

# 미국 농촌지역에서의 병원서비스 접근성 확보를 위한 진료비용 지원

-Critical Access Hospital을 중심으로-



조재영 주임연구원  
건강보험심사평가원 급여정책연구팀

## 1. 들어가며

생산을 위한 원가는 고정비와 변동비로 구성된다. 고정비는 재화 또는 서비스 생산의 양과 관계없이, 생산을 하기 위해 고정적으로 투입되는 요소에 대한 비용이다. 산부인과의 주요 기능인 분만서비스 생산에 적용해본다면, 분만실 유지비, 24시간 대기하는 의료진 인건비 등은 고정비의 성격을 갖는 원가가 된다. 변동비는 생산량의 증가에 따라 투입요소 비용이 증가하는 경우인데, 분만 시 사용하는 소모품 등의 재료비를 예로 들 수 있다.

산부인과의 경우 분만건수가 적으면 고정적으로 투입되어야 하는 인력, 장소 유지에 대한 단위당 비용이 증가하게 된다. 국가 전체적으로 출산율은 급격히 저하되고 있고, 특히 지방의 경우 임신·출산이 가능한 젊은 세대의 거주 비율이 높지 않아 산부인과에서 생산하는 서비스의 양이 적을 수밖에 없다. 이러한 산부인과에서는 규모의 경제<sup>1)</sup>가 작동하지 않게 되고 낮은 이용량과 높은 원가를 의료제공자가 통제하기 어렵기 때문에, 진료수입 이상으로 비용이 발생할 수 있다.

1) '규모의 경제'는 생산의 규모가 확대됨에 따라 산출물 한 단위당 비용이 감소하는 것으로 장기 평균비용(long-run average cost)이 하락하는 현상이나, 여기서는 평균 고정비용(average fixed cost)이 하락하는 단기적 규모의 경제(short-run economies of scale)를 의미함.

낮은 분만건수로 인해 손익분기점에 미달하는 산부인과는 분만실을 폐쇄하거나, 분만 이외의 서비스를 개발하거나, 최악의 경우 병원 운영 자체를 포기하게 된다. 최근 우리나라의 산부인과 폐업률이 다른 진료과에 비해 상당히 높은 것으로 나타나고 있다. 산부인과의 주요 기능인 분만은 필수의료 성격을 갖는 바, 필수의료에 대한 접근성 취약 문제가 우려되고 있는 실정이다.

의료이용자가 접근 가능한 의료기관이 없다는 이유로 적시에 처치를 받지 못해 건강상의 나쁜 결과가 발생하지 않도록, 필수 의료서비스의 공급이 유지되기 위한 정책적 관심이 필요하다. 이에 본고에서는 미국의 의료접근성 개선을 위한 의료공급 측면의 정책 사례를 소개하고, 우리나라에 주는 시사점을 파악해보고자 한다.

## 2. Critical Access Hospital 운영 경험

미국은 농어촌지역에 소재하는 진료량이 적은 병원에 대해 진료비용을 지원함으로써 의료서비스 제공을 유지하고, 국민의 의료접근성을 보장하기 위한 노력을 하고 있다. 그 중 대표적인 프로그램이 Critical Access Hospital(CAH)이다.

### 가. 도입 목적

1990년대, 농어촌지역 병원의 폐업률이 높아짐에 따라, 지역 주민의 의료접근성 보장에 대한 이슈가 제기되었다. 1997년에 제정된 Balanced Budget Act(BBA)에는 State Medicare Rural Hospital Flexibility Programs(Flex Program) 운영에 대한 내용이 포함되어 있다. 이 프로그램은 메디케어 환자를 받는 CAH를 선정하여, 재정적인 생존능력을 향상시킴으로써 농어촌지역에서의 의료 접근성을 보장하기 위해 실시되었다(Holmes, Pink, 2011; CMS, 2014).

