

건강보험 상대가치 수가제도

국립암센터 연구소

박 은 철

서 론

건강보험 정책에 있어 수가제도는 공급자-소비자-보험자 간의 기본적 규칙 (basic rule)이라 할 수 있으며 수가의 합리성은 의료 공급자뿐만 아니라 의료 소비자에게도 매우 중요한 역할을 하고 있다. 정부에서는 건강보험 수가를 주된 정책도구로 활용하고 있으며, 현재에도 의료정책의 3분야인 의료의 접근도, 의료의 질, 의료비 절감에 있어 건강보험 수가는 주된 정책도구로 활용되고 있고, 향후에도 그 중요성은 계속 유지되리라 생각한다.

현재 건강보험 수가는 자원기준 상대가치 (resource-based relative value scale, RBRVS)를 기초한 상대가치수가와 희망하는 일부 요양기관을 대상으로 8개 질병군에 대해 질병군별 포괄수가 (DRG 수가, diagnostic related groups)를 사용하고 있다.

상대가치수가와 포괄수가 모두 구성요소 (component) 4가지는 동일하나, 근본적인 차이는 지불단위 (unit of payment)의 분류로 상대가치수가가 지불단위가 의료행위인 반면, 질병군별 포괄수가는 지불단위가 서비스묶음이다. 합리적인 수가가 되기 위해서는 수가의 4가지 구성요소 각각이 합리적이어야 한다.

지불단위의 분류에 있어 상대가치수가는 의료행위 분류의 합리성과 함께 이를 적용하여 보상하는 기준이 심사기준의 합리성도 함께 감안해야 하며, 질병군별 포괄수가에서는 의사와 병원을 함께 보상하고 있는 우리 수가체계에 맞는 분류가 적용하거나 의사와 병원에 대한 보상을 구분하고 포괄수가는 병원에 대한 보상에 적용해야 할 것이다. 상대가치에 있어서 부문내 상대가치를 개발하고 개정하는 체계는 의과와 치과 등에는 갖추어져 있으나, 부문간 - 의과, 치과, 한의과, 약국 - 상대가치를 개발하고 조정할 기전이 마련되어 있지 못하고 있다. 조정요소는 정책적 반영

의 측면이 강하나 정책적 반응을 위한 증거의 생산에 미흡하다. 환산지수의 경우, 국민건강보험공단과 의약계를 대표하는 자간에 계약에 의해 결정되어 지난 3차례의 걸친 계약은 성립되지 않았으며, 건강보험정책심의위원회 (건강보험심의조정위원회)에서 결정되었다. 이는 현재의 계약과정의 한계를 보여준 것이라 할 수 있다.

한편, 건강보험수가와 관련된 조직으로 지불단위의 분류와 관련하여 건강보험 심사평가원의 의료행위평가전문위원회, 상대가치와 관련하여 보건복지부의 상대가치운영기획단과 의료계의 상대가치개정위원회, 환산지수와 관련하여 건강보험정책심의위원회의 수가소위원회가 있다. 그러나 이들 조직으로 건강보험수가의 구성요소 중 일부는 조직이 구성되어 있지 않는데, 심사기준과 관련하여 독립된 조직이 없으며, 또한, 각 조직의 기능과 역할이 정립되어 있지 못하고 있다.

이 글에서는 건강보험수가제도의 현황과 문제점을 파악함으로써 건강보험수가제도의 발전방향을 제시하고자 한다. 첫째, 의료수가와 건강보험수가에 대해 수가정책의 방향을 제시하고자 하고, 둘째, 현재의 수가제도에 대해 조직과 운영적 측면에서 검토하고자 하며, 수가제도에 대한 발전방향을 제시하고자 한다.

의료 수가의 검토

1. 의료수가

의료수가는 의료공급자가 의료소비자에게 시행한 의료행위 또는 비용에 대한 보상이다. 의료에 있어서 다양한 의료공급자가 존재하며, 다양한 의료소비자가 존재하여, 다양한 의료행위 또는 비용이 존재하고 있다. 따라서 바람직한 의료수가는 다양한 의료공급자와 다양한 의료소비자의 다양한 의료행위 또는 비용에 대해 적절한 보상이라 할 수 있다.

한편, 건강보험수가는 건강보험 요양기관에서 보험

대상자에게 행하여진 의료행위 또는 배움에 대한 보상이다. 건강보험수가 역시, 다양한 요양기관이 존재하며, 다양한 보험대상자가 존재하여 다양한 의료행위 또는 비용이 존재한다. 또한 건강보험수가는 다양한 요양기관과 다양한 보험대상자 간의 시장에서 가격이 결정되지 않고, 제3자에 의해 수가가 정해지고 있다. 따라서 바람직한 건강보험수는 다양한 의료공급자와 다양한 의료소비자의 다양한 의료행위 또는 비용에 대해 적절한 보상이 이루어질 수 있도록 제3자가 결정해야 한다. 그러나 건강보험수는 공급자와 소비자에 의해 가격이 결정되지 않고, 일정기간마다 개정되며, 단일 가격을 유지하므로 구조적 한계를 지니고 있다.

완전경쟁시장에서의 가격이 가장 합리적이라는 관점에서 건강보험수는 공급자와 소비자의 보이지 않는 손에 의해 결정되지 않고 제3자에 의해 결정되어 지므로 완전한 합리성에 한계가 있다. 완전경쟁시장에서의 가격은 가격의 유연성 - 공급자와 소비자의 변화에 따라 자유롭게 변화함 - 과 다양성 - 동일 시점에서도 하나의 가격이 아니라 공급자와 소비자의 상태에 따라 다양한 가격이 존재함 - 이 특징이나, 제3자에 의해 결정되는 건강보험수는 수가의 유연성과 다양성에 한계가 있다.

장기적 시장가격으로 수가를 유지하는 것은 결코 쉽지 않으나, 이론적으로는 장기 시장가격은 공급자의 장기 한계비용과 동일하므로, 장기 평균 비용으로 수가를 보상한다면, 장기 한계비용과 동일해진다! 그러나 단기적으로는 공급자의 비용은 수가보다 높을 수도, 낮을 수도 있으므로 수가와 공급자의 단기 비용과 큰 차이가 있을 경우 보험대상자에게 중대한 결과를 초래할 수 있다. 만일 공급자의 한계비용보다 수가가 매우 낮을 경우, 공급자는 위험에 대해 선택 (risk selection)을 하려고 하며, 의료의 양과 강도를 줄이려는 유인이 되어 접근도와 의료의 질에 중대한 문제를 유발할 수 있다. 반대로 만일 공급자의 한계비용보다 수가가 매우 높을 경우, 공급자는 많은 서비스를 하려고 하여 보험대상자들에게 불필요한 건강위험에 노출시키며, 불필요한 재정적 부담을 지우게 할 수 있다. 따라서 건강보험 수가는 효율적인 공급자의 한계비용으

로 책정되어야 하나 다양한 공급자가 존재하고 다양한 서비스가 존재하므로 공급자의 한계비용을 산출하는 것이 용이하지는 않는다.

2. 의료수가의 분류

의료수가를 이해하는 방법 중 하나가 수가를 분류해 보는 것이다. 의료수가는 몇 가지 방법으로 분류가 가능한데, 지불대상에 따른 분류, 지불단위에 따른 분류, 그리고 수가 결정시기에 따른 분류가 있다.

