

# 기독교적 세계관에 의한 요양기관당연지정제도 고찰

이재희(경원대학교 의료경영학과)

## I. 서론

2008년 초 이명박정부 출범 초기부터 이슈가 되었던 요양기관당연지정제 완화 문제는 2009년에 들어와서도 노인장기요양보험 및 영리법인병원 문제와 함께 보건의료분야의 주요 쟁점이 될 것으로 예상된다(국회입법조사처, 2009). 요양기관당연지정제도는 1977년 500인 이상 사업장에 대한 의료보험 강제 적용이 시작되기 전 충분한 수의 의료보험 요양기관을 확보하기 위해 도입된 제도로서 국민건강보험을 중심으로 한 우리나라 의료보장제도의 핵심 제도 중 하나이다.

요양기관당연지정제도는 1998년과 2000년 의료인 직업의 자유에 대한 과도한 제한, 의료소비자의 선택권 내지 자기결정권 침해, 평등원칙 위반, 재산권 침해 등과 관련해 위헌요소가 있다는 헌법소원이 있었고 이에 대해 헌법재판소는 공공복리를 위한 기본권 제한의 성격으로 규정하여 합헌 결정을 내린 바 있다(감신, 2007). 한편 향후 총액예산제와 진단명기준 포괄수가제(DRG : Diagnosis Related Group)의 확대 실시 등 진료비지불제도의 개편에 앞서 우선 시행되어야 할 제도로 요양기관계약제를 고려하기 시작하면서 요양기관당연지정제도에 대한 보건복지가족부와 국민건강보험공단의 입장이 변화하게 되었고, 이에 따라 요양기관당연지정제도 완화에 대한 논의가 활발해졌다(감신, 2008).<sup>1)</sup> 특히 보건복지가족부와 국민건강보험공단의 경우 진료비지불제도 개편은 물론, 보장성 개선, 의료서비스의 질 관리 등 의료보장 강화의 주요 목표를 요양기관당연지정제도 완화를 통해 추진할 수 있다는 점 때문에 요양기관당연지정제도 완화를 적극 검토하고 있다. 의료계의 경우 요양기관당연지정제도 완화를 통해 국민건강보험공단이 아닌 다른 보험자를 선택함으로써 국민건강보험 급여항목 외 다른 분야의 의료서비스에 특화할 수 있다는 점과, 국민건강보험공단의 요양기관으로 남고자 하는 경우에도 다른 보험자와의 요양기관 계약 가능성을 통해 건강보험급여비용협상에 있어 협상력을 제고할 수 있다는 이유로 요양기관당연지정제도 완화를 지지하고 있다(의료정책연구소, 2008). 그러나 2008년 초 일부 시민단체에서 요양기관당연지정제도 완화가 영리법인병원 도입과 함께 의료서비스산업 선진화 정책의 중요한 축으로 작용하여 결과적으로 현행 국민건강보험 중심의 국내 의료보장체계를 붕괴시킬 수 있다는 우려를 함에 따라 정부의 요양기관당연지정제도 완화 검토에 적극 반대하게 되었고 이후 정부의 본격적인 정책 검토는 연기되고 있는 상황이다.<sup>2)</sup>

현재 보건복지가족부가 검토 중인 것으로 알려진 요양기관계약제는 우리 국민들이 국민건강보험에 가입하는 강제규정은 그대로 존속시키고 민간의료보험회사의 보장영역을 국민건강보험에서 보장하지 않는 비급여항목을 중심으로 제한적으로 허용하는 등, 사회보험으로서의 국민건강보험의 독점적 보험자로서의 지위는 실질적으로 유지하는 내용을 담고 있는 것으로 알려지고 있다(최병호, 2007). 따라서 국민건강보험과 요양기관계약을 맺지 않는 의료공급자의 경우 결국 비급여항목 의료서비스에 특화하는 일부 전문병원 등으로 한정될 것으로 예상되지만 요양기관계약제를 반대하는 입장

1) 2003년 초 참여정부의 공약사항에도 포함되어 있었지만 당시 참여정부의 요양기관당연지정제 완화는 보험자 즉 국민건강보험공단의 선별계약능력을 제고한다는 근본적인 취지하에 검토되었었기 때문에 보건의료노조 및 진보적인 입장의 학자의 우려는 그리 크지 않았다.

2) 한편 학계에서는 2006년 도입된 네덜란드의 新건강보험제도를 비롯해 독일, 프랑스 등 주요 사회보험국가에서 건강보험서비스시장의 경쟁 활성화 사례가 주요 이슈가 되고 있다(이규식 외, 2008 : 홍석표, 2008).

에서는 결국 현재와 같은 보충형(supplementary) 민간의료보험이 아닌 대체형(substitute) 민간의료보험이 도입되어 국내 의료체계가 국민건강보험공단 - 중저급 의료공급자 vs. 민간의료보험회사 - 고급 의료공급자 체제로 분리됨으로써 지불능력이 낮은 일반 국민들은 낮은 수준의 의료서비스 만을 제공받게 되는 의료양극화 발생 가능성이 높다고 보고 있다.

본 연구는 현재 요양기관당연지정제 완화와 관련한 입장 차이는 요양기관당연지정제도의 완화가 상이한 기술수준의 의료공급자, 상이한 소득 수준별 가입자 집단, 정부 등 여러 집단에게 상충되는 후생효과를 발생시키기 때문임에 주목하고 요양기관당연지정제 완화 및 계약제 부분 도입의 사회후생효과를 명시적으로 고려하여 어떤 경우에 요양기관당연지정제도 완화가 전체사회후생 수준을 높일 수 있는지 살펴보고자 한다. 이를 위해 본 연구에서는 요양기관당연지정제도와 요양기관계약제 중 어느 제도가 보다 높은 수준의 사회후생을 가져다 줄 수 있는지를 평가하고 관련 조건을 도출하기 위해 각 세대의 의료소비자, 의료공급자의 후생수준 별 가중치를 부여한 가중공리주의(Weighted Utilitarian) 사회후생함수를 상정하여 각 제도 하에서의 후생효과를 정성적으로 분석하고자 한다. 이때 사회후생함수는 의료서비스의 질 및 가격에 대해 다른 선호를 가지는 의료소비자집단의 구분과 함께 의료기술수준 차이로 인해 요양기관당연지정제도에 대해 입장이 다른 의료공급자 집단도 역시 명시적으로 구분하여 고려하였고 뿐만 아니라 각 제도가 기술혁신 효과 등을 통해 미래세대에게 끼치는 영향을 고려하기 위해 미래세대의 사회후생수준도 함께 포함시켰다.

한편 본 연구에서 활용한 가중공리주의 사회후생함수에는 의료소비자 및 의료공급자 각자의 후생과 이러한 각 경제주체 후생에 대한 사회 내부의 평가를 바탕으로 하고 있다. 따라서 이는 기존의 신고전학과 경제학 및 후생경제학이 최악된 성품으로 불완전해진 개인의 효용을 기초로 하고 있고 이에 따라 공리주의적 사회후생의 평가는 부정확하고 비성경적일 수 밖에 없다는 기독교경제학계의 비판(Hay, 1989 ; 이우성, 2002)으로부터 자유로울 수 없다. 따라서 이러한 한계를 극복하고 성경적 가르침에 근거한 진정한 사회후생효과를 분석하기 위해 각 세대에 존재하는 여러 유형의 의료소비자 및 의료공급자들의 후생에 대한 성경적 가중치를 새롭게 부여하여 사회후생수준을 분석하고 이에 근거해 요양기관당연지정제도 완화의 후생효과를 평가하고자 한다.

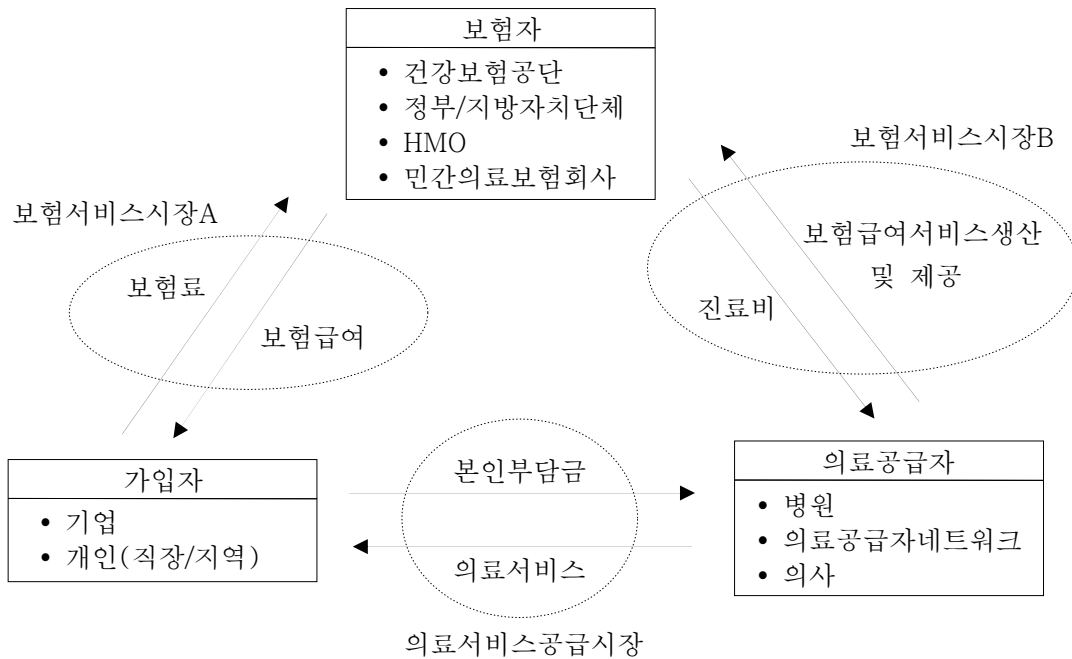
본 연구의 구조는 다음과 같다. 먼저 II장에서는 국내 의료서비스 시장 및 요양기관당연지정제도의 현황을 살펴보고 III장에서는 보건의료분야 사회후생함수의 일반모형과 단순모형을 설정한다. 이후 IV장에서는 III장에서 설정된 단순화된 사회후생모형을 바탕으로 요양기관당연지정제도와 관련된 각종 쟁점을 각 경제주체의 후생수준 변화와 관련해 분석한다. 마지막으로 V장에서는 본 연구 내용의 요약, 연구의 한계 및 향후 연구 방향을 제시한다.

