

한 시설과 인력을 확보하지 못하여 교육의 질이 심각한 문제로 대두되고 있으며 전공의의 수련과정에 있어서도 전반적인 질 향상 및 관리방안이 강구되어야 함.

7. 의료서비스 수준의 제고 및 질 관리

• 양질의 의료서비스를 제공하고 질 관리를 위해서는 의료기관의 신입제도 도입, 의료기관 평가전담 기구 설립 및 평가방법 개선, 새로운 의료기술 인정체계를 구축하여야 할 것임.

8. 건강보험제도 개선

• 보험수가수준의 현실화, 보험수가구조의 개편, 보험급여범위 개편, 진료비 심사 개선, 적정 자원 조달방안, 의료보호제도 개선 등을 통하여 근본적인 건강보험체계를 개선하여야 함.

의료보험 정책과 의료 경영

권 순 만 / 서울대학교 보건대학원 보건정책관리학과 교수

I. 머리말

의약분업을 계기로 시작된 의사파업으로 우리나라 보건의료제도 및 의료보험정책의 문제점에 대한 관심이 높아지고 이에 대한 논의 역시 증가하고 있다. 우리나라는 의료보험에 도입된 후 아주 짧은 기간에 전국민의료보험을 달성하였지만 급여의 수준이 제한적이어서 환자들의 본인부담액이 크고, 현실에서도 볼 수 있듯이 국민의 의료보장이란 측면에서 많은 한계를 가지고 있다. 소비자뿐 아니라 공급자 역시 수가통제, 진료비 심사 등에 관해 큰 불만을 가지고 있다. 공급자인 의사는 의권확립을 요구하고 있고, 소비자의 권리에 대한 논의는 이미 실증된 지 오래이며, 정책요구에 비해 의료기관의 경영효율화에 대한 관심은 상대적으로 적은 실정이다.

우리나라 의료제도의 후진성은 세계보건기구(WHO)가 건강의 수준과 그 분포, 소비자 만족의 수준과 그 분포 그리고 의료비용 부담의 형평성이라는 기준을 중심으로 각국의 보건의료제도를 평

가한 보고서에서 우리나라의 순위가 191개 국가 중 58위로 나타난 것에서도 쉽게 드러난다. 하지만 일각에서 주장하듯이 보건의료에 대한 투자나 지출의 확대가 곧 의료의 선진화로 이어지는 것은 아니다. 국민일인당 의료비 지출이 가장 높은 미국이 37위로 평가된 것이나, 우리나라 역시 의료비지출의 수준은 31위이지만 전체적 순위는 58위에 그친 것을 보면 잘 알 수 있다.

따라서 재정적 투자 외에도 보건의료자원을 효율적으로 그리고 형평적으로 활용하는 보건의료정책과 함께 보건의료산업의 경영성과 제고가 뒷받침되어야 할 것이다. 본 논문에서는 우리나라 의료보험 정책 중 가급적 치과치료와 관련이 있는 부문을 중심으로 그 의미와 발전 방향을 논의하고, 보건의료 전반적인 그리고 치과치료 부문과 직접적인 관련이 있는 경영의 이슈들을 함께 논의하고자 한다.

II. 의료보험 정책의 방향

1. 의사 파업과 의료보험 재정

의약분업 관련한 의사들의 장기간에 걸친 파업은 우리 사회에 많은 영향을 주었다. 이는 삶의 질에 가장 직접적이고 중대한 영향을 미치는 건강문제와 관련한 정부정책의 중요성을 일반 국민들에게 상기시키는 계기가 된 것 역시 사실이다. 의사 파업으로 인하여 정부는 의료공급자에 대한 경제적 보상을 증가시킬 가능성이 높지만 그만큼 의료보험재정과 정부의 재정 압박은 커질 것이다. 정부의 재정 지원을 증가시키는 것 역시 보건의료가 아닌 다른 분야(예, 교육, 국방, 경제 등)에 대한 정부재정의 상대적 감소가 수반되지 않는 한 이는 결국 조세의 증가를 통해서만 가능하므로 보험료의 인상과 다를 바 없다.

간접세의 비중이 높아서 조세의 소득 재분배효과가 낮은 우리나라의 현실을 고려하면, 조세의 증가를 통해 의료보험 재원을 조달하는 방법과 의료보험료의 증가를 통한 방법 중 형평성이 큰 방법을 선택하는 것이 큰 관건이 될 것이다. 또 의료에 대한 국민의 관심이 증대됨에 따라 보험료 인상에 대한 관심 역시 높

아질 것이고 나아가 의료보험이 통합됨에 따라 보험료 수준의 변화가 더욱 정치·경제적 과정을 거치게 될 것이다. 따라서 향후 보험료 인상의 정당성이나 수준, 절차 등에 대한 사회적 합의 과정이 더욱 중요해 질 것이다.

의료보험료의 인상 혹은 정부 재정 지원에 의한 보건 의료 지출증가가 보건 의료의 모든 분야에 해당될 지 아니면 재정압박을 줄이기 위한 의료계 지원을 강화하는 대신 치과, 한방 등의 분야는 상대적으로 지원을 증가시키지 않을 지는 분명하지 않다. 다만 정부는 국가의 전체 의료비보다는 공공분야에 속한 의료보험진료비에 더 관심을 가지므로 보험의 영역이 상대적으로 적은 치과, 한방에 대해서는 지원의 상대적 몫을 더 줄이려 할 수도 있다.

2. 의료보험 수가

의료보험 수가에 대한 가장 큰 논란은 수가의 수준이지만 그와 동시에 각 의료 행위 항목간 수가의 심한 불균형 역시 많은 비판을 받아왔다. 수가 항목간 불균형은 비교적 수가가 높은 의료서비스가 과다하게 제공되고, 반대로 낮은 수가의 서비스는 상대적으로 과소하게 제공되는 왜곡현상을 가져온 것이 사실이다. 이는 더 나아가 수가가 높은 의료서비스를 제공하는 분야에 대해서는 전문의 수련 지원이 몰리고 반대의 경우에는 전문의 수련 지원이 줄어드는, 전문과별 의료인력의 왜곡까지 야기하였다. 의료와 치과의료 사이에 존재하는 수가 체계의 불합리성 또한 비판이 제기되어 왔다.

자원기준상대가치(RBRV : Resource-Based Relative Value)체계는, 미국에서 메디케어(Medicare) 환자의 의사서비스에 대한 지불제도로서 여러 의료서비스 가격간 불균형이 존재한다는 믿음 아래 상대가치의 개발을 통해 수가 구조상의

왜곡을 시정하고자 한 것이다.¹⁾

의료서비스의 가치를 결정하는데는 여러 방법이 있을 수 있겠으나 자원기준 상대가치체계는 의료공급자가 의료서비스의 생산에 투입한 자원을 근거로 상대가치를 개발하는 것이다. 따라서 측정된 투입자원량이 같은 서비스의 가치 즉 서비스의 가격이 동일하게 결정된다. 자원기준 상대가치의 가장 중요한 두 가지 요소는 상대가치점수와 환산지수(점수당 단가)이다. 일단 투입된 자원을 기준으로 진료행위별 상대가치점수(의사업무량 + 진료비용²⁾가 정해지면 여기에 환산지수를 곱함으로써 그 진료행위의 가격이 결정된다. 환산지수는 수가의 수준과 상대가치점수는 수가의 구조와 관련되어 있다.

상대가치체계는 계약제의 실시와 맞춰 그 역할이 증대될 것이다. 환산지수를 계약의 대상으로 할 경우 환산지수를 결정함으로써 모든 의료서비스의 가격을 일시에 결정할 수 있다는 점에서 개별 의료서비스들의 가격을 대상으로 계약을 체결하는데 비해 계약을 훨씬 단순화하고 거래비용을 절감할 수 있다. 그리고 의료서비스와 치과의료서비스 간의 상대적 가치를 동일 척도화함으로써 의료와 치과의료간 자원배분의 균형을 유지할 수 있어서 이러한 상대가치체계를 활용한 가격의 계약은 효과적이다. 즉 상대가치체계는 의료와 치과의료를 모두 포괄하여 의료서비스 항목간 불균형을 줄여 주는데 기여할 수 있을 것이다.

일반적으로 상대가치의 구조는 전문성을 가진 공급자가 주도적으로 결정하고 정부는 환산지수를 결정하는 단계에서의 역할을 수행한다. 다만 정부나 보험자는 비용효과성이나 여타 특정 정책 목표를 달성하기 위해 필요한 의료 항목의 상대적 가치를 결정하는데 참여하는 것이 바람직하다. 예를 들어 만약 공급자가 투입

한 노동의 가치보다 더 높은 사회적 편익을 가져오는 예방서비스에 대해서는, 만약 예방서비스가 정부의 공공의료가 아닌 의료보험급여의 대상이라면, 정책적으로 상대가치를 높여줄 필요가 있을 것이다.

그러나 상대가치체계는 궁극적으로 서로 다른 진료과별 의사들의 소득을 재분배하는 결과를 낳는다. 즉 투입되는 자원 대비 수가의 수준을 동일하게 하면 동시에 수가가 오르거나 내리는 경우가 동시에 존재하고(총 의료비를 종전과 동일하게 하는 경우, Budget neutrality), 또 대다수 항목의 수가가 오르다해도 인상의 상대적 폭이 다르기 때문이다. 외국의 경우에도 이러한 수가 수준의 상대적 조정은 의료공급자 내부의 합의를 얻어내기 가 매우 힘들어서 시행에 많은 어려움을 겪고 있다. 따라서 우리나라에서도 모든 수가항목의 수가를 인상하지 않는 한 의료공급자 내부의 합의를 통한 자원기준 상대가치체계의 실행이 그리 쉽지만은 않을 것이다.

