

분만 수가 인상만으로 분만 인프라 붕괴를 막을 수 있을까?

안 태 규 · 황 중 윤

강원대학교 의과대학 산부인과학교실

Can an Increase in Delivery Medical Fees Prevent the Collapse of the Maternity Infrastructure System?

Tae Kye Ahn · Jong Yun Hwang

Department of Obstetrics and Gynecology, Kangwon National University College of Medicine, Chuncheon, Korea

〈ABSTRACT〉

In an era of low fertility, the maternity infrastructure system has collapsed steeply and the number of obstetrically underserved areas has increased. To improve the maternity infrastructure, the Yoon Suk Yeol administration has announced the introduction of an essential medical support policy centered on introducing an additional delivery medical fee. The core of the essential medical policy for labor and delivery is the addition of regional medical fees, safety policy additional fees, and infectious disease-controll policy additional fees to the existing labor and delivery medical fees. The government's delivery medical additional fees will vary according region, with 200% increase in metropolitan cities, 300% increase in nonmetropolitan cities, and an additional 100% increase in the event of an infectious disease outbreak. After analyzing the government's plan to support additional fees, it is estimated that the total delivery expenses will be increased by Korean won (KRW) 236,619,748,266, and KRW 485,872,173 per maternity hospital. Even though this support plan is expected to help maintain maternity hospitals, this plan has limitations in small maternity hospitals in metropolitan cities and maternity hospitals for high-risk pregnant women. This is because the government's support policy is based on the "medical payment system by action," which is less effective in rural maternity hospitals with fewer deliveries and in training hospitals that mainly treat high-risk pregnant women rather than simple deliveries. Additionally, given the expected decline in the number of births in the future, it is estimated that the total delivery medical fees will steadily decline, as will the income per maternity hospital. To maintain a sustainable maternity infrastructure, it is essential to introduce the medical fees for operating a maternity delivery room that can be maintained, the medical fees for high-risk pregnancies, and various salary and protection support policies for obstetricians and nurses in addition to delivery medical fees.

Key Words: Maternity system, Medical fee, Low fertility

서 론

Corresponding Author: Jong Yun Hwang
Department of Obstetrics and Gynecology, Kangwon National University Hospital, Kangwon National University School of Medicine, 156 Baengnyeong-ro, Chuncheon 24289, Korea
Tel: +82-33-258-2307, Fax: +82-33-257-4636
Email: rapidhwang@kangwon.ac.kr
ORCID: 0000-0002-4653-0774
Received: April, 17 2023, Revised: April 24, 2023
Accepted: April 24, 2023

Copyright©2023 by The Korean Society of Maternal and Child Health

보건복지부가 분만 인프라 구축을 위해서 분만취약지 분만 수가 인상과 분만 취약지 지원 사업을 시행하고 있음에도 불구하고 2003년 1,371개였던 분만 병원은 2021년에 487개소로 지속적으로 감소하고 있다(Ahn & Hwang, 2017; Lee et al., 2021).

안전한 출산 환경 구축을 위해서는 적절한 시간에 분만 병원에 도착하는 게 매우 중요하지만 지방 시군의 경우 분만 접근성은 매우 열악하여 강원도 전체 면적의 74.4%에 거주하는 여성

은 상급종합병원까지 이동하는데 60분이 걸렸다(Choi & Lee, 2017). 분만 접근성의 악화는 분만 취약지 임산부의 모자보건에도 영향을 주고 있다. 국내 연구에 의하면 분만 취약지 임산부들은 관외 분만이 증가하고 이는 유산, 자궁외임신 및 전자간증의 증가로 이어졌다(Choi et al., 2013; Kwak et al., 2018).

최근 윤석열 정부에서는 분만 및 소아 진료를 중심으로 다양한 가산 수가 정책을 포함한 필수 의료 지원 대책을 발표하였다. 정부의 발표 이후 분만 의료진 및 모자보건 전문가들은 이번 가산 수가 지원 안을 두고 분만 인프라 구축에 긍정적인 평가를 하기도 하지만, 또 다른 전문가들은 출산 수 감소가 가파르기 때문에 분만 수가 만으로는 분만 인프라를 유지할 수 없다고 주장하고 있다.

이 논문에서는 정부의 분만 가산 수가 인상이 분만 병원 경영에 어떠한 영향을 주는지를 분석하고 분만 수가 이외에 분만 인프라를 유지하는 정책 대안을 제시하고자 한다.

국내 분만 수가의 변화

분만 병원에 지급하는 분만 진료비는 건강보험공단(이하 건보공단)의 요양 급여와 비급여로 구분된다. 요양 급여는 국민건강보험법에 따라 의료행위, 치료재료 및 약제로 구분하여 건강보험공단에서 공단부담금을 부담하고 공단부담금을 제외한 금액은 본인부담금으로 환자가 부담한다. 비급여는 다시 법정 비급여와 임의 비급여로 구분되고 법정 비급여는 건강보험법 및 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙에서 정하고 임의 비급여는 법정 비급여를 제외한 비급여로 정의한다.

건보공단에서 지불하는 분만 진료비는 서로 다른 지불 시스템으로 운영되고 다양한 가산 제도가 있어서 실제 분만 진료비는 분만 형태별, 병원 규모별, 고위험 질환별로 매우 다르고 복잡하다.