지불대상에 따른 분류는 의료수가를 누구에게 지불할 것인가에 따른 분류로 의사에 대한 보상 (physician fee), 병원에 대한 보상 (hospital bill), 그리고 의사와 병원에 대해 한꺼번의 보상 (mixed payment for physician and hospital)으로 구분할 수 있다. 우리나라의 의료수가는 의사와 병원에 대해 함께 보상하는 수가이며, 미국의 의료수가는 의사와 대한 보상과 병원에 대한 보상이 분리되어 있다.

지불단위 (unit of payment)에 따른 분류는 보상의 단위를 어느 수준으로 하는가에 따른 분류로 가장 보상의 단위가 작고, 개별 행위로 보상하는 행위별 수가제 (fee-for-service), 몇 가지 행위를 묶어서 보상하는 서비스묶음제 (bundle of service), 일정기간 동안 대상 사람 수에 따라 보상하는 인두제 (capitation), 일정기간 동안 해당 지역의 의사들 (또는 의료기관들)에게 총액을 계약하는 총액계약제, 일정기간 동안 의료기관의 총예산에 따라 보상하는 총액예산제 (global budgeting) 등이 있다.

서비스묶음을 구분하는 분류를 환자분류체계 (case-mix)라 하며, 그 종류로는 질병단계 (disease staging), 환자관리경로 (patient management path, PMP), 질환중증도지표 (severity of illness index, SII), 질병군별 포괄군 (diagnosis related groups, DRGs) 등이 있는데, 이중 질병군별 포괄군만이 의료수가의 지불단위로 사용되어지고 있다. 우리나라 건강보험의 경우, 전체 요양기관을 대상으로 전체 의료행위에 대해 상대가치에 기초한 행위별 수가제를 적용하고 있으며, 희망하는 요양기관을 대상으로 8개 질환군에 대해 질병군별 포괄수가제를 적용하고 있다. 미국 메디케어 (Medicare)의 경우 의사에 대한 보상으로 1992년부터 상대가치에 기초한 행위별 수가제를 적용하고 있으며, 병원에 대한 보상은 1983년부터 질병군별 포괄수가제를 적용하고 있다.

1. Pauly MV : Doctors and their workshops : economic models of physician behavior. Chicago, The University of Chicago Press, 1980.

수가의 결정시기 (time of rate setting)에 따른 분류는 진료가 발생한 시점 이전에 수가가 결정되는가 또는 그 이후에 결정되는가에 따른 분류로 사전수가 (prospective payment)와 사후수가 (retrospective payment)로 구분할 수 있다. 우리나라의 건강보험수가는 1977년부터 진료 시점 이전에 수가가 결정되는 사전수가를 적용해 오고 있다. 미국 메디케어의 경우, 병원에 대한 보상은 1983년 전까지 사후수가를 적용하다가 1983년 질병군별 포괄수가제 (DRGs)가 도입되면서 사전수가가 최초로 적용되었으며, 의사에 대한 보상은 1992년 전까지 사후수가인 관행보편합리수가 (customary, prevailing, and reasonable charge, CPR charge)³를 적용해 오다가 1992년부터 사전수가인 자원기준 상대가치 수가제를 적용하고 있다.

지불대상과 지불단위에 따른 분류를 종합하면 지불단위에 따라서 행위별 (소모자원별), 서비스묶음별 (환자분류별), 소비자별 (공급자별)로 구분할 수 있으며, 지불대상에 따라 의사와 병원으로 구분할 수 있고, 지불대상과 지불단위로 구분한 각각 지불방법은 모두 사전수가 또는 사후수가를 적용할 수 있다 (Table 1).

3. 의료수가의 구성요소

모든 의료수가는 개념적으로 4가지 요소로 구성되어 있다 (Fig. 1). 지불대상에 따른 지불단위 (unit of payment)의 분류, 분류항목별 상대가치 (상대점수, 상대가치 점수, relative value scale, RVS), 환산지수 (점수당 단가, conversion factor, CF), 그리고 분류, 상대가치와 환산지수를 조정하는 조정요소 (modifier)로 구성되어 있다. 일부 의료수가는 4가지 요소 중 일부를 통합하여 운영하는 경우도 있으나 개념적으로는

2. 미국의 경우 질병군별 포괄수가제 (DRGs)가 최초의 사전수가이었으므로, 질병군별 포괄수가제의 별칭으로 사전지불제 (prospective payment system, PPS)를 사용하고 있음. 그러나 사전지불제는 질병군별 포괄수가제 (DRGs)만을 포함하는 것이 아니라 자원기준상대가치 (RBRVS) 등 진료시점 이전에 수가가 결정되는 모든 수가제도에 적용될 수 있음.
3. 미국 메디케어에서는 1991년까지 의사에 대한 보상으로 관행보편합리수가 (CPR)를 사용하여 왔음. 한편, 민간보험회사에서는 일반관행합리수가 (usual customary reasonable charge, UCR charge)라고 불리었음. 이 수가제도는 의사가 청구한 금액, 해당 지역에서 청구된 금액 중 75 퍼센타일 (percentile), 그리고 1년 전에 청구한 금액 중 가장 작은 금액을 보상하는 수가체계이었으며, 따라서 진료시점 이후에 수가 결정되는 사후수가제도이었음.

4가지 요소가 모두 포함되어 있다고 할 수 있다. 우리나라의 경우 1982년 6월부터 2000년 12월까지 상대가치와 환산지수를 통합하여 운영한 적이 있으나 이 당시에도 개념적으로 상대가치와 환산지수를 구분할 수 있을 뿐만 아니라 수가의 운영에 있어서도 상대가치와 환산지수를 구분하여 운영한 측면도 일부 있었다고 할 수 있다. 미국 메디케어의 의사수가에서는 4가지 구성요소를 구분되어 표현되고 있으며, 특히, 조정요소에 지역별 차이를 보정하는 지역보정요소 (geographic adjusted factor, GAF)가 포함되어 있는 것이 특징이다.

따라서 의료수가의 합리성을 제고하기 위해서는 4가지 구성요소 각각의 합리성이 제고되어야 한다. 첫째, 분류는 지불대상과 지불단위에 따라 적합하게 분류되어야 한다. 과도한 세분화는 수가의 운영적 측면을 어렵게 할 수 있는 반면, 과소한 분류는 수가의 합리성을 저해할 수 있다. 또한 어떤 지불단위를 적용하는가에 따라 의료비, 의료의 질, 의료의 접근도에 크게 영향을 줄 수 있다.

둘째, 분류항목별 상대가치는 분류항목간에 균형성을 유지해야 한다. 상대적으로 높은 보상을 받는 항목은 공급이 유인되는 효과를 가지게 되는 반면, 상대적으로 낮은 보상을 받는 항목은 공급을 저해하는 효과를 가지게 됨에 따라 의료의 왜곡을 유발시킬 수 있다. 우리나라의 경우 건강보험수가의 항목간 불균형이 상당부분 존재하고 있다. 항목간 불균형은 상대적으로 낮은 보상의 항목을 위축시키고, 상대적으로 높은 보상의 항목을 조장하게 하여 의료를 왜곡시킬 뿐만 아

Table 1. 의료수가의 분류

	행위별, 소모자원별	서비스묶음별 (환자분류별)	소비자 (공급자)
의사	행위당 수가	의사 DRGs	인두제
병원	재원일당 수가 (per diem cost)	DRGs	총액계약제 총액예산제

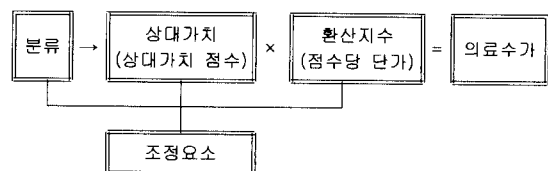


Fig. 1. 의료수가의 구성요소.

