

診療費 割引行爲의 經濟分析

- 目次
- I. 問題의 提起
 - II. 醫療市場의 現行 價格構造
 - III. 民間保險의 發生原因과 그 效果
 - IV. 結論

I. 問題의 提起

最近 일부 社會團體들이 私契約에 의한 診療費 割引 行爲 등 類似 醫療保險 行爲를 하게 되자 醫療人團體들이 이를 적극 저지하고 있다. 「기독교 보건 공제회」, 「불교 범상중」, 「요식업 중앙회 용산지부」등의 社會團體나 「남양기획」등 類似醫療保險業體들은 會員을 모집하여 一定額의 納付額을 받고 契約에 의해 지정된 醫療機關 利用時에 診療費 割引 혜택을 주고 있다. 이에 맞서 「大韓醫學協會」는 내부적으로 私契約에 의한 割引診療行爲를 하지 않기로 決議하는 한편 이러한 행위를 醫療秩序 문란행위라고 規定하고 이의 단속을 保健社會部에 建議하였다.

생각컨대 私契約에 의한 醫療費 割引은 一般 國民들에게 더 낮은 價格으로 더 많은 醫療서비스를 提供하여 주고, 供給者에게는 新患者 誘致로 需要를 확대시켜 주기 때문에 이는 社會全體的인 立場에서 바람직한 行爲라고 볼 수도 있다. 이에 反하여 醫協은 醫療保險制度의 정상적인 발전을 위해서 이의 단속을 주장하고 있다.

本稿에서는 以上과 같은 相反된 見解에 입각하여 社會厚生의 측면에서 前述한 類似 醫療保險과 같은 契約에 의한 診療費 割引行爲 (以下 “民間保險”이라 약칭함)에 대해 經濟學的 側面에서 하나의 잠정적인 評價를 내려보고자 한다.

論議의 순서는, II章에서 우선 우리나라 醫療市場의 現行 價格構造를 살펴본 다음, III章에서는 이러한 價格構造下에서 民間保險이 發生할 수 있는 原因과 民間保險이 醫

* 서울大學校 保健大學院 教授

** 서울大學校 保健大學院

療市場에서의 市場行動에 미치는 效果를 分析한다. 마지막으로 IV章에서는 要約 및 結論을 내린다.

II. 醫療市場의 現行 價格構造

民間保險問題의 核心的인 要素가 民間保險이 제공하는 醫療서비스의 價格이므로 우리는 먼저 우리나라의 醫療市場에서 現存 通用되고 있는 醫療서비스의 價格構造에 대한 分析을 해 볼 필요가 있다. 周知하는 바와 같이 現行 醫療價格體系는 一般酬價와 保險酬價(民間保險酬價와의 區別을 위해 以上 “制度保險酬價”라 칭함)의 二重構造로 크게 나뉘어져 있으며, 酬價의 水準은 一般酬價가 制度保險酬價보다 約 二倍 가량 높게 되어 있다. 그리고 一般酬價와 制度保險酬價의 中間에 民間保險 酬價가 위치하고 있다.

一般酬價가 制度保險酬價보다 높은 것은 一般酬價가 獨寡點의 醫療市場에서 市場의 需給에 의해 決定되는 獨寡點價格인데 반해, 制度保險酬價는 政府에서 統制하고 있는 統制價格이기 때문이다.

이러한 價格構造下에서, 醫療界 일각에서는 酬價現實化를 주장하고 있고, 또 다른 일각에서는 오히려 酬價(一般酬價)를 引下하고 있는 묘한 아이러니가 일어나고 있다. 이것은 바로 現行 醫療價格體系의 問題點을 단적으로 나타내 주는 例이다.

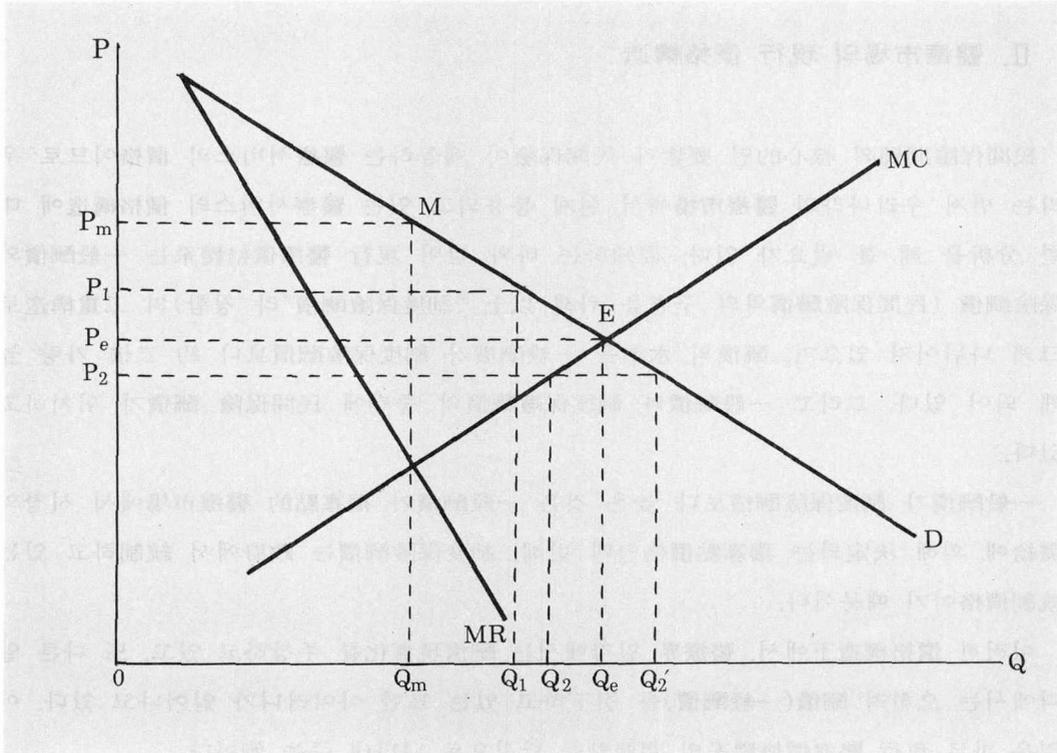
酬價現實化란 곧 制度保險酬價의 引上을 意味하는 것으로서, 우리는 現行的 制度保險酬價가 어느 정도 水準이며 一般酬價는 어떤 水準인가, 그리고 社會的으로 바람직한 酬價는 무엇인가에 대한 解答을 모색함으로써 醫療市場의 價格構造 및 價格問題에 대한 本質을 파악할 수 있을 것이다.

