

건강보험수가제도 개선을 통한 의료전달체계 확립방안

오영호

한국보건사회연구원 보건의료연구센터

Establishment of Healthcare Delivery System through Improvement of Health Insurance System

Youngho Oh

Health Care Research Department, Korea Institute for Health and Social Affairs, Sejong, Korea

Establishing a healthcare delivery system is key to building a cost-effective healthcare system that can prevent the waste of healthcare resources and increase efficiency. Recently, the rapid increase in the national medical expenditures due to the aging of the population and the increase in chronic diseases has raised the question about the sustainability of the healthcare system including the health insurance system. This is why we need to reform the medical delivery system, including the function setting of medical institutions. Accordingly, gradual and practical efforts based on the recognition of reality are needed for solving the problems and improving the medical delivery system. The first effort is to secure policy measures to establish functions and roles of medical institutions which are the basis of the healthcare delivery system, and a systematic medical use system for appropriate medical use. This approach can be achieved through a reasonable health insurance schemes. Without reasonable reform efforts, it will be difficult for Korea's health care system to develop into a system that can provide cost-effective and high-quality medical services that the people want.

Keywords: Healthcare delivery system; National health insurance; Efficient health care provision system; Functions and roles of medical institutions

서 론

보다 더 건강하고 더 행복한 삶을 누리기 위한 조건 중의 하나는 적절한 보건 의료 서비스를 사회적 형평에 기초하여 균등하고 효율적으로 제공하는 것이다. 이를 위하여 우리나라는 그동안 의료공급 확대와 전국민건강보험 실시 등의 정책을 수립하여 의료의 양적 성장과 함께 의료접근성을 확보하려고 노력하였다. 또한 의료전달체계의 확립으로 의료이용 및 공급의 효율성 개선을 위해 노력하고 있다. 의료전달체계 확립을 위한 정부의 공식적인 정책은 1989년 도입된 전국민건강보험제도와 함께 시작되었다. 정책의 목적은 환자들이 가능한 집에서 가까운 의료기관을 이용하게 하고, 또 단순하고 기본적인 의료기

술과 진료능력을 갖춘 의료기관에서부터 의료이용을 시작하여 필요에 따라 복합적이고 상위수준의 의료기술을 갖춘 의료기관으로 옮겨가도록 하는 것이었다. 의료전달체계 정책은 시행 초기에 효과가 어느 정도 나타난 것으로 평가되었지만[1], 지역 간 공급 불균형에 따른 불평등을 해소하기 위한 규제개혁 차원에서 1995년에 대진료권 구분이 없어지고, 1998년 공·교의료보험과 지역의료보험을 통합하면서 중진료권의 구분도 없어짐으로써 의료이용의 지역화 추진은 중단되었다[2]. 이후 현재까지 의료기관 중별 역할 및 기능이 제대로 작동되지 않고 있다. 특히 수도권 대형병원의 환자 편중현상은 심화되어 의원급과 병원급 의료기관이 서로 경쟁하고 있으며, 의료자원의 지역 간 불균형과 효율적 활용 측면에서 문제가 발생하면서 의료기관 중별

Correspondence to: Youngho Oh

Korea Institute for Health and Social Affairs, Building D, 370 Sicheong-daero, Sejong 30147, Korea
Tel: +82-44-287-8202, Fax: +82-44-287-8062, E-mail: ohyho@kihasa.re.kr

*원고의 원고의 일부 내용(2장 우리나라의 의료전달체계의 현황 및 문제점)은 2016년 발간된 보고서에서 일부 내용을 발췌하여 가장 최근의 자료를 사용하여 재분석하였다[1].

Received: July 2, 2019, Revised: July 24, 2019, Accepted after revision: August 2, 2019

© Korean Academy of Health Policy and Management

© This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

기능 재정립 등의 의료전달체계 확립의 필요가 시급하다 판단된다. 이러한 관점에서 이 연구에서는 제대로 확립되지 않은 우리나라 의료 전달체계가 초래하고 있는 보건의료의 문제점을 살펴보고, 문제 개선을 위한 정책방향과 과제를 제시하고자 한다.

우리나라 의료전달체계의 현황 및 문제점

1. 우리나라 의료전달체계의 정책

의료전달체계는 1989년 전국민건강보험제도를 도입하면서 전국적으로 실시되었다[3,4].¹⁾ 1989년 전국민건강보험제도를 시행하기 이전의 의료공급체계는 기능적 단절성, 지역 간 의료자원의 불균형, 대형병원으로의 환자 집중, 허부구조의 취약성 등의 문제를 해결하고자 도입되었다. 이를 통해 의료공급의 효율성과 의료보장제도의 목적을 달성할 수 있을 것이라는 판단 때문이었다. 당시 의료전달체계는 전국을 행정구역과 생활권으로 나누어 대진료권 8개, 중진료권 142개를 설정하였다. 의료기관 역시 1차, 2차, 3차 진료기관으로 분류

하여 의료기관 간의 기능분담도 시도하였다[3]. 그러나 1998년 지역 간 의료자원공급 불균형에 따른 불평등 문제를 해소하기 위한 규제개혁 차원에서 진료권의 개념이 폐지되면서 사실상 의료전달체계의 정책은 실패하였다고 평가되고 있다[5].²⁾

현재 우리나라 의료공급 및 의료이용체계를 포함한 의료전달체계는 의료법과 국민건강보험법에 근거하고 있으며, 의료기관의 종류와 기능은 의료법에 규정되어 있다. 의료법(제3조³⁾)은 의료기관을 크게 의원급과 종합병원을 포함한 병원급으로 나누고, 상급종합병원은 병원급에서 따로 구분한다[6,7]. 기능면에서 의원급은 주로 외래환자를, 병원급은 주로 입원환자를, 상급종합병원은 중증질환을 대상으로 의료행위를 하는 기관으로 정의하고 있다[6] (Table 1). 그러나 의료법에 규정된 의료기관의 기능과 종별 구분은 명시적인 규정에 불과하다[8].

의료이용체계와 관련된 내용은 국민건강보험법⁴⁾에 건강보험 급여를 2단계로 구분하고 있다[3,8]. 상급종합병원을 이용하고자 하는 경우에는 의원이나 병원 또는 종합병원의 의사소견이 기재된 건강진단이나 검진결과서 또는 요양급여 의뢰서를 제출하는 경우에만 건강보험 급여를 지급받을 수 있다[6].⁵⁾ 그러나 환자 본인이 의료비용을

Table 1. Criteria for classifying medical institutions

Classification	Target patients	Criteria
Clinic-grade	Mostly outpatients	<30 beds
Hospital-grade		
Hospitals	Mostly inpatients	≥30 beds
General hospitals	Not less than 7 (if beds are ≤300) or 9 (>300) mandatory medical departments	≥100 beds
Tertiary hospital	General hospitals specializing in medical treatment for serious illnesses difficult to treat	Designated by the Minister of the Ministry of Health and Welfare among general hospitals

Reprinted from Oh et al. An efficient utilization method of health care resources to keep medical expenses at an appropriate level in Korea: focused on the attending hospital system. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2016 [6].

- 1) 우리나라에서 의료전달체계 도입의 배경은 1920년대부터 영국을 비롯한 다수의 국가에서 논의된 의료의 지역화 개념에 근간을 두고 있다. 즉 자본집약적인 3차 의료를 중심으로 주변에 1차와 2차 의료의 자원을 분산하는 지역네트워크로서 소비자의 보다 높은 참여, 보다 향상된 의료접근, 의료의 생산과 높은 질을 가능하게 하는 규모의 경제를 성취하는데 필요한 자원의 집중화 등을 기하는 것이다[3]. 특히 자원의 배분에 있어서 지역구분과 환자의뢰 및 정보의 흐름과 같은 의료의 여러 수준 간 연계성이 강조되어야 한다는 것이다[4]. 이러한 배경에 따라 의료전달체계와 관련한 논의가 1970년대부터 시작되었고, 의료보험제도가 도입되면서 본격적으로 의료전달체계 도입의 필요성이 제기된 것이다. 1984년부터는 2개 지역에서 시범적인 환자의뢰제도가 실시된 바 있고, 1989년에는 전국적인 환자의뢰제도를 실시하였다[3].
- 2) 의료전달체계를 제대로 확립하지 못한 이유는 정부는 병상규모에 따라 형식적으로 1, 2, 3차 의료기관으로 지정하여 적절한 기능을 할 수 없었다. 그리고 3차 의료기관의 역할로 연구와 교육기능을 특화하지 못하였고, 또한 1차 의료기관의 핵심적인 역할인 1차 의료기능을 강화하기 위한 정책적인 지원을 하지 않았으며, 의료전달체계의 참여자인 의료기관, 의사, 환자 등의 적극적 참여를 유도할 수 있는 정책방안을 마련하지 못했기 때문이라고 지적하고 있다[5].
- 3) 의료기관의 종류와 기능을 정의하고 있는 관련 법률로는 의료법이 대표적이다. 현행 의료법 제3조에서는 의료기관을 의원급과 병원급 의료기관 그리고 조산원으로 구분하고 있다. 의원급 의료기관은 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로 의원, 치과의원, 한의원이 있다. 또한 병원급 의료기관은 의원급 의료기관과 마찬가지로 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원으로 구분하여 규정하고 있다[7]. 또한 동법 제3조의2(병원 등)에서는 시설과 인력을 기준으로 병원과 종합병원으로 구분하여 규정하고 있다. 즉 병원의 경우 30개 이상의 병상을 그 기준으로 하고 있고, 종합병원의 경우 100개 이상의 병상과 병상규모에 따른 개설과목, 전문의를 구분하고 있다. 그 외에도 상급종합병원과 전문병원을 따로 규정하고 있는데, 상급종합병원의 경우 종합병원 중에서 중증질환에 대한 난이도가 높은 행위를 전문적으로 하되 20개 이상의 진료과목, 장관명이 정하는 인력, 시설, 장비 등을 갖출 것을 규정하고 있다[6].
- 4) 2000년 제정된 국민건강보험법에서는 건강보험제도상의 의료전달체계의 법적 근거를 마련하였다[8]. 즉 동법에 의한 '국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙' 제2조(요양급여의 절차)에서는 요양급여를 1단계와 2단계로 구분하고, 가입자 또는 피부양자는 1단계 요양급여를 받은 후 2단계 요양급여를 받도록 규정하고 있다. 여기서 1단계 요양급여는 의료법상의 상급종합병원을 제외한 의료기관에서 받는 요양급여를 말하고 2단계 요양급여는 상급종합병원에서 받는 요양급여를 말한다[3].
- 5) 응급, 분만, 치과, 가정의학과 등 7가지 예외 경로 인정(요양급여 규칙 제2조)하고 있고, 의료급여는 3단계로 구분(의료급여법 시행규칙 제3조)하고 있다[6].