## II. 국내 의료서비스 시장 및 요양기관당연지정제도의 현황

### 1. 3자 지불보상방식 체제 의료서비스시장의 구조

의료서비스시장에서는 의료필요(medical needs) 발생 시점 및 의료비지출 규모의 불확실성에 따라 많은 의료소비자들이 의료보험을 활용하여 질병 발생 시 의료비용을 지불한다. 즉, 의료소비자는 보험자와의 계약을 통해 질병이 발생하지 않은 평상시에 보험료를 지불하고 질병 발생 시 일정액의 현금 또는 의료서비스 형태의 현물서비스를 제공받는다. 대부분의 국민들이 강제 가입하도록 되어 있는 사회보험형 의료보장체제 국가들과는 달리 미국의 경우 일반 국민들은 자신의 필요에 따라 의료보험 가입을 선택하게 되는데 이 경우에도 일정 소득 요건을 갖춘 일반 국민들은 대부분 민간의료보험 가입을 선택하는 등 의료서비스시장에서의 의료보험은 보편화되어 있다(Folland et al., 2005). 이와 같이 의료서비스시장은 의료보험을 제공하는 보험자가 의료소비자와 의료공급자 사이에 위치하여 의료소비자는 의료보험료를 보험자에게 지불하고 의료서비스 생산에 대해서는 보험자가 의료공급자에게 보상해 주는 3자 지불방식(3rd payer

compensation scheme) 체제의 특징을 띄고 있다.



<그림 1> 3자 지불보상방식체제 의료서비스시장의 구조

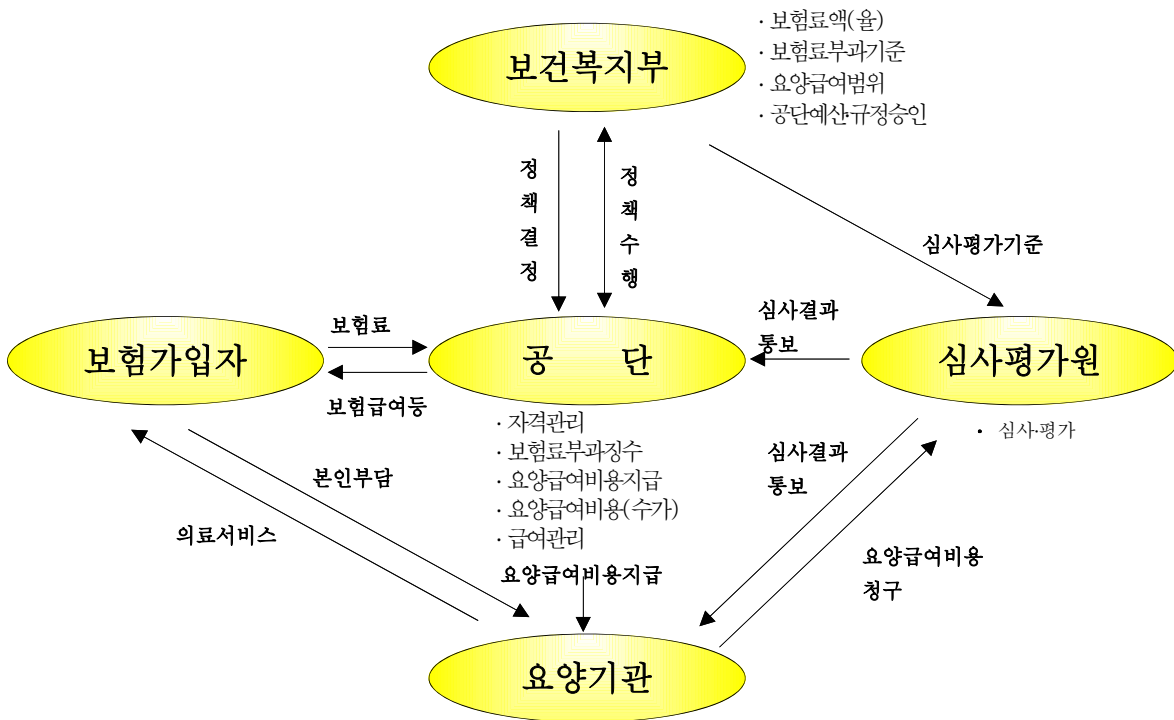
의료보험의 활용에 따라 의료서비스공급시장 내에서의 거래는 <그림 1>에서와 같이 의료보험서비스시장에서의 계약 및 거래 관계와 연계되어 이루어지게 된다.<sup>3)</sup> 의료소비자가 의료보험에 가입하게 될 경우 다양한 의료보장프로그램과 가격요율을 제시하는 보험자 중 자신의 의료필요에 가장 적합한 보험자를 찾아 계약을 맺게 된다(보험서비스시장 A). 또한 보험자 역시 여러 의료공급자 중 자신이 판매하는 의료보장프로그램이 필요로 하는 의료서비스를 가장 저렴한 가격에, 그리고 적절한 수준 이상으로 제공할 수 있는 의료공급자와 계약을 맺게 된다(보험서비스시장 B). 보험자가 가입자에게 단일한 의료공급자를 이용하도록 제한하지 않는 이상 의료소비자는 다양한 의료서비스공급자 가운데 자신이 필요로 하는 의료서비스를 제공하는 의료공급자를 선택하게 된다(의료서비스공급시장).

## 2. 국내 의료서비스 시장의 구조

국내 의료서비스시장의 구조는 전술한 일반적인 의료서비스시장의 구조와는 차이가 있다. 국내에는 국민건강보험이라는 사회보험의 보험자로 국민건강보험공단만이 존재하여 실질적으로 보험서비스 시장이 형성되어 있지 않다고 할 수 있다(<그림 2> 참조).<sup>4)</sup> 먼저 국민건강보험법 제5조 규정에 따라 국민기초생활보장급여 수급자, 독립유공자 등 의료급여 대상자가 되는 일부 국민을 제외한 전 국민이 국민건강보험에 가입하게 되어 있어 보험서비스 시장A가 형성되어 있지 않다. 또한 의료법 상의 모든 의료기관과 약사법 상의 모든 약국이 국민건강보험공단의 요양기관으로 당연 지정된 ‘요양기관당연지정제도’ (국민건강보험법 제40조) 규정에 의해 보험서비스 시장B도 형성되어 있지 못하다.<sup>5)</sup>

3) 의료보험에 가입하지 않은 의료소비자의 경우 <그림 1>에서 하단부의 의료서비스시장에서만 거래를 하게 된다.

4) 특히 시장 경쟁의 결과 독점 시장구조가 출현한 것이 아니라 법령상의 단일보험자 규정 등 보험서비스시장의 형성이 법률에 의해 금지되어 있다.



<그림 2> 국내 의료서비스시장의 구조

현재 민간의료보험은 생명보험사에 의한 암보험과 기타 특정 질환에 대한 정액방식의 의료비보장보험이 제공되고 있고 손해보험사의 실손형보험이 국민건강보험사의 비급여 항목과 본인부담부분에 대해 허용되고 있다. 그러나 민간의료보험은 어디까지나 국민건강보험에 의한 요양급여를 보충하는 역할에 그친다. 따라서 국민건강보험 급여항목의 의료서비스를 제공하는 보험자로는 국민건강보험공단 이외의 다른 보험자가 존재하지 않고 이에 따라 국민건강보험은 보험서비스시장A에서는 독점공급자(monopoly)로서 보험서비스시장B에서는 독점수요자(monopsony)로서의 위치를 가지고 있다.

### 3. 요양기관당연지정제도의 현황

#### (1) 요양기관당연지정제도의 연혁

<그림 1>에서 보험서비스시장B의 형성을 억제하고 있는 요양기관당연지정제도는 1976년 의료보험법 2차 개정 때 도입된 것으로 당시 의료보험의 요양급여를 제공할 충분한 수의 공공의료기관이 존재하지 않는 상황에서 충분한 수의 의료보험 요양급여기관을 확보하기 위해 도입되었다(김기성, 2002).<sup>6)</sup> 도입 당시에는 보험자나 보험자단체가 요양기관을 지정하도록 하고 지정을 받은 의료기관은 정당한 이유 없이 이를 거부하지 못하는 요양기관강제지정제도로 시작하였다. 이후 1999년 국민건강보험법 제정에 따라 지정절차를 삭제하고 대신 의료법 등에 의해 개설 등록되는 의료기관, 약국, 보건소 등은 당연히 요양기관이 되도록 관련 조항을 신설함으로써 요양기관당연지정제로 변경되었다.

