




제1부
연수교육 및 자유연제

2분과 의료체계 및 의료제도 관련 연구

국제법 및 국제협약에 나타난
지식재산권 규정의 변화와
의약품 접근: 국내법 개정의 측면에서

손경복
(서울대)



국제법 및 국제협약에 나타난 지식재산권 규정 변화와 의약품 접근
:국내법 개정의 측면에서

손 경 복
(sonkyungbok@gmail.com)

THE GLOBAL TRENDS IN INTERNATIONAL AGREEMENTS ON
INTELLECTUAL PROPERTY AND ITS EFFECT ON ACCESS TO MEDICINE
:IN THE PERSPECTIVE OF AMENDMENTS OF DOMESTIC LEGISLATION

Son Kyung-Bok

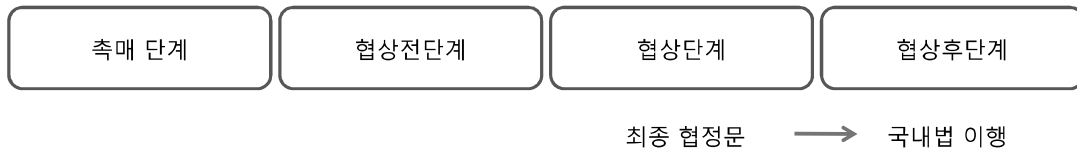
본 연구는 손경복의 박사학위논문 일부를 발췌한 것이다.

목차

- 들어가기 전에
- 연구 배경 및 목적
- 연구 방법
- 연구 결과
 - 국제법 및 국제협약의 변화
 - 아시아 국가의 국내법 개정
- 고찰 및 결론
 - 연구의 함의
 - TPP와 의약품 접근

들어가기 전에

- 구조적 모호함(constructive ambiguity) (by Henry Kissinger)
 - 민감한 분야 협상과정에서 고의적으로 모호한 어휘를 사용하는 행위
 - 우선 협상을 완료하고, 향후 이를 해결하겠다는 정치적 의지
 - 예> 의약품과 의료기기의 혁신(innovation), 허가특허연계, 자료보호
- 무역협상의 단계(Hoekman and Kostecki, 1996)



연구 배경 및 목적

- 연구 배경
 - 세계화에 따른 재화의 이동 증가 (의약품 관세)
 - 세계화에 따른 새로운 무역 규범의 확산 (의약품 지식재산권, 투명성)
 - 국제법 및 국제협약의 구조적 모호함
 - 국제법 및 국제협약에 따른 국내법 개정
- 연구 목적
 - ① 국제법 및 국제협약의 변화 경향
 - ② 이에 따른 아시아 국가의 국내법 개정 (구체적 내용, 개정 시기)
 - 지식재산권 규정의 변화가 의약품 접근에 갖는 함의

연구 방법

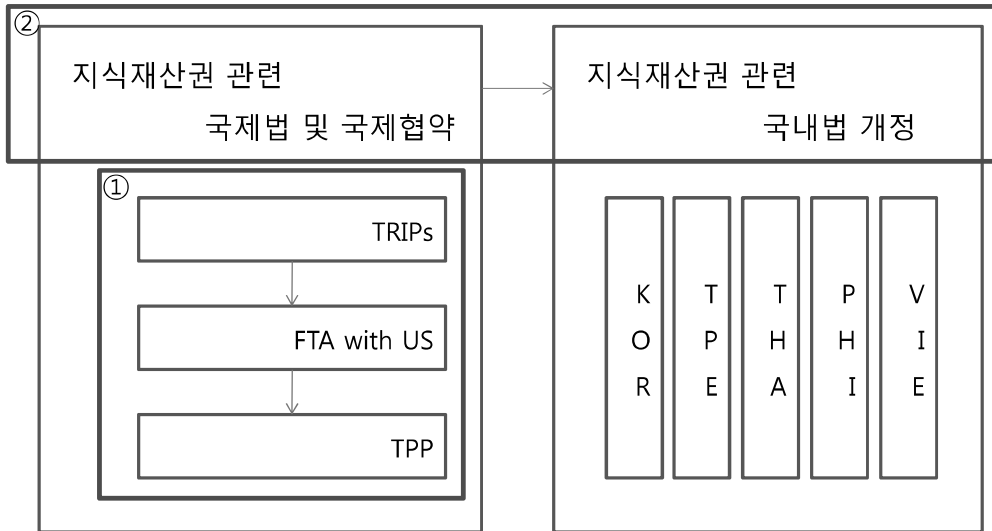
- 국제법 및 국제협약에 나타난 지식재산권 규정 변화
 - 개별 국가의 상위 수준에서 국제법 내용을 분석
 - TRIPs, 미국과의 FTA, 환태평양경제동반자협정(TPP)을 선정
 - 분석 대상 조항은 후술함
- 개별 국가의 의약품 접근을 국내법 개정 측면에서 분석
 - 한국, 대만 태국, 필리핀, 베트남
 - 개별 국가 수준에서 국내법 개정을 분석
 - 개정된 내용뿐만 아니라 개정된 시점도 포함

연구 방법

분석대상 조항

Compulsory Licensing	CL
Health ministry Participation	HP
Bolar Exception	BE
Experimental Use	EX
Extention of Patent term	EP (granting + approval)
Data Exclusivity	DE
Patent Linkage	PL

연구 방법



연구 방법

	KOR	TPE	THA	PHI	VIE
WTO TRIPs	Signed and In effect	Signed and In effect	Signed and In effect	Signed and In effect	Signed and In effect
GATT Membership	1967.04.14	N/A	1982.11.20	1979.12.27	N/A
WTO Membership	1995.01.01	2002.01.01	1995.01.01	1995.01.01	2007.01.11
TRIPs Deadline	2000.	N/A	2000.	2000.	N/A
FTA	33 FTAs	13 FTAs	30 FTAs	19 FTAs	20 FTAs
FTA with US	Signed and In effect 2012.03.15	Proposed/ Under consultation and study 2002.	Negotiations launched 2004.06	Proposed/ Under consultation and study 1989.	N/A
TPP	Announced Interest 2013.11	Announced Interest 2013.09	N/A	N/A	Signed 2010.03.15

연구 결과 ①

Provision	TRIPs	FTA with US	TPP
CL	++(in-detail)	-	+(indirect)
HP	+(indirect)	+(indirect)	+(indirect)
PI	not cover PI	not cover PI	not cover PI
BE	+	+	+
EX	+	+	+
EP	By granting	++(direct)	++(direct)
	By approval	++(direct)	++(direct)
DE	+(abstract)	++(in detail)	++(in detail)
PL	-	+(abstract)	+(abstract)

연구 결과 ①

- CL
 - 점차적으로 축소
 - FTA with US, TPP에서 무력화 하려는 시도
- HP, PI, BE, EX
 - 변화 없음
 - 조항의 특성상 앞으로 큰 변화 없을 것
- EP, DE, PL
 - 새롭게 도입 및 확대되고 있음
 - 추상적 -> 구체적, 간접적 -> 직접적
 - TRIPs의 DE, TPP의 PL, DE in biologics

연구 결과 ②-1

Agreements and its deadline	KOR		TPE	THA	PHI	VIE
	TRIPs 2000	FTA 2012	TRIPs 2002	TRIPs 2000	TRIPs 2000	TRIPs 2007
CL	+	+	+	+	+	+
HP	-	-	-	+	- 3 Yrs Early	-
PI	-	-	+	+	+	+
BE	+	+	+ 11 Yrs Late	+	+ 8 Yrs Late	+ 2 Yrs Early
EX	+	+	+	+	+	+
PT	- 5 Yrs Early	-	- Coincide	- 8 Yrs Early	- 3 Yrs Early	-
By Granting	-	+	-	-	-	-
EP	+	+	-	-	-	-
By Approval	+	+	-	-	-	-
DE	+ 5 Yrs Early	+	+ 3 Yrs Late	+ 2 Yrs Late	-	+ 2 Yrs Early
PL	-	+	-	-	-	-
		Coincide				

연구 결과 ②-1

- 사전에 법을 개정한 조항
 - PT
 - 지식재산 보호를 강화하는 조치로 미국의 압력이 있었음
 - DE
 - 지식재산 보호를 강화하는 조치로 미국의 압력이 있었음(한국)
- 사후에 법을 개정한 조항
 - BE
 - 지식재산을 일부 제한하는 조항으로 회원국이 충분히 활용하지 못함
 - DE
 - 지식재산 보호를 강화하는 조치로 미국의 압력이 있었음
 - 자료라는 새로운 지식재산을 도입하는 과정에서 반발이 있었음(대만, 태국)

연구 결과 ②-2

	KOR (2015)	TPE (2013)	THA (2002)	PHI (2013)	VIE (2009)
CL	+	+	+	+	+
HP	-	-	+	-	-
PI	-	+	+	+	+
BE	+	+	+	+	+
EX	+	+	+	+	+
By Granting	+	-	-	-	-
By Approval	+	-	-	-	-
DE	+	+	+	-	+
PL	+	-	-	-	-

연구 결과 ②-2

- HP clause in THA
 - 특히 심사 과정에서 보건부 등의 검토
- DE clause in PHI
 - 국제법 이행의 중요성, 하지만 국제법이 모호함
 - ARTICLE 39 "회원국은 신규 화학물질을 이용한 의약품 또는 농약품의 판매를 허가하는 조건으로 작성에 상당한 노력이 소요된 미공개 실험결과 또는 기타 자료의 제출을 요구하는 경우, 이러한 자료를 불공정한 상업적 사용으로부터 보호한다. 또한 회원국은 대중을 보호하기 위해 필요한 경우 이외에 또는 불공정한 상업적 사용으로부터 동 자료의 보호를 보장하기 위한 조치가 취하여지지 않을 경우에는 이러한 자료가 공개되는 것으로부터 보호해야 한다."
 - 아르헨티나, 인도, 인도네시아, 말레이시아 등에서는 자료보호가 존재하지 않음
(Chakrabarti, 2014; IFMA, 2007)
- EP, PL clause in KOR
 - KORUS FTA에 의한 것, 향후 동 조항은 TPP의 영향을 받을 것

연구 결과 ②-2

CL clause in 5 countries

	KOR	TPE	THA	PHI	VIE
① National emergency	○	○	○	○	○
② Public non-commercial use	○	○	○	○	○
nutrition and public health service	X	X	○	○	○
protection of natural resources and environment	X	X	○	X	X
③ Non-use (implement) of patent	○	X	○	(○)	○
insufficient use of patent	○	X	○ (high price)	○	X
severe shortage of food or drugs	X	X	○	X	X
④ Unfair transaction	○	○	X	X	○
⑤ Export to overseas market	○	X	X	X	X

고찰 및 결론

- 지식재산의 범위 및 보호기간이 확대되면서 의약품 제도 내에서 지식재산의 적용이 증가하고 있음
 - 특히 존속기간 연장, 자료보호 기간 연장(생물의약품)
- 지식재산의 의약품 제도 내의 적용이 확대되면서, 이와 관련된 내용을 규정하고 의약품 접근을 우선적으로 고려하기 위한 특허법 이외의 법률이 중요해지고 있음
 - 한국의 약사법은 (안전)규제법규와 산업육성법규의 성격을 가짐(장병원, 2012)
- 국제법 및 국제협약의 구조적 모호함을 해결하기 위한 적극적 해석 및 법률 제정이 필요함
 - 구조적 모호함은 허가특허연계나 자료독점, 강제실시 조항에서 두드러짐
 - 이러한 측면에서 동 제도를 국내법에 반영하는 것은 개별 국가의 재량 및 정치적 의지에 많은 부분 의존할 것임

TPP와 의약품 접근

- 재협상을 통하여 협정 내용이 근본적으로 변하기 어려움
 - 협정의 타결로 회원국의 의무가 발생
 - “사정의 근본적 변화” 조항을 활용할 수 있으나, 이 조항은 제한된 범위에서 적용됨
 - 한-미 FTA 소고기 합의에서 국민의 저항이 근본적 변화를 가져오지는 않는다는 다수의 견해
 - 다자간 협정의 정치적, 경제적 합의와 이에 대한 소국의 부담
 - 경제적 이해관계를 넘어서는 정치적 합의(Fergusson et al., 2015, Fergusson et al., 2013)
 - 미국과 일본이 비준할 경우, 추가 4개국이 비준하면 협정은 발효
- 협정문의 경과기간과 구조적 모호함을 최대한 활용
 - TRIPs의 BE, HP, DE 조항
 - TPP의 PL, DE in Biologics 조항

참고문헌

- 손경복, & 이태진. (2015). 환태평양경제동반자협정과 의약품 접근. 보건경제와 정책연구, 21(3), 1-31.
- 손경복. (2016). 세계화와 의약품 접근: 지식재산권 관련 국제법 및 국제협약의 동학. 보건학박사학위논문
- 장병원. (2012). 약사법, 약사행정. 서울: 신일북스.
- Chakrabarti, G. (2014). Need of Data Exclusivity: Impact on Access to Medicine. *Journal of Intellectual Property Rights*, 19, 325-336.
- Fergusson, I. F., Cooper, W. H., Jurenas, R., & Williams, B. R. (2013). The Trans-Pacific Partnership: Negotiations and Issues for Congress.
- Fergusson, I. F., McMinimy, M. A., & Williams, B. R. (2015). The Trans-Pacific Partnership: Negotiations and Issues for Congress: Congressional Research Service.
- Hoekman, B., & Kostecki, M. (1995). The political economy of the world trading system: from GATT to WTO. *The political economy of the world trading system: from GATT to WTO*.
- IFPMA. (2007). Data Exclusivity: Encouraging Development of New Medicines.



제1부
연수교육 및 자유연제

2분과 의료체계 및 의료제도 관련 연구

우리나라 의료전달체계의
문제점과 정책방향

오영호

(한국보건사회연구원)



의료전달체계의 현황 및 문제점과 정책과제

오영호(한국보건사회연구원, 연구위원)

I. 들어가는 말

보다 나은 삶을 누리기 위한 전제조건중의 하나는 적절한 보건의료를 사회적 형평에 기초하여 균등하고 효율적으로 제공하는 것이다. 이를 위하여 우리나라는 그동안 의료공급확대와 전국민건강보험 실시 등 다양한 정책을 통해 의료서비스의 양적 성장과 국민의 의료접근성을 확보해 왔으며, 의료전달체계 확립을 통하여 의료이용과 의료공급의 효율성을 제고하고자 노력하고 있다. 의료전달체계 확립을 위한 정부의 공식적인 정책은 1989년 전국민건강보험제도 도입과 함께 시작되었다. 목적은 환자들이 되도록 근거리 의료기관을 이용하고, 또 단순한 기술수준의 진료능력을 갖춘 기관에서부터 의료이용을 시작하여 필요에 따라 복합적 기술수준의 기관으로 옮겨가도록 하는 것이었다. 의료전달체계 정책은 시행 초기에 효과가 어느 정도 나타난 것으로 평가되었지만,¹⁾ 지역 간 공급 불균형에 따른 불평등을 해소하기 위한 규제개혁 차원에서 1995년에 대진료권 구분이 없어지고, 1998년 공교의료보험과 지역의료보험을 통합하면서 중진료권의 구분도 없어짐으로써 의료이용의 지역화 추진은 중단되었다. 이후 현재까지 우리나라는 의료기관 종별 기능이 제대로 작동되지 않고 있다. 그러나 대형병원으로 환자 쏠림현상이 심화되어 의원급과 병원급 의료기관이 직접적인 경쟁을 하고 있으며, 의료자원의 지역간 불균형과 함께 효율적 활용측면에서 문제가 발생하면서 의료기관 종별 기능의 재정립을 포함한 의료전달체계 확립이 그 어느 때보다 필요하다. 이러한 관점에서 본고에서는 우리나라의 의료전달체계가 제대로 확립되지 않아 초래되고 있는 보건의료의 문제점을 살펴보고, 이러한 문제를 개선하기 위한 정책방향과 과제를 제시하고자 한다.

II. 우리나라 의료전달체계의 현황 및 문제점

1. 우리나라 의료전달체계의 정책

의료전달체계는 1989년 전국민 건강보험제도를 도입하면서 전국적으로 실시되었다.²⁾ 전국민건강보험제도 시행 이전의 우리나라 의료공급체계는 기능적인 단절성, 지역간 의료자원의 불균형 분포, 환자의 대형병원 집중, 하부구조의 취약성 등의 문제를 안고 있었다. 이러한 문제를 해결하지 않고서는 의료공급의 효율성뿐만 아니라 의료보장제도의 목적을 달성할 수 없다는 판단 때문이었다. 당시 의료전달체계는 전국을 행정구역과 생활권에 따라 8개의 대진료권과 142개의 중진료권

1) 명재일·정영철. 의료전달체계 운영성과의 분석. 한국보건사회연구원, 1991; 한달선 등. 보험진료체계 . 개편의 효과에 대한 연구. 예방의학회지 1991; 24(4): 485- 495.

2) 우리나라에서 의료전달체계를 도입해야 한다는 주장의 근거에는 1920년대부터 영국을 비롯한 여러 국가들에서 의료정책의 주요의제로 취급되어 온 지역화개념과 맥을 같이 한다. 즉 자본집약적인 3차의료를 중심으로 주변에 1차와 2차의료의 자원을 분산하는 지역네트워크로서 소비자의 보다 높은 참여, 보다 향상된 의료접근, 의료의 생산과 높은 질을 가능하게 하는 규모의 경제를 성취하는데 필요한 자원의 집중화 등을 기하는 것이다. 특히 자원의 배분에 있어서 지역구분과 환자의뢰 및 정보의 흐름과 같은 의료의 여러 수준간 연계성이 강조되어야 한다는 것이다. 이에 따라 1970년대 의료전달체계 관련 논의가 시작되었고, 본격적인 필요성이 제기된 것은 의료보험제도가 도입되면서 부터이다. 1984년부터는 2개 지역에서 시범적인 환자의뢰제도가 실시된 바 있고, 1989년에는 전국적인 환자의뢰제도를 실시하였다(오영호, 2012).

