연구보고서 2022-02

공공의료기관 지불보상체계와 재정지원 개선방안 연구

– 지방의료원을 중심으로

배재용
오수진·서제희·지창구·윤강재·곽미영·이선화·박주원

사람을
생각하는
사람들

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

한국보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

▌연구진

연구책임자	**배재용**	한국보건사회연구원 연구위원
공동연구진	**오수진**	한국보건사회연구원 전문연구원
공동연구진	**서제희**	한국보건사회연구원 부연구위원
공동연구진	**지창구**	연세대학교 경제학과 조교수
공동연구진	**윤강재**	한국보건사회연구원 연구위원
공동연구진	**곽미영**	국립중앙의료원 공공보건의료지원센터 팀장
공동연구진	**이선화**	국립중앙의료원 공공보건의료지원센터 연구원
공동연구진	**박주원**	국립중앙의료원 공공보건의료지원센터 연구원

연구보고서 2022-02

공공의료기관 지불보상체계와 재정지원 개선방안 연구
: 지방의료원을 중심으로

발 행 일	2022년 3월
발 행 인	이 태 수
발 행 처	한국보건사회연구원
주 소	[30147]세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)
전 화	대표전화: 044)287-8000
홈페이지	http://www.kihasa.re.kr
등 록	1999년 4월 27일(제2015-000007호)
인 쇄 처	(사)아름다운사람들복지회

ⓒ 한국보건사회연구원 2022

ISBN 978-89-6827-857-0 93510
https://doi.org/10.23060/kihasa.a.2022.02

발|간|사

우리나라의 지방의료원은 양적인 측면에서 부족할 뿐만 아니라 질적인 측면에서도 취약한 상황이므로 양적 확충과 더불어 지방의료원이 양질의 적정 의료서비스를 제공하고 지역 공공병원으로서 공적 기능을 수행하도록 질적 확충 방안을 마련해야 한다. 특히, 지방의료원이 지역 공공병원으로서 기능과 역할을 충실히 수행하기 위해서는 지방의료원의 특성에 적합한 지불보상체계와 재정지원 방안이 필요하다.

이러한 배경하에서 이 연구는 지방의료원 지불보상에 관한 경제학 이론을 고찰하여 이를 바탕으로 최적 지불제도를 모색하였고, 주요 국가의 공공의료기관 지불보상제도 및 재원조달방식, 국내 관련 법 및 정부 계획에서 제시된 지방의료원의 기능 및 역할, 지방의료원 현황, 우리나라 공공의료기관 지불보상체계와 의료기관 예산지원사업 현황을 살펴보았으며, 마지막으로 지방의료원 지불보상체계 및 재정지원에 관한 개선방안을 제시하였다.

연구를 수행하는 동안 귀중한 자문과 조언을 주신 서울시립대학교의 임준 교수, 본원의 정연 부연구위원, 익명의 검독위원들, 학계 전문가들께 감사드린다. 특히, 면담조사 및 의견조사에 참여해주신 지방의료원과 적십자병원의 원장님들께 깊은 감사의 마음을 전한다. 또한 이 연구에 적극적으로 협조해주신 국립중앙의료원 공공의료본부, 전국지방의료원연합회, 건강보험심사평가원 포괄수가실 관계자들께도 감사드린다. 마지막으로 이 보고서의 내용은 본 연구원의 공식적인 견해가 아니라 연구진의 개별적인 연구 활동의 결과임을 밝힌다.

2022년 3월

한국보건사회연구원 원장

이 태 수

목 차

Abstract ····· 1

요 약 ····· 3

제1장 서론 ····· 19

제1절 연구 필요성 및 목적 ····· 21

제2절 연구 내용 및 방법 ····· 26

제2장 공공의료기관 지불보상에 대한 이론적 고찰 및 분석 ····· 31

제1절 의료기관 지불보상에 대한 이론적 논의 ····· 33

제2절 의료기관 지불보상에 대한 선행연구 고찰 ····· 34

제3절 계약이론 모형을 통한 최적 지불제도 분석 ····· 50

제4절 제품차별화 모형을 통한 최적 지불제도 분석 ····· 72

제5절 소결 ····· 94

제3장 주요국 공공의료기관 지불보상제도 및 재원조달 사례 고찰 ··· 97

제1절 주요국 공공의료기관 지불보상제도 및 재원조달방식 ····· 99

제2절 병원예산제 도입 사례 ····· 105

제4장 지방의료원 현황 ····· 117

제1절 지방의료원 기능 및 역할 ····· 119

제2절 지방의료원 현황 ····· 124

제3절 소결 ····· 154

제5장 지방의료원 지불보상체계와 재정지원 현황 ····· 157

제1절 지불보상체계 현황 ····· 159

제2절 재정지원 현황 ····· 176

제3절 소결 ····· 207

제6장 지방의료원 관련 전문가 의견 ····· 213

제1절 공공의료 전문가 및 지방의료원장 면담조사 ····· 215

제2절 지방의료원장 대상 신포괄지불제도 의견조사 ····· 230

제7장 지방의료원 지불보상 및 재정지원 개선을 위한 정책 방안 ·· 249

제1절 주요 연구 결과 ····· 251

제2절 지방의료원 지불보상 및 재정지원 개선을 위한 정책 방안 ····· 260

참고문헌 ····· 267

부 록 ····· 275

[부록 1] 제2장 3절 보조정리 증명 ····· 275

[부록 2] 제2장 3절 주요 연구 결과 증명 ····· 279

[부록 3] 제2장 4절 주요 연구 결과 증명 ····· 282

[부록 4] 공공의료포럼 운영 개요 ····· 287

[부록 5] 지역 공공병원 지불보상체계와 재정지원에 대한 의견조사지 ····· 288

표 목차

〈표 1-1〉 주요 연구 내용 및 방법 요약 ····· 29
〈표 2-1〉 계약이론을 통한 최적 지불제도 분석 ····· 72
〈표 3-1〉 전통적 지불방식 개요 ····· 100
〈표 3-2〉 전통적 지불방식 장단점 ····· 100
〈표 3-3〉 OECD 주요국 유형별 병원지불체계 ····· 102
〈표 4-1〉 공공보건의료기관 및 지방의료원의 법률상 역할 ····· 119
〈표 4-2〉 공공보건의료 발전 방향 ····· 123
〈표 4-3〉 책임의료기관 주요 기능 및 역할 ····· 124
〈표 4-4〉 우리나라 공공의료기관 비중(2020년) ····· 125
〈표 4-5〉 공공의료기관 현황 ····· 127
〈표 4-6〉 지방의료원 분포 ····· 128
〈표 4-7〉 지방의료원 현황 ····· 130
〈표 4-8〉 지방의료원 재정자립도 ····· 131
〈표 4-9〉 유형별 지방의료원 재정자립도 ····· 131
〈표 4-10〉 지방의료원 진료과별 전문의 보유 현황 ····· 133
〈표 4-11〉 유형별 지방의료원 필수진료과 전문의 충족률 ····· 134
〈표 4-12〉 기관별 필수진료과 전문의 보유 현황 ····· 135
〈표 4-13〉 지방의료원 전공의 수련 현황 및 응급의료 지정 현황 ····· 136
〈표 4-14〉 지방의료원 병상 수 ····· 137
〈표 4-15〉 유형별 지방의료원 병상 수 ····· 137
〈표 4-16〉 지방의료원 전문의 수 ····· 138
〈표 4-17〉 유형별 지방의료원 전문의 수 ····· 139
〈표 4-18〉 지방의료원 직종별 인력 ····· 140
〈표 4-19〉 지방의료원 필수의료시설 운영 ····· 140
〈표 4-20〉 병상이용률 ····· 141
〈표 4-21〉 유형별 지방의료원 병상이용률 ····· 141
〈표 4-22〉 100병상당 입원환자 수, 외래환자 수 ····· 143

〈표 4-23〉 유형별 지방의료원 100병상당 입원환자 수, 외래환자 수 ····· 144
〈표 4-24〉 지방의료원 의료급여환자 비율 ····· 145
〈표 4-25〉 유형별 지방의료원 의료급여환자 비율 ····· 146
〈표 4-26〉 100병상당 의료수익, 전문의 1인당 의료수익 ····· 147
〈표 4-27〉 유형별 지방의료원 100병상당 의료수익, 전문의 1인당 의료수익 ····· 147
〈표 4-28〉 의료수익 대비 의료원가 비율 ····· 148
〈표 4-29〉 유형별 지방의료원 의료수익 대비 의료원가 비율 ····· 149
〈표 4-30〉 환자 1인 1일당 평균진료비 ····· 150
〈표 4-31〉 유형별 지방의료원 환자 1인 1일당 평균진료비 ····· 150
〈표 4-32〉 지방의료원 당기순이익, 의료이익 I ····· 151
〈표 4-33〉 지방의료원 당기순이익, 의료이익 II ····· 152
〈표 4-34〉 유형별 지방의료원 당기순이익, 의료수익 I ····· 152
〈표 4-35〉 유형별 지방의료원 당기순이익, 의료수익 II ····· 153
〈표 5-1〉 우리나라 진료비 지불제도 도입 과정 ····· 160
〈표 5-2〉 신포괄수가제 시범사업 추진 경과 ····· 161
〈표 5-3〉 신포괄지불제도 시범사업 평가지표 ····· 162
〈표 5-4〉 2021년 신포괄 정책가산 평가 세부지표 및 가산비율 ····· 163
〈표 5-5〉 지방의료원 연도별 신포괄수가제 정책가산율 ····· 164
〈표 5-6〉 유형별 지방의료원 신포괄수가제 정책가산율 ····· 165
〈표 5-7〉 지방의료원 연도별 영역별 신포괄수가 정책가산율 ····· 166
〈표 5-8〉 유형별 지방의료원 신포괄수가 정책가산율 [참여 영역] ····· 167
〈표 5-9〉 유형별 지방의료원 신포괄수가 정책가산율 [효율·효과성] ····· 168
〈표 5-10〉 유형별 지방의료원 신포괄수가 정책가산율 [공공성: (의료급여+차상위)] ····· 169
〈표 5-11〉 유형별 지방의료원 신포괄수가 정책가산율 [공공성: 취약지] ····· 170
〈표 5-12〉 유형별 지방의료원 신포괄수가 정책가산율 [공공성: 필수시설] ····· 171
〈표 5-13〉 유형별 지방의료원 신포괄수가 정책가산율 [공공성: 감염병 관리] ····· 172
〈표 5-14〉 유형별 지방의료원 신포괄수가 정책가산율 [의료의 질] ····· 173

〈표 5-15〉 유형별 지방의료원 신포괄수가 정책가산율 [비급여 관리] ····· 174
〈표 5-16〉 지방의료원 설립 및 운영에 관한 법률 제7조 및 제17조 ····· 177
〈표 5-17〉 지방의료원 수입·지출 비목 ····· 178
〈표 5-18〉 국고보조금과 지방교부세 비교 ····· 179
〈표 5-19〉 국고보조금 유형 ····· 180
〈표 5-20〉 지방의료원 재정지원 현황 ····· 182
〈표 5-21〉 지방의료원 재정지원 규모 추이 ····· 182
〈표 5-22〉 지방의료원 수입 중 재정지원 비율 추이 ····· 183
〈표 5-23〉 유형별 지방의료원 재정지원 규모 ····· 183
〈표 5-24〉 유형별 지방의료원 수입 중 재정지원 비율 ····· 184
〈표 5-25〉 지역거점병원 공공성 강화 사업 예산지원 현황 ····· 188
〈표 5-26〉 의료 및 분만취약지 지원사업 예산지원 현황 ····· 189
〈표 5-27〉 취약지 등 전문인력 양성사업 예산지원 현황 ····· 190
〈표 5-28〉 응급의료전공의 수련보조수당 지원 현황 ····· 191
〈표 5-29〉 취약지역 응급의료기관 육성사업 예산지원 현황 ····· 192
〈표 5-30〉 중증외상 전문진료체계 구축사업 예산지원 현황 ····· 193
〈표 5-31〉 국립중앙의료원 운영사업 예산지원 현황 ····· 193
〈표 5-32〉 신종 감염병 대응대책사업 예산지원 현황 ····· 194
〈표 5-33〉 지역거점 공공병원 기능보강사업 지원 분야 ····· 196
〈표 5-34〉 지방의료원의 2019~2020년 보조사업 예산지원 현황 ····· 197
〈표 5-35〉 지역거점 공공병원 시설·장비 현대화 지원가능사업 ····· 199
〈표 5-36〉 지역거점 공공병원 기능특성화 사업 ····· 199
〈표 5-37〉 지방의료원 관련 의료기관 지원 예산 집행 현황 및 사례 분석 대상 ····· 200
〈표 5-38〉 지방의료원 기능보강사업 교부액 및 실집행 현황 ····· 201
〈표 5-39〉 국고보조사업 운용평가 지표 및 기준 ····· 202
〈표 6-1〉 지역 공공병원(지방의료원)에 관한 면담 조사 대상자 ····· 215
〈표 6-2〉 지방의료원(지역 공공병원)에 대한 면담 조사 내용 ····· 217

〈표 6-3〉 지역 공공병원(지방의료원)에 대한 면담 조사 결과 정리 방향 ····· 219
〈표 6-4〉 공공보건의료와 공공보건의료사업의 법률적 정의: 공공보건의료에 관한 법률 ··· 220
〈표 6-5〉 지역 공공병원장 의견조사 주요 내용 ····· 231
〈표 6-6〉 2021년 신포괄 정책가산 평가 세부지표 및 가산비율 ····· 236
〈표 6-7〉 신포괄지불제도 정책가산 공공성 영역 중 퇴출이나 개선이 필요한 지표 ····· 240
〈표 6-8〉 신포괄지불제도 정책가산 공공성 영역에 추가해야 하는 지표 ····· 241
〈표 6-9〉 신포괄지불제도 정책가산 공공성 영역 외 퇴출이나 개선이 필요한 영역/지표 ···· 242
〈표 6-10〉 지역 공공병원 지불보상체계에 대한 개선 의견 ····· 244
〈표 6-11〉 지역 공공병원의 재정지원 방식 ····· 245
〈표 6-12〉 지역 공공병원 재정지원에 대한 개선 의견 ····· 246

그림 목차

[그림 1-1] 시도별 300병상 이상 종합병원에 90분 이내 도달 불가능한 인구 비율(2019년) … 21
[그림 1-2] 시도별 지역응급의료센터에 30분 이내 도달 불가능한 인구 비율(2019년) … 22
[그림 1-3] 시도별 권역응급의료센터에 60분 이내 도달 불가능한 인구 비율(2019년) … 23
[그림 1-4] 지방의료원이 당면한 문제 … 24
[그림 2-1] 이항 분포의 주요 변수 … 38
[그림 2-2] 규제 계약을 통한 가격결정이론 … 40
[그림 2-3] 독점적 경쟁시장의 가격결정 … 48
[그림 2-4] 최적 지불제도 도출 과정 … 69
[그림 2-5] 계약이론 모형 … 73
[그림 2-6] 제품차별화 모형 … 74
[그림 2-7] The single-crossing property 모형 … 78
[그림 2-8] 공공병원의 의료서비스 전략에 따른 민간병원의 대응 … 92
[그림 3-1] 미국병원협회의 취약지역 의료서비스 접근성을 향상을 위한 주요 전략 … 106
[그림 3-2] Maryland Total Cost of Care(MDTCOC) 개요 … 112
[그림 3-3] 미국 메릴랜드주 병원 지불보상제도 연혁 … 113
[그림 4-1] 2005년 공공보건의료 확충 종합대책상의 공공보건의료 전달체계 … 121
[그림 4-2] 제2차 공공보건의료기본계획상의 공공보건의료 전달체계 … 123
[그림 4-3] OECD 국가의 공공의료기관 비중(2019년) … 126
[그림 4-4] OECD 국가의 공공의료기관 병상 수 비중(2019년) … 126
[그림 4-5] OECD 국가의 인구 천 명당 공공의료기관 병상 수(2019년) … 127
[그림 4-6] 지방의료원 지역분포 … 129
[그림 5-1] 현재 지불보상제도하에서 지방의료원이 당면한 문제 … 175
[그림 5-2] 지방의료원의 '19년 대비 '20년 보조사업 국고지원금 증감 현황 … 195
[그림 6-1] 신포괄지불제도가 지역 공공병원의 경영수지 개선에 기여한 정도 … 233
[그림 6-2] 신포괄지불제도가 근무 병원의 경영수지 개선에 기여한 정도 … 234
[그림 6-3] 신포괄지불제도가 양질의 필수의료 제공 역할 수행에 기여한 정도 … 235
[그림 6-4] 신포괄지불제도가 공공성 강화에 기여한 정도 … 236
[그림 6-5] 신포괄지불제도 정책가산의 공공성 영역 지표 및 평가 방법의 적절성 … 238

Abstract

Funding Local Public Hospitals in Korea

Project Head: Bae, Jaeyong

This study aimed to propose reimbursement schemes and financial support plans to provide local public hospitals with sufficient compensation for appropriate delivery of health care services and population health projects so that they can fulfill their missions as local public hospitals.

We examined economic theories to seek optimal ways to reimburse local public hospitals and why financial supports are necessary for them to provide essential health care services to address needs in communities. We also reviewed reimbursement and funding methods for public hospitals of OECD countries, and implementation of global budget payments for hospitals in Maryland and Pennsylvania. We investigated major roles, current status, and characteristics of local public hospitals as well as the reimbursement and financial support system for public hospitals in Korea,

Our suggestions to improve reimbursement and financial support system for public hospitals in Korea include 1) developing and implementing customized models not only to cope

Co-Researchers: Oh, Sujin · Seo, Jaehee · Chi, Chang-Koo · Yun, Gangjae · Kwak, Miyoung · Lee, Seonhwa · Park, Joowon

with needs in communities but also to consider the current status and characteristics of local public hospitals, 2) securing sufficient compensation for essential healthcare services as well as population health projects, 3) expanding financial support to fund operating costs and labor costs for local public hospitals.

Keyword : public hospital, hospital reimbursement

요약

1. 연구의 배경 및 목적

우리나라 보건의료체계의 가장 큰 문제점 중 하나인 지역 간 의료 자원 분포 불균형에 따른 의료격차 문제를 해결하기 위한 주요 방안으로 지방의료원으로 대표되는 지역 공공병원의 양적·질적 확충을 들 수 있다. 이에, 정부에서는 지역 공공의료기관의 양적 확충을 위해 “진료권 내 적정 병원이 없는 지역을 중심으로 400병상 규모의 지방의료원 등을 2025년까지 20개 내외로 확충” 및 “5천 병상 규모의 공공병상 추가 증설”을 포함한 「감염병 효과적 대응 및 지역 필수의료 지원을 위한 공공의료체계 강화방안」을 발표하였다(보건복지부 보건의료정책과, 2020. 12. 13., p. 4). 또한, 정부에서는 대전, 서부산, 진주 신축 3개 지방의료원에 대한 예비타당성 조사를 면제하기로 하였으며, 지방의료원이 없는 광역자치단체인 광주, 울산에 공공의료원 설립을 추진하여 공공의료 확충 및 역할 확대를 모색하고 있다.

현재 우리나라의 지방의료원은 양적인 측면에서 부족할 뿐만 아니라 질적인 측면에서도 취약한 상황이므로 양적 확충과 더불어 지방의료원이 양질의 적정 의료서비스 제공하고 지역 공공병원으로서 공적 기능을 수행할 수 있도록 질적 확충 방안을 마련해야 한다. 특히, 지방의료원이 적정진료를 통한 양질의 의료서비스 제공, 지역 응급의료 제공, 의료취약지의 필수 진료과 유지 및 분만시설 운영, 취약계층을 위한 의료안전망 기능, 국가 또는 지방자치단체의 공공보건의료 시책 수행, 국가 감염병에 긴밀한 대응 등 지역 공공병원으로서 기능과 역할을 충실히 수행하기 위해서는 지방의료원의 특성에 적합한 지불보상체계와 재정지원 방안이 필요하다.

지방의료원을 포함한 지역 공공병원의 질적 확충 및 역할 강화를 위해서는 지불보상체계와 재정지원 방안 마련이 필수적임에도 불구하고 기존 우리나라의 공공의료기관 관련 연구는 보건의료의 공공성 확립과 공공의료체계 구축, 공공의료기관의 역할 재정립, 공공의료기관의 확충 방안 제시에 중점을 두고 이루어져 왔으며, 국내의 공공의료기관에 대한 지불보상제도 및 재정지원 방안에 관한 포괄적인 연구는 미흡한 상황이다. 이러한 배경하에서, 이 연구는 지방의료원이 지역 공공병원으로서 공적 기능을 충실히 수행하면서도 예측 가능한 재정 운용을 할 수 있도록 적정진료서비스에 대한 충분한 보상을 할 수 있는 지불체계와 공공의료사업 수행 등에 대한 적절한 보상 및 재정지원 방안을 제시하는 것을 주요 목적으로 한다.

2. 주요 연구 결과

이 연구는 지방의료원의 질적 확충을 위한 지불보상체계 및 재정지원 방안을 마련하려는 목적으로 지방의료원 지불보상에 관한 경제학 이론을 고찰하여 이를 바탕으로 최적 지불제도를 모색하였고, 주요 국가의 공공의료기관 지불보상 및 재원조달방식, 국내 관련 법 및 정부 계획에서 제시된 지방의료원의 기능 및 역할, 지방의료원 현황, 우리나라 공공의료기관 지불보상체계와 의료기관 예산 지원사업 현황을 살펴보았다. 이 연구의 주요 결과는 다음과 같다.

가. 지불보상제도에 대한 이론경제학적 고찰 및 분석의 시사점

의료서비스 지불보상제도에 관한 이론경제학을 기반으로 고찰 및 분석하여 도출한 주요한 시사점을 다음과 같다.

의료서비스는 평판재의 특징을 가지므로 지역에 새로운 공공병원을 설립하려고 계획할 때 다음과 같은 지역의 특징 및 의료서비스 시장 여건을 반드시 고려해야 한다. 병원의 수가 부족한 취약지역 주민들에게 일반 민간병원보다 더 낮은 가격으로 더 나은 의료서비스를 제공하려는 취지로 공공병원을 설립하는 경우에는 새로운 병원에 대한 정보 수집이 비교적 수월하여 새로운 공공병원의 진입이 시장에서 의료서비스의 가격하락을 야기할 가능성이 크다. 하지만 이미 병원의 수가 충분한 대도시 지역에서 같은 목적으로 공공병원을 설립하게 되는 경우 지역 주민들이 새로운 공공병원에 대한 정보 및 평판을 수집하는 데 상대적으로 많은 시간과 노력이 필요하므로 정보 및 평판이 부족한 공공병원의 서비스를 이용하기보다는 기존의 평판이 좋은 민간병원의 서비스를 계속하여 이용하게 되고, 민간병원은 이 점을 이용하여 전보다 비급여 진료의 비율을 높여 높은 가격을 소비자에게 부과할 수 있다. 이 결과, 공공병원이 밀접 시장에 진입하는 것은 오히려 국민 후생과 건강에 악영향을 줄 수도 있다. 따라서 대도시 지역에 공공병원을 신설할 때에는 설립 초기에 시장의 평판을 어떻게 잘 구축할 것인지에 대한 방안 모색이 선행되어야 할 것이다.

계약이론에 기반한 모형 분석은 다음의 정책적 시사점을 제공한다. 주로 중증도가 낮은 환자에게 필수의료서비스를 제공하는 병원급 의료기관이나 병상 수가 적은 종합병원급 의료기관에는 병원예산제가 적합한 반면, 중증도 높은 질병을 가진 환자를 대상으로 의료서비스를 제공하는 일정 규모 이상의 종합병원(예, 300병상 이상 종합병원)에는 행위별수가제와 병원예산제를 혼합한 형태의 지불제도가 적합하다.

제품차별화 모형 분석을 토대로 도출한 정책 시사점은 다음과 같다. 우선 영리추구를 목적으로 하는 민간병원이 의료서비스를 독점·공급하는 경우 지불 여력이 낮은 소위 취약계층에게는 적정수준보다 낮은 의료서비스가 제공되는 시장 실패·왜곡이 발생한다. 이러한 시장 왜곡의 정도는 계층 간 소득 불평등지수가 커질수록 더 악화되며, 지역 내 소득분포에 따라 더 나은 필수의료서비스 제공을 위해서는 지방의료원 같은 지역 공공병원 설립을 통한 정부의 시장 개입이 필요함을 알 수 있다. 이러한 공공병원의 진입은 취약계층에게 민간병원보다 더 나은 품질의 의료서비스를 제공하는 데 일차적인 목적이 있다. 이러한 일차적인 목적을 달성하려면 우선 환자가 공공병원을 스스로 방문·이용할 수 있도록 유도해야 하며, 이를 위해 공공병원은 의료서비스의 가격을 민간병원보다 하향 조정할 필요가 있다.

이와 더불어 지역 공공병원의 확충이 의도했던 긍정적 효과를 얻기 위해서는 병원이 제공하는 서비스가 민간병원과 비교하여 품질 경쟁력을 갖춰야 한다. 지역 공공병원은 민간병원이 지불 여력이 낮은 환자, 혹은 취약계층을 상대로 제공하는 필수적인 의료서비스보다는 더 개선된 품질의 의료서비스를 환자에게 부담이 덜한 가격으로 제공해야 한다. 추가로 지역 공공병원의 시장 진입은 민간병원이 고소득층을 대상으로 제공하는 의료서비스 가격을 하락시키는, 즉 환자에게 급여 외 제공하는 비급여 서비스를 감소시키는 효과도 부차적으로 발생시킨다. 하지만 지역 공공병원이 필요 이상으로 높은 품질 또는 과도한 양의 의료서비스를 공급할 경우, 민간병원은 고소득층 같이 지불 여력이 높은 환자에게 불필요하게 과한 품질의 서비스를 제공하면서 차별화를 시도하게 되어 공공병원과 민간병원 간의 지나친 경쟁의 역효과가 나타나게 된다.

만약 공공병원이 환자 진료를 위한 의료인프라를 충분히 갖추지 못하게 되면 비용구조(효율성)가 취약하게 되어 단기적으로 손실을 보게 되고 장기적으로 시장에서 공급을 중단하고 철수하게 될 위험이 있다. 따라서 경쟁이 가져오는 긍정적 효과가 지속되려면 지역 공공병원에 시설 확충을 위한 보조금 등의 지원이 필요하다. 이러한 지역 공공병원에 대한 보조금은 공공병원이 건강보험 가입자 및 국민에게 더 나은 필수의료서비스를 제공하게끔 도와줄 뿐 아니라, 경쟁 효과를 통해 민간병원의 의료서비스 개선과 일부 진료서비스에 과하게 책정했던 비급여 진료 비중을 낮추는 데 기여할 수 있다. 하지만 공공병원에 대한 과도한 지원은 공공병원과 민간병원 간의 과도한 경쟁을 유발시켜 역효과를 초래할 수 있다는 사실 또한 유념해야 한다.

나. 지방의료원 기능과 역할 및 현황

관련 법과 정부의 공공보건의료 관련 계획에 제시된 지방의료원의 기능 및 역할을 고찰하고 지방의료원의 현황을 살펴본 주요 결과는 다음과 같다. 2005년 정부의 '공공보건의료 확충 종합대책'에서 지방의료원은 '지역거점병원'으로서 '양질의 2차 진료서비스 제공'과 '포괄적이고 공익적인 보건의료서비스 제공'의 기능 및 역할을 부여받았다. 이후 2018년 '공공보건의료 발전 종합대책' 및 2021년 '제2차 공공보건의료 기본계획'을 통해 2차 의료기관으로서 양질의 필수의료 제공, 퇴원환자 지역사회 연계, 보건의료-복지 연계 등 공공보건의료 전달체계의 허브 역할을 수행하는 '지역책임의료기관'으로 지방의료원의 기능 및 역할이 확장되었다.

하지만 이 연구에서 살펴본 현재의 지방의료원 상황은 규모뿐만 아니라 인력, 시설, 장비 측면에서도 지역책임의료기관의 기능을 수행할 역량

을 갖추지 못한 것으로 나타났다. 지방의료원의 운영 및 경영 현황을 살펴보면 입내원일수를 기준으로 한 이용량 측면의 운영효율성은 양호한 수준으로 나타났으나, 100병상당 의료수익, 환자 1인 평균 외래진료비 및 입원진료비는 유사한 규모(160~299병상)의 민간병원에 비해 매우 낮으며, 의료수익 대비 의료원가 비율은 100%보다 높아 투입되는 비용이 수익을 크게 상회하는 것으로 나타났다. 이 같은 현상의 주요 원인은 적정 규모, 인력, 시설 및 장비를 갖추지 못함에 따른 비용구조(효율성)의 취약성과 의료급여환자를 포함한 취약계층 진료 제공, 비급여 진료 비중 최소화 등 지역 공공병원으로서의 역할을 수행하기 위한 추가비용 발생 등이 있으며, 이러한 수익성 감소는 대부분의 지방의료원에서 의료이익 상 적자로 이어지고 있다.

마지막으로 진료기능, 인력, 시설, 운영, 재정 및 경영 등의 전반적인 측면에서 기관별 특성이 매우 다양하고 편차가 큰 것으로 확인되었다. 대도시에 비해 중소도시나 군 지역, 또는 의료취약지 등에 있는 지방의료원의 역량이 상대적으로 부족한 것으로 나타났으며, 기초자치단체에서 운영하는 지방의료원 및 운영 지자체의 재정자립도가 낮은 지방의료원의 역량이 상대적으로 낮은 것으로 확인되었다. 이에 따라, 지방의료원에 대한 기능과 역할 부여 및 이에 부합하는 적절한 지불보상체계와 재정지원을 위한 정책 수립 시 각 지방의료원의 특성과 상황에 대한 충분한 이해와 검토를 통해 지역 또는 기관 특성을 반영한 맞춤형 접근이 필요하다.

다. 지방의료원에 대한 지불보상체계와 재정지원 현황

지방의료원에 대한 지불보상체계와 재정지원 현황을 살펴본 주요 결과는 다음과 같다. 지방의료원이 사업 초기인 2012년부터 참여하고 있는

신포괄지불제도 시범사업은 참여하는 모든 병원을 대상으로 '참여', '효율성·효과성', '공공성', '의료의 질', '비급여관리'의 다섯 가지 영역에 대한 평가를 실시하고 이를 기반으로 정책가산율을 산정 후 수가에 반영하는 방식으로 운영되고 있으며, 지방의료원은 최대 35%의 정책가산율을 적용 받을 수 있다.

신포괄수가제 정책가산이 지방의료원의 의료 적자 해소에는 많은 부분 기여했으나 지방의료원의 공공성 강화에 미친 영향은 미미한 것으로 보인다. 지방의료원의 정책가산율 평균은 2016년 23.0%에서 2020년 25.6%로 전체적으로 소폭 증가하는 추세를 보이지만, 각 지방의료원에 적용되는 정책가산율 간에는 편차가 존재하며 의료취약지에 위치하거나, 운영 지자체의 재정자립도가 낮은 기관 등 정책적 지원의 필요성이 높은 기관의 정책가산율이 오히려 낮은 것으로 나타났다.

신포괄수가제 정책가산 평가지표를 평가영역별로 살펴보면 '효율성·효과성' 및 '공공성' 영역에 대해 기관별 편차가 큰 것으로 나타나는데, 이를 개선하기 위해서는 지역별, 기관 특성별 맞춤형 접근이 필요하다. 또한, '공공성' 영역 중 '취약계층 진료', '필수시설 운영' 등의 지표는 일부 지방의료원에 적용하기 부적절하여 개선이 필요하며, '효율성·효과성' 영역의 '기관경영수지' 지표도 지방의료원에 적용하기 어려운 부분이 있어 퇴출하거나 차별화된 적용이 필요하다.

지방의료원에 대한 재정지원을 살펴본 결과, 국비 및 지방비로 지원되는 지방의료원 국가재정지원 규모는 최근 5년간 기관당 평균 57~208억원 수준이며, 2019년 기준 지방의료원의 전체 수입 중 국가재정지원 비율은 16.7%, 이 중 중앙정부와 지방자치단체의 재정지원 비율이 각각 5.5%, 11.2%로 전체 국가재정지원 중 지방자치단체의 재정지원이 차지하는 비율은 3분의 2 정도로 확인된다. 지역별로 살펴보면 인구규모가 작

은 소도시나 군 지역, 또는 의료취약지에 위치한 기관, 운영 지자체의 재정자립도가 낮은 기관에 대한 국가재정지원 규모가 오히려 작은 것으로 나타나, 이 부분은 지자체의 여건을 감안하여 중앙정부와 지방정부의 재정지원 매칭 비율을 유연하게 조정할 수 있는 방안을 고려할 필요가 있다. 또한, 현재 지방의료원의 국고보조금을 통한 재정지원은 대부분 기능보강사업 등을 통해 자본보조 방식으로 이루어지고 있는데, 이와 더불어 지방의료원 운영에 필요한 운영지원 보조금도 더욱 강화할 필요가 있다.

마지막으로 지방의료원을 대상으로 하는 주요 재정지원사업을 살펴본 결과 공통적으로 사업의 필요성, 타당성은 매우 높은 것으로 평가되지만, 해당 각 재정지원사업 내에서 또는 재정지원사업 간의 세부 사업들이 분절적으로 이루어지고 있어 이 부분은 조정·연계가 필요한 것으로 보이며, 각 사업의 개발 및 추진과정에서 지역의 특성에 대한 충분한 이해와 검토가 이루어져야 한다. 특별히, 의료취약지 및 재정 여력이 취약한 지자체 산하의 지방의료원을 대상으로 한 재정지원사업의 경우 인력, 장비 등이 충분하게 지원될 수 있어야 더 효과적인 결과를 얻을 수 있으므로 지원방식의 개선과 함께 중앙정부와 지방정부의 재정지원 매칭 비율을 유연하게 조정할 수 있는 방안을 고려할 필요가 있다.

라. 지방의료원의 기능과 역할 및 지불보상체계와 재정지원에 대한 전문가 의견

공공의료 전문가와 지방의료원장을 대상으로 지방의료원의 적정 기능과 역할, 지불보상체계와 재정지원의 문제점 및 개선방안에 대한 면담 조사의 주요 결과는 다음과 같다.

1) 지방의료원의 기능과 역할

대부분의 전문가는 지방의료원의 기능 및 역할이 필수중증의료, 고위험산모 등 취약계층 진료, 커뮤니티케어라는 것에 동의하였으나, 이러한 역할과 기능을 모든 지방의료원이 동일하게 수행해야 하느냐에 대해서는 이견이 존재하였는데, 각각의 지방의료원이 처한 현실이 다양하기 때문에 지역 특성에 맞춰 기능과 역할을 설정해야 한다는 입장과 그럼에도 불구하고 지역거점병원으로서 이러한 역할과 기능을 동일하게 수행하는 것이 적절하다는 입장이 있었다.

지방의료원이 공공의료를 수행하고 싶어도 수행할 수 없는 현실과 그 이유로는 지방의료원의 시설, 장비, 인력, 재정 등 모든 측면에서 역량 부족을 꼽았다. 이러한 인프라의 제약이 지방의료원이 필수중증의료, 고위험산모 등 취약계층 진료 등의 역할과 기능을 하기 어려운 주된 이유라는 데 일치된 의견을 보였다. 특히 의사 인력을 어떻게 충원할 것인지가 가장 큰 문제이며 이 부분이 해결되어야 지방의료원이 공공의료 수행기관으로서 역할을 충실히 할 수 있을 것이라는 의견을 표명하였다.

또한, 지방의료원의 안타까운 현실 중 하나로 지역 간 격차를 꼽았다. 지방자체단체의 역량과 지방자치단체장의 관심에 따라 재정지원이 천차만별이어서, 지방정부의 전폭적인 지원을 받는 병원이 있는가 하면 전혀 받지 못하는 병원도 있다. 전문가들은 이러한 지역 차이가 의료 자원의 부익부 빈익빈을 초래하고 있다고 지적하였다.

‘공공보건의료 발전 종합대책’ 및 ‘제2차 공공보건의료 기본계획’에서 제시하고 있는 지역책임의료기관 모형에 대해서는 전문가 대부분이 회의적인 입장을 표명하였다. 지역책임의료기관 모형은 개념적이고 선언적인 모형일 뿐 실현 가능성이 매우 낮다고 보았다. 또한, 대부분의 지방의료

원은 이러한 역할을 수행해 낼 역량이 부족하다는 것에 대해서는 대체로 일치된 의견을 보였다.

2) 지방의료원 지불보상체계 및 재정지원

전문가들 대부분이 신포괄수가제가 지방의료원의 의료비 적자 해소에 긍정적인 영향을 미쳤다고 응답하였으나, 공공의료 기능을 적절히 수행하는 데에 긍정적인 영향을 미쳤는가에 대한 질문에는 대부분 아니라는 의견을 보였다. 특히, 신포괄수가제가 민간의료기관까지 확대 적용될 경우에는 공공보건의료에 특이적인 지불제도가 아니기 때문에 공공보건의료 측면에서는 긍정적인 영향이 없을 것이라고 예측하였다.

지방의료원 재정지원에 관해서는 정부가 여러 가지 사업 예산으로 지방의료원을 지원하고 있지만, 지방의료원의 다양한 특성 및 상황이 반영되지 못하고 있다고 지적하였다. 중앙정부의 재정지원은 대부분 지방자치단체와의 매칭 방식으로 운영되기 때문에 지자체의 지원이 적을 경우 총지원액이 적을 수밖에 없어서 이 또한 부익부 빈익빈이 지속될 수밖에 없는 구조라고 지적하였다. 또한, 재정지원사업의 세부항목 간 대상 지역 간 불균형이 존재하여 효율적인 자원 분배가 이루어지지 못하고 있다는 점을 지적하였다.

지불보상체계 개선을 위한 단기적 방안으로는 신포괄수가의 평가지표 현실화가 필요하다고 하였으며, 중장기적으로는 지역과 지역 공공병원 특성에 맞춘 구체적인 지방의료원 모형을 기반으로 맞춤형 지불보상 방안을 마련해야 한다고 하였다.

재정지원에 대한 개선방안으로는 중앙과 지방 정부의 재정지원을 패키지화하는 방안이 제안되었다. 현재, 중앙정부가 여러 가지 공공보건의료 사업의 사업비 명목으로 재정지원을 하고 있으나 실제 현장에서 그 쓰임

이 효율적이지 못하므로 다양한 사업비를 하나로 묶어 한번에 지원하는 방식을 고려할 필요가 있다고 하였다.

3. 결론 및 시사점

이 연구에서 수행한 고찰 및 분석 결과를 토대로 한 지역 공공병원 지불보상체계 및 재정지원 개선을 위한 정책제언의 주요 내용은 다음과 같다.

가. 지역 맞춤형 공공병원 모형 개발과 구체화

지방의료원에 대한 지불보상체계 및 재정지원 방안 마련의 궁극적인 목적은 지방의료원이 지역 공공병원으로서 기능과 역할을 수행할 수 있도록 하는 것이다. 이를 위해서는 지방의료원의 기능과 역할을 설정하는 일이 우선되어야 한다. 관련 법령과 공공보건의료 관련 정부 계획 및 대책에서 지방의료원은 ‘지역거점 의료기관’ 육성이나 ‘지역책임의료기관’ 지정과 같이 일률적인 기능 및 역할이 부여되었다. 특히 필수중증의료, 응급의료, 고위험산모 및 취약계층 진료부터 일차의료, 돌봄, 정신과 재활 서비스와 지역 보건의료기관 등과의 연계 및 조정 등의 기능 및 역할은 현재 대부분의 지방의료원의 역량으로는 실현 가능성이 낮을 뿐 아니라, 지방의료원이 위치한 모든 지역에서 이러한 기능과 역할을 모두 갖춘 지역 공공병원이 필요하지는 않은 것으로 보인다.

지방의료원의 현황을 살펴본 결과에서 알 수 있듯이 지방의료원이 처한 상황은 너무나도 다양하기 때문에 지방의료원의 기능과 역할을 일률적으로 설정하는 것이 아닌 지역 특성과 지역 공공병원의 특성을 반영한 모형을 개발하고 적용하는 것이 필요하다. 지역 특성 및 지역 공공병원의

특성을 반영한 모형 개발 및 적용을 위해서는 중앙정부의 적극적인 의지 뿐만 아니라 지역에 대한 이해도가 높은 지자체와 지역 공공병원이 함께 지역 내 필요를 파악하고 이를 기반으로 지역별 특성에 맞는 기능과 역할을 설정하는 과정이 필요할 것이다. 또한, 지역 특성과 지역 공공병원의 특성을 반영한 모형을 개발하고 구체화하기 위해서는 중앙과 광역 수준 모두에 전담조직과 인력을 마련해야 한다. 국가 차원 및 지역에서 필요한 다양한 공공보건의료에 대한 필요를 파악하고 이에 대응하기 위한 지방의료원의 기능과 역할을 설정하기 위해서는 중앙정부와 지자체의 관련 전담조직 및 역량과 전문성을 갖춘 인력의 확보가 필수적이다. 우선 중앙정부 차원의 전담조직이 필요한데, 이 조직은 지역 간 의료 불균형 및 의료격차 문제를 파악하여 이를 토대로 지방의료원의 확충 강화를 위한 정책을 수립하고, 지방의료원을 운영하는 각 지자체가 지역 내 필요를 파악하여 지역별 특성에 맞는 지방의료원 모형을 설정하고 운영할 수 있도록 총괄·지원하는 역할을 부여받는다. 현재 국립중앙의료원 공공보건의료본부 내 공공보건의료지원센터가 이러한 역할을 일부 수행하고는 있으나, 현재의 조직체계 및 인력수준으로는 지방의료원의 확충 강화를 위한 정책 수립, 지역별 필요 기반의 지방의료원 모형 설정 및 운영 지원 등을 포함한 지역 간 의료 불균형 및 지방의료원과 관련한 전반적인 정책을 수립하고 지자체 및 지방의료원을 지원하기에는 한계가 있다. 이에, 공공보건의료본부 내 공공보건의료지원센터에서 지방의료원 관련 정책 수립 및 지원 기능을 떼어내어 독립적인 전담조직을 설립할 필요가 있다. 광역 수준에서도 지역 내 공공보건의료의 필요를 파악하고 이를 기반으로 한 지역별 특성에 맞는 지방의료원의 모형 설정 및 운영을 지원하는 전담조직과 인력이 있어야 할 것이며 이를 위해서 현재 광역 단위에 설치된 공공보건의료지원단 안에 지역 내 모형 설정 및 운영에 관한 전반적인 사항을 총괄 지원하는 조직을 신설하고 전문인력을 배치할 필요가 있다.

나. 지불보상체계 및 재정지원 개선방안

1) 지불보상체계 및 재정지원 개선을 위한 기본 방향

현행 지불보상체계인 신포괄수가제와 지방의료원을 포함한 지역 공공의료기관을 대상으로 한 재정지원은 지역 공공병원이 공적 기능을 충실히 수행하면서도 예측 가능한 재정 운용을 담보하기에 미흡한 것으로 보인다. 현행 지역 공공의료기관의 재원운용 원칙은 총비용에서 의료수익(건강보험 수익+비급여 수익), 의료 외 수익, 기타 수익 등을 포함하여 상계한 이후 적자분에 대해 지방의료원 운영주체인 지방자치단체가 수지차보전 등의 방식으로 재정지원을 하는 것이다. 현재 지방의료원의 운영주체인 지방자치단체에서 지원하는 운영보조금과 더불어 지역거점 공공병원 기능보강 사업 등의 사업단위의 자본보조금(인력 지원 등의 일부 운영보조금 포함) 지원이 국가와 지자체 매칭으로 지원되고 있다. 지역 공공기관에 대한 지불보상체계와 재정지원 개선을 위한 기본 전제조건은 ① 필수의료 제공, 취약계층 진료 등의 진료서비스에 대해 충분히 보상할 수 있는 지불체계 마련, ② 보건복지 연계 등 공공의료사업에 대한 적절한 재정지원이다. 개선을 위해 고려할 주요 사항은 다음과 같다. 우선, 회계연도별 적자가 발생하지 않는 지불보상체계 및 재정지원 방안이 마련되어야 한다. 또한, 필수의료 부분에 대해 시설장비 확충을 위한 자본비용뿐만 아니라 의사, 간호사 등 필요인력에 대한 인건비 등의 경상비를 지원할 수 있도록 재정운용 원칙이 개선되어야 하며, 지역 공공의료기관 지불보상체계 및 재정지원 방안 마련 시 지역별, 기관별 상황이 고려되어야 한다.

2) 지불보상체계 개선방안

먼저, 지불보상체계 개선방안을 살펴보면, 단기적 방안으로는 신포괄수가 정책가산 산정을 위한 지역 및 기관 특성을 반영한 맞춤형 지표 개발 및 적용이 필요하다. 지방의료원의 정책가산율을 살펴본 결과 정책적 지원이 상대적으로 더 필요할 것으로 판단되는 인구규모가 작은 소도시나 군지역, 의료취약지에 위치한 기관, 기초자치단체가 운영하는 기관, 병원급 기관, 병상규모가 작은 기관이 낮은 정책가산을 받는 것으로 확인되었다. 따라서 정책적 지원이 더 필요함에도 불구하고 상대적으로 낮은 정책가산율을 적용받고 있는 기관의 정책가산율을 적정수준으로 높이기 위해 지역 또는 기관 특성을 반영한 맞춤형 지표를 개발하여야 할 것이다. 또한, '공공성' 영역의 '취약계층 진료', '필수시설 운영' 등의 세부지표는 일부 지역 및 지방의료원에 적용하기 부적절하여 개선이 필요하며, '효율성·효과성' 영역의 '기관경영수지' 지표도 지방의료원에 적용하기 어려운 부분이 있어 퇴출하거나 차별화해 적용해야 한다.

장기적으로는 지역과 지역 공공병원 특성에 맞춘 구체적인 지방의료원 모형이 개발되었다는 전제하에 이에 맞는 맞춤형 지불보상 방안이 마련되어야 한다. 예를 들어, 지역 내 의료기관 간, 보건-복지 간 연계·조정 역할을 핵심적으로 수행하는 공공병원이라면 '묶음지불제'를 고려해볼 수 있을 것이다. 현재 상황에서도 잘 운영되고 기능을 잘 수행하는 지역 공공병원은 현재의 신포괄수가제와 행위별수가제를 그대로 가져갈 수 있을 것이다. 그리고 특정 병원은 병원예산제 방식으로 운영비, 인건비를 포함한 의료비 부분까지 총액 예산으로 지원하는 방식을 고려할 수 있다.

병원예산제의 도입은 계약 모형에 기반한 이론적 분석 결과를 통한 시사점 및 미국 메릴랜드주와 펜실베이니아주의 병원예산제 도입 사례를 통해 살펴본 바와 같이 취약지역에 위치한 상대적으로 규모가 작은 병원

급 지방의료원이나 종합병원급이지만 상대적으로 규모가 작은 지방의료원에 우선 적용해 볼 수 있다. 병원별 예산은 해당 지역 및 병원의 실정에 맞추어 외래 및 입원 서비스뿐만 아니라 병원-일차의료-지역사회 연계 강화 및 공공의료사업에 대한 비용을 기반으로 1) 물가상승에 따른 병원서비스 비용 변화, 2) 지역 내 인구구조 변화, 3) 지역 내 의료시장환경 변화에 따른 예기치 않은 병원서비스 이용량 변화, 4) 각 병원의 제공 서비스 유형의 변화, 5) 각 병원의 불필요한 병원서비스(Potentially Avoidable Utilization, PAU) 감소 정도, 6) 각 병원에 대한 의료의 질 평가 결과 등을 반영하여 매년 산정할 필요가 있다.

또한, 병원예산제 참여 병원이 운영 지자체와 공동으로 지역 내 필수의료 제공, 취약계층 진료, 공공의료 사업 관련 목표를 달성하기 위한 병원별 계획을 수립하도록 의무화해야 한다. 병원별 계획은 예방적 의료서비스를 통한 건강관리 강화와 이에 따른 불필요한 입원 및 응급의료서비스 감소, 지역주민의 건강수준 향상 등을 위한 해당 지역 및 병원의 실정에 맞는 의료서비스의 종류나 제공방식, 취약계층 진료, 공공의료 사업에 관한 방안을 포함하며, 이에 대한 지속적인 모니터링, 평가, 환류가 이루어져야 할 것이다.

3) 재정지원 개선방안

지역 공공병원의 재정지원 개선을 위해서는 우선 시설, 장비 확충을 위한 자본 보조만으로는 지방의료원의 운영 정상화를 실현하기 어려우므로 시설, 장비 확충을 통한 기능보강과 더불어 원활한 운영을 위하여 인건비, 사업운영비를 적극적으로 지원해야 할 것이다. 특별히 응급, 분만, 감염병 대응 등의 필수의료 영역에 대한 의사, 간호사 등의 인력기준을 충

족하도록 인건비를 보장할 수 있는 재정지원 방안을 마련해야 할 것이다. 이를 위한 재원은 정부와 지자체의 매칭을 기본으로 하되 운영 지자체의 재정 상황을 고려하여 정부와 지자체의 매칭율을 차등화하는 방안이 마련되어야 할 것이다. 필수의료에 대한 시설, 장비 확충 지원에서도 정부와 지자체의 매칭을 기본으로 하되 운영 지자체의 재정 상황을 고려하여 정부와 지자체의 매칭율 차등화를 적용해야 한다.

또한, 중앙정부가 여러 가지 공공보건의료사업 명목으로 수행하고 있는 사업비의 재정지원을 효율화할 필요가 있다. 지역거점병원의 공공성 강화, 의료 및 분만취약지 지원, 취약지 등의 전문인력 양성 사업을 통한 재정지원이 지방의료원의 운영에 긍정적 영향을 미치고 있지만, 그에 대한 평가, 모니터링 및 그에 따른 환류가 거의 이루어지지 않고 있는 상황이므로 재정지원에 대한 평가 및 환류체계를 마련해야 한다. 평가 결과를 토대로 유사한 목적을 가진 사업들과의 연계가 필요하다. 이를 위해 각 사업의 개발 및 추진과정에서 지역의 특성을 충분히 이해하고 검토한 후 연계할 수 있는 사업들을 하나로 묶어 예산을 지원하는 방식을 고려해 볼 만하다. 하지만 우리나라의 현행 보건행정은 개별 법률에 따라 이루어지다 보니 이러한 방식을 적용하기가 어려울 수 있으므로 법률 개정 논의도 함께 이루어질 필요가 있다. 또한, 중앙정부의 재정지원은 대부분 지방정부 매칭 방식으로 이루어지기 때문에 재정자립도가 낮은 지방정부의 경우 지자체의 지원이 적어 총지원액이 적어지는 부익부 빈익빈이 지속되고 있다. 이를 해결하기 위한 방안으로 각 지자체의 재정자립도를 감안하여 중앙정부와 지방정부의 재정지원 매칭 비율을 차등화하는 방안을 고려할 필요가 있다.

주요 용어 : 공공의료, 공공병원, 지방의료원, 지불보상제도, 재정지원

제 1 장

서론

제1절 연구 필요성 및 목적
제2절 연구 내용 및 방법

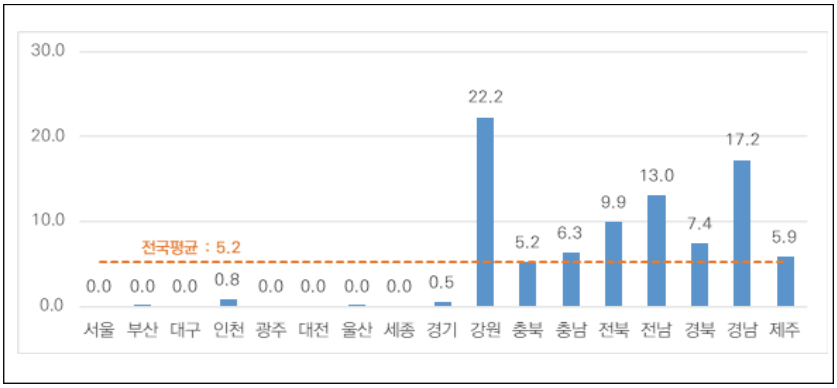
제 1 장 서론

제1절 연구 필요성 및 목적

우리나라 보건의료체계의 가장 큰 문제점 중 하나로 지역 간 의료 자원 분포의 불균형을 들 수 있다. 2019년 기준 우리나라 전체에서 '300병상 이상 종합병원에 90분 이내 도달 불가능한 인구 비율'은 5.2%로 나타났다. 이를 지역별로 살펴보면 7대 특광역시의 경우 인천(0.8%)을 제외하고는 지역 내 모든 인구가 90분 이내에 300병상 이상 종합병원에 도달 가능한 것으로 확인되었으나, 강원(22.2%), 경남(17.2%), 전남(13.0%) 등의 지역은 300병상 이상 종합병원에 대한 접근도가 매우 낮은 것으로 확인되었다(〔그림 1-1〕).

〔그림 1-1〕 시도별 300병상 이상 종합병원에 90분 이내 도달 불가능한 인구 비율(2019년)

(단위: %)

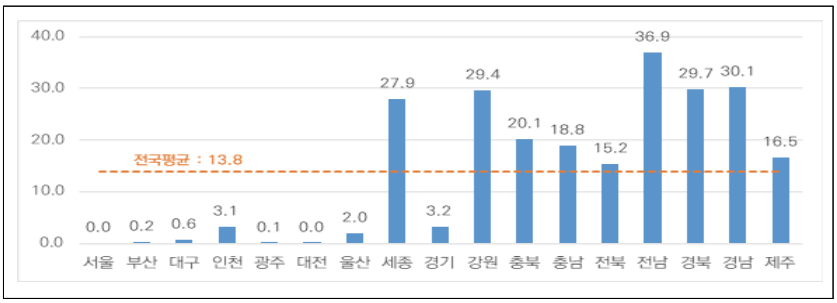


자료: 국립중앙의료원. (2020). 2020년 공공보건의료통계집「표 II-2」, pp. 83-98 재구성함.

응급시설에 대한 접근도를 나타내는 '지역응급의료센터에 30분 이내 도달 불가능한 인구 비율' 및 '권역응급의료센터에 60분 이내 도달 불가능한 인구 비율' 역시 심각한 지역별 불균형이 존재한다. 2019년 기준 우리나라 전체에서 '지역응급의료센터에 30분 이내 도달 불가능한 인구 비율'은 13.8%로 나타났는데, 이를 지역별로 살펴보면 7대 특광역시의 경우 인천(3.1%)과 울산(2.0%)을 제외하고는 30분 이내에 지역응급의료센터에 접근 불가능한 인구 비율이 1% 미만으로 나타났으나, 전남(36.9%), 경남(30.1%), 경북(29.7%), 강원(29.4%) 등의 지역은 지역응급의료센터에 30분 이내 도달 불가능한 인구 비율이 30% 수준이거나 그 이상으로 확인되었다(〔그림 1-2〕). '권역응급의료센터에 60분 이내 도달 불가능한 인구 비율'도 2019년 기준 우리나라 전체에서 9.8% 수준으로 나타났으며, 지역별로는 7대 특광역시의 경우 인천(1.2%)과 울산(0.2%)을 제외하고는 지역 내 모든 인구가 60분 이내에 권역응급의료센터에 접근 가능한 것으로 나타났으나, 충남(34.8%), 강원(33.4%)은 권역응급의료센터에 60분 이내 도달 불가능한 인구 비율이 30% 이상인 것으로 확인되었다(〔그림 1-3〕).

〔그림 1-2〕 시도별 지역응급의료센터에 30분 이내 도달 불가능한 인구 비율(2019년)

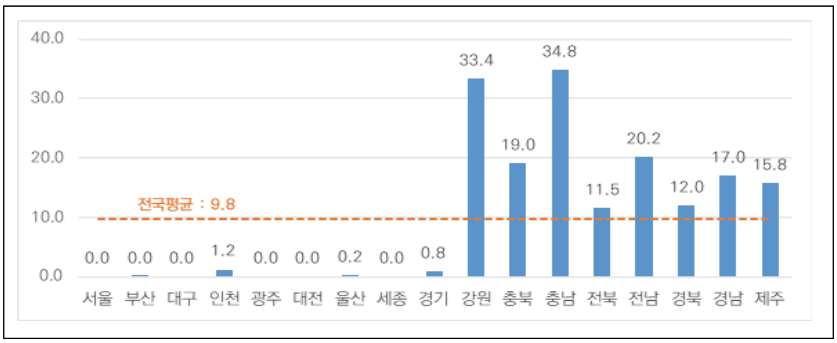
(단위: %)



자료: 국립중앙의료원. (2020). 2020년 공공보건의료통계집「표 II-2」, pp. 83-98 재구성함.

〔그림 1-3〕 시도별 권역응급의료센터에 60분 이내 도달 불가능한 인구 비율(2019년)

(단위: %)



자료: 국립중앙의료원. (2020). 2020년 공공보건의료통계집「표 II-2」, pp. 83-98 재구성함.

위에서 살펴본 우리나라 보건의료체계의 가장 큰 문제점 중 하나인 지역 간 의료 자원 분포 불균형에 따른 의료격차 문제를 해결하기 위한 주요 방안으로 지방의료원으로 대표되는 지역 공공병원의 양적·질적 확충을 들 수 있다. 우리나라 국민의 대다수가 '지역 간 의료 불균형'을 우리나라 보건의료체계의 가장 큰 문제점으로 인식하고 있으며, 이러한 지역 간 의료 자원 분포 불균형에 따른 의료격차 문제를 해결할 주요 방안으로 지역 공공의료기관의 확충·강화를 꼽았다. 2020년 국민권익위원회가 보건의료체계 개선과 관련해 실시한 설문조사에 따르면 우리나라 국민의 44.1%가 우리나라 보건의료체계의 문제점으로 '지역 간 의료 불균형'을 꼽았으며, 이러한 '지역 간 의료 불균형 해소방안'으로 '지역 공공의료기관 확충·강화(46.4%)', '의대정원 확대(37.8%)' 등을 제시하였다(국민권익위원회, 2020. 9. 1.).

이에, 정부에서는 지역 공공의료기관의 양적 확충을 위해 "진료권 내 적정 병원이 없는 지역을 중심으로 400병상 규모의 지방의료원 등을 2025년까지 20개 내외로 확충" 및 "5천 병상 규모의 공공병상 추가 증설"을 포함한「감염병 효과적 대응 및 지역 필수의료 지원을 위한 공공의

료체계 강화방안」을 발표하였다(보건복지부 보건의료정책과, 2020. 12. 13., p. 4). 또한, 정부에서는 대전, 서부산, 진주 신축 3개 지방의료원에 대한 예비타당성 조사를 면제하기로 하였으며, 지방의료원이 없는 광역자치단체인 광주와 울산에 공공의료원 설립을 추진하여 공공의료 확충 및 역할 확대를 모색하고 있다.

현재 우리나라의 지방의료원은 양적인 측면에서 부족할 뿐 아니라 질적인 측면에서도 취약한 상황이므로 양적 확충과 더불어 지방의료원이 양질의 적정 의료서비스를 제공하고 지역 공공병원으로서 공적 기능을 수행할 수 있도록 질적 확충 방안을 마련해야 한다. 특히, 지방의료원이 적정진료를 통한 양질의 의료서비스 제공, 지역 응급의료 제공, 의료취약지의 필수 진료과 유지 및 분만시설 운영, 취약계층을 위한 의료안전망 기능, 국가 또는 지방자치단체의 공공보건의료 시책 수행, 국가 감염병에 긴밀한 대응 등 지역 공공병원으로서 기능과 역할을 충실히 수행하기 위해서는 지방의료원의 특성에 적합한 지불보상체계와 재정지원 방안이 필요하다. 현재의 행위별수가 기반의 지불보상제도하에서 지방의료원이 당면한 문제는 〔그림 1-4〕와 같이 정리할 수 있다.

〔그림 1-4〕 지방의료원이 당면한 문제

수익(Profit) = 수입(Revenue) – 비용(Cost)

수입(Revenue)= 수가(Price) X 행위량(Volume)

비용(Cost): 의료기관마다 비용구조(효율성)이 상이함 (한계비용 체감)

- (수입 측면) 충분한 행위를 일으키지 못함 + 낮은 비급여 비율 → 낮은 수입
- (비용 측면) 비용구조(효율성)가 취약한 상황 → 높은 비용
- 지역별, 의료기관별 진료과별로 행위량과 비용구조가 상이함

주: 필자 작성

지방의료원이 안정적이고 지속적으로 운영되기 위해서는 손익분기점을 넘어선 최소한의 수익(profit)을 달성해야 한다. 하지만 대부분의 지방의료원은 수입(revenue)과 비용(cost)의 두 가지 측면에서 수익을 내기 어려운 상황에 처해 있다. 우선 수입의 측면을 살펴보면, 현재 우리나라의 건강보험 급여의 원가 보상률은 80~90% 수준으로(보건복지부, 2018a. p. 4; 김정회, 이정면, 이용갑, 2020, p. 18 재인용) 의료기관은 비급여 진료 등을 통해 건강보험 급여에서 발생하는 적자를 메워야 하나 지방의료원은 비급여 진료의 비중이 작을 뿐 아니라 상대적으로 수익이 적게 발생하는 필수의료 및 취약계층에 대한 진료 비중이 높아 수입보다 비용이 더 높은 것으로 확인된다(〈표 4-28〉). 비용 측면에서도 지방의료원의 대부분이 적정 규모와 인력, 시설, 장비 등을 갖추지 못하여 비용구조(효율성)가 취약한 상황이다. 또한, 지역 내 필수의료 제공을 담보하기 위해 응급, 분만 등 높은 투자비용에 비해 수익이 낮을 뿐 아니라 경우에 따라 수익을 창출할 만큼의 충분한 진료행위가 이루어지지 못해 적자를 감수할 수밖에 없는 진료기능을 유지하고 있다.

지방의료원을 포함한 지역 공공병원의 질적 확충 및 역할 강화를 위해서는 지불보상체계와 재정지원 방안 마련이 필수적임에도 불구하고 기존의 우리나라 공공의료기관 관련 연구는 보건의료의 공공성 확립과 공공의료체계 구축, 공공의료기관의 역할 재정립, 공공의료기관의 확충 방안 제시에 중점을 두고 이루어져 왔으며, 국내의 공공의료기관에 대한 지불보상제도 및 재정지원 방안에 관한 포괄적인 연구는 미흡한 상황이다. 이러한 배경하에서, 이 연구는 지방의료원이 지역 공공병원으로서 공적 기능을 충실히 수행하면서도 예측 가능한 재정 운용을 할 수 있도록 적정진료서비스에 대해 충분히 보상할 수 있는 지불체계와 공공의료사업 수행 등에 대한 적절한 보상 및 재정지원 방안을 제시하는 것을 주요 목적으로 한다.

이 연구의 주요 연구대상은 지역 공공병원 중 대다수를 차지하는 지방의료원으로 설정하고, 적십자병원, 국립대학교 병원, 근로복지공단병원 등의 특수대상 중심 공공병원, 국립재활원, 국립정신병원 등의 특수질환 중심 병원, 공공노인병원은 연구대상에서 제외하였다. 연구범위는 이 연구의 주요 목적에 부합하는 지방의료원의 질적 확충 및 역할 강화를 위한 지불보상체계와 재정지원 방안 마련을 중심으로 하였으며, 공공의료체계 구축, 공공의료기관의 역할 재정립, 공공의료기관의 양적 확충 등 거시적 관점의 논의는 이 연구의 주요 연구범위에서 제외하였다.

제2절 연구 내용 및 방법

이 연구는 지방의료원이 지역 공공병원으로서 공적 기능을 충실히 수행하면서 예측 가능한 재정 운용을 할 수 있도록 지불보상체계와 재정지원 방안을 마련하는 것에 주요 목적이 있다. 이러한 연구 목적을 달성하기 위해 크게 네 단계로 구분해 연구를 수행하였다.

먼저 1단계로, 공공의료기관 지불보상체계와 재원조달방식에 대한 문헌 고찰을 실시하였다. 문헌 고찰은 '이론적 검토'와 '사례 분석'으로 구분해 수행하고, 우리나라에 적용할 시사점을 파악해보고자 했다. 이론적 검토는 공공의료기관 지불보상에 관한 경제학 이론과 선행연구를 살펴본 후, '계약이론 모형'과 '제품차별화 모형'을 바탕으로 최적의 지불제도를 모색해보고자 하였다(제2장). 사례 분석은 OECD 주요국의 공공의료기관 지불보상제도와 재원조달방식을 파악하고, 미국의 병원예산제 도입 사례를 고찰하였다(제3장).

2단계로 지방의료원의 기능과 역할을 검토하고 현 실태를 분석하였다. 세부적으로는 관련 법과 계획에서 제시하고 있는 지방의료원의 기능과 역할을 고찰하고, 진료 기능 및 시설, 운영·경영 등 주요 현황을 분석하였다. 이때에는 주로 보건복지부와 국립중앙의료원에서 제공하는 「지역거점공공병원 알리미」 공시자료와 국립중앙의료원 공공보건의료지원센터에서 제공하는 공공데이터를 활용해 '2016~2020년 연도별 지방의료원 현황' 자료를 수집·분석하였다(제4장).

3단계로 지방의료원 관련 지불보상체계와 재정지원 현황을 파악해보았다. 먼저, 우리나라 현행 건강보험 지불보상체계를 간략히 살펴본 후, 2012년 7월부터 지방의료원, 적십자병원 등 지역거점 공공병원 41개소에 확대 적용 중인 신포괄지불제도 시범사업의 현황을 분석하였다. 이때에는 건강보험심사평가원의 협조를 얻어 '2016~2020년 연도별 지방의료원 신포괄 정책가산 평가 자료'를 바탕으로 분석을 수행하였다. 이러한 현황 분석을 토대로 현행 지불보상제도하에서 지방의료원이 당면한 문제점을 도출하였다. 그다음으로 지방의료원의 재정지원 현황을 파악하였다. 지방의료원의 운영재원 구조부터 재정지원 주체, 규모 등 현황을 살펴보고, 의료기관 종별, 병상 규모, 의료취약지 여부 등 주요 특성별 유형화를 통해 재정지원 현황을 구체적으로 파악하였다. 이 때에는 「지역거점공공병원 알리미」에서 2016~2020년 연도별 지방의료원 공시자료를 바탕으로 분석하였다. 아울러 선행연구와 보도자료를 바탕으로 지방의료원 재정지원의 현 실태를 진단하였다. 또한, 의료기관 재정지원사업 중 지방의료원과 밀접한 관련이 있는 국고보조사업 현황을 살펴보고, 관계 부처, 선행연구에서 제시한 사업 평가 결과 등 2차 자료를 토대로 재정지원사업을 평가해보고자 했다(제5장).

한편, 실제 현장에서 체감하는 현행 지불보상체계와 재정지원에 대한 현황과 문제점을 파악하고 개선방안을 모색하기 위해 공공의료 전문가를 대상으로 의견수렴을 진행하였다(제6장). 의견수렴은 인터뷰와 서면의견조사의 두 가지 방식으로 이루어졌다. 인터뷰는 학계, 의료계 등 현업에 종사하는 공공의료 전문가를 대상으로 개별심층면접(In-depth Interview)과 초점집단면접(Focus Group Interview) 방식으로 진행하였고, 서면의견조사는 전국지방의료원연합회의 협조를 받아 지방의료원 41개소 병원장을 대상으로 수행하였다. 이외에도 연구의 일환으로 정부, 학계, 의료계 등 공공의료 분야 전문가를 대상으로 2021년 9~11월에 총 3차에 걸쳐 공공의료포럼을 운영하였다. 이때에는 거시적 차원에서 공공의료의 현안과 정책 방향을 논의하고 개선 방향을 탐색하기 위해 주제 발제와 토론 형식으로 진행하였다.[1)]

마지막 4단계로 앞에서 지금까지 다룬 연구 내용들을 종합 반영하여 지방의료원의 지불보상체계와 재정지원 개선을 위한 정책 방안을 제시하였다. 즉, 지방의료원이 공적인 기능을 충실히 수행하면서 예측 가능한 재정 운용을 하도록 유도하기 위한 정책 방안을 제언하였다(제7장).

이 연구에서 수행한 연구 내용과 방법을 도식화하면 〈표 1-1〉과 같다.

1) 포럼 논의 결과는 별도의 장으로 제시하지 않고 연구 내용에 반영하여 서술함. 공공의료 포럼 운영 개요는 부록 4를 참고하기 바람.

〈표 1-1〉 주요 연구 내용 및 방법 요약

구분	연구 내용		연구 방법
1단계	공공의료기관 지불보상 & 재원조달방식 문헌 고찰		문헌조사
	(1-1단계) 공공의료기관 지불보상에 대한 이론적 검토		
	진료비 지불보상제도에 대한 이론적 논의	지불보상에 대한 선행연구 고찰	
	"계약이론 모형" "제품차별화 모형"을 통한 최적 지불제도에 대한 이론적 모형 구축 및 분석		
	(1-2단계) 주요국 공공의료기관 지불보상제도와 재원조달방식 사례 분석		
	진료비 지불보상제도 & 재원조달방식 검토	병원예산제 도입 사례 검토	
	주요국 지불보상제도 & 재원조달방식 사례 고찰을 통한 시사점 도출		
2단계	지방의료원의 기능 및 역할 검토 및 현황 분석		현황 분석 & 고찰
	지방의료원 기능·역할	지방의료원 현황 분석	
	정부 계획, 관련 법상 제시된 지방의료원 기능 및 역할 고찰	일반 현황, 경영 상태, 진료·운영실적	
	지방의료원 적정 기능·역할 고찰 & 현황 분석을 통한 시사점 도출		
3단계	지방의료원 지불보상체계와 재정지원 현황 분석		전문가 의견수렴 & 포럼
	지불보상체계	재정지원(사업)	
	건강보험 지불보상체계 & 신포괄지불제도 현황 진단	지방의료원 재정지원(사업) 현황 진단	
	지불보상체계 및 재정지원 현황 분석을 통한 시사점 도출		
4단계	지방의료원 지불보상체계 및 재정지원 개선방안 제시		
	지불보상체계, 재정지원 현황 분석 결과	지방의료원 현황 분석 결과	기능 및 역할 고찰 결과
	공공의료분야 전문가 의견수렴(인터뷰 & 의견조사) 결과		
	지방의료원의 충실한 공적인 기능 수행 & 예측 가능한 재정 운용 유도를 위한 개선방안 제시 및 정책 제언		

주: 필자 작성

제2장

공공의료기관 지불보상에 대한 이론적 고찰 및 분석

제1절 의료기관 지불보상에 대한 이론적 논의
제2절 의료기관 지불보상에 대한 선행연구 고찰
제3절 계약이론 모형을 통한 최적 지불제도 분석
제4절 제품차별화 모형을 통한 최적 지불제도 분석
제5절 소결

제 2 장 공공의료기관 지불보상에 대한 이론적 고찰 및 분석

제1절 의료기관 지불보상에 대한 이론적 논의

오늘날 세계 각국의 보건의료체계는 기존의 보건의료서비스에 대한 지불제도의 문제 및 한계점을 지적하고, 인구고령화, 질병구조의 만성화, 그리고 최근 코로나19 같은 전염병 대유행으로 인한 의료수요의 다변화와 보건의료 지출증가에 효과적으로 대응하기 위해 지불제도를 새롭게 개편하고자 다방면으로 논의를 진행하고 있다. 한 국가의 보건의료서비스에 대한 지불제도는 보건의료서비스의 전달체계에 지대한 영향을 미친다는 측면에서, 기존 지불제도의 문제점을 파악하고 이를 기반으로 개편 방안을 마련하는 것은 매우 중요한 과제이다.