상대가치 체계는 수가항목간 불균형을 줄여주는 장점이 있지만 궁극적으로 행위별수가제가 갖는 비용 상승의 압박이 크게 작용할 수 있다. 이를 통제하기 위한 제도적 장치로서, 예를 들어 미국 정부는 의료량 통제기준(Volume Performance Standard)을 도입하여 해마다 목표 의료비 상승율과 실제 상승율을 비교하여 이를 다음 해의 환산지수의 결정에 반영한다. 이에 따라 실제 의료비 상승률이 목표액을 초과하면 다음해의 환산지수 증가폭을 감소시킨다. 따라서 우리나라에서도 비슷한 형태의 제도적 장치를 통해 공급자에게 비용절감 유인을 제공하리라 예상된다.

3. 의료보험 약가 및 재원대

의료보험에서 공급자가 환자 치료에

1) 절대적 가격 결정이 이 연구의 한 부분이라는 하나 이는 최종적으로 정책적 판단에 의해 환산지수의 크기가 결정됨으로써 이루어지는 것이며 이 연구의 핵심은 아니다. 자원기준 상대가치체계에 관한 자세한 논의는 권순만(1998) 참조.

2) 진료비용은 의사의 직접적인 노동력 투입을 제외한 모든 간접비용 요소(예, 간호사 월급, 임대료, 공공요금 등)를 의미한다.

사용한 의약품과 진료재료를 어떻게 보상할 것인가는 의료보험 제정과 함께 의료공급의 효율성에도 큰 영향을 미친다. 그동안 의료수가가 규제됨에 따라 공급자는 상대적으로 이윤이 많은 의약품이나 진료재료의 사용을 늘려왔고 정부 역시 암묵적으로 이를 인정해 왔다고 볼 수 있다.

이러한 문제들을 해결하기 위해 작년 말 정부가 도입한 실거래가 보상제도는 의료기관이 의약품이나 진료재료를 구입하는데 소요된 실제 비용만을 (여기에 구매 및 재고관리비용 그리고 자연감손 등을 고려한 관리료를 더하여) 보상하는 제도이다. 이는 의료보험에서 보상에 주는 의약품 고시가격보다 의료기관이 의약품을 구입하는데 소요한 실제 비용이 낮아서 의료기관이 의약품으로부터 이익을 실현하고 더 나아가 의약품으로부터의 이익이 과다 투약을 야기하는 문제를 해결하고자 하는 제도이다. 약제나 진료재료 사용에 따른 의료기관의 이윤을 배제함으로써 환자 치료에 있어서 의료행위와 약제 및 진료재료 간의 왜곡(즉 약제나 진료재료의 상대적 과다)을 교정하고, 제약회사나 유통회사의 의료기관에 대한 과도한 가격인하와 판촉을 방지하여 의약품 등의 품질경쟁을 유도하는 것을 목표로 하고 있다.

그러나 약제와 진료재료의 실거래가 보상제도는 많은 문제점을 안고 있다(권순만, 1999b). 현 제도에서는 병·의원이 의약품을 구매할 때 고시가격보다 더 싸게 구입함으로써 이익을 증가시키려는 강한 경제적 유인을 가진다. 그러나 실거래가 보상은 실제 거래에서 발생한 비용만을 보상해 주므로 병·의원은 의약품이나 진료재료를 좀 더 싸게 구입할 유인이 상대적으로 감소한다. 이는 정부에 의한 규제가격 책정이 발생원가에 비례하여 이루어질 때, 생산자가 원가를 절감할 경제적 유인이 감소하여 사회적 효율이 감소하는 것과 같은 원리이다.

전체 요양기관의 실거래가를 조사하여

보상상한가격을 설정하기 때문에 의료기관의 실거래가격이 기준약가보다 높으면 불이익이 생길 수는 있다. 그러나 전반적으로 의료기관들이 저렴하게 약제나 진료재료를 구입할 유인이 감소하므로 의료기관들의 평균 실거래가격인 보상상한가격이 하향 조정될 가능성이 높지 않다. 즉 보상상한가보다 싸게 의약품을 구입한다고 해서 이익이 발생하는 것이 아니므로 의료기관들이 구입가격을 낮추려 하지 않을 것이므로 실거래가의 평균값인 보상상한가는 시간이 지남에 따라 오히려 올라갈 가능성이 있다. 따라서 보상상한가를 통해 의료기관에게 약제나 진료재료를 저렴하게 구입할 유인을 주는 것은 쉽지 않을 것이다. 의료기관들이 의약품 등을 저렴하게 구입할 유인이 감소하므로 제약회사나 유통회사(특히 시장 점유율이 높은 회사)가 판매가격을 고정하는 것이 비교적 용이하고, 보상상한가격이 탄력적으로 변화할(낮아질) 가능성은 더욱 감소한다.

제약회사나 진료재료 제조회사의 입장에서는 현재에 비해 가격경쟁과 판촉의 필요성이 감소하는 것은 사실이지만 기업의 생존과 발전을 위해서는 판매증대와 시장점유율을 확대시키기 위한 노력이 여전히 필요하다. 또 병·의원이 약제와 진료재료를 선택하고 소비하는 주체이므로 제약회사/도매상은 병·의원을 상대로 판촉을 할 수밖에 없다. 그렇다면 어떤 방법으로 경쟁과 판촉업무를 수행할 것인가? 실거래비용만이 보상되어 의료기관이 가격인하를 요구하지 않으므로 지금과 같은 가격경쟁보다는 비가격경쟁의 비중이 더 커질 것이다. 비가격경쟁이 만일 의약품이나 진료재료의 품질을 향상시키기 위한 경쟁이라면 이는 사회적 후생을 증가시킬 수도 있다. 즉 구매자인 병·의원은 가격이 저렴한 약제나 진료재료를 구매하기 보다는 이제 효능이 높은 의약품을 구매할 것이므로 제약회사는 가격을 인하하는 것보다 품질을 향상 시킴으로써 판매를 늘릴 수 있기 때문이

다. 그러나 만일 의사들이 가격(비용-효과성)에 대한 고려없이 효능(효과성)이 높은 의약품/재료만을 선호한다면 이러한 비가격경쟁 즉 품질경쟁은 오히려 의료비용의 상승을 초래할 가능성이 높다.

한편 약제와 진료재료의 품질이 아닌 다른 차원을 중심으로 비가격경쟁이 벌어질 수도 있다. 의약품과 진료재료를 선택하는 실제적 주체인 의료공급자를 대상으로 한 판촉행위가 대표적인 예이다. 진료비지불제도가 의사에게 비용을 절감할 혹은 비용-효과적으로 의료자원을 이용할 경제적 유인을 제공하지 않는 한 의사가 저렴하면서도 효능이 높은 약제나 진료재료를 선택할 가능성은 높지 않고 따라서 제조회사의 입장에서는 의료공급자를 대상으로 한 판촉의 필요성이 상존한다. 극단적으로는 제조회사와 의료공급자간의 음성적 리베이트의 가능성도 배제하기 어렵다.

실거래가 상환제도가 도입되면 약제나 진료재료 제조/유통회사에 의한 가격담합의 가능성이 증대된다. 즉 구매자인 병·의원이 가격수준에 대한 민감도가 매우 낮을 것이므로 제조/유통회사들이 의약품의 판매 가격을 담합하기가 더 용이해진다. 이러한 가격담합은 불법이지만 지금까지 광범위하게 행해져온 이러한 담합행위를 정부가 얼마나 강한 의지로 근절시킬 것인가가 제도의 성공에 큰 영향을 미칠 것이다.

실거래가 보상제도에 비해 훨씬 효율적인 제도는 독일, 네덜란드, 덴마크, 뉴질랜드, 캐나다의 브리티쉬 컬럼비아 등에서 시행하고 있는 기준가격 보상제도(Reference Pricing)이다. 이는 비슷한 치료효과를 가진 약물들을 묶어서 이들에 대해서는 동일한 가격만을 보험자가 지불하는 제도인데 의약품뿐 아니라 진료재료의 보상에도 적용할 수 있을 것이다. 기준가격보다 높은 가격으로 판매되는 제약회사의 의약품을 구입할 때에는 환자가 그 가격의 초과분을 본인부담금으로 지불해야 한다. 따라서 지불 용의가

있는 환자는 더 많은 비용을 지불하고 본인의 선택권을 행사할 수 있다.

굳이 현행 실거래가 제도를 고수한다면, 개별 의료기관의 실거래가보다는 모든 의료기관이 의약품이나 진료재료를 구입하는데 지불한 실거래가격을 평균한 평균실거래가가격제도를 사용하는 편이 더 효과적이다. 개별 실거래가격이 아닌 평균실거래가를 보험자가 보상하기 때문에, 의료기관은 보상가격인 평균실거래가보다 더 싸게 구입할 경제적 유인을 가지므로 개별 실거래가제도의 문제점을 줄일 수 있다.

의료기관들이 구입가격을 낮추기 위해서 노력할 때 평균실거래가는 다시 하락하므로 의료기관들은 담합하지 않는 한약재나 진료재료의 구입비용을 낮추기 위해 더욱 노력하게 된다.