나라 이런 부작용은 사회적 편익은 없고 사회적 비용만을 발생시킨다. 한편, 동일한 의료기관 중 내에서의 균형성뿐만 아니라 다른 형태의 의료기관 중 간의 균형성도 유지되어야 한다.

셋째, 환산지수는 현재 적절하고 효율적으로 의료를 수행하고 있는 의료기관의 한계비용만큼은 반드시 보상되어야 한다. 만약, 환산지수가 낮을 경우, 의료기관들은 생존을 위해 다른 방법을 모색하거나, 의료의 접근도를 저하시킬 만큼 의료기관의 수가 감소할 것이다. 한편, 환산지수가 높을 경우, 의료기관들은 가급적 많은 의료행위를 하고자 할 것이며, 그 비용은 의료수요자에게 전가될 것이다.

넷째, 조정요소는 단일 분류, 단일 상대가치, 그리고 단일 환산지수를 적용했을 때 유발될 수 있는 의료수가의 비합리성을 조정하는 요소이다. 경우에 따라서는 의료수가의 합리성 제고뿐만 아니라 의료정책적 차원에서 적용되기도 한다.

상대가치와 환산지수를 통합하여 운영할 수도 있으나 이를 분리하여 운영하는 것이 의료수가의 합리성을 제고할 수 있다. 상대가치의 변동요인은 의학과 의료의 변화에 기인하나, 환산지수의 변동요인은 물가의 변화 - 특히 의료와 관련된 물가의 변화 - 에 기인하므로 상대가치와 환산지수는 변동요인이 다르므로 구분하여 각각의 변동에 따라 개정해야 한다.

건강보험 수가제도의 검토

1. 개요

현재 건강보험 수가는 국민건강보험법 상에서는 요양급여비용이라 표현되어져 있다. 건강보험수가에는 의료행위수가 (진료행위료), 약제수가 (약제비), 그리고 진료재료수가 (진료재료비)가 있는데 의료행위수가는 상대가치수가와 질병군별 포괄수가 (DRG수가)가 있으며, 약제와 진료재료 수가는 실거래가 상한제를 적용하고 있는데, 생산자 (또는 판매자)와 수요자 (요양기관) 사이의 형성된 가격을 보험자가 보상하되 상한가격까지만 보상하고 있다.

의료행위수가인 상대가치수는 2001년 1월부터 전체 요양기관을 대상으로 적용되고 있는 반면, 질병군별 포괄수가는 2002년 1월부터 희망하는 요양기관을 대상으로 8개 질병군을 대상으로 적용하고 있다. 상대가치수가와 질병군별 포괄수가는 의료수가의 구성요

소에 따라 살펴보면, 차이가 있는 부분은 분류이다. 상대가치수가가 의료행위별 분류를 사용하는 반면, 질병군별 포괄수는 서비스묶음별 분류인 DRG 분류를 적용하고 있다. 상대가치수가와 질병군별 포괄수가 모두 분류별 상대가치가 있으며, 동일한 환산지수를 사용하고 있다 (Table 2).

그러나 한국과 미국 메디케어 (Medicare)는 상대가치수가와 질병군별 포괄수가의 적용에 있어 큰 차이를 보이고 있는 측면이 있다. 미국 메디케어의 경우 상대가치수가는 의사에 대한 보상의 방법으로 사용하고 있는 반면, 우리 건강보험에서는 의사와 병원을 함께 보상하는 방법으로 사용하고 있다. 또한, 미국 메디케어의 경우 질병군별 포괄수는 병원에 대한 보상의 방법으로 사용하고 있는 반면, 우리 건강보험에서는 의사와 병원을 함께 보상하는 방법으로 사용하고 있다.

따라서 미국 메디케어의 상대가치수가와 질병군별 포괄수는 우리 건강보험의 상대가치수가와 질병군별 포괄수가와 차이가 있어야 한다. 미국 메디케어의 상대가치수가는 의사에 대한 보상에만 적용됨으로 의사와 비용이 차지하는 부분이 작으나, 우리 건강보험의 상대가치수가는 의사의 비용이 차지하는 부분이 상대적으로 크므로 이에 대한 측정의 합리성이 제고되어야 한다. 실제 1997년 연세대 보건정책 및 관리연구소에서 측정한 상대가치 연구 (김한중 등, 1997)에서는 의사 이외의 비용인 진료비용 측정방법이 미국 메디케어의 진료비용 측정방법과 달리 원가분석적 접근을 실시하였다.

한편, 미국 메디케어의 질병군별 포괄수는 병원의 보상에만 적용되는 반면, 우리 건강보험의 질병군

Table 2. 상대가치 수가와 DRG 수가의 비교

	상대가치 수가	DRG 수가
도입시점	2001	2002
대상	전체 의료행위	8개 질병군
적용	전체 요양기관	희망한 요양기관
분류	의료행위별	의료행위묶음별
상대가치 점수	의료행위별	의료행위묶음별
	의료행위묶음별	상대가치 점수
환산지수	동일	
미국	의사에 대한 보상	병원에 대한 보상
한국	의사와 병원에 대한 보상	

Table 3. 보험수가의 개정 연혁

구분	기간	경영수지분석기관
점수개정 및 항목추가	1979. 1. 1	한국생산성본부
	1980. 5. 10	
	1981. 6. 15	
환산지수의 폐지	1982. 6. 1	한국생산성본부
인상률 결정에 의한 항목별 수가조정	1983-2000	한국인구보건연구원 등

별 포괄수가는 의사와 병원에 대해 함께 보상하므로 분류가 크게 차이가 있어야 한다. 병원에 대한 보상으로만 적용될 때 주된 관점이 재원일수이나, 의사에 대한 보상을 함께 하는 경우 주된 관점은 재원일수뿐만 아니라 의사의 업무량도 감안되어져야 하기 때문이다.

2. 건강보험수가의 제정과 개정

1) 보험수가의 제정

1977년 7월 실시된 의료보험을 준비하면서 당시 보건사회부가 해결해야 했던 중대한 과제 중 하나가 의료보험수가의 제정이었다. 당시 보건복지부 장관은 대한의학협회장에게 수가목록의 제출을 요청하였으나, 대한의학협회 대의원 총회에서는 의료보험 불참을 의결, 요청을 거부하여 보건사회부 자체 내에서 의료보험수가를 제정하기로 결정하였으며, 이와 관련된 의정국, 약정국, 보험국 간의 갈등 속에서 보험국에서 담당하기 하였다.

보건사회부에서는 의료보험수가 제정조사위원회를 구성하였는데 위원으로는 의협 4인, 병협 3인, 보사부 2인, 간사 1인이었으며, 대한의사협회와 병원들을 설득하여 대한의사협회 사무실에서 수가제정 작업을 수행하였다. 수가제정을 위해 6개 의료기관의 관행수가를 조사하였으며, 난이도, 빈도, 시술시간 조사를 위해 10개 의료기관을, 병원수입 비율조사를 위해 7개 의료기관을, 약가이윤조사를 위해 3개 의료기관을 조사하였다. 또한 1976년 11월 일본 의료보험 시찰반을 파견하였다.

이런 과정을 통해 개발된 의료보험수가 제정(안)은 의료보험심의위원회에 회부되었으며 1, 2차 회의에서 부결되었으나 3차 회의에서 가결되었다. 그러나 대한의사협회 대표는 가결에 반대하였다.