최근 OECD 보고서(OECD, 2016, p. 30)는 의료서비스의 포괄적 판매(bundling) 정도와 지불 시점에 따라 전통적 지불제도를 크게 네 가지로 분류하고 각 제도의 장단점을 개괄적으로 제시하였다.[2] 이 중 행위별 수가제(Fee for service)는 의료보장제도가 급여로 인정한 각 진료 행위에 대해 의료기관에 별도 보상하는 지불제도로 포괄 수준이 가장 약한 방식인데 비해, 병원예산제(Global budget)는 이와 반대로 의료행위량에 상관없이 한 의료기관이 제공하는 전체 서비스를 포괄한 예산을 측정하여 배정하는 방식으로, 포괄 수준이 가장 높은 방식이다. 따라서 행위별 수가제에서는 의료기관이 환자에게 불필요하게 과도한 의료서비스를 제공하여 더 큰 수익을 창출하려는 유인이 생기게 되어, 이로 인한 의료 비

2) 제3절 〈표 3-1〉과 〈표 3-2〉를 참고

용 상승 및 건강보험 재정 건전성 악화를 유발하는, 소위 양적 확산 문제에 노출되게 된다. 이에 행위별수가제를 비롯하여 양적 확산의 유인을 지닌 지불제도를 운영하는 국가들은 기존 방식에서 탈피하고자 여러 개편 방안을 모색하고 있다(이근정, 서은원, 위세아, 신양준, 2020, pp. 5-6).

이러한 변화에 맞추어, 이 장에서는 의료서비스에 대한 지불제도를 이론적으로 분석할 수 있는 경제 모형을 제시하고, 제시된 모형 분석을 통해 기존 지불제도의 장단점을 체계적으로 살펴본 후, 추가로 엄밀한 이론경제학적 분석을 통해 최적의 지불제도를 도출하고자 한다. 이 장의 구성은 다음과 같다. 제2절에서는 기존 문헌에서 다루고 있는 의료서비스의 주요 특징과 수요·공급을 통한 의료시장의 균형 분석 및 이론을 소개한다. 의료서비스의 주요 특징은 다음 절에서 다룰 이론적 모형의 토대를 제시한다. 제3절에서는 계약이론 모형을 기반으로 국민건강보험공단이 의료기관에 제시할 의료서비스에 대한 최적 지불제도에 대해 분석한다. 제4절에서는 제품차별화 모형을 토대로 공공병원의 시장 진입 효과를 분석하고 이를 통해 사회적 후생을 높이기 위한 공공병원의 의료서비스 제공 전략 및 공공병원에 대한 지원 정책에 대한 시사점을 제공하고자 한다.

제2절 의료기관 지불보상에 대한 선행연구 고찰

이 절에서는 의료서비스를 시장에서 거래되는 하나의 재화로 간주하고, 경제학 선행연구에서 제시된 의료서비스의 주요한 특성 및 가격결정에 대해 살펴보고자 한다. 일반적인 시장을 통해 유통되는 보통 재화 또는 서비스와 다른 의료서비스가 가진 여러 특수성에도 불구하고 의료시장만의 차별화된 선행연구와 문헌은 많지 않다. 이 절에서는 관련된 문헌의 주요한 두

갈래인 계약이론과 의료서비스 시장 메커니즘을 통한 가격결정이론을 통해 의료서비스에 대한 효율적 가격결정, 즉 지불보상제도에 관해 고찰하고자 한다. 첫 번째 문헌의 갈래인 계약이론은 의료 시장에 내재하는 정보의 비대칭성(information asymmetry) 문제를 주로 다루며 계약이론에 기반한 분석을 통해, 전통적 지불방식의 장단점을 체계적이고 엄밀하게 도출할 수 있다. 두 번째 문헌의 갈래인 Satterthwaite(1979)에 기초한 의료서비스 시장 메커니즘을 통한 가격결정이론은 기존 경제통념(conventional wisdom)과 다른 의료서비스 가격결정에 대한 정책 시사점을 제공한다.

1. 계약이론을 기반으로 한 전통적 지불방식의 이론적 검토

의료서비스의 지불보상제도는 서비스를 공급하는 주체인 의료기관(대리인, an agent)과 국민건강보험공단(주인, a principal) 간의 규제 계약(a regulatory contract)으로 간주할 수 있다.[3] 이러한 계약에 따라 의료서비스 제공에 대한 전문성을 갖춘 의료기관은 공단을 대신하여 건강보험 가입자를 대상으로 의료서비스를 제공하고, 공단은 조달받은 서비스를 기반으로 의료기관에 계약에 명시된 액수를 보상한다. 이러한 계약관계에서는 두 가지 유형의 정보 비대칭 문제가 발생하며, 이를 통틀어 문헌에서는 주인-대리인 문제(the principal-agent problem)라고 부른다.[4]

---

3) Laffont & Tirole(1993, p. 9)에 따르면, 공공기관과 외부 기업과의 계약은 크게 조달(procurement)과 규제(regulation)로 분류할 수 있다. 조달은 기업이 공공기관을 대상으로 상품·서비스를 제공하는 행위를 의미하고, 규제는 기업이 공공기관을 대신하여 국민을 상대로 상품·서비스를 직접 제공하는 행위를 의미한다. 의료서비스는 의료기관이 공단을 대신해 국민을 직접 진료하는 행위라 볼 수 있으므로, 이는 후자의 경우에 해당한다.

4) 조달계약에서 발생하는 주인-대리인 문제에 대한 일반적 논의는 Laffont & Tirole(1993)을 참고한다.

첫 번째 유형의 정보 비대칭 문제는 소위 역선택(adverse selection) 문제이다. 이는 공단과 의료기관이 지불보상 방식에 대해 계약 시, 계약 체결 이전 상황에 대한 정보의 비대칭 문제를 일컫는다. 예를 들어, 과거 경험을 토대로 의료기관은 공단에 비해 진료할 환자의 상태(health status)에 대해 더 정확한 정보를 가지고 있다. 이런 정보 비대칭 상황에서 행위별수가제를 시행할 경우, 의료기관은 환자의 상태를 과잉진단(overdiagnosis)하여 불필요한 의료서비스를 환자에게 제공하고, 결국 공단으로부터 더 많은 보상을 확보하려는 문제가 발생할 수 있다. 다시 말해, 행위별수가제는 첫 번째 정보 비대칭 문제, 즉 역선택 문제에 취약하다는 사실을 알 수 있다.

두 번째 유형의 정보 비대칭 문제는 도덕적 해이(moral hazard)라고 널리 알려진 문제이다. 계약 이전에 정보 비대칭이 발생하는 역선택 문제와 달리, 이 유형의 문제는 양측이 계약을 체결한 후에 발생할 수 있는데, 서비스의 포괄 수준이 가장 높은 병원예산제나 인두제에서 자주 드러난다. 공단은 각 의료기관이 환자에게 적절한 진단을 하는지, 필요한 의료서비스를 제공하는지 등을 포함한 일련의 진료과정에 대해 완벽히 모니터링할 수 없다. 즉, 계약이 체결된 후 개별 환자에 대한 사후 의료행위는 공단이 일일이 관찰·파악할 수 없으며, 이를 완전히 통제·관리할 수 있는 현실적인 방안이 없다. 따라서 병원예산제나 인두제 같은 총액 기반의 지불제도는 병원이 환자를 과소진료할 수 있다는 위험에 노출되어 있다. 특히, 환자를 진료하는 데 들어가는 내재적 비용, 즉 급여로 인정·포함되지 않는 비용이 상당할 경우, 총액 기반 지불제에서 과소진료 위험은 더 커지게 된다.

위의 논의를 토대로 사회적으로 바람직한 지불제도는 두 가지 유형의 정보 비대칭 문제인 역선택과 도덕적 해이 가운데 어떤 문제가 더 두드러

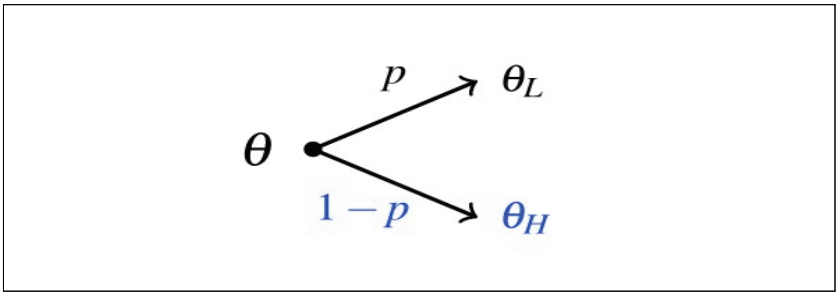
지게 나타나는지에 따라 달라지는 것을 알 수 있다. 만약 공단이 환자의 상태에 대한 사전 정보가 상대적으로 매우 미흡할 경우, 다시 말해 역선택 문제가 도덕적 해이 문제보다 더 중대할 경우, 행위 기반으로 지불하는 수가제 방식보다 병원 단위의 총액지불제도가 더 바람직하다. 이는 병원 단위의 총액예산제에서는 공단이 따로 환자의 상태를 진단한 결과를 검토할 필요가 없이 정해진 액수를 지불한다는 면에서, 병원이 환자의 상태를 과장하여 진단할 유인이 줄어든다는 사실에 기인한다. 반면 도덕적 해이 문제가 더 중대할 경우, 정해진 액수의 보상을 보장하는 병원예산제보다 행위별수가제가 더 바람직하다는 결론을 도출할 수 있다. 이는 행위별수가제에서는 개별 환자에 대한 진단 및 진료행위에 따라 지불보상액이 결정되므로 보고된 진단 및 진료행위를 기반으로 의료기관이 환자에게 의료서비스를 적절히 제공하였는지 부분적인 모니터링이 가능하기 때문이다.

앞에서 살펴본 전통적 지불제도의 장단점은 간단한 규제 계약 모형을 통해 이론적으로 입증할 수 있다.[5] 정보의 비대칭 문제를 분석하기 위해, 환자의 건강상태(health status)를 θ_L 또는 θ_H 의 서로 다른 두 가지 값을 갖는 모수로 표기한다. 이 보고서에서는 간단한 논의를 위해, 환자의 건강상태를 두 가지 유형으로만 구분하기로 하며 θ_L은 중증도가 낮은 질환을 지닌 환자(type L)를 $\theta_H(>\theta_L)$는 중증도가 높은 질환을 지닌 환자(type H)를 의미한다. 환자의 정확한 건강상태는 사전에 환자를 진단한 경험이 있는 의료기관의 사적 정보(private information)라고 가정한다. 다시 말해, 계약의 상대자인 공단은 개별 환자의 건강상태를 알지 못한다고 가정한다. 이 가정은 위에서 설명한 역선택 문제를 반영한 것

5) 위에서 소개한 모형은 Laffont & Tirole(1986)의 일반 규제 계약 모형을 의료서비스 맥락에 맞추어 수정한 것이며, 이에 대한 체계적 분석은 제2장 3절에서 제시한다.

이다. 공단은 정확한 환자 유형을 관찰하지 못하는 대신에 $p \in (0,1)$의 확률로 환자가 type L이라고 생각하며, 반대로 $1-p$의 확률로 중증도가 높은 질환을 가진 type H의 환자라 생각한다. 여기서 확률을 나타내는 변수 p는 특정 지역이나 인구집단 중 중증도가 낮은 환자의 비율(ratio)이라고 해석할 수 있다. 아래 〔그림 2-1〕은 환자의 유형에 대한 이항 분포를 도식화한 것이다.

〔그림 2-1〕 이항 분포의 주요 변수



자료: 필자 작성

이항 분포하에서 본 절에서 다룰 모형은 국민건강보험공단(Health Insurer)과 의료기관인 병원(Hospital) 간의 규제 계약 상황을 다룬다. 모형에서 발생하는 사건의 순서를 설명하면, 우선 〔그림 2-1〕에서 제시한 분포와 같이 환자의 유형(건강상태)이 결정된다. 계약이론 또는 게임이론에서 유형과 같은 사적 정보는 자연(Nature)에 의해 결정된다고 서술한다. 이러한 자연의 움직임, 즉 환자의 정확한 건강상태는 병원만 관찰할 수 있다. 병원이 환자 초기 진료를 통해 유형을 파악한 후에, 공단은 병원에 의료서비스에 대한 보상 계약을 제시하고, 병원은 제시된 계약을 수용할지 말지 여부를 결정한다.[6] 이 모형에서 병원이 제시된 계약을 거

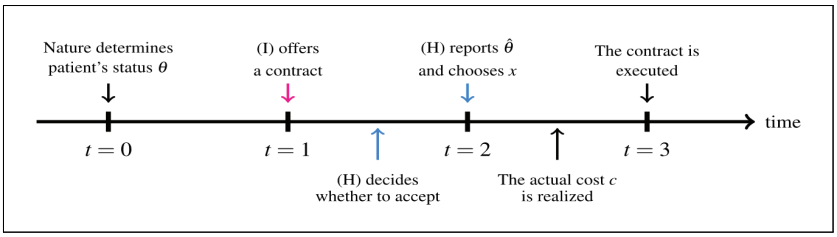
6) 일반적 계약 상황에서는, 계약을 제시받은 피계약자에게 계약을 승인 또는 거절할 옵션,

절한다는 것은, 방문한 환자를 치료하지 않고 타 병원으로 전원시키는 것으로 가정하며, 이 경우 병원이 얻게 될 보수는 0이라고 하자. 반면 계약을 수용할 경우, 병원은 환자에 대한 진단 결과를 공단에 보고하고 환자에게 어떤 의료서비스를 공급할지 결정한다. 이러한 일련의 과정은 다음과 같이 두 가지 단계로 묘사할 수 있다. 병원이 진단한 환자의 상태를 $\hat{\theta}$으로 표기하자. 여기서 병원이 공단에 보고하는 진단 $\hat{\theta}$은 환자의 실제 상태 θ와 다를 수 있다. 또한, 환자에게 의료서비스를 제공하는 데 들어가는 총 외재적 비용을 c라고 표시하며, 이 비용은 환자의 진단과 병원이 의료서비스를 공급하는 데 필요한 내재적 비용에 의존한다. 분석의 편의를 위해, 총비용은 $c = \hat{\theta} - x$이라고 가정하자. 여기서 x는 '환자에게 적용되는 의료서비스의 총비용을 줄이기 위해, 병원이 환자에게 쏟는 의료적 노력'을 나타낸다. 이러한 노력은 공단에서 개별적으로 관찰할 수 없는, 즉 건강보험 급여로 보상되지 않는, 병원의 내재적 비용이 수반되는 모든 의료활동을 포함한 것이다. 부연하자면, 병원이 $\hat{\theta}$으로 진단된 환자에게 x 만큼의 '비용 효과 추구를 위한 내재적 노력'을 하면 발생하는 총의료비용을 x만큼 줄일 수 있다. 이 가정은 ① 병원이 진단한 환자 상태가 심각할수록 진료비용이 더 많이 발생한다는 것과 ② 병원이 적절한 진료행위를 통해 비용을 줄일 수 있다는 것을 반영한 것이다. 병원이 진단 후 환자에게 비용 효과적인(cost-effective) 의료서비스를 제공하기 위해 얼마나 노력을 하는지, 즉 병원이 어떤 x를 선택하는지 공단은 관찰할 수 없다. 이 상황은 앞에서 살펴본 두 번째 정보 비대칭 문제인 도덕적 해이를 반영한다. 다만 의료행위에서 발생하는 총비용 c는 병원이 보상을 받

소위 outside option이 주어진다. 이 옵션을 실행할 경우, 계약 당사자가 얻는 효용을 유보 보수(the reservation payoff)라고 부른다.

기 위해 공단에 보고해야 하는 사항으로 공단이 관찰할 수 있다. '비용 효과 추구를 위한 내재적 노력' x를 위해 병원이 개별적으로 부담해야 하는 비용은 $\psi(x) = x^2/2$이라고 하자. 이 비용은 총비용 c와 달리 외생화시키기 어려운 내재적 비용을 의미하며, 따라서 공단에서 건강보험 급여를 통해 정량적으로 보상하는 데 어려움이 따르는 비용이다. 마지막으로 공단은 계약에 명시된 대로 병원에 의료서비스에 대한 대가를 지불한다. 아래 〔그림 2-2〕는 모형에서 순차적으로 발생하는 사건을 시간 순서대로 보여준다. 그림에서 (I)는 모형에서 공단이 취하는 행동을 (H)는 병원이 취하는 행동을 각각 의미한다.

〔그림 2-2〕 규제 계약을 통한 가격결정이론



자료: 필자 작성

앞에서 정의한 표기를 사용하여 의료서비스에 대한 전통적 지불보상제도 t를 다음과 같이 구분할 수 있다. 첫째, 행위별수가제는 환자의 진단과 진료행위에 따라 의료기관에게 지불하는 보상액수를 차별적으로 결정하므로 공단이 지불하는 보상 t는 환자의 진단 $\hat{\theta}$과 진료행위에 들어가는 총비용 c에 의존하는 함수로 결정된다.

$$t = t(\hat{\theta}, c).$$

두 번째 지불방식인 포괄수가제(DRG)는 환자의 진단명에 따라 분류된 그룹에 따라 보상액수가 결정된다. 즉 보상 t는 환자의 진단 $\hat{\theta}$에 대한 함수이다.

$$t = t(\hat{\theta}).$$

마지막으로 보상 묶음의 정도가 가장 큰 인두제나 병원예산제는 환자당 일련의 의료서비스를 모두 포괄하여 지불액을 결정하기 때문에 보상 t는 진단과 진료행위에 의존하지 않은 하나의 상수 $\bar{t}$로 주어지게 된다.

$$t = \bar{t}.$$

다음으로 위에 서술한 모형에서 전통적 지불방식의 장단점을 간략히 논의한다. 역시 논의의 편의를 위해, 보험 공단이 병원에 제시하는 지불보상제도를 $t = s + c$라고 가정한다. 이러한 지불보상제도하에서 공단은 병원에 의료서비스에 필요한 총비용 c를 전부 보상하고 추가로 s만큼의 마진(margin or markup)을 지불한다. 여기서 마진 s는 $s = a - b \cdot c$의 총비용 c에 대한 선형 방정식을 따른다고 하자. 이를 총지불액 t에 대입하면,

$$t = s + c = a + (1-b)c \qquad \text{[수식 1]}$$

를 얻는다. 두 가지 모수 a와 b에 의해 표현된 지불보상제도(the parameterized compensation scheme)에서 두 가지 극단적인 경우는 다음과 같다. 우선 위의 [수식 1]에서 $b = 0$일 때, 총보상액은 $t = a + c$가 되는데, 이는 공단이 진료에 필요한 총비용을 보상하고 추가로 a만큼의 금액을 마진 형태로 보조하는 지불보상제도를 나타내며, 현실에서는 행위별수가제가 이러한 특징을 지니고 있다. 반대로 $b = 1$인 경우, 총보상

액은 $t = a$가 되는데 이러한 지불보상은 병원이 환자에게 제공한 의료서비스의 정도와 상관없이 동일한 금액을 지불하는 제도로, 현실에서 총액·병원예산제가 이와 같은 형태를 가진다. 위와 같이 공단이 병원에 보상하는 지불제도를 [수식 1]과 같이 표현하면 0이나 1의 값을 가지는 변수 b 하나로 두 가지 전통적 지불방식을 표현할 수 있다. 또한 변수 b가 0과 1 사이의 값을 가질 경우, 보상제도는 행위별수가제와 예산제를 혼합한 hybrid 형태를 띤다는 것도 유추할 수 있다.

위에서 수식으로 정의된 지불보상제도를 기반으로, 지불보상제도에 따른 병원의 인센티브를 분석한 결과는 다음과 같다. 우선 $b = 0$을 특징으로 하는 행위별수가제하에서는 병원이 θ유형의 환자에게 x만큼의 '비용 효과 추구를 위한 내재적 노력'을 할 경우, 병원의 총수익은 다음과 같다.

$$\pi^0(x) = t^0 - (\hat{\theta} - x) - \frac{x^2}{2} = a^0 - \frac{x^2}{2}.$$

여기서 윗첨자 0은 b 의 값을 나타낸다. 또한 제일 마지막 식은 행위별수가제에서 총보상은 $t^0 = a^0 + c = a^0 + (\hat{\theta} - x)$이라는 사실에 기인한다. 위의 수익 구조를 통해, 행위별수가제하에서 병원의 총수익을 극대화하는 '비용 효과 추구를 위한 내재적 노력' x^{0*}은 0이 됨을 알 수 있다. 이를 직관적으로 설명하자면, 행위별수가제하에서는 환자 진료에 들어가는 비용이 모두 보상되기 때문에, 병원 입장에서 굳이 비용 효과적인(cost-effective) 의료서비스를 제공하기 위한 노력 x를 늘릴 유인이 없다. 즉, 병원은 급여로 인정받지 못하는 의료행위는 최대한 줄이고자 할 것이다. 따라서 행위별수가제에서 총의료 비용은 전혀 절감되지 않으며, 이러한 분석 결과는 병원이 공단으로부터 더 많은 급여를 보장받기 위해 필요한 진료보다 더 많이 진료하는, 행위별수가제하의 과잉진료 문제를 보여준다.

반대로 $b = 1$을 가지는 병원예산제하에서 병원은 환자 θ에게 x만큼의 '비용 효과 추구를 위한 내재적 노력'을 투입하면 다음과 같은 총수익을 얻는다.

$$\pi^1(x) = t^1 - (\hat{\theta} - x) - \frac{x^2}{2} = a^1 - (\hat{\theta} - x) - \frac{x^2}{2}.$$

이 식의 일계 조건으로부터, 병원의 수익을 극대화하는 '비용 효과 추구를 위한 내재적 노력' x^{1*}는 1이라는 사실을 도출할 수 있다. 위의 행위별수가제하에서의 결과와 비교하면, 병원예산제에서는 환자에게 최적화된 의료서비스를 제공하는 데 필요한 비용을 줄이려고 하는 유인이 있다는 시사점을 도출할 수 있다. 또한, 병원예산제는 환자의 진단·진료행위와 상관없이 정해진 보상액을 약속하므로 병원은 의료서비스 제공에 들어가는 비용을 최대한 절약하고자 하며, 이러한 병원의 행태는 불필요한 진료뿐만 아니라 필요한 진료까지도 하지 않는 과소진료의 문제를 발생시키게 된다.

지금까지 각 지불보상제도하에서 계약관계를 맺은 후 병원의 행동에 미치는 영향, 즉 도덕적 해이에 미치는 영향에 대해 살펴보았다. 각 지불보상제도가 병원의 진단 $\hat{\theta}$에 대해 미치는 영향은 다음과 같다. 우선 행위별수가제하에서 병원은 환자의 의료 비용을 과장하여 공단에 보고(overstate)할 유인이 존재한다. 따라서 병원은 실제 중증도가 낮은 환자 θ_L를 진료하면서도, 공단에 더 많은 급여를 청구하기 위해, 환자의 상태를 $\hat{\theta} = \theta_H$으로 과장하여 보고한 후 과잉진단할 위험이 있다. 반면 예산제하에서 병원은 환자에게 들어가는 의료 비용을 최대한 낮추고자 하며, 이에 따라 병원은 실제 중증도가 높은 θ_H 유형의 환자에 대해 $\hat{\theta} = \theta_L$이라고 축소하여 보고하려는, 과소진단을 할 유인이 있다.

의료기관이 공단을 대신해 의료서비스를 제공하는 과정에서 발생하는 정보 비대칭 문제에 착안하여, 계약이론을 통한 전통적 지불방식의 장단점을 이론적으로 살펴본 결과, 두 가지 전통적 지불제도인 행위별수가제와 병원예산제는 각각 서로 다른 정보 비대칭 문제에 노출되어 있음을 확인하였다. 위의 논의를 바탕으로, 제2장 3절에서는 계약이론 모형을 기반으로 최적화된 지불제도를 도출할 것이다.

2. 시장 메커니즘(market mechanism)을 통한 의료서비스 가격결정 이론 검토

의료기관 지불보상에 관한 선행연구 고찰의 두 번째 항에서는 경제학에서 필수의료서비스(essential health care service)라는 재화를 어떻게 정의하는지, 필수의료서비스가 거래되는 시장의 특질은 무엇인지에 대해 살펴본다. 이를 통해 의료서비스의 특징으로 인해 의료서비스 시장에서 가격결정 및 시장결과가 일반적인 시장과는 다르게 나타난다는 것을 확인할 것이다. 통상적 수요·공급 논리에 따르면, 한 재화가 거래되는 시장에서 그 재화의 공급이 증가하거나 공급자의 수가 증가함에 따라 시장에서 결정되는 재화의 가격은 하락한다. 하지만 재화의 성질에 따라 이 결과는 뒤바뀔 수 있는데, 의료서비스의 수요·공급 시장에서 이러한 결과가 발생할 수 있다는 이론적 결과에 대해 알아보고자 한다.

경제학에서 재화는 시장에서 거래되는 가치를 지닌 모든 무형 또는 유형의 자산을 의미하며, 지금까지 다양한 기준으로 분류 및 연구되어 왔다. Nelson(1970)은 처음으로 재화를 경험재(experience goods)와 탐색재(serach goods)로 분류 및 연구하였으며, 그 후 여러 연구자들에 의해 더욱 다양하고 세밀한 기준으로 분류 및 연구되어 왔다.[7] 의료서비

스는 Satterthwaite(1979)를 필두로 한 많은 선행연구에서 평판재(reputation goods)로 분류되었다. 일반적으로 어떤 재화 또는 서비스가 평판재로 분류되기 위해서는 다음의 네 가지 기준을 만족시켜야 한다.

1) 평판재가 거래되는 시장에서 각 재화·서비스의 공급자는 시장에 차별화된 재화(differentiated products)를 제공한다.
2) 공급된 재화의 특질(quality) 또는 선호는 소비자마다 다르다. 즉, 어떤 소비자는 A사 제품을 B사 제품보다 더 선호하는 반면, 다른 소비자는 B사 제품을 A사 제품보다 더 선호할 수 있다. 이는 재화에 대한 가치평가가 소비자마다 다를 수 있음을 의미한다.
3) 소비자는 오랜 시간 동안 재화를 소비해야 그 재화에 대해 정확한 평판을 결정할 수 있다.
4) 공급된 재화는 소비자의 효용에 커다란 영향을 미친다. 따라서 소비자는 본인에게 더 나은 재화를 더 저렴한 가격에 공급하는 판매자를 찾기 위해 시간과 노력을 쏟게 된다.

의료서비스는 위의 네 가지 기준에 모두 해당하는 재화이다. 각 병원은 동일한 질병과 건강상태를 가진 환자에 대해서 의사의 전문영역, 시술방법 등에 따라 차별화된 진료를 제공하며, 이에 대한 평가 및 만족도는 일반적으로 환자마다 다르다. 의료서비스에 대한 만족도는 각 소비자의 선호에 따라 병원의 위치, 시설, 인력 구성 등의 정량적이고 가시적인 요소 외에 다양한 요소에 영향을 받는다. 예를 들어 병원 A에 대해 환자 갑은 시술에 대한 높은 만족도를 이유로 고평가하는 반면, 환자 을은 병원 A에

7) 경험재란 소비자가 직접 그 재화를 소비하여 경험하기 전에 정확한 가치를 평가하기 어려운 재화를 의미한다. 반면 탐색재는 재화의 특성이 구매 이전에 쉽게 측정되어 다른 상점의 제품과 비교하여 가치평가가 용이한 재화를 의미한다. 따라서 탐색재는 가격 경쟁에 더욱 민감하다(Nelson, 1970).

서 근무하는 의사의 학벌 또는 환자를 대하는 태도 등을 이유로 저평가할 수 있다. 위의 내용으로 볼 때 의료서비스는 평판재의 네 가지 기준 중 첫 두 가지 기준을 만족한다. 다음으로, 치료에 오랜 시간이 소요되는 질병을 가진 환자는 치료가 어느 정도 진행된 후에야 병원이 제공하는 의료서비스에 대한 올바른 평가를 할 수 있다는 측면에서 세 번째 기준도 만족함을 알 수 있다. 마지막으로 올바른 의료서비스는 환자의 건강생활에 큰 영향을 미치므로 마지막 기준 역시 충족된다.

위에서 열거한 네 가지 특질을 지닌 평판재는 Nelson(1970)이 분류한 경험재와 탐색재의 성질을 모두 지닌다. 부연하자면, 재화를 직접 소비하고 경험해야 가치평가가 가능한 경험재의 성질과 탐색을 통해 가격·품질 비교가 가능한 탐색재의 성질 모두 지니고 있다. 이를 통해 알 수 있는 평판재의 특징은 소비자가 재화를 구매하기 전 가족이나 가까운 친척 혹은 지인에게 재화에 대한 자문을 구한다는 점에 있다. 의료서비스의 경우, 치료가 필요한 환자는 자신의 불완전한 지식·경험에 의존하기보다 병원에서 오랜 기간 치료를 받은 주변 사람의 평판에 의존하여 적절한 병원과 의료서비스를 선택한다. 이와 관련된 연구로 Booth and Babchuk(1972)는 미국 네브래스카주의 두 도시인 링컨(Lincoln)과 오마하(Omaha)에 거주하는 45세 이상의 성인을 관찰한 데이터를 기반으로, 의료서비스 선택 시 많은 환자가 주변의 자문에 의존한다는 사실을 입증하였다.

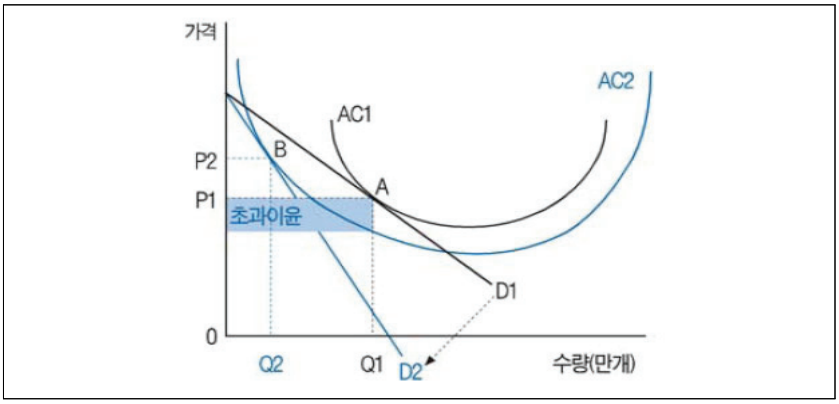
또한, 평판재는 일반 재화와 달리 시장에서 재화를 생산하고 공급하는 판매자의 수가 늘어날수록 오히려 균형 가격이 상승할 수 있는데, 이를 "*the increasing monopoly theory*"라고 한다(Satterthwaite, 1979). 일반 시장이론과 배척되는 이 이론의 내용을 의료서비스 시장에 적용해 보면 다음과 같다. 의료서비스를 제공하는 병원이 여러 개 있는 한 도시를 가정하면, 이 도시에 새로운 병원이 설립되어 병원의 수가 증가할 경우

각 환자가 특정 병원에 대해 가지고 있는 정보 또는 평판의 양은 감소하게 된다. 만일 이 도시가 병원의 수가 1~2개로 제한적인 취약지역인 경우 주민들은 주변에서 각 병원을 이미 수차례 방문하여 병원이 제공하는 의료서비스에 대한 충분한 정보 및 평판을 쌓아온 지인을 만날 가능성이 크다. 반면 병원의 수가 상대적으로 많은 대도시 지역에서는 특정 병원에 대한 정보를 지인을 통해 수집하는 데 더 많은 시간과 노력이 필요하다. 따라서 개인이 평판재에 대한 정보를 수집하기 위해 시간과 노력을 쏟는다고 하더라도, 이러한 탐색 과정을 통해 얻을 수 있는 정보량이 제한적이어서 결국 원하는 정보를 얻지 못하는 비효율적인 탐색 과정을 겪게 될 가능성이 크다. 이와 같이 일반적으로 평판재를 생산·공급하는 공급자의 수와 시장에서 개인이 갖는 평판의 양과 질은 반비례함을 알 수 있다. 소비자의 제한된 정보는 결국 재화의 수요곡선이 가격에 덜 민감하게 반응하게 하며, 이는 가격탄력성이 낮아지는 결과를 초래한다. 즉, 공급자의 수가 늘어날수록 평판재는 탐색재보다 경험재의 성격을 띠게 되며 타 공급자가 제공하는 재화에 대한 간접 또는 직접적인 경험이 부족하기 때문에, 소비자는 정확한 가치를 평가하기가 힘들어져 결국 수요의 가격탄력성 하락이 일어난다.

수요의 가격탄력성 하락이 시장 균형 가격에 미치는 영향을 알아보기 위해 다양하고 차별화된 의료서비스가 제공되는 독점적 경쟁시장(a monopolistic competitive market)을 살펴보면 다음과 같다. 독점적 경쟁시장은 경제학에서 자주 다루어지는 시장구조로 완전 경쟁시장 구조와 마찬가지로 공급자의 자유로운 진입·이탈을 가정한다. 하지만 완전 경쟁시장과 달리 각각의 공급자는 서로 다른 차별화된 제품을 공급함으로써 개별적인 수요곡선을 지니게 된다. 따라서 공급자의 이윤 초과는 잠재적인 경쟁자의 진입을 가져오게 되는데, 아래 〔그림 2-3〕과 같이 현재 생산

량(그림에서 Q1)에서 공급자의 평균비용곡선(AC1, average cost)이 수요곡선(D1) 아래에 위치하면 초과 이윤이 발생하고 새로운 경쟁자가 시장에 진입하게 된다.

〔그림 2-3〕 독점적 경쟁시장의 가격결정



자료: 박정호. (2010. 9. 3.). 경제학 교과서 뛰어넘기, 독점적 경쟁시장의 가격결정 원리. 한국경제신문 생글생글. https://sgsg.hankyung.com/article/2010090197681에서 2021. 11. 2. 인출

일반적인 재화가 거래되는 시장에서 경쟁자의 진입은 기존의 수요곡선을 가격에 좀 더 탄력적으로 반응하게 만드는데, 그 이유는 차별화된 제품이 시장에 공급됨으로써 소비자는 서로 다른 제품의 가격과 품질 등을 비교하여 선택하기 때문이다. 이러한 새로운 공급자의 진입은 〔그림 2-3〕에서 재화의 수요곡선을 D2에서 D1으로 이동시키게 된다. 그러나 이와는 달리 평판재의 경우 새로운 공급자의 진입이 재화의 정보 수집을 더욱 어렵게 만들기 때문에, 수요곡선이 D1에서 상대적으로 가격변화에 따라 수요량이 크게 변하지 않은 D2로 이동하게 된다. 이러한 수요곡선의 변화가 균형 가격에 어떠한 영향을 미치는지 살펴보면, 독점적 경쟁시장에서는 기존의 공급자에게 초과 이윤이 발생할 때마다 새로운 기업이 계

속 진입한다. 따라서 균형 가격과 균형 산출·수요량은 수요곡선과 평균비용곡선이 접하는 A점이나 B점에서 발생하는데, 이 두 점을 비교해보면 수요의 가격탄력성이 낮아질수록 재화의 수요·공급량은 줄어드는 반면, 재화의 가격은 상승하는 것을 알 수 있다.

Satterthwaite가 제안한 the increasing monopoly theory에서 가장 핵심적인 내용은 평판재의 경우 새로운 공급자가 진입할수록 수요의 가격탄력성이 낮아진다는 것이다. 그런데 이와 동시에 평판재에는 일반재화시장에 존재하는 것과 같은 반대 효과도 존재한다. 즉, 새로운 공급자의 진입으로 소비자는 가격을 비교할 수 있는 기회를 갖게 되므로, 다른 조건이 다 동일하다면 기존의 수요곡선은 가격에 더 탄력적으로 움직이게 된다. 따라서 평판재 시장에서 실제로 새로운 공급자의 진입에 따른 시장가격의 상승 또는 하락 여부는 위에서 제시된 두 효과 중 어떤 효과가 더 우세한지에 따라 결정된다는 사실을 알 수 있다. 만약 전자가 더 우세하다면, 공급자는 소비자의 새로운 소비행태에 맞춰 더 높은 가격을 부과하게 된다. 그 결과 소비자는 재화의 전반적인 가격상승에도 불구하고 새롭게 시장에 출시된 상품에 대한 정보 부족으로 인해 신상품 소비를 주저하게 되고, 가격상승에도 불구하고 기존 제품을 더 높은 가격에 소비하게 되는 이중고를 겪게 된다. 즉 시장에서 발생하는 소비자잉여(consumer surplus)는 새로운 공급자가 진입할수록 오히려 떨어질 수 있다.[8)]

위의 이론을 의료서비스 시장에 접목하면 다음과 같은 시사점을 얻을 수 있다. 병원의 수가 부족한 취약지역 주민들에게 일반 민간병원보다 더 낮은 가격으로 더 나은 의료서비스를 제공하려는 취지로 공공병원을 설립하게 되면, 정보 수집의 어려움에서 발생하는 탄력성 하락 효과보다 가격

8) Pauly and Satterthwaite(1981)은 실제 데이터를 분석하여 병원의 수가 증가함에 따라 의료서비스 가격이 상승한다는 가설을 입증한 바 있다.

경쟁 효과가 더 크게 되어, 시장에서 의료서비스의 가격하락을 야기할 가능성이 크다. 하지만 이미 병원의 수가 충분한 대도시 지역에서 같은 목적으로 공공병원을 설립하게 되면, 탄력성 하락 효과가 유발될 가능성이 크다. 따라서 지역 주민들은 정보 및 평판이 부족한 공공병원의 서비스를 이용한다기보다는 기존의 평판이 좋은 민간병원의 서비스를 계속하여 이용하게 되고, 민간병원은 이 점을 이용하여 전보다 비급여 진료의 비율을 높여 높은 가격을 소비자에게 부과할 수 있다. 이 결과, 공공병원이 밀접 시장에 진입할 경우 오히려 국민 후생과 건강에 악영향을 줄 수도 있다. 따라서 대도시 지역에 공공병원을 신설할 때에는 설립 초기에 시장의 평판을 어떻게 잘 구축할 것인지에 대한 방안 모색이 선행되어야 할 것이다.

제3절 계약이론 모형을 통한 최적 지불제도 분석

본 절에서는 제2절 1항에서 소개한 공단과 병원 간의 규제 계약 모형을 통해 최적의 지불제도를 도출하고자 한다. 이를 위해, 환자의 건강상태 θ가 〔그림 2-1〕에서처럼 이항 분포를 따른다고 가정한다. 이 가정은 단순히 논의와 분석의 편의를 위한 가정으로, 이 절에서 도출하는 모든 결과는 경제학에서 자주 사용되는 도구를 이용하여 쉽게 다른 연속 확률변수(continuous random variable)로 확장·일반화할 수 있다. 앞의 제2절에서 설명하였듯이, 계약이론 모형의 가장 큰 특징은 환자의 상태는 공단이 관찰할 수 없는 병원의 사적 정보라는 사실이다. 이 절의 모형 분석을 통해 정보의 비대칭성하에 최적의 지불제도는 행위별수가제와 병원 예산제가 혼합된 hybrid 타입으로 도출됨을 이론적으로 증명할 수 있다.

1. 완전 정보하의 최적 지불제도

이 항에서는 공단과 병원과의 정보 비대칭이 존재하지 않을 경우의 최적 지불제도를 도출한다. 이 경우 환자의 상태에 대해 공단과 병원 모두 동일한 정보를 가지고 있다. 다시 말해 계약 당사자인 공단과 병원 모두 병원에 방문한 환자의 상태가 θ_L인지 또는 θ_H인지 완전히 파악하고 있는 상황이다. 이 모형의 분석은 다음 항에서 정보 비대칭 모형 분석 결과를 해석하는 데 중요한 참고 자료(reference point)를 제공할뿐더러, 정보 비대칭이 지불제도에 미치는 영향을 더 정확히 서술한다는 점에서 그 의의가 있다.

제2절에서 소개한 모형에서는 사전적 정보 비대칭 문제뿐만 아니라 사후적 정보 비대칭을 나타내는 도덕적 해이 문제(병원이 '환자에게 의료서비스를 더 비용 효과적으로 공급하기 위해 환자에게 쏟는 의료적 노력'이 어느 정도인지 관찰할 수 없다는 문제) 역시 존재한다. 하지만 공단은 실제 진료에 들어간 비용 $c = \theta - x$을 병원으로부터 보고받기 때문에, 환자의 상태 θ에 대해 정확한 정보를 알고 있으면 관찰된 비용으로부터 실제 병원이 얼마만큼의 '비용 효과 추구를 위한 내재적 노력' x를 공급했는지 정확히 유추할 수 있다.[9] 다시 말해 환자 상태 θ에 대한 사전적 정보 비대칭 문제가 해결되면 사후적 비대칭 문제는 이 모형하에서는 존재하지 않는다는 사실을 알 수 있다. 계약이론에서는 위와 같이 비대칭 문제가 없을 때 합의된 계약을 최선 계약(the first-best contract)이라고 부른다. 본 항의 초기 분석에서는 이 최선 계약이 어떠한 지불제도의 성질을 가지고 있는지 살펴본다.

9) 이 논의는 병원이 총비용을 공단에게 보고할 때 인위적으로 조작할 수 없다는 가정을 바탕으로 하고 있다. 그런데 보통 현실에서 감사 등을 통해 이런 조작이 발각될 수 있기 때문에, 병원 입장에서 총의료비용을 조작하는 데에는 많은 위험이 따른다고 볼 수 있다.

최선 계약을 도출하기 위해, 공단이 제시하는 지불제도를 (s, c)라고 하자. 여기서 s는 진료비용 c외의 추가보상액 또는 마진을 의미한다. 즉, 이 지불제도하에서 병원에게 보상하는 총액은 제2절 1항에 나와 있는 [수식 1]과 같이 $t = s + c$가 된다. 만일 앞에서 가정한 것 같이 공단 역시 환자의 상태에 대한 완전한 정보를 가지고 있을 경우, 공단은 병원에 환자의 유형별로 서로 다른 지불제도를 제시할 수 있다. 즉 중증도가 낮은 질환을 지닌 환자에 대해서 (s_L, c_L)을 제시하고 중증도가 높은 질환을 지닌 환자에 대해서는 (s_H, c_H)을 제시한다. 병원은 공단이 제시한 지불계약 조건을 검토하고 이를 수락하여 방문 환자를 직접 치료할 것인지, 아니면 거절하고 타 병원으로 후송할 것인지 결정한다. 후자의 경우, 환자의 상태와 상관없이 병원은 $\bar{\pi} = 0$의 보수를 얻는다고 가정하자.

완전 정보하에서 발견할 수 있는 한 가지 사실은, 공단은 병원에 유보보수 $\bar{\pi} = 0$ 이상의 보수를 제시하지 않는다는 점이다. 즉, 최선 계약에서 병원이 기대할 수 있는 보수는 방문한 환자 유형에 상관없이 항상 0이 되는데, 이는 필요 이상의 지출을 최소화하려는 국민건강보험공단의 운영 목표를 반영한 것이다. 따라서 이 지불계약을 통해 $i = L, H$ 유형의 환자에게 x_i의 '비용 효과 추구를 위한 내재적 노력'을 투입한 후 병원이 얻게 되는 총보수는

$$s_i + c_i - (\theta_i - x_i) - \frac{x_i^2}{2} = s_i - \frac{x_i^2}{2} = 0$$

을 만족해야 한다. 제일 마지막 수식에서, 최선 계약에서 공단이 병원에 제시하는 마진은 $s_i^F = x_i^2/2$가 됨을 알 수 있다. 여기서 유도된 최선 계약 변수에 붙인 윗첨자 F는 최선 계약(the First-best contract)을 나타낸

다. 또한 도출한 마진에 대한 수식을 이용하여, i 유형의 환자를 진료하는 병원에 공단이 제시하는 총보상을 다음과 같이 나타낼 수 있다.

$$t_i^F = s_i^F + c_i^F = \frac{x_i^2}{2} - (\theta_i - x_i).$$

앞 단락에서 언급했듯이, 공단의 목표는 예산을 절약하기 위해 최소한의 보상으로 병원을 통해 가입자에게 적절한 의료서비스를 조달하는 데 있다. 따라서 보상 t_i^F을 최소화하는 '비용 효과 추구를 위한 내재적 노력' x_i^F은 위 수식의 일계 조건에 의해 결정되며, 그 결과는 환자의 유형과 상관없이 $x_i^F = 1$이다. 이는 정보의 비대칭이 존재하지 않는 최선 계약에서는 환자의 상태와 상관없이 병원이 1만큼의 '비용 효과 추구를 위한 내재적 노력'을 하도록 지불제도를 설정해야 한다는 점을 시사한다.

앞의 제2장 1절에서 병원예산제가 위와 같은 '비용 효과 추구를 위한 내재적 노력'을 유도한다는 사실을 증명하였다. 다시 말해 공단에 지불되는 마진을 $s = a - b \cdot c$의 선형방정식으로 놓으면 $b = 1$일 때, 즉 총지불액이 실제 진료비용 c와 상관없이 일정할 때 병원은 최선 계약과 같이 환자의 상태에 상관없이 $x = 1$을 스스로 선택한다. 위의 논의를 정리하면 다음과 같은 결론을 얻는다.

[정리 1] 환자의 상태에 대해 국민건강보험공단이 완전한 정보를 지닐 경우, 최적 지불제도는 환자에 대한 실제 진료비용 c와 상관없이 다음과 같은 병원예산제 성격을 가진다.

$$t_L^F = \theta_L - \frac{1}{2} \quad \text{and} \quad t_H^F = \theta_H - \frac{1}{2}.$$

위의 결과를 좀 더 직관적으로 설명하면 다음과 같다. 완전 정보하에서 공단이 계약, 즉 지불제도를 설계할 때 유의할 점은 계약 후 병원이 잘못된 유인을 갖지 않게 하는 것, 즉 계약 후 나타나는 도덕적 해이 문제에 대한 효과적인 제어이다. 만일 총보상 $t = a + (1-b)c$에서 계수 $1-b$를 0이 아닌 다른 숫자로 설정한다면, 즉 행위별수가제 같이 공단이 실제 발생한 진료비용에 비례하여 보상액을 결정하면 병원은 진료비용을 줄이기 위해 많은 노력을 투입하지 않을 것이다. 따라서, 바람직한 '비용 효과 추구를 위한 내재적 노력' $x_i^F = 1$보다 부족한 노력을 투입하게 되며, 이는 결국 사회적으로 불필요하게 많은 진료비용을 유발하게 되는, 즉 과잉진료 문제를 발생시키게 된다. 반면 병원예산제는 진료비용과 상관없이 정해진 액수를 지불하기 때문에, 행위별수가제에서 발생하는 과잉진료 문제를 적절하게 제어할 수 있다. 이 항에서 수행한 최선 계약 분석 결과 국민건강보험공단이 가입자의 건강상태에 대해 정확한 정보를 갖고 있을 경우 바람직한 지불제도는 행위별수가제보다는 병원예산제 성격을 띤다는 것을 확인하였다.

2. 불완전 정보하의 최적 지불제도 문제

지난 항에서는 정보가 완전한, 즉 두 계약 당사자 간 정보 비대칭 문제가 없는 상황에서 최선 계약을 도출하였다. 이번 항에서는 정보가 불완전한 상황하에서 최적 지불제도를 어떻게 도출하는지 살펴보고자 한다. 일반적으로 정보의 비대칭으로 인해 한 계약 당사자 다른 계약 당사자에 비해 더 많은 정보를 가지고 계약에 임할 때 최선 계약에 왜곡이 발생하여 추가적인 경제적 비용이 발생하는데, 이를 대리인 비용(agency cost)이라 부른다. 앞에서 살펴본 대로 정보가 완전할 때의 최적의 계약은 최선

계약이라 부르는데, 정보가 불완전할 때의 최적의 계약은 차선 계약(the second-best contract)이라 부른다. 이 항에서는 차선 계약을 어떻게 유도하는지, 그 방법론에 대해 간략히 살펴보기로 한다.

국민건강보험공단이 환자의 상태에 대해 불완전한 정보를 가질 경우 발생하는 첫 번째 문제는, 앞에서 살펴본 최선 계약의 경우와 달리 환자의 상태에 따른 차별화된 형태의 계약(type-contingent contracts)을 제시할 수 없다는 것이다. 최선 계약에서는 공단이 병원과 마찬가지로 방문한 환자의 상태를 정확히 알고 있기 때문에 환자의 유형에 따라 급여와 보상을 각각 다르게 책정하여 병원에 제시할 수 있다. 하지만 정보가 불완전할 경우에는 위와 같은 유형별 보상제도는 실현 불가능하다.

게임·계약이론에서 차선 계약 도출 방법은 현시이론(the revelation principle, Myerson(1991, p. 260))을 토대로 한다. 이 이론에 따르면, 불완전 정보하에서 공단이 병원에게 제시하는 계약을 다음과 같이 서로 다른 보상 방안을 포함한 한 가지 메뉴로 둘 수 있다.

$$\{(s_L, c_L), (s_H, c_H)\}$$

계약이론에서는 이를 *a menu of contracts*라고 부른다. 현시이론의 기본 개념은 두 가지의 서로 다른 계약을 병원에 제시한 다음에 병원이 사적으로 알고 있는 환자의 상태에 대한 정보를 바탕으로 위의 메뉴에 포함된 두 가지 보상 방안 중 하나를 직접 선택하게 하는 것이다. 일반적으로, 메뉴에 포함된 계약의 수는 두 가지 이상이어도 되지만, 현시이론에 따르면 메뉴는 발생 가능한 정보와 일대일 대칭이어도 무방하다. 즉, 앞에서 환자의 상태를 두 가지 중 하나로 가정했기 때문에, 공단은 위와 같이 두 가지 계약을 담은 메뉴를 제시하면 충분하다.[10] 공단은 위와 같은

10) 같은 이유로 환자의 상태를 {weak, moderate, severe}의 세 가지로 분류한 경우, 현시이론에 따르면 공단은 병원에 세 가지 다른 계약을 담은 메뉴를 제시하면 충분하다.

메뉴를 제시하고 병원이 그중 한 가지 보상 계약을 선택하게 함으로써, 병원이 환자의 유형에 맞추어 더 나은 의료서비스를 제공하도록 유인할 수 있다. 이 과정을 경제학에서는 메뉴를 통한 선별(screening)이라 부른다. 메뉴를 통한 선별과정을 조금 더 자세히 살펴보면 메뉴에서 첫 번째 항목 (s_L, c_L)은 병원이 중증도가 낮은 환자를 치료하는 경우에 해당하는 보상 절차를 명시한 계약이며, 두 번째 항목 (s_H, c_H)은 중증도가 높은 환자를 치료하는 경우에 해당하는 보상을 명시한 계약이다. 제시된 두 가지 보상 패키지를 통한 선별이 이뤄지기 위해서는 병원이 자신의 사적 정보인 직접 관찰 및 진단을 통한 건강상태를 기반으로 θ_L 유형의 환자를 대상으로는 (s_L, c_L)의 보상방안을 병원이 스스로 선택하도록 유도하고, θ_H 유형의 환자를 대상으로는 (s_H, c_H)의 보상방안을 선택하도록 유도해야 한다.

위에서 제시한 두 가지 보상방안을 담은 메뉴를 병원에 제시할 경우, 공단의 지불제도 도출을 위한 최적화 문제는 다음과 같다.

$$\min \mathbb{E}[t] = p(s_L + c_L) + (1-p)(s_L + c_L)$$

지난 항에서 분석하였던 최선 계약의 경우와 마찬가지로 공단은 병원에 필요한 보상을 최소화하면서 예산을 절약하고, 동시에 병원이 가입자에게 적정진료를 제공하도록 적절한 금전적 인센티브를 제공하고자 한다. 다만 지난 항에서 분석하였던 최선 계약과 달리 공단이 환자의 상태에 대해 불확실한 정보를 갖고 있으므로 보상수준은 위의 수식과 같이 기대 보상(expected compensation)을 활용하여 산출한다.

다음 항에서 좀 더 자세히 도출할 차선 계약은 위의 수식과 같은 보상 극소화 문제의 풀이로 정의된다. 하지만 차선 계약 문제는 뒤에 서술할 총 네 가지의 제약 조건(constraints)을 수반한다. 이 조건들은 위에서 언급한 선별이 올바르게 작동하기 위해 필요한 조건들이다. 설명하자면, 우선 메뉴에 포함된 두 가지 지불보상 계약은 병원이 실제 수용(accept)할 수 있는 보상 조항을 담고 있어야 한다. 다시 말하면, 환자의 실제 유형에 따라 병원이 선택하는 계약은 이를 거부하고 환자를 타 병원에 이송할 때 발생하는 유보 효용보다는 최소한 더 높은 이윤을 약속해야 한다. 그렇지 않을 경우, 공단과 병원과의 계약 관계는 애초부터 성립하지 못하게 되고, 결국 병원은 공단을 대신해 의료서비스를 제공하지 않는다. 일반적으로 이러한 조건을 피계약자인 병원의 계약 참여를 끌어낸다는 의미에서 계약 참여 조건(participation constraints) 혹은 개인 합리성 조건(individual rationality constraints)이라고 부른다. 병원은 두 가지 유형의 환자를 대상으로 진료하기 때문에, 병원의 참여를 끌어내기 위해서는, 즉 병원이 두 유형의 환자를 모두 진료하기 위해서는 다음과 같은 두 가지 계약 참여 조건이 만족되어야 한다.

$$s_L + c_L - (\theta_L - x_L) - \frac{x_L^2}{2} = s_L - \frac{x_L^2}{2} \geq 0$$

[PC1 & PC2]

$$s_H + c_H - (\theta_H - x_H) - \frac{x_H^2}{2} = s_H - \frac{x_H^2}{2} \geq 0$$

위의 부등식에서 좌변은 각 유형의 환자에게 필요한 의료서비스를 제공한 후 공단과의 계약에서 약속된 보상을 받아 얻게 되는 총이윤이고, 우변은 0으로 가정하여 공단과 계약하지 않을 때 얻을 수 있는 유보 보수를 의미한다. 위의 조건을 만족하지 않으면 병원은 방문한 환자를 진료하

지 않고 타 병원으로 이송하게 되는데, 이 경우 또 다른 사회적·국민 건강 후생 비용을 초래하게 된다. 사실 위의 참여 제약 조건은 앞에서 최선 계약을 유도할 때도 고려했던 조건으로, 최선 계약의 경우 공단은 유보 보수 0과 같은 이윤을 약속하기 때문에 위의 두 부등식은 모두 등식으로 만족한다.

이와 더불어, 메뉴를 통해 '선별'이 이뤄지기 위해서는 병원이 직접 환자의 상태에 맞추어 의도된 계약과 보상을 선택해야 한다. 다시 말해 공단이 의도했던 선별을 위해서는 중증도가 낮은 환자가 병원을 방문했을 경우에는 병원은 환자를 진료한 후 첫 번째 보상 패키지 (s_L, c_L)를 선택하여 공단에 청구하고, 중증도가 높은 환자가 방문했을 경우에는 진료 후 메뉴의 두 번째 보상 패키지 (s_H, c_H)를 선택하여 청구해야 한다. 이러한 병원의 자가 선택(self-selection)을 통한 올바른 선별이 이뤄지기 위해서는,

(i) θ_L 유형의 환자가 방문한 경우 병원 입장에서는 메뉴의 첫 번째 보상 조항 (s_L, c_L)을 선택할 때 얻는 이윤이 두 번째 보상 조항 (s_H, c_H)을 선택할 때 기대할 수 있는 이윤보다 더 커야 하며,

(ii) 반대로 θ_H 유형의 환자가 방문한 경우 (s_H, c_H)을 통해 얻는 이윤이 (s_L, c_L)으로부터 발생되는 이윤보다 커야 한다.

계약이론 문헌에서는 이를 피계약자에게 선별에 필요한 올바른 유인을 제공한다는 의미에서 유인 양립 조건(incentive-compatible constraints)이라 부른다. 위의 첫 번째 유인 조건(i)을 수식으로 정리하면 다음과 같다.

$$s_L - \frac{x_L^2}{2} \geq s_H + c_H - (\theta_L - x_L) - \frac{x_L^2}{2}$$

부등식의 좌변은 실제 중증도가 낮은 환자(θ_L 유형)를 진료하고 (s_L, c_L)을 통한 보상으로 발생하는 병원의 수익을 나타내며, 우변은 θ_L 유형의 환자를 받았지만 그의 건강상태를 과잉진단해 θ_H 유형이라고 공단에 오보한 후 진료하여 (s_H, c_H)의 보상으로 발생하는 병원 수익을 나타낸다. 따라서 좌변이 우변보다 크다는 위 부등식은 중증도가 낮은 환자가 방문할 때 병원이 공단에 거짓 보고할 유인을 제어하는 조건이라고 해석할 수 있다. 위 조건에서 한 가지 주목할 점은 환자를 진료하는 데 들어가는 비용 c_H을 관찰할 수 있다는 것이다. 그러므로 (s_H, c_H)을 선택할 시 병원은 의료서비스 총비용을 $c_H = \theta_H - x_H$으로 청구해야 한다. 즉, 병원이 θ_L인 환자를 대상으로 같은 비용을 청구하기 위해서는 $c_H = \theta_H - x_H = \theta_L - x_L$이 성립해야 하며, 이를 x_L로 풀어서 위의 부등식 우변의 x_L에 대입하면

$$s_L - \frac{x_L^2}{2} \geq s_H - \frac{(x_H - \Delta_\theta)^2}{2} \qquad \text{[IC1]}$$

을 얻는다. 위 부등식에서 Δ_θ는 환자의 유형 차이 $\theta_H - \theta_L$를 나타낸다. 같은 방법으로, 두 번째 유입 양립 조건(ii)을 수식으로 표시하면 다음과 같은 부등식을 얻는다.

$$s_H - \frac{x_H^2}{2} \geq s_L + c_L - (\theta_H - x_H) - \frac{x_H^2}{2}$$

이 부등식에서 좌변은 계약 (s_H, c_H)으로 발생하는 병원의 수익을 나타내며, 우변은 중증도가 높은 환자(type H)를 받았지만 반대로 환자의 상태를 과소진단하여 중증도가 낮다고(type L) 거짓 보고한 후 (s_L, c_L)의 계약을

선택할 시 발생하는 병원 수익을 나타낸다. 위 부등식은 중증도가 높은 환자가 방문할 때 병원이 공단에 거짓 보고할 유인을 제어하는 조건이라 해석할 수 있다. 또한, 병원이 보상 방안 (s_L, c_L)을 선택했다는 것은 급여 c_L만큼을 청구하겠다는 뜻으로, 이를 위해 병원은 의료서비스에서 발생하는 총비용을 $c_L = \theta_L - x_L$로 맞춰야 한다. 따라서 병원이 θ_H인 환자를 진료하여 같은 비용을 청구하기 위해서는 $c_L = \theta_L - x_L = \theta_H - x_H$이 성립해야 하며, 이를 x_H로 풀어서 위의 부등식 우변의 x_H에 대입하면 다음의 부등식을 얻는다.

$$s_H - \frac{x_H^2}{2} \geq s_L - \frac{(x_L + \Delta_\theta)^2}{2}. \qquad \text{[IC2]}$$

위에 서술된 두 가지 유인 양립 조건 [IC1 & IC2]을 만족하지 못하면, 병원은 환자의 실제 상태를 조작하여 공단에 보고함으로써, 결과적으로 과잉 또는 과소 진단하는 결과를 초래하게 된다. 더불어, 현시이론에 따르면 위에서 도출한 유인 양립 조건은 다음 항에서 도출할 차선 계약이 만족해야 하는 필수 조건이며, 이는 차선 계약은 선별을 통해 도출됨을 의미한다.

마지막으로, 유인 양립 조건에 대해 한 가지 참고할 사항은 앞에서 도출한 최선 계약인 병원예산제는 유입양립 조건을 만족하지 않는다는 점이다. 이 사실을 증명하기 위해, 병원예산제에서는 관찰된 비용과 상관없이 정해진 목표에 맞춰 동일한 액수를 보상한다는 사실을 기억하자. 즉, 병원예산제하에서 공단은 다음과 같은 메뉴를 제시한다.

$$\{t_L, t_H\} = \{\theta_L - 1/2, \theta_H - 1/2\}.$$

하지만 이 보상제도하에서는 $t_H > t_L$이기 때문에 병원은 방문한 환자의 상태를 항상 θ_H로 과잉진단하여 더 많은 보상을 받고자 할 유인이 존

재한다. 수식으로 살펴보면, 실제로 병원의 '비용 효과 추구를 위한 내재적 노력' x와 상관없이 항상 다음의 부등식이 만족함을 알 수 있다.

$$t_L - (\theta_L - x) - \frac{x^2}{2} < t_H - (\theta_L - x) - \frac{x^2}{2}.$$

위와 같은 이유로, 병원예산제는 사후적 정보 비대칭 문제인 도덕적 해이 문제를 제어하는 데 효율적인 반면, 사전적 정보 비대칭 문제인 역선택 문제를 제어하는 데 비효율적임을 알 수 있다. 또한, 후자의 역선택 문제를 해결하기 위해서는 행위별수가제 도입이 필수 불가결하다는 사실을 암시한다. 따라서 정보가 불완전한 차선 계약에서는 비용에 따라 보상액을 차등 결정하는 행위별수가제 도입이 필요함을 알 수 있다.

3. 불완전 정보하의 최적 지불제도 도출

앞의 내용을 요약하자면, 정보가 불완전할 시 차선 계약 도출을 위한 최적화 문제는 다음과 같다.

$$\min \mathbb{E}[t] = p(s_L + c_L) + (1-p)(s_L + c_L)$$

subject to [PC1 & PC2], [IC1] and [IC2].

이번 항에서는 이 문제를 해결하여 정보 비대칭하에서의 최적 지불제도를 도출하고자 한다. 일반적으로, 최적화 이론에서 여러 제약 조건이 있을 경우, 문제 해결을 위해 주로 사용하는 도구는 라그란지 승수법(the methods of Lagrange multipliers)이다. 다만 위의 차선 계약 문제에서는 총 네 가지의 서로 다른 부등식 제약 조건이 존재하기 때문에, 승수법을 응용하기에 앞서 어떤 제약 조건이 실제로 binding하는지 먼저 살

펴볼 필요가 있다. 제약 조건이 최적화 문제 해결에 미치는 영향을 부연하면, 부등식 제약 조건 $g(x) \geq 0$이 최적점 $x = x^*$에서 등식으로 성립할 경우, 즉 $g(x^*) = 0$이 만족할 경우 제약 조건이 binding한다고 정의한다. 이는 최적점이 주어진 제약 조건의 경계점에서 형성된다는 것을 뜻하며, 동시에 주어진 조건은 유의미한 조건이 된다. 반대로 최적점에서 조건이 부등식으로 성립할 경우 $g(x^*) > 0$, 조건이 slack하다고 정의한다. 이는 최적점이 주어진 제약 조건의 내부점에서 형성된다는 것을 뜻하며, 결국 주어진 조건은 최적점 결정에 영향을 미치지 않는 조건이 된다.

[보조정리 1] θ_L을 진료하는 병원의 계약 참여 조건

$$s_L - \frac{x_L^2}{2} \geq 0 \qquad \text{[PC1]}$$

은 최적 지불제도에서 항상 slack한다.

위의 [보조정리 1]과 아래에서 살펴볼 [보조정리 2]와 [보조정리 3]에 대한 증명은 [부록 1]에서 확인할 수 있다. 이 정리에 따르면 차선의 계약은 [PC1]의 내부점에서 결정되므로, 계약 도출 시 이 조건은 생략하고 문제를 해결할 수 있다. 이 결과에 대한 직관적 설명은 아래에서 하기로 한다.

[보조정리 2] θ_H을 진료하는 병원의 계약 참여 조건

$$s_H - \frac{x_H^2}{2} \geq 0 \qquad \text{[PC2]}$$

은 최적 지불제도에서 항상 binding한다.

두 번째 보조정리는 [PC1]과 달리 θ_H 유형의 환자를 진료하는 병원의 경우, 계약 참여 조건은 최적 지불제도에서 항상 binding하다는 사실을 알려준다. 이 사실을 이용하여 공단이 병원에 지불해야 할 마진을 x에 관한 함수로 다음과 같이 쓸 수 있다.

$$s_H = \frac{x_H^2}{2}.$$

즉, 공단은 θ_H 유형의 환자를 치료하는 데 들어가는 병원의 내재적 비용 $x_H^2/2$ 모두를 추가로 병원에 보상하게 된다.

마지막 보조정리는 유인 양립 조건에 대한 설명으로 아래와 같다.

[보조정리 3] θ_L을 진료하는 병원의 유인 양립 조건

$$s_L - \frac{x_L^2}{2} \geq s_H - \frac{(x_H - \Delta_\theta)^2}{2} \qquad \text{[IC1]}$$

은 최적 지불제도에서 항상 binding한다.

[보조정리 2]와 **[보조정리 3]**를 이용하면, θ_L유형의 환자를 진료하는 병원에 지불해야 되는 마진을 위와 같이 x의 관한 함수로 정리할 수 있다.

$$s_L = \frac{x_L^2}{2} + s_H - \frac{(x_H - \Delta_\theta)^2}{2} = \frac{x_L^2}{2} + x_H\Delta_\theta - \frac{\Delta_\theta^2}{2}.$$

위의 첫 번째 등식은 **[보조정리 3]**에 의해, 두 번째 등식은 **[보조정리 2]**에 의해 각각 성립한다. 마진 s_L을 살펴보면, 우선 마진 s_H와 같은 맥락으로 θ_L에 대해 '비용 효과 추구를 위한 내재적 노력'에 투입한 비용 $x_L^2/2$

을 보상한다. 반면 s_H와 중요한 차이점은 s_L의 경우 발생하는 의료비용 외에 아래 수식의 추가 마진을 더 얹어주는 것이다. 이러한 추가 보상을 일반적으로 정보세(information rent)라고 부른다.

$$\pi^{\dagger} = x_H \Delta_\theta - \frac{\Delta_\theta^2}{2} > 0.$$

이 정보세에 담겨 있는 의미를 파악하기 위해, 주어진 최적화 문제를 다시 고찰해보자. 이 절에서 다루고 있는 계약 모형에서 공단은 병원이 진료하는 환자의 정확한 상태에 대해 제한된 정보만을 바탕으로 의료서비스에 대해 보상하고자 한다. 이러한 정보 비대칭 상황에서 병원은 자신이 맡은 환자가 위중한 상태라고 거짓 보고하여 더 많은 급여를 받고자 하는 유인이 있다. 다시 말해 이 모형에서 병원은 실제 진료하는 환자의 상태가 θ_L인데도 θ_H으로 거짓 보고(misreport)할 유인이 있다. 이러한 왜곡된 유인을 바로 잡기 위해 계약 당사자인 국민건강보험공단은 병원이 θ_L 유형의 환자에게 과잉진료하지 않고 적정진료만을 할 경우에 추가로 보상을 해줘야 하는데, 이렇게 자신의 사적 정보에 대한 왜곡 없는 보고(truthful revelation)를 유도하기 위해 필요한 추가 보상을 정보세라고 한다.

정보세의 개념을 바탕으로 위에서 도출한 보조정리를 좀 더 직관적으로 설명할 수 있다. 앞 단락에서 설명한 대로 θ_L 유형의 환자를 진료하는 병원은 진료를 위한 보상 외에 추가로 공단으로부터 정보세를 받기 때문에 계약 참여 조건은 slack하게 된다(**[보조정리 1]**). 반면 θ_H 유형의 환자를 진료하는 병원인 경우 환자의 정보를 거짓으로 보고할 유인이 없기 때문에 진료비용 외 추가적인 보상이 불필요하게 된다. 따라서 이 병원의 참여 조건은 binding한다(**[보조정리 2]**). 마지막으로 공단에게 정보세는 의료서비스에 대한 비용 외에 오직 선별만을 위해 발생하는 추가적인 비

용이므로, 불필요하게 많은 지대(rent)를 병원에 양도할 이유가 없다. 즉, θ_L 유형의 환자를 진료하는 병원이 환자의 상태를 솔직하게 보고하게 하는 데 필요한 최소한의 정보세를 보상하려고 할 것이다. 따라서 θ_L을 진료하는 병원의 유인 양립 조건 [IC1]은 최적 지불제도에서 binding한다는 사실을 알 수 있다(**[보조정리 3]**).

지금까지의 논의를 종합하면, 공단이 제시해야 하는 기대 보상액은 다음과 같다:

$$\begin{aligned}\mathbb{E}[t] &= p(s_L + c_L) + (1-p)(s_H + c_H) \\ &= p\left(\frac{x_L^2}{2} + x_H \Delta_\theta - \frac{\Delta_\theta^2}{2} + (\theta_L - x_L)\right) + (1-p)\left(\frac{x_H^2}{2} + (\theta_H - x_H)\right).\end{aligned}$$

위에 표현된 두 번째 수식은 binding하는 제약 조건 [PC2]와 [IC1]을 마진 s_L과 s_H에 대입한 후 재정리하여 얻은 것이다. 이 결과 공단이 병원에 지불해야 할 총보상을 병원의 자발적인 '비용 효과 추구를 위한 내재적 노력' x의 함수로 표현할 수 있고, 주어진 문제는 간단한 일계 조건에 의해 해결할 수 있다. 게다가 제약 조건 중 [PC1]은 **[보조정리 1]**에 따라 slack하기 때문에 차선 계약 결정 시에 고려할 필요가 없으므로, 총 네 가지 제약 조건 중 [IC2] 하나만 남게 된다. 정리된 문제를 풀면 다음의 결과를 얻는다.

[정리 2] 정보 비대칭하에서 차선 규제 계약(the second-best regulatory contract)은 다음의 성질을 지닌다.

1) θ_L의 환자를 진료하는 병원의 경우 최선 계약(the first-best contract)과 비교하여 병원의 자발적인 '비용 효과 추구를 위한 내재적 노력' 결정에 왜곡이 발생하지 않는다(no distortions).

$$x_L^* = x_L^F = 1.$$

이 경우 병원에 제시하는 최적 지불제도는 최선 계약과 같이 병원예산제로 결정된다.

2) θ_H의 환자를 진료하는 병원의 경우 최선 계약과 비교하여 병원의 '비용 효과 추구를 위한 내재적 노력' 결정에 왜곡이 발생한다.

$$x_H^* = 1 - \frac{p}{1-p}\Delta_\theta < 1 = x_L^F.$$

이 경우 병원에 제시하는 최적 지불제도는 행위별수가제와 예산제가 혼합된 유인 계약(incentive payment)의 형태로 결정된다.