부담하고자 하는 경우에는 이러한 의료이용단계에 제한을 두지 않는다. 또한 환자들이 단계적으로 의료기관을 방문하여 의료이용을 할 수 있도록 유도하기 위하여 의료기관 종별 가산율 및 환자 본인부담률의 진료비 차등제도⁶⁾를 실시하고 있다. 그러나 이러한 제도적인 규정을 마련했음에도 불구하고 국민들의 의료기관 이용에 대한 제한은 의료비에 대한 본인부담률에서만 차이가 있을 뿐 특별한 제한이나 제재는 없다. 이로 인해 현재까지 우리나라는 의료전달체계가 확립되지 못하였으며, 의료기관 종별 기능 역시 명확하게 구분되어 있지 않다[6].

2. 우리나라 보건의료의 문제점

우리나라 보건의료분야가 직면한 문제 중에서 의료전달체계가 크게 영향을 미치는 문제들을 중심으로 살펴보고자 한다. 즉 제대로 확립되지 않은 의료전달체계가 주요 원인 중의 하나가 되어 발생되고 있는 보건의료의 문제점은 크게 몇 가지 측면으로 요약할 수 있다. 첫째, 국민의료비의 급격한 증가문제이다. 둘째, 의료기관 간의 역할 및 기능의 미정립 등으로 유발된 의료기관 간의 의료시설 대형화 및 고급화 경쟁으로 의료기관의 병상과 고가의료장비 보유경쟁의 심화문

제이다. 셋째, 의료자원 공급과잉과 과당경쟁으로 비효율적인 진료현상의 심화문제이다. 그리고 마지막으로 의료자원 공급 불균형으로 인한 수도권 대형병원으로 환자가 쏠리는 현상 등이다.

1) 국민의료비의 급증

국민의료비 증가와 이로 인한 건강보험재정 적자의 위험성은 우리나라 보건의료분야의 가장 심각한 문제 중 하나이다. 최근 7년 동안 우리나라의 연평균 1인당 의료비 지출증가율은 5.7%로 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) 국가 평균 1.4%와 비교했을 때 무려 4.3%p 높았으며, OECD 국가 중 칠레(5.9%) 다음으로 가장 높게 나타났다[9] (Figure 1). 국민 의료비는 '85년 2.9조 원에서 2017년에 131.0조 원으로 30여 년간 45배 이상 증가하였고, 2000년 25.4조 원에 비해서도 5배 이상 증가한 사실은 우리나라 국민의료비가 얼마나 급격히 증가해왔는지를 보여준다[9] (Figure 2). 더 심각한 문제는 건강보험재정 적자가 더 심화될 것이라는 전망이다. 2011년 미래보건의료기획단의 발표에 의하면 건강보험료 수입의 증가추세보다 의료비 지출의 증가추세가 더 빨라 건강보험 재정적자의 규모가 2025년에는 대략 30조 원에 달하고, 2030년에는 50조 원 규모가 될 것으로 전망하고 있다[10]. 이러한 비판적인

International comparison of medical expenditure growth per capita (2003–2016)

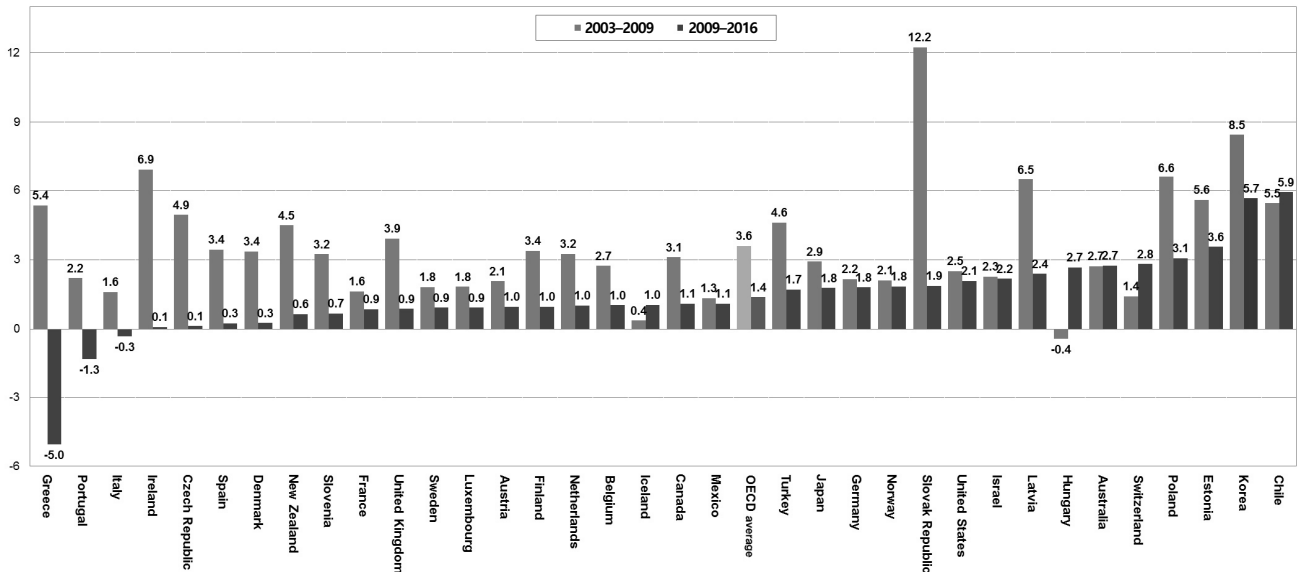


Figure 1. Annual average growth rate in per capita health expenditure, real terms, 2003–2016 (or nearest year). From Organization for Economic Cooperation and Development. OECD health statistics. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2016 [9]. OECD, Organization for Economic Cooperation and Development.

6) 의료기관 종별 가산율은 의원급은 15%, 병원급은 20%, 종합병원급은 25%, 그리고 상급종합병원급은 30%로 책정하고 있고, 환자가 부담하는 본인부담률은 의원급은 30%, 병원급은 35%에서 40%, 종합병원급은 45%–50%, 그리고 상급종합병원급은 60%로 책정하였다.

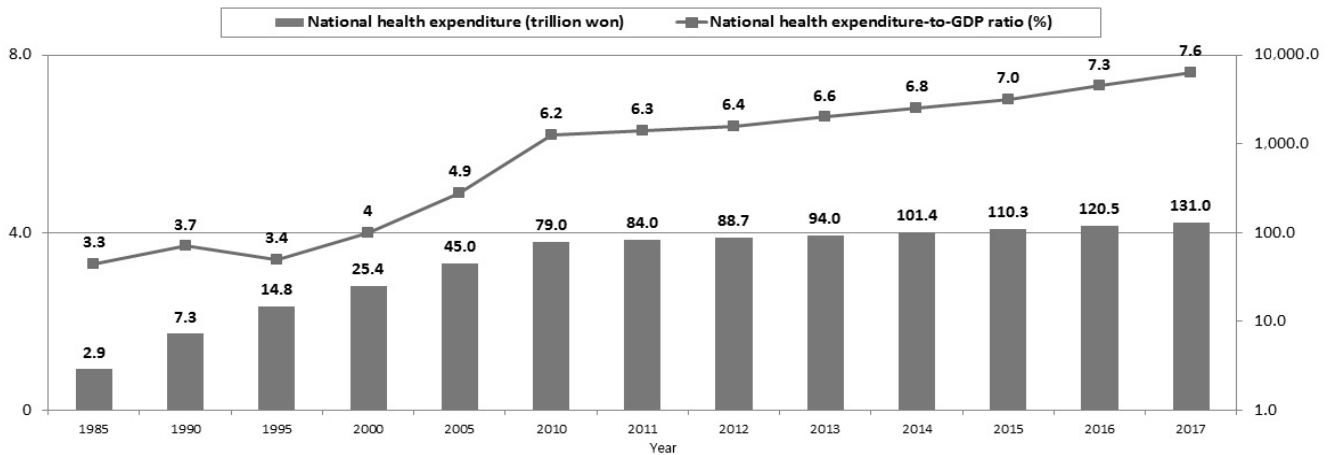


Figure 2. National health expenditure and national health expenditure-to-GDP ratio. From Organization for Economic Cooperation and Development. OECD health statistics. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2016 [9]. GDP, gross domestic product.

시나리오는 최근 정부의 발표에서도 확인할 수 있는데, 2022년부터 건강보험 재정이 적자를 나타내어 2025년에는 건강보험 재정이 고갈 될 것이라고 전망하고 있다[11]. 인구의 노령화 등 여러 요인들이 의료비 급증의 원인이겠지만 가장 근본적으로는 제대로 확립되지 않은 의료전달체계를 포함한 비효율적인 의료공급체계 때문이라고 판단 된다.

2) 의료기관 간 의료자원 보유경쟁 심화

한정된 보건의료자원을 효율적으로 공급하고 활용하기 위한 의료 공급체계를 효율적으로 구축하는 것이 보건의료제도의 핵심적인 요소가 되어야 한다. 의료기관 간의 역할 및 기능은 의료법으로 규정되어 있지만, 기능과 역할을 수행할 수 있도록 할 수 있는 정책적 수단이 미약하였다. 때문에 의료기관들의 경쟁은 주로 병상과 고가의료장비 설치 등과 같은 고급화와 양적 확대를 위주로 이루어져 왔다. 2005-2016년의 요양기관 종류별 의료기관 수와 병상 수의 변화 양상은 이러한 사실을 잘 보여준다. 종합병원 중 500병상 이상의 의료기관을 제외한 요양기관의 수가 계속해서 증가해왔으며, 병상 수 역시 500병상 이상의 종합병원과 100병상 이상의 병원을 제외하고는 계속해서 증가해왔음을 보여준다[12] (Table 2).