4. 의료보험 급여

기존의 의료보험 급여 결정은 의료의 비용-효과성에 근거한 우선순위에 의해 서라기보다는 보험자의 재정적 상태에 의해 좌우되어 왔다. 독점적인 보험자는 상대적으로 급여에 관한 소비자의 선호를 반영하는데 비효율적일 가능성이 높다. 실제로 정부는 국민들에 대한 효과적이고 충분한 의료보장을 제공하기 보다는 가장 최소한의 의료를 급여에 포함시켜 왔다. 공급자 역시 급여항목에 대한 수가통제에 대응하여 급여항목에 속하지 않은 의료서비스의 제공에 더 큰 관심을 가지고 의료를 제공해 왔다. 결과적으로 우리나라의 환자는 의료이용시 평균 50%가 넘는 비용을 직접 부담하고 있는 실정이다.

나아가 현재 우리나라에서는 요양급여 기준이 빠르게 변화하는 의료기술의 진보를 제대로 반영하지 못하고 있어 실제로 보편적으로 제공되는 의료행위나 사용되고 있는 진료재료들이 급여로 인정받지 못하고 불법적인 비급여로 방치되

는 경우들이 존재한다.

이러한 규제는 보험자 입장에서 볼 때, 보험급여되지 않는 서비스를 공급자가 소비자에게 권유할 수 있는 경로를 아예 차단함으로써 불필요하게 사치스러운 의료서비스의 공급을 억제하고 의료비를 절감하고자 하는 것이다. 그러나 한편으로는 임의 비급여의 남용의 여지가 있다고 해서 고급의료, 양질의 의료서비스를 받고자 하는 환자의 권리를 원천적으로 봉쇄하는 것은 불합리하다.

의학기술수준의 급격한 발전은 의료행위 분류 및 재분류의 필요성을 더해 가고 있다. 적절한 의료행위 분류는 공급자의 적절한 시술을 유도하는데 필수적이며 이는 또한 소비자가 필요한 서비스를 받는 데도 중요한 영향을 미칠 수가 있다. 그와 동시에 의료행위의 세분화 혹은 항목의 증가는 특히 현행 행위별수가제도에서는 의료비용을 증가시킬 가능성이 높다. 현재 공급자들은 상대가치 체계를 개발하는 과정에서 의료 행위의 분류가 보험자와 공급자간 협의를 통해서라기 보다는 의료보험연합회와 정부에 의해 일방적으로 결정되었고 따라서 많은 임의 비급여 항목이 발생하게 되었다고 주장하고 있는 실정이다.

따라서 향후 의료행위의 분류와 보험급여 범위는 소비자가 얻는 편익과 지불하는 비용을 체계적으로 비교 분석한 결과를 토대로 우선 순위를 정하여 결정하여야 할 것이다. 즉 보험자의 재정능력, 소비자의 지불용의도와 의료공급자가 판단한 의학적 필요에 기초하여 의료행위 분류와 급여범위가 결정되어야 하고 원칙적으로 법정비급여와 임의비급여의 구분을 폐지하여야 한다. 현행 비급여서비스의 상당부분을 급여로 포함시켜야 하고 이때 급여서비스에 대한 환자 본인부담률은 현재와 같이 일률적이지 않고 서비스의 특성에 따라 탄력적으로 결정되어야 한다. 즉 장기적인 관점에서 비용-

효과적인 예방 혹은 진단적 서비스를 100% 급여하고, 여타 상대적으로 선택적인 서비스에 대해서는 본인부담률을 높여 가격탄력성의 정도에 따라 환자의 의료이용행태를 다르게 유도할 수 있다.

급여범위와 관련하여 앞서 언급한 의약품과 진료재료에 대한 기준가격 보상제도의 역할도 중요하다. 만일 환자가 기준 가격보다 비싼 진료재료를 수요한다면 기준가격을 초과하는 부분에 대해서는 환자가 직접 부담하도록 할 필요가 있다. 즉 소비자가 지불 용의를 가진 부분에 대해서는 합법적인 비급여로 인정해야 한다. 이를 위해 공급자는 소비자에게 보험에서 급여해주는 비용 수준, 비급여 대상 항목과 급여 항목의 질적 차이 등에 관한 충분한 정보를 제공하여 소비자가 합리적인 선택을 할 수 있도록 공급자의 정보공개를 의무화하여야 한다.

5. 의료보험 비용 계약제³⁾

단일 보험자로 구성된 우리나라 의료보험체계에서는 공급자가 보험자를 선택하는 것이 불가능하므로, 보험자에 의한 일방적인 수가의 결정과 고시를 공급자가 수용할 수밖에 없는 상황이어서 공급자의 불만이 컸었다. 효과적인 요양급여 비용 계약제를 설계하여 실시한다면, 이는 단순히 수가 결정방법의 변화뿐 아니라, 계약의 구체적인 내용에 따라서는, 기존의 수가 수준과 수가 구조를 모두 변화시키는 큰 변화를 의미한다. 따라서 정부, 보험자, 공급자는 이러한 급여비용 계약제를 우리나라 의료보험제도 발전의 한 전기로 삼을 수 있도록 노력해야 할 것이다. 의료비용 계약제는 우리나라 의료보험제도의 큰 변화를 가져올 수 있는 주요한 사안임에도 불구하고 시행방향이 불투명하여 현실적으로 당장 내년에는 기존의 수가 결정 방식에 큰 변화를 가져오기 어려울 것으로 보인다. 계약제의 시행을 앞두고 계약의 당사자로서 공급

3) 계약제에 관한 자세한 논의는 권순민(2000) 참조.

자 단체가 준비해야 할 가장 중요한 요소는, 정보체제와 전담 연구부서의 역할 강화이다. 이와 함께 공급자 단체가 협상의 실제적 대표자로서의 역할을 수행하여 계약에서 결정된 사항을 모든 회원이 수용할 수 있어야 한다. 협상에서 대표간에 결정된 사항을 회원들이 거부하고 번복하는 문화에서의 계약제는 결코 성공할 수 없다.

1) 정보체제

요양급여비용 계약제를 시행하기 위해서는 계약 체결에 필요한 자료를 체계적으로 수집하여 분석하는 정보체제가 필수적이다. 계약에 임하는 공급자대표가 준비하여야 할 자료로는, 의료서비스를 제공하는데 드는 비용에 대한 자료와 우리나라 전체 의료비용을 결정하는 요인에 대한 자료를 들 수 있다. 이는 의료기관의 운영 비용과 밀접한 관련이 있으므로 회원들의 경영현황을 매년 파악·분석하여야 한다. 의원의 경영환경에 따라 몇 가지 표준적인 유형을 정하고 각 유형별 표준적인 원가를 도출할 수 있을 것이다. 의원의 경우 그 규모가 크지 않으므로 표준원가의 계산을 통한 경상 운영비용의 파악이 비교적 용이하다. 하지만 실제 경영 현황을 파악하기 위하여 매년 정기적인 서베이를 통하여 표준원가계산에서 미진한 부분을 보충할 필요가 있다.

의료보험 급여비용은 공급자가 의료서비스를 제공하는데 소요되는 비용과 아울러 국민의료비를 결정하는 제반 요소에 의해 영향을 받는다. 국민의 의료 부담능력과 의료 수요 및 이용도를 결정하는 주요 요소들, 즉 국민총생산, 물가지수, 임금상승률, 건강상태, 노령인구비율과 같은 인구구조변화, 의료기술 등을 고려하여 적정의료비용을 산출할 필요가 있다. 이를 위해 보험자와 심사평가원은 의료공급자 단체가 필요한 자료를 요청할 때 이를 제공해야 한다. 장기적으로 요양급여비용 계약제가 정착되기 위해서는 계약당사자인 보험자와 공급자가 객

관적인 자료에 근거하여 협상에 임할 수 있는 능력을 갖추어야 한다.

2) 전담 연구부서

계약의 당사자로서 공급자단체(협회)의 역할은 막중하다. 지금까지 공급자 단체의 역할은 회원의 전반적인 이해를 보호하고 증진하는 소극적인 면에 국한되었다. 하지만 계약제에 참여하는 공급자 단체는 이제 회원들의 막대한 경제적 이해 즉 소득을 결정하는 적극적인 역할을 수행하게 되었다. 이러한 변화는 공급자 단체에게 역할 증대에 따른 기회와 동시에 계약의 결과가 회원들에게 주는 만족도와 관련해 큰 부담을 안겨 줄 것이다.

이러한 역할 변화에 성공적으로 적응하기 위하여 공급자단체는 위에서 언급한 제반 자료의 수집과 분석, 경제분석 및 정책기획의 역량을 대폭 강화하여야 한다. 예를 들어 보험자와의 비용계약의 구체적 수칙에 따라 의료기관의 경영상태가 어떻게 변화할지 등을 분석하고 평가할 수 있어야 한다. 이처럼 훨씬 증가된 역할을 수행할 수 있기 위해서는 이 기능을 지속적으로 수행할 수 있는 전담 부서와 담당자가 필요하다.

6. 의료비용 결정 모형

계약제의 핵심 사항인 의료비 혹은 수가의 결정에 필요한 모형으로는 미국의 노인층을 위한 사회보험인 메디케어(Medicare)의 의료비용 결정 모형을 참조할 수 있다. 이는 의료비용 억제를 위해 총의료비용의 크기를 의료수가 결정에 이용하는 것이다.