이 정리의 자세한 증명은 [부록 2]에 첨부하였으며, 본문에서는 이 결과를 바탕으로 최적 지불제도를 설명하고 정책적 함의를 전달하고자 한다. **[정리 2]**의 첫 번째 결과를 통해 θ_L 유형의 환자를 진료하는 병원의 경우 발생하는 의료서비스 비용이 최선 계약과 비교하여 왜곡이 생기지 않는다는 사실을 알 수 있다. 이는 본 보고서의 단순화된 모형뿐 아니라, 선별/계약이론에 관한 문헌에서도 확인할 수 있는 일반적인 사실이며, 이 결과를 흔히 *No distortion at the top*이라고 한다. 앞에서 이미 적절한 $x_L^* = 1$의 '비용 효과 추구를 위한 내재적 노력'을 유도하기 위해서는 병원예산제가 필요하다고 언급한 바 있다. 이를 다시 설명하기 위해 공단이 병원에 진료비용 외에 추가로 보상하는 마진을 $s = a - b \cdot c$의 선형 함수로 표시하면, $b = 1$일 때 병원은 위와 같은 '비용 효과 추구를 위한 내재적 노력'을 하게 된다. 즉 θ_L 유형의 환자를 담당하는 병원에 최적 지불제도는

$$t_L^* = s_L^* + c_L = a_L$$

을 만족하여 실제 병원이 치료에 필요한 모든 비용을 일괄적으로 지급하는 병원예산제 성격을 가지고 있다는 사실을 알 수 있다.

반면, **[정리 2]**의 두 번째 결과를 통해 중증도가 높은 θ_H 유형을 진료하는 병원의 경우 최선 계약과 비교하여 병원의 '비용 효과 추구를 위한 내재적 노력'에서 왜곡이 발생한다는 사실을 알 수 있다. 이러한 병원에 대해 공단은 최선 계약 또는 중증도가 낮은 환자를 진료하는 병원과 달리 $x_H = 1$만큼의 '비용 효과 추구를 위한 내재적 노력'을 요구하지 않는다. 대신 이보다 낮은 수준의 '비용 효과 추구를 위한 내재적 노력'을 요구함으로써 실제 발생하는 총의료 비용은 최선 계약의 경우보다 높다. 이를 다시 해석하자면, θ_H 유형의 환자를 진료하는 병원에서는 정보의 비대칭으로 인한 추가 비용, 즉 과잉진료의 문제가 발생하게 된다. 또한 $x_H^* \in (0, 1)$이라는 사실은 이 병원에 지불하는 마진 $s_H^* = a_H - b_H \cdot c_H$에서 계수 b_H은 0과 1 사이에서 결정된다는 것을 의미한다. 결과적으로, 공단이 병원에 지불하는 총보상은

$$t_H^* = s_H^* + c_H = a_L + (1 - b_H)c_H$$

으로 결정된다. 이러한 지불제도하에서 공단은 환자 진료에 발생하는 총비용 중 일부만을 병원에 보상하므로, 병원은 나머지 비용을 스스로 떠안아야 하는 상황이 발생한다. 이 지불제도는 실제로 의료행위마다 일정 금액을 환급해주는 행위별수가제의 형태를 띠며, 동시에 추가로 a_L만큼의 일정 금액을 지불하는 병원예산제의 형태도 띠고 있다. 즉, 최적 지불제도는 두 가지 전통적 지불제도의 혼합 형태인 hybrid 방식으로 결정된다는 사실을 이론적으로 증명할 수 있다.

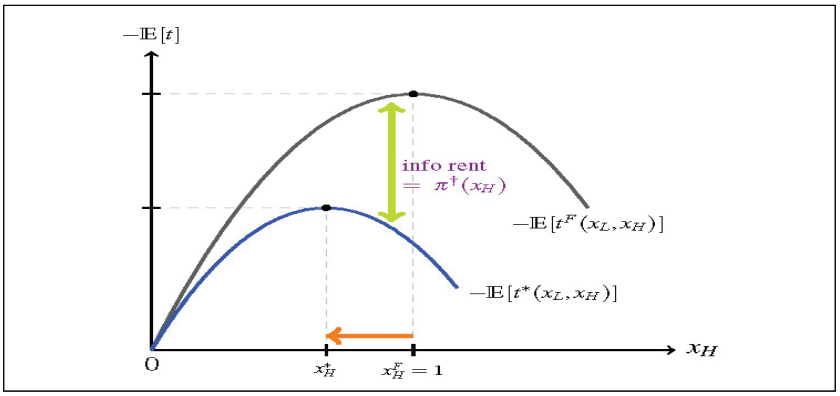
두 번째 결과의 경우 왜곡이 발생한다는 것은 θ_L의 유인 양립 조건, 즉 θ_L 유형의 환자를 진료하는 병원에 지불해야 할 정보세와 관련이 있다. 이를 설명하기 위해 공단의 목적함수인 기대 보상액$\mathbb{E}[t]$을 x_H에 관해 편미분하면

$$\frac{\partial \mathbb{E}[t]}{\partial x_H} = p\Delta_\theta + (1-p)(x_H - 1)$$

을 얻는다. 이 수식을 통해 변수 x_H에 대해 공단이 지불해야 하는 보상액이 어떻게 반응하는지 알 수 있다. 병원의 자발적 '비용 효과 추구를 위한 내재적 노력' x_H의 증가는 의료 비용 c_H를 1의 비율로 감소시킴으로써, 결국 공단이 제공하는 총보상을 효과적으로 줄일 수 있다. 이는 환자에게 적절한 진료를 제공함으로써 사회적으로 발생하는 비용을 감소시킬 수 있다는 의미이다. 하지만 동시에 x_H의 증가는 θ_L 유형의 환자를 진료하는 병원에 양도해야 할 정보세 또한 증가시킴으로써 불필요한 사회적 비용을 야기한다. 이 두 요소는 위의 수식에서 확인할 수 있듯 서로 양의 관계를 가지고 있다. 둘의 관계를 더 잘 이해하기 위해 θ_L 의 유인 양립 조건을 다시 살펴보면 실제 θ_L 유형의 환자를 진료하는 병원이 환자의 상태를 θ_H로 과잉보고하기 위해서는 진료에 필요한 총비용을 $\theta_L - x_L = \theta_H - x_H = c_H$로 조정한 후 공단에 보고해야 한다. 따라서 x_H가 증가하면, 병원은 좀 더 수월하게, 즉 자발적 내재적 노력 x_L 을 적게 투입하고도 거짓 보고에 필요한 의료 비용 c_H을 달성할 수 있다. 이는 x_H가 증가하면, 병원이 환자의 상태를 θ_H로 왜곡시켜 과잉진단할 유인이 커지게 된다는 사실을 의미하며, 따라서 이를 방지하기 위해 공단은 더 많은 정보세를 병원에 지급해야 한다.

[그림 2-4]은 병원의 의료 비용 절감을 위한 자발적 노력 x_H가 최선 그리고 차선 계약에서 어떻게 결정되는지 비교하여 보여준다. 그림에서 수평축은 중증도가 높은 환자에 대한 병원의 노력 선택 x_H를 수직축은 공단의 보상 감소량 $-t$를 나타낸다. 따라서 그림의 두 곡선 t^F와 t^*은 x_H 정보가 완전할 경우와 불완전할 경우의 x_H의 증가가 보상 감소에 미치는 영향을 각각 보여준다. 정보가 불완전할 때, 공단은 병원에 추가로 정보세를 지급해야 하는데, 이 정보세는 [그림 2-4]에서 두 곡선의 차이 $t^F - t^*$로 나타난다. [그림 2-4]에서 볼 수 있듯이, 병원의 x_H의 증가는 총의료 비용을 감소시켜 공단의 보상 비용 감소에 양의 효과를 미친다. 하지만 동시에 두 비용곡선 간의 격차도 커지는 걸 볼 수 있는데, 이는 x_H의 증가와 정보세 역시 양의 효과를 가진다는 것을 시사한다. 결국 차선 계약에서는 정보세 증가로 인해 x_H 결정에 왜곡이 발생하여, 병원은 중증도 높은 환자를 대상으로 정보가 완전한 경우에 비해 정보가 불완전한 경우 비용 절감을 위해 노력을 덜 하게 되는 것($x_H^F > x_H^*$)을 알 수 있다.

〔그림 2-4〕 최적 지불제도 도출 과정



주: 필자 작성

결과적으로, 공단은 차선 계약을 통해 병원에게 사회적 비용을 최소화하는 '비용 효과 추구를 위한 내재적 노력'을 $x_H^F = 1$만큼 요구하지 않는 대신 효율적인 선별을 위하여 그 수준을 낮추게 되며, 그로 인해 과잉진료가 발생하게 된다. 선별을 위해 발생하는 왜곡의 정도는 다음과 같다.

$$x_L^F - x_H^* = \frac{p}{1-p}\Delta_\theta$$

위의 식을 보면 왜곡의 정도는 의료시장에 중증도가 낮은 환자의 빈도 p와 환자 그룹 간의 차이 Δ_θ에 비례하여 증가함을 알 수 있다. 부연하면 $p = \Pr(\theta = \theta_L)$이 1/2로 점점 증가할수록 공단 입장에서는 환자 상태에 대한 불확실성이 더 커진다는 사실을 의미한다. 또한 $\Delta_\theta = \theta_H - \theta_L$이 증가할수록 환자의 상태에 대한 불완전한 정보가 결과에 더욱 유의미한 영향을 미치게 된다. 따라서 이 두 가지 경우를 모두 선별하기 위해 필요한 정보세를 증가시켜야 하는데, 이는 결국 최적 지불제도하에서 더 심한 과잉진료를 초래한다.

〈표 2-1〉은 본 절의 최적 지불제도에 대한 분석 결과를 요약하여 보여준다. 앞에서 확인한 바와 같이 국민건강보험공단이 환자의 질병 상태에 대해 정확한 정보를 수집할 수 있다면 병원의 의료서비스에 대한 최적 지불제도는 실제 발생한 비용에 상관없이 병원예산제 또는 인두제의 성격을 띠게 된다. 반면 공단이 환자의 상태에 대해 불완전한 정보만을 가지고 있을 경우 지불방식은 병원이 실제 진료하는 환자의 상태에 따라 다르다는 사실을 알 수 있다. 여기에서 도출한 최적 지불제도를 바탕으로 중증도가 낮은 질환을 가진 환자를 진료하는 병원에는 다음과 같은 형태의 병원예산제를 제안할 수 있다:

$$t_L^* = \theta_H - \frac{1}{2}\left[1 + \frac{2-p}{1-p}\Delta_\theta\right].$$

반면 중증도가 높은 환자에게 의료서비스를 제공하는 병원의 경우 공단은 행위별수가제와 병원예산제를 혼합(hybrid)한 형태의 유인 계약을 제안할 수 있다. 이 지불제도는 병원에 아래 수식에 명시된 a_H만큼의 마진을 지원하고 환자의 진료에 필요한 의료비용 c에 대해서는 전부 보상하는 것이 아니라 $(1-b_H)$ 비율만큼 보상하여 지불한다. 이렇게 되면 병원은 공단에서 보상하지 않는 나머지 부분인 $b_H \cdot c$를 스스로 떠안거나 아니면 비급여 진료 등의 형태로 환자에게 이전하여 환수하려 하게 된다.

$$a_H = \left(1 - \frac{p\Delta_\theta}{1-p}\right)\left[\frac{3}{2}\left(1 - \frac{p\Delta_\theta}{1-p}\right) - \theta_H\right]$$

$$b_H = \frac{p\Delta_\theta}{1-p}$$

위에서 유도된 '병원 또는 환자가 짊어져야 할 비용의 비율인 b_H은 앞에서 봤던 '비용 효과 추구를 위한 내재적 노력'에 대한 왜곡의 정도를 나타내는 $x_H^F - x_H^*$의 크기와 정확히 일치하게 된다는 사실을 알 수 있다. 이는 정보의 비대칭 문제가 심각해질수록 의료서비스 시장에서 발생할 수 있는 왜곡의 정도가 더욱 심화되어 결국 병원은 환자에게 더 많은 의료서비스 비용을 비급여 형태로 청구할 수 있다는 점을 시사한다. 다시 말해 국민건강보험공단이 환자의 상태에 대해 정확히 추적하기 어려울 경우 더 많은 의료 비용이 가입자에게 이전될 수 있다.

〈표 2-1〉 계약이론을 통한 최적 지불제도 분석

환자 상태에 대한 정보	중증도 낮은 질병 혹은 필수 의료서비스	중증도 높은 질병에 대한 의료서비스
정보가 완전한 경우 최적 지불제도	**병원예산제** $t_L^F = \theta_L - \frac{1}{2}$	**병원예산제** $t_H^F = \theta_H - \frac{1}{2}$
정보가 불완전한 경우 최적 지불제도	**병원예산제** $t_L^* = a_L$	**병원예산제와 수가제를 혼합한 유인 계약 형태** $t_H^* = a_H + (1-b_H)c$

주: 필자 작성

이 절에서 수행한 모형 분석을 토대로 다음과 같은 정책 시사점을 도출할 수 있다. 〈표 2-1〉에 따르면, 공단이 가입자의 건강상태에 대한 세부 정보의 수집 가능 여부와 상관없이, 주로 중증도가 낮은 환자에게 필수의료서비스를 제공하는 병원급 의료기관이나 병상 수가 적은 종합병원급 의료기관에는 병원예산제가 적합하다는 것을 알 수 있다. 그리고 중증도 높은 질병을 가진 환자를 대상으로 의료서비스를 제공하는 일정 규모 이상의 종합병원(예, 300병상 이상 종합병원)에는 행위별수가제와 병원예산제를 혼합한 형태의 지불제도가 적합하다.

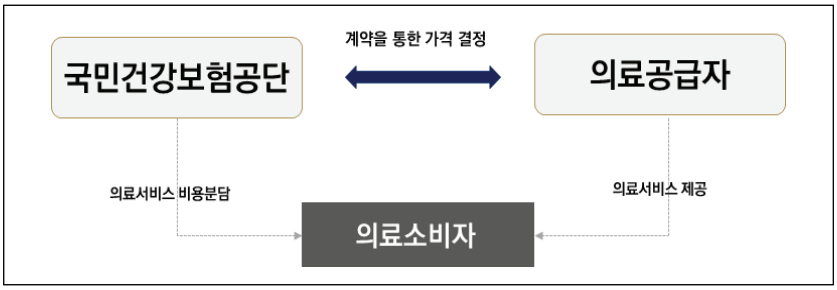
제4절 제품차별화 모형을 통한 최적 지불제도 분석

제3절에서는 의료서비스를 국민건강보험공단이 병원을 통해 조달하여 시장에 공급한다는 관점에서 살펴보고, 조달된 서비스에 대한 최적 지불제도를 공단과 병원과의 계약관계를 통해 도출하였다. 좀 더 구체적으로, 제3절에서 계약이론에 기반한 분석을 통해 의료서비스에 대한 가격은 공단이 병원에 제시하는 규제 계약을 통해 결정되고, 이 가격결정에 영향을

미치는 중요한 요소는 환자의 정확한 건강상태(health status)에 관한 정보의 비대칭성임을 확인하였다.

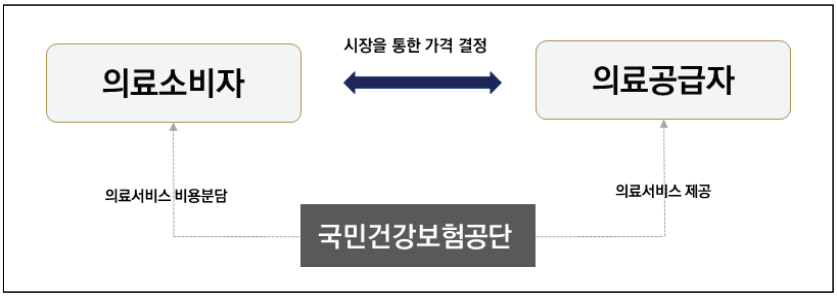
이 절에서는 의료기관과 그 기관이 제공하는 의료서비스의 잠재적 소비자(환자) 간의 관계에 초점을 두고 서비스 가격이 시장 메커니즘, 즉 통상적 수요·공급을 통해 어떻게 결정되는지 분석하고자 한다. 제3절에서 논의한 모형과 비교하여 의료서비스 가격을 결정하는 당사자가 달라졌기 때문에, 본격적인 이론적 분석에 앞서 제3절에서 논의한 이론적 모형과 4절에서 논의할 이론적 모형을 비교하여 살펴보면 다음과 같다. 〔그림 2-5〕와 〔그림 2-6〕은 제3절에서 다룬 계약이론 모형과 제4절에서 다룰 모형의 주된 차이점을 비교하여 설명하고 있다. 〔그림 2-5〕의 계약이론 모형에서 공단은 규제 계약에서 가격을 결정하는 주된 계약 당사자이다. 반면에 이번 절에서 다룰 〔그림 2-6〕의 제품차별화 모형에서는 공단이 시장 외부에서 의료서비스에 대한 가격을 규제 또는 통제할 수 있지만 가격은 시장에서 의료서비스 소비자와 공급자 간의 수요와 공급을 통한 상호작용에 의해 결정된다.

〔그림 2-5〕 계약이론 모형



주: 필자 작성

〔그림 2-6〕 제품차별화 모형



주: 필자 작성

구체적으로, 이 절에서 다룰 모형은 경제학의 한 분야인 산업조직론에서 폭넓게 다루는 제품차별화(product differentiation) 모형을 토대로 하고 있으며, 제2절에서 언급했던 의료서비스가 가진 기본 성질 중 하나인 '시장에서 각 의료기관은 서로 다른 품질의 의료서비스를 제공하고 있다'는 일반적 사실을 기반으로 하고 있다. 경제학에서 제품차별화 모형은 Mussa & Rosen(1978)이 처음 소개하였으며, 그 이후 Maskin & Riley(1984)와 Champsaur & Rochet(1989) 등에 의해 지속적으로 발전·연구되어 왔다. 기존의 제품차별화 모형은 한 가지 특정 재화이지만 질적 또는 수직적(vertically)으로 차별화된 다양한 재화가 거래되는 시장을 고려하였다. 이 절에서는 기존 제품차별화 모형 문헌의 이론적 논의를 질적으로 차별화된 의료서비스가 공급되는 시장으로 재해석하여 이론적 모형을 수립한 후 분석하였다. 이론적 모형 분석을 통해 서비스의 균형가격 도출과정을 설명하고, 공공병원의 시장 진입 효과를 분석한 후 이를 기반으로 정책적 시사점을 도출하고자 한다.

1. 제품차별화 모형 소개

이 절에서 논의할 의료서비스에 대한 제품차별화 모형은 한 도시 또는 지역에서 필수의료서비스가 두 종류의 의료기관인 민간병원과 공공병원에 의해 공급되고 의료소비자(환자)에 의해 소비되는 의료시장을 다룬다.[11] 논의할 모형에 제품차별화를 적용하기 위해, 필수의료서비스의 주된 특징(the main attribute)을 일차원 변수 $q \in [0, \infty)$로 명시하기로 한다. 이 특징은 고려하는 재화에 따라 다양하게 해석할 수 있으나 이 모형에서는 병원이 제공하는 의료서비스의 품질(quality) 혹은 환자를 진료하는 데 투입되는 진료량(quantity)을 나타낸다. 변수 q가 0에 가까울수록 낮은 품질 혹은 필수의료서비스에 대한 과소진료를 의미하며, 반대로 q가 클수록 높은 품질 혹은 과잉진료를 특징으로 하는 서비스를 의미한다. 환자 1인당 q만큼의 의료서비스를 제공하기 위해 발생하는 진료비용 함수를 $C(q)$라고 정의하고, 비용 함수 $C(q)$는 변수 q에 대해 볼록하게 증가(increasing and convex)한다고 가정한다. 이 가정은 더 높은 품질의 서비스 혹은 환자를 더 많이 진료할수록 병원이 부담해야 하는 비용이 더 큰 비율로 증가한다는 사실을 반영한다. 마지막으로 이 모형은 두 종류의 의료기관인 민간병원과 공공병원 간의 가격·품질 경쟁을 내포하고 있다.

수요 측면에서는 잠재적 소비자가 병원이 제공하는 q의 특징을 가진 의료서비스를 받고 t의 비용을 지불하면, 다음의 총효용을 얻는다고 가정한다.

---

11) 언급된 필수의료서비스는 비급여를 포함하지만, 미용, 성형 등의 비의학적 서비스는 포함하지 않는다.

$$u(q, \theta) - t.$$

즉, 소비자의 의료서비스에 대한 선호는 위의 준선형 효용함수(the quasilinear utility function)를 따른다고 가정한다. 위의 함수에서 첫 번째 항 $u(q, \theta)$은 환자가 q의 의료서비스를 받기 위해 지불할 용의가 있는 최대 금액(willingness to pay)을 나타낸다. 또한 이 절에서 변수 θ는 health status를 표기한 제3절의 계약 모형과 달리, 환자의 의료서비스에 대한 지불 여력을 상징하는 모수이다. 즉 변수 θ는 환자의 가처분 소득 수준, 민간의료보험 가입 여부 등과 관련되어 있는 모수이며, 이는 병원은 관찰할 수 없는, 환자 자신만이 알고 있는 사적 정보라고 가정한다. 이에 따라 병원은 방문한 환자가 q의 의료서비스를 받기 위해 최대로 얼마나 지불할 용의가 있는지 알지 못한다. 변수 θ가 낮을수록 지불 용의가 낮은 환자를, 반대로 높을수록 지불 용의가 높은 환자를 나타낸다. 설명의 편의를 위해, 앞으로 전개될 논의에서 모수 θ는 환자의 가처분 소득을 지칭하는 것으로 하자. 마지막으로 시장 전체 환자의 변수 θ에 대한 분포를 확률 분포 함수 F로 표시하자.

간단한 분석을 위해 제3절의 계약 모형 분석과 마찬가지로 분포함수 F를 이항 분포로 가정한다. 구체적으로 시장에 존재하는 소비자, 즉 환자를 크게 두 그룹 θ_L과 $\theta_H (> \theta_L)$으로 나누고 그의 분포가 〔그림 2-1〕과 같은 분포를 따른다고 가정한다. 그림에서 $p \in (0, 1)$은 $\Pr(\theta = \theta_L)$, 즉 소득이 낮아 의료서비스에 대한 지불 의향이 상대적으로 낮은 환자의 비율을 나타낸다. 병원은 방문한 환자의 유형이 θ_L인지 혹은 θ_H인지 알지 못하는 대신, p의 확률로 θ_L 유형이라는 사실은 알고 있다.

효용함수의 첫 번째 항 $u(q, \theta)$은 θ의 유형을 가진 환자가 q만큼의 의료서비스에 대해 지불할 용의가 있는 액수를 지칭하므로, 이는 공급된 재

화의 수요곡선 또는 수요함수라고 볼 수 있다. 분석을 위해 함수 $u(q,\theta)$은 다음의 성질을 만족한다고 가정한다.

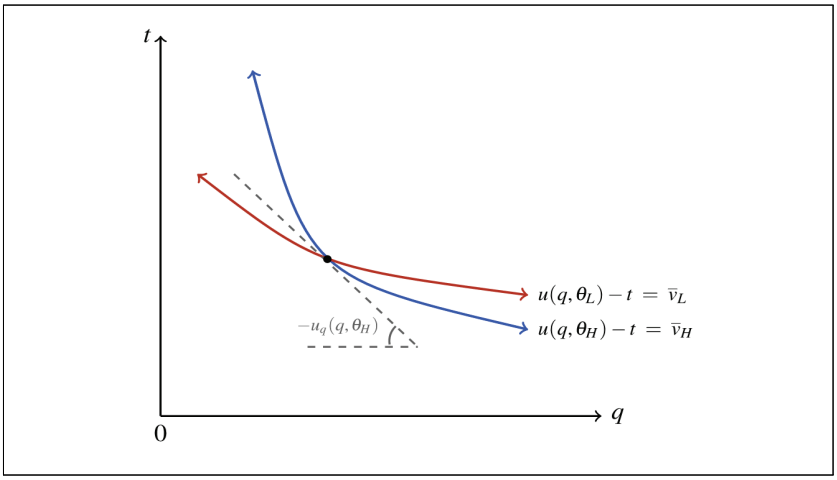
[가정 1]

$$\frac{\partial^2 u(q,\theta)}{\partial q^2} = u_{qq}(q,\theta) \le 0 \text{ and } \frac{\partial^2 u(q,\theta)}{\partial q \partial \theta} = u_{q\theta}(q,\theta) > 0.$$

위의 첫 번째 수식은 소비자가 재화의 특질에 관해 가지는 한계효용 $\partial u / \partial q = u_q$이 감소한다는 사실을 반영한다(한계효용 체감의 법칙). 두 번째 수식은 경제학에서 *the single-crossing property*라고 일컫는 가정으로, 제품차별화 모형에서 통용되는 일반적 가정 중 하나이다. 양의 교차 도함수(the cross-partial derivative)는 한계효용 $\partial u / \partial q = u_q$이 소비자의 유형 θ에 따라 증가한다는 것을 의미하는데, 이는 바꾸어 말하면, 환자의 소득이 높을수록 높은 품질을 가진 의료서비스에 대한 수요가 증가한다는 뜻이다. 이러한 가정으로부터 나오는 중요한 성질은 소비자 유형별 무차별곡선(the indifference curve)이 정확히 한 번 교차한다는 점이다. 실제로 [가정 1]이 만족되면, 평면 (q,t)에서 유형별 무차별곡선은 θ가 높을수록 더 가파른 기울기를 가지게 되어, 〔그림 2-7〕에 묘사된 것처럼 두 무차별곡선은 정확히 한 번 교차하게 된다.[12] 가정의 명칭은 이와 같은 함축적 의미를 담고 있다.

12) θ 유형을 가진 소비자의 무차별곡선의 기울기는 $-u_q(q,\theta)$이 되므로, [가정 1]에 의해 θ_H의 곡선은 더 가파르다는 사실을 알 수 있다.

〔그림 2-7〕 The single-crossing property 모형



주: 필자 작성

[가정 1]에 대한 예를 살펴보면 Mussa and Rosen(1978)에서 분석되었던 $u(q, \theta) = q\theta$의 경우 교차 도함수가 양의 숫자 1을 가지기 때문에 [가정 1]을 만족한다. 이는 시장에서 거래되는 재화 또는 서비스에 대해 소비자가 생각하는 가치가 위와 같은 함수로 주어질 경우, 소비자는 각 재화의 특질 q를 재화의 품질 또는 수량으로 인식한다는 뜻이다. 이 경우 소비자 유형 θ에 관계없이 모든 소비자는 q가 높은 재화에 대해 더 많은 가격을 지불하고자 한다. 이에 기초하여 시장에 다양한 품질을 공급하거나 상품을 묶어 파는 전략(bundling)을 경제학에서 수직적 제품차별화(vertical product differentiation) 전략이라고 부른다. 이와 같은 수직적 제품차별화 전략은 실제 의료시장에서도 나타나고 있는 현상으로 진료권 내에 다수의 병원이 존재하는 대도시의 경우 민간병원이 제공하는 의료서비스와 공공병원의 서비스는 비록 같은 질환을 치료하더라도 수직차별화되어 있음을 볼 수 있다. 이와 다른 개념으로, 수평적 제품차별화

(horizontal product differentiation) 전략도 존재하는데, 이 전략하에서 소비자의 재화에 대한 가치는 유형별로 바뀌게 된다. 예를 들어, 지불 여력이 $u(q,\theta) = u_0 - (q-\theta)^2$로 주어진 경우 소비자는 자신의 선호·타입에 따라 서로 다른 특질을 가진 재화를 원한다는 것을 알 수 있다. 따라서, 현 모형에서 환자는 자신의 소득 수준 또는 가입된 의료보험의 보장 수준에 따라 적절한 의료서비스 q를 선택하게 된다. 이 경우에도 교차 도함수는 양의 값을 가지기 때문에 [가정 1]은 만족된다. 요약하자면, [가정 1]은 두 가지 종류의 제품차별화를 모두 포함하고 있음을 알 수 있다.

본격적인 모형 분석에 앞서 사회 전체의 후생 수준을 의미하는 사회적 잉여(social surplus)를 극대화하는 최선의 의료서비스 제공 정책(the first-best policy)에 대해 알아보자. 이는 시장 외부에 있는 국민건강보험공단이 시장 안에 있는 모든 의료기관을 직접 통제하고 환자의 유형에 맞추어 의료서비스를 제공하는 상황하에서만 가능하다. 현 모형에서 θ의 소득 수준을 가진 환자에게 q의 의료서비스를 제공할 때, 발생하는 시장 전체의 잉여는 환자의 지불 여력에서 의료 비용을 차감한

$$u(q,\theta) - C(q)$$

이므로, 이 잉여를 극대화하는 서비스 제공정책 q^F는 다음의 일계 조건(the first-order condition)에 의해 결정된다.

$$u_q(q_L^F, \theta_L) = C_q(q_L^F) \quad \text{and} \quad u_q(q_H^F, \theta_H) = C_q(q_H^F).$$

위의 [가정 1]에 따르면 $u_q(q,\theta_L) < u_q(q,\theta_H)$가 성립하고 또한 C_q는 증가하는 함수이므로 위의 최적화 조건을 만족하는 최선의 서비스 제공 정책은 $q_L^F < q_H^F$을 만족해야 함을 알 수 있다. 이는 사회 전체 후생을 극

대화하기 위해서는 소비자의 유형별로 서로 다른, 즉 차별화된 제품이 제공되어야 한다는 사실을 보여준다. 이를 의료서비스에 적용해 보면 환자의 수요함수와 의료 비용 함수가 각각 $u(q,\theta) = \theta q$와 $C(q) = q^2/2$으로 주어져 있을 경우, 사회 전체 잉여를 극대화하는 의료서비스 공급 전략은 $q_H^F = \theta_H$와 $q_L^F = \theta_L$이 된다.

2. 민간병원의 의료서비스 차별화 전략

이번 항에서는 앞에서 소개했던 제품차별화 모형 분석을 통해 민간병원의 의료서비스 공급 전략을 살펴보려 한다. 이에 대한 예비 분석을 위해 시장에 공공병원이 없이 민간병원만 의료서비스를 제공하는 상황을 가정해 보자. 이는 민간병원이 한 도시 또는 지역에 거주하는 잠재적 소비자를 대상으로 의료서비스를 독점적으로 공급하는 상황을 의미하는 것으로 이 초기 모형 분석은 공공병원이 시장에 진입하여 민간병원과 경쟁할 때 발생하는 경제적 효과를 다음 항에서 보다 용이하게 측정할 수 있게 해주는 역할을 한다.

분석은 계약 모형 분석에서 소개된 현시 이론을 기반으로 하며, 이 이론에 따르면 시장에 두 가지 다른 유형의 소비자가 존재할 때에 민간병원의 의료서비스 공급 전략은 다음과 같이 요약할 수 있다.

$$\{(q_L, t_L), (q_H, t_H)\}.$$

위의 차별화 전략의 주된 내용은 한 도시 또는 진료권 내의 환자들을 독점적으로 진료하는 민간병원은 소득이 낮은 환자에게 q_L의 품질을 지닌 필수의료서비스를 t_L의 가격에 공급하고 소득이 높은 환자에게는 q_H의 서비스를 t_H의 가격에 공급하려고 한다. 다시 말해 전체 시장을 소비

자의 유형에 따라 둘로 나누어 소비자의 선호에 더 적합한, 즉 차별화된 상품을 제공하고자 한다. 이 전략을 결정할 때 민간병원은 발생하는 기대 수익(expected profit)을 극대화하고자 할 것이며, 이 기대 수익 Π은 다음과 같이 쓸 수 있다.

$$\Pi = p\left[t_L - C(q_L)\right] + (1-p)\left[t_H - C(q_H)\right]. \qquad \text{[수식 2]}$$

민간병원은 p의 확률로 θ_L유형의 환자를 마주하게 되며 이 환자에게 (q_L, t_L)의 의료서비스와 가격 조합을 제안함으로써 $t_L - C(q_L)$만큼의 수익을 얻을 수 있다. 반면 $1-p$의 확률로 병원을 찾게 되는 θ_H 환자에게는 의료 패키지 (q_H, t_H)를 제안하여 $t_H - C(q_H)$의 수익을 기대할 수 있다. 위의 수식에 나타난 기대 수익은 이 두 가지 경우의 기댓값을 계산한 것이다.

이 기대 수익 도출 과정에서 한 가지 유념해야 할 점은, 민간병원은 환자 방문 시 위의 상품을 환자에게 제안할 뿐 강매할 수는 없다는 사실이다. 이런 연유로 위에서 묘사된 차별화 전략이 실현 가능(feasible)하기 위해서 병원은 제안하는 의료서비스를 환자가 실제로 선택하고 소비하게끔 유도해야 한다. 부연하면 소득이 낮은 환자가 의료 패키지 (q_L, t_L)을 선택하기 위해서는, 다음의 참여제약 조건을 만족해야 한다.

$$u(q_L, \theta_L) - t_L \geq 0.$$

위의 부등식에서 좌변은 환자가 (q_L, t_L)의 의료서비스를 선택하여 소비할 때 발생하는 효용을, 우변은 병원의 의료서비스를 이용하지 않고 스스로 치료하는 경우, 즉 경제적 미충족 의료가 발생할 경우 발생하는 효용을 의미한다. 분석의 편의를 위해 후자를 0으로 두자. 위의 부등식이 만

족하지 않을 경우, θ_L 유형의 환자는 병원을 방문하지 않을 것이다. 같은 맥락에서 소득이 높은 환자가 제안된 의료 패키지 (q_H, t_H)를 선택하기 위해서는 $u(q_H, \theta_H) - t_H \geq 0$을 만족해야 한다. 위의 참여 제약 조건과 같이, 이 부등식에서도 우변은 0으로 고정되어 있는데, 경제적 미충족 의료가 발생할 경우, 환자는 소득 수준과 상관없이 0의 효용을 얻는다는 사실을 뜻한다.[13)]

병원의 차별화 전략이 실현되기 위해서는 위의 두 가지 참여 제약 조건 외에 추가적인 유인 양립 조건이 만족되어야 한다. 이 조건은 병원이 환자의 사적 정보인 소득 수준을 직접 관찰할 수 없다는 가정을 반영한 것으로, 병원은 방문한 환자가 국민건강보험 외에 추가로 어떠한 민간보험에 가입했는지, 제안된 의료서비스에 대해 지불할 의사가 얼마나 되는지 알지 못한다. 다시 말해, 병원은 방문한 환자가 θ_L 또는 θ_H의 유형인지 구분할 수 없음을 의미한다. 이에 따라 병원은 준비된 두 가지 패키지 (q_L, t_L)와 (q_H, t_H)가 명시된 메뉴를 환자에게 보여준 후, 환자 스스로 둘 중 하나를 선택하게끔 해야 한다. 소득이 낮은 환자가 병원이 의도한 대로 (q_H, t_H)가 아닌 패키지 (q_L, t_L)을 선택하게 하기 위해서는,

$$u(q_L, \theta_L) - t_L \geq u(q_H, \theta_L) - t_H$$

이 만족되어야 한다. 여기서 좌변은 θ_L 유형의 환자가 의료 상품 (q_L, t_L)을 선택 시 환자가 얻게 되는 총효용을 나타내며, 우변은 θ_L 유형의 환자가 다른 상품인 (q_H, t_H)을 선택할 시 얻게 되는 효용을 가리킨다. 같은

13) 일반적으로 소비자가 제안된 상품을 소비하지 않고 대체재를 소비할 때 발생하는 효용을 유보 효용(the reservation payoff)이라 부른다. 즉 이 모형에서 환자의 유보 효용은 타입에 상관없이 0으로 똑같이 주어져 있다. 유형에 따라 서로 다른 유보 효용을 가지는 상황은 다음 3항에서 고려하기로 한다.

맥락에서 소득이 높은 환자가 (q_L, t_L) 대신 (q_H, t_H)을 선택하게 하기 위해서는, 부등식

$$u(q_H, \theta_H) - t_H \geq u(q_L, \theta_H) - t_L$$

이 만족되어야 한다. 민간병원의 최적 의료서비스 차별화 전략은 위에서 언급된 네 가지 제약하에서 [수식 2]의 기대 수익 Π를 극대화하는 전략으로 정의할 수 있다. 이 전략을 도출하는 방법은 지난 계약 모형 해결 방법과 거의 일치하므로 생략하고, 주요 결과만 다음 정리에서 소개하기로 한다.

[정리 3] 민간병원의 이윤을 극대화시키는 의료서비스 차별화 전략 $\left\{(q_L^*, t_L^*), (q_H^*, t_H^*)\right\}$은 다음의 성질을 만족한다.

1) [No distortion at the top] 지불 의향이 높은 환자에게 제안하는 의료서비스는 서비스의 품질에 대한 왜곡이 발생하지 않는다. ($q_H^F = q_H^*$) 즉, 공단이 선택한 사회 전체 후생을 극대화하는 품질 기준과 동일한 의료서비스가 민간병원에 의해 아래의 가격으로 제공된다.

$$t_H^* = u(q_H^*, \theta_H) - [u(q_L^*, \theta_H) - u(q_L^*, \theta_L)]$$

2) [Downward distortion] 위와는 반대로 지불 의향이 낮은 환자에게 제안하는 의료서비스는 서비스 품질에 대한 왜곡이 발생한다. ($q_L^F > q_L^*$) 즉, 공단이 선택한 사회 전체 후생을 극대화하는 품질 기준보다 낮은 의료서비스가 민간병원에 의해 아래의 가격으로 제공된다:

$$t_L^* = u(q_L^*, \theta_L)$$

위의 정리가 주는 가장 중요한 시사점은 2)에서 찾을 수 있다. 영리추구를 목적으로 하는 민간병원이 의료서비스를 독점·공급하는 경우 지불여력이 낮은 소위 취약계층에게는 공단이 정한 필수의료서비스 품질 또는 진료기준(q_L^F)보다 낮은 서비스가 제공된다. 다시 말해, 병원은 이런 환자를 대상으로 적정 수준에 미치지 못하는 의료서비스를 그에 상응하는 낮은 가격으로 제공하게 되는 필수의료서비스의 공급 부족 문제가 발생하게 된다. 구체적인 예로, 환자가 의료서비스를 받음으로써 얻는 효용이 $u(q,\theta)=\theta q$, 의료 비용이 $C(q)=q^2/2$로 주어져 있다고 가정해보자. 이러한 경우 민간병원이 θ_L 유형 환자에게 공급하는 의료서비스의 품질 또는 진료량은

$$q_L^* = \theta_L - \frac{1-p}{p}\Delta_\theta$$

으로 결정된다. 위의 수식을 공단이 세운 품질 기준 $q_L^F = \theta_L$과 비교하면 병원이 환자에게 더 낮은 품질의 의료서비스를 제공하는, 즉 환자에게 적정한 수준보다 낮은 수준의 진료를 제공($q_L^F > q_L^*$)한다는 사실을 알 수 있다. 공단의 기준 q_L^F과 병원의 기대 수익을 극대화하는 전략 q_L^*의 차이는 병원이 서비스의 사회 후생을 고려하지 않고 오직 자신의 이윤만 생각해서 발생하는 시장의 실패·왜곡을 보여준다. 발생하는 왜곡의 정도 $(1-p)\Delta_\theta/p$는 시장에서 θ_L유형 환자의 비율 p가 상대적으로 낮을수록 더 커진다는 사실을 알 수 있다. 이는 한 도시 또는 지역에서 취약계층의 비중이 더 낮을수록 민간병원이 제공하는 의료서비스 품질에 왜곡이 더 악화된다는 점을 시사한다. 더불어, 이 왜곡은 $\Delta_\theta = \theta_H - \theta_L$와 양의 관계로 증가하므로 시장의 왜곡현상은 계층 간 소득 불평등지수가 커질수

록 더 악화되는 점 역시 알 수 있다. 이를 통해 한 지역·도시의 소득분포에 따라 더 나은 필수의료서비스 제공을 위해서는 정부의 시장 개입이 필요함을 알 수 있다.

[정리 3]의 결과를 좀 더 직관적으로 표현하면 민간병원의 수익 창출에 기여도가 높은 환자는 공급된 서비스에 대한 지불 여력이 상대적으로 높은 θ_H 유형이며, 이로 인해 민간병원이 지불 여력이 낮은 취약계층을 위한 의료서비스 품질 또는 진료량(q_L)을 결정할 때 다음과 같은 상충관계가 발생하게 된다. q_L의 증가는 환자에게 더 나은 품질의 의료서비스를 제공함으로써 효율성 개선을 가져온다는 측면에서 병원에 득이 되지만, 동시에 병원의 수익창출에 중요한 역할을 하는 θ_H 유형의 환자가 의료 패키지 (q_H, t_H) 대신에 (q_L, t_L)을 역선택할 가능성 또한 증대시킨다. 이러한 역선택은 지불 용의가 높은 환자로부터 t_L밖에 수익을 기대할 수 없다는 점에서 병원 수익창출에 악영향을 주게 된다. 이와 같이 병원이 의료서비스 q_L를 선택할 때 득과 실이 모두 존재하는 상충관계가 나타나고, 이 결과로 왜곡이 발생하게 된다. 이는 민간병원이 의료서비스를 공급할 때 발생할 수 있는 근원적 문제점을 나타내면서, 동시에 사회에 바람직한 의료서비스 제공을 위해 정부나 국민건강보험공단이 해야 할 역할에 대한 시사점을 제공한다. 후자에 대해서는, 다음 항에서 더 구체적으로 살펴볼 것이다.

3. 공공병원 진입 시 민간병원의 차별화 전략과 사회 후생 분석

[정리 3]에서 제기된 문제는 취약계층에게 좀 더 질 높은 필수의료서비스 제공을 위해 공공병원의 필요성을 역설한다. 공공병원의 경제적 효과

를 모형에서 좀 더 명확하게 입증하기 위해, 본 항에서는 의료서비스를 제공하는 각각 하나의 민간병원과 공공병원을 상정하고 이 두 병원이 하나의 시장에서 경쟁하고 있는 모형을 분석하려고 한다. 즉, 지난 항에서 분석한 민간병원이 독점적으로 의료서비스를 제공하는 시장모형에 공공병원이 진입했을 때 나타나는 효과를 분석하고자 한다. 용이한 분석을 위해 공공병원은 차별화 전략을 채택하는 민간병원과 달리 방문한 환자의 소득 수준과 상관없이 $\bar{q}$의 의료서비스를 $\bar{t}$의 가격에 동일하게 제공한다고 가정하자. 이 공공병원의 서비스는 각 유형의 환자에게

$$\overline{V}_L = u(\bar{q}, \theta_L) - \bar{t}$$
$$\overline{V}_H = u(\bar{q}, \theta_H) - \bar{t}$$

만큼의 총효용을 각각 발생시킨다. 위의 가정에 의해 θ_H 유형의 환자는 제공된 의료서비스에 지불할 여력이 더 높으므로 공공병원의 서비스로부터 더 높은 효용 $\overline{V}_H > \overline{V}_L$을 얻는다는 사실을 알 수 있다. 그리고 이러한 공공병원의 진입은 취약계층에게 민간병원보다 더 나은 품질의 의료서비스($\bar{q} > q_L^*$)를 제공하는 데 의의가 있다. 이러한 목적이 성취되려면 우선 환자가 공공병원을 스스로 방문·이용할 수 있도록 유도해야 한다. 다시 말해, 경제적 미충족 의료가 발생하지 않게 하기 위해서는 $0 \leq \overline{V}_L$이 성립해야 하는데, 이는 공공병원이 환자의 방문을 유도하기 위해 서비스의 가격을 하향 조정할 필요가 있음을 시사한다.

다음의 모형 분석에서 민간·공공병원 간의 경쟁을 위와 같이 상정하고 민간병원의 대응 전략을 새롭게 도출하고자 한다. 분석의 편의를 위해 다음 두 가지를 가정하자. 첫째, 환자가 서비스로부터 얻는 효용함수는 $u(q, \theta) = \theta q$를, 민간병원의 의료 비용함수는 $C(q) = q^2/2$를 따른다고

가정하자. 이 특정화된 함수(specification)는 단순히 논의의 편의를 위함일 뿐이고, 아래에서 도출할 결과는 이 가정에 의존하지 않는 보편적 성질을 가진다. 둘째, 취약계층이 공공병원 서비스를 이용하면서 얻는 효용을 $\overline{V}_L = 0$이라 표준화(normalization)하기로 한다. 첫 번째 가정과 두 번째 효용 표준화 가정으로부터 공공병원이 제공하는 의료서비스의 가격은 $\bar{t} = \theta_L \bar{q}$로 결정됨을 알 수 있다. 또한 소득이 높은 환자가 민간병원 대신 공공병원에서 치료받을 경우, $\overline{V}_H = \Delta_\theta \bar{q} > 0$만큼의 양의 효용을 얻게 된다는 사실도 알 수 있다. 첫 번째 가정과 마찬가지로, 두 번째 표준화 가정 역시 아래 유도한 결과에 영향을 미치지 않는다.

위의 논의를 바탕으로, 공공병원과 경쟁 상황에서 민간병원의 이윤 극대화 문제를 서술하면 다음과 같다.

$$\max \Pi = p\left(t_L - \frac{q_L^2}{2}\right) + (1-p)\left(t_H - \frac{q_H^2}{2}\right)$$

subject to

$$\theta_L q_L - t_L \geq 0$$

$$\theta_H q_H - t_H \geq \overline{V}_H$$

$$\theta_L q_L - t_L \geq \theta_L q_H - t_H$$

$$\theta_H q_H - t_H \geq \theta_H q_L - t_L.$$

위의 네 가지 제약 조건은 유형별 참여 제약과 유인 양립 조건을 나타낸다. 이 조건과 지난 항의 최적 지불제도 도출에서의 조건을 비교하면 공공병원의 시장 진입이 모형에 가져오는 유일한 차이점은 지불 여력이 높은 환자의 참여 제약 조건이다. 이 차이점은 공공병원이 환자를 유형에

따라 차별하지 않고 모든 환자에게 필수의료서비스를 제공함에 따라 취약계층과 달리 소득이 높은 환자는 공공병원을 이용하면서 $\overline{V}_H$만큼의 양의 효용을 얻기에 발생한다. 바꾸어 말하면 공공병원의 시장 진입은 고소득계층에게 새로운 치료 옵션을 제공함으로써 그들의 유보 보수를 증가시키는 효과를 가져온다. 따라서 그들이 공공병원 대신 민간 의료서비스를 이용하게 유도하기 위해서, $\overline{V}_H$ 이상의 효용을 보장하는 의료서비스를 제공해야 한다.

결과의 간결한 서술을 위해 앞의 2항에서 유도한 민간병원이 취약계층에게 제공하는 의료서비스 품질을

$$q_L^* = \theta_L - \frac{1-p}{p}\Delta_\theta$$

라고 정의하자. 또한 **[정리 3]**으로부터 $q_L^* < q_L^F$ 이 만족함을 기억하자. 이를 이용해 위의 최적화 문제를 풀면 다음의 결과를 얻는다.

[정리 4] 공공·민간병원이 경쟁하는 모형에서 공공병원이 $\bar{q}$ 의 품질의 필수의료서비스를 $\bar{t} = \theta_L \bar{q}$의 가격에 제공한다고 가정하면

1) 공공병원이 제공하는 의료서비스가 $\bar{q} \le q_L^*$ 을 만족할 때, 민간병원의 의료서비스 차별화 전략은 [정리 3]에서 도출한 전략과 일치한다. 즉, 공공병원이 민간병원의 독점적 의료서비스 품질보다 더 낮은 품질의 서비스를 공급할 경우, 이전과 같이 취약계층에 대한 의료서비스 공급에 왜곡 현상이 계속하여 발생한다.

2) 공공병원이 제공하는 의료서비스가 $\bar{q} \in [q_L^*, q_L^F]$을 만족할 때, 민간병원은 θ_H 유형의 환자에게는 $q_H^* = q_H^F$ 의 품질을 지닌 서비스를 제공

하는 반면, θ_L 유형의 환자에게는 공공병원의 서비스 품질에 맞추어 동일하게 $\bar{q} \geq q_L^*$ 의 품질을 지닌 서비스를 같은 가격에 제공한다. 다시 말해, 이 경우 공공병원의 시장 진입은 경쟁 효과를 유발하고, 동시에 민간병원이 θ_H 유형의 환자에게 청구한 비급여를 감소시키는 효과도 가져오게 된다.

3) 마지막으로 공공병원이 과도하게 높은 품질을 지닌 의료서비스를 공급할 시 민간·공공 경쟁은 역효과를 초래한다. 구체적으로 $\bar{q} > q_H^F$ 경우, 민간병원은 공공병원과의 경쟁에서 살아남기 위해 θ_H 유형의 환자에게 불필요하게 과한 품질의 의료서비스를 제공한다.

이 정리에 대한 자세한 수학적 증명은 이 보고서 **[부록 3]**에 첨부하였으며, 본문에서는 정리의 직관적 증명과 그의 정책적 시사점에 초점을 맞추어 논하기로 한다.

[정리 4]의 1)은 공공병원이 민간병원과 같은 지역에서 경쟁하고 있지만, 제공하는 의료서비스의 품질이 낮아 제 기능을 하지 못하는 상황을 나타낸다. 이 경우 공공병원이 진입하면 나타날 것으로 기대한 경쟁 효과는 완전히 소멸되어 민간병원은 공공병원의 존재를 의식하지 않은 채, 기존의 차별화 전략을 고수하게 된다. 바꾸어 말하면, **[정리 3]**에서 살펴보았던 시장의 실패·왜곡에 해당하는 '지불 여력이 낮은 환자를 상대로 낮은 품질의 필수의료서비스를 제공하거나 진료량을 고의로 줄이는 현상'이 계속하여 발생하게 된다. 이는 민간병원이 기존의 제품차별화 전략을 통해 공공병원을 상대로 계속해서 경쟁 우위를 유지할 수 있기 때문이다. 이 경우, 소득이 낮은 취약계층 중 일부는 공공병원을 방문하지만 대부분은 민간병원에서 제공하는 의료서비스를 이용하게 된다.

[정리 4]의 2)는 공공병원이 1)의 경우보다 좀 더 나은 품질의 의료서비스를 제공하는 상황을 나타낸다. 구체적으로 민간병원이 취약계층을 상대로 제공하였던 의료서비스 품질 q_L^* 보다 더 높은 품질 $\bar{q}$의 서비스를 공공병원이 제공한다고 가정하자. 이 경우 민간병원은 기존의 제품차별화 전략을 수정하여 이전과 다른 새로운 의료서비스를 환자에게 제공하게 되며, 공공병원의 진입으로 인해 기대했던 바람직한 경쟁 효과를 유발하게 된다. 이 효과에 대해 좀 더 자세히 설명하면, 민간병원은 지불 여력이 높은 환자를 위한 서비스 품질은 이전과 같이 유지하는 동시에 지불 여력이 낮은 환자를 위한 서비스 품질은 공공병원과 동일한 수준으로 개선하게 되어 결국 시장은 전체적으로 예전보다 환자에게 더 나은 진료서비스를 제공하게 된다. 게다가 공공병원의 시장 진입은 민간병원이 지불 여력이 높은 환자를 대상으로 제공하는 q_H^*의 의료서비스 가격을 하락시키는, 즉 환자에게 급여 외 제공하는 비급여 서비스를 감소시키는 효과도 부차적으로 발생시킨다. 부연하면 **[정리 3]**에서 공공병원이 없을 때 민간병원이 θ_H 유형의 환자에게 부과하는 총가격은 $t_H^* = \theta_H q_H^* - \Delta_\theta q_L^*$ 인 반면, 공공병원의 시장 진입 시 총가격은

$$t_H^\dagger = \theta_H q_H^* - \Delta_\theta \bar{q}$$

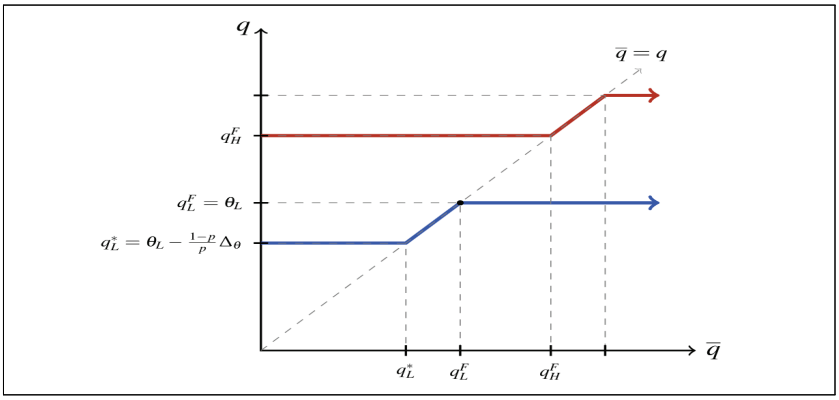
으로, 총 $\Delta_\theta(\bar{q} - q_L^*)$만큼의 가격하락을 촉진한다. 이 비급여 진료의 감소는 $\bar{q}$, Δ_θ와 정비례함을 알 수 있는데 이를 통해 공공병원이 더 나은 서비스를 제공할수록, 그리고 한 지역의 소득 격차가 더 커질수록 공공병원의 시장 진입이 가져오는 긍정적 효과가 증대된다는 사실을 알 수 있다.

위에서 서술된 민간·공공병원 경쟁 효과의 근거는 앞의 제2절에서 소개한 정보세(the information rent)에서 찾을 수 있다. 주어진 모형에서

환자는 병원을 상대로 자신의 유형인 지불 여력을 축소하여 보여줌으로써 의료서비스 가격을 낮출 유인이 존재한다. 특히 θ에 대한 이항 분포를 가정한 상황에서, 지불 여력이 높은 θ_H 유형의 환자는 자신의 유형을 은폐하고 낮춰 의료 패키지 (q_L, t_L)를 선택할 유인이 있으므로, 서비스 차별화 전략을 추구하는 병원은 θ_H 유형의 환자에게 일정량의 정보세를 양도해서, 다시 말해 q_H의 가격 t_H 중 비급여의 비중을 낮춰 환자 스스로 (q_H, t_H)를 선택하도록 인센티브를 부여해야 한다. 이에 따라, 환자가 자신의 유형을 은폐할 유인과 비급여 감소는 서로 양의 관계가 성립함을 알 수 있다. 즉, 병원이 지불 여력이 낮은 환자를 대상으로 더 나은 의료서비스를 제공할수록(즉 q_L를 증가시킬수록), 고소득층이 q_H 대신 q_L를 선택할 유인이 커지게 되어 결과적으로 병원은 고소득층의 이탈 유인을 감소시키기 위해 q_H에 부과하는 비급여 비율을 낮추게 되는 것이다.

〔그림 2-8〕은 공공병원의 의료서비스 전략에 따라 민간병원이 어떻게 대응하는지를 개괄적으로 설명한다. 그림의 수평축은 공공병원의 전략 $\bar{q}$를, 수직축은 민간병원의 차별화 전략 q를 각각 나타낸다. **[정리 4]**의 1)에서처럼 공공병원이 공급하는 의료서비스 품질이 q_L^* 보다 낮다면, 민간병원은 기존 차별화 전략을 고수하여 고소득층에게는 $q_H^* = q_H^F$만큼의 서비스를 제공하고, 저소득층에게는 q_L^* 만큼의 서비스를 제공한다. 하지만 공공병원의 서비스가 개선될수록 경쟁 효과가 나타나기 시작하여, 민간병원은 지불 여력이 낮은 환자에게 더 나은 진료서비스를 제공하게 되며 이는 〔그림 2-8〕의 파란색 그래프를 통해 확인할 수 있다.

〔그림 2-8〕 공공병원의 의료서비스 전략에 따른 민간병원의 대응



주: 필자 작성

[정리 4]의 3)은 공공병원이 필요 이상으로 높은 품질, 또는 과도한 양의 의료서비스를 시장에 공급하는 상황을 설명한다. 이 경우 민간병원은 **[정리 4]**의 2)에서처럼 정보세를 통해 환자에게 올바른 유인을 제공하는 대신, 공급하는 서비스의 품질 개선을 통해 그들의 유형을 스스로 드러내게끔 유인을 부여한다. 〔그림 2-8〕에서 빨간색 그래프는 지불 여력이 높은 환자를 위한 민간병원의 서비스 전략을 나타낸다. 그림에서 확인할 수 있는 바와 같이 $\overline{q}$의 값이 과도하게 큰 경우, 즉 공공병원이 필요 이상으로 높은 품질 또는 과도한 양의 의료서비스를 공급할 경우, 민간병원은 고소득층에게 이전보다 더 높은 품질의 서비스를 제공하면서 공공병원과의 차별화를 시도하게 되며, 이는 공공병원과 민간병원 간의 지나친 경쟁의 역효과를 입증한다.

[정리 4]를 통해 얻을 수 있는 중요한 시사점은 공공병원의 확충이 의도했던 긍정적 효과를 얻기 위해서는 병원이 제공하는 서비스가 민간병원과 비교하여 품질 경쟁력을 갖춰야 한다는 것이다. 이를 위해 공공병원은 민간병원이 지불 여력이 낮은 환자, 혹은 취약계층을 상대로 제공하는

필수적인 의료서비스보다는 더 개선된 품질의 의료서비스를 환자에게 부담이 덜한 가격으로 제공해야 한다. 이를 수식으로 요약하면, 공공병원의 올바른 품질·가격 전략은 다음 성질을 만족해야 한다.

$$\bar{q} > q_L^* \text{ and } \bar{t} = \theta_L \bar{q}.$$

공공병원이 q의 의료서비스를 제공함으로 인해 발생하는 총 진료비용을 $C_2(q)$라고 할 때, 위의 경쟁 효과를 실현할 수 있는 서비스 전략을 통해 병원은 총 $\theta_L \bar{q} - C_2(\bar{q})$만큼의 수익을 얻는다. 하지만 만약 공공병원이 환자 진료를 위한 의료인프라를 충분히 갖추지 못하게 되면 비용구조(효율성)가 취약하게 되어 단기적으로 손실을 보게 되고, 장기적으로 시장에서 공급을 중단하고 철수하게 될 위험이 있다. 따라서 경쟁이 가져오는 긍정적 효과가 지속되려면 지역 공공병원에 시설 확충을 위한 보조금 등의 지원이 필요하다. 이러한 지원금은 공공병원이 건강보험 가입자 및 국민에게 더 나은 필수의료서비스를 제공하게끔 도와줄 뿐 아니라, 경쟁 효과를 통해 민간병원의 의료서비스 개선과 일부 진료서비스에 과하게 책정했던 비급여 진료 비중을 낮추는 데 기여할 수 있다. 하지만 과도한 지원금은 **[정리 4]**의 3)이 시사하듯, 공공병원과 민간병원과의 과도한 경쟁을 유발해 역효과를 초래할 수 있다는 사실 또한 유념해야 한다. 결국 공공병원의 의료서비스 품질 향상을 위해 필요한 적절한 공단의 지원금은 이 둘의 손익관계에 따라 결정될 것이다.

제5절 소결

이 장에서는 의료서비스에 대한 지불제도를 이론적으로 분석할 수 있는 경제 모형을 제시하고, 제시된 모형 분석을 통해 기존 지불제도의 장단점을 체계적으로 살펴본 후, 추가로 엄밀한 이론경제학적 분석을 통해 최적의 지불제도를 도출하였으며, 지역 공공병원의 시장 진입 효과를 분석하고 사회적 후생을 높이기 위한 공공병원의 의료서비스 제공 전략을 도출하여 공공병원에 대한 지원 정책에 대한 시사점을 제공하였다. 이론적 고찰 및 분석을 통해 도출한 주요한 시사점은 다음과 같다.

의료서비스가 가지는 평판재의 특징을 감안하여 지역에 새로운 공공병원 설립을 계획할 때 다음과 같은 지역의 특징 및 의료서비스 시장 여건을 필수적으로 고려해야 한다. 병원의 수가 상대적으로 부족한 취약지역에서 주민들에게 일반 민간병원보다 더 낮은 가격으로 더 나은 의료서비스를 제공하고자 하는 취지로 공공병원을 설립하는 경우에는 새로운 병원에 대한 정보 수집이 비교적 수월하여 새로운 공공병원의 진입이 시장에서 의료서비스의 가격하락을 야기할 가능성이 크다. 하지만 이미 병원의 수가 충분한 대도시 지역에서 같은 목적으로 공공병원을 설립하게 되는 경우 지역 주민들이 새로운 공공병원에 대한 정보 및 평판을 수집하는 데 상대적으로 많은 시간과 노력이 필요하므로 정보 및 평판이 부족한 공공병원의 서비스를 이용하기보다는 기존 평판이 좋은 민간병원의 서비스를 계속하여 이용하게 되고, 민간병원은 이 점을 이용하여 전보다 비급여 진료의 비율을 높여 높은 가격을 소비자에게 부과할 수 있다. 이 결과, 공공병원의 밀접 시장 진입은 오히려 국민 후생과 건강에 악영향을 줄 수도 있다. 따라서 대도시 지역에 공공병원을 신설할 때에는 설립 초기에 시장의 평판을 어떻게 잘 구축할 것인지에 대한 방안 모색이 선행되어야 할 것이다.

계약이론에 기반한 모형 분석을 토대로 도출한 정책 시사점은 다음과 같다. 주로 중증도가 낮은 환자에게 필수의료서비스를 제공하는 병원급 의료기관이나 병상 수가 적은 종합병원급 의료기관에는 병원예산제가 적합하다는 사실이 이론적 분석을 통해서 도출되었다. 반면 중증도가 높은 질병을 가진 환자를 대상으로 의료서비스를 제공하는 일정 규모 이상의 종합병원(예, 300병상 이상 종합병원)에는 행위별수가제와 병원예산제를 혼합한 형태의 지불제도가 적합한 것으로 확인되었다.

제품차별화 모형 분석을 토대로 도출한 정책 시사점은 다음과 같다. 우선, 영리추구를 목적으로 하는 민간병원이 의료서비스를 독점·공급하는 경우 지불 여력이 낮은 소위 취약계층에게는 적정수준보다 낮은 의료서비스가 제공되는 시장 실패·왜곡이 발생한다. 특히 이러한 시장 왜곡의 정도는 계층 간 소득 불평등지수가 커질수록 더 악화되며, 지역 내 소득분포에 따라 더 나은 필수의료서비스 제공을 위해서는 지방의료원 같은 지역 공공병원 설립을 통한 정부의 시장 개입이 필요함을 알 수 있다. 이러한 공공병원의 진입은 취약계층에게 민간병원보다 더 나은 품질의 의료서비스를 제공하는 데 일차적인 목적이 있다. 이러한 일차적인 목적을 달성하려면 환자가 공공병원을 스스로 방문·이용할 수 있도록 유도해야 하며, 이를 위해 공공병원은 의료서비스의 가격을 민간병원보다 하향 조정할 필요가 있다.

이와 더불어 지역 공공병원의 확충이 의도했던 긍정적 효과를 얻기 위해서는 병원이 제공하는 서비스가 민간병원과 비교하여 품질 경쟁력을 갖춰야 한다. 지역 공공병원은 민간병원이 지불 여력이 낮은 환자, 혹은 취약계층을 상대로 제공하는 필수적인 의료서비스보다는 더 개선된 품질의 의료서비스를 환자에게 부담이 덜한 가격으로 제공해야 한다. 추가로 지역 공공병원의 시장 진입은 민간병원이 고소득층을 대상으로 제공하는

의료서비스 가격을 하락시키는, 즉 환자에게 급여 외에 제공하는 비급여 서비스를 감소시키는 효과도 부차적으로 발생시킨다. 하지만 지역 공공병원이 필요 이상으로 높은 품질 또는 과도한 양의 의료서비스를 공급할 경우, 민간병원은 고소득층과 같이 지불 여력이 높은 환자에게 불필요하게 과한 품질의 서비스를 제공하면서 차별화를 시도하게 되어 공공병원과 민간병원 간의 지나친 경쟁의 역효과를 가져온다.

만약 공공병원이 환자 진료를 위한 의료인프라를 충분히 갖추지 못하게 되면 비용구조(효율성)가 취약하게 되어 단기적으로 손실을 보게 되고 장기적으로 시장에서 공급을 중단하고 철수하게 될 위험이 있다. 따라서 경쟁이 가져오는 긍정적 효과가 지속되려면 지역 공공병원에 시설 확충을 위한 보조금 등의 지원을 해야 한다. 이러한 지역 공공병원에 대한 보조금은 공공병원이 건강보험 가입자 및 국민에게 더 나은 필수의료서비스를 제공하게끔 도와줄 뿐 아니라, 경쟁 효과를 통해 민간병원의 의료서비스 개선과 일부 진료서비스에 과하게 책정했던 비급여 진료 비중을 줄이는 데 기여할 수 있다. 하지만 공공병원에 대한 과도한 지원은 공공병원과 민간병원과의 과도한 경쟁을 유발시켜 역효과를 초래할 수 있다는 사실 또한 유념해야 한다.

제3장

주요국 공공의료기관 지불보상제도 및 재원조달 사례 고찰

제1절 주요국 공공의료기관 지불보상제도 및 재원조달방식
제2절 병원예산제 도입 사례

제 3 장 주요국 공공의료기관 지불보상제도 및 재원조달 사례 고찰

제1절 주요국 공공의료기관 지불보상제도 및 재원조달방식

최근 OECD 보고서(OECD, 2016)는 의료서비스의 포괄적 판매(bundling) 정도와 지불 시점에 따라 전통적 지불제도를 크게 네 가지로 분류하고 각 제도의 장단점을 개괄적으로 제시하였다(〈표 3-1, 3-2〉). 이 중 행위별수가제(Fee for service)는 의료보장제도가 급여로 인정한 각 의료활동에 대해 의료기관에 별도 보상하는 지불제도로 포괄 수준이 가장 약한 방식인 데 비해, 병원예산제(Global budget)는 의료행위량에 상관없이 한 의료기관에 전체 서비스를 포괄하여 예산을 측정하여 배정하는 방식으로 포괄 수준이 가장 높은 방식이다. 따라서 행위별수가제에서는 다른 제한적 조치가 없는 환경인 경우, 의료기관은 환자에게 불필요하게 과도한 의료서비스를 제공하여 수익을 극대화하려는 유인이 생기게 되어, 이로 인한 의료 비용 상승 및 재정 건정성 악화를 유발하는, 소위 양적 확산 문제에 노출되어 있다. 이에 행위별수가제를 비롯하여 양적 확산의 유인을 지닌 지불제도를 운영하는 국가들은 기존 방식에서 탈피하고자 여러 개편 방안을 모색하고 있다(이근정 외, 2020, p. 1).

〈표 3-1〉 전통적 지불방식 개요

지불방식	개념	적용	번들링의 정도
행위별수가제	개별서비스 및 환자와의 계약에 대한 후향적 활동 기반 지불제도	GP와 외래전문의 서비스에 대한 지불에 주로 적용	unbundled ↕ bundled
포괄수가제	진단명과 자원 사용에 따라 분류된 환자그룹에 대한 전향적 활동 기반 지불제도	병원 입원에 대한 지불에 주로 적용	
인두제	등록 환자당 일련의 서비스를 포괄하는 전향적 총액지불제도	일부 국가에서 GP에 대한 지불방식에 적용	
병원예산제	실 제공량과 상관없이 전체 서비스를 포괄하는 전향적 총액지불제도	일부 국가에서 공공병원에 대한 지불에 적용	

자료: OECD. (2016). Better Ways to Pay for Health Care.

〈표 3-2〉 전통적 지불방식 장단점

지불방식	행위별수가제	인두제	병원예산제	포괄수가제
도입 목적 (장점)	- 적정 방문 기준에 대한 높은 수용 - 혁신 의료기술에 대한 신속한 도입 - risk selection 유인 낮음 - 높은 접근성 - 투명성	- 비용 통제 - 낮은 행정 비용 - 예방서비스 제공에 대한 유인 높음	- 비용 통제 - 낮은 행정 비용	- 총액예산제 대비 행위량 증가 - 행위별수가제 대비 행위량 감소 - 효율성(기술적) 강화 유인이 높음 - 재원기간 단축(대기시간 단축) - 형평성/투명성
의도치 않은 결과 (단점)	- 행위량 및 비용 증가 유인 높음 - 높은 행정비용	- 환자의 과대 할당 - 과소진료 가능성 - 타 공급자에 대한 신속/불필요한 의뢰 - risk selection 유인 높음	- 긴 대기시간 - 과소진료 가능성 - 예산배분 투명성	- 추가환자 유치(진료량 증가) 유인이 여전히 존재 - 고수익성 행위에 집중할 유인 - 비용 상승 유인 - 높은 행정 비용 - 조기퇴원 유도 - Upcoding - risk selection 유인 높음

자료: OECD. (2016). Better Ways to Pay for Health Care.

진료비 지불보상제도의 유형은 실제 행위량과 무관하게 사전적으로 지불보상 수준이 결정되는 형태(prospective budgeting)와 실제 행위량을 기반으로 산출된 진료비가 사후적으로 지급되는 형태(retrospective service-based financing)의 두 가지로 구분할 수 있다. 사전적 예산제(prospective budgeting)는 예산을 적용하는 수준이나 대상에 따라 부문별 예산제, 총액예산제, 병원예산제, 가입자 수 혹은 등록자 수에 따라 예산이 정해지는 인두제 등으로 나눌 수 있고, 실제 행위량을 기반으로 한 사후적 진료비 보상제도는 행위별수가제가 대표적이다.

OECD 주요국 대부분은 병원에 대한 지불보상을 위해 병원예산제, 포괄수가제(DRG), 행위별수가제 등의 지불보상제도를 혼용하고 있다(〈표 3-3〉). 앞에서 살펴본 것처럼 각 지불보상제도는 나름대로 장단점이 있기 때문에 최근에는 의료서비스 및 제공 의료기관의 특성에 맞추어 지불제도를 혼용하는 방식이 주류를 이루고 있다. 참고로 여기서 DRG는 지불제도의 유형이라기보다는 질병이나 서비스를 묶는 단위라는 점을 주지하고자 한다. 예를 들어, 우리나라와 미국의 경우 DRG를 이용해 사후지불제도에서 지불단위로 활용하고 있으며, 유럽의 국가 중 일부는 DRG를 총액예산제에서의 예산 배분 기준으로 사용하고 있다. 과거 총액예산제를 사용하여 왔던 유럽 국가들은 행위량에 관계없이 예산을 주는 방식에서 DRG를 기준으로 예산을 배분함으로써 행위량을 기준으로 한 예산 배부 방식으로 변화하고 있다. 다만, 일부 필수진료 기능(응급, 재활, 장기요양 등), 교육·수련·연구, 자본비용에 대해서는 부분적으로 행위량에 관계없는 총액예산제를 적용하고 있다. OECD 주요국의 유형별 병원지불체계는 〈표 3-3〉에서 확인할 수 있다.