분만 진료비 지불시스템을 살펴보면 질식 분만은 행위별 기반 지불 시스템이고 제왕절개술은 포괄수가 혹은 신포괄수가

기반 지불 시스템으로 구성되어 있다.

분만 급여의 보험 기준 수가는 분만 병원 보험 기준 수가와 분만 의원 보험 기준 수가가 다르게 책정이 되어있어서 최종 분만 보험 급여는 다른 보험 기준 수가에 분만의료기관 종별에 가산 수가가 추가된다. 구체적으로는 병원급은 병원 보험 기준 수가에서 상급종합병원급은 30%, 종합병원급은 25%, 병원급은 20%의 가산 수가가 각각 추가되고, 의원급은 의원 보험 기준 수가에서 15%의 가산이 추가된다.

분만 급여가 연도별로 어떻게 변화하였는지를 확인하는 것은 분만 수가를 분석하는데 매우 중요하지만 분만 형태가 너무 다양하기 때문에 모든 종류의 분만을 비교 분석할 수는 없어서 이 연구에서는 가장 단순한 ‘정상질식분만 단태아 초산’과 ‘제왕절개만출술 단태아 초회’를 기준으로 살펴보았다.

2003년도에 병원급 질식 분만의 보험 기준 수가는 115,880원이었고, 2022년도에는 583,790원으로 5.03배가 증가하였다. 의원급 질식 분만의 보험 기준 수가는 115,880원에서 671,660원으로 5.79배 증가하였다. 보험 기준 수가에 분만 병원 종별 가산을 추가하면 실제 건보공단에서 분만 병원에 부여한 분만 보험 급여비를 산출할 수 있다. 그 결과 상급종합병원의 분만 진료비는 758,927원이었고, 의원급에서는 772,409원으로 가장 높다(Table 1).

제왕절개술의 보험 수가는 2013년도 도입된 포괄수가 이전에는 행위별 수가였고, 2019년도 신포괄 수가 도입 이후에는 포괄수가와 신포괄수가가 혼합된 형태로 운영되고 있다. 상이한 지불 시스템의 한계로 정확한 수가의 변화를 분석하기는 어렵지만 신포괄수가에서 제시한 행위료로 추정할 수는 있다. 병원급의 제왕절개술의 보험 기준 수가는 2003년도에 186,380원이었고, 2022년도에는 399,430원으로 2.14배가 증가하였고 의원급의 보험 기준 수가는 186,380원에서 2022년도에는 459,550원으로 증가하였다. 보험 기준 수가에 분만 병원별 가산을 추가하면 상급종합병원의 경우에는 519,259원이었고, 의원급에서는 528,483원이었다(Table 2).

Table 1. Annual change of vaginal delivery fee (Korean won) under the National Health Insurance Service

Vaginal delivery fee	Year				
	2003	2008	2013	2018	2022
Reference of vaginal delivery fee, hospital level	115,880	245,250	266,150	324,480	583,790
Vaginal delivery fee in tertiary hospital	150,644	318,825	345,995	421,824	758,927
Vaginal delivery fee in general hospital	144,850	306,563	332,688	405,600	729,738
Vaginal delivery fee in hospital	139,056	294,300	319,380	389,376	700,548
Reference of vaginal delivery fee, clinic level	115,880	245,250	266,150	516,500	671,660
Vaginal delivery fee in clinic	133,262	282,038	306,073	593,975	772,409

야간 가산, 심야 가산 및 고위험 질식 분만인 경우에는 다양한 가산이 추가된다. 가산 수가가 있는 고위험 분만의 종류는 출산 당시 나이가 만 35세 이상인 산모, 임신 제1 삼분기 당시 신체질량지수(body mass index, BMI)가 27.5 kg/m^2 이상인 산모, 임신 중 5 cm 이상의 자궁근종 또는 자궁기형을 가진 산모, 임신 34주 미만의 조산, 전자간증, 자간증 또는 가중합병전자간증, 전치태반 또는 태반 조기 박리, 양수과다증 또는 양수과소증, 뇌혈관계 질환, 심혈관계 질환, 신장 질환, 당뇨병, 혈액응고장애, 백혈병, 매독 또는 human immunodeficiency virus 양성 중 어느 하나 이상에 속하면서 분만에 직접적인 위험을 줄 수 있는 질환을, 임신 전 또는 임신 기간 중 진단 받고 지속 치료중인 산모, 출산 과정에 영향을 미치거나, 분만 중 태아 또는 신생아의 생존 능력에 영향을 미치는 태아 기형, 출생 당시 체중이 4 kg 이상 또는 2.5 kg 미만의 신생아, 쌍태간수혈증후군이 있는 경우이다.

필수 의료 지원 대책에 따른 분만 수가 인상액 분석

1. 윤석열 정부의 필수의료 지원 대책 소개

최근 보건복지부에서는 ‘전국민이 언제 어디서든 골든 타임 내 응급, 분만 소아 진료를 제공받는 체계 구축’을 위해서 필수 의료 지원 대책을 발표하였다. 정부 발표에 따르면 분만 진

료 접근성 강화를 위해서 ‘위험도에 따른 모자의료전달체계’를 구축하고 분만 진료 기반 유지를 위해서는 다양한 가산 수가 제도를 도입할 예정이다.

분만실 유지에 어려움을 겪고 있는 분만 병원을 위해서 지역 수가, 안전정책수가 및 감염병 정책 수가를 도입할 예정이고 고위험 분만 지원을 강화하여 대학병원 중심의 집중치료실 및 고위험 수술 보상 강화를 하겠다고 발표하였다.