이를 위해 우선 判斷의 基準이 될 수 있는 酬價의 概念을 定義할 필요가 있다. 이 概念을 均衡酬價라고 하자. 그러면 均衡酬價는 醫療서비스의 한 單位增加가 追加的으로 발생시키는 社會的 利益과 社會的 費用이 일치하는 수준에서 決定될 것이다. 즉 限界社會的 利益(social marginal benefit)과 限界社會的 費用(social marginal cost)이 같을 때의 酬價가 均衡酬價인 것이다.

醫療서비스의 限界社會的 利益은 消費者가 評價하는 利益이므로 이것은 市場經濟에서 消費者가 그 醫療서비스에 대해 支拂하고자 하는 價格의 형태로 나타날 것인바 이는 需要曲線의 형태로 具體化될 것이고, 限界社會的 費用은 醫療서비스의 추가적 供給에

Figure 1. Equilibrium Price of Health Care Service

醫療市場의 均衡價格



필요한 生産費用이므로 이는 限界費用의 형태로 나타날 것이다. 그러므로 均衡酬價는 구체적으로 需要曲線과 限界費用曲線이 만나는 점에서 決定된다. 이를 圖示하면 그림 1과 같다.

그림1의 점E에서 결정되는 均衡酬價 P_e 는 醫療市場이 完全競争的일 때의 競争價格과 일치하는 價格이다.

一般酬價는 獨占的 醫療市場에서 限界收入(MR)과 限界費用(MC)이 일치하는 점M에서 P_m 으로 決定된다. $P_m > P_e$ 이므로 一般酬價는 均衡酬價보다 위에 있음을 알 수 있다.

이제 制度保險酬價가 어느 수준에 있는가를 보자. 만약 政府가 統制하는 制度保險酬價가 均衡酬價보다 낮은, 예컨대 P_2 수준에 있다면, 각 病院은 保險患者에 대해 지정된 保險酬價 P_2 를 책정할 수 밖에 없다. 그러나 이 경우에 P_2 의 價格水準에서 供給되는 醫療서비스量은 OQ_2 임에 비해 需要量은 OQ_2' 이므로 Q_2Q_2' 만큼의 超過需要가 醫療市

場에 나타나게 된다. 다시 말해서 制度保險酬價가 均衡酬價보다 낮을 경우에는 항상 超過需要現象이 나타난다. 그러므로 각 病院이 政府가 지정한 保險酬價에서 診療를 하면서 동시에 醫療市場에 超過需要가 나타나지 않는 경우는 制度保險酬價가 均衡酬價 P_e 와 一般酬價 P_m 사이에서 지정된 경우에 限한다.

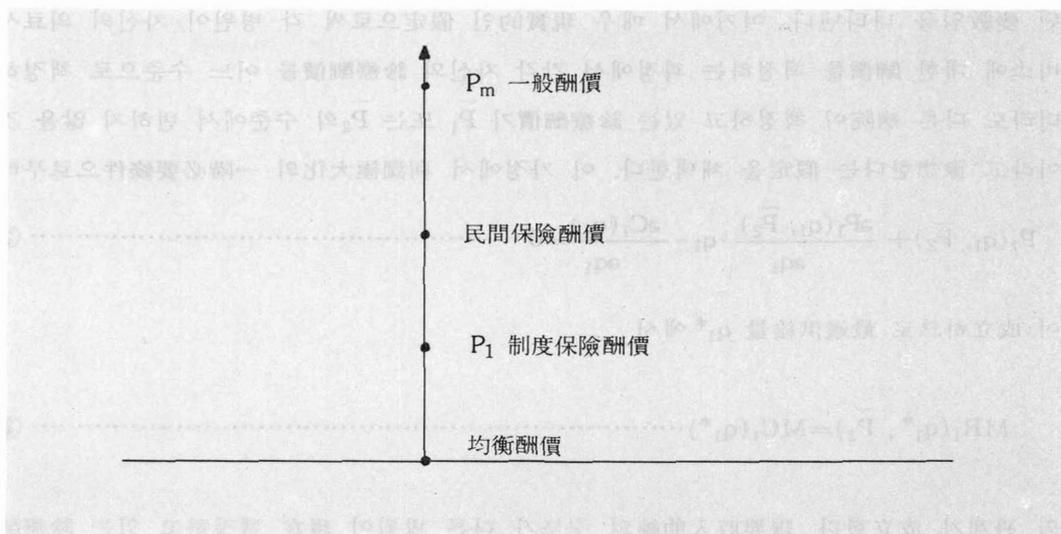
우리의 경우 실제로 일부 綜合病院을 제외하고는 全般的인 醫療市場에서 保險患者에 의한 超過需要現象이 두드러지게 나타나는 것은 아니므로 기존의 制度保險酬價는 均衡酬價보다 높은 P_1 수준에 있다고 結論지을 수 있다.