5) 사내 진료소, 사회복지시설 내 진료소 등은 요양기관에서 제외된다(「국민건강보험법 시행규칙」 제21조).  
 6) 1963년 의료보험법 제정 당시에는 보험자의 요양기관 지정 신청권을 인정하고 요양기관의 지정 취소권도 보장하는 등 보험자와 요양기관의 자율권을 상당 부분 인정하는 계약지정제가 도입되었었다(의료정책연구소, 2008).

## (2) 요양기관당연지정제도 관련 헌법소원

한편 요양기관강제지정제도(구 의료보험법 32조 1항) 및 요양기관당연지정제도(국민건강보험법 40조 1항)는 의료인 직업의 자유에 대한 과도한 제한, 의료소비자의 선택권 내지 자기결정권 침해, 평등원칙 위반, 재산권 침해 등과 관련하여 1998년과 2000년 각각 헌법소원이 제기되었다(감신, 2007). 이에 대해 헌법재판소는 아래 판결문을 통해 2002년 상 기 제도를 규정한 법률 조항에 대해 공공복리를 위한 기본권 제한의 성격을 가진다고 판시하고 합헌 결정을 내렸고 이에 따라 요양기관당연지정제도는 큰 변화 없이 오늘에 이르고 있다.

“ 결정이유 요지(多數의견):

- ① 위 법률조항들은 직업의 자유 중 직업수행의 자유를 제한하는 규정들이나 입법목적의 정당성 및 수단의 적정성이 인정되고, 최소 침해의 원칙에 위반되지 아니하며, 공익과 사익 간 법익균형성 관점에서 보더라도 합리적인 비례관계를 현저히 일탈하였다고 볼 수 없다.

특히, 최소 침해의 원칙과 관련하여

- i) 공공의료기관의 비율이 2000년 현재 의료기관수 기준으로 약8.8%에 불과한 우리 현실에서 요양기관 지정을 계약제로 하는 경우 보험의 확보가 곤란하여 전 국민에 대한 균등·원활한 의료공급을 보장하기 어려운 점
- ii) 보험의로 구성되는 이익단체가 의료보험수가의 인상 등 그들의 특수이익을 관철하기 위하여 보험자와의 협상거부 등 국민의 의료보험수급권을 위태롭게 하는 집단행동이 우려되는 점
- iii) 1977년 일시적으로 계약지정제를 도입한 바 있으나, 지역적·진료부분별 의료공백이 크게 발생하였고, 지정수가제 등을 이유로 다수의 의료인이 요양기관으로의 지정을 거부하였던 경험
- iv) 공공의료기관의 확충은 단시일 내에 이루어 질 수 있는 것이 아니라 국가재정, 인력공급 등의 이유로 장기간을 요하는 점
- v) 일정비율의 의료기관에게 강제지정제에 대한 예외 즉, 일반의로서 진료할 수 있는 예외를 허용한다면 의료공급시장의 자유경쟁에서 도태된 의료기관은 건강보험에 편입되기를 원할 것이고, 경쟁력있는 의료기관이나 의료인은 일반의로 활동하게 되리라는 점이 쉽게 예상된다는 점
- vi) 그렇게 되면 보험진료는 결국 2류 진료로 전락하고, 다수의 국민이 고가의 진료비를 지불해야 하는 일반진료를 선호하게 될 것이며, 이는 중산층 이상의 건강보험 탈퇴요구와 맞물려 의료서비스의 양분화를 초래하고 자칫 의료보험체계 전반이 흔들릴 위험이 있는 점

등에 비추어 강제지정제 및 강제지정제에 대한 예외를 허용하지 않는 것은 헌법 제37조 제2항의 기본권제한에 관한 최소침해금지 원칙에 위반되지 않는다.

- ② 모든 의료기관이 요양기관으로서 법이 정한 기준에 따른 보험급여를 제공하고 이에 따라 의료소비자의 선택권이 제한을 받는다고 하더라도, 이러한 제한은 의료보험의 기능 확보라는 중대한 공익의 실현을 위하여 행해지는 것이며, 의료소비자가 그러한 제한을 받더라도 비급여대상 의료행위를 선택할 수 있는 가능성을 가지고 있으므로 국민의 의료선택권이 과도하게 침해된다고 볼 수 없다.

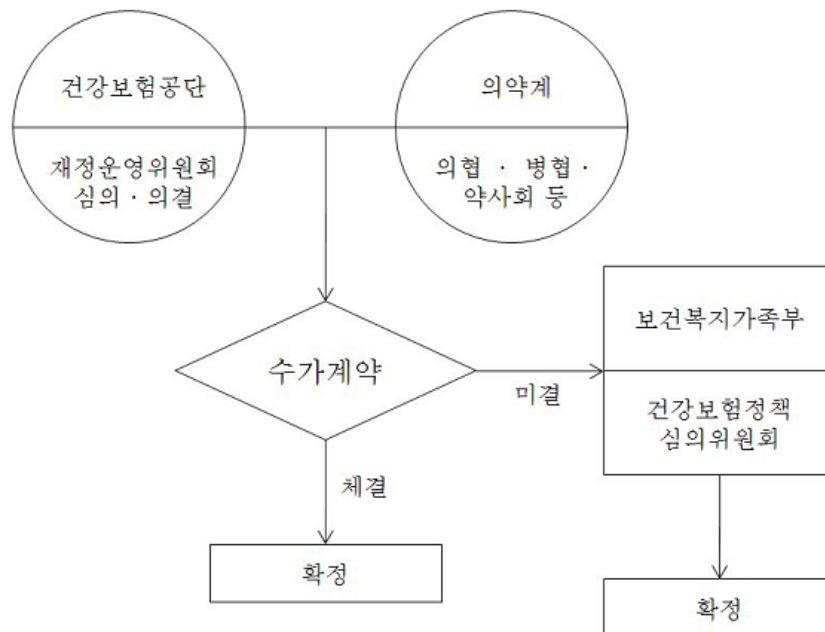
- ③ 모든 의료기관을 시설 인력 장비 기술 등의 차이와 관계없이 요양기관으로 강제지정하면서도 한편으로는 요양급여의 비용 산정과 비급여의 가능성 등을 통하여 의료기관 사이의 실질적인 차이를 반영함으로써 본질적으로 다른 것은 다르게 취급하고 있으므로 평등원칙에 반하지 아니한다.

- ④ 청구인들이 “私적으로 교육비용 및 의료기관 개선을 위한 비용을 부담한 것은 각자의 능력과 시설에 상응하

는 수입을 그 대가로 기대하였기 때문인데, 각자의 능력, 투자비용, 시설의 차이를 무시하고 획일적으로 보험급여를 강제하고 대가를 지급하는 것은 재산권침해이다” 라고 주장하나, 자신이 받은 교육이 장래 일정한 경제적 결실을 맺으리라는 기대 혹은 시설투자가 일정한 이윤을 가져오리라는 예상 등은 모두 개인의 자유로운 의사 결정과 그에 따른 私的 위험부담에 기인한 것으로서 헌법상 보장된 재산권 보호범위에 포함되지 않는다.” (감신, 2007)

### (3) 건강보험수가계약제도

현행 의료보험수가(또는 보험약가)는 개별 의료행위(및 재료)에 상대가치점수를 부여하고 그 점수에 환산지수(점수당 단가)를 곱하여 산출하도록 하는 상대가치점수제를 채택하고 있다. 이때 상대가치점수는 미국에서 개발된 자원기준 상대가치척도(RBRVS : Resource-Based Relative Value Scale)체계에 근거해 개별 의료행위에 투입되는 의사업무량, 기타 의료인력 인건비 사무실 임대료 등 자원소모량에 근거한 진료비용, 위험도 등 각 개별항목의 상대가치점수를 합산하여 산출된다<sup>7)</sup>. 이와 같은 상대가치점수는 각 분야 전문가 및 공무원들로 구성된 국민건강보험공단 산하 의료행위전문평가위원회, 한방의료행위전문평가위원회, 치료재료전문평가위원회 등에 의해 결정된다. 한편 환산지수의 경우 국민건강보험공단과 의약계 단체 간에 협상을 통해 결정되도록 함으로써 결과적으로 건강보험수가는 계약을 통해 결정된다. 이때 환산지수 계약은 매년 갱신하도록 되어 있는데 계약기간 만료 75일 전까지 국민건강보험공단과 의약계 단체 간에 협상이 타결되지 못할 경우 가입자대표 8인, 의약계대표 8인, 공익대표 8인으로 구성되는 건강보험정책심의위원회 의결을 거쳐 보건복지가족부 장관이 요양급여비용을 고시하도록 되어 있다(국민건강보험법 42조 ; <그림 3> 참조). 그러나 계약제가 도입된 2000년부터 2008년까지 9번의 협상과정에서 2005년을 제외한 8번 모두 건강보험정책심의위원회 의결을 통해 보건복지가족부 장관이 결정하는 등 실질적으로는 정부에 의해 의료수가가 결정되고 있다(김진현 외, 2008).



<그림 3> 현행 요양기관당연지정제의 요양급여비용 계약 체결의 구조

7) 미국의 RBRVS제도는 65세 이상 고령인구를 대상으로 하는 공적 보험제도인 Medicare의 외래 서비스 수가 산정을 위해 개발된 수가제도이다(권순만, 1998).