1) 메디케어 경제지수

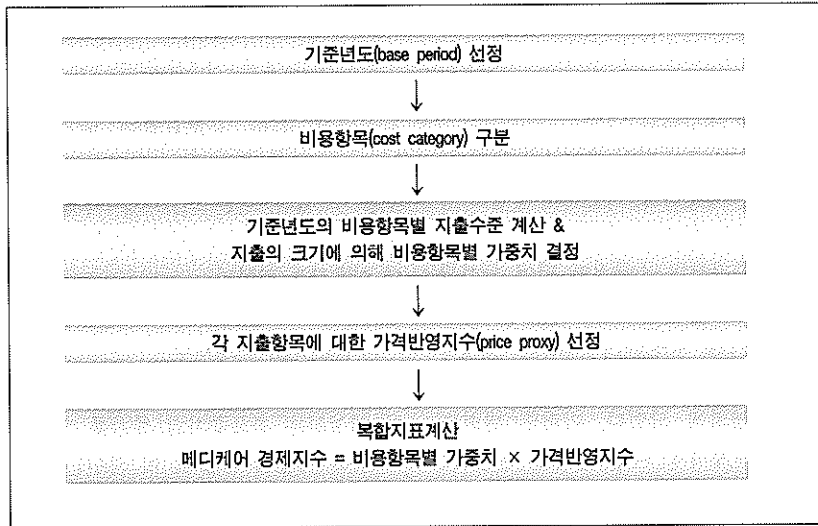
미국에서 메디케어 경제지수는, 의사가 책정하는 관행수가의 증가를 억제하기 위해 사용되어 왔다. 이 지수는 의사서비스의 생산에 필요한 다양한 투입요소들의 가격변화를 투입비중을 고려하여 합한 것으로, 1971년의 비용구조를 근거로 1975년에 처음 사용되었으며 해마다 연간 비용항목별 상승률을 고려하여 갱신되었다. 메디케어 경제지수에 사용되었던 비용구조와 비용항목별 가격반영지수(price proxy)는 1987년에 일부 변경되었으며, 구체적인 비용항목 및 비용항목별 가격반영지수는 <표 1>과 같다.

메디케어 경제지수의 산정 과정은 다음 <그림 1>과 같고 이렇게 산정된 메디케어 경제지수는 비용구조가 일정하게 유지된다고 가정할 때, 의사서비스 생산

<표 1> 미국 메디케어 경제지수의 비용항목 및 비용항목별 가격반영지수

비용항목	1986년 이전	1987년 이후
의사의 시간 임금 부가급여	주(week)당 평균 임금	시간당 평균 임금 노동 비용 지수
의사의 진료비용 고용인 보수 임금 부가급여 사무실 비용 진료재료	시간당 평균 임금 도시 노동자 소비자 물가 지수 생산자 물가 지수	노동 비용 지수 노동 비용 지수 전체 소비자 물가 지수 일부는 생산자 물가지수
의사 책임보험 진료장비	서베이 결과	서베이 결과 생산자 물가지수
기타-자카용 등	도시 노동자 소비자 물가 지수	전체 소비자 물가 지수

주. 표에서 보듯이 1986년 이전에 비해 1987년 이후 비용항목이 상세해졌다는 것을 알 수 있다.



〈그림 1〉 메디케어 경제지수 선정과정

에 소요되는 비용의 변화를 용이하게 반영할 수 있다.

2) 의료량 이용기준(MVPS : Medicare Volume Performance Standard)

메디케어에서 사용하는 의료량 이용기준의 구체적인 내용을 알기는 어려우나, 일반적으로 의료량 이용기준이라 하면 의료이용량을 결정할 것으로 생각되는 다양한 요인들을 고려하여 당해 발생할 의료이용량을 예측한 것을 말한다. 다시 말해서 의료이용량을 가장 잘 설명할 수 있는 인구특성들을 알 수 있으면, 이를 해당인구에 적용하여 이 인구의 의료이용량을 예측할 수 있다는 의미이다.

미국의 메디케어에서 사용되어 왔던 전통적인 의료이용량 기준은 AAPCC (Adjusted Average Per Capital Cost) 인데, 이는 메디케어가 HMO와 계약하는 것을 독려하기 위해 사용한 메디케어 가입자 1인당 지불보상가격이다. 이것은 전통적인 행위당 수가제 보상방식에서 지불되었던 메디케어 수혜자 1인당 평균 의료비를 HMO가입자의 인구학적 특성

을 이용하여 보정한 다음 이 비용의 95%를 책정한 것이다. 이 때 의료비 보정기준⁴⁾으로 사용된 인구학적 특성은 연령, 성별, 복지상태, 시설 보호 여부 등 4가지였다. 그러나, AAPCC에서 사용한 보정기준이 의료이용량 변화의 극히 일부분밖에 설명하지 못한다는 비판이 많았으며, 이에 대한 대안으로 과거 의료이용량(Prior utilization)을 이용한 위험보정기준 혹은 진단명을 이용한 위험보정기준이 제안되기도 하였다.

과거 의료이용량을 이용한 위험보정방식은 어떤 위험보정방식보다 예측력(Predictive power)이 강하다는 장점이 있으나, 모든 의료이용에 대한 충분한 정보를 얻기 어렵고 의료이용을 부추기게 된다는 단점이 있다. 이러한 단점을 극복하기 위한 대안으로 제시된 것이 진단명 기준 위험보정방식인데, 이 방식에서 사용된 모델로는 DCG model, JHU model 등이 있다.

먼저, DCG(Diagnostic Cost Group) 모형에서는 기준년도의 입원시 주진단명을 8개 대진단군 중 하나로 분류한 다음,

인구학적 특성과 함께 보정하여 다음해의 의료비를 예측한다. 이 모형은 입원시 주진단명 뿐 아니라 부진단명이나 외래진단명도 사용하는가, 환자의 다양한 의학적 상태를 포함하는가, 위험한 검사절차를 사용하는가, 전년도와 진단명이 아닌 (의료비를 예측하고자 하는) 당해년도의 진단명을 이용하는가 등의 기준에 의해 확장되어 적용될 수도 있다. Ellis(1996) 등은 진단명을 이용한 위험보정모형이 기존의 AAPCC 모형에 비해 의료비지출에 대한 설명력을 상당히 증가시킬 수 있음을 보였다.

한편, JHU(Johns Hopkins University) 모형 역시 의료비 지출변이를 설명하고 인두제 하에서의 적정 인상을 설명하기 위한 변수로서 진단명을 추가적으로 채택하는데, 이 모형에서 사용되는 의료비지출변수는 인두제로 지불되는 의료비 총액이며, 이를 설명하기 위한 변수(위험보정을 위한 변수)들은 성별, 연령, 기존의 장애정도, 전년도 입원시 주진단명 등 4가지이다. JHU에서는 외래진단명을 이용한 모형과 입원진단명을 이용한 모형을 각각 이용하여 전체 메디케어 지출을 예측하였는데, 두 모형 모두 기존의 AAPCC모형에 비해 상당한 정도로 의료비 지출에 대한 설명력을 증가시킬 수 있었던 것으로 보고하였다(Weiner, 1996).

3) 메디케어 경제지수와 의료량 이용 기준

요컨대, 메디케어 경제지수는 공급자 측면에서 본 의료비용(의료서비스 생산 비용)의 상승률을 결정하는 지표이고, 위험보정모형은 소비자 측면에서 본 의료비용(의료서비스 소비지출)의 상승률을 결정하는 지표가 된다. 따라서, (위험보정모형이 위험을 충분히 예측한다면) 위험보정모형에서 예측된 의료비용의 증

4) 의료비보정은 위험보정(risk adjustment)란 말로 대체할 수도 있는데, 여기서 '위험'이란 표현은(여러 가지 요인에 의해) 정해진 의료비 혹은 미리 지불된 의료비를 초과할 수 있다는 의미에서 사용되는 것이다. 따라서 위험보정이라 함은 의료이용에 변화를 가져 올 것으로 생각되는 여러요인들을 고려하여, 이로 인한 의료비용의 변화분을 예측하고자 하는 것이다.

가분보다 메디케어 경제지수로 계산된 의료비용의 증가분이 클 경우 의료비용의 상승원인이 공급자 쪽에 있다고 말할 수 있게 된다. 그러나 AAPCC모형은 물론이거니와 앞서 제시한 DCG모형이나 JHU모형 등이 의료비 지출 변이를 설명할 수 있는 정도는 전체변이의 10%도 되지 않는 것으로 나타나. 이런 모형에만 근거하여 의료비 지출 상한을 결정하는 것은 공급자 쪽에 너무 위험부담이 크다. 결과적으로 보험자가 지불하고자 하는 상한(위험보정모형으로 계산된 의료비 상승률)과 공급자가 보상받고자 하는 하한(메디케어 경제지수로 계산된 의료비 상승률) 사이에서 환산지수의 인상률이 결정될 것이다.

III. 보건의료 경영

전국민의료보험이라는 제도적 환경에서는 정부의 보건의료정책 특히 의료보험정책이 보건의료기관의 성과에 큰 영향을 미치며, 우리나라의 의료공급자들 역시 경영성과에 가장 큰 영향을 미치는 요인이 정부의 정책이라고 믿고 있는 듯하다. 하지만 보건의료기관은 정부의 정책이라는 변수이외에 많은 환경 요인으로부터 영향을 받고 있고, 또 동일한 정책적 환경에 처해 있음에도 불구하고 의료기관간 경영성과의 차이는 크다는 점을 인식하여야 한다. 즉 정부정책의 영향 못지 않게 경영능력이 보건의료기관의 경영성과에 큰 영향을 미치고 있다. 본 절에서는 보건의료 경영에 대한 논의의 출발점으로서 거시적인 환경의 변화, 의료산업 환경의 변화, (치과)의료에 대한 수요와 공급을 살펴보고자 한다.