지역 수가는 특별시 및 광역시 이외의 지역에 자원 분포 불균형 해소를 위해 지역별 차등화된 수가로 정의되고 지급 기준은 전체 시군 지역의 시설, 인력 기준을 갖춘 분만 의료기관을 대상으로 분만 수가의 100%를 추가 지급하겠다는 것이다. 안정정책수가는 의료사고 예방 등 안전한 분만 환경 조성을 위한 것으로 분만 수가의 100%를 추가 지급하는 것이다. 감염병 정책 수가는 감염병 위기 시에 분만 수가의 100%를 지급하는 것이다(Fig. 1).

정부의 가산 수가 지원 대책을 요약해 보면, 지역별 차등지원으로 특별시 및 광역시 소재 분만 병원은 기존 분만 수가의 100%를 추가 지급하는 것이고, 이외 지역은 분만 수가의 200%를 추가 지급하는 것이다.

이러한 수가 인상은 기존의 수가 인상보다는 매우 파격적인 아니지만, 분만 건수가 26만건 이하로 감소한 현실에서 실제 분만 병원 운영에 도움이 되는지는 분석이 필요하다.

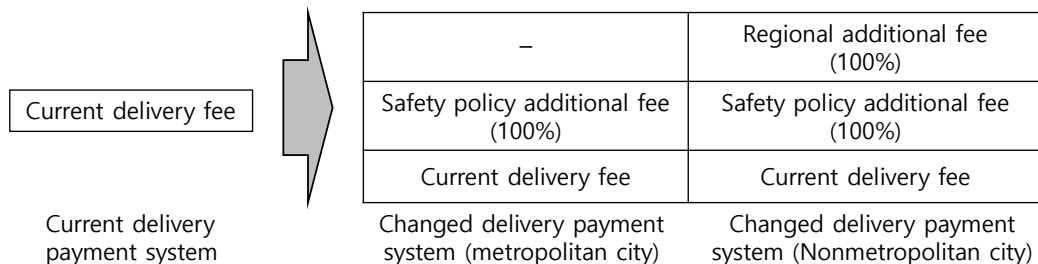


Fig. 1. Change of delivery medical fee based on government support plan.

Table 2. Annual change of Cesarean delivery fee (Korean won) under National Health Insurance Service

Cesarean delivery fee	Year				
	2003	2008	2013	2018	2022
Reference of Cesarean delivery fee, hospital level	186,380	209,600	280,080	335,710	399,430
Cesarean delivery fee in tertiary hospital	242,294	272,480	364,104	436,423	519,259
Cesarean delivery fee in general hospital	232,975	262,000	350,100	419,638	499,288
Cesarean delivery fee in hospital	223,656	251,520	336,096	402,852	479,316
Reference of vaginal delivery fee, clinic level	186,380	209,600	280,080	433,620	459,550
Cesarean delivery fee in clinic	214,337	241,040	322,092	498,663	528,483

2. 분만 수가 인상에 따른 시뮬레이션

1) 분만 수가 인상 추정을 위한 분만 관련 통계

분만 수가 추정을 위해서는 지역별 분만 건수, 제왕절개술 비율, 의료기관별 분만 담당 비율 등이 필요하다. 먼저 분만 건수 통계는 분만 의료기관의 분만 급여 청구 및 지급을 담당하는 심평원 및 건보공단 자료를 가장 많이 이용하지만 자료의 정확성에 대해서는 논란이 있다. 분만 의료기관의 분만 수가 청구가 분만 이후에 후향적으로 발생하고, 청구 시기가 각각 다르기 때문에 심평원 심사 자료 및 건보공단 청구 자료는 수시로 갱신된다. 이런 이유로 연도별로 정확한 전국 분만 건수 통계를 추출하는 것은 현실적으로 불가능하다. 하지만 건보공단, 심평원 및 통계청 자료를 이용하여 분만 건수 및 제왕절개술 비율은 추정이 가능하다.

이 논문의 목적은 연도별 분만 수가의 정확한 수치를 확인하는 게 아니라, 윤석열 정부의 분만 수가 인상 계획에 따른 인상 전과 인상 후를 비교 분석하여 분만 수가의 인상이 분만실 유지에 도움이 되는지 확인하기 위함이기 때문에 건보공단에서 가장 최근에 발표한 2022년 분만 통계를 이용하기로 하였다.

또한 인상 전·후를 비교하기 위한 분만 수가는 가장 단순한 분만 수가인 ‘정상질식분만 단태아 초산’과 ‘제왕절개 만출술 단태아 초회’를 기준으로 분석하였다.

추정 인상액을 산출하기 위해서 2021년 통계청 인구 동향 자료에서 제왕절개술 비율을 추출하였다. 2022년 건보공단 자료를 이용하여 요양기관 종별 분만 기관의 수와 분만 기관별 총 분만 건수, 제왕절개술 비율을 추출하였다.

2021년도에 전국 분만 건수는 261,641건이었고, 질식분만 건수는 113,013건이었고, 제왕절개술 분만은 148,328로 제왕절개술 비율은 56.7%였다. 전체 분만 건수에서 광역시에서 이루어진 총 분만 건수는 127,936건이었고, 전국에서 차지하는 비율은 48.9%를 차지하였다(Statistics Korea, 2022).