요양기관종별 의료기관수나 병상수의 증가경향은 요양병원이 가장 큰 것을 알 수 있다. 2007년 노인장기요양보험제도 도입 전후로 요양병원과 요양병상이 크게 증가하였고, 2005년 이후에는 연평균 각각 20.6%, 26.4%씩 증가하였다. 또한 2005년 890개소였던 병원의 의료기관의 수는 2016년 1,437개소로 연평균 4.5% 증가하였다. 외래의료서비스를 담당할 의원 역시 병상 수가 2005년 92,311병상, 2010년

93,409병상으로 증가하다가 2015년 77,207병상으로 감소했으나, 2016년에 다시 증가하여 112,964병상으로 전체 병상의 17.0%의 적지 않은 비중을 차지하고 있다[12] (Table 2).

고가의료장비의 총량적인 공급과잉뿐만 아니라 과도한 고가의료장비 공급의 증가 역시 문제이다. 의료기관 간의 고가의료장비 도입 경쟁으로 의료기관의 종별과는 관계없이 대부분의 의료기관에서 고가의료장비 공급이 증가하였는데, 특히 100병상 미만의 병원급과 의원급 등에서 크게 증가하고 있다. 전산화단층촬영기(computed tomography, CT)와 자기공명영상기(magnetic resonance imaging, MRI)는 대부분의 의료기관에서 지속적으로 증가하고 있으며, MRI는 의료기관의 규모에 따라 연평균 최소 4.8%에서 최대 23.4%까지 증가하였다[12] (Table 3).

이러한 경향은 OECD 국가와의 비교를 통해서도 알 수 있는데, 인구 1,000명당 병상수의 변화를 보면, 우리나라는 2005년 5.9병상에서 2016년 11.98병상으로 매년 6.65%씩 증가하였지만, OECD 국가의 경우는 2005년에 5.39병상에서 2016년 4.65병상으로 연평균 1.33%씩 감소하였음을 고려했을 때, 이러한 한국의 병상 수 증가경향은 매우 이례적인 현상이라 할 수 있다.

고가의료장비의 경우도 OECD 국가 간의 비교를 통해서 보면 지나치게 공급이 과잉되었다는 점을 알 수 있다. 이미 포화상태에 있고 MRI의 대체장비에 해당하는 CT를 제외한 고가의료장비의 보유대수는 OECD 국가에 비해서 높을 뿐만 아니라 연평균 증가율도 높은 경향을 보인다. 인구 백만 명당 MRI 보유대수를 보면, 우리나라는 2005년 12.12대에서 2016년 27.81대로 2.29배 증가하여 연평균 7.84%씩 증가하였지만, OECD 국가는 2005년 8.89대에서 2016년 15.84대로 1.78

Table 2. Changes in the number of institutions and hospital beds

Year	Category	Tertiary hospital	General hospital			Hospital			Nursing hospital			Clinic
			Subtotal	<500	≥500	Subtotal	<500	≥500	Subtotal	<500	≥500	
2005	Institutions	43	247	190	58	890	450	440	172	86	86	24,980
	Beds	39,251	89,398	51,370	38,028	130,399	29,139	101,260	21,160	5,891	15,270	92,311
2010	Institutions	44	270	211	59	1,297	639	658	852	343	509	27,149
	Beds	43,569	97,864	59,061	38,803	182,144	41,086	141,058	110,052	24,043	86,010	93,409
2015	Institutions	43	293	238	55	1,457	972	485	1,330	248	1,082	29,147
	Beds	45,996	104,928	68,370	36,557	133,268	52,882	80,385	237,683	15,874	221,809	77,207
2016	Institutions	43	285	232	53	1,437	994	443	1,356	153	1,203	29,419
	Beds	45,793	101,495	66,068	35,427	126,500	55,074	71,426	278,133	12,797	265,335	112,964
Average annual increase (%)	Institutions	0	1.3	1.8	-0.9	4.5	7.5	0.1	20.6	5.3	27.1	1.5
	Beds	1.4	1.2	2.3	-0.6	-0.3	6.0	-3.1	26.4	7.3	29.6	1.9

Values are presented as number or %. Excluding beds of dental clinic, oriental medicine, and high-class beds. Number of beds=general beds+cots for normal neonates+intensive care beds+emergency room beds. Since the subtotal uses a weighted multiplier with a decimal point, the sum of the contents and the total number may not match. Reprinted from Ministry of Health and Welfare; Korean Institute for Health and Social Affairs. Patient survey. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2005, 2010, 2015, 2016 [12].

Table 3. Changes in the number of high-priced medical devices

Equipment type	Year	Tertiary hospital	General hospital			Hospital			Nursing hospital			Clinic
			Subtotal	<500	≥500	Subtotal	<500	≥500	Subtotal	<500	≥500	
CT	2005	114	289	194	94	524	226	299	26	5	21	598
	2010	189	395	255	140	662	295	367	23	2	20	509
	2015	227	456	302	154	701	335	365	0	0	0	970
	2016	234	457	301	156	677	349	328	17	0	17	2,225
	AAI (%)	6.8	4.3	4.1	4.7	2.4	4.0	0.8	-3.8	-	-1.9	12.7
MRI	2005	81	222	156	66	176	56	120	1	0	1	94
	2010	120	295	204	92	377	142	235	2	0	2	252
	2015	151	380	266	113	581	269	312	0	0	0	293
	2016	154	385	274	111	563	283	280	0	0	0	951
	AAI (%)	6.0	5.1	5.3	4.8	11.2	15.9	8.0	-	-	-	23.4

Values are presented as number or %. Excluding dental clinic and oriental medicine. Since the subtotal uses a weighted multiplier with a decimal point, the sum of the contents and the total number may not match. Reprinted from Ministry of Health and Welfare; Korean Institute for Health and Social Affairs. Patient survey. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2005, 2010, 2015, 2016 [12].

CT, computed tomography; AAI, average annual increase; MRI, magnetic resonance imaging.

배 증가하여 연평균 5.39%씩 증가하였다. 인구 백만 명당 positron emission tomography (PET) 보유대수를 보면, 우리나라는 2005년 0.68대에서 2016년 4.06대로 5.97배 증가하여 연평균 17.64%씩 증가하였지만, OECD 국가는 2005년 0.79대에서 2016년 1.91대로 2.41배 증가하여 연평균 8.28%씩 증가하였다. 이러한 높은 증가율로 우리나라와 OECD 국가 간 고가장비 보유대수 차이가 더욱 커지고 있다. 인구당 MRI 보유대수는 2005년에 우리나라가 OECD 국가보다 1.36배 더 많았지만, 2016년에는 1.76배로 차이가 더 확대되었다. 또한 인구당 PET 보유대수는 2005년에는 우리나라가 OECD 국가의 0.86배로 더 적었지만, 2016년에는 2.13배 더 많은 것으로 나타나 우리나라의 고가의료장비 공급은 지속적으로 확대되고 있음을 알 수 있다[13,14] (Table 4).

3) 의료자원 공급과잉과 과당경쟁으로 인한 비효율적인 진료현상 심화

바람직한 의료전달체계를 확립한다는 것은 의원은 외래 중심의 1차 의료와 문지기 역할을 수행하고, 병원급은 입원 위주의 진료, 그리고 상급종합병원은 고도의 전문적 의료서비스와 연구를 담당토록 하는 것을 의미한다[2]. 이는 1차 의료기관은 경증질환의 외래환자를 담당케 하고, 전문적인 의료가 필요하다고 판단되는 환자들에게는 대리인으로서 적절한 요양기관을 안내하는 것이다. 이것이 가능할 때에 의료자원의 효율적 사용과 함께 적절한 의료를 보장하여 의료의 질이 높아질 수 있을 것이다. 그러나 일부 의원에서도 입원병상을 두어 입원의료서비스를 제공하며, 상급종합병원 역시 경증환자를 대상

able 4. Comparison of number of beds per 1,000 population and the number of high-priced medical devices per million population

Variable	Year						Average annual increase (%) (2005-2016)	
	2005			2016			OECD countries	Korea
	OECD countries (A)	Korea (B)	B/A	OECD countries (A)	Korea (B)	B/A		
No. of beds	5.39	5.9	1.09	4.65	11.98	2.58	-1.33	6.65
CT	16.82	32.31	1.92	24.63	37.8	1.53	3.53	1.44
MRI	8.89	12.12	1.36	15.84	27.81	1.76	5.39	7.84
PET	0.79	0.68	0.86	1.91	4.06	2.13	8.28	17.64

Values are presented as number or %. Iceland, New Zealand, where data were not available, and Korea, a comparative country, were excluded from OECD country statistics. OECD, Organization for Economic Cooperation and Development; CT, computed tomography; MRI, magnetic resonance imaging; PET, positron emission tomography.