〈표 3-3〉 OECD 주요국 유형별 병원지불체계

국가 (공공병상 비중)	지불보상	급성기 공공병원	급성기 비영리병원	급성기 영리병원
오스트레일리아 (66.6%)	주요 지불보상	진단명 기준 건당 지불방식 (DRG)	행위별수가제	행위별수가제
	자본비용 보상	X	O	O
	교육/수련/연구	O	O	O
오스트리아 (69.4%)	주요 지불보상	진단명 기준 건당 지불방식 (DRG)	진단명 기준 건당 지불방식 (DRG)	진단명 기준 건당 지불방식 (DRG)
	자본비용 보상	X	X	X
	교육/수련/연구	O	X	X
벨기에 (26.2%)	주요 지불보상	진단명 기준 건당 지불방식 (DRG)	진단명 기준 건당 지불방식 (DRG)	-
	자본비용 보상	X	X	-
	교육/수련/연구	O	O	-
캐나다 (99.3%)	주요 지불보상	병원예산제	병원예산제	병원예산제
	자본비용 보상	X	X	X
	교육/수련/연구	O	O	O
덴마크 (93.7%)	주요 지불보상	병원예산제	진단명 기준 건당 지불방식 (DRG)	진단명 기준 건당 지불방식 (DRG)
	자본비용 보상	X	X	O
	교육/수련/연구	X	X	O
핀란드 (96.0%)	주요 지불보상	진단명 기준 건당 지불방식 (DRG)	-	-
	자본비용 보상	O	-	-
	교육/수련/연구	O	-	-
프랑스 (61.5%)	주요 지불보상	진단명 기준 건당 지불방식 (DRG)	진단명 기준 건당 지불방식 (DRG)	진단명 기준 건당 지불방식 (DRG)
	자본비용 보상	O	O	O
	교육/수련/연구	O	O	O
독일 (40.2%)	주요 지불보상	진단명 기준 건당 지불방식 (DRG)	진단명 기준 건당 지불방식 (DRG)	진단명 기준 건당 지불방식 (DRG)
	자본비용 보상	X	X	X
	교육/수련/연구	O	-	X
그리스 (65.7%)	주요 지불보상	진단명 기준 건당 지불방식 (DRG)	진단명 기준 건당 지불방식 (DRG)	진단명 기준 건당 지불방식 (DRG)
	자본비용 보상	X	X	X
	교육/수련/연구	X	X	X
아이슬란드 (100.0%)	주요 지불보상	병원예산제	-	-
	자본비용 보상	X	-	-
	교육/수련/연구	X	-	-

국가 (공공병상 비중)	지불보상	급성기 공공병원	급성기 비영리병원	급성기 영리병원
아일랜드 (-)	주요 지불보상	병원예산제	병원예산제	-
	자본비용 보상	X	X	-
	교육/수련/연구	X	X	-
이탈리아 (66.8%)	주요 지불보상	진단명 기준 건당 지불방식 (DRG)	진단명 기준 건당 지불방식 (DRG)	진단명 기준 건당 지불방식 (DRG)
	자본비용 보상	X	X	X
	교육/수련/연구	O	O	X
일본 (27.3%)	주요 지불보상	행위별수가제	행위별수가제	행위별수가제
	자본비용 보상	-	-	-
	교육/수련/연구	-	-	-
룩셈부르크 (-)	주요 지불보상	병원예산제	병원예산제	-
	자본비용 보상	X	X	-
	교육/수련/연구	X	X	-
네덜란드 (-)	주요 지불보상	-	진단명 기준 건당 지불방식 (DRG)	-
	자본비용 보상	-	O	-
	교육/수련/연구	-	O	-
노르웨이 (75.9%)	주요 지불보상	병원예산제	병원예산제	진단명 기준 건당 지불방식 (DRG)
	자본비용 보상	O	O	X
	교육/수련/연구	X	X	X
포르투갈 (67.9%)	주요 지불보상	병원예산제	행위별수가제	행위별수가제
	자본비용 보상	X	X	X
	교육/수련/연구	X	X	X
스페인 (68.3%)	주요 지불보상	병원예산제	-	진단명 기준 건당 지불방식 (DRG)
	자본비용 보상	O	-	-
	교육/수련/연구	X	-	-
스웨덴 (-)	주요 지불보상	병원예산제	-	진단명 기준 건당 지불방식 (DRG)
	자본비용 보상	O	-	-
	교육/수련/연구	O	-	-
스위스 (-)	주요 지불보상	진단명 기준 건당 지불방식 (DRG)	진단명 기준 건당 지불방식 (DRG)	진단명 기준 건당 지불방식 (DRG)
	자본비용 보상	O	O	O
	교육/수련/연구	O	O	O

국가 (공공병상 비중)	지불보상	급성기 공공병원	급성기 비영리병원	급성기 영리병원
영국 (100.0%)	주요 지불보상	진단명 기준 건당 지불방식 (DRG)	행위별수가제	후향적 투입비용 보전
	자본비용 보상	O	O	O
	교육/수련/연구	O	O	O

자료: OECD. (2016). 2016 Health Systems Characteristics Survey. https://qdd.oecd.org/subject.aspx?Subject=hsc 에서 2021.12.23.에 인출하여 분석; OECD. (2021). OECD Health statistics. http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm 에서 2021.12.23.에 인출하여 분석

OECD 주요국의 병원에 대한 지불보상 방식을 살펴본 결과 대다수 국가에서 주요 지불제도로 DRG와 같은 진단명 기준 건당 지불방식을 사용하고 있는 것으로 나타났다. 또한 OECD 국가들은 대부분 병원의 운영주체에 따라 지불보상방식을 다르게 적용하고 있는데, 급성기 공공병원에 대해서는 DRG 같은 진단명 기준 건당 지불방식이나 병원예산제를 주요 지불방식으로 활용하고 있는 것으로 나타났다. 반면에, 급성기 영리병원에 대해서는 주로 DRG 같은 진단명 기준 건당 지불방식을 적용하고 있는 것으로 확인되었다. 그 외에 예외적으로 캐나다는 병원의 운영주체에 관계없이 병원예산제를 주요 지불방식으로 활용하고 있는 것으로 나타났다. 또한, 급성기 공공병원에 대해 병원예산제를 적용하는 국가들은 공공병상 수 비중이 큰 것으로 확인되었다(〈표 3-3〉).

OECD 주요국들의 병원에 대한 자본비용 보상 여부와 교육·수련 및 연구에 대한 별도의 보상 여부를 살펴본 결과 주요 지불보상방식과 마찬가지로 병원의 운영주체에 따라 다르게 적용하는 국가들이 존재하는 것으로 나타났으며, 그중 급성기 공공병원에 대해 자본비용 보상과 교육·수련 및 연구에 대한 별도의 보상을 하는 경향이 높은 것으로 확인되었다.

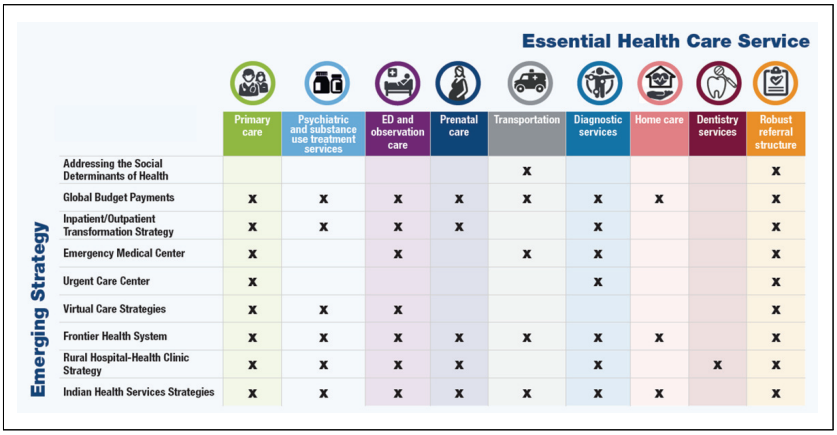
제2절 병원예산제 도입 사례

병원예산제(Global budget)는 제공하는 의료행위량에 관계없이 한 의료기관의 전체 서비스를 포괄한 예산을 책정하고 배정하는 방식으로 포괄 수준이 가장 높은 지불보상제도이다. 병원예산제는 사전에 적정수준의 예산을 배정함으로써 병원운영의 재정적 안정성을 보장할 뿐 아니라 병원이 환자 및 지역사회의 필요에 맞는 의료서비스를 적절히 제공할 수 있도록 운영상의 유연성을 보장하는 장점을 지니고 있다. 특히 병원예산제는 재정적 안정성 보장 및 운영상의 유연성 보장을 통해 취약지역에 위치하거나 취약계층을 주로 담당하는 병원이 양질의 의료서비스를 안정적으로 제공할 수 있는 지불제도라고 할 수 있다.

우리나라와 마찬가지로 미국 내 취약지역의 병원 역시 지역주민에게 필수의료서비스를 제공하는 중요한 역할을 감당하고 있음에도 불구하고 재정의 불안정성 등을 포함한 운영상의 많은 문제에 직면하고 있으며, 이는 취약지역 주민들의 필수의료서비스 접근성에 대한 주요 위험요인으로 작용하고 있다(Bhatt and Bathija, 2018, pp. 1271-1272). 이러한 취약지역 내의 주민들과 병원이 직면한 문제를 해결하기 위해 취약지역 내 병원을 대상으로 한 재정지원제도가 운영되고 있지만, 각 취약지역의 상황 및 필요성에 대해 더 효과적으로 대응할 수 있도록 취약지역 내 통합적·포괄적 의료전달체계를 확립하고 지불보상제도를 전반적으로 개선해야 한다는 주장이 대두되었다(Bhatt and Bathija, 2018, p. 1272). 이에 2015년 미국 병원협회(American Hospital Association, AHA)는 취약지역이 직면한 문제점을 인식하고 통합적이고 포괄적인 의료전달체계 확립 및 이에 적합한 지불보상제도 마련에 대한 전략 수립의 필요성을 인식하여 취약지역의 의료접근성 보장에 관한 태스크포스(AHA Task Force on

Ensuring Access in Vulnerable Communities)를 출범하였다. 29명의 병원장, 지역 병원협회장 등으로 구성된 태스크포스는 15개월 동안 정책입안자, 병원 및 지역사회 관계자들의 의견을 수렴하여 취약지역의 의료서비스 접근성을 향상하기 위한 아홉 가지의 주요 전략을 도출하였으며, 그중 하나로 병원예산제 도입을 포함하였다(American Hospital Association, n.d.; American Hospital Association, 2016, p. 13).

〔그림 3-1〕 미국병원협회의 취약지역 의료서비스 접근성을 향상을 위한 주요 전략



Essential Health Care Service

Emerging Strategy	Primary care	Psychiatric and substance use treatment services	ED and observation care	Prenatal care	Transportation	Diagnostic services	Home care	Dentistry services	Robust referral structure
Addressing the Social Determinants of Health					x				x
Global Budget Payments	x	x	x	x	x	x	x		x
Inpatient/Outpatient Transformation Strategy	x	x	x	x		x			x
Emergency Medical Center	x		x		x	x			x
Urgent Care Center	x					x			x
Virtual Care Strategies	x	x	x						x
Frontier Health System	x	x	x	x	x	x	x		x
Rural Hospital-Health Clinic Strategy	x	x	x	x		x		x	x
Indian Health Services Strategies	x	x	x	x	x	x	x		x

자료: American Hospital Association. (2016). Task Force on Ensuring Access in Vulnerable Communities. Ensuring Access in Vulnerable Communities. p. 13.

이 절에서는 미국 메릴랜드주와 펜실베이니아주의 병원예산제 도입 사례를 통해 우리나라 지방의료원에 대한 지불보상체계와 재정지원 개선방안에 대한 시사점을 살펴보고자 한다.

1. 미국의 병원예산제 도입 사례

가. 메릴랜드주의 총액예산제(Maryland Total Cost of Care Model)

미국은 메디케어(Medicare)와 메디케이드(Medicare) 같은 공보험과 민간보험이 각기 다른 수가체계로 운영되고 있으며, 대부분의 병원은 메디케어, 메디케이드 같은 공보험과 여러 민간보험과 계약을 맺어 진료하는 환자의 의료보험 종류에 따라 각각 다른 수가를 적용받고 있다. 각 보험의 수가 수준을 살펴보면, 공보험인 메디케어와 메디케이드의 수가는 민간보험에 비해 낮은 수준이며, 그중에서도 저소득층과 장애인을 주요 대상으로 하는 메디케이드의 수가 수준은 매우 낮다. 반면에 민간보험의 수가 수준은 매우 높아 미국의 전체 의료비 증가의 주요 영향요인으로 지적되어 왔으며, 민간보험의 높은 수가 수준으로 인해 메디케이드 환자 진료 시 발생한 적자를 민간보험 환자 진료 시 발생한 수익으로 보전하는 비용전가(cost-shifting) 문제가 발생하고 있다.

이러한 비용전가(cost-shifting)로 인해 발생하는 문제를 해결하기 위해 미국 메릴랜드주는 1971년 지역 내 전체 병원을 대상으로 수가를 책정하고 관리하는 독립기구인 의료비검토위원회(Health Services Cost Review Commission, HSCRC) 설립을 위한 법안을 제정하였다. 의료비검토위원회(HSCRC)의 설립 목적은 병원 수가 일원화를 통해 1) 병원 비용 증가를 억제하고, (2) 병원이 고품질의 서비스를 효율적으로 제공할 수 있도록 재정 안정성을 보장하며, 3) 병원 자금 조달의 형평성 및 공정성을 향상시키는 것이다(Cohen, n.d., p. 2).

의료비검토위원회(HSCRC)는 메디케어, 메디케이드 같은 공보험과 민간보험을 포함한 모든 지급주체에 대한 병원 수가 및 지불인센티브 책정

뿐만 아니라 지역 내 병원의 재정 관련 자료 등을 포함한 병원 운영현황 및 실적 자료의 공개에 관한 광범위한 책임을 부여받았다. 이후 1977년부터 메릴랜드주는 미국 최초로 공보험과 민간보험의 병원 수가를 일원화(All-Payer Hospital Rate Setting)하여 메디케어, 메디케이드 같은 공보험과 민간보험 환자들에게 동일한 수준의 보상을 하기 시작했다(Cohen, n.d., p. 2). 이러한 병원수가일원화(All-Payer Hospital Rate Setting)하의 지불보상은 병원 입원비용을 감소시키고, 보험자들 간의 비용전가(cost shifting)을 방지하고, 미보상 진료(uncompensated care)와 의료교육에 소요되는 비용 배분의 공정성을 강화시키는 긍정적인 효과를 가져왔다(Rajkumar et al., 2014, p. 493). 병원수가일원화의 구체적인 성과를 살펴보면 도입 직전인 1976년 메릴랜드주의 입원 당 비용은 미국 전체 평균보다 약 25% 높은 수준이었으나 1993년에는 병원수가일원화 도입 등의 영향으로 메릴랜드의 입원당 비용은 미국 전체 평균보다 11%가량 낮은 것으로 나타났으며, 같은 기간 동안 메릴랜드의 총입원비용의 증가율 역시 미국 전체 평균보다 낮은 수준으로 확인되었다(McDonough, 1997; Murray and Berenson, 2015, p. 48 재인용).

또한, 미보상 진료(uncompensated care) 및 취약계층의 의료 접근성의 개선 효과도 확인되었다. 메릴랜드의 병원수가일원화는 미보상 진료에 대해 합당한 수준의 비용을 반영한 수가를 책정하여 병원이 취약계층 등을 대상으로 제공한 미보상 환자 진료에 대해 재정적 인센티브를 제공하였다. 그 결과 메릴랜드 내 미보상 진료 비중은 병원수가일원화 도입 직후인 1978년 4.0%에서 2007년 8.1%로 큰 폭으로 증가하였다. 또한, 무보험자(Uninsured)들도 지역 내 민간병원과 주요 대학병원을 포함한 모든 병원을 이용할 수 있도록 하여 취약계층에 대한 병원의료서비스의 접근성이 개선되었다(Murray, 2009, p. 1400).

하지만 1990년대 이후 비용 증가 등으로 메릴랜드 지역 내 병원의 재정 상태가 악화되면서 이 문제를 타개할 방안의 일환으로 의료비검토위원회(HSCRC)는 비용 억제보다 병원의 수익성 강화를 주요 정책목표로 설정하고 병원수가를 산정하기 시작하였다. 이러한 정책 목표의 변화하에 메릴랜드주의 병원수가일원화는 입원당 비용을 절감하는 긍정적 효과에도 불구하고 입원서비스 이용량의 경우에는 오히려 증가시키는 역효과가 나타났다. 일례로, 2001년에서 2008년 사이 메릴랜드주의 전체 입원서비스 이용량은 연평균 2.4% 증가하였는데, 이는 같은 기간 미국 전체 입원서비스 이용량의 연평균 증가율인 1%에 비해 2배 이상 높은 수준이었다(Murray and Berenson, 2015, pp. 48-49).

이러한 입원서비스의 양적 증가를 통한 의료비 상승을 관리하면서도 병원에 안정적인 수익을 보장하고 서비스의 질을 높이기 위한 방안으로 메릴랜드주는 2008년부터 미국 최초로 병원예산제 시범사업(Total Patient Revenue Program; TPR Program)을 도입·운영하였다(ALTARUM Healthcare Value Hub, 2020, p. 3). 메릴랜드주의 병원예산제 시범사업(TPR Program)은 참여 병원에 외래 및 입원 서비스를 포괄하여 미리 전해진 일정액의 금액을 예산 형태로 지급하는 것으로, 해당 예산의 산정 방식은 의료비검토위원회(HSCRC)에 의해 고안되었으며, 이전 연도의 병원수익을 기반으로 물가 상승, 진료권 내 주민의 인구구조 변화 및 참여 병원에 대한 의료의 질 측정 결과 등이 반영되었다(ALTARUM Healthcare Value Hub, 2020, p. 3).

시범사업 초기의 참여 병원으로는 취약지역에 해당하는 시골 지역 병원이 선정되었는데, 시골 지역 병원의 경우 진료권 내 병원의 수가 대도시 지역에 비해 상대적으로 적어 기술적 측면에서 참여 병원 예산 산정의 기반이 되는 잠재적 환자의 할당이 수월하다는 장점이 있었다(Murray and Berenson, 2015, p. 49). 병원예산제 시범사업(TPR Program)은

병원의 안정적인 재정 보장 및 의료의 질 향상에 대한 인센티브 지급을 통해 참여한 시골 지역 병원이 지역사회의 의료서비스의 질을 개선하고 건강수준을 높이는 일에 중점을 둘 수 있도록 유도하는 역할을 하였으며, 그 결과 2007년과 2013년 사이에 시범사업 참여 병원이 비참여 병원에 비해 응급실 이용률, 외래 수술 이용률, 외래환자 방문율 등이 감소한 것으로 확인되었다(Pines, Vats, Zocchi, Black, 2019, p. 594).

2014년에는 기존의 취약지역인 시골 지역 병원을 대상으로 한 병원예산제 시범사업(TPR Program)을 확장, 발전시켜서 미국의 메디케어 및 메디케이드 혁신센터(Centers for Medicare & Medicaid Services Innovation Center, CMS Innovation Center)의 새로운 지불제도 및 의료서비스 전달체계를 개발 및 검증하기 위한 혁신모형(Innovation models) 중 하나로 메릴랜드주의 46개 급성기 병원 전체에 병원예산제(Maryland All Payer Model, MDAPM)를 도입하였다(Centers for Medicare & Medicaid Services, n.d.). MDAPM는 메릴랜드주의 급성기 병원 수입의 80% 이상을 인구 기반 지불방식(Population based payment method)으로 보상하도록 규정하였다(ALTARUM Healthcare Value Hub, 2020, p. 4). 또한, 메릴랜드주의 병원진료비용 감소와 더불어 병원서비스의 질을 높이고, 주민들의 건강을 향상시키기 위해 다음과 같은 목표를 설정하였다(Centers for Medicare & Medicaid Services, n.d.; ALTARUM Healthcare Value Hub, 2020, p. 4 재인용).

1) 1인당 병원 진료비 증가율 연 3.58% 이하로 유지
2) 병원예산제 도입 후 5년간(2014~2018년) Medicare 수혜자의 병원서비스에 대한 총진료비 3억 3천 3백만 달러 절감
3) 메디케어 수혜자의 1인당 병원 진료비 미국 전국 평균 이하로 유지
4) 메디케어 환자의 퇴원 후 30일 이내 재입원율 미국 전국 평균 이하로 낮춤

5) 병원예산제 도입 후 5년(2014~2018년)간 예방 가능한 합병증(potentially preventable complication) 30% 낮춤

MDAPM의 병원별 예산은 병원예산제 도입 직전 연도인 2013년의 병원 이용량 및 진료비를 기반으로 하여 매년 다음의 요소들을 반영하여 산정하였다(Haber et al, 2016, p. 4.).

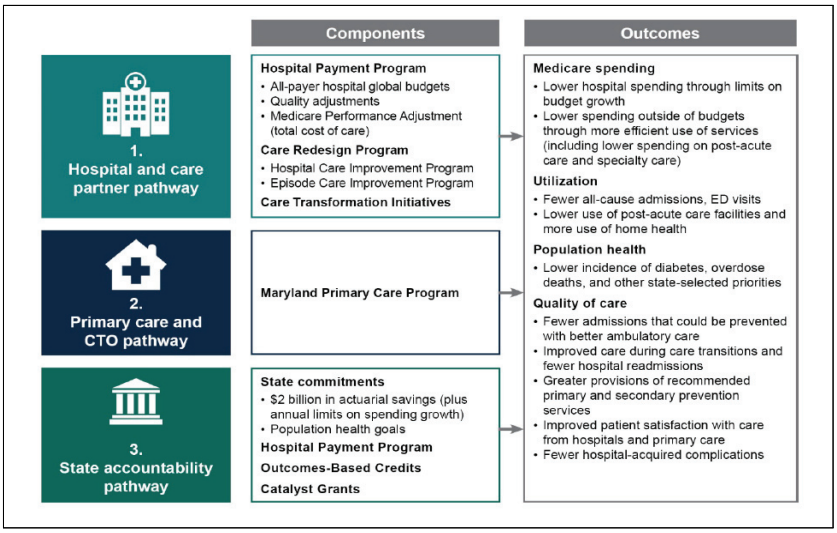
1) 물가상승에 따른 병원서비스 비용 변화
2) 지역 내 인구구조 변화
3) 지역 내 각 병원의 시장 점유율의 변화
4) 각 병원의 불필요한 병원서비스(Potentially Avoidable Utilization, PAU) 감소 정도
5) 각 병원에 대한 의료의 질 평가 결과
6) 각 병원의 미보상 진료(uncompensated care) 비율

예산 산정에 반영되는 요소 중 물가상승에 따른 병원서비스 비용 변화는 병원의 서비스 제공에 필요한 투입요소에 대한 비용과 더불어 자본비용의 변화를 고려하여 산출하였으며, 인구구조 변화는 병원이 위치한 지역의 연령별 인구수의 변화를 감안하여 산출하였다(Haber et al, 2016, p. 4.). 불필요한 병원서비스(Potentially Avoidable Utilization, PAU)의 감소 정도는 퇴원 후 30일 이내 재입원, 퇴원 후 30일 이내 응급실 내원, 피할 수 있는 입원(potentially avoidable admission), 예방 가능한 합병증(potentially preventable complication) 등의 결과를 이용하여 산정하였다(Haber et al, 2016, p. 5.).

메릴랜드주의 급성기 병원 전체를 대상으로 병원예산제(MDAPM)를 도입한 후 불필요한 의료행위 감소, 의료비 지출 증가율 감소, 지역사회 및 일차의료 연계 강화, 응급실 내원율, 재입원율, 예방 가능한 합병증 감

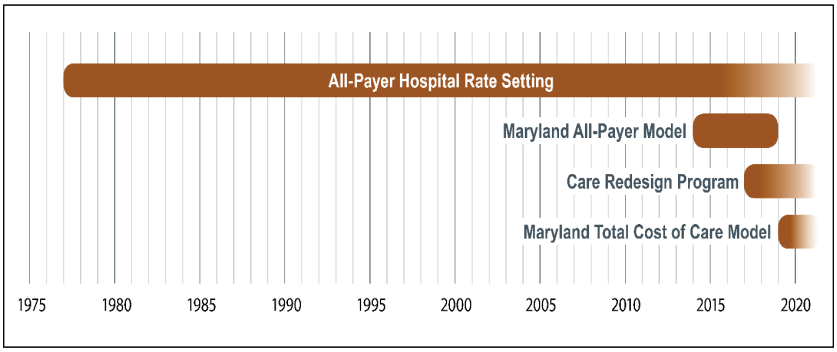
소 등이 확인되었다(Machta et al., 2021, p. 3.). 그리고 2019년에는 기존의 병원예산제인 MDAPM를 확장 발전시킨 Maryland Total Cost of Care(MDTCOC)을 미국 메디케어 및 메디케이드 혁신센터(CMS Innovation Center)의 또 다른 혁신모형(Innovation model)으로 도입하였으며, 2026년까지 운영될 예정이다. MDTCOC는 기존의 병원예산제를 기반으로 병원-일차의료-지역사회 연계 강화를 위한 프로그램인 Care Redesign Program(CPR)와 Maryland Primary Care Program(MDPCP)를 통해 단일병원을 넘어선 병원 간 연계, 일차의료 연계 강화, 그리고 지역사회와의 연계를 통한 의료비 절감, 의료서비스 질 향상, 지역 주민의 건강수준 향상에 따른 인센티브를 제공하고 있다 〔그림 3-2〕. 미국 메릴랜드주의 병원 수가지불제도의 연혁은 〔그림 3-3〕와 같다.

〔그림 3-2〕 Maryland Total Cost of Care(MDTCOC) 개요



자료: Machta et al. (2021). Evaluation of the Maryland Total Cost of Care Model: Implementation Report. p. 10 Figure 1.2.

〔그림 3-3〕 미국 메릴랜드주 병원 지불보상제도 연혁



자료: Haber et al. (2019). Evaluation of the Maryland All-payer Model: Final Report. p. 1 Figure 1.

나. 미국 펜실베이니아주의 시골 지역 병원 대상 병원예산제 (Pennsylvania Rural Health Model)

2017년 미국 펜실베이니아주는 미국의 메디케어 및 메디케이드 혁신센터(CMS Innovation Center)가 새로운 지불제도 및 의료서비스 전달체계를 개발하고 검증하기 위해 운영하는 혁신 모형(Innovation models) 중 하나로 펜실베이니아주의 시골 지역 병원을 대상으로 병원예산제(Pennsylvania Rural Health Model, PARHM)를 시행할 것을 발표하였다(Bijelic and Knudson, 2021, p. 15.) PARHM는 병원예산제를 통해 시골 지역 병원의 재정 안정성을 보장하여 시골 지역 주민들에게 양질의 필수의료서비스 접근성을 높이고 건강수준을 개선하는 것을 주요 목적으로 하여, 2년간(2017~2018년)의 도입 준비기간을 거쳐 2019년에서 2024년까지 6년간 운영될 예정이다(Centers for Medicare & Medicaid Services, n.d.-b). 병원예산제의 시행을 위해 2017년 펜실베이니아주의 시골 지역에 위치한 총 67개의 병원을 참여 대상으로 선정하였으며, 그중 시행 첫해인 2019년에 5개 병원이 참여한 것을 시작으

로, 2020년에 8개 병원, 2021년에 5개 병원이 추가로 참여하여 2021년 기준 총 18개의 시골 지역 병원이 참여하고 있다(Bijelic and Knudson, 2021, p. 25.).

PARHM은 2019년부터 2024년까지 6년간 총 3,500달러 수준의 의료비 절감과 함께 시골 지역 의료서비스의 질을 높이고, 주민들의 건강을 향상시키기 위해 다음과 같은 목표를 설정하였다(Bijelic and Knudson, 2021, p. 19.; Centers for Medicare & Medicaid Services, n.d.-b).

1) 필수의료서비스에 대한 접근성 향상
2) 만성질환 관리 및 예방 검진 시스템 개선을 통한 건강격차 줄임
3) 약물 오남용으로 인한 사망 감소 및 오피오이드 남용 치료에 대한 접근성 개선

PARHM은 참여 병원에 병원발전계획(Hospital Transformation Plan) 수립를 의무화하고, 제공하는 의료서비스의 질을 높이고 지역 내 의료적 필요에 맞는 서비스를 제공함으로써 지역 주민의 건강수준을 향상시키기 위한 방안들을 계획 안에 반드시 포함하도록 하고 있다(Bijelic and Knudson, 2021, p. 9). 이에 따라 참여 병원은 예방적 의료서비스를 통한 건강관리 강화와 이에 따른 불필요한 입원 및 응급의료서비스 감소, 지역주민의 건강수준 향상을 주요 목표로 하여 해당 지역 및 병원의 실정에 맞는 의료서비스의 종류나 제공방식에 대한 계획을 수립해야 하며, 수립된 병원발전계획의 달성에 대해 참여기간 동안 매해 평가를 받아야 한다(Bijelic and Knudson, 2021, pp. 9, 17-18).

PRHMM은 참여 병원에 외래 및 입원 서비스를 포괄하여 미리 정해진 일정액을 예산 형태로 지급하고 있으며, 병원별 예산은 병원예산제 참여 이전 최근 연도의 병원 이용량 및 진료비를 기반으로 매년 다음의 요소들을 반영하여 산정하고 있다(Bijelic and Knudson, 2021, p. 16.)

1) 물가상승에 따른 병원서비스 비용 변화
2) 지역 내 인구구조 변화
3) 각 병원의 제공 서비스 유형의 변화
4) 예기치 않은 병원서비스 이용량 변화
5) 각 병원의 불필요한 병원서비스(Potentially Avoidable Utilization, PAU) 감소 정도
6) 각 병원에 대한 의료의 질 평가 결과

PARHM의 병원별 예산 산정 시 병원에서 제공하는 입원서비스 및 외래서비스를 포함하며, 치과서비스, 내구성 의료 장비(Durable Medical Equipment) 방문의료서비스(home health services) 등의 서비스는 제외한다(Bijelic and Knudson, 2021, p. 16.) 또한, PRHMM의 주요 목표인 병원예산제와 의료전달체계 혁신을 통한 시골 지역 병원서비스 질의 개선 그리고 지역 주민의 건강수준 향상을 달성하였는지를 평가 및 모니터링하기 위해 다음의 평가지표를 활용하여 성과평가 및 모니터링을 실시하고 있다(Bijelic and Knudson, 2021, p. 59.)

1) 외래진료 민감질환(Ambulatory care-sensitive conditions)으로 인한 입원 및 응급실 내원 비율
2) 재입원율
3) 오피오이드의 지속적 복용에 대한 관리 및 오피오이드 복용 장애에 대한 약물요법 사용
4) 예방적 의료서비스 제공 비율
5) 복합 만성질환자의 응급실 내원 후 추적 관리

제4장

지방의료원 현황

제1절 지방의료원 기능 및 역할
제2절 지방의료원 현황
제3절 소결

제4장 지방의료원 현황

제1절 지방의료원 기능 및 역할

1. 법령상 기능 및 역할

「공공보건의료에 관한 법률」 제2조 3항은 공공보건의료기관을 “국가나 지방자치단체 또는 대통령령으로 정하는 공공단체가 공공보건의료의 제공을 주요한 목적으로 하여 설립·운영하는 보건의료기관”으로 정의한다. 동법 시행령인 「공공보건의료에 관한 법률 시행령」 제2조 10항은 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」에 따른 지방의료원을 공공보건의료기관으로 규정한다. 「공공보건의료에 관한 법률」 제7조에서는 지방의료원을 포함한 공공보건의료기관은 ① 취약계층 대상 보건의료, ② 수익성이 낮아 공급이 부족한 보건의료, ③ 재난 및 감염병 대응, ④ 질병 예방과 건강 증진, ⑤ 지역적 균형 확보를 위한 교육·훈련 및 인력 지원을 우선적으로 제공해야 한다고 명시하고 있다. 이러한 지역 공공병원의 다섯 가지 주요 역할은 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」 제7조에서도 지방의료원의 주요 사업으로 제시되어 있다(〈표 4-1〉).

〈표 4-1〉 공공보건의료기관 및 지방의료원의 법률상 역할

공공보건의료에 관한 법률
제7조(공공보건의료기관의 의무) ① 공공보건의료기관은 다음 각 호에 해당하는 보건의료를 우선적으로 제공하여야 한다. 1. 의료급여환자 등 취약계층에 대한 보건의료 2. 아동과 모성, 장애인, 정신질환, 응급진료 등 수익성이 낮아 공급이 부족한 보건의료 3. 재난 및 감염병 등 신속한 대응이 필요한 공공보건의료

공공보건의료에 관한 법률
4. 질병 예방과 건강 증진에 관련된 보건의료 5. 교육·훈련 및 인력 지원을 통한 지역적 균형을 확보하기 위한 보건의료 6. 그 밖에 「보건의료기본법」 제15조에 따른 보건의료발전계획에 따라 보건복지부장관이 정하는 보건의료
제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. 1. "공공보건의료"란 국가, 지방자치단체 및 보건의료기관이 지역·계층·분야에 관계없이 국민의 보편적인 의료 이용을 보장하고 건강을 보호·증진하는 모든 활동을 말한다. 2. "공공보건의료사업"이란 다음 각 목의 사업을 말한다. 가. 보건의료 공급이 원활하지 못한 지역 및 분야에 대한 의료 공급에 관한 사업 나. 보건의료 보장이 취약한 계층에 대한 의료 공급에 관한 사업 다. 발생 규모, 심각성 등의 사유로 국가와 지방자치단체의 대응이 필요한 감염병과 비감염병의 예방 및 관리, 재난으로 인한 환자의 진료 등 관리, 건강 증진, 보건교육에 관한 사업 라. 그 밖에 국가가 관리할 필요가 있는 보건의료로서 보건복지부령으로 정하는 사업
지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률
제7조(사업) ① 지방의료원은 다음 각 호의 사업을 한다. 1. 지역주민의 진료사업 2. 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제2호의 공공보건의료사업(이하 "공공보건의료사업"이라 한다) 4. 의료인·의료기사 및 지역주민의 보건교육사업 5. 의료지식과 치료기술의 보급 등에 관한 사항 6. 국가 또는 지방자치단체의 공공보건의료 시책의 수행 7. 감염병에 관한 각종 사업의 지원 8. 그 밖에 보건복지부장관 및 지방자치단체의 장이 필요하다고 인정한 보건의료사업의 수행 및 관리

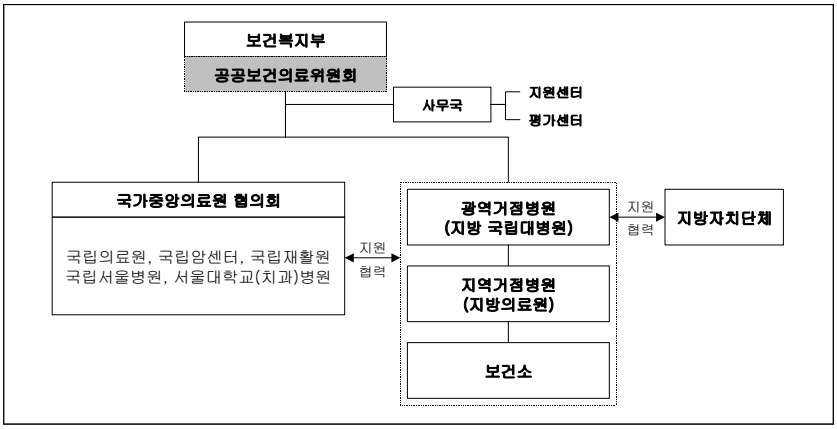
자료: 공공보건의료에 관한 법률, 법률 제18411호 (2021); 지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률, 법률 제17893호 (2021)

2. 주요 공공보건의료정책에서 제시된 기능 및 역할

2005년 정부 차원의 최초의 공공의료 관련 대책인 '공공보건의료 확충 종합대책'을 발표하면서, 주요 내용으로 중앙(국가중앙의료원협의회)-광역(국립대병원)-지역거점(지방의료원)-지역(보건소 등)으로 이어지는 공공보건의료 전달체계를 제시하였다(〔그림 4-1〕). 제시된 공공보건의료 전달체계 내에서 지방의료원 등의 지역 공공병원은 '양질의 2차 진료서비스 제공' 및 '포괄적이고 공익적인 보건의료서비스 제공'의 기능 및 역

할을 수행하는 '지역거점병원'으로 육성할 것임을 밝혔다(관계부처 합동, 2005; 보건복지부, 국립중앙의료원, 2020, p. 1 재인용). 이후 2010년 '지역거점 공공병원 발전계획', 2013년 '지방의료원 육성을 통한 공공의료 강화방안', '제1차 공공보건의료 기본계획' 등의 대책을 통해 지방의료원의 지역거점 공공병원으로서의 역할 구체화 및 육성을 위한 노력을 지속하였다.

〔그림 4-1〕 2005년 공공보건의료 확충 종합대책상의 공공보건의료 전달체계



자료: 관계부처 합동. (2005). 공공보건의료 확충 종합대책 p. 59

2018년, 정부는 지역격차 해소를 위한 공공보건의료 책임성 강화, 필수의료 전 국민 보장 강화, 공공보건의료 인력 양성 및 역량 제고, 공공보건의료 거버넌스 구축을 주요 내용으로 하는 '공공보건의료 발전 종합대책'을 발표하였다. 이 대책은 공공보건의료 발전을 위한 기본 방향을 기존의 취약지, 취약계층, 시장실패 영역 등 미충족된 분야를 보완하는 잔여적 접근에서 벗어나 모든 국민을 대상으로 생명·건강, 삶의 질과 직결되는 필수의료에 대해 선제적·기본적인 역할을 수행하는 것으로 확장하였다(〈표 4-2〉).

이와 더불어 기존의 지방의료원에 부여된 지역거점병원의 기능 및 역할도 권역-지역-기초 전달체계하의 지역책임기관의 기능 및 역할로 확장되었다. '공공보건의료 발전 종합대책'의 주요 내용인 지역격차 해소를 위한 주요 방안으로 권역·지역책임의료기관 지정 및 육성 방안을 제시하였으며 그중 지역책임의료기관은 중진료권 단위에서 지역의료기관 등과의 협력을 통해 지역별 필수의료 문제를 발굴하고, 문제 해결을 위한 연계·조정 등의 역할을 수행하게 되며, 필수의료를 위한 급성기 진료가 가능한 역량 있는 종합병원급 공공병원(지방의료원·적십자병원 등) 또는 민간병원[14]을 지정하게 된다(보건복지부, 2018b, pp. 10-12).

지역책임의료기관의 기능 및 역할은 이후 발표된 2019년 '믿고 이용할 수 있는 지역의료 강화 대책', 2020년 '감염병 효과적 대응 및 지역 필수의료 지원을 위한 공공의료체계 강화 방안', 2021년 '제2차 공공보건의료 기본계획'을 통해 구체화되었다. 지역책임의료기관은 2차 의료기관으로서 양질의 필수의료 제공, 퇴원환자 지역사회 연계, 보건의료-복지 연계 등 공공보건의료 전달체계의 허브 역할을 수행하게 되며, 주요 기능은 ① 진료[포괄2차 진료, 지역응급/지역심뇌혈관 등], ② 연계·협력[필수의료 연계 협력, 퇴원환자 연계, 일차의료 연계, 의료복지 연계, 진료정보 교류], ③ 기획·교육[공공의료 기획·조정·계획 수립, 교육 및 연구], ④ 적정진료 ⑤ 공공의료 사업의 다섯 가지이다(보건복지부, 2018b, pp. 10-12; 보건복지부, 2019a, pp. 14-16; 보건복지부, 2021, p. 16, pp. 40-41).

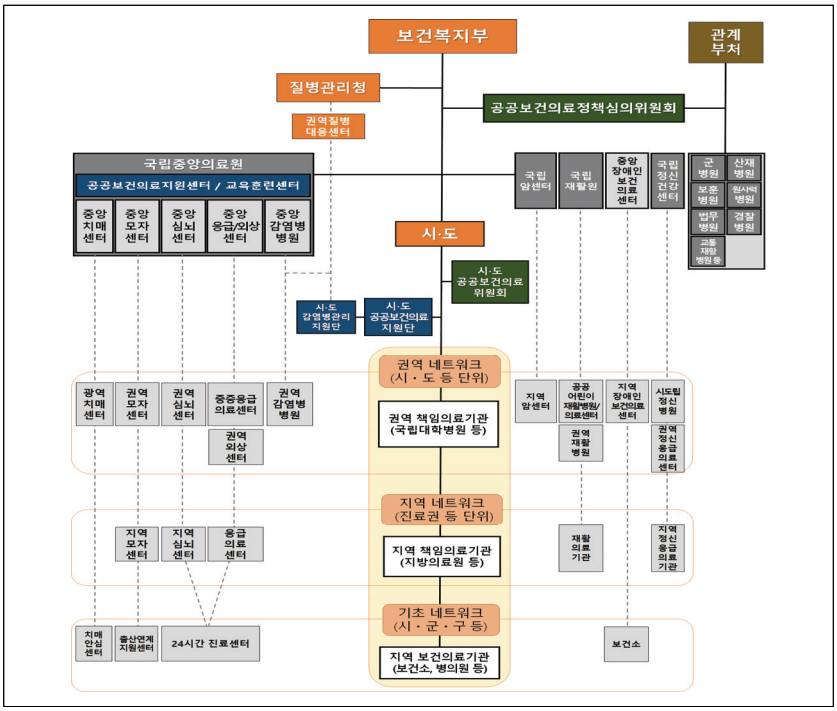
14) 「공공보건의료에 관한 법률」에 의한 공공의료수행기관으로 지정·계약하거나, '(가칭) 공익특수의료법인'로 전환 등을 요건으로 지정

〈표 4-2〉 공공보건의료 발전 방향

구분	기 존	개 선
정의	시장실패로 인해 보건의료서비스 제공이 취약한 분야	국민의 생명·안전 및 기본적 삶의 질을 보장하는 필수의료
	보완적	선제적·기본적
제공기관	지역 내 분절적 의료수행 권역-지역-기초 협력체계 부재	권역·지역 책임의료기관 지정 권역-지역-기초 전달체계 수립
대상	취약계층 중심	모든 국민
분야	1. 취약지 2. 취약계층 3. 취약분야 : 응급, 분만 4. 신종 감염병 등	1. 필수중증의료(응급·외상·심뇌혈관 등) 2. 산모(모성·분만), 어린이 의료 3. 장애인, 재활 4. 지역사회 건강관리 5. 감염 및 환자 안전

자료: 보건복지부. (2018). 공공보건의료 발전종합대책, p. 6.

[그림 4-2] 제2차 공공보건의료기본계획상의 공공보건의료 전달체계



자료: 보건복지부. (2021). 제2차 공공보건의료 기본계획, p. 11.

〈표 4-3〉 책임의료기관 주요 기능 및 역할

구분	필수보건의료 분야							자원 연계	
	급성기 퇴원환자 연계	중증응급 질환협력	감염 및 환자안전	정신/재활	산모/신생아/어린이	일차의료 돌봄	취약계층	교육	인력
'21년	필수	필수	필수	선택	선택	선택	선택	선택	선택
'22년	필수	필수	필수	필수	선택	선택	선택	필수	선택
'23년	필수	필수	필수	필수	필수	선택	선택	필수	필수
'24년	필수	필수	필수	필수	필수	필수	선택	필수	필수
'25년	필수	필수	필수	필수	필수	필수	필수	필수	필수

자료: 보건복지부. (2021). 제2차 공공보건의료 기본계획, p. 41.

제2절 지방의료원 현황

1. 공공의료기관 및 지방의료원 일반현황

우리나라 공공의료기관[15]을 양적인 측면에서 살펴보면 다른 나라에 비해 매우 부족한 상황임을 알 수 있다. 우리나라 전체 의료기관 수 대비 공공의료기관 수의 비율은 2020년 현재 5.4%(2019년 기준 OECD 평균 53.8%)이며, 공공의료기관 병상 수 비중은 전체 병상 수 대비 9.7%(2019년 기준 OECD 평균 70.4%)에 불과하여 OECD 국가 중 최저 수준에 해당한다(〈표 4-4〉, 〔그림 4-3〕, 〔그림 4-4〕). 공공의료기관 병상 수 비중의 지역별 분포를 살펴보면 비중이 가장 큰 지역은 제주(32.5%)이며, 그다음으로 강원(23.1%), 세종(16.2%) 순이고 가장 낮은 지역은 울산(1.1%), 인천(4.6%), 부산(5.4%) 순으로 나타났다(〈표 4-4〉). 우리나라의 인구 천 명당 공공의료기관 병상 수는 2019년 기준 1.2개(OECD

15) 공공의료기관은 공공보건의료기관 중 공공보건기관(보건소, 보건지소, 보건진료소)을 제외한 기관을 의미한다.

평균 2.8개)로 이 역시 OECD 국가 중 최저 수준으로 나타났다([그림 4-5]).

〈표 4-4〉 우리나라 공공의료기관 비중(2020년)

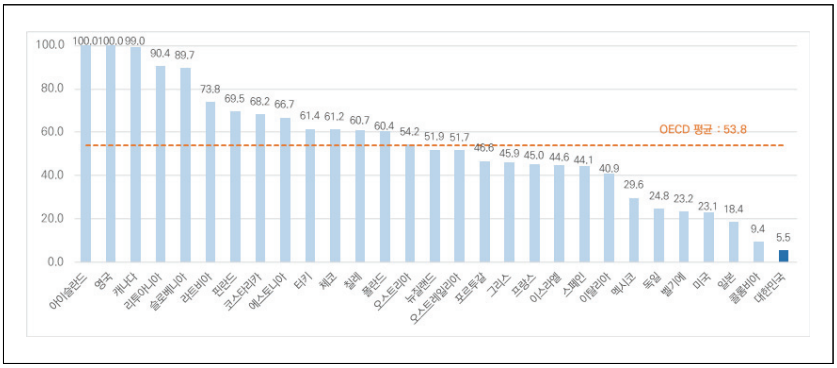
(단위: 개소, 병상, %)

구분	의료기관 수			병상 수		
	전체 의료기관[1]	공공 의료기관[2]	공공의료기관 비중	전체 의료기관[1]	공공 의료기관[2]	공공의료기관 비중
단위	개소	개소	%	병상	병상	%
전국	4,118	222	5.4%	656,068	63,417	9.7%
서울	535	22	4.1%	79,031	8,617	10.9%
부산	397	9	2.3%	67,118	3,656	5.4%
대구	220	9	4.1%	36,325	3,800	10.5%
인천	201	8	4.0%	30,892	1,406	4.6%
광주	272	8	2.9%	37,532	2,797	7.5%
대전	129	7	5.4%	21,324	3,018	14.2%
울산	97	1	1.0%	14,313	157	1.1%
세종	15	1	6.7%	1,601	259	16.2%
경기	831	30	3.6%	124,869	9,107	7.3%
강원	101	19	18.8%	15,427	3,565	23.1%
충북	113	10	8.8%	19,181	2,815	14.7%
충남	165	13	7.9%	26,109	3,572	13.7%
전북	208	12	5.8%	36,068	3,554	9.9%
전남	227	22	9.7%	39,199	4,746	12.1%
경북	233	24	10.3%	41,337	4,516	10.9%
경남	349	22	6.3%	61,225	6,365	10.4%
제주	25	5	20.0%	4,517	1,467	32.5%

주: 1) 2020년 기준 건강보험심사평가원에 신고된 병원급 이상 의료기관
2) 2020년 기준 공공의료기관 중 병원급 이상 의료기관
자료: 보건복지부, 국립중앙의료원. (2021). 2020년 공공의료기관 현황, p. 5.

〔그림 4-3〕 OECD 국가의 공공의료기관 비중(2019년)

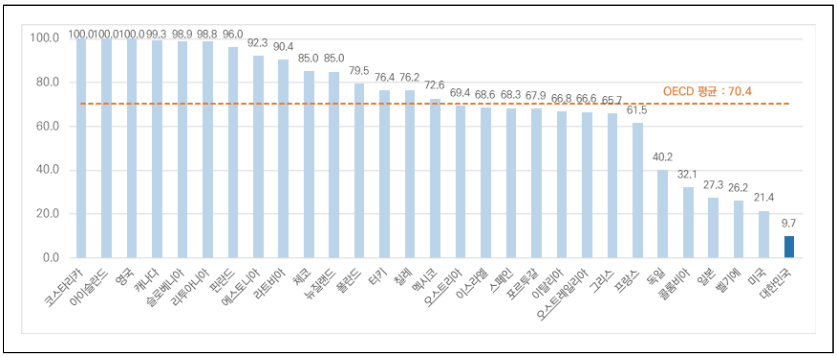
(단위: %)



자료: OECD. (2021). OECD Health statistics. http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm에서 2021.12.23.에 인출하여 분석

〔그림 4-4〕 OECD 국가의 공공의료기관 병상 수 비중(2019년)

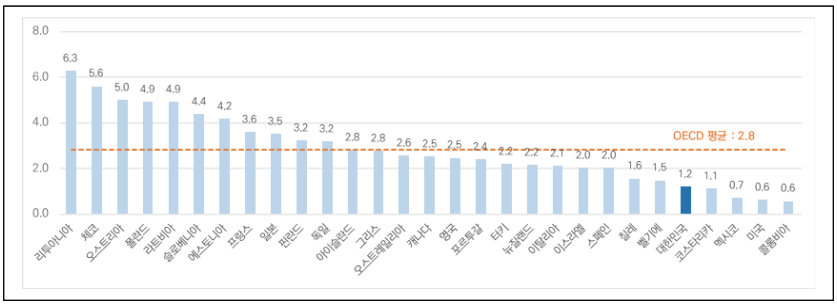
(단위: %)



자료: OECD. (2021). OECD Health statistics. http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm 에서 2021.12.23.에 인출하여 분석

〔그림 4-5〕 OECD 국가의 인구 천 명당 공공의료기관 병상 수(2019년)

(단위: %)



자료: OECD. (2021). OECD Health statistics. http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm 에서 2021.12.23.에 인출하여 분석

2020년 12월 기준 우리나라의 공공의료기관은 총 230개소로, 기능에 따라 일반진료 중심, 특수대상 중심, 특수질환 중심, 노인병원으로 구분할 수 있으며, 이러한 구분에 따라 이 연구의 주요 대상인 지방의료원은 일반진료 중심 공공의료기관에 해당한다(〈표 4-5〉).

〈표 4-5〉 공공의료기관 현황

구분	광역 이상		단일 혹은 복수 기초자치단체	
일반진료 중심(66)	국립중앙의료원(1) 국립대학병원(10) 국립대학병원분원(6) 건보공단일산병원(1)	(18)	**지방의료원(35)** **지방의료원분원(2)** 적십자병원(6) 시군립일반병원(5)	(48)
특수대상 중심(42)	경찰병원(1) 근로복지공단 병·의원(13)		보훈병원(7) 군병·의원(21)	
특수질환 중심(41)	국립결핵병원(2) 국립정신병원(5) 국립법무병원(1) 국립재활원(1) 국립교통재활병원(1) 도립재활병원(4) 국립암센터(1) 국립소록도병원(1) 국립대치대병원(6) 원자력병원(2) 국립대한방병원(1) 국립대학전문센터(1)	(26)	시립장애인치과병원(1) 시립서북병원(1) 시립어린이병원(1) 시도립정신병원(11) 군립일반병원(1)	(15)
노인병원(81)	시도립노인병원(36)	(36)	시군구립노인병원(45)	(45)

주: 2020년 12월 기준
자료: 보건복지부, 국립중앙의료원. (2021). 2020년 공공의료기관 현황, p. 11.

2020년 12월 기준 전국적으로 35개의 지방의료원(성남시의료원 포함 및 2개 분원 제외)이 운영되고 있으며, 이를 의료기관 종별로 살펴보면, 86%에 해당하는 30개소가 종합병원이고 나머지 5개소는 병원이다(〈표 4-6〉). 소재지의 규모 기준으로는 특광역시 및 인구 100만 이상의 대도시에 6개소, 인구 50만 이상 100만 미만 대도시에 4개소, 인구 20만 이상 50만 미만 중도시에 10개소, 인구 10만 이상 20만 미만 소도시에 7개소, 인구 10만 미만 소도시나 군 지역에 8개소가 위치하고 있다. 지방의료원의 지역분포를 살펴보면, 특광역시의 경우 광주, 대전, 울산을 제외한 서울, 부산, 대구, 인천에 각 1개소씩 위치하고 있고, 9개 도별로 최소한 한 개 이상의 지방의료원이 있으며, 도내에 많은 지방의료원을 운영하고 있는 곳은 경기(7개소), 강원(5개소) 등이 있다. 운영주체별로는 성남시의료원, 목포시의료원, 울진군의료원, 진안군의료원 4곳의 경우 기초단치단체에서 운영하고 있고, 나머지 31개소는 광역자치단체에서 운영하고 있다(〈표 4-6〉). 지방의료원의 운영주체인 광역 및 기초 지방자지단체의 재정자립도는 2020년 기준 7.1~76.1%로 편차가 매우 큰 것으로 나타났으며, 유형별로는 대도시에 비해 중소도시나 군 지역 또는 의료취약지에 위치한 지방의료원을 운영하는 광역 및 기초 지자체의 재정자립도가 상대적으로 낮은 것으로 확인되었다(〈표 4-8〉, 〈표 4-9〉). 또한, 비수도권에 위치하거나 운영주체가 기초자치단체인 경우 재정자립도가 낮은 것으로 나타났다(〈표 4-9〉).

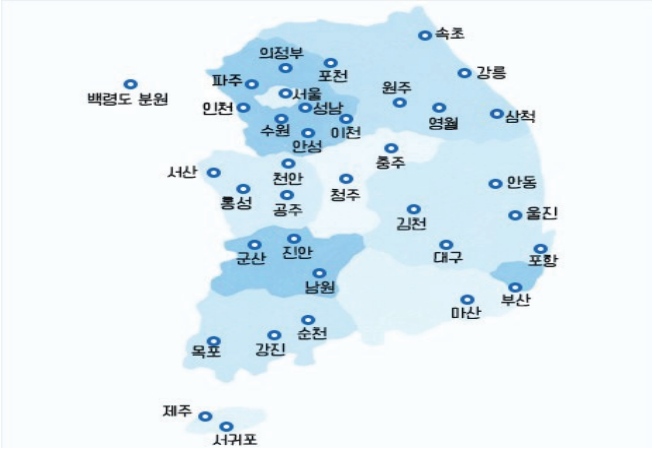
〈표 4-6〉 지방의료원 분포

구분	수도권		비수도권	
특광역시 및 인구 100만 이상 대도시(6)	서울의료원 인천의료원 경기도수원병원	(3)	대구의료원 마산의료원 부산의료원	(3)

구분	수도권		비수도권		
인구 50~100만 대도시 (4)	성남시의료원[1]	(1)	천안의료원 청주의료원 포항의료원		(3)
인구 20~50만 중도시 (10)	경기도의정부병원 경기도이천병원 경기도파주병원	(3)	강릉의료원 군산의료원 목포시의료원[1] 순천의료원	원주의료원 제주의료원 충주의료원	(7)
인구 10~20만 소도시 (7)	경기도안성병원 경기도포천병원	(2)	공주의료원 김천의료원 서귀포의료원	서산의료원 안동의료원	(5)
인구 10만 미만 소도시나 군 (8)			강진의료원[2] 남원의료원 삼척의료원 속초의료원	영월의료원[2] 울진군의료원[1)2)] 진안군의료원[1)2)] 홍성의료원[2]	(8)

주: 2020년 12월 말 기준
1) 기초자치단체 운영
2) 의료취약지 내 위치
자료: 필자 작성

〔그림 4-6〕 지방의료원 지역분포



자료: 전국지방의료원 연합회. 지방의료원 전국현황. http://www.medios.or.kr/front/aa/a2/0100/getInitPage.do에서 2022.2.12.에 인출

〈표 4-7〉 지방의료원 현황

시도	구분	병원종별	허가병상 수	수련유형	응급지정
서울	서울의료원	종합병원	623	인턴레지던트수련	지역응급의료센터
	-강남분원	병원	30	비지정	비지정
부산	부산의료원	종합병원	548	인턴레지던트수련	지역응급의료기관
대구	대구의료원	종합병원	462	인턴수련	지역응급의료기관
인천	인천의료원	종합병원	325	인턴수련	지역응급의료기관
	-백령병원	병원	30	비지정	지역응급의료기관
경기	경기도의료원 이천병원	종합병원	204	비지정	지역응급의료센터
	경기도의료원 수원병원	종합병원	170	인턴수련	지역응급의료기관
	경기도의료원 포천병원	종합병원	172	비지정	지역응급의료센터
	경기도의료원 안성병원	종합병원	249	비지정	지역응급의료센터
	경기도의료원 의정부병원	종합병원	203	비지정	지역응급의료기관
	경기도의료원 파주병원	종합병원	200	인턴수련	지역응급의료센터
	성남시의료원	종합병원	455	비지정	지역응급의료센터
강원	원주의료원	종합병원	240	인턴수련	지역응급의료기관
	강릉의료원	종합병원	137	비지정	지역응급의료기관
	속초의료원	종합병원	172	인턴수련	지역응급의료센터
	영월의료원	종합병원	202	비지정	지역응급의료기관
	삼척의료원	종합병원	148	인턴수련	지역응급의료센터
충북	청주의료원	종합병원	676	인턴수련	지역응급의료기관
	충주의료원	종합병원	299	인턴수련	지역응급의료기관
충남	천안의료원	종합병원	296	비지정	지역응급의료기관
	공주의료원	종합병원	299	인턴수련	지역응급의료기관
	홍성의료원	종합병원	486	인턴수련	지역응급의료센터
	서산의료원	종합병원	267	인턴수련	지역응급의료센터
전북	군산의료원	종합병원	413	인턴수련	지역응급의료센터
	남원의료원	종합병원	277	인턴수련	지역응급의료센터
	진안군의료원	병원	84	비지정	지역응급의료기관
전남	순천의료원	병원	282	비지정	지역응급의료기관
	강진의료원	병원	199	비지정	지역응급의료기관
	목포시의료원	종합병원	299	비지정	지역응급의료기관

시도	구분	병원종별	허가병상 수	수련유형	응급지정
경북	포항의료원	종합병원	242	인턴수련	지역응급의료기관
	안동의료원	종합병원	230	비지정	지역응급의료기관
	김천의료원	종합병원	296	인턴수련	지역응급의료기관
	울진군의료원	병원	148	비지정	지역응급의료기관
경남	마산의료원	종합병원	298	인턴수련	지역응급의료기관
제주	제주의료원	병원	399	비지정	비지정
	서귀포의료원	종합병원	291	인턴수련	지역응급의료센터

주: 2020년 12월 말 기준
자료: 지역거점공공병원 알리미. 주요통계. https://rhs.mohw.go.kr/Disclosure/Statistics1.do?pageNum=03&subNum=01에서 2022.2.12. 인출

〈표 4-8〉 지방의료원 재정자립도

(단위: 기관 수, %)

구분	기관 수	비율
45 이상	11	31.4
30 이상 45 미만	9	25.7
30 미만	15	42.9
계	35	100.0
최소: 7.1, 최대: 76.1		

주: 2020년 기준 지방의료원 운영주체인 기초/광역자치단체의 재정자립도
자료: 국가통계포털(KOSIS). (2022). 재정자립도(시도/시/군/구). https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1YL20921&conn_path=I2에서 2022.2.12. 인출

〈표 4-9〉 유형별 지방의료원 재정자립도

(단위: %)

구분		재정자립도
도시구분	특광역시 및 인구 100만 이상 대도시	52.9
	인구 50만 이상 대도시	38.0
	인구 20~50만 중도시	35.8
	인구 10~20만 소도시	39.0
	인구 10만 미만 소도시나 군	22.2
	계	36.5
의료취약지	Y	20.3
	N	39.2
	계	36.5

구분		재정자립도
수도권 /비수도권	수도권	60.2
	비수도권	28.3
	계	36.5
운영주체	광역	38.1
	기초	24.4
	계	36.5
종별	종합병원	39.4
	병원	19.5
	계	36.5
병상규모	300병상 이상	45.3
	200병상 이상 300병상 미만	35.3
	200병상 미만	29.5
	계	36.5

주: 2020년 기준 지방의료원 운영주체인 기초/광역자치단체의 재정자립도
자료: 국가통계포털(KOSIS). (2022). 재정자립도(시도/시/군/구). https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1YL20921&conn_path=I2에서 2022.2.12. 인출

2. 진료기능 및 시설

2020년 12월 기준 35개 지방의료원의 진료과별 운영현황을 살펴보면 필수진료 4개과(내과, 외과, 산부인과, 소아청소년과) 중 내과의 경우 35개 기관 모두 전문의에 의한 진료가 이루어지고 있으나, 외과는 1개 기관, 산부인과는 4개 기관, 소아청소년과는 6개 기관에 해당 전문의가 없는 것으로 나타났다. 그 외 필수진료과인 정형외과는 1개 기관, 신경과는 3개 기관을 제외하고 전문의가 있었으나, 비뇨의학과는 11개 기관, 신경외과는 15개 기관, 정신건강의학과는 17개 기관에서 해당 전문의가 없는 것으로 나타났다(〈표 4-10〉). 필수진료과에 대한 전문의 충족률을 살펴본 결과, 4개 필수진료과(내과, 외과, 산부인과, 소아청소년과)의 전문의를 모두 보유한 기관은 27개 기관(77.1%), 9개 필수진료과(내과, 외과, 산부인과, 소아청소년과, 정형외과, 비뇨의학과, 정신건강의학과, 신경과, 신경외과)의 전문의를 모두 보유한 기관은 10개 기관(28.6%)에 불과한 것

으로 나타났다(〈표 4-11〉). 필수진료과에 대한 전문의 충족률을 유형별로 구분하여 살펴보면, 의료취약지에 위치한 지방의료원이 오히려 필수진료과 전문의가 상대적으로 부족한 것으로 나타나는 등 '필수의료서비스 제공'이라는 지방의료원의 주요 기능을 다하지 못하고 있는 것으로 나타났다(〈표 4-11〉).

〈표 4-10〉 지방의료원 진료과별 전문의 보유 현황

(단위: 기관 수, %)

진료과	기관 수	비율	진료과	기관 수	비율
내과	35	100	비뇨의학과	24	68.6
신경과	32	91.4	영상의학과	34	97.1
정신건강의학과	18	51.4	방사선종양학과	1	2.9
외과	34	97.1	병리과	6	17.1
정형외과	34	97.1	진단검사의학과	27	77.1
신경외과	20	57.1	결핵과	0	0
흉부외과	15	42.9	재활의학과	26	74.3
성형외과	10	28.6	핵의학과	2	5.7
마취통증의학과	34	97.1	가정의학과	19	54.3
산부인과	31	88.6	응급의학과	27	77.1
소아청소년과	29	82.9	작업환경의학과	10	28.6
안과	19	54.3	예방의학과	0	0
이비인후과	19	54.3	치과	8	22.9
피부과	9	25.7	한방과	1	2.9

주: 2020년 12월 말 기준 지방의료원 35개소(분원 제외)
자료: 지역거점공공병원 알리미. 주요통계. https://rhs.mohw.go.kr/Disclosure/Statistics1.do?pageNum=03&subNum=04&subMenu=2에서 2022.2.12. 인출

〈표 4-11〉 유형별 지방의료원 필수진료과 전문의 충족률

(단위: 기관 수, %)

구분		4개 필수진료과[1]		9개 필수진료과[2]	
		기관 수	비율	기관 수	비율
도시구분	특광역시 및 인구 100만 이상 대도시	6	100	4	66.7
	인구 50만 이상 대도시	2	50.0	2	50.0
	인구 20~50만 중도시	4	40.0	1	10.0
	인구 10~20만 소도시	7	100	2	28.6
	인구 10만 미만 소도시나 군	8	100	1	12.5
	계	27	77.1	10	28.6
의료취약지	Y	5	100	1	20.0
	N	22	73.3	9	30.0
	계	27	77.1	10	28.6
수도권/비수도권	수도권	7	77.8	3	33.3
	비수도권	20	76.9	7	26.9
	계	27	77.1	10	28.6
운영주체	광역	24	77.4	9	29.0
	기초	3	75.0	1	25.0
	계	27	77.1	10	28.6
종별	종합병원	24	80.0	10	33.3
	병원	3	60.0	0	0
	계	27	77.1	10	28.6
병상규모	300병상 이상	8	88.9	8	88.9
	200병상 이상 300병상 미만	12	66.7	2	11.1
	200병상 미만	7	87.5	0	0
	계	27	77.1	10	28.6
재정자립도	45 이상	9	81.8	5	45.5
	30 이상 45 미만	7	77.8	4	44.4
	30 미만	11	73.3	1	6.7
	계	27	77.1	10	28.6

주: 2020년 12월 말 기준
1) 4개 필수진료과(내과, 외과, 산부인과, 소아청소년과)
2) 9개 필수진료과(내과, 외과, 산부인과, 소아청소년과, 정형외과, 비뇨의학과, 정신건강의학과, 신경과, 신경외과)

자료: 지역거점공공병원 알리미. 주요통계. https://rhs.mohw.go.kr/Disclosure/Statistics1.do?pageNum=03&subNum=04&subMenu=2에서 2022.2.12.에 인출하여 분석

〈표 4-12〉 기관별 필수진료과 전문의 보유 현황

시도	구분	병원종별	내과	외과	산부인과	소아청소년과	정형외과	비뇨의학과	정신건강의학과	신경과	신경외과
서울	서울의료원	종합병원	O	O	O	O	O	O	O	O	O
부산	부산의료원	종합병원	O	O	O	O	O	O	O	O	O
대구	대구의료원	종합병원	O	O	O	O	O	O	O	O	O
인천	인천의료원	종합병원	O	O	O	O	O	O	O	O	O
경기	경기도의료원 이천병원	종합병원	O	O	X	O	O	X	X	O	X
	경기도의료원 수원병원	종합병원	O	O	O	O	O	X	O	O	X
	경기도의료원 포천병원	종합병원	O	O	O	O	O	O	X	O	X
	경기도의료원 안성병원	종합병원	O	O	O	O	O	O	X	O	X
	경기도의료원 의정부병원	종합병원	O	O	O	X	O	O	O	O	X
	경기도의료원 파주병원	종합병원	O	O	O	O	O	O	X	O	X
	성남시의료원	종합병원	O	O	O	O	O	O	O	O	O
강원	원주의료원	종합병원	O	O	O	O	O	X	O	O	O
	강릉의료원	종합병원	O	O	X	O	O	X	X	O	O
	속초의료원	종합병원	O	O	O	O	O	X	O	X	O
	영월의료원	종합병원	O	O	O	O	O	X	X	O	X
	삼척의료원	종합병원	O	O	O	O	O	X	X	O	X
충북	청주의료원	종합병원	O	O	O	O	O	O	O	O	O
	충주의료원	종합병원	O	O	O	O	O	O	X	O	X
충남	천안의료원	종합병원	O	O	O	X	O	O	X	O	O
	공주의료원	종합병원	O	O	O	O	O	O	X	O	X
	홍성의료원	종합병원	O	O	O	O	O	O	O	O	O
	서산의료원	종합병원	O	O	O	O	O	O	O	O	O
전북	군산의료원	종합병원	O	O	O	O	O	O	O	O	O
	남원의료원	종합병원	O	O	O	O	O	O	X	O	O
	진안군의료원	병원	O	O	O	O	O	X	X	O	O
전남	순천의료원	병원	O	O	X	X	O	O	O	X	X
	강진의료원	병원	O	O	O	O	O	X	X	O	X
	목포시의료원	종합병원	O	O	O	X	O	O	O	X	X
경북	포항의료원	종합병원	O	O	O	X	O	O	O	O	O
	안동의료원	종합병원	O	O	O	O	O	O	X	O	O
	김천의료원	종합병원	O	O	O	O	O	O	X	O	O
	울진군의료원	병원	O	O	O	O	O	O	X	O	X
경남	마산의료원	종합병원	O	O	O	O	O	X	X	O	O
제주	제주의료원	병원	O	X	X	X	X	X	O	O	X
	서귀포의료원	종합병원	O	O	O	O	O	O	O	O	O

주: 2020년 12월 말 기준

자료: 지역거점공공병원 알리미. 주요통계. https://rhs.mohw.go.kr/Disclosure/Statistics1.do?pageNum=03&subNum=04&subMenu=2에서 2022.2.12.에 인출하여 분석

2020년 12월 기준 35개 지방의료원의 전공의 수련 현황을 살펴보면 2개 기관만이 인턴과 레지던트 수련과정을 둘 다 운영하고 있고, 18개 기관이 인턴 수련과정만 운영하고 있으며, 나머지 15개 기관은 전공의 수련과정을 운영하지 않는 것으로 나타났다. 응급의료기관 및 센터 지정 현황을 살펴보면 13개 기관이 지역응급의료센터로 지정되어 있고, 21개 기관이 지역응급기관으로 지정되어 있는 것으로 나타났다(〈표 4-13〉).

〈표 4-13〉 지방의료원 전공의 수련 현황 및 응급의료 지정 현황

(단위: 기관 수, %)

구분		기관 수	비율
수련유형	인턴·레지던트 수련	2	6%
	인턴 수련	18	51%
	비지정	15	43%
	계	35	100%
응급의료	지역응급의료센터	13	37%
	지역응급의료기관	21	60%
	비지정	1	3%
	계	35	100%

주: 2020년 12월 말 기준
자료: 지역거점공공병원 알리미. 주요통계. https://rhs.mohw.go.kr/Disclosure/Statistics1.do?pageNum=03&subNum=01에서 2022.2.12.에 인출하여 분석

2020년 12월 말 기준 지방의료원의 병상규모를 살펴보면 300병상 이상인 곳은 9개소(25.7%)에 불과하였고, 200병상 이상 300병상 미만이 18개소(51.4%), 200병상 미만 8개소(22.9%)로 나타났다(〈표 4-14〉).

〈표 4-14〉 지방의료원 병상 수

(단위: 기관 수, %)

구분	기관 수	비율
200병상 미만	8	22.9%
200병상 이상 300병상 미만	18	51.4%
300병상 이상	9	25.7%
계	35	100%
기관당 평균 병상 수: 294.0병상, 최소 병상 수: 84병상, 최대 병상 수: 676병상		

주: 2020년 12월 말 기준 허가병상 수
자료: 지역거점공공병원 알리미. 주요통계. https://rhs.mohw.go.kr/Disclosure/Statistics1.do?pageNum=03&subNum=01에서 2022.2.12.에 인출하여 분석

지역별 특성에 따른 병상 수를 살펴보면, 대도시에 비해 중소도시나 군지역 또는 의료취약지에 위치한 지방의료원의 병상규모가 상대적으로 적은 것으로 나타났다. 운영주체별로는 기초자치단체에서 운영하는 지방의료원 및 운영 지자체의 재정자립도가 낮은 지방의료원의 병상규모가 적은 것으로 나타났다(〈표 4-15〉).