건보공단의 요양기관 종별 분만 자료를 살펴보면, 2021년

도에 국내 분만을 담당한 분만 기관은 총 487개소였고 상급종합병원은 44개소, 종합병원은 79개소, 병원은 132개소, 의원은 218개소, 조산원은 14개소였다. 실제 분만이 가장 많이 시행된 의료기관은 병원급으로 전체 분만의 49.6%인 129,825건이 이루어졌고 제왕개비율은 54.5%로 가장 낮았다. 가장 적게 발생한 의료기관은 상급종합병원으로 전체 분만의 8.5%인 22,307건이 발생하였고, 제왕절개술의 비율은 69.6%로 가장 높았다. 조산원은 질식 분만만 601건이 발생하였고, 전체 분만의 0.229%를 차지하였다(Table 3).

분만 수가 인상이 특별시 및 광역시와 비광역시로 차등 인상되고, 분만 수가가 요양기관 종별로 다르기 때문에 분만 인상액을 추정하기 위해서는 전국 17개 광역 지자체별로 질식분만 및 제왕절개술 건수를 추출해서 광역시와 비광역시로 취합하여 분석을 하고 또한 광역시와 비광역시의 분만 병원 종별로 질식분만 건수 및 제왕절개 분만 건수를 추출해야 한다.

그러나 17개 광역지자체 수준의 분만 통계는 공식적으로 발표가 되지 않아서 통계청 자료와 건보공단 자료를 이용하여 지역별 자료를 추정하였고 광역시와 비광역시로 집단화하여 추출하였다.

자료를 분석할 때 가독성을 높이고 분석의 편리성을 위해서 전국 분만 건수는 261,000건으로, 광역시 담당 분만 비율은 49%로 단순화하였다. 조산원의 경우에는 분만 담당 비율이 너무 낮아서 의원과 통합하여 분석하였다. 또한 질식 분만과 제왕절개술 분만 건수를 추정하는 과정에서 소수점 이하 계산에 따른 오차가 발생한 경우에는 광역시와 비광역시의 분만 건수 추정치와 전체 분만 건수 보고 통계 차이를 상호 비교하였고, 비교 결과 오차가 30건 미만으로 발생한 경우는 의원 급에서 가감하여 보정하였다.

광역시 담당 분만 비율을 49%로 계산하였을 때 광역시에서 담당하는 질식분만 건수는 55,376건이었고, 제왕절개 건수는 72,513건이었다. 광역시 분만병원 종별 분만 건수를 추정하기 위해서 광역시 분만 담당 비율인 49%를 이용하여 분석하면

Table 3. Number of maternity hospital and proportion of delivery mode according to the grade of the maternity hospital (2022)

Type of maternity hospital	Numbers of maternity	Numbers of deliveries			Rate of Cesarean section(%)
		Vaginal delivery	Cesarean delivery	Total	
Total	487	113,313	148,328	261,641	56.7
Tertiary hospital	44	6,779	15,528	22,307	69.6
General hospital	79	10,480	15,659	26,139	59.9
Hospital	132	59,021	70,804	129,825	54.5
Clinic	218	36,432	46,337	82,769	56.0
Birth center	14	601	-	601	0.0

질식 분만은 광역시 상급종합병원에서는 9,635건, 종합병원은 11,290건, 병원급은 56,077건, 의원급은 36,011건이 발생하였다(Table 4).

2) 필수 의료 대책에 따른 분만 수가 추정 인상액

정부의 분만 수가 인상안은 지역별 차등 인상안으로 특별시 및 광역시는 200% 인상, 비 광역시는 300% 인상이고 감염병 발생시는 각각 100% 추가 가산 수가를 지급하겠다는 것이다.

이를 근거로 분만 수가 인상안을 살펴보면 특별시 및 광역시 소재 상급종합병원은 질식분만 수가가 758,927원에서 1,517,854원으로 인상되고, 제왕절개 수가는 519, 259원에서 1,038,518원으로 인상된다. 분만을 가장 많이 담당하는 병원급은 질식분만 수가가 700,548원에서 1,401,096원으로 인상되고, 제왕절개 수가는 479,316원에서 958,632원으로 인상된다.

비광역시 지역은 광역시보다 인상폭이 커서, 상급종합병원은 질식분만 수가가 758,927원에서 2,276,781원으로 인상되고, 제왕절개 수가는 519, 259원에서 1,557,777원으로 인상된다. 분만을 가장 많이 담당하는 병원급은 질식분만 수가가 700,548원에서 2,101,644원으로 인상되고, 제왕절개 수가는 479,316원에서 1,437,948원으로 인상된다(Table 5).

3) 분만 수가 총 인상액 및 분만 병원 평균 수가 추정 인상액

2021년 분만 건수와 2022년 분만 수가를 기준으로 제왕절개술 비율을 56.7%로 가정하여 수가 인상분을 추정해 본다면 질식분만 수가 추정인상액은 124,803,370,127 원이고, 제왕

절개수가 추정 인상액은 111,816,378,138원으로 총 인상액은 236,619,748,266원으로 추정할 수 있다(Table 6).

이를 요양기관 종별로 구분해 본다면 상급종합병원급의 총 인상액은 20,934,637,068원, 종합병원급의 총 인상액은 23,587,390,571원, 병원 총 인상액은 112,465,804,418원, 의원급 총 인상액은 79,631,916,208원이다.