의료보험수가 제정 당시의 수가구조는 일본의 율표를 기준으로 “물”과 “기”로 구분하고, “기”는 의료행위수가, “물”은 약제수가 등이었다. 즉, 당시 의료행위

Table 4. 보험수가의 개정 과정 (상대가치 수가 이전)

단계	내용	비고
1단계	병원경영수지분석	인상률 제안
2단계	제안 인상률의 협의 결정 (복지부-재경부)	재경부의 물가논리
3단계	진료행위 항목별 조정 (빈도를 고려)	복지부에서 행위별 조정

수가는 분류에 있어서 일본의 율표를 따랐고, 각각의 의료행위에 대해 상대점수를 부여하였으며, 점수당 10원의 환산지수를 설정하였으며, 1977년 6월 8일에 고시되었으며, 1977년 7월 1일자로 시행되었다.

2) 보험수가의 개정 1 (상대가치수가 이전인 2000년 12월까지)

상대가치수가 이전인 2000년 12월까지 보험수가의 개정은 크게 2기로 구분할 수 있다 (Table 3). 제1기는 1977년 7월부터 1982년 5월까지로 점수개정 및 항목추가의 시기로 이 시기에는 형태적으로는 상대가치와 환산지수를 구분하였으나, 운영적 측면에서는 상대가치와 환산지수를 구분하여 운영하지 않았다. 즉, 상대가치의 개정과 환산지수의 개정을 분리하여 운영하지 않았는데 환산지수의 개정은 하지 않고 상대가치의 개정을 통해 수가를 개정하였다. 따라서 이 시기의 환산지수는 제정 당시의 환산지수인 점수당 10원을 그대로 유지하고 있었다. 제2기는 환산지수를 폐지한 1982년 6월 이후부터의 시기로 형태적으로나 운영적으로 상대가치와 환산지수를 구분하지 않고 보험수가를 개정된 시기로 제1기에서 형태적으로만 유지하던 상대가치와 환산지수를 통합하여 금전화된 수가를 사용하기 시작하였다.

상대가치수가 도입 이전인 2000년 12월까지 수가 개정의 과정은 3단계로 진행되었다 (Table 4). 첫 번째 단계로 병원경영수지분석을 통해 인상률이 제안되었으며, 병원경영수지분석은 거의 매해 진행되었으며,

충분한 수의 의료기관을 조사할 수 있는 연구규모라 할 수 없었다. 두 번째 단계로 제안된 인상률을 보건복지부와 재정경제부와 협의를 통해 결정되었다. 이때 재정경제부의 물가안정논리에 의해 인상이 결정되는 경향이 매우 강하였다. 세 번째 단계로 결정된 인상률 범위 내에서 일부 행위만을 인상하였다. 이 과정에서 어떤 행위를 인상하는가, 그대로 유지하는가, 또는 인하하는가는 보건복지부에서 판단하였으며, 보건복지부에서는 인상, 유지, 또는 인하 항목을 결정하기 위해 대한의사협회, 대한치과의사협회, 대한병원협회, 각 전문학회 등 관련된 단체로부터 의견을 취합하는 과정은 있었으나, 최종 수가조정 항목의 결정은 보건복지부의 주관적 판단이 상당 부분 작용했던 부분이 있었다.

3) 보험수가의 개정 2 (상대가치수가 도입이후)

2001년 1월부터 상대가치수가가 도입되었다. 1994년부터 논의되었던 자원기준상대가치 (resource-based relative value scale, RBRVS)가 2001년 1월부터 도입되었다. 상대가치수가의 도입은 수가의 4가지 구성요소를 구분하여 운영할 수 있는 기틀을 마련했다는 데 큰 의의가 있으나 2000년 7월 의약분업의 혼란과정 중에 도입됨에 따라 상대가치수가의 한 중요한 측면인 상대가치 (상대가치점수) 간의 균형을 감안하여 도입되지 못하였고, 수가조정을 위한 편법으로 도입된 측면도 있었다.

2002년 12월 현재 상대가치수가의 개정과정은 몇 단계로 진행되고 있다. 첫 번째 단계는 의료행위분류를 개정하거나 신의료기술을 항목화하는 단계이며, 두 번째 단계는 행위별 상대가치를 조정하는 단계이고, 세 번째 단계는 환산지수를 개정하는 단계이다.

(1) 의료행위분류의 개정

의료행위의 개정을 위해 건강보험심사평가원 산하에 행위평가전문위원회가 구성되어 운영되어지고 있다. 의료행위분류와 관련하여 반드시 감안되어야 할 사항은 심사기준이다. 심사기준은 의료행위분류에 대한 건강보험의 실행적 정의 (operational definition)라 할 수 있는데 심사기준의 제정과 개정은 건강보험심사평가원에서 담당하고 있다.

(2) 상대가치의 개정

상대가치를 조정하기 위해 일부 단체에 상대가치개정위원회 (relative value scale update committee, RUC)가 구성되어 있으며, 보건복지부 상대가치운영기

획단이 구성되어 있다 (Fig. 2).

① 상대가치 개정의 필요성

상대가치의 개정은 첫째, 새로운 의료행위가 분류에 포함되면 새로운 의료행위에 대한 상대가치가 개발되어 하며, 기존의 의료행위 분류가 변경되어도 변경된 의료행위에 대한 상대가치가 개발되어야 한다. 둘째, 균형을 유지하고 있는 상대가치도 일정기간이 지나면 이를 개정해야 한다. 이는 의학과 의료의 발전에 의료행위 간 상대가치가 변하기 때문이다. 예를 들면, 10년 전 복강경하 담낭절제술이 처음 도입될 때 이 기술은 거의 2시간이 요하는 기술이었으며, 그에 상응하는 상대가치가 책정되어야 하나, 현재 이 기술을 대부분의 경우 30분 정도 소요되므로 처음 책정된 상대가치는 조절되어야 한다. 셋째, 기존의 상대가치가 불균형적이라면, 이를 교정하기 위해 상대가치는 개정되어야 한다.

② 상대가치의 종류

현재 상대가치는 두 가지 상대가치가 존재하고 있는데 현재 건강보험수가로 적용하고 있는 고시 상대가치와 1997년 연세대 보건정책 및 관리연구소에 개발한 후 의과 상대가치개정위원회에서 개정된 기준 상대가치이다.

기준 상대가치는 상대가치의 전문가인 의료계가 전문학회간의 합의에 의해 산출한 상대가치로 상대가치 균형성의 일정 수준을 유지하고 있다. 반면, 고시 상대가치는 2001년 상대가치가 도입되기 이전 수가를 기준으로 점수화하여 상대가치의 균형성에 문제가 있다 (Fig. 3).

③ 기준 상대가치의 적용

현재의 고시 상대가치를 상대가치의 균형성이 제고된 기준 상대가치로 전환이 필요하다. 고시 상대가치

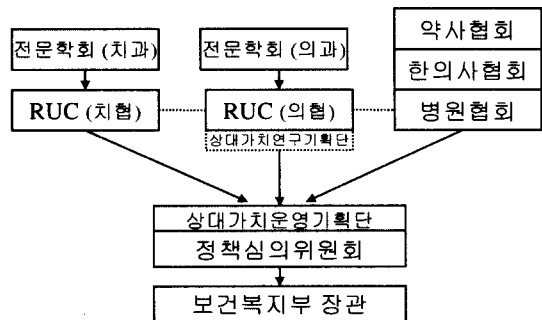


Fig. 2. 상대가치 개정과정.