### 나. 지정 조건<sup>2)</sup>

CAH는 의료접근성 보장에 필수적인 농어촌지역 소재의 소규모 병원을 유지하기 위한 프로그램이다. 따라서 이러한 목적에 맞는 CAH 지정조건을 설정해두고, 이 기준에 부합하는 병원에 대해서 CAH로 지정한다. 해당 주(州)가 CAH 운영이 가능케 하는 재정 지원 체계

2) CMS, 2014.

(State Rural Health Plan)를 운영하고 있어야 한다. 이로 인해 병원이 소재하는 주(州)에 따라 CAH 지정이 불가할 수 있다. 지정 신청을 위해서는 '현재 메디케어 가입자를 진료하는 병원' 또는 '최근 운영이 중단된 병원' 또는 '주정부가 정한 기관으로서 병원으로 운영되다가 규모를 축소한 의원 또는 센터' 중 하나에 해당되어야 한다. CAH 지정시에는 다음의 평가기준을 충족시키는지에 대해 확인절차를 거친다.

- 농어촌지역(또는 농어촌으로 간주되는 지역)에 소재하여야 한다.
- 직원이 상주 또는 대기상태(on-call)에 있어 24시간 응급의료서비스의 제공이 가능해야 한다.
- 병상수가 25개를 초과하지 않아야 한다.
- 급성기 진료에서의 연평균 환자당 입원기간이 96시간보다 작아야 한다.<sup>3)</sup>
- 다른 병원과 35마일 이상 떨어져 있어야 한다.  
(산간지역 또는 보조간선도로[secondary road]만 있는 지역인 경우 15마일)
- 2006년 1월 1일 이전, 각 주정부에 의해 필수 공급자(necessary provider)로 지정받은 병원은 위 요건과 관계없이 적용한다.

#### 다. 진료비 지불방식의 조정을 통한 재정지원

각 병원은 입원 및 외래환자에게 제공한 서비스에 대한 허가 비용(allowable cost)의 101%를 지불받는다(MedPAC, 2012). 입원서비스에 대한 운영비용에 있어서는 상한(ceiling)을 두지 않고 있다. 미국은 메디케어 도입 시 병원서비스에 대한 지불방식으로 비용기반상환제도(cost based reimbursement)를 채택했으나, 진료비용의 증가를 억제하기 위해 1980년대부터 전향적 지불방식(prospective payment system)으로 전환하였다(이규식, 2013). 그러나 CAH는 비용기반상환방식(cost based reimbursement)을 적용한다는 점이 일반적인 병원의 지불방식과의 가장 큰 차이가 된다(Holmes 등, 2010).

비용기반상환방식은 발생한 비용에 대해 사후적으로 상환해주는 방법이다. 금년도에 지출한 비용이 증가하면, 다음해에 받는 상환액도 증가하게 된다. 따라서 병원은 운영에 있어 비용의 증가를 고려할 필요가 없게 된다. 반면, 전향적 지불방식은 사전적으로 정해진 고정 금액을 받는 방식(fixed-price payment system)으로, DRG 기반 진료비 지불이 그 예이다. 이 방식에서는 상환에 따른 진료수입과 실제 비용간의 차이가 진료수익이 된다. 이러한 구조는 비용최소화에 대한 인센티브를 발생시키기 때문에, 의료제공의 효율성 향상을 위한 수단

3) CAH가 96시간 이내에 퇴원 또는 전원시키는 것을 합리적이라고 판단함. CAH로 지정된 이후에 지정 상태를 유지하기 위한 조건임.

으로 도입되었다(Rosko, Mutter, 2010). 외래환자에 대한 의사서비스 비용의 상환방식은 해당 의사가 선택할 수 있다. 기본적으로 의사서비스 비용은 병원과는 별도로 의사서비스 수가(Medicare Physician Fee Schedule)에 의해 직접 상환받으나, 의사가 CAH를 통해 상환받는 방식을 선택하면, 메디케어 의사서비스 수가의 115%를 적용받는다(CMS, 2014).

일반적으로는 비용최소화를 추구하는 보상방식을 합리적인 것으로 판단하나, CAH에는 이 원칙을 적용하지 않고 있다(CMS, 2014). 농어촌지역에서 의료서비스 제공에 필수적인 역할을 하는 의료 공급자에 대해서는 비용최소화 원칙 적용의 예외로 하고 있는 것이다(Holmes 등, 2010).