을 설정하였다. 의료기관 역시 1차, 2차, 3차 진료기관으로 분류하여 의료기관 간의 기능분담도 시도하였다. 그러나 1998년 지역간 의료자원공급 불균형에 따른 불평등 문제를 해소하기 위한 규제개혁 차원에서 진료권의 개념이 폐지되면서 사실상 의료전달체계의 정책은 실패하였다고 평가되고 있다.³⁾

현재 우리나라의 의료공급과 의료이용체계를 포함하는 의료전달체계는 의료법과 국민건강보험법에 근거하고 있다. 의료기관의 종류와 기능은 의료법에 규정되어 있다. 「의료법(제3조)」⁴⁾에 의하면 의료기관을 크게 의원급과 병원급(종합병원 포함)으로 나누고, 병원급에서 상급종합병원을 따로 구분하고 있다. 기능면에서 의원급은 주로 외래환자를, 병원급은 주로 입원환자를, 상급종합병원은 중증질환을 대상으로 의료행위를 하는 기관으로 정의하고 있다(<표 1>참조). 그러나 의료법상에 규정된 의료기관의 기능정의와 병상수에 따른 종별 구분은 선언적 규정에 불과하다.⁵⁾

<표 1> 의료기관 종별 구분 기준

종별 구분	대상	기준
○ 의원급	• 주로 외래환자 대상	30병상 미만
○ 병원급 - 병원 - 종합병원	• 주로 입원환자 대상 • 7개(300병상 이하), 9개(300병상 초과) 이상 필수 진료과목 설치	30병상 이상 100병상 이상
○ 상급종합병원	• 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료를 전문적으로 하는 종합병원	종합병원 중 복지부장관 지정

의료이용체계와 관련된 내용은 국민건강보험법⁶⁾에 건강보험 급여를 2단계로 구분하고 있다. 상급종합병원 이용에서는 의원, 병원(종합병원 포함)의 의사소견이 기재된 건강진단·검진결과서 또는 요양급여의뢰서를 제출해야 급여를 지급받을 수 있다.⁷⁾ 그러나 본인이 비용을 부담하는 경우에는 이용단계에 제한을 두지 않고 있다. 그리고 단계적인 의료기관 이용을 유도하기 위해서 의료기관 종별 가산율 및 환자 본인부담율의 진료비 차등 제도⁸⁾를 실시하고 있다. 그러나 이러한 규정에도

3) 의료전달체계 정책의 실패이유로는 병상규모에 따른 1, 2, 3차 의료기관을 지정하여 형식적으로 연결하여 기능화 할 수 없는 의료전달체계를 구상하였고, 정부는 3차의료기관의 연구와 교육 기능의 특화, 1차의료기관의 1차의료기능 강화 등을 위한 지원책을 시행하지 않았으며, 의료전달체계의 참여자인 의료기관, 의사, 환자 등의 적극적 참여를 유도할 수 있는 정책방안을 마련하지 못했기 때문이라고 지적하고 있다. (송건용 외(2001). 의료기관종별 표준업무 개발 보고서. 보건복지부·한국병원경영연구원.)

4) 의료기관의 종류와 기능을 정의하고 있는 관련 법률로는 의료법이 대표적이다. 현행 의료법 제3조(의료기관)에서는 의료기관을 크게 의원급 의료기관과 병원급 의료기관, 조산원으로 구분하고 있다. 의원급 의료기관은 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로 의원, 치과의원, 한의원이다. 또한 병원급 의료기관은 마찬가지로 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원으로 구분하여 규정하고 있다. 또한 동법 제3조의2(병원 등)에서는 시설과 인력을 기준으로 병원과 종합병원으로 구분하여 규정하고 있다. 즉 병원의 경우 30개 이상의 병상을 그 기준으로 하고 있고, 종합병원의 경우 100개 이상의 병상과 병상규모에 따른 개설과목, 전문의를 구분하고 있다. 그 외에도 상급종합병원과 전문병원을 따로 규정하고 있는데 상급종합병원의 경우 종합병원 중에서 중증질환에 대한 난이도가 높은 행위를 전문적으로 하되 20개 이상의 진료과목, 장관령이 정하는 인력, 시설, 장비 등을 갖추 것을 규정하고 있다.

5) 오영호(2012). 의료전달체계의 문제점과 정책과제. 보건복지포럼 통권 제189호 7권, 50-67.

6) 2000년 제정된 국민건강보험법에서는 건강보험제도상의 의료전달체계의 법적 근거를 마련하였다. 즉 동법에 의한 ‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’ 제2조(요양급여의 절차)에서는 요양급여를 1단계와 2단계로 구분하고, 가입자 또는 피부양자는 1단계 요양급여를 받은 후 2단계 요양급여를 받도록 규정하고 있다. 여기서 1단계 요양급여는 의료법상의 상급종합병원을 제외한 의료기관에서 받는 요양급여를 말하고 2단계 요양급여는 상급종합병원에서 받는 요양급여를 말한다.

7) 응급, 분만, 치과, 가정의학과 등 7가지 예외 경로 인정(요양급여 규칙 제2조)하고 있고, 의료급여는 3단계로 구분(의료급여법 시행규칙 제3조)하고 있다.

8) 종별가산율은 의원 15%, 병원 20%, 종합병원 25%, 상급종합병원 30%을 두고 있고, 환자 본인부담율은 의원 30%, 병원 3

불구하고 환자들의 의료기관 이용에 대한 제한은 환자가 지불하는 본인부담물에서만 차이를 두었을 뿐 특별한 제재는 없다. 이로 인해 현재까지 우리나라는 의료전달체계가 확립되지 못하였으며, 의료기관 종별 기능 역시 명확하게 구분되어 있지 않다.⁹⁾

2. 우리나라 보건의료의 문제점

우리나라 보건의료분야가 직면한 문제 중에서 의료전달체계가 크게 영향을 미치는 문제들을 중심으로 살펴보고자 한다. 즉, 주요 원인 중의 하나가 의료전달체계가 제대로 확립되지 않아 초래되고 있는 보건의료의 문제점은 크게 몇 가지 측면으로 요약할 수 있다. 첫째, 국민의료비의 급격한 증가 문제이다. 둘째, 의료기관간 역할과 기능 미정립 등으로 인한 의료기관간 의료시설의 대형화와 고급화 경쟁으로 의료기관의 병상과 고가의료장비 보유 경쟁의 심화문제이다. 셋째, 의료자원 공급과잉과 과당경쟁으로 비효율적인 진료현상의 심화문제이다. 그리고 마지막으로 의료자원 편중으로 인한 수도권 대형병원으로의 환자 쏠림 현상 등이다.

1) 국민의료비의 급증

우리나라 보건의료분야에서 가장 심각한 문제 중의 하나는 바로 국민의료비의 증가와 이로 인하여 건강보험재정이 크게 위협받고 있다는 점이다. 지난 12년 동안 우리나라의 연평균 의료비 지출증가율은 8.7%로 OECD국가(평균 3.8%) 중에서 가장 높은 수준이다(OECD Health Data, 2015)(<그림 1> 참조). 이로 인해 국민의료비와 GDP에서 차지하는 국민의료비 비중이 85년 2.9조에서 2014년 104.9조원으로 지난 30년간 33배 이상 증가하였으며, 2000년에 비해서도 4배 이상 증가해 우리나라의 국민의료비가 얼마나 가파르게 증가해 왔는지를 알 수 있다(<그림 2> 참조). 더 심각한 문제는 향후 건강보험재정 전망이 상당히 어둡다는 점이다. 2011년 건강보장선진화위원회가 발표한 연구보고서에 의하면 우리나라 건강보험재정 적자가 심화될 것으로 전망된다. 건강보험료 수입보다 의료비 지출이 더 크게 증가하여 건강보험 재정적자가 2025년에 대략 30조원, 2030년에 50조원 정도가 될 것으로 전망하고 있다.¹⁰⁾ 이러한 비관적인 전망은 2015년 12월 발표된 정부의 발표에서도 볼 수 있는데, 2022년에 적자로 돌아서서 2025년에는 재정이 고갈 될 것이라고 전망하고 있다.¹¹⁾ 이러한 의료비 급증의 원인에는 인구의 노령화 등 여러 가지가 있지만 가장 근본적인 원인은 의료전달체계를 포함한 의료공급체계가 제대로 확립되어 있지 않기 때문이라고 판단된다.

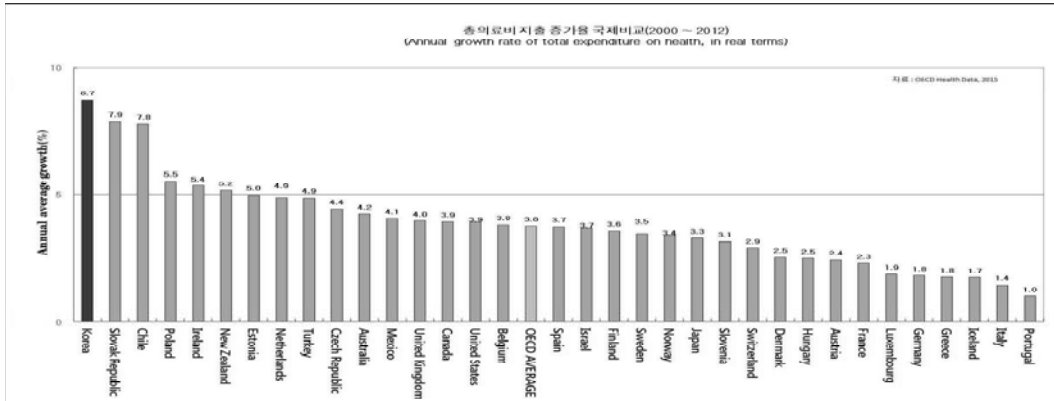
5~40%, 종합병원 45~50%, 상급종합병원 60%를 두고있다.

9) 오영호(2012). 의료전달체계의 문제점과 정책과제. 보건복지포럼 통권 제189호 7권, 50-67.

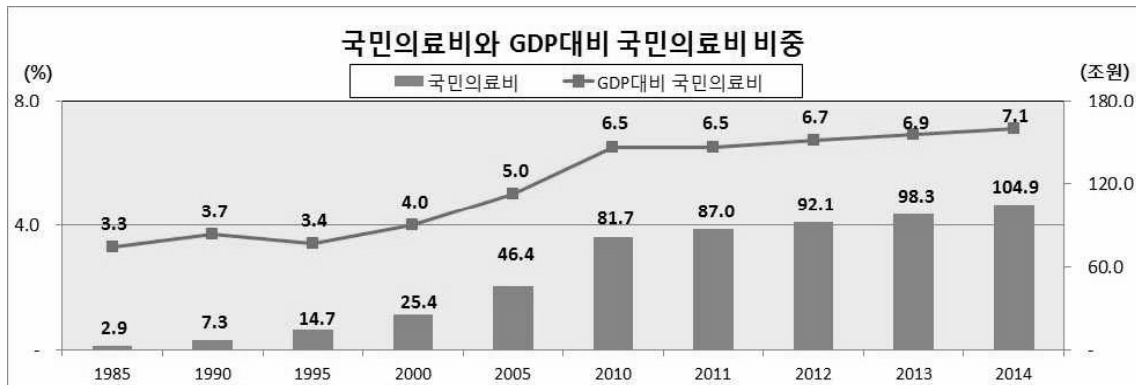
10) 보건의료미래기획단 : 제2차 보건의료미래위원회 심의안건 제3호, “국민의료비 중장기 假추계와 경제사회적 의미”, (2011).

11) 기획재정부, ‘2060년 장기재정전망’, 2015. 12

<그림 1> OECD국가의 연평균 의료비 지출 증가율



<그림 2> 국민의료비와 GDP대비 국민의료비 추세



2) 의료기관간 의료자원 보유경쟁 심화

보건의료자원은 한정되어 있어 이를 효율적으로 공급하고 활용해야하기 때문에 효율적인 보건의료공급체계의 구축이 국가 의료체도의 핵심요소가 된다. 의료기관간 역할과 기능은 의료법에 정립되어 있지만 이러한 역할 기준을 적용할 수 있는 정책적 수단이 미약한 상황에서 의료기관들의 경쟁은 주로 병상과 고가의료장비 설치 등 고급화와 양적확대위주로 진행되어왔다. 그 결과 2005~2013년 사이 요양기관 중별 기관 수 및 병상 수의 변화 양상을 살펴본 결과 종합병원 중 500병상 이상의 의료기관을 제외하고 요양기관의 수가 지속적으로 증가해왔으며, 병상 수의 경우도 500병상 이상의 종합병원과 100병상 이상의 병원을 제외하고는 지속적 증가하고 있음을 확인할 수 있다(<표 2> 참조).

〈표 2〉 요양기관 종별 기관 수 및 병상 수 변화

(단위: 개소, 병상수)

연도	기관수	상급종합병원	종합병원			병원			요양병원			의원
			소계	500미만	500이상	소계	100미만	100이상	소계	100미만	100이상	
2005년	기관수	43	247	190	58	890	450	440	172	86	86	24,980
	병상수	39,251	89,398	51,370	38,028	130,399	29,139	101,260	21,160	5,891	15,270	92,311
2008년	기관수	43	271	218	53	1,163	581	582	670	275	395	26,300
	병상수	41,062	96,068	60,597	35,471	164,973	37,201	127,773	82,819	19,164	63,655	93,450
2009년	기관수	44	269	208	61	1,262	624	638	777	358	419	27,027
	병상수	43,291	96,235	56,897	39,338	180,257	39,697	140,560	96,505	24,664	71,841	94,273
2010년	기관수	44	270	211	59	1,297	639	658	852	343	509	27,149
	병상수	43,569	97,864	59,061	38,803	182,144	41,086	141,058	110,052	24,043	86,010	93,409
2011년	기관수	45	273	210	63	1,387	669	718	994	320	674	27,833
	병상수	45,114	99,469	58,139	41,330	194,916	42,465	152,451	139,044	21,680	117,364	81,836
2012년	기관수	44	271	214	57	1,240	595	645	472	134	338	27,700
	병상수	44,692	102,018	62,882	39,136	198,685	43,166	155,519	161,851	23,067	138,784	92,311
2013년	기관수	43	274	222	52	1,254	780	474	422	131	291	28,276
	병상수	43,767	101,263	65,248	36,015	147,783	51,726	96,057	182,396	27,737	154,659	97,057
연평균 증가율	기관수	0.0	1.5	2.2	-1.5	5.0	8.2	1.1	13.7	6.2	19.0	1.8
	병상수	1.6	1.8	3.5	-0.8	1.8	8.5	-0.8	36.0	24.8	39.2	0.7

주 : 치과·한방병상 및 상급병상 제외. 병상수=일반병상+신생아병상+중환자병상+응급실병상.

소계는 소수점이 있는 가중 승수를 사용한 것이므로 내용의 합과 총수가 일치되지 않는 경우가 있음.

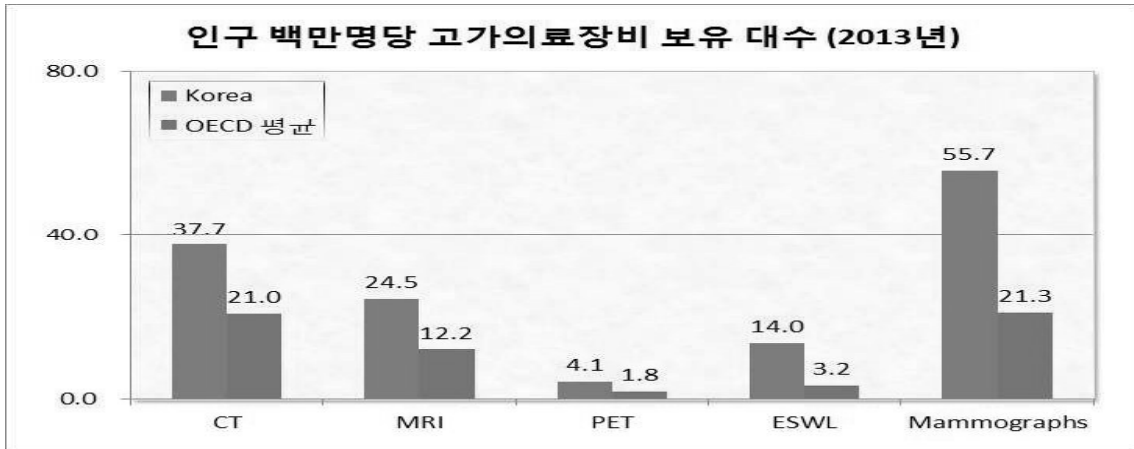
자료 : 보건복지부·한국보건사회연구원, 환자조사, 각 년도.

요양기관 종별 기관수나 병상수는 병원급 의료기관의 증가세가 두드러진 것을 확인할 수 있다. 요양병원과 요양병상은 2007년 노인장기요양보험제도 도입 전후로 크게 증가하였으며, 2005년 이후 연평균 각각 13.7%와 36.0%씩 증가하였다. 병원급 의료기관의 수는 2005년 890개소에서 2013년 1,254개소로 연평균 5.0% 증가하였다. 우리나라의 지속적인 병상수 증가현상은 OECD 국가의 경우 급성병상과 장기요양병상 수가 감소하거나 또는 정체되어 있음을 감안하면 매우 이례적인 현상이라 할 수 있다. 외래의료서비스를 담당해야 할 의원의 경우도 병상수가 2005년 92,311병상에서 2009년까지 94,273병상으로 증가하다가 2010년부터 감소하기 시작했으나 2012년부터 다시 증가하여 2013년에는 97,057 병상으로 증가하여 전체 병상에서 17.0%로 적지 않은 비중을 차지하고 있다(〈표 2〉 참조).

병상수와 함께 고가의의료장비가 지나치게 과잉공급 되었다는 것은 이미 OECD국가 간의 비교를 통해서 알려져 있다. 2013년 우리나라의 인구 당 CT, MRI, ESWL, Mammographs 등 주요 고가의 의료장비 보유대수는 OECD국가에서 상위그룹에 위치하고 있다. 인구 100만 명당 기준으로 보면, CT(전산화단층촬영장치)는 우리나라가 37.7대로 OECD 국가 평균인 21.0대 보다 1.5배 정도 많고, MRI(자기공명전산화단층촬영장치)는 우리나라가 24.5대로 OECD 국가 평균인 12.2대 보다 2배 정도 높았다. 체외충격파쇄석기(ESWL)는 우리나라가 14.0대로 가장 높았고 OECD 국가 평균인 3.2대 보다 4.4배 정도 높았다. 그리고 유방촬영장치(mammographs)는 우리나라가 55.7대로 OECD 국가 중 가장 높았고 OECD 평균인 21.3대보다 2.6배 정도 높은 것으로 나타났다(〈그림 3〉 참조)(OECD(2015), Health Data 2015).¹²⁾

12) OECD.Stat(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT)

<그림 3> 인구 백만 명당 고가의료장비 보유대수(2013년)



고가의료장비의 총량적인 공급과잉도 문제이지만, 의료기관간 고가의료장비 도입경쟁으로 의료기관 중별에 관계없이 대부분의 의료기관에서 고가의료장비공급이 증가하였고, 특히 100병상 미만의 병원급이나 의원급 등에서 큰 폭으로 증가하고 있다. 전산화단층촬영기(CT)의 경우는 대부분의 의료기관에서 지속적으로 증가하였다. 자기공명영상기(MRI)의 경우는 대부분의 의료기관에서 증가하고 있으며, 의료기관 규모에 따라서 적게는 연평균 6.1%에서 많게는 21.8%까지 증가하였다(<표 3> 참조).