#### 4. 요양기관 지정제도의 해외 사례

현재 우리나라를 제외한 국가들에서는 보험자(insurer)와 의료공급자(provider)가 상호 계약을 체결하도록 하여 해당 보험자에 가입한 가입자는 보험자와 계약을 체결한 의료공급자만 제한적으로 이용하도록 하는 요양기관계약제를 운영하고 있다. 특히 독일, 일본, 대만 등의 사회보험(NIS : National Health Insurance) 국가와 미국 등 민간의료보험 중심 국가뿐만 아니라 영국, 스웨덴, 호주 등의 국가보건의료체계(NHS : National Health Service) 국가에서도 활용되고 있다(감신, 2007). 각 의료보장유형별로 요양기관계약제 운용 목적은 상이한데 NHS 체제 하의 국가에서는 의료서비스시장에서의 효율성 제고를 위한 관리경쟁(managed competition) 활성화 차원에서 요양기관계약제가 도입 활용되고 있는 반면 NIS 체제 국가나 미국의 경우는 의료비 지출의 억제를 위해 활용되고 있는 측면이 강하다(감신, 2008 ; Bamezai et al., 1999 ; Dranove et al., 1986 ; Melnick et al., 1988 ; Zwanziger et al., 1993).

특히 미국의 경우 요양기관에 대한 선별계약(selective contracting)제도는 HMO나 PPO 등의 관리의료(managed care)가 협력관계를 맺는 공급자에게 가격 할인과 의료서비스 질 관리를 요구하는 데 있어 핵심적인 역할을 하고 있다(Dranove & Satterthwaite, 2001).<sup>8)</sup> 과거 미국에서도 PPO나 HMO 등과 같은 관리의료(managed care) 보험자의 경우 보험자의 규모가 클수록 해당 보험자와 계약을 맺고자 하는 의료공급자 간 경쟁이 증대된다는 인식 하에 보험자 규모 확대 효과를 낼 수 있는 의료보험구매연합(health insurance purchasing cooperatives)' 형성에 대해서는 우호적인 견해가 많았다. 그러나 이후 의료공급자 간 경쟁 활성화의 혜택이 궁극적으로 의료소비자에게 돌아가고 또한 의료소비자의 선호가 시장에 반영되기 위해서는 최소 수준의 보험자 간 경쟁 역시 필요하다는 사실 역시 인식되기 시작했다(Bamezai et al., 2003). 이는 보험자 간 경쟁이 미미할 경우 의료소비자의 선호를 반영하고자 하는 보험자 노력 역시 미진할 수 밖에 없고 가입자가 보험자로부터 탈퇴할 수가 없는 Medicaid나 Medicare와 같은 공보험의 경우 과도한 계약수가 인하로 인해 의료서비스의 질이나 접근성이 감소하는 부작용이 우려되었기 때문이다.

### III. 보건의료 분야 사회후생함수 모형

#### 1) 보건의료 분야의 일반적인 사회후생함수

각 개인이 누리는 편익은 결합되어 사회후생함수(Social Welfare Functional)를 통해 사회 전체의 후생수준으로 표현될 수 있다(Mas-Colell et al., 1995). <식 1>은 보건의료분야의 가중공리주의(Weighted Utilitarianism) 사회후생함수로서  $U_i^C$ 는 의료소비자  $i$ 의 후생수준,  $U_j^P$ 는 의료공급자  $j$ 의 후생수준을 나타내고  $n_c, n_p$ 는 각각 현 세대의 의료소비자 수, 현 세대의 의료공급자 수를,  $n_c^t, n_p^t$ 는 각각 미래 세대인  $t(\geq 2)$ 세대의 의료소비자 및 공급자 수를 가리킨다. 미래 세대는  $t=2, \dots, T$ 까지 존재한다고 가정한다. 또한  $\lambda_i, \lambda_j$ 는 각각 의료소비자  $i$ , 의료공급자  $j$ 의 후생이 전체 사회 후생에서 차지하는 비중을 나타내며  $\delta^t$ 는 미래세대  $t$ 에 대한 사회적 할인율을 의미하는데 이는 모두 사회계획자(social planner) 또는 정부로 표현될 수 있는 사회 내부의 평가에 의한 것이다.<sup>9)</sup> 한편  $\theta_i, \theta_j, \theta^t$ 는 성경적 가르침에 근거해

8) 요양기관계약제도는 단체계약과 개별계약으로 나누어지는데 미국이나 유럽 국가의 selective contracting은 주로 개별 계약을 의미하는 경우가 많다. 그러나 이는 그동안 antitrust policy 차원에서 의료공급자의 단체협상을 억제함에 따라 selective contracting의 병원연합제(hospital consolidation) 등이 계약 당사자로서 나서지 못한 연유에 따른 것이다. 미국에서는 Texas주 등에서 관리 의료보험자에 대해 의사들의 collective bargaining을 허용하기 시작했다(Bamezai et al., 2003).

의료소비자  $i$ , 의료공급자  $j$ , 미래세대  $t$ 의 후생에 대한 사회적 비중을 다시 평가하는 재평가지수이다.<sup>10)</sup> 이때  $\theta_i > 1$ 는 성경적 가르침을 고려할 경우 의료소비자  $i$ 는 사회적으로 평가받는 비중보다 더 높은 가중치가 주어져야 함을 의미한다.<sup>11)</sup>

<식 1> 보건의료분야 사회후생 구조의 일반적인 형태

$$Social\ Welfare = \sum_{i=1}^{n_c} \theta_i \lambda_i U_i^C + \sum_{j=1}^{n_p} \theta_j \lambda_j U_j^P + \sum_{t=2}^T \theta^t \delta^t \left( \sum_{i_t}^{n_c^t} \theta_{i_t} \lambda_{i_t} U_{i_t}^C + \sum_{j_t}^{n_p^t} \theta_{j_t} \lambda_{j_t} U_{j_t}^P \right)$$

이때 <식 1>의  $\sum_{t=2}^T \theta^t \delta^t \left( \sum_{i_t}^{n_c^t} \theta_{i_t} \lambda_{i_t} U_{i_t}^C + \sum_{j_t}^{n_p^t} \theta_{j_t} \lambda_{j_t} U_{j_t}^P \right)$  부분은 요양기관당연지정제도 또는 요양기관계약제도 선택 시 각각의 제도 하에서 기술발전 등을 통해 미래세대에 발생하게 되는 후생효과를 반영한 것이다.

## 2) 보건의료 분야의 단순화된 사회후생함수

이때 분석의 편의를 위해 현 세대를 포함한 모든 세대의 의료소비자  $i_t, t = 1, \dots, T$ 를 두 집단으로 분류한다; 고급, 맞춤형 의료서비스 또는 난이도가 높은 의료서비스를 원하면서 이를 위해 보다 높은 진료비를 기꺼이 부담하고자 하는 집단을  $H$ 계층으로, 일반적인 수준의 의료서비스를 원하며 난이도가 높은 의료서비스 이용 가능성을 낮게 평가해 이를 위한 추가 진료비 부담을 꺼리는 집단을  $L$ 계층으로 표현한다. 우리는 이를 현재의 요양기관당연지정제와 관련해  $H$ 계층은 요양기관계약제를 선호하고  $L$ 계층은 현재의 요양기관당연지정제를 선호한다고 가정한다. 의료공급자  $j_t, t = 1, \dots, T$  역시 분석의 편의를 위해 두 집단으로 분류한다; 국민건강보험공단에서 보장하지 않는 비급여항목의 의료서비스 제공에 집중하거나 급여항목의 의료서비스의 경우 보다 높은 수준의 의료서비스를 제공하기 위해 국민건강보험공단과의 요양기관 계약을 하기 원하는 의료공급자집단을  $N$ , 그리고 국민건강보험공단과의 요양기관계약을 원하는 의료공급자집단을  $M$ 이라고 표기한다. 이상과 같은 의료소비자 및 의료공급자에 대한 분류를 통해 우리는 <식 1>을 다음과 같이 <식 2>로 표현할 수 있다.

9) 이 세상의 종말을 고려하지 않을 경우 마지막 세대의 존재 시기인  $T$ 는  $T \rightarrow \infty$ 가 되지만  $\delta < 1$ 인 이상  $\delta^T \rightarrow 0$ 가 되어  $\delta^T \left( \sum_{i_T}^{n_c^T} \theta_{i_T} \lambda_{i_T} U_{i_T}^C + \sum_{j_T}^{n_p^T} \theta_{j_T} \lambda_{j_T} U_{j_T}^P \right) \rightarrow 0$ 이 되므로  $\sum_{i=1}^{n_c} \theta_i \lambda_i U_i^C + \sum_{j=1}^{n_p} \theta_j \lambda_j U_j^P + \sum_{t=2}^T \theta^t \delta^t \left( \sum_{i_t}^{n_c^t} \theta_{i_t} \lambda_{i_t} U_{i_t}^C + \sum_{j_t}^{n_p^t} \theta_{j_t} \lambda_{j_t} U_{j_t}^P \right) < \infty$

이 성립된다. 한편 세상의 종말을 고려해  $T < \infty$ 라 놓을 경우  $\sum_{t=2}^T \theta^t \delta^t \left( \sum_{i_t}^{n_c^t} \theta_{i_t} \lambda_{i_t} U_{i_t}^C + \sum_{j_t}^{n_p^t} \theta_{j_t} \lambda_{j_t} U_{j_t}^P \right) < \infty$ 가 되고 이

에 따라 역시  $\sum_{i=1}^{n_c} \theta_i \lambda_i U_i^C + \sum_{j=1}^{n_p} \theta_j \lambda_j U_j^P + \sum_{t=2}^T \theta^t \delta^t \left( \sum_{i_t}^{n_c^t} \theta_{i_t} \lambda_{i_t} U_{i_t}^C + \sum_{j_t}^{n_p^t} \theta_{j_t} \lambda_{j_t} U_{j_t}^P \right) < \infty$ 의 결론을 얻을 수 있다.