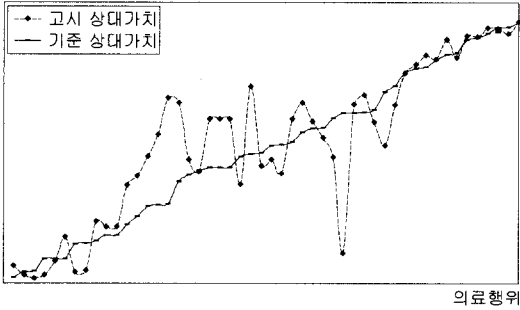


Fig. 3. 고시와 기준 상대가치의 비교.

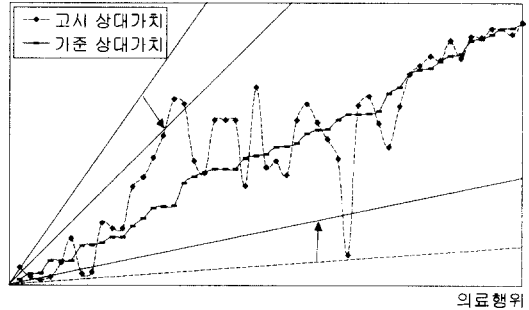


Fig. 4. 기준 상대가치의 적용.

를 기준 상대가치로 일시에 전환할 경우, 적지 않은 부작용이 유발될 가능성이 있으므로, 단계적으로 적용할 필요가 있다. 적용의 방법은 상대적으로 고평가되어 있는 항목들의 상대가치를 인하한 총점수 만큼을 상대적으로 저평가되어 있는 항목들의 상대가치를 인상하는 것으로 재정중립적 접근이다. 2002년 12월 처음으로 고시 상대가치에 대해 기준 상대가치를 단계적으로 적용하였다 (Fig. 4).

④ 상대가치 개정의 종류

상대가치 개정에는 크게 두 가지의 개정유형이 있다. 첫째, 기준 상대가치의 개정을 목표로 하는 체계적 개정이 있으며, 둘째, 고시 상대가치의 개정을 목표로 하는 항목별 개정이 있다 (Fig. 5).

체계적 개정은 개정의 요구가 의료계 자체이며, 기준 상대가치를 개정하는데 그 목적이 있다. 체계적 개정에는 1년 단위 개정과 전면적 개정으로 구분할 수 있으며, 1년 단위의 체계적 개정은 기존의 기준 상대가치를 기준으로 항목의 일부를 개정하거나, 새로운 의료행위를 상대가치를 부여하거나, 분류가 변경된 의료행위의 상대가치를 부여하는 것이며, 전면적 개정은 기존의 기준 상대가치를 전체적으로 검토하여 개정하거나, 또는 새로운 기준 상대가치를 개발하는 것이다.

한편, 항목별 개정은 비정기적 개정으로 개정의 요구는 보건복지부가 되며, 고시 상대가치 변경을 목적으로 하며, 항목별 개정은 정책적 반영이라는 측면이 있음.

⑤ 상대가치개정위원회

상대가치의 개정에 있어 의료계의 상대가치개정위원회 (RUC, RVS Update Committee, Relative Value Scale Update Committee)는 중요한 역할을 수행해야 한다. 상대가치의 균형을 유지하기 위해

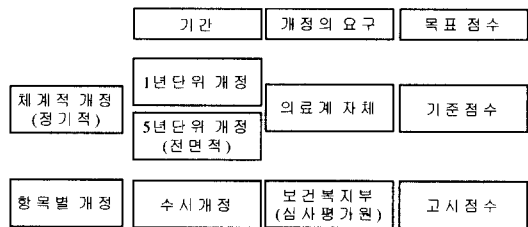


Fig. 5. 상대가치 개정의 종류.

가장 바람직한 방안은 상대가치의 균형성에 대한 지식을 확보하고 있는 의료계가 담당하는 것이다. 상대가치의 개정은 환산지수의 개정과 달리 의료계가 이익의 추구를 할 수 없기 때문이다. 그리고 의과인 경우 1999년부터 상대가치개정위원회를 운영해 오고 있으며, 2002년 7월 연례 개정을 완료한 경험이 있다. 의과 상대가치개정위원회는 26개 전문학회의 대표로 구성되어 있으며, 위원회는 매일 정기적으로 개최되어 지고 있다.

상대가치개정위원회 개정의 원칙은 전문학회간의 합의에 기초로 하고 있으며, 경우에 따라서 조사에 의해 개정할 수 있다. 의료계의 상대가치개정위원회에서 개정하는 상대가치는 기준 상대가치이다.

⑥ 부문간 상대가치의 개정

보건복지부 상대가치운영기획단은 부문간 상대가치의 개정을 다루고 있다. 현재 상대가치와 관련되어 있는 단체는 대한의사협회, 대한치과의사협회, 대한한의사협회, 대한약사협회, 대한병원협회 등이다. 의과와 치과의 경우 단체 내에서 상대가치의 개정을 위하여 상대가치개정위원회를 운영하고 있으며, 1997년 연세대 보건정책 및 관리연구소의 연구를 통해 두 단체의 상대가치를 공통척도화 한 바 있다. 반면, 대한한의사협회와 대한약사협회는 상대가치를 자체 개발하였으

나 다른 부문의 상대가치와 연계가 필요하다.

상대가치 개발의 기본단위는 부문이 되는데, 각기 개발된 부문별 상대가치는 연계되었을 때만이 함께 적용할 수 있다. 연계의 방안으로는 단일 환산지수를 사용하는 경우, 부문간 상대가치를 공통척도화 (common scale)하는 과정이 필요하다. 상대가치를 공통척도화하는 방안으로는 첫째, 부문간 공동으로 수행하는 다수의 의료행위를 이용하여 공통척도화하는 방안과, 둘째, 부문별 원가분석을 통해 공통척도화하는 방안이 있다. 부문별 상대가치를 독립적으로 적용할 경우, 부문에 따라 환산지수를 분리 운영해야 한다.

⑦ 두 차례의 개정

상대가치수가가 도입된 이후 연례적 개정과 수시 개정이 있었는데 두 차례 (2001년, 2002년)의 연례적 개정을 위해 각각 연구용역이 발주되었다. 수시 개정은 상대가치의 균형성보다는 정책적 측면의 개정이라 할 수 있는데 그 예로 2001년 7월 진찰료의 분리 (가, 나, 다군)가 그 예라 할 수 있다. 이에 비해 연례적 개정은 상대가치의 균형성에 입각한 측면이 강조되어야 할 것이다. 2001년 연례적 개정은 일부 항목에 대해 개정이 있었으나 2002년 연례적 개정은 일부 항목 (기본행위료를 포함)의 개정과 함께 체계적 개정과정이 진행되었다.

(3) 환산지수의 개정

환산지수의 개정은 국민건강보험공단과 의약계를 대표하는 자인 요양급여비용협의회 간의 계약으로 결정되며, 계약이 체결되지 않는 경우 건강보험 정책심의위원회에서 결정하여 보건복지부 장관이 고시한다. 이를 지원하기 위해 보건복지부 건강보험정책심의위원회 수가소위원회가 구성되어 있다 (Fig. 6).

3차례 (2000년, 2001년 2002년)에 걸친 국민건강보험공단과 의약계를 대표하는 자 간의 계약은 체결되지 않았고, 건강보험정책심의위원회 (건강보험심의회)

정위원회)에서 환산지수가 심의 의결되었다. 계약을 위해 2001년에는 국민건강보험공단이 발주한 연구용역이 있었으며, 2002년에는 국민건강보험공단과 의료계 5개 단체가 발주한 연구용역이 있었으나 연구용역 결과에 대해 많은 논란이 있었다.