Table 5. Outpatient distribution by type of medical institutions

City	Tertiary hospital				General hospital				Hospital				Clinic*			
	2002	2008	2013	2016	2002	2008	2013	2016	2002	2008	2013	2016	2002	2008	2013	2016
Seoul	9.3	9.1	10.7	17.6	6.1	6.8	7.7	14.7	3.4	4.7	7.7	12.0	81.2	79.4	73.9	55.6
Busan	4.1	4.8	5	5.0	9.2	11.1	13.1	10.9	6.4	8.2	14.5	12.1	80.3	75.9	67.5	72.0
Daegu	8.9	5.6	7.5	7.2	7	4.1	4.7	5.5	5.5	9.4	12.7	13.2	78.7	80.8	75.2	74.1
Incheon	3.8	7.3	6.9	7.0	5.9	8.4	10.1	8.2	4.1	6.8	9.1	6.6	86.2	77.5	73.9	78.2
Gwangju	4.7	4.4	6.7	5.1	4.7	12.9	13.9	15.0	6.2	10.5	15.3	13.5	84.5	72.2	64.1	66.4
Daejeon	4.8	6.3	4	3.9	5.7	7	12.1	9.4	2.4	4.1	7.4	4.4	87.1	82.5	76.5	82.2
Ulsan	0.8	0.9	0.9	3.0	8.8	10.3	10.7	5.1	10.9	14.8	17.9	7.9	79.5	74	70.5	84.0
Gyeonggi	3.2	3.8	5.6	8.7	8.2	10.8	10	17.5	4.6	7.9	8.8	12.7	84	77.5	75.6	61.1
Gangwon	3.8	4.9	4.4	2.5	9	10	13.3	8.7	4	6.1	10.5	4.4	83.2	79.1	71.8	84.4
Chungbuk	3.2	4.9	5	2.8	5.3	7.6	10.1	7.0	3.2	5.2	7.7	3.6	88.3	82.3	77.2	86.6
Chungnam	3.6	5.3	5.2	4.7	5.9	5.2	6.7	6.6	4.1	5.6	7.3	6.3	86.4	83.9	80.8	82.5
Jeonbuk	4.6	6.5	4.4	3.9	4.2	5.8	7.9	5.0	4.7	5.6	9.9	6.1	86.4	82	77.8	85.0
Jeonnam	2.6	1.9	3.8	1.9	7.9	9.9	12	6.3	7.5	12	14.8	9.7	81.9	76.1	69.4	82.1
Kyungbuk	3	3	3.8	2.2	9.7	11	13.6	10.6	5.7	7.7	11.3	7.1	81.6	78.2	71.3	80.1
Gyeongnam	1.9	2.9	4.6	3.5	8.5	9.9	11.3	11.2	9.3	12.7	15.8	14.9	80.4	74.5	68.2	70.4
Jeju	0.6	0.8	0.9	0.4	13.6	16.7	22.3	8.8	0.5	1.1	3.3	0.4	85.3	81.4	73.5	90.4
Sejong	-	-	4.6	0.5	-	-	8	0.6	-	-	6.3	0.7	-	-	81.1	98.2
Total	4.9	5.3	6.1	5.9	7.3	8.8	10.1	10.1	5	7.4	10.4	9.2	82.9	78.5	73.4	74.8

Values are presented as %. Reprinted from Ministry of Health and Welfare; Korean Institute for Health and Social Affairs. Patient survey. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2002, 2008, 2013, 2016 [12].

*Clinic is the sum of the number of clinics, health and medical centers, public health centers, and health centers.

으로 외래진료를 제공하고 있다. 요양기관 중별 외래환자 수의 비율이 변화되는 양상을 살펴보면, 병원급 이상의 외래환자 수의 비율은 2002년 이후 전반적으로 증가하거나 비슷한 수준을 유지하는 반면, 의원급의 경우 2002년 82.9%, 2008년 78.5%, 2013년 73.4%로 지속적으로 감소하다가 2016년에는 74.8%의 수준을 보였다[12] (Table 5). 이러한 현상은 외래의료비 추세를 통해서도 알 수 있다. 상급종합병원과 종합병원 진료비의 점유율은 2002년 이후 전반적으로 증가하지만, 의원 외래진료비 점유율의 경우 2002년 37.4%였던 점유율이 2016년에는 27.9%로 감소했음을 알 수 있다[15] (Table 6).

2013년 진료비통계지표가 나타내는 상급종합병원과 종합병원의 외래환자 비중 역시 대학병원 외래환자 증가의 심각성을 나타낸다.

입원을 위주로 해야 할 상급종합병원과 종합병원에서 각각 외래비중이 19.8%와 37.2%나 된다는 사실은 의료전달체계상의 문제점을 보여준다. 반면, 의원들이 적지 않은 병상을 보유하고 있다는 사실 또한 의료기관의 불합리하고 미흡한 역할 및 기능의 분화를 입증하는 것이다 [12] (Table 7).

고가의료장비의 사용을 증대시키는 요인으로는 고가의료장비의 공급과잉과 더불어 의료기관 간 경쟁적 의료장비 도입을 들 수 있다. 최근 2006-2016년까지 10년간의 고가의료장비 보유대수와 사용량 추세는 이러한 사실을 잘 드러내준다. CT의 경우 2006년 1,629대에서 2016년 1,923대로 10년간 연평균 증가율 2% 미만을 나타내며 총량의 변화는 크지 않다. 하지만 건강보험급여가 적용된 촬영횟수는 같은

Table 6. Changes in outpatient costs and the share by type of medical institutions (unit: 10 billion won)

Type	Year															
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Total no.	1,551	1,626	1,780	1,998	2,271	2,469	2,638	2,942	3,161	3,324	3,423	3,546	3,547	3,731	4,092	4,444
Subtotal of medical institutions	1,008 (65.0)	1,043 (64.1)	1,114 (62.6)	1,230 (61.6)	1,385 (61.0)	1,492 (60.4)	1,579 (59.9)	1,780 (60.5)	1,921 (60.8)	2,025 (60.9)	2,159 (63.1)	2,281 (64.3)	2,297 (64.8)	2,421 (64.9)	2,662 (65.1)	2,916 (65.6)
Tertiary hospital	91 (5.9)	104 (6.4)	114 (6.4)	130 (6.5)	157 (6.9)	180 (7.3)	200 (7.6)	234 (8.0)	265 (8.4)	243 (7.3)	302 (8.8)	317 (9.0)	322 (9.1)	336 (9.0)	381 (9.3)	410 (9.2)
General hospital	99 (6.4)	118 (7.3)	130 (7.3)	151 (7.6)	177 (7.8)	197 (8.0)	222 (8.5)	242 (8.2)	267 (8.5)	281 (8.5)	297 (8.7)	319 (9.0)	310 (8.7)	318 (8.5)	345 (8.4)	385 (8.7)
Hospital	49 (3.2)	57 (3.5)	65 (3.7)	74 (3.7)	86 (3.8)	100 (4.1)	112 (4.3)	134 (4.6)	152 (4.8)	164 (5.0)	181 (5.3)	192 (5.4)	185 (5.2)	195 (5.2)	211 (5.1)	235 (5.3)
Nursing hospital	-	-	-	-	-	-	-	-	8 (0.3)	9 (0.3)	10 (0.3)	10 (0.3)	11 (0.3)	11 (0.3)	11 (0.3)	14 (0.3)
Clinic	580 (37.4)	564 (34.7)	588 (33.1)	643 (32.2)	712 (31.4)	751 (30.4)	780 (29.6)	874 (29.7)	897 (28.4)	937 (28.2)	990 (28.9)	1,014 (28.6)	1,009 (28.4)	1,055 (28.3)	1,140 (27.9)	1,244 (28.0)

Values are presented as number (%). Subtotal of medical institutions is the value excluding dental, oriental medicine, and midwifery clinics. Total includes both subtotal of medical institutions and pharmacy. Reprinted from Health Insurance Review and Assessment Service. Statistical index of medical expenses each year. Wonju: Health Insurance Review and Assessment Service; 2002-2017 [15].

Table 7. Outpatient distribution by type of medical institutions

City	Tertiary hospital				General hospital				Hospital				Clinic*			
	2002	2008	2013	2016	2002	2008	2013	2016	2002	2008	2013	2016	2002	2008	2013	2016
Seoul	35.5	34.7	34.3	35.1	26.3	26	25.5	27.2	14.9	16.5	24.6	21.7	23.3	22.8	15.6	16.0
Busan	17.6	19.7	17.5	17.2	39.7	36.4	36.8	27.9	27.3	29.4	36.5	34.6	15.5	14.6	9.1	20.2
Daegu	36.1	24.9	22.7	21.2	29.9	16.2	17.6	19.3	23.3	42	43.9	38.8	10.7	16.9	15.9	20.8
Incheon	20.1	25.6	23.1	24.5	31.5	28.5	33.8	25.4	23.6	21.4	29.6	26.5	24.8	24.5	13.5	23.6
Gwangju	18.7	11.8	16.8	11.9	23.6	38.8	36.4	30.0	29.9	27.8	38.1	32.5	27.7	21.6	8.7	25.6
Daejeon	27.8	28.4	16.9	15.2	28.1	31.3	42.4	35.1	13	17.4	23.4	22.9	31.1	22.9	17.3	26.8
Ulsan	17.3	4.8	3.3	14.8	37.5	37.7	32	19.8	30.4	42.3	47.7	22.1	14.8	15.2	16.9	43.4
Gyeonggi	15.2	14.4	19.6	18.3	37.6	37.3	34.1	37.2	21.9	26.3	28.2	29.0	25.4	22	18.2	15.6
Gangwon	17.8	19.3	15.1	9.9	42.9	31	38.3	30.2	17.4	24.8	31	18.0	21.9	24.9	15.6	41.9
Chungbuk	18.9	19.3	17.3	11.9	34.3	34.3	34.3	26.3	18.5	22.8	31.1	16.6	28.3	23.6	17.3	45.2
Chungnam	19.8	26.8	25.6	19.1	35.8	28.5	30.5	25.1	20.2	21.6	26	19.3	24.2	23.1	17.9	36.5
Jeonbuk	23.9	19.6	19.6	16.0	22	24.2	26.3	18.9	26.7	25.4	33.6	26.1	27.4	30.8	20.5	38.9
Jeonnam	12	8.1	11.2	7.4	40	40	35.9	25.9	33.9	41.9	39.9	33.9	14.1	10.1	12.9	32.8
Kyungbuk	14.6	13.6	12.7	10.1	47.6	42.6	42.6	44.4	23	27.9	31.4	27.8	14.8	16	13.3	17.7
Gyeongnam	9.2	12.9	11.3	12.9	38.4	32.5	32.5	32.5	35.2	36	41.2	40.2	17.2	18.6	15	14.4
Jeju	8.8	7.1	5.9	3.3	70.3	69	77.8	47.4	3.5	8.6	7.8	4.0	17.4	15.3	8.5	45.2
Sejong	-	-	21	5.8	-	-	34.6	12.8	-	-	32.3	12.4	-	-	12.1	69.0
Total	21.2	20.1	19.8	18.1	34.6	32.7	33	29.8	22.7	26.6	31.9	27.6	21.6	20.6	15.3	24.6

Values are presented as %. Reprinted from Ministry of Health and Welfare; Korean Institute for Health and Social Affairs. Patient survey. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2002, 2008, 2013, 2016 [12].

*Clinic is the sum of the number of clinics, health and medical centers, public health centers, and health centers.