10) 기독교세계관에 바탕한 사회적 재평가 지수의 설정은 재화 및 서비스의 소비 외에 정서적 안정감, 선택 가능성 등 비물질적 가치를 후생의 구성요소로 포함시키는 초후생주의적 접근(extra-welfarist; Culyer, 1991)과도 궤를 같이 한다고 볼 수 있다.

11) 성경적 가르침을 고려하지 않는 일반 사회후생함수의 경우  $\theta_i = \theta_j = \theta^t = 1$ 이 되어 <식 1>은

$$\sum_{i=1}^{n_c} \lambda_i U_i^C + \sum_{j=1}^{n_p} \lambda_j U_j^P + \sum_{t=2}^T \delta^t \left( \sum_{i_t}^{n_c^t} \lambda_{i_t} U_{i_t}^C + \sum_{j_t}^{n_p^t} \lambda_{j_t} U_{j_t}^P \right) \text{으로 표현된다.}$$



<식 2> 보건의료분야 사회후생 구조의 단순화된 형태

$$Social\ Welfare = \sum_i^{H,L} \theta_i \lambda_i U_i^C + \sum_j^{I,IN} \theta_j \lambda_j U_j^P + \sum_{t=2}^T \theta^t \delta^t \left( \sum_i^{H,L} \theta_i \lambda_i U_i^C + \sum_j^{I,IN} \theta_j \lambda_j U_j^P \right)$$

이제 요양기관당연지정제와 요양기관계약제 하에서의 사회후생수준을 비교하기 위해  $U_i^C$  와  $U_j^P$  가 *State*(상태)  $\in \{SC, NC\}$ 의 함수인 것을 고려한다. 이때 *SC* 는 *Selective Contracting*, 즉 요양기관계약제를, *NC* 는 *No Contracting*, 즉 요양기관당연지정제를 의미한다. 따라서 *State*가 *SC* 인지, *NC* 인지에 따라 각 세대에 있어  $U_i^C$  와  $U_j^P$  가 달라지게 되고 이에 따라 결국 <식 2> 상에서 전체 사회후생수준이 달라지게 된다.  $U_i^C$  와  $U_j^P$  가 *State* 의 함수인 것을 명시적으로 표현하기 위해  $State \in \{SC, NC\}$ 는 *s*로,  $U_i^C$  는  $U_i^C(s)$ 로,  $U_j^P$ 는  $U_j^P(s)$ 로 표기할 경우 <식 2>는 <식 3>과 같이 표현될 수 있다.

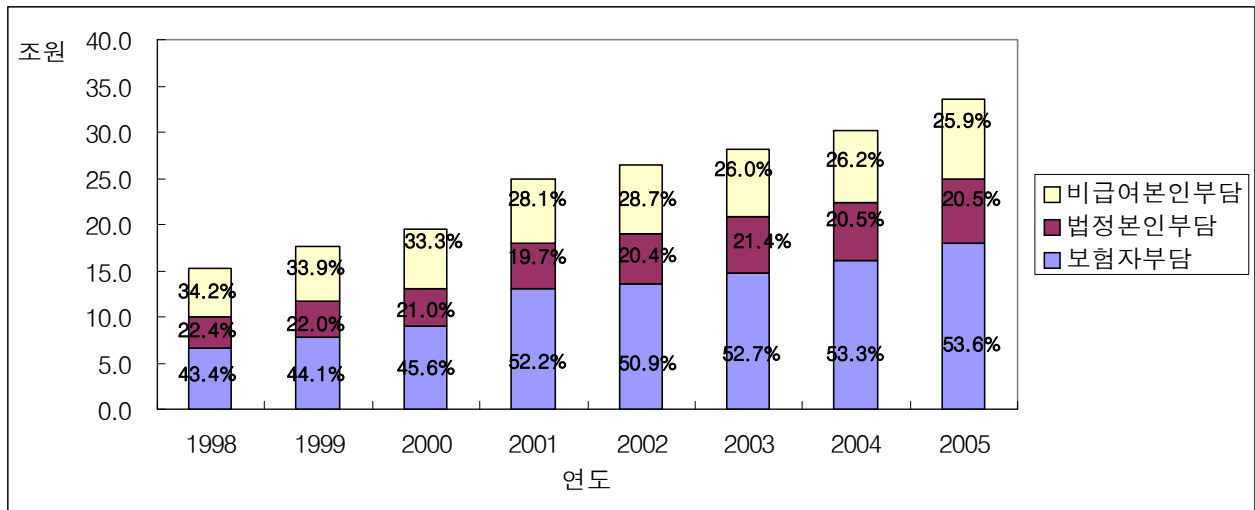
<식 3> 요양기관당연지정제 또는 요양기관계약제 하 사회후생 구조의 단순화된 형태

$$Social\ Welfare(s)|_{s \in \{SC, NC\}} = \sum_i^{H,L} \theta_i \lambda_i U_i^C(s) + \sum_j^{I,IN} \theta_j \lambda_j U_j^P(s) + \sum_{t=2}^T \theta^t \delta^t \left( \sum_i^{H,L} \theta_i \lambda_i U_i^C(s) + \sum_j^{I,IN} \theta_j \lambda_j U_j^P(s) \right)$$

#### IV. 요양기관당연지정제도 관련 주요 쟁점 및 사회후생효과 분석

##### 1. 요양기관당연지정제도 - 단일 수가규제로 인한 의료자원배분의 효율성 저하

요양기관당연지정제도는 결과적으로 국내 모든 의료기관들이 국민건강보험의 수가규제를 받도록 함으로써 건강보험 의료수가구조의 자원배분기능 왜곡문제가 의료서비스 시장 전체로 확대되는 부작용을 낳고 있다. 특히 국민건강보험의 급여항목 확대에 따라 국민건강보험의 비급여항목은 지속적으로 감소되어 왔는데 이러한 의료보장의 강화는 보장성 강화 측면에서는 매우 바람직한 현상으로 평가되지만 다른 한편으로는 수가규제로 인한 자원배분 왜곡 문제를 더욱 확대시키는 문제를 야기한다(권순만 이주선, 2005 : <그림 4> 참조)



자료: 정형선·신봉구(2006).

<그림 4> 전체의료기관 건강보험급여율의 변화 추이(1998-2005년)

### (1) 자원기준상대가치체계(RBRVS)의 근본적인 한계점

전술한 바와 같이 현행 국민건강보험의 의료수가체계가 기반을 두고 있는 자원기준상대가치체계(RBRVS)제도는 여러 진료행위 항목별 상대가치점수를 산정한 다음 진료행위별 빈도수를 감안해 환산지수를 결정하여 진료행위항목별 의료수가를 산출하고 있다. 이때 상대가치점수는 의사의 업무량 등 투입비용에 근거해 적정 상환비용을 산출하는 것으로서 근본적으로 의료서비스에 대한 소비자의 평가는 가치 산정과정에서 충분히 고려되지 못하게 된다. 따라서 완전경쟁시장에서 공급자의 이윤이 정상이윤수준에 머물러 있는 특수한 경우에는 정태적 효율성을 담보할 수 있으나 그렇지 않은 일반적인 경우에는 가치결정에 왜곡이 발생하게 된다(권순만, 1998). 또한 본래 간접비 비중이 적은 개원 의사의 서비스를 산정하기 위해 개발된 미국의 RBRVS와 달리 우리나라의 상대가치점수체계는 간접비 비중이 높은 병원 수가를 포함하고 있다는 문제도 있다. 병원의 규모 및 특성에 따라 간접비 비중이 다양할 수 있으므로 어떤 유형의 병원을 기준으로 하는가에 따라 책정된 의료수가가 실제 한계생산비용과 차이가 있을 수 있기 때문이다. 뿐만 아니라 자원기준 상대가치수가제도는 수가 책정의 근본 개념상 의료공급자에게 기술혁신 유인을 제공하는 데 한계가 있다는 문제도 있다. 공급자는 정상이윤만이 확보되는 시장에 머물기보다는 초과이윤이 보장되는 지위를 확보할 수 있는 새로운 시장을 창출하기 위해 기술혁신을 하게 된다(Porter, 1985). 하지만 자원기준 상대가치수가제도는 정상이윤만을 보장해 주는 것으로 하기 때문에 초과이윤을 창출할 수 있는 신기술을 얻기 위한 혁신 노력에는 부정적인 영향을 미치게 된다.

한편 요양기관계약제의 경우에도 국민건강보험공단 외 다른 민간보험자가 자원기준상대가치체계 또는 포괄수가제 등을 통해 의료수가를 책정하고자 하게 된다. 그러나 각 보험자 별로 의사업무량 및 위험도, 자원투입량 등에 대한 구체적인 산정기준이 다를 수 있고 특히 진료행위의 구체적 내용에 있어 국민건강보험공단에서 규정한 내용과 다를 경우 의료수가가 그 내용의 차이를 보다 정밀하게 반영할 여지가 있다. 특히 관련 분야에 대한 의학적, 전문적 평가가 다양하게 존재하더라도 요양기관당연지정제도 하에서는 이 가운데 특정 평가만 의료수가 산정에 반영할 수밖에 없다는 한계가 있으나 요양기관계약제 하에서 보다 여러 보험자가 다양한 전문가의 의견을 반영한 다양한 의료수가를 선정하여 제시할 수도 있다.