<표 3> 요양기관 중별 고가장비 보유량 변화

(단위: 개, %)

장비종류	연도	상급 종합병원	종합병원			병원			요양병원			의원
			소계	500 미만	500 이상	소계	100 미만	100 이상	소계	100 미만	100 이상	
전산화단층촬영기(CT)	2005	114	289	194	94	524	226	299	26	5	21	598
	2008	144	334	226	107	630	270	360	27	0	27	538
	2009	156	339	223	116	665	292	373	27	6	22	520
	2010	189	395	255	140	662	295	367	23	2	20	509
	2011	194	401	250	151	692	293	399	18	0	18	507
	2012	189	396	257	140	748	336	412	52	9	42	679
	2013	205	428	284	144	782	346	436	19	0	19	551
	연평균 증가율	8.7	5.8	5.6	6.2	5.9	6.3	5.5	-4.3	-	-1.3	-1.2
자기공명영상기(MRI)	2005	81	222	156	66	176	56	120	1	0	1	94
	2008	101	276	194	82	323	130	193	0	0	0	134
	2009	111	283	193	90	325	123	202	14	0	14	160
	2010	120	295	204	92	377	142	235	2	0	2	252
	2011	129	322	215	107	426	160	266	4	0	4	210
	2012	135	332	229	104	475	186	289	7	0	7	259
	2013	141	348	248	100	534	223	311	4	0	4	209
	연평균 증가율	8.2	6.6	6.9	6.1	17.2	21.8	14.6	20.7	-	20.7	12.1

주 : 치과·한방 제외. 소계는 소수점이 있는 가중 중수를 사용한 것이므로 내용의 합과 중수가 일치되지 않는 경우가 있음.

자료 : 보건복지부·한국보건사회연구원, 환자조사, 각 년도.

3) 의료자원 공급과잉과 과당경쟁으로 인한 비효율적인 진료현상 심화

바람직한 의료전달체계를 확립한다는 것은 의원은 외래 중심의 1차 의료와 문지기 역할을 수행하고, 병원급은 입원 위주의 진료, 그리고 상급 종합병원은 고도의 전문적 의료서비스와 연구를 담당토록 하는 것을 의미한다. 즉, 1차 의료기관은 경증의 외래 환자를 담당하고 전문적 진료가 필요한 환자들에 대해서는 대리인으로서 적절한 요양기관을 안내하는 것이 의료자원을 효율적으로 사용하면서 동시에 적절한 의료를 보장함으로써 의료의 질을 높이는 방법이 될 것이다. 그러나 현실은 의원에서도 병상을 설치하여 입원 서비스를 제공하고 있고 상급종합병원에서도 경증 환자에 대한 외래 진료를 제공하고 있다. 요양기관 중별 외래환자수 비율의 변화추이를 보면, 병원급 이상의 외래 환자수 비율이 전반적으로 증가하는 추세인 반면, 의원의 경우는 2002년 82.9%에서 2013년 73.4%로 전반적으로 감소추세에 있다(<표 4> 참조). 이러한 현상은 외래진료비 추세에서도 볼 수 있는데, 상급종합병원, 종합병원 진료비 점유율은 지속적으로 증가한 반면, 의원 외래진료비 점유율은 2002년 37.4%에서 2013년 28.6%로 지속적으로 감소하고 있음을 볼 수 있다(<표 5> 참조).

<표 4> 의료기관 유형별 지역별 외래 환자 분포

(단위: %)

지역	상급종합병원			종합병원			병원			의원1)		
	2002	2008	2013	2002	2008	2013	2002	2008	2013	2002	2008	2013
서울	9.3	9.1	10.7	6.1	6.8	7.7	3.4	4.7	7.7	81.2	79.4	73.9
부산	4.1	4.8	5	9.2	11.1	13.1	6.4	8.2	14.5	80.3	75.9	67.5
대구	8.9	5.6	7.5	7	4.1	4.7	5.5	9.4	12.7	78.7	80.8	75.2
인천	3.8	7.3	6.9	5.9	8.4	10.1	4.1	6.8	9.1	86.2	77.5	73.9
광주	4.7	4.4	6.7	4.7	12.9	13.9	6.2	10.5	15.3	84.5	72.2	64.1
대전	4.8	6.3	4	5.7	7	12.1	2.4	4.1	7.4	87.1	82.5	76.5
울산	0.8	0.9	0.9	8.8	10.3	10.7	10.9	14.8	17.9	79.5	74	70.5
경기	3.2	3.8	5.6	8.2	10.8	10	4.6	7.9	8.8	84	77.5	75.6
강원	3.8	4.9	4.4	9	10	13.3	4	6.1	10.5	83.2	79.1	71.8
충북	3.2	4.9	5	5.3	7.6	10.1	3.2	5.2	7.7	88.3	82.3	77.2
충남	3.6	5.3	5.2	5.9	5.2	6.7	4.1	5.6	7.3	86.4	83.9	80.8
전북	4.6	6.5	4.4	4.2	5.8	7.9	4.7	5.6	9.9	86.4	82	77.8
전남	2.6	1.9	3.8	7.9	9.9	12	7.5	12	14.8	81.9	76.1	69.4
경북	3	3	3.8	9.7	11	13.6	5.7	7.7	11.3	81.6	78.2	71.3
경남	1.9	2.9	4.6	8.5	9.9	11.3	9.3	12.7	15.8	80.4	74.5	68.2
제주	0.6	0.8	0.9	13.6	16.7	22.3	0.5	1.1	3.3	85.3	81.4	73.5
세종	-	-	4.6	-	-	8	-	-	6.3	-	-	81.1
계	4.9	5.3	6.1	7.3	8.8	10.1	5	7.4	10.4	82.9	78.5	73.4

주: 1) 의원+보건의료원+보건소+보건지소

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 환자조사, 각년도.

<표 5> 요양기관 종별 외래진료비 및 각 점유율 변화

(단위: 백억 원, %)

구분	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
총계	1,551	1,626	1,780	1,998	2,271	2,469	2,638	2,942	3,161	3,324	3,423	3,546
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
의료기관	1,008	1,043	1,114	1,230	1,385	1,492	1,579	1,780	1,921	2,025	2,159	2,281
소계	65.0	64.1	62.6	61.6	61.0	60.4	59.9	60.5	60.8	60.9	63.1	64.3
상급종합병원	91	104	114	130	157	180	200	234	265	243	302	317
	5.9	6.4	6.4	6.5	6.9	7.3	7.6	8.0	8.4	7.3	8.8	9.0
종합병원	99	118	130	151	177	197	222	242	267	281	297	319
	6.4	7.3	7.3	7.6	7.8	8.0	8.5	8.2	8.5	8.5	8.7	9.0
병원	49	57	65	74	86	100	112	134	152	164	181	192
	3.2	3.5	3.7	3.7	3.8	4.1	4.3	4.6	4.8	5.0	5.3	5.4
요양병원	-	-	-	-	-	-	-	-	8	9	10	10
	-	-	-	-	-	-	-	-	0.3	0.3	0.3	0.3
의원	580	564	588	643	712	751	780	874	897	937	990	1,014
	37.4	34.7	33.1	32.2	31.4	30.4	29.6	29.7	28.4	28.2	28.9	28.6

주) 의료기관소계는 치과, 한방, 조산원부문 제외 소계이며 총계는 의료기관 소계 및 약국부문 모두 포함
 자료: 건강보험심사평가원 진료비통계지표 각 연도.

<표 6> 의료기관 유형별 지역별 퇴원 환자 분포

(단위: %)

지역	상급종합병원			종합병원			병원			의원1)		
	2002	2008	2013	2002	2008	2013	2002	2008	2013	2002	2008	2013
서울	35.5	34.7	34.3	26.3	26	25.5	14.9	16.5	24.6	23.3	22.8	15.6
부산	17.6	19.7	17.5	39.7	36.4	36.8	27.3	29.4	36.5	15.5	14.6	9.1
대구	36.1	24.9	22.7	29.9	16.2	17.6	23.3	42	43.9	10.7	16.9	15.9
인천	20.1	25.6	23.1	31.5	28.5	33.8	23.6	21.4	29.6	24.8	24.5	13.5
광주	18.7	11.8	16.8	23.6	38.8	36.4	29.9	27.8	38.1	27.7	21.6	8.7
대전	27.8	28.4	16.9	28.1	31.3	42.4	13	17.4	23.4	31.1	22.9	17.3
울산	17.3	4.8	3.3	37.5	37.7	32	30.4	42.3	47.7	14.8	15.2	16.9
경기	15.2	14.4	19.6	37.6	37.3	34.1	21.9	26.3	28.2	25.4	22	18.2
강원	17.8	19.3	15.1	42.9	31	38.3	17.4	24.8	31	21.9	24.9	15.6
충북	18.9	19.3	17.3	34.3	34.3	34.3	18.5	22.8	31.1	28.3	23.6	17.3
충남	19.8	26.8	25.6	35.8	28.5	30.5	20.2	21.6	26	24.2	23.1	17.9
전북	23.9	19.6	19.6	22	24.2	26.3	26.7	25.4	33.6	27.4	30.8	20.5
전남	12	8.1	11.2	40	40	35.9	33.9	41.9	39.9	14.1	10.1	12.9
경북	14.6	13.6	12.7	47.6	42.6	42.6	23	27.9	31.4	14.8	16	13.3
경남	9.2	12.9	11.3	38.4	32.5	32.5	35.2	36	41.2	17.2	18.6	15
제주	8.8	7.1	5.9	70.3	69	77.8	3.5	8.6	7.8	17.4	15.3	8.5
세종	-	-	21	-	-	34.6	-	-	32.3	-	-	12.1
계	21.2	20.1	19.8	34.6	32.7	33	22.7	26.6	31.9	21.6	20.6	15.3

주: 1) 의원+보건의료원+보건소+보건지소

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 환자조사, 각년도.

최근에 발표된 2013년 진료비통계지표를 보면 대형병원의 외래환자 증가의 심각성을 나타내는 또 다른 지표는 상급종합병원과 종합병원의 외래환자 비중은 각각 19.8%와 37.2%나 된다는 사실이다. 입원을 위주로 해야 할 상급종합병원과 종합병원에서 외래 비중이 이토록 높은 현상은 의료 전달 체계상의 문제점을 드러내는 단면이라 할 수 있겠다. 반면에 의원들도 적지 않은 수의 병상을 보유하고 입원진료에 참여하고 있다는 사실 또한 의료기관 종류별 역할과 기능의 분화가 불합리하고 미흡하다는 사실을 입증하는 것이다(<표 6>참조).

의료기관간 경쟁적인 의료장비 도입은 고가의료장비의 공급과잉과 함께 고가의료장비 사용을 크게 증가시키는 요인이 되고 있다. 최근 2006년부터 2014년까지 8년간 주요 고가의료장비 보유대수와 사용량(건강보험적용)의 추세를 통해서 이러한 사실을 알 수 있다. CT의 경우 2006년 1,629대에서 2014년 1,870대로 연평균 증가율은 2%미만으로 총량의 변화는 크지 않지만, 보험급여가 적용된 촬영횟수는 지난 8년간 4.1배 증가하여 연평균 20%정도 증가하였고, CT 1대당 촬영횟수도 3.6배증가하여 연평균 17.2%증가였다. MRI는 지난 8년간 2.0배증가하여 연평균 8.8% 증가하였고, 보험급여가 적용된 촬영건수는 3.5배 증가하여 연평균 17.0% 증가하였다. MRI 1대당 촬영건수는 2006년에 670회에서 2014년 1,190회로 연평균 증가율은 7.4%였다. PET의 경우 2006년 63대에서 2014년 207대로 3.3배증가하여 연평균 16.0% 증가하였고, 보험급여가 적용된 사용촬영건수는 2006년에 42,360건에서 2014년 519,373건으로 12.3배 증가하여 연평균 36.8%증가하고, PET당 촬영건수는 2006년에 672회에서 2014년 2,509회로 3.7배 증가하여 연평균 17.9%씩 증가하였다(<표 7>참조). 이렇듯 고가 의료 장비의 무분별한 도입과 확산은 굳이 고가 장비를 사용하여 진단을 할 필요가 없는 환자에게도 이들 장비를 적용함으로써 의료비를 증가시키고 의료체계의 효율을 크게 떨어뜨린다는 점이다.

<표 7> 연도별 CT, MRI, PET 총 촬영횟수, 보유대수 및 장비당 촬영횟수(건강보험 적용)

장비	연도	총 촬영회수	보유대수	장비당 촬영횟수
CT	2006년	2,411,327	1,629	1,480
	2014년	9,841,215	1,870	5,263
	('14년/'06년)	4.1	1.1	3.6
	연평균('06~'14년)	19.2	1.7	17.2
MRI	2006년	440,169	657	670
	2014년	1,540,357	1,294	1,190
	('14년/'06년)	3.5	2.0	1.8
	연평균('06~'14년)	17.0	8.8	7.4
PET	2006년	42,360	63	672
	2014년	519,373	207	2,509
	('14년/'06년)	12.3	3.3	3.7
	연평균('06~'14년)	36.8	16.0	17.9

자료: 건강보험심사평가원 내부자료, 2016.

4) 의료자원 편중으로 인한 수도권 환자 쏠림 현상심화

대형병원의 수도권 편중현상으로 수도권으로의 환자 이동이 크게 증가하면서 수도권 환자 집중 문제가 의료전달 체계의 문제점 중 하나로 부각되고 있다. 환자조사 자료를 이용하여 외래환자와 퇴원환자의 지역별 이용양상과 이용추세를 보면 지역에 따라 차이는 있지만 전반적으로 서울지역에 환자가 집중되고 있는 것을 알 수 있다. 2013년 서울지역의 종합병원이상(상급종합병원 포함)을 이용한 외래환자의 비율이 2.6% ~ 25.6%까지 적지 않은 비중을 차지하고 있다. 그리고 지난 11년간 외래환자의 서울지역 종합병원 이상 이용추세도 부산, 인천, 광주 등 일부 지역을 제외하고는 나머지 지역은 증가하고 있다. 또한 서울지역의 상급종합병원을 이용한 외래환자 비율은 5.2% ~ 87.6%까지 나타났다. 퇴원환자의 경우도 외래환자의 비슷한 경향을 보이지만 서울지역의 종합병원급 이상의 병원을 이용하는 퇴원환자의 비율은 외래환자비율보다 전반적으로 높은 것으로 나타났

다. 또한 상급종합병원만을 이용한 퇴원환자를 대상으로 하면 서울지역에 소재한 상급종합병원에 입원한 비율은 10.8% ~ 88.4%까지 나타났다(<표 8>참조).

<표 8> 일반환자의 서울지역 의료기관 유형별 이용자 비율

(단위: %)

지역	종합병원 이상 (상급종합병원 포함) 이용비율						상급종합병원 이용비율					
	외래			퇴원			외래			퇴원		
	2002	2008	2013	2002	2008	2013	2002	2008	2013	2002	2008	2013
서울	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
부산	3.1	2.4	2.6	4.7	5.1	4.3	9.0	7.0	8.5	14.7	12.4	12.1
대구	1.2	3.5	3.5	2.5	6.3	6.9	1.9	5.1	5.2	4.2	9.4	10.8
인천	11.7	13.3	10.7	13.0	13.0	10.8	21.1	21.3	19.7	26.6	21.5	20.5
광주	5.6	3.7	3.4	7.9	5.0	5.4	10.1	12.2	9.4	16.2	18.9	14.7
대전	3.8	6.8	5.7	6.4	8.4	8.6	7.2	12.6	21.1	11.8	15.0	26.1
울산	2.2	4.1	4.9	27.3	6.9	7.1	22.2	46.3	59.7	85.3	53.1	68.3
경기	27.9	27.3	25.6	26.9	28.3	25.2	75.5	76.3	51.4	72.8	74.4	50.5
강원	8.9	12.4	11.7	10.0	14.6	15.3	25.8	29.0	36.6	29.1	29.2	43.2
충북	12.5	12.7	11.1	13.7	15.9	15.2	28.4	25.9	29.5	34.6	34.6	38.4
충남	14.1	15.4	14.5	15.0	15.6	15.4	32.3	25.7	28.7	35.7	25.9	27.4
전북	5.4	5.8	6.9	7.5	9.3	8.9	9.1	9.1	16.6	12.7	16.6	17.2
전남	6.8	6.6	6.0	9.7	9.0	7.6	24.4	33.0	21.5	37.3	41.6	26.0
경북	5.0	6.9	6.5	7.2	9.4	9.2	19.1	26.4	26.9	27.5	32.4	34.5
경남	2.7	4.2	4.3	4.8	6.7	6.9	13.3	16.3	13.7	22.4	20.0	23.5
제주	4.2	4.9	3.8	11.1	10.2	7.3	93.5	88.2	87.6	91.7	90.9	88.4
세종	-	-	10.6	-	-	12.8	-	-	24.2	-	-	30.8

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 환자조사, 각 연도

<표 9> 암환자의 서울지역 의료기관 유형별 이용자 비율

(단위: %)

지역	종합병원 이상 (상급종합병원 포함) 이용비율						상급종합병원 이용비율					
	외래			퇴원			외래			퇴원		
	2002	2008	2013	2002	2008	2013	2002	2008	2013	2002	2008	2013
서울	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
부산	6.8	12.2	11.5	13.8	14.0	11.3	9.0	14.6	17.9	20.6	16.8	18.2
대구	3.2	13.4	9.4	6.6	18.4	16.4	3.8	14.0	14.1	8.4	19.9	23.8
인천	22.1	29.9	24.9	25.2	24.2	18.7	29.9	38.0	32.0	43.7	34.6	27.5
광주	13.3	11.0	12.8	24.8	18.2	20.3	15.2	33.3	16.0	32.9	46.5	30.7
대전	11.4	26.4	23.3	19.0	22.8	22.6	16.5	32.8	40.8	27.0	31.2	42.8
울산	8.2	18.1	16.5	61.2	14.2	19.1	21.1	52.7	79.9	90.0	52.6	78.5
경기	44.1	49.2	45.2	46.2	44.5	42.8	79.0	82.1	63.4	82.3	78.0	59.6
강원	24.6	33.6	33.8	29.5	33.6	35.8	47.5	53.1	57.8	54.2	57.3	68.9
충북	33.0	35.7	37.1	39.4	42.2	41.2	49.7	40.4	49.0	61.3	59.0	57.2
충남	31.0	40.8	40.3	35.8	32.4	33.2	47.9	49.2	51.9	58.2	40.5	41.1
전북	12.9	16.6	20.4	21.2	23.8	25.9	13.9	18.3	24.4	29.1	35.3	36.6
전남	22.8	18.9	16.7	32.9	28.1	25.6	31.2	57.8	21.7	59.0	69.7	41.1
경북	15.1	25.9	24.9	20.4	27.2	29.9	22.1	37.7	46.5	34.1	43.3	53.8
경남	10.5	21.4	20.0	16.8	19.8	22.1	18.1	29.6	30.0	34.5	27.3	36.1
제주	28.8	21.5	22.3	30.3	26.6	25.1	97.3	89.0	93.1	93.7	92.5	90.8
세종	-	-	32.3	-	-	29.4	-	-	54.1	-	-	48.1

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 환자조사, 각 연도 /주 : 암환자는 상병코드 C00-D48.