따라서 全體的으로 아래와 같은 價格構造가 成立하는 것이다. 그림2에서 볼수 있는 바와 같이 기존의 醫療酬價는 모두 社會的으로 바람직한 價格水準 P_e 를 超過하고 있다. 이런 상황에서 酬價 현실화의 한 방법으로 制度保險酬價를 引上한다는 것은 超過需要에 기인한 市場調節機能이 아니라 기존의 醫療價格體系를 더욱 歪曲시킬 뿐이다. 그러므로 진정한 意味에서의 酬價現實化란 기존의 酬價를 均衡酬價에 接近시키는 것이 아닌가 한다.

한편 이와는 반대로 일부 病院에서 診療費 割引行爲를 하고 있는 것은 각 病院의 特殊한 사정도 있겠지만, 그 보다 해당 病院의 一般酬價가 利潤極大化를 보장해 주는 獨占價格 P_m 보다 높은 데 기인한다. 이에 대한 자세한 論議는 제Ⅲ장에서 하기로 한다.

Figure 2. Structure of Health Care Prices

醫療市場의 價格構造



III. 民間保險의 發生原因과 그 效果

前章의 分析을 통하여 우리는 現行 醫療價格體系下에서 모든 酬價가 均衡酬價보다 높은 수준에 있음을 보았다. 本章에서는 이같은 價格體系下에서, 制度保險酬價의 引上이라는 行動과 割引診療行爲라는 두 가지 相反된 行動이 현실적으로 우리의 醫療市場에서 共存할 수 있는 原因과 民間保險이 醫療市場에서의 市場行動에 미치는 效果에 대해 살펴보고자 한다.

分析의 편의를 위해 醫療市場이 複點化되어 2개의 病院이 서로 質이 다른 醫療서비스를 供給하고 있다고 假定하자.

각 病院이 差別化된 의료서비스를 供給하고 있는 의료시장에서 각 病院의 의료서비스는 서로 긴밀한 代替財의 關係를 가지므로 각 病院이 당면하는 수요곡선은 다른 病院이 診療費를 引上하면 上方으로 이동하고 引下하면 下方으로 이동할 것이다. 그러므로 각 病院의 需要曲線의 방정식은 각각 다른 病院의 가격에 대한 函數로 표현되고 病院1과 2가 현재 진료비를 \bar{P}_1 및 \bar{P}_2 수준에서 책정하고 있을 때 각 病院은 각각 자신의 利潤函數

$$\begin{aligned} \pi_1 &= P_1(q_1, \bar{P}_2) \cdot q_1 - C_1(q_1) \dots\dots\dots ① \\ \pi_2 &= P_2(q_2, \bar{P}_1) \cdot q_2 - C_2(q_2) \end{aligned}$$

를 極大化시키는 의료서비스를 供給하게 된다. 下添字 1과 2는 각각 病院1과 2에 관련된 變數임을 나타낸다. 여기에서 매우 現實的인 假定으로써 각 病院이 자신의 의료서비스에 대한 酬價를 책정하는 과정에서 각각 자신의 診療酬價를 어느 수준으로 책정하더라도 다른 病院이 책정하고 있는 診療酬價가 \bar{P}_1 또는 \bar{P}_2 의 수준에서 변하지 않을 것이라고 豫想한다는 假定을 채택한다. 이 가정에서 利潤極大化의 一階必要條件으로부터

$$P_1(q_1, \bar{P}_2) + \frac{\partial P_1(q_1, \bar{P}_2)}{\partial q_1} \cdot q_1 - \frac{\partial C_1(q_1)}{\partial q_1} = 0 \dots\dots\dots ②$$

이 成立하므로 最適供給量 q_1^* 에서

$$MR_1(q_1^*, \bar{P}_2) = MC_1(q_1^*) \dots\dots\dots ③$$

의 관계가 成立한다. 限界收入曲線의 구조가 다른 病院이 現在 책정하고 있는 診療酬

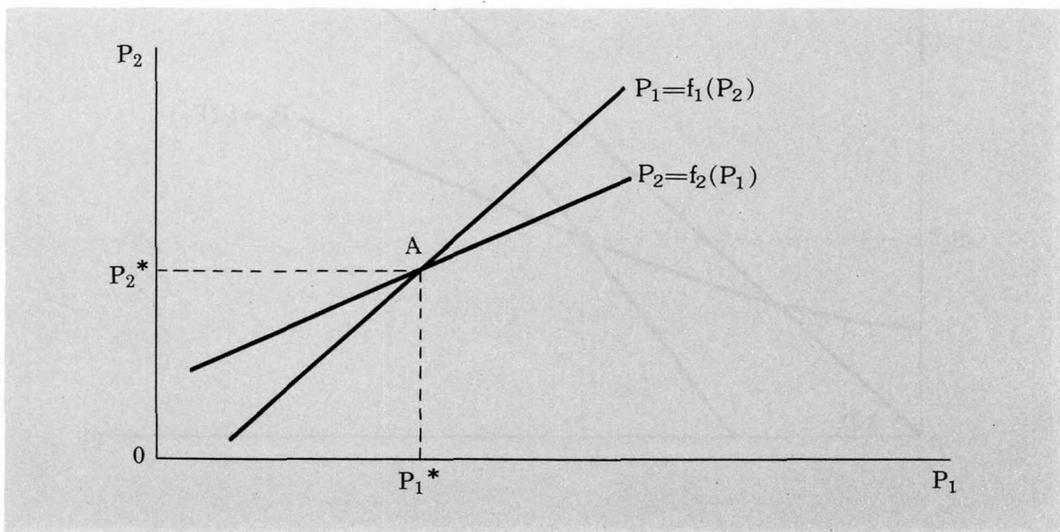
價 \bar{P}_2 에 의존하고 있으므로 병원1의 最適供給量은 $q_1^*(\bar{P}_2)$ 의 형식으로 표현할 수 있다. 병원2에 대해서도 동일한 論理를 적용하면 $q_2^*(\bar{P}_1)$ 에서 병원2의 利潤極大化가 成立한다. 따라서 각 병원의 診療酬價는 각각 $P_1(q_1^*(\bar{P}_2), \bar{P}_2)$ 및 $P_2(q_2^*(\bar{P}_1), \bar{P}_1)$ 의 수준에서 決定될 것이다. 이것을 자세히 관찰하면 각 병원이 책정하는 診療酬價는 서로 상대방 病院이 책정하는 酬價의 水準에 따라서만 달라지고 있음을 알 수 있다 그러므로 이 관계를 간단히

$$P_1=f_1(P_2), P_2=f_2(P_1) \dots\dots\dots ④$$

로 표현할 수 있다. 이것을 보통 反應曲線(reaction curve)이라고 한다.