기간 3.3배 증가하여 연평균 약 12.7% 증가하였고, CT 1대당 촬영횟수 역시 2.8배 증가하여 연평균 10.8% 증가하였다. MRI 역시 지난 10년간 2.1배 증가하여 연평균 7.9%의 증가를 보였고, 보험급여가 적용된 촬영건수는 2.8배 증가하여 연평균 10.8%의 증가를 나타냈다. MRI 1대당 촬영건수는 2006년과 2016년에 각각 670회와 875회로 연평균 2.7%의 증가율을 나타냈다. PET의 경우 2006년과 2016년에 각각 63대와 208대로 3.3배 증가해 연평균 12.7%의 증가율을 보였고, 건강보험급여가 적용된 촬영건수는 2006년 42,360건 대비 2016년 170,315

건으로 4.0배 증가해 연평균 증가율 14.9%를 나타냈다. 또한 PET당 촬영건수는 2006년 672회 대비 2016년 819회로 1.2배 증가하여 연평균 증가율 2.0%를 나타냈다[16] (Table 8). 이러한 고가의의료장비의 무분별한 도입과 확산은 고가장비를 이용한 진단이 필요 없는 환자에게도 이들 장비를 적용하여 의료비 상승과 의료체계의 비효율을 유발한다.

4) 의료자원 편중으로 인한 수도권 환자 쏠림현상 심화

대학병원을 포함한 대형병원의 수도권 편중현상으로 초래된 환자

Table 8. Total number of CT, MRI, PET shots, number of devices in possession, and number of shots per equipment by year (health insurance coverage)

Equipment	Year	Total no. of shots	No. of devices in possession	No. of shots per equipment
CT	2006 (A)	2,411,327	1,629	1,480
	2016 (B)	7,935,390	1,923	4,127
	A/B	3.3	1.2	2.8
	Annual average (2006-2016)	12.7	1.7	10.8
MRI	2006 (A)	440,169	657	670
	2016 (B)	1,231,510	1,407	875
	A/B	2.8	2.1	1.3
	Annual average (2006-2016)	10.8	7.9	2.7
PET	2006 (A)	42,360	63	672
	2016 (B)	170,315	208	819
	A/B	4.0	3.3	1.2
	Annual average (2006-2016)	14.9	12.7	2.0

Reprinted from Korea Health Industry Development Institute. National healthcare survey. Cheongju: Korea Health Industry Development Institute; 2018 [16].
CT, computed tomography; MRI, magnetic resonance imaging; PET, positron emission tomography.

들의 수도권 집중현상은 의료전달체계의 문제점 중 하나로 나타나고 있다. 환자조사 자료로 외래환자와 퇴원환자의 지역별 이용양상 및 이용추세를 보면, 지역별 차이는 있지만 전반적으로 서울지역에 환자가 집중되어 있다. 서울지역의 2016년 종합병원 이상(상급종합병원 포함)을 이용한 외래환자 비율은 1.7%~20.2%까지 적지 않은 비중을 차지한다. 또한 서울지역의 상급종합병원을 이용한 외래환자 비율은 3.7%~89.6%까지 나타났다. 퇴원환자의 경우 외래환자와 유사한 동향을 나타내지만 서울지역의 종합병원급 이상의 의료기관을 이용하는 외래환자 비율보다 퇴원환자의 비율이 전반적으로 높았다. 또한 상급종합병원만을 이용한 퇴원환자를 대상으로 한 경우에는 서울지역에 위치한 곳에 입원한 비율이 적게는 8.2%, 많게는 89.1%까지 나타났다[12] (Table 9).

중병인 암 환자의 경우 2016년 서울지역의 종합병원급 이상(상급종합병원 포함) 의료기관을 방문한 외래 암 환자 비율은 6.8%에서 43.1%까지 차지하였고, 상급종합병원만을 이용한 외래 암 환자의 비율은 이보다 훨씬 높은 9.6%에서 91.8%까지의 외래 암 환자가 서울지역에서 이용하였다. 한편, 퇴원 암 환자의 서울지역 의존도는 외래 암 환자보다 더욱 심한 것으로 나타났다. 상급종합병원을 포함한 종합병원급 이상을 이용한 퇴원 암 환자의 10.8%에서 57.3%가 서울지역에 위치한 종합병원급 이상의 의료기관을 이용한 것으로 나타났다. 상급종합병원만을 대상으로 한 경우에는 적게는 15.5%에서 많게는

92.7%의 퇴원 암 환자가 서울지역에서 이용한 것으로 추정되었다 [12] (Table 10). 규모의 경제나 효율적인 의료자원 활용의 측면에서 바라봤을 때, 모든 지역에 암 센터를 설치하여 서울지역으로의 암 환자 집중현상을 개선하고자 하는 것은 타당하지 않을 수도 있다. 그러나 응급의료를 포함한 필수의료뿐만 아니라 증가하는 암 환자의 의료 접근성을 제고하려면 규모의 경제를 고려한 지역별 의료자원의 배치를 고려해야 할 것이다.

의료전달체계 확립과 건강보험수가체계

1. 건강보험수가체계

우리나라의 건강보험수가체계는 ‘기술행위료(의사업무)’와 ‘수가가산부분’으로 구성되어 있다[17]. 기술행위료는 기본적으로 행위별 수가제를 근간으로 하고 있었지만, 2001년부터 의료인의 노력과 숙련도, 판단력, 스트레스를 반영하고, 또한 의료장비 및 재료비, 보조 인력의 인건비 등을 반영하는 상대가치수가제(resource-based relative value scale)를 적용하고 있다. 수가가산제도의 대표적인 항목은 종별 가산⁸⁾항목이다[17]. 이 항목은 행위별 수가제하에서 적용되지 않은 의료기관의 관리비(시설, 장비, 인력 등 소요비용)를 보완하여 적용하고 또한 의료기관별 역할 분담을 강제해 의료기술 개발에

7) 현행 수가가산제도가 종별 가산을 포함한 각종 가산제가 △특정대상 가산(신생아 가산, 소아 가산, 노인 가산, 장애인 가산), △시간대 가산(야간 가산, 공휴 가산), △특정 진료과 및 질환 가산(전문의 가산, 내과·소아과·정신과), △기관 가산(종별 가산), △특정항목 가산(입원료 차등, 특정행위에 추가되는 가산) 등 산발적으로 관리·운영되고 있음[17].

8) 의료기관 종별 가산율 제도는 의료기관의 규모에 따라 투자비용 및 인력 운용에 대한 보상차원에서 행위료에 대해 차별적 건강보험수가 계산을 적용하는 제도로, 상급종합병원의 경우 30%, 종합병원 25%, 병원 20%, 의원 15%의 가산율이 적용된다. 모든 진료비 계산에 각각의 비율을 추가한다[17].

Table 9. The percentage of users among general patients by type of medical institutions in Seoul

City	Utilization ratio of general hospital or higher grade (including tertiary hospital)								Utilization ratio of tertiary hospital							
	Outpatient				Discharge				Outpatient				Discharge			
	2002	2008	2013	2016	2002	2008	2013	2016	2002	2008	2013	2016	2002	2008	2013	2016
Seoul	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Busan	3.1	2.4	2.6	1.7	4.7	5.1	4.3	3.5	9.0	7.0	8.5	4.6	14.7	12.4	12.1	8.2
Daegu	1.2	3.5	3.5	2.4	2.5	6.3	6.9	4.8	1.9	5.1	5.2	3.7	4.2	9.4	10.8	8.2
Incheon	11.7	13.3	10.7	9.1	13.0	13.0	10.8	9.2	21.1	21.3	19.7	13.9	26.6	21.5	20.5	13.5
Gwangju	5.6	3.7	3.4	2.7	7.9	5.0	5.4	4.9	10.1	12.2	9.4	9.3	16.2	18.9	14.7	15.3
Daejeon	3.8	6.8	5.7	3.5	6.4	8.4	8.6	5.9	7.2	12.6	21.1	10.7	11.8	15.0	26.1	16.9
Ulsan	2.2	4.1	4.9	2.4	27.3	6.9	7.1	4.9	22.2	46.3	59.7	6.1	85.3	53.1	68.3	10.7
Gyeonggi	27.9	27.3	25.6	20.2	26.9	28.3	25.2	21.8	75.5	76.3	51.4	40.7	72.8	74.4	50.5	44.2
Gangwon	8.9	12.4	11.7	8.2	10.0	14.6	15.3	12.5	25.8	29.0	36.6	29.5	29.1	29.2	43.2	38.8
Chungbuk	12.5	12.7	11.1	9.5	13.7	15.9	15.2	13.5	28.4	25.9	29.5	28.8	34.6	34.6	38.4	36.0
Chungnam	14.1	15.4	14.5	13.2	15.0	15.6	15.4	12.1	32.3	25.7	28.7	26.1	35.7	25.9	27.4	22.0
Jeonbuk	5.4	5.8	6.9	5.6	7.5	9.3	8.9	8.8	9.1	9.1	16.6	11.2	12.7	16.6	17.2	15.9
Jeonnam	6.8	6.6	6.0	4.7	9.7	9.0	7.6	6.5	24.4	33.0	21.5	17.3	37.3	41.6	26.0	23.5
Kyungbuk	5.0	6.9	6.5	5.3	7.2	9.4	9.2	8.0	19.1	26.4	26.9	27.3	27.5	32.4	34.5	38.2
Gyeongnam	2.7	4.2	4.3	3.5	4.8	6.7	6.9	5.7	13.3	16.3	13.7	13.0	22.4	20.0	23.5	17.8
Jeju	4.2	4.9	3.8	4.5	11.1	10.2	7.3	7.1	93.5	88.2	87.6	89.6	91.7	90.9	88.4	89.1
Sejong	-	-	10.6	17.4	-	-	12.8	18.8	-	-	24.2	36.7	-	-	30.8	51.5

Values are presented as %. Reprinted from Ministry of Health and Welfare; Korean Institute for Health and Social Affairs. Patient survey. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2002, 2008, 2013, 2016 [12].