중병인 암 환자의 수도권 집중현상은 더욱 심각한 것으로 나타났다. 2013년 전반적으로 서울지역의 종합병원급 이상(상급종합병원 포함) 이용한 외래 암환자의 비율은 9.4% ~ 45.2%까지 나타났고, 상급종합병원만을 이용한 외래 암환자의 비율은 이보다 훨씬 높게 나타나 14.1% ~ 93.1%의 외래

암환자가 서울지역의 상급종합병원을 이용하였다. 한편 퇴원 암환자의 경우는 외래 암환자의 경우보다 서울지역 의존도가 심한 것으로 조사되었다. 종합병원급 이상을 이용한 퇴원한 암환자의 비율은 11.3% ~ 42.8%가 서울지역의 종합병원급 이상의 의료기관을 이용한 것으로 추정되었다. 상급종합병원만을 대상으로 하면 서울지역의 상급종합병원을 이용한 비율은 더 높아져, 18.2% ~ 90.8%까지의 퇴원 암환자가 서울지역의 상급종합병원을 이용한 것으로 추정되었다(<표 9>참조). 서울지역에 암환자가 집중되는 현상을 개선하는 방안으로 모든 지역에 암 센터를 설치하는 것은 규모의 경제측면에서나 효율적인 의료자원 활용이라는 측면에서 타당하지 않을 수도 있다. 그러나 응급의료를 포함한 필수의료와 함께 증가하는 암 환자의 의료접근성을 제고하는 측면에서 규모의 경제측면을 고려한 지역별 의료자원의 배치에 주의를 기울여야 할 것이다.

III. 의료전달체계 확립과 건강보험수가제도

1. 건강보험수가제도

우리나라의 건강보험 수가체계는 ‘기술행위료(의사업무)’와 ‘수가가산부분¹³⁾’으로 구성되어 있다. 기술행위료는 기본적으로 행위별수가제를 근간으로 하고 있었지만, 2001년부터 의료인의 노력과 숙련도, 판단력, 스트레스를 반영하고, 또한 의료장비 및 재료비, 보조인력의 인건비 등을 반영하는 상대가치수가제(RBRVS: Resource Based Relative Value Scale)를 적용하고 있다. 수가가산제도의 대표적인 항목은 중별가산¹⁴⁾ 항목이다. 이 항목은 행위별수가제 하에서 반영되지 못한 의료기관의 관리비(시설, 장비, 인력 등 소요비용)를 보완하고 또한 의료기관별 역할 분담을 강제하고, 나아가 대학병원이 의료기술 개발을 연구 교육할 수 있도록 지원하기 위한 목적으로 1977년부터 도입되었다. 당초에는 중별가산율에 지역별 가산율(지역규모가 클수록 가산율이 더 높아, 지역가산율은 서울, 대도시, 중소도시, 농어촌 순이었음)도 적용되었으나 교통망의 발달에 따른 일일생활권 실현으로 실효성이 적은데다가 지방병원경영난(의사근무기피) 등의 이유로 폐지되었다(1981.6.15.).

2. 의료전달체계 확립과 건강보험수가제도

현재 의료전달체계 확립을 위한 건강보험수가제도와 관련된 정책수단은 외래환자 본인일부 부담제도와 중별가산률 차등제도를 들 수 있다. 그러나 이 두 제도는 앞에서 제시한 우리나라 보건의료문제점인 ‘의료자원 공급과잉과 과당경쟁으로 인한 비효율적인 진료현상 심화’에서 보았듯이 의료기관 중별 의료이용공급자의 공급행태와 소비자의 이용행태를 합리적으로 유인할 수 있는 정책적인 수단으로는 미흡한 것으로 나타났다.

첫째, 환자의 의료이용행태를 합리적으로 변화시키기 위한 환자본인일부부담제도 중서 외래 본인 부담을 제도¹⁵⁾는 1977년 요양기관 중별 불문 피보험자 30%, 피부양자 40%로 시작하였다. 그러나 지금까지 의료기관의 기능정립과 대형병원의 환자집중을 완화하기 위하

13) 현행 수가가산제도가 중별가산을 포함한 각종 가산제가 △특정대상 가산(신생아 가산, 소아가산, 노인가산, 장애인가산) △시간대 가산(야간가산, 공휴가산) △특정진료과 및 질환가산(전문의가산, 내과·소아과·정신과) △기관 가산(중별가산) △특정항목가산(임원료 차등, 특정행위에 추가되는 가산) 등 산발적으로 관리·운영되고 있음

14) 의료기관 중별 가산율 제도*는 의료기관의 규모에 따라 투자비용 및 인력 운용에 대한 보상차원에서 행위료에 대해 차별적 건강보험수가 계산을 적용하는 제도로, 상급종합병원의 경우 30%, 종합병원 25%, 병원 20%, 의원 15%의 가산율이 적용된다. 모든 진료비 계산에 각각의 비율을 가산한다.

15) 1977년 요양기관 중별 불문 피보험자 30%, 피부양자 40%로 시작해서 1986년 의원급 소액 외래 진료비 정액제가 실시되었고, 2007.8월부터 현재까지 65세 이상 노인 진료비 정액제를 제외하고는 원칙적으로 정률제를 시행하고 있음. 기관중별 현행 외래 본인부담률은 상급종합병원은 진찰료+ 진찰료 제외 진료비의 60%, 종합병원은 지역에 따라 45-50%, 병원급도 지역에 따라 35-40%, 의원급은 30%(단 65세 이상인 경우에는 15,000원 이하 시 1,500원 정액 적용)

<기관중별 현행 외래 본인부담률 안내표>

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

여 경증환자가 대형종합병원을 이용하는 경우에 정부는 수차례 환자 본인부담을 조정하여,¹⁶⁾ 기관종별 현행 외래 본인부담률은 상급종합병원은 진찰료+진찰료 제외 진료비의 60%, 종합병원은 지역에 따라 45~50%, 병원급도 지역에 따라 35~40%, 의원급은 30%(단 65세 이상인 경우에는 15,000원 이하 시 1,500원 정액 적용)를 적용하고 있다. 그러나 이 제도의 효과는 앞서 우리나라 보건의료의 문제점 중의 하나로 제시한 의원급 외래환자비중 감소추세를 포함한 의료기관종별 외래의료비중 추세를 통해서도 잘 알 수 있듯이, 이 제도의 정책의 효과는 일시적이며, 시간이 지나면서 그 효과가 사라져 버리는 것으로 나타났다. 또한 최근 발표된 한 연구에 의하면 2011년에 시행된 상급종합병원과 종합병원의 만성 및 경증 질환자들에 대한 약제비 본인부담률 인상에도 불구하고 뚜렷한 변화는 크지 않았다(국민건강보험공단·한국보건사회연구원, 2015). 이러한 결과는 외래환자 본인부담차등제에도 불구하고 환자들의 의료기관 이용에 대한 제한은 환자가 지불하는 본인부담률에서만 차이를 두었을 뿐 특별한 제제는 없을 뿐만 아니라 합리적인 의료이용에 대한 동기부여가 될 수 없기 때문이다. 이로 인해 현재까지 우리나라는 의료전달체계가 확립되지 못하였으며, 의료기관 종별 기능 역시 명확하게 구분되어 있지 않다.

둘째, ‘의료기관 종별 가산율 제도’는 의료기관의 규모에 따라 투자비용 및 인력 운용에 대한 보상차원에서 행위료에 대해 차별적 건강보험수가 계산을 적용하는 제도로, 상급종합병원의 경우 30%, 종합병원 25%, 병원 20%, 의원 15%의 가산율이 모든 진료비 계산에 적용된다. 이 제도의 문제점은 종별가산율 제도가 가지는 취지는 2001년에 도입한 상대가치수가제도에서 반영하고 있어 이 제도는 의료기관의 투자비용을 중복적으로 반영하고 있다는 점이다. 더 심각한 문제점은 상급종합병원을 포함한 대형병원의 외래환자 유인동기를 제공하여 상급종합병원에서 외래환자의 비중이나 1차진료환자의 비중이 점점 높아지고 있다

16) 대형병원의 외래환자 집중현상과 중소병원의 환자 기피현상을 개선하기 위하여 건강보험수가 중에서 외래본인부담률 조정 정책을 시행하였음. 종합병원의 환자 집중현상을 해소하기 위하여 1980년 5월에 병원급 이상의 본인일부담률을 의원과 차등화 하였으며, 1986년 1월에는 의원급에 대해서 정책제를 도입하였고, 중소병원 기피현상을 해소하기 위하여 병원급과 종합병원에서 본인부담비율을 진찰료는 전액본인부담으로 하였고, 진찰료를 제외한 진료비에 대해서는 50~55%로 상향조정하였음. 1988년 10월에는 중소병원 기피현상이 심화되는 것을 방지하고, 군지역 병원의 경영상태를 고려하여 군지역 종합병원과 병원에 대해서 정책제를 도입하였음. 2009년 7월에는 대형병원 이용에 따른 의료자원 활용의 비효율성 개선을 위하여 본인부담을 50%에서 60%로 상향조정 하였음(건강보험심사평가원, 내부자료).

<대형병원 환자집중 완화 및 중소병원 및 의원 활성화를 위한 외래본인부담률 조정 정책>

시행일	요양기관 종류	본인부담	비고
1980.5	병원, 종합병원	30~50% 이내	병원급 이상의 본인일부담률을 의원과 차등화 - 종합병원 집중현상 해소 적용 상한액 10,000원
1986.1	의원	정액제 도입	(처방전 발생시 8,000원 이하)
	종합병원, 병원	진찰료 전액본인부담 진찰료 외 진료비 50~55%	중소병원 기피현상 해소
1988.10	군지역 종합병원, 병원	정액제 도입	시지역과 정률제 별도적용 - 중소병원 기피현상 심화 방지 - 군지역 병원 경영상태 고려
2009.7.1	상급종합병원	50% → 60%	대형병원 이용에 따른 의료자원 활용의 비효율성 개선
2011	종합병원, 상급요양기관	30% → 50%(상급종합병원) 30% → 40%(종합병원)	대형병원 경증환자 풀림현상 개선 - 본인부담 약제비 인상
2016. 1	종합병원, 상급종합병원	500원(현행)→3%(정률)	대형병원 경증환자 풀림현상 개선 - 감기, 고혈압, 당뇨 등 경증질환으로 대형병원 내원한 차상위 계층의 본인부담경감대상자

는 점이다. 왜냐하면 종별가산율 적용이 각 병원의 기능이나 역할에 적합한 질병이나 의료 서비스에만 적용되는 것이 아니라 해당 상급종합병원의 기능과 역할에 적합하지 않는 1차 진료환자에도 적용되기 때문이다. 이는 결국 상급종합병원이 고유의 역할과 기능을 수행할 동기를 무력화 시키고 있다. 즉, 종별가산수는 1차진료질환을 포함한 모든 질병에 적용되어 3차의료기관의 중증질환진료중심의 역할과 기능을 하도록 한다는 본래의 목적을 달성하지 못하고 있다. 이는 1차의료기관에서도 치료할 수 있는 가벼운 질병을 3차의료기관에서 치료한 경우 종별 가산율을 주는 것은 형평성도 문제지만, 3차의료기관에서는 1차진료가 필요한 가벼운 질병의 경우 수가는 낮지만 종별가산율이 더해지기 때문에 3차의료기관에 적합한 질병이나 환자뿐만 아니라 1차의료기관에 적합한 1차진료환자도 계속 진료하게 되어 가벼운 환자의 3차의료기관 집중을 지속시키는 역할을 하고 있다. 기관종별 가산제도의 또 다른 문제는 환자들의 비합리적인 선택(의원급에서 치료가능한 질환을 가지고 상급종합병원에서 치료하는 경우)으로 인한 의료비용(종별 가산율)을 건강보험공단이 부담하고 있어 환자의 비합리적인 선택을 조장하고 있다는 점이다.

따라서 종별가산율 제도는 대형병원의 의료제공행태를 1차의료서비스에 대한 의료공급을 확대시키고 또한 환자들의 상급종합병원 이용을 조장하는 결과를 초래하여 결국 경증환자의 대형병원 집중문제를 해결하는데 한계를 가지고 있다. 이는 앞에서 제시한 그동안 외래의료비 추이를 통해서도 잘 알 수 있다. 전체 외래환자에서 차지하는 상급종합병원과 종합병원의 비중은 2002년에 각각 5.9%와 6.4%에서 2013년에 각각 9.0%로 증가한 반면, 의원급은 37.4%에서 28.6%로 8.8%감소하였다. 이러한 현상은 외래 진료비에서도 비슷한 추세를 보여주고 있다. 이는 두 제도가 모두 경증환자 또는 외래환자의 대형병원 집중현상을 개선하기에는 역부족이었음을 보여주고 있다.

IV. 의료전달체계의 정책방향 및 정책과제

1. 정책방향

효율적인 의료전달체계를 구축하는 것은 의료접근성의 향상, 양질의 의료제공, 의료자원의 효율적 이용 그리고 이를 통한 적정한 국민의료비를 유지하는데 중요한 수단이라는 점에서 보건의료체계의 의에서 핵심이라 할 수 있다. 세계보건기구(WHO)에서는 합리적인 의료전달체계란 의료의 지역화가 합리적으로 이루어진 상태라고 정의하고, 합리적인 의료지역화의 요건으로는 진료권의 설정, 필요한 의료자원의 공급, 의료기관간 기능의 분담과 연계, 환자 후송 의뢰체계의 수립이라고 제시하고 있다.¹⁷⁾ 이를 근거로 보면 우리나라의 효율적인 의료전달체계의 개선방안은 다음과 같다. 첫째, 의료기관의 기능 구분, 단계적 진료체계의 확립, 환자의뢰체계 도입 등을 통한 1,2,3차 의료의 연속성 확보(continuum of care), 환자에게 적절한 시기에 적절한 제공자로부터 적절한 진료를 받도록 보장하여 환자는 합당한 진료를 받을 수 있게 하고, 대형병원의 환자집중을 완화시키며, 1차의료 공급기반을 확충할 수 있도록 의료공급체계가 구축되어야 한다. 둘째, 의료자원의 지역간 균형 분포, 지역내 의료자재 충족도, 의료이용의 편의도와 형평 등을 개선하는 방향으로 의료공급체계가 구축되어야 한다. 마지막으로 장기적으로 지역간 의료기관의 종별 배치와 균형발전 및 활용을 통하여 의료공급의 효율의 향상, 의료비 절감, 의료재정의 안정성 확보에 기여할 수 있는 방향으로 개선되어야 한다.¹⁸⁾ 이런 이상적인 의료전달체계가 확립되기까지는 장시간이 걸릴 수 있다. 따라서 순차적으로 정책을 실현시켜 나가되 우선적으로 의료기관의 기능 및 역할 정립에 중점을 두어야 할 것이며, 의원은 외래 중심의 1차 의료와 문지기 역할을 수행하고, 병원급은 입원 위주의 진료, 그리고 상급 종합병원은 고도의 전문적 의료서비스와 연구를 담당토록 기능과 역할을 정립해야 할 것이다.

2. 정책과제

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

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

17) WHO(2008). Primary Health care - now more than ever.

18) 송건용 외(2001). 의료기관종별 표준업무 개발 보고서. 보건복지부·한국병원경영연구원.

1) 의료기관의 기능 및 역할 정립과 제도개선

의료전달체계 확립을 위한 첫 번째 과제로 의료기관의 기능과 역할을 정립하고, 이를 강력하게 실행할 수 있는 수단이 필요하다. 현재 의료기관의 기능재정립과 관련한 기본안¹⁹⁾은 다음과 같다. 의원은 외래를 중심으로 가벼운 질환과 만성질환을 집중 관리하고, 병원은 입원 환자를 중심으로 질환별 전문화를 꾀하고, 대형병원은 중증 질환을 중심으로 하며 연구 중심으로 재편한다는 것이 골자이다. 이를 위해 의원이 만성질환 및 노인, 소아 환자를 집중 관리할 수 있는 만성질환 관리체계를 구축하도록 하고, 병원은 이미 의료법이 허용하고 있는 전문 병원제도 등을 통해 전문병원, 개방병원, 특화병원 등으로 전문화하며 새로이 지역 거점 병원을 정해 거점 병원을 육성하자는 것이다. 또 대형병원은 중증 질환과 연구 중심으로 전환하고, 내수뿐 아니라 글로벌화를 꾀할 필요가 있다는 것이다.

이를 위한 정책수단으로 각 의료기관 별 적합 서비스를 제공하는 경우 인센티브를 부여하고, 반대의 경우에는 불이익을 주는 경제적 유인 수단을 쓰는 것으로 되어 있다. 이는 환자의 경우도 마찬가지이다. 즉, 의료기관 중별기능에 적합한 서비스를 제공하는 의료기관과 적합한 의료기관에서 의료를 이용하는 환자에게 인센티브를 부여하는 방안이다. 의료기관 종별 표준업무에 부합하도록, 즉 의원은 외래, 병원은 입원, 상급병원은 중증질환의 진료와 연구를 특화할 수 있도록 보험체계를 단계적으로 개선할 것을 제안하고 있다. 의원급의 외래수가 높고 입원수가 낮추는 방향으로, 병원급의 외래수가 낮추고 입원수가 높이는 방향으로 조정하고, 환자의 의료이용과 관련하여 의원급의 외래이용 부담은 경감하고, 병원급에 대해서는 외래이용 부담을 인상하는 대신 중증에 대한 보장성을 강화하자는 방안이다. 또한 의료기관 종별로 일률적인 가산을 제도를 포함한 각종 가산제도를 의료서비스 발전 방향에 부합하는 기능 중심의 인센티브로 작용할 수 있도록 설계할 필요가 있다.

2) 의료이용의 적정화를 위한 체계적 의료이용시스템 구축

의료전달체계 확립을 위한 두 번째 과제로는 의료이용의 적정화를 위한 체계적 의료이용시스템을 구축하는 것이다. 이를 위하여, 우선 의료기관 종별 서비스 안내 및 이용환경을 개선할 필요가 있다. 즉, 외래는 의원에서, 입원은 병원에서, 그리고 중증질환은 상급종합병원에서 의료를 이용하는 것이 적정하고 합리적이라는 홍보와 안내가 필요하며, 또한 만성질환 관리체계, 전문병원, 연구중심병원 등 종별 기능에 맞는 제도를 마련해야 한다. 둘째, 의료이용 적정화를 위한 환자의 진료비 부담 완화방안을 마련할 필요가 있으며, 만성질환자나 노인 등이 동네의원 이용시 본인부담을 경감하는 방안이나, 감기 등 가벼운 질환으로 대형병원 이용시 약제비 등의 부담은 높이되, 중증·응급 환자의 진료환경 개선 및 재난적 의료비 지출로 인한 빈곤화 방지를 위한 다층 의료안전망을 구축할 필요가 있다. 셋째, 진료의 연속성 보장과 중복검사 방지 등 환자편의 증대를 위하여 환자의 진료정보 활용도 제고를 위한 방안도 필요하다. 이를 위해 진료정보를 의료기관간에 공유하고 활용할 수 있는 교류시스템을 구축하고, 이를 통한 정보제공 및 활용시 수가보상체계를 마련할 필요가 있다. 넷째, 환자의 질환에 따라 적합한 의료기관으로 의뢰 및 회송 활성화 방안이 마련되어

¹⁹⁾ 본고에서 제시하는 의료기관 기능 및 역할 정립과 관련된 방향과 내용은 2009년 12월에 구성된 「의료기관 기능 재정립 TF」에서 합의하여 도출되었던 내용을 중심으로 작성되었으며, 의료기관간 역할 및 기능에 대한 기본적인 방향에 대해서는 전문가나 이해 집단 간 큰 이견이 없는 것으로 판단된다.