式④에서 병원1의 反應曲線에 대하여 병원2의 診療酬價 P_2 가 상승할 때 $P_1=f_1(P_2)$ 는 어떻게 變할 것인가를 생각해 보자. 病院2의 診療費가 상승하면, 각 병원이 提供하는 의료서비스는 서로 대체재의 관계에 있으므로 病院1이 직면한 需要曲線은 우측(또는 상방)으로 이동한다. 이렇게 되면 새로이 책정되는 진료비는 대체로 前보다 높은 水準일 것이므로 病院1의 反應曲線은 右上向하는 기울기를 갖는 그래프가 될 것이다. 病院2에 대해서도 마찬가지로 각 病院의 反應曲線의 그래프는 다음 그림3과 같이

Figure 3. Reaction Functions
病院의 反應曲線



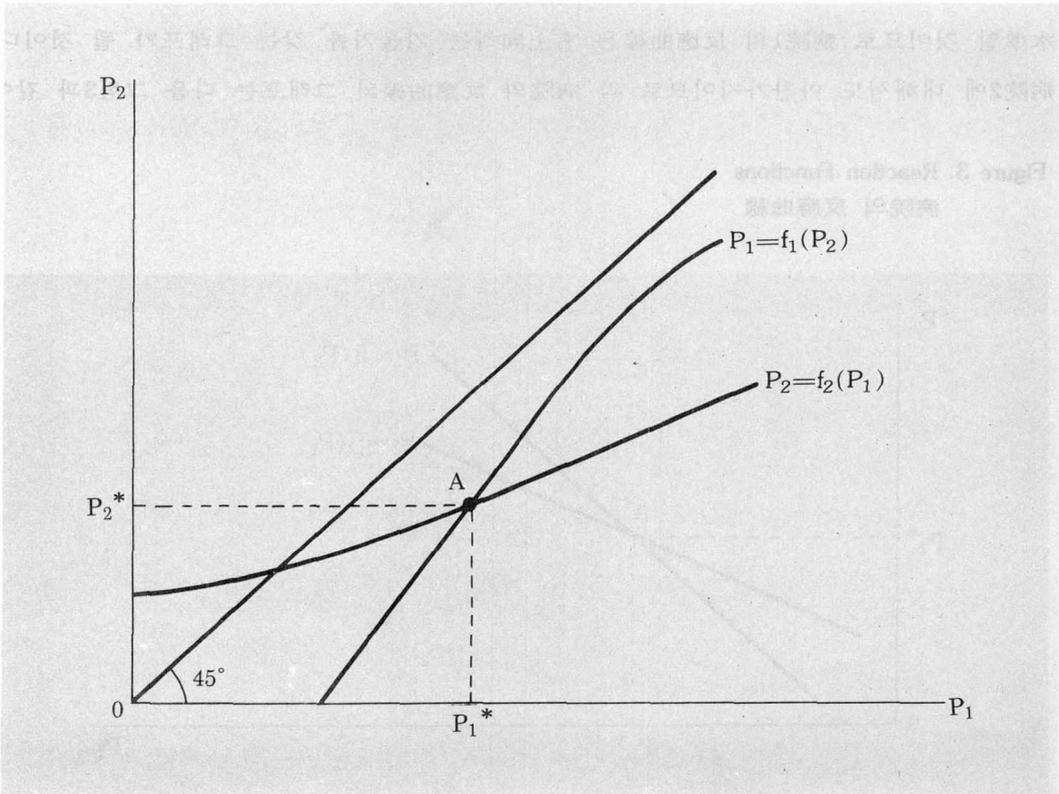
나타난다. 그림3에서 A는 두 반응곡선이 만나는 점으로써, 바로 내쉬(Nash)균형을 나타내고 있다. 균형점 A는 두 반응곡선의 기울기에 따라 安定的인 균형일 수도 있고 不安定한 균형일 수도 있으나 그림3에서는 安定的인 균형을 표시하고 있다.

그런데 균형상태에서 각 病院이 자신의 患者에 대해 査定하는 診療費水準을 생각해 보면, 質的으로 우수한 의료서비스를 供給하는 病院의 診療費水準은 그보다 質이 낮은 의료서비스를 供給하는 病院의 診療費水準보다 絶대적으로 높게 될 것이다. 우리의 경우 綜合病院의 診療費水準이 個人病院의 그것보다 높아질 餘地는 얼마든지 있는 것이다.

이런 상황에서 각 病院의 反應曲線은 어떤 형태를 가질 것인가를 보자. 만약 病院1이 病院2보다 質的으로 우수한 의료서비스를 提供한다고 하면, 病院1의 診療費水準은 대부분의 경우에 있어서 病院2보다 높을 것이다. 그러므로 이 때의 $P_1=f_1(P_2)$ 는 아래 그

Figure 4. Reaction Functions With Product Differentiation

醫療의 質이 差別化된 경우의 反應曲線



림4와 같이 45° 線의 右側에 위치할 것이다.