환산지수의 개정은 크게 두 가지 방법이 있다. 첫째, 기준연구 (base-line study)에 의해 결정하는 방안이 있다. 두 차례에 걸쳐 기준연구에 의한 환산지수 결정이 실행되었으나 연구결과에 있어 여러 가지의 논란이 있었다. 둘째, 전년도를 기준으로 전년도 대비 의료물가의 변동과 목표의료비를 감안하여 개정하는 방안이다. 기준연구에 의한 환산지수의 결정은 필요하나, 이는 연구결과에 대한 논란을 최소화할 수 있게끔 대규모의 정밀한 연구가 실시되어야 할 것이며, 또한 건강보험수가가 변화할 만한 이용행태의 변화와 제도적 변화가 없다면 매년 실시할 필요는 없다.

환산지수의 개정에 있어 논란이 되는 사항 중 하나는 보상의 수준과 관련된 것이다. 현재 논란이 되는 보상의 수준으로는 첫째, 요양기관의 진료원가를 보상하는 원가 환산지수와 둘째, 요양기관에서 수행하는 비급여를 감안한 경영수지 환산지수이다. 원가 환산지수는 의료행위에 투입된 평균 비용을 보상하는 수가수준으로 최소한 중위의 요양기관이 급여 의료행위만을 수행하는데 지장이 없는 수가수준이라 할 수 있다. 만일, 환산지수가 원가 수준 이상으로 결정된다면, 요양기관들은 더 많은 의료행위를 하고자 하거나, 비용에 대한 인식을 떨어지게 되며, 한편, 보험대상자들은 불필요한 부담을 지게 할 것이다. 만일, 환산지수가 원가 수준 이하로 결정된다면, 요양기관들은 현재 투입되는 비용을 낮추거나, 다른 보전의 방법을 모색하거나, 요양기관을 폐쇄할 것이다. 즉, 의료공급을 위축시키거나 왜곡시킬 것이다. 현재 투입되는 비용을 낮추는데 있어 불필요한 비용을 줄이는 것은 바람직하나 의료의 질과 교환 (trade-off)될 가능성을 크게 증가시킬 것이다. 요양기관들은 건강보험의 대상이 되는 의료행위 (급여 의료행위)에서의 적자를 보존하기 위해 건강보험의 대상이 되지 않는 의료행위 (비급여 의료행위 등)를 확대하고자 할 것이며, 이때 확대된 비급여 의료행위 등은 국민이 전액 부담하게 되어 국민의 부담을 증가시키게 되며, 심지어 확대된 비급여 의료행위 등은 국민들에게 불필요한 경우도 있을 수 있다.

경영수지 환산지수는 요양기관의 총원가중 비급여

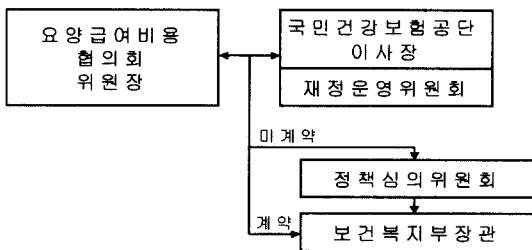


Fig. 6. 환산지수의 개정과정.

수입을 제외한 원가만을 보상하는 수가수준이다. 따라서 국가 전체적 시각에서 평균적 요양기관에 대한 보상에는 큰 문제가 없다고 할 수 있다. 그러나 현재 의료기관에 따라 급여와 비급여가 차지하는 비중이 다르기 때문에 중대한 문제를 야기할 수 있다. 급여와 비급여가 차지하는 비중은 요양기관의 크기, 지역별, 전문과목별, 그리고 이윤동기 측면에서 큰 차이가 있다. 현재 급여의 비중이 높은 요양기관은 요양기관의 크기 면에서 소형인 경우, 지역적 측면에서 저소득층이 밀집한 경우, 전문과목 면에서 생명과 상대적으로 밀접한 진료를 하는 전문과목인 경우, 이윤동기 측면에서 이윤이 상대적으로 적은 요양기관인 경우이다. 따라서 만일, 건강보험수가가 경영수지 환산지수의 수준으로 결정되어진다면, 저소득층이 밀집한 지역에 있는 생명과 직결되는 환자를 진료하고, 이윤동기보다는 의료 본연의 임무를 충실히 하는 소형 의료기관이 생존할 수 없게 하거나, 이런 요양기관들이 현재의 행태를 변화시키게 하는 유인으로 작용할 것이다.

건강보험 수가제도의 발전방향

1. 건강보험수가의 목표의 설정

건강보험 수가제도의 구체적인 발전방향을 제시하기 앞서, 건강보험 수가정책의 목표가 설정되어야 한다. 건강보험 수가정책의 목표는 첫째, 필요한 양질의 의료에 대한 접근을 보장할 수 있어야 하며, 둘째, 보험대상자들의 재정적 부담을 최소화하기 위하여 의료제공이 효율적이어야 하고, 셋째, 의료행위 또는 비용의 효율적 생산과 분배를 제고할 수 있어야 한다.

또한, 건강보험 수가정책의 목표를 달성하기 위해 건강보험수가의 수준을 개념적으로 정립해야 한다. 첫째, 보험대상자들에게 의료를 제공하는 공급자의 수가 충분할 수 있도록 높아야 하며, 둘째, 현재의 의료기술과 시장상황 하에서 공급자가 양질의 의료서비스를 효율적으로 제공할 수 있도록 충분해야 하고, 셋째, 보험대상자들의 불필요한 부담을 피할 수 있도록 충분히 낮아야 한다.

2. 지불단위의 분류

지불단위 (unit of payment)가 커질수록 분류의 중요성은 증가된다. 지불단위가 커지면 여러 행위의 묶음으로 지불되기 때문에 어떻게 분류하는가가 보상

의 합리성에 결정적인 영향을 미치게 된다. 따라서 상대가치수가보다는 질병군별 포괄수가의 분류가 더욱 중요하다. 미국 메디케어의 질병군별 포괄수가의 분류(DRGs)는 병원에 대한 보상을 위해 개발되었기 때문에 우리 건강보험수가에 도입될 때에는 병원뿐만 아니라 의사에 대한 보상이라는 측면이 감안되어 새롭게 분류되든지, 질병군별 포괄수가제를 병원에 대한 보상에만 적용해야 할 것이다.

지불단위의 분류와 관련하여 또 하나 감안해야 할 사항은 심사기준이다. 심사기준은 분류에 대한 각 항목에 대한 건강보험의 실행적 정의 (operational definition)이라 할 수 있다. 지불단위의 분류의 합리성을 제고하기 위해서는 분류 그 자체와 함께 심사기준의 합리적이여야 한다.

분류와 관련된 조직으로 건강보험심사평가원 의료행위평가전문위원회가 있으나, 심사기준과 관련하여서는 별도의 조직이 없다. 따라서 심사기준과 관련하여서도 별도의 위원회가 구성되어야 할 것이다.