또한 의료소비자의 선호의 다양성은 하나님의 창조 섭리에 따른 자연적인 현상이라고 볼 수 있다(창 1:11 - 25). 하나님께서는 여러 종류의 생물을 창조하셨을 때 각기 그 종류대로 창조하셨고 이러한 창조의 섭리는 인간 내의 다양성에도

적용될 수 있다. 비록 인간의 효용체계가 최악된 본성에 의해 훼손되었다 하더라도 서로 다른 수준의 의료서비스에 대한 선호수준이 다르거나 질병발생구조의 차이는 근본적으로 개별 인간의 다양성을 배경으로 하고 있고 이것은 인간에 대한 창조섭리를 반영하고 있는 것이다. 반면 요양기관당연지정제도의 경우 단일수가를 제시할 수밖에 없으므로 하나님의 창조섭리에 따른 인간의 다양성과 이에 바탕한 고급 및 맞춤형 의료서비스 수요를 억제할 수밖에 없는 구조적인 한계를 가지고 있는 것이다. 따라서 우리는

$$\sum_{t=1}^T \theta^t \delta^t (\theta_{tH} \lambda_{tH} U_{tH}^C(SC) + \theta_{tH} \lambda_{tN} U_{tN}^P(SC)) \geq \sum_{t=1}^T \theta^t \delta^t (\theta_{tH} \lambda_{tH} U_{tH}^C(NC) + \theta_{tH} \lambda_{tN} U_{tN}^P(NC)) \text{의 후생}$$

차이가 있을 수 있음을 알 수 있다.<sup>12)</sup>

## (2) 전공의 인력의 특정 과목 편중 현상

일반적인 상품시장의 경우 생산비용 수준에 차이가 있고 상품이 주는 편익가치 등에 있어서도 차이가 있을 경우 다른 상품으로 간주되어 가격이 다른 것이 일반적이다. 그러나 의료서비스 시장의 경우 의료공급자에 의해 실질적으로 의료수익을 얻기 위한 도구로 활용될 수 있다는 점, 보험자의 비용통제 필요성 등에 의해 이와 같은 상품의 차이가 인정되지 않는 경우가 많다. 국민건강보험의 경우에도 의료소비자의 평가가 다를 수 있는 상이한 수준의 의료서비스에 대해서도 동일한 의료수가를 적용하고 있다. 비록 의료수기수준에 있어 의료기관 종별 차이가 있고 특진료 등을 통해 서비스수준 차이가 일부 수가에 반영되기도 하지만 의료공급자 간 지식과 경험 차이를 제대로 반영하지 못하는 현행 수가 체계로 인해 의료서비스 질의 개선을 위한 노력을 유인하기 어려울 뿐만 아니라 장기적으로 질적 차이에 대한 보상이 충분하지 않은 의료서비스 부문의 자원부족 문제를 야기할 수 있다.

특히 국민건강보험의 수가통제 분야가 많은 의료서비스항목의 진료과목보다는 수가통제 적용분야가 적은 의료서비스항목의 진료과목으로 전공의인력이 몰리는 현상이 지속되고 있다. <표 1>은 2001년 이후 전문의 전공과목별 지원율을 상호 비교해 보여주고 있는데, 담당 진료영역 가운데 비급여 부분이 많아 고소득 수입이 예상되고 근무여건도 양호한 것으로 평가되는 피부과, 성형외과, 안과, 이비인후과 등으로 전공의 지원이 집중되는 것을 알 수 있다. 과거 major과로 인정받았던 외과, 산부인과 등은 과거보다 지원율이 감소함으로써 장기적으로 의료인력의 균형적인 양성이 어려울 것으로 예상되고 있다. 이와 같은 의료인력자원 배분의 불균형 현상은 현행 의료수가체계가 진료과목별 근무조건 차이, 의료사고의 위험도 등을 충분히 반영하지 못하고 있기 때문에 발생하고 있다.

<표 1> 전문과목별 전공의 지원율(6년 평균 : 2001 - 2006)

(단위: %)

과목명	6년 평균 (2001~2006)	과목명	6년 평균 (2001~2006)
피부과	203.1	산부인과	106.6
성형외과	178.1	마취통증의학과	101.0
안과	171.8	외과	94.3
정형외과	162.6	진단방사선과	86.2
이비인후과	158.2	응급의학과	82.4
내과	138.6	산업의학과	78.5

12) 한편 상기 식은 요양기관당연지정제도 또는 요양기관계약제의 다른 효과는 고정되어 있다고 가정하고 자원기준상대 가치체계의 한계점과 관련한 양 제도의 후생효과를 의미하는 것이다. 본 절에서 설명하는 기타 각 논쟁 내용 별 후생 효과 비교 역시 이와 마찬가지로 해당 절의 후생효과만을 고려한 것임을 밝힌다.

재활의학과	134.8	핵의학과	76.7
정신과	133.0	방사선종양학과	69.7
비뇨기과	126.9	병리과	62.2
가정의학과	116.3	흉부외과	62.0
신경과	115.1	진단검사의학과	60.1
신경외과	111.4	예방의학과	34.4
소아과	111.0	결핵과	22.0

자료: 최금숙(2006)의 표를 참고로 하여 재작성.

이와 같은 진료과목별 전공의 인적 자원 배분의 왜곡은 국민건강보험공단 비급여항목의 의료서비스를 전공으로 하는 의료공급자의 후생수준이 높고 국민건강보험공단 급여항목의 의료서비스를 전공으로 하는 의료공급자의 후생수준이 낮을 수밖에 없는 현행 수가 구조의 문제점을 반영하고 있다. 특정 진료과목에 전공의가 부족할 경우 이는 결국 해당 진료과목 전문의의 감소를 야기하고 이에 따라 향후 해당 전공 분야 환자들은 오랜 대기시간과 상대적으로 낮은 수준의 의료서비스를 감수해야 하는 문제를 안게 된다.

한편 요양기관계약제의 경우 국민건강보험공단에서 제시하는 급여항목의 의료수가보다 높은 수준의 의료수가를 제시하는 보험자가 존재하고 이에 따라 의료인력의 불균형이 시정된다면 이는 결국 미래세대에서 고급 및 맞춤형 의료서비스를 소비하기 원하는 의료소비자 계층과 국민건강보험공단 외 다른 보험자와 계약하기 원하는 의료공급자집단의 후생이 높아질 수 있다. 또한 장기적으로 해당 진료분야 의료공급자 부족문제가 완화됨으로써 국민건강보험공단과 계약하는 해당 진료분야 의료공급자 역시 증가할 수 있다면 일반적인 의료서비스 선호계층의 후생수준 역시 증가할 수 있다.

또한 요양기관당연지정제도 하에서 의료인력의 불균형이 발생하고 요양기관계약제 하에서 이러한 문제가 완화될 수 있다면 이 역시 창조섭리의 다양성 관점에서

$$\sum_{t=2}^T \theta^t \delta^t \left( \sum_{i_i}^{H,L} \theta_{i_i} \lambda_i U_i^C(SC) + \theta_{tH} \lambda_{tN} U_{tN}^P(SC) \right) \geq \sum_{t=2}^T \theta^t \delta^t \left( \sum_{i_i}^{H,L} \theta_{i_i} \lambda_i U_i^C(NC) + \theta_{tH} \lambda_{tN} U_{tN}^P(NC) \right) \text{의 후생}$$

차이가 있을 수 있음을 알 수 있다.

## 2. 요양기관당연지정제도 - 경쟁 제한에 따른 의료기술 혁신 제한

단일수가체제는 보편적인 의료서비스 공급에는 효과적이지만 의료서비스의 질적 수준 제고를 위한 공급자 간의 경쟁을 유도하는 데는 비효과적이다. 현재 서비스 질적 개선을 위한 공급자의 노력은 환자 수의 증가에 의해 부분적으로 보상되고 있기는 하지만 서비스의 질적 수준을 제고하고자 하는 유인이 매우 제한적일 수밖에 없다. 이와 달리 여러 보험자가 제공하는 다양한 수가체제가 존재하는 가운데 의료공급자가 자신이 원하는 수가체제의 보험자와 계약하기 위해 서비스의 질에 부합되는 서비스를 경쟁적으로 개발하는 경우 의료기술 혁신이 보다 활성화될 수 있고 이는 결국 소비자 후생의 증가로 연결된다. 그러나 현행 요양기관당연지정제는 국민건강보험의 단일수가체제를 모든 의료공급자에게 강제 적용함으로써 다양한 의료수가체제에 대한 경쟁 활성화와 이에 따른 후생증가효과를 기대하기 어렵다.