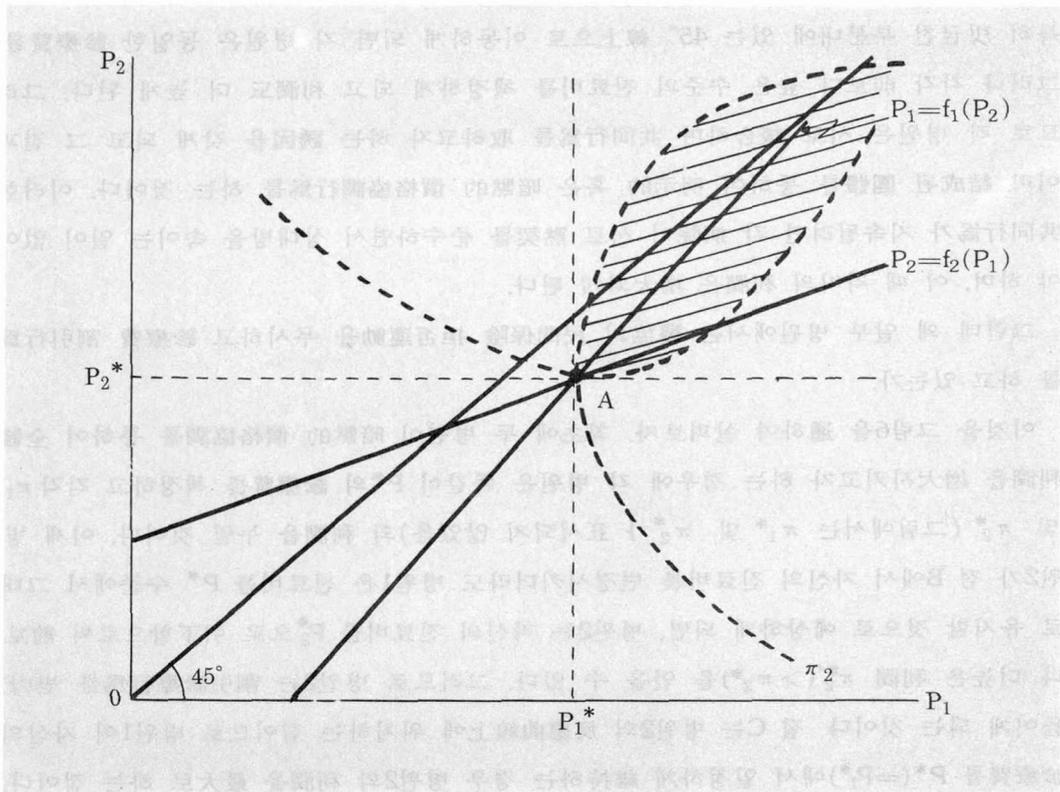
또한 병원2는 병원1이 책정하는 診療費보다 낮은 수준에서 자신의 診療費를 책정해야 하므로 $P_2=f_2(P_1)$ 은 45° 線의 아래쪽에 위치할 것이다. 단, 병원의 存立을 위해 보장되어야 하는 最小限의 진료비 수준은 있게 마련이므로 병원2의 反應曲線은 낮은 진료비 수준에서 45° 線의 左側에 위치할 것이다. 어쨌든 均衡點 A에서 병원1의 진료비 수준 P_1^* 는 병원2의 진료비 P_2^* 보다 높게 된다.

그러나 현실적으로 우리의 醫療市場에서는 質的으로 우수한 綜合病院의 진료비와 個人病院의 진료비는 대체로 같다. 이것은 각 병원이 質的인 차이에도 불구하고 暗默的으로 價格協調行爲를 하기 때문인데 이제 그 理由를 보자.

다음의 그림5에서 $P_1=f_1(P_2)$ 및 $P_2=f_2(P_1)$ 은 각각 병원1과 병원2의 反應曲線이며 點 A는 두 反應곡선의 交點이다. 점선으로 표시된 곡선 π_1 및 π_2 는 각각 均衡點에서

Figure 5. Tacit Price Collusion Among Providers

醫療市場에서의 暗默的 價格協調



각 병원이 누리고 있는 利潤에 대한 等利潤曲線(isoprofit curve)으로써 각 등이윤곡선 상의 점들은 각 병원의 利潤을 일정하게 유지하는 각 병원의 진료비 수준들을 나타낸다. 병원1의 等利潤曲線은 병원1의 利潤이 $\bar{\pi}_1$ 로 維持될 때

$$\bar{\pi}_1 = P_1(\bar{P}_2) \cdot f_1(X_1(P_1W_1)) - W_1X_1(P_1W_1) \dots\dots\dots \textcircled{5}$$