3. 상대가치

상대가치는 부문 (의과, 치과, 한의과, 약국)내 상대가치와 부문간 상대가치로 구분할 수 있다. 부문내 상대가치는 부문과 관련된 단체가 자율적으로 개정하는 것이 상대가치의 전문성을 제고시키는 방안이다. 한편, 의과부문의 경우 대한의사협회의 상대가치개정위원회 (RUC)가 있으며, 구성에 있어 대한병원협회가 참여도록 되어 있으나 현재에는 공동으로 운영되지 않고 있다. 따라서 병원협회가 참여할 수 있는 방안이 강구되어야 한다. 또한 상대가치개정위원회에 보건복지부와 건강보험심사평가원이 참여하여 상대가치개정위원회의 객관성과 공정성을 증명할 수 있어야 할 것이다. 상대가치개정위원회의 구성은 26개의 전문학회의 대표가 의결권을 지닌 위원이 되며, 위원장은 대한의학회 회장과 부위원장으로 대한의사협회와 대한병원협회의 대표가 되는 것이 바람직할 것이다⁵⁾.

부문별 상대가치를 조정하는 기전으로 현재 보건복

4. 부문내 상대가치 개정의 운영에 있어 객관성과 합리성이 증명된다면 부문내의 단체에서 상대가치를 담당하는 것이 바람직함.
5. 미국의 경우 상대가치개정위원회는 미국의사협회 (AMA) 산하에 있는데 이는 미국의 상대가치수가는 의사에 대한 보상이기 때문이다. 한편, 우리 건강보험의 상대가치수는 의사와 병원에 대한 보상을 함께 하기 때문에 대한의사협회뿐만 아니라 대한병원협회의 참여도 필요하다.

지부 상대가치운영기획단이 있다. 현재의 단일 환산지수 체계 하에서는 부문별 상대가치를 조정하는 것이 필수적 사항이나 환산지수가 부문별 분리 운영될 때에는 부문별 상대가치를 조정할 필요는 없다. 부문별 상대가치를 공통척도화하는 방안은 첫째, 부문간 공통으로 수행하는 의료행위를 통해 공통척도화하는 방안과, 둘째, 부문별 원가분석을 통해 공통척도화하는 방안이 있다. 첫 번째 방안은 부문간 공통으로 수행하는 다수의 의료행위가 존재하여야 하며, 공통 수행하는 의료행위의 절대가치가 유사할 때에만 가능하다. 그러나 의과와 치과의 경우 공통으로 수행하고 절대가치가 유사한 의료행위가 있으나, 한의과, 약국인 경우 의과와 치과와 공통으로 수행하고 절대가치가 유사한 의료행위가 없다고 할 수 있으므로 첫 번째 방안의 적용에는 한계가 있다.

두 번째 방안인 원가분석을 통해 공통척도화하는 방안은 부문별 상대가치와 환산지수를 산출한 후 하나의 환산지수로 전환하는 과정이 필요하다. 원가분석을 통해 공통척도화하기 위해서는 모든 부문이 동일 시점에 동일 기준에 의해 상대가치와 환산지수가 개발되어야 할 것이다. 그러나 모든 부문을 한꺼번에 동일 시점과 동일 기준으로 상대가치와 환산지수를 개발하는 것은 용이한 작업이 아니다. 따라서 장기적으로 부문별로 공통척도화된 상대가치의 운영을 지향하나, 단기적으로 환산지수를 분리운영하는 것이 현실적이라 생각한다⁶. 또한, 부문간 상대가치를 상기의 두 가지 방안으로 공통척도화하였다 할지라도 상대가치 개정시마다 상대가치개정위원회처럼 합의의 기전을 마련하는 것이 어렵다⁷. 따라서 일정기간 동안은 부문별 상대가치와 환산지수를 구분하여 운영하는 것이 바람직하다.

우리 상대가치는 개발 당시 의사업무량 상대가치 (physician work)와 진료비용 상대가치 (practice ex-

pense)로 구분하여 산출하였으나 현재 건강보험 수가에는 표현되어 있지 않다. 상대가치 수가의 합리적 운영을 위해 건강보험 상대가치수가를 의사업무량 상대가치와 진료비용 상대가치로 구분하여 운영할 필요가 있다. 또한 개방형 병원제 (attending system)의 도입이 심도 깊게 논의되고 있는 현 상황에서는 이의 구분은 더욱 필요하다.

우리 상대가치는 의사업무량 상대가치 (physician work)와 진료비용 상대가치 (practice expense)로 구성되어 있는 반면, 미국 메디케어의 상대가치는 의사업무량 상대가치, 진료비용 상대가치와 함께 의료사고 (professional liability insurance, PLI) 상대가치로 구성되어 있다. 상대가치 개발 당시인 1997년에 비해 의료사고가 크게 증가하였고, 상대가치의 균형을 제고하기 위하여 상대가치의 한 구성요소로 의료사고 상대가치를 구분하여 적용할 필요가 있다⁸.

현재 고시 상대가치를 기준 상대가치로 전환하는 과정은 지속되어야 한다. 고시 상대가치는 의료행위간 균형성에 있어 문제가 있으며 의과인 경우 상대가치개정위원회 (RUC)에서 기준 상대가치를 지속적으로 개정하여 균형을 유지하고 있다. 또한, 2002년에는 고시 상대가치를 기준 상대가치로 단계적으로 전환하였다. 따라서 이 과정은 향후에도 지속되어야 할 것이다.

4. 환산지수

환산지수의 개정에는 두 가지 방안이 있는데, 첫째, 기준연구 (base-line study)에 의한 개정과 둘째, 전년도 대비하는 환산지수의 변동률을 산출하여 개정하는 것이다. 연구에 의한 개정은 두 차례 있었으나 연구의 신뢰성과 연구결과 적용에 있어 큰 논란이 있었으며 따라서 연구에 의한 개정은 매년 실시하기에는 연구의 규모에 있어 한계가 있으므로 일정 기간 (5년) 마다 대규모 연구로 실시할 하는 것이 바람직하다.

환산지수를 전년대비 개정하는 방안은 기준연구에 의한 개정에 비해 당사자간의 합의가 용이하고, 건강보험 재정에 대한 예측가능성도 제고시킬 수 있다. 환산지수의 전년대비 개정은 해당 연도의 목표진료비를 설정하고 이에 따라 환산지수를 개정하는 방안이다.

총진료비의 변화는 인구수, 인구당 건수, 그리고 건

8. 현재 논의되고 있는 의료분쟁조정법의 제정 결과에 따라 의료사고 상대가치를 건강보험수가에 포함할 수도 제외할 수도 있으나 의료사고 상대가치의 산출하는 과정은 필요함.

6. 2002년도에는 부문별 상대가치 중 기본행위료에 해당하는 상대가치를 연구를 통해 조정한 것은 원가분석에 의한 공통척도화하는 방안의 일종이나 연구결과의 수용과 적용에 있어 논란이 상당 수준이었음.
7. 미국 메디케어의 경우 1992년 단일 환산지수를 적용하다가 1994부터 의과계 의료행위, 일차 의료행위, 기타 의료행위로 구분하여 운영하다가 1998년부터 단일 환산지수로 환원하였음. 미국 메디케어에서 환산지수를 분리하였다가 통합한 이유는 의과계 상대가치가 다른 의료행위에 비해 상대적으로 저평가되어 이를 교정하는 방법으로 환산지수를 분리 운영하였다가 일정 기간이 경과하여 상대가치가 안정화된 이후 환산지수의 크기를 반영하여 상대가치를 조정하였음.

당 진료비로 구분할 수 있는데 이를 세분화하면 인구수, 인구구조, 법제도, 물가변화, 조정된 인구당 건수와 조정된 건당 진료비로 구분할 수 있다.

총진료비의 변화와 관련된 6가지 요소 중 인구수의 변화, 인구구조의 변화, 법과 제도의 변화, 의료물가의 변화의 4가지 요소는 의료외적 요소라 할 수 있는 반면, 소비자-공급자의 인구당 건수의 변화와 소비자-공급자의 건당 진료비의 변화는 의료적 요소라 할 수 있다 (Fig. 7).