또한 현행 의료수가체제는 소비자의 평가나 연관 기술의 발달과 같은 환경 변화를 적절히 반영하기 어렵다는 문제점도 있다.<sup>13)</sup> 만약 의료서비스시장에서 수요와 공급에 의한 가격기능이 작동한다면 특정 의료서비스에 대한 의료소비자

13) 특정 시점에서 해당 진료 분야의 의료서비스시장이 완전경쟁에 가까워 한계비용에 정상이윤이 부가된 의료수가를 도출할 수 있고 이러한 의료수가에 의한 자원배분이 정태적 효율성을 가져다 줄 수 있는 경우라 하더라도 소비자의 평가나 연관 기술의 발달과 같은 외생 조건의 변화에 부합되는 동태적 효율성이 담보되지 않을 경우 정태적 효율성

의 평가가 긍정적으로 변화할 때 그러한 소비자의 선호 변화가 관련 의료서비스 시장에서 초과이윤이 발생할 수 있는 높은 수준의 가격을 결과하고 이러한 가격이 장기적으로 공급자의 추가 자원 투입 및 생산을 유도함으로써 시장이 효율적으로 자원배분기능을 하게 된다. 그러나 현행 수가제도하에서는 소비자의 판단이 반영되지 못하므로 원천적으로 소비자의 가치변화에 따른 의료수가조정이 이루어지는 것은 불가능하게 되어 있다.

의료기술 혁신 유인이 작을 경우 이는 향후 미래 세대 의료소비자의 후생수준 증가를 억제할 가능성이 있다. 이는 의료공급자의 기술혁신 유인의 활성화시킬 경우 그 효과는 미래 세대에게 발생하는 가운데 기술혁신 유인에 대한 결정권은 현 세대가 가지고 있는 시점 간 자원배분 구조의 특성에 의해 결정된다. 즉 현 세대 의료소비자의 소비자잉여를 높여  $U_i^C$ 를 높이고자 하는 노력이 결과적으로 미래 세대 의료소비자의 후생수준을 감소시키는 결과를 낳을 수 있는데 이러한 미래 세대에 대한 후생효과는 현 세대에 의해 충분히 내부화(internalize)되지 못함으로써( $\delta^t < 1$  및  $\lambda_i \geq \lambda_{ti}$ ,  $t \geq 2$ ) 현 세대에게 적절한 수준 이상으로 소비자 잉여가 집중되는 현상이 발생할 수도 있다는 것이다. 특히 미래 세대보다 자신 세대의 가치를 높게 여기는( $\delta^t < 1$ ) 현 세대의 이기적인 관점을 극복하고 모든 세대를 동일하게 여기시는( $\theta^t \delta^t = 1, t = 2, \dots, T$ ) 하나님의 관점에 바탕을 두고 사회후생을 증가시킬 필요가 있다.

한편 요양기관계약제의 경우 전술한 바와 같이 여러 보험자가 제공하는 다양한 수가체계가 존재하게 되고 이러한 가운데 의료공급자가 자신이 원하는 수가체계의 보험자와 계약하기 위해 서비스의 질에 부합되는 서비스를 경쟁적으로 개발하게 된다. 또한 고난도 의료기술의 경우에도 국민건강보험공단은 재정 안정성을 위해 급여항목에 포함시키지 못하지만 요양기관계약제 하에서 이를 보장해 주는 보험자가 있을 수 있다. 이 경우 관련 고난도 의료기술이 활용되는 분야의 시장규모가 확대됨으로써 이를 위한 혁신이 보다 활성화된다면 이와 같은 고난도 의료기술을 제공받기 원하는 의료소비자계층과 고난도 의료기술을 제공하기 위해 국민건강보험공단 이외의 보험자와 계약을 원하는 의료공급자 집단의 후생수준은 증가할 것이다. 뿐만 아니라 장기적으로는 이와 같은 고급 또는 맞춤형 의료서비스와 고난도 의료기술의 발전은 일반적인 수준의 의료서비스의 질도 향상시킴으로써 일반적인 의료서비스선호계층의 후생수준 역시 증가할 수 있다. 다만 이와 같은 의료기술 발전에 따른 일반적인 의료서비스 질의 향상은 장기적인 효과로서 가능하다고 볼 수 있으므로 현 세대에서 일반적인 의료서비스 선호 계층은 그러한 효과를 누리기 어렵게 된다. 따라서

$$\theta_N \lambda_N U_N^P(SC) + \sum_{t=2}^T \theta^t \delta^t \left( \sum_{i_i}^{HL} \theta_i \lambda_i U_i^C(SC) + \theta_{tH} \lambda U_{tN}^P(SC) \right) \geq \theta_N \lambda_N U_N^P(NC) + \sum_{t=2}^T \delta^t \left( \sum_{i_i}^{HL} \theta_i \lambda_i U_i^C(NC) + \theta_{tH} \lambda U_{tN}^P(NC) \right) \text{의 후생차이가 있음을 알 수 있다.}$$

### 3. 요양기관당연지정제도 - 요양기관 서비스의 적정 질 관리의 어려움

현행 요양기관당연지정제도는 모든 의료기관을 건강보험 요양기관으로 지정함으로써 모든 의료기관이 건강보험 환자를 진료할 수 있도록 제도적으로 허용하고 있는데, 이는 보험자가 의료기관과 선별적으로 계약할 수 있는 여지를 없애고 있다. 보험자 입장에서는 의료기술수준과 의료서비스의 질이 낮은 의료기관, 과다 보험 청구 경향이 큰 의료기관 등은 선별적으로 배제하는 것이 바람직하나 현 요양기관당연지정제도는 그러한 선택적 계약(selective contracting)을 허용하지 않고 있는 것이다. 이에 따라 현 요양기관당연지정제하에서는 보험자가 요양기관이 적정 수준의 서비스를 제공하도록 통제하는 데 근본적인 한계를 가지게 된다.

따라서 요양기관계약제 하에서 요양기관에서 제공되는 의료서비스의 질 관리가 보다 강화될 수 있다면 이는 일반적인

---

은 그 의미를 상실할 수 있다.

수준의 의료서비스를 선호하는 의료소비자집단의 후생이 증가할 수 있다. 의료서비스의 질 관리가 강화됨으로써 국민건강보험공단과 계약을 맺는 의료공급자 집단의 후생수준이 감소하는 측면이 있을 수 있다. 그러나 이는 적절한 수준 이하의 의료서비스 질을 보여 왔던 일부 의료공급자의 경우이고 이 경우 수입(의료수가)에 비해 의료공급자의 자원 투입이 과소했던 것에 바탕을 둔 것이므로 이러한 의료공급자 후생의 감소는 하나님의 공의의 관점에서 필요하다고 볼 수 있다. 따라서  $\sum_{t=1}^T \theta^t \delta^t (\theta_L \lambda_L U_L^C(SC) + \theta_{IN} \lambda_{IN} U_{IN}^P(SC)) \geq \sum_{t=1}^T \theta^t \delta^t (\theta_L \lambda_L U_L^C(NC) + \theta_{IN} \lambda_{IN} U_{IN}^P(NC))$ 의 후생차이가 있음을 알 수 있다.

#### 4. 요양기관계약제도 - 일반적 수준 의료서비스 선호계층의 고급 의료서비스 소비 기회 감소

요양기관계약제도가 시행될 경우 보다 높은 의료수가를 제시하는 보험자와의 계약을 위해 국민건강보험공단과의 계약을 포기함으로써 국민건강보험공단의 가입자, 즉 일반적인 수준의 의료서비스 선호 계층을 받지 않는 의료공급자는 증가하게 된다. 특히 고급 또는 맞춤형 의료서비스나 고난도 의료기술에 집중하고자 하는 의료공급자 집단 중 국민건강보험공단의 의료소비를 진료하지 않아도 충분한 진료수입을 확보할 수 있다고 판단되는 의료공급자집단, 즉 높은 의료수준의 의료공급자집단이 국민건강보험공단의 요양기관 계약을 하지 않을 가능성이 있다. 이는 요양기관당연지정제 하에서보다 요양기관계약제 하에서는 높은 의료수준의 의료공급자로부터 진료를 받을 가능성이 감소하게 되는 결과를 낳고 이에 따라 국민건강보험공단의 가입자로 남는 일반적인 의료서비스 선호 의료소비자의 후생이 감소할 수 있게 된다.

한편 일반적인 의료서비스 선호 의료소비자 계층 내에서는 최저소득계층 역시 포함되어 있다. 현행 국내 의료보장체제 하에서는 최저생계비 이하의 기초생활보장급여수급자들에게는 의료급여가 거의 무상으로 제공되고 있다. 이때 요양기관당연지정제 하에서 최저소득계층 역시 높은 의료기술의 의료공급자에게 진료를 받을 가능성이 있었으나 요양기관계약제 하에서는 그러한 가능성이 크게 감소할 수 있다. 만약 최태연(2002)에서와 같이 Rawls(1971)의 제2정의의 원리(the difference principle), 즉 사회 내 최저소득계층의 후생수준에 대한 비중을 크게 두는 것이 성경적으로 합당한 것이라면 우리는  $\sum_{t=1}^T \theta^t \delta^t (\theta_{tL} \lambda_{tL} U_{tL}^C(NC)) \geq \sum_{t=1}^T \theta^t \delta^t (\theta_{tL} \lambda_{tL} U_{tL}^C(SC))$ 의 후생차이가 있음을 알 수 있다.

## V. 결론

본 연구는 요양기관당연지정제도 완화와 관련된 정책분석을 위한 기초 연구로서 요양기관당연지정제도와 요양기관계약제 하 사회후생수준의 정성적 분석과 성경적 평가를 시도하였다.

