공을 확대하게 된다. 일반적으로 비보험급여에 대한 수요곡선은 비교적 가격 탄력적이라고 볼 수 있으나 급여항목에 대한 가격규제로 의사의 수입이 줄어들게 되면 의사는 환자에게 이런저런 이유를 제시하며 보험급여 대신 비보험급여 서비스를 강하게 권유하게 된다 (이때 환자의 선택권은 그 만큼 줄어들고 임의적인 비보험급여에 대한 수요곡선은 비탄력적으로 변하면서 우측으로 이동된다).

최근 정부에서는 의료서비스를 이용하는 환자들의 부담을 대폭 줄이겠다고 공언한 바 있다. 본인부담의 감소는 '진료비 할인제도'로까지 치부되는 건강보험의 보장성을 높인다는 점에서 긍정적으로 평가되어야 한다. 그러나 현행 제도 하에서 본인부담의 대폭 감소는 이용환자의 소득증가효과를 가져오게 된다. 결국 공급자의 유인수요를 더욱 부채질 할 가능성이 높아 보험재정적자를 가중시킬 수 있다. 또한 정부의 수가규제에 대응하여 의료공급자는 비급여 항목을 계속 증설함으로써 실제 환자부담은 줄어들지 않는 문제가 발생할 수도 있다. 만약 이러한 문제를 해결하기 위해 의료서비스 진료총량 또는 가격을 규제한다면 이는 급여 서비스의 강도 및 질 저하 그리고 보험환자에 대한 차별이라는 또 다른 문제에 봉착할 수 있다. 결국 현재의 행위별 수가제하에서 보험급여에 대한 가격규제를 통해 가격을 낮추고 진료량을 적정수준으로 증가시키려는 정부정책은 성공하기 매우 어렵다.

우리나라 건강보험체계를 개혁함에 있어 무엇보다 중요한 과제는 대다수를 차지하고 있는 민간 의료공급자들로 하여금 고품질-적정가격의 의료서비스를 제공하게끔 만드는 경쟁유인이 내재되어 있어야 한다는 것이다. 진료비 지불제 개선과 관련해서 보험자는 사후가 아닌 사전에 포괄화된 서비스항목에 대해 비용을 지불하는 제도가 훨씬 효과적으로 공급자의 비용절감에 대한 유인을 제공할 수 있다. 그러나 어떠한 형태가 되던 간에 진료비 지불제만으로는 의

2) 사실 가격규제의 효과는 모든 소득계층에 영향을 미치므로 계층간 형평성 차원에서 그 효과가 매우 제한적이다.

료의 질 향상 또는 유지를 보장할 수 없을 것이다. 왜냐하면 품질향상을 위해 노력하는 공급자에게 적절한 수준의 보상을 하기 위해서는 의료의 질적 성과에 대한 정밀한 측정이 필요한데 실제로 제대로 해내기가 어렵기 때문이다. 그러므로 우선적으로 의료기관에 대한 소비자의 주관적인 만족도나 시설개선에 관련된 정보가 아닌 의료서비스의 품질을 파악하기 위한 핵심 정보, 예를 들면 환자중증도를 보정한 의료기관의 완치율, 재입원율, 생존율, 사망률 등을 객관적인 제 3의 기관에서 조사해서 공개할 필요가 있다. 이 같은 정보공개를 토대로 한 정부의 개입은 품질향상 효과가 클 뿐더러 의료소비자들에게도 ‘정보의 비대칭성’을 극복하고 ‘소비자 선택’을 강화할 수 있도록 도움을 줄 수 있을 것이다.

〈 참고 문헌 〉

김영모, 2005. 사회정책. 서울: 한국복지정책연구소 출판부 p.277

김학주, 2004. 계층간 진료비 본인부담의 형평성에 관한 연구. 한국사회복지학. 56(3). pp. 113-133.

국민의료보험관리공단. 각 년도. 국민의료보험통계연보

이진경, 2002. 건강보험 본인부담 실태와 추이분석, 건강보험포럼
의료보험연합회. 각 년도. 의료보험통계연보.

통계청 홈페이지 (<http://www.nso.go.kr>)

Jacobs, P. (1987). The Economics of Health and Medical Care, 2nd Ed. Rockville, MA: Aspen Publishers, Inc. pp.163~164.

Reinhardt, U. (1996). Commentary. Medical Care Research and Review. 53. 3. September, pp.274~287.