1. 거시 환경의 변화

1) 인구 및 사회

빠르게 진행되고 있는 인구의 노령화는 질병구조의 변화를 가져오고 의료비의 앙등을 초래하여 사회에 큰 경제적 부담이 되고 있다. 따라서 현재 선진국들

이 직면하고 있는 의료자원 배분에 있어서의 윤리적 문제가 곧 우리에게도 큰 문제가 될 것이다(예, 의료보험의 급여 범위를 결정할 때 노인층에 혜택이 주로 주어지는 서비스와 젊은 층에 주로 혜택이 주어지는 서비스의 선택). 이러한 인구 노령화는 생산분야 종사 인구의 상대적 감소 및 그들의 부양 의무 증가를 야기하여 세대간의 재분배에 기초한 사회보장제도에 전반적으로 큰 경제적 부담을 가져온다. 이에 반해 우리나라의 의료체계는 대부분 급성질환의 치료에 치중하고 있어서 향후 장기요양이나 노인전문 의료서비스에 대한 수요가 증가하리라 예상되므로 장기적으로 이 분야 혹은 실버산업에 대한 관심을 높여야 한다.

국민들의 의료에 대한 인식 역시 바뀌고 있다. 우선 삶의 질에 대한 관심이 높아지면서 국민의 의료에 대한 욕구가 증가하고 있다. 양질의 의료에 대한 수요가 증가하고 또 의료서비스에 대한 소비자의 지불용의도가 높아지므로 의료의 질 향상과 시설 투자의 중요성이 더욱 증가하리라 예상된다. 병원 경영자는 객관적인 의료의 질(치료의 결과) 뿐 아니라 환자의 주관적인 만족도나 편의에 대한 인식을 강화해야 한다. 또 소비자 중심주의가 의료분야에도 확산되어 환자의 권리가 중요해지고 환자 만족의 극대화를 위한 경쟁이 더욱 증대될 것이며 의료분쟁이 증가할 가능성이 높다. 의료의 질과 의료인, 그리고 의료기관에 대한 사회적 관심이 증가하여 향후 시민단체와 언론매체가 보건의료정책에 미치는 영향이 커질 것이고 의료기관의 사회적 책임과 경영의 투명성에 대한 사회적 요구가 강해질 것이라는 점에 대비할 필요가 있다.

2) 경 제

소득수준의 향상과 인구노령화에 의한 의료수요의 증가로 의료비용은 지속적으로 상승하리라 예상된다. 의료 이용의 증가와 함께 의료공급자에 대한 경제적 보상 증가, 급여 확대 등으로 의료보험의

적자가 커지면서 의료비 억제를 위한 정부정책이 더욱 강화될 것이고 의료기관의 경영효율성에 대한 압력 또한 커질 것이다. 전반적인 경제 역시 과거의 고성장 시대에서 안정화된 성장의 시대로 접어들 것이고 경제성장의 속도가 체감할수록 의료부문에 대한 사회적 투자의 여력은 감소할 수밖에 없다. 장기적으로는 전반적인 경제상황에 따라 의료기관의 인력 수급 및 보상계획 그리고 시설계획이 수립되어야 한다. 의료산업은 산업의 발전단계상 성장기를 지나 성숙기에 도달했다고 볼 수 있으므로 의료기관도 전반적으로 성장 위주의 전략에서 내실과 수익성 위주의 전략으로 전환하여야 한다.

3) 기 술

진단 및 치료에 있어서의 의료기술의 발전은 치료효과의 증진과 함께 의료비용의 증가를 초래하므로 의료기술의 비용-효과성에 대한 논의가 더욱 증가할 것이다. 의료기관도 의료기술의 도입시 소비자가 느끼는 주관적인 의료의 질과 객관적인 질 및 비용에 미치는 효과를 면밀하게 분석하여야 한다. 그리고 정보기술의 발달로 환자기록 및 진료비청구의 전산화나 원격진료시스템이 더욱 촉진될 것인데 이 또한 장기적인 투자의 경제성분석에 근거해 도입을 결정하여야 한다. 의료 및 정보기술의 발달은 새로운 치료법의 도입뿐 아니라 소비자의 의료 관련 지식 수준을 향상시키고 장기적으로는 치료의 형태를 바꾸어 의료기관의 위상과 형태에도 변화를 초래할 것이다(예, 사이버병원).

4) 경 쟁

의료기관간 경쟁은 갈수록 심화되고 있고 폐업과 도산도 증가하고 있다. 더욱이 의료기관의 수가 증가할 뿐 아니라 시장에 새로 진입하는 의료기관은 시설과 자본력에서 기존 의료기관들보다 우위에 있는 경우가 대부분이다. 개별 의료기관이 속한 지리적 시장과 아울러 전반적인

의료시장의 경쟁양상의 추이를 분석하여야 한다. 향후 의료서비스에 대한 소비자의 욕구가 증대되고 다양화될 것이므로 의료분야의 경쟁 역시 동질적 서비스에 대한 경쟁보다는 차별화된 서비스에 대한 질적 경쟁으로 변화할 것이고 이를 위해서는 소비자 수요수준 및 수요유형에 대한 예측능력이 강화되어야 한다.

5) 정부정책

전국민이 의료보험에 가입된 상황에서 병원은 의료보험제도 및 관련 정부정책에 의해 크게 영향을 받을 수밖에 없다. 최근 들어 특히 의약품과 관련한 정부정책 그리고 진단명기준 포괄수가제와 같은 진료비지불제도가 의료부문에 가장 큰 영향을 미치는 정책 변수이지만 치과 부문은 이러한 정부 정책의 영향을 의료에 비해 상대적으로 덜 받는 것이 사실이다. 그러나 단기적인 정부정책의 변화뿐 아니라 장기적인 정부의 역할과 정책 방향에 대한 고려도 필요하다. 장기적으로는 시장 기능을 강조하는 경향에 의해 진입장벽의 완화, 경쟁의 증가, 광고의 허용, 의료공급과정에서의 정부 개입 감소 등의 경향이 생기리라 예상된다.

2. 보건의료산업환경(산업구조)

산업구조는 산업내 각 경제행위 주체들의 시장지배력의 소유 및 행사 정도를 나타내며 따라서 산업내의 경쟁 방식을 결정하고 조직이 선택할 수 있는 전략의 범위를 제한한다. 의료기관은 장기적으로 경쟁요인들의 변화를 예상하여 새로운 전략을 경쟁기업보다 먼저 선택하는 것이 중요하다. 의료기관의 산업구조를 결정짓는 주요 요소로는 의료기관 및 다른 의료공급자와의 경쟁 그리고 의료기관에 필요 자원을 공급하는 조직과 의료기관을 이용하는 소비자들의 의료기관에 대한 상대적 교섭력을 들 수 있다.

1) 기존 의료기관 및 다른 의료공급자와의 경쟁

의료산업은 특히 도시 지역의 경우 환자들의 의료접근도에 큰 문제가 없을 정도로 의료기관간 경쟁이 심하다. 전국민 의료보험 도입이후 양적으로 성장했던 의료산업은 시간이 지남에 따라 성장률이 감소하고 또 의료기관간 차별화 정도가 작아서 경쟁이 더욱 심화될 것이다. 향후 의료서비스의 차별화와 전문화 그리고 의료기관간 협력과 업무분담을 추구하여야만 경쟁의 압박을 감소시킬 수 있을 것이다. 의료기관은 소비자의 입장에서 병원의 기능을 대체할 수 있는 다른 의료공급자와도 경쟁관계에 있는데, 예를 들어 의원은 의약분업으로 인하여 약국과는 경쟁보다는 보완적 관계에 놓여 있고, 병원의 외래부문이 감소할수록 의원과의 경쟁 역시 감소할 것이다. 국제화시대의 시장 개방도 장기적으로 우리나라 의료 시장에서의 경쟁양상에 많은 영향을 미칠 것이다. 장기적으로는 의료산업의 성장률이 감소함에 따라 기존 병원간 인수 합병 혹은 전략적 제휴가 증가할 것이다.

2) 잠재적 진입(진입장벽)

국가가 전반적인 보건의료체계에 대한 계획에 기반하여 의료 공급을 주도하지 않으므로 의료산업에 대한 법률적 진입장벽은 거의 없다고 할 수 있다. 우리나라의 의료기관은 주로 의사의 개인자본에 의해 설립되므로 의료기관의 수는 의료인력의 공급과도 관련이 있지만 의료산업의 수익성이 높지 않다는 인식이 확대되고 있으므로 향후 의료산업에 큰 규모로 새로이 진입하는 의료기관의 수는 크게 증가하지 않으리라 예상된다. 장기적으로는 고객만족의 극대화를 통한 소비자 충성도를 높이는 것이 경쟁우위를 유지하는 길이며, 잠재적 진입자에게는 진입장벽으로 작용할 것이다.

3) (원료)공급자 및 소비자와의 교섭력 의약품관련 정부 정책들이 구체적으로 시행되면 의약품 생산 및 유통산업의 구

조조정이 이루어질 것이고 제약회사와 유통기업들은 대형화될 것이다. 따라서 의약품 공급자들의 의료기관에 대한 교섭력이 현재보다는 상대적으로 증가할 것이다. 그리고 의료보험이 통합·일원화됨에 따라 의료기관에 비해 구매자(보험자 및 소비자)의 교섭력이 상대적으로 더욱 강화되리라 예상된다. 아울러 소비자 인식의 제고 및 소비자 선택의 증가와 소비자의 입장을 반영하는 시민단체의 영향력 등으로 구매자의 영향력이 더욱 증가할 것이다. 그러므로 의료기관은 장기적으로 공급자와 구매자의 교섭력 강화에 대비하여야 한다.