야 한다. 먼저 진료의뢰 절차를 내실화하기 위하여 진료소견(의사판단)서 작성, 유효기간 설정 등 의뢰서 발급요건을 강화하고, 의뢰 및 회송 시 진단결과, 검사결과 등 진료정보 첨부을 의무화하도록 해야한다. 그리고 회송제도를 활성화하기 위하여 상급병원의 역할에 맞는 진료를 마친 환자는 병원 또는 의원에 회송하여 상급병원은 중증질환자 진료에 집중하도록 유인책을 마련해야 한다. 회송의 기준과 절차를 규정하고 이를 준수하거나 또는 준수하지 않을 때 인센티브 또는 패널티 형태의 수가 조정(회송료 상향조정, 입원료 체감제 조정)이 필요하다. 상급종합병원에서 타 의료기관으로 회송이 필요하다는 판단에도 불구하고 계속 입원을 원하는 환자의 경우 환자 입원료의 부담을 강화하는 방안도 마련되어야 한다.

3) 건강보험수가제도의 개선

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

첫째, 지역별 차등 수가제도를 확대·도입하는 것이다. 인구가 적어 의료수요가 적은 지역의 경우는 규모의 경제가 실현되지 않아 의료자원이 부족한 경우가 적지 않다. 이러한 의료취약 지역에 필수의료서비스가 제공될 수 있도록 지역별 차등수가제도를 도입할 필요가 있다. 다행히도 정부는 지역별 차등수가제도의 하나인 의료이용량에 따른 가산제도를 분만서비스에 시범적으로 도입하고 있다.²⁰⁾

둘째, 종별가산제 폐지와 함께 건강보험공단이 설정한 일정한 범위 내에서 공급자에게 환자 본인부담금 결정권 부여하는 방안이다. 현 수가제도는 동일질병 동일 수가제도를 채택하고 있지만 종별가산을 제도로 이러한 목적을 달성하지 못하고 있다. 따라서 종별가산을 제도가 폐지되면 실질적인 동일질병 동일 수가가 적용되어 환자입장에서는 같은 질병으로 의원보다는 상급종합병원에서 진료받는 것을 선호하겠지만, 상급종합병원 입장에서는 가능한 진료비가 적은 가벼운 질환이나 1차진료 환자보다는 진료수가가 높은 중증환자를 선호하게 되어 자연스럽게 1차진료환자는 1차의료기관으로 중증질환자는 3차의료기관으로 이동될 것으로 판단된다.

또한 종별가산제를 폐지함으로써 환자들의 3차의료기관 쏠림현상을 바로잡기 위한 방안으로 환자 측에 비용부담을 주는 것이다. 즉, 건강보험공단이 설정한 일정한 범위 내에서 공급자에게 의료기관의 유형과 종별에 따라 해당 의료기관에 합당한 본인부담금 비율을 결정할 수 있는 환자본인부담금 결정권을 부여토록 한다. 이렇게 되면 공급자와 환자의 선택

20) 2012년 정부는 「산모·신생아를 위한 안정적 분만진료체계 구축」 방안에서 분만가산제도를 마련하였다. 이제도는 분만건수가 적어 병원운영이 어려운 산부인과는 분만건수에 따른 가산을 적용하여 분만병원이 원활히 운영될 수 있도록 하였다. 연간 분만건수가 50건 이하 기관 200%, 51~100건 기관 100%, 101~200건 기관 50% 수가 가산(분만 취약지의 경우는, 분만건수에 상관없이 수가 인상).

권이 확대되어 효율적이고 합리적인 의료공급과 이용행태가 확립될 것으로 판단된다. 이는 의료 공급자들과 수요자들에게 선택의 논리를 통한 합리적인 의료시장의 구축이 필요하기 때문이다. 의료공급자들은 건강보험공단이 정한 수가로 기관 운영이 어렵다고 하면 일정 수준 내에서 우선적 고시를 하고 환자들에게 가산율을 적용, 증액하여 받을 수 있도록 제도의 여백을 둘 필요가 있다. 환자들은 자신들이 부담하여야 할 가산율을 보고 자신에게 적합한 의료기관을 선택할 수 있을 것이다. 선택의 논리가 결여된 시장은 합리성과 효율성을 잃게 될 뿐이다. 의료기관 개별 가산율제도는 건강보험제정의 상태와 원가분석을 통하여 그 상한을 정할 수 있으며, 각각의 의료기관은 자신의 가산율을 스스로 정할 수 있고, 환자들은 스스로 자신이 부담해야 할 수준을 정하고 의료기관을 선택할 수 있다. 그러나 기본적 제도운영에서 문제가 되는 환자들을 위한 별도의 공적의료비 지원제도의 확립이 필요하다. 재원의 마련은 국비와 공단부담금, 사회공헌비용 등을 일정 비율로 마련하는 것이 바람직할 것으로 본다.

V. 결론

의료전달체계를 확립하는 것은 보건의료자원의 낭비를 방지하고 효율성을 증대시킬 수 있는 비용·효과적인 의료체계를 구축하는데 핵심사항이다. 우리나라의 보건의료체계가 직면하고 있는 고비용·비효율이라는 문제를 해결하기 위한 정책 방안 중의 하나로 의료기관의 기능정립을 포함한 의료전달체계를 개편해야 하는 이유가 바로 여기에 있다. 최근에 인구의 노령화와 만성질환자의 증가 등으로 국민의료비가 급속히 증가하면서 우리나라의 건강보험제도를 포함한 보건의료체계의 지속가능성에 의문이 제기되면서 효율적이고 합리적인 의료전달체계 구축의 필요성이 그 어느 때보다 높아지고 있지만, 의료전달체계와 관련된 이해관계집단의 이해관계가 서로 달라서 의료전달체계 구축을 더욱 어렵게 하고 있다. 우리가 안고 있는 문제의 해결과 의료전달체계의 개선은 이러한 현실에 대한 철저한 인식에 근거한 점진적이고 실천적인 노력이 필요하다. 그 첫 번째 노력은 바로 의료전달체계의 근간인 의료기관의 기능 및 역할 정립과 의료이용 적정화를 위한 체계적 의료이용시스템을 구축하기 위한 정책수단을 확보하는 것이다. 즉, 합리적인 건강보험수가체계를 마련하는 것이라 판단된다. 합리적인 수가개혁에 대한 노력 없이는 우리나라의 보건의료체계가 국민이 원하는 비용 효율적이고 양질의 의료서비스를 제공할 수 있는 시스템으로 발전은 요원한 일이 될 것이라 판단된다.




제1부
연수교육 및 자유연제

2분과 의료체계 및 의료제도 관련 연구

신포괄수가제도 시행에 대한
공공병원 의료인들의 인식

최수정
(한양대)



신포괄수가제도 시행에 대한 공공병원 의료인들의 인식

김남리¹, 최수정^{1,2}, 한동운^{1,2,3}

1. 한양대학교 보건의료연구소, 2. 한양대학교 국제의료개발학과 3. 한양대학교 의과대학 예방의학교실

정부는 1977년부터 시행중인 행위별 수가제도 개선을 위해 1997년의 포괄수가제도를 도입하였고, 이후 2009년부터는 시범사업형태로 신포괄수가제도를 시행중이나 여전히 이 해당사자간의 갈등이 지속되고 있다. 이에 이 연구는 지방공공병원 의료인들의 인식과 제도 시행에 지지적인 태도에 미치는 영향요인을 파악하고, 연구결과를 네덜란드 의료전문가들의 DRG정책 도입의지에 미치는 요인과 비교하여 향후 신포괄수가제도 확대시에 고려할 정책적인 함의를 제시하고자 한다.

I. 서론

1. 연구배경

전 세계적으로 국민의료비 지출의 지속적인 증가는 건강보험 재정 부담을 초래하였고, 보건의료부문 정책결정자들에게는 건강보험 재정의 안정화가 중요한 과제가 되었다(Hamada, 2012; Cheng, 2012). 이로 인하여 해당 국가들은 증가하는 의료비 억제를 위해 지불보상제도의 개혁을 요구받고 있다(Fässler, 2015; Tummers, 2012; 한동운, 2011; Tzavaras, 2006).

우리나라 지불보상제도의 개혁은 1977년 의료보험 시작과 함께 시행된 행위별수가제(fee for service: FFS)의 부작용(유승흠, 1998; 김정희, 2002; 박은철, 2014)에 대한 지적에서 시작했다. 행위별수가제의 구조적 문제점인 과잉진료에 따른 재정적 낭비 요인을 억제하고 환자의 의료비 부담 감소, 불필요한 검사나 항생제 사용으로부터 국민건강을 보호하기 위하여(강길원, 2008) 의료보장개혁위원회에서 1995년 6월 입원부분에 대해 포괄수가제도(Diagnosis-Related Group : DRG)의 단계적 도입과 실시방안이 건의되었다(최영순 외, 2012). 1997년에 54개 요양기관 5개 질병군을 대상으로 시범사업이 시작되었고, 1997년부터 2001년까지 3차에 걸친 시범사업을 거쳐 2002년부터는 요양기관의 자발적 참여에 의

해 선택방식의 포괄수가제도가 시행 중이다(최영순 외, 2012). 이후 행위별수가제와 포괄수가제(DRG)의 한계를 극복하기 위해 개발된 대안적 모델로서 신포괄수가제는 적정 진료가 가능한 일정액의 수익을 보장함으로써 의료기관의 수익구조를 개선하는 등 포괄수가제(DRG)의 장점과 행위별수가제의 장점을 살려 고안된 제도(한동운 등, 2012)이다. 정부는 2009년 4월부터 국민건강보험공단 일산병원에 입원한 건강보험 환자의 20개 질병군을 시작으로 2011년 7월에는 지역거점공공병원을 포함하여 신포괄수가제도에 대한 시범사업을 단계적으로 확대실시하고 있지만 시행중이나 여전히 이해당사자간의 갈등이 지속되고 있다.

신포괄수가제도 도입과 관련하여 “포괄수가제도 보다는 신포괄수가제도의 도입이 타당하지만 국내 실정에 적합한 통합모형의 개발과 진단코드와 상병의 정확성에 대한 담보등이 선행되어야 한다”는 의견¹⁾과 의료의 질 저하(김선희, 2015)²⁾, 의료의 전문성과 자율성 저하, 축소진료로 인한 환자불만 증가, 행위별수가와 포괄수가 혼재에 따른 행정부담 증가 등을 이유로 제도 도입에 부정적인 견해로 엇갈리고 있다.

신포괄지불제도와 관련하여 기존의 연구는 크게 4차에 걸친 시범사업 평가연구(한동운 등 2011; 한동운 등 2012; 권순만 등 2013; 박은철 등 2014), 신포괄수가 모형개선 연구(김윤, 2015) 신포괄지불제도와 국외제도와의 비교 연구(정형선, 2014; 정의신, 2014), 진료비 분석 연구(태은숙 외, 2011; 최영순 외 2013; 신동교 외, 2013) 등으로 구분되며 새로운 제도의 모형 적합성 파악 또는 제도 개선방안 도출이 주 목적이다. 지불보상제도는 의사의 진료행태에 영향을 미치는 주요 요인이며 의료공급자들이 제공하는 서비스의 양이나 질, 의료비 등에 큰 영향을 미치는데(손창우 외, 2011) 반해 의료인들의 제도에 대한 인식과 이에 미치는 요인을 알아보기 위한 연구는 미흡한 실정이다.

효과적인 의료 시스템 개혁을 위해서는 의료 전문가의 지지가 필요하며, 정책을 실현에 있어 의료전문가들의 저항은 정책의 효과에 심각한 결과를 초래할 수 있기 때문에(Tummers, 2012) 이들의 제도에 대한 태도와 인식에 대한 연구는 중요하다. 이에 본 연구에서는 현재 신포괄수가제 시범 사업 중인 공공병원의 의사들의 정책에 대한 찬반인식에 미치는 요인과 태도를 이해하고 지지적인 태도에 미치는 영향요인을 파악하고자 한다. 시범사업 확대 시행에 앞서 의료인들의 인식을 제고하고, 정책에 대한 미비한 점들을 개선 보완하여 공공의료서비스 발전과 확충에 기여하고자 한다.

2. 연구목적

이 연구의 목적은 공공병원의 임상진료의사들의 지불보상제도에 대한 인식과 태도를 이해하고, 특히 그들의 신포괄지불제도에 대한 지지적인 태도에 미치는 영향요인을 파악하기 위함이다. 또한 그 결과를 해외에서 연구된 의료전문가들의 DRG정책 도입의지에 미치는 요인과 비교를 통하여 신포괄수가제 확대시행을 위한 기초적인 자료를 제공하고자 한다.

1) 한국보건행정학회 2014 추계학술대회 토론에서 발췌함.

2) 포괄 진료비 보상과 포괄 행위 발생비용을 평균 비교했을 때, 중증 사례에서 평균 이상의 비포괄 비용이 발생하는 사례가 많아 이로 인한 의료 질 저하 가능성이 있다.

구체적인 연구 목적은 다음과 같다.

- 1) 연구대상자들의 일반적 특성을 이해한다.
- 2) 연구대상자들의 지불보상제도에 대한 인식을 파악한다.
- 3) 연구대상자들의 일반적 특성별 실폐괄수가제에 미치는 인식의 차이를 조사한다.
- 4) 연구대상자들의 실폐괄수가제의 도입의지에 미치는 영향요인을 결정한다.
- 5) 마지막으로 우리나라와 네덜란드의료인간의 지불보상제도 인식과 태도에 미치는 영향요인을 비교 고찰한다.

II. 이론적 고찰

1997년 우리나라에서 포괄수가제가 시범사업으로 처음 도입된 이후부터 현재까지의 연구들을 살펴보면 주로 정책논의나 행위별 지불방식과의 진료비 비교분석, 시범사업에 관한 평가 등 의료서비스 변화에 대한 연구중심으로 이루어져 있으며 실제로 새로운 정책을 직접 수행하는 의료인들의 정책에 대한 인식이나 수용도등에 대해 조사된 연구는 미흡하다. 이에 2000년부터 2012년까지 포괄수가제 도입에 의한 의료인들의 태도와 인식에 관한 연구, 새로운 정책수용 인식에 미치는 영향 연구, 정책갈등의 요인과 원인에 관한 연구를 살펴봄으로써 실폐괄수가제도 도입에 대한 공공병원 의료인들의 인식과 태도를 파악하고자 한다.

1. 의료인들의 포괄수가제에 대한 태도 및 인식에 대한 선행연구

김복순(2002)의 연구에서는 의료전문인들의 인구사회학적 특성 및 의료기관별 특성과 지불제도의 특성을 인지하는 수준에 따라서 포괄수가제 도입에 대한 수용도에 미치는 영향을 연구한 바 있다. 연구대상자의 특성에 따른 영향요인을 살펴보면 여성, 연령은 41~50세, 10년 미만의 임상경력, 연수, 진료과목별로는 안과, 병상구분은 5병상 이상, 재원일수는 2일 이하, 평균 환자수는 3~5명에서 높게 나타났으나 통계적인 유의성은 없으므로, 인구사회학적 특성과 의료기관별 특성에 따라서는 인식의 차이가 없었다. 연구대상자가 지불제도 특성을 인지하는 수준에 따른 수용도에 미치는 영향요인을 살펴보면 포괄수가제의 긍정적인 효과인 총체적 의료비 절감, 적정진료기대, 의료인과 보험자간 마찰감소에 대한 인식 수준이 높을수록 수용도는 높은 결과를 보여 지불제도의 특성에 대한 인지도 수준이 수용도에 미치는 영향요인으로 보고하였으며 시범사업 참여 후 포괄수가제의 인식에 대한 변화정도와 만족도가 수용도에 영향을 미치는 요인으로 보고하였다.

박현숙(2002)의 포괄수가 시범사업 전·후 의사와 간호사의 행위 및 태도 변화에 대한 연구에서는 포괄수가제 도입 후 전공의들은 DRG환자 진료시에 제한이나 압력을 더 받는 것으로 조사되었다. 또한 저렴한 재료 사용, 환자만족도 저하, 의료공급자의 비용에

대한 의식 보유, 외래진료의 이용량 증가, 외래 임상병리검사가 증가되었다고 조사되어 의료의 질이나 제공행태가 변화되었다고 인식하고 있는 것으로 보고하였다. 이에 반해 간호사들은 포괄수가제 도입 후 진료행태 변화는 없었으나 환자부담금 저하, 청구 및 심사 업무의 간소화, 의료공급자의 비용의식을 가지게 된 것으로 파악되었다. 포괄수가제 평가 및 향후 전망에서도 전공의의 인식은 포괄수가제가 의료의 발달을 저해하고, 환자의 의료 서비스 선택권을 제한한다고 보고하였고, 포괄수가제의 장점인 행위별지불제도의 문제점을 해결하기에 충분한 정책방안, 의료자원의 효율적인 사용이 가능한 제도인지에 대해서는 부정적인 인식을 보였다고 지적하였다.

하은(2012)의 연구에서는 요양병원 간호사들의 포괄수가제에 대한 인식을 연구하였다. 이 연구를 살펴보면 연구대상자들의 포괄수가제에 대한 부정적 인식에 미치는 요인으로는 여성, 40대, 기혼자, 무교, 전문대 졸업, 3~4년의 요양기관경력, 일반간호사, 일반 병동 근무자, 200~300병상대의 병원 근무자가 부정적 인식을 보였다. 포괄수가제 적용 후 인식에 대한 변화는 차이가 없음을 보였고, 포괄수가제 관련 이해도와 교육을 받지 않은 대상이 부정적 인식을 가지고 있다는 결과를 도출함으로써 제도에 대한 이해도와 교육정도가 인식에 미치는 영향요인으로 볼 수 있다.

이고은(2012)의 연구에서는 포괄수가제의 확대시행에 대한 병원·의원의 의료기관 종사자들의 인식여부를 연구하였다. 이 연구의 결과를 살펴보면 연구대상자의 인구사회학적 특성별로는 남성, 40대, 대학원졸, 5~7년의 근무년수에서 포괄수가제의 확대시행에 대한 인식도가 통계적으로 유의한 차이를 보이며 높은 인식도의 결과를 보고하였고, 의료기관 특성별에서는 병원종사자, 진료과목별로는 외과 종사자가 높은 인식도를 보였으나 통계적으로 유의하지 않은 결과를 보고함으로써 성별, 연령, 교육정도, 경력 년수가 포괄수가제 확대시행 인식에 미치는 요인으로 지적하였다.

국외 논문을 살펴보면 Tummers와 (2012)의 연구에서는 네덜란드 의료전문가의 포괄수가제 정책을 구현하기 위해 정신건강전문가들을 대상으로 정책 도입의지에 미치는 영향을 연구한 바 있다. 이 연구에서는 남성일수록, 나이가 많을수록 포괄수가제 정책 구현에 대해 부정적인 견해를 보였고, 경영진 자리에 있는 전문가들은 정책 시행에 대해 긍정적인 인식을 보였다. 이 연구에 의해 도출된 포괄수가제 정책 도입에 미치는 영향요인은 성별, 연령, 직종, 근무형태와 의료서비스의 질 및 효율성에 대한 포괄수가제 정책들이 지니는 이점들의 인식적 부재요소가 정책 도입의지에 영향을 주는 요인임을 알 수 있다.