〈표 4-15〉 유형별 지방의료원 병상 수

(단위: 개)

구분		평균 병상 수
도시구분	특광역시 및 인구 100만 이상 대도시	404.3
	인구 50만 이상 대도시	417.3
	인구 20~50만 중도시	267.6
	인구 10~20만 소도시	257.7
	인구 10만 미만 소도시나 군	214.5
	계	294.0
의료취약지	Y	223.8
	N	305.7
	계	294.0
수도권/비수도권	수도권	289.0
	비수도권	295.8
	계	294.0

구분		평균 병상 수
운영주체	광역	300.2
	기초	246.5
	계	294.0
종별	종합병원	306.0
	병원	222.4
	계	294.0
병상규모	300병상 이상	487.4
	200병상 이상 300병상 미만	259.7
	200병상 미만	153.8
	계	294.0
재정자립도	45 이상	328.3
	30 이상 45 미만	367.9
	30 미만	224.6
	계	294.0

주: 2020년 12월 말 기준 허가병상 수
자료: 지역거점공공병원 알리미. 주요통계. https://rhs.mohw.go.kr/Disclosure/Statistics1.do?pageNum=03&subNum=01에서 2022.2.12.에 인출하여 분석

2020년 12월 말 기준 지방의료원의 전문의 수를 살펴보면 기관당 평균 31.1명(최소: 8명, 최대: 127명)이며, 100병상당 전문의 수는 평균 10.9명(최소: 2.0명, 최대: 20.4명)으로 기관 간 편차가 큰 것으로 나타났다(〈표 4-16〉).

〈표 4-16〉 지방의료원 전문의 수

(단위: 명)

구분	기관당 전문의 수	100병상당 전문의 수
평균	31.1	10.9
최소	8	2.0
최대	127	20.4

주: 2020년 12월 말 기준
자료: 지역거점공공병원 알리미. 주요통계. https://rhs.mohw.go.kr/Disclosure/Statistics1.do?pageNum=03&subNum=04&subMenu=2에서 2022.2.12.에 인출하여 분석

지역별 특성에 따른 전문의 수를 살펴보면, 대도시에 비해 중소도시나 군 지역 또는 의료취약지에 위치한 지방의료원의 전문의 수가 상대적으로 적은 것으로 나타났고, 수도권에 비해 비수도권에 위치한 기관의 전문의 수가 적은 것으로 나타났다(〈표 4-17〉).

〈표 4-17〉 유형별 지방의료원 전문의 수

(단위: 명)

구분		기관당 전문의 수	100병상당 전문의 수
도시구분	특광역시 및 인구 100만 이상 대도시	50.0	11.8
	인구 50만 이상 대도시	39.5	9.4
	인구 20~50만 중도시	23.3	9.4
	인구 10~20만 소도시	30.1	11.7
	인구 10만 미만 소도시나 군	23.5	12.1
	계	31.1	10.9
의료 취약지	Y	21.2	10.8
	N	32.8	10.9
	계	31.1	10.9
수도권 /비수도권	수도권	42.9	13.6
	비수도권	27.1	10.0
	계	31.1	10.9
운영주체	광역	31.0	10.6
	기초	32.0	13.4
	계	31.1	10.9
종별	종합병원	33.9	11.2
	병원	14.4	9.0
	계	31.1	10.9
병상규모	300병상 이상	51.6	10.4
	200병상 이상 300병상 미만	25.8	10.1
	200병상 미만	20.1	13.4
	계	31.1	10.9
재정자립도	45 이상	43.1	12.7
	30 이상 45 미만	29.4	8.5
	30 미만	23.4	11.1
	계	31.1	10.9

주: 2020년 12월 말 기준
자료: 지역거점공공병원 알리미. 주요통계. https://rhs.mohw.go.kr/Disclosure/Statistics1.do?pageNum=03&subNum=04&subMenu=2에서 2022.2.12.에 인출하여 분석

〈표 4-18〉 지방의료원 직종별 인력

(단위: 명)

구분	의사직	간호직	약무직	보건직	행정직
기관당 직종별 인력	35.5	165.0	4.3	44.8	36.2
100병상당 직종별 인력	12.7	59.0	1.5	16.0	13.0

주: 2020년 기준
자료: 지역거점공공병원 알리미. 주요통계. https://rhs.mohw.go.kr/Disclosure/Statistics2.do?pageNum=03&subNum=01에서 2022.2.12.에 인출하여 분석

지방의료원의 필수의료시설 운영 현황을 살펴보면 응급실과 수술실은 1개 병원을 제외하고 모두 운영 중이며, 중환자실은 28개 병원(82.4%), 분만실은 20개 병원(58.8%), 음압격리 병실은 23개 병원(67.6%)에서 운영 중인 것으로 나타났다(〈표 4-19〉).

〈표 4-19〉 지방의료원 필수의료시설 운영

(단위: 기관 수, %)

의료시설	지방의료원 34개소[1]		의료시설	지방의료원 34개소[1]	
	기관 수	운영률(%)		기관 수	운영률(%)
응급실	33	97.1	음압격리 병실	23	67.6
수술실	33	97.1	완화의료 병실	17	50.0
중환자실	28	82.4	인공신장실	20	58.8
분만실	20	58.8			

주: 2019년 12월 말 기준
1) 지방의료원 35개소 중 성남시의료원을 제외한 34개소
자료: 보건복지부, 국립중앙의료원. (2020). 2020 지역거점공공병원 운영평가 결과보고서 p. 48의 〈표 3-16〉을 재구성

3. 운영 현황

지방의료원의 병상이용률은 2019년 86.0%로 유사한 규모(160~299병상)의 민간병원과 비슷한 수준인 것으로 나타났다. 2020년의 경우 병상이용률이 51.2%로 대폭 감소하였는데, 이는 코로나19로 인한 전반적

인 입원의료이용 감소와 지방의료원의 전담치료병상 운영에 영향을 받은 결과로 보인다(〈표 4-20〉).

〈표 4-20〉 병상이용률

(단위: %)

구분	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년
지방의료원	89.3	89.5	87.2	86.0	51.2
민간병원[1)]	84.0	84.2	81.1	-	-

주: 1) 지방의료원 평균 병상규모와 유사한 160~299병상 규모 민간병원 평균
자료: 보건복지부, 국립중앙의료원. (2020). 2020 지역거점공공병원 운영평가 결과보고서 p. 49의 〈표 3-17〉; 지역거점공공병원 알리미. 주요통계(https://rhs.mohw.go.kr/Disclosure/Statistics4.do?pageNum=03&subNum=01) 중 병상이용률을 2022.2.12.에 인출하여 재구성

병상이용률을 유형별로 살펴보면 의료취약지에 위치한 지방의료원의 병상이용률이 상대적으로 높은 것으로 나타났으며, 비수도권에 위치한 지방의료원이 수도권에 위치한 지방의료원보다 병상이용률이 높은 것으로 나타났다. 병상규모별로 살펴보면, 300병상 이상 지방의료원의 병상이용률이 200병상 이상 300병상 미만 및 200병상 미만 지방의료원의 병상이용률보다 높은 것으로 나타난 반면, 상대적으로 규모가 작은 병원급 기관의 병상이용률이 종합병원급 기관보다 높았다(〈표 4-21〉).

〈표 4-21〉 유형별 지방의료원 병상이용률

(단위: %)

구분		병상이용률 (2019년)
도시구분	특광역시 및 인구 100만 이상 대도시	86.9
	인구 50만 이상 대도시	84.0
	인구 20~50만 중도시	84.7
	인구 10~20만 소도시	84.9
	인구 10만 미만 소도시나 군	88.6
	계	86.0

구분		병상이용률 (2019년)
의료취약지	Y	91.9
	N	85.0
	계	86.0
수도권 /비수도권	수도권	76.5
	비수도권	88.9
	계	86.0
운영주체	광역	85.3
	기초	92.7
	계	86.0
종별	종합병원	85.0
	병원	91.9
	계	86.0
병상규모	300병상 이상	91.4
	200병상 이상 300병상 미만	84.1
	200병상 미만	84.8
	계	86.0
재정자립도	45 이상	81.1
	30 이상 45 미만	88.7
	30 미만	87.6
	계	86.0

자료: 보건복지부, 국립중앙의료원. 2018~2020년 지역거점공공병원 운영평가자료를 분석

지방의료원의 100병상당 입원환자 수는 2019년 29,420명으로 유사한 규모(160~299병상)의 민간병원에 비해 약간 낮은 수준인 것으로 나타났다. 2020년의 경우 100병상당 입원환자 수가 19,087명으로 대폭 감소하였는데, 이는 코로나19로 인한 전반적인 입원의료이용 감소와 지방의료원의 코로나19 전담치료병상 운영에 영향을 받은 결과로 보인다. 지방의료원의 100병상당 외래환자 수는 2019년 79,789명으로 유사한 규모(160~299병상)의 민간병원에 비해 약간 낮은 수준인 것으로 나타났다. 2020년의 경우 100병상당 외래환자 수는 53,277명으로 대폭 감소하였는데, 이 또한 코로나19 발생으로 인한 외래의료이용의 감소가 주요 영향요인으로 작용한 결과로 보인다(〈표 4-22〉).

〈표 4-22〉 100병상당 입원환자 수, 외래환자 수

(단위: 명)

구분		2016년	2017년	2018년	2019년	2020년
100병상당 입원환자 수	지방의료원 평균	30,572	34,207	30,809	29,420	19,087
	민간병원[1)]	30,660	-	-	-	-
100병상당 외래환자 수	지방의료원 평균	72,708	84,100	80,345	79,789	53,277
	민간병원[1)]	78,364	-	-	-	-

주: 1) 지방의료원 평균 병상규모와 유사한 160~299병상 규모 민간병원 평균
자료: 보건복지부, 국립중앙의료원. (2020). 2020 지역거점공공병원 운영평가 결과보고서, pp. 50-51의 〈표 3-18〉, 〈표 3-19〉; 보건복지부, 국립중앙의료원. (각 연도). 지역거점공공병원 통합공시자료를 분석.

지방의료원의 100병상당 입원환자 수 및 외래환자 수를 유형별로 살펴보면, 2019년 기준 100병상당 입원환자 수는 인구 20~50만 중도시의 지방의료원에서, 100병상당 외래환자 수는 인구 10~20만 소도시 및 인구 10만 미만 소도시나 군 지역의 지방의료원에서 많은 것으로 나타났다. 의료취약지에 위치한 지방의료원의 경우 100병상당 입원환자 수는 상대적으로 적지만 100병상당 외래환자 수는 상대적으로 많은 것으로 나타났다. 의료기관 종별로 살펴보면, 종합병원급 기관이 병원급 기관에 비해 100병상당 입원환자 수와 100병상당 외래환자 수 모두 많은 것으로 나타났다. 병상규모별로는, 병상규모가 큰 지방의료원이 병상규모가 작은 지방의료원에 비해 100병상당 입원환자 수는 많고 100병상당 외래환자 수는 적은 것으로 나타났다(〈표 4-23〉).

〈표 4-23〉 유형별 지방의료원 100병상당 입원환자 수, 외래환자 수

(단위: 명)

구분		100병상당 입원환자 수 (2019)	100병상당 입원환자 수 (2020)	100병상당 외래환자 수 (2019)	100병상당 외래환자 수 (2020)
도시구분	특광역시 및 인구 100만 이상 대도시	29,769	16,164	70,640	36,602
	인구 50만 이상 대도시	29,152	17,466	49,733	34,860
	인구 20~50만 중도시	31,010	18,657	76,357	48,420
	인구 10~20만 소도시	29,492	18,014	92,954	56,316
	인구 10만 미만 소도시나 군	27,209	23,363	90,695	76,100
	계	29,420	19,087	79,789	53,277
의료취약지	Y	25,100	24,135	90,432	72,708
	N	30,165	18,216	77,955	49,927
	계	29,420	19,087	79,789	53,277
수도권/비수도권	수도권	28,631	16,303	101,260	48,548
	비수도권	29,663	19,943	73,183	54,732
	계	29,420	19,087	79,789	53,277
운영주체	광역	29,715	18,213	78,654	50,624
	기초	26,372	28,118	91,527	80,685
	계	29,420	19,087	79,789	53,277
종별	종합병원	29,944	18,192	81,012	51,895
	병원	26,386	24,278	72,700	61,290
	계	29,420	19,087	79,789	53,277
병상규모	300병상 이상	30,678	16,504	56,684	38,755
	200병상 이상 300병상 미만	30,532	19,066	81,855	50,939
	200병상 미만	25,661	21,715	98,249	73,060
	계	29,420	19,087	79,789	53,277
재정자립도	45 이상	29,559	16,662	89,687	44,944
	30 이상 45 미만	30,281	17,733	65,203	40,393
	30 미만	28,811	21,515	81,943	66,562
	계	29,420	19,087	79,789	53,277

자료: 보건복지부, 국립중앙의료원. (각 연도). 지역거점공공병원 통합공시자료를 분석

2019년 지방의료원의 건강보험 대비 의료급여 입원환자 및 외래환자 비율은 전체 종합병원(민간병원 및 공공병원 모두 포함)에 비해 높은 수준으로 나타나 지방의료원의 취약계층 진료 비중이 상대적으로 큰 것으로 확인되었다(〈표 4-24〉).

〈표 4-24〉 지방의료원 의료급여환자 비율

(단위: %)

구분		2016년	2017년	2018년	2019년	2020년
의료급여 입원환자 비율[2]	지방의료원	31.5	30.0	30.5	29.2	24.2
	종합병원[1]	15.2	15.1	15.1	14.9	14.6
의료급여 외래환자 비율[3]	지방의료원	16.8	16.6	16.4	16.4	16.8
	종합병원[1]	8.5	8.6	8.6	8.7	9.0

주: 1) 전체 종합병원 평균
2) 의료급여 입원환자비율=의료급여 입원연인원/(건강보험 입원연인원+의료급여 입원연인원)
3) 의료급여 외래환자비율=의료급여 와래연인원/(건강보험 외래연인원+의료급여 외래연인원)
자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험통계연보, http://www.hira.or.kr/bbsDummy.do?pgmid=HIRAA020045010000에서 2022.2.12. 인출; 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 의료급여통계, http://www.hira.or.kr/bbsDummy.do?pgmid=HIRAA020045010000에서 2022.2.12. 인출; 보건복지부, 국립중앙의료원. (각 연도). 지역거점공공병원 통합공시자료를 분석

지방의료원의 건강보험 대비 의료급여 입원환자 및 외래환자 비율을 유형별로 살펴보면, 2019년 기준 대도시에 비해 중소도시나 군 지역이거나 의료취약지에 위치한 지방의료원의 의료급여환자 비율이 상대적으로 적은 것으로 나타났다(〈표 4-25〉). 이는 대도시 지역의 의료급여 수급자 비율 및 의료급여 수급자의 의료이용이 중소도시, 군 지역 또는 의료취약지보다 상대적으로 높은 데서 기인한 것으로 보인다.

〈표 4-25〉 유형별 지방의료원 의료급여환자 비율

(단위: %)

구분		의료급여 입원환자 비율 (2019)	의료급여 입원환자 비율 (2020)	의료급여 외래환자 비율 (2019)	의료급여 외래환자 비율 (2020)
도시구분	특광역시 및 인구 100만 이상 대도시	35.7	23.9	22.4	22.9
	인구 50만 이상 대도시	39.4	34.8	22.2	22.0
	인구 20~50만 중도시	24.9	20.6	16.8	17.2
	인구 10~20만 소도시	19.2	15.4	12.5	13.4
	인구 10만 미만 소도시나 군	20.4	21.6	10.7	11.2
	계	29.2	24.2	16.4	16.8
의료취약지	Y	19.9	22.5	9.3	9.7
	N	26.9	21.4	17.1	17.6
	계	29.2	24.2	16.4	16.8
수도권/비수도권	수도권	28.1	16.1	17.4	18.6
	비수도권	25.2	23.3	15.5	15.8
	계	29.2	24.2	16.4	16.8
운영주체	광역	26.3	21.4	16.2	16.9
	기초	21.0	23.5	12.7	11.7
	계	29.2	24.2	16.4	16.8
종별	종합병원	26.8	21.9	16.6	17.1
	병원	20.4	19.9	12.1	12.9
	계	29.2	24.2	16.4	16.8
병상규모	300병상 이상	36.3	30.2	21.5	22.6
	200병상 이상 300병상 미만	23.6	19.7	15.3	15.6
	200병상 미만	20.4	17.1	11.9	12.2
	계	29.2	24.2	16.4	16.8
재정자립도	45 이상	31.5	20.7	19.4	20.9
	30 이상 45 미만	23.3	21.6	14.6	14.7
	30 미만	23.7	22.2	14.4	14.6
	계	29.2	24.2	16.4	16.8

주: 1) 전체 종합병원 평균

자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험통계연보, http://www.hira.or.kr/bbsDummy.do?pgmid=HIRAA020045010000에서 2022.2.12. 인출; 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 의료급여통계, http://www.hira.or.kr/bbsDummy.do?pgmid=HIRAA020045010000에서 2022.2.12. 인출; 보건복지부, 국립중앙의료원. (각 연도). 지역거점공공병원 통합공시자료를 분석

4. 경영 현황

지방의료원의 100병상당 의료수익과 전문의 1인당 의료수익은 유사한 규모(160~299병상)의 민간병원에 비해 낮은 수준이며 코로나19 발생 전인 2019년까지 해마다 증가하는 추세로 나타났다(〈표 4-26〉).

〈표 4-26〉 100병상당 의료수익, 전문의 1인당 의료수익

(단위: 천 원)

구분		2016년	2017년	2018년	2019년	2020년
100병상당 의료수익	지방의료원	9,633,010	11,167,732	11,162,909	12,309,848	8,307,777
	민간병원[1)]	30,404,292[2)]	-	-	-	-
전문의 1인당 의료수익	지방의료원	945,482	963,101	1,055,360	1,107,936	808,228
	민간병원[1)]	1,148,844[3)]	-	-	-	-

주: 1) 지방의료원 평균 병상규모와 유사한 160~299병상 규모 민간병원 평균
2) 2015년 민간병원 100병상당 의료수익: 11,564,045천 원
3) 2015년 민간병원 전문의 1인당 의료수익: 1,498,308천 원

자료: 보건복지부, 국립중앙의료원. (2020). 2020 지역거점공공병원 운영평가 결과보고서 pp. 52-53의 〈표 3-20〉, 〈표 3-21〉; 보건복지부, 국립중앙의료원. (각 연도). 지역거점공공병원 통합공시자료를 분석

〈표 4-27〉 유형별 지방의료원 100병상당 의료수익, 전문의 1인당 의료수익

(단위: 천 원)

구분		100병상당 의료수익 (2019)	100병상당 의료수익 (2020)	전문의 1인당 의료수익 (2019)	전문의 1인당 의료수익 (2020)
도시구분	특광역시 및 인구 100만 이상 대도시	14,739,666	8,205,599	1,192,225	787,860
	인구 50만 이상 대도시	10,158,070	7,443,203	1,411,694	1,010,332
	인구 20~50만 중도시	11,878,128	7,657,287	1,168,038	871,955
	인구 10~20만 소도시	13,241,578	8,653,059	1,129,777	756,220
	인구 10만 미만 소도시나 군	11,018,788	9,219,615	836,572	713,564
	계	12,309,848	8,307,777	1,107,936	808,228

구분		100병상당 의료수익 (2019)	100병상당 의료수익 (2020)	전문의 1인당 의료수익 (2019)	전문의 1인당 의료수익 (2020)
의료취약지	Y	10,081,163	8,588,909	817,939	694,051
	N	12,694,104	8,259,306	1,157,936	827,914
	계	12,309,848	8,307,777	1,107,936	808,228
수도권 /비수도권	수도권	15,744,237	7,597,467	1,073,922	598,010
	비수도권	11,253,113	8,526,334	1,118,402	872,911
	계	12,309,848	8,307,777	1,107,936	808,228
운영주체	광역	12,456,329	8,172,178	1,133,781	828,712
	기초	10,796,214	9,708,961	840,875	596,566
	계	12,309,848	8,307,777	1,107,936	808,228
종별	종합병원	13,033,326	8,467,468	1,157,675	812,476
	병원	8,113,673	7,381,569	819,451	783,593
	계	12,309,848	8,307,777	1,107,936	808,228
병상규모	300병상 이상	12,248,538	7,717,097	1,183,504	891,457
	200병상 이상 300병상 미만	12,468,888	8,380,107	1,200,092	851,996
	200병상 미만	12,013,317	8,735,715	825,018	626,522
	계	12,309,848	8,307,777	1,107,936	808,228
재정자립도	45 이상	14,770,102	7,517,118	1,098,396	659,204
	30 이상 45 미만	11,871,623	8,079,149	1,226,569	951,276
	30 미만	10,932,613	8,972,060	1,043,116	821,749
	계	12,309,848	8,307,777	1,107,936	808,228

자료: 보건복지부, 국립중앙의료원. (각 연도). 지역거점공공병원 통합공시자료를 분석.

지방의료원의 의료수익 대비 의료원가 비율은 2019년 기준 115.1%로 투입되는 비용이 수익보다 높은 것으로 나타났으며, 이는 유사한 규모(160~299병상)의 민간병원에 비해 매우 높은 수준이다(〈표 4-28〉).

〈표 4-28〉 의료수익 대비 의료원가 비율

(단위: %)

구분	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년
지역거점 공공병원	112.9	114.2	115.9	115.1	164.8
민간병원[1]	93.0	-	-	-	-

주: 1) 지방의료원 평균 병상규모와 유사한 160~299병상 규모 민간병원 평균
자료: 보건복지부, 국립중앙의료원. (2020). 2020 지역거점공공병원 운영평가 결과보고서 p. 54의 〈표 3-22〉; 보건복지부, 국립중앙의료원. (각 연도). 지역거점공공병원 통합공시자료를 분석

유형별로 살펴보면 2019년 기준 인구 10만 미만 소도시나 군 지역에 위치한 기관, 의료취약지 내 기관, 기초단치단체에서 운영하는 기관, 병원 종별로는 병원급 기관, 병상 규모로는 200병상 미만 기관의 의료수익 대비 의료원가 비율이 높은 것으로 나타났다(〈표 4-29〉).

〈표 4-29〉 유형별 지방의료원 의료수익 대비 의료원가 비율

(단위: %)

구분		의료수익대비 의료원가 비율 (2019)	의료수익대비 의료원가 비율 (2020)
도시구분	특광역시 및 인구 100만 이상 대도시	115.0	188.4
	인구 50만 이상 대도시	107.7	157.5
	인구 20~50만 중도시	112.3	158.0
	인구 10~20만 소도시	110.0	175.9
	인구 10만 미만 소도시나 군	126.0	148.7
	계	115.1	164.8
의료 취약지	Y	133.3	155.1
	N	112.0	166.5
	계	115.1	164.8
수도권 /비수도권	수도권	117.8	225.2
	비수도권	114.3	146.2
	계	115.1	164.8
운영주체	광역	113.0	165.5
	기초	136.4	157.6
	계	115.1	164.8
종별	종합병원	111.2	166.6
	병원	138.0	154.6
	계	115.1	164.8
병상규모	300병상 이상	114.1	159.8
	200병상 이상 300병상 미만	109.0	159.9
	200병상 미만	129.8	180.9
	계	115.1	164.8
재정자립도	45 이상	117.3	214.3
	30 이상 45 미만	109.2	141.4
	30 미만	117.2	145.9
	계	115.1	164.8

자료: 보건복지부, 국립중앙의료원. (각 연도). 지역거점공공병원 통합공시자료를 분석

지방의료원의 환자 1인 1일당 평균진료비는 유사한 규모(160~299병상)의 민간병원에 비해 매우 적은 것으로 나타났다(〈표 4-30〉).

〈표 4-30〉 환자 1인 1일당 평균진료비

(단위: 원)

구분		2016년	2017년	2018년	2019년	2020년
입원	지방의료원	190,309	202,209	217,858	256,001	265,244
	민간병원[1)]	272,733	306,064	322,475	-	-
외래	지방의료원	50,253	53,372	54,837	59,491	65,932
	민간병원[1)]	53,885	55,506	58,450	-	-

주: 1) 지방의료원 평균 병상규모와 유사한 160~299병상 규모 민간병원 평균
자료: 보건복지부, 국립중앙의료원. (2020). 2020 지역거점공공병원 운영평가 결과보고서 p. 55의 〈표 3-23; 보건복지부, 국립중앙의료원. (각 연도). 지역거점공공병원 통합공시자료를 분석

유형별로는 인구 10만 미만 소도시나 군 지역에 위치한 기관, 의료취약지 내 기관, 기초단치단체에서 운영하는 기관, 운영 지자체의 재정자립도가 낮은 기관, 병원 종별로는 병원급 기관, 병상 규모로는 200병상 미만 기관의 평균진료비가 낮게 나타났다(〈표 4-31〉).

〈표 4-31〉 유형별 지방의료원 환자 1인 1일당 평균진료비

(단위: 원)

구분		1인 1일당 평균 입원진료비 (2019)	1인 1일당 평균 입원진료비 (2020)	1인 1일당 평균 외래진료비 (2019)	1인 1일당 평균 외래진료비 (2020)
도시구분	특광역시 및 인구 100만 이상 대도시	329,390	342,794	69,132	86,035
	인구 50만 이상 대도시	235,802	271,075	73,392	88,154
	인구 20~50만 중도시	256,711	249,503	55,271	60,768
	인구 10~20만 소도시	260,841	279,302	57,199	59,232
	인구 10만 미만 소도시나 군	203,413	212,270	54,330	54,838
	계	256,001	265,244	59,491	65,932

구분		1인 1일당 평균 입원진료비 (2019)	1인 1일당 평균 입원진료비 (2020)	1인 1일당 평균 외래진료비 (2019)	1인 1일당 평균 외래진료비 (2020)
의료 취약지	Y	190,146	194,726	50,334	52,438
	N	267,356	277,402	61,070	68,258
	계	256,001	265,244	59,491	65,932
수도권 /비수도권	수도권	326,471	294,710	61,728	60,893
	비수도권	234,319	256,177	58,803	67,482
	계	256,001	265,244	59,491	65,932
운영주체	광역	262,096	271,682	60,674	67,377
	기초	193,029	198,713	47,271	50,993
	계	256,001	265,244	59,491	65,932
종별	종합병원	273,435	282,765	61,588	69,041
	병원	154,885	163,620	47,334	47,896
	계	256,001	265,244	59,491	65,932
병상규모	300병상 이상	295,231	295,642	70,188	74,110
	200병상 이상 300병상 미만	248,749	268,919	56,553	67,553
	200병상 미만	233,091	226,577	55,407	54,106
	계	256,001	265,244	59,491	65,932
재정자립도	45 이상	308,385	290,566	64,344	64,531
	30 이상 45 미만	246,981	273,841	65,025	85,318
	30 미만	226,491	243,204	52,937	55,233
	계	256,001	265,244	59,491	65,932

자료: 보건복지부, 국립중앙의료원. (각 연도). 지역거점공공병원 통합공시자료를 분석

지방의료원은 당기순이익 기준으로 절반가량이 흑자를 기록하고 있으나 의료이익상으로는 대부분의 기관이 적자를 보이고 있다(〈표 4-33〉).

〈표 4-32〉 지방의료원 당기순이익, 의료이익 I

(단위: 천 원)

구분	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년
당기순이익	344,482	126,471	418,272	459,780	-
의료이익	-2,616,524	-2,999,171	-3,663,815	-3,864,190	-14,099,379

주: 연도별 지방의료원의 당기순이익 및 의료이익의 평균
자료: 보건복지부, 국립중앙의료원. (각 연도). 지역거점공공병원 통합공시자료를 분석

〈표 4-33〉 지방의료원 당기순이익, 의료이익 II

(단위: 기관 수, %)

구분	적자/흑자	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년
당기순이익	적자	15	17	19	17	-
	흑자	19	17	15	17	-
	흑자기관 비율(%)	55.9	50.0	44.1	50.0	-
의료이익	적자	31	32	32	31	34
	흑자	3	2	2	3	0
	흑자기관 비율(%)	8.8	5.9	5.9	8.8	-

주: 연도별 지방의료원 중 단기순이익과 의료이익 기준 적자/흑자 기관 수 및 비율
자료: 보건복지부, 국립중앙의료원. (각 연도). 지역거점공공병원 통합공시자료를 분석

〈표 4-34〉 유형별 지방의료원 당기순이익, 의료수익 I

(단위: 천 원)

구분		당기순이익 (2019)	의료이익 (2019)	의료이익 (2020)
도시구분	특광역시 및 인구 100만 이상 대도시	154,054	-8,672,498	-30,540,345
	인구 50만 이상 대도시	-133,495	-3,147,399	-15,519,859
	인구 20~50만 중도시	1,079,809	-2,290,050	-10,508,909
	인구 10~20만 소도시	588,326	-2,577,905	-12,178,166
	인구 10만 미만 소도시나 군	24,040	-3,619,930	-7,405,126
	계	459,780	-3,864,190	-14,099,379
의료취약지	Y	-507,378	-3,958,900	-7,168,402
	N	626,532	-3,847,861	-15,294,376
	계	459,780	-3,864,190	-14,099,379
수도권/비수도권	수도권	-307,064	-7,301,361	-25,402,752
	비수도권	695,732	-2,806,599	-10,621,419
	계	459,780	-3,864,190	-14,099,379
운영주체	광역	465,324	-3,932,073	-14,917,263
	기초	402,496	-3,162,731	-5,647,912
	계	459,780	-3,864,190	-14,099,379
종별	종합병원	635,959	-3,816,140	-15,562,410
	병원	-562,057	-4,142,878	-5,613,801
	계	459,780	-3,864,190	-14,099,379
병상규모	300병상 이상	83,462	-7,206,317	-25,567,070
	200병상 이상 300병상 미만	649,379	-2,276,300	-11,291,433
	200병상 미만	409,500	-4,094,816	-8,949,568
	계	459,780	-3,864,190	-14,099,379
재정자립도	45 이상	-15,677	-7,264,536	-25,457,333
	30 이상 45 미만	478,534	-2,692,654	-11,764,421
	30 미만	765,499	-2,300,214	-7,928,385
	계	459,780	-3,864,190	-14,099,379

주: 유형별 지방의료원의 당기순이익 및 의료이익의 평균
자료: 보건복지부, 국립중앙의료원. (각 연도). 지역거점공공병원 통합공시자료를 분석

〈표 4-35〉 유형별 지방의료원 당기순이익, 의료수익 II

(단위: 기관 수, %)

구분		당기순이익(손실)(2018)		당기순이익(손실)(2019)		의료이익(2018)		의료이익(2019)	
		기관 수	%	기관 수	%	기관 수	%	기관 수	%
도시구분	특광역시 및 인구 100만 이상 대도시	4	66.7	4	66.7	0	-	1	16.7
	인구 50만 이상 대도시	1	25.0	2	50.0	0	-	0	-
	인구 20~50만 중도시	6	60.0	5	50.0	2	20.0	1	10.0
	인구 10~20만 소도시	3	42.9	3	42.9	0	-	1	14.3
	인구 10만 미만 소도시나 군	1	12.5	3	37.5	0	-	0	-
	계	15	42.9	17	48.6	2	5.7	3	8.6
의료취약지	Y	0	-	1	20.0	0	-	0	-
	N	15	50.0	16	53.3	2	6.7	3	10.0
	계	15	42.9	17	48.6	2	5.7	3	8.6
수도권/비수도권	수도권	7	77.8	5	55.6	0	-	0	-
	비수도권	8	30.8	12	46.2	2	7.7	3	11.5
	계	15	42.9	17	48.6	2	5.7	3	8.6
운영주체	광역	14	45.2	15	48.4	2	6.5	3	9.7
	기초	1	25.0	2	50.0	0	-	0	-
	계	15	42.9	17	48.6	2	5.7	3	8.6
종별	종합병원	15	50.0	16	53.3	2	6.7	3	10.0
	병원	0	-	1	20.0	0	-	0	-
	계	15	42.9	17	48.6	2	5.7	3	8.6
병상규모	300병상 이상	4	44.4	4	44.4	1	11.1	1	11.1
	200병상 이상 300병상 미만	8	44.4	9	50.0	1	5.6	2	11.1
	200병상 미만	3	37.5	4	50.0	0	-	0	-
	계	15	42.9	17	48.6	2	5.7	3	8.6
재정자립도	45 이상	8	72.7	6	54.5	0	-	0	-
	30 이상 45 미만	2	22.2	3	33.3	0	-	1	11.1
	30 미만	5	33.3	8	53.3	2	13.3	2	13.3
	계	15	42.9	17	48.6	2	5.7	3	8.6

주: 연도별 지방의료원 중 단기순이익과 의료이익 기준 적자/흑자 기관 수 및 비율
자료: 보건복지부, 국립중앙의료원. (각 연도). 지역거점공공병원 통합공시자료를 분석

제3절 소결

이 장에서는 「공공보건의료에 관한 법률」, 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」 등 공공의료 및 지방의료원 관련 법령과 주요 공공보건의료정책에 제시된 지방의료원의 주요 기능 및 역할을 고찰하고, 지방의료원의 일반현황, 진료기능 및 시설 현황, 운영 및 경영 현황을 살펴보았다.

공공의료 및 지방의료원 관련 법령에서는 지방의료원의 주요 역할을 '취약계층 대상 보건의료', '수익성이 낮아 공급이 부족한 보건의료', '재난 및 감염병 대응', '질병 예방과 건강 증진', '지역적 균형 확보를 위한 교육·훈련 및 인력 지원'의 다섯 가지로 규정하고 있다.[16] 2005년 정부의 '공공보건의료 확충 종합대책' 이후 지방의료원은 '양질의 2차 진료서비스 제공'과 '포괄적이고 공익적인 보건의료서비스 제공'의 '지역거점병원'의 기능 및 역할을 부여받았다. 2018년 정부가 발표한 '공공보건의료 발전 종합대책'과 이후 발표된 일련의 정부의 공공보건의료 관련 대책 및 '제2차 공공보건의료 기본계획'에서 기존에 지방의료원에 부여된 지역거점병원의 기능 및 역할은 권역-지역-기초 전달체계하의 '지역책임의료기관'의 기능 및 역할로 확장되었다. 지방의료원을 포함한 지역책임의료기관은 2차 의료기관으로서 양질의 필수의료 제공, 퇴원환자 지역사회 연계, 보건의료-복지 연계 등 공공보건의료 전달체계의 허브 역할 수행하게 되며, 주요 기능은 ① 진료[포괄2차 진료, 지역응급/지역심뇌혈관 등], ② 연계·협력[필수의료 연계 협력, 퇴원환자 연계, 일차의료 연계, 의료복지 연계, 진료정보 교류], ③ 기획·교육[공공의료 기획·조정·계획 수립, 교육 및 연구], ④ 적정진료 ⑤ 공공의료 사업의 다섯 가지이다(보건복지부, 2018b, pp. 10-12; 보건복지부, 2019a, pp. 14-16; 보건복지부, 2021, p. 16, pp. 40-41).

---

16) 「공공보건의료에 관한 법률」 제7조, 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」 제7조

하지만 이 장에서 지방의료원의 현황을 살펴본 결과, 최근 발표된 공공보건의료 관련 정부 계획 및 대책에서 부여된 지역책임의료기관의 역할 및 기능은 대부분의 지방의료원이 현재 상황에서는 수행하기 불가능한 것으로 확인되었다. 지역책임의료기관의 주요 기능인 필수중증의료, 응급의료, 고위험산모 및 취약계층 진료부터 일차의료돌봄, 정신과 재활 서비스와 지역 보건의료기관 등과의 연계 및 조정 등의 역할을 수행하기 위해서는 최소 300~400병상 이상의 종합병원급 규모가 확보되어야 하나 2020년 12월 말 기준 지방의료원의 병상규모를 살펴보면 300병상 이상인 곳은 9개소(25.7%), 400병상 이상인 곳은 7개소(20.0%)에 불과하고, 200병상 미만인 곳도 8개소(22.9%)로 나타나 대부분의 지방의료원이 지역책임의료기관의 기능을 수행하기 위한 최소 규모에 미치지 못하는 것으로 확인되었다(〈표 4-14〉).

대부분의 지방의료원은 규모 측면뿐만 아니라 인력, 시설, 장비 측면에서도 지역책임의료기관의 기능 수행을 위한 역량을 갖추지 못한 것으로 확인되었다. 필수진료과에 대한 전문의 충족률의 경우 4개 필수진료과(내과, 외과, 산부인과, 소아청소년과)의 전문의를 모두 보유한 기관은 27개 기관(77.1%), 9개 필수진료과(내과, 외과, 산부인과, 소아청소년과, 정형외과, 비뇨의학과, 정신건강의학과, 신경과, 신경외과)의 전문의를 모두 보유한 기관은 10개 기관(28.6%)에 불과한 것으로 나타났다(〈표 4-11〉). 필수의료시설 중 중환자실은 28개 기관(82.4%), 분만실은 20개 기관(58.8%), 음압격리 병실은 23개 기관(67.6%)에서만 운영 중인 것으로 나타났다(〈표 4-19〉).

지방의료원의 운영 및 경영 현황을 살펴본 결과는 다음과 같다. 지방의료원의 병상이용률, 100병상당 입원환자 수 및 외래환자 수는 유사한 규모(160~299병상)의 민간병원과 비슷한 수준이거나 약간 낮은 수준으로

나타나 입내원일수를 기준으로 한 이용량 측면의 운영효율성은 양호한 수준으로 확인되었다(〈표 4-20〉, 〈표 4-22〉). 반면에, 100병상당 의료수익, 환자 1인 평균 외래진료비 및 입원진료비는 유사한 규모(160~299병상)의 민간병원에 비해 매우 낮은 것으로 나타났다(〈표 4-26〉, 〈표 4-30〉). 또한, 의료수익 대비 의료원가 비율은 2019년 기준 115.1%로, 투입되는 비용이 수익보다 크게 상회하는 것으로 나타났으며, 유사한 규모(160~ 299병상)의 민간병원에 비해 매우 높은 수준임이 확인되었다(〈표 4-28〉). 이러한 결과는 지방의료원이 적정 규모, 인력, 시설 및 장비를 갖추지 못함에 따른 비용구조(효율성)의 취약성뿐만 아니라 의료급여환자를 포함한 취약계층 진료 제공, 비급여 진료 비중 최소화 등 지역 공공병원으로서의 역할을 수행하기 위한 추가비용 발생에 기인한 것으로 보인다. 이에, 지방의료원 대부분은 의료이익상 적자를 보이고 있다(〈표 4-33〉).

마지막으로 지방의료원의 현황을 기관 수준에서 살펴본 결과, 진료기능, 인력, 시설, 운영, 재정 및 경영 등의 전반적인 측면에서 기관별 특성이 매우 다양하고 편차가 큰 것으로 확인되었다. 지역별 특성에 따라 살펴보면, 대도시에 비해 중소도시 또는 군 지역, 의료취약지 등에 위치한 지방의료원의 역량이 상대적으로 부족한 것으로 나타났으며, 운영주체별로는 기초자치단체에서 운영하는 지방의료원 및 운영 지자체의 재정자립도가 낮은 지방의료원의 역량이 상대적으로 낮은 것으로 확인되었다. 이러한 현실을 감안하여 지방의료원의 기능과 역할 부여 및 이에 부합하는 적절한 지불보상체계와 재정지원을 위한 정책 수립 시에 각 지방의료원의 특성과 상황을 충분히 고려하여 지역별, 기관 특성별 맞춤형 접근이 필요할 것으로 판단된다.

제5장

지방의료원 지불보상체계와 재정지원 현황

제1절 지불보상체계 현황
제2절 재정지원 현황
제3절 소결

제 5 장 지방의료원 지불보상체계와 재정지원 현황

제1절 지불보상체계 현황

1. 건강보험 지불보상체계

우리나라의 진료비 지불제도는 1977년 의료보험제도가 도입된 초기부터 행위별수가제를 기본으로 운영하고 있다. 행위별수가제는 의료공급자가 환자에 대해 진단하고 제공한 의료서비스 행위에 따라 보상하는 지불제도이다. 그런데 이 방식은 의료기관이 과잉진단 및 과도한 의료서비스를 제공하여 수익을 창출하려는 유인이 생기게 되어, 이로 인한 의료비용 상승 및 건강보험 재정 건전성 악화를 유발하는, 소위 양적 확산 문제에 매우 취약하다. 이러한 양적 확산에 따른 문제를 보완하기 위해 새로운 입원지불제도인 포괄수가제(DRG)를 도입하였다. 포괄수가제는 환자가 입원해서 퇴원할 때까지 받은 진찰, 검사, 수술, 주사, 투약 등 진료의 종류나 양과 관계없이 미리 정해진 일정액의 진료비를 지불하는 방식이다(국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 2017, p. 171). 이 제도를 단계적으로 도입하기 위해 1997년 2월부터 총 세 차례의 시범사업을 거쳐 2012년 7월부터 7개 질병군을 대상으로 포괄수가제를 본격 실시하고 있다(국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 2017, p. 169). 포괄수가제는 행위별수가제에 비해 불필요하고 과다한 진료행위를 줄일 수 있다는 장점이 있지만, 공급자의 재정 위험이 높아져 과소진료를 유발할 가능성이 크며 진료 편차가 큰 내과계 질환과 복잡 질병군 등에는 적용하기 어렵다는 단점이 동시에 존재한다(국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 2017, p. 179).

이를 보완하기 위해 신포괄수가제를 도입했는데, 신포괄수가제는 행위별수가제와 포괄수가제의 장단점을 보완 및 결합한 포괄지불방식으로, 진료비 발생이 일정한 기본항목과 의료기관 보상항목은 일당수가제로, 진료비 편차가 큰 고가항목과 일부 행위에 대해서는 행위별수가제로 보상하는 방식이다(국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 2017, p. 179).

이 절에서는 연구의 목적을 고려해 시범사업 초기에 일산병원, 지방의료원을 비롯한 공공병원을 중심으로 적용해 온 신포괄수가제 시범사업 현황을 살펴보고자 한다.

〈표 5-1〉 우리나라 진료비 지불제도 도입 과정

행위별수가제 (1977년 도입~)		포괄수가제 (1997년 시범사업 도입~)		신포괄수가제 (2009년 시범사업 도입~)
공급자 재정 위험 低 ➔ **과잉진료 발생**	➔	공급자 재정 위험 高 ➔ **과소진료 우려** **진료 편차가 큰 질환에 적용 어려움**	➔	**행위별수가제와 포괄수가제의 장단점 보완 및 결합**

주: 필자 작성

2. 신포괄수가제

가. 시범사업 현황 및 평가

신포괄수가제는 2009년 4월부터 국민건강보험공단 일산병원의 건강보험 입원환자를 대상으로 20개 질병군에 한해 시범사업을 착수했다. 그리고 2011년 7월부터 부산·대구·남원의료원 등의 지방의료원 일부에 대해서도 시범사업을 확대 실시했다. 이때 질병군도 대폭 확대되었는데 일산병원의 경우 553개 질병군에 대해, 지방의료원은 76개 질병군에 대해 신포괄수가제를 적용했다. 2012년 7월부터 지방의료원 및 적십자병원 전

체 40개소를 대상으로 의료급여 입원환자를 포함해 시범사업을 실시하도록 했다. 이후 2018년 8월부터 민간병원에서도 신포괄수가제 시범사업에 참여하기 시작했고, 2021년 1월 현재 98개 기관의 입원환자를 대상으로 시범사업을 실시하고 있다(신현웅 외, 2020, pp. 6-7).

〈표 5-2〉 신포괄수가제 시범사업 추진 경과

구분	1차	2차	3차	4차	5차						
사업 기간	'09.04.~ '10.06.	'10.07.~ '11.06.	'11.07.~ '12.06.	'12.07.~ '13.06.	'13.07.~ '13.12.	'14.01.~ '15.12.	'16.01.~ '16.12.	'17.01.~ '18.07.	'18.08.~ '19.01.	'19.01.~ '19.12.	'20.01.~ 현재
대상 기관	일산병원	일산병원	일산병원	일산병원	일산병원	일산병원	일산병원	일산병원	일산병원	일산병원	일산병원
			공공병원 (3)	공공병원 (40)	공공병원 (39) *진주 의료원 폐업	공공병원 (39)	공공병원 (39)	공공병원 (40) *진안 의료원 추가	공공병원 (42)	공공병원 (42)	공공병원 (44)
						국립중앙 의료원	국립중앙 의료원	국립중앙 의료원	국립중앙 의료원	국립중앙 의료원	국립중앙 의료원
									민간병원 (12)	민간병원 (12)	민간병원 (12)
										민간병원 (12)	민간병원 (12)
											민간병원 (28)
질병군	20	76	553 / 76	550	550	553	559	559	559	567	567
입원 환자 대비	약 16%	약 53%	약 96% / 약 55%	약 95%	약 95%						
대상	건강보험			건강보험·의료급여							

자료: 신현웅, 여나금, 이충섭, 강길원, 오수진, 이재은. (2020). 신포괄지불제도 시범사업 평가 연구. 건강보험심사평가원·한국보건사회연구원, p. 8에서 내용 업데이트함.

신현웅 외(2020)는 신포괄수가제 시범사업의 도입 목적인 '효율성', '의료의 질', '환자 보장성', '공급자 수용성'에 대한 평가를 수행하였다

(신현웅 외, 2020, p. 52). 시범사업 초기부터 지방의료원 등의 공공병원이 포함되었음에도 불구하고 공공성에 대한 평가는 없었는데, 이는 신포괄수가제 도입 목적이 행위별수가제의 과잉진료와 포괄수가제의 과소진료 문제를 보완함으로써 공급자의 적정진료행위를 유도하는 데 있기 때문이다(신현웅 외, 2020, p. 4).

〈표 5-3〉 신포괄지불제도 시범사업 평가지표

정책목표	평가영역	평가지표
Ⅰ. 효율성	1. 진료효율성 변화	1-❶ 건당 진료비 변화
		1-❷ 재원일수 변화
	2. 환자구성지수 변화	2-❶ 중증도 환자 비율 변화
		2-❷ 열외군 환자 비율 변화
	3. 진료행태 변화	3-❶ 비포괄 비율 변화
Ⅱ. 의료의 질	1. 의료의 질: 구조·과정	1-❶ 정보관리평가(정책가산 지표)
		1-❷ 의료 질 향상 활동(신포괄 모니터링 자료)
	2. 의료의 질: 결과	2-❶ 재입원
	3. 요양급여 적정성 평가	3-❶ 급성질환
		3-❷ 암질환
Ⅲ. 환자 보장성	1. 환자 의료비 부담	1-❶ 보장률(환자본인부담) 변화
		1-❷ 비급여 비중 변화
	2. 환자 경험 및 만족도	2-❶ 환자 경험 성과
		2-❷ 환자 만족도
Ⅳ. 공급자 수용성	1. 병원 수익 변화	1-❶ 신포괄 진료비 보상수준
	2. 병원 운영 변화	2-❶ 병원 조직 운영 및 업무 효율성
		2-❷ 신포괄지불제도 개선과제

자료: 신현웅, 여나금, 이충섭, 강길원, 오수진, 이재은. (2020). 신포괄지불제도 시범사업 평가 연구. 건강보험심사평가원·한국보건사회연구원, p. 56.

나. 정책 가산

신포괄지불제도 시범사업은 참여하는 모든 병원을 대상으로 '참여', '효율성·효과성', '공공성', '의료의 질', '비급여관리'의 다섯 가지 영역에

대한 평가를 실시하고 이를 기반으로 정책가산율을 산정한 후 수가에 반영하는 방식으로 운영되고 있다. 지방의료원은 최대 35%의 정책가산율을 적용받을 수 있다. 다섯 가지 평가영역별로 살펴보면 '참여' 영역 6%(사업 참여 가산 3%, 자료 제공 여부에 대한 가산 2%, 제공된 자료의 질에 대한 가산 1%), '효율·효과성' 영역 15%(경영성과 5%, 간호등급 2%, 간호·간병 통합서비스에 3%, 정보관리 5%), '공공성' 영역 9%(취약계층 진료 4%, 취약지역 1%, 필수시설 운영 3%, 감염병 관리 1%), '의료의질' 영역 2%이며, '비급여관리' 영역은 공공병원의 경우 3%로 구성되어 있다(〈표 5-4〉).

〈표 5-4〉 2021년 신포괄 정책가산 평가 세부지표 및 가산비율

영역		최대비율	세부지표 (비율)	
참여	1.참여	3%	참여	(3.0)
	2.자료제공	2%	수가자료	(0.5)
			원가자료	(0.5)
			진료비 청구심사자료	(0.5)
			의료의 질 평가자료(외래포함)	(0.5)
	3.자료의 질	1%	(수가) 자료의 정확도	(0.5)
			(원가) 자료의 정확도	(0.5)
효율성·효과성	4.경영성과	5%	병상활용도	(5.0)
			기관경영수지	
			생산성	
			효율성	
	5.통합간호등급	2%	통합간호등급	(2.0)
	6.간호·간병통합서비스 병상점유율	3%	간호·간병통합서비스 병상점유율	(3.0)
	7.신포괄정보관리	5%	의무기록 필수항목 기재율	(1.0)
			진단코딩정확도 향상활동	(0.5)
			진단코딩 청구정확도	(1.0)
			환자안전 Alert시스템 운영 및 활용	(0.5)
			환자인식시스템 운영	(0.5)
			POA 청구정확도	(0.5)
			표준진료지침(CP) 운영	(1.0)

영역		최대비율	세부지표 (비율)	
공공성	8.취약계층 진료	4%	의료급여(차상위 포함) 환자 비율	(4.0)
	9.취약지	1%	의료취약지	(1.0)
	10.필수시설	3%	중환자실 혹은 응급실 운영 여부	(1.0)
			음압격리실 운영 여부	(1.0)
			분만실, 호스피스병동, 재활의학과, 정신과병동 중 2개 이상 운영 여부	(1.0)
	11.감염병 관리	1%	감염병표본관리 여부	(0.5)
			격리병상이용률	(0.5)
12.의료의 질		2%	재입원비	(1.0)
			외래방문횟수비	(1.0)
13.비급여 관리		(공공)3% (민간)3+α%	비급여 비중	(2.0)
			비급여 개선도	(1.0)
			비급여 감소액	(2.0)

자료: 건강보험심사평가원. (2020). 2021년 신포괄 정책가산 평가계획, p. 6.

신포괄수가제 정책가산이 지방의료원의 의료 적자 해소에 많은 부분 기여한 것은 사실이나 정책가산율 산정을 위한 평가 영역 및 지표 중 일부는 지방의료원에 적용하기 부적합하여 퇴출 및 개선해야 할 필요성이 지속적으로 제기되고 있다. 이에, 최근 5년간(2016~2020년) 지방의료원의 정책가산율을 살펴보고 시사점을 도출하고자 한다. 지방의료원의 정책가산율 평균은 2016년 23.0%에서 2020년 25.6%로 소폭 증가하는 추세를 보인다(〈표 5-5〉).

〈표 5-5〉 지방의료원 연도별 신포괄수가제 정책가산율

(단위: %)

	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년
지방의료원 평균	23.0	22.7	23.9	25.1	25.6

주: 연도 말 기준
자료: 건강보험심사평가원 내부자료

지방의료원의 정책가산율을 소재지의 인구규모 기준으로 구분하여 살펴보면 인구규모가 작은 소도시나 군 지역, 또는 의료취약지에 위치한 기

관의 정책가산율이 상대적으로 낮은 것으로 나타났고, 운영주체별로는 기초자치단체가 운영하거나 운영 지자체의 재정자립도가 낮은 기관의 정책가산율이 낮은 것으로 나타났다. 의료기관 종별로는 병원급 기관이, 병상규모 별로는 병상 수가 적은 기관이 낮은 정책가산을 받는 것으로 확인되었다(〈표 5-6〉).

〈표 5-6〉 유형별 지방의료원 신포괄수가제 정책가산율

(단위: %)

구분		정책가산합계 (2019)	정책가산합계 (2020)
도시구분	특광역시 및 인구 100만 이상 대도시	27.7	27.9
	인구 50만 이상 대도시	27.6	28.3
	인구 20~50만 중도시	25.0	25.9
	인구 10~20만 소도시	24.6	24.9
	인구 10만 미만 소도시나 군	22.7	22.9
	계	25.1	25.6
의료취약지	Y	22.4	22.3
	N	25.6	26.1
	계	25.1	25.6
수도권 /비수도권	수도권	26.4	26.1
	비수도권	24.7	25.4
	계	25.1	25.6
운영주체	광역	25.2	25.8
	기초	23.5	23.2
	계	25.1	25.6
종별	종합병원	25.7	26.2
	병원	21.5	21.9
	계	25.1	25.6
병상규모	300병상 이상	27.9	28.2
	200병상 이상 300병상 미만	25.0	25.8
	200병상 미만	22.6	22.5
	계	25.1	25.6
재정자립도	45 이상	26.8	26.6
	30 이상 45 미만	25.4	25.9
	30 미만	23.7	24.7
	계	25.1	25.6

주: 연도 말 기준
자료: 건강보험심사평가원 내부자료

신포괄수가제 정책가산 평가영역에 대한 기관 유형별 편차를 살펴보면 다섯 가지 중 '참여', '의료의질', '비급여관리' 영역은 기관 유형별로 편차가 미미하나 '효율성·효과성' 및 '공공성' 영역의 경우는 유형별로 편차가 큰 것으로 나타났다(〈표 5-7~15〉). '효율성·효과성' 영역의 평가결과를 보면 인구규모가 작은 소도시나 군 지역, 또는 의료취약지에 있는 기관의 정책가산율이 상대적으로 낮은 것으로 나타났다. 운영주체별로는 기초자치단체가 운영하거나 운영 지자체의 재정자립도가 낮은 기관이, 의료기관 종별로는 병원급 기관이, 병상규모별로는 병상 수가 적은 기관이 낮은 정책가산율을 적용받는 것으로 확인되었다(〈표 5-9〉).

'공공성' 영역 중 '취약계층 진료' 세부영역에서는 인구의 규모가 작은 소도시나 군 지역, 또는 의료취약지에 위치한 기관의 정책가산율이 상대적으로 낮은 것으로 나타났다. 또한, 병상규모가 작은 기관이 낮은 정책가산을 받는 것으로 확인되었다(〈표 5-10〉). '공공성' 영역 중 '필수시설' 세부영역에서는 인구규모가 작은 소도시나 군 지역, 또는 의료취약지에 있는 기관의 정책가산율이 상대적으로 낮은 것으로 나타났다. 운영주체별로는 기초자치단체가 운영하거나 운영 지자체의 재정자립도가 낮은 기관이, 의료기관 종별로는 병원급 기관이, 병상규모별로는 병상 수가 적은 기관이 낮은 정책가산율을 적용받는 것으로 확인되었다(〈표 5-12〉).

〈표 5-7〉 지방의료원 연도별 영역별 신포괄수가 정책가산율

(단위: %)

구분	2019년	2020년
참여	5.9	5.8
효율효과성	9.7	10.2
공공성(의료급여+차상위, 취약지)	2.9	2.8
공공성(필수시설)	2.2	2.4
공공성(감염병 관리)	0.9	0.9
의료의질	1.7	1.6
비급여 관리	1.9	1.9

주: 연도 말 기준
자료: 건강보험심사평가원 내부자료

〈표 5-8〉 유형별 지방의료원 신포괄수가 정책가산율 [참여 영역]

(단위: %)

구분		참여 (2019)	참여 (2020)
도시구분	특광역시 및 인구 100만 이상 대도시	5.9	5.9
	인구 50만 이상 대도시	5.8	5.8
	인구 20~50만 중도시	5.8	5.8
	인구 10~20만 소도시	5.9	5.9
	인구 10만 미만 소도시나 군	5.9	5.8
	계	5.9	5.8
의료취약지	Y	5.9	5.8
	N	5.9	5.8
	계	5.9	5.8
수도권 /비수도권	수도권	5.9	5.9
	비수도권	5.9	5.8
	계	5.9	5.8
운영주체	광역	5.9	5.9
	기초	5.9	5.8
	계	5.9	5.8
종별	종합병원	5.9	5.9
	병원	5.7	5.6
	계	5.9	5.8
병상규모	300병상 이상	5.8	5.8
	200병상 이상 300병상 미만	5.9	5.9
	200병상 미만	5.9	5.8
	계	5.9	5.8
재정자립도	45 이상	5.9	5.9
	30 이상 45 미만	5.8	5.8
	30 미만	5.9	5.8
	계	5.9	5.8

주: 연도 말 기준
자료: 건강보험심사평가원 내부자료

〈표 5-9〉 유형별 지방의료원 신포괄수가 정책가산율 [효율·효과성]

(단위: %)

구분		효율·효과성 (2019)	효율·효과성 (2020)
도시구분	특광역시 및 인구 100만 이상 대도시	11.1	11.3
	인구 50만 이상 대도시	11.3	11.8
	인구 20~50만 중도시	9.4	10.4
	인구 10~20만 소도시	10.4	10.9
	인구 10만 미만 소도시나 군	7.7	8.0
	계	9.7	10.2
의료취약지	Y	7.1	7.0
	N	10.1	10.8
	계	9.7	10.2
수도권 /비수도권	수도권	10.8	10.8
	비수도권	9.3	10.1
	계	9.7	10.2
운영주체	광역	9.9	10.5
	기초	7.8	7.7
	계	9.7	10.2
종별	종합병원	10.3	10.9
	병원	6.1	6.5
	계	9.7	10.2
병상규모	300병상 이상	11.2	11.5
	200병상 이상 300병상 미만	10.0	10.8
	200병상 미만	7.5	7.6
	계	9.7	10.2
재정자립도	45 이상	10.8	10.9
	30 이상 45 미만	10.3	11.1
	30 미만	8.5	9.2
	계	9.7	10.2

주: 연도 말 기준
자료: 건강보험심사평가원 내부자료

〈표 5-10〉 유형별 지방의료원 신포괄수가 정책가산율 [공공성: (의료급여+차상위)]

(단위: %)

구분		공공성 (의료급여+차상위) (2019)	공공성 (의료급여+차상위) (2020)
도시구분	특광역시 및 인구 100만 이상 대도시	3.5	3.5
	인구 50만 이상 대도시	3.7	3.7
	인구 20~50만 중도시	3.1	2.9
	인구 10~20만 소도시	2.1	1.9
	인구 10만 미만 소도시나 군	2.1	2.0
	계	2.8	2.6
의료취약지	Y	2.0	1.8
	N	2.9	2.8
	계	2.8	2.6
수도권 /비수도권	수도권	3.0	2.6
	비수도권	2.7	2.7
	계	2.8	2.6
운영주체	광역	2.8	2.6
	기초	3.0	2.7
	계	2.8	2.6
종별	종합병원	2.8	2.7
	병원	2.8	2.6
	계	2.8	2.6
병상규모	300병상 이상	3.5	3.5
	200병상 이상 300병상 미만	2.6	2.3
	200병상 미만	2.6	2.5
	계	2.8	2.6
재정자립도	45 이상	3.2	2.9
	30 이상 45 미만	2.3	2.2
	30 미만	2.8	2.7
	계	2.8	2.6

주: 연도 말 기준
자료: 건강보험심사평가원 내부자료

〈표 5-11〉 유형별 지방의료원 신포괄수가 정책가산율 [공공성: 취약지]

(단위: %)

구분		공공성 (취약지) (2019)	공공성 (취약지) (2020)
도시구분	특광역시 및 인구 100만 이상 대도시	0.0	0.0
	인구 50만 이상 대도시	0.0	0.0
	인구 20~50만 중도시	0.0	0.0
	인구 10~20만 소도시	0.0	0.0
	인구 10만 미만 소도시나 군	0.6	0.6
	계	0.1	0.1
의료취약지	Y	1.0	1.0
	N	0.0	0.0
	계	0.1	0.1
수도권 /비수도권	수도권	0.0	0.0
	비수도권	0.2	0.2
	계	0.1	0.1
운영주체	광역	0.1	0.1
	기초	0.7	0.7
	계	0.1	0.1
종별	종합병원	0.1	0.1
	병원	0.6	0.6
	계	0.1	0.1
병상규모	300병상 이상	0.1	0.1
	200병상 이상 300병상 미만	0.1	0.1
	200병상 미만	0.4	0.4
	계	0.1	0.1
재정자립도	45 이상	0.0	0.0
	30 이상 45 미만	0.1	0.1
	30 미만	0.3	0.3
	계	0.1	0.1

주: 연도 말 기준
자료: 건강보험심사평가원 내부자료

〈표 5-12〉 유형별 지방의료원 신포괄수가 정책가산율 [공공성: 필수시설]

(단위: %)

구분		공공성 (필수시설) (2019)	공공성 (필수시설) (2020)
도시구분	특광역시 및 인구 100만 이상 대도시	2.8	2.8
	인구 50만 이상 대도시	2.7	3.0
	인구 20~50만 중도시	2.1	2.2
	인구 10~20만 소도시	1.9	2.3
	인구 10만 미만 소도시나 군	1.9	2.0
	계	2.2	2.4
의료취약지	Y	1.8	2.0
	N	2.2	2.4
	계	2.2	2.4
수도권 /비수도권	수도권	2.5	2.5
	비수도권	2.1	2.3
	계	2.2	2.4
운영주체	광역	2.2	2.4
	기초	1.7	2.0
	계	2.2	2.4
종별	종합병원	2.3	2.4
	병원	1.6	1.8
	계	2.2	2.4
병상규모	300병상 이상	2.8	2.8
	200병상 이상 300병상 미만	2.1	2.4
	200병상 미만	1.9	1.9
	계	2.2	2.4
재정자립도	45 이상	2.6	2.6
	30 이상 45 미만	2.3	2.3
	30 미만	1.8	2.2
	계	2.2	2.4

주: 연도 말 기준
자료: 건강보험심사평가원 내부자료

〈표 5-13〉 유형별 지방의료원 신포괄수가 정책가산율 [공공성: 감염병 관리]

(단위: %)

구분		공공성 (감염병 관리) (2019)	공공성 (감염병 관리) (2020)
도시구분	특광역시 및 인구 100만 이상 대도시	1.0	1.0
	인구 50만 이상 대도시	0.9	0.9
	인구 20~50만 중도시	0.9	0.8
	인구 10~20만 소도시	0.9	0.9
	인구 10만 미만 소도시나 군	0.8	0.8
	계	0.9	0.9
의료취약지	Y	0.8	0.8
	N	0.9	0.9
	계	0.9	0.9
수도권 /비수도권	수도권	0.9	0.9
	비수도권	0.9	0.9
	계	0.9	0.9
운영주체	광역	0.9	0.9
	기초	0.8	0.8
	계	0.9	0.9
종별	종합병원	0.9	0.9
	병원	0.8	0.8
	계	0.9	0.9
병상규모	300병상 이상	0.9	0.9
	200병상 이상 300병상 미만	0.8	0.8
	200병상 미만	0.9	0.9
	계	0.9	0.9
재정자립도	45 이상	0.9	0.9
	30 이상 45 미만	0.9	0.9
	30 미만	0.8	0.8
	계	0.9	0.9

주: 연도 말 기준
자료: 건강보험심사평가원 내부자료

〈표 5-14〉 유형별 지방의료원 신포괄수가 정책가산율 [의료의 질]

(단위: %)

구분		의료의 질 (2019)	의료의 질 (2020)
도시구분	특광역시 및 인구 100만 이상 대도시	1.5	1.5
	인구 50만 이상 대도시	1.6	1.5
	인구 20~50만 중도시	1.7	1.8
	인구 10~20만 소도시	1.6	1.5
	인구 10만 미만 소도시나 군	1.8	1.7
	계	1.7	1.6
의료 취약지	Y	1.8	1.7
	N	1.6	1.6
	계	1.7	1.6
수도권 /비수도권	수도권	1.6	1.7
	비수도권	1.7	1.6
	계	1.7	1.6
운영주체	광역	1.6	1.6
	기초	1.8	1.6
	계	1.7	1.6
종별	종합병원	1.6	1.6
	병원	1.8	1.7
	계	1.7	1.6
병상규모	300병상 이상	1.6	1.6
	200병상 이상 300병상 미만	1.7	1.7
	200병상 미만	1.7	1.6
	계	1.7	1.6
재정자립도	45 이상	1.6	1.6
	30 이상 45 미만	1.8	1.6
	30 미만	1.7	1.6
	계	1.7	1.6

주: 연도 말 기준
자료: 건강보험심사평가원 내부자료

〈표 5-15〉 유형별 지방의료원 신포괄수가 정책가산율 [비급여 관리]

(단위: %)

구분		비급여 관리 (2019)	비급여 관리 (2020)
도시구분	특광역시 및 인구 100만 이상 대도시	1.9	1.9
	인구 50만 이상 대도시	1.7	1.7
	인구 20~50만 중도시	2.1	2.0
	인구 10~20만 소도시	1.8	1.6
	인구 10만 미만 소도시나 군	1.9	2.0
	계	1.9	1.9
의료취약지	Y	2.1	2.3
	N	1.9	1.8
	계	1.9	1.9
수도권 /비수도권	수도권	1.7	1.7
	비수도권	2.0	1.9
	계	1.9	1.9
운영주체	광역	1.9	1.9
	기초	1.9	2.0
	계	1.9	1.9
종별	종합병원	1.9	1.8
	병원	2.1	2.3
	계	1.9	1.9
병상규모	300병상 이상	1.9	1.9
	200병상 이상 300병상 미만	1.9	1.8
	200병상 미만	1.8	1.8
	계	1.9	1.9
재정자립도	45 이상	1.8	1.7
	30 이상 45 미만	1.9	1.8
	30 미만	2.0	2.0
	계	1.9	1.9

주: 연도 말 기준
자료: 건강보험심사평가원 내부자료

3. 현재 지불보상제도하에서 지방의료원이 당면한 문제

현재 지방의료원은 행위별수가제와 포괄수가제의 혼합된 형태인 신포괄지불제도에 의해 보상을 받고 있다. 신포괄수가제도는 기존의 행위별수가제에 비해 개별 환자 및 에피소드 단위에서는 불필요한 의료서비스를 감소시키는 유인을 제공하지만 의료기관이 전체적인 수입을 증가시키 위해서 의료서비스 제공량을 증가시켜야 한다는 점은 행위별수가제와 같다. 이러한 지불보상제도하에서 대부분의 지방의료원이 당면한 문제는 다음과 같다([그림 5-1]).

[그림 5-1] 현재 지불보상제도하에서 지방의료원이 당면한 문제

수익(Profit) = 수입(Revenue) – 비용(Cost)

수입(Revenue)= 수가(Price) X 행위량(Volume)

비용(Cost): 의료기관마다 비용구조(효율성)이 상이함 (한계비용 체감)

- (수입 측면) 충분한 의료행위를 일으키지 못함 + 낮은 비급여 비율 → 낮은 수입
- (비용 측면) 비용구조(효율성)가 취약한 상황 → 높은 비용
- 지역별, 의료기관별 진료과별로 행위량과 비용구조가 상이함

주: 필자 작성

지방의료원의 안정적이고 지속적 운영을 담보하기 위해서는 손익분기점을 넘어선 최소한의 수익(profit)을 달성해야 한다. 하지만 대부분의 지방의료원은 수입(revenue) 및 비용(cost)의 두 가지 측면에서 수익을 내기 어려운 상황에 처해 있다.

우선, 수입 측면을 살펴보면, 현재 우리나라의 건강보험 급여의 원가 보상률은 80~90% 수준으로(보건복지부, 2018a. p. 4; 김정회, 이정면, 이용갑, 2020, p. 18 재인용) 의료기관은 비급여 진료 등을 통해 건강보험

급여에서 발생하는 적자를 메워야 하나, 지방의료원은 비급여 진료의 비중이 작을 뿐만 아니라 상대적으로 수익이 적게 발생하는 필수의료 및 취약계층에 대한 진료 비중이 커서 수입보다 비용이 더 큰 것으로 확인된다(〈표 4-28〉). 비용 측면에서도 지방의료원 대부분이 적정 규모와 인력, 시설, 장비 등을 갖추지 못하여 비용구조(효율성)가 취약한 상황이다. 또한 지역 내 필수의료 제공을 담보하기 위해 응급, 분만 등 높은 투자비용에 비해 수익이 낮고, 경우에 따라 수익을 창출할 만큼의 충분한 진료행위가 이루어지지 못해 적자를 감수할 수밖에 없는 진료기능을 유지하고 있다.

지방의료원은 신포괄수가제 정책가산을 통해 최대 35%의 정책가산율을 적용받을 수 있으며, 실제로 2020년 기준 평균 25.6%의 정책가산율을 적용받아 신포괄수가제를 통해 적자 해소가 일정 부분 이루어진 것은 사실이다. 그러나 지방의료원은 진료기능, 인력, 시설, 운영, 재정 및 경영 등의 전반적인 측면에서 기관별 특성이 매우 다양하여 수입 및 비용의 구조 또한 서로 상이함에도 불구하고 정책가산율의 산정에 있어 일률적인 기준을 적용하다 보니 다양한 기관별 상황이 반영되지 못해 정책적 지원의 필요성이 높은 지역 및 기관의 정책가산율이 오히려 낮게 나타나는 경향을 보이고 있다. 그러므로 각 지방의료원의 특성과 상황에 대한 충분한 이해와 검토를 통한 개선이 필요하다.

제2절 재정지원 현황

이 절에서는 지방의료원의 재정지원 현황을 파악하기 위해 지방의료원의 운영 재원 구조와 지방의료원 재정지원 주체, 규모 등의 현황을 살펴보고, 선행연구와 보도자료 등을 바탕으로 지방의료원 재정지원의 현 실태를 진단하였으며, 의료기관 재정지원사업 중 지방의료원과 밀접한 관

련이 있는 국고보조사업 현황을 살펴보고, 정부 부처, 선행연구에서 제시한 사업 평가 결과를 토대로 지방의료원을 대상으로 한 재정사업을 평가하였다.

1. 지방의료원 운영재원

가. 재원 구조

「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」에 따르면, 지방의료원의 주요 운영 재원은 제7조에서 규정한 사업의 수익금, 제17조에서 규정한 보조금·출연금 및 기부금, 그 밖의 수입금으로 구성된다.