대학병원이 연구·교육할 수 있게 지원하는 목적으로 1977년부터 도입되었다. 당초에는 종별 가산율에 지역별 가산율(지역규모가 클수록 가산율이 더 높아, 지역가산율은 서울, 대도시, 중소도시, 농어촌 순이었음)도 적용되었으나 교통망 발달로 일일생활권이 가능해져 실효성이 적어지고, 의사들의 근무 기피와 같은 지방병원난 등의 사유로 폐지되었다(1981. 6. 15.).

2. 의료전달체계 확립과 건강보험수가체계

현재 의료전달체계 확립을 위한 건강보험수가제도와 관련된 정책수단은 외래환자 본인일부부담제도과 종별 가산율 차등제도를 들 수

있다. 그러나 이 두 제도는 앞에서 제시한 우리나라 보건의료문제점인 ‘의료자원 공급과잉과 과당경쟁으로 인한 비효율적인 진료현상 심화’에서 보았듯이 의료기관 종별 의료이용 공급자의 공급행태와 소비자의 이용행태를 합리적으로 유인할 수 있는 정책적인 수단으로는 미흡한 것으로 나타났다[18].

첫째, 환자의 의료이용행태를 합리적으로 변화시키기 위한 환자본인일부부담제도 중에서 외래 본인부담률제도⁹⁾는 1977년 모든 요양기관에 피보험자 30%, 피부양자 40%로 시작하였다. 그러나 지금까지 의료기관의 기능정립과 대형병원의 환자집중을 완화하기 위하여 경증환자가 대형종합병원을 이용하는 경우에 정부는 수차례 환자본인부담을 조정¹⁰⁾하여[17,19], 의료기관 종별 현행 외래 본인부담률은

9) 1977년 모든 요양기관에 피보험자 30%, 피부양자 40%로 시작해서 1986년 의원급에 대해 소액 외래진료비 정액제를 실시하였고, 2007년 8월부터 현재까지 65세 이상 노인을 대상으로 진료비 정액제를 제외하고는 정률제를 시행하고 있음

〈기관 종별 현행 외래 본인부담률 안내표〉

기관 종별	본인부담률
상급종합병원	진찰료+진찰료 제외 진료비의 60%
종합병원	동지역: 50%, 읍면지역: 45%
병원급	동지역: 40%, 읍면지역: 35%
의원급	30%(단 65세 이상인 경우에는 15,000원 이하 시 1,500원 정액 적용)

10) 대형병원의 외래환자 집중현상과 중소병원의 환자 기피현상을 개선하기 위하여 건강보험수가 중에서 외래본인부담률 조정정책을 시행하였음. 종합병원의 환자 집중현상을 해소하기 위하여 1980년 5월에 병원급 이상의 본인일부부담률을 의원과 차등화하였으며, 1986년 1월에는 의원급에 대해서 정액제를 도입하였고, 중소병원 기피현상을 해소하기 위하여 병원급과 종합병원에서 본인부담비율을 진찰료는 전액본인부담으로 하였고, 진찰료를 제외한 진료비에 대해서는 50%~55%로 상향조정하였음. 1988년 10월에는 중소병원 기피현상이 심화되는 것을 방지하고, 군지역 병원의 경영상태를 고려하여 군지역 종합병원과 병원에 대해서 정액제를 도입하였음. 2009년 7월에는 대형병원 이용으로 초래된 의료자원 활용의 비효율성 개선을 위하여 본인부담을 50%에서 60%로 상향조정하였음[19].

Table 10. The percentage of users among cancer patients by type of medical institutions in Seoul

City	Utilization ratio of general hospital or higher grade (including tertiary hospital)								Utilization ratio of tertiary hospital							
	Outpatient				Discharge				Outpatient				Discharge			
	2002	2008	2013	2016	2002	2008	2013	2016	2002	2008	2013	2016	2002	2008	2013	2016
Seoul	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Busan	6.8	12.2	11.5	6.8	13.8	14.0	11.3	10.8	9.0	14.6	17.9	9.6	20.6	16.8	18.2	15.5
Dae-gu	3.2	13.4	9.4	6.8	6.6	18.4	16.4	14.3	3.8	14.0	14.1	12.4	8.4	19.9	23.8	21.4
Incheon	22.1	29.9	24.9	26.3	25.2	24.2	18.7	19.1	29.9	38.0	32.0	27.4	43.7	34.6	27.5	20.6
Gwangju	13.3	11.0	12.8	8.9	24.8	18.2	20.3	23.7	15.2	33.3	16.0	11.4	32.9	46.5	30.7	33.7
Daejeon	11.4	26.4	23.3	14.4	19.0	22.8	22.6	16.5	16.5	32.8	40.8	23.3	27.0	31.2	42.8	30.7
Ulsan	8.2	18.1	16.5	13.9	61.2	14.2	19.1	17.2	21.1	52.7	79.9	16.8	90.0	52.6	78.5	22.3
Gyeonggi	44.1	49.2	45.2	33.2	46.2	44.5	42.8	35.3	79.0	82.1	63.4	52.3	82.3	78.0	59.6	53.6
Gangwon	24.6	33.6	33.8	30.8	29.5	33.6	35.8	31.8	47.5	53.1	57.8	55.4	54.2	57.3	68.9	63.8
Chungbuk	33.0	35.7	37.1	33.7	39.4	42.2	41.2	43.2	49.7	40.4	49.0	43.3	61.3	59.0	57.2	56.1
Chungnam	31.0	40.8	40.3	41.2	35.8	32.4	33.2	33.1	47.9	49.2	51.9	49.8	58.2	40.5	41.1	39.1
Jeonbuk	12.9	16.6	20.4	18.0	21.2	23.8	25.9	29.5	13.9	18.3	24.4	20.8	29.1	35.3	36.6	36.9
Jeonnam	22.8	18.9	16.7	14.0	32.9	28.1	25.6	25.2	31.2	57.8	21.7	18.2	59.0	69.7	41.1	40.8
Kyungbuk	15.1	25.9	24.9	28.1	20.4	27.2	29.9	29.9	22.1	37.7	46.5	45.4	34.1	43.3	53.8	55.7
Gyeongnam	10.5	21.4	20.0	18.8	16.8	19.8	22.1	19.7	18.1	29.6	30.0	28.9	34.5	27.3	36.1	31.3
Jeju	28.8	21.5	22.3	22.8	30.3	26.6	25.1	27.5	97.3	89.0	93.1	91.8	93.7	92.5	90.8	92.7
Sejong	-	-	32.3	43.1	-	-	29.4	57.3	-	-	54.1	54.7	-	-	48.1	73.8

Values are presented as %. The code of standard classification of disease of cancer patient is C00-D48. Reprinted from Ministry of Health and Welfare; Korean Institute for Health and Social Affairs. Patient survey. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2002, 2008, 2013, 2016 [12].

상급종합병원은 진찰료+진찰료 제외 진료비의 60%, 종합병원은 지역에 따라 45%-50%, 병원급도 지역에 따라 35%-40%, 의원급은 30% (단 65세 이상인 경우에는 15,000원 이하 시 1,500원 정액 적용)를 적용하고 있다. 그러나 이 제도의 효과는 앞서 우리나라 보건의료의 문제점 중의 하나로 제시한 의원급 외래환자 비중 감소추세를 포함한 의료기관 중별 외래의료 비중 추세를 통해서도 잘 알 수 있듯이 이 제도의 정책의 효과는 일시적이며, 시간이 지나면서 그 효과가 사라져 버리는 것으로 나타났다. 또한 최근 발표된 한 연구에 의하면 2011년에 시행된 상급종합병원과 종합병원의 만성 및 경증질환자들에 대한

약제비 본인부담률 인상에도 불구하고 뚜렷한 변화는 크지 않았다 [20]. 이러한 결과는 외래환자 본인부담차등제에도 불구하고 환자들 의료이용의 제한은 환자 본인부담률에서만 차이를 두었을 뿐 특별한 제제는 없을 뿐만 아니라 합리적인 의료이용에 대한 동기부여가 될 수 없기 때문이다. 이로 인해 현재까지 의료기관의 역할과 기능의 구분을 포함하는 의료전달체계는 확립되지 못하였다[6,19].

둘째, ‘의료기관 중별 가산율 제도’는 투자비용과 인력 운용에 대한 보상차원으로 의료기관의 규모에 따라 행위료에 차별적 건강보험수가 계산을 적용시키는 제도로, 상급종합병원, 종합병원, 병원, 의원이

〈대형병원 환자집중 완화 및 중소병원 및 의원 활성화를 위한 외래본인부담률 조정정책〉

시행일	요양기관 종류	본인부담	비고
1980. 5	병원, 종합병원	30%-50% 이내	병원급 이상의 본인부담률을 의원과 처동화: 종합병원 집중현상 해소
1986. 1	의원	정액제 도입	적용 상한액 10,000원(처방전 발행 시 8,000원 이하)
	종합병원, 병원	진찰료 전액본인부담, 진찰료 외 진료비 50%-55%	중소병원 기피현상 해소
1988. 10	군지역 종합병원, 병원	정액제 도입	시지역과 정률제 별도 적용: 중소병원 기피현상 심화 방지: 군지역 병원 경영상태 고려
2009. 7. 1	상급종합병원	50% → 60%	대형병원 이용에 따른 의료자원 활용의 비효율성 개선
2011	종합병원, 상급요양기관	30% → 50%(상급종합병원) 30% → 40%(종합병원)	대형병원 경증환자 쏠림현상 개선: 본인부담 약제비 인상
2016. 1	종합병원, 상급종합병원	500원(현행) → 3%(정률)	대형병원 경증환자 쏠림현상 개선: 감기, 고혈압, 당뇨 등 경증질환으로 대형병원 내원한 차상위계층의 본인부담경감대상자

Reprinted from Health Insurance Review and Assessment Service. Medical fee by topic [Internet]. Wonju: Health Insurance Review and Assessment Service; 2017 [cited 2019 Mar 15]. Available from: <https://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA020033000000> [17].