Tzavaras(2006)의 연구에서는 그리스 보건의료시스템에 포괄수가제 시스템 도입의 적합성을 알아보기 위하여 그리스 50개 병원 행정 및 경제인, 지역보건 당국을 대상으로 연구하였다. 연구 결과 포괄수가제에 대한 선호도나 인지도에 대한 결과는 긍정적인 결과를 보였으나 수용의지에 미치는 요인으로는 그리스의 보건의료시스템이 새로운 포괄수가제도를 적용할 준비가 되어있지 않다는 인식의 결과를 도출함으로써 새로운 제도 수용에 대한 인식에 미치는 영향요인은 새로운 정책에 대한 보건의료관계자들의 준비성이라고 보고하고 있어 이에 대한 고려가 국내에서도 충분히 선행되어야 함을 알 수 있다.

2. 정책수용 인식에 미치는 영향 요인에 관한 연구

정부의 새로운 정책의 도입에 대한 전문가들의 도입의지와 수용에 미치는 요인에 대한 연구를 살펴보면 새로운 정책수용에 대하여 영향을 미치는 요인은 전문가들의 운영상에서의 재량권, 자율성, 정책의 효율성, 변화에 대비하는 준비성이 새로운 정책을 수용하는데 영향을 요인으로 볼 수 있다.

Tummers(2011)의 연구에서는 신 공공관리(New Public Management : NPM) 시행에 대한 자발적인 태도를 유도하는 여러 가지 요인들을 조사하였다. 이 연구에서는 새로운 보상정책을 구현하는 478명의 의료 전문가들을 대상으로 설문조사를 통한 결과들을 가지고 공공정책관련 학자들과 실무자들에게 관련된 정책시행에 대해 반대를 유도하는 요인을 도출하였다. 이 연구의 결과를 살펴보면 첫째, 운영 무력감이 새로운 정책 집행에 대한 변화의지에 영향을 미친다는 것을 도출하였다. 공공정책관련 연구서들에서 보면 운영에서의 영향력이라는 것은 종종 하급 공무원들의 경우에는 자유 재량권, 일반 공무원들의 경우에는 자율성으로 나타나는데(Noordegraaf와 Steijn, 2011), Freidson(2001)등의 중요한 저자들은 감소된 자율성이 새로운 정책들에 대한 자발적인 협조에 영향을 미칠 수 있다고 설명했다. 두 번째로, 사회적인 무력감이 변화에 대한 자발적 수용에 영향을 준다는 것을 설명하고 있는데 설문조사에 참가한 공무원들 중 새로운 정책의 목적들을 (효율성이나 투명성 등등)달성하는데 도움이 안된다고 느끼면 정책 시행에 비협조적인 것으로 밝혀졌다. 세 번째로, 정책 시행을 담당하는 공무원의 변화에 대한 협조여부는 정책들이 사회와 그들이 상대하는 시민들에게 얼마나 유용한지에 따라 달라진다고 밝혔다.

Tummers외(2009) 연구에서는 네덜란드 보험 의사 및 노동 전문가를 포함한 사례 연구를 통해 정책 소외에 영향을 미치는 요소들을 알아보았다. 연구 결과에 따르면 전문가들이 낮은 자유 재량권을 경험한다면 그들은 역할 갈등에 문제를 느끼게 되고, 취약한 입지, 신기술의 사용은 정책소외에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 정치적인 논의에서 직원의 보험조직(Uitvoeringsinstituut Werknemers Verzekeringen: UWV)과 전문직 협회들의 취약한 입지가 많은 의사들과 노동관련 전문가들은 무력감을 느낀다고 밝혔다.

May(2004)연구에서는 덴마크의 정치적 관심과 관리적 요인이 사회복지요원의 중점 정책 시행에 미치는 영향을 파악하였다. 사회복지요원이 자율적으로 직업적인 책임을 수행하도록 허용하는 것이 새로운 정책시행에 효과가 있다고 밝혔고, 상부층의 영향력이 국가적 개혁정책 실행에 있어서 사회복지요원의 행동을 형성하는데 기여한다고 하였다.

3. 정책갈등의 요인과 원인에 관한 연구

신포괄수가제 도입에 대해서 의사들의 반대하는 요인에 대해서 알아보기 위해 우리나라 다른 정책도입과 이에 대한 여러 가지 갈등 사례와 그 갈등의 원인을 알아보았다. 우리나라의 정책갈등 관련 국내 연구를 살펴보면 쓰레기 소각장 및 매립지, 원자력발전소 및 핵 폐기장, 장사시설, 댐 건설사업 등과 같은 혐오시설 또는 비선호시설의 유형과 새

만금 사업과 같은 국토의 재개발 및 효율적 이용에 관한 정책 연구, 관광개발정책에 대한 연구 등으로 나눌 수 있다.

협오시설 또는 비선호시설을 중심으로 하는 정책 갈등 관련 정창훈(2008)은 소각장입지를 둘러싼 정책 수용성에 관한 연구에서 주민들의 정책 수용도에 미치는 가장 큰 요인을 정책의 필요성, 경제적 혜택, 환경에 대한 우려, 주민 정책결정 과정 시 참여도 등이라고 보고하였고, 분석의 결과 소각장 건설의 필요성에 대해서는 동감하고 있지만, 안전 · 쾌적성 · 재산상 피해 · 환경 악화에 대한 우려 등의 문항에서도 대부분 긍정적인 답변으로 소각장 건설에 대한 주민들의 반대가 크고, 정부 정책을 신뢰하지 못하고 있으며, 이는 곧 정책에 대한 수용성을 감소시키는 원인이라고 지적하였다.

김도연(2011)의 대구교도소 이전에 대한 비선호시설 정책수용성에 관한 연구에서는 정책집행요인(정책의 공정성, 정책의 집행능력, 정책의 투명성, 정책 홍보활동, 정책의 신뢰성), 정책대상요인(비선호 시설에 대한 인식, 피규제 경험 등), 공통요인(의사소통, 보상합의)으로 독립변수를 도출하고 이론적 고찰과 설문조사를 통하여 비선호시설 입지선정 지역주민들의 정책수용성에 대한 인식조사를 하였다. 연구 결과를 보면 정책의 공정성 · 집행능력 · 투명성 · 신뢰성 · 의사소통 · 보상합의에 있어서는 다소 부정적인 인식이 많았고, 부정적인 요인이 많을수록 정책에 대한 수용성은 낮다는 결과를 도출하였다. 이 연구에서 정책저항의 가장 큰 요인을 정리해 보면 주민들의 의견수렴에 대한 공정성의 결여, 집행기관의 집행능력 및 신뢰성 부족의 변수를 도출하였다. 박종구 외(2009)는 장사시설 입지 선정 정책결정 과정 시 지역주민들의 참여와 의견수렴이 갈등요인 중 가장 큰 요인으로 보고하였다.

원자력발전소와 핵폐기장 건설 사례로 한 연구를 보면, 김도희(2001)는 갈등의 요인을 기존 연구들의 고찰을 통하여 요인을 정치·행정적, 경제적, 기술적, 환경적 요인으로 도출하였고 사례 분석을 통하여 갈등을 일으키는 요인에 대해 알아보았다. 연구결과 정치·행정적 요인으로는 주민참여와 정보공개 여부가 갈등에 크게 영향을 미친다고 보고 하였고, 경제적 요인으로는 재산적 가치의 하락과 주민들의 보상 문제를 요인으로, 환경적 요인으로는 시설의 위험성, 사고의 위험성을 갈등 요인으로 지적하였다.

김길수(1997)는 정책의 목표를 사회문제의 해결로 정의하고, 사회문제를 해결하기 위해서는 그 문제와 관련된 정책집행 대상 집단의 행태변화가 필수적이라고 보았다. 대상집단의 태도와 행태는 정책을 수용하거나 정책저항 등의 형태로 나타나는데 이 연구에서는 정책과 정책집행이 대상 집단의 태도결정에 영향을 미치고 정책 환경과 대상집단의 내적 특성이 부차적으로 영향을 미친다고 보고하였다. 태도와 행태를 결정하는데 가장 큰 영향력을 갖고 있는 변수로 정책과 정책집행으로 도출하였다. 연구의 결과를 보면 청하지역 핵폐기물 처분장의 반대 이유로 핵폐기물에 대한 위험성의 지각수준, 비형평성에 대한 지각수준, 집행기관에 대한 신뢰성 부족을 갈등의 원인으로 지적하였다.

심진범(2007)은 지역관광개발정책에 대한 주민들의 저항 영향요인을 파악하기 위해 정책추진 기관 및 과정요인, 정책 영향 요인, 외부 자극 요인, 주민특성 요인을 저항 영향요인에 미치는 변수로 설정하였다. 연구 결과를 보면 정책 신뢰도 및 이행도와 정책과정

의 민주성 결여의 이유가 가장 큰 저항 요인으로 지적하였고, 정책과정의 민주성에 대한 인식이 부정적일수록 주민저항이 크다는 것을 밝혔다. 정책추진으로 나타나는 긍정적 영향요인으로는 경제적 편익과 사회적 편익요인으로 보고하였고, 경제적 피해와 사회 환경적 비용 요인이 부정적인 요인으로 지적하였다

선행연구를 통해 알아본 결과 정책에 반대하는 원인으로서는 정책에 대한 인지 차이, 정책대상자의 참여 배제, 경제적 이유, 정부의 홍보 부족, 집행기관에 대한 신뢰 등의 원인이 있고 정책에 따른 갈등 요인을 정리를 하며 아래 <표 1>과 같다.

<표 1> 정책갈등의 원인

구분	갈등 원인
협오시설 또는 비선호시설 중심으로 하는 정책 갈등	<ul style="list-style-type: none"> · 정책 집행 시 지역주민의 참여를 배제. · 정책에 대한 지각수준 · 경제적 불이익(보상문제)과 안전관리 미비 · 신뢰부족 · 위협에 대한 불안감 · 정책의 필요성 · 집행기관의 집행능력
원자력발전소와 핵폐기장 건설 반대	<ul style="list-style-type: none"> · 정책참여자의 위협에 대한 인지의 차이 · 주민참여배제 · 정책 결정 절차상의 비공개성 · 국민정서에 배치되는 정부의 잘못된 홍보. · 경제적 불이익(보상문제) · 집행기관의 신뢰성 부족
지역관광개발정책에 대한 반대	<ul style="list-style-type: none"> · 정책추진 기관 및 과정 요인 · 정책 영향 요인 · 외부 자극 요인 · 주민 특성 요인

위의 내용을 종합해서 공통되는 갈등변수들을 도출해보면 새로운 정책시행 시 정책대상자들의 정책에 대한 지각 수준이 낮을수록, 의견수렴 및 참여도가 낮을수록 정책에 대해 반대를 한다는 것을 알 수 있다. 이는 본 연구에서 실폐수가제도 도입 시 의사들의 정책에 대한 인식 정도가 중요한 독립 변수로 구성되어야함을 알 수 있다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구도구 및 구성

본 연구는 2009년부터 정부가 개발하여 의료기관에 도입을 시도하고 있는 신포괄수가 제도에 대한 새로운 정책을 도입하기 위해 의료진들의 도입의지에 미치는 예측요인을 알아보기 위함이다. Tummers 외 연구(2012)에서는 네덜란드에서는 임상심리치료사와 정신 의학전문의 관련 전문의들을 대상으로 새로운 정책구현에 대해 인식하는 이익과 정책수행의 저항간의 관계를 알아보기 위해 Ajzen의 계획된 행동이론(Theory of planned behavior)과 Metselaar(1997)의 ‘willingness/resistance to change’ (변화에 대한 의지/저항)의 개념을 바탕으로 여러 가지 행정연구문헌을 검토하여 이론적 모형을 도출하여 변경의지에 대한 측정항목을 개발하였다. 우리나라는 네덜란드와 의료전달체계, 의료제도를 바라보는 관점, 의료전문가들의 정책수립과정에서의 개입정도 등이 다르기 때문에 이 모형을 그대로 적용하기 어려울 것으로 판단되므로 본 연구에서는 Ajzen(1985)의 계획된 행동이론(Theory of planned behavior)을 바탕으로 우리나라 의료제도나 문화적인 측면에 맞게 활용하였다.

연구대상자들의 인구사회학적 특성은 우리나라 포괄수가제에 대한 기존 연구(김복순, 2002; 서현기, 2000; 박현숙, 2002)에서 사용하였던 인구사회학적 특성들의 설문항목을 참고하였고, 연구대상자들의 신포괄수가제 도입에 대한 인식을 평등주의와 자유주의라는 두 가지 가치관을 기준으로 알아보기 위해 정영호(2006)의 도구를 참고로 2개의 항목으로 구성하였다.

정책갈등의 요인 선행연구에 의하면 정책에 대한 인식의 차이가 정책 갈등에 미치는 요인이라는 점을 고려하여 우리나라 진료비 지불보상제도에 대한 인식을 알아보고자 5개의 설문 항목으로 구성하였다. 연구대상자들의 신포괄수가제에 대한 인식을 알아보기 위해 네덜란드의 Tummers(2012) 연구의 항목³⁾을 우리나라 의료현실에 맞게 수정하여 사용하였다. 본 연구의 연구모형에서 주요 개념인 정책에 대한 인식, 정책지지, 정책수용을 계획된 행동이론에서의 주관적 규범, 태도 및 실천의지, 행동요인을 각각 본 연구의 맥락에 맞게 수정하였다.

2. 연구 대상

이 연구는 자료를 수집하기 위하여 시범사업으로 신포괄수가제를 시행하고 있는 전국의 33개 지방의료원의 임상진료의사들을 대상으로 하였다.

지방의료원은 민간인의 경영참여가 어려운 사업으로서 주민복리의 증진에 기여할 수 있고, 지역경제의 활성화나 지역개발의 촉진에 이바지할 수 있다고 인정되는 사업⁴⁾인 의

3) 이 연구에서 Metselaar(1997)의 ‘변화에 대한 저항과 수용’ 개념과 Ajzen (1991)의 ‘계획된 행동이론’의 개념을 활용한 설문도구를 참조함

료사업⁵⁾을 수행하기 위하여 지방자치단체가 설립·업무 및 운영에 관한 사항을 조례로 정하고⁶⁾ 지방자치단체가 전액 출자하여 설립된 의료기관(법인)을 말한다. 지방의료원은 공공보건의료기관⁷⁾으로서 보건복지부장관이 요청하는 사업을 수행하며 공공의료에 관한 법률 제5조(보건의료의 우선 제공)를 수행하여야 한다. 지방의료원은 2011년 기준으로 34개로 종합병원 29개, 병원 5개로 구성되어 있고, 총 8,555개의 허가병상을 보유하고 있다.⁸⁾ 운영주체별로 분류하면 서울시(1), 부산시(1), 대구시(1), 인천시(1), 경기도(6), 강원도(5), 충청북도(2), 충청남도(4), 전라북도(2), 전라남도(2), 경상북도(3), 경상남도(2), 제주도(2) 등 13개 광역자치단체에서 32개 의료원을, 목포시(1), 울진군(1) 등 2개 기초자치단체에서 2개 의료원을 운영하고 있다.

지방의료원 의사들의 신분은 모두 연봉제 계약직으로 소속되어져 있고, 공중보건의들은 지방공무원 신분으로 지방자치단체 소속으로 지방의료원에 근무하고 있다. 전국 지방의료원의 개설된 진료과는 총 24개의 진료과가 개설되어 있고, 과별 총 인원수는 전공의를 제외한 총 802명의 의사들이 소속되어 있다. 진료과별 인력분포를 보면 내과 105명으로 가장 많은 인력이 소속되어져 있고, 외과 65명, 정형외과 58명, 산부인과 40명, 소아과 39명, 이비인후과 24명, 비뇨기과 30명, 신경과 33명, 신경외과 38명, 신경정신과 1명, 성형외과 6명, 흉부외과 7명, 피부과 5명, 치과 38명, 정신과 26명, 안과 21명, 마취(통증)과 60명, 진단방사선과 52명, 임상병리과 27명, 가정의학과 17명, 응급의학과 58명, 재활의학과 18명, 한방과 10명, 기타 14명의 의사들이 소속되어 있으며 이 중 전문의는 588명, 일반의 8명, 치과의 27명, 공중보건의 216명, 한의사 4명, 전공의는 235명이다.

건강보험심사평가원⁹⁾에서는 신포괄제도 시범사업 시행 전에 지역거점공공병원을 현지 방문하여 제도 전반에 대한 안내와 운영에 필요한 실무내용을 설명하였다. 이 설명회의 목적은 신포괄수가제에 대한 이해를 돕고 새로운 지불제도 시행에 따른 현장의 애로사항 청취 및 시범사업의 원활한 운영을 목적으로 시행되었으며, 총 36회를 시행하였다. 설명회 일정은 2012년 3월 20일에서 4월 16일까지 시행되었고, 1차 시범사업 대상기관인 대구, 부산, 남원의료원을 제외한 31개의 지방의료원과 적십자 병원 의료진 및 전 직원을 대상으로 설명회를 시행하였다. 설명회의 주요 교육 내용은 신포괄수가제의 제도 도입취지, 그간 추진현황, 신포괄수가제 수가모형 및 적용방법, 신포괄수가제 청구 및 모니터링 방법 설명, 질병코드 기재원칙, 질의 및 응답 시간 등으로 시행되었다. 시범사업이 실시된 후 의료원 직원을 통한 내부적인 교육 유무를 조사해본 결과 의료인력들을 대상으로 신포괄수가제에 대한 교육을 실시한 걸로 조사되었으며, 이는 이 연구의 목적인 신포괄수가제에 대한 인식에 미치는 예측요인을 이해하는데 있어서 의료인력들의 정책에 대한 사전 지식은 충분한 것으로 판단된다.

연구대상자들에게 공문발송을 통하여 이 연구의 취지를 설명하였다. 이 연구의 대상자

4) 지방공기업법 제2조(적용범위)제 2항의 1호

5) 지방공기업법 제2조(적용범위)제 1항의 9호

6) 지방공기업법 제49조(설립)제2항

7) 공공보건의료에 관한 법률 제2조(정의)

8) <http://rhs.mw.go.kr>

9) 건강보험심사평가원(2012) “신포괄수가 설명회 일정 자료”

선정 기준은 연구 목적을 이해하고 연구의 참여를 수락한 의사이며, 연구대상자를 보호하기 위하여 한양대학교 IRB(Institutional Review Board)를 통과하였다.

3. 자료수집 기간 및 방법

이 연구의 자료수집을 위한 설문은 2013년 5월 22일부터 5월 31일까지 약 2주간 전국의 33곳 지방의료원 임상진료의사를 대상으로 실시하였다. 총 배부된 설문지는 총 700부로 각 의료원별 배부된 설문지 비율은 전문의 수 비율로 지방의료원에 우편으로 배부하였다. 지방의료원의 직원 1인이 해당 의료원에서 선정된 연구대상자 700명에게 연구의 취지를 설명하고 참여의사가 있는 경우에만 자기 기입식 표기 방법을 사용하여 시행하였다. 각 의료원에서 시행된 설문지는 담당직원이 설문지를 취합하였고 우편으로 다시 회수하였다. 이를 통해서 25개 기관(37%)이 조사연구에 참여하였으며, 기관별 회수율은 20~100%였다. 최종 회수된 설문지는 259부로 배부대비 37%였고, 미흡한 설문지 4부를 제외하고 실제로 연구를 위해 분석한 설문지는 총 255부로 배부된 설문지 대비 36.4%였다.