〈표 5-16〉 지방의료원 설립 및 운영에 관한 법률 제7조 및 제17조

구분	내용
제7조 (사업)	지역주민의 진료사업, 공공보건의료사업, 의료인·의료기사 및 지역주민의 보건교육사업, 의료지식과 치료기술의 보급 등에 관한 사항, 국가 또는 지방자치단체의 공공보건의료 시책의 수행, 감염병에 관한 각종 사업의 지원, 그 밖에 보건복지부장관 및 지방자치단체의 장이 필요하다고 인정한 보건의료사업의 수행 및 관리
제17조 (보조금)	① 국가는 공공보건의료 시책을 수행하기 위하여 필요한 경우에는 **지방의료원의 설립, 시설·장비 확충 및 우수 의료인력 확보 등 공공보건의료사업**에 드는 경비의 일부를 예산의 범위에서 지원할 수 있음 ② 지방자치단체는 **지방의료원의 설립에 드는 경비**를 출연(出捐)하거나 운영에 필요한 경비를 보조할 수 있음 ③ 국가 또는 지방자치단체는 지방의료원이 제7조 제1항 제2호 및 제4호부터 제7호까지의 사업과 「공공보건의료에 관한 법률」 제17조 제1항에 따른 원칙을 준수하는 데에 드는 비용을 조사할 수 있음 ④ 국가와 지방자치단체는 제1항 및 제2항에 따른 경비를 지원하거나 출연·보조할 때 제3항에 따라 조사된 비용을 고려해 지원의 규모 등을 조정할 수 있음 ⑤ 개인·법인 또는 단체는 지방의료원의 사업을 지원하기 위하여 지방의료원에 금전이나 그 밖의 재산을 기부할 수 있음

자료: 지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률, 법률 제17893호 (2021)

지방의료원의 재원 구조를 살펴보면, 수입은 정부지원, 지자체지원, 자체수입, 기타수입으로, 지출은 사업비, 인건비, 경상운영비, 차입상환금비, 기타, 차기이월금 등으로 구성된다(〈표 5-17〉). 정부·지자체가 지원하는 세부 항목은 출연금, 출자금, 보조금, 위탁수입, 독점수입, 간접지원사업수입, 부대수입으로 구성되어 있으나, 대부분 출연금, 보조금 중심으로 책정되어 있다. 이때 보조금은 국고지원사업을 통해 교부가 가능하다

〈표 5-17〉 지방의료원 수입·지출 비목

수입	정부 및 지자체 지원							자체수입			기타수입
	출연금	출자금	보조금	위탁수입	독점수입	간접지원사업수입	부대수입	순수자체수입	차입금	전기이월	
지출	사업비	인건비	경상운영비	차입상환금비	기타	차기이월					

주: 필자 작성

나. 국고보조금

1) 국고보조금 개요

국고보조금 제도는 「보조금 관리에 관한 법률」에 근거해 “국가 외의 자가 행하는 사무 또는 사업에 대해 국가가 이를 조성하거나 재정상의 원조를 위해 재원을 교부하는 제도”이다(기획재정부 보조사업평가단, 2020a, p. 3). “국고보조금은 보조금 이외에 부담금, 교부금, 조성비, 장려비, 위탁금 등의 명칭으로 사용되고 있다. 이 명칭은 개별 실정법상 명확하게 구분되는 것은 아니며, 실무적으로 사용되는 용어로서 보조금을 지칭”한다(기획재정부 보조사업평가단, 2020a, p. 3). 중앙정부로부터 지방자치단체로의 재정적 이전이 이루어지는 정부 간 재정관계 수단이 되고 있는 국고보조금과 지방재정교부금(지방교부세) 제도가 존재하는데, 이들 제

도 간 차이를 살펴보면 다음과 같다(기획재정부 보조사업평가단, 2020a, p. 4).

〈표 5-18〉 국고보조금과 지방교부세 비교

구분	국고보조금	지방교부세
근거	보조금 관리에 관한 법률	지방교부세법
목적	지방자치단체의 특정 사업 지원	지방자치단체 재원 보장, 재정불균형 완화
재원	국가 일반회계 또는 특별회계 예산	내국세의 19.24%
재원성격	특정 목적 재원	용도 지정 없는 일반재원
배분	사업별 용도 지정, 지방비 확보 의무	재원 부족액 기준 배정

자료: 기획재정부 보조사업평가단. (2020a). 2020년 국고보조사업 연장평가 보고서(Ⅰ), p. 4.

2) 국고보조금 사업 및 보조율

국고보조금이 지급되는 대상사업 경비의 종목, 국고보조율과 금액은 매년 예산 및 관련 법령으로 정하도록 규정하고 있다. 다만, 지방자치단체 보조금은 보조금이 지급되는 대상사업의 범위와 보조금의 예산계상 신청 및 예산편성에 있어서 보조사업별로 적용하는 기준이 되는 국고보조율(기준보조율)이 설정되어 있다. 보조금 지급 제외 사업의 경우에는 「보조금관리에 관한 법률」 시행령에서 별도로 규정하고 있다. 동법 시행령(제4조 제1항)에 근거해 보조금의 지급대상이 되는 지방자치단체의 사업 및 기준보조율은 122개 사업 분야에 적용되지만, 국가와 지방자치단체 상호 간에 이해관계가 있고 보조금의 교부가 필요한 사업의 경우는 사업의 수행 근거 법령과 성격에 따라 국고보조율을 달리 결정할 수 있다. 따라서 국가가 마련하는 예산안편성지침에서 이들 국고보조의 대상사업명과 기준보조율을 명시하거나 매년 예산으로 정하도록 규정한다(기획재정부 보조사업평가단, 2020a, p. 14).

3) 국고보조금 유형

국고보조금은 다양한 기준에 따라 유형화할 수 있는데, 일반적으로 "① 보조금 사용용도의 제한성 유무, ② 보조금 지출상 일정한 지방비 부담(Matching Fund) 방식의 차이, ③ 보조금 규모의 제한성 여부, ④ 법적 근거와 경비부담 기준, ⑤ 보조율의 차등 여부, ⑥ 보조금의 교부조건, ⑦ 보조금 시행주체, ⑧ 보조금 신청 여부, ⑨ 보조금 지원 대상 및 지원 내용" 등에 따라 구분한다(기획재정부 보조사업평가단a, 2020, p. 6). 국고보조금 유형에 따른 구체적인 내용은 〈표 5-19〉에서 확인할 수 있다.

〈표 5-19〉 국고보조금 유형

유형		내용
보조금 사용용도의 제한유무	특정보조금	보조금의 사용용도가 구체적이고 세분화되어 있는 것으로, 우리나라 국고보조금이 이에 해당함
	일반보조금	보조금의 사용용도에 대한 구체적인 제한이 없는 것으로, 우리나라 지방교부세가 이에 해당함
보조금 지출상 일정한 지방비 부담방식	정률보조금	지방자치단체가 지출하는 국고보조사업비의 일정 비율 금액을 국가가 보조하는 것으로, 현재 국고보조금의 원칙적인 지출형태임
	정액보조금	특정한 사무, 사업 실시에 대해 일정한 금액을 교부함
보조금 규모의 제한성 여부	개방형 보조금	중앙정부가 분담할 비중만을 결정하고 총액에 대한 제한이 없는 것으로 공공서비스의 공급에 필요한 비용의 일정 비율을 보조하는 비용부담보조금의 한 유형임
	폐쇄형 보조금	보조금 총액에 대한 제한이 있는 것으로 비용부담보조금이지만 보조대상이 되는 지방공공서비스가 일정한 공급 수준을 초과해서 과잉공급되는 경우에는 일정수준 이상의 공급에 대한 보조금을 교부하지 않거나 모든 보조금의 교부를 중단할 수 있음
법적 근거와 경비부담 기준	부담금	국가가 지방자치단체에 또는 그 기관에게 법령에 의해 실시 의무를 부과하고 있는 보조금의 일종임
	교부금	국가가 스스로 행하여야 할 사무를 국민의 편의, 경비의 효율성 등의 이유로 지방자치단체 또는 그 기관에 위임하여 수행하는 경우에 소요되는 경비를 위해 교부되는 보조금임. 따라서 관련 소요경비는 당연히 국가가 그 전부를 부담하여야 하며, 지방자치단체는 경비를 부담할 의무가 없음
	협의의 보조금	국가가 특정한 행정사무의 집행을 장려, 조장하거나 또는 지방자치단체의 재정 사정상 특히 필요하다고 인정될 때 지원하는 경비로서 장려적 보조금이라고도 함

유형		내용
보조율 차등 여부	일률보조금	모든 지방자치단체에 동일한 보조율을 적용하는 보조금을 의미함
	차등보조금	-지방자치단체의 재정력 또는 기타 특별한 필요성에 의해 상이한 보조율을 적용하는 보조금임 -차등보조의 방법에는 기준보조율에 일정률(10%, 15%, 20% 등)을 가감하여 인상·인하 보조율을 적용하는 두 가지 방법이 있음
보조금 교부조건	특정보조금	보조금 교부 시 국가가 지방정부의 준수를 제시하는 교부조건(예: 지방비의 일정액(율) 부담 의무화, 보조금 사용 목적의 한정, 보조대상 행정 수준에 대한 규제 등)이 있는 보조금임
	포괄보조금	보조금을 교부할 때 국가가 지방자치단체의 준수를 요구하는 교부조건이 포괄적으로 설정되는 보조금임
보조금 시행주체	직접보조금	국가로부터 교부된 보조금을 지방자치단체가 직접 집행하는 경우로서, 우리나라 재해위험지구 정비사업 등의 보조금이 이에 속함
	간접보조금	국가로부터 교부된 보조금이 지방자치단체를 통하여 민간(단체)이나 타 기관에 재교부되는 보조금을 말함
보조금 신청 여부	신청보조금	보조사업을 수행하려는 자가 보조하려는 자에게 관계 법령 및 지침 등에 의하여 예산계상을 신청하고 이에 따라 받는 보조금임
	무신청 보조금	지방정부의 보조금 신청이 없더라도 재해 발생 등 사전에 예측하지 못한 사유로 인하여 보조금의 교부가 불가피한 경우, 기타 중앙정부가 국가의 주요 시책 수행상 보조금의 교부가 불가피하다고 인정하는 사업 등에 교부되는 보조금 등임
보조금 지원대상 및 내용		(지원대상) 자치단체보조금, 민간보조금 (지원내용) 경상보조금, 자본보조금

자료: 기획재정부 보조사업평가단. (2020a). 2020년 국고보조사업 연장평가보고서(Ⅰ), pp. 6-9 내용을 표로 구조화함.

2. 지방의료원 재정지원 현황

가. 주요 현황

지방의료원에 대한 재정지원은 운영주체인 지방자치단체에서 지원하는 운영보조금과 지역거점 공공병원 기능보강사업을 통해 국가와 지자체 매칭으로 지원이 이루어지는 자본보조금으로 구분된다.

〈표 5-20〉 지방의료원 재정지원 현황

지원주체	운영보조	자본보조
국가	일부 공공의료사업, 취약지 보조 등	기능보강사업
지자체	대부분 공공의료사업, 경상비 보조 등	기능보강사업 매칭 등

자료: 이건세. (2021). 지역 공공보건의료시스템 구축방안. 제1차 공공의료포럼 자료집.

국비, 지방비로 지원되는 지방의료원에 대한 국가재정지원 규모는 최근 5년간 기관당 평균 57~208억 원 수준으로 확인된다(〈표 5-21〉). 지방의료원에 대한 국가재정지원 규모를 지역별로 살펴보면, 인구규모가 작은 소도시나 군지역, 의료취약지에 위치한 기관의 기관당 국가재정지원 규모가 상대적으로 작은 것으로 나타났다. 운영주체별로는 운영 지자체의 재정자립도가 낮은 기관이 국가재정지원 규모가 작은 것으로 나타났다. 의료기관 종별로는 병원급 기관이, 병상규모별로는 병상 수가 적은 기관이 국가재정지원 규모가 상대적으로 작은 것으로 확인되었다(〈표 5-23〉).

지방의료원의 전체 수입 중 국가재정지원 비율은 2019년 기준 16.7%, 이 중 중앙정부 및 지방자치단체의 재정지원 비율이 각각 5.5%, 11.2%로 전체 국가재정지원 중 지방자치단체의 재정지원이 차지하는 비율은 3분의 2 정도로 확인되었다(〈표 5-22〉).

〈표 5-21〉 지방의료원 재정지원 규모 추이

(단위: 억 원, 개소)

구분	기관 수	정부지원		지자체지원		정부 및 지자체 지원	
		지원총액	기관당 평균	지원총액	기관당 평균	지원총액	기관당 평균
2016	34	612.5	18.0	1,329.4	39.1	1,941.8	57.1
2017	34	409.0	12.0	968.2	28.5	1,377.2	40.5
2018	35	450.6	12.9	1,483.5	42.4	1,934.2	55.3
2019	35	927.3	26.5	1,886.3	53.9	2,813.6	80.4
2020	35	4,261.7	121.8	3,021.0	86.3	7,282.7	208.1

주: 1) 연도별 정부 및 지자체지원 수입에 해당하는 내역임.
2) 2016~2017년 성남시의료원 공시자료 없음.

자료: 지역거점공공병원알리미. (No Date). 기관별 공시자료. 「세입, 세출 결산서」, https://rhs.mohw.go.kr/Disclosure/View03.do?hospitalNumber=10000001&searchYearMonth=&pageNum=02&subNum=04에서 2021. 8. 21. 인출하여 분석

〈표 5-22〉 지방의료원 수입 중 재정지원 비율 추이

(단위: %)

구분	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년
정부지원	4.4	3.0	3.0	5.5	22.7
지자체지원	9.6	7.1	9.8	11.2	16.1
정부 및 지자체 지원	14.0	10.1	12.8	16.7	38.7

주: 1) 연도별 지방의료원 수입 중 정부 및 지자체지원 수입 비율
2) 2016~2017년 성남시의료원 공시자료 없음.
자료: 지역거점공공병원알리미. (No Date). 기관별 공시자료. 「세입, 세출 결산서」, https://rhs.mohw.go.kr/Disclosure/View03.do?hospitalNumber=10000001&searchYearMonth=&pageNum=02&subNum=04에서 2021. 8. 21. 인출하여 분석

〈표 5-23〉 유형별 지방의료원 재정지원 규모

(단위: 억 원)

구분		2019			2020		
		정부 지원	지자체 지원	정부 및 지자체 지원	정부 지원	지자체 지원	정부 및 지자체 지원
도시구분	특광역시 및 인구 100만 이상 대도시	25.5	89.3	114.9	250.1	180.4	430.5
	인구 50만 이상 대도시	39.3	71.1	110.4	160.9	92.2	253.1
	인구 20~50만 중도시	27.1	44.7	71.8	101.4	65.6	167.0
	인구 10~20만 소도시	22.1	41.0	63.2	89.7	76.2	165.8
	인구 10만 미만 소도시나 군	23.9	41.4	65.3	59.5	47.5	107.0
	계	26.5	53.9	80.4	121.8	86.3	208.1
의료 취약지	Y	19.9	42.6	62.5	51.0	43.8	94.9
	N	27.6	55.8	83.4	133.6	93.4	226.9
	계	26.5	53.9	80.4	121.8	86.3	208.1
수도권/ 비수도권	수도권	26.9	89.7	116.6	174.9	171.3	346.2
	비수도권	26.3	41.5	67.9	103.4	56.9	160.3
	계	26.5	53.9	80.4	121.8	86.3	208.1
운영주체	광역	25.2	49.7	75.0	128.6	86.4	215.0
	기초	36.4	86.1	122.5	68.9	85.5	154.4
	계	26.5	53.9	80.4	121.8	86.3	208.1

구분		2019			2020		
		정부 지원	지자체 지원	정부 및 지자체 지원	정부 지원	지자체 지원	정부 및 지자체 지원
종별	종합병원	28.8	56.3	85.1	136.5	94.5	231.1
	병원	12.6	39.4	51.9	33.0	37.0	70.0
	계	26.5	53.9	80.4	121.8	86.3	208.1
병상규모	300병상 이상	38.9	93.3	132.2	213.9	150.5	364.4
	200병상 이상 300병상 미만	25.7	39.5	65.2	105.5	66.5	171.9
	200병상 미만	14.3	41.9	56.2	54.7	58.8	113.5
	계	26.5	53.9	80.4	121.8	86.3	208.1
재정 자립도	45 이상	28.9	89.8	118.7	180.4	171.8	352.2
	30 이상 45 미만	23.1	39.7	62.8	116.2	46.5	162.6
	30 미만	26.8	36.1	62.8	82.1	47.6	129.6
	계	26.5	53.9	80.4	121.8	86.3	208.1

주: 1) 연도별 정부 및 지자체지원 수입에 해당하는 내역임.
2) 2016~2017년 성남시의료원 공시자료 없음.
자료: 지역거점공공병원알리미. (No Date). 기관별 공시자료. 「세입, 세출 결산서」, https://rhs.mohw.go.kr/Disclosure/View03.do?hospitalNumber=10000001&searchYearMonth=&pageNum=02&subNum=04에서 2021. 8. 21. 인출하여 분석

〈표 5-24〉 유형별 지방의료원 수입 중 재정지원 비율

(단위: %)

구분		2019			2020		
		정부 지원	지자체 지원	정부 및 지자체 지원	정부 지원	지자체 지원	정부 및 지자체 지원
도시구분	특광역시 및 인구 100만 이상 대도시	3.2	11.9	15.1	26.2	22.1	48.3
	인구 50만 이상 대도시	9.9	18.4	28.3	24.6	11.1	35.7
	인구 20~50만 중도시	5.8	11.2	17.0	23.5	16.4	39.9
	인구 10~20만 소도시	4.7	9.2	13.9	21.3	18.7	40.0
	인구 10만 미만 소도시나 군	7.8	15.2	23.0	17.2	14.8	32.0
	계	5.5	11.2	16.7	22.7	16.1	38.7
의료 취약지	Y	7.6	17.9	25.4	17.6	16.1	33.7
	N	5.8	11.8	17.6	23.0	17.0	40.0
	계	5.5	11.2	16.7	22.7	16.1	38.7

구분		2019			2020		
		정부 지원	지자체 지원	정부 및 지자체 지원	정부 지원	지자체 지원	정부 및 지자체 지원
수도권/비수도권	수도권	6.1	19.4	25.5	25.7	29.8	55.5
	비수도권	6.0	10.3	16.4	21.0	12.4	33.4
	계	5.5	11.2	16.7	22.7	16.1	38.7
운영주체	광역	5.4	10.5	15.9	23.1	16.7	39.8
	기초	11.4	29.1	40.5	15.4	18.3	33.7
	계	5.5	11.2	16.7	22.7	16.1	38.7
종별	종합병원	5.9	11.5	17.4	23.1	16.8	39.8
	병원	6.7	19.7	26.4	17.0	17.4	34.4
	계	5.5	11.2	16.7	22.7	16.1	38.7
병상규모	300병상 이상	7.3	17.0	24.3	21.3	17.1	38.3
	200병상 이상 300병상 미만	5.2	8.4	13.6	23.4	14.9	38.3
	200병상 미만	6.5	17.4	23.9	20.6	21.1	41.7
	계	5.5	11.2	16.7	22.7	16.1	38.7
재정자립도	45 이상	5.8	17.9	23.7	25.5	28.2	53.7
	30 이상 45 미만	4.4	8.4	12.8	20.6	9.3	29.9
	30 미만	7.2	11.4	18.6	20.7	13.1	33.8
	계	5.5	11.2	16.7	22.7	16.1	38.7

주: 1) 연도별 지방의료원 수입 중 정부 및 지자체지원 수입 비율
2) 2016~2017년 성남시의료원 공시자료 없음.
자료: 지역거점공공병원알리미. (No Date). 기관별 공시자료. 「세입, 세출 결산서」, https://rhs.mohw.go.kr/Disclosure/View03.do?hospitalNumber=10000001&searchYearMonth=&pageNum=02&subNum=04에서 2021. 8. 21. 인출하여 분석

나. 실태 진단

앞에서 살펴본 바와 같이 지방의료원에 대한 재정지원은 지역 공공병원 기능보강사업을 통해 국가와 지자체 매칭으로 지원이 이루어지는 자본보조금과 운영주체인 지방자치단체에서 지원하는 운영보조금으로 구분된다. 기능보강사업 등을 통해 지급되는 보조금은 「보조금 관리에 관한 법률」에 따라 국고보조율 50%를 적용받는데, 재정자립도가 낮은 지방자

치단체의 경우에는 현행 국고보조율 수준이 지방의료원의 재정부담으로 작용하고 있다. 「보조금 관리에 관한 법률」에서는 보조율을 기준보조율(제9조)과 차등보조율(제10조)로 구분하고 있으며, 차등보조율은 기준보조율에서 수도권-비수도권, 광역시, 도 등 지역 구분에 따라 보조율을 50%, 70% 등으로 적용할 수 있는데, 지방의료원에 대한 보조금의 경우에도 차등보조율을 적용하여 재정 여건이 좋지 않은 지방자치단체가 운영하는 지방의료원에 대한 국고보조율을 높일 필요가 있다. 이에, 2021년 6월에 발표된 '제2차 공공보건의료 기본계획(2021~2025)'은 지방의료원 신·증축 시 국고보조율 상한 기준을 현행 50%에서 3년간 한시적으로 60%로 높이는 내용을 포함하였다(보건복지부, 2021, p. 14).

또한, 현재 지방의료원에 대한 국고보조금을 통한 재정지원은 대부분 기능보강사업 등을 통해 자본보조 방식으로 이루어지고 있는데, 이와 더불어 지방의료원 운영에 필요한 운영지원 보조금도 더욱 강화해야 할 필요가 있다. 지방의료원에 대한 지자체 지원 예산은 국고지원과 비례하는 '매칭 지방비', 자체사업으로 지원하는 '보조금', 그리고 순수하게 지방의료원 운영을 지원하기 위한 '운영지원 보조금'으로 구분되는데 '운영지원 보조금'은 지자체별로 격차가 큰 것으로 나타났다(임수민. 2021. 1. 13.).

3. 지방의료원 재정지원사업 현황

가. 사업 현황

1) 계정별

의료기관 재정지원사업은 보건복지부의 일반회계, 국민건강증진기금, 응급의료기금 계정으로 운영된다. 단, 국립의료기관은 별도의 책임운영

기관 특별회계 계정을 통해 운영되고 있다. 계정별로 지방의료원과 관련한 국고지원사업 현황을 파악하고 문제점을 제시하고자 한다.

가) 일반회계

(1) 지역거점병원 공공성 강화

지역거점병원 공공성 강화 사업은 지방의료원 등의 지역거점병원에 시설·장비 보강, 파견 의료인력 인건비 지원, 공공보건의료협력사업 지원 등을 통해 공익적 역할을 강화하고 양질의 의료서비스를 제공하는 것을 주요 목적으로 한다(보건복지부, 2020, p. 100). 이 사업은 지방의료원 34개소, 적십자병원 6개소, 국립대병원 10개소를 대상으로 하며, 지원 형태는 직접 수행, 지자체보조, 민간보조로 이루어진다(대한민국정부, 2020, p. 434). 2021년 예산은 전년 대비 168억 원이 증가한 1,433억 원이며, 이 중에서 국고지원사업금은 1,391억 원으로 구성되어 있다(보건복지부, 2020, pp. 100-101).

2019년에 파견의료인력 인건비 지원사업의 불용액이 매우 컸으나, 2020년 선정 결과에서는 초과 신청해 불용액이 없을 것으로 예상된다. 구체적으로 살펴보면, 2019년에 보조금 교부조건 미충족(권역응급의료센터 지정조건)에 따른 반납액 4억 원, 파견의료인력 퇴사 등으로 인한 미집행액 3억 원 등 약 10억 원 상당의 불용액이 발생했다. 이는 우리나라 공공의료기관의 부족으로 인해 파생되는 문제로 지적되었다(이경민, 2020, p. 36).

〈표 5-25〉 지역거점병원 공공성 강화 사업 예산지원 현황

(단위: 억 원)

구분	소관예산			국고지원
	2020년	2021년	증감액	2021년
지방의료원 시설장비 현대화	1,026	751	275▼	634
기능특성화 및 감염병 대응	0	371	371▲	371
적십자병원 기능보강	70	77.8	7.3▲	77.8
지역거점공공병원 파견의료인력 인건비지원	55	55	-	55
지역거점공공병원 공공보건프로그램	7	7	-	7
영주적십자병원 지원	38	39	0.6▲	117*
지역거점공공병원 임직원 직무교육	1.5	1	0.5▼	1
공공보건의료 협력체계 구축	43	108	65▲	108
시·도 공공보건의료지원단 운영지원	18	19.5	1.5▲	19.5
의료공공성 강화 연구	4	2	2▼	-
공공보건정책관리	0.8	0.8	-	-
합계	1,264	1,433	168▲	1,391

주: *지방의료원 BTL 임대료

자료: 보건복지부. (2020). 2021년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요, pp. 100-101; e나라도움 국고보조금통합관리시스템, https://opn.gosims.go.kr/opn/ih/ih001/getIH001002QView.do에서 2021. 8. 11. 인출

(2) 의료 및 분만취약지 지원

의료 및 분만취약지 지원사업은 분만 및 의료취약지에 시설장비비와 운영비 등을 지원하기 위한 사업으로, 대상은 분만취약지 37개소, 의료취약지(소아청소년과) 7개소, 의료취약 의료지원 7개 시·도(45개 시군)를 포함한다. 지원형태는 지자체 경상보조(국비 50%, 지방비 50%)로 이루어진다(대한민국정부, 2020, p. 448). 2021년 예산은 173억 원으로 전년 대비 40억 원이 증가하였다(보건복지부, 2020, p. 102). 분만취약지, 필수의료취약지(소아청소년과), 의료취약지의 의료지원에 주로 사용되며, 분만취약지 사업에 분만산부인과 설치, 순회진료 산부인과 설치 운영 등의 신규 사업을 포함해 예산이 대폭 증액(44억 원)되었다(이경민, 2020,

p. 37). 2019년에 10억 원의 불용액이 발생했는데, 이 중 4억 원은 의사협회 등이 공중보건의 사업 불참여 의사를 밝혀 190여 개소의 신규참여기관 사업 시행이 당초 계획('19.6월)보다 지연('19.10월)된 것에 기인했다(이경민, 2020, p. 37).

〈표 5-26〉 의료 및 분만취약지 지원사업 예산지원 현황

(단위: 억 원)

구분	소관예산			국고지원
	2020년	2021년	증감액	2021년
분만취약지 지원	73	117	44▲	117
소아청소년과 지원	10	12	2▲	12*
인공신장실 지원	3	3	-	3
의료취약지 의료지원	45	40	5▼	40
의료취약지 사업관리	2	1	0.5▼	1**
합계	133	173	40▲	173

주: *의료취약지 지원사업 설치·운영 **의료취약지 모니터링 연구
자료: 보건복지부. (2020). 2021년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요, p. 102; e나라도움 국고보조금통합관리시스템, https://opn.gosims.go.kr/opn/ih/ih001/getIH001002QView.do에서 2021. 8. 11. 인출

(3) 취약지 등 전문인력 양성

이 사업은 지역 간 의료격차를 해소하고, 취약지 등에 우수한 의료인력을 안정적으로 공급하기 위한 사업으로, 공공의료인력 양성기관 구축·운영 및 공중보건장학제도 보완·재추진으로 구성되어 있다(보건복지부, 2020, p. 102). 지원 형태는 지자체 경상보조로서, 국비 50%, 지방비 50%로 지원된다(대한민국정부, 2020, p. 448). 2021년 예산은 16억 원으로 전년 대비 4억 원이 증가하였으며, 이 중에서 국고보조사업금은 3.7억 원에 해당한다(보건복지부, 2020, p. 102).

〈표 5-27〉 취약지 등 전문인력 양성사업 예산지원 현황

(단위: 억 원)

구분	소관예산			국고지원
	2020년	2021년	증감액	2021년
공공의료인력 양성기관 구축·운영	9.6	11.9	2.3▲	-
공중보건장학제도 운영	2.5	4.1	1.6▲	3.7
합계	12	16	4▲	3.7

자료: 보건복지부. (2020). 2021년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요, p. 102; e나라도움 국고보조금통합관리시스템, https://opn.gosims.go.kr/opn/ih/ih001/getIH001002QView.do에서 2021. 8. 11. 인출

나) 응급의료기금

(1) 응급의료전공의 수련보조 수당지원

응급의료전공의 수련보조 수당지원사업은 장래 응급의학 전문의 부재로 인한 진료공백 등의 문제를 해결하고자 2003년부터 응급의학 선택에 대한 인센티브로 전공의 수련보조수당을 지급해 응급의학 전문인력을 양성하는 것을 주요 목적으로 한다(이경민, 2020, p. 38). 사업 대상은 민간병원을 포함한 응급의학과 4년 차 전공의이며,[17] 민간보조(국비 100%) 형태로 지원된다. 2021년 예산은 1억 원으로 전년 대비 84.6%가 삭감되었다. 2017년 예산 규모는 30억 원이었으나 지속 삭감돼 2020년에 9억 원, 2021년 1억 원 편성되었다. 이 사업은 응급의학 전문의 문제를 해결하고자 2003년부터 수련보조수당을 지급해 전문인력을 양성하고자 시행하고 있는 제도이나 응급의학 전문의 부족 문제는 의과대학 정원 확대 등 근본적 문제를 해결할 수 있는 정책이 우선되어야 필요가 있다(이경민, 2020, p. 38).

17) 전공의 1~3년 차 지원은 중단되었으며, 단계적 폐지 예정임.

〈표 5-28〉 응급의료전공의 수련보조수당 지원 현황

(단위: 억 원)

구분	소관예산			국고지원
	2020년	2021년	증감액	2021년
수련보조수당 지원	9	1*	8▼	1.4
합계	9	1	8▼	1.4

주: *(1~2월) (313명⇒157명) × 2개월 × 40만 원, (3~8월) (157명⇒4명) × 6개월 × 40만 원
자료: 보건복지부. (2020). 2021년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요, p. 151; e나라도움 국고보조금통합관리시스템, https://opn.gosims.go.kr/opn/ih/ih001/getIH001002QView.do에서 2021. 8. 11. 인출

(2) 취약지역 응급의료기관 육성

취약지역 응급의료기관 육성 사업은 응급의료 취약지역에 응급의료기관을 육성해 응급의료 안전망을 구축하고 국민의 생명과 신체를 보호하는 것을 주요 목적으로 한다(보건복지부, 2020, p. 152). 사업대상은 응급의료 취약지역 내 응급의료기관이며, 지자체보조, 국비 100% 형태로 지원된다(대한민국정부, 2020, p. 537). 2021년 예산은 250억 원으로 전년과 동일한 수준이며, 이 중에서 국고보조사업금은 244억 원에 해당한다.

이 사업은 의료취약지의 응급의료 사각지대 해소를 위한 목적으로, 응급의료기관 운영, 응급실 의료인력 파견, 취약지 원격협진 네트워크 운영 등에 예산을 사용하고 있으나, 공공병원이 부족한 현실을 고려했을 때 의료취약지를 더 확대할 필요가 있다(이경민, 2020, p. 38)

〈표 5-29〉 취약지역 응급의료기관 육성사업 예산지원 현황

(단위: 억 원)

구분	소관예산			국고지원
	2020년	2021년	증감액	2021년
취약지 응급실 운영기관 지원	222	222	-	222
취약지 응급실 의료인력 파견	15	15	-	15
취약지 원격협진 네트워크 운영	8	8	-	2
취약지 응급영상판독 지원	5	5	-	5
합계	250	250	-	244

자료: 보건복지부. (2020). 2021년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요, pp. 152-153; e나라도움 국고보조금통합관리시스템, https://opn.gosims.go.kr/opn/ih/ih001/getIH001002QView.do에서 2021. 8. 11. 인출

(3) 중증외상 전문진료체계 구축

"외상으로 인한 예방 가능한 사망률을 감소시키고, 외상치료 기반의 지역격차를 해소하기 위해 외상전문 치료시설을 적정 배치하고, 이 시설이 24시간 기능을 유지할 수 있도록 운영 지원"하는 것을 주요 목적으로 한다(보건복지부, 2020, p. 153). 사업대상은 17개 권역외상센터로 직접 수행, 민간보조(국비 100%) 형태로 지원된다(대한민국정부, 2020, p. 537). 2021년 예산은 632억 원으로 전년 대비 17억 원이 증가하였으며, 이 중 국고보조사업금은 630억 원에 해당한다(보건복지부, 2020, p. 153).

권역외상센터 설치지원, 사업관리비가 각각 전년 대비 6천만 원, 2억 6천만 원이 삭감되었다. 관련 사업은 2019년 외과계 전문의 인력 부족, 간호사 수도권 쏠림 현상 등으로 권역외상센터에 의료인력 충원이 어려워 90억 원이 불용 처리된 바 있다. 2017년에는 서부 경남지역에 권역외상센터를 선정하지 못해 102억 원의 불용액이 발생하기도 했다(이경민, 2020, pp. 38, 41).

〈표 5-30〉 중증외상 전문진료체계 구축사업 예산지원 현황

(단위: 억 원)

구분	소관예산			국고지원
	2020년	2021년	증감액	2021년
권역외상센터 운영지원	581	599	18▲	599
외상외과 전문인력 양성	12	14	2▲	14
외과계전공의 등 전문외상교육(전문외상처치술)	7.5	7.5	-	7.5
권역외상센터 설치지원	11	10	0.6▼	10
사업관리비	4.2	1.6	2.6▼	-
합계	615	632	17▲	630

자료: 보건복지부. (2020). 2021년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요, p. 153; e나라도움 국고보조금통합관리시스템, https://opn.gosims.go.kr/opn/ih/ih001/getIH001002QView.do에서 2021. 8. 11. 인출

다) 국민건강증진기금

(1) 국립중앙의료원 운영

국립중앙의료원을 수준 높은 공공보건의료기관으로 육성하여 공공의료를 선도함으로써 국민건강증진과 국가 보건의료 발전에 기여하는 것을 주요 목적으로 한다(대한민국정부, 2020, p. 389). 이를 위해 국립중앙의료원 운영을 위한 수지차 보전 및 출연금을 지급하고 있으며, 공공보건의료지원센터 운영을 위해 민간경상보조 형태로 지원하고 있다. 2021년 예산 규모는 403억 원으로 전년 대비 83억 원이 증가하였고, 총예산 중 국고보조사업금은 29억 원에 해당한다(보건복지부, 2020, p. 133).

〈표 5-31〉 국립중앙의료원 운영사업 예산지원 현황

(단위: 억 원)

구분	소관예산			국고지원
	2020년	2021년	증감액	2021년
국립중앙의료원 운영(수지차 보전, 출연금)	302	374	72▲	-
공공보건의료지원센터 지원(민간경상보조)	18	29	11▲	29
합계	320	403	83▲	29

자료: 보건복지부. (2020). 2021년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요, p. 133; e나라도움 국고보조금통합관리시스템, https://opn.gosims.go.kr/opn/ih/ih001/getIH001002QView.do에서 2021. 8. 11. 인출

(2) 신종 감염병 대응 대책

이 사업은 코로나19, 메르스 등 신종 감염병의 국내 유입에 대비해 항바이러스제, 개인보호구 등 국가비축물자를 확보하고, 체계적인 관리와 감염병 인프라 강화 등을 통해 공중보건 위기 상황 발생에 따른 사회적 불안감을 해소하고 국민건강을 보호하는 것을 주요 목적으로 한다(대한민국정부, p. 871). 사업은 직접수행 및 지자체보조(50%) 형태로 지원하고 있다. 2021년 예산은 7억 원으로 전년 대비 37억 원이 삭감되었으며, 이 중에서 국고보조사업금은 8천만 원으로 구성되어 있다.

전년 대비 예산이 85.2%가 삭감되었는데, 이는 국가비축물자 확보를 2019~2020년에 걸쳐 달성했고, 2020년 추경 및 예비비로 개인보호구를 구매해 관련 항목이 순감한 데 기인한다(이경민, 2020, p. 42).

〈표 5-32〉 신종 감염병 대응대책사업 예산지원 현황

(단위: 억 원)

구분	소관예산			국고지원
	2020년	2021년	증감액	2021년
신종 감염병 대응대책	44	7	37▼	0.8
합계	44	7	37▼	0.8

자료: 보건복지부. (2020). 2021년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요, p. 162; e나라도움 국고보조금통합관리시스템, https://opn.gosims.go.kr/opn/ih/ih001/getIH001002QView.do에서 2021. 8. 11. 인출

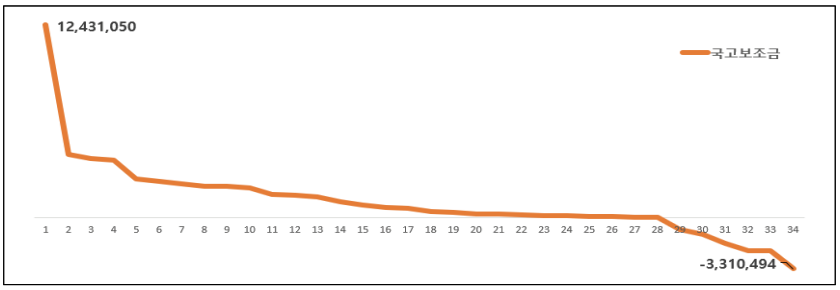
2) 지방의료원 병원별

지방의료원 36개소의 재정지원 실태를 파악해보았다. 앞에서 설명한 바와 같이, 국고보조금은 국고지원사업을 통해 교부가 가능하다. 2019년 대비 2020년 보조사업 국고보조금 증감 현황을 살펴보았는데, 대구의료원이 12,431백만 원 증가한 반면, 서산의료원은 3,311백만 원 감소했다.

또한, 지방의료원 간 국고보조금 지원 편차가 상당히 크다는 것을 확인할 수 있다.

〔그림 5-2〕 지방의료원의 '19년 대비 '20년 보조사업 국고지원금 증감 현황

(단위: 천 원)



자료: e나라도움 국고보조금통합관리시스템(https://opn.gosims.go.kr/opn/ih/ih002/getIH002002QView.do)에서 2021. 9. 27. 인출

구체적으로 살펴보면, 2020년 기준 대구의료원의 국고보조금이 14,248백만 원으로 가장 높았으며, 원주의료원(10,727백만 원), 인천의료원(9,513백만 원) 순으로 나타났다(〈표 5-34〉). 특히 대구의료원은 2019년 1,817백만 원에서 2020년 14,248백만 원으로 대폭 증가했는데, 이는 필수 진료시설, 진료공간 확충 등을 위한 기능보강사업의 국고보조금 지원이 크게 증가한 것에 기인했다. 이렇듯 대부분의 지방의료원은 예산 대부분을 '기능보강사업' 목적으로 지원받고 있었다. 여기서 기능보강사업은 2차 급성기 진료 기능 강화, 노후 시설 및 장비 환경 개선을 위한 '시설·장비 현대화 사업'과 지역 내 공급 부족으로 필요도가 높거나, 비수익성 필수의료서비스 등 공익적 기능을 강화하기 위한 '기능 특성화 사업'으로 구분된다(보건복지부, 2019b, p. 8).

〈표 5-33〉 지역거점 공공병원 기능보강사업 지원 분야

기능 보강 사업	▶ 2차 의료 기능 강화, 노후환경 개선	▶ 시설, 장비 현대화 사업	·····	- 시설 보강 ‣ 신축, 증개축, 리모델링, 부대시설 확충 - 장비 보강
	▶ 공익적 기능 강화	▶ 기능 특성화 사업	·····	- 비수익 필수의료시설 확충 ‣ 응급, 중환자, 분만, 감염격리 등 - 공급부족 분야 전문화 ‣ 재활, 정신, 화상, 투석, 특수검진 등

자료: 보건복지부. (2019). 2019년 지역거점공공병원 기능보강사업 안내, p. 8.

〈표 5-34〉 지방의료원의 2019~2020년 보조사업 예산지원 현황

(단위: 천 원)

구분	2019년					2020년				
	사업수	국고보조금	지자체부담금	자기부담금	합계	사업수	국고보조금	지자체부담금	자기부담금	합계
강원도 강릉의료원	7	1,323,562	1,198,562	47,000	2,569,124	11	2,138,597	1,885,107	91,031	4,114,735
강원도 삼척의료원	7	1,640,562	1,288,562	408,999	3,338,123	12	1,741,708	1,341,427	496,336	3,579,471
강원도 속초의료원	8	3,357,395	3,186,895	0	6,544,290	15	5,384,542	5,172,667	0	10,557,209
강원도 영월의료원	7	2,255,249	2,140,749	0	4,395,998	13	4,750,073	4,791,392	0	9,541,465
강원도 원주의료원	7	11,513,562	11,463,562	33,000	23,010,124	14	10,726,634	10,391,666	43,000	21,161,300
경기도의료원 수원병원	6	187,534	74,309	0	261,843	7	220,174	90,417	0	310,592
경기도의료원 의정부병원	7	254,372	120,195	0	374,567	11	906,000	684,000	0	1,590,000
경기도의료원 이천병원	7	446,759	325,741	0	772,500	9	766,929	535,775	0	1,302,704
경기도의료원 포천병원	4	207,421	143,279	0	350,699	7	312,032	194,671	0	506,702
경기도의료원 안성병원	7	298,921	185,415	0	484,336	10	355,598	188,619	0	544,217
경기도의료원 파주병원	9	253,280	59,441	0	312,722	10	315,300	84,271	0	399,571
경상남도 마산의료원	9	1,801,138	1,641,681	0	3,442,819	13	2,046,025	1,163,569	0	3,209,594
경상북도 김천의료원	5	1,848,562	1,748,562	8,614	3,605,738	12	2,463,031	2,134,000	5,391	4,602,422
경상북도 안동의료원	10	4,129,660	2,911,895	26,092	7,067,647	17	7,953,189	6,181,524	26,446	14,161,159
경상북도 포항의료원	11	6,314,822	6,179,822	0	12,494,644	15	4,186,753	3,670,927	0	7,857,680
대구의료원	10	1,816,832	1,455,083	0	3,271,915	13	14,247,882	12,748,969	0	26,996,851
목포시의료원	5	975,562	868,562	0	1,844,124	7	1,014,000	912,000	0	1,926,000
부산광역시의료원	9	5,299,150	5,126,510	0	10,425,660	14	4,220,526	3,571,790	0	7,792,316

구분	2019년					2020년				
	사업수	국고보조금	지자체부담금	자기부담금	합계	사업수	국고보조금	지자체부담금	자기부담금	합계
서울특별시 서울의료원	13	3,402,529	2,932,529	0	6,335,058	13	5,334,674	2,872,540	0	8,207,214
울진군의료원	6	823,197	608,197	0	1,431,394	8	2,864,996	2,609,996	0	5,474,992
인천광역시의료원	15	5,805,058	5,389,058	0	11,194,116	27	9,512,515	8,851,815	30,000	18,394,330
전라남도 강진의료원	6	3,143,895	3,001,895	688,188	6,833,979	7	1,467,700	1,269,000	1,033,441	3,770,141
전라남도 순천의료원	6	290,229	135,229	140,527	565,984	11	1,731,579	1,428,145	117,722	3,277,446
전라북도 군산의료원	8	4,640,154	4,493,154	0	9,133,308	16	5,682,402	5,167,184	0	10,849,586
전라북도 남원의료원	8	4,186,822	3,789,822	0	7,976,644	19	6,500,465	6,014,317	0	12,514,782
제주특별자치도 제주의료원	4	2,340,562	2,333,562	0	4,674,124	4	184,600	177,600	0	362,200
제주특별자치도 서귀포의료원	9	1,784,395	1,333,020	0	3,117,415	15	3,293,038	2,772,935	0	6,065,973
진안군의료원	5	603,562	243,562	0	847,124	7	847,058	514,000	0	1,361,058
충청남도 공주의료원	6	643,562	373,562	0	1,017,124	10	799,500	614,000	0	1,413,500
충청남도 서산의료원	12	7,883,728	7,709,228	0	15,592,956	15	4,573,234	4,427,000	0	9,000,234
충청남도 천안의료원	6	378,895	251,895	0	630,790	12	4,432,670	3,908,000	0	8,340,670
충청남도 홍성의료원	9	5,967,228	5,625,228	0	11,592,456	14	6,369,910	6,252,910	0	12,622,820
충청북도 청주의료원	9	2,438,762	2,306,762	50,000	4,795,524	16	4,602,943	4,215,133	13,334	8,831,410
충청북도 충주의료원	9	2,763,803	2,434,843	0	5,198,646	12	4,120,804	3,676,047	0	7,796,851

주: ▨ 보조사업비 합계 상위 5위

자료: e나라도움 국고보조금통합관리시스템(https://opn.gosims.go.kr/opn/ih/ih002/getIH002002QView.do)에서 2021. 9. 27. 인출

지역거점 공공병원 기능보강사업 안내 지침에 따르면, 지역거점 공공병원의 역할과 기능을 고려해 기능별 세부 사업을 선정하고 있다. 의료기관은 제시된 지원가능사업 내에서 사업 신청을 통해 국비를 지원받을 수 있다. 구체적인 지원가능사업은 다음과 같다(보건복지부, 2019b, p. 8).

〈표 5-35〉 지역거점 공공병원 시설·장비 현대화 지원가능사업

구분	기능	사업 분야
1	지역거점 공공병원으로서 급성기 2차 진료기능 충실	
		가. 본관 또는 급성기 입원병동 확장사업
		나. 입원병동 환경개선사업
		다. 수술실 및 지원시설 확충사업
		라. 필수 진료과목 운영 등 외래기능 강화사업
		마. 건강검진(증진)서비스 강화사업
		바. 노후설비 교체사업
2	치유·안전 환경 및 지역친화병원 조성	
		가. 장애인 등 편의·안전시설 개선사업
		나. 녹지, 정원 등 치유환경 조성사업
3	부대시설 확충	
		가. 숙소(기숙사) 확충사업
		나. 장례서비스 강화사업
		다. 주차환경 개선사업

자료: 보건복지부. (2019). 2019년 지역거점공공병원 기능보강사업 안내, p. 9.

〈표 5-36〉 지역거점 공공병원 기능특성화 사업

지원 우선순위			사업 분야
1	필수중증의료		가. 응급의료센터 확충
			나. 심뇌혈관센터 확충
			다. 중환자실 확충
2	감염병 대응		가. 격리병상 확충, 감염병 대응체계 확충
3	분야별 전문화	대상별	가. 아동·청소년, 모성, 노인, 장애인, 이민자 등 대상별 전문화된 의료서비스 강화 - 모자의료센터(분만, 영유아 응급, 고위험산모 진료 포함), 장애인 치과센터 등

지원 우선순위			사업 분야
		질환·진료 분야별	나. 재활, 정신·중독, 화상, 완화의료(호스피스), 투석, 고압 산소치료 기능 확충
			다. 지역 특성 및 수요에 따른 환경성 질환, 직업성 질환, 산재 등 전문화된 의료서비스 강화
		질병예방 및 건강증진	라. 특수건강검진서비스 확충
			마. 공공보건의료 기반확충 등 포괄적 서비스 제공 사업

자료: 보건복지부. (2019). 2019년 지역거점공공병원 기능보강사업 안내, p. 9.

4. 사업 평가

가. 선행연구의 평가

김형선, 김기균, 김소영, 김금영(2015)의 연구에서는 정부의 의료기관 지원사업에 대해 단위 사업별로 세부 분석을 실시했다(김형선 외, 2015, pp. 36-37).

〈표 5-37〉 지방의료원 관련 의료기관 지원 예산 집행 현황 및 사례 분석 대상

구분	사례분석
지역거점 병원 공공성 강화	- A병원 지방의료원 기능보강 사업비 집행 현황 - B병원 적십자병원 기능보강 사업비 집행 현황 - C병원(지방의료원) 공공병원 파견 의료인력 인건비 지원 사업비 집행 현황 - D병원(적십자병원) 공공병원 파견 의료인력 인건비 지원 사업비 집행 현황
의료 및 분만 취약지 지원	- E병원 분만취약지 지원 사업비(시설 및 장비비 지원) 집행 현황 - F병원 분만취약지 지원 사업비(운영비 지원) 집행 현황

자료: 김형선, 김기균, 김소영, 김금영. (2015). 의료기관에 대한 예산 지원 실태 및 관리 개선방안 연구. 국회예산정책처·한미회계법인, p. 37.

그중에서 지역거점병원 공공성 강화 사업의 예결산 현황을 평가한 결과는 다음과 같다. 2015년에 회부된 2016년 예산안에 대한 국회 보건복지위원회 예비심사검토보고서에 따르면 지방의료원에 대한 기능보강사업의 실집행 실적이 계속해서 부진한 것으로 평가되었다(김형선 외, 2015, p. 43).

〈표 5-38〉 지방의료원 기능보강사업 교부액 및 실집행 현황

(단위: 백만 원, %)

연도	교부액 (A)	지자체 실집행액(B)	지방의료원 실집행액(C)	실집행률 (C/A)
2010	31,342	31,342	4,906	15.7
2011	41,012	40,447	8,126	19.8
2012	39,090	35,790	15,107	38.6
2013	51,974	51,570	17,963	34.6
2014	53,229	53,229	17,297	32.5

주: 동 사업은 지자체 보조사업으로, 표 내용 중 보조사업자(시·도) 실집행액은 (B)로, 간접보조사업자(지방의료원) 실집행액은 (C)로 표시함. 실집행률 (C)는 보조사업자(지자체)의 실집행액 기준이 아닌 간접보조사업자(지방의료원) 실집행액 기준으로 작성함.

자료: 김형선, 김기균, 김소영, 김금영. (2015). 의료기관에 대한 예산 지원 실태 및 관리 개선방안 연구. 국회예산정책처·한미회계법인, p. 37.

이 사업의 집행실적 부진은 당초 사업계획의 부실로 인한 사업계획의 변경, 예산 재이월 과다에 기인하는 것으로 나타났다. 2014년에는 보조사업자인 지역 공공병원 38개소에서 총 34건의 사업계획 변경이 이루어졌는데, 이처럼 사업계획 변경이 과도한 것은 당초 보조사업자의 보조금 신청 계획 수립이 부실했다고 할 수 있다(김형선 외, 2015, p. 44). 따라서 연구자들은 사업실적과 집행률을 평가해 보조금에 차등을 두거나, 실적이 부진한 기관에 보조금 예산을 감액하는 등의 관리 방식 개선이 필요하다고 제언했다(김형선 외, 2015, p. 46). 한편, 보건복지부는 예산 실집행률 개선을 위해 사업계획을 변경하는 기준을 엄격하게 적용하는 등 '재이월 승인기준('12.10.)'을 통해 재이월을 최소화하고자 했다. 특히 재이월 사업기관 외에 전년도 사업 집행실적 부진 기관도 차기 연도 지원대상에서 제외하는 등 '2016년 지역거점 공공병원 기능보강사업 지침'을 개정하기도 했다(김형선 외, 2015, p. 44).

나. 정부 부처 평가

기획재정부에서 수행하는 국고보조사업 운용평가 중 지방의료원과 밀접한 관련이 있는 지역거점병원 공공성 강화, 의료 및 분만취약지 지원, 취약지역 응급의료기관 육성 세 가지 사업에 대한 평가 결과는 다음과 같다. 기획재정부의 국고보조사업 운용평가는 크게 보조사업의 타당성과 보조사업의 관리의 적정성 지표로 구성되는데, 본문에서는 연구의 목적을 고려해 사업의 필요성, 타당성, 재정지원 규모의 적정성 등을 중심으로 살펴보았다.

〈표 5-39〉 국고보조사업 운용평가 지표 및 기준

보조사업의 타당성	보조사업의 관리의 적정성
보조사업의 법령 및 목적의 타당성	보조사업자 선정의 적정성
보조사업의 효과성	보조사업 집행의 적정성
보조사업의 필요성	보조사업 부정수급 관리의 적정성
재정지원 규모의 적정성	자체 사업관리 노력
사회적 가치 실현	

자료: 기획재정부 보조사업평가단. (2020a). 2020년 국고보조사업 연장평가 보고서(Ⅰ), pp. 21-22.

1) 지역거점 공공병원 공공성 강화

지역거점 공공병원 공공성 강화는 지방의료원 기능보강, 적십자병원 기능보강, 지역거점공공병원 공공보건프로그램, 지역거점공공병원 파견의료인력인건비, 지역거점공공병원 임직원 직무교육, 영주적십자병원 지원, 시도공공보건의료지원단 운영 지원, 공공보건의료협력체계 구축이라는 8개의 세부 사업으로 구분된다.

이들을 종합적으로 평가하면, 사업의 필요성과 타당성은 높으나, 세부 사업 내 목적과 성격이 다른 일부 내역사업들은 조정이 필요하다. 지역사

회를 중심으로 만성질환관리 관련 다양한 프로그램이 있으나, 지역거점 공공병원 공공보건프로그램과 권역심뇌혈관질환센터, 고혈압·당뇨환자 등록관리사업, 건강생활실천통합서비스사업, 통합건강증진사업 등은 서비스 주체와 중증도 등에서 차이가 있다(기획재정부 보조사업평가단, 2020b, p. 1001). 이렇게 분절적으로 이루어지는 프로그램이 실제 이용자인 국민의 이용 편의성을 증대하는지에 대해서는 향후 엄밀한 성과평가가 필요하다. 대상자별 프로그램에서 서비스 주체별로 구분할 것인지, 동일한 프로그램 내에서 내역사업으로 관련 사업들을 정비할 것인지에 대한 판단이 필요하다. 이들 사업 간 유기적인 연계가 필요하기 때문이다(기획재정부 보조사업평가단, 2020b, p. 1001).

지역거점병원의 공공성 강화 대책이 의료격차를 완화하고 의료서비스의 질적 수준을 높인다는 측면에서 매우 중요한 사업이라고 할 수 있지만, 지역의 특성에 맞는 사업 개발이 이뤄지고 있는지에 대해서는 검토가 필요하다. “서비스 주체 및 중증도, 대상 환자 등을 기준으로 사업을 분리하는 방식이 지역사회 내 전달체계의 여건이 상이함에도 지속적으로 운영될 수 있는지에 대한 신중한 판단이 필요하다”(기획재정부 보조사업평가단, 2020b, p. 1001). “지역거점공공병원 공공보건프로그램 등 만성질환관리사업은 정책대상은 상이하나 지역사회의 보건-복지 자원을 연계하고 퇴원환자에 대한 모니터링을 실시하는 다수의 사업이 존재하므로 지속가능성을 담보하기 위해서는 사업방식의 개선이 필요하다. 또한 서로 다른 5개 사업에 대한 연계 및 협력방안 등이 지역사회를 중심으로 구축되고, 이것이 지속가능한 것인지에 대한 검토가 필요하다”(기획재정부 보조사업평가단, 2020b, p. 1001). 마지막으로 지역거점 공공병원의 공공보건프로그램은 지역의 특성화 사업으로 운영할 수 있도록 개방형으로 운영하는 방식에 대한 검토가 필요하다(기획재정부 보조사업평가단, 2020b, p. 1001).

2) 의료 및 분만취약지 지원

의료 및 분만취약지 지원 보조사업은 운영비 지원사업이 대부분으로, 경상비가 실제 사업 예산에서 차지하는 비중이 크다. 이 사업 중에서 “분만취약지 지원사업은 운영지원을 위한 행정비용이 발생하고 있으나, 소아청소년과 지원 및 의료취약지 의료지원사업은 시설·장비 및 협진수가 등에 대한 지원이 포함되어 있다”(기획재정부 보조사업평가단, 2020b, p. 925). 다만, 기준보조율은 없어, 객관적 기준을 토대로 산정했다고 판단할 근거가 없다. 구체적으로 살펴보면, ‘의료취약지 의료지원사업’은 2018년 실집행율이 82.7%로 상대적으로 낮다. 이는 예산편성 당시 목표로 했던 사업 참여기관 및 협진건수보다 실제 참여기관과 협진건수가 낮아져 불용액이 발생했기 때문이다. 이는 보건소 공중보건의의 비협조, 의사협회의 불참여 의사 등으로 인해 정책 수행의 어려움이 있었던 것으로 보인다(기획재정부 보조사업평가단, 2020b, p. 925).

종합적으로 진단해 보면 사업의 필요성과 타당성은 충분하나, 지속적인 예산 불용이 있어 사업방식을 변경해 사업의 효과를 향상시킬 필요가 있다. 이 사업은 “의료취약지 지원사업과 분만취약지 지원사업, 의료취약지 의료지원사업으로 구성되는데, 분만취약지 지원사업의 불용액은 3년 평균 5% 미만으로 크지 않으나 2019년에 9.0%로 증가하였고, 의료취약지 지원사업의 불용액은 3년 평균 10%를 상회하나 최근 감소하는 추세”이다(기획재정부 보조사업평가단, 2020b, p. 928). 의료취약지 지원사업은 지자체 매칭사업(50%) 특성상 지방자치단체의 의지가 중요한 바, 사업 추진에 있어 지방자치단체의 의견수렴을 근거로 예산을 편성하는 것이 적절하다. 의료취약지 의료지원사업의 경우 공중보건의(의사)의 협조가 절대적인 사업이라는 점을 고려할 때 의사협회, 공중보건의, 지방자치단체의 의견수렴을 토대로 사업의 적극적인 추진이 가능하도록 사업방

식을 개선할 필요가 있다(기획재정부 보조사업평가단, 2020b, p. 928).

따라서 보조금 사업의 성과를 확인하고, 보조금 외 다른 정책 수단의 활용 가능성을 점검할 필요가 있다. 보조금을 통한 사업의 목표 달성에 효과가 있는지 확인할 필요가 있으며, 보조금 외 다른 정책 수단을 통해 사업 목적을 달성할 수 있을지 재정지원방식 변경에 대한 시범사업 적용을 고려해볼 수 있다(기획재정부 보조사업평가단, 2020b, p. 928).

다. 취약지역 응급의료기관 육성

취약지역 응급의료기관 육성은 취약지 응급실 운영기관 지원, 취약지 의료인력 파견, 취약지 원격협진 네트워크 운영, 취약지 응급영상판독 지원 4개의 세부 사업으로 구분된다. 세부 사업별로 재정지원 규모가 적정한지를 살펴보았다. 먼저 취약지 의료인력 파견사업은 2017년 이후 실집행액이 증가했으나, 파견된 간호사 수는 감소했다. 다만, 인건비가 5천만 원에서 6천만 원으로 상승해 실집행액은 증가했다. 취약지 응급원격 협진사업은 2017년 이후 계속해서 예산이 감축되고 있고, 응급영상판독지원사업은 사업의 효과성을 고려할 때 규모가 적정한 것으로 평가한다. 취약지 응급실 운영기관 지원사업은 연례적으로 예산이 부족하고, 의료인력 파견사업은 불용액이 발생해 자체적으로 두 내역사업 간 예산을 조정해 집행하고 있다. 2021년에는 사업예산 총규모는 유지하되 내역사업 예산을 현실적으로 배정할 필요가 있으며 이후에도 불용액이 발생하는 경우 예산 감축이 필요하다(기획재정부 보조사업평가단, 2020b, p. 1005).

종합적으로 진단해 보면, 사업의 필요성과 타당성은 충분하지만, 지속해서 초과 집행되는 '취약지 응급실 운영기관 지원' 사업과 불용될 것으로 예상되는 '취약지 의료인력 파견' 사업은 예산편성 단계에서 조정이

필요해 보인다. 또한 의료취약지 지원사업은 추가 사업 성격이 있으므로 사업방식의 개선이 필요하다. 예산편성은 정확한 산출 근거에 기반하고 있으므로 지속적인 불용액에 대해서는 일정 수준의 감축이 필요하다. 다만 현재 불용된 예산이 초과 집행되는 내역사업으로 조정되고 있으므로 예산요구 단계에서부터 산출 근거를 정확하게 작성하고 이에 근거해 예산을 편성할 필요가 있다. “의료취약지 지원사업과 유사하게 취약지 응급실 운영 지원사업 역시 인력 파견 등 효과성에 한계가 나타난 사업을 감축하는 대신, 예산 대비 효과가 높은 취약지 원격협진 네트워크 운영사업과 취약지 응급영상판독 지원사업에 초점을 맞출 필요”가 있다(기획재정부 보조사업평가단, 2020b, p. 1007). 취약지 원격협진 네트워크 운영사업에서 파견을 보내는 기관은 지역응급의료센터급 이상으로 정합성이 낮은 바, 협업에 따른 인센티브 강화가 필요하다(기획재정부 보조사업평가단, 2020b, p. 1007).

따라서 의료취약지에 개별 사업별로 추가 지원되는 사업들에 대한 재검토가 필요하다. “의료취약지에 응급의료기관을 지정할 때 인력, 장비 등이 충분하게 지원될 수 있도록 지원방식을 검토하고 거점-의료취약지 간 연계 시 인센티브를 제공하는 방식을 제고할 필요”가 있다(기획재정부 보조사업평가단, 2020b, p. 1007). 취약지역의 열악한 의료 환경과 재정 여건을 고려하면 당초 보조율 100%에서 지방자치단체에 일정 수준을 부담하게 하는 방안을 검토할 필요가 있다. 의료취약지에 대한 지원과 의료인력에 대한 파견, 원격협진 등 기존의 의료취약지 지원사업과 응급의료기관 육성사업 간 재정지원방식의 현황 및 연계 방안을 검토할 필요가 있다(기획재정부 보조사업평가단, 2020b, p. 1007).

제3절 소결

1. 지불보상체계

이 장에서는 지방의료원에 대한 지불보상체계와 재정지원 현황을 살펴보았다. 지방의료원이 사업 초기인 2012년부터 참여하고 있는 신포괄지불제도 시범사업은 참여하는 모든 병원을 대상으로 '참여', '효율성·효과성', '공공성', '의료의 질', '비급여관리' 다섯 가지 영역에 대한 평가를 실시하고 있다. 이를 기반으로 정책가산율을 산정한 후 수가에 반영하는 방식으로 운영하고 있으며, 지방의료원은 최대 35%의 정책가산율을 적용받을 수 있다. 신포괄수가제 정책가산이 지방의료원의 의료 적자 해소에는 많은 부분 기여했으나 공공병원인 지방의료원의 공공성 강화에 미친 영향은 미미한 것으로 보인다. 이는 신포괄수가제가 주요 도입 목적인 '의료공급자의 과잉진료 감소 등을 통한 적정진료행위 유도'에 좀 더 비중을 두고 운영되고 있기 때문인 것으로 판단된다.

또한, 신포괄수가제에 따른 정책가산이 지방의료원의 의료 적자를 해소하는 데 긍정적인 영향을 미쳤음에도 불구하고 정책가산율 산정을 위한 평가 영역 및 지표 중 일부는 지방의료원에 적용하기 부적합하여 퇴출 및 개선해야 할 필요성이 지속해서 제기되고 있다. 최근 5년간(2016~2020년) 지방의료원의 정책가산율에 대한 주요 결과를 살펴보면 정책가산율 평균은 2016년 23.0%에서 2020년 25.6%로 전체적으로 소폭 증가하는 추세를 보이지만, 각 지방의료원에 적용되는 정책가산율 간에는 편차가 존재하는 것을 알 수 있다. 즉 의료취약지에 위치하거나, 운영 지자체의 재정자립도가 낮은 기관 등 정책적 지원의 필요성이 높은 기관의 정책가산율이 오히려 낮았다.

신포괄수가제 정책가산율을 평가영역별로 살펴보면 '효율성·효과성' 및 '공공성' 영역에 대해 기관별 편차가 큰 것으로 나타났다. '효율성·효과성' 영역을 보면, 인구규모가 작은 소도시나 군지역, 또는 의료취약지에 있는 기관, 기초자치단체가 운영하거나 운영 지자체의 재정자립도가 낮은 기관, 의료기관 종별로는 병원급 기관, 병상규모가 작은 기관이 낮은 정책가산율을 적용받는 것으로 확인되었다. 이는 '효율성·효과성' 영역의 세부지표인 '기관경영수지' 등이 해당 기관에 불리하게 작용하였기 때문으로 보인다(〈표 5-9〉). '공공성' 영역의 세부지표 중 '취약계층 진료'를 보면, 인규규모가 작은 소도시나 군지역, 또는 의료취약지에 위치한 기관의 정책가산율이 상대적으로 낮은 것으로 나타났다. 이는 대도시 지역의 의료급여 수급자 수 비율 및 의료급여 수급자의 의료이용이 소도시, 군 지역 및 의료취약지보다 상대적으로 높은 데서 기인한 것으로 판단된다(〈표 5-10〉). 그리고 '공공성' 영역 세부지표 중 '필수시설 운영'의 경우 인구규모가 작은 소도시나 군 지역, 의료취약지에 위치한 기관의 정책가산율이 상대적으로 낮은 것으로 나타났다(〈표 5-12〉).

따라서 인구규모가 작은 소도시나 군 지역, 또는 의료취약지에 위치한 기관, 기초자치단체가 운영하는 기관, 병원급 기관, 병상규모가 작은 기관과 같이 정책적 지원이 더 필요함에도 불구하고 상대적으로 낮은 정책가산율을 적용받고 있는 기관의 정책가산율을 적정수준으로 높이기 위해 지역 또는 기관 특성을 반영한 맞춤형 지표 개발 등의 방안을 마련해야 한다. 또한, '공공성' 영역의 '취약계층 진료', '필수시설 운영' 등의 세부지표는 일부 지역 및 지방의료원에 적용하기 부적절하여 개선이 필요하며, '효율성·효과성' 영역의 '기관경영수지' 지표도 지방의료원에 적용하기 어려운 부분이 있어 퇴출하거나 차별화된 적용이 필요하다.

2. 재정지원

지방의료원에 대한 재정지원을 살펴본 결과는 다음과 같다. 지방의료원에 대한 재정지원은 크게 운영주체인 지방자치단체에서 지원하는 운영보조금과 지역거점 공공병원 기능보강사업을 통해 국가와 지자체 매칭으로 지원이 이루어지는 자본보조금으로 나누어진다. 국비 및 지방비로 지원되는 지방의료원 국가재정지원 규모는 최근 5년간 기관당 평균 약 57~208억 원 수준이다. 2019년 기준 지방의료원의 전체 수입 중 국가재정지원 비율은 16.7%, 이 중 중앙정부와 지방자치단체의 재정지원이 각각 5.5%, 11.2%로 전체 국가재정지원 중 지방자치단체의 재정지원이 차지하는 비율은 3분의 2 정도로 확인되었다(〈표 5-21〉, 〈표 5-22〉). 지역별로 살펴보면 인구규모가 작은 소도시나 군지역, 또는 의료취약지에 위치한 기관, 운영 지자체의 재정자립도가 낮은 기관에 대한 국가재정지원 규모가 오히려 작은 것으로 나타나는데(〈표 5-23〉), 이는 재정지원이 더 필요한 지방의료원을 운영하는 지자체의 역량 및 관심 부족 등에서 기인한 것으로 보인다. 「보조금 관리에 관한 법률」에 따라 지방의료원 신·증축 시 국고 보조율을 50% 지원받을 수 있으나, 재정자립도가 낮은 지자체에는 현재의 국고 보조율 수준이 부담으로 작용한다. 그동안 현장에서는 보조금 지원 상한 기준을 확대해야 한다는 의견을 줄곧 제기해왔으며, 이에 2021년 6월 '제2차 공공보건의료 기본계획'을 통해 지방의료원 신·증축 시 국고보조율을 현행 일괄 50%에서 '도, 특별자치도 및 시·군·구'에 3년간 한시적으로 60%로 상향 적용할 계획임을 발표하였다(보건복지부, 2021, p. 14). 추가로 지자체 여건을 감안하여 중앙정부와 지방정부의 재정지원 매칭 비율을 유연하게 조정할 수 있는 방안도 고려해야 한다. 예를 들어, 「보조금 관리에 관한 법률」 제10조(차등보조율)에 의거해

기준보조율에서 수도권-비수도권, 인구 규모 등의 지역 여건과 실정을 반영해 보조율을 차등적으로 적용하는 방식을 고려할 수 있다. 차등보조율을 재정 여건이 열악하거나, 재정지원의 필요도가 높은 지자체에 적용함으로써 지속해서 제기되는 지역 간 재정 불균형을 완화할 필요가 있다.

한편, 시설, 장비 확충을 위한 자본 보조뿐만 아니라 지방의료원 운영에 필요한 운영지원 보조금도 더욱 강화해야 한다. '2019년 지방의료원별 지방자치단체 예산 지원 현황'을 살펴본 결과, 지자체별로 지방의료원에 지원하는 예산규모의 격차가 매우 큰 것으로 나타났다(김춘호, 2020. 10.28.). 지방의료원 기능보강에 따른 원활한 운영을 위해서는 인건비, 사업운영비의 적극적인 지원 또한 필요하다.

마지막으로, 지방의료원을 대상으로 하는 주요 재정지원사업인 지역거점병원 공공성 강화 사업, 의료 및 분만취약지 지원사업, 취약지역 응급의료기관 육성사업을 검토한 결과, 사업에 대한 필요성과 타당성은 공통적으로 매우 높은 것으로 평가되었다. 하지만 각 재정지원사업 내에서 또는 재정지원사업 간의 세부 사업들이 분절적으로 이루어지고 있는 경우가 있어 이 부분에 대한 조정·연계가 필요한 것으로 보인다. 더불어, 각 사업의 개발 및 추진과정에서 지역의 특성에 대한 충분한 이해와 검토가 이루어져야 한다. 특별히, 의료취약지 및 재정 여력이 취약한 지자체 산하의 지방의료원을 대상으로 한 재정지원사업의 경우 인력, 장비 등이 충분하게 지원될 수 있어야 한층 효과적인 결과를 얻을 수 있으므로 지원방식에 대한 개선과 함께 중앙정부와 지방정부의 재정지원 매칭 비율을 유연하게 조정할 수 있는 방안을 고려할 필요가 있다. 아울러 국고보조사업의 실집행률이 저조해 예산이 불용되거나 이월되는 보조사업에 대해서는 지속적인 모니터링이 필요하다. 이러한 사업의 집행 실적이 부진한 이유가 당초 사업계획이 부실해서인지, 이월 과다에 따른 것인지 등을 면밀히

분석할 필요가 있다. 이를 토대로 필요에 따라서는 유사한 목적을 가진 사업들을 연계 조정하는 등 사업 방식을 변경하는 것도 고려해볼 필요가 있다.

제6장

지방의료원 관련 전문가 의견

제1절 공공의료 전문가 및 지방의료원장 면담조사
제2절 지방의료원장 대상 신포괄지불제도 의견조사

제 6 장 지방의료원 관련 전문가 의견

제1절 공공의료 전문가 및 지방의료원장 면담조사

1. 조사 개요

면담 조사는 학계와 현장의 공공의료 전문가들이 지역 공공병원인 지방의료원의 적정 기능과 역할, 지방의료원에 대한 지불보상체계와 재정지원의 문제점과 개선방안을 어떻게 인식하고 있는지를 파악하는 것을 목적으로 진행하였다.

면담 조사의 대상자는 공공의료에 대한 이해도가 높은 자문위원의 추천을 시작으로 눈덩이 표집을 통해 선정하였다. 그 결과 최종적으로 〈표 6-1〉과 같이 학계, 의료계 등 현업에 종사하는 공공의료 전문가와 지방의료원장 등 총 11명을 대상으로 면담 조사를 완료하였다.

〈표 6-1〉 지역 공공병원(지방의료원)에 관한 면담 조사 대상자

구분			경력 특성
지방 의료원장	수도권	A	- 공공병원장 경력 다수
	강원·충청	B	- 지방에서 개원 경험, 의사협회 활동 경력
		C	- 오랜 취약지 공공병원 근무 경력
	전라·경상	D	- 국립대학교 병원 근무 경험
공공의료 전문가	국공립 대학교 및 병원 교수	E	- 국립대학교 교수 - 국립대병원 공공보건의료사업실 경력 - 공공의료 관련 연구 다수 수행
		F	
		G	
		H	- 보건행정 실무 경력
		I	- 국립병원 및 국립대병원 근무 경력
	사립대 교수	J	- 공공병원 및 정부지원 전문센터 사업 평가 경력
		K	- 의료전달체계 전문가

주: 필자 작성

면담 조사는 초점집단면접(Focus Group Interview) 또는 개별심층면접(In-depth Interview) 방식으로 2021년 8월 19일부터 2021년 10월 26일까지 진행하였다. 이 때, 지방의료원장 4명은 개별심층면접 방식으로, 공공의료 전문가 7명은 FGI 방식으로 그룹당 2~3명씩 구성하였다. 연구진이 대상자 구성부터 운영, 면담까지 직접 수행하였으며, 조사 소요 시간은 약 2시간 내외였다. 그리고 코로나19 유행 상황을 고려하여 온라인, 오프라인을 병행하여 면담 조사를 진행하였다.