각각 30%, 25%, 20%, 15%의 가산율로 모든 진료비 계산에 적용된다. 이 제도의 문제점은 종별 가산율 제도가 가지는 취지는 2001년에 도입한 상대가치수가제도에서 반영하고 있어 이 제도는 의료기관의 투자비용을 중복적으로 반영하고 있다는 점이다. 더 심각한 문제점은 상급종합병원을 포함한 대형병원의 외래환자 유인동기를 제공하여 상급종합병원에서 외래환자의 비중이나 1차 진료환자의 비중이 점점 높아지고 있다는 점이다. 왜냐하면 종별 가산율 적용이 각 병원의 기능이나 역할에 적합한 질병이나 의료서비스에만 적용되는 것이 아니라 해당 상급종합병원의 기능과 역할에 적합하지 않는 1차 진료환자에도 적용되기 때문이다. 이는 결국 상급종합병원이 고유의 역할과 기능을 수행할 동기를 무력화시키고 있다. 즉 종별 가산수가는 1차 진료질환을 포함한 모든 질병에 적용되어 3차 의료기관의 중증질환 진료 중심의 역할과 기능을 하도록 한다는 본래의 목적을 달성하지 못하고 있다. 이는 1차 의료기관에서도 치료할 수 있는 가벼운 질병을 3차 의료기관에서 치료한 경우 종별 가산율을 주는 것은 형평성도 문제지만, 3차 의료기관에서는 1차 진료가 필요한 가벼운 질병의 경우 수가는 낮지만 종별 가산율이 더해지기 때문에 3차 의료기관에 적합한 질병이나 환자뿐만 아니라 1차 의료기관에 적합한 1차 진료환자도 계속 진료하게 되어 가벼운 환자의 3차 의료기관 집중을 지속시키는 역할을 하고 있다. 기관 종별 가산제도의 또 다른 문제는 환자들의 비합리적인 선택(의원급에서 치료 가능한 질환을 가지고 상급종합병원에서 치료하는 경우)으로 인한 의료비용(종별 가산율)을 건강보험공단이 부담하고 있어 환자의 비합리적인 선택을 조장하고 있다는 점이다.

따라서 종별 가산율 제도는 대형병원의 의료제공행태를 1차 의료서비스에 대한 의료공급을 확대시키고 또한 환자들의 상급종합병원 이용을 조장하는 결과를 초래하여 결국 경증환자의 대형병원 집중문제를 해결하는 데 한계를 가지고 있다. 이는 앞에서 제시한 그동안 외래의료비 추이를 통해서도 잘 알 수 있다. 전체 외래환자에서 차지하는 상급종합병원과 종합병원의 비중은 2002년에 각각 5.9%와 6.4%에서 2017년에 각각 9.2%와 8.7%로 증가한 반면, 의원급은 37.4%에서 28.0%로 9.4% 감소하였다[15] (Table 6). 이러한 현상은 외래진료비에서도 비슷한 추세를 보여주고 있다. 이는 두 제도가 모두 경증환자 또는 외래환자의 대형병원 집중현상을 개선하기에는 역부족이었음을 보여주고 있다.

의료전달체계의 정책방향 및 정책과제

1. 정책방향

효율적인 의료전달체계 구축은 의료접근성을 향상시키고, 질 높은

의료를 제공하며, 의료자원을 효율적으로 이용하여 적절한 국민의료비를 유지하는 데 중요 수단이 된다는 점에서 보건의료체계에서의 핵심이다. 세계보건기구(World Health Organization)에서는 합리적인 의료전달체계란 의료의 지역화가 합리적으로 이루어진 상태라고 정의하고, 합리적인 의료지역화의 요건으로는 진료권의 설정, 필요한 의료자원의 공급, 의료기관 간 기능의 분담과 연계, 환자 후송 의뢰체계의 수립이라고 제시하고 있다[21]. 이를 근거로 보면 우리나라의 효율적인 의료전달체계의 개선방안은 다음과 같다. 첫째, 의료기관의 역할 및 기능의 정립과 함께 의료의 연속성(continuum of care)을 확보할 수 있도록 단계적 진료체계를 수립해야 한다. 둘째, 의료공급체계를 의료자원의 지역 간 불균형 분포를 개선하고, 지역 내 의료이용 자체 충족도를 제고하며, 의료이용의 접근도 및 형평성을 개선하는 방향으로 구축해야 한다. 이러한 이상적인 의료전달체계의 확립까지는 긴 시간이 소요될 수 있다. 따라서 단계적으로 정책을 실현시키되 의료기관의 기능 및 역할 정립에 우선순위를 두어야 할 것이다. 의원은 외래 위주의 1차 의료와 문지기 역할을, 병원급은 입원 중심의 진료를 할 수 있도록 해야 할 것이다. 특히 상급종합병원은 고도의 전문적 의료와 연구를 수행할 수 있도록 기능 및 역할을 정립해야 할 것이다.

2. 정책과제

의료전달체계를 확립할 수 있는 가장 이상적인 방안은 1989년에 의료전달체계를 처음 도입했던 대로 진료권과 의료이용의 단계화를 강화하는 방법이라 판단된다. 그러나 1998년 의료전달체계가 완화된 이후 그동안 우리나라 국민은 의료를 자유롭게 이용하여 왔다. 이에 따라 의료이용과 관련한 규제나 제한을 받는 것을 원치 않을 것이기 때문에 과거와 같은 엄격한 진료권과 의료이용의 단계화와 같은 제도를 도입하는 것이 쉽지 않을 것이다.

현 여건에서 의료전달체계를 확립하는 최선의 방안은 의료기관의 기능 확립을 위한 제도 도입과 의료이용의 효율적 이용체계를 구축하는 것이 필요하다. 이를 위한 전략적인 수단으로 의료이용을 진료권이나 의료이용의 단계화를 강제하는 직접적인 규제보다는 수가제도의 개선을 통한 공급자와 소비자에게 영향을 미칠 수 있는 간접적인 규제가 합리적이라 판단된다. 이는 의료기관의 종별로 주어진 기능과 역할은 수가체계에 의하여 크게 영향을 받기 때문이다.

1) 의료기관의 기능 정립 및 체계적인 이용시스템 구축

효율적인 의료전달체계 확립을 위한 과제로는 첫째, 의료기관의 기능과 역할을 실질적으로 정립하고, 이를 강력하게 실행할 수 있는 수단이 필요하다. 지금까지 의료전달체계 확립을 위한 정부차원의 위

위원회가 몇 차례 운영되었으며, 대부분의 위원회에서 논의된 의료기관의 기능재정립 및 체계적인 이용시스템 구축과 관련한 기본안은 다음과 같다. 의원은 외래를 위주로 경증과 만성질환을 집중적으로 관리하고, 병원은 입원환자를 위주로 질환별로 전문화를 도모하고, 대형병원은 중증질환을 위주로 연구 중심으로 재편한다는 것이 주요 내용이다. 이를 위해 의원이 만성질환과 노인 및 소아환자를 집중관리하는 만성질환 관리체계를 구축하고, 병원은 기존에 의료법이 허용하는 전문병원제도 등을 통해 전문병원, 개방병원, 특화병원 등으로 전문화하며 새로 지역거점병원을 지정하고 이를 육성하는 것이다. 또 대형병원은 중증질환과 연구 중심으로 재편해, 내수와 더불어 글로벌화까지 도모할 필요가 있다는 것이다.

이를 위한 정책수단으로는 경제적 유인수단이 쓰이는데, 의료기관별 적합한 서비스를 제공한 경우 인센티브를 제공하고, 그렇지 않은 경우에는 불이익을 부여하는 것이다. 이는 환자의 경우도 마찬가지이다. 이는 궁극적으로 의원은 외래, 병원은 입원, 상급병원은 중증질환의 진료와 연구를 특화할 수 있도록 한다. 즉 의료기관 종별 표준업무에 부합하는 의료서비스를 제공할 수 있도록 단계적인 보험체계 개선을 제안하고 있다. 의원급의 외래수가는 높이고 입원수가는 낮추는 방향으로 조정하고, 환자의 의원급 외래비용 부담은 덜고 병원급 외래이용 부담을 인상하는 대신 중증의 보장성을 강화하는 방안이다. 또한 각종 가산제도를 기존의 의료기관 종별 일률적인 가산율 제도에서 의료서비스의 발전에 적합한 기능 중심의 인센티브로 작용할 수 있는 설계가 필요하다.

의료전달체계 확립을 위한 두 번째 과제는 의료이용의 적정화를 위한 체계적 의료이용시스템 구축이다. 이를 위해 우선적으로 해야 할 것은 의료기관 종별 서비스 안내와 이용환경의 개선이다. 이를 위해서는 의료기관 종별로 적정하고 합리적인 의료서비스를 알려야 한다. 즉 외래는 의원, 입원은 병원, 그리고 중증질환은 상급종합병원에서 의료를 이용해야 한다는 것을 홍보하고 안내해야 한다. 뿐만 아니라 만성질환관리의 의료기관, 전문병원 그리고 연구 중심 병원 등 의료기관 종별 기능에 맞는 제도 역시 마련해야 한다[4]. 둘째, 의료이용 적정화를 위해서는 환자의 진료비 부담을 경감시키는 방안이나 감기 등의 경증질환으로 대형병원에서 의료를 이용할 때에는 약제비 등의 부담은 인상하되, 중증·응급환자의 진료환경 개선과 재난적 의료비 지출로 발생하는 빈곤화 방지와 같은 다층 의료안전망을 구축해야 한다. 셋째, 환자의 진료정보 활용을 통해 환자의 진료 연속성을 보장하고 중복검사를 방지하는 등 환자 편의 증대를 위한 방안도 필요하다.

이를 위해서는 교류시스템 구축을 통해 의료기관 간에 진료정보를 공유 및 활용 가능하도록 해야 하며, 이를 이용한 정보제공 및 활용 시 수가보상체계를 마련해야 한다. 넷째, 환자의 질환별 적합 의료기관에 의뢰 및 회송을 활성화하는 방안이 구축되어야 한다. 먼저 진료의뢰 절차의 내실화를 위해 진료소견(의사판단)서 작성, 유효기간 설정 등을 통해 의뢰서의 발급조건을 높이고, 의뢰 및 회송을 할 때에는 진단 및 검사결과와 같은 진료정보를 의무적으로 첨부하도록 해야 한다. 그리고 회송제도의 활성화를 위해 상급병원이 맡은 역할의 진료를 마친 환자는 의뢰한 의료기관으로 돌려보내 상급병원은 중증질환자 진료에 집중하도록 하는 방안이 필요하다. 회송의 기준 및 절차를 규정하고, 규정을 준수 또는 미준수 시 인센티브 또는 패널티의 형태로 회송료 상황조정과 입원료 체감제 조정의 수가 보장이 필요하다.