4. 자료 분석 방법

이 연구를 위하여 수집된 자료는 SPSS Statistics 18.0 Network Version 통계 프로그램을 이용하여 분석하였다. 연구 내용별 구체적인 분석방법은 다음과 같다.

- 1) 연구대상자들의 일반적 특성 및 관련특성은 빈도분석과 백분율을 이용하였다.
- 2) 연구대상자들의 특성별 신포괄수가제도 시행에 대한 인식 비교는 평균값과 ANOVA 분석을 이용하였다.
- 3) 연구대상자들의 특성별 신포괄수가제도 시행에 대한 인식차이는 교차분석을 이용하였다.
- 4) 연구대상자들의 신포괄수가제도 도입 의사에 영향을 미치는 예측인자를 결정하기 위하여 Linear Logistic Regression을 이용하였다.

IV. 연구 결과

1. 연구대상자들의 인구 사회학적 특성

연구대상자 총 255명에 대한 인구사회학적 특성을 살펴보면 남성 82.7%(211명), 여성 17.3%(44명)이며, 연령별 분포는 39세 이하가 56.9%(145명), 40세 이상이 43.1%(110명)였다. 대상자들은 전공의 과정을 수련한 병원에 대한 설문에 대하여 상급종합병원(대학병원)에 78.4%(200명), 종합병원등에 21.6%(55명) 응답하였다. 대상자들은 전공의 과정을 수련

한 병원의 소재 지역에 대한 설문에서 서울지역 39.2%(100명), 광역시 36.5%(93명), 중소도시 24.3%(62명) 순으로 응답하였다.

근무하는 소재 지역에 관한 설문에서 대상자들은 대도시 29.4%(74명), 중소도시 57.6%(147명), 군지역 12.9%(33명) 순으로 응답하였다. 현재 진료하는 진료과에 대한 설문에서 대상자들은 내과계 62.0%(158명), 외과계 38.0%(97명)로 응답하였다.

병원경영 업무에 대한 경험에 관한 설문에서 대상자들은 '없다'에 70.6%(180명)의 응답률을 보였다. 임상경력에 관한 문항에서는 대상자들은 '9년 이하'에 34.9%(89명)의 가장 높은 응답률을 보였고, 다음으로 '10~14년' 27.5%(70명), '15년 이상'이 37.6%(96명)의 순이었다. 근무년수에 관한 문항에서 대상자들은 '1년 이하'에 33.3%(85명)의 가장 높은 응답률을 보였고, 다음으로 '2~4년' 31.8%(81명), '5년 이상'이 34.9%(89명) 순이었다.

의료수가와 관련된 교육이나 학회 참석 여부에 관한 문항에서는 대상자들은 '예'가 54.9%(140명), '아니오' 45.1%(115명)의 응답률을 보였다. 정부의 의료정책과 관련된 교육이나 학회 참석 여부에 관한 문항에서는 대상자들은 '아니오' 57.3%(146명), '예'가 42.7%(109명), 의료기관 경영에 관련된 교육이나 학회 참석 여부에 관한 문항에서는 '아니오' 69%(176명), '예' 31%(79명)의 응답률을 보였다.

<표 2> 연구대상자들의 인구사회학적 특성

특성	구분	N(=255)	%
성별	남성	211	82.7
	여성	44	17.3
연령	39세 이하	145	56.9
	40세 이상	110	43.1
진공의 수련한 병원	상급종합병원(대학병원)	200	78.4
	병원(종합병원 포함)	55	21.6
수련병원 소재	서울지역	100	39.2
	광역시	93	36.5
	중소도시	62	24.3
	대도시	75	29.4
근무지역	중소도시	147	57.6
	군지역	33	12.9
진료과	내과계	158	62.0
	외과계	97	38.0
의료원의 경영참여 경험 유무	있음	75	29.4
	없음	180	70.6
임상경력	10년 미만	89	34.9
	10년~15년	70	27.5
	15년 이상	96	37.6
근무년수	1년 이하	85	33.3
	2~4년	81	31.8
	5년 이상	89	34.9
의료수가 관련 교육 참석 경험유무	있음	140	54.9
	없음	115	45.1
의료정책 관련 교육참석 경험 유무	있음	109	42.7
	없음	146	57.3
의료기관 경영 관련 교육 참석 경험 유무	있음	79	31.0
	없음	176	69.0

2. 연구대상자들의 수가제도에 대한 인식

연구대상자들의 수가제도에 대한 인식은 5가지 질문으로 조사하였으며 각각 응답은 다음 <표 3>과 같다. 대상자들의 행위별 수가제가 국민들에게 질 높은 의료서비스를 제공하는데 적합한 제도라는 의견에 대한 인식에서 대상자들은 '그렇다'에 45.5%(116명)의 가장 높은 응답율을 보였고, 다음으로 '아니다'에 35.3%(90명), '보통'에 19.2%(49명) 순이었다. 포괄수가제도가 입원환자에 대한 적정 진료 제공에 도움이 된다는 의견에 대한 인식은 '기여하지 않았다'에 76.5%(195명)의 가장 높은 응답율을 보였고, 다음으로 '보통'이 19.6%(50명), '기여하였다'가 3.9%(10명) 순이었다. 대상자들의 신포괄수가제도와 포괄수가제도의 내용상의 차이점 인식에 대한 설문분석결과는 '알고 있다'에 56.1%(143명)의 가장 높은 응답율을 보였고, 다음으로 '어느 정도 알고 있다' 35.3%(90명), '잘 모른다' 8.6%(22명) 순이었다. 대상자들의 신포괄수가제도 도입 목적에 대한 이해 정도를 알아본 설문분석결과는 대상자들은 '그렇다'에 63.9%(163명)의 가장 높은 응답율을 보였고, 다음으로 '그저 그렇다' 27.8%(71명), '낮다' 8.3%(21명) 순이었다. 신포괄수가제도 도입이 환자 부담의 진료비 감소에 기여한다는 인식에 대한 질문에 대상자들은 '그저 그렇다'에 41.6%(106명)의 가장 높은 응답율을 보였고, 다음으로 '낮다' 30.2%(77명), '그렇다' 28.3%(72명) 순이었다.

<표 3> 연구대상자들의 수가제도에 대한 인식

특성	구분	N(=255)	%
행위별 수가제가 국민들에게 질 높은 의료서비스를 제공하는 제도라는 의견에 대한 인식	아니다	90	35.3
	보통	49	19.2
	그렇다	116	45.5
포괄수가제도가 환자에 대한 적정 진료 제공에 도움이 된다는 의견에 대한 인식	기여하지 않았다	195	76.5
	보통	50	19.6
	기여하였다	10	3.9
신포괄수가제도와 포괄수가제도의 내용상의 차이점 인식에 대한 현황	잘 모른다	22	8.6
	어느 정도 알고 있다.	90	35.3
	알고 있다	143	56.1
신포괄수가제도 도입 목적에 대한 이해 정도	낮다	21	8.3
	그저 그렇다	71	27.8
	그렇다	163	63.9
신포괄수가제도 도입이 환자 부담의 진료비 감소에 기여한다는 인식	낮다	77	30.2
	그저 그렇다	106	41.6
	그렇다	72	28.3

3. 연구대상자들의 신포괄수가제 도입에 의한 영향에 대한 인식

연구대상자들의 신포괄수가제 도입에 의한 영향에 대한 인식은 크게 4가지로 조사하였음. 1) 의료원 조직에 미치는 영향 인식, 2) 입원환자 측면에 미치는 영향 인식, 3) 우리나라 공공의료기관 역할 증대에 미치는 영향, 4) 입원환자에 대한 치료과정에서의 의사의 역할에 미치는 영향에 대한 인식으로 그 결과는 다음 <표 4> 와 같다.

<표 4> 연구대상자들의 신포괄수가제 도입에 의한 영향에 대한 인식

특성		구분	N(=255)	%
의료원 조직에 미치는 영향 인식	병원운영에 있어 의사의 진료 권한에서 자율성의 증대를 가져올 것이다.	그렇지 않다	219	85.9
		보통	32	12.5
		그렇다	4	1.6
	병원경영에 의사의 참여도가 커질 수 있다.	그렇지 않다	208	79.6
		보통	39	15.3
		그렇다	13	5.1
	병원의 행정적 측면으로 의사들의 더 높은 참여도가 요구 될 것이다.	그렇지 않다	135	52.9
		보통	59	23.1
		그렇다	61	23.9
	병원운영에 있어 행정조직의 역할이 더 커질 것이다	그렇지 않다	44	17.3
		보통	83	32.5
		그렇다	128	50.2
	의사와 행정직 간에 업무적으로 소통이 잘 될 것이다.	그렇지 않다	144	56.5
		보통	99	38.8
		그렇다	12	4.7
	병원 내 진료관련 부서의 업무권한이 감소 될 것이다	그렇지 않다	60	23.5
		보통	62	24.3
		그렇다	133	52.2
입원환자 측면에 미치는 영향 인식	환자들의 진료비 부담을 줄일 것이라고 생각한다.	그렇지 않다	88	34.5
		보통	86	33.7
		그렇다	81	31.8
	환자의 의료서비스 선택권 향상에 도움을 줄 것이라고 생각한다.	그렇지 않다	213	83.6
		보통	34	13.3
		그렇다	8	3.1
신 제도 도입 전보다 환자들은 질적으로 향상된 입원서비스를 받을 것으로 생각한다.	그렇지 않다	216	84.7	
	보통	29	11.4	
	그렇다	10	3.9	
공공의료 기관의 역할 증대에 미치는 영향	비급여 부문 및 신의료기술을 반영한 환자진료계획 수립을 용이하게 할 것이다.	그렇지 않다	200	78.4
		보통이다	36	14.1
		그렇다	19	7.5
	장기적으로 공공의료기관 방문 환자들의 치료비 부담 감소효과로 공공병원에 대한 인식이 향상 되어 지방의료원의 역할 증대에 기여할 것이다.	그렇지 않다	159	62.4
		보통이다	69	27.1
		그렇다	27	10.6
입원환자 에 대한 치료과정 에서의 의사의 역할에 미치는 영향에 대한 인식	적정진료가 기대된다	그렇지 않다	168	65.9
		보통이다	65	25.5
		그렇다	22	8.6
	진료 또는 행정업무량이 증가할 것이다	그렇지 않다	50	19.6
		보통이다	78	30.6
		그렇다	127	49.8
진료에서의 책임감이 더욱 강화 될 것이다.	그렇지 않다	127	49.8	
	보통이다	86	33.7	
	그렇다	42	16.5	

4. 대상자들의 특성별 신포괄수가제 시행에 대한 찬반 인식 평균비교

연구에 참여한 의사들은 신포괄수가제 시행에 대하여 매우 찬성을 10점으로 했을 때 평균 2.7(± 0.91)점으로 낮은 인식도를 보였다. 연구대상자들의 특성에 따른 신포괄수가제 시행에 대한 지지정도를 평균을 비교 분석한 결과 연구대상자들의 40세 이상의 연령군에서 제도를 찬성하는 평균값은 3.17±2.15로 39세 이하의 평균값 2.42±1.64보다 높았으며 이는 통계적으로 유의한 차이를 보였다(p<0.01). 임상경력에서 15년 이상의 평균값은 3.09±2.11로 가장 높았고, 다음으로 10년~14년의 평균값은 2.74±1.87, 9년 이하의 평균값은 2.37±1.64로 가장 낮았으며 이러한 차이는 통계적으로 유의한 차이가 있었다(p<0.05). 성별에서는 여자, 전공의 과정을 수련한 병원의 병원군, 전공의 수련한 병원 소재지역의 광역시군, 현재 근무지역의 대도시군, 진료과의 내과계, 근무년수 '1년 이하'군, 의료수가 · 의료정책 · 의료기관 경영 관련 교육 참석 경험 유무와 병원경영 경험 유무에 따라 '없음'이 평균값에 있어 상대적으로 높았으나, 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

<표 5> 연구대상자들의 신포괄수가제 시행에 대한 찬반 인식 평균비교

특성	구분	N	평균	표준편차	p값
성별	남성	211	2.69	1.94274	0.376
	여성	44	2.97	1.74527	
연령	39세 이하	145	2.42	1.63584	0.002**
	40세 이상	110	3.17	2.15398	
전공의 수련한 병원	상급종합병원	200	2.69	1.81946	0.381
	병원	55	2.94	2.21458	
수련병원 소재	서울지역	100	2.72	1.90205	0.906
	광역시	93	2.70	1.90298	
	중소도시	62	2.83	1.96021	
근무지역	대도시	75	2.89	1.95609	0.126
	중소도시	147	2.80	1.91008	
	군지역	33	2.12	1.72767	
경영참여 경험 유무	있음	79	2.49	1.73111	0.159
	없음	176	2.85	1.97910	
진료과	내과계	158	2.86	2.01102	0.218
	외과계	97	2.55	1.72584	
임상경력	10년 미만	89	2.37	1.64027	0.036*
	10년~15년	70	2.74	1.87033	
	15년 이상	96	3.09	2.11301	
근무년수	1년 이하	85	2.91	2.09428	0.306
	2~4년	81	2.48	1.75436	
	5년 이상	89	2.82	1.85596	
의료수가 관련 교육 참석 경험유무	있음	140	2.58	1.80720	0.142
	없음	115	2.93	2.01871	
의료정책 관련 교육참석 경험 유무	있음	109	2.53	1.88350	0.124
	없음	146	2.90	1.92023	
의료기관 경영 관련 교육 참석 경험 유무	있음	79	2.49	1.73111	0.159
	없음	176	2.85	1.97910	

*:p<0.05 **:p<0.01

5. 연구대상자들의 특성별 신포괄수가제도 시행에 대한 인식

대상자들의 특성별 신포괄수가제도 시행에 대한 인식과의 교차분석 결과는 다음 <표 6>과 같다. 대상자의 특성별 인식의 차이에 있어 “연령“군에 따른 차이에서는 ‘40세 이상’군이 53.7%로 ‘39세 이하’군 40%보다 찬성 비율이 높았고 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p<0.05$). “DRG제도의 진료제공에 대한 적정성“에 대한 인식의 차이에서 ‘동의함’군이 100%로 통계적으로 유의하였다($p<0.01$).

“신포괄수가제와 포괄수가제도의 차이점 인지“에 따른 차이에서 ‘모름’군이 55.4%로 ‘알고 있음’군 38.5%보다 높았고 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p<0.01$). “신포괄수가제도의 시행 목적에 대한 이해 정도“에 따른 차이에서는 ‘모름’군이 55.5%로 ‘알고 있음’군 40.5%보다 높았고 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p<0.05$).

<표 6> 연구대상자들의 특성별 신포괄수가제 시행에 대한 인식 차이

특성	구분	신포괄수가제도 시행에 대한 인식			p
		반대	찬성	계	
성별	남자	118 (55.9)	93 (44.1)	211	0.245
	여자	20 (45.4)	24 (54.6)	44	
연령	39세이하	87 (60.0)	58 (40.0)	145	0.032*
	40세이상	51 (46.3)	59 (53.7)	110	
전공의 수련한 병원	상급종합병원	106 (53.0)	94 (47.0)	200	0.543
	병원	32 (58.1)	23 (41.9)	55	
수련병원 소재	서울지역	54 (54.0)	46 (46.0)	100	0.980
	광역시	51 (54.8)	42 (45.2)	93	
	중소도시	33 (53.2)	29 (46.8)	62	
근무지역	대도시	40 (53.3)	35 (46.7)	75	0.149
	중소도시	75 (51.0)	72 (49.0)	147	
의료원의 경영참여 경험 유무	있음	44 (58.6)	31 (41.4)	75	0.408
	없음	94 (52.2)	86 (47.8)	180	
진료과	내과계	84 (53.1)	74 (46.9)	158	0.796
	외과계	54 (55.6)	43 (44.4)	97	
임상경력*	10년 미만	51 (57.3)	38 (42.7)	89	0.438
	10년~15년	40 (57.1)	30 (42.9)	70	
	15년 이상	47 (48.9)	49 (51.1)	96	
근무년수	1년이하	40 (47.0)	45 (53.0)	85	0.073
	2-4년	52 (64.1)	29 (35.9)	81	
	5년이상	46 (51.6)	43 (48.4)	89	
행위별수가제의 질 높은	동의하지 않음	68 (48.9)	71 (51.1)	139	0.078
의료서비스 제공에 대한 적합성	동의함	70 (60.3)	46 (39.7)	116	
신포괄수가제도의	낮다	106 (57.9)	77 (42.1)	183	0.069
진료비 감소 기여도	높다	32 (44.4)	40 (55.6)	72	
DRG제도의 적정성	동의하지 않음	138 (56.3)	107 (43.7)	245	0.000**
	동의함	0 (0.0)	10 (100)	10	
포괄수가제도와	모름	50 (44.6)	62 (55.4)	112	0.008**
신포괄수가제도의 차이 인식	알고 있음	88 (61.5)	55 (38.5)	143	
신포괄수가제도 시행 목적 이해	모름	41 (44.5)	51 (55.5)	92	0.026*
	알고 있음	97 (59.5)	66 (40.5)	163	
의료수가 관련 교육 참석 경험유무	있음	64 (58.7)	45 (41.3)	109	0.207

특성	구분	신포괄수가제도 시행에 대한 인식			p
		반대	찬성	계	
의료정책 관련 교육참석 경험 유무	없음	74 (50.6)	72 (49.4)	146	0.588
	있음	45 (56.9)	34 (43.1)	79	
	없음	93 (52.8)	83 (47.2)	176	
의료기관 경영 관련 교육 참석 경험 유무	있음	78 (55.7)	62 (44.3)	140	0.614
	없음	60 (52.1)	55 (47.9)	115	

*:p<0.05 **:p<0.01

6. 연구대상자들의 신포괄수가제도 찬성의견에 미치는 예측요인

대상자들의 “신포괄수가제도 시행에 대한 찬성여부”를 종속변수로 채택하고 선택요인을 독립변수로 채택한 로지스틱 회귀분석 (Linear Logistic Regression)모형을 시행하였다. “신포괄수가제도 시행에 대한 찬성여부”에 따른 변수의 정의는 다음과 같다. 종속변수는 신포괄수가제도 찬성에 대한 인식을 사용하였다. 독립변수로는 인구사회학적 특성에서 성별, 연령, 전공의 과정을 수련한 병원, 수련한 병원 소재지, 근무지역, 진료과, 임상경력, 근무년수, 의료수가 교육참석여부, 의료정책 관련 교육 참석여부, 의료기관 경영관련 교육 참석 여부 등을 사용하였고, 지불보상제도에 대한 인식 요인으로는 행위별수가제의 질 높은 의료서비스 제공에 대한 적합성, 포괄수가제와 신포괄수가제도의 차이점 인지, 신포괄수가제도의 시행 목적 이해 정도, 신포괄수가제도의 진료비 감소 기여도, DRG제도의 진료제공에 대한 적정성등을 독립변수로 이용하였다.