2. 조사 내용 및 분석 방법

면담 조사의 질문 내용은 크게 지역 공공병원(이하 지방의료원)의 적정 기능 및 역할, 지방의료원의 지불보상체계 현황 및 개선방안, 지방의료원에 대한 재정지원 현황 및 개선방안의 세 영역으로 구분하였다(〈표 6-2〉).

먼저, 지방의료원의 적정 기능과 역할에 대한 공공의료 전문가와 현장 전문가의 인식에 대해 질문하였다. 구체적으로, 지방의료원이 수행해야 할 기능과 역할이 무엇인지, 그러한 기능과 역할이 모든 지역에 일괄적으로 적용되어야 하는 것인지 등에 대해 질문하였고, 정부가 법정계획인 「공공보건의료계획」에서 제시한 지역책임의료기관 모형에 대한 의견을 물었다. 그리고 이러한 기능과 역할을 현재 지방의료원에 부여하여 구현 가능한 것인지, 불가능하다면 제약 요인이 무엇인지에 대한 내용도 질문에 포함하였다.

두 번째로, 지방의료원 지불보상체계의 현황과 개선방안에 대해 질문하였다. 특히, 신포괄수가제도에 대한 전문가의 평가를 파악할 수 있도록 질문 내용을 구성하였고, 지방의료원이 적정 기능과 역할, 책임을 다하기 위해 현재의 지불보상체계가 적합한지와 대안으로 어떤 방법이 고려될 수 있을 것인지에 대해 질문하였다.

마지막으로, 지방의료원에 대한 재정지원 현황과 개선방안에 대한 의견을 조사하였다. 지방의료원에 대한 중앙과 지방 정부의 재정적 지원 현황과 문제점, 재정지원이 필요한 영역과 개선방안 등에 대한 내용으로 면담 조사 질문을 구성하였다.

〈표 6-2〉 지방의료원(지역 공공병원)에 대한 면담 조사 내용

구분	조사 내용
지역 공공병원(지방의료원)의 적정 기능 및 역할	- 지역 공공병원의 적정 기능과 역할에 대한 의견 • 공공의료의 개념과 영역 • 적정 기능과 역할의 유형화 가능성 등 - 정부 계획, 특히 지역책임의료기관 모형에 대한 의견 • 모든 지방의료원에 적용 및 구현 가능성 • 지역책임의료기관 모형 적용의 장애 요인 등
지역 공공병원(지방의료원) 지불보상체계 현황 및 개선방안	- 현재의 행위별수가, 신포괄수가를 개선하는 방식으로 지역거점 공공병원의 불가피한 적자 해결과 공공병원으로서 역할과 기능 수행 가능성에 대한 의견 - 신포괄수가제도에 대한 평가(지방의료원, 의료의 공공성 관점에서) 및 개선방안에 대한 의견 - 제2차 공공보건의료기본계획 중 신포괄수가 정책 가산 개선 계획에 대한 평가: 정책 가산 지표 신설 - 지역거점 공공병원이 적정 기능과 역할을 수행하기 위한 지불보상체계의 대안에 대한 의견 • 진료연계협력 및 보건-복지 연계 등을 고려한 묶음 보상 • 병원예산제(부분(예. 사업부분만) vs 전체)
지역 공공병원(지방의료원) 재정지원 현황 및 개선방안	- 중앙정부와 지방정부의 재정지원이 경영수지에 미치는 영향 - 지불보상체계 개선 외에 재정지원이 필요한 분야에 대한 의견 • 인력(의사, 간호사 등), 시설, 장비 등 - 예산지원사업별 개선방안 및 사업 간 연계 방안에 대한 의견 - 정부·지자체 재원 확충 및 관리 개선을 위한 방안에 대한 의견 • 중앙정부와 지방정부의 공공의료 재원 확충 방안 등 - 재정지원 후 지역 공공병원 관리 거버넌스에 대한 의견

주: 필자 작성

자료 분석은 개별심층면접과 FGI 내용을 전사한 스크립트 자료를 바탕으로 질적 내용분석(Qualitative content analysis) 방법을 활용하였다. 이는 텍스트로부터 타당한 추론을 끌어내기 위한 질적 자료 분석 방법으로서(Weber, 1985; 최성호, 정정훈, 정상원, p. 128에서 재인용), 사회과학의 연구방법으로 시작해 지금까지도 다양한 분야의 연구에서 주요 분석 방법으로 활용하고 있다(최성호, 정정훈, 정상원, p. 128). 내용 분석은 귀납적 코딩 방식을 채택하여 유사성이 있는 코드를 한 범주로 묶어 상위 범주를 구성하였다. 즉, 수집된 자료의 내용을 코딩한 후 유사성이 있는 내용을 위주로 유목화하고 핵심 개념을 묶어 상위 범주로 분류한 것이다.

연구진이 개별심층면접과 FGI를 진행하면서 동시에 수집한 자료를 바탕으로 분석을 실시하였으며, 반복적 비교를 통해 더 이상 추가 데이터 수집이 불필요하다고 판단될 때, 이를 자료의 포화(Saturation) 상태라 여겨 면담을 종료하였다.

3. 조사 결과

면담 조사 결과는 ① 공공의료 개념과 공공병원의 역할, ② 지역 공공병원(지방의료원)과 지역책임의료기관 모형, ③ 지역 공공병원(지방의료원)의 현실적 제약과 지역별 격차, ④ 지역 공공병원(지방의료원) 지불보상과 재정지원 현실, ⑤ 지역 공공병원(지방의료원)의 적정 기능 수행을 위한 정책 개선 방향으로 크게 구분되었다. 따라서 면담 조사 결과 내용을 이 다섯 가지 구분을 바탕으로 정리하였다(〈표 6-3〉).

〈표 6-3〉 지역 공공병원(지방의료원)에 대한 면담 조사 결과 정리 방향

구분	주요 내용
○ 공공의료 개념과 공공병원의 역할	- 공공의료 개념과 수행주체에 대한 전문가와 정부의 인식 차이 - 공공병원의 기능과 역할: 의견이 일치된 영역과 일치되지 않은 영역
○ 지역 공공병원(지방의료원)과 지역책임의료기관 모형	- 정부의 '지역책임의료기관' 모형에 대한 동의 정도 - 지역책임의료기관이 수행해야 할 공공의료 영역 - 모든 지역에 동일한 지역책임의료기관 모형 적용에 대한 의견 차이 - 현 지역 공공병원(지방의료원)의 지역책임의료기관 역할과 기능 수행 가능성에 대해 회의적인 이유 - 지역책임의료기관 기능을 민간 의료기관이 수행하는 것에 대한 회의적 의견
○ 지역 공공병원(지방의료원)의 현실적 제약과 지역별 격차	- 인력, 시설, 장비 측면의 현실과 지역별 차이 - 지방자치단체의 영향력 - 공공의료 기능을 충실히 수행하기 어려운 이유
○ 지역 공공병원(지방의료원) 지불보상과 재정지원 현실	- 재정적 지원의 현실(적자 보전, 사업비 지원 등) - 신포괄수가제의 영향(긍정적 측면과 부정적 측면) - 신포괄수가제가 향후 지역 공공병원(지방의료원)의 적정 기능 수행에 미칠 영향 - 현재의 지불보상제도와 재정적 지원의 대안으로서 '병원예산제': 시행 가능성과 선결 과제
○ 지역 공공병원(지방의료원) 적정 기능 수행을 위한 개선 방향	- 지역 공공병원(지방의료원)의 기능 및 역할 설정을 위한 공공의료 패러다임의 변화 필요성 - 지역별 특성 맞춤형 지역책임의료기관 모형 개발과 성공모델 구현 작업의 중요성 - 지역 공공병원(지방의료원)이 적정한 공공의료기능을 수행하기 위한 거버넌스 구축 - 다양한 지불보상 형태 고려: 지역과 병원 특성을 고려하여 병원예산제, 부분병원예산제, 묶음지불 등 - 중앙정부와 지방정부 재정지원 개선: 개별 사업 중심 지원 형식 개선 필요

주: 필자 작성

가. 공공의료의 개념과 공공병원의 역할

1) 공공의료 개념과 수행주체에 대한 정부와 전문가 간 인식 차이

「공공보건의료에 관한 법률」에 따른 '공공보건의료'와 '공공보건의료사업'의 정의는 〈표 6-4〉와 같다. 그리고 공공보건의료의 수행주체를 공공보건의료기관이나 공공보건의료 수행기관으로 명시하고 있는데, 공공보건의료 수행기관에는 민간 의료기관도 포함된다.

〈표 6-4〉 공공보건의료와 공공보건의료사업의 법률적 정의: 공공보건의료에 관한 법률

구분	정의
제2조 제1항	- "공공보건의료"란 국가, 지방자치단체 및 보건의료기관이 지역·계층·분야에 관계없이 국민의 보편적인 의료 이용을 보장하고 건강을 보호·증진하는 모든 활동을 말한다.
제2조 제2항	- "공공보건의료사업"이란 다음 각 목의 사업을 말한다. 가. 보건의료 공급이 원활하지 못한 지역 및 분야에 대한 의료 공급에 관한 사업 나. 보건의료 보장이 취약한 계층에 대한 의료 공급에 관한 사업 다. 발생 규모, 심각성 등의 사유로 국가와 지방자치단체의 대응이 필요한 감염병과 비감염병의 예방 및 관리, 재난으로 인한 환자의 진료 등 관리, 건강 증진, 보건교육에 관한 사업 라. 그 밖에 국가가 관리할 필요가 있는 보건의료로서 보건복지부령으로 정하는 사업
제2조 제3항	- "공공보건의료기관"이란 국가나 지방자치단체 또는 대통령령으로 정하는 공공단체(이하 "공공단체"라 한다)가 공공보건의료의 제공을 주요한 목적으로 하여 설립·운영하는 보건의료기관을 말한다.
제2조 제4항	- "공공보건의료 수행기관"이란 다음 각 목의 보건의료기관을 말한다. 가. 공공보건의료기관 나. 제13조에 따른 의료취약지 거점의료기관 다. 제14조에 따른 공공전문진료센터

자료: 공공보건의료에 관한 법률, 법률 제18411호(2021)

정부의 「공공보건의료계획」에서는 공공보건의료의 법률적 정의 내용 중 '국민의 보편적 의료'를 '필수의료'라고 명시하고, 응급·외상·심뇌혈관·암 등 중증의료, 산모·신생아·어린이 의료, 재활, 지역사회 건강 관리(만성질환, 정신, 장애인 등), 감염 및 환자 안전을 예시로 제시하고 있다. 즉, 필수중증의료, 건강 취약계층 대상 의료(산모, 신생아, 어린이, 노인, 장애인, 정신장애인 등), 공급 부족 분야, 공중보건 위기 대응과 환자 안전 등을 포함하는 개념으로 공공보건의료 개념을 정리하고 있다.

전문가 면담 조사 결과, 전문가 대부분은 공공보건의료와 그것의 수행주체에 대한 정부의 공식적인 입장에 대해 동의하였으나 일부 전문가는 공공보건의료에 대한 이러한 접근 방식은 잔여적인 접근 방식이라고 비판하였다. 즉, 현재 논의되고 있는 공공보건의료 또는 공공의료는 시장 실패 영역을 공공의료 영역에서 관장한다고 정리하고 있다고 보았으며 이러한 접근 방식은 의료 공공성의 취약성을 극복해 나가기에 적절한 접근이 아니라고 보았다.

"공공의료가 국가 전체의 국민건강 측면의 내용을 담고 있다고 하면 그 가운데서 시장으로 담보되지 않는 시장 실패 영역을 공공보건의료가 관장한다고 정리를 해서 …(중략)… 한국 보건의료가 시장 기능에서 작동하는 걸 기본 전제로 하고 그렇게 해도 안 되는 취약계층이나 그 가운데서 빠지는 필수의료를 강화하는 걸 공공의료가 할 일이라고 정의를 했어요 …(중략)… 잔여적 의료보다 한국의 의료는 의료 공공성이라는 측면이 가장 앞장 서서 모델이 돼서 추진하고 좀 성공해 나가야 하는 측면에서 공공보건의료를 생각하고 공공보건 전달체계로 이야기를 해야 하는 게 아닌가…(중략)…. (H)"

정부가 공공보건의료 또는 공공의료 수행주체를 공공의료기관에서 민간 의료기관까지 제시하고 있는 것에 대한 전문가의 의견은 다양하게 나

타났다. 현재 우리나라는 공공의 비율이 낮아 모든 문제를 공공으로 해결할 수 없는 상황이므로 민간과 함께할 수밖에 없을 것이라는 의견과 민간에게 공공보건의료를 수행하도록 정부가 지원하면 지원만 받고 기능 수행은 적절히 하지 못할 것이라고 보는 의견도 있었다. 이러한 의견 차이가 있었으나, 거의 모든 전문가들은 현재 우리나라 보건의료 현실이 공공과 민간이 동일선상에서 경쟁하고 있고 공공이 민간보다 역량이 낮은 지역도 많아서 현재 공공의료기관만으로 국가가 제시하는 공공보건의료를 수행하는 것은 불가능하다고 이야기하였다.

2) 공공병원의 기능과 역할에 대한 다양한 관점 존재

공공병원, 특히 지역 공공병원(지방의료원)의 기능과 역할은 앞에서 언급한 공공보건의료 또는 공공의료를 수행하는 것이다. 대부분의 전문가는 지역 공공병원(지방의료원)의 기능 및 역할이 필수중증의료, 고위험산모 등 취약계층 진료, 커뮤니티케어라는 것에 동의하고 있었다. 그러나 이러한 역할과 기능을 모든 지역 공공병원(지방의료원)이 모두 수행해야 하느냐에 대해서는 이견이 있었다. 지역 공공병원(지방의료원)의 현실이 다양하기 때문에 지역 특성에 맞춰 기능과 역할을 설정해야 한다는 입장과 그럼에도 불구하고 지역 공공병원(지방의료원)이 지역거점병원으로서 이러한 역할과 기능을 수행하는 것이 적절하다는 입장이 있었다. 그리고 일부 전문가는 현재의 공공보건의료 또는 공공의료의 개념이 잔여적인 접근이기 때문에 지금과 같이 역할과 기능을 설정하는 것 자체에 대해 다시 논의가 필요하다고도 하였다.

나. 지역 공공병원(지방의료원)과 지역책임의료기관 모형

1) 지역책임의료기관은 개념적이고 선언적인 모형

「공공보건의료계획」에서 제시하고 있는 지역책임의료기관 모형에 대해서는 회의적인 입장이 많았다. 지역책임의료기관 모형은 개념적이고 선언적인 모형일뿐 그것을 실현할 도구가 없는 것이 현실이라는 것이다. 그렇기 때문에 실현 가능성 또한 낮다고 보았다. 한편에서는 이러한 역할을 하는 의료기관이 지역사회에 필요하기는 하지만 70개 중진료권마다 있어야 하는 것인가에 대해서는 의문을 표하기도 하였다.

2) 할 일은 많지만 역량은 부족한 지방의료원

「공공보건의료계획」에 따르면 지역책임의료기관은 필수중증의료, 응급의료, 고위험산모 및 취약계층 진료부터 일차의료돌봄, 정신과 재활 서비스와 지역 보건의료기관 등과의 연계 및 조정 등의 역할을 수행해야 한다. 그러나 이 모든 것을 현재의 지역 공공병원이 수행할 수 있는지, 수행해야만 하는지에 대해서는 여러 입장이 있었다. 대부분의 지방의료원이 이렇게 많은 역할을 수행해 낼 역량이 부족하다는 것에 대해서는 대체로 일치된 의견을 보였다. 이러한 기능을 수행하기 위해서는 병원이 접근성이 좋은 위치에 있고 일정한 규모가 되어야 하는데, 대부분의 의료원의 현실은 그렇지 못하기 때문이다. 또한 지방소멸 시대에 모든 70개 중진료권에 이러한 기능을 담당하는 300병상 이상의 지역책임의료기관이 있어야만 하는가에 대해 의문을 제기한 전문가도 있었다.

3) '지역 맞춤형 공공병원' 모형 개발과 구체화 필요

지역 공공병원(지방의료원)의 현실은 너무나도 다양하기 때문에 「공공보건의료계획」에서 제시하는 지역책임의료기관을 일괄적으로 적용하는 것에는 무리가 있고 지역 특성을 반영할 수 있도록 해야 한다는 의견이 많았다. 즉, 각 지역의 특성과 병원의 현실에 맞게 맞춤형 모형 개발이 필요하다는 것이다. 또한 현재와 같이 개념적이고 선언적인 모형이 아닌 더 구체적인 모형 개발이 필요하다고 하였으며, 모형의 구체화를 위해서는 정부의 적극적인 의지가 필요하다고 하였다.

4) 민간 책임의료기관 지정은 불가피한 상황이나 우려스러움

지역 공공병원(지방의료원)의 절대적 수가 부족한 상황이므로 민간 병원을 책임의료기관으로 지정하는 것은 불가피하고 자원의 효율적 활용 측면에서는 그렇게 하는 것이 적절하다는 의견들이 있었다. 반면, 민간 병원을 지역 책임의료기관으로 지정할 경우 다양한 지원을 해줘야 하는데 그 지원만 받고 제대로 된 역할과 기능은 수행하지 않을 것이라고 하는 의견들도 있었다. 즉, 민간 병원은 지역 공공병원(지방의료원)과 같이 관리되기 어려운 구조라는 것이다. 따라서 민간 병원을 책임의료기관으로 지정할 경우에는 어떻게 관리하고 평가할 것인지도 매우 중요하므로 함께 고민해야 된다고 하였다.

다. 지역 공공병원(지방의료원)의 현실적 제약과 지역별 격차

1) 공공의료를 수행하고 싶지만 수행할 수 없는 현실과 그 이유

지역 공공병원(지방의료원)은 시설, 장비, 인력, 재정 등 모든 측면에서 역량이 부족한 것이 현실이다. 일부 병원은 접근성이 좋은 곳에 위치하고 일정 병상 이상의 규모를 갖추고 있어 역량이 충분하지만, 대부분의 의료원은 그렇지 못하다. 이러한 인프라의 한계는 앞에서 언급한 공공의료의 역할과 기능을 수행하기 어려운 주요한 이유이다. 이 문제들 중 가장 큰 문제는 인력난이라고 전문가들은 말하였다. 특히 의사 인력을 어떻게 충원할 것인지가 가장 큰 문제로 이 부분이 해결되어야 지역 책임의료기관으로 또는 공공의료 수행기관으로 역할을 충실히 할 수 있을 것이라고 보았다.

2) 의료 자원의 부익부 빈익빈 지속 현상과 그 이유

지역 공공병원(지방의료원)의 안타까운 현실 중 또 하나는 지역 간 격차가 있다는 것이다. 즉, 지방자체단체의 역량과 지방자치단체장의 관심에 따라 재정지원이 천차만별이다. 지방정부의 전폭적인 지원을 받는 병원이 있는가 하면 전혀 받지 못하는 병원도 있다. 전문가들은 이러한 지역 차이가 의료 자원의 부익부 빈익빈을 초래하고 있다고 지적하였다.

라. 지역 공공병원(지방의료원)에 대한 지불보상과 재정지원의 현실

1) 신포괄수가제의 긍정적 영향과 부정적 영향

전문가들 대부분은 신포괄수가제가 지역 공공병원(지방의료원)의 의료비 적자 해소에 긍정적인 영향을 미쳤다고 응답하였다. 또한 일부 전문가들은 행위별수가제와 크게 다를 바 없는 신포괄수가제는 정책 가산을 하지 않을 경우, 일부 병원을 제외하고 대부분의 지역 공공병원(지방의료원)의 적자 해소에 큰 도움이 되지 않을 것이라고 보았다.

"저는 결과적으로 (신포괄수가제가) 독이 되었다고 생각해요 …(중략)… 돈을 가산으로 주건 상대 가치 가산으로 주건 정책 가산 행위로 주건 국고로 주건 어떤 방식으로 주든지 관리 안 하는 독약 …(중략)…. (J)"

2) 공공의료 기능 수행에 있어 신포괄수가와 행위별수가의 한계

신포괄수가제가 공공의료 기능을 적절히 수행하는 것에 긍정적인 영향을 미쳤는가에 대한 질문에는 대부분 아니라는 의견을 보였다. 특히, 신포괄수가제가 민간 의료기관까지 확대 적용될 경우에는 공공보건의료에만 해당하는 특이적인 수가가 아니기 때문에 공공보건의료 측면에서는 긍정적인 영향이 없을 것이라고 예측하였다.

"신포괄수가라는 정책 하나로 (지방의료원이) 자체적으로 역량을 키워야겠다는 생각을 갖게 하거나, 우리 지역의 병원을 키워야 한다는 지자체의 생각을 바꾸거나, 병원이 좋아졌으니까 전폭적으로 지원하는 중앙정부의 생각을 바꿔놓지는 못했지만 적자 덩어리라는 것은 털어냈어요. (E)"

"전체적으로 수가제도의 변화를 통해서 공공병원 기능이 상당히 기존에 안 하던 필수의료기관이 확대됐거나 진료권이 확대됐거나 이거까지는 연구한 건 없는 것 같아요. (J)"

3) 필요한 곳에는 부족하고 불필요한 곳에는 넘치는 정부의 재정지원

여러 가지 사업 예산으로 정부가 지역 공공병원(지방의료원)을 지원하고 있지만, 지역 공공병원(지방의료원)별 상황은 매우 상이하다. 중앙정부의 재정지원은 대부분 지방정부 매칭 방식으로 지원되기 때문에 지방정부의 지원이 적을 경우 총지원액이 적을 수밖에 없어서 이 또한 부익부 빈익빈이 지속될 수밖에 없는 구조라고 전문가들은 말했다. 그리고 시설비는 계속 지원해주어서 더 이상 바꾸거나 새로 설치할 시설, 장비가 없음에도 계속 지원되고 있어 다 사용하지 못하는 것이 현실이다. 반면 특정 사업비는 특정 지역에서 더 필요함에도 불구하고 지원액이 적기도 하다. 결국 다양한 경로로 지역 공공병원(지방의료원)에 대한 재정지원이 이루어지고 있으나 효율적이지 못한 것이 현실이다.

마. 지역 공공병원(지방의료원)의 적정 기능 수행을 위한 개선방안

1) 지역 맞춤형 지역 공공병원(지방의료원) 모형 개발

우선, 대부분의 전문가는 지금과 같이 일률적인 기능과 역할 설정 또는 지역 책임의료기관 지정이 아닌, 지역 특성과 지역 공공병원의 특성을 반영한 모형 개발이 필요하다고 응답하였다. 그리고 지역의 특성은 지역 내부에서 가장 잘 알기 때문에 지자체와 지역 공공병원이 함께 병원의 발전계획을 세우도록 하는 것이 필요하다고 하였다. 이러한 방식으로 성공 모

델을 만들어 가는 것이 중요하고 그래야 적절한 지불보상과 재정지원 방안에 대한 논의가 이루어질 수 있다고 하였다.

2) 신포괄수가 평가체계 개선: 단기적 방안

현실의 문제를 일부 해소하기 위한 단기적 방안으로는 신포괄수가의 평가지표 현실화가 필요하다고 하였다. 특히 공공 가산 지표가 일부 의료원에는 도움이 되지 못하고 있어 개선이 필요하다는 지적이 있었다.

3) 중앙과 지방 정부 재정지원의 패키지화

앞에서 언급하였듯이 중앙정부가 여러 가지 공공보건의료사업의 사업비 명목으로 재정지원을 하고 있으나 실제 현장에서는 그 쓰임이 효율적이지 못하다. 따라서 다양한 사업비를 하나로 묶어 한번에 내리는 방식을 고려할 필요가 있다. 그러나 우리나라의 현행 보건행정은 개별 법률에 따라 이루어지고 있어 이러한 방식을 적용하는 것이 어려울 수 있으므로 법률 개정 논의도 함께 이루어질 필요가 있다.

4) 지역 공공병원(지방의료원) 특성 맞춤형 지불보상 방안 마련

지역과 지역 공공병원 특성에 맞춘 구체적인 지방의료원 모형 또는 지역 책임의료기관 모형이 개발되었다면 이에 맞는 맞춤형 지불보상 방안을 마련해야 한다고 하였다. 즉, 신포괄수가제 방식이 아닌 다른 지불보상체계를 고려해야 한다는 것이다. 예를 들어, 지역에서 지역 의료기관과의 연계·조정 역할을 핵심적으로 수행하는 공공병원이라면 묶음지불제를

고려해볼 수 있을 것이고, 현재 상황에서도 잘 운영되고 기능을 잘 수행하는 지역 공공병원은 현재의 신포괄수가제와 행위별수가제를 그대로 유지할 수 있을 것이다. 그리고 특정 병원은 병원예산제 방식으로 운영비, 인건비를 포함한 의료비 부분까지 총예산제로 지원하는 방식을 고려봐야 한다고 제안하였다.

4. 면담 조사 결과의 시사점

면담 조사 결과 지역 공공병원(지방의료원)이 당면한 현실에 대해서는 정부, 현장 전문가, 학계 전문가가 모두 비슷하게 인식하고 있었다. 그러나 이러한 현실의 문제를 해결하기 위한 정책의 방향에 대해서는 의견의 차이가 있었다. 다시 말해, 공공보건의료 또는 공공의료의 개념에 대해서도 다양한 시각이 있었는데, 이러한 시각 차이에 따라 공공보건의료의 수행주체와 지역 공공병원(지방의료원)의 역할에 대해 다양한 의견을 보였다. 이러한 의견과 입장 차이로 인해 수년 동안 공공의료 강화에 대한 논의가 지속되었음에도 불구하고 아직도 정책의 구체성이 부족하다. 지역 공공병원(지방의료원) 지불보상체계와 재정지원 개선방안에 대해 논의하기 위해서는 이러한 부분이 먼저 정리가 되고 더욱 구체화 되어야 실질적인 대안에 대해 논의할 수 있지만, 현실은 그렇지 못한 상황이라는 것을 면담 조사 결과 파악할 수 있었다.

이러한 면담 조사 결과를 정리하면, 결국 지역 공공병원(지방의료원) 지불보상체계와 재정지원에 대한 논의는 단계적으로 접근하는 방식이 적절한 것으로 보인다. 즉, 현재 당면한 문제를 최소화하는 방안에 대해 논의하는 동시에 지역 공공병원(지방의료원)의 역할과 기능이 구체화되는 것에 맞춰 지불보상체계와 재정지원의 대안을 논의하는 것이 필요하다.

제2절 지방의료원장 대상 신포괄지불제도 의견조사

1. 조사 개요

지역 공공병원을 대상으로 현행 지불보상체계와 재정지원 방식에 대해 의료계 현장에서 느끼는 문제점을 파악하고 개선방안을 모색해보고자 의견조사를 수행했다. 조사는 지방의료원 35개소, 적십자병원 6개소 등의 지역 공공병원장 41명을 대상으로 수행했다. 다만, 2020년에 개원한 성남시의료원은 현재 신포괄지불제도 시범사업에 참여하지 않고, 조사 문항이 지불보상체계 중심으로 구성되어 있는 점을 고려해 조사 대상에서 제외했다. 조사는 전국지방의료원연합회의 협조를 받아 2021년 10월 18일부터 2021년 10월 29일까지 약 10일간 이메일을 통한 서면 조사로 진행하였으며, 지방의료원 9명, 적십자병원 1명 총 10명이 응답하였다. 본 조사는 지역 공공병원장 41명 중 25%에 해당하는 10명의 의견만을 반영하는 것임을 밝힌다.

2. 조사 내용

조사 내용은 크게 신포괄지불제도 전반에 대한 의견, 신포괄지불제도 정책가산에 대한 의견, 지역 공공병원 지불보상체계 및 재정지원 개선방안의 세 가지 영역으로 구성했다. 첫째, 신포괄지불제도 전반에 대해서는 신포괄지불제도가 지역 공공병원의 불가피한 적자를 해결하고 경영수지를 개선하는 데 어느 정도 기여하는지, ‘양질의 필수의료 제공’이라는 역할 수행에 어느 정도 기여하는지, ‘공공성 강화’에 어느 정도 기여하는지를 물어보았다. 두 번째, 신포괄지불제도 정책가산 영역에서는, 먼저 공공성 영

역의 세부 지표와 평가 방법이 지역 공공병원의 공공성을 평가하는 데 적절하다고 생각하는지를 물어보았다. 그리고 이 중에서 지역 공공병원의 운영 목적이나 여건에 부합하지 않아 퇴출이나 개선이 필요한 지표가 있는지, 혹은 추가해야 할 지표가 있는지 의견을 물었다. 마지막으로, 공공성 영역 외에도 퇴출 또는 개선이 필요한 평가 영역과 지표에 대해서도 파악해보고자 했다. 세 번째, 지역 공공병원 지불보상체계와 재정지원 개선방안 영역에서는, 현재 지역 공공병원의 지불보상체계와 재정지원에 대한 개선 의견을 물어보았다. 그리고 지역 공공병원의 적정 기능과 역할 수행을 도모하기 위한 지불보상제도의 대안으로서, 진료연계협력 및 보건-복지 연계 등을 고려한 묶음보상제도와 병원예산제를 도입하는 방안에 대해 어떻게 생각하는지를 살펴보았다(〈표 6-5〉).

〈표 6-5〉 지역 공공병원장 의견조사 주요 내용

구분	조사 내용
신포괄지불제도 전반에 대한 의견	- 신포괄지불제도가 지역 공공병원 또는 근무하는 병원의 ▸불가피한 적자 해결과 경영수지 개선에 어느 정도 기여하는지 ▸'양질의 필수의료 제공' 역할 수행에 어느 정도 기여하는지 ▸'공공성 강화'에 어느 정도 기여하는지
신포괄지불제도 정책가산에 대한 의견	- 공공성 영역의 세부 지표 및 평가 방법이 지역 공공병원의 공공성을 평가하는 데 적절하다고 생각하는지 ▸그렇게 생각하는 이유와, 평가방법에 대한 전반적인 개선 의견 - 공공성 영역의 세부 지표 中 지역 공공병원의 운영 목적이나 여건에 부합하지 않아 퇴출이나 개선이 필요한 지표가 있는지 ▸해당 지표의 퇴출, 개선 의견 - 공공성 영역에 추가해야 할 세부지표가 있는지 - 공공성 영역 외에도 퇴출 또는 개선이 필요한 평가 영역과 세부 지표가 있는지 ▸퇴출, 개선이 필요한 영역 또는 세부 지표 및 그 의견 - 신포괄지불제도 정책가산 전반에 대한 개선 의견

구분	조사 내용
지역 공공병원 지불보상체계 및 재정지원 개선방안	- 현재 행위별수가, 신포괄수가를 개선하는 방식으로 지역 공공병원의 불가피한 적자 해결과 '양질의 필수의료 제공'이라는 역할 수행이 가능할 것이라 생각하는지 - 현재의 지역 공공병원 지불보상체계에 대한 개선 의견 - 현재의 지역 공공병원 재정지원에 대한 개선 의견 - 새로운 대안으로서, 진료연계협력 및 보건-복지 연계 등을 고려한 묶음보상제도 도입 방안에 대한 의견 - 새로운 대안으로서, 병원예산제 도입 방안에 대한 의견

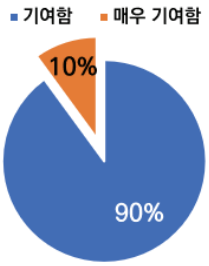
주: 필자 작성

3. 조사 결과

가. 신포괄지불제도 전반

신포괄지불제도가 지역 공공병원의 불가피한 적자 해결과 경영수지 개선에 어느 정도 기여한다고 생각하는지를 물어본 결과 모든 응답자가 기여한다고 응답했다('매우 기여한다' 90%, '기여한다' 10%). 그 이유로는 신포괄 질병군에 대한 수가 총액이 기존 행위별수가보다 높은 편이며, 특히 정책가산 인센티브를 통해 별도의 수가 보전이 이루어지기 때문에 경영수지 개선에 도움이 된다는 의견이 대부분이었다. 다만, 사업 초기에는 공공병원 또는 중소병원 중심으로 신포괄수가 모형이 설계되어 경영수지 개선에 어느 정도 기여했으나, 2018년부터 민간병원도 참여하면서 정책가산율이 매년 감소하고, 코로나19 등과 같이 예기치 않은 감염병, 재난 위기 상황이 발생하면서 신포괄지불제도가 경영수지 개선에 크게 도움이 되지 않는다는 의견도 있었다.

〔그림 6-1〕 신포괄지불제도가 지역 공공병원의 경영수지 개선에 기여한 정도

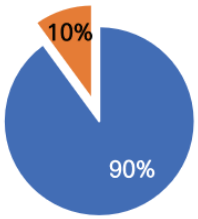
신포괄지불제도가 지역 공공병원의 **불가피한 적자 해결과 경영수지 개선에 기여한 정도**	
	**그렇게 생각하는 이유** 신포괄 정책가산 인센티브 지급으로 행위별수가제 대비 진료수익이 증가함으로써 경영수지 개선에 기여함 단기 입원 시, 신포괄 질병군에 대한 수가 총액이 기존 행위별 수가보다 높은 편임 사업 초기에는 공공병원 또는 중소병원 중심으로 신포괄수가가 설계되어, 정책가산 인센티브로 경영수지 개선에 어느 정도 기여함. 그러나 2018년부터 민간병원 확대로 정책가산율이 매년 감소되고, 2020년 2월 예기치 않은 코로나19 발생으로 신포괄 환자가 없어 인센티브를 받지 못하고 있는 실정으로 감염병, 재난 위기 상황 시 신포괄지불제도는 경영수지 개선에 크게 도움이 되지 않음

자료: 지방의료원장 대상 신포괄지불제도 의견조사 결과를 토대로 작성

이번에는 신포괄지불제도가 현재 근무하고 있는 병원의 불가피한 적자를 해결하고 경영수지를 개선하는 데 어느 정도 기여하는지를 물어보았는데, 마찬가지로 모든 응답자가 기여한다고 답했다('매우 기여한다' 90%, '기여한다' 10%). 실제 매월 신포괄수가 퇴원환자 진료비가 행위별수가 대비 10~15% 이상 높게 산정돼 도움이 된다는 의견과 실제 신포괄지불제도 시범사업을 시행한 이후부터 병원 수입이 늘어났다는 의견도 덧붙였다.

〔그림 6-2〕 신포괄지불제도가 근무 병원의 경영수지 개선에 기여한 정도

신포괄지불제도가 근무 병원의 **불가피한 적자 해결과 경영수지 개선에 기여한 정도**

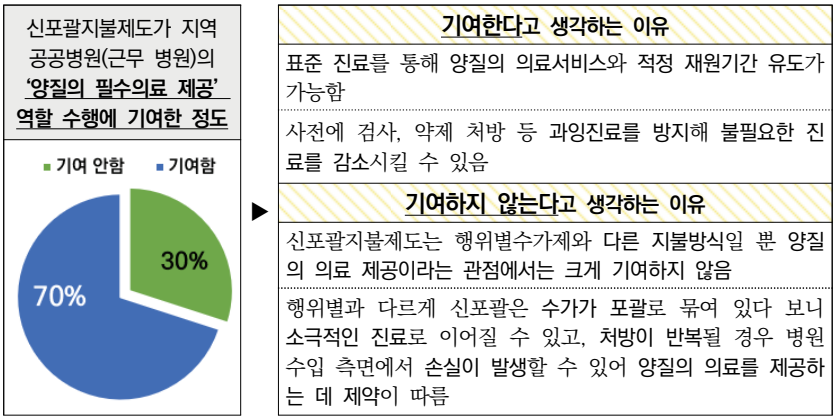


그렇게 생각하는 이유
매월 신포괄수가 퇴원환자 진료비가 행위별수가 대비 10~15% 이상 높게 산정되어 도움이 되고 있음
실제 신포괄지불제도 시범사업을 시행한 이후부터 병원 수입이 늘어남
기여는 하지만 모든 적자를 해결할 수준은 아니며, 의료취약지나 농어촌 지역의 공공병원은 수가 자체를 올려야 운영이 가능할 것으로 사료됨

자료: 지방의료원장 대상 신포괄지불제도 의견조사 결과를 토대로 작성

이어서, 신포괄지불제도가 지역 공공병원 또는 근무 병원의 '양질의 필수의료 제공'이라는 역할 수행에 어느 정도 기여하고 있다고 생각하는지를 물어보았다. 결과적으로 응답자의 70%는 기여한다, 30%는 기여하지 않는다고 답했다. 이어서 왜 그렇게 생각하는지를 물어보았는데, 먼저 기여한다고 응답한 사람은 표준 진료를 통해 양질의 의료서비스와 적정 재원기간을 유도할 수 있고, 사전에 검사, 약제 처방 등 과잉진료를 방지해 불필요한 진료를 감소시킬 수 있다는 이유에서였다. 반대로 기여하지 않는다고 응답한 이유로는 신포괄지불제도는 행위별수가제와 다른 지불방식일 뿐 양질의 의료 제공이라는 관점에서는 크게 기여하지 않는다는 것이다. 또한 행위별과 다르게 신포괄은 수가가 포괄로 묶여 있다 보니 소극적인 진료로 이어질 수 있고, 처방이 반복될 경우 병원 수입 측면에서 손실이 발생할 수 있어 양질의 의료를 제공하는 데 제약이 따르는 것으로 파악되었다.

〔그림 6-3〕 신포괄지불제도가 양질의 필수의료 제공 역할 수행에 기여한 정도

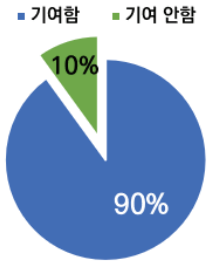


자료: 지방의료원장 대상 신포괄지불제도 의견조사 결과를 토대로 작성

또한, 신포괄지불제도가 지역 공공병원 또는 근무 병원의 '공공성 강화'에 어느 정도 기여하고 있다고 생각하는지를 조사했는데, 기여한다고 응답한 사람이 90%, 기여하지 않는다고 응답한 사람이 10%로 나타났다. 구체적으로 왜 그렇게 생각하는지를 물어보았다. 취약계층 진료와 필수진료과 및 시설 운영, 응급의료, 감염병 관리 등을 통해 공공성 강화에 기여했다는 이유가 대표적이었다. 또한 신포괄수가 정책가산 인센티브 지표에 공공성 영역이 포함되어 있어 진료수입 증대를 위해 지표 개선 활동과 노력을 하게 되고, 이러한 과정에서 공공병원의 '공공성 강화'에 기여한다고 했다. 신포괄지불제도가 현재 근무하고 있는 병원의 공공성 강화에는 어느 정도 기여했는지를 조사한 결과에서도 마찬가지로 중환자실, 응급의료센터, 음압격리실, 재활의학과 병동 등 필수시설을 갖추도록 했으며, 감염병 표본관리 등을 통해 공공성 강화에 기여하고 있다고 했다. 반대로 기여하지 않는다고 응답한 이유는 평시에도 환자 중심의 공공의료사업을 지속해서 추진하기 때문에 단순한 진료비 지불제도 변경만으로 공공성 강화에 크게 영향을 미치지 않는다는 것이다.

〔그림 6-4〕 신포괄지불제도가 공공성 강화에 기여한 정도

신포괄지불제도가 지역 공공병원(근무 병원)의 **'공공성 강화'에 기여한 정도**



▶

기여한다고 생각하는 이유

취약계층 진료와 필수 진료과 및 시설 운영, 응급의료, 감염병 관리 등을 통해 공공성 강화에 기여함

신포괄수가 정책가산 인센티브 지표에 공공성 영역이 포함되어 있어 진료수입 증대를 위해 지표 개선 활동과 노력을 하게 되고, 이러한 과정에서 공공병원의 '공공성 강화'에 기여함

기여하지 않는다고 생각하는 이유

평시에도 환자 중심의 공공의료사업을 지속해서 추진하기 때문에 단순한 진료비 지불제도 변경만으로 공공성 강화에 크게 영향을 미치지 않음

자료: 지방의료원장 대상 신포괄지불제도 의견조사 결과를 토대로 작성

나. 신포괄지불제도 정책가산

신포괄지불제도는 참여, 효율·효과성, 공공성, 의료의 질, 비급여 관리에 대한 평가를 통해 정책가산 인센티브를 지급하고 있다. 다음은 신포괄지불제도 정책가산 평가 시 활용되는 세부 지표와 평가 방식에 대한 의견을 구체적으로 조사했다.

〈표 6-6〉 2021년 신포괄 정책가산 평가 세부지표 및 가산비율

영역		최대비율	세부지표 (비율)	
참여	1.참여	3%	참여	(3.0)
	2.자료제공	2%	수가자료	(0.5)
			원가자료	(0.5)
			진료비 청구심사자료	(0.5)
			의료의 질 평가자료(외래 포함)	(0.5)
	3.자료의 질	1%	(수가) 자료의 정확도	(0.5)
			(원가) 자료의 정확도	(0.5)

영역		최대비율	세부지표 (비율)	
효율성·효과성	4.경영성과	5%	병상활용도	(5.0)
			기관경영수지	
			생산성	
			효율성	
	5.통합간호등급	2%	통합간호등급	(2.0)
	6.간호·간병통합서비스 병상점유율	3%	간호·간병통합서비스 병상점유율	(3.0)
	7.신포괄정보관리	5%	의무기록 필수항목 기재율	(1.0)
			진단코딩 정확도 향상 활동	(0.5)
			진단코딩 청구정확도	(1.0)
			환자안전 Alert시스템 운영 및 활용	(0.5)
			환자인식시스템 운영	(0.5)
			POA 청구정확도	(0.5)
			표준진료지침(CP) 운영	(1.0)
공공성	8.취약계층 진료	4%	의료급여(차상위 포함) 환자 비율	(4.0)
	9.취약지	1%	의료취약지	(1.0)
	10.필수시설	3%	중환자실 혹은 응급실 운영 여부	(1.0)
			음압격리실 운영 여부	(1.0)
			분만실, 호스피스병동, 재활의학과, 정신과병동 중 2개 이상 운영 여부	(1.0)
	11.감염병 관리	1%	감염병표본관리 여부	(0.5)
			격리병상이용률	(0.5)
12.의료의 질		2%	재입원비	(1.0)
			외래방문횟수비	(1.0)
13.비급여 관리		(공공)3% (민간)3+α%	비급여 비중	(2.0)
			비급여 개선도	(1.0)
			비급여 감소액	(2.0)

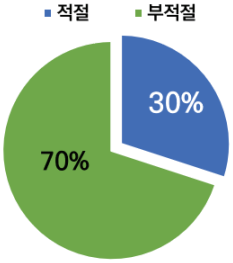
자료: 건강보험심사평가원. (2020). 2021년 신포괄 정책가산 평가계획, p. 6.

먼저, 신포괄지불제도 정책가산 평가 시 공공성 영역의 세부 지표와 평가 방법이 지역 공공병원의 공공성을 평가하는 데 적절하다고 생각하는지를 물어보았다. 그 결과 적절하지 않다고 응답한 비율이 70%였고, 적절하다는 의견은 30% 수준에 그쳤다. 그 이유를 세부적으로 제시해주었다.

먼저, '필수시설'의 경우 최대 3%의 인센티브가 반영되는데 세부 지표 중 중환자실 또는 응급실 운영 여부에 1% 인센티브가 적용되고, 음압격리실 운영 여부에 1%, 분만실, 호스피스병동, 재활의학과, 정신과병동 중 2개 이상을 운영할 경우 1% 인센티브가 적용된다. 즉, 세부 지표에 포함된 필수 시설의 일부를 운영함에도 전체를 운영하는 경우와 동일한 인센티브가 지급될 수 있다. 따라서 세부 지표에 해당하는 필수 시설 전체를 운영하는 기관에 대해서는 인센티브를 차등 지급해야 한다는 의견이 있었다. 또한 '취약계층 진료'에서 지역 특성상 의료급여 수급자 비율이 타 지역보다 낮은 의료기관은 취약계층 진료 평가 지표에서 해마다 낮은 점수를 받고 있어 평가 방법이 부적절하다고 지적했다. 한편, 최근의 코로나19 같은 신종 감염병이 출현한다면 공공병원의 역할이 더욱 중요해질 것이므로 공공성 가산 비율을 높여야 한다는 의견도 있었다.

〔그림 6-5〕 신포괄지불제도 정책가산의 공공성 영역 지표 및 평가 방법의 적절성

신포괄지불제도 정책가산의 **공공성 영역의 세부지표와 평가방법의 적절성**



▶

적절하다고 생각하는 이유

포괄적이고 지속적인 의료서비스와 보건서비스를 지역사회에 제공하는 공공병원으로서 공공성 지표는 중요함

정책가산이 의료원 운영에 도움이 되고 있음. 다만, 2022년 정책가산 평가계획상 세부지표 평가기준이 지나치게 세분화되어 있으므로, 지역 공공병원의 특수성을 고려해 추후 영역 재설정 시 고려가 필요함

부적절하다고 생각하는 이유

'필수시설'의 경우 4개 세부 지표 중 2개 이상을 운영 시 최대 3%의 인센티브가 반영되는데, 세부 지표에 해당하는 필수 시설 전체를 운영하는 기관에 대해서는 인센티브를 차등 지급해야 할 필요가 있음

'취약계층 진료' 영역에서 지역 특성상 의료급여 수급자 비율이 타 지역보다 낮은 의료기관은 취약계층 진료 평가 지표에서 해마다 낮은 점수를 받고 있어 평가 방법이 부적절함

최근 코로나19 같은 신종 감염병이 출현한다면 공공병원의 역할이 더욱 중요해질 것이므로 공공성 가산 비율을 높여야 함

자료: 지방의료원장 대상 신포괄지불제도 의견조사 결과를 토대로 작성

다음으로, 공공성 평가 영역의 세부 지표 중 지역 공공병원의 운영 목적과 여건에 부합하지 않아 퇴출이나 개선이 필요한 지표가 있는지를 조사해보았다. '취약지' 지표 개선에 대한 의견이 7건으로 가장 많았고, 필수시설(6건), 취약계층 진료(4건), 감염병 관리(2건) 순으로 나타났다. 그 중 '의료취약지' 적용기준이 의료기관 소재지에서 '군'지역에만 해당되는 불합리한 점을 개선해야 한다는 의견과 당초 노력이 반영될 수 없는 지표이므로 퇴출해야 한다는 의견이 있었다. 특히 공공보건의료에 관한 법률에 따르면, 의료취약지는 의료공급이 부족한 지역으로 지정, 고시하고 있어, 이에 해당하는 지역의 의료기관에도 확대 적용될 수 있어야 한다는 것이다. '필수시설'의 경우에는 각각의 시설 운영에 대해 인센티브를 적용해야 한다는 의견과 분만실, 호스피스병동, 재활의학과, 정신과병동 중 1개만 운영해도 인정받아야 한다는 의견이 대립되었다. '취약계층 진료'는 타 지역보다 의료급여 수급자 비율이 낮아 의료급여환자 진료 비율이 적은 지역의 특수성을 고려한 지표 반영을 요구했다. 특히, 의료기관에서 의료급여 수급자 내원을 임의로 조정할 수 없기 때문에 세부 기준 자체가 부적합하므로, 의료기관의 평균 이상을 도달할 시 가산점을 부여해주는 등 세부 기준에 대한 개선 의견도 제시해주었다.

〈표 6-7〉 신포괄지불제도 정책가산 공공성 영역 중 퇴출이나 개선이 필요한 지표

퇴출·개선이 필요한 공공성 영역 지표	주요 의견
취약지 (7건)	- (개선) 의료취약지 적용기준이 의료기관 소재지가 군지역에만 해당되는 불합리한 점을 개선해 의료취약지로 지정된 모든 의료기관으로 확대 필요 - (개선) 가산비율 개선이 필요, 의료취약지 병원의 환자 수가 절대적으로 적고, 시설도 대도시에 비해 미약해 점수를 많이 받을 수 없는 구조 - (개선) 의료취약지의 정의 변경 필요, 즉 공공보건의료에 관한 법률에 따라 의료공급이 부족한 지역을 의료취약지로 지정/고시하고 있어, 이에 해당하는 지역의 의료기관도 적용 확대될 수 있도록 개선 필요 - (퇴출) 의료취약지란 환경적 요인으로, 공공성 지표 설정은 불합리하며, 노력이 반영될 수 없는 지표
필수시설 (6건)	- (개선) 각각의 시설 운영에 대한 인센티브 적용 필요 - (개선) 분만실, 호스피스병동, 재활의학과, 정신과병동 중 1개만 운영해도 인정 필요
취약계층 진료 (4건)	- (개선) 타 지역보다 의료급여 수급자 비율이 낮아 의료급여환자 진료 비율이 적은 지역의 특수성을 고려한 지표 반영 필요 - (개선) 의료기관에서 의료급여 수급자 내원을 임의로 조정할 수 없으므로 세부 기준 자체가 부적합, 의료기관의 평균 이상을 도달할 시 가산점을 부여해주는 등 세부 기준에 대한 개선안 마련 필요
감염병 관리 (2건)	- (개선) 메르스, 코로나19 등 감염병 발생 시 지역 공공병원이 전담병원으로서 중대한 역할을 수행하는 만큼 가산비율 조정 필요

자료: 지방의료원장 대상 신포괄지불제도 의견조사 결과를 토대로 작성

이번에는 공공성 평가 영역에 추가해야 할 세부 지표를 물어보았는데, 다양한 의견들을 보내주었다. 공공의료기관의 역할 수행을 위해 연령, 질환 등에 따른 맞춤형 취약계층 지원사업을 실시하고 있어, 취약계층 지원사업 참여 여부에 따라 인센티브를 차등 지급해야 한다는 의견이 있었다. 또한 공공의료기관의 역할 수행을 취약계층의 입원 진료 비중으로 국한하여 평가하는 것도 중요하지만, 지역 주민들을 대상으로 얼마만큼 공공의료서비스를 제공하는지에 대한 지표도 필요하다고 했다. 비슷한 맥락에서 의료행위 이외에 지역 주민의 건강증진을 위한 사업도 지표에 포함해야 한다는 의견도 있었다. 이 외에도 심혈관센터, 인공신장실 운영 여부,

지역 책임의료기관으로서 공공의료 역할 수행, 해바라기센터 운영, 정신건강의학과 환자 행정 입원 실적, 공공의료사업 수행 및 실적에 대한 평가가 필요하다는 의견이 있었다.

〈표 6-8〉 신포괄지불제도 정책가산 공공성 영역에 추가해야 하는 지표

연번	공공성 영역에 추가해야 하는 지표 및 의견
1	공공의료기관의 역할 수행을 위해 연령, 질환 등에 따른 맞춤형 취약계층 지원사업을 실시하고 있어, 취약계층 지원사업 참여 여부에 따라 인센티브를 차등 지급할 필요
2	공공의료기관의 역할 수행을 취약계층의 입원진료 비중으로 국한하여 평가하는 것도 중요하나, 지역 주민을 대상으로 얼마만큼 공공의료서비스를 제공하는지에 대한 지표 필요
3	의료행위 이외에 지역 주민의 건강증진을 위한 사업도 지표에 포함 필요
4	심혈관센터, 인공신장실 운영 여부 반영 필요
5	지역책임의료기관으로서 공공의료 역할 수행 반영 필요
6	정신건강의학과 환자 행정 입원 실적 반영 필요
7	공공의료사업 수행 및 실적에 대한 평가 필요

자료: 지방의료원장 대상 신포괄지불제도 의견조사 결과를 토대로 작성

다음으로, 공공성 영역 이외에 지역 공공병원의 운영 목적과 여건에 부합하지 않아 퇴출이나 개선이 필요한 영역과 세부 지표에 대한 의견을 물어본 결과 '의료의 질' 영역에 대한 지표 개선이 가장 필요한 것으로 나타났다. 세부 지표를 추가하고 최대 비율(2%)을 높여 지방의료원 전체적으로 의료의 질을 향상시킬 필요가 있다는 것이다. 한편, '재입원비' 지표에 대한 퇴출 요구도 있었는데, 이는 퇴원 후 30일 이내에 재입원하는 비율을 평가하는 것으로 의료기관마다 내원 환자의 질환이나 지역 특성이 다르기 때문에 부적절하다는 것이다. 특히 고령의 만성질환자가 많은 지역이나 의료기관은 재입원 비율이 높을 수밖에 없는 구조이므로 지표를 개선하거나 퇴출시켜야 한다는 의견을 제시해주었다. '효율·효과성' 영역의 '통합간호등급' 지표에 대해서는 현재 최대비율 2%에서 상향 조정이 필요하다고 언급했다. 행위별수가에서는 간호등급별로 입원료에 수가가

적용되나, 신포괄에서는 입원료가 포괄금액으로 적용되어 수가에 영향을 주지 않아 이를 감안한 상향 조정이 필요하다는 것이다. '신포괄정보관리' 지표에 대한 개선 의견도 있었다. '진단명 코딩 정확도 향상 활동'을 매년 두 가지 종류로 요구하는데, 업무 수행에 도움이 되지 않는 현실을 반영해 개선이 필요하다는 것과 '의무기록 필수항목 기재율'의 경우 전공의가 없는 지역 공공병원에서 제출 기한 내 작성하는 데 있어 상당한 고충이 따르는 점도 언급했다. 이 외에도 '경영성과' 영역 중 '기관경영수지' 지표를 퇴출해야 한다는 의견이 있었다. 지방의료원은 지역 주민을 위해 의료와 봉사를 하는 공공의료기관이며, 신포괄지불제도에서 의료행위로 흑자를 낼 수 있는 구조가 아니라는 것이다.

〈표 6-9〉 신포괄지불제도 정책가산 공공성 영역 외 퇴출이나 개선이 필요한 영역/지표

퇴출·개선이 필요한 영역 및 세부 지표	주요 의견
의료의 질 영역	- (개선) 세부 지표를 추가하고 최대 비율(2%)을 높여 지방의료원 전체적으로 의료의 질을 향상시킬 필요 - (퇴출) 재입원비 지표 퇴출 필요 ▸ 의료기관마다 내원 환자의 질환이나 지역 특성이 다르므로 부적절 ▸ 고령의 만성질환자가 많은 지역이나 의료기관은 재입원 비율이 높을 수밖에 없는 구조이므로 부적절
효율·효과성 영역	- (개선) '통합간호등급' 지표의 최대비율 2% 상향 조정 필요 ▸ 행위별수가에서는 간호등급별로 입원료에 수가가 적용되나, 신포괄에서는 입원료가 포괄금액으로 적용되어 수가에 영향을 주지 않아 이를 감안할 필요 - (개선) '신포괄정보관리' 지표 개선 필요 ▸ 진단명 코딩 정확도 향상 활동을 매년 두 가지 종류로 요구하는데, 업무 수행에 도움이 되지 않는 현실을 반영할 필요 ▸ 의무기록 필수항목 기재율의 경우 전공의가 없는 지역 공공병원에서 제출 기한 내 작성하는 데 있어 상당한 고충이 따름
경영성과 영역	- (퇴출) 기관경영수지 지표 퇴출 필요 ▸ 지방의료원은 지역 주민을 위해 의료와 봉사를 하는 공공의료기관이며, 신포괄지불제도에서 의료행위로 흑자를 낼 수 있는 구조가 아니기 때문

자료: 지방의료원장 대상 신포괄지불제도 의견조사 결과를 토대로 작성

마지막으로, 신포괄지불제도 정책가산 전반에 대한 개선 의견을 자유롭게 기술하도록 했다. 현행 신포괄지불제도가 민간병원으로 점차 확대되고 있는 상황에서 '경영성과' 영역을 보면, 공공병원은 민간병원에 비해 비급여 수가 발생이 현저히 적어 경영수지 면에서 어려운 부분이 있고, 인력 지원 폭에도 한계가 있다는 점을 고려해 전체 의료기관을 대상으로 정책가산을 평가하기보다는 요양기관 등급별 또는 공공과 민간을 구분해 평가했으면 좋겠다는 의견을 제시해주었다. 비슷한 맥락에서 공공병원과 민간병원은 진료 패턴이 다르므로 원가를 기반으로 한 적정한 수가 보상이 이루어져야 한다는 의견도 있었다. 또한 민간병원 참여가 점차 늘어나고 있는 만큼 공공병원이 모든 면에서 약세이기 때문에 공공성 비율을 높여 정책가산 점수를 상향 조정할 필요가 있음을 언급했다.

다. 지역 공공병원 지불보상체계 및 재정지원 개선방안

현재의 공공병원 지불보상체계인 행위별수가, 신포괄지불제도를 개선하는 방식으로 지역 공공병원의 불가피한 적자를 해결하고 '양질의 필수의료 제공'이라는 역할 수행이 가능할 것이라 생각하는지 물어보았다. 그 결과 '가능하다' 50%, '불가능하다' 50%로 의견이 서로 대치되었다.

이어서, 현재의 지역 공공병원 지불보상체계에 대한 개선 의견을 받았다. 공공병원은 민간병원이 다루지 않는 필수의료서비스를 제공하기 위해 노력하고 있으나, 이에 대한 보상이 정책가산 인센티브에만 국한되어 있어 별도의 보상 기전이 필요하다는 의견이 있었다. 또한, 공공병원은 예산방식으로 재정을 운용하는 것이 바람직하며, 수가에 기반해 부족한 부분만 잔여적으로 보조하는 방식으로는 공공병원 본연의 목적 달성이 불가능하다는 언급도 있었다. 과도기적으로 운영비(최소 임금)는 재정방식으로 책정하고 나머지는 일부 수가 방식으로 보전하는 방식을 택할

필요가 있으며, 가치기반 수가 전환의 중간 단계로서 공공병원에 시범사업을 수행할 필요가 있음을 언급해주었다. 농어촌 등 의료취약지에 있는 지역 공공병원은 인구 감소로 인한 환자 수 감소, 의사 및 간호사 수급 문제 등으로 도시 지역에 비해 비용이 많이 증가하고 있어 수가의 차별화가 반드시 필요하다는 의견도 있었다. 그리고 의료급여, 정신과 환자 등 의료취약계층 환자군의 입원비율이 40% 이상인 구조와, 무료 공공의료사업 수행 등 경영 수익을 기대할 수 없는 공공병원에 지불보상체계 개선만으로 접근해서는 안 되며, 공공병원의 적자는 착한 적자로서 당연히 발생할 수밖에 없다는 인식 개선이 필요하다는 의견도 주었다.

〈표 6-10〉 지역 공공병원 지불보상체계에 대한 개선 의견

연번	지역 공공병원 지불보상체계에 대한 개선 의견
1	공공병원은 민간병원이 다루지 않는 필수의료서비스를 제공하고자 노력하고 있으나, 이에 대한 보상이 정책가산 인센티브에만 국한되어 있어 별도의 보상 기전이 필요
2	공공병원은 예산방식으로 재정운용하는 것이 바람직하며, 수가에 기반해 부족한 부분만 잔여적으로 보조하는 방식으로는 공공병원 본연의 목적 달성이 불가능
3	과도기적으로 운영비(최소 임금)는 재정방식으로 책정하고 나머지는 일부 수가 방식으로 보전하는 방식을 택할 필요
4	농어촌 등 의료취약지에 있는 지역 공공병원은 인구 감소로 인한 환자 수 감소, 의사, 간호사 수급 문제 등으로 도시에 비해 비용이 많이 증가해 수가 차별화 필요
5	의료급여, 정신과 환자 등 의료취약계층 환자군의 입원비율이 40% 이상인 구조와, 무료 공공의료사업 수행 등 경영 수익을 기대할 수 없는 공공병원에 지불보상체계 개선만으로 접근해서는 안 되며, 공공병원의 적자는 착한 적자로서 당연히 발생할 수밖에 없다는 인식 개선 필요

자료: 지방의료원장 대상 신포괄지불제도 의견조사 결과를 토대로 작성

다음으로 현재의 지역 공공병원 재정지원에 대한 개선 의견을 물어보았다. 현재 지역 공공병원은 국가와 지자체가 운영보조와 자본보조로 재정을 지원해주고 있다(〈표 6-11〉 참조).

〈표 6-11〉 지역 공공병원의 재정지원 방식

지원주체	운영보조	자본보조
국가	일부 공공의료사업, 취약지 보조 등	기능보강사업
지자체	대부분 공공의료사업, 경상비 보조 등	기능보강사업 매칭 등

자료: 이건세. (2021). 지역 공공보건의료시스템 구축방안. 제1차 공공의료포럼 자료집.

실제 현장에서 체감할 수 있는 현실적인 문제들이 눈에 띄었다. 먼저, 기능보강사업에 따른 자본보조 방식의 시설, 장비 지원만으로 공공병원 운영에는 어려움이 있으며, 기능보강에 따른 원활한 운영을 위한 인건비, 사업운영비의 적극적인 지원이 필요하다는 것이다. 이와 비슷한 이야기로, 공공병원 확충의 걸림돌로 설립 후 지자체의 운영비 부담 문제를 꼽았다. 시설 설립보다는 운영비의 재정지원을 획기적으로 강화하고 중앙정부의 병원 운영에 대한 관리를 강화하여야 한다는 것이다. 또한 사업운영비, 인건비 등 운영보조금 지원 시 매년 사업이 지속될 수 있도록 연속적인 지원이 필요하다는 중요한 의견도 주었다. 국고지원 기능보강사업의 경우 1년 전에 사업계획을 제출, 승인받아 진행하는데 시간이 흐름에 따라 원자재나 시장물가가 상승해 애초에 조사한 견적과 차이가 나는 사례가 발생하기도 한다. 승인 절차 또한 여러 단계를 거쳐 진행되는데, 시급한 현장 상황을 고려해 개선할 필요성을 언급했다. 또한 지자체 재정자립도에 따라 경상비 보조의 차이가 크므로 환경적인 요소를 고려한 제반 보조가 필요하다는 이야기도 해주었다. 지자체의 재정 상황과 지원에 대한 개념의 다양성을 표준화해야 하며, 지자체의 공공병원 지원예산을 특별교부세 같은 목적사업형 강제예산으로 중앙에서 배분해야 실질적인 지원이 가능하다는 현실적인 의견도 주었다.

〈표 6-12〉 지역 공공병원 재정지원에 대한 개선 의견

연번	지역 공공병원 재정지원에 대한 개선 의견
1	기능보강사업에 따른 자본보조에 있어 시설, 장비 지원만으로 공공병원 운영에 어려움이 있으며, 기능보강에 따른 원활한 운영을 위한 인비, 사업운영비의 적극적 지원 필요
2	공공병원 확충을 위한 시설 설립보다는 운영비의 재정지원을 획기적으로 강화하고 중앙정부의 병원 운영에 대한 관리를 강화할 필요
3	사업운영비, 인건비 등 운영보조금 지원 시 매년 사업이 지속될 수 있도록 연속적인 지원 필요
4	국고지원 기능보강사업의 경우 1년 전에 사업계획을 제출, 승인받아 진행하는데 시간의 흐름에 따라 원자재나 시장물가가 상승해 당초의 견적과 차이가 발생함. 승인 절차 또한 여러 단계를 거쳐 진행되는데 현장 상황을 고려해 시의적절하게 운영될 수 있도록 개선 필요
5	지자체의 재정자립도에 따라 경상비 보조의 차이가 크므로 환경적인 요소를 고려한 제반 보조 필요
6	지자체의 재정 상황과 지원에 대한 개념의 다양성을 표준화해야 하며, 지자체의 공공병원 지원예산을 특별교부세 같은 목적사업형 강제예산으로 중앙에서 배분해야 실질적인 지원이 가능할 것

자료: 지방의료원장 대상 신포괄지불제도 의견조사 결과를 토대로 작성

지역 공공병원의 적정 기능과 역할 수행을 도모하기 위한 지불보상체계의 대안으로, 진료연계협력 및 보건-복지 연계 등을 고려한 묶음보상방식과 병원예산제를 들 수 있다. 먼저, 지역 공공병원에 대한 지불보상방법으로 진료연계협력 및 보건-복지 연계 등을 고려한 묶음보상을 도입하는 것에 대해 어떻게 생각하는지를 물어보았는데, 대부분이 긍정적으로 답변했다. 이 같은 보상은 당연히 필요하며, 이러한 방향이 공공의료 확대의 기반으로 작용할 것이라 기대하기도 했다. 또한 신포괄지불제도가 결국에는 행위별 기반으로 과잉진료를 해소하지 못했으며 공공의료기관으로서 운영 행태를 변화시키지 못했으므로, 묶음 수가 방향으로 정책을 전환해야 한다는 것이다. 한편, 묶음보상 방식으로 전환하는 것에 찬성하면서도 예견되지 않은 문제점이 발생할 것을 우려해, 먼저 시범사업을 통해 사업의 적정성을 선제적으로 검토해볼 필요가 있다는 의견도 있었다.

또 다른 대안으로 병원예산제를 도입하는 것에 대한 의견을 물어보았는데, 이 또한 마찬가지로 긍정적이었다. 일정기간 제공될 의료서비스 총액을 사전에 결정해 지급하고, 결정된 총액 범위 내에서 적절한 진료가 이루어질 수 있도록 관리하는 병원예산제 도입을 통해 공공의료기관이 국민의 건강권을 보장하고 공공병원으로서의 역할을 수행할 수 있는 제도적 기반을 마련하는 것에 동의하고, 그것은 지역사회 공공의료시스템 구축에 매우 필요한 제도라는 것이다. 다만, 예산 초과 시 추경 등을 통한 지원도 보장되어야 하며, 비진료 영역에 대한 예산도 함께 포함되어야 한다는 말도 덧붙였다. 또한, 궁극적으로 공공의료는 국가의 복지사업이므로 예산제로 가는 것이 합당하며, 공공병원의 운영목표를 설정한 후 합당한 예산을 수립하고 평가하는 방식이 적절하다는 의견을 제시해주기도 했다.

제7장

지방의료원 지불보상 및 재정지원 개선을 위한 정책 방안

제1절 주요 연구 결과
제2절 지방의료원 지불보상 및 재정지원 개선을 위한 정책 방안

제 7 장 지방의료원 지불보상 및 재정지원 개선을 위한 정책 방안

제1절 주요 연구 결과

현재 우리나라의 지방의료원은 양적인 측면에서 부족할 뿐만 아니라 질적인 측면에서도 취약한 상황으로, 양적 확충과 더불어 양질의 적정 의료서비스를 제공하고 지역 공공병원으로서 공적 기능 수행을 수행할 수 있도록 질적 확충 방안을 마련해야 한다. 이러한 배경에서 이 연구는 지방의료원의 질적 확충을 위한 지불보상체계 및 재정지원 방안을 마련하려는 목적으로 지방의료원 지불보상에 관한 경제학 이론을 고찰하여 이를 바탕으로 최적 지불제도를 모색하였고, 주요 국가의 공공의료기관 지불보상 및 재원 조달방식, 국내 관련 법 및 정부계획에서 제시된 지방의료원의 기능 및 역할, 지방의료원 현황, 우리나라 공공의료기관 지불보상체계와 의료기관 예산 지원사업 현황을 살펴보았다. 이 연구의 주요 결과는 다음과 같다.

1. 지불보상제도에 대한 이론경제학적 고찰 및 분석의 시사점

의료서비스 지불보상제도에 관한 이론경제학을 기반으로 고찰 및 분석하여 도출한 주요한 시사점은 다음과 같다.

의료서비스는 평판재의 특징을 가지므로 지역에 새로운 공공병원 설립을 계획할 때 다음과 같은 지역의 특징 및 의료서비스 시장 여건을 필수로 고려해야 한다. 병원의 수가 부족한 취약지역 주민들에게 일반 민간병원보다 더 낮은 가격으로 더 나은 의료서비스를 제공하려는 취지로 공공

병원을 설립하는 경우 지역 주민은 새로운 병원에 대한 정보 수집이 비교적 수월하여 새로운 공공병원의 진입이 시장에서 의료서비스의 가격하락을 야기할 가능성이 크다. 하지만, 이미 병원의 수가 충분한 대도시 지역에서 같은 목적으로 공공병원을 설립하게 되는 경우 지역 주민들이 새로운 공공병원에 대한 정보 및 평판을 수집하는 데 상대적으로 많은 시간과 노력이 필요하므로 정보 및 평판이 부족한 새 공공병원의 서비스를 이용하기보다는 기존의 평판이 좋은 민간병원의 서비스를 계속하여 이용하게 되고, 민간병원은 이 점을 이용하여 전보다 비급여 진료의 비율을 높여 높은 가격을 소비자에게 부과할 수 있다. 이 결과, 공공병원이 밀접 시장에 진입하는 것은 오히려 국민 후생과 건강에 악영향을 줄 수도 있다. 따라서 대도시 지역에 공공병원을 신설할 때에는 설립 초기에 시장의 평판을 어떻게 잘 구축할 것인지에 대한 방안 모색이 선행되어야 할 것이다.

계약이론에 기반한 모형 분석은 다음의 정책적 시사점을 제공한다. 주로 중증도가 낮은 환자에게 필수의료서비스를 제공하는 병원급 의료기관이나 병상 수가 적은 종합병원급 의료기관에는 병원예산제가 적합한 반면, 중증도가 높은 질병을 가진 환자를 대상으로 의료서비스를 제공하는 일정 규모 이상의 종합병원(예, 300병상 이상 종합병원)에는 행위별수가제와 병원예산제를 혼합한 형태의 지불제도가 적합하다.

제품차별화 모형 분석을 토대로 도출한 정책 시사점은 다음과 같다. 우선 영리추구를 목적으로 하는 민간병원이 의료서비스를 독점·공급하는 경우 지불 여력이 낮은 소위 취약계층에게는 적정수준보다 낮은 의료서비스가 제공되는 시장 실패·왜곡이 발생한다. 이러한 시장 왜곡의 정도는 계층 간 소득 불평등지수가 커질수록 더 악화되며, 지역 내 소득분포에 따라 더 나은 필수의료서비스 제공을 위해서는 지방의료원 같은 지역 공공병원 설립을 통한 정부의 시장 개입이 필요함을 알 수 있다. 이러한 공공

병원의 진입은 취약계층에게 민간병원보다 더 나은 품질의 의료서비스를 제공하는 것이 일차적인 목적이다. 이러한 일차적인 목적을 달성하려면 우선 환자가 공공병원을 스스로 방문·이용할 수 있도록 유도해야 하며, 이를 위해 공공병원은 의료서비스의 가격을 민간병원보다 하향 조정할 필요가 있다.

이와 더불어 지역 공공병원의 확충이 의도했던 긍정적 효과를 갖기 위해서는 공공병원이 제공하는 서비스가 민간병원과 비교하여 품질 경쟁력을 갖춰야 한다. 지역 공공병원은 민간병원이 지불 여력이 낮은 환자, 혹은 취약계층을 상대로 제공하는 필수적인 의료서비스보다는 더 개선된 품질의 의료서비스를 환자에게 부담이 적은 가격으로 제공해야 한다. 추가로 지역 공공병원의 시장 진입은 민간병원이 고소득층을 대상으로 제공하는 의료서비스 가격을 하락시키는, 즉 환자에게 급여 외 제공하는 비급여 서비스를 감소시키는 효과도 부차적으로 발생시킨다. 하지만 지역 공공병원이 필요 이상으로 높은 품질 또는 과도한 양의 의료서비스를 공급할 경우, 민간병원은 고소득층 같이 지불 여력이 높은 환자에게 불필요하게 과한 품질의 서비스를 제공하면서 차별화를 시도하게 되어 공공병원과 민간병원 간의 지나친 경쟁의 역효과가 나타나게 된다.