본 연구의 결론은 다음과 같다. 요양기관계약제 하에서 단일수가로 인한 자원배분의 비효율성이 개선될 수 있고 이에 따라 고급, 맞춤형, 고난도의료기술을 선호하는 의료소비자집단의 후생과 이를 제공하는 의료공급자집단의 후생이 전 세대에 걸쳐 증가할 수 있으며 특히 창조적 다양성의 섭리를 고려할 때 성경적 사회후생 역시 증가하는 것을 볼 수 있다. 또한 요양기관계약제 하에서는 의료기술의 혁신이 활성화될 수 있고 이에 따라 고급, 맞춤형, 고난도의료기술을 제공하는 의료공급자집단의 후생이 전 세대에 걸쳐 증가할 수 있으며 미래의 의료소비자 역시 후생이 증가한다. 특히 미래세대의 경우 일반적인 수준의 의료서비스 선호 의료소비자집단의 후생 역시 의료기술 혁신의 혜택을 볼 수 있고 이는

미래 세대의 후생을 현 세대와 동일한 비중으로 보시는 하나님의 공의의 관점에서 후생증가는 더욱 의미를 가진다고 하겠다. 셋째 요양기관계약제 하에서는 요양기관 의료서비스의 질 관리가 보다 강화될 수 있으며 이에 따라 일반적인 의료서비스 수준을 선호하는 의료소비자 집단의 후생이 증가할 수 있다. 일부 낮은 질의 의료서비스를 공급했던 의료공급자 집단의 후생이 감소할 수 있으나 하나님의 공의의 관점에서 이러한 후생 감소는 낮은 사회적 비중이 주어져야 하므로 전체적인 후생은 증가한다고 볼 수 있다. 마지막으로 요양기관계약제 하에서는 높은 수준의 의료공급자 집단 중 일부가 국민건강보험공단과의 요양기관 계약을 하지 않음으로써 결과적으로 일반적인 의료서비스 선호 의료소비자 집단의 후생이 감소할 수 있다. 최저소득집단 역시 이와 같은 후생 감소를 겪을 수 있는데 최저소득집단의 후생감소가 크고 이에 대한 성경적 평가가 크다면 이는 요양기관계약제 하에서 성경적으로 재평가한 사회후생은 크게 감소한다고 볼 수 있다.

이에 따라 요양기관계약제 하에서는 고급, 맞춤형, 고난도의료기술을 선호하는 의료소비자집단 및 이를 제공하는 의료공급자 집단의 사회적 후생 및 이에 대해 성경적으로 평가한 후생은 크게 증가하게 되고 일반적인 의료서비스 수준을 선호하는 의료소비자 집단 역시 미래계층의 경우 상반되는 효과가 있으나 후생수준이 증가할 가능성이 있다. 그러나 일반적인 의료서비스 수준을 선호하는 의료소비자 집단 중 현 세대의 경우 사회적 후생 및 이에 대해 성경적으로 재평가한 후생은 감소하게 된다.

이와 같은 결과는 향후 요양기관계약제가 시행될 경우 일반적인 의료서비스 수준을 선호하는 현 세대 의료소비자 집단의 후생 감소를 보완할 수 있도록 후생 증가가 현저한 고급, 맞춤형, 고난도의료기술을 선호하는 의료소비자집단 및 이를 제공하는 의료공급자 집단으로부터 의료소비세 등을 통한 적절한 소득 이전이 바람직할 수 있다는 사실을 시사한다. 또한 최저소득계층의 후생감소에 대한 사회적 평가보다 성경적 평가가 보다 크다고 볼 때 최저소득계층의 후생감소를 보완할 수 있는 공공의료기관의 확충이나 기독교계통 의료기관의 참여 등 기타 제도적 장치가 보완될 필요성을 시사하고 있다.

본 연구는 요양기관당연지정제의 완화와 관련된 주요 쟁점에 대한 사회후생 분석 및 이에 대한 성경적 재평가를 통해 정성적 결론을 도출하고자 하였다. 그러나 정성적 분석이라는 한계와 본 연구에서 고찰한 보건의료분야의 사회후생모형이 기본적으로 사회 내 다른 분야와의 관계는 고려하지 못한 부분모형이라는 한계를 가진다. 향후 본 연구가 요양기관당연지정제에 대한 보다 정교한 정성적 분석 및 이를 근거로 한 정량적 분석을 위한 참고자료로 활용되어 요양기관당연지정제 완화 시 성경적으로 가장 바람직한 내용의 정책이 형성되는 데 기여할 수 있기를 바란다.

## 참고문헌

- 감신(2007), “요양기관지정제의 유지”, 『건강보험요양기관과 보험자의 관계: 지정제와 계약제』, 2007년도 한국보건경제정책학회 정책 토론회 자료집, pp.65-90.
- 감신(2008), “건강보험 요양기관계약제의 가능조건”, 건강세상네트워크 시민건강증진연구소 Issue Paper 08-2.
- 국회입법조사처(2009), 『2009 입법 및 정책 현안과제』.
- 권순만(1998), “의료서비스 가격결정을 위한 자원기준상대가치체계(RBRVS)의 비판적 고찰”, 『보건경제연구』, 4, pp.56-68.
- 권순만 이주선 (2005), 『의료체계 경쟁력 강화를 위한 규제개혁 방안 연구』, 한국경제연구원.
- 김기성 (2002), 『요양기관 강제지정제도에 대한 의식조사 및 개선방안』, 연세대학교 보건대학원 석사학위논문.
- 김진현 외 (2008), 『2008년도 유형별 환산지수』, 국민건강보험공단 서울대학교.
- 이규식 정기택 김철중 (2008), “네덜란드의 의료개혁에 관한 연구 - 관리된 경쟁 모형”, 『사회보장연구』, 24(4), pp. 229-253.
- 이우성(2002), “기독교 경제학에 대한 역사적 소고”, 『신앙과 학문』, 6(2), pp. 43-73.
- 의료정책연구소, 『건강보험 계약제의 도입방안』, 대한의사협회, 2008.
- 정형산신봉구, 「건강보험급여율의 경시적 변화와 의료보장성의 국가 간 차이」, 『사회보장연구』, Vol. 22, No. 4, 2006, pp.27~48.
- 최금숙, 「전공의 수련현황 및 개선방향」, 『대한병원협회지』, Vol. 35, No. 7, Jul. Aug 2006, pp.41~56.
- 최병호, “요양기관계약제 도입 검토”, 『건강보험요양기관과 보험자의 관계: 지정제와 계약제』, 2007년도 한국보건경제정책학회 정책 토론회 자료집, 2007, pp.2~62.
- 최태연 (2002), “경제원리에 대한 기독교 철학적 논의”, 『신앙과 학문』, 7(2), pp. 154-179.
- 홍석표 (2008), “민간의료보험 관리의 외국사례”, 『보건복지포럼』, 한국보건사회연구원, pp 86~94.
- 황희연 (2009), “성경적 경제학의 재구축을 위한 새로운 인식 체계의 제안”, 『신앙과 학문』, 14(1), 발간예정.
- Banezai, A., Zwanziger, J., Melnick, G., & Mann, J. "Price competition and hospital cost growth in the United States(1989-94)," *Health Economics*, 8, 1999, 233-243.
- Banezai, A., Melnick, G., Mann, J. & Zwanziger, J., "Hospital Selective Contracting without Consumer Choice : What Can We Learn from Medi-Cal?," *Journal of Policy Analysis and Management*, Vol. 22, No. 1, 2003, 65-84.
- Cortz, K., "Focused firms and the incentive to innovate," *Journal of Economics and Management Strategy*, 9, 2000, 339-362.
- Culyer, A.(1991), "The Normative Economics of Health Care Finance and Provision," *Providing Health Care : the Economics of Alternative Systems of Finance and Delivery*, New York, Oxford University Press.
- Dranove, D., Satterthwaite, M., & Sindelar, J., "The effect of injecting price competition into the hospital market : The case of preferred provider organizations," *Inquiry*, 23, 1986, 419-431.
- Folland, S., Goodman, A., & Stano, M., *The Economics of Health and Healthcare*, Prentice Hall, 2005.
- Hay, D.(1989) *Economics Today : A Christian Critique*, Leicester, UK : Inter Varsity Press.
- Mas-Colell, A., Whinston, M., and Green, J. (1995), *Microeconomic Theory*, New York, Oxford University Press.



- Melnick, G.A., & Zwanziger, J. "Hospital behavior under competition and cost containment policies : The California experience, 1980 to 1985," *Journal of the American Medical Association*, 260, 1988, 2669-2675.
- Melnick, G.A., & Zwanziger, J. "State health care expenditures under competition and regulation, 1980 through 1991," *American Journal of Public Health*, 85, 1995, 1391-1396.
- Porter, M., "Competitive Advantage," Free Press, New York, 1985.
- Rawls, J., "A Theory of Justice", Harvard Publishing House, Cambridge, 1971.
- Shaked, A., & Sutton, J., "Relaxing price competition through product differentiation", *Review of Economic Studies*, 48, 1982, 3-13.
- Shaked, A., & Sutton, J., "Natural Oligopolies", *Econometrica*, 51, 1983, 1469-1483.
- Zwanziger, J., & Melnick, G.A. "The effects of hospital competition and the Medicare PPS program on hospital cost behavior in California," *Journal of Health Economics*, 7, 1988, 301-320.
- Zwanziger, J., Melnick, G.A., & Bamezai, A. "California providers adjust to increasing price competition," In Helms (Ed.), *Health policy reform: Competition and controls*, Washington, DC: American Enterprise Institute. 1993, 241-258.