분만 병원 1개소당 평균 수가 인상액을 추정해 보면 전국 평균은 485,872,173원의 인상액이 발생하지만 종별로는 격차가 있었다. 분만을 많이 담당하고 있는 병원급에서는 1개소당 852,013,670원의 추가 수입이 있었다. 가산 수가 30%를 받는 상급종합병원은 475,787,206원이었고, 종합병원급은 가장 낮은 298,574,564원이 추가 수입이 있었다(Table 7).

4) 분만 규모별 분만 병원 수가 추정 인상액

제왕절개술 비율이 56.7%라는 가정 아래 분만 건수에 따른 수가 인상액을 살펴봤을 때 광역시의 경우에는 연간 300건 시행 시 의원급에서 가장 많은 190,230,887원의 수익이 증가하였고, 상급종합병원인 경우에는 186,910,573원의 추가 수입이 있었다. 연간 500건의 분만 발생 시 의원급에서는 317,051,479원의 수가가 인상되었고, 상급종합병원에서는 311,517,622원의 추가 수입이 있었다.

연간 분만이 700건인 경우에 연간 수익이 4억원을 넘어서는데. 의원급에서는 443,872,071원이 증가하였고, 상급종합병원에서는 436,124,671원이 추가되었다(Table 8).

비광역시에는 광역시보다 수가 인상폭이 높았다. 연간 분만

Table 4. Estimated number of vaginal delivery and Cesarean delivery

Type of maternity hospital	Vaginal delivery			Cesarean delivery		
	Metropolitan city	Non-metropolitan city	Subtotal	Metropolitan city	Non-metropolitan city	Subtotal
Tertiary hospital	4,721	4,914	9,635	6,182	6,435	12,617
General hospital	5,532	5,758	11,290	7,244	7,540	14,785
Hospital	27,477	28,599	56,077	35,981	37,450	73,430
Clinic (birth center)	17,645	18,366	36,011	23,105	24,050	47,155
Total	55,376	57,637	113,013	72,513	75,474	147,987

Table 5. Estimated delivery medical fee (Korean won) based on the proposed government plan

Type of maternity hospital	Current delivery payment system		Changed delivery payment system (metropolitan city) (200% increase)		Changed delivery payment system (non-metropolitan city) (300% increase)	
	Vaginal delivery fee	Cesarean delivery fee	Vaginal delivery fee	Cesarean delivery fee	Vaginal delivery fee	Cesarean delivery fee
Tertiary hospital	758,927	519,259	1,517,854	1,038,518	2,276,781	1,557,777
General hospital	729,738	499,288	1,459,475	998,575	2,189,213	1,497,863
Hospital	700,548	479,316	1,401,096	958,632	2,101,644	1,437,948
Clinic	772,409	528,483	1,544,818	1,056,966	2,317,227	1,585,449

이 300건 시행 시 의원 급에서 가장 많은 380,461,775원의 수익이 증가하였고, 상급종합병원인 경우에는 373,821,146원의 추가 수입이 있었다. 연간 500건의 분만 발생 시 의원급에서는 634,102,958 원의 수가가 인상되었고, 상급종합병원에서는 623,035,244 원의 추가 수입이 있었다(Table 8).

분만 수가 인상으로 분만실 유지는 가능할까?

정부의 필수 의료 지원대책으로 분만 수가가 인상된다면 전국 분만 병원 전체에 약 2,366억원의 수가 인상이 발생하고, 분만 병원 1개소당 추가 수익으로는 평균 48,587만원이 발생할

Table 6. Comparison of changes in the delivery medical fee (Korean won) before and after the proposed government plan

Type of maternity hospital	Total vaginal delivery medical fee (A)		Total Cesarean delivery medical fee (B)		Total delivery medical fee (A+B)		
	Current	Changed	Current	Changed	Current	Changed	Increased fee
Tertiary hospital							
Metropolitan city	3,583,107,636	7,166,215,271	3,210,251,413	6,420,502,826	6,793,359,049	13,586,718,097	6,793,359,049
Non-metropolitan city	3,729,356,927	11,188,070,780	3,341,282,083	10,023,846,249	7,070,639,010	21,211,917,030	14,141,278,020
Subtotal	7,312,464,562	18,354,286,051	6,551,533,496	16,444,349,076	13,863,998,059	34,798,635,127	20,934,637,068
General hospital							
Metropolitan city	4,037,144,708	8,074,289,416	3,617,041,636	7,234,083,272	7,654,186,344	15,308,372,689	7,654,186,344
Non-metropolitan city	4,201,926,125	12,605,778,375	3,764,675,989	11,294,027,966	7,966,602,113	23,899,806,340	15,933,204,227
Subtotal	8,239,070,833	20,680,067,791	7,381,717,625	18,528,111,238	15,620,788,458	39,208,179,029	23,587,390,571
Hospital							
Metropolitan city	19,249,298,721	38,498,597,442	17,246,227,216	34,492,454,432	36,495,525,937	72,991,051,874	36,495,525,937
Non-metropolitan city	20,034,984,383	60,104,953,149	17,950,154,857	53,850,464,572	37,985,139,240	113,955,417,721	75,970,278,481
Subtotal	39,284,283,104	98,603,550,592	35,196,382,073	88,342,919,004	74,480,665,177	186,946,469,595	112,465,804,418
Clinic (birth center)							
Metropolitan city	13,629,156,805	27,258,313,610	12,210,599,715	24,421,199,430	25,839,756,520	51,679,513,040	25,839,756,520
Non-metropolitan city	14,186,063,694	42,558,191,082	12,710,016,150	38,130,048,450	26,896,079,844	80,688,239,532	53,792,159,688
Subtotal	27,815,220,499	69,816,504,692	24,920,615,865	62,551,247,880	52,735,836,364	132,367,752,572	79,631,916,208
Metropolitan city	40,498,707,870	80,997,415,740	36,284,119,980	72,568,239,960	76,782,827,850	153,565,655,700	76,782,827,850
Non-metropolitan city	42,152,331,129	126,456,993,386	37,766,129,079	113,298,387,237	79,918,460,208	239,755,380,623	159,836,920,416
Subtotal	82,651,038,999	207,454,409,126	74,050,249,059	185,866,627,197	156,701,288,058	393,321,036,323	236,619,748,266