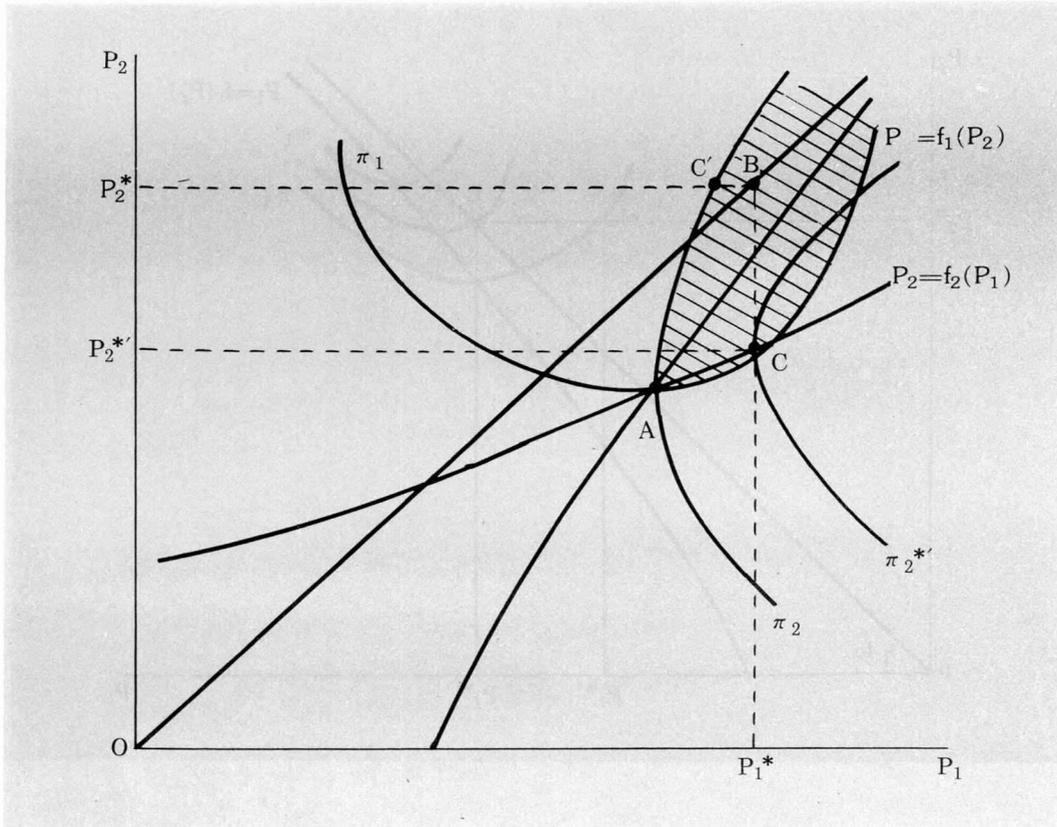
의 방정식으로 표시되며 그 형태는 일반적으로 가로축에 대하여 볼록하고, 병원1의 反應曲線과 교차하는 점에서는 반드시 0의 기울기를 가져야 하며 또한 利潤이 커질수록 등이윤곡선은 上方으로 이동하여야 한다. 式⑤에서 X_1 과 W_1 은 병원1의 서비스 生産에 使用하는 投入群과 그 費用群을 나타낸다. 그러므로 병원 1이 얻고 있는 利潤에 대한 等利潤曲線 π_1 은 병원2의 反應곡선과 점 A에서 반드시 교차하게 되며 병원2의 反應곡선중 일부는 등이윤곡선 π_1 의 上方에 위치하게 된다. 병원2의 등이윤곡선 π_2 에 대해서도 同一한 論理가 적용되므로 두 등이윤곡선 π_1 및 π_2 에 대하여 반드시 볼록렌즈 형태의 빗금친 부분이 存在한다. 만약 병원1과 2가 서로 協調한다면 빗금친 부분으로 이동하여 診療費를 책정함으로써 均衡點 A에서보다 각각 더 높은 利潤을 얻게 된다. 특히 빗금친 부분내에 있는 45° 線上으로 이동하게 되면 각 병원은 동일한 診療費를, 그러나 각각 前보다 높은 수준의 진료비를 책정하게 되고 利潤도 더 높게 된다. 그러므로 각 병원은 서로 談合하며 共同行爲를 取하고자 하는 誘因을 갖게 되고 그 결과 이미 結成된 團體를 통하여 明示的 혹은 暗默的 價格協調行爲를 하는 것이다. 이러한 共同行爲가 지속될려면 각 病院이 서로 默契를 준수하면서 상대방을 속이는 일이 없어야 하며, 이 때 각자의 利潤은 增大되게 된다.

그런데 왜 일부 병원에서는 醫協의 民間保險 拒否運動을 무시하고 診療費 割引行爲를 하고 있는가.

이것을 그림6을 통하여 살펴보자. 최초에 두 병원이 暗默的 價格協調를 통하여 全體 利潤을 增大시키고자 하는 경우에 각 병원은 똑같이 P^* 의 診療費를 책정하고 각각 π_1^* 및 π_2^* (그림에서는 π_1^* 및 π_2^* 가 표시되지 않았음)의 利潤을 누릴 것이다. 이제 병원2가 점 B에서 자신의 진료비를 변경시키더라도 병원1은 진료비를 P^* 수준에서 그대로 유지할 것으로 예상하게 되면, 병원2는 자신의 진료비를 P_2^* 으로 引下함으로써 前보다 더높은 利潤 $\pi_2'^{>}\pi_2^*$ 을 얻을 수 있다. 그러므로 병원2는 割引診療行爲를 받아들이게 되는 것이다. 점 C는 병원2의 反應曲線上에 위치하는 점이므로 병원1이 자신의 診療費를 $P^*(=P_1^*)$ 에서 일정하게 維持하는 경우 병원2의 利潤을 最大로 하는 점이다.