2) 건강보험수가체계의 개선

지금까지 의료전달체계개선위원회에서 의료전달체계 확립을 위한 방안으로 “의료기관 종별 기능과 역할정립” 그리고 “의료이용의 적정화를 위한 체계적 의료이용시스템 구축”과 함께 정책적인 수단으로 수가개선을 포함한 인센티브 방안을 제시하였다. 그러나 의료전달체계 확립을 통한 효율적인 의료공급체계 구축을 위해서는 건강보험수가제도에 대한 근본적인 개편이 필요하다고 판단된다. 지금까지는 건강보험수가제도를 통한 의료전달체계의 확립은 주로 소비자에게만 비용부담을 주는 제도였지만, 의료전달체계 확립과 의료취약지역의 의료자원부족문제를 개선하기 위해서는 공급자의 행태에도 영향을 미칠 수 있도록 수가제도가 개선되어야 한다. 즉 소비자에게는 의료전달체계를 벗어나는 선택을 하는 경우 비용부담을 더 크게 주어야 한다. 그리고 공급자의 역할과 의료요구와 수요의 크기에 합당하게 공급자에 대한 수가가 결정되어야 한다. 이를 위한 구체적인 방안으로는 다음과 같다.

첫째, 지역별 차등수가제도를 확대·도입하는 것이다. 인구가 적어 의료수요가 적은 지역의 경우는 규모의 경제가 실현되지 않아 의료자원이 부족한 경우가 적지 않다. 이러한 의료취약지역에 필수의료서비스가 제공될 수 있도록 지역별 차등수가제도를 도입할 필요가 있다. 다행히도 정부는 지역별 차등수가제도의 하나인 의료이용량에 따른 가산제도를 분만서비스에 시범적으로 도입하고 있다.¹¹⁾

둘째, 종별 가산제 폐지와 함께 건강보험공단이 설정한 일정한 범위 내에서 공급자에게 환자본인부담금 결정권을 부여하는 방안이다. 현 수가제도는 동일 질병 동일 수가제도를 채택하고 있지만 종별 가

11) 2012년 정부는 “산모·신생아를 위한 안정적 분만진료체계 구축” 방안에서 분만가산제도를 마련하였다. 이 제도는 분만건수가 적어 병원운영이 어려운 산부인과의 경우 분만건수에 따른 가산을 적용하여 분만병원을 원활하게 운영될 수 있도록 하였다. 연간 산부인과의 분만건수가 50건 이하의 의료기관에는 200%, 51-100건의 의료기관에는 100%, 101-200건의 의료기관에는 50%의 수가 가산을 하도록 하였음(분만 취약지의 경우는 분만건수에 상관없이 수가 인상)

산율 제도로 이러한 목적을 달성하지 못하고 있다. 따라서 종별 가산율 제도가 폐지되면 실질적인 동일 질병 동일 수가가 적용되어 환자 입장에서는 같은 질병으로 의원보다는 상급종합병원에서 진료받는 것을 선호하겠지만, 상급종합병원 입장에서는 가능한 진료비가 적은 가벼운 질환이나 1차 진료 환자보다는 진료수가 높은 중증환자를 선호하게 되어 자연스럽게 1차 진료환자는 1차 의료기관으로, 중증 질환자는 3차 의료기관으로 이동될 것으로 판단된다.

또한 종별 가산율을 폐지함으로써 환자들의 3차 의료기관 쏠림현상을 바로잡기 위한 방안으로 환자 측에 비용부담을 주는 것이다. 즉 건강보험공단이 설정한 일정 범위 내에서 공급자에게 의료기관의 유형과 종별에 따라 해당 의료기관에 합당한 본인부담금 비율을 결정할 수 있는 환자본인부담금 결정권을 부여토록 한다. 이렇게 되면 공급자와 환자의 선택권이 확대되어 효율적이고 합리적인 의료공급과 이용행태가 확립될 것으로 판단된다. 이는 의료공급자들과 수요자들에게 선택의 논리를 통한 합리적인 의료시장의 구축이 필요하기 때문이다. 의료공급자들은 건강보험공단이 정한 수가로 기관 운영이 어렵다고 하면 일정 수준 내에서 우선적 고시를 하고 환자들에게 가산율을 적용, 증액하여 받을 수 있도록 제도의 여백을 둘 필요가 있다. 환자들은 자신들이 부담하여야 할 가산율을 보고 자신에게 적합한 의료기관을 선택할 수 있을 것이다. 선택의 논리가 결여된 시장은 합리성과 효율성을 잃게 될 뿐이다. 의료기관 개별 가산율 제도는 건강보험재정의 상태와 원가분석을 통하여 그 상한을 정할 수 있으며, 각각의 의료기관은 자신의 가산율을 스스로 정할 수 있고, 환자들은 스스로 자신이 부담해야 할 수준을 정하고 의료기관을 선택할 수 있다. 그러나 기본적 제도운영에서 문제가 되는 환자들을 위한 별도의 공적 의료비 지원제도의 확립이 필요하다. 재원의 마련은 국비와 공단부담금, 사회공헌비용 등을 일정 비율로 마련하는 것이 바람직할 것으로 본다.

결론

보건의료자원의 낭비 방지와 효율성 증대를 실현시키는 비용·효과적인 의료체계를 구축하기 위해서는 의료전달체계의 확립이 핵심 사항이다. 고비용·비효율의 문제를 가진 우리나라의 보건의료체계를 개선하기 위한 정책방안 중 하나로 의료기관의 기능정립을 포함한 의료전달체계의 개편을 드는 이유가 바로 여기에 있다. 최근 고령인구와 만성질환자수의 증가 등으로 국민의료비는 급속히 증가하여 우리나라의 건강보험제도를 포함한 지속 가능한 보건의료체계에 대한 의문이 제기되면서 효율적이고 합리적인 의료전달체계의 마련이요

구되고 있다. 그러나 의료전달체계에 있어 이해관계집단 간의 이해관계가 서로 달라 적합한 의료전달체계의 구축을 더욱 어렵게 하고 있다. 우리가 가진 문제의 해결과 개선된 의료전달체계의 구축을 위해서는 이러한 현실을 명확히 인식하고 이에 근거한 점진적이고 실천적인 노력이 필요하다.

그 첫 번째 노력은 바로 의료전달체계의 근간인 의료기관의 기능 및 역할 정립과 의료이용의 적정화를 이룰 수 있는 체계적인 의료이용시스템을 구축하기 위한 정책수단을 확보하는 것이다. 즉 합리적인 건강보험수가체계를 마련하는 것이라 판단된다. 합리적인 수가개혁에 대한 노력 없이는 보건의료체계가 국민이 원하는 효율적이고 양질의 의료서비스를 제공할 수 있는 시스템으로 발전하는 것은 요원한 일이 될 것이라 판단된다.

ORCID

Youngho Oh: <https://orcid.org/0000-0001-6227-3416>

REFERENCES

1. Myoung JI, Chung YC. Analysis on management of medical delivery system. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs; 1991.
2. Han D, Kim B, Lee Y, Bae S, Kwon S. An evaluative analysis of the referral system for insurance patients. *Korean J Prev Med* 1991;24(4):485-495.
3. Lee WC, Kim JH, Lee WY, Park JL, Jo HH, Rim IG, et al. Challenges for establishing a medical delivery system. *Healthc Policy Forum* 2015;13(4):47-55.
4. Lee SH. Direction of desirable primary health care reinforcement policy. *Healthc Policy Forum* 2011;9(3):54-59.
5. Song KY, Moon OR, Kwon SM, Oh YH, Doh SR, Chung WJ, et al. Development of standard role and functions by classification of medical institutions. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2001.
6. Oh YH, Jung SE, Yee NH, Kim DY, Lee YJ. An efficient utilization method of health care resources to keep medical expenses at an appropriate level in Korea: focused on the attending hospital system. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2016.
7. Kim KH. A study on the improvement of outpatient medical care concentration in tertiary general hospitals. *Healthc Policy Forum* 2010;8(4):106-113.

8. Oh YH. Improvement ways for health care delivery system. Health Welf Policy Forum 2012;(189):50-67.
9. Organization for Economic Cooperation and Development. OECD health statistics. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2016.
10. Healthcare Future Planning Task Force Team. The Second Health Care Future Commission deliberation item no. 3, mid-term temporary estimation and economic and social meaning of national health expenditure. Seoul: Healthcare Future Planning Task Force Team; 2011.
11. Ministry of Strategy and Finance. Long-term financial outlook for 2060. Sejong: Ministry of Strategy and Finance; 2015.
12. Ministry of Health and Welfare; Korean Institute for Health and Social Affairs. Patient survey. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2002, 2005, 2008, 2010, 2013, 2015, 2016.
13. Organization for Economic Cooperation and Development. OECD health data. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2018.
14. Organization for Economic Cooperation and Development. Health status [Internet]. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2010-2018 [cited 2019 Mar 10]. Available from: https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#.
15. Health Insurance Review and Assessment Service. Statistical index of medical expenses each year. Wonju: Health Insurance Review and Assessment Service; 2002-2017.
16. Korea Health Industry Development Institute. National healthcare survey. Cheongju: Korea Health Industry Development Institute; 2018.
17. Health Insurance Review and Assessment Service. Medical fee by topic [Internet]. Wonju: Health Insurance Review and Assessment Service; 2017 [cited 2019 Mar 15]. Available from: <https://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA020033000000>.
18. Oh YH. Distortion of medical resources and medical utilization due to collapse of medical delivery system. Healthc Policy Forum 2013;11(3):46-54.
19. Health Insurance Review and Assessment Service. Policy changes in patient's out-of-pocket costs. Wonju: Health Insurance Review and Assessment Service; 2019.
20. National Health Insurance Corporation; Korea Institute for Health and Social Affairs. The effect of raising the copayment rate of drug costs for outpatient mild diseases. Wonju: National Health Insurance Corporation; 2015.
21. World Health Organization. The world health report 2008: primary health care (now more than ever). Geneva: World Health Organization; 2008.