Table 7. Delivery medical fee (Korean won) according to the type of maternity hospital

Type of maternity hospital	No.	Total delivery medical fee		Delivery medical fee per maternity hospital		
		Current	Changed	Current	Changed	Increased fee
Tertiary hospital	44	13,863,998,059	34,798,635,127	315,090,865	790,878,071	475,787,206
General hospital	79	15,620,788,458	39,208,179,029	197,731,499	496,306,064	298,574,564
Hospital	132	74,480,665,177	186,946,469,595	564,247,463	1,416,261,133	852,013,670
Clinic	218	52,735,836,364	132,367,752,572	241,907,506	607,191,526	365,284,019
Total	487	156,701,288,058	393,321,036,323	321,768,559	807,640,732	485,872,173

Table 8. Increased delivery medical fee (Korean won) based on the number of deliveries

No. of deliveries	Metropolitan city				Non-metropolitan city			
	Tertiary hospital	General hospital	Hospital	Clinic	Tertiary hospital	General hospital	Hospital	Clinic
200	124,607,049	119,814,570	115,021,891	126,820,592	249,214,098	239,629,140	230,043,782	253,641,183
300	186,910,573	179,721,855	172,532,837	190,230,887	373,821,146	359,443,710	345,065,674	380,461,775
400	249,214,098	239,629,140	230,043,782	253,641,183	498,428,195	479,258,280	460,087,565	507,282,366
500	311,517,622	299,536,425	287,554,728	317,051,479	623,035,244	599,072,850	575,109,456	634,102,958
600	373,821,146	359,443,710	345,065,674	380,461,775	747,642,293	718,887,420	690,131,347	760,923,550
700	436,124,671	419,350,995	402,576,619	443,872,071	872,249,342	838,701,990	805,153,238	887,744,141
800	498,428,195	479,258,280	460,087,565	507,282,366	996,856,390	958,516,560	920,175,130	1,014,564,733

것으로 예상된다. 최근 급격한 임금 상승과 물가 상승을 고려하면, 추가 수입액은 분만실 경영 원가에는 여전히 부족하지만 분만실 유지에는 일정부분 도움이 될 것으로 판단한다.

하지만 많은 전문가들은 이번 정부의 분만 수가의 인상만으로 전국의 분만실 유지가 가능할지에 대해서는 여러 가지 이유로 의문을 제기하고 있다.

첫 번째는 분만 수가 총액이 증가하고 이에 따라 분만 병원당 평균 수입은 증가하지만 전국의 모든 분만 병원에 동일한 혜택이 돌아가지는 않을 것이라는 사실이다. 그 이유는 이번 정부의 필수 의료 지원 대책이 기존의 정부 정책과 비슷하게 ‘행위별 수가 지원 정책’에 기인하기 때문이다.

저출산의 여파로 지방과 대도시의 출생아 수는 양극화가 심화되었고, 경영이 어려워진 분만 병원들은 대형화되어서 분만 병원들 간의 분만 건수에 많은 차이가 발생하고 있다. 특히 지방의 분만 병원은 분만 건수가 절대 부족하다. 또한 대부분 특별시 및 광역시에 소재하고 있으면서 분만보다는 고위험 산모를 주로 치료하는 수련 병원도 분만 건수는 적다. 실제 대한산부인과 학회의 조사에 의하면 산부인과 96개 수련 병원 중에서 53개 병원은 분만이 400건 이하인 곳이다. 이런 이유로 지방 병원과 수련 병원은 이번 수가 인상 혜택에 소외될 것이다

앞서 시뮬레이션 결과 분만 건수가 400건 미만인 광역시 분만 병원과 200건 미만인 비 광역시 분만 병원에서는 추가 수가 인상액이 약 25,000만원 정도로 산부인과 전문의 1인의 인건비를 감당하지 못할 정도로 인상폭이 작았다.

두 번째는 출생아 수 감소이다. 현재 많은 전문가들은 매년 4%의 출생아 수 감소를 예측하고 있어서 2025년도에는 217,433명이 태어나고 2030년에는 약 177,000명의 출생아 수를 예측한다. 이러한 출생아 수 감소는 분만 병원당 출생아 수 감소로 이어져 정부의 분만 수가 인상 효과가 반감될 것으로 예상된다.