## 라. CAH 현황

미국 전역에 걸쳐 CAH로 지정된 병원은 2012년 현재 총 1,281개소로, 미국내 전체 병원 중 약 20%에 해당한다. 2011년 9월 현재 Connecticut, Delaware, Maryland, New Jersey, Rhode Island 주는 Flex Program을 운영하지 않고 있다(Flex Monitoring Team, 2014).

표 1. 미국 주별 Critical Access Hospital 현황(2012)

(단위: 개소)

구분	개소	구분	개소	구분	개소
Alaska	9	Louisiana	26	Ohio	34
Alabama	2	Massachusetts	3	Oklahoma	31
Arkansas	29	Maine	16	Oregon	25
Arizona	12	Michigan	34	Pennsylvania	12
California	31	Minnesota	75	South Carolina	5
Colorado	29	Missouri	34	South Dakota	38
Florida	13	Mississippi	29	Tennessee	14
Georgia	28	Montana	46	Texas	75
Hawaii	9	North Carolina	20	Utah	11
Iowa	81	North Dakota	35	Vermont	7
Idaho	27	Nebraska	64	Virginia	8
Illinois	51	New Hampshire	13	Washington	38
Indiana	35	New Mexico	8	West Virginia	57
Kansas	83	Nevada	11	Wisconsin	18
Kentucky	27	New York	13	Wyoming	15

자료: Flex Monitoring Team, 2014.

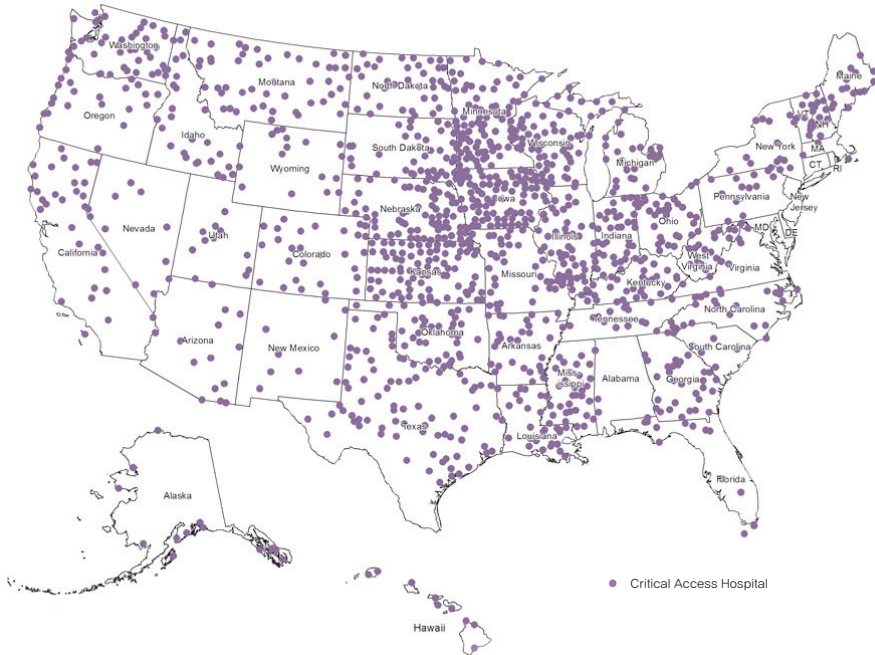


그림 1. Critical Access Hospital의 지역별 분포

자료: Rural Assistance Center 웹사이트.

## 마. 평가

CAH 프로그램의 확대(1999년 41개소에서 현재 1,300여개소) 농어촌지역 병원의 폐업은 거의 사라지게 되었다. 1990년부터 2000년까지 농어촌지역 병원 208개(농어촌지역 병원의 8%), 도시지역 병원 296개(도시지역 병원의 11%)가 폐업한 것으로 파악되었는데, 주로 충분한 진료량이 보장되지 않아 진료수입이 원가 이하인 병원이었다(OIG, 2003).