3. 치과의료에 대한 수요

1) 치과의료 서비스의 특성

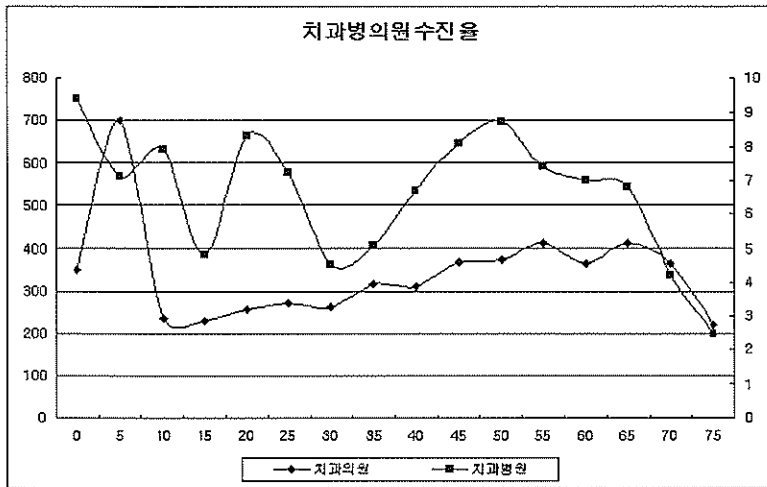
치과의료서비스는 의료서비스와 유사한 성격을 갖지만 상대적으로 다음과 같은 차이가 있다. 첫째, 치과의료서비스는 의료서비스와 달리 의료이용 이전에 소비자가 가격을 미리 알 수 있는 가능성이 존재한다. 사고 등으로 인한 구강외과적 응급처치 등을 제외하면, 진단이 내려진 다음 치료시기까지 소비자가 공급자에게 가격을 묻고 치료결정을 내리는 것이 어느 정도 가능하다. 즉, 치과의료서비스는 대개 진료 전에 비용에 대한 정보가 소비자에게 주어질 수 있고 따라서 소비자에 의한 선택적 이용 가능성이 일반적인 의료서비스에 비해 높다. 그러므로 소비자 만족의 극대화가 치과의료에서는 일반 의료서비스에 비해 더 중요한 역할을 한다.

둘째, 질병발생의 불확실성과 관련해, 대개의 의료서비스는 그 필요시기를 예측하기 어렵고 또 일단 질병이 발생하여 의료서비스를 이용하게 되면 일상생활을 유지하기 힘든 경우가 많고 진료비도 높아 가계에 타격을 주기 쉽기 때문에 생산성 측면에서나 기타 측면에서나 재해와 유사한 성격(Catastrophic)을 띠게 된다. 치과의료서비스의 경우에는 예방에 의해 질병발생을 막는 것이 의료서비

〈표 2〉 치과병의원 외래환자 수진율(인구 10만명당, 1990-1996)

	1990	1992	1996	수진증가율 (배, 1990-1996)
치 과 병 원	2.4	3.6	6.7	2.79
치 과 의 원	246.2	317.5	322.8	1.31
병 원	104.9	103.5	132.1	1.26
의 원	1582.6	1605.8	1878.0	1.19

자료 : 보건복지부, 환자조사보고서, 1990, 1992, 1996



〈그림 2〉 연령별 치과병의원 수진율(10만명당, 1996, 1일간)

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39
치과의원	349.5	699.3	235.1	228.5	254.1	270.1	2690.5	315-5
치과병원	9.4	47.1	7.9	4.8	8.3	7.2	4.5	5.1

	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-
치과의원	309.8	366.3	371.9	413	363	413	363	219
치과병원	6.7	8.1	8.7	7.4	7	6.8	4.2	2.5

자료 : 보건복지부, 환자조사보고서, 1996

스보다 용이하고, 질병이 발생하더라도 일상생활을 그대로 유지하는 것이 가능할 뿐 아니라, (일부 서비스를 제외하면) 이용 비용도 일반적인 의료서비스에 비해 저렴하기 때문에 가계부담정도가 덜하다. 또한 치과의료서비스의 이용도는 어느 정도 예측가능하기 때문에(수요의 불확실성이 적기 때문에) 의료서비스에 비해 치과의료에서는 보험의 역할이 상대적으로 더 작다.

그러므로 치과보험의 개념은 전통적인 의료보험과는 많이 다르다. 전통적인 의료보험은 대개 긴박한 의료 재해(발생률은 낮고 재해적인 사건)를 급여하는 반면에, 치과진료에 대한 필요는 발생률을 미리 알 수 있는 비재해적인(Non-catastrophic) 사건이다. 따라서, 치과부문에 보험이 존재한다면 그것은 엄격히 말해서 전통적인 의미의 의료보험이라고 할 수 없다. 치과보험은, 피보험자가 미

리 알 수는 없으나 분명히 존재하는 위험을 분산하기 위한 기전으로서의 보험이라기보다는, 상당히 예측가능하지만 상대적으로 저렴한 진료를 위한 재원조달기전(Cash Flow Mechanism) 혹은 지불기전(Payment Mechanism)이라고 볼 수 있다.

2) 치과의료에 대한 수요

전체적으로, 우리나라의 치과 병·의원 이용은 일반 병·의원 이용보다 빠른 속도로 증가하고 있다(표 2). 의료서비스의 수요와 이에 따른 의료이용에 영향을 미치는 요인으로는 유병요인(연령·성별 등), 사회·문화·인구적 요인(결혼, 가족구성원의 수, 교육, 질병양상의 변화, 건강에 대한 관심 등), 경제적 요인(소득, 의료서비스 가격 등), 그리고 공급요인 등이 있다.

유병요인이라(치)의학적 필요와 관련되는 것이고, 의학적 필요는 구강질환의 이환에서 발생한다. 일반적인 의료서비스의 경우 연령에 따른 의료수요곡선(이환율)이 U자 형태로 나타나는데, 치과의료서비스의 경우에도 대체로 유사한 경향을 보일 것이다. 치과의료서비스 이용과 관련된 대표적 질환들인 치아우식증은 유년기에 많고, 결손치로 인한 의치삽입, 치주질환 등에 대한 수요는 노년기에 많을 것이기 때문이다. 실제 우리나라의 경우 치과의원 수진율은 대략 5-9세에서 가장 높게 나타나는, 일반 의료서비스의 수진율과는 약간 다른, U자 유형을 보인다(그림 2).

사회적으로 질병예방에 대한 관심이 증가하면, 치과 정기검진 및 예방적 처치에 대한 수요가 증가하고, 대부분의 국가에서 실시되고 있는 음용수 불소화 사업은 치아우식증을 비롯한 구강질환의 발생률을 감소시킨다. 또 치아건강에 대한 관심증가와 함께 보존적 치료가 우세해

5) 치과의료서비스의 이용곡선상의 정점이 일반의료서비스의 정점처럼 0-1세에 나타나지 않는 것이 U자형의 유병곡선이 적합하지 않다는 것을 의미하지 않는다. 치아발생 전기의 치과질환의 유병률은 큰 의미를 가지지 않기 때문이다.

〈표 3〉 구강건강상태

한 국	조사항목	1986	1994	1998
치아우식증 유소견율	상악	전체 인구	15.73	15.35
		19세 이하		22.61
	하악	전체 인구	20.26	19.06
		19세 이하		32.97
치주질환 유소견율		21.98	27.12	54.62
결손치 유소견율	상악	전체 인구	10.65	10.22
		60세 이상		25.01
	하악	전체 인구	17.89	15.99
		60세 이상		28.95

자료 : 국민의료보험관리공단, 건강진단결과분석, 1986, 1994, 1998

〈표 4〉 소득별 치과병의원 이용률(% , 1995)

월평균 가구소득수준	치과병의원		일반병의원	
	이용률	5회이상 이용률	이용률	5회이상 이용률
50만원 이하(A)	18.2	4.8	55.6	7.8
251만원 이상(B)	24.0	7.5	50.2	2.3
전체	21.3	6.0	52.3	3.6
이용률의 비(B/A)	1.32	1.56	0.90	0.29

자료 : 최정수 외, 한국인의 건강과 의료이용양상, 한국보건사회연구원, 1995.

주. 다빈도이용 기준 : 치과병의원과 일반병의원의 평균방문횟수가 다르므로 위 조사에서는 다빈도 이용을 치과병의원의 경우 5회 이상, 일반병의원의 경우 21회 이상으로 보았다.

지면 결손치를 갖는 성인인구의 비율이 점차로 감소하게 되어 결과적으로 노인 인구의 치과의료서비스에 대한 수요도 감소하게 된다. 전체적으로 질병예방 및 건강증진에 대한 사회적 관심증가는 치료적인 치과의료서비스에 대한 수요를 계속해서 감소시킬 것이며, 예방적·성형적 치과의료서비스에 대한 수요는 증가시킬 것이다.

치료적 치과의료서비스 이용에 영향을 미치는 구강 건강상태를 보면, 치아우식증 및 결손치의 유소견율은 전체적으로 감소하고 있으나, 연령별로 보면 치아우식증은 빈발연령인 19세 이하 연령층에서 최근 들어 오히려 증가한 것으로 나타난다. 치주질환은 점차 증가하는 것으로 나타나고 있으며 특히 최근 들어 현저하게 증가한 것으로 나타나고 있다. 이러한 결과는 실질적으로 구강질환의 변화 양상에 기인한 것일 수도 있으나, 한편으로는 최근 들어서야 제대로 된 구강검진이

이루어지고 있다는 의미일 수도 있다. 결과적으로 국내 자료를 통해 치과의료서비스의 수요를 예측한다는 것은 다소 무리가 있으나, 치과이용이 일어나는 전통적인 이유, 즉 치아우식증 및 결손치로 인해 치과의료서비스를 필요로 하는 정도는 감소하였다고 보여진다(표 3).