만약 공공병원이 환자 진료를 위한 의료인프라를 충분히 갖추지 못하게 되면 비용구조(효율성)가 취약하게 되어 단기적으로 손실을 보게 되고 장기적으로 시장에서 공급을 중단하고 철수하게 될 위험이 있다. 따라서 경쟁이 가져오는 긍정적 효과가 지속되려면 지역 공공병원에 시설 확충을 위한 보조금 등의 지원이 필요하다. 이러한 지역 공공병원에 대한 보조금은 공공병원이 건강보험 가입자 및 국민에게 더 나은 필수의료서비스를 제공하게끔 도와줄 뿐만 아니라, 경쟁 효과를 통해 민간병원의 의료서비스 개선과 일부 진료서비스에 과하게 책정했던 비급여 진료 비중을

낮추는 데 기여할 수 있다. 하지만 공공병원에 대한 과도한 지원은 공공병원과 민간병원과의 과도한 경쟁을 유발해 역효과를 초래할 수 있다는 사실 또한 유념해야 한다.

2. 지방의료원 기능과 역할 및 현황

관련 법과 정부의 공공보건의료 관련 계획에 제시된 지방의료원의 기능 및 역할을 고찰하고 지방의료원의 현황을 살펴본 주요 결과는 다음과 같다. 2005년 정부의 '공공보건의료 확충 종합대책'에서 지방의료원은 '지역거점병원'으로서 '양질의 2차 진료서비스 제공'과 '포괄적이고 공익적인 보건의료서비스 제공'의 기능 및 역할을 부여받았다. 이후 2018년 '공공보건의료 발전 종합대책' 및 2021년 '제2차 공공보건의료 기본계획'을 통해 2차 의료기관으로서 양질의 필수의료 제공, 퇴원환자 지역사회 연계, 보건의료-복지 연계 등 공공보건의료 전달체계의 허브 역할을 수행하는 '지역책임의료기관'으로 지방의료원의 기능 및 역할이 확장되었다.

하지만 이 연구에서 살펴본 현재의 지방의료원 상황은 규모뿐만 아니라 인력, 시설, 장비 측면에서도 지역책임의료기관의 기능을 수행할 역량을 갖추지 못한 것으로 나타났다. 지방의료원의 운영 및 경영 현황을 살펴보면 입내원일수를 기준으로 한 이용량 측면의 운영효율성은 양호한 수준으로 나타났으나, 100병상당 의료수익, 환자 1인 평균 외래진료비 및 입원진료비는 유사한 규모(160~299병상)의 민간병원에 비해 매우 낮으며, 의료수익 대비 의료원가 비율은 100%보다 높아 투입되는 비용이 수익을 크게 상회하는 것으로 나타났다. 이 같은 현상의 주요 원인은 적정 규모, 인력, 시설 및 장비를 갖추지 못함에 따른 비용구조(효율성)의 취약성과 의료급여환자를 포함한 취약계층 진료 제공, 비급여 진료 비중

최소화 등 지역 공공병원으로서의 역할을 수행하기 위한 추가비용 발생 등이 있다. 이러한 수익 감소는 대부분의 지방의료원에서 의료이익 상 적자로 이어지고 있다.

또한 진료기능, 인력, 시설, 운영, 재정 및 경영 등의 전반적인 측면에서도 기관별 특성이 매우 다양하고 편차가 큰 것으로 확인되었다. 대도시에 비해 중소도시나 군 지역, 또는 의료취약지 등에 있는 지방의료원의 역량이 상대적으로 부족한 것으로 나타났으며, 기초자치단체에서 운영하는 지방의료원 및 운영 지자체의 재정자립도가 낮은 지방의료원의 역량이 상대적으로 낮은 것으로 확인되었다. 이에 따라, 지방의료원에 대한 기능과 역할 부여 및 이에 부합하는 적절한 지불보상체계와 재정지원을 위한 정책 수립 시 각 지방의료원의 특성과 상황에 대한 충분한 이해와 검토를 통해 지역 또는 기관 특성을 반영한 맞춤형 접근이 필요하다.

3. 지방의료원에 대한 지불보상체계와 재정지원 현황

지방의료원에 대한 지불보상체계와 재정지원 현황을 살펴본 주요 결과는 다음과 같다. 지방의료원이 사업 초기인 2012년부터 참여하고 있는 신포괄지불제도 시범사업은 참여하는 모든 병원을 대상으로 '참여', '효율성·효과성', '공공성', '의료의 질', '비급여관리'의 다섯 가지 영역에 대한 평가를 실시하고 이를 기반으로 정책가산율을 산정한 후 수가에 반영하는 방식으로 운영되고 있으며, 지방의료원은 최대 35%의 정책가산율을 적용 받을 수 있다.

신포괄수가제 정책가산이 지방의료원의 의료 적자 해소에는 많은 부분 기여했으나 지방의료원의 공공성 강화에 미친 영향은 미미한 것으로 보인다. 지방의료원의 정책가산율 평균은 2016년 23.0%에서 2020년 25.6%로 전체적으로 소폭 증가하는 추세를 보였지만, 각 지방의료원에

적용되는 정책가산율 간에는 편차가 존재하며, 의료취약지에 위치하거나, 운영 지자체의 재정자립도가 낮은 기관 등 정책적 지원의 필요성이 높은 기관의 정책가산율이 오히려 낮은 것으로 나타났다.

신포괄수가제 정책가산 평가지표를 평가영역별로 살펴보면 '효율성·효과성' 및 '공공성' 영역에 대해 기관별 편차가 큰 것으로 나타나는데, 이를 개선하기 위해서는 지역별, 기관 특성별 맞춤형 접근이 필요하다. 또한, '공공성' 영역 중 '취약계층 진료', '필수시설 운영' 등의 지표는 일부 지방의료원에 적용하기 부적절하여 개선이 필요하며, '효율성·효과성' 영역의 '기관경영수지' 지표도 지방의료원에 적용하기 어려운 부분이 있어 퇴출하거나 차별화된 적용이 필요하다.

지방의료원에 대한 재정지원을 살펴본 결과, 국비 및 지방비로 지원되는 지방의료원 국가재정지원 규모는 최근 5년간 기관당 평균 57~208억원 수준이며, 2019년 기준 지방의료원의 전체 수입 중 국가재정지원 비율은 16.7%, 이 중 중앙정부와 지방자치단체의 재정지원 비율이 각각 5.5%, 11.2%로 전체 국가재정지원 중 지방자치단체의 재정지원이 차지하는 비율은 3분의 2 정도로 확인된다. 지역별로 살펴보면 인구규모가 작은 소도시나 군 지역, 또는 의료취약지에 위치한 기관, 운영 지자체의 재정자립도가 낮은 기관에 대한 국가재정지원 규모가 오히려 작은 것으로 나타나, 이 부분은 지자체의 여건을 감안하여 중앙정부와 지방정부의 재정지원 매칭 비율을 유연하게 조정할 수 있는 방안을 고려할 필요가 있다. 또한, 현재 지방의료원의 국고보조금을 통한 재정지원은 대부분 기능보강사업 등을 통해 자본보조 방식으로 이루어지고 있는데, 이와 더불어 지방의료원 운영에 필요한 운영지원 보조금도 더욱 강화할 필요가 있다.

마지막으로 지방의료원을 대상으로 하는 주요 재정지원사업을 살펴본 결과 공통적으로 사업의 필요성, 타당성은 매우 높은 것으로 평가되지만,

해당 각 재정지원사업 내에서 또는 재정지원사업 간의 세부 사업들이 분절적으로 이루어지고 있어 이 부분은 조정·연계가 필요한 것으로 보이며, 각 사업의 개발 및 추진과정에서 지역의 특성에 대한 충분한 이해와 검토가 이루어져야 한다. 특별히, 의료취약지 및 재정 여력이 취약한 지자체 산하의 지방의료원을 대상으로 한 재정지원사업의 경우 인력, 장비 등이 충분하게 지원될 수 있어야 더 효과적인 결과를 얻을 수 있으므로 지원방식의 개선과 함께 중앙정부와 지방정부의 재정지원 매칭 비율을 유연하게 조정할 수 있는 방안을 고려할 필요가 있다.

4. 지방의료원의 기능과 역할 및 지불보상체계와 재정지원에 대한 전문가 의견

공공의료 전문가와 지방의료원장을 대상으로 지방의료원의 적정 기능과 역할, 지불보상체계와 재정지원의 문제점 및 개선방안에 관하여 면담조사한 주요 결과는 다음과 같다.

가. 지방의료원의 기능과 역할

대부분의 전문가는 지방의료원의 기능 및 역할이 필수중증의료, 고위험산모 등 취약계층 진료, 커뮤니티케어라는 것에 동의하였으나, 이러한 역할과 기능을 모든 지방의료원이 동일하게 수행해야 하느냐에 대해서는 이견이 존재하였는데, 각각의 지방의료원이 처한 현실이 다양하기 때문에 지역 특성에 맞춰 기능과 역할을 설정해야 한다는 입장과 그럼에도 불구하고 지역거점병원으로서 이러한 역할과 기능을 동일하게 수행하는 것이 적절하다는 입장이 있었다.

지방의료원이 공공의료를 수행하고 싶어도 수행할 수 없는 현실과 그 이유로는 지방의료원의 시설, 장비, 인력, 재정 등 모든 측면에서 역량이 부족하다는 점을 꼽았다. 이러한 인프라의 제약이 지방의료원이 필수중증의료, 고위험산모 등 취약계층 진료 등의 역할과 기능을 하기 어려운 주된 이유라는 데 일치된 의견을 보였다. 특히 의사 인력을 어떻게 충원할 것인지가 가장 큰 문제이며 이 부분이 해결되어야 지방의료원이 공공의료 수행기관으로서 역할을 충실히 할 수 있을 것이라는 의견을 표명하였다.

또한, 지방의료원의 안타까운 현실 중 하나로 지역 간 격차를 꼽았다. 지방자체단체의 역량과 지방자치단체장의 관심에 따라 재정지원이 천차만별이어서, 지방정부의 전폭적인 지원을 받는 병원이 있는가 하면 전혀 받지 못하는 병원도 있다. 전문가들은 이러한 지역 차이가 의료 자원의 부익부 빈익빈을 초래하고 있다고 지적하였다.

'공공보건의료 발전 종합대책' 및 '제2차 공공보건의료 기본계획'에서 제시하고 있는 지역책임의료기관 모형에 대해서는 전문가 대부분이 회의적인 입장을 표명하였다. 지역책임의료기관 모형은 개념적이고 선언적인 모형일 뿐 실현 가능성이 매우 낮다고 보았다. 또한, 대부분의 지방의료원은 이러한 역할을 해낼 역량이 부족하다는 것에 대해서는 대체로 일치된 의견을 보였다.

나. 지방의료원 지불보상체계 및 재정지원

전문가들 대부분이 신포괄수가제가 지방의료원의 의료비 적자 해소에 긍정적인 영향을 미쳤다고 응답하였으나, 공공의료 기능을 적절히 수행하는 데에 긍정적인 영향을 미쳤는가에 대한 질문에는 대부분 아니라는

의견을 보였다. 특히, 신포괄수가제가 민간의료기관까지 확대 적용될 경우에는 공공보건의료에 특이적인 지불제도가 아니기 때문에 공공보건의료 측면에서는 긍정적인 영향이 없을 것이라고 예측하였다.

지방의료원 재정지원에 관해서는 정부가 여러 가지 사업 예산으로 지방의료원을 지원하고 있지만, 지방의료원의 다양한 특성 및 상황이 반영되지 못하고 있다고 지적하였다. 중앙정부의 재정지원은 대부분 지방자치단체와의 매칭 방식으로 운영되기 때문에 지자체의 지원이 적을 경우 총지원액이 적을 수밖에 없어서 이 또한 부익부 빈익빈이 지속될 수밖에 없는 구조라고 지적하였다. 또한, 재정지원사업의 세부항목에 따라 대상지역 간에 불균형이 존재하여 효율적인 자원 분배가 이루어지지 못하고 있다는 점을 지적하였다.

지불보상체계 개선을 위한 단기적 방안으로는 신포괄수가의 평가지표 현실화가 필요하다고 하였으며, 중장기적으로는 지역과 지역 공공병원 특성에 맞춘 구체적인 지방의료원 모형을 기반으로 맞춤형 지불보상 방안을 마련해야 한다고 하였다.

재정지원에 대한 개선방안으로는 중앙과 지방 정부의 재정지원을 패키지화하는 방안이 제안되었다. 현재, 중앙정부가 여러 가지 공공보건의료 사업의 사업비 명목으로 재정지원을 하고 있으나 실제 현장에서 그 쓰임이 효율적이지 못하므로 다양한 사업비를 하나로 묶어 한번에 지원하는 방식을 고려할 필요가 있다고 하였다.

제2절 지방의료원 지불보상 및 재정지원 개선을 위한 정책 방안

이 절에서는 지금까지의 고찰 및 분석 결과를 토대로 지역 공공병원에 대한 지불보상체계 및 재정지원 개선을 위한 제언을 하고자 한다.

1. 지역 맞춤형 공공병원 모형 개발과 구체화

지방의료원에 대한 지불보상체계 및 재정지원 방안 마련의 궁극적인 목적은 지방의료원이 지역 공공병원으로서의 기능과 역할을 수행할 수 있도록 하는 것이다. 이를 위해서는 지방의료원의 기능과 역할을 설정하는 일이 우선되어야 한다. 관련 법령과 공공보건의료 관련 정부 계획 및 대책에서 지방의료원은 '지역거점 의료기관' 육성이나 '지역책임의료기관' 지정과 같이 일률적인 기능 및 역할을 부여하였다. 특히 필수중증의료, 응급의료, 고위험산모 및 취약계층 진료부터 일차의료, 돌봄, 정신과 재활 서비스와 지역 보건의료기관 등과의 연계 및 조정 등의 기능 및 역할은 현재 대부분의 지방의료원의 역량으로는 실현 가능성이 낮을 뿐만 아니라, 지방의료원이 위치한 모든 지역에서 이러한 기능과 역할을 모두 갖춘 지역 공공병원이 필요하지는 않은 것으로 보인다.

지방의료원의 현황을 살펴본 결과에서 알 수 있듯이 지방의료원이 처한 상황은 너무나도 다양하기 때문에 지방의료원의 기능과 역할을 일률적으로 설정하는 것이 아닌 지역 특성과 지역 공공병원의 특성을 반영한 모형을 개발하고 적용하는 것이 필요하다. 예를 들어, 진료권 내에 종합병원급 이상의 민간병원이 다수 존재하는 대도시 지역의 경우 지역 내에 필수중증의료, 응급의료, 고위험산모 진료 기능 등에 대한 공급이 민간병

원을 통해 가능하다면 해당 공공병원의 기능은 이를 제외한 연계·협력(민간병원과의 필수의료 연계협력, 환자 연계, 일차의료 연계, 의료복지 연계, 진료정보 교류), 공공의료 기획·조정·계획 수립, 교육 및 연구, 공공의료 사업에 집중할 수 있도록 설계할 수 있을 것이다. 또한, 이론경제학 기반 고찰 및 분석을 통한 시사점에서 확인한 바와 같이 이미 병원의 수가 충분한 대도시 지역에 공공병원을 설립하게 되는 경우 오히려 국민 후생과 건강에 악영향을 줄 수도 있으며, 지역 공공병원이 필요 이상으로 높은 품질 또는 과도한 양의 의료서비스를 공급할 경우에도 공공병원과 민간병원 간의 지나친 경쟁의 역효과를 가져올 수 있다는 점도 염두에 두어야 할 것이다.

지역 특성 및 지역 공공병원의 특성을 반영한 모형 개발 및 적용을 위해서는 중앙정부의 적극적인 의지뿐만 아니라 지역에 대한 이해도가 높은 지자체와 지역 공공병원이 함께 지역 내 필요를 파악하고 이를 기반으로 지역별 특성에 맞는 기능과 역할을 설정하는 과정이 필요할 것이다. 또한, 지역 특성과 지역 공공병원의 특성을 반영한 모형을 개발하고 구체화하기 위해서는 중앙과 광역 수준 모두에 전담조직과 인력을 마련해야 한다. 국가 차원 및 지역에서 필요한 다양한 공공보건의료에 대한 필요를 파악하고 이에 대응하기 위한 지방의료원의 기능과 역할을 설정하기 위해서는 중앙정부와 지자체의 관련 전담조직 및 역량과 전문성을 갖춘 인력의 확보가 필수적이다. 우선 중앙정부 차원의 전담조직이 필요한데, 이 조직은 지역 간 의료 불균형 및 의료격차 문제를 파악하여 이를 토대로 지방의료원의 확충 강화를 위한 정책을 수립하고, 지방의료원을 운영하는 각 지자체가 지역 내 필요를 파악하여 지역별 특성에 맞는 지방의료원 모형을 설정하고 운영할 수 있도록 총괄·지원하는 역할을 부여받는다. 현재 국립중앙의료원 공공보건의료본부 내 공공보건의료지원센터가 이러

한 역할을 일부 수행하고는 있으나, 현재의 조직체계 및 인력수준으로는 지방의료원의 확충 강화를 위한 정책 수립, 지역별 필요 기반의 지방의료원 모형 설정 및 운영 지원 등을 포함한 지역 간 의료 불균형 및 지방의료원과 관련한 전반적인 정책을 수립하고 지자체 및 지방의료원을 지원하기에는 한계가 있다. 이에, 공공보건의료본부 내 공공보건의료지원센터에서 지방의료원 관련 정책 수립 및 지원 기능을 떼어내어 독립적인 전담조직을 설립할 필요가 있다. 광역 수준에서도 지역 내 공공보건의료의 필요를 파악하고 이를 기반으로 한 지역별 특성에 맞는 지방의료원의 모형 설정 및 운영을 지원하는 전담조직과 인력이 있어야 할 것이며 이를 위해서 현재 광역 단위에 설치된 공공보건의료지원단 안에 지역 내 모형 설정 및 운영에 관한 전반적인 사항을 총괄 지원하는 조직을 신설하고 전문인력을 배치할 필요가 있다.

2. 지불보상체계 및 재정지원 개선방안

가. 지불보상체계 및 재정지원 개선을 위한 기본 방향

현행 지불보상체계인 신포괄수가제와 지방의료원을 포함한 지역 공공의료기관을 대상으로 한 재정지원은 지역 공공병원이 공적 기능을 충실히 수행하면서도 예측 가능한 재정 운용을 담보하기에 미흡한 것으로 보인다. 현행 지역 공공의료기관의 재원운용 원칙은 총비용에서 의료수익(건강보험 수익+비급여 수익), 의료 외 수익, 기타 수익 등을 포함하여 상계한 이후 적자분에 대해 지방의료원 운영주체인 지방자치단체가 수지차보전 등의 방식으로 재정지원을 하는 것이다. 현재 지방의료원의 운영주체인 지방자치단체에서 지원하는 운영보조금과 더불어 지역거점 공공

병원 기능보강 사업 등의 사업단위의 자본보조금(인력 지원 등의 일부 운영보조금 포함) 지원이 국가와 지자체 매칭으로 지원되고 있다. 지역 공공기관에 대한 지불보상체계와 재정지원 개선을 위한 기본 전제조건은 ① 필수의료 제공, 취약계층 진료 등의 진료서비스에 대해 충분히 보상할 수 있는 지불체계 마련, ② 보건복지 연계 등 공공의료사업에 대한 적절한 재정지원이다. 개선을 위해 고려할 주요 사항은 다음과 같다. 우선, 회계연도별 적자가 발생하지 않는 지불보상체계 및 재정지원 방안이 마련되어야 한다. 또한, 필수의료 부분에 대해 시설장비 확충을 위한 자본비용뿐만 아니라 의사, 간호사 등 필요인력에 대한 인건비 등의 경상비를 지원할 수 있도록 재정운용 원칙이 개선되어야 하며, 지역 공공의료기관 지불보상체계 및 재정지원 방안 마련 시 지역별, 기관별 상황이 고려되어야 한다.

나. 지불보상체계 개선방안

먼저, 지불보상체계 개선방안을 살펴보면, 단기적 방안으로는 신포괄수가 정책가산 산정을 위한 지역 및 기관 특성을 반영한 맞춤형 지표 개발 및 적용이 필요하다. 지방의료원의 정책가산율을 살펴본 결과 정책적 지원이 상대적으로 더 필요할 것으로 판단되는 인구규모가 작은 소도시나 군지역, 의료취약지에 위치한 기관, 기초자치단체가 운영하는 기관, 병원급 기관, 병상규모가 작은 기관이 낮은 정책가산을 받는 것으로 확인되었다. 따라서 정책적 지원이 더 필요함에도 불구하고 상대적으로 낮은 정책가산율을 적용받고 있는 기관의 정책가산율을 적정수준으로 높이기 위해 지역 또는 기관 특성을 반영한 맞춤형 지표를 개발하여야 할 것이다. 또한, ‘공공성’ 영역의 ‘취약계층 진료’, ‘필수시설 운영’ 등의 세부지

표는 일부 지역 및 지방의료원에 적용하기 부적절하여 개선이 필요하며, '효율성·효과성' 영역의 '기관경영수지' 지표도 지방의료원에 적용하기 어려운 부분이 있어 퇴출하거나 차별화해 적용해야 한다.

장기적으로는 지역과 지역 공공병원 특성에 맞춘 구체적인 지방의료원 모형이 개발되었다는 전제하에 이에 맞는 맞춤형 지불보상 방안이 마련되어야 한다. 예를 들어, 지역 내 의료기관 간, 보건-복지 간 연계·조정 역할을 핵심적으로 수행하는 공공병원이라면 묶음지불제를 고려해볼 수 있을 것이다. 현재 상황에서도 잘 운영되고 기능을 잘 수행하는 지역 공공병원은 현재의 신포괄수가제와 행위별수가제를 그대로 가져갈 수 있을 것이다. 그리고 특정 병원은 병원예산제 방식으로 운영비, 인건비를 포함한 의료비 부분까지 총액 예산으로 지원하는 방식을 고려할 수 있다.

병원예산제의 도입은 계약 모형에 기반한 이론적 분석 결과를 통한 시사점 및 미국 메릴랜드주와 펜실베이니아주의 병원예산제 도입 사례를 통해 살펴본 바와 같이 취약지역에 위치한 상대적으로 규모가 작은 병원급 지방의료원이나 종합병원급이지만 상대적으로 규모가 작은 지방의료원에 우선 적용해 볼 수 있다. 병원별 예산은 해당 지역 및 병원의 실정에 맞추어 외래 및 입원 서비스뿐만 아니라 병원-일차의료-지역사회 연계 강화 및 공공의료사업에 대한 비용을 기반으로 1) 물가상승에 따른 병원 서비스 비용 변화, 2) 지역 내 인구구조 변화, 3) 지역 내 의료시장환경 변화에 따른 예기치 않은 병원서비스 이용량 변화, 4) 각 병원의 제공 서비스 유형의 변화, 5) 각 병원의 불필요한 병원서비스(Potentially Avoidable Utilization, PAU) 감소 정도, 6) 각 병원에 대한 의료의 질 평가 결과 등을 반영하여 매년 산정할 필요가 있다.

또한, 병원예산제 참여 병원이 운영 지자체와 공동으로 지역 내 필수의료 제공, 취약계층 진료, 공공의료 사업 관련 목표를 달성하기 위한 병원별

계획을 수립하도록 의무화해야 한다. 병원별 계획은 예방적 의료서비스를 통한 건강관리 강화와 이에 따른 불필요한 입원 및 응급의료서비스 감소, 지역 주민의 건강수준 향상 등을 위한 해당 지역 및 병원의 실정에 맞는 의료서비스의 종류나 제공방식, 취약계층 진료, 공공의료 사업에 관한 방안을 포함하며, 이에 대한 지속적인 모니터링, 평가, 환류가 이루어져야 할 것이다.

다. 재정지원 개선방안

지역 공공병원의 재정지원 개선을 위해서는 우선 시설, 장비 확충을 위한 자본 보조만으로는 지방의료원의 운영 정상화를 실현하기 어려우므로 시설, 장비 확충을 통한 기능보강과 더불어 원활한 운영을 위하여 인건비, 사업운영비를 적극적으로 지원해야 할 것이다. 특별히 응급, 분만, 감염병 대응 등 필수의료 영역에 대한 의사, 간호사 등의 인력기준을 충족하도록 인건비를 보장할 수 있는 재정지원 방안을 마련해야 할 것이다. 이를 위한 재원은 정부와 지자체의 매칭을 기본으로 하되, 운영 지자체의 재정 상황을 고려하여 정부와 지자체의 매칭율을 차등화하는 방안을 마련해야 할 것이다. 필수의료에 대한 시설, 장비 확충 지원에서도 정부와 지자체의 매칭을 기본으로 하되, 운영 지자체의 재정 상황을 고려하여 정부와 지자체의 매칭율 차등화를 적용해야 한다.

또한, 중앙정부가 여러 가지 공공보건의료사업 명목으로 수행하고 있는 사업비의 재정지원을 효율화할 필요가 있다. 지역거점병원의 공공성 강화, 의료 및 분만취약지 지원, 취약지 등의 전문인력 양성 사업을 통한 재정지원이 지방의료원의 운영에 긍정적 영향을 미치고 있지만, 그에 대한 평가, 모니터링 및 그에 따른 환류가 거의 이루어지지 않고 있는 상황

이므로 재정지원에 대한 평가 및 환류체계를 마련해야 한다. 평가 결과를 토대로 유사한 목적을 가진 사업들과의 연계가 필요하다. 이를 위해 각 사업의 개발 및 추진과정에서 지역의 특성에 대해 충분히 이해하고 검토한 후 연계할 수 있는 사업들을 하나로 묶어 예산을 지원하는 방식을 고려해 볼 만하다. 하지만 우리나라의 현행 보건행정은 개별 법률에 따라 이루어지다 보니 이러한 방식을 적용하기가 어려울 수 있으므로 법률 개정 논의도 함께 이루어질 필요가 있다. 또한, 중앙정부의 재정지원은 대부분 지방정부 매칭 방식으로 이루어지기 때문에 재정자립도가 낮은 지방정부의 경우 지자체의 지원이 적어 총지원액이 적어지는 부익부 빈익빈이 지속되고 있다. 이를 해결할 방안으로 각 지자체의 재정자립도를 감안하여 중앙정부와 지방정부의 재정지원 매칭 비율을 차등화하는 방안을 고려할 필요가 있다.

참고문헌

건강보험심사평가원. (2020). 2021년 신포괄 정책가산 평가계획.

건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2017a). 2016 건강보험통계연보.

건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2017b). 2016 의료급여통계.

건강보험심사평가원. 국민건강보험공단. (2018a). 2017 건강보험통계연보.

건강보험심사평가원. 국민건강보험공단. (2018b). 2017 의료급여통계.

건강보험심사평가원. 국민건강보험공단. (2019a). 2018 건강보험통계연보.

건강보험심사평가원. 국민건강보험공단. (2019b). 2018 의료급여통계.

건강보험심사평가원. 국민건강보험공단. (2020a). 2019 건강보험통계연보.

건강보험심사평가원. 국민건강보험공단. (2020b). 2019 의료급여통계.

건강보험심사평가원. 국민건강보험공단. (2021a). 2020 건강보험통계연보.

건강보험심사평가원. 국민건강보험공단. (2021b). 2020 의료급여통계.

공공보건의료에 관한 법률, 법률 제18411호 (2021).

관계부처 합동. (2005). 공공보건의료 확충 종합대책.

국가통계포털(KOSIS). (2022). 재정자립도(시도/시/군/구). https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1YL20921&conn_path=I2에서 2022.2.12. 저자 작성

국립중앙의료원. (2020). 2020년 공공보건의료통계집.

국립중앙의료원. (2020. 6. 18.). 코로나19로 '의료는 공공자원' 인식 확산. 보도자료.

국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. (2017). 전국민 건강보장 확대를 위해 걸어온 길, 국민건강보험 40년사.

국민권익위원회 국민신문고과. (2020. 9. 1.). 국민권익위, "국민 44%, 지역 간 의료 불균형 해소 의견 가장 많아" 국민의견 수렴 결과 발표. 국민권익위원회 보도자료. https://www.korea.kr/news/pressReleaseView.do?newsId=156408690에서 인출.

기획재정부 보조사업평가단. (2020a). 2020년 국고보조사업 연장평가 보고서(Ⅰ).

기획재정부 보조사업평가단. (2020b). 2020년 국고보조사업 연장평가 보고서(II).
김정회, 이정면, 이용갑. (2020). 공공의료 확충의 필요성과 전략. 건강보험연구원 Issue Report 2020 (11월).
김춘호. (2020. 10. 28.). 전국 지방의료원 예산, 경기 369억-대구69억 원 천차만별. 민족의학신문. http://www.mjmedi.com/news/articleView.html?idxno=51725에서 2022. 3. 31. 인출.
김형선, 김기균, 김소영, 김금영. (2015). 의료기관에 대한 예산 지원 실태 및 관리 개선방안 연구. 국회예산정책처·한미회계법인, p. 37.
대한민국정부. (2020). 2019 회계연도 성과보고서(보건복지부).
박정호. (2010. 9. 3.). 경제학 교과서 뛰어넘기, 독점적 경쟁시장의 가격결정 원리. 한국경제신문 생글생글. https://sgsg.hankyung.com/article/2010090197681에서 2021. 11. 2. 인출.
보건복지부. (2018a). 건강보험 보장성 강화대책 발표자료.
보건복지부. (2018b). 공공보건의료 발전종합대책.
보건복지부. (2019a). 믿고 이용할 수 있는 지역의료 강화 대책.
보건복지부. (2019b). 2019년 지역거점공공병원 기능보강사업 안내.
보건복지부. (2020). 2021년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요.
보건복지부. (2021). 제2차 공공보건의료 기본계획.
보건복지부, 국립중앙의료원. 2018~2020 지역거점공공병원 운영평가자료.
보건복지부, 국립중앙의료원. (2016). 지역거점공공병원 통합공시자료.
보건복지부, 국립중앙의료원. (2017). 지역거점공공병원 통합공시자료.
보건복지부, 국립중앙의료원. (2018). 지역거점공공병원 통합공시자료.
보건복지부, 국립중앙의료원. (2019). 지역거점공공병원 통합공시자료.
보건복지부, 국립중앙의료원. (2020). 지역거점공공병원 통합공시자료.
보건복지부, 국립중앙의료원. (2020). 2020 지역거점공공병원 운영평가 결과 보고서.
보건복지부, 국립중앙의료원. (2021). 2020년 공공의료기관 현황.
보건복지부 보건의료정책과. (2020. 12. 13.). 감염병 대응을 위한 지방 공공병

원 병상 5,000개 확충. 보건복지부 보도자료, https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=346233에서 2021. 11. 2. 인출.

신현웅, 여나금, 이충섭, 강길원, 오수진, 이재은. (2020). 신포괄지불제도 시범사업 평가 연구. 건강보험심사평가원·한국보건사회연구원.

이건세. (2021). 지역 공공보건의료시스템 구축방안. 제1차 공공의료포럼 자료집.

이경민. (2020). 2021년 보건복지 분야 예산안 분석: 보건의료 분야. 참여연대사회복지위원회. 월간복지동향. (265), 33-47.

이근정, 서은원, 위세아, 신양준. (2020). 주요국의 지불제도 개편 동향 연구: 지속가능한 의료보장을 위한 지불제도 개편을 중심으로, 건강보험심사평가원.

임수민. (2021. 1. 13.). 지자체 지방의료원 보조금 천차만별 '234억 vs 0원'. 데일리메디. http://www.dailymedi.com/detail.php?number=865134에서 2022. 3. 29. 인출.

전국지방의료원 연합회. 지방의료원 전국현황. http://www.medios.or.kr/front/aa/a2/0100/getInitPage.do에서 2022.2.12. 인출.

지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률, 법률 제17893호 (2021).

지역거점공공병원알리미. (No Date). 각 기관별 공시자료. 「세입, 세출 결산서」, https://rhs.mohw.go.kr/Disclosure/View03.do?hospitalNumber=10000001&searchYearMonth=&pageNum=02&subNum=04에서 2021. 8. 21. 인출.

지역거점공공병원 알리미. 주요통계. https://rhs.mohw.go.kr/Disclosure/Statistics1.do?pageNum=03&subNum=01에서 2022.2.12. 인출.

최성호, 정정훈, 정상원. (2016). 질적 내용분석의 개념과 절차. 질적탐구. 2(1): 127~155.

e나라도움 국고보조금통합관리시스템. 보조사업 현황. https://opn.gosims.go.kr/opn/ih/ih001/getIH001002QView.do에서 2021. 8. 11. 인출.

e나라도움 국고보조금통합관리시스템. 보조사업자 현황. https://opn.gosims.go.kr/opn/ih/ih002/getIH002002QView.do에서 2021. 9. 27. 인출.

ALTARUM Healthcare Value Hub. (2020). Hospital Rate Setting: Successful in Maryland, but Challenging to Replicate. https://www.healthcarevaluehub.org/advocate-resources/publications/hospital-rate-setting-promising-challenging-replicate 에서 2021.12.23. 인출.

American Hospital Association (n.d.). Ensuring Access in Vulnerable Communities - Taskforce Report and Resources. https://www.aha.org/issue-landing-page/2016-11-16-ensuring-access-vulnerable-communities-taskforce-report-and-resources 에서 2021.12.23. 인출.

American Hospital Association (2016). Task Force on Ensuring Access in Vulnerable Communities. Ensuring Access in Vulnerable Communities - Taskforce Report and Resources. https://www.aha.org/system/files/content/16/ensuring-access-taskforce-report.pdf 에서 2021.12.23. 인출.

Bhatt, J., and Bathija, P. (2018). Ensuring access to quality health care in vulnerable communities. Academic medicine, 93(9), 1271-1275.

Bijelic, E., Knudson, A. (2021). The Pennsylvania Rural Health Model (PARHM) First Annual Report. https://innovation.cms.gov/data-and-reports/2021/parhm-ar1-full-report 에서 2021.12.23. 인출.

Booth, A. and Babchuk, N. (1972). *Seeking Health Care from New Resources*, Journal of Health and Social Behavior, Volume 13, No. 1, Pages 90-99

Centers for Medicare & Medicaid Services. (n.d.) Maryland All-Payer Model.https://innovation.cms.gov/innovation-models/maryland-all-payer-model 에서 2021.12.23. 인출.

Centers for Medicare & Medicaid Services. (n.d.) Pennsylvania Rural Health Model. https://innovation.cms.gov/innovation-models/pa-rural-health-model에서 2021.12.23. 인출.

Champsaur, P. and Rochet, J.C. (1989). *Multiproduct Duopolists.* Econometrica, Volume 57, No. 3, Pages 533-557

Cohen, H.A. (n.d.). Maryland's All-Payor Hospital Payment System. https://hscrc.maryland.gov/documents/pdr/GeneralInformation/MarylandAll-PayorHospitalSystem.pdf 에서 2021.12.23. 인출.

Haber, S., Beil, H., Adamache, W., Amico, P., Beadles, C., Berzin, O., ... & Wright, A. (2016). Evaluation of the Maryland All-payer Model: First Annual Report. RTI International. https://innovation.cms.gov/innovation-models/maryland-all-payer-model 에서 2021.12.23. 인출.

Haber, S., Beil, H., Morrison, M., Greenwald, L., Perry, R., Jiang, L., ... & Amico, P. (2019). Evaluation of the Maryland All-payer Model: Final Report. RTI International. https://innovation.cms.gov/innovation-models/maryland-all-payer-model 에서 2021.12.23. 인출.

Laffont, J.J. and Tirole, J. (1986). *Using Cost Observation to Regulate Firms,* Journal of Political Economy, Volume 94, No. 3, Pages 614-641

Laffont, J.J. and Tirole, J. (1993). *A Theory of Incentives and Procurement and Regulation*, The MIT Press

Machta, R., Peterson, G., Rotter, J., Stewart, K., Heitkamp, S., Platt, I., ... & McCall, N. (2021). Evaluation of the Maryland Total Cost of Care Model: Implementation Report. Mathematica Policy Research.

Maskin, E. and Riley, J. (1984). *Monopoly with Incomplete Information.* The Rand Journal of Economics, Volume 15, Pages 171-196

McDonough, J. E. (1997). Interests, ideas, and deregulation: The fate of hospital rate setting. University of Michigan Press.

Murray, R., and Berenson, R. A. (2015). Hospital Rate Setting Revisited: Dumb Price Fixing or a Smart Solution to Provider

Pricing Power and Delivery Reform? Urban Institute. https://www.urban.org/research/publication/hospital-rate-setting-revisited-dumb-price-fixing-or-smart-solution-provider-pricing-power-and-delivery-reform 에서 2021.12.23. 인출.

Murray, R. (2009). *Setting hospital rates to control costs and boost quality: the Maryland experience.* Health Affairs, 28(5), 1395-1405.

Mussa, M. and Rosen, S. (1978). *Monopoly and Product Quality.* Journal of Economc Theory, Volume 18, No. 2, Pages 301-317

Myerson, R. (1991). *Game Theory - Analysis of Conflict*, The Havard University Press

Nelson, P. (1970). *Information and Consumer Behavior*, Journal of Political Economy, Volume 78, No. 2, Pages 311-329

OECD. (2016). *Better Ways to Pay for Health Care,* OECD Health Policy Studies, Paris: OECD Publishing.

OECD. (2016). 2016 Health Systems Characteristics Survey. https://qdd.oecd.org/subject.aspx?Subject=hsc 에서 2021.12.23. 인출.

OECD (2021). OECD Health Statistics. http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm 에서 2021.12.23. 인출.

Pauly, M and Satterthwaite, M. (1981). *The Pricing of Primry Care Physicians Services: A Test of the Role of Consumer Information*, The Bell Journal of Economics, Volume 12, No. 2, Pages 488-506

Pines, J. M., Vats, S., Zocchi, M. S., & Black, B. (2019). Maryland's experiment with capitated payments for rural hospitals: large reductions in hospital-based care. Health Affairs, 38(4), 594-603.

Rajkumar, R., Patel, A., Murphy, K., Colmers, J. M., Blum, J. D., Conway, P. H., & Sharfstein, J. M. (2014). *Maryland's all-payer*

approach to delivery-system reform. The New England journal of medicine, 370(6), 493-495.

Satterthwaite, M. (1979). *Consumer Information, Equilibrium Industry Price, and the Number of Sellers*, The Bell Journal of Economics, Volume 10, No. 2, Pages 483-502

Weber, R. P. (1985). Basic content analysis. Beverly Hills, CA: Sage.

[부록 1] 제2장 3절 보조정리 증명

[보조정리 1] θ_L 을 진료하는 병원의 계약 참여 조건

$$s_L - \frac{x_L^2}{2} \geq 0 \qquad \text{[PC1]}$$

은 최적 지불제도에서 slack한다.

증명) 현시이론에 따라 차선 계약을 $\left\{(s_L^*, c_L^*), (s_H^*, c_H^*)\right\}$와 같이 메뉴로 설정하자. 만약 이 메뉴가 차선 계약일 경우, 주어진 네 가지 제약 조건 모두를 만족시켜야 한다. 따라서 다음의 부등식이 성립함을 알 수 있다.

$$\begin{aligned} s_L^* - \frac{x_L^*}{2} &\geq s_H^* - \frac{(x_H^* - \Delta_\theta)^2}{2} \\ &> s_H^* - \frac{x_H^{*\,2}}{2} \geq 0. \end{aligned}$$

위의 식에서 첫 번째 부등식은 유인 양립 조건 [IC1]에 의해 만족하며, 두 번째 부등식은 $\Delta_\theta = \theta_H - \theta_L > 0$인 사실에 기인한다. 마지막 부등식은 θ_H 의 환자를 진료하는 병원의 계약 참여 조건 [PC2]에 의해 만족한다. 정리하면 θ_L의 환자를 진료하는 병원의 계약 참여 조건 [PC1]은 항상 만족함을 알 수 있다. ■

[보조정리 2] θ_H을 진료하는 병원의 계약 참여 조건

$$s_H - \frac{x_H^2}{2} \geq 0 \qquad \text{[PC2]}$$

은 최적 지불제도에서 항상 binding한다.

증명) 정리와 반대로 참여 조건이 최적 지불제도에서 slack하다고 가정하자. 즉, $s_H^* - x_H^{*2}/2 > 0$이 성립한다고 가정하자. 이 경우 좌변 항에서 소량의 상수를 차감해도 부등식이 여전히 성립함을 알 수 있다. 다시 말하면, 다음의 부등식을 만족하는 양의 상수 $\epsilon_1 > 0$이 존재한다:

$$(s_H^* - \epsilon_1) - \frac{x_H^{*2}}{2} > 0.$$

또한 위의 [보조정리 1]에 따르면 참여 조건 [PC1] 역시 slack하기 때문에 [PC1]의 좌변에서 양의 상수 $\epsilon_2 > 0$을 차감해도 부등호의 방향은 바뀌지 않는다는 것을 알 수 있다.

이 사실에 착안하여, 메뉴 계약 $\left\{(s_L^* - \epsilon, c_L^*), (s_H^* - \epsilon, c_H^*)\right\}$을 고려해 보자. 이 메뉴는 이전 차선 계약 $\left\{(s_L^*, c_L^*), (s_H^*, c_H^*)\right\}$에서 병원에 제공하는 보조금을 $\epsilon = \min\left\{\epsilon_1, \epsilon_2\right\} > 0$만큼 차감한 계약이다. 이 메뉴는 주어진 네 가지 제약 조건 모두를 만족시킨다. 우선 ϵ의 정의에 따라 두 가지 참여 조건을 만족한다는 사실은 명백하다. 유인 양립 조건을 살펴보면,

$$(s_H^* - \epsilon) - \frac{x_H^*}{2} \geq (s_L^* - \epsilon) - \frac{(x_L^* + \Delta_\theta)^2}{2}$$

$$(s_L^* - \epsilon) - \frac{x_L^*}{2} \geq (s_H^* - \epsilon) - \frac{(x_H^* - \Delta_\theta)^2}{2}$$

은 양변에서 같은 상수 ϵ을 차감한 형태로 역시 부등호의 방향이 바뀌지 않음을 알 수 있다.

위의 증명은 메뉴 계약 $\left\{(s_L^* - \epsilon, c_L^*), (s_H^* - \epsilon, c_H^*)\right\}$이 실현 가능한 계약임을 보여준다. 게다가 이전의 차선 계약과 비교하여 병원에 지불하는 보상액을 ϵ만큼 낮추는 비용 절감 효과까지 가져다준다. 이는 차선 계약이 실제 최적화된 지불제도가 아니라는 사실을 반증하므로 모순이 발생한다. 이 모순은 θ_H와 관련된 참여 조건은 항상 binding하다는 사실을 증명한다. ■

[보조정리 3] θ_L 을 진료하는 병원의 유인 양립 조건

$$s_L - \frac{x_L^2}{2} \geq s_H - \frac{(x_H - \Delta_\theta)^2}{2} \qquad \text{[IC1]}$$

은 최적 지불제도에서 항상 binding한다.

증명) 이 증명은 위의 [보조정리 2]의 증명과 유사하다. 정리와 반대로 유인 양립 조건 [IC1]이 최적 지불제도에서 slack하다고 가정하자. 이 경우 좌변 항에 나와 있는 마진 s_L^*에서 소량의 상수를 차감해도 여전히 조건이 성립함을 알 수 있다. 또한 [보조정리 1]에 따라 상수를 적절히 조절하면, 관련된 참여 조건 역시 성립함을 알 수 있다.

이 사실을 바탕으로 메뉴 계약 $\left\{(s_L^* - \epsilon, c_L^*), (s_H^*, c_H^*)\right\}$을 생각해보자. 차선 계약과 비교하여 이 계약에서는 θ_L의 환자를 진료하는 병원의 마진에서 $\epsilon > 0$만큼의 소량을 차감한 것이다. 이 메뉴 계약은 모든 제약 조건을 다 성립함을 알 수 있다. 위에서 두 조건을 확인하였으니 남은 조건은 [PC2]와 [IC2]이다. 전자의 경우 마진 s_L^*의 영향을 받지 않기 때문에 여전히 성립함을 쉽게 알 수 있다. 후자의 경우 [IC2]의 s_L^*에서 소량을 차감하면

$$s_H^* - \frac{x_H^*}{2} \geq (s_L^* - \epsilon) - \frac{(x_L^* + \Delta_\theta)^2}{2}$$

오히려 우변이 줄어들어 조건이 완화되는 효과가 생겨 제약 조건이 더 쉽게 만족함을 알 수 있다. 이는 차선 계약과 비교하여 병원에 지급하는 마진을 차감하면서 동시에 모든 제약 조건을 만족하기 때문에, 주어진 차선 계약이 최적화된 지불제도라는 사실과 모순된다. ■

[부록 2] 제2장 3절 주요 연구 결과 증명

[정리 2] 정보 비대칭하에서 차선 규제 계약(the second-best regulatory contract)은 다음의 성질을 지닌다.

1) θ_L의 환자를 진료하는 병원의 경우 최선 계약(the first-best contract)과 비교하여 병원의 의료 케어 결정에 왜곡이 발생하지 않는다(no distortions):

$$x_L^* = x_L^F = 1.$$

즉, 이 병원에 제시하는 최적 지불제도는 최선 계약과 같이 총액 예산제로 결정된다.

2) θ_H의 환자를 진료하는 병원의 경우 최선 계약과 비교하여 의료 케어 결정에 왜곡이 발생한다:

$$x_H^* = 1 - \frac{p}{1-p}\Delta_\theta < 1 = x_L^F.$$

즉, 이 병원에 제시하는 최적 지불제도는 수가제와 예산제가 혼합된 유인 계약(incentive payment)의 형태로 결정된다.

증명) 이 증명에서 다음과 같은 방법으로 차선 계약을 도출하기로 한다. 차선 계약은 아래 나와 있는 최적화 문제의 풀이로 정의된다:

$$\min_{x_L, x_H} p\left(\frac{x_L^2}{2} + x_H\Delta_\theta - \frac{\Delta_\theta^2}{2} + (\theta_L - x_L)\right) + (1-p)\left(\frac{x_H^2}{2} + (\theta_H - x_H)\right)$$

subject to

$$0 \geq \frac{x_L^2}{2} + x_H \Delta_\theta - \frac{\Delta_\theta^2}{2} - \frac{(x_L + \Delta_\theta)^2}{2}. \qquad \text{[IC2]}$$

주어진 제약 조건 [IC2]를 고려하지 않고 주어진 목적함수를 첫 번째 선택 변수 x_L 에 관해 미분하여 일계 조건을 구하면,

$$\frac{\partial \mathbb{E}[t]}{\partial x_L} = p\,(x_L - 1) = 0$$

을 얻는다. 이 조건을 통해 $x_L^* = 1$을 유도할 수 있다.

마찬가지로 목적함수를 두 번째 선택 변수 x_H 에 관해 미분하여 일계 조건을 구하면,

$$\frac{\partial \mathbb{E}[t]}{\partial x_H} = p\Delta_\theta + (1-p)(x_H - 1) = 0$$

을 얻는다. 이 조건을 통해

$$x_H^* = 1 - \frac{p}{1-p}\Delta_\theta < 1$$

을 유도할 수 있다.

또한 주어진 목적함수는 두 가지 선택 변수 (x_L, x_H)에 관해 준볼록(quasi-convex)하다. 이를 증명하기 위해 목적함수의 헤시안 행렬 H (the Hessian matrix)을 구해보면

$$H = \begin{bmatrix} \dfrac{\partial^2 \mathbb{E}[t]}{\partial x_L^2} & \dfrac{\partial^2 \mathbb{E}[t]}{\partial x_L \partial x_H} \\ \dfrac{\partial^2 \mathbb{E}[t]}{\partial x_H \partial x_L} & \dfrac{\partial^2 \mathbb{E}[t]}{\partial x_H^2} \end{bmatrix} = \begin{bmatrix} p & 0 \\ 0 & 1-p \end{bmatrix}$$

을 얻는다. 따라서 도출된 행렬 H은 양의 정부호(positive definite)를 갖기 때문에 기대 보상액 함수 $\mathbb{E}[t]$는 선택 변수에 관해 강볼록하다. 그러므로 위에서 구한 일계 조건은 극소화 문제의 필요 충분조건이 된다.

그러므로 위에서 구한 최적 변수 (x_L^*, x_H^*)가 제약 조건 [IC2]를 만족하게 되면 증명이 마무리된다. 이를 위해 $x_L^* = 1$을 조건의 우변항에 대입하면,

$$\frac{1}{2} + x_H^* \Delta_\theta - \frac{\Delta_\theta^2}{2} - \frac{(1+\Delta_\theta)^2}{2} = (x_H^* - 1)\Delta_\theta - \Delta_\theta^2$$

을 얻고, $x_H^* < 1$인 사실을 이용하면 위의 표현은 음의 값을 가지므로 조건이 성립함을 할 수 있다. ■

[부록 3] 제2장 4절 주요 연구 결과 증명

[정리 4] 공공·민간병원이 경쟁하는 모형에서 공공병원이 $\bar{q}$의 품질의 필수의료서비스를 $\bar{t} = \theta_L \bar{q}$의 가격에 제공한다고 가정하자.

1) 공공병원이 제공하는 의료서비스가 $\bar{q} \leq q_L^*$을 만족할 때, 민간병원의 의료서비스 차별화 전략은 [정리 3]에서 도출한 전략과 일치한다. 즉, 공공병원이 민간병원의 독점적 의료서비스 품질보다 더 낮은 품질의 서비스를 공급할 경우, 이전과 같이 취약계층 서비스 공급에 왜곡 현상이 계속하여 발생한다.

2) 공공병원이 제공하는 의료서비스가 $\bar{q} \in [q_L^*, q_L^F]$을 만족할 때, 민간병원은 θ_H유형의 환자에게는 $q_H^* = q_H^F$의 품질을 지닌 서비스를 제공하는 반면, θ_L유형의 환자에게는 공공병원의 서비스 품질에 맞추어 동일하게 $\bar{q} \geq q_L^*$의 품질을 지닌 서비스를 같은 가격에 제공한다. 다시 말해, 이 경우 공공병원의 시장 진입은 경쟁 효과를 유발하고, 동시에 민간병원이 θ_H유형의 환자에게 청구한 비급여를 감소시키는 효과 또한 가져온다.

3) 마지막으로 공공병원이 과도하게 높은 품질을 지닌 의료서비스를 공급할 시 민간·공공 경쟁은 역효과를 초래한다. 구체적으로 $\bar{q} > q_H^F$ 경우, 민간병원은 공공병원과의 경쟁에서 살아남기 위해 θ_H유형의 환자에게 불필요하게 과한 품질의 의료서비스를 제공한다.

증명) 체계적 증명을 위해, **[정리 3]**에서 도출한 민간병원의 최적 차별화 전략을 $\{(q_L^*, t_H^*), (q_H^*, t_H^*)\}$으로 두자. 위의 전략은 다음의 최적화 문제에 대한 풀이로 정의된다:

$$\max\ p\left[t_L - \frac{q_L^2}{2}\right] + (1-p)\left[t_H - \frac{q_H^2}{2}\right]$$

subject to

$$\begin{aligned}
&\theta_L q_L - t_L \geq 0 \\
&\theta_H q_H - t_H \geq 0 \\
&\theta_L q_L - t_L \geq \theta_L q_H - t_H \\
&\theta_H q_H - t_H \geq \theta_H q_L - t_L.
\end{aligned}$$

위의 제약 조건은 본문에서 설명한 유형별 참여 제약 조건과 유인 양립 조건을 묘사한다. 보고서 제2장 제2절 보조정리에서 증명하였듯이, 이 조건 중 최적화 풀이에서 θ_L 유형의 참여 제약 조건과 θ_H 유형의 유인 양립 조건은 등식으로 성립한다. 이를 병원의 기대 수익에 대입하면

$$\max\ p\left[\theta_L q_L - \frac{q_L^2}{2}\right] + (1-p)\left[\theta_H q_H - \frac{q_H^2}{2} - \Delta_\theta q_L\right]$$

을 얻는다. 이 표현에서 Δ_θ은 $\theta_H - \theta_L > 0$ 환자의 소득 수준 차이를 나타내는 소득 불평등 지수를 나타낸다. 위의 기대 수익을 q_L과 q_H에 대해 편미분하여 얻은 일계 조건으로부터

$$q_L^* = \theta_L - \frac{1-p}{p}\Delta_\theta \quad \text{and} \quad q_H^* = \theta_H$$

을 얻는다. 이를 다시 binding하는 제약 조건에 대입하면 관련된 의료서비스 가격

$$t_L^* = \theta_L\left(\theta_L - \frac{1-p}{p}\Delta_\theta\right) \quad \text{and} \quad t_H^* = \theta_H^2 - \Delta_\theta\left(\theta_L - \frac{1-p}{p}\Delta_\theta\right)$$

을 도출할 수 있다.

[정리 4]의 첫 번째 결과를 증명하기 위해, 위에서 도출한 차별화 전략은 모든 제약 조건을 만족함을 먼저 관찰하자. 위의 최적화 문제에서 공공병원의 진입이 가져오는 유일한 차이점은 θ_H의 참여 제약 조건인데, $\bar{q} < q_L^*$이 만족하는 한 다음의 부등식

$$\theta_H q_H^* - t_H^* = \Delta_\theta q_L^* > \Delta_\theta \bar{q} = \overline{V_H}$$

이 성립하므로 이 조건 역시 만족한다는 사실을 쉽게 알 수 있다. 따라서 민간병원의 차별화 전략은 **[정리 3]**에서 유도한 전략과 정확히 일치한다.

[정리 4]의 두 번째 경우는 공공병원이 민간병원의 저소득층을 위해 제공하는 의료서비스 q_L^*보다 질적으로 개선된 서비스 $\bar{q}$를 제공하는 상황을 보여준다. 이 경우, θ_H의 유인 양립 조건보다 참여 제약 조건이 먼저 binding하다는 사실을 보일 수 있는데, 그 이유는 유인 조건은 $t_H \leq \theta_H q_H - \Delta_\theta q_L$을 의미하는 반면, 후자인 참여 제약 조건은 $t_H \leq \theta_H q_H - \Delta_\theta \bar{q}$보다 더 강한 조건을 t_H에 부과하기 때문이다. 이 사실을 좀 더 쉽게 이해하기 위해서, 공공병원이 질 좋은 의료서비스를 제공할 경우, 민간병원은 θ_H 유형의 환자가 자신의 병원을 방문하여 상품을 역선택할 위험보다 자신의 병원을 방문하지 않을 위험이 더 크다는 점을 명심하자. 따라서 환자의 참여 제약 조건이 유인 조건보다 우선하게 된다. binding한 참여 조건 2개를 병원의 목적함수에 대입하면,

$$\max\ p\left[\theta_L q_L - \frac{q_L^2}{2}\right] + (1-p)\left[\theta_H q_H - \frac{q_H^2}{2} - \Delta_\theta \bar{q}\right]$$

위와 같은 기대 수익 함수를 도출할 수 있다. 민간병원은 θ_L 유형의 환자에게 q_L의 의료서비스를 제공하고자 하며, 여기서 q_L은 공공병원의 서비스 $\bar{q} < q_L^F$에 의해 위로 유계(bounded above)되어 있다. 이 제한된 영역(domain)에서 수익은 선택변수 q_L를 따라 계속 증가하므로 최적의 차별화 전략은 $q_L^\dagger = \bar{q}$ 와 $q_H^* = \theta_H$로 결정된다. 이와 더불어 첫 번째 경우와 비교하여 개선된 의료서비스 $q_L^\dagger$는 θ_H 유형의 환자에게 부과되었던 비급여 또는 정보세를 감소시킨다는 사실을 알 수 있다. 더 엄밀히 말하면, 고소득층이 이용하는 서비스의 새로운 가격은 $t_H^\dagger = \theta_H^2 - \Delta_\theta \bar{q}$로 이전 경우와 비교하여 $\Delta_\theta(\bar{q} - q_L^*)$만큼 감소한다.

마지막으로 **[정리 4]**의 세 번째 경우는 공공병원이 사회 후생을 극대화하는 두 가지 서비스 품질 기준 q_H^F 또는 q_L^F보다 더 좋은 서비스를 환자에게 공급하는 상황을 나타낸다. 이 경우, 지불 여력이 높은 θ_H유형의 환자 중 상당수가 민간병원 대신에 서비스가 더 좋은 공공병원을 이용할 것이다. 따라서 기존 모형과 달리 민간병원의 수익 창출에 더 중요한 유형의 환자는 소득이 낮은 θ_L 유형의 환자라는 것을 알 수 있다. 이는 위에서 논의된 경우들과 달리, θ_L 유형의 환자에게 일정한 정보세를 양도해야 한다는 사실을 의미한다. 게다가 이 직관에 따르면, binding하는 제약 조건은 θ_L의 유인 조건과 θ_H의 참여 제약 조건이라는 사실을 알 수 있다.

위의 논의를 토대로 binding하는 조건을 목적함수에 대입하고 정리하면

$$\max\ p\left[\theta_L q_L - \frac{q_L^2}{2}\right] + (1-p)\left[\theta_H q_H - \frac{q_H^2}{2}\right] + \Delta_\theta\left(pq_H - \bar{q}\right)$$

를 얻는다. 이 기대 수익을 q_L과 q_H에 대해 미분하여 얻는 일계 조건을 통해 민간병원의 새로운 차별화 전략 $q_L^{\ddagger} = \theta_L$와

$$q_H^{\ddagger} = \theta_H + \frac{p}{1-p}\Delta_\theta$$

를 도출할 수 있다. 즉 공공병원이 과도하게 높은 품질의 의료서비스를 제공할 경우, 첫 번째 경우와 같이 민간병원 서비스 품질 결정에서 왜곡이 발생하지만, 위의 경우와 달리 왜곡은 q_L의 결정이 아닌 q_H의 결정에서 발생한다. 요약하자면, 민간병원은 지불 여력이 낮은 환자를 상대로는 후생을 극대화하는 품질 $q_L^F = \theta_L$을 지닌 의료서비스를 제공하는 반면, 지불 여력이 높은 환자를 상대로는 공공병원과 경쟁하기 위해 그보다 더 높은 $q_H^{\ddagger} > q_H^F = \theta_H$ 품질의 서비스를 제공한다. 여기서 후자는 지나친 경쟁이 시장에 초래하는 역효과로 해석할 수 있다. ■

[부록 4] 공공의료포럼 운영 개요

《 공공의료포럼 세부 일정(안) 》

회차별 일정		포럼 주제		발제
1	9/16(목) 오후 2시 서울	**【주제】 포스트코로나 시대의 공공보건의료 확충 방안** (진행: 강희정 실장, 한국보건사회연구원)		
		※ 발제1: 포스트코로나 시대의 공공보건의료 확충 방안		임준 센터장 (국립중앙의료원)
		※ 발제2: 지역 공공보건의료시스템 구축 방안		이건세 교수 (건국대)
		토론	조승연 원장(인천의료원), 주영수 본부장(국립중앙의료원), 조희숙 교수(강원대), 노정훈 과장(보건복지부)	
2	10/14(목) 오후 2시 서울	**【주제】 공공의료기관 재정 운영 개선 방안** (진행: 윤강재 연구위원, 한국보건사회연구원)		
		※ 발제1: 공공의료기관 재정지원 개선 방안 (연구 진행 내용 발표)		배재용 연구위원 (한국보건사회연구원)
		※ 발제2: 공공병원 공익적 비용 계측과 지원방안(안)		정성출 대표 (갈렙ABC)
		토론	권태형 원장(원주의료원), 나백주 교수(서울시립대), 김태현 교수(연세대)	
3	11/5(금) 오전 10시 서울	**【주제】 공공의료기관 질 성과 및 지불제도 현황과 미래 방향** (진행: 배재용 연구위원, 한국보건사회연구원)		
		※ 발제1: 공공의료기관 평가 현황 및 시사점		곽미영 팀장 (국립중앙의료원)
		※ 발제2: 공공의료기관 의료 질 강화 및 지불제도 개선 방안		이진용 소장 (심사평가연구소)
		토론	장원모 교수(보라매 병원), 정백근 교수(경상대), 강희정 실장(한국보건사회연구원)	

[부록 5] 지역 공공병원 지불보상체계와 재정지원에 대한 의견조사지

지역거점 공공병원 지불보상체계와 재정지원에 대한 의견조사

안녕하십니까? 한국보건사회연구원입니다.

우리 연구원은 국무총리실 소속 보건복지정책 전문연구기관입니다. 우리연구원에서는 현재 **지역거점 공공병원이 공적인 기능을 충실히 수행하면서도 예측가능한 재정운용을 할 수 있도록 지불보상체계와 재정지원에 대한 개선방안**을 모색하는 연구를 수행하고 있습니다.

본조사는 **지역거점 공공병원 원장님을 대상으로 공공병원 지불보상체계와 재정지원 방식에 대해 의료계 현장에서 느끼는 문제점을 파악**하여 이에 따른 시사점 및 개선방안을 제시하기 위함입니다.

조사는 약 1시간 정도 소요되며, 조사 참여 시 10만원의 사례비를 지급해드릴 예정입니다. 응답하기 불편한 내용은 답변하지 않으셔도 되며 언제라도 동의를 철회하고 참여를 중단할 수 있습니다. 본 조사를 통해 수집된 개인정보와 응답하신 내용은 통계법 제33조(비밀의 보호 등)에 의거하여 비밀이 보장되고 연구 목적 외에는 사용하지 않을 것임을 약속드립니다.

귀하의 응답은 연구의 귀중한 기초 자료로 활용되오니 바쁘시더라도 잠시 시간을 허락해 주시면 감사하겠습니다.

□ 연구책임: 한국보건사회연구원 배재용 보건의료연구센터장(T. 044-287-8131)
□ 조사문의: 한국보건사회연구원 오수진 전문연구원(T. 044-287-8313)
□ 조사기간: **2021년 10월 18일 (월) ~ 2021년 10월 29일 (금)**

1 본인은 조사 안내를 충분히 숙지하였으며, 조사에 참여할 것을 동의합니다. **① 예 ( ) ② 아니오 ( )**
2 본인은 사례비 수령에 동의합니다. **① 예 ( ) ② 아니오 ( )**

※ 응답 요령
- 객관식은 해당하는 보기 문항에 ■ 또는 ☑ 또는 색(예: 파란색)으로 표시해주시기 바랍니다.
  ☞ *위 체크 기호를 복사해서 사용하시기를 추천합니다.*
- 주관식은 네모 박스에 자유롭게 기재하여 주시기 바랍니다.

I. 신포괄지불제도 전반에 대한 의견

1. 귀하께서는 **신포괄지불제도**가 **지역거점 공공병원의 불가피한 적자 해결과 경영수지 개선**에 어느 정도 기여하고 있다고 생각하십니까?

□ ① 전혀 기여하고 있지 않다
□ ② 기여하고 있지 않다
□ ③ 기여하고 있다
□ ④ 매우 기여하고 있다

1-1. 위와 같이 생각하시는 이유는 무엇입니까?

2. 귀하께서는 **신포괄지불제도**가 **귀하가 근무하시는 병원의 불가피한 적자 해결과 경영수지 개선**에 어느 정도 기여하고 있다고 생각하십니까?

□ ① 전혀 기여하고 있지 않다
□ ② 기여하고 있지 않다
□ ③ 기여하고 있다
□ ④ 매우 기여하고 있다

2-1. 위와 같이 생각하시는 이유는 무엇입니까?

3. 귀하께서는 **신포괄지불제도**가 **지역거점 공공병원의 '양질의 필수 의료 제공'이라는 역할 수행**에 어느 정도 기여하고 있다고 생각하십니까?

□ ① 전혀 기여하고 있지 않다
□ ② 기여하고 있지 않다
□ ③ 기여하고 있다
□ ④ 매우 기여하고 있다

3-1. 위와 같이 생각하시는 이유는 무엇입니까?

4. 귀하께서는 **신포괄지불제도**가 **귀하가 근무하시는 병원의 '양질의 필수 의료 제공'이라는 역할 수행**에 어느 정도 기여하고 있다고 생각하십니까?

□ ① 전혀 기여하고 있지 않다
□ ② 기여하고 있지 않다
□ ③ 기여하고 있다
□ ④ 매우 기여하고 있다

4-1. 위와 같이 생각하시는 이유는 무엇입니까?

5. 귀하께서는 **신포괄지불제도**가 **지역거점 공공병원의 '공공성 강화'**에 어느 정도 기여하고 있다고 생각하십니까?

□ ① 전혀 기여하고 있지 않다
□ ② 기여하고 있지 않다
□ ③ 기여하고 있다
□ ④ 매우 기여하고 있다

5-1. 위와 같이 생각하시는 이유는 무엇입니까?

6. 귀하께서는 **신포괄지불제도**가 **귀하가 근무하시는 병원의 '공공성 강화'**에 어느 정도 기여하고 있다고 생각하십니까?

□ ① 전혀 기여하고 있지 않다
□ ② 기여하고 있지 않다
□ ③ 기여하고 있다
□ ④ 매우 기여하고 있다

6-1. 위와 같이 생각하시는 이유는 무엇입니까?

II. 신포괄지불제도 정책가산에 대한 의견

※ 다음은 2021년 신포괄지불제도 정책가산 평가 세부지표 및 가산비율입니다. 답변에 참고 부탁드립니다.

영역		최대비율	세부지표 (비율)	
참여 (5%)	1. 참여	3%	참여	(3.0)
	2. 자료제공	2%	수가자료	(0.5)
			원가자료	(0.5)
			진료비 청구심사자료	(0.5)
			의료의 질 평가자료(외래포함)	(0.5)
	3. 자료의 질	1%	(수가) 자료의 정확도	(0.5)
			(원가) 자료의 정확도	(0.5)
효율성·효과성 (15%)	4. 경영성과	5%	병상활용도	(5.0)
			기관경영수지	
			생산성	
			효율성	
	5. 통합간호등급	2%	통합간호등급	(2.0)
	6. 간호·간병통합서비스 병상점유율	3%	간호·간병통합서비스 병상점유율	(3.0)
	7. 신포괄정보관리	5%	의무기록 필수항목 기재율	(1.0)
			진단코딩정확도 향상활동	(0.5)
			진단코딩 청구정확도	(1.0)
			환자안전 Alert시스템 운영 및 활용	(0.5)
			환자인식시스템 운영	(0.5)
			POA 청구정확도	(0.5)
			표준진료지침(CP) 운영	(1.0)
공공성 (9%)	8. 취약계층 진료	4%	의료급여(차상위 포함) 환자비율	(4.0)
	9. 취약지	1%	의료 취약지	(1.0)
	10. 필수시설	3%	중환자실 혹은 응급실 운영 여부	(1.0)
			음압격리실 운영 여부	(1.0)
			분만실, 호스피스병동, 재활의학과, 정신과병동 중 2개 이상 운영 여부	(1.0)
	11. 감염병 관리	1%	감염병표본관리 여부	(0.5)
			격리병상이용률	(0.5)
12. 의료의 질 (2%)		2%	재입원비	(1.0)
			외래방문횟수비	(1.0)
13. 비급여 관리 (3, 3+α%)		(공공)3% (민간)3+α%	비급여 비중	(2.0)
			(공공)비급여 개선도	(1.0)
			(민간)비급여 개선도	(1+α)

9. 신포괄지불제도 **정책가산 공공성 영역에 추가해야 할 세부지표**가 있다면 제안해 주시기 바랍니다.

10. 신포괄지불제도 **정책가산의 공공성 영역 이외의 영역이나 세부지표 중** 귀하가 현재 근무하시는 병원을 포함한 지역거점 공공병원의 운영 목적 및 여건에 부합하지 않아 **퇴출이나 개선이 필요한 영역 및 세부 지표**는 무엇이라고 생각하십니까?

10-1. 위와 같이 생각하시는 이유는 무엇입니까? 해당 영역 및 지표의 퇴출·개선방안이 있다면 말씀해 주십시오.

퇴출·개선 필요 영역 또는 세부지표	의견

11. 신포괄지불제도 정책가산 전반에 대한 개선의견이 있으시면 자유롭게 기재하여 주십시오.

III. 지역거점 공공병원 지불보상체계 및 재정지원 개선 방안

12. 현재의 공공병원 지불보상체계인 **행위별수가, 신포괄지불제도를 개선하는 방식**으로 **지역거점 공공병원의 불가피한 적자 해결과 '양질의 필수 의료 제공'이라는 역할 수행이 가능**할 것으로 보십니까?

□ ① 전혀 가능하지 않다
□ ② 가능하지 않다
□ ③ 가능하다
□ ④ 매우 가능하다

13. 현재의 **지역거점 공공병원 지불보상체계에 대한 개선의견**이 있으시면 자유롭게 기재하여 주십시오.

※ 다음은 지역거점 공공병원에 대한 주요 재원지원 방식 현황입니다. 답변에 참고 부탁드립니다.

지원 주체	운영보조	자본보조
국가	일부 공공의료사업, 취약지 보조 등	기능보강사업
지자체	대부분 공공의료사업, 경상비 보조 등	기능보강사업 매칭 등

14. 현재의 **지역거점 공공병원 재정지원에 대한 개선의견**이 있으시면 자유롭게 기재하여 주십시오.

※ 지역거점 공공병원이 적정 기능과 역할을 수행하기 위한 지불보상체계의 대안으로 ① 진료 연계협력 및 보건-복지 연계 등을 고려한 묶음 보상 ② 병원예산제를 들 수 있습니다.

15. 귀하가 현재 근무하시는 병원을 포함한 지역거점 공공병원에 대한 지불보상방법으로 **진료연계 협력 및 보건-복지 연계 등을 고려한 묶음 보상을 도입**하는 것에 대한 귀하의 의견을 자유롭게 기재하여 주십시오.

16. 귀하가 현재 근무하시는 병원을 포함한 지역거점 공공병원에 대한 지불보상방법으로 **병원예산제를 도입**하는 것에 대한 귀하의 의견을 자유롭게 기재하여 주십시오.

※ 긴 시간 설문에 응답해 주셔서 진심으로 감사드립니다.

설문 응답을 완료해주신 분들께 **사례비 10만원**을 지급해드리고자 합니다.
수령에 동의하시는 분들은 별도로 첨부해드린 수당지급내역서에 해당 정보를 모두 기재 및 서명하신 후 스캔본을 의견조사지와 함께 회신해주시기 바랍니다.

간행물 회원제 안내

회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「국제사회보장리뷰」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

회원 종류

전체 간행물 회원	보건 분야 간행물 회원
120,000원	75,000원
사회 분야 간행물 회원	**정기 간행물 회원**
75,000원	35,000원

가입방법

홈페이지
www.kihasa.re.kr
→ 발간자료 → 간행물 구독안내

문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동 1~5F
  간행물 담당자 (Tel: 044-287-8016)

KIHASA 도서 판매처

- 한국경제서적(총판) 02-737-7498
- 영풍문고(종로점) 02-399-5600
- Yes24 http://www.yes24.com
- 교보문고(광화문점) 1544-1900
- 알라딘 http://www.aladdin.co.kr