세 번째는 이번 정부의 수가 인상이 분만 병원에 대한 지원 중심이어서 분만 의료인에 대한 지원을 견인할 수 있는지에 대한 의문이다. 분만실 유지를 위해서 가장 어려운 점은 산부인과 전문의 및 분만실 간호인력 확보이다. 분만 의료인 확보를 위해서는 의료인에 대해서 직접적이고 충분한 보상이 필요하고 의료 분쟁에 대한 대책 마련이 필수적이지만 현행 수가 인상 방식과 분만 병원 중심의 지원 정책은 병원의 자발적인 지원만을 기대할 수밖에 없다는 한계가 있다.

분만 시스템 유지를 위한 정책 제언

윤석열 정부의 분만 분야 필수 의료 대책의 핵심은 질적 분만 건수 및 제왕절개 건수에 근거한 행위별 기반 수가 인상이다. 출생아 수가 꾸준히 감소할 것으로 예측되는 저출산 시대에 이러한 행위별 분만 수가에 기인한 분만 수가 지원 정책은 근본적인 한계가 있다. 이번 분만 수가 인상으로 현재 운영중인 분만 병원 경영에 일시적인 도움을 줄 수 있지만, 결국에는 출생아 수 감소로 인한 분만 수가의 총액은 감소할 것이고 이는 분만 병원당 수익 감소와 분만 인프라 붕괴로 이어질 것이다.

그렇다면 분만 건수 감소에도 불구하고 사회의 필수 의료인 분만 시스템이 유지될 수 있는 방법은 무엇이 있을까?

1. 분만실 유지 운영 수가

분만실은 임산부 응급실의 역할을 하는 곳으로 분만과 상관없이 24시간 운영이 되어야 한다. 24시간 분만실이 운영되기 위해서는 매일 산부인과 전문의 1인, 간호사 2인, 지원 인력 1인이 근무를 해야 한다. 근로기준법의 당직 및 연차를 고려한다면 분만 병원에 근무해야 하는 최소 인력은 산부인과 전문의 2인, 간호사 7인 및 지원인력 1인이다. 이들의 최소 1인당 인건비는 연간 산부인과 전문의 2.4억원, 간호사 0.5억원, 지원인력 0.36억원으로 계산하면, 산부인과 전문의는 총 4.8억원, 간호사는 총 3.5억원으로 연간 8.66억원이 소요될 것으로 추산된다. 이는 최소 비용으로 연간 분만이 200건 이상으로 증가할 때에는 추가적인 인력 확보가 필요하다.

분만 병원에서 연간 8.66억원의 수익을 확보하기 위해서는 인상된 분만 수가 기준으로 특별시 및 광역시에서는 연간 분만이 700건이 이루어져야 하고, 비광역시에서는 500건의 분만이 이루어져야 한다. 이러한 분만 건수는 출생아 수가 감소하는 국내 현실에서는 거의 불가능한 수치로 분만실 유지를 위한 신설 수가가 필요하다.

분만실 유지 운영 수가는 기존의 행위별 기반 수가가 아니라 분만실 유지를 위한 시설, 장비 및 인력 기준에 합당하면 분만실 운영에 필요한 비용을 수가 형태로 지불해 주는 새로운 지불 시스템이다.

2. 고위험 임신부 치료 수가 현실화

늦은 결혼과 임신으로 고위험 임신부는 가파르게 증가하고

있다. 2018년 논문에 의하면 고위험 2016년도에 고위험 임신부는 77,499명으로 전체 임신의 19.1%를 차지하였다(Ahn et al., 2018).

고위험 임신부의 치료는 정상 임신부보다 많은 인력과 시간이 소요되지만 이에 대한 보상은 적어서 고위험 산모 치료 병원들은 적자가 가중되고 있다. 2021년 연구 보고서에 의하면 신생아 집중 센터가 있는 4개 병원의 손익 현황을 분석해 볼 때 평균 1,311,158,999원의 손실이 발생하였다(Shin et al., 2021)

더욱 안타까운 것은 고위험 산모의 치료가 가능한 병원은 대부분 특별시 및 광역시에 위치해 있고 분만이 적은 수련병원으로 분만 수가 인상만으로는 적자폭을 줄일 수 없어서 민간 병원의 자발적인 운영을 기대할 수 없다.

이를 해결하기 위해서는 고위험 임신부 치료 수가의 현실화가 중요하다. 고위험 분만 수가 인상, 임신부-태아 집중치료실 입원료 및 관리료 현실화, 심야 가산 수가 현실화들이 필요하다.

3. 분만 참여 의료인에 대한 신분 보장 및 보상 강화

분만 시스템의 핵심은 우수한 분만 의료인 확보이다. 우수한 의료인을 확보하기 위해서는 신분상의 안정과 적절한 보상 시스템이다.

분만 과정에는 다양한 변수들이 발생하기 때문에 불가항력 의료사고가 발생할 가능성이 높고, 따라서 환자측과 의료 분쟁의 가능성이 증가한다. 많은 전문가들은 이러한 의료 분쟁의 증가가 산부인과 전문의들의 분만 참여를 저해하는 요인이라고 꼽고 있다. 이를 해결하기 위해서는 무과실 의료사고의 경우에도 정부가 책임지고 지원해 주는 시스템 구축이 필요하다.

적절한 보상 시스템 구축도 필요하다. 분만에 참여하는 의료진인 전공의, 전임의, 산과 전문의 및 교수, 간호사의 근무 환경 개선 및 직접적이고 실질적인 보상이 매우 중요하다. 하지만 현재 분만 수가 인상은 병원에 추가 인상분을 지원하는 시스템이고 병원에서 자발적으로 분만 의료인에게 추가 인상을 유도하는 방식이다.