우리나라의 경우(1995년 국민건강조사) 치과의료서비스를 이용하는 주된 이유는 치아우식이 70% 이상으로 가장 많고 보철/교정 및 치주질환이 각각 10% 정도를 차지하며, 검진을 비롯한 기타 이유는 5% 미만에 불과한 것으로 나타나 아직은 치료적 서비스 위주로 치과의료서비스 이용이 일어나고 있다(최정수 외, 1995). 따라서 위에서 본 구강건강상태의 증진이 장기적으로는 치과의료에 대한 수요를 감소시킬 것으로 예상할 수 있다. 하지만 구강건강에 대한 관심이 증대되고 그로 인하여 치과의료이용이 증가하리라고도 예상할 수 있다. 치아우식증

및 결손치로 인해 치과의료서비스를 필요로 하는 정도는 감소하더라도 소득의 증가에 따른 수요 증가와 예방을 위한 수요 증가에 의해 치과에 대한 전반적인 수요가 감소하리라 예상되지는 않는다.

대체로 치과서비스의 소득탄력성은 상당히 큰 것으로 나타나 전반적인 소득향상 경향에 의해 치과의료서비스의 수요가 상당정도 증가할 가능성이 있다. 또한, 경제적 수준이 향상되면(기존에 구강문제가 있음에도 치과의료서비스 이용이 상당히 제한되었던) 노년층의 치과의료서비스 이용이 증가할 수 있고 따라서 노령인구증가가 치과의료서비스 수요 증가에 기여할 것이다. 또 보험에서 조달되는 치과의료서비스 재원이 증가하면서 치과의료서비스 이용의 제정장벽이 많이 줄어들어 치과의료서비스에 대한 수요가 증가하게 된다.

실제로 1995년에 치과병의원의 연간 이용률은 21.3%로 나타나며 이를 소득별로 보면, 가구소득수준이 50만원 이하인 경우는 18.2%, 251만원 이상인 경우는 24%로 소득이 높아질수록 치과병의원의 이용률도 증가한다. 또한, 방문횟수가 많아질수록 이 차이는 더욱 크다(치과 방문회수 5회 이상 : 가구 소득 50만원 이하 4.8%, 251만원 이상 7.5%). 한편, 이러한 의료이용양상은 일반적인 병의원 의료이용양상과는 다소 다른 것으로, 일반 병·의원의 경우에는 저소득층이 고소득층에 비해 의료이용률도 높고 고빈도 의료이용률도 높다(표 4)⁶⁾.

3) 치과의료 수요의 가격탄력성

수요의 가격탄력성이란 가격 변화에 따른 수요 변화의 정도를 나타내는 지표이다. 치과의료서비스 수요의 가격탄력성은 치과의료서비스 재화특성, 치과의료서비스에 대한 대체재나 보완재의 존재, 경쟁적 공급자의 치과의료서비스 가격, 치

6) 일반 병의원의 경우 저소득층이 의료이용률이 높은 것은 의료이용의 제정장벽이 줄어들면서 의료이용이 의료필요를 상당히 반영하고 있다는 것을 의미할 수 있다. 그러나 치과 의료의 경우 고소득층에서 의료이용이 높게 나타나는 것은 치과의료서비스의 경우 여전히 의료이용의 제정장벽이 존재하고 있음을 시사한다.

〈표 5〉 치과산업현황(1985~1998)

		1985년	1995년	1998년	증가율 (배, 1975~1998)
면허인력	치과의사	5,436	13,681	16,126	2.97
	치과기공사	3,827	11,509	13,259	3.46
	치과위생사	2,675	11,170	13,769	5.15
치과의사 근무지	(종합)병원		1,469	1,889	
	의원 및 조산원		8,725	10,181	
	보건소 및 보건지소		906	847	
	활동치과의사 계		11,100	12,917	
치과의원 종사 의료인력	치과의사		8,682	10,113	
	의료기사		4,871	5,676	
	간호사		237	283	
	간호조무사		7,917	9,707	
	보조인력 계		13,025	15,666	
의료기관	치과병원	4	12	31	7.8
	치과의원	2,994	8,292	9,653	63.2
인구 10,000명당 치과의사수		1.0	2.4	2.8	
활동치과의사 중 치과의원근무인력의 비율			78.2	78.3	
치과의원 1개소 당 치과의사수			1.05	1.05	
치과의원 종사 치과의사 1인당 보조인력수			1.50	1.55	

자료 : 보건복지부, 보건복지통계연보, 1998

과의료서비스 제화의 사치성/필수성 정도, 치과의료서비스 소비자의 개인적 특성 등에 의해 영향을 받게 된다. 첫째, 의료서비스는 신용상품(credence goods)으로서 수요의 가격탄력성이 비교적 낮다. 신용상품이란 상품의 사용 전에는 물론이고 사용하고 난 후에도 그 품질을 확실히 알 수 없는 것으로서, 전통적으로 의료서비스는 이용 전에 그 효과를 미리 예측하기가 힘들고, 또한 이용 후에도 그 의료서비스의 이용으로 인한 순수한 건강향상 효과를 파악하기 힘들다는 측면에서 신용상품으로 분류되어 왔다.

둘째, 의료서비스 이용에 있어서는 일반적으로 보통의 재화에 비해 대체재를 찾기 어렵고, 이 정도는 질병상황이 위급할수록 커지므로 의료서비스의 수요는 일반적으로 비탄력적인 편이다. 셋째, 다른 공급자로부터 보다 저렴한 가격으로 동일한 재화를 구입할 수 있다면, 해당 재화에 대한 가격탄력성은 높게 나타나게 될 것이다. 의료서비스의 경우 일반적으로 재화의 가격에 대한 정보를 얻는 것이 용이하지 않으나, 치과의료는 사전

적으로 가격에 대한 정보를 얻는 것이 상대적으로 용이하므로 의료서비스에 비해 가격탄력성이 높다.

넷째, 필수재의 경우에는 가격이 다소간 변화해도 이용량을 변화시키기 힘들기 때문에 사치재에 비해 가격비탄력적이다. 일반적으로 의료서비스는 대체로 필수재로 분류되나, 치과의료서비스는 이용량 결정이 소비자에 의존하는 정도가 일반의료서비스보다 크기 때문에 일반적인 의료서비스보다는 상대적으로 사치재에 가깝다고 여겨져 왔다. 다섯째, 소비자의 경제상태나 지불용의도가 높을수록 가격탄력성이 낮아지게 되며, 개인의 생활 패턴 등도 수요의 가격탄력성에 영향을 미치게 된다. 의료서비스 시장에서의 보험의 도입은 소비자의 가격에 대한 인식을 변화시켜 지불용의도가 높아지는 효과를 가져와 가격탄력성을 작게 만든다. 일반적으로 치과의료서비스에 대한 소득탄력성은 일반 의료서비스에 비해 높은 편이다.

4) 소비자 충성도

공급자의 입장에서 소비자가 의료서비스의 가격에 반응하는 정도 즉 수요의 가격탄력성을 낮추는 것이 유리하다. 수요의 가격탄력성을 낮추는 가장 중요한 방법은 특정 공급자에 대한 소비자의 충성도(Consumer Loyalty)를 높이는 것이다. 즉 가격이 약간 높더라도 가격 외적 요인에서 소비자에게 높은 만족을 줌으로써 소비자가 다른 공급자에게로 전환하지 않도록 하는 것이다.

환자가 치과의를 선택하는 데 있어서는 치과 의사가 환자에게 보이는 주의와 관심, 의사소통(친밀한 태도와 말씨, 자세한 설명), 신뢰 구축 등이 중요한 역할을 한다. 따라서 환자의 만족도를 높임으로써 소비자의 가격 탄력성을 낮추고 나아가 환자의 치과 의사에 대한 충성도를 높이기 위해서는 다음과 같은 것들이 중요하다(James R, 1995).

첫째, 환자와의 관계를 질적으로 발전시키는 것(Relationship-centered Care)이다. 둘째, 총체적인 질에 대한 교육, 즉 현재의 선택이 장기적인 구강건강에 미치는 영향 등을 환자에게 알려 주는 것이 중요하다. 셋째, 치과의료서비스를 지불 가능하게 하는 것으로써 예를 들면, 수가 할인이 아닌 다양한 지불방법을 마련(분할납부, 신용카드 등)하는 것도 중요한 역할을 한다. 넷째, 우수한 서비스의 제공 및 마케팅을 통한 독특한 차별화가 중요하다.

소비자의 만족도를 높이기 위해서는 의료공급자가 가장 먼저 소비자중심주의적 사고를 가지고 마케팅의 중요성을 인식하여야 한다. 앞서 언급한 것처럼 의료 부문에서는 환자와 의사간에 신뢰있는 관계를 형성, 유지, 발전시키는 것이 중요하다(이른바 관계마케팅 : Relationship Marketing).

또 의료는 서비스의 제공과 이의 소비가 동시에 발생하여 공급과정에 소비자가 참여하는 과정이 중요하므로 의료공급자와 환자와의 상호작용 역시 중요하다(이른바 상호작용마케팅 : Interactive

Marketing). 효율적인 마케팅을 위해서는 주 고객층의 특성, 고객자의 선호, 만족도 및 그 요인, 불만족 및 그 요인 등에 관한 자료를 체계적으로 분석하는 마케팅조사 능력이 중요하다.