앞에서 제시한 분석모형을 이용하여 신포괄수가제도 찬성에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과를 살펴보면, 전공의 수련 과정을 '종합병원'에서 한 경우(p<0.05), 근무지역이 '군지역'의 경우(p<0.05), '신포괄수가제도의 진료비 감소 기여도'의 '높음'의 경우에서 통계적으로 유의한 차이를 확인하였다(p<0.05).

신포괄수가제도 시행에 대한 찬반여부 인식을 세부적으로 비교해 보면, 전공의 과정수련 병원은 '종합병원'군이 '상급종합병원' 군보다 2.1배 찬성의견이 높았다. 근무지역에서는 '군지역'군이 '대도시' 군보다 2.6배 찬성의견이 높았고, '중소도시' 군보다는 2.0배 찬성의견이 높았다. 신포괄수가제도가 진료비 감소 기여도에 적합한 제도라는 인식에서는 '높음'이 '낮음'보다 2.0배 높은 것으로 확인되었다. 그 외 문항에서는 군별로는 표준오차를 감안한 수준에서는 각 군 간의 차이에서 통계적으로 유의하지 않았다.

<표 7> 연구대상자들의 특성별 신포괄수가제 찬성의견에 미치는 예측요인

변수	구분	B	S.E.	Wals	자유도	유의확률	Exp(B)
성별	남성	-.784	.408	3.703	1	.054	.457
연령	39세이하	-.998	.575	3.010	1	.083	.369
전공의 수련병원	종합병원	.767	.373	4.226	1	.040*	2.154
수련병원 소재지	서울지역			.464	2	.793	
	광역시	-.192	.383	.250	1	.617	.826
	중소도시	-.278	.414	.452	1	.501	.757
근무지역	대도시			4.286	2	.117	
	중소도시	.702	.535	1.725	1	.189	2.018
	군지역	.975	.476	4.200	1	.040*	2.652
진료과	외과계	-.182	.309	.348	1	.555	.833
임상경력	10년 미만			.984	2	.612	
	10년-14년	.508	.633	.644	1	.422	1.663
	15년 이상	.552	.557	.981	1	.322	1.737
근무년수	1년 이하			4.823	2	.090	
	2-4년이하	.583	.457	1.626	1	.202	1.792
	5년 이상	-.193	.449	.185	1	.667	.825
의료수가 교육참석 여부	없음	.097	.357	.074	1	.785	1.102
의료정책 교육참석 여부	없음	-.278	.333	.700	1	.403	.757
경영관련 교육참석 여부	없음	-.173	.341	.257	1	.613	.841
행위별수가제의 질 높은 의료서비스 제공의 적합성	그렇다	-.550	.298	3.396	1	.065	.577
포괄수가제와 신포괄수가제의 정책내용 차이점	알고 있음	-.378	.354	1.142	1	.285	.685
신포괄수가제의 도입 목적이해	높음	-.485	.347	1.949	1	.163	.616
신포괄수가제도의 진료비 감소 기여도	높음	.723	.321	5.069	1	.024*	2.060
	상수항	.060	.813	.005	1	.941	1.062

*:p<0.05 **:p<0.01

V. 고 찰

본 연구에서 신포괄지불제도인 신포괄수가제도에 대한 인식과 도입 찬성에 미치는 영향요인, 신포괄지불제도의 도입으로 인해 미치는 영향에 대해 네 가지(조직에 미치는 영향, 환자에게 미치는 영향, 공공의료기관으로서의 역할, 의사로서의 역할에 미치는 영향) 인식을 조사하여 신포괄수가제도 시행에 있어서 찬성의견을 가진 대상자들의 인식을 조사하였다. 이 연구의 결과를 살펴보면 다음과 같다.

1. 연구대상자들의 특성 및 찬반인식

연구대상자들 중 신포괄수가제도에 대해 지지적인 인식을 가진 군에서 신포괄수가제도가 ‘환자 부담의 진료비 감소’에 긍정적인 효과가 있고, ‘과소 및 과대 진료 예방 가

능한 제도' 라고 생각하고 있었다. 기타 의견을 살펴보면 과거 DRG보다는 낮다, 건강보험 재정완화, 진료내용의 규격화, 획일화로 행정처리 과정에 도움을 줄 것이다 등의 의견이 있었다. 이와 반대로 반대 측면에서의 의견을 살펴보면 신포괄수가제도가 모든 질병에 적용하기 어려움을 가장 큰 이유로 선택하였고, 진료 중증도에 대한 평가가 합리적이지 못하다고 생각하고 있었다.

연구대상자들의 신포괄수가제도에 대한 개선사항에 관한 인식을 살펴보면 'DRG수가의 합리적 결정' 이 대다수 의료인들이 생각하는 제일 개선해야할 사항이라고 응답하였다. 이는 김복순(2002)의 연구 중 DRG지불제도의 개선사항을 알아본 결과 'DRG수가를 합리적으로 결정해야 한다' 가 30.7%와 비슷한 결과를 보여, 의사들은 지불보상제도 개편에 있어서 합리적인 수가 결정을 제일 중요한 사항으로 인식하고 있음을 알 수 있다.

2. 연구대상자의 특성별 찬성의견에 미치는 영향요인

이 연구결과에서 의사들의 특성별 신포괄수가제도 도입에 있어 찬성의견에 미치는 요인은 연령, 전공의수련병원, 근무지역, 신포괄수가제도의 진료비 감소 기여도에 대한 인식이 영향을 미치는 것으로 나타났다.

네덜란드 의료인들을 대상으로 한 Tummers(2012) 연구에서는 연령이 낮은 군에서 높은 찬성 비율을 보였고, 이 연구에서는 연령이 높은 군에서 찬성 비율이 높음을 보여 상반된 결과를 보였다. 미국에서 시행된 의료품질평가프로젝트에 참가하는 의사들을 대상으로 한 Federman(2011)연구의 결과는 참여자의 특성 중 지역적 차이는 유의한 차이가 없음을 보였다. 이는 이 연구의 결과인 신포괄수가제 도입에 있어 찬성의견에 미치는 요인인 근무지역에서 군지역 군이 유의한 요인으로 나타난 결과와 상반된 결과가 있음을 보였다. Tummers(2012) 연구에서는 병원에서의 직위가 경영자 위치에 있는 의료인들의 찬성비율이 높았는데, 이 연구에서는 병원경영 참여 유무는 통계적으로 유의하지 않아 병원경영마인드가 신포괄수가제도 도입에 미치는 요인과는 무관함을 알 수 있다. 이러한 연구 결과의 차이는 지방의료원은 공공병원으로 의사들이 민간병원보다는 공공의료기관으로서의 역할에 충실함을 알 수 있다.

Tummers(2009, 2011, 2012)의 기존 연구에서 새로운 정책도입이 정책의 목적들을 달성하는데 도움이 안된다고 느끼면 정책시행에 비협조적인 것으로 나타났다. 이는 이 연구의 결과인 신포괄수가제도의 진료비 감소 기여도에 대한 인식이 높을수록 찬성하는 측면과 유사한 경향을 보였다. 이러한 결과는 의료인들은 새로운 정책을 도입함에 있어서 정책의 목적달성 즉 효율성을 중요하게 생각하고 있다는 것을 시사한다.

3. 대상자들의 신포괄수가제도 찬성의견과 도입으로 미치는 예측요인

신포괄수가제도 시행 찬성 예측요인은 인구사회학적 변수로 전공의 과정을 수련한 병원구분에서는 '종합병원', '군지역'의 근무지역($p < 0.05$), 지불보상제도에 대한 인식에서는

신포괄수가제도의 환자 진료비 감소 기여도에 적합한 제도라는 인식에서 '기여도 높음'군 ($p < 0.05$)이 통계적으로 유의하였다. 반면에 네덜란드 의료인들은 DRG정책 도입으로 인해 사회에 미치는 이익보다는 진료시의 역할이나 수입의 변화에 대한 두려움등 개인의 이점에 얼마나 영향을 주는지를 중요하게 생각하고 있음을 보였다(Tummers, 2012).

이러한 결과를 볼 때 의사들이 새로운 정책 도입을 지지할 때 가장 중요하게 생각하는 요인은 개인의 자율성과 정책 도입의 효율성, 환자들의 진료서비스 선택권임을 알 수 있다. 이는 의사들로 하여금 새로운 정책 도입을 지지하도록 하기 위해서 정부에서는 이러한 요인들에 대해 의료인들과 소통하려는 노력이 필요함을 시사한다.

4. 연구제한점

이 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 연구 대상자들의 설문조사에 의한 연구결과를 모든 지방의료원 임상진료의사들의 신포괄수가제 도입에 대한 인식이라고 일반화 하는데 한계가 있다. 둘째, 연구에 참여한 대상자들의 근무년수와 임상경력이 비교적 짧아 신포괄수가제도에 대한 다양한 인식을 알아보는데 한계가 있다.

그러나 이 연구는 그동안 의사들의 정부정책에 대한 인식과 태도에 대한 실증적인 연구가 이루어지지 않았던 것에 초점을 두고 의료계가 반대하고 있는 신포괄수가제도의 확대시행을 앞두고 있는 현 시점에서 의사들의 지불보상제도에 대한 인식과 신포괄수가제 시행에 대한 인식 및 찬성에 미치는 요인을 알아보는 것에 큰 의의가 있다.

VI. 결론 및 제언

지불보상제도는 의사들의 진료행태에 영향을 미치는 주요요인으로 의료서비스의 양이나 질, 의료비 등을 좌우함으로써 지불보상제도의 변화에 대한 의사들의 인식은 정책의 실현 가능성에 있어서 중요한 결과를 가져올 수 있다. 이에 이 연구는 현행 지방의료원 임상진료의사들의 지불보상제도에 대한 인식과 신포괄지불제도에 대한 지지적인 태도에 미치는 영향요인을 파악하여 네덜란드에서 연구된 의료전문가들의 DRG정책 도입의지에 미치는 요인과 비교해보고 이를 통하여 성공적인 신포괄수가제 확대시행을 위한 기초적인 자료를 제공하고자 수행하였다.

이 연구는 그동안 의료인들의 의료제도에 대한 인식과 태도에 대한 실증적인 연구가 이루어지지 않은 것에 초점을 두고 의료인의 지불보상제도에 대한 인식 및 신포괄수가제도 도입 찬성에 미치는 요인을 파악하는데 큰 의의가 있다.

이 연구의 주요 결과는 다음과 같다. 첫째, 신포괄수가제도 도입에 대해 찬성의견을

가진 지방의료원 의사들의 인식을 살펴보면, 신포괄수가제도가 환자의 진료비 감소에 기여하는 제도라고 인식할수록 제도에 대하여 찬성의견을 보였다. 둘째, 신포괄수가제 도입 찬성에 미치는 영향요인으로는 전공의 수련병원, 근무지역, 신포괄수가제도가 환자의 진료비 감소 기여도에 대한 인식이 유의한 수준이었다.

이 연구의 결과는 신포괄수가제도에 대한 임상 의사들의 인식은 일반인, 병원 관리자, 공무원 등과 같은 이 제도에 대한 이해 관계자들과는 견해의 차이를 보이고 있다. 이러한 차이는 이 제도도입과 시행에 있어 갈등을 예측할 수 있다. 또한 이러한 결과는 공공의료기관의 의료전문가들이 정부주도의 특정정책의 도입과 실행시에 지지하거나 반대하는 이유를 이해하는데 도움이 될 수 있다. 이러한 결과를 볼 때 의사들이 새로운 정책 도입을 지지할 때 가장 중요하게 생각하는 요인은 개인의 자율성과 정책 도입의 효율성, 환자들의 진료서비스 선택권임을 알 수 있다. 따라서 정부에서는 의사들로 하여금 새로운 정책 도입을 지지하도록 하기 위해서 이러한 요인들에 대해 의료인들과 소통하려는 노력이 필요함을 시사한다.

참고문헌

- 강길원. (2008). DRG지불제도 도입경험과 개편의 필요성. 대한병원협회지 37(3):20-31
- 권순만 등. (2013). 신포괄수가제도 모형평가 및 개선방안 연구. 서울대학교 보건대학원, 국민건강보험공단.
- 김복순. (2003). DRG 지불제도의 수용도 영향요인에 관한 연구. 건양대학교 경영행정대학원 병원경영학 석사학위 논문
- 김선희. (2015). 신포괄수가 시범사업 운영을 통해서 본 현안과 개선방향. 2015년 국민건강보험 일산병원 심포지엄 -신포괄수가 시범사업의 현안과 발전방향-
- 김유정, & 최인희. (2014). 계획된 행위이론에 근거한대학생의 헌혈의도 및 헌혈행위 예측요인. 한국산학기술학회논문지, 15(6), 3789-3798.
- 김윤, 강길원, 박하영, 오인환, 정의신, 김연용, 김민주, 심현진. (2015). 신포괄수가 모형개선 연구. 건강보험심사평가원 연구보고서, 2015
- 김정희. (2002). 우리나라 건강보험의 급여범위와 본인부담 변화 건강보험포럼. 건강보험연구센터 34-50
- 박은철 등. (2014). 신포괄지불제도 시범사업(일산병원 4차, 지역거점 공공병원 2단계) 평가 연구. 연세대학교, 건강보험심사평가원.
- 박은철, 유기봉, 김재현, 권정아, 장성인, 최재우, 송해연, 한규태. (2014). 포괄지불제(bundled payment) 현황과 방향 의료정책연구소 연구보고서
- 박현숙. (2002). 포괄수가제 시범사업에 관한 의료인의 행위 및 태도 연구. 인제대 보건대학원 보건관리학 석사
- 서현기. (2000). 의료보험 및 진료비 지불제도에 대한 일부 종합병원 간호사의 인지도 조사 연구. 경희대학교 행정대학원 학위논문
- 손창우, 정설희, 이선주, 권순만(2011). DRG지불제도가 재원일수와 퇴원 후 외래방문일수에 미치는 영향:2004-2007년도 제왕절개술을 중심으로. J Pre Med Public Health (44):1:48-55
- 신동교, 이천균, 이상규, 강중구, 선영규, & 박은철(2013). 중증도 분류에 따른 진료비 차이. 보건행정학회지, 23(1), 35-43.
- 유승흠 & 이귀진(1999). 질병군별 포괄수가제 (DRG 지불제도) 시범사업에서 제왕절개산모의 의료서비스-서울시내 한 종합병원을 대상으로. 한국병원경영학회지 4(2):21-40
- 이고은. (2012). 포괄수가제 확대 시행에 대한 의료기관 종사자의 인지도 조사. 부산카톨릭대학교 대학원 석사학위 논문
- 정의신. (2014). 자유세션 2: 영국 PbR (Payment by Result) 경험이 우리나라 건강보험에 주는 시사점. 한국사회보장학회 정기학술발표논문집, 2014(1), 233-249.
- 정형선. (2014). 세션 2-1 신포괄수가: 도입과 과제: 일본 DPC 지불제도가 한국 신포괄수가에 주는 시사점 모색. 한국보건행정학회 학술대회논문집, 2014(2), 427-448.
- 최병호. (1998). DRG분류에 의한 선지불제도 고찰. 보건사회연구 18(2):54-81
- 최영순, & 태윤희. (2013). 신포괄지불제 비급여 진료비 관리방안. 한국보건행정학회 창립 25주년 기념 학술대회, 523-523.
- 최영순, 윤필경, 유창훈, & 태은숙. (2012). 신포괄수가제 시범사업 3개년 평가 연구. 국민건강보험 건강보험정책연구원
- 태은숙, & 이상규. (2011). 신포괄지불제도하에서 동일 질병군의 진료비 변이 분석. 2011년도 후기 학술대회 연세집, 391-391.
- 하은. (2012). 일 지역 요양병원 간호사의 포괄수가제에 대한 인식 및 적용 후 간호업무 변화. 조선대학교 대학원 학위논문

- 한동운, 정형선, 김양균, 최수정, 김지우, 양훈식, 이상규, 이후연, 이근영, 지영건,(2011). 실폐괄수가 제 제2차 시범사업평가연구: 건강보험심사평가원, 2012.
- Bekkers, V. J. (Ed.). (2007). *Governance and the democratic deficit: assessing the democratic legitimacy of governance practices*. Ashgate Publishing, Ltd..
- Bell, R. A., Kravitz, R. L., Siefkin, A. D., & Foulke, G. E. (1997). Physicians' attitudes toward managed care: assessment and potential effects on practice behaviors. *Am J Manag Care*, 3(9), 1297-304.
- Deom, M., Agoritsas, T., Bovier, P. A., & Perneger, T. V. (2010). What doctors think about the impact of managed care tools on quality of care, costs, autonomy, and relations with patients. *BMC health services research*, 10(1), 1.
- Fässler, M., Wild, V., Clarinval, C., Tschopp, A., Faehnrich, J. A., & Biller-Andorno, N. (2015). Impact of the DRG-based reimbursement system on patient care and professional practise: perspectives of Swiss hospital physicians. *Swiss Med Wkly*, 145, w14080.
- Federman, A. D., & Keyhani, S. (2011). Physicians' participation in the Physicians' Quality Reporting Initiative and their perceptions of its impact on quality of care. *Health Policy*, 102(2), 229-234.
- Hironori Hamada. (2012). Effects of the per diem prospective payment system with DRG-like grouping system (DPC/PDPS) on resource usage and healthcare quality in Japan
- I. Ajzen. (1991). The theory of planned behaviour, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), pp.179-211.
- I. Ajzen, M. Fishbein. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*, Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall.
- Kaufmann, F. X. (1986). The relationship between guidance, control, and evaluation. *Guidance, control, and evaluation in the public sector: the Bielefeld interdisciplinary project*.
- L.G. Tummers, Steven Van de Walle. (2012). Explaining health care professionals' resistance to implement Diagnosis Related Groups: (No) benefits for society, patients and professionals. *Health Policy*
- Larson, M. S. (2003). Professionalism: The Third Logic (review). *Perspectives in Biology and Medicine*, 46(3), 458-462.
- M. Bottery. *Professionals and policy: management strategy in a competitive world* Routledge, London (1998)
- May PJ, Winter SC. (2009). Politicians, managers, and street-level bureau-crats: influences on policy implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory* 19:453
- Shou-Hsia Cheng, Chi-Chen Chen, Shu-Ling Tsai (2012) The impacts of DRG-based payments on health care provider behaviors under a universal coverage system: A population-based study. *Health Policy* 107(1):202-208
- Thibadoux, G. M., Scheidt, M., & Luckey, E. (2007). Accounting and medicine: an exploratory investigation into physicians' attitudes toward the use of standard cost-accounting methods in medicine. *Journal of business ethics*, 75(2), 137-149.
- Tzavaras, A., Spyropoulos, B., & Gruen, R. (2006). Diagnosis Related Groups: Approval and suitability for the Greek National Health System. *Proceedings of ITAB*, 26-28.