Figure 6. Incentive For Price Reduction

私保險發生의 原因

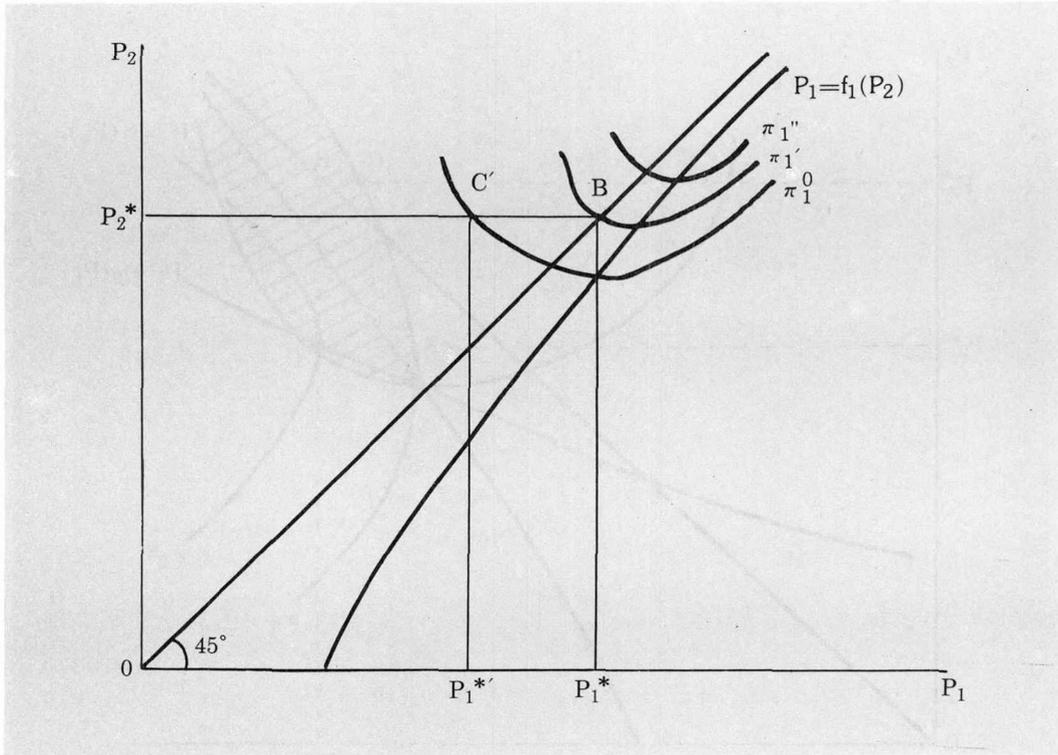


병원2는 기존의 價格體系下에서 民間保險酬價를 $P_2^{*'}$ 으로 책정함으로써 자신의 利潤極大化를 도모하는 것이다.

여기서 한 가지 흥미있는 사실은 質적으로 낮은 의료서비스를 供給하는 병원만이 民間保險을 받아 들인다는 것이다. 그림6에서 보는 바와 같이 병원2의 경우, 점 B에서 점 C로 이동하게 되면 자신의 利潤이 增加하므로 民間保險을 받아 들이겠지만, 병원1의 경우에는 民間保險을 받아 들이게 되면 오히려 利潤이 감소함을 알 수 있다. 예컨대 병원2가 자신의 診療費를 P^* 에서 일정하게 유지한다고 假定하면, 병원1이 자신의 診療費를 점 B의 $P_1^*(=P^*)$ 에서 점 C'의 P_1^* 로 引下하게 되면 병원 1의 利潤은 반드시 감소한다. 실제로 그림6에서 B점 주위의 等利潤曲線을 그려보면, 그림7과 같이 되는데,

Figure 7. Isoprofit Curve For Hospital 1.

病院1의 等利潤曲線

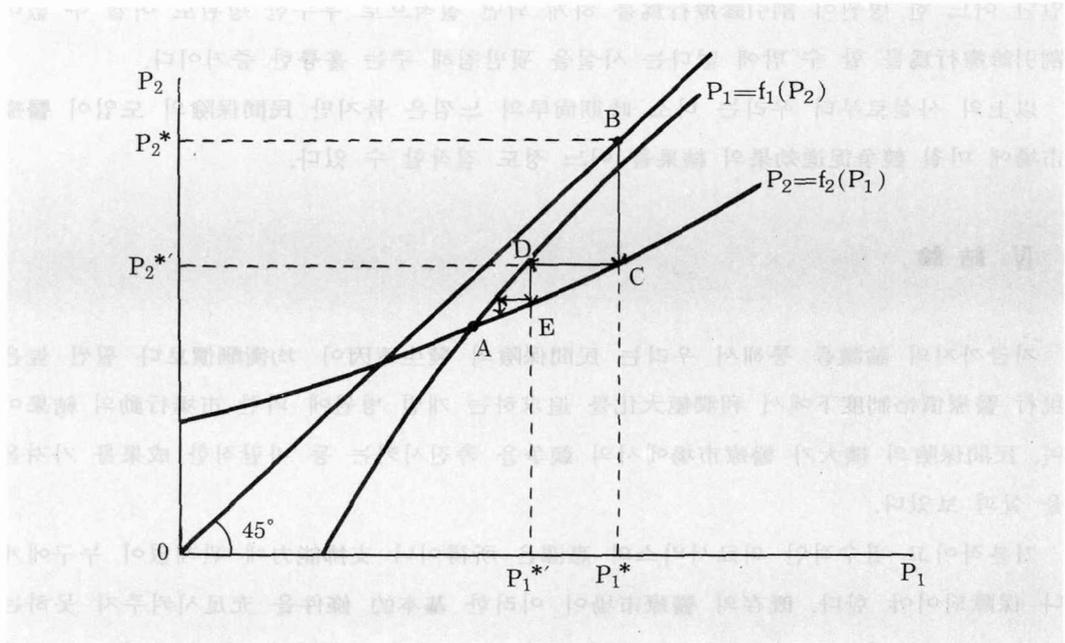


$\pi_1'' > \pi_1' > \pi_1^0$ 의 관계가 成立하므로 B점에서 왼쪽으로 이동할수록 (즉, P_1 이 하락할수록) 병원1의 利潤은 점점 줄어든다는 것을 알 수 있다. 다시말해서 동일한 P_2 水準에 대해 P_1 이 反應曲線에서 멀어질수록 병원1의 利潤은 감소한다. 이렇게 되는 이유는 P^* 가 병원1의 反應曲線上에서 決定되는 병원1의 진료비보다 낮고, 병원2의 反應曲線上에서 決定되는 병원2의 진료비 보다는 높기 때문이다.