4. 치과의료의 공급과 진료 비용

1) 치과의료 산업

우리나라에서는 <표 5>에서 나타나는 바와 같이, 1985년에서 1998년 사이에 치과 의사 수와 치과 의원 수가 약 6배 증가하였다. 그리고 치과 병원도 최근 들어 급격히 증가하는 추세에 있어 전반적으로 치과 의료시장에서의 경쟁이 두드러지고 있다. 치과 의사의 약 80%는 치과 의원에서 근무하고 있으며, 치과 의원 1인당 치과 의사 수는 1.05인에 불과해 의원 개원시 대부분의 치과 의사가 단독개원하고 있음을 알 수 있다. 치과 의원에 종사하는 치과 의사 1인당 고용 보조인력 수는 1.5인 내외로 나타났다.

2) 치과 의원의 비용 구조

대부분의 치과 의사가 적은 수의 보조인력만을 이용하여 단독개원하는 경향이 크다는 것은, 치과 의원의 비용/수입 구조가 병원 중심의 의사들과는 다소 다르다는 것을 의미한다.

특히 비용구조에서는 치과 의원의 경우 대부분 단독개원이기 때문에 비용을 구성하는 요소들, 즉 인건비, 재료비, 관리비 중 인건비와 관리비는 고정적으로 지출되고 재료비만이 환자수에 비례하여 변동되어 고정비용의 비중이 높다. 실제 우리나라 치과 의원의 비용 구조에서 고정비성 지출이 차지하는 비용이 80%를 넘는 것으로 나타나고 있으며, 인건비 비중이 약 70%를 차지하고 있다.

이는 일반의원에 비해 관리비의 비중이 낮고 인건비의 비중이 높는데 이는 치과 의료가 치과 의사의 직접적인 노동력에 의존하는 정도가 일반 의료 서비스에 비해 높은 것과도 관련이 있다(<표 6>). 고정비용이 높다는 것은 일정한 수입구조

<표 6> 치과 의원의 비용구조

	치과병의원		일반병의원			
	일반개원	보철/교정 전공	내과	외과	산부인과	소아과
인건비	69.9	67.4	49.9	46.2	52.8	43.8
재료비	13.0	13.5	18.3	23.8	12.0	28.5
관리비	17.1	19.1	31.8	30.1	35.3	27.8
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

주. 위의 자료는 치과 의원의 경우 '대한치과 의사협회의 정책능력강화를 위한 전략개발(황인경 외, 1999)'에서, 일반의원의 경우 '의원경영개선방안연구(한국보건 의료관리연구원, 1997)'의 자료를 재구성한 것으로, 각 자료에서 원장인건비는 다음과 같이 계상되었다.

- 치과 의원의 원장인건비: 1994년 한국생산성본부의 추산치를 근거로 연평균 물가상승률을 반영하여 보정
- 일반의원의 원장인건비: 기회비용 개념을 사용, 전국개원의 평균연령인 자료로서 3차의료기관에 봉직하는 의사의 연평균급여액을 사용

<표 7> 치과(보철)진료비 및 (보험)수가 추이

항 목		1984	1998 (기준년도: 1984)	1998년 지수
진료비	치과부문[치과 의원 및 치과 병원] 보철 총진료비(천원)	50,905,117	596,771,639	1172.3
	의료보험 총진료비(천원)	855,662,421	9,983,150,758	1166.7
	의료보험 진료비 중 치과부문의 비중	5.94	5.97	
	국내총생산(억원)	730,036	4,443,665	608.7
보험 급여비	치과 의원의 건당 보철진료비(원)	13,946	23,444	168.1
	일반의원의 건당 보철진료비(원)	10,653	23,455	220.2
	(전체) 의료보험수가 상승률			240.4
	소비자 물가 상승률(1985~1997)			213.4

주1. 우리나라의 경우 치과 의료수가가 따로 계산되어 있지 않아 치과 의원의 건당 진료비와 일반의원의 건당 진료비를 비교함

주2. 의료보험 도입당시의 보험진료비 자료를 구할 수 없어 1985년의 자료와 비교함.

자료출처: 국민의료보험통계연보('85, '99), 보건복지통계연보, 통계청 홈페이지 등

하에서 상대적으로 손익분기점에 도달하기 어렵고 환자 수가 의원 수익성에 미치는 영향이 큼을 의미한다.

3) 치과 의료 진료비

우리나라의 경우 신뢰성있는 전체 진료비 자료를 구한다는 것은 가능하지 않으므로 보험진료비를 기준으로 하여 비교하였다.

우리나라의 1985년 치과부문의 보험진료비 총액은 50,905,117천원으로 전체 의료보험 진료비의 6.0%를 차지하였고, 이 비중은 1998년에도 비슷하게 유지되고 있다. 한편, 치과부문의 보험진료비를 전체 경제성장률 및 전체 보험진료비와 비교하면, 1985년에서 1998년 사이에 의료보험 총진료비 증가정도(1166.7%)와 치과부문의 보험진료비 증가정도

(1172.3%)는 유사하게 나타나고 있고, 이 수치는 국내총생산의 증가보다는 상당히 높은 수치이다. 건당 보험진료비의 증가율을 기준으로 하여 비교하여 본 결과, 치과 의원의 경우가 일반의원의 경우보다 낮은 증가율을 보인다(<표 7>).

IV. 맺는말

우리나라 보건의료정책과 의료체계는 큰 변화의 중심에 서 있다. 의료보험 통합이라는 큰 변화와 함께, 수십년간의 의료관행을 바꾸고자 하는 의약분업제도가 우여곡절 끝에 실시되었으나 여전히 의사들의 큰 반발에 직면해 있다. 치과 의료는 의약분업 실시와 포괄수가제 시행과 같이 최근 보건의료계에 가장 큰 영향을 미치는 요소들의 영향을 상대적으로 적

게 받으리라 예상되지만, 우리나라 보건 의료체계의 전반적인 변화의 흐름으로부터 결코 자유로울 수는 없다.

이러한 변화에 효과적으로 대응하기 위해서는 협회의 지속적인 정책분석 및 기획 능력의 배양 그리고 각 치과의원들의 경영능력 제고가 필수적인 과제이다. 이를 위해 가장 중요한 것은 환자 중심주

의로 치과의사들이 인식과 행동을 바꾸는 것이며, 이를 출발점으로 하여, 환경이 주는 기회와 위협을 분석하고 자신의 강점과 약점을 파악하여, 환자들이 원하는 차별화된 치과외료를 제공하는 것이 근본적인 과제이다. 경쟁의 강화, 구강건강 상태의 향상에 따른 잠재적 수요의 감소라는 위협적 요소가 예상되지만 그와 함

께 구강건강에 대한 관심의 증가, 소득의 증가, 노인층 및 그들의 구매력 증가는 치과의료계에 기회가 될 것이다. 그러한 환경의 기회와 위협에 구체적으로 어떻게 대응하고 또 활용할 것이지는 경영자인 원장의 마인드와 또 고객의 충성도를 높이는 차별화된 치과 외료를 제공할 수 있는 치과의사의 전략에 달려 있다.

❖ 참고문헌 ❖

1. 국민의료보험관리공단, 국민건강진단결과분석, 1988-1998.
2. 권순만, 의료서비스 가격 결정을 위한 자원기준 상대가치 체계(RBRVS)의 비판적 고찰, 보건경제연구 4권, 1998, pp.56-68.
3. 권순만, 의약품 관련 정부정책과 병원산업, 병원경영학회 추계학술대회 연제집, 1999.
4. 권순만, 건강보험 요양급여비용계약제 시행 방안에 관한 고찰, 보건경제연구 6권 1호, 2000.
5. 보건복지부, 환자조사보고서, 1990, 1992, 1996.
6. 보건복지부, 보건복지통계연보, 1998.
7. 최정수 외, 한국인의 건강과 의료이용양상, 보건사회연구원, 1995.
8. 황인경 외, 대한치과의사협회의 정책능력강화를 위한 전략 개발, 경원대학교, 1999.
9. Freeland, M, et al., Measuring input prices for physicians: The revised Medicare Economic Index, Health care financing review, Vol 12, No 4, 1991, pp61-73.
10. Weiner, J, et al., Risk-adjusted Medicare capitation rates using ambulatory and inpatient diagnosis, Health care financing review, Vol 17, No 3, pp.77-99, 1996.

치과의료 제도의 개선과제

권 호 근/연세대학교 치과대학 예방치과학교실 교수

1. 서론

서기 2000년도는 새로운 밀레니엄이 시작된다는 연대기적인 의미와 함께 보건학적인 측면에서도 또 다른 중요한 의미가 있는 해이다. 즉 2000년도는 보건학적으로 중요한 의미가 함축된 알마타 선언에서 천명한 목표 달성 연도이다. 알마타 선언은 2000년도까지 지구상의 모든 인류에게 최소한의 일차진료를 제공할 수 있도록 모든 국가들이 노력한다

는 선언으로 많은 국가들은 20세기 후반기에 이러한 목표 달성을 위하여 노력하여 왔다. 우리나라도 모든 국민들에게 기본적인 의료 제공의 확대와 보장을 목표로 1989년부터 전 국민 의료보험을 실시하여 외형적으로는 단기간 내에 많은 성과를 이룬 것도 사실이다. 그러나, 저부담, 저수가, 제한된 급여로 상징되는 우리나라 의료보험 체계는 내용적으로는 많은 문제점을 내포하고 있는 것이 현실이고 이러한 문제점과 모순이 최근 의약

분업 시행을 계기로 한꺼번에 분출되고 있다.

또한, 구강보건학적 측면에서 올해는 세계보건기구가 1979년 발표한 Health for all by the year 2000에서 세계 각국이 이루어야 할 목표 달성 연도이다. 세계보건 기구는 2000년도까지 달성해야 할 각국의 중요한 구강보건 목표로서 12세 아동의 치아우식경험 영구치 지수(DMFT index)를 3개 이하로 낮출 것을 제안하였다. 그러나 1995년 조사에 의하