필수적인 병원서비스에 대한 접근성 유지 정책이 시행된 이후에는 농어촌지역 병원의 폐업이 감소하였다. 2010~2011년 동안에는 5개 병원만 폐업한 것으로 확인되었다. 폐업한 병원들은 환자수가 적어 재정적 손실이 있었고, 25마일 이내에 경쟁 병원이 존재하였던 병원이었다. CAH 프로그램 도입 초기, 거리요건에 적용을 받지 않아도 되는 예외조항으로 인하여, 근거리에 경쟁병원이 있는 경우에도 추가적인 지분을 받는 등 제도 도입 목적에 맞지 않는 결과를 초래하였다. CAH 도입 초기의 지정조건은, 첫째, 근처 병원이 주간선도로(primary road) 기준 35마일 이내 또는 보조간선도로(secondary road) 기준 15마일 이내에 없거나, 둘째, 주정부로부터 '필수제공자(necessary provider)'로 간주된 기관이어야 했다. 이에 각 주(州)는 '필수제공자' 선정 시 근처에 다른 병원이 없어야 한다는 거리요건을 제외하는 등 선

정 기준을 완화하면서, CAH 프로그램은 대부분의 농어촌지역 병원이 선택 가능한 옵션사항이 되어버렸다. 현재 35마일 이상 다른 병원과 떨어져 있는 CAH는 17% 뿐이고, 15~35마일 거리는 67%, 15마일 이내인 경우는 16%를 차지하고 있다. 현재는 거리요건이 강화되어, 2006년 이전에 해당 주에서 필수제공자로 정한 병원까지만 CAH가 될 수 있도록 제한하였다(MedPAC, 2012).

### 3. 미국의 농촌지역 병원서비스 제공체계 유지를 위한 진료비용 지원 기준

미국은 1990년대 후반부터 CAH를 운영하면서 필수적인 서비스공급체계 유지를 도모하였으나, CAH 프로그램의 확대 과정에서 본래 정책 의도와 달리 무분별하게 확대되는 등 시행착오를 겪었다. 뿐만 아니라 농어촌지역을 대상으로 하는 여러 프로그램이 각기 다른 목적을 가지고 실시되는 상황이 발생하게 되었다. 이에 의료접근성 보장을 위한 근본 원칙을 마련함으로써 보다 합리적으로 제도를 운영하고자 하였다. 메디케어는 그간의 경험을 바탕으로 의료공급 유지를 위한 진료비용 지원정책 설계의 원칙을 다음과 같이 제시하고 있다.<sup>4)</sup>

#### 가. 의료접근성 유지에 필수적인 의료기관인지 고려

공급자에 대한 진료비용 지원은 국민의 의료접근성을 유지하기 위해 필수적으로 운영되어야 하는 의료제공자를 대상으로 해야 한다. 모든 농어촌지역의 의료기관에게 적용되거나 규모가 작은 모든 의료기관에 적용된 제도가 있으나, 이러한 관행은 지역별 변이를 고려하지 않은 것이라고 볼 수 있다.

진료량이 적은 의료제공자에는 두 가지 유형이 있다. 첫 번째 유형은 인구밀도가 낮아서 진료량이 적은 경우이다. 이 경우는 해당 지역의 인구 규모 자체가 작기 때문에, 적은 진료량을 피할 수 없고 이로 인해 고정 비용을 보전하기 어렵다. 두 번째 유형은 근처의 경쟁 의료기관으로 환자가 빠져나가 진료량이 적은 경우이다. 이 경우 5마일 또는 10마일 가량의 거리에 위치하는 두 병원에 대해 추가적인 지원을 하는 것은 적절하지 않다. 즉 진료량이 적은 모든 병원을 대상으로 할 것이 아니라, 근처에 경쟁병원이 없어 지역사회에서 필수적인 역할을 하는 의료제공자에게 초점을 맞출 필요가 있다.

4) MedPAC(2012, Chapter5. Serving Rural Medicare Beneficiaries)의 내용을 발췌하여 정리.