현실적으로 정부의 개입없이 병원 집행부가 자발적으로 분만 의료인에게 지원을 강화하는 경우는 매우 드물다. 이를 해결하기 위해서는 수가 인상의 일정 부분은 분만 참여 의료인에게 지원되어야 한다는 정부의 지침 마련이 필요하다.

결론

저출산 시대에 분만 인프라 붕괴는 매우 가파르게 전개되어서, 전국에 분만취약지는 확대되었다. 윤석열 정부에서는 분만 인프라 개선을 위해서 분만 수가 인상을 중심으로 필수 의료 대책을 발표하였다. 분만 분야 필수 의료 대책의 핵심은 기존의 분만 수가에 지역 수가, 안전 정책 수가 및 감염병 정책 수가를 신설하여 가산하겠다는 것이다. 요약해 보면 정부의 가산 수가는 지역별로 차등 가산하는 안으로 특별시 및 광역시에는 200% 인상, 비광역시에는 300% 인상하고 감염병 발생 시에는 100% 추가 인상을 하겠다는 것이다.

정부의 가산 수가 지원 정책을 분석한 결과 정부의 정책으로 인상되는 분만 진료비 총액은 236,619,748,266원이고, 분만 병원 1개소당 485,872,173원이 증액될 것으로 추정된다. 이러한 금액은 분만실 유지에는 일정 부분 도움이 될 것으로 생각한다.

하지만 이번 정부의 지원 정책에는 한계도 있다. 정부의 지원 정책은 ‘분만 행위별 기반 수가’를 기반으로 하기 때문에 분만 건수가 적은 지방의 분만 병원과 분만보다는 주로 고위험 산모를 치료하는 수련 병원에는 효과가 반감된다. 또한 향후에 감소하는 출생아 수를 고려할 때 분만 진료비의 총액은 꾸준히 감소하고, 분만 병원당 수입도 감소할 것으로 추정된다.

지속 가능한 분만 인프라를 유지하기 위해서는 분만 수가 이외에도 분만실을 유지할 수 있는 분만실 유지 운영 수가 도입, 고위험 임신부 치료 수가 현실화, 분만 의료인의 보수 교육비 지원을 포함한 분만 의료인에 대한 다양한 지원 정책들이 도입되어야 할 것으로 생각한다.

이 연구의 한계로는 분만 병원이 수익을 임의 비급여 수가 부분은 제외하고 건보공단의 급여 수가만으로 계산하였기 때문에 실제 분만 병원의 수익을 100% 반영하지 못한다는 것이다. 하지만 이 논문의 목적은 현재 운영중인 분만 병원의 정확한 수익을 파악하여 분만 병원 경영 손익을 분석하기보다는 정부의 필수 의료 대책으로 발생한 분만 병원 추가 수익이 분만 병원 운영에 도움이 되는지를 분석하고 정책 대안을 제시하는 것이었다. 향후 연구에서는 비급여 수가가 포함된 분만 병원 수익 분석을 통해서 체계적인 분만 인프라 지원 정책 마련이 필요할 것이다.

이해상충(CONFLICT OF INTEREST)

저자들은 이 논문과 관련하여 이해관계의 충돌이 없음을 명시합니다.

REFERENCES

- Ahn TG, Hwang JY. Secure plan of appropriate obstetricians and nurses for safe childbirth in Korea. *J Korean Soc Matern Child Health* 2017;21:14-23. <https://doi.org/10.21896/jksmch.2017.21.1.14>.
- Ahn TG, Kim TY, Kim YJ, Hwang JY. The current state of maternity care and suggestions for improvement in the management of high-risk pregnancies in South Korea . *J Korean Soc Matern Child Health* 2018;22:134-41. <https://doi.org/10.21896/jksmch.2018.22.3.134>.
- Choi S, Lee KS. The spatial accessibility of women in childbearing age for delivery services in Gangwon-do. *Health Policy Manag* 2017;27:229-40. <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2017.27.3.229>.
- Choi YH, Na BJ, Lee JY, Hwang JH, Lim NG, Lee SK. Obstetric complications by the accessibility to local obstetric service. *J Agric Med Community Health* 2013;38:14-24. <https://doi.org/10.5393/JAMCH.2013.38.1.014>.
- Kwak MY, Lee SM, Lee TH, Eun SJ, Lee JY, Kim Y. Accessibility of prenatal care can affect inequitable health outcomes of pregnant women living in obstetric care underserved areas: a nationwide population-based study. *J Korean Med Sci* 2018;34:e8.
- Lee SJ, Li L, Hwang JY. After 20 years of low fertility, where are the obstetrician-gynecologists? *Obstet Gynecol Sci* 2021;64:407-18. <https://doi.org/10.5468/ogs.21138>.
- Shin SM, Chang YS, Chang MY, Lee CH, Kim GG, Oh SY, et al. Research on the operation of professional staff and systemic support for the maternal and child healthcare support project. Sejong (Korea): Ministry of Health and Welfare; 2021. https://policy.nlg.go.kr/search/searchDetail.do?rec_key=SH1_UM020211292347&kw=&
- Statistics Korea. Korean statistical information service [Internet]. Daejeon (Korea): Statistics Korea; 2022 [cited 2023 Mar 14]. Available from: <https://www.index.go.kr/unity/potal/indicator/IndexInfo.do?cdNo=2&clasCd=10&idxCd=F0008>.