만약 기존의 醫療市場에서 質적으로 낮은 의료서비스를 供給하는 병원들이 서로 더 많은 利潤을 얻기 위해 暗黙的 價格協調를 무시하고 더 낮은 진료비로써 民間保險을 競争적으로 받아 들인다면 利益團體를 통한 暗黙的 價格協調는 사실상 不可能하게 된다. 그림8에서 보면 병원1이 P^* 의 가격을 계속 지켜준다면 병원2는 C점에서 π_2^* 의 利潤을 누릴 수 있지만, 만약 병원1이 자신의 利潤이 현저히 감소하고 또 병원2가 診療費를 P_2^* 로 引下했음을 충분히 인식하게 되면 병원1은 병원2의 診療費가 P_2^* 에서 유

Figure 8. Impact of Private Health Insurance

私保險의 效果



지될 것이라는 豫想하에 자신의 利潤을 極大化시켜 주는 D점까지 진료비를 引下할 것이다. 왜냐하면 병원2의 진료비가 P_2^* 일 때, 병원1의 利潤을 極大化시켜 주는 병원1의 진료비 수준은 병원1의 反應曲線上에 위치하기 때문이다. 그 다음에 또 다시 병원2가 자신의 진료비를 再調整하여 E점으로 이동하게 되고, 다시 병원1이 再調整을 하고, 이런 과정을 되풀이 하여 결국은 A점으로 復귀하게 될 것이다. A점과 B점을 비교할 때, B점의 이윤이 더 높다는 것은 자명하므로, 醫協은 民間保險의 團束을 보사부에 요청하고, 자체적으로 民間保險 拒否運動을 벌이고 있는 것이다.

아직까지 民間保險이 醫療市場의 市場構造에 어떤 영향을 미칠 것인가에 대한 研究는 없으나 한 가지 實例를 든다면 農協이 農民을 상대로 실시하고 있는 診療費代支給制度의 경우, 실시 初期에는 醫院級의 대부분이 이 制度를 환영한 반면 病院級 以上은 거의 냉담한 반응을 보였지만 시간의 경과에 따라, 진료비가 制度保險酬價 水準인 代支給制度를 이용하는 患者가 크게 늘어나면서 부터 최근에는 病院級 以上에서도 이 制度를 적극 도입하고 있다고 한다.

이것은 바로 前述한 바와 같이 質的으로 낮은 의료서비스를 供給하는 病院은 언제든 暗黙的 價格協調를 어기고 割引診療行爲를 할려고 하는 誘因을 갖고 있다는 점과 일단 어느 한 病院이 割引診療行爲를 하게 되면 質적으로 우수한 病院도 어쩔 수 없이 割引診療行爲를 할 수 밖에 없다는 사실을 뒷받침해 주는 훌륭한 증거이다.

以上の 사실로부터 우리는 다소 時期尙早의 느낌은 들지만 民間保險의 도입이 醫療市場에 미칠 競争促進效果의 結果를 어느 정도 짐작할 수 있다.

IV. 結 論

지금까지의 論議를 통해서 우리는 民間保險의 發生原因이 均衡酬價보다 훨씬 높은 現行 醫療價格制度下에서 利潤極大化를 追求하는 개별 病院에 의한 市場行動의 結果이며, 民間保險의 擴大가 醫療市場에서의 競争을 촉진시키는 등 바람직한 成果를 가져옴을 살펴 보았다.

기본적이고 필수적인 의료서비스의 惠澤은 所得이나 支拂能力에 관계없이 누구에게나 保障되어야 한다. 既存의 醫療市場이 이러한 基本的 條件을 充足시켜주지 못하는 데서 民間保險이 發生한 것이다. 民間保險이 보다 값싼 醫療서비스를 提供하는 制度임에는 틀림이 없다.

民間保險의 擴大는 의료서비스를 消費者間에 配分하는 메카니즘으로써의 價格의 效率性의 結果的 增加와 醫療市場에 存在하는 競争에 대한 장벽을 완화시키는 기능을 할 것이다.

의료시장에서의 경쟁은 消費者의 選擇을 증가시킴으로써 의료시장의 成果를 향상시킬 것이고 法的 및 制度的 障壁으로 인해 制限되어 있던 意思決定權의 일부나마 소비자에게 이전시키는 역할을 할 것이다.

이는 의료서비스의 공급자로 하여금 보다 더 價格을 의식하게 하고 暗黙的 價格協調와 같은 行動을 제약시킬 것이다. 制度保險酬價 및 一般酬價만을 적용하고 있는 病院들로부터 競争的 反應을 유도하기에 적합한 民間保險의 市場占有率이 어느정도가 될지는 現단계에서 알 수 없지만 그것은 상대적으로 적을 수도 있다.

民間保險의 市場占有率은 아직 미미한 水準이고, 이에 대한 資料도 不足하여 本格的인 論議는 이루어지지 않고 있으나 이에 대한 보다 深層적인 研究分析내지는 討議가 展開됨으로써 醫療市場에 보다 競争의 바탕이 마련될 수 있게 해야 할 것이다.

參考文獻

李承勳, 微視經濟學, 英志文化社, 1982.

韓國經濟新聞, 韓國經濟新聞社, 1986. 9. 16.

Gaumer, G. L., "Regulating Health Professionals : A Review of the Empirical Literature", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 62(3), 1984.

Grossman, S.J., "Nash Equilibrium and the Industrial Organization of Markets with Large Fixed Costs", *Econometrica*, V.49, 1981.

Intriligator, M. D., *Mathematical Optimization and Economic Theory*, Prentice Hall, 1980.

F.M. Scherer, *Industrial Market Structure and Economic Performance*, 2nd Edition, Rand McNally, 1980.

Abstract

Economic Analysis on Provider Discounting Behavior in Health Insurance Market

Bong-Min Yang* Jin-Hyun Kim

Korea in the last few years has witnessed a gradual development of private health insurance (PHI) in the health care sector. Though it takes only a small portion of total insurance and is in the beginning stage, much attention has been paid to its development. This study attempts to analyze (i) how PHI could be launched in Korea and (ii) the long-run impacts of PHI on the tacit price fixing behavior by provider groups.

A modified Cournot duopoly model, differentiated product model of duopoly, is used for the analysis. Private health insurance is possible because some of the health care providers agree upon a fixed percentage of fee reduction for certain categories of services. It is interesting to note that fee discount takes place only on the part of lower quality provider groups. In the long-run, however, both lower and higher quality provider groups would join the price reduction process, up until they reach the so-called Nash equilibrium point. Finally, an empirical evidence is presented to support for the price cutting hypothesis.

* Professor, School of Public Health, Seoul National University.