## 나. 지원액 규모의 타당성 실증 분석


의료제공자에게 지원할 금액의 규모는 실증 분석에 근거하여 결정되어야 한다. 적은 진료량 때문에 추가적인 비용이 얼마나 발생하는지를 측정하여 지원액 규모를 결정하여야 한다. 진료수입 파악을 위해 환자 수를 측정할 때는 메디케어 환자 수뿐만 아니라 메디케어 적용이 되지 않는 환자의 수, 즉 공적 의료보장제도의 범위 밖에 있는 환자도 포함하여야 한다.

중복적인 진료비 지원제도를 적용하는 것은 지양해야 할 일이나, 부득이 2개 이상의 제도가 적용되는 경우에는 적은 진료량으로 인해 발생하는 추가적인 비용 전체를 고려하여야 한다.

## 4. 나가며

우리나라에서는 2013년 3월부터 2014년 2월까지 1년간 분만수가 가산제도 시범사업이 실시된 바 있다. 이는 연간 분만건수가 200건 미만인 산부인과에 분만건수에 따른 50~200%의 자연분만료 가산을 적용하는 것으로, 우리나라에서도 진료량이 적은 기관에 대한 수가 정책의 필요성이 제기되고 있음을 보여주고 있다. 미국의 경험은 의료공급 유지를 목적으로 하는 수가제도 설계 시, 대상기관의 선정, 가산금액의 규모 및 산정방식 등이 제도 목적 달성에 적합한 방향인지에 대한 충분한 검토가 필요하다는 점을 시사한다.

분만수가 가산제도 시범사업은 분만취약지에 소재하는 산부인과에 대한 건강보험에서의 재정 지원이 이루어질 수 있다는 데에 의미가 있다. 다만 의료접근성 유지와는 관계없는 의료기관에 재정이 투입되지 않기 위해서는 지역사회에서 필수 의료제공자의 역할을 하는 의료기관에 보다 충분히 지원될 수 있도록 정교한 제도 설계가 요구된다. 또한 분만실 운영의 원가와 진료수입에 대한 충분한 검토를 통해, 분만실 운영을 위한 합리적 지원 규모를 설정하고 장기적 접근 방향을 모색할 필요가 있다.

취약지역에 대한 의료접근성 보장이 우리나라 보건의료에 있어 우선적으로 해결할 문제라면, 지원금액 설정, 인프라 구축 등에 있어서 제도의 실효성이 있는 수준으로 이루어져야 할 것이다. 다만 이를 위해서는 지원의 필요성에 대한 공감대 형성과 사회적 합의가 필요할 것으로 생각된다. 



## 참고문헌

---

- 이규식. 의료보장과 의료체계. 제3판. 서울: 계축문화사: 2013. 192.
- CMS. Critical Access Hospital, Rural Health Fact Sheet Series, Centers for Medicare & Medicaid Services. September 2014.
- Department of Health and Human Service. Trends in rural hospital closure 1990–2000. Washington DC.: Office of Inspector General: 2003.
- Flex Monitoring Team. CAH Financial Indicators Report: Summary of Indicator Medians by State, Flex Monitoring Data Summary Report. 2014; (16): 1–2.
- Holmes G, Pink G. Adoption and Perceived Effectiveness of Financial Improvement Strategies in Critical Access Hospitals. The Journal of Rural Health. 2011; (28) : 92–100.
- Holmes G, Pink G, Friedman S, Howard H. A Comparison of Rural Hospitals with Special Medicare Payment Provision to Urban and Rural Hospitals Paid Under Prospective Payment. Rural Health Research & Policy Centers. 2010; (98): 1–8.
- MedPAC(Medicare Payment Advisory Commission). Report to the Congress: Medicare and the Health Care Delivery System. 2012.
- Rosko MD, Mutter RL. Inefficiency Differences between Critical Access Hospitals and Prospectively Paid Rural Hospitals. Journal of Health Politics, Policy and Law. 2010; 35(1): 95–126.
- Rural Assistance Center 홈페이지. Available from : URL : <https://www.raconline.org/maps/36> (2015.6.22. 접속).