의료외적 요소에 대해서는 합리적 측정방법을 개발하여 적용하는 반면, 의료적 요소인 인구당 건수의 변화와 건당 진료비의 변화는 우리 사회가 이를 어느 정도로 받아들일 수 있는가의 함의가 필요한 부분이다⁹. 의료적 요소의 변화는 기본적으로 소비자와 공급자 간의 관계의 변화에 의하나, 또한 소비자의 기호변화와 의료의 질과도 깊은 관계가 있다. 만일, 의료적 요소의 변화를 인정하지 않는다면, 소비자의 양질의 의료를 추구하는 기호와 의료의 질을 향상시키기 위해 교환 (trade-off)되어야 할 비용을 인정하지 않는 것이다. 따라서 전년도 대비에 의해 환산지수를 개정할 경우, 의료외적 4가지 요소를 합리적으로 측정하고, 소비자와 공급자에 의한 변화의 크기를 함의하는 과정이 필요하다.

이런 과정을 통해 결정된 총진료비 목표량과 실제의 총진료비를 비교하여 차이가 있는 부분은 차기년도 환산지수 개정에 반영되어야 할 것이다. 만일, 목표 진료비보다 실제 진료비가 컸다면, 그 부분을 차기년도 환산지수에 반영하여 인하하여야 하고, 반대로, 목표 진료비보다 실제 진료비가 작았다면, 그 부분을 차기년도 환산지수에 반영하여 인상하여야 한다. 그리고 이런 조정과정 상에서 인상과 인하의 폭이 매우 클 경우 일부만을 해당년도에 반영하고 나머지는 차기년도에 반영하여 할 것이다¹⁰.

한편, 목표진료비를 설정하기 위해 측정되어야 할 부분 중 하나가 의료물가지수이다. 의료물가를 합리적으로 측정하기 위해 유사한 물가의 영향을 받는 집단

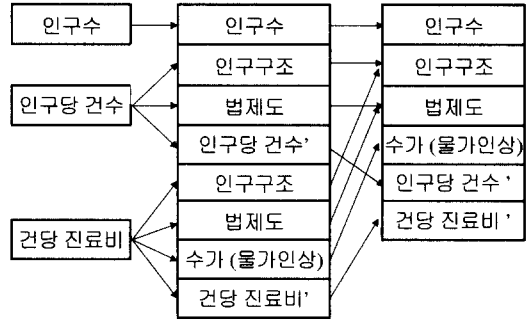


Fig. 7. 진료비의 변화요인.

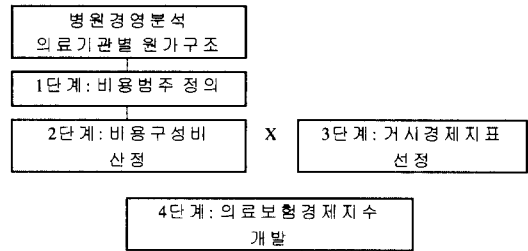


Fig. 8. 건강보험경제지수의 개발과정.

으로 구분하고 각 구분에 가장 적합한 거시경제지표를 적용하므로써 의료물가지수를 측정의 합리성을 제고할 수 있다. 이런 의료물가지수를 건강보험경제지수 (health insurance economic index, HIEI)라 할 수 있는데 이는 거시경제지표를 이용한 의료물가지수이다. 건강보험경제지수는 변동의 형태가 유사한 비용범주를 구분하고 이에 가장 적합한 거시경제지표를 적용하는 것이다 (Fig. 8).

5. 조정요소

조정요소의 개정은 정책적 측면이 매우 강하나, 수가의 합리성 제고라는 측면도 있다. 현재 환산지수의 조정요소로 적용되어지고 있는 종별 가산요율, 상대가치의 조정요소로 적용하고 있는 기본진료료의 차등, 그리고 지불단위 분류의 조정요소로 적용하고 있는 동시 시술 등이 있으나 현재 조정요소들 중 일부는 객관적 증거없이 적용한 측면이 없지 않다. 따라서 적용하고 있는 조정요소 중 개정의 필요 여부를 확인하고 확인된 조정요소를 변경할 수 있는 증거의 확보가 필요하다.

9. 미국 메디케어의 경우 국내총생산 (GDP)의 증가율을 준거로 하여 적용하고 있음.

10. 미국 메디케어에서는 이런 개념을 상대가치수가제도를 도입할 당시부터 적용하고 있는데, 진료량기준 (volume performance standard, VPS)과 지속성장률 (sustainable growth rate, SGR)이 그것임. 이 두 가지의 근본적 차이는 진료량기준은 해당년도에만 적용한 반면, 지속성장률에서는 누적적으로 적용한 것임.

참 고 문 헌

- 1) 김한중, 손명세, 박은철 등 : 의료보험 수가구조개편을 위한 상대가치 개발. 연세대학교 보건정책 및 관리연구소, 한국보건 의료관리연구원 1997
- 2) 김한중, 손명세, 박은철 등 : 의료보험 수가구조개편을 위한 2차년도 연구 - 의료보험 경제지수 개발과 의료보험 진료수가 분류체계 개선을 중심으로. 연세대 보건정책 및 관리연구소 1998
- 3) 박은철, 박용섭, 김소윤, 임종건, 김영삼, 김한중, 손명세 : 환율변동에 따른 의료보험 급여항목의 비용상승률 산출. 한국보건행정학회지 8(2):76-87, 1998
- 4) 박은철, 이선희, 이상규 : DRG 지불제도에 대한 미국의 경험과 우리나라에의 시사점. 한국병원경영학회지 7(1):105-120, 2002
- 5) 박은철 : 자원기준 상대가치의 환산지수 개발 및 향후 방안. 1998년도 한국보건행정학회 후기학술대회 4-1-29
- 6) 박은철 : 제14장 건강보험수가제도의 발전방향. 대통령자문 의료제도발전특별위원회. 의료제도발전을 위한 정책과제 자료집 2003
- 7) 유승훈, 김한중, 조우현, 손명세, 박은철, 지영진, 문기태, 이상규, 이준혁, 설재웅, 임은주, 홍재석 : 의료보험 수가구조개편을 위한 4차년도 연구 - 상대가치의 단계적 도입방안 제시와 의료사고위험 상대가치의 산출. 연세대 보건정책 및 관리연구소 2000
- 8) 유승훈, 김한중, 조우현, 손명세, 박은철, 지영진, 윤용석, 문기태, 김영삼 : 의료보험 수가구조개편을 위한 3차년도 연구 - 의료이용 조정기준의 개발과 의료보험 진료수가분류 개편안에 대한 상대가치 산출을 중심으로. 연세대 보건정책 및 관리연구소 1999
- 9) American Medical Association : Medicare RBRVS - The Physician's Guide. 2002
- 10) Hsiao WC, Braun P, Becker E, Causino N, Couch NP, DeNicola M, Dunn D, Kelly NL, Ketcham T, Sobol A, Verrilli D, Yntema DB : A National Study of Resource-Based Relative Value Scales for Physician Services : Final Report. Harvard School of Public Health, Cambridge, Massachusetts, 1988
- 11) Hsiao WC, Braun P, Becker ER, Dunn DL, Kelly NL, Yntema DB : A National Study of Resource-Based Relative Value Scales for Physician Services : Phase II. Final Report. Harvard School of Public Health, Cambridge, Massachusetts, 1990